

AZƏRBAYCAN RESPUBLİKASI SƏHIYYƏ NAZİRLİYİ
MİLLİ ONKOLOGİYA MƏRKƏZİ

Ümummilli lider H.Ə.Əliyevin ad gününə
həsr olunmuş elmi-praktiki konfransın
MATERİALLARI

10 may 2014 il

Bakı – 2014

REDAKSIYA HEYƏTI

C.Ə.Əliyev (sədr)

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

XALQININ DAHI OĞLU

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

Xalqı tarixdə yaşadan onun böyük şəxsiyyətləridir. Dünyada yaşayan hər bir xalqın tarixində şəxsiyyətlərin rolu böyük və əvəzsizdir. Xalqın gücü, qəhrəmanlığı, yenilməzliyi onun başında duran rəhbərlərdən, onların müdrikliyindən, vətənə bağlılığından asılıdır. Xalqı zülmətdən xoşbəxt, parlaq günlərə çıxaran, qələbəyə aparan yolu kütlə yox, ona rəhbərlik edən şəxsiyyətlər göstərir.

Azərbaycan xalqı da yetirdiyi alimlərlə, şairlərlə və digər sənətkarlarla dünya mədəniyyətinə böyük şəxsiyyətlər vermişlər. Təbiətin Azərbaycan xalqına verdiyi belə şəxsiyyətlərdən biri də xalqın böyük dahi oğlu Heydər Əliyevdir. O, həm memar, həm inşaatçı, həm ədəbiyyatçı, Azərbaycanın incəsənət və mədəniyyətini bilən, gözəl folklorşünas, bacarıqlı səhiyyə təşkilatçısı və nəhayət səriştəli dövlət xadimi idi. O işlədiyi vəzifədən asılı olmayaraq həmişə Azərbaycan xalqının taleyi barədə düşünmüş, onun xoş gələcəyi üçün ağır sınaqlardan keçib və nəhayət xalqını gözəl güzərana çıxaran bir lider olmuşdur. Məhz onun ilahi bacarığı sayəsində Azərbaycan qısa bir zaman çərçivəsində böyük uğurlar qazanaraq öz siyasi arenasını dünya dövlətləri arasında gücləndirmişdir. Azərbaycanın son 30 ildən artıq bir dövrünü əhatə edən tarixi taleyi Heydər Əliyevin adı ilə qırılmaz tellərlə bağlıdır. Bu illər ərzində xalqın ictimai-siyasi, iqtisadi və mədəni həyatının bütün sahələrində dirçəlişi onun adı ilə əlaqələndirmək lazımdır.

Heydər Əliyev rəhbərlik etdiyi dövrdə daim tərəqqisi üçün çalışdığı, zəngin mədəniyyət, böyük tarixi keçmişi ilə həmişə qurur duyduğu və gələcək nəsillərinin taleyi üçün düşündüyü doğma yurdu Azərbaycanı bir dövlət kimi zamanın ağır və sərt sınaqlarından çıxarmışdır.

Zəmanəmizin qüdrətli siyasətçisi Heydər Əliyevin müdrikliyi və uzaqgörənliyi olmasaydı, xalqımız düşmüş olduğu ağır bələdan,

Azərbaycanın parçalanmasından heç bir vaxt xilas ola bilməzdi. Bu müdrik insanın qismətində ən çətin illərdə Respublikaya rəhbərlik etmək düşmüşdür. O, istər 70-ci illərdə, istərsə də rəhbərliyə ikinci qayıdışında Respublikanı siyasi, iqtisadi və digər sahələrdə hökm sürən dərin böhrandan xilas etmişdir. Məhz onun qeyri-adi təşkilatçılıq istedadı, uzaqgörən siyasəti, inadkarlığı və yorulmazlığı sayəsində Azərbaycan misilsiz siyasi, iqtisadi və mədəni uğurlar qazanmışdır.

Böyük mütəfəkkir Heydər Əliyevin tarixi xidmətləri haqqında danışanda, əsas diqqət onun dövlət quruculuğu missiyasına verilir ki, bu da tamamilə təbiidir. Hər şeydən əvvəl ona görə ki, Heydər Əliyev Azərbaycan dövlətini qurmuş, həm də onun inkişafı üçün mükəmməl strateji perspektivlər müəyyən etmişdir. Bu əlbətdə, mənsub olduğu xalqın iradəsini ifadə edən böyük liderin əsas tarixi missiyası idi. Bütün dövrlərdə onun bir amalı olmuşdur: Azərbaycanı inkişaf etdirmək, vətəndaşların rifahlarını yaxşılaşdırmaq, ölkəmizi irəliyə aparmaq. Onun təşəbbüsü ilə həyata keçirilmiş layihələr, tikilmiş müəssisələr bu gün də xalqımıza, dövlətimizə xidmət göstərir.

O, böyük siyasi xadim, xalqın şəxsiz siyasi lideri olaraq hələ sağlığında canlı əfsanəyə çevrilmiş, buna görə də Heydər Əliyev fenomeni həmişə diqqətləri cəlb etmiş, dünya azərbaycanlılarının bu ümummillî liderinin heyranlıq doğuracaq dərəcədə coşqun siyasi fəaliyyəti istər ölkədə, istərsə də dünyada daim diqqət mərkəzində olmuşdur.

Hər bir xalqın özünəməxsus ölçü meyarı var. Və hər dəfə kiminsə böyüklüyünü, əzəmətini göstərmək istəyəndə onu meyar sayılan şəxsiyyətlərlə müqayisə edirlər.

Heydər Əliyev isə türk dünyasının örnək ümummillî lideri səviyyəsinə yüksəlmişdir.

Bu hər bir Azərbaycan vətəndaşı və türk övladı üçün fəxr və qürur mənbəyi olmaqla yanaşı, həm də ulu öndərin tarixin müəyyən dövründə vətəni, dövləti və milləti naminə gördüyü şərəfli işlərin məntiqi yekununun qiymətləndirilməsidir.

XX-XXI ƏSRİN XALQINA VƏ DÖVLƏTİNƏ XİDMƏTİN NÜMUNƏSİ – HEYDƏR ƏLİYEV

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

Bugünkü Azərbaycandan danışarkən unutmamaq olmaz ki, Respublikanın indiki iqtisadi potensialının əsası keçən əsrin 70-80-ci illərdə qoyulmuşdur. Yaşlı nəslin yaxşı yadındadır – Heydər Əliyev tez-tez Azərbaycana ittifaq nazirlərini bir əsas məqsədə görə dəvət edirdi – Azərbaycanda yeni, müasir sənaye sahələri yaratmaq. Bu gün biz Respublikamızda müxtəlif sənaye müəssisələri, o cümlədən, hərbi, iri elektron, elektrotexniki, radiotexniki, kosmos və rabitə vasitələri, yüngül və yeyinti sənayesi, elmi və səhiyyə mərkəzləri, institutlar elmi-istehsalat birliyi yaradılmışdır. Ulu öndər 1998-ci il iyulun 6-da Prezident sarayında, prezident seçkilərinə beynəlxalq müşahidəçilərin dəvət olunması haqqında sərəncam vermişdir və 14 iyulda müşavirə iştirakçıları qarşısında çıxışında H.Əliyev demişdir: - Məqsəd ondan ibarət deyildir ki, kiməsə göstərək ki, biz demokratik seçkilər keçiririk, məqsəd ondan ibarətdir ki, Azərbaycanda həm bu gün üçün, həm də gələcək üçün sağlığında xalqın kök salsın. Elə kök salsın ki, gələcəkdə onu heç kəs laxlada bilməsin yəni yerindən tərpədə bilməsin, Azərbaycanda həmişə bu rejim, bu sistem olsun. Çünki Azərbaycanın vətəndaşı və dövlət başçısı kimi mən inanıram ki, xalqımızın gələcəyi üçün Azərbaycanda demokratiyanın tam bərqərar olması əsas şərtidir. Bu xalqımızın həm daxili həyatının həm də xaricdən Azərbaycanın müdafiəsi üçün çox əsas şərtlərdən biridir.

Xalqımız uzun illər arzuladığı müstəqilliyi əldə etdikdən sonra o, öz həyatını istədiyi kimi qurmaq imkanını əldə etdi. Bu işdə

ulu öndər Heydər Əliyevin xidmətləri misilsizdir, o xarici və daxili siyasətləri düzgün istiqamətləndirərək milli-mənəvi sərvətlərimiz haqqında daimi qayğısı və diqqətinin yeni böyük təzahürü olmuşdur.

XXI əsrin ən böyük proqramlarından biri olan İpək Yolunun bərpası proqramında Azərbaycanın ləyaqətli yer tutmasında bu sahədə olan problemlərin həlli, heç şübhəsiz ulu öndər Heydər Əliyevin adı bağlıdır.

Tanınmış filosof Aristotelə, belə bir kəlam məxsusdur. “Mən ən güclü, ən qüvvətli, ən zəkalı o adamı hesab edirəm ki, o öz istəklərini idarə etməyi bacarır” və buna əlavə olaraq Azərbaycanın görkəmli yazıçı-dramaturqu M.F.Axundov demişdir: “Sağlığında xalqın sevimlisi və ölümündən sonra adı tarixin bəzəyi olmaq dünyada ən böyük səadətdir”.

Bu gün Azərbaycan xalqı prezident İlham Əliyev başda olmaqla, H.Əliyev tərəfindən binövrəsini qoymuş, monolit birlik təşkil edən Respublika öz inkişafını, daxili və xarici siyasətini, düzgün istiqamətlə davam etdirir.

Bu deyilənlərə daha əlavə qiymət verərək görkəmli ingilis şairi Corc Bayron şeiri ilə yekunlaşdırmaq istərdik:

Azadlıq yolunda qalxan bir vuruş,
Doğrudur, çox zaman tez susdurulmuş,
Lakin ən nəhayət çalmışdır zəfər,
Onundur gələcək, onundur səhər.

ОБ АКТУАЛЬНЫХ АСПЕКТАХ ДАЛЬНЕЙШЕГО ИЗУЧЕНИЯ ИНФЕКЦИИ, ВЫЗВАННОЙ ВИРУСОМ ГЕПАТИТА С У БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

*Д.А.Алиев, С.Э.Рагимзаде, Т.Н.Мамедова
Национальный центр онкологии, г.Баку*

Как известно, инфекция, вызванная вирусом гепатита С (ВГС) сегодня характеризуется глобальным распространением, а по мнению нескольких ведущих экспертов в этой области реальное число людей, инфицированных этим вирусом, может в несколько раз превышать то число инфицированных ВГС людей, которое приводится в официальных сводках международных организаций.

К настоящему моменту накоплен значительный материал, свидетельствующий о том, что инфекция, вызванная ВГС, как и обусловленное ею заболевание - гепатит С (ГС) - широко распространена среди онкологических больных [1].

Необходимо подчеркнуть, что еще почти 20 лет назад нами было показано, что эта инфекция широко распространена и среди больных раком молочной железы (РМЖ), а антитела к ВГС у них выявлялись значительно чаще, чем у здоровых жителей г.Баку [2].

За минувшие с того времени годы представления об онкологических аспектах этой инфекции пополнились сведениями: 1) о широте распространения ВГС-инфекции среди больных РМЖ и характере зависимости частоты инфицирования этих больных от клинической стадии РМЖ; 2) об особенностях течения этой инфекции у больных РМЖ и 3) о клиническом значении этой инфекции у больных РМЖ [3].

Однако, все эти сведения были получены при исследовании группы больных солидными опухолями, а больные РМЖ составляли лишь относительно небольшую часть этих больных. Кроме того, эти исследования были проведены 10 лет назад и более [4]. Поэтому эти данные сегодня не могут считаться исчерпывающими.

Между тем, проводя аналогию ВГС-инфекции с инфекцией, вызванной вирусом гепатита В (ВГВ), следует отметить, что с позиций клинической онкологии последняя инфекция в свое время была изучена намного шире и глубже, чем ВГС-инфекция [5].

Именно в процессе этого изучения на значительной по численности группе больных РМЖ (более 800 женщин) было доказано, что наличие не только гепатита В (ГВ), но и даже субклинически протекающей ВГВ-инфекции у больных РМЖ способно выступать в качестве фактора, который не только повышал частоту и выраженность побочных эффектов консервативной терапии, но достоверно ухудшал отдаленный прогноз РМЖ у больных II и III клинических стадиями заболевания [6].

Данное обстоятельство дает основание полагать, что целенаправленное исследование аналогичных аспектов ВГС-инфекции может оказаться столь же плодотворным, а важность полученных при этом данных окажется более значимой, поскольку в отличие от ВГВ-инфекции, вакцинопрофилактика ВГС-инфекции пока не возможна.

Конкретизируя эти аспекты, ранее детально проанализированные в нашей монографии, посвященной проблеме вирусных гепатитов у больных РМЖ [7], следует остановиться на следующих моментах.

Во-первых, распространение ВГС-инфекции продолжается и данные о широте ее распространения среди РМЖ должны быть уточнены.

Кроме того, если данные о частоте смешанных инфекций у больных РМЖ, вызванных ВГС и ВГС уже имеются [4], то данные о распространения среди больных РМЖ смешанных инфекций и, в частности, вызванных ВГС и другими гепатотропными вирусами (гепатитов E, G и TTV) практически отсутствуют.

Во-вторых, принимая во внимание то, что ВГС-инфекция является иммунозависимой, следует иметь ввиду, что многие из больных РМЖ могут оказаться иммунокомпromетированными лицами.

Поэтому необходимо уточнить главные патогенетические характеристики, отражающие особенности развития этой инфекции у больных (преобладающие варианты ее течения и у больных РМЖ разными клиническими стадиями), а также выяснить характер влияния этой инфекции по показателю врожденного и приобретенного иммунитета этих больных.

В-третьих, ранее была показана способность ВГС-инфекции повышать частоту токсических проявлений одной из программ противоопухолевой химиотерапии.

Однако, в этом наблюдении наличие ВГС-инфекции у больных РМЖ определялось лишь по наличию у них антител к ВГС, в то время как присутствие ВГС в крови этих больных не было доказано. Это означает, что такое же наблюдение необходимо осуществить, основываясь на результатах обследования больных на наличие у них ВГС. Кроме того, необходимо оценить характер влияния разных форм течения ВГС-инфекции на токсические проявления нескольких разных

программ противоопухолевой химиотерапии и, в том числе, включающих современные таргетные противоопухолевые препараты.

Самостоятельной задачей в границах данного аспекта изучения ВГС-инфекции у больных РМЖ является определение тех форм этой инфекции, наличие которых у больных РМЖ может ограничивать объем адекватной противоопухолевой терапии или даже препятствовать ее проведению вообще.

В-четвертых, в литературе отражены результаты нашего наблюдений, в одном из которых было показано, что протекая у женщин с РМЖ, клинически манифестная ВГС-инфекция, как и ВГВ-инфекция, может оказывать неблагоприятное влияние на течения этого онкологического заболевания. В другом нашем наблюдении эта инфекция негативно повлияла на 5-ти летнюю выживаемость больных РМЖ [3].

В то же время, эти факты были установлены лишь в единичных наблюдениях, проведенных на небольших по численности и не в должной степени стандартизованных группах больных РМЖ. Кроме того, в этих наблюдениях наличие ВГС-инфекции верифицировалось лишь серологическим методом [8] - эти результаты в дальнейшем получили частичное подтверждение выявлением самого вируса [9].

Очевидно, что данные, полученные в указанных наблюдениях, сегодня не могут считаться убедительными и нуждаются в подтверждении с помощью более точных современных методических подходов.

Кроме того, поскольку до сих пор точно не установлено за счет каких механизмов может осуществляться такое влияние, говорить о возможной коррекции такого влияния затруднительно. Именно поэтому необходимо выделить

отдельную научную задачу - выяснить наиболее важный механизм реализации указанного влияния и исследовать возможности его "выключения", которое позволило бы элиминировать указанное влияние.

А-пятых, достаточно широкое распространение ВГС-инфекции среди больных РМЖ, вместе с ее потенциальной способностью неблагоприятно влиять на течение и прогноз этого заболевания, ставят закономерный вопрос о корректном ведении больных РМЖ с ВГС-инфекцией и адекватном выборе метода терапии хронического ГС, как часто встречающегося сопутствующего заболевания [10].

В этой связи надо отметить, что учитывая, что указанные вопросы во многом решены в отношении ГВ у онкологических больных, можно экстраполировать эти решения на ГС. Однако, сегодня уже известны серьезные различия в стратегиях этиотропного лечения больных ГВ и ГС.

Этот факт не оставляет сомнений в том, что вопросы противовирусной терапии ГС у больных РМЖ составляют самостоятельный и весьма важный аспект изучения ВГС-инфекции у больных РМЖ. Учитывая, что в отличие от лечения ГВ у онкологических больных, опыт применения современных методов противовирусной терапии ГС у больных пока весьма ограничен, исследование и сравнение разных подходов к проведению такого лечения, определение показаний и противопоказаний к его проведению, представляет собой важную научнопрактическую задачу.

И, наконец, мы уже отмечали тот факт, что наличие у женщин хронически текущего вирусного гепатита может оказаться одним из факторов, повышающих предрасположенность к возникновению РМЖ [7]. Ясно, что этот вопрос наиболее

актуален в отношении самого распространенного вирусного гепатита - ГС. В этом контексте считаем нужным вновь отметить важность этого вопроса, хотя, очевидно, что его решение сегодня довольно затруднительно и может потребовать проведения широко масштабных проспективных исследований.

Таким образом, резюмируя представленные выше соображения, можно заключить, что результаты изучения перечисленных выше актуальных аспектов дальнейшего изучения ВГС-инфекции у больных РМЖ несомненно будут не только представлять собой немалый научный, но и по всей вероятности, позволят добиться улучшения качества специализированной медицинской помощи, оказываемой женщинам с РМЖ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Жуков Н.В. Вирусные инфекции. / Инфекции в онкологии. Под ред. М.И.Давыдова, Н.В.Дмитриевой. М.:Практическая медицина, 2009, с.114-123;
2. Алиев Д.А., Рагимова С.Э., Мамедов М.К.,Гудратов Н.О. Рак молочной железы и инфекция, обусловленная вирусом гепатита С. / Мат-лы I съезда онкологов СНГ. М., 1996, с.27;
3. Мамедов М.К., Михайлов М.И. Трансфузионные вирусные гепатиты и онкологические заболевания. Под ред. Д.А.Алиева. М.: Кристалл, 2008, 276 с.;
4. Рагимов А.А. Трансфузионные вирусные гепатиты у онкологических больных. Дисс.... канд. мед. наук. Баку, 2004, 146 с.;
5. Алиев Д.А., Мамедов М.К., Гудратов Н.О. Онкологические аспекты вирусного гепатита В. Баку: Билик, 1993, 147 с.;
6. Алиев Д.А., Мамедов М.К., Джафаров Р.Д., Михайлов М.И. Влияние длительного носительства вируса гепатита В на отдаленные результаты лечения больных раком молочной железы. // Вопросы онкологии, 1992, N.3, с.366-368;
7. Алиев Д.А., Мамедов М.К., Рагимзаде С.Э. Рак молочной железы и трансфузионные вирусные гепатиты. Баку: Элм, 2013, 304 с.;
8. Aliyev J., Mamedov M., Jafarov R., Ragimova S. Prognosis of breast cancer in patients with antibodies to hepatitis C virus. // Azerb. J. Oncology & Related Sci., 1996, N.1, p.52-53;
9. Алиев Д.А., Мамедов М.К., Рагимова С.Э. Инфекции, вызванные вирусами гепатитов В и С, как факторы неблагоприятного прогноза при раке молочной железы.//Современные достижения азербайджанской медицины, 2012, N.4, с.12-17;

10. Алиев Д.А., Мамедов М.К. Стратегия и тактика ведения и лечения онкологических больных, инфицированных вирусами гепатитов В и С. // Современные достижения азербайджанской медицины, 2012, N.4, с.3-12.

ИЗУЧЕНИЕ РЕЦЕПТОРНОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ РМЖ С ВЫСОКОЙ ЭКСПРЕССИЕЙ KI-67 В ОПУХОЛИ.

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

РМЖ — это неоднородная группа опухолей, отличающихся по морфологии, клиническому течению и чувствительности к лечению. В последние годы представление о биологическом поведении рака молочной железы претерпело значительные изменения. Внедрение в клиническую практику современного иммуногистохимического исследования дало возможность определять не только гистологический тип опухоли и степень анаплазии, но и наличие целого ряда различных рецепторов, которые позволяют предсказать течение болезни и выработать наиболее оптимальный лечебный алгоритм для каждой конкретной клинической ситуации. В метаанализ, проведенный Urruticoechea и соавт., были включены результаты 18 клинических исследований, в которых приняли участие более 200 пациенток. В 17 из 18 исследований была выявлена статистически достоверная корреляция между экспрессией Ki-67 и **прогнозом** РМЖ. Cuzick J. и соавт. предлагают использовать иммуногистохимическую панель, основанную на определении четырех **маркеров**, таких как

рецепторы эстрогенов, рецепторы прогестерона, HER2 а также Ki-67. Г.А. Раскиным и С.В. Петровым также обнаружен более высокий уровень пролиферации в эстроген-рецептор негативных случаях, что авторами расценивается как свидетельство наличия гормонально независимого механизма активации пролиферации опухолевых клеток. По данным других исследователей у больных РМЖ при высокой экспрессии Ki-67 в опухоли, чаще отсутствуют PR, нежели ER (у 69,5% и у 47.8% соответственно). Включение определения уровня экспрессии Ki-67 в карциноме молочной железы в рутинное исследование является вопросом обсуждаемым и спорным.

Целью данного исследования являлось изучение рецепторного статуса у больных с высокой экспрессией Ki-67 в карциноме молочной железы.

В исследование вошли 121 пациентка с морфологически верифицированным РМЖ, находящаяся на стационарном лечении в НЦО МЗ АР в период 2013-2014 гг. Критерием включения в исследование являлся исследованный рецепторный статус опухоли и высокий уровень экспрессии Ki-67 в опухоли у больных РМЖ. Возраст больных колебался в пределах 33-72 лет. Иммуногистохимическое определение экспрессии рецепторов к эстрадиолу и прогестерону проводили двухэтапным авидин-биотиновым методом с демаскировкой антигена на парафиновых срезах с использованием антител и визуализацией системы фирмы Dako Cytomation. Оценку уровней экспрессии рецепторов стероидных гормонов осуществляли по шкале PharmDx. Исследование HER2 статуса проводилось с обязательным использованием контрольных стекол с уже известным результатом для контроля правильности реакции и качества реагентов. При оценке результатов реакции

учитывалась экспрессия только в инвазивном компоненте опухоли. Оценка результатов реакции проводилась с помощью балльной шкалы оценки – 0, 1+, 2+, 3+ , разработанной производителем теста и одобренной FDA.

Пролиферацию оценивали по относительному числу опухолевых клеток со средней и интенсивной ядерной реакцией на Ki67 с разделением результатов на 3 группы: низкий уровень пролиферации — до 10% .Ki-67-позитивных клеток, средний — от 10 до 30%, высокий — более 30% Ki-67-позитивных клеток.

Распределение больных РМЖ с высокой экспрессией Ki-67 согласно рецепторному статусу было как указано в таблице 1.

Как следует из таблицы 1, отрицательные ER выявлялись у 55 больных (45.5%), отрицательные PR – у 82 пациенток (67.8%). При исследовании же HER2 рецепторов опухоли у исследуемых, положительный статус был выявлен у 68 больных (56.1%), отсутствие экспрессии HER2 определялось у 53 пациенток (43.8%), причем у 12 (9.9%) из них выявлялся HER2 Score 1, то есть слабая экспрессия данного рецептора все же была выявлена.

Таким образом, в нашем исследовании у больных с РМЖ с высокой степенью экспрессии Ki-67 в опухоли, корреляции с отсутствием ER мы не наблюдали. Как и не наблюдали четкой корреляции с высокой экспрессией HER2 рецепторов РМЖ. Зато достоверно чаще ($p < 0.05$) отсутствовали PR в опухоли - у 82 больных, что составило 67.8% от общего количества. У пациенток ER+PR+HER2-, то есть наиболее благоприятным вариантом рецепторного статуса высокая экспрессия Ki-67 в опухоли встречалась у 9.9% пациенток.

Таблица 1. Распределение больных РМЖ с высокой экспрессией Ki-67 опухоли согласно ее рецепторному статусу

Рецепторный статус опухоли	Абсолютное кол-во	Кол-во в %
ER+PR+HER2+	16	13.2
ER-PR+ HER2+	5	4.1
ER-PR- HER2+	22	18.9
ER+PR- HER2+	25	20.6
ER+PR+HER2-	12	9.9
ER+PR- HER2-	13	10.7
ER-PR- HER2-	22	18.1
ER-PR+ HER2-	6	5.1
Итого	121	100

ОПРЕДЕЛЕНИЕ СТОРОЖЕВЫХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ У БОЛЬНЫХ РАННИМ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Д.А.Алиев, Р.Д.Джафаров, Р.В.Джавадов
Национальный центр онкологии, г. Баку

Рак молочной железы у женщин более двух десятилетий прочно занимает ведущее место среди онкологических заболеваний. По оценкам экспертов ВОЗ, в мире ежегодно регистрируют от 800 тыс. до 1 млн новых случаев заболевания раком молочной железы. Хирургическое лечение остаётся ведущим методом лечения данного заболевания.

В последние годы благодаря более раннему выявлению рака молочной железы значительно увеличилось количество больных с негативными аксиллярными лимфоузлами, у которых подмышечная лимфодиссекция считается избыточной процедурой, чреватой риском тяжелых осложнений. При отсутствии метастазов в сторожевом лимфоузле низка вероятность поражения остальных лимфоузлов. Целью нашего исследования было определение достоверности клинически определенного негативного статуса аксиллярных лимфоузлов у больных с ранним раком молочной железы. В исследование вошли 15 пациенток с опухолью менее 2 сантиметров и клинически негативными аксиллярными лимфоузлами, подвергшихся лечению в Национальном Центре Онкологии с 2012 по 2014 годы. В качестве красителя был использован раствор 1% метиленового синего, который вводился в субареолярную область в количестве 5мл. У 3 больных из 15 (20%) при гистологическом исследовании было выявлено метастатическое поражение сторожевых лимфоузлов и выполнена тотальная аксиллярная лимфодиссекция. Остальным 12 пациентам (80%) объем лимфодиссекции ограничился удалением лишь сторожевых лимфоузлов. Наблюдение и анализ результатов исследования продолжается.

ПЕРВИЧНЫЕ ЛИМФОМЫ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

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

Первичная лимфома центральной нервной системы – одна из экстранодалльных форм агрессивных неходжкинских лимфом (НХЛ), изолированно поражающих головной и спинной мозг, мозговые оболочки и проявляющаяся быстро прогрессирующей неврологической симптоматикой. Первичные лимфомы ЦНС впервые были выделены в отдельную нозологическую форму в 1974 г. До недавнего времени НХЛ ЦНС имели крайне плохой прогноз, результаты терапии были неудовлетворительными. Однако с внедрением в программы лечения высокодозной химиотерапии (ХТ) и иммуноХТ появилась возможность добиваться длительных ремиссий более чем у половины больных.

НХЛ ЦНС является самостоятельной нозологической формой НХЛ и составляет около 5% новообразований ЦНС и 1–2% – НХЛ. Среди экстранодалльных форм они стоят на 2-м месте по частоте встречаемости после лимфоидных опухолей желудочно-кишечного тракта. В последние два десятилетия отмечается отчетливое увеличение заболеваемости НХЛ ЦНС как у больных с иммунодефицитом, так и среди здоровых лиц. Заболевание чаще встречается у лиц старше 60 лет, и его частота увеличивается с возрастом в 4 раза интенсивнее, чем НХЛ в целом. Случаи НХЛ ЦНС описаны во всех возрастных категориях. Соотношение мужчины/женщины составляет 3:2.

Проявления болезни при поражении головного мозга не носят специфического характера; основные симптомы обусловлены локализацией опухолевых масс в ЦНС и их размерами. У 50% больных опухоль локализуется в лобных долях, у 40% выявляется поражение глубоких структур головного мозга, очень часто поражение бывает многоочаговым – 35%. Значительно реже встречается лептоменингеальный вариант и поражение спинного мозга (7–10%). Характерными жалобами больных могут быть головные боли, сонливость, нарушения психического статуса. У 10% пациентов наблюдаются эпилептические припадки. Первичное поражение спинного мозга сопровождается снижением двигательных функций и мышечной слабостью при полном отсутствии болей. Лептоменингеальная форма характеризуется краниальной нейропатией, прогрессирующим люмбосакральным корешковым синдромом и признаками повышения давления в позвоночном канале в сочетании с повышением цитоза в ликворе. Часто выявляются гидроцефалия, дизурия, слабость в нижних конечностях. Отсутствие специфических неврологических симптомов поражения ЦНС лимфомой значительно затрудняет диагностику на ранних этапах заболевания. В-симптомы (лихорадка, снижение массы тела, ночные профузные поты), которые нередко сопровождают другие формы НХЛ, для лимфом ЦНС не характерны.

Основным методом диагностики является МРТ с внутривенным контрастированием. ПЭТ не имеет самостоятельного значения при первичной диагностике и применяется только для оценки результатов лечения. Исследование ЦСЖ необходимо проводить у всех больных НХЛ ЦНС, при этом часто выявляется увеличение количества

белка, у 50% пациентов обнаруживается плеоцитоз, представленный опухолевыми клетками или реактивными лимфоцитами.

Морфологическое исследование является единственным методом верификации опухолевого поражения структур ЦНС и установления диагноза НХЛ ЦНС. Наиболее безопасным методом является стереотаксическая биопсия, так как хирургическая резекция опухоли увеличивает риск диссеминации опухолевых клеток и не увеличивает продолжительность жизни. ДВККЛ является наиболее частым морфологическим вариантом злокачественных НХЛ (70–90%), реже встречаются лимфоцитарные (15–20%) и лимфоплазмочитарные (4–6%) лимфомы, Т-клеточные опухоли определяются в 5–6% случаев. Для определения тактики терапии и верификации диагноза используют иммунофенотипирование опухолевых клеток. При ИГХ-исследовании обычно выявляются В-клеточные маркеры: CD19, CD20, CD22 с возможной коэкспрессией Т-клеточных маркеров (CD5). Наличие антигена CD45 позволяет дифференцировать НХЛ ЦНС от глиомы и метастазов карциномы.

Прогноз у больных НХЛ ЦНС заметно различается. Медиана выживаемости больных, которым не может быть проведена ХТ, составляет всего 6 нед. У пациентов, получавших только лучевую терапию (ЛТ), медиана выживаемости достигает 12 мес., а при применении наиболее успешных схем ХТ - до 60 мес.

В терапии НХЛ ЦНС используют все способы, применяющиеся для лечения системных форм НХЛ: кортикостероиды, ХТ и ЛТ. Оптимального метода лечения в

зависимости от клинико-морфологического варианта опухоли на данный момент не существует.

Учитывая мультифокальность поражения, вовлечение в опухолевый процесс глубоких структур головного мозга, хирургическая резекция НХЛ ЦНС лишь увеличивает риск продолженного роста и способствует диссеминации опухолевых клеток. Медиана выживаемости при применении только хирургических методов лечения колеблется в пределах 1–4 мес.

Вплоть до начала 90-х годов прошлого века ЛТ являлась стандартом в лечении НХЛ ЦНС. Учитывая мультифокальность поражения, оптимальный режим ЛТ включал в себя краниальное облучение (КО) в дозе не менее 40 Гр и локальное облучение опухоли в дозе 20 Гр. В многоцентровом исследовании применение ЛТ в виде КО (36–40 Гр) позволило добиться 90% ответа на терапию (50% полных ответов), однако рецидив возник у 61% больных, а медиана выживаемости составила всего 11,6 мес. Основным недостатком ЛТ остается ее выраженная нейротоксичность, чаще всего проявляющаяся деменцией, атаксией, недержанием мочи и лейкоэнцефалопатией. В случае очагового поражения лимфомой головного мозга возможно применение такого метода ЛТ, как стереотаксическая радиохирургия. «Золотым стандартом» стереотаксической радиохирургии в настоящее время является применение установки «Гамма-нож». Этот метод является более эффективным и достаточно безопасным для лечения НХЛ ЦНС в сравнении с традиционными методами ЛТ. Он позволяет сохранять на высоком уровне качество жизни больных и уменьшать вероятность развития различных неврологических нарушений после лечения. Учитывая

краткосрочную эффективность и высокую вероятность развития нейротоксичности ЛТ, она не получила широкого применения в качестве метода первой линии терапии у больных НХЛ ЦНС, за исключением случаев паллиативной терапии, терапии спасения или дополнения к ХТ.

Как и многие лимфопролиферативные заболевания, НХЛ ЦНС в большинстве случаев чувствительны к терапии глюкокортикостероидами, иногда до полного исчезновения очага опухоли. Эффективность терапии можно наблюдать уже через 48 часов от начала лечения. Однако ремиссии после терапии кортикостероидами не длительны, а рецидивы возникают в короткие сроки, медиана ОВ колеблется в пределах 12–18 мес, а 5-летняя выживаемость составляет 18–35 %.

Применение ХТ для лечения НХЛ ЦНС затруднено наличием гематоэнцефалического барьера и необходимостью обеспечить проникновение цитостатических препаратов в ткань и оболочки головного и спинного мозга.

Наиболее высокие результаты опухолевого ответа получены при применении высокоагрессивной стратегии лечения с включением высокодозной ХТ и аутологичной трансплантации ГСК. При проведении таргетной терапии моноклональными антителами с интратекальным способом введения, соответствующим локализации опухоли, достигаются значительно меньшие риски смерти от осложнений и ухудшения течения сопутствующей патологии при высокой частоте ответа.

В первую группу пациентов, целью лечения которых следует ставить длительную безрецидивную выживаемость и возможное излечение от НХЛ ЦНС, необходимо относить больных моложе 60–65 лет, с удовлетворительным (2 балла и

менее) общесоматическим статусом, невысоким риском сердечно-сосудистых осложнений. Тактика терапии этой группы должна быть максимально агрессивной с комбинацией методов лечения: высокодозной ХТ, в том числе с интраартериальным или интратекальным введением цитостатиков и ритуксимаба, аутологичной транс-плантацией ГСК, использованием ЛТ при необходимости.

Вторая группа, состоящая из пожилых больных с низким общесоматическим статусом, должна получать терапию с целью улучшения качества жизни: уменьшения выраженности проявлений заболевания с минимальной токсичностью. Ведущую роль в лечении данной группы больных следует отводить прицельной (таргетной) терапии моноклональными антителами против компонентов опухоли (ритуксимаб и другие антитела) в высоких разовых и курсовых дозах, с улучшением способов доставки с помощью интратекального и внутривенного способов введения.

В нашей клинике с 2007 по 2011 г. лечение получили 12 больных (7 мужчин и 5 женщин) с первичными НХЛ ЦНС. Возраст больных колебался от 18 до 65 лет. Солитарное поражение выявлено у 8, множественное – у 4 пациентов. У 10 больных была верифицирована ДВККЛ, у 2 - иммунобластная. В первой группе 7 больных проводилось лечение по схеме ВАЕМ (Ломустин 100 мг/м^2 р.о. 1-й д, Цитарабин 100 мг/м^2 п/к 2 раза в сутки 1-5 д, Этопозид 100 мг/м^2 в/в 3-5 д, Медрол 40 мг/м^2 р.о. 1-5 д). Во второй группе 5 больных по схеме (Метотрексат 1.5 г/м^2 1-й д, Циклофосфамид 30 мг/кг 1-й д, Прокарбазин 150 мг р.о. 1-14 д, Дексаметазон 24 мг р.о. 1-14 д). Результаты лечения в первой группе: полная ремиссия (ПР) у 1 больного, Частичная ремиссия (ЧР) - 2, Стабилизация (С) - 2,

Прогрессирование (П) - 2. Во второй группе ПР-1, ЧР-1, С-2, П-1. Наибольшая продолжительность ремиссии отмечалась у больных с полным ответом на терапию и составила 28 и 23 месяца. Результаты лечения лучше были у больных с солитарным поражением и у лиц моложе 60 лет.

Заключение. Первичные НХЛ ЦНС – самостоятельная группа экстранодальных опухолей лимфатической системы. Первой линией терапии у этих больных является высокодозная ХТ метотрексатом с последующим КО. Прогноз для больных до настоящего времени остается неудовлетворительным. Неблагоприятными факторами являются: возраст старше 60 лет, мультифокальность поражения, неврологическая симптоматика и наличие предшествующей терапии (глюкокортико-стероиды или хирургическая резекция). В случаях высокого риска проведение курса высокодозной ХТ не всегда представляется возможным. Учитывая отсутствие нейротоксичности при интратекальном применении моноклональных антител и достижение ремиссии при комбинировании с метотрексатом в редуцированной дозе, возможно, что этот метод лечения станет альтернативой у пожилых больных НХЛ ЦНС. В настоящее время ни один из методов терапии не имеет значительного преимущества над другими, улучшение результатов в будущем возможно будет достижимо при улучшении стратификации больных и применении риск-адаптированной стратегии лечения.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ И РАКА ЭНДОМЕТРИЯ

Ш.А.Алыев , Г.А.Мамедбейли

Национальный центр онкологии, г. Баку

Рак тела матки (РТМ) входит в число наиболее часто встречающихся злокачественных неоплазий в структуре онкогинекологической патологии, на его долю приходится около 4 % всех злокачественных опухолей у женщин. В структуре заболеваний злокачественными новообразованиями в Азербайджане у лиц женского пола РТМ занимает 5 место. Неуклонный рост РТМ и гиперпластических процессов, особенно в репродуктивном и перименопаузальном возрасте, неоднозначность данных о факторах риска в развитии этих форм патологии с учетом возрастного аспекта делают изучение этой проблемы еще более актуальной.

Цель исследования. Изучение клинических особенностей гиперпластических процессов и рака эндометрия у женщин различных возрастных периодов.

Проведена оценка клинических параметров у 100 женщин с различным морфологическим состоянием эндометрия. Анализ менструальной функции выявил, что такой фактор, как позднее наступление менопаузы (старше 53 лет), наиболее часто встречается у больных РТМ.

При оценке репродуктивного здоровья выявлено статистическое и достоверное снижение числа беременностей, родов и аборт у больных РТМ репродуктивного возраста по сравнению с пациентками других возрастных групп. У больных РЭ в перименопаузе не выявлено значительных отличий в репродуктивном здоровье по сравнению с пациентками соответствующих возрастных групп с гиперпластическими процессами эндометрия, атрофией эндометрия и контрольной группой. Сочетание РТМ и миомы матки

наиболее характерно было для пациенток в перименопаузе (71 %) и не типично для больных РЭ репродуктивного возраста (31 %). Наиболее высокая встречаемость кистозных образований и доброкачественных опухолей яичников выявлена у больных РЭ репродуктивного возраста (75 %). Такие особенности в состоянии яичников у больных РЭ репродуктивного возраста пональных изменений, в первую очередь обусловленных функционированием яичников в развитии РЭ у этих больных.

При анализе структуры экстрагенитальной патологии было выяснено, что нормальная масса тела была только у пациенток с атрофией эндометрия в перименопаузе. Во всех остальных группах ИМТ соответствовал избыточной массе тела и ожирению I-II степени. Анализ данных по встречаемости сахарного диабета в репродуктивном возрасте между группами больных РЭМ и гиперпластическими процессами эндометрия. Не выявлено различий во встречаемости различных заболеваний щитовидной железы между изученными группами. Полученные результаты подтверждают данные литературы о высокой встречаемости у больных с гиперпластическими процессами и РЭМ таких обменно-эндокринных нарушений, как ожирение, сахарный диабет и гипертоническая болезнь. Вместе с тем необходимо отметить, что наличие избыточной массы тела или ожирения, а также артериальной гипертонии, по видимому, является значимым фактором риска развития этих заболеваний в основном у женщин перименопаузального возраста и в меньшей степени относится к женщинам репродуктивного и постменопаузального возраста.

Таким образом, у больных РЭМ и гиперпластическими процессами в различные возрастные периоды выявлены определенные клинические особенности, которые обусловлены возрастными патогенетическими аспектами формирования этих форм патологии.

ЭТАПЫ ИЗМЕНЕНИЙ ВЗГЛЯДОВ НА КРИТЕРИИ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ

*Г.М.Бекирзаде, Н.Р.Рзаева, Д.А.Наджафова
Азербайджанский институт усовершенствования
врачей им.А.Алиева, г.Баку*

Как известно, целью использования лабораторных методов исследования при инфекционной патологии является установление "этиологического диагноза" - определение того микроорганизма или вируса, который вызвал данное заболевание [1].

Учитывая важность этиологической диагностики инфекционных болезней, мы сочли целесообразным отметить важнейшие этапы изменения взглядов на нее в разные периоды развития методологии лабораторных исследований.

Категория "этиологический диагноз" приобрела реальное смысловое содержание лишь к концу XIX в, когда были открыты возбудители важнейших инфекционных болезней бактериальной природы [2].

Вместе с тем, первоначально фигурировало понятие "бактериологического диагноза", который в клинике инфекционных болезней обрел право почти полного синонима таких категории, как "клинико-нозологический диагноз". Действительно, для выставления исчерпывающего нозологического диагноза инфекционной болезни почти всегда достаточно было установить его бактериологический диагноз.

Дальнейшее развитие лабораторной диагностики инфекций оказалось связанным с внедрением в клиническую практику серологических реакций, с помощью которых в сыворотке крови

определяли первоначально наличие специфических антител к антигенам определенных патогенных бактерий или вирусов, а вскоре и присутствие самих антигенов в крови и других тканях организма. Выставленный таким образом диагноз именовали "серологическим диагнозом". В то же время, такой диагноз использовался лишь в ситуациях, когда не представлялось возможным поставить бактериологический диагноз.

Отношение к серологической диагностике начало меняться в конце 70-х гг XX в после появления: 1) таких высокочувствительных серологических тестов, как иммуноферментный метод; 2) возможности идентификации "ранних" антител, относящихся к IgM и 3) разработки гибридной технологии получения моноклональных антител, отличающихся исключительно высокой степенью специфичности [3].

Здесь заметим, что поскольку вирусология начала формироваться как один из разделов бактериологии, не удивительно, что лабораторная диагностика вирусных заболеваний первоначально развивалась на методологической основе бактериологии.

Однако, в силу уникальности кардинальных свойств вирусов большинство традиционных бактериологических методов оказалось непригодным для диагностики вирусных инфекций. Единственной реальной возможностью для выделения и накопления патогенных вирусов оставался метод инфицирования ими и их пассажа на лабораторных животных. Эти обстоятельства указывали на необходимость разработки критериев, используемых для признания вирусов возбудителями конкретных заболеваний. Такие критерии впервые были сформулированы в 1930 г американским вирусологом

Т.Риверсом и известны специалистам под названием "постулатов Коха-Риверса" [4].

Однако, накопленные за последующие 50 лет знания о вирусах как о возбудителях инфекций с определенностью показали не только теоретическую, но и утилитарную ограниченность этих критериев - за это время были открыты десятки патогенных вирусов человека и животных, не отвечающих перечисленным выше критериям и, тем не менее, являющихся возбудителями инфекционных заболеваний.

С другой стороны, за эти полвека методический арсенал вирусологии обогатился целым рядом принципиально новых подходов. Однако большинство из них оставалось недоступным для использования в клинике и возможности этиологической диагностики вирусных инфекций в клинической практике ограничивались лишь применением методов серологической диагностики.

Ситуация кардинально изменилась после разработки полимеразной цепной реакции, а затем и целого семейства сходных с ней по принципам, методов молекулярной амплификации, позволявших идентифицировать присутствие в организме ничтожных количеств вирусных нуклеиновых кислот, детектируемых по строго видоспецифичным для генома каждого вируса полинуклеотидным участкам [5].

Последние, в этих случаях выступают в качестве высокоспецифичных молекулярных маркеров присутствия в исследуемом материале генома (или фрагмента генома) каждого конкретного вируса, а значит и самого вируса. Поэтому факт детекции таких участков в крови обследуемого лица можно безоговорочно трактовать как доказательство не только присутствия данного вируса в организме, но и как прямое

указание на его репродукцию. Более того, современные варианты методов молекулярной диагностики позволяют не только дать основание для выставления этиологического диагноза, но и обеспечить исследователя порой весьма ценной информацией о количестве определяемого вируса в организме в форме показателя "вирусной нагрузки".

Необходимо особо подчеркнуть, что использование данного подхода в этиологической диагностике вирусных инфекций, получившее обобщающее название "молекулярной диагностики", оказалось необычайно плодотворным в практическом отношении и весьма перспективным - в научно-теоретическом отношении.

Последний аспект ярко демонстрируется появлением возможности привести четкие критерии этиологической диагностики вирусных инфекций в соответствие с современными диагностическими методами. В частности, такая попытка была предпринята более, чем 15 лет назад, когда была предложена группа критериев, используя которые можно, лишь на основании результатов молекулярных исследований, однозначно доказать или отвергнуть роль конкретного биологического патогена (в том числе, вируса) в этиологии соответствующего инфекционного заболевания [6].

В этой связи необходимо подчеркнуть, что на современном уровне развития наукоемких технологий, когда десятками компаний производится широкий ассортимент коммерческих наборов реагентов для молекулярной диагностики практически всех известных ныне вирусных инфекций, а стоимость прецизионной аппаратуры для учета результатов таких исследований уже не столь высока, возможность осуществлять молекулярную диагностику вирусных инфекций получили

многие клиники, а сами эти методы уже обретают статус рутинных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Мамедов М.К. Эволюция взглядов на критерии постановки этиологического диагноза инфекционных заболеваний вирусной природы. // Биомедицина, 2007, N.2, с.12-15;
2. Шлегель Г. История микробиологии. М.: Едиториал-УРСС, 2002, 302 с.;
3. Мамедов М.К., Кребс Р. Методы твердофазного иммуоферментного анализа. Теория и практика. М.: Кристалл, 1999, 100 с.;
4. Мамедов М.К. Вирусные заболевания человека: принципы диагностики, лечение и профилактика. Баку: Билик, 2002, 144 с.
5. Мамедова С.М. К 20-ти летию разработки полимеразной цепной реакции. // Биомедицина, 2003, N.3, с.29-35;
6. Frederiks D., Relman D. Sequence-based identification of microbial pathogens: a reconsideration of Koch's postulates.- Clin. Microbiol. Rev., 1996, N.1, p.18-33.

ONURĞA CİSMİNİN METASTATİK TÖRƏMƏLƏRİ VƏ EPİDURAL SPİNAL KORD KOMPRESSİYASI

R.Babayev, A.Hüseynov
Milli Onkologiya Mərkəzi

Sümük metastazları morbiditəyi ən çox artıraraq xərcənq xəstəsində həyat keyfiyyətini ən çox azaltan səbəblərin başında gəlməkdir. Aparılan araştırmalarda onkoloji xəstələrdə törəmənin tipinə görə fərklilik göstərməklə birlikdə təqribən 65% -i xəstəliyin qedişatı əsnasında sümük metastazları görülməkdir. Bunlardan prostat 90%, süd vəzi 74%, ağciyər 45%, böyrək 29%, mədəbağıracaq 25% nisbətində sümük metastazlarına yol açırlar. Onurqa metastazlarının yayılmalarına baxıldığında döş fəqərə 60%, bel-oma

fəqərə 30%, boyun fəqərə 10% nisbətində görülməkdir. Vertebra metastazları nəticəsində görülən ən önəmli fəsad epidural spinal kord kompressiyasıdır. Ümumuyütlə ağrı ilk semptomdur (80-90%), digər nevrolojik şikayütlərdən təqribən 6-8 həftə əvvəl başlar və şiddəti gedərək artar. Motor qüçsüzlük 60-85% nisbətində görüldür. Bağırsağ və sidik kisəsi funksiyalarının itirilməsi daha gec görüldür. Diaqnoz klinik, laboratuvar və radyoloji müayinələrlə goyulur (rentgen, kompyuter tomografiyası, magnetik rezonans tomografiyası, sintigrafiya v.s.). Müalicə məqsədləri ağrının kontrolu, fəsadların əngəllənməsi, nevrolojik funksiyaların qorunması yada bərpasından ibarətdir. Cərrahi müalicə gedərək daha fəyal rol almaktadır. Cərrahi müdaxilə daha çox dekompressiya, şişin xaric edilməsi və onurğanın fiksasiyasından ibarətdir. Epidural spinal kord kompressiyası olan onkoloji xəstələrdə ortalama sağqalım altı ay civarında olmaqdadır. Ambulator xəstələr və radyoterapi/kemoterapiya sensitif törəmələr ən yaxşı prognoza sahiptirler.

DİVARARALIĞI SİNİR TOXUMASI ŞİŞLƏRİNİN ŞÜA DİQNOSTİKASI.

S. H. Babayeva

Azərbaycan Tibb Universiteti Bakı ş.

Sinir toxuması şişləri bütün divararalığı törəmələrinin 15-20%-ni təşkil edir və xoşxassəli törəmələr arasında birinci yeri tutur. Neyrogen şişləri 3 qrupa bölmək olar: sinir qışasından, sinir qanqlionlarından və paraqanqlionlarından inkişaf edən törəmələr. Şüa diaqnostikasında sinir toxumasından inkişaf edən törəmələr

ümumiləşdirilərək „nevrinomalar” kimi qəbul edilmişdir. Əksər hallarda divararalığı nevrinomaları sinir toxumasının şvan qişasından inkişaf edən (şvannomalar, həmçinin xromafin və qeyri-xromafin paraqanqliomalar) şişlərdir. Demək olar ki, sinir qişalarından inkişaf edən bütün döşdaxili şişlər ya qabırğaarası, ya da simpatik sinirdən əmələ gəlir.

Material və metodlar. 2000-2010 illər ərzində Bakı şəhər Onkoloji dispanseri və ATU-nun Onkoloji klinikasında müayinə və müalicə olunmuş 214 xəstə üzərində müşahidələrin nəticələri araşdırılmışdır. Bunlardan 5(2,3%) nəfərdə sinir toxumasından inkişaf edən törəmə aşkarlanmışdır. Onlar müxtəlif histoloji quruluşda olmuş və bütün hallarda arxa divararalığında yerləşmişlər. Sinir toxuması şişləri zəif vaskulyarizasiya olunduqları üçün yüksək sıxlıqlı və intensiv kölgəlik kimi görünmüşlər. Tipik hallarda rentgenoqrammada paravertebral və birtərəfli yerləşmiş, kəskin konturlu, oval və ya dairəvi formalı, enli əsasla fəqərə sütununa söykənən törəmə kölgəliyi müəyyən edilmişdir. Bəzi hallarda qabırğaarası sahənin genişlənməsi, söykəndiyi fəqərə və qabırğanın uzurasiyası müşahidə olunmuşdur.

Sinir toxuması şişlərinin ultrasəs diaqnostikasında müəyyən çətinliklər yaranmışdır. Bu həmin törəmələrin paravertebral bucaqda, divararalığının yuxarı və orta mərtəbələrinin sərhədində yerləşməsi ilə izah edilir. Beləki, bu lokalizasiyada törəmələrin aşkarlanması məhduddur. Buna baxmayaraq, paravertebral yol ilə nevrinomalar US pəncərəsinə düşdükləri zamanı, onlar düzgün, xüsusilə, oval formalı, kapsulanın, kəskin, hamar konturun, hipoxogen, qeyri-həmcins, xırdadənəli strukturun olması ilə xarakterizə olunmuşlar. Ultrasəs diaqnostikasının nevrinomaların bədləşməsini müəyyən edilməsində böyük əhəmiyyətə malik olması ilə bir sıra müəlliflərlə həmfikirik. Bu zaman törəmənin

exostrukturası güclənməyə doğru kəskin dəyişir. Belə şəkli biz 1(20%) xəstədə müşahidə etmişdik.

Nevrinomalar KT müayinəsində dairəvi və uzunsov formalı, həmcins strukturlu, kəskin, bəzən də dalğalı konturlu, enli əsasla fəqərə sütununa söykənən törəmə kölgəliyi kimi aşkarlanmışdır. Törəmənin uzununa ölçüsü enindən artıq olub, döş qəfəsi ilə arxadan iti bucaq əmələ gətirirdi. Əksər hallarda həmcins strukturlu olub, sıxlığı +30-+50 HU vahidi arasında dəyişmişdir. 1(20,0%) xəstədə nevrinomanın strukturunda sistoz sahələrlə (HU=+10) növbələşən yüksək sıxlıqlı əlavələr (HU= +120) aşkarlanmışdır. Kapsulanın kirəcləşməsi rast gəlinməmişdir. Xarakterik olaraq, tənəffüsün müxtəlif fazalarında və xəstənin vəziyyətini dəyişdikdə nevrinomalar formasını saxlamışdır. KT müayinəsi vasitəsi ilə törəmənin onurğa beyni kanalı daxili və ondan kənar hissəsini, qonşu strukturlara təsirini aydın görmək mümkün olmuşdur. Ləng inkişaf edən nevrinomalar yaxın strukturlara təzyiq etmiş, fəqərəarası sahənin genəlməsinə, sümük strukturlarının uzurasiyasına, bəzən də destruksiyasına səbəb olmuşdur.

Nəticə:Divararalığı sınıir toxuması şişlərinin diaqnostikasında təsvir olunmuş əlamətlər toplusu nəzərə alınmaqla diaqnostik müayinəyə ənənəvi rentgen müayinə ilə başlamaq və KT müayinəsi ilə davam etdirmək olar. Arxa divararalığında uşaqlar müstəsna olmaqla US müayinəsinin məhdud imkanını nəzərə alıb, onu diaqnostik zəncirdən çıxartmaq olar.

AĞCIYƏR XƏRÇƏNGİNİN ERKƏN AŞKARLANMASINDA MAQNİT REZONANS TOMOQRAFİYANIN ROLU

V.A.Dadaşova

Azərbaycan Tibb Universiteti, Bakı ş.

Maqnit rezonans tomoqrafiya (MRT) döş qəfəsində vacib rolu olan müayinə üsullarından biridir. Qan axımına qarşı həssas rejimlərin olması, ionlaşdırıcı şüanın mövcud olmaması, hamilə və körpə uşaqlarda istifadə edilə bilməsi, funksional dəyişiklikləri göstərməsi MRT-in üstünlüklərindəndir.

Çatışmazlıqları isə ağciyər sahəsindəki havanın hesabına proton azlığı, döş qəfəsindəki fizioloji hərəkətlərlə əlaqədar siqnal itkisi, klostrafobiya və bədəninə metal olan xəstələrdə istifadə edilə bilməməsidir.

Rentgenoqramda ağciyərdə dairəvi törəmə görünən xəstələrdə MRT patoloji ocağın topometrik xarakteristikasını dəqiqləşdirməyə, periferik xərçəngi xondroma, iltihabi xəstəliklərlə differensasiya etməyə kömək edir.

Mərkəzi xərçəngin MRT şəkli isə onun inkişaf formasından asılıdır. MRT lokalizasiyasını, quruluş xüsusiyyətlərini, ölçüsünü qiymətləndirməyə, mərkəzi xərçənglə digər xəstəliklərlə differensasiyasına imkan verir.

MRT-nin kompüter tomoqrafiyadan (KT) üstün olduğu göstərişlərə Pankost şişi, atelektaz və kütlənin differensasiyası aid edilə bilər. KT qədər effektiv olduğu hallar isə atelektazi olan mərkəzi xərçəng, pulmonar düyün (3 mm-dən böyük), sist fibrozu, xərçəngin TNM sisteminə görə mərhələlərə ayrılmasıdır.

MRT-nin əhəmiyyəti ilə əlaqədar çoxsaylı tədqiqatlar da aparılmışdır. Bu tədqiqatlardan birində DAG rejimin ağciyər düyünlərinin xoş-bədxassəliliyinin differensasiyasındakı rolu araşdırılmış və bu metodun əlavə müayinə kimi istifadə edilə biləcəyi təsdiqlənmişdir.

Pulmonar düyünlərin differensiasiyasında MRT-nin istifadəsi ilə bağlı bir tədqiqatı da 2009-cu ildə Uto və həmm. aparmışdır. Bu araşdırmada da digərinə bənzər nəticə alınmışdır.

Tanaka ve həmm. isə xəstə kontingenti kimi adenokarsinomalı xəstələri seçmiş və bu metodun adenokarsinomanın növlərini ayırmaqda faydalı ola biləcəyini göstərmişdilər.

Ohba ve həmm. apardığı araşdırmada MRT pozitron emission tomoqrafiya-kompüter tomoqrafiyaya (PET-KT) bərabər qüvvədə olduğu təsdiqlənmişdir.

Nakayama ve həmm 2010-cu ildə apardığı tədqiqatda həssaslıq % 69,2, spesifiklik 100% ve dəqiqlik göstəricisi isə 94% olmuşdur.

Гамова Е. В. və həmm. apardığı tədqiqatda MRT-nin ağciyər xərçənginin diaqnostikasındakı həssaslığı, spesifikliyi və dəqiqliyi uyğun olaraq 97,2 %, 94,0%, 95,4 % təşkil etmişdir. Bu göstəriciləri mərkəzi və periferik şişlərə görə müqayisə etdikdə isə aşağıdakı nəticə müşahidə edilmişdir: həssaslıq uyğun olaraq- 98,4 % və 93,3 %, spesifiklik - 96,1 % və 92,0 %, dəqiqlik göstəricisi isə 94,9 % və 95,8 %-dir.

Ədəbiyyatda analizindən belə görünür ki, MRT-nin xərçənginin diaqnostikasında həssaslığı 69.2-97% spesifikliyi isə 76.9-100%-dir.

Beləliklə, MRT ağciyər xərçənginin klinik-rentgenoloji simptomlarına sahib xəstələrin diaqnostik alqoritminə bəzi hallarda daxil edilir. Ancaq döş qəfəsinin müayinəsində MRT-nin çatışmazlıqları bir problem olaraq qalmaqda davam edir. Bunun həlli üçün çoxsaylı elmi tədqiqat işləri aparılmalıdır.

BAKİ ŞƏHƏRİNİN MÜXTƏLİF İNZİBATI- ƏRAZİ RAYONLARINDA QIDA BORUSU XƏRÇƏNGİ İLƏ XƏSTƏLƏNMƏ VƏ ÖLÜM GÖSTƏRİCİLƏRİ.

A.R. Əbdürrəhimov, F.A. Mərdanlı

Milli Onkologiya Mərkəzi , Bakı ş.

Bədxassəli şışlərdən ölüm strukturunda qida borusu xərçəngi 6-cı yeri tutur. Coğrafi şərait və xəstənin hansı etnik qrupa məxsus olması müəyyən dərəcədə qida borusu xərçəngi ilə xəstələnmə göstəricilərinə təsir göstərir. İnsanda rast gəlinən şışlərin ümumi sayında qida borusu xərçəngi ilə xəstələnmənin xüsusi çəkisi 10-20% arası dəyişir və dünyanın bir sıra regionlarında yayılma tezliyinə görə 2-3 yeri tutur (Калиева Ж.Ж. и соавт., 2010).

Bədxassəli şışlərlə xəstələnmə və onlardan ölüm göstəricilərinin analizi əhaliyə onkoloji yardımın göstərilməsinin vacibliyi texniki və dərman təchizatının perspektiv planlarının müəyyənləşdirilməsi, həmçinin ixtisaslı kadrların hazırlanması xərçəng əleyhinə tədbirlər kompleksinin planlaşdırılmasında böyük əhəmiyyətə malikdir (Бекмухамбетов и соавт, 2010). Yuxarıda sadalanan mürəkkəb, miqyaslı və sosial əhəmiyyətli tədbirlərdəndir.

Bakı şəhərində bədxassəli şışlə xəstələnmə strukturunda qida borusu xərçəngi 8-10-cu yeri tutur və ektensivlik göstəricisi 3,8% təşkil edir (kişilər arasında 4,8%, qadınlar arasında 2,9%).

Aparılan araşdırmalar göstərdi ki, ən yüksək göstəricilər Nərimanov rayonunda (7,1%), ən aşağı göstəricilər isə Nəsimi rayonunda (2,1%) qeyd edilmişdir.

Qeyd etmək lazımdır ki, kişilər qadınlara nisbətən qida borusu xərcənginə 1,6 dəfə çox məruz qalır (müvafiq olaraq 4,8%-ə qarşı 2,9%).

İntensivlik göstəricisi hesablanarkən aydın oldu ki, daha yüksək səviyyə Suraxanı, daha aşağı səviyyə isə Nəsimi rayonunda qeyd olunur. Bu zaman intensivlik göstəriciləri müvafiq olaraq 605%000 və 1,4%000 (cinsdən asılı olmayaraq) təşkil etmişdir.

Belə ki, kişilər arasında xəstələnmənin yüksək səviyyəsi Suraxanı (8,1%000) və Yasamal (7,9%000) rayonlarında, qadınlar arasında Nərimanov (7,2%000) rayonunda qeyd edilmişdir. Ümumiyyətlə, şəhərin kişi əhalisi qadın əhalisinə nisbətən 1,4 dəfə çox xəstələnir (5,1%000 müvafiq olaraq 3,6%000).

Alınan nəticələr kişi və qadınlar arasında zədələnmə göstəricilərinin böyük əhəmiyyətə malik olduğunu göstərir. Belə ki, Qaradağ rayonunda bu nisbət 7-ə (12,6%000 -ə 1,8%000) bərabərdir. Cinsdən asılı olmayaraq, ən yüksək göstərici Suraxanı rayonunda (9,0%000), ən aşağı göstərici Səbail rayonunda (3,2%000) qeyd olunmuşdur. Ümumi şəhər üzrə göstərici isə 5,5 % təşkil etmişdir.

Məlumdur ki, epidemioloji perspektiv baxımından ölüm göstəricisi populyasiyanın sağlamlıq vəziyyətinin dəyişilmə tendensiyaları haqqında qiymətli informasiya mənbəyidir. Ümumi ölüm əmsalı və ya göstəricisinin hesablanması göstərir ki, daha aşağı göstərici Nəsimi rayonundadır (0,4%000). Sonra artan sıra ilə rayonlar belə yerləşmişdir: Qaradağ – 0,9%000; Nizami – 2,2%000; Xəzər – 2,3%000; Nərimanov – 2,4%000; Binəqədi – 2,9%000; Səbail və Xətai – 3,2%000; Yasamal – 4,2%000; Suraxanı – 5,0%000; Sabunçu – 5,8%000.

Şəhər üçün ümumi ölüm göstərici 3,0%000 təşkil etmişdir.

Xəstəliyin ağırlıq dərəcəsini müəyyən etmək üçün letallıq və 5-illik yaşama göstəriciləri hesablamalar. Aparılan hesablamalar göstərdi ki, letallıq göstəricisinin dəyişmə diapazonu kifayət qədər yüksəkdir. Belə ki, Binəqədi rayonunda bu göstərici 85,7% təşkil etmişdirsə, Yasamal rayonunda bu 14,3% olmuşdur. Ümumi şəhər üzrə letallıq göstəricisi 18,7% təşkil etmişdir

5-illik yaşama göstəricisi çox yüksək olmamışdır. Belə ki, əgər Suraxanı və Səbail rayonlarında bu 33,3%-dirsə, Sabunçu rayonunda 8,1% olmuşdur. Bu zaman ümumi səhər göstəricisi 19,3% təşkil etmişdir. Skrininq proqramlarının (uçotun dürüslük indeksi) aparılma aktivliyi göstəricisini müəyyən etmək üçün “aqrəssivlik” göstəriciləri hesablanmışdır. Aparılmış statistik analiz kifayət qədər yüksək göstəriciləri aşkarlamışdır. Bu göstərici 0,5 – 1,2 arası dəyişmişdir. Qaradağ, Nəsimi, Nərimanov rayonları müvafiq olaraq 0,2 , 0,3 və 0,4 göstəriciləri ilə istisna təşkil etmişlər. Ümumilikdə Bakı şəhəri üzrə bu göstərici kifayət qədər yüksək olmuş və 0,7 təşkil etmişdir.

Nəticələr: 1. Bakı şəhərində bədxassəli işlərlə xəstələnmə strukturunda qida borusu xərcəngi 8 – 10-cu sıranı tutur. 2. Qida borusu xərcəngi ilə xəstələnmə hallarına kişilərdə qadınlara nisbətən daha çox rast gəlinir və bu nəticə intensivlik (müvafiq olaraq 5,1%000 və 3,6%000) və zədələnmə (6,3%000 və 4,6%000) göstəricilərinə əsaslanmışdır. 3. Ölüm göstəriciləri kifayət qədər yüksək olmuş və bu zaman ümumi ölüm əmsalı 3,0 %000, letallıq əmsalı 18,7 %000 təşkil etmişdir. 4. 5-illik yaşama göstəricisi aşağı olmuş və nisbi aqrəssivlik əmsalının yüksəkliyi (0,7) fonunda 19,3 % təşkil etmişdir.

SÜMÜK ŞİŞLƏRİNDƏ SÜMÜKÜSTLÜYÜNÜN VƏ SÜMÜYÜN QABIQ TƏBƏQƏSİNİN DƏYƏRLƏNDİRİLMƏSİNDƏ ŞÜA DIAQNOSTİKA METODLARININ DİFERENSİAL DİAQNOSTİKASI

*Ə.T.Əmiraslanov, S.R.Nəcəfov
Azərbaycan Tibb Universiteti, Bakı ş.*

Tədqiqat kontingentinə daxil olan 114 xəstənin 85-də (74.5%) periosteal reaksiya müşahidə edilmişdir. Bədxassəli sümük şişi diaqnozi ilə olan xəstələrin 72-dən 68-də (94.4%) və xoşxassəli sümük şişlərinin 42-dən 17-də (40.%) periosteal reaksiya izlənmişdir.

36 xəstədə (42.3%) periosteal reaksiya “davamlı” və 49 xəstədə (57.6%) isə “davamsız” növ periosteal reaksiya görülmüşdür. Xəstələrin 10-da (11.7%) “düz”, 4-də (4.7%) “ellipsvari”, 3-də “dalğavari”, 27-də (31.7%) “lay-lay”, 24-də (28.2%) “perpendikulyar”, 10-da (11.7%) “amorf” və 7-də (8.2%) “Koldman üçbucağı” şəklində periosteal reaksiya növləri müşahidə edilmişdir. Sümüküstlüyün və sümüyün qabıq təbəqəsinin dəyərləndirilməsi üçün xəstələrə rentgenoloji müayinə, kompyuter-tomoqrafiya və maqnit-rezonans müayinəsi aparılmışdır. Şişin sümüyün qabıq təbəqəsində yaratdığı dəyişikliyə görə qabıq təbəqədə nazikləşmə, qalınlaşma və dağılma kimi xüsusiyyətlər qeydə alınmışdır.

Xoşxassəli proseslərdə rentgenoloji müayinədə sümüyün qabıq təbəqəsinin nazikləşməsi 37,5% göstərici ilə üstünlük təşkil etmişdir, bədxassəli proseslərdə sümüyün qabıq təbəqəsinin dağılması çoxluq təşkil etmiş və bu göstərici 55,6%-lə digər göstəricilərdən üstündür.

KT müayinəsinin nəticəsinə əsasən xoşxassəli proseslərdə sümüyün qabıq təbəqəsinin nazikləşməsi (40%) və bədxassəli proseslərdə isə sümüyün qabıq təbəqəsinin dağılması (90.4%) aşkar edilmişdir ki, bu göstəricilər sümüyün qabıq təbəqəsində digər zədələnmə xüsusiyyətlərindən üstünlük təşkil edir.

MRT müayinəsində xoşxassəli proseslərdə sümüyün qabıq təbəqəsinin nazikləşməsi 37,5% və bədxassəli proseslərdə sümüyün qabıq təbəqəsinin dağılması 78,9% təşkil etmişdir.

Qabıq təbəqənin dəyərləndirilməsində KT müayinəsi rentgenoloji və maqnit-rezonans müayinələrinə nisbətən daha dəqiq olmuşdur. Qabıq təbəqədə dağılmanın və nazikləşmənin aşkara çıxarılmasında MRT müayinəsi yalnız RM-dən üstün olmuşdur.

Periostal reaksiyanın müxtəlif növlərinin izlənilməsi hər üç müayinədə öz əksini tapmışdır. Periost reaksiyanın təyin edilməsində hər üç müayinədə yüksək informativlik müşahidə edilmişdir, lakin KT müayinəsi digər iki müayinəyə nisbətən daha informativ olmuşdur.

SÜD VƏZİSİ XƏRÇƏNGİ DİAQNOZU OLAN T1 MƏRHƏLƏLİ XƏSTƏLƏRDƏ FDG PET-KT-NİN UZAQ METASTAZLARI TƏYİN ETMƏDƏKİ ƏHƏMİYYƏTİ

A. R. Əliyev

Milli Onkologiya Mərkəzi , Bakı ş.

Giriş: Süd vəzisi xərçəngi qadınlarda ən çox rastlanan xərçəngdir və qadınlardagörülən xərçəngdən ölüm səbəbinə görəkincisidir. Lokal xəstəlikdə 5 illik sağ qalma faizi 80%-dən çox olmasına baxmayaraq bu nisbət metastazı olan xəstələrdə cəmi 25%-

dir. Buna görə uzaq metastazların olması süd vəzisi xərçənglərində ən vacib proqnostik göstəricidir. Buradan aydın olur ki süd vəzisi xərçənglərində uzaq metastazların aşkar edilməsi sonrakı mərhələdə müalicə seçimi etmək üçün ən önəmli faktordur. Uzaq metastazların erkən diaqnozu düzgün müalicə taktikasının seçilməsinə və proqnozun yaxşılaşmasına səbəb olur.

Bəd xassəli şişlərdə qlikoza metabolizmasının artdığı hələ keçən əsrin əvvəllərində Alman alimi Warburg tərəfindən ortaya atılmışdır. Daha sonra bu nəzəriyyə əsasında 1973-cü ildən başlayan araşdırmalarla qlikoza analoqu olan radioaktiv maddə Florodeoksiglikoza (FDG) kəşf olunmuş və pozitron emmisya tomoqrafiyası (PET) şişlərin diaqnozunda istifadə olunmağa başlamışdır. Həm anatomiyanı həm də funksiyanı eyni anda göstərəbilən FDG PET-KT bir çox xərçəngin ilkin diaqnozunda, mərhələndirilməsində, müalicəyə cavabı qiymətləndirmədə və residiv-metastaz araşdırılmasında istifadə edilir. FDG PET-KT süd vəzisi xərçənglərində də birincili şişin aşkar edilməsində, limfa düyünlərinə metastazı göstərmədə, uzaq metastazların araşdırılmasında müasir tibdə istifadə olunur və uzaq metastazları təyin etmədə klassik müayinə üsullarından üstündür.

Məqsəd: T1 mərhələsində olan xəstələrdə FDG PET-KT-nin qoltuqaltı limfa düyünləri xaricində nə qədər metastatik limfa düyünü və uzaq metastaz aşkarladığını araşdırdıq.

Metod və üsullar: T1 mərhələ süd vəzisi xərçəngi diaqnozu qoyulan və uzaq metastaz araşdırması üçün İstanbul Universiteti Cərrahpəşə Tibb fakultəsi Nüklear Tibb şöbəsinə müraciət edən 63 qadın xəstə FDG PET/KT müayinəsindən keçdi. Bu xəstələr ilkin diaqnoz qoyulma üsuluna görə 3 qrupa ayrıldı. Birinci qrupa tru-cut/core və ya FNA biyopsiyası ilə süd vəzisi xərçəngi diaqnozu qoyulan 29 xəstə, ikinci qrupa eksizyonal biyopsiya ilə diaqnoz

qoyulan 12 xəstə, üçüncü qrupa mastektomiya və aksilyar disseksiya əməliyatı icra edilən 22 xəstə daxil edildi.

Araşdırmaya daxil edilən 63 xəstədən 9-unda (14.3%) uzaq metastaz təyin olundu. Metastazların organ və sistemlərə görə paylanması aşağıdakı kimi idi: 5 xəstədə suprainfraklavikulyar limfa düyünü metastazı, 1 internal mammarian limfa düyünü metastazı, 2 əks tərəfdə aksilla-suprainfraklavikulyar-internal mammarian limfa düyünü metastazı, 7 sümük-sümük iliği metastazı, 1 ağciyər metastazı, 3 divararalığı limfa düyünü metastazı, 3 qaraciyər metastazı və 3 digər orqan-sistem metastazı. Metastazlar bəzi xəstələrdə histopatoloji üsulla bəzi xəstələrdə isə ən az bir illik kliniki və radioloji metodlarla müşahidə edilərək təsdiq edildi.

Nəticə. Bu tədqiqatda xəstələrin 14.3%-ində uzaq metastaz və ya aksilla xarici limfa düyünü metastazı FDGPET-KT ilə təyin edilmiş, xəstələrin TNM mərhələsi və nəticədə müalicəyə yaxınlaşma prinsipi dəyişmişdir. Nəticədə T1 mərhələsində olan süd vəzisi xərcənglərində belə FDGPET-KT-nin xəstələrin mərhələləndirilməsinə və proqnozunda önəmli bir rol oynadığı aşkara çıxmışdır.

SÜD VƏZİ XƏRÇƏNGİNDƏ OSTEOLASTİK SÜMÜK METASTAZLARININ SKELET SÜMÜKLƏRİNDƏ LOKALİZASİYASINI SÜMÜK SİNTİQRAFİYASI İLƏ TƏYİNİ.

F.Y.Əliyev

Milli Onkologiya Mərkəzi , Bakı ş.

Bütün dünyada süd vəzisi xərçəngi qadınlar arasında ən çox rastlanan xərçəng növüdür. Statistik məlumatla qadınlarda süd vəzisi xərçəngi ilə xəstələnmə və ölüm hadisələri onkoloji xəstəliklər siyahısında iqtisadi cəhətdən inkişaf etmiş ölkələrdə birinci yeri tutur. Azərbaycanda da son onillikdə süd vəzi xərçəngi ilə xəstələnmə və ölüm hadisələri qadınlar arasında birinci yeri tutmaqdadır. Lokal süd vəzisi xərçənglərində (I mərhələ) 5 illik yaşama müddəti 85% təşkil edərkən, uzaq metastazları zamanı bu hal 25% təşkil etməkdədir. Bu səbəblə süd vəzi xərçənglərində uzaq metastazın varlığı əsas proqnostik faktorlardan biri hesab olunur. Süd vəzisi xərçənginin uzaq metastaz verməsi şişin ölçüsündən, pozitiv (metastatik) limfa düyünlərindən, xəstəliyin mərhələsindən və histoloji tipindən asılıdır. Süd vəzisi xərçənginin uzaq metastazı daha çox sümük sistemində rast gəlinir. Süd vəzi xərçəngin uzaq metastazlarının təxminən 25% ilk olaraq sümüyə metastaz verir və bunların böyük qismi osteoplastik metastazlar kimi qeyd olunur. Aparılan araşdırmalara əsasən süd vəzisi xərçəngi zamanı sümüklərdə uzaq metastazın əmələ gəlməsi təxminən 24-26 aydır. Bunun nəticəsi olaraq xəstələrdə şiddətli ağrılar, patoloji sınıqlar, deformasiyalar, spinal kord kompresiyası və hiperkalsemiya kimi ağırlaşmalara gətirib çıxarır.Süd vəzi xərçənginin sümük metastazlarının erkən təyin edilməsi və onların yerləşdiyi sümüklərin qeyd olunması əsas faktorlardan biri kimi hesab olunur.

Metastazların lokalizasiyasını göstərmək məqsədilə bir çox müayinə üsulları mövcuddur. Lakin, sümüklərdə osteoblastik metastazların təyin edilməsində sensitivliyinin və spesifikliyinin yüksək olması baxımından sümük sintiqrafiyası müayinəsi daha üstün bir üsul hesab olunur.

Məqsəd: Süd vəzisi xərçənginə tutulan xəstələrin, ən çox hansı sümüklərində osteoblastik metastazların lokalizə olunduğunu müəyyən etməkdir.

Metod və üsullar: 2013-cü ildə Milli Onkologiya Mərkəzinin Radionuklid Diaqnostika şöbəsinə sümük sintiqrafiyası müayinəsi üçün müarciət etmiş süd vəzi xərçəngi və sümük metastazı diaqnozu ilə 50 xəstə retrospektiv olaraq təhlil edildi. Müayinə aşağı enerjili, yüksək rezalusiyalı, paralel kolimatorla, iki başlı qamma kameradan istifadə edilərək, anterior və posterior proyeksiyalarda aparılmışdır. Müayinələrin hamısında teknesium 99m-metilen difosfonat (MDP) radiofarmosevtik birləşməsindən istifadə edilmişdir. Seçilən xəstələrin yaş qrupu nəzərə alınmadan çoxsaylı sümük metastazlı süd vəzisi xərçəngi diaqnozu qoyulmuş qadınlar araşdırmaya daxil edilmişlər.

Nəticə: Aparılan təhlil zamanı 15 xəstədə (30%) qabırğalarda, 13 xəstədə (26%) fəqərələrdə, 9 xəstədə (18%) kiçik çanaq sümüklərində, 8 xəstədə (16%) bud sümüklərində, 3 xəstədə (6%) döş sümüyündə və 2 xəstədə (4%) kəllə qapağı sümüklərində metastatik osteoblastik ocaqlar təyin edilmişdir. Aparılan retrospektiv təhlilimiz beynəlxal araşdırmalara uyğun gəlir.

LİMFOMA DİAQNOZA GÖRƏ MÜALİCƏDƏN SONRA TAM REMİSSİYADA OLAN XƏSTƏLƏRDƏ HAMİLƏLİK VƏ NƏTİCƏLƏRİ

A.Y.Əliyev

Milli Onkologiya Mərkəzi, Bakı ş.

Limfomalı xəstələrdə hamiləlik və onun nəticələri onkoloqları coxdan maraqlandırır. Çünki bu xəstələrin, xüsusən Hockin limfoması olan qadınların əksəriyyəti reproduktiv yaşdadırlar. Bu tədqiqatın məqsədi tam remissiyada olan limfomalı xəstələrdə hamiləliyin gedişi, uşaqların vəziyyəti və sonrakı nəticələri aydınlaşdırmaqdır. Ədəbiyyatda bu barədə Moldova Respublikası Kişinyov şəhərindəki Onkologiya institundakı Hematologiya kafedrasında Hockin limfoması və tam remissiyada olan 155 xəstə barədə məlumat verilib (Oleynikova E.N. Korçmaru İ.F., Mustyase L.Z., Qladış V.V., MDB ölkələrinin onkoloq və radioloqlarının VI qurultayının materialları, 2010. Düşənbə şəhəri) Bu tədqiqatın nəticələrinə görə yalnız 18 (11.6%) xəstədə tam remissiyadan sonra residiv baş vermişdir. Residiv verən xəstələrdə hamiləlik tam remissiyadan 3 ay sonra olmuşdur. Digər hallarda tam remissiya vaxtı hamiləlikdə residiv minimal olmuşdur (2.5%).

Milli Onkologiya Mərkəzinin Onkohematologiya şöbəsində 1995-ci ildən -2013-cü ilə qədər müalicədə olmuş və tam remissiya almış 16 xəstədə müşahidə aparılmışdır. Xəstələrin yaş həddüdü 17-35 arasında olmuşdur. Bu xəstələrin 13-də Hockin limfoması və 3-də Qeyri-Hockin limfoması diaqnozu qoyulmuşdur. Diaqnoz xəstələrin hamısında histoloji və immunohistokimyəvi verifikasiya olunmuşdur. Bütün xəstələr aşağıdakı sxemlərlə: CHOP, ABVD, BEACOPP, COP sxemli ilə

kimyaterapiya və şua müalicəsi almışlar. Kursların miqdarı 6-8 olmuşdur. Buna baxmayaraq qadınlarda hamiləliyin gedişi və doğuş normal olmuşdur. Anadan olan uşaqlarda patalogiya qeyd olunmamışdır. Yalnız Qeyri-Hockin limfoması diaqnozu olan ananın övladı 6 yaşında limfaadenopatiya ilə müraciət etmişdir. Müayinələr zamanı uşaqda Epşteyn-Barr virusu tapılmışdır, limfaadenit diaqnozu qoyulmuşdur və antibiotiklərlə müalicə təyin olunmuşdur. Diaqnozun dəqiq olamığı üçün uşaqda sümük iliyinin punksiyası olmuşdur və limfoma diaqnozu təsdiq olunmamışdır. Qeyri-Hockin limfoması diaqnozu olan və tam remissiyadan cəmisi 5 ay keçmiş xəstədə residiv qeyd olunmuşdur. Övladında patalogiya aşkar olunmamışdır. Xəstəyə residivə görə təkrar 6 kurs kimyaterapiya aparılmışdır və tam remissiya alınmışdır. Beləliklə qərara gələ bilər ki, qısa müddətli remissiya zamanı hamiləlik məsləhət görülmür. Uzun müddətli remissiya zamanı isə hamiləliyə və doğuşa əks-göstəriş yoxdur.

PULMONAR TROMBEMBOLİYA XƏSTƏLİYİ

E.Əliyev

Milli Onkologiya Mərkəzi Bakı ş.

Pulmonar trombembolizm (PTE) venoz trombozun pulmonar arterial sirkulyasiyaya transportu sonunda ortaya çıxır. Tromb ana, lobular, seqmentar pulmonar arterlərdə yerləşə bilər. Pulmonar emboliyalar sıxliqla multipl olub alt lobları tərcih edir. Pulmonar emboliyaların 15 % qədəri pulmonar infarkt ilə birlikdə olmaqdadır. HIV-AİDS kimi xəstəliklərin varlığı (məs: malign xəstəliklər,

fürsətçi infeksiyonlar, dərman müalicəsi) trombembolik xəstəliyə zəmin yaratmaqdadır.

Etiologiyası :Çox hallarda emboliya aşağı ətraflardakı dərin venoz sistemindəki pıxtadan orjin almaqdadır. Digər potensial səhələr inferior vena kava, pelvik venalar, ürəyin sağ boşluğu və yuxarı ətraflardır.

Klinikası: PTE olan xəstələrin fizik müayinəsi sıxılıqla nonspesiikdir.Xəstələrin böyük qismində normal vital nəticələr tapılmaqdadır. Xəstələr afebril temperatur olabilməsinə bərabər nadirən olaraq 102 Fahrenheit üzərinə çıxmaqdadır.Taxipnoe sıx izlənməklə bərabər respirasya tezliyi 30 % civarındakı xəstələrdə 20-nin altındadır. Ürək vurğusu tezliyi 70% xəstədə normal sərhədlərdədir.

Klinik olaraq pulmonar trombemboliyadan şübhələnməyən poliklinik xəstələrin 0,4-0,6%-da və yatan xəstələrin 2,5 %-də pulmonar trombemboli izlənə bilir.

Patologiyası:Böyük embolialar sıxılıqla sağ ağciyər və aşağı loblardadır. İnfarktlar əsasən ağciyər periferiyasında yukstaplevral səth boyunca yer alır. Kəskin infarktlarda sıx hemorragiya izlənə bilər.

Görüntüləməsi: Rentgenoqrafiyada periferial oliqemi – Westermark simptomu. Moyor pulmonar arteriyada genişlənmə-Fleischner simptomu. Damarda ani kəsilmə (Knuckle simptomu). Həcim (volum) itkisi və diafraqma elevasyası .Ürəkdə genişlənmə. Kompyuter Tomoqrafiyada kontrastlı damar içərisində yumşaq toxuma sıxlığında tromb. Damar divarı ilə kəskin ayrılma olan dolma defekti : ən güvənli simptom. PTE xəstələrin 35-55 %-də xəfif plevral effuziya

Xronik Pulmonar Trombembolik Xəstəlik: Pulmonar emboliyanın aqibəti xəstənin fibronilitik sisteminin vəziyyətinə,

embolizasiya öncəsi trombun formalaşmasına və in situ yeni əlavə olunan tromb miqdarına bağlıdır.Çox emboli 3 mexanizma ilə kiçilməkdədir. 1) lizis 2) fraqmentasiya və periferial embolizasiya 3) formalaşması və rekanalizasiyası.

Görüntüləməsi: Damar divarı ilə davamlılıq göstərən ekzentrik tromb. Damar divarına adgeziya göstərən tromb.İrregulyar kontur. Kalsifikasiya; arada sırada ola bilər.Vaskulyar rekanalizasiya göstərən intraluminal dolma defekti. Arteriyal web və stenozlar. Arter ölçüsündə dəqiq görsənən azalma və xəfif sağ plevral effuziya

Mozayik perfuziya paterni (parenxim pəncərəsi) ; lobulyar və ya multilobulyar sahələrdə dəyişkənlik göstərən ağciyər şəffaflığının, damar şəklinin kəskin zəifləməsi xarakterikdir. Azalmış vaskularizasiyalı ağciyər sahəsi ilə normal damar kalibri olan ağciyər parenximası arasında kəskin kontur izlənməsi.

Müalicəsi : Tromboendartektomiya

ПЕРСПЕКТИВЫ РАННЕЙ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ ОПУХОЛЕЙ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

К.Б.Фархадзаде

Национальный центр онкологии, г.Баку

Рак молочной железы (РМЖ) является наиболее частой причиной смерти женщин, по сравнению с другими злокачественными опухолями. В экономически развитых странах Западной Европы и Северной Америки РМЖ занимает первое место в структуре смертности женщин 35-54 лет, а у

женщин старше 50 лет занимает второе место среди причин смерти, уступая лишь заболеваниям сердечно-сосудистой системы.

В структуре онкологической заболеваемости в Азербайджанской Республике РМЖ также занимает первое место, а экстенсивный показатель его распространения среди женщин достигает 30%. РМЖ имеет мультифакторный генез и риск его возникновения повышается в связи с воздействием целого ряда разнородных экзогенных и эндогенных факторов. Это обстоятельство значительно затрудняет первичную профилактику этого заболевания и сводит к минимуму усилия по предотвращению этого заболевания.

В то же время, РМЖ является визуально идентифицируемой опухолью, своевременное удаление которой значительно снижает риск развития в дальнейшем метастазов. Так, установлено, что при раннем РМЖ, когда размер опухоли не превышает 1 куб.см, ее удаление предотвращает появление метастазов более, чем у 90% женщин. Поэтому сегодня основные усилия должны быть направлены на разработку и оптимизацию форм и методов ранней диагностики РМЖ.

Вместе с тем, сегодня все еще не существует методики, способной обеспечить своевременное выявление РМЖ на ранних стадиях, а ныне используемые методы диагностики обеспечивают выявление РМЖ на первой клинической стадии не более, чем в 40% случаев.

Лишь интенсивное развитие науки обогащает маммологию новыми технологиями, и, несомненно, точкой отсчета новой эры, приведшей к развитию новых направлений диагностики и лечения РМЖ, стало использование в маммологии разнообразных наукоемких технологий лучевой диагностики.

Значительные возможности лучевых методов диагностики способствуют выявлению ранних форм патологических изменений, позитивно изменяя структуру заболеваемости. Рациональное использование этих методов диагностики позволяет экономить значительные средства на дорогостоящем лечении запущенных форм этого заболевания и его осложнений, а высвободившиеся ресурсы направить на профилактику.

.....

QIDA BORUSU VƏ PROKSİMAL MƏDƏ XƏRÇƏNGİ ZAMANI STENOZLARIN ARADAN QALDIRMASINDA STENTLƏŞMƏNİN ROLU

*H.N. Həsənova, R.İ.Məmmədov, A.R.Əliyev, R.S.Zeynalov, N.R.Əliyeva
Milli Onkologiya Mərkəzi, Bakı ş.*

Giriş: Mədənin kardial hissəsinin və qida borusunun xərçəngi zamanı mənəfəzin şiş toxuması ilə deformasiyası və daralması nəticəsində disfagiya əlamətləri inkişaf edir ki, bu da qidanın həzm traktı ilə öürülməsini çətinləşdirir və ya təməmilə mümkünsüz edir. Radikal cərrahi əməliyyatın aparılmasının hər hansı bir səbəbdən mümkün olmadığı halda bu kontingətdən olan xəstələrin təbii anatomik enteral qidalanmasının bərpa olunmasının daha effektiv və nisbətən təhlükəsiz üsulu olaraq daralma nahiyəsinin endoskopik stentləşdirilməsidir. Bu məqsədlə qida borusunun və mədənin kardial hissəsinin mənəfəzinə endoskopik nəzarət altında özuaçılan metallik stentlər yerləşdirilir.

Material və metodlar: Stentlər müxtəlif diametrdə və uzunluqda olur, mənəfəzin daralma səviyyəsinə və şiş toxumasının yayılma sahəsinin uzunluğuna uyğun olaraq seçilir. Stentlər xüsusi

dəzğahın içərisində bağlı vəziyyətdə olur. Əməliyyat zamanı stent endoskopun biopsion kanalından orqanın mənfəzinə yeridildir və lazım olan səviyyəyə çatdırıldıqda açılaraq zədələnmə nahiyyəsindən proksimal və distal olaraq ən azı 2 sm məsafədə sağlam toxumaları əhatə etməklə fiksə edilir. Bu zaman stentin dəmir tor şəkilli divarları şiş toxumasını kənara sıxaraq mənfəzi açır. Nəticədə qida kütlələrinin stentin mənfəzindən keçərək həzm traktı ilə passajı bərpa olunur.

Tədqiqata Milli Onkologiya Mərkəzində 2013-14-cü illər ərzində qeyd edilən lokalizasiyalı qeyri rezektabel xərçəng şişi və müxtəlif dərəcəli disfagiya əlamətləri olan və bu müdaxiləyə məruz qalmış 47 xəstə daxil edilmişdir. Onlardan 33 kişi, 14 isə qadınlar olmuşdur.

Nəticələr: Stentləşməyə məruz qalmış xəstələrə 7 və 30-cu sutkada kontrol müayinə aparılaraq effektivlik qiymətləndirilmişdir. Stentin mədəyə tam miqrasiyası 1 xəstədə (2,1%) təyin edilmişdir ki, bu halda stentin refiksasiyası icra olunmuşdu. 6 xəstədə (12,8%) stentin divarlarının şiş toxuması ilə bitməsi nəticəsində stentin mənfəzinin daralması qeyd olunmuşdur. Bu proses xəstələrdə 10-14 ay müddətində baş vermişdir. Xəstələrdən 3-nə restentləşmə aparılmışdır. Prosedur 2 xəstədə təkrari olaraq 1 dəfə, 1 xəstədə isə - 2 dəfə həyata keçirilmişdir. Stentləşmə aparılan heç bir xəstədə xorali ezofagit, qanaxma və perforasiya qeyd olunmamışdır. Qeyd etmək lazımdır ki, antireflüks klapan mexanizmlı stentlərdən (antireflux valve stent) istifadə olunduğu üçün xəstələrdə reflüks simptomatika müşahidə edilməmişdir. Bu nəticələr endoskopik və klinikorəntgenoloji müayinələrin köməyi ilə təstiqlənmişdir. Ümumi fəsadlaşma göstəricisi 14,9% təşkil etmişdir.

Yekun: qeyri rezektabel proksimal mədə və qida borusu xərçənginin disfagiya ilə fəsadlaşması zamanı daralma nahiyyəsinin stentləşdirilməsinin mümkün olduğu hallarda bu müalicə üsulunun

tətbiqi seçim növü hesab edilməlidir. Avadanlıq təchizatın, anestezioloji xidmətin və texniki icranın müasir səviyyəsi, həmçinin nisbətən aşağı olan fəsadlaşma göstəricisi bu kontingentdən olan xəstələrin həyat keyfiyyətinin yüksəldilməsinə imkan yaradır.

СОВРЕМЕННАЯ ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ МЕСТНО- РАСПРОСТРАНЕННОГО НЕМЕЛКОКЛЕТОЧНОГО РАКА ЛЕГКОГО.

И.Г. Исаев, К.И.Кязимов

Национальный центр онкологии, г.Баку

Рак легкого (РЛ) остается наиболее распространенной формой злокачественных опухолей и одной из основных причин смерти онкологических больных. По данным международного агентства по изучению рака всемирной организации здравоохранения ежегодно всем мире регистрируется более миллиона случаев рака легкого [1]. А также отмечается рост интенсивного показателя смертности от данной патологии в Азербайджане для обоих полов [2].

Несмотря на развитие клинической и радиационной онкологии, прогресса в диагностической технике, большинство больных РЛ обращаются в специализированные клинические учреждения в поздних стадиях заболевания. Из вновь выявленных больных местно-распространенная форма заболевания отмечается в трети случая [3,4].

В настоящее время не существует единого, общепринятого метода лечения больных немелкоклеточным

раком легкого НМРЛ. Проблема выбора тактики лечения пациентов с местно-распространенным НМРЛ с каждым днем приобретает все более высокую актуальность, что связано с появлением новых результатов исследований, как в химиотерапии, так и в лучевой терапии [5,6].

В связи высокой актуальностью выше изложенного, нами было выполнено настоящего исследования.

Материалы и методы. Анализу подвергнуты результаты обследования и лечения 138 больных до 80 лет с морфологически верифицированным диагнозом (плоскоклеточный рак легкого 63,8 %, аденокарцинома 36,2 %.) НМРЛ III стадии. Из них у 87 было поражение правого, у 51 – левого легкого. В 61,6 % случае имелось поражение верхней, в 9,1 % – средней и в 29,3 % – нижней доли.

Всем больным в режиме стандартного фракционирования на линейных ускорителях проводилась 3D конформная лучевая терапия до СОД 66 ± 5 Гр на первичную опухоль и до СОД 50 ± 5 Гр на регионарные лимфатические узлы.

Результаты и обсуждение. Из исследуемых 137 пациента успешно окончили планируемый курс лечения. При использовании 3D конформной лучевой терапии клинический эффект отмечался в 78 (57%) случаях. Из них у 10 (12,8%) наблюдался полный, у 68 (87,2 %) – частичный эффект. Стабилизация процесса установлена у 58 (42%) больных. Прогрессирование заболевания наблюдалось у 2 (1%) пациентов. Летальность наблюдалась только лишь в одном случае, связанный с прогрессированием заболевания во время лечения.

Нами была изучена эффективность режимов терапии НМРЛ IIIA стадии в зависимости от гистологического типа опухоли.

У 88 больных с плоскоклеточным раком легкого клинический эффект отмечался в 51 (58%) случаях. Из них у 13% пациентов наблюдался полный эффект, у 45% – частичный. Стабилизация процесса при данном типе опухоли отмечена у 36 (41%) больных. Прогрессирование заболевания наблюдалось в одном случае.

Также была изучена эффективность исследуемого режима терапии у больных с аденокарциномой легкого. Всего с аденокарциномой легкого получили лечение 50 пациентов. Клинический эффект отмечался в 21 (42%) случаях. Из них у 9% пациентов наблюдался полный эффект, а частичный – у 33% больных. Стабилизация процесса при данном типе опухоли отмечена у 28 (57%) больных. Прогрессирование заболевания наблюдалось у одного 1% пациента.

Выводы. Таким образом, подробный анализ результатов исследования показал высокую эффективность 3D конформной лучевой терапии при местно-распространенной форме заболевания. При этом, при плоскоклеточной форме заболевания это преимущество было статистически достоверным ($p \leq 0,05$).

СОЧЕТАННАЯ ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ РАКА ПИЩЕВОДА С ПРИМЕНЕНИЕМ ИСТОЧНИКА ВЫСОКОЙ МОЩНОСТИ ДОЗЫ Ir 92.

*И.Г. Исаев, Г.Г. Насирова, Н.Г. Кулиева,
К.С. Акперов, Р.Р.Казиева
Национальный центр онкологии, г.Баку*

В Национальном Центре Онкологии Азербайджанской Республики уже долгие годы изучается эффективность лучевой терапии (ЛТ) при раке пищевода (РП). Проведен ряд научных исследований, охвативших более 5000 больных. Применялись различные варианты режимов и комбинаций ЛТ – классическое фракционирование, мультифракционирование, малые сенсibiliзирующие дозы ЛТ, динамическая ЛТ,, радиосенсибилизация и т.д. Результаты показали, что в 35-50% случаев достигается полная регрессия опухоли, а наиболее частой причиной смерти больных (65-70%) является развитие рецидивов в ранее облученных областях.

Долгое время попытки улучшить результаты лечения с помощью увеличения суммарной очаговой дозы (СОД) путем повышения дозы дистанционной ЛТ были ограничены толерантностью окружающих здоровых тканей и органов и вели к увеличению числа тяжёлых лучевых осложнений . Даже в наши дни, с использованием современного оборудования и техники дистанционной ЛТ (линейные ускорители с многолепестковыми коллиматорами и фотонными пучками разных энергий, высокопрецизионные методы облучения – 3D конформальная ЛТ, модулированная по интенсивности ЛТ (IMRT), динамическая волюметрическая ЛТ (VMAT),

стереотактическая ЛТ (SBRT)), невозможно полностью исключить окружающие ткани из поля облучения. В свете вышеизложенного, внутрисветная или эндолюминальная брахитерапия с использованием источников высокой мощности дозы (HDRBt) находит все большее применение благодаря таким преимуществам, как локальное воздействие на опухоль без значительной лучевой нагрузки на окружающие ткани, что, в свою очередь, вместо ожидаемого повышения качества жизни пациента приведет к обратному эффекту или даже к сокращению сроков его жизни. Исходя из вышеизложенного, можно утверждать, что при ЛТ больных РП следует придерживаться принципа достижения максимального воздействия на патологический очаг и минимального- на окружающие ткани, что и является одной из основных концепций радиобиологии. Предпринимая данное исследование, мы основывались на стремлении к их реализации в клинической практике.

Цель исследования. Путем анализа различных методов лучевой терапии выявить оптимальные пути повышения ее эффективности.

Материал и методы. В Национальном центре онкологии Азербайджана для больных РП в последние годы принят стандартный алгоритм, включающий, наряду с оценкой клинической картины, последовательное применение определенных инструментальных методик. На основании данных, полученных при подобном обследовании, нами были выделены 4 группы больных с поражением грудного и абдоминального отделов пищевода (поражение шейного отдела в силу своей специфики в данное исследование не включалось) : в I группе из 37 больных РП дистанционная ЛТ проводилась в сочетании с внутрисветной, во II группе из 120 больных она

сочеталась с внутриволостной СВЧ-гипертермией, в III группе из 154 пациентов использовался режим ускоренного гиперфракционирования с использованием методики "поле в поле", в IV группе, контрольной, включавшей 46 больных, ЛТ проводилась в традиционном режиме.

После завершения обследования и уточнения всех параметров опухолевого процесса, а также соматического статуса больного осуществлялась предлучевая подготовка по методике, принятой к настоящему времени в отделении лучевой терапии НЦО и соответствующей международным стандартам .

Методы лучевой терапии больных раком пищевода.

Группы больных	Количество больных (абс.)	Методы лечения
I	37	ДЛТ в РОД-2 Гр. до СОД1-40-44 Гр.+ РОД-5 Гр. 1 раз в неделю до СОД2-10 Гр. СОД-50-54 Гр.
II	120	ДЛТ в 1, 3,4,5 недели-РОД-5 Гр. 2 раза в неделю, 2-ю нед. -РОД-2 Гр. 5 раз ; 4 сеанса локальной СВЧ-гипертермии на 4 и 5 неделях через 3 часа после ЛТ.СОД-50 Гр.
III	154	ДЛТ РОД1-1,2 Гр.+РОД2-1,2 Гр. через 4 часа+РОД3- 1 Гр. только на опухоль. СОД-70 Гр._
IV	46	ДЛТ в РОД-2 Гр. до СОД-60 Гр.

Результаты и обсуждение. Непосредственные результаты оценивались через 1,5-2 месяца после завершения ЛТ на основании клинических и инструментальных методов контроля. Выявлено, что из 357 больных РП все 4-х групп

положительный эффект ЛТ достигнут у 247 пациентов-76,7%±2,2 ($p \leq 0,05$). При анализе отдаленных результатов выявлено, что при сочетании ЛТ с внутрисполостной брахитерапией в период наблюдения ≥ 12 мес. рецидив или продолженный рост опухоли отмечался у 11% больных, при сочетании ЛТ с СВЧ-гипертермией- у 13,2%, в то время, как при гиперфракционном режиме с облучением "поле в поле"- у 18,4%, а при традиционном курсе ЛТ- у 32,2% ($p \leq 0,05$). Наибольший процент больных РП, проживших год и более после ЛТ, отмечался при сочетанной ЛТ и применении динамического режима облучения в сочетании с радиомодификатором-локальной СВЧ-гипертермией. Еще более выраженные различия отмечались во второй год наблюдения -показатели выживаемости в I и II группах больных РП были почти в 2 раза, а в III группе- почти в 1,5 раза выше, чем при традиционном режиме ЛТ. Так, 2-хлетняя выживаемость при брахитерапии составляла 39,4%, при локальной СВЧ-гипертермии-35,1%, %, при гиперфракционном режиме с методикой "поле в поле"-25,6% , при традиционном режиме-19,3% ($p \leq 0,05$); В то же время, при оценке негативных реакций отмечено, что наиболее выраженные- III и IV степень лучевого эзофагита, наиболее часто отмечалась в группах больных, получавших сочетанную ЛТ и внутрисполостную СВЧ-гипертермию.

На основании анализа эффективности ЛТ 357 больных РП можно заключить, что более высокие результаты лечения были зарегистрированы у тех пациентов, которым ЛТ проводилась в сочетанном варианте- как с брахитерапией, так и с локальной СВЧ-гипертермией. ЛТ опухоли при гиперфракционном режиме с облучением "поле в поле" также повышает результаты по сравнению с традиционным режимом ($p \leq 0,05$).

ОПЫТ СОЧЕТАНИЯ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ С ВНУТРИПОЛОСТНОЙ ЛОКАЛЬНОЙ СВЧ-ГИПЕРТЕРМИЕЙ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ПИЩЕВОДА И ПРЯМОЙ КИШКИ.

*И.Г. Исаев, Н.Г. Кулиева, З.М. Гасанова,
Р.Р. Казиева, Г.Г. Насирова
Национальный центр онкологии, г. Баку.*

Актуальность проблемы. Основной проблемой лучевой терапии (ЛТ) во все времена являлся поиск способов и средств для преодоления радиорезистентности опухолевых тканей различного генеза, результатом которой в конечном итоге являлась недостаточная излеченность облучаемого объекта. Радиорезистентность опухолевой ткани обусловлена наличием в ней изначально довольно значительной доли гипоксических клеток (10-15%), количество которых еще более увеличивается по мере роста опухоли и ухудшения ее кровоснабжения. Гипоксические клетки опухоли, как правило, остающиеся жизнеспособными весьма длительное время, являются источником репопуляции злокачественных клеток в период, необходимый для реализации запланированного курса ЛТ. В то же время, дозы ЛТ, необходимые для их эрадикации, превышают толерантность окружающих нормальных, хорошо оксигенированных тканей. Поэтому реальные успехи ЛТ определяются прежде всего степенью оптимизации распределения дозы между нормальными и опухолевыми тканями. В течение ряда лет, в условиях современного технического прогресса, попытки достижения оптимального терапевтического интервала реализовывались путем совершенствования топо-дозиметрического планирования и

контроля ЛТ, применения нетрадиционных режимов фракционирования ЛТ, а также сочетания ЛТ с некоторыми химическими или физическими агентами-радиомодификаторами.

В отделении лучевой терапии НЦО имеется достаточный опыт применения всех вышеперечисленных средств, в числе которых немаловажное место занимает и сочетание ЛТ с внутритростной локальной СВЧ-гипертермией- физическим агентом, обладающим, наряду с радиомодифицирующими свойствами, и (в меньшей степени) собственным цитотоксическим эффектом. В краткой форме эффект термордиотерапии (ТРД)- сочетания СВЧ-гипертермии (ГТ) и ЛТ- можно охарактеризовать как воздействие на различные звенья механизма постлучевой репарации опухолевых клеток. Наиболее значимым является то обстоятельство, что, в силу разной скорости кровотока в нормальных и опухолевых тканях, а также наиболее высокой чувствительности к ГТ клеток, находящихся в S-фазе (наиболее резистентной к ЛТ), при ТРД удается достигнуть максимально возможной селективности радиоповреждающего воздействия на нормальные и опухолевые ткани. Это обстоятельство, позволяющее значительно расширить терапевтический интервал, и является ключевым моментом в использовании ТРД в клинической практике.

Материал и методы. Изучены результаты ЛТ у 193 неоперированных больных раком пищевода (РП), а также результаты неоадьювантной ЛТ у 148 больных раком прямой кишки. Из данных групп больных 192 пациентам-120 с наличием РП и 72 с наличием РПК проводилась ТРД. Все больные, результаты лечения которых анализируются в данном исследовании, были обследованы, согласно принятым

стандартам, гистологическая верификация диагноза являлась обязательной и составляла 100%.

Больным РП I группы (73) курс ЛТ проводился в динамическом режиме, построенном на основании радиобиологических предпосылок: в 1-ю,3-ю,4-ю и 5-ю недели дистанционная ЛТ осуществлялась в разовой очаговой дозе (РОД)-5,0 Гр. 2 раза в неделю, а во 2-ю неделю, во избежание излишней скорости регрессии опухоли и риска перфорации, ЛТ проводилась в РОД-2,0 Гр.-5 дней, до суммарной очаговой дозы (СОД)-50,0 Гр. Больным РП II группы (120) при ЛТ в идентичном режиме, после достижения частичной реканализации пищевода, проводилась ГТ - до 4-х сеансов, при температуре 43-45°С, в среднем- в течение 45-60 минут, через 3-4 часа после ЛТ.

Больным РПК (76) I группы проводилась предоперационная ЛТ при РОД-5,0 Гр в течение 5 дней, а во II группе (72), также при идентичном режиме ЛТ, осуществлялись сеансы ГТ-температурно- экспозиционный режим составлял в среднем 45 минут при 43°С., манипуляция проводилась через день, завершалась за 0,5 часа до ЛТ, не менее трех сеансов: в 1, 3 и 5 день недели. В среднем через 3-5 дней больным РПК обеих групп производилось радикальное оперативное вмешательство. Больные РПК, у которых оперативное вмешательство после ЛТ и ТРД было расценено как нерадикальное, в данном исследовании не рассматривались.

Результаты и обсуждение. Все полученные данные были проанализированы и обработаны методами вариационной статистики. Критериями оценки полученных результатов были приняты длительность безрецидивного периода, напрямую коррелирующая с качеством жизни, и выживаемость больных.

При оценке результатов лечения больных РП обеих групп было выявлено, что при ТРД годовая выживаемость больных РП составляет $69,8 \pm 3,4$ %, 2-х летняя- $35,1 \pm 7,8$ %. Год после завершения лечения без признаков рецидива и продолженного роста прожили $47,8 \pm 3,4$ %, 2 года- $24,8 \pm 5,6$ % больных РП соответственно ($p \leq 0,05$); у больных РП I группы годовая выживаемость составила $55,6 \pm 3,4$ %, а 2-х летняя- $24,5 \pm 3,1$ % ($p \leq 0,05$). Год без признаков рецидива прожили $27,3 \pm 2,5$ %, 2 года- $20,1 \pm 3,8$ %, больных РП соответственно ($p \leq 0,05$).

При анализе результатов комбинированного лечения больных РПК отмечено, что 1 год после лечения прожили $92,3 \pm 2,7$ %, 2 года- $82,4 \pm 2,9$ % больных II группы, в которой проводилась ТРД, в то время, как у больных I группы эти же показатели составляли $74,7 \pm 3,3$ %, и $68,9 \pm 3,4$ % соответственно. Без рецидива 1 год прожили $89,8 \pm 3,1$ %, 2 года- $78,6 \pm 3,4$ % больных РПК II группы, и $67,2 \pm 3,1$ %, $59,7 \pm 3,4$ %, I группы соответственно ($p \leq 0,05$).

Из приведенных цифровых данных видно, что при сравнении результатов лечения больных РП чисто лучевым методом и сочетания его в том же режиме с СВЧ-ГТ отмечается повышение эффективности при ТРД, выраженной в увеличении процента годовой и двухлетней выживаемости, а также длительности безрецидивного периода как у больных раком пищевода, так и прямой кишки. Учитывая, что лучевая терапия в сравниваемых группах проводилась в идентичном режиме, эти показатели могут служить доказательством положительного радиомодифицирующего воздействия внутриполостной СВЧ-гипертермии

DABAN LOKALİZASİYALI TÖRƏMƏLƏRİN CƏRRAHİ MÜALİCƏ VARIANTI OLARAQ TƏRS AXIMLI SURAL FLEP TƏTBİQİ

A. İsayev , M. Ağayev , C. Qəribov

Milli Onkologiya Mərkəzi Bakı ş.

Dabanda meydana gəlmiş bəd xassəli törəmələrin cərrahi olaraq kəsilib çıxarılmasından sonra meydana gələn toxuma deffektinin bərpası ortopedik onkoloqları yeni arayışlara sövq etmişdir. Belə ki, bu lokalizasiyada dərinin melanoması, dəri və dəri altı toxumalarının lokal aqressiv bir törəməsi olan dermatofibrosarkoma protuberans ,dərinin skuamoz hüceyrəli karsinoması v.s heç də nəzərə alınmayacaq dərəcədə az deyildir. Bu lokalizasiyada meydana çıxmış bir törəmə onkoloji cərrahiyyənin qanunauyğunluğu ilə kəsilib çıxarıldığında ciddi ölçüdə geniş defektlər meydana gəlməkdədir. Yaranan bu deffekt uyğun cərrahi metod ilə bağlanmaz isə həmin nahiyədə yara sağalması gecikəcəyi üçün sonrakı etapda xəstəyə aparılması zəruri olan adjuvant kimyaterapiya və radyoterapiyanın gecikməsinə səbəb olacaqdır. Bu da xəstədə istənməyən fəsadların ortaya çıxmasına və lazımi onkoloji proseduraların tamamlanmaması nəticəsinə gətirib çıxaracaqdır. Burada istənməyən fəsad dedikdə sağalması gecikmiş yarada infeksiyon fəsadlaşması nəzərdə tutulmaqdadır. Tam olaraq bu nöqtədə tərs axımlı sural arter fasiokutanöz flebi daban nahiyəsinin defektlərinin bir etaplı cərrahi müalicəsində ən əsas variant olaraq görülməkdədir.

Daban nahiyəsinin iatrogenik və ya travmatik toxuma deffektlərinin bərpası keçən əsrin 90-cı illərindən etibarən flep cərrahiyyəsinə nailiyyətlərə bağlı olaraq asanlaşmışdır. 1992 –ci

İldə Masquelet median səthi sural arteriya ilə peroneal arteriyanın ən alt perforator şaxəsi arasındakı əlaqədən faydalanaraq, distal pedikulalı tərs axımlı sural arteriya flebini tərif etmişdir. Fasiokutaneoz olaraq tərif edilən sural arteriya flebi aşıq daban oynaqı, ayağın yüklənmə sahəsi, daban nahiyəsi və topuq ətrafındakı yumuşaq toxuma defektlərinin bərpası üçün uyğundur. Le Fourn isə daban, aşıq daban oynaqı və hətta baldır nahiyəsinin dərin toxuma defektlərinin bərpasında istifadəyə uyğun olan klassik sural arteriya flebinin qastreknemius əzələsiylə bərabər alındığı muskulokutaneoz sural arteriya flebini tərif etmişdir.

Bu məqalənin məqsədi, daban nahiyəsində meydana gəlmiş törəmələrin cərrahi üsulla kəsilib çıxarılmasından sonra yaranan dərin və geniş toxuma defektlərinin bir etaplı müalicəsində distal pedikulalı tərs axımlı sural arteriya fasiokutaneoz flep tətbiqinin nəticələrini təqdim etməkdir.

2009 – 2014 –cü illər arasında Milli Onkologiya Mərkəzinə müraciət etmiş daban nahiyəsində maliqn melanoma diaqnozu qoyulmuş 6 xəstəyə və daban nahiyəsində keratoakantoma təməlində meydana gəlmiş yastı epitel hüceyrəli karsinoma diaqnozu qoyulmuş 1 xəstəyə törəmə geniş sərhəddlərlə kəsilib çıxarıldıqdan sonra eyni seansda distal pedikulalı tərs axımlı sural flep ilə yaranan defekt bərpa edilərək bağlanmışdır. Bu xəstələrin hər biri spinal anesteziya ilə üzü üstə pozisiyada yatırılaraq aşağı ətraf steril boyanıb örtülmüşdür. Pnevmatik turniket sadəcə 1 xəstədə tətbiq olunmuşdur. Digər xəstələrdə cərrahi müdaxilə sırasında turniket istifadə olunmamışdır. İşarətləyici qələm yardımı ilə sural arterin başlanğıc yeri lateral malleolun 5 sm proksimalından işarələnmişdir. Defektin bərpası üçün istifadə olunması planlaşdırılan dəri flepləri xəstəyə görə dəyişməklə birlikdə ortalama 4-6 x 5-7 sm ölçülərində olmuşdur. Disseksiya proksimaldan distal

doğru aparılmış və dərin fasya 3 tikiş ilə qütblərdən flebə müvəqqəti olaraq tikilmişdir. Dəri distala doğru açıqlaraq ayaqcıq üzərində sural arter, sural sinir və kiçik safen ven qorunaraq buraxılmışdır. Əməliyyat sırasında müxtəlif etaplarda flepdəki mikrosirkulyasiya gözlə müşahidə edilmişdir. Flebin ayaqcığı rotasiya edilərək deffektli nahiyəyə gərginliyi az olan tikişlərlə tutturulmuşdur. Bu etapda dərin fasya sərbəst buraxılmış, tikişlər sadəcə dəriyə birincili tikişlər şəklində qoyulmuşdur. Flep altı hematoma fəsadlaşmasından qorunmaq məqsədiylə bütün xəstələrdə flep altına pernoz dren qoyulmuşdur. Flebin donor sahəsi bütün xəstələrdə yaxınlaşdırılaraq birincili dəri tikişləri ilə tikilib bağlanmışdır. Donor sahənin qreftsiz yaxınlaşdırılaraq tikilməsi literatura məlumatlarına əsasən 6 santimetrəyə qədər fəsadlaşma meydana gətirmədiyindən bu addım atılmış və heç bir xəstədə donor sahə sağalmasında fəsadlaşma müşahidə olunmamışdır. Köçürülən flebin total nekrozlaşma riski literaturada 10-15 % göstərilmiş olsa da bizim xəstələrdə bu fəsada rastlanılmamışdır. Köçürülən flebin parsiyal və səthi nekrozu isə 1 xəstədə müşahidə edilmişdir. Həmin xəstədə müalicənin növbəti etabında kimyəvi terapiya geciktirilmədən başlanmış, bu əsnada flep sağalmasında gecikmə izlənilməmişdir. Nəticə olaraq bu əməliyyatın tətbiq edildiyi 7 xəstənin hamısında sağalma gözlənilmədiyi üzrə 2 həftə ərzində əldə edilmiş, ciddi fəsadlar ortaya çıxmamışdır. Beləliklə daban nahiyəsində meydana gəlmiş törəmələrin cərrahi müalicəsində revers axımlı sural fasiokutaneoz fleplərin tətbiqi qənaətbəxş və yaxşı bir alternativ metod olaraq görülmüşdür.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАКА ЖЕЛУДКА

*А.Х.Керимов, А.Р.Алиев, Н.А.Аскеров, Р.С.Зейналов,
Ю.Р.Алияров, Э.Ш.Нагиев, Д.А.Аллахвердиев
Национальный центр онкологии, г.Баку*

Введение: В последние десятилетия произошел существенный прогресс в хирургическом лечении рака желудка. Данное положение обусловлено изменением взглядов на объем оперативного вмешательства при данной патологии, повышением уровня хирургической агрессии и техники. Современные принципы оперативного лечения рака желудка заключаются в обеспечении безопасности хирургического вмешательства, онкологической адекватности и выбора наиболее функционально обоснованного метода реконструкции для улучшения качества жизни в послеоперационном периодах.

Материалы и методы: Проанализированы результаты хирургического лечения 347 больных, составивших основную группу, которым выполнены расширенные и расширенно-комбинированные гастрэктомии. В 239-и случаях объем лимфодиссекции (ЛД) соответствовал D2, а в 108 – D3. В 84-х случаях операция носила комбинированный характер. Контрольную группу составили 183 больных, подвергнувшихся оперативным вмешательствам в стандартном объеме (ЛД D1).

Результаты: В раннем послеоперационном периоде осложнения носили как общесоматический, так и хирургический характер. В основной группе данный показатель оказался 25,1%, в контрольной же – 23,5%. Послеоперационная летальность составила 1,6% и 2,0% соответственно. 3-летний безрецидивный период после расширенных операций составил 62,2%, а после

стандартных - 41,5%. Показатель выживаемости за тот же промежуток времени оказался 73,5% и 59,6% соответственно. Аналогичные параметры за 5 лет составили: безрецидивный период - 47,6% и 30,6%, выживаемость - 63,7% и 43,7% соответственно.

Заключение: Проведение расширенных и расширенно-комбинированных операций при раке желудка не сопровождается увеличением частоты послеоперационных осложнений и повышением летальности, но в то же время значительно улучшает отдаленные результаты лечения

İNDOLENT LİMFORMALARDA RİBOMUSTİNİN EFFEKTİVLİYİ

*E.E.Kazımov, İ.N.Musayev, T.Z.Tahirov, Y.Ə.Əhmədov
Milli Onkologiya Mərkəzi, Bakı ş.*

Qeyri-Hoçkin limfomalar dünyada ən çox rast gəlinən bədxassəli şişlər arasında 10-cu yeri tutur və onların 2,7 %-ni təşkil edir. Rastgəlmə tezliyinə və əhəmiyyətli dərəcədə ölüm sayına görə bütün dünyada ciddi müşahidə və elmi araşdırmalar aparılan önəmli xəstəliklərdən hesab olunur. 2008-ci ildə dünyada bu xəstəliklə xəstələnlərin sayı təxminən 355900, ölənlərin sayı isə 191400 olmuşdur. Bu göstəricilər müxtəlif ölkələr üzrə fərqlənir. Azərbaycanda 2013-cü ildə Qeyri-Hoçkin limfoması ilə yeni qeydə alınmış xəstələrin sayı 142, ölənlərin sayı isə 88 olmuşdur.

Qeyri-Hoçkin limfomaların 25-ə qədər tipləri mövcuddur. Bunlar ümumilikdə formalaşdığı hüceyrələrdən asılı olaraq B və T-hüceyrəli limfomalar kimi sinifləndirilir.

Xəstəliyin inkişaf sürətinə görə aşağıdakı siniflərə bölünür :

- İndolent (zəif sürətlə inkişaf edən)

- Aqressiv

Aqressiv limfomaları əsas: Diffuz Böyük B-hüceyrəli limfomalar təşkil edir.

İndolent limfomalar:

- Follikulyar limfoma
- Xroniki limfositik leykemiya / kiçik limfositik limfoma
- Limfoplazmatik limfoma
- Marginal zona limfomaları
- Dəri limfomaları

İndolent limfomalarda tam remissiyaya nail olmaq çox çətindir, ancaq buna baxmayaraq xəstəliyin zəif sürətlə inkişaf etdiyi üçün bu xəstələrdə əksər hallarda orta yaşama müddəti təxminən 10-15 il ə qədər yüksəlidir.

Bu xəstəliklərin müalicəsində ən son istifadə olunan preparatlardan bir də bendamustindir.

Ribomustin alkülləşdirici preparat olub, kimyəvi quruluşuna görə bis-beta-xloretilamin törəməsidir. Hal hazırda əsasən Qeyri-Hoçkin limfomalar, Xroniki limfoleykoz, Çoxsaylı mielom xəstəliyinin müalicəsində istifadə olunur.

2011-2013-cü illərdə Milli Onkologiya Mərkəzinin Onkohematologiya şöbəsində aparılmış araşdırmaya 16 xəstə daxil edilmişdir. Bunlardan 7 follikulyar limfoma, 5 xroniki limfoleykoz, 1 mantıya hüceyrəli limfoma, 1 dəri limfoması, 2 marginal zona limfoması olmuşdur. Xəstələr 2-4-cü mərhələlərdə olmuş, əvvəlcə heç bir spesifik müalicə olmamışdır.

Xəstələrdə Ribomustin 90 mg /m² 1-2-ci gün v/d + Rituksimab-375 mg/m² v/d 1-ci gün sxemi ilə 28 gün fasilə ilə 6 kurs müalicə aparılmışdır.

Aparılmış araşdırmamızın nəticəsinə əsasən: 7 (43,7%) xəstədə tam remissiya, 6 (37,5%) xəstədə hissəvi remissiya, 2 (12,5%) xəstədə stabilizasiya qeyd olunmuşdur. 1 (6,25%) xəstədə 2 kurs müalicədən sonra progressivləşmə qeyd olunmuşdur, müalicə dayandırılmış, digər sxemlərlə davam etdirilmişdir.

Müalicə müddətində ən çox rast gəlinən ağırlaşmalar:

- Neytropeniya-62,5%
- Trombositopeniya-31,2%
- Anemiya-16%
- Infeksiya-68,7%
- Ürəkbulanma-75%
- Qusma-37,5%
- Diareya-43,7%
- Zəiflik,yorğunluq-50%

Bütün hallarda müvafiq simptomatik müalicələr aparılmış, fəsadlar aradan qaldırılmışdır.

Milli Onkologiya Mərkəzində aparılmış təcrübəyə əsasən Ribomustinlə müalicənin digər standart müalicə sxemləri ilə müqayisədə, toksikliyin daha az olması, xəstələr tərəfindən daha yüngül qəbul olunması və alınan nəticələri nəzərə alaraq effektiv bir preparat kimi rutin istifadəyə başlanmışdır və bu istiqamətdə araşdırmalar davam etdirilir.

DÜZ BAĞIRSAĞ XƏRÇƏNGİ ZAMANI MƏRHƏLƏLƏRDƏN ASILI OLARAQ CƏRRAHIYYƏ ƏMƏLIYATIN SEÇİMİ

Ə.X.Kərimov, N.Ə.Əsgərov, Y.R.Əliyarov, E.Ş.Nağıyev
Milli Onkologiya Mərkəzi, Bakı ş.

Əldə olunmuş ədəbiyyat məlumatlarına əsaslanaraq qeyd etməliyik ki, düz bağırsağ xərçəng xəstəliyinin rast gəlmə halları, insanlarda ildən ilə artmağı təstiq edilmişdir. Beləki, keçən əsrin 70-80-ci illərində sovetlər ölkəsində, düz bağırsağ xərçəngi 3-7% və bu xəstəlikdən ölənlərin sayı təxminən 1,5-3%00, amma axırıncı 20 il

ərzində MDB ölkələrində bu xəstəliyin 10-12% çatmış və ölüm halları isə 3-5%00 təşkil etmişdir. Bu göstəricilər, müxtəlif çoxrafi zonalara görə dəyişkən olması sübut olunmuşdur. Cinsi xüsusiyyətə görə hər illərdə olduğu kimi kişilər, qadınlara nisbətən üstünlük təşkil edir, onuda qeyd etməyə istərdiki keçən əsirdə 3:1 nisbətində qeyd edilirdisə, bu nisbət hal-hazırda 4:3 təyin olunmuşdur.

Tədqiqatın məqsədi. Düz bağırsağ xərçənginin, endoskopik, barmaqla baxış, histomorfoloji, kliniki-laborator, USM, KT-ik, MRT-sı müainələr əsasında diaqnozunu və mərhələsini təyin edildikdən sonra, düzgün olaraq cərrahiyyə əməliyyatın həcmnin və seçimini təyin etməkdən ibarətdir.

Material və metodlar. MOM-in abdominal şöbəsində 10 il ərzində (2003-2013) 1286 xəstə müainə və müalicədən keçmiş omlardan 617-kəşi və 591-qadın və yaş həddi 28-82 olmuşdur. 1286 xəstədən 78 (5,1%) müxtəlif səbəblərə görə əməliyyatdan imtina etmişlər. Buna əsas səbəb APN (yəni qarının sol divarında sünü anusun yaradılması) olmuşdur. Beləliklə, cəmi 1208 (94,4%) xəstəyə müxtəlif üsula cərrahiyyə əməliyyatı aparılmışdır. Kompleks kliniki müainələr əsasında düz bağırsağın xərçənginin yerləşmə nahiyəsi və mərhələləri təyin edilmişdir. Rekto-siqmoid şöbədə (15-25 sm) – 178, yuxarı ampular (12-15 sm) – 342, orta ampular (6-10 sm) – 383, aşağı ampular həssədə (2-6 sm) – 218, anal kanal və aşağı ampular - 33, və düz bağırsağın total zədələnməsi 54 xəstədə təyin edilmişdir. Düz bağırsağın xərçəng xəstəliyin mərhələ sinə yəni TNM görə təyin edilmişdir. Beləki, I-ci mərhələ T1N0M0 ilə - 117 xəstə, II mərhələ T2N1-2M0 – 297, II-III mərhələ T2N1-3M0 – 445, III mərhələ ilə T3N1-2M0 – 213, IV mərhələ T1-3N1-3M qarın boşluğ üzvlərinə və ağciyəyə metastazlar – 92 xəstələrdə öz təsdiğini tapmışdır.

Alınmış nəticələrin müzakirəsi. Abdominal şöbədə xəstələrdə düz bağırsağın xərçənginin nahiyəsi və mərhələləri təyin

edildikdən sonra cərrahiyyə əməliyyatın həcmi və taktiki seçimini nəzərə alaraq xəstələrə cərrahiyyə əməliyyat aparılmışdır. 1208 xəstədən 157 xəstəyə (13,3%) əməliyyat önü kimya və radioloji terapiya aparılmış və sonra cərrahiyyə əməliyyatı yerinə yetirilmişdir. 1208 xəstədən, düz bağırsağın qarın aralığı ekstripiyası – 167, düz bağırsağın qarın anal ekstripiyası – 153, düz bağırsağın aşağı ön rezeksiyası – 315, düz bağırsağın ön rezeksiyası – 359, Hartman-İnayatov tipli rezeksiya – 148, laparoskopik düz bağırsağın ön rezeksiyası – 57 və laparoskopik düz bağırsağın qarın daxili ekstripiyası – 9 xəstədə yerinə yetirilmişdir. Yekun olaraq bu əməliyyatların həcmi bilavasitə sırf xəstəliyin mərhələlərindən asılı olması subut edilmişdir. Bir qayda olaraq cərrahiyyə əməliyyatlardan sonrada (84,3%) xəstələrə kimya və radioloji terapiya məhruz qalmışlar.

Nəticə: Düz bağırsağ xərçəngi olan xəstələrə vaxtında diaqnoz aşkar olunarsa, yəni **T1-2N0-2M0** mərhələsində, bu xəstələr geniş həcmli və ya APN - yəni sünü anus yarıdılmasına ehtiyac olmaz və daha təhlükəsiz əməliyyat – laparoskopik üsulla düz bağırsağın müxtəlif rezeksiyası olunar və bu xəstələr stasionarda qısa müddətdə (8-12 gün) evə yazıla bilər.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕТОДОВ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ ПРИ РМП

*А.Т. Кязимов., С.С.Ватанха., Э.Я. Алиев, С.А. Сарыев.
Национальный центр онкологии, г.Баку*

Рак мочевого пузыря (РМП) является распространенным заболеванием, занимая в структуре мировой онкологической патологии 11-е место. За последние десятилетия по отдельным регионам мира отмечен рост заболеваемости в 1,5-2 раза. Несмотря на существенные успехи в развитии методов диагностики, выявление новообразований мочевого пузыря (МП) не соответствует современным требованиям. Сохраняются высокие показатели первичной диагностики инвазивного РМП. Вопрос установления стадии инвазии, который является основным в предоперационном обследовании больного РМП, решается с помощью методов лучевой диагностики и верифицируется при трансуретральной (ТУР) биопсии опухоли. Чувствительность традиционного УЗИ в определении степени инвазии опухоли в мочепузырную стенку составляет 42,6%. Стадия инвазии по данным РКТ составляет, при pT1 составило 38,5%, при pT2 - 40,7%, при pT3a - 46,2% и pT3b - 62,5%, что уступает результатам УЗИ. Чувствительность РКТ в определении глубины инвазии составляет 60,0%. Анализ результатов предоперационного стадирования по данным МРТ при pT1 совпадение составляет 71,4%, при pT2 - 82,8%, при pT3a - 72,7% и pT3b - 87,5%, что соответствовало лучшим показателям в исследуемых группах. Чувствительность МРТ в определении глубины инвазии опухоли составила 88,0%. Чувствительность лучевых методов в определении

метастатического поражения лимфатических узлов: Чувствительность УЗИ составила 67,9%, специфичность - 42,3%. Чувствительность РКТ была наибольшей и составила 92,8%, специфичность - 42,8%. Чувствительность МРТ составила 85,7%, специфичность - 42,8%.

В диагностике лимфогенного метастазирования предпочтительной является компьютерная томография (чувствительность 92,8%).

У пациентов, перенесших трансуретральную резекцию мочевого пузыря с опухолью в зоне пузырно-мочеточникового сегмента, морфо-функциональный ультразвуковой мониторинг уродинамики следует проводить через 1-1,5 мес. после операции.

В последнее время широкое распространение получает использование ПЭТ/КТ при определении первичной опухоли мочевого пузыря, в проведенных исследованиях было показано что в сравнении с контрастным КТ исследованием чувствительность метода выше (85% против 77%), но специфичность оказалось ниже (25% против 50%).

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ БИОХИМИЧЕСКОГО РЕЦИДИВА У ОПЕРИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ РАКОМ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НА ОСНОВАНИИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ДАННЫХ И ПРЕДОПЕРАЦИОННОГО УРОВНЯ ПСА.

Ф.А. Гулиев, Э.Ш.Халилов.

Национальный Центр Онкологии, г.Баку

Цель: Определить послеоперационные прогностические факторы и предоперационный уровень ПСА в предсказании биохимического рецидива (БХР) после хирургического лечения больных раком предстательной железы (РПЖ).

Материал и методы: В ретроспективный анализ включены 100 пациентов с клинически локализованным и местно-распространенным РПЖ, которым была выполнена открытая радикальная простатэктомия (РПЭ) в Национальном центре онкологии МЗ Азербайджана и РНПЦ ОМР им. Н.Н. Александрова Республики Беларусь. Средний возраст пациентов составил $64,3 \pm 6,8$ (от 57 до 79) года, а средний уровень ПСА - $19,3 \pm 22,2$ (0,5-54,6) нг/мл. Рассчитана выживаемость пациентов до БХР по методу Каплана-Мейера. Выполнены моно- и мультивариантный анализ с использованием пропорциональной модели Кокса с целью распределения пациентов в прогностические группы. Выживаемость до БХР определялась, как время от операции до роста ПСА выше 0,2 нг/мл, подтвержденного не менее чем в двух последовательных анализах.

Результаты: При мультивариантном анализе между статистически значимыми переменными независимое прогностическое значение имели только патоморфологическая

стадия опухолевого процесса и дооперационный уровень ПСА ($p < 0,001$). На основании сочетания этих признаков разработана прогностическая классификация прогнозирования риска БХР, позволяющая разделить больных РПЖ после РПЭ на 4 прогностические группы риска (низкий, умеренный, высокий и крайне высокий) с 3-летней выживаемостью до БХР: $87,3 \pm 5,9\%$; $78,2 \pm 7,9\%$; $49,0 \pm 6,2\%$ и $40,1 \pm 5,3\%$, соответственно ($p < 0,001$). Пациенты с pT3a/b-4N0 или pT2-4N1 стадиями РПЖ, а также пациенты с предоперационным уровнем ПСА более 40 нг/мл независимо от стадии болезни имеют высокий риск развития БХР после РПЭ.

Выводы: Использование послеоперационных моделей прогнозирования позволяет выявить пациентов высокого риска развития биохимического рецидива после радикальной простатэктомии, которые могут получить преимущества от проведения ранней адьювантной терапии.

ПАЛЛИАТИВНАЯ ПОМОЩЬ БОЛЬНЫМ С МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННЫМ И МЕТАСТАТИЧЕСКИМ РАКОМ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Ф.А.Гулиев, Т.Н.Мусаев

Национальный центр онкологии, г.Баку

Рак предстательной железы (РПЖ) в структуре онкологической заболеваемости мужского населения Азербайджанской Республики занимает одно из лидирующих мест. Заболеваемость РПЖ в 2013 году составила 4,3 случая на

100 000 мужского населения. Учитывая, длительное бессимптомное течение болезни и отсутствие скрининговых программ, частота встречаемости РПЖ в локализованных формах в Азербайджане составляет всего лишь 23%. Еще 48% приходится на долю пациентов с местно-распространенными формами, а остальные 29% пациентов к моменту установления диагноза, уже имеют отдаленные метастазы в те или иные органы.

Довольно часто, когда пациенты обращаются за помощью, по поводу осложнений основного заболевания, медикам приходится прибегать к наложению цистостомического дренажа, что значительно снижает качество жизни пациентов с РПЖ. У пожилых людей и больных с выраженной сопутствующей патологией часто выполняют паллиативные эндохирургические вмешательства для восстановления адекватного мочеиспускания. Одна из широко применяемых методик – трансуретральная резекция (ТУР) предстательной железы с целью устранения инфравезикальной обструкции. В литературе встречается много работ, посвященных данной проблеме. Многие авторы считают, что ТУР предстательной железы у пациентов с РПЖ является операцией вследствие, чего происходит диссеминация опухолевых клеток. Однако А. Joseph и авторы в 1999 году разработали и включили ТУР простаты в стратегию стандартной терапии генерализованного и местно-распространенного РПЖ.

Материалы и методы. В отделение онкоурологии НЦО МЗ АР в период с 2010 по 2013 года было госпитализировано 59(100%) пациентов с местно-распространенным и метастатическим РПЖ.

Из них у 17(29%) нарушение мочеиспускания было связано с распространением опухолевого процесса в область треугольника Лъето. У этих же пациентов на УЗИ был выявлен выраженный уретерогидронефроз с обеих сторон. Всем 17 пациентам была наложена билатеральная нефростомия под местной анестезией.

У остальных 42(71%) пациентов была острая либо частичная задержка мочи из-за опухолевой обструкции простатической уретры. 36(61%) Пациентам выполнена ТУР предстательной железы. 6(10%) пациентам из-за тяжелой сопутствующей патологии была наложена цистостома.

Результаты.Выполнение паллиативных операций способствовало нормализации функции почек, улучшению самочувствия и общего состояния пациентов, что позволили продолжить комплексную медикаментозную терапию с целью обеспечения физиологических функций.

В дальнейшем пациентам назначалось мультикомпонентное консервативное лечение, предусматривающее следующее воздействие на опухоль предстательной железы:

- 1). Циторедуктивная терапия – применение гормональной и химиотерапии.
- 2). Патогенетическая терапия – воздействие на костные метастазы (если таковые имеются).
- 3). Симптоматическая терапия – α -адреноблокаторы, анальгетики, уросептики.

Долговременная комплексная медикаментозная терапия позволяет значительно повысить качество жизни больного и ее продолжительность.

Выводы. По нашим сведениям, продолжительность и качество жизни больных местно-распространенным РПЖ увеличивается при выполнении технически непростых паллиативных операций, устраняющих урологические проблемы.

Таким образом, выявлено что, существуют резервы для улучшения качества лечения больных РПЖ при местно-распространенном процессе

QEYRI-İVAZİV SİDİK KİSƏSİ XƏRÇƏNGİNİN MÜALİCƏSİNİN MÜASİR PRİNSİPLƏRİ

E.C.Qasimov

Azərbaycan Tibb Universiteti.Bakı ş.

Giriş: sidik kisəsi xərçəngi ümumi onkoloji xəstəliklər içərisində ağır xəstəliklərdən olub urogenital sistemin şişləri arasında prostat vəzi xərçəngindən sonrakı yeri tutaraq son zamanlar tez-tez rast gəlinir.Müasir dövrdə SKX-in müalicəsi xüsusilə də onun səthi və yerli yayılmış formalarında radikal müalicə növünün seçilməsi onkouroloqların qarşısında duran aktual problemlərdən biri olaraq qalmaqdadır.Problemin aktuallığı isə xəstələrin vaxtında ixtisaslaşmış həkimlərə müraciət etməməsi,invaziya dərəcəsinin dəqiq müəyyən edilməməsi və radikal müalicənin düzgün seçilməməsilə bağlı olmuşdur.

Tədqiqatın məqsədi:Apardığımız tədqiqatın məqsədi müasir müayinə metodlarından ayrıca və kompleks şəkildə istifadə etməklə

adı çəkilən patologiyada prosesin invaziya dərəcəsinə düzgün təyin etməklə radikal müalicə növünün seçilməsi olmuşdur.

Tədqiqatın materialı və metodları: Tədqiqat işi Azərbaycan Tibb Universitetinin urologiya kafedrasının Respublika Klinik və Mərkəzi Dənizçilər xəstəxanasının nəzdində olan bazasında 2006-2013-ci illər ərzində SKX diaqnozu qoyulmuş, müayinə və müalicə almış 123 xəstəni əhatə etmişdir. Bu xəstələrdə adı çəkilən patologiya erkən mərhələdə olduğu üçün orqansaxlayıcı əməliyyat aparılmışdır. Orqansaxlayıcı əməliyyat olunan xəstələrin yaş həddi 29-77, kişi-99, qadın-24 olmuşdur. Əməliyyat növünün seçilməsi əsasən törəmənin sidik kisəsində yerləşməsindən, ölçüsündən, sayından və invaziya dərəcəsiindən asılı olmuşdur. Aparılan müayinələrə görə 39 (31,7%) xəstədə şiş toxuması sidikliyin sol yan arxa divarında yerləşmiş bunların 6-da şiş toxuması axarların mənfəzinə yaxın yerləşərək sol tərəfli ureterohidronefroz əmələ gətirmiş, 37 (30,1%) xəstədə törəmə sidikliyin sağ yan arxa divarında bunların 7-də şiş toxuması axarın mənfəzinə yaxın yerləşərək yuxarı sidik yollarında hidronefrotik transformasiya əmələ gətirmiş, qalan xəstələrdə isə mənfəzdən 1,5-2 sm aralı yerləşmişdir. 15 (12,2%) xəstədə şiş toxuması sidikliyin arxa divarında, 19 (15,4%) xəstədə ön divarda, 13 (10,6%) xəstədə zirvə nahiyəsində yerləşdiyi müəyyən edilmişdir. Müayinəyə əsasən nəinki törəmənin yerləşməsi hətta sayı, ölçüsü çox dəqiqliklə müəyyən edilmişdir. Xəstələrin 79-da 1 ədəd, 33-də 2 ədəd, 11-də 3 ədəd şiş toxuması aşkar olunmuşdur. Bunların 38-də törəmənin ölçüsü 2-3 sm, 17-də 2-2,5 sm 42-də 3-3,5 sm, 26-da 3,5-4,5 sm. Sidik kisəsində törəmənin yerləşməsindən və invaziya dərəcəsiindən asılı olaraq 14 (11,3%) xəstədə sidikliyin sol-yan arxa divarının rezeksiyası və sol tərəfli ureterosistoneostomiya, 22 (17,8%) xəstədə sol-yan arxa divarın rezeksiyası, 11 (8,9%) xəstədə sağ-yan arxa divarın rezeksiyası və sağ

tərəfli ureterosistoneostamiya, 19(15,4%) xəstədə sağ-yan arxa divarın rezeksiyası, 11 (8,9%) xəstədə sidiklikdən keçməklə arxa divarın rezeksiyası (S.B.İmamverdiyevin təklif etdiyi üsulla-1998) 25(20,3%) xəstədə sidiklik divarının elektrozeksiyası, 21 (17,0%) xəstədə transuretral rezeksiya (TUR) əməliyyatı icra edilmişdir. Güclü dizurik əlamətləri və hematuriyası olmayan, sidikliyin tutumu 150ml-dən artıq olan, boyun nahiyəsinə infiltrasiya etməyən, ölçüsü böyük olmayan, dərin qatlara invaziya etməyən hallarda orqansaxlayıcı əməliyyatın aparılmasını məqsədə uyğun hesab edərək həyata keçirmişik. Orqansaxlayıcı əməliyyatlar klinikamızda açıq və qapalı üsulla həyata keçirilmişdir. Ölçüsü kiçik olan, dərin qatlara invaziya etməyən və sidiklikdə uyğun yerdə axarların mənfəzindən aralı yerləşən törəmələrdə TUR əməliyyatı aparmışıq. Sidik kisəsinin açıq və qapalı orqansaxlayıcı əməliyyatından sonra ən xoşa gəlməz hal xəstəliyin erkən dövrlərdə təkrar əmələ gəlməsi yəni residiv verməsi olmuşdur. SKX-in səthi formasında transuretral rezeksiya qızıl standart hesab olunmasına baxmayaraq əməliyyatdan sonrakı yaxın vaxtlarda 40-70% residivin əmələ gəlməsini bir çox vətən və xarici müəlliflər söyləmişlər. Hətta bəzi müəlliflər sidikliyin açıq əməliyyatından sonra residivin rast gəlmə tezliyinin 30-90% olduğunu qeyd edirlər. Orqansaxlayıcı əməliyyatdan sonra residivin rast gəlmə tezliyini azaltmaq üçün çoxlu sayda müalicə üsulları təklif edilmişdir. Bir çox tədqiqatçılar residivin rast gəlmə tezliyini azaltmaq üçün əməliyyat öncəsi şüa və kimyəvi dərman terapiyasına, digər tədqiqatçılar isə əməliyyatdan sonra ardıcıl 10-15 seans şüa və dərman terapiyasının aparılmasına üstünlük vermişlər. Lakin bunlardan fərqli olaraq biz klinikamızda işlənmiş, praktikada təcrübədən keçmiş və qənaətbəxş nəticələr alınmış endovezikal kimyəvi dərman müalicəsini əhəmiyyətli hesab etmişik. Əməliyyatdan bir ay sonra yarası birincili sağalan xəstələrə

həftədə bir dəfə 8 həftə, ayda iki dəfə 2 ay, ayda bir dəfə olmaqla 8 ay hər dəfə 30-50 mq, 10-15ml fijooloji məhlulda həll edilmiş şiş əleyhinə dərmanlar(adriomisin, adriblastin, doxirubisin, mitomisin C) endovezikal yolla sidikliyə yeridilmiş 2 saat saxlandıqdan sonra sidiyə getməklə boşaldılır. Əməliyyatdan sonra ardıcıl endovezikal dərman müalicəsi alan mütamadi bizimlə əlaqə saxlayan xəstələrdə residivin rast gəlmə tezliyi minimuma enmişdir. Orqansaxlayıcı əməliyyat olunanlarda T1N0M0-16, T2N0M0-31, T2aN0M0-13, T2bN0M0-12, T3N0M0-31, T3aN0M0-20 xəstə olmuşdur. Bütün xəstələrdə əməliyyat zamanı çıxarılmış makropreparatın patohistoloji müayinəsi aparılmışdır: Keçid hüceyrəli xərçəng 55 (44,7%) G1-21, G2-13, G3-15, GX-6, yastı hüceyrəli xərçəng 36 (29,2%) G1-16, G2-12, G3-8, adenokarsinoma 19 (16,6%) G1-8, G2-4, G3-3, GX-4, malginizasiya etmiş papiloma 13 (11,4%) xəstədə olmuşdur. Xəstələrin çox hissəsində patohistoloji cavab keçid hüceyrəli yüksək diferensiasiya etmiş xərçəng olmuşdur.

Tədqiqatın nəticəsi: Sonda aparılan tədqiqatın nəticəsinə əsasən belə qənaətə gəlmək olar ki, SKX-in qeyri-invaziv formalarında yuxarı sidik yollarında və böyrəklərdə ciddi dəyişikliklər olmayan və boyun nahiyəsində törəmə aşkarlanmayan xəstələrdə orqansaxlayıcı əməliyyat aparmaqla, əməliyyatdan sonra sxemli klinikamızda işlənmiş üsulla antiresidiv endovezikal kimyəvi dərman müalicəsi tətbiq etməklə effektiv nəticələrə nail olmaq mümkündür.

СОСТОЯНИЕ ИОННОГО И УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНОВ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ЖЕЛУДКА ПОСЛЕ РАСШИРЕННО-КОМБИНИРОВАННЫХ ГАСТРЭКТОМИЙ

А.Г.Гасымов, А.Р.Алиев

Национальный центр онкологии, г. Баку

Влияние хирургического лечения рака желудка на функциональное состояние поджелудочной железы можно разделить на два определяющих взаимосвязанных вида: общая хирургическая агрессология и изменения функционального и органического состояния поджелудочной железы вследствие объема выполненной расширенной лимфодиссекции и ее резекции при комбинированной гастрэктомии.

Проявление этих воздействий различаются в зависимости от общего состояния больного, продолжительности операции, её травматичности и анестезиологического обеспечения. В то же время, она находится под воздействием «вредного» влияния последствий агрессивных факторов, обусловленных воздействием на нее эффекта наркоза и операции. Хирургическая травма, обусловленная радикальными операциями у больных раком желудка, является одним из факторов, приводящих к развитию или прогрессированию нарушений как в углеводном, так и ионном обменах.

Цель работы: изучение нарушений углеводного и ионного баланса у больных раком желудка в периоперационном периоде.

Материал и методы: В исследование включены 76 больных раком желудка, подвергнувшимся в отделении абдоминальной онкологии Национального центра онкологии

расширенно-комбинированным экстирпациям желудка, включающим в себя обязательным компонентом различного рода манипуляции и объема резекции поджелудочной железы.

Для оценки и характеристики углеводных нарушений определялся уровень глюкозы крови с помощью аппарата ISE Electrolit. На аппарате Architechtt Abbott (USA) определялся уровень K^+ плазмы крови и K^+ в моче. Исследования в составе биохимических анализов проводились до операции, в последующих периоперационных периодах.

Результаты исследования: в первые трое послеоперационные сутки после расширенно-комбинированных гастрэктомий, сопровождающихся манипуляциями на поджелудочной железе у 66 (86,8%) больных отмечается наличие гипергликемии, причем у 32 (42,1%) пациентов выше верхней границы нормы свыше 30% (глюкоза в крови $10,2 \pm 0,6 - 7,4 \pm 0,5$ ммоль/л). Изучение ионного состояния в сыворотке крови показало умеренное повышение ионов K^+ в плазме. При этом отмечается повышенное выделение его с мочой. В дальнейшем на четвертые послеоперационные сутки повышенное содержание в крови глюкозы отмечено у 52 (68,4%) больных. При этом, необходимо отметить, что у этой категории пациентов в дальнейшем при исследовании K^+ в плазме крови отмечается стойкая, и что не мало важно плохо поддающаяся в дальнейшем коррекции гипокалиемия ($2,7 \pm 0,2$ ммоль/л). Необходимо отметить, что в данной работе рассмотрены больные раком желудка с нормальными исследуемыми показателями до оперативного вмешательства.

Выводы: Таким образом, у преобладающего большинства больных раком желудка после проведения расширенно-комбинированных гастрэктомий отмечается нарушение

углеводного и ионного обменов, проявляющихся гипергликемией и впервые трое суток умеренной гипер-, а в последующие сутки стойкой гипокалиемией.

DİVARALIĞI PATOLOGİYALARININ DİAQNOSTİKASINDA ENDOBRONXIAL ULTRASƏS CİHAZININ PRAKTİK ƏHƏMİYYƏTİNİN QIYMƏTLƏNDİRİLMƏSİ.

*R.Məmmədov , A.Rəhimov , N.Əliyeva, A.Musayeva
Milli Onkologiya Mərkəzi, Bakı ş.*

Məqsəd: Endobronxial ultrasəs cihazı ağciyər xərçənginin diaqnostikasında gündən-günə daha geniş istifadə olunur. Transbronxial endoskopik ultrasəs müayinəsinin (EBUS) tətbiq sahəsinə aşağıdakılar daxildir: divaralığı törəmələri, limfa düyünləri, damar strukturları və tənəffüs yollarının divarlarının müayinəsi. Bu müayinə bronxoskopik aparılan transbronxial punksiyalardan daha üstündür və eyni zamanda ağciyər xərçənginin diaqnostikasında istifadə olunan mediastinoskopiyanı getdikcə tamamilə əvəz edə bilər. Bu tədqiqatın məqsədi EBUS-un ambulator şəraitdə istifadəsinin effektivliyini, təhlükəsizliyini və etibarlı olmasını nümayiş etməkdir.

Materiallar və üsullar: 2013-cü ilin iyun-noyabr aylarında Milli Onkologiya Mərkəzinin poliklinika şöbəsində 37 xəstəyə 43 Transbronxial endoskopik ultrasəs aləti vaitəsilə transbronxial və transezofageal yolla divaralığında yerləşən törəmələrdən biopsiyalar götürüldü və patositomorfologiya laboratoriyasına göndərildi. Həmin müayinələrin nəticələri retrospektiv olaraq dəyərləndirildi. Ağciyərdə

olan törəmələr ilkin olaraq kompyuter tomoqrafiyası ilə aşkar olundu, ölçüləri müəyyən edildi. Biopsiyalar subkarinal bölgədən, bronx, traxeya və qida borusu ətrafı yerləşən patoloji törəmələrdən götürüldü. Müayinə ümumi anesteziya və ya yerli keyitmə altında aparıldı. Ümumi anesteziya altında aparılmış müayinələrin əksəriyyətində endotraxeal narkoz (intubasion narkoz) tətbiq olundu. Müayinə Olympus şirkətinin EU-M1 endoskopik ultrasəs prosesoru və BF UC 180F transbronxial bronxoskop vasitəsilə aparıldı. Biopsiya 21 vəya 22 Gauge ölçülü iynələr ilə götürüldü. Müayinə zamanı alınmış sitoloji materialın əksəriyyəti sitomorfoloqlar tərəfindən elə müayinə otağında boyandı, yerindəcə mikroskopun altında baxıldı. Təcili aparılan sitoloji müayinənin böyük üstünlükləri var. Mikroskop altında baxıldıqda yaxmada şiş hüceyrələrinin tapılması müayinəni bitirməyə əsas verir. Beləliklə lazımsız punksiyaları aparmamaqla, punksiyaların ümumi sayı azalmış olur. Müayinədən sonra intubasiya olunan xəstələr 1 saat, sedasiyasız xəstələr isə 10-15 dəqiqə ərzində reabilitasiya otağında monitor nəzarəti altında saxlanılırdı. Heç bir problem yaranmadığı təqdirdə xəstələr həmin gün evə yazılırdılar.

Nəticələr: Aparılan tədqiqatda 37 xəstəyə 43 müayinə aparıldı. Onlardan 10-u qadın, 27-si kişidir. Orta yaş həddi 57.5-dir (22-82). Ümumi effektivlik 72 % (37/43) alındı: Adenokarsinoma 5, Yastı epitel karsinoması 4, Kiçik hüceyrəli karsinoma 7, Qeyri-nekrotik granulematoz 2, Malign epitelial tumor-karsinoma 7, malign negativ 6, Fibrin və epitel toxuması 12. Müayinələrdən sonra bilavasitə və gecikmiş fəsadlar qeydə alınmadı.

Yekun: Yuxarda göstərilən nəticələri yekunlaşdıraraq demək olar ki, transbronxial endoskopik ultrasəs cihazı vasitəsilə divararlığında yerləşən patoloji törəmələrin patositomorfoloji

verifikasiyası mümkündür. Aparılan müayinələrin effektiv və təhlükəsiz olması bizim tədqiqatda müşahidə olundu.

**ПЕРСПЕКТИВЫ ИЗУЧЕНИЯ ХАРАКТЕРА ИЗМЕНЕНИЯ
ПОКАЗАТЕЛЕЙ ФУНКЦИЙ СИСТЕМЫ
АНТИОКСИДАНТНОЙ ЗАЩИТЫ У БОЛЬНЫХ
ХРОНИЧЕСКИМ
ГЕПАТИТОМ С, ПОЛУЧАЮЩИХ ПРОТИВОВИРУСНОЕ
ЛЕЧЕНИЕ**

*А.Ю.Магамедли, И.Н.Ахмедова, Н.О.Гудратов
Институт физиологии им.А.И.Караева НАН Азербайджана;
Республиканский центр по борьбе со СПИД, г.Баку*

Печень является главным органом, обеспечивающим защиту организма от эндогенных продуктов клеточного метаболизма и экзогенных веществ, поступающих извне или образовавшихся в ходе межклеточного обмена и способных оказывать на организм токсическое воздействие на организм. Такая защита осуществляется печенью путем химического превращения подобных веществ, приводящего к уменьшению токсичности или повышению водорастворимости, облегчающему их выведение из организма. Совокупность всех этих механизмов иногда именуют "метаболической защитой".

Известны две основные биохимические системы детоксикации, тесно связанные с печенью: собственно систему метаболической детоксикации и систему антиоксидантной защиты организма от токсического воздействия свободных радикалов.

Необходимо особо отметить, что в детоксикации ксенобиотиков важную роль играет функционирование биохимической системы антиоксидантной защиты организма,

обеспечивающая нейтрализации токсических свободнорадикальных соединений и перекисных соединений.

Эта система представлена глутатионом (ГН) - трипептидом, который синтезируется в печени и функционально связан с особой группой ферментов - оксидоредуктаз, глутатионпероксидазой, глутатионредуктазой, супероксиддисмутазой, каталазой, пероксидазой и др., принимающих непосредственное участие в тиоловом обмене.

Известно, что дисфункции печени, лежащие в основе патогенеза клинически манифестных форм всех вирусных гепатитов и, ныне наиболее распространенного гепатита С (ГС), сопровождаются сдвигами в функционировании упомянутой выше биохимической системы. Более того, известно, что глутатион обеспечивает сохранение каталитической активности тиоловых ферментов и нормальную утилизацию клетками глюкозы, поскольку он является активным началом фермента глиоксалазы.

К настоящему времени установлено, что в патогенезе вирусных гепатитов и, в том числе, ГС, не последнее значение играют и ослабление функций системы антиоксидантной защиты организма, связанной с метаболизмом соединений ГН. Очевидно, что дисфункция этой системы ведет к накоплению в организме недоокисленных и, в том числе, свободнорадикальных, продукты метаболизма, которые оказывают общетоксическое действие на многие системы жизнеобеспечения и, в том числе, иммунную систему и опосредуемые ею эффекты.

В то же время практически не исследован вопрос о характере влияния комбинированного противовирусного лечения на функциональное состояние биохимической системы антиоксидантной системы защиты организма. Между есть ряд весомых оснований полагать, что исследование такого влияния может иметь важное научно-практическое значение и, в том числе, для дальнейшей разработки подходов, способных

ослабить побочное токсическое влияние такого лечения и повысить его переносимость пациентами.

TRANSFUZION XRONİKİ VİRUSLU HEPATİTLƏRİN MÜALİCƏSİNDƏ TƏCRÜBƏMİZ

N.M.Nağıyeva

Mərkəzi Neftçilər Xəstəxanası, Bakı ş.

Səhiyyənin əsas problemlərindən biri hər il bir milyondan artıq insanda ilkin olaraq aşkarlanan parenteral viruslu hepatitlərdir. Qaraciyər sirrozu və hepatosellulyar karsinoma nəticəsində baş verən ölüm hallarını məhz bu xəstəliklərlə bağlayırlar. B və C viruslu hepatitlərin xroniki formalarının müalicəsi və praktik səhiyyənin bu yöndə effektiv metodlarının axtarışı daha çətin və vacib məsələlərdən biri olaraq qalmaqdadır.

2006-2013-cü illər ərəfəsində Mərkəzi Neftçilər Xəstəxanasında müşahidə altında olan xroniki B və C viruslu hepatit diaqnozlu 126 xəstənin müayinə və müalicəsi aparılmışdır. Aparılan tədqiqatın məqsədi xroniki B və C viruslu hepatit xəstələrinin virus əleyhinə terapiyasında müalicə taktikasının təkmilləşdirilməsi və kliniki effektivliyinin yüksəldilməsi, həmçinin müxtəlif virus əleyhinə müalicə metodlarının keçirilməsinin qiymətləndirilməsi olmuşdur.

Bu xəstələrdən 62 nəfəri hepatit B virusu (HBV), 64 nəfəri hepatit C virusuna (HCV) yoluxmuş insanlar idi. Bütün xəstələrə viruslu hepatitlərin diaqnostikasında istifadə olunan ümumi laborator

klinik və biokimyəvi testlər dinamik olaraq təyin olunmuşdur. Virusoloji müayinələr üçün Polimeraz Zəncirvari Reaksiya (PZR) metodundan istifadə edilmişdir.

Xroniki C viruslu hepatit xəstələrinin əksəriyyətində (47 nəfər; 73,4%) HCV-nun 1-ci genotipi aşkar edilmişdir. 5 nəfərdə 2-ci genotip (7,8%), 12 nəfərdə isə 3-cü genotip (18,8%) aşkarlanmışdır. Genotiptən asılı olaraq xəstələrə virus əleyhinə müalicənin müxtəlif sxemləri tətbiq olunmuşdur.

Müraciət edən xəstələrdən 62 nəfərinə xroniki B viruslu hepatit diaqnozu qoyulmuşdur. Bu xəstələrə virus markerləri və HBV-DNA təyini aparılmışdır. Xroniki B viruslu hepatit xəstələrinin 44 nəfərində (71%) HbeAg mənfi olmuşdur.

Tədqiqat aparılan bütün xəstələr müalicə üçün 4 qrupa bölünmüşdür.

1-ci qrupa daxil edilən xroniki B viruslu hepatit diaqnozu ilə 30 nəfər xəstənin virus əleyhinə müalicəsində Pegilə olunmuş interferon- α 2a 180 mkq + Ribavirin sxemindən istifadə edilmişdir.

2-ci qrupu təşkil edən xroniki B viruslu hepatit diaqnozlu 32 nəfər xəstəyə nukleozid analogları təyin edilmişdir.

3-cü qrupu təşkil edən xroniki C viruslu hepatit diaqnozlu 37 nəfərə Pegilə olunmuş interferon- α 2a 180 mkq + Ribavirin təyin edilmişdir.

4-cü qrupa daxil olan xroniki C viruslu hepatit diaqnozlu 27 nəfərə isə Pegilə olunmuş interferon- α 2a 180 mkq + Ribavirin + Zadaxin 1,6 mq təyin edilmişdir.

Müalicənin effektivlik kriteriləri kimi HCV-RNA və ya HBV-DNA titrlərinin aşkarlanmaması, terapiya kursunun sonunda AlAT-in normallaşması və xroniki B viruslu hepatit zamanı HbeAg və HbsAg serokonversiyası nəzərdə tutulmuşdur. Müalicə ərəfəsində əksər xəstələrdə transaminazların göstəriciləri normallaşmış, ilkin

virusoloji cavab əldə edilmişdir. Müalicə bitdikdən 48 həftə sonra xəstələri müayinə etdikdə, onlarda xəstəliyin biokimyəvi və virusoloji remissiyaları saxlanılmışdır. Bir qrup xəstələr isə müalicəyə “cavab verməmişdir”. Bu xəstələrdə müalicə müddətində transaminazaların aktivliyinin yüksək göstəriciləri və virusemiya saxlanılırdı. Digər xəstələrdə isə müalicə zamanı virusemiya aşkarlanmasa da müalicə bitdikdən sonra

18-FDG PET/CT FINDINGS IN DIFFERENTIAL DIAGNOSIS PRIMARY CNS LYMPHOMA AND HIGH GRADE GLIOMAS

*F. Novruzov, S. Wan, J. Connelly, J. Bomanji, İ. Kayani
Azerbaijan National Center of Oncology, Baku ş.
University College London Hospital, London*

Aim: The differentiation of contrast enhancing gliomas and central nervous system lymphoma from one another is not always easy differentiating on conventional MR imaging. The therapeutic approaches differ in each case which has led other authors to evaluate brain lesions on the basis of their metabolic activity on 18F-FDG PET. In the present study, we have retrospectively examined the differentiation of enhancing CNS lymphoma and gliomas using 18F-FDG PET/CT by applying ratios of SUVmax.

Method: We retrospectively evaluated 42 consecutive patients (18 women, 24 men; mean age, 58.7 years; range, 15-78 years) from the University College London Hospital, who were diagnosed CNS lymphoma (n = 12) and gliomas (n = 30). All patients had MR brain and PET/CT performed as per clinical need. All CNS

lymphomas and gliomas were diagnosed by biopsy, clinical and radiological follow-up.

Results: CNS lymphoma parameters like SUVmax, SUVavg, Tmax: Cimax, Tmax:Ccmax, Tmax:WMimax and Tavg:Ciavg parameters of CNS lymphoma were significantly higher than High Grade Gliomas($p < 0.02$).

Conclusion: The study showed that in addition to commonly used SUVmax, Tmax: WMimax is also accurate parameter in differential diagnosis of lymphoma from other enhancing brain tumors in FDG PET. This data suggests that FDG-PET imaging in Primary CNS Lymphoma is useful and may have a role in response assessment.

Key words: F18-PET, CNS Lymphoma, GBM, FDG

SÜD VƏZİ BƏD XASSƏLİ ŞİŞLƏRİNİN DİAQNOSTİKA VƏ MÜALİCƏSİ - MOM ÜZRƏ 20 İLLİK GÖSTƏRİCİLƏR VƏ BUNLARIN YAXŞILAŞDIRILMASI YOLLARI.

*S.E.Rəhim-zadə., A.A.Kərimli ., A.A.Rəhimov., A.E.Abasov., E.B. Mansurov
Milli Onkologiya Mərkəzi , Bakı ş.*

Giriş: Süd vəzi bəd xassəli şişləri (SVBXŞ) bütün dünya ölkələrində olduğu kimi Azərbaycan Respublikasında qadınlar arasında ilk dəfə aşkar olunan bütün bəd xassəli şişlər arasında ən çox rast gəlinəndir və bu patologiya ilə xəstələnmə halları ildən- ilə yüksəlir. (Ə.C. Əliyev və həmmü. 2012) Nəticədə xəstəliyin müalicəsi təbabətin , hətta cəmiyyətin ən mühüm problemlərindən birinə çevrilib. Effektiv müalicə isə erkən diaqnostika və elmi sürətdə

əsaslandırılmış müalicə tədbirlərindən asılıdır. Belə ki ,şişönü xəstəliklərin vaxtsız vaxtda hallarda SVBXŞ-nin erkən mərhələlərində dövlət büdcəsinə daha az vəsait hesabına başa gələn üzv qoruyucu yerli müalicə üsullarını tətbiq etməklə (cərrahi və ya şüa) xəstəliyin gecikmiş mərhələlərində istifadə olunan və çox vəsait tələb edən ümumi təsirli müalicəyə (çox saylı polikimyəvi və target dərmanları) nisbətən xəstələrin uzun müddətli və keyfiyyətli yaşaması təmin olunur.

Məqsəd: Süd vəzi (SV) müxtəlif xəstəlikləri , o cümlədən SVBXŞ olan xəstələrin ən çox müraciət etdiyi aparıcı elm və tibbi mərkəzin materialları əsasında bu patologiyanın diaqnostik və müalicə göstəricilərinin öyrənilməsi və bu göstəricilərin yaxşılaşdırılması üçün müvafiq təşkilati nəticələrin çıxarılması.

Material və metod: Son 20 ildə (1994-2013- cü illərdə) Milli Onkologiya Mərkəzinə (MOM) müraciət edən xəstələrin tibbi sənədləri retrospektiv formada öyrənilmişdir. Həmin müddət ərzində MOM-a 166987 xəstə müraciət etmişdir. Bunlardan 27,8% -ni (46376 nəfər) müxtəlif növ SV xəstəlikləri olan xəstələr təşkil etmişdir. Xəstələrin 2/3-dən çoxu (müxtəlif illərdə 61.7-76.7%) 35-64 yaş qrupunda olmuşdur.

Nəticələr və müzakirə Öyrənilən 20 il müddətində xoş və bəd xassəli , həmçinin müxtəlif qeyri-onkoloji SV xəstəlikləri durmadan sürətlə artmışdır. Belə ki, 1994- cü ildə öncə qeyd olunan bütün SV xəstəlikləri 525 olmuşdur və bu bütün müraciət edən xəstələrin (3125) 16,9%-ni təşkil etmişdir. Bu göstəricilər artıq 2013-cü ildə müvafiq olaraq 8802 ; 28553 və 30,8% olmuşdur. Beləliklə bütün SV xəstəlikləri üzrə müraciət 16,7 dəfə artmışdır. Müayinələrdən sonra MOM-da spesifik müalicə təyin olunan xəstələr 1994-cü ildə 482 olmuşdursa , bu göstərici 2013-cü ildə 1961 olaraq 4 dəfədən çox artmışdır. Dəfələrlə olan bu artım onu zəruri edir ki, SV-nin müxtəlif

xəstəliklərinin , xüsusi ilə də SVBXŞ - nindiaqnostikası və müalicəsi ilə məşğul olan yüksək səviyyəli ixtisaslaşmış tibb bölmələri yaradılsın.Buna MOM nəzdində müvəffəqiyyətlə fəaliyyət göstərən mammoloji mərkəz (MM) nümunə ola bilər . Belə ki , əsas fəaliyyətinə 2009-cu ildən başlayan MM-ə son 5 ildə müxtəlif SV xəstəlikləri ilə müraciət edən xəstələrin sayı öncəki 15 ildə (1994-2008 – ci illər)müraciət edən xəstələrin sayından3,6 dəfə çox olmuşdur. Həmin müddətlərdə SV şişlərinə görə MOM-daspesifik müalicə təyin olan xəstələrin sayı müvafiq olaraq 9125 və 7559 olmuşdur – xəstələrin sayı illər üzrə artmışdır. Lakin xəstələrin tibbi savadlılığının və onların ilk dəfə müraciət etdiyi ümumi-müalicə profilaktika tibb müəsisələri həkimlərinin (genikoloqlar , ümumi cərrahlar və s) onkololi ehtiyatlılığının aşağı olması səbəbindən SVBXŞ-nin diaqnostikasında yaxşılaşma qeyd olunmur. Oudur ki ,bu istiqamətdə MM tərəfindən müvafiq tədbirlər (görüşlərin təşkili ,SV xəstəlikləri haqqında izah edici açıqcaların hazırlanması , profilaktik baxışlar və s.) həyat keçirilir .20 il müddətində MOM-da müayinələrdən sonra 16684 xəstəyəSV şişi diaqnozu ilə müvafiq müalicələr təyin olunmuşdur.SV-nin xoş və erkən mərhələdə olan bəd xassəli şişlərinə görə cərrahi müalicə11245 (67,4%) xəstəyə təyin olunmuşdur. Həmin dövrdə şüa müalicəsi 1383 (8,3 %) xəstəyə , kimyəviterapiya isə3648(21,9 %)xəstəyə təyin olunmuşdur.Bu göstəricilər 1994-cü ildə müvafiq olaraq360 (74,7%) ; 57 (11,8%) ; 65 (13,5%) və 2013-cü ildə 1194 (60,9%) ; 283 (14,4%) ; 432 (22,0%) olmuşdur. Beləliklə SVBXŞ-nin erkən mərhələlərində tətbiq olunan cərrahi müalicəyə məruz qalan xəstələrin miqdarı % hesabı ilə azalmış , xəstəliyin gecikmiş mərhələlərində tətbiq olunan kimyəviterapiyanı alan xəstələrin miqdarı isə % hesabı ilə artmışdır. Bu rəqəmlər ona dəlalət edir ki,keçən 20 il müddətində SVBXŞ-nin diaqnostikası pisləşmişdir.Təəsüf doğuran hallardan biridə odur ki,

vizual üsv olan SV xəstəliklərinin diaqnostikasibir cox hallarda sadə palpasiya vasitəsi ilə də mümkün olmasına baxmayaraq 20 ildə 408 (2,4%) xəstəyə xəstəliyin gecikməsi ilə əlaqədar olaraq ancaq simptomatik müalicə təyin olub.Beləliklə SVBXŞ-nin erkən diaqnostikası üçün müəyyən tədbirlər həyata keçirilməlidir. Bunlardan biri skriningdir – hansı ki ,xəstəliklərin aktiv aşkar olunmasına yönəlmişdir . (S.E.Rəhim-zadə və həmmü. 2013) Bundan başqa MOM-da aktiv diaqnostikaüçünSəyyar Diaqnostik və Mammoloji Komplekslər fəaliyyətgöstəririlər . Nəticədə təkcə 2013-cü ildə keçirilən profilaktik baxışlarda 32 xəstədə SVBXŞ , 25 xəstədə SV fibroadenoması və 12 xəstədə SV kistası aşkar olunub. Beləliklə SVBXŞ – nin erkən diaqnostikası və şiş önü xəstəliklərin vaxtında aşkar olunması üçünəsas olaraq aktiv diaqnostik tədbirlərdən istifadə etmək lazımdır.Aktiv diaqnostik müayinə üsulu kimi MOM-da yeni təşkil olunmuş molekulyar onkologiya laboratoriyasını müasir və çox əhəmiyyətli imkanlarından da (BRCA1 və BRCA2 genləri mutasiyası təyini) istifadə etməyə başlamışıq.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ТРАНСТОРАКАЛЬНОЙ «TRU CUT» БИОПСИИ С ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ТОРАКОСКОПИЕЙ ПРИ ОПУХОЛЯХ СРЕДОСТЕНИЯ.

*А.Солтанов, Р.Багиров, А.Гатамов
Национальный центр онкологии, г.Баку*

Нами произведено 29 диагностической торакокопии и 56 трансторакальной «tru cut» биопсии при опухолях средостения. Самыми частыми верифицированными новообразованиями оказались лимфомы – 65,9%(56 из 85). Медиастинальная форма рака легкого верифицирована у 12,9%(11 из 85) и из них у 7 больных был выявлен мелкоклеточный рак, у 4 аденокарцинома. Новообразований вилочковой железы составили 20,0%(17 из 85) и среди них тимомы тип В2 диагностировались чаще. В одном случае была диагностирована герминогенная опухоль (эмбриональный рак) внегонадной локализации. В результате оценки возможностей торакокопии и трансторакальной «tru cut» биопсии в получении достаточного биопсийного материала, обнаружено, что у 28 (96,5%) больных после диагностической торакокопии и 49 (87,5%) больных после трансторакальной «tru cut» биопсии диагноз был точно гистологически верифицирован. Диагностическая ценность торакоскопической и трансторакальной «tru cut» биопсий при гистологической верификации образований средостения оказалась больше и существенно не различались, составляя 96,5 % и 87,5% соответственно. В настоящее время в получении биопсийного материала, несмотря на имеющиеся в арсенале другие диагностические методы, как эндосонографические биопсии,

ценность предлагаемого нами метода не утрачена и важным определяющим фактором показаний является локализация самой опухоли

SARKODİOS, KLİNİKA VƏ DİAQNOSTİKA.

Ə.A.Soltanov. A.Q.Hətəmov. R.R.Bağirov.

Milli Onkologiya Mərkəzi. Bakı ş.

Sarkoidoz – yunan sözü olub, sarkoidosis – sarkos, sarx ət, toxuma; eidos bənzər, oxşar, ətəbənzər deməkdir. Ədəbiyyatda xəstəliyin bir çox sinonimlərinə rast gəlinir. Benye-Beka-Şauman xəstəliyi. Xoşxassəli qranulematoz. Xroniki etiteloid qranulematoz. Epitelioid hüceyrəli retikuloendoteliyoz. Xoşxassəli limfoqranulematoz və s. Hazırda Xəstəliklərin Beynəlxalq Təsnifatına görə nozoloji vahid kimi Sarkoidoz adlanır.

Sarkoidoz sistem xəstəliyi olub qranulemofoz qrup xəstəliklərə aiddir ki, müxtəlif toxuma və orqanların distrofiyası, destruksiyası, sklerozu ilə xarakterizə olunur. Xəstəlik zamanı ən çox limfa düyünləri, ağciyərlər, qara ciyər, dalaq, sümüklər, tüpürcək vəziləri və s. zədələnir.

Xəstəlik haqqında ilk tarixi məlumatlar XIX əsrin axırlarına təsadüf edir və dermatoloq tərəfindən verilmişdir. 1877-ci il ingilis cərrah-dermatoloq C.Qatçinsov 2 xəstədə dəridə olan dəyişiklikləri təsvir etmiş və xəstənin adı ilə Mortimer xəstəliyi adlandırmışdır. 1889-cu il fransız dermatoloq E.Benye dəridə olan dəyişiklikləri bənövşəyi purpura – lupus pernio adlandırmışdır. 1889-cu il norveç

dermatoloqu S.Bek ilk dəfə sarkoidoz terminini söyləmiş və xəstəliyin dəridən başqa digər orqanları da zədələdiyini göstərmişdir.

Sarkoidoza ən çox 30-40 yaşlı insanlar arasında rast gəlinir, qadınlar kişilərə nisbətən daha çox xəstələnilirlər.

Xəstələnmə göstərici coğrafi ərazi və irgi xüsusiyyətlərdən asılı olaraq dəyişilir. Ölkələr üzrə hər 100 min əhaliyə düşən xəstələrin sayı: Yaponiya – 0,3. Skandinaviya ölkələri – 20. Avstraliya – 92. Afro-Amerika – 35,5. ABŞ-nın ağ dərililər arasında – 10,9. Yerli Avstraliyalar arasında az rast gəlinir. Yaponiya üçün ürək sarkoidozu tipikdir.

Xəstəliyin patogenezi tam öyrənilməmişdir. Sarkoidoz granulemasının inkişafı mərhələləri hazırda aşağıdakı kimi izah olunur: CD-4 və T-xelperlərin aktivləşməsi. Buna cavab olaraq sitokinlərin ifrazının artması. İltihab ocağında immunokompetent hüceyrələrin toplanması.

Kliniki klassifikasiya (A.Y.Rabuxin):

- Döşdaxili forma
- Döşxarici forma
- Generalizasiya olunmuş forma

Rentgenoloji klassifikasiya:

I m – Döşdaxili limfa düyünlərinin zədələnməsi

II m – Döşdaxili limfa düyünlərinin və ağciyərlərin zədələnməsi- fibrozuz

III m – Ağciyərlərin ocaqlı və massiv fibrozu

Sarkoidoz spesifik simpatokompleksə malik deyildir və bu səbəbdən də xəstəliyin diaqnostikası çətinlik törədir. Xəstəliyin əsas kliniki əlamətləri belə təsvir olunur: ümumi halsızlıq, zəiflik, hərəkət yüksəlməsi, arıqlama, tərilmə, oynaq və əzələlərdə ağrılar, bəzi hallarda ilkin mərhələdə simptomuz olur. 5% hallarda xəstəlik

kəskin başlayır – yüksək hərarət, artralgiya, poliartrit, düyünlü eritemaların əmələ gəlməsi (Lefqren sindromu) qeyd olunur.

Ədəbiyyat mənbələrində sarkoidoz zamanı orqanların zədələnmə tezliyi aşağıdakı kimi təsvir edilir: ağ ciyər-90%, döşdaxili limfa düyünləri-75-80%, periferik limfa düyünləri-25%, gözlər-15%, qara ciyər-50-80%, tüpürçək vəziləri-5-7%, dayaq-hərəkət aparatı-5%, dalaq-6,7%, MSS-4:%, sümük iliyi-3,9%, ürək-3, böyrək-1%

Xəstəlik zədələnən orqandan asılı olaraq uyğun klinika verir: Ağciyərlər – öskürək, tənəffüs çatışmazlığı, ağrılar, ürək ağciyəri. Sümük-oynaq-əzələ – ağrı, sinovit, artrit, osteoporoz.

Böyrəkproteinuriya, böyrəkçatışmazlığı, hiperkalsemiya, hiperkalsuriya-nefrokalsinoz. Sinir sistemi – nevrit əlamətləri, meningit.

Göz – ikitərəfli iridosiklit, retinoksidit, korluq. Dəri – xırda və gigant düyünlü, diffuz infiltrativ sarkoid,

Differensial diaqnostika: Döşdaxili forma - vərəm limfadeniti, bədxassəli limfoma, mediastinal forma, ağciyər xərçəngi, divararalığının digər kista və törəmələri. II-III mərhələdə – ağciyərlərin vərəmi, ağciyərlərin xərçəngi (karsinimatoz, bromxioloalveolyar xərçəng), pnevmokaniozlar, digər disseminasiyalı zədələnmələr.

Sarkoidozun diaqnozu kliniki, laborator, rentgenoloji, KT, MRT, US müayinələrin nəticələri və ən əsas morfoloji rəy əsasında qoyulur. Qanın analizi: leykopeniya, limfositoz, monositoz, EÇS cüzi artır. Kalsemiya, hiperqammaqlobinemiya, CD-4 – CD-8 nisbəti artır > 3,5

Müalicədə qlükokortikosteroidlərdən istifadə olunur. Müalicənin müddəti xəstəliyin mərhələsi ilə əlaqədar müəyyən olunur.

Qlükokortikosteroidlərə rezistent formalarda sitostatiklər istifadə olunur: metotreksat, siklofosamid, xlorambusil və s.

Sarkoidozun klinikası ilə bəzi onkoloji xəstəliklərin-hemablazozlar,ağ ciyər xərçənginin atipikformaları və s klinikasının eyniliyi səbəbindən MON-da son 15 ildə onkopatologiyaya şübhə ilə müayinə olunan xəstələrin 27-də sarkoidoz aşkar edilmişdir.Bunlardan: I mərhələ-16, II mərhələ-11, qadın- 22, kişi- 5, ortayaş- 35 olmuşdur

Bütün xəstələr diaqnostik əməliyyat:periferik limfa düyünlərin biopsiyası-6 xəstə, torakotomiya və torakoskopiya-21xəstə keçirmiş və diaqnoz morfoloji təsdiq edilmişdir.Xəstələr müalicə üçün ixtisaslaşdırılmış tibbi müəssisələrə göndərilmişdir.

Xəstəliyin proqnozu yaxşı hesab olunur.Lakin gecikmiş formalarda müalicə çətin effekt verir, 5% hallarda ölüm baş verir (ağciyər fibrozu, böyrək çatışmazlığı).

Sarkoidozun sistem xarakteri daşması, konkret klinikasının olmaması, bəzi hallarda simptomuz gedışə malik olması onun digər xəstəliklərlə differensial diaqnostikasını vacib edir. Xəstəliyin spesifik klinikaya malik olmaması səbəbindən xəstələr müxtəlif profilli həkimlərə və eləcə də onkoloqlara müraciət edirlər.

QEYRİ-HOCKİN LİMFOMALARDA RİTUKSİMABLA İLƏ DƏSTƏKLƏYİCİ MÜALİCƏDƏ TƏCRÜBƏMİZ

T.Z.Tahirov, İ.N.Musayev, E.E.Kazımov, Y.Ə.Əhmədov
Milli Onkologiya Mərkəzi, Bakı ş.

Qeyri- Hockin limfomalarının 90-95 %-də CD20 reseptoru müsbət olur. Bu xəstələrdə rituksimab ilə və rituksimabsız

müalicələr arasında əhəmiyyətli dərəcədə fərq özünü göstərir. R-CHOP və CHOP sxemləri ilə müalicə sonrasında ümumi cavab müvafiq olaraq 85 % və 72 % təşkil edir. Tam remissiya isə R-CHOP sxemi ilə müalicədə 30% olduğu halda CHOP sxemi ilə müalicədə bu göstərici 16% təşkil edir. Hissəvi repressiya isə hər iki sxemlə müalicədə eyni şəkildə özünü göstərir. Müalicənin gedişində xəstəliyin progressivləşməsi R-CHOP sxemində 3% hallarda müşahidə olunur. CHOP sxemi ilə müalicədə isə müalicənin davam etdiyi müddət ərzində xəstəliyin progressivləşməsi 10% təşkil edir. Bu göstəricilərə əsasən rituksimabın CD20 pozitiv qeyri-Hockin limfomalarının müalicəsində nə qədər böyük əhəmiyyət kəsb etdiyini söyləmək mümkündür.

Rituksimabın qeyri-Hockin limfomalarında kimyəvi preparatlarla kombinə istifadəsindən başqa monoterapiya kimi də əhəmiyyətli təsirə malik olduğu bilinməkdədir. İlk vaxtlar rituksimab əsasən Follikulyar limfomaların müalicəsində monoterapiya kimi istifadə olunsa da, sonralar onun digər CD20 pozitiv limfomalarda da dəstəkləyici terapiya kimi istifadəsinin ümumi yaşam da progressivsiz yaşam müddətlərinə əhəmiyyətli təsirə malik olduğu açıqlanmışdır. Rituksimabla dəstəkləyici müalicə 375 mg/m² 3 aydan bir 2 il müddətinə və ya növbəti progressivləşməyə qədər aparılır. EORTC 20981 araşdırmalarında CHOP və ya R-CHOP müalicəsindən sonra rituksimab ilə dəstəkləyici müalicə alan xəstələrdə üç illik ümumi sağqalım 85,1 % təşkil edir. CHOP və ya R-CHOP sonrası dəstəkləyici müalicə aparılmayıb kontrol müşahidəyə götürülən xəstələrdə üç illik ümumi sağqalım 77,1 % göstərilir. Progressivsiz yaşam göstəricilərində isə rituksimab ilə dəstəkləyici müalicə daha böyük əhəmiyyət kəsb edir. R-CHOP sxemi ilə müalicə sonrasında rituksimab ilə dəstəkləyici müalicə alan xəstələrdə 3-illik progressivsiz yaşam 60% təşkil etdiyi halda

rituksimab ilə müalicə almayan xəstələrdə bu göstərici 33% göstərilir.

Milli Onkologiya Mərkəzinin Onkohematologiya şöbəsində 2011-2012-cü illər ərzində 73 xəstəyə R-CHOP sxemi ilə müalicə aparılıb. Bu xəstələrdən 43 nəfərinə rituksimab ilə dəstəkləyici müalicə aparılıb. Dəstəkləyici müalicə alan xəstələrdən 37 nəfərində (86%) progressivsiz yaşam müşahidə olunmaqdadır, mabtera almayan xəstələrdən isə 17 nəfərində (56%) progressivsiz yaşam müşahidə olunur. Mərkəzimizdə aparılan müalicələr və onların nəticələri də bir daha mabtera ilə dəstəkləyici müalicənin əhəmiyyətini təsdiq edir.

ИНФЕКЦИЯ, ВЫЗВАННАЯ ВИРУСОМ ГЕПАТИТА В СРЕДИ БОЛЬНЫХ ТАЛАССЕМИЕЙ

Р.К.Тагу-заде, С.А.Алифатмахзаде

НИИ гематологии и трансфузиологии им. Б.Эйвазова, г.Баку

Поставив перед собой задачу по оценке широты распространения среди больных талассемией (ТАЛ) инфекций, вызванных вирусами гепатита В (ВГВ) и гепатита С (ВГС), мы серологически обследовали сыворотки крови 404 больных ТАЛ, живущих в Азербайджане.

Согласно полученным результатам частота выявления у этих больных антител к ВГС достигала 87%, что более, чем в 20 раз превышала аналогичный показатель, ранее определенный среди группы безвозмездных доноров, жителей г.Баку [1]. Исследовав с помощью биохимических методов сыворотки 355

больных ТАЛ, в которых были выявлены указанные антитела, мы установили важнейшие патогенетические особенности этой инфекции у больных ТАЛ [2].

В то же время, при исследовании 404 указанных выше сывороток поверхностный антиген ВГВ (HBsAg) был выявлен лишь в 4 сыворотках, т.е. частота его выявления составила около 1%. Это означало, что частота выявления HBsAg у больных ТАЛ оказалась значительно ниже, чем среди группы безвозмездных доноров, жителей г.Баку [1].

Данное обстоятельство поставило перед нами задачу определить причину столь низкой широты распространения ВГВ-инфекции среди больных ТАЛ, которые признаются одной из групп с высоким риском парентерального заражения как ВГВ, так и ВГС [3].

Наиболее вероятную причину сравнительно низкой инфицированности ВГВ больных ТАЛ мы видели в том, что данный контингент больных уже на протяжении более 10 лет проходит обязательную вакцинацию против гепатита В (ГВ) [4].

Однако, такую трактовку можно было принять лишь в случае, если в крови у большинства этих больных присутствовали бы антитела к HBsAg (anti-HBs) и отсутствовали бы антитела к HBcAg (anti-HBc), самый консервативный и длительно сохраняющийся серологический маркер перенесенной в прошлом ВГВ-инфекции.

Взяв за основу это соображение, мы провели серологическое исследование всех HBsAg-позитивных и HBsAg-негативных сывороток больных ТАЛ на наличие в них как anti-HBs, так и anti-HBc.

Характеризуя полученные при этом результаты, надо отметить следующие, важные на наш взгляд, моменты.

Во всех HBsAg-положительных сыворотках отсутствовали anti-HBs и присутствовали anti-HBc. Это позволяло утверждать, что ВГВ-инфекция, выявленная у больных ТАЛ, была вызвана "диким" типом вируса, обладающим способностью экспрессировать сердцевинный антиген. В то же время, мы не имели оснований полагать, что среди инфицированных ВГВ больных ТАЛ имелись случаи инфекций, вызванные мутантными вариантами ВГВ - HBeAg-негативным и HBcAg-негативными вирусами.

Учитывая, что факт циркуляции в Азербайджане указанных мутантных вариантов был документирован в нескольких различных наблюдениях [5], мы полагали, что отсутствие таких находок в нашем наблюдении было обусловлено малым числом исследованных HBsAg-положительных образцов сывороток крови больных ТАЛ.

В HBsAg-негативных сыворотках anti-HBs были обнаружены в 98,3% случаях и отсутствовали лишь в 1,7% случаев. Это позволило полагать, что 1,7% больных ТАЛ не имели в крови anti-HBs, т.е. оказались интактными в отношении ВГВ-инфекции.

Здесь же надо отметить, что согласно данным литературы, частота выявления anti-HBs у здоровых взрослых жителей Азербайджана, не подвергавшихся вакцинации против ГВ, в среднем составляет от 15% до 25% [5]. Это означает, что у больных ТАЛ эти антитела выявлялись, как минимум, в 3 раза чаще, чем у здоровых лиц.

Вместе с тем, поскольку 11 (2,8%) больных ТАЛ имели в крови anti-HBc, можно было полагать, что эти больные в прошлом были инфицированы ВГВ и ранее перенесли ГВ в естественных условиях. Последнее позволяло говорить о том,

что у 95,5% больных ТАЛ, у которых были выявлены только anti-HBs и которые не имели в крови anti-HBc были ранее провакцинированы против ГВ.

Резюмируя изложенные выше данные, мы пришли к выводу о том, что среди обследованных нами 404 больных талассемией можно выделить четыре категории лиц с различным отношением к ВГВ-инфекции. Эти категории представлены в таблице.

Таблица. Категории больных талассемией с различным отношением к ВГВ-инфекции

HBsAg	anti-HBs	anti-HBc	Число и % доля лиц	Статус лиц в отношении ВГВ
+	-	+/-	4 (1,0%)	Лица с текущей инфекцией
-	+/-	+	11 (2,7%)	
-	+	-	382 (94,6%)	Лица, перенесшие гепатит В
-	-	-	7 (1,7%)	Вакцинированные лица Лица, не имевшие контакта с ВГВ

Исходя из данных, представленных в таблице, следует, что абсолютное большинство больных ТАЛ было ранее провакцинировано против ГВ. Эти лица имели в крови только anti-HBs и не имели каких-либо других серологических маркеров инфицирования ВГВ.

По-видимому именно в силу этого частота выявления серологического маркера инфицирования ВГВ среди этих больных оказалась заметно ниже таковой среди взрослого условно здорового населения Азербайджана.

Очевидно, что в такой группе лиц, когда у большинства из них имеется гуморальный иммунитет в отношении ГВ, циркуляция этого вируса затруднена. Именно этим мы объяснили тот факт, что около 2% больных ТАЛ оказалось интактными по отношению к ВГВ.

Таким образом, резюмируя изложенные выше данные, можно заключить, что у проживающих в Азербайджане больных ТАЛ частота выявления HBsAg не превышала частоту выявления этого же антигена у взрослых здоровых жителей Азербайджана, не относящихся к группам с высоким риском инфицирования этим вирусом.

В то же время, антитела к HBsAg у больных ТАЛ выявились значительно чаще, чем у здоровых жителей страны, причем в абсолютном большинстве случаев на фоне отсутствия в их крови anti-HBc. Это косвенно указывало, что абсолютное большинство больных ТАЛ было ранее привакцинировано против гепатита В.

SÜD VƏZİ PATOLOGİYALARININ RADILOJİ DƏYƏRLƏNDİRİLMƏSİ

*S.S. Vətənxə, E.Y. Əliyev, A.B. Gəncəliyeva, B. İsmayılzadə
Milli Onkologiya Mərkəzi, Bakı şə.*

Mammoqrammada aşkarlanan dəyişiklik hər iki proyeksiyada (CC və MLO) vizualizə olunarsa törəmə kimi, yalnız hər hansı bir proyeksiyada aşkarlanarsa bərkimə sahəsi kimi qiymətləndirilir. Belə

hallarda əlavə müayinə metodları aparılır. Törəmə və ya bərkimə sahəsi aşağıdakı kriteriyalara görə qiymətləndirilir:

Forma (kürəvari, oval, lobulyar, qeyri-düzgün) : Kənarları: (dəqiq, düzgün izlənən; mikrolobulyar (kontur boyu kiçik dartılma); qeyri-dəqiq (hissəvi ətraf toxuma ilə örtülmüş; qeyri-dəqiq, təyin olunmayan (törəmə infiltrasiya kimi qiymətləndirilir); spikulalar; Törəmənin sıxlığı (ətraf toxuma ilə müqayisə olunur): piy sıxlıqlı; hipodens - aşağı sıxlıqlı törəmə; izodens - ətraf fibroqlandulyar toxuma ilə bərabər sıxlıqda; hiperdens - ətraf toxumalarla müqaisədə yüksək sıxlıqlı törəmə; *Törəmənin ölçüləri*

Kalsifikatlar: *A)Tipik xoşxassəli* (dəridə, damarda kirəcləşmələr); *B)Popkorn tipli* (kirəcləşmiş fibroadenoma) *C) Iri* (>1mm) xətvəri (kirəcləşmiş axarlar); *D)Kürəvari* (<1mm) çoxsaylı və qruplaşmış (asinusun kirəcləşməsi) *E) dəqiq konturlu, sferik* 1 mm- 1cm qədər *F)“Yumurta qabığı” şəklində* *H)Milk of calcium* (kist kalsinatları) *I) Dəri çapığında yaranmış kalsinatlar* *J) Distrofik kalsinatlar* şüalanma və travmalardan sonra (>0,5mm) *K)Atipik kalsinatlar* (birmənəli olaraq xoşxassəli kimi qiymətləndirilməyən) *L) Şüphəli* – pleomorf və ya heterogen <0,5mm; kiçik xətti, nöqtəvari, şaxələnmiş <1mm (axar kalsinatları)

Kalsinatların yayılması: çoxsaylı qruplaşmış və ya cluster tipli, xətvəri, seqmentar, regional, diffuz yayılmış.

Ocaqli assimetriya: dəqiq sərhədləri olmayan, hər iki proyeksiyada izlənən bərkimə sahəsi, biopsiyadan sonra çapıq; - xoş- və bədxassəli kimi qiymətləndirilən

Arxitektonikanın pozulması: (normal anatomik strukturun pozulması, radial çapıq)

Patoloji əlamətlərin lokalizasiya təsviri: (kvadrantlar; ön, mərkəzi və arxa sahələr; subareolyar zona; saat siferblat)

Xüsusi terminlər: dərinin dartılması, qalınlaşması, intramammar limfa düyünləri, aksilyar adenopatiya, gilənin içəriyə doğru dartılması, trabekulaların qalınlaşması, süd vəzinin çəpərlərinin qalınlaşması, assimetrik tubulyar struktur və ya tək süd axarının genişlənməsi.

BİRADS0 (Breast İmaging Reporting and Data System) - Natamam məlumat: əlavə müayinələr gərəkdir, adətən skrining zamanı istifadə olunur, diaqnostik alqoritm tamamlanmalıdır.

BİRADS1- Zədələnmə qeyd olunmur: təsvir tamdır, nəticə üçün əlamətlər yoxdur, süd vəzi xərçəngi ehtimalı 0%, rutin mammoqrafiya

BİRADS2- Xoşxassəli dəyişikliklər: təsvir tamdır, dəyişikliklər xoşxassəli kimi qiymətləndirilir (pi nekrozu, USM-də kista, mammoqrafta hamartoma), süd vəzi xərçəngi ehtimalı 0%, rutin mammoqrafiya

BİRADS3- Ehtimal olunan xoşxassəli dəyişikliklər: təsvir tamdır, təsvir olunan dəyişikliklər çox ehtimalla xoşxassəlidir, süd vəzi xərçəngi ehtimalı 2%, qısa müddətli intervaldan sonra təkrar müayinə (adətən 6ay)

BİRADS4- Şübhə doğuran patologiya: təsvir tamdır, təsvir olunan dəyişikliklər şübhə doğurur, lakin tipik bədxassəli kriteriyalar yoxdur, süd vəzi xərçəngi ehtimalı 30% (2%və 90% arası), 4A – az ehtimal; 4B – kafi ehtimal; 4C – yüksək ehtimal; dərialtı biopsiya

BİRADS5- Maliqnezasiya böyük ehtimal: təsvir tamdır, tipik bədxassəli xüsusiyyətlər, süd vəzi xərçəngi ehtimalı 90%, dərialtı biopsiya

BİRADS6- Histoloji verifikasiya olunmuş xərçəng: histoloji diaqnoz müayinədən öncə əldə olunmuşdur, müalicəyə başlamaq.

MİLLİ ONKOLOGİYA MƏRKƏZİNİN RADİONUKLİD TERAPİYA ŞÖBƏSİNDƏ HİPERTİREOZ DİAQNOZU İLƏ RADİOAKTİV YOD MÜALİCƏSİ QƏBUL EDƏN XƏSTƏLƏRİN İLK 8 AYLIQ MÜALİCƏ NƏTİCƏLƏRİ

*A.K.Zeynalova A.R.Əliyev
Azərbaycan Tibb Universiteti
Milli Onkologiya Mərkəzi, Bakı ş.*

Hipertireoz (tireotoksikoz)-qalxanabənzər vəzin hiperfunksiyası, yəni tiroid hormonlarının sintezinin və qana ifrazının artması deməkdir. Hipertireozun əsas səbəbləri aşağıdakılardır: diffuz toksik ur, tək və çoxdüynlü toksik ur (toksik adenomalar). Bu xəstəliklərin müalicəsində üç əsas yanaşma mövcuddur: 1)Antitireoid prərpartlarının tətbiqi 2) Cərrahi əməliyyat və 3) Radioaktiv I-131 (RAI) müalicəsi. Aparılan araşdırmalar göstərmişdir ki, antitireoid müalicəsi tətbiq olunan xəstələrdə (methimazol, propiltiurosil) preparat kəsildikdən sonra xəstəliyin təkrarlanma riski 90%-ə yaxındır. Bundan başqa, bu preparatların uzun müddət tətbiqi immunosupressiyaya gətirib çıxarır. Bu səbəbdən müasir tibbdə bu preparatlar yalnız qalxanabənzər vəzin ölçüləri böyüməmiş və gənc xəstələrdə tətbiq olunur. Cərrahi müalicə isə sadəcə RAI müalicəsini qəbul etməyən, antitireoid müalicəyə qarşı allergiyası olan və hamilə xəstələrdə icra olunur. RAI müalicəsinin ən böyük üstünlüyü qeyri-invaziv olması və sadə yolla verilə bilməsidir. Bu səbəbə görə Avropa və Amerikada xəstələrin 90%-i bu müalicə üsulunu seçir.

RAI müalicəsi taktikasını xəstəliyin səbəbinə görə standart dozada müəyyənləşdirmək mümkündür. Bundan başqa USM/tiroid sintiqrafiyası nəticəsində vəzin həcmi və radioaktiv maddəni

mənimsəmə (uptake) göstəriciləri əsas götürülərək, hər xəstə üçün uyğun doza hesaplana bilər.

Məqsəd: Hipertireoz xəstələrində tətbiq olunan standart dozada RAI ilə müalicənin effektivliyi arasında əlaqəni müəyyən etmək.

Metod və üsullar: 2013-2014-cü illərdə Milli Onkologiya Mərkəzinin Radionuklid Terapiya şöbəsində tireotoksikoz diaqnozu ilə RAI müalicəsi alan 16 xəstənin (10 qadın, 6 kişi, orta yaş 45.7) retrospektiv təhlili aparılmışdır. Bütün xəstələrdə tireoidin funksional testlərinə baxılmış (TSH, ST4, ST3), tireoid USM-si və sintriqrafiyası aparılmışdır. RAI müalicəsindən əvvəl yuxarıdakı testlərin orta nəticəsi: TSH-0.067 mIU/l (norma 0.4-4.0), ST4-26.16 pmol/l (norma 10-25), ST3-14.55 pmol/ l (norma 2.2-4.2) olmuş. Müalicədən sonra xəstələr 2-8 ay ərzində kontrol müayinələrə gəlmişdir. Diffuz toksik ur diaqnozu ilə olan xəstələr 15 mCi, toksik adenomalı xəstələr isə 20 mCi dozasında RAI almışdılar. RAI terapiyasından sonrakı tireoidin funksional testlərinin orta nəticəsi: TSH-24.6 mIU/l, ST4-9,61 pmol/l, ST3-3,02 pmol/l olmuşdur.

Nəticə: RAI müalicəsindən sonra 3 xəstədə (18.75%) eutireoz vəziyyət, 8 xəstədə (50%) hipotireoz vəziyyət yarandı. 5 xəstədə (31.25%) TSH-0.1 mIU/l aşağı olmasına baxmayaraq ST4 və ST3 dəyərləri norma daxilində idi. Bu 5 xəstədə RAI müalicəsindən qısa bir müddət (1-3 ay) keçdiyi üçün TSH dəyərinin normaya düşəcəyi ehtimal olundu. Ümumilikdə bütün xəstələrdə kliniki simptomları düzəldi və ST4, ST3 dəyərləri normaya düşdü. Araşdırmamızda tireotoksikoz müalicəsində standart RAI terapiyasının effektiv müalicə metodu olduğu müəyyən edilmişdir.

ТЕРАПИЯ МЕТАСТАТИЧЕСКОГО РАКА ПОЧКИ КОМБИНАЦИЕЙ БЕВАЦИЗУМАБА И ИНТЕРФЕРОНА

*Р.С. Зейналов, С.Р. Гиясбейли, Н.Р. Дадашева, В.С. Ватанха-Алиева,
С.Р. Махмудова, Н.Д. Алиева
Национальный центр онкологии, г.Баку*

Благодаря расшифровке некоторых молекулярных механизмов канцерогенеза лечение онкологических больных переходит на принципиально новый уровень – воздействие на молекулярные мишени, ответственные за процесс пролиферации злокачественной клетки, гиперэкспрессирующиеся преимущественно в опухоли и являющиеся доступными для идентификации рутинными способами. Результаты внедрения в клиническую практику первых таргетных препаратов, блокирующих ростовые факторы, доказало перспективность данного направления, способного значительно повысить эффективность медикаментозного лечения злокачественных опухолей.

Задача исследования. Оценить эффективность применения бевацизумаба - моноклональное антитело, блокирует фактор роста эндотелия сосудов (VEGF)-для лечения метастатического почечноклеточного рака.

Материалы и методы исследования: Бевацизумаб применялся в комбинации с интерфероном α -2а для терапии метастатического рака почки.

Нами проведен анализ частоты объективных эффектов и медианы времени до прогрессирования заболевания у 11 больных метастатическим раком почки, которым проводилось

лечение комбинацией: бевацизумаб 10 мг/кг и интерферон α -2а 10мг/кг, каждые 2 недели.

До начала лечения метастазы в легкие были выявлены у 9 пациентов, метастазы в печень – у 5, метастазы в забрюшинные лимфоузлы - у 3 и метастазы в позвоночник - у 2 пациентов. Оценка эффекта терапии проводилась до начала лечения и каждые 8 недель.

Результаты: Объективный эффект наблюдался у 6 пациентов, стабилизация заболевания - у 3 пациентов и прогрессирование опухоли - у 2 пациентов. У больных с объективным эффектом медиана времени до прогрессирования заболевания составила 12,5 месяцев.

Выводы: Таким образом, комбинированная терапия бевацизумабом и интерфероном α -2а позволяет увеличить медиану времени до прогрессирования заболевания у больных метастатическим раком почки.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТАРГЕТНОЙ ТЕРАПИИ HER2-ПОЗИТИВНОГО МЕТАСТАТИЧЕСКОГО РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ДЛИТЕЛЬНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ТРАСТУЗУМАБА

*Р.С. Зейналов, С.Р. Гиясбейли, Н.Р. Дадашева, В.С. Ватанха-Алиева,
С.Р. Махмудова, Н.Д. Алиева
Национальный центр онкологии, г.Баку*

Задача исследования. Оценить эффективность лечения HER2-позитивного метастатического рака молочной железы в зависимости от длительности применения трастузумаба.

Материал и методы. В исследование включено 140 больных с морфологически верифицированным метастатическим раком молочной железы. У всех больных имелся HER2-позитивный статус опухоли, подтвержденный ИГХ либо Fish методами. Больные разделены на две группы. В обеих группах проводилась химиотерапия (FAC+таксаны) в сочетании с трастузумабом. При первом введении трастузумаб назначали в нагрузочной дозе 8мг/кг, далее 6мг/кг. Интервал между введениями составлял 3 недели. Первая группа больных (68) получили от 3 до 6 курсов трастузумаба; вторая группа больных (72) - от 12 до 18 курсов. Пациенты обеих групп были сопоставимы по степени распространенности опухоли.

Результаты. В первой группе больных частота объективных эффектов составила 32,4%, во второй – 54,8% ($P < 0,05$). Медиана времени до прогрессирования заболевания в первой группе составила 17 мес, во второй - 38 мес. ($P < 0,05$).

Выводы. Таргетная терапия трастузумабом в количестве 12-18курсов показала значимое увеличение медианы времени до прогрессирования заболевания по сравнению с 3-6 курсами. Серьезных нежелательных явлений, прежде всего, со стороны сердечно-сосудистой системы не наблюдалось.

БЕВАЦИЗУМАБ В ЛЕЧЕНИИ МЕТАСТАТИЧЕСКОГО РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

*Р.С. Зейналов, С.Р. Гиясбейли, Н.Р. Дадашева,
В.С. Ватанха-Алиева, С.Р. Махмудова,
Н.Д. Алиева, А.Н. Мамедов
Национальный центр онкологии, г.Баку*

Цель исследования: Оценить эффективность бевацизумаба в лечении больных метастатическим раком ободочной кишки.

Материалы и методы: В исследование включены две группы больных с морфологически верифицированным диагнозом метастатический рак ободочной кишки. Возраст больных варьировал от 35 до 70 лет. В обеих группах имели место метастазы в печень и забрюшинные лимфатические узлы. В первой группе (n = 46) больные получали бевацизумаб 7,5 мг/кг в сочетании со схемой химиотерапии XELOX, во второй группе (n = 53) больные получали бевацизумаб 10 мг/кг в сочетании со схемой химиотерапии XELOX. Интервал между курсами в обеих группах составлял 3 недели. После проведения 6 курсов химиотерапии лечение бевацизумабом продолжалось до 15-18 введений.

Результаты: В первой группе объективный эффект имел место у 19 (41,3%) больных, во второй группе - у 29 (54,7%) больных ($p < 0,05$). Медиана времени до прогрессирования заболевания в первой группе составила 12 мес, во второй - 18 мес. ($p > 0,05$).

Из побочных эффектов во второй группе больных несколько чаще отмечалась контролируемая артериальная

гипертензия II – III степени, носовые кровотечения и кровоточивость десен.

Выводы: Комбинация бевацизумаба в сочетании с химиотерапией дает реальную возможность пациентам с метастатическим раком ободочной кишки на увеличение продолжительности жизни при удовлетворительном его качестве.

MÜNDƏRİCAT

Xalqının dahi oğlu <i>C.Ə.Əliyev, A.A.Kərimli</i>	3
XX-XXI əsrin xalqına və dövlətinə xidmətin nümunəsi – Heydər Əliyev <i>Ə.X.Kərimov, N.Ə.Əsgərov</i>	5
Об актуальных аспектах дальнейшего изучения инфекции, вызванной вирусом гепатита С у больных раком молочной железы <i>Д.А.Алиев, С.Э.Рагимзаде, Т.Н.Мамедова</i>	7
Изучение рецепторного статуса у больных РМЖ с высокой экспрессией KI-67 в опухоли. <i>Д.А.Алиев, Р.Д.Джафаров, Т.А.Наджафов, С.Э.Рагимова, Л.А.Меджидова., С.С.Гурбанов, Р.В. Джавадов, Ш.Ш. Османов</i>	13
Определение сторожевых лимфатических узлов у больных ранним раком молочной железы <i>Д.А.Алиев, Р.Д.Джафаров, Р.В.Джавадов</i>	16
Первичные лимфомы центральной нервной системы <i>Ю.А.Ахмедов, И.Н.Мусаев, Т.З.Таиров, Э.Э.Казымов</i>	18
Клинические особенности гиперпластических процессов и рака эндометрия <i>Ш.А.Алыев, Г.А.Мамедбейли</i>	25
Этапы изменений взглядов на критерии лабораторной диагностики инфекционных болезней <i>Г.М.Бекирзаде, Н.Р.Рзаева, Д.А.Наджафова</i>	27

Onurğa cisminin metastatik törəmələri və epidural spinal kord kompressiyası <i>R.Babayev, A.Hüseynov</i>	31
Divararalni sinir toxuması şişlərinin şüa diaqnostikası. <i>S. H.Babayeva</i>	32
Ağciyər xərçənginin erkən aşkarlanmasında maqnit rezonans tomoqrafiyanın rolu <i>V.A.Dadaşova</i>	35
Bakı şəhərinin müxtəlif inzibati-ərazi rayonlarında qida borusu xərçəngi ilə xəstələnmə və ölüm göstəriciləri. <i>A.R. Əbdürrəhimov, F.A. Mərdanlı</i>	37
Sümük şişlərində sümüküstlüyünün və sümüyün qabıq təbəqəsinin dəyərləndirilməsində şüa diaqnostika metodlarının diferensial diaqnostikası <i>Ə.T.Əmiraslanov, S.R.Nəcəfov</i>	40
Süd vəzisi xərçəngi diaqnozu olan T1 mərhələli xəstələrdə FDG PET-KT-nin uzaq metastazları təyin etmədəki əhəmiyyəti <i>A. R. Əliyev</i>	41
Süd vəzi xərçəngində osteoblastik sümük metastazlarının skelet sümüklərində lokalizasiyasını sümük sintiqrafiyası ilə təyini. <i>F.Y.Əliyev</i>	44
Limfoma diaqnoza görə müalicədən sonra tam remissiyada olan xəstələrdə hamiləlik və nəticələri <i>A.Y.Əliyev</i>	46

Pulmonar trombemboliya xəstəliyi	
<i>E.Əliyev</i>	47
Перспективы ранней лучевой диагностики опухолей молочной железы	
<i>К.Б.Фархадзаде</i>	49
Qida borusu və proksimal mədə xərçəngi zamani stenozların aradan qaldırmasında stentləşmənin rolu	
<i>H.N. Həsənova, R.İ.Məmmədov, A.R.Əliyev, R.S.Zeynalov, N.R.Əliyeva</i>	51
Современная лучевая терапия местно- распространенного немелкоклеточного рака легкого.	
<i>И.Г. Исаев, К.И.Кязимов</i>	53
Сочетанная лучевая терапия рака пищевода с применением источника высокой мощности дозы Ir 92.	
<i>И.Г. Исаев, Г.Г. Насирова, Н.Г. Кулиева, К.С. Акперов, Р.Р.Казиева</i>	56
Опыт сочетания лучевой терапии с внутриполостной локальной СВЧ-гипертермией у больных раком пищевода и прямой кишки.	
<i>И.Г. Исаев, Н.Г. Кулиева, З.М. Гасанова, Р.Р. Казиева, Г.Г.Насирова</i>	60
Daban lokalizasiyalı törəmələrin cərrahi müalicə variantı olaraq tərs axımlı sural flep tətbiqi	
<i>A. İsayev, M. Ağayev, C. Qəribov</i>	64
Хирургическое лечение рака желудка	
<i>A.X.Керимов, А.Р.Алиев, Н.А.Аскеров, Р.С.Зейналов, Ю.Р.Алияров, Э.Ш.Нагиев, Д.А.Аллахвердиев</i>	67
İndolent limfomalarda Ribomustinin effektivliyi	
<i>E.E.Kazımov, İ.N.Musayev, T.Z.Tahirov, Y.Ə.Əhmədov</i>	68

Düz bağırsağ xərcəngi zamanı mərhələlərdən asılı olaraq cərrahiyyə əməliyyatın seçimi <i>Ə.X.Kərimov, N.Ə.Əsgərov, Y.R.Əliyarov, E.Ş.Nağıyev</i>	70
Эффективность методов лучевой диагностики при РМП <i>А.Т. Кязимов, С.С.Ватанха., Э.Я. Алиев, С.А. Сарыев</i>	73
Прогнозирование биохимического рецидива у оперированных больных раком предстательной железы на основании послеоперационных данных и предоперационного уровня ПСА. <i>Ф.А. Гулиев, Э.Ш.Халилов</i>	75
Паллиативная помощь больным с местно-распространенным и метастатическим раком предстательной железы <i>Ф.А.Гулиев, Т.Н.Мусаев</i>	76
Qeyri-invaziv sidik kisəsi xərcənginin müalicəsinin müasir prinsipləri <i>E.C.Qasımov</i>	79
Состояние ионного и углеводного обменов у больных раком желудка после расширенно-комбинированных гастрэктомий <i>А.Г.Гасымов, А.Р.Алиев</i>	83
Divaralığı patologiyalarının diaqnostikasında endobronxial ultrasəs cihazının praktik əhəmiyyətinin qiymətləndirilməsi. <i>R.Məmmədov, A.Rəhimov, N.Əliyeva, A.Musayeva</i>	85
Перспективы изучения характера изменения показателей функций системы антиоксидантной защиты у больных хроническим гепатитом С, получающих противовирусное лечение <i>А.Ю.Магамедли, И.Н.Ахмедова, Н.О.Гудратов</i>	87

Transfuzion xroniki viruslu hepatitlərin müalicəsində təcrübəmiz	
<i>N.M.Nağıyeva</i>	89
18-FDG PET/CT Findings in Differential Diagnosis Primary CNS Lymphoma and High Grade Gliomas	
<i>F. Novruzov, S. Wan, J. Connelly, J. Bomanji, İ. Kayani</i>	91
Süd vəzi bəd xassəli şişlərinin diaqnostika və müalicəsi - MOM. üzrə 20 illik göstəricilər və bunların yaxşılaşdırılması yolları.	
<i>S.E.Rəhim-zadə, A.A.Kərimli, A.A.Rəhimov, A.E.Abasov, E.B. Mansurov</i>	92
Сравнительная оценка результатов трансторакальной «TRU CUT» биопсии с диагностической торакоскопией при опухолях средостения.	
<i>A.Солтанов, P.Багиров, А.Гатамов</i>	96
Sarkodios, klinika və diaqnostika.	
<i>Ə.A.Soltanov, A.Q.Hətəmov, R.R.Bağirov</i>	97
Qeyri-Hockin Limfomalarda Rituksimabla ilə dəstəkləyici müalicədə təcrübəmiz	
<i>T.Z.Tahirov, İ.N.Musayev, E.E.Kazımov, Y.Ə.Əhmədov</i>	100
Инфекция, вызванная вирусом гепатита В среди больных талассемией	
<i>P.K.Тагу-заде, С.А.Алифатмахазаде</i>	102
Süd vəzi patologiyalarının radioloji dəyərləndirilməsi	
<i>S.S. Vətənxə, E.Y. Əliyev, A.B. Gəncəliyeva, B. İsmayılzadə</i>	106.

Milli onkologiya mərkəzinin radionuklid terapiya şöbəsinə hipertireoz diaqnozu ilə radioaktiv yod müalicəsi qəbul edən xəstələrin ilk 8 aylıq müalicə nəticələri

A.K.Zeynalova A.R.Əliyev.....109

Терапия метастатического рака почки комбинацией

бевацизумаба и интерферона

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

В.С. Ватанха-Алиева,

С.Р. Махмудова, Н.Д. Алиева111

Эффективность таргетной терапии

ER2-позитивного метастатического рака

молочной железы в зависимости от

длительности применения Трастузумаба

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

В.С. Ватанха-Алиева,

С.Р. Махмудова, Н.Д. Алиева..... 112

Бевацизумаб в лечении метастатического рака ободочной кишки

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

В.С. Ватанха-Алиева, С.Р. Махмудова,

Н.Д. Алиева, А.Н. Мамедов.....114

