



TEZİSLƏR TOPLUSU

ABSTRACT BOOK

BEYNƏLXALQ SENOLOJİ
CƏMIYYƏTİN AZƏRBAYCAN
REGIONAL KONQRESİ

III BEYNƏLXALQ BAKI

SÜD VƏZİ XƏRÇƏNGİ KONQRESİ

29-30 noyabr **2024**

📍 Fairmont Baku, **Flame Towers**

SENOLOGIC INTERNATIONAL
SOCIETY REGIONAL CONGRESS
AZERBAIJAN

III INTERNATIONAL BAKU

BREAST CANCER CONGRESS

29-30 November, **2024**

📍 Fairmont Baku, **Flame Towers**



Təşkilat komitəsi



**Prof. Dr.
Alexander Munding**

MD, Radioloq, SE – Avropa vitse-prezidenti,
EUS məmurları Sədr, DEBUM – Süd Vəzi
Ultrason İcra Qrupunun Qurucusu,
Almaniya



Prof. Dr. Atilla Soran

Beynəlxalq Süd Vəzi Sağlamlığı İcra
Qrupunun (BIWG) Sədri, MD, MPH,
FRCBC, FACS, Cərrahi Onkologiya Bölümü
Direktoru, Beynəlxalq Süd Vəzi Tədqiqat
Programı Direktoru, Magee-Qadınlar
Xəstəxanası, Pittsburg Universiteti Tibb
Mərkəzi, ABŞ



**Prof. Dr.
Carole Mathelin**

Sinoloji Beynəlxalq Cəmiyyətinin
Prezidentliyinə Seçilmiş, Strasburg Universiteti
Xəstəxanasının Cərrahiyyə Bölməsinin Başçısı



**Dos. Dr.
Həqiqət Vəliyeva**

Azərbaycan Süd vəzi xəstəlikləri,
Mütəxəssisləri Assosiasiyasının sədr
məmurı, Azərbaycan



Prof. Dr. Xishan Hao

Çin Xərçəngə Qarşı Mübarizə
Assosiasiyasının (CACA) Fəxri Prezidenti,
Çin



**Dos. Dr. Nigar
Mehdiyeva**

Azərbaycan Tibb Universiteti
Onkologiya Bölməsi, Azərbaycan



**T.ü.f.d. Dr.
Sevinc Rəhimzadə**

Mill. Onkologiya Mərkəzi, "Şişəni xəstəliklərin
müalicəsi və diaqnostikası" şöbəsi,
Şöbə rəhbəri



**Prof. Dr.
Vahit Özmen**

Beynəlxalq Sinoloji Cəmiyyətin
Azərbaycan Regional Konqresinin sədri,
Türkiyə



Elmi komitə



Prof. Dr. Alexander Munding

MD, Radiolog, SBS – Avropa vitse-prezidenti, IBS məzuntları Sədr, DEÖUM – Süd Vəzi Utrəsses ləqçi Qrupunun Qurucusu, Almaniya



Dr. Ali Uzunköy

Ümumi cərrahiyyə və cərrahi onkologiya mütəxəssisi



Prof. Dr. Atilla Soran

Beynəlxalq Süd Vəzi Sağlamlığı ləqçi Qrupunun (BIWGI) Sədr, MD, MPH, FNCSC, FACS, Cərrahi Onkologiya Bölümü Direktoru, Beynəlxalq Süd Vəzi ləqçud Programı Direktoru, Məğsə-Qadınlar Xəstəxanası, Pitsburg Universiteti Tibb Mərkəzi, ABŞ



Prof. Dr. Aykut Soyder

Açıldem Sağlamlıq Qrupu, Türkiyə



Dr. Bayram Bayramov

Elilab Diagnostika Mərkəzi, Genetika şöbəsinin müdiri



Dr. Altay Əliyev

Bona Deo Beynəlxalq Xəstəxanası, Onkologiya Bölməsinin Rəhbəri, Azərbaycan



Prof. Dr. Carole Mathelin

Seçilmiş Senologic Beynəlxalq Cəmiyyətinin prezidenti, Strasburg Universitet Xəstəxanasının cərrahiyyə bölməsinin rəhbəri, Fransa



Dos. Dr. Elçin Hüseynov

ATU Onkoloji klinikası, kimyəvi müalicə şöbəsi



Prof. Dr. Ferah Yıldız

Hacettepe Universiteti Tibb Fakültəsi, Türkiyə



Dr. Elxan Kazimov

Milli Onkologiya Mərkəzi, Tibbi Onkologiya Bölümü, Azərbaycan



Dos. Dr. Həqiqət Vəliyeva

Azərbaycan Süd vəzi xəstəlikləri, Mütəxəssisləri Assosiasiyasının sədr müavini, Azərbaycan



T.ü.f.d. Dr. Günel Hacı

Milli Onkologiya Mərkəzi, Radioterapiya Departamenti, Azərbaycan



Prof. Dr. Xishan Hao

Çin Xərcəngə Qarşı Mübarizə Assosiasiyasının (CACA) Fəxri Prezidenti, Çin



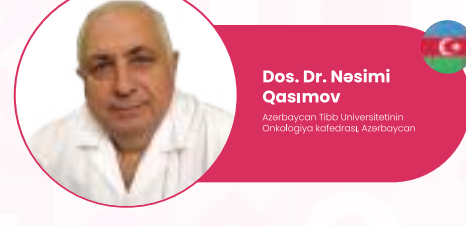
Dr. Cavid Qəribov

Milli Onkologiya Mərkəzi, Cərrahi Onkologiya Departamenti, Azərbaycan



Prof. Dr. Kemal Atahan

Türk Süd Vəzi Xəstəlikləri Federasiyasının Sədr, Türkiyə



Dos. Dr. Nəsimi Qasimov

Azərbaycan Tibb Universitetinin Onkologiya kafedrası, Azərbaycan



Dos. Dr. Nigar Mehdiyeva

Azərbaycan Tibb Universiteti Onkologiya Bölməsi, Azərbaycan



T.ü.f.d. Dr. Sevinc Rəhimzadə

Milli Onkologiya Mərkəzi, "Sığna xəstəliklərin müalicəsi və diagnostikası" şöbəsi, Şöbə rəhbəri



Prof. Dr. Vahit Özmen

Beynəlxalq Senoloji Cəmiyyətinin Azərbaycan Regional Konqresinin sədr, Türkiyə



Dos. Dr. Tamara Quliyeva

Azərbaycan Tibb Universitetinin Onkologiya kafedrası, Azərbaycan



08:00–09:00 ● **Qeydiyyat / Çay fasiləsi****I Sessiya** ● **Sədrilər: Həqiqət Vəliyeva, Vahit Özmen**09:00–09:15 Cərrahiyyə hələ də əsas müalicə üsuludurmu – **Kemal Atahan**09:15–09:30 Süd vəzi xərçəngi müalicəsində azalma, hal-hazırda haradayıq
Atilla Soran09:30–09:45 Onkoplastik cərrahiyyə fəlsəfəsiz mümkündürmü – **Özgür Aytaç**09:45–10:00 Ekzisional cərrahiyyə üçün hələ də yer varmı – **Mirxaliq Cavadov**10:00–10:15 Süd vəzi rekonstruksiyasında müasir üsullar – **Şükrü Yazar**10:15–10:30 ● **Sual-Cavab**10:30–12:00 ● **Açılış Mərasimi****Akademik Cəmil Əliyev**, Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyi Milli Onkologiya Mərkəzinin Direktoru, Azərbaycan**Prof. Gəray Gəraybəyli**, Azərbaycan Tibb Universitetinin Rəktoru, Azərbaycan**Akademik Əhliman Əmiraslanov**, Azərbaycan Tibb Universitetinin Onkoloji Klinikasının Direktoru, Azərbaycan**Prof. Atilla Soran**, Pittsburg Universiteti, Magee-Womens Hospitalı, Süd vəzi Cərrahiyyəsi bölməsi, SIS Baş Katibi, BHWGI Sədri, ABŞ**Prof. Xishan Hao**, Çin Antixərçəng Assosiasiyasının (CACA) Fəxri Prezidenti, Çin**Prof. Kemal Atahan**, Türkiyə Süd Vəzi Xəstəlikləri Federasiyasının Sədri, Türkiyə**SIS – Açılış Mərasimi / Mühazirə**Süd vəzi xərçəngi idarəçiliyində dəyişikliklər: radikal mastektomiyadan şəxsi müalicəyə qədər – **Prof. Vahit Özmen**, Beynəlxalq Senoloji Cəmiyyətin prezidenti (SIS)12:00–12:20 ● **Çay fasiləsi****II Sessiya** ● **Sədrilər: Schlomo Schneebaum, Tamara Quliyeva**12:20–12:35 Süd vəzi xərçənginin müalicəsində biomarkerlər: əhəmiyyəti və çatışmazlıqları – **Altay Əliyev**12:35–12:50 BRCA ilə əlaqəli irsi süd vəzi xərçənginin sistem terapiyasının perspektivləri
Elxan Kazimov12:50–13:05 NGS testlərini necə anlamalı: təcrübə edən onkoloqlar üçün ipucları
Mustafa Cengiz Yakıcıer13:05–13:25 Target terapiyanın kimyaterapiya ilə müqayisəsi – **Aynurə Dərbəndova**13:25–13:40 De novo metastatik süd vəzi xərçəngində üçlü müalicə
Göktürk Maralcan13:40–13:55 Süd vəzi xərçəngində skriningin əhəmiyyəti – **Alexander Munding**13:55–14:10 Angelina Jolie effekti sonlandırmı? – **Nigar Mehdiyeva**14:10–14:20 ● **Sual-cavab**

- 14:20-15:20 ● **Nahar fasiləsi**
- III Sessiya** ● **Sədrilər: Nigar Mehdiyeva, Elçin Hüseynov**
- 15:20-15:35 Müxtəlif işarələmə üsulları – Kim? Niyə? Nə zaman? Hansı? Kimə? Necə?
Enver Özkurt
- 15:35-15:50 Birbaşa aksilyar cərrahiyyə – **Didem Can Trabulus**
- 15:50-16:05 Neoadjuvant kimyaterapiyadan sonra aksilyar cərrahiyyə – Cərrahın baxışı
Aykut Soyder
- 16:05-16:20 Neoadjuvant kimyaterapiyadan sonra aksilyar cərrahiyyə – Şüa terapevtin baxışı – **Melis Gültekin**
- 16:20-16:35 Aksilla cərrahiyyəsini tərk edirik? – **Mehmet Velidedeoğlu**
- 16:35-16:50 Lokoregional terapiya olmadan optimal sistem terapiyası kifayət edə bilərmə
Lütfi Doğan
- 16:50-17:00 ● **Sual-Cavab**
- 17:00-17:10 ● **Çay fasiləsi**
- IV Sessiya** ● **Mübahisəli halların müzakirəsi sessiyası**
Sədr: Həqiqət Vəliyeva, Kemal Atahan
- 17:10-17:25 Cərrahiyyədə mübahisəli suallar – **Mehmet Velidedeoğlu, Nəsimi Qasimov, Ayfer Kamalı Polat, Göktürk Maralcan**
- 17:25-17:40 Kimyaterapiyada mübahisəli suallar – **Altay Əliyev, Mutlu Doğan, Elçin Hüseynov, Elxan Kazimov**
- 17:40-17:55 Radioterapiyada mübahisəli suallar – **Ferah Yıldız, Günel Hacı, Evrim Tezcanlı, Melis Gültekin**
- 17:55-18:10 Radiologiyada mübahisəli suallar – **Ahmet Veysel Polat, Mehmet Ali Nazlı, Suzən Vətənxə, Anar Kazimov**
- 18:10-18:25 Genetikada mübahisəli suallar – **Mustafa Cengiz Yakıcıer, Leylaxanım Məlikova, Bayram Bayramov**
- 18:25- 18:40 Patologiya sahəsində mübahisəli suallar – **Habil Muradov, Akif Çiftçioğlu, Şahin Osmanov, Savalan Kərim**
- 18:40-18:50 ● **Sual-Cavab**

ONKOPLASTİK SÜD VƏZİ CƏRRAHİYYƏSİ KURSU

II ZAL

08:00-09:00 ● Qeydiyyat

I Sessiya ● Sədrilər: Sevgi Kurt, Ahmet Veysel Polat

09:00-09:20 Onkoplastik süd vəzi cərrahiyyəsi təsnifatı – **Cavid Qəribov**

09:20-09:40 Süd vəzi və aksillanın anatomiyası və vacib meyarlar – **Ali Uzunköy**

09:40-10:00 Müxtəlif preoperativ dəri işarələmə metodları – **Ahmet Erkek**

10:00-10:20 Ağırlaşmalar və nəticələr – kosmetik və onkoloji – **Tamara Quliyeva**

10:20-10:30 ● Sual-Cavab

10:30-12:00 **Açılış Mərasimi – I ZAL**

12:00-12:20 ● Çay fasiləsi

II Sessiya ● Sədr: Vüqar Ələkbərov, Anar Kazımov

12:20-12:40 Kimlər səviyyə I onkoplastik cərrahiyyəyə uyğun gəlir – **Günay Əhmədova**

12:40-13:00 Kimlər səviyyə II onkoplastik cərrahiyyəyə uyğun gəlir – **Mehmet Velidedeoğlu**

13:00-13:20 Dərhal rekonstruksiya üstündür? – **Kemal Atahan**

13:20-13:40 Mastektomiyadan sonra süd vəzi rekonstruksiyası – **Adil Cümşüdoğ**

13:40-14:00 İmplantla süd vəzi rekonstruksiyasında estetik nəticələrin optimallaşdırılması – **Şükrü Yazar**

14:00-14:20 ● Sual-Cavab

14:20-15:20 ● Nahar Fasiləsi

III Sessiya ● Sədrilər: Şükrü Yazar, Məhəmməd Qafarov

15:20-15:40 Süd vəzinin əzələaltı implantla və autoloq rekonstruksiyası – **Şakir Ünal**

15:40-16:00 Lipodermal fleplə dərhal süd vəzi rekonstruksiyası – **Dilqəm Məmmədov**

16:00-16:20 Gilə və dəri qoruyucu mastektomiyadan sonra augmentasiya ilə mastopeksiya – **Vüqar Ələkbərov**

16:20-16:40 Autoaugmentasiya ilə mastopeksiya – **Mahir Əliyev**

16:40-17:00 ● Sual-Cavab

17:00-17:10 ● Çay fasiləsi

IV Sessiya ● Sədrilər: Dilqəm Məmmədov, Mahir Əliyev

17:10-17:30 Süd vəzi rekonstruksiyasında toxuma ekspanderlərinin rolu – **Şükrü Yazar**

17:30-17:50 Mesh və ADM istifadəsi davam edir? – **Sevgi Kurt**

17:50-18:10 Süd vəzi rekonstruksiyasında perforator flepləri – **Vaqif Qələndərov**

18:10-18:30 Süd vəzi rekonstruksiyasında sərbəst fleplər – **Məhəmməd Qafarov**

18:30-18:40 ● Sual-Cavab

Workshop – III ZAL

15:00-17:00 ● **IBUS Radioloji Kursu – Workshop**

I ZAL

08:00–09:00 ● **Qeydiyyat**

V Sessiya ● Sədrilər: Mehmet Velidedeoğlu, Şakir Ünal

09:00–09:15 Hamiləlik və postpartum dövrlə əlaqəli süd vəzi xərçəngi haqqında yeniliklər
Carole Mathelin

09:15–09:30 Mastit nədir və onun fərqli növləri – **Merve Tokoçin**

09:30–09:45 Qranulomatoz mastitin radioloji qiymətləndirilməsi – **Emrah Karatay**

09:45–10:00 Premalignant lezyonlarda cərrahiyyə nə vaxt zəruridir? – **Banu Yiğit**

10:00–10:10 ● **Sual–Cavab**

VI Sessiya ● Sədrilər: Fuad Novruzov, Ahmet Erkek

10:10–10:25 DCIS müalicəsi: cari vəziyyət – **Schlomo Schneebaum**

10:25–10:40 Onkoloji xəstəliklərin protokollarda olmayan müalicə üsulu mövcuddurmu
Steve Jobs nümunəsi – **Osman Toktaş**

10:40–10:55 İnvaziv lobular süd vəzi xərçəngi müalicəsi: Problem və fərsətlər
Ayfer Kamalı Polat

10:55–11:10 Bu ailəvi ya irsi xərçəngdir? – **Xishan Hao**

11:10–11:20 ● **Sual–Cavab**

11:20–11:40 ● **Çay fasiləsi**

VII Sessiya ● Sədrilər: Ali Uzunköy, Elxan Kazımov

11:40–11:55 Hormon reseptor pozitiv (HR+) süd vəzi xərçənginin inkişaf edən müalicə
paradiqlələri – **Mutlu Doğan**

11:55–12:10 Üçlü mənfi süd vəzi xərçəngi (TNBC): Standart müalicə varmı və hər kəsə
uyğun gəlirmi? – **Nicat Xanməmmədov**

12:10–12:25 HER2-pozitiv: deeskalasiya və eskalasiya strategiyaları – **Meral Günaldı**

12:25–12:40 Süni intellekt və süd vəzi xərçəngi – **Tolga Özmen**

12:40–12:50 ● **Sual–Cavab**

VIII Sessiya ● Sədrilər: Cavid Qəribov, Vaqif Qələndərov

12:50–13:05 Süd vəzi üçün radioterapiya – multisentrik və multifokal süd vəzi xərçənginə
RT yanaşması – **Ferah Yıldız**

13:05–13:20 Aksilla üçün radioterapiya – **Evrin Tezcanlı**

13:20–13:35 Radioterapiyada deeskalasiya – **Günel Hacı**

13:35–13:40 ● **Sual–Cavab**

13:40–14:40 ● **Nahar Fasiləsi**

IX Sessiya ● Sədrilər: Özlem Soran, Yunus Əfəndiyev

14:40–14:55 İmmunterapiya və cərrahi müdaxilələr – **Arda Işık**

14:55–15:10 Süd vəzi xərçəngi xəstələri cəmiyyətlərinin rolu – **Gerard Hrodej**

15:10-15:25	Sistemik terapiya zamanı və sonrası ürəkdə yan təsirlər – Nabil Seyidov
15:25-15:40	Süd vəzində palpasiya olunan kütlələrə radioloji yanaşma – Amalya Zeynalova
15:40-15:55	Süd vəzi xərçəngi olan xəstələrdə fizioterapiya və reabilitasiya – göstərişlər və əks-göstərişlər – Zeynep Erdoğan İyigün
15:55-16:10	Süd vəzi xərçəngində diet və qidalanma prinsipləri – Tuba Kayan Tapan
16:10-16:25	Süd vəzi xərçənginin psixiatrik və sosial aspektləri – Sedat Özkan
16:25-16:40	Süd vəzi xərçəngi xəstələrində psixotrop dərman istifadəsi – Mine Özkan
16:40-16:50	● Sual-Cavab
16:50-17:20	● Çay fasiləsi
17:20-18:40	● BHWGI Multidissiplinar Tumor Şurası sessiyası
	● KLİNİK HAL 1
17:20-18:00	Sədrilər: Atilla Soran, Mehmet Ali Nazlı
	Panelistlər:
	Radioloq – Ahmet Veysel Polat
	Cərrah – Özgür Aytaç
	Tibbi onkoloq – Meltem Topalgökçeli Selam
	Radioterapiya onkoloqu – Evrin Tezcanlı
	Genetik – Leylaxanım Məlikova
	Plastik cərrah – Şükrü Yazar
	Nüvə Təbabəti həkimi – Fuad Novruzov
	Patoloq – Bahadur Abbasov
	● Təqdimatçı – Banu Yiğit
	● KLİNİK HAL 2
18:00-18:40	Sədrilər: Ferah Yıldız, Enver Özkurt
	Panelistlər:
	Radioloq – Könül Fərhadzadə
	Cərrah – Aykut Soyder
	Tibbi onkoloq – Elxan Kazımov
	Radiasiya onkoloqu – Melis Gültekin
	Genetik – Mustafa Cengiz Yakıcıer
	Plastik Cərrah – Sevgi Kurt
	Nüvə Təbabəti həkimi – Elnur Mehdi
	Patoloq – Camal Musayev
	● Təqdimatçı – Suzan Yalçın
18:40-18:50	● Bağlanış

II ZAL

08:40–09:40 ● Qeydiyyat

I Sessiya ● Sədrilər: Enzo Durante, Atilla Soran

09:40–10:00 Ultrəsəs avadanlığı, fizikası və müayinə texnikasının optimallaşdırılması
Alexander Mundinger10:00–10:20 Ultrəsəs radionomikası – xoşxassəli və bədxassəli – **Dionysios Koufoudakis**10:20–10:40 Elastografiya, doppler texnikaları və avtomatlaşdırılmış ultrasəs daxil olmaqla
tamamlayıcı süd vəzi qiymətləndirməsi – **Ruediger Schulz Wendtland**10:40–11:00 Dəqiq yol xəritələri: US rəhbərliyi ilə müdaxilələr – **Enzo Durante**

11:00–11:20 ● Sual-Cavab

11:20–11:40 ● Çay fasiləsi və “Mütəxəssislərlə görüş”

II Sessiya ● Sədrilər: Ruediger Schulz Wendtland, Həqiqət Vəliyeva

11:40–12:00 Öndə olmaq: BI-RADS yeniləmələri – **Alexander Mundinger**12:00–12:20 Klinik problemlərin həlli – necə yönəlmək – **Dionysios Koufoudakis**12:20–12:40 Multimodal süd vəzi görüntüləməsi – rəqəmsal mammoqrafiya, DBT və CEM,
KT, çox parametrlı görüntüləmə – **Ruediger Schulz Wendtland**12:40–13:00 Süd vəzi xərçəngi skriningində süni intellekt – haradayıq? – **Alexander Mundinger**13:00–13:20 Əməliyyatözü mərhələdə multimodal süd vəzi görüntülənməsi – MRT və ya
yox? – **Ruediger Schulz Wendtland**

13:20–13:40 ● Sual-Cavab

13:40–14:40 ● Nahar Fasiləsi

III Sessiya ● Sədrilər: Carole Mathelin, Dionysios Koufoudakis

14:40–15:00 İntraoperativ US və spesimen çəkilişi: Praktiki yanaşma – **Enzo Durante**15:00–15:20 Aksilyar mərhələləndirmə – yeni işarələmə alətlərinə ehtiyac varmı – **Dionysios Koufoudakis**15:20–15:40 Süd vəzi xərçənginin residividir ya yox? – **Alexander Mundinger**15:40–16:00 Qalın iyne biopsiyası nəticələrinə əsasən görüntülənmə və patologiya
arasında əlaqə – **Enzo Durante**16:00–16:20 İdarə olunan biopsiya – stereotaktik, DBT, CEM və MR – **Ruediger Schulz Wendtland**

16:20–16:50 ● Sual-Cavab

16:50–17:20 ● Çay fasiləsi

IV Sessiya ● Sədrilər: Vahit Özmen, Alexander Mundinger

17:20–17:40 Ekspertlərin dəyirmi masası: Tumor Şurası və senologiyadakı mübahisəli
halların müzakirəsi – **Dionysios Koufoudakis**17:40–18:00 Sorğu – sizin diaqnozunuz? – **Enzo Durante**

18:00–18:20 ● Sual-Cavab

III ZAL

I Sessiya ● Sədrilər: Təhminə Kosayeva, Rəşad Cəfərov

- 14:40-14:50 Süd vəzinin şübhəli mikrokalsinatlarının stereotaksik biopsiya vasitəsi ilə qiymətləndirilməsi – **Aysel Gəncəliyeva**
- 14:50-15:00 Süd vəzi xərçənginin diaqnostikasında və müalicə effektivliyinin qiymətləndirilməsində regional limfa düyünlərinin ultrasəs görüntülənməsi – **Banu Ələkbərova**
- 15:00-15:10 Süd vəzi tutulumu ilə qeyri-hockin limfoması – **Günəl Musayeva**
- 15:10-15:20 Mərhələ IIIC süd vəzi xərçəngi: standart kimyaterapiya və ya fərdiləşmiş müalicə? Hansı faydalıdır? – **Elçin Mansurov**
- 15:20-15:30 Süd vəzi xərçəngi müalicəsindən sonra II-li angiosarkoma ağırlaşması – **Şəbnəm Qanbayeva**
- 15:30-15:40 İn-vitro fertilizasiya və süd vəzi xərçəngi: risk faktorları, mövcud araşdırmaların təhlili, təsir mexanizmləri və xəstə təqdimatı – **Nəzrin Qarayeva**
- 15:40-15:50 Süd vəzi xərçənginin gecikmiş və müalicə fonunda progressivləşmə rast gəlinən variantlarında fərdiləşdirilmiş yanaşma prinsipləri – **Lətifə Məhərrəmov**
- 15:50-16:00 Süd vəzinin bədxassəli olma ehtimalı olan lezyonlarına yanaşma – **Zərifə Cəfərzadə**
- 16:00-16:10 Süd vəzi xərçənginin ultrasəs diaqnostikasının əsas məqamları – **Vüsalə Vaqifqızı**

II Sessiya ● Sədrilər: Elgün Səmədov, Abuzər Qaziyev

- 16:10-16:20 Endometrium xərçəngində minimal invaziv və açıq cərrahiyyənin onkoloji nəticələri. Tək mərkəzli, əhaliyə əsaslanan tədqiqat – **Xədicə Əliyeva**
- 16:20-16:30 Bədxassəli melanositar dəri şişlərinin erkən diaqnostikasında qeyri-invaziv tədqiqat metodlarının rolu – **Sevinc Abdiyeva**
- 16:30-16:40 Qırtlağın səs bağlarının xərçənginə görə qeyri-effektiv şüa müalicəsindən sonra xilasedici cərrahiyyənin nəticələri – **Nərgiz Kərimova**
- 16:40-16:50 Pilləvari üsulun alt dodaq xərçənginin rekonstruktiv cərrahiyyəsində rolu – **Mehriban Rüstənzadə**
- 16:50-17:00 Baş və boyun dərisinin yerli-yayılmış yastıhüceyrəli xərçəngi: rekonstruksiya üsulu və müalicə taktikası seçimi – **Nərgiz Əlibəyli**
- 17:00-17:10 Uşaqlıq cismi xərçəngi olan xəstələrdə intraoperativ patohistoloji konsultasiyanın nəticələri ilə yekun patoloji müayinələr arasında hansı əlaqə var? 218 xəstənin nəticələri və retrospektiv təhlil – **Fidan Novruzova**
- 17:10-17:20 Gossipiboma resursları məhdud olan ölkələrdə bədxassəli ginekoloji şiş kimi səhv diaqnoz edilə bilər: tək mərkəzli bir araşdırma – **Aygün Həsənova**
- 17:20-17:30 Metastatik yumurtalıq şişlərinin onkoloji proqnozu: tək mərkəzli retrospektiv tədqiqat – **Mələxanım Behbudova**

IV ZAL BOD iclasları

- 13:30-15:00 **SİS BOD İclas**
- 15:00-16:30 **BHWGI BOD İclas**
- 16:30-18:00 ● **ASVXMA BOD İclas**

29 NOVEMBER

I HALL

08:00–09:00 ● **Registration / Coffee break**

I Session ● **Chairs: Hagigat Valiyeva, Vahit Ozmen**

09:00–09:15 Is surgery still the main treatment? – **Kemal Atahan**

09:15–09:30 De – escalation of breast care? Where are we now? – **Atilla Soran**

09:30–09:45 Is oncoplastic surgery possible without philosophy? – **Ozgur Aytac**

09:45–10:00 Is there still a place for excisional surgery? – **Mirxaliq Cavadov**

10:00–10:15 Current techniques in breast reconstruction – **Sukru Yazar**

10:15–10:30 ● **Q&A / Discussion**

10:30–12:00 ● **Opening Ceremony**

Teymur Musayev, Minister of Health of the Republic of Azerbaijan

Academician Cemil Aliyev, Director of the National Oncology Center of the Ministry of Health of the Republic of Azerbaijan

Prof. Geray Geraybeyli, Rector of Azerbaijan Medical University, Azerbaijan

Academician Ahliman Amiraslanov, Director of Oncology Clinic of Azerbaijan Medical University, Azerbaijan

Prof. Dr. Atilla Soran, Professor of Surgery, Surgical Oncology, Breast Surgery, Magee-Womens Hospital, University of Pittsburgh, SIS General Secretary, BHWGI Chair, USA

Prof. Dr. Xishan Hao, Honorary President of China Anti-Cancer Association (CACA), China

Prof. Dr. Kemal Atahan, Chair Turkish Federation of Breast Diseases, Turkiye

● **SIS – Opening ceremony / Lecture**

Prof. Dr. Vahit Ozmen, President Senology International Society

12:00–12:20 ● **Coffee break**

II Session ● **Chairs: Schlomo Schneebaum, Tamara Guliyeva**

12:20–12:35 Biomarkers in the treatment of breast cancer: Importance and pitfalls
Altay Aliyev

12:35–12:50 Systemic therapy horizons for hereditary breast cancer beyond BRCA
Elxan Kazimov

12:50–13:05 How to read commercial NGS test: Tips and tricks for practicing oncologists
Mustafa Cengiz Yakicier

13:05–13:25 Comparison of the targeted therapy with chemotherapy – **Aynura Darbandova**

13:25–13:40 Triple treatment in De novo MBC – **Gokturk Maralcan**

13:40–13:55 Cost effectiveness of breast cancer screening – **Alexander Munding**

13:55–14:10 Angelina Jolie effect – has it passed? – **Nigar Mehdiyeva**

14:10–14:20 ● **Q&A / Discussion**

14:20-15:20	● Lunch
III Session	● Chairs: Nigar Mehdiyeva, Elcin Huseynov
15:20-15:35	Different marking technics - Who? Why? When? Which? Whom? How? Enver Ozkurt
15:35-15:50	Upfront axillary surgery - Didem Can Trabulus
15:50-16:05	Axillary surgery after neoadjuvant chemotherapy - Surgeon`s view Aykut Soyder
16:05-16:20	Axillary surgery after neoadjuvant chemotherapy - Radiation oncologist`s view - Melis Gultekin
16:20-16:35	Still! Practicing axillary surgery? - Mehmet Velidedeoğlu
16:35-16:50	Could optimal systemic therapy be adequate without locoregional therapy? Lutfi Dogan
16:50-17:00	● Q&A / Discussion
17:00-17:10	● Coffee break
IV Session	● Controversy session
	Chairs: Hagigat Valiyeva, Kemal Atahan
17:10-17:25	Controversial questions in surgery - Mehmet Velidedeoglu, Nasimi Gasimov, Ayfer Kemali Polat, Gokturk Maralcan
17:25-17:40	Controversial questions in chemotherapy - Altay Aliyev, Mutlu Dogan, Elcin Huseynov, Elxan Kazimov
17:40-17:55	Controversial questions in radiotherapy - Ferah Yildiz, Gunel Haci, Evrim Tezcanli, Melis Gultekin
17:55-18:10	Controversial questions in radiology - Ahmet Veysel Polat, Mehmet Ali Nazli, Suzan Vatanxa, Anar Kazimov
18:10-18:25	Controversial questions in genetics - Mustafa Cengiz Yakicier, Leylaxanim Malikova, Bayram Bayramov
18:25- 18:40	Controversial questions in pathology - Habil Muradov, Mehmet Akif Ciftcioglu, Sahin Osmanov, Savalan Karim
18:40-18:50	● Q&A / Discussion

ONCOPLASTIC BREAST SURGERY COURSE

II HALL

08:00-09:00 ● **Registration**

I Session ● **Chairs: Sevgi Kurt, Ahmet Veysel Polat**

09:00-09:20 Oncoplastic breast surgery classification – **Cavid Garibov**

09:20-09:40 Breast and axillary anatomy and landmarks – **Ali Uzunkoy**

09:40-10:00 Different preoperative skin marking methods – **Ahmet Erkek**

10:00-10:20 Complications & outcomes, cosmetic and oncologic – **Tamara Guliyeva**

10:20-10:30 ● **Q&A / Discussion**

10:30-12:00 **Opening Ceremony - I HALL**

12:00-12:20 ● **Coffee break**

II Session ● **Chairs: Vugar Alakbarov, Anar Kazimov**

12:20-12:40 Who is suitable for level I oncoplastic surgery? – **Gunay Ahmadova**

12:40-13:00 Who is suitable for level II oncoplastic surgery? – **Mehmet Velidedeoğlu**

13:00-13:20 Is immediate reconstruction superior? – **Kemal Atahan**

13:20-13:40 Post mastectomy breast reconstruction. Our experience – **Adil Cumsudov**

13:40-14:00 Optimizing aesthetic outcomes in implant based breast reconstruction – **Sukru Yazar**

14:00-14:20 ● **Q&A / Discussion**

14:20-15:20 ● **Lunch**

III Session ● **Chairs: Sukru Yazar, Mahammad Gafarov**

15:20-15:40 Breast reconstruction using autologous tissue or submuscular implant – **Sakir Unal**

15:40-16:00 Lipodermal flap immediate breast reconstruction – **Dilgam Mammadov**

16:00-16:20 Augmentation mastopexy after nipple and skin sparing mastectomy – **Vugar Alakbarov**

16:20-16:40 Autoaugmentation mastopexy – **Mahir Aliyev**

16:40-17:00 ● **Q&A / Discussion**

17:00-17:10 ● **Coffee break**

IV Session ● **Chairs: Dilgam Mammadov, Mahir Aliyev**

17:10-17:30 The role of tissue expanders in breast reconstruction – **Sukru Yazar**

The use of mesh and ADM continues – **Sevgi Kurt**

17:30-17:50 Perforator flaps in breast reconstruction – **Vagif Galandarov**

17:50-18:10 Free flaps in breast reconstruction – **Mahammad Gafarov**

18:10-18:30 ● **Q&A / Discussion**

18:30-18:40 ● **Closing remarks**

Workshop - III HALL

15:00-17:00 ● **IBUS Breast Imaging School Course - Workshop**

I HALL

08:00-09:00 ● **Registration**

V Session ● Chairs: Mehmet Velidedeoglu, Sakir Unal

09:00-09:15 News about breast cancer associated with pregnancy and the post-partum period – **Carole Mathelin**

09:15-09:30 What is the mastitis and its different types – **Merve Tokocin**

09:30-09:45 Radiological evaluation of granulomatous mastitis – **Emrah Karatay**

09:45-10:00 When is surgery necessary in premalignant lesions – **Banu Yigit**

10:00-10:10 ● **Q&A / Discussion**

VI Session ● Chairs: Fuad Novruzov, Ahmet Erkek

10:10-10:25 DCIS treatment: current status – **Schlomo Schneebaum**

10:25-10:40 Is there a treatment for oncological diseases that is not in the protocols Steve Jobs example? – **Osman Toktas**

10:40-10:55 Treatment of invasive lobular breast cancer: From pitfalls to opportunities **Ayfer Kamali Polat**

10:55-11:10 Is it a familial or hereditary cancer? – **Xishan Hao**

11:10-11:20 ● **Q&A / Discussion**

11:20-11:40 ● **Coffee break**

VII Session ● Chairs: Ali Uzunkoy, Elxan Kazimov

11:40-11:55 Evolving treatment paradigms for hormone-receptor positive (HR+) breast cancer – **Mutlu Dogan**

11:55-12:10 Triple negative breast cancer (TNBC): Is there a standard treatment and does one size fit all? – **Nicat Xanmammadov**

12:10-12:25 HER2-positive: De-escalation and escalation strategies – **Meral Gunaldi**

12:25-12:40 Artificial intelligence and breast cancer – **Tolga Ozmen** (online)

12:40-12:50 ● **Q&A / Discussion**

VIII Session ● Chairs: Cavid Garibov, Vagif Galandarov

12:50-13:05 Radiotherapy for the breast – RT approach to multicentric, multifocal breast cancer – **Ferah Yildiz**

13:05-13:20 Radiotherapy for the axilla – **Evrin Tezcanli**

13:20-13:35 De-escalation in radiotherapy – **Gunel Haci**

13:35-13:40 ● **Q&A / Discussion**

13:40-14:40 ● **Lunch**

IX Session ● Chairs: Ozlem Soran, Yunus Afandiyev

14:40-14:55 Immunotherapy and surgical implications – **Arda Isik**

14:55-15:10 Role of a breast cancer patients' society – **Gerard Hrodej**

- 15:10-15:25 Cardiac side effects during and after systemic therapy – **Nabil Seyidov**
- 15:25-15:40 Radiological approach to palpable breast abnormalities – **Amalya Zeynalova**
- 15:40-15:55 Physical therapy and rehabilitation practices in breast cancer-indications and contraindications – **Zeynep Erdogan İyigün**
- 15:55-16:10 Diet and nutrition principles in breast cancer – **Tuba Kayan Tapan**
- 16:10-16:25 Psychiatric and social aspects of breast cancer – **Sedat Ozkan**
- 16:25-16:40 Psychotropic usage in breast cancer patients – **Mine Ozkan**
- 16:40-16:50 ● **Q&A / Discussion**
- 16:50-17:20 ● **Coffee break**
- 17:20-18:40 ● **BHWGI MULTIDISCIPLINARY TUMOR BOARD SESSION**
- **CLINICAL CASE 1**
- 17:20-18:00 **Chairs: Atilla Soran, Mehmet Ali Nazli**
- Panelists:**
- Radiologist – **Ahmet Veysel Polat**
- Surgeon – **Ozgur Aytac**
- Medical oncologist – **Meltem Topalgokceli Selam**
- Radiation oncologist – **Evrin Tezcanli**
- Geneticist – **Leylaxanim Malikova**
- Plastic surgeon – **Sukru Yazar**
- Nuclear medicine doctor – **Fuad Novruzov**
- Pathologist – **Bahadur Abbasov**
- **Presenter – Banu Yigit**
- **CLINICAL CASE 2**
- 18:00-18:40 **Chairs: Ferah Yildiz , Enver Ozkurt**
- Panelists:**
- Radiologist – **Konul Farhadzada**
- Surgeon – **Aykut Soyder**
- Medical oncologist – **Elxan Kazimov**
- Radiation oncologist – **Melis Gultekin**
- Geneticist – **Mustafa Cengiz Yakicier**
- Plastic surgeon – **Sevgi Kurt**
- Nuclear medicine doctor – **Elnur Mehdi**
- Pathologist – **Camal Musayev**
- **Presenter – Suzan Yalcin**
- 18:40-18:50 ● **Closing remarks**

II HALL

08:40–09:40	● Registration
I Session	● Chairs: Enzo Durante, Atilla Soran
09:40–10:00	Optimization of ultrasound equipment, physics and examination technique Alexander Mundinger
10:00–10:20	Ultrasound radionomics – benign versus malignant – Dionysios Koufoudakis
10:20–10:40	Complementary breast assessment including elastography, doppler techniques and automated breast ultrasound – Ruediger Schulz Wendtland
10:40–11:00	Precision pathways: US-guided interventions – Enzo Durante
11:00–11:20	● Q&A / Discussion
11:20–11:40	● Coffee break and "Meet the expert"
II Session	● Chairs: Ruediger Schulz Wendtland, Hagigat Valiyeva
11:40–12:00	Staying ahead: BI-RADS updates – Alexander Mundinger
12:00–12:20	Clinical problem solving – how to navigate – Dionysios Koufoudakis
12:20–12:40	Multimodality breast imaging – digital mammography, DBT and CEM, CT, multiparametric imaging – Ruediger Schulz Wendtland
12:40–13:00	Artificial intelligence in breast cancer screening – where do we stand? Alexander Mundinger
13:00–13:20	Multimodality breast imaging in preoperative staging – MRI or not? Ruediger Schulz Wendtland
13:20–13:40	● Q&A / Discussion
13:40–14:40	● Lunch
III Session	● Chairs: Carole Mathelin, Dionysios Koufoudakis
14:40–15:00	Intraoperative US and specimen management: A practical approach Enzo Durante
15:00–15:20	Axillary staging – do we need new marker tools? – Dionysios Koufoudakis
15:20–15:40	Breast cancer recurrence or not? – Alexander Mundinger
15:40–16:00	Imaging – pathology correlation with focus on core biopsy results Enzo Durante
16:00–16:20	Guided biopsy – stereotactic, DBT, CEM, and MR – Ruediger Schulz Wendtland
16:20–16:50	● Q&A / Discussion
16:50–17:20	● Coffee break
IV Session	Chairs: Vahit Ozmen, Alexander Mundinger
17:20–17:40	Expert round table: Tumor board cases and controversies in senology Dionysios Koufoudakis
17:40–18:00	Quiz cases – your diagnosis? – Enzo Durante
18:00–18:20	● Q&A / Discussion

Abstract Presentation Session

III HALL

I Session ● Moderators: Tahmina Kosayeva, Rasad Jafarov

- 14:40-14:50 Evaluation of suspicious breast microcalcifications by stereotactic biopsy – **Aysel Gancaliyeva**
- 14:50-15:00 Ultrasound visualization of regional lymph nodes in the diagnosis and evaluation of breast cancer treatment effectiveness – **Banu Alakbarova**
- 15:00-15:10 Breast involvement in non-hodgkin lymphoma: A case report study and review – **Gunel Musayeva**
- 15:10-15:20 Stage IIIC breast cancer: standard chemotherapy or personalized treatment? Which is more beneficial? – **Elcin Mansurov**
- 15:20-15:30 Secondary angiosarcoma after breast cancer treatment – **Sabnam Ganbayeva**
- 15:30-15:40 In-vitro fertilisation and breast cancer: risk factors, literature review, mechanism of actions and case report – **Nazrin Garayeva**
- 15:40-15:50 Principles of an individualized approach in late-stage breast cancer and in cases of progression during treatment – **Latifa Maharramova**
- 15:50-16:00 Approach to potentially malignant breast lesions – **Zarifa Jafarzada**
- 16:00-16:10 Key Points of Ultrasound Diagnostics of Breast Cancer – **Vusala Vagifgizi**

II Session Moderators: Elgun Samadov, Abuzar Gaziyeu

- 16:10-16:20 Oncological outcomes of minimally invasive and open surgery in endometrial cancer. A single-center, population-based study – **Khadija Aliyeva**
- 16:20-16:30 The role of non-invasive research methods in early diagnosis of malignant melanocytic skin tumors – **Sevinj Abdiyeva**
- 16:30-16:40 Outcomes of salvage surgery after ineffective radiation therapy for vocal cord cancer of the larynx – **Nargiz Karimova**
- 16:40-16:50 The effectiveness of staircase techniques in the reconstruction surgery of lower lip cancer – **Mehriban Rustamzada**
- 16:50-17:00 Locally advanced squamous cell carcinoma of the head and neck: choice of reconstruction method and treatment tactics – **Nargiz Alibayli**
- 17:00-17:10 What is the correlation between the results of the intraoperative histopathological consultation and the final pathological examinations in uterine cancer patients? Results and retrospective analysis of 218 cases – **Fidan Novruzova**
- 17:10-17:20 Gossypiboma may be misdiagnosed as a malignant gynecologic tumor in resource-limited countries: a single-center study – **Aygun Hasanova**
- 17:20-17:30 Oncological prognosis of metastatic ovarian tumors: a single-center retrospective study – **Khadija Aliyeva**

IV Hall – BOD meetings

SIS BOD Meeting

BHWGI BOD Meeting

● **ABDSA BOD Meeting**

MÜNDƏRİCAT / CONTENTS

058. Epitelial Hiperplaziyalı Axardaxili Papillomanın Duktal Karsinoma İn Situdan Patohistoloji Fərqi

Quliyeva K.C., Sultanova T.S., Mirzəyeva T.N., Fərzəliyeva S.Ə., Əliyeva G.N......6

059.Sür Vəzi Xərçəngi Müalicəsindən Sonra li-Li Angiosarkoma Ağırlaşması

Sh. Ganbaeva, H. Valiyeva, A. Ibishova, K. Quliyeva......6

060. Postnatal Ontogenezdə İnsanda Udlağın Vəzi Və Limfoid Toxumalarının Morfoloji Xüsusiyyət Göstəricilərinin Anatomik Baza Rolunun Praktiki Əhəmiyyətinə Dair

Qasımova T.M., Mustafayeva N.A., Qəniyeva G.M......7

061. New Diagnostic Serum Markers In Woman With Breast Cancer

Karimova L......8

062. Erkek Hastada Klinik Meme Kanseri Tedavi Olgusu.

A. Abdrakhmanova, M. Dmitrienko, N. Khvan, A. Kazhenova......9

063. Флуоресцентный Метод Icg Для Обнаружения Чувствительных Лимфатических Улов При Раке Молочной Железы

A.Ж. Абдрахманова, Н.С. Хван, Ш.С. Султансеитов, А.Б. Байжигитов, А.С.Каженова......10

064. Sür Vəzinin Şübhəli Mikrokalsinatlarını Stereotaksik Biopsiya Vasitəsi ilə Qiymətləndirilməsi

A.B. Gəncəliyeva......16

065. The Role Of Non -Invasive Research Methods In Early Diagnosis Of Malignant Melanocytic Skin Tumors.

Amiraslanov A.T., Abdiyeva S.V., İbragimov E.E......18

066. Sür Vəzi Xərçənginin Ultrasəs Diagnostikasının Əsas Məqamları.

V. Vaqifqızı......19

067. Sür Vəzi Xərçənginin Gecikmiş Və Müalicə Fonunda Proqressivləşmə Rast Gəlinən Variantlarında Fərdiləşdirilmiş Yanaşma Prinsipləri.

L. Məhərrəmov, İ. Cəfərova, N. Qasimov, N. Hacıyev......19

068. Qaraciyərin Kompensasiyalı Sirrozlu Xəstələrində Primer Kiçik Ölçülü Regenerativ Displastik Düyünlərin Və Hepotasellular Karsinomasının Erkən Aşkarlanmasında Ultrasəs Müayinəsinin Yolu

Kazımova X......26

069. Baş Və Boyun Dərisinin Yerli-Yayılmış Yastihüceyrəli Xərçəngi: Rekonstruksiya Üsulu Və Müalicə Taktikası Seçimi

N.Q. Əlibəyli, N.M. Əmirəliyev......27

070. What Is The Correlation Between The Results Of The Intraoperative Histopathological Consultation And The Final Pathological Examinations In Uterine Cancer Patients? Results And Retrospective Analysis Of 218 Cases

F. Novruzova, A. Ibrahimov, A. Hasanova, M. Behbudova......28

071. Gossypiboma May Be Misdiagnosed As A Malignant Gynecologic Tumor In Resource-Limited Countries: A Single-Center Study

A. Hasanova, A. Ibrahimov, F. Novruzova, M. Behbudova, K. Aliyeva......29

072. Sür Vəzinin Birincili Angiosarkomasının Mrt Diaqnostikası

A.T. Kazımov, N.R. Ələkbərova, A.V. Ataşova......29

073. Oncological Prognosis Of Metastatic Ovarian Tumors: A Single-Center Retrospective Study

A. Ibrahimov, A. Gaziye, A. Hasanova, F. Novruzova, M. Behbudova, K. Aliyeva......30

074. Oncological Outcomes Of Minimally Invasive And Open Surgery In Endometrial Cancer. A Single-Center, Population-Based Study.

A. Ibrahimov, A. Gaziye, A. Hasanova, F. Novruzova, M. Behbudova, Kh. Aliyeva......31

075. The Effectiveness Of Staircase Techniques In The Reconstruction Surgery Of Lower Lip Cancer

M.A.Rustamzade, prof., N.M.Amiraliyev......32

076. Qırtlağın Səs Bağlarının Xərçənginə Görə Qeyri-Effektiv Şüa Müalicəsindən Sonra Xilasedici Cərrahiyyənin Nəticələri

N.V. Kərimova, N.M. Əmirəliyev, A.T. İskəndərova......32

077. Окт-Кольпоскопия В Диагностике Цервикальной Патологии

Багирова Ш.Г......33

078. İn-Vitro Fertilizasiya Və Sür Vəzi Xərçəngi: Risk Faktorları, Mövcud Araşdırmaların Təhlili, Təsir Mexanizmləri Və Xəstə Təqdimatı.*C.Ə.Əliyev, S.E.Rəhimzadə, C.Q.Qəribov, A.T. Kazımov, E.V. Vəliyeva, A.Ə. Kazımova, N.F. Qarayeva, G.H. Musayeva.....35***079. IIC Mərhələli Sür Vəzi Xərçəngi: Standart Kimyaterapiya Və Ya Fərdiləşmiş Müalicə? Hansi Faydalıdır?***C.Ə.Əliyev, akademik , S.E. Rəhimzadə, L.Ə. Məlikova, E.B.Mansurov.....43***080. Ultrasound Visualization Of Regional Lymph Nodes In The Diagnosis And Evaluation Of Breast Cancer Treatment Effectiveness***S. Rahimzade, B. Alakbarova.....46***081. Breast Involvement In Non Hodgkin Lymphoma: A Case Report Study And Review***G.Musayeva.....46***082. Hiv İnfeksiyalı Xəstədə Metaxron Bilateral Sür Vəzi Xərçənginin Klinik-Patoloji Xüsusiyyətləri: Nadir Klinik Hal***H. Vəliyeva, T. Kosayeva, Z. Cəfərzadə.....50***083. Sür Vəzinin Bədxassəli Olma Ehtimalı Olan Lezyonlarına Yanaşma***H. Vəliyeva, N. Mehdiyeva, E.Hüseynov, T. Kosayeva, K. Fərhadzadə, Ş. Qanbayeva, İ. Soltanova, R. Hacıyeva, X. Həsənova, Z.Cəfərzadə.....51***084. Significance Of Plasma Biomarkers For Breast Cancer In Patients With Metabolic Syndrome***Alimhodjaeva L.T., B.U.Iriskulov, M.A.Mirzaeva, M.K.Norbekova.....53***085. Can Ca-15.3 Be A Predictive Marker For Patients With Metabolic Syndrome In Breast Cancer?***Alimhodjaeva L.T., M.A.Mirzaeva, B.U.Iriskulov.....54*

Tezislər Kitabı - Abstract Book

AÇIQ GİRİŞ (OPEN ACCESS)

BC058.

EPITELIAL HİPERPLAZİYALİ AXARDAXİLİ
PAPİLLOMANIN DUKTAL KARSİNOMA IN
SITUDAN PATOHİSTOLOJİ FƏRQİQuliyeva K.C.¹, Sultanova T.S.¹, Mirzəyeva T.N.¹,
Fərzəliyeva S.Ə.¹, Əliyeva G.N.¹1. Azərbaycan Tibb Universitetinin Patoloji
anatomiya kafedrası

Giriş: Axardaxili papilloma sür vəzinin xoş xassəli törəmələrindəndir. Bu törəmələr sür vəzi parenximasındakı lokalizasiyasına görə mərkəzi və periferik ola bilər. Mərkəzi yerləşimli axardaxili papilloma özünü gələ nəhiyəsində bərklik və sür vəzi giləsindən şəffaf, qeyri-şəffaf axıntı ilə biruzə verdiyi halda periferik lokalizasiyalı axardaxili papilloma çox nadir hallarda kontrol müayinələr zamanı təsadüfən aşkar olunur. Histoloji olaraq daraq fibrovaskulyar əsasdan epitelial və monoepitelial qışalardan təşkil olunmuşdur.

Tədqiqatın məqsədi: Axardaxili papillomalarda epitelial hiperplaziyalı duktal karsinoma in situdan fərqləndirmək. Material metod: Klinikaya sür vəzi giləsindən ifrazat şikayəti ilə müraciət etmiş 16 xəstənin biopsiya materiallarının patohistoloji təhlili.

Nəticələr: Tədqiq olunan 16 pasientin biopsiya materialının patohistoloji tədqiqi zamanı onlardan ikisində duktal karsinoma in situ aşkar olunmuşdur. Diaqnozu təsdiqləmək üçün immun histokimya aparılması məsləhət görüldü. Axardaxili papilomalar zamanı

K 5/6 pozitiv MUC3- zərif

63 pozitiv ER- zəif

Nəticə göstərildiyi halda duktal karsinoma in sitularda şiddətli pozitiv olunmuşdur. Aparılan təhlil onu deməyə imkan verir ki, hiperplaziya müşahidə olunan bütün hallarda immunhistokimyanın rolu danılmazdır.

BC059.

SÜR VƏZİ XƏRÇƏNGİ MÜALİCƏSİNDƏN
SONRA II-Lİ ANĞİOSARKOMA
AĞIRLAŞMASIShabnam Ganbaeva¹, Hagigat Valiyeva¹, Arzu
İbishova¹, Konul Quliyeva¹1. Azərbaycan Tibb Universiteti, Patoloji
Anatomiya Kafedrası

Giriş: Sür vəzinin sarkomaları, nadir rastlanan bədxassəli şişlərdir və sür vəzi toxumasının birbaşa mezenximal hüceyrələrindən inkişaf edir. Sür vəzinin sarkoması, epitelial mənşəli olan sür vəzi xərçəngindən fərqli olaraq, birbaşa birləşdirici toxumalardan əmələ gəlir. Bu şişlər çox sürətli böyüməyə meyllidir və erkən mərhələlərdə geniş yayılma potensialına malikdir.

Sür vəzinin sarkomalarının növlərinə fibrosarkoma, liposarkoma, angiosarkoma və leiomyosarkoma nadir bir sür vəzi şişidir. Qısa müddətdə sürətlə böyüyən bir kütlə, ağrı və ya narahatlıq, dəridə dəyişikliklər, bəzi hallarda qanaxma və ya yara ilə təzahür edirlər.

Sür vəzinin angiosarkoması çox nadir rast gəlinən, lakin son dərəcə aqressiv bir bədxassəli şiş növüdür. Bu şiş damar hüceyrələrindən (endotel hüceyrələri)

yarandır və sürətlə yayılma, invaziv böyümə xüsusiyyətinə malikdir. Angiosarkoma sür vəzində iki formada müşahidə edilə bilər: İlkən angiosarkoma: Bu, birbaşa sür vəzisi toxumasının damarlarından inkişaf edir və əvvəldən mövcud olan xəstəliklə bağlı deyil. İkincili angiosarkoma: Radiasiya terapiyası və ya digər müalicələrin yan təsiri olaraq, xüsusən də sür vəzi xərcəngi müalicəsindən sonra meydana çıxır bilər. Bu forma radiasiyadan illər sonra da inkişaf edə bilər.

Material və metod: Mərkəzimizə müraciyyət etmiş 38 yaşlı qadın xəstə sür vəzində xorali kütləsi olan ağırlaşma ilə yaxınlaşmışdır. Dəridə mavi və bənövşəyi rəng dəyişikliyi, nazilməsi və açıq yara formalaşması ilə xarakter sahələr diqqəti çəkmişdir.

Müzakirə: Anamnez toplanması nəticəsində 5 il öncə xəstədə sür vəzi xərcənginin olması və şüa terapiyası alması məlum olmuşdur. Mamoqrafiya və ultrasəs üsulları ilkin qiymətləndirmə üçün istifadə olunsada, angiosarkomalar bu xəstəliyin aşkarlanmasında nəticə verməmişdir. Patohistoloji müayinənin nəticəsində damarlara zəngin bir şiş toxumasının olduğu həmçinin CD 31 və CD34 immunohistokimyəvi boyanma üsulu ilə təstiqlənməsi 2-cili angiosarkoma diaqnozunun qoyulması ilə nəticələnməmişdir.

Nəticə: Beləliklə, müalicədən illər sonra müalicə ağırlaşması kimi yarana biləcək fəsadların bədxassəli şişlər kimi təzahur etməsini nəzərə almaq lazımdır. Bu ağırlaşmaların olmaması və ya yaranmış fəsadların proqresivləşməsinin qarşısının alınması üçün mütəmadi xəstələrin nəzarətdə qalması təmin olunmalıdır. Angiosarkomanın proqnozu, erkən diaqnoz və effektiv müalicə ilə bağlıdır. Təəssüf ki, bu şiş növü sürətlə yayılmağa meyllidir. Tez aşkarlanmazsa, metastaz riski yüksəkdir.

Açar sözlər: Angiosarkoma, CD31, CD34, sür vəzi xərcəngi, radioterapiya.

BC060.

POSTNATAL ONTOGENEZDƏ İNSANDA UDLAĞIN VƏZİ VƏ LİMFÖİD TOXUMALARININ MORFOLOJİ XÜSUSİYYƏT GÖSTƏRİCİLƏRİNİN ANATOMİK BAZA ROLUNUN PRAKTİK ƏHƏMİYYƏTİNƏ DAİR

Qasımova T.M.¹, Mustafayeva N.A.¹, Qəniyeva G.M.¹

1. Azərbaycan Tibb Universitetinin insan anatomiyası və tibbi terminologiya kafedrası

Giriş. İnsanda həzm və tənəffüs sistemi orqanlarının patologiyaları arasında udlaq xəstəlikləri daha geniş yayılma meylliliyi ilə diqqəti cəlb edir. Ədəbiyyat göstəricilərinə görə udlağın bədxassəli şişlərinin patomorfogenezdə bu orqanın vəzi və limfoid strukturlarının ilkin mərhələdəki dəyişikliklərinin erkən aşkarlanması mühüm əhəmiyyət kəsb edir. Bu baxımdan patoloqanatomların, klinisistlərin, xüsusilə də onkoloqların udlağın vəziləri və limfoid toxumasının morfoloji bazasına diqqət yetirmələri təsadüfi deyil, əksinə anlaşılandır. Əldə olunan ədəbiyyatda udlağın divarındakı selikli qışa vəziləri və limfoid elementləri strukturlarının öyrənilməsinin qənaətbəxş olmadığını və onun aktuallığının əhəmiyyətini nəzərə alaraq, bu sahə üzrə elmi-tədqiqat işlərinin aparılmasını məqsədəuyğun və vacib hesab etdik.

Tədqiqatın məqsədi postnatal ontogenezdə insanda udlağın selikli qışa vəziləri və limfoid törəmələrinin struktur elementlərinin tədqiqindən ibarətdir. Tədqiqatın material və metodları. Tədqiqat işində müxtəlif yaş qruplarına və hər iki

cinsə aid insan meylitlərindən götürülmüş udlağın vəzi və limfoid aparatı öyrənilmişdir. Belə ki, 131 halda total preparatlardan götürülmüş udlaq vəziləri makromikroskopik üsulla (R.D. Sinelnikov metodu ilə), 93 halda isə udlağın divarlarındakı vəzi və limfoid toxuması mikroskopik metodla tədqiq edilmişdir.

Tədqiqatın nəticələri və onların təhlili. Əldə olunan nəticələr göstərir ki, udlağın vəziləri və limfoid törəmələri onun selikli qışasında, eləcə də selikaltı əsasında bir-biri ilə sıx rəbitədə yerləşirlər. Müəyyən edilmişdir ki, udlağın selikli qışa vəzilərinin ümumi sayı yetkin şəxslərdə 460-850 arasında təbəddüd edir. Udlağın divarlarındakı vəzilərin sayı, ölçüləri, yerləşmə sıxlığı və limfoid toxumasının göstəriciləri yuxarıdan aşağıya getdikcə çoxalır. Limfoid hüceyrələri sıraları vəzilərin axacaqlarının ətrafında yerləşərək "mühasirə postları" yaradırlar və qoruyucu funksiyaları yerinə yetirirlər. Limfoid düyüncüklər bütün postnatal ontogeneiz boyunca çoxalma mərkəzlərinə malik olurlar. Həmçinin aşkarlanmışdır ki, limfoid toxumanın tərkibindəki kiçik limfositlər ümumi hüceyrələrin 43,6-58,4 %-ni, orta ölçülü limfositlər 8,2-22,4 %-ni, retikulyar hüceyrələr isə 13,2-19,4 %-ni təşkil edir.

Yekun. Beləliklə, əldə olunan nəticələrin təhlili göstərir ki, tədqiqatın yekununda alınan rəqəm göstəriciləri mühüm praktik əhəmiyyətə malikdir və onlar tibbin otorinolarinqologiya, qastroenterologiya, klinik immunologiya, onkologiya və s elmi-praktik sahələr üçün prioritet sayılan morfoloji baza rolunu oynaya bilərlər.

BC061.

NEW DIAGNOSTIC SERUM MARKERS IN WOMAN WITH BREAST CANCER

Karimova Leyla¹

1. Department of Biophysics and Biochemistry,
Baku State University, Baku, Azerbaijan

Breast cancer (BC) remains a major global health burden, ranking among the primary causes of oncological mortality in women. In Azerbaijan, BC represented approximately 20% of diagnosed malignancies in 2021, reflecting its significant morbidity and mortality rates. Matrix metalloproteinases (MMPs), proteolytic enzymes involved in extracellular matrix (ECM) remodeling, have been increasingly studied as potential biomarkers in BC diagnostics. Specifically, MMP-7, MMP-9, and CYR61, an ECM-associated protein influencing cellular adhesion, migration, and apoptosis, may enhance diagnostic accuracy and prognostic assessment in BC.

This prospective cohort study assessed serum levels of MMP-7, MMP-9, and CYR61 in 74 female BC patients aged 30-51 at the National Oncology Centre (2023-2024), stratified into Her2-positive (33 cases), Her2-negative (33 cases), and triple-negative (8 cases) phenotypes. A control group of 15 healthy females aged 25-38 was included. Quantification of MMP-7, MMP-9, and CYR61 was conducted via enzyme-linked immunosorbent assay (ELISA) using Bio-Techne reagent kits, analyzed on a STAT FAX 4700 semi-automated microplate reader. Statistical analysis employed parametric (Fisher and t-Student Bonferroni criteria) and non-parametric (Wilcoxon-Mann-Whitney test) methods.

Findings indicated a substantial reduction in serum MMP-7 levels across BC phenotypes relative to controls, with the triple-negative group presenting the highest median levels (2.0 ng/mL). Although MMP-

9 levels varied among Her2-positive and triple-negative groups, the BC cohort exhibited an 89.1% decrease in serum MMP-9 compared to controls ($p<0.001$). Notably, CYR61 concentrations were significantly elevated in Her2-positive patients ($p<0.001$), suggesting its role as a distinctive biomarker in BC.

In summary, although intergroup differences in MMP-7, MMP-9, and CYR61 across BC phenotypes were not statistically significant, the overall BC cohort demonstrated significantly altered MMP-9 and CYR61 levels compared to controls. These results support the potential diagnostic utility of MMP-9 and CYR61 in BC, independent of receptor status, offering promising avenues for early detection and enhanced clinical prognostication.

BC062.

ERKEK HASTADA KLİNİK MEME KANSER TEDAVİ OLGUSU.

A. Abdrakhmanova¹, M. Dmitrienko¹, N. Khvan¹, A. Kazhenova¹

1. JSC «Kazakh Institute of Oncology and Radiology,» Almaty, the Republic of Kazakhstan.

Yöntemler: Makalede C-r sağ meme St III (T4NxM0) tanısı alınmış bir erkek hastanın klinik vakası sunulmaktadır. Ödemli-infiltratif form, UOL, intraduktal bileşenli. Luminal B Her2neu.-0 (neg.) tipi". Erkek meme kanseri tanısı ve tedavisine ilişkin literatür kaynaklar ve klinik protokollerden alınan veriler de gözden geçirildi.

Sonuçlar: Başlangıç aşamasında yeterli laboratuvar ve enstrümantal muayene tanısı yapıldı. Hastaya "AC" şemasına göre dört kür preoperatif kemoterapi uygulandı Doksorubisin 60 mg/m² (CD 120 mg) + Siklofosamid 600 mg/m² (CD 1200 mg).

Ara enstrümantal ve laboratuvar kontrolü ve RECIST kriterlerine göre tedaviye yanıt planlandı.

Sonuç: Nadir rastlanan klinik erkek meme kanseri vakası sunuldu, başlangıç aşamasındaki tanı ve tedavinin kadınlar için önerilenle aynı kaldığını göstermektedir. Aynı ameliyat öncesi ve adjuvan kemoterapi rejimleri uygulanabilir. Çoğu erkek meme kanseri östrojen reseptörleri ifade ettiğinden, tamoksifen gibi endokrin tedavi adjuvan erkek meme kanseri tedavisi için rutindir. Makalede hastada gerçekleştirilen laboratuvar ve enstrümantal tanı ve ameliyat öncesi kemoterapi tedavisi açıklanmaktadır. İkinci bölümde kemoterapi ve cerrahi tedavinin sonuçları ve hastaya verilen öneriler tartışılacaktır.

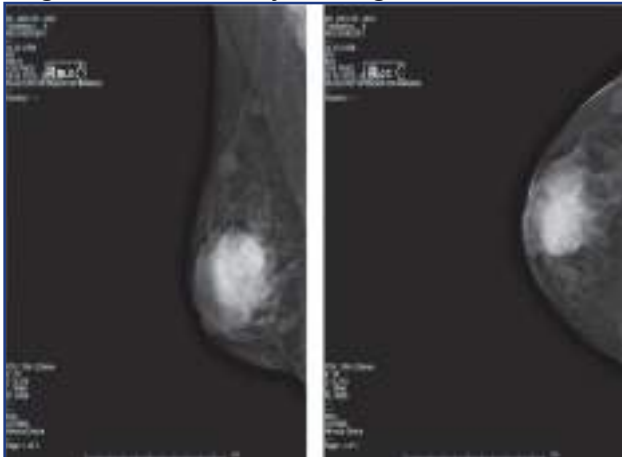
Önemli not: Erkek meme kanseri (MK), tespit, tedavi ve gözetimde her zaman kadın meme kanserinin gerisinde kalmıştır. Erkeklerde daha düşük MK sıklığı taramanın yararlılığını sınırlar. Ancak, erkeklerde MK insidansı artmaktadır. Bu makale, kemoterapi ve cerrahi altında erkek meme kanserinin cerrahi tedavisinin sonuçlarını ve klinik, morfolojik görünümündeki tipik değişiklikleri göstermektedir.



Yöntemler: Makalede, "Sağ memede St III (T4NxM0) kanseri, intraduktal bileşenli ödemli infiltratif form, üst dış lokalizasyon. Her2neu ekspresyonu olmayan

immünohistokimyasal olaraq lüminal alt tip B" tanısı konmuş bir erkek hastanın klinik vakası açıklanmaktadır; durum – altı neoadjuvan kemoterapi küründen sonra.

Sonuçlar: Altı preoperatif kemoterapi küründen sonra yapılan meme bezlerinin ultrasonografisi, hipoekoik, merkezi, bulanık, düzensiz konturlu olduğunu, 52,5×48,2×46,1 mm boyutunda, V=60,98 cm³'lük bir oluşum gösterdi. Mart 2022 ile karşılaştırıldığında (sağ meme kraniolateral kadranında, kesin düzensiz konturlu, 9,0 cm boyutunda, infiltrate edici büyümeye sahip bir oluşumun varlığı), tümör oluşumu US BI-RADS R6, L2'ye düştü. Multidisipliner konsey, sağda Madden tarafından radikal mastektomi ve solda basit mastektomi derecesine kadar cerrahi tarafından öngörüldü. Ameliyat Ağustos 2022'de



gerçekleştirildi. Ameliyat sonrası histolojik sonuca göre, terapötik patomorfizm indeks RCB-2.233, sınıf RCB-II idi.

Sonuç: Bu makale, meme kanseri olan bir erkeğin sistemik ve cerrahi tedavisinin sonuçlarını paylaşmaktadır. Klinik tablo ve anamnez, literatür verileri ve klinik protokol göz önünde bulundurulduğunda, multidisipliner grup beş yıllık bir başlangıç dönemi için tamoksifen ile adjuvan endokrin tedavi ile birlikte radyasyon tedavisini önerdi.

BC063.

ФЛУОРЕСЦЕНТНЫЙ МЕТОД ICG ДЛЯ ОБНАРУЖЕНИЯ ЧУВСТВИТЕЛЬНЫХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЛОВ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

А.Ж. Абдрахманова¹, Н.С. Хван¹, Ш.С.

Султансеитов¹, А.Б. Байжигитов¹, А.С.Каженова¹

1. АО «Казахский научно-исследовательский институт онкологии и радиологии», Алматы, Республика Казахстан

Абстракт: Рак молочной железы является самой распространенной формой рака у женщин и является основной причиной смертности от рака во многих странах. С недавних пор применяется флуоресцентный метод для обнаружения сторожевых лимфатических узлов при раке молочной железы. Этот метод, позволяет идентифицировать сторожевые лимфатические узлы во время операции с низкой инвазивностью и без воздействия радиации, обеспечивая тем самым безопасный и очень полезный способ обнаружения подмышечных сторожевых лимфатических узлов у пациентов с раком молочной железы.

Ключевые слова: сторожевой узел, обследование во время операции, рак молочной железы, индоцианиновый зеленый (ICG).

Введение: Рак молочной железы (РМЖ) является наиболее распространенным раком среди женщин во всем мире, причем ежегодно происходит около 1,7 миллиона случаев [1]. Это в равной степени основная причина смерти среди женщин, больных раком [2]. В современной медицинской онкологии основной упор делается на «точную» или «персонализированную» медицину, термины, которые подразумевают стратегию повышения эффективности посредством целенаправленной терапии. Подобные попытки точности

происходят в хирургической онкологии. Сторожевой лимфатический узел (СЛУ) недавно был введен в хирургическую стадию рака молочной железы с целью уменьшить заболеваемость, связанную с комплексной лимфаденэктомией, но также получить прогнозную информацию об статусе лимфатического узла. Присутствие опухолевых клеток может быть идентифицировано в лимфатическом узле, когда метастазирование произошло из первичного ракового участка в лимфатический узел [3]. Если гистологическое исследование не выявило опухолевых клеток в ганглиозе сторожевого лимфатического узла, другие лимфатические узлы также отрицательны на присутствие опухолевых клеток в 99% случаев. Сторожевой лимфатический узел выгодно заменяет подмышечную диссекцию как метод постановки при раке молочной железы T1 и T2 [4]. Приблизительно 40% случаев рака молочной железы метастазируют в подмышечные лимфатические узлы, и расширение метастаз зависит от стадии заболевания.

Наличие или отсутствие вовлечения подмышечных лимфатических узлов представляет собой один из наиболее важных прогностических показателей отдаленного исхода у пациента при РМЖ [5-7]. Это демонстрирует важность идентификации сторожевого лимфатического узла (СЛУ) во время операции у пациентов с данной патологии. В настоящее время биопсия сторожевого лимфатического узла (БСЛУ) считается первым вариантом для оценки стадии постановки подмышечного лимфатического узла РМЖ по сравнению с лимфодиссекцией подмышечного лимфатического узла (ЛПЛУ) [8]. БСЛУ является принятой и

утвержденной стандартной процедурой подмышечной постановки; это выполняется во время первичной операции у женщин с раком молочной железы, у которых статус СЛУ клинически и морфологически не диагностирован. Наиболее часто используемая процедура для БСЛУ с низким уровнем ложных отрицательных результатов, составляющая всего 9,8%, состоит в объединении синего красителя и радионуклида технеция 99 м для обнаружения СЛУ [9]. Ряд крупных исследований со средним периодом наблюдения 97 месяцев показал, что нет никакой разницы между методом БСЛУ и полной подмышечной лимфаденэктомией у пациентов с отрицательным узлом в отношении частоты рецидивов в регионе и общей выживаемости [10,11]. Поэтому БСЛУ считается допустимым методом в клинической практике.

Недавно опубликованные результаты исследования Z0011 Американской группы хирургов-онкологов (ACOSOG) показывают, что полная ЛПЛУ не улучшает выживаемость у женщин с клиническими опухолями T1-T2 и одним или двумя вовлеченными подмышечными узлами, которые проходят люмпэктомию с лучевой терапией с последующей системной терапией [12]. Таким образом, значительная часть этих пациентов может не нуждаться в ЛПЛУ, что снижает полезность интраоперационной патологической оценки [13]. Тем не менее, интраоперационная оценка БСЛУ очень эффективна при выявлении подгруппы пациентов, которые могут извлечь выгоду из ЛПЛУ во время той же хирургической процедуры [14].

Флуоресцентный метод с использованием индоцианинового зеленого (ICG: DaiichiSankyo, Tokyo Japan) был предложен в качестве

альтернативы как красителям, так и методам РИ [15-17]. Хотя флуоресценция ICG не может быть непосредственно визуализирована невооруженным глазом, она может быть подтверждена на мониторе в режиме реального времени с помощью оборудования, необходимого для флуоресцентной визуализации в ближней инфракрасной области [18,19]. Таким образом, этот метод может быть реализован в текущем состоянии во многих странах мира, где возможности РИ ограничены. Этот метод также позволяет в реальном времени идентифицировать интраоперационные СЛУ и лимфатические потоки без специальной подготовки [20-22]. В частности, флуоресценция лимфатических каналов сначала подтверждается и прослеживается до тех пор, пока первый дренированный лимфатический узел в подмышечной впадине не будет идентифицирован через монитор. Таким образом, можно надежно идентифицировать БСЛУ и получать высокий уровень обнаружения и низкий уровень ложноотрицательных результатов [23], что сопоставимо с таковым комбинированного метода радиоизотопов и синего красителя [24]. Однако и этот метод не освобождается от недостатков. Например, операция должна выполняться в условиях неполного освещения, чтобы

подтвердить флуоресценцию через монитор [25,26], а время работы ограничено из-за быстрого распространения ICG [17,22].

Техника флуоресценции была разработана при поиске других методов маркировки БСЛУ. Первоначально в литературе сообщалось только о небольшом количестве пациентов и различных схемах исследования. В работах С. Hirche et al. [27] всего исследовано 43 и 47 пациентов, метод флуоресценции был использован в ряде очень разных исследований. Литература включает исследования, в которых ICG с флуоресцентным красителем был единственным методом, использованным для обнаружения, исследования, в которых ICG использовалась в сочетании с технецием или в сочетании с методом синего красителя, или даже исследования, в которых сравниваются все три подхода. В общей сложности 7 исследований, некоторые с большим количеством пациентов (128 и 145 пациентов, соответственно), исследовали использование ICG самостоятельно.

Исследования показали, что метод флуоресценции ICG имеет высокую частоту обнаружения БСЛУ и что уровень ложноотрицательных результатов был сопоставим с методом технеция [28-30].

Преимущества и недостатки метода флуоресценции ICG.	Недостатки ICG флуоресцентного метода
Подкожные лимфатические сосуды, идущие от ареолы к подмышечной впадине, можно наблюдать снаружи, через кожу, что позволяет точно определить место разреза кожи в подмышечной впадине.	Если повреждены лимфатические сосуды, излучающие флуоресцентный сигнал, ICG попадет в окружающую ткань, что не позволит точно идентифицировать дозорные лимфатические узлы.
Флуоресценция может использоваться в качестве руководства для более легкого удаления лимфатических сосудов, идущих к подмышечной впадине.	Может появиться множество лимфатических узлов, которые излучают флуоресценцию, в среднем пять или более.

Если какой-либо флуоресцентный сигнал обнаружен в извлеченных лимфатических узлах, это означает, что в этих лимфатических узлах имеются дозорные лимфатические узлы.	Пигментация кожи из-за ICG сохраняется в течение определенного периода времени.
Другие преимущества включают: отсутствие воздействия радиации, простота использования и экономичность.	



Заклучение:

Виде короткого изложения нашего обзора Флуоресцентный метод позволяет нам видеть, как лимфодренажный путь течет от ареолы к другим частям в режиме реального времени во время операции, а также ясно понимать, как лимфатические сосуды проходят от ареолы к подмышечной впадине. При использовании метода окрашивания иногда трудно или невозможно визуально определить, являются ли извлеченные лимфатические узлы сторожевыми лимфатическими узлами или нет. Между тем, с помощью флуоресцентного метода это можно сделать относительно легко, проверив наличие флуоресценции в удаленных лимфатических узлах. Этот способ представляет собой метод, который

позволяет нам легко идентифицировать сторожевые лимфатические узлы во время операции с низкой инвазивностью и без воздействия радиации, обеспечивая тем самым безопасный и очень полезный способ обнаружения подмышечных сторожевых лимфатических узлов у пациентов с раком молочной железы.

Список литературы:

1. Global cancer statistics, 2012./Torre L.A., Bray F., Siegel R.L. et al.//CA Cancer J Clin. – 2015. – V. 65. – P. 87–108.
2. Cardiovascular disease competes with breast cancer as the leading cause of death for older females diagnosed

with breast cancer: a retrospective cohort study./ Patnaik J.L., Byers T., DiGuseppi C. et al.//Breast Cancer Res. – 2011.

– V. 13. – R64–R64.

3. Modèles prédictifs d'envahissement des ganglions non sentinelles en cas de métastases des ganglions sentinelles dans le cancer du sein./ Coutant C., Rouzier R., Olivier C., Bezu C.//Gynecol Obstet Fertil. – 2009. – V. 37. – P. 160–166.

10.1016/j.gyobfe.2008.09.021.

4. Erb K.M., Julian T.B. Completion of axillary dissection for a positive sentinel node: necessary or not?//Curr

Oncol Rep. – 2009. – V. 11. – P. 15–20.

10.1007/s11912-009-0004-8.

5. Improved false negative rate of axillary status using sentinel lymph node biopsy and ultrasound-suspicious

lymph node sampling in patients with early breast cancer./ Wang Y., Dong H., Wu H. et al.//BMC Cancer. – 2015. – V.

15. – P. 382–382.

6. Accuracy of fine needle aspiration cytology (FNAC) of axillary lymph nodes as a triage test in breast cancer

staging./ Ciatto S., Brancato B., Risso G. et al. //Breast Cancer Res Treat. - 2007. – V. 103. –P. 85–91.

7. Primary chemotherapy effect in sentinel node detection in breast cancer./ Vigario A., Sapienza M.T., Sampaio

A.P. et al.//Clin. Nucl Med. – 2003. – V. 28. – P. 553–557.

8. Improved false negative rate of axillary status using sentinel lymph node biopsy and ultrasound-suspicious

lymph node sampling in patients with early breast cancer./ Wang Y., Dong H., Wu H. et al.//BMC Cancer. – 2015. – V.

15:.. – P. 382–382.

9. American Society of Clinical Oncology. American Society of Clinical Oncology guideline recommendations for

sentinel lymph node biopsy in early-stage breast cancer./ Lyman G. H., Giuliano A. E., Somerfield M. R. et al.//J Clin

Oncol. – 2005. – V. 23. – P. 7703–7720.

10. Indocyanine green fluorescence imaging system for sentinel lymph node biopsy in early breast cancer

patients./ Abe H., Umeda T., Mori M. et al.//J Clin Oncol. – 2010. – V. 2815. – P. 6492.

11. Comparison of sentinel lymph node resection to conventional axillary dissection in clinically node negative

breast cancer patients: primary outcome results of NSABP B032 trial./ Krag D. N., Anderson J., Julian T. B. et al.//Lancet Oncol. – 2010. – V. 11. – P. 927–933.

12. Axillary dissection vs no axillary dissection in women with invasive breast cancer and sentinel node metastasis:

a randomized clinical trial./ Giuliano A.E., Hunt K.K., Ballman K.V. et al.//JAMA. – 2011. – V. 305. – V. 569–575.

13. Radiation field design and regional control in sentinel lymph node-positive breast cancer patients with

omission of axillary dissection./ Setton J., Cody H., Tan L. et al.// Cancer. – 2012. – V. 118. – P. 1994–2003.

14. Effectiveness of sentinel lymph node intraoperative examination in 753 women with breast cancer: are we

overtreating patients?/ Taffurelli M., Montroni I., Santini D. et al.//Ann Surg. – 2012.- V. 255. –P. 976–980.

15. Evaluation of sentinel node biopsy by combined fluorescent and dye method and lymph flow for breast

cancer./ Hojo T., Nagao T., Kikuyama M. et al.//Breast. –2010. – V. 19(3). – P. 210–213. doi:

10.1016/j.breast.2010.01.014.

16. Evaluation of the clinical utility of the ICG fluorescence method compared with the radioisotope method for

sentinel lymph node biopsy in breast Cancer./ Sugie T., Kinoshita T., Masuda N. et al.//Ann Surg Oncol. – 2016. – V.

23(1). – P. 44–50. doi: 10.1245/s10434-015-4809-4.

17. Fluorescence navigation with indocyanine green for detecting sentinel lymph nodes in breast cancer./ Kitai T.,

- Inomoto T., Miwa M. et al.//Breast Cancer. – 2005. – V. 12(3). – P. 211–215. doi: 10.2325/jbcs.12.211.
18. Evaluation of the clinical utility of the ICG fluorescence method compared with the radioisotope method for sentinel lymph node biopsy in breast Cancer./Sugie T., Kinoshita T., Masuda N. et al.//Ann Surg Oncol. – 2016.- V. 23(1). – P. 44–50. doi: 10.1245/s10434-015-4809-4.
19. Shikayama T. The characteristics of Photodynamic Eye (PDE) camera. In: Kusano M, editor. A new light for minimally invasive surgery, intermedica. – Tokyo, 2008. - P. 24–30.
20. Near-infrared fluorescence sentinel lymph node mapping in breast cancer: a multicenter experience./Verbeek F.P., Troyan S.L., Mieog J.S. et al.//Breast Cancer Res Treat. – 2014. – V. 143(2). – P. 333–342. doi: 10.1007/s10549-013-2802-9.
21. A novel approach for sentinel lymph node identification using fluorescence imaging and image overlay navigation surgery in patients with breast cancer./Tagaya N., Aoyagi H., Nakagawa A. et al.//World J Surg. – 2011. – V. 35(1). – P. 154–158. doi: 10.1007/s00268-010-0811-y.
22. Intraoperative identification of sentinel lymph nodes by near-infrared fluorescence imaging in patients with breast cancer./Tagaya N., Yamazaki R., Nakagawa A. et al.//Am J Surg. – 2008. – V. 195(6). – P. 850–853. doi: 10.1016/j.amjsurg.2007.02.032.
23. Evaluation of breast lymphatic pathways with indocyanine green fluorescence imaging in patients with breast cancer./Ogasawara Y., Ikeda H., Takahashi M. et al.// World J Surg. – 2008. – V. 32(9). – P. 1924–1929. doi: 10.1007/s00268-008-9519-7.
24. Sentinel lymph node biopsy for breast cancer: a suitable alternative to routine axillary dissection in multiinstitutional practice when optimal technique is used./McMasters K.M., Tuttle T.M., Carlson D.J. et al.//J Clin Oncol. – 2000. – V. 18(13). – P. 2560–2566. doi: 10.1200/JCO.2000.18.13.2560.
25. Imaging of lymph flow in breast cancer patients after microdose administration of a near-infrared fluorophore: feasibility study./Sevick-Muraca E.M., Sharma R., Rasmussen J.C. et al.//Radiology. – 2008. – V. 246(3). – P. 734–741. doi: 10.1148/radiol.2463070962.
26. Sentinel lymph node biopsy in breast cancer guided by indocyanine green fluorescence./ Murawa D., Hirche C., Dresel S. et al.//Br J Surg. – 2009. – V. 96 (11). – P. 1289–1294. doi: 10.1002/bjs.6721.
27. ICG fluorescence-guided sentinel node biopsy for axillary nodal staging in breast cancer./ Hirche C., Murawa D., Mohr Z. et al.//Breast Cancer Res Treat. – 2010. – V. 121. – P. 373–378.
28. Indocyanine green fluorescence imaging system for sentinel lymph node biopsy in early breast cancer patients./Abe H., Umeda T., Mori M. et al.//J Clin Oncol. – 2010. – V. 2815. – P. 6492.
29. Sentinel lymph node biopsy for breast cancer patients using fluorescence navigation with indocyanine green./Aoyama K., Kamio T., Ohchi T. et al.//World J Surg Oncol. – 2011. – V. 9. – P. 157.
30. Evaluation of sentinel node biopsy by combined fluorescent and dye method and lymph flow for breast cancer./Hojo T., Nagao T., Kikuyama M. et al. – Breast, 2010 – P. 210–213.

BC064.

**SÜD VƏZİNİN ŞÜBHƏLİ
MIKROKALSINATLARINI STEREOTAKSIK
BIOPSIYA VASITƏSİ İLƏ
QIYMƏTLƏNDİRİLMƏSİ**A.B. Gəncəliyeva¹

1. Milli Onkologiya Mərkəzi

Abstrast: Microcalcifications, especially in the early stages, are sometimes the only mammographic manifestation of breast cancer. The widespread use of mammography increases the detection of suspicious, non-palpable breast pathologies. According to available data, approximately 25% of non-palpable breast cancers appear as clusters of microcalcifications on mammograms. Therefore, pathohistological evaluation of suspicious microcalcifications detected by mammography through stereotactic biopsy is an effective diagnostic method.

Keywords: mammography, microcalcifications, ductal carcinoma in situ, stereotactic biopsy.

Ümumi məlumat: Sür vəzi xərcəngi dünyada qadınlar arasında ən çox rast gəlinən xərcəng növü və xərcəngdən ölüm hallarının əsas səbəbi olaraq qalır. Əksər asimptomatik və palpasiya olunmayan xərcənglər skrining mammoqrammafiya zamanı aşkar olunur. Müvafiq müalicəni təyin etmək üçün sür vəzidə aşkar olunan törəmənin patohistoloji verifikasiyası vacibdir. Yalnız mammoqrammalarda vizualizə olunan törəmələrin verifikasiyası

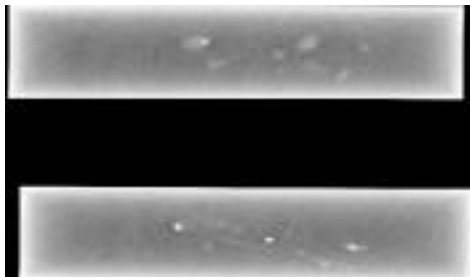
ciddi çətinliklər yaradırdı : törəmələr əvvəlcə boya və ya karbondan istifadə edərək biopsiya üçün qeyd edilirdi. Stereotaksik biopsiya, mammoqrafiya ilə aşkar edilən törəmələrin diaqnostika və müalicə üsullarında, inqilabi dəyişikliklərə yol açdı. Bu, palpasiya olunmayan sür vəzi xərcəngi olan xəstələr üçün histoloji məlumat əldə etməkdən ötrü sərfəli üsul və cərrahi eksizional biopsiyaya alternativ metod olaraq qəbul edilir.

Məqsəd: sür vəzidə aşkarlanan və BİRADs (Brast İmaging Reporting and Data System) təsnifatına əsasən 4 və 5 kateqoriya ilə qiymətləndirilən kalsinatların stereotaksik biopsiyadan sonra əldə olunan nəticələrin qiymətləndirilməsi.

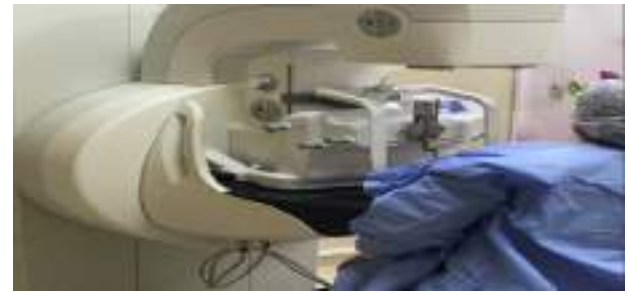
Material və metodlar: Milli Onkologiya Mərkəzin "Şişönü xəstəliklərin diaqnostikası və müalicəsi şöbəsində" 2019-2024 illər ərzində 160 xəstəyə (40-60 yaş arası) mammoqrafiya rəhbərliyi ilə stereotaksik biopsiya icra olunmuşdur. 160 xəstədən 120 nəfərdə mammoqrafiya zamanı mikrokalsinatlardan ibarət sahələr aşkar olunmuşdur. 70 hal (58,3%) sağ tərəfdə, 50 hal (41,7%) isə sol tərəfdə olub. Törəmə ilə əlaqəli bütün mikrokalsinatlar istisna edilməmişdir. Həmin xəstələrə aparılmış USM zamanı heç bir patologiya aşkar olunmamışdır. Mammoqrafiya zamanı mikrokalsinatların morfolojiyası: 25 xəstədə (20,8%) incə xətti/budaqlı, 30 xəstədə amorf (25%), 5 xəstədə qaba heterojen (4,2%) və 60 xəstədə (50%) incə pleomorf olmuşdur. Cəmi 85 (70,8 %) mammoqramma BI-RADS 4 və 35 (29,1%) BI-RADS 5 kimi təsnif edilib.



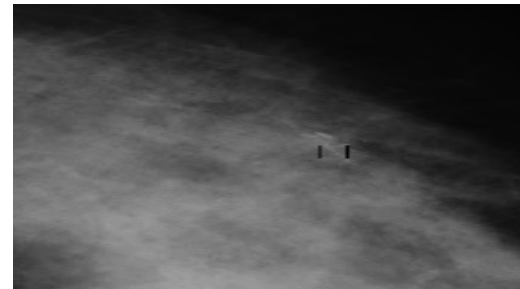
Stereotaktik biopsiya rəqəmsal mammoqraf cihazların (Fujifilm, Planmed) rəhbərliyi altında əlavə stereotaktik biopsiya qurğu vasitəsilə icra olunmuşdur. Prosedura oturaq vəziyyətdə aparıldı. Kompresion lövhə və detektor arasında fiksasiya olunmuş sür vəzinin 0° , $+15^\circ$ və -15° bucaqlar ilə mammoqrafik proyeksiyalarda seçilmiş hədəfin koordinatları (x, y və z oxları) kompüter



Daha sonra alınan nümunələr formalinlə fiksasiya olunmuş halda mikroskopik



hesablaması ilə əldə edilir. Prosedur lokal anesteziya altında (5-10 ml 2% lidokain) xüsusi 14G ölçülü biopsiya iynədən istifadə edərək həyata keçirilir. Biopsiya cihazı çıxarılmazdan əvvəl hədəf lezyonun götürüldüyünə əmin olmaq üçün toxuma nümunələri rentgen şüaları altında qiymətləndirilir.



qiymətləndirmə üçün patohistoloji laboratoriyaya göndərilir.

Nəticələr: mikrokalsinatlardan ibarət sahələrin patohistoloji nəticələri aşağıdakı cədvəldə əks olunur:

	Patohistoloji nəticə	xəstə sayı	%
1	DCIS	30	25
2	Atipik duktal hiperplaziya	14	11,7
3	İDC	5	4,2
4	Fibroz-kistoz dəyişikliklər	24	20
5	Axardaxili papilloma	5	4,2
6	Lokal sklerozlaşdırıcı adenoz	22	18,3
7	Distrofik (piy) kalsifikasiya	16	13,3
8	Qeyri-informativ material (kalsinatlar aşkar olunmayan)	4	3,3

Nəticə: Mikrokalsinatlar, əsasən erkən mərhələdə, sür vəzi xərcəngin bəzən yeganə mammoqrafik təzahürüdür. Mammoqrafiyanın geniş istifadəsi şübhəli,

palpasiya olunmayan sür vəzi patologiyaların aşkarlanmasını artırır. Əldə olunan məlumatlara əsasən - palpasiya olunmayan sür vəzi xərcənginin təxminən

25 %-i mammoqrammalarda mikrokalsinatlar toplusu kimi görünür. Beləliklə, mammoqrafiya ilə aşkar edilən şübhəli mikrokalsinatları stereotaksik biopsiya vasitəsilə patohistoloji dəyərləndirmək effektiv diaqnostik üsuldur. *Açar sözlər:* mammoqrafiya, mikrokalsinatlar, duktal karsinoma in situ, stereotaksik biopsiya.

BC065.

THE ROLE OF NON -INVASIVE RESEARCH METHODS IN EARLY DIAGNOSIS OF MALIGNANT MELANOCYTIC SKIN TUMORS.

Amiraslanov A.T.¹, Abdiyeva S.V.¹, İbragimov E.E.¹

1. Azerbaijan Medical University, Baku, Azerbaijan

Introduction: Melanoma of the skin is one of the highly aggressive malignant tumors. In the structure of the general oncological morbidity the melanoma of the skin is 1-4%. Modern epidemiological studies demonstrate a rapid increase in the incidence of skin melanoma in various countries. A necessary method of diagnosis and observation of patients from risk group is SIAscopy, a method of spectrophotometric intradermal analysis. Objective. The possibilities of siascopy in the early diagnosis of melanocytes skin lesions.

Materials and methods: The material for this study was a group of Melanoma of skin patients undergoing examination and treatment in the AMU oncological clinic. The most common clinical form of Melanoma of the skin was superficially-spreading, diagnosed in 17 (3,7±7,1%) patients, the nodular form was found in 15

(32,6±6,9%) patients, lentigo melanoma in 9 (19,6±5,8%) acral melanoma in 5 (10,9±5,4%) used. In 75% of patients melanoma of the skin occurred on unchanged skin. It should be noted that SIAscopy made it possible to visualize a non -palpable neoplasm (recurrence of skin melanoma) in one patient, which made it possible to increase the diagnostic information content. The pathognomic sign of skin melanoma, regardless of the stage is the appearance of red color on the graphic image of dermal melanin, which is found in all cases, even early melanomas. The formation was removed and confirmed by histo/immune-histochemical analysis. The following methods were used in this study: clinical, physical, instrumental and statistical. The instrumental diagnostic method included a siascopy with photo-documentation of skin melanoma. The SIA-scope equipment the Mole Mate kit and its extended version, approved by the FDA in 2011.were used for siascopy. The processing of the obtained research results was carried out using statistical analysis. When analyzing the data of the campaign "Melanoma Diagnosis Day", it was noted that an increase in the number of people who applied for an examination.

Results and conclusion. After the SIAscopy, all patients were operated on, followed by a morphological examination of the removed tumor. The use of SIAscopy provides us with opportunities for early detection of changes in skin tumors, especially in the initial, non -invasive phases of its development, planning treatment tactics, subsequent local control of disease, etc.

BC066.

**SÜD VƏZİ XƏRÇƏNGİNİN ULTRASƏS
DİAQNOSTİKASININ ƏSAS MƏQAMLARI.**Vüsalə Vaqifqızı¹

1. Cəlilabad RMX-nın Radiologiya şöbəsi

Giriş: Sür vəzi xərcəngi qlobal problem olmaqla, dünyada qadınlar arasında ən çox yayılmış xərcəng növlərindən biri hesab olunur. Ən çox 50 yaşdan yuxarı qadınlarda aşkarlansa da, gənc qadınlarda rast gəlinə bilər. Sür vəzi xərcənginin erkən diaqnostikası, xəstələrin istiqamətləndirilməsinin əsasını təşkil edir. Sür vəzi xərcənginin diaqnostikasında, şişlərin Ultrasəs xüsusiyyətlərinin faydalılığını qiymətləndirmək vacibdir. Sür vəzi kütlələrinin Ultrasəs əlamətləri histopatoloji məlumatlarla izah olunur.

Tədqiqat və məqsəd: Bu tədqiqatın məqsədi Sür vəzi xərcənginin diaqnostikasında USM müayinəsinin görüntülənməsinin effektivliyini qiymətləndirmək, müxtəlif USM protokollarının diaqnostik dəqiqliyini müqayisə etmək və USM nəticələrinin klinik nəticələrlə korrelyasiyasını araşdırmaqdır.

Material və metodlar: Tədqiqata son 1 il ərzində Sür vəzi xərcəngi şübhəsi ilə USM müayinəsinə 100 xəstə müraciət etmişdir. Bütün xəstələrdə ilk olaraq kompleks USM görüntüləmə, dopler USM, elastometriya rejimində müayinələr aparılmışdır. USM raporları klinik məlumatlar, laborator testlər və biopsiya nəticələri ilə müqayisə edilmişdir.

Nəticələr: USM müayinəsi SVX-nin aşkarlanmasında 88.8% həssaslıq, 96.8% spesifiklik təşkil etmişdir. Rəngli Dopler USM müayinəsi SVX-nin hipervaskulyarizasiyasını, İmpulsiv Dopler USM axın sürətinin xarakterini,

Elastometriya rejimi toxuma sərtliliyini müəyyən etmişdir. USM raporları ilə klinik və laborator göstəricilər arasında güclü korrelyasiya müşahidə edilmişdir.

Yekun: USM görüntüləməsi SVX diaqnostikasında yüksək effektivlik göstərir. Müxtəlif USM protokollarının kombinasiyası, xəstəliyin erkən mərhələsində belə dəqiq diaqnoz verilməsinə imkan yaradır.

Açar sözlər: Sür vəzi Xərcəngi, Sür vəzi USM-i, Dopler USM, Elastometriya.

BC067.

**SÜD VƏZİ XƏRÇƏNGİNİN GECİKMİŞ VƏ
MÜALİCƏ FONUNDA PROQRESSİVLƏŞMƏ
RAST GƏLİNƏN VARIANTLARINDA
FƏRDİLƏŞDİRİLMİŞ YANAŞMA
PRİNSİPLƏRİ.**Lətifə Məhərrəmov¹; İnəre Cəfərova²; Nəsimi Qasımov³; Nizami Hacıyev⁴1,3. Azərbaycan Tibb Universitetinin Onkologiya
Kafedrası Bakı, Azərbaycan4. Sumqayıt Onkoloji Xəstəxana, Sumqayıt,
Azərbaycan

Sür vəzi xərcəngi qadınlar arasında ən çox rast gəlinən bədxassəli prosesdir. Sür vəzi xərcəngi sol sür vəzidə sağ sür vəzinə nisbətən daha çox rast gəlinir. Sür vəzi xərcəngi son dövrlərdə erkən mərhələlərdə aşkar olunması artmasına baxmayaraq gecikmiş mərhələdə aşkar olunma halları da az deyildir.

Sür vəzi xərcəngi aşkar olunan xəstələrdə müalicə taktikasının seçilməsi bəzi hallarda xüsusi çətinliklərə səbəb olur. İlk müraciət olunan zaman ən əsas səbəblərdən biri xəstənin yaşlı olması, somatik vəziyyətin ağırlığı, xəstəyə aktiv yardım göstərə bilmək üçün konsultasiyalar zamanı digər ixtisas həkimlərinin etirazı, xəstəliyin

gecikmiş mərhələsi, sür vəzidə baş vermiş dəyişikliklər, xüsusilə maktomastiyalı sür vəzilərdə olan onkoloji proseslər, dəri simptomları və bəzi hallarda aparılan müalicə fonunda proqressiyanın müşahidə olunması, törəmə ölçülərinin sürətlə böyüməsi müalicə taktikasının seçilməsində xüsusi çətinlik törədən nüanslardandır. Qeyd olunanlardan əlavə çətinlik yaradan nüanslardan biri də xəstə və yaxınlarının təklif olunan müayinə və müalicələrdən imtina etməsidir.

Açar sözlər : sür vəzi xərçəngi, polikimyaterapiya, proqressiya, xərçəng müalicə protokolları, gigiyenik amputasiya, dəri plastikası-çapıq bərpası, palliativ yardım.

Məqsəd : Sür vəzi xərçəngi gecikmiş mərhələdə aşkar olunma və müalicə fonunda proqressiya baş verdiyi hallarda xəstəyə istər müalicəvi, istər palliativ yardım göstərə bilməkdir.

Material və metodlar : Məqalədə az hallarda müşahidə olunan, müalicə

taktikasının seçilməsində xüsusi diqqət yetirilməli 5 klinik hala yer verilmişdir.

1-ci klinik hadisə İ.Ş. (1980) 2019-cu ilin dekabr ayında sol sür vəzidə gigant ölçülərdə olan törəmə şikayəti ilə müraciət etmişdir. İlk müraciət zamanı xəstənin sür vəzisi şişlə tam əhatə olunmuş, iki sür vəzi arasında kəskin assimetriya müşahidə olunan, sür vəzi dərisi ilə gılə-areola kompleksi də daxil olmaqla tam yapışmış, şişin ölçüləri 20 x 17 sm olaraq dəyərləndirilmişdir. Regionar limfa düyünləri patologiyasız idi.

28.12.2019 tarixdə tru-cut biopsiya olunmuş : "Malign filloid tumor, sarkoma" (ICD-9020/3) ; Estrogen (-) negative; Progesteron (+) 50-60% pozitive; Her2 score 0 ; Ki67 30-35%.

Təkrar klinik baxışda biopsiya olunduqdan sonra, törəmənin ölçülərində sürətli böyümə müşahidə olunaraq, ölçüləri 30 x 24sm-dir. Sür vəzi dərisi gərginləşmişdir.



"Radikal mastektomiya" olunmuş, preparatın makroskopik müayinəsində 28 x 20 x 17 sm ölçüsündə, ətrafında piy toxuması olmayan, tamamilə şişlə tutulmuş,



qanla hopmuş və nekrozlaşmış sahələrdən ibarət sür vəzi və 2 ədəd limfa düyünü xaric edilmişdir.



Əməliyyatdan sonrakı dövrdə xəstəyə radioterapiya aparılmışdır. Kontrol nəzarətdə olan xəstə 1 il sonra pandemiya zamanı "Covid-19 virusu" aşkarlanmış, qısa zaman ərzində "Ağciyərlərdə ikincili dəyişiklik" müşahidə edilmiş və virus aşkarlandıqdan 3 həftə sonra xəstə vəfat etmişdir.

2-ci klinik hadisə H.R. (1981) sol sür vəzidə dəridən 5-6 sm qabaran, dəriyə tam pərçim olmuş, dərinin nazıqləşməsi müşahidə olunan törəmə şikayəti ilə daxil olmuşdur. Ultrasəs müayinə (USM) : "Sol sür vəzidə yuxarı kv-da 103 x 68 mm mərkəzi hissəsi

dispers möhtəviyyətli, əksər hissəsi solid patoloji törəmə aşkar olunur".

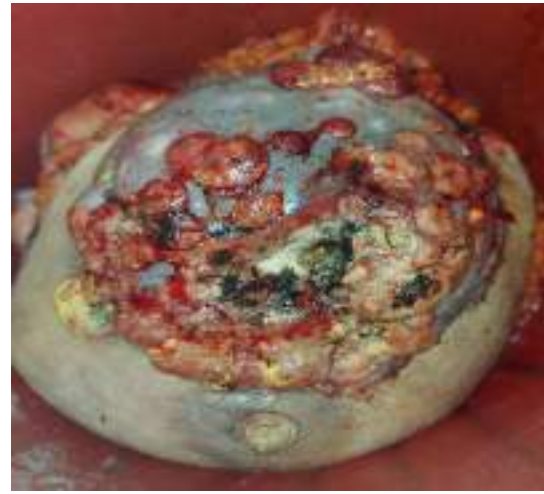
05.05.2021-də tru-cut biopsiya aparılmış : "Sür Vəzinin İnvaziv / İnfiltrativ Karsinoması" (ICD-8500/3). Xəstəyə təklif olunan immunohistokimyəvi müayinədən I dərəcə ailə yaxınları qətiyyətlə imtina etmişdir. "Sol sür vəzinin xərçəngi, cT4N3M0 III (C) mərhələ." diaqnozu qoyulmuş və kimyəvi dərman müalicəsi (KDM) başlanılmışdır. 2 kurs neoadyuvant FAC sxemi ilə polikimyaterapiya (PKT) qəbul etdikdən sonra proqressiya müşahidə olunduğu üçün, PKT sxemi dəyişilərək 2 kurs DC sxemi ilə davam etdirilmişdir.



KDM sxemi dəyişildikdən sonra da proqressiya müşahidə olunduğu üçün xəstəyə sanitar məqsədli cərrahi əməliyyat planlaşdırılmışdır. 02.08.2021 tarixdə



“Soltərəfli sadə mastektomiya (Sür vəzinin gigiyenik amputasiyası)” əməliyyatı icra olundu.



Xəstənin ailə yaxınları cərrahi əməliyyatdan sonrakı dövrdə müalicəsinin davam etməsinə imkan verməmişdir. Kontrol müayinələrdən keçməmişdir.

Xəstə 8 aylıq stabil perioddan sonra vəziyyətinin ağırlaşması səbəbi ilə təkrari yoxlanmağa gətirildiyi zaman “Qaraciyərdə və sümüklərdə ikincili dəyişiklik” aşkar edilmişdir. Xəstənin somatik vəziyyətinin ağırlığı aktiv müalicə aparılmağına imkan vermədiyi üçün palliativ müalicələr təyin edilmişdir. Xəstə son müraciətindən 4 ay sonra vəfat etmişdir.

3-cü klinika hadisə Ç.S. (1958) sol sür vəzidə açılmış-dağılmış yara şikayəti ilə müraciət etmişdir.

30.12.2022 tarixdə başqa bir mərkəzdə sitoloji müayinə vasitəsilə “Sür vəzinin xərçəngi. T2N1M0. II mərhələ.” diaqnozu qoyulub. Xəstənin dediyinə görə ilkin müraciət zaman sür vəzi daxilində əllənən 3,0 x 2,5 sm olan törəmə aşkarlanmışdır.

Xəstəyə immunohistokimyəvi müayinə aparılmadan 3 kurs AC sxemi ilə neoadyuvant kimyəvi terapiya (NAKT) aparılmışdır. PKT fonunda proqressiya müşahidə edilmişdir.



Xəstə müraciət edən zaman PKT fonunda proqressivləşmiş, dəri səviyyəsindən təxmini 8-10 sm qabaran, bayır kvadrantları tam əhatə etmiş törəmə müşahidə edilmişdir.

17.04.2023 tarixdə tru-cut biopsiya aparılmış : “İnvaziv Süd Vəzi Karsinoması” (ICD-8500/3); Estrogen (-) negative;



Xəstəyə cərrahi əməliyyatdan sonrakı dövrdə PKT, target terapiya və radioterapiya məsləhət görüldü. Xəstə target terapiya və radioterapiyadan qətiyyətlə imtina etmişdir. 2 kurs adyuvant PKT aparıldıqdan sonra xəstə aldığı müalicəni də yarımqıq saxlamışdır.

6 aylıq stabil perioddan sonrakı dövrdə çapıq nahiyəsində ilk dəfə residiv aşkar edilmişdir. “Residivin geniş kəsilib götürülməsi” əməliyyatı ilə təstiq edilmişdir. Xəstəyə yenidən müalicələr təklif edilmişdir. Xəstə müalicə prosesinə biganə yanaşmışdır. Prosesin yenidən proqressivləşməsi müşahidə edilmişdir. Residiv ölçüləri sürətlə böyüməyə başlamışdır. Xəstəliyin proqressivləşməsi dövründə xəstədə panik ataklar müşahidə edilmişdir. Xəstənin yanaşı ağırlaşmaları baş vermişdir. Xəstənin son müraciətindən 2 ay sonra Miokard İnfarktı diaqnozu ağırlaşması ilə vəfat etmişdir.

Progesteron (+) 50-60% pozitive; Her2 score 3 ; Ki67 30-35%.

29.04.2023 tarixdə “Soltərəfli sadə mastektomiya (Süd vəzinin gigiyenik amputasiyası), böyük döş əzələnin kənarı rezeksiyası ilə” əməliyyatı icra olundu.



4-cü klinik hadisə Ə.N. (1973) 2018-ci ildən xəstədir. Xəstə sol süd vəzidə olan törəmə ilə əlaqədar müraciət etmişdir. Tru-cut biopsiya : “İnfiltrativ paycıq karsinoması” ER 3+; PR 2+; Her-2 -; ki-67 35-40%. Xəstəyə 4 kurs FAC sxemi ilə NAKT aparılmışdır. 4 kursdan sonra aparılmış 18F-NaF-PET/KT zamanı sümüklərdə çoxsaylı metastaz aşkarlanmışdır.

Xəstə daha sonra İran İslam Respublikasında müalicəsini davam etdirmişdir. 12 kurs PKT, radioterapiya və bifosfonat müalicəsi aparılmışdır. Daha sonra xəstə müalicəsini davam etdirməmişdir. Xəstədə 4-5 aylıq müddətdə süd vəzidə inkişaf etmiş proses, dəridən qabamış, aktiv qanayan hala gəlmişdir.

“Sol süd vəzinin xərçəngi, T4NxM1(OSS) IV mərhələ. Kompleks müalicədən sonrakı vəziyyət.” diaqnozu qoyuldu.



16.02.2023 tarixdə "Soltərəfli Sadə Mastektomiya (Sanitar amputasiya) defektin bərpası üçün dəri plastikası" əməliyyatı icra olundu.



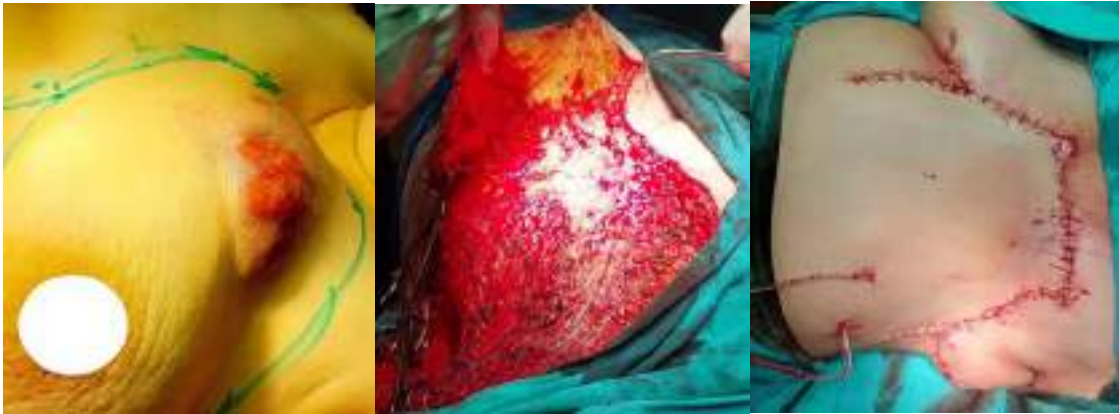
Əməliyyatdan sonrakı dövrdə xəstə 4 kurs kimyəvi dərman müalicəsi aldı. Öncədən radioterapiya aldığı üçün təkrar aparılması məsləhət görülmədi. Xəstə hal-hazırda sağdır. Kontrol müayinələrində vəziyyəti stabildir.

5-ci klinik hadisə P.S. (1963) sol sür vəzidə olan böyük ölçülü törəmə şikayəti ilə daxil olmuşdur. USM: Sol sür vəzidə yuxarı medial kv-da 109x90 mm ölçüdə kənarları nahamar, qeyri-homogen strukturlu törəmə qeyd olunur.

28.09.2023 tarixdə tru-cut biopsiya olundu : "İnvaziv Duktal Karsinoma" Grade II (ICD-8500/3); Estrogen (+3) ; Progesteron (+3) ; Her2 score 0 ; Ki67 20-22%.

Xəstəyə "Sol sür vəzinin xərçəngi T4N3M1-Sağ qoltuqaltı limfa düyünlərinə metastaz IV mərhələ." diaqnozu qoyuldu. Xəstəyə neoadyuvan 4 kurs AC + 4 kurs Paklitaksel + Karboplatin olmaqla 8 kurs KDM aparıldı. Müalicə fonunda progressiya müşahidə olunmasa da, regressiya da müşahidə edilməmişdir. Xəstə müzakirə olundu, radioterapevt konsultasiyasından

sonra sanitar məqsədlə cərrahi əməliyyat planlaşdırıldı.



24.01.2024 tarixdə “Soltərəfli sadə mastektomiya (Sür vəzinin gigiyenik amputasiyası), implantasion nahiyədə böyük döş əzələnin rezeksiyası və defektin bərpası üçün dəri plastikası” əməliyyatı icra olundu.

Adyuvant 2 kurs PKT aparıldı. Antihormonal müalicə təyin edildi. Xəstə hal-hazırda sağdır. Kontrol müayinələri stabildir.

Nəticə : İstər erkən mərhələ, istər gecikmiş mərhələdə aşkar edilmiş sür vəzi xərcəngində düzgün müalicə sxeminin seçilməsi, multidissiplinar yanaşma və xəstənin təklif olunan müalicələri tərəddüdsüz, müzakirəsiz qəbul edərək əməl etməsi mütləqdir. Gecikmiş mərhələ və proqressiya hallarında belə müalicə taktikasını dəyişərək xəstənin həyat keyfiyyətinin yaxşılaşdırılmasının əldə olunması və yaşama göstəricilərinə təsiri mümkündür.

Qeyd etmək istədiyim kiçik bir nüans məqalədə yer verilən bütün xəstələrdə sür vəzi xərcəngi prosesi sol sür vəzidə aşkar edilmişdir.

Ədəbiyyat :

1. World Health Organization. Cancer. (Update: 2018 Feb 1; Cited: 2018 May 5) 1.

Available from:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/>

Medical News Today. Worldwide Statistics on Breast Cancer. (Cited: 2018 May 5)

2. Available from:
<https://www.medicalnewstoday.com/articles/317135.php>

3. Özmen V. Dünya’da və Türkiyə’de Meme Kanseri. 20. Ulusal Kanser Kongresi; 19-23 Nisan 2013; Antalya.

4. Akyolcu N. Memenin Cerrahi Hastalıkları ve Bakımı [Surgical diseases and care of breast]. Akyolcu N, Kanan N, Aksoy G, editörler. Cerrahi Hemşireliği II. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2018. p. 327-76.

5. Güllüoğlu B. Meme Hastalıklarına Yaklaşım: Meme Kanseri için Risk Değerlendirmesi ve Tarama Stratejileri [Approach to common breast diseases: risk evaluation and screening strategies for breast cancer]. Türk Aile Hek Derg. 2008;12(1):9-17.

6. Howell A, Anderson AS, Clarke RB, Duffy SW, Evans DG, Garcia-Closas M, Gescher AJ, Key TJ, Saxton JM, Harvie MN. Risk determination and prevention of breast cancer. Breast Cancer Res. 2014;16(5):1-19.

7. Himes DO, Root AE, Gammon A, Luthy KE. Breast cancer risk assessment: calculating lifetime risk using the Tyrer-Cuzick Model. J Nurse Pract. 2016;12(9):581-92.
8. World Health Organization. Breast Cancer: Prevention and Control. (Cited: 2018 May 5) Available from: <http://www.who.int/cancer/detection/breast-cancer/en/index2.html>
9. M. Management of clients with breast disorders. In: Black JM, Hawks JH, eds. Medical-Surgical Nursing Clinical Management for Positive Outcomes. 8th ed. United States of America: Saunders; 2009. p. 941-71.
10. Hamolsky B. Nursing management breast disorders. In: Lewis SL, Dirksen SR, Heitkemper MM, Burcher L, eds. Medical-Surgical Nursing Assessment and Management of Clinical Problems. 9th ed. St. Louis: Elsevier Mosby; 2014. p. 1239-60.
11. Hinkle JL, Cheever KH. Assessment and management of patients with breast disorders. In: Brunner & Suddarth's Textbook of Medical-Surgical Nursing. 13th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health Lippincott Williams&Wilkins; 2014. p. 1860.
12. Eti Aslan F, Gürkan A. Kadınlarda Meme Kanseri Risk Düzeyi [The risk of breast cancer at the women]. Meme Sağ lık Derg. 2007;3:63-8.
13. Tümer A, Baybek H. Çalışan Kadınlarda Meme Kanseri Risk Düzeyi [The risk level of breast cancer at the working women]. Meme Sağ lık Derg. 2010;6(1):17-21.

BC068.

QARACİYƏRİN KOMPENSASIYALI SİRROZLU XƏSTƏLƏRİNDƏ PRİMER KİÇİK ÖLÇÜLÜ REGENERATİV DISPLASTİK DÜYÜNLƏRİN VƏ HEPOTASELLULAR

KARSINOMASININ ERKƏN AŞKARLANMASINDA ULTRASƏS MÜAYİNƏSİNİN YOLU

Kazımova Xanım¹

1. Hacıqabul rayon Mərkəzi Xəstəxanası

Giriş- Sirroz olaraq adlandırılan bu xəstəlik qaraciyərin xronik xəstəliyinin ən irəli mərhələsi olub, bu mərhələdə qaraciyərin hepatositləri məhv olur və yerini fibroz toxuma alır. Sonradan bu toxumadan regenerativ displastik düyünlər və hepatosellular karsinoma əmələ gəlməsi ilə nəticələnir. Xüsusi ilə kompensasiya dövründə olan sirrozlu xəstələrin müayinəsi diqqət tələb edir. Bildiyimiz kimi ultrasəs müayinəsində konveks ötürücü (3,5-5 Mhz) ilə qaraciyərin konturlarını, parenximasının fibrozunu, qapı venasını, exogenliyini böyük ölçülü törəmələrini tam araşdırıb nəticə veririk. Belə xəstələrdə sirroza səbəb olan amil aradan qaldırıldıqda kompensasiya dövrü 10-15 ilə qədər uzana bilər. Bu dövrdə illik rutin kontrolunu əksiltməyən pasiyentlərdə dekompensasiya olmadıqda assit əmələ gəlmir və biz radioloqların boynuna düşən öhdəlik isə, birincili regenerativ displastik düyünlərin və hepatosellular xərçəngin vaxtında aşkarlanmasıdır. Ölçüsü 10mm-dən böyük düyünləri konveks ötürücü ilə aşkarlayırıq. Bəs bu ölçüdən kiçik törəmələr, xüsusi ilə kapsulaya yaxın yerləşənlər necə aşkarlanmalıdır?

İşin məqsədi—Pasiyentə gərəksiz əlavə müayinə tövsiyyə etmədən, yəni kontrastlı MRT, fibroskan elastografiya olmadan elə istifadə etdiyimiz aparatımızın imkanları ilə bu sualların cavabını almış olarıq.

Material və metodlar—Apardığımız tədqiqatda Mindray DC-45 cihazından xətti

ötürücüdən (linear) (7.5-10Mhz) istifadə edərək axşamdan ac,meteorizmi olmayan,127 kompensasiya dövründə olan sirrozlu 105 kişi,22 qadında yaş aralığı 48-67, BMI indeksi 25-33.arası xəstələrdə dərin nəfəs almada və relaks vəziyyətdə müayinələr etdim.Qaraciyərin sol payı və quyruqlu payını tamamilə görüntü sahəsində əldə edə bildim.Sağ pay bəzilərinde tam görüntü əldə edə bilməsəmdə kapsulanın həməni altında dörd,beş,altıncı segmentlərdə və sol payda 3-5 mm-lik hipo və hiperexogen dəyirmi oval formalı hamar konturlu,primer reginerativ displastik düyünləri və bəzilərinde hədəf taxtası simptomlu HCC tamami ilə aşkar etdim.Parenximanın dənəvərliyini orta yaxud iri olduğunu rahatlıqla diaqnoz etdim.

Müzakirə- Adəti üzrə istifadə etdiyimiz ötürücü dərinliyi yaxşı nümayiş etdirsədə ekran həlli rezolyusiyası (çözünürlük) zəif olduğundan parenximada olan kiçik ölçülü düyünləri asanlıqla ötürə bilirik.Xətti (Linear) ötürücünün yüksək ekran həlli (rezolyusiyasından) istifadə etməklə pasiyentə dəqiq diaqnoz qoymaq,əlavə müayinəyə ehtiyac olub olmadığını qərar vermək və gələcək müalicə taktikasının seçilməsinə kömək etmiş oluruq.

Nəticə- Vaxtında aşkarlanan kiçik ölçülü hepatosellular xərçəngin erkən diaqnostikasında vaxt itkisi olmadan müasir invaziv radioloqlar tərəfindən ablasiyası icra olunmaqla ,pasiyentin həyat və yaşam keyfiyyətini,cərrahi əməliyyatsız yaxşılaşdırmaq və ömrünü uzatmaq deməkdir. Nəzərə alsaq ki sirrozlu qaraciyərin əməliyyatı, qaraciyər çatışmamazlığı ilə nəticələne bilər!

Açar söz: Ultrasəs müayinəsi, qaraciyər, sirroz, linear ötürücü, regenerativ displastik düyün, kiçik ölçülü hepatosellular xərçəng, HCC, birincili düyünlər, primer nodullar.

BC069.

BAŞ VƏ BOYUN DƏRİSİNİN YERLİ-YAYILMIŞ YASTIHÜCEYRƏLİ XƏRÇƏNGİ: REKONSTRUKSIYA ÜSULU VƏ MÜALİCƏ TAKTİKASI SEÇİMİ

N.Q. Əlibəyli¹, N.M. Əmirəliyev¹

1. Azərbaycan Tibb Universitetinin Onkologiya kafedrası

Giriş. Baş və boyun nahiyyəsi dərisinin yerli-yayılmış yastihüceyrəli xərçənginin aparıcı müalicə üsulu rekonstruktiv cərrahi əməliyyatdır. Bu qrup xəstələrin müalicəsinin nəticələrinin yaxşılaşdırılması perspektivləri əməliyyatdan sonrakı radioterapiya ilə əlaqədardır.

Tədqiqatın məqsədi. Baş və boyun nahiyyəsi dərisinin birincili yerli-yayılmış yastihüceyrəli xərçəngi olan xəstələrin müalicəsinin onkoloji və funksional nəticələrinin yaxşılaşdırılmasında rekonstruktiv əməliyyatların effektivliyinin və adyuvant şüa müalicəsinin əhəmiyyətinin qiymətləndirilməsindən ibarətdir.

Material və metodlar. Tədqiqatın əsasını baş və boyun dərisinin yerli-yayılmış birincili yastihüceyrəli xərçəngi olan 78 xəstə üzərində olan kliniki müşahidə tsikl etmişdir. Xəstələr arasında 50 (64,1%) kişi, 28 (35,9%) qadın olmuş, 35 (44,9%) xəstədə birincili şişin yayılma dərəcəsi T3, 42 (55,1%) xəstədə isə T4-ə müvafiq olmuşdur. Xəstələrin hamısında cərrahi müdaxilə endotraxeal ümumi keyitmə altında yerinə yetirilmişdir.

Əməliyyatdan sonra əmələ gələn qüsurların bərpası üçün sərbəst autodermoplastika 78 xəstənin 9-da (11,5%), dəri-piy və dəri-fassiya dilimləri 50-də (64,1%), dəri-əzələ dilimləri 10-da (12,9%), kombinə olunmuş dilimlər 9-da (11,5%) istifadə edilmişdir.

Xəstələrin 55-də (70,5%) müalicə cərrahi əməliyyatla yekunlaşmış, 23 (29,5%) xəstədə isə əməliyyatdan sonrakı dövrdə radioterapiya aparılmışdır. Rekonstruktiv əməliyyatların bilavasitə nəticələrinin qiymətləndirilməsi meyarı baş və boynun xarici örtüklərinin bərpası dərəcəsi olmuş, yaşama göstəriciləri Kaplan-Meyer metodu ilə hesablanmışdır.

Nəticələr. İcra edilən rekonstruktiv əməliyyatlardan sonra yaranın birincili sağlması 50 (64,15) xəstədə müşahidə edilmiş, yerli ağırlaşmalar 28 (35,9%) xəstədə qeydə alınmışdır. Qüsurun baş və boyun nahiyyəsindəki lokalizasiyasından asılı olaraq funksional nəticələr 52 xəstədə, estetik nəticələr isə 72 xəstənin hamısında tədqiq edilmişdir. Yaxşı və kafi funksional nəticələr 52 xəstənin 48-də (92,3%) estetik yaxşı və kafi nəticələr 72 xəstənin 67-də (85,9%) qeydə alınmışdır.

Onkoloji nəticələrin tədqiqi göstərdi ki, 5-illik yaşama göstəriciləri cərrahi müalicə almış xəstələrdə – 78,2%, kombinasiyalı müalicədə – 60,9%, olmuş, ümumi 5-illik yaşama göstəricisi 73,0% təşkil etmişdir.

Yekun. Baş və boyun nahiyyəsi dərisinin yerli-yayılmış birincili yastıhüceyrəli xərçənginin aparıcı müalicə üsulu cərrahi əməliyyat və əmələ gələn qüsurun müxtəlif dillimlərdən və onların kombinasiyasından istifadə edilməklə bərpasıdır. Göstəricilər daxilində adyuvant şüa müalicəsi özünü doğruldur və məqbul onkoloji nəticələrin əldə edilməsini təmin edir.

BC070.

WHAT IS THE CORRELATION BETWEEN THE RESULTS OF THE INTRAOPERATIVE HISTOPATHOLOGICAL CONSULTATION AND THE FINAL PATHOLOGICAL EXAMINATIONS IN UTERINE CANCER PATIENTS? RESULTS AND

RETROSPECTIVE ANALYSIS OF 218 CASES

Fidan Novruzova¹, Akbar Ibrahimov¹, Aygun Hasanova¹, Malakkhanim Behbudova¹

1. Azerbaijan Medical University, Department of Oncology, Baku

Abstract: Endometrial carcinoma (EC) is the most common gynecological malignancy in developed countries. For optimal treatment, the clinicopathological characteristics of EC need to be revealed. This study aimed to evaluate the compatibility of intraoperative frozen section (IFS) and final diagnostic results

Methods: In this study, two hundred and eighteen EC patients, who were operated on for EC between 2008 and 2018, were evaluated retrospectively. The IFS and final diagnosis results of the patients were compared in terms of myometrial invasion (MI), cervical invasion, tumor size, histological subtype and grade, and the concordance rate between IFS and final diagnosis was calculated.

Results: One hundred thirty-nine patients were included in the study. The average age of the patients was 57.60 ± 10.41 years, the average BMI was 37.82 ± 8.75 kg/m², and the average surgery duration was 258.24 ± 151.30 minutes. The concordance between IFS and final diagnosis was 81.3%, 88.5%, 89.2%, 71.9%, and 95.9% for tumor histology, tumor grade, MI, tumor diameter, and cervical involvement, respectively. None of the 139 patients received unnecessary treatment, three patients received inadequate treatment due to MI, and seven patients received inadequate treatment due to grade incompatibility.

Conclusion: The compliance results of our study suggest that IFS is a good indicator

for decisions about the appropriate surgical procedure.

Keywords: Endometrial Carcinoma, Histological Subtype, Myometrial Invasion, Tumor Size

BC071.

GOSSYPBOMA MAY BE MISDIAGNOSED AS A MALIGNANT GYNECOLOGIC TUMOR IN RESOURCE-LIMITED COUNTRIES: A SINGLE-CENTER STUDY

Aygun Hasanova¹, Akbar Ibrahimov¹, Fidan Novruzova¹, Malakkhanım Behbudova¹, Khadija Aliyeva¹

1. Azerbaijan Medical University, Department of Oncology, Baku

Abstract Gossypiboma, also referred to as textiloma, is the unintentional leaving of surgical sponge material in the body of a patient. In the abdominopelvic cavity, surgical sponges cause not only various pathological reactions but also result in the formation of mass. On the other hand, gossypiboma is a pathological medical condition and a medico-legal problem for surgeons. In our country (Azerbaijan), there are no available published research articles that deal with these complications. This study aims to determine whether the retained surgical sponges may be misdiagnosed as malignant ovarian tumors and to find ways to prevent this from happening in resource-limited countries.

Methodology. We evaluated the medical files of patients who were diagnosed with gossypiboma during laparotomy and laparoscopy between 2017 and 2021. During this time, whole patients were operated on at the Department of Oncology

of Azerbaijan Medical University by one gynecologist oncologist.

Results. During the study, some parameters of all patients with gossypiboma in the abdominopelvic region were assessed. According to the findings of our research, the age range, types of previous surgery, and clinical manifestations were quite different.

Conclusions. Textiloma should be taken as a differential diagnosis when assessing adnexal masses in individuals with a history of previous laparotomy. To prevent gossypibomas surgery, staff should be more careful when finishing up procedures to ensure surgical instruments and sponges are preoperatively and postoperatively accounted for in the operating room. Radiopaque materials ought to be utilized, and the chief surgeon must join in until the closure of the aponeurosis at the end of the procedure

Keywords: Gossypiboma, adnexal mass, medico-legal.

BC072.

SÜD VƏZİNİN BİRİNCİLİ ANGİOSARKOMASININ MRT DİAQNOSTİKASI

A.T. Kazımov¹, N.R. Ələkbərova¹, A.V. Ataşova¹

1. Milli Onkologiya Mərkəzi.

Süd vəzi sarkomaları süd vəzinin stromasından əmələ gələn heterogen bədxassəli şiş qrupudur və angiosarkomalar onların arasında ən çox rast gəlinəndir. Etiologiyasına görə, süd vəzi angiosarkomaları birincili süd vəzi angiosarkoması və ikincili süd vəzi angiosarkoması kimi təsnifatlandırılır. Süd

vəzinin birincili angiosarkoması endotelial hüceyrələrdən əmələ gələn nadir vaskulyar törəmədir və bütün sür vəzi xərçənglərinin 0,05%-dən az hallarda rast gəlinir. Bu törəmələr aqressiv olub, sürətli inkişaf və əlverişsiz proqnozu ilə təzahür olunur.

Tədqiqat işimizin əsas məqsədi sür vəzi angiosarkomasının MR fenotipik xüsusiyyətlərini aydınlaşdırmaq və digər törəmələr ilə differensiasiyasını aparmağa yardımçı kriteriyaları müəyyənləşdirməkdən ibarətdir.

Tədqiqat işi Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyinin Milli Onkologiya Mərkəzində Siemens Magnetom Skyra 3T aparatında aparılmışdır. Araşdırmaya 2021-2024-cü illər arasında histopatoloji təstiqlənmiş sür vəzi angiosarkoması diaqnozu qoyulmuş xəstələr daxil edilmişdir. Ümumi olaraq, 5 xəstə retrospektiv olaraq təhlil edilmişdir.

Sür vəzilərində multiparametrik MRT müayinəsinin nəticəsində angiosarkoma T1 ağırlıqlı aparmalarda hipointens, T2 ağırlıqlı aparmalarda hiperintens signal intensivliyinə malik, hemorragik gölməçələr içəran qeyri-düzgün formalı kütlələr şəklində təzahür olunmuşdur. Dinamik postkontrast aparmalarda törəmə intensiv heterogen kontrast güclənməsi və gecikmiş fazalarda yuyulma (tip III kinetik əyri - washout) fenomeni ilə xarakterizə olunur və bu, angiosarkomanın hipervaskulyar xarakterini əks etdirir. Perifokal sür vəzi parenximası ödemlidir. Törəmələrin tru-cut biopsiyası aparıldı və histoloji analiz sür vəzinin birincili angiosarkoması diaqnozunu təsdiqləndi.

MRT müayinəsi nadir və aqressiv bədxassəli xərçəng olan sür vəzi angiosarkomasının diaqnostikasında və differensiasiyasında əhəmiyyətli rol oynayır. T2 hipointens signal intensivliyi, hemorragik sahələr və dinamik kontrastlı görüntülərdə

(DCE) tip 3 heterogenkontrast güclənməsi kimi əsas tapıntıları angiosarkomanı digər sür vəzi törəmələrdən differensiasiya etməyə kömək edir.

BC073.

ONCOLOGICAL PROGNOSIS OF METASTATIC OVARIAN TUMORS: A SINGLE-CENTER RETROSPECTIVE STUDY

Akbar Ibrahimov¹, Abuzar Gaziye¹, Aygun Hasanova¹, Fidan Novruzova¹, Malakkhanim Behbudova¹, Khadija Aliyeva¹

1. Department of Oncology, Azerbaijan Medical University, Baku, AZE

Abstract Background: The ovary is a common site of metastasis. The frequency of metastasis and the localization of the primary cancer vary geographically. This study aims to present the clinicopathological features and oncological outcomes of patients with metastatic ovarian cancer (MOC) who underwent surgery in our clinic.

Methods: In this retrospective study, the files of 806 patients who underwent surgery with a preliminary diagnosis of pelvic mass or ovarian cancer between 2012 and 2016 were scanned. Four hundred eighty eight patients with a definite diagnosis of ovarian cancer were included in the study.

Results: Seventy-nine patients (16.2%) had MOC, the second most common cancer type after primary epithelial cancer of the ovary, and 65.8% (n=52) of MOCs had non-gynecological primary. Twenty-seven (34.2%) patients had primary endometrial cancer, 18 (22.7%) had colorectal cancer, 16 (20.2%) had gastric cancer, and 6 (7.5%) had breast cancer. The most common reasons for admission

were abnormal bleeding in 27 patients (34%), abnormal imaging results in 19 patients (24%), pain in 14 patients (18%), and abdominal distension in 10 patients (12%). The mean follow-up was 13.3 ± 13.4 months, and the mortality rate was 43% (n=34). Gynecological metastatic ovarian cancers were observed at an older age with a higher mortality rate and shorter median survival than non-gynecological metastatic ovarian cancers. Median survival of MOCs with primary breast, colorectal, gastric, and endometrial cancer was 45 months, 46.4 months, 10.1, and 10.0 months, respectively.

Conclusion: Metastatic cancers of the ovary are frequently observed and the prognosis is quite poor.

Keywords: Metastatic Ovarian Cancer, Prognosis, Survival

BC074.

ONCOLOGICAL OUTCOMES OF MINIMALLY INVASIVE AND OPEN SURGERY IN ENDOMETRIAL CANCER. A SINGLE-CENTER, POPULATION-BASED STUDY.

Akbar Ibrahimov¹, Abuzar Gaziye¹, Aygun Hasanova¹, Fidan Novruzova¹, Malakkhanim Behbudova¹, Khadija Aliyeva¹

1. Department of Oncology, Azerbaijan Medical University, Baku, AZE

Abstract Objectives: Endometrial carcinoma (EC) is a prevalent malignancy of the female genital organs, with increasing incidence rates globally. The surgical management of early-stage EC includes total hysterectomy (TH), bilateral salpingo-oophorectomy (BSO), and lymph node dissection (LND). This study

compares the clinical and survival outcomes of minimally invasive surgery (MIS) and open surgery (laparotomy) in EC patients at a single center in a low-income country.

Methods: This retrospective study included 117 EC patients treated at the Department of Oncology, Azerbaijan Medical University, between 2018 and 2024. Patients underwent either laparoscopic (n=95) or laparotomic (n=22) surgery. Data on patient demographics, clinical and pathological characteristics, and surgical outcomes were collected and analyzed.

Results: Among the 117 patients, 81.2% underwent laparoscopic surgery, while 18.8% underwent laparotomy. The laparoscopic group showed a lower rate of perioperative complications and shorter hospital stays compared to the laparotomy group. No significant differences were observed in survival rates between the two groups (87.4% vs. 85.7%). The recurrence rates were similar, with 12.6% in the laparoscopic group and 14.3% in the laparotomy group. The operation time was significantly longer for the laparoscopic group, but this did not impact overall outcomes.

Conclusions: Laparoscopic surgery for early-stage EC provides comparable oncologic outcomes to laparotomy, with benefits of reduced perioperative morbidity and shorter hospital stays. These findings support the use of MIS in the management of EC, even in low-income settings. Further multicenter randomized controlled trials are needed to validate these results.

Keywords: survival outcomes, clinical outcomes, laparotomy, minimally invasive surgery, endometrial carcinoma

BC075.

THE EFFECTIVENESS OF STAIRCASE TECHNIQUES IN THE RECONSTRUCTION SURGERY OF LOWER LIP CANCER

M.A.Rustamzade¹, prof., N.M.Amiraliyev¹1. Oncologic Clinic of Azerbaijan Medical
University

Abstract: The staircase method for the reconstruction of defects formed after radical resections of lower lip cancer is simple, flexible, single-stage, and allows for the restoration of tumor defects up to 2/3 of its length. In the article, the use of this reconstruction method has been illustrated in 15 patients with lower lip cancer. Satisfactory and adequate functional, as well as aesthetic results have been achieved in all patients. During the reconstruction of tumor defects with medial and paramedian origin and length 1/3 and 2/3 of the lower lip, the "staircase technique" (step by step) provides high oncological and functional /aesthetic results in itself. The Dado D. modification of the staircase technique was used as a reconstructive option in 15 patients operated by us.

Objective: The primary treatment method for lower lip cancer is surgical resection, which is used in both isolated and combined (adjuvant radiation or chemotherapy-radiation) treatment plans depending on the extent of the tumor stage. After performing radical resections for lower lip cancer, various-sized tumor defects are formed, necessitating the use of reconstructive surgery. The staircase method for the reconstruction of defects resulting after radical resections of lower lip cancer is simple, flexible, single-stage, and

allows for the restoration of tumor defects up to 2/3 of lip length.

Material and Methods: In 2016-2023 years radical tumor resection was performed in 15 patients with lower lip cancer (T2N0M0) at the Department of Head and Neck Tumor Surgery of the Oncology Clinic of the Azerbaijan Medical University, and the resulting tumor defect was reconstructed with a step by step technique. Of the patients, 12 were male (80.0%) and 3 were female (20.0%), with an average age of $56.8 \pm 3,4$ years. According to the localization of the tumor defect, out of 15 patients, 7 (46.7%) had a medial defect, and 8 (53.3%) had a paramedian defect. In all patients, the size of the defect was between 1/3 and 2/3 of the total length of the lower lip.

Results: Satisfactory and adequate functional, as well as aesthetic results have been achieved in all patients. The follow up time of the patients ranged from 6 months to 7 years. The cancer recurrence was noticed in 2 patients and the overall survival rate was 86,7%.

Conclusion: For the reconstruction of tumor defects with medial and paramedian origin and with the length of 1/3 and 2/3 of the lower lip, the "staircase technique" (step by step) provides high oncological and functional /aesthetic results.

BC076.

QIRTLAĞIN SƏS BAĞLARININ XƏRÇƏNGİNƏ GÖRƏ QEYRİ-EFFEKTİV ŞÜA MÜALİCƏSİNDƏN SONRA XİLASEDİCİ CƏRRAHİYYƏNİN NƏTİCƏLƏRİ

N.V. Kərimova¹, N.M. Əmirəliyev¹, A.T.
İskəndərova¹1. Azərbaycan Tibb Universitetinin Onkoloji
Klinikası, Bakı, Azərbaycan

Giriş. Erkən mərhələli qırtlaq xərçənginə görə aparılan radikal şüa müalicəsindən sonra əmələ gələn residivlərin seçim müalicə metodu laringektomiya həcmində icra edilən cərrahi əməliyyatdır. Bu qrup xəstələrdə orqansaxlayıcı cərrahiyyənin imkanları tam öyrənilməmişdir.

Tədqiqatın məqsədi. Erkən qırtlaq xərçəngi olan xəstələrdə radikal şüa müalicəsindən sonrakı şişin residivi və ya davam edən böyüməsi zamanı icra edilən orqansaxlayıcı əməliyyatların onkoloji və funksional nəticələrinin qiymətləndirilməsi. **Material və metodlar.** Azərbaycan Tibb Universitetinin Onkoloji Klinikasında qırtlağın açıq rezeksiyaları icra edilən 16 xəstənin müalicəsinin nəticələri retrospektiv araşdırılmışdır. Bu xəstələrdə qırtlağın səs bağları şöbəsinin xərçənginə görə radikal şüa müalicəsindən sonra şişin davam edən böyüməsi və ya residivi müəyyən edilmişdir. Xəstələrin hamısı kişi olmuş, orta yaş 63 təşkil etmişdir. Səs bağlarının birincili şişləri 8 xəstədə - T1, 8 xəstədə T2 mərhələdə müəyyən edilmişdir. Birincili şişin radikal şüa müalicənin orta summar ocaq dozası Qrey (diapazon 60-72Qrey). Şüa müalicəsindən sonrakı residivlər 9 xəstədə rT1, 7 xəstədə rT2 kimi qiymətləndirilmişdir. Bu xəstələrin 8-də (50,0%) qırtlağın ön-yan rezeksiyası, 6-da (37,5%) yan rezeksiyası, 2-də (12,5%) isə hemilaringektomiya icra edilmişdir. Əməliyyat 10 (62,5%) xəstədə qırtlaq mənfəzinin birincili bağlanması ilə yekunlaşmış, qalan 6 (37,5%) xəstədə pplanlı laringostoma formalaşdırılmışdır.

Nəticələr. Erkən əməliyyat sonrası letallıq qeydə alınmamışdır. Əməliyyatdan sonrakı yerli ağırlaşmalar 7 xəstədə (43,75%) qeydə alınmışdır. Onların arasında bir xəstədə (17,3) yaranın irinli nekrozu müşahidə edilmiş, 2 (28,6%) xəstədə xarici fistul əmələ gəlmiş, 3 (42,85) xəstədə

qırtlağın mənfəzinin davamlı çapıq stenozu qeydə alınmış və onlar gəzdirci kimi qalmış, bir (14,3%) xəstədə isə yara səthindən qanaxma olmuşdur. Bu xəstələr arasında qırtlağın tənəffüs funksiyası 12 (75,0%), səs funksiyası 14 (87,5%) xəstədə müşahidə edilmiş, ayırıcı funksiyası isə xəstələrin hamısında bərpa olunmuşdur. Beşillik müşahidə müddətində təkrari residiv 7 (43,8±4,2%) xəstədə əmələ gəlmiş, yerli nəzarət 9 (56,2±3,74%) xəstədə təmin edilmişdir. Təkrari residivlər zamanı 7 xəstədən 4-də laringektomiya icra edilmiş, bir nəfərə palliativ kimyəvi terapiya, 2 nəfərə simptomatik müalicə təyin edilmişdir. Beşillik residivsiz və ümumi yaşama göstəriciləri müvafiq olaraq 56,3±4,21% və 75,0±3,62% təşkil etmişdir. **Yekun.** Qırtlağın səs bağlarının radikal şüa müalicəsindən sonrakı şişin davam edən böyüməsi və ya residivi zamanı orqansaxlayıcı cərraha ciddi xəstə seçimi daxilində məqbul müalicə variantıdır və laringektomiya alternativ hesab oluna bilər. Bu tip əməliyyatların icrası üçün onkoloji seçim meyarları həmçinin xəstənin ümumi və ciddi öyrənməli, həmçinin xəstənin ümumi vəziyyəti qiymətləndirilməlidir.

BC077.

ОКТ-КОЛЬПОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ЦЕРВИКАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ

Багирова Ш.Г.¹

1. Кафедра Онкологии Азербайджанского
Медицинского Университета Баку,
Азербайджан

Своевременная диагностика и лечение
цервикальной патологии имеет
колоссальное социально-экономическое
значение, которое заключается в

профилактике рака шейки матки. Онкологическая настороженность в отношении шейки матки приводит к массовым часто необоснованным инвазивным манипуляциям, сопровождающимся рядом осложнений. Цель исследования: повысить эффективность диагностики ВПЧ-ассоциированных заболеваний шейки матки путем включения в комплексное клиническое обследование новых неинвазивных диагностических технологий.

Методы исследования: оптическая когерентная томография (ОКТ) – метод получения прижизненного изображения внутренней структуры биологических тканей. Принцип ОКТ – интерферометрическое детектирование обратно рассеянного света ближнего ИК диапазона. Оптическое изображение формируется за счет различия оптических свойств внутритканевых элементов (коэффициента обратного рассеяния тканей), его можно получать непосредственно на живом объекте и в режиме реального времени.

Результаты. Были разработаны метод ОКТ-кольпоскопии и классификация оптических изображений шейки матки. Оптическая когерентная томография способна прижизненно в режиме реального времени определять морфологическую основу кольпоскопических картин. В результате исследования был сделан вывод о том, что оптические изображения шейки матки делятся на две основные группы: доброкачественные и злокачественные, в каждой из которых можно выделить структурные и бесструктурные типы изображений, а структурность оптических изображений не является

абсолютным ОКТ-признаком доброкачественного состояния слизистой оболочки шейки матки.

Определены оптимальные цифры давления минизонда на ткань во время проведения ОКТ-кольпоскопии с помощью измерителя прижима IPG 3.1: сила компрессии зонда к поверхности шейки матки должна составлять 0,22 Н/м², что соответствует 2 делению измерителя и позволяет получить максимально информативные томограммы. Изучение компрессии нашло максимальное значение при доброкачественных состояниях шейки матки: выявлен новый оптический признак доброкачественного процесса – сжимаемость изображения и его структуризация при компрессии. Для плоскоклеточных интраэпителиальных изменений высокой степени характерен злокачественный тип томограмм, не изменяющихся при различном сжатии ткани.

На основании полученных данных сформулирована лечебно-диагностическая тактика при доброкачественной ВПЧ-ассоциированной патологии шейки матки в репродуктивном возрасте, основанная на персонификации подхода к каждой молодой пациентке и минимизации лечебно-диагностических инвазивных манипуляций.

Разработана методика определения истинных размеров патологических участков, основанная на совокупности кольпоскопических и ОКТ-признаков, позволяющая выбрать оптимальный объем деструктивного лечения и вид хирургической энергии.

Заключение. Применение ОКТ-кольпоскопии в диагностике цервикальной патологии позволяет

снизить уровень хирургической агрессии без риска для чувствительности диагностического протокола. Социально-экономическая эффективность основана на значительном снижении числа неоправданных хирургических процедур и лабораторных исследований.

BC078.

İN-VİTRO FERTİLİZASIYA VƏ SÜD VƏZİ XƏRÇƏNGİ: RİSK FAKTORLARI, MÖVCUD ARAŞDIRMALARIN TƏHLİLİ, TƏSİR MEXANİZMLƏRİ VƏ XƏSTƏ TƏQDİMƏTİ.

C.Ə.Əliyev¹, S.E.Rəhimzadə¹, C.Q.Qəribov¹, A.T. Kazimov¹, E.V. Vəliyeva¹, A.Ə. Kazimova¹, N.F. Qarayeva¹, G.H. Musayeva¹

1. Milli Onkologiya Mərkəzi.

In recent years, the increasing interest in IVF treatment has prompted extensive research into its short- and long-term effects. Hormonal factors play a crucial role in the development of breast cancer, and long-term exposure to estrogen, in particular, is a significant risk factor for hormone-positive forms of breast cancer. This connection naturally raises concerns regarding the potential risks between IVF and breast cancer.

Keywords: In-vitro fertilisation, Breast Cancer, Invasive ductal carcinoma, Clomiphene citrate, Gonadotropins, Infertility.

Giriş. Sür vəzi xərcəngi(SVX) artan xəstələnmə halları və yüksək ölüm göstəriciləri ilə, cəmiyyətin aktual problemlərindən biri olaraq qalmaqdadır. {1} Hamiləlik müddətində SVX olduqca nadir olsa da (təqribən hər ~1000 hamilə

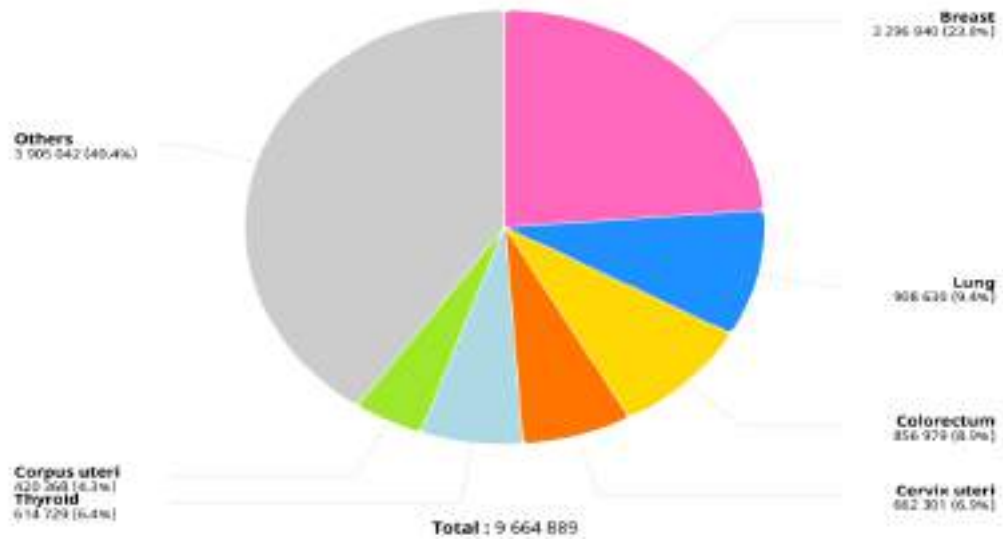
qadından birində görülür), idarə olunması olduqca çətin və multidisiplinar yanaşma tələb edən bir vəziyyətdir. Hamiləlik müddətində SVX inkişafı genetik, hormonal və ətraf mühit amillərinin qarşılıqlı təsiri ilə formalaşır. Xüsusi ilə, hormonal faktorların SVX-nin inkişafında önəmli bir rola malik olduğunu vurğulamalıyıq. {2} Son illərdə sonsuzluğun müalicəsində n-vitro fertilizasiya (İVF) üsullarının geniş istifadəsi, hamiləlik müddətində başda SVX olmaq üzrə, digər potensial xərcəng risklərinin əhəmiyyətli dərəcədə artmasına gətirib çıxartmaqdadır.

İVF bir çox sonsuzluğu olan qadınlar üçün ümid verən bir müalicə üsulu olsa da, lakin hormonal müalicələr, yüksək dozada estrogenə məruz qalmaq və digər bu kimi faktorların SVX-nin inkişaf riskini artırdığı düşünülməkdədir.{3} Bu məqalə, İVF zamanı hormonal müalicə ilə bağlı sür vəzi xərcənginin inkişaf riskini araşdırır. İVF-SVX-nin inkişafında risk faktoru olduğu təsdiqlənməsə də, aparılmış ədəbiyyat təhlillərində (Pubmed, Medline, Cochrane Library, National Library of Medicine) İVF olmuş, yüksək risk qrupunda olan qadınlarda, SVX inkişaf riski, İVF aparılmamış, yüksək risk qrupunda, normal hamiləliyi olan qadınlara nisbətən olduqca yüksəkdir. Bu məqalədə, aparılmış ədəbiyyat təhlilləri və 32 yaşında qadın xəstə müzakirəsi ilə, İVF aparılmış qadınlarda İVF-nin SVX-nin inkişaf riskinin artırma biləcəyi müzakirə ediləcəkdir.

Risk faktorları: SVX dünyada bütün xərcəng növlərinin ~25%-ini təşkil edərək, özəlliklə orta yaşlı və yaşlı qadınlarda ən çox görülən xərcəng növüdür. Ümumdünya Səhiyyə Təşkilatının(ÜST) 2020-ci il statistik göstəricilərinə əsasən, dünya üzrə 2022-cil ildə təxminən ~2.3 milyon yeni sür vəzi xərcəngi ilə xəstələnmə halı qeyd edilmişdir.{17} (Şəkil 1). Bu xərcəngin

bütün növləri arasında ən yüksək göstəricidir. Eyni zamanda SVX, qadınlar arasında xərcəngə bağlı ölümlərin öndə gələn səbəbi olmaqda aktuallığını qorumaqdadır. Beynəlxalq Xərcəng Araştırma Qurumu (The International Agency Research on Cancer (IARC)) 1960-ci ildən etibarən, bütün ümumi populyasiya

üzrə xərcəngdən ölüm hallarının ~66%`lik bir artış göstərdiyini vurğulamışdır. 2022-ci il Azərbaycan statistik göstəricilərinə əsasən hər 1000 qadından ~40-50 nəfərinə sür vəzi xərcəngi diaqnozu qoyulmuşdur. Bu statistik göstəricilər, dünyada qadınlar arasında ən çox qeyd edilən xərcəng növünə xüsusi diqqət göstərməyi tələb edir.



Şəkil 1. 2022-ci il SVX ilə xəstələnmə halları. Qadınlar, bütün yaş qrupları. (Globocan 2022)

Sür vəzi xərcəngi, profilaktikası, erkən diaqnoz, effektiv bir müalicə əldə etmək üçün, risk faktorlarının ətraflı araşdırılmasını tələb edən kompleks bir xəstəlikdir. Belə ki, yaş, irq, sosial status(qeyd edək ki, bəzi inkişafda olan ölkələrdə, multifaktorial səbələrdən sür vəzi xərcəngi görülmə yaşı, kəskin şəkildə aşağı enmişdir) geolokasiya, ionlaşmış radiasiya şüalarına məruz qalmaq, ailədə sür vəzi və ya yumurtalıq xərcəngi ilə xəstələnmə halının qeyd edilməsi və s. bu kimi faktorlar hamı tərəfindən bilinən xəstəliyin risk göstəricilərindəndir. Eyni zamanda, erkən menarxiya, gec menopoz, ilk doğuşun gec olması, doğuş sayının az olması, uzun müddətli hormonal müalicə də sür vəzi xərcənginin inkişaf riskini artıran faktorlardır. {7,8,9}

İVF və Hormonal faktorlar: Hormonal faktorlar SVX inkişafında önəmli rola malik olub, uzun müddətli estrogenlərə məruz qalmaq, özəlliklə, sür vəzi xərcənginin estrogen reseptor pozitiv tiplərində önəmli bir risk faktoru olmaqdadır.{6} Erkən menarxiya və gec menopoz görmüş, gec menarxiya və erkən menopoz görmüş eyni yaşlı qadınlar müqayisə edildiyində, erkən menarxiya və gec menopoz olmuş qadınlarda SVX inkişafı önəmli dərəcədə daha artıq olmuşdur. {8,9}Buna səbəb uzun müddətli estrogen məruziliyyəti kimi açıqlanmışdır. Yumurtalıqlar ifraz etdikləri steroid hormonlar vasitəsi ilə, sür vəzi funksiyalarına təsir edə bildiyindən, yumurtalıqları induksiya edəcək dərmanların, qonadotropin hormonların istifadəsi də sür vəzi funksiyalarına təsir

göstərə bilər. Bu əlaqə, təbii olaraq, illər keçdikcə aktuallaşan İVF ilə bağlı, potensial risklər haqqında narahatlıqları da artırmaqdadır. 1978-ci ildən etibarən, İVF infertillik problemlərinin həllində önəmli bir üsul olaraq istifadə edilməkdədir. Yumurtalıq borularının obstruksiyası, endometriozis, ovulyator disfunksiya, kişi faktorlu infertillik, azalmış yumurtalıq rezervi, səbəbi bilinməyən infertillik kimi vəziyyətlər İVF üçün əsas göstərişlərdir. Statistikalar göstərir ki, hər il çox sayda cütlük infertillik müalicəsi üçün İVF mərkəzlərinə müraciət etməkdədir. Bu səbəbdən bir çox çalışmaları, bu müalicələr edilmiş qadınlarda və onların uşaqlarında erkən və gec müddətdəki təsirləri araşdırır. Bir çox çalışmalarda İVF və süd vəzi xərçəngi inkişafı arasında açıq aşkar bir əlaqə aşkarlanmasa da, bu əlaqə inkar olunmamışdır. Beləliklə bu risk, daha əvvəl İVF edilmiş, qonadotropin hormonlara davamlı məruz qalması səbəbi ilə, 6 aydan uzun müddətdə hamilə qalmamış qadınlarda daha yüksəkdir. {4,5}

Estrogenin təsir mexanizmi: Potent estrogen steroid hormonu olan estradiol, sadəcə yumurtalıqlarda deyil, süd vəzi və ekstrasglandulyar toxumalarda da sintezlənərək, müxtəlif mexanizmlər vasitəsi ilə, süd vəzi funksiyalarına təsir göstərə bilər. Estradiol süd vəzi hüceyrələrinin proliferasiyası üçün vacibdir, lakin müxtəlif genetik dəyişikliklərə səbəb olma potensialına görə, SVX inkişafındakı rolu qaçınılmazdır. Beləliklə, estradiol ikili bir funksiyaya sahibdir, normal süd vəzi toxumasının inkişafında (sirkulasiyadakı basqın yumurtalıq steroidi və süd vəzi toxumasında bioloji olaraq ən aktiv formu olan 17β -estradiol (E2) tərəfindən həyata keçirilir) önəmli bir rola malikdir. Eyni zamanda süd vəzi xərçəngi inkişafında potensial bir funksiyaya malikdir.

Estrogen 3 əsas mexanizm vasitəsi ilə kanserogen təsirini göstərə bilər: reseptor-ligand birləşməsi vasitəsi ilə hüceyrə proliferasiyası başlanılması, sitoxrom P450 vasitəsi ilə, metabolik aktivasiyasına səbəb olaraq, mutasiya saylarını artırır, birbaşa genotoksik təsirlərə səbəb olur və aneuplidi induksiyası. Başda 2-hidroksiestradiol və 4-hidroksiestradiol olmaq üzrə, estrogen metabolitləri arasındakı tarazlıq süd vəzi xərçəngi inkişafında önəmli bir rola malikdir. Estradiol süd vəzi toxumasında iki önəmli reseptora ERa və ERb bağlanaraq, öz funksiyalarını həyata keçirir. ERb reseptorları süd vəzi toxumasında daha yayğındır, ERb reseptorları həm epitelial, həm də stromal hüceyrələrdə olduğu halda, ERa reseptorları sadəcə epitelial hüceyrələrdə rast gəlinir. Özəlliklə, estradiol ERa reseptoruna bağlandıqda, proliferasiyanı başladır, belə ki, ERa yeniyetməlik dövründə və menstrual tsikl zamanı estrogenlə tənzimlənən duktal böyümənin əsas vasitəçisidir. ERa-nın süd vəzi xərçənginin çoxunda ekspressiyası yüksəkdir, bu ekspresiya hormona bağlı tumor böyüməsinin bir xüsusiyyətidir. ERa immunohistokimyəvi müayinə vasitəsi ilə müəyyən edilən, proqnoz və endokrin müalicəyə cavab ilə birbaşa bağlantılı olan, güclü bir prediktiv biomarkerdir. {11,12,13}

Ovulyasiyanı stimulyasiya edən vasitələr: İVF müddətində yumurta toplamaqda uğurlu bir nəticənin alınmasından kritik bir rola malikdir. Gonadotropinlər (folikul stimuleedici hormon, FSH və luteinləşdirici hormon, LH) GnRH agonistləri və antagonistləri, insan xorionik gonadotropini (hCG), ovulyasiyanın sintetik stimulyatoru, klomifen sitrat, bəzi kimi vasitələr yumurtalıqların aktivliyini artırır, təkcə bir tsikl zamanı birdən çox yumurta hüceyrə yetişməsinə təmin edir. Bununla da, uğurlu

döllənmə ehtimalı artır. Lüteinləşdirici hormon(LH), folikul stimuleddici hormon(FSH), insan xorionik gonadotropini(hCG), bu kimi gonadotropinlər, yumurtalıqların aktivləşməsi üçün vacibdir, inyeksiya ediləbilən formalarda verilən bu hormonlar, bir tsikl zamanı çoxlu folikul yetişməsinə tənzimləyir və estrogen sintezinin artmasına səbəb olur. Uzunmüddətli gonadotropinlərin istifadəsi, estrogenin plazmada konsentrasiyasının artımına və bunun da xəstələrin emosional tarazlığının pozulmasına gətirib çıxara bilər. Beləliklə, yüksək estrogen səviyələri, özəlliklə altda yatan predispozan faktor olan qadınlarda, süd vəzi xərçəngi inkişaf riskinin artmasına səbəb ola bilər.

Klomifen sitrat(CC), enclomiphene və zuclomiphene izomerlərinin bir qarışığıdır və zuclomiphene ovulasiyanın stimulyasiyasında daha təsirlidir. Klomifen sitrat həm estrogenik, həm də anti-estrogenik mexanizmlər vasitəsi ilə təsiri göstərir. Beləliklə CC, estrogen reseptorlarına bağlanmaq üçün, yumurtalıqlar, hipofiz və hipotalamusda estrogen ilə rəqabət edərək, funksiyasını həyata keçirir. Bu əlaqə, normal estrogen signalını pozur və LH, FSH kimi gonadotropinlərin ifrazatını artırır, nəticə olaraq, folikul yetişməsinə və ovulyasiyanı təmin edir. Süd vəzi toxumasındaki estrogen reseptorlarına bağlanaraq, gen ekspresyonunu artırabilir və potensial olaraq, süd vəzi xərçəngi riskinin artmasına səbəb ola bilər. {15,16}

Mövcud araşdırmaların təhlili:İVF və SVX arasındakı əlaqə, bir çox araşdırmaların əsas mövzusu olmuşdur. Cullinane və dost. tərəfindən aparılan bir meta-analizdə, SVX insidansı 60 yaş ətrafında zirvə edərkən, İVF aparılmış, özəlliklə yumurtalıq stimulyasiyası edilmiş 40 yaş üzərindəki

qadınlarda süd vəzi xərçəngi inkişaf riskinin artması hələ də kritik bir araşdırma sahəsi olaraq qaldığını qeyd etmişdir. (Cullinane et al., 2022).{18} Derks-Smeets və dost. tərəfindən, BRCA 1/2 mutasiya daşıyıcıları kimi müəyyən populyasiyalarda İVF üçün yumurtalıq stimulyasiyasından sonra süd vəzi xərçəngi inkişaf riski araşdırılmış, ümumi populyasiya ilə nisbətdə önəmli bir artışı olmadığı çalışmalarda qeyd edilmişdir. (Derks-Smeets, et al., 2018).{19}

Bununla birlikdə, bəzi çalışmalarda yumurtalıq stimulyasiyasının, süd vəzi toxuması üzərindəki uzun müddətli təsirlərini önə çıxartmışdır. Lundberg və dost., meta-analizlərin ümumilikdə, İVF-in süd vəzi xərçəngi inkişaf riski üzərindəki təsirinə olmadığını göstərsə də, ortaya çıxan nəticələrin özəlliklə, uzun müddətli təqib periodlarından riskdə olası bir artışa işarə etdiyini göstərir(Lundberg et.al., 2016){20} Rosenberg və dost, İVF-in SVX müalicəsi görmüş qadınlarda metastaz riskini artırmadığını, İVF-in bu populyasiyada da rahatca istifadə oluna biləcəyini qeyd etmişdir.(Rosenberg et al., 2019)

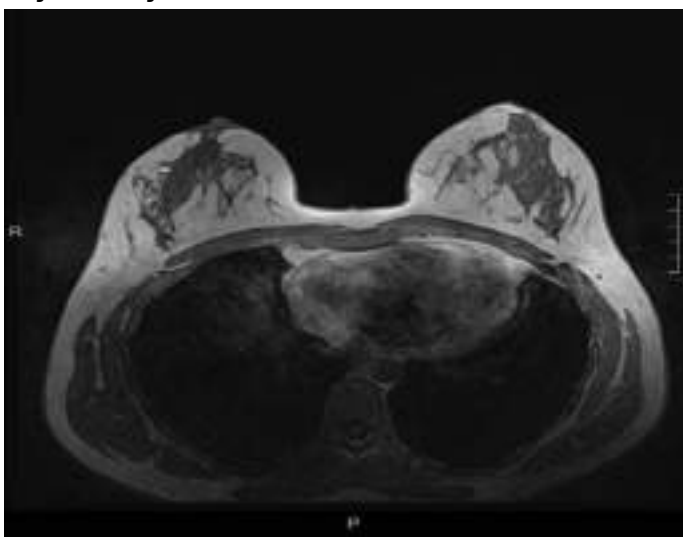
Eyni zamanda İVF vasitəsi ilə, dolayı yolla doğuş sayının olması(parite), laktasiya müddətinin uzun olması kimi faktorlar qadınlarda süd vəzi və ginekoloji xərçənglərin bəzi alt tiplərinin inkişaf riskini azaltsa da, bəzi araşdırmalar, İVF sonrası özəlliklə, süd vəzi xərçəngi inkişaf riskində önəmli bir artış olduğunu göstərməkdədir. Qısaca, araşdırmalar, İVF'in, özəlliklə İVF aparılmamış populyasiya ilə qarşılaşdırıldığında, süd vəzi xərçəngi inkişaf riskini önəmli ölçüdə artırmadığını göstərsə də, lakin daha çox araşdırma tələb edən nüanslar vardır. Hormonal müalicənin potensial uzun müddətli təsirləri, yüksək risk qrupunda olan altqruplarda süd vəzi xərçəngi inkişaf riski, gələcəkdəki çalışmalarda diqqətə alınmalıdır.

Xəstə təqdimatı: İVF hormonal müalicələrinin SVX inkişafındakı rolu haqqındakı ədəbiyyatda yer alan, mübahisəli nəticələri nəzərə alaraq, anamnezində İVF keçmiş olan, rutin kontrol müayinələr zamanı sür vəzi xərcəngi aşkarlanan 32 yaşındakı risk altındakı bir xəstəni təqdim edirik. Xəstənin ailə anamnezində nənəsində sür vəzi xərcəngi ilə xəstələnmə halı olduğu məlumdur. Xəstənin anamnezindən məlumdur ki, ilk dəfə Aprel 2023-də Milli Onkologiya Mərkəzinə(MOM), sağ sür vəzi gələsindən qanlı ifrazatın gəlməsi şikayəti ilə müraciət etmişdir. Müraciət zamanı, xəstənin anamnezindən məlumdur ki, ~1 il bundan əvvəl xəstəyə İVF işləmləri başlanılmış, lakin uğursuz nəticə ilə sonlanmışdır. Xəstəyə Aprel 2024-də sağ sür vəzində şübhəli kütlə aşkarlandığına görə, xəstəyə "Sağ sür vəzinin sektoral rezeksiyası, frozen müayinə ilə" cərrahi əməliyyatı icra edilmiş, patohistoloji nəticə: "İntraduktal papilloma, atipik hüceyrə proliferasiyası", immunohistokimyəvi müayinə: "intraduktal papilloma sahələri" kimi təsdiqlənmişdir. Xəstəyə May 2024 tarixindən İVF işləmləri təkrar başlanılmışdır. Xəstənin ikinci dəfə

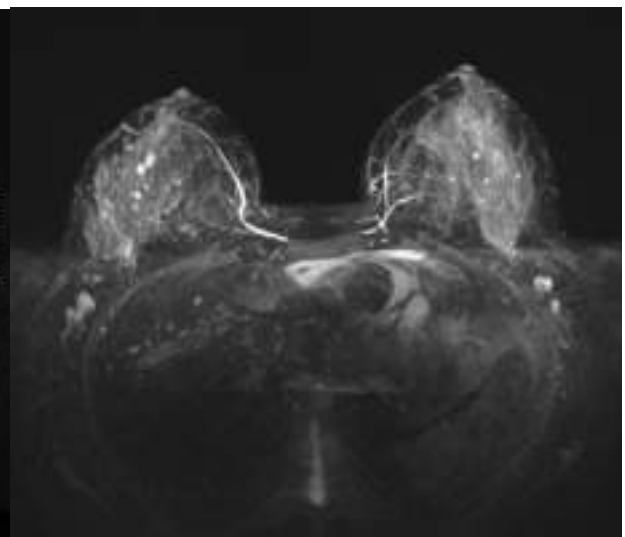
mərkəzə müraciəti Sentyabr 2024 təsadüf edir. Kontrol müayinələr zamanı, ultrasəs və bilateral MRT müayinələrində, xəstənin sağ sür vəzində unifokal yerləşimli kimi dəyərləndirilən lezyonlar təyin edilmişdir.

Instrumental müayinələr: Ultrasəs müayinəsi zamanı, sağ sür vəzinin yuxarı lateral kvadrantlar nahiyyəsində periferiyada $\approx 53 \times 20$ mm ölçülü seqmentdə bir-birinin üzərinə fiksə olunmuş salxımşəkilli yerləşmiş dispers genişlənmiş ductuslar daxilində intraductal kütlələr izləndi (BİRADS5), eyni zamanda sağ qoltuqaltı nahiyyədə şübhəli kimi dəyərləndirilən $\sim 20 \times 6.5$ mm ölçülü limfa düyünü aşkarlandı, ultrasəs altında qeyd edilən limfa düyünündən tru-cut biopsiya icra edildi, patohistoloji nəticə: "reaktive limfoid hiperplaziya" kimi təsdiqləndi.

Multiparametrik MRT müayinəsi zamanı, sür vəzilərinin sıxlığı Amerika Radialoji Kolecinin(ACR) kriteriyalarına əsasən, type C olaraq dəyərləndirildi, sağ sür vəzinin bayır kvadrantlarında seqmental linear və şaxəli qeyri-kütlə kontrast paylanması($\sim 7.3 \times 3.5$ mm sahəni cəlb edir.) qeyd edildi. BİRADS4. (Şəkil 2A, 2B)



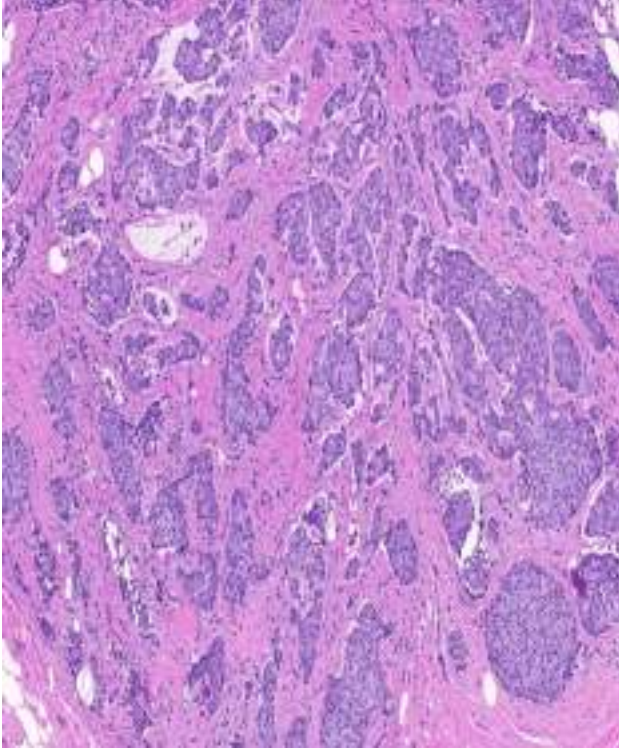
Şəkil 2A.



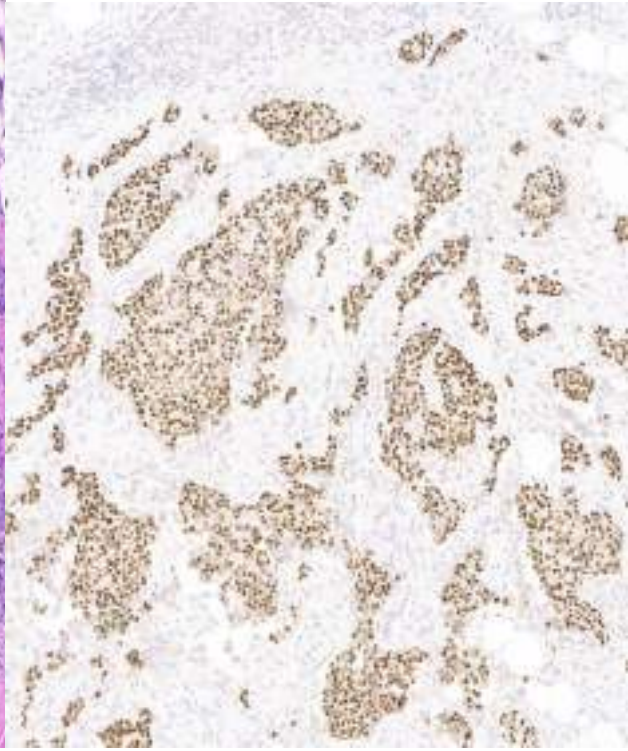
Şəkil 2B.

Qeyd edilən kütlələrdən tru-cut biopsiya icra olunmuşdur, patohistoloji nəticə: “İnvaziv duktal karsinoma, Grade 2, intraduktal karsinoma komponenti üstünlüyü ilə” kimi təsdiqlənmişdir. Törəmə,

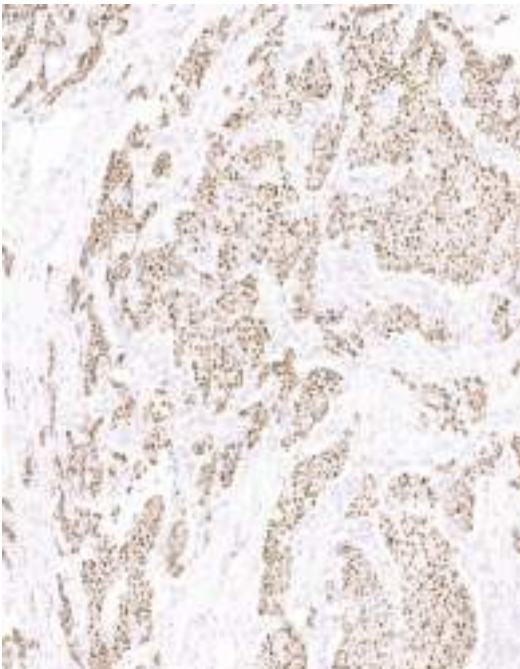
immunohistokimyəvi müayinədə estrogen və progesteron reseptoru +3, Her2 negative və Ki67 proliferasiya indeksi 12-14% olaraq (Luminal A tip) qiymətləndirildi. (Şəkil 3A, 3B, 3C)



Şəkil 3A.



Şəkil 3B.



Şəkil 3C.

Xəstəyə İVF icrasının ertələnməsi məsləhət görüldü, lakin xəstə bu təklifdən imtina etdi. ~2 həftə sonra İVF olunduğunu və nəticənin uğurlu olduğunu qeyd etdi.

Müzakirə: Əldə olunan məlumatlar göstərir ki, İVF müalicəsi və sür vəzi xərcəngi riski arasında potensial əlaqə olsa da, bu əlaqə çox faktorlu və müəkkəb xarakter daşıyır. Hormonal stimulyasiyanın rolu bu kontekstdə xüsusi əhəmiyyət kəsb edir. Bununla yanaşı, müsbət və mənfi nəticələr göstərən tədqiqatların olması mövzunun elmi cəhətdən daha dərinəndən araşdırılmasının vacibliyini vurğulayır. Məsələn, bəzi tədqiqatlar göstərir ki, İVF müalicəsi keçirmiş qadınlarda sür vəzi xərcəngi riski cüzi artmış ola bilər, lakin bu artım statistiki əhəmiyyətə malik deyil. Digər araşdırmalar isə belə bir artımın olmadığını göstərmişdir. Bu uyğunsuzluqların səbəbləri metodoloji fərqliliklər, tədqiqatın miqyası, iştirakçıların yaş qrupu, ailə anamnezi və genetik faktorlar ilə əlaqəli ola bilər.

Tədqiqatımızın nəticələri göstərir ki, İVF və sür vəzi xərcəngi arasındakı əlaqə araşdırılarkən, fərdi faktorların nəzərə alınması vacibdir. Xüsusilə BRCA1 və BRCA2 kimi genetik mutasiyalara malik qadınlarda hormonal stimulyasiyanın potensial təsirlərinin daha ətraflı araşdırılması tələb olunur. Bununla yanaşı, tədqiqatın retrospektiv dizaynı və məlumatların məhdudluğu nəticələrin ümumiləşdirilməsinə maneə törədə bilər.

Gələcək tədqiqatlar üçün İVF və sür vəzi xərcəngi riski arasında səbəb-nəticə əlaqəsini daha dəqiq müəyyənləşdirmək üçün uzunmüddətli prospektiv tədqiqatların aparılması tövsiyə olunur. Bu cür tədqiqatlar həmçinin hormonal stimulyasiyanın dozası, istifadə olunan protokollar və müalicənin təkrarlanma tezliyi kimi spesifik dəyişənlərin də təsirini

araşdırmaqla mövcud biliklərə əhəmiyyətli töhfə verə bilər.

Ümumiyyətlə, İVF müalicəsinin sür vəzi xərcəngi riskinə potensial təsirini qiymətləndirmək üçün hərtərəfli yanaşma tələb olunur. Bu kontekstdə qadınların fərdi risk profilləri nəzərə alınmalı və qərar qəbulətmə prosesində həm tibbi mütəxəssislər, həm də pasiyentlər üçün məlumatlı seçim imkanı yaradılmalıdır.

Nəticə:

İVF-in sür vəzi xərcəngi inkişafında potensial risk faktoru olduğu isbatlanmasa da, İVF tsikllarının sayı, müalicənin başladığı yaş, ailəvi anamnez, fərdi xüsusiyyətlər, hormonal müalicə keçmiş kimi müəyyən faktorların bu əlaqəyə təsir edə biləcəyinə dair çalışmaları vardır. İVF və sür vəzi xərcəngi arasındakı əlaqə haqqında daha dəqiq nəticələr əldə etmək üçün geniş miqyaslı və uzunmüddətli tədqiqatlar zəruridir. Beləliklə, hər xəstəyə individual yanaşmalı, qadınların fərdi risk profilləri nəzərə alınmalı, İVF icra olunacaq qadınlar, (özelliklə, ailəvi anamnezi olan, 30 yaş üstü) əvvəlcədən müalicənin riskləri barəsində ətraflı məlumatlandırılmalı və bu müalicə zamanı rutin sür vəzi kontrol müayinələrini gecikdirməməlidir.

Açar sözlər: İn-vitro fertilizasiya, Sür vəzi xərcəngi, İnvaziv duktal karsinoma, Klomifen sitrat, Qonadotropinlər, İnfertillik.

Ədəbiyyat:

1. Wilkinson L, Gathani T. Understanding breast cancer as a global health concern. *Br J Radiol.* 2022 Feb 1;95(1130)
2. Lukasiwicz S, Czezelewski M, Forma A, et al. Breast Cancer-Epi-demiology, Risk Factors, Classification, Prognostic Markers, and Current Treatment

- Strategies-An Updated Review.Cancers (Basel).2021 Aug 25;13(17):4287. PMID: 34503097; PMCID: PMC8428369.doi: 10.3390/cancers13174287
3. Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. Type and timing of menopausal hormone therapy and breast cancer risk: individual participant meta-analysis of the worldwide epidemio-logical evidence.Lancet.2019 Sep 2
 4. Steptoe PC, Edwards RG. (1978). Birth after the reimplantation of a human embryo. Lancet, 2(8085):366.
 5. Sutcliffe AG, Ludwig M. (2007). Outcome of assisted reproduction. Lancet, 370(9584):351–9.
 6. Bernstein L. (2002). Epidemiology of endocrine-related risk factors for breast cancer. J Mammary Gland Biol Neoplasia, 7(1):3–15.
 7. Agrawal B, Reddish MA, Krantz MJ, Longenecker BM. (1995). Does pregnancy immunize against breast cancer? Cancer Res, 55(11):2257–61.
 8. Pathak DR, Osuch JR, He J. (2000). Breast carcinoma etiology: current knowledge and new insights into the effects of reproductive and hormonal risk factors in black and white populations. Cancer, 88:1230–8
 9. Berkey CS, Frazier AL, Gardner JD, Colditz GA. (1999). Adolescence and breast carcinoma risk. Cancer, 85(11):2400–9.
 10. No authors listed (1997). Breast cancer and hormone replacement therapy: collaborative reanalysis of data from 51 epidemiological studies of 52,705 women with breast cancer and 108,411 women without breast cancer. Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. Lancet, 350(9084):1047–59.
 11. Miller WL, Auchus RJ. (2011). The molecular biology, biochemistry, and physiology of human steroidogenesis and its disorders. Endocr Rev, 32(1):81–151.
 12. Koos RD. (2011). Minireview: Putting physiology back into estrogens' mechanism of action. Endocrinology, 152(12):4481–8.
 13. Liehr JG. (2000). Is estradiol a genotoxic mutagenic carcinogen? Endocr Rev, 21(1):40–54.
 14. McGuire WL. (1973). Estrogen receptors in human breast cancer. J Clin Invest, 52(1): 73–77.
 15. Sovino H, Sir-Petermann T, Devoto L. Clomiphene citrate and ovulation induction.Reprod Biomed Online.2002 May-Jun;4(3):303-10.PMID: 12709286. doi: 10.1016/S1472-6483(10)61821-4.15. Yilmaz S, Yilmaz Sezer N, Gönenc JM, et al. Safety of clomiphenecitrate: a literature review.Cytotechnology.2018 Apr;70(2):489-95.PMID: 29159661; PMCID: PMC5851961. doi: 10.1007/s10616-017-0169-1.
 16. Malina A, Blaszkiewicz A, Owczarz U. Psychosocial aspects of infertility and its treatment. Ginekol Pol 2016;87:527–531
 17. International Agency for Research on Cancer. (2020). Global Cancer Observatory: Cancer Today. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer.
 18. Fertility treatment and breast-cancer incidence: meta-analysis(2022). Carolyn Cullinane , Hannah Gillan , James Geraghty , Denis Evoy , Jane Rothwell , Damian McCartan , Enda W McDermott , Ruth S

Prichard.PMID: 3514362 PMCID:
PMC8830753.DOI:
10.1093/bjsopen/zrab149

19. Ovarian stimulation for IVF and risk of primary breast cancer in BRCA1/2 mutation carriers. Inge A P Derks-Smeets, Lieske H Schrijver, Christine E M de Die-Smulders, Vivianne C G Tjan-Heijnen, Ron J T van Golde, Luc J Smits, Beppy Caanen, Christi J van Asperen, Margreet Ausems, Margriet Collée, Klaartje van Engelen, C Marleen Kets, Lizet van der Kolk, Jan C Oosterwijk, Theo A M van Os; HEBON; Matti A Rookus, Flora E van Leeuwen, Encarna B Gómez García/ PMID: 29937543 PMCID: PMC6068188 DOI: 10.1038/s41416-018-0139-1
20. Association of infertility and fertility treatment with mammographic density in a large screening-based cohort of women: a cross-sectional study. Frida E Lundberg 1, Anna L V Johansson 2, Kenny Rodriguez-Wallberg 3, Judith S Brand 2, Kamila Czene 2, Per Hall 2, Anastasia N Iliadou 2. PMID: 27072636 PMCID: PMC4830010 DOI: 10.1186/s13058-016-0693-5
21. No increased risk of relapse of breast cancer for women who give birth after assisted conception. E Rosenberg, A Fredriksson, Z Einbeigi, C Bergh, A Strandell.
<https://doi.org/10.1093/hropen/hoz039>.

BC079.

IIIC MƏRHƏLƏLİ SÜD VƏZİ XƏRÇƏNGİ: STANDART KİMYATERAPİYA VƏ YA FƏRDİLƏŞMİŞ MÜALİCƏ? HANSI FAYDALIDIR?

C.Ə.Əliyev, akademik^{1,2}, S.E. Rəhimzadə, t.ü.f.d.¹,
L.Ə. Məlikova, b.ü.f.d.^{1,3}, E.B.Mansurov, t.ü.f.d.^{1,2}

1. Milli Onkologiya Mərkəzi, Bakı, Azərbaycan
2. Ə. Əliyev adına Azərbaycan Dövlət Həkimləri Təkmilləşdirmə İnstitutu, Bakı, Azərbaycan
3. Biofizika İnstitutu, Bakı, Azərbaycan

Giriş. Sür vəzi xərcənginin (SVX) III mərhələsi (m.) IIIA, IIIB, IIIC olmaqla 3 yerə bölünür. Bunlar içərisində IIIC m.-si ən çox heterogendir- kliniki olaraq 5 qrupda birləşdirilir: cT0-4N3M0. Beş göstəricili birincili şişlə (Tumor(T)- 0,1,2,3,4) və tək göstəricili regional limfa düyünləri (Nodus(N)-3) və uzaq metastazı olmayan (Metastasis(M)-0) IIIC m.-li SVX-nin morfoloii və immunohistokimyəvi xüsusiyyətləri də kliniki heterogenliyi artırır. Bu səbəblərdən IIIC m.-li SVX-nin müalicəsində standart kimyaterapiya həmişə müsbət nəticələr vermir. Odur ki, bu xəstələrdə xəstəliyin heterogenliyinə uyğun neoadyuvant fərdiləşmiş kimyaterapiyanın aparılması kliniki cəhətdən faydalı ola bilər. Beləliklə, sür vəzi IIIC (T1-4N3M0) mərhələsi xəstəliyin müalicə protokolu seçimi baxımından kritik hesab oluna bilər. Bu səbəbdən adı çəkilən xəstələr üçün təsirli müalicə variantlarını tapmaq lazımdır. Molekulyar markorlarına uyğun aparılan "gemcitabin+sisplatin" sxemi bu növ müalicə variantı ola bilər. Lakin bu sxemlə aparılan müalicə uzun illərdir metastatik, xüsusilə də üçlü mənfi SVX-də aparılır. Bunu PubMed və digər məlumat mənbələrində bu mövzuda aparılmış tədqiqat işlərinin öyrənilməsi də təsdiq edir. Belə ki, SVX üçün təklif edilən müalicə protokolları haqqında PubMed məlumat bazasında (2000-2024) təqdim olunan "gemcitabine+cisplatin" sxemi ancaq metastatik üçlü neqativ sür vəzisi xəstələri üçün tətbiq edilib.

Tədqiqatın məqsədi. IIIC m.-li SVX xəstələrinin (X.) predektiv molekulyar markorlarına uyğun aparılan müalicələrinin

effektivliyinin yaxın (neoadyuvant müalicəyə obyektiv cavab dərəcəsi) və uzaq nəticələrinin (proqressiz sağ qalma (PSQ)) öyrənilməsidir. Bu göstəricilər standart protokollarla müalicə olan digər qrup IIIC m. xəstələrin müalicələrinin nəticələri ilə müqayisəli öyrənilib.

Material və metod: Xəstələr 2015-2017 illər arasında MOM-un poliklinik şöbəsinə müraciət etmişlər. Süd vəzi IIIC (T1-4N3M0) diaqnozu təsdiqlənmiş 35 qadın tədqiqata daxil edilib. Tədqiqatda 35 xəstədən

ancaq 31-i iştirak edib. Nəzarət qrupunda 120 IIIC m.-li SVX olan xəstə standart kimyaterapiya almışdır. Xəstə qruplarının hər ikisində molekulyar-gen analizi keçirilmiş və buna əsasən TUBB-genin yüksək ekspresiya qrupu yaradılmışdır. Nəzarət qrupda olan IIIC m.-li (T1-4N3M0) xəstələr NCCN protokollarına uyğun antrasiklinlər (AT) və taksanlarla (T) müalicə almışlar. Məlumatlar retrospektiv olaraq arxivdən götürülmüçdür. Tədqiqat olan xəstələrə predektiv molekulyar markorlara əsasən (Yüksək TUBB3-(β III-tubulin) Sitoskelet təşkil edən genlərdən/proteinlərdən III-cü sinif β -tubulin (Class III β -tubulin) Bədxassəli şişlə əlaqəli gen (Disease related genes), FDA-da dərman hədəfli gen kimi təsdiq edilib (FDA approved drug targets) ,(Taxanes, Vinorelbine, Paclitaxel) Plazma protein (Plasma proteins),, Normal və aşağı-ERCC1-(excision repair cross-complementing) Təmirçi genlərdən/proteinlərdən DNTkəsən və təmir edən gen (DNA excision repair protein ERCC-1) Xəstəliklə əlaqəli gen (disease-related genes), FDA-da dərman hədəfli gen kimi təsdiq edilib (FDA approved drug targets),(Cisplatin, Carboplatin, Oxaliplatin). Plazma protein (Plasma

proteins). Norma və aşağı RRM1-(ribonucleotide reductase M1)

Təmirçi genlərdən/proteinlərdən Ribonukleotid-difosfat reduktaza ,Ribonucleoside-diphosphate reductase large subunit (RRM1), FDA-da dərman hədəfli gen kimi təsdiq edilib (FDA approved drug targets),(Gemsitabine), Plazma protein (Plasma proteins)) "Gemsitabin 1250mq/ m² vena daxili 1 və 8-ci günlər; Sisplatin 75mq/m² vena daxili 1-ci gün" rejimi seçildi. Müalicə əməliyyatdan əvvəl 4 sikl neoadyuvant PKT və əməliyyatdan 3 həftə sonra 2 sikl adyuvant PKT keçirilərək aparıldı.

Nəticələr: 31 xəstənin tətbiq edilən sxem və dərman (G+S) kombinasiyasına qarşı obyektiv cavabı 100 %

olmuşdur. 15 xəstədə tam cavab, 16 xəstədə hissəli cavab alınmışdır. Bundan əlavə PSQ isə 7- 60 ay arasında olmuşdur. 5 illik PSQ 46,5 % xəstədə təyin olub. Nəzarət qrupda olan IIIC m.-li xəstələrdə obyektiv cavab 51% və PSQ isə 1- 60 ay arasında olmuşdur. Beləliklə, seçiminizin səbəbləri:

1. 2011-2013-cü illərdə IIIC mərhələli SVX-də tövsiyə olunan preparatlardan 55% halda NPKT-dən sonra operabel vəziyyət alınmayıb.
2. Ədəbiyyatda IV mərhələli SVX-də G+S sxeminin I xətt kimi effektiv təsiri haqqında məlumat var. (Tyulyandin S.A və başqaları.2015)
- 3.MOM-da müalicə olunan IV mərhələli SVX-də G+S sxemi I xətt kimi yüksək effekt göstərib.(2014-2016)
4. G+S sxemi MOM bədxassəli şişlərin müalicəsində standart kimyaterapiya protokollarında SVX-də tövsiyə olunur. (Bakı-2011)
5. Gemstabin sisplatinin təsirini güvvətləndirir.(Edward Chu et all. 2007)

6. Şişlər “de nova” yaranmır. Səbəblərindən biri kimi “iltihab nəzəriyyəsi” də mövcuddur. Sisplatinin antineoplastik təsirini qüvvətləndirən iltihab əleyhinə təsiri də var. (Kellie Joyce et all 2010)

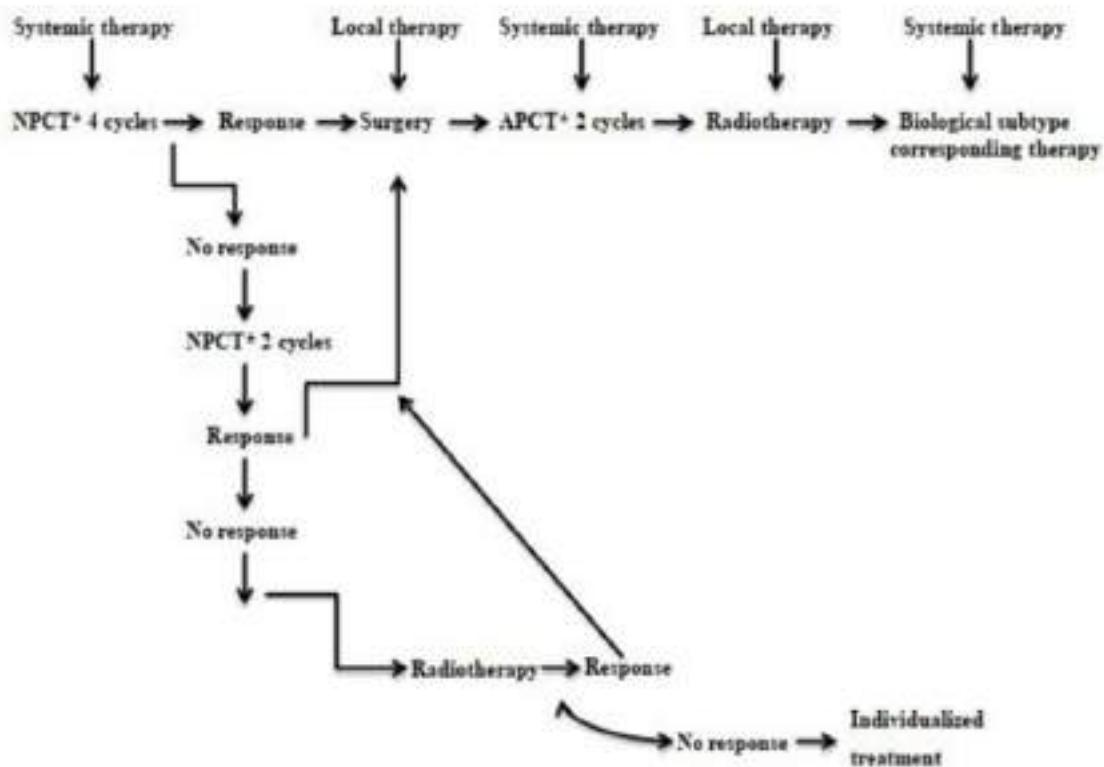
7. IIIC mərhələli SVX olan xəstələrin morfoloji materiallarının molekulyar genetik tədqiqatı göstərir ki, TUBB3-ün səviyyəsi 75.7% xəstələrdə yüksəkdir. RRM1,

ERCC1-nin səviyyəsi isə müvafiq olaraq 18.9%, 21.6% olmuşdur.

8. Hər şey nisbidir, o cümlədən müəyyən zaman kəsiyində qəbul olunmuş standartlar da dəyişə bilər.

Xülasə: TUUB3-yüksək, ERCC1-normal və aşağı, RRM1-normal və aşağı molekulyar markorları olan IIIC m.-li SVX olan xəstələrə “gemcitabine+cisplatin” sxeminin birinci xətt kimi göstərilən ardıcılıqlarla tətbiq

Şəkil. IIIC m.-li SVX xəstələrində MOM-da təklif edilən fərdiləşmiş müalicəyə uyğun tətbiq edilən sxem edilməsi məsləhət görülür.



BC080.**ULTRASOUND VISUALIZATION OF REGIONAL LYMPH NODES IN THE DIAGNOSIS AND EVALUATION OF BREAST CANCER TREATMENT EFFECTIVENESS**

Sevinc Rahimzade¹, MD, PhD Banu Alakbarova¹, MD

1. National Oncology Center

Breast cancer (BC) remains a significant issue in all its aspects, from diagnosis to treatment tactic selection and evaluation of its effectiveness. Ultrasound imaging of the breast and regional lymph nodes is one of the key methods for diagnosing, determining treatment tactics, and assessing the effectiveness of treatment in BC.

Objective: Based on ultrasound examination data, to identify specific signs of anatomical and morphological changes in the structure of regional lymph nodes that occur at various stages and locations of breast cancer, as well as their dynamics under the influence of comprehensive treatment.

Materials and Methods: This work is a fragment of a retrospective study conducted on archival medical records of 185 patients with verified breast cancer, who underwent treatment at the National Oncology Center of Azerbaijan from 2020 to 2024. All patients selected for ultrasound analysis of the breast underwent a detailed anatomical and morphological evaluation of the axillary, supraclavicular, infraclavicular, parasternal, and contralateral lymph nodes. All ultrasound examinations were conducted by the same radiologist using an ultrasound machine (Philips Affiniti 50) with various frequency probes (L12-4MHz, L12-

5MHz) and in different patient positions.

Results: Performing ultrasound examinations in different patient positions using probes of varying frequencies provides a high level of visualization of the regional lymph nodes. The analysis of ultrasound protocols revealed specific anatomical and morphological changes in the regional lymph nodes characteristic of different stages and forms of breast cancer, as well as the dynamics of these changes during treatment.

Conclusion: Ultrasound visualization of regional lymph nodes provides essential information for treatment tactics selection, surgical planning, and evaluation of the effectiveness of chemotherapy and radiotherapy. The use of algorithms to assess ultrasound signs of changes in the structure of regional lymph nodes in breast cancer, considering the rapidly growing integration of artificial intelligence into radiological imaging processes, is a relevant and promising direction in expanding the potential of ultrasound in the diagnosis and treatment of this pathology.

BC081.**BREAST INVOLVEMENT IN NON HODGKIN LYMPHOMA: A CASE REPORT STUDY AND REVIEW**

Gunel Musayeva¹

1. National Center of Oncology

Highlights

- Breast involvement in Non Hodgkin Lymphoma is a rare entity.

- Breast lymphomas represent localized extranodal Primary or Secondary lymphomas.
- Preoperative diagnosis ensures avoidance of unnecessary interventions.
- Breast lymphomas should be considered in the differential diagnosis of breast neoplasms.

Keywords: Non Hodgkin Lymphoma, Primary and Secondary breast lymphoma, Therapeutic approach, Case report

1. Introduction

Breast involvement in Non Hodgkin Lymphoma (NHL) is a rare and can present as:

1. Primary Breast Lymphoma (PBL) - lymphoma originating in the breast without systemic disease.
2. Secondary Breast Involvement – lymphoma spreading to the breast as part of disseminated disease.

PBL accounts for less than 0.5% of breast malignancies and less than 1% of extranodal NHL cases. Secondary breast lymphoma is more common representing around 2.2% of cases and typically occurs in the context of systemic disease. Clinically it often mimics breast carcinoma, with imaging revealing masses that may not have distinguishing features. Immunohistochemistry and biopsy are essential for accurate diagnosis. Early diagnosis is critical to guide appropriate systemic therapy and avoid unnecessary surgeries.

2. Presentation of case

A 66-year-old woman, presented with a right breast mass of 4 months duration. She was unmarried, nulliparous, her psychosocial and family medical history was uneventful. She was a non-smoker. Physical examination revealed a palpable, painless, mobile lump of the superior lateral

area of the right breast, along with lymphadenopathy of the right and left axilla. Macroscopically, no skin retraction of the breast, peau d'orange appearance or nipple discharge were observed. Digital mammography showed a couple of radiopaque masses of the right breast without microcalcifications and both axillary lymphadenomegaly. ultrasound confirmed the presence of two mixed composition lesions with irregular borders and increased vascularity, along with multiple enlarged lymph nodes in the axilla, sub- and supraclavicular and cervical regions . A chest and abdomen CT scan revealed multiple conglomerates of mediastinal and abdominal lymph nodes, the largest measuring 64x37mm. Gastroscopy and colonoscopy showed mild gastritis and a few diverticula, respectively. The patient did not report typical lymphoma-associated symptoms: fever (temperature > 38 °C), profuse sweating and unexplained weight loss (>10% from baseline within 6 months). Laboratory studies were mostly unremarkable, except for a slight increase of leukocytes- 15x10⁹/l (normal: 4-10x10⁹/l), beta-2 microglobulin 6.2 mg/l (normal: <2.5mg/l), and lactate dehydrogenase level (LDH) was 465 U/L, above normal range(normal: 135-225 u/L).

Core biopsy of the breast lesion, with immunohistochemistry confirmed the diagnosis of small B-cell non –Hodgkin lymphoma, CD20 +, CD43+, CD 5+. CD 10- . Ki 67-15-20 %. Based on the Ann Arbor staging system, the patient was staged as IV E and categorized as high risk (score 4) according to the International Prognostic Index [1].

The patient was referred for chemotherapy and received six cycles of chemotherapy with RCHOP (R: Rituximab, C: Cyclophosphamide, H: Doxorubicin

Hydrochloride, O: Vincristine Sulfate, P: Prednisone). Post -treatment imaging showed a significant reduction in lymph node size and complete resolution of the breast mass. Laboratory values normalized, including a decrease in LDH and beta-2 microglobulin, further confirming treatment efficacy. The patient tolerated the therapy well, with no significant side effects or hospitalizations. Rituximab maintenance therapy was recommended every 8 weeks for 2 years to prolong progression-free survival. She remains in follow-up at the outpatient department of our center.

3. Discussion

Breast involvement in NHL is rare and can present as either Primary Breast Lymphoma (PBL) or Secondary Breast Involvement (SBL). PBL accounts for less than 0.5% of breast malignancies and less than 1% of extranodal NHL cases, typically presenting as a painless breast mass that can be mistaken for breast carcinoma. Histologically, diffuse large B-cell lymphoma (DLBCL) is the most common subtype. Standard treatment involves systemic chemotherapy, often using Rituximab -based regimens (e.g., R-CHOP) with radiation in selected cases.

Secondary Breast Involvement is more common than PBL and typically occurs as part of disseminated systemic lymphoma. These patients often present with a breast mass alongside systemic symptoms or findings, such as lymphadenopathy or organ involvement. Imaging and biopsy are crucial for differentiating secondary breast lymphoma from primary lymphoma and other malignancies.

Interestingly, the right breast is more commonly involved in both BBL and SBL, a feature that remains unexplained but has been observed in the literature [2]. There is

preponderance in females than in males [3]. The median age of diagnosis for breast lymphoma whether primary or secondary, ranges between 40 and 67 years [4]. On mammography, the most common appearance is intramammary masses, round or oval in shape, with circumscribed or microlobulated margins and no evidence of calcifications. Lesions in PBL are typically solitary and larger, while those in SBL are multiple and smaller. Less common mammographic patterns include architectural distortion of the breast. Breast ultrasound typically reveals homogeneously hypoechoic, round or oval lesions with hypervascularity, and a lack of significant posterior shadowing [5]. A painless, enlarging breast mass is the most common presentation, which can mimic breast carcinoma [6]. Skin retraction, nipple discharge and peau d'orange appearance are less frequent in breast lymphoma cases, with approximately 24% of these patients presenting with no signs or symptoms at the time of diagnosis [7].

Differential diagnosis include carcinoma, inflammatory carcinoma, sarcoma, fibroadenoma, mammary dysplasia, breast abscess and acute mastitis [8], [9]. As there is no single imaging finding pathognomonic for breast lymphoma, diagnosis requires cytological and histopathologic examination. Fine needle aspiration (FNA) and excisional biopsy or fine needle biopsy (FNB) are the most common diagnostic procedures, with biopsy offering greater diagnostic value, which may not distinguish lymphoid cells from reactive lymphocytes [10].

The most common histological type of breast lymphoma is the B-cell lymphoma, while T-cell, Burkitt and mucosa-associated lymphoid tissue lymphoma (MALT) are less common [11].

Treatment for breast lymphomas is similar to that for other lymphomas of the same stage and histological classification. Mastectomy and other wide excisional procedures should be avoided, as the definitive treatment consists of systemic chemotherapy and/or radiation, since these malignancies are highly chemosensitive and radiosensitive.

The prognosis for the breast lymphoma, whether primary or secondary can be different, 5-year survival rates ranging from 9 to 85% [3], [11], [12], [13]. The most important prognostic factor is the histologic subtype and the clinical stage at diagnosis, as classified by the Ann Arbor system.

4. Conclusion

Breast involvement in NHL is a rare condition that can present as either primary or secondary lymphoma. Differentiating between the two forms is essential for determining the appropriate treatment and prognosis. Breast lymphomas should always be considered in the differential diagnosis of breast neoplasms, as their management differs significantly from that of breast carcinoma. Excisional biopsy and radical surgical approaches should be avoided, and chemotherapy with various agents remains the preferred treatment. Preoperative diagnosis is crucial to avoid unnecessary surgeries and initiate of chemotherapy promptly.

References

1. The International Non-Hodgkin's Lymphoma Prognostic Factors Project. A Predictive Model for Aggressive Non-Hodgkin's Lymphoma. *NEJM* 1993, Sept 30, 329(14): 987-994.
2. Mattia A.R., Ferry J.A., Harris N.L. Breast lymphoma, a B-cell spectrum including the low grade B-cell lymphoma of mucosa associated lymphoid tissue. *Am. J. Surg. Pathol.* 1993;17(6):574–587. [PubMed] [Google Scholar]
3. Wong W.W., Schild S.E., Halyard M.Y., Schomberg P.J. Primary non-Hodgkin lymphoma of the breast: the Mayo Clinic experience. *J. Surg. Oncol.* 2002;80:19–25. doi: 10.1002/jso.10084. [DOI] [PubMed] [Google Scholar]
4. Burke J.S. Neoplastic Hematopathology. 2nd ed. Lippincott Williams and Wilkins; Philadelphia: 2001. Other extranodal lymphomas; pp. 1378–1380. [Google Scholar]
5. Surov A., Holzhausen H.J., Wienke A., Schmidt J., Thomssen C., Arnold D., Ruschke K., Spielmann R.P. Primary and secondary breast lymphoma: prevalence, clinical signs and radiological features. *Br. J. Radiol.* 2012;85:e195–e205. doi: 10.1259/bjr/78413721. [DOI] [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
6. Sabate J.M., Gomez A., Torrua S., Camins A., Roson N., De Las Heras P. Lymphoma of the breast: clinical and radiological features with pathologic correlation in 28 patients. *Breast J.* 2002;8:294–304. doi: 10.1046/j.1524-4741.2002.08509.x. [DOI] [PubMed] [Google Scholar]
7. Ganjoo K., Advani R., Mariappan M.R., McMillan A., Horning S. Non-Hodgkin lymphoma of the breast. *Cancer.* 2007;110:25–30. doi: 10.1002/cncr.22753. [DOI] [PubMed] [Google Scholar]
8. Stanton M.P., Cutress R., Royle G.T. Primary non-Hodgkin's lymphoma of the female breast masquerading as a breast abscess. *Eur. J. Surg. Oncol.* 2000;26:429. doi:

- 10.1053/ejso.1999.0912. [DOI]
[PubMed] [Google Scholar]
9. Grubstein A., Givon-Madhala O., Morgenstern S., Cohen M. Extranodal primary B-cell non-Hodgkin lymphoma of the breast mimicking acute mastitis. J. Clin. Ultrasound. 2005;33:140–142. doi: 10.1002/jcu.20101. [DOI] [PubMed] [Google Scholar]
10. Levine P.H., Zamuco R., Yee H. Role of fine-needle aspiration cytology in breast lymphoma. Diagn. Cytopathol. 2004;30:332–340. doi: 10.1002/dc.20070. [DOI] [PubMed] [Google Scholar]
11. Park Y.H., Kim S.H., Choi S.J. Primary malignant lymphoma of the breast: clinicopathological study of nine cases. Leuk. Lymphoma. 2004;5:327–330. doi: 10.1080/10428190310001597892. [DOI] [PubMed] [Google Scholar]
12. Giardini R., Piccolo C., Rilke F. Primary non-Hodgkin's lymphomas of the female breast. Cancer. 1992;69:725–735. doi: 10.1002/1097-0142(19920201)69:3<725::aid-cncr2820690320>3.0.co;2-c. [DOI] [PubMed] [Google Scholar]
13. Misra A., Kapur B.M., Rath G.K. Primary breast lymphoma. J. Surg. Oncol. 1991;47:265–270. doi: 10.1002/jso.2930470412. [DOI] [PubMed] [Google Scholar]

BC082.

**HİV İNFEKSİYALI XƏSTƏDƏ METAXRON
BİLATERAL SÜD VƏZİ XƏRÇƏNGİNİN
KLİNİK-PATOLOJİ XÜSUSİYYƏTLƏRİ:
NADİR KLİNİK HAL**

Həqiqət Vəliyeva¹, Təhminə Kosayeva¹, Zərifə Cəfərzadə¹.

1. Azərbaycan Tibb Universitetinin Onkoloji
klinikası, Bakı

Məqsəd: Yerli yayılmış bilateral sür vəzi xərcənginin (SVX) yaşama göstəricilərinə təsir edən individual faktorları müəyyənəşdirmək.

Xəstə təqdimatı: 56 yaşlı qadın xəstə 16.05.2024 tarixində sağ sür vəzidə olan törəmə şikayəti ilə ATU Onkoloji klinikaya müraciət etmişdir. Anamnezinə əsasən xəstəyə müxtəlif klinikalarda "Sol sür vəzinin fibroadenoması" diaqnozu ilə 3 dəfə "Sol sür vəzinin sektoral rezeksiyası" əməliyyatları icra olunmuşdur. 2005-ci ildə sol sür vəzidə 5 sm ölçülü törəmə şikayəti ilə yenidən xəstəxanaya müraciət etmiş "Sol sür fibroadenoması" diaqnozu ilə "Sol sür vəzinin sektoral rezeksiyası, böyük döş əzələsinin hissəvi rezeksiyası ilə" əməliyyatı icra olunmuşdur. Son patohistoloji nəticə: İnfiltrativ duktal karsinoma olduğundan xəstəyə Fareston 60 mg/sutka təyin edilmişdir. Bir neçə ay sonra təkrari başqa bir klinikaya müraciət etdiyi zaman xəstəyə "Sol sür vəzinin xərcəngi, pT2N1M0" diaqnozu ilə 22.03.2005-12.05.2005 tarixləri arasında CAF sxemi ilə (Endoksan 1.0qr 1,8 günlər, Doksorubicin 80 mq 1,8 günlər, Ftorurasil 150 mq 1,8 günlər, Navoban 5 mq 1,8 günlər) 2 kurs polikimyəviterapiya (PKT) aparılmışdır. 01.06.2005 tarixində "Soltərəfli radikal mastektomiya" əməliyyatı icra olunmuşdur. Son patohistoloji nəticə: fibroz toxuma fonunda şiş hüceyrələri, III-IV dərəcəli patomorfoz, 5 limfa düyünündə metastaz. Əməliyyatdan sonrakı dövrdə CAF sxemi ilə 2 kurs adyuvant PKT qəbul etmişdir. 08.11.2005-16.12.2005 tarixlərində çapıq nahiyyəsinə və sol qoltuqaltı nahiyyəyə BMD=2.0Qr, CMD=50Qr, sol körpücüküstü

və körpücükaltı nahiyyələrə BMD=2.0Qr, CMD= 44 Qr olmaqla şüa müalicəsi aparılmışdır. 15.01.2007 tarixində kontralateral sür vəzidə yuxarı bayır kvadrantda törəmə aşkar edilmiş və bu törəməyə görə "Sağ sür vəzinin radikal rezeksiyası" əməliyyatı icra olunmuşdur. Son patohistoloji nəticə: İnvaziv duktal karsinoma. Cərrahi sərhədlər intakt. Daha sonra təkrar PKT və şüa müalicəsi qəbul etmişdir. 2016-cı ildən Respublika Qazanılmış İmmun Çatışmazlığı Sindromu (QİÇS) ilə Mübarizə Mərkəzində qeydiyyatdadır. 2016-cı iloktyabr ayında mövcud infeksiyanın ilk müayinə nəticəsi: CD4-572 (31%). Tenofovir disoproxil fumarate 300 (TDF), Emtricitabine 200 (FTC), Efavirenz 600 (EFV) sxemi ilə müalicə qəbul etmişdir. Xəstə birinci klinik mərhələdədir, ağırlaşma yoxdur, immun sistemi normal vəziyyətdədir. Son müayinələrin nəticəsi: CD4-1036 (56%), CD8-835 (45%). 06.05.2024 tarixində sağ sür vəzidə olan törəməyə görə xəstə müayinələrdən keçmişdir. Mammoqrafiya müayinəsinin nəticəsi: Sağ sür vəzidə 1.3 x 1.2 cm ölçülü patoloji törəmə? BİRADS4c. Ultrasəs müayinənin nəticəsi: Sağ sür vəzi aşağı kvadrantlar nahiyyəsində 12x9 mm ölçülü bəzi konturları hipoxogen qeyri-dəqiq hipoxogen patoloji törəmə izləndi – BİRADS 5. Regional limfa düyünlər: Sağ aksillada 40 mm hiperplaziyaya uğramış, piyli hilusa malik lipomatoz, dəyişilməmiş limfa düyünü. 15.05.2024 tarixində sağ sür vəzi core biopsiya nəticəsi: İnvaziv duktal karsinoma. İmmunhistokimyəvi müayinə nəticəsi: ER 80%, PR 55%, HER2-neu score 1, Ki67 25-28%, Luminal B. Qoltuqaltı limfa düyününcə iynə aspirasion biopsiyası nəticəsi: Qoltuqaltı limfa düyününə sür vəzi xərçənginin metastazı. Xəstəyə "Sağ sür vəzi xərçəngi T2N1M0 II(B) mərhələ, II klinik qrup" diaqnozu qoyuldu. Konsilium qərarı

ilə bu etapda PKT başlandı. 30.05.2024-22.10.2024 tarixləri arasında 4 kurs AC sxemi ilə (Doxorubicin 105mq, Cyclophosphamide 1050mq) və 4 kurs Docetaxel 140 mq qəbul etmişdir. 05.11.2024-cü il tarixində xəstəyə "Sağtərəfli radikal mastektomiya" əməliyyatı icra olunmuşdur. Son patohistoloji nəticə: IV dərəcəli müalicəvi patomorfoz. Material həcmində bədxassəli şiş elementləri aşkar edilmədi. Cərrahi sərhədlər: intakt, limfa-leykositər infiltrasiya: qeydə alınır, qonşu orqanlara/strukturlara invaziya: qeydə alınmır, limfa düyünündə sayı - 12 ədəd. Ön böyük limfa düyünündə ölçüsü – 0.7 sm. Reaktiv hiperplaziyalı limfa düyünündə sayı - 12 ədəd.

Nəticə: 19 illik bilateral SVX və 8 illik QİÇS anamnezi olan xəstənin ümumi vəziyyəti kafidir. Hər iki xəstəliyi kontrol altına alınmışdır. Yanaşı gedən ciddi bir xəstəlik SVX proqnozunu pisləşdirməmişdir. Həmçinin bu hadisə tək QİÇS xəstəliyinin deyil xərçəng xəstəliyinin daim immun sistemlə bağlı olma ehtimalını yaradır və bu istiqamətdə tədqiqatların aparılmasına ehtiyac olduğunu göstərir.

Açar sözlər: Bilateral sür vəzi xərçəngi, qazanılmış immun çatışmazlığı sindromu, polikimyəvi terapiya, radikal mastektomiya.

BC083.

SÜR VƏZİNİN BƏDXASSƏLİ OLMA EHTİMALI OLAN LEZYONLARINA YANAŞMA

Həqiqət Vəliyeva¹, Nigar Mehdiyeva¹, Elçin Hüseynov¹, Təhminə Kosayeva¹, Könül Fərhadzadə¹, Şəbnəm Qanbayeva², İradə Soltanova¹, Rəna Hacıyeva¹, Xədicə Həsənova¹, Zərifə Cəfərzadə¹

1. Azərbaycan Tibb Universitetinin Onkoloji klinikası, Bakı,
2. Azərbaycan Tibb Universiteti, Patoloji anatomiya kafedrası, Bakı

Aktuallıq: Sür vəzinin bədxassəli olma ehtimalı olan lezyonları xoş və bədxassəli xəstəliklərin spektrini əhatə edir və tez-tez diaqnostik çətinliklər yaradır. Morfologiyani və immunfenotipi qiymətləndirmək, hipo və hiperdiaqnostika hadisələrinin qarşısını almaq və düzgün klinik yanaşmanı təmin etmək üçün bu hadisələri tədqiq etmək vacibdir.

Tədqiqatın məqsədi: Kliniki və radioloji olaraq bədxassəli olma ehtimalı olan, amma tru-cut biopsiya ilə bədxassəli proses olduğu təsdiq edilməyən, BİRADS 3 və BİRADS 4 kateqoriyalı lezyon olan xəstələrdə cərrahi əməliyyat sonrası bədxassəli proses dərəcəsini qiymətləndirmək, həmçinin bədxassəli proses istisna edilən hadisələri təhlil etmək.

Material və üsullar: Retrospektiv olaraq 2020-2023 illərdə Azərbaycan Tibb Universitetinin Onkoloji klinikasında müayinə və müalicə üçün müraciət etmiş xəstələrdən, kliniki və radioloji olaraq bədxassəli olma ehtimalı olan, amma tru-cut biopsiya ilə bədxassəli proses olduğu təsdiq edilməyən, BİRADS 3 və BİRADS 4 kateqoriyalı lezyon olan 94 xəstə cərrahi əməliyyat olunmuşdur. Yekun olaraq bədxassəli proses təsdiq olunmuş və təsdiq olunmamış bütün xəstələrin əməliyyatdan öncəki müayinələri tədqiq edilmişdir.

Müzakirə: Bu xəstələrin cərrahi əməliyyatdan sonrakı patohistoloji

nəticələri belə olmuşdur: 36 xəstədə bədxassəli proses təsdiq edilmiş (25-i invaziv xərçəng, 11-i qeyri-invaziv xərçəng olmaqla), 58 xəstədə isə digər patoloji cavablar müəyyən edilmişdir: 5 xəstədə atipik duktal hiperplaziya, 12 xəstədə radial sklerozlaşan lezyon/ mürəkkəb sklerozlaşan lezyon, 18 xəstədə sklerozlaşan adenoz, 12 xəstədə axardaxili papilloma, 6 xəstədə fibroadenoma, 5 xəstədə sür vəzi toxumasının fibroz dəyişikliyi ilə hər hansı bir şiş prosesi aşkar olunmamışdır. Müəyyən edilmişdir ki, qalın iynə bopsiyası nəticəsində atipiyə aşkar olunan hallarda, son proses bədxassəli, əksinə atipiyə aşkar olunmayan hallarda isə xoşxassəli olaraq üstünlük təşkil etmişdir.

Nəticə: Bu kateqoriyada olan xəstələrdə tru-cut biopsiya nəticəsinə əsasən histoloji qiymətləndirmə risk daşdığına görə, tək buna əsaslanıb prosesi idarə etmək olmaz. Kliniki, radioloji və histoloji olaraq şübhə doğuran hallarda lazım gələrsə biopsiyani təkrarlamaq və ya mümkün hallarda daha qabaqcıl üsullarla patoloji material əldə etmək olar və bu kimi hallara mütləq multidissiplinar yanaşılmalıdır. Həmçinin hiperdiaqnostika hallarını müəyyən etmək, gərəksiz əməliyyatları azaltmaq, müşahidə və ya konservativ müalicədən faydalanacaq xəstələri müəyyən etmək üçün daha geniş tədqiqatlara ehtiyac vardır.

Açar sözlər: Bədxassəli proses, tru-cut biopsiya, BİRADS 3/4 törəmələr, sklerozlaşan adenoz, radial sklerozlaşan lezyon, atipik duktal və lobulyar hiperplaziya.

BC084.**SIGNIFICANCE OF PLASMA BIOMARKERS
FOR BREAST CANCER IN PATIENTS WITH
METABOLIC SYNDROME**

Alimhodjaeva L.T 1, B.U.Iriskulov^{1,2}, M.A.Mirzaeva1
M.K.Norbekova¹

1- Department of normal and pathological
physiologyTashkent Medical Academy

2- Republican Specialized Oncology and
Radiology Scientific and Practical Medical
Center

Background. Many studies confirmed the relationship between Metabolic Syndrome(MS) and the risk of breast cancer(BC). However, the study of specific biomarkers for this category continues. We tried to evaluate the level of some serum biomarkers for metabolic syndrome and breast cancer.

Aim: To identify biomarkers for BC in Metabolic Syndrome.

Material-method: The blood of 74 female patients who were treated with BC from February 2023 to October 2023 at the Republican Specialized Oncology and Radiology Scientific and Practical Medical Center of the Republic of Uzbekistan, was collected on an empty stomach before special treatment, and we used an ELISA kit. Serum concentrations of IL-6, CA-15.3, and Insulin were evaluated using the

sandwich principle. We evaluated Lipid profile, glucose concentration, and HOMO/IR indicators in patients.

Results: We found that the amount of CA-15.3 depends on the tumor size, molecular subgroup, and the course of treatment received in the study group, with 41 MS elements in the case group. In the control group (33 patients with MS), no reliable results were obtained with CA15.3. Regarding IL-6, we obtained reliable results in the study group, which is significantly higher ($p \leq 0.01$). Especially in patients with tumor infiltrative cancer. Although fasting insulin levels were similar in both groups, comparison with glucose or HOMO/IR index showed significant differences in both groups ($p \leq 0.05$).

Conclusion: CA15.3 may not produce the expected results in MS patients. However, our results with IL-6 and insulin-glucose indicators-HOMO/IR evaluation can be the basis for creating new guidelines for the presence of BC risk in groups with MS and its early detection. Of course, additional research is required in this area.

BC085.

**CAN CA-15.3 BE A PREDICTIVE MARKER
FOR PATIENTS WITH METABOLIC
SYNDROME IN BREAST CANCER?**Alimhodjaeva L.T.², M.A.Mirzaeva¹, B.U.Irskulov¹1- Department of normal and pathological
physiology Tashkent Medical Academy2- Republican Specialized Oncology and
Radiology Scientific and Practical Medical
Center

Background: CA-15.3 is a highly sensitive biomarker for patients with breast cancer. The prognostic and predictive capabilities of this biomarker depend on tumor size and histological type. In this study, we evaluated the predictive potential of CA-15.3 in breast cancer patient with metabolic syndrome.

Material and method: Blood was collected from the elbow vein in 74 premenopausal patients diagnosed with advanced breast cancer at the National Cancer Center of Uzbekistan Republic; serum concentration of glucose and lipid profile were evaluated in biochemical method, and Insulin, CA-15.3, IL-6 concentration were studied with IFA method. BMI and HOMO/IR index were calculated based on the formula. Statistical data processing was performed using the "origin pro" package.

Results: Patients were divided into two groups according to the presence of metabolic syndrome: with metabolic

syndrome (first group-41) and without metabolic syndrome (second group-33). The histological features of the tumor were studied in all patients. The level of CA-15.3 was $29 \pm 4.8 \mu\text{l/ml}$ and $41.5 \pm 11.2 \mu\text{l/ml}$, respectively, first and second groups ($t=2.43$, $p=0.042$). In 19 (46.3%) patients with metabolic syndrome, CA-15.3 was determined in the normal range. We studied the dependence of these changes of CA-15.3 on the level of Insulin, HOMO/IR, and IL-6 using the linear regression method. The results showed that CA-15.3 was inversely related to Insulin ($p=0.03$). When the level of serum insulin increases, CA-15.3 decreases.

Conclusion. Decreased sensitivity of CA-15.3 in patients with breast cancer can be observed in the presence of metabolic syndrome, which is associated with high insulin levels.