

**AZƏRBAYCAN RESPUBLİKASI SƏHIYYƏ NAZİRLİYİ**  
**MİLLİ ONKOLOGİYA MƏRKƏZİ**

**ÜMUMMİLLİ LİDER H.Ə.ƏLİYEVİN AD GÜNÜNƏ**  
**HƏSR OLUNMUŞ ELMİ-PRAKTİKİ KONFRANSIN**  
**MATERİALLARI**

**10 may 2016 il**

**Bakı – 2016**

## **REDAKSİYA HEYƏTİ**

C.Ə.Əliyev (sədr)

Ə.C.Əliyev, 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 (məsul katib)

## ƏBƏDİ OLAN LİDER.

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

“Azərbaycanın dövlət müstəqilliyi yolunda fədakarcasına çalışmaq mənim həyatımın mənasıdır.”

Heydər Əliyev

Müstəqil Azərbaycanın banisi, çağdaş dünyamızın ən nəhəng simalarından biri, sözün əsl mənasında ən böyük azərbaycanlı olan Heydər Əliyev bütün əmək fəaliyyətini bilavasitə Azərbaycanın xoş gələcəyinə həsr etmişdir. Rəhbərlikdə olduğu bütün illərdə onun çoxşaxəli fəaliyyətinin, həyata keçirdiyi bütün işlərin başında həmişə Azərbaycan dövləti və Azərbaycan xalqı durmuşdur.

Azərbaycanın ən yeni tarixində müstəqil dövlət ideyası da məhz Heydər Əliyev adı ilə bağlıdır.”Azərbaycan dövlət müstəqilliyi yolunda fədakarcasına çalışmaq mənim həyatımın mənasıdır.”-deyəən ulu öndərin yalnız bir amalı, bir məqsədi var idi – Azərbaycan dövlətini qurmaq, möhkəmləndirmək və Azərbaycan xalqına layiq olduğu xoş güzəranı bəxş etmək.

Sözün həqiqi mənasında dünya siyasətçiləri arasında həmişə sayılıb-seçilən, böyük nüfuz sahibi olan siyasət xadim, insanpərvər, mehriban, qayğıkeş, haqqı sevən, sözü ilə əməli bir-birini tamamlayan, bütün varlığı ilə dövlətə və xalqa bağlı nadir şəxsiyyət olan Ulu Öndər:

-öz əməlləri ilə, xalqa əvəzsiz xidmətləri ilə əbədiyaşarlıq zirvəsinə yüksələ bilmişdir.

-böyük siyasət qalasının ən uca zirvəsini fədakarcasına fəth etmişdir.

-Azərbaycan kimi bir məmləkətin adını bütün dünyaya tanıtmışdır.

O, qəlbi daim bəşəri duyğularla döyünən ümumbəşər övladı idi. Heydər Əliyev dünya siyasət meydanında cərəyan edən proseslərə təsir baxımından həmişə öz sözü,öz çəkisi,öz dəsti-xətti ilə seçilirdi. Əsl ümumxalq məhəbbəti, sevgisi qazanmış siyasətçilərdən, dövlət xadimlərindən idi.

Qətiyyətlə deyə bilərik ki, XX əsrin sonlarında Azərbaycanda dövlətçilik ənənələrinin bərpa edilib zənginləşdirilməsi, Azərbaycanın dövlət müstəqilliyinin möhkəmləndirilməsi, onun əbədi, dönməz xarakter olması, ölkəmizin sürətli inkişaf etməsi Heydər Əliyevin uzaqgörən və zəngin siyasi fəaliyyəti, möhkəm siyasi iradəsi və qeyri-adi təşkilatçılıq istedadı sayəsində mümkün olmuşdur.

Əlbəttə, ölkəmizin bugünkü sabit və dayanıqlı inkişafının təməlinə məhz ulu öndərin uğurla reallığa çevrilən ideyaları durur.

Ümummillə liderimizin fiziki yoxluğu bu gün damarında əsl azərbaycan qanı axan hər bir insanı sarsıdır. Bununla belə Azərbaycanda yaşayan bütün xalqlar özlərini xoşbəxt hesab edirlər ki, onların Heydər Əliyev kimi dahi lideri olmuşdur. Bu gün doğma Azərbaycanımızın hər bir guşəsində Ulu Öndərimizə ucaldılmış abidə xalqımızın inanc yerinə, müqəddəs bir məbədgahına çevrilmişdir. Dünyanın hər hansı bir yerindən ölkəmizə gələn hər bir qonaq, ilk olaraq Ulu Öndərimizin abidəsini ziyarət edir, bu dahi insanın əzəməti önündə baş əyir.

Dünyanın ən böyük azərbaycanlısı Heydər Əliyev deyirdi: “Nə qədər ki, Azərbaycan var, Məndə varam. Mən isə Azərbaycanda əbədi olacağam.”

Bəli, Heydər Əliyev bütün ömrünü xalqına həsr etdi, onun üçün yaşadı və yaratdı. Ulu öndərin bizə bəxş etdiyi ən böyük irs isə bugünkü müstəqil Azərbaycandır. O, isə həmişə qədir bilən Azərbaycan xalqının qəlbində yaşayacaq.

**HEYDƏR ƏLİYEV AZƏRBAYCANIN DAXİLİ VƏ XARİCİ  
SİYASƏTİNİ HAQQ  
VƏ ƏDALƏT ƏSASINDA FORMALAŞDIRMIŞDIR.**

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

Xalq, dövlət yetişdirdiyi övladlarının sayəsində tanınır, nümunə olur. Hər bir dövlətin tarixində elə şəxsiyyət var ki, o butövlükdə xalqın taleyini dəyişir. Ulu Öndər, Heydər Əliyev yalnız Azərbaycanın deyil, dünya tarixinə daxil olmuş şəxsiyyətdir. O, qəlbini canından çox sevdiyi xalqının səadəti uğrunda məşəl kimi yandıraraq insanların yoluna nur çilədi. Bu yolda alovlu mübarizələrdən, çətin sınaqlardan keçdi. Həyətin hər imtahanından da alınacaq, üzüağ çıxdı, buna səbəb onun mənən güclü olması idi. Onun siyası fəaliyyəti, Vətənə, xalqına təmənnəsiz, müqəddəs münasibəti güclü bir məktəb, tukənməz xəzinədir. Gələcək nəsillər bu məktəbdən hələ çox şey öyrənəcək, bu xəzinədən bəhrələnəcəklər, Heydər Əliyev müasir demokratik Azərbaycanı yaratdı, onu dünyanın nüfuzlu ölkəsinə çevirdi. Onun adı Azərbaycan tarixinə görkəmli içtimai-siyası xadim, müstəqil dövlətmizin memarı, uzaqgörən siyasətçi, vətənpərvər və qayğıkeş bir rəhbər kimi yazıldı.

Ulu Öndər siyasət ustası olmaqla yanaşı, dünya siyasətinə tamam fərqli, indiyə qədər bənzəri olmayan bir lider tipi gətirmişdir. Azərbaycan bu gün dünya birliyi tərəfindən tukənməz təbii sərvətləri iqtisadi imkanları ilə yanaşı, mədəni elmi, intellektual, yaradıcı-potensiala malik ölkə kimi qəbul olunur. İndi dünyanın qüdrətli dövlətləri reqlionla bağlı bir çox məsələlərin həllində ölkəmizin dəstəyinə arxalanır, onunla etibarlı tərəfdaş kimi hesablaşırlar. Azərbaycan bu gün həm regional, həm də beynəlxalq təhlükəsizlik

sisteminin qurulmasında fəal iştirak edir. Azərbaycan Respublikası Heydər Əliyevin həm xarici, həm də daxili siyasəti ilə irəliləyir və yaşayır. Onun siyası kursu dövlət müstəqilliyimizin qorunub saxlanması və möhkəmləndirilməsi, Azərbaycanın beynəlxalq imicinin yüksəldirilməsi, sosial-iqtisadi tərəqqiyə nail olması kimi ağır və taleyüklü məsələlərdə sınaqdan çıxmışdır. Azərbaycanda bu gün ümummilli liderimizin ideyaları nəinki yaşayır, hətta daha geniş şəkildə keçirilir.

Bu gün Azərbaycanda H.Əliyevin siyası kursu prezident İlham Əliyev tərəfindən uğurla davam etdirilir və Milli öndərimizin siyasəti yaşayır möhkəmlənir və zənginləşir. Dünyada gedən proseslər, Azərbaycanın dünya birliyinə inteqrasiya siyasəti, qloballaşma meyilləri və ümumiyyətlə, bütün bu proseslərin nəinki iştirakçısı eləcə də regionda reallaşan bütün mühüm layihələrin, dünyamiqyaslı tədbirlərin təşəbbuskarı və təşkilatçısıdır. Elə bunun nəticəsidir ki, son illər ölkəmiz bir sıra beynəlxalq forum və konfransların tez-tez keçirildiyi bir məkana çevrilmişdir. Bir sözlə möhtərəm Prezidentimiz İlham Əliyevin apardığı daxili və xarici siyasət bir daha sübut edir ki, Ulu Öndər H.Əliyevin qətiyyətli söyləri nəticəsində müstəqilliyi tam təmin olunan dövlətimiz durmadan inkişaf edir, çiçəklənir və quvvətli dövlətə çevrilir. Möhtərəm H.Əliyev cənablarını bir daha yada salaraq, eramizdən qabaq yaşamış yunan filosofu Aristotelin yazdığı sözlərlə bitirmək istərdim.

“Mən ən guclu, ən quvvətli, ən zəkali o adamı hesab edirəm ki, o öz istəklərini idarə etməyi bacarır.”

# AZƏRBAYCAN RESPUBLİKASINDA İLK DƏFƏ: SOL SÜD VƏZİ XƏRÇƏNGİNİN "TƏNƏFFÜSÜN DƏRİN İNSPİRASIYA FAZASINDA SAXLANMASI" METODU İLƏ APARILAN DİSTANSİON ŞÜA MÜALİCƏSİNİN EFFEKTİVLİYİ

*C.Ə.Əliyev, İ.H.İsayev, R.R.Hüseynov, G.R.Hacı  
Milli Onkologiya Mərkəzi, Bakı ş.*

**Məqsəd:** Tədqiqatın məqsədi sol süd vəzi xərçəngi (sSVX) diaqnozu qoyulmuş xəstələrdə ənənəvi və "tənəffüsün dərin inspirasiya fazasında saxlanması" (gating) metodu ilə aparılan distansion şüa müalicəsində ionlaşdırıcı şüalanma enerjisinin ətraf normal toxumalar və hədəf həcmələrində paylanmasının müqayisəli öyrənilməsidir.

**Material və metod:** Tədqiqata sSVX diaqnozu qoyulmuş və radikal qoruyucu cərrahiyyə icra olunmuş 15 xəstə daxil edilmişdir. Xəstələrin yaş medianası 51(35-67)il olmuşdur. Cərrahi müdaxiləyə qədər 10 nəfərdə patoloji prosesin I, digər 5-də isə II mərhələsi aşkar olunmuşdur. Şüa müalicəsinə hazırlıq məqsədilə kompüter tomoqrafiya (KT) simulyasiya hər xəstə üçün sərbəst tənəffüs halında və tənəffüsün dərin inspirasiya fazasında nəfəsini saxlamaqla həyata keçirilmişdir. Simulyasiyadan öncə xəstələrə nəfəsin düzgün saxlanması haqqında 30 dəqiqəlik təlim keçirilmiş və göstərilən prosedura Sentinel™ (C-RAD ) lazerəsaslı optik səthi detektor sisteminin dəstəyi ilə aparılmışdır. Prosedur audio və video müşahidənin köməyi ilə icra olunmuşdur. Eyni zamanda video müşahidənin düzgün tətbiqi üçün xüsusi 3-ölçülü optik eynəklərdən istifadə olunmuşdur. Simulyasiyadan sonra hər iki vəziyyətdə (tənəffüsün dərin inspirasiya fazasında saxlanması və sərbəst tənəffüsdə) əldə olunan 3.0 mm qalınlıqda tomoqrafik təsvirlər

planlama sisteminə (Eclips, Version 13.0) köçürülmüş və bütün tomoqrafik kəsiklərdə RTOG konturlama tövsiyələri rəhbər götürülərək hədəf toxumalar və normal toxumalar işarələnmişdir. Müalicə planları ECLIPSE planlama sisteminin köməyi ilə 3D konformal radioterapiya metodu ilə hazırlanmış və distansion şüa müalicəsinə dozimetrik hazırlıq aparılmışdır. Planlama nəticələri (histoqrammalar) əsasında hər iki KT şəkillərində (tənəffüsün dərin inspirasiya fazasında nəfəs saxlanaraq və sərbəst tənəffüsdə) kliniki hədəf həcm və normal toxumaların məruz qaldığı enerji doza-həcm bu toxumaların səviyyəsi müqayisəli analiz olunmuşdur.

**Nəticələr:** "Tənəffüsün dərin inspirasiya fazasında saxlanması" və ənənəvi metodla aparılan şüa müalicəsində doza-həcm histoqrammalarının müqayisəli analizi ürəyin maksimal (müvafiq olaraq, 39,59 Qr və 46,03 Qr,  $p=0.022$ ), orta (müvafiq olaraq, 2,54 Qr vs 3,53 Qr,  $p=0.016$ ), V20Gy, V40 Gy dozalarında və sol ön enən arteriyanın həm maksimal (müvafiq olaraq, 31,51 Qr və 40,62 Qr,  $p=0.05$ ), həm də orta şüalanma dozalarının (müvafiq olaraq, 9.8 Qr və 15.7 Qr,  $p=0.006$ ) statistik əhəmiyyətli azalmasını təsdiq etmişdir. "Tənəffüsün dərin inspirasiya fazasında saxlanması" metodunun tətbiqi zamanı ipsilateral ağ ciyər həcmnin əhəmiyyətli artmasına baxmayaraq ağ ciyərin orta və V20Gy dozalarında statistik əhəmiyyətli fərq aşkar olumamışdır. Sağ süd vəzinin məruz qaldığı dozalar nöqtəyi-nəzərindən diqqətə alarsaq iki metod arasında statistik əhəmiyyətli fərq qeyd edilməmişdir.

**Yekun:** "Tənəffüsün dərin inspirasiya fazasında saxlanması" metodunun tətbiqi ilə ağ ciyər, ürək və tac arteriyaların məruz qaldığı şüalanma dozalarının əhəmiyyətli dərəcədə azalması aşkar edilmişdir ki, bu da şüa fəsadlarının xeyli azalması ilə nəticələne bilər. Məhz bu səbəbdən göstərilən istiqamətdə klinik materialın

uygulanması kliniki onkoradiologiyanın perspektiv istiqamətlərindən biridir.

\*\*\*

## **ИЗУЧЕНИЕ ДОСТОВЕРНОСТИ РЕЗУЛЬТАТОВ БИОПСИИ СТОРОЖЕВОГО ЛИМФОУЗЛА У БОЛЬНЫХ РМЖ**

*Д.А.Алиев, Р.Д.Джафаров, Т.А.Наджафов, С.Э.Рагимова,  
Л.А.Меджидова, С.С.Гурбанов, Ш.Р.Алиева, Р.Р.Солтанова,  
Х.У.Салманова*

*Национальный центр онкологии, г.Баку*

В последние годы благодаря ранней диагностике рака молочной железы (РМЖ) значительно увеличилось количество больных с не пораженными метастазами лимфоузлами, у которых полная подмышечная лимфодиссекция считается избыточной процедурой, чреватой риском тяжелых осложнений. В этих условиях сформировалась и развивается методология биопсии сторожевого лимфоузла (БСЛУ). Основным недостатком БСЛУ является вероятность ложного отрицательного результата, по данным различных исследований 5-10%, что влияет на принятие решения о последующей операции или адьювантного лечения.

**Целью настоящего исследования** является изучение частоты выявления ложно-отрицательных результатов при исследовании подмышечных сторожевых лимфоузлов.

В исследование вошли 30 пациенток, находящиеся на стационарном лечении в отделении общей онкологии в 2015 году. Критериями включения в исследование являются верифицированный РМЖ и отсутствие клинически и инструментально определяемых патологических аксиллярных

лимфоузлов. Для выявления СЛУ мы применяли два метода: контрастновизуальный и радиоизотоп-ассоциированный. При радиоизотопном исследовании мы вводили радиофармпрепарат подкожно за день до операции. Узлы с наибольшей  $\gamma$ -активностью маркировали на коже. Во время операции узлы идентифицировались при помощи  $\gamma$ -детектора. После удаления «сторожевых» лимфатических узлов рана исследовалась еще раз гамма-датчиком. При контрастном методе для обнаружения сигнальных лимфоузлов мы использовали краситель метиленовый синий. Краситель вводили перитуморально за 20 мин до операции. Независимо от результатов срочного гистологического исследования больным выполнялась полная подмышечная лимфодиссекция. У всех 30 пациенток с РМЖ при срочном гистологическом исследовании не было выявлено поражения сигнальных лимфоузлов. Однако при полном гистологическом исследовании аксиллярной клетчатки у 2 пациенток из 30 (6.7%) были выявлены метастазы в узлах, не являвшимися сторожевыми.

Учитывая важность такого фактора, как количество вовлеченных регионарных лимфатических узлов в стадировании, прогнозировании и выборе тактики лечения заболевания, на наш взгляд требуется дальнейшие исследования с целью сведения до минимума факторов, влияющих на частоту ложно-отрицательных результатов при БЛУ.

**QALXANABƏNZƏR VƏZİN PAPİLYAR  
MİKROKARSİNOMALARI ZAMANI  
REGIONAL VƏ UZAQ METASTAZLARDA RİSK  
FAKTORLARININ ROLU.**

*Ə.C.Əliyev, N.Ə.Quliyev, A.M.Əliyeva, Q.S.Əsədli .  
Milli Onkologiya Mərkəzi. Bakı ş*

**Aktuallığı:** Epidemioloji tədqiqatlar göstərir ki, dünya əhalisində qadınlar arasında 5 %, kişilər arasında 1% hallarda qalxanabənzər vəzidə düyün palpasiya olunur. Yaşlı qadınlar arasında isə USM olaraq qalxanabənzər vəzi də düyün olma ehtimalı 19-67%-dir. Kliniki düyünlü ur diaqnozunda yaş, cins, radiasiya anamnezi, ailə tarixi və s. digər amillərdən asılı olaraq 5-15% xərçəng riski var.

Azərbaycan Respublikası yod çatmamazlığı üzrə endemik zona sayıldığı üçün qalxanabənzər vəzin xəstəliklərinə daha tez-tez rast gəlinir. Son zamanlar kliniki onkologiyanın nailiyyətləri hesabına – sintiqrafiya, USM altında İİAB (incə iynə aspirasion biopsiyası) tətbiqi, cərrahi əməliyyatlara müasir yanaşma taktikası, əməliyyatların radikallığının artması (tireoidektomiya, sentral və lateral boyun limfodisseksiyaları), əməliyyatdan sonra radioaktiv yod müalicəsinin tətbiqi, qalxanabənzər vəzi xərçənginin erkən aşkar olunmasına, vaxtında müalicəsinin aparılmasına və xəstələrin ümumi yaşama göstəricilərinin yaxşılaşmasına səbəb olmuşdur.

Bəzi tədqiqatlar göstərir ki, düyünün ölçüsü böyüdükcə xərçəng riski artır. 1.0-1.9 sm ölçülü düyündə 10.5 %, 2 sm-dən böyük olduqda 15%, 2.0-2.9sm, 3.0-3.9sm, 4sm-dən böyük olduqda risk 14%, 16%, 15% təyin olunmuşdur. Papilyar karsinomada 1.0-1.9 sm ölçülü düyün olduqda risk 92%, 4 sm-dən böyük olduqda isə 74%

təyin olunmuşdur. Follikulyar karsinomada isə 1.0-1.9 sm 6%, 4 sm-dən böyük olduqda isə 16% olmuşdur. Bu statistika ən çox follikulyar karsinomada özünü göstərir [1, 2, 3].

USM(ultrasəs müayinəsi) zamanı düyünün ölçüsü, forması, qeyri-dəqiq kənarları, exostrukturası, hipoexogenliyi, daxili möhtəviyyəti, mərkəzi vaskulyarizasiyası, solid komponentin olub-olmaması, kalsinatlar (mikro və makrokalsinatlar, yumurta şəkilli kalsinat) diqqət tələb edən faktorlardandır [3].

Qalxanabənzər vəzisində düyün olan xəstənin ilk növbədə qan analizinə baxılmalıdır, lazım olarsa, USM ilə yanaşı olaraq, qalxanabənzər vəzin sintiqrافیyası çəkilməlidir. Sintiqrafiya müayinəsi soyuq düyün olduğunu göstərsə, biz həmin xəstələrə İİAB (incə iynə aspirasion biopsiyası) məsləhət görürük. Aspirasiya materialı Bethes təsnifatda əsas (xoşxassəli, önəmi bilinməyən atipiya, follikulyar neoplaziya, bədxassəli şübhəsi, bədxassəli) kateqoriyalara görə qiymətləndirilir. Bethesda təsnifatında aspirasiya olunmuş tumorun ölçüsü nəzərə alınmır.

Milli Onkologiya Mərkəzində profilaktik olaraq qalxanabənzər vəzinin USM (ultrasəs müayinəsi) aparılması, lazım olarsa USM altında şübhəli düyünlərdən İİAB götürülməsi nəticəsində qalxanabənzər vəzin mikrokarsinomalarının vaxtında aşkar olunması xeyli artmışdır.

Qalxanabənzər vəzin papilyar mikrokarsinoması yaxşı proqnoza malik olsa da, bəzən limfa düyünlərinə metastaz, qayıdan qırtlaq sinirinə, ezofaqusa invaziya, nadir hallarda ağciyərlərə və sümüklərə metastaz kimi aqressiv hallar da qeyd olunur. Ona görə də bu şişlərin vaxtında aşkarlanması böyük əhəmiyyət kəsb edir.

Qalxanabənzər vəzin papilyar mikrokarsinomalarında multifokallıq, şişin ölçüləri, kapsula invaziya, sinir-damar invaziya, extratireoidal invaziyayı aqressivlik və residiv əmələ gəlməsinə

səbəb olan risk faktorlarına daxil ediblər [4, 5, 6, 10, 12, 13, 14]. Hətta bəzi alimlər kişi cinsi və 45-dən yuxarı yaş qrupunu risk faktorlarına daxil edirlər [7, 8, 15, 17].

Birincili şişlərdə ekstrakapsulyar invaziya qeyd olunduqda, şiş qida borusuna və qayıdan qırtlaq sinirinə sirayət etdikdə residiv əmələ gəlmə ehtimalı daha çoxdur və həmin xəstələrdə digər xəstələrə nisbətən residiv daha aqressiv şəkildə qeyd olunur [6, 7, 9, 10].

Mikrokarsinomaların sentral və lateral boyun limfa düyünlərinə metastazı da şişin ölçülərindən, multifokallıqdan, extratireoidal invazyadan asılı olaraq daha çox rast gəlinə bilər [16, 17, 19].

Qalxanabənzər vəzin follikulyar variant papilyar mikrokarsinomalarında (FVMPK) multifokallıq daha tez-tez rast gəlinir. Multifokal olduqda şiş intratireoidal olaraq hematoloji yayılır. Multifokallıq şiş təkrarlanmasının risk amilidir [8].

Uzaq metastazlar daha çox ağciyərdə, sümüklərdə və mediastiniumda rast gəlinir [18].

**Material və metodlar:** Milli Onkologiya Mərkəzində 2013-cü ildən bu tədqiqata başlanılmışdır. 2024 xəstədə qalxanabənzər vəzin cərrahi əməliyyatları aparılmışdır, 1060 xəstədə qalxanabənzər vəzin karsinoması diaqnozu təyin olunmuşdur. 94 xəstədə qalxanabənzər vəzin papilyar mikrokarsinoması diaqnozu təyin olmuşdur.

**Nəticə:** Qalxanabənzər vəzin papilyar mikrokarsinoması olan xəstələr içərisində 22 xəstədə (23.4%) boyun limfa düyünlərinə metastaz, bunlardan 12 xəstədə (12.7%) sentral boyun limfa düyünlərinə, 10 xəstədə (10.6%) lateral boyun limfa düyünlərinə metastaz qeyd olunmuşdur.

Lateral boyun limfa düyünlərində metastaz olan 10 xəstə : 4 xəstədə boynun hər 2 tərəfinin lateral limfa düyünlərinə, 6 xəstədə isə

boynun 1 tərəfinin lateral limfa düyünlərinə metastaz qeyd olunmuşdur.

Ümumilikdə qalxanabənzər vəzi papilyar mikrokarsinoması olan 20 xəstədə (21%) multifokal forma qeyd olunmuşdur, multifokal karsinoma qeyd edilən 11 xəstədə eyni zamanda boyun limfa düyünlərinə metastaz da təyin edilmişdir. Multifokal variant qeyd olunan metastazlı xəstələrin içərisində 1 xəstədə ağciyərlərə, 1 xəstədə sümüklərə, 2 xəstədə boynun hər iki tərəfinin lateral limfa düyünlərinə, 2 xəstədə boynun 1 tərəfinin lateral limfa düyünlərinə, 5 xəstədə isə sentral limfa düyünlərinə metastaz qeyd olunmuşdur.

Lateral boyun limfa düyünlərinə metastaz olan xəstələrin əməliyyatdan əvvəl boyun limfa düyünlərinin USM altında İİAB yaxma nəticəsində bədxassəli şiş hüceyrələri aşkar olunmuşdur.

3 xəstədə isə əməliyyatdan əvvəl İİAB nəticəsi xoşxassəli olsa da, əməliyyatdan sonra 1mm ölçülü papilyar mikrokarsinoma aşkar olunmuşdur. Xəstələrin hər üçündə qalxanabənzər vəzin hər iki payında çoxsaylı və böyük ölçülü düyünlər qeyd olunurdu. Həmçinin həmin xəstələr uzunmüddətli anamnezə malik olduqlarını qeyd edirdilər.

Qalxanabənzər vəzin papilyar mikrokarsinoması zamanı metastaz aşkar olunan xəstələr içərisində 3 xəstədə (13.6 %) ekstratireoidal invaziya, 8 xəstədə(36.3%) isə fəllikulyar variant papilyar karsinoma qeyd olunmuşdur.

8 xəstədə (36.3 %) şişin ölçüsü 1-5 mm, 14 xəstədə ( 63.6%) isə 6-10 mm olmuşdur.

Bütün mikrokarsinomalı xəstələrdə tireoidektomiya əməliyyatı icra olunub. 15 xəstədə tireoidektomiya ilə yanaşı olaraq sentral boyun limfodisseksiyası, 10 xəstədə lateral boyun limfodisseksiyası əməliyyatı icra olunub. Əməliyyatdan sonra bütün metastazlı olan xəstələr radioaktiv yod müalicəsi almışdır. 9 xəstədə

müvəqqəti hipokalsemiya qeyd olunmuşdur. Heç bir xəstədə residiv qeyd olunmayıb.

**Nəticə :** Aparılan tədqiqatdan da görünür ki, qalxanabənzər vəzin papilyar mikrokarsinomasında multifokallıq, follikulyar variant, şişin ölçüləri, extratireoidal invaziya regional və uzaq metastazların əmələ gəlməsində risk faktoru rolunu oynayır.

### **Ədəbiyyat:**

1. Sophia C. Kamran, Ellen Marqusee, Mathew I. Kim, Mary C. Frates, Julie Ritner. Thyroid Nodule Size and Prediction of Cancer. //J Clin Endocrinol Metab, February 2013, v.98, p.564 –570.
2. David S. Cooper. Gerard M. Doherty. Bryan R. Haugen. Richard T. Kloos. Stephanie L. Lee. Susan J. Mandel.Ernest L. Mazzaferri. Bryan McIver. Revised American Thyroid Association Management Guidelines for Patients with Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer. // THYROID .2009,v. 19, p.1167-214.
3. Won-Jin Moon. So Lyung Jung. Jeong Hyun Lee. Dong Gyu Na. Jung-Hwan Baik. Young Hen Lee. Jinna Kim.Hyun Sook Kim. Benign and Malignant Thyroid Nodules: US Differentiation—Multicenter Retrospective Study. //Radiology 2008, v.247, p.762-70.
4. Konturek A. Barczyński M. Nowak W.Wierzchowski W. Risk of lymph node metastases in multifocal papillary thyroid cancer associated with Hashimoto's thyroiditis. Langenbeck's Archives Of Surgery / Deutsche Gesellschaft Für Chirurgie [Langenbecks Arch Surg] 2014 , v. 399 , p. 229-36.
5. Al Afif A. Williams BA. Rigby MH. Bullock MJ. Taylor SM.Trites J. Hart RD. Multifocal Papillary Thyroid Cancer Increases the Risk of Central Lymph Node Metastasis. Thyroid: //Official Journal Of The American Thyroid Association [Thyroid] 2015 , v.25, p.1008-12
6. Emy P. Michenet P. Saint –Marc O. Microscopic thyroid papillary cancers presenting as cervical lymph node metastases Annales De Chirurgie [Ann Chir] 1998, v.52, p. 461-64.
7. Park J. Roh J. Lee J. Baik J. Gong G. Cho K. Risk factors for central neck lymph node metastasis of clinically noninvasive, node-negative papillary thyroid microcarcinoma //American Journal of Surgery 2014, v, 208, p. 412-8.
8. Singhal S. Sippel R. Chen H. Schneider D. Distinguishing classical papillary thyroid microcancers from follicular-variant microcancers //The Journal Of Surgical Research – 2014, v.190, p. 151-6.

9. S Noguchi, H Yamashita., S Uchino, S Watanabe. “Papillary microcarcinoma” . //World Journal of Surgery.2008, v. 32, p. 747-53.
10. Pisan U A. Saba A. Podda M. Reccia Í. Uccheddu A. Nodal metastasis and recurrence in papillary thyroid microcarcinoma. //Endocrine [Endocrine] 2014, v. 399, p. 229-36.
11. Henning Dralle. Thomas J. Musholt . Jochen Schabram. Thomas Steinmüller. Andreja Frilling. Dietmar Simon .Peter E. Goretzki . Bruno Niederle . Christian Scheuba. German Association of Endocrine Surgeons practice guideline for the surgical management of malignant thyroid tumors. //Langenbecks Arch Surg. 2013, v. 398, p.347–375.
12. Wada N, Duh QY, Sugino K et al Lymph node metastasis from 259 papillary thyroid microcarcinoması frequency, pattern of occurrence, and optimal strategy for neck dissection. //Ann Surg. 2003, v.237, p. 399–407
13. Roti E, Uberti EC, Bondanelli M et al Thyroid papillary microcarcinoma: a descriptive and metaanalysis study. Eur J Endocrinol 2008, v.159, p.659–673
14. Pitt S, Sippel R, Chen H Contralateral papillary thyroid cancer: does size matter? //Am J Surg 2009, v.197, p.342–347
15. Yu X, Wan Y, Sippel R et al Should all papillary thyroid microcarcinoma be aggressively treated? //Ann Surg 2011, v.254, p.653–660.
16. Xu D.Lv X. Wang S. Dai W. Risk factors for predicting central lymph node metastasis in papillary thyroid microcarcinoma.//International Journal Of Clinical And Experimental Pathology [Int J Clin Exp Pathol] 2014 ,v. 7 , p. 6199-205
17. Qu N. Zhang L. Ji QH. Chen JY. Zhu YX. Cao YM. Shen Q. Risk Factors for Central Compartment Lymph Node Metastasis in Papillary Thyroid Microcarcinoma: A Meta-Analysis. //World Journal Of Surgery [World J Surg] 2015, v. 39 , p. 2459-70.
18. Zheng W. Tan J. Zhang G. Extensive bone metastases as the initial symptom of papillary thyroid microcarcinoma: A case report. //Experimental And Therapeutic Medicine [Exp Ther Med] 2015, v. 9, p. 2104-2108.
19. So YK. Kim MW. Son YI. Multifocality and bilaterality of papillary thyroid microcarcinoma. //Clinical And Experimental Otorhinolaryngology [Clin Exp Otorhinolaryngol] 2015 ,v. 8 , p. 174-8

# BAŞ VƏ BOYUN NAHIYƏSİNİN BƏD XASSƏLİ ŞİŞLƏRİNİN SÜRƏTLƏNDİRLMİŞ HİPERFRAKSİYALI REJİMDƏ ŞÜA MÜALİCƏNİN MÜSTƏQİL VƏ SISPLATİN VƏ 5 FTORURASİLLƏ BİRLİKDƏ YAŞAMA GÖSTƏRİCİLƏRİ.

*İ.H.İsayev, R.R.Qaziyeva, N.M.Əsgərov, N.H. Quliyeva, R.R.Hüseynov*  
*Milli Onkologiya Mərkəzi, Bakı ş.*

Baş və boyun nahiyəsinin bəd xassəli şişləri ağız boşluğu, burun və burun cibləri, udlaq, qırtlaq, tüpürçək vəzilərindən inkişaf edən onkoloji patologiyaları əhatə edir. Bu şişlər Avropa və ABŞ-da bütün onkoloji xəstəliklərin 3-5%, ancaq bəzi ölkələrdə, məsələn Hindistanda 25-30% təşkil edir. Ferlay J. et al (2004) göstərirlər ki, hər il dünyada 675,000 insanda baş və boyun nahiyəsinin bəd xassəli şişləri rast gəlir. Bu xəstələrin ancaq 25-30%-də proses ilkin mərhələlərdə təyin edilir, digər xəstələrdə isə xəstəliyin yerli yayılmış və yayılmış mərhələləri aşkar edilir. Tədqiqatın məqsədi baş və boyun nahiyəsi orqanlarının bəd xassəli şişlərində sürətləndirilmiş hiperfraksiyalı rejimdə şüa müalicəsi təklikdə və sisplatin, 5 ftorurasillə birlikdə istifadə etməklə xəstələr üçün daha effektiv müalicə taktikasının hazırlanması.

**Klinik materialın xarakteristikası.** Elmi-tədqiqat işi Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyi Milli Onkoloji Mərkəzin şüa terapiyası şöbəsində 01.01.2010 – 20.12.2015-ci illərdə nəzarətdə olmuş 824 baş və boyun nahiyəsi orqanlarının bəd xassəli şişləri təyin edilmiş xəstələrin müayinə və müalicələrinin nəticələrinin təhlili nəticəsində həyata keçirilmişdir. 71 xəstədə (8,6%) xəstəliyin I-ci mərhələsi, 174 xəstədə (21,1%) - II-ci mərhələsi müəyyən

edilmişdir. Pasiyentlərin əksəriyyətində - 350 nəfərdə (42,5%)- III-cü mərhələ və 229 xəstədə (27,8%) – IV-cü mərhələ təyin edilmişdir.

**Baş və boyun xərçəngi olan xəstələrin müalicədən sonra yaşama göstəriciləri:** Müalicə nəticəsində şişin tam regressiyası 430 xəstədə (52,2%) əldə olunmuşdur. 430 pasiyent üçün bir illik residivsiz yaşama göstəricisi 98,2%, iki illik yaşama-87,4% və üç illik -76,4% təşkil etmişdir. Orta yaşama müddəti 25,3 ay (11-39) təşkil etmişdir. Qruplar üzrə müalicənin nəticələri aşağıdakıları göstərmişdir: bütün tədqiq olunan qruplarda pasiyentlərin yaşı və cinsi yaşama müddəti göstəricilərinə bir o qədər də təsir etməmişdir. I-ci qrupda – bir illik residivsiz yaşama 100%, iki illik yaşama-82,4%, üç illik yaşama – 74,8% təşkil etmişdir. II-ci qrupda – bir illik residivsiz yaşama göstəricisi 100%, iki illik yaşama- 91,8%, üç illik yaşama- 85,4% təşkil etmişdir. Remissiya müddətinin medianası 1-ci qrupda 1-ci qrupda 24 ay (15-31), 2-ci qrupda -30 ay (14-39) təşkil etmişdir. Xəstəliyin mərhələsindən asılı olaraq nəticələrin təhlili aşağıdakıları göstərmişdir: II mərhələdə olan bütün 174 xəstələrdən, 168 nəfərdə (96,5%) tam remissiya müayyən olunmuş və xəstəliyin residivi müşahidə olunmamışdır, 6 xəstədə müalicədən sonra 18-31 aydan sonra şiş prosesin progressivləşməsi qeyd edilmişdir və 2 pasient ölmüşdür. Eyni zamanda xəstəliyin III mərhələsində yaşama göstəricilər daha aşağı olmuşdur. III mərhələdə olan xəstələrdə 191 nəfərdə- 54,5% bir illik yaşama göstəricisi residivsiz- 95,7%, iki illik-86,1%, üç illik-76,7% və remissiya müddətinin medianası 19 ay(13-25), 75-xəstədə residiv, 84-residiv+metastazlar müşahidə olunmuşdur, 32 nəfər ölmüşdür. IV mərhələdə, IVa mərhələdə xəstələrdə tam remissiya qeyd edilməmişdir: 229 nəfərin yaşama müddəti 15ay(12-23) təşkil etmişdir. Müşahidə dövründə (4-46 ay) 275 xəstə vəfat etmişdir, onlardan 47 nəfəri 1 ildən az, 89 nəfəri – 2 ildən az, 139 nəfəri isə 3

ildən az yaşamışlar. Orta yaşama müddəti 25,3 ay (11-35) təşkil etmişdir. Beləliklə, xəstələrin 3-illik yaşama müddəti, müvafiq olaraq, 2-ci qrupda yüksək olmuşdur. Beləliklə, aparılmış elmi-tədqiqat işinin nəticələri göstərir ki, baş-boyun şişləri olan xəstələrdə kimyaterapiya fonunda aparılan şüa müalicəsinin effektivliyi artır. Bu metodikanı təcrübə səhiyyəyə tətbiq etmək üçün imkan yaranır.

\*\*\*

**ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ И СМЕРТНОСТЬ СРЕДИ БОЛЬНЫХ  
РАКОМ ТЕЛА МАТКИ В НАХИЧЕВАНСКОМ  
ЭКОНОМИЧЕСКОМ РЕГИОНЕ  
АЗЕРБАЙДЖАНСКОЙ РЕСПУБЛИКИ**

*Ф.А.Марданлы, Ш.А.Алыев, В.М.Мададова,  
Р.А.Гусейнова Е.Р.Джафарова  
Национальный центр онкологии, г.Баку*

В структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями среди лиц женского пола в Нахичеванском регионе рак тела матки занимает 2-3 место, показатель экстенсивности которого составляет 7,1%.

Расчет показателя интенсивности выявил относительно высокий уровень, величина которого составила  $5,9^{0}/0000$ , а величина коэффициента пораженности -  $14,2^{0}/0000$ .

С точки зрения эпидемиологической перспективы показатели смертности часто служат ценнейшим источником информации, позволяющие оценить тенденции в изменении состояния здоровья популяции. В этой связи, проведенный

статистический анализ выявил относительно невысокий уровень показателя смертности и по величине общего коэффициента смертности составил  $3,0 \text{ ‰}$ .

Величина 5-летней выживаемости составила 29,0%.

Для определения показателя активности проведения скрининговых программ был рассчитан показатель агрессивности (соотношение показателя смертности и заболеваемости). Данная величина составила 0,5 (средний уровень).

Стандартизованный по возрасту показатель заболеваемости является суммарной характеристикой заболеваемости, которую имела бы популяция при наличии стандартной возрастной структуры. Результаты проведенных исследований в Нахичеванском регионе представлены в таблице 1.

Как видно из табл.1, наиболее высокий уровень заболеваемости отмечен в возрастной группе 50-59 лет ( $2,3 \text{ ‰}$ ). При этом следует отметить, что в возрастных группах 0-17 лет и 18-29 лет не было отмечено случаев заболеваемости. Общерегionalный показатель заболеваемости раком тела матки, независимо от возраста, составил  $5,8 \text{ ‰}$ .

Таким образом, проведенный статистический анализ выявил высокий уровень заболеваемости раком тела матки при относительно низком уровне величины смертности в Нахичеванском регионе.

Таблица 1. Повозрастной стандартизованный показатель заболеваемости рака тела матки в Нахичеванском экономическом регионе

Возраст	Численность населения	Интенсивный показатель на 100 тыс.	Средний стандарт	Стандартизованный показатель на 100 тыс
0-17	62213	-	28449,5	-
18-29	49427	-	22602,5	-
30-39	32318	3,1	14778,7	0,4
40-49	29225	6,8	13364,3	0,9
50-59	25526	19,6	11672,8	2,3
60-69	10119	39,5	4627,3	1,8
70 >	9851	10,1	4504,9	0,4
Σ	218679	5,9	100000	5,8

\*\*\*

## UŞAQLIQ SARKOMASININ RİSK FAKTORLARINA DAIR.

*R.Ş. Həniyəyeva, S.S. Rəcəbova*  
*Azərbaycan Tibb Universiteti, Bakı ş.*

Genital sistemin bədxassəli qeyri-epitelial şişləri və yaxud sarkomalar, onkologiyanın aktual problemlərindən biri olaraq qadın cinsiyyət traktın şişlərinin 5%-ni təşkil edir. Sarkomaların bu cür nadir rast gəlməsi onların öyrənilmə və müalicəsində çətinliklər yaradır.

**Tədqiqatın məqsədi:** uşaqlığın sarkoması diaqnozu ilə xəstələr arasında risk qruplarının aşkar edilməsi.

**Material və metodlar:** retrospektiv analiz üçün 33 uşaqlığın sarkoması və 1431 uşaqlığın mioması ilə olan xəstələrin xəstəlik tarixləri araşdırılmışdır. Uşaqlığın mioması ilə olan qrup xəstələrdə (I qrup) orta yaş 46.3 (28-69 yaşa qədər) təşkil etmiş; uşaqlığın sarkoması ilə olan xəstələr qrupunda (II qrup) – 54.5 (27-73 yaşa qədər); uşaqlığın sarkoması ilə yanaşı mioma ilə olan xəstələr qrupunda (III qrup) – 55.5 yaş (29-73 yaşa qədər) təşkil etmişdir. Xəstələr kliniki, ginekoloji, kiçik çanağın USM və KT müayinələrindən keçmişdir. Şişin histoloji quruluşuna görə: 60% - leyomiosarkoma, 35% - endometrial stromal sarkoma, 3% karsinosarkoma və 2% qarışıq mezodermal şiş təşkil etmişdir. Menarxenin gec başlanması (13 yaşdan yuxarı) I qrupda – 58.5%, II qrupda – 72.1%, III qrupda isə - 60.9% təşkil etmişdir. II qrupda menapauza yaşının 50-dən yuxarı olması – 35%, I və III qruplarda isə 42.7% və 43.8% müvafiq olaraq təşkil etmişdir. Hamiləliyin sayı hər bir xəstəyə demək olar ki, bu qruplarda az fərqlənmiş və I qrupda – 4.9%, II qrupda 5.8%, III qrupda 5.5% təşkil etmişdir. Hamiləliyin olmaması araşdırılan qruplarda: I – 7.1%, II – 19%, III – 18.5% xəstədə təşkil etmişdir. Sonsuzluq araşdırılan qruplarda: I – 4.1%, II – 10.5%, III – 12.3; xəstədə müəyyənləşdirilmişdir. Abortların sayı: I qrupda – 65.9%, II qrupda – 72.1%, III qrupda isə - 77.8% xəstədə qeyd olunmuşdur. Piylənmə: I qrupda – 38.2%, II qrupda – 51.4%, III qrupda 53.5% xəstədə rast gəlinmişdir. Xəstələrin yaxın qohumlarında onkoloji patologiya: I qrupda – 5%, II qrupda – 16%, III qrupda – 14%. Ürəyin işemik xəstəliyi: I qrupda – 5.8%, II qrupda – 16.6%, III qrupda 23.2% müvafiq olaraq qeyd olunmuşdur. Hipertoniya xəstəliyi: I qrupda – 34.5%, II qrupda – 35.7%, III qrupda – 39.8% olmuşdur.

**Nəticə:** Menarxiya və menapauzanın gecikməsi, hamiləliyin və doğuşların olmaması, uzun müddət uşaqlıq miomasının

mövcüdüluğu, anamnezdə piylənmənin və ürək-damar patologiyasının olması, onkoloji irsiyyətin olması uşaqlıq sarkomasının risk faktorları kimi göstərmək olar.

\*\*\*

## **QULAQƏTRAFI TÜRÜRCƏK VƏZİNİN BƏDXASSƏLİ ŞİŞLƏRİ**

*N.Ə.Quliyev,R.Y.Mahmudova, E.R İsgəndərov, R.Z.Miskinli,*

*Q.S. Əsədli .*

*Milli Onkologiya Mərkəzi, Bakı ş.*

Qulaqətrafi tüpürcək vəzinin bədxassəli şişləri nadirdir. Qulaqətrafi tüpürcək vəzi şişlərinin böyük hissəsi 70-75%i xoşxassəlidir. Qulaqətrafi tüpürcək vəzi bədxassəli şişləri kişilərə görə qadınlarda daha çox (1;1.6) rastlanmaqdadır. Nonepitelyal şişlər erkən yaşlarda rastlanır. Ədəbiyyatda körpə uşaqda mukoepidermoid karsinoma bildirilmişdir.Bədxassəli törəmələrin əmələ gəlməsində ıraq,irs,pəhriz,Epşteyn Barr virusunun rolu olduğu göstərilmişdir.Eyni zamanda öncəki radiasiyanın latent dönəmi 15-20 il olmaqla bədxassəli törəmə əmələ gəlməsində rolu olduğu göstərilmişdir.

**Adenoid kistik karsinoma:** Adenoid kistik karsinom periferk parotis kanalından əmələ gəlir. Qulaqətrafi tüpürcək vəzi törəmələrinin 2-6% ni, bədxassəli törəmələrinin 12-15% ni təşkil edir.Qulaqətrafi tüpürcək vəzinin adenoid kistik karsinoması 40-60 yaş arasında rast gəlinməktədir. Nadir olaraq 20 yaşın altında rastl gəlinə bilər.Törəmənin böyümə sürəti yavaşdır. Ağrısız və yavaş böyüyən kitlənin olması həkimi yanıldır.Törəmə invaziv özəlliyi səbəbiylə ətraf toxumalara perivaskulər və perinöral boşluqlara

dağılmağa meyillidir. Yayqın simptomlardan olan fiksasiya və fasiyal paralizinin olması perinöral invaziyanın göstəricisidir. Qulaqətrafi tüpürcək vəzi lokalizasiyalı törəmələrdə izlənən periferik fasiyal paraliziler adenoid kistik karsinomu düşündürür.

Adenoid kistik karsinomalar bölgəsəl olaraq çox aqressiv deyillər. Ancak residiv verdikdən sonra aqressivləşir və sürətlə qan yolu ilə metastaz verirlər.

Cərrahi rezeksiya adenoid kistik karsinomanın əsas müalicəsidir. Limfa düyününə metastaz nadirdir. Boyun limfadiseksiyası limfa düyününə metastaz olduğu zaman olunur. Uzaq metastaz 20-60% hallarda rast gəlinir. Törəmə radyosensitivdir. Amm tək başına radyoterapiyanın bu şişin müalicəsində yeri yoxdur. Postoperatif radyoterapiyanın effektivliyi sübut olunmuşdur.

**Mukoepidermoid karsinoma:** Mukoepidermoid karsinoma ən çox rastlanan bədxassəli qulaqətrafi tüpürcək vəzi şişidir. Kanalın epitelindən əmələ gəlir. Mukoepidermoid karsinomaların 50-60% i böyük tüpürcək vəzilərindən əmələ gəlir. Bu törəmələrin də 80% i qulaqətrafi tüpürcək vəzindən əmələ gəlir. Bu törəmə hər yaş qrupunda rastlana bilər. Amma ən çox 35-65 yaş arasında rastlanmaqdadır. Radyoterapiyanın bu şişin əmələ gəlməsində rolu olduğu göstərilmişdir. Bu törəmələrin müalicəsi lokal eksizyondur.

**Asinik hüceyrəli karsinoma:** Asinik hüceyrəli karsinomanın böyük hissəsi qulaqətrafi tüpürcək vəzidə əmələ gəlir. Əvvəllər bu şiş adenoma olaraq bilinirdi. Amma 1950 ci illərdə bu törəmənin metastaz vermə və rekürrens özelliynin olmasınının fərqiinə varılaraq asinik hüceyrəli karsinom olaraq tanımlanmağa başlandı. Aqressiv bir davranış göstərirlər. Xəstələr kithə şikayəti ilə müraciət edirlər. Nadir olaraq kithə çox sürətlə böyüyərək üz sinirini tutar və ağrı şikayəti

əmələ gətirər. Asinik hüceyrəli karsinoma çox vaxt ankapsulyar şişlik şəklində əmələ gəlir.İllər sonrası təkrarlaya bilər .

Asinik hücreli karsinomanın müalicəsi tam cərrahi rezeksiyadır.Boyun limfadiseksiyası məslət olunmur.Radyorezistan bir törəmədir.Radyoterapiya yalnız tam çıxartıla bilməyən törəmələrdə və perinöral və limfatik invaziya varlığında məsləhət olunur.

**Bədxassəli mikst törəmə:** Bədxassəli mikst törəmə (karsinoma ex pleomorfik adenoma) daha öncədən bilinən pleomorfik adenomadan əmələ gələn bədxassəli törəmədir. Xoşxassəli pleomorfik adenoma toxması ilə birlikdə bədxassəli törəmə qeyd olunur.Pleomorfik adenomaların 3-4%i ex-pleomorfik adenomaya çevrilə bilər.Bədxassəli transformasiya riski törəmənin müddətinə bağlı olaraq artır.Altmış yaşın üstündə rast gəlmə ehtimalı yüksəkdir.Cinsiyyətlər arasında fərq yoxdur.

Müalicəsi boyun limfadiseksiya ilə birlikdə cərrahi eksizyondur. 30-70% halda metastaz verər və regional metastaz uzaq metastaza görə daha çox rastlanır.

**Adenokarsinoma:** 50 yaşdan yuxarı qadınlarda çox görsənir.Adenokarsinomlar aqressif şişlərdir.Müalicəsində radikal parotidektomiya olunur.Lazım olduğu zaman boyun limfa diseksiyası oluna bilər .

**Yastı hüceyrəli karsinoma:**Tüpürcək vəzilərinin ilkin müalicəsi yastı hüceyrəli karsinoması nadir olub çox aqressivdir.Lakin alın,gicgah vəya qulaq yerləşimli yastı hüceyrəli karsinomaların bu bölgəyə metastazıyla daha çox qarşılaşmaqdaıq.

Bu çox aqressiv şişdir,radikal rezeksiya və boyun limfadiseksiyası göstərişdir.Postoperativ radyoterapiya göstərişdir.Üz sinirinə şiş infiltrasiyası yoxdursa qoruna bilər.75% xəstədə

histoloji olaraq pozitif limfa düyünü vardır.Uzak metastaz vermə ehtimalı 20-30% dir.

**Limfoma:**Tüpürcək vəzilərinin ilkin və ikincili limfomaları nadirdir.MALT limfoma ilkin limfoma olaraq sinifləndirilir.Otoimmun xəstəliyi olan xəstələrdə,Şyögren xəstəliyində,revmatoid artritdə və immunosupressiv xəstələrdə daha sıx rastlanır.

\*\*\*

## **DÜZ BAĞIRSAĞIN XƏRÇƏNG ŞİŞLƏRİ OLAN XƏSTƏLƏRDƏ ÖN REZEKSİYALARIN KLİNİKİ ARAŞDIRMALARI.**

*Ə.X.Kərimov, N.Ə.Əsgərov, R.S.Zeynalov, Y.R.Əliyarov*

*Milli Onkologiya Mərkəzi, Bakı ş.*

**İşin aktuallığı.** Ümumiyyətlə düz bağırsağ üzərində yerinə yetirilmiş hər hansı cərrahiyyə əməliyyatın edilməsi ən mürəkəb operativ müdaxilə hesab edilir, çünki bu orqanda cərrahi əməliyyatlardan sonra çox zaman, müxtəlif anastomozların tamlığının pozulması nəticəsində, çanaq toxmasının fleqmonası, irinləmə, müxtəlif svişlərin –fəaliyyətdə olan dəliklərin baş verdiyindən bir çox cərrahlar məcburən düz bağırsağ şişlərinin yerləşməsindən asılı olmayaraq bu xəstələrə qarın-aralıq ekstripasiyası və ya Hartman tipli operativ müalicə ilə kifayətlənirdilər.

**Tədqiqatın məqsədi.** Düz bağırsağ xərçəng şişləri olan xəstələrdə yuxarı, aşağı və tam aşağı rezeksiya edilməsinin mümkünlüyü və davamlı müxtəlif anastomoz üsulların müqaisəvi öyrənilməsidir.

**Material və metodlar.** MOM-in abdominal şöbəsində 2005-2015 illər arasında 674 xəstələrdə, düz bağırsağ xərçənginə görə, müxtəlif rezeksiyalar və anastomozlar yaradaraq operativ müalicəyə düçar olmuşlar. Xəstələrin yaşları 32-78 arasında, kişilər-358, qadınlar-286 təşkil olmuşdur. Bütün xəstələrə diaqnozun təsdiq edilməsində ötrü onlar kliniki (barmaqla düz bağırsağ yoxlanılması) və laborator müainələrlə yanaşı, USM-sı, KT, MRT, endoskopik və histomorfoloji müainələr əsasında qoyulmuş və operativ müalicənin taktikası təyin edilmişdir. bu xəstələrdə düz bağırsağın şişlərinin yerləşməsinə görə, anal dairəsindən başlayaraq 4-14 sm qədər nəzərdə tutulmuş və məsəfələrdən asılı olaraq 3 nahiyəyə bölünərək şişin lokalizasiyasına görə, yuxarı 1/3-də yerləşən şişləri olan xəstələrin sayı – 198, orta 1/3-də yerləşən şişləri olan xəstələr sayı – 282 və aşağı 1/3-də yerləşən şişləri olan xəstələrin sayı – 194 olmuşdur.

**Alınan nəticələrin müzakirəsi.** Abdominal şöbəsində 10 il ərzində cərrahiyyə əməliyyatı edilmiş 674 xəstədən yuxarı ön rezeksiya 208 xəstədə, 347 xəstədə aşağı ön rezeksiya və 119 xəstədə isə tam aşağı rezeksiya edilmişdir. Yoğun – düz bağırsağların bərpası yəni anastomozların yaradılması 128 xəstələrdən sadə əllə tikişlərin qoyulması ilə yekunlaşmış və 546 xəstələrdə isə müxtəlif mexaniki tikiş aparatları vasitəsilə anastomozlar yaradılmışdır. Beləki 546-dən, «KİQ-28» tikiş aparatı ilə 63 xəstəyə, «AKA-2» tikiş aparatı ilə 124 və 359 xəstələrdə isə DCS (disposibl cerculyar stepler) aparatı ilə anastomozlar yaradılmışdır. Xəstələr arasında cərrahiyyə əməliyyatından sonra müxtəlif anastomozların müqaisəvi analiz apardıqda belə bir nəticələri əldə olunmuşdur, beləki əl ilə tikişlərin anastomozların qoyulmasından sonra 10,7% müxtəlif fəsadlar (irinləmə, svişlər, fistulalar) baş vermiş, mexaniki «KİQ-28» aparatı ilə tikişlə yaradılmış anastomozlardan sonra 7,3 hallarda fəsadlar baş

vermiş, «AKA-2» mexaniki tikiş aparatı ilə yaradılmış anastomozlardan sonra 5,4% xəstələrdə müxtəlif fəsadlar baş vermiş, amma stepler aparatı vasitəsilə kolorektal anastomozların yaradılmasından sonra 1,3% xəstələrdə müxtəlif fəsadlar baş vermişdir. Bunları nəzərə alaraq aşağıdakı nəticələri əldə edilmişdir.

**Nəticələr:** 1)Düz bağırsağın müxtəlif rezeksiyalardan sonra, serkulyar stepler aparatı vasitəsilə yaradılan kolorektal anastomozlar, başqa üsullardan fərqli olaraq fəsadların kəskin azalaraq 1/3% təşkil etmişdir. 2)Serkulyar stepler aparatı çox rahat və yüngül olaraq bu aparat vasitəsilə, düz bağırsağın rezeksiyasından sonra bağırsağın selikli qişasını zədələnmədən iki qat tantal halqalı tikişlərlə çox möhkəm anastomoz yaradaraq və təxminən 40-45% hallarda seroz-özəl ələvə tikişlərin qoyulmasında ehtiyac olmur. 3)Serkulyar stepler aparatının bir daha üstün cəhətlərindən biridə, düz bağırsağın, tam aşağı ön rezeksiya edilməsinə mümkünlüyünə imkan yaradır.

\*\*\*

## UŞAQLARDA MEDULLOBLASTOMALARIN MÜALİCƏSİNİN ƏSAS PRİNSİPLƏRİ.

*R.S.İsmayılzadə, A.A.Nəsirli, N.A.Məmmədova, K.İ.Kazımov*  
*Milli Onkologiya Mərkəzi, Bakı ş.*

Medulloblastoma pediatrik onkologiyada ən çox rast gəlinən mərkəzi sinir sistemi (MSS) şişlərindəndir. Orta xəstələnmə altı yaşa təsadüf edərək, ən çox hallarda beyinciyin zədələnməsi qeyd edilir (80%). Xəstəlik onurğa beyninə və supratentorial sahəyə yüksək dərəcədə metastaz verməsi ilə xarakterizə edilir. Bu səbəbdən cərrahiyyə

əməliyyatından sonra kraniospinal radioterapiyanın aparılması mütləq göstəriş sayılır.

Medulloblastomalar üçün əsas proqnostik faktorlar, postop rezidual şişin  $1,5 \text{ sm}^2$ -dən çox olması və onurğa beyin mayesinde şiş hüceyrələrinin və beyindəxili metastazların olması göstərilir. Son dövrlərdə yeni bioloji markerlərin təyini, medulloblastomalarda daha dəqiq klassifikasiya bölgüsü aparmağa imkan yaradır. Belə ki, N-Myc gen ekspressiyası, böyük hüceyrəli medulloblastoma və anaplaziya olan hallar yüksək risk qrupu kimi qruplaşdırılır. Standart risk qrupuna qalığı şişin  $1,5 \text{ sm}^2$ -dən kiçik olması, baş və onurğa beyində metastazların olmaması, kraniospinal mayenin şiş hüceyrələrinə müayinəsinin nəticəsinin neqativ olması, həmçinin histoloji olaraq klassik, desmoplastik və geniş düyünlü medulloblastoma (MBEN) variantlarının olması aid edilir.

Medulloblastomanın şüa müalicəsi texniki cəhətdən mürəkkəb hesab edilir: xəlbir səhvəsinin şüa sahəsinə natamam daxil edilməsi beyindəxili metastazların artması ilə nəticələnir ki, bu da prospektiv tədqiqatlarda hədəfdən yayınma halı kimi qiymətləndirilir. Kraniospinal ox klassik olaraq 2 spinal sahələr və 2 qarşılıqlı kranioservikal sahələr olmaqla şüalandırılır. Bu konvensional metod doza homogenliyini şüa sahələrinin kəsişmə zonasında təmin edir. Lakin bu metod zamanı şüa sahələrinin kəsişmə zonasında üst-üstə düşmə halları baş verərsə, onurğa beyinin tolerant dozadan çox şüa alması ilə nəticələnmə bilər.

İntensivliyi modulyasiya olunmuş şüa tearpiyası (İMRT) risk orqanlarına düşən dozanı azaltmağa imkan yaratsa da texniki çatışmazlıqları aradan qaldırmır. Müalicə zamanı gündəlik istifadə olunan vizualizasiya protokolları (İGRT) şüa sahələrinin üst-üstə düşmə riskini azaldır. İntegral doza bu metod zamanı konvensional və 3D konform şüa müalicəsinə nisbətən daha az alınır ki, bu da gələcəkdə ikincili bədxassəli proseslərin baş vermə riskini azaltmış olur.(3)

Aşağı risk qrupuna aid xəstələrdə “Packer” rejimi- kimyaterapiya fonunda kraniospinal olaraq CMD- 23,4Qr , şiş yatağı əlavə olaraq 54Qr şüalandırılır. Hipofraksiyon radioterapiya olduqda isə, şüa müalicəsi müstəqil rejimdə tətbiq edilir. Bu halda eyni nəticə alınaraq, 5 illik residivsiz yaşama göstəricisi 75% olmuşdur. (1)

Yüksək risk qrupunda olan xəstələrə də həmçinin “Packer” rejimi tətbiq edilir. Kimyaterapiya fonunda kraniospinal RT 36Qr və şiş yatağı 18Qr olmaqla əlavə şüalandırılır. (cəmi mənbə doza 54Qr). 5 illik residivsiz yaşama göstəricisi 50% təşkil edir. (2)

Həmçinin gündəlik karboplatin preparatı ilə RT (Children Oncology Group), hiperfraksiyalı RT (Almaniya) oxşar nəticələr vermişdir. Hiperfraksiyalı sürətlənmiş RT( HART) metodunu zamanı müalicə müddətinin qısa olması və həmçinin radiobioloji olaraq şiş hüceyrələrinin repopulyasiyasının ləngiməsi səbəbi ilə 3 illik residivsiz və ümumi yaşama müvafiq olaraq 59 və 71% göstərilir(4)

## Ədəbiyyat

- 1.Ellison DW, Kocak M, Dalton J, et al. (2011) Definition of disease-risk stratification groups in childhood medulloblastoma using combined clinical, pathologic, and molecular variables. // *J Clin Oncol* , v.29, p.1400–1407.
- 2.Rieken S, Mohr A, Habermehl D, Welzel T, Lindel K, Witt O, et al. Outcome and prognostic factors of radiation therapy for medulloblastoma. // *J Radiat Oncol Biol Phys*. 2011,v.81, p. 7-13.
- 3.Gupta T, Jalali R, Goswami S, Nair V, Moiyadi A, Epari S, et al. Early Clinical Outcomes Demonstrate Preserved Cognitive Function in Children with Average-Risk Medulloblastoma When Treated with Hyperfractionated Radiation Therapy. // *J Radiat Oncol Biol Phys*. 2012
- 4.Taylor RE, Howman AJ, Wheatley K, Brogden EE, Large B, Gibson MJ, Robson K, Mitra D, Saran F, Michalski A, Pizer BL. // *Radiation Oncol*. 2014, v.111, p.41-6. doi: 10.1016/j.radonc.2014.01.022. Epub 2014 Mar 11.

## **QIDA BORUSU XƏRÇƏNGİNİN CƏRRAHİ MÜALİCƏSİNİN YAXIN NƏTİCƏLƏRİ**

*Ə.A.Soltanov, Y.Q.Qocamanov, R.R.Bağirov, A.Q.Hətəmov*  
*Milli Onkologiya Mərkəzi, Bakı ş*

Cərrahi müalicənin yaxın nəticələri bir-sıra amillərdən asılıdır. Onların əsasını kardiorespirator sistemin durumu, xəstələrin yaşı, əməliyyata qədər xəstəlik gedişinin ağırlıq və inkişaf dərəcəsi, icra olunan əməliyyat həcmi və bu zaman meydana çıxan intraoperasion ağırlaşmalar təşkil edir.

Əməliyyat sonrası dövrün ağırlaşmalı gedişi 231 xəstədən 47-də baş vermişdir ki, bu isə 18,6% təşkil etmişdir. Ağırlaşmaların 23 (9,9%)-nü terapevtik ağırlaşmalar, 24(10,7%)-nü isə cərrahi fəsadlar təşkil etmişdir.

Cərrahi ağırlaşmalardan əsasən birbaşa plevra boşluğunda irinli-septik ağırlaşmaların yaranmasına səbəb olan fəsadlar və həmçinin xilotoraks, plevraxili qanaxmalar və ağciyərin atelekazi nəzərə alınmışdır.

Ağırlaşmış xəstələrin əsas hissəsini qida borusu-mədə anastomozunun natamamlığı və bu fonda plevra boşluğunun empiemasının inkişaf etməsi təşkil etmişdir (uyğun olaraq – 8 və 5 xəstə). Qeyd etmək lazımdır ki, anastomoz natamamlığı bizim praktik fəaliyyətimizin əsasən ilk 5 illiyində baş vermişdir.

Digər fəsadlardan 2 xəstədə xilotoraks, 2 xəstədə ağciyərin atelektazi, 4 xəstədə qayıdan qırtlaq sinirinin parezi və 1 xəstədə plevraxili qanaxma baş vermişdir. Anastomoz natamamlığı ilə 8 xəstədən 6, xilotoraksla 2 xəstədən 1 və ağciyərin atelektazi ilə 2 xəstədən 1-də fəsad letallıqla nəicələnmişdir.

Terapevtik ağırlaşmalar 23 (9,9%) xəstədə baş vermişdir. Bunlar miokard infarktı, beyin qan dövrənini kəskin pozğunluğu – beyin ölümü, hipostatik pnevmoniya, ağciyərin absesi olmuş, digər ağırlaşmalı gedişlərə arterial hipertenziya və onun krizli gedişləri,

həmçinin xroniki bronxitin kəskinləşməsi kimi pozğunluqlar, ürək ritminin səyrici aritmiyaya kimi dəyişən halları daxil edilmişdir.

Əməliyyatsonrası dövrün uyğun olaraq 4 və 5-ci sutkalarında inkişaf etmiş miokard infarktı hər iki xəstədə ölümlə səbəb olmuşdur. 2 xəstədə beyin qan döranının kəskin pozulması – “beyin ölümü” letal fəsad olmuşdur.

Terapevtik ağırlaşmaların əsas hissəsini sağ ağciyərin aşağı paylarında inkişaf edən hipostatik pnevmoniyalar təşkil etmişdir. Bunlar bir tərəfdən azan sinirin ağciyər şaxələrinin kəsilməsi nəticəsində sağ bronx-ağciyər qan təchizatının zəifləməsi və digər tərəfdən isə uzunmüddətli disfagiya fonunda suprasenotik mənəfzə yığışan möhtəviyyatıyla periodik baş verən aspirasiyalar nəticəsində bronx ağacının mikroflorasının dəyişməsi ilə əlaqələndirilə bilər. Bunun üçün uyğun müalicə tədbirləri (antibakterial, infuzion-detoksikasion terapiya, mukolitiklər, inhalyasiyalar, posdural döyəcləmələr, tənəffüs gimnastikalar, antikoagulyantlar və s.) aparılır. İki təsadüfdə sağtərəfli aşağı paylı pnevmoniya dekompensə olunmuş tənəffüs çatışmamazlığı törətdiyindən xəstələr reanimasiya və intensiv terapiya şöbəsinə köçürülərək tənəffüsü süni tənəffüs aparatı vasitəsilə təmin olunmuşdur. Bu təsadüflərin birində pnevmoniya tam aradan qalxmışdır, lakin digər təsadüf isə ikitərəfli total pnevmoniyanın inkişafına kimi fəsadın dərinləşməsi səbəbindən letallıqla nəticələnmişdir. Həmçinin ağciyər arteriyasının tromboemoliyası baş vermiş iki xəstədə fəsad ölümlə nəticələnmişdir. Ümumi letallıq 5,6% təşkil etmişdir.

## UŞAQLIQ BOYNU XƏRÇƏNGİ ZAMANI MRT VİZUALİZASIYA ƏSASINDA BRAXİTERAPİYANIN TƏTBİQLİ.

*K.Əkbərov, E.Quliyev, N.Əliyeva*  
*Milli Onkologiya Mərkəzi, Bakı ş.*

Bilindiyi kimi uşaqlıq boynu xərçənginin şüa terapiyasında braxiterapiyanın rolu əvəzolunmazdır. Müasir zamanda braxiterapiya 3D planlama metodu ilə aparılır və bunun üçün standart olaraq KT vizualizasiyadan istifadə olunur. Lakin KT şəkillərdə şiş toxumasını, zədələnməmiş uşaqlıq boynunu, uşaqlıq cismini bir birindən və eyni zamanda ətraf sağlam orqanların (düz bağırsaq, S-vari bağırsaq, nazik bağırsaq ilgəkləri, sidik kisəsi) həddlərini dəqiq təyin etmək mümkün olmur. Vizualizasiyanın keyfiyyətinin artırmaq və bunun nəticəsi kimi müalicənin effektivliyinin yüksəldilməsi məqsədilə MRT-dən istifadə olunması qərara alınmışdır.

Biz, yerli yayılmış (IIB-III B mərhələli) uşaqlıq boynu xərçəngi olan xəstələrdə kimyoterapiya və MRT əsasında yüksək doza gücü ilə braxiterapiyadan sonra erkən nəticələri və şüa reaksiyalarını analiz etmişik. Cəmi 19 xəstə müşahidə olunub. Bunlardan on birində IIB, səkkizində isə III B mərhələli uşaqlıq boynu xərçəngi olub. Bütün xəstələr öncə konkurent kimyoterapiya alıblar: distansion şüa terapiyası VMAT (volumetric arc therapy) metodu ilə aparılıb, birdəfəlik mənbə dozası 2 Qr, cəmi mənbə doza isə 46 Qr olmuşdur. Şüa terapiyası müddətində həftədə bir dəfə 40 mg/m<sup>2</sup> dozada venadaxili yolla sisplatin vurulmuşdur. Müalicənin beşinci həftəsində MRT vizualizasiya əsasında (T2 rejimli MRT) 3D braxiterapiyanın birinci fraksiyası başlamışdır. Xəstələrin aplikatorla birgə alınmış çanağın MRT şəkillərində müalicəni MRT görüntülər əsasında yüksək riskli kliniki hədəf həcmi (high risk clinical target volume, HRCTV)

və ətraf orqanları (düz bağırsaq, S-vari bağırsaq, nazik bağırsaq ilgəkləri, sidik kisəsi) konturlamışq. Xəstələrə həftədə bir dəfə, cəmi iki fraksiya 9 Qr dozada braxiterapiya aparılıb.

İlkin nəticələr müalicə bitdikdən bir ay sonra qiymətləndirilib. Şişin tam reqressiyası 84,2% (n=16) xəstədə, hissəvi reqressiyası isə 15,8% (n=3) xəstədə müşahidə olunmuşdur. Müalicənin erkən toksikliyi – II və III dərəcəli şüa reaksiyaları olaraq enterit, rektit və sistitlərə müvafiq olaraq 12,4%, 10,2% və 4,3% hallarda rast gəlinib.

Aparılan tədqiqatın nəticələri göstərmişdir ki, MRT vizualizasiyası əsasında icra olunan hipofraksiyalı braxiterapiya həm şişin reqressiyası, həm də erkən şüa reaksiyalarının ehtimalı və ağırlıq dərəcəsi baxımından məqsədəuyğun müalicə metodudur. Eyni zamanda MRT görüntüləmə ilə braxiterapiya planlaşdırılmasının ənənəvi KT üsuluna nisbətən üstünlüyü təyin olunmuşdur.

\*\*\*

## **DAYAQ HƏRƏKƏT SİSTEMİ ŞİŞLƏRİNDƏ CD31 RESEPTORU TƏYİN EDİLƏN DAMARLARIN MİQDARININ TƏDQIQI**

*H.K.Muradov., E.E.İbrahimov., S.V.Abdiyeva., V.Z.Vəliyeva.  
Azərbaycan Tibb Universiteti, Bakı ş.*

**İsin məqsədi:** Bədxassəli sümük və yumsaq toxuma şişlərində (YTŞ) CD 31 təyin edilən damarların miqdarının təyini.

**Material və metodlar:** CD31 endotelial hüceyrələrin ən həssas reseptoru olub angiogenez prosesinə cəlb edilmisdir. Sümük və YTŞ-də diaqnostikanın təkmilləşdirilməsi və müalicə taktikasının yaxşılaşdırılması məqsədi ilə bizim tərəfimizdən şiş toxumasında

CD31 təyin edilən damarların miqdarının immunhistokimyəvi tədqiqi 104 yumşaq toxuma bədxassəli fibroz histiositoma (BFH) 41 (39,4%) pleomorf variant, 24 (23,1%) angiomotoid variant, 21 (20,2%) miksoid variant, 11 (10,6%) nəhəng hüceyrəli variant, 7 (6,7%) iltihabi variant və 117 osteogen sarkoma 45 (38,4%) osteolitik variant, 43 (36,7%) qarışıq variant, 29 (24,7%) osteoplastik variant) diaqnozu qoyulmuş xəstələrdə icra edilmişdir.

**Nəticə və müzakirə:** Apardığımız tədqiqat nəticəsində statistik metodlarla aşkar etdik ki, endotelial qatında CD31 reseptoru təyin edilən damarların miqdarı YT pleomorf variant BFH-da  $1 \text{ mm}^2$  ölçülü histoloji kəsiklərdə  $12,4 \pm 1,7$  civarında, angiomotoid variant BFH  $8,6 \pm 1,2$ ; miksoid variant BFH  $9,20 \pm 1,17$ ; nəhəng hüceyrəli variant BFH  $15,6 \pm 1,1$ ; iltihabi variant BFH zamanı  $20,2 \pm 2,14$  civarında təyin edilir. Sümük şişlərini müəyyən edərkən aşkar etdik ki, damarların miqdarı osteolitik variant osteogen sarkomada  $18,3 \pm 0,9$ ; qarışıq variant osteogen sarkomada  $24,3 \pm 0,8$ ; osteoplastik variant osteogen sarkomada  $11,30 \pm 0,5$  civarında təyin edilir. Beləliklə qarışıq variant osteogen sarkoma zamanı damarların miqdarının digər variantlarla müqayisədə çox yüksək göstəricilərlə xarakterizə olunmasını və CD31 ekspressiyasının çox yüksək qiymətlərini (4,0 ş.v. və cox) müəyyən etdik. Tədqiqatımızda YT iltihabi variant BFH-da digər variantlarla müqayisədə damarların miqdarının çox yüksək göstəriciləri müşahidə edildivə reseptorun ekspressiyasının çox yüksək pozitivlikli immunhistokimyəvi mənzərəsi ilə xarakterizə olundu. Müəyyən etdik ki, CD31 reseptorunun ekspressiyası ilə yeni damarların yaranması arasında düz mütənəsblik vardır.

Belə ki, qeyd etməliyik ki, YTBFHŞ-də hüceyrə tərkibində CD31 reseptorunun ekspressiyasının müəyyən edilməməsi o sahələrdə damarların olmamasına dəlalət edir. Damarların endotel

hüceyrələrinin şiddətli proliferasiyası və miqrasiyası,CD31 reseptorunun yüksək dərəcəli ekspressiyasına səbəb olur ki, bu da özlüyündə yeni yaranan damarların stimullaşmasına gətirib çıxardır.Prosesin zəif damarlanma səviyyəsi ilə xəstəliyin proqnozu və residivləşməsi arasında korrelyasion əlaqələrin təhlili nəticəsindəaşkar edilmisdir ki,angiogenezi amillərinin aşağı səviyyəli ekspressiyası zamanı prosesin çox erkən involyusiyası,az saylı residivləri baş vermiş,xəstələrin proqnozu isə qənaətbəxşliyi ilə xarakterizə olunmuşdur.

\*\*\*

**DOĞUŞDAN BRAXIAL PLEKSUSU İFLİCLİ (PLEKSİTLİ  
UŞAQLARDA) UŞAQLARDA APARDIĞIMIZ  
L'EPİSCOPO ƏMƏLİYYATININ UŞAĞIN ŞİKƏSTLİK  
DƏRƏCƏSİNİ AZALTMASI HAQQINDA ANALİZLƏRİMİZ**

*Ə.H.İsayev*

*Milli Onkologiya Mərkəzi, Bakı ş.*

2009 -2016-cı illər arasında bizə müraciət edən yaşları 3 – 16 yaş arası dəyişən 11 uşağın tək tərəfli yuxarı ərtafında L'episcopo prosedurası ilə cərrahi əməliyyat aparılmışdır.Bu cərrahi əməliyyatdan sonrakı uzun müddətli müşahidələrimiz Mallet funksional dərəcələndirilmə şkalasına uyğun olaraq qiymətləndirilmişdir.Əldə etdiyimiz nəticələr ilə xəstə valideynlərinin əməliyyatdan razı qalması haqqında verdikləri bəyanlar müqayisə edildi.

Bilindiği üzrə braxial pleksus yaralanması (pleksit) əsasən doğuş əsnasında uşağın qolundan tutularaq güclü çəkilməsi və ya

körpücük sümüyünün doğuş vaxtı sınması nəticəsində braxial pleksusa təzyiqli nəticəsində meydana gəlir. Belə bir yaralanma keçirmiş uşağın həmin tərəf yuxarı ətrafı normadan qıssa, iç rotasiya vəziyyətində kontrakturada və abduksiya hərəkətini icra edə bilməyəcək vəziyyətə gəlir. L'episcopo prosedurasında iflic olmamış olan teres major və latissimus dorsi birləşik vətərləri bazu sümüyünün böyük burmasına (tuberculum majus) transfer edilərək həm iç rotasiyadakı kontraktura ortadan qaldırılır, həm də rotatuar əzələ qruppasının gücü artırılaraq yuxarı ətrafın qaldırılma dərəcəsi və gücü artırılmış olur.

Bizim əməliyyat qruppamızdakı 11 xəstədən 8-i qız, 3-ü oğlan olmuşdur. Bütün xəstələrdə travma almış tərəf sağ yuxarı ətraf olmuşdur. Waters və Peljovich klassifikasiyasına əsasən 2 xəstədə qlenohumeral oynaq uyğunluğu 1 –ci dərəcəli, 6 xəstədə 2-ci dərəcəli, 3 xəstədə 3-cü dərəcəli olmuşdur. Əməliyyat vaxtı 2 xəstəyə əlavə olaraq subscapularis release

(boşaldılması), 10 xəstəyə pektoralis major uzadılması və 1 xəstəyə də əməliyyat prosedurasına əlavə olaraq estetik qayğılardan dolayı humerus rotasyonal osteotomiyası aparılmışdır. Bütün xəstələrdə əməliyyat sonrası Mallet dərəcələndirmə dəyəri mənalı dərəcədə artmışdır. Belə ki, əməliyyatdan sonra xəstələrdə əlini boynuna götürmə, əlini ağızına götürmə və əlini kürəyinə aparmaq kimi funksiyalarda ciddi düzəlmələr xəstə valideynləri tərəfindən təsdiq edilmiş və kliniki dərəcələndirməyə paralel olaraq yüksək cərrahi nailiyyət kimi qiymətləndirilmişdir.

## METASTATİK BEYİN TÖRƏMƏLƏRİN MÜALİCƏSİNDƏ CƏRRAHİYYƏNİN ROLU.

*R.Babayev*

*Milli Onkologiya Mərkəzi, Bakı ş.*

Beyin metastazları yetkin insanlarda görülən beyindəxili törəmələr içərisində böyük yer tutur. Sistemik onkoloji xəstəliklərdən əziyyət çəkən insanların təqribən 20-40% ində beyin metastazları aşkar edilir. Sistemik xərçənglərdən ən çox beyin metastazlara səbəb olan ağciyər (50–60%), süd vəzi (15–20%) və melanoma (5–10%) təşkil edir. Beyin metastazların müalicəsi multidisiplinar yanaşma tələb edir.

Cərrahi müdaxilənin, radiocərrahiyyənin və radioterapiyanın rolu uzun illərdə araşdırma mövzudur. Cərrahi üsulların, eyni zamanda neyroanesteziyanın, görüntüləmənin və əməliyyat sonrası baxımın inkişafı sayəsində xəstə nəticələrində ciddi illərləmə əldə olunmuşdur. Solitar metastazlarda cərrahi müdaxilə sonrası radioterapiyanın aparılması hal-hazırda qızıl standart olaraq qəbul edilir.

Beyin metastazlı xəstələrin müalicəsində cərrahiyyənin əsas məqsədi yaşam müddətinin uzadılması, nevroloji simptomların və ümumi halın yaxşılaşdırılmasıdır. Cərrahi müdaxilədə törəmənin xaric edilməsi, eyni zamanda beyində kütlə effektin, nevroloji defisit, beyindəxili təzyiğin və yüksək doz steroid tələbinin azalmasına, onurğa-beyin maye axınının tənzimlənməsinə köməklik edir. Cərrahiyyə eyni zamanda xəstələrdə törəmə səbəbli epileptic qıcolmaların azalmasına köməklik edir. Əksər hallarda cərrahiyyədə ilkin məqsəd minimal beyin toxma hasarı ilə törəmənin xaric edilməsidir.

Retrospektiv araştırmalar göstərir ki, xəstələrdə əməliyyat sonrası Karnofski dəyərində 59% yaxşılaşma, 32% dəyişiliyin olmaması və 9% pisləşmə qeydə alınmışdır. Xəstələrdə cərrahi müdaxilə eyni zamanda beyin metastazların histopatoloji diaqnozunu təsdiqləyir, həm də qanaxmaya meyilli və radiorezistan törəmələrdə effektiv müalicə üsulu olaraq qəbul edilir.

\*\*\*

## **СТЕРЕОТАКСИЧЕСКАЯ АБЛЯТИВНАЯ РАДИОТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ МЕТАСТАТИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ ПЕЧЕНИ.**

*И.Г.Исаев, К.И.Кязимов, А.Т.Алиев, Р.Р.Казиева, Г.Р.Гаджи  
Национальный центр онкологии, г. Баку.*

Задача исследования: улучшить эффективность лечения и повысить качество жизни, установить эффективность и переносимость применения стереотаксическая аблятивная радиотерапии у пациентов с метастатическим поражением печени.

Материал и методы: лечение получили пациенты с метастатическим поражением печени, которым проводилась стереотаксическая радиотерапия РОД 6-15 Гр за 3-5 сеансов в течение 5-10 дней. Пациентам было отказано в проведении хирургических методик лечения метастатического поражения печени; рост метастазов в печени не контролировался системной терапией: химиотерапией, таргетной, гормональной.

Результаты: лечение было проведено 12 пациентам с 20 метастазами в печени из различных первичных опухолей (семерым с колоректальным раком). У одной пациентки (8,4%)

был зафиксирован продолженный рост метастазов, подвергнутых стереотаксической радиотерапии, у трех пациентов наблюдалась стабилизация очагов (25,0%), у четырех – частичная регрессия очагов (33,3%), а у остальных четырех пациентов (33,3%) – полный эффект.

В случае двух метастазов из двадцати (10,0%) был зафиксирован продолженный рост, в трех случаях (15,0%) отмечена стабилизация процесса в печени, восемь метастазов (40,0%) частично регрессировали и в отношении семи очагов (35,0%) был зафиксирован полный эффект. Показатель локального контроля пролеченных метастазов составил 90,0%.

У трех пациентов впоследствии были обнаружены новые метастатические образования печени в областях, не подвергавшихся лечению.

Медиана наблюдения составила 6,5 месяцев (от 1,1 до 24,7 месяцев). Ни в одном из случаев не было зафиксировано ранних и поздних лучевых повреждений III-IV степеней.

Выводы: данный метод лечения обладает выраженной противоопухолевой активностью и небольшой токсичностью и может быть рекомендован для применения у пациентов с метастатическим поражением печени любого гистологического типа. Стереотаксическая аблятивная радиотерапия может с успехом применяться для лечения пациентов с метастатическим поражением печени, которым было отказано в любом виде хирургического лечения и системной терапии.

## **НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ НЕОАДЬЮВАНТНОЙ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ РАКОМ ПРЯМОЙ КИШКИ С ПРИМЕНЕНИЕМ IMRT.**

*Н.Г.Кулиева, А.А.Абдуллаев, Ш.Ш. Османов, З.М.Гасанова,  
Г.Г.Насирова, Р.Р.Гусейнов  
Национальный центр онкологии, г. Баку.*

**Актуальность проблемы.** При современной тенденции к реализации многокомпонентных, комплексных и комбинированных программ при лечении рака прямой кишки (РПК) возрастает необходимость максимального лимитирования негативных побочных эффектов каждого из методов, а также поисков путей повышения их эффективности. При широкомасштабном анализе современных исследований выявлено, что ведущий метод лечения больных с наличием данной патологии—хирургический, полностью не разрешает проблему повышения выживаемости, длительности безрецидивного и безметастатического периода, равно, как и улучшения качества жизни больных РПК. Одной из возможностей лимитировать негативные реакции, наряду с улучшением локального эффекта, является применение модулированной по интенсивности ЛТ (IMRT),

**Цель исследования.** Путем анализа результатов лечения и количества негативных реакций при ЛТ больных РП определить оптимальные варианты ее применения.

**Материал и методы.** Проанализированы результаты лечения 118 больных РПК с наличием T2-3N1-2M0 стадий заболевания в период проведения неоадьювантной ЛТ в пролонгированном режиме: в разовой очаговой дозе (РОД)-2,0-

2,2 Гр 5 раз в неделю до суммарной очаговой дозы (СОД)-60,0 Гр. Из них 32 пациентам проводилась 3D-конформная, а 86 пациентам- IMRT ЛТ. Предлучевая подготовка осуществлялась по методике, принятой к настоящему времени в отделении ЛТ НЦО и соответствующей международным стандартам, а сам процесс облучения -с помощью дистанционной фотонотерапии на линейных ускорителях.

**Результаты.** Непосредственные результаты комбинированного лечения оценивались после оперативного вмешательства на основании макро- и микроскопического исследования удаленных препаратов. Было выявлено, что практически у всех пациентов достигнута та или иная степень лучевого патоморфоза. При этом было отмечено, что в группе больных, получавших неоадьювантную IMRT, через 3-4 недели после завершения ЛТ количество пациентов с наличием патоморфоза III-IV степени (площадь некроза  $>43.8\%$ , количество клеток с необратимыми формами дистрофий  $>52\%$ ), достигало  $68,7\pm 4,2\%$ , в то время, как при 3D-конформной терапии этот показатель равнялся  $46,9\pm 8,8\%$ . Соответственно, менее хорошие показатели- патоморфоз I-II степени (при площади некроза и количества клеток с необратимыми формами дистрофий меньше приведенных значений) отмечались у  $31,3\pm 4,3\%$  и  $53,1\pm 8,8\%$  больных РПК.

Полученные непосредственные результаты закономерно отразились и на количестве рецидивов в течение 1,5 года наблюдения. У пациентов группы IMRT количество локорегионарных рецидивов в данный период времени было отмечено в  $16,3\pm 3,9\%$ , а при 3D конформной ЛТ- $21,9\pm 7,3\%$  случаев. Одновременно была выявлена выраженная тенденция к уменьшению наиболее значимых негативных реакций при

IMRT больных РПК по сравнению с 3-D конформной терапией. При 3D-конформной ЛТ понижение показателей гемоглобина отмечалось в 28,7% случаев, лейкопения-в 24,6 %, лимфоцитопения и тромбоцитопения – в 19,7% и 7,2%, а панцитопения – у 4,1% больных. . Те же показатели при IMRT составляли 26,1%; 8,7%; 13,0%; 4,3%. Влажный эпидермит при 3-D отмечался у 15,6%, при IMRT -у 8,7%, лучевой цистит различной интенсивности отмечался в 47,2% и 39,1% случаях соответственно, а ректит- 36,1% и 26,0%. ( $p \leq 0,05$ ).

**Выводы.** Неoadьювантная IMRT повышает степень лучевого патоморфоза у больных РПК , что положительно влияет на сроки безрецидивной выживаемости, при этом уменьшая количество и интенсивность негативных реакций. Это улучшает качество жизни больных и расширяет возможности сочетания ЛТ с другими методами.

\*\*\*

## **EZOFAQOQASTRAL BİRLƏŞMƏNİN SIEWERT II TİP ADENOKARSİNOMASI ZAMANI MƏDİASTİNAL LİMFA DÜYÜNLƏRİNİN METASTATİK ZƏDƏLƏNMƏ TEZLİYİNƏ DAİR**

*R.B.Bayramov, S.E.Hüseynova, R.T.Abdullayeva, V.V.İbrahimov  
Azərbaycan Tibb Universiteti, Bakı ş.*

Ezofaqoqastral birləşmənin (EQB) Siewert II tip adenokarsinoması zamanı cərrahi yol və radikal cərrahi əməliyyatın həcmi klinik onkologiyanın ən ziddiyyətli mövzularından biri kimi qalmaqda davam edir. Radikal cərrahi əməliyyatın transtorakal yolla icra edilməsinin tərəfdarları bunu həm də qeyd edilən yolun

transhiatal yolla müqayisədə mediastinal limfa düyünlərinin geniş disseksiyasına imkan verməsi ilə əsaslandırılır. Hazırkı tədqiqat işinin məqsədi EQB-nin Siewert II tip adenokarsinoması zamanı mediastinal limfa düyünlərinin metastatik zədələnmə tezliyini öyrənməkdən və radikal cərrahi əməliyyatın torakotomiya ilə aparılmasına limfodisseksiya baxımından nə dərəcədə ehtiyacın olmasını əsaslandırmaqdan ibarətdir.

**Material və metodlar:** Tədqiqatın kontingentini 2001-ci ilin yanvar ayından 2015-ci ilin dekabr ayınadək ATU-nun onkologiya kafedrasında bizim cərrahi briqada tərəfindən EQB-nin Siewert II tip adenokarsinomasına görə radikal cərrahi əməliyyat aparılmış xəstələr təşkil edir. Bu müddət ərzində 174 xəstə (k-131, q-43, orta yaş – 57.4) qeyd edilən diaqnozla bizim tərəfimizdən radikal cərrahi əməliyyata məruz qalmışdır. Xəstələrin 19-də sol torakoabdominal kəsiklə mədənin genişləndirilmiş proksimal rezeksiyası (Osawa-Garlock əməliyyatı), 2-də transhiatal yolla mədənin genişləndirilmiş proksimal rezeksiyası, 11-də sol torakoabdominal kəsiklə genişləndirilmiş qastrektomiya, 142-də transhiatal yolla genişləndirilmiş qastrektomiya əməliyyatı icra edilmişdir. Xəstələrin 156-da D2 limfodisseksiya və aşağı mediastinal limfa düyünlərinin disseksiyası yerinə yetirilmişdir. AJCC/UICC-nin 7-ci nəşrinə əsasən xərçəngin T mərhələsi xəstələrin 6-da (3.5%) T2, 60-da T3 (34.5%), 85-də (48.8%) T4a və 23-də (13.2%) isə T4b olmuşdur.

**Nəticələr:** Disseksiya edilmiş limfa düyünlərinin patohistoloji müayinəsinin nəticələrinə əsasən, 4 xəstədə (2.6%) mediastinal limfa düyünlərində metastaz aşkar edilmişdir. Qeyd edilən 4 xəstənin hamısında limfogen metastazvermənin ekstensivli N3 mərhələsində olmuşdur. Başqa sözlə, EQB-nin Siewert II tip adenokarsinoması zamanı mediastinal limfa düyünlərinin metastatik zədələnməsi ekstensiv limfogen metastazvermənin bir komponenti kimi müşahidə

edilmişdir. Mediastinal limfa düyünlərində metastaz aşkar edilmiş xəstələrin dördü də genişləndirilmiş limfodisseksiya və adyuvant kimyəvi dərman terapiyasından 11-18 ay (orta hesabla, 14 ay) sonra hematogen metastazvermədən vəfat etmişlər. Alınan nəticələr dolayı olaraq onu düşünməyə əsas verir ki, aşağı mediastinal limfa düyünləri EQB-nin Siewert II tip adenokarsinomasının inkişaf etdiyi müvafiq nahiyənin anteqrad limfa axını üzərində yerləşən regional limfa düyünləri deyildir və qeyd edilən limfa düyünlərinin metastatik zədələnməsi ekstensiv limfogen metastazvermənin bir komponenti kimi inkişaf edir.

**Yekun:** EQB-nin Siewert II tip adenokarsinoması zamanı mediastinal limfogen metastazvermə tezliyi çox aşağıdır və inkişaf etdikdə ekstensiv limfogen metastazvermənin bir komponenti kimi təzahür edir. Odur ki, qeyd edilən xərcəngin N3 mərhələli limfogen metastazverməsi halında geniş limfodisseksiyanın nə dərəcədə fayda verə bilməsi məsələsi ciddi şəkildə nəzərə alınmalıdır. N3 limfogen metastazvermə zamanı hematogen metastazvermə riskinin yüksək olması səbəbindən müalicə taktikasının neoadyuvant kimyəvi dərman terapiyası ilə başlanması daha məqsədyönlü taktika ola bilər.

\*\*\*

## **РОЛЬ ДВМРТ В ДИАГНОСТИКЕ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

*А.Т.Кязимов, С.С. Ватанха., С.А.Сарыев  
Национальный центр онкологии, Баку*

Рак простаты (РП) является одним из самых изученных онкологических заболеваний. Главной эпидемиологической

особенностью РП является почти исключительное поражение лиц пожилого возраста. Риск заболеть до 40 лет составляет примерно 1:10000, в то время как на протяжении всей жизни каждому шестому мужчине будет поставлен диагноз рака простаты. Среди всех больных РП мужчины в возрасте до 50 лет составляют лишь 0,1%. Примечательно, что как минимум 75% мужчин в возрасте 85 лет и старше имеют гистологические изменения предстательной железы, соответствующие диагнозу «рак». Крайне актуальна данная проблема и для Азербайджанской Республики. За последние 15 лет заболеваемость РП в Азербайджане возросла в 2,5 раза.

**Материалы и методы.** В данное исследование была включена группа из 96 (n=96) больных с подтвержденным диагнозом рака простаты. Исследования были проведены на аппарате Siemens Avanto с мощностью магнитного поля 1,5 Т. Использовались режимы T1, T2, T2 TIRM, DWI и ADC картирование. Некоторым больным проводилась МРТ со введением контрастного агента (Magnevist, Bayer, Германия).

**Результаты.** В большинстве случаев опухоль была локализована в периферической части органа (89%). Основным признаком в T2-ВИ было обнаружения зоны низкой сигнальной интенсивности в периферической части железы (в норме периферическая зона гиперинтенсна по отношению к центральной зоне). При ДВМРТ эта зона показывала ограниченную диффузию. T1-ВИ использовались для обнаружения распространенности процесса, определения геморрагических участков после биопсии также для оценки лимфоузлов.

**Выводы.** В проведенных исследованиях ДВМРТ показала очень высокую специфичность (91%) и

чувствительность (94%) что было близко к общемировым показателям. Показатели ДВМРТ прямо пропорционально зависели от цифр ПСА и суммы Глисона (Gleason score). Таким образом методики МРТ исследования в частности ДВМРТ являются важной частью комплексной диагностики РП и остается золотым стандартом при стадировании и выборе тактики лечения заболевания.

\*\*\*

## UŞAQLIQ BOYNU XƏRÇƏNGİNİN MÜASİR ŞÜA TERAPİYASI

*İ.İsayev, E.Quliyev, K.Əkbərov, N.Əliyeva, R.Hüseynov*  
*Milli Onkologiya Mərkəzi, Bakı ş.*

Tədqiqata 2011-2016 illərdə MOM şüa terapiyası şöbəsində müalicə almış 220 uşaqılıq boynu xərçəngi ilə xəstə daxil edilmişdir.Şüa terapiyasından qabaq bütün xəstələr kliniki-instrumental və laborator müayinələrdən keçmiş xərçəng diaqnozu morfoloji verifikasiya edilmişdir.Xəstələrin 92,5% -də yastı epitel, 7,5%-də isə adenokarsinoma aşkar edilmişdir.Xəstəliyin mərhələsi FİQO və beynəlxalq təsnifata uyğun qiymətləndirilmiş və 2a-4a mərhələli xəstələrə müxtəlif rejimlərdə şüa terapiyası aparılmışdır.

Şüa terapiyası 3d konformal və İMRT metodlu ilə xətti sürətləndiricilərdə verilmişdir.Braxiterapiya isə 3d planlama Braxivizion proqramı ilə baş tutmuşdur.Xəstələrə kontakt şüa terapiyası yüksək doza gücü ilə işləyən qamma-Med (İr-192) aparatında aparılmışdır.Xəstələr müalicə metodundan asılı olaraq 4 qrupa bölünmüşlər.

1-ci qrupa daxil olan 60 xəstəyə distansion şüa terapiyası BMD 2Qr, CMD 50-60 qr ( A və B nöqtəsinə ) və braxiterapiya BMD 7 Qr, CMD 28 Qr verilmişdir.

2-ci qrupda 75 xəstə nəzarətdə olmuş və kontakt şüa terapiyası aşağıdakı metoddla aparılmışdır (braxiterapiya BMD 9 Qr, CMD 18 Qr - 29 Qr izoeffektə görə A nöqtəsinə).

52 xəstəyə şüa terapiyası 1-ci qrupa uyğun aparılmış və əlavə olaraq kimyəvi dərman müalicəsi –sisplatin 40mq/m<sup>2</sup>, həftədə 1dəfə , v/d , cəmi 4-6 dəfə tətbiq edilmişdir. Bu xəstələr 3-cü qrupa aid edilmişlər.33 xəstə isə 4-cü qrupa daxil edilmiş və şüa müalicəsi 2-ci qrupa uyğun və kimya terapiya isə yuxarıda qeyd edilən sxemlə aparılmışdır

Tədqiqata daxil olmuş 220 xəstənin 1il 95 ± 1,4%, 2 il 78 ± 2,7%, 3il 73 ± 2,6 % -i yaşamışdır. Yaşama medianası 54 ± 3,2 ay təşkil etmişdir.

1-ci qrupda 65,2±4,8, 2 –ci qrupda 78,2±4,7%, 3-də -də 80,4±4,4 %, 4-də isə 81, 4±4,6% xəstə 3 il yaşamışdır.

Aparılan analiz göstərmişdir ki,3 il xəstəliyin 2a, 2b, 3a,3b mərhələsi ilə uyğun olaraq 89,7% , 83,3%,76,6%, 43,9% xəstə yaşamışdır.Qruplar arasında müqayisəli analiz isə müalicənin 3və 4-cü qrupda daha effektiv olduğunu müəyyən etmişdir( P < 0,05).

Ölçüləri < 5 sm və ≥ 5 sm olan şişlər üçün 3 illik yaşama göstəriciləri uyğun olaraq 87,2% və 56,9% təşkil etmişdir.Bu zaman ≥ 5 sm olan şişlərdə müalicənin nəticələri 3-cü qrupda daha yüksək olmuşdur( P < 0,05).

## **ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ И СМЕРТНОСТЬ СРЕДИ БОЛЬНЫХ РАКОМ ШЕЙКИ МАТКИ В ГОРНО- ШИРВАНСКОМ ЭКОНОМИЧЕСКОМ РЕГИОНЕ АЗЕРБАЙДЖАНСКОЙ РЕСПУБЛИКИ**

*Ф.А.Марданлы, Ш.А.Алыев, В.М.Мададова, Р.Ш.Ганифаева,  
Е.Р.Джафарова*

*Национальный центр онкологии, Баку г.*

В структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями среди лиц женского пола в Горно-Ширванском экономическом регионе рак шейки матки занимает 2-3 место, общерегиональный показатель экстенсивности которого составляет 11,2 %. Необходимо отметить, что самый высокий экстенсивный показатель был Шемахинском районе- 14,5%, а самый низкий-в Исмаиллах-5,9%.

Расчет общерегионального показателя интенсивности выявил относительно высокий уровень, величина которого составила  $13,3^{0}/_{0000}$ , а величина коэффициента пораженности -  $51,3^{0}/_{0000}$ . Наиболее высокий показатель интенсивности был в Шемахинском- $22,2^{0}/_{0000}$ , наиболее низкий- в Исмаиллинском районе-  $7,2^{0}/_{0000}$ .

С точки зрения эпидемиологической перспективы показатели смертности часто служат ценнейшим источником информации, позволяющие оценить тенденции в изменении состояния здоровья популяции. В этой связи, проведенный статистический анализ выявил относительно невысокий уровень показателя смертности и по величине общего коэффициента смертности составил  $2,6^{0}/_{0000}$ . Самый высокий коэффициент смертности был в Агсуинском районе- $8,0^{0}/_{0000}$ .

Общерегionalный коэффициент летальности составил 15,0%. Причем самый высокий коэффициент летальности был в Агсуинском районе-50,0%.

Величина 5-летней выживаемости составила 41,5 %. Самая высокая выживаемость в регионе наблюдается в Исмаиллинском-47,8% и в Агсуинском- 47,6% районах, а самая низкая в Гобустанском районе-28,6%.

Для определения показателя активности проведения скрининговых программ был рассчитан показатель агрессивности ( соотношение показателя смертности и заболеваемости ). Данная величина составила 0,2 (низкий уровень). Стандартизованный показатель заболеваемости раком шейки матки в Горно Ширванском экономическом регионе представлен в таблице 1

Таблица 1. Повозрастной стандартизованный показатель заболеваемости раком шейки матки в Горно- Ширванском экономическом регионе Азербайджанской Республики

Возраст	Численность населения	Интенсивный показательна 100 тыс.	Средний стандарт	Стандартизованный показательна 100 тыс
0-17	42215		28135,6	
18-29	34338	-	22885,7	-
30-39	21443	23,3	14291,4	3,3
40-49	19870	20,1	13243,0	2,6
50-59	17041	62,8	11357,5	7,1
60-69	7150	27,9	4765,3	1,3
70 >	7984	-	5321,5	-
Σ	150041	13,3	100000	14,3

Как видно из табл.1, наиболее высокий уровень заболеваемости отмечен в возрастной группе 50-59 лет (7,1 ‰). При этом

следует отметить, что в возрастной группе 0-17 лет и 18-29 лет не было отмечено случаев заболеваемости. Общерегionalный показатель заболеваемости раком шейки матки составил 14,3<sup>0</sup>/0000.

Таким образом, проведенный статистический анализ выявил относительно высокий уровень заболеваемости раком шейки матки при относительно низком уровне величины смертности в Горно-Ширванском экономическом регионе.

\*\*\*

## **TAKSANLARLA MÜALICƏ ZAMANI HEPATOTOKSIK FƏSADLARIN TEZLİYİ**

*E.R.Hüseynov*

*Azərbaycan Tibb Universiteti, Bakı ş.*

**Tədqiqatın məqsədi:** Müxtəlif onkoloji xəstəliklərdə taksan preparatları ilə (paklitaksel, NAB-paklitaksel və dosetaksel) kimyəvi dərman müalicəsi zamanı hepatotoksik fəsadların tezliyinin müəyyən edilməsi və onların idarə edilməsi tədqiqatın məqsədi olmuşdur.

**Material və metodlar:** Tədqiqata ATU Onkoloji Klinikada müxtəlif onkoloji diaqnozu ilə taksan preparatları ilə kimyəvi dərman müalicəsi alan 65 xəstə daxil edilmişdir. Xəstələrin 42-i qadın, 23-ü kişi olmuşdur və orta yaş 48 olmuşdur. Gilbert sindromlu, xroniki virus hepatiti, qaraciyər metastazları olan xəstələr, eyni zamanda taksan preparatları ilə bərabər digər kimyəvi dərman preparatları ilə kombinə edilmiş kimyəvi dərman müalicəsi alan xəstələr bu tədqiqata daxil edilməmişlər. Kimyəvi müalicə rejimləri həftəlik və 3 həftəlik olmuşdur. Xəstələrin qanında qaraciyər biokimyəvi sınaqları

(alaninaminotransferaza (ALT), aspartataminotransferaza (AST), qammaqlutamilttransferaza (GGT), qələvi-fosfataza (ALP) və ümumi bilirubin (TB)) və radioloji müayinələrin (USM, KT və MRT) nəticələri dinamik olaraq müalicədən əvvəl, müalicənin gedişində və müalicə bitdikdən sonra tədqiq və təhlil edilmişdir. Xəstələrin hamısında qaraciyər sınaqları (ALT, AST, GGT, ALP və TB) müalicədən öncə normal intervalda olmuşdur.

**Nəticələr:** 9 xəstədə (14%) qaraciyərin qanda biokimyəvi sınaqlarının yüksəlməsi və radioloji müayinələrdə müvafiq dəyişikliklər müəyyən edilmişdir. 9 xəstənin 8-də hepatotoksik zədələnmələrin əlamətləri radioloji müayinələrin (5 xəstədə USM, 2 xəstədə MRT və 1 xəstədə KT) nəticələri ilə də müəyyən edilərək təsdiq edilmişdir. Belə ki, xəstələrin 5-də radioloji əlamətlər sadəcə hepatomeqaliya kimi, 3-də isə həmçinin exogenliyin artması kimi qeyd edilmişdir. 2 xəstədə radioloji müayinələrdə (USM, MRT) həmçinin müalicədən öncə qeyd edilməyən parenximatöz piy distrofiyası təsvir edilmişdir. Xəstələrdən 6-da yalnız ALT, AST, ALP və GGT-nin qanda səviyyəsi artmış, TB qanda miqdarında artım müşahidə edilməmişdir. 9 xəstənin 1-də aparılmış intensiv müalicə tədbirlərinə baxmayaraq həm qanın biokimyəvi müayinəsində yuxarıda qeyd edilən göstəricilər hamısı, həm də radioloji müayinələrdə hepatotoksik fəsadlar artmaqda davam etmiş və taksan preparatları ilə müalicə sxemi digər qrupdan olan sitostatiklərə dəyişdirilmişdir. Digər 8 xəstədə hepatoprotektorların (L-ornitin-L-aspartat, adenometionin, qlutation, ursodezoksixol turşusu və s.) müalicəyə əlavə edilməsi və müvafiq pəhrizin gözlənilməsi ilə müalicə kursu tam başa çatdırılmışdır. 8 xəstənin 3-də həmçinin 3 həftəlik müalicə sxemi həftəlik müalicə sxeminə dəyişdirilmiş və müalicə həftəlik müalicə sxemilə başa çatdırılmışdır. 9 xəstədən 5-də müalicədən sonrakı 2 ay ərzində qanın biokimyəvi

göstəriciləri normal intervalda müşahidə edilmiş, 4 xəstədə isə bu göstəricilərin azalma tendensiyası müşahidə edilmişdir. Yüksək hepatoksiklik səbəbindən taksan preparatları ilə müalicə sxemi digər sitostatiklərlə müalicəyə dəyişdirilmiş xəstədə TB-nin miqdarı normal intervalın yuxarı həddinə ensə də, digər qaraciyər fermentlərinin titri yüksək qalmaqda davam etmişdir.

**Yekun:** Yalnız taksan preparatları ilə kimyəvi dərman müalicəsi alan xəstələrdə bu preparatlarla bağlı hepatotoksik fəsadların tezliyi 14% (9/65) olmuşdur. Hepatoprotektorların müalicəyə əlavə edilməsi və müalicə rejimlərinin dəyişdirilməsi (3həftəlikdən həftəliyə müvafiq doza ilə) ilə hepatotoksik fəsadlar müşahidə edilən xəstələrin 90%-də (1/9) taksan preparatları ilə müalicə sxeminin başa çatdırılmasına imkan vermişdir.

\*\*\*

## **МР-СПЕКТРОСКОПИЯ ПРИ ОЦЕНКЕ ОБРАЗОВАНИЙ МОЗГА ДО И ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ.**

*Х.Г. Дуньямалиев, О.Г.Дуньямалиев, С.С.Ветенха  
Национальный центр онкологии, г.Баку*

Магнитно-резонансная томография (МРТ) является самым основным диагностическим методом применяющийся при заболеваниях головного мозга (ЦНС в целом), представляя высокую тканевую резольюцию(разрешающую способность) [2].Образования и вообще заболевания оцениваются с помощью разных протоколов (программ) которые имеются в компьютерном обеспечении МР-томографов. Некоторые протоколы не имеются в большинстве МР-аппаратов (одна из причин-они очень дорогие). В нашем центре (НЦО) имеются

большинство из них и со временем приобретаются всё новые и новые программы.

МР-спектроскопия головного мозга используется при опухолях головного мозга, нейродегенеративных заболеваниях, врождённых метаболических расстройствах, рассеянном склерозе, инфекционных заболеваниях головного мозга и т.п. [4]. МР-спектроскопия является одним из важных программ, которая используется как прогностический индикатор при оценке образований мозга до и после лечения [2].

За свои работы в области МРС Ричард Эрнст (Richard R.Ernst) в 1991г. был награждён Нобелевской премией по химии [1].

С 1995-го г. МРС стала применяться в США (Соединённые Штаты Америки) как новая эра в нейрорадиологии [2].

Протонная магнитно-резонансная спектроскопия (пМРС)-неинвазивный метод получения информации о метаболитах (биохимическом составе) образований и нормальной ткани человека [2]. С развитием техники МРС, появилась возможность исследовать ядра таких важных элементов как углерод, кислород, азот, натрий, калий, фтор и т.д. [3]. Но обычно используют атомы (протоны) водорода, которые избыточны в теле человека и магнетически очень чувствительные по сравнению с другими ядрами [2].

В основе МРС стоит явление химического сдвига(различие резонансных частот одинаковых ядер в разных веществах, находящиеся в очень сильном однородном внешнем магнитном поле) [1]. Понятно что при заболеваниях нарушается баланс метаболитов и много лет изучения МРС дала свои стандарты по нормальным тканям, а также при нео-

образованиях. Рутинные метаболиты обычно четыре : N-Acetyl aspartate (NAA), Creatine (Cr) , Choline (Cho), Lactate (Lac; когда показывает). Добавочные метаболиты : Lipids (Lip), Glutamine & glutamate (Glx), Myo-inositol(ml) и т.д. [2]. NAA-индикатор функциональной активности нервной ткани(в опухолях снижено), Cho-имеются в клеточных мембранах и синаптических окончаниях холинергических нейронов (повышается в основном в опухолях), LAC-конечный продукт анаэробного гликолиза, Cr-поставщик фосфата (АДФ -> АТФ) и т.д. [3]. МРС можно делать в двух видах- одна-воксельная и многовоксельная [2]. Метаболиты оцениваются как отдельно, так и их соотношение.

С помощью метода МРС оценивают эффект от проведённой химио- и/ или лучевой терапии при заболеваниях мозга-особенно при опухолях головного мозга.

## **Ədəbiyyat**

1. Магнитный Резонанс в медицине. Петер А. Ринк (2003).
2. MR spectroscopy of the brain. Lara A.Brandao, Romeu C. Domingues 2004
3. Магнитно-резонансная томография/Руководство для врачей. Г.Е. Труфанов, В.А. Фокина. 2007
4. Osborn Beyin-Görüntüleme, patoloji ve anatomi. Anne G. Osborn, Çeviri editörleri-Mehmet Tekşam, Banu Çakır. 2015

## РЕДКИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СЕМЕЙНОЙ РЕТИНОБЛАСТОМЫ.

*А.Н. Ахадова, Р.С.Исмаил-заде,  
Л.П.Халафова, Г.А.Алескерова, Н.А.Бабаева  
Национальный центр онкологии, г. Баку.*

**Введение.** Ретинобластома - наиболее частая внутриглазная злокачественная опухоль у детей младшего возраста, это быстро растущая опухоль эмбрионального типа, вариант исходящей из незрелой сетчатки нейробластомы. Пик заболевания приходится на 2 года. Почти все случаи заболевания выявляются до 5-летнего возраста. Чаще всего ретинобластома обусловлена генетически (если ребёнок наследует мутантный аллель гена Rb, то вторая мутация, происходящая уже в ретинобласте, ведёт к образованию опухоли). Ретинобластома бывает односторонней или двусторонней. Двусторонняя форма чаще всего носит наследственный характер.

**Материалы и методы.** По итогам работы детской клиники (ДК)Национального Центра Онкологии (НЦО) за 2011-2015 гг. было пролечено 26 детей с односторонней ретинобластомой. Возраст детей от 6 месяцев до 5 лет. Все пациенты в НЦО были направлены из Национального центра офтальмологии им. Академика З.Алиевой. Наряду с офтальмологическим обследованием там было проведено хирургическое вмешательство в объеме односторонней энуклеации. Операционные материалы были доставлены в отделение патоморфологии НЦО, где было произведено гистологическое исследование. В основу данной работы

положены результаты обследования и лечения сестер А.З. 3 л. и А.Н. 1 г. с абсолютно идентичными диагнозами – “Правосторонняя ретинобластома, состояние после энуклеации и полихиотерапии f p T3Bn0m0 “В отделении пациенткам было выполнено КТ исследование и другие клиничко-лабораторные и гистологические исследования. Пациентки были стратифицированы по группам риска согласно протоколу лечения односторонней местнораспространенной, метастатической и рецидивной ретинобластомы РАМН РОНЦ НИИ ДОГ 2003

**Результаты и выводы.** Обе пациентки были включены в группу среднего риска и им было проведено 4 курса ИПХТ. Программа лечения завершена в апреле 2015 г. В настоящее время обе девочки находятся под динамическим наблюдением в поликлинике ДК НЦО. Таким образом, применение данного протокола РАМН РОНЦ НИИ ДОГ 2003 в нашей клинике позволяет достичь хороших результатов лечения односторонней ретинобластомы.

\*\*\*

## **РЕДУКЦИЯ БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПРИ АДЬЮВАНТНОЙ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ МЕСТНО- РАСПРОСТРАНЕННЫМ РАКОМ ПРЯМОЙ КИШКИ.**

*Н.Г.Кулиева, А.А.Абдуллаев, Р.Р.Казиева, Г.Г.Насирова  
Национальный центр онкологии, г.Баку*

**Актуальность .**По статистическим данным большинства стран, 60-80% больных раком прямой кишки (РПК) поступают

в стационар уже с наличием T<sub>3-4</sub>N<sub>0-2</sub>M<sub>0</sub> - III-IV стадии заболевания, B-C по классификации DUKES. В подавляющем большинстве случаев у таких больных отмечаются явления кишечной непроходимости той или иной степени выраженности, требующие оперативного вмешательства. В этих случаях операция в большинстве случаев завершается паллиативным вмешательством – нерадикальным удалением опухоли или же только формированием обходных анастомозов и разгрузочных колостомий, без резекции кишки. В последние годы все чаще применяется лапароскопический метод. Уже через 5-10 дней большинство больных РПК направляется на постоперационную консервативную терапию, основными компонентами которой являются лучевая (ЛТ) и полихимиотерапия (ПХТ). С целью оптимизации метода была изучена степень редукции болевого синдрома при различных вариантах его проведения.

**Материалы и методы.** Были проанализированы результаты лечения 274 больных РПК после паллиативных операций, с наличием неудаленной опухоли, находившихся на стационарном лечении в НЦО МЗ Азербайджана в период 1995-2015 гг. Противопоказаниями являлись наличие отдаленных метастазов, не поддающийся коррекции астенический синдром, кахексия, предперфоративное состояние органов малого таза, вовлеченных в опухолевый конгломерат, и др.

В I группе постоперационная ЛТ проводилась в традиционном режиме, во II- были объединены пациенты, которым проводилась неоадьювантная ЛТ в крупнофракционном режиме- РОД-5,0 Гр. в течение 5 дней, но последующая операция завершилась паллиативно, без удаления опухоли, после чего адьювантный курс ЛТ был продолжен до радикальной дозы в

традиционном режиме, в III- адьювантная ЛТ сочеталась с ПКТ по принятым стандартам.

**Результаты и обсуждение.** Была изучена локализация болей у всех 274 больных, и выявлена корреляция между локализацией опухоли в кишке и основной локализацией болевого синдрома, степени инвазии кишки и интенсивности болей. Основными критериями оценки полученных непосредственных результатов были приняты показатели качества жизни больных. Принималась во внимание также и переносимость проводимого лечения, длительность реконвалесценции. Состояние пациентов оценивалось по шкале Карновского и ECOG-ВОЗ. Выявлено, что по шкале Карновского количество баллов во всех группах колебалось в пределах 50-90, а по ECOG-ВОЗ- I- III баллов. После завершения лечения в среднем у  $37,2 \pm 2,9\%$  больных при оценке по шкале Карновского отмечалось 90 баллов, и I -по шкале ECOG-ВОЗ. Наиболее редко- в  $5,5 \pm 1,4\%$ -отмечалось 50 баллов и III. У  $12,0 \pm 2,0\%$  пациентов отмечалось 60 баллов, у  $15,3 \pm 2,2\%$ - 70 баллов, у  $30,0 \pm 2,8\%$ -80 баллов- II по шкале ECOG-ВОЗ. Наибольшая степень редукции болевого синдрома была достигнута в III группе, при сочетании ЛТ и ПХТ, а также во II- при проведении I-го этапа ЛТ укрупненными фракциями

## **PEDIATRİK ONKOLOGİYADA KİMYATERAPİYA SONRASI TİMUS VƏZİSİNİN HİPERPLAZİYASI**

*E.Y. Əliyev, F.F.Şahməmmədov  
Milli Onkologiya Mərkəzi, Bakı.ş*

Timus vəzisinin hiperplaziyası insan orqanizminin güclü stressə məruz qaldıqdan bir müddət sonra səbəbi hələ də aydınlaşdırıla bilinməyən sadə, xoşxassəli böyüməsidir. Stress kəsildikdən sonra, sağalma periodunda timus vəsizində uzunmüddətli bərpa prosesləri başlayır və nəticədə timus vəzi əvvəlki orijinal ölçüsünə kimi və ya daha artıq böyüyür. Timus vəzisinin hiperplaziyasına səbəb olan stress faktorlarından: pnevmoniya, kortikosteroid terapiyası, radioterapiya, kimyaterapiya, cərrahi əməliyyat, yanıqları saymaq olar. Adətən, uşaqlarda rast gəlinir, lakin yeniyetmə və yaşlılarda da gözlənilən hal ola bilər.

Xüsusən uşaqlarda limfoma, leykemiya, testikulyar xərçəng, sarkoma kimi şiş xəstəliklərinin kimyaterapiyası fonunda rast gəlinir. Radiodiyagnostikası:

KT olaraq ön mediastinumda düffuz böyümüş, üçbucaq formalı, hamar kənarlı, homogen, piy və limfoid toxumadan təşkil olunmuş, adi vaskulyarizasiyalı törəmə kimi xarakterizə edilir. Normal timus vəzisi PET-CT-də aydın vizualizə olunur. Lakin, involyutiv timus vəzisi hiperplaziyası FDG-ni çox intensiv tutur. Bu isə limfoma kimi xəstəliklərdə də rast gəlinən əlamət olub, differensial diyanostikamı mümkünsüz edir. Bu cür hallarda, əlbətdə ki, hiperplaziyaya uğramış timus vəzisinin biopsiyası nəticəyə apararı yeganə yol sayılır.

Bizim apardığımız müayinələr zamanı bir il müddətində cəmi 7 kimyaterapiya qəbul etmiş xəstələrdə kimyaterapiya sonrası timus

vəzisinin hiperplaziyası aşkarlanmışdır. Bunlardan 4 xəstə Hoçkin limfoması. PKT-dən s.v., 2 xəstə Qeyri-Hoçkin limfoması. PKT-dən s.v., 1 xəstə Berkit limfoması. PKT-dən s.v., 1 xəstə isə Sağ böyrəyin nefroblastoması. Kombinə olunmuş müalicədən s.v. diaqnozu ilə müayinə edilmişdir. Xəstələrin yaş həddi 2-11 yaş arası, cinsinə gəldikdə isə beşi oğlan, ikisi qız olmuşdur. Müayinələrin nəticəsində: “timus vəzi KT-yə bağlı ölçüdə böyümüşdür, strukturu homogendir-bərkimişdir, konturları hamardır-əlamətlər timus vəzisinin kimyaterapiya sonrası hiperplaziyasına uyğundur.” qeyd edilmişdir. Apardığımız kontrol müayinələr nəticəsində 3-9 ay sonrası ölçülərin kiçilməsi qeyd edilmişdir. 4 xəstədə 3 ay sonra əlamətlərin tamamilə sönməsi izlənmişdir.

Deməli, kimyaterapiya sonrası timus vəzisinin hiperplaziyası adətən müalicə fonunda uşaqlarda rast gəlinən, timus vəzisinin xoşxassəli hiperplaziyasıdır və ona qarşı müalicədə kimyaterapiya qurtardıqdan sonra gözləmək taktikası seçilir. Müəyyən müddətdən sonra hiperplaziya öz-özünə tamamilə sağalır.

\*\*\*

## **MÜXTƏLİF MƏNŞƏLİ SÜMÜK ŞİSLƏRİ ZAMANI OKSİPROLİNİN VƏ İL-6-nın TƏDQIQI**

*A.M.Əfəndiyev, V.Z.Xəlilova, G.A.Cəfərova*  
*Azərbaycan Tibb Universiteti, Bakı ş.*

**Tədqiqatın məqsədi:** Müxtəlif mənşəli sümük şişləri zamanı sümük toxumasında metabolik prosesin tədqiqi və müşahidə edilən dəyişikliklərin patogenezinə sitokinlərin rolunun aydınlaşdırılması olmuşdur.

**Material və metodlar:**Tədqiqat işinin yerinə yetirilməsi Azərbaycan Tibb Universitetinin Onkoloji klinikasında 2012-2015-ci illərdə sümük şişlərinə görə müayinə və müalicə edilmiş 80 xəstənin materiallarından istifadə edilmişdir. Kontrol qrupu 25 nəfər sağlam şəxs təşkil etmişdir. Xəstələrin 26 nəfərində xoşxassəli sümük şişi, 19 nəfərində birincili bədxassəli sümük şişi, 35 nəfərində metastatik sümük şişi aşkar edilmişdir. Xəstələrin yaşı 6-68 yaş arasında dəyişmiş və orta yaş 21,6 olmuşdur. Kontrol qrupa daxil olan sağlam şəxslərin və müayinə olunan bütün xəstələrin qan serumunda sümük metabolizminin biokimyəvi markeri olan oksiprolin və interleykin-6-nın qatılığı öyrənilmişdir. Oksiprolinin təyini üsulunun prinsipi onun Xloramin-T ilə oksidləşdikdən sonra paradimetilamino-benzal-dehidlə kondensasiya reaksiyasına əsaslanmışdır. İL-6-nın qatılığı “RD” (ABŞ) firmasına məxsus reaktiv dəsti vasitəsilə, immunoferment üsulla təyin edilmişdir.

**Nəticələr:**Aparılmış tədqiqatlar nəticəsində məlum olmuşdur ki, xoşxassəli sümük şişləri olan xəstələrin qan serumunda oksiprolinin qatılığı dəyişmədiyi halda birincili bədxassəli və metastatik sümük şişləri zamanı statistik etibarlı artır. Tədqiqatlar göstərir ki, xoşxassəli sümük şişlərində İL-6-nın səviyyəsi artmaga meyilli olub, lakin bu dəyişiklik statistik etibarlı deyildir. Birincili bədxassəli və metastatik sümük şişlərində bu göstərici kontrol qrupa və xoşxassəli sümük şişləri olan xəstələrə nisbətən statistik etibarlı yüksəlir. Alınan nəticələr göstərir ki, İL-6 xoş və bədxassəli sümük şişlərini diferensiasiya etməyə imkan verməklə yanaşı, həm də xəstəliyin aqresivlik markeri hesab edilə bilər.

# YUMURTALIQ XƏRÇƏNGİNİN DİAQNOSTİKASINDA DOPPLEROQRAFİK MÜAYİNƏSİNİN ƏHƏMİYYƏTİ

*N.Q.Qıbləliyeva, S.S. Rəcəbova*  
*Azərbaycan Tibb Universiteti, Bakı ş.*

Yumurtalıq xərçənginin erkən diaqnostikası, mərhələlərinin dəqiq təyin edilməsi müasir onkoginekologiyanın ən aktual problemlərindən biridir.

**Tədqiqatın məqsədi:** yumurtalıq xərçənginin diaqnostikasında ultrasəs doppleroqrafiya göstəricilərinin əhəmiyyətinin öyrənilməsi.

**Material və metodlar.** Tədqiqata 182 yumurtalıqların şişi diaqnozu ilə olan xəstələr daxil olmuşdur. Yaş diapazonuna görə xəstələr aşağıdakı qruplara bölünmüşdür: 15-20 yaş - 1xəstə (0.5%), 21-30 yaş - 15 xəstə (8.2%), 31- 40 yaş -11 xəstə (6%), 41-51 yaş - 61 xəstə (33.5%), 51-60 yaş -65 xəstə (35.7%), 61-70 və daha yaşlı – 29 xəstə (15.9%). Bu xəstələrdən 35-də yumurtalıqların xoşxassəli törəmələri aşkar edilmişdir. Bütün xəstələrə kliniki, laborator müayinələrlə yanaşı transvaginal ultrasəs müayinəsi aparılmışdır. Ultrasəs müayinəsi zamanı 182 xəstədən 159 (87.3%) birtərəfli yumurtalıqın şişi, 23 xəstədə (12.7%) isə hər iki yumurtalıqın şişi izlənilmişdir. Mərhələlər üzrə klassifikasiyasında TNM və FİQO qiymətləndirmə sistemlərindən istifadə edilmişdir. I mərhələ - 43(23.67%) xəstədə, II mərhələ - 54(29.69%) xəstədə, III mərhələ - 42(23.1%) xəstədə, IV mərhələ - 8(4.3%) xəstədə qeydə alınmışdır. Histoloji quruluşuna görə 92 (50.5%) xəstədə - seroz sistadenokarsinoma, 55 (30.2%) xəstədə - musinoz sistadenokarsinoma, 23 (12.72%) xəstədə - seroz sistadenoma, 10 (5.49%) xəstədə - yetkin teratoma və 2 (1.09%) xəstədə -

yumurtalıqların tuberkulyozu rast gəlinmişdir. Seroz sistadenokarsinoma olan 92 xəstənin 44-də (47.82%) yüksək dərəcəli (G1), 32 (34.78%) xəstədə orta (G2), 16 (17.4%) xəstədə isə aşağı diferensiasiyalı (G3) xərçəng aşkar edilmişdir. Musinoz sistadenokarsinoma ilə olan 55 xəstədən 26-da (47.3%) yüksək diferensiasiyalı (G1), 18 (32.7%) xəstədə orta (G2), 11 (20%) xəstədə isə aşağı diferensiasiyalı (G3) xərçəng aşkar edilmişdir. Ultrason müayinəsi ilə yanaşı 108 xəstədə həmçinin dopplerografiya müayinəsi (2DPD-3DPD) aparılmışdır. Bu xəstələrin 69 yüksək angiogenez (Rİ-0.60, Vİ-22.0, Fİ-48, VFİ-4.50), 39 xəstədə isə zəif angiogenez (Rİ-0.37, Vİ-11, Fİ-29.0, VFİ-2.0) müşahidə olunmuşdur. Bədxassəli şişlərdə Rİ göstəricisi aşağı olub, Fİ, Vİ, VFİ və CA-125 yuxarı olmuşdur. Xoşxassəli şişlərdə isə Rİ yüksək olub, Vİ, Fİ, VFİ və CA-125 aşağı olmuşdur. Doppler müayinəsi zamanı əsas meyar olan Rİ, Vİ, Fİ, VFİ və əsas göstəricimiz CA-125 qanda onkomarkerin təyini bədxassəli və xoşxassəli şişlərin differensial diaqnostikasında istifadə olunmuşdur. Yumurtalıqların bədxassəli şişləri üçün çoxsaylı şişdaxili damarların olması səciyyəvidir. Xoşxassəli törəmələr üçün isə, tək-tək, azsaylı damarlar xarakterikdir. Burada əsas problem şişdaxili vaskulyarizasiyanı təşkil edən damarların sayının dəqiq müəyyən edilməsidir. Yumurtalıqların xoşxassəli şişlərinin rəngli dopplerografiyasında rəng lokuslarının sayı, orta hesabla,  $2,5 \pm 0,5(1-5)$  olmuşdur. Bədxassəli şişlərdə isə, bu göstərici  $7,5 \pm 1,5 (1-18)$  ( $p < 0,05$ ) olmuşdur.

**Nəticə:** alınan nəticələr əsasında aydın olur ki, yumurtalıqların şiş proseslərinin differensial diaqnostikasında digər müayinə metodları ilə yanaşı dopplerografiya müayinə metodu mühüm əhəmiyyət daşıyır.

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТРАНСУРЕТРАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ В ЛЕЧЕНИИ МЫШЕЧНО-ИНВАЗИВНОГО РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

*Т.Н.Мусаев, Ф.А.Гулиев*

*Национальный центр онкологии, г. Баку*

**Введение.** Инвазивный рак мочевого пузыря (РМП) является одной из основных проблем современной онкоурологии. Если при поверхностных формах РМП преобладают органосохраняющие методы лечения, то при инвазивном РМП золотым стандартом лечения, является органосохраняющий метод – радикальная цистэктомия (РЦЭ), которая, по сути является инвалидизирующей операцией с довольно большим числом послеоперационных осложнений. Довольно часто приходится сталкиваться со случаями, когда выполнение РЦЭ не представляется возможным в силу определенных противопоказаний к этому хирургическому вмешательству. Сегодня в литературе широко описаны и изучены эти случаи. По данным ряда авторов при мышечно-инвазивном РМП трансуретральная резекция (ТУР) в сочетании с лучевой терапией (ЛТ), стала основной для создания сочетанного органосохраняющего метода лечения. Полное удаление видимой опухоли значительно увеличивает шансы больного на длительную ремиссию. В отделении онкоурологии НЦО МЗ АР с января 2010 г. широко применяется ТУР в лечении РМП. В течение 1 года в клинике выполняется более 400 ТУР с диагностической и лечебной целью при различных формах РМП. Все операции проводятся при помощи оборудования фирмы «KARL STORZ».

**Цель работы** – изучить возможности ТУР при органосохраняющем лечении больных РМП со стадией T<sub>2</sub>N<sub>0</sub>M<sub>0</sub>.

**Материал и методы.** В исследование включено 87(100%) пациентов, которым была выполнена ТУР мочевого пузыря в период с 2010 по 2014 года. Средний возраст пациентов составил 51,2 года (от 24 до 82 лет). Критериями включения пациентов в исследование были: наличие экзофитной опухоли в мочевом пузыре размером не более 6 см, отсутствие мультифокальности процесса, отсутствие отдаленных метастазов, отсутствие увеличенных более 8 мм лимфатических узлов в малом тазу и наличие клинической стадии cT<sub>2</sub>, выявленных посредством МРТ, отсутствие уретерогидронефроза, наличие противопоказаний для выполнения РЦЭ, и наконец отказ пациентов от органосохраняющего метода лечения.

**Результаты.** ТУР мочевого пузыря проводилась под спинальной или эпидуральной анестезией. Стенка мочевого пузыря вместе с опухолью удалялась в пределах видимых здоровых тканей и маркировалась отдельно под номером 1. Далее проводилась глубокая резекция стенки мочевого пузыря (основание опухоли) до видимой паравезикальной клетчатки, которая маркировалась под номером 2. Мочевой пузырь после ТУР дренировался 3-х ходовым катетером фолея 22F с целью проведения активной ирригации в течение первых суток. При неосложненном течении уретральный катетер удалялся на 4-5 сутки. На 6-ые сутки пациенты выписывались на амбулаторное лечение. При гистологическом исследовании у всех пациентов установлен уротелиальный рак с инвазией в мышечный слой. По степени анаплазии (ВОЗ 2004 г.) установлено: Low grade (низкая степень злокачественности) - 42(48%) случая, High grade

(высокая степень злокачественности) – 45(52%) случаев. Через 2 недели после ТУР пациентам проводилась ЛТ по радикальной программе на линейных ускорителях фирмы Varian. СОД составила 66 гр. Режим фракционирования РОД – 2 гр, 5 раз в неделю, 33 сеанса. Учитывая отсутствие поражения лимфатических узлов, доза облучения последних доводилась до 46 гр. После проведения ЛТ, пациентам в течение первого года каждые 3 месяца, а в течение 2 года – каждые 6 месяцев проводилась цистоскопия и УЗИ органов малого таза и брюшной полости. При выявлении рецидивов проводилась МРТ органов малого таза. Оценивались непосредственные результаты, путем изучения частоты и характера осложнений проводимого лечения, а также была изучена безрецидивная выживаемость. Осложнения, связанные с ТУР зарегистрированы у 8(9%) пациентов, которые проявлялись гематурией в раннем послеоперационном периоде. Осложнения ЛТ выявлены у 39(45%) пациентов, которые проявлялись в основном лучевыми ректитами и циститами различной степени тяжести. Наличие рецидивов опухолевого процесса при контрольных обследованиях выявлено у 37(42%) пациентов. Из них у 23(26%) пациентов со степенью анаплазии High grade и в 14(16%) случаях со степенью анаплазии Low grade. Все 37 пациентов были повторно прооперированы. Трех летняя безрецидивная выживаемость составила 52%. У 32(37%) были выявлены поверхностные опухоли и эти пациенты после проведения повторной ТУР получали внутрипузырные инстилляции митомицина «С» в дозировке 40 мг 1 раз в течение 6 недель. 5(14%) пациентам в силу местной прогрессии опухолевого процесса выполнена РЦЭ с модифицированной ортотопической деривацией мочи по Хаутману.

**Выводы.** При инвазивных формах РМП применение ТУР в сочетании с ЛТ может заменить цистэктомия. Эта методика является малотравматичной и сокращает время пребывания больных в стационаре. При стадии T2 high grade частота развития рецидивов высока, в связи с чем проведение ТУР возможно по строгим показаниям при наличии противопоказаний к РЦЭ.

\*\*\*

**О ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ПЕРОРАЛЬНЫХ  
ПРОТИВОВИРУСНЫХ ПРЕПАРАТОВ  
ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГЕПАТИТА С У БОЛЬНЫХ РАКОМ  
МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

*М.К.Мамедов, С.Э.Рагимзаде, Т.Н.Мамедова  
Национальный центр онкологии, г.Баку*

Более десяти лет назад в нашем клинико-лабораторном наблюдении за группой больных раком молочной железы (РМЖ) III клинической стадии было впервые показано, что наличие у этих больных инфекции, вызванной вирусом гепатита С (ВГС) оказывает негативное влияние не только на течение, но и на отдаленный прогноз этого заболевания [Мамедов М.К. и др., 2005].

Этот факт побудил нас оценить возможность коррекции такого влияния инфекции на эволюцию РМЖ с помощью противовирусной терапии (ПВТ), включавшей введение больным альфа-интерферона (ИФН) в течение лишь 2-3 месяцев. Полученные при этом результаты позволили нам полагать, что даже редуцированный курс ПВТ улучшил

непосредственные результаты лечения таких больных и увеличил показатели их выживаемости.

В дальнейшем с этой целью мы неоднократно использовали препараты пегилированных ИФН - пегасиса и др. Однако, их широкому применению при лечении больных РМЖ нередко препятствовали выраженные побочные действия и, первую очередь, миелодепрессивное воздействие, потенцируемое с аналогичным воздействием цитостатических препаратов [Гиясбейли С.Р. и др., 2014].

Поэтому оценивая дальнейшие перспективы применения ПВТ в качестве средства для коррекции влияния ВГС-инфекции на эволюцию РМЖ, мы полагали, что более привлекательными представляются сравнительно недавно появившиеся таблетированные препараты на основе ингибиторов вирусных ферментов. Обладая высокой противовирусной активностью, они применяются в форме сравнительно коротких курсов. Но их главное преимущество состоит в том, что в отличие от всех препаратов ИФН, они практически свободны от клинически значимых побочных токсических эффектов, которые могли бы реально ограничить их применение в клинической онкологии.

В заключение надо отметить, что судя по уже имеющимся непосредственным результатам клинического применения для лечения больных РМЖ с ВГС-инфекцией нескольких программ, эти программы действительно не оказали какого-либо негативного влияния на пациентов. Однако, ответ на вопрос о способности такой ПВТ этих ослаблять влияние негативное влияние инфекции на течение РМЖ, будет получен лишь после анализа отдаленных результатов ее применения.

## **О ВОЗМОЖНОСТИ ПРОСПЕКТИВНОЙ ЛАБОРАТОРНОЙ ИДЕНТИФИКАЦИИ ОСТРОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА С**

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

Как известно, если для постановки лабораторно обоснованного нозологического диагноза "гепатит" достаточно иметь результаты клинического обследования пациента и биохимического исследования его крови, то для выставления этиологического диагноза "инфекция, вызванная вирусом гепатита С" (ВГС-инфекция) нужны результаты поиска в крови пациента антител к ВГС (anti-HCV) и главное РНК ВГС.

Вместе с тем, этот подход не позволяет различить "острую" и "хроническую" ВГС-инфекцию и, соответственно, поставить диагноз "острый гепатит С" или "хронический гепатит С".

Хотя считается, что на относительно "свежее" инфицирование ВГС может указывать выявление anti-HCV, относящихся к IgM (IgM- anti-HCV), следует иметь ввиду, что выявление IgM-anti-HCV указывает лишь на активную репродукцию ВГС в организме.

Единственной возможностью серологически идентифицировать острую ВГС-инфекцию является выявление в крови (с помощью иммуноблотинга) самых "ранних", по времени, появления в крови anti-HCV, которые будучи представлены антителами к " NS5-белкам" вируса, могут обнаруживаться уже к концу 4-й недели после инфицирования.

В то же время, располагая результатами определения у обследованного лица указанных типов anti-HCV и вирусной РНК, возможно ориентировочно определить клинко-патогенетическую стадию развития ВГС-инфекции (стадию репродукции вируса и стадию выздоровления) или идентифицировать у обследуемого лица состояния ранее перенесенной ВГС-инфекции.

\*\*\*

**АНТИТЕЛА К ВИРУСУ ГЕПАТИТА Е СРЕДИ ДЕТЕЙ И  
ВЗРОСЛЫХ,  
БОЛЬНЫХ СОЛИДНЫМИ ОПУХОЛЯМИ И  
ЛИМФОМАМИ, НАХОДИВШИХСЯ  
В ПРОФИЛЬНЫХ СТАЦИОНАРАХ**

*Р.К.Таги-заде, Ю.А.Ахмедов, Л.П.Халафова,  
М.К.Мамедов, А.А.Кадырова  
НИИ гематологии и трансфузиологии, Национальный центр  
онкологии; Национальный НИИ медицинской профилактики;  
г.Баку*

Ранее нами было показано, что важнейшие характеристики эпидемического процесса, обусловленного вирусом гепатита А (ВГА) среди детей и взрослых, больных солидными злокачественными опухолями (СЗО) и лимфомами (ЛФ), находившихся в клинических отделениях НИИ гематологии и трансфузиологии им.Б.Эйвазова и Национального центра онкологии в течение периода с 2012 г до середины 2015 г практически не отличались от таковых, отмеченных среди здоровых жителей г.Баку. При этом, наличие и тип

онкологического заболевания не оказывали какого либо влияния на показатели серопозитивности в отношении ВГА, тогда как эти показатели, будучи максимальными у взрослых пациентов, по всей вероятности зависели лишь от возраста обследованных лиц [Р.К.Таги-заде и др., 2015].

Учитывая, что за последние годы были получены данные о том, что на территории нашей страны имеет распространение и инфекции, вызванной вирусом гепатита E (ВГЕ), а ее маркеры нередко выявляются у больных СЗО и ЛФ [Ю.А.Ахмедов и др., 2015], мы поставили перед собой цель исследовать сыворотки всех упомянутых выше больных на наличие в них антител к ВГЕ (anti-HEV). Для этого были использованы коммерческие наборы реактивов "Диагностические системы" (Нижний Новгород, Россия).

Судя по полученным результатам, частота выявления anti-HEV у обследованных нами больных оказалась более, чем на порядок ниже частоты выявления у них антител к ВГА. При этом, как и в случае с ВГА, наличие и тип онкологического заболевания не оказывали какого либо влияния на показатели серопозитивности в отношении ВГЕ. В то же время, величины этих показателей не обнаружили существенной тенденции к изменению в зависимости от возраста обследованных пациентов.

## НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ГЕРЦЕПТИНА У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ.

*А.Э. Абасов, Э.Э. Казымов, И.А.Гаджиева, А.З.Дербендова  
Национальный центр онкологии, г.Баку*

**Цель исследования:** Сравнительное изучение токсического действия Герцептина у пожилых пациентов.

**Материал и методы:** В период 2012-2014 в Н.Ц.О для исследования были внедрены 40 пациенток с диагнозом Her2(+) Р.М.Ж . Больные в возрастной группой >65 20 пациенток ; <65 20 пациенток .

Было проведено лечение Герцептином по нагрузочной дозе 8 мг/кг последующем 6мг/кг каждые 3 недели в течении 1 года.

**Результат:** Пациентки 65 < были наблюдаемы: Кардитоксичность 10%; Гепатотоксичность 5%; Аллергия 30%; Нейропатия 15%; Нейтропения, тромбоцитопения 5%; Герпесзоостер 5%; Нефропатия 5%; Пациентки65>; Кардитоксичность 35% ( было приостановлено лечение у 4 пациенток); Гепатотоксичность 15%; Аллергия 15%; Нейропатия-5%; Нейтропения, тромбоцитопения - 10%; Нефропатия- 10%.

**Вывод:** Учитывая более токсическое действие Герцептина у пациенток выше 65 лет рекомендуется осторожное отношение и тщательный кардиоманиторинг .

## MÜNDƏRİCAT

### **Əbədi olan lider**

*C.Ə.Əliyev, A.A.Kərimli*.....3

### **Heydər Əliyev Azərbaycanın daxili və xarici siyasətini haqq**

#### **və ədalət əsasında formalaşdırmışdır.**

*Ə.X.Kərimov, N.Ə.Əsgərov, Sevinc Seyran q*.....5

### **Azərbaycan Respublikasında ilk dəfə: sol süd vəzi xərcənginin "Tənəffüsün dərin inspirasiya fazasında saxlanması" metodu ilə aparılan distansion**

#### **şüa müalicəsinin effektivliyi**

*C.Ə.Əliyev, İ.H.İsayev, R.R.Hüseynov, G.R.Hacı*.....7

### **Изучение достоверности результатов биопсии сторожевого лимфоузла у больных РМЖ**

*Д.А.Алиев, Р.Д.Джафаров, Т.А.Наджафов,  
С.Э.Рагимзаде, Л.А.Меджидова, С.С.Гурбанов,  
Ш.Р.Алиева, Р.Р.Солтанова, Х.У.Салманова*.....9

### **Qalxanabənzər vəzin papilyar mikrokarsinomaları zamanı regional və uzaq metastazlarda risk faktorlarının rolu.**

*Ə.C.Əliyev, N.Ə.Quliyev, A.M.Əliyeva, Q.S.Əsədli* .....11

### **Baş və boyun nahiyəsinin bəd xassəli şişlərinin sürətləndirilmiş hiperfraksiyali rejimdə şüa müalicənin müstəqil və sisplatin və 5 ftorurasillə birlikdə yaşama göstəriciləri.**

*İ.H.İsayev, R.R.Qaziyeva, N.M.Əsgərov,  
N.H. Quliyeva, R.R.Hüseynov*.....17

### **Заболеемость и смертность среди больных раком тела матки в нахичеванском экономическом регионе Азербайджанской Республики**

*Ф.А.Марданлы, Ш.А.Алыев, В.М.Мададова,  
Р.А.Гусейнова, Е.Р.Джафарова* .....19

<b>Uşaqlıq sarkomasının risk faktorlarına dair</b> <i>R.Ş. Hərifəyeva, S.S. Rəcəbova</i> .....	21
<b>Qulaqətrafi tüpürcək vəzinin bədxassəli şişləri</b> <i>N.Ə.Quliyev, R.Y.Mahmudova, E.R.İsgəndərov,</i> <i>R.Z.Miskinli, Q.S. Əsədli</i> .....	23
<b>Düz bağırsağın xərçəng şişləri olan x</b> <b>əstələrdə ön rezeksiyaların kliniki araşdırmaları.</b> <i>Ə.X.Kərimov, N.Ə.Əsgərov, R.S.Zeynalov, Y.R.Əliyarov</i> .....	26
<b>Uşaqlarda medulloblastomaların</b> <b>müalicəsinin əsas prinsipləri</b> <i>R.S.İsmayılzadə, A.A.Nəsirli, N.A.Məmmədova, K.İ.Kazımov</i> .....	28
<b>Qida borusu xərçənginin cərrahi</b> <b>müalicəsinin yaxın nəticələri</b> <i>Ə.A.Soltanov, Y.Q.Qocamanov, R.R.Bağirov, A.Q.Hətəmov</i> .....	31
<b>Uşaqlıq boynu xərçəngi zamanı MRT</b> <b>vizualizasiya əsasında braxiterapiyanın tətbiqi</b> <i>K.Əkbərov, E.Quliyev, N.Əliyeva</i> .....	33
<b>Dayaq hərəkət sistemi şişlərində CD31</b> <b>reseptoru təyin edilən damarların miqdarının tədqiqi</b> <i>H.K.Muradov., E.E.İbrahimov., S.V.Abdiyeva., V.Z.Vəliyeva</i> .....	34
<b>Doğuşdan braxial pleksusu iflicli</b> <b>(pleksitli uşaqlarda) uşaqlarda apardıgımız</b> <b>L’episcopo əməliyyatının uşağın şikəstlik</b> <b>dərəcəsini azaltması haqqında analizlərimiz</b> <i>Ə.H.İsayev</i> .....	36
<b>Metastatik beyin törəmələrin müalicəsində</b> <b>cərrahiyyənin rolu.</b> <i>R.Babayev</i> .....	38
<b>Стереотаксическая аблятивная радиотерапия</b> <b>больных метастатическим поражением печени</b> <i>И.Г.Исаев, К.И.Кязимов, А.Т.Алиев, Р.Р.Казиева, Г.Р.Гаджи</i> .....	39

<b>Непосредственные результаты неоадьювантной лучевой терапии больных раком прямой кишки с применением IMRT.</b>	
<i>Н.Г.Кулиева, А.А.Абдуллаев, Ш.Ш. Османов, З.М.Гасанова, Г.Г.Насирова, Р.Р.Гусейнов.....</i>	<i>41</i>
<b>Ezofaqoqastral birləşmənin Siewert II tip adenokarsinoması zamanı mediastinal limfa düyünlərinin metastatik zədələnmə tezliyinə dair</b>	
<i>R.B.Bayramov, S.E.Hüseynova, R.T.Abdullayeva, V.V.İbrahimov.....</i>	<i>43</i>
<b>Роль ДВМРТ в диагностике рака предстательной железы</b>	
<i>А.Т.Кязимов, С.С. Ватанха., С.А.Сарыев.....</i>	<i>45</i>
<b>Uşaqlıq boynu xərcənginin müasir şüa terapiyası</b>	
<i>İ.İsayev, E.Quliyev, K.Əkbərov, N.Əliyeva, R.Hüseynov.....</i>	<i>47</i>
<b>Заболееваемость и смертность среди больных раком шейки матки в Горно- Ширванском экономическом регионе Азербайджанской Республики</b>	
<i>Ф.А.Марданлы, Ш.А.Алыев, В.М.Мададова, Р.Ш.Ганифаева, Е.Р.Джафарова.....</i>	<i>49</i>
<b>Taksanlarla müalicə zamanı hepatotoksik əsadların tezliyi</b>	
<i>E.R.Hüseynov.....</i>	<i>51</i>
<b>МР-спектроскопия при оценке образований мозга до и после лечения</b>	
<i>Х.Г. Дуньямалиев, О.Г.Дуньямалиев, С.С.Ветенха .....</i>	<i>53</i>
<b>Редкий клинический случай семейной ретинобластомы</b>	
<i>А.Н. Ахадова, Р.С.Исмаил-заде, Л.П.Халафова, Г.А.Алескерова, Н.А.Бабаева.....</i>	<i>56</i>
<b>Редукция болевого синдрома при адьювантной лучевой терапии у больных местно- распространенным раком прямой кишки</b>	
<i>Н.Г.Кулиева, А.А.Абдуллаев, Р.Р.Казиева, Г.Г.Насирова.....</i>	<i>57</i>

<b>Pediatrik onkologiyada kimyaterapiya sonrası timus vəzisinin hiperplaziyası</b> <i>E.Y. Əliyev, F.F.Şahməmmədov.....</i>	60
<b>Müxtəlif mənşəli sümük şişləri zamanı oksiprolinin və İL-6-nın tədqiqi</b> <i>A.M.Əfəndiyev, V.Z.Xəlilova, G.A.Cəfərova.....</i>	61
<b>Yumurtalıq xərçənginin diaqnostikasında dopplerografik müayinəsinin əhəmiyyəti</b> <i>N.Q.Qıbləliyeva, S.S. Rəcəbova.....</i>	63
<b>Эффективность трансуретральной резекции в лечении мышечно-инвазивного рака мочевого пузыря</b> <i>T.H.Мусаев, Ф.А.Гулиев.....</i>	65
<b>О возможности применения пероральных противовирусных препаратов для лечения гепатита С у больных раком молочной железы.</b> <i>M.K.Мамедов, С.Э.Рагимзаде, Т.Н.Мамедова.....</i>	68
<b>О возможности проспективной лабораторной Идентификации острого вирусного гепатита С</b> <i>H.P.Рзаева, Д.А.Наджафова, M.K.Мамедов.....</i>	70
<b>Антитела к вирусу гепатита Е среди детей и взрослых, больных солидными опухолями и лимфомами, находившихся в профильных стационарах</b> <i>P.K.Таги-заде, Ю.А.Ахмедов, Л.П.Халафова, M.K.Мамедов, А.А.Кадырова.....</i>	71
<b>Некоторые особенности применения Герцептина у пожилых больных.</b> <i>A.Э. Абасов, Э.Э. Казымов, И.А.Гаджиева, А.З.Дербендова.....</i>	73

