

**AZƏRBAYCAN RESPUBLİKASI SƏHIYYƏ NAZİRLİYİ**

**MİLLİ ONKOLOGİYA MƏRKƏZİ**

**Ümummilli lider H.Ə.Əliyevin 90 illik yubileyinə**

**həsr olunmuş elmi-praktiki konfransın**

**MATERİALLARI**

**10 may 2013 il**

**Bakı – 2013**

## **REDAKSIYA HEYƏTİ**

C.Ə.Əliyev (sədr)

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

## DÜNYAYA NUR SAÇAN DAHI

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

Mənim həyatımın məqsədi Azərbaycandır, Azərbaycan xalqıdır, Azərbaycan Respublikasıdır, Azərbaycan vətəndaşıdır. Əgər mən buna nail ola bilsəm, ən xoşbəxt adam kimi hayatımı başa çatdıracağam. Buna da nail olmağa çalışaram və çalışacağam.

Heydər Əliyev

Bəli budur məqsədli həyat, budur xalqı, eli-obanı sevmək, budur xoşbəxtlik, budur dahilik.

Bu bir həqiqətdir ki, tarixi şəxsiyyətlərə əsl düzgün qiymət müəyyən zaman keçdikdən sonra verilir. Lakin elə şəxsiyyətlər də vardır ki, onlardan nə qədər yazılırsa yazılsın, yenə də həyat və fəaliyyətlərini olduğu kimi əks etdirmək mümkünsüzdür. Xalqımızın ümumilli lideri möhtərəm Heydər Əliyev də məhz belə dahi şəxsiyyətlərdəndir. Onun həyatı siyasi-mənəvi tariximizdə elə uca bir zirvədir ki, biz o zirvənin əzəmətini hiss etməkdən ötrü daim onun irsini öyrənməliyik.

Heydər Əliyev şəxsiyyətində, onun daxili aləmində, əməlində, sözündə, fikir və humanistliyində, əqidəsində xalqına və vətəninə bağlılığında müdrik keyfiyyətlər öz əksini tapmışdır. Elə bu yerdə Çingiz Aytmatovun H.Əliyev haqqında dediyi sözlər yada düşür: "Heydər Əliyev təkcə tarixi şəxsiyyət deyil, həm də əfsanəvi şəxsiyyətdir". Heç də təsadüfi deyil ki, dünyanın ən inkişaf etmiş ölkələrinin dövlət başçıları və görkəmli siyasətçiləri türk dünyasının ümumilli lideri Heydər Əliyevi dahi şəxsiyyət, böyük siyasət ustadı sayır və onun həyat yolunun bir məktəb olduğunu vurğulayırlar.

Heydər Əliyev həddindən çox kəskin zəkaya, güclü hafizəyə və işgüzarlığa malik bir şəxsiyyət idi. Məhz Heydər Əliyevin qeyri-adi işgüzarlığı sayəsində respublikamız ötən yüzilliyin ikinci yarısında böyük nailiyyətlər

əldə etmişdir. Heydər Əliyevin Azərbaycana olan məhəbbəti bu ölkənin özü boyda idi.

XX əsrin 60 –ci illərinin sonunda öz xalqının ümid yeri kimi fəaliyyətə başlamış Heydər Əliyev, həmin fəaliyyətini yeni əsrdə də millətin atası kimi, əsl ellər atası kimi davam etdirmişdir. Bu gün Azərbaycan xalqı dedikdə Heydər Əliyev, Heydər Əliyev dedikdə Azərbaycan xalqı başa düşülür.

Müstəqil Azərbaycan aydın tərəqqi yolunda əzmlə addımlayır. Ümummillî liderimiz Heydər Əliyevin müqəddəs ideyalarının artıq reallığa çevrilməsi prosesini izlədikcə zamanında respublikamızın gələcək inkişafı üçün əsaslar hazırlanmış ulu öndərimizin şəxsiyyəti ilə gurur duymaya bilmirsən.

Heydər Əliyev şəxsiyyətinin unikallığını səciyyələndirən cəhətlər çoxdur. Lakin ən əsas cəhət bu adın Azərbaycan dövlətçiliyi anlayışının simvoluna çevrilməsidir. O, öz əməlləri ilə hələ sağlığında özünə Azərbaycan dövləti kimi əzəmətli və əbədi bir abidə ucaltmışdır. Heydər Əliyev öz ali liderlik keyfiyyətləri ilə dünyanın siyasi elitesinin ən uca zirvəsində duran nəhəng şəxsiyyətlərdəndir. Elə bir zirvədir ki, buradan butöv bir xalqın dünəni, çağdaş dünyası və sabahı görünür. Bu dahi şəxsiyyətin fəaliyyətinin hər səhifəsi olan əlli illik Azərbaycan tarixinin mərhələləri ilə üst-üstə düşür və tariximizi Heydər Əliyevdən ayrı təsəvvür etmək mümkün deyil.

Bu gün suveren Azərbaycan Respublikası özünün şərəfli və məsul günlərini yaşayır. Hal-hazırda möhtərəm Prezident İlham Əliyevin rəhbərliyi altında ölkədə demokratik dövlət quruculuğu inamla həyata keçirilir. İctimai həyatın bütün sahələrində gedən yüksəkliş, göz qabağındadır.

Respublikamızın güdrətli bir dövlətə çevrilməsi istiqamətində tarixi addımlar atılır. Bu baxımdan, əsas xalqımızın ümummillî lideri Heydər Əliyev tərəfindən qoyulmuş və əzəmətli inkişaf yoluna, böyük öndərin həyata keçirdiyi siyasi xətt üzərində düşünürkən bir daha dərk edirsən ki, gözəl gələcək qaçılmazdır və bizim uzaqgörənliklə əsas qoyulmuş bu yolla irəliləyən xalqımız bu cür parlaq gələcəyə layiqdir.

## REALİST, PRAQMATİK LİDER – HEYDƏR ƏLİYEV – 90

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

Ulu öndərmiz Heydər Əliyevin Azərbaycanı dövlətçiliyi qarşısında başlıca xidmətlərindən biri də dövlət quruculuğun hüquqi bazasının yeredilməsidir. O, dövlət idarəçiliyi məktəbi, respublikanın hər tərəfli və dinamik inkişafı üçün gördüyü mötəşəm fəaliyyəti dahı şəxsiyyətlərin tarixin gedişində həlledici rol aynadıqlarını sübüt edən ən dəyərli nümunədir. Azərbaycan Respublikasının tarixində Heydər Əliyev siyasi fəaliyyəti dövrünə təsədüf edən iki böhranlı mərhələsində xalqın və ölkənin xılası naminə atılan qətiyyətli addımlar, tənəzüldən sürətli inkişafa nail olunması ulu öndərmizin möhtəsəm tarixi nailiyyətdir.

H.Əliyev Azərbaycan Respublikasına rəhbərliyinin bütün dövrlərində ölkənin bütün sahələr üzrə təhsilin inkişafına hər zaman böyük qayğı göstərmiş, ölkənin sosial-iqtisadi inkişafına təhsilin həlledirici rola malik olduğunu nəzərə olaraq, onun tərriqəsinə nail olmaq milli təhsilimizi o cümlədən səhiyyəni dünya standartları səviyyəsinə yüksəltmək üçün bütün potensial imkanlarından həmişə maksimum istifadə etmişdir. Ulu öndərmizin böyük xidmətlərindən biri də 1970-1980-cı illədə keçmiş SSRİ-nin 50 artıq böyük səhərlərindən ən tanınmış alı məktəblərində, institutlarda və akademiyalarda elm, təhsil, səhiyyə, mədəniyyət və digər səhələr də ehtiyac duyulan ixtisaslar üzrə aspirantura, doktorantura və yüksək ixtisaslı mütəxəssislər kimi, hazırlanmasına tamlıqla hökumət hesabına şərait yaratmış və əldə olunmuş yekün özü sahidi olmuşdur. Cunki indiki zamanda bütün sahələrdə o cümlədən səhiyyədə hall hazırda çalışan mütəxəssislər, müəllim və professorlar məhs vaxtında onlara imkan yaradılmış insanlardır. Bu insanlar və onların ailə üzvləri həmişə ulu öndər qarşısında hörmətləri ehtiramla daimi yad edirlər.

Təməli Heydər Əliyev tərəfindən qoyulmuş elmə, təhsilə, səhiyyə və mədəniyyətə və əlavə olara idmanan inkişafına bu gün hörmətli

prezidentımız İlham Heydər oğlu Əliyev və Heydər Əliyev Fondunun prezidenti millət vəkili Mehriban xanım Əliyevanın diqqət, qayğıları və böyük dəstəyi ilə bu iş uğurla davam etdirilir. Bu yazılarımız daha qutratlı olmasına nəzərə alaraq 2007-ci ildə şahir Həmid Dağlının ATA-seiri ilə yekünlaşdırmaq istərdim

Baxıb xatirənə bu pəncərədən,  
Şəklini güzgü tək tutdum üzümə.  
Ötdü həyat yolun bu mənzərədən,  
Varlığın xəyal tək gəlir gözümə.

Gözdən qoymadıqca bu xəyalları,  
Hikmət qapıları açılır üzə.  
Həsrətlə baxıram mən sənə sarı,  
Ən çox arzuların görünür gözə.

Almışam hər gücü, qüvvəni səndən,  
Tutmuşam qarşımda qouduğun yolu.  
Heyf ki, təskinlik tapıram gəndən,  
Geriyə dönməyir hətin yolu.

İstədim hər arzun yetsin yerinə,  
Yolunda sərf edim gücü-qüvvəni.  
Çatdım məqsədimin hər birisinə,  
Yenə bir rahatlıq tapmayır məni.

# ONKOLOJİ XƏSTƏLƏRDƏ FNAC VƏ TRU-CUT BİOPSİYANIN ƏHƏMİYYƏTİ

*C.Ə.Əliyev, S.E.Rəhimova, T.N.Məmmədova*  
*Milli Onkologiya Mərkəzi, Bakı ş.*

Süd vəzi xərcəngi qadınlar arasında ən çox rast gəlinən xərcəngdir və bütün qadın xərcənglərinin təqribən 18% təşkil edir.

Süd vəzi törəmələrinin dəqiq diaqnostikası üçün vacib olan üçlük-kliniki müayinə, görünləmə (UST, Mammoqrafiya, MRT) və törəmədən alınmış hüceyrə və toxumanın tədqiqi 95%-lik dəqiqliklə diaqnozu təsdiqləyir. Ölkəmizdə bu üçlüyün üçüncü komponentinin icrası incə iynə aspirasiya sitologiya (FNAC) və ya Tru-cut biopsiya vasitəsi ilə icra olunur.

Tru-cut biopsiyanın diaqnostik əhəmiyyətinin araşdırmaq məqsədilə təcrübəmizdə istifadə etdiyimiz FNAC və Tru-cut biopsiya nəticələrini retrospektiv olaraq araşdırdıq.

Retrospektiv araşdırmada 2009-cu ilin avqust ayından 2010-cu ilin aprel ayına kimi Milli Onkologiya Mərkəzində icra olunan FNAC və Tru-cut biopsiya nəticələri daxil edildi. Qeyd edilmiş zaman müddətində mərkəzdə 286 xəstəyə FNAC və 60 xəstəyə Tru-cut biopsiyası icra olunmuşdur. Araşdırmaya daxil olan xəstələrin hamısı qadındır. Xəstələrin yaş aralığı FNAC qrupunda 16-81, Tru-cut qrupunda 25-71, orta yaş həddi isə müvafiq olaraq 44 və 49.

FNAC tətbiq olunmuş 286 xəstədən 26 nəfərdə atipik polimorfizm (9%), 51 nəfərdə bədxassəli hüceyrələr (17,8%), 84 nəfərdə quruluşsuz kütlə fonunda qan elementləri (8,4%), 12 nəfərdə maloziv cisimciklər (4,2%) aşkar edilmiş, 13 nəfərdə isə material azlığı səbəbilə dəqiq nəticə alınmamışdır (4,5%).

Tru-cut tətbiq olunmuş 60 xəstədən 6 nəfərə fibroz-kistoz (10%), 8 nəfərdə mastit (13,3%), 1 nəfərdə nekroz toxuması (1,6%), 1 nəfərdə fibroadenoma (1,6%), 28 nəfərdə infiltrativ axacaq karsinoması (46,6%),

2 nəfərdə musinoz karsinoma (3,3%), 2 nəfərdə skirr tipli xərçəng (3,3%), 3 nəfərdə infiltrativ lobulyar karsinoma (5%), 9 nəfərdə infiltrativ karsinoma (15%) müəyyən olunmuşdur.

Nəticədə Tru-cut zamanı histoloji cavabın sitoloji cavabdan daha dürüst olduğundan, FNAC ikinci dərəcəlidir. Bu da Tru-cut-ın yanılma dərəcəsinin FNAC ilə müqayisədə daha az olduğunu göstərir.

Araşdırdığımız xəstələrdən 8 nəfərində kliniki və sitoloji cavabların uyğunsuzluğu olduğu üçün təkrari aspirasiya icra olmuşdur ki, onların da 3 nəfərində üçüncü aspirasiyaya ehtiyac olmuşdur.

Tru-cut biopsiyası nəticəsində toxuma fraqmentlərinin alınma bilməsi inoperabel qəbul olunmuş xəstələrdə hormonoterapiya üçün estrogen/progesteron reseptor statusunun müəyyən edilməsini mümkün edir. Yekunda Tru-cut-ın spesifiklik və sensitivliyinə görə FNAC-dan daha üstün olduğu aşkarlandı.

\*\*\*

## **СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИЗУЧЕНИЕ СТАТУСА ЭСТРОГЕН РЕЦЕПТОРОВ ПЕРВИЧНОЙ ОПУХОЛИ И МЕТАСТАТИЧЕСКИ ПОРАЖЕННЫХ ЛИМФОУЗЛОВ У БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.**

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

Актуальность проблемы. Последние годы в выборе тактики лечения рака молочной железы решающее значение приобрели молекулярно-биологические свойства опухоли. Результаты сравнительного иммуногистохимического исследования регионарных и отдаленных метастазов рака молочной железы свидетельствуют о



изменении экспрессии рецепторов опухоли. Изменение уровня экспрессии рецепторов опухоли может быть настоящим биологическим феноменом или результатом ошибочного выполнения исследований. Биологическими причинами называют дрейф генов, селекцию клонов клеток, гетерогенность опухоли и повреждение генного аппарата клетки внешними агентами, например, химиопрепаратами, гормонотерапией или таргетными телами

Целью настоящего исследования явилось сопоставление статуса эстрогенрецепторов первичной опухоли и метастатически пораженного лимфоузла

Нами были исследованы 50 пациенток с гистологически верифицированным раком молочной железы со стадией заболевания T2N1M0, находящихся на стационарном лечении в отделении общей онкологии Национального Центра Онкологии МЗ Азербайджанской Республики. Всем пациенткам был исследован статус эстрогенрецепторов первичной опухоли и метастатически пораженного лимфоузла. В группу исследования, во избежание ошибок, были включены пациентки, не подвергнутые предоперационной лучевой и/или химиотерапии. Исследование проводилось на материале не более, чем годовалой давности, так как при длительном хранении, по данным многих исследователей, может иметь место утрата рецепторов.

Из 50 пациенток с РМЖ 40 пациенток имели положительные ЭР, а 10 больных - отрицательные рецепторы опухоли. При сравнительном изучении экспрессии ЭР в первичной опухоли и в ее регионарном метастазе, в 10 (20%) случаев наблюдалось изменение статуса рецепторов. Так в 7 случаях (14%) наблюдалось изменение экспрессии ЭР метастатически пораженного лимфоузла в сторону усиления, и в 3 (6%) случаев - в сторону ослабления.

Учитывая в некоторых случаях изменение экспрессии гормонорецепторов в метастатически пораженном лимфоузле, при принятии решения о проведении гормонотерапии рака молочной

железы, следует учитывать рецепторный статус не только первичной опухоли, но и по возможности провести иммуногистохимическое исследование метастатически пораженного лимфоузла.

\*\*\*

## **SÜD VƏZISI XƏRÇƏNGİNİN CƏRRAHI ƏMƏLIYYAT ZAMANI EKSPRES (PROZEN) BIOPSOYA VƏ PLANLI MORFOLOJİ MÜAYINƏ ILƏ TƏSDIQLƏNMİŞ DİQNOSTİKASI HALLARINDA UZAQ NƏTİCƏLƏRİN MÜQAYISƏSİ**

*C.Ə.Əliyev, R.C.Cəfərov, Ş.Ş.Osmanov  
Milli Onkologiya Mərkəzi, Bakı ş.*

Süd vəzisi xərçənginin diaqnostikası və müalicəsi problemi uzun illərdir ki, öz aktuallığını saxlamaqdadır. Süd vəzisi şişlərinin vizual və palpator müalicə üçün əlverişli olmasına baxmayaraq differensial diaqnostikası nəinki USM, mammoqrafiya və MRT, bəzi hallarda (25% qədər) hətta təkrar punksiyon (aspirasiyon) biopsiya ilə sitoloji diaqnostikası mümkün olmur. Belə hallarda onkoloq-cərrahlar intraoperasiyon ekspress biopsiya (prozen) üsuluna əl atmaq məcburiyyətində qalırlar ki, bu müayinələrin 75%-də diaqnozu verifikasiya etmək imkanı əldə etmək mümkün olur. Yerdə qalan 25% - ə qədər hallarda isə morfoloqlar planlı histoloji müayinə məcburiyyətində qalırlar (Muxetko A.A., Перов A.B., 2005, Dominiquez F. et al.,1997).

Beləliklə I halda (2,8-2,7%) – radikal əməliyyatı həmin gündə, II halda 15-20 gün “gecikmiş” halda yerinə yetirmək mümkün olur ki, bizi alimlərin fikrincə bu ablaxtika cəhətdən heç də uzaq nəticələrə təsir etmir (B.T.Комисаренко и др.,2005г.; Т.И.Попова,С.С.Афанасиева,2010г.). Lakin, diqər alimlərin fikrincə, (Н.Шодмонкаджаев, 1988г.) təcili histoloji

müayinə ilə radikal operasiya arasında olan fasilə müalicənin uzaq nəticələrinə mənfi təsir göstərir.

Ədəbiyyatda olan fikir ayrılığı bizi bu məsələyə aydınlıq gətirməyə vadar etmişdir.

**Tədqiqatın məqsədi:** Sitoloji müayinə ilə təsdiqlənməyən süd vəzisi xərçənginin histoloji diaqnostikasında ekspress və planlı biopsiyaların uzaq nəticələrə təsirinin öyrənilməsi təşkil etmişdir.

**Tədqiqatın material və metodları:** Tədqiqata MOM klinikasında 2002-2012-ci illər ərzində müayinə və cərrahi müalicə almış birincili operabel süd vəzisi xərçəngi olan qadın kontingentindən ibarət 271 xəstənin materialları daxil edilmişdir. Xəstələr 3 qrupuna bölünürlər:

I – (kontrol) Diaqnozu sitoloji müayinə ilə təsdiqlənən (98 xəstə)

II – Təcili histoloji müayinə ilə təstiqlənən (95 xəstə)

III – Diaqnozu planlı histoloji müayinə ilə (sektoral rezeksiyadan 10 gün sonra) təstiqlənən (78 xəstə)

Hər 3 qrupda yaş, mərhələ və cərrahi əməliyyatın identik olduğunu nəzərə çatdırırıq.

Beləliklə, xəstələrin ümumi yaş dövrü 26-72 yaş arasında olmuşdur. Hər 3 qrupda olan xəstələrin əsas hissəsi 40-50 yaşında qeydə alınmışdır.

Bütün xəstələrin ümumi sayının 20,7% - 56 xəstə xəstəliyin I mərhələsində, 22,5% - 61 xəstə II<sup>a</sup> mərhələsində, 27,3% - 24 xəstə II<sup>b</sup> mərhələsində, 66,4% - 191 xəstə isə xəstəliyin III mərhələsində qeydə alınmışdır.

Histoloji müayinənin nəticələrinə görə prosesin 27,3% halında qeyri-infiltrativ duktal karsinoma 72,7% halda isə - invazin duktal karsinoma aşkar edilmişdir.

Prosesin bədləşmə dərəcəsinə gəldikdə, əksər hallarda 70,8% - G-2 qradasiyası, qalan hallarda isə I-II bədləşmə dərəcəsi qeydə alınmışdır.

Müalicənin uzaq nəticələrinə nəzər saldıqda aydın olur ki, I qrupda ümumi yaşama dövrü – 75,5 ±4,3%, II qrupda – 76,9±4,3%, III qrupda isə 75,6±4,9% təşkil etmişdir. Xəstələrin böyük əksəriyyətində II<sup>b</sup> – III

mərhələyə təsadüf etdiyini və bu mərhələlərə I/d MTS sayından asılı olaraq fərqləndiyi ehtimal olunur.

Hər 3 qrupda olan xəstələrin ümumi yaşama dövrlərinə nəzər salsaq, onların arasında böyük fərq olmadığı aydın olur.

Beləliklə, tədqiqatın nəticələrinə görə, süd vəzisi xərçənginin morfoloji diaqnostikası zamanı təcili və planlı histoloji müalicənin nəticələrində (III qrup) prosesin disseminasiyasına ehtimal olunan mülahizə əsassız sayıla bilər.

Onu da qeyd etmək yerinə düşərdi ki, hazırda süd vəzisi xərçənginin cərrahi müalicədən öncə və ya sonra immunohistokimyəvi müayinələr aparılaraq əlavə proqnostik və prediktiv faktorlar aşkar edilir ki, bunlar təkcə xəstəliyin proqnozuna deyil, eyni zamanda düzgün adyuvant müalicə seçimini müəyyən etməyə imkan yaradır.

\*\*\*

## **BƏD XASSƏLİ ŞİŞLƏRİNİN ERKƏN DİAQNOSTİKASINDA SKRİNİNQİN ROLU .**

*S.E.Rəhimova , A.A.Rəhimov , F.Ə.Mərdanlı ,  
E. B.Mansurov.  
Milli Onkologiya Mərkəzi , Bakı ş.*

Məlumdur ki, bəd xassəli şişlərlə (BXŞ) xəstə olanların keyfiyyətli və uzun müddət yaşamaları üçün erkən mərhələlərdə aparılan müalicə müstəsna əhəmiyyət kəsb edir .Belə ki, BXŞ-nin in situ və I mərhələlərində aparılan müalicəsindən sonra xəstələrin əksəriyyəti (90,0-100,0%) şişin üzv və toxuma mənsubiyyətindən asılı olaraq 5 il və daha çox (7) , həm də keyfiyyətli həyat tərzini sürərək yaşayırlar.Lakin tibbin müxtəlif sahələrində yeni və bahalı diaqnostik texnoloji vasitələrin tətbiq olunmasına baxmayaraq bir çox hallarda BXŞ-nin diaqnostikası gecikmiş mərhələlərdə (IV kliniki qrupda) olur.Nəticədə xəstələrə heç bir spesifik

müalicə aparılmadan onlar simptomatik müalicəyə (SM) göndərilərək qısa müddətli və bir çox hallarda əzablı yaşayışa düçar olurlar. Məsələn Azərbaycan Respublikasında 2009-cu ildə 7540 nəfərdə ilk dəfə bəd xassəli şiş diaqnozu qoyulmuş və onlardan təqribən hər üç nəfərdən biri (34,0% - 2560 xəstə) diaqnoz qoyulduqdan sonrakı bir il müddətində ölmüşlər. (1) Dediqlərimizi bir daha təsdiq etmək üçün 2012-ci ildə MOM poliklinika – qəbul şöbəsində müayinə olunan və IV kliniki qrupa aid olunaraq simptomatik müalicəyə göndərilən xəstələr müxtəlif lokalizasiyalar üzrə öyrənilmişdir. Bu müddət ərzində 7648 xəstə BXŞ diaqnozu ilə müayinə olmuşdur ki, bunlarında təxminən hər 6 nəfərindən biri (1234-16,1%) simptomatik müalicə üçün yaşayış yerinə göndərilmişlər. Ən acınacaqlı vəziyyət mədə, qara ciyər və dil-dodaq-damaq lokalizasiyalı BXŞ-lərdə olmuşdur. Belə ki, SM-yə göndərilən xəstələr bunların təqribən hər iki nəfərindən biri – müvafiq olaraq 48,2% -267, 45,5% -134, 48,7% -75 olmuşlar. Bu göstərici qida borusu, ağ ciyər, udlaq, qırtlaq və genikoloji BXŞ-lər üzrə müvafiq xəstələrdə 42,0%-125, 31,4%-155, 26,3%-36, 21,8%-49, 19,0%-213 olmuşdur. Hətta tam vizual üzv olan və ilkin diaqnostikası əksəriyyət hallarda sadə palpasiya vasitəsi ilə mümkün olan süd vəzinin BXŞ-i diaqnozu qoyulan 56-2,9% xəstə də SM üçün yaşayış yerinə göndəriləblər. 1994-2008-ci illərdə süd vəzinin BXŞ-lərinin diaqnostikasında pisləşmə qeyd olunub. Belə ki, 1994-cü ildə inkurabel xəstələr olmayıb, 2008-ci ildə bunlar artıq 3,0% olmuşdur. 2007-ci ildə bu göstərici daha yüksək-6,1% olmuşdur. Aparılan aktiv təşkilati işlərdən sonra (mammoloji mərkəzin yaradılması və s.) sonrakı illərdə qeyd olunan göstəricilər azalmaya başlamışdır. (4) Digər lokalizasiyalı BXŞ-lərdə də kifayət sayda SM-yə göndərilən xəstələr olmuşdur. Həm də spesifik müalicə məsləhət bilinən xəstələrində hər üç nəfərindən birində də (37,1%-2381) BXŞ yayılmış olduğu üçün radikal müalicəyə şans verən cərrahi deyil, konservativ kimyəvi-şüa müalicəsi aparılmışdır. Beləliklə BXŞ-lərin erkən diaqnostikası kliniki onkologiyanın ən vacib vəzifəsi hesab oluna bilər və bu vəzifəni yerinə yetirmək üçün ənənəvi passiv diaqnostika (xəstənin həkimə müraciət etməsi) deyil, aktiv diaqnostika (həkimin əhali

kütləsi içərisindən xəstələri aşkar etməsi ) tədbirlərindən istifadə etmək lazımdır. Aktiv diaqnostika isə skrining tədbirlərinin həyata keçirilməsini zəruri edir. Skrining (ingiliscədən screening - ələmək , seçmək , süzgəcdən keçirmək , sortlaşdırmaq kimi tərcümə olunur (3) – aşkar olunmayan xəstəliklərin və ya xəstəlik ölü halların üzə çıxarılması testlərindən ibarət olan , tez və geniş miqyasda həyata keçirilə bilən bir tədbirdir(2). ÜST – nin tələbinə görə skrining metodları sadə , ucuz , zərərsiz və asan yerinə yetirilən olmalıdır(5). Bu vaxt skriningə məruz qalan şəxsin təhlükəsizliyinə birinci növbədə fikir verilir. Ümumiyyətlə skrining testləri zahirən sağlam görünən şəxslər içərisindən bu və ya digər xəstəliklərlə xəstə olanların seçilməsidir. Nəticədə erkən mərhələdə aşkar olunan onkoloji və digər xəstəliklərdən törənən ağır fəsadların və vaxtsız ölümün qarşısı alınır. Məlumdur ki, 12 il müddətində aparılan dinamik skrining kütlə içərisində 68,0 % süd vəzi xərçəngi olan xəstələri aşkar etməyə imkan verir və nəticədə bu xəstəlikdən ölüm hallarını 24,0-46,0 % azaltmağa imkan verir(6). Beləliklə BXŞ-lərin erkən diaqnostikasında skrining metodlarının tətbiqi çox mühüm əhəmiyyət kəsb edir və bunların həyata keçirilməsi müasir onkologiyanın ən zəruri tədbirlərindən biri olmalıdır.

\*\*\*

## **SÜMÜK SARKOMALARININ MÜALİCƏSİNƏ MÜASİR BAXIŞLAR**

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

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

Müasir dövrdə sümük sarkomalarının müalicəsində cərrahi, kimyəvi dərman, şüa, kombinə olunmuş və kompleks müalicə metodları tətbiq olunur. Son zamanlara qədər, birincili bədxassəli sümük şişlərinin müalicəsində şikəstedici əməliyyatlara üstünlük verilibsə, 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-kürəkərası 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 ayaqçıqının 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 mütəxəssislərin işbirliyi, sümük şişi olan xəstələrin orqansaxlayıcı müalicəsinin taktika və strategiyasının işlənilib hazırlanmasına, endoprotezləşdirmə metodikasının təkmilləşdirilməsinə kömək edən tədqiqatların aparılması vacibdir.



## **MENOPAUAZA ZAMANI ƏVƏZEDİCİ HORMONAL TERAPİYANIN ONKOLOJİ ASPEKTLƏRİ.**

*S.E.Rəhimova, Ü.A.Abbasova*  
*Milli Onkologiya Mərkəziş. Bakı ş.*

Məlumdur ki, hipoestrogenemiya simptomlarının korreksiyası üçün əvəzedici hormonal terapiyadan (ƏHT) istifadə olunur, lakin bu preparatların ehtiyatla qəbulu onkoloji nöqteyi nəzərdən 2 aktual problem ilə qarşılaşır.

1.ƏHT preparatların qəbulu fonunda süd vəzi və genital üzvlərdə xərçəngin əmələgəlmə riski artırımı?

2.Ayrı-ayrı lokalizasiyalı bədxassəli şiş diaqnozu ilə müalicə alan xəstələrdə ƏHT təyini nə qədər düzgündür.

Süd vəzi xərçənginin (SVX) əmələgəlmə riski orqanizmdə hormonal dəyişikliklər ilə əlaqələndirilir, ələxsus yumurtalıq hormonları ilə. Aparılan tədqiqatların nəticələrinə əsaslanaraq demək olar ki, SVX əmələgəlmə riski 5 il ərzində ƏHT qəbulundan sonra artır. Qeyd etmək lazımdır ki, ƏHT qəbul edən xəstələrdə SVX proqnostik olaraq şiş hüceyrəsinin yüksək differensasiyaya malik olması, törəmənin ölçüdə kiçik və metastazvermə qabiliyyətinin aşağı olması xəstəliyin orta-ağır gedişata malik olmasına şərait yaradır.

Beləliklə, SVX ƏHT qəbulu nəticəsində residivin əmələgəlmə riskinin nisbi yüksək olması, ƏHT qəbuluna məruz qalan xəstələrdə öncə mammoqrafiyanın olması və hər il müayinənin təkrarlanması məsləhətdir. ƏHT qəbulu fonunda mammoqramların düzgün tələffüzü çətinlik törədə bilər.

Bir başqa maraq doğuran sual ortaya çıxır. SVX ilə müalicə almış xəstələrə ƏHT təyini nə qədər düzgündür. Avropa ölkələrində aparılan tədqiqatlar göstərir ki, SVX müalicə almış xəstələrə ƏHT təyini məqsədə uyğun deyil.

ƏHT qəbulu fonunda endometriyumun xərçənginin (EX) SVX kimi gedişatı daha yüngül keçir, ölüm riski isə ƏHT qəbul edən xəstələrdə daha aşağıdır və bu səbəbdən mammoqrafiya ilə yanaşı endometriyumun ÜST vəziyyətinin qiymətləndirilməsi, lazım olarsa endometriyumun biopsiyası məqsədi ilə histeroskopiyanın aparılması vacibdir. EX ilə müalicə almış xəstələrdə ƏHT qəbulu nə qədər düzgündür. EX hormonal dəyişiklikdən asılı olan bir xəstəlik olduğundan, klimakterik simptomlarının korreksiyası üçün hormon tərkibi olmayan preparatlara üstünlük vermək lazımdır. EX olan xəstələrdə estrogenlərin qəbulu xəstəliyin residivinə səbəb olduğundan məsləhət görülmür. EX (Ia mərh.) olan xəstələrə kombinə olmuş ƏHT qəbulu zamanı menopauzal simptomların aradan qaldırılması üçün effektiv hesab olundu, lakin təmiz hestagenlər neyrovegetativ dəyişikliklərə təsir etsələrdə, metabolik və psixosomasiyal dəyişikliklərə təsiri effektiv olmadı.

Beləliklə, uzunmüddətli olmayan kombinə olmuş ƏHT EX əziyyət çəkən və radikal cərrahi əməliyyata məruz qalan cavan yaşlı xəstələrə, endometrial sarkoması diaqnozunu çıxmaq şərti ilə uşaqlığın sarkomasındanda əziyyət çəkən xəstələrə məsləhət görülür.

Yumurtalıq xərçəngi (YX) diaqnozu ilə müalicə alan xəstələrdə ƏHT qəbulu zamanı residiv olmayan zamana və yaxud ümumi yaşama müddətinə heç bir neqativ təsir olmamışdır.

Uşaqlıq boynu xərçəngi hormonal dəyişikliklərdən asılı olmayan bir xəstəlik olduğundan radikal cərrahi əməliyyatdan sonra estrogen tərkibli ƏHT qəbulu məsləhətdir.

Uşaqlıq yolu və vulva xərçəngi hormonal asılılığa malik olmadığından ƏHT təsiri haqda elmi işlər aparılmamışdır.

Kolorektal xərçənginin əmələgəlmə riski ƏHT qəbul edən xəstələr ilə müqayisədə 30-40% azalıbdır. Bura hepatosellulyar, serebral xərçəng, melanomalar, ağciyər və böyrək xərçəngi aiddir.

Beləliklə, təqdim olunan materialı sağlam və reabilitasiya mərhələsində olan müalicə almış onkoloji xəstəliklərdən əziyyət çəkən

qadınlarda dinamik müşahidə altında olmaq şərti ilə ƏHT qısamüddətli qəbulu mümkündür.

\*\*\*

## **YUMŞAQ TOXUMA MİKSOİD VARIANT BƏDXASSƏLİ FİBROZ HİSTİOSİTOMADA DEBA-NİN CD31 RESEPTORUNUN EKSPRESSİYA SƏVİYYƏSİNİN TƏYİNİ.**

*Ə.T. Əmiraslanov, H.K.Muradov, E.E.Ibrahimov, S.V. Abdıyeva  
Azərbaycan Tibb Universiteti. Bakı ş.*

Tədqiqata daxil olan yumsaq toxuma miksoid variant bədxassəli fibroz histiositoma (BFH ) diaqnozu qoyulmuş xəstələrin sayı 21 nəfər təşkil etmişdir. Qeyd etməliyik ki, tədqiqat qrupumuza klinikaya daxil olarkən uzaq metastazları olmayan xəstələr daxil edilmişdir. Pozitiv hüceyrələr neoplastik toxumanın həm çoxsaylı damarların endotel və adventisial hüceyrələrində, həm limfoid-retikulyar və histiositar tipli elementlərində, həm Tuton hüceyrələrində, həm də stromal hüceyrələrdə aşkar edilmişdir. Stromada angiogenetik amil əsasən makrofaq və histositlərin sitoplazmasında, nüvə ətrafı zonada tozvari, qəhvəyi törəmələr halında, limfositlərin, endoteliositlərin, adventisial və Tuton hüceyrələrin plazmalemmalarında isə qaymaqcıqlar, xəttvari və qəhvəyi strukturlar halında qeydə alınmışlar.

Yumsaq toxuma miksoid variant BFH -da CD31 reseptorunun ekspressiya səviyyəsini tədqiq edərkən müəyyən etdik ki, 4 (19,0±8,6%) xəstədə CD31 reseptoru çox yüksək, 3 (14,3±7,6%) xəstədə yüksək, 9 (42,9±10,8%) xəstədə orta və 5 (23,8±9,3%) xəstədə aşağı göstəricilərlə xarakterizə olunmuşdur.

Qeyd etməliyik ki, DEBA-nın CD31 immunfenotipik hüceyrələrin ölçüləri nisbətən iri, 7,0-17,0 mkm (orta hesabla 12,1±0,69%) ölçüdə

olub, tək-tək və qruplarla yerləşmişlər. Qeyd edilən neoplazmanın histotipində 38%-i yüksək, 40%-i orta, 22%-i zəif pozitivlikli hüceyrələr müəyyən edilib, yəni DEBA-nın CD31 reseptorunun ümumi immunhistokimyəvi səviyyəsi orta-yüksək civarında dəyişir.

Statistik metodlarla aşkar edilmişdir ki, endotelial qatında DEBA-nın CD31 təyin edilən damarların miqdarı yumsaq toxuma miksoid variant BFH-da, YTXFHŞ ilə müqayisədə yüksək göstəricilərlə xarakterizə olunur və toxuma kəsiyinin 1 mm<sup>2</sup> sahəsində 9,24±0,72% civarında təyin edilir. Yumsaq toxuma miksoid variant BFH qeydə alınan xəstələrdə endotelial qatında DEBA-nın CD31 reseptoru təyin edilən damarlarda və şiş toxumasının stromal elementlərində qeyd edilən reseptorun ekspressiyası orta göstəricilərlə xarakterizə olunmuşdur. Qeyd etməliyə ki, tədqiq etdiyimiz neoplazmalarda damarların miqdarı ilə DEBA-nın CD31 reseptoru ekspressiyası arasında düz mütənəsiblik müəyyən edilir ( $\chi^2=34,0$ ;  $p<0,001$ ;  $p=0,851$ ).

\*\*\*

## **РОЛЬ ПРОГНОСТИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ В ЛЕЧЕНИИ РАКА НОСОГЛОТКИ.**

*И.Г.Исаев, Р.Р. Казиева, З.М.Гасанова, С.Ю.Алиева*  
*Национальный центр онкологии. г.Баку*

Злокачественные новообразования носоглотки встречаются относительно редко. Частота заболеваемости составляет около 2% - среди опухолей головы и шеи и 50% - среди опухолей глотки. Основным методом лечения больных раком носоглотки является лучевая и химиотерапия. Прорывом в лечении плоскоклеточного рака головы и шеи стало использование комбинации производных платины

и 5-фторурацила, а также использование нетрадиционных режимов фракционирования дозы излучения.

**Материал и методы.** В работе проанализированы результаты обследования и лечения 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.

Диагноз рак носоглотки морфологически верифицирован во всех случаях. Из 163 больных у 98 (60,1%) установлен недифференцированный рак, у 61 (37,4%) - различные формы плоскоклеточного рака, у 4-х больных в цитограммах были найдены клетки рака.

После обследования у 16 (9,8%) была установлена П а, у 23 (14,1%) - Пб, у 91 (55,8%) - III стадия, у 20 (12,3%) IVa и у 13 (7,9%) IVб стадия рака носоглотки.

Больные в зависимости от тактики лечения были распределены на 3 группы.

I группа: больным проводилась дистанционная гамматерапия в ускоренном гиперфракционном режиме: 2 фракции в сутки, с интервалом 4 часа, РОД= 1,6 Гр за фракцию; дневная СОД= 3,2 Гр. Облучение проводилось 5 раз в неделю до СОД  $70 \pm 4$  Гр в течение 4-5 недель. II группа: лучевая терапия проводилась в режиме идентичной I-й группе, одновременно пациентам в 1 и 5 дни лечения каждой недели вводили цисплатин - 20 мг/м<sup>2</sup> в/в капельно и 5-фторурацил - 400 мг/м<sup>2</sup>. III группа: контрольная группа или же группа исторического контроля, где больным радиотерапия осуществлялась в традиционном режиме: РОД=2,0 Гр, 1 раз в сутки, 5 раз в неделю до СОД  $70 \pm 5$  Гр.

**Результаты и обсуждение.** Планируемый курс лучевой терапии закончили все 163 больных раком носоглотки. В результате лечения полная регрессия опухоли была достигнута у 118 (72,4%), частичная у 28 (17,2%) больных. В 15 случаях наблюдалась ста-

билизация процесса и в 2-х (1,2%)- прогрессирующее патологическое процесса.

Рассмотрим основные прогностические факторы, влияющие на эффективность радиотерапии у больных раком носоглотки. На эффективность лечения существенным образом влияла макроскопическая форма роста опухоли. Лучшие результаты были получены при экзофитном росте новообразования носоглотки из 117 человек у 101 (86,3%) была установлена полная, у 12 (10,2%)-частичная регрессия, и у 4-х (3,4%)- стабилизация процесса. Медиана продолжительности ремиссий этих групп пациентов составила 32(13-38) месяцев. Эффективность лечения при эндофитной и смешанной форме опухоли оказалась значительно ниже ( $p < 0,05$ ).

У больных с изъязвлением поверхности опухоли, имелась тенденция ( $p > 0,05$ ) к ухудшению показателей эффективности проводимой терапии - полная регрессия опухоли носоглотки у этой категории пациентов наблюдалась в 63,2% случаях, рецидивы возникли у 16 из 43 пациентов (37,2%), умерли 9 (20,9%) больных. Эти показатели без изъязвления поверхности опухоли соответственно, составили 78,9%, 17,3% и 6,7%.

Анализ результатов в зависимости от гистологической структуры опухоли показал следующее. Из 98 больных с недифференцированным раком носоглоточного типа полная ремиссия в результате лечения была достигнута у 81 (85,2%) больных. Годичная безрецидивная выживаемость для этих 81 пациентов составила 100%, 2 года- 96,4%, три года- 82,4%, медиана продолжительности ремиссии- 31(16-39) месяцев (рецидивы у 12 чел., умерли 5). Эти показатели оказались значительно лучше, чем при плоскоклеточном раке и они, соответственно составили, 100,0%, 85,4%, 70,2% и 25(9-34) месяцев (из 61 больных полные ремиссии достигнуты у 33-х, из них рецидивы - у 14, умерли- 9 пациентов).

Анализ результатов в зависимости от стадии заболевания показал следующее. Из всех 16 больных с Па стадией рака носоглотки

после завершения лечения полная ремиссия была у 14 (87,5%) пациентов, и за период наблюдения рецидив заболевания у них не установлен. Подобные результаты были зарегистрированы в Пб - из 20 больных, находившихся в ремиссии (из 23- 86,9%) прогрессирование опухолевого процесса было установлено у трех пациентов через 18, 21 и 31 месяцев после завершения лечения, и 1 больной умер. Показатели выживаемости при III стадии заболевания оказались значительно ниже, для 71 пациента с III стадией рака носоглотки, которые находились в состоянии ремиссии (из 91 чел.) годовичная безрецидивная выживаемость составила- 98,7%, двухлетняя- 88,1%, трехлетняя- 79,1%, и медиана продолжительности ремиссий- 19(13-25) месяцев. За период наблюдения в указанной группе рецидивы заболевания были установлены в 16 наблюдениях, из них у 3-х больных были установлены истинные рецидивы, у 6-рецидивы+метастазы, и у 2- метастазы рака носоглотки, из этих пациентов 6 умерли. Такие же низкие результаты были зарегистрированы при IУ стадиях заболевания. Из 20 пациентов с IVa стадией, у 12 была достигнута полная ремиссия, у 9 в период наблюдения было установлено прогрессирование опухолевого процесса- из них у 2-х истинные рецидивы, и у 5-х – рецидивы+метастазы рака, и у 2 метастазы заболевания. Один год без рецидива жили 84,7%, 2 года- 69,4%, 3 года- 69,4% и медиана продолжительности в этой группе составила 15(11-23) месяцев, умерли 6 пациентов. При IУб стадии заболевания эти показатели, соответственно составили, 50%, 50%, 0% и 11(9-17) месяцев. Из 13 пациентов с IУб стадией в результате лечения полная ремиссия была установлена у 1-го, и он умер от прогрессирования заболевания среднем через 11 месяцев после завершения лечения.

**Вывод.** Таким образом, анализируя результаты лечения в зависимости от прогностических факторов по критериям полных ремиссий и трехлетней безрецидивной выживаемости наличие эндофитной и смешанной формы роста, изъязвления поверхности опухоли, гистологически плоскоклеточный рак, III, IV стадии заболе-

вания - является основными факторами, оказывающими негативное влияние на результаты лечения.

\*\*\*

## **ЭФФЕКТИВНОСТЬ МОНОТЕРАПИИ ИМАТИНИБОМ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ МИЕЛОЛЕЙКОЗОМ**

*Г.Ч.Бадалова*

*Азербайджанский Научно-исследовательский Институт  
Гематологии и Трансфузиологии, Баку*

**Актуальность.** Результаты многоцентровых исследований терапии иматинибом больных ХМЛ в хронической фазе, показали высокую эффективность и низкую токсичность препарата. Показано, что часть больных с хронической фазой болезни и большинство пациентов в фазах акселерации и бластного криза, на фоне продолжающейся терапии утрачивают достигнутый полный гематологический и цитогенетический ответ.

Интенсивное изучение механизмов как первичной, так и вторичной резистентности к иматинибу привели к разработке новых ингибиторов BCR-ABL – тирозинкиназы, характеризующихся высокой эффективностью у резистентных к иматинибу больных. В настоящем исследовании была поставлена задача изучить эффективность иматиниба по частоте и стабильности гематологического и цитологического ответов у больных ХМЛ, находящихся в различных стадиях болезни.

**Материалы и методы.** Материалом для данной работы являлись результаты клинических и лабораторных исследований,



проведенных у 146 боьных (94 боьных с хронической фазой болезни, 40 – с фазой акселерации и 12- с бластным кризом) с Ph-положительным и BCR-ABL- положительным ХМЛ. Из них 70 женщин и 76 мужчин в возрасте от 18 до 75 лет. Среди них 18 (12,3%) боьных были в возрасте старше 60 лет. Включение боьных в исследование производилось с января 2003г до января 2010г. Длительность наблюдения за боьными к моменту окончания исследования составила 80 месяцев. Включение боьных в исследование, определение резистентности к проводимой терапии, а также оценка эффективности терапии (получение гематологической ремиссии и цитогенетического ответа) проводились в соответствии с международными критериями.

**Результаты и обсуждение** У боьных с хронической фазой ХМЛ до начала терапии иматинибом наблюдался выраженный лейкоцитоз с миелоцитарным сдвигом в лейкоцитарной формуле и склонностью к тромбоцитозу, а также наблюдалось повышение числа метамиелоцитов и миелоцитов, гиперклеточность костного мозга и увеличение размеров селезенки. Значительное повышение числа лейкоцитов (более  $100,0 \times 10^9/l$ ) отмечено у боьных с фазой акселерации и бластным кризом. У боьных с высоким содержанием лейкоцитов выявлены выраженные симптомы общей интоксикации и в большинстве случаев наблюдались анемия и спленомегалия. На основании результатов исследования был вычислен степень риска.

Результаты исследований показали, что к концу первого месяца лечения гематологический ответ был достигнут почти у всех боьных с хронической фазой болезни. У боьных с фазой акселерации ХМЛ 34 боьных из 40 (87,2%) достигли полной клинко-гематологической ремиссии. У боьных с бластным кризом ХМЛ только у 1 ( $8,3 \pm 8,0\%$ ) пациента наблюдался кратковременный полный клинко-гематологический ответ. Причина потери полной клинко-гематологической ремиссии обследованных боьных была связана либо с развитием

гематологических и не гематологических побочных явлений 3-4 степени, либо с самовольным уменьшением принимаемой дозы препарата.

В настоящее время установлено, что степень цитогенетического ответа является основным критерием эффективности терапии иматинибом у больных ХМЛ. В группе больных с хронической фазой ХМЛ полный цитогенетический ответ был получен у 73 (83,0±4,0%) больных. У 15 больных с фазой акселерации ХМЛ полный цитогенетический ответ получен в первые 6 месяцев (37,5±7,7%) лечения. У больных с бластным кризом ХМЛ кратковременный полный цитогенетический ответ получен только у 1 больного (10,0±9,5%) к концу 1 года лечения..

Одной из задач, поставленных в работе, было определение факторов, влияющих на общую выживаемость больных ХМЛ при терапии иматинибом. К концу 6-летнего наблюдения, показатель общей выживаемости больных в группе с хронической фазой ХМЛ, составляет 81,9%. В фазой акселерации ХМЛ составляет 52,5%, Разница в показателях выживаемости, между этими группами обследованных больных, статистически достоверна ( $p < 0,001$ ).

Анализ показателей выживаемости больных ХМЛ в зависимости от достижения полной клинико-гематологической ремиссии, показал что, сроки ее достижения прямо влияют на общую выживаемость. Данные свидетельствуют о том, что при раннем достижении полной клинико-гематологической ремиссии (до 3 мес) риск прогрессирования ХМЛ в фазу акселерации и бластного криза достоверно ниже, чем при более позднем (6 и более мес) ее достижении.

Результаты исследования показали, что наиболее значимым фактором, влияющим на выживаемость больных ХМЛ является получение полного цитогенетического ответа. Прогностически неблагоприятную группу составили больные, у

которых цитогенетический ответ не был получен к 6 мес терапии иматинибом. В этой группе больных вероятность перехода болезни к фазам акселерации или бластного криза очень высокая.

Выявлено, что спленомегалия, лейкоцитоз, тромбоцитоз или тромбоцитопения и анемия отрицательно влияют на получение полного цитогенетического ответа и выживаемость больных. Возраст больного не оказывает существенного влияния на показатель выживаемости больных ( $p > 0,05$ ). Анализ показателей общей выживаемости больных в зависимости от степени риска показал, что показатели выживаемости в группе низкого риска значительно больше, чем в группе промежуточного и высокого риска ( $p < 0,001$ ).

Таким образом, в результате 6-летнего наблюдения полученные нами данные подтверждают эффективность иматиниба в лечении хронической фазы ХМЛ. Однако сделать такое заключение в отношении больных с фазой акселерации ХМЛ не представляется возможным. Полученные данные позволяют прийти к заключению, что монотерапия иматинибом больных с хронической фазой и фазой акселерации ХМЛ, является эффективным методом, позволяющим увеличить общую выживаемость больных. У больных с бластным кризом ХМЛ, монотерапия иматинибом не позволяет получить полного клиничко-гематологического и полного цитогенетического ответов.

## **AZƏRBAYCAN RESPUBLİKASI NAXÇIVAN MUXTAR RESPUBLİKASINDA UŞAQLIQ BOYNU XƏRÇƏNGİ İLƏ XƏSTƏLƏNMƏ.**

*F.A Mərdanlı, E.B. Mansurov, Ü.Ə.Zeynalova*  
*Milli Onkologiya Mərkəzi, Bakı ş.*

Uşaqliq boynu xərcəngi (UBX) qadin cinsiyyət üzvlərinin geniş yayılmış bəd xassəli şişlərdən biri olub , dünyanın müxtəlif ölkə və millətləri qadınları arasında süd vəzisi xərcəngindən (SVX) sonra ən çox rast gələn şişlərdəndir. Azərbaycan Respublikasında (AR) UBX ilə xəstələnmanın statistik göstəriciləri də bu qeyd olunanlarla uzlaşır. Belə ki, 2011- ci ildə birinci yerdə olmaqla 1449 xəstədə SVX (ekstensivlik göstəricisi (EG) 32,6%) , ikinci yerdə olmaqla isə 350 xəstədə UBX (EG-7,9%) rast gəlmişdir. Qeyd olunan rəqəmlər UBX –nin AR – da aktual problem olduğuna dələlət edir. Bu nöqtəyi nəzərdən AR Naxçıvan Muxtar Respublikasında (NMR) UBX ilə xəstələnmə və bundan ölümün bəzi statistik göstəricilərini öyrənmişik. Hər 100000 nəfər qadın arasında UBX ilə xəstələnməni xarakterizə edən intensivlik göstəricisi (İG) 3,9 ; müəyyən zaman müddətində birinci dəfə aşkar olunan bütün bəd xassəli şişlər arasında UBX ilə xəstələnməni %-lə göstərən EG 5,9 % və bütün UBX diaqnozu ilə qeydiyyatda olan qadınların hər 100000 nəfər qadın arasında rast gəlməsini göstərən zədələnmə göstəricisi (ZG) 8,7 olmuşdur. UBX ilə xəstə olan qadınlar arasında ölümlə nəticələnən hissəni %-lə göstərən letallıq əmsalı (LƏ) 37,5% və əhalinin orta ümumi kəmiyyəti içərisində 100000 nəfər əhaliyə görə müəyyən müddət ərzində ölüm hallarını göstətən ümumi ölüm əmsalı (ÜÖƏ) 10,7 olmuşdur.

ÜBX –nin erkən diaqnostikasi çox sadə tədbirlərlə (genikoloji kreslodə baxış , Papanikolau testi və s.) yerinə yetirilə biləcəyinə baxmayaraq xəstələrin ancaq 25,5%-də xəstəliyin I-II mərhələləri təyin edilmişdir.50,0% xəstədə III və 25,5 % xəstədə IV mərhələlər təyin

edilmişdir. Nəticədə 5 illik yaşama göstəricisi xəstələrin 50,0% - də olmuşdur.

\*\*\*

## **MƏKTƏB YAŞLI UŞAQLARDA BRONXİTLƏR ZAMANI QANIN QAZ TƏRKİBİNİN VƏ TURŞU-QƏLƏVI TƏRAZLIĞININ DƏYİŞİKLİKLƏRİ.**

*Y.Q .Məstəliyev, A.Ə. Mehtiyeva, Ə.Q.Paşayev, N.T.Kərimova  
K.Y.Fərəcova adına Elmi Tədqiqat Pediatriya İnstitutu, Bakı ş.*

Bu yaş dövründə bronxitin obstruktiv və astmatik formaları ən çox rast gəlinir və praktikada ciddi patologiya kimi qalmaqdadır.

Məqsəd: bu uşaqlarda qanın qaz tərkibini və turşu qələvi tərzliğini dinamikada öyrənmək olmuşdur.

Bronxitlər zamanı organizmin mübadilə prosesləri pozulur. Ağciyərlərdə qazlar mübadiləsinin pozulması hipoksemiya və hipoksiyaya səbəb olur. Belə vəziyyətdə süd turşusunun, piroüzüm turşusunun və mübadilənin digər aralıq məhsullarının artması ilə anaerob proses sürətlənir. Hüceyrə metabolizminin artması, həmçinin alveolarda qaz mübadiləsinin pozulması (CO<sub>2</sub>-nin ağciyərlər tərəfindən eliminasiyasının pozulması), qanda CO<sub>2</sub>-nin parsial təzyiqinin artması ilə müşayiət olunur.

Müayinəyə 47 bronxitli uşaq cəlb edilmişdir (obstruktiv bronxitlə 23, astmatik bronxitlə 24 uşaq). Qanın qaz tərkibi və turşu qələvi tərzliği “Mikro-astrup ” aparatında yerinə yetirilmişdir. Astmatik bronxitli uşaqda kompensə olunmuş metabolik alkaloz aşkar olunmuşdur (PH 7,45 ± 0,01, pCO<sub>2</sub> 40,0 ± 0,49, BE -4 ± 0,55)

Bu nəticə boğulma tutmalarının ilk 3-4 günlüyündə şöbəyə qəbul olunmuşlarda aşkar edilmişdir. Kompensator metabolik asidoz tənəffüs

alkolozu ilə birlikdə 23 obstruktiv bronxitli xəstədə aşkar olunmuşdur (PH  $7,46 \pm 0,02$ , pC02  $36 \pm 2,2$ , BE  $-2,0 \pm 0,4$ )

Aparılan müayinələr bu dəyişikliklər müəyyən edildikdən sonra patogenetik müalicəni adekvat və düzgün aparmağı tələb edir.

Bronxitli xəstələrdə müalicə nəticəsində göstəriciləri normaya yaxınlaşması müşahidə olunur. Stabilitiyi saxlamaq üçün xəstələr evə yazıldıqdan sonra da organizm tərəfindən oksigenin mənimsənilməsini yaxşılaşdırmaq, hipoksiya qarşı organizmin davamlılığını artırmaq, təkrari epizodların qarşısını almaq məqsədilə farmakoloji preparatların qəbulunu və oksigenoterapiyanı davam etdirmək məsləhət görülür.

\*\*\*

## **РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА ПОЧКИ (МРП)**

*Ф.А. Гулиев, Т.Н. Мусаев, А.М. Али-заде, Ф.Д. Гулиев*  
*Национальный центр онкологии, Баку*

Циторедуктивные операции при МРП в современной онкоурологии с каждым днем приобретают все большую актуальность. По данным различных авторов в определенных случаях после хирургического лечения выживаемость у пациентов с МРП может варьировать от 6 до 36 месяцев.

В период с 2005 по 2011 год в отделении онкоурологии НЦО Азербайджана было прооперировано 39(100%) пациентов с МРП. Всем пациентам до операции проводилось КТ и МРТ. Пациенты с отдаленными метастазами не включены в исследование. У пациентов с раком левой почки в 6(15,4%) случаях выполнена радикальная нефрэктомия с левой гемиколэктомией, в 14(35,9%) случаях нефрэктомия дополнялась спленэктомией и резекцией хвоста

поджелудочной железы, еще в 4(10,2%) случаях выполнена резекция мышц. У пациентов с раком правой почки в 2(5,2%) случаях операция дополнялась резекцией двенадцатиперстной кишки, в 5(12,8%) случаях операция сопровождалась атипичной резекцией печени, в 3(7,7%) случаях резекция нижней полой вены и в 5(12,8%) случаях с правой гемиколэктомией.

В раннем послеоперационном периоде умерло 3(7,7%) больных. У 2(5,2%) пациентов причиной смерти была ТЭЛА, а у 1(2,6%) пациента инфаркт миокарда. У 1(2,6%) пациента постоперационный период осложнился желудочным кровотечением, у 2(5,2%) – пневмонией и у 1(2,6%) пациента наличием поддиафрагмального абсцесса. Еще у 1(2,6%) пациента отмечалось диффузное кровотечение из ложа удаленной почки.

В результате гистологического исследования у 14(35,9%) пациентов установлена стадия pT4N0M0, у 6(15,4%) - pT4N1M0, у 5(12,8%) - pT4N2M0 и остальных 14(35,9%) пациентов – pT3N0M0. У 5(12,8%) пациентов с клинической стадией T3 установлено наличие гистологически верифицированного опухолевого тромба в почечной вене(T3a) и у 3(7,7%) пациентов в нижней полой вене (T3b). Как видно, истинное прорастание установлено у 25(64,1%) пациентов, а у остальных 14(35,95) пациентов выявлено интимное спяние вследствие перифокального воспалительного процесса.

При анализе отдаленных результатов, через 1 год у 1 пациента установлено наличие костных метастазов и у 2 пациентов – наличие множественных метастазов в легких. Локальных рецидивов в течении 1 года наблюдения не выявлено.

Данное исследование демонстрирует незначительность послеоперационных осложнений и хорошие результаты безрецидивной выживаемости. Наш опыт показывает целесообразность выполнения комбинированных операций у пациентов с МРП, учитывая не всегда достоверные результаты

предоперационных обследований и результатов данного исследования.

\*\*\*

## **YUMŞAQ TOXUMA FİBROHİSTİOSİTAR ŞİŞLƏRİNDƏ DEBA-NIN CD31 RESEPTORU İLƏ RESİDİV VƏ METASTAZVERMƏ ARASINDA KORRELYASİON ƏLAQƏNİN TƏDQIQI.**

*S.V. Abdıyeva, H.K.Muradov, E.E.Ibrahimov*  
*Azərbaycan Tibb Universiteti, Bakı ş*

Immunhistokimyəvi müayinə yumşaq toxuma fibrohistiositar şişlərində (YTFHŞ) diaqnozun qoyulmasında müstəsna əhəmiyyətə malikdir. Immunhistokimyəvi müayinə eyni zamanda YTFHŞ-in digər pleomorf hitogenezli şişlərlə differensiasiya edilməsində də mühüm rol oynayır.

YTFHŞ-də təsnifat parametrlərini təkmilləşdirmək, müalicənin nəticələrini yaxşılaşdırmaq və proqnozu müəyyənləşdirmək məqsədi ilə ATU-nun onkoloji klinikasında bizim tərəfimizdən DEBA-nın CD31 reseptoru immunhistokimyəvi olaraq tədqiq edilmişdir. Belə ki, angiogenez prosesinə cəlb edilən və endotelial hüceyrələrin ən həssas reseptoru olan CD31 endotelial hüceyrələrin differensiasiyası zamanı ekspressiya olunan ilk endotelial hüceyrə adheziya molekuludur. Qeyd etməliyik ki, CD31 reseptoru eyni zamanda PECAM-1 (Platelet Endothelial Cell Adhesion Molecule-1) - Endotelial hüceyrələrin adheziya molekuluna lövhəciyi - 1 adı ilə tanınır.

Tədqiqat kontingentimizə A.T.Abbasov adına ŞOD-də və ATU-nun onkoloji klinikasında müayinə və müalicə olunmuş 125 (100%) YTFHŞ ilə olan xəstə, o cümlədən yumşaq toxuma xoşxassəli fibrohistiositar şiş (YTXFHŞ) ilə 21 (16,8%) xəstə və yumşaq toxuma bədxassəli fibrohistiositar şiş (YTBFHŞ) ilə 104 (83,2%) xəstə daxil edilmişdir. Monoklonal zərdabla streptavidin-biotin immunhistokimyəvi



reaksiya (CD31, Endothelial Cell, 0,2/1 ml) («Dako», Fransa) zamanı qiymətləndirmək üçün müsbət reaksiyalı, selektiv rənglənmiş hüceyrələrin 1 mm<sup>2</sup> sahəsindəki sayından (sıxlıq götürücüsindən), eləcə də - «şarti vahid» (ş.v.) sistemindən istifadə edilmişdir. Qeyd etməliyik ki, 1,0 ş.v. - «az»; 2,0 ş.v. - «orta»; 3,0 ş.v. «yükək»; 4,0 ş.v. - «çox yüksək» intensivlik və ya miqdara uyğundur. DEBA-nın CD31 reseptoru qan damarlarının endotelial hüceyrələrində, kiçik diametrlı damarların adventisial hüceyrələrində müəyyən edilir.

Aparığımız tədqiqat nəticəsində DEBA-nın CD31 reseptoru tədqiq edilmiş YTXFHŞ ilə olan 21 xəstədən 14-də (66,7±10,3%) DEBA-nın CD31 reseptorunun çox aşağı səviyyəsi, 7-də (33,3±10,3%) CD31 reseptorunun ekspressiyasının orta səviyyəsini aşkar etdik. DEBA-nın CD31 reseptoru tədqiq edilmiş YTBFHŞ ilə olan 104 xəstədən 53-də (51±4,9%) CD31 reseptorunun yüksək və çox yüksək səviyyəsi, 33 (31,7±4,6%) xəstədə CD31 reseptorunun orta səviyyəsi, 18 (17,3±3,7%) xəstədə isə aşağı səviyyəsi aşkar edilmişdir.

DEBA-nın CD31 reseptorunun ekspressiya səviyyəsi ilə xəstəliyin proqnozu arasında korrelyasion əlaqənin təhlili nəticəsində aşkar edilmişdir ki, CD31 reseptorunun aşağı səviyyəli (1,0 ş.v.) ekspressiyası zamanı prosesin çox erkən involyusiyası, az saylı residivləri baş vermiş, xəstələrin proqnozu isə qənaətbəxşliliyi ilə xarakterizə olunmuşdur. DEBA-nın CD31 reseptorunun göstəricilərinin yüksək və çox yüksək səviyyəsi (3,0 ş.v. və 4,0 ş.v.) zamanı progressiya (residiv və metastazvermə) əlamətləri daha tez-tez baş vermiş və qeyri-qənaətbəxş proqnoz müşahidə edilmişdir.

Müəyyən etdik ki, YTXFHŞ ilə olan 21 xəstədən yalnız 3-də (14,3±7,6%) residiv aşkar edilmiş, metastazlar isə müşahidə edilməmişdir. YTBFHŞ ilə olan xəstələrdə DEBA-nın CD31 reseptorunun ekspressiyasının yükək (3,0-4,0 ş.v.) immunhistokimyəvi səviyyəsi prosesin sonrakı inkişafı (metastaz  $\chi^2=18,6$ ;  $r=0,42$ ;  $p<0,001$  və reidivvermə  $\chi^2=9,43$ ;  $r=0,30$ ;  $p<0,001$ ) ilə düz korrelyasion əlaqədədir.

Beləliklə, tədqiqat nəticəsində alınan götürəcilərə əsasən qeyd edə bilərik ki, DEBA-nın CD31 reseptorunun morfofunksional statusu residiv və metatazvermə əlamətlərini özündə birləşdirən müəqil və vacib proqnostik əhəmiyyətə malik götürəcidir. Məhz buna görə də YTFHŞ-in optimal müalicə taktikasının dəqiqləşdirilməsi zamanı DEBA-nın CD31 reseptorunun təyini məqsədəuyğundur.

**Bu iş Azərbaycan Respublikasının Prezidenti Yanında Elmin İnkişafı Fondunun maliyyə yardımı ilə yerinə yetirilmişdir.  
Qrant № EIF-2011-1(3)-82/45/3**

\*\*\*

## **ЭФФЕКТИВНОСТЬ БЕВАЦИЗУМАБА В КОМБИНАЦИИ С ХИМИОТЕРАПИЕЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДИССЕМИНИРОВАННОГО РАКА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

*Р.С. Зейналов, С.Р. Гиясбейли, Н.Р. Дадашева, Д.А.Гасанзаде ,  
В.С.Ватанха*

*Национальный центр онкологии, Баку*

Опухоли органов билиопанкреатодуоденальной зоны составляют 15% всех злокачественных новообразований желудочно-кишечного тракта и имеют тенденцию к увеличению. Ежегодно в мире регистрируется до 200 тысяч новых случаев заболевания раком поджелудочной железы (РПЖ), из которых до 90% этих больных умирают в течение года после установления диагноза, а 5-летняя выживаемость не превышает 5%. Только 15–20% случаев РПЖ диагностируется на операбельных стадиях. В 80–85% случаев РПЖ диагностируются в далеко зашедшей стадии процесса. Эффективность химиотерапии варьируется в пределах 5–35% с медианой общей выживаемости 5,7–11,0 месяцев.

При диссеминированном процессе – химиотерапия, является единственным методом возможного воздействия, однако из-за низкой чувствительности опухоли стандарта паллиативного лечения РПЖ не существует. В последнее десятилетие повысился интерес к паллиативному лечению диссеминированного РПЖ. Это связано с появлением новых препаратов и подходов к комбинированной химиотерапии, а также с введением новых критериев оценки результатов лечения, учитывающих такие параметры как качество жизни, и клиническую выгоду. Доказано, что химиотерапия увеличивает выживаемость и улучшает качество жизни больных по сравнению с наилучшей симптоматической терапией. В настоящее время химиотерапия обладает наибольшим потенциалом в паллиативном лечении диссеминированного РПЖ, одновременно воздействуя на опухоль и качество жизни больных. Максимальная эффективность химиотерапии достигается при использовании гемцитабина, который является препаратом I линии при этом заболевании.

Нами проведено исследование эффективности комбинации Бевацизумаба с Гемцитабином и Оксалиплатином у больных с диссеминированным РПЖ. Режимы схем химиотерапии приведены в таблице 1. Всем больным проведено не менее 6 циклов химиотерапии.

Таблица 1

Схема ХТ	Количество больных	Дозы мг/м <sup>2</sup>	Дни введения	Интервал между циклами
Гемцитабин Бевацизумаб	22	1000 10 мг/кг	1,8,15 1,15	2 недели
Гемцитабин Оксалиплатин Бевацизумаб	23	1000 100 10 мг/кг	1,15 2,16 1,15	2 недели

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

Схема ХТ	Количество больных	Частота объективных эффектов %	Медиана безрецидивной выживаемости (мес.)
Гемцитабин Бевацизумаб	22	31,8	8,8
Гемцитабин Оксалиплатин Бевацизумаб	29	39,1	12,3

Как следует из полученных результатов, эффективность комбинаций Бевацизумаба с Гемцитабином и Гемцитабином/Оксалиплатином составила 31,8% и 39,1% (полный и частичный регресс опухоли). Медианы безрецидивной выживаемости в обеих группах были – 8,8 мес. и 12,3 мес. соответственно.

Токсический профиль исследуемых комбинаций (осложнения III-V степени) характеризовался нейтропенией (7%), тромбозами (6%), тромбоцитопенией (5%), развитием артериальной гипертензии (9%) и протеинурией (2%).

\*\*\*

## TİMOZİN-ALFA1-in ANTİBAKTERİAL VƏ VİRUS ƏLEYHİNƏ TƏSİR XÜSUSİYYƏTLƏRİNİN ÖYRƏNİLMƏSİ

*S.M.Səfərova*

*N.Tusi adına Klinika. Bakı ş.*

Tədqiqatın məqsədi Tα1-in virusların reproduksiyasını və geniş yayılmış bakteriyaların çoxalmasını həm in vitro, həm də in vivo

tormozlamaq qabiliyyətinin; eləcə də sağlam, o cümlədən B və C virus hepatitli xəstələrə yeridilməsi zamanı preparatın bu xüsusiyyətlərinin əsas realizasiya mexanizmlərinin müəyyən edilməsi və kəmiyyətcə dəyərləndirilməsi; həmçinin geniş yayılmış virus və bakterial mənşəli xəstəliklərin müalicə proqramlarına Tα1-in əlavə edilməsinin məqsədəuyğunluğunun qiymətləndirilməsi idi.

Tədqiqatı apararaq aşağıdakı nəticələrə gəldik:

Timozin-alfal (Tα1) *St.aureus* və *Ps.aeruginosa*-ya qarşı birbaşa antibakterial aktivlik təzahür etdirməmiş, həmçinin bu bakteriyaların bulyon kulturalarında onun mövcudluğu həmin bakteriyaların süni maye qidalı mühitlərdə çoxalmasına nəzərəcarpacaq tormozlayıcı təsir göstərməmişdir. Eyni zamanda siçanlarda bu bakteriyalarla törədilmiş infeksiyalar zamanı Tα1-in parenteral yeridilməsi zamanı bu preparatın həmin infeksiyaların inkişafına cüzi ləngidici qabiliyyəti aşkar edilmişdir.

Elə bu bakteriyalarla törədilmiş və infeksiyanın inkişaf etdiyi siçanlara Tα1-in uyğun antibiotiklərlə kombinasiyada parenteral yeridilməsi zamanı siçanlarda göstərilən ekperimental bakterial infeksiyaların müalicəsindən əldə edilən effektivliyin əhəmiyyətli dərəcədə yüksəlməsi qeyd edilmişdir. Bu da həm qram-müsbət, həm də qram-mənfi bakteriyalara qarşı antibiotiklərin bakteriya əleyhinə aktivliyini Tα1-in yüksəltmək qabiliyyətini göstərmişdir.

Xronik gedişli bakterial xəstəliklər, xüsusən də xronik piodermiyalı və urogenital xlamidiozlu xəstələrin kompleks etiotrop müalicə proqramlarına Tα1-in daxil edilməsi, bu xəstələrin Tα1 daxil edilməmiş müalicə proqramları ilə müqayisədə müalicə nəticələrinin nəzərəcarpacaq dərəcədə yaxşılaşmasını təmin etmişdir.

İnsanın sadə herpes virusu (SHV) ilə kontaminasiya olunmuş, in vitro kultivasiya olunan hüceyrə sistemlərinə yeridilmiş Tα1, bu kulturada hüceyrələrin destruksiya fokuslarının azalması və kultural mühitdə virus DNT-nin konsentrasiyasının stabilizasiyası formasında həmin virusun reproduksiya prosesinin ləngiməsini təmin etmişdir. Təzahürünə görə Tα1-

in bu təsiri insanın alfa-interferon preparatının analogi təsirindən geri qalmamışdır.

SHV-la törədilmiş və infeksiyanın inkişaf etdiyi siçanlara Tα1-in parenteral yeridilməsi isə, nəinki yoluxdurulmuş siçanların ölüm faizinin azalması, həmçinin müalicəsində asiklovir istifadə edilən elə bu infeksiyalı siçanlarla müqayisədə yaşama müddətinin yüksəlməsi şəklində nəzərəçarpan terapevtik effekti təmin etmişdir.

Residivləşən herpetik infeksiyalı xəstələrin kompleks etiotrop müalicə proqramlarına Tα1-in əlavə edilməsi bu xəstələrin müalicəsindən əldə edilən effektivliyin nəzərəçarpan dərəcədə yüksəlməsini təmin etmişdir. Həmçinin onun xronik B və C hepatitli xəstələrin virus əleyhinə müalicə proqramlarında istifadəsi xəstələrin bu kontingentinin müalicəsinin həm bilavasitə, həm də uzaq nəticələrinin yaxşılaşmasına səbəb olmuşdur.

Eksperimental bakterial və virus infeksiyalı siçanlara Tα1-in yeridilməsi həmin infeksiyaların anadangəlmə immunitetin bəzi göstəricilərinə supressiv təsirini hiss ediləcək dərəcədə azaltmağa imkan vermişdir. Bu da göstərmişdir ki, Tα1-in infeksiya əleyhinə rezistentliyin immunoloji şərtlənmiş mexanizmlərinə nəzərəçarpan stimüləedici xüsusiyyəti ilə əlaqədar olan müalicəvi effekti virus infeksiyalarına qarşı hissəvi, bakterial infeksiyalar zamanı isə bütünlüklə təzahür olunur.

\*\*\*

## **ЙУМУРТАЛЫГ НЕОПЛАЗМАЛАРЫНДА МИТОТИК РЕЪИМИН ТЯДГИГИ.**

*Н.В. Гасымов., Ш.К. Мурадов., С.Р. Мурадова  
Azərbaycan Tibb Universiteti, Bakı ş*

Тядгигатымыза морфолоџи диагностиканын чох мцщцм бир истигамятини, шиш щцжейряляринин митотик реъиминин

юйрянилмясини дахил етмишик. Тядгигат обьектляри вя митотик реьим кямиййтляри чох олдуьу цццн биз йалныз щцжейрялярин бцццн популуйасында бюлцнян щцжейрялярин фаиз нисбятини, йяни, митотик активлийи эюстярян митоз индексини вя цмуми митозларын ичиндяки патолоьи митозларын фаиз нисбятини тядгиг етмишик.

Апарылан тядгигаьларла ашкар едилмишдир ки, нормада овоситляр ади митотик активлик иля характеристиза олунмушлар. Профаза вя метафаза фазаларында даща чох биринжиляр цстццццк тяшкил едирляр, патолоьи митозлар аздыр.

Йумурталыглырын сероз кисталары заманы тядгигатларымызда митотик активлийин нисбятян йцксялдийини гейд етмишик, щямчинин щцжейрялярин яксярийяти метафаза фазасындадыр, патолоьи митозларын мигдарынын артмасы мцяййян едилир.

Йумурталыгларын щцдуди системаденомалары заманы митотик реьимин даща кяскин позьунлуьу гейдя алыныр ки, бу да метафаза мярщялясиндя олан щцжейрялярин мигдарынын артмасы, патолоьи митозлу щцжейряляря даща чох тьсадцф едилмяси, онларын мцхтялиф нювляринин мцяййян едилмяси, анеуплоидийанын мейдана чыхмасы, бюлцнмя зоналарынын эенишлянмяси иля характеристиза олунур.

Йумурталыгларын бядхассяли неоплазмалары ися метафазанын диэяр мярщяляляря мцгайисядя цстццццк тяшкил етдийи, патолоьи митозларын мигдарынын кяскин артмасы, мцхтялиф митотик активлик дяряжяси, анеуплоидийа, 4, 8, 16, 24 вя даща артыг плоидликли щцжейряляря характеристиза олунурлар.

Гейдя алынан митотик реьим позьунлуглары малигнизасийанын еркян диагностикасы вя шишюнц, щямчинин, бядхассяли шишлярин гиймятляндирилмяси цццн мцщцм ящямийят кясб едир. Беля ки, митотик реьимин даща кяскин вя аьыр позьунлуглары (ашаьы дифференсиасийалы аденокарсиномалар вя

дифференся олунмайан карсиномалар) гейри – гянаятбяхш прогнозла нятижялянмишдир.

Митотик реџим ганунауйьунлугларынын йумурталыг неоплазмаларында тятгиги шиш щцжейряляринин кинетик популйасийасынын яасландырылма механизмляринин изащында ящямийят кясб едир. Яэяр шиш щцжейряляринин популйасийасыны бюлцнмя нюгтейи нязяриндян изащ етсаяк, гейд едя билярик ки, митотик сиклдян чыхмыш щцжейряляр йа сонракы дифференсиасийа мярщялясиня кечир, йа митоз дюврцня гядям гойур, йа пролиферасийа едир, йа да сцкунятдя галыр. Беяликля, бу неоплазмаларда щцжейря популйасийалары 3 група бюлцнцр вя бири-бири иля сых ялагядя олурлар: дифференся олунмайан, бюлцнмяйян щцжейряляр, дифференся олунмайан пролифератив щцжейряляр вя дифференся етмиш, пролиферасийа етмяйян щцжейряляр.

\*\*\*

## **MİLLİ ONKOLOGİYA MƏRKƏZİNDƏ MÜALİCƏ OLUNMUŞ MİKSOİD LIPOSARKOMA XƏSTƏLƏRİNİN QISA MÜDDƏTLİ TƏQİB NƏTİCƏLƏRİ.**

*Ə.H.İsayev*

*Milli Onkologiya Mərkəzi, Bakı ş.*

Yağ toxumasından meydana gələn törəmələr çox hallarda xoş xassəli törəmələrdir. Lakin bəzi hallarda yağ toxumasının bəd xassəli törəmələrinə də rast gəlinir. Əgər yağ toxumasından meydana gəlmiş düşünlən törəmə dərin yerləşimli, nodulyar görünəndə, iri həcmli və yaxud da ətraf toxumalarla yapışmış yəni kapsulasız isə onların bəd xassəli potensial daşıdıqlarından şübhələnmək lazım gəlməkdədir.



Liposarkomalar bəd xassəli fibroz histiositomalardan sonra yumuşaq toxumanın ikinci ən çox təsadüf edilən törəməsidirlər. Bu törəmələr ən çox aşağı ətraflarda ortaya çıxmaqdadırlar. Liposarkomaların ikinci ən çox görüldüyü yer isə retroperitondur. Histogenezləri hələlik məlum olmamaqla birlikdə, primitiv mezenximal hüceyrələrdən meydana gəldikləri hal hazırda qəbul edilən əsas teoriyadır.

Liposarkomaların ən çox ortaya çıxdıqları dövr 40-60 yaşları arası dövrüdür. Kişilərdə qadınlara görə daha sıx rast gəlinməkdədir. Retroperitoneal liposarkomalar isə əksinə qadınlarda daha çox ortaya çıxmaqdadır. Liposarkomalarda kliniki olaraq ən çox görülən simptom ağrısız yavaş böyüyən, dərinə yerləşmiş, sərhəddəri bilinməyən, bir çox hallarda sürətli böyümə göstərən yumuşaq toxuma törəməsinin olmasıdır. Liposarkomalar Dünya Səhiyyə Təşkilatının klassifikasiyasına əsasən yüksək differensiasiya olunmuş (atipik lipomatoz), miksoid, yuvarlaq hüceyrəli, pleomorfik və dedifferensiasiyalı tip olmaq üzrə 5 qrupa ayrılmışdır. Ancaq son illərdəki sitogenetik araşdırmalar nəticəsində yüksək differensiasialı tip ilə dedifferensiasialı tip, miksoid tip ilə də yuvarlaq hüceyrəli tip birləşdirilmiş və tək başlıq altında toplanmışdır. Beləliklə də liposarkomalar 3 qrupaya ayrılmış olmaqdadır. Literaturada ən çox rast gəlinən subqruppa yüksək differensiasialı tip, ikinci ən çox rastlanan subqruppa miksoid tip, ən az təsadüf edilən isə pleomorfik tipdir.

Miksoid liposarkomalar bir sıra xüsusiyyətləri ilə digər subqruppalardan fərqlənməkdədir. Belə ki, miksoid liposarkomalar nisbətən gənc yaşlarda ortaya çıxmaqda, digərlərindən fərqli olaraq metastazlarını bir çox halda retroperitona və digər ekstrapulmonar yumuşaq toxumalara verməkdədir. Bir başqa fərq isə bu törəmələr radyoterapiya və kimyaterapiyaya digərlərindən daha yaxşı cavab vermələridir. Literaturaya əsasən miksoid liposarkomalarda limfogen yayılım çox nadir hallarda olmaqdadır.

Liposarkomalarda nüxs (residiv) olduqca sıx olmaqdadır. Literaturada 10 illik təqib nəticələrinə baxıldıqda miksoid

liposarkomalarda lokal nüxs %16-22, uzaq metastaz isə %5-22 arasında dəyişməkdədir. Liposarkomalarda klassik olaraq nüxs postoperativ ilk 6 ayda ortaya çıxarkən, miksoid tiptə bu hadisə daha çox 6 aydan sonra olmaqdadır.

2009-2013 tarixləri arasında Milli Onkologiya Mərkəzində Miksoid Liposarkoma diaqnozu aldıqdan sonra cərrahi əməliyyat, kimyaterapiya və radyoterapiya ilə kombinasiya olunmuş müalicə olunmuş 13 xəstənin qısa müddətli təqibi gözdən keçirildi. Xəstələrin ortalama təqib müddəti 32 ay idi. 13 xəstədən 8-i kişi, 5-i qadın olmuşdur. Yaş ortalaması 49 yaş (44-67 ) olan xəstələrdə patohistoloji diaqnoz Stout klassifikasiyasına görə 9 yüksək differensiasiya olunmuş forma, 4 aşağı differensiasiya olunmuş forma olmuşdur. Təqib edilən qrupdakı bütün xəstələrdə şişin lokalizasiyası aşağı ətraflarda idi. Bu xəstələrdən sol inkuinal lokalizasiyalı aşağı differensiasiyalı miksoid liposarkoma diaqnozu qoyulmuş 65 yaşında bir qadın xəstədə cərrahi əməliyyatdan 14 ay sonra qarın və bel nahiyəsində metastaz ortaya çıxmışdır. Bu metastatik törəmələr patohistoloji olaraq ana törəmə ilə eyni xarakterə malik olmuş və müalicəsi geniş rezeksiona əlavə olunmuş radyoterapiyadan ibarət olmuşdur. Həmin xəstədə cərrahi əməliyyatdan 26 ay sonra hər iki ağciyərdə hematogen metastazlar ortaya çıxmış və xəstə hal hazırda kimyaterapiya müalicəsi olunmaqdadır. Digər 12 xəstədə ağciyər metastazına rast gəlinməmişdir. Xəstələrdə İSOLS skorumu cədvəlinə əsasən günlük yaşam komfortu və funksional problemlər dəyərləndirilmişdir.

7 xəstədə qreft nahiyəsində hissiyat qüsuru, 2 xəstədə əməliyyat nahiyəsinin ətrafında yarıcı tərzdə davamlı olmayan ağrı, 10 xəstədə xəstə ayaqda obyektiv olmayan yorğunluq hissi qeyd olunmuşdur. Bu şikayətlər xəstələrin günlük yaşam komfortunu pozmamışdı. Heç bir xəstədə axsama şikayəti olmamışdır. Bu funksional nəticələr İSOLS bal sistemində əsasən 86 olaraq qiymətləndirilmiş və bu nəticə qənaətbəxş hesab olunmuşdur.

Xəstələrə rutin kontrollarında əməliyyat nəhiyyəsinin lokal nuks nöqtəyi nəzərindən ultrasəs muayinəsi aparılmışdır. Heç bir xəstədə yerli təkrarlama aşkar olunmamışdır.

## **AZƏRBAYCANDA TALASSEMİYALI XƏSTƏLƏRİN ELEKTRON REQİSTRİNİN YARADILMASI HAQQINDA**

*A.Ə.Kərimov, T.Ə.Məmmədova, X.A. Dadaşova ,  
Z.K Mirzoyeva, N.R. Əliyeva  
B.Eyvazov adına Elmi-Tədqiqat Hematologiya  
və Transfuziologiya İnstitutu,  
Respublika Talassemiya Mərkəzi, Bakı ş.*

Talassemiyalı və hemoqlobinopatiyaların müxtəlif formalarında olan xəstələrin diaqnostikası və müalicəsi Azərbaycanın ən aktual tibbi-sosial problemlərindən biridir. Respublika ərazisində yaşayan talassemiyalı və digər hemoqlobinopatiyalı xəstələr haqqında məlumatlar çox müxtəlifdir və hələ də sistemləşdirilməmişdir. Vahid şəkllə salınmış reqistrin yaradılması zərurəti qeyd edilən xəstələr kateqoriyasının dispanserizasiyasının vacibliyi ilə şərtləndirilir ki, bu da diaqnostikanın, dinamik müşahidənin, kliniki-laborator müayinələrin vaxtılı- vaxtında və sistemləşdirilmiş şəkildə keçirilməsi və beynəlxalq protokollara müvafiq müalicənin aparılması (analizlər, müayinələr, köçürülən eritrositar kütlənin, lazımi həcmi, xelatorların təyini və s.), xəstələrə göstərilən tibbi və sosial yardımın keyfiyyət meyarlarının, xəstəliyin sürəkliliyinin müəyyən edilməsi, xəstəliyin kompensasiyasının qiymətləndirilməsi, hemotransfuziyalar və xelator terapiyası ilə əlaqədar ağırlaşmalar, yanaşı

xəstəliklərin qeydə alınması üçün olduqca vacibdir. Reqistrin məqsədi tibbi sosial məlumatların sistemləşdirilməsi vasitəsilə talassemiyalı və hemoqlobinopatiyalı xəstələrə göstərilən tibbi yardımın keyfiyyətini yaxşılaşdırmaqdan ibarətdir. Qarşıya qoyulmuş məqsədə nail olmaq üçün Bakı şəhərində və respublikanın 60 rayonunda qeydiyyatda olan və yeni müraciət edən irsi anemiyalı xəstələr müayinədən keçirilmişdir. İnformasiya mənbəyi kimi anketlər, ambulator kartalar, xəstəlik tarixlərindən də istifadə edilmişdir. Elektron baza xəstəliklərin ağır, orta ağırlıqlı və yüngül formaları haqqında məlumatları özündə toplamışdır. Kliniki təzahürü olmayan heteroziqot talassemiyalı gen daşıyıcıları ayrıca qeydə alınmışdır.

Elektron kartada aşağıdakı bölmələr əks edilmişdir: S.A.A., doğum tarixi, cins, boy, çəki, qan qrupu, qeydiyyatda olduğu ünvan, yaşadığı yerin ünvanı telefon nömrəsi (ev, iş, mobil), poliklinika (qeydiyyat yerinə görə, yaşayış yerinə görə), əsas diaqnoz (harada və kim tərəfindən qoyulmuşdur, tarix), ilkin (harada və kim tərəfindən qoyulmuşdur, tarix), göndərən idarənin diaqnozu (harada və kim tərəfindən qoyulmuşdur, tarix), ağırlaşmalar (kim tərəfindən qoyulmuşdur, tarix), müayinələr: mütəxəssislər (hematoloq, pediatr, qastroenteroloq, kardioloq, psixoloq, endokrinoloq, stomatoloq və s.), əlillik ( əgər varsa ), paraklinik müayinələr (rentgen, USM, MRT, EKG və s. ). Laborator analizlər ( hemoqramma, Hb fraksiyaları, biokimyəvi müayinələr – ferritin, ALT, AST, hemotransmissiv infeksiyalar və s.). Xəstələrə müntəzəm aparılan laborator analizlər haqqında məlumat “Akgün yazılım” proqramında qeydə alınaraq ayrıca istifadə edilir və hələlik ümumi reqistrə daxil edilməmişdir. Müalicə: hemotransfuziya ( tarix, miqdarı – vahid, ml, müəssisə, həkim, reaksiya və ağırlaşmalar ), xelator terapiyası ( tarix, preparatın adı, doza, aylıq norma, kombinə edilmiş terapiyanın və infuziyaların tətbiqi , elektron pompa – nasosun olması ), splenektomiya ( tarix, müəssisə, həkim) , vaksinasıya ( tarix, doza ).

Azərbaycanda hemoqlobinopatiyaların müxtəlif formaları ilə cəmi 2760 xəstə qeydiyyata götürülmüşdür. Bunların arasında böyük beta-

talassemialı xəstə 1151, ara formalı beta-talassemiyalı xəstə 324, alfa-talassemiyalı (HbH) 115, oraqvari hüceyrə xəstəliyi 238, kiçik beta-talassemiyalı xəstə 923 nəfər təşkil etmişdir. 9 nəfər anomal D, C, E hemoqlobini ilə olan xəstə qeydə alınmışdır. Bunların arasında kişilər 1716, qadınlar 1044 nəfər olmuşdur. Şəhər əhalisi - 33,2%, kənd – 76,8% təşkil etmişdir ki, bu da erməni aqresiyası ilə əlaqədar əhəlinin miqrasiyası nəticəsində müəyyən dərəcədə şərti xarakter daşıyır.

Böyük və aralıq beta –talassemiyalı xəstələrin yaşı 4 aylıqdan 60 yaş arasında tərəddüd etmişdir. Böyük beta –talassemiyalı xəstələr arasında 1 yaşa kimi 13 nəfər, 1 – 5 yaş həddində - 294, 6 – 17 yaş həddində - 510, 18 – 29 yaş həddində - 248, 30 yaşdan yuxarı 86 nəfər qeyd olunmuşdur. Beta –talassemiyanın ara formalı xəstələri arasında 1 – 5 yaş həddində - 37, 6 – 17 yaş həddində - 88, 18 – 29 yaş həddində - 117, 30 yaşdan yuxarı 82 nəfər qeyd olunmuşdur

2012-ci il ərzində Talassemiya Mərkəzində müalicə alan 670 xəstəyə cəmi 11151 vahid ertrosit kütləsi köçürülmüşdür (3191620 ml). 507 xəstə hemotransfuziyaları müntəzəm almışdır və bunların bir hissəsi hipertransfuzion rejimdə olmuşdur. Hipertransfuzion rejimdə olan 1 xəstəyə orta hesabla 360ml/kq qan köçürülmüşdür, Hb 90q/l-dən 130q/l-ə qalxmışdır. Xelator müalicəsini cəmi 530 xəstə almışdır, bunlardan desferioksamin – 144, desferioksamin + deferasiroks - 21, desferioksamin + deferipron – 109, deferasiroks – 177, deferipron – 79. Alınmış məlumatların analizi göstərir ki, xəstələrin xeyli hissəsində hemotransfuziya və xelator terapiyası ilə əlaqədar bu və ya digər ağırlaşmalar meydana çıxmışdır.

Talassemiyalı xəstələrin elektron reqistrinin məlumatları 31. 12.12 il tarixdə olan informasiyaya görə tərtib edilmişdir və yaradılmış baza respublikada bu xəstəliyin strukturasının təsvirini hələ tam şəkildə vermir.

\*\*\*

# QARIN BOŞLUĞU VƏ KİÇİK ÇANAQ ÜZVLƏRİNİN BƏD VƏ XOŞ XASSƏLİ ŞİŞLƏRİNİN BİRMOMENTLİ KOMBİNƏOLUNMUŞ CƏRRAHİ MÜDAXİLƏ

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

Çox zaman qarın boşluğu və kiçik çanaq üzvlərinin bəd və xoş xassəli şişlərinin sinxron olaraq, bir-birindən asılı olmayaraq mövcudluğuna rast gəlinir. Əlbəttə ki, 90%-dən yuxarı qadınlarda, qalan faizi isə kişilərdə rast gəlinir. Əgər qadınlarda daxili cinsiyyət üzvlərinin şişləri təyin edilsə, kişilərdə sidik kisəsi, prostat və sairə üzvlərdə təyin edilir.

**Tədqiqatın məqsədi:** Kliniki-laborator, USM, KT, MRT müayinələri əsasında qarın və kiçik çanaq boşluqlarının üzvlərində cərrahi patologiyanın aşkar edilməsi və bu xəstələrdə cərrahi müdaxilənin birmomentli edilməsinin effektivliyinin öyrənilməsi olmuşdur.

**Material və metodlar.** Milli Onkologiya Mərkəzinin torako-abdominal şöbəsində 2005-2012-ci illərdə 173 xəstə müayinədən keçmişdir. Xəstələrin yaşı 28-82 arası olub. Kişilər – 86, qadınlar – 87. Xəstələrin bölüşdürülməsi belə olub: mədə xərçəngi və qaraciyərin şişi – 17, mədə xərçəngi və uşaqlıq mioması – 12, yoğun bağırsağ xərçəngi və qaraciyər şişi – 13, yoğun bağırsağ xərçəngi və sidik kisəsi xəstəliyi – 11, yoğun bağırsağ xərçəngi və qaraciyərin, dalağın kistası – 8, yoğun bağırsağ xərçəngi və yumurtalığın kistoması – 7, yoğun bağırsağın xərçəngi və uşaqlığın mioması – 9, yoğun bağırsağ xərçəngi və böyrək şişləri – 3, mədə xərçəngi və öd kisəsi daşları – 21, yoğun bağırsağ şişləri və kalkulyozlu xolesistit – 23, yoğun bağırsağ və nazik bağırsağ şişləri – 9 xəstə olub.

**Alınmış nəticələrin müzakirəsi.** 173 xəstədə birmomentli cərrahi əməliyyatlar aşağıdakı həcmdə olub: qastrektomiya və xolesisektomiya – 21, mədə rezeksiyası və uşaqlığın artımlanlı birgə amputasiyası – 12, sağ tərəfli hemikolektomiya və sistolitotomiya – 11, sol tərəfli

hemikolektomiya və yumurtalıqların müxtəlif kistektomiyaları – 7, köndələn çənbərbağirsəğın rezeksiyası və xolesistektomiya – 23, yoğun bağırsəğın rezeksiyası və qaraciyərin rezeksiyası – 7, köndələn çənbərbağirsəğın rezeksiyası və qaraciyərin rezeksiyası – 6, düz bağırsəğın ön rezeksiyası və prostat vəzin şişinə görə episistoma.

Bu xəstələrdə cərrahi əməliyyatlardan sonra müxtəlif fəsadlar qeyd edilmişdir. Belə ki, yaranın ikincili sağalması (18), qanaxma (9) xəstədə baş vermiş və vaxtında bu fəsadlar korreksiya edilərək xəstələr kafi vəziyyətdə evə yazılıb.

Nəticə. Xəstələrdə qarın boşluğu və kiçik çanaq boşluğu üzvlərində xəstəlik aşkar edildiklə onlara birmomentli kombinəolunmuş cərrahi əməliyyat aparılması məqsəduyğun hesab edilir.

\*\*\*

## **BÖYRƏK XƏRÇƏNGİNİN CƏRRAHİ MÜALİCƏSİNDƏ ÜZVSAXLAYICI ƏMƏLİYYAT NÖVLƏRİ**

*E.C.Qasimov*

*Azərbaycan Tibb Universiteti. Bakı ş.*

Hal-hazırda böyrək xərçənginin müalicəsi aktual problem olaraq qalmaqdadır. Problemin aktuallığı isə xəstəliyin kilinik gedişindən və lokal residivlərin əmələ gəlməsindən ibarət olmuşdur. Adı çəkilən patologiyanın müalicəsində əsas yeri cərrahi üsul tutur. Konservativ köməkçi müalicə üsulları kimyəvi, hormonal və ummunoterapiya xəstəliyin müalicəsində az effektiv sayılmalarda prosesin T3-T4 mərhələlərində 10% hallarda xəstələrin yaşama qabiliyyətinin uzadılmasına səbəb olduğu bəzi ədəbiyyatlarda qeyd edilmişdir. Böyrək xərçənginin müalicəsində əvvəllər onkouroloqların

qarşısında duran əsas məqsəd törəməni aşkar etmək və bununlada nefrektomiya əməliyyatını icra etmək olmuşdur. Hazırkı dövrdə isə yeni tibbi avadanlıqların kəşfi, ixtisaslı mütəxəsislərin yetişməsi hesabına bu fikir tam dəyişilmişdir. Ona görə də bu sahədə elmi tədqiqat işlərinin aparılmasına böyük ehtiyac duyulmuşdur. Apardığımız tədqiqat işinin məqsədi müasir şüa müayinə metodlarından ayrıca və kompleks şəkildə istifadə etməklə böyrək toxumasında törəmənin yerləşməsinə, ölçüsünü və invaziya dərəcəsini dəqiq müəyyənləşdirmək, bununlada orqanın saxlanması və götrülməsi qərarının verilməsinə əsaslanmışdır. Tədqiqat işi Azərbaycan Tibb Universitetinin urologiya kafedrasının akademik M.Ə. Mirqasimov adına Respublika Klinik xəstəxanasının və M.N. Qədirli adına Hövzə xəstəxanasının nəzdində olan bazasında aparılmışdır. Tədqiqat işi qarşısında qoyulan məqsəd və vəzifələri yerinə yetirmək üçün 2006-2013-cü illərdə böyrək xərçəngi diaqnozu qoyulmuş, müayinə və müalicə olunmuş 170 xəstə üzərində aparılmışdır. Müşahidəmizdə törəmənin yerləşməsindən, inkişaf istiqamətindən və invaziya dərəcəsindən asılı olaraq 170 xəstənin 37(21,7%) -də orqansaxlayıcı əməliyyat aparılmışdır. Orqansaxlayıcı əməliyyat olunan xəstələrin 17(45,9%) kişi, 20(54,1%) qadın olmuşdur. Törəmə 11 xəstədə böyrək toxumasının yuxarı qütbündə, 7 xəstədə orta qütbə, 19 xəstədə aşağı qütbə yerləşmiş, 26(70,1%) xəstədə törəmə ekstrarenal, 11(29,9%) xəstədə isə intrenal inkişaf etsədə kiçik ölçülü olub dərin qatlara infiltrasiya etməmişdir. Şiş toxumasının ölçüsü 24 xəstədə 2,5-4,0sm, 13 xəstədə 4,0-7,0sm olmuşdur. Orqansaxlayıcı əməliyyat olunan xəstələrin 20(11,2%) -də böyrək toxumasının rezeksiyası (sağ-13, sol-7), 10(5,8%) xəstədə törəmənin enikleasiyası (sağ-3, sol-7), 7(4,1%) xəstədə enykleorezeksiya (sağ-4, sol-3) əməliyyatı icra olunmuşdur. Böyrək xərçənginə görə orqansaxlayıcı əməliyyat qərarının verilməsində törəmənin yerləşməsinin böyük əhəmiyyəti olmuşdur. Müşahidəmizdə şiş toxumasının hansı seqmentdə yerləşməsi, onun həmin seqmentin üst və alt hissəsində, böyrək daxilinə və xaricinə inkişaf etməsi, kasa-ləyən sisteminə münasibəti orqansaxlayıcı əməliyyatın aparılmasında önəmli olduğu üçün əməliyyatdan əvvəl qeyri-



invaziv ultrasəs müayinəsinə əsasən bu nüanslar dəqiq müəyyən edilmişdir. Bəzi hallarda isə diaqnozu dəqiqləşdirmək məqsədilə digər şüa müayinə metodlarından kompleks şəkildə istifadə olunmuşdur. Orqansaxlayıcı əməliyyat növünün seçilməsində prosesin invaziya dərəcəsinin də mühüm rolu olduğu üçün əməliyyatdan əvvəl onun təyininə xüsusi əhəmiyyət kəsb etmişdir.

### **Orqansaxlayıcı əməliyyat olunan xəstələrin TNM sisteminə görə qruplaşdırılması**

Xəstəliyin mərhələsi	Xəstələrin sayı	
	Mütləq	Nisbi
1.T1N0M0	10	27,1%
2.T1aN0M0	6	16,2%
3.T1bN0M0	2	5,4%
4.T2N0M0	19	51,3%
Cəmi:	37	100%

### **Böyrək xərçənginə görə aparılmış orqansaxlayıcı əməliyyatın növləri**

Əməliyyatın növləri	Xəstələrin sayı	
	Mütləq	Nisbi
1.Rezeksiya	20	54,1%
2.Enykleorezeksiya	7	18,9%
3.Enykleasiya	10	27,0%
Cəmi:	37	100%

Əməliyyatdan sonra bütün xəstələrdə makropreparatın patohistoloji müayinəsi aparılmışdır. Patohistoloji cavab: 1. Hipernefroid tipli xərçəng-

12(32,4%) bunlardan G1-4,G2-2,G3-3,GX-3, 2.Şəffaf hüceyrəli xərçəng-11(29,7%) bunlardan G1-5,G2-2,G3-2,GX-2, 3.Adenokarsinoma-7(18,9%) G1-2,G2-2,G3-2,GX-1, 4.Bazofil hüceyrəli xərçəng-3(10,9%) G1-2,GX-1, 5.Angiomioliposarkoma-4(10,9%) G1-2,G2-1,G3-1.

Beləliklə apardığımız tədqiqat işimizin nəticəsinə əsasən böyrək xərçənginə görə orqansaxlayıcı əməliyyatların tətbiqi texniki şərait və göstəriş olan T1-T2mərhələli bütün xəstələrdə mümkün olmuşdur.Böyrək xərçənginin müalicə planının tərtibi və əldə olan nəticələrin səmərəliliyi xəstəliyin diaqnozunu onun inkişafının erkən mərhələdə qoyulmasından,radikal müalicə növünün düzgün seçilməsindən və əməliyyatı aparan cərrahın peşəkarlığından,təcrübəsindən asılı olmuşdur.

\*\*\*

## **NAXÇIVAN MUXTAR RESPUBLİKASINDA QIDA BORUSU XƏRÇƏNGİ İLƏ XƏSTƏLƏNMƏ VƏ ÖLÜMÜN BƏZİ STATİSTİK GÖSTƏRİCİLƏRİ.**

*A.R.Əbdürrəhimov, F.A Mərdanlı, E.B. Mansurov  
Milli onkologiya mərkəzi, Bakı ş.*

Qida borusu xərçəngi (QBX) müasir Azərbaycan onkologiyasının ciddi problemlərindən biri olub , burada tibbi , ictimai , bioloji , demoqrafik və s. məsələlər cəmləşmişdir.Belə ki , QBX Azərbaycan Respublikasında hər iki cinsdən olan insanlar arasında 2011– ci ildə rast gəlinən bəd xassəli şişlər arasında yayılmasına görə ilk beşliyə daxil olaraq dördüncü yerdə durub (8,4%) – birinci yerdə süd vəzi xərçəngi (33,0%), ikinci yerdə mədə xərçəngi (22,8%) , üçüncü yerdə ağ ciyər xərçəngi (24,6%) və beşinci yerdə bəd xassəli limfomalar(8,1%) olub. Həmdə QBX ilə xəstələnlərin sayı mütləq rəqəmlərlə artmaqda davam edir – bu göstərici 2011- ci ildə

2008-ci ilə nisbətən 8,9% artıb. Bu geyd olunanlara istinadən Naxçıvan Muxtar Respublikasında (NMX) QBX ilə xəstələnmə və ölümün bəzi statistik göstəricilərini qadınlar və kişilər arasında öyrənmişik.

1. Ekstensivlik göstəricisi :- bütün bəd xassəli şişlərlə xəstə olan kişilər və qadınlar arasında müvafiq olaraq 2,0 % və 2,2 % olmuşdur.
2. İntensivlik göstəricisi :- hər 100000 nəfər kişi və qadın arasında bərabər olmaqla 1,4 olmuşdur.
3. Zədələnmə göstəricisi :- bütün qeydiyyatda olan kişi və qadın cinsli QBX olan xəstələrin hər 100000 nəfər kişi və qadın arasında yayılmasını göstərən müvafiq olaraq 1,4 və 0,9 olmuşdur.
4. Ümumi ölüm əmsalı :- kişilər arasında qadınlara nisbətən doqquz dəfə çox olub , kişilərdə 5,4 ; qadınlarda 0,9- dur.
5. Letallıq əmsalı :- kişilər arasında qadınlara nisbətən iki dəfə çoxdur və müvafiq olaraq 66,6% və 33,3 % olub.

Beləliklə NMX-da QBX ilə xəstələnməni xarakterizə edən ekstensivlik və zədələnmə göstəriciləri kişi və qadın cinsi üzrə çox az fərqləndiyi halda (intensivlik göstəricisi eynidir) , ölümü xarakterizə edən ümumi ölüm və letallıq əmsalları kişilərdə qadınlara nisbətən müvafiq olaraq doqquz və iki dəfə çoxdur. Bu müxtəliflik müəyyən araşdırmaların aparılmasını zəruri edir.

\*\*\*

## **НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ СОЧЕТАННОЙ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ РАКОМ ПИЩЕВОДА.**

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

Свыше одного года в отделении лучевой терапии Национального Центра Онкологии г. Баку проводится сочетанная лучевая терапия больных раком пищевода. Как известно из мировой литературы и наших собственных наблюдений, результаты лечения больных раком пищевода (РП) до настоящего времени имеют ряд недостатков - высокий процент больных с неизлеченностью первичного очага и, соответственно, ухудшение качества их жизни, раннее рецидивирование процесса, его продолженный рост и понижение сроков выживаемости больных. Попытки улучшить непосредственные результаты лечения с помощью совершенствования вариантов дистанционного лучевого воздействия оказались малоэффективными, так как увеличение дозовой нагрузки ограничено толерантностью окружающих здоровых тканей и органов и ведет к увеличению числа лучевых осложнений.

С целью улучшения результатов была разработана методика лучевого лечения больных РП, включающая 2 этапа облучения: дистанционную лучевую терапию (ЛТ) и, после реканализации просвета, - брахитерапию с высокой мощностью дозы (HDR). К настоящему моменту нами проанализированы результаты ЛТ 17-ти больных РП, пребывавших на стационарном лечении в отделении ЛТ НЦО. Среди них - 10 мужчин и 7 женщин в возрастном промежутке 45 - 69 лет. У 4-х пациентов процесс локализовался в верхнегрудном, у 8-ми - в среднегрудном, а у 5-ти больных отмечался рак нижнегрудного отдела пищевода. В наших наблюдениях у всех больных была плоскоклеточная карцинома различной степени дифференцировки; из 17-ти больных у 4-х опухоль имела экзофитную форму роста, у 6-ти - эндофитную, а у 7-ми - смешанную. У большинства больных (10 пациентов) отмечалась стадия заболевания  $T_3N_0M_{0-1}$ , у 2-х -  $T_1N_0M_0$ , у 4-х -  $T_2N_0M_0$ , у 1-го -  $T_4N_1M_0$ . Клинически у 9-ти больных отмечалась дисфагия II-ой степени, у 7-ых - III-ей степени, а у 1-ой пациентки - IV-ой степени. Все больные были традиционно обследованы - клинически, рентгено-

логически, эндоскопически с гистологическим исследованием биоптата, проводились КТ, УЗИ, ряд биохимических тестов, а также дополнительные исследования и консультации специалистов по показаниям. После предварительного топодозиметрического планирования с использованием КТ - симуляции на первом этапе проводилась дистанционная ЛТ на линейных ускорителях в конвенциональном режиме (2 Гр ежедневно 5 раз в неделю) до суммарной очаговой дозы 40,0-44,0 Гр с пространственным контролем при использовании системы "Portal Vizion". Затем, после клинической и рентгенологической оценки проходимости пищевода, больным начинались сеансы внутрисветной брахитерапии - в разовой очаговой дозе- 5,0 Гр 1 раз в неделю до СОД-10,0 Гр (изоэффективно-16,0 Гр). Из 17-ти больных у 16-ти курс ЛТ был полностью завершен, у 1-ой пациентки из запланированных 2-х сеансов брахитерапии последний не производился в силу выраженной местной лучевой реакции -эзофагита. Через 2 месяца после проведенного лечения назначался объективный контроль, включающий клиническую, эндоскопическую, рентгенологическую, КТ оценку состояния пищевода и окружающих тканей. Результаты оценивались согласно рекомендациям ВОЗ.

При анализе полученных данных было выявлено, что через 2 месяца после завершения лечения у 13-ти из 17-ти больных РП, получавших сочетанную ЛТ, отмечается полная регрессия опухоли, подтвержденная инструментальными методами. У 3-х пациентов была зарегистрирована частичная регрессия - (до 70-80%); у 1-ой больной, с наличием  $T_4N_1M_0$ , заметного эффекта не отмечалось - имела место стабилизация процесса. Обращает на себя внимание то обстоятельство, что полный эффект был достигнут у 13-ти пациентов, вне зависимости от формы, стадии и локализации опухоли, то есть в нашем исследовании при сочетанной ЛТ было практически нивелировано значение прогностически неблагоприятных факторов ( $p>0,05$ ). При этом выявлено, что, несмотря на заметное увеличение

интенсивности местных лучевых реакций непосредственно в период проведения курса ЛТ, на этапах динамического наблюдения поздние лучевые осложнения в виде лучевых стриктур пищевода, фиброза легких, нарушений питания миокарда и др., в наших наблюдениях к настоящему моменту не встречалось.

## **РЕЗУЛЬТАТЫ НЕОАДЬЮВАНТНОЙ ХИМИОТЕРАПИИ САРКОМ МЯГКИХ ТКАНЕЙ (СМТ) НЕЙРОЭКТОДЕРМАЛЬНОГО ГЕНЕЗА.**

*Т.С.Кулиева*

*Азербайджанский медицинский университет. г.Баку*

На лечении находился 76 (100%) больных с СМТ нейроэктодермального генеза. Лица мужского пола составил 41 (53,9%), лица женского пола – 35 (46,1%) больных. Средний возраст больных составил 16-35 лет. В зависимости от локализации опухоли: на нижнюю конечность пришлось – 40 (52,6%), на туловище – 23 (30,3%), на верхнюю конечность - 13 (17,1%) больных. При ограниченных процессах ( $\leq 5$ см) основным методом лечения являлся хирургический (широкое иссечение опухоли). Таких больных было 13 (17,1%). При местно – распространенных процессах и больших размерах опухоли (размер опухоли  $> 5$ см), а также при рецидивах применялся неoadьювантный метод лечения. При локализации на верхних конечностях и на туловище применялась системная ПХТ (CAPO, CAV-II и др.) или лучевая терапия или оба метода последовательно. На II этапе проводилось оперативное вмешательство в основном в объеме широкого иссечения опухоли, поскольку указанные опухоли редко достигают больших размеров из-за их выраженной клинической агрессии и болевого синдрома. При

локализации на нижних конечностях 21 (27,6%) больным на I этапе проводилась внутриаrтериальная инфузия Доксорубицина гидрохлорида по 30 мг/м<sup>2</sup> в течение 3-х суток (90 мг/м<sup>2</sup>). Клинический эффект оценивался непосредственно по окончании курса химиотерапии и в нашем случае у 14 больных (35%) он был выражен. Морфологический эффект оценивался лишь после проведенной операции и в нашем случае у 12 (15,7%) больных была достигнута III-IV ст. патоморфоза опухоли. У 15 (19,7%) больных в предоперационном периоде проводилась химиотерапия с включением в схемы препаратов платины и антрациклинов. В послеоперационном периоде ПХТ проводилась 41 (53,9%) больным. Еще 17 (22,3%) больных в послеоперационном периоде получили дистанционную гамма-терапию (СОД-50-54 Гр). Результаты лечения оценивались по показателям рецидивирования и отдаленного метастазирования в течение 3х лет после радикального лечения. Рецидивы у больных с хирургическим лечением наблюдались в 10 (76,9%) случаях. В 7 (53,8%) случаях в течение первых 3х лет определялись отдаленные метастазы. У больных с комбинированным и комплексным лечением эти же показатели составили 14 (22,2%) и 19 (30,2%) соответственно. Таким образом, применение указанных методов признано целесообразным при лечении указанной группы опухолей.

\*\*\*

## **РЕЗУЛЬТАТЫ РАДИКАЛЬНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ИНВАЗИВНОГО РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ (РМП)**

*Т.Н. Мусаев., Ф.А. Гулиев., А.М.Али-заде  
Национальный центр онкологии, Баку*

Несмотря на бурное развитие онкоурологии, на сегодняшний день единственным и радикальным методом лечения мышечно инвазивного РМП является радикальная цистэктомия (РЦЭ). РЦЭ с различными вариантами кишечной деривации мочи является сложной операцией с большой склонностью к развитию осложнений в раннем послеоперационном периоде. С развитием хирургической техники, анестезиологического пособия и совершенствованием навыков ведения больных в раннем послеоперационном периоде, число осложнений из года в год значительно снижается, но при этом продолжает оставаться по данным различных авторов на отметке 25-60%.

Целью настоящей работы было изучение частоты ранних послеоперационных осложнений.

Материалом послужили результаты 76(100%) РЦЭ с кишечной пластикой, выполненных в отделении онкоурологии НЦО МЗ АР за 2008-2011 года. Отведение мочи по Брикеру выполнено у 29(38,2%) пациентов, реконструкция с формированием ортотопического континентного резервуара по Хаутману выполнена у 47(61,8%) пациентов. Возраст пациентов составил 42-65 лет. РЦЭ выполнялась в стандартном объеме всем пациентам. Длительность операций в общем составила 402 часа (в среднем 5 ч. 22 м.). Ранним послеоперационным периодом считался промежуток времени от момента завершения операции до 30-х суток. В раннем послеоперационном периоде летальность составила 3,9% (3 пациента), из них у 2(2,6%) причиной смерти была ТЭЛА, а у 1(1,3%) – кровотечение из дорзального комплекса. Из осложнений в раннем послеоперационном периоде у 1(1,3%) пациента был некроз резервуара, у 2(2,6%) пациентов несостоятельность мочеточниково-резервуарного анастомоза, у 6(7,9%) пациентов несостоятельность резервуарно-уретрального анастомоза. В 3(3,9%) случаях была зафиксирована несостоятельность самого резервуара. Желудочно-кишечное кровотечение отмечено у 2(2,6%) пациентов. Из довольно часто встречающихся таких



осложнений, как несостоятельность энтеро-энтеро анастомоза и пневмония, в нашем исследовании не зафиксировано.

РЦЭ является сложным хирургическим вмешательством, ассоциированным с потенциально большим числом послеоперационных осложнений. Однако тщательный отбор пациентов, как и дальнейшее развитие хирургической техники, совершенствование анестезиологического обеспечения с последующей интенсивной терапией, позволяют надеяться на уменьшение частоты развития послеоперационных осложнений и смертности после операции.

\*\*\*

## **АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ НОВООБРАЗОВАНИЙ ЯИЧНИКОВ**

*А. Т. Казымов, Ш.А. Алыев, Г.А Мамедбейли, Ф.Ю.Алиев*  
*Национальный центр онкологии г. Баку*

Рак яичника составляет 4-6 % среди злокачественных опухолей у женщин и занимает седьмое место по частоте. Ежегодно регистрируется более 165 тысяч новых случаев рака яичников, более 100 тысяч женщин умирают от этой патологии. Затрудненность ранней диагностики, быстрый рост, раннее имплантационное метастазирование по серозным оболочкам малого таза и брюшной полости, неудовлетворительные результаты лечения распространенных форм – все это дает возможность считать рак яичников одной из наиболее злокачественных опухолей с крайне неблагоприятным прогнозом что делает эту проблему более актуальной. Жалобы больных на общую слабость, потерю аппетита,

увеличение живота за счет асцита и гидроторакс появляются лишь на поздних стадиях заболевания.

Целью нашего исследования являлось проведение дифференциальной диагностики новообразований яичников в разных возрастных группах на начальных этапах исследования.

**Материалы и методы.** С 2006 по 2010 год в Национальный Онкологический Центр обратились 383 женщины с различными новообразованиями яичников. В дооперационный период больным были проведены клиничко-лабораторные исследования, рентгеноскопия органов грудной клетки и желудочно-кишечного тракта, МРТ, УЗ исследования, изучены СА125 и проведены пункции брюшной полости с последующим цитологическим анализом. Возраст больных колебался от 18-65 лет. Среди них 283 со злокачественными, 100-с доброкачественными новообразованиями (в 35 % случаев были обнаружены различные герминогенные образования, у 15%-фибромы, 20%-мезоаденит, 8%-эндометриодные кисты, в 22% другие образования).

Тщательно изучая анамнез пациенток можно было сказать что болевой синдром возникал лишь на II-III стадиях заболевания. Чаще это были больные в возрасте от 45-60 лет. Возраст больных с герминогенными образованиями и мезаденитом составлял от 18-35 лет.

Результаты исследования УЗИ показали что эконегативные включения указывают на некрозы позволяя думать о высокой злокачественности опухолевого процесса. При этом характерна опухоль неправильной формы с нарастаниями по наружному контуру. Асцит выявлялся в 70-80% случаев. В некоторых случаях УЗИ позволяло определить и начальные стадии образование асцита. Для вторичных (метастатических опухолей) было характерно двустороннее поражение солидными опухолями не спаянными с маткой.

Подтверждали данные УЗИ и результаты МРТ. Этот метод был еще более информативным и достоверным. В особенности МРТ позволяет

ответить на вопросы о выборе метода последующего лечения и в некоторых случаях определить стадирование опухолевого заболевания. В 95% случаев МРТ с точностью указывало на изменение в большом сальнике и регионарных лимфатических узлах. Исследования СА125 в 60% случаев указывал на злокачественность процесса. Однако этот онкомаркер не являлся столь специфичным. У женщин молодого возраста этот маркер повышается при протяжении менструального цикла и при неонкологических заболеваниях. Проведение цитологического исследования также помогало определять характер образования. Обнаружение атипических клеток указывало на злокачественность процесса, но их отсутствие не исключало наличие рака яичников. Этот метод исследования полезен для исключения других причин асцита (например цирроз печени).

**Вывод:** таким образом тщательно изучая анамнестические данные результаты УЗИ, МРТ СА125, цитологического исследования мы можем сказать, что злокачественные новообразования характерны женщинам чаще в возрасте 45-60 лет; на начальных этапах им не характерен болевой и интоксикационный синдром в 60% случаев СА125 на начальных этапах заболевания может быть слегка повышенным а в запущенных случаях бывает увеличенным в 5-15 раз (при норме 35 E/ml); обнаружение на УЗИ и МРТ бугристых контуров и неправильной формы опухоли в 90% случаев может быть свидетельством злокачественного процесса. Все перечисленные методы диагностики могут с большей или меньшей долей вероятности указывать на злокачественность опухолевого процесса. Однако окончательный диагноз может быть установлен только при морфологическом исследовании.

\*\*\*

## PERİNATAL BAKTERİAL İNFEKSİYALARI OLAN YENİDOĞULANLARDA

# İMMUNITETİN İRSİ HƏLQƏSİNİN XÜSUSİYYƏTLƏRİ

*M.Z.Əfəndiyeva, Q.H.Hacızadə*

*K.Y.Fərəcova adına Elmi-Tədqiqat Pediatriya İnstitutu, Bakı ş.*

Son illər perinatal infeksiyaların etioloji strukturunda sadə herpes virusu, sitomeqaliya virusu, respirator viruslarla yanaşı, qram müsbət şərtil patogen flora – Stafilokok, Streptokok, həmçinin Klebsell, Protey psevdomonos və s. qram mənfi mikroorqanizmlərin rolu artmaqdadır. Körpələrin 20-56%-i bakterial infeksiya əlamətləri ilə doğulurlar.

Bakterial infeksiyalar hamiləlik dövründə həm ana, həm döl, eləcə də yenidoğulan üçün xüsusilə təhlükəlidir.

Tədqiqatın məqsədi bakterial infeksiya aşkar edilən yenidoğulanlarda immunitetin irsi həlqəsində baş verən dəyişiklikləri aşkar etməkdən ibarətdir.

Müşahidəmiz altında ağırlaşmış ginekoloji-mamalıq anamnezə malik analardan doğulan bətn daxili infeksiyalaşan və bakterial infeksiya əlamətləri ilə doğulan 105 körpə olmuşdur. Yenidoğulanların hestasiya yaşı 28-42 həftə, doğularkən bədən kütləsi 1000 qr – 4500 qr təşkil etmişdir.

Anamnezində bakterial infeksiyalar, somatik və ginekoloji xəstəlikləri (80%) xarakterik olan müayinəyə cəlb edilən anaların orta yaşı 32-33 təşkil etmişdir. 41,8% hallarda analar hazırkı hamiləlik dövründə bətn daxili toksoplazmoz, herpes virusu, sitomeqalovirus infeksiyalarına görə müalicə almışlar. Müayinə edilən anaların 92,8%-ində aşağıdakı bakterial törədicilər aşkar olundu: Staphylococcus aureus, Staphylococcus epidermiolis, Streptococcus pneumoniya, Streptococcus pyogenes.

Bakterial infeksiyalar aşkar edilən yenidoğulanlarda və onların analarında immunitetin irsi həlqəsinin göstəricilərindən HK, CD 16/56 təbii killerləri təyin etmək üçün immunofloressensiya metodundan istifadə edilmişdir, hematoloji Krebs indeksi (Kİ) hesablanmışdır. Aparılan müayinələr nəticəsində bakterial infeksiyaların inkişafına görə risk qrupun daxil olan və infeksiya əlamətləri ilə doğulan körpələrin 83,6%-ində

aşağıdakı mikroorqanizmlər aşkarlanıb: St.aureus, St.epidermilis, Strep.Pyogenes, Klepsiella puerimonska, Escherichia coli, Candida albicans, Pseudomonas aeruginosa. Körpələrin yalnız 16%-ində – monoinfeksiya aşkar edilmişdir: Stafilokokk aureus 5,8%, St.epidermis 2,9%, streptokokk Pyogenes 4,4%, Klepsiella pneumoniae 1,4%, Esherichae Coli 1,4%. Digər 68% hallarda isə mikst–infeksiya (respirator-bakterial) təyin edilib.

Bətdaxili infeksiyalaşan körpələrin müayinəsində aşkar edilən mikst-infeksiya aşağıdakı spektrdə müəyyən edilmişdir: 42% təsadüflərdə KRVİ (qrip A/H<sub>3</sub>N<sub>2</sub>, qrip A/H<sub>1</sub>N<sub>1</sub>, qrip B virusları) + Staph.aureus; 26% KRVİ (qrip A/H<sub>3</sub>N<sub>2</sub>, qrip A/H<sub>1</sub>N<sub>1</sub>, qrip B virusları) + Str.pneumonia. Belə vəziyyət bir daha yenidəğulən körpələrdə rast gəlinən infeksiyon patologiyaların etiopatogenezinə qarışıq infeksiyaların rolunu göstərir.

Tədqiqat nəticəsində perinatal bakterial infeksiyalar aşkar edilən yenidəğulanda sağlam uşaqlar ilə müqayisədə irsi immunitetin göstəricilərində əsaslı dəyişikliklər aşkar olundu.

Müəyyən olundu ki, perinatal bakterial infeksiyası olan yenidəğulanda immunitetin irsi həlqəsinin funksiyasına cavabdeh mexanizmlərdən hesab edilən seqmentnüvəli neytrofillərin faqositar qabiliyyəti azalır, NK-hüceyrə populyasiyasının (CD 16/56<sup>+</sup>) aktivliyinin artması baş verir, Kİ isə yenidəğulənlərdə bakterial infeksiya zamanı immun dəyişikliklərin iltihabi xarakterdə olmasını əks etdirir. Bu göstəricilərdən yenidəğulənlərdə bakterial patologiyaların inkişafını, gedişini qiymətləndirmək məqsədilə diaqnostik meyar kimi istifadə etmək olar.

\*\*\*

## **ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ХИРУРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ТОЛСТОЙ И ПРЯМОЙ КИШКИ.**

*Н.А. Аскеров, А.Х. Керимов, Ю.Р. Алияров*

Лапароскопия появившаяся в начале XX столетия, многие годы в основном оставалась диагностической процедурой. Большая жизнь эндоскопической хирургии началась с лапароскопической холецистэктомии впервые выполненное во Франции Nezhat (1986) и Mouret (1987). В хирургической онкологии миниинвазивная хирургия нашла широкое применение в колоректальной хирургии. Так в Германии около 10% всех случаев колоректального рака оперируются лапароскопически ( J.-P.Ritz , H.J. Buch 2010).. Частота рецидивов, 5-летняя выживаемость идентична при использовании как традиционной так и миниинвазивной технике оперативных вмешательств при колоректальном раке. ( Leung et al. 2004, Kuhry et al. 2008).

**Цель и задачи исследования:** Изучить результаты хирургического лечения больных с заболеваниями ободочной и прямой кишок путем использования лапароскопических методов вмешательств.

**Материалы и методы:** В клинике торакоабдоминальной онкологии Национального онкологического центра в период с 2011 по 2013 год выполнено 21 лапароскопических вмешательств на ободочной и прямой кишке. Из них по поводу злокачественных заболеваний 18 больных и 2 больных оперированно по поводу доброкачественных заболеваний ободочной кишки. Среди них было 8 женщин (38%) и 13 мужчин (62%). Средний возраст пациентов составил  $51,3 \pm 0,8$  лет. Противопоказаниями к выполнению лапароскопических операций были: кишечная непроходимость, декомпенсированная сердечная и дыхательная недостаточность, послеоперационные вентральные грыжи. Лапароскопическая правосторонняя гемиколэктомия была выполнена у 5 больных, 6 пациентам была выполнена левосторонняя гемиколэктомия, 7 больным резекция сигмовидной кишки, и 3 больным была выполнена

лапароскопическая передняя резекция прямой кишки. Положение больного на операционном столе и техника создания пневмоперитонеума не отличалась от классической методике описанной в руководствах по миниинвазивной хирургии. Нами использовалась техника операций с использованием 4-х троакаров : двух 10-мм и двух 5-мм троакаров. Для разъединения тканей использовался аппарат Enseal (Ethicon). При выполнении лапароскопической правосторонней гемиколэктомии создание илеотрансверзоанастомоза проводилось экстракорпорально идентично традиционной техники. При лапароскопической левосторонней гемиколэктомии создание колоректоанастомоза выполнялось интракорпорально используя циркулярный степлер. Осложнение наблюдалось у 1 больного. На вторые послеоперационные сутки у больного возникло внутреннее кровотечение. Больному было выполнено релапароскопия, остановка кровотечения, санация брюшной полости. Больной был выписан на 10-ый послеоперационный день.

**Результаты исследования:** Использование лапароскопической техники вмешательств при колоректальном раке привело к уменьшению: количества местных гнойных осложнений, интраоперационной кровопотери, послеоперационного пареза кишечника, уменьшению использования в послеоперационном периоде наркотических и ненаркотических анальгетиков, количества койко-дней. (средний койко- день составил  $5(\pm 1,5)$  дней). При этом продолжительность лапароскопических вмешательств не отличалась значительно от продолжительности операций при использовании традиционной техники.

\*\*\*

## **ОСОБЕННОСТИ МЕТАСТАЗИРОВАНИЯ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С ГИПЕРЭКСПРЕССИЕЙ HER-2 (HER-2+ РМЖ).**

## КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ И РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С МЕТАСТАЗАМИ В ЦНС.

*К. Р. Зейналова*

*Азербайджанский медицинский университет. г. Баку*

Гиперэкспрессия HER-2 является независимым прогностическим фактором более частого развития метастазов в головном мозге. При HER-2+ РМЖ метастазы в ЦНС наблюдаются ~ в 25–53% случаев.

При ретроспективном анализе 116 случаев метастатического HER-2+ РМЖ, у 35 (30,2%) больных, наблюдающихся и/или получающих лечение с 1995 года по настоящее время, выявлены метастазы в ЦНС.

У всех больных первым признаком метастатического поражения ЦНС являлась неврологическая симптоматика, которая служила поводом к выполнению и подтверждению метастазов при компьютерной томографии и/или магнитно-резонансной томографии головного и/или спинного мозга. Уровнем поражения ЦНС у всех больных был только головной мозг. Средний возраст больных на момент выявления метастазов в головной мозг составлял 48 лет. Наиболее частым морфологическим типом опухоли являлся инфильтративный протоковый рак (81,8%), II степени злокачественности (39,4%), отрицательный по гормональным рецепторам (72,7%). У всех больных выявлена гиперэкспрессия HER-2 в первичной опухоли: у 87,9% - “+++” при иммуногистохимическом исследовании, у 12,1% – “++” при иммуногистохимическом исследовании с амплификацией при FISH. Медиана безрецидивной выживаемости составила 17,8 мес. В 11 случаях (31%) метастазирование в головной мозг было первым проявлением метастатической болезни (у 4/10 больных поражение ЦНС и по настоящее время остается единственным проявлением



распространенного РМЖ), в 69% - метастазирование произошло на фоне ранее выявленных экстракраниальных метастазов. Из экстракраниальных проявлений болезни одинаково часто наблюдались висцеральные и невисцеральные метастазы.

17 пациенток на различных этапах получили локальную терапию по поводу метастазов в головной мозг – лучевую терапию и/или хирургическое лечение. 22 больных до выявления метастазов в головной мозг получали Трастузумаб, 13 – не получали. При сравнении этих двух групп, медиана времени от появления первых экстракраниальных метастазов до выявления метастазов в ЦНС выше в группе с Трастузумабом – 18,2 мес, в сравнении с 8,5 мес в группе пациентов, не получавших Трастузумаб.

Выживаемость после выявления метастазов в головной мозг также была выше в группе больных, некогда получавших Трастузумаб, нежели в группе без Трастузумаба - медиана: 9,6 мес и 6,3 мес, соответственно. И медиана общей выживаемости от момента установления метастатической болезни также была значительно выше в группе терапии Трастузумабом – 27,7 мес в сравнении с 9,8 мес среди пациентов, никогда не получавших Трастузумаб. Сравнив продолжительность жизни больных с момента диагностирования РМЖ до смерти получены результаты: медиана общей выживаемости пациентов, когда-либо получавших Трастузумаб, составила 49,9 мес, в сравнении с 20,3 мес среди больных, не получавших Трастузумаб.

Таким образом, включение Трастузумаба в режимы лечения больных HER-2+ РМЖ способно значительно увеличить общую выживаемость больных. Продлевая выживаемость больных, Трастузумаб увеличивает вероятность манифестации, то есть частоту выявления метастазов в ЦНС. Причиной тому является удлинение времени до выявления метастазов в головной мозг благодаря контролю над экстракраниальными проявлениями болезни, являющегося лимитирующим и прогностическим фактором выживаемости.

## **РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ТАРГЕТНОГО ПРЕПАРАТА БЕВАЦИЗУМАБ У БОЛЬНЫХ МЕТАСТАТИЧЕСКИМ HER2 - НЕГАТИВНЫМ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, РЕЗИСТЕНТНЫМ К АНТРАЦИКЛИНАМ И ТАКСАНАМ**

*И.Н.Мусаев, Ю.А.Ахмедов, Т.Т.Таиров, Э.Э.Казымов, И.А.Гаджиева.  
Национальный центр онкологии, Баку*

**Введение.** В современной онкологии стандартами лечения рака молочной железы (РМЖ) и его метастазов являются хирургическое лечение в сочетании с химиотерапией и лучевой терапией. Однако исследования не прекращаются и идут поиски новых методов лечения РМЖ, в том числе и его метастатических форм. Известно, что в 2001 году при диагностировании у женщины метастатического рака средняя продолжительность жизни была на 50% дольше, чем у женщин в такой же ситуации в 1991 году. Это, прежде всего, связано с появлением новых препаратов для лечения данной патологии. Одной из новинок в лечении РМЖ являются препараты антиангиогенеза, эффект которых заключается в угнетении образования новых кровеносных сосудов. Одним из таких препаратов является Бевацизумаб, который уже широко используется при колоректальном раке и немелкоклеточном раке лёгкого. Применение Бевацизумаба при лечении у больных РМЖ ещё не изучено полностью.

**Задача исследования.** Оценить непосредственные и отдалённые результаты применения Бевацизумаба у больных метастатическим HER2-негативным РМЖ, резистентным к антрациклинам и таксанам.

**Материалы и методы.** В исследовании вошли 42 больные с метастатическим HER2-негативным РМЖ, находившиеся на лечении в НЦО в период с 2010-2012 гг. Всем больным на первом этапе уже были проведены курсы полихимиотерапии и отмечалась резистентность к антрациклинам и таксанам. Гормональный статус больных был как положительным, так и отрицательным. Средний возраст больных составил 53,6 лет.

В первую группу вошли больные (n=22), которым проводилось лечение по схеме Винорельбин 25 мг/м<sup>2</sup> в/в 1 и 8 дни + Кселода 1000 мг/м<sup>2</sup> р.о. 1-14 дни + Бевацизумаб 10 мг/кг в/в каждые 3 недели.

Во вторую контрольную группу (n=30) вошли больные, которые получали Винорельбин 25 мг/м<sup>2</sup> в/в 1 и 8 дни + Кселода 1000 мг/м<sup>2</sup> р.о. 1-14 дни. Всем больным в обеих группах было проведено не менее 4-6 курсов цикловой химиотерапии.

**Результаты.** В первой группе полный эффект был отмечен у 2(9,1%) больных, частичная ремиссия у 6(27,3%) больных, стабилизация процесса у 10(45,4%) больных, прогрессирование заболевания у 4(18,2%). Объективный эффект достигнут в 36,4% случаев. Во второй группе мы получили следующие результаты: полная ремиссия не была отмечена, частичная ремиссия выявлена у 11(36,7%), стабилизация процесса у 12(40,0%), прогрессирование заболевания у 7(23,3%) больных.

Из побочных явлений наиболее часто наблюдались: артериальная гипертензия в первой группе у 14%, во второй не отмечалась, диарея 4% и 3%, лейкопения 12% и 9%, тошнота и рвота 10% и 8%, ладонно-подошвенная эритродизэстезия 14% и 11%, соответственно. Таким образом, кроме артериальной гипертензии, спектр и частота

токсических проявлений в исследуемой и контрольной группах существенно не отличались.

Результаты дальнейшего наблюдения также показали, что прогрессирование заболевания в исследуемой группе отмечалось через более долгий промежуток времени, по сравнению с контрольной группой, 10,2 месяцев и 5.5 месяцев, соответственно.

**Выводы.** Наше исследование показало, что проведение химиотерапии по схеме Винорелбин+Кселода+Бевацизумаб значительно эффективнее режима Винорелбин+ Кселода, а так же почти в 2 раза увеличивает медиану до прогрессирования заболевания у больных метастатическим HER2-негативным РМЖ, резистентным к антрациклинам и таксанам. Кроме того отмечена удовлетворительная переносимость данного режима химиотерапии.

\*\*\*

## UŞAQLIQ BOYNU YAXMALARININ PAP- ÜSULU İLƏ BOYANMASININ DIAQNOSTİK ƏHƏMİYYƏTİ

*Ş.Ş. Osmanov, E.R. Hüseynova, S.S. Şahhüseynova  
Milli Onkologiya Mərkəzi, Bakı ş.*

**Tədqiqatın məqsədi:** Qadınlarda uşaqlıq boynunun xərcənginin erkən diaqnostikasının təşkil edilməsi.

**Tədqiqat materialı:** Tədqiqatda 300 xəstənin uşaqlıq boynundan alınmış yaxmalar daxil

edilmişdir. Bu qadınlarda hər birində vizual olaraq kolposkopik və güzgü ilə baxış zamanı həcmli törəmə izlənilməmişdir.

Nəticə: Papanikolau metodu ilə boyanmış yaxmalarda 75%-də ektoservisin səthi aralıq yastı epitel hüceyrələri endoservikal hüceyrələr izlənmişdir. Yaşlı qadınlarda isə əsasən bazal və parabazal yastı epitel hüceyrələri üstünlük təşkil etmişdir. 70% halda yuxarıda

göstərilənlərlə yanaşı iltihab elementləri izlənməmişdir ki, buda paralel olaraq massiv sayılır. Bu isə bəzən tədqiq olunan epitel hüceyrələrin distrofik görünüşünü yaradır ki, bu da son nəticədə bir displaziyanı ağılına gətirir. Xüsusən xəstədə epidermizasiya olunan psevdoroziya zamanı yastı epitel hüceyrəsi sitoplazma və nüvə daxil olmaqla böyüyür yaxmada bir atipik görüntü əldə edilir. Təcrübəsi az olan patoloq bunu ya yüksək displaziya yada ki yüksək differensiasiyalı yastı epitel karsinoması kimi qiymətləndirə bilər. O üzdən yaxmanın daha professional bir patoloq tərəfindən konsultasiyasına ehtiyac yaranır. Atipiya kimi dəyərləndirilmiş hadisələrin 15-də (35 %) uşaqlıq boynundan alınmış biopsiya materialının histoloji müayinəsində psevdoroziyanın epidermizasiyası diaqnozu qoyulmuşdur. Həmçinin uşaqlıq boynu kanalının vəzilərinin yastı epitel metaplaziyasında yaxmalarda bəzən yüksək dərəcəli displaziyanı xatırladan yastı epitel hüceyrələri izlənə bilər. Ancaq bu hüceyrələrin sayı çox az olur, zəminində əsasən ulduz şəkilli metaplastik yastı hüceyrələr daha çox sayda izlənilir. Hadisələrin 5-də (60%) böyük ölçülü bir birinə sıx yerləşən atipik nüvəyə malik hüceyrə qrupları izlənməmişdir və tərəfimizdən malign proses kimi dəyərləndirilmişdir. Hər 5 xəstəyə biopsiya olunur və sonradan əməliyyat olunmuş proses karsinoma in city kimi dəyərləndirilmişdir.

\*\*\*

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

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

\*\*\*

**ЙУМУРТАЛЫГ ХЯРЧЯНЭЛЯРИ ЗАМАНЫ ШИШ  
ЩЦЭЙРЯЛЯРИНДЯ ХРОМАТИНИН ТЯДГИГИ.**

*С.Р.Мурадова., Н.Г.Гиблялийева*

Тядгигатымызда йумурталыг неоплазмалары заманы бир сыра морфолоъи аспектлярин - щцжейрялярин форма дйишиклиийнин, нцвялярин форма вя сыхлыгларынын дйишмясинин, йцксяк нцвя – ситоплазма нисбяти позьунлугларынын тядгиги иля йанашы хроматинин тйининин ящямиййяти айдынлашдырылмышдыр. Беля ки, йумурталыг хярчнэляриндя щцстогурулуш хцсусиййятляриндя асылы олмайараг нцвялярин чох ири, кяскин полиморфизми вя щиперхромлулуъу ашкар едилиб. Онларда щипертрофиляшмиш бир вя йа бир нечя актив нцвяжик гейдя алыныб.

Чох мцщцм яламятлярдян бири дя шиш щцжейряляриндя хроматинин тядгиги олмушдур. Беля ки, просесин малигнизасийа потенсиалы артдыгжа, биз щцжейрялярдя щетерохроматизасийа просесинин артдыъыны, кичик вя буюцк гаймагжыглы нцвялярин мяркязи вя периферик щиссясиндя йерляшян, интенсив бойанан, бязи щалларда (кичик щцжейряли карсинома, солид карсинома) диффуз йайылан щетерохроматин мцяййян етмишик. Буна уйъун олараг ачыг рянэя бойанан еухроматин сахлайан сащялярин дя вариасийасы нязря чарпыр. Гейд етмяк лазымдыр ки, щцжейря нцвяляриндя хроматинин инерт (конденся олунмуш) щетерохроматин щиссяси иля актив функционал энляр сахлайан еухроматин щиссяси арасындакы нисбят няинки дизяр щцжейряляр иля мцгайисядя дйишир, щямчинин бир тюрямя иля дизяр тюрямя арасында да позьунлуг гейдя алыныр вя бу просес щцстоградасийа ня гядяр чох оларса бир о гядяр дя йцксяк эюстярижилярля характеризя олунур.

Жядвял 1.

Нисбят	Норма	Сероз киста	Щцдуди сероз систаденома	Йцксяк дифференсиасийалы систаденокарс	Орта дифференсиасийалы систаденокарс	Ащаъы дифференсиасийалы систаденокарс
--------	-------	-------------	--------------------------	--	--------------------------------------	---------------------------------------

				инома	синома	ино ма
Щетеро хроматин еухромат ин	Дяйишмэ йиб.	1,02 : 1,0	1,5 : 1,0	2 : 1	3 : 1	4 : 1

Щетерохроматин – еухроматин нисбятинин шишлярин  
щистоградасийасындан асыллыбы

Шиш щцжейрляри нцвясиндяки дяйишикликляр онларын хромосом сайынын (ДНТ мигдарынын) дяйишилмяси иля ялагядардыр. Хошхасяли йумурталыг неоплазмалары цццн хромосомларын диплоид сайы характерикдирся, бядхасяли неоплазмалар хромосом сайынын артмасы, полиплоидийа вя анеуплоидийа иля характеризя олунурлар.

\*\*\*

## ПУТИ ПРОФИЛАКТИКИ РЕАКЦИЙ И ОСЛОЖНЕНИЙ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННЫМ РАКОМ ПРЯМОЙ КИШКИ ПОСЛЕ ПАЛЛИАТИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ

*И.Г.Исаев, Н.Г.Кулиева, К.И.Казымов, А.Т.Алиев, А.А.Насирли  
Национальный центр онкологии, г.Баку*

В постоперационном периоде подавляющему числу больных раком прямой кишки (РПК) в случае паллиативного вмешательства, не позднее, чем через две-три недели, при отсутствии прямых противопоказаний, проводится лучевое лечение. Под местнораспространенным понимается процесс, характеризующийся символами T<sub>3-4</sub> N<sub>0-3</sub> M<sub>0</sub>. Современная лучевая терапия (ЛТ) включает использование высокоэнергетических источников излучения,



применение больших полей облучения, захватывающих одновременно с опухолью и пути регионарного метастазирования, различные радиомодифицирующие средства и т.д. Это нередко приводит, наряду с повышением эффективности лечения, к росту частоты и тяжести лучевых реакций (ЛР) и осложнений (ЛО). Лучевые повреждения, отличающиеся длительным прогрессирующим или рецидивирующим течением, устойчивостью к лечению, значительно отягощают общее состояние пациентов и приводят к их дополнительной инвалидизации. Высокая радиорезистентность подавляющего большинства опухолей прямой кишки (время удвоения опухоли – ВУО = 109-118 дней) обуславливает необходимость подведения высоких суммарных очаговых доз (СОД), в параметрах 60-65 Гр. Между тем, вышеуказанные дозы в значительной степени превышают толерантность близлежащих органов и тканей, что неизбежно вызывает реакции и осложнения той или иной степени тяжести, негативные как для качества жизни, а в тяжелых случаях - и для длительности жизни больного. Поиск путей оптимизации терапевтического интервала, позволяющего максимально ограничить лучевую нагрузку на окружающие здоровые ткани, при сохранении высоких очаговых доз в опухоли, ведется в разных направлениях. Одним из наиболее перспективных, получивших в последние годы мощное развитие, является современное планирование ЛТ, одним из вариантов которой является 3 D-конформная ЛТ. Основной идеей данного метода является планирование ЛТ на трехмерном изображении больного, полученном с помощью различных методов визуализации (КТ, МРТ, ПЭТ и т.д.). Для локализации опухолевого процесса, контурирования лечебных объемов и дальнейшего проведения виртуальной симуляции используется соответствующее программное обеспечение для 3D лечебного планирования. После получения изображений соответствующего участка тела пациента локализуется сам опухолевый процесс, с учетом пред- и интраоперационных данных. После этого выбирается адекватная

оптимальная программа, с учетом критических для данного больного органов и лучевой толерантности тканей, с последующим обеспечением системы контроля пространственного распределения полей облучения, в том числе и путем использования системы «PORTAL VISION». Из других методов профилактики ЛР и ЛО со стороны здоровых тканей следует отметить применение источников высоких энергий, различные распределения дозы ионизирующего излучения во времени, использование радиопротекторов и многие другие. Между тем, ЛР и ЛО различной степени выраженности при облучении больных РПК и в настоящее время остаются реальностью, с которой необходимо считаться при любом комбинированном и комплексном методе лечения, включающем ЛТ.

Были проанализированы реакции и осложнения 195 больных РПК, получавших ЛТ после паллиативных операций, с наличием неудаленной опухоли. Из них- 102 мужчины и 93 женщины, 79% находилась в возрастном промежутке 42-70 лет. В среднем у 89% были выявлены сопутствующие заболевания в хронической форме, из них в 38% случаев- с локализацией в малом тазу : хронические простатиты, аденома предстательной железы различной степени, циститы ( в 4%-калькулезные), папилломы мочевого пузыря ( у 3 пациентов), фибромиомы матки. Из 173 пациентов с выявленными сопутствующими заболеваниями у 47 отмечался сахарный диабет, у 122 –гипертоническая болезнь различной степени тяжести, у 26 – гидронефроз различной степени, у 21 – инфекционный гепатит В или С в компенсированной фазе и др. Диагноз РПК был гистологически верифицирован у всех больных .Облучение проводилось в статическом режиме с 3-х или 4-х полей, обычно до суммарной очаговой дозы (СОД)-60,0 Гр. Оценка и анализ количества и интенсивности реакций на ЛТ осуществлялась путем ежедневного объективного клинического наблюдения за общим состоянием больных, их опроса, мониторинга состава периферической крови, печеночных и почечных проб, показателей свертываемости, а также

анализов мочи, визуального контроля кожных покровов, колостомы, при показаниях – проводились повторные инструментальные исследования и т.д. Ни у одного пациента наличие ЛР не повлекло отмену ЛТ. У 15,8% пациентов изначально планируемая СОД по этой же причине была снижена и к окончанию достигала 50-55 Гр вместо запланированной 60- 65 Гр, Была выявлена корреляция интенсивности ЛР, особенно местных, с условиями планирования, РОД, величиной опухоли и, соответственно, полей облучения, локализацией процесса в органе, возрастом больных, наличия у них сопутствующих заболеваний ( $p>0,05$ ). В то же время, в рамках данного исследования установлено, что индуцируемые реакции в большинстве случаев прогнозируемы и купируются медикаментозно.

## **MƏDƏALTI VƏZİNİN BƏD XASSƏLİ ŞİŞLƏRİN YAYILMA GÖSTƏRİCİLƏRİ.**

*F.Ə.Mərdanlı , N.Ə.Əsgərov , E.B.Mansurov.*

*Milli Onkologiya Mərkəzi , Bakı ş.*

Mədəaltı vəz bəd xassəli şişləri (MVBXŞ) kliniki onkologiyanın diaqnostik və müalicəvi aspektlərdən ən ağır sahələrindən biridir. Belə ki, çox vaxt atipik və „ maskalanmış „ kliniki gedişi ilə diaqnostikası çətinləşir və diaqnoz dəqiqləşəndən sonra aparılan müalicə tədbirləri yüksək effekt vermir.Nəticədə adətən xəstələnmə və ölüm göstəriciləri eyni səviyyədə olur.Odur ki, MVBXŞ-nin müxtəlif aspektlərdən öyrənilməsinin effektli olacağını nəzərə alıb bu patologiyanın xəstələrin cinsi və yaşlarına görə intensivlik göstəriciləri (İG) və standartlaşdırılmış göstəriciləri (SG) təhlil edilmişdir.

Cəmi 191xəstə olmuşdur.Bunlardan 56,0% (107) kişi və 44,0% (84) qadın olmuşdur.İG kişilər və qadınlar arasında müvafiq olaraq 2,3 və 1,8 olmuşdur.SG –də kişilər arasında qadınlara nisbətən daha yüksəkdir-müvafiq olaraq 5,2 və 3,2 olmuşdur.MVBXŞ-nin rast gəlmə tezliyi şərti olaraq bölünmüş 11 yaş qrupu üzrədə öyrənilmişdir.Bu yaş qrupları 18-24

, 25-29 , 30-34 , 35-39 , 40-44 , 45-49 , 50-54 , 55-59 , 60-64 , 65-69 , 70 və daha yaşlı xəstələr kimi sıralanmışdır.İG bu yaş qrupları üzrə kişi və qadınlar arasında müvafiq olaraq belə olmuşdur- 18-29 yaşlarda hər iki cins üzrə xəstə olmamışdır , 30 yaşdan başlayaraq İG belə olmuşdur - 0,5 və 0 ; 1,6 və 0,9 ; 1,9 və 0,8 ; 1,5 və 1,1 ; 3,8 və 4,5 ; 10,1 və 6,6 ; 8,8 və 7,6 ; 16,9 və 10,3 ; 24,4 və 12,5.Beləliklə 50-54 yaş qrupunu çıxmaq şərt ilə yerdə qalan bütün 8 yaş qrupunda kişilər qadınlara nisbətən daha çox xəstələniblər. SG üzrədə bu hala rast gəlinir.Belə ki, SG kişi və qadınlar arasında bütün xəstələr içərisində müvafiq olaraq 5,2 və 3,2 və 30 –dan yuxarı yaş qruplarında müvafiq olaraq belə olmuşdur- 0,08 və 0 ; 0,2 və 0,1 ; 0,3 və 0,1 ; 0,2 və 0,1 ; 0,5 və 0,6 ; 0,8 və 0,5 ; 0,5 və 0,4 ; 0,4 və 0,3 ; 2,2 və 1,1.

Beləliklə MVBXŞ kişilərdə qadınlara və yaşlılarda cavanlara nisbətən daha çox rast gəlinir.Bu faktorların MVBXŞ –nin bipincili diaqnostikasında nəzərə alınması zəruridir.

\*\*\*

## **ХИМИОТЕРАПИЯ ПЛАТИНОЧУВСТВИТЕЛЬНЫХ РЕЦИДИВОВ РАКА ЯИЧНИКОВ**

*Р.С. Зейналов, С.Р.Гиясбейли, Н.Р.Дадашева, Д.А.Гасанзаде,*

*В.С.Ватанха*

*Национальный центр онкологии, Баку*

Рак яичников (РЯ) остается ведущей причиной смерти среди злокачественных гинекологических опухолей и пятой среди всех злокачественных опухолей у женщин. По данным Международного агентства по изучению рака, ежегодно в мире регистрируется более 200 тыс. новых случаев РЯ, и более 100 тыс. женщин погибают от данной патологии.

Высокая смертность от РЯ связана с поздней диагностикой заболевания. Общая 5-летняя выживаемость больных РЯ не превышает 35–40 %. До настоящего времени у 75 % больных РЯ заболевание выявляется на поздних стадиях, с шансами 5-летней выживаемости не более 15–20 %.

Несмотря на успехи первичного лечения РЯ, у большинства больных с распространенным опухолевым процессом в течение ближайших двух лет развивается рецидив заболевания, который является причиной смерти этих больных. Хотя излечить больных при рецидиве РЯ сегодня не представляется возможным, большинству больных можно продлить жизнь при сохранении удовлетворительного уровня ее качества.

*Цель терапии второй линии – купировать симптомы заболевания (для ранних рецидивов) и пролонгировать выживаемость больных (для поздних рецидивов).*

Выбор лечения рецидивов РЯ во многом определяется временным интервалом прогрессирования заболевания после первичного лечения. В зависимости от эффективности препаратов платины в первой линии терапии рецидивы заболевания разделяются на: платиночувствительные (более 12 мес), потенциально платиночувствительные (6–12 мес) и платинорезистентные (менее 6 мес). Частота получения ответа на повторное лечение препаратами платины напрямую зависит от продолжительности бесплатинового интервала, при этом данная терапия оправдана лишь у платиночувствительных и потенциально платиночувствительных больных.

Нами проведено рандомизированное исследование по изучению эффективности трех платинсодержащих схем у больных с платиночувствительными рецидивами РЯ. Режимы схем химиотерапии приведены в таблице 1. Всем больным проведено не менее 6 циклов химиотерапии.

Таблица 1

Схема ХТ	Количество больных	Дозы мг/м <sup>2</sup>	Дни введения	Интервал между циклами
Паклитаксел Карбоплатин	31	175 AUC =5	1 1	21 день
Гемцитабин Карбоплатин	29	1000 AUC =4	1,8 1	21 день
Паклитаксел Оксалиплатин	27	175 130	1 1	21 день

В таблице 2 приведены показатели частоты объективных эффектов и медианы безрецидивной выживаемости во всех трех группах.

Наиболее эффективными у больных с платиночувствительными рецидивами РЯ достоверно были комбинации Паклитаксел/Оксалиплатин (70,4%) и Паклитаксел/Карбоплатин (67,7%). Обе эти комбинации позволяют значительно увеличить медиану безрецидивной выживаемости (10,2 мес и 12 мес, соответственно). Комбинация Гемцитабин/Карбоплатин была менее эффективной.

Таблица 2

Схема ХТ	Количество больных	Частота объективных эффектов %	Медиана безрецидивной выживаемости (мес.)
Паклитаксел Карбоплатин	31	67,7	12
Гемцитабин Карбоплатин	29	44,8	8,6
Паклитаксел Оксалиплатин	27	70,4	10,2

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

## **QARA CIYƏRİN BİRİNCİLİ BƏD XASSƏLİ ŞİŞLƏRİNİN DİAQNOSTİKASI VƏ RAST GƏLMƏSİNİN BƏZİ STATİSTİK GÖSTƏRİCİLƏRİ .**

*F. Ə. Mərdanlı, E. B. Mansurov, N. Ə. Əsgərov .A. A. Rəhimov  
Milli Onkologiya Mərkəzi , Bakı ş.*

Qara ciyərin birincili bəd xassəli şişləri (QBBXŞ) bütün bəd xassəli şişlərin 2,0 % - dən azını təşkil edir. Bu xəstəlik ən çox 60 və daha yuxarı yaşda olan insanlar arasında rast gəlinir. Eyni zamanda xəstəliyin ilkin mərhələlərində xəstəliyin spesifik kliniki əlamətləri olmadığı üçün xəstələrin əksəriyyətinə gecikmiş mərhələdə diaqnoz qoyulur və nəticədə bu xəstələrə radikal müalicə aparmaq qeyrimümkün olur. 2012 – ci ildə MOM –un poliklinika qəbul şöbəsinə QBBXŞ diaqnozu ilə müayinə olunmaq üçün 298 xəstə müraciət etmişdir. 134 (45,0) xəstədə xəstəliyin geniş yayılmasını nəzərə alaraq spesifik müalicə ( cərrahi, polikimyaterapiya ) məsləhət görülməmiş ( IV klinik qrup) və simptomatik müalicə məqsədilə yaşayış yeri üzrə simptomatik müalicəyə göndərilmişdir. Kimyaterapiyanın aparılması məqsədilə 6,0 % (18) xəstə kimyəvi terapiya şöbəsinə qəbul olunub. Cəmi 13,4 % ( 40) xəstə radikal cərrahi əməliyyat olunmaq ehtimalı ilə torokoabdominal şöbəyə yerləşdirilmişdir. 35,6 % ( 106 ) xəstə müxtəlif səbəblərdən ( ümumi

vəziyyətin ağırlığı) xəstəliyin geniş yayılmasına görə müalicənin effektivliyini düşünərək stasionara qəbuldan imtina ediblər. Beləliklə hər 8 xəstədən birinə radikal müalicənin aparılmasına cəhd oluna bilər.

Bəzi statistik göstəriciləri aydınlaşdırmaq üçün QBBXŞ olan 369 xəstənin cins və yaş üzrə rast gəlmə tezliyinin intensivlik göstəriciləri ( İG ) və standartlaşdırılmış göstəriciləri ( SG ) öyrənilmişdir.

Xəstələrdən 55,0 % ( 203 ) kişi və 45 , 0 % ( 166 ) qadın olmuşdur. Kişilər arasında İG və SG müvafiq olaraq 6,6 və 6,9 ; qadınlar arasında isə 5,0 və 4,4 olmuşdur. Xəstələrin yaş üzrə rast gəlmə tezliyinin təhlili göstərir ki, yaş artdıqca xəstələrin sayı da artır. Xəstələr 11 yaş qrupuna bölünmüşdür ( 18-24 ; 25 – 29 ; 30 – 34; 35 – 39 ; 40 – 44 ; 45 – 49; 50 – 54 ; 55 – 59 ; 60 – 64 ; 65 – 69 ; 70 və daha yaşlı ) . İG bu yaş qrupları üzrə kişi və qadınlar arasında müvafiq olaraq belə olmuşdur – 0,2 və 0,2; 0 və 0,2; 0,6 və 0,3 ; 0,3 və 0,9 ; 4,1 və 1,4 ; 4,3 və 3,7 ; 9,3 və 3,5 ; 13,5 və 10,2 ; 28,4 və 18,2 ; 37,6 və 25,2 ; 41,2 və 29,2. SG isə qeyd olunan 11 yaş qrupu üzrə kişi və qadınlar arasında müvafiq olaraq belə olmuşdur – 0,03 və 0,03 ; 0 və 0,02 ; 0,06 və 0,03; 0,03 və 0,08; 0,4 və 0,1; 0,4 və 0,4 ; 0,8 və 0,3 ; 0,8 və 0,6 ; 1,1 və 0,7 ; 0,7 və 0,4 ; 2,6 və 1,8.

Beləliklə aparılan təhlillərdən göründüyü kimi QBBXŞ ilə kişilər qadınlara nisbətən daha çox xəstələnirlər. Bir səbəb kimi milli mentalitetə uyğun olaraq kişilərin qadınlara nisbətən daha sərbəst həyat tərzini keçirməsi, ikinci səbəb kimi QBBXŞ ilə nəticələnən qara ciyər serrozu törədən alkohollu içkilərin daha çox qəbul edilməsi və viruslu hepatitlərlə yoluxma riskinin yüksək olması ilə əlaqələndirmək olar. Yaş artdıqca QBBXŞ ilə xəstələnmə hallarının artmasını isə kanserogen faktorların daha uzun müddətli təsir etməsi ilə əlaqələndirmək olar. Nəticədə bir çox xəstəliklərin profilaktikasında mühüm rol oynayan , sağlam həyat tərzinin , QBBXŞ – nin profilaktikasında rolunu qeyd etməklə bərabər alkoholdan uzun müddət istifadə edən və viruslu hepatit ilə xəstə olan yaşlı şəxslərin aktiv skriningini aparmaq lazımdır. Nəticədə radikal müalicənin aparılmasımı mümkün olan xəstəliyin erkən mərhələlərinin diaqnostikası da yaxşılaşmış olur. Bu isə xəstəliyin daha erkən mərhələsində diaqnoz



qoyulmasına və radikal müalicəsinin təşkil edilməsində böyük rol oynamış olar.

## **YENİDOĞULANLARDA ANEMİYALARIN İNKİŞAFINDA RİSK FAKTORLARININ ROLU.**

*S.R.Nəsirova, T.Ə.Məmmədova, S.Z.Məcədova*  
*Elmi Tədqiqat Pediatriya İnstitutu, Bakı ş.*

Uşaqlarda bütün anemiyalar arasında ən çox rast gəlinən dəmir çatışmazlığı anemiyasıdır (DÇA). Adından da görüldüyü kimi, xəstəliyin əsas patogenetik səbəbi– orqanizmdə dəmirin çatışmazlığının olmasıdır. Bu problem nəinki inkişaf etmiş ölkələr üçün, həmçinin müharibə şəraitində olan ölkələr üçün də aktualdır. DÇA uşaqlarda olan bütün anemiyaların 80%-dən çoxunu təşkil edir. Vaxtıdanqabaq doğulanlar arasında 59-100% hallarda dəmir çatışmazlığı anemiyasına rast gəlinir. DÇA-nın inkişafında ananın hamilə vaxtı somatik və mamalıq-ginekoloji statusu da mühüm rol oynayır. Məlumdur ki, vaxtıdanqabaq doğulma və çox dövlülük zamanı anadan DÇA nəticəsində uşaq orqanizminə dəmirin az daxil olması müşahidə oluna bilər.

İşin məqsədi yenidoğulanlarda anemiyaların inkişafında risk faktorlarını müəyyən etməkdən ibarətdir. Müşahidəmiz altında hestasiya yaşı 28-40 həftə, doğularkən bədən kütləsi 800-3500 qr olan, fəsadlaşmış mamalıq-ginekoloji, somatik anamnezə malik analardan doğulan körpələr olmuşdur. 85% körpə vaxtıdan doğulanlardır. Körpələr ağır və hədsiz ağır vəziyyətdə İnstitutuna daxil olmuş, müayinələr ilk I-II günündə

aparılmışdır. Xəstələrin 30,1%-i təbii, 17,6%-i süni, 27,5%-i qarışıq qidalanmada olmuşdur. Müraciət edən anemiyalı xəstələrdə aşağıdakı yanaşı xəstəliklər olmuşdur: bronxopnevmoniya-32,3%, kəskin respirator xəstəlik- 33,6%, hipotrofiya- 23,7%, diareya sindromu- 24,4%, bronxit-5%, enterokolit- 3%, bətdaxili infeksiya- 2,1%, sepsis- 2,1%, pilorospazm- 1,7%, anadangəlmə ürək qüsuru- 1%, yenidoğulmuşun hemolitik xəstəliyi- 1% və s. Dəmir çatışmazlığı anemiyasının diaqnostikası üçün əsas laborator göstəriciləri: eritrositlərin sayı, hemoqlobinin miqdarı, rəng göstəricisi (RG), qanda zərdab dəmirin təyini təyin edilmişdir. Bütün göstəricilər dinamikada: kəskin dövr və rekonvalesensiya dövründə öyrənilmişdir.

DÇA-lı uşaqların analarının anamnezinin statistik analizi göstərmişdir ki, ginekoloji anamnez 89%, akuşer anamnez isə 11% anada ağırlaşmışdır. Akuşer anamnezdə süni abort 12 qadında olmuşdur, 7 qadında 7-12-ci həftəsində özbaşına düşüklü olmuşdur. 14 hamilə qadında özbaşına düşüklü təhlükəsi, demək olar ki, bütün qadınlarda hamiləliyin hər 2 dövründə toksikoz, qadında nefropatiya, 19 qadında kəskin respirator infeksiya müşahidə olunmuşdur. 18 hamilə qadında doğuş vaxtından qabaq dölyanı suların axması ilə fəsadlaşmışdır. Xəstəliyin ilk dövründə klinik, instrumental, biokimyəvi və s. müayinələr aparılmışdır. NEK yenidoğulanlarda 15% hallarda mədə-bağırsaq sisteminin zədələnməsi ilə xarakterizə olunmuş, digər hallarda isə 3 və daha artıq üzv və sistemin funksional vəziyyətinin pozulması ilə müşayiət olunmuşdur.

Beləliklə, yenidoğulanlarda anemiyaların inkişafında risk faktorlarının təyin edilməsi uşaqların risk qrupuna daxil edilməsinə, erkən diaqnozun qoyulmasına, xəstəliyin adekvat müalicəsinin aparılmasına imkan yaradır.

\*\*\*

## **ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ХИРУРГИИ ЖЕЛУДКА.**

*Н.А.Аскеров, А.Х.Керимов, Ю.Р.Алияров  
Национальный центр онкологии. г.Баку*

В хирургической онкологии миниинвазивная хирургия нашла широкое применение не только в хирургии колоректального рака, но и в хирургии рака желудка. Первая лапароскопическая резекция желудка была выполнена в 1990 году, а первая гастрэктомия в 1996 году. В настоящее время миниинвазивная хирургия рака желудка находит все больше сторонников. В большинстве случаев речь идет о лапароскопически-ассистированных резекциях и гастрэктомиях и конечно необходимым условием выполнения этих вмешательств является большой опыт хирурга в традиционной хирургии рака желудка.

**Цель и задачи исследования:** Изучить результаты хирургического лечения больных с раком желудка путем использования лапароскопических методов вмешательств.

**Материалы и методы:** В клинике торакоабдоминальной онкологии Национального онкологического центра в 2012 году было выполнено 4 лапароскопических вмешательства на желудке. Из них по поводу злокачественных заболеваний 3 больных и 1 больной оперирован по поводу гигантской язвы желудка осложненной кровотечением. Все пациенты были мужчинами. Средний возраст пациентов составил  $58 \pm 1,3$  лет. Противопоказаниями к выполнению лапароскопических операций были: кишечная непроходимость, декомпенсированная сердечная и дыхательная недостаточность, послеоперационные вентральные грыжи. Двум больным была выполнена лапароскопическая резекция желудка, и двум больным лапароскопическая гастрэктомия. Положение больного на операционном столе и техника создания пневмоперитонеума не отличалась от классической методике описанной в руководствах по миниинвазивной хирургии.. Для

разъединения тканей использовался аппарат Enseal (Ethicon). Реконструкция как при резекции желудка так и гастрэктомии выполнялось путем создания гастроэнтеро либо эзофагоэнтероанастомоза по Ру. Для этого в левом подреберье проводился разрез длиной 6-7 см. Петля тонкой кишки в 40 см от связки Трейтца выводилась из брюшной полости, пересекалась. Экстракорпорально формировался энтеро-энтероанастомоз, который затем погружался в брюшную полость, далее в проксимальный конец тонкой кишки вводилась дистальная часть циркулярного степлера. Формирование эзофагоэнтеро- и гастроэнтероанастомозов выполнялось интракорпорально. Осложнение наблюдалось у 1 больного. На четвертые послеоперационные сутки у больного возникло признаки спаечной непроходимости. Причиной явилось ,вследствие технических трудностей формирования эзофагоэнтероанастомоза, инфицирование левого верхнего квадранта, локальный перитонизм и развитие спаечного процесса. Больному была выполнено релапароскопия, устранение спаечной непроходимости. Больной был выписан на 14-ый послеоперационный день.

**Результаты исследования:** Нами накоплен еще небольшой опыт лапароскопических операций в хирургии желудка , однако в целом использование лапароскопической техники привело к уменьшению: количества местных гнойных осложнений, интраоперационной кровопотери, послеоперационного пареза кишечника, уменьшению использования в послеоперационном периоде наркотических и ненаркотических анальгетиков, количества койко-дней. (средний койко- день составил  $8(\pm 1,5)$  дней).

\*\*\*

## **КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ МЕЛКОКЛЕТОЧНОГО РАКА ПИЩЕВОДА**

## (ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ)

*И.Г.Исаев, Н.Г.Кулиева, Г.Г.Насирова, А.Т.Алиев, А.А.Насирли,*

*С.И.Каграманова*

*Национальный центр онкологии, г.Баку*

По данным многочисленных исследований, подавляющее большинство опухолей пищевода по гистологической структуре относится к плоскоклеточному раку различной степени дифференцировки (93-95%), и только 2-3% среди них приходится на долю мелкоклеточного рака. В литературе сообщения о данной форме опухоли рочки не встречаются, скорее имеют место подобные единичные описания. Как правило, процесс развивается в дистальных отделах пищевода, в большинстве случаев - у мужчин старше 60 лет. Микроскопически этот рак напоминает свой аналог в легком, опухоль выглядит как полиповидный, грибовидный или язвенно-инфильтративный узел диаметром 4—14 см, суживающий просвет органа.. Кроме того, в этой ткани иногда видны очажки плоскоклеточного рака, аденокарциномы или обоих типов опухоли .Часто встречаются фигуры митоза. У некоторых больных, наряду с такими клетками, имеются более крупные элементы и попадаются даже гигантские клетки. Большинство из описанных опухолевых клеток дают положительную аргирофильную (но не аргентаффинную) реакцию и окрашиваются на такие маркеры, как нейрон-специфическая энолаза, хромогранин, реже гастрин, серотонин, АКТГ и кальцитонин. В выстилке пищевода, прилежащей к опухоли, изредка определяется карцинома *in situ*. Клинически процесс обычно протекает более тяжело, чем при других формах, и к моменту госпитализации такие симптомы, как дисфагия, загрудинные боли, кахексия часто оказываются весьма выраженными. Средняя продолжительность жизни этих пациентов обычно редко превышает 6 месяцев.

Под нашим наблюдением свыше полутора лет, с июля 2011 г., находится пациент Э.С.- мужчина 74 лет (в момент поступления-72), которому был установлен диагноз: "Рак среднегрудного отдела пищевода", стадия T3N0M0, смешанная форма роста, гистологически выявлен плоскоклеточный рак, мелкоклеточный вариант с выраженной инфильтрацией стромы. У больного имелись сопутствующие заболевания- гепатит "В" в фазе ремиссии и перенесенный инфаркт миокарда. В силу этого он не был оперирован, и ему был проведен радикальный курс лучевой терапии (ЛТ) на линейном ускорителе до суммарной очаговой дозы (СОД)-60,0 Гр. Непосредственно к окончанию ЛТ была достигнута полная регрессия опухоли, которая сохраняется по настоящее время. В то же время, через 7 мес. после окончания ЛТ у больного появился метастаз в мягкие ткани левой подчелюстной области, который был прооперирован в феврале 20012 г., но через 2 мес. после операции был зарегистрирован местный рецидив. На левую подчелюстную область, а также на обе шейно-надключичные был проведен курс лучевой терапии до СОД 60,0Гр. Вновь была достигнута полная регрессия опухоли, которая сохраняется до настоящего времени. Но уже через 2 мес. больной поступил вновь: в облученных участках рецидив отсутствовал, но имелись метастазы в забрюшинные лимфоузлы и в кости- правую ключицу и левую седалищную. Так как в силу возраста и наличия сопутствующих заболеваний проведение полихимиотерапии специалистами изначально не рекомендовалось, пациенту провели облучение забрюшинных лимфоузлов до СОД-40,0 Гр., седалищной кости в РОД-8,0Гр.(изоэф.-17,0 Гр.), на фоне 5-ФУ до 4,0г в течение 2-х недель и однократного введения золедриновой кислоты. Ввиду наличия тяжелейшего болевого синдрома больной в течение 2-х недель получал двукратно в сутки наркотические анальгетики, но уже к концу лечения был переведен на однократное введение анальгетиков ненаркотического ряда. Через 5 месяцев после завершения лечения обратился на консультацию- болей нет, состояние

удовлетворительное. В пищеводе и мягких тканях шеи рецидива нет, регрессия забрюшинных лимфоузлов- около 60-70%. Качество жизни по шкале Карновского-60%. Биохимические показатели крови в пределах нормы, в том числе- и печеночные пробы. Онкомаркер СЕА-27,3 ng/ml. Исходя из приведенного клинического случая, а также других подобных наблюдений, мы пришли к заключению, что, во избежание эмпирики, для лечения больных с наличием редких форм опухоли, каким бы статистически малым ни было бы их число, необходима разработка стандартов, способствующих оптимизации лечебной тактики.

\*\*\*

## **ПРИМЕНЕНИЕ РЕКОМБИНАНТНОГО ЭРИТРОПОЭТИНА ПРИ ГЕМОГЛОБИНОПАТИИ Н**

*М.Б.Гасанова, З.Х.Алимирзоева, Т.А.Мамедова, Ч.Д.Асадов  
НИИ гематологии и трансфузиологии им. Б.Эйвазова, Баку,  
Азербайджан*

Гемоглобинопатия Н обычно связано с делецией трех  $\alpha$ -глобиновых генов, что приводит к избытку  $\beta$ -цепей глобина в форме  $\beta_4$  тетрамеров, которые получили название гемоглобина Н (НвН). Гемоглобинопатия Н протекает в виде промежуточной талассемии с умеренной микроцитарной гипохромной анемией, гепатоспленомегалией и желтухой. Анемия развивается в результате гемолиза и неэффективного эритропоэза. Заболевание у большинства больных протекает бессимптомно и не требуют лечения. Переливание эритроцитарной массы может быть необходимым в случае гемолитических кризов, вызванных инфекциями, приемом оксидативных медикаментов, хирургических операций и беременности. Гемотрансфузионная зависимость встречается редко.

Известно, что рекомбинантный эритропоэтин (рЭПО) способствует пролиферации эритроидных клеток, и может быть использован для лечения анемии. До настоящего времени было проведено достаточное количество исследований по изучению клинической эффективности рЭПО у больных бета-талассемией. Что касается применения рЭПО при гемоглобинопатии Н, в доступной литературе мы нашли лишь две работы по этому, в которых были проведены исследования лишь у одного больного с гемоглобинопатией Н и полученные результаты были неоднозначными.

**Целью настоящего исследования** явилась оценка эффективности применения рЭПО в комплексной терапии НвН гемоглобинопатии.

**Материалы и методы исследования.** Всего было обследовано 14 больных НвН гемоглобинопатией (12 женщин, 2 мужчин) в возрасте 19 до 53 лет (средний возраст  $35,5 \pm 10,3$ ), которые в течение 6 месяцев получали рЭПО (препарат Эпрекс) в дозе 10 000 МЕ три раза в неделю в виде подкожных инъекций. Диагноз гемоглобинопатии Н был установлен на основании выявления у больных гемоглобина Н при определении фракций гемоглобина электрофоретическим методом. Содержание НвН у больных колебалось от 2 до 13%, составляя в среднем  $8,3 \pm 1,2\%$ . У всех обследованных были проведены исследование гематологических показателей (гемоглобин, гематокрит, эритроциты, индексы красной крови – MCV, MCH, MCHC) на анализаторе Sysmex XT2000i (Япония). Также проводилось исследование содержания сывороточного эритропоэтина (сЭПО) иммунохемилюминесцентным методом на автоматическом анализаторе Immulite (DPC, США), определение уровня сывороточного железа на биохимическом анализаторе и концентрации сывороточного ферритина методом иммуноферментного анализа с использованием коммерческих тест-систем.

**Результаты и их обсуждение.** Результаты проведенных исследований показали, что в период лечения рЭПО у всех больных



гемоглинопатиенН отмечалось повышение концентрации гемоглобина в различной степени - у 9 больных (64%) на более, чем 20 г/л, а у 4 (36%) – на 10-20 г/л. В среднем уровень гемоглобина увеличился с  $62,1 \pm 17,2$  г/л до  $98,9 \pm 8,3$  г/л. В период лечения сЭПО статистически достоверного изменения содержания в крови сывороточного железа и сывороточного ферритина не наблюдалось. Исходный уровень сЭПО у больных составил  $156,5 \pm 59,9$  мМЕ/мл, что достоверно выше показателя в норме ( $12,3 \pm 6,7$  мМЕ/мл). В период лечения рЭПО не было необходимости в проведении гемотрансфузионной терапии. Наши исследования согласуются с данными Fortenko et al. (2009), которые выявили значительное повышение уровня гемоглобина у 36 летней больной гемоглинопатией Н после лечения рЭПО. Напротив, Singer et al. (2011) не выявили существенного эффекта при лечении этим препаратом 17 летней больной с гемоглинопатией Н.

Таким образом, в результате проведенных исследований можно прийти к заключению, что применение рЭПО в комплексной терапии больных гемоглинопатией Н приводит к: а) значительной коррекции уровня гемоглобина; б) устранению зависимости от гемотрансфузий; в) улучшению качества жизни больных и повышению их трудоспособности.

\*\*\*

## **QARA CIYƏRİN BİRİNCİLİ BƏD XASSƏLİ ŞİŞLƏRİNİN DİAQNOSTİKASI VƏ RAST GƏLMƏSİNİN BƏZİ STATİSTİK GÖSTƏRİCİLƏRİ.**

*F.Ə.Mərdanlı, E.B.Mansurov, N.Ə.Əsgərov, A.A.Rəhimov*  
*Milli Onkologiya Mərkəzi, Bakı ş.*

Qara ciyərin birincili bəd xassəli şişləri (QBBXŞ) bütün bəd xassəli şişlərin 2,0%-dən azını təşkil edir və bu xəstəliklə ən çox 60 və daha yuxarı yaşda olan kişilər xəstələnirlər. Həmdə xəstəliyin ilkin mərhələlərində xəstəliyin spesifik kliniki əlamətləri olmadığı üçün xəstələrin əksəriyyətinə gecikmiş mərhələlərdə diaqnoz qoyulur . Nəticədə bu xəstələrə radikal müalicə aparmaq qeyri mümkün olur . Məsələn 2012 – ci ildə poliklinika – qəbul şöbəsində QBBXŞ diaqnozu ilə müayinə olunan 298 xəstədən 45,0 % (134) – də IV kliniki qrup təyin edilib və bunlar yaşayış yerinə simptomatik müalicəyə göndəriliblər. Xəstəliyin yayılması səbəbində 6,0% (18) xəstə kimyəvi terapiya şöbəsinə qəbul olub. Cəmi 13,4 % (40) xəstə radikal cərrahi müalicəyə cəhd olunmaq ehtimalı ilə torakoabdominal şöbəyə qəbul olub. 35,6 % (106) xəstə müxtəlif səbəblərdən , adətən isə ümumi vəziyyətin ağırlığına və xəstəliyin geniş yayılmasına görə müalicənin effektsiz olacağını düşünərək stasionara qəbuldan imtina ediblər. Beləliklə radikal müalicəyə cəhd hər 8 xəstədən birində olub.

Bəzi statistik göstəriciləri aydınlaşdırmaq üçün QBBXŞ olan 369 xəstənin cins və yaş üzrə rast gəlmə tezliyinin intensivlik göstəriciləri (İG) və standartlaşdırılmış göstəriciləri (SG) öyrənilmişdir.

Xəstələrdən 55,0% (203) kişi və 45,0% (166) qadın olmuşdur. Kişilər arasında İG və SG müvafiq olaraq 6,6 və 6,9 ; qadınlar arasında isə 5,0 və 4,4 olmuşdur. Xəstələrin yaş üzrə rast gəlmə tezliyinin təhlili göstərir ki, xəstələrin yaşı artdıqca xəstələrin sayı da artır. Belə ki, xəstələrin yaşı 11 qrupa bölünmüşdür (18-24; 25-29; 30-34; 35-39; 40-44; 45-49; 50-54; 55-59; 60-64; 65-69; 70 və daha yaşlı). İG bu yaş qrupları üzrə kişi və qadınlar arasında müvafiq olaraq belə olmuşdur – 0,2 və 0,2 ; 0 və 0,2; 0,6 və 0,3; 0,3 və 0,9; 4,1 və 1,4; 4,3 və 3,7; 9,3 və 3,5; 13,5 və 10,2; 28,4 və 18,2 ; 37,6 və 25,2; 41,2 və 29,2. SG isə qeyd olunan 11 yaş qrupu üzrə kişi və qadınlar arasında müvafiq olaraq belə olmuşdur – 0,03 və 0,03; 0 və 0,02; 0,06 və 0,03; 0,03 və 0,08; 0,4 və 0,1; 0,4 və 0,4; 0,8 və 0,3; 0,8 və 0,6; 1,1 və 0,7; 0,7 və 0,4; 2,6 və 1,8.

Beləliklə aparılan təhlillərdən görüldüyü kimi QBBXŞ ilə kişilər qadınlara nisbətən daha çox xəstələnirlər – hansını ki, milli mentalitetə

uyğun olaraq kişilərin qadınlara nisbətən daha sərbəst həyat tərzini keçirərək əksəriyyət hallarda QBBXŞ ilə nəticələnən qara ciyər sirrozu törədən alkohollu içkiləri daha çox qəbul etməsi və viruslu hepatitlərlə yoluxma riskinin yüksək olması ilə əlaqələndirmək olar. Əhali yaşlandıqca QBBXŞ ilə xəstələnmə hallarının artmasını isə kanserojen faktorların daha uzun müddətli təsir etməsi ilə əlaqələndirmək olar. Nəticədə bir çox xəstəliklərin profilaktikasında mühüm rol oynayan „sağlam həyat tərzinin „ QBBXŞ-nin profilaktikasında da formalaşdırmaq və alkoholdan uzun müddət istifadə edən və viruslu hepatit ilə xəstə olan yaşlı şəxslərin aktiv skriningini aparmaq lazımdır. Nəticədə radikal müalicənin aparılması mümkün olan xəstəliyin erkən mərhələlərinin diaqnostikası da yaxşılaşmış olur.

\*\*\*

## **AZƏRBAYCAN RESPUBLİKASI ABŞERON İQTİSADI REGIONUNDA UŞAQLIQ CİSMİ XƏRÇƏNGİ İLƏ XƏSTƏLƏNMƏ VƏ ÖLÜM GÖSTƏRİCİLƏRİ.**

*Ş.A. Aliyev, V.M.Mədədova  
Milli Onkologiya Mərkəzi, Bakı şəhəri.*

Qadınlarda rast gəlinən onkoloji xəstəliklər və xüsusi ilə də bunun 40-45 % -ni təşkil edən reproduktiv sistemin xərcəngi müasir cəmiyyətin və səhiyyənin ən aktual problemlərindən biridir. Bu sistemin xərcəngi içərisində uşaqlıq cismi xərcəngi (UCX) xüsusi yer tutur. Belə ki, UCX qadınlar arasında rast gəlinən bütün bədən şişlərinin təxminən 13%-ni təşkil edir və inkişaf etmiş ölkələrdə bu göstərici getdikcə artır. 2011-ci ildə Azərbaycan Respublikasında (AR) qadınlarda ilk dəfə aşkar olunan bədən xassəli şişlərin tərkibində UCX 5-ci yerdə durub. Əksəriyyət bədən xassəli şişlər kimi UBX-nin də əmələ gəlmə mexanizmi də dəqiq bilinmədiyi üçün

, bunun etiologiyasında yaşayış yerindən asılı olaraq müxtəlif faktorların hər hansı bir təsirinin olub-olmamasını öyrənmək üçün AR-nın Abşeron iqtisadi regionunda (AİR) UBX –i ilə xəstələnmə və ölüm göstəriciləri öyrənilmişdir.

AİR –na Sumqayıt şəhəri , Abşeron və Xızı rayonları daxildir ki, bunlarda müvafiq olaraq 159600, 95600 və 7500 qadın yaşayır.AİR regionu üzrə qadınlarda bütün bədən xassəli şişlər arasında UCX ilə xəstələnmənin %-lə xarakterizə edilən ektensivlik göstəricisi (EG) 3,0% , hər 100000 nəfərə düşən xəstələrin sayını göstərən intensivlik göstəricisi (İG) 3,7 olmuşdur.Əhalinin orta ümumi kəmiyyəti içərisində 100000 nəfər əhaliyə görə müəyyən müddət ərzində ölüm hallarını göstərən ümumi ölüm əmsalı (ÜÖƏ) 2,6 və xəstəliyin kritik ağırlığını xarakterizə edən və bu xəstəlik içərisində ölümlə nəticələnən hissəni göstərən letallıq əmsalı (LƏ) 40,0% olmuşdur.UCX ilə 5 illik yaşama göstəricisi (5-İYG) ümumi region üzrə 46,0%-ə bərabər olub.Sumqayıt şəhər , Abşeron və Xızı rayonlarında yaşayan qadınlar arasında bu göstəricilər müvafiq olaraq belə olmuşdur : EG- 2,6% , 3,2% və 8,3% ; İG-3,7 , 3,1 və 13,1 ; ÜÖƏ – 2,5 , 2,1 və 13,1; LƏ- 16,6 % , 66,6% və 75,5% ; 5-İYG -39,6% , 64,3% və 0%.

Beləliklə AİR –da UCX ilə xəstələnmənin və ölümün ən yüksək göstəriciləri Xızı rayonunda olmuşdur. Nəticədə bu rayonda 5-İYG qeydə alınmamışdır.Bu göstərici ən yüksək Abşeron rayonunda (64,3%) ,sonra isə Sumqayıt şəhərində (39,6%) olmuşdur.Bu göstərilən faktlar gələcəkdə müvafiq araşdırmaların aparılmasını və səbəblərə uyğun təşkilati tədbirlərin hazırlanmasını zəruri edir.

\*\*\*

## **HEPATİT C İLƏ AĞIRLAŞMIŞ SÜD VƏZİSİ XƏRCƏNGİ OLAN XƏSTƏLƏRDƏ ENDOKRİN DİSFUNKSIYA**

*S.T.Kərimova, G.Ə.Cəfərova, V.İ.Yaqubova*  
*Azərbaycan Tibb Universiteti Bakı ş.*

Süd vəzisi xərçəngi (SVX) xəstələri arasında qalxanabənzər vəzinin funksional dəyişikliklərinə tez-tez rast gəlinir. Aparılan son tədqiqatlar SVX-nin yaranması və inkişafında tireoid hormonlarının müəyyən rol oynadığını göstərir. Məlumdur ki, qaraciyər tireoid hormonlarının metabolizmində və transportunda iştirak edən mərkəzi orqandır. Hepatit C ilə ağırlaşmış SVX olan xəstələrin qaraciyərində müşahidə edilən ciddi destruktiv və metabolik dəyişikliklər tireoid hormonlarının sekresiyasının əhəmiyyətli pozulmaları ilə müşayiət olunur. Bu baxımdan tireoid hormonların öyrənilməsi həmin xəstələrin müalicənin düzgün təşkil olunmasında mühüm əhəmiyyət kəsb edə bilər. Tədqiqat işində 25 nəfər sağlam şəxs, SVX olan 35 xəstənin və hepatit C ilə ağırlaşmış SVX olan 32 xəstənin qan serumunda tireoidstimuləedici hormonun (TSH), triyodtironin ( $T_3$ ), tiroksin ( $T_4$ ) hormonlarının və prolaktinin (PRL) ümumi qatılığı analiz edilmişdir. Aşkar edilmişdir ki, hepatit C ilə ağırlaşmış SVX olan xəstələrdə kontrol qrupla müqayisədə  $T_3$  hormonunun qatılığı 2,3 dəfə,  $T_4$  hormonunun qatılığı 1,7 dəfə azalmış, TSH hormonunun qatılığı isə 2,7 dəfə artmışdır. Hepatit C aşkarlanmayan SVX xəstələrində  $T_3$  hormonunun qatılığının 1,8 dəfə,  $T_4$  hormonunun qatılığının isə 2,0 dəfə kontrola nisbətən azalması müşahidə edilmişdir. Bu qrup xəstələrdə TSH hormonunun qatılığı norma ilə müqayisədə 2,0 dəfə artmışdır. Hepatit C ilə ağırlaşmış SVX olan xəstələrdə qaraciyər patologiyası PRL hormonunun sekresiyasına da təsir göstərir. PRL qatılığı hepatit C ilə ağırlaşmış SVX xəstələrində kontrola nisbətən 3,8 dəfə, hepatit C aşkarlanmayan SVX olan xəstələrdə isə 2,8 dəfə artmışdır. Məlumdur ki, PRL-nin sintezində və sekresiyasında estrogenlər mühüm stimuleedici amil rolunu oynayır. Qaraciyərin funksional pozulmaları nəticəsində yaranmış hiperestrogenizm PRL sintez edən hüceyrələrin miqdarının çoxalmasına və hiperprolaktinemiya səbəb olur. Beləliklə, alınmış nəticələrin müqayisəli

analizi göstərir ki, SVX olan xəstələrdə hepatit C virusunun infiltrasiyası və bunun nəticəsində inkişaf edən qaraciyər patologiyası ciddi endokrin disfunksiyaya səbəb olmaqla hipotireoz əlamətlərinin, eləcə də hiperprolaktinemiyanın inkişafına gətirib çıxara bilər.

## **PERİFERİK AĞCIYƏR XƏRÇƏNGİNİN DİAQNOSTİKASINDA TRANSTORAKAL “TRU CUT” BİOPSIYA**

*Ə.A. Soltanov, R.R.Bağirov, A.Q. Hətəmov, K.M. Abdullayev*  
*Milli Onkologiya Mərkəzi, Bakı ş.*

Periferik ağciyər xərçəngi zamanı diaqnozun verifikasiyası, şişin morfoloji strukturunun dəqiqləşdirilməsi müalicə taktikasının seçilməsi və xəstəliyin proqnozlaşdırılması üçün vacib əhəmiyyət kəsb edir. Müayinəmizdə transtorakal püksion-aspirasion biopsiyanın nəticələri “tru cut” biopsiyanın nəticələri ilə müqaisəli təhlil edilmişdir. MOM- da 2011-2012 –ci illərdə kompyuter tomoqrafıyası nəzarəti altında transtorakal “tru cut” biopsiya 156 xəstəyə, püksion-aspirasion biopsiya isə 29 xəstəyə icra edilmişdir. Demək olar ki, bütün hallarda şiş ağciyərin orta və subplevral nahiyələrində lokalizasiya etmişdir. Yalnız 4 xəstədə mərkəzi peribronxial formalı ağciyər şişinin “tru cut” biopsiyası icra edilmişdir. “Tru cut” biopsiyalar Auto cut 16-18G, 1,0 – 1,2 mm diametrlı iynələr vasitəsilə icra edilmişdir. İynələrin uzunluğu 10,0 – 15,0 sm təşkil etmişdir. 8,0% hallarda “tru cut” biopsiyadan, 36,4% hallarda isə püksion-aspirasion biopsiyadan sonra diaqnozun verifikasiyası təkrar biopsiyalardan sonra mümkün olmuşdur. Törəmələrin ölçüsü 2,0 sm dən 10,0 sm-ə kimi variasiya etmişdir. Transtorakal biopsiyalar zamanı kompyuter tomoqrafıyanın böyük diaqnostik əhəmiyyətinin qeyd etmək lazımdır. Belə ki, şişin ətraf toxumalara və iri diametrlı damarlara münasibətinin dəyərləndirilməsində,

həmçinin iynənin şişin nekrozlaşmış hissəsinə təsadüf düşməsinin kontrolunda kompyuter tomoqrafiya böyük diaqnostik əhəmiyyət kəsb edir. Texniki çətinliklər kiçikölçülü şişlərin ağciyərlərin zirvə seqmentində və diafraqmaüstü nahiyələrində lokalizasiyası zamanı bu nahiyələrin yüksək amplitudalı hərəkətliliyi ilə əlaqədar yaranmışdır. “Tru cut” biopsiyalardan sonra 96,4% hallarda, punksiyon-aspirasion biopsiyalardan sonra isə 72,4% şişin morfoloji verifikasiyası alınmışdır. Punksiyon-aspirasion biopsiyanın bütün verifikasiya olunmuş hallarında yalnız bədxassəli şiş hüceyrələri aşkar edilmişdir. Eyni zamanda “tru cut” biopsiyadan sonra 65,0% hallarda adenokarsinoma, 35,0% hallarda isə yastı epitel xərçəngi aşkar edilmişdir. Bundan əlavə 78,5% hallarda şişin differensasiya dərəcəsi dəqiqləşdirilmişdir. Daha tez-tez rast gəlinən ağırlaşmalardan pnevmotoraksı, ciyərdaxili hematomaları və hematoraksları qeyd etmək lazımdır. Hər iki biopsiyalardan sonra ağırlaşma faizi uyğun olaraq 7,8% və 7,2% təşkil etmişdir. Pnevmtorakslar əsasən ağciyərlərin orta sahələrində yerləşən şişlərin biopsiyasından sonra qeyd olunmuşdur və plevra boşluqlarının uyğun aparmaları (punksiyon hava aspirasiyası və drenirləşdirmə) ilə ləğv edilmişdir.

\*\*\*

## ORGAN SPARING SURGERY IN UNILATERAL NEPHROBLASTOMA PATIENTS

*RS Ismail-zade, GA Aleskerova, NA Ahadova, AO Gulieva  
National Center of Oncology, Baku*

**Background:** International treatment protocols in children with Wilms’ tumor including preoperative chemotherapy surgery and postoperative chemotherapy with or without radiotherapy depending on histology and stage result in very good survival. In general we achieved 91% long term survival using such protocols. After having good results in

survival, we have to think about increasing number of nephron sparing surgery without jeopardizing survival rate. Good imaging technique helps in making surgeon decision.

**Methods:** Chemotherapy (ChT) with 2 or 3 agents is highly effective and usually causes remarkable tumor shrinkage and necrosis a large nephroblastoma and as a result localizes tumor mass to the one pole and in some cases facilitates nephron sparing surgery. In SIOP WT 2001 study (stage I-III) 4 weeks preoperative ChT have been recommended. We modified preoperative ChT chemotherapy in case of good response and relatively less affected and functioning kidney. We prolonged ChT giving 6 weeks (50% more) treatment. Since 2005 totally 53 children (stage I-III) with median age 3 year 2 months have been treated using SIOP WT 2001. In 30 pts 4 weeks ChT (VCR+ACT) was given. Twenty three pts were given 6 weeks ChT, evaluating tumor size (US or CT-scan) after 4 and 6 weeks.

**Results:** Among 35 pts achieving standard 4 weeks ChT, nephrectomy performed in 30 pts and partial resection-5. In 23 pts where prolonged (6 weeks) preoperative ChT was given nephrectomy was done in 10 cases and partial resection-13. During follow up (median 12 months) no evidence of relapse in spared kidney observed. Five-year event free survival was  $91\pm 6\%$  in nephrectomed and  $89\pm 9\%$  in partially nephrectomed patients ( $p=0,64$ ).

**Conclusions: Prolongation of preoperative ChT in some cases with unilateral Wilms' tumor may increase number of organ sparing surgery. The optimal choice of treatment in this group of pts still merits further investigation.**

\*\*\*

**AZƏRBAYCANDA DÜZ BAĞIRSAQ XƏRÇƏNGİ  
HÜCEYRƏLƏRİNDƏ APC GEN MUTASİYASININ TEZLİYİ**



Bəzi tədqiqatçıların qənaətinə görə, kolorektal xərçəng hüceyrələrinin yaranması prosesinin ilk mərhələsində APC (adenomatosis poliposis coli) genində mutasiya baş verir.

**Tədqiqatın məqsədi:** Azərbaycan əhalisində düz bağırsağ xərçəngi hüceyrələrində APC gen mutasiyasının tezliyini öyrənməkdən ibarətdir.

**Tədqiqatın materialı və üsulları:** Tədqiqat işinin kontingentini ATU-nun Onkologiya kafedrasının əməkdaşları tərəfindən 2001-2010-cu illər ərzində A.T.Abbasov adına Bakı Şəhər Onkoloji Dispanserində və ATU-nun Onkoloji Klinikasında düz bağırsağ xərçənginə görə radikal cərrahi əməliyyat aparılmış xəstələrin parafin blokları müvafiq müayinə üçün yararlı olan qismi təşkil edir. Qeyd edilən müddət ərzində müvafiq xəstəxanalarda 176 xəstə stasionar şəraitdə müalicə olunmuşdur. Qeyd edilən xəstələrin 61-də rezektatın parafin bloku üzərində immunohistokimyəvi müayinə aparılmış və APC gen mutasiyası öyrənilmişdir Bizim tədqiqatda ilk anticisimciklər kimi APC poliklonal və onların reseptorlarına qarşı alınmış siçan monoklonal əksicisimciklərdən istifadə olunmuşdur. APC əksicisimcikləri - “ BİOZOL” (Amerika Birləşmiş Ştatları) istehsalıdır.

**Nəticə:** Tədqiqat nəticəsində 61 xəstənin 38-də (62.3%) şiş hüceyrələrində APC gen mutasiyası pozitiv, 23 (37.7%) xəstədə isə neqativ olmuşdur. Qeyd etmək lazımdır ki, <50 yaş qrupunda xəstələrin 34.8%-də, ≥50 yaş qrupunda isə 75%-də qeyd edilən mutasiyanın immunohistokimyəvi əlamətləri aşkar edilmişdir. APC gen mutasiyası pozitiv olmuş <50 yaşlı xəstələrin 8-də (100%) də ətraf normal selikli qişa hüceyrələrində APC gen mutasiyası aşkar edildiyi halda, bu ≥50 yaşlı xəstələrin 1-də (3.3%) müşahidə edilmişdir ( $p<0.001$ ). Ədəbiyyat məlumatlarına əsasən <50 yaş dövründə olan kolorektal karsinomalı xəstələrin əksəriyyətində xərçəngin inkişafına əsas təkan verici amil irsi APC gen mutasiyasıdır. Başqa sözlə, irsi kolorektal xərçəngin

yararlığında digər gen mutasiyalarının tezliyi APC geni ilə müqayisədə daha azdır. Rəqəmlərdən görüldüyü kimi, bizim kontingentdə <50 yaşlı xəstələrin təxminən hər üçündən birində bu müşahidə edilmişdir.

Nəzərə alınsa ki, irsi yolla ötürülən APC gen mutasiyasının səbəb olduğu kolorektal xərçəngin aşkar edildiyi xəstələrin orta yaşı təqribən 40 təşkil edir, o zaman inamla belə fikrə gəlmək olar ki: 1) irsi genetik mutasiyaların başlıca rol oynadığı  $\leq 50$  yaş dövründə kanserogeneza təkan verən təkcə APC gen mutasiyası deyil, digər gen mutasiyaları da mövcuddur. 2) sporadik kanserogenezin inkişafında rol oynayan kanserogenlər APC gen lokusunda daha yüksək tezliklə mutasiya əmələ gətirmək xüsusiyyətinə malikdir. Başqa sözlə, düz bağırsağ xərçənginin inkişafına səbəb olan kanserogenlərin yaratdığı kanserogeneza prosesinin bu və ya digər mərhələsində təsadüflərin çoxunda APC geninin mutasiyası baş verir.

**Xülasə:** Bu da dolayı olaraq onu düşünməyə əsas verir ki, Azərbaycan əhalisi arasında irsi APC gen mutasiyası daha seyrək müşahidə edilir və kolorektal hüceyrələrdə APC geninin sporadik mutasiyasının inkişafına səbəb olan kanserogenlərin intensivliyi başqa coğrafi zonalarından əhəmiyyətli dərəcədə fərqlənir.

\*\*\*

## PROSTAT VƏZİ XƏRÇƏNGİNDƏ MULTİPARAMETRİK MAQNİT REZONANS TOMOQRAFİYA MÜAYİNƏSİNİN ROLU

*A.K. Kazımov, S.S.Vətənxax, F.Y. Əliyev, E.Y.Əliyev*  
*Milli Onkologiya Mərkəzi, Bakı ş.*

Prostat vəzi xərçənginin qiymətləndirilməsi ilkin olaraq qan zərdabında PSA səviyyəsinə, klinik mərhələyə, biopsiya və patomorfoloji nəticələrə əsaslanır.

MR görüntülemə və 1H MR spektroskopiya müayinəsi prostat vəzinin xərçəngində ilkin diaqnostik metod kimi istifadə olunmur. Bu müayinə metodları qan zərdabında PSA dəyəri yüksək olan, lakin rutin instrumental və fiziki müayinə üsullarına və həmçinin biopsiya nəticələrinə əsasən xərçəng xəstəliyi təsdiq olunmamış xəstələrə təyin olunur. Xərçəng 75% hallarda vəzinin periferik hissəsində, 25% hallarda isə mərkəzi hissəsində yaranır.

Prostat vəzinin zonal anatomiyası və prostat xərçəngi ən yaxşı halda multiplanar T2 ağırlıqlı görüntülərdə qeydə alınır. Xroniki prostatitdən əziyyət çəkməyən şəxslərdə periferik zona T2 ağırlıqlı görüntülərdə yüksək siqnal intensivliyi şəklində təzahür olunur. Bu fonda xərçəng törəməsi aşağı intensivliyə malik olduğuna görə yüksək kontrast rezolyusiyası törəməni aşkar etməyi xeyli asanlaşdırır. Buna baxmayaraq, klinik təcrübədə T2 ağırlıqlı sekvensiyalar xərçəngin aşkar edilməsi və lokalizasiyasında kifayət qədər dəqiqlik nümayiş elətdirmədiyindən xərçənginin təsbit olunmasında yüksək dəqiqlik və həssaslıq dərəcələrinə malik qeyri-invaziv görüntülemə metodlarının işlənilib hazırlanması bu günədək aktual məsələlərdəndir.

Maqnit rezonans tomoqrafiya müayinəsinin informativliyini artırmaqdan ötrü paralel olaraq müxtəlif digər sekvensiyalardan da istifadə etmək daha məqsədəuyğundur. Multiparametrik MR tomoqrafiya müayinəsi ilə metabolik məlumat, toxuma xarakterizasiyası və şişin vaskulyarizasiyası, perfuziya xassəsi, toxumada hüceyrələrin sıxlığı və şişin aqressivlik dərəcəsi öyrənilir. Şişin perfuziya xüsusiyyətini öyrənmək məqsədi ilə yüksək sürətli dinamik bolyus kontrastlı müayinə aparılır. Multiparametrik MR tomoqrafiya aparmalarına T2 ağırlıqlı görüntülemə, diffuziyaya həssas görüntülemə, kimyəvi yerdəyişmə sekvensiyaları (spektroskopiya) və perfuziya texnikası daxildir.

Diffuziyaya həssas görüntülemə zamanı xərçəng toxumasında su molekullarının diffuziya qabiliyyətinin məhdudlaşması və apparent diffuziya koeffisientində kəskin azalma müşahidə olunur. Bu üsul qısa müayinə vaxtı tələb edir və xərçəng ilə normal prostat toxuması arasında

yüksək kontrast rezolyusiyası yaradaraq şişin lokalizasiyasını asanlaşdırsada, apparent diffuziya koeffisientində fərdi müxtəliflik diaqnostik performansını aşağı sala bilər. Beləliklə, DHG/ADC texnikaları toxumalarda su molekullarının sıxlığı haqqında funksional məlumatı təmin edir.

Proton maqnit rezonans spektroskopiyaya müayinəsi çox və tək vokselli parametrlərlə tətbiq olunur, nəticədə xolin (Cho), kreatinin (CR) və sitrat (Ci) metabolitləri haqqında biokimyəvi məlumat əldə olunur. MR spektroskopiyaya müayinəsi zamanı xərçəng toxumasında xolin (Cho) və kreatininin (Cr) sitrat (Ci) nisbəti normal prostat toxuması ilə müqayisədə xeyli yüksək olur. Qeyd olunduğu kimi prostat vəzində xərçəng 75% hallarda periferik zonada yaranır və konvensional sekvensiyalara əsasən vəzinin mərkəzi/keçid zonasında 'gizlənən' şişləri təyin etmək mümkün olmur. Məhz, proton maqnit rezonans spektroskopiyaya müayinəsinin köməyi ilə bu çətinliyi həll etmək mümkün olur. Diffuziyaya həssas sekvensiyalarından fərqli olaraq maqnit rezonans spektroskopiyaya müayinəsi daha uzun zaman tələb edir, periprostatik sahəni birbaşa əhatə etmir və sıx-sıx artefaktların təsirinə məruz qalır. Bu müxtəlif metodları birlikdə tətbiq etdikdə şişin aşkar edilməsi, lokalizasiyası, aqressivlik dərəcəsinin öyrənilməsi və mərhələləndirilməsində dəqiqlik dərəcəsi artırıla bilər.

Maqnit rezonans spektroskopiyaya müayinəsi zamanı metabolik məlumat (spektra) almaqdan ötrü güclü maqnit sahəsindən istifadə olunur. Prostat vəzi xərçəngi hallarında qeydə alınan spektrada sitrat (Ci) səviyyəsində azalma, xolin (Cho) və kreatinin (Cr) səviyyələrində artma müşahidə olunur. Bununla hüceyrə sitoplazmasında və hüceyrəxarici mühitlərdə müxtəlif metabolitlərin nisbi konsentrasiyası təyin olunur.

Tədqiqat işinin əsas məqsədi konvensional görüntülemə metodlarının və multiparametrik maqnit rezonans tomoqrafiya müayinəsinin, eləcə də maqnit rezonans spektroskopiyaya müayinəsinin xəstəliyin diaqnostikası və mərhələləndirilməsindəki muasir rolunu öyrənməkdən ibarətdir.

2012-2013 illər arası klinik, laborator və ultrasəs müayinə nəticələrinə əsasən prostat vəzi xərcəngi şübhəsi olan 50-64 yaş arası 23 pasient xəstəliyin təsdiqi və lokoregional yayılmasının qiymətləndirilməsi üçün MR tomoqrafiya müayinəsinə cəlb olundu. Müayinə Almaniyanın Siemens şirkətinin Maqnetom Avanto 1.5 Tesla cihazında aparıldı. Xəstələrin hər birinə T2 ağırlıqlı sagittal, frontal və aksial planda və T1 ağırlıqlı aksial planda 3 mm kəsik qalınlığı ilə və 4 mm kəsik qalınlığı ilə aksial planda diffuziyaya həssas sekvensiyalar tətbiq olunduqdan sonra multi və təkvokselli spektroskopiya müayinəsi aparıldı. ADC xəritələri iki b dəyərləri ilə (0 və 800 s/mm<sup>2</sup>) əldə olundu. 3D-MRS metabolik xəritələr (Cho+Cre) /Cit nisbəti üçün analiz olundu. Bütün hallar T2 AG, DHG və MRS ilə ayrı-ayrılıqda və daha sonra bir yerdə qiymətləndirildi. Şişin perfuziya xüsusiyyətinin öyrənilməsi üçün 3 ml/s dinamik kontrastlı piy saturasiyalı sekvensiyalar icra olundu.

Prostat vəzinin periferik zonasında xərcəngə şübhəli sahələrə voksel qoyuldu və əldə olunan MR spektrada sitrat piklərində azalma, xolin və kreatinin piklərində müxtəlif dərəcədə artma qeydə alındı. Diffuziyaya həssas görüntülərdə 10 halda molekulyar diffuziya fenomeninin kəskin şəkildə məhdudlaşması qeydə alındı. Dinamik bolyus kontrastlı aparmaların postprocessor analizi zamanı 14 halda III tip maliqn kinetik əyrilər – hipervaskulyarizasiyanı ifadə edən sürətli yuyulma (wash-out) qeydə alındı. Nəticələr patohistoloji müayinə nəticələri ilə təsdiqləndi.

Multiparametrik MR tomoqrafiya müayinə metodlarının birgə analizi prostat vəzi xərcənginin aşkar olunması, lokalizasiyası və lokoregional yayılmasının və eləcə də şişin aqressivlik dərəcəsinin öyrənilməsində mühüm və əvəzolunmaz instrumental müayinə metodu kimi tətbiq oluna bilər.

\*\*\*

# LUMBAR POSTERİOR TRANSPEDİKULAR FİKSASIYA ƏMƏLİYYATI APARILAN XƏSTƏLƏRDƏ ƏMƏLİYYAT SONRASI KLİNİK NƏTİCƏLƏRİN DƏYƏRLƏNDİRİLMƏSİ

*R.C.Babayev*

*Milli Onkologiya Mərkəzi, Bak ş.*

Müasir cəmiyyətdə tez-tez rast gəlinən bel ağrısı şikayətlərinin etiologiyasında onurğanın degenerativ xəstəlikləri, spondilolistezis vacib yer tutmaqdadır. Konservativ müalicəyə cavab verməyən xəstələrdə ağrı, sinir köklərinin kompressiyası və onurğanın deformasiyasının artması cərrahi müalicəyə göstəriş yaradır. Spondilolistezisin cərrahi müalicəsində istifadə edilən enstrumantasiyasız posterior və posterolateral fuzion (bitişmə) üsulları uzun müddətli immobilizasiya ehtiyacı və psevdartroz nisbətinin yüksəkliyi səbəbi ilə gözdən düşmüşdür. Transpedikulyar vida ilə fiksasiya üsulları lumbar spondilolistezis müalicəsində lumbar spinal fuzion üçün ən uyğun internal fiksasiya üsuludur. Bu metod yüksək sümük fuzion ilə birlikdə güclü vertebral seqmentar fiksasiya təmin edir.

Araşdırmaq üçün degenerativ zəmində inkişaf edən qeyri-stabillik və lumbar kanal daralması olan xəstə qrupu yaradıldı. Araşdırılan xəstə qrupuna 22 kişi (%20,8), 84 qadın (%79,2) olmaqla cəmi 106 nəfər alınmışdır. Xəstələr fuzion sayına görə: bir fuzion (Qrup A, 8 xəstə), iki fuzion (Qrup B, 64), üç fuzion (Qrup C, 22) və dörd fuzion (Qrup D, 12) şəklində 4 qrupa ayrıldı. Bu retrospektiv bir klinik fəaliyyətdir. Xəstə qrupun orta yaş həddi 57,5-dir. Müşahidə müddəti orta hesabla 2,8 il-dir. Orta Bədən Kütlə İndeksi (BKİ) 30-dur.

“Vizual Analoq Skala” (VAS) dəyərləndirilməsində soruşulan şikayətlər: bel ağrısı, ayaq ağrısı, hərəkətlə ağrı, istirahətlə ağrı, diz ağrısı və qalça ağrısıdır.

Statistik analizlər üçün SPSS (Statistical Package for Social sciences) for windows 11,0 proqramı istifadə edildi. VAS dəyərləri üçün paired t-testi aparıldı.

Nəticələrə görə:

- A qrupunda qalça ağrısı ( $p=0,573$ ) və diz ağrısından ( $p=0,18$ ) başqa, bel ağrısı, ayaq ağrısı, hərəkətlə və/və ya istirahətlə ağrı şikayətlərində önəmli fərq aşkarlandı, hər birisi üçün ( $p=0,0001$ )-dir.
- B qrupunda VAS-ın bütün parametrlərində önəmli fərq müəyyənləşdirildi (hər birisi üçün  $p=0.001$ ).
- C qrupunda diz ( $p=0.049$ ) və qalça ( $p=0.018$ ) ağrılarında önəmli, digərlərinin hər birisi üçün ( $p=0,0001$ ) yüksək dərəcədə önəmli olaraq aşkarlandı.
- D qrupunda diz ( $p=0.084$ ) və qalça ( $p=0.156$ ) ağrılarında nəzərə çarpan fərq tapılmadı, lakin bel və ayaq ağrısı, hərəkətlə və/və ya istirahətlə ağrı üçün əməliyyat öncəsi və sonrası önəmli fərqlər tapıldı, hər birisi üçün ( $p=0,0001$ )-dir.

Vas ölçülərindən fuzion cərrahiyyəsinin: bel ağrısı, ayaq ağrısı, hərəkətlə və/və ya istirahətlə artan ağrılar üzərinə təsirli olduğu göründü. Aldığımız nəticələrə görə fuzion cərrahiyyəsi sonrası xəstələrdə bel və ayaq ağrısı, hərəkətlə və/və ya istirahətlə olan ağrılarda azalma müşahidə edilmişdir. Diz və qalça ağrılarında isə çox az miqdarda artım görünmüşdür.

\*\*\*

## **PANKREATODUODENAL ZONA ÜZVLƏRİNİN OBSTRUKTİV SARILIQLA AĞIRLAŞMIŞ XƏRÇƏNGİNƏ GÖRƏ APARILAN HEPATİKOEYUNOSTOMİYANIN YAXIN NƏTİCƏLƏRİ**

*R.B.Bayramov, R.T.Abdullayeva  
Azərbaycan Tibb Universiteti, Bakı ş.*

Pankratoduodenal zona üzvlərini (xoledoxun terminal hissəsi, mədəaltı vəzi başı, Vater məməciyi və onikibarmaq bağırsağın periampulyar hissəsi) bir termin altında birləşdirən əsas cəhətlərdən biri adı çəkilən üzvlərin

bədxassəli şişlərinin inkişafının müəyyən mərhələsində obstruktiv sarılığın ortaya çıxması və müvafiq bədxassəli şişlərin müalicəsində eyni müalicə taktikasının tətbiq edilməsidir. Qeyd edilən zonanın obstruktiv sarılıqla ağırlaşmış xərçəngi zamanı inoperabel, yaxud inrezektabel hallarda müxtəlif növ biliodigestiv şuntlama əməliyyatlarından (xolesistoyeyunostomiyadan, xoledoxoyeyunostomiyadan, xoledoxoduodenostomiyadan və hepatikoyeyunostomiyadan) istifadə edilir. Qeyd edilən əməliyyatların aparılma müddəti, cərrahdan fərqli peşəkarlıq tələb etməsi, postoperasion ağırlaşma tezliyi baxımından ən mürəkkəbi və bu səbəbdən də cərrahlar tərəfindən ən az seçiləni hepatikoyeyunostomiyadır. Baxmayaraq ki, qeyd edilən patologiyaların səbəb olduğu obstruktiv sarılığın aradan götürülməsində ən yüksək uğurluluq faizi və residiv verməsində ən aşağı tezlik məhz sonuncu cərrahi əməliyyata xasdır.

Hazırkı tədqiqatın məqsədi pankreatoduodenal zona üzvlərinin obstruktiv sarılıqla ağırlaşmış xərçəngi zamanı inoperabel (yaxud inrezektabel) hallarda aparılan hepatikoyeyunostomiyanın postoperasion ağırlaşma və ölüm tezliklərini təhlil etməkdən və beləliklə də, qeyd edilən cərrahi əməliyyatın müvafiq xəstələrdə nə dərəcədə adekvat olduğunu müəyyənləşdirməkdən ibarətdir.

**Xəstələr və üsullar:** Tədqiqatın kontingentini ATU-nun Onkoloji Klinikasının fəaliyyətə başladığı andan (2007-ci ilin iyun ayından) 2013-cü ilin mart ayınadək qeyd edilən klinikada pankreatoduodenal zona üzvlərinin bədxassəli şişlərinə görə stasionar şəraitdə müalicə almış xəstələr təşkil edir. Göstərilən müddət ərzində adı çəkilən klinikada 36 xəstə qeyd edilən bədxassəli şişlərlə cərrahi müalicə almışdır. Xəstələrin 20-si (55.6%) kişi, 16-sı (44.4%) qadın olmuş, yaşları 26-74 (orta hesabla, 58) təşkil etmişdir. Xəstələrin hamısında müraciət vaxtı obstruktiv sarılıq mövcud olmuşdur. Təsadüflərin 29-da (80.6%) şiş mədəaltı vəzin baş hissəsindən, 5-də (13.9%) Vater məməciyindən, 2-də (5.5%) xoledoxun terminal hissəsindən inkişaf etmişdir. Xəstələrin hamısında patohistoloji müayinədə müvafiq üzvün xərçəngi təsdiq edilmişdir. Vater məməciyi



xərçəngi olan xəstələrin ikisi istisna olmaqla digər xəstələrin hamısında patohistoloji diaqnoz postoperasion dövrdə bioptatın, yaxud rezektatın müvafiq müayinəsi əsasında verifikasiya edilmişdir. Vater məməciyi xərçəngli xəstələrin 3-də isə patohistoloji diaqnoz preoperasion dövrdə duodenoskopiya zamanı götürülmüş bioptatın əsasında təsdiq edilmişdir. Mədəaltı vəzi başı xərçəngi olan xəstələrin 3-də pankreatoduodenal rezeksiya, Vater məməciyi xərçəngi olan xəstələrin 2-də transduodenal papillosfinkterektomiya icra edilmiş, xəstələrin digər qismində – 31-də isə simptomatik cərrahi əməliyyat – xolesistektomiya, hepatikoyeyunostomiya aparılmışdır.

**Nəticələr:** Xolesistektomiya, hepatikoyeyunostomiya aparılmış xəstələrin hamısında (100%) postoperasion dövrdə qanda bilirubin səviyyəsinin dinamik olaraq adekvat şəkildə aşağı düşdüyü müşahidə edilmiş və nəticədə tamamilə normallaşmışdır. Xəstələrin heç birində (0%) postoperasion ağırlaşma və ölüm müşahidə edilməmişdir.

**Xülasə:** Pankreatoduodenal zona üzvlərinin obstruktiv sarılıqla ağırlaşmış xərçəngi olan xəstələrdə inoperabel və inrezektabel hallarda aparılan xolesistektomiya, hepatikoyeyunostomiya ixtisaslaşmış mərkəzlərdə yüksək ağırlaşma tezliyi ilə səciyyələnməyən, xəstələrin hamısında biliar dekompresiyanı təmin edə bilən adekvat cərrahi əməliyyatdır.

\*\*\*

## СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ СОХРАНЕНИЯ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ЛИМФОМОЙ ХОДЖКИНА

*Н.А. Ахадова., Р.С.Исмаил-заде, Г.А. Алескерова, А.О.Гулиева  
Национальный онкологический центр .Баку.*

**Введение:** За последние 10 лет выживаемость больных ЛХ увеличилась на 11%. Появление новых более эффективных программ

лечения позволяет достигнуть полной ремиссии у 85-90 % больных в целом. Согласно данным эпидемиологических исследований, в отличие от других гемобластозов пик заболеваемости ЛХ приходится на репродуктивный возраст. Почти 50% из всех больных ЛХ составляют женщины, из них 81% - это пациентки в возрасте от 15 до 36 лет, поэтому с каждым годом увеличивается интерес к возможности сохранения у них детородной функции. Таким образом, сохранение у пациенток с ЛХ после лечения репродуктивной функции – задача не только гинекологов, но и онкологов.

**Материалы и методы:** Однако восстановление фертильности у пациентов с ЛХ после химиолучевого лечения является актуальной проблемой. В настоящее время используются различные терапевтические методы защиты яичников во время проведения химиотерапии. Они включают в себя фармакологические методы, такие как снижение секреции гонадотропинов и , соответственно ,цикличности функции яичников при помощи антагонистов или оральных контрацептивов, агонистов ГРГ, а также криоконсервацию ооцитов , эмбрионов или ткани яичника. Z.Blumenfeld представил данные об эффективной защите яичников аналогами ГРГ во время химиотерапии у молодых женщин который обеспечивает постоянную концентрацию действующего вещества а крови в течение 28 дней после подкожного введения- надежное снижение синтеза эстрогенов до постменопаузальных значений. В данное исследование были включены больные, с неблагоприятным прогнозом получившие лечение по программе VEACOPP стандартный. Суммарная курсовая доза циклофосфана была равна или превышала критическую величину 8г.47 (81.2 %) больных получали КОК (марвелон непрерывно на протяжении всего лечения) и 11 ( 20.4% ) пациенток – ГРГ (золадекс , 6-8 подкожных введений 1 раз в 28 дней ). Более 50 % больных золадекс вводился в I фазе менструального цикла, до начала терапии проходило около 2 недель, однако у части пациенток в связи с бурным ростом опухоли такой режим введения был не возможен, и

препарат вводился независимо от фазы менструального цикла с немедленным последующим началом ПХТ по жизненным показаниям.

**Результаты:** После окончания терапии менструальный цикл не нарушен у 30 ( 51.7%) женщин, из них 20 (66.7% ) получали КОК и 10 (33.3%) – золадекс. Дисменорея развилась у 18 (31.1 %), из них 17 ( 94.4 %) пациенток получали КОК и 1 (5.6 %) – золадекс. У 10 ( 17.2 % ) пациенток, получавших КОК , наступила аменорея. В подгруппе женщин, получавших золадекс, аменореи не было отмечено ни у одной больной. Таким образом, программы терапии, содержащие 5 и более циклов CVPP и 6-8 циклов BEACOPP , суммарные курсовые дозы циклофосфана в которых составляют 8г и более, высокотоксичны для ткани яичников, причем, чем старше пациентка, тем выше токсичность.

**Заключение:** Таким образом, при выборе программ лечения, включающих курсовую дозу циклофосфана более 8 г, необходимо планировать защиту яичников особенно у женщин старше 15 лет.

\*\*\*

## **KƏSKİN LİMFİBLAST LEYKOZLU YENİYETMƏLƏRDƏ MÜXTƏLİF REJİMLİ MÜALİCƏNİN TERAPEVTİK EFFEKTİLİYİNİN NƏTİCƏLƏRİ**

*İ.Ə. Bağırov, N.H. Novruzova, B.B. Vəlizadə*

*B.Eyvazov adına Elmi-Tədqiqat Hematologiya və Transfuziologiya  
İnstitutu*

Son 20 ildə KLL-nin müalicəsində risk adaptasiyalı rejimlərin istifadəsi, əksər pasientlərdə kranial radioterapiyadan istifadə etməklə neyroleykemiyanın intensiv profilaktikasının aparılması, sitostatik preparatların bir-birini əvəz etməsilə tətbiq olunan müxtəlif çeşidli protokolların tətbiqi uşaq leykozologiyasında yüksək progressiv nəticələrin

əldə edilməsi ilə nəticələnmişdir. Yeniyyətmələrin sitostatik müalicə nəticələri isə qənaətbəxş deyildir. Buna səbəb kimi bu kateqoriyalı xəstələrdə müxtəlif sitostatik protokolların böyük və ya pədiatrik klinikalarda yerinə yeyirilməsi göstərilir. Azərbaycan Respublikasında da bu qəbildən olan KLL pasientlərin (15-19 yaş) sitostatik terapiyası böyüklərin hematoloji şöbəsində aparılır. Bizim tədqiqat işinin məqsədi isə KLL-nin yeniyyətmələrdə tətbiq edilən müxtəlif protokolların terapevtik effektivliyinin öyrənilməsidir. Müayinəyə 15-18 yaşda olan KLL diaqnozu ilk dəfə müəyyənləşdirilmiş Azərbaycan Respublikasında yaşayan yeniyyətmələr daxil edilmişdir.

Pasientlərin əsas qrupunu təşkil edən protokollar üzrə (ALL MB-2002 və GMALL 04/89, 05/93) sitostatik terapiyanı almış xəstələrin sayı 31 ( uyğun olaraq 16 və 15 ) nəfərdir. Proqramsız kimyəvi terapiya alan xəstələrin sayı isə 16 (34%) nəfərdir. Sonuncuların tibbi sənədlərinin retrospektiv araşdırılması (1998-2008-ci illər) göstərir ki, bu pasientlər remissiyanın induksiyası GMALL 04/89 protokolunun ayrı-ayrı rejim və sxemlərinin (əsasən 8 həftəlik 2 fazalı induksiya terapiyası) preparatların yeridilmə dozası və müddətinin pozulması ilə aparılmış, adekvat olmayan yardımçı müalicə almışlar. Bəzən isə sitostatik terapiya müalicə həkiminin şəxsi təcrübəsi əsasında həyata keçirilmişdir. Statistik analizin terapevtik effektivliyinin nəticələri pasientlərin xəstəlik tarixlərinin, qiymətləndirilməsi əsasında aparılmışdır. Bunun üçün Visual Fox Pro 7.0 üzrə məlumatlar bazası yaradılmışdır.

Cədvəl1. Protokol müalicədən asılı olaraq KLL-nin yeniyyətmələrdə terapiyasının nəticələri.

Kliniki nəticələr	Protokollar						P 102	P 103	P 203
	ALL MB-2002		GMALL 04/89;05/93		Proqramsız terapiya				
	n	%	n	%	n	%			
	1		2		3				
Cəmi	16	100	15	100	16	100			
Remissiyada letallıq	1	6.3	2	12.6	0	0	0.51	0.31	0.13

Induksiya terapiyasına rezistentlik	0	0	0	0	5	31.3	-	0.015	0.018
TKHR	15	93.7	13	86.7	11	68.8	0.51	0.07	0.23
Remissiya zamanı letallıq	1	6.3	2	12.6	1	6.3	0.51	1.0	0.51
Residiv	3	18.8	5	33.4	8	50.0	0.35	0.06	0.35
LFU	-	-	-	-	2	12.6	-	0.144	0.157
TRD	11	68.8	6	40.0	0	0	0.11	0.001	0.005

TKHM- Tam klinik hematoloji remissiya

LFU- Lost of follow up- pasientin 6 ay ərzində nəzarətdən çıxması

TRD- Tam remissiyanın davamı

Cədvəldən görüldüyü kimi hər iki qrupda letallıq uyğun olaraq 1 (6.3%) və 2 (12.6%) olduğu halda proqramsız qrupda induksiya müalicəsində letallıq qeydə alınmamışdır. Protokollu terapiya alan pasientlərdə I-li rezistentlik olmadığı halda, protokolsuz qrupda bu rəqəm 5 (31.3%) təşkil edir. Tam klinik-hematoloji remissiya ALL MB 2002 sxemi üzrə terapiya alanlarda 15 nəfər (93.7%), GMALL qrupunda 13 nəfər (86.7%) proqramsız müalicə olunanlarda 11 nəfərdə (68.8%) əldə edilmişdir. Residivlərin baş verməsi 3 nəfərdə (18.8%) olduğu halda GMALL və proqramsız kimyəvi terapiya alanlarda uyğun olaraq 33.4% və 50%-ə bərabərdir.

Tam remissiyanın davam nəticəsinə görə ALL MB-2002 qrupunda 68.8% (11 nəfər), GMALL qrupunda 40% (6 nəfər) olduğu halda proqramsız kimyəvi terapiya alanlarda uyğun olaraq 33.4% və 50%-ə bərabərdir.

Tam remissiyanın davam etməsi ALL MB-2002 qrupunda 68.8% (11 nəfər), GMALL qrupunda 40% (6 nəfər) olduğu halda, proqramsız sxemlə müalicə alanlarda 0-a bərabərdir.

Bizim apardığımız tədqiqatların nəticəsi ALL MB 2002 protokolunun KLL-li yeniyetmələrin müalicəsində yüksək terapevtik effektivliyə malik olmasını, tam klinik-hematoloji remissiyanın yüksək rəqəmlərdə (93.7% ) və tam remissiyanın davamlı olmasını təsdiqləyir.

## **МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНАЯ ТОМОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ, ПЛАНИРОВАНИИ И ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ РАКА ТЕЛА МАТКИ.**

*Ш.А.Алыев, Г.А.Мамедбейли, А.Казымов  
Национальный центр онкологии, Баку*

На протяжении последних 20 лет, среди злокачественных новообразований женских половых органов, 1-е место стабильно занимает рак эндометрия (РЭ). Учитывая эпидемиологическую ситуацию в отношении рака тела матки, актуальными направлениями являются разработка и внедрение новых диагностических методик для выявления первичного очага и его распространенности.

Вопрос адекватной оценки распространенности рака матки актуален и для специалистов лучевой терапии при определении показаний к назначению комбинированного или самостоятельного лучевого лечения.

На сегодняшний день, по мнению ряда авторов (Хоружик С.А., 2010; Кудреватых Е.В. 2011, Hulse P., 2004; Hricak H., 2007), среди всего арсенала исследований, оптимальным методом для диагностики и оценки распространенности выявлены й матки является магнитно-резонансная томография (МРТ). Несмотря на многолетний опыт использования МРТ в диагностике патологических состояний органов малого таза, не существует единой концепции относительно стандартов ее проведения. В связи с усовершенствованием технических возможностей МРТ и внедрением новых современных

методик изложенная проблема представляет научный и практический интерес, требует углубленного исследования ряда аспектов, связанных с изучением роли данного метода медицинской визуализации в предоперационной оценке распространенности и результатов лечения рака матки.

**Цель Работы.** В связи с этим целью нашего исследования явилась оценка роли МРТ в определении степени распространенности опухолевого процесса у больных раком тела матки.

**Материалы И методы.** С 2007 по 2012 годы в Национальном Центре Онкологии 108 пациенткам в дооперационном периоде были проведены клиничко-лабораторные исследования, рентгеноскопия органов грудной клетки, диагностическое выскабливание полости матки с последующим гистологическим исследованием, УЗИ и в том числе МРТ исследования.

По результатам проведенного анализа правильное определение местной распространенности РЭ, включающего оценку глубины инвазии и распространение на нижний сегмент матки, было принято за истинно положительные результаты, которые составили 89 случаев. Истинно отрицательными считали результаты, при которых даны ложные заключения об отсутствии инвазивного роста РЭ в миометрий. Все результаты были сравнены с гистологическими ответами данных пациентов.

Истинно отрицательные результаты составили 9 случаев. Гиподиагностика или ложноотрицательные результаты составили 7 наблюдений и соответствовали случаям, когда глубина инвазии была недооценена, т.е. даны заключения об отсутствии инвазивного роста РЭ в миометрий или степень инвазии была занижена. Гипердиагностика или ложноположительные (ЛП) результаты, когда глубина опухоли по данным МРТ превышала инвазию, установленную при послеоперационном гистологическом исследовании, были допущены в 3 случаях.

В результате проведенного исследования была рассчитана информативность МРТ, которая составила 82%.

**Выводы.** МР-исследование у больных раком эндометрия обеспечивает контроль качества и получение адекватной, сопоставимой диагностической информации, полноценно отражающей состояние первичного очага. МРТ обладает высокой информативностью при предоперационной оценке распространенности и инвазии процесса.

\*\*\*

## **РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ АЗЕРБАЙДЖАНСКОЙ РЕСПУБЛИКИ**

*Н.А.Гулиев, Р.Я.Махмудова, Г.С.Асадли, А.М.Алиева, Э.Р.Искендеров.  
Национальный онкологический центр .Баку*

Неуклонный рост заболеваемости раком щитовидной железы (РЩЖ) среди населения Республики требует пересмотра подходов в выявлении, диагностики и лечения данной патологии. РЩЖ занимает 5-6 места среди всех злокачественных заболеваний области головы и шеи. Увеличение частоты заболевания РЩЖ в 2 раза за последние 4 года побудило нас к выполнению данной работы. В данном тезисе мы рассмотрим зависимость заболевания от возраста и пола пациентов и предоставим данные по распространенности РЩЖ в зависимости от гистоструктуры опухоли. В исследование вошли 340 больных с гистологически или цитологически выявленным диагнозом РЩЖ. Были созданы две группы: первая – пациенты с диагнозом РЩЖ которым был установлен в период с 2004 по 2008(104 больных) гг., вторая – с 2008 по 2012(236 больных) гг. соответственно. Исследование установило рост заболеваемости РЩЖ среди населения



младше 30 лет. Причем количество пациентов заболевших в возрасте от 20 до 25 лет увеличилось в двое по сравнению с контрольной группой. Процент заболеваемости РЦЖ в возрасте после 35 лет снизился на 28% по сравнению с контрольной группой. Проведенное исследование не показало существенной разницы зависимости РЦЖ от гистоструктуры опухоли обеих групп. В 70% случаях были выявлены высокодифференцированные опухоли (папиллярый и фалликуллярный рак), 20% составили выявлены ый рак и в 10% случаев был установлен диагноз – анапластический РЦЖ. У 80% больных в возрасте от 20 до 25 лет были выявлены высокодифференцированные опухоли ЦЖ. Исследование установило рост пациентов женского пола более 2,5 раз по сравнению с контрольной группой, причем 70% больных составили молодые женщины репродуктивного возраста. Среди пациентов мужского пола существенной разницы выявить не удалось.

Результаты проведенного исследования дает новый толчок развитию своевременной диагностике РЦЖ используя индивидуальные протоколы диагностики и лечения.

\*\*\*

## **DİVARARALIĞI ŞİŞLƏRİNİN ŞÜA DİAQNOSTİKASINDA ŞÜA METODLARININ YERİ VƏ TÖRƏMƏLƏRİN BƏDXASSƏLİK KRİTERİYALARI.**

*S.H.Babayeva*

*Azərbaycan Tibb Universiteti. Bakı ş.*

Şüa diaqnostikası qarşısında duran problemlər sırasında mürəkkəbliyi və müxtəlifliyi ilə seçilən divararalığı şişləridir. Divararalığı törəmələrinin diaqnostikası mürəkkəb klinik problem olaraq qalmaqdadır. Buna səbəb divararalığı törəmələrinin müxtəlif genizli olmasına

baxmayaraq oxşar rentgenoloji və klinik əlamətlərlə təzahür etməsidir. Buna görə də divararalığında xoş və ya bədxassəli prosesin müəyyən edilməsi çətin məsələlərdəndir.

Müxtəlif genezli və xarakterli törəmələrin kliniki oxşarlığı böyümənin spesifik xüsusiyyətləri ilə deyil, əsasən, mediastinal sahənin orqan və toxumalarına təsiri ilə izah edilir. Başqa lokalizasiyada olan şişlərlə müqayisədə morfoloji strukturunun müxtəlifliyi, müxtəlif genezli divararalığı şişlərinin ümumi kliniki və rentgenoloji əlamətlərinin oxşarlığı və divararalığının topoqrofoanatomik xüsusiyyətləri bunları şərtləndirən əsas səbəblərdir.

Divararalığı şişləri və sistləri döş qəfəsinin bədxassəli şişlərinin 3-7%, xoşxassəli şişlərinin isə 3%-ə yaxınını təşkil edir. Qadın və kişilər eyni tezliklə, gənc və orta yaşlarda xəstələnilər. Birincili bəd və xoşxassəli şişlərin nisbəti 3:1 kimidir.

Mediastinal şişlərin 100-dən artıq histoloji növü ayırd edilir ki, bunlardan klinik praktikada yalnız 10-dan çox olmayan növünə daha tez-tez rast gəlinir. Divararalığının strukturunu təşkil edən hər bir orqan və toxuma törəmə inkişafı üçün mənbə ola bilər. Divararalığı şişlərinin şüa diaqnostikasında şüa metodlarının yeri və törəmələrin bədxassəlik kriteriyalarının müəyyənəndirilməsindən ibarətdir.

2000-2010 illər ərzində Bakı şəhər Onkoloji dispanseri və ATU-nun Onkoloji klinikasında müayinə və müalicə olunmuş 125 (58,4%) kişi və 89 (41,6%) qadın olmaqla 214 xəstə üzərində müşahidələrin nəticələri araşdırılmışdır. Xəstələrin yaşı 3-82 arasında dəyişmişdir. Divararalığı şişləri bütün yaş qruplarında rast gəlinməyə də xəstələnmənin zirvəsi <20-29 arasına düşür. Divararalığı törəmələri diaqnozu qoyulmuş xəstələr arasında limfoproliferativ (LP) xəstəliklər (n=158-73,8%) üstünlük təşkil edir ki, bu da müasir dövrdə mediastinal törəmələr arasında nisbətən dəyişdiyini göstərir. Çəngələbənzər vəzin (n=16-7,5%) və mediastinal komponentli qalxanvarı vəzin törəmələri (n=10-4,7%) LP-dən sonra daha tez-tez rast gəlinən törəmələrdəndir. Piy

toxuması şişləri 8 (3,7%), teratodermoid şişlər 7 (3,3%), sistlər 6 (2,8%) və sinir toxumasında inkişaf edən şişlər isə 5 (2,3%) nəfərdə aşkarlanmışdır. Müasir diaqnostik nailiyyətlərin nəticəsi olaraq, az rast gəlinməsinə baxmayaraq, divararalığının primitiv neyroektodermal törəməsi (PNET) diaqnozu ilə 4(1%) xəstə müəyyən edilmişdir. Divararalığının törəməsi ilə müayinə olunmuş 214 xəstənin 162-si histoloji, 44-ü sitoloji olmaqla 206 xəstədə diaqnoz morfoloji verifikasiya olunmuşdur. Bu zaman 27 nəfərdə torokotomiya-12 şişin götürülməsi, 15 şişdən biopsiya-, 1 boyun-körpücüküstü kəsiklə lipomanın çıxarılması, 3 nəfərdə sağtərəfli hemitireoidektomiya əməliyyatı, 6 nəfərdə transtorokal punksiya, 9 nəfərə bronxoskopiya müayinəsi aparılmışdır. 127 nəfərdə limfa vəzisinin biopsiyası və 38 şişdən punksiya ilə sitoloji müayinə aparılmışdır. Bu zaman bədxassəli 156 (72,9%), xoşxassəli proses isə 58 (27,1%) nəfərdə olmuşdur.

O cümlədən, kişilərin 98 (78,4%), qadınların 58(65,2%) nəfərində bəd-, kişilərin 27 (21,6%) qadınların isə 31(34,8%) nəfərində xoşxassəli proses aşkarlanmışdır. Divararalığı şişlərinin şüa diaqnostikası morfoloji verifikasiyaya qədər “ehtimal” xarakterli olmuşdur. Divararalığının törəməsi ilə olan xəstələrdə klinik şəkil çox kasad olmuşdur. Törəmənin böyük ölçülərində və qonşu orqanlara təzyiqli zamanı klinik əlamətlər daha qabarıq ifadə olunmuşdur.

Divararalığı törəmələrinin kompleks şüa müalicəsi zamanı lokalizasiyasından asılı olmayaraq rentgenoloji olaraq nahamar və dəqiq kontur, həmcins struktur, düzgün olmayan forma, ultrasəs müayinəsində qeyri-həmcins struktur, nahamar kontur, kapsulun olmaması, düzgün olmayan forma, düyünlər və ya konqlomerat şəklində birləşmiş düyünlərin olması, kompyuter tomoqrafik (KT) görüntülərdə törəmənin yumşaq toxuma sıxlıqlı olması, nahamar, dəqiq kontur və düzgün olmayan forma divararalığının bədxassəli şişlərinin xarakterik əlamətləri kimi müəyyən edilmişdir. Divararalığının kompleks müayinəsində (R+USM+KT) bədxassəliyin diferensial-diaqnostik kriteriyaları – düzgün olmayan forma, qeyri-həmcins struktur, dəqiq kontur, əlavərin olmaması sayılır.

Ənənəvi rentgen müayinə divararalığı törəmələrinin kompleks şüa diaqnostikasının birinci etarı sayılıb, onların aşkarlanmasına, topikasının və mümkün nozoloji məxsusluğunun müəyyən olunmasına yardımçı olur. KT divararalığı törəmələrinin diferensial diaqnostikasında daha informativ, effektiv metoddur. Ön divararalığının yuxarı və aşağı mərtəbələrinin müayinə alqoritminə ikinci etapda ardıcıl olaraq şüa yükü olmayan sonoqrafiya və KT daxil edilməlidir. Arxa divararalığında USM yüksək olmayan dəqiqliyini nəzərə alıb, bu anatomik nahiyənin diaqnostik zəncirinə bu metodun daxil edilməsinə lüzum yoxdur. Seçilmiş səmərəli diaqnostik alqoritmi variantının istifadəsi optimal diaqnostik informasiyanın alınmasına və diaqnostik zəncirin qısalmasına səbəb olur. Təsvir olunmuş şüa metodları vasitəsi ilə histoloji uyğunluğa yaxınlıq invaziv proseduraların aparılması mümkün olmayan və bu proseduralardan imtina etmiş xəstələrdə exyuvantibus müalicə aparılmasına şərait yaradır.

\*\*\*

## AĞCIYƏRLƏRİN KARSİNOİDİ

*Ə.A. Soltanov, A.Q. Hətəmov, R.Bağirov, K.M. Abdullayev, E.İ.İbrahimov*  
*Milli Onkologiya Mərkəzi, Bakı ş.*

Neyroendokrin şişlərin ən çox rast gələn karsinoid şişləridir. Karsinoidlərin yayılma tezliyi hər 100 min əhaliyə 1-8 arasında tərəddüd edir. Xəstələnmə göstəricilərinin zirvəsi 60-70 yaş həddlərinə təsadüf edir. Ağciyər karsinoidləri bütün ağciyər şişlərinin 1-2%-ni təşkil edir.

Karsinoidlərin lokalizasiya tezliyi belədir: nazik bağırsaqlarda-39%, appendiks-26%, düz bağırsağ-15%, yoğun bağırsağ-5-7%, mədə-2-4%, mədəaltı vəzi-2-3%, qara ciyər-1%, bronxlar-10%.

RTEA nın ROEM –nin nəticələrinə görə ağciyərlərin tipik karsinoidləri çox vaxt mərkəzi lokalizasiyalı olub, ağciyər kökündə yerləşərək

residivləşən pnevmoniyaların, qeyri produktiv öskürəyin, qanhayxırmanın , döş qəfəsində ağrıların inkişafının manifestasiyasına səbəb olur. Bu tip şişlər torpid (gizli) gedişli olmaqları ilə səciyyələnib, 10-15% -i qalxmayan aşağı tezlikli metastaz vermələri ilə xarakterizə olunur. İkincili şişlərin lokalizasiyası mediastinal limfatik düyünlər, qara ciyər, sümüklər və bəzən yumşaq toxumalar olur. Xəstəliyin pis proqnostik nişanı paraneoplastik sindromlarla müşayət olunan reqlionar limfagen metastazların olmasıdır.

Az.R SN MOM – un torakal onkologiya şöbəsində ağciyər şişlərinə görə 1999-2010 –cu illər ərzində 400 xəstə əməliyyat keçirmişdir. Ağciyər karsinoidi 8 xəstədə müəyyən edilmişdir. 3 xəstədə 3 ildən artıq anamnez qeydə alınmış, müxtəlif səbəblərdən əməliyyat gecikmişdir. 4 xəstədə payların tam, həmin tərəfin ağciyərlərinin hissəvi atelektazi, 4 xəstədə ağciyərin tam atelektazi qeydə alınmışdır. 2 xəstədə paraneoplastik sindromla müşayət olunan mediastinal limfa düyünlərinin və həmin ciyərin ciyər daxili metastazları qeydə alınmışdır. Xəstələrin böyük əksəriyyətində (7 nəfərdə) əməliyyat pnevmonektomiya və uyğun limfodisseksiya ilə, 1 xəstədə isə baş bronxun pazvarı rezeksiyası ilə plastika olunmuş yuxarı lobektomiya həcmində icra edilmişdir. 2 xəstədə cərrahi əməliyyat tənəffüs çatmamazlığı şəraitində böyük anestezioloji və reanimatoloji risklə icra edilmişdir. 3 xəstə əməliyyatda sonrakı dövrdə PKT kursları almışdır. Qeyd olunan xəstələrin hamısı hazırkı dövrə qədər MOM-un nəzarətindədir, ölüm qeydə alınmamışdır.

Ağciyər karsinoidlərinin vaxtında diaqnostikası və cərrahi müalicəsi əməliyyatdan sonrakı dövrün nəticələrini səciyyələndirir.

\*\*\*

## **ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ В ОНКОГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ.**

*Ш.А.Алыев*

За последние два десятилетия в практику оперативной гинекологии широко внедрилась эндоскопическая хирургия. Развитие этой методики позволяет в настоящее время выполнять практически любую гинекологическую операцию по поводу доброкачественной и злокачественной патологии внутренних гениталий путем лапароскопического вмешательства.

Действительно, при несоблюдении правил асептики в ходе выполнения лапароскопической операции не возникают метастазы в передней брюшной стенке в местах введения троакаров и применение при наложении пневмоперитонеума углекислого газа также не может способствовать рассеиванию раковых клеток.

Внедрение в клиническую практику малоинвазивной эндоскопической техники способствует более раннему выявлению злокачественного заболевания, точному установлению стадии его развития (и, соответственно, проведению адекватного лечения), дает возможность выполнять радикальное или паллиативное (в том числе и циторедуктивное) хирургическое вмешательство с более быстрым послеоперационным восстановлением, что способствует раннему началу химиолучевого воздействия, а также позволяет проводить мониторинг за эффективностью проводимого лечения.

Лапароскопический доступ имеет целый ряд существенных преимуществ перед традиционным: он обеспечивает лучшую визуализацию операционного поля за счет достаточного освещения и оптического увеличения, что в свою очередь позволяет лучше дифференцировать границы тканей, проводить прицельную биопсию, более тщательно осуществлять остановку кровотечения, меньше травмировать окружающую ткань.

В онкогинекологии в настоящее время лапароскопия нашла широкое применение при раке эндометрия и раке яичника. Однако

при каждой из этих локализаций злокачественного процесса лапароскопия имеет строго отведенное ей место.

Ранее в некоторых клиниках Европы при лечении рака шейки матки в протоколы лечения входила лапароскопическая тазовая лимфаденэктомия с одновременной расширенной влагалищной гистерэктомией по Шаута-Амрейху. Проведение лучевой терапии зависело от состояния удаленных лимфатических узлов.

При раке яичника, помимо уже перечисленных целей, лапароскопия может применяться для выполнения циторедуктивной операции, а также для контроля (возможно, многократного) за эффективностью проводимой адьювантной терапии – second-look лапароскопия, в том числе с использованием специальной канюли для так называемой «динамической лапароскопии». В случае пограничных опухолей или рака яичника лапароскопия позволяет точно установить стадию заболевания и выбрать соответствующее лечение. Во время лапароскопического вмешательства проводится системная ревизия органов брюшной полости, оценивается состояние лимфатических узлов. В начале операции с особой тщательностью осматривается вся поверхность париетальной и висцеральной брюшины, особенно диафрагма, диафрагмальная поверхность печени, осуществляется забор перитонеальной жидкости или смывов из брюшной полости для последующего цитологического исследования. Из всех подозрительных участков брюшины выполняется биопсия (включая биопсию или соскоб с диафрагмы). Кроме того, при использовании лапароскопического доступа возможно удаление большого сальника на уровне поперечно-ободочной кишки.

В отделении онкогинекологии Национального Центра Онкологии накоплен собственный опыт лечения больших доброкачественными и пограничными опухолями яичника, а также пациенток, страдающих гиперпластическими процессами и раком эндометрия, в том числе и с использованием лапароскопического доступа. Тотальная лапароскопическая гистерэктомия выполнена в

120 случаях. Из них 82 (68,3%) при патологии матки и 38 (31,7%) – при патологии придатков. Продолжительность операции составила от 25 до 220 минут, средняя кровопотеря во время вмешательства не превышала 250 мл. В среднем пребывание больной в стационаре после операции составило 5 дней.

Существует множество вопросов в области применения эндоскопической хирургии в онкогинекологии, на которые еще не даны убедительные ответы. Эта неопределенность подталкивает исследователей различных стран к разработке алгоритмов как предоперационного выбора больных для лапароскопических вмешательств, так и самой методики операции, включая использование новых инструментов и хирургических энергий. В нашем отделении разрабатывается алгоритм и протокол лапароскопического лечения рака эндометрия ранних стадий и тубоовариальных образований.

Таким образом, с накоплением хирургического опыта, получением данных о длительности безрецидивного выживания оперированных по представленным методикам больных, разработкой тактики их послеоперационной реабилитации будут даны ответы на дискуссионные вопросы, и это, возможно, позволит изменить всю философию подхода к лечению онкогинекологической патологии и значительно улучшить результаты лечения этой достаточно сложной категории пациенток, снизить затраты на сам процесс лечения и повысить качество жизни страдающих раком женщин.

\*\*\*

## ОСТЕОПОРОЗ КОСТЕЙ

*Ш.Р.Мамедова*

*Азербайджанский медицинский университет. г.Баку*



Остеопороз – заболевание, при котором кости теряют свою прочность, становятся более хрупкими и могут легко ломаться. Потеря костной массы происходит исподволь и часто диагностируется только после уже случившегося осложнения — перелома позвоночника или шейки бедра.

По данным Всемирной организации здравоохранения, среди неинфекционных заболеваний остеопороз занимает четвертое место после болезней сердечно-сосудистой системы, онкологической патологии и сахарного диабета. Именно остеопороз является основной причиной переломов шейки бедра, часто встречающихся у женщин старше 65 лет.

Переломы костей при остеопорозе возникают даже при небольшой травме, например, при падении. Переломы позвонков при остеопорозе могут случиться при подъеме тяжестей, тряске при езде. Наиболее серьезны переломы шейки бедра, которые обычно встречаются у ослабленных пациентов пожилого возраста. Остеопороз, причиняющий немалые страдания, приводящий к инвалидности, стал чрезвычайно важной социально-экономической проблемой.

#### Факторы риска

**Неуправляемые** – не зависят от самого человека: низкая минеральная плотность костной ткани, женский пол, возраст старше 65 лет, наличие остеопороза и/или переломов при небольшой травме у родственников (мать, отец, сестра) в возрасте 50 лет и старше, предшествующие переломы, некоторые эндокринные заболевания, ранняя (в том числе хирургическая) менопауза у женщин, низкий индекс массы тела и/или низкий вес, прием глюкокортикоидов – длительная, иммобилизация (постельный режим более 2 месяцев)

**Управляемые** – зависят от образа жизни и поведения и могут быть устранены: низкое потребление кальция, дефицит витамина D,

курение, злоупотребление алкоголем, низкая физическая активность, склонность к падениям.

Для диагностики остеопороза используются рентгенография и денситометрия.

**Денситометрия** позволяет определить минеральную плотность костной ткани и предсказать риск развития переломов. Это исследование играет важную роль в выявлении остеопороза на ранней стадии, когда переломов еще нет. Так как при длительном приеме глюкокортикоидов возможно развитие остеопороза, врач для уточнения диагноза может направить Вас на денситометрию. Ее результаты помогут врачу подобрать Вам соответствующее лечение.

**Рентгенография** позволяет выявить остеопороз лишь в поздние сроки заболевания, уже после того, как перелом случился.

Таким образом, для диагностики остеопороза костей оба метода дополняют друг друга.

\*\*\*

## СОВРЕМЕННОЕ ПРОГРАММНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЛИМФОМЫ БЕРКИТТА

*Н.А.Ахадова., Р.С.Исмаил-заде, Г.А.Алескерова, А.О.Гулиева*  
*Национальный онкологический центр .Баку*

**Введение:** Лимфома Беркитта (ЛБ) гетерогенная группа, преимущественно экстранодальных, агрессивных В-клеточных лимфом, характеризующихся высокой пролиферативной активностью и общим цитогенетическим маркером – перестройкой гена с-тус - транслокацией t(8;14)(q24;q32) или ее вариантами t(2;8)(p12;q24) или

t(8;22)(q24;q11), но различающихся по клиническим проявлениям и морфологической картине .

В качестве самостоятельной нозологической формы впервые была описана и выделена английским хирургом, путешественником и фотографом Деннисом Беркиттом в 1958 году, который обнаружил ее у бедного африканского населения, как опухоль верхней и нижней челюстей, и уродующей лица людей. В Африке зарегистрированы массовые случаи этого заболевания (*эндемическая форма*). Отсюда происходит другое ее название – африканская [лимфома](#). Другой вариант, (*спорадическая форма*), встречается повсеместно, в том числе и в Азербайджане, и характеризуется преимущественным поражением органов живота и таза. Морфологически выделяют два варианта лимфомы Беркитта: классический и атипичный или Беркиттоподобная лимфома (БпЛ). Клинически выделяют 3 варианта ЛБ: эндемический, спорадический и на фоне выраженного иммунодефицита (ассоциированные с ВИЧ-инфекцией, реже после трансплантации органов) .У детей ЛБ составляет 30-50% от всех лимфом, соотношение мальчиков/девочек 2,5:1.Треть всех случаев лимфомы Беркитта у детей приходится на область перехода тонкого кишечника в толстый – правая нижняя часть живота.

**Материалы и методы:** Программную терапию ЛБ и БпЛ можно разделить на 4 этапа: лечение по схемам острого лимфобластного лейкоза (ОЛЛ), терапия по «саркомным программам» СНОР и СНОР-подобными курсами, интенсивные курсы полихимиотерапии, продолжительностью 6-8 месяцев (NHL-BFM, Нурег-CVAD, LMB), короткие (3 месяцев) высокоинтенсивные режимы (CODOX-M/IVAC). Исторически, лечение лимфомы Беркитта шло по пути пролонгированного лечения ОЛЛ расшифровка дана выше, включавшее индукцию, консолидацию и поддерживающую терапию. Однако вскоре стало ясно, что результаты подобной терапии крайне неутешительны. В дальнейшем была попытка лечения ЛБ (БпЛ) и В-зрелого ОЛЛ по программе СНОР и СНОР-подобными

курсами. Однако, используя данные режимы, удавалось добиться лишь кратковременной ремиссии у 40-50% больных.

В то же время при интенсификации химиотерапии и сокращении сроков лечения удалось достигнуть высокого процента ремиссий и длительной безрецидивной выживаемости. Впервые короткие интенсивные режимы полихимиотерапии, включающие фракционированный циклофосфан, ифосфамид; винкристин, метотрексат, доксорубицин, цитозар, а также адекватная профилактика нейтролейкемии были использованы в педиатрической практике, что позволило получить 2-летнюю безрецидивную выживаемость – 75-89% при III-IV стадиях заболевания [54,55,56].

**Результаты:** На блоковой терапии NHL-BFM-90 удалось получить 6-летнюю бессобытийную выживаемость 100%, 96 и 78% для RI, RII и RIII (групп риска) соответственно. В условиях Детской клиники Национального Центра Онкологии Азербайджанской Республики программное лечение ЛБ проводится по протоколу немецкой группы PROTOKOL B-NHL BFM 04 für Patienten mit reifem B-NHL bzw. B-ALL в зависимости от группы риска (R1, R2, R3, R4) и достигнуты определенные успехи в лечении. 2 пациентов 3 и 8 лет с абдоминальной формой ЛБ R4 группы риска завершили программное лечение, и вышли в полную клинико-гематологическую ремиссию. В настоящий момент еще 1 пациент 10 лет с БпЛ получает программное лечение ЛБ протоколу немецкой группы PROTOKOL B-NHL BFM 04 für Patienten mit reifem B-NHL bzw. B-ALL.

**Заключение:** Таким образом, за последние годы достигнуты значительные успехи в диагностике и лечении наиболее агрессивной лимфосаркомы - ЛБ и БпЛ у детей.

Дальнейшие перспективы в лечении, по-видимому, будут связаны с интенсификацией терапии и сокращением продолжительности лечения, а также с поиском точек воздействия на патогенетические механизмы развития заболевания.

# **İNSAN PAPILOMAVİRUSUNUN UŞAQLIQ BOYNU XƏRÇƏNGİNİN İNKİŞAFINDA ROLU, SİTOLOJİ DİAQNOSTİKANIN UŞAQLIQ BOYNU XƏRÇƏNGİ PROFİLAKTİKASINDA ƏHƏMİYYƏTİ.**

*T. A. Mirzəbəyova , S.H.Abdullayeva*  
*Milli Onkologiya Mərkəzi, Bakı ş.*

Uşaqlığın invaziv xərçəngi bədxassəli xəstəliklər arasında rastgəlmə tezliyinə görə ikinci yer tutur. İlk simptomuz mərhələdə diaqnostika olunan uşaqlıq boynu xərçəngi cərrahi və şüa terapiyası üsulları ilə praktiki olaraq müalicə oluna bilər. Buna görə sitoloji skriningdə xərçəngönü zədələnmələrin erkən təyini böyük əhəmiyyət daşıyır.

Epidemioloji elmi araşdırmalar göstərir ki, uşaqlıq boynu xərçənginin ən önəmli risk faktorları erkən cinsi həyatın başlanması, cinsi partnyorların sayı, siqaret çəkməkdir. Son zamanlar uşaqlıq boynu xərçənginin yaranmasının əsas səbəbi papillomavirus infeksiyası (Human papillomavirus - HPV) hesab olunur. HPV virusunun 16 və 18-ci tipi insan üçün kanserogen sayılır. İnfeksiyanın klassik təsirindən biri kondilomlarıdır – çoxqatlı yastı epitellə örtülü fibroz əsaslı çoxsaylı papilyar artımlardır. Selikli qışaldakı kondilomaların ekvivalenti olaraq müxtəlif yastı zədələnmələr ola bilər: məsələn, patoloji buynuzlaşma, displaziya, epitel daxili xərçəng. Bəzən bu zədələnmələr klinik olaraq latent keçir, simptomuz daşıyıcılıq da rastlanır.

Papillomavirus zədələnməsinin xarakterik sitoloji əlaməti koylositar atipiyadır. Papillomavirus infeksiyası parakeratoz və hiperkeratozla müşahidə oluna bilər. İkinüvəli və ya üçnüvəli hüceyrələrə rastlanmaq olar. Bəzi hallarda kondilomatoz zədələnmələrdə xərçəng zamanı görülən

“mirvarilər” xatırladan mərkəzində “mirvari” formalaşdıran atipik yastı epitel hüceyrələrinə rastlanmaq olar. Koylositlər qeyri-düzgün formalı, dəqiq konturlu yastı epitel hüceyrələridir. Ölçüləri müxtəlif ola bilər, adətən onlar qonşu hüceyrələrdən böyük olurlar. Sitoplazma boldur, daha homogen boyanılan sitoplazmanın periferik bölgələrindən kəskin səhədlə seçilən nüvə ətrafında açıq sahə, boşluq və ya bir neçə boşluq xarakterikdir. Nüvə ətrafı açıq zona tək papillomavirus deyil, epitelin digər hallarında da rastlana bilər, məsələn, yastı hüceyrəli metaplaziyalarda. Nüvə ətrafı açıq zonası olan digər hüceyrə dəyişikliklərindən fərqli olaraq koylositlərdə nüvələr baş verən dəyişiklər xarakterikdir: onlar müxtəlif dərəcədə böyümüşdür, membrana qeyri-düzgündür, qat-qatdır, hiperxromaziya qeydə alınır. Bəzi hüceyrələrdə karioreksis qeydə alınır. İkincüvəli və çoxnüvəli hüceyrələrdə, herpes virus zədələnməsindən fərqli olaraq, nüvələr üst-üstə yerləşir və ya yan-yanına dayanır, bu halda nüvələrin girdə forması qorunmuş olur. Nüvə ətrafı açıq zonanın əmələ gəlməsi nüvədən başlayan və periferiyaya doğru inkişaf edən sitoplazmanın degenertiv dəyişikliyi, nekrozu ilə bağlıdır.

Papillomavirusda displaziyanın və xərçəngin inkişafı bir çox bioloji faktorlardan asılı olan mürəkkəb prosesdir. Bəzi hallarda özünü qoruya bilən və xərçəngə gətirən bədxassəli hüceyrə klonu əmələ gələ bilər. Papilloma virusunun neoplastik rolunu artırma bilən bir çox infeksiyalar, genetik özəlliklər və immun status halları vardır. Papillomavirus infeksiyası əlamətləri olan qadınlar diqqətlə yoxlanılmalıdır, bədxassəli transformasiya olmayan qadınlarda dinamik müşahidə, xəstənin göstəricilərinə görə elektrokoagulyasiya, kriodestruksiya və ya lazerlə aradan qaldırma icra olunur və xəstə uzun müddətli nəzarət altında saxlanılır.

# **MƏRKƏZİ SİNİR SİSTEMİNİN HIPOKSİK-İŞEMİK ZƏDƏLƏNMƏLƏRİ AŞKAR OLUNAN YENİDOĞULANLARDA BAĞIRSAQLARIN ANADANGƏLMƏ İMMUN SİSTEMİNİN VƏZİYYƏTİNİN QIYMƏTLƏNDİRİLMƏSİ.**

*A.S.Hacıyeva*

*K.Fərəcova adına Elmi Tədqiqat Pediatriya İnstitutu. Bakı ş.*

Yenidoğulanlarda mərkəzi-sinir sisteminin (MSS) hipoksik zədələnmələrinin uzun müddət öyrənilməsinə baxmayaraq bağırsağ baryerinin vəziyyəti və onun anadangəlmə immun sistemi hələ də öyrənilməmiş qalır. Bağırsağın müxtəlif funksional pozğunluqlarının – intestinal distress sindromun əsasını hemodinamikada baş verən dəyişikliklər təşkil edir ki, bu da nəticədə bağırsağın motor, sekretor, sorulma və baryer funksiyalarının pozulması ilə müşahidə edilir. Belə fonda bağırsaqlarda mikrobların lokalizasiyası pozulur, toksiki maddələrin qana daxil olma ehtimalı artır. Bütün bunlar orqanizmdə antimikrob potensialına, onun formalaşmasına təsir edir. Sonuncu orqanizmdə infeksiya əleyhinə anadangəlmə müdafiə sisteminin vacib komponentlərinin təyin edilməsinin vacibliyini diktə edir. Anadangəlmə immun sisteminin əsasını antimikrob peptidlərin vacib siniflərindən olan defensinlər təşkil edir ki, onlar da insan bədəninin bütün səthlərində, həmçinin neytrofil, monosit və limfositlərdə lokalizə olunurlar. Fekal  $\beta$ -defensin-2-nin dinamikada öyrənilməsi bağırsaqların selikli qişasının hipoksik-işemik zədələnmələrini başlanğıc mərhələsində təyin etməyə imkan verir, hansı ki, rentgenoloji muayinədə müəyyən etmək olmur.

Tədqiqatın məqsədi mərkəzi-sinir sisteminin hipoksik-işemik zədələnmələri aşkar olunan yenidoğulanlarda bağırsaqların anadangəlmə immun sisteminin vəziyyətini qiymətləndirməkdən ibarətdir.

Müayinə üçün nəcis uşağın həyatının 3, 7, 15 və 30-cu günləri götürülmüşdür.  $\beta$ -defensinin nəcisdə səviyyəsi immunferment üsulu ilə müəyyən edilmişdir.

Tədqiqata 98 yenidoğulan ( 54 vaxtından əvvəl, 44 vaxtında doğulan) uşaq cəlb edilmişdir. Müayinəyə cəlb olunan uşaqların hestasiya yaşı 30-40 həftə, bədən kütləsi 1800-4600q arasında tərəddüd etmişdir.

Müayinə olunan uşaqların vəziyyətinin ağırlığı erkən neonatal dövrdə NEOMOD şkalasına əsasən təyin edilmişdir. Bu şkala ilə qiymətləndirilmədən asılı olaraq uşaqlar 2 qrupa bölünmüşdür: 1-ci əsas qrupa erkən neonatal dövrdə maksimal balla qiymətləndirilən ( 5 bal və çox) 58 uşaq, 2-ci müqayisə qrupuna 4 bal və ondan aşağı balla qiymətləndirilən 40 uşaq aid edilmişdir. Müəyyən edilmişdir ki, hər 2 qrup yenidoğulanların hestasiya yaşı, bədən kütləsi, Apkar şkalası ilə 1-ci və 5-ci dəqiqələrdə vəziyyəti bir-birindən dürüst fərqlənməmişdir( $p>0,01$ ). Lakin əsas qrup yenidoğulanlarda digər üzvlərin zədələnmələrinin əlamətləri daha qabarıq təzahür etmişdir.

1-ci əsas qrupa daxil olan uşaqlarda 3-cü gün  $\beta$ -defensinin səviyyəsi  $31,5\pm 14,0$  nq/ml, 7-ci gün  $124,1\pm 13$  nq/ml, 15-ci gün  $110,7\pm 12,2$  nq/ml, 30-cu gün  $87,9\pm 10,9$  nq/ml olmuşdur. 2-ci müqayisə qrupuna daxil olan uşaqlarda isə 3-cü gün  $91,7\pm 9,6$  nq/ml, 7-ci gün  $71,2\pm 5,9$  nq/ml, 15-ci gün  $63,9\pm 5,1$  nq/ml, 30-cu gün  $57,7\pm 4,7$  nq/ml səviyyəsində müəyyən edilmişdir. Nəzarət qrupuna daxil olan uşaqlarda daha fərqli göstəricilər əldə olunmuşdur. Bu qrup uşaqlarda  $\beta$ -defensinin səviyyəsi 3-cü gün  $42,8\pm 3,8$  nq/ml, 7-ci gün  $40,8\pm 3,6$ , nq/ml 15-ci gün  $36,0\pm 3,2$  nq/ml, 30-cu gün  $30,9\pm 3,0$  nq/ml olmuşdur.

Neonatal dövrün dinamikasında tədricən azalma müşahidə edilsə də həyatın 30-cu günü hər 2 qrupda  $\beta$ -defensinin səviyyəsi nəzarət qrupundan dürüst yüksək səviyyədə ( 2-3 dəfə çox) qalmışdır. Eyni istiqamətli dəyişikliklər vaxtından əvvəl doğulan uşaqlarda da müşahidə edilir. Gec neonatal dövrdə  $\beta$ -defensinin səviyyəsinin azalması- normallaşmaya meyillik müşahidə edilsə də, həm vaxtında, həm də vaxtından əvvəl doğulanlarda nəzarət qrupu yenidoğulanlardan yüksək səviyyədə qalmışdır. MSS-nin struktur



zədələnməsi fonunda inkişaf etmiş intestinal distres sindromu olan yenidoğulanlarda HBD-2-nin konsentrasiyası daha yüksək- nəzarət qrupundan 3 dəfə çox olmuşdur.

Beləliklə, MSS-nin hipoksik-işemik zədələnmələri aşkar olunan yenidoğulanlarda  $\beta$ -defensin-2-nin səviyyəsi neonatal dövrün dinamikasında patoloji prosesin ağırlıq dərəcəsiindən, uşağın hestasiya yaşından və aparıcı klinik sindromlardan asılı olaraq dəyişir;  $\beta$ -defensinin səviyyəsi mədə-bağırsağ traktı zədələnmələri, xüsusilə MSS-nin hipoksik-işemik zədələnmələri fonunda inkişaf edən intestinal distres sindromu zamanı daha qabarıq dəyişikliklərə məruz qalır. Bu nəticələrə əsasən  $\beta$ -defensin-2-ni bağırsaqların hipoksik-işemik zədələnmələrinin erkən diaqnostik markeri kimi qəbul edilməsi məqsədəuyğundur.

\*\*\*

## **CAVAN YAŞLI XƏSTƏLƏRDƏ QEYRİ-KİÇİKHÜCEYRƏLİ AĞCIYƏR XƏRÇƏNGİ ZAMANI OPTİMAL CƏRRAHİ ƏMƏLİYYAT HƏCMİNİN SEÇİLMƏSİ**

*R.R. Bağırov., A.Q.Hətəmov  
Milli Onkologiya Mərkəzi, Bakı ş.*

Ağciyər xərçəngi əsasən 50-70 yaşlı xəstələrdə rast gəlinir. Mövcud xəstəliyin cavan yaşlı xəstələrdə nadir hallarda təsadüf edilməsi səbəbindən çox hallarda ümumi profilli həkimlər tərəfindən diaqnostik səhvlərə yol verilir. Orta və ahıl yaşlı xəstələrdə operabel ağciyər xərçənginin cərrahi müəlisinə göstərişlərin təyin olunması zamanı həmin xəstələrin funksional vəziyyəti vacib faktorlardan biri hesab olunur. Bunun əksi olaraq cavan yaşlı xəstələrin funksional vəziyyəti əksər hallarda genişlənmiş əməliyyatların aparılmasına daha böyük imkanlar verir. Aparılan müayinədə ağciyər xərçənginin uyğun mərhələsi zamanı eyni cərrahi

əməliyyat həcmi keçirmiş müxtəlif yaş qrupu xəstələrində müalicənin uzaq nəticələri müqaisəli təhlil edilmişdir. Tədqiqat materialı N.N.Bloxin adına ROEM də qeyri-kiçikhüceyrəli ağciyər xərçənginə görə radikal cərrahi əməliyyat keçirmiş 1225 xəstə üzərində aparılmışdır. Onların 123-ü cavan yaşlı xəstələr, 632-i orta yaşlı və 470-i isə ahıl yaşlı xəstələr qrupunu təşkil etmişdir. Ağciyər xərçənginin mərhələlərinə uyğun radikal həcmdə lob/bilobektomiya və pnevmonektomiya keçirmiş xəstələrin cərrahi müalicənin uzaq nəticələrinin müqaisəli təhlili aparılmışdır. Bu təhlil zamanı alınmış nəticələr: ağciyər xərçənginin I mərhələsi zamanı lob/bilobektomiyanın uzaq nəticələri yaş qruplarında statistik olaraq fərqlənməmiş, belə ki, 5- illik yaşama cavan yaşlı xəstələrdə 44,2%, orta yaşlı xəstələrdə 58,4%, ahıl yaşlı xəstələrdə 55,7% təşkil etmişdir ( $\chi^2=0,65$  k=1 Log-rank test). Analoji nəticə pnevmonektomiya keçirmiş xəstələrdə qeyd olunmuşdur: uyğun olaraq 66,7; 54,4 və 51,7% ( $\chi^2=1,07$  k=1 Log-rank test). Ağciyər xərçənginin II mərhələsi zamanı müxtəlif yaş qruplarında lob/bilobektomiyadan sonra cərrahi müalicənin nəticələri statistik olaraq fərqlənmir: 49,8% (11 dən 5), 35,0% (60 dan 21) və 29,5% (53 dən 16) uyğun olaraq ( $\chi^2=2,55$  k=1 Log-rank test). Həmin mərhə (II) ağciyər xərçəngi zamanı pnevmonektomiyadan sonra cərrahi müalicənin yüksək nəticələri ahıl yaşlı xəstələrdə qeyd olunmasına baxmayaraq, cavan və orta yaşlı xəstələrə nisbətən statistik fərq qeyd olunmamışdır. Belə ki, 5- illik yaşama göstəriciləri cavan yaşlı xəstələrdə 41,0% (21 dən 9), orta yaşlı xəstələrdə 31,9% (109 dan 35) və ahıl yaşlı xəstələrdə 49,2% (42 dən 21) təşkil etmişdir ( $\chi^2=1,75$  k=1 Log-rank test). Yaş qruplarında ağciyər xərçənginin III mərhələsi zamanı lob/bilobektomiya həcmli cərrahi əməliyyatdan sonra 5-illik yaşama indentikdir və şişin mərhələsinə uyğun olaraq statistik eyni aşağı nəticələr qeyd olunmuşdur: 25,8% (16 dan 4), 35,6% (53 dən 12) və 23,0% (51 dən 18) təşkil etmişdir. ( $\chi^2=3,19$  k=1 Log-rank test). Eyni mərhələ zamanı pnevmonektomiyadan sonrada da 5-illik yaşama statistik olaraq fərqlənməmişdir. Belə ki, cavan yaşlı xəstələrdə 5- illik yaşama 14,2% (40 dan 6) orta yaşlı xəstələrdə 23,0% (149 dan 34),

ahıl yaşlı xəstələrdə isə 23,2% (69 dan 16) təşkil etmişdir ( $\chi^2=2,70$  k=1 Log-rank test).

Beləliklə yaşlı qrup xəstələrdə olduğu kimi, cavan xəstələrdə də cərrahi əməliyyatların həcmi şiş prosesinin yayılma dərəcəsinə uyğun olaraq seçilməlidir. Cavan yaşlı xəstələrdə cərrahi əməliyyat həcminin onkoloji prinsiplərə uyğun olaraq lob/bilobektomiyanın mümkün olması halında pnevmonektomiyaya kimi genişləndirmək, düzgün deyil. Belə ki, yüksək yaş qrupu xəstələrinə uyğun olaraq lobektomiyadan sonrakı uzaq nəticələr pnevmonektomiyadan sonrakı nəticələrdən fərqlənir.

\*\*\*

## **ПРИМИТИВНЫЕ НЕЙРОЭКТОДЕРМАЛЬНЫЕ ОПУХОЛИ ТОРАКОПУЛЬМОНАЛЬНОЙ ЗОНЫ: КЛИНИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ 16 СЛУЧАЕВ.**

*Т. С.Кулиева*

*Азербайджанский медицинский университет, Баку*

Примитивные нейроэктодермальные опухоли торакопульмональной зоны локализуются в грудной стенке, париетальной или висцеральной плевре, в периферических отделах легочной паренхимы, перикарде. Встречаются в детском и юношеском возрасте, характеризуются чрезвычайной клинической агрессивностью и большим потенциалом к отдаленному метастазированию и рецидивированию. Был проведен комплексный анализ клинических, лабораторных, инструментальных данных 4 пациентов с данной патологией. Возрастной диапазон пациентов – от 15 до 20 лет. Среди обследованных 16 лиц мужского пола, 5 – женского пола. Во всех 11 случаях проведенное цитологическое исследование подтвердило злокачественный характер процесса. При R-графии выявлена деструкция ребер в очаге

поражения во всех 11 случаях. КТ органов грудной клетки произведена 11 пациентам, в 12 случаях в процесс была вовлечена плевра и легочная паренхима.

На начальном этапе всем пациентам проведена операция – «широкое иссечение опухоли с резекцией пораженных ребер», дополненная в 13 случаях «торакотомией с лобэктомией». Морфологический диагноз базировался на гистохимическом и иммуногистохимическом исследовании с помощью нейроэктодермальных маркеров (протеин S-100, кислый фибриллярный глиальный белок, нейронспецифическая энолаза).

Всем пациентам проводилась ПХТ по схемам: CAV, CAP в объеме 5 – 6 курсов, дополненная дистанционной гамма – терапией СОД 50-55 Грей.

У 13 пациентов продолжительность бессобытийного периода составила 2,0-4,0 месяца. У 8 пациентов возникли локальные рецидивы, у 5 пациентов –отдаленные метастазы в головной мозг. У 7 больных отмечена диссеминация процесса по всему организму и зафиксирован летальный исход в течении первых 2-х лет. У одной пациентки отмечается стойкая 6-месячная ремиссия после операции.

\*\*\*

## **“ENDOMETRİYANIN POLİPİ” OLAN XƏSTƏLƏRİN DİAQNOSTİKASI VƏ MÜALİCƏSİNDƏ DİAQNOSTİK HİSTEROSKOPIYA VƏ HİSTEROREZEKSİYANIN ROLU.**

*Ü.A.Abbasova, S.M.Məmmədova, T.Ə.Nadirova, K.S.Mərdanova  
Milli Onkologiya Mərkəzi, Bakı ş.*

Endometriyanın polipi-uşaqlığın selikli qişasının xoşxassəli şişidir. Ginekoloji xəstəliklər arasında 5.3-25% təşkil edir. Endometriyanın

polipinin əsas yaranma səbəbləri hormonal disfunksiya olduğu üçün xəstəlik pre və post menopauza dövründə olan qadınlara rast gəlinir. Əsas əlamətləri : menometrorragiya, disfunksiya, qarnın aşağı nahiyəsində olan ağrılar, sonsuzluqdur. Endometriyanın polipi diaqnozu ultrasəs və sis müayinəsinə əsasən qoyulur. Lakin endometriya polipinin diaqnostika və müalicəsində histeroskopiya və histerorezeksiyaya daha çox üstünlük verilir. Tərəfimizdən şikayətlərinə və ultrasəs nəticələrinə əsasən 1 il ərzinə diaqnostik histeroskopiya və histerorezeksiya aparılmış 94 xəstənin nəticələri araşdırılmışdır. Bunlardan 37 xəstədə (39%) endometriyanın polipi aşkarlanmış, histerorezeksiya olunmuşdur. Bu xəstələrdə hormonal terapiya ilə bəzən tam sağalma müşahidə olunmuşdur. Həmin xəstələrin sonrakı müraciətlərində residiv əlamətləri müşahidə olunmamışdır.

Beləliklə, histeroskopiyanın digər müayinələrdən əsas üstünlükləri: uşaqlığın boşluğunun tam icmal müayinəsi, polipin topoqrafik proyeksiyası, ölçüsü haqqında dəqiq məlumatın alınması, polipektomiya, ən əsas da polipin , residivlərin yaranmasında böyük rol oynayan, kökünün koagulyasiyasının mümkünüyü hesab olunur. Diaqnostik histeroskopiya və histerorezeksiya, endometriyanın polipi olan xəstələrin diaqnostika və müalicəsində müasir və əvəzolunmaz metod hesab olunur.

\*\*\*

## **MƏDƏ XƏRÇƏNGİNİN ERKƏN MÜAYİNƏ METODLARININ XARAKTERİSTİKASINA DAİR**

*N.S. Şahməmmədov, G.H. Qəmbərova, Ə.S. Mahmudova*  
*Azərbaycan Tibb Universiteti, Bakı ş.*

İlk öncə demək lazımdır ki, son illər inkişaf etmiş ölkələrin bəzilərində xərçəngin bəzi növlərinin rastgəlmə tezliyi azalmışdır. Bu həmin

xəstəliklərin erkən diaqnostisanın mümkünlüyü ilə baş vermişdir. Belə ki, erkən diaqnostika nəticəsində Yaponiya, Böyük Britaniya, Belçiya, ABŞ, Kanadada son illərlə müqayisədə bəzi onkoxəstəliklərin rastgəlmə tezliyi dəyişilmişdir.

Ancaq həzm traktının onkopatologiyası gastroenterologiyanın ən böyük problemi olmaqda davam edir. Demək olar ki, bu gün həzm traktının bədxassəli şişləri onkoxəstəliklər içərisində rastgəlmə tezliyinə və ölüm göstəricisinə görə liderdir.

Əgər tibbin xərçəng əmələgəlmə və inkişaf etmə probleminin yaranma tarixinə özümüzəməxsus bir səyahət etsək, məlum olar ki, məhz mədə xərçəngi bir çox onkoproblemlərin öyrənilməsində baza modeli kimi istifadə edilib. Bu gün kliniki, morfoloji, diaqnostika kimi onkopostulatlar mədə karsinomasında öyrənilmişdir. Təkcə 2000-2004-cü illərin statistik göstəricilərinə əsasən mədə xərçəngi digər onkoloji problemlərdə yerini bu cür görmək olardı:

Ağciyər xərçəngi -12.3 %, süd vəzi-10,4 %, mədə xərçəngi-8,4 %, digər növlər-59.2 %. Ölüm göstəricisi isə -ağciyər xərçəngi-17.8%, mədə xərçəngi-10,4%, qaraciyər xərçəngi-8.8%, digər növlər isə-63,3 % təşkil edir. Aydın olur ki, aparılan bir çox statistik göstəricilərə görə mədə xərçəngində ölüm təkcə ağciyər xərçəngindən geri qalmışdır.

Təbii ki, bunun da bir çox səbəbləri vardır. İlk səbəblərdən biri onun kliniki əlamətlərinin gec meydana çıxmasıdır, belə ki müəyyən bir vaxta qədər mədə xərçəngi çox zəif inkişaf edir, təqribən 3-4 il müddətində xərçəng selik və selikalti qaltdan kənara çıxmır. Ona görə də kliniki əlamətlər özünü biruzə vermir. Məhz kliniki əlamətlərin meydana çıxdığı vaxtı biz keçmiş əlamətlər dövrü hesab edirik. (ancaq anoreksiya, çəkinin itməsi erkən əlamətlər sayıla bilər).

Bu baxımdan aşağıda verilən məlumatlara bir daha nəzər salmaqda fayda var.

Bu gün gastroenteroloji müayinə metodu içərisində kontrastlı müayinə və endoskopiya əhəmiyyətlidir, mühümdür. Müayinələrin əhəmiyyətlərini bir qədər xırdalasaq, aydın olur ki, ənənəvi rentgenoloji

müayinələr aparmaq üçün ağılla.lazım nahiyələri izləmək üçün effektiv metodları seçməyi bacarmalıyıq.Belə ki,polipozision effektin olması bu gün də ənənəvi kontrastlı rentgenoloji müayinəni əhəmiyyətli edir.Sadəcə,rentgenoloqun vəzifəsi-optimal proyeksiyanı seçməkdir.İlk öncə obzor qarın boşluğu müayinəsi aparılır,ön düz və sağ çəp vəziyyətlərdə qida borusunun vəziyyətinə baxılır. Daha sonra mədənin forma,ölçü və yerləşməsinə və konturlarına baxılır.Ön və sol yan proyeksiyalarda mədənin böyük və kiçik ayrılıyının konturlarına antral şöbənin ön və arxa nahiyəsi müşahidə olunur,sonra mədənin cismi qiymətləndirilir.Daha sonra arxa sol çəp proyeksiyada qida borusunun distal 1\3-nə baxılır,qida borusunun mədəyə keçəcəyi,mədənin distal 1\3-i,12 barmaq bağırsağ soğanağı müşahidə edilir.

Ön sağ çəp vəziyyətdə mədənin distal hissəsi,12 barmaq bağırsağ soğanağının ikiqat kontrastlaşması görünür.Bu arada qeyd etmək lazımdır ki,lokalizasiyasına görə antral xərçəng-60-70%, kiçik əyrilikdə-10-15%, kardiada 8-10%, cisimdə-2-5% təşkil edir.

Təbii ki,müasir dövrdə də standartizaiya əsas meyar olmalıdır.Ancaq ikinci əsas müayinə fibroqastroskopiya olmalıdır. Xəstələr tək ənənəvi rentgenoloji metodla kifayətlənməli deyil. Endoskopist rentgenoloqun nəticəsinə əsasən zədələnmiş nahiyəyə daha detallı baxa bilər. Tərəddüd doğuran nahiyədən biopiant da götürə bilər. Ümumiyyətlə endoskopiya göstəriş rentgen normanı aşan hər bir dəyişiklik ola bilər. Xoş və bədxassəli dəyişikliklər,polip,eroziya, əhəmiyyətli dərəcədə dəyişilmiş büküşlər ola bilər. Ancaq unutmaq lazımdır ki,həzm traktının bu və ya digər şikayətləri olan insanlar ardıcılıqla rentgenoloji və sonra da endoskopik müayinədən keçməlidirlər.Qeyd etmək lazımdır ki, bu müayinələrin əhəmiyyəti bu gün mədənin xərçəngönü xəstəliklərinin diaqnostikasında çox əhəmiyyətlidir. Eyni zamanda paralel olaraq tranabdominal USM aparmaq məsləhətdir.Transabdominal USM-qarın boşluğu orqanlarını müayinə edir,eləcə də mədənin distal hissəsini yaxşı müşahidə edə bilər.Xüsusilə ekzofit şişlərin, mədə divarının qalınlığının, divararalığı limfa düyünlərinin vəziyyətini öyrənməyə imkan verir.

## ВЫСОКИЙ РИСК ОЛЛ У ДЕТЕЙ И РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПО ПРОТОКОЛУ ALL-IC –BFM 2002

*Г.А Алескерова, Р.С. Исмаил-заде, Н.А. Ахадова  
Национальный онкологический центр, Баку*

**Введение:** Результатами клинических исследований, выполненных в течение последних десятилетий в ведущих центрах Европы и США, доказана принципиальная возможность излечения большинства пациентов детского возраста от ОЛЛ. Разработанные программы лекарственной терапии ОЛЛ в педиатрии позволили добиться 5 –летней БСВ в 70-80% случаев. Международная исследовательская группа BFM( I-BFM-SG) в 1983 предложила программу лечения ОЛЛ у детей (ALL-BFM 83) и с учетом полученных результатов в последующие годы модифицировала ее( ALL IC- BFM 86, 90, 95,2000,2002).Качество раннего ответа в протоколах ALL-BFM оценивается в строго фиксированные дни (time points) индукционной терапии: абсолютное количество бластных клеток в периферической крови на 8 день преднизолоновой префазы и результатам исследования КМ( процент бластных клеток в КМ) на 15 и 33 дни лечения.

**Материалы и методы:** В данное исследование включены 116 детей в возрасте от 1 года 8 мес. до 17 лет 2 мес.( мальчиков 56-48.3%, девочек 60-51.7%) получавших лечение по протоколу ALL IC-BFM 2002.В изучаемой группе 52.6% больных было в возрасте от 1 года8 мес. до 6 лет, остальные 47.4% от 6 лет до 17 лет 2 мес. Количество лейкоцитов в периферической крови менее  $20 \times 10^9$  /л имели 74.4 % пациентов, а 25.6% от  $20 \times 10^9$ /л до  $735 \times 10^9$ /л. У 83.6% больных был диагностирован В- линейный ОЛЛ ( пре-пре-В иммунологический подвариант у 89( 76.7%), про –В у 5 ( 4.3%) и пре-



В у 3 (2.6%) , а Т-линейный ОЛЛ зарегистрирован у 19 пациентов-16.4% ( пред –Т иммунологический подвариант у детей из (cortical) Т у 4, Т-линейный неклассифицированный у 1 пациента).

Как и современные программы лечения ОЛЛ у детей , протокол ALL IC –BFM 2002 состоит из нескольких этапов: индукция ремиссии, интенсивная консолидация, поздняя реинтенсификация и поддерживающая терапия. Общая продолжительность программы лечения составляет 24 мес.

**Результаты исследования:** На основании плохого ответа на индуктивную химиотерапию 21 больной – 3 из стандартной и 18 из средней групп риска ( 18.1%) из 116 включенных в исследование были переведены в группу ВР, так как 16 из них имели более  $1 \times 10^9$ /л бластных клеток в периферической крови на преднизолоновой пре-фазе( 8 день), 12 пациентов группы СрР имели более 25% бластных клеток и 2 –более 5% бластных клеток в костномозговом пунктате на 15/33 дни соответственно. Таким образом , в группу ВР был включен 21 больной с ОЛЛ только на основании плохого ответа на индуктивную ХТ. Больные получили лечение по ветви высокого риска ( HR1,HR2,HR3, - 6 блоков, ПРОТОКОЛ II, профилактика нейролейкоза - л/т СОД 12Гр) По выявленным результатам 5-летняя БСВ больных ОЛЛ высокого риска в сравнении с БСВ пациентов стандартной и средней групп риска , получивших лечение по программе ALL IC-BFM 2002 составила  $56,4 \pm 15.7$  % , в тоже время в группе стандартного риска 5-летняя БСВ составила  $80,5 \pm 11,4$ % и в группе среднего риска  $89,7 \pm 4.6$  % ( средняя продолжительность наблюдения  $49,0 \pm 5,5$  мес.) За время наблюдения за 20 пациентами группы высокого риска выявлено 2 поздних рецидива ( 10%) пре-пре – В ОЛЛ на 40 (костномозговой) и 52( изолированное поражение яичек ) мес. ремиссии.

**Заключение:** Таким образом , результаты исследования свидетельствуют о том , что для проведения эффективной, адекватной терапии ОЛЛ у детей, помимо индивидуальной оценки клинико-

лабораторной ( клинической, морфологической, иммунологической и цитогенетической) инициальной характеристики больного с ОЛЛ , чрезвычайно важно оценить быстроту достижения полной ремиссии, и в зависимости от ответа на лечение отбирать группу пациентов с крайне не благоприятным прогнозом болезни( группа высокого риска),которые нуждаются в проведении наиболее агрессивной ХТ для достижения стабильного эффекта.

\*\*\*

## **HEPATOBİLİAR SİSTEM XƏSTƏLİKLƏRİNİN KOMPLEKS ŞÜA DİAQNOSTİKASINA DAİR**

*A.Y.Bağirova, G.İ.Əhmədova  
Azərbaycan Tibb Universiteti.Bakı*

Son illərdə müasir vizualizasiya metodları praktiki səhiyyənin bütün sahələrində geniş vüsətlə tətbiq edilir. Geniş spektrə malik müayinə metodları kliniki təbabətdə xəstəliklərin erkən diaqnostikasında və profilaktikasında, həmçinin aparılacaq müalicə taktikasını seçilməsində mühüm rol oynayırlar.

Son illərədək biliar sistemin tədqiqatının klassik metodu rengenkontrast tətqiqat hesab edilirdi. Lakin müayinədə ionlaşdırıcı şüa yükünün mövcudluğu və bəzi əks-göstərişlər onun tətəbiqinin məhdudlaşdırırdı.

Müasi dövrdə öd kisəsi xəstəliklərinin diaqnosotikasında ultrasəs müayinəsi (USM) daha informativ hesab edilməklə, qeyd edilən çatışmazlıqlardan məhrumdur. Tədqiqatlar göstərir ki, rentgenoloji müayinələrdən fərqli olaraq USM öd kisəsinin müxtəlif patologiyaları haqqında 95 – 98% həssaslıq göstəricisi ilə məlumat verir.

USM-də normada öd kisəsi armudvari, anaexogen – exoneqativ struktura malikdir. Bu da onun təmiz maye tərkibli öd möhtəbiyyatının olmasından aslıdır. Normada öd kisəsinin konturları hamar, kənarları dəqiq və düzgün, divar qalınlığı 3.0 mm dən artıq olmamalıdır.

Praktiki təcrübəmiz göstərir ki, öd daşı xəstəliyinin, öd kisəsi poliplərinin və şişlərinin diaqnostikasında USM xüsusi əhəmiyyətə malikdir

Buni USM ilə digər mayinə üsullarının, xüsusilə kompyuter tomoqrafiyanın (KT) kompleks müayinələrinin nəticələri təsdiq edir.

Öd kisəsi və öd yollarının KT müayinəsi xəstəliyin atipik gedişi və ağırlaşmaları zamanı, həmçinin, diferensial diaqnostika məqsədilə tətbiq edilir.

KT-də öd kisəsinin xəstəliklərinin semiotik əlamətləri USM-yə anolojidir. KT müayinəsində kəskin xolesistit zamanı öd kisəsinin divarları intramural iltihab və ödemlə əlaqədar olaraq qalınlaşır və divarlarının nahamar olması qeyd edilir. Lakin bu əlamətlər qaraciyərin sirrozunda, hepatitdə, portal hipertenziyada, asitdə, pankreatitdə də müşahidə edilə bilər. Öd kisəsinin diametrinin 5 sm-ə qədər uzanması kəskin xolesistitin ikinci semiotik əlamətidir ki, bu da, diabetdə, toksiki hepatitdə, şişlə xoledoxun okklyuziyasında da qeyd edilir. Lakin bu xəstələrdə qeyd edilən birinci semiotik əlamət- divarın qalınlaşması qeyd edilmir.

Ədəbiyyat məlumatlarına görə kəskin xolesistitlər 25-30% hallarda empiema, qanqrena və perforasiya ilə fəsadlaşır. Praktiki təcrübə göstərir ki, kəskin xolesistitlərin fəsadlarının diaqnostikasında KT xüsusi əhəmiyyətə malikdir. Belə ki, bu hallarda USM ilə müqayisədə KT müayinəsində perivezikulyar parenximatoz dəyişikliklər daha yaxşı aşkarlanır.

Tədqiqatlar göstərir ki, hepatobilar sistem xəstəliklərinin diaqnostikasında USM və KT müayinəsinin kompleks tətbiqi xəstəliyin aşkarlanması, həmçinin onun fəsadlarının dəyərləndirilməsində mühüm əhəmiyyətə malik olub, bu xəstələrdə aparılacaq müalicə taktikasının düzgün seçilməsində prinsipial əhəmiyyətə malik olan informasiyalar verir.

## АНГИОГРАФИЧЕСКИЕ И ДОППЛЕРОГРАФИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИИ ПРИ ПОРАЖЕНИИ МАГИСТРАЛЬНЫХ СОСУДОВ ГОЛОВНОГО МОЗГА.

*Г.Э.Аскерова.*

*Азербайджанский медицинский университет. Баку*

Ангиография [головного мозга](#) (АГ) — это инвазивный метод, представляющий собой серийную краниографию, производимую в процессе внутриартериального введения рентгенконтрастного вещества. Делается серия ангиограмм, отражающих состояние [артериального](#), капиллярного и венозного отделов сосудистой системы мозга или бассейнов определенных мозговых [сосудов](#). Введение контрастного вещества в черепные артерии позволяет диагностировать сужение или окклюзию артерий и вен, расслоение артерий, ангиит, сосудистые мальформаций и мешотчатые аневризмы. Варианты ангиографии сосудов мозга: каротидная, вертебральная и селективная, при которых удается получить ангиограмму бассейна отдельных артерий головного мозга.

Цифровая субтракционная ангиография — более совершенный метод стандартной ангиографии с использованием компьютерной техники — позволяет улучшить изображение основных сосудов мозга. Преимущество этой техники заключается в том, что для получения изображения сосудов требуется небольшое количество контрастного вещества; разрешающая способность приборов сравнима с таковой при рентгеноконтрастной ангиографии. При проведении ангиографии до сих пор наблюдаются редкие случаи летального исхода и 2,5%-ная заболеваемость, в основном вследствие нарастания имеющегося сосудистого поражения или развития гематомы либо окклюзии сосуда в месте введения катетера. Метод

обладает меньшей, чем обычная КТ, разрешающей способностью, но может помочь диагностике, например, таких форм сосудистой патологии, как стеноз сонной артерии или тромбоз сагиттального синуса.

ДОППЛЕРОГРАФИЯ СОСУДОВ ГОЛОВНОГО МОЗГА ЭТО дуплексное сканирование и ультразвуковая доплерографические, современные высокоинформативный, безвредный, неинвазивный методы исследования сосудов ГОЛОВНОГО МОЗГА, которые отличаются неинвазивностью, безопасностью для пациента, информативностью и доступностью по цене. Дуплексное сканирование сосудов ГОЛОВНОГО МОЗГА позволяет оценить состояние сосудистой стенки, просвета сосуда, выявить наличие бляшек и стенозов (сужений), деформаций хода и врожденных аномалий развития сосудов (гипоплазии, аневризмы). С помощью метода ультразвуковой доплерографии возможно оценить скорость кровотока в любой точке сосудистого русла. Дуплексное сканирование и ультразвуковую доплерографию сосудов головного мозга позволяет провести: исследование состояния мозгового кровотока в мозговых сосудах и брахиоцефальных артериях, в передней, средней, задней мозговых артериях, в базилярной, вертебральной, глазничной артериях позволяет выявить стеноз, окклюзию и дисциркуляцию в бассейнах этих артерий; оценку скоростных показателей кровотока с выявлением гемодинамически значимых стенозов; исследование геометрии сосуда (петли, изгибы, извитость, деформации); определение диаметра сосуда, наличие аневризмы, гипоплазии сосуда, атеросклеротических бляшек, тромбов и их точную локализацию, стенозов и спазмов сосудов; оценку состояния сосудистой стенки и периваскулярной ткани; выявление экстравазальной компрессии сосудов (ПА, ОА), артерио-венозной мальформации; выяснить причину головной боли (ангиоспазм, повышение внутричерепного давления), выявить ранние поражения сосудов головного мозга,

выявить стенозы (сужение просвета) артерий головного мозга, определить их значимость.

## MÜNDƏRİCAT

### **Dünyaya nur saçan dahi**

*C.Ə.Əliyev, A.A.Kərimli*.....3

### **Realist, pragmatik lider – Heydər Əliyev – 90**

*Ə.X.Kərimov, N.Ə.Əsgərov*.....5

### **Onkoloji xəstələrdə FNAC və TRU-CUT**

#### **biopsiyanın əhəmiyyəti**

*C.Ə.Əliyev, S.E.Rəhimova, T.N.Məmmədova*.....7

### **Сравнительное изучение статуса эстроген рецепторов первичной опухоли и метастатически пораженных лимфоузлов у больных раком молочной железы.**

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

*, С.Э.Рагимова, Л.А.Меджидова, Р.В.Джавадов,*

*С.С.Гурбанов, Ш.Ш.Османов, А.Т.Казимов*.....8

### **Süd vəzisi xərçənginin cərrahi əməliyyat zamanı ekspres (Prozen) biopsoya və planli morfoloji müayinə ilə təsdiqlənmiş diqnostikasi hallarında uzaq nəticələrin müqayisəsi**

*C.Ə.Əliyev, R.C.Cəfərov, Ş.Ş.Osmanov*.....10

### **Bəd xassəli şişlərinin erkən diaqnostikasında skrininqin rolu**

*S.E.Rəhimova, A.A.Rəhimov, F.Ə.Mərdanlı,*

*E. B.Mansurov*.....12

### **Sümük sarkomalarının müalicəsinə müasir baxışlar**

*Ə.T. Əmiraslanov, A.Ə. Əmiraslanov,*

*E.E. İbrahimov, Ş.D. Tağıyev*.....14

### **Menopauza zamanı əvəzedici hormonal terapiyanın onkoloji aspektləri.**

*S.E.Rəhimova, U.A.Abbasova*.....17

### **Yumşaq toxuma miksoid variant bədxassəli fibroz histiositomada DEBA-nın CD31 reseptorunun ekspressiya**

**səviyyəsinin təyini.**

*Ə.T. Əmiraslanov, H.K.Muradov, E.E.Ibrahimov, S.V. Abdıyeva.....19*

**Роль прогностических факторов в лечении рака носоглотки**

*И.Г.Исаев, Р.Р. Казиева, З.М.Гасанова, С.Ю.Алиева.....20*

**Эффективность монотерапии иматинибом**

**у больных хроническим миелолейкозом**

*Г.Ч.Бадалова.....24*

**Azərbaycan Respublikası Naxçıvan Muxtar Respublikasında**

**uşaqlıq boynu xərçəngi ilə xəstələnmə.**

*F.A Mərdanlı, E.B. Mansurov, Ü.Ə.Zeynalova.....28*

**Məktəb yaşlı uşaqlarda bronxitlər zamanı qanın qaz**

**tərkibinin və turşu-qələvi tarazlığının dəyişiklikləri.**

*Y.Q. Məstəliyev, A.Ə. Mehtiyeva, Ə.Q.Paşayev, N.T.Kərimova.....29*

**Результаты хирургического лечения**

**местнораспространенного рака почки (МРП)**

*Ф.А. Гулиев, Т.Н. Мусаев, А.М. Али-заде, Ф.Д. Гулиев.....30*

**Yumşaq toxuma fibrohistiositar şişlərində DEBA-nın**

**CD31 reseptoru ilə residiv və metastazvermə arasında**

**korrelyasion əlaqənin tədqiqi.**

*S.V. Abdıyeva, H.K.Muradov, E.E.Ibrahimov.....32*

**Эффективность Бевацизумаба в комбинации**

**с химиотерапией при лечении диссеминированного**

**рака поджелудочной железы**

*Р.С. Зейналов, С.Р. Гиясбейли, Н.Р. Дадашева,*

*Д.А.Гасанзаде, В.С.Ватанха.....34*

**TİMOZİN-ALFA1-in antibakterial və**

**virus əleyhinə təsir xüsusiyyətlərinin öyrənilməsi**

*S.M.Səfərova.....36*

**Йумурталыг неоплазмаларында митотик реџимин тядгиги.**

*Н.В. Гасымов., Щ.К.Мурадов., С.Р.Мурадова.....38*

**Milli Onkologiya Mərkəzində müalicə olunmuş**

**Miksoid Liposarkoma xəstələrinin qıssa müddətli**

<b>təqib nəticələri.</b>	
<i>Ə.H.İsayev.....</i>	<i>40</i>
<b>Azərbaycanda talassemiyalı xəstələrin elektron</b>	
<b>reqistrinin yaradılması haqqında</b>	
<i>A.Ə.Kərimov, T.Ə.Məmmədova, X.A. Dadaşova ,</i>	
<i>Z.K Mirzoyeva, N.R. Əliyeva.....</i>	<i>43</i>
<b>Qarın boşluğu və kiçik çanaq üzvlərinin bəd və</b>	
<b>xoş xassəli şişlərinin birmomentli kombinə olunmuş</b>	
<b>cərrahi müdaxilə</b>	
<i>Ə.X.Kərimov, A.R.Əliyev, N.Ə.Əsgərov,</i>	
<i>F.Ə.Zeynalov, R.S.Zeynalov.....</i>	<i>45</i>
<b>Böyrək xərçənginin cərrahi müalicəsində</b>	
<b>üzvsaxlayıcı əməliyyat növləri</b>	
<i>E.C.Qasımov.....</i>	<i>47</i>
<b>Naхçыван Muxtar Respublikasında qida borusu xərçəngi</b>	
<b>ilə xəstələnmə və ölümün bəzi statistik göstəriciləri.</b>	
<i>A.R.Əbdürrəhimov, F.A Mərdanlı, E.B. Mansurov.....</i>	<i>50</i>
<b>Непосредственные результаты сочетанной</b>	
<b>лучевой терапии больших раком пищевода</b>	
<i>И.Г. Исаев, Н.Г. Кулиева, Г.Г.Насирова.....</i>	<i>51</i>
<b>Результаты неoadьювантной химиотерапии</b>	
<b>сарком мягких тканей (СМТ) нейроэктодермального генеза.</b>	
<i>Т.С.Кулиева.....</i>	<i>54</i>
<b>Результаты радикального хирургического</b>	
<b>лечения инвазивного</b>	
<b>рака мочевого пузыря (РМП)</b>	
<i>Т.Н. Мусаев., Ф.А. Гулиев., А.М.Али-заде.....</i>	<i>55</i>
<b>Актуальные проблемы дифференциальной</b>	
<b>диагностики новообразований яичников</b>	
<i>А. Т. Казымов, Ш.А. Алыев, Г.А Мамедбейли, Ф.Ю.Алиев.....</i>	<i>57</i>
<b>Perinatal bakterial infeksiyaları olan yenidöğulanlarda</b>	
<b>immunitetin irsi həlqəsinin xüsusiyyətləri</b>	



*M.Z.Əfəndiyeva, Q.H.Nacızadə.....* 59

**Лапароскопические вмешательства при хирургических заболеваниях толстой и прямой кишки.**

*Н.А. Аскеров, А.Х.Керимов , Ю.Р.Алиаров.....* 61

**Особенности метастазирования рака молочной железы с гиперэкспрессией HER-2 (HER-2+ РМЖ).**

**Клиническое течение и результаты лечения больных с метастазами в ЦНС.**

*К. Р.Зейналова.....* 63

**Результаты применения таргетного препарата**

**Бевацизумаб у больных метастатическим HER2 -негативным раком молочной железы, резистентным к антрациклинам и таксанам**

*И.Н.Мусаев, Ю.А.Ахмедов, Т.Т.Таиров,*

*Э.Э.Казымов, И.А.Гаджиева.....* 66

**Uşaqlıq boynu uaxmalarının PAP- üsulu ilə boyanmasının diaqnostik əhəmiyyəti.**

*Ş.Ş. Osmanov, E.R. Hüseynova, S.S. Şahhüseynova.....* 68

**Прогностическое значение уровня**

**лактатдегидрогеназы у больных с неходжкинскими лимфомами по данным Национального центра онкологии**

*А.Ю.Алиев, Р.А.Гусейнова, Ю.А.Ахмедов, И.А.Гаджиева.....* 69

**Йумурталыг хярчянэляри заманы шиш щцэяряляриндя хроматинин тядгиги.**

*С.Р.Мурадова., Н.Г.Гиблялийева.....* 70

**Пути профилактики реакций и осложнений**

**лучевой терапии у больных местнораспространенным раком прямой кишки после паллиативных операций**

*И.Г.Исаев,Н.Г.Кулиева, К.И.Казымов,*

*А.Т.Алиев, А.А.Насирли.....* 72

**Mədəaltı vəzinin bəd xassəli şişlərin yayılma göstəriciləri.**

*F.Ə.Mərdanlı , N.Ə.Əsgərov , E.B.Mansurov.....75*

**Химиотерапия платиночувствительных рецидивов  
рака яичников**

*Р.С. Зейналов, С.Р.Гиясбейли, Н.Р.Дадашева,  
Д.А.Гасанзаде, В.С.Ватанха.....76*

**Qara ciyərin birincili bəd xassəli şişlərinin  
diaqnostikası və rast gəlməsinin bəzi statistik göstəriciləri.**

*A.A.Rəhimov , F.Ə.Mərdanlı, E.B.Mansurov, N.Ə.Əsgərov.....79*

**Yenidoğulanlarda anemiyaların inkişafında  
risk faktorlarının rolu.**

*S.R.Nəsirova, T.Ə.Məmmədova, S.Z.Məcədova.....81*

**Лапароскопические вмешательства в хирургии желудка.**

*Н.А.Аскеров, А.Х.Керимов, Ю.Р.Алиyarov.....82*

**Клиническое течение мелкоклеточного рака пищевода  
(Описание клинического случая)**

*И.Г.Исаев, Н.Г.Кулиева, Г.Г.Насирова, А.Т.Алиев,  
А.А.Насирли, С.И.Каграманова.....84*

**Применение рекомбинантного эритропоэтина  
при гемоглобинопатии H**

*М.Б.Гасанова, З.Х.Алимирзоева, Т.А.Мамедова, Ч.Д.Асадов.....87*

**Qara ciyərin birincili bəd xassəli şişlərinin  
diaqnostikası və rast gəlməsinin bəzi statistik göstəriciləri .**

*F. Ə. Mərdanlı, E. B. Mansurov, N. Ə. Əsgərov .A. A. Rəhimov.....89*

**Azərbaycan Respublikası Abşeron iqtisadi regionunda  
uşaqlıq cismi xərcəngi ilə xəstələnmə və ölüm göstəriciləri.**

*Ş.A. Alyev, V.M.Məddədova.....91*

**Hepatit C ilə ağırlaşmış süd vəzisi xərcəngi olan xəstələrdə  
endokrin disfunksiya**

*S.T.Kərimova, G.Ə.Cəfərova, V.İ.Yaqubova.....92*

**Periferik ağciyər xərcənginin diaqnostikasında  
transtorakal “tru cut” biopsiya**

<i>Ə.A. Soltanov, R.R. Bağırov, A.Q. Hətəmov, K.M. Abdullayev.....</i>	<i>94</i>
<b>Organ sparing surgery in unilateral nephroblastoma patients</b> <i>R.S. Ismail-zade, GA Aleskerova, NAAhadova, AOGulieva.....</i>	<i>95</i>
<b>Azərbaycanda düz bağırsağ xərçəngi hüceyrələrində apc gen mutasiyasının tezliyi</b> <i>V.C Mahmudov.....</i>	<i>96</i>
<b>Prostat vəzi xərçəngində multiparametrik maqnit rezonans tomoqrafiya müayinəsinin rolu</b> <i>A.K. Kazımov, S.S. Vətənxə, F.Y. Əliyev, E.Y. Əliyev.....</i>	<i>98</i>
<b>Lumbar posterior transpedikular fiksasiya əməliyyatı aparılan xəstələrdə əməliyyat sonrası klinik nəticələrin dəyərləndirilməsi</b> <i>R.C. Babayev.....</i>	<i>101</i>
<b>Pankreatoduodenal zona üzvlərinin obstruktiv sarılıqla ağırlaşmış xərçənginə görə aparılan hepatikoyeyunostomiyanın yaxın nəticələri</b> <i>R.B. Bayramov, R.T. Abdullayeva.....</i>	<i>103</i>
<b>Современные возможности сохранения репродуктивной функции при лечении пациенток с лимфомой Ходжкина</b> <i>Н.А Ахадова., Р.С. Исмаил-заде, Г.А .Алескерова, А.О. Гулиева.....</i>	<i>105</i>
<b>Kəskin limfoblast leykozlu yeniyetmələrdə müxtəlif rejimli müalicənin terapevtik effektivliyinin nəticələri.</b> <i>B.B. Vəlizadə, N.H. Novruzova, İ.Ə. Bağırov.....</i>	<i>107</i>
<b>Магнитно-резонансная томография в диагностике, планировании и оценке эффективности лечения рака тела матки.</b> <i>Ш.А. Алыев, Г.А Мамедбейли, А. Казымов.....</i>	<i>110</i>

<b>Распространенность рака щитовидной железы среди населения Азербайджанской Республики</b> <i>Н.А.Гулиев, Р.Я.Махмудова, Г.С.Асадли, А.Алиева, Э.Р.Искендеров</i> .....	112
<b>Divararalığı şişlərinin şüa diaqnostikasında şüa metodlarının yeri və törəmələrin bədxassəlik kriteriyaları.</b> <i>S.H.Babayeva</i> .....	113
<b>Ağciyərlərin karsinoidi</b> <i>Ə.A. Soltanov, R.R.Bağirov, A.Q. Hətəmov, K.M. Abdullayev, E.İ.İbrahimov</i> .....	116
<b>Лапароскопическая хирургия в онкогинекологической практике.</b> <i>Ш.А.Алыев</i> .....	117
<b>Остеопороз костей</b> <i>Ш.Р.Мамедова</i> .....	120
<b>Современное прогнoграммное лечение лимфомы беркитта</b> <i>Н.А.Ахадова., Р.С.Исмаил-заде, Г.А.Алескерова, А.О.Гулиева</i> .....	122
<b>İnsan papillomavirusunun uşaqılıq boynu xərçənginin inkişafında rolu, sitoloji diaqnostikanın uşaqılıq boynu xərçəngi profilaktikasında əhəmiyyəti.</b> <i>T. A. Mirzəbəyova , S.H.Abdullayeva</i> .....	125
<b>Mərkəzi sinir sisteminin hipoksik-işemik zədələnmələri aşkar olunan yenidəğulanlarda bağırsaqların anadangəlmə immun sisteminin vəziyyətinin qiymətləndirilməsi.</b> <i>A.S.Naciyeva</i> .....	127
<b>Cavan yaşlı xəstələrdə qeyri-kiçikhüceyrəli ağciyər</b>	

<b>хэрцэнги замани optimal сэгграхи эмэлийуат хэсминин сечилмэси</b> <i>R.R. Bağırov., A.Q. Hətətov.....</i>	<i>129</i>
<b>Примитивные нейроэктодермальные опухоли торакопультмональной зоны: клинический анализ 16 случаев.</b> <i>Т. С.Кулиева.....</i>	<i>131</i>
<b>“Endometriyanın polipi” olan хэстэлэрин diaqnostikası və müalicəsində diaqnostik histeroskopiya və histerorezeksiyanın rolu.</b> <i>Ü.A.Abbasova, S.M.Məmmədova, T.Ə.Nadirova, K.S.Mərdanova.....</i>	<i>132</i>
<b>Мэдэ хэрцэнгинин erkən müayinə metodlarının xarakteristikasına dair</b> <i>N.S. Şahməmmədov, G.H. Qəmbərova, Ə.S.Mahmudova.....</i>	<i>133</i>
<b>Высокий риск ОЛЛ у детей и результаты лечения по протоколу ALL-IC –BFM 2002</b> <i>Г.А Алескерова, Р.С. Исмаил-заде, Н.А. Ахадова.....</i>	<i>136</i>
<b>Hepatobiliar sistem хэстэликлэринин kompleks şüa diaqnostikasına dair</b> <i>А.У.Вағырова, G.İ.Əhmədova.....</i>	<i>138</i>
<b>Ангиографические и доплерографические исследования при поражении магистральных сосудов головного мозга.</b> <i>Г.Э.Аскерова.....</i>	<i>140</i>

