

AZƏRBAYCAN RESPUBLİKASI SƏHIYYƏ NAZİRLİYİ

MİLLİ ONKOLOGİYA MƏRKƏZİ

**AKADEMİK R.N.RƏHİMOVUN 90 İLLİK YUBİLEYİNƏ
HƏSR OLUNMUŞ ELMİ-PRAKTİKİ KONFRANSIN
MATERİALLARI**

18 mart 2013 il

Bakı – 2013

REDAKSIYA HEYƏTİ

C.Ə.Əliyev (sədr)

R.C.Cəfərov (sədr müavini), R.A.Hüseynova (elmi katib), İ.H.İsayev,
Ə.X.Kərimov, M.Q.Məmmədov, A.A.Kərimli, F.Ə.Mərdanlı,
K.K.Nurubəyli (texniki katib)

90 İLLİK ÖMÜR YOLU...

C.Ə.Əliyev

Milli Onkologiya Mərkəzi, Bakı

Bu ilin mart ayında tibb ictimaiyyəti Azərbaycan Milli Elmlər Akademiyasının həqiqi üzvü, akademik Rəhim Nurməmməd oğlu Rəhimovun 90 illik yubileyini təntənə ilə qeyd edəcəkdir.

Милли Онкологийа Мяркузинин шца диагностикасы шюбясинин рящбяри, академик Рящим Нурмямяд оьлу Рящимов 1923-ъи ил мартын 18-дя Ордубад шящяриндя анадан олуб.

1941-ъи илдя педагожи техникуму битирдикдян сонра Ордубад районунун кянд мяктябляриндя вя шящяр орта мяктябиндя мцяллимлик етмиш, сонралар ися район маариф шюбясиндя инспектор вязифясиндя чальшмышдыр.

1945-1950-ъи иллярдя Р.Н.Рящимов Азярбайъан Тибб Институтунун мцалигъа-профилактика факултясиндя тящсил алмыш, 1953-ъц илядяк Шящбуз районунда гъярращ, Ордубад шящяр хястяханасында рентэенолог ишлямишдыр.

1953 – cü ildən Elmi – tədqiqat Rentgenologiya və Radialogiya və Onkologiya İnsitutu (indiki Milli Onkologiya Mərkəzi) şüa diaqnostikası üzrə həkim və gənc alim kimi formalaşmağa başlayan R.N.Rəhimov elmin bütün zirvələrini məhz bu mərkəzin divarları arasında fəth etmişdir. 1957–si илдя илдя «Мядя хярчянэи вя мядя хорасынын диагностикасы» мювзусунда elmlər namizədi, 1968–si илдя ися «Йоьун баьырсаг хястяликляринин диагностикасы

цэря материаллар (клиники-рентэенологи тядгигатлар)» мювзусунда elmlər doktoru elmi dərəcəsinə, professor elmi adı, “əməkdar elm xadimi” və nəhayət, Azərbaycan Milli Elmlər Akademiyasının həqiqi üzvü kimi fəxri adlara burada layiq görülmüşdür.

Профессор Р.Н.Рящимов йцксяк ихтисаслы алим-рентэенолог, елм вя сящийя сащясиндя буйцк тяшкилатчыдыр. О, 1957-ги илдян Институтун рентэен-диагностика шюбясинин елми рящбярй сечилмиш, 1970-ги илдян 1976-гы иля кими институтун директор мцавини вя 1976-гы илдян 1990-гы илядяк щямин институтун директору вязифясиндя чальшмышдыр.

Директор вязифясиня тайин олундуьу дюрдя институтун базалары Бақы шящяринин мцхтялиф районлаынрда йерляширди. Бу вязийят елми вя практики ишлярин эедишатына мцщм чятинликляр тюрядирди. Сон дяръя гыса бир мцддят ярзиндя Р.Рящимовун тяшябцсц иля йедди мяртябяли клиники-лабораторийа вя дюрд мяртябяли экспериментал корпуслар тикилиб истисмара верилмишдир. Бу, институтун симасыны нязря чарпаьаг дяръядя дярйишмиш, йени-йени лабораторийалар вя клиники шюбяляр тяшкил олунмушдур. Биокимйа, эндоскопийа, ситолозийа, патоморфолозийа, радио-изотоп, гастроентеролозийа, дярманла мцалитья, поликлиника, щца-мцалитьяси шюбялярй йарадылмыш вя мцасир аваданлыгларла тяьщиз едилмишдир. Беялякликля, институтун пяракяндя щалында олан

бцтцн базалары йени корпусларда мцасир сящийянин тяляблярина уйьун йерляшдирилмишдир.

Р.Н.Рящимов юрцнцн 50 илини рентэеноморфоложи тядгигатлар сащясиндя щязм органларынын хястяликляри иля баьлы ясаслы тядгигатларын апарылмасына щяср етмишдир. Онун «Йоьун баьырсаьын диварларынын цчлц контрастлашдырма» методу ики елмин – рентэенолозийянын вя онколозийянын инкишафына бьюцк тьющядир вя дцнйянын бу сащядя чальшан апарыгы мцтяхяссисляри тьярфиндян йцксяк гиймятляндирилмишдир.

Профессор Р.Рящимовун 141 елми ясяри (оьцмлядян Йапонийада, Алманийада, Италийада, Тцркийяда, Русийада вя с.) чап олунмушдур. О, диагностикака вя онколожи хястяликлярин мцалитьясиня аид беш монографийянын, щямчинин алты методик тьювсийянин редактору, ики кяшфин мцяллифидир.

Бьюцк нцфуза малик алимлярин фикирляриндян бялли олур ки, Р.Н.Рящимов тьярфиндян тьяклиф едилмиш цсул дцнйя тясрцбясиндя аналогу олмайан цсулдур ки, мащийят е'тибари иля онун рентэенолозийада йени сящифя ачдыьыны сюляйирляр. Бунунла ялагядар олараг академик Р.Н.Рящимов тьярфиндян ишляниб щазырланмыш метод рясми олараг йоьун баьырсаьын мцхтялиф хястяликляри заманы йцксяк информатив диагностика методу кими эениш тятбиги тьювсийя олунмушдур.

Профессор Р.Рящимов тярәфиндән Республикада рентэенологлар мяктябинин ясасы гойулмушдур. Онун йетишдирдийи елми кадрлар Республиканын мцхтялиф елми-клиники тибб мяркязляриндә вә хариғи дөвләтлярдә (Алманийә, Израил, Русийә вә с.) мцвәффәгийятлә чалышырлар.

Узун илләр докторлут вә намизядлик ишляри цзря Ихтисасдырылмыш шуранын сядри, Азәрбайған Тибб Университетиндә мцалигя-профилактика факултясинин Дөвләт бурахылыш имташанларында сядр, 1965-ғи илдән 1985-ғи илядәк Республика Рентэенолоэийә вә Радиолоэийә Елми Ђямиййятинин сядри олмушдур. 1970-ғи илдән 1990-ғы илядәк ССРИ Рентэенологларын, Радиологларын вә Онкологларын Елми Ђямиййятинин пленум цзвц олмуш, шазырда ися бу ѓямиййятин фяхри цзвцдцр. 1975-1994-ғц илләрдә «Рентэенолоэийә вә радиолоэийә хябярляри» (Москва) журналынын редаксийә шейятинин цзвц олмушдур. 1976-ғы илдән «Онколоэийә мясяляляри» (Русийә, Санкт-Петербург) журналы редаксийә шейятинин цзвцдцр.

1983-ғц илдә Азәрбайған ЕА-нын мцхбир цзвц, 1989-ғц илдә Азәрбайғанын ЕА-нын шыгиги цзвц сечилмишдир. Профессор Р.Рящимов сямярляи фяалийятиня эюрә «Азәрбайған ССР ямякдар елм хадими» фяхри адына вә «Сяшийя ялачысы» джш нишанына лайиг эюрцлмцшдцр. 1970-1980-ғы илләрдә Бакы шыяри цзря депутат сечилмишдир.

Елм сашьясиндя ардыгьыл наилийяятляриня вя тьушфяляриня эоря 1997-гьи илдя Америка Биография Институту тьяряфиндян, «1997-гьи илин Адамы» кими шьяряфли ада лайиг эорцлмцш, 1998-гьи илдя гьызыл медалла мцкафатландырылмышдыр.

Р.Н.Рящимов «Фяхри нишан ордени», «Ямякдя фядякарлыья эоря» медалы, «ССРИ Тибб ялачысы» нишаны, АМЕА фяхри фярманы иля тьялтиф едилмишдир.

Bütün bu ordenləri və mükafatları bir anlıq gözümüzün önünə gətirərək, belə bir qənaətə gəlmək olur - Rəhim Rəhimov həqiqətən xoşbəxtdir. Xoşbəxt ailə başçısı, əməyinin bəhrəsini görmüş xoşbəxt sənətkar, onlarca fidan nəvə - nəticənin xoşbəxt babası...

Sözsüz ki, bütün bu nailiyyətləri insan tək qazana bilməz. Bu xoşbəxt insanın yüksəkliyində ona mənəvi dəstək verən, onu ruhlandırان, onu sevən ailəsi, əzizləri, iş yoldaşları hər zaman yanında olub və olacaq.

Arxada qoyduğu 90 illik ömür yolunda onun əlindən tutub ayağa qaldırdığı şagirdlərinin, məsləhətçisi və mayakı olduğu həmkarlarının, müasirlərinin minnətdarlıqla gülən üzlərinin onun yolunu işıqlandırmağa hazır olan gözlərini görür, özünün xoşbəxtliyinə qürur duyur.

Uca dağlar uzaqdan (vaxt baxımından) daha möhtəşəm göründüyü kimi akademik Rəhim Rəhimov da həyatının və elm fəaliyyətinin bu çağında uca zirvəsində ahıl və mətin qartal kimi vüqarla sanki keçdiyi uzun, şərəfli və keşməkeşli yollara bir daha nəzər salaraq özünə hesabat verir. O, həyatın çətinliklərinə sinə gərərək, uğur mərtəbələrini qət edərək, daha yüksək qatları fəth edərək bu uzun yolun davam etməsini özünə arzulayır. Biz də bu

arzuya qoşularaq Sizə мящкям жан саьлыьы вә uzun ömür arzulayıııq

REZEKTABEL MƏDƏ XƏRÇƏNGİNİN CƏRRAHİ MÜALİCƏSİNİN ASPEKTLƏRİ

*C.Ə.Əliyev, Ə.X.Kərimov, A.R.Əliyev, R.S.Zeynalov, F.Ə.Zeynalov
Milli Onkologiya Mərkəzi, Bakı*

Giriş: Müasir dövrdə mədənin bədxassəli şilərinin radikal müalicəsində cərrahi üsul “qızıl” standart hesab olunur. Cərrahi müdaxilənin radikalılığı aparılan limfodisseksiyanın həcmindən asılıdır. Mədə xərçəngi zamanı aparılan əməliyyatın həcmnin genişləndirilməsi şişin ətraf orqanlara, toxumalara, magistral damarlara invaziyası ilə əlaqədardır. Bu zaman icra olunmuş müdaxilənin tam radikalılığı qənaitbəxş proqnozun mütləq şərtidir. Mədə xərçəngi zamanı radikal əməliyyatların həcmində splenektomiyanın vəcbibliyi bu günki gün diskutabel olaraq qalmağdadır. Qastrektomiyalardan sonra çıxarılmış mədənin funksiyalarının maksimal olaraq əvəz olunmasına və yaxud əməliyyatdan sonrakı xəstəliyin əlamətlərinin azaldılmasına yönəldilmiş optimal rekonstruktiv üsulunun təyini istiqamətində tədqiqatlar hələ də davam etdirilməkdədir.

Tədqiqatın məqsədi: genişləndirilmiş və genişləndirilmiş-kombinədilmiş əməliyyatların klinik təcrübəyə tətbiqi və mədə

xərçənginə görə cərrahi müdaxilələrə məruz qalmış xəstələrin müalicəsinin effektivliyinin yaxşılaşdırılması və həyat keyfiyyətinin yüksəldilməsinə yönəldilmiş daha optimal taktikanın təyin edilməsi.

Material və metodlar: Tədqiqata MOM-un abdominal bölməsində müalicə olunmuş 239 rezektabel mədə xərçəngi ilə xəstə daxil edilmişdir. Bu xəstələrin diaqnozu kompleks – klinik-laborator, endoskopik, rentgenoloji, KT, MRT, US, morfoloji - müayinə nəticəsində qoyulmuşdur. Xəstələrin ümumi sayından əksər hissəsini kişilər təşkil etmişdir – 171 (71,55%). Yaş həddləri 41-70 arasında olmuşdur. 397 (34,9%) xəstəyə qastrektomiya icra edilmişdir. Onlardan standart qastrektomiya – 88 (36,8%), standart-radikal qastrektomiya – 88 (36,8%), genişləndirilmiş-radikal qastrektomiya – 63 (26,4%) xəstədə yerinə yetirilmişdir.

Alınmış nəticələr və onların müzakirəsi: Mədə xərçəngi ilə xəstələrin 5-illik residivsiz dövr genişləndirilmiş qastrektomiyalardan sonra 47,02%, standart qastrektomiyalardan sonra isə 30,69% təşkil etmişdir. 5-illik yaşama göstəricisi müvafiq olaraq 63,58% və 44,32% müəyyən edilmişdir ($p < 0,05$). Genişləndirilmiş qastrektomiyalardan sonra N3 səviyyəsinin yalnız 16-cı qrup limfa düyünlərinin zədələnməsi zamanı 5-illik yaşama göstəricisi 18,2% olmuşdur. «SE» və yaxud «SI» dərəcəli şiş invazyası, qarın kötüyü limfa düyünlərinin metastatik zədələnməsi və şişin aşağı diferensasiya dərəcəli olduğu hallarda N3 limfaaxarı səviyyəsinin metastatik zədələnmə göstəricisi 86,6% təşkil etmişdir. Genişləndirilmiş-kombinə edilmiş əməliyyatlara məruz qalmış mədə xərçəngi ilə xəstələrdə 3-illik residivsiz dövr 46,67% təşkil etmişdir. Ümumi 3-illik yaşama göstəricisi 63,33% olmuşdur.

Yekun: Cərrahiyyə, anesteziologiya və reanimatologiyanın müasir səviyyəsi genişləndirilmiş qastrektomiyaların aparılmasına imkan yaradır. Mədə xərçəngi zamanı splenektomiyaya göstəriş

bilavasitə şişin dalağa və ya onun qapısına invaziyası, dalaq qapısında metastatik zədələnmiş limfa düyünləri konqlomeratının olması, dalağın yanaşı patologiyası hesab edilməlidir. Rezervuarların – mədə əvəzedicisinin – yaradılması birmənalı olaraq qastrektomiyalardan sonra bərpaedici mərhələnin ayrılmaz hissəsi olmalıdır. Kombinə edilmiş qastrektomiyaların, o cümlədən multivisseral və LUAE tipli əməliyyatların icra edilməsi labüddür. Qida borusunun yüksək rezeksiyası ilə müşayət olunan transplevral qastrektomiyadan sonra bərpaedici mərhələdə nazik bağırsağın istifadəsi mümkün olmadığı hallarda koloplastikanın icrasına hazır olmaq lazımdır.

ПРИМЕНЕНИЕ ТРАСТУЗУМАБА В АДЬЮВАНТНОМ РЕЖИМЕ У БОЛЬНЫХ РМЖ T2N1M0 СТАДИИ.

*Д.А.Алиев, Р.Д.Джафаров, Т.А.Наджафов, Р.С.Зейналов,
С.Э.Рагимова, Ф.Ш.Ализаде, Л.А.Меджидова, С.С.Гурбанов,
Р.В.Джавадов, Ш.Ш.Османов
Национальный центр онкологии, г.Баку*

На сегодняшний день рак молочной железы (РМЖ) является самым распространенным раковым заболеванием среди женщин во всем мире – на него приходится 16% всех случаев заболевания раком среди женщин. Как известно, при выборе тактики лечения этого заболевания, помимо наличия и числа пораженных лимфоузлов, размеров первичной опухоли, степени дифференцировки опухоли, возраста больной и состояния ее менструальной функции опираются на содержание рецепторов эстрогенов и прогестерона в опухоли, а также наличие или

отсутствие гиперэкспрессии HER-2. Трастузумаб - гуманизированное моноклональное антитело к белковым трансмембранным рецепторам фактора роста HER-2. Современным направлением лекарственного лечения РМЖ последних лет является использования трастузумаба в адьювантном режиме при гиперэкспрессии HER-2 как в монотерапии, так и в комбинациях с химиотерапией.

Эффективность комбинации трастузумаба и паклитаксела в сравнении с сочетанием доксорубина и паклитаксела в адьювантной терапии РМЖ изучалась нами в исследовании, в которое были включены 85 больных HER-2 положительным РМЖ. Характеристики пациентов (общее состояние, стадия заболевания T2N1M0) были схожими в обеих группах. 43 пациентки имели положительный статус рецепторов обоих стероидных гормонов, 42 больные – отрицательный статус ЭР и ПР. Критериями эффективности проведенного адьювантного лечения являлись показатели 3-летней общей (ОВ) и безрецидивной выживаемости (БРВ) обеих групп исследуемых. ОВ– рассчитывалась от даты начала лечения до даты смерти от любой причины или даты последней явки. БРВ - рассчитывалась с момента начала лечения до даты рецидива или последней явки больной. По ходу лечения м оценивались данные ультразвукового, радиоизотопного, рентгенологического и биохимического исследований.

Трастузумаб вводился по стандартной схеме 8 мг/кг м.т. в/в в первую неделю и далее каждые 3 недели по 6 мг/кг; паклитаксел в обеих группах вводился в дозе 160мг/м² в/в каждые 3 недели (всего 6 курсов). Количество введений трастузумаба - 12. Пациентки с гормонопозитивным РМЖ получали в качестве гормонотерапии (ГТ) селективный

модулятор эстрогеновых рецепторов тамоксифен 20 мг в день в течение всего периода наблюдения. Частота побочных эффектов существенно не различалась между группами. В целом наблюдалась удовлетворительная переносимость курсов. Частота возникновения побочных эффектов существенно не различалась между группами. В группе пациенток, получивших адъювантную терапию по схеме трастузумаб+паклитаксел±ГТ 3-летняя общая выживаемость составила в первой группе 94% , безрецидивная – 87.9 %. У больных РМЖ, получивших лечение по схеме доксорубицин+паклитаксел±ГТ показатели 3-летней ОВ и БРВ составили 80.7% и 57.7% соответственно.

При сравнении показателей ОВ и БРВ у пациенток с HER – 2 положительным РМЖ наиболее эффективна схема АХТ, содержащая трастузумаб.

В нашем исследовании статус гормонорецепторов опухоли не оказывал статистически значимого влияния на показатели выживаемости пациенток с РМЖ независимо от схемы адъювантной терапии.

BƏDXASSƏLİ SÜMÜK ŞİŞLƏRİNİN MÜALİCƏSİNİN MÜASİR ASPEKTLƏRİ

*Ə.T. Əmiraslanov, A.Ə. Əmiraslanov, E.E. İbrahimov, Ş.D. Tağıyev
Azərbaycan Tibb Universiteti, Bakı*

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 verilibdisə, 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 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 endoprotezləşdirilməsi əməliyyatı icra edilmişdir: 348 (52%) xəstədə bud sümüyünün distal rezeksiyası və diz oynaqının endoprotezləşdirilməsi; 147 (22%) xəstədə qamış sümüyünün proksimal rezeksiyası və diz oynaqının endoprotezləşdirilməsi; 114 (17%) xəstədə bazu sümüyünün proksimal rezeksiyası və çiyin oynaqının endoprotezləşdirilməsi; 60 (9%) xəstədə bud sümüyünün proksimal rezeksiyası və bud-çanaq oynaqının endoprotezləşdirilməsi. Bundan əlavə 98 xəstədə döş-kürəkarası rezeksiya (Tixov-Linberq) əməliyyatı aparılmışdır. Endoprotezləşdirmə 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 ayaqcığıının sınıması - 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. Regionar kimyəvi dərman terapiyasından 3 həftə sonra sümüklərin geniş seqmentar rezeksiyası və iri oynaqların endoprotezləşdirilməsi 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+İfoVp 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 endoprotezləşdirilməsi 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 işlənilib hazırlanmasına, endoprotezləşdirmə metodikasının təkmilləşdirilməsinə kömək edən tədqiqatların aparılması vacibdir.

ПУТИ ОПТИМИЗАЦИИ НЕИНВАЗИВНОЙ ДИАГНОСТИКИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

*Б.А. Бахшиев., М.Д. Султанова, Г.И.Ахмедова
Азербайджанский медицинский университет. г.Баку*

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) – одно из основных заболеваний человека, значительно снижающее качество жизни в группе населения старше 45 лет и приводящее в дальнейшем к летальному исходу. Ежегодно в мире умирает от сердечно-сосудистых заболеваний более 16 миллион людей (Всемирная Организация Здравоохранения, 2001).

Современный уровень диагностики атеросклеротических поражений сосудов - это оптимальная комбинация как неинвазивных, так и инвазивных методов. Существенную помощь в выборе наиболее целесообразного плана обследования и лечения могут оказать лечебно-диагностические алгоритмы, помогающие определить в каждом конкретном случае последовательность и этапность диагностических и оперативных мероприятий.

Знание морфологического субстрата болезни, особенно ранних проявлений атеросклероза позволит специалисту проводить не только грамотное патогенетически обоснованное

лечение, но и определить характер профилактических мероприятий.

В связи с этим в настоящее время существует большой интерес к новым диагностическим методам, способным определить тяжесть коронарного атеросклероза, "уязвимые" бляшки и выявить пациентов с высоким риском развития коронарных событий.

Использование КТ с целью ранней диагностики атеросклероза на основании количественной оценки обызвествления коронарных артерий широко применяется в мире и постепенно завоевывает популярность в отечественном здравоохранении.

Можно выделить следующие области применения МСКТ сердца и коронарных артерий:

1. Выявление коронарного атеросклероза на основании выявления и количественной оценки коронарного кальциноза.
2. Неинвазивная коронарография.
3. Неинвазивная шунтография (артериальные и венозные шунты).
4. Оценка анатомии и функции камер сердца при врожденных и приобретенных болезнях сердца.
5. КТА аорты, легочной артерии, периферических артерий и вен

Судя по программам кардиологических и радиологических конгрессов и публикациям в научной литературе, внимание к использованию новых методик КТ в диагностике заболеваний коронарных артерий постоянно растет.

AZƏRBAYCANDA YARDIMÇI REPRODUKTİV TEXNOLOGİYA İLƏ DOĞULAN UŞAQLARIN NEONATAL DÖVRDƏ SAĞLAMLIQ VƏZİYYƏTİ

N.A. Sədiyeva., S.A. Hüseynova
Azərbaycan Tibb Universiteti, Bakı

YRT-nın yayılmış istifadəsi ilə birlikdə yatrogen çoxdöllü hamiləliklərin sayı əhəmiyyətli dərəcədə artmışdır. Təəssüf ki, YRT mərkəzinin nailiyyəti təkcə diri doğulanların sayı ilə ölçülmüş, bu körpələrin qısa və uzun müddətli proqnozları diqqət mərkəzində olmamışdır. Halbuki, YRT körpələri adətən normal olsalar da, bu hamiləliklərdə bəzi mamalıq fəsadları, YRT körpələrində yarımqıdoğulma və aşağı bədən kütləsi ilə doğulanların rastgəlmə tezliyi təbii hamiləliklərdən yüksəkdir. Bütün sadalananları nəzərə alaraq biz Azərbaycanda YRT ilə təkdöllü və çoxdöllü hamiləliklərdən doğulan körpələrin sağlamlıq vəziyyətini müqayisəli tədqiq etdik. Biz bu məqsədlə YRT ilə doğulmuş 115 nəfər uşağı müayinə etdik. Əsas qrupu SSDİ üsulu ilə çoxdöllü hamiləlikdən doğulmuş 81 uşaq, kontrol qrupu müvafiq üsulla təkdöllü hamiləlikdən doğulmuş 34 uşaq təşkil etmişdir. Əsas qrupda anaların yaşı 21-44 (orta yaş 29,8±0,6), kontrol qrupda 21-48 (orta yaş 32,5±1,1) olmuşdur. Hər iki qrupda anket məlumatlarına ananın

yaşı,fəsadlaşmış mamalıq anamnezi (FMA), fəsadlaşmış ginekoloji anamnezi(FGA), hamiləlik hipertenziyası(HH), hestoz,anemiya,somatik xəstəlikləri,doğuş forması,körpənin hestasiya yaşı,cinsi,Apgar şkalası,neonatal xəstələnmə və ölüm göstəricisi,neonatal adaptasiya aid edildi. Anketlərə aid olmayan əhəmiyyətli göstəricilər təkrar araşdırıldı. Genetik xəstəliklər, fenilketonuriya, epilepsiya, şəkərli diabet diaqnozlu, zərərli vərdişləri olan anaların körpələri və qohum nığahlardan doğulan uşaqlar tədqiqata daxil edilmədi. YRT və spontan əkizlərin göstəricilərinin statistik analizi üçün azsaylı qruplarda Uilkoksonun U-meyarı ilə, keyfiyyət analizi isə Pirsonun χ^2 meyarı ilə, çoxsaylı qruplarda isə variasiya analizi Stüdentin t-meyarı ilə aparılmışdır.

Yenidoğulanların sağlamlıq vəziyyəti doğuşdan dərhal sonra və erkən neonatal dövrdə müayinə edilmişdir. Bu məqsədlə laborator (qanın və sidiyin ümumi müayinəsi, qanın fenilketonuriya və ayparaşəkili anemiyaya görə müayinəsi, qanın biokimyəvi müayinəsi, qanda neyrospesifik enolazanın miqdarının təyini və s.) və instrumental müayinələrdən (neyrosonoqrafiya, döş qəfəsinin rentgen şəkli və s.) istifadə edilmişdir. Əsas qrupda TPS 37(45,7%), BBQ 31(38,3%), yarımçıqdoğulma 63(77,8%),bunlar kontrol qrupda müvafiq olaraq 2(5,9%), 2(5,9%), 9(26,5%) nəfərdə rast gəlinmişdir. Bədən kütləsi <1500 olanlar əsas qrupda 13(16,0%), kontrol qrupda 1(2,9%),1500-2500 olanlar 54(66,7%), kontrol qrupda 4(11,8%) olmuşdur. Aparılan tədqiqatın nəticəsi göstərdi ki, YRT ilə baş vermiş çoxdöllü hamiləliklərdən doğulmuş uşaqlarda MSS-nin perinatal zədələnməsi, BBQ, yarımçıqdoğulma, TPS daha çox rast gəlinir.Bu isə bir daha sübut edir ki,sadalanan problemlərin çox rast gəlinməsi SSDİ üsulu ilə deyil,çoxdöllü hamiləliklərlə əlaqədardır. Nəticə olaraq tibbi,sosial və iqtisadi baxımdan baxdıqda YRT-də

məqsəd “vahid embrion transfer” edərək sağlam körpənin əldə edilməsi olmalıdır.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ УЛЬТРАСОНОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ СУЖЕНИЯ ПОЗВОНОЧНОГО КАНАЛА У ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ВОЗРАСТА

И.Г.Мамедов

*Азербайджанский государственный институт
усовершенствования врачей им. А.Алиева*

Практически все диспластические и дегенеративные заболевания позвоночника в процессе развития закономерно приводят к сужению позвоночного канала (ПК). Диагностика стеноза поясничного отдела ПК на современном этапе базируется на данных клинического исследования и результатах анализа изображений ПК на рентгенограммах, компьютерных и магнитно-резонансных томограммах, в редких случаях, особенно для диагностики динамического стеноза используют рентгеноконтрастное исследование ПК, а также используют данные электрофизиологических методов исследований. Не описана и не определены УЗ-критерии стеноза ПК. С каждым годом увеличивается количество работ, посвященных лучевой диагностике аномалий, дегенеративных изменений в позвоночнике, выявлению стеноза позвоночного канала (СПК). Вместе с тем работы, касающиеся ультразвуковой диагностики позвоночника до сих пор единичны. Не описана и не определены УЗ-критерии СПК. Редкие публикации в зарубежной литературе

преимущественно сводились к сравнению эхографических данных с данными МРТ с высокой оценкой преимуществ последней.

Целью исследования явилось изучение эффективности ультрасонографии в диагностике стеноза позвоночного канала (СПК) у детей старшего возраста.

Материал и методы исследования. При обследовании больных с дегенеративными заболеваниями поясничного отдела позвоночника мы исследовали 23 детей со СПК. У 4 больных (17,4%) было концентрическое сужение позвоночного канала, с симметричным уменьшением линейных размеров и площади, при этом сужении дуральный мешок (ДМ) сохранял округлую форму. У 6 чел. (26,1%) диагностировался латеральный СПК. В этом случае при УЗИ в большей степени уменьшался фронтальный размер и площадь ПК, сагиттальный размер позвоночного канала (ПК) не изменялся, ДМ деформировался, определялось сужение корешкового канала на стороне поражения. У 5 больных (21,7%) диагностировали центральный СПК, характеризующийся уменьшением переднезаднего размера ПК, деформацией ДМ, уменьшением площади ПК, развивается в случаях медианных или парамедианных грыж. У 3 больных (13,0%) рентгенологически установили фораминальный СПК, при УЗИ такой вид стеноза не приводит к изменению размеров дурального мешка и латеральных каналов, вследствие чего их диагностика из трансабдоминального доступа крайне затруднена. У 5 человек (21,7%) был определен дислокационный СПК, обусловленный дегенеративным спондилолистезом. В нашем исследовании у 5 больных (21,7%) встречались антелистезы (смещения вперед) тел L4 и L5. Гипертрофия желтой связки диагностировалась у 4 (17,4%) больных.

После оперативного лечения мы сопоставили данные УЗИ и МРТ в диагностике гипертрофии желтых связок. Чувствительность УЗИ уступает МРТ всего на 7,2%, специфичность на 5,9%, точность 6,4% и равняются 92,8%, 88,2%, 90,3% соответственно. Полученные данные свидетельствуют, что УЗИ является методом выбора при исследовании данной патологии. Необходимо отметить, что гипертрофия желтой связки в 3 случаях, диагностировалась на уровнях, вышележащих по отношению к сегментам, с грыжами и большими протрузиями дисков. В 1 случаях гипертрофия сочеталась с нестабильной формой остеохондроза. При ультразвуковом исследовании гипертрофия желтой связки проявлялась расширением пространства между задним листком твердой мозговой оболочки и дорзальным костным контуром дужки (более 5мм), с уменьшением переднезаднего размера ДМ. Основным доплерографическим критерием при выявлении СПК, обусловленного расширением эпидуральных вен, является значительное увеличение интенсивности кровотока преимущественно в сегментах L4-L5 и L5-S1, которое при спектральной оценке эквивалентно появлению типичного монофазного кровотока со скоростью, возрастающей до 10-12 см/сек. При сравнении разных видов стеноза и методов их диагностики, все виды стеноза были диагностированы на МРТ (100%), при УЗИ – 87,5%, рентгенологически – 62,5%. Наибольший удельный вес занимал дегенеративный стеноз – 87,5% всех стенозов. В выявлении дегенеративного стеноза УЗД всего на 8,33% уступает МРТ, а по сравнению с рентгенографией на 29,17% превышает ее ($p < 0,01$).

В диагностике диспластического стеноза ПК, составляющего 12,5% всех стенозов лучевые методы имели

одинаковую диагностическую ценность. В диагностике дислокационного стеноза УЗИ уступает другим лучевым методам. При сопоставлении полученных данных при УЗИ и МРТ, мы выяснили параметры диагностической ценности УЗИ в диагностике СПК.

Таким образом, УЗИ в диагностике СПК, показало себя как высокоинформативный метод. Параметры диагностической ценности УЗИ составили: чувствительность 87,5%, специфичность 88,57%, точность 87,95%, положительная предсказательная ценность (ППЦ) 91,3%, отрицательная предсказательная ценность (ОПЦ) 83,78%, что позволяет использовать УЗИ на этапах первичной диагностики.

QALXANABƏNZƏR VƏZİN DÜYÜNLÜ XƏSTƏLİKLƏRİNƏ KLİNİKİ BAXIŞ VƏ USM ALTINDA İİAB İLƏ DÜYÜNLƏRİN MALİQİNİZASIYA RİSKİNİN DƏYƏRLƏNDİRİLMƏSİ

*A.R.Əliyev, F.Y.Əliyev, A.O. Quliyeva, F.Ə. Novruzov, N.Ə.Quliyev
Milli Onkologiya Mərkəzi, Bakı*

Qalxanabənzər vəzin düyünlü urlarının təxmini rastgəlmə tezliyi 3-7 % təşkil edir. Bu rastgəlmə tezliyi qadınlarda 6.4%, kişilərdə isə 1.5% -dir. Son illərdə USM-nin geniş yayılması ilə birlikdə kliniki olaraq görülebilməyən düyünlərin sayı artmışdır. Qalxanabənzər vəzin düyünləri qadınlarda, qocalarda, radiasiyaya məruz qalanlarda və yod əksikliyi olan bölgələrdə daha çox görülür. Amerika Birləşmiş Ştatlarında hər il təxmini 300 000 yeni düyün aşkarlanır. Bu

düyünlərin təxminən 5 faizi düyünün ölçülərindən aslı olmayaraq bəd xassəlidir. Düyünlərin əhali arasında çox görülməsi və çox hissəsinin klinik olaraq şikayət verməməsi onların diaqnoz və müalicə prinsiplərini doğru bilməyimizi vacib edən əsas amildir. Elə bu səbəbdən müasir təbabətdə qalxanabənzər vəzin düyünlərinin diaqnoz və müalicəsi haqda çox sayda prinsiplər və metodik tövsiyələr hazırlanmışdır. Bu metodik tövsiyələr çox sayda olmaqla bərabər dünya alimləri tərəfindən ən çox tövsiyə ediləni Amerika Tireoid Cəmiyyətinin (American Thyroid Association) 2009-cu ildə hazırladığı rəhbərdir. Bu rəhdərə görə tireoid düyünü şübhəsi olan xəstə həkimə müraciət etdiyi zaman ilk etapda boyunun USM müayinəsi və tireoid funksiya testlərinə (TSH, ST3, ST4, Anti TPO və lazım gələrsə kalsitonin) baxmaq lazımdır. Əgər USM-də tireoiddə düyün izlənmişsə düyünün ölçüsü 1 cm-dən kiçiksə sadəcə 6 ayda bir dəfə kontrol müayinə, 1 cm-dən böyüksə o zaman TSH normalsa incə iynə aspirasiya biyopsiyası (İAB) TSH supresiyada isə tireoid sintiqrafiyası məsləhətdir. İAB nəticəsi xoş xasəli olarsa bu düyünləri sadəcə 6 ayda bir kontrol məsləhət görülür əks halda isə cərrahi əməliyyat məsləhət görülmüşdür.

Qalxanabənzər vəzin bəd xasəli düyünlərini aşağıdakı qruplarda təsnif etmək mümkündür

Papilyar karsinoma

Folikulyar karsinoma

Hörtlü hüceyrəli karsinoma

Medulyar karsinoma

Anaplastik karsinoma

Birincili tireoid limfoması

Metastatik malign törəmələr

İİAB-sı tireoid düyünlərini dəyərləndirmədə çox önəmli metoddur. Tireoid düyünlərinin diferensial diaqnozunda istifadə olunur. İİAB-sı yetərli (diagnostik) hesab olunması üçün

6 qrup şəklində və hər qrupda en az 10 hüceyrə görülməlidir. Əgər İİAB materyalında sadəcə kistik maye və ya qan elementləri varsa bu yetərsiz materyal (nondiaqnostik) hesab olunur və biyopsiyanı təkrarlamaq lazımdır.

İİAB-nın nəticələrinin dəyərləndirilməsi: Dünya praktikasına ümumi nəzər salsaq bir çox mərkəzdə İİAB nəticələri aşağıdakı kimidir.

Xoş xassəli olanlar (70%): xoş xassəli kollodial düyün, makrofollikulyar adenoma, limfositik tireoidit, qranulomatoz tireoidit.

Bəd xassəli olanlar (5%): en çox papilyar tireoid xərçəngi təşkil edir. Daha sonra ardıcılıqla medulyar karsinoma, anaplastik karsinoma, birincili tireoid limfoması, metastatik malign törəmələr gəlir.

Şübhəli olanlar (10%) olanlar: follikulyar neoplazm, hörtül hüceyrəli neoplazm, papilyar karsinoma şübhəsi, limfoma.

Yalançı neqativ və ya yetərsiz materyal olan qrup (1-15%): bu kimi halları azaltmaq üçün xoş xassəli düyünlər təqib edilməli, düynün fərqli yerlərindən biyopsiya alınmalıdır və biyopsiyaya təcübəli patoloq tərəfindən baxılmalıdır.

2012-2013 illərdə qalxanabənzər vəzin düyünlü xəstəliyi diaqnozu ilə MOM-nə müraciət edən 619 xəstəyə İİAB olunmuşdur. Xəstələrin diaqnozu aşağıdakı şəkildədir:

Xoş xassəli olan xəstə sayı – 432 (70%)

Bəd xassəli olan xəstə sayı – 68 (11%)

Yetərsiz materyal olan qrup – 22 (4%)

Müqayisə üçün deyə bilərik ki bizim 2 illik təcrübəmizdə yetərsiz materyal olan qrup dünyanın bir çox klinikalardan daha az cəmi 22 xəstə (4%) təşkil etmişdir. Bəd xassəli şişlərin faizi isə bizdə daha çox 68 xəstə (11%) rastlanmışdır. Bu da şübhəli xəstə qruplarının daha

çox MOM-ə müraciət etdiyini göstərir və nəticədə xəstəyə hansı əməliyyatın planlaşdırılması haqda cərraha doğru məlumat verilmiş olur. Xoş xassəli olan xəstə sayı 432 (70%) olaraq digər ölkə praktikaları ilə üst-üstə düşür. Nəticəsi şübhəli olan xəstə sayı 97 (15%) isə bizdə daha çox qeydə alınmışdır.

Nəticə olaraq müasir dövrdə mərkəzimizdə olan şərait imkan verir ki qalxanabənzər vəzin düyünlü xəstəliklərində malign xəstəliklərin diaqnozu erkən qoyulsun və müalicəsi müasir səviyədə aparılsın. Digər tərəfdən xoş xassəli düyünləri olan xəstələr lazımsız cərrahi müdaxilədən və gələcəkdə hipotireozun əmələ gəlməsindən qurtarmış olsun.

О ВЛИЯНИИ "МАЛЫХ" ДОЗ ИОНИЗИРУЮЩЕГО ИЗЛУЧЕНИЯ НА ПОКАЗАТЕЛИ ВРОЖДЕННОГО ИММУНИТЕТА

Г.М.Мамедов

НИИ травматологии и ортопедии, г.Баку

Нами было осуществлено комплексное исследование, посвященное оценке характера влияния "малых" доз ионизирующего излучения (ИИ) на ряд показателей врожденного иммунитета (ВИМ) у лабораторных животных и человека и изучение возможностей лекарственной коррекции такого влияния.

Анализ результатов, полученных в этом исследовании, позволил установить следующие закономерности.

Однократное воздействие ИИ в дозах 0,1 и 0,5 Гр не привело к заметному снижению ни одного из показателей ВИМ, определенных у мышей *in vitro* и *in vivo*. В то же время, воздействие ИИ в дозах 1 Гр и, особенно, 1,5 Гр как при однократном облучении, так и при фракционировании доз во времени оказало на ВИМ отчетливое депрессивное влияние.

Средние величины показателей ВИМ, определенных у группы лиц, работающих на нефтяных промыслах и подвергавшихся дополнительному воздействию "малых" доз ИИ не имели статистически устойчивого отличия от средних величин аналогичных показателей ВИМ у здоровых лиц, не подвергавшихся дополнительному действию "малых" доз ИИ.

Изменение показателей, отражавших состояние ВИМ у пациентов, прошедших обследование с помощью компьютерной томографии по характеру и выраженности не имело статистически устойчивых отличий от изменения аналогичных показателей ВИМ у пациентов, прошедших рентгеноскопическое обследование.

И, наконец, проведение лучевой терапии сопровождалось постепенным снижением показателей ВИМ, достигавшим максимума к моменту завершения терапии, а затем постепенным их увеличением и нормализацией после окончания лучевой терапии

РNET ОПУХОЛИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ. ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ.

З.А.Сафаров, Т.С.Кулиева, Е.Е.Ибрагимов, Ф.Р.Намазов, Д.Б.Джамалов
Азербайджанский медицинский университет. г.Баку

Как известно, PNET опухоли одни из наиболее редко встречаемых в клинической практике опухолей. Встречаются они в основном в детском и юношеском возрасте и характеризуются чрезвычайной агрессивностью. За период с 1994-2009 года в клинике наблюдалось 12 больных, из них радикально оперировано 8 больных с локализацией опухоли в торакопульмональной зоне. Возраст составил от 13 до 26 лет. Во всех случаях диагноз подтвержден гистологически и подтверждался в основном иммуногистохимическим исследованием (протеин-С-100, Энолаза). У 3 больных диагноз установлен при повторном пересмотре гистологических препаратов. Ранее эти больные получали лечение по поводу опухолей Юинга и фибросарком ребер. Всем больным проведены комбинированные операции в объеме: широкого иссечения опухоли с резекцией от одного до четырех ребер резекцией перикарда (2), диафрагмы (2), резекцией легкого (2), лобэктомией (2). У одного больного оперативное вмешательство проводилось по поводу рецидива после 7 нерадикально проведенных операций, 8.больным проводилась адьювантная полихимиотерапия (схемы CAV, CAP, EP) дополненная гамма-терапией (4пациента). Прогрессирование опухолевого процесса диагностировано у 7 больных. При этом у 69,9 % отмечены рецидивы и метастазы в средостении, у остальных выявлены отдаленные метастазы (легкие, печень, головной мозг, кости скелета). У 4 больных продолжительность бессобытийного периода составила – 3-6 месяцев, у 2 пациентов продолжительность жизни составила от 7-11 месяцев, один пациент прожил до 16 месяцев, у 1 больного отмечается стойкая ремиссия после операции. Адьювантная химио-лучевая терапия влияла на выживаемость больных, которая достоверно ($p<0,01$) была выше чем у неоперабельных пациентов.

МУЛЬТИСПИРАЛЬНАЯ КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ ПРИ ПОТОЛОГИИ АРТЕРИЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА.

Б.А. Бахшиев, Г.Э.Аскерова.

Азербайджанский медицинский университет. г.Баку

В последние годы отмечается рост нарушений мозгового кровообращения и связанные с ними высокие проценты инвалидности и смертности. При этом стоит отметить, что тенденция роста числа цереброваскулярных заболеваний наблюдается не только среди пожилого населения, но и среди лиц трудоспособного возраста. По этому последние несколько лет стали более широко применяться новые методы визуализации - мультиспиральная КТ - ангиография и перфузионная КТ. Таким образом, лучевая диагностика мультиспиральная КТ цереброваскулярных заболеваний обязательно включает несколько ключевых элементов, составляющих звенья представленного патогенеза, проводится оценка состояния головного мозга, включающая как определение морфологических характеристик. В последние годы все большее внимание уделяется компьютерной томографии, как методу комплексного изучения всех компонентов цереброваскулярных заболеваний. При этом мультиспиральная КТ, занимает главенствующую роль в диагностике цереброваскулярных заболеваний и их осложнений (ОНМК), причем это относится как к острым, так и к хроническим процессам и состояниям. Все выявленные при

мультиспиральной КТ ангиографии церебральных артерий признаки органических заболеваний головного мозга, объединены в следующие основных групп: изменения в положении сосудов, изменения в количестве сосудов. изменения формы и ширины просвета сосудов. изменения в циркуляции контрастного вещества по сосудистому руслу головного мозга и выхождение контрастного вещества за пределы стенок мозговых сосудов. При различных заболеваниях головного мозга на мультиспиральной КТ ангиограммах на первый план выступает какой-то один ангиографический симптом, например частичное смещение того или иного сосуда, близлежащего к очагу поражения головного мозга, однако чаще одновременно определяется несколько ангиографических признаков, сочетающихся между собой в различных комбинациях. Каждая и приведённых выше групп ангиографических симптомов органических заболеваний головного мозга имеет не одинаковое диагностическое значение. Некоторые морфологические и функциональные изменения, обнаруживаемые на мультиспиральной КТ ангиограммах, наблюдаются только при патологических процессах, например опухолях, аневризмах, тромбозах. Поэтому мультиспиральная КТ выявление таких признаков непосредственно указывает на анатомический характер процесса и его локализацию в головном мозге. Показания к мультиспиральной КТ сосудов головного мозга: ишемия мозга, инсульт, вертебробазилярная недостаточность, вегето-сосудистая дистония (ВСД), нарушение мозгового кровотока, внутричерепное давление и гидроцефалия, сотрясение и ушиб мозга.

BAŞ-BOYUN NAHIYƏSİ REKONSTRUKSIYON CƏRRAHIYYƏSİNDƏ MÜXTƏLİF NÖV FLEPLƏRİN İSTİFADƏSİNƏ YANAŞMA

Ç.Rəhimov, M.Davudov
Azərbaycan Tibb Universiteti, Bakı

Giriş: Baş - boyun nahiyyəsi şişlərinin cərrahiyyəsində geniş əməliyyatlardan sonra bu nahiyyədə əmələ gələn defektlərinin aradan qaldırılması önəmli şərtlərdəndir. Bu məqsədlə müxtəlif yerli, regional ayaqcıqlı və sərbəst vaskulyar dilimlərdən istifadə edilir.

Defektin yarandığı nahiyyənin topoqrafo-anatomik xüsusiyyətləri, defektin ölçüsü və əhatə etdiyi toxuma – yumşaq və sərt toxuma itkisindən asılı olaraq dəri, dəri-əzələ, dəri-əzələ-sümük dilimləri və sümük transplantatları şəklində müvafiq dilimlər seçilir. Sümük transplantatları daha çox hallarda çənələrin böyükhəcmli xoşxassəli şişləri və şişəbənzər törəmələri səbəbindən seqmentar rezeksiyalarından sonra rekonstruksiya məqsədi ilə tətbiq edilir.

Material və metodlar: Bu məsədlə Kliniki Tibbi Mərkəzin ağız və üz-çənə cərrahiyyəsi şöbəsində 2010 – 2012-ci illər ərzində ağız boşluğu və üz-çənə nahiyyəsinin bədxassəli şişləri ilə olan 26 xəstədə rekonstruktiv cərrahi əməliyyatlar icra edilmişdir. Xəstələrdən 6-da ağız dibi selikli qişasının karsinoması, 4-də yanaq selikli qişasının karsinoması, 3-də dilin karsinoması, 1-də çənənin karsinoması, 1-də çənəaltı tüpürcək vəzinin karsinoması, 1-də boynun ilkin ocağı bilinməyən metastazı, 1-də qulaqətrafı tüpürcək vəzinin mukoeypidermoid karsinoması, 1-də burun dərisinin karsinoması, 1-də alt dodağın karsinoması, 1-də üst dodağın karsinoması, 1-də retromolyar üçbucağın selikli qişasının karsinoması, 1-də yumşaq

damaq selikli qişasının karsinoması, 3-də əngin selikli qişasının karsinoması, 1-də çənənin fibrosarkoması olmuşdur. Xəstələrdən 12-də böyük döş əzələsi-dəri flepi, 3-də lokal flep, 8-də dəri flepi, 1-də deltopektoral flep, 1 xəstədə deltopektoral və böyük döş əzələsi-dəri flepləri kombinə olunmuş şəkildə, 1 xəstədə deltopektoral və cervikal flepləri kombinə olunmuş şəkildə, 1 xəstədə m. Latismus dorsi flepi, 1 xəstədə təkrari olaraq qabırğa-böyük döş əzələsi-dəri flepi istifadə edilmişdir. 2 xəstədə sərbəst damar ayaqcıqlı fleplərdən istifadə edilmişdir. Xəstələrdən 1-də çənənin fibrosarkoması ilə əlaqədar çənənin seqmentar rezeksiyası və defektin fibula mikrovaskulyar sərbəst dəri-əzələ-sümük flepi ilə aradan qaldırılması icra edilmişdir.

Müzakirə: istifadə edilən fleplər arasında böyük döş əzələsi-dəri flepi ilə rekonstruksiya olunmuş 12 xəstədən 1-də flepin tam nekrozu, 2-də isə dəri hissəsinin nekrozu baş vermişdir. Nekroza səbəb olan amillərdən ikincili infeksiyalaşma, böyük döş əzələsi-dəri flepini qidalandıran toracoacromial arteriya və venanın sıxılması və trombozu üstünlük təşkil etmişdir. Flepi tam nekroza uğramış xəstədə (yanaq selikli qişasının karsinoması, T4) ikinci mərhələdə defektin deltopektoral fləplə aradan qaldırılması icra edilmişdir. Dil karsinoması ilə olan 1 xəstədə (T4) hemiqlossoektomiya cərrahi sərhədləri genişləndirilmiş və dil kökü və paratonzilyar nahiyəni əhatə etmişdir. Bu xəstədə əməliyyatdan sonra lateral farinqostoma əmələ gəlmiş və farinqostoma latismus dorsi ayaqcıqlı fləplə aradan qaldırılmışdır.

1 xəstədə rekurens şişlə əlaqədar olaraq çənənin və ağız dibi toxumalarının rezeksiyasından sonra yumşaq toxuma və çənə sümüyü defekti qabırğa-böyük döş əzələsi –dəri flepi ilə aradan qaldırılmışdır. Belə fleplərdən istifadə çənənin simfiz hissəsinin seqmentar rezeksiyasından sonra tətbiq edilən rekonstruktiv lövhənin ekspoz

olunması və əməliyyatdan sonra radioterapiya alan xəstələrdə sümük transplantatda radionekroz kimi ağırlaşmaların qarşısını alır.

Lokal fleplər istifadə edilən xəstələrdə fleplərlə bağlı problemlə olmamış, yaralar birincili sağalmaqla yaxşı funksional və estetik nəticələr əldə edilmişdir.

Sərbəst dəri fleplərindən köçürülmüş xəstələrdə əsasən səthi geniş və dərin olmayan yaraların bağlanması məqsədilə istifadə edilmiş və bəzi hallarda qranulyasiyon toxumanın əmələ gəlməsi və köçürülən dərinin nekrozu ilə nəticələnmişdir.

Sərbəst damar ayaqcığı ilə köçürülən fleplərlə bağlı problemlər olmamış yaxşı funksional və estetik nəticələr əldə edilmişdir.

Nəticə: Ağız və üz-çənə nahiyəsində aparılan rekonstruktiv əməliyyatların planlaşdırılmasında defektin həcmindən, əhatə etdiyi toxuma çatışmamazlığından, xəstəliyin tipindən, proqnostik faktorlardan və sonrakı müalicə üsullarından asılı olaraq istifadə ediləcək fleplərin düzgün seçilməsi həm funksional-estetik baxımdan, həm də xəstələrin reabilitasiyası müddətinin qısaltılması və həyat keyfiyyətinin yaxşılaşdırılması baxımından əhəmiyyətli ola bilər.

БЕВАЦИЗУМАБ В ЛЕЧЕНИИ ПЛАТИНОРЕЗИСТЕНТНОГО РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО РАКА ЯИЧНИКОВ

*Р.С. Зейналов, С.Р.Гиясбейли, Н.Р.Дадашева, Д.А.Гасанзаде,
В.С.Ватанха
Национальный центр онкологии, Баку*

Рак яичников (РЯ) относится к числу наиболее чувствительных к химиотерапии (ХТ) опухолей. При выполнении циторедуктивной операции и дальнейшем назначении ХТ первой линии у большинства больных удается достигнуть полной регрессии опухоли с нормализацией опухолевых маркеров. Вместе с тем, результаты 5-летней выживаемости для больных РЯ III стадии составляют 20–25%, а IV – не превышают 10%. Это означает, что, несмотря на исчезновение всех признаков заболевания, у подавляющего большинства больных в первые 2–3 года после окончания ХТ первой линии следует ожидать прогрессирования заболевания, в основном за счет появления внутрибрюшных метастазов. Все эти больные будут нуждаться в проведении ХТ второй линии.

Больные с прогрессированием на фоне проводимой ХТ первой линии с включением производных платины или коротким (менее 6 мес) интервалом между прекращением ХТ и прогрессированием заболевания имеют плохой прогноз. Основной целью проведения ХТ второй линии является контроль симптомов заболевания, улучшение общего самочувствия пациентки. Важно, чтобы проводимая в этом случае ХТ сама по себе обладала минимальной токсичностью.

После впечатляющего прорыва в лечении РЯ, связанного с появлением в начале 80-х годов препаратов платины, а затем таксанов, существенных изменений до настоящего времени не произошло.

Клинические исследования последних лет идут по пути изучения модификаций уже известных схем, присоединении третьего компонента к уже известному режиму, изучению различных путей и режимов введения цитостатиков, активному использованию хирургии на различных этапах лечения заболевания.

В последние годы предпринимаются попытки индивидуализации лечения больных РЯ на основании изучения молекулярно-биологических и генетических характеристик опухоли. Большое внимание в настоящее время уделяется разработке новых противоопухолевых препаратов направленного действия (таргетные),

позволяющих селективно воздействовать только на белки, участвующие в канцерогенезе и определяющие способность опухоли к прогрессии и метастазированию. Одним из таких препаратов является Бевацизумаб.

Бевацизумаб - рекомбинантное гуманизированное моноклональное антитело, которое селективно связывается с биологически активным фактором роста эндотелия сосудов и нейтрализует его. Этот препарат ингибирует связывание фактора роста эндотелия сосудов с его рецепторами (Flt-1, KDR) на поверхности эндотелиальных клеток, что приводит к снижению васкуляризации и угнетению роста опухоли. Исследования эффективности этого препарата показали хорошие результаты при колоректальном раке, раке молочной железы, легкого, а также РЯ.

Нами проведено исследование по изучению эффективности Бевацизумаба в комбинации со схемой ХТ Паклитаксел/Карбоплатин у больных с платинорезистентными рецидивами РЯ.

Режимы использованных схем химиотерапии приведены в таблице 1. Всем больным проведено не менее 6 циклов химиотерапии.

Таблица 1

| Схема ХТ | Количество больных | Дозы мг/м ² | Дни введения | Интервал между циклами |
|---|--------------------|---------------------------|---------------|------------------------|
| Паклитаксел Карбоплатин | 39 | 175 AUC =6 | 1 1 | 21 день |
| Паклитаксел Карбоплатин Бевацизумаб | 31 | 175 AUC =6 15 мг/кг | 1,8 1 1 | 21 день |

В таблице 2 приведены показатели частоты объективных эффектов и медианы безрецидивной выживаемости в исследуемых группах больных.

Таблица 2

| Схема ХТ | Количество больных | Частота объективных эффектов % | Медиана безрецидивной выживаемости (мес.) |
|---|--------------------|--------------------------------|---|
| Паклитаксел Карбоплатин | 39 | 28,2 | 13,1 |
| Паклитаксел Карбоплатин Бевацизумаб | 31 | 54,8 | 19,1 |

Комбинация таргетного препарата Бевацизумаб со схемой ХТ Паклитаксел/Карбоплатин позволяет достоверно увеличить частоту объективных эффектов (54,8%) и медиану безрецидивной выживаемости (19,1 мес) у больных с платинорезистентными рецидивами РЯ.

Наиболее частыми токсическими проявлениями химиотерапии была гематологическая токсичность и нейротоксичность. Частота гематологической токсичности III-IV степени в обеих группах существенно не различалась и не превышала 10-12%.

В группе больных, получавших Бевацизумаб, нежелательными явлениями были гипертония и протеинурия. Однако, эти нежелательные явления хорошо поддавались лечению и профиль безопасности Бевацизумаба не приводил к остановке лечения и/или увеличению сроков межцикловых интервалов.

Полученные результаты дают основания о необходимости включения комбинации Паклитаксел/Карбоплатин+Бевацизумаб в стандарт лечения больных с платинорезистентными рецидивами РЯ.

ВОЗМОЖНОСТИ МСКТ АНГИОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ ОККЛЮЗИОННЫХ ПОРАЖЕНИЙ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ.

С.С. Манафов, Н.Р. Хасаева

*Научный центр хирургии им .акад . М.А. Топчубашева
минздрава Азербайджана.*

Цель работы. Оценка возможностей МСКТ ангиографии в диагностике окклюзионных поражений артерий нижних конечностей.

Материал и метод исследования. МСКТ ангиографию нижних конечностей выполняли у 37 больных на 64-слайсовом компьютерном томографе с болюсным введением неионного йодсодержащего контрастного препарата (ультравист 350) с автоматическим инжектором в кубитальную вену. Количество вводимого контрастного препарата варьировалось в пределах 100-120 мл и его рассчитывали индивидуально. Скорость введения контрастного вещества составляла в среднем 2-2,5 мл/с. Дальнейший анализ и обработку изображений, включая создание 2D, 3D, 4D визуализацию и анализ, трехмерные модели теневого изображения поверхности (SSD), которые представляют собой трехмерную реконструкцию поверхности сосудистых структур, проекций максимальной интенсивности (MIP), а также мультипланарной реконструкции (MPR), проводили на графической станции.

При анализе данных МСКТ оценивали состояние стенок артерий нижних конечностей, диаметр просвета, наличие

тромботических масс, воспалительные изменения, характер атеросклеротических бляшек, локализацию и распространенность процесса, а также возможность визуализации анатомических структур за пределами сосудистой стенки

Впервые в отечественной практике оценены возможности МСКТ в диагностике заболеваний АНК и сопоставлены результаты исследования с данными других методов с последующей послеоперационной верификацией.

Аорто-позвоночные и артерии нижних конечностей мы разделили на 15 сегментов. Во всех исследуемых сегментах диагностическая ценность при значительных стенозах составила 98%, чувствительность 99% и специфичность 98%. На уровне аорто-позвоночных сегментов диагностическая ценность составила 98%, чувствительность 99% и специфичность 98%. На бедренно-подколенном сегменте диагностическая ценность составила 97%, чувствительность 100 % и специфичность 99 %. На нижнем подколенном сегменте диагностическая ценность составила 98 %, чувствительность 98 % и специфичность 99 %. Это исследование показала высокую диагностическую ценность 64-МСКТ артерий НК и целесообразность использования этого метода в комплексном обследовании больных с заболеванием артерий нижних конечностей.

ВЛИЯНИЕ ПОЛИХИМИОТЕРАПИИ НА ОРГАН ЗРЕНИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И ЛИМФОГРАНУЛЕМАТОЗОМ

Н.Р.Гаджиева

*Национальный Центр Офтальмологии
имени академика Зарифы Алиевой*

Баку

Как известно, химиотерапия (ХТ) широко используется в различных областях онкологии. В настоящее время все большее внимание уделяется проблеме качества жизни онкологического больного [1]. Становится очевидным, насколько важны и актуальны задачи, связанные с побочным действием химиопрепаратов, возникающим при лечении онкологических больных, в частности, больных лимфогранулематозом и раком молочной железы. Изучение этого вопроса может способствовать выяснению некоторых сторон механизма воздействия ХТ на орган зрения, что, в свою очередь, имеет большое значение при разработке профилактических мероприятий [2].

Обследовано и прослежено, в динамике, состояние органа зрения у 50 больных, получающих полихимиотерапию (ПХТ). Из них 22 (44 глаза) с диагнозом рак молочной железы (РМЖ) и 28 больных (56 глаз) - лимфогранулематоз (ЛГМ). Среди обследованных 19 мужчин и 31 женщина, возраст которых от 15 до 65 лет.

Более чем половина обследованных больных предъявляла жалобы на резь в глазах, светобоязнь, слезотечение, покраснение век и конъюнктивы, чувство инородного тела за веками. В периоды ремиссии отмечалось утолщение краев век, их гиперемия, урежение роста ресниц. Передние и задние ребра век

были сглажены. В наружных углах век, как правило, имелись трещины и участки мацерации. Конъюнктивa век была мутной, набухшей с отдельными участками отека. На роговице нередко наблюдались точечные помутнения. Сеть кровеносных сосудов была, как правило, гиперемирована на веках, на конъюнктиве и глазном яблоке. Отмеченные изменения обычно были выражены на обоих глазах одинаково, за исключением 12 человек (15 глаз), у которых наблюдались начальные проявления крыловидной плевы. При осмотре в период отека, веки были резко утолщены и гиперемированы. Как правило, явления отека самопроизвольно исчезали в течение одного-двух дней после окончания курса химиотерапии. Из 50 больных ЛГМ и РМЖ, изменения со стороны переднего отдела глаз были выявлены у 39 человек, то есть, у 78%. Как видно из таблицы 1, у этих лиц, преимущественно, поражение век встречалось в 22,2% случаев, поражение конъюнктивы - в 30,3% случаев, одновременное поражение век и конъюнктивы - в 35,9% случаев, поверхностные помутнения роговицы - в 12,5% (таблица 1).

Исследование радужной оболочки, включающее и биомикроскопию, было проведено у этих же больных. При этом на радужке выявлялись атрофические очажки, местами распыление пигмента по поверхности, в ряде случаев рисунок был стерт.

Исследование хрусталика, стекловидного тела и глазного дна было проведено у 31-ого больного. У 18 больных, получающих ХТ при биомикроскопии, мы наблюдали помутнения хрусталика, которые имели следующие особенности. Под задней капсулой, преимущественно в задних кортикальных слоях, отмечалась зона мелких, различной

величины сероватых дымчатых помутнений, местами сливающихся друг с другом.

Эти помутнения располагались, чаще всего, на парацентральных участках хрусталика. В оптическом срезе помутнения были слоистыми и казались крошкообразными. При наблюдении в течение курсов химиотерапии можно было отметить медленное распространение этих помутнений, как к центру, так и к экватору хрусталика.

Таб.1. Структура и частота поражения наружного отдела глаза у больных РМЖ и ЛГМ

| Характер поражения | Число больных с указанным поражением | |
|--------------------|--------------------------------------|------|
| | абс.ч. | % |
| Веки | 8 | 22,2 |
| Конъюнктивa | 12 | 30,3 |
| Веки и конъюнктивa | 14 | 35,9 |
| Роговица | 5 | 12,5 |

Эту картину поражения хрусталика мы отнесли к осложненной катаракте, связанной с общей интоксикацией организма после применения противоопухолевых химиотерапевтических препаратов.

У 8-и больных, которые жаловались на ощущение тумана перед глазами, при биомикроскопии определялось разжижение витреальной массы, пылевидные нитчатые деструктивные изменения в стекловидном теле. У больных, получающих ХТ, помутнения держались в течение всего курса лечения. У 5-и больных помутнения в стекловидном теле увеличивались в процессе противоопухолевого лечения. При наблюдении за этими больными в течение 2-3 лет

отмечалось постепенное рассасывание этих помутнений у больных, которые прекращали получать ХТ.

У 32 больных были выявлены изменения на глазном дне. У 18 из них на периферии глазного дна наблюдались односторонние ограниченные участки, на которых веточки артерий имели неравномерный калибр, а вены были расширены и извиты. По ходу вен в отдельных случаях отмечались нежные штрихообразные кровоизлияния, указывавшие на их возникновение в слое нервных волокон. В ряде случаев у этих больных выявлены также кровоизлияния в стекловидное тело, которое отмечалось в переднем и заднем его отделах, такие очаговые поражения определялись как в наружных, так и во внутренних квадрантах сетчатки. В ряде случаев отмечались перивазальные воспалительные муфты, а также отечность сетчатки, а в некоторых случаях отек диска зрительного нерва. При исследовании состояния зрительного нерва у 12 больных, выявлялась небольшая отечность краев диска зрительного нерва, которая исчезала после окончания курса ПХТ (таблица 2).

Следует отметить, что у больных, страдающих ЛГМ и РМЖ, получающих противоопухолевые химиотерапевтические препараты, нередко выявлялись изменения как в переднем, так и в заднем отделах глазного яблока, что говорит о токсическом действии химиотерапевтического лечения.

Таким образом, используемые традиционные схемы противоопухолевой терапии при лечении больных с РМЖ и ЛГМ, оказывают существенное токсическое действие на орган зрения, что, естественно, отражается на качестве жизни этого контингента больных. В связи с чем, своевременная профилактика и коррекция побочных эффектов противоопухолевых цитостатиков является одной из наиболее важных задач офтальмологии.

Таб.2.Характер и **частота** поражения переднего и заднего отрезков **глазного яблока**

| Характер поражения | Число больных с указанными поражениями | |
|--|--|------|
| | абс.ч. | % |
| Изменения со стороны век, конъюнктивы и роговицы | 39 | 78,0 |
| Радужки | 34 | 68,0 |
| Стекловидного тела | 8 | 16,0 |
| Хрусталика | 12 | 24,0 |
| Глазного дна | 23 | 46,0 |
| Сочетанные поражения | 27 | 54,0 |

MƏDƏNİN PROKSİMAL ÜÇDƏ BİRİNİN XƏRÇƏNGİNƏ GÖRƏ APARILAN GENİŞLƏNDİRİLMİŞ LİMFODİSSEKSIYANIN YAXIN VƏ UZAQ NƏTİCƏLƏRİ

*R.B.Bayramov, R.T.Abdullayeva
Azərbaycan Tibb Universitetinin. Bakı*

Tədqiqat işinin məqsədi mədənin yuxarı üçdə birinin xərcənginə görə aparılan gastrektomiya zamanı icra edilən genişləndirilmiş limfodisseksiyanın yaxın və uzaq nəticələrini müqayisəli şəkildə öyrənməkdən, beləliklə də qeyd edilən xəstəlik zamanı radikal cərrahi əməliyyatın adekvat həcmi müəyyənləşdirməkdən ibarətdir.

Material və metodlar: tədqiqatın kontingentini 2001-ci ilin yanvar ayından 2012-ci ilin dekabr ayınadək ATU-nu Onkologiya kafedrasının əməkdaşları kimi bizim tərəfimizdən mədənin yuxarı üçdə bir hissəsinin xərçənginə görə qastrektomiya aparılan xəstələr təşkil edir. Qeyd edilən müddət ərzində bizim tərəfimizdən 238 xəstəyə total qastrektomiya icra edilmişdir. Xəstələrin 68-də qastrektomiya mədənin orta üçdə bir, 170-də isə yuxarı üçdə bir hissəsinin xərçənginə görə icra edilmişdir. Sonuncu xəstələrin 31-də qastrektomiya D1 (standart), 139-da isə genişləndirilmiş limfodisseksiya (129 xəstədə D2, 10 xəstədə D3 həcmdə) ilə aparılmışdır. Beləliklə, tədqiqatın məqsədinə uyğun olaraq postoperasion ağırlaşma, ölüm göstəricisi və yaşama göstəriciləri müqayisəli şəkildə 31 (standart) və 139 (genişləndirilmiş limfodisseksiya) xəstə arasında öyrənilmişdir.

Nəticə: postoperasion ağırlaşma, müvafiq olaraq, 6.4%-ə qarşı 3.6% ($p>0.05$), postoperasion ölüm, müvafiq olaraq, 3.2%-ə qarşı 2.9% ($p>0.05$) təşkil etmişdir. 5-illik yaşama göstəricisi, müvafiq olaraq, 20.2%-ə qarşı 38.7% təşkil etmişdir ($p<0.05$).

Xülasə: mədənin proksimal üçdə bir hissəsinin xərçənginə görə aparılan radikal cərrahi əməliyyat (qastrektomiya) zamanı genişləndirilmiş limfodisseksiya postoperasion ağırlaşma və ölüm tezliklərini artırmamaqla, müvafiq xəstələrin yaşama göstəricilərini əhəmiyyətli dərəcədə yüksəldir. Odur ki, fikrimizcə, D2 limfodisseksiyanın qeyd edilən xəstəliyə görə aparılan radikal cərrahi əməliyyatın ayrılmaz hissəsi kimi bir qayda olaraq tətbiq edilməsi optimal cərrahi taktikadır.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ БИОХИМИЧЕСКОГО РЕЦИДИВА РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОЙ ПРОСТАТЭКТОМИИ НА ОСНОВАНИИ ДООПЕРАЦИОННЫХ ДАННЫХ.

Ф. А. Гулиев., Э.Ш.Халилов

Национальный центр онкологии, Баку,

Цель: Определить дооперационные прогностические факторы биохимического рецидива (БХР) после хирургического лечения больных раком предстательной железы.

Материал и методы: В ретроспективный анализ включены 100 пациентов с клинически локализованным и местно-распространенным раком предстательной железы (РПЖ), которым в РНПЦ ОМР им. Н.Н. Александра, г. Минск и Национальном Центре Онкологии, г. Баку выполнена открытая радикальная простатэктомия (РПЭ) в период с 1997 по 2008 г.г. Средний возраст $64,3 \pm 6,8$ (от 57 до 79). Средний уровень ПСА составил $19,3 \pm 22,2$ нг/мл (0,5-54,6). Рассчитана выживаемость пациентов до БХР по методу Каплана-Мейера. Выполнены моно- и мультивариантный анализ с использованием пропорциональной модели Кокса с целью распределения пациентов в прогностические группы. Выживаемость до БХР определялась, как время от операции до роста ПСА выше $0,2$ нг/мл, подтвержденного не менее чем в двух последовательных анализах.

Результаты: При мультивариантном анализе между статистически значимыми переменными независимое прогностическое значение имели только уровень ПСА и сумма

Глисона ($p < 0,001$). В зависимости от сочетания статистически значимых переменных пациенты распределены в три группы риска (низкий, промежуточный, высокий). Больные в зависимости от группы риска отличались сроком выживаемости до БХР ($p < 0,001$). Пациенты низкой группы риска имели значительно выше 2-летнюю выживаемость до БХР, нежели больные группы высокого риска ($87,3 \pm 5,2$ и $55,8 \pm 4,7$ соответственно, $p < 0,001$). Пациенты с уровнем ПСА от 10 нг/мл и выше при значении суммы Глисона при биопсии 7-10 и пациенты с уровнем ПСА 20 нг/мл и более, независимо от значения суммы Глисона при биопсии, имели высокий риск БХР.

Выводы: Прогнозирование риска биохимического рецидива после радикальной простатэктомии может оптимизировать тактику лечения пациентов РПЖ в Республике Азербайджан.

BÖYRƏK VƏ SİDİK KİSƏSİ XƏRÇƏNGİNİN MÜALİCƏ NÖVÜNÜN SEÇİLMƏSİNDƏ USM,K/T,MRT-İN İMKANLARININ QIYMƏTLƏNDİRİLMƏSİ

E.C.Qasimov

Azərbaycan Tibb Universiteti. Bakı

Böyrək və sidik kisəsi xərçəngi onkouroloji xəstəliklərin 2-3% təşkil edərək son zamanlar tez-tez rast gəlinir. Xəstəliyin rast gəlmə tezliyinin artmasını baxmayaraq erkən diaqnozun qoyulması, invaziya dərəcəsinin müəyyən edilməsi və radikal müalicə növünün seçilməsi

bir o qədər də yüksək səviyyədə olmadığı üçün onkouroloqların qarşısında duran aktual məsələlərdən biri olaraq qalmaqdadır. Böyrək və sidik kisəsi xərçənginin müalicəsi ilkin qoyulmuş diaqnozdan aslıdır. Diaqnostikada buraxılan hər bir səhv müalicə taktikasına öz mənfi təsirini göstərir. Ümumiyyətlə adı çəkilən patologiyanın müalicə növünün seçilməsi aktual problem olduğu üçün bu sahədə elmi tədqiqat işlərinin aparılmasına böyük ehtiyac duyulur. Apardığımız tədqiqat işi Azərbaycan Tibb Universitetinin urologiya kafedrasının M.N.Qədirli adına Mərkəzi hövzə və M.Ə.Mirqasımov adına Respublika klinik xəstəxanasının nəzdində olan bazasında 2006-2012-ci illər ərzində böyrək və sidik kisəsi xərçəngi diaqnozu qoyulmuş müayinə və müalicə almış 280 xəstəni əhatə etmişdir. Bunların 170(60,7%) böyrək xərçəngi, 110(39,3%) sidik kisəsi xərçəngi təşkil etmişdir. Böyrək xərçəngi olan 170 xəstənin yaş həddi 23-82, bunların 93(54,7%) kişi, 77(45,3%) qadın olmuşdur. Sidik kisəsi xərçəngi olan 110 xəstənin yaş həddi 29-81, bunların 92(83,6%) kişi, 18(16,4%) qadın olmuşdur. Böyrək xərçəngi olan xəstələrin 123(72,4%)-də törəmə parenximada, 47(27,6%)-də ləyəndə, 96(56,5%) xəstədə proses sağ, 74(43,5%) sol böyrəkdə aşkar edilmişdir. 27(15,9%) xəstədə törəmə böyrək toxumasının yuxarı qütbündə (17 sağ, 10 sol), 95(55,9%) xəstədə orta seqmentdə (51 sağ, 44 sol), 48(28,2%) xəstədə aşağı seqmentdə (sağ 28, sol 20) aşkar olunmuşdur. Müalicə növünün seçilməsində əsas arqumentlərdən biri sayılan prosesin invaziya dərəcəsi müasir şüa müayinə metodlarından istifadə etməklə dəqiq təyin edilmiş və ona müvafiq əməliyyatlar icra edilmişdir (cədvəl 1).

Böyrək xərçənginin müalicə növünün seçilməsində USM, K/T, MRT müayinə metodlarının nəticələri

| Xəstələr | Müayinə üsulları | | |
|-------------------------|------------------|-------------|------------|
| | USM | K/T | MRT |
| Müayinə olunan xəstələr | 170 | 84 | 33 |
| Düzgün diaqnoz | 154 (90,6%) | 74 (88,1%) | 31(93,9%) |

Ultrasəs müayinəsinə əsasən T1-33,T2-66,T3-46,T3N1-5,T4-16,T4N1-4,kompüter tomoqrafiyanın nəticəsinə görə T1-10,T2-35,T3-31,T4-8,maqnit-rezonans tomoqrafiyaya əsasən T1-5, T2-12, T3-9, T4-7 xəstə olmuşdur.Müayinələrin nəticəsinə əsasən müvafiq əməliyyatlar aparılmışdır.Bnlardan 133(78,2%) xəstədə nefrektomiya,20(11,8%) xəstədə rezeksiya,10(5,9%) xəstədə enikleasiya,7(4,1%) xəstədə enikleasiya və rezeksiya əməliyyatı icra edilmişdir.Patohistoloji cavab: adenokarsinoma 64(37,6%),şəffafhüceyrəli xərçəng 44(25,9%),hiper nefroid xərçəng 27(15,9%),bazofil hüceyrəli xərçəng 13(7,6%),infiltrativ karsinoma 10(5,9%),angiomioliposarkoma 12(7,1%) xəstə olmuşdur.Sidik kisəsi xərçəngi olan xəstələrdə müayinə zamanı 32 (29,1%) xəstədə şiş toxuması sidikliyin sol yan arxa divarında yerləşmiş bunların 6-da şiş toxuması axarların mənfəzinə yaxın yerləşərək sol tərəfli ureterohidronefroz əmələ gətirmiş,30 (27,3%) xəstədə törəmə sidikliyin sağ yan arxa divarında bunların 7-də şiş toxuması axarın mənfəzinə yaxın yerləşərək yuxarı sidik yollarında hidronefrotik transformasiya əmələ gətirmiş,qalan xəstələrdə isə mənfəzdən 1,5-2 sm aralı yerləşmişdir.12 (10,9%) xəstədə sağ-sol yan divarda axarların mənfəzindən aralı yerləşsə də əlavə olaraq 1 ədəd boyun nahiyəsində törəmə aşkar olunmuş,14 (12,7%) xəstədə şiş toxuması sidikliyin arxa

divarında və boyun nahiyəsində, 15 (13,6%) xəstədə ön divarda, 7 (6,4%) xəstədə zirvə nahiyəsində aşkar edilmişdir. Prosesin invaziya dərəcəsi müasir şüa müayinə metodlarına əsasən təyin edilərək müvafiq əməliyyatlar icra olunmuşdur (cədvəl 2).

SKX-in diaqnostikasında və invaziya dərəcəsinin müəyyən edilməsində tətbiq olunan şüa metodlarının nəticələri.

| | Müayinə üsulları | | | |
|-------------------------------|-----------------------|--------------------|-------------------------|------------------------------------|
| | Transabdominal USM | Transrektal USM | Kompüter tomoqrafiya | Maqnit- rezonans tomoqrafiya |
| Müayinə olunan xəstələr | 110 | 17 | 63 | Xəstələr |
| Düzgün diaqnoz | 102 (92,7%) | 15 (88,2%) | 56 (88,9%) | 13 92,8% |

13(11,8%) xəstədə sidikliyin sol-yan arxa divarın rezeksiyası və sol tərəfli ureterosistoneostomiya, 10(9,0%) xəstədə sağ-yan arxa divarın rezeksiyası və sağ tərəfli ureterosistoneostomiya, 9(8,1%) xəstədə sidiklikdən keçməklə arxa divarın rezeksiyası (S.B. İmamverdiyevin - 1998 ildə təklif etdiyi üsulla), 17(15,4%) xəstədə sidiklik divarının elektrozeksisiya, 17(15,4%) xəstədə TUR-əməliyatı, 20(18,1%) xəstədə yuxarı sidik yollarında və böyrəklərdə ciddi dəyişikliyin olması nəzərə alınaraq sistektomiya-iki tərəfli daxili qalça arteriyalarının bağlanması, limfadenektomiya və ureterokutanestomiya, 16(14,5%) xəstədə sistektomiya-iki tərəfli ureterosiqmostomiya, 8(7,2%) xəstədə vəziyyətin ağırlığı nəzərə

alınaraq həyati göstərişlə paliativ əməliyat-axarların dəriyə çıxarılması və daxili qalça arteriyalarının bağlanması əməliyyatı icra olunmuşdur. Pato-histoloji cavab: keçid-hüceyrəli xərçəng-44(G₁-17, G₂-10, G₃-11, G_x-6), yastı-hüceyrəli xərçəng-29(G₁-14, G₂-9, G₃-6), adenokarsinoma-16(G₁-9, G₂-4, G₃-3), maliginizasiya etmiş papiloma-13.

Beləliklə böyrək və sidik kisəsi xərçənginin radikal müalicə növünün seçilməsində müasir şüa müayinə metodlarının ayrılıqda və kompleks şəkildə tətbiqi imkanları yüksək qiymətləndirilir.

РЕНТГЕНОДИАГНОСТИКА ОТЕКА ЛЕГКИХ ПРИ ОСТРОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТКИ

Б.А.Бахшиев, А. Алиев

Азербайджанский медицинский университет. г.Баку

В результате рентгенологического исследования больных инфарктом миокарда, включающего рентгенографию органов грудной полости в двух проекциях непосредственно в постели, обнаружена характерная картина отека легких с наличием в большинстве случаев гомогенно снижения прозрачности центральных и прикорневых отделов в виде «крыльев бабочки». При анализе данных полипозиционного исследования нами установлено, что трансудат в силу тяжести и гидростатического эффекта скапливается не в прикорневых, как это считалось ранее, а в задних отделах легких. На рентгенограммах в прямой проекции пропитанные отечной жидкостью задние

бронхолегочные сегменты(6,10,2), соответственно их анатомическому расположению, наслаиваются на прикорневые отделы и создают кажущееся их уплотнение. Вздутые передние сегменты(3,5) обуславливают повышенную прозрачность периферических отделов легких. Нарастание сердечной недостаточности приводит к распространению отечного пропитывания и на передние сегменты, что создает картину интенсивного и тотального понижения прозрачности всей легочной ткани.

При благоприятном течении заболевания обратное развитие отека характеризуется постепенным повышением прозрачности в передних сегментах с последующим исчезновением инфльтративных теней в прикорневых и задних отделах легких.

В результате интенсивной терапии и увеличения продолжительности жизни больных с обширными поражениями миокарда появилась необычная форма отека легких с более длительным (до 3-4 недель) рецидивирующим течением. Рентгенологическая картина такого отека существенно отличается от острых нарушений легочной гемодинамики и проявляется в виде своеобразно чередования участков уплотнения легочной ткани(пятнистого, сетчатого и очагово характера) и участков неравномерно повышения прозрачности и легких вследствие их вздутия и одновременной организации альвеолярного содержимого. По данным рентгеноморфологических сопоставлений, субстратом пестрой рентнологической картины является замещение альвеолярного трансудата экссудатом с появлением фибробластов и коллагеновых волокон. Исходом такого длителного текущекого

отека легких при инфаркте миокарда является очагово-диффузный пневмосклероз преимущественно в задних сегментах.

HEPATİT B VƏ C VİRUSLARININ QEYRİ-HOCKİN LİMFOMALARININ ƏMƏLƏ GƏLMƏSİNDƏKİ ROLU VƏ MÜALİCƏNİN NƏTİCƏLƏRİNƏ TƏSİRİ

İ.N.Musayev, T.Z.Tahirov, E.E.Kazımov
Milli Onkologiya Mərkəzi.Bakı

Bir çox infeksiyon xəstəliklərin və virusların qeyri-Hockin limfomalarının əmələ gəlmə riskini artırdığına dair elmi-tədqiqat işləri aparılmış və nəticələri barəsində məlumatlar dərc olunmuşdur. Bunlardan daha çox rast gəlinəni aşağıdakılardır.

İnsan immun çatışmazlıq virusu (HIV): HIV, AIDS-ə səbəb olan virusdur. HIV infeksiyası mövcud olan şəxslərdə bəzi qeyri-Hockin limfoması tipləri ilə xəstələnmə riski daha böyükdür.

Epstein-Barr virusu (EBV): EBV infeksiyası da limfoma riski ilə əlaqələndirilir. Afrikada EBV infeksiyası Burkitt limfoması ilə bağlıdır.

Helicobacteri pylori: H.pylori mədə xorasına səbəb ola bilən bakteriyadır. Ayrıca olaraq insanın mədə iç səthində limfoma riskini artırmaqdadır.

İnsan T-hüceyrəli leykoz/limfoma virusu tip 1 (HTLV-1): HTLV-1 infeksiyası insanda limfoma və leykoz riskini artırmaqdadır.

Hepatit C və Hepatit B virusu: Bəzi tədqiqatlar hepatit C və B virusları daşıyan insanlarda limfoma riskinin artdığını təsdiqləmişdir.

Hepatit C və hepatit B virusunun rolunu anlamaq üçün daha artıq çalışmalara ehtiyac vardır.

Hepatit B və C virusları limfoid toxumalarda da çoxala bilən hepatotropik viruslardır. Hər iki virus da xroniki antigenik reaksiyaya səbəb ola bilər və limfoproliferativ xəstəliklərlə əlaqəli ola bilər. Hepatit B və C viruslarının qeyri-Hockin limfomalı xəstələrdə rast gəlmə tezliyinin son illərdə durmadan artmasına baxmayaraq rolu hələ də tam olaraq açıqlana bilmir.

Milli Onkologiya Mərkəzində 2010-2012-ci illər ərzində həyatında ilk dəfə qeyri-Hockin limfoması diaqnozu qoyulmuş 47 xəstədə hepatit B və/və ya hepatit C virusları tapılmışdır. Bu xəstələrdən 45 nəfəri spesifik müalicəsini (kimyaterapiya, radioterapiya) Milli Onkologiya Mərkəzində almışdır. 28(62,2%) xəstədə tam reqressiya əldə olunmuş, 11(24,5%) nəfərdə hissəvi reqressiya əldə olunmuş, 4(8,9%) nəfərdə kimyaterapiyaya rezistent xəstəlik aşkar olunmuşdur və sütun hüceyrə transplantasiyasına getmişlər. 2 nəfərdə (4,4%) isə kimyaterapiya zamanı ağır dərəcəli qara ciyər çatışmazlığı (hiperbilirubinemiya, qara ciyər fermentlərinin normadan bir neçə dəfə yüksəlməsi) aşkar olunmuşdu və kimyaterapiyanın dayandırılması məcburiyyətində qalmışdır. Araşdırmaya daxil olan bütün xəstələrdə kimyaterapiya ilə yanaşı antivirus preparatlardan və hepatoprotektorlardan da istifadə olunmuşdur. Müqayisə üçün heç bir yanaşı xəstəliyi olmayan 52 qeyri-Hockin limfomalı kontrol qrup xəstələrin müalicəsinin nəticələri yoxlanmışdır. Onlardan, 36(69,2%) xəstədə tam reqressiya, 14(26,9%) nəfərdə hissəvi reqressiya, 2(3,9%) pasientdə isə kimyaterapiyaya rezistent forma müşahidə olunmuşdur.

Araşdırmalara görə remissiyada olan xəstələrin antivirus preparatlarla müntəzəm müalicəsi qısa müddətli residivlərin riskini əhəmiyyətli dərəcədə azaltmış və xəstələrin həyat keyfiyyətini artırmışdır.

QIDA BORU XƏRÇƏNGİNİN ERKƏN AŞKARLANMASINDA ENDOSOONOQRAFİK METODUN ƏNƏMİYYƏTİ.

*N.S. Şahməmmədov, G., Qəmbərova, A.T Rəhmanova
Azərbaycan Tibb Universiteti. Bakı*

Endosonoqrafiya metodu organın divarlarının gətlər cəzrə şəklini yədlə etməyə, təkzə xoşxəssəli şişlər zamanı deyil, şyəm də bədxəssəli şişlər zamanı organın bu və yə dözər səxsininin şiş prosesi nə zəlb edilmişini məyyəyən etməyə imkan verir. Bu metoddan istifadəyə etdikdə xərcyə nə şişinin aşkar edilmiş diqiliyi 56% və 100% ərəsində dəyyəşir və məyyəyən dəryədə şişin xarakterindən əsəlyə olur. Bəşludəxəli ultrasəs məyyəyəninin əpərilməsi metodikəsi gədə borusunun məxtəlif xəstəlikləri zamanı patoloji prosesi aşkar edilmişinin və yəyilməsinin diqiliyini xəyli ərtərməyə (şyəttə morfoloji məyyəyəninin məlumatları və məyyəyən etdikdə 98,8%-yə gədlər) imkan verir.

Klinik şyəkimlər təryafindən istifadə olunan gədə borusunun iltişəbi prosesi ərinin, xoşxəssəli və bədxəssəli şişlərinin endosonoqrafik ultrasəs məyyəyəninin semiotikəsi təzrcbədə əsən mənimşənir, onları şyəttə keçirərkən yəvə məddi vəsəit təyləb etmir və məzəliyə profilaktikə məssisəyərinə məvəfəyiyətə tətibig oluna bəilir. Cəölçəlcə ultrasəs təsvirinin alınması invaziyənin məxtəlif formalarında patomorfoloji prosesi yəyilməsinin təyin edilmişinin diqiliyini ərtəyər, patoloji dəyyəşilməş və sələm toxumaları aşkar etməyə imkan verir, bədxəssəli şişlərin şyəzmənin diqiləşdirilmiş bəxəməndən diqnostik zəşyətlən

эффективдир. Месялян, язэр рентэен вя йа эндоскопик мцайиня заманы гида борусунун мянфязинин даралмасы ашкар олунурса, онун инкишафынын сябьабини дягигляшдирмяк мягсядиля эндосонографик мцайиня тяляб олунур ки, бу да хярчянэи тьйин етмяйя вя диференсиасийа етмяйя, щямчинин гейри-епител тохуманын йаранмасыны вя йа органын хариждян мцхтялиф мянщяли тьсирля сьхылмасыны мцййян етмяйя имкан верир.

Трансабдоминал УСМ-дян фьргли олагаг, эндоскопик ултрасоногафийа (ЕУС) хьстядя щям бьдхассяли щишин ашкар едилмяси вя йа истисна едилмяси, щям дя гида борусунун щцжейря гатларында онун йайылмасы дьряжясинин гиймятляндирилмяси бахымындан даща ефектлі диагностик метод сайьлыр. Бу заман ЕУС-дан истифадя етдикдя щищ просесинин диагностикасынын дягиглийи мцтлягдир -100%, щалбуки трансабдоминал УСМ заманы йалныз 50% тьщкил едир, бу заман гида борусунун селикли вя йа селикалты гишасынын сьрщядляри дахилиндя инвазийа едян вя йа етмяйян кичик щищляр (1 см-я гядяр юлщдя) ашкар едилмир. Бьдхассяли щишин бу органын диварына йайылмасы дьряжясинин дягиглийи ЕУС заманы 87-98% эюстярижийя чатыр. Бу заман ЕУС-нун пис нятйжяляри вя ашаьы щьссаслыьы хьстялийин Т4 мярщялясиндя (66,7%) гида борусунун хярчянэи ашкар едилдикдя нязря чарпмышдыр. Бунун сьбьаби ондадыр ки, гида борусунун бошлуьунда йерлящян ютцрцждян ултрасьс сигналы ири щишин сьрщядляриня чата билмир, бу ися онкологлара щищин Т3 вө уа Т4 мөrhөлөsində olduđunu дягиг фьргляндирмяйя имкан вермир. Беля щалларда диагностика щькимляр тьряфиндян щищин Т3 мярщяляси кими гиймятляндирилир.

Beləliklə,qida borusunun xərçənginin erkən diaqnostikasında,xoş və bədxassəli şişlərin endosonoqrafik metod xüsusi əhəmiyyət kəsb edir.

РОЛЬ ЛУЧЕВЫХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ В ВЫБОРЕ ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ ПРИ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ.

С.С Манафов, Р.Б. Герайзаде

Научный центр хирургии им. акад. М.А.Топчубашева.

Цель исследования: Оценка роли рентгенологического исследования, УЗИ и КТ в выборе лечебной тактики при острой кишечной непроходимости.

Материал и методы: Обследованы 60 больных с предварительным диагнозом ОКН.Всем больным было проведено рентгенологическое исследование брюшной полости(обзорное и контрастное при динамическом наблюдении) и ультразвуковое исследование.Рентгенологическое исследование у 59больныхверно определило факт наличия непроходимости, лишьв 1 случае ОКН оно дало ложноотрицательные результаты.

Кроме того,с помощью рентгенологического исследования можно было разграничить тонко- и толстокишечную непроходимость; кроме указанных выше признаков дополнительной информации с помощью этого метода получить не удалось.Ультразвуковое исследование у всех больных выявило факт наличия ОКН, у 55 человек (91%) с помощью УЗИ удалось обнаружить предположительную причину

непроходимости, которая подтвердилась в ходе оперативного вмешательства; из них 10 случаев были со странгуляционной, 4 больных с динамической ОКН, остальные - с механической обтурационной непроходимостью. Лишь в 3 случаях механической (опухоли и безоар тонкой кишки) и 2 случаях динамической ОКН вследствие мезентериального тромбоза для уточнения диагноза было проведено КТ брюшной полости с контрастированием. Спайки, являющиеся наиболее частой причиной тонкокишечной ОКН, не были обнаружены, однако визуализация на УЗИ неподвижных в отношении друг друга и относительно послеоперационного рубца расширенных петель кишечника позволяли поставить предварительный диагноз спаечной ОКН, подтвержденный в ходе оперативного вмешательства. Опухоли толстого кишечника, являющиеся наиболее частой причиной толстокишечной ОКН, во всех случаях были обнаружены на УЗИ вследствие их значительного размера; они визуализировались в виде двух сонографических вариантов - полипоидного округлого образования с минимальным диаметром 2 см и концентрического неравномерного утолщения стенки кишки (минимальное утолщение составляло 1 см). При исследовании утолщения стенки кишки при опухолях с помощью Допплера, наблюдалось усиление васкуляризации. При динамическом наблюдении 8 больных, обзорное рентгенологическое исследование оказалось неинформативным показателем изменений в состоянии больных; даже в случае улучшения состояния выявлялись чаши Клойбера и наоборот, несмотря на отсутствие чаш Клойбера, состояние больных ухудшалось и они были оперированы по поводу кишечной непроходимости. УЗИ более точно отражало состояние больных: увеличение количества свободной жидкости и

увеличение диаметра расширенных и заполненных жидкостью петель кишечника говорили о отрицательной динамике, и наоборот, уменьшение свободной жидкости и уменьшение диаметра расширенных петель кишечника - о положительной динамике. Таким образом, в двух случаях спаечной непроходимости удалось избежать оперативного вмешательства.

УЗИ-признаками странгуляционной непроходимости с нарушением питания кишечника в серозальном режиме были значительные и быстро увеличивающиеся в объеме скопления свободной жидкости, и адинамические петли кишечника с значительным утолщением стенок; исследование питания утолщенных стенок кишечника с помощью Допплера показало уменьшение либо отсутствие кровотока.

Анализируя полученные результаты, мы пришли к выводу, что ультразвуковой метод в целом может значительно помочь хирургу лучше представить изменения в брюшной полости, составить более полную картину о ее состоянии. По нашему мнению, несмотря на непопулярность и неиспользование в качестве рутинного метода при острой кишечной непроходимости, ультразвуковое исследование брюшной полости необходимо включить в обязательный алгоритм диагностических исследований при этой патологии. Это значительно облегчит выбор правильной лечебной тактики и поможет врачу решить, нужно ли больному дополнительное исследование, срочное оперативное вмешательство либо возможно консервативное ведение больного.

KİMYATERAPİYADAN SONRA NEYTROPENİYA OLAN XƏSTƏLƏRDƏ GÖBƏLƏK İNFEKSIYALARINA YOLUXMA RİSKİ

İ.N.Musayev, E.E.Kazımov, T.Z.Tahirov
Milli Onkologiya Mərkəzi.Bakı

İnfeksiyalar kimyaterapevtik müalicə alan xəstələrdə əsas ölüm səbəblərindən biridir. Bunlara bakteriya, virus və funqal infeksiyalar aiddir. Bu, xüsusən də, müalicə zamanı neytropeniya müşahidə olunan xəstələrdə daha çox nəzərə çarpır. Son 10 ildə müasir antifunqal preparatların istifadə olunmasına baxmayaraq göbələk infeksiyalarının rast gəlmə və yoluxma tezliyi kəskin artmışdır [1].

Onkoloji xəstələrdə funqal infeksiyaların əsas səbəbləri:

- Neytopeniya - immunitetin aşağı düşməsi (bu neytofillərin mütləq sayının 500 hüceyrə/mm³-dən aşağı olmasıdır)
- Mukotoksik sitostatik preparatların istifadəsinin nəticəsi olaraq gastro-intestinal, sinopulmonar və uro-genital baryerin pozulması (mukozit)
- Funqal kolonizasiya-geniş spektrli antibiotiklərin istifadəsindən sonra meydana çıxan mikroflora pozğunluğu nəticəsində əmələ gəlir [2].

Funqal infeksiyaların əsas törədiciləri: *Candida* və *aspergillus* hesab olunur. *Candida*-nın aşağıdakı növəri vardır: *C.albicans*, *C.krusei*, *C.lusitaniae*, *C.dublinensis*, *C.paparsilozis*, *C.tropicalis*, *C.norvagensis*, *C.utilis*, *C.guillermondii*, *C.pelliculosa*, *C.zeylanoides*,

C.kefyr, C.rugosa, C.lipolytica. Kandidoz törədicilərinin 80%-ni *C.albicans* təşkil edir.

Aspergilliozun əsas törədicisi: *Aspergillus femigatus* [3].

Neytopeniyalı xəstələrdə invaziv funqal infeksiyalar əsasən uzun sürən neytopeniya və yüksək riskli xəstələrdə müşahidə olunur. Yüksək riskli xəstələrə neytrofilərin mütləq sayı 0-100/mm³ olan xəstələr aiddir. Bu xəstələrdə ölüm riski invaziv kandidozda 50%-qədər, invaziv aspergilliozda 80-100%-ə qədərdir [2].

Milli Onkologiya Mərkəzində apardığımız kliniki araşdırmaya 78 xəstə daxil edilmişdir. Bu xəstələrdən 26(33,3%) solid şişlər, 52(66,7%) limfomalı xəstələr olmuşdur. Bütün xəstələrdə IV dərəcə leykopeniya qeyd olunmuşdur (leykositlərin sayı $<1,0 \times 10^9$, neytrofilərin mütləq sayı $< 500/\text{mm}^3$ olmuşdur). 78 xəstədən 17-də (21,8%) funqal infeksiya qeyd olunmuşdur. Bakterioloji müayinə üçün əsnəkdən, 3 xəstədə isə perineal nahiyədən dəridən götürülmüş yaxma götürülmüşdür. Bunlardan 2(11,8%) xəstədə: *Aspergillus femigatus* haymoriti, 3(17,6%) xəstədə *C.glabrata* ağ ciyərin zədələnməsi ilə, 9(53%) xəstədə *C.albicans* qastro-intestinal zədələnmələr ilə (stomatit, ezofagit, enterokolit), 3(17,6%) xəstədə isə *C.albicans* perineal kandidoz müşahidə olunmuşdur. Bütün xəstələrdə qanın bakterioloji müayinəsi aparılmış və nəticə neqativ olmuşdur. Xəstələrdə neytropeniya 5 gündən artıq davam etmədiyi üçün funqemiya qeyd olunmamışdır. Ölüm olmamışdır. Bir xəstədə xroniki kandidiaz müşahidə olunmuşdur. Digər xəstələrdə neytropeniya aradan qaldırıldıqdan sonra da antifunqal müalicə davam etdirilmişdir, simptomlar aradan qalxmışdır.

Aparılmış profilaktik tədbirlərə baxmayaraq xəstələrin 21,8%-də funqal infeksiya aşkar olunması neytropeniyalı xəstələrdə bu infeksiyaya yoluxma riskinin yüksək olaraq qaldığını və bu sahədə

daha ciddi müalicə-profilaktika tədbirlərinin həyata keçirilməsinin vacibliyini göstərir.

ORTA YAŞ QRUPUNDAN OLAN XƏSTƏLƏRDƏ KORONAR ZƏDƏLƏNMƏLƏRİN ANGIOQRAFİK XÜSUSİYYƏTLƏRİ

*V.Ə Əzizov., M.C. Sultanova, C.Z. Həmişəyev
Azərbaycan Tibb Universiteti, Bakı*

Son 50 ildə bütün dünyada ürək-damar sistemi xəstəliklərinin pandemiyası yaşanır. Dünyanın bütün iqtisadi inkişaf etmiş ölkələrində kardioloji xəstəliklər ölümün əsas səbəbi hesab edilir. Dünya səhiyyəsinin təcrübəsi göstərir ki, ürək damar sistemi xəstəliklərindən baş verən ölümün qarşısını yalnız onun ilkin profilaktikası ilə almaq olar. Bu səbəbdən ürək-damar patologiyasının diaqnostikası problemi tibbi və sosial nöqteyi-nəzərdən vacib hesab edilir.

Tədqiqatın məqsədi. Orta yaş qrupundan olan xəstələrdə koronar aterosklerozun angioqrafik xüsusiyyətlərinin öyrənilməsi.

Müayinə metodları. Koronar angioqrafiya ATU-nun Tədris Terapevtik Klinikasının koronar angioqrafiya şöbəsində «TOSHIBA İNFİNİX-300» (Yaponiya) cihazı ilə həyata keçirilmişdir. Müayinənin nəticələri zədələnmiş arteriyaların miqdarı və lokalizasiyası, həmçinin, obstruksiyanın ağırlıq dərəcəsinə əsasən qiymətləndirilmişdir.

Nəticələr və müzakirə. Ürəyin işemik xəstəliyinin birincili qeydə alındığı 90 xəstənin koronar angioqrafik müayinələrinin nəticələri təhlil edilmişdir. Xəstələrin 55(61,1%) nəfərini kişilər, 35(38,9%) nəfərinin qadınlar təşkil etmişlər. Xəstələr yaş kriterilərinə

görə 2 qrupa bölünmüşlər: I qrupda orta yaş həddində (38,12±0,48 yaş) olan 48(53,3%) xəstə, II qrupda yaşı 55-dən çox olan(62,13±0,36 yaş) 42(46,7%) xəstə olmuşdur. Xəstələrdə II-III funksional sinif stabil stenokardiya, həmçinin, 34(37,8%) xəstədə siqaretçəkmə, 56(62,2%)xəstədə ÜİX-yə dair ailə anamnezi, 33(36,7%) xəstədə arterial hipertenziya, 26(28,9%) xəstədə 2-ci tip şəkərli diabet qeydə alınmışdır. Koronar angiografiyada: koronar arteriyaların təkdamarlı zədələnməsi I qrupdan olan 39(81,2%)xəstədə, II qrupdan olan 18(42,8%) xəstədə qeydə alınmışdır. Koronar yavaş axın «slowflow» I qrupdan olan xəstələrdə daha çox rast gəlinmiş və müvafiq olaraq 32(66,7%) və 20(47,6%) təşkil etmişdir. II qrupla müqayisədə I qrupda koronar dəyişikliklər əsasən sağ koronar arteriyada və sol enən arteriyanın proksimal şəbələrində aşkarlanmışdır.

Beləliklə, orta yaş qrupundan olan xəstələrin koronar angiografik müayinələrinin nəticələri göstərir ki, bu xəstələr üçün koronar arteriyaların təkdamarlı zədələnməsi, koronar yavaş axın və zədələnmələrin spesifik lokalizasiyası səciyyəvidir.

SÜD VƏZİNİN MÜAYİNƏSİNDƏ MAQNİT REZONANS TOMOQRAFİYANIN ROLU

*S.S.Vətənxa, E.Y.Əliyev, K.B.Fərhadzadə, A.K.Kazımov
Milli Onkologiya Mərkəzi.Bakı*

Süd vəzi xərcəngi ümumi bədxassəli xəstəliklər arasında ağciyər xərcəngindən sonra ikinci ən çox rast gəlinən xəstəlikdir.Amerika

qadınları arasında isə bu xəstəlikdən 40,000 ölüm hadisəsi hesablanılır.

Mammoqrafiya uzun müddətdir ki, süd vəzi xərçənginin erkən diaqnozunun qoyulması və skrining müayinələri üçün istifadə olunur. Optimal şəraitdə bu müayinənin həssaslığı 69%-100%,spesifikliyi isə 10%-40% arasında hesablanılır. Bir çox faktorlar(gənc xəstələr,implant,əməliyyatdan sonrakı vəziyyət) süd vəzinin strukturu da daxil olmaqla bu rəqəmlərə təsir edə bilər. Yalnız mammoqrafik müayinənin aparılması isə 10%-30% hallarda xərçəngin aşkarlanmamasına səbəb ola bilər.

Ultrasəs müayinəsi solid və ya kistik strukturların müəyyənləşdirilməsində,həmçinin şübhəli sahələrin biopsiyasında mammoqrafik müayinəyə əlavə kimi istifadə olunur. Mikrokalsinatların izlənilməməsi isə US müayinəsinin istifadəsini məhdudlaşdırır. MRT müayinə süd vəzi xərçənginin aşkarlanmasında böyük kliniki əhəmiyyət kəsb edir. Həssaslığı 89%-100%,spesifikliyi isə ən son tədqiqatlara əsasən 70%-80% arasında hesablanılır. Həmçinin bu zaman şüalanmaya məruz qalınmır ki,hansıki xərçəngin inkişafı üçün risk faktorudur. Həmçinin bu zaman kimyaterapiyaya cavabı izləmək imkanı olur. 15-30% xəstələrdə müalicə planını dəyişmək mümkündür.

Süd vəzinin MRT müayinəsi üçün göstərişlər: silikon implantların qiymətləndirilməsi, yüksək risk qruplu xəstələrin(birincili süd vəzi xərçəngi,birincili döş qəfəsi irradiyası,ailəvi faktor)skriningi,seçilmiş hallarda lezyonun xarakteristikası,süd vəzi xərçənginin müalicəsindən əvvəl mərhələsini müəyyənləşdirmək üçün,gizli karsinomanın axtarışı(birincili bilinməyən hallarda),preoperativ kimyaterapiyaya cavabın qiymətləndirilməsi ,postoperativ dəyişikliklər və residiv xərçəngin differensial

diaqnozu, MRT nəzarəti altında intervension müdaxilələr, mammoqrafik hiperdens strukturalı süd vəzi.

MRT müayinəsi zamanı kontrastlaşan bütün sahələri 3 qrupa bölmək olar a) ocaqlı b) törəmə c) qeyri-törəmə şəkilli güclənən sahələr, ocaqlı sahələr diametri 5 mm-dən az olan çox kiçik sahələrdəki detalları təsvir etməyə ehtiyac yoxdur. törəmələr yaxşı haşiyələnmiş convex sərhədlərə malikdir. Hər bir törəmənin forması, kənarları, daxili kontrastlaşması qeyd olunmalıdır.

Kontrastlaşma növünə görə törəmələri 6 qrupa bölmək olar:

homogen kontrastlaşma, heterogen kontrastlaşma, kənarı kantrastlaşma adətən törəmənin periferiyasında kontrastlaşma olur--invaziv duktal karsinoma, limfa düyünü, iltihablaşmış kitalar zamanı qeyd olunur, tünd daxili septasiyalar kontrastlaşan törəmədə intensivləşməyən daxili septalardır --ibroadenomalar üçün xarakterdir, kontrastlaşan daxili septalar adətən bədxassəli prosesin xüsusiyyətidir, mərkəzi kontrastlaşma duktal xərçəng zamanı qeyd olunur.

Kinteik analizlər (əyrilər) ilk növbədə bu xəttin ilk iki dəqiqədə yüksəlişini izləyirik. Bu yavaş, orta və sürətli şəkildə ola bilər. Sonra kontrastdan 2 dəq və gec müddətdə olan vaxta baxılırki bu zaman bu xətt yüksələ bilər, plateau vəziyyətində və ya washout. I tip əyri zamanı yavaş və davamlı şəkildə xəttin yüksəlməsi qeyd olunur. Xoşxassəli proseslər üçün xarakterdir.

Dinamiki kontrast güclənmə ilə MR-mammoqrafiya müayinəsinin klinik praktikada tətbiqi düynünlü törəmələrin differensial diaqnostikasınının effektivini yüksəltməyə imkan yaradır.

ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПРИОБРЕТЕННЫМИ ДЕФЕКТАМИ И ДЕФОРМАЦИЯМИ КОСТЕЙ ЛИЦЕВОГО СКЕЛЕТА ПУТЕМ ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДА ВИРТУАЛЬНОГО БИМОДЕЛИРОВАНИЯ.

Ч.Р. Рагимов, И.М.Фарзалиев
Азербайджанский медицинский университет, Баку

Введение. Хирургическое лечение приобретенных дефектов и деформаций костей лицевого скелета является одной из наиболее актуальных проблем современной челюстно-лицевой хирургии.

Традиционно рентгенологическое исследование являлось основным в диагностике и планировании восстановительных операций челюстно-лицевой области. Однако при этом в оценке объемных дефектов и деформаций отмечается высокий процент ошибок в проведении линейных измерений патологии, отсутствует возможность проведение провизорной хирургической реконструкции. Метод компьютерной томографии (КТ), хотя и позволяет оценить дефект и деформацию объемно, все еще является двухмерной интерпретацией трехмерного исследования, и лишен возможности симуляции проводимых хирургических манипуляции.

В последнее время широко используется технология медицинского быстрого прототипирования (МБП), однако применение подобных технологий лимитируется временными и экономическими рамками.

Целью данного исследования является демонстрация и анализ эффективности метода компьютерного биомоделирования для оптимизации хирургического лечения больных с приобретенными дефектами и деформациями костей лицевого скелета.

Материалы и методы. Данное клиническое исследование было проведено на 30 больных с различными дефектами и деформациями костей лицевого скелета, различной этиологии (нарушение развития, посттравматические, пострезекционные и др.). Основным методом лечения являлся хирургический; дополнительным консервативный - комплексная антибиотикопрофилактика, общеукрепляющая терапия, физиотерапия, лечебная миогимнастика.

Всем пациентам, получавшим лечение, наряду с общеклиническими методами обследования, проводились исследования направленные на получение данных для предоперационного планирования хирургического вмешательства.

Результаты. В исследовании метод виртуального изгибания пластин (ВИП) использовался у 10-ти больных из 28-ми пациентов. Данный метод был разработан в ходе проведения клинического исследования.

В рамках данного метода наряду со стандартным алгоритмом восстановления дефекта нижней челюсти при помощи виртуальной функции «зеркало» и «боуленовских» операций, производилась сегментация заранее отсканированной

реконструктивной пластины (Конмет, РФ) с последующим моделированием отдельного сегмента и неоднократным копированием последнего для получения требуемой длины реконструируемого участка.

В исследовании также применялся метод виртуального моделирования (ВМ) использовался у 18-ти больных из 28-ми пациентов. Исследование проводилось аналогично методу МБП. Так данные, полученные в ходе проведенной компьютерной томографии в DICOM-формате, прожигались на оптический носитель информации. Затем данные в этом же формате импортировались в виртуальную среду ПО (Materialise Mimics 10.01), где проводились соответствующие провизорные виртуальные манипуляции, такие как остеотомирование костных сегментов, их перемещение, восстановление дефектов с использованием функции «зеркало», изготовление виртуальных хирургических шаблонов. Результаты хирургического лечения с применением методов ВМ и ВИП показали значительное сокращение времени хирургического вмешательства, высокие показатели функциональных и эстетических параметров послеоперационных результатов.

Выводы. Метод ВМ, хотя и рассматривался как часть метода МБП, все же может быть использован самостоятельно. Кроме того, являвшейся часть его метод ВИП, также может быть применен как самостоятельный алгоритм предоперационного изготовления индивидуализированных имплантатов. Разработанные и примененные алгоритмы ВМ позволили в значительной степени сократить как время предоперационной подготовки, так и время, затрачиваемое на проведение хирургической манипуляции. Данный алгоритм, позволяет всесторонне оценить имеющуюся патологию и провести

адекватную реконструкцию дефекта или деформации при условии сведению к минимуму этапов реконструкции, что соответствует одному из основных требований к реконструктивно-восстановительных операций.

ПОПУЛЯЦИОННО-ВИРУСОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ИНФЕКЦИИ, ВЫЗВАННОЙ ВИРУСОМ ГЕПАТИТА С СРЕДИ БОЛЬНЫХ ТАЛАССЕМИЕЙ, ЖИВУЩИХ В АЗЕРБАЙДЖАНЕ

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

Выявив в исследованных нами сыворотках больных талассемией (ТАЛ) антитела к вирусу гепатита С (ВГС), мы провели исследование, позволившее определить основные популяционно-вирусологические характеристики этой инфекции у данного контингента больных.

В частности, располагая содержащими anti-HCV сыворотками, мы с помощью полимеразной цепной реакции попытались путем повторного исследования части этих сывороток определить наличие в них вирусной РНК, определить ее генотипную принадлежность и исследовать вопрос о тенденциях изменения вирусной нагрузки у больных ТАЛ, инфицированных ВГС.

В этом исследовании были установлены особенности, дополняющие патогенетические характеристики ВГС-инфекции у лиц из групп с высоким риском парентерального инфицирования (ГВРПИ), одновременно демонстрирующие более высокую степень эпидемиологической опасности этих лиц, поскольку лица с

хронической инфекций дольше остаются источниками инфекции, а наличие у них более высокой вирусной нагрузки повышает их потенциал распространения инфекции в своем близком окружении.

Таким образом, результаты, полученные в проведенном нами исследовании, позволяли полагать, что отличительными особенностями, характеризующими процесс естественной эволюции ВГС-инфекции у больных ТАЛ, как и у лиц из других ГВРПИ, являлись, с одной стороны, более низкая частота спонтанного выздоровления и, соответственно, более высокая частота хронизации острой инфекции, а с другой стороны, относительно более высокая вирусная нагрузка.

QARACIYƏRİN BİRİNCİLİ XƏRÇƏNGİNİN DİAQNOSTİKASINDA ULTRASƏS VƏ KOMPYUTER TOMOQRAFİYASI MÜAYİNƏ ÜSULLARININ İNFORMATİVLİYİNİN QIYMƏTLƏNDİRİLMƏSİ

*B.Ə.Baxşiyev, Ə.S.Əsədov
Azərbaycan Tibb Universiteti, Bakı*

Qaraciyərin birincili xərcənginə klinik praktikada az rast gəlinmə də, bu şişlər qeyri-qənaətbəxş proqnozla xarakterizə edilir. Xəstələrin 75%-nin diaqnoz qoyulduqdan sonra ilk 6 ay ərzində tələf olması qaraciyər xərcəngi probleminin mühüm tibbi-sosial əhəmiyyət kəsb etdiyini göstərir. Qaraciyərin və öd axarlarının hüceyrələrindən inkişaf edən bədxassəli şişlər histoloji strukturuna görə fərqlənsə də, onların hər 2 növü qaraciyər xərcəngi adlanır. Qaraciyərin birincili bədxassəli

şişləri onkoloji xəstəliklərin strukturunda 1,8-2,4% təşkil edir və xəstəliklərin 85-90%-də hepatosellulyar xərçəng, 10%-də xolangiosellulyar xərçəng, 2%-də digər histoloji formalar (qaraciyər sarkoması və melanoması) aşkarlanır. Qaraciyərin ocaqlı törəmələrinin, o cümlədən birincili xərçəngin diaqnostikası müəyyən çətinliklərlə əlaqədardır. Bu, qaraciyərin ocaqlı patologiyası ilə müşayiət olunan çoxsaylı xəstəliklərin mövcudluğu, xoş- və bədxassəli şişlərin müştərək rastgəlmə ehtimalı və yüksək spesifik simptomların olmaması ilə əlaqədardır.

Tədqiqat işinin məqsədi ultrasəs (USM) və kompyuter tomoqrafiyası (KT) müayinə üsullarının müqayisəsi əsasında qaraciyərin birincili xərçənginin kompleks diaqnostikasını mükəmməlləşdirməkdən ibarətdir.

Tədqiqat işinin yerinə yetirilməsi zamanı kompleks klinik və şua diaqnostikası üsulları ilə qaraciyərin birincili xərçəngi diaqnozu qoyulmuş 14 xəstə müayinə edilmişdir. Xəstələrin yaşı 40-70 arasında tərəddüd etmiş, kişi və qadınların nisbəti 3:1 olmuşdur. 11 xəstədə qaraciyərin birincili xərçəngi diffuz dəyişikliklər fonunda inkişaf etmiş və 1 xəstədə qaraciyər steatozu, 3 xəstədə qaraciyər sirrozu, 5 xəstədə xronik hepatit aşkar edilmişdir. Xəstələrin əksəriyyətində spesifik klinik simptomlar müşahidə edilməmiş, əsas şikayətlər yanaşı gedən qaraciyər sirrozu və ağırlaşmalarla əlaqədar olmuşdur. 11 xəstə qarın nahiyəsində ağırlardan, 10 xəstə ümumi zəiflikdən, 8 xəstə iştahsızlıqdan, 5 xəstə arıqlamadan, 4 xəstə dispepsiyadan (mədə bulanması, meteorizm) şikayət etmişdir.

USM zamanı 3 xəstədə qaraciyər xərçəngi oval, 11 xəstədə qeyri-düzgün formada olmuşdur. Şişin konturlarının qeyri-dəqiqiyyəti 9 xəstədə aşkar edilmiş və bu şiş toxumasının ətraf toxumalara invaziyası ilə əlaqədar olmuşdur. 6 xəstədə hiperexogen, 5 xəstədə qarışıq exogen, 1 xəstədə izoexogen, 2 xəstədə hipoxogen patoloji ocaq müşahidə

edilmişdir. İz- və hiperexogen qaraciyər xərçəngini xoşxassəli şişlərdən fərqləndirən hipoxogen “haşiyə” 2 xəstədə aşkarlanmışdır. Qeyd etmək lazımdır ki, qaraciyər xərçənginin yüksək spesifik USM əlamətləri olan qeri-dəqiq kontur, qeyri-həmcins exostruktur, hipoxogen “haşiyə” ilə yanaşı, şişin inkişafının müxtəlif mərhələləri ilə əlaqədar müşahidə edilən polimorfizm bu şişləri metastatik şişlərdən və “atipik” hemangiomadan differensiasiya etməkdə çətinliklər törətmişdir.

KT müayinəsi zamanı qaraciyərin diffuz dəyişiklikləri fonunda birincili xərçəngin diaqnostikası xüsusi ilə çətin olmuşdur. 12 xəstədə şiş hipodens törəmə şəklində aşkarlanmış, patoloji ocağın forması 8 xəstədə qeyri-düzgün, 6 xəstədə oval olmuşdur. Xəstələrin əksəriyyətində patoloji törəmənin konturları qabarlı və qeyri-düzgün olmuş, 11 xəstədə qeyri-dəqiq kontur aşkar edilmişdir. Qaraciyər daxili axacaqların genişlənməsi müayinə olunmuş xəstələrin yalnız ikisində müşahidə edilmişdir.

Beləliklə, KT müayinə üsulunun tətbiqi qaraciyərin birincili xərçəngi zamanı hepatosellulyar xərçəngi xolangiosellulyar xərçəngdən fərqləndirməyə imkan verir. Belə ki, xolangiosellulyar xərçəng daha çox qaraciyərin mərkəzi hissəsini zədələyir. Bu zaman qaraciyər parenximasının periferik hissələri intakt qalır, qaraciyər daxili öd yollarının genişlənməsi müşahidə edilir.

SÜD VƏZİ XƏRÇƏNGİNİN SÜMÜK METASTAZLARI ZAMANI SÜMÜK SINTIQRAFIYASI VƏ PET-KT MÜAYİNƏLƏRİNİN MÜQAYİSƏLİ TƏHLİLİNİN ƏHƏMİYYƏTİ.

Süd vəzisi xərçəngi qadınlar arasında ən çox rastlanan xərçəng növüdür. Statistik məlumatla əsasən qadınlarda süd vəzisi xərçəngi ilə xəstələnmə və ölüm hadisələri onkoloji xəstəliklər siyahısında iqtisadi cəhətdən inkişaf etmiş ölkələrdə birinci yeri tutur. Avropada süd vəzi xərçəngi ilə xəstələnmə 29.7% və ölüm hadisələri 16.6% olmuşdur (GLOBOCAN 2008). Bir çox ölkələrlə yanaşı Azərbaycanda da son onillikdə süd vəzi xərçəngi ilə xəstələnmə və ölüm hadisələri qadınlar arasında birinci yeri tutmaqdadır.

Yuxarıda qeyd olunan göstəricilərin dinamikasına nəzər salsaq həmin fikri təsdiq etmiş olarıq. Belə ki, 2011-ci ildə Respublikamızda qadınlar arasında süd vəzisi xərçəngi ilə xəstələnmə və ölüm halları müvafiq olaraq 100000 nəfərə 21,1 və 3,6 olmuşdur.

Lokal süd vəzisi xərçənglərində (I mərhələ) 5 illik yaşama müddəti 85% təşkil edərkən, uzaq metastazları zamanı bu hal 25% təşkil etməkdədir. Bu səbəblə süd vəzi xərçənglərində uzaq metastazın varlığı əsas proqnostik faktorlardan biri hesab olunur. Süd vəzisi xərçənginin uzaq metastaz verməsi şişin ölçüsündən, pozitiv limfa düyünlərindən, xəstəliyin mərhələsindən və histoloji tipindən asılıdır.

Süd vəzisi xərçənginin uzaq metastazı daha çox sümük sistemində rast gəlinir. Süd vəzi xərçəngin uzaq metastazlarının təxminən 25% ilk olaraq sümüyə metastaz verir və bunların böyük qismi osteolitik metastazlardır. Aparılan araşdırmalara əsasən süd vəzisi xərçəngi zamanı sümüklərdə uzaq metastazın əmələ gəlməsi təxminən 24-26 aydır. Aparılmış digər bir araşdırmada isə (10 illik retrospektiv analizdə) sümüklərdə metastazların əmələ gəlməsi I mərhələ üçün 2.5%, III mərhələ üçün isə 16% olaraq göstərilmişdir.

Süd vəzi xərcənginin sümük metastazlarının erkən təyin edilməsi üçün aşağıda bir sıra klassik və müasir diaqnostik müayinə metodları göstərilmişdir.

1. Rentgen müayinəsi.
2. Kompüter tomoqrafiya (KT) müayinəsi.
3. Maqnit rezonans tomoqrafiya (MRT) müayinəsi.
4. Sümük sintiqrafiya müayinəsi.
5. Pozitron emission tomoqrafiya (PET-KT) müayinəsi

Yuxarıda qeyd olunan müayinə metodlarının klinikada istifadəsi onların sümük metastazlarının növünə (osteoblastik-osteolitik) olan həssaslığından və eyni zamanda tək müayinə ilə tam skeletin təsvirindən asılıdır. Hal-hazırda süd vəzisi xərcəngi diaqnozu qoyulan xəstələrdə istər əməliyyat öncəsi istərsə də əməliyyat sonrası dinamik nəzarət dövründə standart metod kimi daha çox sümük sintiqrafiyasından istifadə olunur. Sümük sintiqrafiyasının osteoblastik metastazlarının təyin edilməsində sensitivliyinin və spesifikliyinin yüksək olması aparılan araşdırmalarla ədəbiyyatda öz əksini artıq uzun müddətdir ki tapmışdır. Lakin osteolitik metastazların təyin edilməsində sümük sintiqrafiyasının yeri yoxdur. Osteoblastik metastazların təyin edilməsində sümük sintiqrafiyası və FDG PET-KT müayinələrinin sırası ilə doğruluğu (95 %-74%) göstərilmişdir.

Osteolitik metastazların daha asan və doğru şəkildə təyin edilməsi üçün FDG PET-KT müayinəsi sümük sintiqrafiyası ilə müqayisədə daha üstündür.

Bir çox ədəbiyyatlarda və araşdırmalarda osteolitik metastazların təyin edilməsində sümük sintiqrafiyası və FDG PET-KT müayinələrinin doğruluğu (73%-92%) göstərilmişdir.

Nəticə: Süd vəzi xərcəngində sümük metastazlarının erkən təyin olunmasında, tək müayinə ilə tam skeletin təsviri, daha ucuz olması və

istifadəsi zamanı şüalanmanın nisbətən aşağı olması sümük sintiqrafiya müayinəsi hələ də klinikada öz yerini qorumaqdadır. Osteolitik metastazların aşkar edilməsində isə FDG PET-KT müayinəsi daha üstündür, lakin müayinənin bahalı olması, radiofarmasevtik preparatın çətin əldə olunması və şüalanmanın nisbətən yüksək olması PET-KT müayinəsini sümük sintiqrafiyası ilə müqayisədə daha selektiv etməkdədir.

ОТДАЛЕННАЯ ДИССЕМИНАЦИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ФИБРОЗНОЙ ГИСТИОЦИТОМЫ МЯГКИХ ТКАНЕЙ

*Н.В. Касумов, Н.И. Мехтиева, И.У. Джафарова, Х.Г. Велиева
Азербайджанский медицинский университет. г.Баку*

Склонность сарком мягких тканей к раннему гематогенному и, в меньшей степени, лимфогенному метастазированию объясняется тем, что мягкотканые опухоли растут периневрально и перивазально, рано инвазируют в сосудистое русло, обеспечивая себе путь дальнейшего распространения. Из 98 больных ЗФГ МТ, находившихся под нашим наблюдением, у 48 больных (48,98%) возникали метастазы в сроки от 1 до 54 месяцев после лечения, средний срок возникновения метастазов составил $9,76 \pm 2,94$ месяца. Основная локализация метастазов в легких (75,51%), в регионарных лимфатических узлах (9,18%), в отдаленных лимфатических узлах (4,08%), в костях скелета (7,14%) , у 3-х пациентов (3,06%) – в печени. Различные гистологические варианты ЗФГ различались по показателям частоты и сроков метастазирования. Так, чаще других (в 64,29% случаев) и в более ранние сроки (через $7,95 \pm 1,85$ месяца) метастазировали опухоли воспалительного варианта ЗФГ. Реже и в более поздние сроки

метастазы обнаружены в миксоидном (33,67% и $14,63 \pm 3,36$ месяца, соответственно), и в ангиоматоидном (42,86% и $23,68 \pm 18,62$ месяца, соответственно) вариантах. Однако, ангиоматоидный вариант является одним из самых малочисленных среди исследуемого контингента, что не позволяет нам статистически достоверно подтвердить разницу между ангиоматоидным и другими вариантами. Воспалительный вариант почти в 2 раза чаще метастазировал по сравнению с миксоидным и 1,5 раза чаще по сравнению с ангиоматоидным вариантом. Разница по частоте метастазирования между воспалительным и миксоидным вариантами была статистически достоверна ($P < 0,05$). Следует отметить, что гистологические варианты ЗФГ не оказывали влияние на средние сроки возникновения метастазов и возникшие некоторые различия между отдельными гистологическими вариантами не были статистически достоверными ($P > 0,05$).

ЭФФЕКТИВНОСТЬ НЕОАДЬЮВАНТНОЙ ТЕРАПИИ С ВКЛЮЧЕНИЕМ ТРАСТУЗУМАБА У БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С ГИПЕРЭКСПРЕССИЕЙ HER-2 (HER-2+ РМЖ).

К.Р.Зейналова

Азербайджанский медицинский университет. г.Баку

При местно-распространенном, в особенности при воспалительной форме РМЖ, гиперэкспрессия HER-2 наблюдается в 35-40% случаев и ассоциирована с агрессивным

фенотипом опухоли и неблагоприятным прогнозом болезни. Гиперэкспрессия HER-2 является предсказательным фактором снижения эффективности эндокрино- и химиотерапии, неблагоприятно влияя как на непосредственную эффективность лечения, так и безрецидивную выживаемость больных. Добавление Трастузумаба в неoadъювантные режимы лечения местно-распространенного HER-2+ РМЖ позволяет увеличить эффективность химиотерапии — повысить частоту достижения полных морфологических регрессий опухоли, являющуюся достоверным маркером увеличения безрецидивной и общей выживаемости.

С целью снижения риска развития тяжелой сердечной недостаточности больше внимания уделено поиску эффективных режимов неoadъювантной химиотерапии без антрациклинов, которые могут быть назначены одновременно с Трастузумабом. Активно изучается необходимость интенсификации режимов неoadъювантной химиотерапии в комбинации с Трастузумабом. В частности, путем добавления еще одного цитостатика — тройные комбинации.

В этой работе показана высокая эффективность химиотерапии на основе таксанов в комбинации с Трастузумабом в лечении больных метастатическим HER-2+ РМЖ: общий эффект составил 54,5% при медиане длительности эффекта 20,3+ мес, медиана времени до прогрессирования составила 22,1+ мес.

Изучена эффективность и безопасность 2-х режимов неoadъювантной химиотерапии (без г-КСФ) + Трастузумаб: у 5 больных - Паклитаксел 135 мг/м² + Винорельбин 25 мг/м² (каждые 3-недели), у 18 больных - Доцетаксел 75 мг/м² + Карбоплатин АUC 5 (каждые 3 недели).

По результатам неoadьювантной терапии в режиме Паклитаксел + Винорельбин + Трастузумаб наблюдался 100% клинический эффект (1 ПР + 4 ЧР) и обнадеживающий морфологический эффект – частота полных морфологических ремиссий составила 40% (у 2/5 больных). У всех 5 больных выполнена радикальная операция. Прогрессирование болезни в последующем наблюдалось у 1 из 5 больных. Частота нейтропении III-IV степени составила 59,4% (без фебрильной нейтропении). Клинически значимой кардиотоксичности не отмечено ни у одной пациентки.

Режим Паклитаксел + Винорельбин в комбинации с Трастузумабом при использовании препаратов в более высоких дозах и необходимой г-КСФ поддержке может оказаться более эффективным и достаточно хорошо переносимым.

По результатам неoadьювантной терапии в режиме Доцетаксел + Карбоплатин + Трастузумаб радикальная операция выполнена у 17 больных, у 1 больной после завершения химиотерапии проведена локорегионарная лучевая терапия. Частота полных морфологических регрессий составила 58,8% (у 10/17 больных). Гематологическая токсичность (нейтропения III-IV степени в 67,7%, фебрильная нейтропения в 12,9% циклов) не вызвала нарушения интервалов между введениями препаратов. Редукция дозы Карбоплатина произведена у 4 больных, что, тем не менее, не повлияло на эффективность лечения. Клинически значимой кардиотоксичности не наблюдалось.

У 9 из 10 больных с полной морфологической регрессией опухоли при медиане наблюдения 25,8 мес. не выявлено прогрессирования болезни. Данный факт свидетельствует о предсказательной значимости достижения полной

морфологической регрессии в отношении безрецидивной выживаемости.

ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ УРОВНЯ ЛАКТАТДЕГИДРОГЕНАЗЫ У БОЛЬНЫХ С НЕХОДЖКИНСКИМИ ЛИМФОМАМИ ПО ДАННЫМ НАЦИОНАЛЬНОГО ЦЕНТРА ОНКОЛОГИИ

*А.Ю.Алиев, Ю.А.Ахмедов, Р.А.Гусейнова, И.А.Гаджиева
Национальный центр онкологии г.Баку*

Цель работы: определение прогноза у больных с неходжкинскими лимфомами (НХЛ) в зависимости от показателя уровня лактатдегидрогеназы (ЛДГ) является одной из наиболее интересных проблем онкологии. По статистическим данным, уровень заболеваемости НХЛ за последние 20 лет увеличился практически вдвое. Немецкая группа исследователей НХЛ (DSHNHL) опубликовала результаты ряда клинических исследований, где было выявлено, что уровень ЛДГ в крови больного проявляет себя как фактор прогноза, не зависящий от терапии [1,2].

Материал и методы: нами было обследовано 80 больных с НХЛ, находящихся на лечении в НЦО за период с 2008 г. по 2012 г. Возраст больных колебался от 20 до 68 лет. У всех больных была гистологическая верификация заболевания. До

начала лечения у всех больных был определен уровень ЛДГ. У 43 больных уровень ЛДГ был выше 600 v/ml, у 37 больных уровень ЛДГ был ниже 600 v/ml. Все больные, включенные в исследование, получили стандартное химиолучевое лечение.

Результаты: у больных с высоким уровнем ЛДГ 5-летняя безрецидивная выживаемость составила 62,8%. У больных с низким уровнем ЛДГ 5-летняя безрецидивная выживаемость составила 75,7%.

Заключение: у больных НХЛ, имевшим до начала лечения высокий уровень ЛДГ общая и безрецидивная выживаемость хуже, чем у больных с низким уровнем ЛДГ. Эти данные соответствуют общемировым данным.

ELASTOQRAFIYA-BƏDXASSƏLİ XƏSTƏLİKLƏRİN MÜASİR ŞÜA DİAQNOSTİKA ÜSULU KİMİ

*Baxşiyev B.Ə., Sultanova M., Ağabəyli L.Z.
Azərbaycan Tibb Universiteti, Bakı*

Elastoqrafiya-yumşaq toxumaların vizualizasiyasının yeni bir metodu olub, canlı toxumada şişlərin və struktur dəyişikliklərinin toxuma elastikliyinə və sıxlığına əsaslanaraq müəyyən edilməsidir. Bədxassəli törəmələr digər yumşaq toxumalara nisbətən 5-28 dəfə daha sərt olub, mexaniki sıxılma və ya vibrasiya tətbiq edildikdə şişi əhatə edən yaxın toxumadan daha az deformasiyaya uğrayır. Bu da bizə palpasiya edilən və ya edilməyən kütlələrin aşkar edilməsi,

təsvirinin alınması, onların xoşxassəli və ya bədxassəli olduğunun müəyyən edilməsinə kömək edir.

Ultrasəs müayinəsi elastoqramların alınması üçün ən geniş yayılmış tibbi metoddur. Mağnit rezonans və kompyuter tomoqrafik elastoqrafiya metodlarının da işlənib hazırlanmasına baxmayaraq, ultrasəs elastoqrafiya metodu- ucuz, tez başa gələn və poliklinika şəraitində aparıla bilməsi ilə digər metodlardan üstündür. Maqnit rezonans elastoqrafiya qaraciyər və beyin patologiyalarının diaqnostikasında istifadə olunur.

Elastoqrafiya toxumaların sərtlik dərəcəsini hesablayır və ultrasəs elastoqrafiyası zamanı bölgə içərisində müayinə edilən yumşaq törəmə qırmızı, sərt törəmə isə mavi rəngə boyanır. Fat Lesion Ratio (FLR) adlandırılan bu texnologiya toxumaların sıxlığını nəzərə alaraq elastiklik dərəcəsini verir. Bədxassəli şişlərdə toxuma sıxlığının xoşxassəli törəmələrə nisbətən çox olduğunu nəzərə alaraq, bu metod xoş və bəd xassəli şişlərin differensasiya olunmasına, lazımsız toxuma biopsiyalarının sayının azalmasına və beləliklə də, xərclərin və biopsiyadan sonrakı ağırlaşmaların azalmasına kömək edir.

Amerika Radioloqlar Cəmiyyətinin 2009-cu il konqresində süd vəzi xərçənginin diaqnostikasında elastoqrafiya müayinəsinin rolu və onun ikiölçülü ultrasəs müayinəsi ilə müqayisəli fərqi təqdim edilmişdir. 110 müayinə olunan xəstədən ikiölçülü ultrasəs vasitəsi ilə düzgün diaqnoz 42,9% hallarda qoyulmuşdursa da, elastoqrafik sonoqrafiya ilə diaqnozun dəqiqliyi 76,2%-ə qədər artmışdır. Hər iki metodun birgə istifadəsi 81% hallarda düzgün diaqnoz qoymağa imkan vermişdir. Bundan başqa, elastoqrafiya zamanı bütün bəd xassəli şişlər, ultrasəs müayinəsinə isə bədxassəli şişlərin ancaq 88,5% -i aşkar edilmişdir.

Elastoqrafiya başda süd vəzi olmaqla, qalxanabənzər vəzi, prostat, pankreas, limfatik düyünlər, qastrointestinal sistemin stromal şişləri, hepatosellular karsinoma və qaraciyər metastazlarının diaqnozunun qoyulması və təsnifatında faydalı bir metoddur.

РЕНТГЕНОДИАГНОСТИКА ОСТЕОПОРОЗА

Ш.Р.Мамедова

Азербайджанский медицинский университет. г.Баку

Рентгенографическое исследование позвоночника и проксимального отдела бедра является наиболее доступным методом начального этапа диагностики остеопороза и может использоваться практически в любом лечебно-профилактическом учреждении.

Причиной диагностических трудностей является вариабельность врачебной оценки рентгенограмм, толщины мягких тканей и укладки, особенностей проявления, качества и чувствительности пленки, экспозиции и множество других факторов. Считается, что достоверно поставить диагноз остеопороза при помощи рентгенографического исследования одной какой-либо локализации можно лишь при потере около 20-40% костной массы (это далеко не ранняя диагностика).

При описании снимка следует избегать радиологического диагноза «остеопороз» и использовать такие описательные

характеристики, как « уменьшенная плотность тени», «повышенная рентгенопрозрачность», «атрофия костного рисунка».

Во многих случаях только по обычной рентгенограмме почти невозможно различить остеопороз, остеомалацию, гиперпаратиреоз, плазмоцитому и т.д., разве что можно обнаружить такие типичные проявления как лоозеровские зоны перестройки при остеомалации, образование кист при гиперпаратиреозе или штампованные дефекты в своде черепа при плазмоцитоме. Тем не менее, R-графия является простым и недорогим методом исследования предоставляющим важную диагностическую информацию необходимую для выбора правильной врачебной тактики.

Но для более точной диагностики остеопороза на ранних стадиях применяют рентгеноденситометрию и УЗИ-денситометрию. Рентгеноденситометрия определяет минеральную плотность всех костей скелета, благодаря которой можно предотвратить перелом.

УЗИ-денситометрия также определяет минеральную плотность костей, но только в диагностике IV-V поясничных позвонков, кистей, стопы, фалангов пальцев.

Таким образом, УЗИ-денситометрия, в отличие от рентгеноденситометрии и рентгенографии, является менее информативным в ранней диагностики остеопороза всех отделов костей скелета.

USAQLIQ BOYNU XƏRÇƏNGİNİN RESİDİVLƏRİNİN MÜASİR MÜALİCƏ METODLARI

*G.İ.Əliyeva, Abdullayeva R.S., Ağamalyeva A.C., Rəhimov N.R.
Azərbaycan Tibb Universiteti, Bakı*

Usaqlıq boynu xərçəngi (UBX) qadınlarda çoxluq təşkil edir. UBX-nin ümumi miqdarı artmaqdadır. Xəstəliyin reproduktiv yaşda olan qadınlarda miqdarının çoxalması və gecikmiş mərhələlərdə aşkarlanması problemi onu aktual edir.

Ümumdünya Səhiyyə Təşkilatının göstəricilərinə əsasən hər il dünyada 500.000 qadında UBX aşkarlanır.

UBX 45-55 yaş arasında olan qadınlarda maksimal həddə çatır. Son illərdə cavan qadınlar arasında UBX miqdarının artma tendensiyası qeyd olunur. Akselerasiya, erkən cinsi yetişkənlik və cinsi əlaqələrin çox kiçik yaşlardan başlanması bu tendensiyanın səbəbləri kimi göstərilir.

Kütləvi profilaktik müayinələr zəif təşkil olunduğundan, həkimə vaxtında müraciət edilmədiyindən III və IV mərhələlərdə olan xəstələrin miqdarı artır. 5 illik sağalma I mərhələdə olan xəstələr üçün 95% olduğu halda, III-IV mərhələdəki xəstələr üçün 17-22% -ə enir.

Xərçəngin bir xəstəlik kimi letal nəticəsi ən çox hallarda residivlər olur.

UBX-nin müalicəsində cərrahiyyə və şüa terapiyası hazırda əsas rol oynayır. Xəstəliyin yayılmasından asılı olaraq bu müalicə növlərinin hər biri sərbəst, müstəqil metod kimi, həmçinin müxtəlif kombinasiyalarda istifadə olunur. Müştərək şüa terapiyası xəstəliyin yayılmış hallarında daha çox tətbiq edilir.

Müalicədən iki il sonra prosesin yerli təkrar yaranması, çanaq limfa düyünlərində və ya parametral toxumada əmələ gəlməsi şüa terapiyasının uğursuzluğunu göstərir.

Kimyəvi-dərman müalicə üsulu ənənəvi olaraq xərcəngin çox yayılmış formalarında uzaq metastazların, residivlərin olduğu hallarda tətbiq edilir.

Müştərək şüa terapiyasından sonra əmələ gələn residivlərin müalicəsi üçün cərrahiyyə və təkrar şüa terapiyasına imkanlar kəskin məhdudlaşır. Bu səbəbdən hazırda UBX residivlərinin müalicəsində üstünlük kompleks müalicə tədbirlərinə verilir. Loko – regional müalicə (şüa terapiyası, cərrahiyyə, kimyəvi dərmanların yerli istifadəsi) üsulları ənənəvi ümumi kimyəvi – dərman müalicəsi ilə birgə istifadə olunur.

Şüa terapiyasının nəticəsində yumşaq toxumalarda fibroz, damarların obliterasiyası yaranır. Kimyəvi dərman müalicəsinin ənənəvi tətbiqi zamanı residiv olan toxumalarda sitostatik effekti əldə etmək çətinləşir. Çünki deyilən dəyişikliklər dərmanların lazımı konsentrasiyada olmağına maneə törədir. Dərman preparatlarının ümumi miqdarı artdıqda, xəstədə ümumi toksiki və hematotoksik əlamətlər artır. Dərman preparatlarının təsirini gücləndirmək üçün onları insanın antomühitləri ilə birgə istifadəsi və yerli (bilavasitə residivin özünə və böyümə zonasına) yeritmək metodu məsləhət görülür.

UBX-nin residivlərinin müalicəsində sitostatiklərin parametral toxumalara yeridilməsi fərdi şüa müalicə planı ilə tətbiq olunan xəstələrdə üç illik sağalma göstəricilərini 14,3%-dan – 32,5% yüksəldir.

Kimyəvi – dərman preparatlarını residiv ehtimalı olan sahələrə yeridilməsi minimal ümumi toksiki və hematotoksik təsir yaradır.

Residivlər bədxassəli şişlərin ən xoşa gəlməz məqamlarındandır. Xüsusi müalicə alan xəstələrə residivlərin sayını azaltmağa yönələn məsləhətlər verilməlidir. Onkoloji diaqnozlu xəstələr müalicədən sonra immun sistemlərinin tam bərpası ilə məşğul

olmalıdırlar. Həmçinin, müxtəlif infeksiyon və virus mənşəli xəstəliklərə yoluxmadan qorunmalı, təklif olunan hər müalicəni onkoloqun nəzarəti altında aparmalı, ildə 2-3 dəfə xərçəng markerlərinin miqdarını təyin etdirməlidirlər.

YERLİ-YAYILMIŞ UŞAQLIQ BOYNU XƏRÇƏNGİNİN MÜALİCƏSİNDƏ BİRİNCİLİ VƏ İKİNCİLİ EKZENTERASIYALAR.

*Ş.A Aliyev., G.Əliyeva
Milli Onkologiya Mərkəzi, Bakı ş.*

Kiçik çanağın ekzenterasiyası birincili və residivləşmiş uşaqılıq boynu xərçənginin müalicəsində yeganə yüksək potensiallı radikal əməliyyat hesab olunur. Birincili və ikincili ekzenterasiyalar haqqında ədəbiyyatlarda müxtəlif məlumatlar vardır. Lakin ədəbiyyatlarda “palliativ ekzenterasiya” terminindən bəhs olunmamışdır.

Məqsəd: Uşaqılıq boynu xərçəngilə IVa mərhələdə olan xəstələrin müalicəsində birincili və ikincili ekzenterasiyaların rolunun öyrənilməsi.

Material və metodlar: 2006-2012-ci illərdə MOM-də yerli-yayılmış uşaqılıq boynu xərçəngi ilə (IVa mərhələ) 17 xəstədən 13(76,4%) xəstəyə birincili, 4(23,6%) xəstəyə isə ikincili ekzenterasiya icra olunmuşdur. Onu da qeyd etmək lazımdır ki, ikincili ekzenterasiya icra olunmuş xəstələrə uşaqılıq boynu xərçənginə

görə, radikal cərrahi əməliyyat və kimya-şüa müalicəsi aparılmışdır. 13(76,4%) xəstəyə kiçik çanağın ön ekzenterasiyası, 3(17,6%) xəstəyə arxa ekzenterasiya, 1(5,8%) xəstəyə isə total ekzenterasiya icra olunmuşdur. Xəstələrin yaşı 32-56 yaş arasında variasiya edir.

Bu xəstələrdə sağ qalma faizi xəstənin yaşından, aparılmış müalicə metodlarından (cərrahi əməliyyat, şüa və kimya-terapiya), şişin histoloji strukturundan, ekzenterasiyanın növündən, əməliyyatdan sonrakı dövrdə erkən və gecikmiş fəsadlardan asılı olaraq analiz edilmişdir.

Müzakirə: Kiçik çanağın ekzenterasiyası icra olunmuş 17 xəstədən 2(11,7%) xəstədə nazik bağırsağ keçməməzliyi, 1(5,8%) xəstədə pielonefrit, 2(11,7%) xəstədə koloanal anastomozun tutmamazlığı, 1(5,8%) xəstədə iki tərəfli durğunluq pnevmoniyası, 2(11,7%) xəstədə nazik bağırsağ fistulası, 1(5,8%) xəstədə “quru” urinostomanın tutmamazlığı, 1(5,8%) xəstədə isə daxili qanaxma kimi fəsad qeydə alınmışdır. Cərrahi əməliyyatdan sonrakı dövrdə 6(35,3%) xəstə relaparotomiyaya götürülmüş, bunlardan nəcis peritoniti ilə fəsadlaşan 2(17,6%) xəstəyə kolostoma, nazik bağırsağın fistulası olan 2(17,6%) xəstəyə nazik bağırsağın rezeksiyası, yan-yana anastomoz , 1(5,8%) xəstədə “quru” urinostomanın tutmamazlığı ilə əlaqədar olaraq ureterokutaneostoma qoyulmuş, 1(5,8%) xəstədə isə daxili qanaxmaya səbəb liqaturanın qaçması səbəb olmuşdur ki, damar tutulub bağlanmışdır.

Cərrahi əməliyyatdan sonrakı dövrdə 1(5,8%) xəstədə 10-cu sutkada, 1(5,8%) xəstədə isə 14-cü sutkada ölüm qeydə alınmış, buna səbəb 1 xəstədə ağciyər arteriyasının trombemboliyası, digərində isə miokard infarktı olmuşdur.

Birincili ekzenterasiyadan sonrakı dövrdə 8 xəstədə yaşama müddəti-26 ay, 5 xəstədə yaşama müddəti-20 ay, 1 xəstədə yaşama

müddəti-12 ay, ikincili ekzenterasiyadan sonrakı dövrədə 3 xəstədə isə yaşama müddəti 9 ay olmuşdur.

Nəticə: Yerli-yayılmış uşaqlıq boynu xərcəngi olan (IVa mərhələ) xəstələrdə kiçik çanağın ekzenterasiyası kimya-şüa müalicəsinə real yeganə alternativ müalicə metodu hesab olunur. Persistedici və residivləşən uşaqlıq boynu xərcəngində digər terapevtik müalicələr effektiv olmadığı halda ikincili ekzenterasiyalar mühüm əhəmiyyət kəsb edir. Birincili və ikincili ekzenterasiyalar bu xəstələrdə xəstələrin yaşama keyfiyyətinin yüksəldilməsinə və yaşama müddətinə müsbət təsir göstərir.

ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ УРОВНЯ В₂- МИКРОГЛОБУЛИНА У НОВОРОЖДЕННЫХ С ПЕРИНАТАЛЬНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ.

Н.Д.Рагимова, К.Б. Рустамова.

*Научно-Исследовательский Институт Педиатрии имени
К.Я.Фараджевой. г.Баку*

Несмотря на развитие и внедрение в практику перинатологии новых технологий, внутриутробные инфекции являются важной проблемой, так как определяют показатели мертворождаемости, ранней неонатальной смертности, заболеваемости среди новорожденных и детей раннего возраста. Известно, что антенатальные вирусные инфекционные процессы могут быть причиной врожденного иммунодефицита, повышая риск интранатального бактериального или нозокомиального инфицирования и приводя к развитию сепсиса. Одним из маркеров иммунологических изменений, происходящих в

организме, является низкомолекулярный белок 2-микροглобулин (2-МГ), который представляет собой легкую цепь молекулы главного комплекса гистосовместимости I типа.

Целью нашей работы явилось изучение уровня β_2 -микροглобулина (β_2 -МГ) в сыворотке крови и мочи у 97 новорожденных с перинатальными инфекциями. Среди обследованных новорожденных 62 (64,5%) родились доношенными, 35 (35,5%) – недоношенными. Гестационный возраст составил от 27 до 41 недели, масса при рождении от 1200 до 4200 грамм, длина тела от 41 до 54 см.

На основании анализа анамнеза, клиничко-лабораторных данных, определения этиологического фактора заболевания, для решения поставленных задач, были выделены следующие группы больных. I группа – новорожденные с цитомегаловирусной инфекцией (ЦМВИ) (21), II группа новорожденные со смешанной вирусной инфекцией (32), III группа новорожденные с бактериальной инфекцией (24), IV контрольная группа 20 здоровых новорожденных. Определение β_2 -микροглобулина (β_2 -МГ) в сыворотке крови и мочи осуществлялось иммуноферментным методом с микрочастицами с применением набора реактивов фирмы «Abbott» (Америка) на автоматическом анализаторе IMX.

Изучение уровня β_2 -МГ в сыворотке крови и мочи показало повышение его уровня у новорожденных с перинатальными инфекциями. Установлено, что в период с 7 по 20 день жизни уровень β_2 -МГ в сыворотке крови у новорожденных с ЦМВИ составил $3,28 \pm 0,26$ мг/л, у новорожденных со смешанной вирусной инфекцией $3,82 \pm 0,26$ мг/л, с вирусно-бактериальной инфекцией $4,14 \pm 0,24$ мг/л, уровень β_2 -МГ, у новорожденных контрольной группы $3,12 \pm 0,16$ мг/л. Определение уровня β_2 -МГ в

моче показало, что у новорожденных I группы в 1,9 раза, II группы в 2,7 раза, III группы в 2,6 раза выше по сравнению с показателями контрольной группы.

Таким образом, повышение уровня β_2 -МГ в крови у новорожденных с перинатальными инфекциями, установленное в наших исследованиях отражает снижение скорости клубочковой фильтрации, а также дисфункцию иммуногенеза. В тоже время наиболее выраженные изменения, полученные при изучении содержания β_2 -МГ в моче, связаны с нарушением реабсорбции и катаболизма его проксимальными канальцами почек.

Обобщая полученные данные, можно полагать, что β_2 -МГ является чувствительным маркером состояния новорожденного с перинатальными инфекциями, поскольку изменение его уровня в динамике заболевания свидетельствуют о значительных изменениях в иммунной системе и почках.

GÖZ QAPAQLARININ BAZAL-HÜCEYRƏLİ XƏRCƏNGİNİN CƏRRAHİ MÜALİCƏ ÜSULLARI

R.N. Balayeva

Akad. Z.Əliyeva adına Milli Oftalmologiya Mərkəzi, Bakı

Göz qapaqlarının bazal-hüceyrəli xərcəngi dəri xərcəngləri arasında ən yüksək rast gəlmə tezliyinə malikdir. Onlar nisbətən gec böyümə və nadir halda metastaz verməklə xarakterizə olunurlar. Bu törəmələr epidermis və tük follikullarından əmələ gəlirlər. Bazal-hüceyrəli xərcəng göz qapaqlarının bədxassəli törəmələri arasında

90% təşkil edir. Ümumi götürdükdə göz qapaqları və periorbital nahiyənin cəlb olunması 11.6% təşkil edir. Burada, əsasən, BHX alt qapaqlarda ($\approx 52\%$), daxili liqamentumda ($\approx 27\%$) lokalizasiya olunur. Üst göz qapağında daha az rast olunur ($\approx 15\%$) və lateral liqamentumda $\approx 6\%$ təşkil edir.

Araşdırmalar göstərir ki, qadınlar və kişilər eyni dərəcədə xəstələnə bilər. Axır zamanlar bu xəstəliyin yayılmasında artım müşahidə olunur, təxminən hər il 0.3-1% artır. Bəzi alimlər bunu dünya əhalisinin qocalması ilə əlaqələndirir. Lakin bizim fikrimizcə burda ekoloji vəziyyətin pisləşməsinin də böyük rolu var.

Bazal-hüceyrəli xərçəngin 3 inkişaf mexanizmi var.

De novo inkişaf;

- 1) Dərinin kimyəvi, termik və digər kanserogenlər ilə zədələnmiş hissələrdə inkişaf;
- 2) Xərçəngönu dermatozlar fonunda inkişafı (aktinik keratoz, şüa dermatiti, keratoakantoma, trofik xoralar və s.)

BHX-in TNM üzrə və kliniki təsnifatı var.

T₁ – qığırdağa yayılmır, törəmənin ölçüləri 5 mm qədər;

T₂ – qığırdağa yayılır, törəmənin ölçüləri 10 mm qədər;

T₃ – göz qapağın bütün qatlarına yayılır, törəmənin ölçüləri 10 mm böyükdür;

T₄ – digər strukturlara yayılmışdır;

N₁ – regional limfa düyünlərində metastazlar.

Kliniki təsnifata görə BHX 5 növü vardır.

Düyünlü forması - ən çox yayılan formadır. Geniş əsası vardır, ətraf dəri ilə birlikdə hərəkətlidir. Törəmənin damarları ona çəhrayı çalar verir. Hüdudları aydındır. Törəmə çox gec, bəzən illərlə böyüyür və çox böyük ölçülərə çatır. Bu vaxtı onun mərkəzində xoralaşan çuxur əmələ gəlir. Bu xoranın dibi quru və yaxud qanlı qalıqlar ilə

örtülə bilər. Xoranın kənarları şişkindir, qalıqları götürüldə daimi ifrazatlı, ağrısız bir yara aşkar olunur.

- 1) Xoralı forması xırda, demək olar ki, görünməyən bir xoranın əmələ gəlməsindən başlayır. Bu törəmə qalındır və o, böyüdükcə, ətraf sağlam toxumaya yayılır.
- 2) Destruktiv forma əsasən göz qapaqların marginal kənarında yerləşir. Xoralı törəmə hemorragik qabıqlar ilə örtülüb və bunu təmizlədikdə altında çox kobud defekt aşkar olunur. Bu defektin kənarlarında proliferasiya müşahidə olunur. Törəmənin aqressiv infiltrasiyalı böyüməsi onun palpebral konyunktivaya yayılmasına gətirib çıxarır. Bu proses davam etdikdə göz qapaqları tez bir zamanda məhv olur və törəmə orbitaya yayılır.
- 3) Sklerodermobənzər forması ilkin mərhələdə yerli eritemalı nəm səthi olan bir törəmədir. Sonra üstü sarımtıl qabıqlar ilə örtülür, kənarları qalındır. Törəmə böyüdükcə onun mərkəzində qalın ağımtıl çapıq formalaşır və progressiv hissəsi ətraf sağlam toxumaya yayılır.
- 4) Piqmentli forması düyünlü yaxud xoralı ola bilər. Piqment qranulalar şəklində yerləşir. Mikroskopik olaraq törəmənin epidermisin bazal qatından əmələ gəlməsini görmək olar. Törəmə kompleksində differensial və qeyri- differensial hüceyrələr var. Sklerodermobənzər formada hüceyrələr fibroz stromada yerləşir .

Cərrahi müalicə üsulu ən geniş yayılmış üsuldür. Uğurlu nəticənin alınmasının birinci şərti isə törəmənin tam götürülməsidir. Bir çox alimlərin fikrincə, törəmənin düyünlü formasında 2 mm və xoralı formasında 4 mm sağlam toxuma ətrafında kəsik aparılmalıdır. Törəmə $T_1N_0M_0$ mərhələsindədirsə və göz qapağın orta hissəsində

yerləşibse biz onu pentaqonal rezeksiya + kantolizis + kantotomiya cərrahi əməliyyatı ilə götürə bilərik.

Xəstə A.Z., 1962-ci il təvəllüdü, alt qapağının törəməsi ($T_3N_0M_0$), ölçüləri 3x2x2 sm, müraciət edib. Törəmə sağlam toxuma ətrafında götürülüb. Üst qapaqdan tazzo-konyunktival loskut köçürüb və 2-mərhələli cərrahi əməliyyat keçirilib. Xəstə müşahidə altında, residiv yoxdur.

Xəstə Q.Q., 1960-cı il təvəllüdü (1 cərrahi əməliyyat olunmuş, 2 dəfə şüa müalicəsi almış), $T_3N_0M_0$ BCR ilə müraciət etmişdir. Xəstəyə törəmənin götürülməsi və gicqah nahiyəsindən sürüşən dəri loskutu ilə alt qapağın bərpası icra edilmişdir.

İndiki zamanda törəmənin eyni zamanda götürülməsinin və göz qapaqların plastikasının zəruriliyində keç kəsin şübhəsi yoxdur. Lakin bunlar törəmənin tam götürülməsi və əmələ gələn defektin mümkün qədər qapaqların funksional və estetik bərpası şərti ilə həyata keçirilməkdədir.

ОШИБКИ ДИАГНОСТИКИ ПЕРВИЧНОГО РАКА ЛЕГКИХ

В.А. Гамбарова

Азербайджанский медицинский университет. г.Баку

В последнем десятилетии отмечается увеличение частоты рака легкого. Уровень смертности от этой патологии соответствует уровню заболеваемости. В то же время уровень клинической диагностики остается все еще низким.

Ошибки диагностики связаны прежде всего с недостаточной онкологической настороженностью имеющих множественную сопутствующую патологию. Частота объективных причин гиподиагностики выявлена в 55 % наблюдений. Среди субъективных причин гиподиагностики преобладали недостаточный объем обследования (23,9 %), недооценка клинических данных (19,4 %) и переоценка мнения консультанта (2,2 %).

Диагностическая ошибка периферического рака легкого усугубляется тем, что избирается порочная тактика длительного динамического наблюдения, которую проводят до тех пор, пока опухоль не станет рентгенологически очевидной или клиническая симптоматика не будет настолько типичной, что диагноз перестает вызывать сомнения. К сожалению, такая ошибочная тактика нередко проводится более года и является одной из причин запущенности РЛ.

Дифференциальная диагностика периферического рака действительно сопряжена с определенными трудностями. Его следует отличать от доброкачественных опухолей, туберкулемы, солитарного метастаза, шаровидной пневмонии, абсцесса, кисты и других заболеваний. Для периферического рака легкого характерно: волнистость контуров, негативность, полицикличность, своеобразная лучистость вокруг нее (карона малигна), средняя интенсивность тени. В начальных стадиях заболевания : тень чаще всего имеет вид инфильтрата: она малоинтенсивна, состоит как бы из 2-3 сливающихся небольших облаковидных участков и лишь по мере роста приобретает большую однородность.

Трансторакальная пункция при округлых образованиях легких является высокоинформативным методом

дифференциальной диагностики, позволяющим у 83,5 % больных верифицировать процесс. Завершающим методом диагностики периферического рака легкого является диагностическая торакотомия, которая позволяет в 49 % случаев установить диагноз рак легких и в 51 % - доброкачественного новообразования.

Улучшение клинической диагностики заболеваний органов дыхания возможно только за счет уменьшения доли субъективных причин неправильной диагностики.

MÜNDƏRİCAT

90 illik ömür yolu...

C.Ə.Əliyev.....3

Rezektabel mədə xərçənginin cərrahi müalicəsinin aspektləri

C.Ə.Əliyev, Ə.X.Kərimov, A.R.Əliyev,

R.S.Zeynalov, F.Ə.Zeynalov.....7

Применение трастузумаба в адьювантном режиме у больных РМЖ T2N1M0 стадии.

Д.А.Алиев, Р.Д.Джафаров, Т.А.Наджафов,

Р.С.Зейналов, С.Э.Рагимова, Ф.Ш.Ализаде,

Л.А.Меджидова, С.С.Гурбанов,

Р.В.Джавадов, Ш.Ш.Османов.....9

Bədxassəli sümük şişlərinin müalicəsinin müasir aspektləri

Ə.T. Əmiraslanov, A.Ə. Əmiraslanov, E.E. İbrahimov, Ş.D. Tağıyev.....11

Пути оптимизации неинвазивной диагностики ишемической болезни сердца

Б.А. Бахшиев., М.Д. Султанова, Г.И.Ахмедова.....14

| | |
|--|-----------|
| Azərbaycanda yardımçı reproduktiv texnologiya ilə doğulan uşaqların neonatal dövrdə sağlamliq vəziyyəti | |
| <i>N.A. Sədiyeva., S.A. Hüseynova.....</i> | <i>16</i> |
| Эффективность ультразвукографии в диагностике сужения позвоночного канала у детей старшего возраста | |
| <i>И.Г.Мамедов.....</i> | <i>18</i> |
| Qalxanabənzər vəzin düyünlü xəstəliklərinə kliniki baxış və USM altında İİAB ilə düyünlərin maliqinizasiya riskinin dəyərləndirilməsi | |
| <i>A.R.Əliyev, F.Y.Əliyev, A.O. Quliyeva, F.Ə. Novruzov, N.Ə.Quliyev.....</i> | <i>21</i> |
| О влиянии "малых" доз ионизирующего излучения на показатели врожденного иммунитета | |
| <i>Г.М.Мамедов.....</i> | <i>24</i> |
| PNET опухоли грудной клетки. отдаленные результаты лечения. | |
| <i>З.А.Сафаров, Т.С.Кулиева, Е.Е.Ибрагимов, Ф.Р.Намазов, Д.Б.Джамалов.....</i> | <i>25</i> |
| Мультиспиральная компьютерная томография при патологиях артерий головного мозга. | |
| <i>Б.А. Бахшиев, Г.Э.Аскерова.....</i> | <i>27</i> |
| Baş-boyun nahiyəsi rekonstruksiyon cərrahiyyəsinə müxtəlif növ fleplərin istifadəsinə yanaşma | |
| <i>Ç.Rəhimov, M.Davudov.....</i> | <i>29</i> |
| Бевацизумаб в лечении платинорезистентного рецидивирующего рака яичников | |
| <i>Р.С. Зейналов, С.Р.Гиясбейли, Н.Р.Дадашева, Д.А.Гасанзаде, В.С.Ватанха.....</i> | <i>31</i> |
| Возможности МСКТ ангиографии в диагностике окклюзионных поражений | |

| | |
|--|----|
| артерий нижних конечностей. | |
| <i>С.С. Манафов, Н.Р. Хасаева</i> | 35 |
| Влияние полихимиотерапии на орган з рения больных раком молочной железы и лимфогранулематозом | |
| <i>Н.Р.Гаджиева</i> | 37 |
| Mədənin proksimal üçdə birinin xərçənginə görə aparılan genişləndirilmiş limfodisseksiyanın yaxın və uzaq nəticələri | |
| <i>R.B.Bayramov, R.T.Abdullayeva</i> | 41 |
| | |
| Прогнозирование биохимического рецидива рака предстательной железы после радикальной простатэктомии на основании дооперационных данных. | |
| <i>Ф. А. Гулиев., Э.Ш.Халилов</i> | 43 |
| Böyrək və sidik kisəsi xərçənginin müalicə növünün seçilməsində USM,K/T,MRT-in imkanlarının qiymətləndirilməsi | |
| <i>E.C.Qasimov</i> | 44 |
| Рентгенодиагностика отека легких при острой сердечной недостатке | |
| <i>Б.А.Бахшиев, А. Алиев</i> | 48 |
| Hepatit B və C viruslarının qeyri-Hockin limfomalarının əmələ gəlməsindəki rolu və müalicənin nəticələrinə təsiri | |
| <i>İ.N.Musayev, T.Z.Tahirov, E.E.Kazimov</i> | 50 |
| Qida boru xərçənginin erkən aşkarlanmasında endosonoqrafik metodun əhəmiyyəti. | |
| <i>N.S. Şahməmmədov, G., Qəmbərova, A.T Rəhmanova</i> | 52 |
| Роль лучевых методов диагностики в выборе | |

| | |
|--|----|
| лечебной тактики при острой кишечной непроходимости. | |
| <i>C.C. Манафов, P.Б. Герайзаде</i> | 54 |
| Kimyaterapiyadan sonra neytropeniya olan xəstələrdə göbələk infeksiyalarına yoluxma riski | |
| <i>İ.N.Musayev, E.E.Kazimov, T.Z.Tahirov</i> | 57 |
| Orta yaş qrupundan olan xəstələrdə koronar zədələnmələrin angiografik xüsusiyyətləri | |
| <i>V.Ə Əzizov., M.C. Sultanova, C.Z. Həmişəyev</i> | 59 |
| Süd vəzinin müayinəsində maqnit rezonans tomoqrafiyanın rolu | |
| <i>S.S.Vətənxə, E.Y.Əliyev, K.B.Fərhadzadə, A.K.Kazimov</i> | 60 |

| | |
|--|----|
| Оптимизация хирургического лечения пациентов с приобретенными дефектами и деформациями костей лицевого скелета путем применение метода виртуального биомоделирования. | |
| <i>Ч.Р. Рагимов, И.М. Фарзалиев</i> | 63 |

| | |
|--|----|
| Популяционно-вирусологическая характеристика инфекции, вызванной вирусом гепатита С среди больных талассемией, живущих в Азербайджане | |
| <i>C.A.Алифаттахзаде, P.K.Тагу-заде, M.K.Мамедов</i> | 66 |

| | |
|--|----|
| Qaraciyərin birincili xərcənginin diaqnostikasında ultrasəs və kompyuter tomoqrafiyası müayinə üsullarının informativliyinin qiymətləndirilməsi | |
| <i>B.Ə.Baxşiyev, Ə.S.Əsədov</i> | 67 |

| | |
|---|-----|
| Süd vəzi xərcənginin sümük metastazları zamanı sümük sintiqrafiyası və PET-KT müayinələrinin müqayisəli təhlilinin əhəmiyyəti. | |
| <i>F.Y.Əliyev, A.R.Əliyev, A.O. Quliyeva, A.T. Kazimov, F.Ə. Novruzov</i> | 69. |

Отдаленная диссеминация злокачественной

| | |
|---|----|
| фиброзной гистиоцитомы мягких тканей <i>Н.В. Касумов, Н.И. Мехтиева, И.У. Джафарова, Х.Г. Велиева</i> | 72 |
| Эффективность неоадьювантной терапии с включением Трастузумаба у больных раком молочной железы с гиперэкспрессией HER-2 (HER-2+ РМЖ). <i>К.Р.Зейналова</i> | 73 |
| Прогностическое значение уровня лактатдегидрогеназы у больных с неходжкинскими лимфомами по данным Национального центра онкологии <i>А.Ю.Алиев, Ю.А.Ахмедов, Р.А.Гусейнова И.А.Гаджиева</i> | 76 |
| Elastoqrafiya-bədxassəli xəstəliklərin müasir şüa diaqnostika üsulu kimi <i>Вахшиев В.Ə., Sultanova M., Ağabəyli L.Z.</i> | 77 |
| Рентгенодиагностика остеопороза <i>Ш.П.Мамедова</i> | 79 |
| Usaqliq boynu xərcənginin residivlərinin müasir müalicə metodları <i>G.İ.Əliyeva, R.S Abdullayeva., A.C.Ağamalıyeva. N.R Rəhimov</i> | 80 |
| Yerli-yaşılmış uşaqliq boynu xərcənginin müalicəsində birincili və ikincili ekzenterasiyalar. <i>Ş.A Aliyev., G.Əliyeva</i> | 83 |
| Прогностическое значение уровня β₂-микроглобулина у новорожденных с перинатальными инфекциями. <i>Н.Д.Рагимова, К.Б. Рустамова</i> | 85 |
| Göz qaraqlarının bazal-hüceyrəli xərcənginin cərrahi müalicə üsulları <i>R.N. Balayeva</i> | 87 |
| Ошибки диагностики первичного рака легких <i>В.А. Гамбаров</i> | 90 |