

AZƏRBAYCAN RESPUBLİKASI

Əlyazması hüququnda

QIDA BORUSUNUN BƏDXASSƏLİ DİSFAĞİYALARININ MÜALİCƏSİNDƏ ENDOSKOPIK STENTLƏŞMƏ METODUNUN QIYMƏTLƏNDİRİLMƏSİ

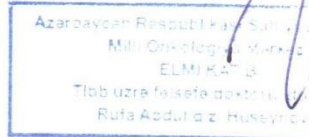
İxtisas: 3224.01 – Onkologiya

Elm sahəsi: Tibb

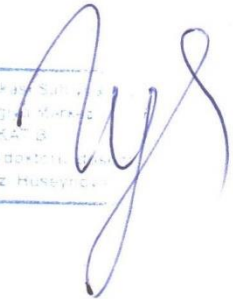
İddiaçı: Həcər Nazim qızı Həsənova

Fəlsəfə doktoru elmi dərəcəsi almaq üçün
təqdim edilmiş dissertasiyanın

AVTOREFERATI



Bakı – 2023



Dissertasiya işi Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyi Milli Onkologiya Mərkəzinin endoskopiya şöbəsində yerinə yetirilmişdir.

Elmi rəhbər: tıbb elmləridoktoru, professor,
əməkdar elm xadimi, akademik,
Cəmil Əziz oğlu Əliyev

Elmi məsləhətçi: tıbb üzrə fəlsəfə doktoru, dosent
Tahir Hüseynağa oğlu Səlimov

Rəsmi opponetlər: tıbb elmləri doktoru
Əbülfəz Ağasoltan oğlu Soltanov

Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyi
Milli Onkologiya Mərkəzi
ELMI KATİB
Tıbb üzrə fəlsəfə doktoru, dosent
Rufa Abdulləqə Hüseynova

tıbb elmləri doktoru, professor
Qurbanxan Fətəli oğlu Müslümov
tıbb üzrə fəlsəfə doktoru, dosent
Gülnarə Şamil qızı Ağayeva

Azərbaycan Respublikasının Prezidenti yanında Ali Attestasiya Komissiyasının Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyi Milli Onkologiya Mərkəzinin nəzdində fəaliyyət göstərən FD1.02 Dissertasiya şurası



Dissertasiya şurasının sədri:

tıbb elmləri doktoru, professor,
əməkdar elm xadimi, akademik
Cəmil Əziz oğlu Əliyev

Dissertasiya şurasının elmi katibi:

tıbb üzrə fəlsəfə doktoru
Rəşad Saleh oğlu Zeynalov

Elmi seminarın sədri:

tıbb elmləri doktoru, professor
Fuad Əliövsət oğlu Mərdanlı

İŞİN ÜMUMİ SƏCİYYƏSİ

Mövzusunun aktuallığı. Qida borusu xərçəngi (QBX) bədxəsəli xəstəliklər arasındaxərçəngdən ölüm səbəblərinə görə 4-cü yeri tutur^{1,2}. Müasir diaqnostika üsullarının təkmilləşdirilməsinə, yeni cərrahiyyə üsulların tətbiqinə baxmayaraq QBX olan xəstələr arasında letallıq göstəriciləri hələ də yüksək olaraq qalır. National Cancer Institute US-nin məlumatlarına görə, şişin lokalizə olunmuş (cT1-2N0M0) formalarında 5 illik yaşama göstəricisi 37%, yerli yayılmış şişlərdə (cT3-4N1-3M0) isə 18%, uzaq metastazlarda isə 3% təşkil edir^{3,4}. Hal-hazırda qida borusu xərçənginin lokal formalarında cərrahi əməliyyat əsas müalicə üsulu hesab edilir⁵. Lakin xəstələrin əksəriyyəti həkimə bu aqressiv xəstəliyin gecikmiş mərhələsində müraciət edirlər, bu səbəbdənxəstələrin 60%-də rezeksiya cərrahi əməliyyatın aparılması qeyri-mümkün olur. Bu mərhələdə qida borusu karsinoması artıq ətraf toxumalara sirayət edərək qida borusumənfəzinin stenozuna səbəb olur. Qida borusunun stenozu zamanı mənfəzin şiş toxuması ilə deformasiyası və daralması nəticəsində disfagiya əlamətləri inkişaf edir ki, bu da qidanın həzm traktı ilə ötürülməsini çətinləşdirir və ya tamamilə mümkün deyildir^{6,7}. Belə pasientlərin müali-

¹Jackson, C.E. A viewpoint on material and design considerations for oesophageal stents with extended lifetime / C.E.Jackson, L.S.J.Johnson, D.A.Williams. [et al.] // *J Mater Sci.*, - 2022, v.57, - p. 3–26.

²Napier, K.J. Esophageal cancer: a review of epidemiology, pathogenesis, staging workup and treatment modalities / K.J.Napier, M.Scheerer, S.Misra // *World J Gastrointest Oncol.*, - 2014, vol.6, - p.112–120.

³Bray, F. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries / F.Bray, J.Ferlay, I.Soerjomataram [et al.] // *CA Cancer J Clin.*, - 2018, v.68, - p.394–424.

⁴Урмонов, У.Б. Комбинированное лечение рака пищевода с использованием предоперационной химиотерапии: // диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук / - Томск, 2020, - 114 с.

⁵Həsənova X.Ə. Qida borusu xərçənginin cərrahiyyəsi / Ə.Əsgərov, Ə.X.Kərimov, A.R.Əliyev, E.Ş.Nağıyev // *Sağlamlıq*, - Bakı: - 2019, №4, - s.1-10.

⁶Kawakami, T., Tsushima, T., Omae, K. *et al.* Risk factors for esophageal fistula in thoracic esophageal squamous cell carcinoma invading adjacent organs treated with definitive chemoradiotherapy: a monocentric case-control study. *BMC Cancer* 18, 573 (2018).

cəsində yalnız palliativ üsulların köməyi ilə həyat keyfiyyətinin yaxşılaşdırılması vacib rol oynayır. Palliativ müalicə üsullarından şüa terapiyası, kimyəvi dərman müalicəsi (KDM) ilə yanaşı, disfagiyanı aradan qaldırmaq məqsədilə qida borusuna stentlərin yerləşdirilməsi həyata keçirilir.^{8,9} Stentlərin yerləşdirilməsi disfagiya sindromlu xəstələrdə təbii anatomik enteral qidalanmanın bərpa olunması üçün ən təhlükəsiz və effektiv metod hesab edilir. Stentləşmə – qida borusunun və kardiazofagial hissənin mənfəzinə endoskopik üsulla özuaçılan metallik stentlərin yerləşdirilməsidir. Müasir ədəbiyyatda qida borusunun müxtəlif şöbələrinin özuaçılan metallik stentlərlə endoprotezləşmə metodu geniş aspektdə işıqlandırılır^{10,11,12}. Bu metodika cərrahi əməliyyata əks göstəriş olan, həmçinin kimyəvi və şüa müalicəsinin aparılmasına hazırlanan xəstələrdə geniş istifadə olunmaqdadır.

Tədqiqatın obyekti. Tədqiqat işinə 2010-2021-ci illər ərzində Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyi Milli Onkologiya Mərkəzinin endoskopiya şöbəsində qida borusu xərçəngi və mədənin kardial hissəsinin xərçəngi ilə müraciət edən 220 xəstə, əməliyyat keçirmiş onkoloji xəstələrdə qida borusu-mədə və ya qida borusu-nazik

⁷Sadaps, M., Bhatt, A., Chevalier, C., Sohal, D., Videtic, G., & McNamara, M. (2018). A practical guide to the management of dysphagia in patients with metastatic esophageal cancer. *Annals Of Esophagus*, 1(3). doi:10.21037/aoe.2018.03.01

⁸Smith, Z.L. Self-Expanding Metal Stents Improve Swallowing and Maintain Nutrition During Neoadjuvant Therapy for Esophageal Cancer / Z.L.Smith, J.E.Gonzaga, G.B.Haasler [et al.] // *Dig Dis Sci.*, - 2017, v.62(6), - p.1647-1656.

⁹Adamson, D. Palliative radiotherapy after oesophageal cancer stenting (ROCS): a multicentre, open-label, phase 3 randomised controlled trial / D.Adamson, A.Byrne, C.Porter [et al.] // *Lancet Gastroenterol Hepatol.*, - 2021, v.6(4), - p.292-303.

¹⁰Годжелло, Э.А. Эндоскопическое протезирование стенозов пищевода и кардии саморасправляющимися металлическими стентами / Э.А.Годжелло, М.В.Хрусталева, Ю.И.Галлингер // *Методические рекомендации для врачей*, - Москва, – 2016, -68 с.

¹¹ Wang, T.H. Review Article Esophageal stent types and clinical applications / T.Wang, H.Cui, Y.Shao [et al.] / *Int J Clin Exp Med.*, - 2021, v.14(7), - p.2054-2066.

¹²Black, S. Gastrointestinal stents: materials and designs / S. Black, D. Edwards, G. Smith [et al.] // *Dig Dis Interv.*, - 2018, v.2(1), - p.3-10.

bağırsaq arasındakı anastomoz zonasında ressidivlər zamanı baş verən stenozlarla 112 xəstə daxil edilmişdir.

Tədqiqat işinin məqsədi: QBX diaqnoz lüdisfagiya sindromlu xəstələrin həyat keyfiyyətinin yaxşılaşdırılması və yaşama müddətinin uzadılması məqsədilə, təbii qidalanmanın bərpası üçün kompleks endoskopik stentləşmə üsulunun işlənilməsi hazırlanmasından ibarətdir.

Tədqiqatın vəzifələri:

1. Qida borusu xərçəngi xəstələrində şişin lokalizasiyasından asılı olaraq disfagiyanın rastgəlmə tezliyinin müəyyən edilməsi;

2. Qida borusu xərçəngi xəstələrində stentləşmədən sonrakı erkən və gecikmiş ağırlaşmaların şişin lokalizasiyası, histoloji tipindən, T-deskriptorundan (TNM) və orqanizmin funksional vəziyyətindən asılılıq tezliyinin təyin edilməsi;

3. Residivləşən və ağırlaşan kliniki gedişə malik olan qida borusu xərçəngi xəstələrində müalicənin nəticələri;

4. Qida borusu stentləşməsi həyata keçirilmiş xəstələrin qastrostoma və ileostomalı xəstələrlə həyat keyfiyyətinin müqayisəli analizi.

Tədqiqatın metodları: Tədqiqat işində “Olympus Exera 180” endoskop aparatı vasitəsilə müayinələr və stentləşmə aparılmışdır. Rentgenoskopiya, endoskopiya, stentləşmə üsullarından istifadə edilmişdir.

Dissertasiya işinin müdafiyyə çıxarılan əsas müddələri:

1. Qida borusu xərçəngi xəstələrində disfagiya sindromunun rast gəlmə tezliyi qida borusunun orta 1/3 hissəsində daha çox təyin olunmuşdur. Disfagiyanın rastgəlmə tezliyi T deskriptorundan və zədələnmiş sahəsinin uzunluğundan əhəmiyyətli dərəcədə asılıdır.

2. Stentyerləşdirildikdən sonra qida borusu xərçəngi xəstələrində müşahidə edilən ağırlaşmalar şiş prosesinin yayılma dərəcəsi, şişin lokalizasiyasından, morfostrukturundan və xəstənin funksional vəziyyətindən bilavasitə asılıdır.

3. Residivləşən və ağırlaşan kliniki gedişə malik olan qida borusu xərçəngi xəstələrində qida borusunun endoprotezləşməsi əksər hallarda spesifik müalicənin aparılmasına və ya davam etdirilməsinə imkan yarada bilər.

4. Stentləşmə icra edilmiş qida borusu xərçəngi xəstələrinin QLQ-30 şkalası üzrə həyat keyfiyyəti göstəriciləri digər müalicə üsulları ilə müqayisədə daha yaxşı nəticələr göstərmişdir.

Tədqiqatın elmi yeniliyi. Qida borusunun özüaçılan metallik stentlərlə endoskopik endoprotezləşməsinin həyata keçirilmə imkanları, həmçinin disfagiyanın etiologiyası və orqanın anatomik xüsusiyyətlərindən asılı olaraq (stenozun dərəcəsi, uzunluğu və lokalizasiyası) stentləşmənin effektivliyi və təhlükəsizliyi kompleks və müqayisəli qiymətləndirilmişdir. İlk dəfə qida borusu xərçəngi xəstələrində özüaçılan stentlərin müxtəlif yerləşdirilmə üsullarına dair dəqiq təlimatlar verilmiş, xəstənin klinik vəziyyətindən asılı olaraq stentin implantasiya metodunun xüsusiyyətləri müəyyən edilmişdir. Stentləşmənin icrası və stentləşmədən sonra müşahidə edilən erkən və gecikmiş ağırlaşmaların bədxassəli şişin lokalizasiyasından, histoloji tipindən, təsnifatından, yayılma dərəcəsi və orqanizmin funksional vəziyyətindən asılılıq tezliyi müəyyən edilmiş və bu ağırlaşmaların korreksiya metodları və profilaktika üsulları göstərilmişdir. Həm qida borusu xərçəngi, həm də qida borusu anastomozlarında yaranan residivlər zamanı icra edilən endoskopik stentləşmənin gecikmiş ağırlaşmaları və həyat keyfiyyətləri QLQ-C30 anket sorğusu əsasında müqayisəli təhlil edilmiş, qida borusu stentləşməsi həyata keçirilmiş xəstələrin gastrostoma və ileostomalı xəstələrlə həyat keyfiyyətləri müqayisəli analiz edilmişdir.

Tədqiqatın nəzəri-praktiki əhəmiyyəti: Tərəfimizdən işlənib təklif olunacaq diaqnostik tədbirlər kompleksinin tətbiqi, ənənəvi cərrahi əməliyyatın aparılmadığı zaman alternativ yol kimi stentləşməyə göstəriş olan xəstə kateqoriyasını seçmək imkanı yaradır. Aparılan tədqiqatlar kompleksi bizə özüaçılan stentlərin implantasiya üsullarının şişin lokalizasiyasından asılı olaraq fərdi seçilməsi və stentləşmə metodikasının işlənməsinə kömək edir ki, bu da, qida borusunun stenozları ilə gedən patologiyalar zamanı xəstələrin müalicəsinin effektivliyini artırır, stentləşmə zamanı baş verən ağırlaşma hallarını minimallaşdırma imkanı yaradır. Alınan nəticələr bir daha sübut edir ki, qida borusunun bədxassəli stenozlarının stentləşmə metodu xəstələrin həyat keyfiyyətini artırır və xəstələrin müntəzəm dinamik müşahidəsini tələb edir.

Elmi-tədqiqat işinin tətbiqi. Tədqiqatın nəticələri Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyi Milli Onkologiya Mərkəzinin endoskopiya şöbəsinin gündəlik klinik praktik işində, Ə. Əliyev ad. Azərbaycan Dövlət Həkimləri Təkmilləşdirmə İnstitutunun onkologiya kafedrasının tədris prosesində və mühazirələrində tətbiq olunur.

Dissertasiya materiallarının müzakirəsi. Dissertasiya işinin əsas müddəaları və əldə edilmiş nəticələri Milli Onkologiya Mərkəzinin Milli Dirçəliş gününə həsr olunmuş gənc alim və mütəxəssislərin elmi-praktiki Konfrans (Bakı, 2017), “Attend the Georgian Endoscopy Association VIII International Congress” konqresdə (Tbilisi, 2019), “XI Съезд онкологов и радиологов стран СНГ и Евразии” (Казань, 2020), Əməkdar elm xadimi, t.e.d, professor Mina Müzəffər qızı Davatdarovanın anadan olmasının 85 illiyubileyinə həsr olunmuş beynəlxalq elmi konfransında (Bakı, 2020)məruzə və müzakirə edilmişdir.

Dissertasiyanın əsas müddəaları ARSNMOM şöbələrarası konfransda (Bakı 13 oktyabr 2022-ci il, protokol №6) MOM-un nəzdində fəaliyyət göstərən FD1.02 Dissertasiya şurasının elmi seminarında 27.04.2023-cü il (protokol №1) tarixində müzakirə olunmuşdur.

Tədqiqatın dərc olunmuş işləri: Dissertasiya mövzusu üzrə 16 elmi iş – 6 məqalə, 7 tezis respublikada, 2 məqalə, 1 tezis xarici jurnallarda dərc olunmuşdur.

Dissertasiya işinin yerinə yetirildiyi təşkilatın adı. Dissertasiya işi Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyi Milli Onkologiya Mərkəzində yerinə yetirilmişdir.

Dissertasiyanın həcmi və strukturu. Dissertasiya giriş (9980 işarə), ədəbiyyat icmal (47500 işarə), tədqiqatın material və metodlarına dair II fəsil (29700 işarə), şəxsi tədqiqatlar (90600 işarə), yekun, nəticələr, praktiki tövsiyələr (28100 işarə), bölmələrindən ibarət olmaqla 205880 işarədən ibarətdir. Ədəbiyyat siyahısında 200 elmi mənbəyə istinad edilir (onlardan 10 yerli və 190 xarici ədəbiyyat mənbələridir). Dissertasiya 27 cədvəl 7 şəkillə və 12 qrafiklə illüstrasiya edilmişdir.

TƏDQIQATIN MATERIAL VƏ METODLARI

Xəstələrin ümumi xarakteristikası. Tədqiqat işinə 2010-2021-ci illərdə AR SN Milli Onkologiya Mərkəzinin endoskopiya şöbəsində bədxassəli qida borusu stenozlardan endoskopik stentləşmə üsulu ilə müalicə olunan 332 xəstə daxil edilmişdir.

Mədə-bağırsaq traktının yuxarı hissələrinin bədxassəli daralmasının etiologiyasından asılı olaraq, tədqiqata daxil olunan 332 xəstə iki qrupa bölünmüşdür. Birinci qrupa (I) qida borusunun əsasən III-IV dərəcəli, qeyri-operabel xərçəngi ilə 220 xəstə daxil edilmişdir. Onlardan 149-u kişi (67,7%), 71-i(32,3%) isə qadın idi. Xəstələrin orta yaşı $66,9 \pm 0,7$ təşkil etmişdir. I qrupda aparılmış endoskopik və digər müayinələrə əsasən qida borusunun stentləşməsi aparılan xəstələrdən 172 nəfərdə (78,2%) qida borusu xərçəngi, 48 nəfərdə (21,8%) qida borusuna sirayət edən mədə xərçəngi müəyyən edilmişdir.

İkinci qrupa (II) əməliyyat keçirmiş onkoloji xəstələrdə qida borusu-mədə və ya qida borusu-nazik bağırsaq arasındakı anastomoz zonasında rəssidivlər nəticəsində baş verən stenozlara ilə 112 xəstə daxil edilmişdir. Onlardan 52-sikişi (46,4%), 60-ı (53,6%) isə qadın idi. Xəstələrin orta yaşı $65,8 \pm 0,5$ təşkil etmişdir.

II qrupa daxil olan qida borusu xərçəngi xəstələrindən 72 (63%) nəfərində Lyuis üsulu ilə yuxarı orta laparotomiya, sonra isə mədə mobilizasiya edilərək yuxarı 1/3 hissəsinin rezeksiyası aparılmışdır. Bu qrupda olan 25 (21%) nəfərdə qida borusunun distal nahiyəsinin rezeksiyası ilə qastroektomiya, 12 (10%) nəfərində qida borusunun distal nahiyəsinin rezeksiyası ilə mədənin proksimal nahiyəsinin rezeksiyası, 8 (6%) nəfərdə mədə borusu plastikası ilə qida borusunun Dobromislov-Torekə görə ekstripasiyası icra edilmişdir (cədvəl1).

Tədqiqatın metodları. Qida borusu xərçəngi diaqnozu zədələnmiş hissədən götürülmüş endoskopik müayinə zamanı götürülən tikələrin histopatoloji analizi əsasında təsdiq edilmişdir.

Şişin yerli və uzaq metastazları ağciyərlərin rentgenoskopiyası, endoskopiya, döş qəfəsi və qarın boşluğu orqanların ultrasəs müayinəsi (USM), döş qəfəsi orqanlarının kompüter tomoqrafiyası (KT) və maqnit-rezonans tomoqrafiyası (MRT), klinik-laborator analizlər və

digər funksional metodları əhatə edən ilkin və dəqiqləşdirici diaqnostika əsasında təyin edilmişdir.

Cədvəl 1

Tədqiqat kontingentinin xarakteristikası

Xəstəlik qrupları	Xəstələrin sayı	Kişi	Qadın	Xəstələrin orta yaşı
qida borusu xərçəngi (I qrup)	220	149 (67,7%)	71 (32,3%)	66,9±0,7
qida borusu-mədə və ya qida borusu-nazik bağırsaq arasındakı anastomoz zonasında residiv (II qrup)	112	52 (46,4%)	60 (53,6%)	65,8±0,5
Cəmi	332	201 (60,5%)	131 (39,5%)	66,5±0,5

Stentin implantasiyasından əvvəl hər pasiyentə qida borusunun zədələnməsinin ölçüsünü və dərəcəsini, anatomik lokalizasiyasını, eləcə də qida borusunun yuxarı və aşağı sfinkteri arasındakı məsafəni təyin etmək məqsədilə endoskopik müayinə aparılmışdır. Endoskopik müayinə: ezofaqoqastroduodenoskopiya və ya ezofaqointestinoskopiya müxtəlif diametrli endoskoplarm istifadəsi ilə aparılmışdır. Stentləmə üçün diametri 9,6 mm olan GİF Exera 2 model endoskoplardan istifadə olunmuşdur. Xəstənin diaqnozu təsdiq olunduqdan sonra şişin ölçüsü və qida borusunun daralma dərəcəsindən asılı olaraq lazımı stent seçildi. 220 xəstə üçün 225 stent seçilibdir. Onlardan 81%-də stentlərin uzunluğu 100 mm, 19% xəstədə 140 mm olubdur. 77% halda stentlər klassik “qida borusu” konstruksiyalı, 23% halda əlavə konstruktiv elementlərə malikdir. Onlardan 33 nəfərə (12,6%) antireflüks klapanlı stent, eləcədə 26,6% (59 nəfər) halda əlavə MexaHH3M (shim) fiksasiyalı mexanizmlı stentlər yerləşdirilmişdir. İstifadə edilən antireflüks stentlərindən 40%-i, “boyun” stentlərinin 50%-i, klassik konstruksiyalı stentlərin isə 25%-i Shim texnologiyalı stentlərdir. Stentin vəziyyətinin korreksiyası və ya tam çıxar-

rılması məqsədilə – stentin proksimal, bəzi modellərdə isə –distal uclarında xüsusi saplar – lasso mövcuddur. Onları endoskopun kanalından yeridilən cihazın köməyi ilə tutmaq mümkün olur. Birincili yerləşdirilən 332 qida borusu stentlərindən 126-sı (37,9%) sintetik material (silikon) ilə yarı-örtüklü, 206-sı (62,1%) isə tam örtüklü idi.

STENTLƏŞMƏ APARILAN XƏSTƏLƏRİNİN KLİNİK XARAKTERİSTİKASI

QBX olan xəstələrdə aparılmış endoskopik və digər müayinələr əsasında disfagiyanın dərəcəsi və şişin lokalizasiyası müəyyən edilmişdir.

Disfagiya sindromunun obyektiv xarakteristikası məqsədilə Bown şkalasından istifadə edilib: 0 bal – normal udma aktı, 1 bal – bərk qidanın qəbulu zamanı vaxtaşırı çətinliklər, 2 bal – yarı-duru qida ilə qidalanma, 3 bal – yalnız duru qida ilə qidalanma, 4 bal – tüpürcəyin udmasının mümkünsüzlüyü. Xəstələrdə müəyyən edilən disfagiyanın dərəcəsi cədvəldə əks olunmuşdur (cədvəl 2).

Cədvəl 2

Qida borusu xərçəngi xəstələrində disfagiyanın Bown şkalası üzrə qiymətləndirilməsi

Qəbuledilən qidanın xarakteri	Disfagiyanın dərəcəsi	Xəstələrin sayı	
		mütləq sayı	%
Bərk, lakin çox çeynənilmiş	1 bal	17	7,7%
Sıyıq abənzər (mikserlə və ya blenderlə xırdalanan)	2 bal	69	31,4%
Duru	3 bal	118	53,6%
Peroral qidalanmır, tüpürcəyi tütür	4 bal	16	7,3%
Cəmi		220	100%

Cədvəldən göründüyü kimi, əksər xəstələr yalnız sıyıqabənzər və ya duru qida qəbul edirdilər, yəni disfagiyanın dərəcəsi Bown şkalası üzrə 84,3% halda 2-3 bal təşkil edirdi. Klinik olaraq bu xəstələrin əksəriyyətində (41,6%) III dərəcəli disfagiya müəyyən edilmişdir. Cədvəldən göründüyü kimi, bu qrupda I qrupla müqayisədə III və IV dərəcə disfagiya əlamətləri daha çox qeydə alınmışdır ($\chi^2=34,763$; $p_p<0,001$; $p_U<0,001$).

Qida borusu xərçəngi xəstələrində şişlə zədələnmə sahəsinin lokalizasiyası aşağıdakı cədvəldə təqdim edilibdir (cədvəl3).

Cədvəl3

Qida borusu xərçəngi olan xəstələrdə zədələnmə sahəsinin lokalizasiyası

Qida borusunun şöbələri	Xəstələrin sayı, n	Xəstələrin sayı, %
Qida borusunun yuxarı 1/3 hissəsi	37	16,8%
Qida borusunun orta 1/3 hissəsi	112	50,9%
Qida borusunun aşağı 1/3 hissəsi	71	32,3%
Cəmi	220	100%

Cədvəldən göründüyü kimi, 220 xəstədən 37 (16,8%) xəstədə şişlə zədələnmə sahəsi qida borusunun yuxarı 1/3 hissəsində, 112 (50,9%) xəstədə qida borusunun orta 1/3 döş hissəsində, 71 xəstədə (32,3%) aşağı 1/3 abdominal hissəsində lokalizə olunubdur. Göründüyü kimi, şiş əsasən qida borusunun orta 1/3 döş hissəsində lokalizasiya olunub.

I qrupda xəstələrdə aşkarlanan stenozun uzunluğu 2-18,6 sm arası dəyişirdi. Belə ki, şişin ölçüsü 35 (15,9%) xəstədə - 2 sm-dən 5 sm qədər, 128 (58,2%) xəstədə 6 sm-dən 10 sm qədər, 52 (23,6 %) xəstədə 11 sm-dən 15 sm qədər, 5 (2,3%)-xəstədə 15 sm-dən yuxarı olmuşdur.

Tədqiq olunan qrupda şiş nəticəsində qida borusunun və ya mədənin kardial hissəsinin daralma dərəcələri cədvəl 4-də təqdim edilir.

Qida borusu xərçəngi olan xəstələrdə mənfəzin daralma dərəcələri

Diametr, mm	Xəstələrin sayı (müt.)	%
I dərəcə - 9-11 mm	16	7,3%
II dərəcə - 6-8 mm	93	42,3%
III dərəcə - 3-5 mm	99	45,0%
IV dərəcə - 0-2 mm	12	5,5%
Cəmi	220	100%

Xəstələrin təxminən yarısında qida borusu mənfəzinin daralması əhəmiyyətli dərəcədə olub 3-8 mm arasında dəyişir. Qeyd etmək lazımdır ki, qida borusu, kardiya və kardioezofaqeal zonanın cəlb edilməsi ilə mədə xərçənginin stenozlarının uzunluğu ilə disfagiyanın dərəcəsi arasında korrelyasiya aşkar edilməmişdir ($p=0,089$, $p=0,187$). Bu onunla bağlıdır ki, qidanın keçməsi yalnız qida borusu mənfəzinin diametrindən asılı deyildir, yanaşı olaraq zədələnmənin uzunluğu, lokalizasiyası, motorikanın qorunması, o cümlədən mədənin vizual zədələnməyən nahiyəsi ilə də müəyyən edilir və bu da öz növbəsində, stentləşmənin sonrakı nəticələrində öz əksini tapır. Aparılan korrelyasiya statistik analizinin nəticələrinə görə, qida borusu xərçəngi xəstələrində disfagiyanın dərəcəsi stenozun daralma dərəcəsindən ($p=0,341$; $p<0,001$) asılı olaraq dəyişir. Disfagiyanın dərəcəsi ($p=0,133$; $p=0,049$) və stenozun mənfəzinin diametri ($p=0,146$; $p=0,031$) ilə T-deskriptoru arasında müsbət korrelyasiya izlənilir.

Endoskopiya müayinəsi zamanı II qrup xəstələrdə birbaşa qida borusu anastomozları zonasında şiş aşkar edilib: qida borusu-mədə anastomozu – 70 (62,5%) xəstədə, qida borusu-nazik bağırsaq anastomozu – 42 (37,5%) xəstədə.

Aparılan korrelyasiya statistik analizinin nəticələrinə görə, residivləşən qida borusu xərçəngi olan xəstələrdə disfagiya stenozun uzunluğundan ($p=0,186$; $p=0,049$), T-deskriptorundan ($p=0,379$; $p<0,001$), xəstəliyin mərhələsindən asılıdır ($p=0,423$; $p<0,001$). Stenozun uzunluğuna həmçinin T-deskriptoru ($p=0,461$; $p<0,001$) və xəstəliyin mərhələsi ($p=0,371$; $p<0,001$) də təsir göstərir.

Ümumiyyətlə, hər iki qrupun nəticələrinə görə, disfagiyanın dərəcəsi stenozun mənfəzinin diametrindən ($\rho=0,223$; $p<0,001$) bilavasitə asılıdır. Eyni zamanda qeyd etmək lazımdır ki, stenozun mənfəzinin diametri T-deskriptorundan ($\rho=0,205$; $p<0,001$) və xəstəliyin mərhələsindən ($\rho=0,164$; $p=0,003$) asılıdır. Stenozun uzunluğunun T-deskriptorundan ($\rho=0,263$; $p<0,001$) və xəstəliyin mərhələsindən asılı olması müəyyən edilmişdir ($\rho=0,242$; $p<0,001$),

Stentin yerləşdirilməsi şişin lokalizasiyasından və zədələnmənin yuxarı sərhəddindən asılı olub, iki metodika ilə aparılmışdır. Stentin qida borusuna yerləşdirilməsi əsasən endoskopla-vizual kontrol altında icra olunub (266 xəstə - 80,2%) və yalnız 19,8% hallarda (66 xəstə) kombinə olunmuş rentgen-endoskopik üsulundan istifadə edilmişdir. Qida borusu anastomozlarında residiv qrupunda 54 xəstəyə (43,9%) stentləşmə kombinə olunmuş nəzarət, 58 (57,1%) isə - vizual nəzarət altında icra olundu.

Statistik analiz üsulları. Tədqiqat işi üsuluna görə – klinik; dizayna görə – analitik; həcminə görə – seçmə; növünə görə – elmi; materialına görə –prospektiv; müddətinə görə – eninə; yerinə görə – klinik dəyərləndirilmişdir. Statistik araşdırmalar variasiya, diskriminant, dispersiya, korrelyasiya üsullarının tətbiqi ilə IBM Statistics SPSS-26 proqramında aparılmışdır.

Xəstələrin qida borusu stenləşməsindən sonra həyat keyfiyyətinin qiymətləndirilməsi üçün QLQ-C30 (Quality of Life Questionary – Core 30, EORTC QLQ-C30) həyat keyfiyyəti anketindən istifadə edilmişdir.

QIDA BORUSU XƏRÇƏNGİ XƏSTƏLƏRİNDƏ STENTLƏŞMƏDƏN SONRA YARANAN AĞIRLAŞMALAR VƏ ONLARIN KORREKSİYA ÜSULLARI

Stentləşmə prosesinin icrası zamanı müşahidə edilən ağırlaşmalar 2 qrupa bölünür: 1) Stentləşmənin icrası zamanı; 2) Stentləşmənin icrasından sonra. 2-ci qrup erkən (2 həftəyə qədər) və gecikmiş ağırlaşmalar (2 həftədən çox) olmaqla 2 qrupa ayrılmışdır. Hal-hazırda özüaçılan metallikstentlərin yerləşdirilməsindən sonra 7 gün ərzində müşahidə edilən ağırlaşmaları erkən fəsadlar kimi qəbul edirlər.

Tədqiqata daxil olan 220 qida borusu xərçəngi xəstələrindən 21 (12,7%) nəfərində stentləşmənin icrası zamanı ağırlaşmalar müşahidə edilmişdir. Bu xəstələrdən 7 (3,2%) nəfərdə qida borusunun perforasiyası, 11 (5,0%) nəfərdə stentin dislokasiyası, 2 (0,9%) nəfərdə şişin səthindən qanaxma qeydə alınmışdır (cədvəl 7).

Cədvəl 7

Qida borusu xərçəngi xəstələrində stentləşmənin icrasından sonra ağırlaşmalar və onların korreksiyası üsulları

Təhlil olunan parametrlər	Xəstələrin sayı
Ağırlaşmanın xarakteri	
Stentləşmənin icrası zamanı ağırlaşmalar:	21 (12,7%)
Qida borusunun perforasiyası	7 (3,2%)
Stentin dislokasiyası	11 (5,0%)
Şişin səthindən qanaxma	2 (0,9%)
Erkən ağırlaşmalar:	63 (28,6%)
Xəstələrin ilk sutka ərzində qeyri-düzgün qidalanması nəticəsində stentin dislokasiyası	16 (7,3%)
Stentin tam miqrasiyası	6 (2,7%)
Profuz qanaxma	9 (4,1%)
Stentin qida ilə obturasiyası	5 (2,3%)
Kəskin ağrılar	27 (12,3%)
Gecikmiş ağırlaşmalar:	75
Stentin fraqmentasiyası	22 (10,0%)
Stentin tam miqrasiyası	10 (4,5%)
Stentin proksimal və ya distal kənarlarının çapıq və ya şiş toxuması ilə örtülməsi	37 (16,8%)
Qanaxma	6 (2,7%)
Əmələgələn ağırlaşmanın korreksiya üsulu	Müdaxilələrin sayı
Stentin vəziyyətinin ləssonun köməyi ilə endoskopik korreksiyası	50 (22,7%)
Qida borusunun perforasiyası nəticəsində “stent-stentə” tipli restentləşmə	31 (14,1%)
Stentin Shim(ŞİM) mexanizmi ilə qulaq seyvanına fiksasiyası ilə, qida borusunun “stent - stentə” tipli endoprotezləşməsi	25 (11,4%)
Stenti obturasiya edən qida parçasını su ilə yumaqla endoskopik çıxarılması	11 (5,0%)
Konservativ hemostatik müalicə	6 (4,5%)

Tədqiqatımızda stentləşmə icra olunan 220 qida borusu xərcəngi xəstələrindən 63 (28,6%) nəfərdə stentləşmənin icrasından sonra erkən ağırlaşmalar qeydə alınmışdır. 16 (7,3%) xəstədə ilk gün ərzində qeyri-düzgün qidalanma nəticəsində stentindislokasiyası qeydə alınmışdır. 6 (2,7%) xəstədə stentin tam miqrasiyası, 5 (2,3%) xəstədə stentin qida ilə obturasiyası müəyyən edilmişdir. 27 (12,3%) xəstədə kəskin ağrılar, 9 (4,1%) xəstədə ağır profuz qanaxma qeydə alınmış və bütün hallarda endoskopik və ya konservativ olaraq aradan qaldırılmışdır.

Etiologiyası, lokalizasiyası və daralmanın uzunluğuna görə erkən ağırlaşmaların tezliyində statistik əhəmiyyətli fərq müəyyən edilmədi, lakin qida borusunun yuxarı 1/3 hissəsində erkən ağırlaşmalar daha çox qeydə alınıb: Zədələnmənin yuxarı sərhədi qida borusunun yuxarı 1/3-də lokallaşan 37 (16,8%) xəstədən 21-də (56,8%), stenozun yuxarı sərhədi qida borusunun orta 1/3-də olan 112 (50,9%) xəstədən 27-də (24,1%) və zədələnmə qida borusunun aşağı 1/3 hissəsində yerləşən 69 (32,3%) pasiyentdən 16-da (21,1%) erkən ağırlaşmalar əmələ gəldi. Stentin dislokasiyası əsasən şişin lokalizasiyası qida borusunun aşağı 1/3 hissəsində olduqda (7 xəstə, 9,9%) daha çox müşahidə edilmişdir.

Bu qrupdakı 175 (34,1%) xəstədə stentləşmədən sonra gecikmiş ağırlaşmalar qeydə alınmışdır. Belə ki, 22 (10,0%) xəstədə stentin tam fraqmentasiyası, 10 (4,5%) xəstədə tam miqrasiyası, 37 (16,8%) xəstədə stentin proksimal və ya distal kənarlarının çapıq və ya şiş toxuması ilə örtülməsi, 6 (2,7%) xəstədə qanaxma qeydə alınmışdır. Qeyd etmək lazımdır ki, 34 xəstədə bir neçə ağırlaşmalar eyni zamanda müşahidə edilmişdir.

Rentgenoloji və endoskopik tədqiqatlar nəticəsində yaranan ağırlaşmaların vaxtında korreksiyasını aparmaq mümkündür. Qeyd edilən bu ağırlaşmalar ciddi olub təkrar endoskopiya yolu ilə korreksiya edilmişdir. 50 (22,7%) xəstədə lasso vasitəsilə stentin vəziyyəti endoskopik korreksiya edilib, 31 (14,1%) nəfərdə qida borusunun perforasiyası nəticəsində “stent-stentə” tipli restentləşmə, 25 (11,4%) nəfərdə stentin Shim(ŞİM) mexanizmi ilə qulaq seyvanına fiksasiyası ilə, qida borusunun “stent-stentə” tipli endoprotezləşməsi, aparılmış, 11 (5,0%) nəfərdə stenti obturasiya edən qida parçasını sanasiya olunaraq təmizlənmişdir. 6 (4,5%) xəstəyə konservativ hemostatik müalicə təyin edilmişdir.

Qida borusu xərçəngi xəstələrində disfagiya dərəcəsi yüksəldikcə stentləşmənin icrası zamanı qeydə alınan ağırlaşmalar ($p=0,202$; $p=0,003$) da artır. Gecikmiş ağırlaşmalar xəstələrdə kəskin ağrılar ($p=0,390$; $p<0,001$) və bədən çəkisinin itirilməsi ($p=0,197$; $p=0,003$) ilə müşayiət edilir.

Apardığımız tədqiqatda residivləşən qida borusu xərçəngi xəstələrinin stentləşməsi zamanı 19 (17,0%) xəstədə stentləşmənin icrası zamanı ağırlaşmalar qeydə alınmışdır. Onlardan 7 (6,3%) nəfərdə qida borusunun perforasiyası, 9 (8,0%) nəfərdə stentin dislokasiyası, 3 (2,7%) nəfərdə şişin səthindən qanaxma müşahidə ediləlidir. Nəticələrdən görüldüyü kimi, bu qrupda I qrupla müqayisədə stentləşmənin icrası zamanı statistik əhəmiyyətli daha çox ağırlaşmalar qeydə alınmışdır ($\chi^2=9,329$; $p_p=0,025$; $p_U=0,015$).

Stentləşmədən sonra erkən ağırlaşmalar 37 (33,0%) xəstədə qeydə alınmışdır. 10 (8,9%) nəfərdə xəstələrin ilk sutka ərzində qeyri-düzgün qidalanması nəticəsində stentin yerdəyişməsi stentin dislokasiyası, 11 (9,8%) nəfərdə stentin tam miqrasiyası, 2 (1,8%) nəfərdə profuz qanaxma, 7 (6,3%) nəfərdə stentin qida ilə obturasiyası, 7 (6,3%) nəfərdə kəskin ağrılar müşahidə edilmişdir (cədvəl 8).

Cədvəl 8

Residivləşən qida borusu xərçəngi xəstələrinin stentləşməsi zamanı ağırlaşmalar

Təhlil olunan parametrlər	Xəstələrin sayı
Ağırlaşmanın xarakteri	
Stentləşmənin icrası zamanı ağırlaşmalar:	19 (17,0%)
Qida borusunun perforasiyası	7 (6,3%)
Stentin dislokasiyası	9 (8,0%)
Şişin səthindən qanaxma	2 (2,7%)
Erkən ağırlaşmalar:	37 (33,0%)
Xəstələrin ilk sutka ərzində qeyri-düzgün qidalanması nəticəsində stentin dislokasiyası	10 (8,9%)
Stentin tam miqrasiyası	11 (9,8%)
Profuz qanaxma	2 (1,8%)
Stentin qida ilə obturasiyası	7 (6,3%)
Kəskin ağrılar	7 (6,3%)

Cədvəl 8-in davamı

Gecikmiş ağırlaşmalar:	46 (41,1%)
Stentin fraqmentasiyası	21 (18,8%)
Stentin tam miqrasiyası	13 (11,6%)
Stentin proksimal və ya distal kənarlarının çapıq və ya şiş toxuması ilə örtülməsi	5 (4,5%)
Eroziya qanaxmaları	3 (2,7%)
Xora ezofaqiti (reflüksla bağlı)	4 (3,6%)
Əmələgələn ağırlaşmanın korreksiya üsulu	Müdaxilələrin sayı
Stentin vəziyyətinin ləssonun köməyi ilə endoskopik korreksiyası	33 (29,5%)
Qida borusunun perforasiyası nəticəsində “stent-stentə” tipli restentləşmə	21 (18,8%)
Stentin Şim mexanizmi ilə qulaq seyvanına fiksasiyası ilə, qida borusunun “stent stentə” tipli endoprotezləşməsi	14 (12,5%)
Stenti obturasiya edən qida parçasını su ilə yumaqla endoskopik çıxarılması	7 (6,3%)
Konservativ hemostatik müalicə	8 (7,1%)

Stentin stenoz zonasından aşağı tam sürüşməsi (miqrasiya) - 5 dəfə, yuxarı – 2 dəfə, aşağı hissəvi sürüşməsi (dislokasiya) – 4 dəfə qeyd edildi. Bundan əlavə, qida borusunun kənardan sıxılması və stentdən yuxarı 3 və 4 dərəcəli çapıq strikturun formalaşması ilə 2 müşahidədə qeydə alınmışdır.

Bu qrupda 46 (41,1) xəstədə gecikmiş ağırlaşmalar (21-18,8%) nəfərdə - polimer örtüyün dağılması ilə stentin fraqmentasiyası (stentin fraqmentlərinin tam və ya hissəvi ayrılma halları aşkar edildi, yəni metallik konstruksiyanın tamlığının pozulması (fraqmentasiyalar); 13 (11,6%) nəfərdə - tam miqrasiyası; 5 (4,5%) nəfərdə - stentin proksimal və ya distal kənarlarının çapıq və ya şiş toxuması ilə örtülməsi, 3 (2,7%) nəfərdə - eroziya qanaxmaları, 4 (3,6%) xəstədə reflüksla bağlı xora ezofaqiti) qeydə alınmışdır. 4 xəstədə şişin progressivləşməsi ilə əlaqədar yaranan problemlər qeydə alınıb: qida borusu şişinin residivinin traxeyaya invaziyası, stenozun distal istiqamətdə pulorobulbar zonaya qədər inkişaf etməsi. 2 xəstədə şişin böyüməsi stentin proksimal hissəsini əhatə etmişdir (stentin proksimal sonluğundan yuxarı hissədə stenozun baş vermə səbəbindən) və şişin dağılması

nəticəsində traxeya-qida borusu fistulu yaranmışdır. Nəticələrdən göründüyü kimi, bu qrupda I qrupla müqayisədə həm erkən ($\chi^2=14,827$; $p_p=0,011$; $p_U=0,655$), həm də gecikmiş ağırlaşmalara ($\chi^2=25,325$; $p_p<0,001$; $p_U=0,513$) görə statistik əhəmiyyətli fərq müəyyən edilmədi.

Bizim apardığımız tədqiqatda müəyyən edilmişdir ki, stentləşmədən sonra yaranan ağırlaşmalar qida borusunun 1/3 distal hissəsində orta 1/3 hissəsinə nisbətən daha çox müşahidə edilir.

Stentləşmədən sonra xəstələrdə müxtəlif lokalizasiyalı və intensivlikli ağrılar bilavasitə stent ilə bağlı deyildi. Belə ki ağrılar ya stentin ətraf orqan və toxumalara təzyiq etməsinin nəticəsində, ya da şiş prosesinin özünün təzahürləri əsasında yaranır. Tədqiqat zamanı hər 2 qrup üzrə ağrı simptomunun təhlili zamanı müəyyən olunmuşdur ki, cüzi ağrılar (bu xəstələrə ağrıkəsici istifadə olunmurdu) I qrupadaxil olan xəstələrin 36,4% (80 xəstə), mülayım ağrılar (bu xəstələrdəgün ərzində 2 dəfəyə qədər ağrıkəsici istifadə olunub) 44,1% (97 xəstə)hallarda, biruzə verən ağrılar isə (bu xəstələrdə gün ərzində 2 dəfədən çox ağrıkəsici istifadə olunub) 18,2% (40 xəstə) hallarda müşahidə olunub. Anastomoz qrupuna (II qrup) daxil olunan xəstələrdə bu göstəricilər cüzi ağrılar xəstələrin 27,7%-də (31xəstə), mülayım ağrılar 57,1% (64 xəstə) hallarda, biruzə verən ağrılar isə 15,2% (17 xəstə) hallarda qeydə alınıb.

Bizim tədqiqatda 33 (29,5%) xəstədə lasso vasitəsilə stentin vəziyyəti endoskopik korreksiya edilib (polipektomik ilgəklər və ya biopsion maşalardan istifadə edilərək, lassodan tutub yuxarı və aşağı çuxurlar yığılaraq miqrasiya edən stentlər və ya onların fraqmentləri çıxarıldı), 21 (18,8%) nəfərdə qida borusunun perforasiyası nəticəsində “stent-stentə” tipli restentləşmə aparılıbdır, belə ki, nitinol stentlərlə stent-stentə tipli korreksiya aparılmışdır, 14 (12,5%) nəfərdə stentin Şhim mexanizmi ilə qulaq seyvanına fiksasiyası ilə, qida borusunun “stentstentə” tipli endoprotezləşməsi aparılıb. 7 (6,3%) nəfərdə stenti obturasiya edən qida parçasını su ilə yumaqla endoskopik çıxarılıbdır (stentin mənfəzindən bujlama). 8 (7,1%) xəstəyə konservativ hemostatik müalicə təyin edilmişdir. 2 xəstəyə ikiqat stentləşmə aparılıb, yəni pilorobulbar zonaya qida borusu stentinin mənfəzindən yeni stent yerləşdirilmişdir.

Residivləşən qida borusu xərçəngi olan xəstələrdə disfagiya bilavasitə stenləşmənin icrası zamanı baş verən ağırlaşmaların ($\rho=0,710$; $p<0,001$) və kəskin ağrıların ($\rho=0,277$; $p=0,003$) artmasına səbəb olur. Stenləşmənin icrası zamanı baş verən ağırlaşmalar ($\rho=0,453$; $p<0,001$) T-deskriptorundan, xəstəliyin mərhələsindən ($\rho=0,479$; $p<0,001$) asılı olub, kəskin ağrılarla müşayiət olunur ($\rho=0,345$; $p<0,001$).

Hər iki qrupda stenləşmənin icrası zamanı ağırlaşmalar ($\rho=0,386$; $p<0,001$), ağrı ($\rho=0,166$; $p=0,002$) hissi və bədən çəkisinin itirilməsi ($\rho=0,196$; $p<0,001$) disfagiyanın dərəcəsi ilə asılıdır. Stenozun mənfəzinin daralması stenləşmədən sonra erkən ağırlaşmaların yaranmasında ($\rho=0,109$; $p=0,048$) mühüm rol oynayır.

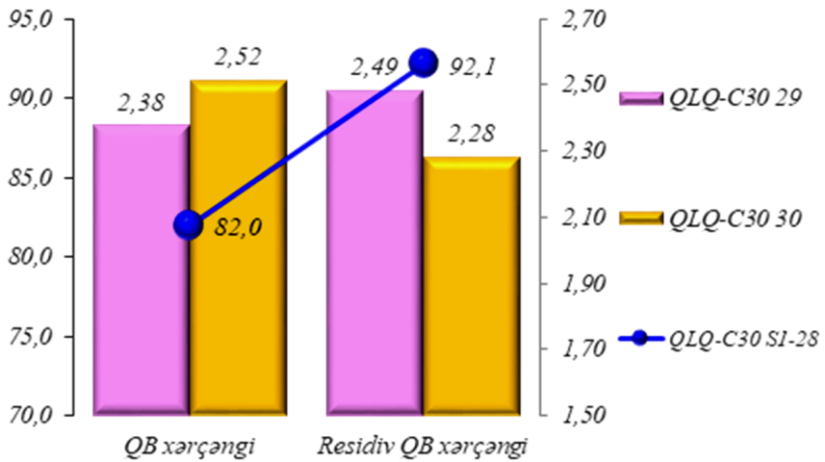
Beləliklə, stenləşmədən 1-3 sutka sonra differensial rentgen endoskopik kontrol yaranmış ağırlaşmaları vaxtında aşkarlamağa imkan verir. 90% hallarda əsas prosesin progressivləşməsi ilə əlaqədar olan ağırlaşmaları müasir endoskopik metodların köməyi ilə vaxtında korreksiya etmək mümkün olur.

QIDA BORUSU XƏRÇƏNGİ XƏSTƏLƏRİNİN HƏYAT KEYFİYYƏTLƏRİ

Xəstələrin qida borusu stenləşməsindən sonra yaxın 1-2 həftə ərzində həyat keyfiyyəti QLQ-C30 anket sorğusu əsasında qiymətləndirilmiş, onların həyat keyfiyyətləri qastrostoma və ileostomalı xəstələrin həyat keyfiyyətləri ilə müqayisə edilmişdir. Bu məqsədlə həm Milli Onkologiya Mərkəzində, həm də digər klinikalarda qastrostoma (35 xəstə) və ileostoma (2 xəstə) əməliyyatı keçirmiş xəstələrin həyat keyfiyyətləri müqayisəli təhlil edilmişdir.

Anket sorğusunun nəticələrinə görə I qrupda xəstələrin əksəriyyəti qida borusu stenləşməsindən sonra sosial aktiv olurlar (51,0%; QLQ-C30-6; $p_p=0,025$), eləcə də hobbilərini həyata keçirə bilmir və ya asudə vaxt əyləncələri (58,6%; QLQ-C30-7; $p_p<0,001$) ilə məşğul ola bilmirlər. Xəstələrin 51,0%-də (QLQ-C30-9; $p_p<0,001$) ciddi ağrı hissi olmuşdur. Qida borusu stenləşməsi aparılan xəstələrdən 33 (21,0%) nəfəri keçən həftə ümumi sağlamlığını (QLQ-C30-29; $p_p=0,477$) pis, 16 nəfər (10,2%) isə bir qədər daha yaxşı qiymətləndirmişdir. 32 nəfər (20,4%) öz həyat keyfiyyətlərinin (QLQ-C30-30; $p_p=0,057$) pisləş-

məsini qeyd edirlər. 26 (16,6%) nəfər isə həyat keyfiyyətlərini orta qiymətləndirmişlər (qrafik 1).



Qrafik 1. Stentləşmədən sonra qida borusu xərcəngi xəstələrin həyat keyfiyyətləri

Qida borusu-mədə və ya qida borusu-nazik bağırsaq arasındakı anastomoz zonasında stenozlar olan xəstələrdə yaşama göstəricilərinin qiymətləndirməsi zamanı əldə edilən QLQ-30-1-28-ə qədər sorğunun ümumi nəticələrinə görə residivləşən qrupunda həyat keyfiyyətləri daha aşağı olmuşdur (QLQ-C30 1-28; $p_U < 0,001$). Buna baxmayaraq xəstələrin öz ümumi sağlamlığını və həyat keyfiyyətlərini qiymətləndirməsinə görə qruplar arasında statistik əhəmiyyətli fərq müəyyən edilməmişdir.

Cədvəldən görüldüyü kimi, QLQ-C30-S1-28 anket sorğusunun ümumi cavablandırma balı qida borusunun mənfəzinin daralma dərəcəsi ilə uyğun olaraq asılıdır. Belə ki, mənfəzin diametri azaldıqca xəstələrin həyat keyfiyyətləri aşağı olur. Bu nəticə Anova testinin nəticələrinə görə statistik əhəmiyyətli ($p_F = 0,035$) olsa da, Kruskal Vallis meyarı ($p_K = 0,091$) ilə təsdiqlənməmişdir. Qida borusunun mənfəzinin diametrinin daralma dərəcəsi xəstələrin ümumi sağlamlıq və həyat keyfiyyətlərinə mənfi təsir göstərir, lakin bu statistik baxımdan əhəmiyyətli olmamışdır.

Residivləşən qida borusu xərçəngi xəstələrində də qida borusu mənfəzinin daralma dərəcəsi həyat keyfiyyətlərini statistik əhəmiyyətli dərəcədə aşağı salır ($p_F < 0,001$; $p_K < 0,001$).

Həyat keyfiyyətləri göstəricisi şişin qida borusunda lokalizasiyasından asılı olduğu müəyyən edilmişdir. Belə ki, şiş qida borusunun yuxarı 1/3 boyun hissəsində lokalizasiya olunduqda stentləşmədən sonra xəstələrin həyat keyfiyyətləri daha aşağı olur (QLQ-C30 S1-28; $p_F < 0,001$; $p_K < 0,001$).

Müşahidə zamanı 30 gündən sonra sağ qalan 332 xəstədən 36,1% yaxşı iştahanın olması, 63,9% xəstə isə - iştahanın azalması və ya tam olmaması qeyd edilmişdir. Nəticədə xəstələrin əksəriyyətində bədən çəkisinin azalması müşahidə edilmişdir. Hər iki qrupda xəstələrdə qida borusu stentləşməsindən sonra bədən çəkisinin əhəmiyyətli dərəcədə azalması müşahidə edilmişdir ($p_U < 0,001$).

Qida borusu xərçəngi xəstələrində stenozun mənfəzinin daralma dərəcəsi ilə həyat keyfiyyətlərinin (QLQ C30-1-28) aşağı olması arasında ($\rho = 0,197$; $p = 0,015$) müsbət korrelyasiya aşkar edilmişdir.

Həyat keyfiyyətlərinin qiymətləndirilməsi zamanı aparılan anket sorğusunun 28 sualı əsasında toplanmış balların təhlili nəticəsində müəyyən edilmişdir ki, (QLQ-C30-1-28) stenozun mənfəzinin diametri daraldıqca xəstələrdə qida borusunun stentləşməsindən sonra ($\rho = 0,197$; $p = 0,015$) həyat keyfiyyətləri aşağı düşür. Stentləşmədən sonra yaranan ağrı ($\rho = 0,176$; $p = 0,009$) hissənin artması T-deskriptorundan və xəstəliyin mərhələsindən ($\rho = 0,269$; $p < 0,001$) asılıdır. Bu xəstələrdə gecikmiş ağırlaşmalar (QLQ-C30-S1-28; $\rho = 0,175$; $p = 0,031$) həyat keyfiyyətlərinin aşağı düşməsi ilə müşayiət edilir. Həyat keyfiyyətləri aşağı düşən (QLQ-C30 S1-28) xəstələrdə ($\rho = -0,194$; $p = 0,015$) bədən çəkisinin itirilməsi müşahidə edilmişdir.

Residivləşən qida borusu xərçəngi olan xəstələrdə QLQ-C30-29 anket sorğusu stenozun uzunluğundan ($\rho = -0,216$; $p = 0,024$) və çəkini itirilməsindən ($\rho = 0,282$; $p = 0,003$) asılı olaraq qiymətləndirilibdir. Bundan əlavə, QLQ-C30-30 sorğusunun qiymətləndirilməsi stenozun uzunluğundan ($\rho = -0,341$; $p < 0,001$), xəstəliyin mərhələsindən ($\rho = -0,197$; $p = 0,040$) və stentləşmədən sonra erkən dövrdə qeydə alınan ağırlaşmalardan ($\rho = 0,211$; $p = 0,028$) bilavasitə asılıdır. Ümumiyyətlə, hər iki qrupda disfagiyanın dərəcəsi QLQ-C30-1-28 ($\rho = 0,203$;

$p=0,001$) həyat keyfiyyətlərinin aşağı düşməsində mühüm əhəmiyyət kəsb edir.

Yuxarıda qeyd etdiyimiz kimi xəstələrdən 35 nəfərinə qastrostoma, 2 nəfərinə isə ileostoma palliativ əməliyyat icra edilmişdir.

Qastrostoma qoyulmuş qida borusu xərçəngi xəstələri ilə stentləşmə aparılan qida borusu xərçəngi xəstələrinin həyat keyfiyyətlərinin müqayisəli təhlili göstərdi ki, stentləşmə aparılan qida borusu xərçəngi xəstələri ilə müqayidəsə (QLQ-CA30 S 1-28) qastrostoma qoyulan xəstələrin həyat keyfiyyətləri (QLQ-C30-1-28; $103,6 \pm 0,06$) (QLQ-C30-1-28; $86,2 \pm 0,08$) statistik əhəmiyyətli aşağıdır ($p_U < 0,001$).

Qastrostoma qoyulan xəstələr keçən həftə ümumi sağlamlığını (QLQ-C30-29; $1,73 \pm 0,14$; $p_U < 0,001$) və həyat keyfiyyətlərini (QLQ-C30-30; $1,59 \pm 0,08$; $p_U < 0,001$) stentləşmə aparılan xəstələrlə müqayisədə daha pis qiymətləndirmişdir.

Beləliklə, qida borusu xərçəngi xəstələrinə digər palliativ müalicə üsulları ilə müqayisədə özünə açılan metal endoprotezlərlə stentləşmə metodunun tətbiqi kompleks müalicə sxemində ən optimal variant olub, müsbət klinik və funksional effektə malikdir, xəstənin həyat keyfiyyətlərini yaxşılaşdırır və daha azsaylı ağırlaşmalara səbəb olur. Bu zaman özünə açılan stentlərə daha çox üstünlük verilməlidir. Stentləşmə nəticəsində yaranan ağırlaşmalar tez bir zamanda korreksiya edilərək, orqanizmin qida statusunun və həyatı keyfiyyətlərinin bərpasına nail olmağa imkan verə bilər.

NƏTİCƏLƏR

1. Qida borusu xərçəngi xəstələrində disfagiya sindromuna 69% halda rast gəlinir və disfagiyanın rast gəlmə tezliyi qida borusunun yuxarı 1/3 hissəsində - 16,8%, orta 1/3 hissəsində - 50,9%, aşağı 1/3 hissəsində - 32,3% arasında təyin olunmuşdur. Bu zaman birinci dərəcəli disfagiya – 7,7%; ikinci dərəcəli disfagiya – 31,4%, üçüncü dərəcəli disfagiya – 53,6%, dördüncü dərəcəli disfagiya – 7,3% təşkil edir [8, 9, 14].
2. Qida borusu xərçəngi xəstələrində disfagiyanın rast gəlmə tezliyi T deskriptorundan ($p=0,379$; $p < 0,001$), zədələnmiş sahəsinin mənfəzinin diametrindən ($\rho=0,146$; $p=0,031$), stenozun uzunluğundan

($p=0,186$; $p=0,049$) və xəstəliyin mərhələsindən ($p=0,423$; $p<0,001$) əhəmiyyətli dərəcədə asılıdır [16].

3. Müəyyən edilmişdir ki, stent yerləşdirildikdən sonra qida borusu xərçəngi xəstələrinin 28,6%-də erkən ağırlaşmalar baş verir, bu zaman şiş prosesinin yayılma dərəcəsi ($p=0,202$; $p=0,003$) və xəstənin funksional vəziyyəti faktorial əlamətlər hesab edilir. Qida borusu xərçəngi xəstələrinin 34,1%-də stentləşdirmənin gecikmiş ağırlaşmaları aşkar edilmişdir, bu xəstələrdə faktorial əlamətlər şişin lokalizasiyası və morfostrukturundan asılıdır [9, 12, 14].
4. Residivləşən və ağırlaşan kliniki gedişə malik olan qida borusu xərçəngi xəstələrində qida borusunun endoprotezləşməsi 74,1% hallarda spesifik müalicənin aparılmasına və ya davam etdirilməsinə imkan yaradır [10, 14].
5. Stentləşmə icra edilmiş qida borusu xərçəngi xəstələrinin həyat keyfiyyəti göstəricilərinin (QLQ-C30-1-28; $86,2\pm 0,08$) müqayisəsi QLQ-C30 şkalası üzrə aparılmış və məlum olmuşdur ki, bu xəstələr qastrostoma və ya ileostoma əməliyyatı keçirən xəstələrlə (QLQ-C30-1-28; $103,6\pm 0,06$) müqayisədə daha yaxşı nəticələr göstərmişdir ($p_U<0,001$) [15].

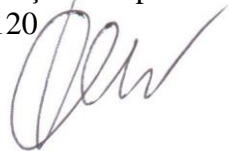
PRAKTİKİ TÖVSIYƏLƏR

1. Qida borusu xərçəngi xəstələrinə endoskopik stentləşmənin icrasından əvvəl müxtəlif müayinə üsullarının köməyi ilə şişlə zədələnmə sahəsinin uzunluğu, lokalizasiyası, disfagiya dərəcəsi, daralma mənfəzinin ölçüləri müəyyən edilməli və müvafiq stentlər seçilməlidir. Zədələnmə ocağının qida borusunun aşağı 1/3 abdominal hissəsində, xüsusilə də qida borusu-mədə keçidində yerləşməsi zamanı antireflüks klapanlı stentlərdən istifadə daha məqsəddüyğündür.
2. Stentləşmənin icrası zamanı və ya stentləşmədən sonra müşahidə edilən hər hansı erkən və gecikmiş ağırlaşmalar, xüsusilə də stentin miqrasiyası zamanı nazik bağırsağın və yoğun bağırsağın perforasiyasının, eləcə də bağırsaq keçməzliyinin qarşısının alınması məqsədilə stent dərhal çıxarılmalı və ya yerinə fiksasiya olunmalıdır.

Dissertasiya mövzusunda dərc edilmiş elmi işlərin siyahısı

1. Həsənova, H.N. Qida borusunun fistulu və perforasiyalarının müalicəsində endoskopik stentləşmə üsulunun tətbiqi / Həsənova, H.N., Hacıyev, Ə.R. // Azərbaycan Onkologiya Jurnalı, - Bakı: - 2017. №1, - s.116-117.
2. Həsənova, H.N. Qida borusu və mədənin kardial hissəsinin bədxassəli stenozlarının endoskopik stentləşməsinin bəzi klinik aspektləri /Həsənova, H.N.,Rəhimov, A.A. // Azərbaycan Təbabətin müasir nailiyyətləri, - Bakı: - 2017. №2,- s.220-224.
3. Hacıyev, Ə.R.Qida borusu və onun anastomozlarının xoşxassəli daralmalarının endoskopik müalicəsi sahəsində olan təcrübəmiz /Hacıyev, Ə.R., Əliyeva, N.R., Həsənova, H.N. // Milli Dirçəliş gününə həsr olunmuş Milli Onkologiya Mərkəzinin gənc alim və mütəxəssislərin elmi-praktiki konfransının tezisləri, - Bakı: - 2017, - s.12
4. Hacıyev, Ə.R. Qida borusu və proksimal mədə xərçəngi zamanı stentləşmə/Hacıyev, Ə.R., Həsənova, H.N. // Milli Dirçəliş gününə həsr olunmuş Milli Onkologiya Mərkəzinin gənc alim və mütəxəssislərin elmi-praktiki konfransının tezisləri, - Bakı:- 2017, - s.13
5. Алиев, Дж.А. Эпидемиологические аспекты рака пищевода в Азербайджанской Республике / Дж.А.Алиев, Ш.Ш.Алиева, Х.Н.Гасанова // Медицинскиеновости, - Минск: - 2018. №7, - с.70-73.
6. Əliyev, C.Ə.Bədxassəli etiologiyalı qida borusu stenozlarında stentləşmə üsulunun tətbiqi /Əliyev, C.Ə., Həsənova, H.N. // Azərbaycan Onkologiya Jurnalı, - Bakı: - 2018. №1, - s. 6-15
7. Həsənova, H.N. Qida borusu xərçəngi zamanı yaranan disfagiyanın aradan qaldırılmasında endoskopik stentləşmə üsulunun rolu // Azərbaycan Təbabətin müasir nailiyyətləri, - Bakı: - 2019. №1,- s.161-165.
8. Həsənova, H.N. Qida borusunun kənardan kompressiyası zamanı yaranan disfagiya sindromunun aradan qaldırılmasında endoskopik stentləşmə üsulunun imkanları // Azərbaycan Onkologiya Jurnalı, - Bakı: - 2019. №1, - s.113-115.

9. Həsənova, H.N. Qida borusunun müxtəlif mənşəli stenozlarının müalicəsində endoskopik stentləşmə üsulunun rolu // Azərbaycan Onkologiya Jurnalı, - Bakı: -2019. №2, - s.46-49.
10. Həsənova, H.N. Qida borusunun əməliyyat sonrakı anastomoz daralmalarının müalicəsində endoskopik stentləşmə üsulunun tətbiqi // Azərbaycan Təbabətin müasir nailiyyətləri, - Bakı: - 2019. №4,- s.109-112.
11. Гасанова, Х.Н. Осложнения при эндоскопическом стентировании опухолевых stenozов пищеводных анастомозов // Тезисы XI Съезда онкологов и радиологов стран СНГ и Евразии, - Казань: - 2020, - с. 206.
12. Гасанова, Х.Н. Ошибки и осложнения при эндоскопическом стентировании злокачественных stenozов пищевода // Врач-аспирант, - Воронеж: - 2020. № 1, - с.38-45.
13. Həsənova, H.N. Qida borusunun kənardan kompressiyası nəticəsində yaranan daralmaların endoskopik stentləşməsi zamanı baş verən ağırlaşmalar // Əməkdar elm xadimi, t.e.d, professor Mina Müzəffər qızı Davatdarovanın anadan olmasının 85 illik yubileyinə həsr olunmuş beynəlxalq elmi konfransın materialları, - Bakı: - 2020, - s.86
14. Həsənova, H.N. Qida borusunun xərçəngi xəstələrində endoskopik stentləşmə zamanı baş verən ağırlaşmalar // -Bakı: - Təbiət və elm, - 2021. №3(10), - s.14-19
15. Həsənova H.N. Stentləşmə icra edilən qida borusu xərçəngi xəstələrinin qastro- və ileostoma qoyulmuş xəstələrin həyat keyfiyyətləri ilə müqayisəsi // Milli dirçəliş gününə həsr olunmuş Milli Onkologiya Mərkəzini gənc alim və mütəxəssislərin elmi-praktik konfransı, - Bakı: - 17 noyabr 2022, - s. 15-17
16. Гасанова, Х.Н. Метод эндоскопического стентирования в лечении злокачественной дисфагии пищевода // Ümummilli lider H.Ə.Əliyevin ad gününə həsr olunmuş elmi-praktiki konfransın materialları, - Bakı: - 2023, - s.118-120



İXTİSARLARIN VƏ ŞƏRTİ İŞARƏLƏRİN SİYAHISI

QBX – Qida borusu xərçəngi

QLQ – Quality of Life Questionary

KT –Komputer tomoqrafiyası

KDM– Kimyəvi dərman müalicəsi

MRT– Maqnit rezonans tomoqrafiya

NES– Novolimus-eluting stent

SEMS– Self expandable metallic stent

ÜST–Ümumdünya Səhiyyə Təşkilatı

Dissertasiyanın müdafiəsi 27 iyun 2023-cü il saat 14⁰⁰ da Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyi Milli Onkologiya Mərkəzinin nəzdində fəaliyyət göstərən FD 1.02 Dissertasiya şurasının iclasında keçiriləcəkdir.

Ünvan: AZ 1122, Bakı şəh., H.Zərdabi küç., 79 B

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

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

Avtoreferat 24 may 2023-cü il tarixində zəruri ünvanlara göndərilmişdir.

Çapa imzalanıb: 10.05.2023

Kağız formatı: 60x84^{1/16}

Həcm:38004 işarə

Tiraj: 100