

თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტი

*ხელნაწერის უფლებით*

ლაშა მაჭარაშვილი

გულმკერდშიდა პირველადი იშვიათი სიმსივნეების დიაგნოსტიკის და ქირურგიული  
მკურნალობის თანამედროვე მეთოდები

14.00.14 \_ ო ნ კ ო ლ ო გ ი ა

მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორის სამეცნიერო ხარისხის მოსაპოვებლად წარმოდგენილი  
დისერტაციის

ავტორეფერატი

თბილისი 2006

ნაშრომი შესრულებულია თბილისის სახელმწიფო  
სამედიცინო უნივერსიტეტში

სამეცნიერო კონსულტანტი:

**რეზო გაგუა**

სახელმწიფო პრემიის ლაურეატი,  
მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი,  
პროფესორი

ოფიციალური ოპონენტები:

**გია ნემსაძე**

სახელმწიფო პრემიის ლაურეატი,  
მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი,  
პროფესორი (14.00.14.)

**კახა ვაჭარაძე**

მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი,  
პროფესორი (14.00.26.)

**მალხაზ მიზანდარი**

მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი,  
პროფესორი (14.00.19)

დისერტაციის დაცვა შედგება 2006 წლის

თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის სადისერტაციო საბჭოს M 14.44. №13  
სხდომაზე (0179 თბილისი, ი.ჭავჭავაძის გამზირი №29).

დისერტაციის გაცნობა შესაძლებელია თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის  
ბიბლიოთეკაში (0179 თბილისი, ი.ჭავჭავაძის გამზირი №29).

ავტორეფერატი დაიგზავნა 2006 წლის.....

სადისერტაციო საბჭოს სწავლული მდივანი,

მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი, პროფესორი ს.ვაშაკიძე

## შესავალი

**პრობლემის აქტუალობა.** უკანასკნელ წლებში აღინიშნება გულმკერდში და ლოკალიზაციის პირველადი სიმსივნეებით დაავადებულთა რიცხვის ზრდის ტენდენცია. ამ სიმსივნეთა 80%-ზე მეტი წარმოდგენილია კიბოს სხვადასხვა ჰისტოტიპებით (Давыдов М.И., Полоцкий Б.Е., 1994; Самсонов В.А. 1995; Трахтенберг А.Х., 1987; Харченко В.П., Кузмин И.В., 1994; Cooper J.D., Ginsberg R.J., 1986; Fraser R.G., Pare J.A. Fraser R.S., Genereux G.P. 1989.). ნაკლებადაა შესწავლილი კლინიკურ ონკოლოგიასა და თორაკალურ ქირურგიაში, გულმკერდში და ლოკალიზაციის იშვიათი სიმსივნეების პრობლემა (Бирюков Ю.В., 2000; Перельман М.И., Ефимов Б.И., Бирюков Ю.В., 1986; Трахтенберг А.Х., Франк Г.А. 1998; Burt M., Zarowski M., 1995; Nernere K., Peters P., Galanski M., 1986). გულმკერდში და იშვიათი სიმსივნე არის კრებითი ცნება, რომელიც ერთ ჯგუფში აერთიანებს სხვადასხვა ჰისტოტიპის ახალწარმონაქმნებს, ერთიანი ანატომიური საზღვრების, კლინიკური მიმდინარეობის, ავთვისებიანობის ხარისხის და პროგნოზის მიხედვით.

მკვლევართა ერთი ჯგუფის «ხელში» კლინიკური დაკვირვებების მცირე რიცხვი, ვიზუალიზაციის მეთოდების არასრულფასოვნება, უკანასკნელ დრომდე არ გვაძლევს საშუალებას, ერთმნიშვნელოვანი პასუხი გაეცეს კითხვას, რომელიც ეხება კლინიკას, დიაგნოსტიკას, მორფოლოგიურ ვერიფიკაციას, ასევე ამ კონტიგენტის ავადმყოფთა მკურნალობის ოპტიმალური მეთოდის შერჩევას. არ არსებობს ამ სიმსივნეების ისეთი კლინიკო-ანატომიურ-მორფოლოგიური სისტემატიზაცია, რომელიც დააკმაყოფილებდა ონკოლოგიის თანამედროვე მოთხოვნებს. ყველაფერი ეს განაპირობებს, ამ ჯგუფის დაავადებების ძირითადი საკითხებზე განსხვავებულ შეხედულებებს.

თანამედროვე დიაგნოსტიკური და ქირურგიული ტექნოლოგიების დანერგვამ, უკანასკნელ წლებში, ხელი შეუწყო გულმკერდში და ლოკალიზაციის, პირველადი, იშვიათი სიმსივნეებით დაავადებულთა მკურნალობის შედეგების გაუმჯობესებას. მაგრამ პრობლემა გადაჭრამდე ჯერ კიდევ შორს არის. უკანასკნელ დრომდე ხშირია შემთხვევები, როცა რენტგენოლოგიურად აღმოჩენილი გულმკერდში და პათოლოგიური ახალწარმონაქმნის ნამდვილი ხასიათი გამოვლინდება მხოლოდ ოპერაციული ჩარევის პროცესში (Ищенко Б.И. Бисенков Л.Н. Тюрин И. Е., 2000; Габуния Р.И. Колесникова Е.К., 1995, Череписин В.М., Тюрин И. Е., 1994; Naidich D., Zerhouni E., Siegelman S., 1984). განსაკუთრებული სიმწელეები წარმოიქმნება გულმკერდში და ლოკალიზაციის, პირველადი, იშვიათი სიმსივნეების დიაგნოსტიკის დროს. ბოლომდე არ არის გადაწყვეტილი ოპერაციის წინა პერიოდის პრობლემები, ოპერაბელობის განსაზღვრა, მკურნალობის ტაქტიკა. ნაკლებადაა დამუშავებული ავადმყოფთა ოპერაციის შემდგომი პერიოდის წარმართვა, არასაკმარისია მონაცემები ამ პათოლოგიით ავადმყოფების მკურნალობის შორეულ შედეგებზე.

ამრიგად, გულმკერდში და ლოკალიზაციის, პირველადი, იშვიათი სიმსივნეების პრობლემა დღესდღეობით ფრიად აქტუალურია. საჭიროა დიაგნოსტიკის და მკურნალობის სპეციალური მეთოდების შემდგომი ოპტიმიზაცია, რაც ყველა შემთხვევაში მოითხოვს ინდივიდუალურ მიდგომას და ტაქტიკას, იმის მიხედვით, თუ როგორია პროცესის ავთვისებიანობა და გავრცელება.

### **კვლევის მიზანი და ამოცანები.**

შრომის მიზანია გულმკერდშიდა ლოკალიზაციის პირველადი იშვიათი სიმსივნეებით დაავადებულთა დიაგნოსტიკის და მკურნალობის მეთოდების ოპტიმიზაცია.

ამ მიზნის მისაღწევად დაისახა შემდეგი **ამოცანები**:

1. შემუშავდეს გულმკერდშიდა პირველად იშვიათ სიმსივნეთა კომპიუტერულ-ტომოგრაფიული სემიოტიკა;
2. შეფასდეს აღნიშნული მეთოდის როლი სიმსივნის გულმკერდშიდა ორგანოებსა და სტრუქტურებზე გავრცელების განსაზღვრაში;
3. შეფასდეს მაგნიტურ-რეზონანსული ტომოგრაფიის, ულტრასონოგრაფიისა და ენდოსკოპიური გამოკვლევების შესაძლებლობები გულმკერდშიდა იშვიათ სიმსივნეთა დიაგნოსტიკასა და სიმსივნის გავრცელების საზღვრების დადგენაში;
4. დადგინდეს ტრანსთორაკალური პუნქციური ბიოფსიის შესაძლებლობები, გულმკერდშიდა იშვიათი სიმსივნეების ოპერაციამდელი ციტოლოგიური და ჰისტოლოგიური ვერიფიკაციის მისაღწევად;
5. მოხდეს რენტგენოლოგიური, კომპიუტერულ ტომოგრაფიული, მაგნიტურ-რეზონანსულ ტომოგრაფიული, ულტრასონოგრაფიული და ენდოსკოპიური გამოკვლევების შედეგების შედარება. ჩამოყალიბდეს ზემოაღნიშნული გამოკვლევისადმი ჩვენებები, გულმკერდშიდა ლოკალიზაციის იშვიათი სიმსივნეების დროს;
6. განისაზღვროს რეკონსტრუქციულ-პლასტიკური ოპერაციების ჩვენებები გულმკერდშიდა სასუნთქი გზების იშვიათი სიმსივნეების ქირურგიული მკურნალობის დროს;
7. განისაზღვროს გაფართოებული ოპერაციების ჩვენებები და შეფასდეს მათი შედეგები გულმკერდშიდა იშვიათ ავთვისებიან (ინვაზიურ) სიმსივნეთა ქირურგიული მკურნალობის დროს;
8. შეფასდეს, მინიინვაზიური ქირურგიული ჩარევების შესაძლებლობები (მინითორაკოტომია ვიდეოასისტირებით), გულმკერდშიდა იშვიათ კეთილთვისებიან სიმსივნეთა მკურნალობის დროს.

### **ნაშრომის მეცნიერული სიახლე.**

ნაშრომის მეცნიერულ სიახლეს წარმოადგენს გულმკერდშიდა იშვიათი სიმსივნეების თანამედროვე დიაგნოსტიკური მეთოდების შესაძლებლობების განსაზღვრა და ქირურგიული მკურნალობის მეთოდოლოგიური ასპექტების ოპტიმიზაცია.

გამოვლინდა გულმკერდშიდა ლოკალიზაციის სხვადასხვა იშვიათი სიმსივნეების დამახასიათებელი კომპიუტერულ-ტომოგრაფიული ნიშნები, შესწავლილია კომპიუტერული ტომოგრაფიის როლი იშვიათი ავთვისებიანი სიმსივნის გავრცელების საზღვრის დასადგენად.

შესწავლილია მაგნიტურ-რეზონანსული ტომოგრაფიის, ულტრასონო-გრაფიის, ენდოსკოპიური კვლევების შესაძლებლობები და მათი გამოყენების ჩვენებები გულმკერდშიდა იშვიათი სიმსივნეების დროს.

შეფასდა ტრანსთორაკალური პუნქციური ბიოფსიის შესაძლებლობები გულმკერდშიდა იშვიათ სიმსივნეთა ოპერაციამდელი ციტო-ჰისტოლოგიური დიაგნოსტიკის მიზნით.

გულმკერდშიდა იშვიათი სიმსივნეების ჰისტოტიპის, ადგილობრივი და რეგიონული გავრცელების საზღვრების გათვალისწინებით დაზუსტდა რეკონსტრუქციულ-პლასტიკური

ორგანოშემანარჩუნებელი, გაფართოებული და მინიინვაზიური ოპერაციის ჩვენებები და უკუჩვენებები.

შემუშავდა რეკონსტრუქციულ-პლასტიკური ოპერაციების ოპტიმალური მოდიფიკაციები, გულმკერდშიდა სასუნთქი გზების იშვიათი სიმსივნეების დროს. დადგინდა რეკონსტრუქციულ-პლასტიკური ოპერაციის შემდგომი სპეციფიური გართულებების სახეები, მათი სიხშირე და გამომწვევი მიზეზები, ოპერაციის მასშტაბისა და ანასტომოზის ჩამოყალიბების მეთოდის გათვალისწინებით.

შეფასდა გაფართოებული ოპერაციების შორეული შედეგები სამწლიანი სიცოცხლის ხანგრძლივობის შესწავლის საფუძველზე გულმკერდშიდა იშვიათი ავთვისებიანი (ინვაზიური) სიმსივნეების დროს.

დადგინდა გულმკერდშიდა იშვიათი კეთილთვისებიანი სიმსივნეების მინიინვაზიური ქირურგიული ჩარევების ჩვენებები და უკუჩვენებები, შემუშავდა ამ ჩარევების მეთოდოლოგიური ასპექტები.

### **ნაშრომის პრაქტიკული ღირებულება.**

კომპიუტერული ტომოგრაფიის ფართო გამოყენება, კლინიკურ პრაქტიკაში, საშუალებას იძლევა მნიშვნელოვნად გაუმჯობესდეს გულმკერდშიდა იშვიათი სიმსივნეების დიაგნოსტიკა, დადგინდეს მათი გავრცელების საზღვრები, შემცირდეს გამოკვლევებზე დახარჯული დრო, პრაქტიკულად გამოირიცხოს ზოგიერთი ინვაზიური მეთოდი და მნიშვნელოვნად შემცირდეს სხვათა გამოყენება.

მაგნიტურ-რეზონანსული, ენდოსკოპიური და ულტრაბგერითი გამოკვლევების გამოყენება, შემუშავებული ჩვენებების გათვალისწინებით, საშუალებას იძლევა, კიდევ უფრო გავაუმჯობესოთ გულმკერდშიდა იშვიათი სიმსივნეების ოპერაციამდელი დიაგნოსტიკის საკითხები და, შესაბამისად, მკურნალობის შედეგებიც.

ტრანსთორაკალური პუნქციური ბიოფსია ციტო-ჰისტოლოგიური კვლევით, კომპიუტერულ-ტომოგრაფიული ან ულტრაბგერითი კვლევის კონტროლით, წარმოადგენს გულმკერდშიდა იშვიათ სიმსივნეთა ოპერაციამდელი დიაგნოსტიკის მაღალინფორმაციულ მეთოდს.

რეკონსტრუქციულ-პლასტიკური ორგანოშემანარჩუნებელი ოპერაციების მეთოდოლოგიური ასპექტების დახვეწამ, მათი გართულებების სტრუქტურის, ინტრათორაკალური რეციდივებისა და შორეული შედეგების შესწავლამ ცხადყო, რომ სხვადასხვა ტიპის ბრონქოპლასტიკური ჩარევები, ახალწარმონაქმნის ჰისტოტიპის და გავრცელების გათვალისწინებით, წარმოადგენს არჩევის მეთოდს გულმკერდშიდა სასუნთქი გზების იშვიათი სიმსივნეების მკურნალობისას.

გულმკერდშიდა იშვიათი ავთვისებიანი (ინვაზიური) სიმსივნეების მკურნალობის უშუალო და შორეული შედეგების შესწავლამ ცხადყო, რომ ერთადერთი მეთოდი, რომელიც ზრდის ავადმყოფთა სიცოცხლის ხანგრძლივობას, არის გაფართოებული ოპერაცია.

მინიინვაზიური ქირურგიული ჩარევებისას, აღინიშნებოდა ოპერაციის- შემდგომი უკეთესი შედეგები (საწოლდღეების, პლევრალური გამონადენის, ანალგეტიკების მოხმარების, ოპერაციის ხანგრძლივობის შემცირება) ჩვეულებრივ თორაკოტომიებთან შედარებით და რეკომენდირებულია მათი ფართოდ დანერგვა გულმკერდშიდა იშვიათი კეთილთვისებიანი სიმსივნეების მკურნალობისას.

### **დასაცავად გამოტანილი ძირითადი დებულებები.**

1. გულმკერდშიდა პირველადი იშვიათი სიმსივნეების კომპიუტერულ – ტომოგრაფიული სემიოტიკის დამუშავება საშუალებას გვაძლევს გაუმჯობესდეს ამ ახალწარმონაქმნთა ოპერაციამდელი დიაგნოსტიკა, დადგინდეს მათი გავრცელების საზღვრები, პრაქტიკულად გამოირიცხოს ზოგიერთი ინვაზიური მეთოდი და მნიშვნელოვნად შემცირდეს სხვათა გამოყენება.

2. მაგნიტურ-რეზონანსული ტომოგრაფიის, ენდოსკოპიური და ულტრაბგე-რითი გამოკვლევების გამოყენება, შემუშავებული ჩვენებების გათვალისწინებით, საშუალებას იძლევა, კიდევ უფრო გავაუმჯობესოთ გულმკერდშიდა პირველადი იშვიათი სიმსივნეების ოპერაციამდელი დიაგნოსტიკის საკითხები და, შესაბამისად, მკურნალობის შედეგებიც.

3. ტრანსთორაკალური პუნქციური ბიოფსია ციტო-ჰისტოლოგიური კვლევით, კომპიუტერულ-ტომოგრაფიული ან ულტრაბგერითი კონტროლით, წარმოადგენს გულმკერდშიდა იშვიათ სიმსივნეთა ოპერაციამდელი ციტო-ჰისტოლოგიური დიაგნოსტიკის მაღალინფორმაციულ მეთოდს. დიაგნოსტიკური მინითორაკოტომია ვიდეოასისტირებით არის გულმკერდშიდა პირველადი იშვიათი სიმსივნეების დიაგნოსტიკის ბოლო ეტაპი, რომელსაც დიაგნოსტიკურთან ერთად შეიძლება ჰქონდეს სამკურნალო ხასიათიც.

4. რეკონსტრუქციულ-პლასტიკური, გაფართოებული და მინიინვაზიური ქირურგიული ჩარევების გამოყენება, სპეციალური ჩვენებების მიხედვით, საშუალებას გვაძლევს გავაუმჯობესოთ გულმკერდშიდა პირველადი იშვიათი სიმსივნეების ქირურგიული მკურნალობის შედეგები.

### **შედეგების დანერგვა.**

დისერტაციის ძირითადი შედეგები დანერგილია საქართველოს ონკოლოგიის ნაციონალურ ცენტრში და ქ.თბილისის №1 საავადმყოფოს თორაკო-აბდომინური ქირურგიის კლინიკაში.

### **დისერტაციის აპრობაცია.**

ნაშრომის ძირითადი დებულებები წარმო-დგენილია მე-2 საერთაშორისო კონფერენციაზე თორაკალურ ქირურგიაში (მოსკოვი, 2003), ამიერკავკასიის ქირურგთა საერთაშორისო კონფერენციაზე (თბილისი, 2003), მე-3 საერთაშორისო კონფერენციაზე თორაკალურ ქირურგიაში (მოსკოვი, 2005), საერთაშორისო კონფერენციაზე «იშვიათი შემთხვევებიდან გლობალურ საკითხებამდე» (თბილისი, 2005).

დისერტაციის აპრობაცია ჩატარდა თსსუ-ს თორაკო-აბდომინური ქირურგიის კათედრის, ზ.ცხაკაიას სახელობის თორაკო-აბდომინური ქირურგიის კლინიკის და ა.ღვამიჩავას სახელობის ონკოლოგიის ნაციონალური ცენტრის თანამშრომელთა გაერთიანებულ სხდომაზე (2006).

**პუბლიკაციები.** დისერტაციის თემაზე გამოქვეყნებულია 16 ნაშრომი.

### **დისერტაციის სტრუქტურა.**

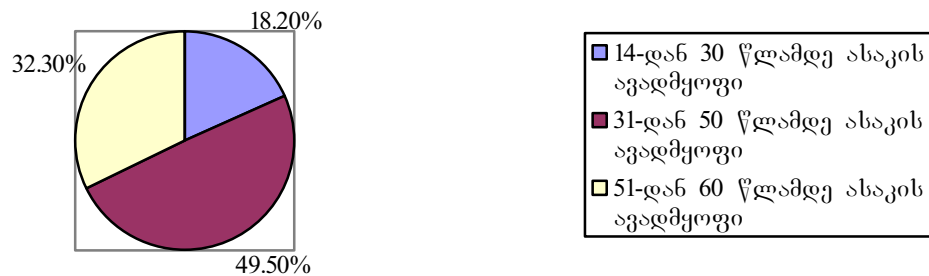
დისეტრტაცია წარმოდგენილია 208 ნაბეჭდ გვერდზე, შედგება შესავლისაგან, ხუთი თავისგან, დასკვნებისგან, პრაქტიკული რეკომენდაციებისგან და გამოყენებული ლიტერატურის ნუსხისაგან. ილუსტრირებულია 8 ცხრილით, 92 სურათით, 19 სქემით. ლიტერატურული სამიებელი შედგება 234 წყაროსაგან.

### გამოკვლევის მასალა და მეთოდები

წარმოდგენილი გამოკვლევა ემყარება გულმკერდშიდა პირველადი იშვიათი სიმსივნით დაავადებული 186 პაციენტის დიაგნოსტიკური კვლევის და ქირურგიული მკურნალობის შედეგების ანალიზს. ყველა მათგანს მკურნალობა ჩატარდა ა.დვამიჩავას სახ. ონკოლოგიის ნაციონალურ ცენტრში და ქ.თბილისის სხვადასხვა კლინიკებში 1995-2005 წლებში.

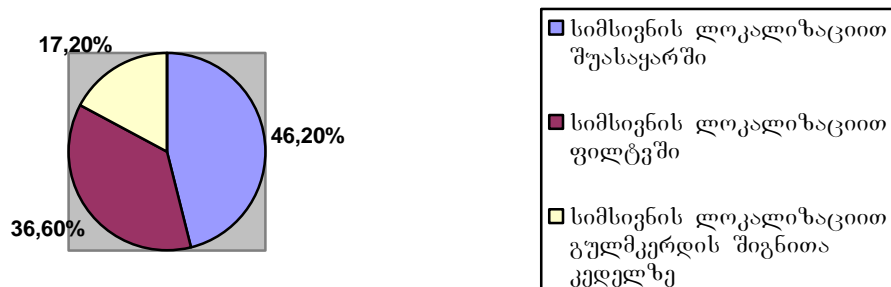
ავადმყოფთა ასაკი მერყეობდა 14-დან 68 წლამდე (იხ. სქემა №1).

#### სქემა №1. ავადმყოფთა განაწილება ასაკის მიხედვით



ავადმყოფთა შორის იყო 94 (50,5%) ქალი და 92 (49,5%) მამაკაცი. სიმსივნე ლოკალიზებული იყო: შუასაყარში – 86 (46,2%), ფილტვში – 68 (36,6%), გულმკერდის შიდა კედელზე – 32 (17,2%) შემთხვევაში (სქემა №2).

#### სქემა №2. ავადმყოფთა განაწილება სიმსივნის ლოკალიზაციის მიხედვით



ჰისტოლოგიური ტიპი და სიმსივნის ლოკალიზაცია წარმოდგენილია №1 ცხრილში.

ცხრილი №1

**სიმსივნეების ლოკალიზაცია ჰისტოტიპების მიხედვით**

სიმსივნის ჰისტოტიპი	სიმსივნის ლოკალიზაცია					
	შუასაყარი		ფილტი		გულმკერდის კედელი და პლევრა	
	აბს	%	აბს	%	აბს	%
თიმომა	47	25,2	–	–	–	–
კარცინოიდული სიმსივნე	–	–	23	12,4	–	–
ნევროგენული სიმსივნე	22	11,8	2	1,1	69	4,8
ბრონქის ადენომა	–	–	12	6,5	–	–
სარკომა	5	2,7	14	7,5	10	5,4
მეზენქიმალური სიმსივნე	5	2,7	–	–	2	1,1
პლევრის და პერიკარდიუმის მეზოთელიომა	2	1,1	–	–	8	4,3
ჰამარტოზონდრომა	–	–	15	8,1	–	–
ფიბრომა	–	–	2	1,1	2	1,1
ჰემანგიომა	1	0,5	–	–	1	0,5
გულმკერდშიდა ფარისებრი ჯირკვლის სიმსივნე	4	2,2	–	–	–	–
სულ	86	46,2	68	36,5	32	17,2

გამოყენებული დიაგნოსტიკური კვლევები და მათი რაოდენობა გულმკერდშიდა პირველადი იმჰიათი სიმსივნეების ლოკალიზაციის მიხედვით წარმოდგენილია №2 ცხრილში.

ცხრილი №2

გამოყენებული დიაგნოსტიკური კვლევები გულმკერდშიდა პირველადი სიმსივნეების დროს



№	დიაგნოსტიკური მეთოდი	ჩატარებულ გამოკვლევათა რაოდენობა სიმსივნის ლოკალიზაციის მიხედვით		
		შუასაყარი	ფილტვი	გულმკერდის კედელი და პლევრა
1	რენტგენოგრაფია	98	79	44
2	ტომოგრაფია	35	29	16
3	კომპიუტერული ტომოგრაფია	70	58	24
4	მაგნიტურ-რეზონანსული ტომოგრაფია	9	–	–
5	ულტრაბგერითი კვლევა	7	–	1
6	ენდოსკოპიური კვლევა	–	61	–
7	პუნქციური ბიოფსია	12	18	14
8	დიაგნოსტიკური თორაკოტომია (მინითორაკოტომია ვიდეოასისტირებით)	4	3	3

**კომპიუტერული ტომოგრაფია** ტარდებოდა მეოთხე თაობის აპარატურით: «Somatom CR» ფირმა «Siemens» (გერმანია), «Somatom Sensation» ფირმა «Siemens». გამოკვლევები კეთდებოდა სხვადასხვა ფანჯრების გამოყენებით: მედიასტინალური «ფანჯარა» W500, C40; პარენქიმული «ფანჯარა» W 2500, C 40; ორმაგი «ფანჯარა» W 500, C 774, W 500, C 40.

**მაგნიტურ-რეზონანსული ტომოგრაფია** გამოვიყენეთ შუასაყრის იშვიათი სიმსივნეების დროს 9 შემთხვევაში. ეს გამოკვლევა ტარდებოდა განსაკუთრებული ჩვენებების დროს ფირმა «Siemens»-ის აპარატით «Magnetom avanto».

**ულტრაბგერითი გამოკვლევა** ჩატარდა გულმკერდში იშვიათი სიმსივნის მქონე 8 ავადმყოფს «Siemens»-ის ფირმის «Sono line AC» აპარატით. სკანირება წარმოებდა ხაზოვანი და კონვერსიული ელექტრონული გადამცემით.

**ფიბრობრონქოსკოპია** ჩატარდა ფილტვის იშვიათი სიმსივნით დაავადებულ 61 ავადმყოფს «Olimpus FB» და «Pentax \_ 15p» ფირმის აპარატებით. ვიზუალური დათვალიერების გარდა, აღებულ იქნა მასალა ჰისტოლოგიური და ციტოლოგიური კვლევისათვის.

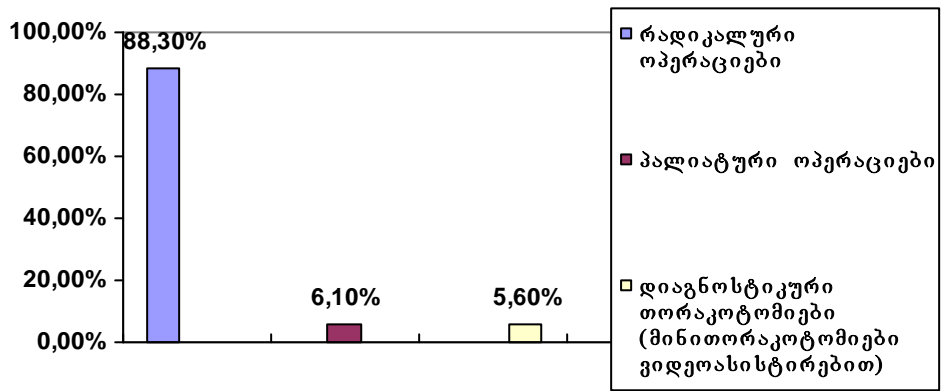
**ტრანსთორაკალური პუნქციური ბიოფსია** კომპიუტერულ-ტომოგრაფიული ან ექსკოპიური კონტროლით ჩატარდა გულმკერდში ლოკალიზაციის პირველადი იშვიათი

სიმსივნით დაავადებულ 44 ავადმყოფს. ასპირაციული ბიოფსია კეთდებოდა წვრილი ნემსით და შპრიცით ვიღებდით მასალას ციტოლოგიური კვლევისათვის, ხოლო პუნქციური ბიოფსიისათვის გამოიყენებოდა «Хојсеп»-ის მოდიფიკაციის ნემსი, ჰისტოლოგიური კვლევის მასალის მისაღებად.

**დიაგნოსტიკური თორაკოტომია (მინითორაკოტომია ვიდეოასისტირებით)** ჩაუტარდა 10 ავადმყოფს გულმკერდშიდა იშვიათი სიმსივნით. აქედან, დიაგნოსტიკური თორაკოტომია ჩატარდა 4 შემთხვევაში, 6 – ში კი (ბოლო წლებში) – მინითორაკოტომია ვიდეოასისტირებით. დიაგნოსტიკური მინითორაკოტომია ვიდეოასისტირებით ტარდებოდა «Karl Storz» -ის აპარატურის მეშვეობით.

ჩვენი მეთვალყურეობის ქვეშ მყოფი ავადმყოფებიდან 179-ს (96,2%) გაუკეთდა **სხვადასხვა მასშტაბის ოპერაცია**. რადიკალური ქირურგიული ჩარევა ჩაუტარდა 158 (88,3%), პალიატიური – 11 (6,1%), დიაგნოსტიკური თორაკოტომია (მინითორაკოტომია ვიდეოასისტირებით) – 10 (5,6%) ავადმყოფს (იხ. სქემა №3). ტრანსსტერნალური მიდგომით ოპერირებული იყო 26 (14,5%), თორაკოტომულით კი – 153 (85,5%) ავადმყოფი.

**სქემა №3. ჩატარებული ოპერაციების სახეები**



რადიკალური ოპერაციებიდან, 26 (16,5%) ავადმყოფს, გულმკედშიდა სასუნთქი გზების იშვიათი სიმსივნეებით, ჩაუტარდა სხვადასხვა ტიპის რეკონსტრუქციულ-პლასტიკური ორგანოშემანარჩუნებელი ოპერაცია. 30 (19,0%) ავადმყოფს, გულმკერდშიდა იშვიათი ავთვისებიანი (ინვაზიური) სიმსივნეებით, ჩაუტარდა გაფართოებული ოპერაცია, 12-ს (7,6%)-ს კი, ფილტვის პერიფერიული და გულმკერდის კედლის იშვიათი კეთილთვისებიანი (5-6 სმ-მდე ზომის) სიმსივნეებით, ოპერაცია ჩაუტარდათ მინითორაკოტომიული მიდგომით ვიდეოასისტირებით.

მასალის სტატისტიკური ანალიზი ტარდებოდა ვარიაციული მეთოდით სტიუდენტის ცვლილების კრიტერიუმის გამოთვლით. სტატისტიკური დამუშავებისთვის ვიყენებდით კომპიუტერულ პროგრამას, SPSS ვერსია 10.0 for Windows.

**მიღებული შედეგები და მათი ანალიზი**

**შუასაყრის იშვიათი სიმსივნეების დიაგნოსტიკა**

**კომპიუტერულ – ტომოგრაფიული სემიოტიკა.** თიმომათა კომპიუტერული ტომოგრაფიის სემიოტიკის შემუშავების გზით, შესაძლებელი გახდა სიმსივნის ზუსტი დიაგნოსტიკა, მისი ზომებისა და ადგილობრივი გავრცელების ხარისხის დადგენა; გარდა ამისა, შემუშავებულ იქნა ავთვისებიან და კეთილთვისებიან სიმსივნეთა დიფერენცირების კომპიუტერულ ტომოგრაფიული კრიტერიუმი.

ყველა შემთხვევაში, ადგილი ჰქონდა თიმომის ტიპურ ლოკალიზაციას წინა-ზედა შუასაყარში, მარცხენა მხარეთავის ვენასა და ფილტვის არტერიული ღეროს შორის, მკერდის ძვლის უკან და აღმავალი აორტის წინ.

კეთილთვისებიანი თიმომების დროს, როგორც წესი, კაპსულის მთლიანობა არ ირღვეოდა, ავთვისებიანი (ინვაზიური) თიმომების დროს სწორკონტურებიანი ჩრდილი გვხვდებოდა გაცილებით იშვიათად.

სიმსივნის უსწორო კონტურები და ინვაზია ირგვლივ მდებარე ქსოვილებში დადგინდა 92% შემთხვევაში (ავთვისებიანი თიმომებით). ინვაზიის გამოსავლენად, უფრო ინფორმატიული იყო, სპირალური კომპიუტერული ტომოგრაფიის ჩატარება ანგიოგრაფიულ რეჟიმში. როგორც ავთვისებიანი, ისე კეთილთვისებიანი თიმომების სიმკვრივე ასევე მერყეობდა 30-40-მდე. ავთვისებიანი თიმომების დროს სტრუქტურა იყო არაერთგვაროვანი, ხშირად შიგნით დაბალი სიმკვრივის კისტოზური ჩანართებით.

კონტრასტის შეყვანის დროს ადგილი ჰქონდა სისხლძარღვთა სიმკვრივის მატებას, ხოლო თიმომის სიმკვრივე რჩებოდა უცვლელი, რაც მათი ვიზუალიზაციის უკეთეს საშუალებას იძლეოდა.

**დისტოპიური ფარისებრი ჯირკვლის სიმსივნეების** კომპიუტერულ – ტომოგრაფიულ დიაგნოსტიკაში წამყვანი ადგილი უჭირავს მისი დენსიტომეტრიული მახასიათებლის განსაზღვრას. ფარისებრი ჯირკვლის ქსოვილის სიმკვრივე, მასში იოდის (ტრიოდტირონინის) არსებობის გამო, შუასაყრის ყველა სტრუქტურის სიმკვრივეზე მაღალია და ჰაუსფილდის შკალის მიხედვით, იგი მერყეობს 112-დან 122 ერთეულის ფარგლებში. ამიტომაც, ფარისებრი ჯირკვლის დისტოპიური სიმსივნეების დიფერენცირება სხვა მედიასტინალურ სტრუქტურებთან არ წარმოადგენს დიდ სირთულეს.

კომპიუტერულ – ტომოგრაფიული კვლევისას დისტოპიური ფარისებრი ჯირკვლის სიმსივნეების კონტურები უმეტეს შემთხვევაში იყო სწორი და სადა.

იოდისშემცველი კონტრასტის ინტრავენური შეყვანიდან 2-3 წუთში ხდებოდა კონტრასტის მთლიანი ჩართვა ჩიყვის ქსოვილში, გამოიხატებოდა მოცულობითი წარმონაქმნის ინტენსიობის მატება და სიმკვრივის მკვეთრი გაზრდა 130-135 ერთეულამდე ჰაუსფილდის შკალით, რაც არც ერთი მედიასტინალური ახალწარმონაქმნის არსებობისას არ იყო დადგენილი. დისტოპიური ფარისებრი ჯირკვლის სიმსივნეების ზომები მერყეობდა 4-8 სმ-მდე.

**ნევროგენული სიმსივნეები** კომპიუტერული ტომოგრაფიით კვლევის დროს, როგორც წესი, მდებარეობდნენ ნეკნ-ხერხემლის კუთხეში. სიმსივნეებს ჰქონდათ ოვალური ფორმა და სწორი, მკაფიო კონტურები. სიმსივნის სტრუქტურა უმეტეს შემთხვევაში იყო ერთგვაროვანი (85%), სიმკვრივით 35-40 ერთეული ჰაუსფილდის შკალით; ხოლო ნეირობლასტომების შემთხვევაში, უმეტესად არაერთგვაროვანი, რღვევის უბნებით სიმკვრივით 17 ერთეული ჰაუსფილდის შკალით. ინტრავენური კონტრასტირება ჩაუტარდა 9 ავადმყოფს ნევროგენული სიმსივნით. სიმსივნური წარმონაქმნის სიმკვრივემ არ მოიმატა, ხოლო მიმდებარე შუასაყრის

სტრუქტურები უფრო ნათლად გამოიხატა, რამაც საშუალება მოგვცა ზუსტად განგვესაზღვრა წარმონაქმნის გავრცელების ხარისხი.

პოლიპოზიციური სკანირების მეთოდი (გვერდზე და მუცელზე წოლით) ჩატარდა 5 შემთხვევაში, ნევრინომის მალის სხეულის გვერდით კიდესთან დამოკიდებულების დასადგენად. თუ სიმსივნე გამომდინარეობდა სიმპათიკური ღეროდან, პოლიპოზიციური კვლევისას მისი მნიშვნელოვანი ნაწილი უერთდებოდა მალის გვერდით კიდეს, მცირე ნაწილი კი რჩებოდა მასთან კავშირში, მაშინ, როდესაც ნეკნთაშუა ნერვის სიმსივნეები არ უერთდებოდა მალის სხეულის გვერდით კიდეს.

**მეზენქიმალური სიმსივნეები.** შუასაყრის **ლიპომათა** ტიპური ლოკალიზაცია მარჯვენა კარდიოთორაკული კუთხეა. ლიპოსარკომის დროს (2 შემთხვევა) ადგილი ჰქონდა სიმსივნის მედიასტინალურ ლოკალიზაციას.

კომპიუტერული ტომოგრაფია მნიშვნელოვნად ამარტივებს მედიასტინალურ ლიპომათა დიაგნოსტიკას. სიმსივნის დენსიტომეტრიულ დამახასიათებელთა ზუსტი განსაზღვრა და ინტერპრეტაცია იძლევა საშუალებას, პრაქტიკულად უშეცდომოდ, დაისვას ლიპომის დიაგნოზი. ცხიმოვანი სიმსივნეები ხასიათდებიან სხვა სახის წარმონაქმთაგან სრულიად განსხვავებული სიმკვრივით, რომელიც ჩვენს შემთხვევაში მერყეობდა \_ 170-120-ის ფარგლებში ჰაუსფილდის შკალით. ყველა შემთხვევაში სიმსივნე ხასიათდებოდა ჰომოგენური, წილოვანი შენებით და სწორი კონტურებით. სიმსივნის ზომები მერყეობდა 4-30 სმ-მდე.

სიმსივნის ასეთი ბუნებრივი კონტრასტირება, არ სვამს საკითხს ინტრავენური კონტრასტირების აუცილებლობის შესახებ და დიაგნოზის ვერიფიკაციის მიზნით ასპირაციული ბიოფსიის წარმოება, მხოლოდ ავთვისებიან ხასიათზე ეჭვის მიტანის დროს უნდა ჩატარდეს.

**ლიპოსარკომები,** ლიპომებისაგან განსხვავებით, ხასიათდებიან უფრო მაღალი სიმკვრივით და სიმსივნის ინფილტრაციული ზრდით. სიმკვრივე სხვადასხვა უბნებში მერყეობდა \_ 100-80-ის ერთეულის ფარგლებში ჰაუსფილდის შკალის მიხედვით.

კომპიუტერული ტომოგრაფია, ცხიმოვან სიმსივნეთა ზუსტი დიაგნოსტიკის გარდა, სიმსივნის გავრცელების საზღვრების დადგენის საშუალებასაც იძლევა, რაც კომბინირებული ლოკალიზაციის (ცერვიკო-მედიასტინალური და აბდომინო- \_ მედიასტინალური) დროს გადამწყვეტ მნიშვნელობას იძენს, სამკურნალო ტაქტიკისა და ოპერაციული მიდგომის განსაზღვრისათვის.

**ტერატომათა** კომპიუტერული ტომოგრაფიით კვლევისას, დენსიტომეტრიული მახასიათებლის სწორი შეფასება ზუსტი დიაგნოზის დადგენის უპირველეს წინაპირობას წარმოადგენს.

კომპიუტერული ტომოგრაფიით კვლევისას კეთილთვისებიანი ტერატომებისთვის დამახასიათებელი იყო სწორი კონტურები, ავთვისებიანი ტერატომებისთვის კი \_ არასწორი კონტურები. სიმსივნის დენსიტომეტრიული მონაცემების შესწავლისას, აღსანიშნავია, რომ 30-50 სიმკვრივის ფონზე, ჰაუსფილდის შკალის მიხედვით, ტერატომების შემთხვევაში გვხვდებოდა დაბალი სიმკვრივის უბნებიც (\_170-120 ჰაუსფილდის შკალით), რაც დამახასიათებელია ცხიმოვანი ჩანართებისთვის, და მაღალი სიმკვრივის უბნებიც (100-120 ჰაუსფილდის შკალით), რაც დამახასიათებელია ძვლოვანი და ხრტილოვანი ჩანართებისათვის.

**მაგნიტურ-რეზონანსული ტომოგრაფია** ჩაუტარდა 9 ავადმყოფს, შუასაყრის პირველადი იშვიათი სიმსივნეებით. ამ დროს, სიმსივნის ინვაზია ზედა ღრუ ვენაში გამოუვლინდა 1 ავადმყოფს, მხართავის ვენაში – 1, ფილტვის კარში – 1 ავადმყოფს, 1 შემთხვევაში აღინიშნებოდა ზედა ღრუ ვენაზე ზეწოლა ინვაზიის გარეშე.

აღსანიშნავია, რომ სითხე (სისხლი), როგორც დიდი რაოდენობით წყალბადის პროტონების შემცველი სუბსტანცია, რბილქსოვილოვან წარმონაქმნებთან შედარებით, იძლევა მაგნიტურ-რეზონანსული სიგნალების სრულ ინვერსიას, კვლევის ერთი რეჟიმიდან მეორეში გადასვლისას. T<sub>1</sub> გამოსახულებებზე მსხვილი სისხლძარღვები გამოიყურება მუქად, ხოლო T<sub>2</sub> რეჟიმში – თეთრად. მაშინ, როცა რბილქსოვილოვან ახალწარმონაქმნში მაგნიტურ-რეზონანსული სიგნალის ინტენსიურობის დონე იცვლება ძალიან ზომიერად.

უკანა შუასაყრის ნევროგენული სიმსივნეების მქონე 2 ავადმყოფს, მაგნიტურ-რეზონანსულ ტომოგრაფიით კვლევისას, დაუდგინდა «ქვიშის საათის» ფორმის ინტრასპინალური გავრცელების სიმსივნე, რის შედეგადაც ავადმყოფებს თორაკოტომიასა და სიმსივნის მოცილებასთან ერთად, ჩაუტარდათ ლამინექტომია, ინტრასპინალური კომპონენტის ამოკვეთით.

ამრიგად, მაგნიტურ-რეზონანსული ტომოგრაფია არის შუასაყრის სიმსივნეების დიაგნოსტიკის ძალიან ინფორმაციული მეთოდი, განსაკუთრებით ნეკნ-ხერხემლის კუთხის ნევროგენული და შუასაყრის ინვაზიური სიმსივნეების შემთხვევაში, როცა დასადგენია პროცესში მსხვილი სისხლძარღვების ჩართვის ხარისხი და გარკვეული მიზეზების გამო, კომპიუტერული ტომოგრაფიის ჩატარება ანგიოგრაფიულ რეჟიმში შეუძლებელია.

**ულტრაბგერითი გამოკვლევა** ჩაუტარდა 7 ავადმყოფს, შუასაყრის იშვიათი პირველადი სიმსივნის დიაგნოზით: 2 მათგანს, შემდგომ დაუდგინდა ჰისტოლოგიურად ვერიფიცირებული პერიკარდის მეზოთელიომა, 4-ს\_თიმომა, ინვაზიით პერიკარდში, 1-ს კი – წინა შუასაყრის მეზენქიმომა პერიკარდში და ფილტვში ინვაზიით.

წარმატებული ულტრაბგერითი კვლევის პირობას, შუასაყრის პათოლოგიური პროცესის დროს, წარმოადგენს ვენტილირებული ფილტვის პარენქიმის არარსებობა გამოსაკვლევ წარმონაქმნსა და გულმკერდის კედლის შიდა ზედაპირთან. ულტრაბგერით კვლევისას, პერიკარდის მეზოთელიომიან ავადმყოფებში, ორივე შემთხვევაში, გამოიყვანდა ექოპოზიტიური, ნახევრადოვალური წარმონაქმნი პერიკარდის ღრუში სითხის ფონზე. ორივე შემთხვევაში აღინიშნა პერიკარდის ფურცლის გასქელება. ორივე ავადმყოფს ჩაუტარდა პერიკარდის ღრუს პუნქცია ულტრაბგერითი კონტროლით, სითხის მოცილებით და ციტოლოგიური კვლევით, რომელიც ინფორმაციული იყო 1 შემთხვევაში.

სამ ავადმყოფს ინვაზიური თიმომით და შუასაყრის მეზენქიმომით, გამოუმჟღავნდათ პერიკარდის ფურცლის გასქელება, სითხის არსებობით პერიკარდიალურ სივრცეში სიმსივნის ჩაზრდის შედეგად.

**პუნქციური ბიოფსია**, კომპიუტერული ტომოგრაფიის კონტროლითა და შემდგომი ციტო-ჰისტოლოგიური კვლევით, გაუკეთდა 12 ავადმყოფს, რომელთაც აღინიშნებოდათ შუასაყრის ახალწარმონაქმნები. მათგან, 9 ავადმყოფს სიმსივნე ჰქონდა წინა შუასაყარში, 3-ს\_უკანა ქვედა შუასაყარში. ამავე დროს 6-ს (50%) დაუდგინდა სიმსივნის ჰისტოლოგიური

სტრუქტურა, 3 (25%) ავადმყოფს \_ ავთვისებიანი სიმსივნე ჰისტოტიპის ზუსტი დადგენის გარეშე. მეთოდის მგრძობელობამ შეადგინა 75%, სიზუსტემ \_ 50%.

4 ავადმყოფს, შუასაყრის პირველადი სიმსივნით, ჩაუტარდა დიაგნოსტიკური მინითორაკოტომია ვიდეოასისტირებით, ჰისტოლოგიური კვლევისათვის მასალის აღებით. ამავე დროს, ადგილი თორაკოპორტის განსალაგებლად, ოპტიკისა და მინითორაკოტომიური ჭრილისათვის, დამოკიდებული იყო შუასაყრის სიმსივნის ლოკალიზაციასა და გავრცელებაზე: თორაკოპორტი ოპტიკისთვის განლაგებული იყო სიმსივნიდან შედარებით მოშორებულ წერტილში, ხოლო მინითორაკოტომიური ჭრილობა \_ რაც შეიძლება ახლოს. მეთოდის სიზუსტემ შეადგინა 100%-ი.

### ფილტვის იშვიათი სიმსივნეების დიაგნოსტიკა

**კომპიუტერულ-ტომოგრაფიული სემიოტიკა.** ფილტვის იშვიათი ცენტრალური სიმსივნეების კომპიუტერულ-ტომოგრაფიული გამოკვლევა (14 ავადმყოფი) საჭირო იყო რენტგენოლოგიური და ბრონქოლოგიური მონაცემების შეუსაბამობის დროს, აგრეთვე, ავთვისებიანი იშვიათი სიმსივნის გავრცელების ზუსტი საზღვრების დადგენის მიზნით და ფილტვის ქსოვილის მეორადი ცვლილებების დასადგენად ბრონქების გამავლობის დარღვევის გამო.

ცენტრალური იშვიათი სიმსივნეების ლოკალიზაცია სეგმენტურ ბრონქში კომპიუტერული ტომოგრაფიით კვლევით აღინიშნა 1 შემთხვევაში, წილოვან ბრონქებში \_ 4-ში, ხოლო მთავარ და შუამდებარე \_ 9-ში. აქვე აღსანიშნავია, რომ სიმსივნის გავრცელება მცირე ყალიბის ბრონქიდან მსხვილისაკენ (სეგმენტურიდან წილოვანისკენ და წილოვანიდან მთავარისაკენ) აღინიშნა 3 შემთხვევაში.

ცენტრალური იშვიათი სიმსივნეების კომპიუტერულ-ტომოგრაფიული დიაგნოსტიკისას, უდიდესი ყურადღება ექცეოდა პირველადი სიმსივნის ფორმას და კონტურებს. უმეტეს შემთხვევაში სიმსივნე წარმოდგენილი იყო მომრგვალო \_ ოვალური ფორმის სწორკონტურიანი წარმონაქმნით, უფრო იშვიათად, უსწორო ზედაპირის პოლიციკლური კონტურების ბორცვოვანი ახალწარმონაქმნის სახით (ცხრილი №3).

ცხრილი №3

### პირველადი იშვიათი სიმსივნეების ფორმა და კონტურები ჰისტოტიპის მიხედვით

პირველადი იშვიათი სიმსივნის ფორმა და კონტურები	აღენოშები		კარცინოიდები	
	n	%	n	%

მომრგვალო-ოვალური, სწორი კონტურები	4	28,6	6	42,9
ბორცვოვანი არასწორი კონტურები, პოლიციკლური	–	–	4	28,6
სულ	4	28,6	10	71,4

ცენტრალური იშვიათი სიმსივნის ფორმა და კონტურები მნიშვნელოვანწილად დამოკიდებულია პირველადი სიმსივნის ზრდის ფორმაზე, ადგილობრივი გავრცელების ხარისხზე და პერიფერიული პროცესის (ანთება, ლიმფადენიტი) აქტივობაზე. ცენტრალური ტიპიური კარცინოიდები და ადენომები კომპიუტერულ-ტომოგრაფიულად რეგისტრირდებოდა, როგორც მომრგვალო (ოვალური), სწორკონტურიანი წარმონაქმნები (71,4%), ხოლო ცენტრალური ატიპიური კარცინოიდები უფრო ხშირად წარმოდგენილი იყო არასწორკონტურიანი ახალწარმონაქმნის სახით.

პირველადი იშვიათი სიმსივნეების კომპიუტერული ტომოგრაფიით გამოკვლევისას შესაძლებელია მისი ზრდის ფორმის დადგენა. ენდობრონქული სიმსივნე ისახებოდა მომრგვალო ფორმის ქსოვილოვანი სიმკვრივის უბნად, რომელიც ავიწროვებდა ან მთლიანად ახშობდა ბრონქის სანათურს. პერიბრონქულ-კვანძოვანი სიმსივნის დროს, ისახებოდა ბრონქის გარეთა კედელზე ლოკალურად განლაგებული ქსოვილოვანი სიმკვრივის წარმონაქმნი, რომელიც რიგ შემთხვევაში იჭრებოდა და ავიწროვებდა ბრონქის სანათურს (ე.წ. «აისბერგის» ტიპის ზრდა).

მეორე მნიშვნელოვანი კრიტერიუმი, რითაც ხასიათდება პირველადი იშვიათი სიმსივნე, არის მისი სიმკვრივე და სტრუქტურა. სიმკვრივე, როგორც წესი, მერყეობდა 20-40-მდე ჰაუსფილდის შკალით. სტრუქტურა 83% შემთხვევაში ერთგვაროვანი იყო.

ბრონქების გამავლობის დარღვევით გამოწვეული ჰიპოვენტილაციის დროს, შესაბამისი ანატომიური ერთეული (სეგმენტი, წილი) რამდენადმე შემცირებული იყო ზომაში. ჰიპოვენტილირებულ წილს ან სეგმენტში ფილტვის სისხლძარღვების კონტურები ისახებოდა არამკაფიოდ, ხოლო ბრონქული ტოტები რამდენადმე უახლოვდებოდა ერთმანეთს. ჰიპოვენტილაციის უბნებში პარენქიმის სიმკვრივე – 500-600-მდე აღწევდა ჰაუსფილდის შკალით.

ბრონქული გამავლობის დარღვევის შემდეგი ეტაპი – მისი ობტურაცია და შესაბამისი უბნის ატელექტაზი – გვხვდებოდა 42,9% შემთხვევაში, ფილტვის იშვიათი ცენტრალური სიმსივნის დროს. სიმსივნური გენეზის ატელექტაზი ხასიათდებოდა სწორი პოლიგონალური კონტურებით, ქსოვილოვანი სიმკვრივით. ჩვენს დაკვირვებაში, ატელექტაზური ფილტვის ქსოვილის სიმკვრივე მერყეობდა 5-დან 40-მდე ჰაუსფილდის შკალით. 4 შემთხვევაში

აღინიშნებოდა არაერთგვაროვანი სტრუქტურა ატელექტაზის ფონზე, რაც განპირობებული იყო მასში რღვევის უბნების არსებობით.

ფილტვის ცენტრალური იშვიათი სიმსივნის დროს, მკურნალობის სწორი ტაქტიკის და ქირურგიული ჩარევის ოპტიმალური მასშტაბის შერჩევის ერთ-ერთ ძირითად წინაპირობას, მისი გავრცელების ზუსტი საზღვრების დადგენა წარმოადგენს. ფილტვის იშვიათი სიმსივნეების დროს, ადგილობრივი გავრცელების ძირითადი მაჩვენებელია ახალწარმონაქმნის ბრონქულ ხეზე გავრცელების ხარისხი.

ფილტვის ცენტრალური იშვიათი სიმსივნის ბრონქოგენული გავრცელების განსაზღვრისას, კომპიუტერული ტომოგრაფიის დიაგნოსტიკური ღირებულების დადგენის მიზნით, გაავანალიზეთ კომპიუტერული ტომოგრაფიის, ბრონქოსკოპიის, ინტრაოპერაციული მონაცემების და ოპერაციული პრეპარატების ჰისტო-მორფოლოგიური შესწავლის შედეგები.

სიმსივნის გავრცელება მთავარ ბრონქზე, კომპიუტერული ტომოგრაფიით გამოკვლევის დროს დადგინდა 3 შემთხვევაში. მათგან 2-ში, ეს შედეგები დადასტურდა ჰისტო-მორფოლოგიური კვლევის მონაცემებით. დარჩენილ 1 შემთხვევაში, სიმსივნედ შეცდომით მიჩნეულ იქნა გადიდებული ლიმფური კვანძების კონგლომერატი.

ჩვენი მონაცემების საფუძველზე, კომპიუტერული ტომოგრაფიის მგრძნობელობამ შეადგინა 88,2%, სპეციფიურობამ – 60%, სიზუსტემ – 80% ფილტვის იშვიათი ცენტრალური სიმსივნეების დროს. ზემოთ აღნიშნულ მონაცემებზე დაყრდნობით, შეიძლება ვილაპარაკოთ კომპიუტერული ტომოგრაფიის საკმაოდ მაღალ მგრძნობელობაზე სიმსივნით ბრონქული ხის დაზიანების დონის გამოვლენისას. სიმსივნის ბრონქულ ხეზე გავრცელების დადგენისას, კომპიუტერული ტომოგრაფიის უპირატესობას განსაზღვრავს სიმსივნის პერიბრონქული კომპონენტის უკეთესი ვიზუალიზაცია. ამასთანავე, აღსანიშნავია ჰიპერდიაგნოსტიკის საშიშროებაც, რაც დაკავშირებულია სიმსივნის მასთან მომიჯნავე გადიდებული ლიმფური კვანძების კონგლომერატთან, ან მარცხენა ფილტვის არტერიასთან დიფერენცირების სირთულეზე.

კომპიუტერული ტომოგრაფიის და ფიბრობრონქოსკოპიის ერთობლივი გამოყენებით შესაძლებელი გახდა, დაგვედგინა სიმსივნის გავრცელება ბრონქულ ხეზე შემთხვევათა 91%-ში.

**ფილტვის იშვიათი პერიფერიული სიმსივნეების** პირველადი გამოკვლევის ძირითად მეთოდს წარმოადგენს რენტგენოლოგიური მეთოდი. თუმცა, ზუსტად კვლევის რენტგენოლოგიურ ეტაპზე ჩნდება ყველაზე მეტი შეცდომა, რასაც მივყავართ ავადმყოფზე ხანგრძლივ დაკვირვებამდე, ადექვატური მკურნალობის გადადებამდე და ხშირად სიმსივნური პროცესის მიშვებამდე.

ფილტვის იშვიათი, პერიფერიული სიმსივნეების პირველადი, დიფერენცი-ალური და დამაზუსტებელი დიაგნოსტიკის საკითხში, კომპიუტერული ტომოგრაფიის (44 ავადმყოფი) შესაძლებლობები მნიშვნელოვნად დიდია, ვიდრე საერთოდ მიღებული, რუტინული რენტგენოლოგიური კვლევისა.

**სარკომის** კომპიუტერული ტომოგრაფიით დიაგნოსტიკისას (14 ავადმყოფი), გვხვდებოდა პერიფერიული კვანძოვანი (12 ავადმყოფი) და პნევმონიისმაგვარი (2 ავადმყოფი) ფორმები. 2 შემთხვევაში აღინიშნებოდა გიგანტური სარკომების არსებობა, რომლებიც იკავებდნენ მთელ ჰემოთორაქსს. სარკომა უფრო ხშირად ლოკალიზებული იყო მარჯვენა ფილტვში (9 შემთხვევაში), ვიდრე მარცხენაში (5 შემთხვევაში). კომპიუტერული



ტომოგრაფიით კვლევისას, უმეტეს შემთხვევაში, მათ ჰქონდათ ოვალური ფორმა (58%), უფრო იშვიათათ \_ მომრგვალო ან მსხლისებრი (42%).

აღსანიშნავია, რომ კომპიუტერული ტომოგრაფიით კვლევისას სარკომის კონტურები უმეტეს შემთხვევაში იყო სწორი (90%), ძირითადად 5-7 სმ-მდე ზომის სიმსივნეში. დიდი ზომის სარკომის დროს აღინიშნებოდა სიმსივნის არასწორი კონტურები. შემთხვევათა 14,3%-ში, კომპიუტერული ტომოგრაფიით კვლევისას, აღინიშნებოდა ე.წ. რინგლერის ფეხი \_ სიმსივნეში მკვებავი სისხლძარღვების შესვლის ადგილი. გიგანტური სარკომის შემთხვევაში კომპიუტერული ტომოგრაფიით კვლევისას, გამოვლინდა ფილტვის ქსოვილის ატელექტაზი და შუასაყრის ცდომა ჯამრთელ მხარეს (2 შემთხვევაში). უმეტეს შემთხვევაში (85%), სარკომის სტრუქტურა, კომპიუტერული ტომოგრაფიით კვლევისას იყო ერთგვაროვანი, უფრო იშვიათად კი (15%) აღინიშნებოდა სიმსივნეში დესტრუქციის კერები.

სარკომების დენსიტომეტრიული მაჩვენებლების შესწავლისას მათი სიმკვრივე მერყეობდა 20-40\_მდე ჰაუსფილდის შკალით. აგრეთვე აღსანიშნავია, რომ კონტრასტის შეყვანის შემთხვევაში, სიმკვრივე მატულობდა 1,5 – 2 –ჯერ, რაც განპირობებული იყო სიმსივნის სისხლძარღვოვანი ქსელის კარგი განვითარებით. ზემოთ აღნიშნული სიმპტომი, საშუალებას გვაძლევდა გაგვეტარებინა სარკომების დიფერენციალური დიაგნოზი ფილტვის კეთილთვისებიან პერიფერიულ სიმსივნეებთან და ტუბერკულოზთან.

**პერიფერიული კარცინოიდების** დროს კომპიუტერული ტომოგრაფიით (5 ავადმყოფი) სიმსივნეს ახასიათებდა მომრგვალო ფორმა, უფრო ხშირად წილოვანი სტრუქტურა (შემდგარი რამდენიმე შერწყმული კვანძისაგან), რაც განაპირობებდა ბორცვოვანი კიდეების ვიზუალიზაციას. სიმსივნის სტრუქტურა იყო ერთგვაროვანი, დესტრუქციის უბნები არ აღინიშნებოდა. დენსიტომეტრიული მაჩვენებლის განსაზღვრისას პერიფერიული კარცინოიდების სიმკვრივე მერყეობდა 20-40-მდე ჰაუსფილდის შკალით. აღსანიშნავია, რომ კონტრასტირების შემდეგ ტიპიური კარცინოიდების სიმკვრივე იზრდებოდა 10-20%-ით, როცა ატიპიური კარცინოიდების სიმკვრივე იზრდებოდა თითქმის 50-100%-ით. ატიპიური კარცინოიდების დროს ავადმყოფთა 50%-ს აღინიშნებოდა ბრონქოპულმონარული ლიმფური კვანძების გადიდება.

**ჰამარტოხონდრომების** დიაგნოსტიკისას, (15 ავადმყოფი) სიმსივნური წარმონაქმნი თითქმის თანაბრად გვხვდებოდა როგორც მარჯვენა, ისე მარცხენა ფილტვში. აღსანიშნავია, რომ წინა სეგმენტებში ჰამარტოხონდრომა ლოკალიზებული იყო 3-ჯერ უფრო ხშირად, ვიდრე უკანა სეგმენტებში. კომპიუტერული ტომოგრაფიით სიმსივნის ფორმა იყო მომრგვალო, სწორი და სადა კონტურებით. სიმსივნის დიამეტრი 60% შემთხვევაში არ აღემატებოდა 5სმ-ს. ჰამარტოხონდრომების სტრუქტურა 60%-ში იყო ერთგვაროვანი, 40%-ში კი აღინიშნებოდა მაღალი სიმკვრივის კალციფიცირებული ჩანართები. ჰამარტოხონდრომების სიმკვრივე მერყეობდა 30-50-მდე ჰაუსფილდის შკალით, ხოლო კალციფიცირებული ჩანართების არსებობისას სიმკვრივე იმ უბნებში მატულობდა 100-120-მდე. კონტრასტირების შემდეგ სიმსივნის სიმკვრივე იზრდებოდა უმნიშვნელოდ (10-20%-ით). სირთულეები ჰამარტოხონდრომების დიფერენციული დიაგნოსტიკისას პერიფერიულ კიბოსთან და ტუბერკულოზთან მიმართებაში დაძლეული იქნა ძირითადად კომპიუტერული ტომოგრაფიის გამოყენებით, წინასწარი კონტრასტირების შემდეგ: ტუბერკულოზის სიმკვრივე არ იცვლებოდა კონტრასტის შეყვანის შემდეგ, ხოლო პერიფერიული კიბოს სიმკვრივე იზრდება გაცილებით მეტად (50-100%), ვიდრე\_ჰამარტოხონდრომისა.

**ფიბრომები, ნეიროფიბრომები** (4 ავადმყოფი) თანაბრად გვხვდებოდა, როგორც მარჯვენა, ასევე მარცხენა ფილტვში. უმეტეს შემთხვევაში, ამ სიმსივნეებს კომპიუტერული ტომოგრაფიით კვლევისას, ჰქონდათ მომრგვალო ან ოვალური ფორმა, სწორი კონტურები. სიმსივნეების სტრუქტურა იყო ერთგვაროვანი, დესტრუქციული კერები არ აღინიშნებოდა. დენსიტომეტრიული მონაცემების შესწავლით სიმკვრივე, ამ სიმსივნეების შემთხვევაში, მერყეობდა 20-40-მდე ჰაუსფილდის შკალით, კონტრასტის შეყვანის შემდეგ სიმკვრივე იზრდებოდა 20-30%-ით.

**ფილტვის იშვიათი ავთვისებიანი სიმსივნეების რეგიონული მეტასტაზირების კომპიუტერულ-ტომოგრაფიული დიაგნოსტიკა.**

ფილტვის იშვიათი ავთვისებიანი სიმსივნეების რეგიონული მეტასტაზების თავისებურებათა განსაზღვრა წარმოადგენს თანამედროვე ონკოპულმონოლოგიის ერთ-ერთ ყველაზე აქტუალურ და რთულ პრობლემას. უდიდესი მნიშვნელობა ენიჭება გულმკერდში და ლიმფური კვანძების მეტასტაზური დაზიანების დადგენას, რაც განპირობებულია იმ ფაქტორით, რომ იშვიათი ავთვისებიანი სიმსივნის დროს ქირურგიული ჩარევის მოცულობის განსაზღვრა დამოკიდებულია როგორც სიმსივნის ადგილობრივი ზრდის ხასიათზე, ასევე რეგიონული ლიმფური კვანძების მდგომარეობაზე.

ჩვენ შევისწავლეთ გულმკერდში და 56 ლიმფური კვანძის მორფოლოგიური კვლევის მონაცემები, რომელიც ამოკვეთეს ფილტვის იშვიათი ავთვისებიანი სიმსივნით დაავადებულ 14 ავადმყოფს (8-ს – სარკომით, 6-ს – ატიპიური კარცინოიდით) ქირურგიული მკურნალობის დროს. ამ 14 ავადმყოფიდან, მეტასტაზური დაზიანება დაუდგინდა 6 ავადმყოფს (42,9%). აღნიშნულ ავადმყოფებში სარკომა დიაგნოსტიკის მიზნით იქნა 4 შემთხვევაში, ატიპიური კარცინოიდი – 2 შემთხვევაში.

ჩვენს მიერ გამოყოფილ იქნა გულმკერდში და ლიმფური კვანძების 3 ჯგუფი, რაც შეესაბამება ლიმფის დინების ეტაპებს ფილტვიდან შუასაყარში (ცხრილი 14)

ქვემოთ წარმოდგენილია სხვადასხვა ჯგუფის გულმკერდში და ლიმფური კვანძების განლაგება ეტაპების მიხედვით:

- I ჯგუფი – ინტრაპულმონალური ლიმფური კვანძები;
- II ჯგუფი – ფილტვის კარის ლიმფური კვანძები;
- III ჯგუფი – შუასაყარის ლიმფური კვანძები.

I ჯგუფის ლიმფურ კვანძებში მეტასტაზი აღინიშნებოდა 6 ავადმყოფს, II ჯგუფის ლიმფურ კვანძებში – 4, III ჯგუფის – 2 ავადმყოფს. მიღებული მონაცემების ანალიზით დადგინდა, რომ ლიმფის დენის ყველა მომდევნო ეტაპზე ვლინდებოდა მეტასტაზური დაზიანებების სიხშირის თანდათანობითი შემცირება.

**გულმკერდში და ლიმფური კვანძის მეტასტაზური დაზიანების სიხშირე იშვიათი სიმსივნეების ჰისტოლოგიური ტიპის გათვალისწინებით**

სიმსივნის ჰისტოტიპი	ავადმყოფთა რიცხვი	მათ შორის მეტასტაზის მქონე	რეგ. მეთ. ეტაპი		
			I ჯგუფი	II ჯგუფი	III ჯგუფი
სარკომა	8	4	4	3	2
ატოპიური კარცინოიდი	6	2	2	1	-
სულ	14	6	6	4	2

კომპიუტერული ტომოგრაფიის და მორფოლოგიური მონაცემების შესწავლისას, გულმკერდში და ლიმფური კვანძების ზომების ზრდა ყველა ეტაპზე პირდაპირ პროპორციულ დამოკიდებულებაში აღმოჩნდა მათ მეტასტაზურ დაზიანებასთან.

**ენდოსკოპიური კვლევა.** კვლევის სხვადასხვა მეთოდებს შორის, ფილტვის იშვიათი სიმსივნის მქონე ავადმყოფთა გამოსაკვლევად, დიდი მნიშვნელობა აქვს ბრონქოსკოპიას. ის საშუალებას იძლევა დავათვალიეროთ პრაქტიკულად მთელი ტრაქეობრონქული ხე, დავაზუსტოთ სიმსივნის ლოკალიზაციის ადგილი, ავიღოთ მასალა ჰისტოლოგიური კვლევისათვის ფილტვის ცენტრალური სიმსივნის დროს (ადენომა, ბრონქო-პულმონარული კარცინოიდი), ამონარეცხი წყლები კი - ციტოლოგიური კვლევისთვის ფილტვის პერიფერიული სიმსივნის დროს.

ფილტვის ცენტრალური სიმსივნეების ბრონქოსკოპიული კვლევისას (30 ავადმყოფი), ტიპიური კარცინოიდის და ადენომის ვიზუალური სურათი, დაკვირვებათა უმეტესობაში, იყო დამახასიათებელი და იდენტური. ჩვენს მიერ გამოკვლეულ ავადმყოფებში ტიპიური კარცინოიდი და ადენომა, ყველაზე ხშირად წარმოადგენდნენ პოლიპის მსგავს წარმონაქმნს, ფართო ფუძით (60%), ან ვიწრო ფეხზე (40%). წარმონაქმნები იყო ალუბლისფერი - წითელი, ვარდისფერი ან მორუხო ფერის. კარცინოიდების ზედაპირზე ხშირად გამოხატული იყო სისხლძარღვთა უხვი ქსელი. ტიპიური კარცინოიდები და ადენომები, როგორც წესი, წარმოადგენდნენ მკვრივ ახალწარმონაქმნებს, გლუვი, თითქოსდა «გაპრიალებული» ზედაპირით, რომლებიც დაფარულია ინტაქტური ლორწოვანით. უმეტეს შემთხვევაში ისინი ნაკლებ მოძრავნი იყვნენ.

ატოპიური კარცინოიდების შემთხვევაში (5 ავადმყოფი) პოლიპისმაგვარი ფორმა გვხვდებოდა იშვიათად. როგორც წესი, ეს სიმსივნეებია ხორკლოვანი ზედაპირით, რუხი ან ფერმკრთალ-ვარდისფერი ფერით, ინფილტრაციით ლორწოვანის ფუძის ირგვლივ. ხანდახან ატოპიური კარცინოიდები წარმოგვიდგებოდნენ «ყვავილოვანი კომბოსტოს» ან «გრანულიაციური ქსოვილის» სახით, მათი ზედაპირი იყო დაზიანებული, დაფარული მორუხო-მოთეთრო ნეკროზული მასით და ვიზუალურად გვაგონებდა კიბოს.

უფრო ხშირად, ენდობრონქიალური სიმსივნის დათვალიერება და ბიოფსიის აღება დიდ სირთულეს არ წარმოადგენდა. თითქმის ყველა ავადმყოფს ფილტვის, იშვიათი, ცენტრალური სიმსივნეებით, დასჭირდა თითო ბრონქოსკოპის და ბიოფსიის ჩატარება. მხოლოდ ორ

შემთხვევაში მოგვიხდა განმეორებითი ბრონქოსკოპიის და ბიოფსიის გაკეთება. 3 ავადმყოფს ბიოფსია არ ჩაუტარდა, სისხლდენის საშიშროების გამო. 2 შემთხვევაში, მასალა ჰისტოლოგიური კვლევისთვის, აღმოჩნდა მცირე, რადგანაც სიმსივნე იყო გლუვკედლიანი, ძალიან ელასტიური და ინსტრუმენტი ზედაპირიდან ცურდებოდა. ამ შემთხვევაში ჩატარდა განმეორებითი ბრონქოსკოპია ბიოფსიით. უკანასკნელ წლებში, ბიოფსიას ვასრულებდით ვიდეობრონქოსკოპიული კონტროლით, რაც საშუალებას გვაძლევდა სიმსივნის უკეთ ვიზუალიზაციისა და ნაკლებ ვასკულიზირებული ადგილებიდან ბიოფსიური მასალის აღებისა. ასევე სისხლდენის შემთხვევაში ვატარებდით წერტილოვან მოწვას. სისხლდენის შემთხვევები ვიდეობრონქოსკოპიული კონტროლით ბიოფსიის დროს ორჯერ შემცირდა.

30 ავადმყოფიდან, რომელთაც აღენიშნებოდათ ფილტვების იშვიათი ცენტრალური სიმსივნეები, ბრონქოსკოპიის ჩატარება ბიოფსიით შესაძლებელი გახდა 27 შემთხვევაში. აქედან დადებითი პასუხი მივიღეთ 26 –ში (მგრძნობელობა 96,3%, სპეციფიურობა \_92,6% %, სიზუსტე \_ 96%).

პერიფერიული იშვიათი სიმსივნეების დროს, ბრონქოსკოპიას ვატარებდით «brush-biopsy»-ით უილმს-ესკრიტეს სპეციალური ფუნჯით, ან ციტოლოგიური კვლევისათვის ვიღებდით ამონარეცხ წყლებს. ბრონქოსკოპიული გამოკვლევა ჩაუტარდა პერიფერიული იშვიათი სიმსივნით დაავადებულ ყველა ავადმყოფს. მეთოდის მგრძნობელობა იყო 25%-ი, სპეციფიურობა \_ 20%, სიზუსტე - 22%.

### ***ტრანსთორაკალური პუნქციური ბიოფსია და დიაგნოსტიკური თორაკოტომია.***

ტრანსთორაკალური ბიოფსია, კომპიუტერული ტომოგრაფიის კონტროლით, ჩაუტარდა 18 ავადმყოფს, რომელთაც აღენიშნებოდათ ფილტვის პერიფერიული იშვიათი სიმსივნე. ტრანსთორაკალური ბიოფსიის შესრულების უკუჩვენება იყო ერთადერთ ფილტვში პათოლოგიური წარმონაქმნი; სისხლის დაავადება, რომელიც დაკავშირებული იყო სისხლის შედედების უნარის დარღვევასთან; გამოხატული გულსისხლძარღვთა უკმარისობა; ორმხრივი ბულოზური ემფიზემა.

ტრანსთორაკალურ პუნქციას არ ახლდა რაიმე მძიმე გართულება, ორ შემთხვევაში აღინიშნა ნაწილობრივი პნევმოთორაქსი, 1-ში\_სისხლიანი ხველა და უმნიშვნელო ჰემოთორაქსი, რომელთა კუპირება მოხერხდა შესაბამისი ღონისძიებებით. ავთვისებიანი სიმსივნის დროს მეთოდის მგრძნობელობამ მიაღწია 80%-ს, სპეციფიურობამ \_ 74%-ს, სიზუსტემ \_ 76%-ს; კეთილთვისებიანის დროს \_ 50%-ს, 35%-ს, 40%-ს.

დიაგნოსტიკური მინითორაკოტომია ვიდეოასისტირებით გაუკეთდა 3 ავადმყოფს. ამავე დროს, ვიღებდით მასალას მორფოლოგიური კვლევისათვის როგორც სიმსივნიდან, ისე გადიდებული ლიმფური კვანძებიდან. თორაკოპორტი ოპტიკისათვის იდგმებოდა მე-6-7 ნეკნთაშუა სივრცეში აქსილარულ ხაზზე, მინითორაკოტომიული განაკვეთი კი \_ მე-4 ნეკნთაშუა (წინა ან გვერდითი მიდგომა დამოკიდებული იყო სიმსივნის ადგილმდებარეობაზე) სივრცეში. მეთოდის მგრძნობელობა და სიზუსტე იყო 100%.

**პლევრის და გულმკერდის შიგნითა კედლის პირველადი სიმსივნეების დიაგნოსტიკა**

***კომპიუტერულ-ტომოგრაფიული სემიოტიკა.***

**მეზოთელიომები.** (8 ავადმყოფი). სოლიტარული მეზოთელიომების კომპიუტერული ტომოგრაფიით კვლევისას ვლინდებოდა ნახევრად მრგვალი ან ნახევრად ოვალური ფორმის წარმონაქმნები, რომლებიც დაკავშირებული იყო ფართო ფუძით გულმკერდის კედელთან, უფრო იშვიათად დიაფრაგმასთან ან შუასაყართან. ახალწარმონაქმნებს ჰქონდათ მკვეთრად შემოსაზღვრული კონტურები, ერთგვაროვანი სტრუქტურა, სიმსივნის სიმკვრივე ვარირებდა 30-40-მდე ჰაუსფილდის შკალით.

დიფუზურ მეზოთელიომების კომპიუტერულ-ტომოგრაფიული კვლევის დროს, აქსილარულ ჭრილში, გარკვევით ჩანდა ავთვისებიანი სიმსივნის ყველა ძირითადი ნიშანი: პლევრის დახორკლილი ზედაპირი, მისი არამკვეთრი კონტურები, შესაბამისი ფილტვის მოცულობის კლება ისე, რომ შენარჩუნებული იყო მსხვილი ბრონქების გამტარებლობა, გულმკერდის კედლის რბილი ქსოვილების ინფილტრაცია, შუასაყარში ან დიაფრაგმაში სიმსივნის ჩაზრდა. ამის გარდა, კომპიუტერული ტომოგრაფია საშუალებას გვაძლევდა ობიექტურად გაგვესაზღვრა სიმსივნური პროცესის სტადია იმის მიხედვით, თუ როგორი იყო სიმსივნის გავრცელება გულმკერდის ღრუს და შუასაყარის რეგიონულ ლიმფურ კვანძებში, მეტასტაზების არსებობა სხვა ქსოვილსა და ორგანოებში. ზემოთ ნათქვამიდან გამომდინარე, მეზოთელიომის ყველა საეჭვო შემთხვევა უნდა იყოს აბსოლუტური ჩვენება კომპიუტერული ტომოგრაფიის ჩატარების სასარგებლოდ.

**პლევრის კეთილთვისებიანი სიმსივნეები** (ფიბრომა, ლიპომა, ჰემანგიომა) კომპიუტერული ტომოგრაფიით კვლევის დროს წარმოადგენდნენ მკვეთრად შემოსაზღვრულ წარმონაქმნებს ნახევრად ოვალური ან ნახევრად მრგვალი ფორმის, სწორი კონტურებით. უმეტეს შემთხვევაში ისინი ფართო ფუძით იყვნენ დაკავშირებული პლევრასთან (90%), იშვიათად კი – წვრილი ფეხით (10%). სიმსივნის ზომები ვარირდება 3-დან 5სმ-მდე, სტრუქტურა იყო ერთგვაროვანი. დენსიტომეტრიული მაჩვენებლების შესწავლისას პლევრის ლიპომები (ისევე როგორც შუასაყარის), სხვა კეთილ – და ავთვისებიან წარმონაქმნებისაგან განსხვავებით, ხასიათდებოდნენ განსხვავებული სიმკვრივით, რომელიც ჩვენს შემთხვევაში მერყეობდა – 170-120-ის ფარგლებში ჰაუსფილდის შკალით. რაც შეეხება პლევრის სხვა კეთილთვისებიანი სიმსივნეების სიმკვრივეს, იგი ჩვენს შემთხვევაში მერყეობდა 20-40-მდე ჰაუსფილდის შკალით. მათი სიმკვრივე კონტრასტირებისას, ფიბრომების შემთხვევაში იზრდებოდა უმნიშვნელოდ (10%), ხოლო ჰემანგიომის შემთხვევაში – 20-30%-ით.

**გულმკერდის შიგნითა კედლის პირველადი სარკომების** (8 ავადმყოფი) კომპიუტერული ტომოგრაფიით კვლევით ფიქსირდებოდა ნახევრადოვალური ან ნახევრადმრგვალი წარმონაქმნები, ხშირად არასწორი კონტურებით, რომლებიც გამოდიოდნენ გულმკერდის კედლიდან ფართო ფუძით. უმეტეს შემთხვევაში (75%) გამოძვლავნდა გულმკერდის კედლის ცხიმოვანი სივრცის ინფილტრაცია, ნეკროზის უბნების არსებობით. ავადმყოფთა 62%-ში დადგინდა ნეკროზის უზურაციაც, ხშირად, პერიოსტალური რეაქციით (ზედაპირის პერპენდიკულარული სპიკულების ფორმირება). აქვე მხედველობაში უნდა იქნეს მიღებული, რომ ზემოჩამოთვლილი ნიშნების არარსებობა არ გამორიცხავდა სარკომას. ამიტომ გულმკერდის კედლის სიმსივნეების დიაგნოსტიკისას მნიშვნელოვანი კომპონენტია ჰისტოლოგიური კვლევა პუნქციური ბიოფსიის შემდეგ. გულმკერდის კედლის სარკომების დენსიტომეტრიული მაჩვენებლების შესწავლისას, მათი სიმკვრივე მერყეობდა 35-45-მდე ჰაუსფილდის შკალით, ხოლო რღვევის უბნებში – სიმკვრივე იყო 17 ერთეული ჰაუსფილდის შკალით. კონტრასტირებით გულმკერდის რბილი ქსოვილების სარკომების სიმკვრივე

იზრდებოდა 1,5-2 –ჯერ, რაც აგრეთვე გვაძლევდა დიფერენცირების საშუალებას გულმკერდის კედლის რბილი ქსოვილების კეთილთვისებიან სიმსივნებთან.

**გულმკერდის შიგნითა კედლის ნევროგენული სიმსივნეების (შვანნომები)** კომპიუტერულ ტომოგრაფიული გამოკვლევის დროს (5 ავადმყოფი) ნანახი იყო მკვეთრად შემოსაზღვრული, ნახევრად მრგვალი ან ნახევრად ოვალური ფორმის, წარმონაქმნები სწორი კონტურებით, რომლებიც ებჯინებოდა გულმკერდის კედელს ფართო ფუძით. ისინი ხშირად აღწევდნენ დიდ (15 სმ-მდე), ზოგჯერ გიგანტურ ზომასაც კი.

სიმსივნეების სტრუქტურა უმეტეს შემთხვევაში იყო ერთგვაროვანი (80%), სიმკვრივე მერყეობდა 35-40 ჰუსფილდის შკალით. კონტრასტული გამოკვლევა ჩაუტარდა 3 ავადმყოფს გულმკერდის კედლის ნევროგენული სიმსივნით. კონტრასტირებისას შვანნომების სიმკვრივემ არ მოიმატა, ხოლო მიმდებარე გულმკერდის კედლის სტრუქტურები უფრო მკაფიოდ გამოიხატა, რამაც საშუალება მოგვცა უფრო ნათლად გაგვესაზღვრა წარმონაქმნის გავრცელების საზღვრები.

**ტრანსთორაკალური პუნქციური ბიოფსია** ჩაუტარდა პლევრის და გულმკერდის კედლის სიმსივნით დაავადებულ 14 პაციენტს, მათგან 9 ავადმყოფს – კომპიუტერული ტომოგრაფიის კონტროლით, 5-ს – ულტრაბგერითი კვლევის კონტროლით. ყველა ავადმყოფს პუნქციური ბიოფსია ჩაუტარდა «ხოისერის» მოდიფიცირებული ნემსით და ვილებდით მასალას ჰისტოლოგიური კვლევისთვის. მეთოდის მგრძობელობა, კომპიუტერული ტომოგრაფიის კონტროლით ჩატარებისას აღწევდა 89%, ულტრაბგერითი კონტროლით – 60%-ს.

დიაგნოსტიკური მინიმორაკოტომია ვიდეოასისტირებით და ბიოფსიით ჩაუტარდა 3 ავადმყოფს დიფუზური მეზოთელიომით. ამ დროს მეთოდის სიზუსტემ 100%-ს მიაღწია. ამავე დროს, თორაკოპორტს ოპტიკისთვის ვათავსებდით მე-7 ნეკნთაშუა სივრცეში აქსილირებულ ხაზზე. მინიმორაკოტომული განაკვეთი ტარდებოდა იმის მიხედვით (კომპიუტერული ტომოგრაფიის მონაცემების საფუძველზე), თუ სად იყო ლოკალიზებული სიმსივნე.

### **გულმკერდშიდა იშვიათი სიმსივნეების ქირურგიული მკურნალობის მეთოდები**

**რეკონსტრუქციულ-პლასტიკური ორგანომემანარჩუნებელი ოპერაციები** გაუკეთდა 26 ავადმყოფს, რომელთაც აღენიშნებოდათ ბრონქის ადენომები და კარცინოიდები. საკონტროლო ჯგუფი წარმოდგენილი იყო 12 ავადმყოფით, რომელთაც ჩაუტარდათ სხვადასხვა მოცულობის ოპერაციები (პულმონექტომია, ბილობექტომია).

I ჯგუფის ავადმყოფებზე ჩატარებული რეკონსტრუქციულ-პლასტიკური ოპერაციის სახეები წარმოდგენილია №5 ცხრილში.

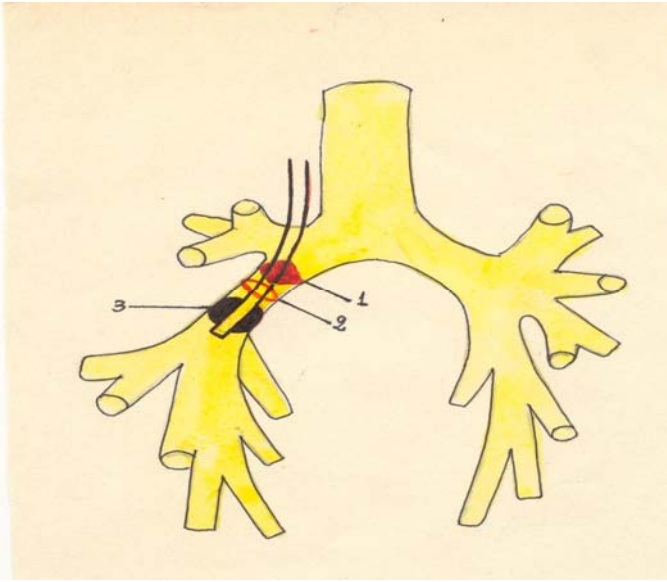
ცხრილი №5

### **რეკონსტრუქციულ-პლასტიკური ოპერაციები გულმკერდშიდა სასუნთქი გზების იშვიათი სიმსივნეების დროს**

№	ოპერაციის დასახელება	ოპერაციათა რაოდენობა
1	ბრონქის იზოლირებული რეზექცია (ცირკულარული, ფანჯრისეული)	9 (34,6%)
2	ზედა ლობექტომია მთავარი ბრონქის ცირკულარული რეზექციით	7 (26,9%)
3	ზედა ლობექტომია მთავარი ბრონქის სოლისებური რეზექციით	4 (15,4%)
4	შუა ლობექტომია მთავარი ბრონქის სოლისებური ან ცირკულარული რეზექციით	3 (11,55%)
5	ქვედა ლობექტომია მთავარი ბრონქის სოლისებური რეზექციით	3 (11,55%)
	სულ	26 (100%)

**ბრონქის იზოლირებული რეზექცია** ჩაუტარდა 9 ავადმყოფს. გულმკერდშიდა სასუნთქი გზების იშვიათი სიმსივნების დროს მთავარი ან შუალედური ბრონქის იზოლირებული რეზექციის შესრულება ნაჩვენებია იყო იმ შემთხვევაში, როცა არ აღინიშნებოდა სიმსივნის პერიბრონქიალური ზრდა და ფილტვის ქსოვილში სიმსივნის პერიფერიულად გამოხატული არ იყო შეუქცევადი ცვლილებები.

ოპერაციამდე ზოგიერთი ავადმყოფის კლინიკო-რეტგენოლოგიური და ბრონქოსკოპიული კვლევის მონაცემები საშუალებას არ გვაძლევდა გადაგვეწყვიტა საკითხი იმის შესახებ \_ იყო თუ არა საჭირო წილის, წილების ან მთელი ფილტვის მოცილება ან დატოვება. საბოლოო გადაწყვეტილებას ამის შესახებ ვიღებდით ოპერაციის მსვლელობისას. დიდხანს ატელექტაზირებული ფილტვის ქსოვილის მდგომარეობის შესაფასებლად ვიყენებდით პალპაციის მონაცემებს და ჩვენს მიერ შემუშავებული ვენტილაციური სინჯის მეთოდს. პალპაციის დროს გამოირიცხებოდა ფიბროატელექტაზისთვის (პნევმოფიბროზი) დამახასიათებელი სიმკვრივე და ინფილტრაცია, რომელიც გადადიოდა დარბილების ზონაში. ამ პალპატორული მონაცემების შეჯერება ხდებოდა კომპიუტერული ტომოგრაფიის მონაცემებთან. აღნიშნული უხეში პათოლოგიური ცვლილებები მოწმობდნენ იმაზე, რომ შესაბამისი წილი ან მთელი ფილტვი უნდა მოცილებულიყო. თუ კი ფილტვის ქსოვილი ერთნაირად იყო გამკვრივებული, ცომისებური ან გადაბერილი, სრულდებოდა ბრონქოტომია სიმსივნის დისტალურად. ბრონქოტომიული ჭრილობიდან ენდობრონქულად შეგვყავდა ფოგარტის ტიპის კატეტერი, მანჟეტის გაბერვის შემდეგ ხდებოდა ბრონქის შიგთავსის ასპირაცია, რის შემდეგაც ვატარებდით ბრონქის რეაერაციას სპეციალური მანჟეტით, რომელიც შეერთებული იყო კატეტერთან (იხ. სქემა. №4). დადებითი სინჯის დროს, დიდხანს ატელექტაზირებული ფილტვის ქსოვილი ხდებოდა შედარებით ვარდისფერი. ასეთ ფილტვში პათოლოგიური ცვლილებები, როგორც წესი, იყო შექცევადი. ამავე დროს, რეაერაციის შემდეგ ბრონქულ ხეში კატეტერით ანტიბიოტიკები შეგვყავდა.



**სქემა №4. ბრონქის რეაერაციის მეთოდიკა ენდობრონქული სიმსივნის დროს.**

1. სიმსივნე; 2. ბრონქოტომიული განაკვეთი; 3. კატეტერი გასაბერი ბალონით.

თუმცა, იყო შემთხვევები, როცა ყველა კვლევის მონაცემის ჯამი (ოპერაციამდელი და ინტრაოპერაციული) არ გვამღევდა იმის საშუალებას, რომ ერთმნიშვნელოვნად გადაგვეწყვიტა \_ შეიძლებოდა ფილტვის ქსოვილის შენარჩუნება თუ საჭირო იყო მისი მოცილება. ამ შემთხვევაში ტაქტიკა იყო შემდეგნაირი: ადენომის და ტიპიური კარცინოიდების დროს \_ მთელი ფილტვის მოცილების თვალსაზრისით ორჭოფობისას, \_ შესაძლებლობის ფარგლებში მას ვინარჩუნებდით; ფილტვის წილის მოცილების შემთხვევაში თუ ეჭვი გვეპარებოდა \_ ვაწარმოებდით ლობექტომიას.

რეკონსტრუქციულ-პლასტიკური ორგანომემანარჩუნებელი ოპერაციის შესრულებისას, ვინარჩუნებდით ბრონქული სისხლმომარაგების მაქსიმალური დაზოგვის წესს ანასტომოზირებული ბრონქების ადგილებში. ბრონქის გადაკვეთის ხაზი ადენომის და ტიპიური კარცინოიდების დროს, გადიოდა არა ნაკლებ 0,5-0,1 სმ-ის დაშორებით სიმსივნის ფუძიდან. ატიპიური კარცინოიდის შემთხვევაში კი რეზექციის ხაზი შორდებოდა სიმსივნის ფუძეს, როგორც კიბოს დროს, 1,5-2 სმ-ით. სიმსივნის ამოკვეთის რადიკალურობას ვამოწმებდით (განსაკუთრებით ატიპიური კარცინოიდების დროს) ციტოლოგიური კვლევით, რისთვისაც ვიღებდით ნაცხს ბრონქის დარჩენილი გადანაჭრების კიდეებიდან.

ასევე, ბრონქების რეზექციის და პლასტიკის გადამწყვეტი მომენტი ოპერაციის ადდგენითი ეტაპი, ე.ი. ბრონქიალური ანასტომოზის ფორმირება. ბრონქების კედლების ანატომიური თავისებურებანი, მათი სანათურის შედარებითი სტაბილურობა, კრანიალური და კაუდალური გადანაჭრების დიამეტრების შეუსაბამობა წარმოადგენს ბრონქიალური ანასტომოზების ფორმირების წარუმატებლობის მიზეზს. უკანასკნელ წლებში, გამწოვი სინთეტიკური მასალის უპირატესმა გამოყენებამ (ვიკრილი, დექსონი და სხვ.), როტაციული და სხვა სახის ანასტომოზებზე უარის თქმამ, კვანძოვანი ნაკერების დადების სასარგებლოდ მანძილის გაზრდით ბრონქის უფრო ფართოდ რეზეცირებულ მონაკვეთებზე, შემდგომ კედლების პრევიზიული ადაპტირებით, სანათურის გარეთ კვანძების შეკვრამ, ანასტომოზის



იზოლაციაში თანამედროვე მასალით («ტახოკომბი»), საშუალება მოგვცა მინიმუმამდე შეგვემცირებინა ანასტომოზების უკმარისობა.

**ლობექტომია** (ზედა, შუა ან ქვედა წილის) **ბრონქების სოლისებური რეზექციით** სულ გაუკეთდა 9 ავადმყოფს. ოპერაციის ჩვენებას წარმოადგენდა იშვიათი ენდობრონქული სიმსივნის არსებობა წილოვანი ბრონქის შესასვლელში, მთავარი ბრონქის დისტალური ნაწილის ან წილოვანი ბრონქის დეზის ინფილტრაციით.

ოპერაციის საკვანძო მომენტს, როგორც მარჯვნივ, ასევე მარცხნივ, წარმოადგენს ბრონქის რეზექცია და მისი მთლიანობის აღდგენა. თორაკოტომიის შემდეგ სრულდებოდა წილთაშუა Eღარის გათიშვა და წილის სისხლძარღვების – არტერიის და ვენის – დამუშავება და გადაკვეთა. პრეპარატი რჩებოდა ფიქსირებულ ბრონქზე. ბრონქების (მთავარი, ქვედა წილის, შუაღედური) მთელ სიგრძეზე მობილიზაციის შემდეგ, მათ ვიღებდით რეზინის დამჭერზე და სიმსივნის ხილული კიდეებიდან 1 სმ-ის მოცილებით, კრანიალურად და კაუდალურად ხდებოდა მთავარი ან შუაღედური ბრონქის სოლისებური ამოკვეთა ისე, რომ ბრონქები ერთმანეთთან დაკავშირებული რჩებოდა მხოლოდ მემბრანული ნაწილით. ბრონქის მთლიანობის აღდგენა ხდებოდა კვანძოვანი ნაკერებით ატრამეული ნემსით, საკერ მასალად გამოიყენებოდა ვიკრილი (ან დექსონი 3,0; 4,0). შერთულის ჩამოყალიბებას ვიწყებდით ბრონქის მემბრანული და ხრტილოვანი ნაწილების მედიალურ საზღვრებზე. ცვდილობდით, რომ ბრონქის ლორწოვანი ნაკერში მინიმალურად მოყოლილიყო. ბრონქის კიდეების ადაპტაცია, სოლისებური რეზექციის დროს, არ წარმოადგენდა განსაკუთრებულ სირთულეს და მისი მიღწევა ხერხდებოდა კაუდალურ ბრონქზე ნაკერთა შორის ნაკლები, ხოლო კრანიალურზე მეტი ინტერვალის დატოვებით. ინტერვალის ნაკერთა შორის ბრონქის დისტალურ ბოლოზე შეადგენდა 0,2-0,3 სმ-ს, ხოლო პროქსიმალურ ბოლოზე – 0,3-0,5სმ-ს. ოპერაციის ბოლოს ხდებოდა ბრონქული ანასტომოზის მიდამოს პლევრიზაცია, მედიასტინალური ან კოსტალური პლევრის ნაფლეთით მკვებავ ფეხზე, ხოლო ბოლო წლებში ამ მიზნით ვიყენებდით «TaxoKომბი»-ის ფირფიტას. აღნიშნული ნაფლეთის ან ფირფიტის ფიქსაცია ანასტომოზის არეში ხდებოდა იმავე ძაფებით, რომლითაც ყალიბდებოდა ანასტომოზი.

**ლობექტომია (ზედა, შუა) მთავარი ან შუაღედური ბრონქის ცირკულარული რეზექციით** გაუკეთდა 8 ავადმყოფს ბრონქის იშვიათი სიმსივნით. ოპერაციის ჩვენებას წარმოადგენდა ზედა ან შუა წილის ბრონქის სიმსივნური პროცესის (უფრო ხშირად კარცინოიდების) გავრცელება მთავარ და/ან შუაღედურ ბრონქზე. თორაკოტომიის შემდეგ, ხდებოდა წილთაშუა ღარების გათიშვა და დაზიანებული წილის სისხლძარღვების დამუშავება – გადაკვეთა. ამის შემდეგ, ვაკეთებდით მთავარი და შუაღედური ბრონქების სრულყოფილ პრეპარირებას. მთავარი ბრონქის მობილიზაცია ხდებოდა ტრაქეობრონქულ კუთხემდე. აღნიშნული მანიპულაციისა და ბრონქული ანასტომოზის ჩამოყალიბების გაადვილების მიზნით, ხშირ შემთხვევაში, სიმსივნის მარჯვენამხრივი ლოკალიზაციის დროს იკვეთებოდა კენტი ვენა. ბრონქის გამოყოფის შემდეგ, ვაწარმოებდით მის რეზექციას ონკოლოგიური რადიკალიზმის დაცვით და სიმსივნის ავთვისებიანობის გათვალისწინებით (როგორც აღწერილია ბრონქების იზოლირებულ რეზექციებში). ჯერ კვეთდით მთავარი ბრონქის ხრტილოვან ნაწილს ნახევარრგოლთა შორის მემბრანულ ნაწილამდე და ბრონქის ზედა კიდეს ვიღებდით ერთ პროვიზორულ ლიგატურაზე. ანალოგიური წესით ვამუშავებდით შუაღედურ ბრონქსაც. მხოლოდ ამის შემდგომ, კვეთდით ბრონქის მემბრანულ ნაწილებს, მათზე ნახევარრგოლოვანი

ყლორტის გამოჭრით. პრეპარატის ამოღების შემდეგ ვიწყებდით ანასტომოზის ფორმირებას (იგივე მეთოდით, რომელიც აღწერილია ბრონქის იზოლირებული რეზექციის დროს).

გულმკერდშიდა სასუნთქი გზების პირველადი იშვიათი სიმსივნეების რეკონსტრუქციულ-პლასტიკური ოპერაციების უშუალო შედეგების შეფასების ძირითადი კრიტერიუმებია პოსტოპერაციული გართულებების სიხშირე და ლეტალობა. რეკონსტრუქციულ-პლასტიკური ოპერაციების ყველაზე ხშირი გართულებაა ანასტომოზის უკმარისობა და ბრონქული ანასტომოზის სტენოზი. რეკონსტრუქციულ-პლასტიკური ოპერაციების სხვადასხვა ვარიანტების მკურნალობის შედეგების შესაფასებლად, ავადმყოფები დაყვავით 3 ჯგუფად:

I ჯგუფი – ავადმყოფები, რომელთაც ჩაუტარდათ ბრონქის იზოლირებული (ცირკულარული, ფანჯრისებური) რეზექცია;

II ჯგუფი – ავადმყოფები, რომელთაც ჩაუტარდათ ლობექტომია, ბრონქის ცირკულარული რეზექციით;

III ჯგუფი – ავადმყოფები, რომლებსაც ჩაუტარდათ ლობექტომია, ბრონქის სოლისებური რეზექციით.

ოპერაციის სახესთან დაკავშირებული გართულებების სიხშირე წარმოდგენილია №6 ცხრილში.

ცხრილი №6

**ოპერაციის შემდგომი გართულებები რეკონსტრუქციულ – პლასტიკური ჩარევების დროს**

ავადმყოფთა ჯგუფი	ავადმყოფთა რაოდენობა	ოპერაციის შემდგომი გართულებები		სულ
		ანასტომოზის უკმარისობა	ბრონქიალური ანასტომოზის სტენოზი	
I	9	1 (11,1%)	1 (11,1%)	2
II	8	1 (12,5%)	2 (25,0%)	3
III	9	1 (11,1%)	1 (11,1%)	2

სულ	26	3 (11,5%)	4 (15,4%)	7
-----	----	-----------	-----------	---

გულმკერდშიდა სასუნთქი გზების იშვიათი სიმსივნეებით დაავადებულთა ქირურგიული მკურნალობის შედეგების განხილვისას უნდა აღვნიშნოთ, რომ ბრონქული ანასტომოზის უკმარისობა, როგორც იზოლირებული, ცირკულარული, ისე სოლისებური რეზექციის დროს გვხვდებოდა ერთნაირი სიხშირით და შეადგინა შესაბამისად 11,1%, 12,5% და 11,1%, ხოლო ბრონქული ანასტომოზის სტენოზი ცირკულარული რეზექციის დროს აღინიშნებოდა უფრო ხშირად, ვიდრე სოლისებრის (შესაბამისი ჯგუფების მიხედვით 11,1%, 25%, 11,1%,  $P<0,01$ ). მაგრამ ბრონქის დეფორმაცია ანასტომოზის ზონაში, «დეზის» სახით, ზედა და შუა ლობექტომიის დროს, ბრონქის სოლისებური რეზექციის შემდეგ გვხვდებოდა უფრო ხშირად, ვიდრე ცირკულარულის დროს (22,2% და 12,5%.  $P<0,05$ ). ოპერაციის- შემდგომ პერიოდში, ციტოლოგიური მასალის გამოკვლევისას, აღინიშნებოდა არადამაკმაყოფილებელი, ონკოლოგიური რადიკალიზმის თვალსაზრისით (განსაკუთრებით ატიპიური კარცინოიდების შემთხვევაში), შედეგები ზედა (შუა) ლობექტომიის შემდეგ ბრონქის სოლისებური რეზექციით.

ზემოთ ნათქვამი არ აღინიშნებოდა ზედა ლობექტომიის შემდეგ ბრონქის ცირკულარული რეზექციით და ქვედა ლობექტომიის შემდეგ ბრონქის სოლისებური რეზექციით. ლეტალობამ ოპერაციის შემდეგ შეადგინა 3,8%-ი.

განვიხილავთ რა, მკურნალობის შედეგებს, უნდა აღვნიშნოთ, რომ რეკონსტრუქციულ-პლასტიკური ორგანოშემანარჩუნებელი ოპერაციები წარმოადგენს გულმკერდშიდა სასუნთქი გზების იშვიათი სიმსივნეების ქირურგიული მკურნალობის არჩევით მეთოდს (ატიპიური კარცინოიდების გამოკლებით). ზედა- წილოვანი ბრონქის იშვიათი ახალწარმონაქმნის არსებობისას, მთავარ ბრონქზე გავრცელებით და ბრონქოპლასტიური რეზექციის ჩვენების და გამოყენების დროს ზედა ლობექტომია მთავარი ბრონქის ცირკულარული რეზექციით, არის არჩევის მეთოდი. ზედა ლობექტომიას მთავარი ბრონქის სოლისებური რეზექციით, ფილტვის იშვიათი სიმსივნეების დროს, აქვს შეზღუდული ჩვენებები იმის გამო, რომ მას ახასიათებს ორგანული ნაკლოვანებები. ისინი გამოვლიდნენ ონკოლოგიური რადიკალიზმის შეზღუდული შესაძლებლობებით და ცუდი ფუნქციური შედეგებით. ბრონქის სოლისებური რეზექციის გამოყენებას ქვედა ლობექტომიის დროს არ მოსდევდა ნაკერების ადგილის დეფორმაცია. მეთოდი პასუხობდა ონკოლოგიური რადიკალიზმის პრინციპებს, რასაც ამტკიცებდა ბრონქების რეზექციის ხაზზე სიმსივნის უჯრედის არ არსებობა. ბრონქის იზოლირებული რეზექცია (ცირკულარული, ფანჯრისებური) წარმოადგენს არჩევის მეთოდს ენდობრონქიალური ზრდით სასუნთქი გზების კეთილთვისებიანი იშვიათი სიმსივნის დროს.

**გაფართოებული ოპერაცია** ჩაუტარდა 30 ავადმყოფს, გულმკერდშიდა ლოკალიზაციის იშვიათი ავთვისებიანი (ინვაზიური) სიმსივნის დიაგნოზით. 12 ავადმყოფს სიმსივნე ლოკალიზებული ჰქონდა შუასაყარში, 8-ს – ფილტვში, 10-ს – გულმკერდის კედელზე ინტრათორაკალური ზრდით. საკონტროლო ჯგუფი წარმოდგენილი იყო 11 ავადმყოფით. მათ ჩაუტარდათ პალიატიური ოპერაციები შემდგომი ქიმიო – და სხვიური

თერაპიით. ძირითადი და საკონტროლო ჯგუფები ერთმანეთს შეესაბამებოდნენ წამყვანი კრიტერიუმებით: სიმსივნის ტიპი, ლოკალიზაცია, ავადმყოფთა ასაკი.

8 ავადმყოფს ოპერაცია ჩაუტარდა ტრანსტერნალური, ხოლო 22-ს კი – თორაკოტომული მიდგომით. ოპერაციული მიდგომის არჩევა განისაზღვრებოდა კომპიუტერული ტომოგრაფიის მონაცემების, ხოლო რთულ შემთხვევებში – კომპიუტერული ტომოგრაფიის და ვიდეოთორაკოსკოპიის მონაცემების საფუძველზე. ტრანსტერნალურ მიდგომას მივმართავდით მაშინ, როცა სიმსივნე ლოკალიზებული იყო შუასაყარში რეტროსტერნალურად ან აღინიშნებოდა სიმსივნის ინვაზია ორივე ჰემითორაქსში.

გაფართოებულ ოპერაციებს, შუასაყრის იშვიათი ავთვისებიანი (ინვაზიური) სიმსივნეების დროს, თან ახლდა: ფილტვების რეზექცია – 5 (41,7%), პერიკარდის – 4 (33,3%), ტრაქეის ან ბრონქის რეზექცია – 2 (16,7%), მსხვილი სისხლძარღვების კიდითი რეზექცია – 2 (16,7%) შემთხვევაში (იხ. ცხრილი №7).

გაფართოებულ ოპერაციებს ფილტვის იშვიათი ავთვისებიანი სიმსივნეების დროს, თან ახლდა: პერიკარდის რეზექცია – 4 (50,0%) შემთხვევაში, ტრაქეის ბიფურკაციული ზონის რეზექცია – 2 (25,0%), დიაფრაგმის რეზექცია – 1 (12,5%), გულმკერდის კედლის და ნეკნების რეზექცია – 1 (12,5%) შემთხვევაში.

გაფართოებულ ოპერაციებს გულმკერდის კედლის ავთვისებიანი სიმსივნის დროს, ინტრათორაკალური ზრდით, თან ახლდა: ნეკნების და კუნთების რეზექცია – 7 (70%), ფილტვის ნაწილობრივი რეზექცია – 4 (40%), დიაფრაგმის რეზექცია – 1 (10%) შემთხვევაში.

ცხრილი №7

**თანმხლები რეზექციები სხვადასხვა ლოკალიზაციის ინვაზიური სიმსივნეების დროს**

	სიმსივნის პირველადი ლოკალიზაცია	თანმხლები რეზექცია					
		ფილტვის	პერიკარდის	ტრაქეის ან ბრონქის	მსხვილი სისხლძარღვის (კიდითი)	დიაფრაგმის	გულმკერდის კედლის და ნეკნების
1	შუასაყარი	5	4	2	2	–	–

2	ფილტვი	–	4	2	–	1	1
3	გულმკერდის კედელი (ინტრათორაკა- ლური ზრდით)	4	–	–	–	1	7
სულ		9 (30%)	8(26,7%)	4(13,3%)	2(6,7%)	2(6,7%) )	8(26,7%) )

შუასაყრის და გულმკერდის კედლის ავთვისებიანი (ინვაზიური) სიმსივნეების დროს, 9 შემთხვევაში ჩატარდა ფილტვის რეზექცია: ატიპიური \_ 5, ლობექტომია \_ 3, ბილობექტომია \_ 1 შემთხვევაში. ლობ-ბილობექტომიის წარმოებისას ოპერაცია იწყებოდა დაზიანებული წილის (წილების) მობილიზაციით და მისი სისხლძარღვოვანი ელემენტებისა და ბრონქის დამუშავებით. შემდგომ, კეთდებოდა სიმსივნის ერთიან ბლოკში ამოკვეთა ფილტვის ნაწილთან. ატიპიურ რეზექციას ვაწარმოებდით ფილტვის პერიფერიულ ნაწილში ინვაზიის შემთხვევაში.

პერიკარდის რეზექცია გაკეთდა 8 შემთხვევაში. პერიკარდის რეზექციას ვაწარმოებდით მაშინ, როცა: სიმსივნე ჩაზრდილი იყო პერიკარდში მცირე ფართობზე ან პერიკარდიული ლიმფური კვანძების ჩაზრდისას პერიკარდში. პერიკარდიოტომია კეთდებოდა სიმსივნის ხილული კიდეებიდან 2 სმ-ის მოცილებით. სიმსივნის ამოკვეთასთან ერთად სცილდებოდა დაზიანებული პერიკარდი. რევიზიის შემდეგ, პერიკარდი იკერებოდა სიტუაციური ნაკერებით, «ფანჯრის» დატოვებით.

განსაკუთრებული სირთულით გამოირჩეოდა ოპერაციები ტრაქეის და ბრონქის რეზექციით, რომელიც ჩატარდა 4 ავადმყოფს შუასაყრის და ფილტვის ავთვისებიანი (ინვაზიური) სიმსივნით. გაფართოებული ოპერაციების დროს, ბრონქის რეზექციისას გამოიყენებოდა ცალფილტვიანი ვენტილაცია, ტრაქეის და მისი ბუფურკაციულ ზონაში მანიპულაციების დროს \_ ე.წ. «შუნტ» \_ სუნთქვა. ტრაქეასა და ბრონქებზე ჩარევებს, გაფართოებული ოპერაციების დროს, ვაწარმოებდით იგივე მეთოდით (საკერავი მასალა, ანასტომოზის ადაპტაცია, ჰერმეტიზაცია), რაც რეკონსტრუქციულ-პლასტიკურ ორგანოშემანარჩუნებელი ოპერაციების შემთხვევაში.

მსხვილი სისხლძარღვების კიდითი რეზექცია შესრულებული იყო 2 შემთხვევაში შუასაყრის ინვაზიური სიმსივნით. კიდითი რეზექცია კეთდებოდა სიმსივნის სისხლძარღვის კედელზე მცირე ფართობზე ჩაზრდის შემთხვევაში. დამჭერის მეშვეობით ვიღებდით სისხლძარღვის კედლის დაზიანებულ ნაწილს, სისხლის მიმოქცევის სრული გადაკეტვის გარეშე, რეზექციის შემდეგ სისხლძარღვი იკერებოდა ორ შრედ ატრავმული ნემსით.

დიაფრაგმის რეზექცია გაუკეთდა 2 ავადმყოფს ფილტვის და გულმკერდის კედლის ავთვისებიანი სიმსივნეების დროს. დიაფრაგმის რეზექცია ხდებოდა სიმსივნის ჩაზრდის ხილული კედლებიდან 2 სმ-ის მოშორებით. სიმსივნე იკვეთებოდა დიაფრაგმის რეზექციურულ

უბანთან ერთად. დიაფრაგმის მთლიანობის აღდენა ხდებოდა ორსართულიანი კვანძოვანი ნაკერებით, ერთ შემთხვევაში დამატებით ჩაკერებული იქნა პოლიპროპილენის ბადე.

გულმკერდის კედლის და ნეკნების რეზექცია გაუკეთდა 8 ავადმყოფს, ფილტვის და გულმკერდის კედლის ავთვისებიანი სიმსივნით. ნეკნების რეზექცია წარმოებდა მათში სიმსივნის ჩაზრდის ხილული კიდეებიდან 3 სმ-ის მოცილებით. გულმკერდის კედლის დიდი დეფექტების დასახურად, გაფართოებული რეზექციის შემდეგ, ჩვენს მიერ გამოყენებულ იქნა სისტემური მიდგომა ქსოვილების ამორჩევისადმი აუტოპლასტიკისთვის (5 შემთხვევაში). გულმკერდის კედლის წინა ნაწილის დეფექტის დროს, აუტოპლასტიკა ტარდებოდა დიდი მკერდის კუნთიდან, თორაკოდორსალური ნაფლეთიდან. გულმკერდის კედლის უკანა ნაწილის დეფექტის დროს – ტრაპეციოიდული კუნთიდან, თორაკოდორსალური ნაფლეთიდან. უკანასკნელ წლებში, სულ უფრო ხშირად ვიყენებდით კუნთების პლასტიკას ფიქსირებულ სისხლძარღვოვან ფეხზე, ბადისებური იმპლანტანტის შერწყმით. ამ დროს ვიყენებდით პოლიპროპილენის ბადეს («ლინტექს-ესფილ»).

გაფართოებული ოპერაციების დროს ჰემოსტაზისათვის, ელექტროკოაგუ-ლაციასთან ერთად ფართოდ ვიყენებდით «TaxoKომრ»-ის ფირფიტას.

გულმკერდშიდა ლოკალიზაციის, იშვიათი ავთვისებიანი (ინვაზიური) სიმსივნეების გაფართოებული ოპერაციების შემდეგ პოსტოპერაციული გართულებები აღენიშნა 8 (26,7%) ავადმყოფს (იხ. ცხრილი №8).

ცხრილი №8

**გართულებების რაოდენობა გაფართოებული ოპერაციების შემდეგ**

	გართულების სახეები	რაოდენობა	
		abs	%
1	ბრონქის ტაკვის უკმარისობა	2	6,7%
2	პლევრის ემპიემა	2	6,7%
3	ფილტვ-გულის უკმარისობა	1	3,3%
4	აროზიული სისხლდენა მსხვილი სისხლძარღვიდან	1	3,3%
5	ნეკნის ოსტეომიელიტი	1	3,3%

6	მოზრდილთა რესპირატორულ – დისტრეს სინდრომი	1	3,3%
	სულ	8	26,7%

საერთო პოსტოპერაციულმა ლეტალობამ შეადგინა 10,0%-ი. თუმცა, ოპერაციული ჩარევის ტექნიკის სრულყოფამ, თანამედროვე ქირურგიული და ანესთეზიოლოგიური ტექნოლოგიების გამოყენებამ, პაციენტების პრედოპერაციულმა მომზადებამ, პოსტოპერაციულ პერიოდში ინტენსიური თერაპიის სრულყოფამ, საშუალება მოგვცა ბოლო წლებში შეგვემცირებინა პოსტოპერაციული ლეტალობა და გართულებების რიცხვი (უკანასკნელი სამი წლის განმავლობაში ლეტალობა არ აღინიშნებოდა, გართულებები გამოუვლინდა 2 ავადმყოფს).

ვიზილავდით რა, იშვიათი ავთვისებიანი (ინვაზიური) სიმსივნით დაავადებულთა ქირურგიული მკურნალობის შედეგებს გაფართოებული და პალიატიური ოპერაციების შემდეგ, უნდა აღვნიშნოთ, რომ სამწლიანი ბარიერი, გაფართოებული ოპერაციების შემდეგ, გადალახა ავადმყოფთა 56,7%-მა, ხოლო პოლიატიური ოპერაციების შემდეგ, ქიმიო და სხივური თერაპიით – ვერც ერთმა ავადმყოფმა.

ქირურგიული მკურნალობის დროს პროგნოზის მნიშვნელოვანი ფაქტორი არის, ჩვენი მონაცემებით, პირველადი სიმსივნის ზომა, გულმკერდშიდა ლიმფური კვანძების მდგომარეობა და სიმსივნის დიფერენცირების ხარისხი. 10 სმ-მდე დიამეტრის ავთვისებიანი სიმსივნის დროს სამწლიანი სიცოცხლისუნარიანობა 2-ჯერ მაღალია, ვიდრე 10 სმ-ზე მეტი დიამეტრის ავთვისებიანი სიმსივნით დაავადებულ ავადმყოფებში. წარმოდგენილი მონაცემები მიუთითებენ იმაზე, რომ დიდი ზომის ავთვისებიანი იშვიათი სიმსივნეები არ წარმოადგენს უკუჩვენებას გაფართოებული ქირურგიული მკურნალობისთვის, თუმცა მათი შორეული შედეგები უარესია, ვიდრე მცირე ზომის ავთვისებიანი სიმსივნეების შემთხვევაში.

გულმკერდშიდა ლოკალიზაციის იშვიათი ავთვისებიანი სიმსივნეებით დაავადებულთა სიცოცხლის ხანგრძლივობაზე, ქირურგიული მკურნალობის შემდეგ, მოქმედებს ასევე სიმსივნის დიფერენციაციის ხარისხი. მცირე ზომის (5 სმ-მდე) ავთვისებიანი სიმსივნეების დროს დიფერენცირების ხარისხს არ აქვს არსებითი მნიშვნელობა; ხოლო დიდი ზომის მაღალდიფერენცირებული სიმსივნეების ქირურგიული მკურნალობის შედეგები უკეთესია, ვიდრე დაბალდიფერენცირებულ სიმსივნეთა შემთხვევაში (სამწლიანი ბარიერი გადალახეს შესაბამისად: ავადმყოფთა – 76%-მა – მცირე ზომის ავთვისებიანი სიმსივნით; ავადმყოფთა 57%-მა – მაღალდიფერენცირებული დიდი ზომის ავთვისებიანი სიმსივნით; ავადმყოფთა 32%-მა – დაბალდიფერენცირებული დიდი ზომის ავთვისებიანი სიმსივნით,  $P < 0,05$ ).

ამგვარად, გაფართოებული ოპერაციები, თანამედროვე ქირურგიული ტექნოლოგიების გამოყენებით, წარმოადგენს არჩევის მეთოდს გულმკერდშიდა იშვიათი ავთვისებიანი (ინვაზიური) სიმსივნეებით დაავადებულ ავადმყოფთა ქირურგიულ მკურნალობისას იმ შემთხვევაში, როცა პაციენტის ფუნქციონალური მდგომარეობა იძლევა ამ ჩარევების წარმოების საშუალებას.

**მინითორაკოტომული ოპერაციების** შესრულების გამოცდილება ვიდეოასისტირებით გვიჩვენებს, რომ ოპერაციის თითოეული ელემენტი მნიშვნელოვანია საბოლოო, დადებითი შედეგის მისაღწევად. ეს ძირითადად ეხება ავადმყოფის პოზიციას საოპერაციო მაგიდაზე და თორაკოპორტის ოპტიმალურად განთავსებას ოპტიკისათვის.

უფრო ხშირად, ავადმყოფს ჩვეულებრივი თორაკოტომიის დროს საოპერაციო მაგიდაზე ჯანმრთელ გვერდზე აწვენენ. ასეთი მდგომარეობა ქირურგს მოქმედების თავისუფლებას კი აძლევს, მაგრამ, მინითორაკოტომული ოპერაციების დროს მას გარკვეული ნაკლოვანებებიც გააჩნია. განსაკუთრებით ეს ეხება ჯანმრთელი ფილტვის კომპრესიას, რომელიც შეიძლება ცუდად აისახოს ფილტვის ვენტილაციაზე, როცა მოხდება სუნთქვის აქტიდან ოპერაციის მხარეს მისი გამოთიშვა.

მინითორაკოტომული ოპერაცია გაუკეთდა 12 ავადმყოფს ფილტვის და გულმკერდის კედლის კეთილთვისებიანი მცირე ზომის სიმსივნის დროს. საკონტროლო ჯგუფი წარმოდგენილი იყო 11 ავადმყოფით. ძირითადი და საკონტროლო ჯგუფები შეესაბამებოდა ერთმანეთს სხვადასხვა წამყვანი კრიტერიუმით – სიმსივნის სახე, ლოკალიზაცია, ავადმყოფის ასაკი.

მინითორაკოტომული ოპერაციის ჩასატარებლად ვიდეოასისტირებით, ჯანმრთელი ფილტვის კომპრესიის თავიდან აცილების მიზნით ცალფილტვიანი ვენტილაციის დროს, ავადმყოფს ვაწვენდით ნახევრად გვერდით მდგომარეობაში. ამავე დროს ჰემითორაქსის ქვეშ ვათავსებდით სოლისებურ ლილვაკს, რომლის დახმარებითაც ავადმყოფს ვაწვენდით შუალედურ მდგომარეობაში «ზურგზე» და «გვერდზე» შორის. ავადმყოფის ეს მდგომარეობა საოპერაციო მაგიდაზე შედარებით ფიზიოლოგიურია, ნაკლებად ვლინდება ჯანმრთელი ფილტვის კომპრესია ცალ- ფილტვიანი ვენტილაციის დროს.

მნიშვნელოვანი და ბოლომდე შეუსწავლელია თორაკოპორტის ოპერაციისათვის განლაგების და დამატებითი მინითორაკოტომული ჭრილობის შესრულების საკითხი. ამ მხრივ, დიდი მნიშვნელობა აქვს გულმკერდის კომპიუტერული ტომოგრაფიის მონაცემებს. ამის გათვალისწინებით, დასათვალისწინებლად საუკეთესო პირობები იქმნებოდა მაშინ, როცა ოპერაციული მოქმედების ღერძის დახრა, ოპტიკასთან მიმართებაში, იყო 90%. თუ ამ კუთხის მაჩვენებლები 25<sup>0</sup>-ზე ნაკლები იყო, ოპერაციის ჩატარება შეუძლებელი იყო. თორაკოპორტი ოპერაციისთვის ფიქსირდებოდა ჩარევის ობიექტის წერტილიდან რაც შეიძლება შორს. ამ დროს, ოპერაციის მდგომარეობის შეცვლის პირობებში, შეიძლებოდა ყოველი მხრიდან დაგვეთვალაიერებინა ოპერაციის ზონა.

ამრიგად, თორაკოპორტის წარმართვის წერტილი ოპტიკისათვის და მინითორაკოტომული ჭრილის გატარება ქირურგიული ინსტრუმენტების შესაყვანად, გულმკერდის კედლის და ფილტვის იშვიათი კეთილთვისებიანი სიმსივნეების დროს, ინდივიდუალურია და დამოკიდებულია პათოლოგიური პროცესის ლოკალიზაციაზე (კომპიუტერული ტომოგრაფიის მონაცემების საფუძველზე).

ჩვენი აზრით, მინითორაკოტომული ჩარევა ვიდეოასისტირებით, უნდა ჩატარდეს შემდეგი ჩვენებით:

- ფილტვის პერიფერიული კეთილთვისებიანი სიმსივნე (ზომით არაუმეტეს 5-6 სმ-ი);
- პლევრისა და ინტრათორაკალური ზრდით გულმკერდის კედლის კეთილთვისებიანი სიმსივნე (ზომით არაუმეტეს 5-6სმ).



მინითორაკოტომული ოპერაციის ვიდეოასისტირებით უკუჩვენება, ჩვენი აზრით, შეიძლება ჩამოყალიბდეს შემდეგნაირად:

- \_ გულმკერდშიდა ლოკალიზაციის იშვიათი ავთვისებიანი სიმსივნე;
- \_ ფილტვის კარში და შუასაყარში მეტასტაზების არსებობა;
- \_ პლევრის ღრუს და წილთაშორისი პლევრის ობლიტერაცია;
- \_ გულმკედშიდა ლოკალიზაციის იშვიათი, დიდი ზომის კეთილთვისებიანი სიმსივნე.

ვიდეოასისტირებით მინითორაკოტომული ოპერაციების უპირატესობის საკითხების გამოსავლენად ტრადიციულ თორაკოტომიასთან მიმართებით, ჩვენ შევადარეთ: ოპერაციის ხანგრძლივობა, ოპერაციისშემდგომი პერიოდის მიმდინარეობა (ექსუდატის რაოდენობა, რომელიც გამოიყოფა დრენაჟებით; პლევრალური სივრცის დრენირების ხანგრძლივობა; ანალგეტიკების რაოდენობა ოპერაციის შემდეგ; სტაციონარში ავადმყოფის ყოფნის ხანგრძლივობა) და ავადმყოფებში განვითარებული ოპერაციისშემდგომი გართულებები.

ზემოთ აღნიშნული მონაცემები ჩვენ შევადარეთ საკონტროლო ჯგუფის ავადმყოფებს, რომელთაც ჩაუტარდათ თორაკოტომული მიდგომით ფილტვის და გულმკერდის კედლის სიმსივნის პრეციზული ამოკვეთა ან ფილტვის ატიპიური რეზექცია.

მინითორაკოტომული ჩარევების ხანგრძლივობა ვიდეოასისტირებით მერყეობდა 25-დან 80 წუთამდე, ხოლო საკონტროლო ჯგუფში \_ 45 წუთიდან 110 წუთამდე. ძირითადი ჯგუფის ავადმყოფებში აღინიშნებოდა ოპერაციის ხანგრძლივობის შემცირება (საშუალოდ  $48,54 \pm 3,08$  წუთი) საკონტროლო ჯგუფთან შედარებით ( $74,20 \pm 2,8$  წუთი,  $P < 0,01$ ). აქედან გამომდინარე, თორაკოტომულ ოპერაციებთან შედარებით, მინითორაკოტომული ოპერაციები ვიდეოასისტირებით, ფილტვის და ინტრათორაკალური ზრდით გულმკერდის კედლის იშვიათი კეთილთვისებიანი სიმსივნეების დროს (ზომით 5-6 სმ-მდე), ხანგრძლივობის მიხედვით უფრო ხელსაყრელია.

აგრეთვე პლევრის ღრუდან ექსუდაცია და დრენირების ვადები აღმოჩნდა მნიშვნელოვნად მეტი თორაკოტომული ოპერაციების შემდეგ ვიდეოასისტირებით მინითორაკოტომულ ოპერაციებთან შედარებით. ფილტვის და გულმკერდის კედლის (ინტრათორაკალური ზრდით) იშვიათი კეთილთვისებიანი სიმსივნეების ვიდეოასისტირებით მინითორაკოტომული ოპერაციების შემდეგ ექსუდაციამ შეადგინა: პირველ დღეს  $126,75 \pm 64,6$ , მეორე დღეს \_  $90,00 \pm 10,12$ , მესამე დღეს \_  $48,5 \pm 5,2$ ; მაშინ როცა თორაკოტომული ოპერაციების შემდეგ ექსუდაციამ: პირველ დღეს შეადგინა \_  $280,5 \pm 40,5$ ; მეორე დღეს \_  $124,4 \pm 20,7$ ; მესამე დღეს \_  $100,8 \pm 14,8$ , მეოთხე დღეს \_  $86,5 \pm 10,0$  მლ.

პლევრის ღრუს საშუალო დრენირების ხანგრძლივობა, ვიდეოასისტირებით მინითორაკოტომული ოპერაციების შემდეგ, აღმოჩნდა მნიშვნელოვნად ნაკლები ( $1,8 \pm 0,14$  დღე) თორაკოტომულ ოპერაციებთან შედარებით ( $3,2 \pm 0,48$  დღე). აგრეთვე მნიშვნელოვნად ნაკლები იყო I ჯგუფში, საკონტროლო ჯგუფთან შედარებით, პოსტოპერაციულ პერიოდში ანალგეტიკების მოხმარების რაოდენობაც. სტაციონარში ყოფნის დრო I ჯგუფის ავადმყოფებში მერყეობდა  $5,26 \pm 0,85$  დღის ფარგლებში, ხოლო მეორე ჯგუფის ავადმყოფებში \_  $9,42 \pm 1,76$  ფარგლებში.

ყოველივე ზემოაღნიშნულიდან გამომდინარე, მინითორაკოტომული ოპერაციები ვიდეოასისტირებით წარმოადგენს არჩევის მეთოდს ფილტვის პერიფერიული და ინტრათორაკალური ზრდით გულმკერდის კედლის კეთილთვისებიანი სიმსივნეების (ზომით 5-6სმ-მდე) ქირურგიულ მკურნალობისას.

## დასკვნები

1. კომპიუტერული ტომოგრაფია წარმოადგენს მაღალინფორმაციულ მეთოდს გულმკერდში და იშვიათი სიმსივნეების დიაგნოსტიკასა და მათი გავრცელების საზღვრების დადგენაში.

2. მაგნიტურ-რეზონანსული ტომოგრაფია, ულტრაბგერითი და ბრონქოსკოპული კვლევა გამოიყენება სპეციალური ჩვენებით გულმკერდში და იშვიათი სიმსივნეების დიაგნოსტიკის დროს. მაგნიტურ – რეზონანსული ტომოგრაფიის ჩატარება მიზანშეწონილია ნეკნ-ხერხემლის კუთხეში ლოკალიზებული სიმსივნეების დროს და შუასაყრის სიმსივნის ინვაზიის დასადგენად მსხვილ სისხლძარღვებში. ულტრასონოგრაფია წარმოადგენს მაღალინფორმაციულ მეთოდს სიმსივნის პერიკარდში გავრცელების და პერიკარდის პირველადი მეზოთელიომის დიაგნოსტიკის დროს. ბრონქოსკოპიული კვლევა ეფექტურია გულმკერდში და სასუნთქი გზების სიმსივნეთა დიაგნოსტიკაში.

3. ტრანსთორაკალური პუნქციური ბიოფსია, კომპიუტერული ტომოგრაფიის და ულტრაბგერითი კვლევის კონტროლით, აუმჯობესებს გულმკერდში და იშვიათი სიმსივნეების ოპერაციამდელ მორფოლოგიურ დიაგნოსტიკას და მკვეთრად ამცირებს დიაგნოსტიკური თორაკოტომიის ჩატარების საჭიროებას.

4. რეკონსტრუქციულ-პლასტიკური ორგანომემანარჩუნებელი ოპერაციები წარმოადგენს არჩევის მეთოდს გულმკერდში და სასუნთქი გზების ადენომების და ტიპიური კარცინოიდების მკურნალობისას, ხოლო ატიპიური კარცინოიდების შემთხვევაში ქირურგიული მკურნალობის ტაქტიკა იდენტურია, როგორც ფილტვის კიბოს დროს.

5. ბრონქის იზოლირებული (ცირკულარული, ფანჯრისებური) რეზექცია აკმაყოფილებს ონკოლოგიური რადიკალიზმის მოთხოვნებს ენდობრონქული ზრდით გულმკერდში და სასუნთქი გზების ადენომების და ტიპიური კარცინოიდების დროს, ხოლო სიმსივნეების პერიბრონქულად ან ინტრაპულმონარულად გავრცელების შემთხვევაში მიზანშეწონილია ზედა (შუა) ლობექტომიის წარმოება ბრონქის ცირკულარული რეზექციით ან ქვედა ლობექტომიის ბრონქის სოლისებური რეზექციით.

6. ჩვენს მიერ შემუშავებული ინტრაოპერაციული ბრონქოტომიის და ფილტვის ვენტულაციის სინჯი სპეციალური კატეტერის გამოყენებით სიმსივნის პერიფერიულად, სხვა მეთოდებთან ერთად (კომპიუტერული ტომოგრაფიის მონაცემები, პალპატორული სინჯი) საშუალებას გვაძლევს გავაუმჯობესოთ ფილტვში მეორადი შეუქცევადი ცვლილებების არსებობის დადგენა და შევარჩიოთ ქირურგიული მკურნალობის ოპტიმალური მეთოდი.

7. გაფართოებული ოპერაციები, თანამედროვე ქირურგიული ტექნოლოგიების გამოყენებით, წარმოადგენს სიცოცხლის გახანგრძლივების ყველაზე ოპტიმალურ მეთოდს გულმკერდში და ლოკალიზაციის იშვიათი ავთვისებიანი (ინვაზიური) სიმსივნეებით დაავადებულ ავადმყოფებში.

8. შორეული შედეგები და სიცოცხლის ხანგრძლივობა გულმკერდში და იშვიათი ავთვისებიანი სიმსივნეების ქირურგიული მკურნალობისას დამოკიდებულია ორ ძირითად ფაქტორზე – სიმსივნის ზომაზე და დიფერენცირების ხარისხზე.

ახალწარმონაქმნის დიფერენცირების ხარისხს არ აქვს არსებითი მნიშვნელობა მცირე ზომის (5 სმ. – მდე) იშვიათ ავთვისებიან სიმსივნეთა ქირურგიული მკურნალობის შედეგებზე, ხოლო დიდი ზომის იშვიათი ავთვისებიანი მაღალდიფერენცირებული სიმსივნეების ქირურგიული მკურნალობის შორეული შედეგები გაცილებით უკეთესია, ვიდრე დაბალდიფერენცირებულის (სამწლიანი ბარიერი გადალახეს შესაბამისად ავადმყოფთა 76%, 57% და 32%-მა.  $P < 0,05$ ).

9. მინინვაზიური ოპერაციები წარმოადგენენ არჩევის მეთოდს ფილტვის პერიფერიული, პლევრის და ინტრათორაკალური ზრდით გულმკერდის კედლის (ზომით 5-6 სმ-მდე) იშვიათი კეთილთვისებიანი სიმსივნეების მკურნალობის დროს.

### პრაქტიკული რეკომენდაციები

გულმკერდშიდა იშვიათი სიმსივნეების ჰისტოტიპის, ლოკალიზაციის და გავრცელების საზღვრების ზუსტი დადგენა ადექვატური მკურნალობის ტაქტიკის შერჩევის ძირითადი წინაპირობაა.

გულმკერდშიდა იშვიათი სიმსივნეების დიაგნოსტიკაში კლასიკურ რენტგენოლოგიურ გამოკვლევასთან შედარებით კომპიუტერული ტომოგრაფია ხასიათდებოდა გაცილებით მაღალი ინფორმაციულობით, რაც საშუალებას გვაძლევს რეკომენდაცია მივცეთ ამ უკანასკნელის ფართო გამოყენებას პრაქტიკაში.

შუასაყრის ნეკნ-ხერხემლის კუთხის სიმსივნეების გავრცელების და ავთვისებიანი ახალწარმონაქმნების ინვაზიის დასადგენად მსხვილ სისხლძარღვებში (როცა კომპიუტერული ტომოგრაფიის ჩატარება კონტრასტირებით შეუძლებელია) მიზანშეწონილია მაგნიტურ-რეზონანსული ტომოგრაფიის ჩატარება, ხოლო პერიკარდის პირველადი სიმსივნეების და მასში მეორადი ინვაზიის დროს რეკომენდირებულია ულტრაბგერითი კვლევის ჩატარება.

ვიდეობრონქოსკოპია ბიოფსიით წარმოადგენს მაღალინფორმაციულ მეთოდს გულმკერდშიდა სასუნთქი გზების იშვიათი სიმსივნეების დიაგნოსტიკის დროს, რაც ვიზუალური დათვალიერების გარდა, საშუალებას გვაძლევს აღებული იქნას მასალა ციტო-ჰისტოლოგიური კვლევისთვის.

ჩვენს მიერ რეკომენდირებული დიაგნოსტიკური კვლევების ალგორითმი შემდეგია:

– შუასაყრის იშვიათი სიმსივნეების დროს: რენტგენოგრაფია, კომპიუტერული ტომოგრაფია, მაგნიტურ-რეზონანსული ტომოგრაფია, პუნქციური ბიოფსია კომპიუტერულ-ტომოგრაფიული კონტროლით, დიაგნოსტიკური მინითორაკოტომია ვიდეოასისტირებით;

– ფილტვის იშვიათი სიმსივნეების დროს: რენტგენოგრაფია, ბრონქოსკოპია ბიოფსიით, კომპიუტერული ტომოგრაფია, პუნქციური ბიოფსია კომპიუტერულ-ტომოგრაფიული კონტროლით (პერიფერიული სიმსივნეების შემთხვევაში), დიაგნოსტიკური მინითორაკოტომია ვიდეოასისტირებით;

– გულმკერდის კედლის და პირველადი სიმსივნეების დროს: რენტგენოგრაფია, კომპიუტერული ტომოგრაფია, პუნქციური ბიოფსია კომპიუტერულ-ტომოგრაფიული ან ულტრაბგერითი კვლევის კონტროლით, დიაგნოსტიკური მინითორაკოტომია ვიდეოასისტირებით.

გულმკერდშიდა იშვიათი სიმსივნეების დროს გაფართოებული, რეკონსტრუქციულ-პლასტიკური და მინიინვაზიური ქირურგიული ოპერაციების ფართო დანერგვა კლინიკურ პრაქტიკაში მოგვცემს მკურნალობის ეფექტურობის ამაღლების საშუალებას.

### დისერტაციის თემაზე გამოქვეყნებული სამეცნიერო შრომების ნუსხა:

1. «ფილტვის იშვიათი პერიფერიული სიმსივნეების დიაგნოსტიკა და ქირურგიული მკურნალობის შედეგები», ჟურნალში «საქართველოს ონკოლოგია», №1/2001, გვ. 23-27. (თანაავტ.: რ.გაგუა, ფ.თოდუა, ვ.კუჭავა, დ.გიორგაძე, თ.ჩაჩხიანი).
2. «თიმომების დიაგნოსტიკა და ქირურგიული მკურნალობის შედეგები», ჟურნალში «საქართველოს ონკოლოგია», №1/2002, გვ. 8-13. (თანაავტ.: რ.გაგუა, ფ.თოდუა, ვ.კუჭავა, ლ.გზირიშვილი, დ.გიორგაძე).
3. «Диагностика и результаты хирургического лечения редких опухолей трахео - бронхиального дерева», ჟურნალში «Georgian Medical News», 2002, №2(83), с. 36-39. (Соавт.: Р.Гагуа, В.Кучава, Г.Герсамия).
4. « Диагностика, особенности клинического течения и результаты хирургического лечения бронхолёгочных карциноидов», ჟურნალში «Georgian Medical News», 2002, №4(85), с. 30-33. (Соавт.: Р.Гагуа, В.Кучава, В. Кацарава, Г.Герсамия).
5. «Хирургическая тактика и результаты лечения редких опухолей лёгких», ჟურნალში «Georgian Medical News», 2002, 17-8(88-89), с. 10-13(Соавт.: Р.Гагуа, В.Кучава, К.Гобечия).
6. «Диагностика и результаты хирургического лечения первичных неэпителиальных опухолей лёгких», ჟურნალში «Georgian Medical News», 2002, №9(90), с. 20-23. (Соавт.: Р.Гагуа, Ф.Тодуа, В.Кучава, Г.Герсамия).
7. «Диагностика и результаты хирургического лечения внутригрудных нерогенных опухолей», ჟურნალში «Хирургия им. Н.И. Пирогова», 10/2002, с. 15-18. (Соавт.: Р.Гагуа, В.Кучава, Н.Тодუა, Г.Пипия).
8. «Хирургическое и комбинированное лечение инвазивных опухолей средостения», ჟურნალში «Грудная и сердечно-сосудистая хирургия», 6/2002, с. 61-64. (Соавт.: Р.Гагуа, В.Кучава, Н.Тодუა, Л.Гзиришвили).
9. «Диагностика и результаты лечения внутригрудных первичных злокачественных опухолей», ჟურნალში «რენტგენოლოგიის და რადიოლოგიის მაცნე», 2003, №1(14), გვ. 43-46. (Соавт.: Р.Гагуа, Г.Цивცივაძე, В.Кучава, Г.Герсамия).
10. «Диагностика и результаты хирургического лечения редких внутригрудных опухолей» კრებულში «Материалы 2-ой международной конференции по торакальной хирургии», Москва, 2003, с. 72-78. (Соавт.: Р.Гагуа, В.Кучава, Г.Герсамия).
11. «Диагностика и тактика хирургического лечения первичных солидных опухолей средостения», კრებულში «Материалы международной научно-практической конференции», Тбилиси, 2003, Т. II с. 17-19. (Соавт.: Р.Гагуа, В.Кучава, Н.Тодუა).
12. «Реконструктивно-пластические операции при первичных опухолях трахео-бронхиального дерева», კრებულში «Сборник научных трудов международной научно-

практической конференции - Актуальные проблемы онкологии», Алматы 2003, с. 185-187. (Соавт.: Р.Гагуа, В.Кучава, Т.Чачхиани).

13. «Диагностика и результаты лечения первичных сарком внутригрудной локализаций», ჟურნალში «Georgian Medical News», 2004, №1(106), с. 36-38. . (Соавт.: Р.Гагуа, Н.Тодуа, В.Кучава, Т.Чачхиани).
14. «Диагностика и результаты хирургического лечения первичных опухолей грудной клетки с интраторакальным ростом», ჟურნალში «რენტგენოლოგიის და რადიოლოგიის მაცნე», 2004, №1(17), გვ. 29-32. (Соавт.: Р.Гагуа, Н.Тодуа, В.Кучава, Т.Чачхиани).
15. «Резекции трахеи и бронхов при первичных опухолях внутригрудных дыхательных путей», კრებულში «Материалы 3-ей Московской конференции по торакальной хирургий», Москва, 2005, с. 24-26. (Соавт.: Р.Гагуа, В.Кучава, Д.Гиоргадзе).
16. «Диагностика и результаты хирургического лечения редких гигантских опухолей внутригрудной локализации», ჟურნალში «Хирургия им. Н.И. Пирогова», 12/2005, с. 21-25. (Соавт.: Р.Гагуа, В.Кучава, Л.Гзиришвили, З.Ломидзе).