

თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტი

ბელნაწერის უფლებით

თამარ რუხაძე

მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნეების კლინიკის, დიაგნოსტიკისა და
ქირურგიული
მკურნალობის თავისებურებანი

14.00.14 – ონკოლოგია

დ ი ს ე რ ტ ა ც ი ა

მედიცინის მეცნიერებათა კანდიდატის სამეცნიერო
ხარისხის მოსაპოვებლად

სამეცნიერო ხელმძღვანელი
მედ. მეცნ. დოქტორი,
პროფესორი ილია ბაქრაძე

თბილისი
2006

ს ა რ ჩ ე ვ ი

შესავალი.

ლიტერატურული მიმოხილვა.

მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნეების ეტიო-პათოგენეზისა და გავრცელების ზოგიერთი საკითხი.

1.1. მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნეების კლინიკური მიმდინარეობის თავისებურებანი.

1.2. მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნეების დიაგნოსტიკის თავისებურებანი.

1.3. მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნეების ქირურგიული მკურნალობის თავისებურებანი.

I. მასალა და მეთოდები.

II. მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნეების კლინიკური მიმდინარეობის თავისებურებანი.

III. მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნეების დიაგნოსტიკისა და დიფერენციალური დიაგნოსტიკის საკითხები.

IV. მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნეების დიაგნოსტიკის თავისებურებანი.

V. მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნეების დიფერენციალური დიაგნოსტიკის ზოგიერთი საკითხი.

4.1. დიაგნოსტიკური შეცდომები მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნეების დროს.

VI. მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნეების ქირურგიული მკურნალობა.

5.1.1. პრობლემის ზოგადი დახასიათება.

5.1.2 მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნეების ქირურგიული მკურნალობა ექსტრააბდომინური (შორისის, საკრალური) მიდგომით.

5.1.3 მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნეების ქირურგიული მკურნალობა აბდომინური მიდგომით.

5.1.4 მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნეების ქირურგიული მკურნალობა კომბინირებული მიდგომით.

5.2.1. მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნეების ქირურგიული მკურნალობის შედეგები .

VI. საკუთარი შედეგების განსჯა.

დასკვნები.

პრაქტიკული რეკომენდაციები.

ლიტერატურის საძიებელი.

შესავალი

ნაშრომის აქტუალობა: მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნეების კლინიკა, დიაგნოსტიკა და ქირურგიული მკურნალობა ონკოლოგიის ერთ-ერთი აქტუალური პრობლემაა. მიუხედავად იმისა, რომ მათი შეცდომები მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნეების დიაგნოსტიკაში საკმაოდ ხშირია, რის მიზეზებსაც წარმოადგენს: ა) დაავადების იშვიათობა და მრავალფეროვნება, ბ) ხანგრძლივი უსიმპტომო ან ატიპური მიმდინარეობა, გ) მცირე მენჯის ორგანოების სხვა დაავადებებთან იდენტური კლინიკური გამოვლინება, დ) დიაგნოსტიკური მეთოდების არასრულყოფილი და არათანმიმდევრული გამოყენება (25, 42, 50, 54, 57, 59, 85, 94, 108, 113, 125, 136, 140, 142,).

მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნეების გამოვლენა არც თუ იშვიათად ხდება მხოლოდ მაშინ, როდესაც ისინი აღწევენ გარკვეულ ზომებს და იწვევენ მეზობელი ქსოვილებისა და ორგანოების კომპრესიას (8, 12, 13, 29, 57, 82, 105, 109, 137, 197), შესაბამისად, კლინიკური სურათი ძირითადად მომიჯნავე ორგანოებსა და ქსოვილებზე ზეწოლით, მათი დისფუნქციით, ტკივილით, სიმსივნის დაჩირქების შემთხვევაში კი სხვადასხვა ლოკალიზაციის ფისტულების ჩამოყალიბებით ვლინდება, რაც მთელ რიგ შემთხვევებში ართულებს ზუსტი დიაგნოზის დასმას და შესაბამისად, ადექვატური სამკურნალო ტაქტიკის შერჩევას (38, 42, 198, 192).

უკანასკნელ ორ ათწლეულში კლინიკურ პრაქტიკაში კვლევის ისეთი საშუალებების

დანერგვამ, როგორცაა მაღალმგრძობიარე ულტრაბგერითი გამოკვლევა, კომპიუტერული (კტ) და მაგნიტურ-რეზონანსური ტომოგრაფია (მრტ), მნიშვნელოვნად გააუმჯობესა მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნეების დიაგნოსტიკა და მკურნალობის შემდგომი მონიტორინგი (1, 2, 4, 6, 28, 43, 44, 96, 112, 170, 191,). მიუხედავად მიღწეული წარმატებისა, ამ რთული პათოლოგიის მართვის ბევრი ასპექტი დახვეწასა და დამატებით შესწავლას მოითხოვს. დასაზუსტებელია ავადმყოფობის სიმპტომოკომპლექსი, გამოსაკვლევი გართულებების სიხშირე და მიზეზები, სხვადასხვა ორგანოებზე სიმსივნეთა გავრცელების თავისებურებები, დიფერენციული დიაგნოსტიკის საკითხები. შესასწავლია მაღალტექნოლოგიური სხივური დიაგნოსტიკის და რუტინული კვლევების გამოყენების თანმიმდევრობა შედარებით მაქსიმალურად ხარჯთეფექტური მეთოდების გამოყენებით. დასახვეწია სიმსივნის ლოკალიზაციის მიხედვით ოპერაციული მიდგომის და ტაქტიკის საკითხები, შესასწავლია მკურნალობის როგორც უახლოესი, ასევე შორეული შედეგები.

კვლევის მიზანი და ამოცანები:

კვლევის მიზანია - მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნეების, დიაგნოსტიკური ალგორითმის შემუშავება, ქირურგიული მკურნალობის შედეგების და ოპერაციის შემდგომი მონიტორინგის გაუმჯობესება.

აღნიშნული მიზნის განსახორციელებლად დაისახა შემდეგი ამოცანები:

1. მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნეების სიმპტომების და კლინიკური მიმდინარეობის და თავისებურებების შესწავლა;
2. მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნეების დიაგნოსტიკაში, მკურნალობის ტაქტიკის შერჩევასა და ოპერაციის შემდგომ მონიტორინგში კომპიუტერული და მაგნიტურ-რეზონანსური ტომოგრაფიული კვლევების ეფექტურობის შეფასება;
3. სხივური დიაგნოსტიკის ტრადიციული (რენტგენოლოგიური და ენდოსკოპიური) და მაღალტექნოლოგიური (კომპიუტერულ-ტომოგრაფიური, მრტ, დოპლეროგრაფიული) მეთოდების ინფორმაციულობის და მგრძობელობის შესწავლის საფუძველზე მათი თანმიმდევრული გამოყენების დაზუსტება;
4. მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნეების დროს ქირურგიული მიდგომის და ტაქტიკის განსაზღვრა მათი ლოკალიზაციისა და ჰისტოლოგიური შენების გათვალისწინებით;

5. მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნეების ქირურგიული მკურნალობის უახლოესი და შორეული შედეგების შესწავლა;

კვლევის მეცნიერული სიახლე და პრაქტიკული ღირებულება:

პირველად საქართველოში, რეპრეზენტულ კლინიკურ მასალაზე შესწავლილ იქნა მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნეების კლინიკური გამოვლინების თავისებურებები. დადგინდა დიაგნოსტიკის შედარებით ხარჯთ-ეფექტური რენტგენოლოგიური და ენდოსკოპიური კვლევებისა და ძვირადღირებული მაღალტექნოლოგიური მეთოდების გამოყენების ოპტიმალური თანმიმდევრობა და აუცილებლობა. დადგენილია დიაგნოსტიკის მაღალტექნოლოგიური კვლევების გამოყენების აუცილებლობა და ეფექტურობა მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნეების დიაგნოსტიკაში, სამკურნალო ტაქტიკის შერჩევასა და ოპერაციის შემდგომი მონიტორინგის დროს. შემუშავდა მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნეების დროს ოპერაციული მიდგომის პრინციპები სიმსივნის ლოკალიზაციისა და ჰისტოლოგიური შენების გათვალისწინებით. კვლევის მაღალტექნოლოგიური სხივური მეთოდების გამოყენებამ არა მხოლოდ პირველადი დიაგნოსტიკა, არამედ მისი ადგილობრივი და რეგიონული გავრცელების საზღვრების დადგენა. დაზუსტებულმა დიაგნოსტიკამ საშუალება მოგვცა ზუსტად გაგვესაზღვრა ოპერაციული მიდგომა და გადაგვეწყვიტა ქირურგიული ჩარევის სახე და მასშტაბი, ეს უკანასკნელი კი მკურნალობის როგორც უახლოესი, ასევე შორეული შედეგების გაუმჯობესების წინაპირობაა. მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნეების ქირურგიული მკურნალობის შორეული შედეგების შესწავლის საფუძველზე დახვეწა სავარაუდო პროგნოზის განსაზღვრის მეთოდიკა. შემუშავდა მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნეების ოპერაციის შემდგომი რეციდივის ქირურგიული, სხივური, ქიმიოთერაპიული და შერწყმული მკურნალობის ჩვენება და უკუჩვენება.

დაცვაზე გამოტანილი ძირითადი დებულებები:

1. მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნეებს არა აქვთ ერთიანი პათოგნომური სინდრომი. კლინიკურ სურათს გასაზღვრავს პათოლოგიური პროცესის ლოკალიზაცია, ჰისტოლოგიური სტრუქტურა, ირგვლივმდებარე ორგანოებსა და ქსოვილებში ჩაზრდა ან მათზე ზეწოლა.

2. მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნეების დიაგნოსტიკაში კომპიუტერული და მაგნიტურ-რეზონანსული ტომოგრაფია ტოპიკის დაზუსტების გარდა, საშუალებას იძლევა შეფასდეს სიმსივნის გავრცელების ხარისხი და შესაბამისად, განისაზღვროს რაციონალური ოპერაციული მიდგომა, მოსალოდნელი ოპერაციული გართულებების რისკი და მათი პრევენციის შესაძლებლობა.

3. მცირე მენჯის ზოგიერთი ლოკალიზაციის ორგანოსგარეშე სიმსივნის დიაგნოსტიკაში ვიზუალიზაციის ისეთი რუტინული და შედარებით ხარჯთეფექტური მეთოდების გამოყენება, როგორცაა: ენდოსკოპური (კოლონოსკოპია, რექტორომანოსკოპია) და რენტგენოლოგიური კვლევები (ფისტულოგრაფია, ირიგოგრაფია, უროგრაფია) იძლევა სავსებით დამაკმაყოფილებელ დიაგნოსტიკურ ეფექტს.

4. მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნის სხვადასხვა ლოკალიზაციის დროს, ყველა ინდივიდუალურ შემთხვევაში ნაჩვენებია შერჩეულ იქნას ქირურგიული მიდგომის ადექვატური (შორისის, საკრალური, აბდომინური, ან კონბინირებული) მეთოდი, რომელიც მნიშვნელოვნად აადვილებს სიმსივნის რადიკალურ ამოკვეთას და ამცირებს ინტრა- და პოსტოპერაციული გართულებების განვითარების რისკს.

დისერტაციის სტრუქტურა: დისერტაცია წარმოდგენილია 123 ნაბეჭდ გვერდზე. შეიცავს შესავალს, ლიტერატურის მიმოხილვას, კლინიკურ მასალას, გამოკვლევების მეთოდების ზოგად დახასიათებას, საკუთარი გამოკვლევების მონაცემებს, მიღებული შედეგების განსჯას, დასკვნებსა და პრაქტიკულ რეკომენდაციებს. ილუსტრირებულია 6 ცხრილით, 6 დიაგრამითა და 38 სურათით. ლიტერატურული სამიხედო შედგება 203 წყაროსგან.

დისერტაციის წინასწარი განხილვა: ნაშრომის წინასწარი განხილვა ჩატარდა ა. ღვამიჩავას სახელობის ონკოლოგიის ნაციონალური ცენტრის, თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის, თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო აკადემიის ონკოლოგიის კათედრების თანამშრომელთა გაერთიანებულ სხდომაზე (2006 წლის 18 იანვარს), მიღებულია დადებითი დასკვნა და რეკომენდირებულია საჯარო დაცვისათვის.

პუბლიკაცია: სადისერტაციო თემის ირგვლივ გამოქვეყნებულია 5 ნაშრომი, მათ შორის სწავლულ ექსპერტთა საბჭოს მიერ დამტკიცებულ პერიოდულ ლიტერატურაში და სამეცნიერო კრებულში გამოქვეყნებულია 4 ნაშრომი; დისერტაციის ფრაგმენტები

დაბეჭდილია თეზისების სახით ქირურგთა საერთაშორისო კონფერენციაზე (თბილისი, საქართველო, 2003), დსთ-ს ქვეყნების ონკოლოგთა და რადიოლოგთა კონგრესზე (მინსკი, ბელორუსია, 2003; ბაქო, აზერბაიჯანი, 2006), წარმოდგენილ იქნა მოხსენების სახით ზალც-ბურგის სამედიცინო სემინარებზე (ზალცბურგი, ავსტრია, 2005).

თავი I

მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნეების კლინიკის, დიაგნოსტიკისა და ქირურგიული მკურნალობის თანამედროვე ასპექტები (ლიტერატურული მიმოხილვა)

1.1 მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნეების ეტიო-პათოგენეზის და გავრცელების ზოგიერთი საკითხი

ტერმინი, “მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნეები” აერთიანებს მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე ანატომიური სტრუქტურებიდან განვითარებული სხვადასხვა ჰისტოლოგიური შენების სიმსივნეთა ჯგუფს, რომლებიც შესაძლებელია წარმოიქმნას სამივე ჩანასახოვანი ფურცლიდან. ზოგიერთი ავტორი ამ ჯგუფს აკუთვნებს ასევე მეტასტაზურ სიმსივნეებსაც.

სტრუქტურულად ზემოხსენებული სიმსივნეები შეიძლება იყოს როგორც რბილ-ქსოვილოვანი, ასევე ძვლოვანი და ექსტრაგონადური (41, 42, 57, 113). რბილქსოვილოვანი სიმსივნეები კი თავის მხრივ აერთიანებს: ფიბროზული, ცხიმოვანი, კუნთოვანი, სისხლძარღვოვანი, ლიმფური, სინოვიალური, მეზოთელური, ნერვული, მეზენქიმური და პერიფერიული ნერვული წარმოშობის ახალწარმონაქმნებს (42, 57, 112, 113).

სტატისტიკური მონაცემების მიხედვით მცირე მენჯში ორგანოსგარეშე სიმსივნეებით ავადობა 1%-ს არ აღემატება, ხოლო მათი ხვედრითი წილი რბილქსოვილოვანი სიმსივნეების 10-დან 15%-მდე მერყეობს. მიუხედავად დაავადების იშვიათობისა, პრობლემა ფრიად აქტუალურია, რაც განპირობებულია მიმდინარეობის თავისებურებებით, დიაგნოსტიკური სირთულეებით, ქიმო და სხივური თერაპიისადმი მაღალი რეზისტენტულობითა და მკურნალობის არადაამაკმაყოფილებელი შედეგებით.

მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნეები პირველად აღწერილია 1507 წელს Benivieni-ს მიერ (42, 57, 58, 143, 150, 179, 186), ხოლო 1829 წელს, Lobstein-მა მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნეს “რეტროპერიტონეული სარკომა” უწოდა.

დაავადების იშვიათობის გამო ლიტერატურაში ძირითადად აღწერილია მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნეების ერთეული, იშვიათი, ათეული საინტერესო შემთხვევა (41, 50, 51, 77, 83, 90, 96, 100, 101, 106, 107, 113, 129, 137, 169).

მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნეების ეტიო-პათოგენეზის საკითხები ბოლომდე გარკვეული არ არის (9, 13, 14, 15, 26, 27, 30, 34, 39, 40, 53), თუმცა არსებობს მოსაზრებები, რბილქსოვილოვანი სარკომების განვითარებაში ტრავმის, გენეტიკური ფაქტორების, რადიაციის, ვირუსული ინფექციების, იმუნური დეფიციტის როლის შესახებ (8, 19, 21, 33, 40, 49, 56, 60, 64). ლიტერატურაში ასევე აღწერილია რბილქსოვილოვანი სარკომების განვითარება ქრონიკული ანთებითი პროცესის, და/ან კეთილთვისებიანი სიმსივნის ფონზე (5, 6, 7, 9, 11, 60, 63, 64). დაავადების შესახებ არსებულ მოსაზრებათა შორისაა რბილი ქსოვილების სიმსივნეების განვითარების დისემბრიოპლაზიური, ან ცალკეული ქსოვილის კამბიური ელემენტის პროლიფერაციული საფუძველი (21, 20, 22, 29, 115, 139, 155). ზოგიერთი ავტორი რბილქსოვილოვანი სიმსივნეების, მათ შორის მცირე მენჯში განვითარებული სარკომების ერთ-ერთ საფუძვლად ქსოვილებში მეზენქიმის ხანგრძლივად მიმდინარე პათოლოგიური რეგენერაციას მიიჩნევს, ხოლო აღნიშნულ პათოლოგიათა შედარებითი იშვიათობას კი უკავშირებდნენ დაბალ რეგენერაციულ და პროლიფერაციულ პოტენციასთან (31, 32).

მცირე მენჯში ლოკალიზებულ ორგანოსგარეშე სიმსივნეებს შორისაა ტერატომები, რომლების დისემბრიოგენოზული წარმოშობისაა. არსებობს აზრთა სხვადასხვაობა ემბრიოგენული წარმოშობის სიმსივნეების ეტიო-პათოგენეზის შესახებ, რომელთა შორისაა Seint J.B., Calbet, (1893)-ის მიერ მოწოდებული ბიგერმინალური თეორია (57) და ტერატომის განვითარების მიზეზად ასახელებს რაიმე მიზეზის გამო განუვითარებელ ემბრიონს. დუალისტური თეორიის მიმდევრები (9,13,30,56) ფიქრობდნენ, რომ მცირე მენჯში ლოკალიზებული ტერატოიდული სიმსივნეები ვითარდებიან ჩანასახოვანი ორეულისაგან, თუმცა წარმონაქმნთა ძირითადი განვითარება მიმდინარეობს მონოგერმინალურად. აღნიშნულის მიმართულებით, მონოგერმინალური თეორია ითვალისწინებს წარმონაქმნის განვითარებას უშუალოდ მტარებლისაგან.

რიგი ავტორების მონაცემებით ექსტრაგონადური სიმსივნეები ემბრიოგენეზის პროცესში ნაწლავის ამომფენი ლორწოვანი გარსის, გავის ძვლის, ხრტილო-ვანი და ხერხემლის სვეტის ნერვული ქსოვილის სხვადასხვა კომბინაციებით წარმოიქმნება (37, 58, 97, 115,

116). ყველაზე მისაღებს წარმოადგენდა Marchand-Bonnet- ის მიერ მოწოდებული თეორია, რომლის თანახმად ტერატოიდული სიმსივნეები წარმოიქმნებიან უცნობი წარმოშობის ბლასტომერებისაგან (13, 15, 20, 26, 27, 30, 34, 39, 53, 57, 63).

განსაკუთრებულ ყურადღებას იპყრობს მცირე მენჯში ლოკალიზებული ძვლოვანი სიმსივნეები, რომელთა ეტიო-პათოგენეზი დღესდღეობით ასევე არასაკმარისადაა შესწავლილი. ამასთან, ძვლების ავთვისებიანი სიმსივნეებით ავადობა მცირეა და 100 000 მოსახლეზე 1,5%-ს შეადგენს (104, 113, 156, 188, 190).

მცირე მენჯის ღრუში განვითარებულ სიმსივნეებს შორის რბილქსოვილოვანი, დისემბრიოგენული და ძვლოვანი სიმსივნეების გარდა შესაძლებელია წარმოიქმნას დერმოიდული კისტები.

არსებობს აზრთა სხვადასხვაობა მისი ჰისტოგენეზის შესახებ. დერმოიდული კისტები, როგორც ტერატომები ემბრიონული წარმოშობის სიმსივნეებს წარმოადგენენ და საერთოდ პრესაკრალური ლოკალიზაციის მცირე მენჯის სიმსივნეების 1/4-ს შეადგენენ (9, 15, 19, 24, 32, 40, 41, 56, 97, 113). რაც შეეხება დერმოიდული კისტების პათოგენეზს, ავტორთა აზრით განვითარებას ნეირო-ექტოდერმალური არხიდან იღებს და მის რუდიმენტს წარმოადგენს (19, 25, 29, 37, 53, 56, 57, 68).

Rodrigues-Ibanes J-ის მიერ 1976 გამოქვეყნებულ შრომებში გავა-კუდუსუნის “ტერატომებმა“ მენჯის თანდაყოლილი სიმსივნეების“ სახელი მიიღეს (68, 124). Virhof R-მა კი თავის წიგნში “მტკივნეული სიმსივნეები” თანდაყოლილი სიმსივნური სიმახინჯეების აღწერისათვის მოიხსენია ტერმინი “ტერატომა” (9, 13, 57, 58, 59)

არსებობს აზრთა სხვადასხვაობა ტერატომების, დერმოიდული კისტებისა და სხვა დისემბრიოგენული წარმოშობის სიმსივნეების შესახებ. 1961 წელს Абрикосов А.И.-სა და Струков. А.И.-ის მიერ მოწოდებულია ტერატომების კლასიფიკაცია მათი ჰისტოლოგიური შენების მიხედვით (56, 57), სადაც ისინი განიხილავენ ტერატომების 3 ჰისტოლოგიურ ტიპს:

1) ეპენდიომები, ჰისტოიდური ტერატომები, რომლებიც მიეკუთვნება ეპიდერმისისაგან წარმოშობილი სიმსივნურ ახალწარმონაქმნებს, და წარმოადგენენ მცირე ზომის კისტებს;

2) ორგანული ტერატომები, დერმოიდული კისტები, რომელთა შემაერთებელქსოვილოვანი კედელი დაფარულია ბრტყელი მრავალშრიანი ეპითელიუმით. კისტის კედელში ადგილი აქვს ცხიმისა და ოფლის ჯირკვლების არსებობას, ხოლო კისტის შიგთავსი

წარმოდგენილია ცხიმოვანი მასისგან, თმებისა და გარქავებული წამწამოვანი ეპიდერმისისაგან.

3) ორგანიზმული ტერატომები ან ემბრიონები- სიმსივნური წარმონაქმნები, რომელთა შემადგენლობაში შესაძლებელია შედიოდეს სხვადასხვა ქსოვილი და ორგანოთა ჩანართები.

ზემოხსენებული კლასიფიკაცია ტერატომების გარდა აერთიანებს ისეთ კისტოზურ წარმონაქმნებს, რომელთაც არა აქვთ ემბრიოგენული წარმოშობა. რაც შეეხება მათ მალიგნიზაციას, ავტორთა უმრავლესობა თვლიდა, რომ აღნიშნული მაჩვენებელი არ იყო მაღალი, თუმცა ლიტერატურული წყაროებიდან გამომდინარე, მათ შორის Benet E. (1975) და ზოგიერთი მისი მიმდევარი დღესაც აღნიშნავს, რომ ზემოხსენებული პათოლოგიების შემთვევაში მალიგნიზაციის ინდექსი ქალებში და მამაკაცებში თანმიმდევრულად შეადგენს 1:3 (7, 10, 16, 29, 32, 57).

ლიტერატურული მონაცემების მიხედვით ზოგიერთ ავტორთა შორის არსებობს გარკვეული აზრთა სხვადასხვაობა მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე ტერატომების, დერმოიდული და ეპიდერმოიდული კისტების ტერმინოლოგიასთან დაკავშირებით. 1913წ. Law A.A –ს მიერ, მიეცა რა ყურადღება მათ ჰისტოლოგიური სტრუქტურის ვარიანტობას, ისინი იწოდებოდნენ ვენტრალურ- საკრალური სიმსივნეების სახელწოდებით. ამასთან, Pennington J.R. (1923) ტერმინში “დერმოიდული კისტა” აერთიანებდა დერმოიდულ კისტებსა და ტერატომებს (19, 24, 40, 57).

ზოგიერთი ავტორის აზრით, ეპიდერმოიდული კისტა წარმოადგენს წარმონაქმნს, რომელიც ამოფენილია ბრტყელი გარქავებული ეპითელურ უჯრედული შრით და არ შეიცავს კანის დერივატებს (9, 10, 36, 40, 56, 57), სხვები კი უწოდებდნენ კისტას, რომელიც შესაძლებელია წარმოდგენილ იყოს ბრტყელი, კუბური, ცილინდრული, ან მოციმციმე ეპითელით (13, 40, 42). Чухриенко Д.П. (1956) წერს, რომ დერმოიდული კისტა ეს არის კისტოზური წარმონაქმნი, რომელიც ამოფენილია მრავალშრიანი ბრტყელი, კუბური, ცილინდრული ეპითელით.

მრავალრიცხოვან ავტორთა მოსაზრებით (7, 9, 11, 25, 37, 63), “მწიფე” ტერტომასა და დერმოიდულ კისტას შორის არ არის განსხვავება. ამასთან ყველა ტერატომა დიფერენცირდება წარმოდგენილი ქსოვილითა და “სიმწიფის” ხარისხით. ამასთან, Монастырский Б. (1968)-ის აზრით, “მწიფე” ტერატომის ტიპურ გამოვლენას წარმოადგენს დერმოიდული

კისტა. ემბრიონული სტრუქტურისა და შენების მქონე წარმონაქმნებს, რომელთაც ავთვისებიანობის ყველა თვისება აქვთ, ავტორი მათ ტერატოიდებსა და ტერატობლასტომების რიცხვს მიაკუთვნებს. სხვები კი ტერტომებს აერთიანებენ დერმოიდული და ეპიდერმოიდული კისტების ერთ ჯგუფში (12, 17, 20, 21, 25, 49, 53).

აღნიშნულ აზრს იზიარებს მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციის მიერ 1969 წ. მოწოდებული კლასიფიკაცია და ტერატომებსა და დერმოიდულ კისტებს რბილ-ქსოვილოვან, კერძოდ ჩანასახოვანი წარმოშობის (ექსტრაგონადურ) სიმსივნეებს მიაკუთვნებს, თუმცა უნდა აღინიშნოს, რომ რბილი ქსოვილების სიმსივნეების უკანასკნელი კლასიფიკაციის თანახმად (World Health Organization Classification of Tumours 1994), ექსტრაგონადური სიმსივნეები განიხილებიან დამოუკიდებლად (112, 113).

1.2 მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნეების კლინიკური მიმდინარეობის თავისებურებანი

მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნეების დროს დაავადების კლინიკურ მიმდინარეობაში გამოყოფენ 3 სტადიას: უსიმპტომო, სიმპტომების გამოვლენისა და გართულებების სტადია. იმდენად, რამდენადაც ორგანოსგარეშე სიმსივნეები მცირე მენჯში ორგანოებისაგან დამოუკიდებლად ვითარდებიან, შემთხვევათა უმეტესობის დიაგნოსტიკა ხდება დაავადების კლინიკური ნიშნების გამოვლენისა და გართულებების სტადიაში (42, 56, 57, 133), რაც გარკვეულწილად წარმონაქმნის ლოკალიზაციასა და ზრდის ტემპზეა დამოკიდებული.

დაავადება ადრეულ სტადიებში როგორც წესი უსიმპტომოდ მიმდინარეობს და მათი გამოვლინება შესაძლებელია მხოლოდ პროფილაქტიკური გასინჯვების ან სხვა ორგანული (სწორი ნაწლავის, შარდის ბუშტის, საშვილოსნოს) დაავადებების გამო ჩატარებული კვლევების (47, 57, 67, 109, 115).

მეორე სტადიაში დაავადების გამოვლენა სიმპტომების მრავალფეროვნებით ხასიათდება. ძირითად ჩივილს წარმოადგენს სიმსივნის არსებობით გამოწვეული ტკივილი, რომელიც ხშირად დაავადების ერთადერთი კლინიკური ნიშანია. ტკივილის შეგრძნება ძირითადად დაკავშირებულია სიმსივნის ზრდის ტემპთან, მის ლოკალიზაციასთან და ზეწოლასთან ირგვლივმდებარე სტრუქტურებზე (23, 76, 89).

ტკივილი ხშირად ყრუ ხასიათისაა და კლინიკურ სურათს განაპირობებს იმ ორგანოების დისფუნქცია, რომელთა ზეწოლასაც ახდენს სიმსივნე (98, 106, 141). მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნეების დროს, ხშირად აღინიშნება სიმძიმისა და ზეწოლის შეგრძნება. თუ სიმსივნე ახლოსაა სწორ ნაწლავთან, შარდ-სასქესო ორგანოებთან, იწვევს მასზე ზეწოლას, კლინიკური სურათი შესაბამისად გამოვლინდება ტენეზმებით, ყაზობით, დიარეით, დიზურიულ მოვლენებით და ა.შ. სახსართან ახლოს ლოკალიზაციის შემთხვევაში ტკივილი დაკავშირებულია მოძრაობასთან, სიმსივნის ძვალში ჩაზრდის შემთხვევაში ის მუდმივ ხასიათს იძენს (18, 22, 30, 56), ხოლო მისი ნერვზე ზეწოლის შემთხვევაში კლინიკური სურათი გამოვლინდება ნევრიტის ან ფლექსიტის სახით (5, 8, 180, 197). სიმსივნის დაჩირქების შემთხვევაში ადგილი აქვს ტემპერატურის მომატებას, ხოლო რიგ შემთხვევებში კი ჰექტიურ ცხელებას (10, 202). სხვადასხვა ავტორები კლინიკური გამოვლენის სტადიაში აღნიშნავენ ასევე ზოგადინტოქსიკაციური სინდრომის (სისუსტე, ანემია და ა.შ.) არსებობას (30, 57, 180).

ზოგიერთი ავტორი აღნიშნავს, რომ სიმსივნის ზრდას შესაძლებელია თან ერთვოდეს ქსოვილების ნეკროზი და დაჩირქება, რამაც მოახდინოს ანორექტალური მიდამოს ანთების სურათის სიმულირება (ქრონიკული პარაპროქტიტის, ფისტულების განვითარება და სხვა) (56, 57, 58, 64, 66).

მეტად რთულია მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნეების კლინიკური გამოვლენისა და გართულებების სტადიის მკვეთრი გამიჯვნა. გართულებათა ძირითადი სახეებია: სიმსივნის დაჩირქება, პათოლოგიური ხვრელმილების ჩამოყალიბება (რაც ხვრელმილიდან ან/და მისი დრენირების შემთხვევაში სწორი ნაწლავიდან, შორისიდან პათოლოგიური გამონადენით გამოვლინდება), ნაწლავთა კომპრესიული ან ობტურაციული (ნაწლავის კედელში ჩაზრდისა და მის სანათურში ზრდის შემთხვევაში) გაუვალობა, სისხლდენა, სხვადასხვა ხარისხის დიზურიული მოვლენების განვითარება შარდის სრულ შეხუთვამდე, ნევრიტი და ნევრალგია, ტერატომების დროს მათი მალიგნიზაცია, ხოლო ავთვისებიანი სიმსივნეების დროს პროცესის გენერალიზაცია და სხვა.

მცირე მენჯში ლოკალიზებული სიმსივნის ფორმა, კონტურები და ზომები არ ხასიათდება რაიმე სპეციფიურობით, მაგრამ ხშირად ისინი წარმოადგენენ მომრგვალო, ან ოვალური ფორმის ახალწარმონაქმნებს (112, 108, 129). არც თუ იშვიათად

რბილქსოვილოვანი სარკომები შემოფარგლულია ირგვლივმდებარე ქსოვილებისაგან, რაც ართულებს კეთილთვისებიან სიმსივნეებთან დიფერენცირებას (135, 138, 169). სიმსივნის ზომა განსხვავებულია და ვარირებს 2-3-დან 20-25სმ-მდე და მეტი დიამეტრით (მისი განმსაზღვრელი სიმსივნის არსებობის ხანგრძლივობა და ზრდის ტემპია); ხოლო რაც შეეხება კონსისტენციას, ის იცვლება მკვრივი ხრტილისმაგვარიდან რბილ ან/და შერეულამდე (23, 41, 42, 113, 171). არც თუ იშვიათად აღწერილია წარმონაქმნის ცენტრში ქსოვილთა დაშლის შედეგად გამოვლენილი ფლუქტუაცია.

ავთვისებიანი რბილქსოვილოვანი სიმსივნეებისათვის დამახასიათებელია ირგვლივმდებარე ქსოვილებში ინფილტრაციული ზრდა, რის გამოც მათი მოძრაობა შეზღუდულია. რეგიონული ლიმფური კვანძების დაზიანება იშვიათია (5-7%), ის მეტად დამახასიათებელია რბილი ქსოვილების სარკომების მაღალავთვისებიანი ფორმებისათვის (ანგიოსარკომები, სინოვიალური სარკომები, რაბდომიოსარკომები) (43, 45, 50, 54, 58, 60, 91).

მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე ავთვისებიანი სიმსივნეების შორეული მეტასტაზები ხშირად ვითარდება ფილტვებში, ძვლებსა და ღვიძლში (10,18, 26, 105, 138).

მცირე მენჯის ძვლოვანი სიმსივნეები იშვიათია და ლიტერატურაში აღწერილია მხოლოდ მათი ერთეული შემთხვევები (136, 142), რის გამოც არ არსებობს დიდ კლინიკური მასალაზე დაფუძნებული კლინიკური კვლევა მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნეებისათვის დამახასიათებელი ერთიანი პათოგნომური სინდრომის გამოვლენის შესახებ (142, 186, 202). ტკივილი და კომპრესიული სინდრომი (24, 57, 48, 186), სხვა მრავალი დაავადებისთვისაცაა დამახასიათებელი, რაც არცთუ იშვიათად დიაგნოსტიკური შეცდომის მიზეზი ხდება (36, 42 56, 113).

ამგვარად, შეიძლება ითქვას, რომ არ არსებობს კლინიკური პათოგნომური სიმპტომოკომპლექსი, რაც დამახასიათებელია მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნეებისათვის. ამასთან, ხშირად ძნელია კლინიკური გამოვლინებისა და განვითარებული გართულებების ერთმანეთისაგან გამიჯვნა (7, 12, 57), რაც კიდევ უფრო საინტერესოსა და აქტუალურს ხდის ზემოაღწერილ საკითხს.

1.3 მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნეების დიაგნოსტიკის თავისებურებანი

მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნეების დიაგნოსტიკა საკმაოდ რთული და მრავალეტაპური პროცესია (10, 28, 41), რომლის პირველ ეტაპზე - საჭიროა დადგინდეს სიმსივნის არსებობა მცირე მენჯის ღრუში, მეორე ეტაპზე – გამოირიცხოს მცირე მენჯის ორგანოების პირველადი დაზიანება, შემდეგ მოხდეს სიმსივნის მორფოლოგიური დიაგნოსტიკა (გამოირიცხოს ანთებითი ან მეტასტაზური დაზიანება), ხოლო ბოლოს კი მოხდეს დაზუსტებითი დიაგნოსტიკა სიმსივნის გავრცელების, ზომის, ფორმისა და სტრუქტურის შესახებ, რაც შემდგომში სამკურნალო ტაქტიკას განსაზღვრავს (6, 7, 16, 28, 43).

დიაგნოსტიკური მეთოდებით მიღებული ინფორმაცია ამომწურავად უნდა პასუხობდეს შემდეგ კითხვებს:

1. არის თუ არა მცირე მენჯში ლოკალიზებული სიმსივნე ორგანოსგარეშე? 2. არის თუ არა შესაძლებელი მისი ქირურგიული მეთოდით რადიკალურად ამოკვეთა? 3. რა სახის და მასშტაბის უნდა იყოს დაგეგმილი ოპერაცია? (41, 42)

დიაგნოსტიკური მეთოდებისადმი თანამედროვე მოთხოვნების გათვალისწინებით, დგება მათი თანმივდევრული და კომპლექსური გამოყენების აუცილებლობის საკითხი, რაც მოიცავს: ფიზიკალური, ლაბორატორიული, ინსტრუმენტული და სპეციფიკური მეთოდების ერთობლიობას დიაგნოსტიკის პირველ ეტაპზე როგორც წესი მიმართავენ შედარებით ხარჯთ-ეფექტურ კლინიკო-დიაგნოსტიკურ მეთოდებს, როგორცაა: ენდოსკოპური და რენტგენოლოგიური კვლევები (3, 4, 5, 6, 7, 8, 42, 43, 112).

ამასთან, აღსანიშნავია, რომ მცირე მენჯში ლოკალიზებული რბილქსოვილოვანი სიმსივნეების სრულყოფილი დიაგნოსტიკისათვის ზემოხსენებული მეთოდები არ იძლევა ამომწურავ ინფორმაციას. მათი გამოყენება ხშირად მიზანშეწონილია პათოლოგიური პროცესის მიმდებარე ორგანოებში გავრცელების შეფასებისთვის, ხოლო პირველადი დიაგნოზის დასაზუსტებლად და მკურნალობის ტაქტიკის შერჩევისათვის მიზანშეწონილია ისეთი მაღალტექნოლოგიური კვლევების გამოყენება, რომლებსაც გააჩნიათ მაღალი სპეციფიკურობისა და მგრძობელობის მაჩვენებლები. მათ მიეკუთვნება: მაღალეფექტური ულტრასონოგრაფია, კტ, მრტ, პოზიტრონულ-ემისიური ტომოგრაფია.

მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნეების დიაგნოსტიკაში აუცილებელ მეთოდებადაა მიჩნეული სწორი ნაწლავისა და საშოს დიგიტალური კვლევა. მისი

საშუალებით შესაძლებელია მცირე მენჯში სიმსივნის ლოკალიზაციის, მისი ზედაპირის, ფორმის, კონსისტენციის, ქვედა, რიგ შემთხვევებში ზედა პოლუსის, ირგვლივმდებარე ქსოვილებთან კავშირის დადგენა, სწორ ნაწლავსა და სხვა ორგანოებზე მისი ზეწოლის შეფასება (44, 45, 57).

მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნის დიაგნოსტიკაში უდავო ადგილი უჭირავს ენდოსკოპური კვლევის ისეთ მეთოდებს, როგორცაა: რექტორომანოსკოპია, კოლონოსკოპია კოლპო და ჰისტეროსკოპია, ასევე ცისტოსკოპია, რომელთა საშუალებით შესაძლებელია შესაბამის ორგანოებზე (სწორი ნაწლავი, შარდის ბუშტი, საშო, საშვილოსნო), სიმსივნის გარედან ზეწოლის, ან მის კედელში ჩაზრდის შეფასება (56, 58, 60), რაც მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნეების არსებობის ერთ-ერთ დამადასტურებელ ნიშანს წარმოადგენს. თუმცა რიგი ავტორებისა დაავადების მეორეხარისხოვან სიმპტომად და პათოლოგიის არსებობის ირიბ ნიშნად თვლიან (56, 58, 60).

მიმოხილვითი რენტგენოლოგიური კვლევა მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნეების კვლევის შედარებით ნაკლებად ინფორმატიულ მეთოდს წარმოადგენს, თუმცა რენტგენოლოგიური კვლევის ინფორმატიულობა რამდენადმე იზრდება რენტგენოკონტრასტული გამოკვლევების დროს. მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნეების დროს რენტგენოგრამაზე შესაძლებელია გამოისახოს: სიმსივნის რბილქსოვილოვანი კომპონენტი, მისი საზღვრები, ძვლების შესაძლებელი დაზიანება, სიმსივნის ირგვლივმდებარე ქსოვილების დესტრუქცია და ა.შ (10, 32, 35, 38, 42).

არაკონტრასტული რენტგენოდიაგნოსტიკა სიმსივნეში არსებული კალციფიკაციებისა და ოსიფიკაციების გამოვლენის შესაძლებლობას იძლევა (6, 7, 16).

რბილქსოვილოვანი კეთილთვისებიანი სიმსივნეების შემთხვევაში შესაძლებელია რენტგენოგრამაზე ასევე გამოისახოს მეორადი ცვლილებები, რაც მოცულობითი წარმონაქმნის კუნთებზე, ან/და სხვა ანატომიურ სტრუქტურებზე ზეწოლითაა გამოწვეული (43, 56). კონტრასტული რენტგენოგრაფია (ირიგოსკოპია, ურო-ცისტოგრაფია) კი საშუალებას იძლევა კონტრასტის დაყოვნებითა და ღრუ ორგანოების (ნაწლავი, შარდის ბუშტი) ნაწლავის ავსების დეფექტით მცირე მენჯის ღრუში დადგინდეს სიმსივნის არსებობა.

რენტგენოკონტრასტულ ანგიოგრაფიას კი რიგი ავტორები წარმატებით იყენებენ როგორც სიმსივნის მაგისტრალურ სისხლძარღვებში ინვაზიის ასევე პათოლოგიური

სისხლძარღვოვანი ქსელის აღმოჩენის მიზნით (75, 118, 120). მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნეების დროს ფისტულის არსებობისას კვლევის ამორჩევით მეთოდს წარმოადგენს რენტგენოკონტრასტული ფისტულოგრაფია. აღნიშნულ მეთოდს სხვადასხვა დროის ლიტერატურული მონაცემებით ერთნაირი წარმატებით იყენებენ და დიდი ინფორმატიულობაც გააჩნია. მისი საშუალებით შესაძლებელია ფისტული ტრაექტორიის, სიმსივნის არსებობის, მისი ზომის, ფორმისა და ლოკალიზაციის დადგენა (41, 44, 57, 78).

სხვადასხვა ავტორის მრავალწლიანი კლინიკური გამოცდილებით, მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნეების დროს მეტად რთულია ზემოხსენებული რუტინული მეთოდებით ისეთი საკითხების შეფასება, როგორცაა პერიფოკალური ანთეზა მიმდებარე ორგანოებში ჩაზრდა ან მათთან მჭიდრო კავშირი. ამასთან, რუტინული დიაგნოსტიკური მეთოდების დაბალი სპეციფიკურობის მაჩვენებელი მოწმობს მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნეების დროს გამოკვლევის ცრუ დადებით ინფორმაციის შესაძლებლობას (44, 57, 78, 159, 191).

მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნეებისას, დიაგნოსტიკაში დიდი მნიშვნელობა ენიჭება კვლევის ციტოლოგიურ მეთოდს, რაც დიაგნოზის დასაბუთების საშუალებას იძლევა. მოცულობითი წარმონაქმნის ვერიფიცირებისათვის საჭიროა მისი ასპირაციული ბიოფსია და ციტოლოგიური კვლევა (41, 56, 57, 163). ამასთან, პროცედურის შესრულების დროს მნიშვნელოვანია პროცესის დისემინირების თავიდან აცილება. ციტოლოგიური კვლევა საშუალებას იძლევა 95-98%-ში მოხდეს სიმსივნის ვერიფიცირება (34, 113, 159).

ჰისტოლოგიური დიაგნოსტიკა - შესაძლებელია გამოყენებულ იქნეს: ოპერაციამდე, ოპერაციის მსვლელობისას, ოპერაციის შემდგომ და მას უდიდესი მნიშვნელობა ენიჭება (16, 54, 57). ქირურგიული მკურნალობის შემდგომ მორფოლოგიური დიაგნოსტიკა იძლევა დიაგნოზის საბოლოო დადასტურების საშუალებას და გადამწყვეტია შემდგომი სხივური და მედიკამენტური მკურნალობის ოპტიმიზაციისათვის. შესაძლო რეციდივის შემთხვევაში კი მკურნალობის სტრატეგიის განსაზღვრისათვის. ამასთან, როგორც წესი, ყოველი რეციდივის შემთხვევაში, საჭიროა პირველადი ჰისტომორფოლოგიური კვლევის შედეგების შედარება რეციდივის მორფოლოგიურ სტრუქტურასთან (38, 40, 43).

ულტრაბგერითი გამოკვლევა დიაგნოსტიკის ერთ-ერთი წამყვანი მეთოდია თანამედროვე კლინიკურ ონკოლოგიაში. მას დიდი მნიშვნელობა ენიჭება მცირე მენჯის

ორგანოსგარეშე სიმსივნეების ადრეულ დიაგნოსტიკაში (4, 5, 6, 112, 118, 120). აღნიშნული მეთოდი ხასიათდება არაინვაზიურობით, გამოკვლევის სიზუსტითა და სიმარტივით. ზემოაღნიშნული პათოლოგიების დროს ულტრაბგერითი კვლევა შესაძლებელია ჩატარდეს როგორც ზურგიდან, ასევე გვერდებიდან და მუცლის წინა კედლიდან (4, 78, 112, 149). გამოკვლევის დროს შედარებით გამწვანებულია სიმსივნური წარმონაქმნის ხასიათის და საწყისი ლოკალიზაციის დადგენა. უნდა აღინიშნოს ისიც, რომ ულტრაბგერითი დიანოსტიკა წარმოადგენს გამოკვლევის არაინვაზიურ მეთოდს, რომელიც საშუალებას იძლევა შემთხვევათა 96%-ში განისაზღვროს მუცლის ღრუში ის ანატომიური ცვლილებები, რაც შესაძლებელია განვითარდეს მცირე მენჯის ღრუში სიმსივნის არსებობისას (4,112, 150).

უკანასკნელი ათწლეულის განმავლობაში რიგ დაავადებათა დიაგნოსტიკაში მნიშვნელოვანი როლი მოიპოვა კომპიუტერული ტომოგრაფიის კვლევის მეთოდებმა, თუმცა დღეისათვის მათი როლი, მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნეების დიაგნოსტიკაში დახვეწას მოითხოვს (1, 2, 3, 4, 5, 6, 112, 134, 156, 178, 179, 197).

სხვადასხვა ავტორის მიხედვით კომპიუტერული დიაგნოსტიკის საშუალებით შესაძლებელია სხეულის სასურველი ნაწილის შრეობრივი გამოკვლევა, რაც მას განსაკუთრებულ ინფორმატიულობას ანიჭებს (2, 4, 157, 159). აღნიშნული კვლევა შესაძლებელს ხდის დადგინდეს სიმსივნის არსებობა, მისი ლოკალიზაცია და ხასიათი, განისაზღვროს სიმსივნური წარმონაქმნის ურთიერთდამოკიდებულება მიმდებარე ორგანოებთან და ქსოვილებთან (4, 5, 6, 43, 56, 78, 104, 179). ყოველივე ეს კი საშუალებას იძლევა შეირჩეს მკურნალობის ოპტიმალური სახე და შეფასდეს მისი ეფექტურობის ხარისხი. ამასთან, არ შეიძლება არ აღინიშნოს კომპიუტერული ტომოგრაფიის როლი ანატომიური ცვლილებების გამოვლენაში, რაც გამოწვეულია სიმსივნის ირგვლივმდებარე ორგანოებსა და ქსოვილებზე ზეწოლით, მათში ჩაზრდით და ვლინდება ორგანოთა და სტრუქტურათა დისლოკაციით თუ დეფორმაციით (190, 191).

კვლევის უახლესი სახეებიდან არ შეიძლება არ აღინიშნოს მაგნიტურ-რეზონანსური კვლევის მეთოდი, რომელიც ხასიათდება ასევე მაღალი ინფორმატიულობითა და არაინვაზიურობით (112, 190, 191). მისი საშუალებით შესაძლებელია განისაზღვროს მცირე მენჯის ღრუში სიმსივნის არსებობა, მისი ზომა, ფორმა, ლოკალიზაცია, დამოკიდებულება მცირე მენჯის ორგანოებსა და სხვა ანატომიურ სტრუქტურებთან (ნეირო-ვასკულარულ

სტრუქტურებთან, ძვლებთან), მიღებულ იქნას ინფორმაცია წარმონაქმნის მდგომარეობის შესახებ (ნეკროზული უბნების ჩამოყალიბება, შეშუპება) და მოხდეს დიფერენცირება სხვადასხვა ჰისტოლოგიურ ფორმებს შორის (ცისტა, მიქსოიდური დეგენერაცია, ფიბროზი და ა.შ.). ყოველივე ამის შემდეგ კი განსაზღვროს მკურნალობის სახე, ოპერაციული ჩვენების ტაქტიკა და ჩარევის მასშტაბები (163, 168, 189, 190, 191, 202).

უნდა აღინიშნოს, რომ ლიტერატორული წყაროების მიხედვით, მრავალი ავტორი აღნიშნავს მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნეების ჰიპერ და ჰიპოდიაგნოსტიკის შემთხვევებს, რაც გარკვეულწილად უკავშირდება დაავადების იშვიათობას, ზოგადი პროფილის ექიმების კლინიკურ შეცდომებს, ან დიაგნოსტიკური მეთოდების არასრულყოფილ და არათანმიმდევრულ გამოყენებასა და მცდარ შეფასებას. ყოველივე ზემოაღნიშნული კი აისახება მკურნალობის ეფექტურობასა და შორეულ შედეგებზე (41, 43, 44).

ამგვარად, მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნეების დიაგნოსტიკა რთულ პრობლემას წარმოადგენს. დღეისათვის არ არსებობს რაიმე უნიფიცირებული დიაგნოსტიკური კვლევების სქემა (ალგორითმი). ავადმყოფებს ჩვენების მიხედვით უტარდებათ როგორც ენდოსკოპური, რენტგენოლოგიური, ულტრაბგერითი, ასევე კომპიუტერული და მაგნიტურ-რეზონანსული გამოკვლევები, რაც დაავადების არსებობის შესახებ სრული ინფორმაციის მოპოვებისკენაა მიმართული.

1.4 მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნეების ქირურგიული მკურნალობის თავისებურებანი

მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნეების მკურნალობის დროს გამოიყენება ყველა ტრადიციული მეთოდი (ქირურგიული, სხივური და ქიმიოთერაპია, ან მათი კომბინაცია), რომლებსაც მიმართავენ როგორც დამოუკიდებლად, ისე კომბინაციაში (30, 41, 113), თუმცა მკურნალობის ძირითად, რადიკალურ და შეუცვლელ მეთოდად რჩება ქირურგიული (71, 92, 141, 143, 169).

მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნეების დროს ქირურგიული ჩარევა ინტრა-პერაციული გართულებებისა (პროფუზული სისხლდენა, სიმსივნის რადიკალური ამოკვეთა, ქირურგიული მიდგომის სიძნელეები და ა.შ.) და ხშირად მათი არადამაკმაყოფი-

ლებელი შედეგების გამო დიდ სიმწელებთან იყო დაკავშირებული. ამიტომ არცთუ იშვითად აღნიშნული ტიპის ავადმყოფები ინოპერაბელურად ითვლებოდნენ (11, 15, 57).

მკურნალობის ტაქტიკის შერჩევისათვის მეტად მნიშვნელოვანია დიაგნოსტიკური პარამეტრების ზედმიწევნით ზუსტი განსაზღვრა, რამეთუ ხშირად მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნეების ადგილობრივად გავრცელების დროს ხშირად ასეთი ავადმყოფები ინოპერაბელურად ითვლებიან.

ქირურგიული ჩარევის კრიტერიუმად საჭიროა განისაზღვროს:

1. რამდენად ოპერაბელურია სიმსივნე;
2. რამდენად მძიმეა ავადმყოფის ზოგადი მდგომარეობა;
3. როგორია ყოველ ინდივიდუალურ შემთხვევაში; ანესთეზიოლოგიის,

რენიმაციისა და რეაბილიტაციის შესაძლებლობები, რათა სწორად შეფასდეს ოპერაციული მკურნალობის ეფექტურობა (41, 43, 44).

მკურნალობის ტაქტიკის შერჩევისათვის მეტად მნიშვნელოვანია დიაგნოსტიკური პარამეტრების ზედმიწევნით ზუსტი განსაზღვრა, რამეთუ ხშირად მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნეების ადგილობრივად გავრცელების დროს ხშირად ასეთი ავადმყოფები ინოპერაბელურად ითვლებიან.

ქირურგიული ჩარევის კრიტერიუმად საჭიროა განისაზღვროს:

4. რამდენად ოპერაბელურია სიმსივნე;
5. რამდენად მძიმეა ავადმყოფის ზოგადი მდგომარეობა;
6. როგორია ყოველ ინდივიდუალურ შემთხვევაში; ანესთეზიოლოგიის,

რენიმაციისა და რეაბილიტაციის შესაძლებლობები, რათა სწორად შეფასდეს ოპერაციული მკურნალობის ეფექტურობა (41, 43, 44).

ლიტერატურაში Gross R.E (1951)-ის მიერ აღწერილია მცირე მენჯში ლოკალიზებული ორგანოსგარეშე სიმსივნეების ამოკვეთის შემთხვევები 2 ეტაპად: პირველ ეტაპზე სიმსივნის ამოკვეთა შორისის მიდამოდან, ხოლო (ოპერაციიდან 3 კვირის შემდეგ) მეორე ეტაპი, სიმსივნის რადიკალური ამოკვეთა მუცლის ღრუდან (56, 57). ამასთან, აღსანიშნავია ისიც, რომ მცირე მენჯში პრესაკრალურად მდებარე სიმსივნის პირველი წარმატებული ამოკვეთა წარმოებულ იქნა Blirard- ის მიერ 1841წ.

ქირურგიულ მიდგომასა და ოპერაციულ ტაქტიკას განსაზღვრავს სიმსივნის სახე, ლოკალიზაცია, ჰისტოლოგიური ტიპი და ზომები (36, 57, 62, 74, 79, 81, 99, 136).

ამასთან, მცირე მენჯში ლოკალიზებული ორგანოსგარეშე სიმსივნეების სამკურნალოდ სხვადასხვა ქირურგიული მიდგომა გამოიყენება (43, 136, 189, 196). მცირე მენჯში შედარებით მცირე ზომის ორგანოსგარეშე პრესაკრალური სიმსივნის დროს რიგი ავტორები მიმართავენ ქირურგიულ მიდგომას სწორი ნაწლავიდან (19, 26, 30). ქირურგიული ტაქტიკის ერთ-ერთ მეთოდს გავა-კუდუსუნის რეზექციით საკრალური მიდგომა წარმოადგენს. აღნიშნული მიდგომა უძველესია და აღწერილი აქვთ Blizard- და Kocher-ს ჯერ კიდევ გასულ საუკუნეში (41, 57, 58).

მოსაზრება მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნეების დროს რაციონალური ქირურგიული მიდგომის შესახებ დღესდღეობით ჯერ კიდევ დისკუსიის საგანია. თუმცა, აღსანიშნავია, მცირე მენჯში ორგანოსგარეშე სიმსივნეების ოპერაციული ჩარევის დროს აბდომინური და კომბინირებული მეთოდების მიდგომის უპირატესობანი სიმსივნის ადგილობრივი გავრცელების შემთხვევაშიც კი (44, 123, 180).

ქირურგიული მიდგომის ყველა შემთხვევაში მეტად მნიშვნელოვანია, ქირურგს მიეცეს საშუალება მოახდინოს: სიმსივნისა და მიმდებარე ორგანოებისა თუ ანატომიური სტრუქტურების კონტროლი, უსაფრთხო მობილიზაცია (სასიცოცხლო ანატომიური სტრუქტურებიდან, მაგისტრალური სისხლძარღვებიდან, აბლასტიკის დაცვით) და სიმსივნის ამოკვეთა მისი მთლიანობის დაურღვევლად საღი ქსოვილების ფარგლებში ან მეზობელი ორგანოებისა და სტრუქტურების ინვაზირებულ ნაწილთან ერთად. არსებობს მოსაზრება სიმსივნის პათოლოგიური სისხლმომარაგების შესახებ, რის გამოც, მრავალი ავტორი აღნიშნავს სიმსივნის ამოკვეთის აუცილებლობას სიმსივნის ირგვლივ 10 სმ-ის დიამეტრით საღი ქსოვილების ფარგლებში (41, 136).

მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნეების პრესაკრალური ლოკალიზაციის ქირურგიული მკურნალობისთვის რიგი ავტორების მიერ მოწოდებულ იქნა უკანა მიდგომა გავა-კუდუსუნის სეგმენტის რეზექციით, რომლის დროსაც ავადმყოფი მუცელზე წევს (57, 136). Smith B.-აზრით შესაძლებელი სისხლდენისა და სიმსივნის დისემინაციის თავიდან ასაცილებლად რეკომენდებულია ოპერაციის დაწყებისთანავე გავის ძვლის რეზექცია (1961),

რასაც არ იზიარებს Spencer R. J. - ი, მისი თანაავტორები (1962) და უპირატესობას ანიჭებენ დორზალურ მიდგომას გავის ძვლის რეზექციის გარეშე.

აღსანიშნავია ისიც, რომ რიგი ავტორები ეთანხმებიან რა ზემოხსენებულ ტაქტიკას, უპირატესობას ანიჭებენ შორისისა და საკრალურ მიდგომას და მას მცირე მენჯის ორგანოდარეშე სიმსივნეების ქირურგიული მკურნალობის ეფექტურ მეთოდად მიიჩნევენ (34, 56, 136).

მცირე მენჯის პრესაკრალურად მდებარე ორგანოსგარეშე სიმსივნეების ქირურგიული მკურნალობისათვის საკრალურ მიდგომას იყენებენ ანიჭებენ Miglioelli F. და მისი თანამოაზრეები (1967), სხვები კი ზემოაღნიშნული სიმსივნეების ქირურგიული მკურნალობისათვის მიმართავენ აბდომინურ მიდგომას (41, 43, 44, 189).

ზემოაღნიშნულ მოსაზრებას ეთანხმება ზოგიერთი თანამედროვე ავტორი და საკრალურ მიდგომას მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნეების, როგორც ავთვისებიანი, ისე კეთილთვისებიანი წარმონაქმნების რადიკალურ ქირურგიულ მკურნალობაში სასურველ მეთოდად თვლიან (136).

აღნიშნული ლოკალიზაციების სიმსივნეების დროს ასევე მოწოდებულია ქირურგიული მიდგომის კომბინირებული მეთოდები, როგორცაა: მუცლის ღრუდან და შორისის მიდამოდან, იშვიათად კი მუცლის ღრუდან და საკრალური მიდამოდან (57, 58), ხოლო სწორი ნაწლავის კედელში განვითარებული კეთილთვისებიანი სიმსივნეების ქირურგიული მკურნალობის დროს კი ზოგიერთი მათგანი იყენებს ტრანსსანალურ მიდგომას (12, 26, 27, 55, 57).

საკრალურ მიდგომის დროს, (50, 52, 58) გავის ძვლის ქვედა სეგმენტის (აუცილებელი) რეზექციის შემდეგ ჭრილობას ხურავენ ყრუდ, ან ტამპონების დატოვებითა და ნახევრად ღიად დატოვებით.

ამასთან, სხვადასხვა მიდგომით მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნეების რადიკალური მკურნალობის მიუხედავად, როგორც კეთილთვისებიანი, ისე ავთვისებიანი ფორმების დროს რიგ ავტორებს აღწერილი აქვთ რეციდივების ხშირი განვითარება, რაც მერყეობს 37-დან 77%-მდე (43, 98, 123, 129).

მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნეების დროს სწორი ქირურგიული ტაქტიკა მოიცავს: ქირურგიული მიდგომისა და ოპერაციის მასშტაბის სწორად შერჩევას. მრავალი

თანამედროვე ავტორის მიერ მოწოდებული ექსტრაბდომინური ოპერაციული მიდგომა უარყოფილია რადიკალიზმის, ოპერაციული მიდგომის სირთულისა და ამასთან, შესაძლო გართულებების მაღალი პროცენტული მაჩვენებლების გამო. თუმცა, ზემოხსენებული ქირურგიული მიდგომით დღემდე წარმატებით ხორციელდება ამავე ლოკალიზაციის კეთილთვისებიანი სიმსივნეების რადიკალური ამოკვეთა (136, 167).

ამგვარად, მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნეების ოპერაციული ტაქტიკის განსაზღვრის დროს საყურადღებოა ის ფაქტი, რომ დღეისათვის არ არსებობს ქირურგიული მკურნალობის ერთადერთი მეთოდი, რომელსაც შერჩევისას უპირატესობა ენიჭება (159, 169, 171, 194). აღნიშნული გარკვეულწილად დაკავშირებულია ტექნიკურ სიმნელებთან და შესაძლო გართულებებთან. თუმცა ავტორთა აზრით, მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნეების ინტრაოპერაციული გართულებების დროს არცთუ იშვიათად საჭირო ხდება მრავალეტაპიანი აბდომინური ოპერაციების ჩატარება (58, 171).

უკანასკნელი წლების განმავლობაში, ანესთეზიოლოგიური სამსახურის განვითარების, ქირურგიული ტექნიკის დახვეწისა და გაუმჯობესების შემდეგ, შესაძლებელი გახდა იმ სიმსივნეების რადიკალური ამოკვეთა, რაც ადრე შეუძლებლად მიაჩნდათ. ამგვარი ოპერაციების რიცხვს მიეკუთვნება: მცირე მენჯის ღრუს ორგანოების ეგზენტერაცია, ჰემიპელვექტომია და ა.შ.

ზემოხსენებული ოპერაციების შესრულება მოითხოვს შესაბამის გამოცდილებასა და ტექნიკის ზედმიწევნით ცოდნას (151, 163, 170), თუმცა უნდა აღინიშნოს, რომ მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნეების დროს რადიკალიზმის მიუხედავად, მეტად მნიშვნელოვანი ხდება განისაზღვროს ისეთი პარამეტრი, როგორცაა ოპერაციის შემდეგ ავადმყოფების ცხოვრების ხარისხი (124, 165, 184).

ამგვარად, მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე ავთვისებიანი სიმსივნეების ქირურგიული მკურნალობის ძირითად პრინციპს წარმოადგენს: სიმსივნის ფართო ამოკვეთა, მინიმალური ტრავმა, მაქსიმალური აბლასტიკა და ამასთან ავადმყოფთა ცხოვრების ხარისხის შენარჩუნება (147, 152).

მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნეების ოპერაციის შემდგომი გართულებები არ განსხვავდება სხვა ქირურგიული ჩარევის შემდგომი გართულებებისაგან (სისხლდენა, ჰემატომა, ჭრილობის დაინფიცირება), თუმცა უნდა აღინიშნოს, რომ ზოგიერთ ავტორს

აღწერილი აქვს ზემოხსენებული ლოკალიზაციების დროს ზურგის ტვინის მაგარი გარსის დაზიანების შემთხვევები (57, 58, 156).

უნდა აღინიშნოს, რომ ხშირად, მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნეების რეციდივის დროს მიმართავენ განმეორებით ოპერაციას: სიმსივნის ფართო ამოკვეთას ჯანმრთელი ქსოვილების ფარგლებში, ან/და კომბინირებულ მკურნალობას. ამასთან, მცირე მენჯში სიმსივნის პრესაკრალურად ლოკალიზების დროს, არსებობს მოსაზრება აღწერილი დაავადებების შემთხვევაში კუდუსუნის აუცილებელი რეზექციის შესახებ, სიმსივნის ახლოს მდებარეობისას ხშირი რეციდივების გამო (13, 136).

მკურნალობის შორეული შედეგები ერთობ ვარიაბელურია სხვადასხვა ავტორთა მონაცემებით 5 წლიანი გამოჯანმრთელების მაჩვენებელი მერყეობს 20-დან 62%-მდე (41, 198, 202). აღნიშნულ მაჩვენებლებს განსაზღვრავს დაავადების სიმძიმე მისი გამოვლენის მომენტში, სრულყოფილი დიაგნოსტიკა და მაღალკვალიფიციური ქირურგიული ჩარევა. დაავადების პროგნოზირების უმნიშვნელოვანეს კრიტერიუმს წარმოადგენს დაავადების ჰისტოლოგიური ფორმა (26, 54, 78, 119).

მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნეების ზოგიერთი ლოკალიზაციის დროს მიზანშეწონილია რადიკალურ ქირურგიულ მკურნალობასთან ერთად ჩატარდეს სხივური თერაპიის კურსი. ამასთან, სხივური თერაპია შესაძლებელია დაინიშნოს ოპერაციამდე, ან/და მის შემდეგ (108, 112, 161). დასხივების ოპერაციამდე ჩატარების შემთხვევაში უმნიშვნელოვანეს კრიტერიუმს წარმოადგენს დიაგნოზის მორფოლოგიური ვერიფიცირება, ხოლო სიმსივნის დაჩირქებისა და სისხლდენის შემთხვევაში, სხივური თერაპია უკუნაჩვენებია (175, 180).

დღეისათვის მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნეების დროს რბილქსოვილოვანი სარკომების შემთხვევაში მკურნალობის ეფექტურ მეთოდს წარმოადგენს კომპლექსური მკურნალობა: ოპერაციის წინ ინტრაარტერიულად სუპერსელექტიური პოლიქიმიოთერაპიის ჩატარება პლატინის პრეპარატებით, ადრიამიცინით, ფარმარუბიცინით, დოქსორუბიცინით, მეტოტრექსატით (მიღებული ეფექტის მიხედვით ატარებენ-1, 2, 3, 4 კურსს 3-4 კვირის ინტერვალით), რის შემდეგაც ნიშნავენ ოპერაციის შემდგომ სხივურ თერაპიას (180, 181). ამასთან, დასხივების დოზირება და მეთოდიკა ინდივიდუალურია და დამოკიდებულია სიმსივნის ლოკალიზაციაზე, ზომებზე, ოპერაციის ფართობსა და რაც მთავარია ჰისტოლოგიურ ფორმაზე (113, 157, 180).

მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნეების რბილქსოვილოვანი ფორმების არც ერთი ჰისტოლოგიური ტიპისათვის სხივური თერაპია, როგორც მკურნალობის დამოუკიდებელი მეთოდი, არ გამოიყენება. მას მონოთერაპიის სახით მიმართავენ მხოლოდ პალიატიური მიზნით გავრცელებულ ინოპერაბელურ შემთხვევებში (113, 185).

ყველა იმ შემთხვევაში, როდესაც მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე ავთვისებიანი სიმსივნეების დროს ვერ ხერხდება დიაგნოზის ვერიფიცირება, ქირურგიული მკურნალობა წარმოადგენს როგორც მკურნალობის სახეს, ასევე დიაგნოსტიკის საბოლოო ეტაპს. უნდა აღინიშნოს, რომ სამედიცინო პრაქტიკაში დიაგნოსტიკის მაღალტექნოლოგიური კვლევების ფართოდ დანერგვის შემდეგ, მნიშვნელოვნად შემცირდა დიაგნოსტიკური ლაპაროტომიების რიცხვი და მნიშვნელოვნად გაიზარდა რადიკალური მკურნალობის ოპტიმალური შერჩევის შესაძლებლობა (141, 178, 185).

ასე რომ მიუხედავად მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნეების ქირურგიული მკურნალობის მრავალწლიანი ისტორიის რიგი საკითხები ჯერ კიდევ მოითხოვს დახვეწას, კერძოდ, დასაზუსტებელი ოპტიმალური ქირურგიული მიდგომასთან მიმართებაში სიმსივნის ლოკალიზაციის გათვალისწინება, შესასწავლია სხვადასხვა ჰისტოტიპის სიმსივნეების ქირურგიული და კომბინირებული მკურნალობის გამოსავალი და შედეგები, ოპერაციის მასშტაბი სხვადასხვა ლოკალიზაციის და ადგილობრივი და რეგიონული გავრცელების გათვალისწინებით.

II თავი

კვლევის მასალა და მეთოდები

შესწავლილია მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნეებით დაავადებული 103 ავადმყოფის ისტორია, რომლებსაც 1984-2004 წლებში ჩაუტარდათ გამოკვლევა და მკურნალობა ონკოლოგიის ნაციონალურ ცენტრში, სამედიცინო რადიოლოგიის სამეცნიერო კვლევით ინსტიტუტში, რესპუბლიკის პროქტოლოგიის ცენტრსა და კაროლინსკას ჰოსპიტალში (სტოკჰოლმი, შვედეთი). მათ შორის ქალი იყო 54 (52,4%); მამაკაცი- 49 (47,6%). ავადმყოფთა ასაკი მერყეობდა 18-75 წლებს შორის. ყველა ავადმყოფი სტაციონარში მოთავსებული იყო დაავადების კლინიკური სიმპტომების მანიფესტაციისა და გართულების სტადიაში. გამოკვლეული ავადმყოფები სქესისა და ასაკის მიხედვით განაწილდა

მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნეებით დაავადებული ავადმყოფების
განაწილება სქესისა და ასაკის მიხედვით

ასაკობრივი ჯგუფები		<20		21-30		31-40		41-50		51-60		61-70		70 <	
კაცი ♂	ქალი ♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀
		2	2	3	2	10	19	10	11	16	6	5	8	3	6
სულ 103		4		5		29		21		22		13		9	
100 %		3,9%		4,8%		28,2%		20,4%		21,4%		12,6%		8,7%	

როგორც ცხრილიდან ჩანს, მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნეებით ყველაზე ხშირად ავადდებიან 31-60 წლის ასაკის პირები.

მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე პირველადი სიმსივნე აღენიშნა 92 ავადმყოფს (89,3%), რეციდიული - 11 (10,7%)-ს. მათ შორის ავთვისებიანი სიმსივნე აღენიშნებოდა 64 ავადმყოფს (62,1%), ხოლო კეთილთვისებიანი კი – 39-ს (37,9%).

ოპერაცია ჩატარდა 85 შემთხვევაში (82,5%). მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნის დიაგნოზით ოპერირებული ავადმყოფის განაწილება ჰისტოლოგიური ფორმების მიხედვით წარმოდგენილია № 2 ცხრილში.

მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნეებით დაავადებული ავადმყოფების
განაწილება ჰისტოლოგიური ფორმის მიხედვით

ჰისტოლოგიური ფორმა	რაობა	%	ჰისტოლოგიური ფორმა	რაოდება	%
დერმოიდული კისტა	18	17,4	ლიპოსარკომა	7	7,8
ტერატომა	19	18,4	ლეიომიოსარკომა	3	2,8
ფიბროლეიომიომა	2	1,9	სიმპატიბლასტომა	1	0,9
ავთვისებიანი მეზოთელიომა	1	0,9	ანგიოლეიომიოსარკომა	2	1,9
ავთვისებიანი მეზენქიომა	1	0,9	ანგიოსარკომა	2	1,9
ტერატობლასტომა	3	2,8	ნეიროფიბროსარკომა	1	0,9
ფიბროსარკომა	10	11,6	ქონდროსარკომა	4	4,8
რაბდომიოსარკომა	6	5,9	ოსტეობლასტოკლასტომა	1	0,9
მიქსოსარკომა	2	1,9	ხორდომა	2	1,9

ოპერაციული მასალიდან აღებული სერიული პრეპარატები იღებებოდა ჰემატოქსილინ-ეოზინით.

კლინიკური დიაგნოზი ემყარებოდა: თითოთ რექტალურ და ვაგინალურ გამოკვლევას, ანოსკოპიის, კოლონოსკოპიის, რექტორომანოსკოპიის, მიმოხილვითი და კონტრასტული რენტგენოგრაფიის (ირიგოსკოპიის, ფისტულოგრაფიის, დაღმავალი უროგრაფიის), ექოსკოპიის, კომპიუტერული და მაგნიტურ-რეზონანსული ტომოგრაფიის, ლაპაროტომიის, ციტოლოგიის მონაცემებს. მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნეებით დაავადებულ ავადმყოფებში გამოკვლევის მეთოდები, მათი განაწილება სქესისა და ასაკის მიხედვით წარმოდგენილია¹³ ცხრილში.

მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნეებით დაავადებულ ავადმყოფებში გამოკვლევების მეთოდების სიხშირე და მათი განაწილება სქესისა და ასაკის მიხედვით

გამოკვლევის მეთოდი	<20		21-30		31-40		41-50		51-60		61-70		70 <		სულ	%
	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀		
რექტალური	2	2	3	2	8	19	1	9	16	6	5	7	3	4	96	93
ვაგინალური გასინჯვა	-	-	-	2	-	18	-	1	-	6	-	8	-	6	50	49
ანოსკოპია	-	-	2	1	4	2	3	2	1	-	1	-	-	-	16	15
რექტორომანოსკოპია	1	1	2	2	5	16	8	6	15	5	4	7	3	3	79	76
კოლონოსკოპია	-	-	1	-	4	5	4	3	4	2	1	3	1	2	29	28
რენტგენოგრაფია	2	1	1	1	2	4	1	-	4	4	3	3	-	-	26	25
ირიგოგრაფია	-	-	2	-	3	12	5	2	4	2	2	3	2	3	40	38
ფისტულოგრაფია	-	-	-	1	1	5	-	3	1	-	-	1	1	1	14	13
ექსერტორული უროგრაფია	-	1	-	-	2	2	4	4	6	-	-	3	-	-	22	21
ექსკოპია	2	2	2	1	6	14	9	6	13	3	2	5	1	2	68	66
კტ	1	1	1	1	-	6	4	2	4	1	2	1	1	-	25	24
მრტ	1	1	2	-	3	5	3	2	3	3	1	3	-	1	28	27
ციტომორფოლოგიური კვლევა	2	2	2	2	5	17	7	6	13	3	2	4	2	3	71	68
ლაპაროტომია	-	-	-	-	-	1	2	-	2	1	1	-	-	-	7	6,

ზემოხსენებული დიაგნოსტიკური მეთოდების გარდა, ვიყენებდით სხვადასხვა კლინიკო-ლაბორატორიულ გამოკვლევებს: სისხლის საერთო, ბიოქიმიურ და შარდის ანალიზებს, ღვიძლის ფუნქციურ სინჯებს, ოპერაციის შემდგომ პერიოდში სხივური დიაგნოსტიკის მაღალტექნოლოგიურ მეთოდებს, რაც გვეხმარებოდა დაავადების მიმდინარეობისა და ავადმყოფის ზოგადი მდგომარეობის შეფასებაში.

მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნეების მკურნალობის ძირითადი მეთოდი ქირურგიულია. სხივური და ქიმიოთერაპია გამოიყენება როგორც კომპლექსური მკურნალობის კომპონენტი ან დამოუკიდებლად ინოპერაბელურ შემთხვევებში მორფოლოგიური კვლევის შემდეგ.

როგორც პირველადი, ასევე რეციდიული სიმსივნეების დროს ქირურგიული მიდგომა დამოკიდებული იყო სიმსივნის ლოკალიზაციაზე. ოპერაციები შორისის მიდგომით გაკეთდა 44 (51,8%), საკრალური 8 (9,8%), აბდომინური 26 (30,6%) და კომბინირებული (აბდომინურ-შორისის) მიდგომით 7 შემთხვევაში (8,2%).

103 ავადმყოფიდან 18 შემთხვევაში ზოგადი მდგომარეობისა და დაავადების გავრცელების გამო ოპერაციულ მკურნალობისგან თავი იქნა შეკავებული. ჩვენების მიხედვით მათ დაენიშნათ სიმპტომური, სხივური და ქიმიოთერაპია. 18-დან 10 ავადმყოფს (55,5%) სხივური თერაპიის (70გრ) მიღების შემდეგ აღენიშნა სუბიექტური მდგომარეობის გაუმჯობესება, თუმცა სიმსივნური წარმონაქმნი დარჩა კვლავ ინოპერაბელური. 8 ავადმყოფს (44,5%) ჩატარებული სხივური თერაპიის შემდეგ რაიმე ცვლილებები არ აღენიშნა, რის გამოც დაენიშნათ ბინაზე სიმპტომური მკურნალობა. სამწუხაროდ, ზემოაღნიშნული 18 ავადმყოფის შემდგომი ბედი ჩვენთვის უცნობი დარჩა.

ჩატარებული 85 ოპერაციიდან: 83 იყო გეგმიური (97,6%), ხოლო 2 – სასწრაფო (2,3%). სასწრაფო ოპერაციის ჩატარების მიზეზს ერთ შემთხვევაში წარმოადგენდა გაუვალობა, ხოლო მეორე შემთხვევაში კი – სიმსივნის შარდის ბუმტის ყელზე ზეწოლა. შესაბამისად, ორივე ავადმყოფს ჩაუტარდა პალიატიური ოპერაციები: ორლულიანი კოლოსტომისა და ეპიცისტოსტომის ჩამოყალიბებით.

83 გეგმიური ოპერაციიდან: რადიკალური იყო 74 (87,1%), პალიატიური – 2 (2,3%) და სამკურნალო-დიაგნოსტიკური – 7 (8,2%).

რადიკალური ოპერაციებიდან 49 შემთხვევაში (57,6%) ჩატარდა სიმსივნის ამოკვეთა, ხოლო 36 შემთხვევაში (42,3%) – კომბინირებული ოპერაცია მიმდებარე ორგანოების (სწორი ნაწლავის, შარდის ბუმტის, საკვერცხის, საშვილოსნოს ყელის, კუდუსუნის) რეზექციით ან ექსტირპაციით.

გეგმიური ოპერაციებიდან 2 შემთხვევაში (2,4%) პალიატიური ოპერაცია შემოიფარგლა ორლულიანი კოლოსტომის ფორმირებით;

სამკურნალო-დიაგნოსტიკური 7 (8,2%) ოპერაციიდან 3 (3,6%) შემთხვევაში ოპერაცია შემოიფარგლა ეპიცისტოსტომის, ხოლო 4 (4,8%) შემთხვევაში ქირურგიული ჩარევისას მოხდა სიმსივნის რადიკალურად ამოკვეთა.

მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნეების ქირურგიული მკურნალობის უახლოესი და შორეული შედეგების შეფასებისათვის ნაოპერაციევი 85 ავადმყოფი დაიყო ორ ჯგუფად: I ჯგუფში გაერთიანდა 38 ავადმყოფი (44,7%), რომელთაც ჩაუტარდათ დიაგნოსტიკური კვლევები მხოლოდ ტრადიციული მეთოდებით, მათ შორის 21-ს (24,7%) - კეთილთვისებიანი და 17-ს (20,0%) - ავთვისებიანი. II ჯგუფის 47 ავადმყოფს (55,3%) დიაგნოზი დაესვა მაღალტექნოლოგიური სხივური მეთოდებით - კტ და მრტ, რომელთა შორისაც კეთილთვისებიანი იყო 18 (21,2%) და ავთვისებიანი - 29 (34,1%).

მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნეების ოპერაციის შემდგომ პერიოდში ორივე ჯგუფში შორეული შედეგები შესწავლილ იქნა 57 შემთხვევაში (67,0%). მათ შორის I ჯგუფიდან იყო 25 ავადმყოფი (43,8%) (კეთილთვისებიანი - 8(14,0%) და ავთვისებიანი - 17 (29,8%), ხოლო II ჯგუფიდან კი იყო 32 ავადმყოფი (56,1%) (კეთილთვისებიანი - 11 (19,3%) და ავთვისებიანი - 21 (47,7%). ორივე ჯგუფში კეთილთვისებიანი სიმსივნე იყო 19 (33,3%), ხოლო ავთვისებიანი კი - 38 (66,7%).

კლინიკური მასალის შესახებ მონაცემების სპეციალურ მატრიცაზე კოდირების შემდეგ ინფორმაცია დამუშავდა პერსონალური კომპიუტერის პროგრამებით. ანალიზისათვის გამოყენებულ იქნა მონაცემების ავტომატიზებული დამუშავების სისტემა.

დიაგნოსტიკური მეთოდების ინფორმაციულობის შესაძლებლობების შეფასებისათვის გამოყენებულ იქნა მგრძნობელობის (Sensitivity) მაჩვენებელი:

$$\text{mgrZnobeloba} = \frac{\text{მოცემული მეთოდით გამოვლენილი ავადმყოფები}}{\text{დაავადებულთა რეალური რიცხვი}} \times 100\%$$

შეფასებულ იქნა სიცოცხლის ხანგრძლივობის (Survival) მაჩვენებელი, ხოლო დაავადების პროგნოზის ანალიზისათვის გამოყენებულ იქნა Case Fatality Rate-ის მეთოდი.

$$\text{Case Fatality Rate} = \frac{\text{n გარდაცვლილ ავადმყოფთა რიცხვი}}{\text{-----}}$$

■ დაავადებულ ავადმყოფთა რიცხვი

ჩატარებული გამოკვლევების ციფრობრივი მახასიათებლები დამუშავდა ვარიაციული სტატისტიკის მეთოდებით. საშუალო სიდიდეების სარწმუნოობა შეფასებულ იქნა დამაჯერებლობის კრიტერიუმის დახმარებით, რომლის შეფასება მოხდა სპეციალური სტატისტიკური ტესტის გამოყენებით (Two by two test): [http:// statpages.org/javastat.html](http://statpages.org/javastat.html) (Interactiva Statistical Calculation Pages).

III თავი

მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნეების კლინიკური მიმდინარეობის თავისებურებები

მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნეების კლინიკა მეტად მრავალფეროვანია. მათ მიმდინარეობაში გამოყოფენ 3 სტადიას: 1) დაავადების უსიმპტომო მიმდინარეობას, 2) სიმპტომების მანიფესტაციისა და 3) გართულებების სტადიას (56, 57, 58,).

მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნეების უსიმპტომოდ მიმდინარეობის დროს დაავადების გამოვლენა დაკავშირებულია პროფილაქტიკურ გასინჯვებთან. უმეტეს შემთხვევაში დიაგნოსტიკა ხდება გართულებების სტადიაში, როდესაც თავს იჩენს კლინიკური სიმპტომები (39, 41, 44, 57). ხშირად პირველად გამოვლენილი კლინიკური სიმპტომი არა დაავადების, არამედ მისი გართულების მანიფესტაციაზე მიუთითებს.

დაავადების ხანგრძლივად უსიმპტომო მიმდინარეობა უმეტესად კეთილთვისებიან სიმსივნეებს ახასიათებს, ხოლო ავთვისებიანი სიმსივნეები უფრო ადრეულ სტადიაში ვლინდება. ჩივილები შესაძლებელია დაკავშირებული იყოს ისეთ პათოლოგიურ პროცესებთან, როგორცაა: სიმსივნის მეზობელ ორგანოებსა, თუ ქსოვილებზე ზეწოლა, დიზურიული თუ დისპეფსიური მოვლენები, ტკივილი გავა-კუდუსუნის და ჰიპოგასტრიუმის მიდამოში, ნევრალგია, ტემპერატურის მომატება, პერიანალურ მიდამოში ხვრელმილების განვითარება, ზოგადი ინტოქსიკაცია, რიგ შემთხვევებში პათოლოგიური და ხშირად სისხლიანი გამონადენის არსებობა საშოდან ან სწორი ნაწლავიდან. ყოველი ზემოაღნიშნული სიმპტომის გამოვლენა ძირითადად დაკავშირებულია სიმსივნის ლოკალიზაციასთან.

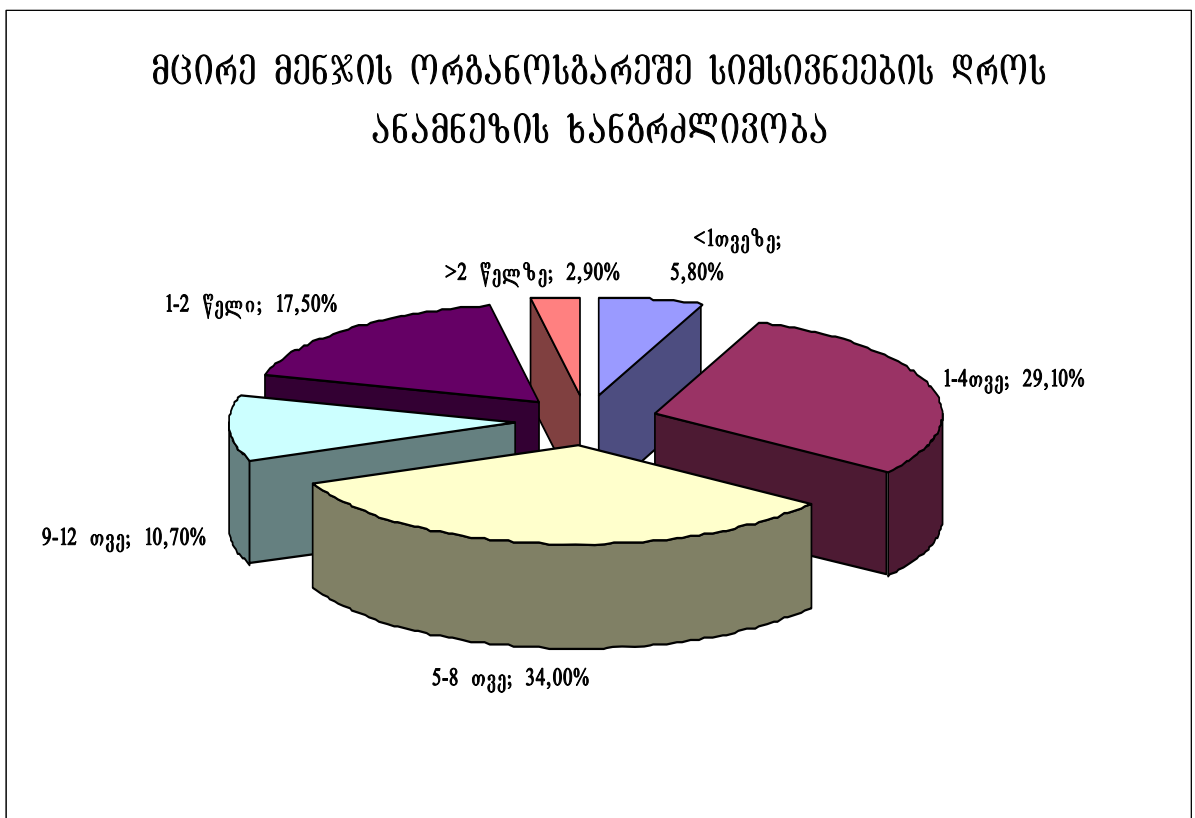
ტერატომის ან დერმოიდული კისტის შორისის, რექტოვაგინურ, იშიორექტულ ან პელვეორექტულ სივრცეში მდებარეობისას ხშირად შესაძლებელია სიმსივნის პალპირება, რაც უმეტეს შემთხვევაში ტკივილის გარეშე მიმდინარეობს და მათი გამოვლენა ხდება

პაციენტის მიერ, ან პროქტოლოგიური გასინჯვის დროს. სიმსივნის პრესაკრალური ლოკალიზაციისას ხშირად ტკივილი ირადირდება გავა-კუდუსუნის, წელის, დუნდულოების ან ანუსის არეში. სხვადასხვა ინტენსივობის ტკივილის ფენომენს ხშირად თან ახლავს სიმსივნის კომპრესიით თუ ჩაზრდით გამოწვეული ორგანოების დისფუნქცია და ინტოქსიკაციური სინდრომი.

მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნეების მქონე ავადმყოფები ექიმთან პირველადი მიმართვის დროს აღნიშნავენ სხვადასხვა ხასიათის ჩივილებს. პაციენტების მიერ შეფასებული ანამნეზის ხანგრძლივობა კი მერყეობდა რამოდენიმე კვირიდან რამოდენიმე წლამდე.

მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნეების ავადმყოფთა ანამნეზის ხანგრძლივობა წარმოდგენილია № 1 დიაგრამაზე.

დიაგრამა № 1



როგორც დიაგრამიდან ჩანს, ავადმყოფთა უმრავლესობის ანამნეზის ხანგრძლივობა მერყეობდა 5-დან 8 თვემდე (34,0%). ავადმყოფების 17,5% უჩიოდა დაავადებასთან

დაკავშირებული სიპტომების გამოვლენას 1-დან 2 წლამდე. სიმპტომების მანიფესტაცია ერთ თვეზე ნაკლები ხანგრძლივობით, აღინიშნებოდა მხოლოდ შემთხვევათა 5,8%-ს.

დაავადების ხანგრძლივი ანამნეზი ძირითადად ტერატომებისა და დერმოიდული კისტებისათვის იყო დამახასიათებელი, ხოლო შედარებით სწრაფი მანიფესტაცია უპირატესად ავთვისებიანი სიმსივნეების შემთხვევებში გამოვლინდა.

ჩვენი გამოკვლევებით დადგინდა, რომ მცირე მენჯის არაორგანულ სიმსივნეების დროს პაციენტები პირველ რიგში მიმართავდნენ: გინეკოლოგს, ზოგად ქირურგს, უროლოგს, ინფექციონისტს. მხოლოდ რიგი კლინიკური კვლევების ჩატარების შემდეგ ისინი იგზავნებოდნენ ონკოლოგიურ კლინიკაში.

დიაგნოსტიკური შეცდომების ძირითად მიზეზს კლინიკური ნიშნების მრავალფეროვნება წარმოადგენდა. მოვიყვანთ მაგალითს.

1) ავადმყოფი ქალი ა.გ. (ისტ. 13369/94), 52 წელის, რომლის წინასწარ დიაგნოზს წარმოადგენდა საკვერცხის კიბო და აღინიშნებოდა მარცხენა ჰიპოგასტრიუმის საპროექციო არეში სიმსივნური კონგლომერანტი, რომელიც დადასტურდა ექოსკოპიური გამოკვლევით, ჩვენს მიერ ჩატარებული მაგნიტურ-რეზონანსული კვლევით კლინიკაში დასმული იქნა მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნე, რომელიც ლოკალიზდებოდა შარდის ბუშტის გვერდით კედელთან. ავადმყოფს ჩაუტარდა სიმსივნის რადიკალური ამოკვეთა აბდომინური მიდგომით. ოპერაციის შემდგომი ჰისტომორფოლოგიური კვლევით დადგინდა რაბდომიოსარკომის დიაგნოზი.

2) ავადმყოფი, 47 წლის მამაკაცი კ.ი.. (ისტ. 1213/02) კლინიკაში შემოვიდა დიაგნოზით სწორი ნაწლავის კიბო, ხოლო ონკოლოგიის ნაციონალურ ცენტრში ჩატარებული კომპიუტერული ტომოგრაფიითა და ტრეპანბიოფსიით გამოირიცხა სწორი ნაწლავის კიბო და დაისვა მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე ავთვისებიანი სიმსივნის დიაგნოზი. ჩატარდა ოპერაცია აბდომინური მიდგომით. ოპერაციის შემდგომი ჰისტომორფოლოგიური კვლევით დადგინდა მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნე (ანგიოპერიციტომა).

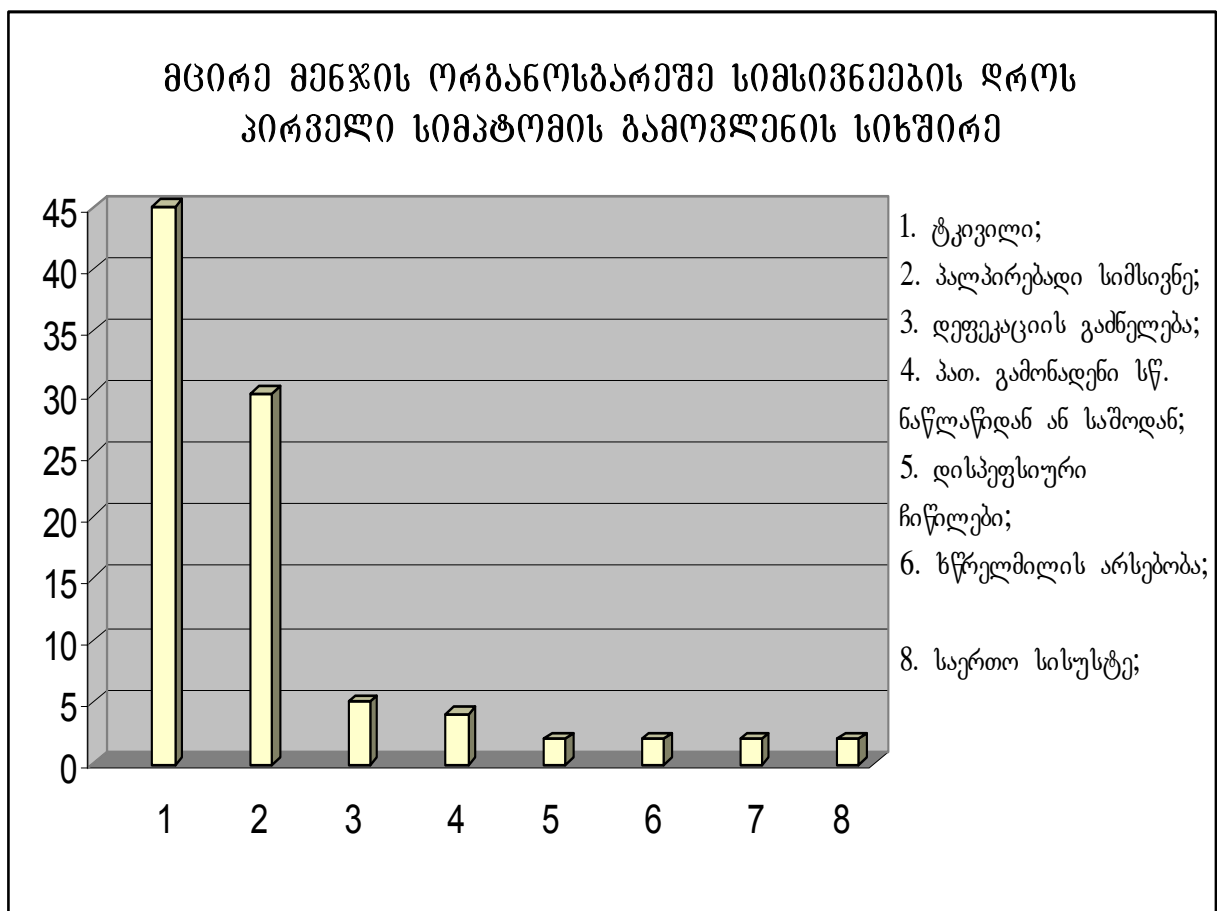
ჩვენს მიერ წარმოდგენილი კლინიკური მასალის ანალიზმა დაგვანახა, რომ ყველა

ავადმყოფი სტაციონარში მოთავსებულ იყო მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნეების კლინიკური სიმპტომების მანიფესტაციის და გართულების სტადიაში. ჩატარებულმა კვლევებმა აჩვენა, რომ კლინიკური ნიშნების გამოვლენა ძირითადად დამოკიდებულია მცირე მენჯის ღრუში სიმსივნის ლოკალიზაციაზე, მის ზომაზე და დაავადების მიმდინარეობაზე.

მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნეების როგორც ავთვისებიანი, ისე კეთილთვისებიანი ფორმების შემთხვევებში დაავადების პირველი ნიშნების გამოვლენა ხდებოდა სხვადასხვა კლინიკური სიმპტომებით.

მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნეების დროს პირველი სიმპტომების გამოვლენის სიხშირე წარმოდგენილია № 2 დიაგრამაზე.

დიაგრამა № 2



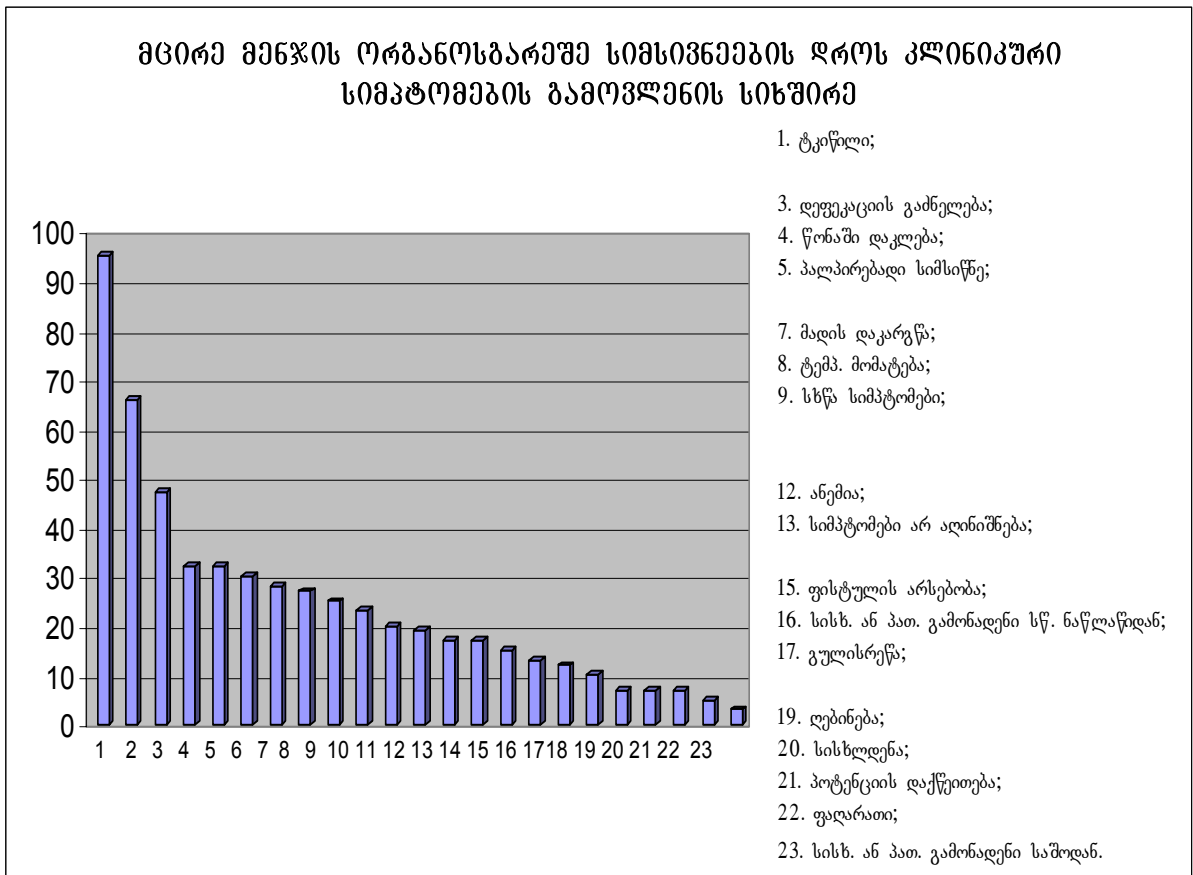
როგორც დიაგრამიდან ჩანს, რომ მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნეებით დაავადებული 103 ავადმყოფიდან ანამნეზური მონაცემების მიხედვით დაავადების პირველი სიმპტომის გამოვლენა მოხდა 92 შემთხვევაში (89,3%). მათ შორის დაავადების კლინიკური გამოვლენის პირველ ნიშანს 45 ავადმყოფში (43,7%) წარმოადგენდა სხვადასხვა ლოკალიზაციის, ხასიათისა და ინტენსივობის ტკივილი, 30 ავადმყოფს (29,1%) აღენიშნებოდა პალპირებადი სიმსივნე დუნდულოს, კუდუსუნისა და შორისის არეში. სიმსივნის არსებობით გამოწვეული კომპრესიული სინდრომის შედეგად პირველ სიმპტომად 5 ავადმყოფს (4,9%) დაუდგინდა დეფეკაციის გაძნელება. სიმსივნის მსხვილი ნაწლავის კედელში ჩაზრდით ან პათოლოგიური ხვრელმილის განვითარების შედეგად 4 ავადმყოფს (3,9%) დაავადების პირველი სიმპტომი გამოვლინდა პათოლოგიური გამონადენით სწორი ნაწლავიდან, 2 ავადმყოფს (1,9%) ფალარათით, 2-ს (1,9%) პათოლოგიური ხვრელმილის არ-სებობით, ხოლო 2 ავადმყოფს (1,9%) შარდვის გაძნელებით, ხოლო 2-ს (1,9%) საერთო სისუსტით.

მცირე მენჯში სხვადასხვა ლოკალიზაციისა და ჰისტოლოგიური ფორმის სიმსივნის დროს ტკივილის, როგორც პირველი სიმპტომის არსებობა გამოწვეულია არა მარტო კომპრესიული სინდრომით, არამედ სიმსივნის ჩაზრდით ირგვლივმდებარე ორგანოებსა და ქსოვლებში. დაავადების კეთილ-თვისებიანი მიმდინარეობის დროს, ხშირად ტკივილის მიზეზს წარმოადგენს პათოლოგიური ხვრელმილების წარმოქმნა ან სიმსივნის დაჩირქება.

ყოველივე ზემოთქმულიდან გამომდინარე, მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნეების დროს კლინიკური სურათის პირველი ნიშნის გამოვლენა დაკავშირებულია მცირე მენჯში სიმსივნის არსებობასთან, კომპრესიულ ან ინვაზიურ სინდრომთან, რომელთა განვითარების სისწრაფეს მნიშვნელოვნად განაპირობებს ახალწარმონაქმნის ჰისტოლოგიური ტიპი.

მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნეების ყველა შემთხვევაში კლინიკური მანიფესტაციისა და გართულებების დროს ადგილი აქვს სხვადასხვა სიმპტომებს.

№ 3 დიაგრამაზე წარმოდგენილია ყველა იმ სიმპტომის გამოვლენის სიხშირე, რომელიც აღენიშნებოდა ჩვენს მიერ გამოკვლეულ 103 ავადმყოფს.



როგორც დიაგრამიდან ჩანს, ავადმყოფებს აღენიშნებოდათ სხვადასხვა კლინიკური სიმპტომები განსხვავებული სიხშირით. ასე მაგალითად: ტკივილი 95 შემთხვევაში (92,2%), ზოგადი სისუსტე 66 შემთხვევაში (64,1%), დეფეკაციის გაძნელება 45 შემთხვევაში (45,6%), წონაში დაკლება 32 შემთხვევაში (31,1%), პალპირებადი სიმსივნე 32 შემთხვევაში (31,1%), დიზურია 30 შემთხვევაში (29,1%), მადის დაკარგვა 28 შემთხვევაში (27,2%), ტემპერატურის მომატება 27 შემთხვევაში (26,2%), ტენიუმები 23 შემთხვევაში (22,3%), ყაზობა 20 შემთხვევაში (19,4%), ანემია 19 შემთხვევაში (18,5%), მეტეორიზმი 17 შემთხვევაში (16,5%), პათოლოგიური ხერელმილის არსებობა 15 შემთხვევაში (14,6%), სისხლიანი ან პათოლოგიური გამონადენი სწორი ნაწლავიდან 13 (12,6%) და საშოდან 3 შემთხვევაში (2,9%), გულისრევა 12 შემთხვევაში (11,6%), ქვედა კიდურების ჰიპერ- და პარესთეზია 10 შემთხვევაში (9,7%), ღებინება 7 შემთხვევაში (6,8%), სისხლდენა 7 შემთხვევაში (6,8%), პოტენციის დაქვეითება 7 შემთხვევაში (6,8%), ფაღარათი 5 შემთხვევაში (4,8%). რაც შეეხება სხვა სიმპტომებს, მათი გამოვლენას ადგილი ჰქონდა 25 შემთხვევაში (24,3%), ხოლო დაავადების

უსიმპტომო მიმიდნარეობა კი აღმოჩნდა 17 შემთხვევაში (16,5%).

მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნეების კლინიკური მანიფესტაციისა და გართულებების გამოვლენის დროს სხვადასხვა ინტენსივობის ტკივილი აღენიშნებოდა 95 ავადმყოფს (92,9%), რაც ძირითადად განპირობებული იყო ირგვლივმდებარე ნერვულ დაბოლოებებზე ზეწოლით, სიმსივნის ინფილტრაციითა და ირგვლივმდებარე ორგანოებზე კომპრესიით. ავადმყოფებს სხვადასხვა ხასიათის, ინტენსივობისა და სიძლიერის ტკივილი გამოუვლინდათ წარმონაქმნის თითქმის ყველა ლოკალიზაციის დროს.

36 ავადმყოფს (35,0%) ტკივილი აღენიშნებოდათ გავა-კუდუსუნის, უკანა ტანის და წელის არეში, რაც უპირატესად დამახასიათებელია მცირე მენჯში სიმსივნის პრესაკრალური მდებარეობისას. სიმსივნის შორისში და რექტოვაგინალური ძგიდეში მდებარეობისას ტკივილი სწორი ნაწლავისა და საშოს მიმართულებით აღენიშნებოდა შესაბამისად 6 (5,8%) და 10 (9,7%) ავადმყოფს. იშიო- და პელვეორექტალურ მიდამოში არსებობისას კი ტკივილი ირადირდებოდა მუცლის ღრუსკენ 16 (15,5%) და სწორი ნაწლავისკენ 2 (1,9%) შემთხვევაში.

სიმსივნის პარარექტულად და შარდის ბუშტის კედელთან ლოკალიზაციისას ტკივილები დეფეკაციისა და შარდვისას განპირობებული იყო მცირე მენჯის ორგანოების ტოპიკის ცდომით და აღნიშნულ ორგანოებზე სიმსივნის ზეწოლით ან ჩაზრდით. აღნიშნული ხასიათის ტკივილი აღენიშნებოდა 22 ავადმყოფს (21,4%).

სიმსივნის დაჩირქებით გამოწვეული ტემპერატურის მომატება დაუდგინდა 27 (26,2%) ავადმყოფს. ეს სიმპტომი უმთავრესად დაკავშირებული იყო სიმსივნის პერიფოკალურ ანთებასა და აბსცედირებასთან.

მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნეების დროს ზოგადი სისუსტე და წონაში დაკლება წარმოადგენდა ზოგადი ინტოქსიკაცია. ის ჩვენს მიერ გამოკვლეულ ავადმყოფებში ადგილი ჰქონდა 66 (64,1%) და 32 (31,1%), შემთხვევაში.

კლინიკურ სიმპტომებს, როგორცაა ყაზოზობა, ფაღარათი, ტენეზმები, მეტეორიზმი, დეფეკაციის გაძნელება, დიზურია, პოტენციის დაქვეითება, ქვედა კიდურების ჰიპერ- და პარესთეზია, ანემია, სისხლდენა, სისხლიანი ან პათოლოგიური გამონადენი სწორი ნაწლავიდან, ან საშოდან, მადის დაკარგვა, გულისრევა, ღებინება და სხვა, გამოვლინდა

როგორც კეთილთვისებიანი, ისე ავთვისებიანი სიმსივნეების დროს, თუმცა ეს სიმპტომი უმეტესად დამახასიათებელი იყო ავთვისებიანი პათოლოგიის დროს.

დისპეპსიური მოვლენები, როგორცაა: ყაბზობა, ფაღარათი, ტენეზმები, მეტეორიზმი, აღნიშნა მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნის სწორ ნაწლავზე სიმსივნის კომპრესიით იყო გამოწვეული.

ტენეზმებს უჩიოდა 23 (22,3%) ავადმყოფი. სიმსივნე ხშირად ლოკალიზდებოდა პრესაკრალურად, ან პარარექტალურად. ყაბზობას უჩიოდა 20 (19,4%), ფაღარათს 5 (4,8%), ხოლო მეტეორიზმს 17 (16,5%) ავადმყოფი. ზემოხსენებული დისპეპსიური გამოვლინებების დროს ყველა შემთხვევაში სიმსივნე აღწევდა შედარებით დიდ ზომებს, რის გამოც ადგილი ჰქონდა სწორ ნაწლავზე ზეწოლის სინდრომს. ჩვენი აზრით აღნიშნული მოვლენები განპირობებული იყო არა მხოლოდ სიმსივნის დიდი ზომით და ინფიცირებით, არამედ სწორ ნაწლავზე გავრცელებით და მეორადი პროქტივით.

6 ავადმყოფს (14,6%) სიმსივნის დიდი ზომისა და სწორ ნაწლავზე ზეწოლის გამო განუვითარდა ნაწლავთა ნაწილობრივი გაუვალობა, რაც მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნის შორსწასულ შემთხვევაში ვითარდება. მისი განვითარების მიზეზს ცხადია წარმოადგენს სიმსივნის სწორ ნაწლავში ჩაზრდა ან კომპრესია.

სწორედ სიმსივნის ზეწოლით, ან/და ჩაზრდით იყო გამოწვეული ისეთი კლინიკური სიმპტომი, როგორცაა დეფეკაციის გაძნელება. ის აღენიშნებოდა 47 ავადმყოფს (45,6%) და აღენიშნებოდა ორივე სქესის პაციენტებს დაავადების როგორც კლინიკური სურათის გამოვლენის, ასევე გართულების სტადიაში.

მცირე მენჯში განვითარებული ორგანოსგარეშე სიმსივნეების ადგილობრივად გავრცელებაზე მიუთითებს სისხლიანი ან პათოლოგიური გამონადენი სწორი ნაწლავიდან და საშოდან. კლინიკური მასალის განხილვის საფუძველზე აღნიშნული სიმპტომები აღენიშნებოდა შესაბამისად 13 (12,6%) და 3 (2,9%) ავადმყოფს. სისხლიანი გამონადენი ავთვისებიანი პათოლოგიის არსებობაზე და სიმსივნის ირგვლივმდებარე ქსოვილებსა თუ ორგანოებში გავარცელებაზე მეტყველებს.

პრესაკრალური, იშორექტული და პელვეორექტული სივრცის კეთილთვისებიანი სიმსივნეები არცთუ იშვიათად იხსნებიან საშოსა და სწორ ნაწლავში. ამ შემთხვევაში

ავადმყოფის ძირითადი ჩივილი ამ მიდამოებიდან პათოლოგიური, უფრო ხშირად ჩირქოვანი გამონადენი იყო.

პათოლოგიური გამონადენი სწორი ნაწლავიდან ან საშოდან ძირითადად წარმოდგენილი იყო ჩირქოვანი დეტრიტიტით და შეიცავდა პათოლოგიური კერის დაშლილ ქსოვილებს. დაინფიცირების შემთხვევაში პათოლოგიური მასა შეიცავდა ანთებად ან ფიბროზულ ელემენტებს. 13 ავადმყოფიდან (12,6%) 5 შემთხვევაში (4,8%) ადგილი ჰქონდა სწორ ნაწლავში დრენირებულ პარარექტულად, იშიორექტულად და პელვეორექტულად ლოკალიზებულ ტერატომასა და დერმოიდულ კისტას. პათოლოგიური გამონადენის არსებობა ავთვისებიანი სიმსივნის შემთხვევაში დაკავშირებული იყო სიმსივნის სწორ ნაწლავში ჩაზრდით. სწორი ნაწლავიდან სისხლდენა აღინიშნა ავთვისებიანი სიმსივნის 7 შემთხვევაში (6,8%). ყველა შემთხვევაში ადგილი ჰქონდა პრესაკრალურად და პარარექტულად მდებარე ავთვისებიანი სიმსივნის ჩაზრდას სწორი ნაწლავის კედელში.

კლინიკური მასალის განხილვის დროს 19 შემთხვევაში (18,5%) გამოვლინდა მკვეთრად გამოხატული ანემია, რომლის მიზეზსაც ავთვისებიანი სიმსივნეების დროს სიმსივნური ინტოქსიკაცია, სისხლძარღვების კედლის უზურაციით გამოწვეული ფარული სისხლდენა, ხოლო კეთილთვისებიანი პროცესის დროს კი სიმსივნის დაინფიცირება და ანთებით-ჩირქოვანი ინტოქსიკაცია წარმოადგენდა.

მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე კეთილთვისებიანი სიმსივნეების ერთ-ერთ ხშირი გართულებაა ხვრელმილები. ასეთი კლინიკური სიმპტომი ჩვენს შემთხვევაში ავადმყოფებს გამოხატული ჰქონდათ დაავადების როგორც გამოვლენის, ხანდახან კი გართულების სტადიაში. ის სულ 15 (14,6%) ავადმყოფს აღენიშნებოდა, რაც ექიმთან პირველადი მიმართვის და არაადექვატური ქირურგიული ჩარევის მიზეზს წარმოადგენდა. დუნდულოს, კუდუსუნის და პერიანალური მიდამოს ხვრელმილების განვითარება უფრო ხშირად პრესაკრალურად მდებარე დერმოიდული კისტებისთვის იყო დამახასიათებელი. ერთ შემთხვევაში პრესაკრალურად ლოკალიზებული სიმსივნის დროს აღინიშნა პათოლოგიური ხვრელმილების არსებობა ირივე დუნდულოს მიდამოში. ნაწარმოები იქნა სიმსივნის ამოკვეთა ხვრელმილებთან ერთად.

შარდვის გამწელება აღინიშნა 30 ავადმყოფს (29,1%), რაც გამოიხატებოდა დიზურიული მოვლენებითა და რიგ შემთხვევებში შარდის შეკავებით. ზემოხსენებული

სიმპტომის განვითარების მიზეზს წარმოადგენდა დიდი ზომის სიმსივნური წარმონაქმნი, რომელიც ვრცელდებოდა პრომონტორიუმამდე, იწვევდა შარდის ბუმბუტზე ზეწოლას და მის ცდომას. 2 შემთხვევაში (1,9%) ადგილი ჰქონდა ანურიას. მისი განვითარების მიზეზს წარმოადგენდა პათოლოგიური პროცესის გავრცელება და სიმსივნური ინტოქსიკაცია.

აღსანიშნავია, რომ 7 ავადმყოფს (6,8%) აღენიშნებოდა პოტენციის დაქვეითება, რისი მიზეზიც ვფიქრობთ წინამდებარე ჯირკვალზე და მცირე მენჯის ნერვულ წნულზე სიმსივნის ზეწოლის მიზეზი იყო.

ჰიპერ- და პარესთეზია აღენიშნებოდა 10 ავადმყოფს (9,7%). აღნიშნული მოვლენები განპირობებული იყო სიმსივნის ნერვულ დაბოლოებებზე კომპრესიით. ეს სიმპტომები უპირატესად სიმსივნის პრესაკრალური ლოკალიზაციის დროს ვლინდებოდა. ქვედა კიდურების ჰიპერ- და პარესთეზია 4 შემთხვევაში (3,9%) აღინიშნა პრესაკრალური სივრცის ქონდროსარკომის დიაგნოზის დროს, როდესაც პათოლოგიური პროცესი ვრცელდებოდა გავა-კუდუსუნის ძვალზე. 6 შემთხვევაში (5,8%) კი ზემოხსენებული კლინიკური სიმპტომის განვითარების მიზეზი სიმსივნის მცირე მენჯის ნერვულ წნულზე ზეწოლა იყო.

სიმსივნური პათოლოგიით გამოწვეული ინტოქსიკაცია აღენიშნებოდა 40 ავადმყოფს (38,8%): 12-ს გულისრევა (11,6%), 7-ს ლებინება (6,8%), 28-ს (27,2%) მადის დაკარგვა.

მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნეების დროს ზემოაღნიშნული სიმპტომების გარდა ზოგიერთ ავადმყოფს ასევე აღენიშნებოდა ისეთი სიმპტომები, როგორცაა სიმძიმის შეგრძნება მეზოგასტრიუმის მიდამოში, იძულებითი მდებარეობა საწოლში და ა.შ.

ზემოაღნიშნულიდან გამომდინარე, მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნეების დროს, როგორც კლინიკური მანიფესტაციისა ასევე გართულებების დროს გამოვლენილი სიმპტომებიდან მთავარ კლინიკურ სიმპტომს კვლავ ტკივილი და მასთან დაკავშირებული კომპრესიული სინდრომი წარმოადგენს, რაც ვფიქრობთ დაკავშირებულია პათოლოგიური პროცესის ნერვულ დაბოლოებებზე, ირგვლივ მდებარე ქსოვილებზე ზეწოლასა და მასში ჩაზრდაზე. კომპრესიული სინდრომის გამოვლენას კი გარკვეულწილად სიმსივნის ლოკალიზაცია განსაზღვრავს და აისახება მეზობელი ორგანოს დისფუნქციაზე. სწორედ ამა თუ იმ ორგანოს დისფუნქცია განაპირობებს დაავადების კლინიკურ მიმდინარეობას.

ამგვარად, კლინიკური გამოვლინებები, რომლებიც აღენიშნებოდათ ჩვენს მიერ გაანალიზებულ ავადმყოფებს, წარმოდგენილია № 4 ცხრილში.

მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნით დაავადებულ ავადმყოფთა ძირითადი სიმპტომები და მათი გამოვლენის სიხშირე

სიმპტომები	მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნეების ლოკალიზაცია												სულ	%
	პრესაკრალური სივრცეში		პარარექტულად		რექტოვაგინალურ მგიდეში		შორისის მიდამოში		შარდის ბუშტის კედელთან		პელვეორექტალურად			
	1	%	1	%	1	%	1	%	1	%	1	%		
ტკივილები	36	5,0	16	15,5	11	10,7	10	9,7	11	10,7	2	1,9	86	83,5
გულისრევა	5	4,8	-	-	2	1,9	-	-	1	0,9	-	-	8	7,8
ღებინება	3	2,9	1	0,9	1	0,9	1	0,9	-	-	-	-	6	5,8
დეფეკაციის გაძნელება	21	20,4	10	9,7	8	7,8	5	4,8	2	1,9	-	-	46	44,7
მეტეორიზმი	7	6,8	4	3,8	-	-	1	0,9	4	3,9	-	-	16	15,5
ყაზობა	9	8,7	4	3,8	1	0,9	2	1,9	2	1,9	-	-	18	17,4
დიზურია	13	12,6	1	0,9	3	2,9	2	1,9	5	4,8	-	-	24	23,3
ტემპერატურის მომატება	9	8,7	5	4,8	4	3,9	5	4,8	2	1,9	-	-	25	24,3
კუდუსუნის, ღუნდულოს და პერიანალური მიდამოს ზერეღმილი	5	4,8	6	5,8	1	0,9	1	0,9	-	-	1	0,9	14	13,6
სისხლიანი, პათოლოგიური გამონადენი სწორი ნაწლავიდან, ან საშოდან	5	4,8	7	6,8	4	3,9	3	2,9	-	-	-	-	19	18,4
ტენეზმები	4	3,9	3	2,9	-	-	3	2,9	1	0,9	-	-	11	10,7
ფარათი	-	-	2	1,9	-	-	1	0,9	1	0,9	-	-	4	3,9
წონაში დაკლება	12	11,6	4	3,8	2	1,9	3	2,9	7	6,8	-	-	28	27,2
ზოგადი სისუსტე	29	28,1	9	8,7	7	6,8	3	2,9	11	10,7	1	0,9	50	48,5
ქვედა კიდურების ჰიპერ- და პარესთეზია	6	5,8	-	-	1	0,9	-	-	1	0,9	-	-	8	7,8
პოტენციის დაქვეითება	1	0,9	1	0,9	-	-	1	0,9	2	1,9	-	-	5	4,8
სხვა სიმპტომების არსებობა	8	7,8	5	4,8	2	1,9	4	3,9	5	4,8	1	0,9	25	24,3
უსიმპტომო მიმდინარეობა	3	2,9	5	4,8	1	0,9	2	1,9	3	2,9	1	0,9	15	14,6
ავადმყოფთა რიცხვი(%)	48	46,6	16	15,5	11	10,7	3	2,6	3	12,6	2	1,9		
სულ	103 (100%)													

შეიძლება დავასკვნათ, რომ მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნეების გამოვლენა ხდება მაშინ, როდესაც ისინი აღწევენ გარკვეულ ზომებს და იწვევენ მეზობელი ქსოვილებისა და ორგანოების კომპრესიას. დაავადების კლინიკას, პათოლოგიური პროცესის ლოკალიზაციის გარდა, ცხადია, განსაზღვრავს სიმსივნის ჰისტომორფოლოგიური სტრუქტურა, რომელსაც გარკვეული როლი ენიჭება დაავადების პროგნოზირებაში.

VI თავი

მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნეების დიაგნოსტიკისა და დიფერენციალური დიაგნოსტიკის ძირითადი პრინციპები

4.1 მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნეების დიაგნოსტიკის თავისებურებანი

მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნეების დიაგნოსტიკა რთული პროცესია, რომელიც მოიცავს როგორც რუტინულ - ენდოსკოპურ, რენტგენოლოგიურ, ასე მაღალტექნოლოგიურ კვლევებს. ყველა შემთხვევაში დიაგნოზის საბოლოო დადასტურება სავალდებულოა ციტო-ჰისტოლოგიური დიაგნოსტიკით.

დიაგნოსტიკური მეთოდების თანმიმდევრული გამოყენება ემყარება სიმსივნის ლოკალიზაციასა და მასთან დაკავშირებულ ავადმყოფის ჩივილებს.

კლინიკური მასალის განხილვის საფუძველზე მცირე მენჯში ორგანოსგარეშე სიმსივნეების ლოკალიზაცია წარმოდგენილია № 5 ცხრილში.

ცხრილი № 5

მცირე მენჯის ღრუს ორგანოსგარეშე სიმსივნეების ლოკალიზაცია

ლოკალიზაცია	სქესი		ავადმყოფთა რიცხვი	%
	მამაკაცი	ქალიF		
პრესაკრალურ სივრცეში	20	28	48	46,6
შორისის მიდამოში	8	5	13	12,6
პარარექტალურად	11	5	16	15,6
შარდის ბუშტის კედელთან	9	4	13	12,6
რექტოვაგინალურ ძგიდეში	-	11	11	10,7
პელვორექტალურად	2	-	2	1,9
სულ	49	54	103	100,0

როგორც ცხრილიდან ჩანს, სიმსივნე ლოკალიზდებოდა: პრესაკრალურ სივრცეში 48 (46,6%), შორისის მიდამოში 13 (12,6%), პარარექტულ სივრცეში 16 (15,6%), შარდის ბუშტის კედელთან 13 (12,6%), რექტოვაგინულ ძგიდეში 11 (10,7%) და პელვორექტულად 2 შემთხვევაში (1,9%).

სიმსივნეთა ტოპიკის დადგენა ხდებოდა: დიგიტალურად, ენდოსკოპიური და სხივური დიაგნოსტიკის მაღალტექნოლოგიური მეთოდების გამოყენებით.

თითით გამოკვლევა ჩატარდა 96 ავადმყოფს (93,2%). აქედან, 59 შემთხვევაში (57,3%) პრესაკრალურ, შორისის, რექტოვაგინალურ ძგიდესა და პარარექტულ მიდამოში დადგინდა სიმსივნის არსებობა.

ვაგინალური გასინჯვა ბიმანუალური მეთოდით ჩატარდა 50 შემთხვევაში (49,0%). მორფოლოგიური ფორმის დასადგენად ვახდენდით როგორც საშოს უკანა თაღის, ასევე სიმსივნის ტრეპანბიოფსიით მიღებული მასალის ციტოლოგიურ და ჰისტოლოგიურ კვლევას. მისი ინფორმაციულობა განსაკუთრებით მაღალი იყო სიმსივნის შორისის, რექტოვაგინალურ სივრცესა და პელვეორექტულად ლოკალიზაციის დროს. 4 შემთხვევაში (3,9%) აღინიშნებოდა საშოს უკანა კედელში დრენირებული პათოლოგიური ხვრელმილი, ხოლო 3 შემთხვევაში (2,9%) - სიმსივნის უკანა თაღში ჩაზრდა. გამოკვლევა ინფორმაციული იყო 29 შემთხვევაში (53,7%). შესაბამისად, გამოკვლევის მეთოდის მგრძობელობამ შეადგინა 53,7%.

ანოსკოპია მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნის დასადგენად ნაკლებინფორმაციული მეთოდია. იგი უფრო ხშირად გამოიყენება მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნის სწორ ნაწლავზე ზეწოლის დროს ტრეპანბიოფსიის ჩასატარებლად. ჩვენ აღნიშნული მეთოდი წარმატებით გამოვიყენეთ 16 შემთხვევაში (15,5%).

რექტორომანოსკოპია ჩატარდა 79 ავადმყოფს (76,7%), ხოლო კოლონოსკოპია – 29-ს (28,2%). გამოკვლევის დროს, სიმსივნის არსებობისას კარგად მოჩანს ნაწლავზე გარედან ზეწოლის ფენომენი და ლორწოვანი გარსის ცვლილება. რექტოსკოპიით მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნე დადგინდა 49 შემთხვევაში (62,0%), ხოლო კოლონოსკოპიით - 8 შემთხვევაში (7,8%).

ჩვენი კლინიკური მასალის ანალიზით ენდოსკოპური კვლევებით მიღებული ინფორმაციის მგრძობელობის მაჩვენებელი რექტოსკოპიის დროს აღმოჩნდა 62%, ხოლო კოლონოსკოპიით კი - 27,6%.

მენჯის მიმოხილვითი რენტგენოგრაფია ჩატარდა 26 შემთხვევაში (25,2%). უნდა აღინიშნოს, რომ მეთოდი მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნეების დასადგენად ნაკლებეფექტურია. ამ მეთოდით მცირე მენჯის ძვლოვანი სიმსივნე დადგინდა 5 შემთხვევაში (9,4%). შესაბამისად მგრძობელობის მაჩვენებელი დაბალი იყო (19,2%). სურათზე ნაჩვენებია მიმოხილვითი რენტგენოგრამა, ოსტეობლასტოკლასტომის შემთხვევაში (სურათი

¹ 1)



რენტგენოკონტრასტული ირიგოგრაფია ჩატარდა 40 ავადმყოფს (38,8%), როდესაც ეჭვი მიგვექონდა პრესაკრალური, პარარექტული, ან იზიორექტული ლოკალიზაციის მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნეებზე. სიმსივნის პრესაკრალური და პარარექტული ლოკალიზაციის დროს რენტგენოკონტრასტული მეთოდით 18 შემთხვევაში (17,5%) გამოვლინდა სწორ ნაწლავზე ზეწოლის სიმპტომი, რეტრორექტული სივრცის გაფართოება და სწორი ნაწლავის რამდენადმე წინ, ან გვერდით გადანაცვლება.

გამოკვლევის მეთოდის მგრძნობელობის მაჩვენებელმა შეადგინა 45%.

სიმსივნის ფისტულით გართულების შემთხვევაში, 14 ავადმყოფს (13,6%) ჩატარდა რენტგენოკონტრასტული ფისტულოგრაფია. 13 შემთხვევაში (12,6%) დადგინდა ხვრელმილის ტრაექტორია, სიმსივნის არსებობა, მისი ზომა, ლოკალიზაცია, მოცულობა და სავარაუდო ფორმა. რენტგენოკონტრასტული ფისტულოგრაფიის ჩვენების მიხედვით ჩატარებამ განსაზღვრა კვლევის მგრძნობელობის მაღალი მაჩვენებელი, რამაც შეადგინა 92,8%.

12 სურათზე ნაჩვენებია რენტგენოკონტრასტული ფისტულოგრაფია.



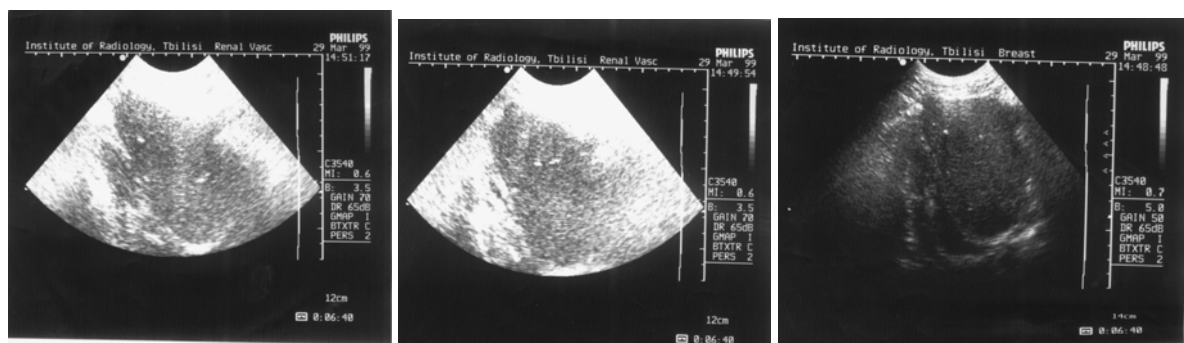
სურათზე ნაჩვენებია: პრესაკრალურად ლოკალიზებული და კუდუსუნის მიდამოში დრენირებული სიმსივნის დროს რენტგენოკონტრასტული ფისტულოგრაფიის გამოსახულება. აღნიშნული კვლევა ზუსტი დიაგნოზის დადგენის და ადექვატური ქირურგიული მკურნალობის შერჩევის საშუალებას იძლევა.

22 შემთხვევაში (21,4%) სიმსივნის შარდის ბუშტის კედელთან ლოკალიზაციის დროს ჩატარდა ექსკრეტორული უროგრაფია. მისი საშუალებით შეფასდა როგორც თირკმლის ფუნქციური მდგომარეობა, ასევე ტოპიკური გადახრები, შარდის ბუშტის დეფორმაცია, რაც ამ ორგანოებზე მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნეების ზეწოლით იყო განპირობებული. ამ მეთოდით 11 შემთხვევაში (10,7%) გამოვლინდა მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნე და მისი ზეწოლა შარდის ბუშტზე. გამოკვლევის მეთოდის მგრძობელობამ შეადგინა 50%.

მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნეების დიაგნოსტიკის დროს დაავადების გავრცელების, პათოლოგიური პროცესის ლოკალიზაციისა და ტოპიკის დასადგენად ვიყენებდით ულტრაბგერით გამოკვლევას. აღნიშნული მიზნით ულტრაბგერითი კვლევა ჩატარდა 68 შემთხვევაში (66,0%). მას ასევე წარმატებით ვიყენებდით მკურნალობის შემდგომი მონიტორინგისათვის.

მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნის დროს ულტრაბგერითი კვლევის შედეგად მიღებული გამოსახულება მოცემულია სურათზე (სურ.3).

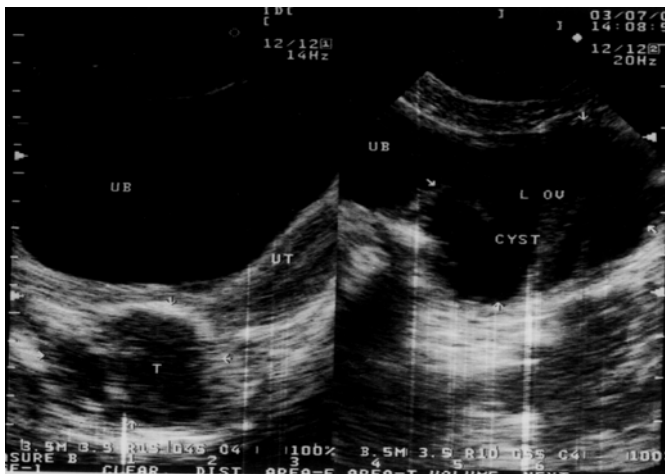
სურათი № 3



როგორც სურათიდან ჩანს, პრესაკრალურად მდებარე სიმსივნე ჰომოგენური და სწორკიდებია. მასში არ ისახება ჩანართები, ირგვლივმდებარე ქსოვილებისაგან გამოყოფილი და შემოფარგლულია. სიმსივნის ზომები შეადგენს 6,5X3,2X4 სმ-ს. ულტრაბგერითი კვლევის შედეგად მიღებული გამოსახულება შეესაბამება კისტის სურათს.

კვლევის არაინვაზიურობა, სიმარტივე და სიზუსტე საშუალებას იძლეოდა ულტრაბგერითი კვლევა ჩატარებულიყო დაავადების ნებისმიერ სტა-დიაში, ავადმყოფის მძიმე ზოგადი მდგომარეობის დროსაც კი. აღნიშნული კვლევის მეთოდით მცირე მენჯში მოცულობითი წარმონაქმნის არსებობა და ანატომიურ სტრუქტურებთან კონტაქტი დადგინდა 51 შემთხვევაში (49,5%).

სურათი № 4



სურათზე წარმოდგენილია პრესაკრალურად მდებარე ტერატომა. გამოსახულებაზე მკაფიოდაა წარმოდგენილი სიმსივნის წილაკოვანი შენება და ჰიპოექოგენური უბნები, რაც სავარაუდოდ კალციფირებულ ჩანართებს შეესაბამება. სიმსივნე შემოფარგლულია და არ ვრცელდება. მისი ზომები შეესაბამება 8X5,7X3,4 სმ-ს. ზემოთ აღწერილ ორივე შემთხვევაში დიაგნოზის დასაბუთება მოხდა კტ-ით და ჩატარდა რადიკალური ქირურგიული მკურნალობა საკრალური მიდგომით. ოპერაციის შემდგომი პრეპარატის ჰისტომორფოლოგიური კვლევით დადგინდა: 1) დერმოიდული კისტის და 2) ტერატომას დიაგნოზი.

კლინიკური მასალის ანალიზით ულტრაბგერითი კვლევის მგრძობელობამ ჩვენს შემთხვევაში შეადგინა 75,0%.

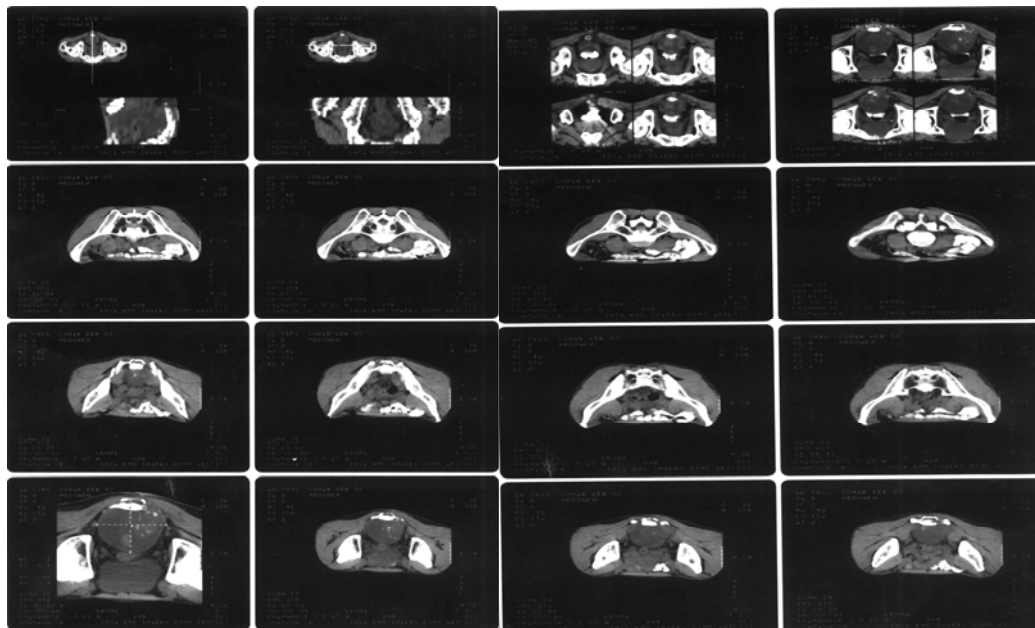
უკანასკნელი ათწლეულის განმავლობაში მთელ რიგ დაავადებათა დიაგნოსტიკაში მნიშვნელოვანი როლი მოიპოვა კომპიუტერულმა და მაგნიტურ-რეზონანსურმა ტომოგრაფიამ. აღნიშნული კვლევებით შესაძლებელია გამოსაკვლევი არის შრეობრივი ვიზუალიზაცია, რაც მას განსაკუთრებულ უპირატესობას ანიჭებს. კომპიუტერული და მაგნიტურ-

რეზონანსული ტომოგრაფიის საშუალებით ხდებოდა: 1. მცირე მენჯის ღრუში სიმსივნის არსებობის დადასტურება; 2. სიმსივნის ბუნებისა და ლოკალიზაციის დადგენა; 3. მიმდებარე ქსოვილებსა და ორგანოებთან სიმსივნის კავშირის განსაზღვრა (2,3,4,5); 4. ეფექტური მკურნალობის, ოპერაციული მიდგომისა თუ ტაქტიკის შერჩევა.

კომპიუტერული ტომოგრაფია ჩატარდა 25 ავადმყოფს (24,3%). ამასთან, მისი კონტროლით სრულდებოდა წარმონაქმნის პუნქციური ბიოფსია, ვლინდებოდა რეგიონული და შორეული მეტასტაზების არსებობა.

მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნეების დროს კომპიუტერული ტომოგრაფიით მიღებული გამოსახულება ნაჩვენებია სურათზე (სურათი № 5)

სურათი № 5



როგორც სურათებიდან ჩანს, აღნიშნულ შემთხვევაში ადგილი აქვს მცირე მენჯის ღრუში სწორი ნაწლავის უკან, კუდუსუნის საპროექციო მიდამოდან და კრანიალურად (პრესაკრალურ სივრცეში) მდებარე დიდი ზომის სიმსივნეს. მისი მაქსიმალური ზომებია – 9.5X7.8სმ. წარმონაქმნის სტრუქტურაში ფიქსირდება სიმსივნის ძვლოვანი და რამდენადმე დაქვეითებული (ნეკრობიოზული) სიმკვრივის უბნების მონაცვლეობა. სიმსივნის მიმდებარე ორგანოებთან და მაგისტრალურ სისხლძარღვებთან კონტაქტი არ ისახება. მუცლის ღრუში თავისუფალი სითხე არ ვიზუალიზდება. მცირე მენჯში შემავალ სხვა ძვ-

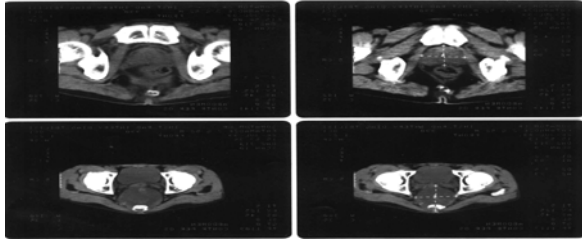
ლებში პათოლოგიური ცვლილებები არ აღინიშნება. ჩატარებული ტრეპანბიოფსიითა და ციტო-ჰისტოლოგიური კვლევით ზემოაღნიშნულ შემთხვევაში დადგინდა ძვლოვანი შენების ავთვისებიანი სიმსივნე. სიმსივნე ჩაითვალა ოპერაბელურად. ჩატარდა ოპერაცია საკრალური მიდგომით – კუდუსუნის, გავის ძვლის IV-V მალის რეზექციით და სიმსივნის ამოკვეთით. ოპერაციის შემდგომი ჰისტომორფოლოგიური კვლებით დადგინდა ქონდრო-სარკომის დიაგნოზი.

როგორც განხილული მაგალითიდან ჩანს, კომპიუტერული ტომოგრაფიული გამოკვლევა ზუსტი პირველადი დიაგნოსტიკის გარდა იძლევა პათოლოგიური პროცესის გავრცელების ხარისხის დადგენის, სიმსივნის მცირე მენჯის ანატომიურ სტრუქტურებსა და ორგანოებზე ზეწოლის, ან მათში ჩაზრდის რეგისტრაციის საშუალებას.

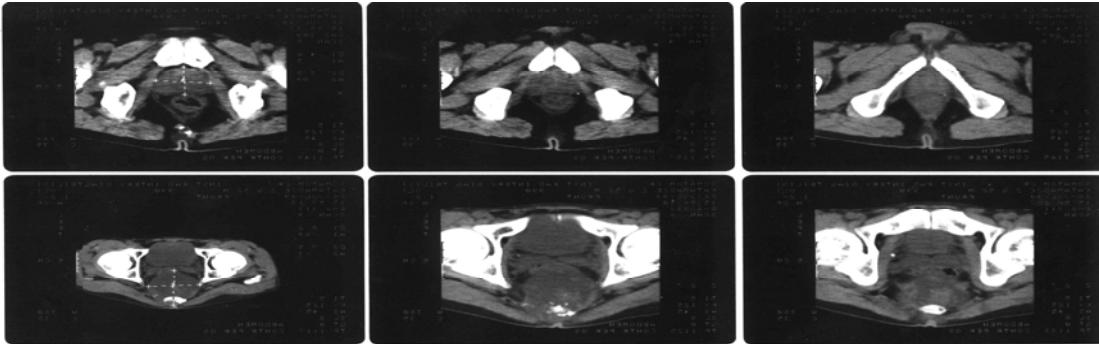
ჩვენი კლინიკური კვლევის მიხედვით, კტ დიაგნოსტიკით თითქმის ყველა შემთხვევაში განისაზღვრა მცირე მენჯში ორგანოსგარეშე სიმსივნეების მიმდებარე ორგანოებთან: შარდის ბუშტთან, სწორ ნაწლავთან, საშვილოსნოსთან და მის დანამატებთან, ურთიერთდამოკიდებულება.

როგორც ზემოთ ავღნიშნეთ, მცირე მენჯში ლოკალიზებული პრესაკრალური სიმსივნეების ზუსტი დიაგნოსტიკა განსაზღვრავს მათ სტრუქტურას, მიმდებარე ორგანოებთან ურთიერთდამოკიდებულებას, რაც განაპირობებს მკურნალობის ოპტიმალური ვარიანტის დაგეგმვას. ყოველივე ზემოაღნიშნულს ადასტურებს შემდეგ სურათზე ნაჩვენები გამოსახულება.

ა)



ბ)



როგორც სურთზეა ნაჩვენები, სიმსივნე ლოკალიზდება მცირე მენჯში პრესაკრალურ მიდამოში. მისი სტრუქტურა არ არის ერთგვაროვანი. სიმსივნე ირგვლივ შემოფარგლულია და გამიჯნულია მიმდებარე ორგანოებისაგან. ასეთ შემთხვევაში, შესაძლებელია სიმსივნის რადიკალური ამოკვეთა.

6 ავადმყოფს (5,8%) კომპიუტერული ტომოგრაფიით დადგინდა სიმსივნის სწორ ნაწლავში ჩაზრდა, 3 შემთხვევაში კი (2,9%) სიმსივნის ინვაზია შარდის ბუშტში. პირველ შემთხვევაში ჩატარდა სიმსივნის ამოკვეთა სწორი ნაწლავის რეზექციით, ხოლო მეორე შემთხვევაში კი – სიმსივნის ამოკვეთა შარდის ბუშტის რეზექციით. 4 შემთხვევაში (3,9%) კომპიუტერული ტომოგრაფიის საშუალებით დადგინდა კუდუსუნის ქონდროსარკომის დიაგნოზი.

პრესაკრალურად მდებარე ტერატომებისა და დერმოიდული კისტების 5 შემთხვევაში (4,8%) კომპიუტერული ტომოგრაფიით დადგინდა სწორ ნაწლავთან სიმსივნის მჭიდრო კონტაქტი, რაც ოთხივე შემთხვევაში დადასტურდა ოპერაციულად. სიმსივნე მჭიდრო კონტაქტში იყო სწორი ნაწლავის საკუთარ ფასციასთან. ყველა შემთხვევაში მოხდა სიმსივნის კედლიდან გამოთავისუფლება მთლიანობის დაურღვევლად. ყველა შემთხვევაში ჰისტოლოგიურად დადგინდა დერმოიდული კისტა.

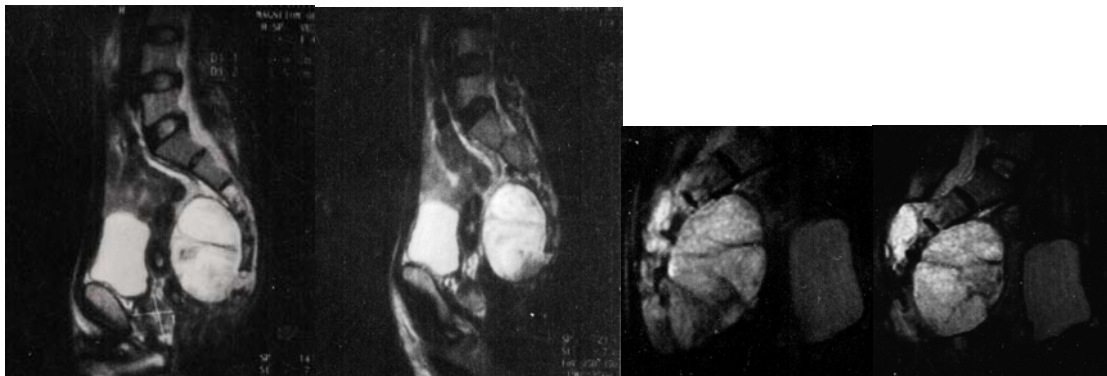
ამგვარად, კომპიუტერული ტომოგრაფიის მგრძნობელობამ ჩვენს მიერ ჩატარებული კვლევის მიხედვით შეადგინა 96,0%.

28 შემთხვევაში (27,2%) ჩატარდა მაგნიტურ - რეზონანსური კვლევა. ყველა შემთხვევაში ზუსტად მოხდა მცირე მენჯში ორგანოსგარეშე სიმსივნის არსებობის, მისი ზომების, ფორმის, ირგვლივმდებარე ქსოვილებსა და რაც მთავარია, მაგისტრალურ სისხლძარღვებთან ურთიერთობის დადგენა.

მიუხედავად იმისა, რომ მაგნიტურ-რეზონანსული ტომოგრაფიით მიღებული ინფორმაცია შეესაბამება კომპიუტერული ტომოგრაფიით მიღებულ ინფორმაციას, ის განსაკუთრებულ ინფორმაციულობას იძენს კონტრასტირების შედეგად სიმსივნის მაგისტრალურ სისხლძარღვებთან ურთიერთკავშირის დასადგენად (112, 145, 167, 198, 202).

სურათი № 8 ა), ბ)

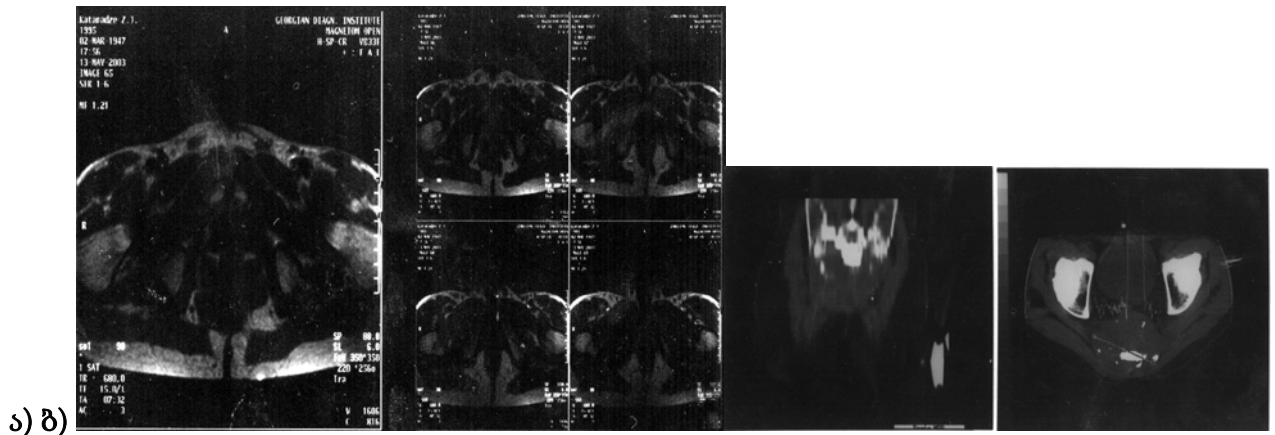
ა) ბ)



როგორც სურათიდან ჩანს, კვლევის მაღალტექნოლოგიური მეთოდის საშუალებით შეფასდა სიმსივნის სტრუქტურა, პათოლოგიური პროცესის გავრცელება, სწორი ნაწლავის ინტაქტურობა, თუმცა სწორი ნაწლავის თითით გამოკვლევითა და რექტორომანოსკოპიით შეიგრძნობოდა სწორი ნაწლავის კედელზე ინტენსიური ზეწოლა.

მცირე მენჯში ლოკალიზებული ორგანოსგარეშე სიმსივნის მაგნიტურ-რეზონანსული ტომოგრაფიით მიღებული გამოსახულება ნაჩვენებია 19 სურათზე.

სურათი № 9 ა), ბ)



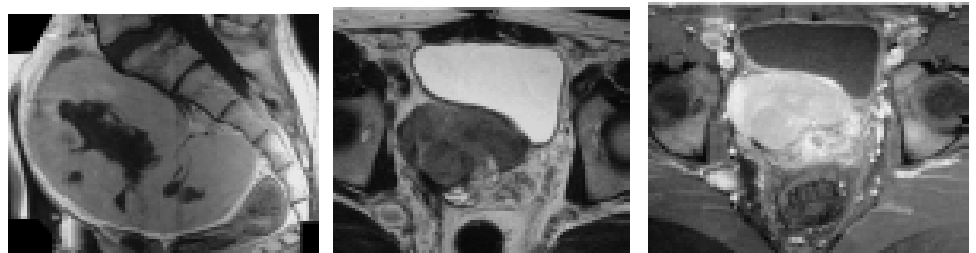
ა) ბ)

როგორც გამოსახულებიდან ჩანს, სწორედ მაგისტრალურ სისხლძარღვებთან ურთიერთდამოკიდებულების დადგენა ზრდის მაგნიტურ-რეზონანსული ტომოგრაფიის უპირატესობას კომპიუტერულ ტომოგრაფიასთან შედარებით.

მცირე მენჯში პრესაკრალურად მდებარე სიმსივნეები წარმოდგენილია 16 სურათზე.

სურათი 16

ა) ბ) გ)



ა) სურათზე წარმოდგენილია პრესაკრალურად მდებარე სინსივნე ჰიპოდანსული - ნეკრობიოზული უბნებით. სიმსივნე მჭიდრო კავშირშია გავა-კუდუსუნის ძვლის შიგნითა ზედაპირთან. თუმცა მასზე არ ვრცელდება და არსებობს გამყოფი საზღვარი. ჩატარდა გეგმიური ოპერაცია – სიმსივნის ამოკვეთა კუდუსუნის ძვლის რეზექციით საკრალური მიდგომით. ჰისტომორფოლოგიურად დადგინდა ფიბროსარკომის დიაგნოზი.

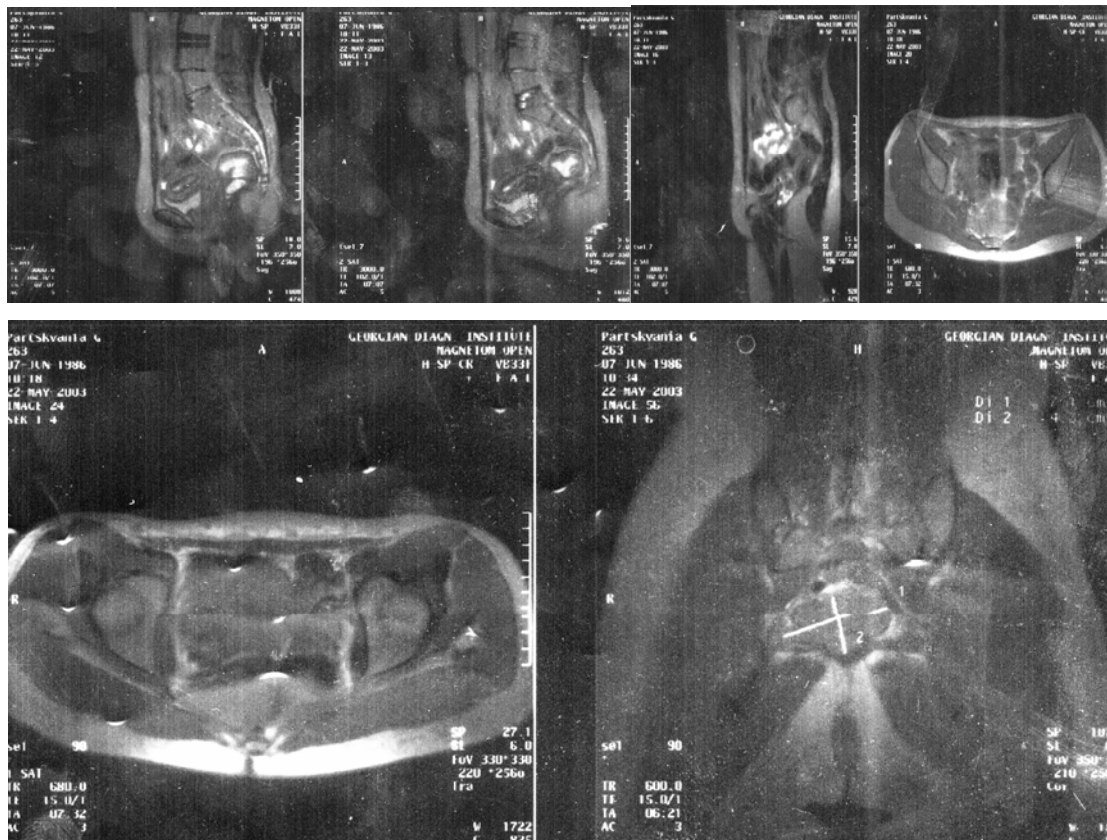
ბ) სურათზე ნაჩვენებია შარდის ბუშტის კედელთან ლოკალიზებული სიმსივნე, რომელიც ვრცელდება მცირე მენჯის ღრუში და ჩაზრდილია სწორი ნაწლავის კედელში. ჩატარდა გეგმიური ოპერაცია კომბინირებული მიდგომით – სიმსივნის

ამოკვეთა სწორი ნაწლავის ექსტირპაციასთან ერთად. ჰისტომორფოლოგიური დიაგნოზით დადგინდა რაბდომიოსარკომის დიაგნოზი.

გ) როგორც სურათიდან ჩანს, სიმსივნე მდებარეობს შარდის ბუშტის უკანა კედელთან, ჩაზრდილია ირგვლივმდებარე ანატომიურ სტრუქტურებში და ვრცელდება მცირე მენჯში. პუნქციური ბიოფსიით დაისვა ლიპოსარკომის დიაგნოზი. ავადმყოფის მძიმე მდგომარეობის გამო თავი იქნა შეკავებული ოპერაციულ მკურნალობაზე. ავადმყოფს დაენიშნა სხივური და ქიმიოთერაპია.

მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნის დროს მაგნიტურ-რეზონანსული კვლევით მიღებული ერთ-ერთი გამოსახულება ნაჩვენებია 110 სურათზე.

სურათი № 10



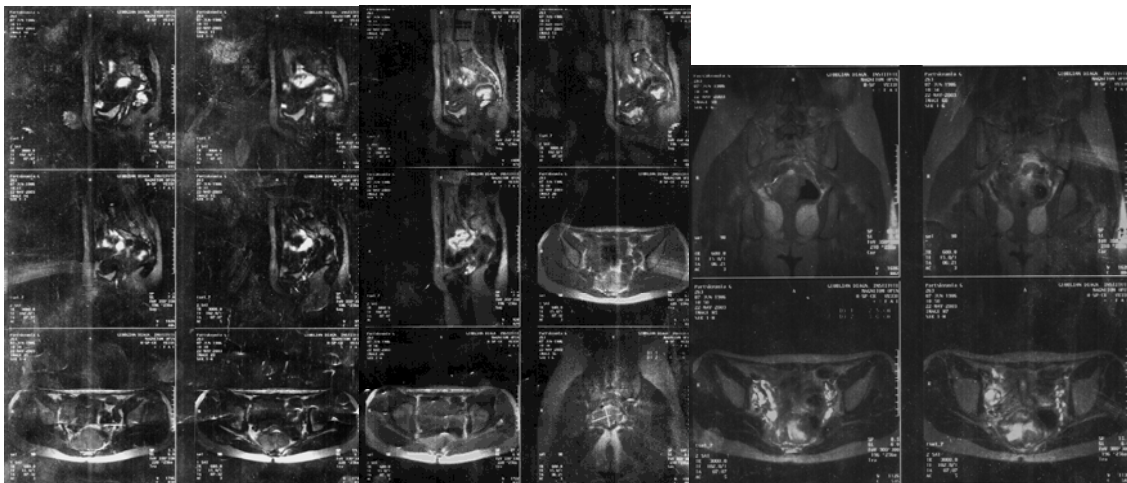
სურათზე ნაჩვენებია, რომ მცირე მენჯში ისახება მომრგვალო ფორმის, დეფორმიული კონტურების მქონე ქსოვილოვანი სტრუქტურის სიმსივნური წარმონაქმნი, რომელშიც ისახება მრავლობითი ნეკროზული უბნების არსებობა. სიმსივნის ზომებია: 18,0X19,0X22,0სმ. სიმსივნე ახდენს ზეწოლას მარჯვნივ მსხვილ ნაწლავზე, თეძოს

არტერიებზე, ხოლო მარცხნივ თემოს არტერიისა და ვენის ვიზუალიზაცია ცალკე სტრუქტურად ვერ ხერხდება. ქვემო ღრუ ვენა განიცდის ზეწოლას. კომპრესიის გამო დეფორმირებულია შარდის ბუშტი. შემთხვევა მიჩნეულ იქნა ინოპერაბელურად. აღებულ იქნა მასალა ჰისტომორფოლოგიური კვლევისათვის, დადგინდა ლიპოსარკომის დიაგნოზი. დაენიშნა სხივური თერაპია.

T1, T2 რეჟიმებში საგიტალურ, კორონალურ და ტრანსვერსალურ ჭრილებში ჩატარებული მაგნიტურ-რეზონანსული კვლევა, სიმსივნის მცირე მენჯში პრესაკრალური ლოკალიზაციის დროს, ნაჩვენებია №11 სურათზე.

სურათი № 11 ა), ბ)

ა) ბ)



სურათიდან ჩანს, რომ გავის ძვლის ვენტრალურად ისახება მოცულობითი წარმონაქმნი არასწორი, მკაფიო კონტურებით, რომელიც ჩაზრდილია გავის ძვალში III მალის დონეზე, ვრცელდება კუდუსუნზე. აღნიშნული მალეები ვლინდება მომატებული ინტენსივობის სიგნალებით. სიმსივნე მოიცავს დურალური პარკის კაუდალურ ნაწილს. ის იწვევს სწორ ნაწლავზე ზეწოლასა და სანათურის დეფორმაციას, ვრცელდება კანქვეშა ცხიმოვან ქსოვილში. სიმსივნის შიგთავსი დაყოფილია ხარიხებით და T2 – შეწონილ გამოსახულებაზე ვლინდება ჰიპერინტენსიური სიგნალებით სტრუქტურა არაჰომოგენური და ბლანტი სითხის

შემცველია. აღნიშნულ შემთხვევაში ოპერაცია ჩატარდა საკრალური მიდგომით – კუდუსუნის და გავის V მალის გავის ძვლის რეზექციითა და სიმსივნის ამოკვეთით. ოპერაციული მასალის ჰისტომორფოლოგიური კვლევით დადგინდა ფიბროსარკომის დიაგნოზი.

კომპიუტერული და მაგნიტურ-რეზონანსული ტომოგრაფია წარმოადგენს გამოკვლევის საშუალებას, რომელთაც პრაქტიკულად არ გააჩნია წინააღმდეგევენებები. მათი საშუალებით უმეტეს შემთხვევაში შესაძლებელი ხდება მცირე მენჯში დადგინდეს სიმსივნის ტოპიკა, მიმდებარე ორგანოებთან ურთიერთკავშირი და გადაწყდეს მკურნალობის ტაქტიკა. ჩვენი კვლევით მაგნიტურ-რეზონანსული ტომოგრამფიის მგრძობელობამ შეადგინა 100%.

ოპერაციამდე 71 შემთხვევაში (68,9%) ჩატარდა ციტომორფოლოგიური კვლევა, რომლის საშუალებითაც განისაზღვრა სიმსივნის უჯრედული შენება და ჰისტოლოგიური ფორმა.

4.2 მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნეების დიფერენციული დიაგნოსტიკის თავისებურებანი

როგორც აღვნიშნეთ, მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნეებს დამახასიათებელი პათოგნომური სიმპტომები არ გააჩნიათ. ამ მიზეზით დიფერენციული დიაგნოზის გატარება საკმაოდ რთულ პრობლემას წარმოადგენს.

ამასთანავე, გასათვალისწინებელია, რომ სხვადასხვა დაავადებები ხშირად ავლენს მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნეების მსგავს სიმპტომებს, რის გამოც ხშირია ექიმების მიერ დაშვებული დიაგნოსტიკური შეცდომები.

მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნეების დროს დიფერენცირება უნდა მოხდეს მცირე მენჯის ორგანოების ავთვისებიან, კეთილთვისებიან სიმსივნეებსა და მსგავსი სიმპტომების მქონე სხვა დაავადებებს შორის.

ერთ-ერთი ასეთი დაავადებაა სწორი ნაწლავის კიბო, რომლისთვისაც დამახასიათებელია შეკრულობა, ტკივილი, დეფეკაციის გახშირება, უცხო სხეულის შეგრძნება უკანა ტანში. თითოთ გასინჯვისას შეიგრძნება ხორკლიანი ზედაპირის, მკვრივი კონსისტენციის, სისხლმდენი სიმსივნე. არც თუ იშვიათად ადგილი აქვს ნაწლავის კედლის ზედაპირის ფართო დაზიანებასა და ნაწლავის სანათურის შევიწროებას. პრესაკრალური და

პარარექტული ორგანოსგარეშე კეთილთვისებიანი სიმსივნეების დროს, როგორც წესი ნაწლავის ლორწივანი გარსი ინტაქტურია. საბოლოო დიაგნოზის დადგენისათვის საჭიროა ჩატარდეს კტ, მრტ და დამიზნებითი ბიოფსია.

ჩვენი კლინიკური მასალის ანალიზის დროს შემთხვევათა 1/3-ში საჭირო გახდა დიფერენციული დიაგნოზის გატარება სწორი ნაწლავის კიბოსთან. ავადმყოფებს აღენიშნებოდათ სწორი ნაწლავის კიბოს კლინიკისათვის დამახასიათებელი ჩივილები, რასაც თან ერთვოდა დიაგნოსტიკის რუტინული მეთოდებით მიღებული ინფორმაცია სიმსივნის არსებობის შესახებ პარარექტულად ან პრესაკრალურ სივრცეში და ენდოსკოპური მეთოდებით ნაწლავის კედლის მთლიანობის დარღვევის აღმოჩენა. დიაგნოზის დადგენა მოხდა კტ, მრტ და ციტოჰისტოლოგიური დიაგნოსტიკით.

ხშირად ტერატომების დროს დიფერენცირება ხდება ხორდომებთან, უკანასკნელის დროს გავა – კუდუსუნის მიდამოში აღინიშნება ტკვილები, პარესთეზიები, პარეზები, ქვედა კიდურების რეფლექსების დაქვეითება, ქვედა კიდურებში, დუნდულოების ატროფია, შეშუპება. სწორი დიაგნოზი ისმევა რენტგენოლოგიური, ან კომპიუტერული ან მაგნიტურ-რეზონანსული ტომოგრაფიული კვლევის საშუალებით. დაავადების საბოლოო ვერიფიკაციისათვის აუცილებელია ბიოპტატის ციტო-მორფოლოგიური შესწავლა. ჩვენს შემთხვევაში ხორდომის ქეშმარიტი დიაგნოზი დაისვა 2 შემთხვევაში, ხოლო ტერატომის ყველა შემთხვევაში მასთან მოხდა დიფერენცირება.

პრესაკრალურად მდებარე სიმსივნეების დროს დიფერენციული დიაგნოზი უნდა გატარდეს წინა საკრალურ მენინგოცელესთან, თუმცა, ზრდასრულ ავადმყოფებში ეს დაავადება შედარებით იშვიათად გვხვდება. მენინგოცელეს შემთხვევაში სწორი ნაწლავიდან თითოთ გასინჯვის დროს არსებული სადა ზედაპირის სიმსივნეზე თითოთ ზეწოლისას სითხე ხერ-ხემლის არხში ბრუნდება და სიმსივნე ქრება, რაც პრესაკრალურ სიმსივნეს გამოირიცხავს.

კლინიკურ პრაქტიკაში კტ და მრტ დიაგნოსტიკური მეთოდების ფართოდ დანერგვამ შედარებით გაამარტივა დიფერენციული დიაგნოსტიკის საკითხი მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნეებსა და საკრალურ მენინგოცელეს შორის, თუმცა ჩვენს შემთხვევაში ახალგაზრდა ასაკის ავადმყოფებში, როდესაც სიმსივნე მდებარეობდა პრესაკრალურად, ყველა შემთხვევაში მოხდა დიფერენცირება ზემოაღნიშნულ

დაავადებასთან.

პრესაკრალური სიმსივნის დიფერენციული დიაგნოზი უნდა გატარდეს სწორი ნაწლავის ენდომეტრიოზთან. მისთვის დამახასიათებელია სწორი ნაწლავიდან სისხლდენა მენსტრუაციის დროს და ენდომეტრიუმის კვანძების ზომაში მომატება. დიაგნოზის დადგენა ხდება პუნქციური ბიოფსიით. ენდომეტრიუმის მსგავსი ცილინდრული ეპითელიური უჯრედების აღმოჩენა, მისი უეჭველი დამადასტურებელი ნიშანია.

სიმსივნის პრესაკრალურად მდებარეობის 6 შემთხვევაში (5,8%) ადგილი ჰქონდა სწორი ნაწლავის ენდომეტრიოზისათვის დამახასიათებელ სისხლდენასა და ტკივილს სწორი ნაწლავის პროექციაში. ყველა შემთხვევაში დაისვა სწორი დიაგნოზი: პუნქციური ბიოფსიით 5 შემთხვევაში (4,8%) დადგინდა პრესაკრალურ სივრცეში მდებარე სიმსივნე, რომლის დროსაც ადგილი ჰქონდა სწორ ნაწლავზე კომპრესიული სინდრომს და კლინიკურად გამოხატულ ტკივილს. 1 შემთხვევაში (0,9%) კი დადგინდა პრესაკრალური სიმსივნე ჩაზრდილი სწორი ნაწლავის კედელში.

პრესაკრალური კეთილთვისებიანი სიმსივნეების დროს, დიფერენციული დიაგნოზი უნდა გატარდეს გავა-კუდუსუნის ეპითელიურ ხვრელმილთან, რომლის დროსაც კუდუსუნის არეში აღინიშნება პირველადი ხვრელი, ხოლო სწორი ნაწლავის თითით გასინჯვისას ნაწლავში პათოლოგიური პროცესი არ ვლინდება. მიუხედავად ამისა, საბოლოო დიაგნოზის დასადგენად ტარდება ცდა მეთილენის ლურჯით ან პირველადი ხვრელმილის რენტგენო-კონტრასტული კვლევა.

პათოლოგიური ხვრელმილების არსებობის დროს არც თუ იშვიათად საჭირო ხდებოდა დიფერენციული დიაგნოზის გატარებას თანდაყოლილ ანატომიურ ანომალიებთან. მეტად მნიშვნელოვან მეთოდს დიაგნოსტიკისათვის წარმოადგენს: სწორი ნაწლავის თითით გასინჯვა, რენტგენოკონტრასტული კვლევის მეთოდები, კტ და მრტ. ამ დროს შესაძლებელია პრესაკრალურად მდებარე სიმსივნის აღმოჩენა, რაც სრულად ადასტურებს მის დიაგნოზს.

მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნეების დროს განსაკუთრებით რთულია დიფერენციული დიაგნოზის გატარება არა რადიკალურად ნამკურნალევი ეპითელიურ ხვრელმილებთან, როდესაც იკვეთება პირველადი ხვრელმილის სივრცე. ამ დროს შესაძლებელია დარჩეს კუდუსუნზე ხვრელმილის ქსოვილის ნაწილი და განვითარდეს

რეციდივი. დაავადების საბოლოო დიაგნოზის დასმა ხდება რენტგენოკონტრასტული და ჰისტომორფოლოგიური კვლევებით.

პრესაკრალურად, პარარექტულად, პელვეორექტულად, იზიორექტულად, შორისის მიდამოში ლოკალიზებული დერმოიდული კისტები და პრესაკრალური ტერატომები ხშირად რთულდება დაჩირქებით, ფისტულების ჩამოყალიბებით პერიანალურ მიდამოში, სწორ ნაწლავსა და საშოში, რაც ხშირად ზოგადი ქსელის ექიმებს სხვადასხვა ფორმის პარაპროექტებში ეშლებათ, რის გამოც ავადმყოფებს მრავალჯერ უშედეგოდ უკეთდებათ ოპერაციები. ფისტულა როგორც წესი დაკავშირებულია სწორ ნაწლავთან და იხსნება მასში (შიგნითა ხვრელი). ლიტერატურული წყაროებით უმეტეს შემთხვევებში პრესაკრალურად ან პარარექტულად განვითარებულ ტერატომებისა, თუ დერმოიდულ კისტების დროს ადგილი აქვს სწორ ნაწლავში კისტოზური ფისტულს გახსნას, საიდანაც მუდმივად იღვრება ჩირქი და ხშირად ექიმებს ქრონიკულ პარაპროექტიტში ეშლებათ (10, 13, 16, 43, 45).

დრენირებულ სიმსივნეებსა და პარაპროექტიტს შორის დიფერენციალური დიაგნოსტიკის დროს ასევე მნიშვნელოვანია ანამნეზური მონაცემები. ავადმყოფები ქრონიკული პარაპროექტიტის დროს აღნიშნავენ პათოლოგიური გამონადენის არსებობას სწორი ნაწლავიდან, ან გარეთა ხვრელმილიდან მწვავე ანთებითი პროცესის გადატანის შემდეგ, ხოლო ტერატომებისა და დერმოიდული კისტების დროს – კი პერიოდულად ან ხანგრძლივი დროის განმავლობაში.

დიფერენციული დიაგნოზი უნდა გატარდეს ქრონიკული პარაპროექტიტის დროს ფისტულის შიგნითა ხვრელთან, რომელიც მდებარეობს მორგანის კრიპტში, სავარცხლისებრი ხაზის პროექციაზე (54, 56, 57, 58). ამასთან, დაკვირვებებით აღმოჩნდა, რომ პრესაკრალური, იზიორექტული და პელვეორექტული კისტები უფრო ხშირად იხსნებიან ნაწლავის ამპულარულ ნაწილში ან პერიანალურ მიდამოში. (42, 43, 52, 57, 75, 1141, 155). ქრონიკული პარაპროექტიტის დროს შიგნითა ხვრელის დიამეტრს, არ აღემატება 0,2სმ, ხოლო ტერატოიდული, ან დერმოიდული კისტის შემთხვევაში – კი ფისტულის შიგნითა ხვრელის ზომები რამდენადმე დიდია და მერყეობს 0,2სმ-დან - 3სმ-მდე.

სწორედ ფისტულის შიგნითა ხვრელის ზომებზეა დამოკიდებული სიმსივნის დრენირების ხარისხი. მისი დიდი ზომისა და კარგად დრენირებული კისტის შემთხვევაში

რამდენადმე გამწვანებულია პალპაციით შეფასება, ხოლო არასრულყოფილად დრენირების დროს კი შესაძლებელია ფლუქტუაციის აღმოჩენა.

ჩვენი კლინიკური მასალის შესწავლისას 1 შემთხვევაში (0,9%) ადგილი ჰქონდა ორივე დუნდულოს მიდამოში დრენირებულ დერმოიდულ კისტას 5 შემთხვევაში (4,8%) ადგილი ჰქონდა გავა-კუდუსუნის მიდამოში დრენირებულ, ხოლო 3 შემთხვევაში (2,9%) კი შორისის მიდამოში დრენირებულ ტერატოიდულ და დერმოიდულ კისტას.

ყოველივე ზემოაღნიშნულიდან გამომდინარე, მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნეების დიაგნოსტიკის დროს დიფერენციული დიაგნოზის გასატარებლად აუცილებელია ჩატარდეს ცდა მეთილენის ლურჯით და კონტრასტული რენტგენოგრაფია. თუ ხვრელში შეყვანილი მეთილენის ლურჯის მცირე ულუფა სწორ ნაწლავში ჩაიღვარა, იგი სწორი ნაწლავის ფისტულის სასარგებლოდ მეტყველებს, ხოლო კონტრასტის დიდი რაოდენობით დანახარჯი და რენტგენოგრამაზე სფერული ფორმის წარმონაქმნი ამ მიდამოში კეთილთვისებიანი სიმსივნის არსებობაზე მიუთითებს.

მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნეების და მეტასტაზების დიფერენციული დიაგნოზის გატარება უნდა წარიმართოს მაღალტექნოლოგიური სხივური დიაგნოსტიკის და ციტო-ჰისტოლოგიური კვლევის მეთოდებით.

ძვლოვანი სიმსივნეების დროს დიფერენციული დიაგნოზი ტარდება გავა-კუდუსუნის ოსტეომიელიტსა და ტუბერკულოზთან. ამ შემთხვევაში გადაწყვეტი რილი ეკუთვნის რენტგენოლოგიურ, კომპიუტერულ, სცინტიგრაფიულ, ციტო-მორფოლოგიურ მეთოდებსა და ტუბერკულოზური კვლევების სპეციფიკურ ტესტებს.

შარდის ბუშტის გვერდით კედელთან განვითარებული მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნის დროს, როდესაც ის იწვევს ზეწოლას და არც თუ იშვიათად მის კედელში ჩაზდას, შესაძლოა ადგილი ჰქონდეს ჰემატურიასა და დიზურიულ მოვლენებს. ამ დროს დიფერენციული დიაგნოზი საჭიროა გატარდეს შარდის ბუშტისა და შარდ-სასქესო სისტემის პირველად სიმსივნეებთან, ცისტიტთან, შარდ-კენჭოვან დაავადებებთან. სწორი დიაგნოზის დასადგენად უნდა ჩატარდეს ცისტოსკოპია, უროგრაფია, ციტო-ჰისტოლოგიური კვლევები და რაც მთავარია, მაგნიტური ან კომპიუტერული ტომოგრაფია.

ჩვენი კლინიკური გამოკვლევით 11 შემთხვევაში (10,8%) სიმსივნე ლოკალიზდებოდა შარდის ბუშტის კედელთან და ადგილი ჰქონდა მასზე კომპრესიას. შარდ-სასქესო სისტემის

დაავადებებთან კლინიკური სიმპტომების მსგავსების გამო, ყველა შემთხვევაში დიფერენციული დიაგნოზი გატარდა შარდ-სასქესო სისტემის პირველად სიმსივნეებთან, ცისტიტთან, შარდ-კენჭოვან დაავადებებთან. ყველა შემთხვევაში დადგინდა მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნის დიაგნოზი.

მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნის საშოსა და საშვილოსნოს ყელში ჩაზრდის დროს საჭიროა დაავადების დიფერენცირება გენიტალური ორგანოების სიმსივნეებთან. ვაგინალური გასინჯვა, უკანა თალის პუნქცია და ციტოლოგიური კვლევა საშუალებას იძლევა დაისვას სწორი დიაგნოზი. ზემოხსენებულ დაავადებებთან დიფერენცირება აუცილებელი ხდებოდა სიმსივნის რექტოვაგინალურ ძგიდებში ან შორისის მიდამოში მდებარეობისას და განსაკუთრებით სიმსივნის ჩაზრდის შემთხვევაში საშოს უკანა კედელში.

ჩვენი პროსპექტული მასალის ყველა აღნიშნულ შემთხვევაში დიაგნოზის დადგენა მოხდა კომპიუტერული და მაგნიტურ-რეზონანსული ტომოგრაფიით, სიმსივნიდან აღებული მასალის ჰისტომორფოლოგიური კვლევით.

ამგვარად, მიუხედავად კლინიკური სურათის მსგავსებისა, არსებობს რიგი ნიშნები, რაც დიფერენციული დიაგნოზის გატარების საშუალებას იძლევა. ანამნეზის ყურადღებით შესწავლა, ავადმყოფის ტრადიციული და მაღალტექნოლოგიური სხივური მეთოდების მიზანდასახული, თანმიმდევრული გამოყენება პათოლოგიის დროული ამოცნობისა და დიფერენციული დიაგნოზის გატარების რეალურ საშუალებას იძლევა (41, 112 129, 143, 155).

4.3 დიაგნოსტიკური შეცდომები მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნეების დროს

მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნეების დროს დიაგნოსტიკური შეცდომების არსებობა შესძლებელია აიხსნას რიგი გარემოებებით: ხშირად დაავადება ვლინდება გართულებების სტადიაში, ლოკალიზაციის შესაბამისად სიმსივნე იწვევს მცირე მენჯის ორგანოებზე ზეწოლას ახდენს სხვადასხვა დაავადებების სიმულაციას. დაავადება კლინიცისტებისათვის ნაკლებადაა ცნობილი და ამიტომ, ყველა ზემოხსენებული თავისებურებების გამო ხშირია დიაგნოსტიკური შეცდომები.

კლინიკური მასალის განხილვის საფუძველზე დადგინდა, რომ ოპერაციამდე დიაგნოსტიკური შეცდომების მიზეზს წარმოადგენდა: დაავადების შესახებ ზოგადი

პროფილის ექიმების არასაკმარისი ცოდნა, დიაგნოსტიკის არსებული მეთოდების არათანმიმდევრული გამოყენება და ავადმყოფთა დაგვიანებული მიმართვა სამედიცინო დახმარებისათვის.

კლინიკური მასალის ანალიზის საფუძველზე დადგინდა, რომ 103 ავადმყოფიდან 81-ს (78,3%) სწორი დიაგნოზი პირველად ჩვენს კლინიკაში დაესვა. ზოგადი ქსელის ექიმების მხრიდან დიაგნოსტიკურ შეცდომას ადგილი ჰქონდა 13 შემთხვევაში (12,6%), ხოლო 9 შემთხვევაში (9,1%) კი ადგილი ჰქონდა კლინიკური დიაგნოზის დაზუსტებასა და გართულებების გამოვლენას.

მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნეების დროს დიაგნოსტიკური შეცდომების ყველა შემთხვევა მოყვანილია ¹⁶ ცხრილში.

როგორც ცხრილიდან ჩანს, მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნეები ხშირად იწვევენ სხვადასხვა დაავადებების სიმულირებას. გარდა ამისა ავადმყოფები თვეების განმავლობაში სხვადასხვა სამედიცინო დაწესებულებებში ზოგადი ქსელის ექიმებთან მკურნალობდნენ ცისტიტის, პარაპროქტიტის, ოოფორიტის, პროქტიტის, სწორი ნაწლავის ფისტულის, ვაგინიტის და სხვა დიაგნოზებით.

ცხრილი № 6

დიაგნოსტიკური შეცდომები მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნეების დროს

კლინიკური დიაგნოზი	საბოლოო დიაგნოზი	ოპერაციის შემდგომი მორფოლოგიური დიაგნოზი
პარაპროქტიტი (1)	ტერატომა	ტერატომა
სწორი ნაწლავის კიბო (2)	მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნე (2);	1. დერმოიდული კისტა; 2. ნეიროფიბროსარკომა;
საშვილოსნოს ტანის კიბო (1)	მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნე	ფიბროსარკომა;
შარდის ბუშტის სიმსივნე (1)	მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნე	ლიპოსარკომა;
ნაწლავის გაუვალობა (1)	მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნე	ფიბროსარკომა;
საკვერცხის კიბო (2)	მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნე (2)	1. ანგიოსარკომა; 2. ლიპოსარკომა;
ბრმა ნაწლავის კიბო (2)	მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნე (2)	1. ლიპოსარკომა; 2. რაბდომიოსარკომა;
სწორი ნაწლავის ფისტულა (2)	მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნე (დერმოიდული კისტა) (2)	1. დერმოიდული კისტა; 2. დაჩირქებული ტერატომა;
ტერატომა (1)	მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნე	ტერატობლასტომა;
სულ 13 (12,6%)		

კეთილთვისებიანი სიმსივნის 1 შემთხვევაში (0,9%) ოპერაციამდელ დიაგნოზს წარმოადგენდა ჩიროქვანი პარაპროქტიტი. კლინიკაში ჰისტომორფოლოგიური კვლევით დადგინდა დაჩირქებული ტერატომა. 2 შემთხვევაში რექტორომანოსკოპიით დასმული სწორი ნაწლავის ფისტულის დიაგნოზის დროს ჩვენსავე კლინიკაში ფისტულოგრაფიით ორივე ავადმყოფს დაუდგინდა დერმოიდული კისტა, რაც ოპერაციულად დადასტურდა ერთ შემთხვევაში, ხოლო მეორე შემთხვევაში კი პოსტოპერაციული ჩარევის შემდეგ პრე-პარატის ჰისტომორფოლოგიური კვლევით აღმოჩნდა დაჩირქებული ტერატომა.

გამოკვლევებით დადგინდა, რომ ოპერაციამდელი დიაგნოზისა და ქირურგიული მკურნალობის მასშტაბების დადგენა განსაკუთრებით გახანგრძლივებული იყო 1984-1990 წლებში ნამკურნალებ პაციენტებში. რეტროსპექტული მასალის ანალიზით, ავადმყოფები, რომლებიც მიმართავენ სამედიცინო დაწესებულებებს სხვადასხვა ჩივილებით, მათი

კლინიკური გამოვლენის, ენდოსკოპური და რენტგენოლოგიური დიაგნოსტიკის მეთოდებით მიღებული შედეგებით თითქმის ყველა შემთხვევაში შესაძლებელი იყო სავარაუდო დიაგნოზად მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნის დასმა. რაც კიდევ ერთხელ მიუთითებს სამედიცინო პერსონალის არასაკმარის ცოდნასა თუ ონკოლოგიურ სიფხიზლეზე.

მოვიყვანთ მაგალითს. ავადმყოფი ქალი (ისტ. 12574/94), გ.ს. 65 წლის კლინიკაში შემოვიდა 17.05.96. რაიონკოლოგის მომართვით. პირველადი დიაგნოზით – საკვერცხის კიბო. ავადმყოფი აღნიშნავდა ტკივილს მცირე მენჯის ღრუში, პალპირებად სიმსივნეს, წონაში დაკლებასა და ცხელებას. ვაგინალური გამოკვლევისას ტკივილსა და ზეწოლას საშვილოსნოს გვერდით კედელზე. ჩვენს კლინიკაში კლინიკო-მორფოლოგიური კვლევით დადგინდა მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნე - რაბდომიოსარკომა. აღმოჩნდა, რომ სიმსივნე ჩაზრდილია სიგმურ ნაწლავში. ჩატარდა ოპერაცია აბდომინური მიდგომით: სიმსივნის ამოკვეთა საღი ქსოვილების ფარგლებში, სიგმის რეზექცია ჰარტმანის წესით. ოპერაციის შემდგომი ჰისტომორფოლოგიური კვლევით წინასწარი დიაგნოზი დადასტურდა.

2. ავადმყოფი კაცი, გ.შ. 37 წლის (ისტ. 1 6682), კლინიკაში შემოვიდა 03.30.93. დიაგნოზით: სწორი ნაწლავის კიბო; ავადმყოფი შემოსვლისას აღნიშნავდა შემდეგ ჩივილებს: დიზურია და ტკივილი მუცლის ქვემო სეგმენტში, რაც განსაკუთრებით ძლიერდებოდა დეფეკაციის დროს. ჩვენს კლინიკაში ავადმყოფს ჩატარდა შესაბამისი კლინიკო-ლაბორატორიული გამოკვლევები. რექტალური გასინჯვით აღინიშნა მტკივნეულობა, ხოლო სიმსივნე ნანახი არ იქნა. რექტორომანოსკოპიით აღინიშნებოდა სიმსივნის გარედან ზეწოლა ნაწლავის კედელზე. ულტრაბგერითი გამოკვლევით ნანახი იქნა არასწორკიდებიანი სიმსივნე სწორ ნაწლავსა და შარდის ბუშტის უკანა კედელს შორის. კტ დიაგნოსტიკით კი დადგინდა სიმსივნის სტრუქტურული პარამეტრები და შეფასდა რეზექტაბელობა. პუნქციური ბიოფსის ჩაარება ვერ მოხერხდა ტექნიკური მიზეზების გამო. ჩატარდა ოპერაცია აბდომინური მიდგომით: სიმსივნის ამოკვეთა საღი ქსოვილების ფარგლებში, სიგმური ნაწლავის რეზექციით.

ავადმყოფი, ქალი ფ-ლი ი. 56 წლის (ისტ. 19405/03), პრესაკრალური მიდამოს პუნქციითა და პუნქტატის ციტოლოგიური კვლევით (11170-03) დაუდგინდა ტერატომის

დიაგნოზი (მასალაში ნანახი იყო ცალ-ცალკე და ჯგუფურად განლაგებული სხვადასხვა ფორმის უჯრედები ავთვისებიანი ნიშნების გარეშე). ოპერაციის შემდეგ (პათოლოგიური პროცესის ადგილობრივად გავრცელების გამო ჩატარდა ეგზენტერაცია) ჰისტომორფოლოგიური კვლევით (1856/03) დადგინდა: დაბალი დიფერენცირების ტერატობლასტომა, ნეიროეპითელიუმის ემბრიონული ჩანართებით.

ამგვარად, კლინიკაში კომპიუტერული და მაგნიტურ-რეზონანსული ტომოგრაფიის დანერგვის შემდეგ რამდენამდე შემცირდა სწორი დიაგნოზის დადგენის დრო და დაიხვეწა ქირურგიული ჩარევის მასშტაბების დაგეგმვა ოპერაციამდე.

კლინიკური მასალის ანალიზით დადგინდა, რომ ოპერაციამდე დაავადების ვერიფიცირება მოხდა 82 შემთხვევაში (79,6%), 21 ავადმყოფთან (20,1%) ოპერაციის წინა ვერიფიცირება ტექნიკური სიძნელების გამო ვერ მოხერხდა.

ჩატარებული 86 ქირურგიული მკურნალობიდან მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნეების ოპერაციის შემდგომი პრეპარატების ჰისტოლოგიური შესწავლით შემთხვევათა 62,1%-ში (64 შემთხვევა) დადასტურდა ავთვისებიანი, ხოლო 37,9%-ში (39 შემთხვევა) – კეთილთვისებიანი სიმსივნეები.

ამგვარად, ჩვენი მასალის მიხედვით დიაგნოსტიკური შეცდომები აიხსნება: 1) ანამნეზური მონაცემების არასათანადო შეფასებით, დიფერენციული დიაგნოზის სირთულითა და სხვა დაავადებებთან მსგავსებით; 2) კლინიკო-დიაგნოსტიკური მეთოდების არასაკმარისი და არათანმიმდევრული გამოყენებით; 3) სამედიცინო პერსონალის დაბალი ონკოლოგიური სიფიზლით და 4) ავადმყოფის სამედიცინო დახმარების არადროული მიმართვით.

V თავი

მცირე მენჯის სხვადასხვა ლოკალიზაციის არაორგანული სიმსივნეების ქირურგიული მკურნალობა

5.1.1. პრობლემის ზოგადი დახასიათება

სხვადასხვა ლოკალიზაციის მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე ავთვისებიანი და კეთილთვისებიანი სიმსივნეების როგორც გართულებული, ისე გაურთულებელი შემთხვევების მკურნალობის ძირითადი მეთოდი ქირურ-გიულია (41, 42, 61, 83, 98, 111, 114, 128,

136, 150, 158, 198, 200). ამ დროს განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია სიმსივნური წარმონაქმნის ზუსტი ლოკალიზაციის განსაზღვრა და შესაბამისად, ოპერაციული მიდგომის სწორი შერჩევა. ეს საშუალებას იძლევა, ერთი მხრივ, დაცულ იქნას რადიკალიზმი, ხოლო, მეორე მხრივ, თავიდან იქნას აცილებული ირგვლივმდებარე ორგანოებისა და ქსოვილების დაზიანება, რაც მინიმუმამდე ამცირებს ინტრაოპერაციული და პოსტოპერაციული გართულებების რაოდენობას.

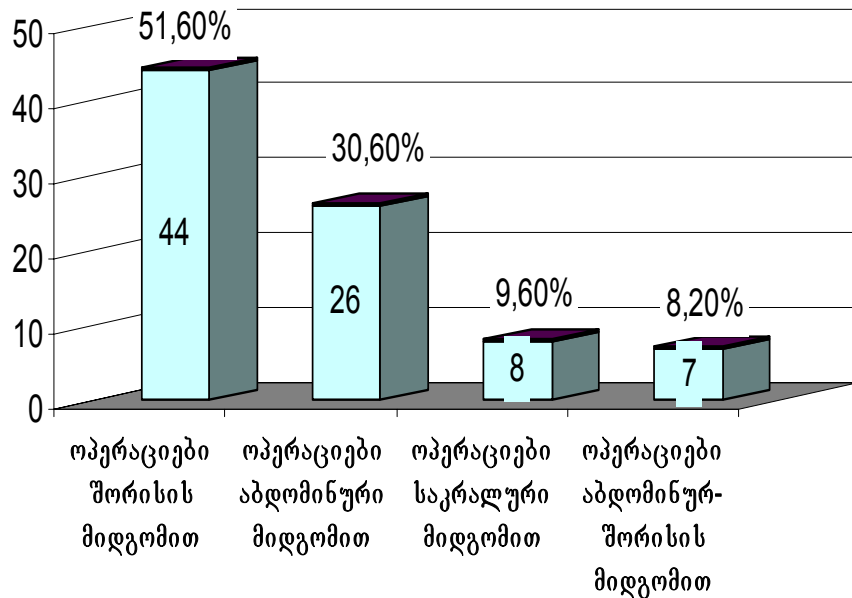
რაც შეეხება მცირე მენჯში ლოკალიზებული ორგანოსგარეშე სიმსივნეების დროს ქირურგიული მიდგომის ზუსტ შერჩევას, საჭიროა გან-ხორციელდეს ზოგიერთი საკითხის კომპლექსური გადაჭრით. ესენია: სიმსივნის ზომების, მიმდებარე ორგანოებთან და ანატომიურ სტრუქტურებთან ურთიერთკავშირის დადგენა, დაავადების ხასიათი, მოცულობითი წარმონაქმნის ჰისტოლოგიური ფორმა, არსებული თუ მოსალოდნელი გართულებები.

როგორც აღვნიშნეთ, შესწავლილი 103 ავადმყოფიდან მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე პირველადი სიმსივნე ჰქონდა 92 ავადმყოფს (89,3%), რეციდიული - 11 (10,7%-ს. მათ შორის ავთვისებიანი სიმსივნე აღვნიშნებოდა 64 ავადმყოფს (62,1%), ხოლო კეთილთვისებიანი კი - 39-ს (37,9%).

კლინიკური მასალის მიხედვით, ოპერაციები ტარდებოდა: 1) ექსტრაა-ბდომინური (შორისის და საკრალური); 2) აბდომინური; 3) კომბინირებული მიდგომით (აბდომინურ-შორისის). ოპერაციული მიდგომა მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნეების დროს ნაჩვენების 13 დიაგრამაზე.

დიაგრამა № 4

ოპერაციული მიღბომა მცირე მენჯის ორბანოსტოზში სიმსივნეების ღრუს



როგორც დიაგრამიდან ჩანს 85 პაციენტიდან 52-ს (61,2%) ოპერაციული ჩარევა ჩატარდა ექსტრააბდომინური (შორისის – 44-ს (51,6%), საკრალური – 8-ს (9,6%)), 26 ავადმყოფს (30,6%) აბდომინური, ხოლო 7 მათგანს (8,2%) – კომბინირებული (აბდომინურ-შორისის) მიდგომით. ყველა ოპერაცია ჩატარდა ზოგადი გაუტკივარების ქვეშ.

18 შემთხვევაში მცირე მენჯში სიმსივნური დაავადების გავრცელებისა და ავადმყოფთა მძიმე ზოგადი მდგომარეობის გამო ქირურგიულ მკურნალობაზე თავი იქნა შეკავებული. მათ დაენიშნათ ადიუვანტური სხივური- და ქიმიოთერაპიის კურსი.

ჩატარებული 85 ოპერაციიდან: 83 იყო გეგმიური (97,6%), ხოლო 2 – სასწრაფო (2,3%). სასწრაფო ოპერაციის ჩატარების მიზეზს ერთ შემთხვევაში წარმოადგენდა გაუვალობა, ხოლო მეორე შემთხვევაში კი – სიმსივნის შარდის ბუმტის ყელზე ზეწოლა. შესაბამისად, ორივე ავადმყოფს ჩატარდა პალიატიური ოპერაციები: ორლულიანი კოლოსტომისა და ეპიცისტოსტომის ჩამოყალიბებით.

83 გეგმიური ოპერაციიდან: რადიკალური იყო 74 (87,1%), პალიატიური – 2 (2,3%) და სამკურნალო-დიაგნოსტიკური – 7 (8,2%). ავადმყოფებს უტარდებოდათ შესაბამისი ოპერაციის წინა მომზადება.

რადიკალური ოპერაციებიდან 36 შემთხვევაში (42,3%) განხორციელდა სიმსივნის ამოკვეთა. ყველა დანარჩენ 49 შემთხვევაში (57,6%) შესრულდა სხვადასხვა სახისა და ხასიათის კომბინირებული ოპერაცია მიმდებარე ორგანოების (სწორი ნაწლავის, შარდის ბუშტის, საკვერცხის, საშვილოსნოს ყელის, კუდუსუნის) რეზექციით ან ექსტირპაციით.

გეგმიური ოპერაციებიდან 2 შემთხვევაში (2,4%) პალიატიური ოპერაცია შემოიფარგლა ორლულიანი კოლოსტომის ფორმირებით;

სამკურნალო-დიაგნოსტიკური 7 (8,2%) ოპერაციიდან 3 (3,6%) შემთხვევაში ოპერაცია შემოიფარგლა ეპიცისტოსტომის, ხოლო 4 (4,8%) შემთხვევაში ქირურგიული ჩარევისას მოხდა სიმსივნის რადიკალურად ამოკვეთა.

5.1.2 მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნეების ქირურგიული

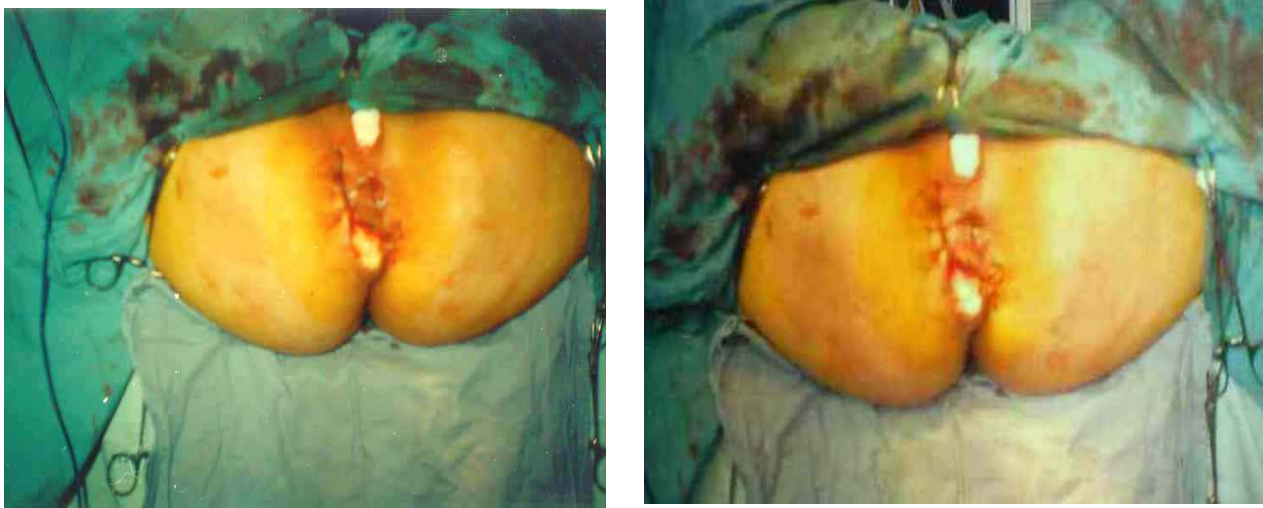
მკურნალობა ექსტრააბდომინური (შორისის და საკრალური) მიდგომით

შორისის მიდგომით ოპერაციის ჩატარება უკეთეს შედეგს იძლევა უპირატესად შორისის, იშორექტალური და პელვეორექტული სიმსივნეების ლოკალიზაციის დროს. ჩვენი კლინიკური მასალით 85 ოპერირებული ავადმყოფიდან შორისის მიდგომით ოპერაცია ჩატარდა 44 (51,6%). მათ შორის კეთილთვისებიანი იყო 38 (86,4%), ხოლო ავთვისებიანი 6 (13,6%). მათ შორის ჰისტოლოგიური ფორმები შემდეგნაირად განაწილდა: დერმოიდული კისტა 18 შემთხვევაში (40,9%), ტერატომა 18 შემთხვევაში (38,6%), ფიბროლიომიომა 2 შემთხვევაში (4,5%), ლეიომიოსარკომა 1 შემთხვევაში (2,3%), ანგიოსარკომა 1 შემთხვევაში (2,3%), სიმპატობლასტომა 1 შემთხვევაში (2,3%), ლიპოსარკომა 3 შემთხვევაში (6,8%).

ლოკალიზაციის მიხედვით კი: შორისის 13 შემთხვევაში (29,6%), პელვეორექტული 2 შემთხვევაში (4,5%), პრესაკრალური 20 შემთხვევაში (45,4%), რექტოვაგინალურ ძგიდეში 6 შემთხვევაში (13,6%), ხოლო პარარექტულად 3 შემთხვევაში (6,9%). სიმსივნის ზომები ავთვისებიან შემთხვევებში არ აღემატებოდა 5-7სმ-ს, ხოლო კეთილთვისებიანი სიმსივნის ზომები მერყეობდა 10-15სმ-ს ფარგლებში.

მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნის ამოკვეთა შორისის მიდგომით ნაჩვენებია ¹ 12 და ¹13 სურათებზე.

სურათი №12 სურათი № 13

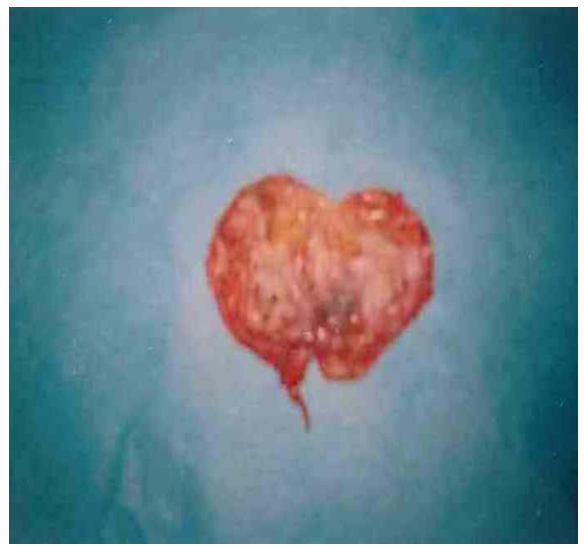


როგორც სურათიდან ჩანს, ოპერაციული ტექნიკა მცირე მენჯში ლოკალიზებული ორგანოსგარეშე სიმსივნეების დროს ხორციელდება შემდეგნაირად: განაკვეთი ტარდება სიმსივნის ზედაპირზე კანისა და კანქვეშა ცხიმოვანი ქსოვილის გაკვეთით, ნახევარკალოვანი განაკვეთის სიგრძე მერყეობს 18-20 სმ-ს შორის. კანისა და კანქვეშა ქსოვილის გაკვეთის შემდეგ ხდება ჭრილობის გაფართოება სარკეებით, კუდუსუნის მწვერვალთან კუდუსუნ-სწორი ნაწლავის იოგის გაკვეთა, რაც სიმსივნის ქვედა პოლუსთან მიდგომის საშუალებას იძლევა. სიმსივნის ქვედა პოლუსის და გვერდითი კედლების შეხორცებებიდან ჩლუნგი და ბასრი წესით გამოთავისუფლების შემდეგ, სწორი ნაწლავიდან საჩვენებელი თითის დახმარებით ადვილად ხდება სიმსივნის ამოკარკვლა.

როგორც ¹12 და ¹13 სურათებიდან ჩანს, შორისის მიდგომის დროს პაციენტის მდებარეობა საოპერაციო მაგიდაზე ისეთივეა, როგორც ჰემოროიდექტომიის დროს, ხოლო კანზე განაკვეთი და მიმართულება დამოკიდებულია სიმსივნის მდებარეობასა და ზომებზე.

ამოკვეთილი სიმსივნის პრეპარატი მთლიანობის დაურღვევლად ნაჩვენებია ¹14, 15, 16 და 17 სურათებზე.

სურათი № 14 სურათი № 15



სურათი № 16 სურათი №17



ზემოთ ნაჩვენები მაკროპრეპარატების ჰისტოლოგიური შესწავლით დადგინდა დერმოიდულ კისტა.

ჩვენი კლინიკური მასალის ანალიზით 15 შემთხვევაში (14,6%), როდესაც ადგილი ჰქონდა პათოლოგიური ხვრელმილების არსებობას კუდუსუნის, შორისის, საშოს უკანა კედელზე, პერიანალურ და დუნდულოს მიდამოში, მოხდა მათი ამოკვეთა საღი ქსოვილების ფარგლებში სიმსივნესთან ერთად შორისის მიდგომით. პათოლოგიური ხვრელმილის ტრაექტორიისა და ლოკალიზაციის ზუსტი დადგენა ყველა შემთხვევაში მოხდა რენტგენოკონტრასტული ფისტულოგრაფიით ან მეთილენის ლურჯით ჩატარებული ცდის საფუძველზე. მოვიყვანთ მაგალითს.

ავადმყოფი ქალი ყ.ა. 42 წლის (ავ. ისტ. 12574/94), ჩვენს კლინიკაში დაისვა დიაგნოზი - პრესაკრალურად ლოკალიზებული ნალისებური დერმოიდული კისტა ფისტულებით ორივე დუნდულოს არეში დაუდგინდა თითოთ გასინჯვით, ენდოსკოპური, ულტრაბგერითი კვლევითა და რენტგენოკონტრასტული ფისტულოგრაფიით.

ჩატარდა ოპერაცია: სიმსივნის ამოკვეთა პათოლოგიურ ხვრელმილებთან ერთად. ოპერაციისას დადგინდა სიმსივნე, ზომით 3,0X4,0სმ. ფისტულის გარეთა ხვრელმილიდან შეყვანილი კონტრასტით აღმოჩნდა, რომ ვიწრო ყელით ის გარს უვლის სწორ ნაწლავ-კუდუსუნის იოგს, უერთდება მარცხენა დუნდულოს სილმეში და იხსნება პერიანალურ მიდამოში ანუსიდან 5,0სმ-ის მოშორებით. ოპერაციის დროს საჭირო გახდა სწორ ნაწლავ-კუდუსუნის იოგის გადაკვეთა. ჩლუნგი და ბასრი წესით გამოთავისუფლდა სიმსივნის გვერდითი კედლები, ამოიკვეთა ორივე პათოლოგიური ხვრელმილი. პოსტოპერაციული პრეპარატი წარმოადგენს ნალისებურ კისტას ჯანსაღი ქსოვილების ფარგლებში ამოკვეთილ პათოლოგიურ ხვრელმილებთან ერთად. სიმსივნის ჰისტომორფოლოგიური კვლევით დადგინდა დერმოიდული კისტის დიაგნოზი.

3 შემთხვევაში (6,8%), სიმსივნის შორისისა და რექტოვაგინალურ სივრცეში ლოკალიზაციის დროს, პათოლოგიური პროცესი ვრცელდებოდა საშოს უკანა კედელზე. ყველა შემთხვევაში ჩატარდა ოპერაცია შორისის მიდგომით – სიმსივნის ამოკვეთა საშოს უკანა კედლის რეზექციით. ზემოხსენებული 3 კომბინირებული ოპერაციიდან ოპერაციის შემდგომი ჰისტომორფოლოგიური კვლევით 2 შემთხვევაში (4,5%) დადგინდა სიმსივნის საშოს უკანა კედელში ჭეშმარიტი ჩაზრდა, ხოლო 1 შემთხვევაში (2,3%) კონტაქტი ანთებითი პროცესით იყო განპირობებული.

ავადმყოფი ე.ნ. 50 წლის (ავადმ. ისტ. 16060/01) წლის დიაგნოზით - ორგანოსგარეშე სიმსივნე რექტოვაგინალურ ძგიდეში ჩაზრდილი საშოს უკანა კედელში. ჩატარდა ოპერაცია: სიმსივნის ამოკვეთა საშოს უკანა კედლის რეზექციით შორისის მიდგომით. ენდოტრაქეული გაუტკივარების შემდეგ გაიკვეთა საშოს გვერდითი კედლის ლორწოვანი. სწორი ნაწლავიდან თითის კონტროლით ეტაპობრივად მახვილი და ბლაგვი წესით სიმსივნე გამოთავისუფლდა საშოს გვერდითი კედლებიდან. აღმოჩნდა, რომ სიმსივნე მჭიდრო კავშირში იყო სწორი ნაწლავის წინა კედელთან. სიმსივნის ფუძე დიდი

სიფრთხილით გამოთავისუფლდა სწორი ნაწლავის კედლიდან მთლიანობის დაურღვეველად. აღინიშნა ზომიერი სისხლდენა, რისი შეჩერებაც მიღწეულ იქნა მჭიდრო ტამპონადით. ჭრილობა დამუშავდა წყალბადის ზეჟანგით. საშოს დეფექტი $\approx 5,0 \times 4,0$ სმ. ჭრილობა შეიხვა ასეპტიური ნახვევით. პრეპარატი წარმოადგენდა $5,0 \times 7,0$ სმ სიმსივნეს საშოს კედლის ფრაგმენტთან ერთად. პოსტოპერაციული პრეპარატის ჰისტომორფოლოგიური კვლევით დადგინდა ლეიომიოსარკომის დიაგნოზი ინვაზიით საშოს უკანა კედელში.

უნდა აღინიშნოს, რომ შორისის მიდგომით ოპერაციის მსვლელობის დროს განსაკუთრებით მნიშვნელოვან და მეტად საპასუხისმგებლო ეტაპს წარმოადგენს სიმსივნის მობილიზაცია, რომლის დროსაც შესაძლებელია ადგილი ჰქონდეს ისეთ გართულებებს, როგორცაა: სწორი ნაწლავის, საშოს კედლის, გავის ვენური წნულის დაზიანება. ქირურგიული ჩარევა რამდენადმე გართულებულია მრავალკამერიანი (ტერატომა, დერმოიდული კისტა), სიმსივნის დროს, როდესაც კისტის სრული ამოკვეთა ვერ ხერხდება, რაც შემდგომში რეციდივის მიზეზი შეიძლება გახდეს.

ამგვარად, მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნეების დროს შორისის მიდგომით ოპერაციის ჩატარება მიზანშეწონილად მიგვაჩნია უპირატესად მცირე ზომის, შორისის, პელვეორექტული და ასევე რექტოვაგინალურ ძგიდეში, თუ პრესაკრალური ლოკალიზაციის დროს, როდესაც პათოლოგია მდებარეობს შედარებით ქვედა პოლუსში, მისი პალპირება შესაძლებელია პერიანალური მიდამოდან ან სწორი ნაწლავიდან, ხოლო ზედა საზღვარი მდებარეობა კუდუსუნის V მალის დონეზე.

ჩვენს მიერ წარმოდგენილი მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნეების ქირურგიული მკურნალობის მეორე ვარიანტს საკრალური მიდგომით ოპერაციული ჩარევა წამოადგენს.

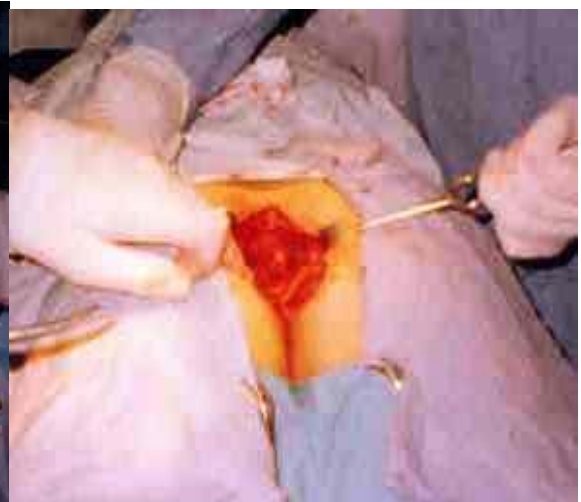
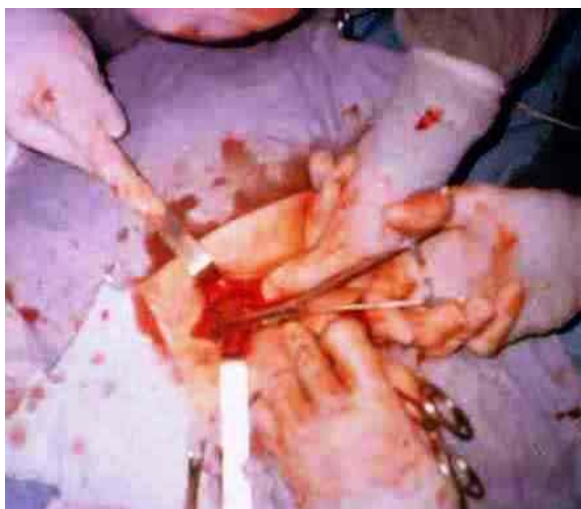
პრესაკრალურ მიდამოში არსებული სიმსივნის ამოკვეთა საკრალური მიდგომით განხორციელდა 8 შემთხვევაში (18,9%). ყველა შემთხვევაში სიმსივნე ლოკალიზდებოდა პრესაკრალურ მიდამოში, რომელთა შორისაც ავთვისებიანი იყო 7 (15,9%), ხოლო კეთილთვისებიანი 1 (2,3%). ჰისტოლოგიური ფორმების მიხედვით კი: ტერატომა 1 შემთხვევაში (2,3%), ქონდროსარკომა 4 შემთხვევაში (9,1%), ხორდომა 2 შემთხვევაში (4,5%), ოსტეობლასტოკლასტომა 1 შემთხვევაში (2,3%).

ქირურგიული ჩარევის ტაქტიკა საკრალური მიდგომის დროს ნაჩვენებია ¹ 18, 19, 20, 21 სურათებზე.



სურათი №18 სურათი №19

სურათი № 20 სურათი № 21



როგორც № 18 სურათიდან ჩანს, მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნეების

ქირურგიული მკურნალობის დროს, საკრალური მიდგომისას ავადმყოფი წევს ზურგზე, ხოლო ინტუბაციისა და ზოგადი გაუტკივარების შემდეგ საჭირო ხდებოდა მისი გვერდზე (სიმსივნის ლოკალიზაციის მიხედვით მარჯვენა, ან მარცხენა გვერდზე) ან მუცელზე გადაბრუნება. ამ დროს ავადმყოფის ფეხები მოხრილ მდგომარეობაშია (საშუალოდ 120°), მენჯი მდებარეობს საოპერაციო მაგიდის კიდეზე, ხოლო ტორსი კი რამდენადმე წინაა გადახრილი. ავადმყოფის ზემოთ აღწერილი მდგომარეობა უცვლელი რჩება ოპერაციის მსვლელობის განმავლობაში და პრესაკრალური ორგანოსგარეშე წარმონაქმნების დროს ოპერაციული მიდგომის ოპტიმალურ ვარიანტს წარმოადგენს.

საოპერაციო ველის შესაბამისად დამუშავების შემდეგ განაკვეთი ტარდება გავის ძვლის V მალის საპროექციო არიდან დუნდულოს შორის ნაოჭის გავლით ანუსამდე 2 სმ-ით ზემოთ. ჩვენი კლინიკური მასალის ანალიზით, საკრალური მიდგმის დროს სიმსივნის რადიკალური ამოკვეთის მიზნით ყველა შემთხვევაში ტარდებოდა კუდუსუნის და ჩვენების მიხედვით გავის IV მალის რეზექცია, რაც გარკვეულწილად ახდენდა ოპერაციული ველის გაფართოებას, აადვილებდა სიმსივნის მობილიზაციას, მისი შეხორცებებიდან, სწორი ნაწლავიდან გამოთავისუფლებას და ამოკვეთას.

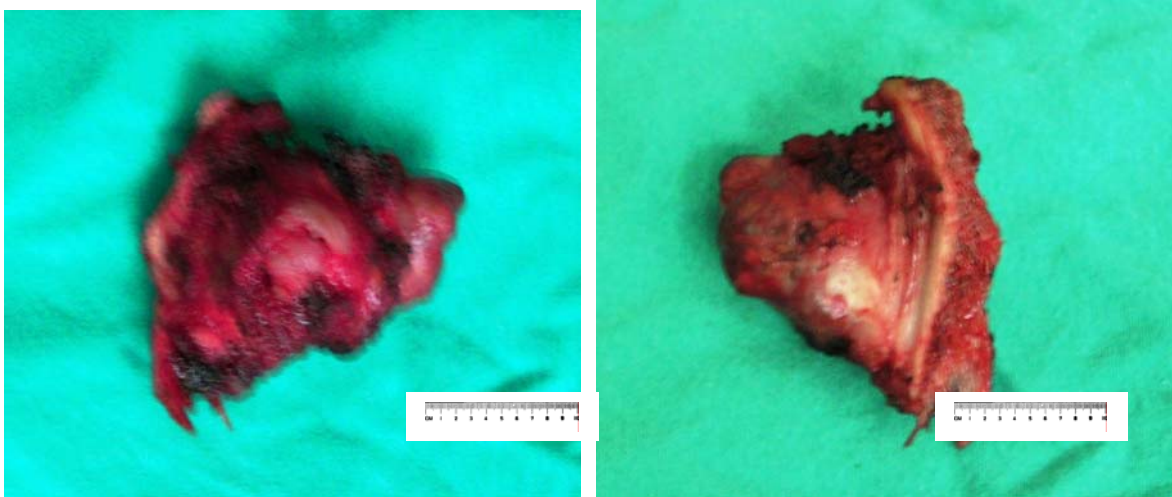
კანის, კანქვეშა ქსოვილის გაკვეთის შემდეგ ჭრილობის ბასრი კავებით გაფართოების შემდეგ ხდებოდა კუდუსუნ-ანალური იოგის გადაკვეთა. კუდუსუნის გვერდითი კედლების რბილი ქსოვილების ბასრი წესით გადაკვეთისა და გავა-კუდუსუნის შესახსრებასთან მისი წინა ზედაპირიდან მენჯის ფასციის აშრევების შემდეგ ხდებოდა კუდუსუნის და გავის IV მალის რეზექცია. მომდევნო ეტაპზე კი სრულდებოდა საოპერაციო ველის გაფართოება, რაც 10,0-12,0სმ-მდე დიამეტრში სიმსივნის ამოკვეთის საშუალებას იძლეოდა.

კუდუსუნი რეზექციისა და გავის არტერიის ტოტების ლიგირების შემდეგ ბასრი და ჩლუნგი წესით გავის V მალის დონეზე ხდებოდა სიმსივნის წინა კედლის, ხოლო ოპერაციის შემდეგ ეტაპზე სიმსივნის უკანა კედლის მობილიზაცია. 3 შემთხვევაში (6,8%) ადგილი ჰქონდა სიმსივნეების ინტიმურ კავშირს სწორი ნაწლავის უკანა კედელთან, რომლის დაზიანების თავიდან აცილების მიზნით ვახდენდით მის მობილიზაციას სწორი ნაწლავიდან თითის კონროლით.

სიმსივნის უკანა კედლის მობილიზაციის დროს და გავის ძვლის წინა ფასციის დაზიანების 1 შემთხვევაში (2,3%) ადგილი ჰქონდა ზომიერ სისხლდენას, რომელიც შეჩერებული იყო მჭიდრო ტამპონადით.

მცირე მენჯიდან საკრალური მიდგომით ამოკვეთილი ქონდროსარკომისა და ხორდომის პრეპარატები წარმოდგენილია № 22, 23, და 24 სურათებზე.

სურათი № 22 სურათი № 23



სურათი № 24



როგორც სურათებიდან ჩანს პოსტოპერაციული პრეპარატები წარმოადგენენ მკვრივი შენების სიმსივნეებს. ტერატომების, ქონდროსარკომებისა და ხორდომების ყველა შემთხვევაში პრეპარატების ჰისტომორფოლოგიური კვლევით კლინიკური დიაგნოზი

დადასტურდა, ხოლო ავთვისებიანი სიმსივნეების ყველა 7 შემთხვევაში (15,9%) დადასტურდა სიმსივნის გავა-კუდუსუნში ჩაზრდა.

პრესაკრალური ტერატომების 1 შემთხვევაში (2,3%) ქირურგიული მკურნალობა ჩატარდა საკრალური მიდგომით. 1 შემთხვევაში (2,3%) სიმსივნის დიდი ზომების გარდა, ადგილი ჰქონდა მრავალკამერიანი ტერატოიდული სიმსივნის არსებობას.

მოვიყვანთ მაგალითს.

ავადმყოფი პ.ნ. 43 წლის, კლინიკაში შემოვიდა 14.03.90. (ავადმ. ისტ. №447.99) ჩივილილებით : ტკივილი მცირე მენჯის ღრუში, დისპეპსიური მოვლენები, პალპირებადი სიმსივნე. ჩატარდა გამოკვლევები : სწ. ნაწლავის თითით გასინჯვა, რექტორომანოსკოპია, რენტგენოგრაფია, მრტ. დადგინდა მცირე მენჯში ორგანოსგარეშე სიმსივნე, რომელიც მჭიდრო კავშირში იყო გავის ძვლის წინა ზედაპირთან, თუმცა მასში ჩაზრდა არ ფიქსირდებოდა ჩატარდა ოპერაცია – სიმსივნის ამოკვეთა კუდუსუნის რეზექციით საკრალური მიდგომით. ავადმყოფის მდებარეობა საოპერაციო მაგიდაზე – მარცხენა გვერდითი. განაკვეთი გატარდა ანუსიდან გავის ძვლის IV მალამდე. გაიკვეთა კანი, კანქვეშა ცხიმოვანი ქსოვილი. კუდუსუნ-ანუსის იოგი ძლიერი ზეწოლის გამო ცდომილი იყო მარცხნივ. ჩატარდა კუდუსუნის რეზექცია. სიმსივნე ზომით იყო 22,0X28,0სმ. ის ვრცელდებოდა მცირე მენჯის ღრუსკენ. მიუხედავად ქირურგიული მოქმედების სიფრთხილისა, სიმსივნის ლოკალიზაციის დროს დაირღვა მისი მთლიანობა. გადმოიღვარა მცირე რაოდენობით მოყავისფრო შეფერილობის ჟელესებური მასა. სიმსივნე ამოიკვეთა კავსულით. მისი ამოკვეთის შემდეგ სწორი ნაწლავის მაეცხენა გვერდით კედელთან აღმოჩნდა მეორე, მცირე ზომის 5,0X3,0-სმ-ის სიმსივნე, რომელიც არ იყო დაკავშირებული ძირითად მოცულობით წარმონაქმნთან, თუმცა ის რამდენადმე ფარავდა მას. სიმსივნე ასევე ამოიკვეთა. სრული ჰემოსტაზის შემდეგ ჭრილობაში ჩატოვებულ იქნა დრენაჟი, დატამპონდა და გაიკურა. დაედო ასეპტიური ნახვევი.

ამგვარად, მცირე მენჯში პრესაკრალურად მდებარე დიდი ზომის და ასევე გავა-კუდუსუნში ჩაზრდილი, თუ მჭიდროდ დაკავშირებული სიმსივნეების დროს საკრალური მიდგომა კუდუსუნის რეზექციით საოპერაციო ველის გაფართოების და რადიკალური ქირურგიული მკურნალობის ჩატარების საშუალებას იძლევა. მრავალ უპირატესობათა

შორის აღსანიშნავია ქირურგიული ტექნიკის სიმარტივე, ნაკლები ტრამვატიზმი, მუცლის ღრუს გახსნის საჭიროების არ არსებობა და სრული ჰემოსტაზის შესაძლებლობა.

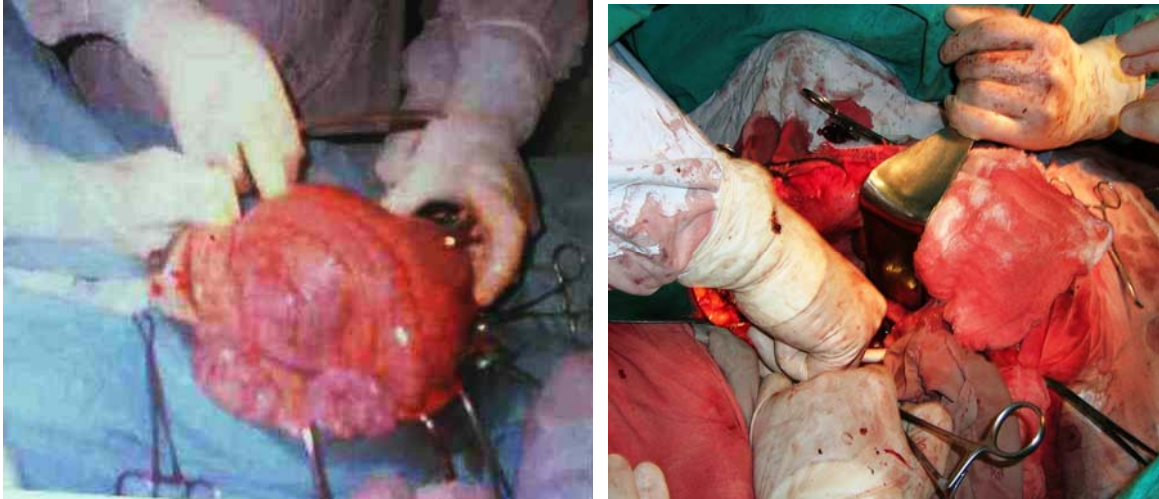
5.1.3. მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნეების ქირურგიული მკურნალობა აბდომინური მიდგომით

მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნის დროს, აბდომინური მიდგომით ქირურგიული ჩარევა ჩატარდა 26 ავადმყოფს (30,6%). ყველა შემთხვევაში ადგილი ჰქონდა ავთვისებიანი სიმსივნის არსებობას, რომელთა ჰისტოლოგიური ფორმებიც განაწილდა შემდეგნაირად: ავთვისებიანი მეზოთელიომა 1 შემთხვევაში (3,8%), ტერატობლასტომა 3 შემთხვევაში (11,5%), რაბდომიოსარკომა 5 შემთხვევაში (19,2%), ფიბროსარკომა 8 შემთხვევაში (30,8%), მიქსოსარკომა 2 შემთხვევაში (7,7%), ლიპოსარკომა 4 შემთხვევაში (15,4%), ლეიომიოსარკომა 1 შემთხვევაში (3,8%), ანგიოსარკომა 1 შემთხვევაში (3,8%), ანგიოლეიომიოსარკომა 1 შემთხვევაში (3,8%).

ლოკალიზაციის მიხედვით სიმსივნე მდებარეობდა: პრესაკრალურ სივრცეში 7 შემთხვევაში (26,9%), შარდის ბუშტის კედელთან 8 შემთხვევაში (30,8%), პარარექტულად 10 შემთხვევაში (38,5%), რექტოვაგინალურ ძგიდეში 1 შემთხვევაში (3,8%). სიმსივნის ზომები ყველა შემთხვევაში აღემატებოდა 15-20სმ-ს.

26 ოპერაციიდან ნაწლავთა მწვავე გაუვალობის დიაგნოზით აბდომინური მეთოდით 2 შემთხვევაში (2,3%) ჩატარდა პალიატიურ ოპერაცია – ორლულიანი კოლოსტომის ფორმირება ექსტრაპერიტონეალურად. 7 შემთხვევაში (8,2%) კი ჩატარდა სამკურნალო-დიაგნოსტიკური ოპერაცია. 3 (3,6%) შემთხვევაში ქირურგიული ჩარევა შემოიფარგლა ეპიცისტოსტომის, ხოლო 4 (4,8%) შემთხვევაში ოპერაციისას მოხდა სიმსივნის რადიკალურად ამოკვეთა.

მცირე მენჯის ორგანოსგარე სიმსივნის ქირურგიული მკურნალობის დროს ოპერაციის ჩატარება აბდომინური მიდგომით ნაჩვენებია იმ შემთხვევებში, როდესაც საკრალური მიდგომითა და კუდუსუნის რეზექციით სიმსივნის ამოკვეთა შეუძლებელია. ზემოაღნიშნული ოპერაციული მიდგომით მცირე მენჯის ღრუდან დიდი ზომის სიმსივნის ამოკვეთა ნაჩვენებია № 25 და № 26 სურათებზე:



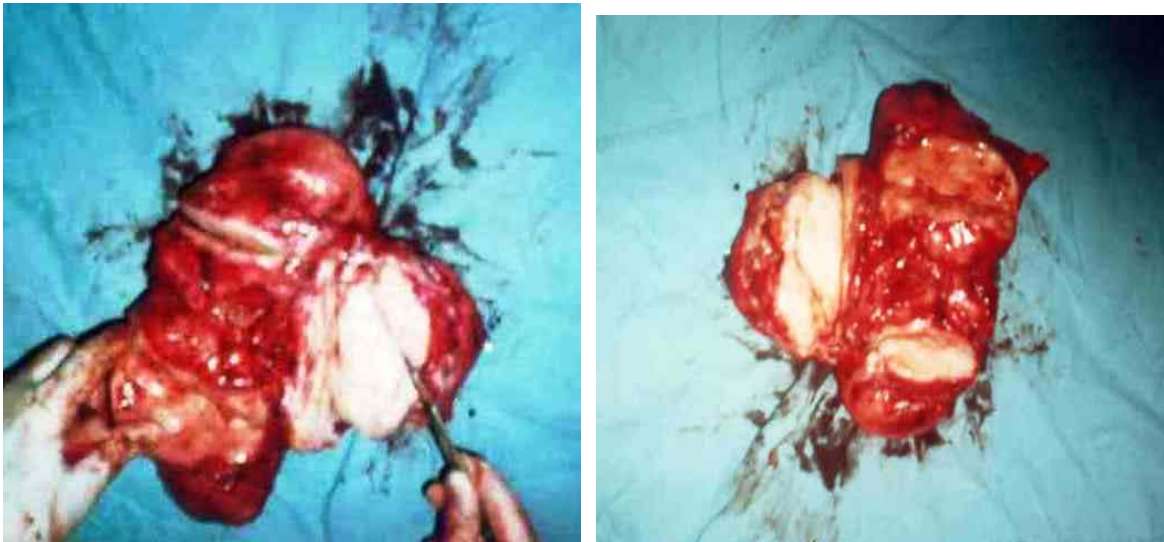
როგორც 125 და 126 სურათებზეა ნაჩვენები, აბდომინური მიდგომით ოპერაციის ჩატარების დროს შუა-ქვემო ლაპაროტომიის შემდეგ იკვეთება მცირე მენჯის პერიტონიუმის ფურცელი და ტარდება გულმოდგინე რევიზია სიმსივნის ირგვლივმდებარე ქსოვილებსა და ორგანოებში ჩაზრდის დასადგენად. შემდეგი ეტაპია სიმსივნის მობილიზაცია ირგვლივმდებარე ორგანოებიდან. ზედა პოლუსისა და გვერდითი კედლების გამოთავისუფლების შემდეგ სიმსივნე შედარებით ადვილად ამოდის ჭრილობიდან, თვალის კონტროლით ჩლუნგი და ბასრი წესით თავისუფლდება ქვედა პოლუსი. უნდა ითქვას, რომ სიმსივნის მობილიზაცია ოპერაციის ყველაზე რთული ეტაპია და ტექნიკურად ძნელი შესასრულებელია. ამ დროს შესაძლებელია ისეთი ინტრაოპერაციული გართულებები, როგორცაა: სწორი ნაწლავის კედლის მთლიანობის დარღვევა, სიმსივნის დაშლა, არსებული ჩირქგროვის გახსნა, გავის ვენური წნულის დაზიანება და სისხლდენა.

ოპერაციის შედეგად მიღებული მაკროპრეპარატი წამოდგენილია № 27 და № 28 სურათზე.

წარმოდგენილი ფოტო მასალიდან და ზემოთ აღწერილი ქირურგიული მიდგომის ტაქტიკიდან გამომდინარე, მცირე მენჯის ორგანისგარეშე სიმსივნეების დროს ოპერაციის ჩატარება აბდომინური მიდგომით მიზანშეწონილია შედარებით დიდი ზომის და მცირე

მენჯის ღრუში ლოკალიზებული სიმსივნეების შემთხვევაში. ამ დროს შესაძლებელია ოპერაციული ველის გაფართოება, რაც აადვილებს სიმსივნის უსაფრთხოდ მობილიზაციას, ოპერაციის მსვლელობის დროს იძლევა ვიზუალური კონტროლის საშუალებას, რაც გარკვეულწილად ამცირებს გართულებების განვითარებას.

სურათი № 27 სურათი № 28



მოვიყვანთ მაგალითს.

ავადმყოფი ქალი ა.ბ. 40წ. (ავადმ. ისტ. 11263/98) კლინიკაში შემოვიდა ჩივილებით: დისპეპსიური მოვლენები (ყაბზობა, მეტეორიზმი), ტკივილი უკანა ტანის მიდამოში დეფეკაციის დროს, რასაც ხშირად თან ერთვოდა სისიხლიანი გამონადენი სწორი ნაწლავიდან, ზოგადი სისუსტე. ადგილი ჰქონდა გაუვალობის კლინიკურ სურათს.

კლინიკაში ჩატარდა ენდოსკოპური, რენტგენოლოგიური და კტ დიაგნოსტიკა. კოლონოსკოპიით აღმოჩნდა – სიგმური ნაწლავის 2,0X3,0სმ-ის დიამეტრის დაწყულულებული მიდამო, ნაწლავის სანათურის შევიწროვება. ჩატარდა დამიზნებითი ბიოფსია და ბიოპტატის ციტოლოგიური კვლევა. ციტოლოგიური სურათი შეესაბამებოდა რბილქსოვილოვანი სარკომის სურათს. რენტგენოკონტრასტული კვლევით აღმოჩნდა კონტრასტის პასაჟის შეყოვნება სიგმური ნაწლავის პროექციაზე, მცირედ გამოხატული კლოიბერის ფიალები, მცირე მენჯის ღრუში ისახებოდა არასწორი ფორმის და სხვადასხვა ინტენსივობის მოცულობითი წარმონაქმნი. დიაგნოზის დაზუსტების მიზნით ჩატარდა კტ დიაგნოსტიკა. დადგინდა მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნე ზომებით

18,0X21,5X29,0სმ, ჩაზრდილი სიგმურ ნაწლავში.

დაისვა დიაგნოზი: მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნე სიგმურ ნაწლავში ჩაზრდით. დადგინდა, რომ სიმსივნე ოპერაბელურია.

ჩატარდა ოპერაცია აბდომინური მიდგომით - სიმსივნის ამოკვეთა სიგმური ნაწლავის რეზექცია ჰარტმანის წესით. ზოგადი გაუტკივარებისა და საოპერაციო ველის შესაბამისი დამუშავების შემდეგ ჩატარდა შუა-ქვედა ლაპაროტომია. აღმოჩნდა: მცირე მენჯში ფიქსირებული, მკვრივი კონსისტენციის სიმსივნე, ჩაზრდილი სიგმურ ნაწილში, რომელიც დიდი ზომების გამო იწვევდა ორგანოების გადანაცვლებას მარჯვნივ. დიდი სირთულეებითა და სიფრთხილით მოხდა მოცულობითი წარმონაქმნის მობილიზაცია და ამოკვეთა. ჩატარდა სრული ჰემოსტაზი. ოპერაციის შედეგად მიღებული მაკროპრეპარატი წარმოადგენს სიმსივნეს სიგმური ნაწლავის ფრაგნეტთან ერთად. მცირე მენჯში ჩატოვებული იქნა დრენაჟი. კრილობა დაიხურა ყრუდ. დაედო ასეპტიური ნახვევი. ოპერაციული მასალის ჰისტომორფოლოგიური კვლევით დადგინდა ფიბროსარკომა.

ჩვენი კლინიკური მასალით ზემოაღნიშნული მეთოდით ჩატარებული 26 ოპერაციიდან 8 შემთხვევაში (30,8%) ჩატარდა მხოლოდ სიმსივნის ამოკვეთა, ხოლო 18 შემთხვევაში (69,2%) კი სხვადასხვა სირთულის პალიატიური და რადიკალური კომბინირებული ოპერაცია: მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნის ამოკვეთასთან ერთად ჩატარდა სიგმური და სწორი ნაწლავის რეზექცია 7 შემთხვევაში (26,9%), შარდის ბუშტის რეზექცია 2 შემთხვევაში (7,6%), ეპიცისტოსტომია 4 შემთხვევაში (15,3%), მცირე მენჯის ღრუს ორგანოების ეგზენტერაცია 1 შემთხვევაში (3,8%), 1 შემთხვევაში (3,8%) რექტოვაგინალურ სივრცეში ლოკალიზებული დიდი ზომის ფიბროსარკომის დროს, როცა აღინიშნებოდა ჩაზრდა საშვილოსნოს ყელში, გაკეთდა საშვილოსნოს ტოტალური ექსტირპაცია დანამატებთან ერთად. 3 შემთხვევაში (11,5%) პალიატიური ოპერაცია შემოიფარგლა ორლულიანი კოლოსტომის ფორმირებით ექსტრაპერიტონეულად.

ამგვარად, მცირე მენჯში ორგანოსგარეშე სიმსივნეების დროს აბდომინური მიდგომით ოპერაციის ჩატარების ჩვენებებია: მცირე მენჯში სიმსივნის ლოკალიზაციის თავისებურებები სიმსივნის დიდი ზომა, ჩაზრდა მიმდებარე ორგანოებსა და ანატომიურ სტრუქტურებში.

ჩვენს შემთხვევაში აბდომინური მიდგომით ჩატარებული ოპერაციები მოიცავდა: რადიკალურ (როგორც სიმსივნის ამოკვეთას, ასევე კომბინირებულ), პალიატიურ (როგორც სასწრაფო, ისე სამკურნალო-დიაგნოსტიკურ და გეგმიურ) ოპერაციებს. ამასთან, უნდა აღინიშნოს, რომ 7 შემთხვევაში (26,9%) ჩატარებული სამკურნალო-დიაგნოსტიკური ოპერაციიდან 4 შემთხვევაში (15,4%) მოხდა სიმსივნის რადიკალური ამოკვეთა, ხოლო დანარჩენ 3 შემთხვევაში (11,5%) ეპიცისტოსტომის ფორმირება.

ინტრაოპერაციული და ოპერაციის შემდგომი ჰისტომორფოლოგიური კვლევით კლინიკური დიაგნოზი დადასტურდა ყველა შემთხვევაში. კომბინირებული ოპერაციების 18 შემთხვევიდან (69,2%) 16 შემთხვევაში (61,5%) ჰისტომორფოლოგიური კვლევით დადგინდა სიმსივნის რეზეცირებულ ან მიმდებარე ორგანოში ჩაზრდა, ხოლო 2 შემთხვევაში (7,7%) კი ადგილი ჰქონდა სიმსივნის პერიფოკალურ ანთებით ინფილტრაციას.

5.1.4 მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნეების ქირურგიული მკურნალობა კომბინირებული მიდგომით

კომბინირებული ქირურგიული მეთოდების გამოყენების აუცილებლობის საკითხი დგება მაშინ, როდესაც მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნე ადგილობრივადაა გავრცელებული და ჩაზრდილია მეზობელ ორგანოებში, მაგალითად, სწორ ნაწლავში, შარდის ბუშტში, ან საშვილოსნოში. ამ დროს კომბინირებული მეთოდი გამოიყენება ისეთი გაფართოებული ოპერაციების ჩატარებისათვის, როგორცაა: სიმსივნის ამოკვეთა სწორი ნაწლავთან, ან საშვილოსნოსთან და მცირე მენჯის სხვა ორგანოებთან ერთად. ამავე დროს, ხოლო ამავე ლოკალიზაციის კეთილთვისებიანი სიმსივნეების შემთხვევაში კი- დიდი ზომის დერმოიდული კისტების და ტერატომების დროს.

წარმოდგენილი კლინიკური მასალის მიხედვით ქირურგიული ოპერაცია აბდომინურ-შორისის მიდგომით შესრულდა 7 შემთხვევაში (8,2%). ოპერაციული მიდგომის ჩვენებას წარმოადგენდა მცირე მენჯის ღრუში არსებული დიდი სიმსივნე. ყველა შემთხვევაში ადგილი ჰქონდა ავთვისებიან სიმსივნეს, რომელთა ჰისტოლოგიური ფორმები განაწილდა შემდეგნაირად: ავთვისებიანი მეზენქიმომა 1 შემთხვევაში (14,3%), ფიბროსარკომა 2 შემთხვევაში (28,6%), რაბდომიოსარკომა 1 შემთხვევაში (14,3%), ლეიომიოსარკომა 1 შემთხვევაში (14,3%), ანგიოლეიომიოსარკომა 1 შემთხვევაში (14,3%) და ნეიროფიბროსარკომა

1 შემთხვევაში (14,3%).

სიმსივნე 3 შემთხვევაში (42,8%) ლოკალიზდებოდა მცირე მენჯის ღრუში პრესაკრალურად, 2 შემთხვევაში (28,6%) – პარარექტულად, 1 შემთხვევაში (14,3%) შარდის ბუშტის კედელთან და 1 შემთხვევაში (14,3%) რექტოვაგინალურ ძგიდეში.

ყველა 7 შემთხვევაში მაგნიტურ-რეზონანსული კვლევით დადგინდა სიმსივნის გავრცელება ანუსიდან 5 სმ-დან მცირე მენჯის მფარავი პერიტონიუმის ფურცლამდე და მისი ჩაზრდა 3 შემთხვევაში (3,5%) საშოსა და სწორ ნაწლავში ერთდროულად, ხოლო 4 შემთხვევაში (4,7%) - სწორ ნაწლავში.

მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნეების დროს ოპერაცია კომბინირებული მიდგომით სრულდებოდა ორბრიგადული მეთოდით. პირველი ბრიგადის მიერ ლაპარატომიისა და მცირე მენჯის პერიტონეუმის ფურცლის გაკვეთის, სიმსივნისა და დაზიანებული ორგანოს ერთ ბლოკში მობილიზაციის შემდეგ, მეორე ბრიგადა შორისის მხრიდან სწორი ნაწლავის ამოკერვის შემდეგ ათავისუფლებდა სწორ ნაწლავს ირგვლივ-მდებარე ქსოვილებიდან სიმსივნურ წარმონაქმნამდე და ახდენდა დაზიანებული ორგანოს რეზექციას ან ექსტირპაციას. პრეპარატი გადიოდა შორისის ჭრილობიდან ერთ ბლოკში.

4 შემთხვევაში (57,1%) ჩატარდა სიმსივნის ამოკვეთა და სწორი ნაწლავის ექსტირპაცია ერთ ბლოკში ერთლულიანი კოლოსტომის ექსტრაპერიტონული ჩამოყალიბებით, ხოლო 3 შემთხვევაში (42,8%) - მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნის ამოკვეთა, სწორი ნაწლავის ექსტირპაცია, საშოს უკანა და გვერდითი კედლების რეზექცია ერთ ბლოკში ერთლულიანი კოლოსტომის ექსტრაპერიტონული ჩამოყალიბებით.

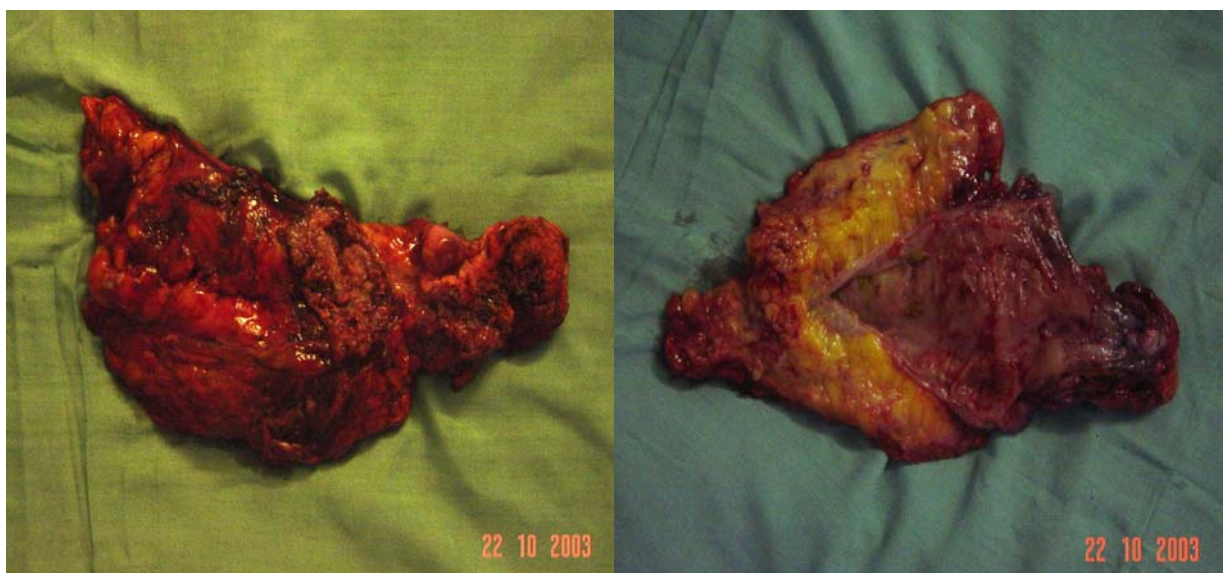
მოვიყვანთ მაგალითს.

ავადმყოფი ქალი - კ.ი. 56 წლის კლინიკაში შემოვიდა დიაგნოზით: საშვილოსნოს ტანის კიბო. (ავადმ. ისტ. 11235/98). ავადმყოფის ჩივილები იყო: ტკივილი, პათოლოგიური გამონადენი სწორი ნაწლავიდან და საშოდან, პალპირებადი სიმსივნე მცირე მენჯში. კლინიკო-ლაბორატორიული კვლევებისა და მრტ დიაგნოსტიკის საფუძველზე ჩვენს კლინიკაში დაუდგინდა მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნის დიაგნოზი. სიმსივნე ლოკალიზდებოდა პარარექტულად და ვრცელდებოდა რექტო-ვაგინალური ძგიდისაკენ. სიმსივნის დიდი ზომების გამო აღინიშნებოდა ორგანოთა ცდომა მარცხნივ, რამდენადმე უკან, ჩაზრდილი იყო სწორ ნაწლავსა და საშოს უკანა კედელში. ჩატარდა ოპერაცია –

სიმსივნის ამოკვეთა, სწორი ნაწლავის ექსტირპაცია, საშოს უკანა და გვერდითი კედლების რეზექცია ერთ ბლოკში ერთლულიანი კოლოსტომის ექსტრაპერიტონული ჩამოყალიბებით კომბინირებული მიდგომით. ქირურგთა ერთი ბრიგადის საშუალებით მოხდა ქვედა-შუა ლაპაროტომია. გაიხსნა მუცლის ღრუ. მოხდა სიმსივნის მობილიზაცია. სწორ ნაწლავში ჩაზრდის გამო სიგმური ნაწლავის ჯორჯლის მობილიზაციის, შემოფარგვლის, შუა მესამედში გადაკვეთის შემდეგ ორივე ტაკვი დამუშავდა და ჩაბრუნდა რეზინის სათითურებში. პროქსიმალური ტაკვი გამოტანილ იქნა მუცლის წინა ზედაპირზე ერთლულიანი კოლოსტომის ჩამოყალიბებით. მუცლის ღრუდან სიმსივნის ლევატორებამდე მაქსიმალური მობილიზაციის შემდეგ მეორე ბრიგადის მიერ შორისის მიდგომით ამოიკვეთა ანუსი, გაიკვეთა კანი, კანქვეშა ქსოვილი, *lig. Anocogcigea, levatores dextra et sinistra*. მოხდა საშოს უკანა კედლის მობილიზაცია. სიმსივნე ამოიკვეთა საშოს საღი ქსოვილების ფარგლებში. პრეპარატი გამოტანილ იქნა შორისის ჭრილობიდან, რაც შემდგომ დამუშავდა შესაბამისად. ჩატარდა სრული ჰემოსტაზი. შორისში და მუცლის ღრუში მიტანილ იქნა დრენაჟები. მუცლის ღრუ გაიკურა და დაიხურა ყრუდ. დაედო ასეპტიური ნახვევი. ოპერაციის შემდგომი ჰისტომორფოლოგიური კვლევით დადგინდა რაბდომიოსარკომის დიაგნოზი.

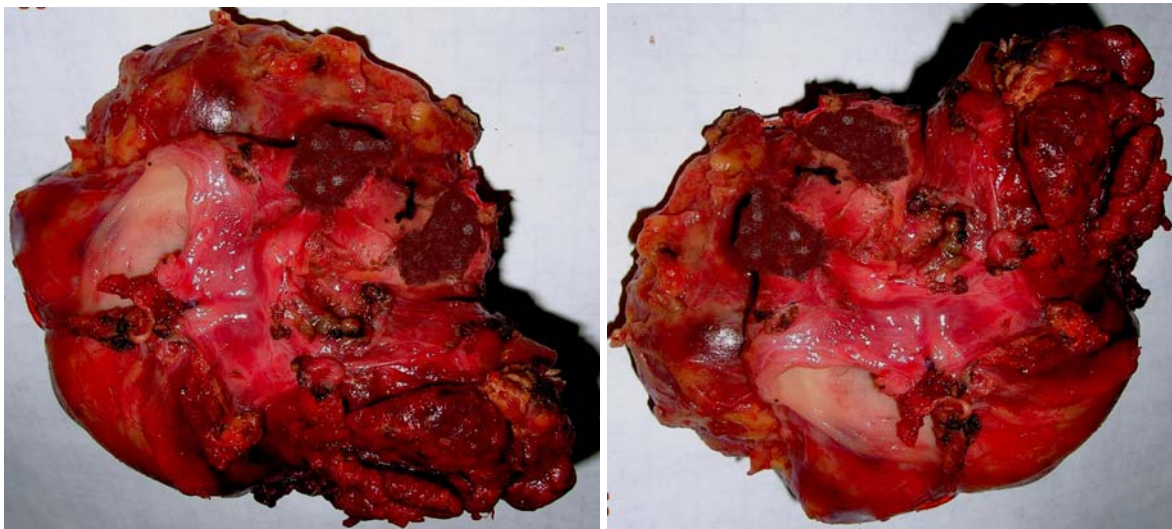
აბდომინურ-შორისის მიდგომით ჩატარებული ოპერაციის შემდგომი მაკროპრეპარატები წარმოდგენილია ¹ 29, 30, 31, 32 სურათებზე.

სურათი № 29 სურათი № 30



როგორც № 29, 30 სურათებიდან ჩანს, მაკრო პრეპარატი წარმოადგენს სიმსივნეს სწორი ნაწლავის ფრაგმენტთან ერთად. ოპერირებული მასალის ჰისტომორფოლოგიური შესწავლით დადგინდა ანგიოლეიომიოსარკომის დიაგნოზი.

მეორე მაკრო პრეპარატი კი წარმოადგენს ფიბროსარკომას საშოს უკანა კედლის ფრაგმენტით და ნაჩვენებია № 31 და 32 სურათებზე.



შემდეგში შორისის მიდგომით ოპერირებულ ყველა ავადმყოფს დაენიშნა სხივური თერაპია.

ამგვარად, კლინიკური მასალის ანალიზმა აჩვენა, რომ 85 ოპერაციიდან სულ ჩატარდა 78 (91,8%) რადიკალური ოპერაცია: მათ შორის 74 შემთხვევაში (87,1%) გეგმიური, ხოლო 4 შემთხვევაში (4,7%) სამკურნალო-დიაგნოსტიკური ოპერაცია დასრულდა სიმსივნის რადიკალური ამოკვეთით.

7 შემთხვევაში (8,2%) კი პალიატიური ოპერაცია, რომელთაგან 2 შემთხვევაში (2,3%) სასწარაფო, 2 შემთხვევაში (2,3%) გეგმიური, ხოლო 3 შემთხვევაში (3,5%) სამკურნალო-დიაგნოსტიკური ოპერაცია შემოიფარგლა პალიატიური ჩარევით.

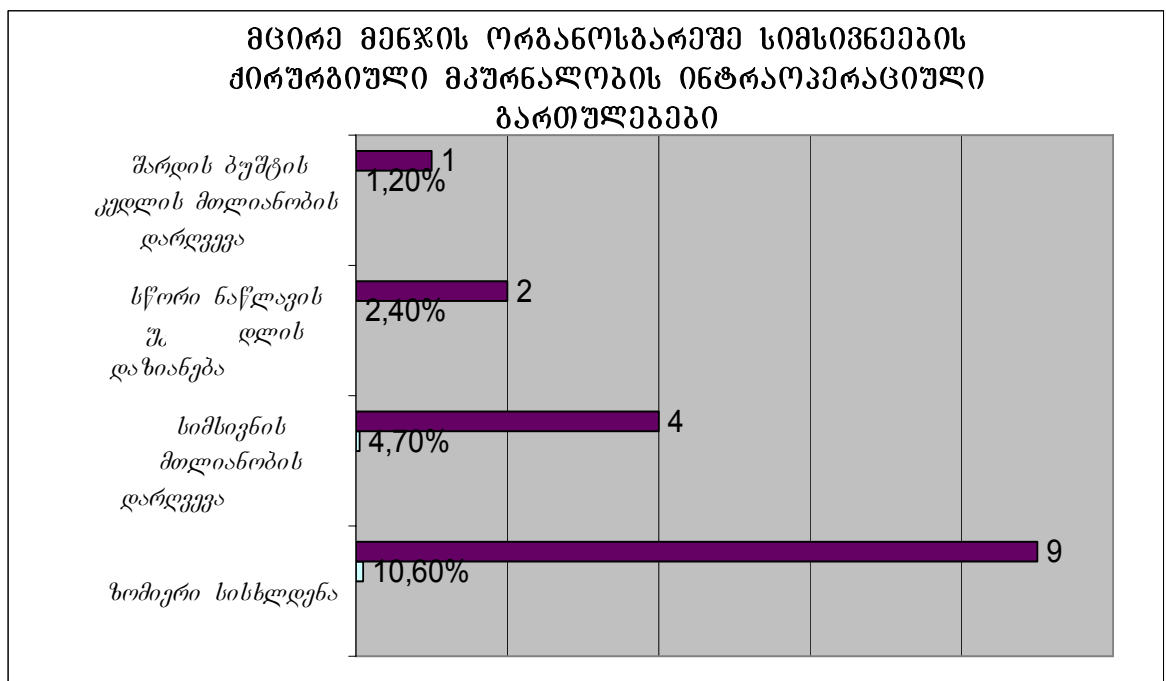
ყოველივე ზემოხსენებულიდან გამომდინარე მცირე მენჯის ღრუს სხვადასხვა ლოკალიზაციის დროს ყველა ინდივიდუალურ შემთხვევაში საჭიროა ქირურგიული

მიდგომის და ტაქტიკის ზუსტად შერჩევა. მიუხედავად იმისა, რომ მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნეების დროს რადიკალური მკურნალობის მეთოდი ქირურგიულია, აუცილებელია თითოეულ შემთხვევაში მოხდეს ოპერაციული მიდგომისა და ქირურგიული ტაქტიკის განსაზღვრა სიმსივნის ლოკალიზაციის, ზომების, მიმდებარე ორგანოებში გავრცელების, არსებული, თუ მოსალოდნელი გართულებებისა და ჰისტოლოგიური ფორმის განსაზღვრით. ყოველივე კი ქირურგს გარკვეულწილად უადვილებს რადიკალური ოპერაციის ჩატარებას და ამცირებს ინტრაოპერაციული გართულებების რისკს.

5.2.1 მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნეების ქირურგიული მკურნალობის შედეგები

სხვადასხვა ლოკალიზაციის მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნეების ქირურგიული ოპერაციის 85 შემთხვევაში ადგილი ჰქონდა 16 (18,8%) სხვადასხვა სახისა და სიმძიმის გართულებას. ყველა მათგანი წარმოდგენილია დიაგრამაზე.

დიაგრამა № 5



როგორც დიაგრამიდან ჩანს ინტრაოპერაციული გართულებებიდან, 9 შემთხვევაში (10,6%) ადგილი ჰქონდა ზომიერ სისხლდენას, სიმსივნის მთლიანობის დარღვევას 4 შემთხვევაში (4,7%), სიმსივნის მობილიზაციის დროს შარდის ბუშტის კედლის მთლიანობა დაირღვა 1 შემთხვევაში (1,2%), სწორი ნაწლავის უკანა კედლის დაზიანებას - 2 შემთხვევაში

(2,4%).

ერთ-ერთი მთავარი ინტრაოპერაციული გართულება – სისხლდენაა. როგორც ექსტრაპერიტონული, ისე ინტრაპერიტონული ქირურგიული მიდგომის დროს სისხლის დანაკარგი მერყეობდა 100მმ-დან 250მმ-მდე. ამასთან აღსანიშნავია, რომ უპირატესად ადგილი ჰქონდა არა მაგისტრალურ, არამედ კაპილარულ და სიმსივნის სარეცელში არსებული პათოლოგიური სისხლძარღვების დაზიანებას. კლინიკური მასალის ანალიზით სისხლდენის განვითარების მიზეზებს შორისაა: ექსტრაპერიტონული მიდგომის დროს სიმსივნის უკანა ზედაპირზე რამდენადმე ღრმა მანიპულირება, ავთვისებიანი სიმსივნური დაავადებისათვის დამახასიათებელი ისეთი თანმხლები ფაქტორების გაუთვალისწინებლობა, როგორცაა სისხლძარღვთა ტოპიკური ცვლილებები, მათი კედლების სიმსივნური ინფილტრაცია, მოცულობითი წარმონაქმნის ხანგრძლივი ზეწოლით გამოწვეული სისხლძარღვთა კედლის ატროფია და სკლეროზული ცვლილებები.

სისხლდენას 9 შემთხვევიდან 4 შემთხვევაში (4,7%) ადგილი ჰქონდა სიმსივნის პრესაკრალურ სივრცეში, 2 შემთხვევაში (2,4%) შორისის მიდამოში, 2 შემთხვევაში (2,4%) იშიორექტულად, 1 შემთხვევაში (1,2%) კი რექტოვაგინალურ ძგიდეში ლოკალიზაციას. აქედან, 6 შემთხვევაში (7,1%) ოპერაცია ჩატარდა ექსტრაპერიტონული მიდგომით (5 შემთხვევაში (5,9%) შორისის, ხოლო 1 შემთხვევაში (1,2%) კი საკრალური მიდგომით), ხოლო 3 შემთხვევაში (3,5%) კი ინტრაპერიტონული მიდგომით. ყველა შემთხვევაში სისხლდენა შეჩერებული იქნა: ელექტროკოაგულაციით, მჭიდროდ დატამპონირების და შედარებით დიდი სისხლძარღვების შემთხვევაში კი მათი ლიგირების საშუალებით. ოპერაციის მსვლელობის და მის შემდეგ არც ერთ შემთხვევაში ადგილი არ ჰქონდა არტერიული წნევის მნიშვნელოვან ცვლილებას. მიუხედავად სისხლდენის მცირე მესმტაბურობისა, ოპერაციის შემდეგ ყველა ავადმყოფს ჩატარდა ჰემოსტატიკური მკურნალობა.

ამგვარად, ინტრაოპერაციული გართულებები აღინიშნებოდა უმეტესად ექსტრაპერიტონული მიდგომის დროს ($p=0.02$).

ჩვენი კლინიკური მასალით ოპერაციის დროს სიმსივნის მთლიანობა დაირღვა 4 შემთხვევაში (4,7%), ყველა შემთხვევაში სიმსივნე ლოკალიზდებოდა პრესაკრალურ მიდამოში, ხოლო ოპერაცია ტარდებოდა შორისის მიდგომით. 3 შემთხვევაში (3,5%) ადგილი ჰქონდა დერმოიდული კისტის, ხოლო 1 შემთხვევაში (1,2%) კი ტერატომის

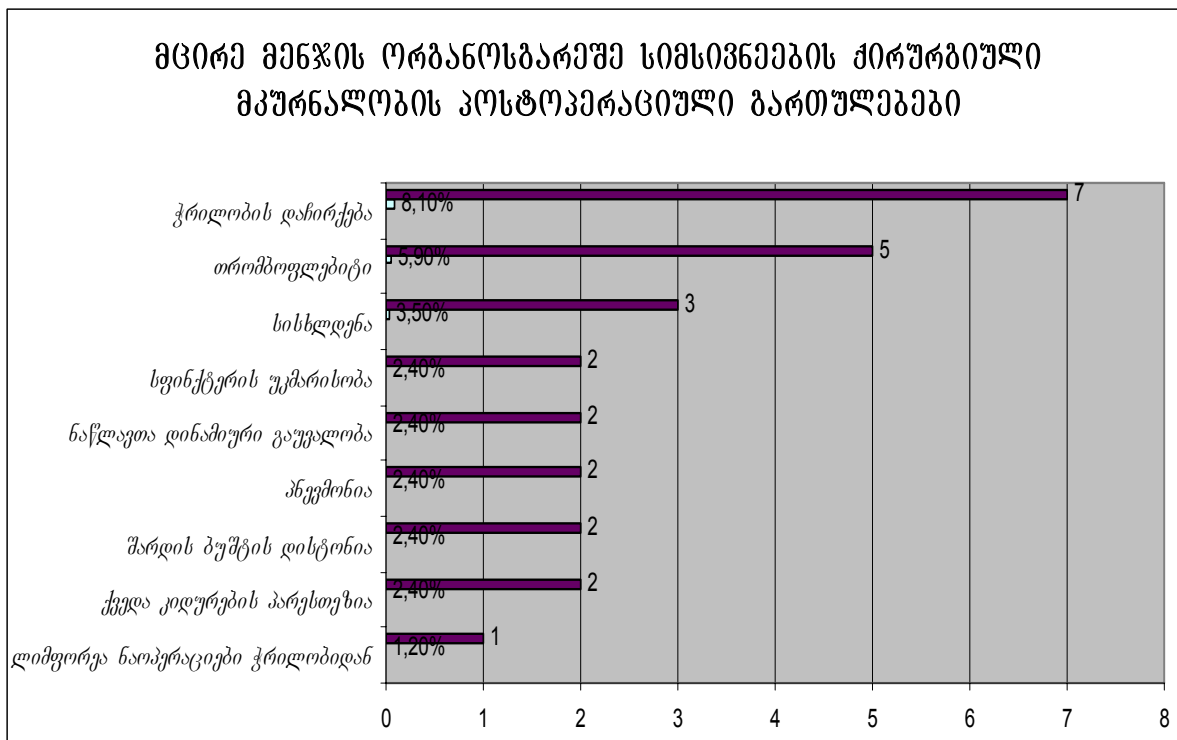
დიაგნოზებს. მიუხედავად სიმსივნის მთლიანობის დარღვევისა, ყველა შემთხვევაში სიმსივნე ამოიკვეთა რადიკალურად.

სიმსივნის პრესაკრალური ლოკალიზაციისას მობილიზაციის დროს 2 შემთხვევაში (2,4%) მოხდა სწორი ნაწლავის კედლის დაზიანება. 1 შემთხვევაში (1,2%) ოპერაცია ტარდებოდა აბდომინური მიდგომით, ხოლო მეორე შემთხვევაში კი შორისის მიდგომით. სიმსივნე მჭიდრო კავშირში იყო სწორი ნაწლავის უკანა კედელთან. ორივე შემთხვევაში მოხდა კედლის მთლიანობის აღდგენა და პრევენციული ორლულიანი კოლოსტომის ფორმირება.

სიმსივნის შარდის ბუშტის კედელთან ლოკალიზაციისა და მობილიზაციის დროს, მისი ბასრი და ჩლუნგი წესით გამოთავისუფლებისას მიუხედავად დიდი სიფრთხილისა 1 შემთხვევაში (1,2%) დაირღვა შარდის ბუშტის კედლის მთლიანობა. სიმსივნის ამოკვეთის შემდეგ შარდის ბუშტის მთლიანობა აღდგა ეპიცისტოსტომის ჩამოყალიბებით.

პოსტოპერაციულ გართულებებს ადგილი ჰქონდა 26 შემთხვევაში (32,9%), რაც წარმოდგენილია № 6 დიაგრამაზე.

დიაგრამა № 6



როგორც დიაგრამიდან ჩანს, მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნეების ქირურგიული მკურნალობის ოპერაციის შემდგომი გართულებებიდან ადგილი ჰქონდა: ნაოპერა-

ციევი ჭრილობიდან ლიმფორეას 1 შემთხვევაში (1,2%), ჭრილობის დაჩირქებას 7 შემთხვევაში (8,1%), ქვედა კიდურის თრომბოფლებიტს 5 შემთხვევაში (5,9%), სისხლდენას 3 შემთხვევაში (3,5%), ქვედა კიდურების პარესთეზიას 2 შემთხვევაში (2,4%). 2 ავადმყოფს (2,4%) განუვითარდა პნევმონია. 2 ავადმყოფს (2,4%) აღენიშნა შარდის ბუშტის ატონია, ხოლო 2 ავადმყოფს (2,4%) კი – ნაწლავთა დინამიური გაუვალობა. სწორი ნაწლავის სფინქტერის უკმარისობა დაუდგინდა 2 ავადმყოფს (2,4%), რომელიც აღსდგა 3-4 თვის განმავლობაში. ყველა ზემოხსენებულ შემთხვევაში ჩატარდა შესაბამისი მკურნალობა.

2 ავადმყოფი გარდაიცვალა: ერთი – მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტით, ხოლო მეორე – ფილტვის არტერიის ემბოლიით. ორიდან ერთ ავადმყოფს აღენიშნებოდა ავთვისებიანი დაავადება, ხოლო მეორე მათგანს კი კეთილთვისებიანი სიმსივნე. სტატისტიკური დამუშავების მიხედვით პოსტოპერაციული გართულებები აგრეთვე აღინიშნებოდა უმეტესად ინტრაპერიტონული მიდგომის დროს ($p=0.018$).

წარმოდგენილი კლინიკური მასალის საფუძველზე ჩვენს მიერ მოხდა მკურნალობის როგორც უახლოესი, ისე შორეული შედეგების შესწავლა. როგორც უკვე აღინიშნა, პირველადი 103 ავადმყოფიდან დიაგნოზის – მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნეების დასმის შემდეგ ქირურგიული მკურნალობა ჩატარდა 85 ავადმყოფს (82,5%).

18 შემთხვევაში (17,5%) ავადმყოფის მძიმე მდგომარეობისა და დაავადების პროგრესირების გამო ქირურგიულ მკურნალობაზე თავი იქნა შეკავებული. ყველა მათგანს ჩატარდა ქიმიო- და რადიოთერაპიის კურსი სიმპტომურ თერაპიასთან ერთად. აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ სამწუხაროდ, ზემოაღნიშნული 18 ავადმყოფის შემდგომი ბედი ჩვენთვის უცნობი დარჩა.

მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნეების ქირურგიული მკურნალობის უახლოესი შედეგები შესწავლილ იქნა ყველა ნაოპერაციევ ავადმყოფში. ჰოსპიტალიდან 64 ავადმყოფი (62,1%) გაეწერა პრაქტიკულად გამოჯანმრთელებული. მათ შორის 37 იყო კეთილთვისებიანი (43,5%), ხოლო 27 შემთხვევაში (31,8%) ავთვისებიანი.

19 ავადმყოფი (18,4%) კლინიკიდან გაეწერა დამაკმაყოფილებელ მდგომარეობაში. მათ შორის 18 შემთხვევაში (21,2%) იყო ავთვისებიანი, ხოლო 1 შემთხვევაში (1,2%) კი კეთილთვისებიანი სიმსივნის დიაგნოზით. 18-დან 7 ავთვისებიან შემთხვევაში (8,2%) ჩატარდა პალიატიური ოპერაციები ეპიცისტოსტომისა და ორლულიანი კოლოსტომის

ფორმირებით. ავადმყოფთა მდგომარეობა მნიშვნელოვნად გაუმჯობესდა. ყველა მათგანს დაენიშნა სიმპტომური მკურნალობა და შესაბამისი მითითებებითა თუ რეკომენდაციებით გაეწერა ბინაზე ექიმის მეთვალყურეობის ქვეშ.

დანარჩენი 11 ავთვისებიანი (12,9%) და 1 კეთილთვისებიანი (1,2%) სიმსივნის დროს მიუხედავად განხორციელებული რადიკალური ოპერაციისა, ადგილი ჰქონდა სხვადასხვა სირთულის ოპერაციის შემდგომ გართულებას. ზემოაღნიშნული გართულებებიდან მათ შორის იყო: სფინქტერის უკმარისობა 2 შემთხვევაში (2,3%), დინამიური გაუვალობა 2 შემთხვევაში (2,3%), შარდის ბუშტის ატონია 2 შემთხვევაში (2,3%), ქვემო კიდურების პარესთეზიები 2 შემთხვევაში (2,3%), 2 შემთხვევაში (2,3%) ადგილი ჰქონდა ოპერაციის შემდგომ განვითარებულ ქვედა კიდურების თრომბოფლებიტის მძიმე ფორმას, რასაც თან ახლდა კიდურების ტკივილი, ტემპერატურის მომატება. 1 შემთხვევაში (1,2%) ადგილი ჰქონდა ოპერაციის შემდგომი პნევმონიის განვითარებას, როდესაც შესაბამისი ანტიბიოტიკოთერაპიის ჩატარების მიუხედავად ავადმყოფს ხანგრძლივად აღენიშნებოდა სუბფერირული ტემპერატურა, ხოლო 1 კეთილთვისებიანი სიმსივნის შემთხვევაში (1,2%) დაჩირქებული ჭრილობის შეხორცება შაქრიანი დიაბეტის ფონზე წარიმართა პრობლემებით. არსებულ მეტაბოლურ პრობლემებს თან ერთვოდა ინფექცია, რის გამოც ჭრილობა შეხორცდა მოგვიანებით. მიუხედავად ზემოთ ჩამოთვლილი პოსტოპერაციული გართულებებისა, ავადმყოფები გაეწერნენ ბინაზე დამაკმაყოფილებელ მდგომარეობაში.

ზემოთ ჩამოთვლილი პოსტოპერაციული გართულებების მკურნალობა და ავადმყოფების ოპერაციის შემდგომი რეაბილიტაცია გაგრძელდა ბინაზე შესაბამისი მკურნალობითა და ექიმის ზედამხედველობის ქვეშ.

ყველა ავადმყოფი დაბარებული იქნა კონსულტაციისათვის მკურნალობიდან 1 თვის განმავლობაში.

მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნეების ინტრაოპერაციული და პოსტოპერაციული გართულებების განხილვისა და შეფასებისათვის 85 ავადმყოფი დაიყო ორ ჯგუფად: I ჯგუფში გაერთიანდა 38 ავადმყოფი (44,7%), რომელთაც ჩაუტარდათ დიაგნოსტიკური კვლევები მხოლოდ ტრადიციული მეთოდებით, მათ შორის 21-ს (24,7%) - კეთილთვისებიანი და 17-ს (20,0%) - ავთვისებიანი. II ჯგუფის 47 ავადმყოფს (55,3%) დიაგნოზი დაესვა მაღალტექნოლოგიური სხივური მეთოდებით - კტ და მრტ, რომელთა

შორისაც კეთილთვისებიანი იყო 18 (21,2%) და ავთვისებიანი - 29 (34,1%). საყურადღებოა, რომ ავადმყოფებში, რომელთაც ჩაუტარდათ კტ და მრტ, აღინიშნა ინტრაოპერაციული გართულებების შემცირება 28,4%-ით, ხოლო პოსტოპერაციული გართულებების კი - 20,8%-ით ($p=0.0001$).

შორეული შედეგები შესწავლილი იყო 57 შემთხვევაში (67,0%). კეთილთვისებიანი სიმსივნე იყო 19 (33,3%), ხოლო ავთვისებიანი კი - 38 (66,7%).

შორეული შედეგების შესწავლით აღმოჩნდა, რომ 14 ავადმყოფი გარდაიცვალა (24,6%), მათ შორის ავთვისებიანი იყო 13 (22,8%), ხოლო 1 (1,7%) - კეთილთვისებიანი. გარდაცვალების მიზეზს 12 ავთვისებიან შემთხვევაში (21,0%) წარმოადგენდა სიმსივნური დაავადება, ხოლო 1 ავთვისებიანი (1,7%) და 1 კეთილთვისებიანი (1,7%) სიმსივნის მქონე ავადმყოფების სიკვდილის მიზეზი იყო გულ-სისხლძარღვთა მწვავე უკმარისობა. შორეული შედეგების ანალიზით სულ გარდაიცვალა 14 ავადმყოფი (24,5%).

შესწავლილი კლინიკური მასალით, მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნეების გამო ნაოპერაციევი 85 ავადმყოფიდან, ქირურგიული მკურნალობის როგორც ადრეული, ისე შორეული შედეგების განხილვით, სულ გარდაიცვალა 16 ავადმყოფი (18,8%).

კლინიკური მასალის ანალიზით მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე კეთილთვისებიანი და ავთვისებიანი სიმსივნეების ოპერაციის შემდგომი რეციდივი დაუდგინდა 15 ავადმყოფს (17,6%) (კეთილთვისებიანი 2 (13,3%), ხოლო ავთვისებიანი - 13 (86,7%)). ავთვისებიან სიმსივნეთა შორის იყო: ფიბროსარკომა 3 (20,0%), რაბდომიოსარკომა 2 (13,3%), მიქსოსარკომა 1 (6,7%), ლიპოსარკომა 3 (20,0%), ლეიომიოსარკომა 1, ქონდროსარკომა 2 (13,3%), ანგიოლეიომიოსარკომა 1 (6,7%), ხოლო კეთილთვისებიან სიმსივნეთა შორის იყო დერმოიდული კისტა 2 (13,3%) შემთხვევაში (13,3%). რეციდივის განვითარების ვადები მერყეობდა 1-დან 5 წლამდე. 7 ავადმყოფს (46,7%) ჩაუტარდა რეციდივის ამოკვეთა და დაენიშნა სხივური თერაპია, ხოლო 8 შემთხვევაში (53,3%) მკურნალობა შემოიფარგლა მხოლოდ სხივური თერაპიით.

ავთვისებიანი სიმსივნეების ოპერაციული მკურნალობის შორეული შედეგების შესწავლით 5 წლიანმა სიცოცხლის ხანგრძლივობამ შეადგინა 65%. დაავადების პროგნოზის მაჩვენებელმა (**Case Fatality Rate**) კი - 0.43.

ყოველივე ზემოთქმულიდან შეიძლება დავასკვნათ, რომ მცირე მენჯის ორგანოს-

გარეშე სიმსივნეების მკურნალობა ურთულეს პრობლემას წარმოადგენს. მას არ გააჩნია პათოგნომური ნიშანი. მანიფესტაციის პერიოდში დაავადება ხასიათდება მრავალფეროვანი კლინიკური მიმდინარეობით, რაც ხშირად დიაგნოსტიკური შეცდომის მიზეზი ხდება და რა თქმა უნდა, მკურნალობაც შესაბამისად არაადეკვატურია. კვლევის მაღალტექნოლოგიური სხივური მეთოდები: კტ და მრტ საშუალებას იძლევა დადგინდეს სიმსივნის ზუსტი ლოკალიზაცია, მისი კონტაქტი ირგვლივმდებარე ორგანოებთან და სტრუქტურული თავისებურებები, რაც საშუალებას იძლევა ყველა ინდივიდუალურ შემთხვევაში შეირჩეს ქირურგიული მიდგომის ოპტიმალური ვარიანტი, შემცირდეს ინტრა და პოსტოპერაციული გართულებების რიცხვი, გაუმჯობესდეს შორეული შედეგები და ჩატარდეს მიზანდასახული მონიტორინგი.

საკუთარი შედეგების განსჯა

უკანასკნელ ათწლეულებში სამედიცინო პრაქტიკაში მიღწეული წარმატებების მიუხედავად მცირე მენჯში განვითარებული ორგანოსგარეშე სიმსივნეები დღემდე აქტუალურია. დაავადების იშვითობის კლინიკური მიმდინარეობის და ქირურგიული მკურნალობის თავისებურებების, ასევე დიაგნოსტიკის სირთულეების გამო დღემდე ხშირია კლინიკური შეცდომები (44, 56, 57, 58, 78, 114,).

პრობლემის აქტუალობას ზრდის ისიც, რომ თანამედროვე სამედიცინო ლიტერატურაში არ არსებობს მრავალრიცხოვან კლინიკურ მასალაზე დაფუძნებული კვლევა, რაც მეტნაკლებად განსაზღვრავდა დაავადების კლინიკურ მიმდინარეობას, მის თავისებურებებს, დიაგნოსტიკურ ალგორითმსა და ეფექტურ მკურნალობას (1, 3, 4, 7, 10, 16, 27, 43, 44, 54, 136, 177).

მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნეების, დიაგნოსტიკური ალგორითმის შემუშავების, ქირურგიული მკურნალობის შედეგების და ოპერაციის შემდგომი მონიტორინგის გაუმჯობესებისათვის ჩვენს მიერ გაანალიზდა 103 ავადმყოფობის ისტორია, რაც მოიცავდა როგორც რეტროსპექტულ 60 (58,2%) და პროსპექტულ – 43 შემთხვევას (41,8%). მათ შორის ქალი იყო 54 (52,4%); მამაკაცი- 49 (47,6%). ავადმყოფთა ასაკი მერყეობდა 18-75 წლებს შორის. მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე პირველადი სიმსივნე აღენიშნა 92 ავადმყოფს (89,3%), რეციდიული - 11 (10,7%)-ს. მათ შორის ავთვისებიანი სიმსივნე აღენიშნებოდა 64 ავადმყოფს (62,1%), ხოლო კეთილთვისებიანი კი – 39-ს (37,9%).

ჰისტოლოგიური ფორმების მიხედვით კი: ტერატომა 18 (17,4%), დერმოიდული კისტა 19 (18,4%), ფიბროლიომიომა 2 (1,9%), ავთვისებიანი მეზოთელიომა 1 (0,9%), ავთვისებიანი მეზენქიომა 1 (0,9%), ტერატობლასტომა 3 (2,8%), ფიბროსარკომა 10 (11,6%), რაბდომიოსარკომა 6 (5,9%), მიქსოსარკომა 2 (1,9%), ლიპოსარკომა 7 (7,8%), ლეიომიოსარკომა 3 (2,8%), სიმპატობლასტომა 1 (0,9%), ანგიოლიომიოსარკომა 2 (1,9%), ანგიოსარკომა 2 (1,9%), ნეიროფიბროსარკომა 1 (0,9%), ქონდროსარკომა 4 (4,8%), ოსტეობლასტოკლასტომა 1 (0,9%), ხორდომა 2 (1,9%).

ლიტერატურაში არსებული მონაცემების მიხედვით მცირე მენჯში ლოკალიზებული ორგანოსგარეშე სიმსივნეების მიმდინარეობა მრავალფეროვანი კლინიკური ნიშნებით ხასიათდება (7, 9, 10, 13, 68, 113, 114). მათ შორისაა: სხვადასხვა ინტენსივობის ტკივილი, შარდვისა თუ დეფეკაციის გაძნელება, არც თუ იშვიათად სისხლიანი ან პათოლოგიური გამონადენი სწორი ნაწლავიდან და საშოდან. ავთვისებიანი სიმსივნეების დროს რამდენადმე წინ არის წამოწეული ზოგადი ინტოქსიკაციის სიმპტომები (წონაში დაკლება, ზოგადი სისუსტე, უმადობა), ხოლო კეთილთვისებიანი სიმსივნეების დაჩირქების დროს ხშირად ადგილი აქვს ტემპერატურის მატებას და პათოლოგიური ხვრელმილების ჩამოყალიბებას.

საყურადღებოა დაავადების მანიფესტირება და დაავადების ანამნეზის ხანგრძლივობა. ექიმთან მიმართვის დროს ავადმყოფთა 83,5% (86 შემთხვევა) აღენიშნებოდა დაავადების ერთზე მეტი კლინიკური სიმპტომი, ხოლო 16,6%-ს (17 შემთხვევა) გამოუვლინდა დაავადების მონოსიმპტომური მიმდინარეობა.

ავადმყოფების ჩვილების უმრავლესობა დაკავშირებულია კომპრესიულ სინდრომთან. ხშირად ადგილი აქვს იმ ორგანოს დაავადებების სიმულირებას, რომელზეც ახდენს ზეწოლასა სიმსივნე. ავთვისებიანი სიმსივნეების დროს კომპრესიული სინდრომი მძიმდება სიმსივნის ინვაზიით სხვადასხვა ორგანოთა კედელში, რასაც არცთუ იშვიათად თან სდევს სისხლდენა ან სხვადასხვა ხასიათის პათოლოგიური გამონადენის არსებობა ღრუ ორგანოთა (სწორი ნაწლავი, საშო, შარდის ბუშტი) სანათურიდან (37, 43, 44,.).

მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე კეთილთვისებიანი სიმსივნეები ხასიათდება შედარებით დუნე და ხანგრძლივი მიმდინარეობით. მათი კლი-ნიკური მანიფესტაცია განპირობებულია როგორც პროცესის ლოკალი-ზაციით, ასევე მისი ზომებითა და გართულებებით. მაგ: შორისის, პელვეორექტული ან პრესაკრალური ლოკალიზაციის დიდი

ზომის სიმსივნეების დროს, არც თუ იშვიათად ადგილი აქვს თვალთ შესამჩნევ ასიმეტრიას. რიგ შემთხვევაში ზეწოლის შედეგად შესაძლებელია ხვრელმილების განვითარება. (56, 57, 68, 117).

ზემოთ ჩამოთვლილი კლინიკური სიმპტომები ერთი შეხედვით არ განსხვავდება მცირე მენჯის ორგანოების სხვადასხვა დაავადებების გამოვლინებებისაგან. სწორედ ამიტომ, კლინიციისტებისათვის მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნეების დიაგნოსტიკა გარკვეულწილად კლინიკურ გამოცდილებასა და ონკოლოგიურ სიფხიზლეს ემყარება (3,4,187, 203.).

მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნეების დიაგნოსტიკა რთულია. დიაგნოსტიკური სიმნელები დაკავშირებულია სიმსივნის სპეციფიურ ლოკალიზაციასთან, დაავადების ხანგრძლივად უსიმპტომო და ხშირად არასპეციფიურ მიმდინარეობასთან, სხვა დაავადებების კლინიკური გამოვლინებების მსგავსებასთან, დიაგნოსტიკური მეთოდების არასრულყოფილ და არათანმიმდევრულ გამოყენებასთან (.37, 59, 140.).

უნდა აღინიშნოს, რომ მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნეების დიაგნოსტიკაში არ არსებობს რაიმე განსაზღვრული და უნიფიცირებული სქემა (43, 44, 45). დიაგნოზის დასაბუთება მოითხოვს რიგი სუბიექტური და ობიექტური კვლევის მეთოდების ერთობლიობას: ანამნეზურ მონაცემებს, პალპაციას, რენტგენოლოგიურ თუ ენდოსკოპურ, ულტრაბგერით, კომპიუტერულ და მაგნიტურ-რეზონანსული კვლევების მეთოდებს. დიაგნოზის საბოლოო დადასტურებისათვის კი აუცილებელია ბიოპტატისა თუ პოსტოპერაციული პრეპარატის ჰისტომორფოლოგიური შესწავლა.

სამედიცინო პრაქტიკაში მაღალინფორმაციული კომპიუტერული და მაგნიტურ-რეზონანსული კვლევების ფართოდ გამოყენებამ მნიშვნელოვნად გააფართოვა დიაგნოსტიკური კვლევის მეთოდების შესალებლობები და ინფორმაციულობა.

მიუხედავად აღნიშნული მეთოდების მაღალინფორმაციულობისა, მცირე მენჯის დრუს ორგანოსგარეშე კეთილთვისებიანი სიმსივნეების არსებობისას, როცა ადგილი აქვთ პათოლოგიური ხვრელმილების ჩამოყალიბებას, სავსებით საკმარისია ისეთი რუტინული დიაგნოსტიკური მეთოდების გამოყენება, როგორცაა რენტგენოკონტრასტული ფისტულოგრაფია, ან ცდა მეთილენის ლურჯით. აღნიშნული მეთოდები ხასიათდებიან არა მხოლოდ

გამოკვლევის სიმარტივით, არამედ ხარჯთეფექტურობითაც (24, 44, 57, 67, 89, 116, 134, 179, 200).

დიაგნოზის დასადგენად განსაზღვრული თანმიმდევრობით ვიყენებდით როგორც რუტინულ, ასევე მაღალტექნოლოგიურ მეთოდებს. ყველა (როგორც ავთვისებიანი, ასევე კეთილთვისებიანი) შემთხვევაში გამოკვლევა იწყებოდა დიგიტალური გასინჯვით და შემდეგ, ავადმყოფის ჩივილისა თუ ჩვენების მიხედვით ტარდებოდა ენდოსკოპური, რენტგენოლოგიური (კონტრასტული მეთოდებით), ულტრაბგერითი გამოკვლევები, საჭიროების შემთხვევაში კტ და მრტ დაავადების ვერიფიცირება ხდებოდა მორფოლოგიური კვლევებით.

კლინიკური მასალის კვლევის შედეგების განხილვამ აჩვენა, რომ დიაგნოსტიკური მეთოდების ინფორმაციულობა მერყეობდა 55%-იდან 100%-მდე. აღსანიშნავია, რომ ყველაზე მაღალი ინფორმაციულობით ხასიათდებოდა კტ და მრტ. მათი საშუალებით მოხდა არა მარტო სწორი დიაგნოზის დასმა, არამედ შეირჩა მკურნალობის ტაქტიკა. აღსანიშნავია, რომ იმ შემთხვევებში, როდესაც ადგილი ჰქონდა ფისტულის არსებობას, რენტგენოკონტრასტული ფისტულოგრაფია დიდი ინფორმაციულობით ხასიათდებოდა და შეადგინა 92,8%.

დიაგნოსტიკური მეთოდების კომპლექსური გამოყენებით დადგინდა, რომ სიმსივნე ლოკალიზდებოდა: პრესაკრალურ სივრცეში 48 (46,6%), შორისის მიდამოში 13 (12,6%), პარარექტულ სივრცეში 16 (15,6%), შარდის ბუშტის კედელთან 13 (12,6%), რექტოვაგინულ ძგიდეში 11 (10,7%) და პელვიორექტულად 2 შემთხვევაში (1,9%).

კლინიკური მასალა დაყოფილ იქნა ორ ჯგუფად: I ჯგუფში გაერთიანდა 38 ავადმყოფი (44,7%), რომელთაც ჩაუტარდათ დიაგნოსტიკური კვლევები მხოლოდ ტრადიციული მეთოდებით, მათ შორის 21-ს (24,7%) - კეთილთვისებიანი და 17-ს (20,0%) - ავთვისებიანი. II ჯგუფის 47 ავადმყოფს (55,3%) დიაგნოზი დაესვა მაღალტექნოლოგიური სხივური მეთოდებით - კტ და მრტ, რომელთა შორისაც კეთილთვისებიანი იყო 18 (21,2%) და ავთვისებიანი - 29 (34,1%).

ავადმყოფების ინტრაოპერაციული და მკურნალობის შემდგომი მდგომარეობების შესწავლამ აჩვენა, რომ იმ ავადმყოფებში, რომლებსაც ჩაუტარდათ დიაგნოსტიკა და შეირჩა ოპერაციული ტაქტიკა კტ და მრტ მეთოდებით ინტრაოპერაციული გართულებები

შემცირდა 28,0%-ით, ხოლო ოპერაციის შემდგომი გართულებები კი 20,8%-ით და ამასთან, გაუმჯობესდა მკურნალობის შედეგები ($p=0.0001$).

ამგვარად, კტ და მრტ უზრუნველყოფს როგორც სიმსივნის პირველად დიაგნოსტიკას, ასევე მისი ლოკალიზაციისა და ადგილობრივი, თუ რეგიონული გავრცელების ზუსტ განსაზღვრას, რაც ადექვატური ოპერაციული მიდგომისა და ქირურგიული ტაქტიკის წინაპირობაა. ეს უკანასკნელი კი შესაძლებელს ხდის ინტრა- და ოპერაციის შემდგომი გავრცელების სიხშირის შემცირებას და მკურნალობის შორეული შედეგების გაუმჯობესებას.

პროსპექტული და რეტროსპექტული მასალის ანალიზით დადგინდა, რომ 13 შემთხვევაში (12,6%) ადგილი ჰქონდა მცდარ დიაგნოზს. ავადმყოფები ხანგრძლივად მკურნალობდნენ პარაპროქტიტის, ცისტიტის, ნევრიტის დიაგნოზებით. სპეციალიზირებულ ონკოლოგიურ კლინიკაში მომართვისას ყველა შემთხვევაში დაისვა სწორი დიაგნოზი. ვფიქრობთ, რომ დიაგნოსტიკური შეცდომები დაშვებულ იქნა დაავადების იშვიათობის, ზოგადი ქსელის ექიმების დაბალი ონკოლოგიური სიფხიზლით, არასრულყოფილი გამოკვლევების გამო.

დაკვირვებებმა აჩვენა, რომ მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნეების დროს დიფერენცირება უნდა მოხდეს მცირე მენჯში ლოკალიზებული ორგანოების ავთვისებიან, კეთილთვისებიან სიმსივნეებსა და მსგავსი სიმპტომების მქონე სხვა დაავადებებს შორის.

ასეთი დაავადებებია: სწორი ნაწლავის კიბო, რომლისთვისაც დამახასიათებელია შეკრულობა, ტკივილი, დეფეკაციის გახშირება, უცხო სხეულის შეგრძნება უკანა ტანში. ხშირად ტერატომების დროს დიფერენცირება ხდება ხორდომებთან, უკანასკნელის დროს გავა – კუდუსუნის მიდამოში აღინიშნება ტკივილები, პარესთეზიები, პარეზები, ქვედა კიდურების რეფლექსების დაქვეითება, ქვედა კიდურებში, დუნდულოების ატროფია, შემუშება.

პრესაკრალურად მდებარე სიმსივნეების დროს დიფერენციული დიაგნოზი უნდა გატარდეს წინა საკრალურ მენინგოცელესთან. პრესაკრალური სიმსივნის დიფერენციული დიაგნოზი უნდა გატარდეს სწორი ნაწლავის ენდომეტრიოზთან, რომლისთვისაც დამახასიათებელია სწორი ნაწლავიდან სისხლდენა მენსტრუაციის დროს ენდომეტრიუმის კვანძების ზომაში მომატება.

კეთილთვისებიანი სიმსივნეების დროს, დიფერენციული დიაგნოზი უნდა გატარდეს გავა-კუდუსუნის ეპითელიურ ხვრელმილთან, რომლის დროსაც კუდუსუნის არეში აღინიშნება პირველადი ხვრელი, ხოლო სწორი ნაწლავის თითოთ გასინჯვისას ნაწლავში პათოლოგიური პროცესი არ ვლინდება. პრესაკრალურად, პარარექტულად, პელვეორექტულად, იშიორექტულად, შორისის მიდამოში ლოკალიზებული დერმოიდული კისტები და პრესაკრალური ტერატომები ხშირად რთულდება დაჩირქებით, ფისტულების ჩამოყალიბებით პერიანალურ მიდამოში, სწორ ნაწლავსა და საშოში, რაც ხშირად ზოგადი ქსელის ექიმებს სხვადასხვა ფორმის პარაპროქტიტებში ეშლებათ. დიფერენციული დიაგნოზის გასატარებლად აუცილებელია ჩატარდეს ცდა მეთილენის ლურჯით და კონტრასტული რენტგენოგრაფია.

მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნეების და მეტასტაზების დიფერენციული დიაგნოზის გატარება უნდა წარიმართოს მაღალტექნოლოგიური სხივური დიაგნოსტიკის და ციტო-ჰისტოლოგიური კვლევის მეთოდებით.

ყველა ზემო ჩამოთვლილ შემთხვევებში სწორი დიაგნოზი ისმევა რენტგენოლოგიური, კომპიუტერული ან მაგნიტურ-რეზონანსული ტომოგრაფიული კვლევის საშუალებით. დაავადების საბოლოო ვერიფიკაციისათვის აუცილებელია ბიოპტატის ციტო-მორფოლოგიური შესწავლა.

ძვლოვანი სიმსივნეების დროს დიფერენციული დიაგნოზი ტარდება გავა-კუდუსუნის ოსტეომიელიტსა და ტუბერკულოზთან. ამ შემთხვევაში გადამწყვეტი როლი ეკუთვნის რენტგენოლოგიურ, კომპიუტერულ, სცინტიგრაფიულ, ციტო-მორფოლოგიურ მეთოდებსა და ტუბერკულოზური კვლევების სპეციფიკურ ტესტებს.

შარდის ბუშტის გვერდით კედელთან განვითარებული მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნის დროს, როდესაც ის იწვევს ზეწოლას და არც თუ იშვიათად მის კედელში ჩაზდას, შესაძლოა ადგილი ჰქონდეს ჰემატურიასა და დიზურიულ მოვლენებს. ამ დროს დიფერენციული დიაგნოზი საჭიროა გატარდეს შარდის ბუშტისა და შარდ-სასქესო სისტემის პირველად სიმსივნებთან, ცისტიტთან, შარდ-კენჭოვან დაავადებებთან. სწორი დიაგნოზის დასადგენად უნდა ჩატარდეს ცისტოსკოპია, უროგრაფია, ციტო-ჰისტოლოგიური კვლევები და რაც მთავარია, მაგნიტური ან კომპიუტერული ტომოგრაფია.

მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნის საშოსა და საშვილოსნოს ყელში ჩაზრდის დროს საჭიროა დაავადების დიფერენცირება გენიტალური ორგანოების სიმსივნეებთან. ვაგინალური გასინჯვა, უკანა თაღის პუნქცია და ციტოლოგიური კვლევა საშუალებას იძლევა დაისვას სწორი დიაგნოზი. ჩვენი პროსპექტული მასალის ყველა აღნიშნულ შემთხვევაში დიაგნოზის დადგენა მოხდა კომპიუტერული და მაგნიტურ-რეზონანსული ტომოგრაფიით. დაავადების საბოლოო ვერიფიცირება – ოპერაციული მასალის ჰისტომორფოლოგიური კვლევით.

ამგვარად, მიუხედავად კლინიკური სურათის მსგავსებისა, არსებობს რიგი ნიშნები, რაც დიფერენციული დიაგნოზის გატარების საშუალებას იძლევა. ანამნეზის ყურადღებით შესწავლა, ავადმყოფის ტრადიციული და მაღალტექნოლოგიური სხივური მეთოდების მიზანდასახული, თანმიმდევრული გამოყენება პათოლოგიის დროული ამოცნობისა და დიფერენციული დიაგნოზის გატარების რეალურ საშუალებას იძლევა (23, 40, 42, 43, 54, 78, 82, 87, 113, 167, 198,).

სხვადასხვა ლოკალიზაციის მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე ავთვისებიანი და კეთილთვისებიანი სიმსივნეების როგორც გართულებული, ისე გაურთულებელი შემთხვევების მკურნალობის ძირითადი მეთოდი ქირურგიულია (56, 67, 112, 113, 115, 197). ამ დროს განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია სიმსივნური წარმონაქმნის ზუსტი ლოკალიზაციის განსაზღვრა და შესაბამისად, ოპერაციული მიდგომის სწორი შერჩევა. ეს საშუალებას იძლევა, ერთი მხრივ, დაცული იქნას რადიკალიზმი, ხოლო, მეორე მხრივ, თავიდან იქნას აცილებული ირგვლივმდებარე ორგანოებისა და ქსოვილების დაზიანება, რაც მინიმუმამდე ამცირებს ინტრაოპერაციული და პოსტოპერაციული გართულებების რაოდენობას.

კლინიკური მასალის მიხედვით, ოპერაციები წარმოებდა: 1) ექსტრააბდომინური (შორისის და საკრალური); 2) აბდომინური (შუა-ქვედა ლაპაროტომია); 3) კომბინირებული მიდგომით (აბდომინურ-შორისის). 85 პაციენტიდან 52-ს (61,2%) ოპერაცია ექსტრააბდომინური ოპერაციული ჩარევით ჩატარდა (შორისის – 44-ს (51,6%), საკრალური – 8-ს (9,6%)), 26 ავადმყოფს (30,6%) აბდომინური, ხოლო 7 მათგანს (8,2%) – კომბინირებული (აბდომინურ-შორისის) მიდგომით.

შორისის მიდგომით ოპერაციის ჩატარება უკეთეს შედეგს იძლევა უპირატესად, შორისის, იზიორექტული და პელვეორექტული სიმსივნეების ლოკალიზაციის დროს. ოპე-

რაცია ტარდება სიმსივნის ზედაპირზე კანისა და კანქვეშა ცხიმოვანი ქსოვილის გაკვეთით, სიმსივნის ქვედა პოლუსის და გვერდითი კედლების შეხორცებებიდან ჩლუნგი და ბასრი წესით გამოთავისუფლების შემდეგ, სწორი ნაწლავიდან საჩვენებელი თითის დახმარებით ადვილად ხდება სიმსივნის ამოკარკვლა. ოპერაცია რამდენადმე დამზოგველია და უპირატესად ვიყენებით კეთილთვისებიანი და ზემოხსენებული ლოკალიზაციის მცირე ზომის ავთვისებიანი სიმსივნეების დროს.

პრესაკრალურ მიდამოში არსებული სიმსივნის ამოკვეთა საკრალური მიდგომით განხორციელდა 8 შემთხვევაში. სიმსივნის რადიკალური ამოკვეთის მიზნით ჩატარდა კუდუსუნის და გავის IV მალის რეზექცია, რაც გარკვეულწილად ახდენდა ოპერაციული ველის გაფართოებას, აადვილებდა სიმსივნის მობილიზაციას, მისი შეხორცებებიდან, სწორი ნაწლავიდან გამოთავისუფლებას და ამოკვეთას. აღნიშნული მიდგომით მიზანშეწონილად მიგვაჩნია პრესაკრალურად მდებარე კეთილთვისებიანი, გავა-კუდუსუნის ძვლოვანი და იმ ავთვისებიანი სიმსივნეების ამოკვეთა, რომლებიც არ ვრცელდებიან სწორ ნაწლავზე და ირგვლივმდებარე ქსოვილებში.

მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნის დროს, აბდომინური მიდგომით ქირურგიული ჩარევა ჩატარდა 26 ავადმყოფს (30,6%). ეს ოპერაცია ნაჩვენებია იმ შემთხვევაში, როდესაც საკრალური მიდგომით და კუდუსუნის რეზექციით სიმსივნის ამოკვეთა შეუძლებელია. შუა-ქვემო ლაპაროტომიის შემდეგ იკვეთება მცირე მენჯის პერიტონიუმის ფურცელი და ტარდება გულმოდგინე რევიზია სიმსივნის ირგვლივმდებარე ქსოვილებსა და ორგანოებში ჩაზრდის დასადგენად. შემდეგი ეტაპია სიმსივნის მობილიზაცია ირგვლივმდებარე ორგანოებიდან. ზედა პოლუსისა და გვერდითი კედლების გამოთავისუფლების შემდეგ სიმსივნე შედარებით ადვილად ამოდის ჭრილობიდან, თვალის კონტროლით ჩლუნგი და ბასრი წესით თავისუფლდება ქვედა პოლუსი. უნდა ითქვას, რომ სიმსივნის მობილიზაცია ოპერაციის ყველაზე რთული ეტაპია და ტექნიკურად ძნელი შესასრულებელია. ამ დროს შესაძლებელია ისეთი ინტრაოპერაციული გართულებები, როგორცაა: სწორი ნაწლავის კედლის მთლიანობის დარღვევა, სიმსივნის დაშლა, არსებული ჩირქგროვის გახსნა, გავის ვენური წნულის დაზიანება და სისხლდენა.

კლინიკური მასალის მიხედვით ქირურგიული ოპერაცია აბდომინურ-შორისის მიდგომით შესრულდა 7 შემთხვევაში (8,2%). ოპერაციული მიდგომის ჩვენებას წარმოადგენდა

მცირე მენჯის ღრუში არსებული დიდი სიმსივნე. ოპერაცია სრულდებოდა ორბრიგადული მეთოდით. პირველი ბრიგადის მიერ ლაპაროტომიისა და მცირე მენჯის პერიტონეუმის ფურცლის გაკვეთის, სიმსივნისა და დაზიანებული ორგანოს ერთ ბლოკში მობილიზაციის შემდეგ, მეორე ბრიგადა შორისის მხრიდან სწორი ნაწლავის ამოკერვის შემდეგ ათავისუფლებდა სწორ ნაწლავს ირგვლივმდებარე ქსოვილებიდან სიმსივნურ წარმონაქმნამდე და ახდენდა დაზიანებული ორგანოს რეზექციას ან ექსტირპაციას. პრეპარატი გადიოდა შორისის ჭრილობიდან ერთ ბლოკში. 4 შემთხვევაში (4,7%) ჩატარდა სიმსივნის ამოკვეთა და სწორი ნაწლავის ექსტირპაცია ერთ ბლოკში ერთლულიანი კოლოსტომის ექსტრაპერიტონული ჩამოყალიბებით, ხოლო 3 შემთხვევაში (3,5%) - მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნის ამოკვეთა, სწორი ნაწლავის ექსტირპაცია, საშოს უკანა და გვერდითი კედლების რეზექცია ერთ ბლოკში ერთლულიანი კოლოსტომის ექსტრაპერიტონული ჩამოყალიბებით. შემდეგში ყველა ავადმყოფს დაენიშნა სხივური თერაპია.

ამგვარად, ჩატარებული 85 ოპერაციიდან: 83 იყო გეგმიური (97,6%), ხოლო 2 – სასწრაფო (2,3%). სასწრაფო ოპერაციის ჩატარების მიზეზს ერთ შემთხვევაში წარმოადგენდა გაუვალობა, ხოლო მეორე შემთხვევაში კი – სიმსივნის შარდის ბუშტის ყელზე ზეწოლა. შესაბამისად, ორივე ავადმყოფს ჩაუტარდა პალიატიური ოპერაციები: ორლულიანი კოლოსტომისა და ეპიცისტოსტომის ჩამოყალიბებით. 83 გეგმიური ოპერაციიდან: რადიკალური იყო 74 (87,1%), პალიატიური – 2 (2,3%) და სამკურნალო-დიაგნოსტიკური – 7 (8,2%).

რადიკალური ოპერაციებიდან 39 შემთხვევაში (48,9%) ჩატარდა სიმსივნის ამოკვეთა, ხოლო 46 შემთხვევაში (51,1%) - კომბინირებული ოპერაცია მიმდებარე ორგანოების (სწორი ნაწლავის, შარდის ბუშტის, საკვერცხის, საშვილოსნოს ყელის, კუდუსუნის) რეზექციით ან ექსტირპაციით. გეგმიური ოპერაციებიდან 2 შემთხვევაში (2,4%) პალიატიური ოპერაცია შემოიფარგლა ორლულიანი კოლოსტომის ფორმირებით; სამკურნალო-დიაგნოსტიკური 7 (8,2%) ოპერაციიდან 3 (3,6%) შემთხვევაში ოპერაცია შემოიფარგლა ეპიცისტოსტომის, ხოლო 4 (4,8%) შემთხვევაში ქირურგიული ჩარევისას მოხდა სიმსივნის რადიკალურად ამოკვეთა

სხვადასხვა ლოკალიზაციის მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნეების ქირურგიული ოპერაციის 85 შემთხვევაში ადგილი ჰქონდა 16 (18,8%) სხვადასხვა სახისა და სიმძიმის

გართულებას. ინტრაოპერაციული გართულებები აღინიშნებოდა უმეტესად ექსტრაპერიტონული მიდგომის დროს ($p=0.006$).

პოსტოპერაციულ გართულებებს ადგილი ჰქონდა 26 შემთხვევაში (32,9%). სტატისტიკური დამუშავების მიხედვით პოსტოპერაციული გართულებები აგრეთვე აღინიშნებოდა უმეტესად ინტრაპერიტონული მიდგომის დროს ($p=0.018$).

85 ნაოპერაციევი ავადმყოფიდან ჰოსპიტალიდან 64 ავადმყოფი (62,1%) გაეწერა პრაქტიკულად გამოჯანმრთელებული, დამაკმაყოფილებელ მდგომარეობაში - 19(18,4%).

მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნეების ქირურგიული მკურნალობის შორეული შედეგები შესწავლილი იყო 57 შემთხვევაში (67,0%). კეთილთვისებიანი სიმსივნე იყო 19 (33,3%), ხოლო ავთვისებიანი კი - 38 (66,7%).

შორეული შედეგების შესწავლით აღმოჩნდა, რომ 14 ავადმყოფი გარდაიცვალა (24,6%), მათ შორის ავთვისებიანი იყო 13 (22,8%), ხოლო 1 (1,7%) - კეთილთვისებიანი. გარდაცვალების მიზეზს 12 ავთვისებიან შემთხვევაში (21,0%) წარმოადგენდა სიმსივნური დაავადება, ხოლო 1 ავთვისებიანი (1,7%) და 1 კეთილთვისებიანი (1,7%) სიმსივნის მქონე ავადმყოფების სიკვდილის მიზეზი იყო გულ-სისხლძარღვთა მწვავე უკმარისობა. სიკვდილიანობის საერთო მაჩვენებელმა შეადგინა 16 შემთხვევა (28,1%).

კლინიკური მასალის ანალიზით მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე კეთილთვისებიანი და ავთვისებიანი სიმსივნეების ოპერაციის შემდგომი რეციდივი დაუდგინდა 15 ავადმყოფს (17,6%) (კეთილთვისებიანი 2 (13,3%), ხოლო ავთვისებიანი - 13 (86,7%)). რეციდივის განვითარების ვადები მერყეობდა 1-დან 5 წლამდე. 7 ავადმყოფს (46,7%) ჩაუტარდა რეციდივის ამოკვეთა და დაენიშნა სხივური თერაპია, ხოლო 8 შემთხვევაში (53,3%) მკურნალობა შემოიფარგლა მხოლოდ სხივური თერაპიით.

ყოველივე ზემოთქმულიდან შეიძლება დავასკვნათ, რომ მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნეების მკურნალობა ურთულეს პრობლემას წარმოადგენს. მას არ გააჩნია პათოგნომური ნიშანი. მანიფესტაციის პერიოდში დაავადება ხასიათდება მრავალფეროვანი კლინიკური მიმდინარეობით, რაც ხშირად დიაგნოსტიკური შეცდომის მიზეზი ხდება და რა თქმა უნდა, მკურნალობაც, შესაბამისად, არაადექვატურია. კვლევის მაღალტექნოლოგიური სხივური მეთოდები: კტ და მრტ საშუალებას იძლევა დადგინდეს სიმსივნის ზუსტი

ლოკალიზაცია, მისი კონტაქტი ირგვლივმდებარე ორგანოებთან და სტრუქტურული თავისებურებები, რაც საშუალებას იძლევა ყველა ინდივიდუალურ შემთხვევაში შეირჩეს ქირურგიული მიდგომის ოპტიმალური ვარიანტი, შემცირდეს ინტრა და პოსტოპერაციული გართულებების რიცხვი, გაუმჯობესდეს შორეული შედეგები და ჩატარდეს მიზანდასახული მონიტორინგი.

დასკვნები

1. მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნეები წარმოადგენს იშვიათ დაავადებას. მათ არ გააჩნიათ ერთიანი პათოგნომური სინდრომი. დაავადების კლინიკურ სურათს განსაზღვრავს პათოლოგიური პროცესის ლოკალიზაცია, ირგვლივმდებარე ორგანოებსა და ქსოვილებში ჩაზრდა ან მათზე ზეწოლა. დიფერენციული დიაგნოზი უნდა გატარდეს მსგავსი კლინიკური ნიშნების მქონე დაავადებასთან;

2. მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნეების გამოვლენაში მაღალტექნოლოგიური სხივური დიაგნოსტიკის მეთოდების საშუალებით შესაძლებელია არა მხოლოდ ზუსტი დიაგნოზის დასმა, სიმსივნის ტოპიკის და სხვა ორგანოებთან ურთიერთკავშირის დადგენა, არამედ, ოპერაციული მიდგომის რაციონალური ვარიანტის შერჩევა და ოპერაციის შემდგომი მონიტორინგის ჩატარება.

3. შორისის, იშორექტული, რექტოვაგინალური ძგიდისა და პელვეორექტული ლოკალიზაციის ორგანოსგარეშე სიმსივნის დიაგნოსტიკაში ვიზუალიზაციის ისეთი რუტინული და შედარებით ხარჯთეფექტური მეთოდების გამოყენება, როგორცაა: ენდოსკოპური (კოლონოსკოპია, რექტორომანოსკოპია) და რენტგენოლოგიური კვლევები (ფისტულოგრაფია, ირიგოგრაფია, უროგრაფია) იძლევა დამაკმაყოფილებელ დიაგნოსტიკურ ეფექტს.

4. ჩვენს მიერ გამოყენებული ოპტიმალური ქირურგიული მიდგომის გზები (შორისის, საკრალური, აბდომინური, კომბინირებული), რომელიც დამოკიდებულია მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნის ლოკალიზაციისა და ჰისტოლოგიურ სტრუქტურაზე, მნიშვნელოვნად აადვილებს სიმსივნის რადიკალურ ამოკვეთას, ამცირებს ინტრა და პოსტოპერაციული გართულებების რიცხვს.

5. მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნეების ოპერაციის შემდგომი

პრეპარატების ჰისტოლოგიური შესწავლით შემთხვევათა 62,1%-ში (64 შემთხვევა) დადასტურდა ავთვისებიანი, ხოლო 37,9%-ში (39 შემთხვევა) – კეთილთვისებიანი სიმსივნეები. რეზეცირებული მიმდებარე ორგანოების მორფოლოგიურმა კვლევამ 88,9%-ში (32 შემთხვევაში) დაადგინდა სიმსივნის მეზობელ ორგანოში ჭეშმარიტი ჩაზრდა, ხოლო 11,1%-ში (4 შემთხვევაში) კონტაქტი ანთებითი პროცესით იყო განპირობებული.

6. მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნეების ოპერაციული მკურნალობის უშუალო და შორეული შედეგების შესწავლით დადგინდა: ოპერაციის შემდეგ გართულებამ 32,9% (26 შემთხვევა), ლეტალობამ – 2,3% (2 ავადმყოფი), 5 წლიანმა სიცოცხლის ხანგრძლივობამ – 65%, რეციდივმა – 17,6% (15 შემთხვევა) შეადგინა. ოპერაციის შემდეგ დაავადების პროგრესირებით გარდაიცვალა 12 ავადმყოფი (21,0%).

პრაქტიკული რეკომენდაციები

1. მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნეებს არ გააჩნიათ პათოგნომური სიმპტომი. ამას ხელს უწყობს სიმსივნის სპეციფიკური ლოკალიზაცია, დაავადების უსიმპტომო მიმდინარეობა, მანიფესტაციის პერიოდში სიმპტომების მრავალფეროვნება. დიაგნოსტიკური შეცდომების ძირითადი მიზეზია: ანამნეზური მონაცემების არასათანადო შეფასება, დიფერენციული დიაგნოზის სირთულე, კლინიკო-დიაგნოსტიკური კვლევების არამიზნობრივი გამოყენება და ზოგადი ქსელის ექიმების დაბალი ონკოლოგიური სიფხიზლე.

2. სხივური კვლევის მაღალტექნოლოგიური მეთოდების გამოყენება საშუალებას იძლევა არა მარტო ზუსტად დადგინდეს მცირე მენჯის ღრუში სიმსივნის ლოკალიზაცია და კონტაქტი მიმდებარე ორგანოებთან, არამედ შეირჩეს ოპერაციის ოპტიმალური ვარიანტი და ჩატარდეს ოპერაციის შემდგომი მონიტორინგი.

3. ყველა ინდივიდუალურ შემთხვევაში, მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნის ლოკალიზაციისა და ჰისტოსტრუქტურის მიხედვით უნდა შეირჩეს ოპერაციული მიდგომის ოპტიმალური ვარიანტი, რომელიც აადვილებს ოპერაციულ ჩარევას, ამცირებს ოპერაციის შემდგომ გართულებებს და აუმჯობესებს ოპერაციული მკურნალობის შორეულ შედეგს.

4. მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნის მკურნალობაში გამოყენებულ უნდა იქნას როგორც ქირურგიული, ასევე სხივური და ქიმიოთერაპია, როგორც კომბინაციაში,

ასევე ცალ-ცალკე.

ლიტერატურა:

1. თოდუა ფ., ვილიკიანი მ., კაკუბერი ხ. ჯ., რეტროპერიტონეული ორგანოს გარეშე სიმსივნეების დიაგნოსტიკა კტ-ს გამოყენებით. ავთვისებიანი სიმსივნეების ეტიოპათოგენეზი, დიაგნოსტიკა და მკურნალობა. ქ. თბილისი. 1994 წ.
2. თოდუა ფ., ნადარეიშვილი ა., ხუტულაშვილი ნ., ბარამია მ. // დიაგნოსტიკის თანამედროვე მეთოდების როლი მცირე მენჯის ადგილობრივად გავრცელებული სიმსივნეების დროს // IV რესპუბლიკური სამეცნიერო-პრაქტიკული კონფერენცია, 1996წ. გვ. 71-72.
3. თოდუა ფ., სვანიძე გ., ბეროზაშვილი მ., ხუტულაშვილი ნ. //რეტროპერიტონეული ორგანოს გარეშე ლიპობლასტური სიმსივნეების დიაგნოსტიკა კტ-ს საშუალებით. ახალი ტექნოლოგიები მედიცინაში. 1996 წ., 67-68.
4. ქემოკლიძე თ. რეტროპერიტონეული ორგანოსგარეშე სიმსივნეების ქირურგიული მკურნალობის მეთოდოლოგიური ასპექტები. ავტორეფერატი, მედ. მეც. კანდ. სამეცნ. ხარისხის მოსაპოვებლად, 2003.
5. ჩარკვიანი ლ. ონკოლოგიური გინეკოლოგია, "განათლება", 1983წ. გვ. 396-403.
6. ხუტულაშვილი ნ. კომპიუტერული ტომოგრაფიის როლი რეტროპერიტონეული ორგანოსგარეშე სიმსივნეების დიაგნოსტიკაში. საკანდიდატო დისერტაცია, 1997.
7. ხუტულაშვილი ნ., წივწივაძე გ. // მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნეების კომპიუტერულ-ტომოგრაფიული დიაგნოსტიკა // რენტგენოლოგიის და რადიოლოგიის მაცნე, 2001 წ. 1 (7), გვ. 63-66.
8. Абашидзе А. В., Тиканадзе Т. Л., Сообщающаяся дермоидная киста крестцево-копчиковой области и забрюшинного пространства. Вестн. хир. 1967, №4, с. 126-128.
9. Абдурасулов Д. М. Об использовании ультразвука в комплексной диагностике опухолей. Современные проблемы онкологии. Л., 1971. С. 81-86.
10. Бабаджанян С. С. Трудности диагностики первичных внеорганных опухолей таза. Вопр. онкол. 1977, № 3, с. 36-40.
11. Баиров Г. А. Хирургия пороков развития у детей. М., 1968, с. 550-561.

12. Баиров Г. А., Дрейкер К. Л. Оперативное лечение новорожденных с тератомами крестцово-копчиковой области. Вест. охр. мат. и детей, 1961, № 12, с. 55ю
13. Баканов Ф. А. О сакральных тератомах. Журн. совр. хир., 1926, № 5-6, с. 633.
14. Бакулев А.Н. , Колесникова Р. С. Хирургическое лечение опухолей и кист средостения. М., 1967, с. 216-236.
15. Бюел А. П. Случай дермоидной кисты тазовой области. Сов. хир., 1932, №2, с. 261.
16. Бирюлина Т. И., Левина Д. М., Эльгорт Д.А., Гусев А. И. и Язова А.К. Метод агрегат-геммоаглоутинации в диагностике гепатоцеллюлярного рака и тератобластом. Вопр. онкологии, 1974, т. XX, № 1, с. 32-35.
17. Благовещенская О. В. Тератомы крестцово-копчиковой области. Хирургия, 1957, №7, с. 108-112.
18. Блинничев Н. М., Шабает В. Н., Гулин В.А. Околопрямокишечные дермоидные кисты и тератомы в свете их озлокачествления. Тез. Всесоюзн. конф. по проктологии, М., 1978, с. 76-78.
19. Боброва А.Г. Дермоидные кисты крестцево-копчиковой и ягодичной области. В кн.: О Болезнях прямой и толстой кишок. М., 1963, вып.2, с. 83-91.
20. Борисов А. Л. Саркома крестцево-копчиковой области у новорожденного ребенка. Сов. хир., 1935, №10, с. 144.
21. Боровой Е. М. Тератома крестцево-копчиковой области. Педиатрия, 1957, №11, с. 73-74.
22. Бритвин А. А. и Махалова Т. А. Тератомы пресакральной области. Вест. хир. 1969. №9, с. 130.
23. Бухны А.Ф. Клиника, диагностика и лечение забрюшинных тератоидных опухолей у детей. Хирургия, 1969, т. VII, с. 123.
24. Быкова Редкий случай дермоидной кисты. Русский врач, 1914, с.790.
25. Введенский Ю. А. Тератоидная опухоль крестцово-копчиковой области. Хирургия, 1958, № 8, с. 136-139.
26. Верещинский А. О. О лечении злокачественных перерождений простейших опухолей крестцево-копчиковой области. Нов. хир. арх. 1931, 96, с. 511.
27. Виноградов. Тератома в области копчиковой кости. Журн. норм. и пат. гистол. и клин. мед., 1876, № 10, с. 506.
28. Габуня РИ, Дурнов ЛА, Колесникова ЕК. Значение компьютерной томографии брюшной полости и забрюшинного пространства у детей. Педиатрия. 1981, № 8, с. 43-46.

29. Грушлавский Г. Л. и Шубладзе Ю. Б. Дермоидная киста забрюшинного пространства. Хирургия, 1974, № 1, с. 112.
30. Густовой Н. В. Мезинхимные опухоли забрюшинного пространства. М., 1937.
31. Давыдов М.И., Одарюк Т. С., Нечушкин М.И., Царьков П. В., Триголосов А. В., Макаров Е. С., Жарков Е.Е. Обширные комбинированные вмешательства в хирургическом лечении местнораспространенных новообразований органов малого таза. Вопросы онкологии, 1998, том 44, № 5, с. 618-622.
32. Давыдова Е. Н., Коплатадзе А. М., Микробиологическое изучение содержимого тератоидных образований параректальной клетчатки. Республ. сб. научн. тр. "Проблемы проктологии". М., 1980, вып. 1, с 86-88.
33. Даниель-Бек К.В., Шафир И.И. Забрюшинные опухоли. М.: Медицина, 1976. с.190.
34. Державин Р. И. Случай пресакральной опухоли. Сов. хир. 1934, № 7, с. 162.
35. Дурнов Л. А., Кошечкина Н. А., Колесник Е. В., Каминская И. В., Иванова Н. М., Бойченко Е. И., Резун С. И. Рентгенологическая диагностика злокачественных опухолей таза у детей. Вопросы онкологии, 2000, том 46, № 4, с. 410-414.
36. Зайцев И.Г. Диагностика и хирургическое лечение опухолей и кист забрюшинного пространства у детей. Дис. канд., М., 1967.
37. Кадыров И. Г. Тератомы крестцово-копчиковой области. В кн.: Материалы по борьбе со злокач. опухолями. Вып. 16, 1967, с. 21-26.
38. Канделис Б. Л. О редко встречающихся доброкачественных опухолях прямой кишки. В сб.: Вопр. диагност. и лечения в условиях многопроф. больницы. Л., Медицина, 1971, с. 190-195.
39. Канторович Л. И. К казуистике сакральных тератом. Каз. мед. журнал, 1936, т. XI, с. 1357.
40. Караев И. К. О тератомах и дермоидных кистах брюшной полости. Хирургия, 1959, № 2, с. 112.
41. Клименков А. А., Губина Г. И. Неорганные забрюшинные опухоли: основные принципы диагностики и хирургической тактики. Практическая Онкология, Т. 5, № 4, 2004.
42. Клименков А.А., Баронин А.А., Губина Г. И., Итин А.Б., Неред С. Н., Сельчук В.Ю., Барканов А. И., Захарова Н.Е., Огородникова Е. В. Современные принципы диагностики и хирургического лечения неорганных забрюшинных опухолей. Вопросы онкологии, 1998, том 44, № 5, с. 546-550.
43. Колесникова Е. К., Бачиашвили А.К. Компьютерная томография в диагностике забрюшинных неорганных опухолей. Мед. радиол. 1985, № 10. с. 48-52.

44. Кононенко Н. Г., Рогожин В. А., Клочко П. И., Кишковский Н. Э., Романова Л. Р., Сильченко С. А., Гольдшмидт Б. Я. Комплексная диагностика неорганных новообразований малого таза. Вопросы онкологии, том XXXV, № 1, 1989, с. 69-74.
45. Коплатадзе Е. К. Никитин А. М., Мушникова В. Н., Михайлянц Г. С. Диагностика пресакральных тератоидных образований. Хирургия. 1980, № 10, с. 76-80.
46. Кпыш И. Т. Волох Г.С. Диагностика и лечение первичных костных опухолей крестцово-копчиковой области. Вестн. хир., 1973, № 5, с. 50-54.
47. Кузин М. И., Помелов В. С., Кургузов О. П. Клиника, диагностика и лечение новообразований забрюшинного пространства. Сов. мед. 1971. № 3, с. 116-122.
48. Миронова Г. Т. Бачиашвили А. К., Мазаев А. П. Ультразвуковая томография в диагностике забрюшинных неорганных опухолей. Мед. радиол. 1986, № 7. с. 45-48.
49. Мухадзе Г., И. Озлокачествление кист крестцово-копчиковой области. Хирургия. 1975, № 2, с. 140-141.
50. Никитин А. М., Коплатадзе Е. К., Манвелидзе А. Г. Диагностика и хирургическое лечение внеорганных опухолей околопрямокишечной клетчатки у взрослых. Хирургия. 1986, № 9, с. 65-68.
51. Никитин А.М., Баранов О. Н., Кривша Ю. В. Лечение ран малого таза после удаления пресакральных новообразований. Вопросы онкологии, 1990, с. 78-82.
52. Солстопятов Б. А., Волох Г. В. и Сильченко С. А. Редко встречающиеся доброкачественные забрюшинные опухоли таза-гиберномы. Вестн. хир. 1975, № 10, с. 134-136.
53. Сорокин И. А. О тератоидных опухолях крестцово-копчиковой области. Сов. хир., 1935, № 10, с. 140.
54. Столяров В. И. Неорганные опухоли малого таза. Вопр. Онкол. 1984, № 4, с. 48-51.
55. Толстопятов Б.А., Палицев А. Ю., Коноваленко В. Ф., Черниченко В.А., Мониц А.Ю. Комбинированное лечение крестцово-копчиковых хордом. Вопросы онкологии, том XXXV, № 11, 1989, с. 1371-1374.
56. Углов Ф. Т., Мурсалова Р. А. Тератомы пресакральной области. М.: 1959.
57. Федоров В. Д., Коплатадзе А. М. Каудальные тератомы у взрослых больных. Издательство "Сабчота Сакартвело", Тбилиси, 1984.
58. Федоров В. Д., Никитин А. М., Коплатадзе А. М., Капуллер Л. Л., Гуреева Х. Ф. Тератоидные образования параректальной клетчатки у взрослых. Вестн. хир. 1977, № 3, с. 64-69.
59. Федоров В. Д., Цверкун В. В., Скуба Н. Д. Диагностика и лечение лейомиосарком нижней полой вены. Хирургия. 1998, № 9, с. 21-25.

60. Черкес В. Л. Ошибки в диагностике неорганных забрюшинных опухолей. Хирургия. 1969, № 9, с. 96-101.
61. Черкес В. Л. Хирургическое лечение неорганных забрюшинных опухолей. Вестн. хир. 1968, № 5, с. 55.
62. Черкес В. Л., Ковальский Е. О., Соловьев Ю. Н. Внеорганные забрюшинные опухоли. М.: Медицина, 1976, с. 167.
63. Чернов Тератома тазовой клетчатки. Работы клиники Дьяконова, 1906, 8.
64. Чхеидзе М. Я. Забрюшинная липома малого таза, ошибочно диагностированная как неоперабельный рак прямой кишки. Хирургия. 1956, № 3, с. 84.
65. Adam NG, oland J, Halevey A, Reif R. Primary retroperitoneal soft-tissue sarcomas. J Surg Oncol, 1984, Vol. 25. P. 8-11.
66. Aduana V, Mohammadi, H, Vaiana J, chosh L. Hemangiopericytoma arising in a solitary plexiform neurofibroma: report of a case and review of the literature. J Oral Maxillofac Surg 1988; 46: 1106-9.
67. Allen PW. Tumors and proliferations of adipose tissue: a clinicopathologic approach. New York: Masson Publishing. 1981.
68. Altinok D, Seckin H, Yildiz YT, Gurses L, Erekul S, Kan Hz (2000). A ruptured teratoma with malignant transformation. Eur Radiol 10: 1359-1360.
69. Alvarenga J. C., Ball A. B. S., Fisher C., Fryatt I., Jones L., Thomas J. M. Limitations of surgery in the treatment of retroperitoneal sarcoma. Br J Surg, 1991; 78:912-6.
70. Amendola BE, Amendola MA, Oliver E, McClatchey KD. Chordoma: role of radiation therapy. Radiology 1986;158:839-42.
71. Andreoli F, Balloni F, Biggoti A, Lombardi P, Pernice LM, Ronchi O, et al. Anorectal continence and bladder function. Effects of major sacral resection. Dis Colon Rectum 1986;29:647-52.
72. Anson KM, Byrne PO, Robertson ID, Gullan RW, Montgomery AC. Radical excision of sacrococcygeal tumors. Br J Surg 1994;81:460-1.
73. Ariel IM, Verdu C. Chordoma: an analysis of twenty cases treated over a twenty-year span. L Surg Oncol 1975;7:27-44.
74. Arndt C, Tefft M, Gehan E, et al. A feasibility, toxicity, and early response study of etoposide, ifosfamide, and vincristine for the treatment of children with rhabdomyosarcoma: a report from the Intergroup Rhabdomyosarcoma Study (IRS) IV Pilot Study. J Pediatr Hematol Oncol 1997; 19:124-9.
75. Asher W. M., Freimanis A. K. ultrasonic diagnosis of renal and retroperitoneal lesions. Int. Surg. 1971. Vol. 62, N 2, P. 273-281.

76. Benedetti-Panici P, Maneschi F, Scambia G, Cutillo G, Greggi S, Mancuso S. The pelvic retroperitoneal approach in the treatment of advanced ovarian carcinoma. *Obstet Gynecol* 1996; 87:532-8.
- benign pelvic disease. *J Transl Med.* 2006 Jul 6;4:30.
77. Bergh P, Kindblom L.G, gunterberg B, Remotti F, Ryd W, Meis-Kindblom JM. Prognostic factors in chordoma of the sacrum and mobile spine. A study of 39 patients. *cancer* 2000;88:2122-34.
78. Bergh P, Meis-Kindblom Jm., Gherlinzoni F, Berlin O, Bacchini P, Bertoni F, et al. Synovial sarcoma: identification of low and high risk groups . *Cancer* 1999;85:2596-607.
79. Bevilacqua RG, Rogatko A, Hajdu SI, et al: Prognostic factors in primary retroperitoneal soft-tissue sarcomas. *Arch Surg* 126:328-334, 1991.
80. Bjornsson J, Wold LE, Ebersold MJ, Laws ER. Chordoma of the mobile spine. a clinicopathologic analysis of 40 patients. *Cancer* 1993;71:735-40.
81. Bloem JL, Van der Woude HJ, Hogendoorn PCW. Deutsch AL, Mink JH, editors. Bone tumors, 2nd edn. Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers; 1996; 11, MRI of the musculoskeletal system: a teaching file, pp.655-719.
82. Boneschi M, Erba M, Cusmai F, Eusebio D, Miani S, Bortolani EM. Primary retroperitoneal tumors. Treatment modality and prognostic factors. *Minevra Chir.* 1999 Nov; 54 (11):763-8.
83. Boriani S, Chevalley F, Weinstein JN, Biagini R, Campanacci L, De Lure F, et al. Chordoma of the spine above the sacrum. Treatment and outcome in 21 cases. *Spine.* 1996;21:1569-77.
84. Boutdoul R., Campan P., Josso B. et al. Survie prelongee des liposarcomes retroperitoneaux// *Sem. Hop. Paris.* 1987. Vol. 63, N 16. P. 1268-1270.
85. Brenner P. Retrorectale Tumore abdomino-sacraler Zugang. *Actual. chir.* 1982, Bd. 17. S. 29-30.
86. Breslow N. Statistical issues in the analysis of data from occupational cohort studies. *Recent Results Cancer Res* 1990;120:78-93.
87. Breslow NE, Day NE. Statistical methods in cancer research. Volume II-The design and analysis of cohort studies. *IARC Sci Publ* 1987;82:1-406.
88. Catton CN, O'Sullivan B, Kotwall C, cummings BJ, Hao Y, Fornasier VL. Outcome and prognosis in retroperitoneal soft tissue sarcoma. *int L Radiat Oncol Biol Phys* 1994; 29:1005-10.
89. Chambers PW, Schwinn CP. Chordoma. A clinicopathologic study of metastasis. *Am J Clinic Pathol* 1979;72:765-76.
90. Chandawarker RY. Sacrococcygeal chordoma: review of 50 consecutive patients. *World J Surg* 1996;20:717-9.

91. Cheifetz R, Cantton Ch. N., Kandel R, Couture J & Swallow C., J. Recent progress in the management of retroperitoneal sarcoma. *Sarcoma* 2001; 5, 17-26.
92. Cheifetz R., Catton Ch. N., Kandel R., O'Sullivan B., Couture J & Swallow C. J. Recent progress in the management of retroperitoneal sarcoma. *Sarcoma* (2001), 5, 17-26.
93. Cheng EY, Ozerdemoglu RA, Transfeldt EE, Thompson RC Jr. Lumbosacral chordoma. Prognostic factors and treatment. *Spine* 1999;24:1639-45.
94. Choi JE, Chung HJ, Yoo WJ, Chung MH, Sung MS, Lee HG, Park II Y, Kim J. Retroperitoneal malignant mesenchymoma: a case of mesenchymal mixed tumour with osteosarcoma, leiomyosarcoma, leiomyosarcoma, leiomyosarcoma and fibrosarcoma. *Korean J Radiol* 3(4), December 2002.
95. Choo YC, Hsu C, Wong LC, Ma HK. Primary retroperitoneal sarcoma in the female pelvis. A report of three cases. *J Reprod Med* 1987, Feb; 32(2):157-60.
96. Chouli M, Viala J, Dromain C, Fizazi K, Duvillard P, Vanel D. Intra-abdominal desmoplastic small round cell tumors: CT findings and clinicopathological correlations in 13 cases. *Eur J Radiol* 54 (2005) 438-442.
97. Christopher R. Baliski, Walley J. Temple, Keith Arthur, Norman S. Schachar. Dermoid tumors: a novel approach for local control. *J Surg Oncol*, Vol. 80, Issue: 2, Date: June 2002, P. 96-99.
98. Cody HS, Turnbull AD, Fortner JG, Hajdu SI. The continuing challenge of retroperitoneal sarcomas. *Cancer* 1981, 47:2147-52.
Cohen AM, Paty PB. Surgical salvage of recurrent rectal cancer after transanal excision.
99. Crist WM, Kun LE. Common solid tumors of childhood. *N Engl J Med* 1991;324:461-71.
100. Crist WM, Ranney RH, Tefft M. et al. Soft tissue sarcomas arising in the retroperitoneal space in children. A report from the intergroup rhabdomyosarcoma study (IRS) committee. *Cancer* (Philad.), 1985. Vol. 56, p. 2125-2132.
101. Dahlin D, MacCarty C. Chordoma: a study of fifty-nine cases. *Cancer* 1952;5:1170-8.
102. Dei Tos A.P. Adipocytic tumors: new entities and evolving concepts. *Rev esp Pathol* 1999;32:271-63. *Dis Colon Rectum*.
103. Donnellan WA and Swenson I. Benign and malignant sacrococcygeal teratomas. *Surgery*, 1968, 64, 834-846.
104. Dorfman HD, Czerniak B. Chordoma and related lesions. In: *Bone tumors*. St. Louis: Mosby, 1998:974-1007.
105. Dziewirski W, Rutkowski P, Nowecki ZI, Salamacha M, Morysinski T, Kulik A, Kawczynska M, Kasprowicz A, Lyczek J and Ruka W. Surgery combined with intraoperative

brachytherapy in the treatment of retroperitoneal sarcomas. *Ann. Surg. Oncol.*, February 1, 2006; 13(2): 245-252.

106. Elgar F, Goldblum JR. Well-differentiated liposarcoma of the retroperitoneum: a clinicopathologic analysis of 20 cases, with particular attention to the extent of low-grade dedifferentiation. *Mod Pathol* 1997; 10:113-20.

107. Enzinger FM, Smith BH. Haemangiopericytoma: an analysis of 106 cases. *Hum Path* 1976; 7:61-82.

108. Enzinger FM, Weiss SW. *Soft tissue tumors*, 3rd edn. St Luis, MO: C.V.Mosby;1995.

109. Eriksson B, Gunterberg B, Kinblom LG. Chordoma. A clinicopathologic and prognostic study of a Swedish national series. *Acta Orthop Scand* 1981;52:49-58.

_excision. *Dis Colon Rectum*. 2005 Jun;48(6):1169-75.

110. Expert from malignant fibrous histiocytoma, soft tissue. <http://www.emedicine.com/radio/byname/malignant-fibrous-histiocytoma-soft-tissue>

111. Fedorov V. D., Tsvirkoun V.V. Surgical treatment of patients with non-organic retroperitoneal tumors. *Brit. J. Surg.* 1997. Vol. 84 (Suppl.). P.105.

112. Fleckenstein, Tranum-Jensen. *Anatomy in diagnostic imaging*. 2nd edition, 2nd printing, 2001 by Munksgaard, Copenhagen, Denmark.

113. Fletcher C.D.M., Unni K.K., Mertens F. (Eds.): World Health Organization. *Classification of Tumors. Pathology and Genetics of Tumors of Soft Tissue and Bone*. IARC Press: Lyon 2002.

114. Fletcher JA, Enzinger FM, Weiss SW, editors. *Soft tissue tumors*, 3rd edn. St. Louis, MO: Mosby; 1995;5, Cytogenetic analysis of soft tissue tumors, pp. 105-18.

115. Ghaffin L. Clinical aspects of sacrococcygeal teratomas. *Surg., Gynec., Obst.*, 1939, 69, 337.

116. Gonzalez-Crussl F. Retoperitoneal teratoma. *Pediatr Pathol* 1990;10:1-36.

117. Graadt van Roggen J F, Hogendoorn PCW. Soft tissue tumours of the retroperitoneum. *Sarcoma*, (2000), 4, 17-26.

118. Graadt van Roggen JF, Bovee JVMG, Morreau J, Hogendoorn PCW. Diagnostic and prognostic implications of the unfolding molecular biology of bone and soft tissue tumors. *J Clin path* 1999;52:481-9.

119. Graadt van Roggen JF, Welvaart K, de Roos A, Offerhaus GJA, Hogendoorn PCW. Adenocarcinoma arising within a taigut cyst: clinicopathological description and follow-up of an unusual case. *J Clin Pathol* 1999;52:310-2.

120. Gunterberg B, Kewenter J, Petersen I, Stener B. Anorectal function after major resections of the sacrum with bilateral or unilateral sacrifice of sacral nerves. *Br J Surg* 1976;63:546-54.

121. Gunterberg B, Norlen L, Stener B, Sundin T. Neurourologic evaluation after resection of the sacrum. An experimental study. *Invest Urol* 1975;13:183-8.
122. Gunterberg B, Petersen I. Sexual function after major resections of the sacrum with bilateral or unilateral sacrifice of sacral nerves. *Fertil Steril* 1976;27:1146-53.
123. Gunterberg B, Romanus B, Stener B. Pelvic strength after major amputation of the sacrum. An experimental study. *Acta Orthop Scand* 1976;47:635-42.
124. Head HD, Gerstein TD, Muir RW. Presacral teratoma in the adult. *Am Surg*, 1975, 41, p. 240-248.
125. Heslin MJ, Lewis JJ, Nadler E, et al: Prognostic factors associated with long-term survival for retroperitoneal sarcoma: Implications for management. *J Clin Oncol* 15: 2832-2839, 1997.
126. Higinbotham NL, Phillips RF, Farr HW. Chordoma Thirty-five –year study at Memorial Hospital. *Cancer* 1967;20:1841-50.
127. Hunges MJ, Thomas JM, Fisher C, Moskocic EC. Imaging features of retroperitoneal and pelvic schwannomas. *Clin Radiol* (2005) 60, 886-893.
128. Huth WF, Dawson EG, Eliber FR. Abdominosacral resection for malignant tumors of the sacrum. *Am J Sur.* 1984;148:157-61.
129. Isefuku S, Seki M, Tajino T, Hakozaiki M, Asano S, Hojo H, Hatori M. Ewing's sarcoma in the spinal nerve root: a case report and review of the literature. 2006 Aug;209(4):369-77.
130. Janicek M, Waxman A, Janicek MR, et al: Assessment of early response to therapy in sarcomas: Dynamic infrared imaging (DIRI), computed tomography (CT) and F-18 FDG positron emission tomography (PET). *Proc Am Soc Clin Oncol* 20:348, 2001 (abstr 390).
131. Jaques DP, Coit DG, Hajdu SI, Brennan MF. Management of primary and recurrent soft-tissue sarcoma of the retroperitoneum. *Am Surg* 1990; 212:51-9.
132. Jones J, Ross E, Matz L, Edwards D, Davies D. Retroperitoneal fibrosis. *Am J Med* 1970;18:735-9.
133. Kaiser TE, Pritchard DJ, Unni KK. Clinicopathologic study of sacrococcygeal chordoma. *Cancer* 1984;53:2574-8.
134. Kane III JM. At the crossroads for retroperitoneal sarcomas: the future of clinical trials for this "Orphan Disease". *Ann. Surg. Oncol.*, April 1, 2006; 13(4): 442-443.
135. Karakousis CP, Gertsenbluth R, Kontzoglou K, Driscoll DL. Retroperitoneal sarcomas and their management. *Arch Surg* 1995; 130:1104-9.
136. Karakousis CP, Velez AF, Gerstenbluth R, Driscoll DL. Respectability and survival in retroperitoneal sarcomas. <http://www.annalsurgicaloncology.org/cgi/content/abstract/3/2/150>.

137. Kayikcioglu F, haberal A, Caglar G, Koc S and Gunes M. Analysis of retroperitoneal tumors operated on in a gynecology clinic. *J. Obstet. Gynaecol. Res.* Vol. 31, No. 4: 323-328, August 2005.
138. Kononenko NG, Rogozhin VA, Klochko PI, Kishkovsky NE, Romanova LR, Silchenko SA, Goldschmidt B Ya. Complex diagnosis of extra-organ tumors of the small pelvis. . *Вопросы онкологии*, том XXXV, № 1, 1989, с. 73-76.
139. Lack EE, Travis W, Welch K. Retroperitoneal germ cell tumors in childhood. A clinical and pathological study of 11 cases. *Cancer* 1985;56:602-8.
140. Lewis JJ, Leung D, Woodruff JM, Brennan MF. Retroperitoneal soft-tissue sarcoma. Analysis of 500 patients treated and followed at a single institution. *Ann. Surg.* Vol. 228, No 3, 355-365.
141. Lewis SJ, Wunder JS, Couture J, Davis M, Catton C, Kandel RA, Kotwall C, O'Sullivan B, Bell RS. Soft tissue sarcomas involving the pelvis. *J Surg Oncol*, 2001, Jun;77(2):79-80.
142. Lewiss JJ, Leung D, Woodruff JM, Brennan MF. Analysis of 500 patients treated and followed at a single institution. *Ann Surg* 1998; 228:355-65.
143. Localio SA, Francis KC, Rossano PG. Abdominosacral resection of sacrococcygeal chordoma. *Ann Surg* 1967;166:394.
144. Lopez MJ, Luna-Perez P. Composite pelvic exenteration: is it worthwhile? *Ann Surg Oncol*. 2004 Jan;11(1):27-33.
145. Lucas J, Nascimento AG, Sanjay KSS, Rock MG. Well-differentiated liposarcoma: the Mayo Clinic experience with 58 cases. *Am J Clin Pathol* 1994;102:677-83.
146. Lucas JD, O'Doherty MJ, Cronin BF, et al. Prospective evaluation of soft tissue masses and sarcomas using fluorodeoxyglucose positron emission tomography. *Br J Surg* 1999;86:550-6.
147. Lucas JD, O'Doherty MJ, Wong JC, et al. Evaluation of fluorodeoxyglucose positron emission tomography in the management of soft-tissue sarcomas. *J Bone Joint Surg [Br]* 1998;80:441-7.
148. Magrini SM, Papi MG, Marletta F, Tomaselli S, Cellai E, Mungai C, et al. Chordoma-natural history, treatment and prognosis. The Florence Radiotherapy Department experience (1956-1990) and critical review of the literature. *Acta Oncol* 1992;31:847-51.
149. Maheshwari A, Gupta S, Shet T, Wuntkal R, Tongaonkar HB. Diagnostic dilemma in a case of malignant mixed mullerian tumor of the cervix. *World J Surg Oncol*. 2006 Jul 1;4:36.
150. Makela J, Kiviniemi H, Laitinen S: Prognostic factors predicting survival in the treatment of retroperitoneal sarcoma. *Eur J Surg Cancer* 26:552-555, 2000.
151. Mannaerts GH, Rutten HJ, Martign H, Groen GJ, hanssens PE, Wiggers T. Abdomino-sacral resection for primary irresectable and locally recurrent rectal cancer. *Dis Colon Rectum* 2001;44:806-14.

152. McGrath PC, Nifeld JP, Lawrence W, DeMay RM, Kay S, Horsley III S, Parker GA. Improved survival following complete excision of retroperitoneal sarcomas. *Ann. Surg.* August 1984, Vol.200, No.2.
153. Meis JM, Enzinger FM. Myolipoma of soft tissue. *Am J Surg Pathol* 1991;15:121-5.
154. Mentzel T, Fletcher CDM. Lipomatous tumors of soft tissues: an update. *Virchows Arch [A]* 1995;427:353-63.
155. Merck C, Angervall L, kidblom LG, Odén A. Myxofibrosarcoma. A malignant soft tissue tumor of fibroblastic-histiocytic origin. A clinicopathologic a prognostic study of 110 cases using multivariate analyses. *Acta Pathol Microbiol Immunol Scand Suppl* 1983;282:1-40.
156. Mindell ER. Chordoma. *J Bone Joint Surg Am* 1981;63:501-5.
157. Monill J, Pernas J, Montserrat E, Pèrez C, Clavero J, Martinez-Noguera A, Guerrero R, Torrubia S. CT features of abdominal plasma cell neoplasms. *Eur Radiol* (2005) 15: 1705-1712.
158. Moriya Y, Akasu T, Fujita Sh, Yamamoto S. Total pelvis exenteration with distal sacrectomy for fixed recurrent rectal cancer in the pelvis. *Dis Colon Rectum*, December 2004. p. 2047-2053.
159. Munk PI, Lee MJ, Poon Py, Goddard KJ, Knowling MA, Hassell PR. Computed tomography of retroperitoneal and mesenteric sarcomas: a pictorial essay. *Can Assoc Radiol J* 1996; 47:335-41.
160. Neilly PJ, Cooper GC, O'Hara MD, McGrady BJ. Ileal haemangiopericytoma and Von Recklinghausens's disease. *Br J Clin Pract* 1992; 46:212-3.
161. Orianna S, Bonazdi P, Preda F. Primary retroperitoneal tumors. *Tumori.* 1977, Vol. 63, P. 397-405.
162. Osborne CA, butler J, Bloustein P, Sumner G. Idiopathic retroperitoneal fibrosis (sclerosing retroperitonitis). *Hum Pathol* 1987;18:735-9.
163. Ozaki T, Hillmann A, Winkelmann W. Surgical treatment of sacrococcygeal chordoma. *J surg Oncol* 1997;64:274-9.
164. Paavolainen P, Teppo L. Chordoma in Finland. *Acta Orthop Scand* 1976;47:46-51.
165. Riccardi V. Von Recklinghausens's neurofibromatosis. *N Engl J Me* 1981; 305: 1617-26.
166. Rich TA, Schiller A, Suit HD, Mankin HJ. Clinical and pathologic review of 48 cases of chodoma. *Cancer* 1985;56:182-7.
167. Roasai J. *Ackermans's surgical pathology*, 8th edn. St. Luis , MO: Mosby; 1996.
168. Ros PR, Eshadhi N (1991) Plexiform neurofibroma of the pelvis: CT and MRI findings. *Magn Reson Imaging* 9:463-465.
169. Rousseau MA, Pascal-Mousselard H, Lazennec JY, Saillant G. The mini-invasive anterior extra peritoneal approach to the pelvis. www.sciencedirect.com

170. Rydholm A. Improving the management of soft tissue sarcoma. Diagnosis and treatment should be given in specialist centers [editorial]. *MJ* 1998;317:93-4.
171. S. Arthur Localio, Kenneth Eng, and John H. C. Ranson. Abdominosacral Approach for Retrorectal Tumors. *Ann Surg*. 1980 May; 191(5): 555-559.
172. Sakamoto A, Yamamoto H, Tanaka K, Matsuda S, Harimaya K, Oda Y, Tsuneyoshi M, Iwamoto Y. Dedifferentiated Iwamoto Y. Dedifferentiated chondrosarcoma with leukocytosis and elevation of serum G-CSF. A case report. *World J Surg Oncol*. 2006 Jul 4;4:37.
173. Samson IR, Springfield DS, Suit HD, Mankin HJ. Operative treatment of sacrococcygeal chordoma. A review of twenty-one cases. *J Bone Joint Surg Am* 1993;75:1476-84.
174. Sarcoma Meta-Analysis Collaboration. Adjuvant chemotherapy for localized respectable soft-tissue sarcoma of adults: meta-analysis of individual data. *Lancet*, 1997, 350:1647-54.
175. Sindelar WF, Kinsella TJ, Chen PW, DeLaney TF, Tapper JE, Rosenberg SA, Glatstein E. Intraoperative radiotherapy in retroperitoneal sarcomas – final results of a prospective, randomized, clinical trial. *Arch Surg* 1993; 128:402-10.
176. Smith LM, Andersen JR, Qualman SJ, et al. Which patients with rhabdomyosarcoma (RMS) and microscopic residual tumor (Group II) fail therapy? A report from the Intergroup Rhabdomyosarcoma Study Group (IRSG) [abstract 2273B]. *Proc Am Soc Oncol* 2000; 19:577a.
177. Stachowicz-Stencel T, Bien E, Zawitkowska-Klaczynska J, Drozynska E, Katski K, Polczynska K, Sierota D, Stefanowicz J, Szolkiewicz A, Kaczorowska-Hac B, Czauderna P, Stoba C, Kosiak W, Czarniak P, Balcerska A, Kowalczyk JR. Malignant pelvic neoplasms in children treated in two Polish oncology centres. *Med Wieku Rozwoj*. 2004 Apr-Jun;8(2 Pt 1):159-68.
178. Stener B, Gunterberg B. High amputation of the sacrum for extirpation of tumors. Principles and technique. *Spine* 1978;3:351-66.
179. Stener B. Complete removal of vertebrae for extirpation of tumors. A 20-years experience. *Clin Orthop* 1989;245:72-82.
180. Sugarbaker PH: Early postoperative intraperitoneal Adriamycin as an adjuvant treatment for visceral and retroperitoneal sarcoma. *Cancer Trat Res* 81:7-14, 1996.
181. Sundaresan N, Nuvos AG, Krol G, Lane JM, Brennan M. Surgical treatment of spinal chordomas. *Arch Surg* 1987;122:1479-82.
182. Sundaresan N. Chordomas. *Clin Orthop* 1986;204:135-42.
183. The IRSG Statistical Office, Personal Communication, 14 August 2000.
184. Theiblemont C, Biron P, Rocher F, Boucher D, Bobin JY, Gerard JP, et al. Prognostic factors in chordoma: role of postoperative radiotherapy. *Eur J Cancer* 1995;31A:2255-9.
185. Tomera K, Farrow G, Lieber M. Sacromatoid renal carcinoma. *J Urol* 1983;130:657-9.

186. Tomita K, Tsuchiya H. Total sacrectomy and reconstruction for huge sacral tumors. *Spine* 1990;15:1223-7.
187. Torelli T, Campo B, Ordesi G, Pirovano C, Azzarelli A, Zanolla R. Sacral chordoma and rehabilitative treatment of urinary disorders. *Tumori* 1988;74:475-8.
188. Unni KK, In: Dahlin's bone tumors. General aspects and data on 11,087 cases. 5th ed. Philadelphia: Lippincott-Raven, 1996:291-305.
189. Van der Woude HJ, Verstaete KL, Hogendoorn PCW, Taminaiu AHM, Bloem JL. Fast dynamic contrast-enhanced subtraction MR imaging in patients with musculoskeletal tumors.
190. Verstaete KL, Van der Woude HJ, Hogendoorn PCW, de Deene Y, Kunnen M, Bloem JL. Dynamic contrast-enhanced MR imaging of musculoskeletal tumors: basic principles and clinical applications. *JMRI* 1996;6:311-21.
191. Wang LJ, Chu Sh, Ng KF, Wong Y. Adenocarcinomas arising from primary retroperitoneal mature teratomas: CT and MR imaging. *Eur Radiol* (2002) 12:1546-1549.
192. Wang T-Y, Lo S-S, Wu C-W, Lui W-Y. Surgical management of primary retroperitoneal sarcoma. *Chin Med J (Taipei)* 1996; 58:177-82.
193. Wang X, Deavers M, Paenia R, Bassett RL Jr, Mueller P, Ma Q, Wang E, Freedman RS. Monocyte/macrophage and T-cell infiltrates in peritoneum of patients with ovarian cancer or benign pelvic disease. *J Transl Med.* 2006 Jul 6;4:30.
194. Weiser MR, Landmann RG, Wong WD, Shia J, Guillem JG, Temple LK, Minsky BD, Cohen AM, Paty PB. Surgical salvage of recurrent rectal cancer after transanal excision. *Dis Colon Rectum.* 2005 Jun;48(6):1169-75.
195. Weiser MR, Landmann RG, Wong WD, Shia J, Guillem JG, Temple LK, Minsky BD,
196. Weiss SW. Lipomatous Tumors. *Monogr Pathol* 1996;38:207-39.
197. Weiss SW. Proliferative fibroblastic lesions. From hyperplasia to neoplasia. *Am J Surg Pathol* 1986;10 (suppl 1):14-25.
198. Wendtner C. M, Abdel-Rahman S, Krych M, Baumert J, Lindner L.H, Baur A, Hidde-mann W and Issels R.D. Response to neoadjuvant chemotherapy combined with regional hyperthermia predicts long-term survival for adult patients with retroperitoneal and visceral high-risk soft tissue sarcomas. *Journal of Clinical Oncology*, Vol 20, No 14 (July 15), 2002: pp 3156-3164.
199. Winer ES, Anderson JR, Ojimba JI, et al. What is optimal management for children or adolescents with localized paratesticular rhabdomyosarcoma? – Results of IRS-III and IRS-IV. *J Pediatr Surg* (submitted).

200. Wolden SL, Anderson JR, Crist WM, et al. Indicators for radiotherapy and chemotherapy after complete resection in rhabdomyosarcoma: a report from the Intergroup Rhabdomyosarcoma Studies I to III. *J Clin Oncol* 1999; 17: 3468-75.
201. Wong CS, Cummings BJ, Brierly JD, Catton CN, McLean M, Hao U. Treatment of locally recurrent rectal carcinoma-results and prognostic factors. *Int Radiat Oncol Biol Phys* 1998;40:427-35.
202. Wydra D, Emerich J, Sawicki S, Ciach K, Marciniak A. Major complications following exenteration in cases of pelvic malignancy: A 10-year experience. *World J Gastroenterol* 2006, February 21;12(7):1115-1119.
203. Zacharia TT, Jaramilo D, Poussaint TY, Korf B. MR imaging of abdominopelvic involvement in neurofibromatosis type 1: a review of 43 patients. *Pediatr Radiol* (2005) 35: 317-322.