

AZƏRBAYCAN RESPUBLİKASI SƏHIYYƏ NAZIRLIYI
MILLI ONKOLOGIYA MƏRKƏZI

Ümummilli lider H.Ə.Əliyevin 88 illik yubileyinə
həsr olunmuş elmi-praktiki konfransın

MATERIALLARI

.10 may 2011 il

Bakı – 2011

REDAKSIYA HEYƏTI

akademik C.Ə.Əliyev (sədr)
tibb elmləri namizədi R.C.Cəfərov (sədr müavini)
akademik R.N.Rəhimov
professor **I.H.Isayev**
professor Ə.X.Kərimov
professor M.Q.Məmmədov
professor F.Ə.Mərdanlı
tibb elmləri doktoru Ə.Ə.Abdullayev
tibb elmləri doktoru V.A.Əli-zadə
tibb elmləri doktoru Ş.M.Beybutov
tibb elmləri doktoru S.R.Qiyasbəyli
tibb elmləri namizədi R.A.Hüseynova
tibb elmləri namizədi A.A.Kərimli
tibb elmləri namizədi R.S.Zeynalov
tibb elmləri namizədi Ə.A.Soltanov
tibb elmləri namizədi O.F.Fərəcəv
tibb elmləri namizədi N.M.Əskərov

Azərbaycan xalqının ümummilli lideri H.Ə.Əliyev
Azərbaycanda müasir onkoloji xidmətin yaradıcısı kimi
C.Ə.Əliyev

Milli Onkologiya Mərkəzi, Bakı ş.

Bu günlərdə bütün Azərbaycan xalqı milli qürur hissi ilə ölkə üçün vacib olan tarixi bir günü – Heydər Əlirza oğlu Əliyevin – planetin bütün azərbaycanlıları tərəfindən ümummilli lider kimi qəbul edilən, özünün ən ləyaqətli oğullarından birinin anadan olmasının 88-ci ildönümünü qeyd edir.

Həqiqətən də, həyatını bütünlüklə xalqına həsr eləmiş, onun əndişə və problemləri ilə yaşayan bu böyük insan yeni və iqtisadi cəhətdən müstəqil Azərbaycan dövlətinin quruculuğu, onun daxili və xarici düşmənlərdən müdafiəsi ilə bağlı problemlərin təxirəsalınmaz həllini tələb edən son dərəcə böyük bir yükə baxamayaraq, bir an belə olsun, xalqının sağlamlığı və onu hərtərəfli mühafizəsini təmin etmək kimi zəruriyyəti unutmurdu.

Otuz ildən uzun bir müddət ərzində, hələ ölkəmizi idarə etdiyi və keçmiş Sovet İttifaqında yüksək rəhbər vəzifədə olduğu zamanda H.Ə.Əliyev daima Azərbaycan xalqının tibbi təminatı ilə bağlı böyük qayğı göstərmiş və ölkəmizdə səhiyyə sisteminin müntəzəm olaraq yaxşılaş-masının təminatı üçün böyük səy göstərmişdir.

Səhiyyənin inkişafının prioritet istiqamətlərini hamıdan yaxşı bilərək o, çox gözəl anlayırdı ki, səhiyyənin ən ağır sahələrindən biri onkologiyadır. Buna görə də təəccüblü deyil ki, Azərbaycanda məhz bu sahənin inkişafına o xüsusi diqqət ayırmışdır.

Bu gün hamımıza məlumdur ki, Azərbaycanda keçən əsrin 70-ci illərinin ortalarından başlayan onkoloji xidmətin intensiv inkişafı ilk növbədə H.Ə.Əliyevin fəaliyyəti ilə sıx bağlıdır.

Respublikanın rəhbəri olduqdan sonra, o, keçmiş SSRİ-nin (Moskva, Leningrad və s.) aparıcı onkoloji müəssisə-lərinin bazası əsasında onkologiya sahəsində mütəxəssis-lərin intensiv hazırlanması siyasətinə başladı. Nəticədə məhz bu kadrlar vətənə

qayıdaraq mərkəzin kollektivinin gənc hissəsinin özəyini təşkil edib böyük həvəslə kliniki işlə yanaşı, elmi tədqiqatlarını davam etdirmişlər.

Səhiyyənin təşkili probleminə yaxından bələd olan H.Ə.Əliyev Azərbaycanda böyük elmi-kliniki onkoloji mərkəzin yaradılması üçün az əmək sərf etməmişdir. Buna görə də təəccüblü deyil ki, keçmiş SSRİ Nazirlər Soveti sədrinin birinci müavini olaraq o, şəxsi təşəbbüsü ilə Bakı şəhərində Respublika Onkoloji Elmi Mərkəzi üçün yeni korpuslar kompleksinin tikinti layihəsinin təsdiqinə nail olmuşdu. Bu artıq 1986-cı ildə həmin binaların tikintisinə imkan verdi. Lakin SSRİ-nin dağılması ilə əlaqədar olaraq, məlum səbəblərdən binaların tikintisi dayandırıldı. Yenidən yaranmış dövlətin – Azərbaycan Respublikasının çətin iqtisadi vəziyyəti və Dağlıq Qarabağda uzanmış müharibə tikintinin davam etdirilməsi məsələsini təxirə saldı.

Lakin H.Ə.Əliyev xalqın tələbi ilə yenidən ölkənin idarəçiliyinə qayıtdıqdan sonra bu məsələ yenidən müzakirə edilməyə başlandı. Onkoloji xidmətin artan əhəmiyyətini və Onkoloji Elmi Mərkəzin yaradılması zərurətini, bu barədə rolunu nəzərə alaraq, 1995-ci ildə Azərbaycan Respublikası höku-mətinin qərarı ilə onun adı dəyişdirilmiş və Milli Onkolo-giya Mərkəzi statusunu almışdır.

Böyük təəssüflə qeyd etməliyik ki, H.Ə.Əliyev həyatda olarkən onkoloji xidmətin səhiyyənin böyük bir sahəsinə çevrilməsini, onun yeni müasir binalarda yerləşən baş müəssisəsinə çevrilməsi yönündə planlarının həyata keçməsinə görə bilmədi.

Ölkəmizin yeni rəhbərliyi ümummillî liderimizin siyasi xətti üzrə gedən Azərbaycan Republi-kasının Prezidenti İlham Heydər oğlu Əliyevin xeyir duası ilə Milli Onkologiya Mərkəzi üçün yeni müasir binaların tikintisi reallığa çevrildi.. Biz hamımız bu tikintinin başlaması münasibətilə olan təntənənin canlı şahidi olduq. Belə ki, 2006-cı ilin iyununda Milli Onkologiya Mərkəzinə Azərbaycan Respublikasının Prezidenti şəxsən gələrək mərkəzimiz üçün yeni binanın bünövrəsinin qoyulmasında iştirak etmiş və ora xatirə kapsulu qoymuşdur. Mərasimdə mərkəzin əməkdaşlarının

qarşısındakı çıxışında o, iştirakçıların hamısını tikintinin başlaması münasibətilə təbrik etdi, mərasim iştirakçılarını əmin etdi ki, tikinti qurtardıqdan sonra bu korpus bütün dünya standartlarına cavab verən tibbi avadanlıqlarla təmin ediləcək və ölkə rəhbərliyi bundan sonra da onkologiyaya hərtərəfli dəstək olacaq, onkoloji xəstələrə sosial yardım göstərilməsi ilə bağlı bütün lazımi tədbirləri görəcəkdir.

2009-cu ilin sentyabrında Azərbaycan Respublikasının Prezidenti İ.H.Əliyev Milli Onkologiya Mərkəzinə yenidən baş çəkmiş və mərkəzimizin yeni cərrahiyyə korpusunun təntənəli şəkildə istifadəyə verilməsi mərasimində şəxsən iştirak etmişdir.

Bu hadisə Azərbaycan xalqının ümummillə lideri Heydər Əliyevin Bakıda müasir və dünya standartlarına cavab verən avadanlıqlarla təmin olunmuş Onkologiya Mərkəzinin yaradılması barədə təşəbbüsünün həyata keçməsinin birinci mərhələsi demək idi.

Mərkəzimizin daha iki yeni korpusunun – radiologiya və uşaq onkologiyası korpuslarının tikintisi artıq başa çatmışdır. Bu gün mərkəzi-mizin ərazisində üç yaraşqlı və harmonik şəkildə bir-biri ilə bağlı, ən müasir tibbi avadanlıqlarla təchiz edilmiş, cərrahiyyə və terapiya profili üzrə bölmələrin və xidmətçi sahələrin aktiv fəaliyyət göstərdiyi üç bina ucalır.

Bununla belə, Mərkəzin yeni korpuslarının tikinti işləri davam etdirilir – plana görə cəmi iki il sonra kimya terapiya şöbəsi üçün istifadəyə veriləcək korpusun tikintisi də intensiv şəkildə aparılır.

Bu gün biz tam şəkildə əminik ki, ümummillə liderimiz H.Əliyevin ölkəmizdə müasir onkoloji xidmətin yaradılması barədə bütün planlarının bütövlükdə reallaşmasının şahidi ola biləcəyik. Buna görə də bütün həyatını Azərbaycan xalqının qayğısına və ölkəsinin əmin-amanlığına həsr eləmiş insan kimi onun əziz xatirəsi xalqın qəlbində əbədi yaşayacaqdır.

Heydər Əliyev və Azərbaycan səhiyyəsi
C.Ə.Əliyev, A.A.Kərimli, R.A.Hüseynova
Milli Onkologiya Mərkəzi, Bakı ş.

Dağlarla insanlar arasında bir ilahi ünsiyyət var. Yaxşı adamlara dua edəndə ömrün dağa dönsün deyirlər. Camaatın hörmətini qazanan müdrik insanlara “dağ boyda kişi” deyimi işlədirlər. Məğrurluqda və əyilməzlikdə nümunə olanları “dağ cüssəli”, “dağ vüqarlı” adlandırılır. İnsanın böyüklüyü dağ ucalığı ilə müqyisə edilir. Heydər Əliyev şəxsiyyəti əlçatmaz dağ zirvəsi qədər ucadır və biz hamımız bu zirvənin, bu ucalığın seyrindəyik. Öz milli mənliliyinə qiymət verən hər bir azərbaycanlı çox gözəl bilir ki, Heydər Əliyev Azərbaycana rəhbərlik etdiyi uzun illər ərzində Azərbaycan xalqının, Azərbaycan torpağının adını və şöhrətini bütün sovet ittifaqında və həmçinin dünyada necə yüksək zirvələrə qaldırmış, onu nə qədər geniş surətdə tanıtmışdır.

Xarakter, mahiyyət və məna etibarlı ilə uca olan Heydər Əliyev öz mənalı ömür yaşamında xeyirxah əməlləri, xalqa inamı və məhəbbətilə Azərbaycanın həyatında yeni bir era açmışdır. Bununla da 1969-cu ildən Azərbaycanda Heydər Əliyev erası başlanmışdır. Bu era Azərbaycanın əsl intibah dövrü oldu. Bu dövrdə respublikada bütün sahələr qısa müddətdə sürətlə inkişaf etməyə başladı. Ölkənin hər yerində - şəhər, rayon və kəndlərində yenilik, quruculuq abu havası özünü göstərdi. Keçən əsrin 70-ci illərinin əvvəllərindən başlayaraq Azərbaycanda xalq təsərrüfatının bütün sahələrində, elm və təhsildə, mədəniyyət və incəsənətdə, o cümlədən səhiyyədə fəqəltəbii tərəqqi dövrü başladı.

Heydər Əliyev respublikamızın iqtisadi, siyasi, idealoji vəziyyətinin, əhalinin ümumi sağlamlığı ilə düz mütə-nasibliyini həmişə əsas götürmüşdür. Onun respublikamızın səhiyyə-quruculuğunda qarşıya qoyduğu tədbirlər kompleks-sinə səhiyyə-sağlamlıq ocaqlarının abadlaşdırılması və yenilərinin tikintisi, əhalinin kütləvi şəkildə dispanser qeydiyyatından keçirilməsi, tibbi profilli elmi-tədqiqat insti-tutları, elmi-tədqiqat laboratoriyaları,

respublika tibb işçilə-rinin nəzəri-təcrübi nailiyyətlərinin səmərəliliyini təmin etmək üçün səhiyyənin müxtəlif sahələri üzrə qurultay və konfransların keçirilməsi, yüksək ixtisaslı həkim və alim kadrların hazırlanması, səhiyyənin müasir inkişaf proqramına uyğun yeni elmi-təcrübi mərkəzlərin açılması, respublikada profilaktiki təbabətin tələblərinə uyğun sanato-riya-kurort şəbəkələrinin genişləndirilməsi, eləcə də digər mühüm məsələlər daxil idi. Bu proqram bu gün də davam etdirilməkdədir. Milli səhiyyəmizin bərpasına, yeni inkişaf mərhələsinə aid qurucu, yaradıcı və mütəşəkkil prinsiplərə əsaslanan Heydər Əliyev proqramı öz aktuallığını daim qoruyub saxlayır və zaman-zaman tərəqqi edir.

1972-82-ci illərdə şəhər və rayonlarda fəaliyyət göstərən xəstəxana və poliklinikaların, dispanser və tibb məntəqələ-rinin yarından çoxu yeni binalarla təmin edildi. Uroloji xəstəliklərdən əziyyət çəkən vətəndaşlarımız üçün əvəzsiz bir tövə - klinik Uroloji xəstəxana istifadəyə verildi. Neyrocərrahiyyə Mərkəzi, Diaqnostik Mərkəz, Toksikoloji Mərkəz, Yanıq Mərkəzi, əlillərin Reabilitasiya Mərkəzi və digər müasir tipli müəssisələr fəaliyyətə başladı. Elmi-tədqiqat Oftalmologiya, Elmi-tədqiqat Onkologiya institut-ları üçün yeni binaların inşasına başlandı. İstisu, Qala-Altı, Naftalan, Günəşli, Abşeron, Qızıl-Qum, Bilgəh və s. kurort və sanatoriyalarda bərpa işləri aparıldı, onların müxtəlif xəstəliklər üzrə müalicə profilləri genişləndirildi.

Azərbaycan səhiyyəsinin tarixində xalqımızın adlı-sanlı, görkəmli tibb işçiləri çox olmuşdur. Lakin onların gördüyü işlər vaxtında lazımınca qiymətləndirilməmişdir. Məhz Heydər Əliyevin təşəbbüsü və bilavasitə rəhbərliyi altında Böyükxanım Əliyeva, Zəhra Qaziyeva, Şamama Ələsgər-ova, Mustafa Topçubaşov kimi alim həkimlərimiz səhiyyə tariximizdə ilk dəfə olaraq ən yüksək mükafata – Sosialist Əməyi Qəhrəmanı, yüzlərlə həkim “Xalq Həkim”, “Əməkdar Həkim”, “Səhiyyə Əlaçısı”, “Əməkdar Səhiyyə İşçisi” kimi fəxri adlara layiq görülmüşdülər. Beynəlxalq miqyasda xalqımızı və elmimizi təmsil edən Nəriman Nərimanov,

Mirəsədulla Mirqasımov, Əziz Əliyev, Vəli Axundov, Mustafa Topçubaşov kimi neçə-neçə səhiyyə fədailərimizin dövlət səviyyəsində yulileyləri keçirilmişdir.

Milli səhiyyəimizin tərəqqisində Heydər Əliyevin qayğısı bin an belə səngiməmiş, özünü bütün istiqamətlərdə göstərmişdir. Onun, Respublikamızın sosial inkişafında səhiyyə işçilərinin rolunu yüksək qiymətləndirərək “Tibb işçilərinin peşə bayramı gününün təsis edilməsi haqqında” 4 iyun 2001-ci ildə imzaladağı sərəncam Azərbaycan səhiyyəsinə, onun çoxminli ordusuna verdiyi ən yüksək qiymətdir. Məhz həmin sərəncama əsasən hər ilin 17 iyun tarixi Azərbaycan Respublikası tibb işçilərinin Peşə Bayramı Günü kimi yük-sək səviyyədə qeyd olunur.

Ümummilli liderimiz Heydər Əliyevin əziz xatirəsi Azərbaycan səhiyyə işçilərinin qəlbində əbədi yaşayacaqdır.

Heydər Əliyev fenomeni

Ü.Zeynalova

Milli Onkologiya Mərkəzi, Bakı ş.

Azərbaycan son otuz ildən artıq bir dövrünü əhatə edən tarixi, bu illər ərzində xalqın ictimai-siyasi, iqtisadi və mədəni həyatının bütün sahələrində dirçəliş bilavasitə ümummilli lider Heydər Əliyevin adı ilə bağlıdır. Azər-baycanı müstəqil dövlət quruculuğuna aparan yol öz başlanğıcını əslində 1969-cu ildən məhz H.Əliyevin hakimiyyətə gəlişindən sayılır. Heydər Əliyev o dövrdəki mövcud ideologiyanın qəlibləri çərçivəsində və bu ideologiya gizli formada olsa da, müxalif qalaraq, Azərbaycanda milli ruhun məhv edilməsinə nəinki yol verməmiş, əksinə onu yüksəltmək yolunda bütün imkanlardan istifadə etməyi bacarmışdır. Heydər Əliyev rəhbərlik etdiyi bu dövr ərzində daim tərəqqisi üçün çalışdığı, zəngin mədəniyyəti, böyük tarixi keçmişi ilə həmişə qürur duyduğu və gələcək nəsillərin taleyi üçün düşündüyü doğma yurdu – Azər-bay-canı bir dövlət kimi zamanın ağır və sərt sınaqlarından çıxarmışdır. O, böyük siyasi və dövlət xadimi, xalqın şəxsiz lideri

olaraq hələ sağlığında canlı əfsanəyə çevrilmişdir. Buna görə də Heydər Əliyev fenomeni həmişə diqqəti cəlb etmiş, onun heyranlıq doğuracaq coşğun siyasi fəaliyyəti istər ölkə, istərsə də dünya mətbuatında geniş işıqlandırılmışdır.

Heydər Əliyev demokratik, hüquqi dövlət quruculuğu istiqamətində davamlı siyasət yeridərək, ölkədə insan hüquq və azadlığının başlıca prinsiplərinin bərqərar olması üçün əsaslı zəmin yaratmışdır.

Heydər Əliyev bizim dahi müasirimizdir. Bu faktın özü hər bir azərbaycanlı üçün qürur və iftixar mənbəyidir. Heydər Əliyev eyni zamanda, taleyin xalqımıza bəxş etdiyi böyük tarixi şəxsiyyətdir. O, Azərbaycanın tarixi inkişafı prosesinə təkan vermişdir. Müstəqil Azərbaycan dövlətinin qurucusu kimi milli dövlətçiliyimizin ideya əsasını məhz Heydər Əliyev yaratmışdır.

Ulu öndərin layiqli davamçısı, Prezident İlham Əliyev Heydər Əliyevin müəyyənləşdirdiyi kursu yaradıcılıqla inkişaf etdirən siyasi xadimdir. Heydər Əliyev siyasi kursu-nun Azərbaycan xalqına xoşbəxtlik gətirəcəyinə milləti-mizdə böyük inam hissi var. Azərbaycan Heydər Əliyevin yolu ilə əbədiyyətə qədər inamla irəliləyəcək. Bu gün Prezident İlham Əliyevin xarici siyasətdə əldə etdiyi bütün uğurlar onun şəxsi müdrikliyi və diplomatiya bacarığı ilə bərabər , eyni zamanda ümummillə lider Heydər Əliyevin vaxtilə yaratdığı inkişaf strategiyasına söykənir. Ən böyük uğur isə ondadır ki, məhz son bir neçə ildə Azərbaycan dövləti regionun liderinə çevrilmişdir. Əminik ki, zəngin və qüdrətli dövlətimiz özünü hər cür təhlükədən müdafiə etməyə qadir Azərbaycan olacaqdır. Məhz ümummillə liderimizin görmək istədiyi Azərbaycan bu günün reallığına çevrilmiş və böyük Heydər Əliyev yolu ilə inamla irəliləyərək daha yüksək inkişafa doğru gedir. Bütün mənalı həyatını öz xalqına bəxş etmiş Heydər Əliyevin siyasi və dövlət xadimi kimi zəngin fəaliyyəti Azərbaycan xalqının tarixində dərin iz buraxaraq, əsil dövlət idarəçiliyi məktəbinə çevirmişdir. Azərbaycan xalqının hələ neçə - neçə nəslə bu böyük məktəbdən,

Heydər Əliyevin zəngin siyasi irsindən ölkəmizin inkişafı, xalqımızın rifahı naminə faydalanacaq-dır.

Adenomiozun diaqnostikasında histeroskopik müayinənin əhəmiyyəti

Ə.X.Kərimov, S.A.Aliyev, G.A.Əliyeva,
G.Ə.Məmmədbəyli
Milli Onkologiya Mərkəzi, Bakı ş.

Endometriozlu xəstələr, ginekoloji patologiyası olan bütün xəstələrin 10-15%-ni, onun 90%-ni isə uşaqlıq cis-minin daxili endometriozu (adenomioz) isə endometriozun təşkil edir. Adenomiozun diaqnostikasında histeroskopik müayinə ilə birgə histoloji müayinə ilə nəticələnən mio-metriyanın biopsiyasının aparılmasını məsləhətdir. Bu metodla uşaqlığın daxili endometriozunun aşkar olun-masının diaqnostik dəqiqliyi 32,2%-dən 91,4%-dək təşkil edir.

Məqsəd: adenomiozun diaqnostikasında standart diaqnostik histeroskopiya ilə müqayisədə planlı və təcili histeroskopiyanın, menometrarragiyanın səbəbini aydın-laşdırmaq məqsədilə miometriyanın ilgəklə biopsiyasının aparılması və bu müayinəyə göstərişi təyin etməkdir.

Material və metodlar: 2010-cu ild Milli Onkologiya Mərkəzinə uşaqlıq qanaxması ilə müraciət edən 40 xəstədən - 21-də (52,5%) uşaqlığın həm mioması, həm də adenomiozu, 4 (10%-)də uşaqlığın adenomiozu, 15 (37,5%) –də endometriyanın polipozu aşkar olunmuşdur. Xəstələrin yaşı 35-50 arası variasiya edir. Histomorfoloji müayinənin nəticəsinə əsaslanaraq 21 (52,5%) xəstədə endometriyanın kistoz-vəz hiperplaziyası və adenomioz, 4 (10%) xəstədə adenomioz, 15 (37,5%-)də endometriyanın kistoz-vəz hiperplaziyası və polipi aşkar olunmuşdur. 25 xəstədə histeroskopik ilgəklə biopsiya aparılmışdır.

Nəticələr: Beləliklə, histeroskopiya vasitəsilə daha dürüst menometrorragiyanın səbəbini dəqiqləşdirmək müm-kündür. Əks halda, miometriyanın ilgəklə biopsiyasının icra edilməsi vacibdir.

Bakı şəhərində uşaqlıq boynu xərçəngi ilə xəstələnmə

F.A.Mərdanlı, E.B.Mansurov, N.B.Qasımova, N.Z.Kərimova,
N.B.Əliyeva, A.İ.Burcuyeva, S.İ.Cəfərova
Milli Onkologiya Mərkəzi, Bakı ş.

Azərbaycan Respublikasında (AR) uşaqlıq boynu xərçəngi (UBX) ilə xəstələnmənin aktuallığını əsas səbəb-lərindən biri də odur ki, qadın reproduktiv sistem şişləri içərisində bu şişlər daha çox rast gəlik. Belə ki, əvvəllər apardığımız araşdırmalar göstərir ki, 2007-2009 cu illərdə AR-də UBX ilə xəstələnmənin intensivlik göstəriciləri yumurtalıq xərçəngi (YX) və uşaqlıq cismi xərçənginin (UCX) müvafiq göstəricilərindən yüksək olub: -2007 ci ildə UBX-7,1%, UCX-4,3%, YX-4,5%, 2008ci ildə UBX-6,9%, UCX-4,4%, YX-5,1% və 2009-cu ildə UBX-6,4%, UCX-4,4%, YX-4,9%.

2010-cu ildə Bakı şəhərində 1310 qadında bədxassəli şiş aşkarlanıb. Bunlardan 96 (7,3%) nəfərində UBX təyin olub. Həm mütləq rəqəmlə, həm də faizlə hesablamada ən yüksək göstərici Nərimanov rayonunda olub: - 17(23,3%). Xəstələrin sayına görə sonrakı yerləri Sabuncu – 16(103%), Suraxanı – 12(8,9%), Yasamal – 12 (6,5%), Xəzər – 11 (12,1%), Binəqədi – 10(5,9%), Nizami – 9 (7,4%), Xətai – 8 (5,0%), Səbail – 7 (7,3%), Nəsimi – 6 (8,1%) və Qaradağ – 3 (6,0%) rayonları tutur.

Xəstələrin yaş tərkibinin təhlili göstərir ki, cəmi 1 xəstə 18-24 yaş qrupunda, ən çox xəstə isə azalan say ilə 45-49 yaşda – 20, 50-54 yaşda – 17, 55-59 yaşda 12, 60-64 yaşda 11 xəstə olub. Beləliklə interval 5 yaş olmaqla 4 yaş qrupu olan 45-65 yaşda bütün 96 xəstənin 62,5% olub. Yerdə qalan 8 yaş qrupunda isə 37,5% xəstə olub. Bakı şəhəri rayonları üzrə statistik göstəricilər də bu rəqəmlərə uyğundur. Profilaktik baxışlar zamanı aşkar edilən şişlərin əsasən daha erkən mərhələlərdə olmasını nəzərə alıb bu

göstəricilər də öyrənilib. Ümumi Bakı şəhəri üzrə profilaktik baxışda 25,0% xəstə aşkar olunub. Beləliklə şişlərin erkən diaqnostika və buna müvafiq olaraq daha yaxşı nəticələr verən müalicə üçün profilaktik baxışların aparılması öz aktuallığını saxlayır.

Infiltrativ-ödem forma süd vəzi xərçənginin diaqnostikası

S.S.Vətənxah, E.Əliyev, A.Gəncəliyeva, K.Fərhad-zadə
Milli Onkologiya Mərkəzi, Bakı ş.

Süd vəzi xərçəngi (SVX) müasir onkologiyanın ən aktual problemlərindən biridir. Belə ki, qadınlar arasında SVX ilə xəstələnmə bütün dünyada onkoloji xəstəliklər arasında birinci yerdə durur və hər il dünyada 600 mindən çox xəstə SVX-dən ölür. Ödemlə müşayət olunan süd vəzi xərçəngi şişlərin yüksək bədxassəli formasına aid edilir. Infiltrativ-ödem forma SVX vəzi toxumasının prosesə diffuz cəlb olunması və kliniki olaraq iltihab əlamətləri ilə - eritema, şişkinlik, hipertermiya, "limon qabığı" şəklində deformasiya ilə müşayət olunur. Infiltrativ-ödem forma SVX ultrasəs əlamətlərində dərinin diffuz və ya lokal qalınlaşması, dərialtı piy toxumasının ödemi (sağ və sol süd vəzilərin müqayisəli təhlili) aiddir. Bəzən isə bədxassəli əlamətləri olan həcmli törəmə təyin olunur. Infiltrativ-ödem forma SVX-in mammoqrafik əlamətlərinə dərinin, trabekulların qalınlaşması, süd vəzi detallarının dəqiqliyinin silinməsi, parenximanın sıxlığının diffuz və ya lokal assimetrik artması aid edilir. Bəzi hallarda isə bədxassəli şişin tipik əlamətləri olan həcmli törəmə aşkar olunur. Infiltrativ-ödem forma SVX MR-mammoqrafik əlamətləri qeyri-spesifikdir. Bu müayinənin diaqnostik imkanları məhduddur. T1 prekontrast rejimində dərinin qalınlaşması, postkontrast T1 rejimində zədələnmə tərəfində dərinin və ya bütün vəzi toxumasının kontrast güclənməsi qeyd olunur. Dinamik kontrastlaşma zamanı şübhəli görüntüsü olan bədxassəli prosesin tipik morfoloji

əlamətlərini əks etdirən həcmli törəmə aşkar edilə bilər. T2 rejimi zamanı dəridə və vəzi toxumasında suyun həcmnin artması qeyd olunur. Bizim müşahidəmiz altında infiltrativ-ödem forma SVX ilə 140 xəstə olmuşdur. Pasientlər arasında ikincili infiltrativ forma ilə xəstələrin sayı 78,5% və iltihab əlamətləri ilə xəstələrin sayı 53,9% olmuşdur. Ən çox xəstələnmə göstəricisi 50-60 yaş qrupunda müşayət olunur. Qeyd etmək lazımdır ki, 40 yaş qrupunda qadınlar arasında diffuz forma süd vəzi xərçəngi 60 yaş qrupunda olan pasientlərə nisbətən iki dəfə çox rast gəlinir. Əksər hallarda dəqiq palpasiya olunan şiş düyününün olmaması morfoloji diaqnostikani çətinləşdirir. Histoloji olaraq limfatik yarıqların genişlənməsi, limfa damarları daxili şiş embollarının olması və genişlənməmiş damarlar ətrafında limfositar infiltrasiya təyin olunur. Süd vəzi punktatinin sitoloji müayinəsi zamanı ikincili infiltrativ forma xərçəng diaqnozu 91% halda, 65% halda isə birincili infiltrativ forma xərçəng diaqnozu qoyulmuşdur. Böyümüş limfa düyünlərinin punksiyası zamanı 37% xəstələrdə metastazları aşkar etməyə və diaqnozu verifikasiya etməyə imkan olmuşdur. Infiltrativ-ödem forma SVX tez progressivləşən və çox mənfəi proqnoza malik olan formadır. Bu forma SVX sistem xəstəliklərin başlanğıc mərhələləri ilə differensiasiya etmək lazımdır. Praktiki olaraq həmişə qoltuqaltı limfa düyünləri prosesə cəlb olunur. Mastit (doğumdansonrakı və qeyri-doğumdansonrakı), süd vəzi xərçənginin yubadılmış forması (ikincili infiltrativ-ödem forma) və şüa terapiyasından sonra süd vəzindəki dəyişikliklər arasında differensial diaqnostika aparılır. Nəzərə almaq lazımdır ki, infiltrativ-ödem forma SVX ilə qeyri-doğumdansonrakı mastit arasında kliniki simptomlara və diaqnostik metodlara əsasən differensial diaqnostika aparmaq çox çətinidir. Histoloji müayinənin aparılması (core-biopsiya və açıq biopsiya) qətiyyətlə tövsiyə olunur.

UŞAQLIQ BOYNU XƏRÇƏNGİ OLAN XƏSTƏLƏRDƏ VULVOVAGİNAL KANDİDOZLARIN MİKROBİOLOJİ DİAQNOSTİKASI

Məmmədov V.T., Yusifov A.İ.

Onkogenikoloji xəstələrdə infeksiyaların öyrənilməsi yüksək elmi və praktiki əhəmiyyətə malikdir. Urogenital infeksiyalar uşaqılıq yolunun displaziyasını artırmaqla xərçəngönü xəstəliklərin və xərçəng xəstəliyinin əmələ gəlməsində mühüm rol oynayır. Hal hazırda vulvovaginal kandidozlar akuşer-ginekoloji xəstəlikrdə mühüm yerlərdən birini tutur. Bir sıra müəlliflərin məlumatlarına əsasən vaginal infeksiyalardan vaginal kandidozlar bakterial vaginozdan sonra ikinci yeri tutur. Hal-hazırda vaginal kandidozların müayinə metodlarından ən üstün metod bakteroskopik (nativ yaxmaların Qram üsulu ilə rənglənməsi) və bakterioloji (kultural) metodlardır. Vaginal yaxmaların mikrobioloji müayinəsinin diaqnostik dəqiqliyi 95% təşkil edir. 2010-2011-ci illərdə müayinə və müalicə məqsədi ilə Milli Onkologiya Mərkzində ginekoloji müayinələrdən keçmiş 127 xəstədən götürülmüş vaginal yaxmaların mikrobioloji müayinəsi aparılmışdır. Biomateriallar mikroskopik və bakterioskopik olaraq müayinə edilmişdir. Bakterioskopiya zamanı təyin edilmiş mikroorqanizmlər müvafiq qidalı mühitlər əkilmişdir. Kandidaya şübhəli materiallar Saburo və Candida üçün xromogen aqara əkilmiş və antifugal həssaslığı öyrənilmişdir. Təyin olunmuş florada *Candida albicans* 53%, *Candida tropikalıs* 27% və *Candida krusei* 20% təşkil etmişdir. Vaginal mikrosenzun vəziyyətindən aslı olaraq 3 forma Candida-infeksiyalar aşkar edilmişdir. 1. Simptomsuz kandidadaşıyıcılar 41 xəstə (32%) , vaginal yaxmanın mikrosenzunda laktobatsillər üstünlük təşkil etmiş, maya göbələklərinin titri ($<10^4$ KOE/ml) az olmuşdur; 2. Həqiqi kandidoz 61 xəstə (48%), bu halda Candida göbələkləri ($>10^4$ KOE/ml) üstünlük təşkil etmiş, digər şərti-patogen mikroorqanizmlər aşkar edilməmişdir; 3. Vaginal kandidozların

bakterial vaqinozlarla assosiasiyası 25 (20%), bu halda da mayayabəzər göbələklər üstünlük təşkil etmişlər ($>10^9$ KOE/ml), eyni zamanda obliqat anaerob bakteriyalar və qardnerllar üstünlük təşkil etmiş və laktobatisilllərin miqdarı çox az olmuşdur. Beləliklə, onkogenikoloji xəstələrdə vulvovaginal kandidozların mikrobioloji diaqnostikası xəstələrdə Candida infeksiyalarının vaxtında aşkarlanması və müvafiq müalicələrin aparılmasında mühüm əhəmiyyət kəsb edərək öz praktiki əhəmiyyətini saxlayır.

Имплант с эффектом памяти формы в хирургическом лечении рака проксимального отдела желудка

А.А.Абдуллаев, Н.А.Аскеров

Национальный центр онкологии, г.Баку

Актуальность темы. Несмотря на ощутимые успехи в развитии желудочной хирургии, проблема тотального удаления желудка остается сложной и далеко незавершенной в хирургической гастроэнтерологии. Гастрэктомия является одной из основных операций в арсенале хирургического лечения рака желудка. Восстановление непрерывности целостности пищеварительного тракта посредством формирования анастомоза с пищеводом – наиболее трудный и ответственный момент операции. Глубокое расположение пищевода в организме затрудняет выполнение этого этапа операции, а отсутствие серозного покрова на пищеводе отрицательно сказывается на прочности швов анастомоза и условиях его заживления.

По-прежнему остается актуальной проблема несостоятельности швов пищеводно-кишечного анастомоза, которая занимает ведущее место в структуре летальных осложнений. Не потеряла актуальности и проблема стенозирования соустьев. Недопустим тот факт, что несостоятельность пищеводно-кишечных анастомозов после гастрэктомии составляет 2-10%,

смертность от этого осложнения колеблется в пределах 45%. Многие клинические аспекты формирования пищеводно-кишечных соустьев остаются спорными, и до сих пор нет единого подхода к наличию показаний или противопоказаний к тому или иному способу.

Материал и методы. В 2009-2011 гг. по поводу рака проксимального отдела желудка было выполнено 24 расширенные комбинированные гастрэктомии. Мужчин было 19, женщин – 5. У всех больных была установлена III-IV стадия ракового поражения. В 18 случаях произведена резекция абдоминального отдела пищевода, в 7 – краевая резекция головки или тела поджелудочной железы, в 3 – краевая резекция левой доли печени, в 5 – спленэктомия. При резекции абдоминальной части пищевода выполнялась сагитальная диафрагмотомия. Пищеводно-тощекишечный анастомоз выполнялся на изолированной петле с формированием соустья по «Ру». Пищеводно-кишечное соустье формировалось посредством имплантата с эффектом памяти формы.

Устройство для формирования эластичных анастомозов представляет собой два витка никелид-титановой проволоки марки ТН-10, соприкасающихся по образующей и имеющих форму овала с внутренними размерами 28x6мм, сдавливающим усилием 800-900г. Имплантат хранится в спирту в морозильной камере. Анастомоз формируется путем введения разведенных витков имплантата в приготовленные отверстия в анастомозируемых органах. При нагревании до температуры тела в металле происходит мартенситный сдвиг кристаллической решетки, в результате он принимает заданную форму.

Результаты и обсуждение. В послеоперационном периоде несостоятельности пищеводно-тощекишечного анастомоза, кровотечений из его линии, явлений анастомозита не наблюдалось. Средняя продолжительность нахождения больных в стационаре составила 16 койко-дней. Все больные

были выписаны домой под наблюдение районного онколога в удовлетворительном состоянии. При последующем динамическом наблюдении рецидив заболевания выявлен не был.

Сроки отхождения имплантата контролировали рентгенологически и эндоскопически. Он отторгался на 6-10 сутки. При эндоскопическом исследовании, проводимом через 2 недели после операции, анастомоз выглядел сформированным с узкой линией стыка слизистых, анастомотический валик был мягкий, эластичный. Рентгенологическое исследование выявило порци-онно-ритмичный тип эвакуации.

Вывод. Применение имплантатов с памятью формы в хирургии желудка позволило уменьшить число послеоперационных осложнений и избежать летальных исходов.

Особенности прободения рака желудка

А.А.Абдуллаев, А.А.Керимли

Национальный центр онкологии , г.Баку

Сравнительно частым и грозным осложнением рака желудка является перфорация в свободную брюшную полость. Прободение раковой опухоли желудка может проявиться не только на поздних, но и на ранних стадиях заболевания, ведет к развитию гнойного перитонита и требует проведения экстренного оперативного вмешательства. Частота этого осложнения колеблется в параметре от 0,4 до 7,6%. Прободение может наступить при любой локализации злокачественного процесса, однако большая вероятность его развития при поражении малой кривизны и пилороантрального отдела желудка.

Сужение просвета вкупе с переполнением и растяжением пораженной стенки желудка, кашель, рвота или напряжение мышц брюшного пресса провоцируют резкое повышение

внутрибрюшного давления и обуславливают разрыв органа. Тромбоз сосудов с последующим нарушением кровоснабжения в опухоли, а также происходящие в ней аутолитические процессы также являются факторами, способствующими развитию перфорации. Наряду с этим, в зоне перфорации часто наблюдаются явления регионарного лимфангоита и лимфоаденита, признаки воспалительного процесса, связанного с гнойно-некротической деструкцией в опухоли. Стенка желудка и подлежащие органы характеризуются отеком и гиперемией, покрыты плотным плоскостным интимно прилежащим к висцеральной брюшине налетом фибрина.

Перфоративное отверстие раковой язвы чаще располагается на дне в ее центре, а при инфильтративных и полиповидных формах разрыв в большинстве случаев локализуется в периферической части образования. Обычно перфоративный дефект неправильной округлой или овальной формы, по окружности его нередко имеются радиальные разрывы. Стенка желудка в участке прободения может быть истончена грязно-серого цвета, эластичность ее отсутствует, ткань разрушается уже при выполнении минимальных манипуляций. В ряде случаев же края отверстия плотные, утолщенные белесоватого цвета. Значительно реже разрыв представляется в виде извилистого свищевого хода, щели. У большинства больных диаметр перфорации не превышает 0,3-0,5 см. Однако, размер дефекта может колебаться от микроперфорации до 1 см и более. Микроперфорация чаще встречается при запущенных стадиях злокачественного поражения. Крайне редко, особенно при локализации ракового поражения в пилорическом отделе и наличии субкомпенсированного или декомпенсированного стеноза, может наблюдаться полный разрыв передней стенки желудка.

Перфорация раковой опухоли желудка чаще бывает одиночной, значительно реже – двойной и крайне редко, как

спорадический факт, – множественной. По механизму развития выделяют одномоментную, прикрытую и двухмоментную перфорацию, механизм которой обусловлен непрочностью прикрытой перфорации. При двухмоментном прободении происходит эффект при-крытия дефекта желудка пограничными органами, чаще печенью, прогрессирование ограниченного перитонита, прорыв абсцесса в свободную брюшную полость, разви-тие разлитого перитонита, повторная перфорация.

Особенностью прободения раковой опухоли является не всегда яркая клиника, что обусловлено малой реактивностью ослабленного и интоксцированного основным процессом организма. Симптоматика зависит от локализации и величины перфорационного отвер-стия, изменений местного характера, стадии опухоле-вого процесса, времени, прошедшего с момента перфо-рации, сочетания с другими осложнениями. В запушен-ных случаях типичная картина перфорации может отсутствовать, или слабо выражена, или напоминает таковую прикрытой перфорации. Нередко перфорация рака желудка сочетается с пенетрацией и кровоте-чением, что изменяет клиническую картину прободения и ухудшает прогноз.

Возможность улучшения качества жизни больных с опущением и выпадением органов малого таза

Ш.А.Алыев, Г.А.Мамедбейлии, В.М.Мадатова

Национальный центр онкологии , г.Баку

Опущение и выпадение внутренних половых органов наблюдается у 15-30% женщин. Среди женщин пожилого и старческого возраста частота пролапса гениталий достигает 50-60%. В структуре плановых показаний к оперативному лечению выпадение матки и опущение стенок влагалища занимает третье место после доброкачественных опухолей

(миома матки) и эндометриоза. Пациентки, страдающие опущением органов малого таза, чаще всего предъявляют жалобы на заметный анатомический дефект, а также ноющие боли, чувство тяжести внизу живота, чувство инородного тела во влагалище, нарушения мочеиспускания (недержание мочи, трудности с опорожнением мочевого пузыря) и дефекации (запоры, недержание газов), нарушение сексуальной функции, выделения из влагалища.

Целью нашего исследования являлось изучение влияния трансвагинальных пластических операций на улучшение качества жизни.

Материалы и методы. В течении 2010 года в Национальный Центр Онкологии обратились 18 женщин с различными выпадениями органов малого таза. Возраст больных колебался от 45- 87 лет. Среди них с полным выпадением - 5, с опущением II стадии – 8 больных, III стадии - 5 больных. В 100% случаев наблюдалось цис-тоцеле, в 60% случаев – ректоцеле. Всем пациенткам проводились полные клиничко-лабораторные исследования. В 4 случаях нами была выполнена Манчестерская операция, в 2 случаях операция Лefора-Нейгебауэра, в 6 случаях – экстирпация матки с придатками и передне-задняя колпоррафия с леваторопластикой, в 6 случаях - задняя колпоррафия с леваторопластикой. При динамическом наблюдении нами не было выявлено жалоб пациенток на нарушение акта мочеиспускания, чувство дискомфорта, запоры.

Вывод. Таким образом, проведение реконструктивно-пластических операций по поводу выпадения и опущения органов малого таза, старых разрывов промежности и стенок влагалища после родов улучшает качество жизни женщин, восстанавливает их трудоспособность и делает их социально адаптированными.

Диагностический алгоритм использования серологических маркеров остеосинтеза и остеолизиса у больных первичными местнораспространенными опухолями костей

Г.А.Ахмедова

Азербайджанский медицинский университет, г.Баку

Цель исследования: определение значимости серологических маркеров ремоделирования костной ткани TRAP-5b и КФЩФ, разработка диагностического алгоритма их использования при первичной диагностике.

Задача исследования: исследовать диагностическую чувствительность TRAP-5b и КФЩФ у пациентов с первичными местнораспространенными и диссеминированными опухолями.

Материалы и методы исследования: Работа выполнена на клиническом материале, накопленном в период с 2009 г. по 2010 г. в Онкологической клинике АМУ. В исследование включено 48 человека. Основную группу составили 38 больных с онкологической патологией костной ткани. У всех больных диагноз был подтвержден морфологически после биопсии опухоли. В контрольную группу вошло 10 условно здоровых донора. У 38 онкологических больных основной группы была хондросаркома у 14 (36,8%); остеосаркома диагностирована - у 12 (31,5%), гигантоклеточная опухоль - у 3 (7,89%) и саркома Юинга - 9 (23,68) соответственно. Всем пациентам основной группы с целью оценки распространенности первичного очага и определения компонента деструкции на первом этапе обследования были выполнены рентгенография и УЗИ. Степень поражения костных структур опухолью, а так же область проведения последующей трепан- или открытой биопсии оценивали по данным КТ и МРТ пораженной кости. Для детальной визуализации мягкотканного компонента опухоли, оценки его отношения с магистральными сосудисто-нервными пучками и

окужаю-щими мягким тканям выполняли МРТ. Морфологическая верификация диагноза была осуществлена по материалу, полученному путем трепан- или открытой биопсии опухоли. При анализе полученных данных установлено, что показатели этих маркеров были выше у онкологических больных, чем у доноров. В целом повышенные значения как TRAP-5b, так и КФЩФ выявлены у $37\pm 5\%$ и $36\pm 6\%$ больных основной группы соответственно. В контрольной группе увелечение не выявилась. Таким образом, рост первичных местнорас-пространенных опухолей костей сопровождается повышением уровней маркеров метаболизма костной ткани - TRAP-5b и КФЩФ.

Больные талассемией как контингент пациентов с дисфункцией иммунной системы и печени

А.Б.Гаджиев, Р.К.Таги-заде, А.Э.Дадашева, С.А.Алифаттахзаде
НИИ гематологии и трансфузиологии
им.Б.Эйвазова, г.Баку

Ранее мы привели теоретические доводы, косвенно указывающие на то, что больные талассемией (ТАЛ) могут рассматриваться как особый клинический контингент пациентов, отличающийся высоким риском иммунокомпрометации и наличия гепатоцеллюлярной дисфункции (Азерб. Ж. онкологии и гематологии, 2010, N.2, с.86).

Целью настоящего исследования было подтверждение обоснованности указанных выше доводов путем лабораторного исследования крови группы больных ТАЛ для обнаружения объективных признаков наличия у них иммунологических расстройств и дисфункции печени.

Нами было осуществлено исследование образцов крови и сывороток, полученных у 32 больных ТАЛ различного возраста. Эти образцы были исследованы с помощью

иммунологических методов, позволяющих оценить состояние врожденного иммунитета, а сыворотки крови - с помощью биохимических методов, позволяющих выявить наличие лабораторных признаков субклинической патологии печени. С помощью указанных выше иммунологических и биохимических методов были исследованы образцы крови и сыворотки группы здоровых лиц. Результаты этих исследований позволили прийти к двум выводам.

Во-первых, у больных ТАЛ выявились признаки депрессии врожденного иммунитета. В частности, у них, по сравнению со здоровыми лицами, было отмечено умеренное снижение процента в крови функционально активных нейтрофилов, естественных киллерных клеток (ЕКК) и уровня альфа-интерферона, а также снижение цитотоксической активности ЕКК и активности аденозиндезаминазы в лимфоцитах, устойчивое в интервале $p < 0,05$.

Во-вторых, в сыворотках крови больных ТАЛ повышение активности аланин-аминотрансферазы, гамма-глутамилтранспептидазы и уровня билирубина отмечалось в 5, в 2 и в 6 раз чаще, нежели у здоровых лиц из контрольной группы, соответственно.

Эти результаты позволяли полагать, что больные ТАЛ могут считаться особым клиническим контингентом, который при развитии у него сопутствующих заболеваний нуждается в повышенном внимании врача.

Адьювантная гормонотерапия раннего рака молочной железы: 10-летняя выживаемость

Р.С.Зейналов, И.Н.Мусаев, С.Р.Гиясбейли, Д.А.Гасанзаде,
Н.Р.Дадашева, Н.А.Ахадова
Национальный центр онкологии, г.Баку

Целью проведенного исследования являлось сравнительное изучение 10-летней выживаемости у постмено-

паузальных больных раком молочной железы стадии T1-2N0M0, получавших адъювантную гормонотерапию Торемифеном, Тамоксифеном и Летрозолом.

В исследование было включено 124 эстрогенположительных больных раком молочной железы стадии T1-2N0M0. Возраст больных колебался в пределах 50-75 лет. Все больные были распределены на 3 группы. В первой группе (n=41) адъювантная гормонотерапия проводилась Торемифеном - 60 мг, во второй группе (n=43) больные получали Тамоксифен - 20 мг и в третьей группе (n=40) гормонотерапия проводилась препаратом Летрозол 2,5 мг. Адъювантная гормонотерапия проводилась в течение 5 лет после модифицированных радикальных мастэктомий. Все больные прослежены не менее 10 лет. Эффективность проведенного лечения оценивалась по следующим критериям: 10-летняя безрецидивная выживаемость и токсические проявления.

В первой группе 10-летняя безрецидивная выживаемость составила 95,1%, во второй группе – 79,1%, в третьей – 95,0%. Основными токсическими проявлениями при всех видах гормонотерапии были гиперплазия эндометрия, кровянистые выделения из влагалища, зуд и приливы. Изучение токсических проявлений адъювантной гормонотерапии Торемифеном продемонстрировало его более безопасный токсический профиль по сравнению с Тамоксифеном и сходный с Летрозолом. Так, гиперплазия эндометрия отмечалась в 39,0%, 74,4% и 35,0% случаев, а кровянистые выделения в 26,8%, 32,6% и 25,0% случаев, соответственно.

Полученные данные свидетельствуют о более высокой эффективности и безопасном токсическом профиле адъювантной гормонотерапии Торемифеном по сравнению с Тамоксифеном. Кроме того, выявлено, что эффективность и токсичность Торемифена и Летрозола практически не отличаются. Это дает основание рекомендовать Торемифен в

качестве адъювантной гормоноте-рапии больных раком молочной железы стадии T1-2N0M0.

Сравнительная эффективность некоторых режимов химиотерапии в комбинации с Герцептином у больных диссеминированным раком молочной железы

Р.С.Зейналов, И.Н.Мусаев, С.Р.Гиясбейли,
Н.Р.Дадашева, Д.А.Гасанзаде, Н.А.Ахадова
Национальный центр онкологии, г.Баку

В последние годы возрос интерес к применению платиносодержащих режимов химиотерапии в комбинации с Герцептином для лечения HER2-положительных больных диссеминированным раком молочной железы.

Целью исследования являлось сравнительное изучение эффективности двух режимов химиотерапии в комбинации с Герцептином у HER2-положительных больных диссеминированным раком молочной железы.

В исследование было включено 47 первичных больных диссеминированным раком молочной железы с органами метастазами. У всех больных был выявлен HER2-положительный статус опухоли. Все больные в зависимости от схемы лечения были рандомизированы на 2 группы. В первой группе (n=24) химиотерапия проводилась по схеме Цисплатин 35 мг/м² 1,8 дни + Гемцитабин 1000 мг/м² 1,8 дни. Во второй группе (n=23) больные получали Доцетаксел 75 мг/м² каждые 3 недели. В обеих группах использовался Герцептин в нагрузочной дозе 4 мг/кг с последующим введением в дозе 2 мг/кг раз в неделю до прогрессирования заболевания. Эффективность лечения оценивалась по следующим критериям: объективный эффект, медиана продолжительности ремиссии.

Объективный эффект в исследуемых группах отмечался в 62,5%, и 52,2% случаях, соответственно. Медиана

продолжительности ремиссии в этих группах составила 12,2 мес. и 7,9 мес., соответственно.

Полученные результаты свидетельствуют о достаточно выраженном преимуществе платиносодержащих схем химиотерапии в комбинации с Герцептином при лечении HER2-положительных больных диссеминированным раком молочной железы. Это дает основание рекомендовать эти комбинации для дальнейших исследований при лечении данной патологии.

Сравнительный анализ непосредственных результатов больных раком пищевода в зависимости от макроскопической формы и морфологической степени дифференцировки опухоли

И.Г.Исаев, Л.Н.Аскерова

Национальный центр онкологии, г.Баку

Рассмотрим результаты 386 больных раком пищевода, из которых 186 больным (1-ая группа), лучевая терапия проводилась в режиме ускоренного гиперфракционирования и методики “поле в поле”, 200 больным (2-ая группа), лучевая терапия была проведена в классическом режиме. Сравним результаты больных в зависимости от макроскопической формы опухоли больных (табл.1). При экзофитной форме опухоли из 170 больных, 93 пациента были в 1-ой группе, 77 во 2-ой. В 1-ой группе из 93 больных, полная регрессия была у 48 (51,6%), частичная у 45(48,3%) больных. Во 2-ой группе из 77 больных, у 21 (27,3%) была полная регрессия, у 41 (53,2%) частичная, без эффекта оказало 12 (15,5%) больных, прогрессирование заболевания было у 3 (3,9%) пациентов. При эндофитной форме опухоли из 104 больных, в 1-ой группе было 61, во 2-ой 43 больных. В 1-ой группе из 61 больных у 33 (54,0%) была полная регрессия, у 20 (32,7%) была частичная регрессия, 8 (13,1%) больных оказались без эффекта. Во 2-ой

группе из 43 больных, полная регрессия была у 6 (14,0%), частичная у 23 (53,4%), без эффекта оказались 10 (23,2%) больных и у 4 (9,3%) было прогрессирование заболевания. При смешанной форме роста из 112 больных, 32 пациента были в 1-ой группе, 80 больных во 2-ой группе. В 1-ой группе из 32 больных, полная регрессия была у 6 (18,7%), частичная у 19 (59,3%), без эффекта оказались 7 (21,8%). Во 2-ой группе из 80 больных, у 4 (5,0%) была полная регрессия, у 48 (60,0%) была частичная регрессия, без эффекта оказались 26 (32,5%) больных, у 2 (2,5%) было прогрессирование заболевания.

Таблица 1

Результаты лучевой терапии больных раком пищевода в зависимости от макроскопической формы роста опухоли

Группы	Число больных	Полная регрессия	Частичная регрессия	Без эффекта	Прогрессирование
Экзофитная форма					
1	93	48(51,6%)	45(48,3%)	-	-
2	77	21(27,3%)	41(53,2%)	12(15,5%)	3(3,9%)
Всего	170(44,0%)	69(40,5%)	86(50,5%)	12(7,05%)	3(1,76%)
Эндофитная форма					
1	61	33(54,0%)	20(32,7%)	8(13,1%)	-
2	43	6(14,0%)	23(53,4%)	10(23,2%)	4(9,3%)
Всего	104(27,0%)	39(37,5%)	43(41,3%)	18(17,3%)	4(3,9%)
Смешанная форма					
1	32	6(18,7%)	19(59,3%)	7(21,8%)	-
2	80	4(5,0%)	48(60,0%)	26(32,5%)	2(2,5%)
Всего	112(29,0%)	10(8,92%)	67(59,8%)	33(29,4%)	2(1,78%)
Всего	386(100,0%)	118(30,6%)	196(50,8%)	63(16,3%)	9(2,3%)

Анализ результатов в зависимости от морфологической степени дифференцировки опухоли показал следующее (табл.2).

С высокой степенью дифференцировки G1 было всего 102 больных, из них в 1-ой группе было 52, во 2-ой 50 больных. В 1-ой группе из 52 больных, полная регрессия была у 23 (44,2%), частичная у 22 (42,3%) больных, эффекта от полученного лечения не было у 7 (13,4%) больных. Во 2-ой

группе из 50 больных, полная регрессия была у 9 (18,0%), частичная у 19 (38,0%), без эффекта оказались 18 (36,0%) больных, прогресс болезни был у 4 (8,0%) больных.

Таблица 2

Сравнительный анализ непосредственных результатов лучевой терапии в зависимости от морфологической степени дифференцировки опухоли

Группы	Число больных	Полная регрессия	Частичная регрессия	Без эффекта	Прогрессирование
Высокая степень дифференцировки G1					
1	52	23(44,2%)	22(42,3%)	7(13,4%)	-
2	50	9(18,0%)	19(38,0%)	18(36,0%)	4(8,0%)
Всего	102(26,4%)	32(31,3%)	41(40,1%)	25(24,5%)	4(4,0%)
Средняя степень дифференцировки G2					
1	57	21(36,8%)	30(52,6%)	6(10,5%)	-
2	51	10(19,6%)	21(41,1%)	17(33,3%)	3(5,8%)
Всего	108(28,0%)	31(28,7%)	51(47,2%)	23(21,2%)	3(2,7%)
Низкая степень дифференцировки G3					
1	77	43(55,8%)	32(41,5%)	2(2,6%)	-
2	99	12(12,1%)	72(72,7%)	13(13,1%)	2(2,02%)
Всего	176(45,6%)	55(31,2%)	104(59,0%)	15(8,5%)	2(1,13%)
Всего	386(100,0%)	118(30,6%)	196(50,8%)	63(16,3%)	9(2,3%)

При средней степени дифференцировки G2 из 108 больных, в 1-ой группе было 57 больных, во 2-ой 51 больной. В 1-ой группе из 57 больных, полная регрессия была у 21 (36,8%), частичная у 30 (52,6%), без эффекта оказались 6 (10,5%) больных. Во 2-ой группе из 51 больного, у 10 (19,6%) была полная регрессия, у 21 (41,1%) частичная, 17 (33,3%) больных были без эффекта и у 3 (5,8%) было прогрессирование заболевания.

При низкой степени дифференцировки G3 из 176 больных, в 1-ой группе было 77, во 2-ой группе 99 больных. В 1-ой группе из 77 больных, полная регрессия была получена у 43 (55,8%), частичная у 32 (41,5%) больных, эффекта от проводимого лечения не было у 2 (2,6%) больных. Во 2-ой группе из 99 больных, с полной регрессией было 12 (12,1%), с

частичной 72 (72,7%) больных, без эффекта оказалось 13 (13,1%), прогрессирование заболевания было у 2 (2,02%) больных. Таким образом, лучшие результаты были получены у больных с экзофитной формой опухоли, с низкой степенью дифференцировки, лучевая терапия которым проводилась в режиме ускоренного гиперфракционирования дозы излучения.

Трехлетние результаты химиолучевой терапии местно-распространенного рака шейки матки

И.Г.Исаев, Э.Г.Кулиев, К.С.Акперов
Национальный центр онкологии, г.Баку

Рак шейки матки (РШМ) – одна из наиболее широко распространенных злокачественных опухолей женских половых органов и основная причина смерти от онкогинекологической патологии в мире [1].

По данным Всемирной организации здравоохранения, ежегодно в мире регистрируется около 500 000 больных РШМ, что составляет 5% всех онкологических больных и около 200 000 женщин умирают от этого заболевания [2,3]. Согласно официальным данным, в структуре онкологических заболеваний среди женщин в Азербайджанской Республике РШМ занимает второе место после рака молочной железы.

Выбор метода лечения РШМ определяется индивиду-ально и зависит от распространенности процесса и тяжести сопутствующей соматической патологии. Традиционными методами лечения РШМ являются хирургический, лучевой и их комбинации. В настоящее время в мире активно изучаются возможности химиотерапии (ХТ) и химиолуче-вой терапии (ХЛТ). Лучевая терапия в качестве само-стоятельного метода или как компонент комбиниро-ванного лечения используется более чем у 90% больных раком шейки матки [4]. Если сочетанная лучевая терапия при клинически локализованных процессах (I – IIА стадии)

наряду с комбинированным лечением является методом выбора, то для большинства больных с местнораспространенными формами заболевания (IIВ–IVА стадии) сочетанная лучевая терапия – не только основной, но чаще и единственно возможный метод лечения [5]. С целью улучшения результатов лечения в последние годы находят применение про-граммы радикальной лучевой терапии с использованием различных химических и физических радиомодифицирующих агентов [6].

Исходя из всего вышесказанного в отделении лучевой терапии Национального Центра Онкологии МЗ Азербайджанской Республики начато исследование, целью которого является изучение результатов только лучевого и комбинированного, одновременного (конкурентного) химиолучевого лечения РШМ.

Материал и методы. Основой для выполнения настоящего исследования послужили результаты обследования и лечения 246 больных РШМ IIА – IIIВ стадии, которые находились на лечении в клинике Национального Центра Онкологии Министерства Здравоохранения Азербайджанской Республики с 2006 по 2010 гг. Возраст больных колебался от 31 до 76 лет. Большинству больных (54,1%) было 40 – 60 лет.

В зависимости от тактики лечения, больные, вошедшие в исследование, были разделены на три группы: I – больные получали СЛТ с модифицированным режимом брахитерапии (2x9Гр) и конкурентную химиотерапию, II – больные получали СЛТ в классическом режиме (4x7,5Гр) и конкурентную химиотерапию, III – контрольная, больные получившие только классическую СЛТ.

С целью оценки ближайших результатов лечения были использованы трехлетний прогноз кумулятивной выживаемости и безрецидивная выживаемость, полученные по методу Каплан–Мейера.

При сравнении кривых выживаемости выявлены достоверные различия между I и III группами ($p = 0,035$) и между II и III

группами ($p = 0,014$). В то же время при сравнении I и II группы значимых различий выявлено не было ($p = 0,772$). Таким образом анализ показателей общей выживаемости показал, что результаты лечения больных местно–распространенным РШМ в I и II группах (пациентки, получившие конкурентную ХЛТ) значительно превосходят результаты, полученные в III группе (группа СЛТ). При этом, значения общей выживаемости в I и II группах практически не различаются.

В результате данного исследования мы пришли к выводу, что согласно полученным данным (опухолевый ответ, общая и безрецидивная выживаемость) конкурентная ХЛТ обеспечивает более высокую эффективность лечения больных местно–распространенным РШМ по сравнению с СЛТ. При этом изучение лучевых реакций и осложнений выявило более выраженную раннюю (гематологическая и гастроинтестинальная) токсичность ХЛТ, хотя поздняя токсичность была практически одинаковой в группах ХЛТ и СЛТ. Все перечисленное подтверждает большую эффективность ХЛТ как по показателям излечения пациенток, так и со стороны качества жизни и социальной реабилитации больных РШМ.

1. Давыдов М.И., Кузнецов В.В., Нечушкина В.М. Лекции по онкогинекологии, 2009, С.199

2. Jemal D., Siegel M., Ward D. et al. Cancer Statistics, 2006 // C.A. Cancer J. Clin.- 2006. – Vol. 56. – P. 106-130;

3. Ferlay J., Bray F., Pisani P. et al. Globocan 2002: Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide. – IARC CancerBase N5, v. 2.0.-Lyon: IARC Press, 2004

4. DeVita V.T., Hellvan S., Rosenberg S.A. Cancer: Principles and Practice of Oncology, 7th Edition, Baltimore, 2005, P. 867

5. Petignat P., Roy M. Diagnosis and management of cervical cancer. BMJ 335: P. 765-768, 2007

6. Методика сочетанной лучевой терапии распространенных форм рака шейки матки в условиях

химической полирадиомодификации. К.Н.Костромина, Е.Л.Разумова, Н.В.Коротких, Современная Онкология том 06/№2/2004.

Результаты обследования рака носоглотки

Р.Р.Казиева

Национальный центр онкологии, г.Баку

Злокачественные новообразования носоглотки встречаются относительно редко, однако абсолютное число больных остается достаточно высоким. Во всем мире каждый выявляются около 80000 новых случаев рака носоглотки, а указанной патологии умирают около 50000 человек (5). Частота заболеваемости и смертности на протяжении последних лет остается практически стабильной, составляя в США и в Европейских странах 0,1-1 % от числа всех злокачественных заболеваний (1, 2, 3). Лишь в отдельных странах Азии, особенно в Китае, Индонезии, Тунисе, отмечен высокий уровень заболеваемости раком носоглотки -11-40 % (4, 5).

Характерными особенностями образующиеся в носоглотке опухолей является тот факт, что они быстро распространяются на соседние ткани и органы. Поэтому при первичном обследовании почти у 80 % больных определяется регионарное метастазирование, причем в 50 % оно носит двусторонний характер (2, 3).

Нами проанализированы результаты обследования 163 больных раком носоглотки, находившихся на лечении в Национальном онкологическом центре Минздрава Азербайджанской Республики в 2000-2009 годы. Из 163 больных 125 (76,7%) были мужчины, 38 (23,3%)- женщины, то есть число мужчин оказался значительно больше, чем женщин. Возраст больных колебался от 16 до 71 лет, при этом

наибольшее число- 110 (61,3%) наблюдались в возрастной категории до 30 лет.

Следует отметить, что 145 больных из 163 за медицинской помощи обратились в первые 3 месяца после проявления первых признаков заболевания. Однако, они в основном лечились по поводу неврита, отита, лимфоаденита и других воспалительных патологий в среднем более 9 месяцев. В онкологические учреждения больные направлялись в среднем через 10-13 месяцев после появления первых симптомов заболевания.

Кроме клинического осмотра пациентов выполнялись следующие лабораторно-инструментальные обследования: общий анализ крови, биохимическое исследование сыворотки (пробы печени, почек и др.), опухолевой маркер и другие (анализ мочи, кала и т.д.), эндоскопическое исследование - фиброэпифарингоскопия с взятием биопсии из опухоли, ЯМР головы и шеи с использованием контраста гадолина, КТ органов грудной полости, ультразвуковое исследование периферических лимфатических узлов, печени, морфологическое исследование биопсийного материала из носоглотки или шейных лимфатических узлов, ЭКГ а также по показаниям пациентам назначались другие лабораторно-инструментальные обследования (изучение функционального состояния щитовидной железы, КТ, сканирование скелета и другие).

После обследования у 16 (9,8%) была установлена Па, у 23 (14,1%) - Пб, у 91 (55,8%) - III стадия, у 20 (12,3%) 1Va и у 13 (7,9%) 1Vб стадия рака носоглотки. Поражение лимфатических коллекторов было установлено у 139 (85,2%) пациентов, из них у 51 человек (36,7%) был установлен N1, у 63 (45,3%) - N2 и у 25 (17,9%) - N3.

Таким образом, при первичном обследовании у большинства пациентов (76%) были установлены поздние стадии заболевания и эти данные подтверждают необходимость углубленного обследования пациентов при

первичном обращении в медицинские учреждения.

Литература:

1. Алиев Д.А., Рзаев Р.М. Современные подходы к организации онкологической помощи больным с опухолями верхних дыхательных путей. Вестник оториноларингологии, 2008; 5: 11-13
2. Barnes, L, Eveson, JW, Reichart, P, Sidransky, D. World Health Organization Classification of Tumors. Pathology and Genetics of Head and Neck Tumours, IARC Press, Lyon 2005.
3. Chang, ET, Adami, HO. The enigmatic epidemiology of nasopharyngeal carcinoma. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev 2006; 15:1765.
4. Ferlay, J, Bray, F, Pisani, P, Parkin, DM. GLOBO-CAN 2002: Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide. IARC CancerBase 2004; No. 5, version 2.0, IARC Press, Lyon.
5. Parkin, DM, Bray, F, Ferlay, J, Pisani, P. Global cancer statistics, 2002. CA Cancer J Clin 2005; 55:74.

Разработка алгоритма для диагностики и лечения до- и послеоперационных осложнений у больных с опухолями органов брюшной полости

А.Х.Керимов, А.Р.Алиев, Н.А.Аскеров, И.Ш.Агаларов
Национальный центр онкологии, г.Баку

Как правило, каждая запоздавшая диагностика до- и послеоперационных осложнений может приводить к неудовлетворительным результатам хирургического лечения.

Цель исследования: разработка алгоритма для комплексного подхода к диагностике и дифференциальной диагностике как до- и послеоперационных осложнений у больных с опухолями органов брюшной полости.

Материалы и методы: проведен анализ 208 больных (из 860) с осложненными формами заболеваний различных органов брюшной полости, находившихся в абдоминальном отделении НЦО за период 2004-2009 гг. Возраст больных составил от 30 до 80 лет. Женщин- 102, мужчин – 106. Всем больным были проведены клиничко-лабораторные, рентгенологическое, КТ, МРТ, УЗИ и эндоскопические исследования.

Результаты и их обсуждение: важным компонентом алгоритма в диагностике явился выбор метода экстренной и плановой тактики лечения, а также объема хирургического вмешательства в зависимости от вида осложнений и от локализации опухоли. Однако в зависимости от клинической картины и от степени и вида осложнений больным, как в до- так и в послеоперационном периодах проводилась консервативная терапия и после коррекции выявленных сопутствующих и непосредственных осложнений, связанных с основным заболеванием. Больным проводились различного характера оперативные вмешательства: резекция желудка или гастрэктомия, гемиколэктомии, резекция поперечной и сигмовидной кишок, брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки, операция Гартмана, а также комбинированные операции: резекция поджелудочной железы, мочевого пузыря, удаление матки и яичников и т.д.

Выводы: предложенный алгоритм для диагностики позволил своевременно выявить осложнения общего характера у 96 (45,6%) больных и непосредственные осложнения, связанные с основным заболеванием у 112 (54,4%) больных.

Симультанные операции при опухолях органов брюшной полости

А.Х.Керимов, Н.А.Аскеров, А.Р.Алиев, Ф.А.Зейналов,
И.Ш.Агаларов

Национальный центр онкологии, г.Баку

Интерес к симультанным операциям у больных с опухолями органов брюшной полости возникает при тщательном клиническом исследовании, во время которых выявляются сопутствующие заболевания, имеющие также немаловажное и неотлагательное значение, требующие одновременного хирургического вмешательства.

Цель: решить вопрос дополнительного хирургического вмешательства при наличии сопутствующих заболеваний у больных с опухолями органов брюшной полости.

Материалы и методы: проанализированы результаты симультанных операций у 42 больных за последние 5 лет (2005-2010 гг), находившихся в абдоминальном отделении Национального Центра Онкологии с различными опухолями органов брюшной полости. Из 42 больных мужчин было 24, а женщин – 18. Возраст больных колебался от 32 до 78 лет.

Из 42 больных у 18 установлен рак желудка и сопутствующие заболевания, калькулезный холецистит – 11, у 2 больных опухоль печени, у 5 – опухоль яичников и матки.

У 21 больных раком толстой кишки и сопутствующие заболевания с опухолью печени у 5, калькулезного холецистита у 8 и у 6 – различные образования яичников и матки, и 2 больных с опухолями мочевого пузыря.

У 3 больных был установлен рак поджелудочной железы, у которых обнаружено сопутствующее заболевание – опухоль печени у 1, и у 2 – калькулезный холецистит.

Результаты исследования: на основании клинических исследований у 42 больных с сопутствующими заболеваниями симультанные операции при гастрэктомии холецистэктомия – 11, резекция печени – у 2, надвлагалищная ампутация матки и удаление яичников у 5 больных.

У 2 больных раком толстой кишки симультанные операции: резекция печени у 5, холецистэктомия – у 8, надвлагалищная ампутация матки и удаление яичников у 6 больных и резекция мочевого пузыря у 2 больных.

У 3 больных раком поджелудочной железы симуль-танные операции произведены: резекция печени у 1, а холецистэктомия у 2 больных.

Выводы: симуль-танные операции позволяют изба-вить больных от двух и более важных хирургических заболеваний, а во-вторых, избежать от дополнительных оперативных вмешательств.

Алгоритмы комбинированных и комплексных методов лечения больных раком прямой кишки

Н.Г.Кулиева

Национальный центр онкологии, г.Баку

В современных литературных источниках подчерки-вается, что, несмотря на заметную тенденцию к росту выживаемости больных раком прямой кишки (РПК) в большинстве европейских стран, обусловленную совершенствованием хирургических методов, все заметнее усиливаются позиции комбинированных и комплексных видов лечения. Обе эти тенденции обусловлены обще-мировым техническим прогрессом, открывающим воз-можности как к осуществлению радикальных, расши-ренных хирургических вмешательств, так и к внед-рению новых технологий и программ при реализации курсов лучевой терапии (ЛТ), а также совершенство-ванию и расширению спектра применяемых при данной патологии химиопрепаратов. При этом особо актуализи-руется выбор адекватной тактики лечения, с наиболее обоснованной и рациональной последовательностью применения каждого из его компонентов. Однозначно приоритетным направлением является прогнозируемая эффективность лечения, между тем, сам факт наличия в современном арсенале сложнейшей аппаратуры, нового поколения химиопрепаратов и т.д., диктует необходи-мость правильной стратегии, исключающей

реализацию заведомо бесперспективных, неэффективных программ. Это представляется реальным только при наличии лечебных схем, построенных на основании как теоретических, так и практических обобщений накопленного опыта в лечении данного контингента больных.

В течение последних двадцати лет в Национальном центре онкологии проводится мониторинг результатов комбинированных методов лечения больных РПК при различных объемах оперативных вмешательств, неотъемлемым компонентом большинства из которых является ЛТ. Проанализированы результаты лечения 750 больных РПК, среди них - 124 пациентам осуществилось только оперативное лечение, а 626- различные варианты комбинированного и комплексного. Соответственно, 84 больным РПК были произведены различные виды радикальных оперативных вмешательств, а 40-паллиативных. В силу различных причин этим пациентам консервативная терапия не проводилась, и их данные послужили группой контроля. Средний возрастной состав больных колебался в пределах от 35 до 74 лет, отмечалось 412 мужчин и 338 женщин. Диагноз был гистологически верифицирован в 100% случаев, у большинства больных выявлена аденокарцинома. Исходя из постулата, что при сочетании двух и более методов лечения применение каждого из компонентов, а также их последовательность должны быть строго аргументированы, оценены различные варианты предоперационной ЛТ, послеоперационной – при неудаленной опухоли и при радикальных операциях, сочетания их с радиомодификацией и химиопрепаратами.

Исходя из объема основного метода-хирургического, больные были распределены на 2 группы: 478 больным была произведена радикальная операция, а 272 больным - паллиативная. В свою очередь, в зависимости от компонентов комбинированного метода данные группы больных РПК

подразделялись на подгруппы. В первой группе контрольную подгруппу, в которой проводилось только оперативное лечение, составило 84 больных РПК, а во второй - 40. Дистанционная лучевая терапия проводилась в статическом режиме на аппаратах «РОКУС-М», «ТЕРАГАМ», «CLINAK», в большинстве случаев - с 4-х полей, по «box» методике, ей предшествовало топодозиметрическое планирование с использованием систем «ХЮ», а в последние годы - «FocalSim», с виртуальной симуляцией и обеспечением системы контроля пространственного распределения полей облучения. С недавнего времени контроль осуществляется с применением Portal Vision.

При оценке комбинированных методов в сочетании с радикальным оперативным вмешательством рассматривались варианты предоперационной терапии, где ЛТ проводилась в крупнофракционном, пролонгированном режиме, а также в сочетаниях с СВЧ-гипертермией и химиопрепаратом 5-ФУ. При послеоперационном лечении проводилась как ЛТ, так и ее сочетание с полихимиотерапией (ПХТ) по схеме FOLFOX4 (как правило, VI курсов) или же только ПХТ по той же схеме.

После паллиативных операций анализировались послеоперационные виды консервативной терапии - как чисто ЛТ или ПХТ, так и радиомодификация ЛТ при сочетании с электронакцепторными соединениями (ЭАС), 5-ФУ, а также полирадиомодификация при сочетании ЛТ с 5-ФУ и ЭАС. Оценивался также вариант сочетания ЛТ и ПХТ по схемам FOLFOX4, FOLFOX6, FOLFIRI + 5-ФУ/лейковорин

Таким образом, помимо только оперативных методов, проанализированы их сочетания с ЛТ с применением радиомодификации и ПХТ и сочетания операции и ПХТ.

В результате проведенного исследования выявлен ряд закономерностей, позволяющих на основании интегративной оценки клинических особенностей каждого пациента прогнозировать эффективность планируемого объема лечения.

В свою очередь, учитывая мировую тенденцию к стандартизации, это позволит разработать адекватные программы для больных РПК с координацией последовательности всех вышеуказанных видов лечения.

Особенности клиники, диагностики, прогноза сарком мягких тканей нейроэктодермального генеза

Т.С.Кулиева

Азербайджанский медицинский университет, г.Баку

Происхождение этих опухолей связано с плюрипотентными клетками нейроэктодермы, способными дифференцироваться в разных направлениях. Нейроэктодермальный генез различных видов мягкотканых сарком меняет клинико-диагностические показатели этих неоплазм.

Материалы и методы: рассмотрены данные 61 пациента с нейроэктодермальной саркомой (2000-2010 гг). Опухоли были идентифицированы цитохимически, гистохимически, иммуногистохимически и электронно-микроскопически. Проведен ретроспективный и текущий анализ клинических, инструментальных, лабораторных данных, прослежена динамика рецидивирования и метастазирования опухоли в течение 1-2 и частично 5 лет после первичных признаков опухоли.

Результаты исследования: по данным КТ и УЗИ опухоли расположены глубоко, в толще мягких тканей, характеризуются неоднородной структурой и плотной сосудистой сетью; у 28 больных отмечены кальцинаты. Макроскопически: размеры очага – 3,0-14,0см; форма – овально-округлая, с неровной поверхностью, консистенция мягкая или мягкоэластичная, капсула присутствует частично, на разрезе - сочная, слегка ослизнившаяся, серо-буроватая ткань с желтыми вкраплениями, очагами кровоизлияний и

кальцинатами, сателлиты по периферии первичного очага. По результатам ретроспективного анализа: безрецидивный период без послеоперационного, лучевого и лекарственного лечения составил всего 2,0–4,0 месяца. Так у 7 из 9 пациентов с хирургическим иссечением первичной опухоли местные рецидивы и локальные сателлиты отмечены уже спустя 2,5–4,0 месяца после операции. Метастазы зарегистрированы у 5 пациентов из них. Они обнаружены в течение 4,0–15 месяцев после операции с преимущественной локализацией в регионарных и отдаленных лимфоузлах, забрюшинном пространстве, легких, спинном и головном мозге, а в 3 наблюдениях – множественные метастазы в костях таза и позвоночнике.

Выводы. Нейроэктодермальные опухоли - крайне агрессивная группа опухолей с бурным потенциалом к рецидивированию и метастазированию и неудовлетворительными результатами только хирургического лечения.

Лучевая диагностика, как определяющий фактор в тактике лечения больных раком тела матки

С.С.Раджабова, Т.В.Мамедова, Р.Ш.Ганифаева

Азербайджанский медицинский университет, г.Баку

Рак тела матки (РТМ) занимает одно из ведущих мест в заболеваемости женского населения [1,2], причем с годами наблюдается рост заболеваемости во всех экономически развитых странах мира [2,3,4].

Несомненно, в лечении больных раком эндометрия (РЭ) при отсутствии прямых противопоказаний главным видом терапии является хирургическое вмешательство. Однако, без точных данных о степени распространения опухолевого процесса объективное прогнозирование клинического течения заболевания, основание выбора оптимального для каждого

конкретного случая метода лечения, объема и доступа хирургического вмешательства не представляется возможным [1,3]. Из многих современных методов, призванных обеспечить решение этой задачи, наибольшего внимания на сегодняшний день заслуживают ультразвуковое исследование (УЗИ), рентгеновская компьютерная томография (РКТ) и магнитно-резонансная томография (МРТ) [4,5,6].

Высокая информативность и неинвазивность УЗИ, его несопряженность с лучевой нагрузкой позволяет использовать этот метод в дооперационной диагностике РТМ для уточнения степени распространения процесса [4,7,8].

С целью диагностики РТМ в последние годы широко применяемая РКТ является высокоинформативным методом диагностики и дает возможность судить не только о топографии органов, а одновременно позволяет уточнить локализацию, характер, протяженность патологического очага [5,6].

Наряду с вышеуказанными методами используют новые высокоинформативные методы, в частности МРТ, которая пока еще недостаточно часто применяется в онкогинекологической практике. В опубликованных работах, касающихся использования МРТ в онкогинекологической практике, отмечается перспективность применения этого метода не только в диагностике заболеваний, но и при определении объема планируемой операции и динамического контроля за результатами лечения.

Однако в доступной нам литературе однозначно не определены возможность, роль и место лучевых методов диагностики в общей схеме диагностики рака эндометрия.

Целью настоящего исследования явилось определение диагностической значимости трех методов лучевой диагностики – УЗИ, РКТ, МРТ в комплексном обследовании больных раком тела матки для планирования адекватного лечения.

Материалы и методы: нами за период 2002-2010 гг. обследовано 127 больных в возрасте от 32 до 74 лет.

Всем больным до РКТ и МРТ было проведено трансабдоминальное эхография (ТАЭГ), 62 больным проведено КТ, 37 больным проведено МРТ.

Перед обследованием как при ТАЭГ, так и при РКТ и МРТ ставилась задача уточнить локализацию опухоли, её распространение, наличие метастазов в регионарных и других группах лимфатических узлов, т.е. являлась критерием оценки распространенности процесса.

Сопоставляя данные, полученные во время операции при осмотре макропрепарата, а также результатами гистологического исследования удаленных препаратов с данными, полученными до операции, оценивали диагностическую эффективность каждого метода по отдельности.

ТАЭГ осуществлялась на аппарате «Алока» (Япония) с использованием линейного датчика частотой 3 МГц по общепринятой методике «наполненного мочевого пузыря».

КТ-исследование органов малого таза производилось на компьютерных томографах спирального сканирования производства компаний SHIMADZU SCT - 7000 (Япония) и SOMATOM Balance (SIEMENS-Германия).

Во время исследования использовалось обычное аксиальное сканирование, с последующей реконструкцией срезов в сагиттальной и фронтальной проекциях. Толщина применяемой коллимации составляла в зависимости от патологического участка 5, 7, 8 или 10 мм без интервалов между сканами. Все исследования КТ проводились с пероральным контрастированием кишечника.

МРТ исследование проводилось на МР-томографе Magnetom Harmony (Siemens – Германия) со сверхпроводящим магнитом напряженностью поля = 1.0 Тл. Получали T₁ и T₂ взвешенные изображения с помощью обычных импульсных последовательностей спинного эхо в сагиттальной,

аксиальной и коронарной проекциях. В 7 случаях дополнительно применен метод внутривенного контрастирования препаратом Магневист.

Как при ТАЭГ, РКТ, так и при МРТ помимо общих диагностических процедур определения объёма, размеров и локализации пораженных опухолью тканей, особое внимание уделялось определению параметральной инвазии и состоянию как регионарных, так и отдаленных групп лимфатических узлов, органов.

Стадирование процесса осуществлялось согласно Международной классификации рака эндометрия (FIGO 1995 и TNM 1997).

Среди обследованных больных с гистологически подтвержденным раком эндометрия у 25 (19,4%) диагностирована I а (T₁ а) стадия заболевания; у 34 (26,9%) Ib (T₁в) стадия; у 15 (11,9%) I с (T₁ с) стадия; у 21 (16,4%) II (T₂) стадия; у 19 (14,9%) III (T₃); у 13 (10,5%) IV (M₁) стадии. Аденокарцинома разной степени дифференциации была диагностирована у 102 (80,6%), аденоакантома у 11 (8,9%), железисто – плоско-клеточный рак у 10 (7,5%), саркома у 4 (3%) больных. У 68 больных (53,7%) наблюдалась гипертоническая болезнь, у 34 больных (26,9 %) ожирение III – IV степени, у 13 больных (10,4%) сахарный диабет.

Результаты исследования и обсуждение: нами при проведении ТАЭГ в 82 (64,2%) случаях отмечалось расширение переднезаднего размера полости матки от 6 до 22 мм. У 17 (13,4%) больных полость матки визуализировалась неотчетливо, и выявить какие-либо изменения, характерные для рака эндометрия, не удалось.

Относительно небольшие опухоли эндометрия (от 0,8-2,0 см) были выявлены у 34 (27,1%) больных. По мере увеличения опухоли и нарастания глубины инвазии отмечалось снижение эхогенности миометрия в сочетании с его истончением. Отмечался дефект целостности околоэндометриального

ободка. У 79 (62,1%) больных при ТАЭГ выявлено разрушение внутреннего слоя эндометрия, инвазия опухоли в шейку матки с изменениями контуров тела матки (стадия II-III). У 14 (10,8%) больных на УЗИ установлено наличие метастазов рака тела матки в печени и наличие забрюшинной лимфаденопатии.

Для определения адекватного объема оперативного лечения выяснялось отношение опухоли к эндоцерви-кальному каналу. Нами при ТАЭГ выявлено, что у 15 (11,9%) больных опухоль эндометрия поражала эндо-цервикс.

Таким образом, чувствительность трансабдоминального УЗИ на нашем материале составила 77%. Точность метода в определении размера и локализации опухоли в полости матки составила 79,1% (рис.1).

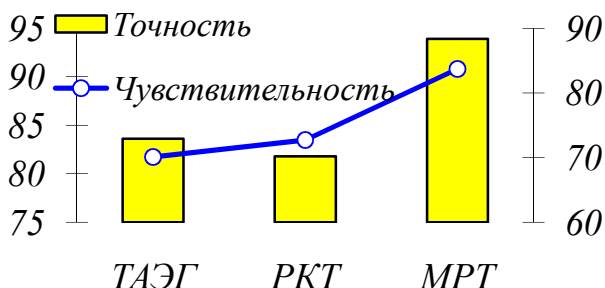


Рис.1. Сравнительная характеристика лучевых методов диагностики

Как известно, стенки матки, как и опухоли матки, имеют гомогенную структуру. В связи с этим при РКТ не всегда удаётся установить точную границу между ней и опухолью. В определении состояния параметрия нами установлено, что диагностическая точность РКТ составила 62,3%, чувствительность и специфичность составили 59,8% и 64,3% соответственно (рис.1).

Глубина инвазии опухоли при РКТ установлена только в 69,8% случаев.



Рис.2
Рис.3

На
T1
взвешенных
изображениях

изображениях (T1-ВИ) (рис.2), выявляются параметриальные лимфатические узлы, и обеспечивается высокий контрастный градиент между всеми тазовыми органами и прилежащей тазовой жировой клетчаткой дугласовых пространств.

На T2 взвешенных изображениях (T2-ВИ) (рис.3), четко дифференцируются четыре основные зоны – серозный покров, мышечный слой матки, соединительная зона и собственно эндометрия.

Следует отметить, что границы между основными слоями матки четко дифференцируются до менопаузы. В постменопаузе границы между эндометрием и окружающими слоями ступенчаты и хуже дифференцируются вследствие атрофических изменений органа. Увеличенные лимфатические узлы определялись благодаря разнице в интенсивности МР-сигнала от метастатически измененных регионарных лимфатических узлов и окружающей их жировой клетчатки.

Шейка матки составляет 1/3 матки и на T1- и T2-взвешенных изображениях выглядит как область пониженного сигнала (рис.3). Это объясняется присутствием большого количества фиброзной ткани.

Определялось распространение опухоли на окружающую жировую ткань, нередко с ее отеком, и на соседние органы

(рис.4). При узлах более 3-5 см, сопровождавшихся процессами дегенерации, сигнал был гетероинтенсивным. Исключение представляла геморрагическая дегенерация, когда на T1-ВИ идентифицировался высокий сигнал от продуктов распада гемоглобина. Большие зоны кистозных изменений при аденокарциномах давали гомогенный гиперинтенсивный сигнал на T2-ВИ.

Рак эндометрия на различных стадиях процесса диагностирован на МРТ благодаря наличию инвазии переходной функциональной зоны миометрия, либо самого миометрия. По классификации TNM нам удалось четко визуализировать процесс, начиная со стадии T1в и выше. Основными трудностями в диагностике и стадировании рака эндометрия явились наличие сопутствующих субмукозных миоматозных узлов, сдавливавших и деформировавших эндометрий, а также больших полипов эндометрия, приведших к атрофии миометрия (рис.5)

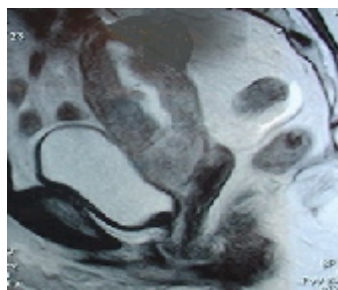


Рис.4
Рис.5

МРТ дала возможность в 13 случаях идентифицировать инвазию опухоли в строму и по цервикальному каналу при ее размерах, не превышавших 7 x 5 мм, что соответствует стадии T1в по TNM классификации. При этом на T2-ВИ определялся сигнал средней и высокой интенсивности, деформировавший нормально низкий сигнал от фиброзного кольца стромы. Трудности при стадировании процесса, относящиеся и к раку эндометрия, вызывали большие опухолевые конгломераты

(стадия T3 - T4), когда невозможно дифференцировать инвазию рака шейки в тело и, наоборот, рака эндометрия в ткани шейки матки. У 19 больных при МРТ было выявлено расширение (у 13 – диффузное, у 6 - локальное) полости эндометрия. Соединительная зона и субэндометриальный слой миометрия как при T2, так и при T1 взвешенных изображениях (с контрастированием) выглядели неизменными, граница между миометрием и эндометрием оставалась ровной и гладкой.

По состоянию соединительной зоны и изменениями в миометрии на T2 взвешенных аксиальных томограммах оценили глубину инвазии РЭ. У 27 больных отмечалась инвазия опухоли во внутреннюю половину миометрия <50%, нарушена целостность соединительной зоны, границы между миометрием и эндометрием неровные. Длина матки у этих больных больше 8 см (T₁ b), у 11 больных в наружном слое миометрия отмечалась зона интенсивного магниторезонансного сигнала (MPC), характеризующего глубокую >50% инвазию в миометрий (T₁ c).

Как известно, использование контрастного “усиления” создает условия для дифференцировки характера опухоли. С этой целью также применяли МРТ – T1 взвешенное изображение с контрастированием (Гадолиний – Магневист – 20 мл). У 21 (16,5%) больного наличие рака тела матки выявлено только при МРТ на T1 взвешенных изображениях с контрастированием.

При T2 взвешенных изображениях у 21 (16,7%) больного установлено, что раковым процессом эндометрия поражен и эндоцервикс, при ТАЭГ этот показатель составил 11,9%.

При вовлечении в процесс верхнего отдела влагалища отмечалась сегментарная потеря гипоинтенсивного МР-сигнала стенки. У 11 (8,3%) больных РЭ отмечались диффузная потеря низкой интенсивности МР-сигнала стенки мочевого пузыря и одновременно локальная потеря низкой

интенсивности МР-сигнала стенки прямой кишки. МРТ картина оценена нами как IV (T₄) стадия. Одновременно у этих больных в печени и забрюшинных лимфоузлах выявлено метастатическое поражение. Метастазы в тазовые лимфатические узлы обнаружены в 12% случаев и ограничиваются маткой.

Выводы

1. При сравнении ТАЭГ, РКТ И МРТ выявлено, что наибольшей диагностической чувствительностью обладает МРТ – 93,5%, тогда как при ТАЭГ и РКТ чувствительность составила – 77% и 59,8% соответственно.

2. МРТ в большинстве случаев позволяет выявить степень прорастания рака эндометрия в миометрий. Это важно с той точки зрения, что при раке эндометрия существует прямая корреляция между глубиной прорастания миометрия и частотой метастазирования в лимфатические узлы.

3. Точность метода МРТ наиболее высока у женщин в доменопаузальном периоде. У женщин в постменопаузальном периоде вследствие плохой визуализации и низкого контрастного градиента прилегающей к эндометрию зоне точность МРТ значительно ниже.

4. РКТ является современным методом для оценки состояния окружающих тканей, в установлении распространенности рака тела матки. Глубину инвазии опухоли при этом удается установить только в 69,8%.

5. ТАЭГ является эффективным и универсальным методом в рамках уточняющей диагностики рака эндометрия, позволяющим определить глубину инфильтративного процесса, переход опухоли на нижний сегмент полости матки, метастазы в яичниках. Однако в выявлении регионарных метастазов в лимфатических узлах ТАЭГ по сравнению с МРТ и РКТ оказалось недостаточно эффективным.

ЛИТЕРАТУРА

1. Березовская Т.П. Особенности магнитно-резо-нансного изображения миом матки с кистозной дегенерацией. // Вестник рентгенолог. и радиол., 2002, №3, с. 57-58
2. Казаченко В.П., Баринов В.В. «Диагностика и лечение рака тела матки». Материалы 5-го Всероссийского съезда онкологов. Казань 4-7, октябрь 2000, том 2, с. 377-379
3. Марьина Л.А., Казаченко В.П., Негушкин М.И. Современные возможности хирургического и комбинированного лечения больных раком тела матки. // Вопр. онкологии, 1998, том 44, № 5, с. 526-532
4. Мешкова И.Е., Евтюхина А.Н. Сравнительная характеристика магнитно-резонансной томографии и трансвагинальной эхографии в углубленной диагностике рака эндометрия. // Вопр. онкологии, 1999, т.45, №6, с.670-673
5. Беленков Ю.Н., Макацария А.Д., Солопова А.Г., Погребная Г.Н. Первый опыт использования магнитно-резонансной томографии в диагностике гинекологической патологии. // Акушерство и гинекология, 1991, №8, с.59-63
6. Гус А.И. Значение эхографии в выявлении патологии эндометрия. // Автореф. дис. канд. мед. наук, Москва, 1986
7. Винницкая В.К., Воробьева Л.И., Добиненко В.А. и др. Хирургическое и комбинированное лечение рака эндометрия. // Тезис V-го респуб. симпоз. со Всесоюзным и Международным участием «Гинекологический раб». Тбилиси, 1990, с. 88
8. Сидорова И.С., Юдин Л.А., Леваков С.А. Ультразвуковое исследование и компьютерная томография в диагностике объемных образований малого таза. // Акушерство и гинекология, 1996, №1, с.9-11.

Результаты хирургического лечения рака легкого у больных молодого возраста и пациентов старших возрастных групп

А.А.Солтанов, Р.Р.Багиров, А.Г.Гатамов, Ф.С.Меликов
Национальный центр онкологии, г.Баку

Актуальность темы: Вопрос о хирургическом лечении рака легкого у больных молодого возраста освещен недостаточно полно. Это, прежде всего, связано с редкостью данного заболевания в молодом возрасте относительно больных старших возрастных групп.

Материалы исследования: Исследование проводилось у 1727 больных, получивших хирургическое лечение в торако-абдоминальном отделении РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН с 1985 по 2007. Все больные были распределены по возрастным группам в соответствии с классификацией ВОЗ (1978г.). Из общего числа наблюдений (1727), молодой возраст составило 171 (9,9%), средний 888 (51,4%) и пожилой 668 (38,7%).

Результаты исследования: Аденокарцинома у молодых преобладала и чаще представлено низкой степенью дифференцировки, а также отмечено возрастание частоты плоскоклеточного рака с возрастом (соотношение аденокарциномы и плоскоклеточного рака в возрастных группах - 31,6% (54) : 62,6% (107) (1:1,98); 21,6% : 72,3%, (1:3,3); 26,8% : 67,8% (1:2,5), соответственно $p < 0,05$). III стадия (33,1% против 22,6% и 21,2% соответственно) болезни преобладала у молодых, а I стадия у больных старших возрастных групп (29,2% против 42,2% и 54,3% соответственно). После радикального хирургического лечения во всех стадиях рака легкого выживаемость в возрастных группах больных оказалась одинаковой за исключением IIIA стадии, при которой она оказалась достоверно ниже в группе молодых пациентов – 15,0%, 22,1% и 28,8% соответственно ($p < 0,05$).

Заключение: несмотря на низкие результаты хирургического лечения немелкоклеточного рака легкого при IIIA стадии у больных молодого возраста трудно сказать, что данный факт связан либо с распространенностью опухолевого процесса, либо свидетельствует об агрессивности рака легкого у молодых.

Изучение различных режимов и комбинаций с препаратом Бортезомиб в лечении миеломной болезни

О.Ф.Фараджев, Э.Э.Кязимов, Т.З.Тахиров, А.Ю.Алиев,
Ю.А.Ахмедов, И.А.Гаджиева
Национальный центр онкологии, г.Баку

Для лечения 71 больных впервые выявленных ММ использован Бортезомиб с сочетанием Дексаметазоном (Бортезомиб + Дексаметазон-VD), Мелфаланом (Бортезомиб + Мелфалан + Преднизалон-VMP) и с Доксорубицином (Бортезомиб + Дексаметазон + Доксорубицин-PAD). Медиана возраста больных составила 67 лет (44-75 год).

При применении бортезомиба в сочетании с дексаметазоном положительный ответ был получен в 68 % случаев, в т. ч. у 16 % больных достигнута полная ремиссия (ПР). При применении программы Велкейд + МР ответ составил 76 %, а количество ПР - 21 %. При применении программы Велкейд + АД (PAD) положительный ответ составил 84 %, а количество ПР - 37 %. В преобладающем большинстве случаев наблюдалась нейтропения, нейтропения, анемия и герпес. Серьезные осложнения встречались крайне редко. У 3-х больных лечение было прекращено. У остальных больных лечение сопровождалось с предсказуемыми и управляемыми неблагоприятными факторами. Таким образом, широкий спектр эффективности и благоприятный токсический профиль бортезомиба (Велкейд) позволяет рассматривать бортезомиб-

содержащие комбинации в качестве программы выбора в терапии больных с первично выявленной ММ.

Изучение трехлетней выживаемости у больных раком молочной железы с положительным HER-2 статусом опухоли при применении Герцептина.

Д.А.Алиев, Р.Д.Джафаров, Т.А.Наджафов, С.Э.Рагимова,
Ф.Ш.Ализаде, Р.С.Зейналов, Л.А.Меджидова,
Р.В.Джавадов, С.С.Гурбанов, Ш.Ш.Османов

Целью настоящего исследования явилось сравнительное изучение показателей 3х летней общей и безрецидивной выживаемости у больных раком молочной железы с рецепторным статусом ER-PR-HER-2+ при различных вариантах адъювантной химиотерапии

В группу исследования вошли 42 больные раком молочной железы. Всем пациенткам была проведена радикальная мастэктомия по Маддену. Были отобраны пациентки со стадией T2-1N1M0 с отрицательным статусом стероидных гормонов и положительным Her-2 статусом опухоли. Все исследуемые больные получили полихимиотерапию в адъювантном режиме. I группа больных (26 пациенток) получили лечение по схеме доксорубицин+доцетаксел (АТ), II группа (16 больных) были пролечены по схеме доцетаксел+Герцептин. Количество курсов составило 6 – 10 с интервалом между курсами 3 недели. Лечение проводилось в режиме: доксорубицин – 60мг/м², доцетаксел - 80 мг/м², герцептин 4мг/кг. Основными критериями эффективности проводимого лечения явились общая и безрецидивная выживаемость. Переносимость у большинства больных

удовлетворительная и не имела существенных различий в обеих группах.

В первой группе исследуемых общая выживаемость составила 92.3%, безрецидивная выживаемость 66.6%, во второй группе соответственно 100% и 81.25% соответственно. Среди пациенток с рецидивом в настоящий момент метастазы в кости – у 3 пациенток, метастазы в легкие - у 2, метастазы в печень - у 1 пациентки, метастаз в подмышечный лимфоузел - 2, метастаз в головной мозг – 1, рецидив в области рубца с гистологически подтвержденным диагнозом – у 1 пациентки.

ВЫВОДЫ: на основании данных проведенного исследования в группе больных РМЖ с отрицательным статусом стероидных гормонов и положительным Her-2 статусом применение Герцептина улучшает показатели общей и безрецидивной выживаемости.

MÜNDƏRICAT

Azərbaycan xalqının ümummilli lideri H.Ə.Əliyev Azərbaycanda müasir onkoloji xidmətin yaradıcısı kimi	
C.Ə.Əliyev	3
Heydər Əliyev və Azərbaycan səhiyyəsi	
A.A.Kərimli	6
Heydər Əliyev fenomeni	
Ü.Zeynalova	8
Adenomiozun diaqnostikasında histeroskopik müayinənin əhəmiyyəti	
Ə.X.Kərimov, S.A.Aliyev, G.A.Əliyeva, G.Ə.Məmmədbəyli	10
Bakı şəhərində uşaqlıq boynu xərçəngi ilə xəstələnmə	
F.A.Mərdanlı, E.B.Mansurov, N.B.Qasımova, N.Z.Kərimova, N.B.Əliyeva, A.İ.Burcuyeva, S.İ.Cəfərova	11
İnfiltrativ-ödem forma süd vəzi xərçənginin diaqnostikası	
S.S.Vətənxah, E.Əliyev, A.Gəncəliyeva, K.Fərhad-zadə	12
Uşaqlıq boynu xərçəngi olan xəstələrdə vulvovaginal kandidozların mikrobioloji diaqnostikası	
Məmmədov V.T., Yusifov A.İ.	14
Имплант с эффектом памяти формы в хирургическом лечении рака проксимального отдела желудка	
A.A.Абдуллаев, H.A.Аскеров	15
Особенности прободения рака желудка.	
A.A.Абдуллаев, A.A.Керимли	17
Возможность улучшения качества жизни больных с опущением и выпадением органов малого таза	
Ш.А.Алыев, Г.А.Мамедбейли, В.М.Мадатова	19
Диагностический алгоритм использования серологических маркеров остеосинтеза и остеолизиса у больных первичными местнораспространенными опухолями костей	

Г.А.Ахмедова	21
Больные талассемией как контингент пациентов . с дисфункцией иммунной системы и печени А.Б.Гаджиев, Р.К.Таги-заде, А.Э.Дадашева, С.А.Алифаттахзаде	22
Адьювантная гормонотерапия раннего рака молочной железы: 10-летняя выживаемость Р.С.Зейналов, И.Н.Мусаев, С.Р.Гиясбейли, Д.А. Гасанзаде, Н.Р.Дадашева, Н.А.Ахадова	23
Сравнительная эффективность некоторых режимов химиотерапии в комбинации с Герцептином у больных диссеминированным раком молочной железы Р.С.Зейналов, И.Н.Мусаев, С.Р.Гиясбейли, Н.Р.Дадашева, Д.А.Гасанзаде, Н.А.Ахадова	25
Сравнительный анализ непосредственных результатов больных раком пищевода в зависимости от макроскопической формы и морфологической степени дифференцировки опухоли И.Г.Исаев, Л.Н.Аскерова	26
Трехлетние результаты химиолучевой терапии местно-распространенного рака шейки матки И.Г.Исаев, Э.Г.Кулиев, К.С.Акперов	29
Результаты обследования рака носоглотки Р.Р.Казиева	32
Разработка алгоритма для диагностики и лечения до- и послеоперационных осложнений у больных с опухолями органов брюшной полости А.Х.Керимов, А.Р.Алиев, Н.А.Аскеров, И.Ш.Агаларов	34
Симультанные операции при опухолях органов брюшной полости А.Х.Керимов, Н.А.Аскеров, А.Р.Алиев, Ф.А.Зейналов, И.Ш.Агаларов	35

Алгоритмы комбинированных и комплексных методов лечения больных раком прямой кишки	
Н.Г.Кулиева	37
Особенности клиники, диагностики, прогноза сарком мягких тканей нейроэктодермального генеза	
Т.С.Кулиева	40
Лучевая диагностика, как определяющий фактор в тактике лечения больных раком тела матки	
С.С.Раджабова, Т.В.Мамедова, Р.Ш.Ганифаева	41
Результаты хирургического лечения рака легкого у больных молодого возраста и пациентов старших возрастных групп	
А.А.Солтанов, Р.Р.Багиров, А.Г.Гатамов, Ф.С.Меликов	51
Изучение различных режимов и комбинаций с препаратом Бортезомиб в лечении миеломной болезни	
О.Ф.Фараджев, Э.Э.Кязимов, Т.З.Тахиров, А.Ю.Алиев, Ю.А.Ахмедов, И.А.Гаджиева	52
Изучение трехлетней выживаемости у больных раком молочной железы с положительным HER-2 статусом опухоли при применении Герцептина.	
Д.А.Алиев, Р.Д.Джафаров, Т.А.Наджафов, С.Э.Рагимова, Ф.Ш.Ализаде, Р.С.Зейналов, Л.А.Меджидова, С.С.Гурбанов, Ш.Ш.Османов	53