

AZƏRBAYCAN RESPUBLİKASI SƏHIYYƏ NAZİRLİYİ

MİLLİ ONKOLOGİYA MƏRKƏZİ

Əlyazması hüququnda

VÜSALƏ AYDIN qızı DADAŞOVA

**AĞCIYƏR XƏRÇƏNGİNİN ERKƏN
DİAQNOSTİKASINDA KOMPLEKS ŞÜA MÜAYİNƏ
METODLARININ TƏTBİQİ**

3225.01 – Şüa diaqnostikası və terapiyası

tibb üzrə fəlsəfə doktoru elmi dərəcəsi
almaq üçün təqdim olunmuş dissertasiyanın

AVTOREFERATI

Bakı- 2018

Dissertasiya işi Azərbaycan Tibb Universitetinin şüa diaqnostikası və şüa terapiyası kafedrasında yerinə yetirilmişdir.

Elmi rəhbər:

Bahadır Ələkbər oğlu Baxşiyev

tibb üzrə elmlər doktoru,
professor

Rəsmi opponetlər:

Soltan Səməd oğlu Manafov

tibb üzrə elmlər doktoru,
professor

Əli Naxbala oğlu Movlamov

tibb üzrə fəlsəfə doktoru

Aparıcı təşkilat:

Ə.Əliyev adına Azərbaycan

Dövlət Həkimləri

Təkmilləşdirmə İnstitutu,

şüa diaqnostikası kafedrası

Müdafiə “___”_____2018-ci il tarixdə saat _____-da Milli Onkologiya Mərkəzinin nəzdində FD 03.021 Dissertasiya şurasının iclasında keçiriləcəkdir.

Ünvan: AZ 1012, Bakı şəhəri, H.Zərdabi küçəsi, 79 B.

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

Avtoreferat «___»_____2018-ci il tarixdə göndərilmişdir.

FD 03.021 Dissertasiya şurasının
elmi katibi, t.ü.f.d., dosent

R.A.HÜSEYNOVA

İŞİN ÜMUMİ XARAKTERİSTİKASI

Mövzunun aktuallığı. Ağciyər xərçəngi (AX) XX əsrin ortalarından etibarən, xüsusən siqaretdən istifadənin və digər bir çox risk amillərinin təsirinin artması ilə bəşəriyyətin sağlamlığını təhlükəyə atan bir patologiya halını almışdır. Eyni zamanda diaqnostikasındakı gecikmələrə və yüksək ölüm göstəricisinə görə müasir təbabətin aktual problemlərindən sayılır (Cheng T., Cramb S., Baade P. et al., 2016; Солтанов А.А., 2012; Alberg A., Ford J., Samet J., 2007). Bütün dünyada bədxassəli şişlərlə xəstələnmə hallarının 13-15%-ni, bu səbəbdən baş verən ölüm hallarının isə 20-30%-ni AX təşkil edir. Belə ki, dünya üzrə hər il yeni AX-nin qeydə alınması və ölüm göstəriciləri müvafiq olaraq 1,82 və 1,59 milyon təşkil edir (Jemal A., Siegel R., Xu J., Ward E. 2010; Dubey S., Powell C., 2008).

AX adətən iş yerlərinin təşkil etdiyi profilaktik baxış zamanı təsadüfən aşkarlanır. AX-nin uzun müddət asimptomatik davam etməsi (xüsusən də onun periferik formasının) əksər hallarda düzgün diaqnoz qoyulmasını gecikdirir. Belə ki, AX-li xəstələrin 60%-dən çoxu klinikaya III-IV mərhələlərdə daxil olur (Cronin P., Dwamena B., Kelly A., Carlos R., 2008; Akpınar E., Gülhan M., Çapan N., 2011; Alar T., Şahin E., 2012).

Ağciyərin bədxassəli proseslərinin diaqnozunun qoyulması və operabelliyyətin qiymətləndirilməsində əsas yeri şüa-diaqnostik müayinə metodları tutur. İlk seçiləcək metod döş qəfəsinin (DQ) müxtəlif proyeksiyalı rentgenoqrafiyası (RQ) və rentgenoskopiyasıdır (RS). RQ müayinəsi vasitəsi ilə patoloji kölgəlik, onun lokalizasiyası, forması, ölçüsü, strukturu, ətraf toxumadakı dəyişikliklər təyin edilir. Birincili şişin aşkarlanmasında bu metodun həssaslığı müəlliflər tərəfindən çox da yüksək qiymətləndirilmir. Kiçik ölçülü və sıxlığı aşağı olan törəmələrin aşkarlanmasında, içində maye olan proseslərlə solid düyünlərin diferensiasiyasında RQ-nin imkanları məhdud olur. Bəzən ölçüsü 3-4 sm olan, lakin zirvədə və ya paratraxéal sahələrdə yerləşən törəmələr də RQ müayinəsində nəzərdən yayına bilər (Nair A., Baldwin D., Field J. et al., 2012; Харченко В.П., Черниченко Н.В., Гваришвили А.А. и др., 2009; Королева И.М., 2008; Gould M., Fletcher J., Iannettoni M. et al., 2007).

Xərçəngə şübhə olan xəstələrdə patoloji prosesin xarakterini təyin etmək üçün ikincili olaraq kompüter tomoqrafiya (KT) metodu istifadə olunur. KT-də ayrı-ayrı qatların vizualizasiya olması hesabına prosesin lokalizasiyasının dəqiq öyrənilməsi mümkün olur. Adı çəkilən metodda

müxtəlif pəncərələrdən istifadə olunması və absorbsiya əmsalı (AƏ) göstəricisinin qiymətləndirilməsi törəmə ilə ətraf toxuma arasında sıxlıqlar fərqi daha aydın görməyə, törəmənin semiotikasını daha dəqiq xarakterizə etməyə imkan verir. Lakin bəzi hallarda (zirvə şişlərinin diaqnostikasında və endobronxial mərkəzi xərçəngin qiymətləndirilməsi zamanı və s.) KT-nin diaqnostik imkanları aşağı olur. O cümlədən yüksək şüa yükü bu müayinə metodundan istifadəni məhdudlaşdırır (Suzuki K., Koike T., Asakawa T. et al., 2011; Черноусов А.Ф., Павлов Ю.В., Павлов А.Ю., 2010; Cronin P., Dwamena B., Kelly A., Carlos R., 2008; Харченко В.П., Черниченко Н.В., Гваришвили А.А. и др., 2009).

Diaqnostikadakı problemlərin həlli, çatışmazlıqların aradan qaldırılması, ağciyərin bədxassəli şişlərinin mövcudluğu, yayılması haqqında vaxtında və dəqiq məlumatın alınması üçün onların aşkar edilməsi üsullarının yenidən işlənməsi, mövcud olan metodların təkmilləşdirilməsi, məqsədyönlü və kompleks istifadəsi, həmçinin bu patologiyanın formalarının (periferik ağciyər xərçəngi - PAX və mərkəzi ağciyər xərçəngi - MAX) xüsusi diaqnostik simptomlarının aşkar edilməsi mühüm əhəmiyyət kəsb edir. Yuxarıda göstərilənlərə əsasən demək olar ki, AX-nin erkən diaqnostikası problem olaraq qalır və bunun həlli elmi araşdırmaların aparılmasını tələb edir.

Tədqiqatın məqsədi. Ağciyər xərçənginin müxtəlif formalarının erkən diaqnostikasında rentgenoqrafiya və kompüter tomoqrafiya müayinə üsullarının imkanlarının və alqoritmədəki yerinin müəyyənləşdirilməsidir.

Tədqiqatın vəzifələri: Göstərilən məqsədin yerinə yetirilməsi aşağıdakı vəzifələrin həllinə əsaslanmışdır:

1. Periferik və mərkəzi ağciyər xərçənglərinin rentgenoqrafik və kompüter-tomoqrafik semiotikasının ayrı-ayrılıqda və müqayisəli öyrənilməsi;

2. Ağciyər xərçənginin müxtəlif histoloji formalarının rentgenoqrafik və kompüter-tomoqrafik semiotikasının ayrı-ayrılıqda və müqayisəli öyrənilməsi;

3. Ağciyər xərçənginin diaqnostikasında rentgenoqrafiya və kompüter tomoqrafiya müayinə metodlarının informativliyinin qiymətləndirilməsi;

4. Periferik və mərkəzi ağciyər xərçəngi zamanı rentgenoqrafiya və kompüter tomoqrafiya müayinə metodlarının informativliyinin qiymətləndirilməsi və müqayisəli təhlili;

5. Ağciyər in müxtəlif mənşəli törəmələrinin müqayisəli diferensial-diaqnostik alqoritminin işlənilib hazırlanması.

Elmi yenilik. Ağciyər xərçənginin müxtəlif lokalizasiyalı və ayrı-ayrı histoloji formalarının rentgenoqrafik və kompüter-tomoqrafik semiotikası müəyyənləşdirilmiş və müqayisəli təhlil edilmişdir.

Eyni zamanda periferik və mərkəzi ağciyər xərçənglərinin ayrı-ayrılıqda digər patologiyalarla diferensial-diaqnostik meyarları öyrənilmiş, şüa müayinə metodlarının diaqnostik göstəriciləri müqayisəli şəkildə təhlil edilmişdir.

Müxtəlif lokalizasiyalı və ayrı-ayrı histoloji formalar üçün rentgenoqrafiya və kompüter tomoqrafiyanın nəticələri müqayisəli təhlil edilmiş, hər bir vəziyyətə uyğun onların aparılma ardıcılığı müəyyənləşdirilmişdir.

Dissertasiya işinin praktik əhəmiyyəti. Kompleks müayinələrin nəticələri ağciyər xərçəngi zamanı seçiləcək müalicə taktikasını və onun proqnozunu müəyyənləşdirməyə imkan verən diferensial-diaqnostik meyarları təyin edir. Şüa müayinə metodlarının effektivliyinin müqayisəli öyrənilməsi onların diaqnostik zəncirdəki yerinin təyininə kömək edir. Döş qəfəsi patologiyaları zamanı müqayisəli diferensial-diaqnostik alqoritmlərin istifadəsi ağciyər xərçənginin aşkarlanmasında xüsusi əhəmiyyət kəsb edir. Bunların nəticəsində maliyyə vəsaitindən səmərəli istifadə edilməsi, patoloji prosesin xarakterinin vaxtında təyin edilməsi ilə əlaqədar effektivli və düzgün müalicənin seçilməsi mümkündür.

Nəticələrin tətbiqi. Tədqiqatın nəticələri ATU-nun Onkoloji Klinikasının və Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyi Elmi-Tədqiqat Ağciyər Xəstəlikləri İnstitutunun praktik fəaliyyətində tətbiq olunur.

Müdafiyyə çıxarılmış əsas müddəalar:

1. Ağciyər xərçənginin rentgenoqrafik və kompüter-tomoqrafik semiotikası kifayət dərəcədə dəyişkəndir və xərçəngin mərhələsi, lokalizasiyası, histoloji strukturu kimi amillərdən asılıdır.

2. Rentgenoqrafiya və kompüter tomoqrafiya müayinə metodlarının diaqnostik göstəriciləri periferik və mərkəzi ağciyər xərçəngi üçün müxtəlif qiymətlərə malikdir.

3. Ağciyər in patologiyalarının diaqnostikasında rentgenoqrafiya və kompüter tomoqrafiya müayinə metodlarının diferensial-diaqnostik alqoritmə uyğun istifadə olunması daha optimal və effektivdir.

Nəşr. Tədqiqatın nəticələrinə əsaslanan və elmi işin əsas mahiyyətini özündə əks etdirən 17 elmi iş çap edilmişdir.

Dissertasiyanın aprobasiyası. Dissertasiyanın əsas materialları Respublika Dövlət mükafatı laureatı, ə.e.x., professor T.Ə.Əliyevin ad gününə həsr olunmuş elmi-praktik konfransda (Bakı, 2013), Ümummilli lider H.Ə.Əliyevin ad gününə həsr olunmuş elmi-praktik konfransda (Bakı, 2014), professor Ə.M.Əliyevin 115 illiyinə həsr olunmuş elmi-praktik konfransda (Bakı, 2014), müasir təbabətin aktual problemlərinə həsr olunmuş elmi-praktik konfransda (Bakı, 2014), tibb üzrə elmlər doktoru Ə.T.Ağayevin anadan olmasının 70 illiyinə həsr olunmuş elmi-praktik konfransda (Bakı, 2014), professor K.Ə.Balakişiyevin 90 illiyinə həsr olunmuş elmi-praktik konfransda (Bakı, 2016) məruzə və müzakirə edilmişdir. Dissertasiya işi Azərbaycan Tibb Universitetinin kafedralarası elmi konfransında (18 sentyabr 2017), Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyi Milli Onkologiya Mərkəzinin nəzdində olan Elmi seminarda (29 noyabr 2017) müzakirə edilmişdir.

Dissertasiyanın strukturu və həcmi. Dissertasiyanın materialları 153 səhifədən (giriş, ədəbiyyat icmal, tədqiqatın material və metodları, şəxsi tədqiqatın nəticələri və onların müzakirəsi, yekun, nəticələr, praktik tövsiyələr və 152 mənbənin daxil olduğu ədəbiyyat siyahısı) ibarətdir. Dissertasiya işi 5 cədvəl və 40 şəkillə illüstrasiya olunmuşdur.

TƏDQIQATIN MATERIAL VƏ METODLARI

Hazırki tədqiqatda qarşıya qoyulmuş məsələlərə müvafiq olaraq Azərbaycan Tibb Universitetinin Onkoloji və Tədris-Terapevtik klinikalarında, Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyi Elmi-Tədqiqat Ağciyər Xəstəlikləri İnstitutunda 2007-ci ildən 2014-cü ilə kimi müayinə və müalicə olunmuş 160 xəstənin məlumatları daxil edilmişdir. Tədqiqat həm retrospektiv, həm də prospektiv aparılmışdır.

Tədqiqat obyektimizə müqayisə qrupuna aid (I qrup) 21 xəstə - 13,1% (8 kişi, 13 qadın; orta yaş - $44,0 \pm 1,4$ il), II qrupa aid 89 PAX-lı xəstə - 55,6% (81 kişi, 8 qadın; orta yaş - $58,2 \pm 0,8$ il) və III qrupa aid 50 MAX-lı xəstə - 31,1% (49 kişi, 1 qadın; orta yaş - $58,9 \pm 1,4$ il) daxil edilmişdir. AX-li xəstələrin əksəriyyətinin yaşı 50-dən yuxarı olmuş və kişi cinsinə mənsub olan şəxslər üstünlük təşkil etmişdir.

Rentgenoloji müayinə. Bu müayinə üçün “Shimadzu Flexavision” və “Toshiba Winscope” adlı rəqəmsal cihazlar istifadə olunmuşdur. DQ üzvlərinin müayinəsinə RS ilə başlanılmışdır. Müayinə əsasən xəstənin şaquli vəziyyətində aparılmışdır. Tədqiqatın gedişatına görə xəstənin

vəziyyəti (aşağı pay arxa seqmentindəki törəmənin və kompressiv atelektazların təyin edilməsində üzü üstə; absesin diferensiasiyasında hava-mayə səviyyəsinin dəyişilməsinin öyrənilməsi üçün yana əyilmiş vəziyyət) dəyişdirilmişdir.

Kompüter tomoqrafiya müayinəsi. Bu müayinə "Toshiba Aquilion Multislice - 16", "Toshiba Asteion" və "Siemens Somatom" cihazları ilə həyata keçirilmişdir. Bu müayinə üsulunda törəmənin xüsusiyyətlərinin təhlili 2 üsulla aparılmışdır: vizual və densitometrik. Vizual olaraq patoloji ocağın forması, konturu, ölçüsü, strukturu, lokalizasiyası təhlil edilmiş, ətraf toxumanın vəziyyətinin qiymətləndirilmişdir. Densitometrik təhlil isə AƏ-nin hesablanması və müqayisəsi əsasında aparılmışdır. Şəkillərin qiymətləndirilməsi üçün ağciyər (-650-1000 HU) və mediastinal (50-400 HU) pəncərələrdən istifadə edilmişdir. Ağciyər pəncərəsində bronxların divarı, şiş prosesinin ona münasibəti, bronxların keçiriciliyinin pozulma əlamətləri öyrənilmişdir. Mediastinal pəncərədə isə törəmənin ətraf yumşaq toxuma strukturları ilə əlaqəsi təyin edilmişdir. Tədqiqata daxil edilmiş AX-li xəstələrdə törəmənin histoloji verifikasiyası aparılmışdır.

Statistik təhlil variasiya (U-Uilkokson (Manna-Uitni), diskriminant (χ^2 -Pirsonun tetraxorik və polixorik əlaqə göstəriciləri, diaqnostik testlərin həssaslığı, spesifikliyi və diaqnostik dəqiqliyi) və korrelyasiya (xətti korrelyasiya (Z-Fişer çevirməsi ilə) və rəngli ρ -Spirmen korrelyasiyası) üsullarının tətbiqi ilə aparılmışdır. Diaqnostik testlərin keyfiyyətini qiymətləndirmək məqsədi ilə onun həssaslıq, spesifikliyi və testin diaqnostik dəqiqliyi hesablanmışdır. Hesablamalar MS EXCEL-2010 elektron cədvəlində və SPSS-20 proqram paketində aparılmışdır.

TƏDQIQATIN NƏTİCƏLƏRİ VƏ ONLARIN MÜZAKİRƏSİ

Risk amillərini təhlil etdikdə yaş (AX-li xəstələrin yaşının orta qiyməti müqayisə qrupuna daxil olan xəstələrə nisbətən 30,7% daha çox olmuşdur - $p < 0,001$), cins (AX kişilər arasında daha çox -93,5±2,1% yayılmışdır - $p < 0,001$), siqaret çəkmə (AX-li xəstələrdən 61,2±4,1%-i hal-hazırda siqaret çəkən, 16,5±3,2%-i əvvəllər istifadə edən olmuşdur - $p < 0,05$), yaşayış ərazisinin (xəstələrdən 81,3±3,3%-i şəhərdə yaşayan olmuşdur - $p < 0,05$) təsiri izlənilmişdir.

Asimptomatik törəmələr tədqiqata daxil olan PAX qrupunda MAX qrupuna nisbətən çoxluq təşkil etmiş, həmçinin mərkəzi xərçəngin klinikası periferik xərçəngə nisbətən daha qabarıq təzahür etmişdir. MAX-lı

xəstələrdə uzunmüddətli öskürəyin olması - $86,0 \pm 4,9\%$ -lə həm PAX-lı ($p < 0,001$), həm də müqayisə qrupuna ($p < 0,05$) daxil edilmiş xəstələrə nisbətən; xəstələrin əzginlik ($24,0 \pm 6,0\%$ - $p < 0,01$) və təngnəfəslikdən şikayət etməsi ($48,0 \pm 7,1\%$ - $p < 0,05$) isə II qrupa nisbətən üstün olmuşdur.

Tədqiqatımızda RQ və KT görüntülər aşağıdakı ardıcılıqla təhlil olunmuş, müxtəlif qrup üzrə şüa-diaqnostik semiotika təyin edilmiş və bir-biri ilə müqayisə edilmişdir:

1. DQ-nin şüa-diaqnostik anatomiyası: ağciyərlərin holotopiyası, skletopiyası, sintopiyası, həcmi və ölçüləri (uzunluğu - 25-27 sm; frontal ölçü: sağda - 10 sm, solda - 7,5 sm); plevranın (dəyişikliksiz, qalınlaşmış, törəmənin invaziyası) və plevral ciblərinin (qabırğa-orta divar və qabırğa-diafraqma cibləri) vəziyyəti;

2. Ağciyər toxumasının xüsusiyyətləri: strukturu, şəffaflığının dərəcəsi (dəyişikliksiz, azalmış və ya artmış); ağciyər kökünün (III-IV qabırğaarası sahədə) və damar şəklinin vəziyyəti (güclənmiş və ya dəyişikliksiz);

3. Patoloji kölgəliyin xüsusiyyətləri:

- Mərkəzi və ya periferik yerləşməsi; pay bronxlarına münasibətdə lokalizasiyası (və ya seqmentar bronxlar): sol yuxarı (S1+2 - zirvə-arxa, S3 - ön, S4 - yuxarı dilçək, S5 - aşağı dilçək seqmentləri); sol aşağı (S6 - yuxarı, S7 - ön-içəri bazal, S8 - bayır bazal, S9 - arxa bazal seqmentləri); sağ yuxarı (S1 - zirvə, S2 - arxa, S3 - ön seqmentlər); sağ orta (S4 - bayır və S5 - içəri seqmentlər); sağ aşağı paylar (S6 - yuxarı, S7 - içəri bazal, S8 - ön bazal, S9 - bayır bazal, S10 - arxa bazal seqmentlər); ölçüsü (2 sm-ə qədər, 2-3 sm intervalı, 3-5 sm intervalı, 5-7 sm intervalı, 7 sm-dən böyük); forması (dairəvi, oval, infiltrasiyaşəkilli, qeyri-düzgün girdə); konturu (hamar, kələ-kötür, qeyri-düzgün, lobulyar, spikulyar); strukturu (homogen, heterogen);

- Patoloji proses ətrafındakı ağciyər toxumasının vəziyyəti və prosesə cəlb olunma dərəcəsi (infiltrasiya sahəsi, “buzlu şüşə” simptomu, plevraya doğru iltihabi yol - “cığır” əlaməti, keçirilmiş proseslərin qalıq əlamətləri);

4. Müayinə sahəsinə daxil olan digər toxuma və orqanların vəziyyəti:

- Divararalığının konfigurasiyası (dəyişikliksiz, patoloji proses tərəfə yerini dəyişmiş, əks tərəfə yerini dəyişmiş); traxeya və bronxlar (mənfəzinin açıq, yarım-qapalı və ya qapalı olması), regionar limfa düyünlərinin (LD) ölçüsü (böyümüş, dəyişikliksiz) və vəziyyəti;

- Ağciyər qapısı nahiyəsi; ürək və iri damarların vəziyyəti, ölçüsü (aortanın qalxan hissəsi, aorta qövsü, aortanın enən hissəsi, yuxarı boş

vena);

– Diafraqma: forması və vəziyyəti (gümbəzlər yastılaşmış və ya yüksəlmiş, dəyişikliktsiz (normada sağ gümbəz soldakından 1-2 sm yuxarı));

– Sümük (vəziyyəti, strukturu, konturu, simmetrikliliyi, sümük destruksiyasının mövcudluğu) və yumşaq toxuma (vəziyyəti, eni, sıxlığı, simmetrikliliyi).

Patoloji prosesin lokalizasiyası təhlil edilmişdir. Müqayisə qrupuna aid olan (66,7±10,3%) və MAX-lı xəstələrdə (64,0±6,8%) patoloji prosesin sağ ağciyərdə yerləşməsi sol ağciyəərə nisbətən üstünlük təşkil etmişdir, PAX-lı xəstələrdə isə nisbətən bərabər paylanmışdır (sağda - 53,9±5,3%, solda - 46,1±5,3%).

Patologiyaların yerləşməsinin paylara görə bölgüsünə nəzər saldıqda isə müşahidə olunur ki, I qrupa aid xəstələrdə patoloji prosesin aşağı payda (61,9±10,6%), II (60,7±5,4%) və III (54,0±7,0%) qruplara aid xəstələrdə isə əksinə yuxarı payda lokalizasiyası nisbətən üstünlük təşkil etmiş, həmçinin III qrupa aid xəstələrdə törəmə orta payda digər qruplarla müqayisədə daha çox yerləşmişdir (14,0±4,9%).

Tədqiqata daxil olan xəstələrdə patoloji prosesin ölçülərinin müqayisəli xarakteristikasında (≤ 2 sm, $>2-\leq 3$ sm, $>3-\leq 5$ sm, $>5-\leq 7$ sm, >7 sm) II qrupda (periferik lokalizasiyalı törəmə) müvafiq olaraq 7 (7,9±2,9%), 23 (25,8±4,6%), 36 (40,4±5,2%), 19 (21,3±4,3%) və 4 (4,5±2,2%); III qrupda (mərkəzi lokalizasiyalı törəmə) isə 4 (8,0±3,8%), 5 (10,0±4,2%), 20 (40,0±6,9%), 13 (26,0±6,2%) və 8 (16,0±5,2%) göstəriciləri əldə edilmişdir.

DQ-nin RQ müayinəsindən 115 xəstə keçmişdir. Bunlardan 33-ü (28,7%) mərkəzi xərçəng, 66-sı (57,4%) periferik xərçəng, 16-sı (13,9%) müqayisə qrupuna aid olmuşdur. Tədqiqata daxil olan PAX-lı xəstələrin 97,0%-də (64 xəstə), MAX-lı xəstələrin isə 87,9%-də (29 xəstə) rentgenoqrafik şəkillərdə törəmə aydın vizualizasiya olunmuş və semiotikasını xarakterizə etmək mümkün olmuşdur. Digər törəmələrin vizualizasiya olunmaması onun lokalizasiyası və ölçüsü ilə əlaqələndirilmişdir. PAX-lı xəstələrdə qeyri-düzgün girdə (36,4±5,9%) və dairəvi formalı (34,8±5,9%) törəmələrin rast gəlmə tezliyi nisbətən birbirinə yaxın olmuş, MAX-lı xəstələrdə qeyri-düzgün formalı şişin (63,6±8,4%) digərlərinə münasibətdə üstünlüyü müşahidə edilmişdir ($p<0,01$). Hər iki qrupa aid (II və III) xərçəngli xəstələrdən az qismində törəmənin konturu hamar (PAX - 10,6±3,8%; MAX - 3,0±3,0%),

əksəriyyətində isə nahamar olmuşdur.

Tədqiqata daxil olan xəstələrin hamısı - 160 xəstə (100%) DQ-nin KT müayinəsindən keçirilmişdir. Tədqiqata daxil olan PAX-lı xəstələrdən hamısında, MAX-lı xəstələrdən isə 94%-də KT şəkillərində patoloji kölgəliklərin xüsusiyyətləri təyin edilmiş və təhlili aparılmışdır.

Tədqiqat kontingentinə daxil edilmiş xəstələrdə KT müayinə vasitəsilə vizualizasiya olunan periferik lokalizasiyalı kölgəliklərin formasına görə bölgüsünə nəzər yetirdikdə müşahidə edirik ki, onlardan $42,7 \pm 5,2\%$ -i qeyri-düzgün girdə, $27,0 \pm 4,7\%$ -i dairəvi, $23,6 \pm 4,5\%$ -i oval, $6,7 \pm 2,7\%$ -i infiltrasiyaşəkilli; aşkarlanmış mərkəzi lokalizasiyalı kölgəliklərin (cəmi 94%) isə $66,0 \pm 6,7\%$ -i qeyri-düzgün girdə, $10,0 \pm 4,2\%$ -i dairəvi, $10,0 \pm 4,2\%$ -i oval, $8,0 \pm 3,8\%$ -i infiltrasiyaşəkilli olmuşdur. Beləliklə, PAX-lı xəstələrdə müxtəlif formalı törəmələrin rast gəlmə tezliyi nisbətən bir-birinə yaxın olmuş, MAX-lı xəstələrdə qeyri-düzgün formalı şişin digərlərinə münasibətdə üstünlüyü müşahidə edilmişdir ($p < 0,01$).

PAX-lı xəstələrdə onların $47,2 \pm 5,3\%$ -i kələ-kötür, $22,5 \pm 4,4\%$ -i spikulyar, $18,0 \pm 4,1\%$ -i qeyri-dəqiq konturlu, $4,5 \pm 2,2\%$ -i lobulyar konturlu olmuşdur. KT mənzərədə izlənən mərkəzi lokalizasiyalı şişin isə $60,0 \pm 6,9\%$ -i kələ-kötür, $14,0 \pm 4,9\%$ -i spikulyar, $18,0 \pm 4,1\%$ -i qeyri-dəqiq konturlu, $2,0 \pm 2,0\%$ -i lobulyar konturlu olmuşdur. Beləliklə PAX-lı xəstələrin az qismində ($7,9 \pm 2,9\%$) törəmə dəqiq-hamar konturlu olmuşdur. Bizim tədqiqatda MAX-lı xəstələrdə hamar konturlu kölgəliyə rast gəlinməmişdir ($p < 0,05$). Beləliklə, törəmənin kələ-kötür konturu bədxassəli proseslər üçün (MAX-ın üstünlüyü ilə) diferensial-diaqnostik meyar olaraq təyin edilmişdir ($p < 0,001$).

Kölgəliyin strukturunda heterogenlik yaradan amilləri təhlilində PAX-lı xəstələrin $18,1 \pm 4,1\%$ -də, MAX-lı xəstələrin isə $4,0 \pm 2,8\%$ -də kavernaşəkilli dağılma boşluğuna rast gəldiyini müşahidə edilmişdir ($p < 0,05$). Ancaq bunların divarı müqayisə qrupuna aid xəstələrdə aşkarlanmış kölgəliyin daxilindəki boşluğun divarından daha qalın olmuş və eksentrik yerləşmişdir ($p < 0,01$).

AX-li xəstələrdən 12-də kontrastlı KT müayinəsi aparılmışdır. Xəstələrin hamısında kontrastlaşmadan sonra AƏ göstəricisinin yüksəlməsi izlənmişdir (15-20 HU-dən çox).

AX-li xəstələrdə şişin ətrafındakı ağciyər toxuması müxtəlif dəyişikliklərə uğrayır. Belə ki, PAX-lı xəstələrdən $21,3 \pm 4,3\%$ -də ümumi infiltrativ sahə, $6,7 \pm 2,7\%$ -də xəstədə “buzlu şüşə” simptomu izlənmişdir. MAX-lı xəstələrdən isə $66,0 \pm 6,7\%$ -də infiltrativ sahə müşahidə edilmiş,

2,0±2,0% xəstədə “buzlu şüşə” simptomu izlənmişdir ($p<0,001$). Lakin PAX və MAX-ı sadəcə “buzlu şüşə” simptomunun rast gəlməsinə görə müqayisə etdikdə birincinin üstünlüyü müşahidə olunmuşdur ($p<0,05$).

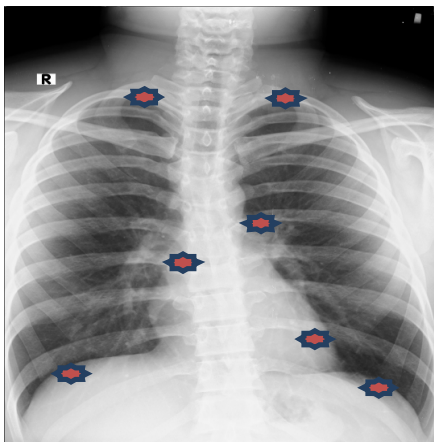
MAX-ın müxtəlif növlərinin şüa-diaqnostik mənzərəsi bir-birindən fərqlənmişdir. Belə ki, endobronxial inkişaf edən MAX zamanı törəmə kiçik ölçüdə olduqda bronxların mənfəzinin hissəvi tutulması hesabına hipoventilyasiyanın (ağciyərin şəffaflığının aşağı düşməsi, damar dəstəsinin şəklinin güclənməsi) yarandığı müşahidə edilmişdir. Törəmə kiçik ölçüdə olduqda RQ müayinəsində vizualizasiya olunmamış, KT-də isə bronx mənfəzində yerləşən, pay və ya segmentar bronxların mənfəzini qismən qapayan, nahamar konturlu patoloji kölgəlik şəklində izlənilmişdir. Ekzobronxial inkişaf edən MAX zamanı ağciyərin kökündə yerləşən nahamar və qeyri-kəskin konturlu, heterogen strukturlu kölgəlik müşahidə edilmişdir. Peribronxial inkişaf edən MAX-da isə törəmədən periferiyaya doğru “günəş şüalarına” bənzər kölgəliklər izlənilmişdir.

Tədqiqata daxil olan xəstələrdə törəmələrin 83-nün (59,7±4,2%) yastihüceyrəli xərçəng (YHX), 43-nün (30,9±3,9%) adenokarsinoma (AK), 8-nin (5,8±2,0%) xırdahüceyrəli xərçəng (XHX), 5-nin isə (3,6±1,6%) irihüceyrəli xərçəng (İHX) olduğu aşkarlanmışdır.

AX-nin morfoloji strukturundan asılı olaraq xəstəliyin klinikası, rentgenoloji və kompüter-tomoqrafik mənzərəsi müxtəlif ola bilər. Belə ki, YHX-də kişi cinsinə mənsubiyyətin (YHX-li xəstələrin hamısı- $p<0,001$) və siqaretin təsirinin daha yüksək olduğu (istifadə müddətinin orta göstəricisi AK-yə nisbətən 13,1% daha yüksək - $p<0,05$) müşahidə edilmişdir. AK-nin 88,4±4,9%-i periferiyada lokalizasiya olunmuş, YHX isə bronxa münasibətdə yerləşməsinə görə bir-birindən çox fərqlənmişdir (periferik - 54,2±5,5% və mərkəzi - 45,8±5,5%) ($p<0,001$). YHX zamanı qeyri-düzgün formalı ($p<0,05$) və tərkibində dağılma boşluğu olan ($p<0,05$) törəmələrin sayı üstünlük təşkil etmişdir. Ətraf ağciyər toxumasının patoloji prosesə cəlb olunmasına görə də qruplar arasında fərq izlənmişdir. YHX-də (44,6±5,5%) AK-ya nisbətən (18,6±5,9%) infiltrativ sahənin varlığı üstünlük təşkil etmiş ($p<0,01$), AK-lı xəstələrdə isə əksinə patoloji kölgəlik ətrafındakı ağciyər toxumasında “buzlu şüşə” simptomu ($p<0,05$) və “cığır” əlaməti ($p<0,001$) daha çox müşahidə edilmişdir. Nəticədə YHX və AK üçün şərti diaqnostik meyarlar təyin edilmişdir. Bu meyarlar histoloji müayinə aparılan zaman daha diqqətli olmağa və səhvlərin azalmasına və ya biopsiyaya mütləq əks göstəriş olduqda, bu üsulun aparılmasına xəstənin razılığı olmadıqda

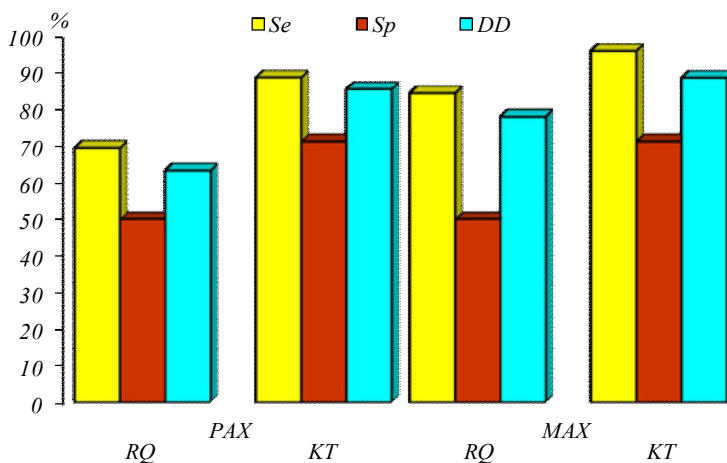
sonrakı taktikalarını seçməkdə kömək edə bilər.

Bədxassəli proses diaqnozunun təsdiqini tapmasının gecikməsi bir çox amillərlə (xəstələrin məlumatlanma dərəcəsi və seçimləri, həkimlərin təcrübəsi, təchizatla təminat) əlaqədar olmuşdur. Tədqiqatımıza daxil olan xəstələrdə patoloji prosesin xarakterini təyin edilməsinə qədər keçən dövrün (xəstələrin ilk dəfə klinikaya müraciətindən düzgün diaqnoz qoyulmasına) uzanmasının səbəblərini subyektiv və obyektiv amillərə bölmək mümkündür. Subyektiv amillərə anamnestik-klinik məlumatların kifayət qədər qiymətləndirilməməsi, müasir müayinə üsullarından istifadə ardıcılığının (diaqnostik alqoritmin) düzgün qurulmaması, obyektiv amillərə isə AX-nin asimptomatik gedişi və ya kliniki təzahürün digər DQ patologiyalara bənzəməsi, törəmələrin şüa-diaqnostik mənşərdə zəif vizualizasiyası (sağ və ya sol paratraxial, subdiafraqmal və ürəkarsası sahələrdə, ağciyərin zirvə nahiyəsində lokalizasiya olunması (şək. 1), ölçüsünün 1 sm-dən kiçik olması) müayinə metodlarının çatışmazlığı aid olmuşdur.



Şək. 1. Rentgenoqrafiyada düyünün gizli olduğu sahələr.

Beləliklə bütün anamnestik, klinik, şüa-diaqnostik və digər məlumatların bərgə qiymətləndirilməsi nəticəsində AX (həmçinin ayrı-ayrılıqda periferik və mərkəzi lokalizasiyalı törəmələr) üçün diaqnostik meyarlar təyin edilmişdir. Bundan sonra isə istifadə olunan hər bir müayinə üsulunun effektivliyi haqqında fikir yürütmək üçün onların diaqnostik göstəriciləri hesablanmışdır (şək. 2).



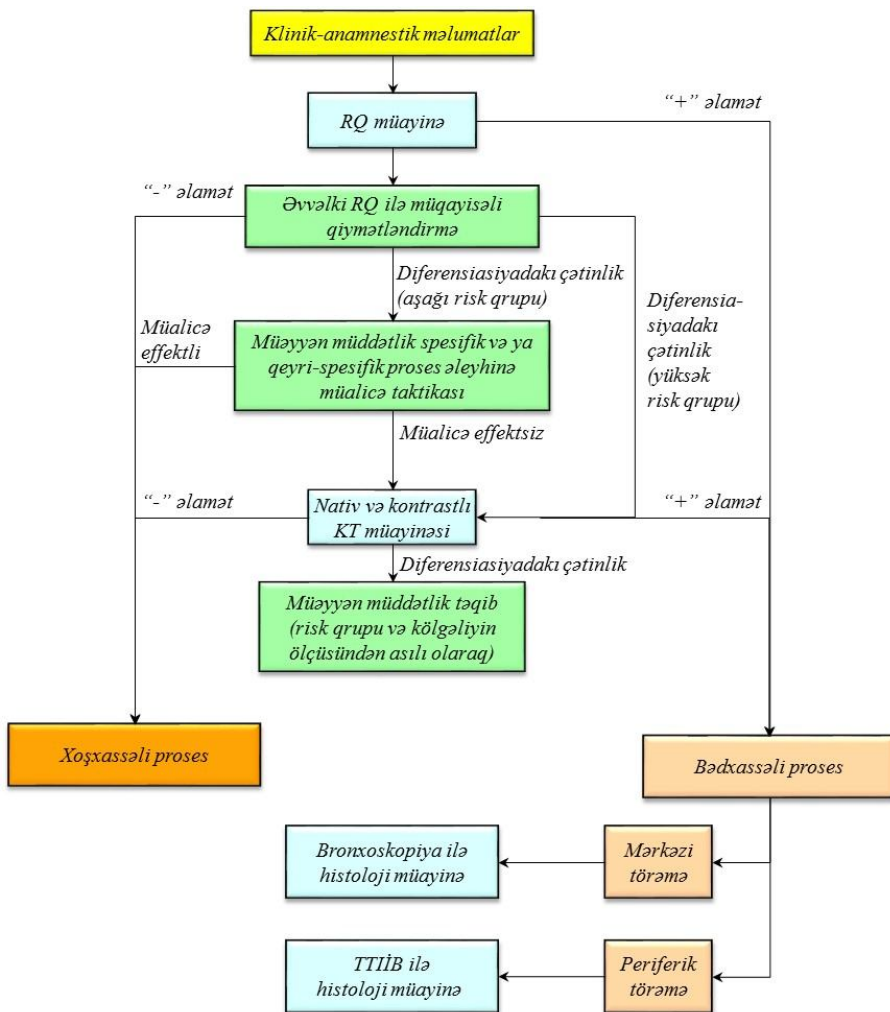
Se- həssaslıq
 Sp- spesiflik
 DD- diaqnostik dəqiqlik

Şək. 2. Müxtəlif müayinə metodlarının diaqnostik göstəriciləri.

Elmi-tədqiqat işinin nəticələri göstərir ki, PAX-ın diaqnostikası zamanı RQ-nin həssaslığı (Se) $69,7 \pm 8,0\%$, spesifikliyi (Sp) $50,0 \pm 12,5\%$, diaqnostik dəqiqliyi (DD) $63,3 \pm 6,9\%$; KT-nin həssaslığı $88,8 \pm 3,3\%$, spesifikliyi – $71,4 \pm 9,9\%$, diaqnostik dəqiqliyi – $85,5 \pm 3,4\%$; MAX-ın diaqnostikasında isə RQ müayinəsi üçün bu göstəricilər uyğun olaraq $84,8 \pm 4,4\%$ (Se), $50,0 \pm 12,5\%$ (Sp), $78,0 \pm 4,6\%$ (DD); KT müayinəsi üçün $96,0 \pm 2,8\%$ (Se), $71,4 \pm 9,9\%$ (Sp), $88,7 \pm 3,8\%$ (DD) təşkil etmişdir. Ümumi AX diaqnostikasında RQ müayinəsi üçün göstəricilər uyğun olaraq $79,8 \pm 4,0\%$ (Se), $50,0 \pm 12,5\%$ (Sp), $75,7 \pm 4,0\%$ (DD); KT müayinəsi üçün $91,4 \pm 2,4\%$ (Se), $71,4 \pm 9,9\%$ (Sp), $88,8 \pm 2,5\%$ (DD) təşkil etmişdir.

Bizim tədqiqatımızın nəticəsinə görə həm RQ, həm də KT müayinə üsullarının diaqnostik göstəriciləri bir-birindən MAX zamanı öz üstünlüyü ilə fərqlənmişdir. Belə ki, MAX-ın diaqnostikasında bu metodlar daha informativ olmuşdur. PAX-ın MAX-a nisbətən daha gec aşkarlanması onun asimptomatik gedişi ilə, həmçinin şüa-diaqnostik mənzərədə özünəməxsus semiotikanın azlığı ilə əlaqədar olmuşdur.

Materialın təhlili göstərir ki, bu metodların kompleks tətbiqi ağciyərlərin müxtəlif xəstəliklərinin, o cümlədən AX-nin diaqnostikasını müvəffəqiyyətlə təmin edir. RQ və KT alternativ metodlar hesab olunmaqla, bir-birini tamamlayır və ağciyərlərin diaqnostik alqoritmində geniş istifadə olunmalıdır. Bu müayinələrin rasional ardıcılıqla tətbiqi diaqnostik prosesi yaxşılaşdırır və AX-nin diferensial diaqnostikasını daha effektiv aparmağa şərait yaradır (şək. 3).



Şək. 3. AX-nin diaqnostika alqritmi.

Şək. 3-də təsvir olunan alqoritm adətən onkoloji klinikaya daxil olana qədər (terapevtlər-pulmonoqlar tərəfindən diferensial diaqnostikanın aparılması) və onkoloji klinikaya daxil olduqdan sonrakı dövrü əhatə edir.

Xəstələrin klinikaya gec müraciəti ilə yaranan problemlərin aradan qaldırılması üçün əhali arasında bədxassəli törəmələrlə bağlı (risk qrupları və DQ patologiyalarının klinikası) maarifləndirmə işləri aparılmalı (xüsusən bu problemə kütləvi-informasiya vasitələri öz fəaliyyətlərində yer verməlidir), mütəmadi olaraq profilaktik baxışlardan keçmənin əhəmiyyəti təbliğ edilməli və risk qrupuna daxil olan əhali (50 yaşdan yuxarı, kişi cinsi, siqaret çəkən, işdə və ya yaşayış zonasında kanserogen amillərlə sıx təmasda olan) skriningə cəlb edilməlidir.

RQ (patologiyanın ön-arxa proyeksiyalı RQ zamanı çətin vizualizasiya olunan nahiyələrdə yerləşmə ehtimalını nəzərə alaraq yan və çəp proyeksiyalarda da) müayinənin nəticəsinə əsasən sonrakı taktika təyin edilməlidir. Həkim-diaqnostik hər şübhə doğuran kölgəliyə diqqətlə nəzər yetirməli, bədxassəli törəmələrə xas diaqnostik meyarlardan (vizualizasiya olunan kölgəliyin sıxlığı - yüksək; kənarları – kələ-kötür; forması - qeyri-düzgün girdə; kalsinasiyalaşma - olmaması və ya nadir hallarda eksentrik yerləşmiş kalsinasiyanın olması; dağılma boşluğu - divarının qalın olması və eksentrik inkişaf etməsi; “cığır” şəkilli iltihabi zolaq) istifadə edərək AX diaqnozunu təsdiq və ya inkar etməli, əldə edilmiş məlumatlar buna tam imkan vermədikdə araşdırma davam etdirilməlidir. Əgər varsa əvvəlki RQ şəkilləri ilə müqayisə aparılmalıdır. Müəyyən müddət ərzində kölgəliyin ölçüsündə dəyişiklik izlənilməmiş, lakin kalsinatlaşma (xoşxassəli və bədxassəli proseslərin diferensiasiyasına kömək edən əlamət) müşahidə olunmamışdırsa, proses qeyri-məlum olaraq qəbul edilməlidir.

Diferensial diaqnostikada çətinlik yarandıqda və ya şiş prosesinin yayılma dərəcəsinin təyini və müalicə taktikasının seçilməsi üçün nativ və kontrastlı KT (heterogen – AƏ-nin 15-20 HU-dan çox yüksəlməsi) müayinəsinə müraciət edilməlidir.

Prosesin xarakterinin dəyərləndirilməsi mümkün olmadıqda xəstələrin təqibə alınma müddəti bu xəstələrin hansı risk qrupununa mənsubluğundan və aşkarlanmış kölgəliyin ölçüsündən asılı olaraq təyin edilməlidir.

Diferensiasiya aparıldıqdan və törəmə bədxassəli proses olaraq təyin edildikdən sonra xəstə morfoloji müayinəyə yönləndirilməlidir.

NƏTİCƏLƏR

1. Rentgenoqrafiya və kompüter tomoqrafiyada törəmənin yüksək sıxlığı, kələ-köttür konturu, qeyri-düzgün forması, kalsinasiyalaşmanın olmaması, heterogen kontrastlaşması, daxilində eksentrik inkişaf edən dağılma boşluğunun divarının qalın olması, ətrafında “cığır” şəkilli iltihab zolağının mövcudluğu bədxassəlilik əlaməti kimi qiymətləndirilmişdir. Törəmənin lokalizasiyasından və inkişaf xüsusiyyətindən (mərkəzi şişin peribronxial, endobronxial və ya ekzobronxial formaları) asılı olaraq ağciyər xərçənginin hər bir forması zamanı izlənən şüa-diaqnostik semiotikanın müxtəlif olduğu (bədxassəlilik əlamətlərinin mövcudluğuna görə mərkəzi xərçəngin üstünlüyü ilə) müşahidə edilmişdir.

2. Ağciyər xərçənginin müxtəlif histoloji formaları ilə anamnestik məlumatlar, klinik və şüa-diaqnostik semiotikanın arasında asılılıq izlənmişdir. Vizualizasiya olunan kölgəliyin formasının qeyri-düzgün olması, endobronxial inkişafı, daxilində dağılma boşluğunun, ətraf ağciyər toxumasında infiltrativ sahənin varlığı yastıhüceyrəli xərçəng üçün; törəmənin oval və ya girdə formada rast gəlmə tezliyinin yüksəkliyi, periferiyada lokalizasiyası, daxilində hava bronxoqramlarının, ətrafında “buzlu şüşə” simptomu və “cığır” şəkilli iltihabi zolağın mövcudluğu isə adenokarsinoma üçün daha xarakterik olmuşdur.

3. Ağciyər xərçənginin diaqnostikasında rentgenoqrafiyanın diaqnostik dəqiqliyi $75,7 \pm 4,0\%$, kompüter tomoqrafiyanın diaqnostik dəqiqliyi $88,8 \pm 2,5\%$ olmuşdur.

4. Periferik və mərkəzi ağciyər xərçəngi üçün rentgenoqrafiyanın və kompüter tomoqrafiyanın diaqnostik göstəricilərinin ayrı-ayrı hesablanması və müqayisə edilməsi zamanı fərq müşahidə olunmuşdur. Periferik ağciyər xərçənginin diaqnostikası zamanı bu göstərici adı çəkilən müayinələr üçün müvafiq olaraq $63,3 \pm 6,9\%$ və $85,5 \pm 3,4\%$; mərkəzi ağciyər xərçənginin diaqnostikasında isə $78,0 \pm 4,6\%$ və $88,7 \pm 3,8\%$ təşkil etmişdir.

5. Ağciyərdəki proseslərin diferensial diaqnostikası üçün işlənib hazırlanmış alqoritm müxtəlif metodlardan rəasional istifadə edilməsinə, sərf olunan sərmayənin azaldılmasına, xəstənin məruz qaldığı şüa yükünün aşağı salınmasına və patoloji prosesin xarakterinin vaxtında təyin edilməsinə kömək edir.

PRAKTİK TÖVSIYƏLƏR

1. Xəstələrin klinikaya gec müraciəti ilə bağlı olaraq yaranan problemlərin aradan qaldırılması üçün əhali arasında bədxassəli törəmələr ilə əlaqədar maarifləndirmə işləri aparılmalı (kütləvi-informasiya vasitələri də öz fəaliyyətlərində bu məsələyə diqqət ayırmalı), həmçinin risk qrupuna aid olan şəxslər skrining proqramlarına aktiv cəlb edilməlidir.

2. Rentgenoqrafiya və kompüter tomoqrafiya alternativ metodlar hesab olunmaqla, bir-birini tamamlayır. Buna görə də hər iki müayinə üsulu ağciyərlərin diaqnostik alqoritmində rəasional ardıcılıqla tətbiq edilməlidir.

3. Ağciyər xərçəngindəki hipodiaqnostikanın və spesifik proseslərdəki hiperdiaqnostikanın aradan qaldırılması üçün bütün klinikalarda döş qəfəsində patoloji proses aşkarlanan xəstələrdə müalicə taktikası seçilməmişdən öncə bu patologiyaların diferensial diaqnostikası aparılmalı və inkar edilməlidir.

4. Ağciyər törəmələrinin rentgenoqrafiyada zəif vizualizasiya olunduğu sahələr (paratraxéal sahələr; retrokardial sahə; ağciyərin periferiyası, xüsusən zirvə nahiyəsi; diafraqmaüstü sahə) müayinə protokollarında qeyd edilməlidir və müayinə vaxtı diqqətlə nəzərdən keçirilməlidir. Müayinə üsulları üçün standart və təkmilləşdirilmiş protokol tətbiq edilməli və istifadə olunmalıdır.

5. Mərkəzi lokalizasiyalı kölgəlik aşkarlanan və ya ağciyər şəklində postobstruksion dəyişikliklər izlənilən bütün xəstələrdə bronxoskopiya müayinəsi tətbiq edilməlidir.

6. Ağciyər xərçənginin ayrı-ayrı histoloji formalarının bir-birindən fərqlənən klinik və şüa-diaqnostik təzahürlərindən istifadə edərək bu formalar haqqında ehtimal bildirmək mümkündür.

Dissertasiya mövzusu üzrə dərc olunmuş elmi işlərin siyahısı

1. Ağciyər xərçənginin erkən diaqnostikasındakı çətinliklər / Ə.M. Əliyevin 115 illiyinə həsr edilmiş konfransın materialları, Bakı, 2012, s. 76-77 (həmmüəl.: Ə.S.Əsədov)
2. Современная лучевая диагностика рака легкого / Ə.M.Əliyevin 115 illiyinə həsr edilmiş konfransın materialları, Bakı, 2012, s. 139-140 (həmmüəl.: B.Ə.Baxşiyev)
3. Ошибки диагностики первичного рака легких / Akademik R.N.Rəhimovun 90 illik yubileyinə həsr olunmuş elmi-praktik konfransın materialları, Bakı, 2013, s. 90-91
4. Ağciyər xərçənginin erkən diaqnostikasının əsas problemləri // Azərbaycan Tibb Jurnalı, 2014, № 1, s.152-158 (həmmüəl.: B.Ə.Baxşiyev)
5. Ağciyər xərçənginin erkən diaqnostikasında maqnit rezonans tomoqrafiyanın rolu / Ümummilli lider H.Ə.Əliyevin ad gününə həsr olunmuş elmi-praktik konfransın materialları, Bakı, 2014, s. 35-37
6. Периферик ağciyər xərçənginin diaqnostikasında kompüter tomoqrafiya müayinəsinin rolu // Azərbaycan təbabətinin elmi nailiyyətləri, 2014, № 1, s. 163-166 (həmmüəl.: B.Ə.Baxşiyev)
7. Ağciyər xərçənginin histoloji formalarının kompüter tomoqrafiya şəklinin müqayisəsi // Sağlamlıq, 2014, №2, s. 50-53 (həmmüəl.: B.Ə.Baxşiyev)
8. The role of computer tomography in diagnostics of central lung cancer // Лики України, 2014, №3, с. 64-67 (həmmüəl.: B.Ə.Baxşiyev)
9. Ağciyər xərçənginin aşkarlanma yollarının təhlili və bəzi xəstələrdən nümunələr // Azərbaycan təbabətinin elmi nailiyyətləri, 2014, № 2, s. 190-193
10. Компьютерная томография в диагностике узловых образований легких / “Təbabətin aktual problemləri” mövzusunda elmi-praktik konfransın materialları, Bakı, 2014, s. 33-34 (həmmüəl.: B.Ə.Baxşiyev)
11. Ağciyər xərçənginin müayinəsində diaqnostik alqoritmin qurulması // Azərbaycan Onkologiya və Hematologiya Jurnalı, 2014, №2, s. 96-97
12. Ağciyər xərçənginin təsnifatına müasir yanaşma / Tibb üzrə elmlər doktoru Ə.T.Ağayevin 70 illik yubileyinə həsr olunmuş elmi-praktik konfransın materialları, Bakı, 2014, s. 27-29 (həmmüəl.: B.Ə.Baxşiyev)

13. Ağciyər xərçənginin epidemioloji və klinik xüsusiyyətlərinin öyrənilməsinin erkən diaqnostikadakı rolu // Azərbaycan Onkologiya Jurnalı, 2015, №1, s. 90-93 (həmmüə.: G.İ.Əhmədova)

14. Periferik və mərkəzi ağciyər xərçənginin şüa-diaqnostik semiotikasının müqayisəli səciyyələndirilməsi // Azərbaycan təbabətinin elmi nailiyyətləri, 2016, №4, s. 23-27

15. Döş qəfəsi rentgenoqrafiyasının diaqnostik imkanlarının qiymətləndirilməsi / Professor K.Balakişiyevin 110 illiyinə həsr edilmiş konfransın materialları, Bakı, 2016, s. 39-41 (həmmüə.: G.İ.Əhmədova)

16. Döş qəfəsinin şüa-diaqnostik anatomiyası və şüa-diaqnostik təsviri / Professor K.Ə.Balakişiyevin 110 illiyinə həsr edilmiş konfransın materialları, Bakı, 2016, s. 41-43

17. Ağciyər xərçənginin rentgenoqrafik semiotikası və müqayisəli xarakteristikası // Azərbaycan Onkologiya Jurnalı, 2017, №2, səh. 88-90 (həmmüə.: G.İ.Əhmədova)

ВУСАЛА АЙДЫН ГЫЗЫ ДАДАШОВА

**ПРИМЕНЕНИЕ КОМПЛЕКСНЫХ ЛУЧЕВЫХ МЕТОДОВ
ОБСЛЕДОВАНИЯ В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ
РАКА ЛЕГКОГО**

РЕЗЮМЕ

Цель исследования – определение возможностей рентгенологического исследования (РИ) и компьютерной томографии (КТ) при ранней диагностике разных форм рака легких и их места в алгоритме обследования.

Исследование было проведено в Учебно-Терапевтической и Онкологической клиниках Азербайджанского Медицинского Университета, в Научно-Исследовательском Институте Легочных Заболеваний МЗ Азербайджанской Республики. В исследовании были использованы проспективные и ретроспективные материалы 160 больных с патологиями легкого, из них у 139 (86,9%) пациентов был отмечен рак легкого (периферический рак легкого - 89 (55,6%), центральный рак легкого - 50 (31,3%)). Диагноз новообразования сопоставлялся с результатами морфологического исследования.

В исследовательской работе рентгенологические и КТ признаки, как размеры, форма, контуры опухолей были систематизированы и использованы в дифференциальной диагностике. Кроме того, при КТ исследовании были учтены денситометрические показатели опухоли.

Проведено сравнение между заключительным диагнозом гистологического исследования с результатами РИ и КТ обследования больных с доброкачественными и злокачественными процессами в легких. Согласно полученным результатам для периферического рака легких чувствительность (Чс) РИ составляет $69,7 \pm 8,0\%$, специфичность (Сп) $50,0 \pm 12,5\%$ и общий диагностический вес теста (ОДВ) $63,3 \pm 6,9\%$; Чс КТ составляет – $88,8 \pm 3,3\%$, Сп – $71,4 \pm 9,9\%$ и ОДВ – $85,5 \pm 3,4\%$; а для центрального рака легких Чс РИ составляет $84,4 \pm 4,4\%$, Сп – $50,0 \pm 12,5\%$ и ОДВ $78,0 \pm 4,6\%$; Чс КТ составляет – $96,0 \pm 2,8\%$, Сп – $71,4 \pm 9,9\%$ и ОДВ – $88,7 \pm 3,8\%$;

Используя эти данные был определен алгоритм диагностики опухолей легких. Описанный алгоритм диагностического обследования

позволяет ускорить постановку диагноза больному.

VUSALA AYDIN DADASHOVA

**APPLICATION OF THE COMPLEX RADIOLOGY
DIAGNOSTIC METHODS IN EARLY DETECTION
OF LUNG CANCER**

SUMMARY

The purpose of the research was to determine the possibilities of X-ray examination (X-ray) and computer tomography (CT) in the early diagnosis of various forms of lung cancer and their place in the algorithm.

The research was carried out in Educational - Therapeutic and Oncological clinics of Azerbaijan Medical University, The Ministry of Health of the Republic of Azerbaijan Scientific-Research Institute of Lung Diseases. 160 patients' archives and current materials were used in research, they were examined by radiodiagnostic methods and histologically verified. Lung cancer is stated on 139 patients (peripheral lung cancer - 89 (55,6%), central lung cancer - 50 (31,3%)).

In the research work, X-ray and CT signs, like the size, shape, contours of tumors were systematized and used in differential diagnosis. In addition, in the CT examination, densitometric parameters of the tumor were taken into account.

A comparison was made between the final diagnoses of the histological examination with the results of X-ray and CT examination of patients with benign and malignant processes in the lungs. According to the acquired results, for peripheral lung cancer sensitivity of X-ray (Se) is $69,7 \pm 8,0\%$, specificity (Sp) - $50,0 \pm 12,5\%$ and total diagnostic value of test (TDV) - $63,3 \pm 6,9\%$; Se of CT is $88,8 \pm 3,3\%$, Sp - $71,4 \pm 9,9\%$ and TDV - $85,5 \pm 3,4\%$; for central lung cancer Se of X-ray is $84,4 \pm 4,4\%$, Sp - $50,0 \pm 12,5\%$ and TDV - $78,0 \pm 4,6\%$; Se of CT is $96,0 \pm 2,8\%$, Sp - $71,4 \pm 9,9\%$ and TDV - $88,7 \pm 3,8\%$.

Using this data, an algorithm for diagnosing lung tumors was determined. The described algorithm of diagnostic examination allows to speed up the diagnosis of the patient.

İxtisarlarnın siyahısı

AƏ	– Absorbsiya əmsalı
AX	– Ağciyər xərçəngi
AK	– Adenokarsinoma
DD	– Diaqnostik dəqiqlik
DQ	– Döş qəfəsi
XHX	– Xırdahüceyrəli xərçəng
İHX	– İrihüceyrəli xərçəng
KT	– Kompüter tomoqrafiya
MAX	– Mərkəzi ağciyər xərçəngi
PAX	– Periferik ağciyər xərçəngi
RQ	– Rentgenoqrafiya
RS	– Rentgenoskopiya
Se	– Həssaslıq
Sp	– Spesifiklik
YHX	– Yastıhüceyrəli xərçəng

Format 60 x 84 1/16
Sifariş № 859. Tiraj 100.
Azərbaycan Tibb Universitetinin mətbəəsi

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
АЗЕРБАЙДЖАНСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

НАЦИОНАЛЬНЫЙ ЦЕНТР ОНКОЛОГИИ

На правах рукописи

ВУСАЛА АЙДЫН ГЫЗЫ ДАДАШОВА

**ПРИМЕНЕНИЕ КОМПЛЕКСНЫХ ЛУЧЕВЫХ
МЕТОДОВ ОБСЛЕДОВАНИЯ В РАННЕЙ
ДИАГНОСТИКЕ РАКА ЛЕГКОГО**

3225.01 – Лучевая диагностика и терапия

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени
доктора философии по медицине

Баку-2018