

AZƏRBAYCAN RESPUBLİKASI

Əlyazması hüququnda

**BÖYRƏK VƏ SİDİK KİSƏSİ XƏRÇƏNGİNİN ERKƏN
DİAQNOSTİKASINDA, İNVAZİYA DƏRƏCƏSİNİN
MÜƏYYƏN EDİLMƏSİNDƏ, RADİKAL MÜALİCƏ
TAKTİKASININ SEÇİLMƏSİNDƏ KOMPLEKS MÜAYİNƏ
ÜSULLARININ İMKANLARININ MÜQAYİSƏLİ TƏHLİLİ**

İxtisas: 3234.01 – Urologiya

Elm sahəsi: Tibb

İddiaçı: **Elman Cəfər oğlu Qasimov**

elmlər doktoru elmi dərəcəsi almaq üçün
təqdim edilmiş dissertasiyanın

AVTOREFERATI

Bakı - 2021

Dissertasiya işi Azərbaycan Tibb Universitetinin Urologiya kafedrasında yerinə yetirilmişdir.

Elmi məsləhətçi: AMEA-nın müxbir üzvü,
tibb üzrə elmlər doktoru, professor
Sudeyf Bəşir oğlu İmamverdiyev

Rəsmi opponentlər: tibb üzrə elmlər doktoru, professor
Kamal İsmayıl oğlu Abdullayev

tibb üzrə elmlər doktoru, professor
İsmət Hüseyn oğlu Fiqarov

tibb üzrə elmlər doktoru, professor
Bəhmən Hidayət oğlu Quliyev

tibb üzrə elmlər doktoru, professor
Mixail İvanoviç Uxal

Azərbaycan Respublikasının Prezidenti yanında Ali Attestasiya Komissiyasının Azərbaycan Tibb Universiteti nəzdində fəaliyyət göstərən ED 2.06 Dissertasiya şurası

Dissertasiya şurasının sədri: tibb üzrə elmlər doktoru, professor
_____ **Surxay İsmayıl oğlu Hədiyev**

Dissertasiya şurasının elmi katibi: tibb üzrə elmlər doktoru, professor
_____ **Fariz Hidayət oğlu Camalov**

Elmi seminarın sədri: tibb üzrə elmlər doktoru, professor
_____ **Əlimərdan Aşur oğlu Bağışov**

DİSSERTASIYANIN ÜMUMİ SƏCİYYƏSİ

Mövzunun aktuallığı və işlənmə dərəcəsi. Böyrək və sidik kisəsi xərçəngi ümumi onkoloji xəstəliklər içərisində ağır xəstəliklərdən olub urogenital sistemin şişləri arasında prostat vəzi xərçəngindən sonrakı yeri tutsa da ölüm faizinə görə onu qabaqlayaraq son zamanlar rastgəlmə tezliklərində xeyli artım müşahidə edilir ¹.

Beynəlxalq səhiyyə təşkilatının məlumatına görə böyrək və SK xərçəngi bütün onkoloji xəstəliklərin 2-5% təşkil edərək, kişilər arasında qadınlara nisbətən 4-7 dəfə çox rast gəlinir. Keçmiş sovet məkanında aparılan tədqiqatların nəticəsinə əsasən hər il Rusiyada 16 min, dünyada isə 200 mindən çox insana böyrək xərçəngi diaqnozu qoyulur ². Bunun da 75-80% şəffaf hüceyrəli, 5-10% papilyar karsinoma, 5% xromafin karsinoması, 5% isə birləşdirici toxumadan inkişaf edən böyrək karsinoması təşkil edir ³. Digər mənbələrin verdiyi məlumata əsasən hər il dünyada 100. 000 çox insanda sidik kisəsi törəməsi aşkar edilir ki, bunların da 80% kişilərin payına düşür⁴. Sidik kisəsi törəmələrinin 98% epitelial toxumasından inkişaf etdiyi bir çox alimlərin apardığı tədqiqat işlərinin nəticəsinə əsasən təsdiq edilmişdir ⁵. Bunların öz növbəsində 90%-ni keçid hüceyrəli xərçəng, 5-8%-ni isə yastı hüceyrəli xərçəng təşkil edir ⁶. Yuxarıda qeyd etdiyimiz kimi son zamanlar haqqında söhbət gedən

¹ Tseng, C. Benign prostatic hyperplasia is a significant risk factor for bladder cancer in diabetic patients: a population-based cohort study using the National Health Insurance in Taiwan // BMC Cancer, – 2013. v.13, – p.7-10.

² Sobin, L. TNM classification of malignant tumors / In: UICC International Union Against Cancer. 7th edn. Wiley-Blackwell, – 2009, – p.255-257.

³ Океанов, А.Е. Статистика онкологических заболеваний в Республике Беларусь (2004-2013) /А.Е.Океанов, П.И.Моисеев, Л.Ф.Левин / Под ред. О.Г.Суконко // – Минск: РНПЦ ОМР им. Н.Н.Александрова, – 2014, – 177 с.

⁴ Goto, H. Surgical resection and inferior vena cava reconstruction for treatment of the malignant tumor: technical success and outcomes/ H.Goto, M.Hashimoto, D.Akamatsu // Ann Vasc Dis., – 2014. v.7 (2), – p.120-126.

⁵ Sievert, K. Economic aspects of bladder cancer: what are the benefits and costs? / K.Sievert, B.Amend, U.Nagele et al. // World, J Urol, – 2009. v.27, – p.295-300.

⁶ Babjuk, M. European Association of Urology. EAU guidelines on non-muscle-invasive urothelial carcinoma of the bladder: update 2013/ M. Babjuk, M.Burger, R.Zigeuner, et al. // Eur. Urol., – 2013. v.64, – p.639-665.

patologiyanın rastgəlmə tezliyində xeyli artım müşahidə olunsa da, erkən diaqnozun qoyulması, invaziya dərəcəsinin müəyyən edilməsi və radikal müalicə növünün seçilməsi bir o qədər də yüksək səviyyədə deyildir.

Ona görə də adı cəkilən patologiyanın diaqnostikası və invaziya dərəcəsinin müəyyən edilməsi onkouroloqların qarşısında duran aktual məsələlərdən biri olaraq qalmaqdadır. Bu səbəbdən bu sahə də elmi tədqiqat işlərinin aparılmasına böyük ehtiyac duyulur. Aparılan tədqiqatın aktuallığı böyrək və sidik kisəsi xərçənginin bir sıra kliniki və histoloji xüsusiyyətləri ilə müəyyənləşir. Onlardan birincilərə xəstəliyin gec inkişaf etməsini, erkən kliniki əlamətlərin az və qeyri-spesifik olmasını, lokal zədələnmə hissələrinin çoxluğunu və residiv vermə ehtimalının yüksək olmasını aid etmək olar. Bununla əlaqədar bu nozoloji formanın erkən diaqnostikası, ilkin şişin yerli yayılma dərəcəsi, cərrahi müalicə taktikasının seçilməsi və minimal fəsadların qarşısının alınması həll olunmamış məsələ olaraq qalmaqdadır ⁷. Ümumiyyətlə, böyrək və SK xərçənginə erkən diaqnozun qoyulmasında çoxlu sayda müayinə üsulları mövcuddur. Lakin bir xəstə üzərində bunların hamısını tətbiq etmək mümkün deyildir. Belə ki, müayinələrin bir qisminin invaziv olub müxtəlif ağırlaşmalar əmələ gətirməsi, digər qisminin iqtisadi cəhətdən bahalı olması onların praktikada tətbiqini xeyli məhdudlaşdırır.

Aparılan müalicənin qənaətbəxş olması isə ilkin qoyulan diaqnozdan asılıdır. İlkin qoyulan diaqnozda buraxılan hər bir səhv müalicə taktikasına öz mənfi təsirini göstərir. Bunlardan ən əsası ilkin törəmənin yerləşməsini, sayını, ayaqciğın nazik-qalın olmasını, prosesin yerli yayılma dərəcəsinə, ətraf toxumalarda və qonşu orqanlardakı mikrometastazların olub-olmamasını düzgün qiymətləndirilməməsidir ⁸. Xəstələrin əksəriyyətinə ilk kliniki əlamət başlandıqdan 1-3 il sonra diaqnoz qoyulur ki, artıq bu zaman

⁷ Gray, P.J. Receipt of aggressive therapies for muscle-invasive bladder cancer: results from the National Cancer Data Base / P.J.Gray, S.A.Fedewa, W.U.Shipley, et al. // J Clin Oncol. – 2012. 30, – p.272.

⁸ Reardon, Z.D. Trends in the use of perioperative chemotherapy for localized and locally advanced muscle-invasive bladder cancer: a sign of changing tides / Z.D.Reardon, S.G.Patel, H.B.Zaid, et al. // Eur Urol. – 2015. 67, – pp.165-170.

böyrəklərdə, sidik kisəsində və ətraf toxumalarda ciddi dəyişikliklər əmələ gəlmiş olur. Bu da aparılacaq müalicə taktikasına təsir edərək effektiv müalicənin əhəmiyyətini 35-45% aşağı salmış olur⁹. Ona görə də ilkin diaqnoz nə qədər erkən qoyularsa aparılan müalicənin effekti də bir o qədər yüksək olar¹⁰. Böyrək və SK xərçənginin əsas müalicəsi hazırkı dövrdə cərrahi üsul sayılır. Konservativ köməkçi müalicə üsulları kimyəvi, hormonal və immunoterapiya xəstəliyin müalicəsində az əhəmiyyətli sayılırlar da gecikmiş T3-T4 mərhələlərində və ətraf toxumalara, qonşu orqanlara infiltrasiya olduqda 10% hallarda xəstələrin yaşama qabiliyyətinin uzadılmasına və yerli prosesin yaxşılaşmasına köməklik göstərilir¹¹.

Böyrək və SK xərçənginin müalicəsində əsas məqsəd əhəmiyyətli müayinə üsullarından istifadə etməklə törəmənin yerləşməsinə, ölçüsünü, inkişaf istiqamətini, invaziya dərəcəsini müəyyən etməklə radikal müalicə növünü seçmək, hansı hallarda orqanı götürmək və saxlamaq məsələsini həll etmək olmuşdur. Əvvəllər, bu sahə ilə məşğul olan həkimlərin qarşısında duran əsas məsələ mövcud müayinə üsullarından istifadə etməklə törəməni aşkarlamaq bununla da orqanı götürmək idisə, hazırkı dövrdə yeni diaqnostik üsulların kəşfi bu fikirlərin kökündən dəyişilməsinə səbəb oldu. Sidiklik divarına invaziya etmiş T3-T4 mərhələlərində orqanizm üçün nə qədər ağır və travmalı olsa da sistektomiya əməliyyatı radikal müalicə hesab olunur. Amma əməliyyatdan sonra ortaya çıxacaq fəsadların çoxluğu baxımından mütəxəssislərin əksəriyyəti bu əməliyyatın icra olunmasından çəkinirlər. Yeni müasir müayinə üsullarının kəşfi, bu üsullardan istifadə etməklə xəstələrin bir qisminə erkən T1-T2 mərhələsində diaqnoz qoymaq mümkün olmuş və bu qrup xəstələrdə orqansaxlayıcı əməliyyatların aparılması daha

⁹ İmamverdiyev, S.B. Sidik kisəsi xərçənginin müalicəsi məqsədilə aparılan rezeksiyanın nəticələri/ S.B.İmamverdiyev, R.N.Nağıyev, E.C.Qasımov // Azərbaycan Tibb Jurnalı, – Bakı: – 2011. № 4, – c.48-54.

¹⁰ Аляев, Ю.Г. Органосохраняющие операции при опухолях почки / Ю.Г.Аляев, П.В.Глыбочко, – Москва: ГЭОТАР-Медиа, – 2009, – 272 с.

¹¹ Wang, H. Renal cell carcinoma: diffusionweighted MR imaging for subtype differentiation at 3.0/ H.Wang, L.Cheng, X.Zhang, D.Wang, A.Guo, Y.Gao, H.Ye // Radiology – 2010. 257, – pp.135-43.

əhəmiyyətli hesab olunur. SKX-nə görə aparılan orqansaxlayıcı əməliyyatdan sonra ən xoşagəlməz hal 40-70% residivin meydana çıxması olmuşdur. Orqansaxlayıcı əməliyyat törəmənin yerləşməsindən, sayından və invaziya dərəcəsiindən asılı olaraq müxtəlif variantlarda sidiklik divarının rezeksiyası, (açıq və qapalı), elektrozeksiya, ureterosistoneostomiya formalarda həyata keçirilir. Sidik kisəsi xərçənginin səthi formasında transuretral rezeksiya əməliyyatının qızıl standart hesab olunmasını bir çox vətən və xarici müəlliflər öz məqalələrində qeyd etmişlər.

Əməliyyat orqanizmi üçün az travmalı olsa da əməliyyatdan sonra ən xoşagəlməz hal residivin rastgəlmə tezliyinin yüksək olması olmuşdur. TUR əməliyyatdan sonra erkən dövrlərdə residivin rastgəlmə tezliyinin yüksək olması əməliyyat vaxtı törəmənin radikal götürülməməsi, əməliyyatı aparan cərrahın yüksək təcrübəsinin olmaması və kiçik ölçülü şişlərin gözdən yayınması ilə bağlı olmuşdur.

Əvvəllər xəstələrin həyat tərzinin yaxşılaşmasına səbəb olan radikal nefrektomiya əməliyyatı böyrək xərçəngi üçün uzun müddət “qızıl standart” hesab olunmuşdur ¹². Yeni diaqnostik metodların kəşfi orqansaxlayıcı əməliyyatlara göstərişlərin sayının artmasına, bununla da mütəxəssislərin bu istiqamətə fikirlərinin formalaşmasına səbəb oldu. Son zamanlar yeni diaqnostik metodların sürətlə inkişaf etməsi şüa müayinələrinin yeni texnologiyalarının işlənilib hazırlanmasına və bu metodların imkanlarından ardıcıl istifadə edilməsində yeni üfüqlər açılmasına imkan vermişdir.

Bununla yanaşı, diaqnostik üsulların tətbiq olunması prosesində fərqli yanaşmalar diqqəti cəlb edir. Xərçəngin inkişaf mərhələsi ilə bağlı hansı müayinələrin tətbiq ardıcılığı, diaqnostik əhəmiyyətli ciddi bir problemə çevrilmişdir. Məlumdur ki, böyrək ya sidik kişəsi şişinə şübhə yaradan simptomlarla xəstələr müxtəlif tibb müəssisələrinə, həkimlərə müraciət edirlər. Həkimin məsləhəti ilə tətbiq olunan müayinələr müasir dövrdə geniş tətbiq olunan ultrasəs

¹² Karakiewicz, P. Prediction of progression-free survival rates after bevacizumab plus interferon versus interferon alone in patients with metastatic renal cell carcinoma: comparison of a nomogram to the motzer criteria/ P.Karakiewicz, M.Sun, J.Bellmunt, et al. // Eur Urol., – 2011. v.60, – pp.48-56.

müayinəsi, kompüter tomoqrafiyası (KT), ya maqnit-rezonans müayinəsi (MRT) olaraq hansı hallarda məqsədə uyğundur, cərrahi taktikanı etibarlı müəyyən edə bilər. Təcrübə göstərir ki, praktikada KT geniş tətbiq olunur və onun nəticələri şərh olunanda məlum olur ki, daha ucuz, xəstəni heç bir şüalanmaya məruz qoymadan müalicə taktikasını müəyyən etmək mümkün olardı. Yeri gəlmişkən, qeyd etməliyik ki, KT müayinəsi xəstəni normal həyatda 1-5 il ərzində qəbul etdiyi 20-40 mЗв şüalanmaya bir adi müayinə zamanı məruz qoyur. Adi böyrək və sidik yollarının icmal müayinəsində şüalanma 10 mЗв olduğu halda qarın boşluğunun kontrastlı KT-sində isə bu rəqəm 40-45 mЗв olur (Anton Litvin, Serqey Kravin - 2017).

Beləliklə, məlum olur ki, hər hansı müayinənin tətbiqinə göstərişlərin dəqiqləşdirilməsinə böyük ehtiyac vardır. Böyrək, sidiklik şişlərinin hansı mərhələsində hansı müayinə, ya müayinələr birliyi etibarlı məlumat verə bilər və ona bağlı müalicə taktikasına aydınlıq gələr ki, əlavə xəstə üçün həm maliyyə, həm fiziki cəhətdən zərərli müayinələr tətbiq olunmasın.

Elmi tədqiqat işi yazılarkən azərbaycan, rus və ingilis dilli əsərlərdən istifadə edilmişdir. Bu əsərlər sırasına monoqrafiyalar, Tibb elminə dair jurnallarda nəşr olunan məqalələr, konfrans materialları, dissertasiya işləri, avtoreferatlar və internet resursları daxildir. Qeyd edək ki, “Ədəbiyyat icmalı” adlanan birinci fəsildə elmi-tədqiqat əsərlərinin geniş şərhini verildiyindən, mövzunun işlənmə dərəcəsində dissertasiya işinin həcmi artırılmamaq və təkrarçılığa yol verməmək üçün ədəbiyyatların təhlilinə yer verilməmişdir.

Tədqiqatın obyektı və predmeti. Böyrək və sidik kisəsi xərçəngi olan 320 xəstə.

Tədqiqatın məqsəd və vəzifələri. Aparılan tədqiqat işinin məqsədi böyrək və sidik kisəsi şişlərinin inkişaf mərhələlərinə bağlı hansı qeyri-invaziv, invaziv, ucuz, baha müayinə üsullarının ya onların kombinasiyasının tətbiqinə olan göstərişləri dəqiqləşdirmək və bizim yanaşmamızın hansı dərəcədə etibarlı olmasına aydınlıq gətirmək olmuşdur.

Dissertasiyada qarşıya qoyulan məqsədə nail olmaq, mövzunu hərtərəfli şərh etmək üçün aşağıdakı vəzifələr qarşıya qoyulmuşdur:

1. Böyrək və SK xərçənginə diaqnozun qoyulmasında, invaziya dərəcəsinin müəyyən edilməsində və radikal müalicə növünün seçilməsində müasir şüa müayinə metodlarını istifadə etməklə xəstələr üçün əhəmiyyətli müəyyən etmək;

2. Müşahidəmizdə böyrək və SK xərçənginin invaziya dərəcəsinin müəyyən edilməsində USM, KT və MRT müayinələrinin imkanlarını müqayisəli qiymətləndirməklə diaqnostik alqoritm hazırlamaqla ən optimalını və informasiyalısını təyin etmək;

3. Böyrək və sidiklik şişlərinin ölçüsünün, sayının, yerləşməsinin və invaziya dərəcəsinin müəyyən edilməsində şüa metodları arasında xəstələr üçün ən rahatı və iqtisadi baxımdan sərfəlisini müəyyən etmək;

4. USM-in rutin və qeyri-invaziv müayinə kimi müşahidəmizdə olan bütün xəstələrə ilkin və bəzi hallarda həlledici müayinə olduğunu təsdiq etmək;

5. Radikal müalicə növünün seçilməsində xəstəliyin gecikmiş mərhələlərində ətraf toxumalarda və qonşu orqanlardakı mikrometastazları müəyyən etmək məqsədi ilə müasir şüa müayinə (KT, MRT, USM) metodlarını kompleks şəkildə tətbiq etməyin nə dərəcədə önəmli olduğunu müəyyən etmək;

6. Sidik kisəsinin ön divarında və zirvə nahiyəsindəki şişlərin aşkarlanmasında transrektal USM-in imkanlarının əvəzedilməz olduğunu təsdiq etmək;

7. Böyrək şişlərində orqansaxlayıcı əməliyyat növünün təyin edilməsində həlledici əhəmiyyəti olan törəmənin inkişaf istiqamətinin (ekstrarenal, intrarenal və qarışıq) və böyümüş limfa düyünlərin müəyyən edilməsində USM-in rolunun öyrənilməsi;

8. Əməliyyatdan sonra xəstələrin keyfiyyətli yaşam tərzinin müəyyən edilməsində, xəstəliyin gedişinin izlənməsində, ətraf toxumalarda və regionar limfa düyünlərindəki dəyişikliyin aşkarlanmasında xəstələr üçün qeyri-invaziv müayinə kimi USM-in imkanlarının qiymətləndirilməsi;

9. SKX görə aparılmış orqansaxlayıcı əməliyyatdan sonra residivin əmələ gəlməsinin qarşısını almaq məqsədi ilə klinikamızda işlənmiş üsulla endovezikal kimyəvi dərman terapiyasını tətbiq etmək və onun nəticəsinin izlənməsində USM-in imkanlarından

istifadə etmək.

Tədqiqat metodları. Tədqiqatda əsas müayinə üsulu olaraq transabdominal, transrektal ultrasəs müayinələri, sistoskopiya, kompüter tomoqrafiya, maqnit-rezonans tomoqrafiyası.

Müdafiyyə çıxarılan əsas müddəalar. Dissertasiya mövzusunun olduqca aktuallığını nəzərə alaraq aşağıdakı müddəalar müdafiyyə çıxarılmışdır:

- Böyrək və sidik kisəsi xərçənginə ilkin diaqnozun qoyulmasında müasir şüa müayinə metodları arasında xəstələr üçün ən optimal və iqtisadi cəhətdən sərfəlisi qarının ön tərəfindən aparılan transabdominal USM hesab olunur;

- Böyrək T1-T2 və SK xərçənginin səthi Ta-T1 mərhələlərində, dərin qatlara invaziya etməyən ciddi dəyişikliklər olmayan hallarda USM-in cavabı ilə kifayətlənərək radikal müalicə növünü seçmək və icra etmək mümkündür;

- Xəstəliyə diaqnozun qoyulmasında iqtisadi cəhətdən bahalı şüa müayinə metodlarından KT və MRT-dən yalnız diaqnozun qoyulmasında, radikal müalicə növünün seçilməsində şübhəli hallar yarandıqda, əməliyyatın bu hallara aydınlıq gətirmək məqsədi ilə müayinələrin tətbiqi əhəmiyyətli sayılır;

- Müasir şüa müayinə metodlarından ayrıca və kompleks şəkildə istifadə etməklə tədqiqat işimizdə xəstələri ən çox narahat edən hansı hallarda orqanın saxlanması və götürülməsi sualını əməliyyatdan əvvəl cavablandırmaq mümkün olmuşdur;

- USM, KT və MRT-dən istifadə etməklə radikal sistektomiya əməliyyatından sonra axarların dəriyə və bağırsağa köçürülməsi müəyyən edilmiş, əməliyyatdan sonra axarların hansı nahiyəyə köçürülməsindən asılı olmayaraq yerli mikrometastazların məhv edilməsi üçün şüa terapiyasının aparılması daha effektiv nəticələrin alınmasına imkan verir;

- SKX-ə görə aparılmış orqansaxlayıcı əməliyyatdan sonra ən xoşa gəlməz hal olan residivin rastgəlmə tezliyini azaltmaq məqsədi ilə klinikamızda işlənmiş üsulla əməliyyatdan 1 ay sonra yarası birincili sağalan xəstələrə endovezikal kimyəvi dərman terapiyasının ardıcıl tətbiqi (həftədə 1 dəfə 8 həftə, ayda 2 dəfə 2 ay, ayda 1 dəfə 8 ay) effektiv nəticələrin alınmasına residivin rastgəlmə tezliyinin xeyli

aşağı düşməsinə səbəb olur;

- Sidik kisəsinin ön divarında və zirvə nahiyəsindəki şişlərin müəyyən edilməsində transrektal USM-in imkanları əvəzəlməzdir.

Tədqiqatın elmi yeniliyi.

- Təqdim olunmuş elmi işdə müasir şüa müayinə metodlarından (USM, KT, MRT) istifadə etməklə böyrək və sidik kisəsi xərçənginə erkən diaqnozun qoyulmasında, törəmənin yerləşməsinin, həcmnin, inkişaf istiqamətinin, invaziya dərəcəsinin müəyyən edilməsində, radikal müalicə növünün seçilməsində bunlar arasında müqayisəli analiz aparmaqla diaqnostik və müalicəvi alqoritm hazırlamaq, xəstələr üçün ən optimalını seçərək onun effektivlik dərəcəsi aydınlaşdırılmışdır.

- Prosesin yerli yayılma dərəcəsindən, ətraf toxumalarda və qonşu orqanlarda baş verən dəyişikliklərdən asılı olaraq hansı hallarda bu müayinələrdən ayrıca və kompleks şəkildə istifadə olunmasının dürüslüyü, həssaslığı, spesifikliyin, əhəmiyyəti öyrənilmişdir.

- Tərtib edilən alqoritm bu qrup xəstələrdə cərrahi taktikanı etibarlı həll etməyi təmin etmişdir.

Tədqiqatın nəzəri və praktiki əhəmiyyəti. Tədqiqat işimizin nəticələri ilə böyrək və SK xərçənginə ilkin diaqnozun qoyulmasında və invaziya dərəcəsinin müəyyən edilməsində müasir şüa müayinə metodları arasında müqayisəli analiz aparmaqla onların hansı ardıcılıqla tətbiq olunması araşdırılmışdır. Prosesin yerli yayılma dərəcəsindən asılı olaraq böyrək xərçənginin T1-T2, sidik kisəsinin səthi Ta-T1 mərhələlərində yuxarı sidik yollarında və böyrəklərdə ciddi dəyişikliklər olmayan hallarda yalnız qeyri-invaziv müayinə kimi USM-in cavabı ilə kifayətlənərək radikal müalicə növünün seçilməsinin mümkün olduğu dəqiqləşdirilmişdir. İqtisadi cəhətdən bahalı müayinələrdən (KT, MRT) yalnız xəstəliyin gecikmiş mərhələlərində diaqnozu dəqiqləşdirmək və radikal müalicə növünün seçilməsi baxımından əməliyyatözü qonşu orqanlardakı mikrometastazların olub-olmamasını müəyyən etmək məqsədi ilə istifadə olunması uyğun sayılmışdır. Orqansaxlayıcı əməliyyat növünün seçilməsində böyrək şişlərinin inkişaf istiqamətinin (ekstrarenal, intrarenal və qarışıq) önəmli rolu olduğu üçün əməliyyatdan əvvəl əlavə müayinələr aparılmadan USM-in köməyi

ilə onu çox dəqiqliklə təyin etmək mümkün olmuşdur. Sidik kisəsinin ön divarında və zirvə nahiyəsindəki şişlərin aşkarlanmasında transrektal USM-in əvəzəlməz müayinə olduğu müəyyən olmuşdur. Əməliyyatdan sonra xəstəliyin gedişinin izlənməsi və residivin erkən aşkarlanması baxımından qeyri-invaziv müayinə kimi USM-in imkanlarından geniş sürətdə istifadə olunması tövsiyə edilmişdir.

Tədqiqat işinin aprobasiyası və tətbiqi. Akademik M.Ə.Mirqasımov adına Respublika Klinik Xəstəxanasında Urologiya kafedrasının konfransında (Bakı, 2012), Azərbaycan Uroloq və Androloqlar Assosiasiyasının 6-cı Konqresi (Qəbələ, 2012), Azərbaycan Uroloq və Androloqlar Assosiasiyasının 7-ci konqresi (Bakı, 2013), Azərbaycan Uroloq və Androloqlar Assosiasiyasının 8-ci Konqresi (Qəbələ, 2014), Azərbaycan Tibb Universiteti Tədris Cərrahiyyə Klinikasında Urologiya kafedrasının konfransında (Bakı, 2015), 6-cı Uroonkologiya Qış Konqresi və Kursu (Bakı, 2015), Azərbaycan Uroloq və Androloqlar Assosiasiyasının 9-cu Konqresi (Mingəçevir, 2015), Azərbaycan Uroloq və Androloqlar Assosiasiyasının 10-cu Konqresi (Qəbələ, 2016), Azərbaycan Tibb Universitetinin Ümumi Cərrahiyyə, Urologiya, Onkologiya və Anesteziologiya kafedralarının, akademik M.Ə.Mirqasımov adına RKX-ın və M.N.Qədirli adına Mərkəzi Hövzə xəstəxanasının Urologiya şöbələrinin əməkdaşlarının birgə keçirilmiş elmi konfransında (17 dekabr 2019-cu il, protokol № 3). İşin Aprobasiyası 05.05.2021-ci il tarixində (protokol №4) Azərbaycan Tibb Universitetində ED 2.06 Dissertasiya şurası nəzdində 3234.01 – “Urologiya” ixtisası üzrə Elmi seminarlar keçirən Müzakirə Şurasında müzakirə olunmuşdur.

Dissertasiya mövzusu ilə bağlı 35 elmi məqalə onlardan 8-i xarici ölkədə, qalanları Azərbaycan tibb jurnallarında çap olunmuşdur.

Tədqiqatın nəticələrinin tətbiqi. Dissertasiyanın əsas müddəaları akademik M.Ə.Mirqasımov adına Respublika Klinik Xəstəxanasının, M.N.Qədirli adına Mərkəzi Hövzə xəstəxanasının, ATU-nun Tədris Cərrahiyyə korpusunun Urologiya kafedrasının bazalarında, ATU-nun Onkologiya kafedrasının, MOM-in və digər

Bakı şəhər özəl klinikalarının Urologiya şöbələrində müvəffəqiyyətlə tətbiq edilmiş, müalicə praktikasına daxil edilmişdir.

Tədqiqatın yerinə yetirildiyi təşkilatın adı. Dissertasiya işi Azərbaycan Tibb Universitetinin Urologiya kafedrasında yerinə yetirilmişdir. Dissertasiya işi Azərbaycan Tibb Universitetinin Urologiya kafedrasının 2015-2019-cu illər fərdi elmi iş planına daxildir. Dövlət qeydiyyat nömrəsi № 01114058.

Dissertasiyanın həcmi və strukturu. 370 səhifədə təqdim edilmiş dissertasiya işi giriş (9 səh., 16 179 işarə), 7 fəsildən (300 səh., 529 923 işarə), yekun (14 səh., 29 761 işarə), nəticələr (1 səh., 2326 işarə), praktik tövsiyələr (1 səh., 2066 işarə) və ədəbiyyat siyahısından (38 səh.) ibarətdir. Dissertasiya işinin ümumi həcmi ədəbiyyat siyahısı istisna olmaqla cəmi 580 255 işarədən ibarətdir. Tədqiqat işi 51 cədvəl və 62 şəkillə əyaniləşdirilmişdir. İstifadə edilmiş ədəbiyyat siyahısı 393 mənbə və ədəbiyyatdan ibarətdir.

DİSSERTASIYANIN ƏSAS MƏZMUNU

Klinik material və müayinə metodları. Tədqiqat işi Azərbaycan Tibb Universitetinin Urologiya kafedrasının, akademik M.Ə.Mirqasımov adına Respublika Klinik xəstəxanasının, Tədris Cərrahiyyə Klinikasının və M.N.Qədirli adına Hövzə xəstəxanasının nəzdindəki bazalarında aparılmışdır. Dissertasiya işinin qarşısında qoyulan məqsəd və vəzifələri yerinə yetirmək üçün 2006-2016-cı illərdə böyrək və sidik kisəsi xərçəngi diaqnozu qoyulmuş, müayinə və müalicə olunmuş 320 xəstə üzərində müşahidə aparılmışdır. Müşahidəmizdəki xəstələrin 170 (53,1%) böyrək xərçəngi, 150 (46,9%) sidik kisəsi xərçəngi olmuşdur. Böyrək xərçəngi diaqnozu qoyulmuş xəstələrin yaş həddi 20-78 (orta 61,7) arasında, 106 (62,4%) kişi, 64 (37,6%) qadın olmuşdur. Sidik kisəsi xərçəngi diaqnozu qoyulan xəstələrin yaş həddi 26-85 (orta 62,3), bunlardan 139 (92,7%) kişi, 11 (7,3%) qadın olmuşdur.

Böyrək və sidik kisəsi xərçəngi diaqnozu qoyulmuş xəstələrdə əməliyyatdan əvvəl prosesin mərhələsinə görə qruplaşdırılmasında Beynəlxalq Xərçəng Əleyhinə İttifaqın TNM təsnifatından istifadə edilmişdir (cədvəl 1, 2). Böyrək və sidik kisəsi xərçənginin rastgəlmə

tezliyi nə qədər cavanlaşsa da müşahidəmizdə olan xəstələrin çox hissəsini 40 yaşdan yuxarı şəxslər təşkil etdiyindən bu xəstələrdə əsas xəstəlikdən əlavə bir çox yanaşı xəstəliklər aşkar edilmişdir. Hansı ki, radikal müalicə növünün seçilməsində yanaşı xəstəliklərə böyük önəm verilmiş, bu da aparılan cərrahi əməliyyatın riskini xeyli artırmışdır.

Cədvəl 1
Böyrək xərçəngi olan xəstələrin TNM sisteminə görə qruplaşdırılması

Xəstəliyin mərhələsi		Xəstələrin sayı (n=170)	
		Mütləq	Nisbi %
T1	T1N0M0	29	17,1%
	T1aN0M0	15	8,8%
	T1bN0M0	14	8,2%
T2	T2N0M0	66	38,8%
T3	T3N0M0	55	32,4%
	T3aN0M0	32	18,8%
	T3bN0M0	18	10,6%
	T3cN1MX	5	2,9%
T4	T4N0M0	16	9,4%
	T4N1MX	4	2,4%

Cədvəl 2
Sidik kisəsi xərçəngi olan xəstələrin TNM sisteminə görə qruplaşdırılması

Xəstəliyin mərhələsi		Xəstələrin sayı (n=150)	
		Mütləq	Nisbi %
T1	T1N0M0	16	10,7%
T2	T2N0M0	56	37,3%
	T2aN0M0	34	22,7%
	T2bN0M0	22	14,7%
T3	T3N0M0	60	40,0%
	T3aN0M0	41	27,3%
	T3bNxMx	19	12,7%
T4	T4N0M0	18	12,0%
	T4aN0M0	14	9,3%
	T4bN1MX	4	2,7%

Müşahidəmizdə böyrək və sidik kisəsi xərçəngi olan 320 xəstənin 125-də müxtəlif yanaşı xəstəliklər aşkar edilmişdir. Yanaşı xəstəliklərin 21 ($6,6\pm 1,4\%$) nəfərində ürəyin işemik xəstəliyi, 9 nəfərində isə infarktdan sonrakı kardioskleroz, 16 ($5,0\pm 1,2\%$) xəstədə şəkərli diabet, 17 ($5,3\pm 1,3\%$)-də yanaşı xəstəlik kimi hipertoniya xəstəliyi, 8 ($2,5\pm 0,9\%$)-də böyrək daşı, 4 ($1,3\pm 0,6\%$)-də sidik kisəsinin daşı, 5 ($1,6\pm 0,7\%$)-də isə böyrək kistası, 10 ($3,1\pm 1,0\%$)-da xroniki piolonefrit, 3 ($0,9\pm 0,5\%$)-də sidik kisəsinin divertikulu, 3 ($0,9\pm 0,5\%$)-də xroniki bronxit, 7 ($2,2\pm 0,8\%$)-də mədəbağırısaq xəstəliyi, 14 ($4,4\pm 1,1\%$) xəstədə xroniki böyrək çatışmazlığı kimi yanaşı xəstəliyə rast gəlinmişdir. Bu xəstələrin 6-da böyrək xərçəngi, 8-də sidik kisəsi xərçəngi olmuşdur. Digər yanaşı gedən xəstəliklərdən 13 ($4,1\pm 1,1\%$) xəstədə prostat vəzin adenoması, 4 ($1,3\pm 0,6\%$) xəstədə prostat vəzinin xərçənginə rast gəlinmişdir.

Tədqiqat apardığımız xəstələrdə əsas klinik simptomlar böyrək və sidiklik nahiyəsində ağrı, şişkinliyin əllənməsi, hematuriya, dizurik əlamətlər, prosesin mərhələsindən asılı olaraq arıqlamanın meydana çıxması, arterial təzyiqin yüksəlməsi, hərəkətin 38-39-a qalxması və qanda hemoqlobin səviyyəsinin aşağı düşməsi olmuşdur. Böyrək xərçəngi diaqnozu qoyulmuş 147 ($86,5\pm 2,6\%$) xəstənin sidiyində qan müşahidə edilmişdir. Bu xəstələrin 136 ($92,5\%$)-da makrohematuriya, 11 ($6,4\%$)-də isə mikrohematuriya qeydə alınmışdır. Bu xəstələrin 16 nəfəri T1, 50 nəfəri T2, 61 nəfəri T3, 20 nəfəri T4 olmuşdur. Bəzi ədəbiyyat məlumatlarında böyrək xərçəngi olan xəstələrdə hematuriyanın 60-70%, digərlərində isə 30-70% olduğu göstərilmişdir. Mikrohematuriyanın 2,9% olduğu göstərilərsə də bizim müşahidəmizdə bir qədər fərqli 6,4% rast gəlinmişdir. Adı çəkilən patologiya zamanı sidikdə qanın olması ilk növbədə törəmənin yerləşməsindən və inkişaf istiqamətindən asılı olmuşdur. Böyrək ləyənindən inkişaf edən və intrarenal inkişafa meyilli şişlərdə ilkin və başlanğıc simptom kimi sidikdə qan müşahidə edilmişdir. Sidikdə qanın olmasının prosesin inkişaf mərhələsi ilə sıx əlaqəsi vardır. Belə ki, erkən mərhələdə hematuriya ləyən şişləri üçün xarakter sayılsa da, T3-T4 mərhələsində şiş hüceyrələrinin dağılması onları qidalandıran damarların açılması və böyük həcmli törəmələrin

kompresiyası hesabına kapilyar damarların partlaması hematuriyanın baş verməsinə səbəb olmuşdur. Tədqiqat işimizin nəticəsinə əsasən belə qənaətə gəldik ki, törəmənin ölçüsünün böyük olması, invaziya dərəcəsinin dərinliyi və yerləşməsi hematuriya riskini daha da artıran amillərdən sayılır. Ədəbiyyat məlumatlarında böyrək xərçəngi olan yaşlı insanların hər üç nəfərindən birində ağrı simptomunun olduğu göstərsə də müşahidəmizdə 34 ($20,0\pm 3,1\%$) xəstədə qeydə alınmışdır. Bu xəstələrdən 23 ($67,6\%$)-də ağrılar küt, 11 ($32,4\%$)-də isə tutmaşəkili olmuşdur. Müşahidəmizdə ağrılar ən çox törəməsi ləyəndə və orta seqmentdə aşkarlanan xəstələrdə qeydə alınmışdır. Bu da böyük həcmli törəmələrin sinir uclarını və ətraf toxumaları sıxması hesabına baş vermişdir. Müşahidəmizdə ağrı T1-5, T2-15, T3-11, T4-3 xəstədə olmuşdur. Böyrək toxumasının aşağı və orta seqmentinin lateral hissəsində yerləşən, böyük həcmli, T3-T4 mərhələsində olan 19 ($11,2\pm 2,4\%$) xəstədə şişi əlləmək mümkün olunmuşdur. Bu xəstələrin çox hissəsini arıq şəxslər təşkil etmişdir. Törəməni əlləməklə onun konsistensiyasını, hərəkətli olub-olmamasını və ətraf orqanlara münasibətini öyrənmək mümkün olmuşdur. Bu da aparılacaq əməliyyat növünün seçilməsində böyük rol oynamışdır. Şişin əllənməsi T2-1, T3-9, T4-9 xəstə olsa da T1 mərhələsində şişi əllənən xəstə olmamışdır. Böyrək xərçənginə xas üçlü (ağrı, şişkinlik və hematuriya) simptom kompleksinə bir xəstə üzərində çox az hallarda rast gəlinmişdir. Müşahidəmizdə belə xəstələrin sayını 7 ($4,1\%$) nəfər təşkil etmişdir. Nəzarətimizdə olan xəstələrin 27 ($15,9\pm 2,8\%$)-də nefrogen hipertenziya qeydə alınmışdır. Xəstələrin 12 ($44,4\%$) qadın, 15 ($55,6\%$) kişi olmuşdur. Arterial təzyiqin yüksəlməsi ləyəndə və orta seqmentdə aşkar edilən, böyük həcmli olub parenximası sıxılan, əvvəllər iltihabı prosesə məruz qalan xəstələrdə müşahidə edilmişdir. Bir çox müəlliflər tərəfindən adı çəkilən patologiya zamanı arterial təzyiqin yüksəlməsinə 15% rast gəlinməyi müəyyən edilmişdir. Bunun da əsas səbəbini sağlam qalmış böyrək toxumasının sıxılması hesabına işemiyanın yaranması təşkil etmişdir. Hipertoniya mərhələlər üzrə T1-6, T2-10, T3-10, T4-1 xəstədə olmuşdur. Törəmənin inkişafı ilə əlaqədar baş verən qanaxma hesabına müşahidəmizdə olan xəstələrin 38 ($22,4\pm 3,2\%$)-də müxtəlif dərəcəli anemiya müşahidə edilmişdir.

Bu xəstələrin 15 (39,4%)-in qanında Hb-in miqdarı 80-90 q/l, 12 (31,5%)-də 70-80q/l, 11 (28,9%)-də 60-70q/l olmuşdur. Belə xəstələrdə cüzi qanaxma onsuz da ağır olan xəstələrin vəziyyətini bir daha ağırlaşdıraraq müəyyən çətinliklərin yaranmasına gətirib çıxarmışdır. Anemiya T1-1, T2-7, T3-12, T4-18 xəstədə rast gəlinmişdir. Əməliyyata hazırlıq məqsədi ilə bir qrup xəstələrə konservativ müalicə, qanda hemoqlobinin miqdarı 60-70 q/l olan xəstələrə isə konservativ müalicə ilə yanaşı hematoloqun konsultasiyasından sonra təzə eyni qruplu qan (250-500 ml) köçürülmüşdür. Xəstələrin heç birində əlavə ağırlaşmalara rast gəlinməmişdir. Böyrək xərçəngi olan xəstələrin 3,3% -də orta və aşağı qütbündə yerləşən, iri həcmli törəmələrin aşağı boş venanı və bilavasitə sol xaya venasını sıxması nəticəsində varikoselinin inkişaf etdiyi müxtəlif ədəbiyyatlarda göstərilmişdir. Bizim tədqiqat işimizdə bu cür xəstələrin sayı 7 (4,1±1,5%) nəfər olmuşdur.

Sidik kisəsi xərçəngi üçün xarakter sayılan hematuriya simptomu nəzarətimizdə olan xəstələrin 138 (92,0±2,2%)-də müşahidə edilmişdir. Bu xəstələrin 11 nəfəri T1, 52 nəfəri T2, 57 nəfəri T3, 18 nəfəri T4 mərhələsində olmuşdur. Xəstələrdə sidikdə qanın olması yəni hematuriya 92,2% təşkil etsə də, makroskopik hematuriya isə 76,4% olmuşdur. 15 (10,8%) xəstə sidikdə qanın olmasını sidiyin sonunda, 21 (15,2%) xəstə sidiyin gah təmiz, gah qanlı olmasını, qalan xəstələr isə sidiyin tam qanlı olmasını qeyd etmişlər. Xəstələrin 43 (28,7±3,7%)-də müxtəlif dərəcəli anemiya müşahidə edilmişdir. Bu xəstələrin 19 (44,2%)-un qanında Hb-in miqdarı 80-90 q/l, 10 (23,3%)-da 70-80q/l, 9 (20,9%)-da 60-70q/l, 5 (11,6)-də 50-60q/l olmuşdur. T1-4, T2-9, T3-17, T4-13 xəstədə anemiya müşahidə edilmişdir. Sidik kisəsi xərçəngi diaqnozu qoyulmuş xəstələrin 103 (68,7±3,8%)-də tez-tez, ağrılı, çətinliklə və göynətmə ilə sidyə getmə müşahidə edilmişdir. Xəstələrin 11 (7,3±2,1%)-də sidikliyin ön divarında bərk kütlənin əllənməsini hiss etmişik. Həmin kütlənin hərəkətli olub olmaması, prosesin qonşu orqanlara və toxumalara münasibəti əməliyyatdan əvvəl dəqiq müəyyən edilmişdir ki, bu da aparılacaq əməliyyat növünün seçilməsində xüsusi əhəmiyyət kəsb etmişdir. Klinikamızın bu sahədə kifayət qədər güclü təcrübəsinin olması alınan nəticələrin qənaətbəxş olmasına səbəb olmuşdur. Şişin

əllənməsi T3-5, T4-6 xəstədə mümkün olmuşdur.

Sidik kisəsi xərçəngi olan xəstələrin sidiklik nahiyəsində 63,3% hallarda küt və tutmaşəkili ağrıların olması müxtəlif ədəbiyyatlarda qeyd edilmişdir. Bizim müşahidəmizdə isə adı çəkilən patologiya zamanı 27 (18,0±3,1%) xəstədə müxtəlif dərəcəli ağrılara rast gəlinmişdir. Ağrı T2-1, T3-13, T4-13 xəstədə hiss olunmuşdur. Müşahidəmiz olan xəstələrin 17 (11,3±2,6%)-də arterial hipertenziya qeydə alınmışdır. Bu xəstələrin 5-də arterial hipertenziya I, 4 xəstədə II, 8 xəstədə isə III mərhələdə qeydə alınmışdır. Müşahidəmizdə T1-5, T2-11, T3-1 xəstədə arterial təzyiqin müxtəlif dərəcəli yüksəlməsinə rast gəlinmişdir.

Xəstələrin müayinəsi. Böyrək və sidik kisəsi xərçənginin ilkin diaqnostikası, törəmənin yerləşməsi, inkişaf istiqaməti, invaziya dərəcəsinin müəyyən edilməsi və radikal müalicə növünün seçilməsi hazırkı dövrdə uroonkoloqların qarşısında duran ən aktual məsələlərdən biri olduğu üçün bu sahədə elmi tədqiqat işlərinin aparılmasına böyük ehtiyac duyulur. Apardığımız tədqiqat işimizin əsas məqsəd və vəzifəsi də elə bu istiqamətə yönəlmişdir. Böyrək və sidik kisəsi olan xəstələrdə ölüm faizinin yüksək olması onların ixtisaslaşmış klinikalara vaxtında müraciət etməməsi, ilkin diaqnozun düzgün qoyulmaması hesabına radikal müalicə növünün seçilməməsi olmuşdur. Çünki xəstələrin əksəriyyəti ixtisaslaşmış klinikalara daxil olduqda artıq 25-30% ayrı-ayrı orqanlarda mikrometastazların olmasına, 25-35% prosesin yerli yayılmasına rast gəlinir ki, bu da aparılacaq radikal müalicə növünün seçilməsini çətinləşdirərək əməliyyatdan sonrakı nəticələrin bir o qədər də urək açan olmamasına gətirib çıxarır. Xəstəliyin erkən dövrlərdə simptomuz keçməsi, minimal struktur dəyişikliyin olması və xəstələrin həkimlərə vaxtında müraciət etməməsi məsələni bir qədər çətinləşdirir. Ona görə də böyrək və sidik kisəsi xərçəngi olan xəstələrə erkən diaqnoz qoyulması yalnız tibbi deyil sosial və ekonomik problem olaraq qalmaqdadır. Bununla əlaqədar böyrək və sidik kisəsi xərçənginin erkən diaqnostikası, ilkin şişin yerli yayılma dərəcəsi, cərrahi müalicə taktikasının seçilməsi və minimal fəsadların qarşısının alınması həll olunmamış məsələ olaraq qalmaqdadır. Son zamanlar yeni diaqnostik metodların sürətlə inkişaf etməsi, böyrək və

sidiklik şişlərinin diaqnostikasında, invaziya dərəcəsinin müəyyən edilməsində böyük nailiyyətlərin əldə olunmasına səbəb olmuşdur.

Beləliklə, məlum olur ki, hər hansı müayinənin tətbiqinə göstərişlərin dəqiqləşdirilməsinə böyük ehtiyac vardır. Böyrək, sidiklik şişlərinin hansı mərhələsində hansı müayinə, ya müayinələr birliyi etibarlı məlumat verə bilər və ona bağlı müalicə taktikasına aydınlıq gələr ki, əlavə xəstə üçün həm maliyyə, həm fiziki cəhətdən zərərli müayinələr tətbiq olunmasın. Analitik təhlilimizin məqsədi böyrək və sidik kisəsi şişlərinin inkişaf mərhələlərinə bağlı hansı qeyri-invaziv, invaziv, ucuz, bəla müayinə üsullarının ayrıca ya onların kombinasiyasının tətbiqinə olan göstərişləri dəqiqləşdirmək və bizim yanaşmamızın hansı dərəcədə etibarlı olmasına aydınlıq gətirmək olmuşdur. Klinikamıza müraciət edən xəstələrin müəyyən hissəsi bəzi müayinələrdən keçərək bu ya digər müayinələrin nəticələrini təqdim edirdilər. Bu sırada geniş yayılmış müayinə metodlarının nəticələri ilə bərabər KT, MRT müayinələrinin nəticələri də təqdim olunurdu. Klinikamızda xəstəliyin klinikası təqdim olunmuş müayinələrin nəticələri analiz olunaraq lazım olunan əlavə müayinələr aparılaraq müalicə taktikası müəyyənləşdirilirdi. Bu analitik prosesdə məlum olurdu ki, bir çox hallarda klinikamıza müraciət etməkdən qabaq aparılmış mürəkkəb və bahalı müayinələrin aparılmasına kliniki ehtiyac olmadan tətbiq olunmuşdur. Tədqiqat işimizdə bu müqayisəli araşdırmanı apararaq böyrək və sidik kisəsi xərçəngi zamanı şişin inkişaf mərhələsini müəyyən edərək hər hansı əməliyyatın aparılmasını əsaslandıran müayinələr toplusunu tətbiq etmək prinsipinə aydınlıq gətirməyə çalışmışıq. Böyrək və SK xərçənginin ilkin kompleks diaqnostikası və prosesin mərhələsinin təyini müasir dövrdə şüa müayinə metodikalarına əsaslanmışdır. Bunlar içərisində adı çəkilən patologiyanın ilkin aşkarlanmasında və törəmənin invaziya dərəcəsinin müəyyən edilməsində ən aparıcısı xəstələr üçün rahat, qeyri invaziv və iqtisadi baxımdan sərfəlisi ultrasəs müayinəsi hesab olmuşdur. Müayinə kifayət qədər geniş spektrli metodikalarla aparılmasına baxmayaraq, tədqiqat işimizdə xüsusi ötürücülərdən istifadə etməklə böyrək xərçənginin diaqnostikasında qarının ön tərəfindən transabdominal, SKX-in diaqnostikasında isə qarının ön

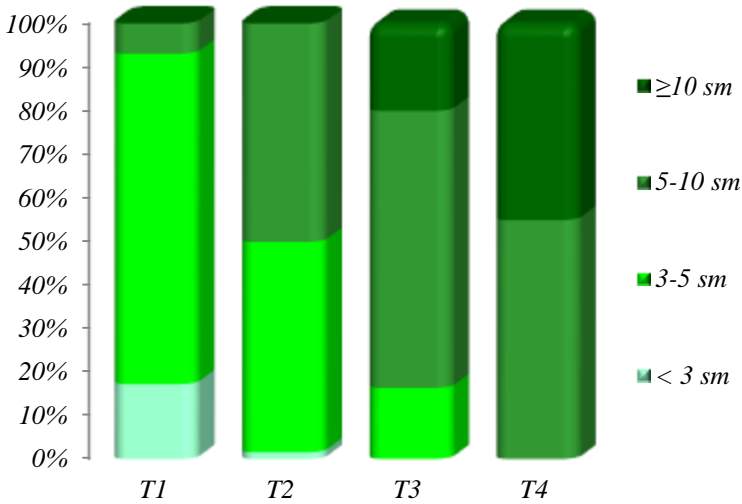
tərəfindən transabdominal və düz bağırsaqdan keçməklə transrektal usullardan istifadə etmişik.

Tədqiqat işimizdə bu müqayisəli araşdırmanı apararaq böyrək və sidikliyin xərcəngi zamanı şişin inkişaf mərhələsini müəyyən edərək hər hansı əməliyyatın aparılmasını əsaslandıran müayinələr toplusunu tətbiq etmək prinsipinə aydınlıq gətirməyə çalışmışıq. Aparılan tədqiqatda xəstələr ümumi qəbul olunmuş qaydalar üzrə müayinələrdən keçmişlər. Bura qanın, sidiyin ümumi analizi, xroniki böyrək çatışmazlığını yoxlamaq üçün qanın biokimyəvi analizi, şəkər və böyrəyin funksional sınaqları aid edilmişdir. Tədqiqat işimizdə olan xəstələrin 85-90% qan axmaya meyilli olduqları üçün anemiyanın dərəcəsini öyrənmək məqsədi ilə qanda Hb miqdarının təyini nə qədər önəmli olduğu kimi qanın laxtalanma sisteminin, koaquloqrammanın öyrənilməsi də bir o qədər əhəmiyyət kəsb etmişdir. Koaquloqrammanın dəqiq təyin edilməsi xəstələrin çox hissəsinin yaşlı olmaları və bu xəstələrdə tromboemboliya riskinin yüksək olması baxımından əhəmiyyətli sayılmışdır. Bir qayda olaraq bütün xəstələrdə böyrək və sidiklik nahiyəsindən palpasiya olunaraq prosesin ətraf toxumalara münasibəti müəyyən edilmişdir. Xəstələrdə böyrək və sidik kisəsinin funksional vəziyyətini yoxlamaq məqsədi ilə sidik traktının icmal, ekskretor uroqramması aparılmışdır. Sidik kisəsi xərcəngi olan bəzi xəstələrdə diaqnozu dəqiqləşdirmək, hematuriyanın dəqiq yerinin müəyyənləşdirməsi baxımından 19 xəstədə bir qədər ağırlı və travmalı olsa da, sistoskopik müayinə aparılmışdır. Müayinə yerli keyləşdirmə, peridural anesteziya şəraitində kanalın keçiriciliyi və sidik kisəsinin tutumu olan xəstələrdə aparılmışdır. Törəmənin sidikliyin hansı nahiyəsində yerləşməsi, ölçüsü, xarici görünüşü, inkişaf istiqaməti ekzofit-endofit olması, əlavə kiçik ölçülü şiş toxumasının varlığı müayinə zamanı dəqiq müəyyən edilmişdir. SKX olan xəstələrin bəzilərində radikal əməliyyatın aparılması mümkün olmayan T3-T4 mərhələsində prosesin ətraf toxumalara, prostat vəziyə, qadınlarda uşaqlıq və uşaqlıq yoluna, düz bağırsağa infiltrasiya etməsini müəyyən etmək məqsədi ilə narkoz altında bimanual palpasiya tətbiq edilmişdir. Qarının ön divarındakı əzələlərin gərgin olması baxımından müayinə narkoz altında həyata keçirilmişdir. Beləliklə, böyrək və sidik kisəsi

xərçənginə erkən diaqnozun qoyulmasında, invaziya dərəcəsinin müəyyən edilməsində, radikal müalicə növünün seçilməsində şüa diaqnostik müayinə metodlarının (USM, KT, MRT) geniş imkanlara malik olmasını nəzərə alaraq apardığımız tədqiqat işimizdə bu müayinələr kompleksindən geniş istifadə etməyə çalışmışıq. Bunlardan ən aparıcısı xəstələr üçün rahat, qeyri-invaziv və iqtisadi baxımdan sərfəli müayinə kimi ultrasəs müayinəsi hesab olunmuşdur. Müşahidəmizdə böyrək xərçəngi diaqnozu qoyulmuş 170 (53,1%) xəstənin 63-də (37,1%) ultrasəs, 84-də (49,4%) kompüter tomoqrafiyası, 23-də (13,5%) maqnit-rezonans tomoqrafiyası, sidik kisəsi xərçəngi diaqnozu qoyulmuş 150 (46,9%) xəstənin 60-da (40%) transabdominal, 22 (14,7%)-də transrektal ultrasəs, 53-də (35,3%) kompüter tomoqrafiya, 15-də (10,0%)-də maqnit-rezonans tomoqrafiya müayinəsi aparılmışdır.

Tədqiqatın nəticələri və onların müqayisəli şərh. Apardığımız tədqiqat işimizdə xəstəliyə diaqnozun qoyulmasında mövcud müayinə üsullarını müqayisəli analiz etməklə onlar arasında alqoritmin hazırlanması və əhəmiyyətli üsulların hansı ardıcılıqla tətbiq edilməsinin məqsədəuyğunluğunu aydınlaşdırmağa çalışmışıq. Diaqnostik metodların sürətlə inkişaf etməsi, şüa müayinə metodlarının yeni texnologiyalarının işlənib hazırlanması və bu metodların imkanlarından ardıcıl istifadə edilməsində yeni üfüqlərin açılmasına imkan vermişdir. Biz bu müayinə metodlarından istifadə etməklə yalnız törəmənin aşkarlanması faktorunu deyil eyni zamanda prosesin yerli yayılmasını və regionar metastazların olmasını qiymətləndirməklə radikal müalicə növünün seçilməsini qarşıma bir məqsəd kimi qoymuşuq. Müşahidəmizdə olan xəstələri iki qrupa bölmüşük. Birinci qrupa daxil olan xəstələrə diaqnozun qoyulmasında və invaziya dərəcəsinin müəyyən edilməsində yalnız transabdominal ultrasəs müayinəsi, ikinci qrupa daxil olan xəstələrdə isə şüa müayinə metodları (USM, KT, MRT) kompleks şəkildə tətbiq edilmişdir. Böyrək xərçəngi diaqnozu qoyulmuş 170 (53,1%) xəstənin 63-də yalnız ultrasəs müayinəsinin cavabı ilə kifayətlənərək əlavə müayinələr aparılmadan müvafiq müalicə növü təyin edilmiş, 107-da isə müayinələr kompleks şəkildə (USM, KT, MRT) tətbiq olunmuşdur. Birinci qrupa daxil olan xəstələrdə törəmə 34 (53,9%)

xəstədə sağ, 29 (46,1%) xəstədə sol böyrəkdə, xəstələrin 58-də törəmə parenximada, 5-də isə ləyəndə aşkar edilmişdir. Yuxarı-17 (sağ-9, sol-8), aşağı-21 (sol-13, sağ-8), orta qütbündə 25 (sağ-16, sol-9) xəstədə, bunların 35-də törəmə üst, 28-də isə alt hissədə, ekstrarenal-15, intrarenal-37, qarışıq-11 xəstədə inkişaf etdiyi təsdiqlənmişdir. Törəmənin ölçüsü 18 xəstədə 2,0-4,0 sm, 21 xəstədə 4,5-6,0 sm, 24 xəstədə isə 6,0-10 sm arasında olmuşdur. T1-21, T1a-11, T1b-10, T2-28, T3-11, T3a-7, T3b-4, T4-3. Xəstələrin 59-da bir ədəd, 4-də isə iki ədəd törəmənin olduğu müəyyən edilmişdir.



Qrafik 1. Böyrək xərçəngi olan xəstələrdə şişin mərhələsi ilə ölçüsü arasında asılılıq

Əməliyyatdan əvvəl aparılan ultrasəs müayinəsinə əsasən böyrək xərçəngi bir sıra xüsusiyyətlərlə xarakterizə olunmuşdur:

1. Böyrək toxumasında yerləşən törəmələrin oval və dairəvi formada, kənarlarının az hallarda hamar, əksər hallarda isə kələ-kötür görünməsi;

2. Xəstələrin çox hissəsində törəmənin hipoxogen strukturlu olması;

3. Dəyişilməmiş böyrək parenximası fonunda bəzi xəstələrdə

törəmənin tam və hissəvi hipoxogen görünməsi;

4. Şiş toxumasının ölçüsündən asılı olaraq böyrək kənarlarında deformasiyanın əmələ gəlməsi;

5. Törəmənin yerləşməsindən asılı olaraq kasa-ləyən sistemində tez-tez deformasiyanın olmasına rast gəlinmişdir.

Ümumiyyətlə, ultrasəs müayinəsi prosesin invaziya dərəcəsinin müəyyən edilməsində hər bir mərhələyə uyğun özünə məxsus xüsusiyyətlərlə xarakterizə olunmuşdur. Ultrasəs müayinəsinə əsasən böyrək toxumasında yerləşən törəmənin ölçüsünün prosesin invaziya dərəcəsilə asılılığı çox dəqiqliklə müəyyən edilmişdir (qrafik 1).

T1-mərhələsi: şiş toxumasının kiçik ölçüdə olması, böyrək parenximasının az bir hissəsini əhatə edərək kənarlarında və kasa-ləyən sistemində deformasiyanın hiss olunmaması kimi dəyişikliklər müşahidə edilmişdir.

T2-mərhələsi: törəmənin nisbətən böyük ölçüdə (3,0-5,5 sm) olması, hər hansı bir seqmenti əhatə edərək aşkar olunduğu sahədə parenximanı tam tutan, kasa-ləyən sistemində və böyrək kənarlarında deformasiyanın qabarıq şəkildə hiss olunması, konturları girintili-çixıntılı görünən sonogrammanın alınması.

T3-mərhələsi: şiş toxumasının böyük ölçüdə (6,0-10 sm) olması, prosesin böyrək ətrafı toxumaya keçməsi hesabına hüdudlarının tam ayırd edilməməsi, kənarlarının nahamar olması, kasa-ləyən sisteminin differensasiya edilməməsi, törəmənin aşkar olunduğu sahələrdə parenximanın izlənməməsi kimi dəyişikliklər müşahidə edilmişdir.

T4-mərhələsi: prosesin tam böyrək toxumasını əhatə etməsi hesabına kasa-ləyən sisteminin differensasiya olunmaması, şiş toxumasının infiltrasiyası hesabına böyrək ayaqçıığında, venasında diffuz dəyişikliyin olması, prosesin ətraf toxumalara, böyrək fasiyasına, qonşu orqanlara və əzələyə penetrasiya etməsi, kənarları girintili-çixıntılı, sərhədlərini ayırd etmək mümkün olmayan dəyişikliklərin olması müşahidə edilmişdir. Prosesin qonşu orqanlara və əzələyə keçməsi müayinə zamanı nəfəs alma və vermə fazasında böyrək toxumasının hərəkətli olub-olmaması ilə xarakterizə olunmuşdur. Bu deyilənlərin hamısı bir daha prosesin invaziya dərəcəsinin müəyyən edilməsində ultrasəs müayinəsinin imkanlarının

geniş olduğunu sübut etmişdir.

Aparadığımız tədqiqat işimizdə biz USM-in xəstəliyə diaqnozunu qoyulmasında və prosesin invaziya dərəcəsinin müəyyən edilməsində dürüstlüyünü, həssaslığını və spesifikliyini öyrənməyə çalışmışıq. Prosesin invaziya dərəcəsinin müəyyən edilməsində böyrək xərçəngində spesifik olaraq USM-in mərhələlər üzrə cavabı T₁-97,9±1,2%, T₂-94,2±2,3%, T₃-92,2±2,5%, T₄-98,0±1,1% olmuşdur. Prosesin invaziya dərəcəsinin müəyyən edilməsində USM həssaslığı isə T₁ mərhələsində 89,7±5,7 %, T₂ mərhələsi üzrə 87,9±4,0%, T₃ mərhələsi üzrə 87,3±4,5%, T₄ mərhələsi üzrə 85,0±8,0,9% olmuşdur. Nəticələrə nəzər saldıqda ultrasəs müayinəsinin prosesin T₄ mərhələsinin differensasiya edilməsində imkanı digər mərhələlərə nisbətən o qədər də yüksək olmamışdır. Tədqiqat işimizdə 170 xəstənin 84-də (49,4%) xəstəliyə qoyulan ilkin diaqnozu dəqiqləşdirmək, prosesin invaziya dərəcəsinin müəyyən etmək, ətraf toxumalarda, limfa düyünlərdə baş verən dəyişiklikləri və ayrı-ayrı orqanlardakı metastazları aşkarlamaq məqsədi ilə kompüter tomoqrafiyası aparılmışdır. Kompüter tomoqrafiyası olunan xəstələrin 53 (63,1%) kişi, 31 (36,9%) qadın olmuşdur. Kompüter tomoqrafiyası olunan xəstələrin 46-da şiş toxuması sağ böyrəkdə, 38-də isə sol böyrəkdə aşkar olunmuşdur. Bu xəstələrin 34-də törəmənin kənarı girintili-çıxıntılı, 27-də hamar, 23-də qarışıq olmuşdur. 17 xəstədə şiş toxuması ləyəndə, 66 xəstədə parenximada aşkar edilmişdir. KT olunan xəstələrin 17-də şiş toxuması böyrəyin yuxarı, 29-də aşağı, 38-də orta qütbündə yerləşdiyi müəyyən edilmişdir. KT olunan 84 xəstənin 23-də törəmə ekstrarenal, 41-də intrarenal, 20-də isə qarışıq inkişafa meyilli olduğu göstərilmişdir. Törəmənin ölçüsü 17 xəstədə 2,0-4,0 sm, 31 xəstədə 4,0-7,0 sm, 36 xəstədə 7,0-12 sm arasında olmuşdur. T₁-10 (11,9±3,7%), T₂-35 (41,7±5,4%), T₃-31 (36,9±5,0%), T₄-8 (9,5±3,7). T₁ mərhələsində olan 10 xəstənin 6-da törəmənin ölçüsü 2,0-4,0 sm arasında olduğu üçün proses T₁a mərhələsində, 4 xəstədə isə 4,0-6,0 sm arasında olduğu üçün T₁b mərhələsində, T₂ mərhələsində olan 35 xəstənin 21 nəfərində 6,0-8,0 sm, 14 nəfərdə isə 7,0-11 sm arasında olmuşdur. T₃ mərhələsində olan 31 xəstənin 17 nəfərində törəmənin ölçüsü 5,0-9,0 sm T₃a mərhələsində olaraq prosesin böyrəkətrafi toxumaya, bu xəstələrin 3

nəfərində prosesin böyrəküstü vəziyə infiltrasiya etməsi, 10 xəstədə isə prosesin T3b mərhələsində olması prosesin böyrək və aşağı boş venaya invaziya etməsi, 4 xəstədə isə törəmənin ləyəndən inkişaf etməsi, eləcə də böyrək ayaqcığına, aşağı boş venaya invaziya etməsi T3c mərhələsində olduğu müəyyən edilmişdir. T3 mərhələsində olan 31 xəstənin 18-də törəmənin ləyəndən inkişaf etdiyi göstərilmişdir. T4 mərhələsində olan 8 xəstənin 6-da törəmənin ölçüsünün 7,0-12 sm arasında olaraq prosesin ətraf piy qatına, böyrək ayaqcığına, herota fasiyasına invaziya etməsi T4N0-6, 2 nəfərində isə prosesin böyrəkətrafi toxumaya, limfa düyünlərinə və böyrək ayaqcığına invaziya etməsi ilə T4N1 yanaşı bu xəstələrin 2 nəfərində qaraciyərdə metastatik düyünün olması izlənmişdir.

Beləliklə, böyrək xərçəngi olan xəstələrdə prosesin yerli yayılma dərəcəsinin müəyyən edilməsində mərhələlər üzrə kompüter tomoqrafiyanın spesifikasiyi $T_1-97,3\pm 1,9\%$, $T_2-90,0\pm 4,2\%$, $T_3-83,9\pm 4,7\%$, $T_4-97,4\pm 1,8\%$, həssaslığı isə $T_1-84,6\pm 10,0\%$, $T_2-76,3\pm 6,9\%$, $T_3-80,8\pm 7,7\%$, $T_4-72,7\pm 13$ bu cür olmuşdur. $T_1-80,1\%$, $T_2-88,5\%$, $T_3-83,3\%$, $T_4-87,5\%$ prosesin invaziya dərəcəsinin müəyyən edilməsində kompüter tomoqrafiyasının cavabı doğru olmuşdur.

Ədəbiyyat məlumatlarında böyrək xərçənginin T3-T4 mərhələlərinin differensasiya edilməsində müayinənin imkanları bir o qədər də yüksək qiymətləndirilmədiyi halda apardığımız tədqiqat işimizdə əksinə T2-T3 mərhələlərinin ayırd edilməsində müəyyən çətinliyin olması göstərilmişdir. Kompüter tomoqrafiyasının böyrək xərçənginin T2 və T3 mərhələlərinin differensasiya edilməsində az effektiv olmasına baxmayaraq, törəmənin aşağı boş venaya, paraortal və parakaval limfa vəzilərinə, qonşu orqanlara metastaz verməsinin müəyyənləşdirilməsindəki imkanları yüksək qiymətləndirilmişdir. Müayinənin imkanlarının yüksək qiymətləndirilməsinə baxmayaraq, şüalandırıcı təsirinin yüksək olması onun praktikada tətbiqini xeyli məhdudlaşdırır. Belə ki, adi rentgen müayinəsi zamanı orqanizmin şüalanması 1 m3B olduğu halda icmal KT müayinəsində bu rəqəm 10-15 m3B, qarın boşluğunun kontrastlı KT-də 20-40 m3B təşkil edir. Bu cür şüalanmanı sağlam insan 1-5 il müddətinə normal həyatda qəbul edir.

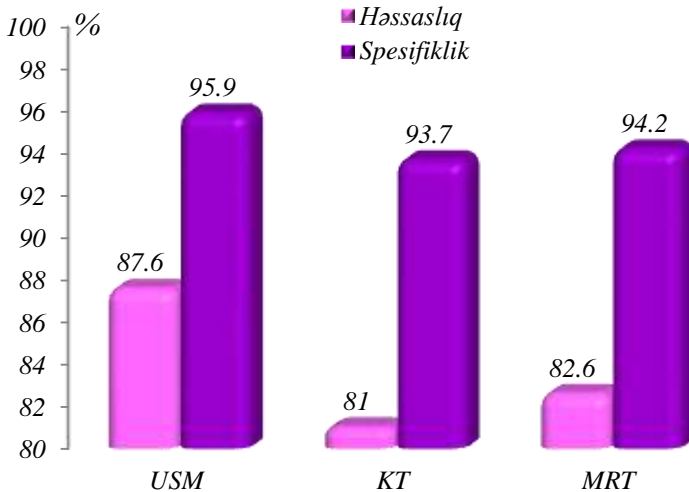
Bu işə nəinki patologiyaya uğramış toxumada, eləcə də sağlam orqan və toxumalarda ciddi dəyişikliklərin yaranmasına səbəb olur. Haqqında söhbət gedən patologiyanın yerli yayılma dərəcəsinin müəyyən edilməsində kompüter tomoqrafiyanın az effektiv olmasını və şüalandırıcı təsirinin yüksək olmasını nəzərə alaraq bir qədər iqtisadi cəhətdən bahalı olsa da müşahidəmizdə 23 (13,5%) xəstədə şüa müayinə metodlarının yeni forması olan maqnit-rezonans tomoqrafiya üsulundan istifadə olunmuşdur.

Müayinəyə əsasən 14 xəstədə törəmə sağ böyrəkdə (ləyəndə-4, parenximada-10), 9 xəstədə sol böyrəkdə (ləyəndə-3, parenximada-6), 7 xəstədə yuxarı, 11 xəstədə orta, 5 xəstədə aşağı qütbündə yerləşdiyi, törəmənin ölçüsü 6 xəstədə 4,0-6,5sm, 4 xəstədə 3,0-4,5sm, 13 xəstədə isə 7,0-12sm olduğu göstərilmişdir. Prosesin invaziya dərəcəsinin müəyyən edilməsində digər şüa müayinə metodlarından olan kompüter tomoqrafiyası T3-T4 mərhələlərinin differensasiya edilməsində az informasiyalı olsa da maqnit-rezonans tomoqrafiyası prosesin bütün mərhələlərini T1-T4 differensasiya etməyə qadir olması ilə digər müayinə metodlarından seçilmişdir.

Müayinənin köməyi ilə müşahidəmizdə T1N0M0-3, T1a-2, T1b-1, T2N0M0-9, T3N0M0-7, T3aN0MX-4, T3bN0-1, T3cN0-2, T4N0M0-4, T4N0MX-2, T4N1M0-2 xəstə olduğu əməliyyat öncəsi müəyyən edilmişdir. T1 mərhələsində olan 3 xəstənin 2-də törəmənin ölçüsü 2-4 sm arasında olduğu üçün T1a mərhələsində 1 nəfərdə isə 4 sm-dan böyük olduğu üçün T1b mərhələsində, T2 mərhələsində olan 9 xəstədə törəmənin ölçüsü 7-11 sm arasında olmuşdur. T3 mərhələsində olan 7 xəstənin 4-də proses böyrəkətrafi toxumaya invaziya etdiyi T3a, 2-də böyrəküstü vəziyə, böyrək və aşağı boş venaya invaziya etdiyi T3b, 1-də isə böyük ölçüdə olaraq böyrəkətrafi toxumaya, böyrək ayaqcığına, aşağı boş venaya invaziya etməsi T3c mərhələdə olduğu müəyyən edilmişdir. T4 mərhələsində olan 4 xəstənin 2-də törəmənin böyrək toxumasını tam əhatə edərək kasa-ləyən sisteminin differensasiya olunmaması, prosesin herota fasiyasına keçməsi T4N0, 2 xəstədə isə böyrək toxuması, böyrək ayaqcığı, herota fasiyası prosesə tam cəlb olunması ilə yanaşı, regional limfa düyünlərinin zədələnməsi T4N1 müəyyən edilmişdir. Mərhələlər üzrə həssaslıq T1-100%, T2-66,7±19,2%, T3-

83,3±10,8%, T4-80,0±17,9%, spesifiklik isə T1-100%, T2-94,7±5,1%, T3-76,9±11,7%, T4-95,0±4,9% 91,3% olmuşdur.

Tədqiqat işimizin nəticəsinə əsasən böyrək xərçənginin invaziya dərəcəsinin müəyyən edilməsində şüa müayinə metodlarından ultrasəs müayinəsinin 90,5%, kompüter tomoqrafiyasının 86,9%, maqnit-rezonans tomoqrafiyasının 91,3% cavabları doğru olmuşdur (qrafik 2).



Qrafik 2. Böyrək xərçənginin diaqnostikasında və invaziya dərəcəsinin müəyyən edilməsində müxtəlif müayinə üsullarının imkanları

Böyrək xərçənginin erkən T1-T2 mərhələsində, ölçüdən asılı olmayaraq dərin qatlara invaziya etməyən, yuxarı və aşağı qütbündən ekstrarenal inkişafa meyilli olan, ətraf toxumalarda, limfa düyünlərində dəyişikliklər olmayan hallarda USM-in cavabilə kifayətlənərək əlavə iqtisadi cəhətdən bahalı müayinələri tətbiq etmədən radikal müalicə növünün seçilməsinə qərar vermək mümkündür. Lakin buna baxmayaraq, sonda belə qənaətə gəlmək olar ki, prosesin gecikmiş mərhələsində ətraf toxumalarda ciddi dəyişikliklər olan zaman prosesin qonşu orqanlara infiltrasiya etməsinə şübhəli hallarda diaqnozu dəqiqləşdirmək və əməliyyatönu

qonşu orqanlarda mikrometastazların olub-olmamasını müəyyən etmək məqsədi ilə torakoabdominal KT və MRT müayinələrinin kompleks şəkildə tətbiqi olunması daha effektiv nəticələrin alınmasına şərait yaratmış olur.

Şüa metodlarının tətbiqinə əsasən müşahidəmizdə sidik kisəsi xərçəngi olan xəstələri də iki qrupa bölmüşük. Birinci qrupa daxil olan xəstələrə adı çəkilən patologiyaya diaqnozun qoyulmasında və prosesin yerli yayılma dərəcəsinin müəyyən edilməsində qarının ön tərəfindən transabdominal və düz bağırsaqdan keçməklə transrektal ultrasəs müayinəsi, ikinci qrupa daxil olan xəstələrdə isə şüa müayinələri (USM, KT, MRT) kompleks şəkildə tətbiq edilmişdir. Sidik kisəsi xərçəngi diaqnozu qoyulmuş 150 (46,9%) xəstənin 56 (37,3%) birinci qrupa, 94 (62,7%) ikinci qrupa daxil olmuşlar. Ultrasəs müayinəsinin köməyi ilə 39 (26,0%) xəstədə şiş toxuması sidikliyin sol yan arxa divarında aşkar olunmuş, bunların 14-də proses səthi əzələ qatına infiltrasiya etmiş, 7-də proses yalnız selikli və selikaltı qatı, 8-da səthi və dərin əzələ qatına, 5-də isə sidikliyin bütün qatlarına və ətraf toxumalara, 5 xəstədə boyun nahiyəsinə infiltrasiya edərək prostat vəziyə və toxum kisəciklərinə penetrasiya etmişdir. Sağ yan arxa divarda yerləşən 37 (24,7%) xəstənin 11-də proses dərin əzələ qatına, 4-də selikli və selikaltı, 10-də səthi əzələ qatına kimi, 7 xəstədə bütün qatlara, 5 xəstədə bütün qatlara və prostat vəziyə, infiltrasiya etmişdir. Arxa divarda və boyun nahiyəsində olan 29 (19,3%) xəstənin 6-də proses səthi əzələ qatına, 5-də bütün qalara, ətraf toxumalara və 8 xəstədə prostat vəziyə, 3-də selikli və selikaltı qata, 7 xəstədə səthi və dərin əzələ qatına infiltrasiya etmiş, bu xəstələrin 7-də şiş toxuması sağ axarın, 6-da sol axarın, 5-də isə hər iki axarın mənfəzinə yaxın yerləşərək yuxarı sidik yollarında hidronefrotik transformasiya əmələ gətirmişdir. Ön divarda və zirvə nahiyəsində aşkar olunan 32 (21,3%) xəstənin 13-də proses səthi əzələ qatını, 2 xəstədə selikli və selikaltı qışaya, 9 xəstədə səthi və dərin əzələ qatına, 8 xəstədə isə bütün qatlara infiltrasiya etmişdir. 13 (8,7%) xəstədə müayinə zamanı şiş toxuması sidikliyin sağ-sol yan divarında aşkar olunmuşdur. Bu xəstələrdə 6-da törəmə sidik kisəsinin sağ, 7-də isə sol yan divarda aşkar olunmuşdur. Sidikliyin ön divarda, zirvə, boyun nahiyəsində yerləşən

törəmələrin aşkarlanmasında qarının ön tərəfindən aparılan transabdominal ultrasəs müayinəsinin imkanlarının bir o qədər də informasiyalı olmamasını nəzərə alaraq bir qədər invaziv və ağrılı olsa da müşahidəmizdə olan xəstələrin 22 (14,7%)-ə düz bağırsaqdan keçməklə transrektal ultrasəs müayinəsi aparılmışdır. Transrektal ultrasəs müayinəsi aparılan xəstələrin 9-da törəmə sidikliyin ön divarında, 7-də zirvə nahiyəsində, 6-da isə boyun nahiyəsində aşkar olunmuşdur. Ön divarda şiş toxuması aşkar olunan xəstələrin 5-də proses dərin əzələ qatına, 4-də selikli qişə və səthi əzələ qatına, zirvə nahiyəsində 7 xəstənin 2-də proses selikli və selikaltı qişaya, 1 xəstədə səthi, 1 xəstədə dərin əzələ qatına, 3 xəstədə proses sidikliyin bütün qatlarına, boyun nahiyəsində aşkar olunan 6 xəstənin 3-də proses sidikliyin bütün qatlarına və prostat vəziyə, 2-də səthi, 1-də isə əzələ qatına tam infiltrasiya etdiyi müəyyən edilmişdir. Ultrasəs müayinəsinin köməyi ilə müşahidəmizdə olan xəstələrin 79 (52,7%)-da bir ədəd, 33 (22,0%)-də iki ədəd, 21 (14,0%)-də üç ədəd, 17 (11,3%)-də isə çoxlu şişlərin olduğu müəyyən edilmişdir. Bu xəstələrin 31-də şiş toxuması nazik ayaqcıq (1-1,5sm) üzərində olub ətraf selikli qişada elə bir dəyişiklik törətməmiş, 35 xəstədə şiş toxuması bir qədər enli ayaqcıq (2,0-2,5 sm) üzərində yerləşərək ətrafında müəyyən dəyişiklik, selikli qişada ödemlilik hiss olunmuş, 71 xəstədə törəmə enli ayaqcıq üzərində olması, 7 xəstədə isə törəmənin endofit formada olaraq sidikliyin divarı boyunca inkişaf etdiyi təyin edilmişdir. Xəstələrə müvafiq əməliyyat aparılan zaman törəmənin sayında 7 (4,7%) xəstədə yalnızlıq olsa da 143 (95,3%) xəstədə törəmənin sayı uyğun gəlmişdir. Belə ki, əməliyyatdan əvvəl 21 xəstədə 3 ədəd şiş göstərilərsə də əməliyyat vaxtı bunların 17-də nəticələr uyğun gəlmiş, çoxlu şişlər 14 xəstədə öz təsdiqini tapmışdır. Əməliyyatdan sonra aparılan patohistoloji müayinənin nəticəsinə əsasən prosesin mərhələlər üzrə cavabı T1-93,7% doğru, 6,3% yanlış, T2-94,3% doğru, 5,7% yanlış, T3-89,6% doğru, 10,4% yanlış, T4-91,3% doğru, 8,7% yanlış olmuşdur. Ümumiyyətlə, əməliyyatdan sonra müşahidəmizdə olan bütün xəstələrdə mərhələlər üzrə transabdominal USM-in nəticələri müqayisə edildikdə 92,1% doğru, 7,9% yanlış cavabların olduğu müəyyən edilmişdir. Transrektal ultrasəs müayinəsi olunan 22 (14,6%) xəstədə prosesin

invaziya dərəcəsi T1N0M0-6 (22,7%), T2N0M0-7 (31,8%), T2a-4, T2b-3, T3N0M0-6 (27,2%), T3a-4, T3b-2, T4N0M0-3 (13,6%), T4N0-2, T4N1-1. Transabdominal USM-in mərhələlər üzrə spesifikliyi T₁-100%, T₂- 94,7±2,3%, T₃- 92,2±2,8%, T₄- 96,2±1,7%, müayinənin həssaslığı isə T₁-93,8±6,1%, T₂-92,9±3,4%, T₃-85,0±4,6%, T₄-83,3±8,8%, bu cür olmuşdur. Transrektal ultrasəs müayinəsi olunan 22 (14,6%) xəstədə prosesin invaziya dərəcəsi T₁-T₄ mərhələsində uyğun gəlmişdir. T₂-T₃ mərhələlərində müayinənin cavabında müəyyən nöqsanlar olsa da ümumilikdə transrektal USM-in imkanları yüksək qiymətləndirilmişdir. Beləliklə, sidik kisəsi xərçənginin invaziya dərəcəsinin müəyyən edilməsində transrektal ultrasəs müayinəsinin həssaslığı T₁-85,7±13,2%, T₂-66,7±3,4%, T₃-85,7±13,2%, T₄-100% spesifikliyi isə T₁-93,3±6,4%, T₂-87,5±8,3%, T₃-100%, T₄-95,0±4,9% olmuşdur. Beləliklə, transrektal ultrasəs müayinəsinin 90,9% cavabı doğru, 9,1% cavabı isə yalnız olmuşdur. Ultrasəs müayinəsi prosesin invaziya dərəcəsinin müəyyən edilməsində hər bir mərhələyə uyğun özünə məxsus xüsusiyyətlərlə xarakterizə olunmuşdur.

T₁ mərhələsi: bu mərhələdə proses selikli və selikaltı qişanı əhatə etmiş, şiş toxuması nazik uzun ayaqcıq üzərində, əsası aydın, dəyişiksiz, əzələ qişası sərbəst, sidikliyin dolma, boşalma testi zamanı divar elastikliyi tam saxlanmış, sidik kisəsinin forması, tutumu normal olmuşdur. Bu mərhələdə olan xəstələrdə törəmənin ölçüsünün böyük olmaması, axarların mənfəzinin sıxılmaması hesabına yuxarı sidik yollarında durğunluq müşahidə edilməmişdir.

T₂ mərhələsi: proses səthi əzələ qişasına infiltrasiya etmişdir. Bu mərhələdə olan xəstələrdə sidikliyin forması dəyişilmiş, tutumu azalmış, törəmə olan tərəfə assimetriya, divarı qalınlaşmış, elastikliyin itməsi hesabına gərgin, prosesin əzələ qişasına infiltrasiya etməsi aydın görünmüş, axarın mənfəzinin sıxılması hesabına yuxarı sidik yollarında durğunluq müşahidə edilmiş, şişin əsası enli və aydın, ətrafı dəyişilmiş formada hiss olunmuşdur.

T₃ mərhələ: bu mərhələdə olan xəstələrdə müayinə zamanı prosesin səthi, dərin əzələ qatına, eləcə də sidiklik ətrafı toxumaya keçməsi aydın görünür. Bu qrup xəstələrdə törəmənin ölçüsünün böyük olması və dərin qatlara infiltrasiya etməsi hesabına sidikliyin

tutumu kəskin azalmış, törəmə olan nahiyədə assimetriya, divarın elastikliyinə itməsi hesabına açılmaması, yuxarı sidik yollarında hidronefrotik transformasiyanın inkişaf etdiyi aydın şəkildə görünmüşdür. Şiş toxumasının ayaqçıqının sağlam toxuma ilə sərhədlərini tam differensasiya etmək mümkün olmamışdır.

T4 mərhələsi: bu mərhələdə törəmənin aydın şəkildə görünməsi, proses sidikliyin bütün qatlarına, ətraf toxumalara, toxum kisəciklərinə, prostat vəziyə infiltrasiya etməsi və həmin nahiyələr kəskin şəkildə dəyişilmiş formada görünmüşdür. Törəmənin ölçüsünün böyük olması hesabına sidikliyin forması kəskin dəyişilmiş, tutumu azalmış, şiş toxuması olan divarın gərgin hərəkətsiz olması, ətraf toxumalarla sidiklik arasındakı sərhəddin müəyyən edilməməsi, axarların mənfəzinin tutulması hesabına yuxarı sidik yollarında və böyrəklərdə bir, iki tərəfli ureterohidronefrozun inkişaf etməsinin aydın şəkildə görünməsi müşahidə edilmişdir. Kompüter tomoqrafiyası olunan 53 (35,6%) xəstələr ikinci qrup daxil olmuşlar. Şiş toxuması 18 (33,9%) xəstədə sidikliyin sol yan arxa divarında, 16 (30,2%) xəstədə sağ yan arxa divarında, 8 (15,1%) xəstədə boyun nahiyəsində, 6 (11,3%) xəstədə arxa divarında, 5 (9,4%) xəstədə isə ön divarında müəyyən edilmişdir. Sidik kisəsinin sol yan arxa divarında aşkar olunan törəmələrin 6-sı, sağ yan arxa divarındakı törəmələrin 5-də proses selikli və selikaltı qata, 15 (sol-9, sağ-6) xəstədə səthi və dərin əzələ qatına, 7 (sol-3, sağ-4) xəstədə bütün qatlara, boyun nahiyəsində aşkar olunanların 3-də proses sidikliyin əzələ qatını tam, 2 xəstədə bütün qatları, 3 xəstədə bütün qatlara və prostat vəziyə infiltrasiya etmişdir. Arxa və ön divarında aşkar olunan xəstələrin 4-də törəmə axarların mənfəzinə yaxın yerləşərək proses sidikliyin səthi əzələ qatına, 5-də əzələ qatını tam, 2 xəstədə sidikliyin bütün qatlarına infiltrasiya etmişdir. KT müayinəsi xəstələrin 36 (67,9%)-da kontrastlı, 17 (32,1%)-də isə kontrastsız aparılmışdır. T1N0M0-8 (15,1%) xəstədə proses selikli və selikaltı qişanı əhatə edərək 2,0-3,0 sm arasında olmuşdur. Əməliyyatdan sonra bu xəstələrin 7-də həssaslıq uyğun gəlsə də, 1 xəstədə həssaslığın uyğun gəlməməsi, yalnız mənfi yəni prosesin T2a mərhələdə olduğu müəyyən edilmişdir. T1 mərhələsində olan 8 xəstənin 3-də törəmə sidikliyin sol-yan, 4-də sağ-yan, 1-də isə arxa

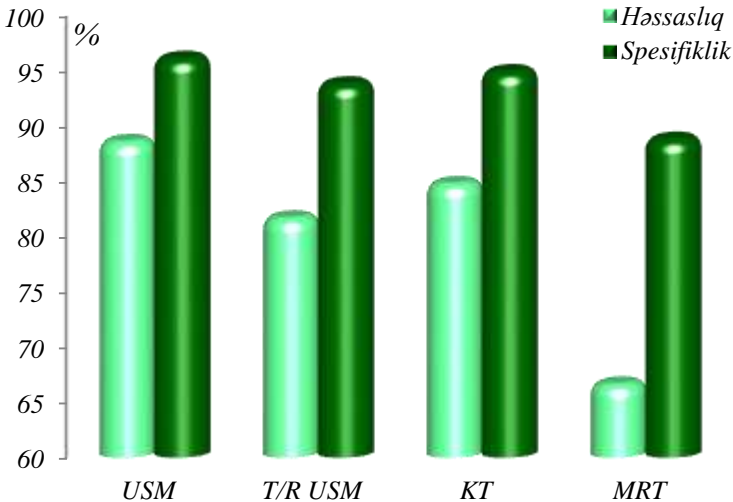
divarından inkişaf etmişdir. T2N0M0-24 (45,3%) xəstədə törəmənin ölçüsü 2,5-3,5 sm arasında olmuş, bunların 14 nəfərində T2a, yəni prosesin səthi əzələ qişasına, 10 nəfərində isə T2b dərin əzələ qişasına yayılması olmuşdur. Bu mərhələdə olan xəstələrə müvafiq əməliyyat icra olunduqdan sonra 20 xəstədə nəticələrin üst-üstə düşdüyü göstərilmiş, xəstələrin 4-də isə uyğunsuzluq qeyd edilmişdir. Xəstələrin 1-də prosesin T2a deyil, T1 mərhələdə olması, 3 xəstədə isə T2b deyil, T3a mərhələdə olduğu təyin edilmişdir. T2 mərhələsində olan xəstələrin 9-də şiş toxuması SK-in sol-yan, 8-də sağ-yan, 3-də arxa divarında, 2-də boyun nahiyəsində, 2-də isə ön divarında aşkar olunmuşdur. T3N0M0-16 (30,2%) xəstədə prosesin sidikliyin bütün qatlarına invaziya etməsi T3a mərhələsində 9 xəstə, T3b mərhələsində olan 7 nəfərdə prosesin sidikliyin ətraf toxumasına keçməsi müəyyən edilmiş, bu xəstələrdə törəmənin ölçüsü 5,0- 8,0 sm arasında olmuş, əməliyyatdan sonra 16 xəstənin 13-də cavablar uyğun gəlmiş yalnız 3 xəstədə nəticələrin yalnız olduğu müəyyən edilmişdir. 2 xəstədə yalnız müsbət yəni prosesin T3a deyil, T2b mərhələdə olduğu, 1 xəstədə isə yalnız mənfi T3b deyil, T4a mərhələdə olduğu qeyd edilmişdir. T3 mərhələsində olan xəstələrin 5-də sol-yan, 3-də sağ-yan, 2-də ön, 4-də boyun, 2-də isə arxa divardan inkişaf etdiyi müəyyən edilmişdir. T4N0M0-5 (9,4%) xəstə olmuşdur. Bu xəstələrdə törəmənin ölçüsü 6,0-9,0sm arasında olmuş, prosesin sidikliyin bütün qatlarından əlavə prostat vəziyə və toxum kisəciklərinə invaziya etməsi T4aN0-3, 2- nəfərdə isə prosesin çanaq və qarın divarına peritona invaziya etməsi, regionar limfa düyünlərində böyümənin olduğu T4bN1 göstərilmişdir. Əməliyyatdan sonra T4 mərhələsində olan xəstələrin 1-də yalnız müsbət cavabın olması, yəni prosesin T4a deyil, T3b mərhələdə olduğu müəyyən edilmişdir. T4 mərhələsində olan 5 xəstənin 1-də törəmə SK-in sol-yan, 1-də sağ-yan, 1-də ön divarında və 2 xəstədə isə boyun nahiyəsindən inkişaf etdiyi göstərilmişdir. KT sidik kisəsi xərçənginin diaqnostikasında mərhələlər üzrə həssaslıq T₁-87,5±11,7%, T₂-75,0±8,8%, T₃-100%, T₄-80,0±17,9%, spesifiklik isə T₁-95,6±3,1%, T₂-96,6±3,4%, T₃-86,5±5,6%, T₄-100 olmuşdur. KT cavabı prosesin yerli yayılma dərəcəsinə görə yəni mərhələlər üzrə T₁-87,5% doğru, 12,5% yalnız, T₂- 83,3% doğru, 16,7% yalnız, T₃-

81,3% doğru, 18,7% yanlış olmuşdur. MRT-ın imkanları yüksək qiymətləndirildiyindən iqtisadi cəhətdən bahalı olmasına baxmayaraq, müşahidəmizdə olan xəstələrin 15 (10,5%)-də xəstəliyə diaqnozun qoyulmasında və invaziya dərəcəsinin müəyyən edilməsində bu müayinənin imkanlarından istifadə olunmuşdur. Maqnit-rezonans tomoqrafiya olunan xəstələrin 3-də şiş toxuması sidikliyin sağ yan arxa, 5-də sol yan arxa, 2-də arxa, 2-də ön divarında, 3 xəstədə isə sidikliyin boyun nahiyəsində müəyyən edilmişdir. Bu xəstələrin 11-də sidiklikdə bir ədəd, 3-də iki ədəd, 1-də isə üç ədəd şiş toxuması aşkar olunmuşdur. Törəmənin ölçüsü 2 xəstədə 2,5-3,0 sm, 4 xəstədə 3,0-4,0 sm, 5 xəstədə 3,5-4,5 sm, 4 xəstədə 4,0-5,0 sm arasında olmuşdur. MRT olunan xəstələrin 2 (13,3%)-də prosesin yalnız SK-in selikli qişasına infiltrasiya etməsi bununla da patologiyanın T1N0M0 mərhələdə olması müəyyən edilmişdir. Xəstələrin 4 (26,7%) proses T2N0 mərhələsində olmuş bunların 2-də proses SK-in səthi əzələ qatına invaziya etmiş T2aN0, 2-də isə proses dərin əzələ qatına qədər invaziya edərək T2bN0 mərhələdə olduğu müəyyən edilmişdir. Müayinə zamanı 6 (40,0 %) xəstədə prosesin sidikliyin bütün qatlarına invaziya etdiyi və sidiklik ətrafı toxumaya yayılması göstərilisə də, T3N0M0 bunların 4-də proses SK-in bütün qatlarına T3aN0M0, 2-də isə bütün qatlardan əlavə sidiklik ətrafı toxumaya keçməsi T3bN0M0 müəyyən edilmişdir. Bu xəstələrin 2-də şiş toxumasının hər iki axarın mənfəzini yaxın yerləşərək onların hissəvi tutulmasına və nəticədə iki tərəfli ureterohidronefrozun, 1 xəstədə isə sol axarın mənfəzini tutaraq sol tərəfli ureterohidronefrozun inkişafına səbəb olmuşdur. Xəstələrin 3 (20,0%)-də isə proses SK-in bütün qatlarından əlavə 2 xəstədə prostat vəziyə T4aN0, 1 qadın xəstədə isə uşaqlığa infiltrasiya etdiyi T4bN1 göstərilmişdir. SKX olan xəstələrdə MRT müayinəsinin spesifiklik dərəcəsi T₁-100%, T₂-100%, T₃-85,7±13,2%, T₄-71,4±12,1%, həssaslığı isə T₁-100%, T₂-75,0±21,7%, T₃-50,0±17,7%, T₄-100% olmuşdur. Beləliklə, apardığımız tədqiqatın nəticəsinə əsasən SKX-in diaqnostikasında və invaziya dərəcəsinin müəyyən edilməsində MRT-ın 88,6% cavabı doğru, 11,4% yanlış olmuşdur.

Tədqiqat işimizdə SKX-ə diaqnozun qoyulmasında müasir şüa

metodları arasında müqayisəli analiz aparmaqla əhəmiyyətli üsulların hansı ardıcılıqla tətbiq edilməsinin məqsədəuyğunluğunu öyrəndik və alınan nəticələr aşağıda qrafik 3-də görüldüyü kimi olmuşdur.

Törəmənin yerləşməsindən, ölçüsündən, inkişaf istiqamətindən və invaziya dərəcəsindən asılı olaraq böyrək və SK xərçəngi olan xəstələrə müvafiq əməliyyatlar aparılmışdır. Böyrək xərçəngi diaqnozu qoyulmuş 170 (53,1%) xəstənin 37 (21,7%-də orqansaxlayıcı, 133 (78,3%-də radikal nefrektomiya əməliyyatı icra olunmuşdur. Nefrektomiya əməliyyatı olunan xəstələrin 17-də törəmə ləyəndə, bunların 11 nəfərində ləyənlə bərabər patologiya sidik axarın (7 sağ, 4 sol) intramural hissəsində rast gəldiyindən əməliyyat böyrəklə bərabər sidik axarı və axarın sidikliyə açılan hissəsinin dairəvi rezeksiyası ilə yekunlaşmışdır. 76 (57,1%) xəstədə sağ tərəfli, 57 (42,9%) xəstədə isə sol tərəfli nefrektomiya əməliyyatı icra olunmuşdur.



Qrafik 3. SKX diaqnostikasında tətbiq olunan müasir şüa müayinə metodlarının nəticələri

Törəmənin yerləşməsindən asılı olaraq orqansaxlayıcı əməliyyatı

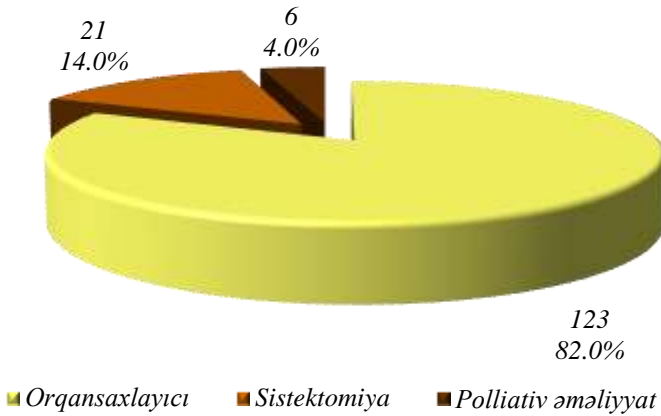
tədqiqat işimizdə əsasən üç formada (rezeksiya, enukleorezeksiya və enukleasiya) həyata keçirmişik. Orqansaxlayıcı əməliyyat xəstələrin 20 (11,8%) xəstədə böyrək toxumasının rezeksiyası, 10 (5,9%) xəstədə törəmənin enukleasiyası, 7 (4,1%) xəstədə enukleorezeksiya formada həyata keçirilmişdir. SKX diaqnozu qoyulmuş xəstələrin 123 (82,0%) xəstədə orqansaxlayıcı, 21 (14,0%) xəstədə sistektomiya, 6 (4,0%) xəstədə vəziyyətin ağırlığı nəzərə alınaraq həyati göstərişlə polliativ əməliyyat yalnız axarların dəriyə çıxarılması, iki tərəfli daxili qalça arteriyalarının bağlanması, limfadenektomiya əməliyyatı icra edilmişdir.

SKX olan xəstələrdə törəmənin yerləşməsindən asılı olaraq 14 (9,3%) xəstədə sidikliyin sol-yan arxa divarının rezeksiyası və sol tərəfli ureterosistoneostomiya, 22 (14,7%) xəstədə sol-yan arxa divarının rezeksiyası, 11 (6,5%) xəstədə sağ-yan arxa divarının rezeksiyası və sağ tərəfli ureterosistoneostomiya, 19 (12,7%) xəstədə sağ-yan arxa divarının rezeksiyası, 11 (7,3%) xəstədə sidiklikdən keçməklə arxa divarının rezeksiyası (S.B.İmamverdiyevin təklif etdiyi üsulla – 1998) 25 (16,7%) xəstədə sidiklik divarının elektrozeksiyası, 21 (14,0%) xəstədə transuretral rezeksiya (TUR) əməliyyatı icra edilmişdir. SKX-nə görə əməliyyat 107 (86,9%) xəstədə ilk dəfə, 16 (13,1%) xəstədə şiş toxuması residiv olduğundan ikinci dəfə aparılmışdır.

Xəstələrin vəziyyətindən asılı olaraq 9 (42,8%) nəfərdə radikal sistektomiya - ikitərəfli daxili qalça arteriyalarının bağlanması, limfadenektomiya və axarların bağırsağa köçürülməsi ureterosiqmoplastika əməliyyatı icra olunmuşdur. Bu xəstələrin 2-də sol böyrəyin funksiyasının olmaması nəzərə alınaraq əməliyyat zamanı eyni zamanda sol böyrək də götürülmüşdür (qrafik 4).

5 xəstədə sistektomiya əməliyyatı və axarların bağırsağa köçürülməsi S.B.İmamverdiyevin təklif etdiyi üsulla, 4 xəstədə isə Mayns - II üsulu ilə həyata keçirilmişdir. 12 (57,2%) xəstədə isə sistektomiya əməliyyatı hər iki axarların dəriyə köçürülməsi ilə yeni ureterokutanestomiya, daxili qalça arteriyalarının bağlanması, limfadenektomiya əməliyyatı ilə həyata keçirilmişdir. Tədqiqat işimizdə 6 xəstənin vəziyyətinin ağır olması onlarda radikal əməliyyatın aparılmasının mümkün olmaması ilə nəticələnmişdir. Bu

xəstələr klinikamıza gecikmiş T3-T4 mərhələsində, sidikliyin total zədələnməsi, ayrı-ayrı orqanlarda xüsusi ilə 2 xəstədə ağ ciyərdə, 1 xəstədə prostat vəzidə və qaraciyərdə metastazla bizə müraciət etmişlər.



Qrafik 4. SK olan xəstələrin aparılmış əməliyyatlara görə bölgüsü

Bu xəstələrə tərəfimizdən yalnız həyatlarını xilas etmək məqsədi ilə polliativ əməliyyat axarların dəriyə çıxarılması, iki tərəfli daxili qalşa arteriyaların bağlanması və limfadenektomiya əməliyyatını aparmaq mümkün olmuşdur. Bütün xəstələrdə əməliyyat zaman çıxarılmış makropreparatların patohistoloji müayinəsi aparılmışdır. Böyrək xərçəngi olan xəstələrdə 1)Hipernefroid tipli xərçəng 68 (40,0%) xəstə bunlardan G1-28 (41,2%), G2-21 (30,8%), G3-11 (16,2%), GX-8 (11,8) xəstə, 2) Şəffaf hüceyrəli xərçəng 47 (27,6%) xəstə, bunlardan G1-22 (46,8%), G2-13 (27,7%), G3-7 (14,9%), GX-5 (10,6%), 3) Adenokarsinoma 27 (15,9%) xəstə bunlardan G1-12 (44,5%), G2-8 (29,6%), G3-5 (18,5%), GX-2 (7,4%), 4) Medulyar hüceyrəli xərçəng 14 (8,2%) xəstə, bunlardan G1-6 (42,9%), G2-4 (28,6%), G3-3 (21,4%), GX-1 (7,1%), 5. Angiomioliposarkoma 14 (8,2%) xəstə, bunlardan G1-7 (50,0%), G2-3 (21,4%), G3-2 (14,3%), GX-2 (14,3%) xəstə olmuşdur. SKX olan xəstələrin patohistoloji

cavabı: 1). Keçid hüceyrəli xərçəng- 68 (45,3%) xəstə, bunlardan G1-23 (33,8%), G2-17 (25,0%), G3-20 (29,4%), GX- 8 (11,8%), 2). Yastı hüceyrəli xərçəng 44 (29,3%) xəstə, G1-18 (40,9%), G2-14 (31,8%), G3-11 (25,0%), GX-1 (2,3%), 3). Adenokarsinoma 25 (16,7%) xəstə, G1-9 (36,0%), G2-5 (20,0%), G3-4 (16,0%), GX- 7 (28,0%), 4). Malignizasiya etmiş papilloma 13 (8,7%) xəstə, G1-5 (38,5%), G2-2 (15,4%), G3-3 (23,1%), GX-3 (23,1%) xəstə olmuşdur. Böyrək xərçənginə görə T1 mərhələsi ilə əməliyyata götürülən 29 (17,1%) xəstənin 28 (16,5%)-də əməliyyatdan sonra nəticələr uyğun gəlmiş, yalnız bir xəstədə prosesin T1 deyil, T2 mərhələdə olduğu kimi, uyğunsuzluq müəyyən edilmişdir. T1a-mərhələsi ilə əməliyyat olunan 15 xəstənin 14 nəticələr uyğun gəlsə də 1 xəstədə prosesin T1a deyil, T2 mərhələdə olduğu, T1b-mərhələsi ilə əməliyyat olunan 14 xəstədə əməliyyatdan sonrakı nəticələr tamamilə uyğun gəlmişdir. T2-mərhələsi ilə əməliyyat olunan 66 (38,8%) xəstənin 61 (35,8%)-də əməliyyatdan sonra çıxarılmış makropreparatın patohistoloji müayinənin cavabına əsasən prosesin invaziya dərəcəsinin uyğunluğu üst-üstə düşmüşdür. 5 xəstədə isə yanlış cavab yəni 3 xəstədə T2 deyil, prosesin T1b mərhələdə olduğu, 2 xəstədə isə T2 mərhələ deyil, T3a mərhələdə olduğu cavabı alınmışdır. T3-mərhələsi ilə əməliyyata götürülən 55 (32,4%) xəstənin 51 (30,0%)-də əməliyyatdan sonrakı nəticələr üst-üstə düşmüşdür. T3a mərhələsi ilə əməliyyata götürülən 32 xəstənin 31-də nəticələr uyğun gəlsə də 1-də prosesin T3a deyil, T2-də olması, T3b mərhələsi ilə əməliyyat olunan 18 xəstənin 17-də nəticələr uyğun gəlsə də 1-də T3b deyil, T3a olduğu, T3c ilə əməliyyat olunan 5 xəstənin 3-də nəticələr uyğun gəlsə də 4 xəstədə yanlışlıq prosesin 1 nəfərdə T3b deyil, T2 mərhələdə olduğu, 1 nəfərdə isə T3c deyil, T4 olduğu təsdiqlənmişdir, bu xəstələrin 3-də limfa vəzilərində böyümə qeyd edilsə də, əməliyyat zamanı dəyişikliyə uğramış limfa vəziləri 7 xəstədə limfadeseksiya edilmişdir. T4-mərhələsi ilə 20 (11,8%) xəstə əməliyyata olunmuşdur. Bu xəstələrin 17 (85,2%)-də nəticələr uyğun gəlsə də 3 xəstədə prosesin T4 mərhələdə deyil, T3b mərhələdə olduğu müəyyən edilmişdir. USM-in prosesin invaziya dərəcəsinin müəyyən edilməsində T1 mərhələsində 9,6%, T2 mərhələsi üzrə 7,6%, T3

mərhələsi üzrə 7,3%, T4 mərhələsi üzrə 14,9% yanlılıq olmuşdur. KT müayinəsi olunan 18 xəstədə törəmənin ləyəndə yerləşdiyi göstərilə də əməliyyat zamanı yalnız bunlardan 16 xəstədə törəmənin ləyəndə olduğu müəyyən edilmişdir. T1 mərhələsi ilə əməliyyata götürülən 10 xəstənin 8-də prosesin invaziya dərəcəsi uyğun gəlsə də 2 xəstədə yanlış mənfi yəni T1b deyil, T2 mərhələdə olduğu təyin edilmişdir. T2 mərhələsi ilə əməliyyata götürülən 35 xəstənin 31-də nəticələr üst-üstə düşsə də 4 xəstədə bunların 2-də prosesin yerli yayılma dərəcəsi T2 deyil, T1b mərhələsində, 2-də isə T2 deyil, T3a mərhələsində olduğu təsdiqlənmişdir. T3 mərhələsi ilə əməliyyata götürülən 31 xəstənin 26-da nəticələr eynilik təşkil etsə də 5 xəstədə yanlış cavab bunların 3-də proses T3a deyil, T2-də, 2-də isə T3a deyil T3b alınmışdır. T4 mərhələsi ilə əməliyyata götürülən 8 xəstənin 7-də cavablar uyğun gəlmiş yalnız bir xəstədə prosesin T4 deyil, T3b mərhələdə olduğu müəyyən edilmişdir. Beləliklə, xəstəliyə diaqnozun qoyulmasında müayinənin 79 (94,0%) xəstədə cavabı doğru, 5 (6,0%) xəstədə isə yanlış olmuşdur. Törəmənin yerləşməsində 76 (90,5%) doğru, 8 (9,5%) yanlış, şiş toxumasının ölçüsünün müəyyən edilməsində 73 (86,9%) doğru, 11 (13,1%) yanlış, inkişaf istiqamətində müəyyən edilməsində intrarenal göstərilən 41 xəstənin 38 (92,7%) doğru, 3 (7,3%) xəstədə yanlış, ekstrarenal inkişaf tamamilə uyğun gəlmişdir. T1-80,1%, T2-88,5%, T3-83,3%, T4-87,5% prosesin invaziya dərəcəsinin müəyyən edilməsində kompüter tomoqrafiyasının cavabı doğru olsa da, T1-19,9%, T2-11,5%, T3-16,7%, T4-12,5% yanlış olmuşdur. Bəzi ədəbiyyat məlumatlarında böyrək xərçənginin T3-T4 mərhələlərinin differensasiya edilməsində müayinənin imkanları bir o qədər də yüksək qiymətləndirilmədiyi halda apardığımız tədqiqat işimizdə əksinə T2-T3 mərhələlərinin ayırd edilməsində müayinənin imkanlarında müəyyən çatışmazlığın olması çox guman ki, müayinəni aparan həkimin təcrübəsinin kifayət qədər olmaması ilə bağlı olmuşdur. 23 (13,5%) xəstədə şüa müayinə metodlarının yeni forması olan maqnit-rezonans tomoqrafiya üslundan istifadə olunmuşdur. Əməliyyatdan əvvəl müayinənin cavabına əsasən 4 xəstədə prosesin böyrək ətrafı toxumaya və dalağa infiltrasiya etməsi göstərilə də əməliyyat zamanı bunlar aşkar olunmamış, 2 xəstədə

törəmənin ölçüsü 10,5 və 10 sm göstərilə də əməliyyat zaman bir xəstədə şiş toxumasının ölçüsü 14,5sm, bir xəstədə isə 12 sm olduğu müəyyən edilmişdir. Xəstələrin 7-də törəmənin ləyəndən inkişaf etdiyi göstərilə də bunların 6-da nəticələr uyğun gəlmiş, bir xəstədə yanlışlıq olmuşdur. T1 və T3 mərhələsi ilə əməliyyata götürülən xəstələrdə nəticələr uyğun gəlmiş, T2 mərhələsi ilə əməliyyata götürülən 9 xəstənin 8-də cavablar uyğun gəlmiş, yalnız bir xəstədə yanlışlıq prosesin T2 deyil, T3a mərhələdə olduğu təsdiqlənmişdir. T4 mərhələsi ilə əməliyyat olunan 3 xəstənin ikisində cavablar uyğun gəlmiş, 1 xəstədə isə T4 deyil T3b mərhələsində olmuşdur. SKX-nə görə transabdominal ultrasəs müayinəsi olunan xəstələrin nəticələri müqayisə edildikdə T1 mərhələsi ilə əməliyyat olunan 16 xəstənin 15-də nəticələr uyğun gəlsə də, 1 nəfərdə prosesin T1 deyil T2a mərhələdə olması, T2a mərhələsi ilə əməliyyat olunan 34-xəstənin 32 -də nəticələr uyğun gəlsə də 2-də prosesin T1-də olması, T2b ilə əməliyyat olunan 22 xəstənin 21-də nəticələr uyğun gəlmiş yalnız 1 nəfərdə T2b deyil, T2a olduğu təsdiqlənmişdir. T3a mərhələsi ilə əməliyyat olunan 41 xəstənin 36 nəticələr uyğun gəlmiş, 5-də isə yanlış cavab, bunların 3-də proses T3a deyil, T2b, 2-də isə T3a deyil, T3b-də olmuşdur. T3b mərhələsində olan 19 xəstədə nəticələr üs-üstə düşmüşdür. T4mərhələsi ilə əməliyyat olunan 18 xəstəni 16-da nəticələr uyğun gəlmişdir. T4a mərhələsi ilə əməliyyat olunan 14 xəstənin 12-də nəticələr uyğun gəlsə də 2 xəstədə prosesin T4a deyil, T3b olduğu təsdiqlənmişdir. Transrektal ultrasəs müayinəsi olunan 22 xəstənin 20-də nəticələr üs-üstə düşmüşdür. T2b ilə əməliyyat olunan 7 xəstənin 6-da nəticələr uyğun, 1-də isə T2b deyil, T3a olduğu, T3a ilə əməliyyat olunan 6 xəstənin 5-də nəticələr uyğun gəlmiş, 1-də isə T3b deyil, T2b olduğu təsdiqlənmişdir. T4N0M0-3 (13,6%) olmuşdur. Beləliklə, transrektal ultrasəs müayinəsinin 90,9% cavabı doğru, 9,1% cavabı isə yanlış olmuşdur. Transrektal ultrasəs müayinəsinin T1-T4 mərhələsində cavabları uyğun gəlmişdir. Buna baxmayaraq, T2-T3 mərhələlərində müayinənin cavabında müəyyən nöqsanlar olsa da ümumilikdə transrektal USM-in imkanları yüksək qiymətləndirilmişdir. Müayinənin invaziv olması onun praktikada tətbiqini bir qədər məhdudlaşdırır.

USM-in köməyi ilə müşahidəmizdə sidik kisəsi xərçəngi olan

xəstələrin 5-də sol qasıq, 3-də sağ, 3-də hər iki qasıq limfa düyünlərinin böyüməsi müəyyən edilmişdir. Əməliyyat zaman dəyişikliyə uğramış limfa vəziləri 14 xəstədən götürülmüş, bunların 8-də patologiyanın olduğu təsdiq olunmuşdur. Xəstələrə müvafiq əməliyyat aparılan zaman törəmənin sayında 7 (4,7%) xəstədə yanlışlıq olsa da 143 (95,3%) xəstədə törəmənin sayı uyğun gəlmişdir. Belə ki, əməliyyatdan əvvəl 21 xəstədə 3 ədəd şiş göstərilərsə də əməliyyat vaxtı bunların 17-də nəticələr uyğun gəlmiş, çoxlu şişlər 14 xəstədə öz təsdiqini tapmışdır. Törəmənin yerləşməsində əməliyyatdan sonra əvvəlki nəticələrlə müqayisədə 8 (5,3%) xəstədə yanlışlıq olmuşdur. Sidik kisəsi xərçəngi olan xəstələrin 53-nə KT müayinəsi aparılmışdır. KT cavabına əsasən əməliyyat olunan 53 xəstənin 47 (88,7%)-də törəmənin yerləşməsi, sayı və ölçüləri uyğun gəlmiş, 5 (11,3%) xəstədə isə yanlış cavab alınmışdır. Bu xəstələrin 2-də prostat vəzin orta payının sidikliyin içərisinə doğru böyüməsi, 1 xəstədə dolub-boşalan ureteroselinin olması, 2 xəstədə isə sidiklik boynunun hipertrofiyası müəyyən edilmişdir.

Beləliklə, SKX-in diaqnostikasında KT-in 88,7% cavabı doğru, 11,3% isə yanlış olmuşdur. SKX-in yerli invaziya dərəcəsinin müəyyən edilməsində cavablar mərhələlər üzrə fərqli olmuşdur. Belə ki, T1N0M0-8 mərhələsi üzrə əməliyyat olunan xəstələrin 7-də nəticələr uyğun gəlsə də 1 xəstədə yanlış mənfi cavab yəni prosesin T1 deyil, T2a mərhələdə olduğu müəyyən edilmişdir. T2N0M0- 24 xəstənin 20-də nəticələr uyğun gəlsə də 4 xəstədə yanlış, bunların 1-də prosesin T2a deyil, T1 mərhələdə, 3-də isə T2b deyil, T3a mərhələdə olması təsdiq olunmuşdur. T3N0M0-16 xəstənin 13-də əməliyyatdan sonra nəticələr uyğun gəlsə də xəstələrin 3-də nəticələrdə uyğunsuzluq olmuşdur. Bu xəstələrin 2-də prosesin T3a deyil T2b mərhələdə olması, 1-də isə prosesin T3b deyil, T4a prostat vəziyə infiltrasiyası etməsi müəyyən edilmişdir. T4N1M0 mərhələsində olan 5 xəstənin 4-də cavablar doğru olsa da 1 xəstədə T4 deyil, T3 mərhələdə olduğu müəyyən edilmişdir.

Aparduğumuz tədqiqatın nəticəsinə görə sidik kisəsi xərçənginin T2 və T3 mərhələlərinin differensasiya edilməsində kompüter tomoqrafiyasının diaqnostik imkanı o dərəcədə də yüksək

olmamışdır. Bu xəstələrdə şiş toxuması sidikliyin arxa divarında və Lyeto üçbucağı nahiyəsində yerləşmişdir. Həmin nahiyələrdən inkişaf edən törəmələrdə prosesin invaziya dərəcəsinin differensasiya edilməsində müayinənin imkanlarının yüksək olmaması müayinə sahəsinə kişilərdə prostat vəzin, qadınlarda uşaqlığın kölgəliyinin düşməsilə müəyyən edilmişdir. SKX görə MRT müayinəsi olunan 15 xəstənin 13 (86,7%)-də törəmənin yerləşməsi, sayı və invaziya dərəcəsi doğru olmuş yalnız 2 xəstədə törəmənin sayı iki və üç ədəd olduğu, prosesin sidikliyin bütün qatlarına, prostat vəziyə invaziya etməsi qeyd edilsədə əməliyyat zamanı bir ədəd törəmənin olması, prosesin səthi və dərin əzələ qatına, sidiklik ətrafı toxumaya T3b infiltrasiya etməsi təsdiq edilmişdir.

Tədqiqat işimizdə şüa metodlarından ayrıca və kompleks şəkildə istifadə etməklə xəstəliyə düzgün diaqnoz qoyulmasına, invaziya dərəcəsi dəqiq müəyyən edilərək radikal müalicə növünün seçilməsinə və əməliyyatı aparən cərrahın yüksək təcrübəyə malik olmasına baxmayaraq, bir çox erkən və gecikmiş ağırlaşmalara rast gəlinmişdir. Böyrək xərçənginə görə nefrektomiya və orqansaxlayıcı əməliyyat olunan xəstələrdə yaxın bir ildə müxtəlif ağırlaşmalara rast gəlinmişdir. Xəstələrin 159 (93,5%) ağırlaşmasız, 11 (6,5%)-də isə müxtəlif ağırlaşmalara rast gəlinmişdir. Əməliyyata göstərişlərin düzgün seçilməsi və əməliyyatı aparən həkimin yüksək təcrübəsinin olmasına baxmayaraq xəstələrin bir qisminə stasionarda və evdə müxtəlif ağırlaşmalara müşahidə edilmişdir. Nefrektomiya əməliyyatı olunan xəstələrdə əməliyyat vaxtı 3 xəstədə qanaxmanın olması, 2 xəstədə bağırsağ fistulasının açılması, 2 xəstədə XBC-ın qisamüddətli inkişafı, pielonefrit 3, əməliyyatdan 3 ay sonra 1 xəstədə, 4 ay sonra 1 xəstədə, 10 ay sonra 1 xəstədə yara nahiyəsində şişkinlik və sonra həmin yerdən fistula açılaraq qanlı ifrazatın gəlməsi, 3 xəstədə lokal residivə rast gəlinmişdir. Böyrək xərçənginə görə nefrektomiya əməliyyatı aparılmış xəstələrdən 2 nəfəri stasionarda trombemboliyadan yaxın 1 ildə 3 xəstə isə evdə müxtəlif səbəblərdən dünyasını dəyişmişlər. Orqansaxlayıcı əməliyyat olunan xəstələrdə erkən olaraq qanaxma 3 xəstədə, pielonefrit 3, fistulanın açılması 1, XBC-3 xəstədə müşahidə edilmişdir. Orqansaxlayıcı əməliyyatdan sonra klinikamızda və erkən 1 il müddətində dünyasını

dəyişən xəstələrimiz olmamışdır. Nefrektomiya əməliyyatı aparılmış xəstələrdə bir qədər gecikmiş ağırlaşmalara-əməliyyatdan 1,5-2,5 il sonra 7 (5,2%) xəstədə saxlanmış böyrəkdə pielonefrit atakalarının olması, 3 (2,2%) xəstədə əməliyyatdan 2,7 il sonra qısa müddətli gecikmiş qanaxmaların olması, 5 (3,7%) xəstədə 2,5 il sonra XBC-ın inkişaf etməsi, 2,7il sonra 3 (2,2%) xəstədə yatağın lokal residivi, 1 (0,7%) xəstədə əməliyyatdan 2,3 il sonra bağırsağ fistulasının açılmasına rast gəlinmişdir. Böyrək xərçənginə görə orqansaxlayıcı əməliyyat olunan xəstələrdə bir qədər gecikmiş ağırlaşmalara əməliyyatdan 1-2,5 il sonra 5 (13,5%) xəstədə pielonefrit atakalarının olması, 2 (5,4%) xəstədə əməliyyatdan 2,2 il sonra qısa müddətli gecikmiş qanaxmaların olması, 4 (10,8%) xəstədə 3,2 il sonra XBC-ın inkişaf etməsi, 3 il sonra 2 (5,4%) xəstədə yatağın lokal residivinə rast gəlinmişdir.

Dünyasını dəyişən xəstələr radikal nefrektomiya əməliyyatı aparılan və metastazlar qeyd olunan xəstələr olmuşdur. Beləliklə, nəzarətimizdə olan xəstələrdə 5-illik yaşama müddəti 95,3% təşkil etmişdir.

SKX-nə görə orqansaxlayıcı əməliyyat olunan 123 xəstənin 106 (85,1%) ağırlaşmasız sağalmış, 17 (14,9%) xəstədə müxtəlif ağırlaşmalara rast gəlinmişdir. Bunlardan 4 xəstədə hematuriya, 3 xəstədə pielonefrit atakaları, 3 xəstədə dizurik əlamətlər, 2 xəstədə kəskin sidik ləngiməsi, 3 xəstədə xroniki sistitin kəskinləşməsi, 2 xəstədə qasıqüstü fistulanın gec bağlanması, sidiklikdə daşın əmələ gəlməsi kimi yaxın ağırlaşmalara rast gəlinmişdir. Orqansaxlayıcı əməliyyat olunan xəstələrdən klinamızda ölüm halları baş verməmiş, 6 aydan sonra 1xəstə, 1 il sonra 2 xəstədə residiv əmələ gəlmişdir. Sistektomiya əməliyyatından sonra axarları dəriyə köçürülən 12 xəstənin 1-də sağ axarın dəriyə açılan hissəsindən 5-6 sm proksimala doğru hissəvi daralması, 3 xəstədə XBC inkişaf etməsi, 2 xəstədə bağırsağ fistulasının açılması, 4 xəstədə qısa müddətli pielonefrit atakalarının olması kimi ağırlaşmalara rast gəlinmişdir. Müşahidəmizdə axarları bağırsağa köçürülən 9 xəstənin birində əməliyyatdan sonra sol əyağında şişkinliyin əmələ gəlməsi, 2 xəstədə bağırsağ fistulasının açılması, 2,5 aydan sonra öz-özünə bağlanması, 4 xəstədə qısa müddətli pielonefrit atakalarının olması, 3

xəstədə erektil disfunksiyanın olması kimi ağırlaşmalara rast gəlinmişdir. Axarların bağırsağa köçürülən hissəsinin daralmasına (hissəvi) müşahidəmizdə 1xəstədə rast gəlinmişdir. 2 xəstə klinikamızda poliorqan çatışmazlığından, 1 xəstə isə trombemboliyadan əməliyyatın 7 sutkasında vəfat etmişdir. SKX-nə görə orqansaxlayıcı əməliyyat olunan xəstələrdə əməliyyatdan 1-1,5 il sonra 5 (4,0%) xəstədə pielonefrit atakaları, bunların 2 nəfərində əməliyyatdan 1,5 il sonra pielonefritin kəskinləşməsi, 2,5 il sonra 4 (3,2%) xəstədə sidikdə qanın olması, 3 il sonra 2 (1,6%) xəstədə qasıqüstü fistulanın açılması, 3 (2,4%) xəstədə xroniki sidik ləngiməsi, 3,2 il sonra 2 (1,6%) xəstədə XBC, 3 (2,4%) xəstədə ətraf orqanlara və prostat vəziyə infiltrasiya etməsi kimi gecikmiş ağırlaşmalara rast gəlinmişdir. Orqansaxlayıcı əməliyyat olunan xəstələrdən klinamızda ölüm halları baş verməmiş. Əməliyyatdan 1 il sonra 4 (3,2%) xəstədə, 1,5-2 il sonra 5 (4,0%) xəstədə, 2-4 il müddətində 11 (8,9%) xəstədə residiv əmələ gəlmişdir. Müşahidəmizdə sistektomiya əməliyyatından 1-3 il sonra xəstələrin 4-də ayrı-ayrı orqanlarda, 2 xəstədə ağciyərdə, 1 xəstədə qaraciyərdə, 1 xəstədə beyində metastaza, 3 xəstədə ətraf orqanlarda metastazlara 3 (11,1%) xəstədə hiperxloremik asidoza, XBC-in inkişaf etməsinə rast gəlinmişdir. Axarların bağırsağa köçürülən hissəsinin daralmasına (hissəvi) müşahidəmizdə 1xəstədə rast gəlinmişdir. 2 xəstə klinikamızda poliorqan çatışmazlığından, 1 xəstə isə trombemboliyadan əməliyyatın 7 sutkasında vəfat etmişdir. Palliativ əməliyyat olunan xəstələrin 2-si stasionarda dünyasını dəyişmişlər. Bunlardan biri trombemboliyadan, ikincisi isə poliorqan çatışmazlığından, əməliyyatdan sonra yaxın 6 ayda 1xəstə, 1,2 il sonra 2 xəstə, 2 il müddətində 2 xəstə, ümumilikdə 5 il müddətində isə bizimlə əlaqə saxlayan 13-xəstə evdə şiş intoksikasiyasından dünyasını dəyişmişlər. Dünyasını dəyişən xəstələrdən 6-nəfəri palliativ əməliyyat olunan, 4-nəfəri axarları dəriyə çıxarılan, 3-nəfəri isə axarları bağırsağa köçürülən və bir tərəfli ureteronefrektomiya olunan xəstələr və patohistoloji cavabında diferensasiya dərəcəsi G3, GX olan xəstələr olmuşdur.

Yaxın vaxtlarda residiv əmələ gələn və müəyyən ağırlaşmalar baş verən xəstələr bizimlə əlaqə saxlamayan, antiresidiv malicə almayan

və patohistoloji cavabında differensasiya dərəcəsi müəyyən edilməyən xərçəng olan xəstələr olmuşdur. Orqansaxlayıcı əməliyyatdan sonra residivin rastgəlmə tezliyini azaltmaq məqsədi ilə əməliyyatdan 1 ay sonra yarası brincili sağalan SKX olan xəstələrə klinikamızda işlənmiş üsulla həftədə bir dəfə 8 həftə, ayda 2 dəfə 2 ay, ayda bir dəfə 8 ay hər dəfə 30-50 ml olmaqla şiş əleyhinə dərmanlar endovezikal olaraq sidikliyə vurulmuş, 2 saat saxladıqdan sonra sidiyə getməklə boşaldılmışdır. Digər səbəblərdən biri də aparılacaq əməliyyat növünün düzgün seçilməsi və əməliyyatı aparan cərrahın yüksək təcrübəyə malik olması olmuşdur.

Aparduğumuz araşdırmaların nəticəsinə əsasən belə qənaətə gəldik ki, böyrək T1-T2 və SK xərçənginin səthi Ta-T1 mərhələlərində, dərin qatlara invaziya etməyən, ölçüsündən asılı olmayaraq böyrəyin yuxarı, aşağı qütblərində ekstrarenal inkişaf edən ətraf toxumalarda və kasa-ləyən sistemində ciddi dəyişikliklər əmələ gətirməyən, sidiklidə axarların mənfəzindən aralı yerləşən, yuxarı sidik yollarında, böyrəklərdə hidronefrotik transformasiya müşahidə olunmayan xəstələrdə diaqnoz qanın və sidiyin ümumi analizi, qanın biokimyəvi müayinəsi, ultrasəs müayinəsi əsasında tam dəqiqləşdirilmiş olur. KT, MTR üsulları heç bir fərqli əhəmiyyət kəsb edən və cərrahi taktikanı dəyişə bilən məlumat əlavə etmir. Ona görə də bu qrup xəstələrdə qeyd olunan ardıcılıqla ümumi müayinələr, US müayinəsi, KLS - şişlərində isə əlavə ekskretor uroqrafiya aparmaqla diaqnozu dəqiqləşdirmək mümkündür ki, bu da cərrahi taktikanı etibarlı həll etməyi təmin edir. Digər xəstələrdə patologiyanın gecikmiş mərhələlərində isə diaqnozun qoyulmasında və radikal müalicə növünün seçilməsində yaranan mübahisəli məsələlərə son qoymaq məqsədi ilə əməliyyatönu iqtisadi cəhətdən bahalı olsa da, torakoabdominal KT və MRT müayinələrinin aparılması effektiv nəticələrin alınması baxımından əhəmiyyətli sayılmışdır.

NƏTİCƏLƏR

1. Böyrək və sidik kisəsi xərçənginin invaziya dərəcəsinin müəyyən edilməsinin və radikal müalicə növünün seçilməsinin

əməliyyatdan əvvəl qiymətləndirilməsi vacib əhəmiyyətə malik olduğu üçün yüksək dərəcədə spesifikliyi və həssaslığı təmin edən müasir şüa müayinə üsulları arasında müqayisəli analiz aparmaqla diaqnostik və müalicəvi alqoritm işlənib hazırlanmışdır [16; 17].

2. Apardığımız retrospektiv şərh xərcəngin inkişaf mərhələsinə bağlı hansı müayinələrin aparılması qane edici olaraq əlavə daha mürəkkəb və bahalı müayinələrin tətbiqinə ehtiyac olmamasını üzə çıxarmışdır [11; 19].

3. Transabdominal USM-in koməyi ilə aparılacaq əməliyyat növünün müəyyən edilməsində ən önəmli rol oynayan törəmənin inkişaf istiqaməti, invaziya dərəcəsi, ayaqcığın, ətraf toxumaların və limfa düyünlərin vəziyyəti əməliyyat öncəsi dəqiq müəyyən edilmişdir [16; 18; 24].

4. Böyrək xərcənginin diaqnostikasında və invaziya dərəcəsinin müəyyən edilməsində USM-in spesifikliyi 95,9%, həssaslığı 87,6%, KT spesifikliyi 93,7%, həssaslığı 81,0%, MRT spesifikliyi 94,2%, həssaslığı 82,6% olmuşdur [17; 21; 33].

5. Sidik kisəsi xərcənginin diaqnostikasında və invaziya dərəcəsinin müəyyən edilməsində USM-in spesifikliyi 96,2%, həssaslığı 88,7%, KT spesifikliyi 95,0%, həssaslığı 84,9%, MRT spesifikliyi 88,9%, həssaslığı 86,6%, TR ultrasəs müayinəsinin spesifikliyi 93,9%, həssaslığı 81,6% olmuşdur [18; 21; 25].

6. Böyrək xərcənginin T1-T2 və sidik kisəsi xərcənginin səthi Ta-T1 mərhələlərində qanın və sidiyin ümumi analizi, qanın biokimyəvi müayinəsi, ultrasəs müayinəsi əsasında diaqnoz tam dəqiqləşdirilmiş olur. KT, MTR usulları heç bir fərqli əhəmiyyət kəsb edən və cərrahi taktikanı dəyişə bilən məlumat əlavə etmir. Ona görə də bu qrup xəstələrdə qeyd olunan ardıcılıqla ümumi müayinələr, US müayinəsi, KLS - şişlərində isə əlavə ekskretor uroqrafiya aparmaqla diaqnozu dəqiqləşdirmək mümkündür ki, bu da cərrahi taktikanı etibarlı həll etməyi təmin edir [32].

7. Böyrək və sidik kisəsi xərcənginin gecikmiş mərhələlərinin differensasiya edilməsində USM-in cavabı bizi qane etməyən hallarda, radikal müalicə növünün seçilməsi məqsədi ilə diaqnozun dəqiqləşdirilməsi və qonşu orqanlardakı mikrometastazların aşkarlanması üçün əməliyyatönu KT, MRT müayinələrinin tətbiqi

effektiv nəticələrin alınması baxımından əlverişli hesab olunur [14; 15; 35].

8. Müşahidəmizdə böyrək və sidik kisəsi xərçəngi olan xəstələrdə orqanın saxlanması və götürülməsi qərarının verilməsində müasir şüa müayinə metodları içərisində KT, MRT ilə yanaşı USM-də imkanları yüksək qiymətləndirilir [7; 14; 31];

9. Sidikliyin ön və yan divarlarında, zirvə nahiyəsindən inkişaf edən şişlərin müəyyən edilməsində transrektal USM əvəzəlməz müayinə hesab olunur [24; 25; 35].

PRAKTİK TÖVSIYƏLƏR

1. Böyrək və sidik kisəsi xərçənginə diaqnoz qoyulmasında, invaziya dərəcəsinin müəyyən edilməsində və radikal müalicə növünün seçilməsində müasir şüa müayinə metodlarının ayrıca və kompleks şəkildə tətbiqi effektiv nəticələri əldə etməyə imkan verir;

2. Böyrək xərçənginin T1-T2 və sidik kisəsi xərçənginin səthi Ta-T1 mərhələlərində ciddi dəyişikliklər olmayan hallarda iqtisadi baxımdan sərfəli müayinə kimi USM-in cavabı ilə kifayətlənərək əlavə bahalı müayinələri tətbiq etmədən radikal müalicə növünü seçmək mümkündür;

3. Radikal müalicə növünün seçilməsində xəstəliyin gecikmiş mərhələlərində ətraf toxumalarda və qonşu orqanlardakı mikrometastazları müəyyən etmək məqsədi ilə müasir şüa müayinə (KT, MRT) metodlarını USM-lə birlikdə tətbiq etməklə qənaətbəxş nəticələr əldə etmək olur;

4. Müşahidəmizdə böyrək və sidik kisəsi xərçənginin invaziya dərəcəsinin müəyyən edilməsində USM, KT və MRT müayinələrinin imkanlarını müqayisəli qiymətləndirməsi diaqnostik alqoritm hazırlamaq mümkün oldu;

5. Böyrək şişlərində orqansaxlayıcı əməliyyat növünün təyin edilməsində həlledici əhəmiyyəti olan törəmənin inkişaf istiqamətinin (ekstrarenal, intrarenal və qarışıq) müəyyən edilməsində USM-in imkanları yüksək qiymətləndirilir;

6. Böyrək və sidiklik şişlərinin ölçüsünün, sayının, yerləşməsinin və invaziya dərəcəsinin müəyyən edilməsində şüa metodları arasında

xəstələr üçün ən rahatı, sərfəlisi USM hesab olunduğundan rutin müayinə kimi bütün xəstələrə tətbiq etmək informasiya baxımından əhəmiyyətlidir;

7. Sidik kisəsinin ön divarında, zirvə və boyun nahiyəsindəki şişlərin aşkarlanmasında və invaziya dərəcəsinin müəyyən edilməsində bir qədər ağırlı olsa da, düz bağırsaqdan keçməklə transrektal ultrasəs müayinəsinin tətbiqi daha effektiv sayılır;

8. SKX görə orqansaxlayıcı əməliyyat olunan xəstələrdə residivin rastgəlmə tezliyini azaltmaq məqsədi ilə əməliyyatdan 1 ay sonra yarası birincili sağalan xəstələrdə klinikamızda işlənmiş və praktikada tətbiq olunmuş üsulla həftədə bir dəfə 8 həftə, ayda 2 dəfə 2 ay, ayda bir dəfə 8 ay endovezikal kimyəvi dərman müalicəsinin aparılması məsləhətidir;

9. Əməliyyatdan sonra xəstəliyin gedişinin və residivin əmələ gəlməsinin izlənməsi baxımından hər üç aydan bir böyrək, sidikliyin transabdominal ultrasəs müayinəsi olunması xəstələrin gələcək taleyi baxımından əhəmiyyətlidir.

Dissertasiyanın məzmununa dair dərc olunmuş elmi işlər:

1.S.B.İmamverdiyev, E.C.Qasimov. Sidik kisəsinin residiv şişlərinin kompleks müalicəsi (sistektomiya, şüa terapiyası) // – Bakı: Azərbaycan Onkologiya və Həmmərz Elmlər Jurnalı,– 2001. №2, – s.28-30.

2.S.B.İmamverdiyev, E.C.Qasimov. Sidik kisəsi xərçənginin residivlərinin radikal cərrahi müalicəsi-sistektomiya ureterosiqmostomiyanın yeni modifikasiyası // – Bakı: Azərbaycan Onkologiya və Həmmərz Elmlər Jurnalı,– 2002. № 1-2, – s.94-97.

3.E.C.Qasimov. Sidik kisəsi xərçənginin residivlərinin orqansaxlayıcı cərrahi müalicə // – Bakı: Müasir Cərrahiyyənin Aktual Problemləri, – 2002, – s.61-63.

4.E.C.Qasimov, A.M.Bağirov. Sidik kisəsi xərçənginin residivlərinin orqansaxlayıcı əməliyyatdan sonra müalicə taktikası // – Bakı: Azərbaycan Tibb Elmi və Praktiki Səhiyyənin Müasir Nailiyyətləri, – 2005, – s.13-18.

5.E.C.Qasimov, A.Məmmədov. Hidronefroz ilə ağırlaşmış sidik kisəsi xərçəngi zamanı Maynz-Pouch siqma rezervuari əməliyyatı // – Bakı: Azərbaycan Onkologiya və Hematologiya Jurnalı, – 2008. № 1, – s.65-71.

6.S.B.İmamverdiyev, E.C.Qasimov, Y.M.Astanov. Sidik kisəsi xərçənginin orqansaxlayıcı əməliyyatdan sonrakı endovezikal kimyəvi terapiyanın nəticələri // – Bakı: Azərbaycan Onkologiya və Hematologiya Jurnalı,– 2010. № 1, – s.96-99.

7.E.C.Qasimov, Astanov Y.M. Sidik kisəsi xərçəngində orqansaxlayıcı əməliyyat olunmuş xəstələrin təhlili //Azərbaycan Tibb Universitetinin 80 illik yubileyinə həsr olunmuş Beynəlxalq Elmi Konfransının Materialları. –Bakı, – 2010, – s.48-49.

8.Qasimov E.C. Sidik kisəsi xərçəngində orqansaxlayıcı əməliyyat olunmuş xəstələrin TNM və patomorfoloji xüsusiyyətlərinə görə təhlili // – Bakı: Azərbaycan Tibb Universitetinin 80 illik yubileyinə həsr olunmuş Beynəlxalq Elmi Konfransının Materialları,– 2010, – s.47-48.

9. İmamverdiyev S.B., Qasımov E.C., Nağıyev R.N. Sidik kisəsi xərçənginin müalicə məqsədilə aparılan rezeksiyanın nəticələri // – Bakı: Azərbaycan Tibb Jurnalı, – 2011. № 4, – s.48-53.

10. Имамвердиев С.В., Ахадов А.Ф., Махмудов И.Ф., Гасымов Е.Д. Патологические образования урахуса // – Bakı: Cərrahiyyə, – 2011. № 2 (26), – s.17-21.

11. E.C. Qasımov. Böyrəklərin və sidik kisəsi xərçənginin diaqnostikasında USM və digər müayinə üsullarının müqayisəli təhlili // – Bakı: Azərbaycan Onkologiya və Hematologiya Jurnalı, – 2012. № 1, – s. 59-62.

12. İmamverdiyev S.B., Qasımov E.C., Nağıyev R.N., Məmmədov R.N. Orqansaxlayıcı operasiyalardan sonra sidik kisəsi xərçənginin residivlərinin aşkarlanmasında qeyri-invaziv müayinə metodlarının rolu // – Bakı: Azərbaycan Tibb Jurnalı, – 2012. №3, – s.149-153.

13. E.C. Qasımov. Transabdominal ultrasəs müayinəsinin böyrək xərçənginin diaqnostikasında və müalicə taktikasının seçilməsində imkanları // – Bakı: Azərbaycan Onkologiya və Hematologiya Jurnalı, – 2012. № 2, – s.54-59.

14. S.B. İmamverdiyev, E.C. Qasımov, Y.M. Astanov, R.N. Nağıyev. Böyrək xərçənginin diaqnostikasında USM-in digər müayinə üsulları ilə müqayisəli təhlili // – Bakı: Cərrahiyyə, – 2012. №1(29), – s.21-25.

15. İmamverdiyev S.B., Qasımov E.C. Böyrək şişlərinin ölçüsünün, yerləşməsinin və mərhələsinin müəyyən edilməsində ultrasəs müayinəsinin rolu // – Bakı: Sağlamlıq, – 2012. № 2, – s.63-68.

16. E.C. Qasımov. Sidik kisəsi xərçənginin mərhələsinin və müalicə növünün seçilməsində şüa diaqnostika üsullarının müqayisəli təhlili // – Bakı: Cərrahiyyə, – 2012. №2 (30), – s.30-36.

17. E.C. Qasımov. Böyrək xərçənginin mərhələsinin və müalicə taktikasının müəyənləşdirilməsində şüa diaqnostika üsullarının tətbiqi imkanları. // – Bakı: Azərbaycan Təbabətinin Müasir Nailiyyətləri, – 2012. №2, – s.130-136.

18. S.B. İmamverdiyev, E.C. Qasımov. Sidik kisəsi xərçənginin diaqnostikasında, invaziya dərəcəsinin müəyyən edilməsində ultrasəs və digər müayinə üsullarının müqayisəli təhlili // – Bakı:

Azərbaycan Təbabətinin Müasir Nailiyyətləri.– 2012. №2, – s.16-19.

19.E.C.Qasımov. Böyrək və sidik kisəsi xərçənginin diaqnostikasında şüa müayinə metodlarının rolu. // – Bakı: Cərrahiyyə, – 2012. №4 (32), – s.42-48.

20.E.C.Qasımov. Böyrək xərçənginin cərrahi müalicəsində orqansaxlayıcı əməliyyata göstərişlər // – Bakı: Azərbaycan Onkologiya və Hematologiya Jurnalı, – 2013. № 1, – s. 40-45.

21.E.C.Qasımov. Böyrək və sidik kisəsi xərçənginin müalicə növünün seçilməsində USM, KT, MRT-in imkanlarının qiymətləndirilməsi // Akademik R.N.Rəhimovun 90 illik yubileyinə həsr olunmuş elmi-praktiki konfransın materialları, – Bakı, – 2013, – s.45-49.

22.E.C.Qasımov. Böyrək xərçənginin cərrahi müalicəsində üzvsaxlayıcı əməliyyat növləri // Ümummilli Lider Heydər Əliyevin 90 illik yubileyinə həsr olunmuş elmi-praktiki konfransın materialları, – Bakı, – 2013, – s.47-49.

23.Имамвердиев С.Б., Гасымов Э.Д., Эфендиев Э.Н. Возможности современных методов диагностики рака почк // Медицинские новости. – 2013. №3, – с.72-74.

24.Имамвердиев С.Б., Гасымов Э.Д., Абдурагимова А.Я., Эфендиев Э.Н. Возможности трансабдоминального и трансректального ультразвукового исследования в диагностике и определении степени инвазии рака мочевого пузыря // Медицинские новости. – 2013. №4, – с.74-76.

25.Имамвердиев С.Б., Гасымов Э.Д., Эфендиев Э.Н. Роль трансректального ультразвукового исследования в диагностике рака мочевого пузыря // Медицинские новости. – 2013. №5, – с.78-80.

26.E.C.Qasımov. Böyrək xərçənginin erkən və gecikmiş mərhələlərinin cərrahi müalicəsində radikal nefrektomiyanın tətbiqi // – Bakı: Azərbaycan Onkologiya və Hematologiya jurnalı, – 2013. №2, – s.21-26.

27.E.C.Qasımov. Sidik kisəsi xərçənginin gecikmiş T3-T4 mərhələsində müalicə növünün seçilməsi //– Bakı: Azərbaycan Onkologiya və Hematologiya jurnalı,– 2014. №1, – s.89-93.

28.Elman Qasimov, Anar Ahadov. Böbrek kanserinin eken aşamasının diaqnostikasında ve tedavi türünün seçilməsində USM rol. // 6. Üroonoloji Kış Kongresi ve Kursu Özel Sayı, – 2015, yanvar. – s.37.

29.Sudeyf İmamverdiyev, Anar Ahadov, Elman Qasimov. Mesane invaziv radikal sistektomiyanın sonucları // Üroonoloji Kış Kongresi ve Kursu Özel Sayı. – 2015, yanvar. – s.116.

30.E.C.Qasimov, A.F.Əhədov, Y.M.Astanov. Səthi sidiklik törəmələrinin diaqnostika və müalicəsində müasir baxışlar //– Bakı: Azərbaycan Onkologiya Jurnalı,– 2016. №1, – s.71–75.

31.E.C.Qasimov. Ekstrenal böyrək şişlərinin diaqnostika və müalicəsində klinik təcrübəmiz // – Bakı: Azərbaycan Onkologiya Jurnalı, – 2017. №1, – s.47-50.

32.Qasimov E.C. Böyrək və sidik kisəsi xərçənginin erkən diaqnostikasında, invaziya dərəcəsinin təyin edilməsində və radikal müalicə taktikasının seçilməsində tətbiq edilən müayinə metodlarının müqayisəli təhlili // – Bakı: Azərbaycan Tibb Jurnalı. – 2018. №3, – s.45–50.

33.С.Б.Имамвердиев, Э.Д.Гасымов, Э.Н.Эфендиев. Опыт диагностики и лечения внутривпочечных опухолей // Клинична Хирургия. – 2018. №10, – с.71-73.

34.С.Б.Имамвердиев, Э.Д.Гасымов, Э.Н.Эфендиев. Принципы диагностики рака паренхимы и лоханки почки // Хирургия Журнал имени Н.И.Пирогова. – 2018. №11, – с.60-63.

35.Имамвердиев С.В., Гасымов Э.Д., Эфендиев Э.Н. Возможности современных методов диагностики в определении стадии рака мочевого пузыря // Вестник хирургия Казахстана, – 2018. 4 (57), – с.54-59.

İxtisarlarmn siyahısı

AH	–	Arterial hipertenziya
AK	–	Adenokarsinoma
AML	–	Angiomiolipoma
ATU	–	Azərbaycan Tibb Universiteti
BHX	–	Böyrək hüceyrəli xərçəng
BX	–	Böyrək xərçəngi
BR	–	Böyrək rezeksiyası
BŞ	–	Böyrək şişi
ER	–	Elektrorezeksiya
XBÇ	–	Xroniki böyrək çatışmazlığı
XEA	–	Xərçəng embrional antigen
XP	–	Xroniki pielonefrit
K/T	–	Komputer tomoqrafiya
KBCÇ	–	Kəskin böyrək çatışmazlığı
KHX	–	Keçid hüceyrəli xərçəng
KLS	–	Kasa ləyən sistemi
LD	–	Limfadeseksiya
MOM	–	Milli Onkologiya Mərkəzi
MRT	–	Maqnit rezonans tomoqrafiya
PVA	–	Prostat vəzinin adenoması
PVX	–	Prostat vəzinin xərçəngi
RCC	–	Renal Cell Carsinoma
RKX	–	Respublika klinik xəstəxanası
RN	–	Radikal nefrektomiya
RS	–	Radikal sistektomiya
SKX	–	Sidik kisəsi xərçəngi
T/R	–	Transrektal
TUR	–	Transuretral rezeksiya
USM	–	Ultrasəs müayinəsi

Dissertasiyanın müdafiəsi ___ _____ il tarixində
saat _____ Azərbaycan Tibb Universitetinin nəzdində fəaliyyət
göstərən ED 2.06 Dissertasiya şurasının iclasında keçiriləcək.

Ünvan: AZ-1022, Bakı şəh., Ə. Qasımzadə küç., 14 (konfrans zalı)

Dissertasiya ilə Azərbaycan Tibb Universitetinin kitabxanasında
tanış olmaq mümkündür.

Dissertasiya və avtoreferatın elektron versiyaları Azərbaycan Tibb
Universitetinin rəsmi internet saytında yerləşdirilmişdir.

Avtoreferat ___ _____ il tarixində zəruri ünvanlara
göndərilmişdir.

Çapa imzalanıb: 01.12.2021
Kağızın formatı: 60 x 84
Həcm: 77.865 işarə
Tiraj: 100

“Füyuzat” nəşriyyatının mətbəəsində çap olunmuşdur