

AZƏRBAYCAN RESPUBLİKASI SƏHIYYƏ NAZİRLİYİ

MİLLİ ONKOLOGİYA MƏRKƏZİ

Ümummilli lider H.Ə.Əliyevin ad gününə

həsr olunmuş elmi-praktiki konfransın

MATERİALLARI

10 may 2012 il

Bakı – 2012

REDAKSIYA HEYƏTİ

C.Ə.Əliyev (sədr)

R.C.Cəfərov (sədr müavini), R.N.Rəhimov, **I.H.Isayev**, Ə.X.Kərimov,
A.A.Kərimli , M.Q.Məmmədov, F.Ə.Mərdanlı, R.A.Hüseynova (elmi
katib)

Heydər Əliyev şəxsiyyəti, Heydər Əliyev dahiliyi

*C.Ə.Əliyev, A.A.Kərimli
Milli Onkologiya Mərkəzi, Bakı ş.*

Tarix yalnız dahi şəxsiyyətlərin nurlu əməlləri sayəsində nəsillərin yaddaşına həkk olur. Dünya sivilizasiyasına görkəmli şəxsiyyətlər bəxş etmiş xalqlar böyük xalqlardır. Azərbaycan xalqı da dünya tarixinə çox qüdrətli şəxsiyyətlər bəxş etmişdir.

Müdrək insan təkcə öz xalqı üçün deyil, bütün dünya xalqlarının rifahı, xoş gələcəyi naminə tutarlı işlər, misilsiz xidmətlər göstərir. Məhz belə böyük xalqlardan biri Azərbaycan xalqı, qüdrətli şəxsiyyətlərdən biri isə öz dəsti-xətti ilə seçilən ümummillə liderimiz Heydər Əliyevdir.

XX əsrdə Azərbaycan xalqının bəşəriyyətə bəxş etdiyi nadir şəxsiyyətlərdən biri özünün fəaliyyəti ilə dünya siyasətinin korifeylərindən birinə çevrilmiş, zəmanəmizin görkəmli ictimai-siyasi və dövlət xadimi, böyük tarixi şəxsiyyət və dünya azərbaycanlılarının ümummillə lideri olan Heydər Əliyevin bənzərsiz ömür yolu, gərgin ictimai-siyasi fəaliyyəti müasir tariximizdə mühüm və sərfəli mərhələ təşkil edir.

Azərbaycanın son otuz ildən artıq bir dövrünü əhatə edən tarixi taleyi Heydər Əliyevin adı ilə qırılmaz tellərlə bağlıdır. Bu illər ərzində xalqın ictimai siyasi, iqtisadi və mədəni həyatının bütün sahələrində dirçəliş məhz onun adı ilə əlaqədardır. Heydər Əliyev ölkəyə rəhbərlik etdiyi bu dövr ərzində daim tərəqqisi üçün çalışdığı, zəngin mədəniyyətli, böyük tarixi keşmişi ilə həmişə qürur duyduğu və gələcək nəsillərin taleyi üçün düşündüyü doğma yurdu Azərbaycanı bir dövlət kimi zamanın ağır və sərt sınaqlarından çıxarmışdır.

O , böyük siyasi və dövlət xadimi, xalqın şəksiz lideri olaraq hələ sağlığında canlı əfsanəyə çevrilmiş, buna görə də Heydər Əliyev fenomeni həmişə diqqətləri cəlb etmiş, dünya azərbaycanlılarının bu ümummillə liderinin heyranlıq doğuracaq dərəcədə coşqun siyasi

fəaliyyəti istər ölkə, istərsə də dünya mətbuatında geniş işıqlandırılmışdır.

Heydər Əliyev xalq təsərrüfatının bütün sahələrini iqtisadiyyatı, o cümlədən səhiyyə və onun təşkilini çox gözəl bilirdi. Onun ölkəyə rəhbərlik etdiyi dövrlərdə Respublikamızın sosial-iqtisadi inkişafı cəmiyyət həyatının bütün sahələrində olduğu kimi səhiyyə sistemində də öz müsbət nəticələrini vermişdir. Ulu öndərin ikinci dəfə siyasi hakimiyyətə qayıdışından sonra ölkə səhiyyəsinin inkişafında yeni mərhələ başlanmışdır. Məhz onun ölkə səhiyyəsinin inkişafına ayırdığı diqqətin nəticəsində Azərbaycan səhiyyəsi MDB dövlətləri arasında və dünya səhiyyə sistemində çox böyük nüfuz qazanmışdır. Heç də təsadüfi deyil ki, Umümdünya Səhiyyə Təşkilatının ali orqanının sesiyasında Azərbaycanda səhiyyə sahəsində aparılan islahatlar yüksək qiymətləndirilmişdir. Heydər Əliyev bütün sahələrdə olduğu kimi Azərbaycan səhiyyəsinə, Azərbaycan tibb elmini daim diqqət mərkəzində saxlayırdı. Məhz onun təşəbbüsü ilə ölkədə tibb üzrə beynəlxalq qurultay, simpozium, konqres və konfransların Bakıda keçirilməsi təşkil edilmiş və Azərbaycan tibb elminin beynəlxalq arenaya çıxmasına şərait yaratmışdır. Onun ən böyük istək və arzularından biri də Azərbaycanda təbabətin ən çətin, ağır sahələrindən sayılan onkologiyanın inkişafı müasir onkoloji mərkəzin yaradılması olmuşdur. Rusiya Federasiyası Tibb Elmləri Akademiyasının onkoloji elmi mərkəzinin direktoru akademik N.N. Trapeznikovla sıx əlaqələr saxlayar, akademik dəfələrlə Bakıda olarkən onu qəbul edərək onkologiyanın müasir səviyyədə inkişafı haqqında söhbətlər və müzakirələr aparmışdır.

Bu arzunu onun qoyduğu kursun layiqli davamçısı, xalqımızın sevimlisi Respublika Prezidenti İlham Əliyev həyata keçirmişdir. Hələ təməli 2007-ci ilin iyununda qoyulan, 2009-cu ilin sentyabrında ölkə başçısı tərəfindən açılışı edilən Milli Onkologiya Mərkəzinin cərrahiyyə korpusu, şüa-terapiyası şöbəsinin yenidən qurularaq müasir avadanlıqlarla təchiz olunması, diaqnostika şöbələrin dünyanın ən son tibbi avadanlıqları ilə yeniləşdirilməsi, bu

yaxınlarda Heydər Əliyev fondunun prezidenti Mehriban xanım Əliyeva tərəfindən açılışı edilmiş uşaq onkologiyası korpusu deyilənlərin bariz sübutudur. Dövlət rəhbəri üçün təkə siyasətlə məşğul olmaq, yüksək intellektual dünya görüşünə malik olmaq ümdə vəzifə deyil. O, həm də maarifpərvər, qabaqcıl fikir və düşüncələrin təbliğatçısı, sağlam, gözəl həyat tərzinin ən qabaqcıl carçısı olmalı, ətrafdakılar üçün bu cür həyat tərzinin canlı timsalı olmalıdır. Heydər Əliyev məhz belə dövlət rəhbəri olmuşdur.

Heydər Əliyev şəxsiyyəti və onun ömrünün yarım əsrdən çox dövrü öz döğmə vətəninə, xalqına elə böyük xidmətdə keçmişdir ki, bu dövrün özü cilid-cilid kitabların ilham mənbəyidir.

Heydər Əliyev şəxsiyyəti və onun həyatı elə mənalı, elə fəlsəfi, elə müqəddəs məktəbdir ki, bu məktəbin dirilik, ədəbiyyat, saflıq və halallıq kimi insani keyfiyyətlərindən gələcək nəsillər bəhrələnəcək, qüdrətlənəcək və milli təntənəyə dərin bir inamla bağlanacaqdır.

Heydər Əliyev dühası - bizim bizə qaytarılan, mübarizə aparan, zəfər çalan inamımızdır. Budur Heydər Əliyev dühası, Heydər Əliyev dahiliyi.

Güclü LİDER – Lider dövlət

*Ə.X.Kərimov, N.Ə.Əsgərov
Milli Onkologiya Mərkəzi, Bakı ş.*

Azərbaycan xalqının ümummillî lideri Heydər Əliyev. 1993-cü ildə xalqın xahiş və istəyi ilə hakimiyyətə qayıdışı Azərbaycanın tam olaraq müstəqilliyinin qorunub saxlanılmasının qarantı oldu. Bir çox sahələrdə olduğu kimi səhiyyədə də əldə olunmuş uğurlar ulu öndərimizin əvəzsiz səyi və əməyinin nəticəsidir.

Azərbaycan xalqı tam əmin olduğunu bildirir ki, həm 1969-1986-cı illərdə, həm 1993-2002-ci illərdə ülu öndər birinci növbədə xalqın rifahını düşünmüş, hər dövrün tələblərinə uyğun siyasət yeritmişdir. Heydər Əliyevə daimi olaraq dövlətimizə göstərdiyi xidmətə görə xalq ona əvəzsiz minnətdar olacaqdır.

O, respublikanın əhalisini tam olaraq öz ideyaları ətrafında toplaya bildi, öz dərin və uzaqgörən siyasəti ilə sükani əldə möhkəm saxlayan İlham Əliyev kimi prezident yetişdirə bildi. Elə bir prezident ki, Heydər Əliyev siyasətinə sadıq, davamçı kimi xalqın daim xoş güzəranını düşünür.

Bütün şəhər və qəsəbələr abadlaşır, yeni iş yerləri açılır, avropa standartlarına uyğun təhsil, idman, kompleksləri və səhiyyə ocaqları tikilib əhalinin ixtiyarına verilir.

Biz bunlarla yanaşı respublikanın inkişafında Mehriban Əliyevanın da əməyinin böyük olmasını xüsusi vurğulamaq istərdik. YUNESKO-nun xoş məramlı səfiri, Heydər Əliyev fondunun prezidenti, dövlətlərarası “Birlik Ulduzları” mükafatı alan bu xanım parlaq işlərə, onlarla layihələrə imza atmışdır.

Azərbaycanın həm iqtisadiyyatı, siyasəti, hərbi yüksəlişi, mədəniyyəti, ədəbiyyatı, səhiyyəsi, təhsili, cücələnən bir dövr yaşayır.

Bir daha ulu öndər Heydər Əliyevi yada salaraq, onun ruhu qarşısında baş əyərək bildirmək istəyirik ki, respublikanın dünənindən, bu günündən razıyıq. Sabaha, gələcəyə böyük inamla və

İlhamla irəliləyirik. Cənab İlham Əliyevin bacarıqlı siyasəti, ölkəmizi bütün MDB ölkələri arasında lider dövlətlər sırasına çıxarmışdır.

Ulu öndərimizi bir daha yad edərək bir şairin, sözləri yadıma düşdü:

Xalqı igid, mərd, qəhrəman,
Zəhmətsevər ordu olan,
Bahadırlar yurdu olan,
Qüdrətimdir Azərbaycan!
Hər bir kəsi gülər üzlü,
Şirin dilli, sirin şözlü,
Mil-Müğanlı, Şirvan düzlü,
Sərvətimdir Azərbaycan!
Çətinliyə sinə görə,
Zəhmətinin barın görə,
Milyonlarla məhsul verən,
Şöhrətimdir, Azərbaycan!

Перспективы применения тимозина-альфа1 в качестве средства для поддерживающей терапии в онкологической клинике

Д.А.Алиев, М.К.Мамедов
Национальный центр онкологии, г.Баку

В настоящее время в клинической онкологии под рубрикой "поддерживающая терапия" (ПТ) объединяют весь комплекс терапевтических подходов и средств, используемых для восстановления изменений структурно-метаболического гомеостаза (обусловленных как самим онкологическим заболеванием и его осложнениями, так и противоопухолевым лечением), или, по меньшей мере, на минимизацию последствий тех гомеостатических сдвигов, которые отрицательно воздействуют на течение заболевания и "качество жизни" онкологических больных (ОБ) [12].

И хотя цели современной ПТ достаточно многочисленны, среди ее важнейших направлений надо, в первую очередь, назвать коррекцию имеющейся у абсолютного большинства ОБ иммунодепрессии (ИД), являющейся одним из прямых последствий системного действия опухолей на организм [4, 7].

Клинико-патогенетическое значение последней исключительно велико, в силу, как минимум, 2 обстоятельств. Во-первых, ИД сопровождается подавлением естественной иммунологически обусловленной противоопухолевой резистентности, что ведет к ускорению роста и метастазирования злокачественных опухолей и более агрессивному течению онкологических заболеваний. Во-вторых, развитие ИД ведет к ослаблению противoinфекционной резистентности организма и, как следствие, к резкому повышению частоты развития вторичных интеркуррентных инфекций, лежащих в основе наиболее тяжелых осложнений

онкологических заболеваний и наиболее частых причин смерти ОБ.

Иными словами, развитие ИД у ОБ детерминирует появление двух весьма существенных факторов, оказывающих неблагоприятное влияние как на течение, так и прогноз онкологических заболеваний [2]. Поэтому успешно решив проблему адекватной коррекции ИД у ОБ можно добиться существенного улучшения состояния ОБ и увеличения продолжительности их жизни. Это позволяет считать эти направления ПТ важным компонентом патогенетической терапии ОБ вообще [8].

Вместе с тем, нельзя не отметить, что возможности лекарственной коррекции иммунодепрессии, несмотря на большие успехи в создании новых биотехнологических иммунотропных препаратов, все еще остаются ограниченными.

Определенный вклад в решение этой проблемы внесло применение препаратов интерферонов (ИФН), которые применяясь в терапии ОБ с опухолями, нечувствительными к противоопухолевому действию ИФН, обеспечивают стимуляцию эффекторных факторов естественной противоопухолевой резистентности и, соответственно, улучшают прогноз онкологических заболеваний [1, 11].

Однако, применение этих препаратов сопровождается развитием ряда побочных токсических эффектов и, в том числе, лейкопенией и нейтропенией и, как следствие, снижением противоинфекционной резистентности организма ОБ.

Последнего недостатка лишен лекарственный препарат задаксин (ЗД), разработанный на основе тимозина-альфа1 (Ta1) - пептида из группы тимических гормонов [15]. Более того, ЗД, способный оказывать на иммунную систему многокомпонентное плейотропное действие [14], отличается рядом достоинств, которые делают его весьма привлекательным для использования в онкологической клинике в качестве средства для ПТ ОБ.

Во-первых, ЗД уже применяется в качестве противоопухолевого препарата при лечении рака почки, печени, меланомы и немелкоклеточного рака легкого [3]. Данный факт указывает на то, что применяясь у больных с указанными онкологическими заболеваниями, ЗД одновременно может обеспечить коррекцию ИД, а в некоторых случаях, даже предотвратить ее формирование [13].

Во-вторых, ЗД оказывает выраженное стимулирующее действие на факторы не только врожденного (естественные киллерные клетки и макрофаги), но и приобретенного (цитотоксические Т-лимфоциты) иммунитета, прямо участвующие в обеспечении противоопухолевой резистентности организма [10]. Это позволяет применять ЗД в качестве средства для коррекции депрессии противоопухолевой резистентности у больных различными онкологическими заболеваниями.

В-третьих, ЗД обладает высокой противовирусной активностью, которая сопоставима с таковой у препаратов ИФН, но реализуется посредством механизмов, отличающихся от таковых у ИФН [9]. Это позволяет применять его для лечения у ОБ широко распространенных среди них вирусных заболеваний, вызванных герпетическими вирусами и вирусами гепатитов В и С, тем более, что развитие указанных инфекций у ОБ способно выступать в качестве фактора, оказывающего на клиническое течение онкологических заболеваний неблагоприятное влияние [6].

В-четвертых, имеются данные о том, что применение ЗД в сочетании с антибиотиками позволяет ощутимо повысить эффективность антибактериальной терапии [15]. Значение этого свойства препарата трудно переоценить, поскольку именно бактериальные инфекции у ОБ, будучи одними из самых частых и тяжелых осложнений онкологических заболеваний, выступают в числе ведущих непосредственных причин смерти этого контингента больных [5].

И, наконец, в-пятых, введение ЗД не приводит к развитию каких-либо клинически значимых эффектов побочного токсического действия и практически не обладает реактогенностью, весьма характерной для всех препаратов ИФН и других цитокинов.

Более того, имеются данные о том, что неблагоприятные симптомы побочного действия не были отмечены при введении ЗД даже ослабленным лицам и, в том числе, пациентам с декомпенсированными заболеваниями печени, с хронической почечной недостаточностью и лиц с иммунодефицитами [15]. Эти факты косвенно указывают на то, что наличие у ОБ разнообразных гомеостатических сдвигов не должно составлять препятствия для применения у них ЗД.

Таким образом, изложенное выше не оставляет каких-либо сомнений в перспективности расширения сферы применения ЗД в онкологической клинике в качестве средства для ПТ. В то же время, надо признать, что возможности использования этого препарата в таком качестве в клинических наблюдениях пока не исследованы. Очевидно, что только результаты таких наблюдений позволят объективно оценить реальные перспективы применения ЗД в онкологии.

Литература

1. Алиев Д.А., М.К.Мамедов М.К. Рекомбинантные альфа-интерфероны в онкологии. // Азерб. Ж. онкологии, 1996, N.1-2, с.3-7.
2. Алиев Д.А., Мамедов М.К. Факторы, предопределяющие характер течения онкологических заболеваний. // Азерб. Ж. онкологии, 2010, N.2, с.3-11;
3. Алиев Д.А., Мамедов М.К., Зейналов Р.С. Перспективы применения задаксина в комплексном лечении онкологических заболеваний. // Азерб. Ж. онкологии, 2007, N.2, с.11-16.

4. Мамедов М.К. О механизмах развития иммунодепрессии у онкологических больных. // Азерб. Ж. онкологии, 2004, N.2, с.188-190;

5. Мамедов М.К. О проблеме инфекций в онкологии. // Азерб. Ж. онкологии, 2005, N.1, с.110-119;

6. Мамедов М.К. Вирусные инфекции как фактор, влияющий на клиническое течение онкологических заболеваний. // Азерб. Ж. онкологии, 2005, N.2, с.11-16;

7. Мамедов М.К. Системное действие злокачественной опухоли на организм как основа патогенеза онкологических заболеваний. // Биомедицина, 2007, N.1, с.3-10;

8. Мамедов М.К. Лекарственное лечение онкологических заболеваний: развитие, принципы и перспективы. // Азерб. Ж. онкологии, 2008, N.2, с.158-168;

9. Мамедов М.К., Кадырова А.А. Задаксин - новые перспективы применения в лечении инфекционных и онкологических заболеваний. // Биомедицина, 2004, N.2. с.3-10;

10. Мамедов М.К., Кадырова А.А. Влияние тимозина-альфа1 на показатели иммунологически обусловленной резистентности в экспериментах и клинических наблюдениях. // Биомедицина, 2005, N.1, с.34-36.

11. Мамедов М.К., Трещалина Е.М. Интерфероны как стимуляторы противоопухолевой резистентности у онкологических больных. // Азерб. Ж.онкологии, 1999, N.1-2, с.8-14;

12. Мамедов М.К., Зейналов Р.С., Гиясбейли С.Р. Поддерживающая терапия в онкологии: проблемы и решения. // Азерб. Ж. онкологии, 2001, N.1, с.21-28.

13. Мамедов М.К., Зейналов Р.С., Гудратов Н.О., Кадырова А.А. Иммунологически обусловленной резистентности у онкологических больных и ее лекарственная стимуляция.// Азерб. мед. Ж., 2004, N.4, с.49-52.

14. Мамедов М.К., Кадырова А.А., Дадашева А.Э. и др. Плейотропность биологической активности тимозина-альфа1

как основа терапевтической эффективности задаксина при онкологических и инфекционных заболеваниях. // Азерб. Ж. онкологии, 2011, N.1, с.34-37;

15. Zadaxin. Product monography. San Diego, 2000, 78 p.

Süd vəzisi xərçəngi olan xəstələrdə reseptor statusun bədləşmə dərəcələrindən asılılığının tədqiqi

*C.Əliyev, R.Cəfərov, T.Nəcəfov, S.Rəhimova, S.Qurbanov,
F.Əlizadə, L.Məcidova, R.Cavadov
Milli Onkologiya Mərkəzi, Bakı ş.*

Süd vəzisi xərçəngi xəstələnmə və ölüm hadisələrinin tezliyinə görə onkoloji xəstəlikləri arasında ön yeri tutur.

Bu xəstəliklə onkoloqlara müraciət edən xəstələrin yarısından çoxu isə xəstəliyin yerli yayılmış mərhələlərdə təsadüf etdiyi üçün belə hallarda yalnız cərrahi əməliyyatla müalicə tamamlanmır ki, belə xəstələrə ya operasiyaözü (neadyuvant) və yaxud operasiyadan sonrakı əlavə (adyuvant) müalicələr tələb olunur.

Son zamanlar süd vəzisi xərçənginin müalicəsi zamanı bir sıra proqnostik amillərin öyrənilməsinə daha çox diqqət yetirilir ki, bu da xəstəliyin adyuvant müalicə seçiminin daha optimal olması və müalicənin effektivliyinin yüksəldilməsinə yönəldilir. Belə ki, bu zaman əsas fikir əsasən reseptor statusun öyrənilməsi, ER, PR bədləşmə dərəcəsi (G – qradasiya), KI-67, HER-2 və c. kimi faktorların öyrənilməsi daha önəmli sayılır. Alimlər belə qənaətə gəlirlər ki, şiş törəməsinin yüksək differensiasiyalı olduğu halda reseptor status müsbət və əksini aşağı differensiasiyalı şişlərdə reseptor status mənfi olur. Lakin bu məsələ tam aydınlaşdırılmamışdır. Süd vəzisi xərçənginin proqnozuna təsir edən əsas amillərdən biri yuxarıda qeyd olunduğu kimi, C-erb B-2 onkogenidir ki, həmin onkogen şiş törəməsinin funksional vəziyyətini, prosesin gedişini, xəstəliyin və müalicənin nəticəsini

xarakterizə etməyə malikdir ki, onun amplifikasiyası (in situ) hibridizasiya üsulu ilə müəyyən edilir. Bir çox alimlərin fikrinə görə həmin onkogen süd vəzisi xərçənginin 30%, 22% hallarda isə şişin histostrukturasından asılı olmayaraq müşahidə olunur.

Bizim klinikamızda 2009-2011-ci illər ərzində süd vəzisinin operabel formasında 76 xəstə operativ müalicəyə məruz qalmışdır ki, onlardan 62 xəstəyə Madden mastektomiyası, 10 xəstəyə radikal rezeksiya və şüa terapiyası aparılmışdır. Bütün xəstələrə adyuvant PKT kursları aparılmışdır. Bütün xəstələrdə histoloji müayinə, reseptor status (ER, PR və HER-2, şişin bədləşmə dərəcəsi (G – qradasiya), proliferativ indeks – Ki-67) öyrənilmişdir.

Yuxarıda qeyd olunduğu kimi – reseptor müsbət şişlərdə əsasən G-1 qradasiya daha çox – 56,6%, G-II – 38,2% rast gəlmişdir. G-3 qradasiya isə - 6,6% müşahidə olunmuşdur. 8 nəfər G-3 qradasiyalı xəstənin 3-də ER-, qalan 5 nəfər xəstədə isə hər 2 (ER və PR) steroid hormonun reseptoru mənfi olmuşdur. Nəticələrdən aydın olur ki, aşağı differensiasiyalı şişlərdə adətən steroid hormonların reseptorları mənfi nəticələrlə müəyyən edilirlər.

Tədqiqata daxil olan 76 xəstədən 22-də HER-2 status müsbət (28,9%), qalan 54 xəstədə (71,1%) isə HER-2 reseptor mənfi olmuşdur. HER-2 reseptorun şişin bədləşmə dərəcəsiindən asılılığının müqayisəsinə gəlincə qeyd etməyilik ki, G-1 qradasiyadan olan xəstələrdə HER-2 mənfi, G-2 qradasiyasında 18 xəstədə (13,3%), HER-2 müsbət G-3 qradasiyasında isə olan 6,6% - şişlərin hamısında HER-2 reseptor müsbət olmuşdur ki, bu da ədəbiyyatda olan məlumatlara uyğun gəlir.

Birincili sümük şişlərinin müalicəsinin müasir aspektləri

*Ə.T. Əmiraslanov, A.Ə. Əmiraslanov, E.E. İbrahimov,
Ş.D. Tağıyev, V.E. Tağıyeva
Azərbaycan Tibb Universitetin Bakı ş.*

Birincili sümük şişlərinin müalicəsi müasir onkologiyanın ən çətin və aktual problemlərindən biri olaraq qalmaqdadır. Bu şişlər əsasən uşaq, yeniyetmə, gənc yaşlarda inkişaf edərək, yüksək bədxassəliliyi, hematogen metastazların erkən meydana çıxması və proqnozun pis olması ilə fərqlənir.

Müasir dövrdə sümük sarkomalarının müalicəsində cərrahi, kimyəvi dərman, şüa, kombinə olunmuş və kompleks müalicə metodları tətbiq olunur. Son zamanlara qədər, birincili bədxassəli sümük şişlərinin müalicəsində şikəstedici əməliyyatlara üstünlük verilirdisə, hazırki dövrdə kimyəvi dərman terapiyasının, müasir diaqnostika üsullarının imkanları, müxtəlif sümük transplantatları və endoprotezlərin praktikaya daxil olması orqansaxlayıcı əməliyyatlara olan göstərişlərin genişlənməsi ilə nəticələnmişdir. Hazırda onkoloji ortopediyada bədxassəli sümük şişlərinin cərrahi müalicəsində orqansaxlayıcı əməliyyatlardan endoprotezləşdirməyə (EP) üstünlük verilir. Bu müalicə üsulu onkoloji xəstələrin həyat keyfiyyətini, şiş əleyhinə müalicənin funksional və psixoloji nəticələrini yaxşılaşdırmaqla yanaşı, xəstəliyin proqnozuna təsir etmir.

N.N. Bloxin adına Rusiya Tibb Elmlər Akademiyasının Onkoloji Elmi Mərkəzində və ATU-nun Onkologiya kafedrasında akademik Ə.T. Əmiraslanovun iştirakı ilə bədxassəli sümük şişi diaqnozlu 669 xəstə üzərində iri sümük və oynaqların EP əməliyyatı icra edilmişdir: 348 (52%) xəstədə bud sümüyünün distal rezeksiyası və diz oynaqının EP; 147 (22%) xəstədə qamış sümüyünün proksimal rezeksiyası və diz oynaqının EP; 114 (17%) xəstədə bazu sümüyünün proksimal rezeksiyası və çiyin oynaqının EP; 60 (9%) xəstədə bud sümüyünün proksimal rezeksiyası və bud-çanaq oynaqının EP. Bundan əlavə 98 xəstədə döş-kürəkərası rezeksiya

(Tixov-Linberq) əməliyyatı aparılmışdır. EP əməliyyatlarından sonra “əla və yaxşı” funksional nəticələr 70% təşkil etmişdir. Xəstələrdə ən çox təsadüf olunan ağırlaşmalar bunlardır: 1. endoprotezin qeyri-stabilliyi - 3.6%; 2. endoprotez ayaqcığının sınması - 4%; 3. irinli-septik ağırlaşmalar - 3.3%.

Erkən hematogen disseminasiyaya meyilli osteogen sarkoma, bədxassəli fibroz histiositoma və yüksək bədxassəli xondrosarkomalar zamanı kompleks müalicə aparılır. Bu müalicə cərrahi və mikrometastazların qarşısını almağa yönəlmiş kimyəvi dərman terapiyasını özündə birləşdirir. Digər diaqnozlu xəstələrdə isə sırf cərrahi metod istifadə edilmişdir. I qrup xəstələrdə Doksorubisin hidroxloridlə (90-120 mq) əməliyyatönü arteriyadaxili (regionar) infuziya aparılmışdır. Bundan 3 həftə sonra sümüklərin geniş seqmentar rezeksiyası və iri oynaqların EP əməliyyatı icra edilmişdir. Əməliyyatdan sonra şiş toxumasında nekroz dərəcəsi (patomorfoz) öyrənilmişdir. III-IV dərəcə patomorfozlu xəstələrdə adyuvant müalicə Doksorubisin hidroxloridlə davam etdirilmiş, I və II dərəcə patomorfozlu xəstələrdə isə CAP və ya AP+İföVp sxemlərini növbələşdirməklə aparılmışdır. Sümük sarkomalarının müasir kompleks müalicəsi təqribən 6 ay davam edir. Tədqiqatlar göstərir ki, belə müalicədən sonra xəstələrin 5-illik yaşama göstəricisi 70%-ə çatır.

Bədxassəli sümük şişi olan xəstələrdə iri oynaq və sümüklərin EP sahəsində hələ də bir çox problemlər həll olunmamış qalır. Bu, ilk növbədə implantatın orqanizm tərəfindən “qəbul edilməsi”, şiş prosesinin disseminasiyasını, orqansaxlayıcı əməliyyatdan qabaq şişin həcmnin kiçildilməsi və əməliyyatdan sonra metastaz və residivlərin profilaktikası məqsədi ilə aparılacaq kimyəvi-şüa müalicələrini nəzərə almaqla orqansaxlayıcı müalicəyə ciddi göstərişlərin işlənilib hazırlanması, xəstələrin əməliyyatdan sonrakı reabilitasiyası və başqa problemlərdir. Bu məsələlərin həlli üçün təbabət və texnikanın müxtəlif sahələrindən olan mütəxəsislərin işbirliyi, sümük şişi olan xəstələrin orqansaxlayıcı müalicəsinin

taktika və strategiyasının işlənib hazırlanmasına, EP metodikasının təkmilləşdirilməsinə kömək edən tədqiqatların aparılması vacibdir.

Продолжительность жизни у больных раком пищевода в зависимости от пола, возраста и локализации опухоли после проведения радиотерапии

И.Г.Исаев, Н.М.Аскеров, Л.Н.Гулиева, Г.Г.Насирова
Национальный центр онкологии, г. Баку

Сравнительно высокая частота заболеваемости и высокий показатель летальности от рака пищевода подтверждает тот факт, что результаты лечения этой категории пациентов остаются весьма неудовлетворительными. В 2004 году, несмотря на использование современных методов лечения, показатель пятилетней выживаемости по сравнению с 1970 годом в США повысился незначительно- с 4% до 16% [1, 2, 3]. В Европе в 2007 году, как отмечает Sant M., число больных, проживших 5 лет, не превышает 10% [4].

Проанализированы показатели выживаемости 386 больных раком пищевода после проведения лучевой терапии – общая и безрецидивная продолжительность жизни и средняя продолжительность жизни. Из 386 больных, один год прожили 190 (49,2%), два года – 78 (20,2%) и три года – 60 (15,5%) больных. За трехлетний период наблюдения умерли 295 (76,4%) больных. Медиана продолжительности ремиссий составила 11 месяцев.

Показатели выживаемости больных раком пищевода в зависимости от пола и возраста показали следующее. Из 326 мужчин один год прожили 157 (48,1%), два года – 65 (20,0%), три года – 51 (15,6%) больных. Из 60 женщин один год прожили 33 (55,0%), два года – 13 (21,6%), три года – 9 (15,0%) больных. Из 181 больных младше 50 лет, один год прожили 90 (49,7%),

два года 34 (18,8%), три года – 28 (15,4%). 205 больных, которые были старше 50 лет, один год прожили 100 (48,7%), два года – 44 (21,4%), три года – 32 (15,6%). Таким образом, как видно, показатели выживаемости в зависимости от пола и возраста имели небольшие отличия, результаты трехлетнего наблюдения за больными выявили, что пол и возраст пациентов мало влияют на продолжительность их жизни и годовую выживаемость ($p>0,05$).

Таблица 1

Выживаемость больных раком пищевода в зависимости от локализации опухоли

Локализация опухоли	Всего больных	Общая годовая выживаемость (M±m, в %)		
		1 год	2 года	3 года
Шейный отдел	66 (17,4%)	28 42,4±6,0%	9 13,6±4,2%	4 6,0±3,0%
Верхнегрудной отдел	43 (11,1%)	21 48,8±7,6%	10 23,2±6,4%	7 16,3±5,6%
Среднегрудной отдел	125 (32,3%)	90 72,0±4,0%	42 33,6±4,2%	38 30,4±4,1%
Нижнегрудной отдел	47 (12,1%)	22 46,8±7,2%	9 19,1±5,7%	6 12,7±4,8%
Абдоминальный отдел	49 (12,7%)	9 18,3±5,5%	3 6,1±3,4%	2 4,0±2,7%
Поражение 2-х и более отделов	56 (14,4%)	20 35,7±6,4%	5 8,9±3,8%	3 5,3±2,9%
Всего	386 (100,0%)	190 49,2±2,5%	78 20,2±2,0%	60 15,5±1,8%

Как видно из таблицы 1, данные о выживаемости больных раком пищевода в зависимости от локализации опухоли показали, что при поражении шейного отдела пищевода один год прожили 28 (42,4%) больных. При поражении верхнегрудного отдела пищевода один год прожили - 21 (48,8%) больных, при поражении нижнегрудного отдела пищевода – 22 (46,8%) больных, то есть показатели выживаемости практически

не отличались ($p>0,005$). Высокий показатель выживаемости был у больных с поражением среднегрудного отдела пищевода, один год прожили 90 (72,0%) больных ($p<0,05$). При локализации опухоли в абдоминальном отделе и при поражении двух и более отделов пищевода этот показатель составил: 9 (18,3%) и 20 (35,7%).

Двухлетняя выживаемость при локализации опухоли в верхнегрудном отделе пищевода оказалась лучше - 10 (23,2%), чем при локализации опухоли в шейном отделе - 9 (13,6%) ($p<0,05$). При локализации опухоли в среднегрудном отделе пищевода два года прожили 42 (33,6%) больных, этот показатель при поражении нижнегрудного отдела пищевода составил: 9 (19,1%) ($p<0,005$). С поражением абдоминального отдела пищевода два года прожили 3 (6,1%) пациента, при поражении двух и более отделов пищевода - 5 (8,9%) ($p<0,05$). Наблюдалось увеличение продолжительности жизни больных при вовлечении в патологический процесс верхней и средней трети пищевода (соответственно, $16,0\pm 2,0$ и $17,0\pm 3,0$ месяцев), по сравнению с теми больными, у которых опухоль локализовалась в шейном, нижнегрудном, абдоминальном и при поражении двух и более отделов (соответственно, $11,0\pm 3,0$ мес., $11,0\pm 5,0$ мес., $10,0\pm 4,0$ мес., $9,0\pm 4,0$ мес.). Показатели трехлетней выживаемости выше при локализации опухоли в среднегрудном отделе пищевода - 30,4% ($p<0,05$). При поражении шейного отдела пищевода этот показатель составил 6,0%, верхнегрудного отдела - 16,3%, нижнегрудного - 12,7%, при поражении двух и более отделов - 5,3%, с поражением абдоминального отдела пищевода прожили 4,0% больных. Таким образом, лучшие показатели выживаемости были у больных с поражением среднегрудного отдела пищевода, по сравнению с теми, у которых опухоль локализовалась в других отделах.

На показатели выживаемости пациентов благоприятно влияло наличие опухоли в ниже- и среднегрудном отделах

пищевода. Установлена прямая корреляция между степенью регрессии опухоли и продолжительностью жизни пациентов ($p < 0,05$).

Литература

1. Launois B, Delarue H, Champion JP et al. Preoperative radiotherapy for carcinoma of the esophagus // Surg Gyn Obst, 1981, v.153: p. 690–692.

2. Papillon J., Gojon M. La roentenotheapia dans le L-oesophagus // Arch.Mal.Appar.Digest, 1952, v. 41, n. 1, p.112-120.

3. Ries LAG, Eisner M, Kosary C, et al., eds. SEER cancer statistics review, 1975-2001. Bethesda, Md // National Cancer Institute, 2009, p. 146-159.

4. Sant M, Aareleid T, Berrino F, et al. EURO CARE Working Group. EURO CARE-3: survival of cancer patients diagnosed 1990–94—results and commentary // Ann Oncology, 2007; 14: v 61–v 118.

Мədə xərçəngi olan xəstələrdə müxtəlif müayinələr və cərrahiyyə müalicələrinin əldə olunmuş proqnostik dəyişikliklərin təyini

*Kərimov Ə.X., Əsgərov N.Ə., Əliyev A.R., Zeynalov R.S., Yusifov A.J.
Milli Onkologiya Mərkəzi, Bakı ş.*

Mədə xərçənginin erkən diaqnostikasının proqnostik məqsədlə həlli, əsasən həmin prosesin mədə divarına invaziya dərinliyi dərəcəsiindən bilavasitə asılıdır. Bu vəziyyəti düzgün qiymətləndirməkdən ötrü.

1-ci nöbədə endoskopiya zamanı makroskopik olaraq mədənin selikli qişasının müxtəlif zədələnmələrin-məməcikli, daraqvari, polipoz və xoraya bənzər dəyişikliklərin aşkar edilməsi və bu zonalarından biopsiyaların histomorfoloji təsnifatından asılı olaraq cərrahi müalicə nəzərdə tutulmalıdır.

İkinci növbədə xəstələrin laborator müayinələri, qanın və mədə möhtəviyatının öyrənilməsi vacib hesab olunur. Mədə xərçəngi zamanı mədə şirəsinin və pepsinin azalması fonunda hipotənziya və anasid vəziyyəti 70%-dən çox və 20-30% xəstələrdə, süd turşusunun artması nəticəsində, qıvcırma baş verir. Qanın ümumi analizlərində əsas dəyişikliklərdən Hb-inin və eritrositlərin aşağı səviyyədə olması, bunada səbəb əsasən bu xəstələrin $97,3 \pm 2,7\%$ -də gizli qanaxmaların olması və bir çox hallarda leykositlərin normal səviyyədə olmasına baxmayaraq ECR-sı yüksəməsi müşahidə olunur. Koaqulyasiya vəziyyəti ümumiyyətlə bu xəstələrdə hiperkoagulyasiya baş verir, bu da prokoagulyantların artması, bununla yanaşı fibrinoliz, antitrombin və antitromboplastların miqdarının artması baş verir.

3-cü növbədə mədə xərçəngində əməliyyatdan qabaq xəstəliyin operabel olub-olmadığını təyin etməkdən ötrü laparoskopiyadan geniş istifadə edilməsi vacibdir.

Material və metodlar. MOM-in abdominal şöbəsində 5 il ərzində 2007-2011-ci illərdə cəmi 452 xəstə müayinə və müalicə almışdır, bunlardan 183-qadın və 269-kişi, 32-82 yaş həddi arasında olmuşdur.

452 xəstədən 426-da ECR yüksəlməsi, anemiya və bunlarla yanaşı hiperkoagulyasiya təyin edilmişdir. Bu xəstələrə gastrokopiya və biopsiya edilmiş, makroskopik olaraq 233 xəstədə polipoz və xoraya bənzər, 119-də isə məməcikvari və daraqvari dəyişikliklər aşkar edilmişdir. 54 xəstədən 42-də laparoskopik olaraq qaraciyərə, ətraf üzvlərə, parietal və visseral peritona, böyük piyiliyə, mədəaltı vəziyyəti metastaz təyin edilmişdir. Şöbəyə qəbul olunmuş xəstələrdən 176-nə gastroektomiya onlardan standart gastroektomiya D1-39, standart radikal gastroektomiya D2-95, genişləndirilmiş radikal gastroektomiya D3-56 xəstədə edilmişdir, qalan 198 xəstələrdən 147 distal və proksimal mədə rezeksiyası edilmiş və 51 xəstələrə isə gastroentroyunoanastomozlar edilmişdir.

Histomorfoloji olaraq, bu xəstələrdə 312 də adenokarsinoma, kolloid xərçəng – 39, üzükvarı-hüceyrəli -42, differensasiya olunmayan -32 xəstələrdə aşkar edilmişdir.

Nəzarətimizdə olan xəstələrdə müayinə və cərrahiyyə əməliyyatları əsasında 426 xəstədən, 18 də T1N0M0; 29-da – T1N2M0; 32-də - T1N3M0; 34-də - T2N1-2M0; 43-də - T2N3M0; 13-də - T3N3M0 və 42 xəstədə - T4N1-3M1 (ətraf üzvlərə, perital və visseral peritona, bütün limfa vəzilərinə metastazların olması) təyin edilmişdir.

Cərrahiyyə əməliyyatını 54 xəstəyə laparoskopiya olunaraq 42-də müxtəlif metastazlar aşkar edilməsi, bu xəstələrdə lüzumsuz laparotomiyanın qarşısını almışdır.

Nəticə: Biz tərəfdən araşdırmalar etdiyimiz 452 mədə xərçəngi olan xəstələrin müayinə və cərrahiyyə müalicəsinin proqnozu, şişlərin differensirofkasından yox, bilavasitə şişin mədə divarının dərinlik invaziyasından və limfa düyünlərinin sayından asılı olaraq metastazların baş verməsindən asılı olması, bir daha, subut edilmişdir.

Брахитерапия в лечении больных раком пищевода

И. Г. Исаев, Н.Г. Кулиева, Г. Г. Насирова, Л. Н. Гулиева
Национальный центр онкологии, г.Баку

С целью повышения эффективности радиотерапии у больных раком пищевода (РП) в последние годы используют различные нетрадиционные режимы фракционирования дозы ионизирующего излучения: мультифракционный курс, динамический, с использованием «малых сенсibiliзирующих доз», методики «поле в поле» и др.. Однако, полная или частичная регрессия опухоли у больных РП при радикальных курсах дистанционной лучевой терапии (ДЛТ) наблюдается в среднем в 45-60% случаев, а показатели трехлетней

выживаемости не превышают 20-25%. По мнению большинства авторов, высокая смертность больных РП в основном обусловлена продолженным ростом или развитием рецидивов в результате неизлеченности первичного очага (Bosetti C. et al., 2008; Kamangar F. et al., 2009). Попытки улучшить результаты лечения с помощью увеличения суммарной очаговой дозы на патологический очаг ограничены толерантностью окружающих здоровых тканей и органов и ведет к увеличению числа тяжёлых лучевых осложнений (Gordon Styll, 2002).

В то же время, в среднем у 80-90% больных РП в ближайшие 2 года после завершения лучевой терапии (ЛТ) развиваются локо-регионарные рецидивы, лечение которых является сложной и проблематичной задачей. Симптоматические мероприятия – установка эндозофагеального стента, лазерная деструкция и др. – не всегда приводят к оптимальному результату, в лучшем случае достигается та или иная степень реканализации пищевода. Повторная ЛТ при РП может применяться в единичных случаях, так как потенциально несет опасность тяжелых осложнений и усугубления постлучевых изменений со стороны органов и тканей.

Одним из перспективных путей улучшения результатов радиотерапии РП является внедрение в клиническую практику брахитерапии с высокой мощностью дозы (HDR) - метода внутрисполостной ЛТ, значительно повышающего очаговую дозу в опухоли, и, соответственно, вероятность локального излечения.

Брахитерапия у больных РП может быть применена как в сочетании с ДЛТ, так и в самостоятельном варианте – для ускорения реканализации пищевода при местно-распространенных процессах, а также при локальных рецидивах заболевания (Okawa T. et al., 2002). По мнению датских ученых, внутрисполостное облучение рака пищевода- методика, при которой радиоактивный источник помещается в просвет

пищевода, используется в качестве модальной монотерапии для паллиативного лечения дисфагии или в качестве дополнения к внешнему облучению. По приведенным ими данным, дисфагия была устранена более, чем у 90% пациентов, и, соответственно, значительно улучшилась выживаемость больных. Отмечавшиеся негативные реакции зависели от дозы и выражались в развитии эзофагитов разной степени, в редких случаях - язв пищевода, а в более отдаленные сроки в единичных случаях могли развиваться и стриктуры органа (Keldsen N, Bentzen J, Кнудсен JB, Хансен HS, 2010). Ряд других исследователей придерживается мнения, что брахитерапия может применяться при любых злокачественных опухолях пищевода, протяженностью более, чем 5см (Университет Витватерсранда, Йоханнесбург, 2003). В результате отмечалось значительное увеличение сроков жизни, повышение ее качества за счет устранения фактора дисфагии, болевого синдрома и т.д.

Таким образом, мнение различных исследователей относительно показаний к брахитерапии у больных раком пищевода к настоящему моменту остается неоднозначным. Нет разногласий только в одном, но основном положении - при брахитерапии наиболее эффективно и в краткие сроки достигается реканализация пищевода. Учитывая то обстоятельство, что больные раком пищевода - как в Азербайджане, так и в других странах СНГ, а также Европы, как правило поступают в стационар уже при выраженном синдроме дисфагии, свыше 70% из них, по сводным данным, находятся в клинических стадиях III- IV, большинство пациентов при этом к моменту поступления являются неоперабельными, то стремление клинициста к терапии, направленной на быстрейшее восстановление проходимости пищевода, является оправданным. На современном этапе развития онкологии и лучевой терапии применение брахитерапии, как компонента лечения больных РП, а также рецидивов данного заболевания, представляется перспективным и будет применяться в

отделении лучевой терапии Национального Центра Онкологии. Необходимая для этих целей материально-техническая база, координация с другими специалистами к настоящему моменту полностью достигнута. Все планируемые методики теоретически обоснованы и разработаны. После соответствующей топодозиметрической подготовки брахитерапия больных раком пищевода будет проводиться как в самостоятельном варианте, так и в сочетании с дистанционным облучением до радикальных доз.

Эффективность платиносодержащих схем химиотерапии у «triple-negative» больных метастатическим раком молочной железы

*Мусаев И.Н., Зейналов Р.С., Аббасов А.Э.
Национальный центр онкологии, г.Баку*

Рак молочной железы (РМЖ) является актуальной проблемой здравоохранения во всем мире, занимая первое место среди злокачественных опухолей у женщин и второе место по смертности от онкологических заболеваний (1). Современное лечение РМЖ основано на традиционных предсказательных и прогностических факторах, включающих гистологические, клинические и некоторые четко очерченные биологические характеристики, т.е. экспрессию рецепторов гормонов и эпидермального фактора роста - HER2. Характеризуя биологические особенности каждой конкретной опухоли, молекулярные маркеры могут помочь в прогнозировании исхода заболевания и в индивидуализации лекарственного лечения (3).

Особый интерес представляет группа больных с отрицательными рецепторами эстрогенов и прогестерона и отсутствием экспрессии HER2/neu, так называемый “triple-negative” РМЖ. Этот тип опухоли встречается у 12-20%

больных РМЖ, с наибольшей частотой у женщин пременопаузального возраста. “triple-negative” РМЖ развивается из базального эпителия и относится к низкодифференцированным опухолям, характеризуется агрессивностью течения, большой частотой ранних висцеральных метастазов и плохим прогнозом (2).

Несмотря на плохой прогноз, “triple-negative” РМЖ, чувствителен к стандартным химиотерапевтическим схемам, включая антрациклин- и таксансодержащие схемы. В последние годы в литературе появились данные клинических исследований по эффективности платиносодержащих схем у данной категории больных. По данным различных авторов эффективность платиносодержащих схем химиотерапии (ХТ) у «triple-negative» больных метастатическим РМЖ колеблется в пределах 26-50%. Однако, эти данные пока немногочисленные, разнородные и требуют дальнейшего анализа (4).

В связи с вышеуказанным, нами было проведено исследование, целью которого было определение эффективности платиносодержащих схем ХТ у «triple-negative» больных метастатическим РМЖ в условиях Национального центра онкологии. В исследование вошло 18 больных в возрасте 34-76 лет, у которых отмечалось прогрессирование заболевания после антрациклин- и таксансодержащих схем ХТ. Всем больным проводились курсы ХТ по схеме Цисплатин 75 мг/м² 1-й день, Гемцитабин 1000 мг/м² 1,8-е дни с 2-недельным интервалом (4-6 курсов). Эффективность лечения оценивалась по следующим критериям: объективный эффект, токсические проявления.

Как показал анализ полученных данных, из 18 пациенток у 6(33,3%) больных отмечался объективный эффект, причем во всех случаях отмечалась частичная регрессия. У 4(22,2%) больных отмечалась стабилизация процесса, в 8(44,5%) случаях – прогрессирование заболевания. Из токсических проявлений 3-4 степени можно отметить анемию (14%), фебрильную

нейтропению (7%), тромбоцитопению (7%), периферическую нейтропатию (12%), почечные нарушения (12%). В большинстве случаев гематологические осложнения купировались назначениями рекомбинатных эритропоэтинов, гранулоцитарных колониестимулирующих факторов, переливаниями эритроцитарной и тромбоцитарной массы, назначениями антибиотиков.

Таким образом, использование платиносодержащих схем ХТ у клинически сложной группы больных с «triple-negative» метастатическим РМЖ с прогрессированием после антрациклин- и таксансодержащих схем ХТ позволило у трети больных получить объективный эффект, что можно считать обнадеживающим результатом.

Литература

- 1.Ahmedin J. Global cancer statistics.A Cancer //Clinicians, 2011, v.61, issue 2, p 69–90.
- 2.Schneider B.P. et al. Triple-negative breast cancer: risk factors to potential targets./ Clin.Cancer.Res., 2008, v.14:p.8010-8018
- 3.Sotiriou C., Pusztai L. Gene-expression signatures in breast cancer. N.Engl./Med., 2009, 360, p.790-800
- 4.Wilcken N., Dear R. Chemotherapy in metastatic breast cancer: a summary of all randomized trials reported 2000-2007. Eur./Cancer, 2008, 44: p.2218-2225

Uşaqliq boynu xərçəngi ilə xəstələnmə , diqnostikasi və müalicəsinin bəzi statistik göstəriciləri

F.Ə.Mərdanlı , E.B. Mansurov , N. M.Əsgərov, V. T. Məmmədov, N. B. Əliyeva , Ə.İ Burcuyeva , S. İ. Cəfərova, E. R. Hüseynova
Milli Onkologiya Mərkəzi , Bakı ş.

Qadınlar arasında bəd xassəli şişlərlə xəstələnmənin əsas lokalizasiyalari içərisində uşaqliq boynu xərçəngi ən çox rast gənlərdən biri olub intensivlik göstəricisi 2007-2009-cu illərdə Azərbaycan respublikası üzrə hər 100000 nəfərə illərə müvafiq olaraq 7,1 ; 6,9 və 6,4 olub.Həmdə bu göstəricilər qeyd olunan illərdə uşaqliq çismi və yumurtalıq xərçənginə aid olan intensivlik göstəricilərindən yüksək olub.(1) Rusiya Federasiyasında , Belarus Respublikasında , bir çox M.D.B və dünya dövlətlərində də uşaqliq boynu xərçəngi qadın cinsiyyət üzvləri bəd xassəli şişləri arasında ilk yerlərdən birini yer tutur. (2 , 3 , 5 , 6 , 7 , 8 , 9 , 10 , 11 , 12.).A.B.Ş-da 2006- cı ildə 9170 uşaqliq boynu xərçəngi olan xəstə müəyyən edilib. (4)

2007-2011-ci illərdə Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyi Milli Onkologiya Mərkəzinin stasionar şöbələrinə uşaqliq boynu xərçəngi ilə 1032 xəstə qəbul olub.Bu xəstələrin 517 (50,0 %) nəfəri şəhərdə , 515 (50,0 %) nəfəri isə kənddə yaşayan olub.Xəstələrin yaş tərkibi 6 qrupda öyrənilib. Ən çox xəstə 40-49 yaş qrupunda olub- 403 (39,0 %) .Bu göstərici azalan istiqamətdə olmaqla digər yaş qruplarında müvafiq olaraq belə olub : 314 (30,4 %) – 50-59 ; 138 (13,4%) – 30-39 ; 124(12,0 %)- 60-69 ; 45 (4,4 %) –70 və yuxarı ; 8 (0,8 %) – 20- 29 . Beləliklə xəstələrin 2/3 – dən çoxu 40-59 yaş qrupunda olub. Xəstəliyin mərhələlər üzrə öyrənilməsi göstərir ki, ən çox xəstə xəstəliyin III mərhələsində olub- 516 (49,9 %) . II mərhələdə 323 (31,5 %) , I mərhələdə 133 (12,9 %) ,IV mərhələdə 60 (5,8 %) xəstə olub. Beləliklə xəstələrin yarısından çoxunda diaqnostikasına görə asan vizualizasiya olunan uşaqliq boynu xərçənginin III-IV mərhələsində rast gəlinib.Bunun

əsas səbəbi xəstələrin həkimə gec müraciət etməsi ,bir sıra hallarda isə xəstələrin qeyri onkoloji diaqnozlarla (uşaqlıq boynu eroziyası və s.) səhv müalicə alması ilə əlaqədardır. Belə ki , spesifik onkoloji müalicə alana qədər xəstələrin yarısından çoxunda xəstəliyin müddəti 6 aydan çox və bunlardan 25,3 % (261) xəstədə isə bu müddət 1 ildən çox olub. 48,6 % (502) xəstədə isə xəstəliyin müddəti 6 aya qədər olub.

Uşaqlıq boynu xərçəngi olan xəstələrdə qan qrupları və rezus faktorun rast gəlmə tezliyini öyrənmişik .Ən çox II (A) qan qrupuna rast gəlinib – 395 (38,3 %) xəstədə olub. I (O) , III (B) və IV (AB) qan qrupları müvafiq olaraq 346 (33,5 %) , 168 (16,3 %) və 83 (8,0 %) xəstədə rast gəlinib . 937 (90,7 %) xəstədə rezus müsbət və 55 (5,3 %) xəstədə isə mənfi olub. 40 xəstə müayinədən çıxarılıb.

Uşaqlıq boynu xərçəngi diaqnozu ilə müalicə planlaşdırılan xəstələrdə aparılan seroloji və bakterioloji müayinələr onların böyük əksəriyyətində urogenital infeksiyaların yüksək titrə malik olmasını göstərmişdir.Belə ki , müayinə edilən qadınların 96 ,6 % -də uşalıq yolunun florası III dərəcəli təmizlik tezliyinə malik olmuşdur ki , onların 26 ,0 % - də kandidoz və 11,0 % -də bakterial vaginoz aşkar edilmişdir .

Bütün xəstələrdə histoloji müayinə aparılıb.753 (73,0 %) xəstədə yastı epitel xərçəngi və 279 (27,0 %) xəstədə adenokarsinoma təyin olub.

Xəstələrin müalicəsində xəstəliyin mərhələsindən asılı olaraq tək , kombinə olunmuş və kompleks olaraq şüa , cərrahi və kimyəvi dərman müalicələrindən istifadə olunmuşdur.Birinci dəfə müraciət edən 627 (60,7 %) xəstəyə şüa , 270 (26,2 %) xəstəyə cərrahi və 127 (12,3 %) xəstəyə isə kimyəvi dərman müalicəsi aparılıbdir.

Nəticələr.1.Azərbaycan Respublikasında son illərdə qadın cinsiyyət üzvləri bəd xassəli şişləri arasında uşaqlıq boynu xərçəngi ən çox rast gələndir. 2.Milli Onkologiya Mərkəzi stasionar şöbələrində müalicə olunan uşaqlıq boynu xərçəngli xəstələrin 2/3 – dən çoxu 40-59 yaş qrupunda olub. 3. Xəstələrin yarısından çoxunda xəstəliyin III-IV mərhələləri olub. 4.Xəstələrdə ən çox II (A) qan

qrupuna rast gəlinib. 5.Xəstələrin 73,0 % -də yastı epitel xərcəngi olub. 6.Birinci dəfə müraciət edən xəstələrin 60,7 % şüa müalicəsi alıb.

Ədəbiyyat

1.Mərdanlı F.Ə., Mansurov E.B., Nadirova T.A., Kərimova N.Z., Əliyeva N.B., Bircuyeva Ə.İ., Cəfərova S. İ. //Azərbaycan Onkologiya və Hematologiya jurnalı. №2, 2010 , s, 14 – 20.

2.Государственная статистическая отчетность. Форма 1 – злокачественные новообразования: отчет о заболеваниях злокачественными новообразованиями за 2008 г. – Минск.

3.Злокачественные новообразования в Беларуси 1998-2007гг./Под ред. А.А.

4.Граковича, И.В. Залуцкого.-Минск: РНПЦ МТ, 2008.с.197.

5.Краткое руководство по лечению опухолевых заболеваний. / под. ред. М.М. Боядзиса, П.Ф. Лебоуица, Дж.Н. Фрейма, Т. Фоджо; пер. с англ. Под. ред. С.А. Тюляндина, И.В. Поддубной. – М.: //Практическая медицина, 2009. с. 984

6.Мерабишвили В.М. Злокачественные новообразования в мире, России, Санкт-Петербурге. – СПб., 2007. С. 424.

7.Чиссов В.И., Старинский В.В., Петрова Г.В. Злокачественные новообразования в России в 2007 году (заболеваемость и смертность). - М., 2009. с. 241

8.Чиссов В.И., Старинский В.В., Петрова Г.В. Злокачественные новообразования в России в 2008 году (заболеваемость и смертность). - М., 2010. с 256

9.Cancer Incidence in Five Continents // IARC Sci. Publ. – Lyon, 2008. V. 9. P.896

10.International Agency for Research on cancer (IARC) // Biennial Report 2002-2003. Lyon, 2003.

11.Jemal A, Siegel R, Ward E, et al. Canser Statistica 2007 // CA. Canser J. Clin.-2007 V..57.-P. 43-68.

12.Jemal A., Siegel R., Ward E. et al. Cancer statistics, 2009 // CA Cancer J. Clin.-2009. V. 59. P. 225-249.

13.Parkin D.M. Bray F. Ferlay J. Pissani P. Global Cancer Statistica. 2002.//C.A. Canser Clin – 2005 v. 55.p. 74 – 108.

Yerli yayılmış uşaqlıq boynu xərçənginin konkurent kimyaradioterapiyası.

*İsayev İ.H., Quliyev E.H., Əkbərov K.S., Kazımov K.İ.
Milli Onkologiya Mərkəzi Bakı ş.*

Giriş. Azərbaycanda uşaqlıq boynu xərçəngi qadın onkoloji xəstəlikləri arasında süd vəzi xərçəngindən sonra ikinci yeri tutur. Aparılan geniş profilaktik tədbirlərə (vaksinasiya, sitoloji skrininglər, displaziya və preinvaziv xərçənglərin erkən diaqnostikası və müalicəsi) baxmayaraq xəstələnmə göstəricisi yenə də yüksək olaraq qalır (5).

Uşaqlıq boynu xərçəngi ən çox 45-49 yaşlarda və əsasən cinsi həyat yaşamış qadınlarda müşahidə olunur. Bu xəstəliyin etiologiyasında bir çox nəzəriyyələrə yer verilir. Lakin son dövrlərdə papilloma virusunun (HPV) 16,18,31,33 və 45 -ci tipinin xroniki iltihabi proseslər fonunda təsiri əsas götürülür (8,11,12).

I-IIA mərhələli proseslərdə müştərək şüa müalicəsi digər müalicə metodları ilə yanaşı seçim metodu olduğu halda, IIB-III mərhələli xəstələrdə nəinki əsas, hətta yeganə müalicə metodu olaraq qalır. Baxmayaraq ki, uşaqlıq boynunun xərçəngönü xəstəlikləri və xərçənginin ilkin mərhələlərində cərrahi metodlar müvəffəqiyyətlə tətbiq edilir, xəstələrin böyük əksəriyyətinin (65-70%) müxtəlif səbəblərdən xəstəliyin gecikmiş formalarında - IIB-III mərhələlərində klinikaya müraciət etməsi onların bir çoxuna şüa müalicəsinin tətbiqini vacib edir. Bu isə ilkin diaqnostika və effektiv müalicənin aparılmasında ciddi problemlərin olduğunu göstərir (4,7,9,10.). Lakin xəstəliyin bu mərhələləri üçün şüa terapiyasından

sonra 5 illik yaşama göstəricilərinin 30-80% təşkil etdiyini nəzərə alsaq bu problemin aktual olduğunu görərik (1,2,3,6).

Deyilənləri nəzərə alaraq, uşaqlıq boynu xərçənginin müştərək şüa müalicəsinin nəticələrini yaxşılaşdırılması məqsədilə MOM-un şüa terapiyası şöbəsində elmi – tədqiqat işi aparılmışdır.

Tədqiqatın məqsədi və vəzifələri. Uşaqlıq boynu xərçəngi ilə xəstələrin müştərək şüa müalicəsi zamanı müxtəlif kombinasiyalarda kimya-şüa terapiyasının və braxiterapiya metodlarının tətbiqi ilə müalicənin effektivliyini yaxşılaşdırılması və optimal rejimin işlənilməsi hazırlanması.

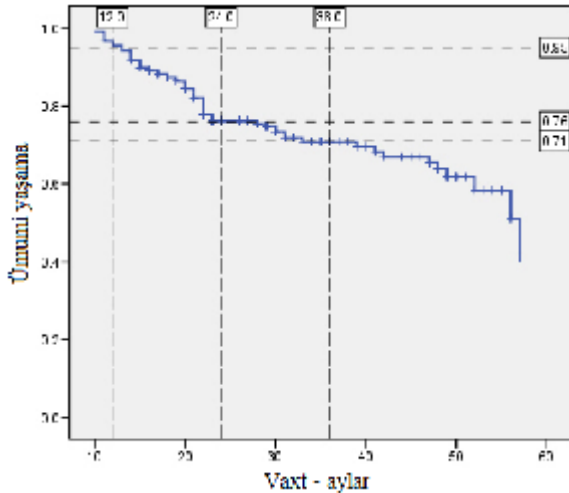
Material və metodlar Elmi tədqiqat işi 2006-2010 illərdə Milli Onkoloji Mərkəzində müştərək şüa terapiyası almış uşaqlıq boynu xərçəngi ilə 246 xəstənin üzərində aparılmışdır.

Xəstələrin yaşı 31-76 arasında təəddüd etmişdir. Hərtərəfli kliniki-instrumental və laborator müayinələr aparılmış və bütün xəstələrdə diaqnoz morfoloji verifikasiya edilmişdir. Kliniki tədqiqata yaşı 18-dən yuxarı, xəstəliyin IIA - IIIB mərhələsi, ümumi vəziyyəti BST/ ECOG şkalasına görə 0-2, periferik qanın göstəriciləri kafi olan xəstələr daxil edilmişdir. Kompleks müayinələrdən sonra xəstəliyin mərhələsi FİGO təsnifatına görə təyin edilmişdir. Belə ki, xəstəliyin IIA mərhələsi ilə 44(17,9%), IIB mərhələsi ilə 115(46,8%), IIIA mərhələsi ilə 13(5,3%) və nəhayət IIIB mərhələsi ilə 74(30%) xəstə şüa müalicəsi almışdır.

Müalicə taktikasından asılı olaraq xəstələr 3 qrupa bölünmüşlər: I qrupa 72 xəstə daxil olmuş və müştərək şüa müalicəsi konkurent kimya terapiya və modifikasiya olunmuş braxioterapiya rejimində aparılmışdır. Xəstələrə distansion şüa müalicəsi birdəfəlik mənbə dozası (BMD) 2 Qr, cəmi mənbə dozası (CMD) 46-50 Qr, braxiterapiya isə BMD 9Qr, CMD 18Qr verilmişdir. Eyni zamanda şüa terapiyası dövründə həftədə 1 dəfə vena daxili sisplatin $40\text{mq}/\text{m}^2$ vurulmuşdur. II qrupda isə 76 xəstə müştərək şüa müalicəsini klassik rejimdə konkurent kimyaterapiya fonunda almışlar. Bu qrupda şüa terapiyası zamanı braxiterapiyanın birdəfəlik mənbə dozası 7,5Qr və fraksiyaların sayı 4 olmuşdur.

Uşaqılıq boynu xərçəngi ilə 98 xəstə isə III qrupa daxil edilmişlər. Bu kontrol qrup seçilərək müştərək şüa müalicəsi yalnız klassik metodla aparılmışdır. Belə ki, bu qrupda kimyaterapiya aparılmamış və şüa terapiyası 2-ci qrupda olduğu kimi tətbiq edilmişdir.

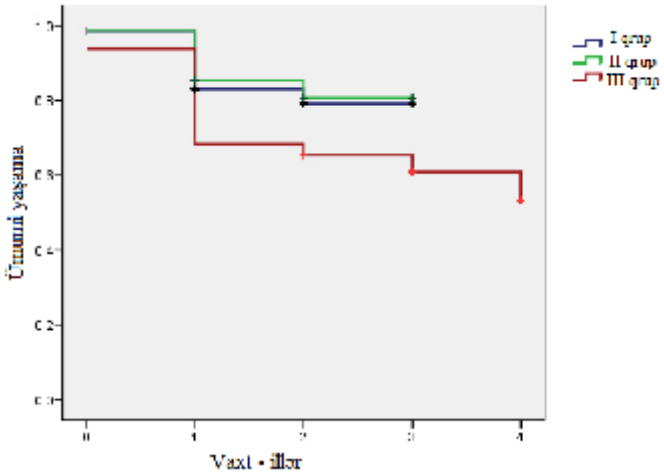
Nəticələr. Müalicənin effektivliyini öyrənmək üçün biz ümumi yaşama göstəricisini analiz etmişik. Bütün 246 xəstənin ilbəlil yaşama göstəriciləri belə olmuşdur: 1il - $95 \pm 1,4\%$, 2 il - $76 \pm 2,7\%$, 3il - $71 \pm 2,9\%$ % xəstə yaşamışdır. Yaşama medianası $56 \pm 3,3$ ay təşkil etmişdir (şəkil 1).



Şəkil 1. Tətqiqata daxil olan bütün xəstələr üçün proqnozlaşdırılmış 3 illik yaşama göstəriciləri

Xəstəliyin yerli yayılma dərəcəsiindən asılı olaraq IIA, IIB, IIIA və IIIB mərhələlərinə uyğun 92,7% , 83,1%, 81,6%, 43,9% xəstə 3 il yaşamışdır. Uşaqılıq boynu xərçənginin mərhələsiindən və müalicə metodundan asılı olaraq aparılan müqayisəli analiz zamanı məlum olmuşdur ki, I, II, III qruplarda 3 illik yaşama göstəriciləri müvafiq olaraq IIA mərhələsi üçün - 89,4%, 92,3% , 88,7%; IIB mərhələsi –

78,3%, 81,8% , 72,3%; III mərhələ – 57,1%, 56,8% i 40,2% təşkil etmişdir (şəkil 3).



Şəkil 2. Mülaliyə metodundan asılı olaraq xəstələrin 3 illik yaşama göstəriciləri

UBX ilə xəstələrdə xəstəliyin mərhələsindən və müalicə metodundan asılı olaraq aparılan müqayisəli analiz zamanı məlum olmuşdur ki, I, II, III qruplara uyğun olaraq yaşama göstəriciləri aşağıdakı kimi olmuşdur. Belə ki, 3 il xəstəliyin IIA mərhələsi ilə - 89,4%, 92,3% və 88,7% , IIB mərhələsi ilə – 78,3%, 81,8% və 72,3%, IIIA və IIIB mərhələsi ilə isə – 57,1%, 56,8% və 40,2% xəstə yaşamışdır. Həmçinin şişin ölçülərindən asılı olaraq 3 illik yaşama göstəriciləri müqayisə olunmuşdur. Ölçüləri < 5 sm və ≥ 5 sm olan şişlər üçün bu göstəricilər müvafiq olaraq 89,3% və 52,8% təşkil etmişdir. Şişin ölçüləri < 5 sm olduqda I, II və III qruplara uyğun olaraq 3 il 92,1%, 88,3% və 90,2% xəstə , ≥ 5 sm olduqda isə 68,6%, 72,4% və 43,7% xəstə yaşamışdır. Buradan görünür ki, şişin ölçüləri < 5sm olduqda yaşama göstəriciləri hər 3 qrupda daha yüksək olmuşdur. Lakin şişin ölçüləri ≥ 5 sm olduqda isə kimya –

şüa terapiyası almış xəstələrin yaşama göstəriciləri tək müştərək şüa müalicəsinə nisbətən daha yüksəkdir ($p < 0.05$).

Yekun. Beləliklə uşaqlıq boynu xərçənginin II mərhələsi və şişin ölçüləri 5 sm-dən kiçik olan hallarda müalicənin nəticələri daha yaxşı, əksinə xəstəliyin IIIB mərhələsi və şişin ölçüləri 5 sm və artıq olduqda daha pis olmuşdur. Bununla yanaşı yuxarıda göstərilən mənfi faktorlar müşahidə olunduqda sisplatin əsaslı konkurent komyaradioterapiya müalicənin nəticələrini əhəmiyyətli dərəcədə yüksəldir.

Ədəbiyyat

1.Jemal A. Sieql.,Ward E,et,al.Cancer Statistics, 2007 CA Cancer // Clin 2007; v. 57; p. 43-66.

2.Howe L.Wu X, et.al.Anual report to the nation on the status oa cancer 1975-2003 featurinq cancer amonq U.S.Hispanc Latino populatins.Cancer 2006, v 107(8); p 1711-1742.

3.Sherman E ,Wanq S , Carreon J, Devesa S.S. Mortality trends for cervical squamous and adenocarcinoma in the United States.Relation to incidence and survival cancer 2005; v. 103(6); p. 1258-1264

4.American College of Obstetricions and gynecologists. ACOG praetice bulletin.Diaqnosis and treatment of cervical carcinomas.Number 35,may 2002. /Int.gynaecol Obstet 2002, v. 78, p. 79-91.

5.Mark J , Tewari KS,KohW.Multimodalality therapy for locally advanced cervical carcinoma,state of the art and future directions.// Clin.Oncol.2007, v. 25, p. 2952-2965.

6.Dubay A, Rose G, OMalley M,et al. Evaluation of concurrent and adjuvant carboplatin with radiation gynol //Oncol 2004, v.94, p. 121-124.

7.Moore H, Blessinq A, Mc Quellon P et al.Phase 3 study of cisplatin With or without paclitaxel in stage 4,recurrent or persistent

squamous cell carcinoma of the cervix, Gynecologic Oncology group study. // Clin. Oncol. 2004, v. 22, p. 3113-3119

8. Lanciano R, Calkins A, Bundy B N, et al. Randomized comparison of weekly cisplatin or protracted venous infusion of fluorouracil in combination with pelvic radiation in advanced cervix cancer, A Gynecologic oncology group study. // Clin Oncol 2005, v. 23, p. 8289-8295.

9. Kərimov Ə.X., Mədətova V.M., Zeynalov F.A. və s. Qadınların uşaqlıq boynu xərçənginə görə skriningi məsələləri // Azərbaycan hematologiya və onkologiya jurnalı, 2010, № 1, s. 71-74

10. Kərimov Ə.X., Zeynalov F.A., Əsgərova Ə.A. Uşaqlıq boynu xərçənginin kompleks diaqnostikasında exoqrafiyanın imkanları / Cənubi Qafqaz onkoloqlarının IV kongresinin materialları, Tbilisi, 2008

11. Margina L.A., Çexonadskiy V.N., Neçuşkin M.İ., Kiseleva M.V. Rak şeyki i tela matki, M., 2004, s. 113-152

12. Bipat S., Glas A., van der Velden J. et al. Computed tomography and magnetic resonance imaging in staging of uterine cervical carcinoma: a systematic review // Gynecol Oncol, 2003, v.91, p. 59-67..

Герпетическая инфекция у больных, получающих химиотерапию

*Мусаев И.Н., Мамедов М.Г., Ахмедов Ю.А., Алиев А.Ю.,
Таиров Т.З., Казымов Э.Э., Гаджиева И.А.
Национальный центр онкологии, г.Баку,*

Герпетические инфекции, обусловленные вирусами простого герпеса 1-го и 2-го типов, занимают одно из первых мест по степени распространенности. Почти 90% населения земного шара инфицировано вирусом простого герпеса. В настоящее время известно около 100 герпесвирусов, для

человека патогенны 8 из них (1). Клинически значимые вирусные инфекции (ВИ) у онкологических больных, в основном, встречаются после интенсивных курсов химиотерапии, приводящих к выраженной иммуносупрессии. Достаточно часто ВИ наблюдаются у больных после высокодозной химиотерапии с трансплантацией клеток-предшественников гемопоэза и у больных лейкозами и лимфомами (3). При солидных опухолях ВИ (за исключением вирусных гепатитов) встречаются незначительно чаще, чем в общей популяции, и редко сопровождаются клинически значимыми проявлениями. Наиболее частыми возбудителями ВИ у онкологических больных являются вирусы герпеса (вирус простого герпеса, вирус varicella-zoster). Другими вирусами, которые могут вызывать серьезные заболевания у онкологических больных, являются вирусы Эпштейна-Барр, ЦМВ и вирус герпеса типа 6.

Вирус простого герпеса (ВПГ) является наиболее частым возбудителем ВИ у онкологических больных (пациентов с лимфомами и острыми лейкозами). ВПГ отличается от остальных представителей семейства герпесвирусов тем, что у пациентов, получающих цитостатическую терапию, его проявления обычно совпадают по времени с развитием нейтропении (2). При герпетической инфекции очаги вирусного поражения наиболее часто локализуются на слизистой оболочке полости рта и губах. Локализованные проявления инфекции, обусловленной ВПГ, могут также отмечаться на других областях тела (гениталии, перианальный регион, туловище и т.д.) и сопровождаться деструкцией тканей. У пациентов, получающих цитостатическую и/или иммуносупрессивную терапию, герпетические очаги обычно характеризуются большими размерами и выраженной болезненностью. У некоторых пациентов могут наблюдаться хронические локализованные герпетические язвы, вовлекающие различные структуры лица (нос, губы и т.д.). Эти язвы обычно вначале

имеют вид маленьких папуловезикулярных очагов, которые в последующем (на протяжении нескольких недель) постепенно увеличиваются. Возможно поражение ВПГ слизистой оболочки полости рта. При этом обычно наблюдается картина выраженного мукозита с обширными изъязвлениями. Поражение слизистой оболочки полости рта ВПГ клинически практически неотлично от тяжелого постцитостатического стоматита. Достаточно часто стоматит, обусловленный ВПГ, осложняется вторичной бактериальной и/или грибковой инфекцией. Заподозрить герпетическую природу стоматита позволяет его длительное и упорное течение, несоответствие выраженности и интенсивности проведенной терапии у больных с положительными антителами к ВПГ. У пациентов с глубокой тромбоцитопенией могут наблюдаться кровотечения. Со слизистой оболочки ротоглотки герпетический процесс может распространяться на слизистую оболочку пищевода или приводить к непосредственному ее поражению (без предшествующего поражения слизистой оболочки полости рта). Симптомы эзофагита, вызываемого ВПГ, клинически неотличимы от поражения слизистой оболочки пищевода, вызываемого грибами рода *Candida*. Для подтверждения вирусной природы эзофагита необходимо эндоскопическое исследование с биопсией. Кроме того, ВПГ (особенно у пациентов с герпетическим эзофагитом) может поражать слизистую оболочку гортани и трахеи. Крайней степенью выраженности такого поражения является развитие некротизирующего трахеобронхита. Диссеминированная герпетическая инфекция встречается довольно редко. При прочих равных условиях (химиотерапия и т. д.) у больных лимфомой Ходжкина она отмечается наиболее часто в связи с исходной иммуносупрессией. Вирус простого герпеса может поражать печень, почки, поджелудочную железу, легкие, мозг и ЖКТ.

Первичное инфицирование вирусом varicella-zoster (ВЗВ) обычно происходит в раннем детстве и проявляется в виде ветряной оспы. После этого вирус сохраняется в сенсорных ганглиях на протяжении всей жизни человека. Примерно у 15% людей, не страдающих онкологическими заболеваниями, происходит реактивация вируса с развитием опоясывающего герпеса. У онкологических пациентов, ранее перенесших ветряную оспу, реактивация вируса varicella-zoster также может приводить к развитию тяжелой инфекции. Латентный вирус varicella-zoster контролируется Т-клеточным и гуморальным звеньями иммунитета, и, соответственно, реактивация вируса происходит при их ослаблении вследствие опухолевого процесса или его лечения. Наиболее часто она отмечается у больных с лимфопролиферативными заболеваниями, у которых наблюдается сочетание факторов риска (исходная иммуносупрессия, обусловленная опухолью, и интенсивная химиотерапия). Инфекция проявляется односторонней везикулярной сыпью в пределах одного или нескольких сенсорных дерматомов. Наиболее часто поражаются дерматомы в области груди, шеи и поясницы. Примерно у 20 % больных с опухолевыми заболеваниями проявления опоясывающего герпеса наблюдаются в областях, где опухоль расположена вблизи от нервных стволов. Изначально области поражения покрываются экзантематозной или макулопапулярной сыпью, которая достаточно быстро становится везикулярной. Везикулы могут сливаться, образуя большие буллезные очаги. Иногда очаги поражения у онкологических пациентов имеют тенденцию к медленному заживлению с образованием некрозов и рубцов. У других больных новые очаги могут образовываться на протяжении 10–15 дней, а образование корочек и подсыхание очагов могут наблюдаться лишь через 3–4 нед. от начала заболевания. Иногда изначально наблюдается генерализованная варицеллоподобная сыпь без тенденции к локальному течению. Сыпь сопровождается выраженной болезненностью, которая

обычно наблюдается за 2–3 дня до появления очагов, и может длиться в течение нескольких недель или даже месяцев после ее исчезновения. Кожная диссеминация очагов за пределы исходных дерматомов наблюдается у 35 % больных со злокачественными новообразованиями, в то время как в общей популяции менее чем в 4 %. Терапия с включением кортикостероидов, лучевая и химиотерапия увеличивают риск диссеминации. Локализованный процесс, обусловленный вирусом *varicella-zoster*, может предшествовать генерализованному поражению кожи.

В Национальном центре онкологии Минздрава Азербайджанской Республики в отделении II химиотерапии за период с 2009 по 2011 годы было 11 больных с осложнениями после химиотерапии в виде герпетической инфекции различной степени. 1 степень отмечалась у 3 больных, 2 степень - у 6 больных и 3 степень - у 2 больных. Из 11 больных 5 больных получали химиотерапию по поводу Неходжкинской лимфомы, 2-е - миеломной болезни, 2-е - Лимфомы Ходжкина, 2-е – по поводу рака молочной железы. У больных с 1-й степенью герпетической инфекции в плане лечения мы применяли Ацикловир местно и внутрь по 200 мг 4 раза в день. У всех этих больных в течении 7 -10 дней отмечалась полная ремиссия. У больных со 2-й степенью использовали Ацикловир 250 мг в\в 3 дня, потом переходили на пероральную форму по 200 мг 4 раза в день. У этих больных в течении 3-4 недель отмечалась полная ремиссия. У больных с 3-й степенью назначался Ацикловир 250 мг в\в 5 дней, затем 200 мг 4 раза в день перорально. У 1 больного через 6 недель отмечалась ремиссия. У другого больного, несмотря на проводимое лечение, отмечалось прогрессирование, и мы были вынуждены перейти на терапию Фоскарнет 120 мг/кг в\в каждые 12 часов в течение 21 дней. Только после этого у данного пациента была отмечена полная ремиссия.

Литература

1. Ершов Ф.И. Противовирусные средства.//Клин. фармакол. и тер., 1995, т.4: с.72
2. Хахалин Л.Н. Вирусы простого герпеса у человека.//Consilium medicum.,1999, т,1(1) с.5-17.
3. Энциклопедия клинической онкологии. М.: РЛС-2005, 2004, с.881-883.

Испытание и основные характеристики экспериментальной модели острой инфекции, вызванной вирусом простого герпеса у мышей

*М.К.Мамедов, А.Ш.Исмаилов, С.В.Ожерелков
Национальный центр онкологии; Республиканская противочумная станция, г.Баку; Институт полиомиелита и вирусных энцефалитов им. М.П.Чумакова РАМН, г.Москва*

Инфекция, вызванная вирусом простого герпеса (ВПГ) является одной из наиболее часто регистрируемых у онкологических больных интеркуррентных вирусных инфекций [1], развитие которых может не только осложнять течение основных заболеваний и отягощать состояние этих больных, но и препятствовать их адекватной терапии [2]. Поэтому углубленное исследование патогенеза этой инфекции в условиях иммунокомпрометации организма и совершенствование методов противовирусной и иммунотропной терапии и профилактики этой инфекции является одной из задач экспериментальной онкологии.

Однако изучение вопросов патофизиологии этой инфекции и, главное, испытания потенциальных средств воздействия на ее развитие в острой форме ограничивается отсутствием прирелемой экспериментальной модели острого течения ВПГ-

инфекции на доступных лабораторных животных и, в первую очередь, на мышах.

Этот факт побудил нас исследовать возможность создания такой модели на основе ранее разработанной и испытанной нами экспериментальной модели персистентной ВПГ-инфекции на мышах [3].

Приняв во внимание основные характеристики последней модели инфекции, мы попытались добиться ускорения клинической манифестации ВПГ-инфекции путем, с одной стороны, инфицирования молодых мышей с небольшой массой тела, а с другой стороны, увеличения вводимой экстраневрально (внутрибрюшинно) инфицирующей дозы вируса. Ниже мы приводим методику моделирования инфекции и основные характеристики испытанной нами модели ВПГ-инфекции, воспроизведенной с использованием стандартного лиофилизированного штамма L вируса.

Содержимое ампулы с лиофилизатом ВПГ растворяли в стерильной среде RPMI-1640 с антибиотиками и тонкой иглой интрацеребрально вводили 10-ти 2-3 дневным новорожденным мышам в объеме 0,05 мл. Спустя сутки оставшихся живыми мышей забивали и из гомогената их мозговой ткани готовили суспензию.

Далее из этой суспензии в среде RPMI-1640 готовили серийные разведения от 10^{-1} до 10^{-10} . Часть суспензии с добавлением криопротектора сохраняли в замороженном состоянии.

В опыте использовали 3 группы животных: 50 новорожденных мышей с массой тела до 7 г, 50 "молодых" мышей с массой тела 7-12 г и 50 зрелых мышей с массой тела 13-18 г. Каждая из этих групп была разделена на 10 подгрупп (по 5 мышей в каждой). По 0,1 мл каждого из указанных разведений суспензии внутрибрюшинно вводили мышам из соответствующих подгрупп всех трех групп. Наблюдение за

инфицированными мышами вели в течение 14 суток, ежедневно регистрируя число заболевших и павших животных.

Оказалось, что в подгруппах новорожденных мышей, зараженных разведениями вплоть до 10^{-7} погибли все инфицированные мыши, а в подгруппах, зараженных разведениями 10^{-8} и 10^{-9} погибли 4 мыши и 1 мышь, соответственно. В подгруппе мышей, инокулированных разведением 10^{-10} гибель мышей на протяжении срока наблюдения не отмечалась.

Исходя из процента гибели мышей в подгруппах мышей, инфицированных разведениями от 10^{-7} до 10^{-10} методом Рида-Менча рассчитали титр присутствующего в суспензии ВПГ, который выразили в форме показателя разведения, соответствующего 50%-ой летальной для новорожденных мышей (newborn) дозе - $LD_{50\%}$. Расчет показал, что $lgLD_{50\%}$ составил - 7,4, а $LD_{50\%}$ - $10^{-7,4}$.

В подгруппах "молодых" мышей все животные погибли только в подгруппе, в которой ввели разведение суспензии 10^{-1} , в подгруппе мышей, которым ввели разведение суспензии 10^{-2} погибли только 2 мыши. В остальных подгруппах гибель мышей на протяжении срока наблюдения не отмечалась. Расчет показал, что $lgLD_{50\%}$ в этой подгруппе мышей составил -1,8, а сама $LD_{50\%}$ - $10^{-1,8}$.

И, наконец, в подгруппах зрелых мышей гибель животных не была отмечена ни в одной подгруппе и все мыши оставались внешне здоровыми, что позволило вновь подтвердить факт низкой чувствительности половозрелых мышей к острой ВПГ-инфекции при их экстраневральном инфицировании. В то же время, заметим, что через 60 дней, при исследовании с помощью ПЦР мозговой ткани зрелых мышей, которых экстраневральным инокулировали разведениями суспензии от 10^{-1} до 10^{-3} , почти в половине случаев была выявлена ДНК ВПГ - это указывало на то, что экстраневральное заражение таких мышей приводило к развитию латентно-персистирующей ВПГ-инфекции.

Итак, на основании полученных результатов, мы пришли к выводу о том, что острая ВПГ-инфекция, приводящая к заболеванию и гибели животных на протяжении нескольких дней может быть воспроизведена у молодых мышей с массой тела не более 12 г. При этом, доза, введение которой позволяет вызвать заболевание и гибель животных, как минимум, в 100 тыс раз выше той дозы, которая в те же сроки вызывает заболевание и гибель у новорожденных мышей.

Данное обстоятельство позволяет при выборе дозы ВПГ для воспроизведения острой инфекции у молодых мышей не проводить специальный эмпирический подбор разведения вирусодержащего материала на "молодых" мышах. С этой целью можно воспользоваться результатами титрования этого материала на новорожденных мышах и определения величины $LDn_{50\%}$, а при заражении "молодых" мышей вводить им дозу ВПГ, которая не менее, чем в 100 тыс раз превышает $LDn_{50\%}$. Этот подход позволяет избежать неоправданного "перерасхода" мышей и сэкономить несколько суток рабочего времени.

В заключение мы попытались, воспользовавшись описанным подходом, воспроизвести острую ВПГ-инфекцию у молодых мышей с массой тела 10-11 г. С этой целью использовали указанную выше замороженную суспензию, содержащую ВПГ: из нее в среде для культивирования приготовили разведение с расчетной концентрацией вируса $5 \times 10^7 LDn_{50\%}$ в 1 мл. Последнее, в свою очередь, разводили в 1:10, 1:100 и 1:1000. Каждое из этих разведений по 0,2 мл внутрибрюшинно ввели 10 мышам. В итоге каждые из 10 мышей были инокулированы дозами вируса 10^7 , 10^6 и $10^5 LDn_{50\%}$. Наблюдение за инфицированными мышами вели в течение 14 суток.

На 3-5 сутки у мышей визуально регистрировали признаки энцефалита (нарушения координации движений, круговые движения, парезы и параличи) с последующей их гибелью на 4-6 сутки опыта. Присутствие ВПГ в суспензии мозговой ткани

погибших мышей было подтверждено положительным результатом ПЦР с видоспецифическими праймерами ДНК ВПГ.

Итак, использованный нами подход позволил воссоздать модель острой клинически манифестной ВПГ-инфекции. При этом, процент гибели мышей, как и средняя продолжительность их жизни (СПЖ) зависели от инфицирующей дозы ВПГ. Так, среди групп мышей, инфицированных 3-мя убывающими дозами ВПГ гибель была отмечена в 90%, 80% и 60% случаев, соответственно, а среди 30 мышей - в 76,6%. Среди этих же мышей СПЖ составила 5,8 суток.

Зная эти параметры данной простой и доступной модели острой ВПГ-инфекции, можно с ее помощью количественно оценивать характер воздействия разных факторов на развитие данной инфекции, т.е. использовать эту экспериментальную модель по назначению.

Литература

1. Жуков Н.В. Вирусные инфекции: вирус простого герпеса. / Инфекции в онкологии. Под ред. М.И.Давыдова, Н.В.Дмитриевой. М.: Практическая медицина, 2009, с.115-123;
2. Мамедов М.К. О проблеме инфекций в онкологии. // Азерб. Ж. онкологии и гематологии, 2005, N.1, с.110-119;
3. Мамедов М.К., Мамедова Т.К., Ожерелков С.В. Моделирование персистентной герпетической инфекции. / Успехи онкологии и смежных наук в Азербайджане. Баку, 1994, с.15;

О частоте выявления вирусемии в сыворотках крови больных талассемией, серопозитивных в отношении вируса гепатита С

*Р.К.Таги-заде, С.А.Алифаттахзаде
НИИ гематологии и трансфузиологии им.Б.Эйвазова,
Национальный центр онкологии, г.Баку*

Ранее нами были опубликованы результаты серологического исследования на наличие антител к вирусу гепатита С (ВГС) образцов сывороток крови, полученных у группы больных бета-талассемией (ТАЛ), которые являлись коренными жителями Азербайджана.

Согласно этим результатам при серологическом исследовании сывороток, полученных у 404 больных ТАЛ, антитела к ВГС (anti-HCV) были выявлены в 355 (87,9%) сыворотках [5].

Более того, нами было показано, что для больных ТАЛ, как и представителей большинства других групп с высоким риском парентерального инфицирования ВГС (ГВРПИ), характерно наличие особого преморбидного, в отношении ВГС-инфекции, состояния [3]. При этом, важнейшим патогенетическим компонентом этого состояния является дисфункция иммунной системы, обусловленная как самим заболеванием, так и иммунометаболическими последствиями постоянно проводимой гемотрансфузионной терапии [4].

В этой связи надо отметить, что в одном из недавно опубликованных сообщений были представлены данные о том, что доля реконвалесцентов острого гепатита С (ОГС) среди лиц из нескольких различных ГВРПИ оказалась значительно ниже таковой, чем среди инфицированных ВГС внешне здоровых лиц, не относящихся к ГВРПИ. В частности, при исследовании 1294 содержащих anti-HCV сывороток крови лиц из ГВРПИ вирусная

РНК не была обнаружена лишь в 2,5% случаев, в то время как при исследовании 61 содержащей anti-HCV сыворотки, полученной у здоровых взрослых жителей г.Баку доля лиц, не имевших в крови РНК ВГС составила 23% [2].

Между тем, согласно многочисленным данным, полученным в ряде стран мира, показатель серопозитивности в отношении ВГС, определенный у здорового населения в соответствующем регионе, как правило, на 20-30% превышает истинный показатель инфицированности, отражающий число этих инфицированных лиц с репродуктивной вирусной инфекцией, при которой в крови выявляется вирусная РНК. Последнее обусловлено тем, что около трети всех вновь инфицированных ВГС спонтанно выздоравливает, становясь реконвалесцентами ОГС, которые отличаются наличием в крови анamnестических anti-HCV и отсутствием в ней вирусной РНК [6].

Исходя из этого, приведенный выше результат, полученный при исследовании сывороток больных ТАЛ может трактоваться как проявления у этих больных более низкой частоты спонтанного выздоровления и "освобождения" от вируса.

Поэтому в упомянутом сообщении было высказано предположение о том, что отмеченная выше картина могла быть результатом наличия у большинства лиц из перечисленных ГВРПИ дисфункции иммунной системы, на фоне которой ослабляются механизмы, обеспечивающие элиминацию ВГС из организма.

Учитывая такую трактовку приведенных выше данных и принимая во внимание то, что у больных ТАЛ регулярно выявляется та или иная степень иммунокомпрометации [1], мы допустили, что отмеченная выше закономерность может быть выявлена и у этих больных.

Это предположение побудило нас поставить перед собой цель определить среди инфицированных ВГС больных ТАЛ

долю серопозитивных лиц, в крови которых РНК ВГС не выявляется.

Располагая содержащими anti-HCV сыворотками, полученными у больных ТАЛ, мы попытались путем повторного исследования части этих с помощью молекулярно-генетического метода определить процентную долю сывороток, в которых вирусная РНК отсутствует.

С этой целью из 355 сывороток, в которых ранее были выявлены anti-HCV, мы отобрали и с помощью полимеразной цепной реакции исследовали 73 сыворотки, полученные у больных ТАЛ в возрастной группе 17 лет и выше.

Такое сопоставление показало, что из 73 сывороток, содержавших anti-HCV, вирусная РНК была выявлена в 70 (95,9%) случаях и отсутствовала в 3 (4,1%) сыворотках. Исходя из последнего, можно было полагать, что по величине процентной доли сывороток, содержащих anti-HCV, но не содержащих вирусную РНК больные ТАЛ оказались весьма близкими к лицам из других ГВРПИ и, в то же время, значительно отличались от инфицированных ВГС внешне здоровых лиц.

Мы полагали, что серопозитивные больные ТАЛ и здоровые лица, в крови которых РНК ВГС отсутствовала, скорее всего, были представлены реконвалесцентами ОГС, которые перенесли ВГС-инфекцию в прошлом и у которых к моменту взятия крови ВГС элиминировался из крови.

Этот факт позволил считать, что среди инфицированных ВГС больных ТАЛ, как и среди инфицированных этим вирусом лиц из других ГВРПИ, частота спонтанного выздоровления с полной элиминацией ВГС из крови была значительно меньшей, нежели у инфицированных лиц из общей популяции населения. В силу этого у абсолютного большинства инфицированных больных ТАЛ имелся хронический гепатит С, сформировавшийся у них до момента их обследования.

Очевидно, что одна из причин подобной ситуации могла быть связана с отмеченным выше наличием у большинства больных ТАЛ иммунодепрессии, препятствующей формированию полноценного иммунного ответа, способного обеспечить освобождение организма от вируса и предотвратить хронизацию острой инфекции.

Таким образом, на основе приведенных выше данных, мы пришли к заключению о том, что живущие в Азербайджане больные ТАЛ характеризуются не только высокой степенью инфицированности ВГС, но и низкой частотой спонтанного выздоровления и, соответственно, более высокой частотой хронизации острой ВГС-инфекции.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алифаттахзаде С.А., Таги-заде Р.К. Клиническое значение иммунокомпрометации больных талассемией и наличия у субклинической дисфункции печени. // Биомедицина, 2011, N.4, с.36-38.

2. Дадашева А.Э. Соотношение результатов определения серологического и молекулярного маркеров инфекции, вызванной вирусом гепатита С у лиц из групп с высоким риском парентерального инфицирования. // Современные достижения азербайджанской медицины, 2012, N.1, с.33-35;

3. Мамедов М.К., Дадашева А.Э., Таги-заде Р.К., Алифаттахзаде С.А. Патогенетическая структура преморбидного состояния больных талассемией, инфицированных вирусами гепатитов В и С. // Биомедицина, 2011, N.2, с.24-27.

4. Таги-заде Р.К., Алифаттахзаде С.А., Мамедов М.К. Дисфункция иммунной системы у больных талассемией: феноменология и их патогенез. // Современные достижения азербайджанской медицины, 2011, N.3, с.16-19;

5. Таги-заде Р.К., Азимова А.А., Алифаттахзаде С.А., М.К.Мамедов М.К. Серологические маркеры инфицирования вирусами гепатитов В и С у живущих в Азербайджане больных бета-талассемией.// Азерб. Ж. онкологии и гематологии, 2011, N.1, с.37-40.

6. Ющук Н.Д. Климова Е.А. Гепатит С./ Инфекционные болезни. Национальное руководство. М.: Геотар-Медиа, 2009.

Радиационные повреждения на пищеводе в зависимости от режима облучения и методы их профилактики и лечения

И.Г.Исаев, Н.Г.Кулиева, Э.Г.Гулиев, Л.Н.Гулиева
Национальный центр онкологии, г. Баку

В Азербайджанской Республике за последние 10 лет частота заболеваемости раком пищевода варьирует в пределах 6,5 -7,0 случаев на 100 000 населения. В Баку заболеваемость раком пищевода на 100000 человек приходится на 12,0 мужчин и 10,8 женщин [1]. Нужно отметить, что среди всех онкопатологий рак пищевода в 2007 году занял 5-ое место, в 2008 - 2010 годах – 4-ое место [1].

Нами проведено исследование 386 больных раком пищевода.

Диагноз установлен после клинико-лабораторных, инструментальных обследований и во всех случаях верифицирован гистологически (плоскоклеточный рак). В зависимости от тактики лечения были сформированы две группы.

В 1-ую группу (основная) включены 186 пациентов, получавших лучевое лечение с использованием ускоренного гиперфракционирования. ЛТ пациентам проводилась ежедневно 5 раз в неделю. Сначала лучевому воздействию подвергался весь длинник пищевода (РТV) в РОД 1,2 Гр. После 4 – 5 часового перерыва проводилось облучение самой опухоли (GTV) в

разовой очаговой дозе (РОД) 1,0 Гр и весь длинник пищевода в РОД (PTV) 1,2Гр. При этом, суммарная очаговая доза облучения (СОД) (по биологическому изозффекту) самой опухоли составила 70 ± 75 Гр, а всего длинника пищевода- 50-55 Гр.

Вторую группу (контрольная) составили 200 пациентов, получавших лучевое лечение с использованием классического режима облучения (РОД 2,0 Гр x 5 раз в нед., СОД- 66 ± 4 Гр).

При лечении больных раком пищевода методом ускоренного гиперфракционного облучения и методики “поле в поле” анализ индуцируемых им негативных реакций является необходимостью.

Реакции и осложнения оценивали по критериям RTOG/EORTC “Toxicity criteria of the Radiation Therapy oncology Group” (RTOG) and the European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC). В классификации CTCAE v3.0 реакции и осложнения, возникающие после проведения лучевого лечения больных, не делятся на острые и хронические категории [2]. Следует отметить, что по мере развития и совершенствования методов лучевой терапии, параллельно изучались различные аспекты повреждающего действия ионизирующего излучения на отдельные органы и системы [3].

Следует отметить, что всем пациентам с первого дня пребывания в клинике проводилось симптоматическое лечение, и весь комплекс этих мероприятий был направлен на улучшение общего состояния больных, устранение местных воспалительных явлений и общей интоксикации. Большое внимание обращалось на пищевой рацион больных, который был высококалорийным (не менее 3500 калорий в сутки), витаминизированным, содержащим достаточное количество белков, жиров, углеводов и минеральных солей. До начала лучевого лечения больным с целью снятия перифокального воспалительного процесса назначали антибиотики широкого спектра действия. Для снятия рефлексорного спазма пищевода

применялись спазмолитики, с целью уменьшения отека слизистой пищевода – антигистаминные препараты. Помимо этого, в комплексную терапию при сопутствующих заболеваниях включали адекватное лечение по рекомендациям соответствующих специалистов.

При проведении лучевой терапии в первой группе у 51,6 % пациентов наблюдали развитие эзофагитов 1-ой степени (табл. 1). Симптомы лучевого эзофагита тяжелой степени развились у 14,5%. Эти же показатели для больных 2-й группы, соответственно, составили 48,0% и 8,0%. При развитии лучевых эзофагитов 1-ой степени, которые встречались при дозе 30 ± 3 Гр (ВДФ 56 ± 5 ед), больные жаловались на жжение за грудиной, незначительное ухудшение проходимости пищевода. Эти симптомы были более выражены у пациентов 1-й (основной) группы по сравнению со 2-й (контрольной).

Таблица 1

Реакции и осложнения после проведения лучевой терапии на пищеводе в зависимости от метода облучения

Реакции	I группа n=186 больных	II группа n=200 больных
Эзофагиты		
1 степень	96 51,6±3,6%	96 48,0±3,5%
2 степень	43 23,1±3,0%	77 38,5±3,4%
3 степень	20 10,7±2,2%	11 5,5±1,6%
4 степень	27 14,5±2,5%	16 8,0±1,9%

При фиброгастроскопии у этих пациентов отмечались катаральные изменения – гиперемия и отек слизистой оболочки пищевода, которая местами была покрыта белыми налетами.

Для профилактики развития лучевых эзофагитов больным назначали щадящую диету, т.е. в их рацион входила только жидкая пища, им запрещалось употреблять грубую, острую еду, чтобы избежать механической и химической травмы слизистой оболочки пищевода. При появлении первых признаков лучевого эзофагита больным назначали антибиотики широкого спектра действия и растительные масла (облепиховое или же настойка шиповника по 1 ст. ложке 3 раза в день за 10-15 мин до еды), спазмолитики. Поскольку период развития лучевых эзофагитов умеренной степени совпадал, как правило, с 3-й неделей проведения лучевой терапии, облучение, как правило, продолжалось. Последующий перерыв в лучевом лечении (между 1 и 2 этапами лечения) в 7-10 дней и осуществление вышеуказанных лечебных мероприятий позволял купировать эти явления. В дальнейшем лучевую терапию продолжали на фоне приема растительных масел (3-4 раза в сутки по 1 столовой ложке за 10-15 минут до еды).

Лучевые эзофагиты тяжелой степени в подавляющем большинстве случаев развивались к концу лучевой терапии, когда доза гамма-излучения на слизистой составляла 45 ± 5 Гр (ВДФ 98 ± 8 ед). В этих случаях больные жаловались на сильные боли за грудиной при прохождении пищи, значительное ухудшение проходимости пищевода, появление субфебрильной температуры. В 1-ой группе со стороны 2-х пациентов были жалобы на дисфагию 4-й степени, тогда, как во 2-й группе таких жалоб не было. После проведения соответствующей симптоматической терапии, проходимость пищевода восстанавливалась. При фиброгастроскопии со стороны слизистой оболочки пищевода наблюдались катаральные или же эрозивные (на фоне гиперемии и отека слизистой имелись множественные эрозии, легко кровоточащие и большей частью покрытые фибринозными налетами) изменения. Для лечения лучевых эзофагитов тяжелой степени, мы, кроме вышеуказанных средств, которые использовались при

эзофагитах умеренной степени, также применяли: при болях – анальгетики (с. анальгини 50 % - 2,0 в мышцу или с. баралгини 2,0 – 5,0 внутримышечно), для снятия интоксикации плазмозаменяющие растворы. Лечение продолжали 7-8 дней после завершения лучевой терапии. При выписке из клиники пациентам рекомендовали в течение 1-1,5 мес. щадящую диету и прием растительных масел.

Анализ проведенных исследований показал, что при проведении ускоренного гиперфракционирования дозы излучения у больных раком пищевода, реакции на пищеводе были более выражены у больных 1-ой группы по сравнению с больными 2-ой группы, лучевая терапия которым проводилась в классическом режиме. Эти реакции были купированы при вышеуказанном лечении и не препятствовали проведению запланированного курса радиотерапии.

Литература

1.Əliyev C.Ə., İsayev İ.N. Bədxassəli işlərin müalicəsinin nəticələri, onların fəsadları, xəstələrin həyat keyfiyyətinin qiymətləndirilməsi kriteriyalarının müasir klassifikasiyaları və onların praktikada tətbiqi // Metodik tövsiyələr. Bakı, 2009, 98 s.

2. Алиев Д.А., Исаев И.Г., Аскеров Н.М. Современное состояние и перспективы развития онкорadiологии в Азербайджане // Материалы IV съезда онкологов и радиологов СНГ. Баку, 28 сентября-01 октября 2006 года, с.6.

3.Керимов М.М. Рак пищевода (хирургическое лечение и современные факторы прогноза.) // Дисс.д-ра мед.наук, Баку, 2007, с. 23-28.

Реакции и осложнения лучевой терапии в режиме ускоренного гиперфракционирования у больных раком глотки и гортани.

*Алиева С., Гасанова З., Казиева Р.
Национальный центр онкологии г.Баку*

Лучевая терапия широко применяется для лечения больных раком глотки и гортани. Высокая эффективность ее при ранних стадиях заболевания сочетается с полной реабилитацией больных и возвратом их к активной трудовой деятельности. В Скандинавии и Великобритании почти 97% всех больных раком глотки и гортани подвергаются лучевому лечению, оставляя хирургический метод лишь на случай неудачи. В континентальной Европе и в США такой подход используют лишь для нераспространенных процессов T1–T2 (94–81%). При T3 лучевую терапию в качестве первого этапа рекомендуют уже 59% ЛОР- онкологов Европы и Америки. Из этого числа 55–60% больных проходят лучевую терапию по радикальной программе в качестве самостоятельного метода лечения.

Эффективность любого метода лечения онкологических больных, помимо длительности жизни больных и частоты рецидивирования опухоли несомненно, определяется переносимостью больным лечения, частотой и выраженностью реакций и сопутствующих осложнений, которые могут помешать ему вернуться к активной трудовой деятельности [2,4].

Поэтому, одной из основных задач современной онкорadiологии является изучение реакций и осложнений лучевой терапии при различных режимах фракционирования дозы гамма-излучения.

Дозолимитирующими факторами в клинической практике служат либо острые лучевые реакции, либо отсроченные постлучевые повреждения, которые в значительной мере зависят

от характера фракционирования. Клинические наблюдения за пациентами, подвергнутыми лечению в традиционных режимах, позволили лучевым терапевтам установить ожидаемую связь между степенью выраженности острых и отсроченных реакций (другими словами, интенсивность острых реакций коррелирует с вероятностью развития отсроченного повреждения нормальных тканей).[1]

По-видимому, наиболее важным следствием разработки режимов нетрадиционного фракционирования дозы, имеющим многочисленные клинические подтверждения, является тот факт, что описанная выше ожидаемая вероятность появления лучевых повреждений уже не является корректной: отсроченные эффекты более чувствительны к изменениям разовой очаговой дозы, подводимой за фракцию, а острые реакции более чувствительны к колебаниям уровня суммарной дозы. Итак, толерантность нормальных тканей определяется дозозависимыми параметрами (суммарная доза, общая продолжительность лечения, разовая доза за фракцию, количество фракций). Два последних параметра определяют уровень аккумуляции дозы. Интенсивность острых реакций, развивающихся в эпителии и других нормальных тканях, в чью структуру входят стволовые, созревающие и функциональные клетки, отражает равновесие между уровне клеточной гибели под влиянием ионизирующего излучения и уровнем регенерации выживших стволовых клеток. Это равновесие в первую очередь зависит от уровня аккумуляции дозы.[1]

Лучевые повреждения развиваются в тканях, характеризующихся медленной сменой клеточной популяции, таких, например, как зрелая соединительная ткань и клетки паренхимы различных органов. В связи с тем, что в таких тканях клеточное истощение не проявляется ранее окончания стандартного курса лечения, то в процессе последнего регенерация невозможна. Таким образом, в отличие от острых лучевых реакций, уровень аккумуляции дозы и общая

продолжительность лечения не оказывают существенного влияния на тяжесть острых повреждений. В то же время, поздние повреждения зависят главным образом от суммарной дозы, дозы за фракцию, и интервала между фракциями особенно в случаях, когда фракции подводятся за короткий промежуток времени.[1,2]

Материалы и методы исследования. Нами были изучены реакции и осложнения лучевой терапии у 241 больных раком глотки и гортани. В зависимости от метода лечения больные были распределены на 4 группы:

I группа- группа исторического контроля (128 больных). Проанализированы результаты классического курса лучевой терапии. Облучение опухоли и регионарных зон проводилось в разовой очаговой дозе (РОД) 1,8-2,0 Гр, суммарная очаговая доза (СОД) составляла 65 ± 5 Гр.

II группа- 16 больным проводилась лучевая терапия в режиме гиперфракционирования, т.е. облучение осуществлялась 2 раза в сутки в РОД 1,0-1,2 Гр, с 4-6 часовым интервалом между фракциями до СОД по биологическому изоэффекту 65-70 Гр.

III группа- 72 пациентам облучение опухоли и регионарных лимфатических коллекторов осуществлялось в режиме непрерывного ускоренного гиперфракционирования. Лучевая терапия проводилась 2 раза в сутки с 4-6 часовым интервалом в РОД 1,5 Гр, суточная 3,0 Гр до СОД 65-70 Гр.

IV группа- 25 больным лучевая терапия проводилась в режиме динамического фракционирования: в 1-ю неделю облучение осуществлялось 3 раза в неделю в РОД 4,0-4,4 Гр, во 2-ю- в РОД 1,8-2,0 Гр, 3-нед.- 3 раза в РОД 4,0-4,4 Гр. После 2-х недельного перерыва облучение продолжалось в классическом режиме течение 3-х недель. СОД по биологическому изоэффекту составила 65-70 Гр.

Облучение больных проводилось на линейном ускорителе "Varian". Реакции и осложнения лучевой терапии оценивались

по критериям RTOG 2003 (Common Terminology for Adverse Events v.3.0.).

Результаты и обсуждение. Планируемый курс лучевой терапии закончили 239 больных из 241 (99,1%). В 2-х наблюдениях (IV стадии заболевания) из 4-й группы, где пациентам осуществлялся динамический курс облучения, радиотерапия была отменена из-за прогрессирования процесса в начале лечения. Этим больным была произведена операция – наложение трахеостомы. Развитие реакций ни в одном случае не явилось основанием для отмены планируемого лечения.

Как видно из таблицы 1, анализ этого материала показал, что к моменту завершения лучевой терапии, в группе исторического контроля (1 группа), из 128 пациентов на боль в горле жаловались 36(28,1%), нарушение глотания 21(16,4%), нарушение слюноотделения 7(5,5%) больных. Лучевые повреждения в виде сухого эпидермита наблюдался у 18(14,1%), влажного эпидермита- 3(2,4%), эпителииты – 34(26,6%), перихондрит – 9(7%) больных. Из 16 пациентов, получавших лечение в режиме гиперфракционирования (2 группа), только 1 больной жаловался на нарушение слюноотделения. Явления сухого эпидермита наблюдались у 6 (37,5%), эпителииты у 9 (56,3%) больных. У пациентов, получавших лечение в режиме непрерывного ускоренного гиперфракционирования (3 группа), из 72 на боль в горле жаловались 15 (20,8%), нарушение глотания 12 (16,7%) и нарушение слюноотделения 4 (5,6%) больных. Явления сухого эпидермита наблюдались у 27 (37,5%), фарингит и ларингит у 14 (19,4%) больных. В группе пациентов, которым проводилась лучевая терапия в режиме динамического фракционирования (4 группа), из 25 жалобы на боль были у 3 (13%), на нарушение глотания у 4 (17,4%), нарушение слюноотделения – у 3 (13%). Сухой эпидермит наблюдался у 2 (8,7%), эпителииты у 10 (43,5%), перихондрит у 1 (4,4%) больного.

Таблица 1

Реакции и осложнения лучевой терапии в зависимости от режима фракционирования дозы излучения в 4-х группах.

Группы	Число больных	Боль	Нарушение глотания	Нарушение слюноотделения	Сухой эпидермит	Влажный эпидермит	Эпителииты (фарингит, ларингит)	Перихондрит
1 группа	128	20,1%	16,4%	5,5%	14,1%	2,4%	26,6%	7%
2 группа	16	–	–	6,2%	37,5%	–	56,3%	–
3 группа	72	38,8%	46,7%	25,6%	37,5%	16,8%	49,4%	–
4 группа	25	13%	17,4%	13%	8,7%	–	43,5%	4,4%
Итого	241	22,6%	15,5%	6,3%	22,1%	1,3%	28%	4,2%

Примечание: 2 больным лечение было отменено

При изучении частоты и выраженности лучевых реакций во время и в ближайшее время после завершения радиотерапии, была использована классификация National Cancer Institute (USA) – Cancer therapy Evaluation Program, Common Terminology Criteria for Adverse Events v. 3.0 (CTCAE), 2003 года, Arch Otolaryngol Head and Neck Surgery.

Таким образом, сравнительный анализ полученных нами результатов показывает, что при проведении лучевой терапии во всех группах общих реакций, а также токсических гематологических проявлений не наблюдалось. Однако, со стороны кожи и слизистой глотки и гортани установлены реакции, выражающиеся в сухом и влажном эпидермите, также эпителиитах (фарингит, ларингит) во всех изучаемых группах. Следует отметить, что повреждение слизистой оболочки наблюдались у 26,6% больных, получавших лечение в классическом режиме против 49,4%, которым проводилось лечение в режиме непрерывного ускоренного гиперфракционирования. Повреждение хрящей наблюдались у больных в 1-й и 4-й группе. В 3-й группе, где больным проводилась радиотерапия в ускоренном гиперфракционном режиме, лучевое лечение прерывалось на 2-4 неделе после СОД

40-45 Гр для проведения симптоматической терапии с целью купирования лучевых реакций

Таким образом, полученные нами данные подтверждают, что увеличение суточной дозы привело к повышению частоты и выраженности лучевых реакций, однако проведение интенсивной симптоматической терапии позволило завершить планируемую курс лучевого лечения без серьезных последствий для больного.[3,5]

Литература

1.А.В.Бойко, А.В.Черниченко, МНИОИ им. Герцена, Москва. Материалы VII съезда онкологов.

2.С.И.Ткачев, В.С.Алферов, С.Б.Алиева, дисс. Химиолучевое лечение рака гортани T3N0M0. с.79.

3.Weymuller et al. – Arch Otolaryngol Head and Neck Surg. 127(5)

4,de Graeff A, de Leeuw RJ,Ros WJ et al: A prospective study on quality of life of laryngeal cancer patients treated with radiotherapy. Head and Neck 21. 291-6,1999.

5.Bourhis J., J Overgard,Н Audry, KK et al., Hyperfractionated or accelerated radiotherapy in head and neck cancer: a meta-analysis Lancet, September 2, 2006; p 843-54.

6.National Cancer Institute (USA) – Cancer therapy Evaluation Program, Common Terminology Criteria for Adverse Events v. 3.0 (CTCAE), 2003 года, Arch Otolaryngol Head and Neck Surgery.

Осложнения гормонотерапии у больных местнораспространенным раком предстательной железы (МРПЖ)

Гулиев Ф.А., Мусаев Т.Н.

Национальный центр онкологии, отделение онкоурологии

Если в лечении локализованных форм РПЖ хирургический метод занимает лидирующее место, то у пациентов с МРПЖ, основным методом лечения продолжает оставаться гормонотерапия (ГТ). Каждый из методов лечения в свою очередь влечет за собой определенные осложнения. Множество побочных эффектов ГТ стало известно с момента внедрения ее в клиническую практику [3.7]. Наиболее часто встречаемые осложнения при проведении ГТ это: снижение либидо, эректильная дисфункция (ЭД), приливы, кардиоваскулярные осложнения, гепатопатии [4.8].

Цель работы. Изучение осложнений связанных с ГТ у пациентов с МРПЖ.

Материалы и методы. В исследование включено 44(100%) пациента с МРПЖ, получающих лечение в клинике НЦО МЗ АР в период с 2008 по 2010 года. Все пациенты получали ГТ в режиме максимальной андрогенной блокады с использованием аналогов рилизинг гормонов (гозерилин 3,6 мг) и нестероидных антиандрогенов (флутамид 250 мг). ГТ проводилась до нормализации объективного статуса и биохимических показателей со стороны крови, в частности ПСА. При этом у 12(10,3%) пациентов после 3-6 месячного курса лечения развилась резистентность. Все эти больные были переведены на монотерапию чистыми антиандрогенами.

Результаты и их обсуждение. Снижение либидо отмечено у 8(18,2±5,8%) пациентов в возрасте 42-65 лет. Данный фактор крайне негативно сказывался на качестве жизни (КЖ) и вызывал чувство тревожности и беспокойства.

Естественно, пациенты старше 65 лет не жаловались на снижение либидо. Медикаментозную коррекцию снижения полового влечения пациентов, к сожалению, проводить не удавалось и часть пациентов, преимущественно пациенты молодого возраста были на консультациях у психологов и сексопатологов.

ЭД, являлась одним из основных моментов ухудшающих КЖ [1.2.5]. Для точного количественного определения степени снижения эрекции использовалась специальная шкала. По степени выраженности эректильная дисфункция, была подразделена на 3 степени тяжести: легкой, средней и тяжелой [6]. В двух случаях, у пациентов с психологическими нарушениями из-за данного фактора пришлось прибегнуть к беседе с половым партнером. ЭД легкой степени наблюдалась у 1(2,3±2,2%) пациента, средней – также у 1(2,3±2,2%) пациента, которая корригировалась фитопрепаратами – спеман форте, представляющие собой биологически активную добавку. Препарат назначался по 2 таблетки 2 раза в день в течение 4-6 месяцев. Явления тяжелой ЭД наблюдались также у 1(2,3±2,2%) пациента в возрасте 42 года. В данном случае, коррекция проводилась ингибиторами фосфодиэстеразы 5-го типа – силденафил - виагра 50 мг по 1 таблетке 1 раз за 30 минут до полового акта.

В течение первых 3-х месяцев у 6(13,6±5,25) пациентов преимущественно молодого возраста (42-55 лет) с нормальным уровнем тестостерона, наблюдались приливы. В последующем периоде у пациентов развивалась адаптация организма к кастрационным уровням тестостерона. Медикаментозной коррекции приливов не проводилось.

Одним из часто наблюдающихся осложнений, у пациентов подвергнувшихся ГТ, является гинекомастия, связанная с подавлением андрогенного статуса организма [4]. В нашем исследовании гинекомастия отмечена у 4(9,1±4,3%) пациентов в возрасте до 55 лет. Пациенты жаловались только лишь на

увеличение размеров и незначительные ноющие боли в молочных железах. Медикаментозная коррекция данного осложнения не проводилась. Спустя 2 месяца, от момента начала терапии, пациенты уже не предъявляли жалоб на наличие дискомфорта от увеличения и болей в молочных железах.

В патогенезе сердечно-сосудистых осложнений при проведении ГТ у пациентов РПЖ ведущее место занимают нарушения в системе гемокоагуляции [6.8]. Доказана тесная взаимосвязь между ГТ при РПЖ и тромбозэмболическими осложнениями. По данным различных авторов наиболее высок риск развития тяжелых сердечно-сосудистых осложнений в течение первых 6 месяцев лечения [5.7]. Сердечно-сосудистые осложнения наблюдались у 3(6,8±3,8%) пациентов. Проявлялись эти осложнения болями за грудиной, повышением артериального давления, аритмиями и в большинстве случаев имели клиническую картину стенокардии. Необходимо отметить, что кардиоваскулярные осложнения наблюдались у пациентов в возрасте от 62 лет и старше. Степень выраженности клинической картины стенокардии была легкой и средней степени тяжести и интерпретировалась кардиологами, как стабильная стенокардия I-го и II-го функционального классов. Проявлялись эти осложнения, как правило, через 2-3 месяца после начала терапии и длились не менее 6 месяцев. Все пациенты получали соответствующую кардиальную терапию, под контролем кардиолога. Трансформации стабильной стенокардии в более тяжелые формы стенокардии и инфаркт миокарда у пациентов, получающих ГТ, не наблюдалось. Также, не зарегистрировано тромбозэмболических осложнений. Отмены ГТ по поводу кардиоваскулярных осложнений не было.

По мнению многих авторов антиандрогены и аналоги рилизинг гормона ингибируют печеночные ферменты, которые метаболизируют лекарственные препараты, что способствует развитию токсического гепатита или печеночной недостаточности у больных РПЖ [3.5.8]. Печеночная

недостаточность наблюдалась у 8(18,2±5,8%) пациентов, которая проявлялась повышением трансаминаз, билирубина и снижением уровня альбумина. Ссылаясь на биохимические показатели степень ее выраженности, расценивалась как первая степень. Лечение печеночной недостаточности у этих пациентов проводилось посредством инфузионной терапии, в частности введением внутривенно 10%-го раствора глюкозы и аминокислотных растворов в комбинации с гепатопротекторами. Курс лечения дополнялся двукратным введением 20%-го раствора альбумина. Нормализации уровня вышеперечисленных показателей удавалось достичь через 1 неделю после начала терапии. Далее с профилактической целью, как и всем пациентам, назначались пероральные гепатопротекторы.

Заключение. Анализируя результаты работы видно, что многие из встречаемых осложнений крайне негативно сказываются на КЖ, особенно у молодых больных, в то время как другие нежелательные явления терапии более актуальны в старческом возрасте, особенно у больных с сердечнососудистой патологией. Таким образом, подход к выбору тактики лечения больных с МРПЖ должен быть индивидуальным. При этом немало важным критерием является возраст и информированность пациента о возможных осложнениях проводимого лечения.

Литература

1. Русаков И.Г., Соков Д.Г. Качество жизни больных местнораспространенным и генерализованным раком предстательной железы на фоне различных вариантов гормональной терапии // Врач, №1, 2008, с. 14-18.
2. Соков Д.Г., Кочетов А.Г. Качество жизни больных местно-распространенным и генерализованным раком предстательной железы при различных вариантах гомональной

терапии // Российский онкологический журнал, 2010, №1, с. 19-22.

3. Abrahamsson P. Potential Benefits of Intermittent Androgen Suppression Therapy in the Treatment of Prostate Cancer // European Urology, №1, 2010, p. 170-178.

4. Fradet Y.C., Egerdie B.A., Andersen M.B. Tamoxifen as prophylaxis for prevention of gynaecomastia and breast pain associated with bicalutamide 150 mg monotherapy in patients with prostate cancer: a randomised, placebocontrolled, dose-response study // European Urology, №1, 2007, p. 106-114.

5. Khafagy R., Shackley D., Samuel J. Complications arising in the final year of life in men dying from advanced prostate cancer // Palliativ Medicine, №10, 2007, p. 705-711.

6. Opfermann K.J., Lai Z.I., Essenmacher L.K. Intermittent hormone therapy in nonmetastatic prostate cancer // Clinical Genitourin Cancer, №5, 2006, p. 138-143.

7. Sandler H., Bae K., Hanks G. Cardiovascular mortality and duration of androgen deprivation for locally advanced prostate cancer // European urology, №4, 2008, p. 816-823.

8. Shaw G., Wilson P., Cuzick J. International study into the use of intermittent hormone therapy in the treatment of carcinoma of the prostate: a meta-analysis of 1446 patients // BJU, №5, 2007, p. 956-965.

Эффективность и частота осложнений при различных схемах трансректальной биопсии предстательной железы

Гулиев Ф.А., Мусаев Т.Н., Аджалов О.В.

Национальный центр онкологии, отделение онкоурологии

Основное место в диагностике рака предстательной железы (РПЖ) занимает мультифокальная трансректальная биопсия под

ультразвуковой навигацией. На сегодняшний день в современной онкоурологии существует множество схем выполнения трансректальной биопсии предстательной железы. Некоторые авторы рекомендуют по мере уменьшения уровня ПСА, увеличивать число биопсийных точек в предстательной железе [1]. В ряде исследований показано, что увеличение числа точек при выполнении биопсии приводит к увеличению частоты выявления РПЖ [2]. Выполнение мультифокальной биопсии предстательной железы является инвазивным методом диагностики и в ряде случаев сопровождается серьезными осложнениями [3].

Цель работы. Оценка эффективности различных схем биопсии с целью выбора более оптимальной и менее травматичной схемы.

Материалы и методы. Материалом для настоящей работы послужили данные результатов проведенных биопсий, пациентам с уровнем ПСА в диапазоне от 4.0 до 20.0 нг/мл и/или подозрением на РПЖ при пальцевом ректальном исследовании (ПРИ) предстательной железы, обратившихся в НЦО МЗ АР в период с января 2009 по декабрь 2011 года. За указанный период было выполнено 120 биопсий под контролем ТРУЗИ. Все пациенты были случайно распределены на три группы: первая группа – 6 точечная биопсия, вторая – 10 точечная и третья – 12 точечная биопсия. В каждую группу было включено 40 пациентов. Средний возраст пациентов составил 62 лет (44-76 лет). Уровень общего ПСА в среднем в первой группе составил 6,5 нг/мл, во второй – 6,6 нг/мл и в третьей группе – 6,2 нг/мл. Исследуемые группы были сопоставимы по клинико-лабораторным факторам (ПРИ и ПСА).

Всем пациентам на кануне проведения биопсии назначались препараты из группы фторхинолонов – ципрофлоксацин по 500 мг 2 раза в сутки. Биопсия проводилась в амбулаторных условиях под локальной анестезией (sol.

Lidocaini 2% - 5-7 мл). Для ультразвуковой навигации использовался аппарат TOSHIBA Nemio XG SSA-580A с ректальным датчиком, одноразовой иглы типа Tru-Cut диаметром 22 G и биопсийного пистолета Bard Magnum.

Результаты. Анализ результатов проводился на основании патоморфологических исследований биопсийных столбиков ткани из предстательной железы. В первой группе (6 точек) РПЖ установлен у 7 (17,5%) пациентов, во второй группе (10 точек) – у 12 (30,0%) пациентов. В третьей группе РПЖ установлен также у 13 (32,5%) пациентов. У 2 (5%) пациентов в первой группе в постбиопсийном периоде были отмечены жалобы при мочеиспускании, требующие дальнейшего консервативного лечения. Эти жалобы были также отмечены у 2 (5%) и 3 (7,5%) пациентов, во второй и третьей группах соответственно. Наиболее серьезными осложнениями, требующими экстренной госпитализации было септическое состояние у 1 (2,5%) пациента во второй группе и ректальное кровотечение у 1 (2,5%) пациента в третьей группе. У 1 (2,5%) пациента в третьей группе отмечалась длительная гематурия. Абсцессов, у пациентов включенных в наше исследование не выявлено.

Заключение. Увеличение числа биоптатов при выполнении трансректальной биопсии предстательной железы под ультразвуковым контролем ведет к значительному повышению частоты выявления РПЖ. Диагностическая значимость 10 и 12 точечной биопсии существенно выше по сравнению с 6 точечной. Тем не менее, с увеличением количества биоптатов наблюдается увеличение частоты осложнений. Учитывая полученные результаты в диагностике РПЖ и отсутствие серьезных постбиопсийных осложнений, 10-точечную схему можно считать оптимальной для широкого применения в амбулаторных условиях.

Литература

1. Алфёров С.М., Гришин М.А. Новые аспекты биопсии простаты у больных с подозрением на рак предстательной железы. Материалы VI конгресса РООУ, Москва, 2011 г. с. 43.
2. Hiros M., Selimovic M. Transrectal ultrasound-guided prostate biopsy, periprostatic local anesthesia and pain tolerance. European urology, №8, 2009, p.616.
3. Hori S., Sengupta A., Joannides A. Changing antibiotic prophylaxis for transrectal ultrasound guided biopsies of the prostate: are we putting our patients at risk? European urology, №4, 2010, p.85.

Хирургическое лечение сарком мягких тканей (СМТ) нейроэктодермального генеза

Т.С. Кулиева

Азербайджанский медицинский университет г. Баку

Проведен комплексный ретроспективный и текущий анализ клинических, лабораторных, инструментальных данных 18 пациентов с нейроэктодермальными опухолями мягких тканей за период с 2004 по 2012 гг., которым применялся чисто хирургический метод лечения.

Возрастной диапазон обследованных больных варьировал в пределах от 17 до 40 лет, причем 75% – это пациенты в возрасте до 25 лет. Среди обследованных – 11 женщин и 7 мужчин.

Наиболее часто опухоль локализовалась в стенке грудной клетки (6), ягодичной области (4), в 5 случаях первичный очаг располагался в средней трети бедра, а в остальных 3х наблюдениях – в поясничной области и в области шеи. При

цитологическом исследовании у 16 пациентов был подтвержден злокачественный характер опухолевого процесса.

Биопсия было произведена 15-и пациентам, в 15-и – произведено частичное, а в 5-и – широкое иссечение опухоли.

При общегистологическом исследовании в 7 наблюдениях получено первичное заключение – “солидная мелкоклеточная анаплазированная саркома”, в 6 – “внескелетная саркома Юинга (опухоль Аскина)”, в 3 – “альвеолярный вариант рабдомиосаркомы” и в 2 – “мезенхимомы”.

У большинства пациентов продолжительность бессобытийного периода без послеоперационного лучевого и лекарственного лечения составляла всего 2,0-4,0 месяца. Первые локальные рецидивы возникли у 12 пациентов уже спустя 2,5-5 месяцев после операции. Повторное удаление рецидивов произведено 10 пациентам.

Отдаленные метастазы обнаружены у 15 из 18 больных в сроки от 4,0 месяцев до 1,5 лет после операции. Основная локализация: регионарные лимфоузлы, легкие, головной мозг. У 3 больных отмечена диссеминация процесса по всему организму. У почти половины больных (8) в течении первых 2х лет зафиксирован летальный исход, а в течении 5 лет - еще у 5 пациентов.

Нейроэктодермальные опухоли крайне предоставляют собой клинически агрессивную группу СМТ и требуют комбинированного и комплексного лечения.

Onurğanın metastatik törəmələrində dekompressiya və fiksasiya əməliyyatının keyfiyyətli yaşama üzərinə olan təsirlərinin araşdırılması

*Isayev Ə.H. Ağayev M.R.
Milli Onkologiya Mərkəzi, Bakı*

İllər boyunca xərçəng xəstələrinin həyatlarını və müalicəyə olan cavablarını təhlil edərkən “Xəstəliksiz yaşama müddəti” və “Gözlənilən yaşama müddəti “ adlı məfhumlara nəzər yetirilmişdir. Ancaq axırıncı 10 ildə xərçəngdən müalicə olunan xəstələrin bu ağır müalicə periodunda həyat keyfiyyətlərinin hansı dərəcədə dəyişdiyinin təsbit edilməsi də əsas məqsədlər arasında yer almışdır.

ABD-də FDA (Food and Droq assosiation) və ASCO, Kanadada NCI (National Cancer İnstitute) müalicə protokollarının inkişaf etdirilməsində müalicənin yaşama müddətinə təsirinin araşdırılmasından başqa yaşamdakı keyfiyyət üzərinə olan təsirinin araşdırılmasını da şərt qoymuşdur.

Biz Milli Onkologiya Mərkəzinə müraciət edən, mənşəyi məlum və ya naməlum olan , onurğa metastazlı xəstələrdən şiddətli bel ağrılarından dolayı gündəlik həyati keyfiyyəti azalmış olan 10 xəstəyə dekompressiya və posterior instrumentasiya əməliyyatı tətbiq etdik. Postoperativ periodda xəstələrin həyati keyfiyyətlərini KPS (Karnovski Performance Scala) ilə təyin etdik. Bu parametrlərə əsasən aparılan tədqiqatda xəstələrdə preoperativ zamana görə postoperativ zamanda %90 gündəlik həyat keyfiyyətində pozitiv yöndə artma təyin edilmişdir.

Yerli-yayılmış uşaqlıq boynu xərçəngində cərrahi taktika

Əliyeva G.A.

Milli Onkologiya Mərkəzi , Bakı ş.

Son illər uşaqlıq boynu xərçənginin müasir diaqnostika metodları xəstəliyin erkən mərhələdə aşkar etməyə imkan verir. Belə ki, bütün bunlara baxmayaraq uzaq metastazsız yerli-yayılmış uşaqlıq boynu xərçəngi ilə stasionara 40%-dən 50%-ə qədər xəstələr daxil olur. Bunlardan yalnız 25-30% hallarda radikal cərrahi əməliyyat icra olunur.

Hal-hazırkı dövrdə yerli-yayılmış uşaqlıq boynu xərçəngində aparılan kombinə olunmuş və birmomentli plastik-rekonstruktiv əməliyyatlar nəinki xəstələrdə uzaq nəticələrin qənaətbəxş olmasına, həmçinin xəstələrin həyat keyfiyyətinin yüksəlməsinə səbəb olur.

Məqsəd: İşin məqsədi yerli-yayılmış uşaqlıq boynu xərçəngində kombinə olunmuş əməliyyatların və evisserasiyaların , bu və ya digər rekonstruktiv əməliyyatların aparılmasına göstərişin öyrənilməsidir.

Material və metodlar: Milli Onkologiya Mərkəzinə yerli-yayılmış uşaqlıq boynu xərçəngi ilə müraciət edən xəstələrdən 12-də kombinə olunmuş cərrahi əməliyyatlar icra edilmişdir. Xəstələrin yaşı 37-52 arasında variasiya edir. Xəstələrdən 10-da (83,3%) uşaqlıq boynu xərçənginin sidik kisəsinə, 2-də (16,6%) isə şişin düz bağırsağa inkişafı aşkar olunmuşdur. Şişin histoloji strukturuna görə, 8 xəstədə (66,6%) yüksək differensiasiyalı (G1), 2 xəstədə (16,6%) orta differensiasiyalı (G2), 2 xəstədə (16,6%) aşağı differensiasiyalı (G3) yastı epitel karsinoması aşkar olunmuşdur. 2 xəstədə uşaqlıq boynu xərçənginin düz bağırsağa inkişafı ilə əlaqədar olaraq xəstəyə uşaqlığın artımlarla birgə ekstirpasiyası və düz bağırsağın ön rezeksiyası, 6 xəstədə isə uşaqlıq boynu xərçənginin sidik kisəsi və sidik axarını prosesə cəlb olunması ilə əlaqədar olaraq xəstədə uşaqlığın artımlarla birgə ekstirpasiyası və sidik kisəsinin arxa

divarının rezeksiyası, 2 xəstədə uşaqlığın artımlarla birgə ekstirpasiyası, sidik kisəsinin, sidik axarının rezeksiyası, 2 xəstədə isə uşaqlığın artımlarla birgə ekstirpasiyası və sistektomiya (Briker əməliyyatı) icra olunmuşdur. Yerli-yayılmış uşaqlıq boynu xərçəngi ilə 2 xəstədə düz bağırsağın ön rezeksiyasının aparılmasına səbəb prosesin düz bağırsağın yuxarı ampulyar hissəsinə keçidi ilə, 6 xəstədə sidik kisəsinin arxa divarının rezeksiyasına göstəriş prosesin sidik kisəsinin divarına 4 sm-dən az sahədə keçid ilə əlaqədardır. , 2 xəstədə sidik kisəsi və sidik axarının rezeksiyasına səbəb şiş prosesinin sidik axarının aşağı 1/3-ni əhatə etməsi , 2 xəstədə aparılan sistektomiya şiş prosesinin sidik kisəsinin divarına 5 sm və ondan artıq inkişafı, həmçinin sidik kisəsi boynunun prosesə cəlb olunması ilə əlaqədardır.

Nəticə: Beləliklə, yerli-yayılmış uşaqlıq boynu xərçəngində kombinəolunmuş əməliyyatların , evisserasiyaların və sonrakı etapda rekonstruktiv metodların seçilməsi prosesin yayılma dərəcəsi və prosesin lokalizasiyasından asılıdır.

Qida borusu xərçənginin proqnozu

Şahməmmədov N.S, Qəmbərova G.H.

Şüa diaqnostikası və şüa terapiyası kafedrası, Bakı

Гида борусу хярчянэнин прогнoзу бир чoх щалларда шйшн инкишаф дяряжясиндян, йерляшмясиндян вя хярчянэин йайылмасындан, хястянин йашындан вя онун цмуми саьламлыг вязиййятиндян асылыдыр. Хястялийн еркян инкишаф мярщяляэриндя шишин йайылмасынын гаршысы жярращи вя кимйяви-щца терапиясы методларынын тятбиги йолу иля эффектив шякилдя алына биляр. Лакин хястялийн IV мәрһөлэ эерийядюнмяян сайылыр, чцнки узаг органлара метастаз процеси артыг башланмышдыр. Демяли, гида борусунун еркян

диагностикасы хястялярин йашама мцдятинин артырылмасы бахымындан чох мцщцм рол ойнайыр вя гида борусунун хярчянэи заманы мцсбят прогноза цмид верир.

Цмумиликдя гида борусунун хярчянэинин прогнозу гейри-гянэятбяхшдир (хцсусиля дя хястялийин IV mǝrhǝləsində ашкар едилдикдя). Бу, илк нювбядя онунла ялагядардыр ки, хястялийин эеж ашкарланмасы бядхассяли щцжейрялярин актив миграсийасы мярщялясиндя апарылыр. Нямин мярщялядя артыг хястя кяскин дисфагийя вя йа удманын чятинляшмясиндян шикайят едир. Бу заман хярчянэ шиши ятраф лимфа дцйцнляриня, гоншу органлара йайылыр. Хястялийин IV mǝrhǝləsində хярчянэ щцжейряляри бцтцн бядян бойунжа вя щятта ян узаг органлара йайылыр. Гида борусунун хярчянэи иля хястялярин цмуми йашама мцддяти 20%-дян аздыр, шалбуки гида борусунун йалныз селикли гишасынын мящдуд хярчянэи олан хястялярин йашама мцддяти 5 ил ярзиндя 80% тяшкил едир, хястялийин IV mǝrhǝləsində ися бу эюстярижи 5%-дян ашабыдыр.

Yumşaq toxumaların fibrohistiositar törəmələri zamanı axıcı sitometrik tədqiqatların nəticələri

*Əliyeva K.Ə., Mehdiyeva N., Muradov H.K.
Azərbaycan Tibb Universitetinin Bakı ş.*

Məqsəd: Yumşaq toxumanın xoş- və bədxassəli fibroz histiositomalar zamanı DNT miqdarının və xəstəliyin fərqli histoloji variantlarının ploidlilik xüsusiyyətlərinin axıcı sitometriya üsuluyla öyrənilməsi.

Material və metodlar: 2000-2010-cu illər ərəfəsində Bakı Şəhər Onkoloji Dispanseri və Azərbaycan Tibb Universitetinin Onkologiya Klinikasına müraciət edib müayinə və müalicə olunan 20 xoşxassəli

və87 bədxassəli fibroz histiositomalı xəstələrinin histoloji materiallarının axıcı sitometriya üsuluyla tədqiqi aparılmışdır və histogrammaları hazırlanmışdır. Bədxassəli fibroz histiositomalı xəstələrin subhistoloji variantlara görə ayrılması aşağıdakı kimi olmuşdur: tipik variant – 20 (23%), miksoid variant – 20 (23%), iltihabi variant – 17 (19,5%), angiomatoid variant – 10 (11,5%), nəhəng hüceyrəli variant – 20 (23%) xəstə təşkil etmişdir.

Nəticələr: Xoşxassəli fibroz histiositomalar zamanı histogramada tərkibində diploid sayılı DNT olan modal hüceyrə tərkibi zirvəsi aydın seçilir (70,4%). Hipodiploid elementlər cəmi 7,6% təşkil etmişdir. Poliploid hüceyrələr qeydə alınmamış, maksimal ploidlilik isə triploidiyadan yüksək olmamışdır. Triploid DNT tərkibli hüceyrələr 22% hallarda müşahidə olunmuşdur. Proliferasiya indeksi 6,5% , DNT indeksi isə 1,0 olmuşdur. Tipik variant bədxassəli fibroz histiositoma zamanı анеуплоид щцжейряляр цтуми щцжейрялярин тигдарынын 5,5%-ни тьякил етмишдир, DNT indeksi dəyişməyə də, artan proliferativ fəallıq aşkar edilmişdir. Миксоид вариант бядхассяли фиброз щцитоситомалар diploid hüceyrələr daha üstündür və miqdarları 52% təşkil edir. İkinci, daha çox miqdar təşkil edən hüceyrələr triploid sinif (28,5%) və tetraploid tərkibli (13,5%) hüceyrələrdir. 5c ploidlikli (3,9%), 6c (1,2), 7c (0,5), 8c ploidlikli (0,4) hüceyrələrin tapılmasıdır. Yalnız iki halda 1 aneuploid hüceyrə qeydə alınır. Ploidlildən asılı olaraq selikli qısa epitel hüceyrələri 3 qrupa bölünür. Ангиоматоид вариант бядхассяли фиброз щцитоситомалар zamanı ilk dəfə olaraq çoxlu miqdarda – 30,5 % aneuploid DNT-yə malik hüceyrələr aşkar edilmişdir. Həmçinin 3 ploidlikli DNT-yə malik hüceyrələr (80%), tetraploid hüceyrələr (8,2%), 5 ploidlikli (6,4%) və 6 ploidlikli (5,9%) hüceyrələr də aşkar edilib. Нящянэ щцжейряли вариант бядхассяли фиброз щцитоситомалар zamanı axıcı sitometrik tədqiqat hüceyrə populyasiyasının əksər hüceyrələrinin nüvə ploidliliyinin 4c civarında olduğunu aşkar etsə də (78,4%), poliploid və ən əsas isə aneuploid hüceyrə populyasiyasının хош вя бядхассяли фиброз

щитиоцитомаларын диэяр вариантлары ilə müqayisədə xeyli artmışını və nəticədə 42,6% təşkil etdiyini müəyyən etmişdir. Илтищаби вариант бядхассяли фиброз щитиоцитомалары zamanı axıcı sitometrik tədqiqatlar nəticəsində modal hüceyrə tərkibi aşkarlanmayıb, bütün hüceyrə populyasiyası isə çoxklonludur. Daha çox tetraploid saylı hüceyrələrə rast gəlinir (18,0%). Diploid və triploid hüceyrə tərkibi nisbətən az olub, müvafiq olaraq 17,0% və 16% civarında qeydə alınır.

Beləliklə, axıcı sitometriya üsulu xəstəliyin dəqiq diaqnostikası və proqnozunda faydalı ola bilər.

Sümük şişləri olan xəstələrdə müalicə taktikası seçilməsi

V.Z.Vəliyeva. E.B.Mansurov

Azərbaycan Tibb Universiteti, Milli Onkologiya Mərkəzi, Bakı ş.

Bu məqsədlə əlaqədar olaraq 1999-2008 –ci illərdə A.T.Abbasov adına Bakı Şəhər Onkoloji Dispanserində və N.Nərimanov adına Azərbaycan Tibb Universiteti Onkoloji Klinikasında müayinə olunan və müalicə taktikası seçilən 278 xəstənin müayinə xüsusiyyətləri dəqiqləşdirilmiş və bu müvafiq ardıcılıqla aparılmışdır. Belə ki , birinci mərhələdə kliniki müayinələr (şikayətlər və anamnezin öyrənilməsi üçün sorgunun aparılması ,xəstəyə baxış , birincili şiş mənbəyi , regional limfa düyünləri , qarın boşluğu və kiçik çanağın palpasiyası) ; ikinci mərhələdə laborator müayinələr ; üçüncü mərhələdə birincili şişin , regional limfa düyünlərinin , qarın boşluğu , kiçik çanaq və döş qəfəsi üzvlərinin müvafiq olaraq ultrasəs , rentgen , kompyutor və maqnit – rezonans tomoqrafiyaları müayinələri ; dördüncü mərhələdə şiş diaqnozunun morfoloji aydınlaşdırılması üçün sitoloji və histoloji müayinələr ; beşinci mərhələdə şiş toxumasında angiogenезin immunohistokimyəvi göstəricilərinin tədqiqi və sonuncu altıncı mərhələdə yanaşı gedən xəstəliklərin aşkar edilməsi aparılmışdır.Bu

göstərilən müayinələr qurtarandan sonra diaqnoz tam formaləşdırılmış və müalicə taktikası seçilmişdir.

Xəstələrdən 54,0 % kişi və 46,0 % qadın olmuşdur .40,5 % olmaqla ən cox xəstə 20–29 yaş qrupunda rast gəlmişdir.Ümumiyyətlə isə xəstələrin 2/3 –dən çoxu 20-49 yaşlarda olmuşdur. Histoloji müayinə nəticəsində xəstələrin 11,1%- də sumuk toxumasının müxtəlif növ xoş xassəli və 88,9 %-də bəd xassəli şişləri təyin olunmuşdur .Qeyd olunan müayinə mərhələlərinin nəticələrini tam öyrəniş qurtardıqdan sonra xəstələrə müvafiq müalicə növləri aparılmışdır. Belə ki, 51,1% xəstəyə cərrahi , 12,2 % xəstəyə kimyəvi dərman , 5,8 % xəstəyə şüa , 10,1% xəstəyə kombinə olunmuş və 20,8 % xəstəyə kompleks müalicə aparılmışdır.

Yumurtalıq fibromasının müasir diaqnostikası

*Alyev Ş.A., Mədədova V.M.
Milli Onkologiya Mərkəz, Bakı ş.*

Yumurtalıq fibroması ümumi yumurtalıq şişlərinin 4%-ni təşkil edir. Bu şişlər çox zaman Meyqs sindromu ilə özünü biruzə verir. Yumurtalıq fibroması müxtəlif ölçülü, kiçik ölçüdə kiçik çanaq və qarın boşluğunu dolduran böyük ölçülərə qədər ola bilər. Fibromalar kəsikdə homogen, bozuntul-agımtıl rəngdə olur.

Məqsəd. Yumurtalıq fibromasının əməliyyat öncəsi diaqnostikasında buraxılmış səhvlərin araşdırılması və qarşısının alınmasıdır.

Material və metodlar.Milli Onkologiya Mərkəzində 2004 - 2010cu illərdə 23 qadın yumurtalıq fibromasına görə cərrahi əməliyyata məruz qalmışdır. Həmin qadınlar planlı olaraq müayinələrdən keçmişdir. Xəstələrin yaşı 35-55 yaş arasında dəyişir. 23 xəstədən 11-də(48%) ilkin klinik diaqnoz yumurtalıq xərçəngi, 4 -ündə(17%)uşaqlıq fibromiyomasi, 8 (35%) xəstədə yumurtalıq

fibroması diaqnozu qoyulmuşdur. Klinik olaraq 6 (26%) xəstədə Meyqs sindromu müşahidə olunmuşdur.

Xəstələrdən yalnız 9-da (39%) onkomarker CA 125 normadan yüksək olmuşdur. 6 (26%) xəstədə onkomarker CEA yoxlanılmış və normadan yüksək olmuşdur. USMdə 6 (26%) xəstədə yumurtalıq xərçəngi, 3 –ündə kiçik çanağın patologiyə tövəsi, 9-unda(39%) yumurtalıq kistomasi, 5 (22%) xəstədə uşaqliqin fibromiyomasi diaqnozu qoyulmuşdur. Xəstələrdən 8-inə(35%) MRT müayinəsi aparılmış, yumurtalıqin fibroması diaqnozu qoyulmuşdur.

Nəticə. Əməliyyat olunmuş 23 xəstədən yalnız 8 (35%) xəstədə ilkin klinik diaqnoz son klinik diaqnozla uyğun olmuşdur. Həmin xəstələrdə diaqnoz MRT müayinənin nəticəsinə əsasən qoyulmuşdur.

Ultrasəs müayinəsi vacib qeyri invaziv müayinə metodu olmasına baxmayaraq, bəzən diaqnostik səhvlərə yol verilə bilər. MRT müayinə yüksək diaqnostik potensiala malikdir. MRT müayinə müxtəlif müstəvilərdə kəsiklərin alınması, toxumaların yalnız anatomik deyil, həmçinin strukturunun da müəyyən edilməsində mühim əhəmiyyətə malik olduğu üçün yumurtalıqin fibromasının diaqnostikasında mühim əhəmiyyətə malikdir.

Fibrolarinqoskopiyanın qırtlaq xərçənginin diaqnostika və müalicəsindəki roluna dair

*N.M.Əmirəliyev, E.İ.İbrahimov, A.T.İskəndərova, E.H.İsayeva,
N.V.Kərimova
Azərbaycan Tibb Universitetinin Bakı ş.*

Qırtlaq xərçənginin diaqnostikasında digər müayinə metodları arasında endoskopiya mühüm əhəmiyyət kəsb edir. Bu müayinə metodunun xəstələrin müalicəsindən sonrakı dinamik nəzarətində də əhəmiyyətli rolu var.

Məqsəd: Fibrolarinqoskopiyanın qırtlaq xərçənginin diaqnostikasında, şüa və kimyəvi-şüa müalicəsinin effektivliyinin qiymətləndirilməsində və müalicədən sonrakı dinamik nəzarətdə rolunun qiymətləndirilməsi.

Material və metod: Tərəfimizdən 1993-2011-ci illər ərzində qırtlaq xərçəngi olan 1050 xəstədə 3700 fibrolarinqoskopiya aparılmışdır. Güzgü baxışının və fibroskopik müayinə metodunun vizual əlamətləri əsasında düzgün diaqnoz xəstələrin müvafiq olaraq 750 (71,4%) və 1020 – də (97,1%) qoyulmuşdur. Endoskopik və güzgü baxışı zamanı diaqnostik səhvlər isə müvafiq olaraq 35 xəstədə (3,3%) və 215 (20,5%) xəstədə aşkar olunmuşdur.

Endoskopik müayinə metodunun üstünlüyü təkcə şişin vizual diaqnostikası deyil, həm də histoloji müayinə üçün bioptatın götürülməsindən ibarətdir. İlk histoloji müayinənin mənfi cavabı vizual diaqnozu inkar etmir, belə ki, bir sıra xəstələrdə şiş prosesinin morfoloji təsdiqi təkrari biopsiya nəticəsində alınır. Bizim materialda qırtlaq xərçəngi diaqnozu morfoloji olaraq birinci biopsiyadan sonra 792 (25,4%) xəstədə, təkrari biopsiyadan sonra isə 436 (90,1%), xəstədə təsdiq edilmişdir.

Fibrolarinqoskopiya qırtlağın güzgü baxışı üçün çətin olan nahiyələrdə şişin yayılma dərəcəsi və sərhədlərinin müəyyən edilməsi üçün mühüm əhəmiyyət kəsb edir. Xəstəlik 590 (56,2%) bu müayinə metodunun köməyi ilə güzgü baxışının nəticələrinə müvafiq dəyişikliklər edilmişdir.

325 xəstədə şüa və kimyəvi-şüa müalicəsinin effektivliyini müəyyən etmək üçün 1080 endoskopik müayinə aparılmışdır. Müalicənin effektivliyi kimyəvi müalicə kurslarından, şüa müalicəsinin I etapından, şüa və kimyəvi-şüa müalicəsi qurtarandan bilvasitə sonra aparılmışdır. Müalicənin effektivliyinin qiymətləndirilməsi üçün güzgü və endoskopik müayinə metodlarının imkanlarının müqayisəsində müşahidə olunan dəyişikliklərin şərhli zamanı çətinliklər müvafiq olaraq 635 (60,4%) və 108 (10,3%) xəstədə rast gəlinmişdir.

Xəstəliyin residivinin müəyyən edilməsi məqsədi ilə spesifik müalicə qurtarandan sonra dinamik nəzarət prosesində qırtlaq xərçəngi olan xəstələrdə şiş güzgü baxışı zamanı 530 (50,4%), fibrolarinqoskopiya zamanı isə 960 (91,4%) xəstədə aşkar edilmişdir. Fikrimizcə qırtlaq xərçənginin residivinin vaxtında aşkar edilməsi üçün endoskopik müayinə qırtlaqda olan reaktiv dəyişiklərin inkişafına və residivin əmələgəlmə tezliyinə müvafiq olaraq müalicə qurtarandan 4,6,9,12 ay və 1,5 il sonra aparılmalıdır.

Trucut biopsiyalar qaraciyər törəmələrində güvənli və etibarlıdır

*Məmmədov R., Rəhimov A., Həsənova H., Hacıyev Ə., Mustafayeva L., Hidayətli R., Həsənova R., Əzizova G., Məmmədov A.,
Milli Onkologiya Mərkəzi Bakı ş.*

GİRİŞ: Trucut iynəsi vasitəsilə qaraciyər törəmələrindən götürülmüş biopsiyaların histoloji cavablarının güvənli və etibarlı olmasını dəyərləndirmək istədik.

MATERIAL VƏ METOD: Milli Onkologiya Mərkəzinin poliklinika şöbəsində iyun 2011 - aprel 2012 tarixlər arasında 60 xəstənin qaraciyərdə yerləşən törəmələrindən trucut iynəsiylə ultrasəs aparatı altında alınan biopsiyaların histoloji cavabları, rast gələn ağırlaşmaları retrospektiv olaraq araşdırdıq. Məlumatlar poliklinikanın xəstə qeydiyyatı və histoloji laboratoriyanın arxivlərindən əldə edildi. Ultrasəs və MRT müayinəsi vasitəsilə yalnız qaraciyərdə olan şişlərdən (diqər organlar intakt təqdirdə) biopsiyalar götürüldü. Trucut biopsiyaları yerli 2% lidokain keyləşdirilməsiylə və 16 Gauge 15 sm avtomatik trucut iynəsinə aparıldı. Xəstələr biopsiyadan sonra 3 saat nəzarət altında saxlandı.

NƏTİCƏLƏR: Qaraciyər şişlərin ölçüsü orta hesabla 32 mm (15-150 mm). Araşdırılan 16 xəstədə tək şiş qeyd olunurdu. Əlli dörd xəstədə (90%) birinci seansda, 6 xəstədə (10%) ikinci seansda

diagnozun qoyulması üçün yetərli hüceyrələr alındı. Tək seansda uğurlu nəticə 96,3%, ikinci seansda isə 83% izləndi. 16 xəstədə xoş xəssəli dəyişiklik (psevdotumor, lokal yağlanma, bakterial abses, kavernoiz hemangioma), 15 xəstədə HCC, 26 xəstədə metastatik törəmə (malign epitelial tumor, mezenximal karsinoma, adenokarsinoma, Hodjkin limfoması, kiçik hüceyrəli karsinoma) aşkarlandı. İşləm vaxtında və sonrasında 14 xəstədə ağrıkəsicilərlə keçən yüngül ağrılar, 1 xəstədə stasionar müalicə tələb edən şiddətli ağrı və 1 xəstədə cərrahi müdaxilə tələb edən qanaxma görüldü. Başqa orqanları dəlilməsi və perforasiya kimi ciddi ağırlaşmalar izlənmədi.

YEKUN: Bu işin məqsədi mənşəyi məlum olmayan qaraciyər şişlərində histoloji verifikasiyaları üçün istifadə edilən trucut biopsiya metodu ən güvənli və etibarlı olduğunu nəzərə çatdırmaqdır.

Kastelman xəstəliyi (Giqant limfa vəzi hiperplaziyası)

*S.S. Vətənxah, T.T.Aslanov, E.Y.Əliyev,Z.S.Hacıyeva
Milli Onkologiya Mərkəzi, Bakı ş.*

Limfa vəziləri iltihabi ya da tumoral lezyona bağlı olaraq reaktiv hiperplaziya səbəbilə böyüyə bilərlər. Xəstəliyin lokalizasiyası mediastendədir. Kastelman xəstəliyinə bağlı olaraq pankreas, surrenal vəzi, retroperitoneal sahə və mezenter kimi dəyişik orqanlar və bölgələr tutulmaqdadır. Qızdırma, çəki itirmə və anemiya kimi klinik şəkli vardır. Etiologiyası naməlumdur. Bilinməyən antigenlərə qarşı əmələ gələn xroniki iltihabi hadisə kimi tanınmaqdadır. Əsasən yeniyetmə dövründə rast gəlinir və səbəblərdən biri kimi AIDS xəstəliyi hesab olunur.

Rentgenoloji divararlılığı kölgəsinin mediastinal limfa düyünlərinin böyüməsi nəticəsində bir və ya hər iki tərəfli genişlənməsi qeyd olunur. Praktikada bu xəstəliyi əsasən mediastinal

limfa düyünlərinin zədələnməsi ilə müşayət olunan limfomalarla differensial diaqnostikası aparılmalıdır.

Kastelman xəstəliyi histoloji olaraq limfoma v  timoma ilə qarışdırıla bilər. Histoloji nəticələrə görə  n yaygın řekli olan hiyalin vaskulyar tipində kontrastlı KT-də medistinal limfa vəzilərində homogen kontrast tutumu vardır. Plazma hüceyrəli tipində daha az sahədə kontrast tutumu görülməkdədir. Bu  z llyin  görə kistik lezyon ya da limfomadan ayırd edilir. Ayrıca limfa vəzi k tl l rində kalsifikasiya g r l  bilir.

Qeyri – Hockin limfomal  xəstələrdə standart proqnostik faktorların dəyərləndirilməsi

Musayev  .N., Tahirov T.Z., Əliyev A.Y., Əhmədov Y. ., Kazımov E.E., Hacıyeva  .A.

Milli Onkologiya Mərkəzi, Bakı ř.

Qeyri–Hockin limfoması çox heterogen bir xəstəlik qrupudur. B- və ya T-limfosit və ya hər ikisinin anormal klonal proliferasiyası ilə xarakteriz l nir. Müasir qeyri–Hockin limfoması  alıřmalarında müalicə qərarını proqnostik faktorlar y nl ndirm kd dir.  mumi yařamaęa təsir edən 5 əsas faktor təyin olunmuřdur. Yař (≤ 60 yař v ya 60 yař yuxarı), qanda laktat dehidrogenazanın (LDH) səviyyəsi (\leq normal və ya normadan yuxarı), subyektiv status (ÜST təsnifat ilə) (0–1 v ya 2–4), mərhələ (1–2 və ya 3–4) v  ekstronodal zədələnmə (≤ 1 v ya 1–dən çox). 2 v ya 3 risk faktorlu xəstələr 50% 5 illik yařama řansına sahibdirlər. Sümük iliyi, dalaq, qara ciyər, mərkəzi sinir sistemi, aę ciyər v  qastrointestinal sistem zədələnməsi olan xəstələr daha yüksək residiv riskinə malikdirlər.

řiřin həcmi və y k  qeyri-Hockin limfomalarında  n vacib proqnostik faktorlardan biridir. T k bařına radioterapiya ilə müalicə olunan IA, IIA orta və yüksək dərəcəli qeyri-Hockin limfomal  xəstələrdə 5 sm–dən kiçik řiř həcmi olan xəstələr 39%-i residivl 

qayıdarkən, 5 sm-dən böyük şiş həcmi olanların 62%-i residivlə üzləşmişdir.

Şiş yükünü əks etdirən yüksəlmiş laktat dehidrogenaza (LDH) pis proqnostik faktordur. Bədxassəli şiş hüceyrələrin 60%-dən çoxunda Ki-67 ekspressiyası ilə müşahidə olunan yüksək proliferativ aktivlikdə pis proqreastik faktorlardan sayılır.

Xəstənin yaşına, qanda laktat dehidrogenazanın (LDH) səviyyəsinə, xəstənin subyektiv statusuna (ÜST təsnifatı ilə)və zədələnən ekstranodal bölgə sayına əsaslanan “Beynəlxalq proqnostik indeks” (UPI) proqnozu təxmin edə bilən sadə və klinik əsaslı bir yöntəmdir.

Hal-hazırda Milli Onkologiya Mərkəzinin müasir diaqnostik avadanlıqlarla təhçiz olunması nəticəsində yuxarıda sadalanan proqnostik faktorlardan xəstələrə aparılacaq müalicələrin planlanmasında geniş istifadə olunur. Bunun nəticəsi olaraq da xəstələrin ümumi yaşama və xəstəliksiz yaşama göstəriciləri dünyanın qabaqcıl klinikaları ilə üst-üstə düşür.

Опыт эндоскопического удаления малигнизированных колоректальных полипов

Гаджиев А.Р., Керимов А.Х.

Национальный центр онкологии, г.Баку

До сих пор существуют разногласия о возможностях и границах применения эндоскопических вмешательств при малигнизированных колоректальных полипах (КРП), касающиеся, в основном, наличия очагов малигнизации, допустимых размеров и ширины их основания.

Цель. Оценить непосредственные и ближайшие отдаленные результаты эндоскопического лечения больных с малигнизированными КРП полипами.

Материал и методы:

В отделении эндоскопии НЦО в период с 2005 по 2010 г.г. наблюдались 48 больных с малигнизированными КРП, перенесших эндоскопическую полипэктомию (удалено 52 полипа). При характеристике степени инвазивного роста, которая оценивалась на основании результатов гистологического исследования ткани опухоли, мы пользовались Международной (Венской) классификацией эпителиальных неоплазий пищеварительного тракта (по R.L. Schemper со соавт., 2000).

Результаты и обсуждение: Так из 52 малигнизированных полипов, карцинома *in situ* и внутрислизистый рак (неинвазивные формы роста) выявлены в 34 случаях (65,4%), а инвазивный рост рака – в 18 (34,6%). Радикальной эндоскопической операцией мы считали, когда в удалённом полипе была неинвазивная форма роста рака, фокус малигнизации располагался в стороне от линии элеткроразреза и не было вовлечения в опухолевой процесс сосудов в головке полипа. Выявление при биопсии в месте полипэктомии опухолевых комплексов является доказательством нерадикальности эндоскопической операции. Таких случаев было 12 (23%) при инвазивном росте и все больные были направлены на оперативное лечение.

В серии наблюдений до 5 лет после эндоскопического удаления 27 КРП с неинвазивной формой роста рака (карцинома *in situ*, внутрислизистая карцинома), рецидив отмечен у 13 больных. Из них у 6 в течение 1,5 года возникла аденома доброкачественного строения со структурой, аналогичной ранее удаленной опухоли с малигнизацией. Во всех случаях была проведена повторная электроэксцизия образований. В течение последующих 3 лет после лечения рецидива роста опухолей обнаружено не было.

У 4 больных имел место рецидив малигнизированного полипа и у 3 в зоне удаления развился рак. Сроки рецидива у этих больных составил в среднем до 1 года, кроме 2 пациентов у

которых рецидив развился через 1,5-2 года. Все больные были прооперированы, и при исследовании удаленного отрезка толстой кишки у 5 обнаружена первая стадия ракового процесса, а у 2 вторая.

Выводы: Таким образом, радикальное эндоскопическое удаление малигнизированных КРП возможно, прежде всего при условии отсутствия злокачественных клеток по линии разреза при последующей морфологической оценки всего удаленного образования и тканей в зоне его отсечения. И если, при гистологическом исследовании не выявляется признаков инвазии в более глубокие слои кишечной стенки (подслизистая основа), что с другой стороны является гарантией отсутствия метастазов в лимфатические узлы, петельное удаление всего образования является и окончательным способом лечения этих пациентов. При морфологических признаках инвазии (раковые клетки обнаружены по линии среза) больные направляются на оперативное лечение.

Sümük şişlərinin erkən diaqnostikasında vegf, vegf-r1 və cea-nin əhəmiyyəti

*Əhmədova G.A., Qasimov N.V.
Azərbaycan Tibb Universitetin Bakı ş.*

Sümük şişlərinin diaqnostikasında klinik göstəricilərlə yanaşı standart rentgenoqrafiya, angioqrafiya, ssintoqrafiya, kompyuter tomoqrafiyası (KT) və maqnit-rezonans tomoqrafiyası (MRT) kimi geniş spektrdə instrumental müayinə metodlarından istifadə edilir. Lakin bir sıra hallarda bu metodların tətbiqində və şişin inkişafının erkən mərhələlərində törəmənin ölçülərinin kiçik olduğu zaman prosesin qiymətləndirilməsində çətinliklər yaranır. Məsələn radioaktiv maddələr sümük toxumasının iltihabi və degenerativ proseslərində də toplanır və ssintiqrifiya zamanı diaqnozun qeyri-

düzgün qoyulmasına gətirib çıxarır. KT və MRT böyük maddi vəsait tələb edən və yüksəktexnologiyalı müayinə metodları olduğundan əksər müalicə müəssisələrində tətbiq edilmir. Rentgenoloji müayinə zamanı 85.6% halda patoloji dəyişiklik müşahidə edilsə də, 14.4% halda heç bir əlamət aşkar edilmir və şişə yalançı mənfi diaqnoz qoyulur.

Beləliklə sümüklərin müxtəlif mənşəli şiş xəstəliklərinin erkən və differensial diaqnostikası problemi bu sahədə müəyyən müvəffəqiyyətlərə baxmayaraq aktual olaraq qalır. Problemin həlli üçün şişlərin bioloji xassələrini əks etdirən markerlərin müasir immunoferment və biokimyəvi üsullarla tədqiqi mühüm əhəmiyyət kəsb edir. Yuxarıda qeyd edilənlər hazırkı tədqiqatın aparılmasını şərtləndirmişdir.

Tədqiqat işinin məqsədi birincili və metastatik sümük sarkomaları, həmçinin xoşxassəli sümük şişləri diaqnozu qoyulmuş xəstələrin qan zərdabında damar endotelinin böyümə amili (VEGF) və onun həll olunan 1-ci tip reseptorunun (VEGF-R1) və CEA-nın səviyyəsinin müqayisəli öyrənilməsidir.

Xəstələr 3 əsas qrupa bölünüb: 1) birincili bədxassəli sümük şişləri; 2) metastatik sümük şişləri; 3) sümüyün xoşxassəli şişləri.

Kontrol qrupa yaşı və cinsinə görə xəstə şəxslərdən fərqlənməyən praktik sağlam şəxslər daxil edilmişdir.

Qan zərdabında angiogenezin əsas göstəricisi hesab edilən CEA-nın qatılığı "Human" (Almaniya), VEGF-inqatılığı "İBL" (Almaniya), VEGF-R1 reseptorunun qatılığı "R&D systemsinc" (ABŞ) firmasının reaktiv dəstinin vasitəsilə immunoferment üsulla təyin edilmiş, ölçmələri STAT FAX – 303 PLUS (ABŞ) İFA aparatında aparılmışdır.

Tədqiqatın nəticəsində məlum olmuşdurki, qan zərdabında xərçəng embrional antigeninin (CEA) və damar endotelinin böyümə amilinin (VEGF) tədqiqi zamanı ümumi qəbul edilmiş norma meyarlarına əsasən, sağlam insanların əksəriyyətinin qan zərdabında CEA səviyyəsi 4 pq/ml-dən, VEGF səviyyəsi 200 pq/ml-dən artıq olmur.

Onkofetalantigenolan CEA – nin səviyyəsinə görə praktik sağlam şəxslərlə xoşxassəli sümük şişləri olan xəstələr arasında statistik etibarlı fərq yoxdur. Bu isə onu göstərirki, xoş xassəli şişlər zamanı CEA–nın təyininin diaqnostik əhəmiyyəti yoxdur. Birincili bəd xassəli sümük şişləri olan xəstələrin qan serumunda CEA–nın səviyyəsi kontrollə yanaşı, həmçinin xoş xassəli sümük şişləri olan xəstələrlə müqayisədə 10.2 dəfə (922%) statistik etibarlı çoxalır. Metastatik sümük şişlərində CEA–nın qatılığı kontrollə müqayisədə 22.6 dəfə çoxalır. Diqqəti cəlb edən maraqlı məqamlardan biridə bu göstəriciyə görə birincili və ikincili bədxassəli sümük şişləri arasında statistik etibarlı fərqin olmasıdır.

Kontrol qrup və xoşxassəli sümük şişlərində VEGF–in səviyyəsi fərqlənməmişdir. Birincili bədxassəli sümük sümük şişlərində VEGF–in miqdarı kontrol qrupa nisbətən 3.3 dəfə və ya 226% ($p<0.05$) artmışdır. Metastatik sümük şişlərində VEGF–in səviyyəsi kontrol qrupa nisbətən 2.25 dəfə yüksəlmişdir.

VEGF–R1–nin səviyyəsi kontrol qrupda və xoşxassəli sümük şişlərində bir–birindən fərqlənməmiş, birincili və metastatik sümük şişlərində nəzərəcarpacaq dərəcədə yüksək olmuşdur.

Beləliklə, aparılmış tədqiqatlar sümük şişlərinin rastgəlmə ehtimalı yüksək olan xəstələrin ilkin seçimini aparmağa, erkən və differensial diaqnostika üçün ixtisaslaşdırılmış müalicə müəssisələrinə yönəltməyə şərait yaratmaqla və vaxtında yüksək səviyyəli müalicə almasına imkan verməklə onların həyat keyfiyyətinin yaxşılaşmasına səbəb ola bilər.

Применение тимозина-альфа1 в комбинированной терапии больных с хронической хламидиозной инфекцией

*А.А.Гулиева, А.А.Магеррамова, С.М.Сафарова
Азербайджанский институт усовершенствования врачей
им.А.Алиева; Республиканская противочумная станция, г.Баку*

Инфекция, вызванная хламидиями *Chlamydia trachomatis* по распространенности во всем мире не только опередила все "классические" инфекции, передающиеся половым путем, но и заняла ведущее место среди наиболее часто встречающихся в мире инфекционных болезней вообще [4].

Надо отметить, что актуальность проблемы хламидиозов обусловлена не только широкими масштабами их распространения, но и абсолютным преобладанием среди инфицированных хронических субклинически протекающих форм этой инфекции, не только затрудняющим их своевременную диагностику, но и снижающим эффективность этиотропного лечения больных. При этом, одной из основных причин неудовлетворительных результатов лечения таких форм хламидиоза, помимо неадекватности антибактериальной терапии (даже при применении высокоэффективных антибактериальных средств), считается недостаточно интенсивная модуляция факторов врожденного иммунитета (ВИМ), принимающих непосредственное участие в процессе элиминации хламидий из организма и выздоровления [5].

Поэтому в лечении больных такими формами хламидиоза все чаще используются иммуномодулирующие препараты, за счет которых удастся ощутимо повысить эффективность терапии. Так, в нашем наблюдении было показано, что применение в качестве стимуляторов ВИМ ряда иммуностропных препаратов обеспечило не только ощутимое улучшение показателей ВИМ, но и повышение частоты регистрации устойчивого терапевтического эффекта [2].

В то же время, практически все существующие иммуномодуляторы реактогенны и, наряду с основным действием, оказывают на организм токсическое побочное действие и недостаточно хорошо переносятся пациентами. Единственное исключение в этом отношении составляет лишь

"задаксин" - лекарственный препарат на основе тимозина-альфа1 (Ta1), одного из тимических гормонов.

Обладая выраженной способностью активизировать факторы не только ВИМ, но и приобретенного иммунитета, задаксин практически не оказывает какого-либо побочного действия и отличается превосходной переносимостью пациентами [3]. Более того, в проведенных нами лабораторно-экспериментальных исследованиях и клиническом наблюдении задаксин, будучи использован в комбинации с антибиотиками, оказался способным повышать эффективность антибактериальной терапии [1, 6].

Учитывая эти соображения побудили нас исследовать возможность и оценить целесообразность применения задаксина в качестве компонента комбинированной терапии больных хламидиозом.

Под нашим наблюдением находилось 22 больных хронической хламидийной инфекцией с признаками воспалительных поражений уrogenитального тракта. Все больные ранее получили лечение, которое не принесло ожидаемого эффекта.

Этиологический диагноз был выставлен на основании результатов прямого иммуофлюоресцентного исследования соскобов со слизистых оболочек пораженных отделов уrogenитального тракта на наличие антигена Ch. trachomatis с помощью коммерческого препарата - меченных антител к хламидиям "ХлаМоноСкрин-2" (НИАРМедик+, РФ)

Все больные получали антибактериальную терапию ровамицином (антибиотик из группы макролидов) в режиме 3 млн ед 3 раза в день в течение 2 недель.

Все больные были разделены на две группы. Первая группа - 10 пациентов, одновременно с антибиотикотерапией получили короткий курс терапии задаксином, который вводился подкожно в дозе 1,6 мг в режиме 3 инъекции в неделю на протяжении 2 недель.

Вторая группа - 12 больных, одновременно с антибиотикотерапией на протяжении 2 недель получили курс терапии тималином, который вводился подкожно в стандартных дозах и режиме.

На 10 день от начала комбинированной терапии, а также через неделю после ее завершения у больных обеих групп были взяты мазки соскобы со слизистых оболочек пораженной части - эти мазки исследовали на наличие антигена хламидий. Частоту отрицательных результатов считали объективным критерием эффективности лечения в каждой группе больных.

В качестве клинических критериев оценки эффективности комбинированной терапии использовали такие клинические показатели, как быстроту купирования клинических проявлений и длительность ремиссий после завершения лечения.

Сравнивая указанные выше критерии в обеих группах больных, мы сопоставили терапевтическую эффективность соответствующих программ лечения.

На 10-й день лечения у больных получивших лечение с использованием задаксина ни в одном случае в мазках не удалось выявить антиген хламидий, в то время как у 2 (16,7%) больных, получивших лечение тималином антиген хламидий был выявлен.

Сравнение результатов наблюдения за обеими группами больных, получившими комбинированное лечение по указанным двум программам, показало, что у больных, получивших лечение задаксином, по сравнению с больными получившими лечение тималином, было отмечено более быстрое разрешение основных клинических проявлений заболевания (7-8 дней против 13-14 дней).

Эти данные, а также отсутствие каких-либо признаков пробочного токсического воздействия задаксина, позволяют полагать, что применение комбинированной терапии с использованием задаксина позволило получить лабораторно подтвержденный терапевтический эффект быстрее, чем

применение комбинированной терапии с использованием тималина. Это позволило заключить, что по конечной эффективности первая программа лечения превосходила последнюю.

Таким образом, на основе результатов проведенного нами наблюдения, показавших определенное преимущество задаксина перед тималином в качестве иммуномодулирующего препарата, включенного в программу лечения хламидиоза, мы пришли к заключению о том, что задаксин может использоваться в этом качестве.

Литература

1. Абдуллаев Р.М. Сафарова С.М., Мамедов М.К., Дадашева А.Э. Влияние тимозина-альфа1 на эффективность антибиотикотерапии экспериментальных бактериальных инфекций. // Биомедицина, 2011. N.3, с.18-20.

2. Кадырова А.А., Гулиева А.А., Магеррамова А.А., Магеррамов Ф.М. Показатели неспецифической иммунологической резистентности у больных урогенитальным хламидиозом и ее изменение после этиопатогенетической терапии. // Здоровье (Баку), 2005, N.1, с.43-46;

3. Кребс Р. Биология и иммунофармакология тимозина-альфа1. // Биомедицина, 2003, N.2, с.9-13.

4. Лаврова Н.И. Современные тенденции эпидемиологии генитального хламидиоза в Российской Федерации. / Современные проблемы болезней, пережающих половым путем. М., 2007, с.47-48;

5. Марченко С.И., Поспелова Ю.Г. Развитие взглядов на этиотропную терапию хламидиозов. / Мат-лы научно-практической конференции: Хламидии и хламидиозы. Киев, 2008, с.114-119;

6. Махмудов Ф.Р., Мамедов М.К., Сафарова С.М. Применение тимозина-альфа1 в комбинированной терапии

хронических пиодермий. // Современные достижения
азербайдж. медицины, 2012, N.1, с.79-81.

MÜNDƏRİCAT

Heydər Əliyev şəxsiyyəti, Heydər Əliyev dahiliyi <i>C.Ə.Əliyev, A.A.Kərimli</i>	3
Güclü LİDER – Lider dövlət <i>Ə.X.Kərimov, N.Ə.Əsgərov</i>	6
Перспективы применения тимозина-альфа1 в качестве средства для поддерживающей терапии в онкологической клинике <i>Д.А.Алиев, М.К.Мамедов</i>	8
Süd vəzisi xərçəngi olan xəstələrdə reseptor statusun bədləşmə dərəcələrindən asılılığının tədqiqi <i>C.Əliyev, R.Cəfərov, T.Nəcəfov, S.Rəhimova, S.Qurbanov, F.Əlizadə, L.Məcidova, R.Cavadov</i>	13
Birincili sümük şişlərinin müalicəsinin müasir aspektləri <i>Ə.T. Əmiraslanov, A.Ə. Əmiraslanov, E.E. İbrahimov, Ş.D. Tağıyev, V.E. Tağıyeva</i>	15
Продолжительность жизни у больных раком пищевода в зависимости от пола, возраста и локализации опухоли после проведения радиотерапии <i>И.Г.Исаев, Н.М.Аскеров, Л.Н.Гулиева, Г.Г.Насирова</i>	17
Mədə xərçəngi olan xəstələrdə müxtəlif müayinələr və cərrahiyyə müalicələrində olunmuş proqnostik dəyişikliklərin təyini <i>Kərimov Ə.X., Əsgərov N.Ə., Əliyev A.R., Zeynalov R.S., Yusifov A.J.</i>	20
Брахитерапия в лечении больных раком пищевода. <i>И. Г. Исаев, Н.Г. Кулиева, Г. Г. Насирова, Л. Н. Гулиева</i>	22

Эффективность платиносодержащих схем химиотерапии у «triple-negative» больных метастатическим раком молочной железы
Мусаев И.Н., Зейналов Р.С., Аббасов А.Э......25

Uşaqliq boynu xərçəngi ilə xəstələnmə , diqnostikasi və müalicəsinin bəzi statistik göstəriciləri.
F.Ə.Mərdanlı , E.B. Mansurov , N. M.Əsgərov, V. T. Məmmədov, N. B. Əliyeva , Ə.İ Burcuyeva , S. İ. Cəfərova, E. R. Hüseynova28

Yerli yayılmış uşaqliq boynu xərçənginin konkurent kimyoterapiyası.
İsayev İ.H., Quliyev E.H., Əkbərov K.S., Kazımov K.İ......31

Герпетическая инфекция у больных, получающих химиотерапию
Мусаев И.Н., Мамедов М.Г., Ахмедов Ю.А., Алиев А.Ю., Таиров Т.З., Казымов Э.Э., Гаджиева И.А......36

Испытание и основные характеристики экспериментальной модели острой инфекции, вызванной вирусом простого герпеса у мышей
М.К.Мамедов, А.Ш.Исмаилов, С.В.Ожерелков.....41

О частоте выявления виремии в сыворотках крови больных талассемией, серопозитивных в отношении вируса гепатита С
Р.К.Таги-заде, С.А.Алифаттахзаде.....46

Радиационные повреждения на пищевом в зависимости от режима облучения и методы их профилактики и лечения.
И.Г.Исаев, Н.Г.Кулиева, Э.Г.Гулиев, Л.Н.Гулиева.....50

Реакции и осложнения лучевой терапии в режиме ускоренного гиперфракционирования у больных раком глотки и гортани.
Алиева С., Гасанова З., Казиева Р......55

Осложнения гормонотерапии у больных

**местнораспространенным раком предстательной
железы (МРПЖ)**

Гулиев Ф.А., Мусаев Т.Н......61

**Эффективность и частота осложнений при
различных схемах трансректальной биопсии
предстательной железы**

Гулиев Ф.А., Мусаев Т.Н., Аджалов О.В......65

**Хирургическое лечение сарком мягких тканей
(СМТ) нейроэктодермального генеза**

Т.С. Кулиева68

**Onurğanın metastatik törəmələrində dekompressiya
və fiksasiya əməliyyatının keyfiyyətli yaşama üzərinə
olan təsirlərinin araşdırılması**

İsayev Ə.H. Ağayev M.R......70

Yerli-yayılmış uşaqlıq boynu xərçəngində cərrahi taktika

Əliyeva G.A......71

Qida borusu xərçənginin proqnozu

Şahməmmədov N.S, Qəmbərova G.H......72

**Yumşaq toxumaların fibrohistiositar törəmələri
zamanı axıcı sitometrik tədqiqatların nəticələri**

Əliyeva K.Ə., Mehdiyeva N., Muradov H.K......73

Sümük şişləri olan xəstələrdə müalicə taktikası seçilməsi..

V.Z.Vəliyeva. E.B.Mansurov75

Yumurtalıq fibromasının müasir diaqnostikası.

Aliyev Ş.A., Mədədova V.M......76

**Fibrolarinqoskopiyanın qırtlaq xərçənginin
diaqnostika və müalicəsindəki roluna dair**

N.M.Əmirəliyev, E.İ.İbrahimov, A.T.İskəndərova, E.H.İsayeva,

N.V.Kərimova......77

Trucut biopsiyalar qaraciyər törəmələrində güvənli və etibarlıdır

Məmmədov R., Rəhimov A., Həsənova H., Hacıyev Ə., Mustafayeva

L, Hidayətli R., Həsənova R., Əzizova G., Məmmədov A......79

Kastelman xəstəliyi (Giqant limfa vəzi hiperlaziyası)

S.S. Vətənxah, T.T.Aslanov, E.Y.Əliyev, Z.S.Hacıyeva.....80

**Qeyri – Hockin limfomalı xəstələrdə standart
proqnostik faktorların dəyərləndirilməsi**

Musayev İ.N., Tahirov T.Z., Əliyev A.Y., Əhmədov Y.Ə.,

Kazımov E.E., Hacıyeva İ.A.....81

**Опыт эндоскопического удаления малигнизированных
колоректальных полипов**

Гаджиев А.Р., Керимов А.Х.....82

**Sümük şişlərinin erkən diaqnostikasında vegf,
vegf-r1 və cea-nin əhəmiyyəti**

Əhmədova G.A., Qasımov N.V.....84

**Применение тимозина-альфа1 в комбинированной терапии
больных с хронической хламидиозной инфекцией**

А.А.Гулиева, А.А.Маггеррамова, С.М.Сафарова.....86

