

AZƏRBAYCAN RESPUBLİKASI

Əlyazması hüququnda

QIRTLAQ XƏRÇƏNGİNİN T3, III MƏRHƏLƏSİNDƏ KOMBİNƏOLUNMUŞ CƏRRAHİ ƏMƏLİYYATIN VƏ KONSERVATİV MÜALİCƏSİNİN ƏHƏMİYYƏTLƏRİNİN TƏHLİLİ

İxtisas: 3224.01 – “Onkologiya”

Elmi sahəsi: Tibb

İddiaçı: **Qeys Səxavət oğlu Əsədli**

Fəlsəfə doktoru elmi dərəcəsi almaq üçün
təqdim edilən dissertasiyanın

A V T O R E F E R A T I

Bakı – 2022

Dissertasiya işi Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyi Milli Onkologiya Mərkəzində yerinə yetirilmişdir.

Elmi rəhbər: tibb elmləri doktoru, professor
Əziz Cəmil oğlu Əliyev

Rəsmi opponetlər: tibb elmləri doktoru,
Əbülfəz Ağasoltan oğlu Soltanov

tibb elmləri doktoru, professor
Qurbanxan Fətəli oğlu Müslümov

tibb elmləri doktoru, professor
Məhəmməd Məhəmmədəli oğlu Kərimov

Azərbaycan Respublikasının Prezidenti yanında Ali Attestasiya Komissiyasının Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyi Milli Onkologiya Mərkəzinin nəzdində fəaliyyət göstərən FD 1.02 Dissertasiya şurası

Dissertasiya şurasının sədri: tibb elmləri doktoru, professor,
əməkdar elm xadimi,
AMEA-nın həqiqi üzvü
_____ **Cəmil Əziz oğlu Əliyev**

Dissertasiya şurasının elmi katibi:
_____ tibb üzrə fəlsəfə doktoru
Rəşad Saleh oğlu Zeynalov

Elmi seminarın sədri: tibb elmləri doktoru, professor
_____ **Fuad Əliövsət oğlu Mərdanlı**

İŞİN ÜMUMİ XARAKTERİSTİKASI

Mövzunun aktuallığı

Qırtlaq xərçəngi (QX) çox yayılan onkoloji xəstəlikdir, başqa üzvlərlə müqayisədə rastgəlmə tezliyi 2.8% təşkil etməklə yayılmasına görə dünyada 5-6-cı yer tutur¹. Bu xəstəlik daha çox kişilərdə rast gəlinir, xüsusən də yaşlı nəsildə 65-75 yaş arasında, qadınlarda isə – 70-80 yaş arası müşahidə olunur². 2011-ci ildə Amerika Xərçəng Cəmiyyətinin hesablamalarına görə, ABŞ-da təxminən 12740 xəstədə QX diaqnozu aşkar edilmişdir. Ölüm göstəriciləri erkən şişin lokalizasiyasından və mərhələsindən asılı olaraq dəyişir. Xəstələnmə dərəcələrinin və anatomik lokalizasiyasının yayılması, coğrafi müxtəliflik, həyat tərzinin əksi və müxtəlif ölkələrdə əhalinin zərərli vərdisləri, eləcə də digər ekoloji amillər ola bilər^{3,4}.

MDB ölkələri arasında isə Azərbaycanda QX yayılmasına görə 1-2% təşkil edir. Azərbaycan Respublikasında təqribən 400/100000 nəfərdə qırtlağın iltihabi və şiş xəstəlikləri aşkar olunur.

QX müalicə olmuş xəstələrdə 5-illik yaşam müddəti I mərhələ-92%, II mərhələ-80%, III mərhələ-67% təşkil edir⁵.

QX müalicə olan xəstələrin ilk 2-3 il ərzində bu xəstəliyin təkrarlanma riski yüksəkdir. 5 il sonra isə təkrarlanma riski nadir hallarda və adətən əsas yeni malignizasiya ilə bağlı olur. Təəssüf ki, xəstələrin əksəriyyəti xəstəxanaya III-IV mərhələdə müraciət edir, artıq gecikmiş mərhələdə olduğu üçün, bu xəstələrdə törəmə ön və arxa komissuraya, qırtlaq qığırdaqlarının selikli qişasına invaziya

¹ Əliyev, Əziz. Baş və boyun şişlərin cərrahi müalicəsi: dərslik / Ə.Əliyev. – Bakı. – 2015, - 215

² Ольшанский, В.О. Проблема рака гортани на страницах «Вестника оториноларингологии» / В.О.Ольшанский, И.В.Решетов, С.В.Томина // Вестник оториноларингологии, - 2006, №5, - с. 56-59.

³ Пачес, А.И. Опухоли головы и шеи: Клиническое руководство / А.И.Пачес. - 5-е изд. - М., - 2013,- с. 244-274.

⁴ Раджабова, З.А.-Г. Распространенный рак гортани: Обзор литературы / З.А.-Г. Раджабова, М.А.Котов, М.А.Эберт [и др.] // Сибирский онкологический журнал, - 2019, т.18, №5, - с. 97-107.

⁵ Чойнзонов, Е.Л. Рак гортани в Томской области: оценка онкологической помощи на основе показателей выживаемости (2004-2013 гг.) / Е.Л.Чойнзонов, Л.Ф.Писарева, Л.Д.Жуйкова[и др.] // Вопросы онкологии, - 2014, т.60, №6, - с. 683-686.

edir, təngənəfəslik və boğulmalar artıq müşahidə olunur ^{6,7}.

Bir sıra tədqiqatlara əsasən, QX T3, III mərhələsində effektiv müalicə üsulu radiokimyaterapiya sayılır. Qırtlağın subqlotik hissəsinin xərçənginin T3, III mərhələsində radioterapiya kəskin stenozla fəsadlaşa bilər. Məhz bu səbəbdən də, bu cür hallarda larinqektomiya cərrahi əməliyyatından başlayırlar və əməliyyat zamanı traxeyanın 5-6 yarımüzükçüklər kəsib-çıxarılır. Ehtiyac olarsa, boyun limfadisseksiyası icra olunur. Cərrahi əməliyyatdan təxminən 4-6 həftə sonra isə - radioterapiya əlavə edilir. Eləcə də cərrahi müalicədən sonra radioterapiya almış xəstələrdə, yalnız birincili konservativ (radio-kimyaterapiya) müalicə almış xəstələrlə müqayisədə udlaq-dəri fistulası, qanaxma fəsadları, dəri nekrozu əmələ gəlmə ehtimalı nisbətən azdır. Adətən belə fəsadlar xəstələrin stasionar şəraitdə qalma müddətini uzada bilər. Bəzi hallarda yalnız konservativ müalicədən sonra residiv qeyd olunduqda həyati göstərişlərlə xilasedici larinqektomiya cərrahi əməliyyat icra edilməlidir ^{8,9,10}.

Hazırda QX T3, III mərhələsində kombinə olunmuş müalicənin aparılması tövsiyə olunur: total larinqektomiya+limfadisseksiya və radioterapiya, və ya boyun limfa düyünlərinə ekstrakapsulyar invaziya qeyd olunduğu halda, cərrahi əməliyyat sonrası radiokimyaterapiya (RKT) müalicəsi aparılması məsləhətdir. Polikimyaterapiya həmçinin radioterapiyanın effektivliyini yüksəldir. Bəzi hallarda yaraların gec sağalmasında xəstələrdə yanaşı olan xəstəliklər az rol oynamır

⁶ Пачес, А.И. Опухоли гортани. Опухоли головы и шеи / А.И.Пачес, Е.Г.Матякин - 5-е изд., доп. и перераб. М.: Практическая медицина, - 2013, - с. 182-185.

⁷ Əmirəliyev, Namiq. Baş-boyun şişləri: dərslik / Namiq Əmirəliyev, Azər Əmiraslanov. – Bakı – 2012, - 436 s.

⁸ Kaur, P. Combined hyperthermia and Radiotherapy for the treatment of Cancer / P.Kaur, M.D.Hurwitz, S.Krishnan [et al.] // Cancers, - 2011, v.3, - p. 3799-3823.

⁹ Чойнзонов, Е.Л. Современные методы лечения больных раком гортани и гортаноглотки / Е.Л.Чойнзонов, Ю.В.Белевич, С.Ю.Чижевская [и др.] // Сибирский онкологический журнал, - 2016, №3, с. 91-96.

¹⁰ Танеева, А.Ш. Спорные вопросы в лечении больных раком складочного отдела гортани Т3N0–2M0 / А.Ш.Танеева, А.М.Мудунов, С.Б.Алиева// Опухоли головы и шеи, - 2014, №2, - с. 10-13.

(vərəm, şəkərli diabet, ÜİX)^{11,12,13}

QX cərrahi əməliyyat və konservativ müalicə alan xəstələrdə residivlərin riski yenidən malignizasiya baş verməsi və əks hallarda xəstələrin gecikmiş mərhələlərdə müraciət etməsi çox zaman traxeostomiya ilə nəticələnməsi və müalicə taktikası seçimindən asılı olaraq ölüm faizi arta bilər və bu səbəblərdən təqdim etdiyim elmi iş aktual hesab edilə bilər.

Tədqiqatın məqsədi

Qırtlaq xərçənginin T3, III mərhələsində olan xəstələrin müalicə nəticələrini yaxşılaşdırmaq məqsədi ilə cərrahi kombinə olunmuş və konservativ müalicə taktika üsullarının əhəmiyyətinin öyrənilməsi

Tədqiqatın vəzifələri

1. Qırtlaq xərçənginin T3, III mərhələsində cərrahi əməliyyatdan sonra (laringektomiya+limfadiseksiya) radioterapiyanın effektivliyinin müqayisəli şəkildə təhlili.

2. Qırtlaq xərçənginin T3, III mərhələsində prosesin regional yayılma dərəcəsiindən asılı olaraq limfadiseksiya icra olunmasına göstərişin təyin edilməsi.

3. Qırtlaq xərçənginin T3, III mərhələsində konservativ terapiyanın nəticələrinin təsirinin təhlili.

4. Qırtlaq xərçəngində radioterapiya və cərrahi müalicədən sonra (DŞT+LE) baş vermiş fəsadların, xüsusəndə udlaq-dəri fistulun yaranmasının müqayisəli təhlili.

Tədqiqatın metodları

Tədqiqata qırtlaq xərçənginin T₃N₀₋₁M₀ mərhələsində olan 128 xəstə daxil edilmişdir. Xəstələr kompleks müayinədən sonra aparılan müalicə metodlarından asılı olaraq 4 qrupa bölünmüşdülər. Xəstələrin

¹¹ Панкратов, В.А. Современные возможности консервативного и комбинированного лечения местнораспространенного рака гортани / В.А.Панкратов, В.Г.Андреев, Ю.С.Мардынский[и др.] // Сибирский онкологический журнал, - 2013, №2(56), - с. 36-40.

¹² İsayeva, E.H. Qırtlaq xərçənginə görə laringektomiya əməliyyatından sonra səs funksiyasının bərpası // Sağlamlıq, - 2015, №3, - s. 181-184.

¹³ Чижевская, С.Ю. Качество жизни больных раком гортани и гортаноглотки на этапах комбинированного лечения и в отдаленные сроки / С.Ю.Чижевская, Е.Л.Чойн-зонов, Л.Н.Балацкая// Сибирский онкологический журнал, - 2015, №2, - с. 15-22.

ölüm, sağqalma, kumulyativ yaşam göstəriciləri aktuarial metodla, illik müşahidələrin (1-illik intervallar) məlumatları üzrə yaşam cədvəllərin qurulması ilə hesablanmışdır. Tədqiqatımıza əlavə olaraq 96 xəstə qırtlaq xərçəngi T3, III mərhələ diaqnozu ilə daxil edilmişdir. Müalicə taktikasından asılı olaraq 2 qrupa bölünmüşdür, udlaq-dəri fistulun yaranma riskinin müqayisəli şəkildə təhlili aparılmışdır.

Müdafiyyə çıxarılan əsas müddəalar

1. Qırtlaq xərçənginin T3, III mərhələli xəstələrdə prioritet müalicə metodları təyin edilmişdir.

2. Cərrahi kombinə olunmuş müalicə metodu qırtlaq xərçənginin T3, III mərhələli xəstələrin kompleks müalicəsində əsas seçim metod hesab olunur.

3. Laringektomiya cərrahi əməliyyatdan sonra şüa müalicəsi verildiyi hallarda udlaq-dəri fistulun, residiv və metastaz yaranma riski əhəmiyyətli dərəcədə azalır.

Tədqiqat işinin elmi yeniliyi

Azərbaycanda ilk dəfə olaraq qırtlaq xərçənginin T3, III mərhələsində olan xəstələrdə cərrahi kombinə olunmuş və konservativ müalicə metodlarının effektivliyinin müqayisəli təhlili aparılmışdır. Cərrahi kombinə olunmuş müalicə metodu qırtlaq xərçənginin III mərhələsi ilə xəstələrin müalicəsində ən effektiv metod olaraq, konservativ müalicə ilə müqayisədə, udlaq-dəri fistulanın yaranmasının, residivlərin və metastazların azalmasına, həmçinin xəstələrin 5-illik yaşam göstəricilərinin yüksəltməsinə, ümumi ölüm göstəricilərinin isə azalmasına imkan vermişdir.

Tədqiqatın nəzəri və praktiki əhəmiyyəti

Tədqiqat nəticəsində cərrahi kombinə olunmuş müalicə zamanı residivlərin və metastazların inkişaf riskinin azalması, xəstələrin yaşam göstəricisinin yüksəlməsi və remissiya vaxtının uzanması bu metodun qırtlaq xərçənginin T3, III mərhələli xəstələrin kompleks müalicəsində əsas seçim metod olduğunu göstərir. Tədqiqatın nəticələri qırtlağın şiş patologiyalarının strukturunun xüsusiyyətləri haqqında təsəvvürləri əlavə edir və əhəmiyyətli dərəcədə genişləndirir. Toplanan materialın dərin və müqayisəli tədqiqi qırtlağın bədxassəli yenitörəmələrinin yayılma xüsusiyyətlərini xəstəliyin kliniki mərhələsinə təsir edən bir sıra

müxtəlif xarakteristikalardan, eləcə də şişin xüsusiyyətlərindən (şişin differensiasiya dərəcəsi, inkişaf xarakteri, metastazvermə qabiliyyəti, şüa patomorfozu) asılı olaraq müəyyən etməyə imkan verir.

Tədqiqatın aprobasiyası və dərc olunmuş işlər.

Dissertasiyanın əsas materialları Antimikrob müalicə və klinik mikrobiologiyasına həsr olunmuş elmi-praktiki konfransda (Rostov-na Donu, 2018-ci il), MDB ölkələrinin onkoloqları və radioloqlarının qurultayında (Soçi, 2018 və Minsk, 2021-ci illər), MOM-un şöbələr arasındakı konfransında (Bakı, 07 iyul 2022-ci il, protokol №4), MOM-un nəzdində fəaliyyət göstərən FD 1.02 Dissertasiya şurasının Elmi seminarının iclasında (Bakı, 16 sentyabr 2022-ci il, protokol № 5) məruzə və müzakirə olunmuşdur.

Dissertasiyanın əsas nəzəri və praktiki müddəaları dərc olunmuş 13 (10 məqalə, 3 tezis) elmi işdə öz əksini tapmışdır. İşin mövzusu üzrə elmi əsərlər həm Azərbaycanda (7 məqalə), həm də xarici jurnallarda (3 məqalə, 3 tezis) dərc olunmuşdur.

Tədqiqatın tətbiqi.

Hazırkı işin nəticələri AR SN MOM-unbaş-boyun şişləri cərrahiyyə şöbəsinin klinik praktiki işində, AR SN Ə.Əliyev adına Azərbaycan Dövlət Həkimləri Təkmilləşdirmə İnstitutunun onkologiya kafedrasının tədris prosesində və mühazirələrində tətbiq olunur.

Dissertasiya işinin yerinə yetirildiyi təşkilatın adı:

Dissertasiya işi Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyi Milli Onkologiya Mərkəzində yerinə yetirilmişdir.

Dissertasiyanın həcmi və quruluşu.

Dissertasiya kompüter mətninin 140 səhifəsində əks olunmuş (251142 işarə), giriş (9901 işarə), 1 fəsil ədəbiyyat icmal (64772 işarə), 4 fəsil şəxsi tədqiqat (99501 işarə), yekun (29715 işarə), nəticələr (1163 işarə), praktiki tövsiyələr (1020 işarə) və ədəbiyyat siyahısından (42237 işarə) ibarətdir. Ədəbiyyat siyahısı 209 mənbəni əhatə edir ki, onların əsas hissəsi son 5-10 ilin ədəbiyyatına aiddir. Dissertasiya işi 20 cədvəl, 18 şəkil və 4 diaqram ilə illüstrasiya olunmuşdur.

Tədqiqatın və material və metodları

Tədqiqat işinin əsasını 2014-2019-cu illərdə AR SN MOM-də konservativ və cərrahi müalicə alan qırtlaq xərçənginin $T_3N_{0-1}M_0$ mərhələli 128 xəstə təşkil etmişdir.

T₃N₀₋₁M₀mərhləli QX olan pasiyentlərin əksəriyyətini 89,1% kişilər (114 xəstə), 10,9% isə qadınlar (14 xəstə) təşkil etmişdir və bu da Azərbaycan Respublikasında QX-nin yayılmasının cinsi xüsusiyyətləri haqqında epidemioloji məlumatla uyğun gəlir. Xəstələrin orta yaşı 53,7±1,02 yaş təşkil etmişdir. Xəstələrin müayinəsi beynəlxalq kriteriyalara uyğun həcmdə keçirilmişdir. Qırtlaq xərçəngi diaqnozu qoyulan 128 xəstəyə, kompleks proqram və diaqnostik alqoritm ilə müayinə olunmuşdur. Tədqiqat zamanı müalicənin effektivliyinə təsir edən şiş prosesin lokalizasiyası, şiş inkişafının xarakteri, qırtlaq qığırdaqlarının konfigurasiyası və prosesə cəlb olunması, şişin ölçüsü, şişin histoloji tipi, şişin ətraf toxumalara infiltrasiyası kimi amillər təhlil edilmişdir. Xəstələrin əksəriyyətində şişin inkişafının qarışıq forması (46,9%), qırtlağın bağ və bağüstü nahiyələrində yerləşməsi (52,4%), qırtlaq qığırdaqlarının konfigurasiyasının pozulmaması (76,6%), 4 sm-dən böyük ölçüsü (75,8%), yastıhüceyrəli strukturlu olması (94,5%), alt və ətraf yumşaq toxumalara infiltrasiya olunmaması (63,3%), regional limfa düyünlərinə metastazların olmaması (82,8%) müşahidə olunmuşdur. Qarşıya qoyulan vəzifələrin həlli üçün ümumi kliniki, laborator və instrumental müayinə növləri icra edilmişdir: kliniki-laborator analizlər, rentgenoloji müayinə, boyun və ehtimal olunan metastaz vermə nahiyələrin ultrasəs müayinəsi, lazım olan hallarda isə – qırtlağın intravenoz kontrast ilə və nativ kompüter tomoqrafiyası, bəzi hallarda yumşaq toxumaların qiymətləndirilməsi üçün maqnit rezonans tomoqrafiya müayinəsi həmçinin skelet sümüklərin radionuklid müayinəsi. Ümumi kliniki müayinədən başqa, bütün xəstələrə instrumental müayinə metodları icra edilmişdir – qeyri-düz və düz larinqoskopiya, boyunun Q.M.Zemtsova görə yan rentgenoqrafiyası, lazım olan hallarda – qırtlağın qatlarla rentgen tomoqrafiyası, tənəffüs yollarının BR-3 “Olympus” (Yaponiya) elastik fibrooptik endoskopun köməyi ilə baxışı, eləcə də şiş biopstatların sitoloji və histoloji müayinələri. T₃N₀₋₁M₀mərhləli qırtlaq xərçəngi olan bütün xəstələr kompleks müayinədən (morfoloji differensasiya olunan diaqnozla) sonra radikal proqramla şişəleyhinə müalicəyə məruz qalmışdılar. Xəstələr aparılan müalicə metodlarından asılı olaraq 4 qrupa bölünmüşdür:

I qrup 49 xəstə (38,3%) $T_3N_0-1M_0$ mərhələli QX olan xəstədən ibarət idi, onlar distansion şüa terapiyanın (DŞT-3DCRT, IMRT) bölünmüş kursu almışlar: birdəfəlik mənbə dozası (BMD) 1,8-2 Qr, cəmi mənbə dozası (CMD) 56-60 Qr qədər iki qarşılıqlı sahə rejimində (DŞT qrupu).

II qrup 46 xəstə (36,0%) $T_3N_0-1M_0$ mərhələli qırtlaq xərçəngi olan xəstədən ibarət idi. Onlara larinqektomiya (LE) əməliyyatından sonra radikal DTQT kursu aparılmışdır (LE+DŞT qrupu).

III qrup 15 xəstədən (11,7%) ibarət idi, bu xəstələr kombinə olunmuş müalicə almışdılar: 1,8-2 Qr CMD 38-40 Qr qədər+2 kurs adyuvant polikimyaterapiya, protokol: 1-ci gün Sisplatin 80 mq/m² və 1-5-ci günləri Ftorurasil 750 mq/m², (DŞT+PKT qrupu).

IV qrup 18 xəstədən (14,0%) ibarət idi, onlar kompleks müalicə almışlar: larinqektomiya (LE)+distansion şüa terapiya BMD 1,8-2 Qr CMD 38-40 Qr qədər + 2 kurs adyuvant arteriyadaxili kimyaterapiya 1-ci gün Taksoter 75 mq/m² və Sisplatin 80 mq/m² protokol ilə (LE+DŞT+PKT qrupu). Xəstələrin yaşam göstəriciləri (ölüm, sağalma, kumulyativ yaşam) aktuarial metodla, illik müşahidələrin (1-illik intervallar) məlumatları üzrə yaşam cədvəllərin qurulması ilə hesablanırdı. Bu metod ekspert "Life-table" metod kimi tanınmışdır (Beynəlxalq Xərçəng Əleyhinə Birlik (BXƏB) tərəfindən tövsiyə olunur). Əldə edilən nəticələrin təhlili və riyazi işlənməsi "Microsoft Excel" proqramın köməyi ilə Pentium-166 MMX kompüterdə variasion statistika funksiyaları istifadə edərək icra edilmişdir. Qruplar arasındakı parametrlərin fərqlərinin dürüstlüyü Student-Fişer meyarın köməyi ilə müəyyən edilirdi. Nəzarət göstəricilərindən 95% ehtimalı ilə fərqlənən göstəricilər dürüst sayılırdı ($P<0,05$).

TƏDQIQATIN NƏTİCƏLƏRİ VƏ ONLARIN MÜZAKİRƏSİ

$T_3N_0-1M_0$ mərhələli qırtlaq xərçəngi olan xəstələrin DŞT və LE+DŞT ilə müalicələrinin nəticələri.

Tədqiqat zamanı DŞT qrupunda (I) 49 (38,3%) xəstəyə radikal proqramla (iki qarşılıqlı sahə rejimində BMD 1,8-2 Qr CMD 56-60 Qr qədər) distansion şüa terapiya müalicəsi, LE+DŞT aparılan II qrupda isə 46 (36,0%) xəstəyə radikal larinqektomiyadan sonra distansion şüa

terapiya aparılmışdır. Hər iki qrupda müşahidə olunanların əksəriyyətini 51-70 yaşda (müvafiq olaraq, 61,3% və 65,3%) kişilər təşkil etmişdir. Həm ümumi sayı (müvafiq olaraq, 8,2% və 8,7%), həm də göstərilən yaş dövrə (müvafiq olaraq, 6,0% və 4,4%) görə qadınlar az idi. Beləliklə, hər iki müayinə olunan qruplar yaş və cins göstəricilərinə görə, praktiki olaraq fərqlənmirdi. Qırtlağın müxtəlif nahiyələrində şişin inkişafı və lokalizasiyasının xarakterinin təhlili göstərdi ki, hər iki müayinə olunan qrupda şişin inkişafının qarışıq forması (müvafiq olaraq, 49,0% və 52,2%) ilə xəstələr üstünlük təşkil edirdi. Şiş çox vaxt qırtlağın bağıstü nahiyəsinə sirayət edərək (müvafiq olaraq, 61,2% və 63%), bağ nahiyəsində yerləşirdi. Beləliklə, şişin həm inkişaf xarakterinə, həm də qırtlağın müxtəlif nahiyələrində lokalizasiyasına görə I və II müayinə olunan qrupların xarakteristikası bir-birindən çox az fərqlənirdi. Şişin ölçüsünə görə hər iki qrupun xəstələrinin xarakteristikası zamanı qeyd edildi ki, onların əksər hissəsində (müvafiq olaraq, 65,3% və 65,2%) şişin ölçüsü 4 sm-dən böyük idi. Metastazların yayılma dərəcəsinə görə hər iki qrupun xəstələrində metastazlar yox idi ($T_3N_0M_0$) (müvafiq olaraq, 77,6% və 84,9%). Regionar limfa düyünlərində tək-tək metastazlar ($T_3N_1M_0$) I qrupda - 11 (22,4%), II qrupda isə 7 (15,1%) xəstədə müşahidə edildi. Əməliyyat zamanı ən çox rast gəlinən ağırlaşmalar yaranın nekrozu və irinlənməsi olmuşdur, bunun ən geniş yayılmış səbəbi udlaq tikişlərinin çatışmazlığı olmuşdur, həmçinin farinqeal fistulaların, faringospazmın meydana gəlməsi ilə müşayiət olunur, bu fəsadlar 4 xəstədə müşahidə edilmişdir. Laringektomiyadan sonra xəstələrin ən geniş yayılmış ölüm səbəbləri arroziv qanaxma, pnevmoniya, irinli traxeit idi. Ölüm halı 1 xəstədə rast gəlinmişdir. Tədqiqat zamanı I və II qruplarda aparılan distansion şüa terapiyanın (DŞT) və laringektomiyaya+distansion şüa terapiya (LE+DŞT) müalicə metodlarının bilavasitə nəticələri şişin reqressiya dərəcəsinə görə qiymətləndirilmişdir. Müşahidələrimiz onu göstərdi ki, aparılan şüa terapiyadan sonra şişin tam reqressiyası hər iki qrupda təxminən eyni idi (müvafiq olaraq, 40,8% və 41,3%). Şişin hissəvi reqressiyası isə DŞT qrupunda 55,1% xəstədə LE+DŞT qrupunda 43,5% xəstədə qeydə alınmışdır. Müalicənin effektivliyi I- qrupda 4,1%, II qrupda isə 15,2% hallarda müşahidə edil-

mişdir. Total larinqektomiyadan sonra xəstənin qidalanması ağızdan, nəfəsalma isə -traxeostomadan bərpa olunurdu. Həmin əməliyyatın əsas çatışmazlığı səs funksiyasının itirilməsidir. Sonuncunun, loqopedik metodikaların istifadəsilə bərpası həmişə müvəffəqiyyətlə başa çatır. Aparılan müalicə metodundan asılı olaraq residiv və metastazların rastgəlmə tezliyi və inkişaf müddəti xəstələr qruplarında fərqli olmuşdur. Residiv və metastazlar daha çox yalnız DŞT-dan sonra (59,1%) inkişaf edirdi, nəinki LE+DŞT-dan sonra (13,0%). Belə ki, distansion şüa terapiyadan sonra residivlər 14 (28,5%) xəstədə, metastazlar isə 15 (30,6%) xəstədə, LE+DŞT-dan sonra isə müvafiq olaraq, 1 (2,2%) və 5 (10,8%) hallarda müşahidə edilmişdir (cədvəl 1). Residiv və metastazların əməlgəlmə müddəti üzrə nəticələrin təhlili göstərir ki, DŞT-dan sonra residiv və metastazlar daha çox 1-3 il (müvafiq olaraq, 22,4% və 16,3%) müddətində baş vermişdir. Belə ki, şişin residiv və metastazları DŞT müalicəsinin başlanmasından sonra birinci il ərzində 4,1% və 8,2% hallarda qeyd edilmişdir, 3-cü ilə maksimuma çatmışdır (müvafiq olaraq 22,4% və 16,3%), 5-ci ilə isə 2,0% və 6,1%-ya qədər azalmışdır.

Larinqektomiyanın icrasından sonra DŞT müalicəyə məruz qalan xəstələr qrupunda residiv və metastaz ilə xəstələrin əksər sayı müalicənin başlanmasından sonra birinci il ərzində qeyd edilmişdir (müvafiq olaraq, 2,2% və 6,4%). Bu zaman 1-3 il və 3-5 il müddətində eyni sayda yalnız metastazlar (2,2%) inkişaf etmişdir, residiv isə qeyd edilməmişdir.

Beləliklə, tədqiq olunan I və II qruplar yuxarıda sadalanan parametrlərə görə, praktiki olaraq, eyni idi. Lakin, aparılan müalicə həcmi residiv və metastazların inkişafında, xəstələrin yaşam göstəricilərində əhəmiyyətli dərəcədə öz əksini tapdı.

Belə ki, (LE) daxil etməklə aparılan kombinəolunmuş müalicə başlanandan sonra 5 il ərzində residiv və metastazların inkişafını əhəmiyyətli dərəcədə 4,5 dəfə (59,1%-dan 13,0%-a qədər) azaltmağa; xəstələrin 3- və 5-illik yaşam göstəricilərini, tək DTQT (müvafiq olaraq, 51,0-40,8%) ilə müqayisədə, çoxaltmağa (müvafiq olaraq, 71,7-67,3%); ümumi ölümü 59,1%-dan 32,6%-a qədər azaltmağa imkan verdi.

Cədvəl 1

DŞT və LE+DŞT müalicəsi alan qruplarda residivlər və metastazların rastgəlmə tezliyi

Xəstə qrupu və müalicə metodu	Xəst. sayı		Residivlər						Metastazlar						Cəmi	
	Mütləq	%	1 ilədək		1-3 il		3-5 il		1 ilədək		1-3 il		3-5 il		Mütləq	%
			Mütləq	%	Mütləq	%	Mütləq	%	Mütləq	%	Mütləq	%	Mütləq	%		
I. DŞT	49	100	2	4,1	11	22,4	1	2,0	4	8,2	8	16,3	3	6,1	29	59,1
II. LE +DŞT	46	100	1	2,2	-	-	-	-	3	6,4	1	2,2	1	2,2	6	13

Əldə edilən nəticələr larinqektomiya+distansion şüa terapiya kombinə olunmuş müalicə metodun tək distansion şüa terapiya metodundan üstün olduğunu göstərir. Lakin, şikəstedici əməliyyatdan (LE) sonra orqanı itirən III mərhələli qırtlaq xərçəngi olan xəstələrin reabilitasiyası olduqca çətin və tam həll olunmamış bir problemdir. Bu səbəbdən xəstələr əksər hallarda həmin cərrahi əməliyyatdan qəti imtina edir.

Qırtlağın yayılmış xərçənginə görə aparılan kimya-radioterapiya zamanı, tez-tez qırtlağın qalıq törəməsini müşahidə etmək olur və həmçinin də residiv baş vermə ehtimalları da çoxdur. Belə hallarda pasientlər üçün, total larinqektomiya xilasedici cərrahi əməliyyatı icra olunur. Lakin, total larinqektomiya cərrahi əməliyyatı kimya-radioterapiyadan sonra aparıldığı hallarda pasientlərdə cərrahi əməliyyat sonrası çox vaxtı fəsadların tez-tez əmələgəlməsi müşahidə olunur. Tədqiqat işimizdə cərrahi əməliyyatın şüa müalicəsinin, total larinqektomiyadan sonra yaranan fəsadların, xüsusilə udlaq-dəri fistulunun (UDF) əmələ gəlməsini təhlil etmişik. Milli Onkologiya Mərkəzinin baş-böyün şişlər şöbəsində QX III mərhələsi diaqnozu ilə total LE cərrahi əməliyyatı icra olunmuş 96 xəstənin cərrahi əməliyyat sonrası yaranan fəsadların, əməliyyatın şüa müalicəsilə və ya boyun limfadeneksiyanın icra edilməsilə əlaqəli olduğunu aşkar etmişdik. Xəstələr iki qrupa bölünmüşdür: I qrup- (DŞT+LE) alan 46 xəstə, II qrup- (LE+DŞT) alan 50 xəstə (cədvəl 2).

Cədvəl 2

DŞT+LE və LE+DŞT ya aparılan müalicə metodundan asılı olaraq UDF-nin yaranma riski

Xəstə qrupu və müalicə metodu	Xəst. sayı		UDF						UDF						Cəmi	
	Mütləq	%	1 həftə						2 həftə		3 həftə					
			Mütləq	%	Mütləq	%	Mütləq	%	Mütləq	%	Mütləq	%	Mütləq	%		
DŞT+LE	46	100	2	4,1	6	5,2	1	2,0	4	8,2	8	9,3	3	9,7	24	38,5
LE+DŞT	50	100	1	1,0	-	-	-	-	2	1,4	1	0,5	1	0,6	5	3,5

Udlaq-dəri fistulanın əməliyyatını şüa müalicəsini almış xəstələrdə cərrahi əməliyyatından sonra yaranması daha çox rast gəlinirdi 24 pasientdə 38,5%, onların arasında 5 xəstəyə 1 dəfə, 1 xəstəyə isə iki dəfə təkrar cərrahi əməliyyat-farinqostomanın bağlanması icra olunmuşdur. Bu faktlar pasientin xəstəxanada qalmasını, nazoqastral zondla qidalanma müddətini və bilavasitə pasientin depressiyada qalma müddətini artırır, psixoloji duruma mənfi təsir edəcək. Total LE-dan sonra şüa müalicəsi almış xəstələrdə isə 5 pasientdə 3,5%, fistula müşahidə olunmuşdur. Yalnız bir pasientdə təkrar cərrahi əməliyyatı farinqostomanın bağlanması icra olunmuşdur, 4 xəstədə isə konservativ müalicə nəticəsində UDF bağlanmışdır. Fistulanın açılması boyun limfadisseksiası ilə əlaqəli deyildi. Şüa müalicəsindən total LE cərrahi əməliyyatına qədər olan vaxt azaldıqca, UDF-nin yaranma tezliyi və fistulun bağlanma zamanında kifayət qədər artırdı. Əməliyyatı aparılan laborator qan analizlərində hemoglobin və albumində nəzərə çarpan bir böyük fərq aşkar edilmədi. Amma limfositlərin sayı, udlaq-dəri fistulası yaranan xəstələrdə kifayət qədər az idi. Beləliklə bizim müşahidələrimizə görə, cərrahi əməliyyatdan sonra (LE), şüa müalicəsi verildiyi hallarda fistul, residiv və metastaz yaranması daha az rast gəlinir.

T₃N₀₋₁M₀ mərhələli qırtlaq xərçəngi olan xəstələrin DŞT+PKT və LE+DŞT+PKT müalicələrinin nəticələri.

Tərəfimizdən III mərhələli qırtlaq xərçənginin müxtəlif şüa təsirinə növləri şəraitində neoadyuvant və adyuvant kimyaterapiyanın effektivliyi müqayisəli aspektdə öyrənilib. Tədqiqat iki qrup xəstələr üzərində aparılıb, onlardan III qrupda kombinə olunmuş müalicə aparılıb: 15 xəstəyə (11,7%) distansion şüa terapiya BMD 1,8-2 Qr sxemi ilə+2 kurs adyuvant polikimyaterapiya (birinci gün sisplatin 80 mq/m² və 1-5-ci günlər ftorurasil 750 mq/m², SD 3750-5000 mq)

IV qrupda isə 18 (14,0%) xəstəyə tərəfimizdən hazırlanan müalicə: LE+ distansion şüa terapiya CMD 38-40 Qr + 2 kurs adyuvant arteriya daxili polikimyaterapiya (1-ci gün taksoter 75 mq/m² və sisplatin 80 mq/m² – kurslar 21 gündən bir təkrarlanırdı)

Öyrənilən DŞT+PKT və LE+DŞT+PKT(III və IV) qruplarda xəstələrin cinsə və yaşa görə xarakteristikası aşağıdakıları göstərdi. Kişilərin sayı (müvafiq olaraq, 80,0% və 83,3%) qadınların sayından (20,0% və 16,7%) təxminən 4 dəfə çox olmuşdur. Xəstələrin əksər sayı 51-70 yaş

həddində idi (66,6% və 61,1%). Beləliklə, yaşa və cinsə görə hər iki qrupların xəstələrinə, praktiki olaraq, eyni xüsusiyyətlər mövcud idi.

Hər iki tədqiq olunan qruplar üzrə şişin inkişaf xarakteri və qırtlağın müxtəlif nahiyələrində lokalizasiyasına görə xarakteristikası göstərdi ki, ekzofit formalı şişlər (müvafiq olaraq, 60,0% və 55,5%) ilə xəstələr üstün idi. Onlar əksər halda qırtlağın bağ nahiyəsində yerləşirdi (73,3% və 66,7%). Deməli, tədqiq olunan qrupların göstərilən parametrlər üzrə xüsusiyyəti bir-birindən cüzi fərqlənirdi.

Şişin ölçüsünə görə hər iki qrup xəstələrin nəticələrinin təhlili zamanı görünür ki, əksər xəstələrdə (müvafiq olaraq, 53,3% və 55,6%) şişin ölçüsü 4 sm-dan çox idi. Metastazların yayılma dərəcəsini öyrənərkən, aydın oldu ki, III və IV qrup xəstələrin əksəriyyətində metastazlar ($T_3N_0M_0$) yox idi: müvafiq olaraq, 86,7% və 88,9%. Regionar limfa düyünlərində tək-tək metastazlar ($T_3N_1M_0$) III qrupun 2 (13,3%) və IV qrupun – 2 (11,1%) xəstəsində qeyd edildi. Hər iki qrupun $T_3N_1M_0$ olan bütün xəstələrinə N_1 olduğu halda boyun yumşaq toxumalarının fassial-futlyar kəsilməsi icra olunurdu. Tədqiqatın zamanı və qruplarında müalicə nəticələrinin təhlili göstərdi ki, cərrahi kombinə olunmuş (LE+DŞT+PKT) müalicədən sonra DŞT+PKT qrupu ilə müqayisədə residiv və metastazların inkişafının rastgəlmə tezliyində və müddətində əhəmiyyətli dərəcədə fərq müşahidə olunmuşdur. Belə ki, cədvəl 3-dən göründüyü kimi LE+DŞT+PKT qrupunda residiv və metastazların rast gəlmə 27,7%, DŞT+PKT qrupunda isə 66,6% təşkil etmişdir ($P<0,05$). Bu zaman DŞT+PKT-dan sonra daha çox metastazlar inkişaf etdi 6 (39,9%), nəinki residivlər – 4 (26,7%). LE+DŞT+PKT kompleks müalicədən sonra isə metastazların inkişafı yalnız 1 (5,5%) halda, residivlər isə 4 (22,2%) xəstədə inkişaf etmişdir. Bu nəticələr göstərir ki, residiv və metastazların ümumi sayının 2,4 dəfə azalmasında tərəfimizdən hazırlanan kompleks LE+DŞT+PKT müalicə metodun effektivliyi, DŞT+PKT ilə müqayisədə, daha yüksəkdir.

Residiv və metastazların əmələ gəlməsinin müddətinin təhlili göstərdi ki, DŞT+PKT-dan sonra residiv və metastazlar daha çox 1 ilə qədər müddətdə əmələ gəlirdi. Belə ki, əgər residivlər cəmi 4 (26,7%) xəstədə 1 ilə qədər müddətdə inkişaf edən halda, sonrakı müddətdə onlar qeydə alınmamışdır. Metastazlar isə - 1 ilə qədər müddətdə 3 (20,0%), 1-3 il müddətində - 2 (13,3%), 3-5 il müddətində - 1 (6,6%) xəstədə müşahidə olunmuşdur.

Cədvəl 3

QX ilə DŞT+PKT və LE+DŞT+PKT qrup xəstələrində residiv və metastazların inkişafının rastgəlmə tezliyi və müddətləri

Xəstə qrupu və müalicə metodu	Xəstə sayı		Residivlər						Metastazlar						Cəmi	
	Mütləq	%	1 ilədək		1-3 il		3-5 il		1 ilədək		1-3 il		3-5 il			
			Mütləq	%	Mütləq	%	Mütləq	%	Mütləq	%	Mütləq	%	Mütləq	%	Mütləq	%
I. DŞT+PKT	15	100	4	26,7	-	-	-	-	3	20,0	2	13,3	1	6,6	10	66,6
II. LE+DŞT+PKT	18	100	4	22,2	-	-	-	-	-	-	1	5,5	-	-	5	27,7

LE+DŞT+PKT kompleks müalicə alan xəstələrində residiv yalnız 4 (22,2%) xəstədə 1 ilə qədər müddətdə müşahidə olunmuşdur, metastazlar isə yalnız 1 (5,5%) xəstədə 1-3 il müddətində inkişaf etmişdir. İllər üzrə residiv və metastazların inkişafının rastgəlmə tezliyinin təhlili göstərdi ki, birinci il tərəfimizdən təqdim olunan müalicə metodu ilə IV qrupun xəstələrində, III qrupla müqayisədə, residivlər 4,5%-a az idi və metastazlar yox idi, 1-3 il müddətində - residiv yox idi və metastazlar 2,4 dəfə az idi, 3-5 il müddətində - nə residiv, nə də metastaz yox idi. Beləliklə, tərəfimizdən işlənib hazırlanan LE+ADPKT metodika ilə kombinə olunmuş terapiya başlanan gündən sonra 5 il ərzində residiv və metastazların inkişafını azaltmağa, bəzi müddətlərdə isə - qarşısını almağa imkan verir. Öldə edilən nəticələr LE+DŞT+PKT III mərhələli qırtlaq xərçəngi olan xəstələrin müalicə nəticələrinin yaxşılaşmasında, distansion şüa terapiya, LE+DŞT və polikimyaterapiya+distansion şüa terapiya ilə müqayisədə, əhəmiyyətli dərəcədə effektivliyini göstərir.

T₃N₀₋₁M₀ mərhələli qırtlaq xərçəngi olan xəstələrin aparılan müalicə metodundan asılı olaraq yaşam göstəriciləri.

Hal-hazırda onkoloji xəstələrin yaşam göstəricilərinin ən düzgün hesablama üsulu yaşam cədvəllərinin qurulması sayılır. Bəzi ədəbiyyatda həmin metod statistik, dinamik və ya akturiat adlandırılır. Müşahidənin başa çatması anına bütün xəstələr ölürsə, bu yaşam cədvəlləri düz metodla hesablanan yaşam göstəriciləri (yaşayan xəstələrin müalicə olunan xəstələrin ümumi sayına olan nisbəti) ilə tam uyğun gəlir.

Yaşam cədvəllərinin hesablanması üçün istifadə olunan bir neçə modifikasiyasından biz interval metodu seçdik. Bu metodda müşahidədən kənara çıxan, ölən xəstələrin müşahidəsinin müddətini nəzərə almaqla, onları yaşam cədvəllərinin qurulması üçün qəbul olunan intervala müvafiq olaraq, bir neçə qrupa bölürük (bizim tədqiqatda – ilə görə).

Öldə etdiyimiz nəticələrə görə DŞT-dan sonra QX olan xəstələrin 1-illik kumulyativ yaşam göstəricisi maksimal yüksək idi, yəni 100%-ə bərabər idi. Lakin, sonrakı müşahidə müddətlərində kumulyativ yaşam göstəricisi birdən azalırdı ($P < 0,05$). Belə ki, 2-illik

yaşam göstəricisi $66,7 \pm 7,0\%$, 3-illik - $40,6 \pm 7,0\%$, 4-və 5-illik – müvafiq olaraq, $18 \pm 6,7\%$ və $18 \pm 0\%$ -a qədər azaldı. Bu göstəricilər ənənəvi şüa terapiya ilə müalicədə saxlanan QX ilə xəstələrin 4- və 5-illik yaşam göstəricilərinin olduqca aşağı olduğunu ($P < 0,05$) bildirir.

LE+DŞT-dan sonra (II qrup) xəstələrin yaşam göstəriciləri I qrup xəstələrin nəticələrindən əhəmiyyətli dərəcədə fərqli olduğunu göstərdi. Belə ki, LE+DŞT-dan sonra xəstələrin 1-illik kumulyativ yaşam göstəriciləri DŞT qrupu ilə müqayisədə aşağı olmuşdur – $87,7 \pm 5,01\%$. Sonradan LE+DŞT alan xəstələrin 2-illik yaşam göstəricisinin $81,7 \pm 4,7\%$ -a qədər azalmasına baxmayaraq, bu rəqəm yalnız DŞT alan xəstələrin həmin müddətdəki göstəricisindən nisbəti əhəmiyyətli dərəcədə yüksək idi ($66,7 \pm 7,0\%$). 3-illik yaşam göstəricisi $52,0 \pm 9,6\%$, 4-illik - $52,0 \pm 0\%$, 5-illik isə – $26,0 \pm 13,0\%$ təşkil etmişdir. Bu göstəricilər I qrupda olan göstəricilərdən yüksək idi (müvafiq olaraq, $40,6 \pm 7,0\%$, $18 \pm 6,7\%$ və $18 \pm 0\%$) (cədvəl 4).

Beləliklə, LE+DŞT alan xəstələrin 1-illik yaşam göstəriciləri yalnız DŞT alan xəstələrlə müqayisədə aşağı olmasına baxmayaraq, 4- və 5-illik yaşam göstəriciləri əhəmiyyətli yüksək olmuşdur.

DŞT+PKT (III qrup) xəstələrin yaşam göstəricilərinin hesablanması göstərdi ki, onlar əvvəlki qruplarla müqayisədə yüksək olmuşdur. Belə ki, DŞT+PKT-dan sonra 1-illik kumulyativ yaşam göstəricisi maksimuma çatırdı – 100% (DŞT alan xəstələr qrupunda olduğu kimi). DŞT+PKT alan xəstələrin 2-illik yaşam göstəricisi $84,7 \pm 9,9\%$ təşkil etməklə DŞT ($66,7 \pm 7,0\%$) və LE+DŞT ($81,7 \pm 4,7\%$) qruplarının göstəricilərdən yüksək olmuşdur. Distansion şüa terapiya+PKT sonra 3-illik yaşam göstəricisi $50,8 \pm 15,1\%$ -a qədər azalmışdır (təxminən LE+distansion şüa terapiya qrupdakı kimi - $52,0 \pm 9,6\%$, lakin yalnız distansion şüa terapiya qrupundakından ($40,6 \pm 7,0\%$), yüksək idi. Lakin 4-illik yaşam göstəricisi DŞT+PKT-dan sonra $30,4 \pm 15,6\%$ -a qədər azalırdı (DŞT qrupundakı kimi - $18,0 \pm 6,7\%$), bu isə LE+DŞT qrupunun göstəricisindən aşağı idi ($52,0 \pm 0\%$). 5-illik yaşam göstəricisi isə bu qrupda $30,4 \pm 0\%$ təşkil etmişdir. Bu göstərici DŞT ($18,0 \pm 0\%$) və LE+DŞT-dan ($26,0 \pm 13,0\%$) qruplarının göstəricilərdən yüksək olmuşdur (cədvəl 4).

Cədvəl 4

T₃N₀₋₁M₀ mərhələli qırtlaq xərcəngi olan xəstələrin müalicə metodundan asılı olaraq 3- və 5-illik kumulyativ yaşam göstəriciləri

Xəstələr qrupu və müalicə metodu	Xəstələrin sayı		Kumulyativ yaşam göstərici, M±t, %	
	Mütləq sayı	%	3-illik	5-illik
I. DŞT	49	100	40,6±7,0%	18,0±0%
II. LE+DŞT	46	100	52,0±9,6%	26,0±13,0%
III. DŞT+PKT	15	100	50,8±15,1%	30,4±0%
IV.LE+DŞT+PKT	18	100	66,3±12,6%	66,3±0%

Beləliklə əldə edilən nəticələr göstərdi ki, DŞT+PKT-dan sonra xəstələrin 2- və 5-illik yaşam göstəriciləri (müvafiq olaraq, 84,7% və 30,4%) DŞT (müvafiq olaraq, 66,7% və 18,0%) qrupundan əhəmiyyətli dərəcədə, LE+DŞT (müvafiq olaraq, 81,7% və 26,0%) qrupundan isə nisbətən yüksək olmuşdur ($P<0,05$).

LE+DŞT+PKT,IV qrup xəstələrin illər üzrə yaşam göstəricilərinin hesablanması göstərdi ki, bu müalicə üsulu digər metodlardan üstündür. Belə ki, xəstələr bu kombinə olunmuş müalicəni aldıqdan sonra onların kumulyativ 1- illik yaşam göstəricisi DŞT və DŞT+PKT qrupunda olduğu kimi maksimal olmuşdur -100%, lakin LE+DŞT-dan sonrakı xəstələr qrupundan fərqlənirdi (87,7±5,1%). LE+DŞT+ PKT alan xəstələrin 2-illik yaşam göstəricisi 86,7±8,7% təşkil etmişdir və bu göstərici digər qruplarla müqayisədə yüksək olmuşdur (DŞT-66,7±7,0%, LE+DŞT-81,7±4,7% və DŞT+PKT-84,7±9,9%) sonra yüksək idi. LE+DŞT+PKT sonra 3-illik yaşam göstəricisi 66,3±12,6%-a bərabər idi, bu da digər qruplardakı DŞT (40,6±7,0%), LE+DŞT (52,0±9,6%) və DŞT+PKT qruplarının (50,8±15,1%) göstəricilərdən yüksək idi. LE +PKT+DŞT qrupunda 4- və 5-illik yaşam göstəriciləri 66,3±0% təşkil etməklə digər metodlardan əhəmiyyətli dərəcədə yüksək olmuşdur (müvafiq olaraq DŞT, 18,0±6,7% və 18,0±0%; LE+DŞT-52,0±0% və 26,0±13,0%; DŞT+PKT 30,4±15,6% və 30,4±0%).

Beləliklə, yeni müalicə metodun istifadəsindən sonra 3- və 5-illik yaşam göstəricilərin digər qrupların nəticələri ilə müqayisəsi zamanı statistik dürüst fərqlər əldə edilib ($P < 0,05$). Əldə edilən nəticələr göstərir ki, xəstələrin 2-, 3-, 4- və 5-illik yaşam göstəriciləri LE+DŞT+PKT-dan sonra daha yüksək olmuşdur.

Beləliklə, aparılan tədqiqatların nəticəsində $T_3N_{0-1}M_0$ mərhələsində qırtlaq xərçənginin müalicəsində LE-nin effektivliyini qiymətləndirmək, müxtəlif şüa təsiri şəraitində PKT-nın effektivliyini göstərmək, həmin xəstələrin müxtəlif kombinə olunmuş müalicə metodlarından sonra ehtimal olunan yaşam göstəricilərinin təhlilini aparmağa mümkün olmuşdur. Problemin həllinə yuxarıda sadalanan yanaşma $T_3N_{0-1}M_0$ mərhələli qırtlaq xərçəngi olan xəstələrin müalicə nəticələrini işlənilib hazırlanan yeni kombinə olunmuş müalicə metodunun vasitəsilə yaxşılaşdırmağa imkan verdi.

NƏTİCƏLƏR

1. $T_3N_{0-1}M_0$ mərhələli qırtlaq xərçəngi diaqnozu mövcud olan xəstələrdə larinqektomiyadan sonra şüa müalicəsi aparıldığı hallarda, həm ilk həftələr ərzində udlaq-dəri fistulanın yaranmasını, həm 5 il ərzində residiv və metastazların inkişafını 4,5 dəfə (59,1%-dan 13,0%-a qədər) azaltmağa imkan verir [1,2].
2. Larinqektomiyanın icrası $T_3N_{0-1}M_0$ mərhələli qırtlaq xərçəngi olan xəstələrin 3- və 5-illik yaşam göstəricilərini, tək distansion şüa terapiya (müvafiq olaraq, 51,0% və 40,8%) ilə müqayisədə, yüksəltməyə (müvafiq olaraq, 71,7% və 67,3%) və ümumi ölümü 59,1%-dan 32,6%-a qədər azaltmağa imkan verir [4,6].
3. Larinqektomiya+distansion şüa terapiya+sistem polikimyaterapiya tərkibli müalicə metodu başlanandan sonra 5 il ərzində residiv və metastazların inkişafını 2,4 dəfə azaltmağa (66,6%-dan 27,7%-a qədər), 3- və 5-illik yaşam göstəricilərini yüksəltməyə və ümumi ölümü 1,8 dəfə (40,0%-dan 22,2%-a qədər) azaltmağa imkan verir [6,7].
4. $T_3N_{0-1}M_0$ mərhələli qırtlaq xərçəngi olan xəstələrə radikal proqramla aparılan kompleks müalicə də 3- və 5-illik yaşam göstəricilərinin ehtimalı müalicənin effektivliyini, başqa metodları ilə müqayisədə, 20% çoxaldır [7,8].

PRAKTIKİ TÖVSIYƏLƏR

1. T₃N₀₋₁M₀ mərhələli qırtlaq xərçənginin müalicəsində larinqektomiya əsas kombinə olunmuş müalicə metodu qalmalıdır.
2. Şüa terapiyanın və kimyaterapiyanın müştərək istifadə edilməsi uzunmüddətli remissiyanı əldə etməyə imkan verir, lakin xəstələrin 3- və 5-illik yaşam göstəricilərini yaxşılaşdırmır.
3. Tərəfimizdən işlənilib hazırlanan larinqektomiya+distansion şüa terapiya+polikimyaterapiya ilə, kombinə olunmuş müalicə, udlaqdəri fistulanan, residiv və metastazların inkişafını əhəmiyyətli dərəcədə azaldır, digər müalicə metodları ilə müqayisədə, əksər xəstələrin yaşam göstəricilərini yüksəldir. Bu səbəbdən həmin müalicə metodun icrası III mərhələli qırtlaq xərçəngi olan xəstələrin müalicəsində seçim metodu ola bilər.
4. Azərbaycan Respublikasında əhali arasında kütləvi informasiya vasitələrini geniş cəlb etməklə "Xərçəng xəstəliyi ilə milli mübarizə" proqramı çərçivəsində qırtlaq xərçənginin profilaktikası, həmçinin ilkin mərhələlərdə HPV təyini mövzusunda təbliğat işlərinin daha da genişləndirilməsi.

Dissertasiya mövzusunə aid çap olunmuş elmi işlərin siyahısı

1. Əliyev, Ə.C. Total larinqektomiya cərrahi əməliyyatlarında dəridə istifadə olunan T-tipli və "APRON" -tipli kəsiklər. / Ə.C.Əliyev, N.Ə.Quliyev, Q.S.Əsədli [və b.] // Azərbaycan Onkologiya Jurnalı, 2014, N.2, s.86-87.
2. Əliyev,Ə.C. Qırtlaq xərçənginin T3 mərhələsində kombinə olunmuş cərrahi əməliyyatın və yalnız konservativ müalicənin təhlili / Ə.C.Əliyev, N.Ə.Quliyev, Q.S.Əsədli[və b.] // Azərbaycan Onkologiya Jurnalı, - 2016, N.2, -s.73-76.
3. Алиев, Д.А. Оценка результатов комбинированного лечения больных метастатическим раком гортани и гортаноглотки T3-4N2M0. / Д.А.Алиев, А.Д.Алиев, Г.С.Асадли [и др.]. // Azərbaycan Onkologiya Jurnalı , -2017, N.1, -s.18-23.
4. Асадли, Г.С. Местные рецидивы при раке гортани III стадии после комбинированного лечения // Сборник Тезисов Между-

- народной научно-практической конференции по антимикробной терапии и клинической микробиологии” Россия, -Ростов-на Дону, - 2018,-с.17-18.
5. Ватанха, С.С., Асадли, Г.С., Кязимов, А.Т. Особенности лечения и КТ диагностики рака гортани в III стадии.// “Евразийский Онкологический Журнал”, Россия: -Сочи -2018, том 6, №1, -с.207-208.
 6. Асадли, Г.С. Оценка результатов комбинированного лечения больных с метастатическим раком гортани Т3-4N2M0// Врач-Аспирант, -Москва, -2019, №2, -с.40-49.
 7. Əliyev, Ə.C. Qırtlaq xərçənginin T3 mərhələsində aparılan müalicələr. / Ə.C.Əliyev, N.Ə.Quliyev, Q.S.Əsədli, A.M.Əliyeva // Azərbaycan Onkologiya Jurnalı, -2019, N.1, -s.49-53.
 8. Asadli, G.S. Radiation and combined treatment of recurrent laryngeal cancer stage 3. // International Medical Journal, Kharkov, -Ukraine. -2019, №4, -с.63-66.
 9. Əsədli, Q.S. Qırtlaq xərçəngin T3 mərhələsində cərrahi müalicənin yara sağlması. // Azərbaycan Onkologiya Jurnalı, -2019, N.2, -s.25-28.
 - 10.Əsədli, Q.S. Qırtlaq xərçəngin T3, III mərhələsində larinqektomiyadan sonra xəstələrdə səs və tənəffüs funksiyaların bərpası. “Azərbaycan Onkologiya Jurnalı, - 2020, N1, -s.22-27.
 - 11.Асадли, Г.С., Иманова А.Ф. Значимость лучевой диагностики в лечении пациентов с раком гортани в стадии Т3. / Г.С.Асадли, А.Ф.Иманова // Онкологический журнал, -Минск, -2020, №4, -с.64-66.
 12. Асадли, Г.С., Алиева, А.М.Современные методы лечения рака гортани в стадии Т3. //Евразийский Онкологический Журнал” -Минск, -2021, том 9, №1, - 267с.
 13. Əsədli, Q.S. Психологический статус пациентов после ларингэтомии с раком гортани Т3. / Q.S.Əsədli, A.F.İmanova // Azərbaycan təbabətinin müasir nailiyyətləri jurnalı, -2022, №1. -s.126-130.

İXTİSARLARIN VƏ ŞƏRTİ İŞARƏLƏRİN SİYAHISI

PKT-polikimyaterapiya

KT-kompüter tomoqrafiya

QX-qırtlaq xərcəngi

Qr-qrey

DŞT-distansion şüa terapiyası

LE-larinqektomiya

GMD-gündəlik mənbə dozası

MRT-mağnit rezonans tomografiya

USM-ultrasəs müayinəsi

UDF-udlaq-dəri fistulası

İPV- insan papiloma virusu

CMD-cəmi mənbə dozası

Dissertasiyanın müdafiəsi _____ 2022-ci il saat _____ da Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyi Milli Onkologiya Mərkəzinin nəzdində fəaliyyət göstərən FD 1.02 Dissertasiya şurasının iclasında keçiriləcəkdir.

Ünvan: AZ 1122, Bakı şəh., H.Zərdabiküç., 79 B

Dissertasiya ilə Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyi Milli Onkologiya Mərkəzinin kitabxanasında tanış olmaq olar.

Dissertasiya və avtoreferatın elektron versiyaları aak.gov.az rəsmi internet saytında yerləşdirilmişdir.

Avtoreferat _____ 2022-ci il tarixində zəruri ünvanlara göndərilmişdir.

Çapa imzalanıb: 23.09.2022

Kağızın formatı: 60x84^{1/6}

Həcm: 37202

Tiraj: 100 nüsxə