

თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტი

*ხელნაწერის უფლებით*

ვლადიმერ ხუტაშვილი

*ზედა ყბის კიბოს მკურნალობის*

*ეფექტურობის ანალიზი*

14.00.14 – ონკოლოგია

მედიცინის მეცნიერებათა კანდიდატის სამეცნიერო  
ხარისხის მოსაპოვებლად წარმოდგენილი დისერტაციის

ა ვ ტ ო რ ე ფ ე რ ა ტ ი

თბილისი

2006 წ.

ნაშრომი შესრულებულია საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს პროფესორ ა. ღვამიჩავას სახელობის ონკოლოგიის ნაციონალური ცენტრის თავისა და კისრის სიმსივნეების განყოფილებაში.

**სამეცნიერო ხელმძღვანელები:** – კონსტანტინე მარდალეიშვილი  
მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი,  
პროფესორი

– გიორგი ორმოცაძე  
ბიოლოგიურ მეცნიერებათა დოქტორი.

**ოფიციალური ოპონენტები:** – ვლადიმერ კუჭავა  
მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი.  
(14.00.14)

– ზურაბ ჩიჩუა  
მედიცინის მეცნიერებათა კანდიდატი,  
დოცენტი.  
(14.00.21)

დისერტაციის დაცვა შედგება 2006 წლის ---- ----- საათზე  
თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტში, სადისერტაციო საბჭოს **m**  
**14.44 №13** სხდომაზე (თბილისი, ჭავჭავაძის გამზირი №29).

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

ავტორეფერატი დაიგზავნა 2006 წლის ---- -----

სადისერტაციო საბჭოს სწავლული მდივანი,

მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი, პროფესორის.

ვაშაკიძე

## ნაშრომის ზოგადი დახასიათება

**პრობლემის აქტუალობა.** ზედა ყბის წიაღის ავთვისებიანი სიმსივნეების ხვედრითი წონა ონკოლოგიურ დაავადებათა სტრუქტურაში არ აღემატება 1–4%-ს (Jeff H. Kim T. 1993). იგი ხასიათდება უსიმპტომო მიმდინარეობით, რაც განაპირობებს ავადმყოფთა 80%-ის მომართვას სპეციალიზირებულ ონკოლოგიურ დაწესებულებებში სიმსივნის გავრცელებული (III-IV სტადია) პროცესებით (Bridger GP, Mendelsohn MS, Baldwin M. 1991). აღსანიშნავია, რომ ზედა ყბის წიაღის კიბო 3-ჯერ უფრო ხშირად გვხვდება მამაკაცებში, ვიდრე ქალებში (Markola A.T., Aronen H.J., Paavonen T. 1996). და როგორც წესი იგი 45-დან 55 წლამდე ასაკის პაციენტთა ხვედრია (Phillips C.D., Futterer S.F., Lipper M.H. 1997).

ავტორთა უმრავლესობას (Краевский Н.А., Смольяникова А.В., Саркисова Д.С. 1993; Antilia J., Sonnien P., Grenman R. 1993) მიაჩნია, რომ სიმსივნური პროცესის განვითარებას მნიშვნელოვნად ხელს უწყობს დუნედ მიმდინარე ქრონიკული ანთებითი პროცესები, რომლის დროსაც აღინიშნება წიაღის ამომფენი ლორწოვანის ჰიპერპლაზია, რასაც შემდგომში თან სდევს სიმსივნის განვითარება.

მიუხედავად მრავალი შრომებისა, რომლებიც ეძღვნება ზედა ყბის ავთვისებიანი სიმსივნეების მკურნალობას, იგი მაინც რჩება ერთერთ რთულ და ჯერ კიდევ გადაუჭრელ პრობლემად. ერთის მხრივ, ეს განპირობებულია ჰაიმორის ღრუს აგებულების ანატომიური თავისებურებებით. ხოლო მეორეს მხრივ, მისი განლაგებით სახის ჩონჩხის სიღრმეში და უშუალო სიახლოვით ისეთ სასიცოცხლო ორგანოებთან, როგორც არის თავის ტვინი, თვალები, მაგისტრალური სისხლძარღვები და სხვა. ყოველივე ეს ართულებს, როგორც სხივური ენერჯის მაქსიმალური დოზებით გამოყენებას, ასევე რადიკალური ოპერაციის წარმოებას. მაგრამ, მიუხედავად ამისა, მიღებული შედეგების ეფექტურობის ანალიზი გვიჩვენებს, რომ ბოლო ერთი საუკუნის განმავლობაში, აღნიშნული დაავადების მკურნალობაში მიღწეულია მნიშვნელოვანი პროგრესი. გადარჩენილ ავადმყოფთა რიცხვი 5%-დან გაიზარდა 46%-მდე. რაც უდაოდ ტექნიკურმა პროგრესმა და მკურნალობისადმი დიფერენცირებულმა მიდგომამ განაპირობა (Aisen A.M., Martel W., Braunstein E.M., Mcmillen K.I., Phillips W.A. 1986; Atlas S.W., Grossman R.J., Gomori J.N., Guerry D., Hackney D.B. 1987; Annis J.A., Phelps P.D., 1989; Antilia J., Sonnien P., Grenman R. 1993; Шацкая Н.Х. 1993; Черкаев В.А. 1995; Сдвижков А.М. 1997).

მაგრამ, მიუხედავად ამისა, ჯერ კიდევ არ არის დასაბუთებულად წარმოდგენილი ერთობლივი კონცეფცია ზედა ყბის კიბოს მკურნალობის შესახებ დაავადების მიმდინარეობის, მორფოლოგიური შენების და სხვა კლინიკურ თავისებურებათა გამოვლინების გათვალისწინებით. აღნიშნული მახასიათებლების შესწავლა სხვადასხვა მეთოდებით ნამკურნალებ ავადმყოფთა ჯგუფებში შესაძლებლობას მოგვცემდა გამოგვევლინა ინფორმატიულ ნიშანთა სიმპტომო

კომპლექსი, რომელიც მნიშვნელოვნად განაპირობებდა მკურნალობის შედეგს და შესაბამისად დაავადების გამოსავალს. სამწუხაროდ, ასევე არ არსებობს სისტემატიზირებული მონაცემები მკურნალობის ინდივიდუალური მოდელირების შესახებ, ყოველ კონკრეტულ შემთხვევაში, რაც მნიშვნელოვნად შეუწყობდა ხელს მკურნალობის ეფექტურობის ამაღლებას.

აქედან გამომდინარე, ჩვენი კვლევის მიზანს წარმოადგენდა, გამოგვევლინა ინფორმატიული კლინიკო-მორფოლოგიური ნიშნები, რომლებიც მნიშვნელოვან ზეგავლენას ახდენდნენ ჩატარებული კონსერვატიული, ქირურგიული და კომბინირებული მკურნალობის ეფექტურობაზე. ამისათვის გამოიზნული იყო შემდეგი ამოცანების გადაჭრა:

- 1 შეგვესწავლა ზედა ყბის ავთვისებიანი სიმსივნეების მიმდინარეობის თავისებურებანი დაავადების კლინიკო-მორფოლოგიურ გამოვლინებათა გათვალისწინებით.
- 2 დაგვედგინა ზედა ყბის ავთვისებიანი სიმსივნეების კლინიკო-მორფოლოგიური მახასიათებლების განაწილება სხვადასხვა მეთოდებით ნამკურნალებ ავადმყოფთა ჯგუფებში, მკურნალობის შედეგის გათვალისწინებით.
- 3 გამოგვევლინა ყველაზე ინფორმატიული ნიშნები, რომლებიც მნიშვნელოვან ზეგავლენას ახდენენ მკურნალობის ეფექტურობასა და აქედან გამომდინარე სიცოცხლის ხანგრძლივობაზე.
- 4 მიღებული შედეგების საფუძველზე შეგვემუშავებინა მკურნალობის ინდივიდუალური მოდელირების სქემები, რაც მოგვცემდა საშუალებას, ყოველ კონკრეტულ შემთხვევაში შეგვეჩინა მკურნალობის ოპტიმალური მეთოდი და შესაბამისად გაგვეზარდა გამოჯანსაღებულ პაციენტთა რიცხვი.

#### თემის მეცნიერული სიახლე.

1. პირველად დიდ კლინიკურ მასალაზე დაყრდნობით შესწავლილია ზედა ყბის ავთვისებიანი სიმსივნეების მიმდინარეობის თავისებურებანი, დაავადების კლინიკო-მორფოლოგიურ გამოვლინებათა გათვალისწინებით.
2. დადგენილია ზედა ყბის ავთვისებიანი სიმსივნეების კლინიკო-მორფოლოგიური მახასიათებლების განაწილება სხვადასხვა მეთოდებით ნამკურნალებ ავადმყოფთა ჯგუფებში, მკურნალობის შედეგის გათვალისწინებით.
3. გამოვლენილია ყველაზე ინფორმატიული ნიშნები, რომლებიც მნიშვნელოვან ზეგავლენას ახდენენ მკურნალობის ეფექტურობასა და აქედან გამომდინარე სიცოცხლის ხანგრძლივობაზე.
4. მიღებული შედეგების საფუძველზე შემუშავებულია მკურნალობის ინდივიდუალური მოდელირების სქემები, რაც საშუალებას იძლევა ყოველ

**კვლევის თეორიულ-პრაქტიკული ღირებულება.** შემუშავებულია ზედა ყბის ავთვისებიანი სიმსივნეების სრული დიაგნოსტიკური ალგორითმი. შეფასებულია ჰაიმორის წიაღის კიბოს კონსერვატიული, ქირურგიული და კომბინირებული მკურნალობის მეთოდების ეფექტურობა. დადგენილია ტიპური, დამზოგველი და გაფართოებული ქირურგიული ოპერაციების გამოყენების ჩვენება-უკუჩვენება, ავთვისებიანი სიმსივნის კლინიკო-მორფოლოგიური გამოვლინების და ტოპოგრაფო-ანატომიური მახასიათებლების გათვალისწინებით.

### **საჯარო დაცვაზე გასატანი ძირითადი დებულებები**

1. ზედა ყბის ავთვისებიანი სიმსივნეების სრული დიაგნოსტიკური ალგორითმი მოიცავს შემდეგი კვლევების: რინოსკოპიის, ზედა ყბის რენტგენოგრაფიის, ფიბროსკოპიის, კომპიუტერული და მაგნიტურ-რეზონანსული ტომოგრაფიის თანმიმდევრულ გამოყენებას, რომელიც სრულდება დამიზნებითი ციტოლოგიური ან მორფოლოგიური კვლევის განხორციელებით.
2. მკურნალობის ტაქტიკის შერჩევასათვის აუცილებელია გათვალისწინებულ იქნას სიმსივნის მორფოლოგიური შენება; დაავადების გავრცელება; ძვლოვანი კედლების დესტრუქცია; მეტასტაზების რაოდენობა, ლოკალიზაცია, და ზომები; დაავადების არსებობის ხანგრძლიობა და ავადმყოფთა ასაკი.
3. ცოცხალ და გარდაცვლილ ავადმყოფთა ჯგუფებში მკურნალობის მეთოდების ეფექტურობის ანალიზმა კლასტერული მეთოდის გამოყენებით მოგვცა საშუალება, გამოგვეყო პაციენტთა 3 ჯგუფი: I ჯგუფი შეადგინეს ავადმყოფებმა, სადაც, მიუხედავად გამოყენებული მკურნალობის რადიკალური მეთოდებისა, (კონსერვატიული, ქირურგიული და კომბინირებული) მიღწეულ იქნა სრული გამოჯანსაღება. II ჯგუფში გაერთიანდნენ პაციენტები, რომელთაც მკურნალობის I ან II ეტაპზე აუცილებლად ესაჭიროებათ ქირურგიული ჩარევის განხორციელება კომბინირებული ან კომბინირებულ-გაფართოებული ოპერაციების სახით. III ჯგუფი შეადგინეს ავადმყოფებმა, რომლებიც პროგნოსტული თვალსაზრისით აღმოჩნდნენ აბსოლუტურად უპერსპექტივონი მკურნალობის იმ ტრადიციული მეთოდების მიმართ, რომლებიც გამოიყენება თანამედროვე ონკოლოგიაში.

### **აპრობაცია და გამოკვლევის შედეგების დანერგვა**

დისერტაციის მასალები მოხსენებული და განხილულია პროფ. ა. ღვამიჩავას სახელობის ონკოლოგიის ნაციონალური ცენტრის თავისა და კისრის სიმსივნეების, მამოლოგიური, აბდომინური, პროქტოლოგიური, თორაკალური, უროლოგიური, ბავშვთა განყოფილებების და თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის ონკოლოგიის კათედრების გაერთიანებული სხდომაზე (თბილისი 2006).

ჩატარებული კვლევის შედეგები დანერგილია საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს პროფესორ ა. ღვამიჩავას სახელობის ონკოლოგიის ნაციონალური ცენტრის თავისა და კისრის სიმსივნეების განყოფილებაში.

**პუბლიკაციები:** დისერტაციის თემის ირგვლივ გამოქვეყნებულია 3 სამეცნიერო სტატია.

**დისერტაციის მოცულობა და სტრუქტურა:** დისერტაცია წარმოდგენილია კომპიუტერზე ნაბეჭდი ტექსტის 134 გვერდზე და შედგება შემდეგი თავებისაგან: შესავალი, ლიტერატურის მიმოხილვა, კვლევის მასალა და მეთოდები, ზედა ყბის ავთვისებიანი სიმსივნეების კლინიკო-მორფოლოგიური დახასიათება და მკურნალობის შედეგების ანალიზი, ჰაიმორის ღრუს ავთვისებიანი სიმსივნეების მიმდინარეობისა და დაავადების გამოსავლის პროგნოზირება, მიღებული შედეგების განსჯა, დასკვნები, პრაქტიკული რეკომენდაციები და გამოყენებული ლიტერატურის ნუსხა, რომელიც შეიცავს 246 წყაროს. ნაშრომი ილუსტრირებულია 21 ცხრილით, 8 დიაგრამით, 7 გრაფიკით და 1 სურათით.

### **კვლევის მასალები და მეთოდები**

ნაშრომი დაფუძნებულია ჰაიმორის წიაღის კიბოთი დაავადებული 146 ავადმყოფის კლინიკო-მორფოლოგიური მონაცემების ანალიზზე, რომლებსაც ჩაუტარდათ მკურნალობა საქართველოს პროფ. ა. ღვამიჩავას სახელობის ონკოლოგიის ნაციონალური ცენტრის თავ-კისრის სიმსივნეების განყოფილებაში 1985-2000 წლებში.

ყველა ავადმყოფს მკურნალობის დაწყებამდე ზოგად კლინიკურ გამოკვლევებთან ერთად, როგორც წესი უტარდებოდათ ცხვირის სავალისა და ცხვირხახის ფიბროსკოპია, ზედა ყბის წიაღების რენტგენოგრაფია. 61 შემთხვევაში აღნიშნულ კვლევებთან ერთად განხორციელებულ იქნა კომპიუტერული ტომოგრაფია, ხოლო 26-ში მაგნიტურ-რეზონანსული ტომოგრაფია. დაავადების ვერიფიკაციისათვის ვიყენებდით ციტოლოგიური და მორფოლოგიური კვლევის მეთოდებს. კისრის ლიმფური კვანძების მდგომარეობის შეფასების მიზნით, ავადმყოფებს უტარდებოდათ ექოსკოპია, ხოლო მეტასტაზურ დაზიანებაზე ეჭვის მიტანის შემთხვევაში – მაგნიტურ-რეზონანსულ ტომოგრაფია და ლიმფური კვანძების ციტოლოგიურ გამოკვლევა. მიღებული ინფორმაცია გადაგვეკონდა შემუშავებულ რუქა-კოდიფიკატორზე, რაც იძლეოდა შემდგომი სტატისტიკური დამუშავების საშუალებას.

აღსანიშნავია, რომ 146 პაციენტიდან 92(63%) იყო მამაკაცი, ხოლო 54(37%) – ქალი. ავადმყოფთა განაწილება სქესისა და ასაკის მიხედვით წარმოდგენილია ცხრილ№1-ში.

როგორც წარმოდგენილი მასალიდან ჩანს, ზედა ყბის წიაღის ავთვისებიანი სიმსივნეებით უფრო ხშირად ავადდებიან კაცები, ვიდრე ქალები. აღნიშნული პათოლოგია ძირითადად გვხვდება 50 წლის და მეტი ასაკის პაციენტებში.

ჩატარებული მორფოლოგიური (ციტოლოგია და ჰისტოლოგია) კვლევის შედეგად 90 შემთხვევაში დიაგნოსტირებულ იქნა ბრტყელუჯრედოვანი კიბო, მათ შორის მაღალდიფერენცირებული – 60, საშუალო დიფერენციაციის – 12, ხოლო დაბალდიფერენცირებული კიბო 18 შემთხვევაში. 19 ავადმყოფს დაუდგინდა ადენოკარცინომის დიაგნოზი, ხოლო 23-ს გამოუვლინდა ცილინდრულუჯრედოვანი კიბო.

**ცხრილი №1**

**ზედა ყბის წიაღის ავთვისებიანი სიმსივნეებით დაავადებულ ავადმყოფთა განაწილება ასაკისა და სქესის მიხედვით**

ასაკი წლებში	მამაკაცი		ქალი		სულ	
	ავადმყოფთა რაოდენობა	%	ავადმყოფთა რაოდენობა	%	ავადმყოფთა რაოდენობა	%
10-20	2	2,15	1	1,9	3	2,05
21-30	3	3,22	5	9,4	8	5,47
31-40	10	10,75	6	11,3	16	10,95
41-50	17	18,27	3	5,66	20	13,69
51-60	20	21,5	11	20,75	31	21,23
61-70	19	20,4	15	28,3	34	23,28
71-80	18	19,5	11	20,75	30	20,54
81-90	3	3,22	2	3,7	5	3,42
სულ	92	63	54	37	146	100

რაც შეეხება არაეპითელიური წარმოშობის სიმსივნეებს, ისინი დიაგნოსტირებულ იქნა 14 შემთხვევაში. მათგან ლიმფოსარკომა გამოუვლინდა 9 ავადმყოფს, ხოლო ანგიო, ქონდრო და ოსტეოსარკომები 5 ავადმყოფს. პაციენტთა განაწილება სიმსივნის მორფოლოგიური შენების მიხედვით წარმოდგენილია ცხრილში №2.

ზედა ყბის წიაღის ავთვისებიანი სიმსივნეების მორფოლოგიური დახასიათება

ჰისტომორფოლოგიური სტრუქტურა	ავადმყოფთა რაოდენობა	% შეფარდება ავადმყოფთა საერთო რაოდენობასთან
ეპითელიური სიმსივნეები	132	90,4%
ბრტყელუჯრედოვანი კარცინომა	90	68,2%
ადენოკარცინომა	19	14,9%
არაეპითელიური სიმსივნეები	14	9,6%
ლიმფოსარკომა	9	6,3%
ანგიო, ქონდრო და ოსტეოსარკომა	5	3,7%
ავადმყოფთა ჯამური რაოდენობა	146	100

კვლევის პროცესში, ზედა ყბის წიაღის კიბოს გავრცელების განსაზღვრის მიზნით, ვიყენებდით TNM კლასიფიკაციას, რომელიც შემუშავებულია კიბოს საერთაშორისო კავშირის (UICC) მიერ 2002 წელს. T<sub>1</sub> გავრცელების სიმსივნე გამოვლენილ იქნა 4 (2,74%) ავადმყოფში, T<sub>2</sub> – 23-ში (15,7%), T<sub>3</sub> – 59-ში (40,4%), ხოლო T<sub>4</sub> გავრცელების სიმსივნე დაუდგინდა 60 (41%) პაციენტს. ავადმყოფთა განაწილება TNM კლასიფიკაციის მიხედვით წარმოდგენილია ცხრილში №3.

ზედა ყბის წიაღის ავთვისებიანი სიმსივნეებით დაავადებულ ავადმყოფთა განაწილება სქესისა და TNM კლასიფიკაციის მიხედვით

TNM	კაცი		ქალი		სულ	
	რაოდენობა	%	რაოდენობა	%	რაოდენობა	%
T1N0M0	3	3,26	1	1,85	4	2,74
T2N0M0	15	16,3	8	14,8	23	15,7
T3N0M0	26	28,3	24	44,5	50	34,2
T3N1M0	4	4,35	3	5,6	7	4,8
T3N2M0	1	1,1	1	1,85	2	1,37
T4N0M0	29	31,5	18	33,4	47	32,2
T4N1M0	6	6,5	1	1,85	7	4,8
T4N2M0	4	4,35	1	1,85	5	3,4
T4N3M0	1	1,1	—	—	1	0,68
სულ	92	63	54	37	146	100

ჩატარებული კლინიკური და ექსკოპიური კვლევების შედეგად 146 პაციენტიდან 22-ს გამოუვლინდა რეგიონული მეტასტაზები, აქედან ერთეული – 14,



ხოლო მრავლობითი – 8 შემთხვევაში. მათ შორის 3 სმ-მდე ზომის 12-ში, ხოლო 3 სმ და მეტი ზომის – 10 შემთხვევაში.

მკურნალობის პირველ ეტაპზე 44 (30,13%) ავადმყოფს ჩაუტარდა ქიმიო-სხივური თერაპია, 87-ს (59,6%) – სხივური თერაპია, ხოლო 15-ს (10,3%) მხოლოდ ქირურგიული მკურნალობა. კონსერვატიული თერაპიის შემდეგ, ნარჩენი სიმსივნის არსებობის გამო, 51 შემთხვევაში განხორციელებულ იქნა ტიპიური, კომბინირებული და კომბინირებულ-გაფართოებული ოპერაციები.

კონსერვატიული მკურნალობის უშუალო შედეგები განისაზღვრებოდა შემდეგი კრიტერიუმებით:

- სრული ეფექტი – სიმსივნის 100%-იანი რეგრესია;
- ნაწილობრივი ეფექტი – სიმსივნის რეგრესია 50 და მეტი პროცენტით;
- ეფექტის გარეშე – სიმსივნის რეგრესია 50%-დე ან სიმსივნის ზომებში მომატება.

მკურნალობის შორეული შედეგები განისაზღვრებოდა პაციენტთა 2 და 5 წლიანი გამოჯანსაღებით.

მთელი ინფორმაცია დაავადების კლინიკო-მორფოლოგიური გამოვლინების, კონსერვატიული თერაპიის, განხორციელებული ოპერაციების მასშტაბების და მკურნალობის შედეგების შესახებ შემდგომში ექვემდებარებოდა სტატისტიკურ დამუშავებას. ამ მიზნით ჩვენს მიერ გამოყენებულ იქნა სტატისტიკური კვლევის კლასტერული და ლოგარითმულ-წრფივი ანალიზის მეთოდები. გამოთვლებს ვაწარმოებდით სტატისტიკურ პროგრამულ პაკეტ STATISTIKA 6-ის ოპერაციულ არეში.

ვინაიდან ჩვენი კვლევის ძირითად მიზანს წარმოადგენდა ზედა ყბის ავთვისებიანი სიმსივნეების იმ კლინიკო-მორფოლოგიური მახასიათებლების გამოვლენა, რომლებიც მნიშვნელოვან ზეგავლენას ახდენდნენ მკურნალობის ეფექტურობაზე, კვლევის პირველ ეტაპზე მიზანშეწონილად ჩავთვალეთ შეგვესწავლა მათი განაწილება სხვადასხვა შედეგით და მეთოდებით ნამკურნალებ პაციენტთა ჯგუფებში. ხოლო კვლევის მეორე ეტაპზე, გაანალიზებულ იქნა ინფორმატიული კლინიკო-მორფოლოგიური მახასიათებლების განაწილება ცოცხალ და გარდაცვლილ ავადმყოფთა ჯგუფებში, რაც დაავადების მიმდინარეობის და გამოსავლის პროგნოზირების საშუალებას იძლეოდა.

ჩატარებული მკურნალობის მეთოდების ეფექტურობის განსაზღვრის მიზნით, ჩვენს მიერ წარმოდგენილი 146 ავადმყოფის კლინიკო-მორფოლოგიური მონაცემები განხილულ იქნა 4 კლინიკურ ჯგუფში.

I ჯგუფი – შეადგინა 44 (28,7%) პაციენტმა, რომელთაც მკურნალობის პირველ ეტაპზე ჩატარდათ ქიმიო-სხივური თერაპია; ქიმიოთერაპია ძირითადად ატარებდა სისტემური პოლიქიმიოთერაპიის სახეს. 44 პაციენტიდან მამაკაცი იყო 26 (59%), ხოლო 18 (41%) კი – ქალი; TNM კლასიფიკაციის მიხედვით T<sub>2</sub> გავრცელების სიმსივნე დაუდგინდა 7 (16%) პაციენტს, T<sub>3</sub> – 15-ს (34%) და T<sub>4</sub> გავრცელების 22-ს (50%); 9 (20,5%) ავადმყოფს გამოუვლინდა ცალმხრივი რეგიონული მეტასტაზები, აქედან 7 (77,8%) შემთხვევაში ერთეული, ხოლო 2-ში (22,2%) კი – მრავლობითი.

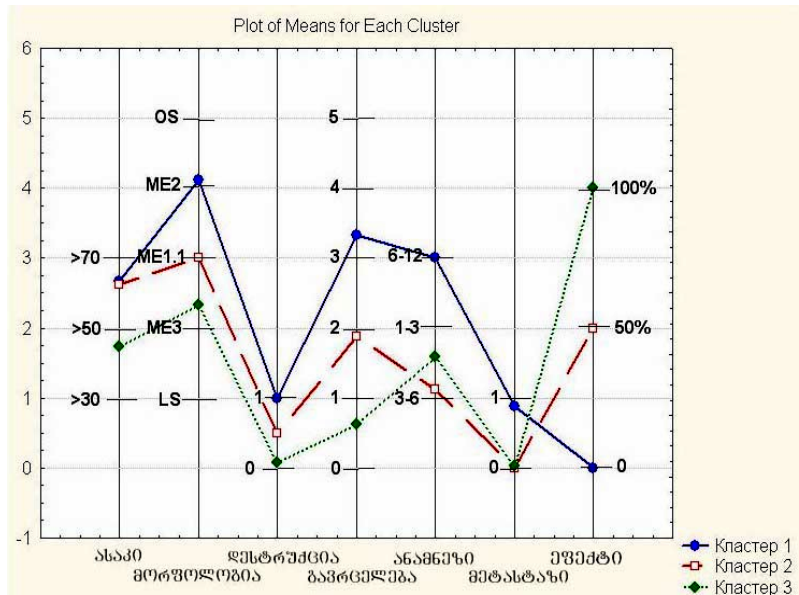
ჩატარებული პოლიქიმიოთერაპიული მკურნალობის შემდგომ სიმსივნის სრული რეგრესია მიღწეულ იქნა შემთხვევათა 29,5%-ში (13 ავადმყოფი), 50 და მეტი პროცენტით – 12 (27,3%) შემთხვევაში, ხოლო 16-ში (36,4%) – იგი უშედეგო აღმოჩნდა. აღნიშნული ჯგუფის ყველა ავადმყოფს მკურნალობის მეორე ეტაპზე გაუგრძელდა სხივური თერაპია ჯამური დოზით 70გრ-მდე. სხივური თერაპიის შემდეგ მნიშვნელოვნად გაიზარდა სიმსივნის 100%-იანი ანუ სრული რეზორბციის შედეგები (29,5%-დან 61,4%-მდე). სიმსივნის რეგრესია 50 და მეტი პროცენტით მიღწეულ იქნა 8 (18,2%) შემთხვევაში და მხოლოდ 9-ში (20,4%) იგი აღმოჩნდა უშედეგო.

ქიმიო-სხივური მკურნალობის შედეგად ავადმყოფთა ჯგუფში (27 პაციენტი), სადაც აღინიშნა სიმსივნის სრული რეზორბცია, სიცოცხლის 2 წლიანი ბარიერი დაავადების პროგრესირების ნიშნების გარეშე გადალახა 19 ავადმყოფმა, რამაც 70,3% შეადგინა, ხოლო, 8 (29,7%) შემთხვევაში აღინიშნა დაავადების პროგრესირების ნიშნები.

აღნიშნული ჯგუფის ავადმყოფთა მკურნალობის შედეგების კლასტერულმა ანალიზმა დაავადების კლინიკო-მორფოლოგიური გამოვლინებების გათვალისწინებით გვიჩვენა, რომ სიმსივნის 100%-იანი რეგრესია (74%) ძირითადად აღენიშნათ საშუალო ასაკის (30-50წ) პაციენტებს, პროცესის არსებობის ხანგრძლივობით 1-დან 6 თვემდე (82%); რომელთაც მორფოლოგიურად დაუდგინდათ ბრტყელუჯრედოვანი კიბო (59%), ლიმფოსარკომა (89%) ან ცილინდრომა (66%), ხოლო დაავადების გავრცელება არ აღემატებოდა 1 ანატომიურ სტრუქტურას (92,6%) ჰაიმორის ღრუს ძვლოვანი კედლების დესტრუქციის და რეგიონული ლიმფური კვანძების დაზიანების გარეშე (96,3%).

გრაფიკი 1.

ზედა ყბის კიბოს კლინიკო-მორფოლოგიური მახასიათებლების კლასტერული ანალიზი ქიმიო-სხივური მეთოდით ნამკურნალებ ავადმყოფთა ჯგუფში.



ცხრილი 4.

ზედა ყბის კიბოს კლინიკო-მორფოლოგიური მახასიათებლების ლოგარითმულ-წრფივი ანალიზი ქიმიო-სხივური მეთოდით ნამკურნალებ ავადმყოფთა ჯგუფში.

კლინიკო-მორფოლოგიური მახასიათებლები	$\chi^2$ P <sub>c1- c2</sub>	$\chi^2$ P <sub>c1- c3</sub>	$\chi^2$ P <sub>c2- c3</sub>
0 0000000 ასაკი	9,48 p=0,023	20,52 p<0,01	26,91 p<0,01
მორფოლოგია	6,35 p=0,095	19,45 p<0,01	13,06 p<0,01
დესტრუქცია	3,62 p=0,16	30,86 p<0,01	15,36 p<0,01
გავრცელება	22,68 p<0,01	26,98 p<0,01	42,84 p<0,01
ანამნეზი	14,71 p<0,01	30,06 p<0,01	51,68 p<0,01
მეტასტაზირება	19,89 p<0,01	46,99 p<0,01	-0,04 p=1
ეფექტი	15,2 p<0,01	33,01 p<0,01	20,85 p<0,01

ავადმყოფთა იმ ჯგუფში, სადაც კონსერვატიულმა მკურნალობამ შედეგი ვერ გამოიღო, პაციენტთა ასაკი მერყეობდა 55-დან 74 წლამდე (77,8%); დაავადების არსებობის ხანგრძლივობით 3 თვემდე (66,7%); მორფოლოგიურად აღინიშნებოდა ადენოკარცინომა (68%) ან ანგიო, ქონდრო და ოსტეოსარკომები (75%); ამ ჯგუფის პაციენტებში დაავადება ვრცელდებოდა ორ და მეტ მეზობელ ანატომიურ სტრუქტურაზე (82,4%); აღინიშნებოდა ძვლოვანი კედლების სხვაგვარად ხარისხის დესტრუქცია (72,3%); მრავლობითი ან ერთეული რეგიონული მეტასტაზების არსებობა, რომელთა ზომები აღემატებოდა 3სმ-ს (17,8%).

II ჯგუფში გაერთიანებულ იქნა ის 87 ავადმყოფი, რომლებსაც მკურნალობის პირველ ეტაპზე ჩაუტარდათ სხივური თერაპია. 87 პაციენტიდან მამაკაცი იყო 55

(63,2%), 32 (36,8%) – ქალი; T<sub>2</sub> გავრცელების სიმსივნე დაუდგინდა 7 (8%) პაციენტს, T<sub>3</sub> – 46-ს (52,9%) და T<sub>4</sub> გავრცელების 34 (39,1%) ავადმყოფს. 18 (20,7%) ავადმყოფს გამოვლინდა რეგიონული მეტასტაზები, აქედან 11-ს (61,1%) ერთეული, ხოლო 7-ს (38,9%) მრავლობითი. ყველა ავადმყოფს უტარდებოდა სხივური თერაპია წყვეტილი კურსით, პირველ ეტაპზე 40გრ-ს, ხოლო, მეორეზე – 30გრ-ს ოდენობით, დასხივების ჯამური დოზა არ აღემატებოდა 70გრ-ს.

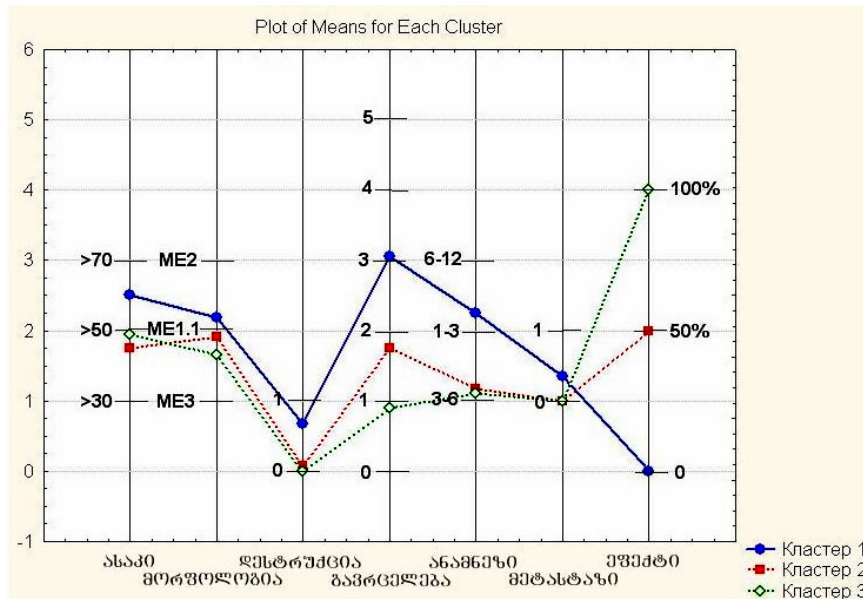
სხივური მკურნალობის I ეტაპის (40გრ) ჩატარების შემდეგ სიმსივნის 100%-იანი რეგრესია მიღწეულ იქნა 17 შემთხვევაში (19,5%), 22-ს (25,3%) აღინიშნა სიმსივნის რეგრესია 50 და მეტი პროცენტით, ხოლო 48 (55,2%) შემთხვევაში მკურნალობა აღმოჩნდა არაეფექტური. მკურნალობის II ეტაპის (30გრ) ჩატარების შემდეგ სიმსივნის სრული რეზორბცია აღინიშნა 38 შემთხვევაში, რამაც 43,7% შეადგინა. სიმსივნის რეგრესია 50 და მეტი პროცენტით მიღწეულ იქნა 12 (13,8%) შემთხვევაში და მხოლოდ 37-ში (42,4%) იგი აღმოჩნდა უშედეგო.

სხივური მკურნალობის შემდეგ ავადმყოფთა ჯგუფში (38 პაციენტი), სადაც გამოვლენილ იქნა სიმსივნის სრული რეზორბცია, სიცოცხლის 2 წლიანი ბარიერი დაავადების პროგრესირების ნიშნების გარეშე გადალახა 22 ავადმყოფმა, რამაც 57,9% შეადგინა, ხოლო 16 (42,1%) შემთხვევაში აღინიშნა დაავადების პროგრესირების ნიშნები.

ჩატარებული მათემატიკური ანალიზის საფუძველზე დადგინდა, რომ სხივური თერაპიის შემდეგ სიმსივნის 100%-იანი რეგრესია ძირითადად მიღწეულ იქნა შედარებით ახალგაზრდა (30-50წელი) ასაკის პაციენტებში (85,7%), სადაც დაავადების არსებობის ხანგრძლივობა შეადგენდა 3-6 თვეს (86,5%); სიმსივნის მორფოლოგიური შენება განისაზღვრებოდა ბრტყელუჯრედოვანი კიბოს დაბალდიფერენცირებული ფორმით (64%) ან ცილინდრომით (84,6%), რომელთა გავრცელება ვარირებდა არაუმეტეს 1 ანატომიური სტრუქტურისა (97,8%), ჰაიმორის ღრუს ძვლოვანი კედლების დესტრუქციის და რეგიონული ლიმფური კვანძების დაზიანების გარეშე.

სხივური მკურნალობა უშედეგო აღმოჩნდა ძირითადად პაციენტთა იმ ჯგუფში, რომელთა ასაკი მერყეობდა 50-დან 70 წლამდე (78,6%); სადაც დაავადების არსებობის ხანგრძლივობა შეადგენდა 1-დან 3 ან 6-დან 12 თვეს (87,3%); დაავადების მორფოლოგიური შენება ძირითადად განისაზღვრებოდა ადენოკარცინომით (70%) ან მაღალი დიფერენცირების ბრტყელუჯრედოვანი კიბოთი (50%); იქ, სადაც სიმსივნე ვრცელდებოდა ორზე მეტ ანატომიურ სტრუქტურაზე (69,3%), აღინიშნებოდა ძვლოვანი კედლების სხვადასხვა ხარისხის დესტრუქცია (76,9%) და გამოვლენილი იყო მრავლობითი ან ერთეული რეგიონული მეტასტაზები, რომელთა ზომები აღემატებოდა 3სმ-ს (19%).

ზედა ყბის კიბოს კლინიკო-მორფოლოგიური მახასიათებლების კლასტერული ანალიზი სხივური მეთოდით ნამკურნალებ ავადმყოფთა ჯგუფში.



ცხრილი 5.

ზედა ყბის კიბოს კლინიკო-მორფოლოგიური მახასიათებლების ლოგარითმულ-წრფივი ანალიზი სხივური მეთოდით ნამკურნალებ ავადმყოფთა ჯგუფში.

კლინიკო-მორფოლოგიური მახასიათებლები	$\chi^2$ P <sub>c1- c2</sub>	$\chi^2$ P <sub>c1- c3</sub>	$\chi^2$ P <sub>c2- c3</sub>
ასაკი	27,13 p<0,01	18,66 p<0,01	53,15 p<0,01
მორფოლოგია	30,82 p<0,01	21,97 p<0,01	44,1 p<0,01
დესტრუქცია	69,61 p<0,01	14,79 p<0,01	4,62 p=0,099
გავრცელება	35,77 p<0,01	59,19 p<0,01	15,63 p<0,01
ანამნეზი	18,9 p<0,01	96,1 p<0,01	5,03 p=0,441
მეტასტაზირება	25,49 p<0,01	73,73 p<0,01	4,88 p=0,027
ეფექტი	25,71 p<0,01	73,05 p<0,01	27,27 p<0,01

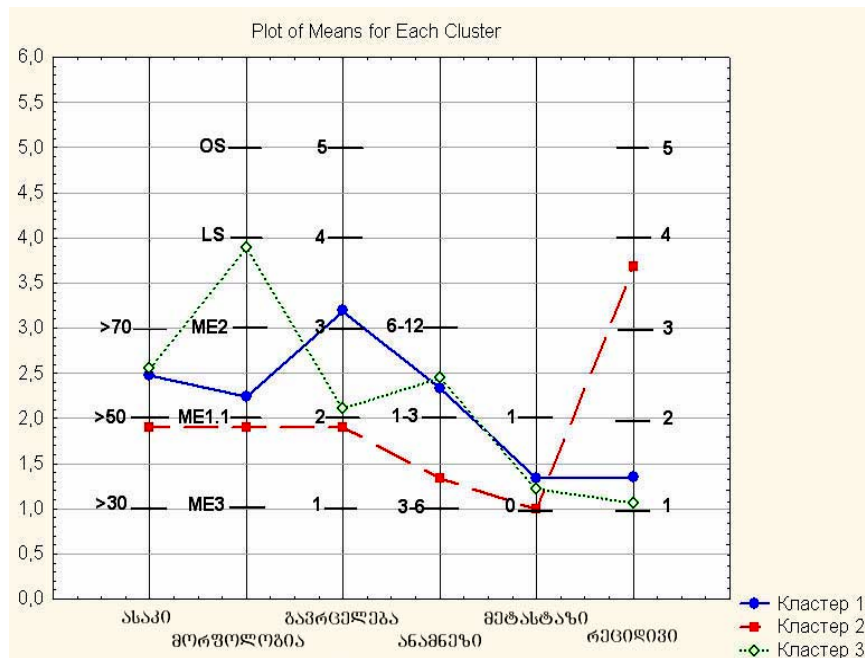
**III ჯგუფში** გაერთიანებულ იქნა 51 ავადმყოფი, რომელთაც ჩატარებული კონსერვატული (ქიმიო-სხივური და სხივური თერაპია) მკურნალობის შემდეგ აღენიშნებოდათ ნარჩენი სიმსივნის არსებობა. მათგან ორ (3,9%) შემთხვევაში განხორციელებულ იქნა ზედა ყბის ტიპური ელექტორორეზექცია, ხოლო 40-ში (78,4%) – კომბინირებული და 9-ში (17,7%) – კომბინირებულ-გაფართოებული ოპერაციები. აღნიშნული ჯგუფი შეადგინა 28 (54,9%) მამაკაცმა და 23-მა (45,1%) ქალმა. T<sub>3</sub> გავრცელების სიმსივნე დაუდგინდა 16 (31,4%) პაციენტს, ხოლო T<sub>4</sub> გავრცელების – 35-ს (68,6%); 9 (17,6%) ავადმყოფს გამოუვლინდა 3 სმ-დე ზომის ერთეული რეგიონული მეტასტაზები, აქედან 4-ს (44,5%) – ყბისქვეშა სამკუთხედში, 3 (33,3%) – საძილე სამკუთხედში, ხოლო 2 (22,2%) – კისრის შუა მესამედში.

დაავადების გავრცელებიდან გამომდინარე, 49 (96%) შემთხვევაში, ზედა ყბასთან ერთად რეზეცირებულ იქნა ისეთი მიმდებარე ანატომიურ სტრუქტურები როგორცაა: ცხვირისა, ყვრიმალის და თვალბუდის ძვლები, ფრონტალური და ეთმოიდური წიაღების კედლები, საღეჭი კუნთები და ა.შ. 9 (17,6%) ავადმყოფიდან, რომლებსაც აღნიშნებოდათ რეგიონული მეტასტაზების არსებობა, 6-ს (66,7%) ჩაუტარდა კისრის ლიმფური კვანძების ფასციალურ-ფუტლიარული ამოკვეთა, ხოლო 3-ს (33,3%) – კრაილის ტიპის ოპერაცია.

ამ ავადმყოფებიდან სიცოცხლის ორ წლიანი ბარიერი დაავადების პროგრესირების ნიშნების გარეშე გადალახა 20 (39,2%) პაციენტმა. ხოლო, 31 (60,8%) ავადმყოფს დაავადების რეციდივი გამოუვლინდა პირველი ორი წლის განმავლობაში.

გრაფიკი 3.

ზედა ყბის კიბოს კლინიკო-მორფოლოგიური მახასიათებლების კლასტერული ანალიზი კომბინირებული მეთოდით ნამკურნალებ ავადმყოფთა ჯგუფში.



ცხრილი 6.

ზედა ყბის კიბოს კლინიკო-მორფოლოგიური მახასიათებლების ლოგარითმულ-წრფივი ანალიზი კომბინირებული მეთოდით ნამკურნალებ ავადმყოფთა ჯგუფში.

კლინიკო-მორფოლოგიური მახასიათებლები	$\chi^2$ P <sub>c1- c2</sub>	$\chi^2$ P <sub>c1- c3</sub>	$\chi^2$ P <sub>c2- c3</sub>
ასაკი	14,17 p<0,01	5,24 p=0,156	11,45 p<0,01
მორფოლოგია	33,96 p<0,01	52,02 p<0,01	22,64 p<0,01
გავრცელება	27,13 p<0,01	28,43 p<0,01	61,3 p<0,01
ანამნეზი	11,45 p<0,01	2,36 p=0,5	13,32 p<0,01

მეტასტაზირება	29,44 p<0,01	14,78 p<0,01	8,86 p=0,011
რეციდივი	9,53 p<0,01	23,84 p<0,01	11,62 p<0,01

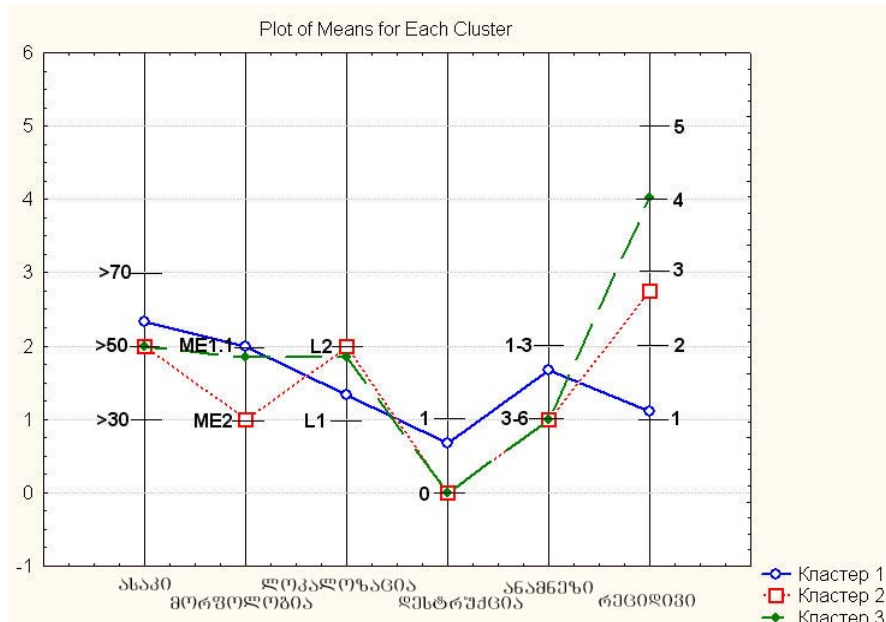
ჩატარებული კლასტერული ანალიზის საფუძველზე დადგინდა, რომ სიცოცხლის 2 წლიანი ბარიერი დაავადების პროგრესირების ნიშნების გარეშე ძირითადად გადალახეს შედარებით ახალგაზრდა (30-50წელი) ასაკის პაციენტებმა (77,2%), რომელთაც მორფოლოგიურად აღენიშნებოდათ ბრტყელუჯრედოვანი კიბოს მაღალფერენცირებული ფორმა (76,5%) ან ცილინდრომა (83,4%), დაავადების გავრცელებით არაუმეტეს ორი (81,8%) ანატომიური სტრუქტურისა, რომელთაც არ აღენიშნებოდათ რეგიონული ლიმფური კვანძების მეტასტაზური დაზიანება.

დაავადების პროგრესირება, ყველაზე ხშირად აღინიშნა 50-70 წლის (77,3%) ავადმყოფებში; სადაც მორფოლოგიურად დიაგნოსტირებული იყო დაბალი დიფერენცირების ბრტყელუჯრედოვანი კიბო (68,3%) პროცესის გავრცელებით სამ და მეტ (80%) ანატომიურ სტრუქტურაზე, რეალიზებული რეგიონული მეტასტაზებით (77,8%) კისრის ზედა და შუა მესამედში. დაავადების რეციდივები ასევე ხშირად გამოუვლინდა იმ პაციენტებს, სადაც დიაგნოსტირებული იყო სხვადასხვა წარმოშობის სარკომები (80%) და ადენოკარცინომა (69,3%); დაავადების გავრცელებით ორ და მეტ (80%) ანატომიურ სტრუქტურაზე, რეგიონული ლიმფური კვანძების დაზიანების გარეშე.

**IV ჯგუფი** – შეადგინა 15 ავადმყოფმა. პაციენტთა ეს ჯგუფი ჩამოყალიბდა ჩვენდაუნებურად, რადგან მიუხედავად ჩატარებული კვლევებისა ვერ მოხერხდა პროცესის მორფოლოგიური ვერიფიკაცია, რის გამოც იძულებული გავხდით გვეწარმოებინა ჰაიმოროტომია ბიოფსიური მასალის სასწრაფო მორფოლოგიური შესწავლით. აღნიშნულ ჯგუფში გაერთიანებულ იქნა 10 (66,6%) მამაკაცი და 5 (33,4%) ქალი; T<sub>1</sub> გავრცელების სიმსივნე დაუდგინდა 4 (26,7%) პაციენტს, T<sub>2</sub> გავრცელების – 9-ს (60%), ხოლო T<sub>3</sub> გავრცელების – 2 (13,3%) ავადმყოფს; ძვლოვანი კედლების დესტრუქცია და სიმსივნის გავრცელება წიაღის ფარგლებს გარეთ გამოვლენილი არ იყო არც ერთ შემთხვევაში. ამ ჯგუფის ავადმყოფებიდან, 3-ს (20%) ჩაუტარდა ზედა ყბის ნაწილობრივი რეზექცია, ხოლო 12 (80%) შემთხვევაში შესრულებულ იქნა კი ზედა ყბის ტიპური ელექტორეზექცია.



ზედა ყბის კიბოს კლინიკო-მორფოლოგიური მახასიათებლების კლასტერული ანალიზი ქირურგიული მეთოდით ნამკურნალებ ავადმყოფთა ჯგუფში.



ყბის კიბოს კლინიკო-მორფოლოგიური მახასიათებლების ლოგარითმულ-წრფივი ანალიზი ქირურგიული მეთოდით ნამკურნალებ ავადმყოფთა ჯგუფში.

კლინიკო-მორფოლოგიური მახასიათებლები	$\chi^2$ P <sub>c1- c2</sub>	$\chi^2$ P <sub>c1- c3</sub>	$\chi^2$ P <sub>c2- c3</sub>
ასაკი	8,69 p=0,03	3,97 p=0,41	2,5 p=0,47
მორფოლოგია	10,12 p<0,01	3,79 p=0,14	12,07 p<0,01
ლოკალიზაცია	11,31 p<0,01	10,01 p<0,01	1,29 p=0,54
დესტრუქცია	12,06 p<0,01	10,34 <0,01	11,62 <0,01
ანამნეზი	14,15 p<0,01	12,33 <0,01	11,62 <0,01
რეციდივი	11,03 p<0,01	11,15 p<0,01	2,42 p=0,48

ამ ავადმყოფებიდან სიცოცხლის ორ წლიანი ბარიერი დაავადების პროგრესირების ნიშნების გარეშე გადალახა 9 (60%) პაციენტმა. ხოლო დანარჩენ 6 (40%) ავადმყოფს, დაავადების რეციდივი გამოუვლინდა პირველი ორი წლის განმავლობაში.

ჩატარებული კლასტერული ანალიზის საფუძველზე დადგინდა, რომ დაავადების პროგრესირების ნიშნები 2 წლის განმავლობაში ძირითადად არ აღენიშნათ 50 წლამდე ასაკის პაციენტებს (77,2%), რომელთაც მორფოლოგიურად გამოუვლინდათ ბრტყელუჯრედოვანი კიბო (50%) ან ადენოკარცინომა (100%), სიმსივნის ლოკალიზაციით წიაღის ქვედა-წინა ნახევარში (96%) დაავადების არსებობის ხანგრძლივობით 3-დან 6 თვემდე.



დაავადების რეციდივი ყველაზე ხშირად გამოვლენილ იქნა 50-დან 70 წლამდე (77,3%) ასაკის ავადმყოფებში; სადაც მორფოლოგიურად დადგინდა დაბალი დიფერენცირების ბრტყელუჯრედოვანი კიბო დაავადების არსებობის ხანგრძლივობით 1-დან 3 თვემდე, პროცესის ლოკალიზაციით წიაღის ზედა-უკანა ნახევარში (87%) ძვლოვანი კედლების დესტრუქციით (67%).

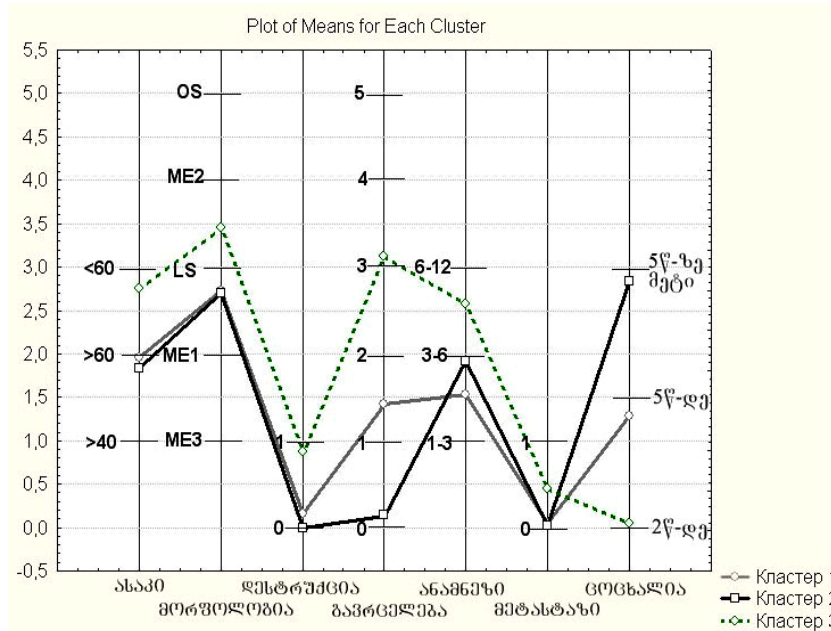
ამრიგად, სხვადასხვა მეთოდით და შედეგით ნამკურნალებ ავადმყოფთა ჯგუფებში კლინიკო-მორფოლოგიური მახასიათებლების განაწილების მათემატიკურმა ანალიზმა გვიჩვენა, რომ ზედა ყბის კიბოს მკურნალობის ეფექტურობის პროგნოზირებისათვის ყველაზე ინფორმატიულია შემდეგი კრიტერიუმები:

- ავადმყოფთა ასაკი;
- დაავადების არსებობის ხანგრძლივობა;
- სიმსივნის მორფოლოგიური შენება;
- დაავადების გავრცელება;
- ძვლოვანი კედლების დესტრუქცია;
- მეტასტაზების რაოდენობა, ლოკალიზაცია, და ზომები.

წარმოდგენილი კლინიკო-მორფოლოგიური მახასიათებლების გათვალისწინება მკურნალობის ტაქტიკის შერჩევისას საშუალებას მოგვცემს, უფრო დიფერენცირებულად მივუდგეთ არსებული მკურნალობის მეთოდების გამოყენებას ყოველ კონკრეტულ შემთხვევაში.

კვლევის მეორე ეტაპზე, დაავადების გამოსავლის პროგნოზირებისათვის ინფორმატიული კრიტერიუმების გამოსავლენად, მიზანშეწონილად ჩავთვალეთ შეგვესწავლა კლინიკო-მორფოლოგიური მახასიათებლების განაწილება ცოცხალ და გარდაცვლილ პაციენტთა ჯგუფებში. პირველი ჯგუფი შეადგინა 82 (56,16%) ავადმყოფმა, რომლებმაც გადალახეს სიცოცხლის ორ წლიანი ბარიერი დაავადების რეციდივების და მეტასტაზების გარეშე. ხოლო მეორე ჯგუფში გაერთიანებულ იქნა 64 (43,84%) პაციენტი, რომლებიც გარდაიცვალნენ დაავადების პროგრესირების გამო რადიკალური მკურნალობის დამთავრებიდან პირველი ორი წლის განმავლობაში.

ზედა ყბის კიბოს კლინიკო-მორფოლოგიური მახასიათებლების კლასტერული ანალიზი ცოცხალ და გარდაცვლილ პაციენტთა ჯგუფებში.



ცხრილი 8.

ზედა ყბის კიბოს კლინიკო-მორფოლოგიური მახასიათებლების ლოგარითმულ-წრფივი ანალიზი ცოცხალ და გარდაცვლილ პაციენტთა ჯგუფებში.

კლინიკო-მორფოლოგიური მახასიათებლები	$\chi^2$ P <sub>c1- c2</sub>	$\chi^2$ P <sub>c1- c3</sub>	$\chi^2$ P <sub>c2- c3</sub>
ასაკი	21,28 p<0,01	36,21 p<0,01	73,33 p<0,01
მორფოლოგია	52,63 p<0,01	141,44 p<0,01	165,22 p<0,01
დესტრუქცია	12,37 p<0,01	52,21 p<0,01	71,94 p<0,01
გავრცელება	42,28 p<0,01	58,03 p<0,01	99,28 p<0,01
ანამნეზი	14,61 p<0,01	46,25 p<0,01	28,28 p<0,01
მეტასტაზირება	13,05 p<0,01	54,86 p<0,01	107,92 p<0,01
გადარჩენა	54,99 p<0,01	75,45 p<0,01	88,28 p<0,01

ჩატარებულმა კვლევამ გვიჩვენა, რომ სიცოცხლის 2 წლიანი ბარიერი, დაავადების პროგრესირების ნიშნების გარეშე, ძირითადად გადალახეს საშუალო (40-დან 50წლამდე) ასაკის პაციენტებმა (72,8%), სადაც სიმსივნის მორფოლოგიური შენება განისაზღვრებოდა ბრტყელუჯრედოვანი კიბოთი (57,7%), ლიმფოსარკომით (72,8%) ან ცილინდრომით (75%), ამ ჯგუფის პაციენტებში დაავადების გავრცელება არ აღემატებოდა 2 ანატომიურ სტრუქტურას (90%), ჰაიმორის ღრუს ძვლოვანი კედლების დესტრუქციის და რეგიონული ლიმფური კვანძების დაზიანების გარეშე (83,6%), ან ერთეული რეგიონული მეტასტაზის არსებობისას, რომლის ზომა არ აღემატებოდა 3სმ-ს (13,3%).

მკურნალობის დამთავრების შემდეგ პირველი 2 წლის განმავლობაში დაავადების პროგრესირებით გარდაიცვალა ძირითადად ის პაციენტები, რომელთა ასაკი აღემატებოდა 60 წელს (67,3%); სადაც მორფოლოგიური შენება როგორც წესი განისაზღვრებოდა ადენოკარცინომით (72,3%), დაბალი დიფერენცირების ბრტყელუჯრედოვანი კიბოთი (74,2%); ან სხვადასხვა წარმოშობის სარკომებით (92%) ამ ჯგუფის პაციენტებში აღინიშნებოდა სიმსივნის გავრცელება ორ და მეტ ანატომიურ სტრუქტურაზე (95,3%), ძვლოვანი კედლების დესტრუქციით (74,2%) და მრავლობითი ან ერთეული რეგიონული მეტასტაზების არსებობით, რომელთა ზომები აღემატებოდა 3სმ-ს (88,9%).

მკურნალობის მეთოდების ეფექტურობის და დაავადების გამოსავლის ყველაზე ინფორმატიული კრიტერიუმების კლასტერულმა ანალიზმა საშუალება მოგვცა, გამოგვეყო პაციენტთა 3 ჯგუფი.

I ჯგუფი შეადგინეს ავადმყოფებმა, სადაც მიუხედავად გამოყენებული მკურნალობის მეთოდებისა (კონსერვატიული, ქირურგიული და კომბინირებული), აღინიშნა სრული გამოჯანსაღება. ამ ჯგუფში აღმოჩნდნენ პაციენტები, რომელთაც მორფოლოგიურად აღენიშნებოდათ ლიმფოსარკომა (88,9%), ცილინდრომა (65,2%) და ბრტყელუჯრედოვანი კიბო (60%); სადაც სიმსივნე არ სცილდებოდა წიაღის ფარგლებს (100%) ან ვრცელდებოდა ერთ მიმდებარე ანატომიურ სტრუქტურაზე (86,8%) ძვლოვანი კედლების დესტრუქციის და რეგიონული მეტასტაზების გარეშე, დაავადების არსებობის ხანგრძლივობით 1-დან 6 თვემდე.

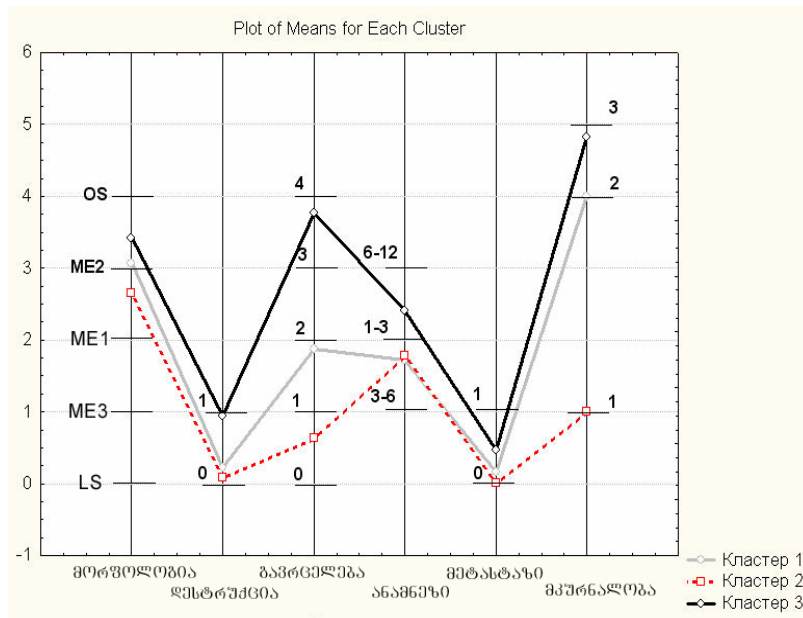
II ჯგუფში გაერთიანდნენ პაციენტები, რომელთაც სრული გამოჯანსაღების მისაღწევად აუცილებლად ესაჭიროებათ მკურნალობის I ან II ეტაპზე ქირურგიული ჩარევის განხორციელება კომბინირებული ან კომბინირებულ-გაფართოებული ოპერაციების სახით. ამ ჯგუფის პაციენტებს მორფოლოგიურად ძირითადად აღენიშნებოდათ ბრტყელუჯრედოვანი კიბო (31,2%) და ადენოკარცინომა (78,9%); დაავადების გავრცელებით 2 და მეტ მიმდებარე ანატომიურ ორგანოზე; ჰაიმორის ღრუს ძვლოვანი კედლების დესტრუქციით ან დესტრუქციის გარეშე; ავადმყოფთა 87% არ აღენიშნებოდათ რეგიონული ლიმფური კვანძების მეტასტაზური დაზიანებები; ხოლო დაავადების არსებობის ხანგრძლივობა ვარირებდა 1-დან 6 თვემდე.

III ჯგუფი შეადგინეს ავადმყოფებმა, რომლებიც პროგნოსტული თვალსაზრისით აღმოჩნდნენ აბსოლუტურად უპერსპექტივონი მკურნალობის იმ ტრადიციული მეთოდებისათვის, რაც გამოიყენება თანამედროვე ონკოლოგიაში. ამ ჯგუფის პაციენტებს ძირითადად აღენიშნებოდათ ანგიო, ქონდრო და ოსტეოსარკომები (80%), სიმსივნის გავრცელებით 4 მიმდებარე ანატომიურ სტრუქტურაზე, წიაღის ძვლოვანი კედლების დესტრუქციებით; მათ, 71,2% შემთხვევაში გამოუვლინდათ ერთეული ან მრავლობითი რეგიონული ლიმფური კვანძების მეტასტაზური დაზიანება, რომელთა ზომები აღემატებოდა 3სმ-ს; ხოლო,

დაავადების არსებობის ხანგრძლივობა მერყეობდა 1-დან 3 (42%) ან 6-დან 12 თვემდე (51%). ყოველივე ეს მეტყველებს იმის შესახებ, რომ აღნიშნული კონტინგენტის პაციენტთა მკურნალობისათვის შემუშავებული და გამოყენებული უნდა იქნას ახალი, ჯერ კიდევ არააპრობირებული მეთოდები.

გრაფიკი 6.

ზედა ყბის კიბოს კლინიკო-მორფოლოგიური მახასიათებლების კლასტერული ანალიზი, მკურნალობის არსებული მეთოდების ადექვატურობის შეფასების მიზნით, ცოცხალ და გარდაცვლილ პაციენტთა ჯგუფებში.



ცხრილი 9.

ზედა ყბის კიბოს კლინიკო-მორფოლოგიური მახასიათებლების ლოგარითმულ-წრფივი ანალიზი, მკურნალობის არსებული მეთოდების ადექვატურობის შეფასების მიზნით, ცოცხალ და გარდაცვლილ პაციენტთა ჯგუფებში.

კლინიკო-მორფოლოგიური მახასიათებლები	$\chi^2$ P <sub>c1-c2</sub>	$\chi^2$ P <sub>c1-c3</sub>	$\chi^2$ P <sub>c2-c3</sub>
მორფოლოგია	190,03 p<0,01	52,92 p<0,01	172,75 p<0,01
დესტრუქცია	33,26 p<0,01	34,48 p<0,01	98,58 p<0,01
გავრცელება	82,61 p<0,01	65,03 p<0,01	120,93 p<0,01
ანამნეზი	27,02 p<0,01	56,65 p<0,01	14,71 p<0,01
მეტასტაზირება	105,41 p<0,01	84,96 p<0,01	125,5 p<0,01
მკურნალობა	109,18 p<0,01	62,7 p<0,01	137,63 p<0,01

ამრიგად, მიღებული ინფორმაცია სარწმუნოების მაღალი ალბათობით იძლევა ზედა ყბის ავთვისებიანი სიმსივნეებით დაავადებულ ავადმყოფთა მკურნალობის ეფექტურობისა და დაავადების გამოსავლის პროგნოზირების საშუალებას. აღნიშნული ინფორმაციის გამოყენება ავადმყოფთა მკურნალობის მეთოდების

შერჩევას საშუალებას მოგვცემს მნიშვნელოვნად ავამაღლოთ მკურნალობის როგორც უშუალო, ასევე შორეული შედეგები.

## დასკვნები

1. საქართველოს ონკოლოგიური ცენტრის ბოლო 15 წლის მონაცემებით ზედა ყბის წიაღის ავთვისებიანი სიმსივნეების ხვედრითი წონა თავისა და კისრის ონკოლოგიურ დაავადებათა სტრუქტურაში შეადგენს 3,45%-ს და იგი 62,7%-ში ხასიათდება უსიმპტომო მიმდინარეობით, რაც განაპირობებს 81,4%-ში პაციენტთა მომართვას სპეციალიზირებულ ონკოლოგიურ დაწესებულებებში T<sub>3</sub> – T<sub>4</sub> გავრცელების მქონე სიმსივნური პროცესებით.

2. ზედა ყბის წიაღის ავთვისებიან დაავადებათა შორის წამყვანი ადგილი უჭირავს ეპითელიური წარმოშობის სიმსივნეებს (90,4%), რომელთა შორისაც უფრო ხშირად გვხვდება სხვადასხვა დიფერენცირების ბრტყელუჯრედოვანი კიბო (68,2%), ცილინდრომა (15,8%) და ადენოკარცინომა (13%). არაეპითელიური გენეზის სიმსივნეების ხვედრითი წონა არ აღემატება 9,6%-ს. მათგან ლიმფოსარკომა გამოვლენილ იქნა 6,2%-ში, ხოლო, ოსტეო, ქონდრო და ანგიოსარკომების რიცხვი 3,4%-ს არ აღემატება.

3. ზედა ყბის ავთვისებიანი სიმსივნეების კლინიკო-მორფოლოგიური მახასიათებლების მათემატიკურმა ანალიზმა გვიჩვენა, რომ მკურნალობის ეფექტურობის და დაავადების გამოსავლის პროგნოზირებისთვის ყველაზე ინფორმატიულია შემდეგი კრიტერიუმები: ავადმყოფთა ასაკი; დაავადების არსებობის ხანგრძლიობა; სიმსივნის მორფოლოგიური შენება; დაავადების ლოკალიზაცია და გავრცელება ირგვლივმდებარე ანატომიურ სტრუქტურებზე; ძვლოვანი კედლების დესტრუქცია და მისი ხარისხი; მეტასტაზების რაოდენობა, ლოკალიზაცია, და ზომები.

4. პაციენტებში, რომელთაც მორფოლოგიურად აღენიშნებოდათ ლიმფოსარკომა, ცილინდრომა და ბრტყელუჯრედოვანი კიბო; როდესაც სიმსივნე არ სცილდებოდა წიაღის ფარგლებს ან ვრცელდებოდა ერთ მიმდებარე ანატომიურ სტრუქტურაზე, ძვლოვანი კედლების დესტრუქციის და რეგიონული მეტასტაზების გარეშე, დაავადების არსებობის ხანგრძლივობით 6 თვემდე, შესაძლებელია გამოყენებული იქნას მკურნალობის როგორც კონსერვატიული, ასევე ქირურგიული და კომბინირებული მეთოდები, რაც იძლევა საშუალებას მივაღწიოთ პაციენტთა სრულ გამოჯანსაღებას.

5. პაციენტებს, რომელთაც მორფოლოგიურად აღენიშნებათ ბრტყელუჯრედოვანი კიბო, ადენოკარცინომა ან შემაერთებელქსოვილოვანი სიმსივნეები, დაავადების გავრცელებით 2 და მეტ მიმდებარე ანატომიურ სტრუქტურაზე; ჰაიმორის ღრუს ძვლოვანი კედლების დესტრუქციით ან დესტრუქციის გარეშე; რეგიონული

ლიმფური კვანძების მეტასტაზური დაზიანებების გარეშე ან მცირე ზომის (>3სმ) ერთეული რეგინული მეტასტაზებით, აუცილებლად ესაჭიროებათ მკურნალობის პირველ ან მეორე ეტაპზე ქირურგიული ჩარევის განხორციელება.

6. ავადმყოფები რომელთაც აღენიშნებოდათ სიმსივნის გავრცელება 4 მიმდებარე ანატომიურ სტრუქტურაზე წიაღის ძვლოვანი კედლების დესტრუქციით, ერთეული ან მრავლობითი რეგიონული ლიმფური კვანძების მეტასტაზური დაზიანებით, რომელთა ზომები აღემატება 3სმ-ს; ხოლო, დაავადების არსებობის ხანგრძლივობა მერყეობს 1-დან 12 თვემდე, პროგნოსტული თვალსაზრისით აბსოლუტურად უპერსპექტივონი არიან მკურნალობის იმ ტრადიციული მეთოდების მიმართ, რომლებიც გამოიყენება თანამედროვე ონკოლოგიაში. აღნიშნული კონტინგენტის მკურნალობა უნდა ხორციელდებოდეს პროტოკოლური სისტემით, სამეცნიერო კვლევით დაწესებულებებში ახალი, ჯერ კიდევ არააპრობირებული მეთოდების გამოყენებით.

7. მკურნალობის ტაქტიკის შერჩევისას, დაავადების კლინიკო-მორფოლოგიურ გამოვლინებათა ცვლადი სიდიდეების გათვალისწინება საშუალებას იძლევა განვახორციელოდ მკურნალობის მეთოდის დიფერენცირებული შერჩევა ყოველ კონკრეტულ შემთხვევაში. რაც, ჩვენი წინასწარი გაანგარიშებით მნიშვნელოვნად აამაღლებს მკურნალობის როგორც უშუალო, ასევე შორეულ შედეგებს.

### პრაქტიკული რეკომენდაციები

1. ზედა ყბის ავთვისებიანი სიმსივნეები ხასიათდებიან კლინიკური გამოვლინების მრავალფეროვნებით, რომლებიც ერთიანდებიან ოთხ ძირითად ჯგუფში. პირველი ჯგუფის სიმპტომებს ოტორინოლარინგოლოგიური ეწოდება, ესენია: ცხვირით სუნთქვის გაძნელება, სიხლიან-სეროზული გამონადენი, ყნოსვის დაქვეითება, ტკივილი წიაღის მიდამოში. მეორეს ნევროლოგიური (თავის ტკივილი, ნეიროპათია, მგრძნობელობის მოშლა სახის არეში); მესამეს სტომატოლოგიური (ტრიზმი, კბილის ტკივილი) და მეოთხეს ოფთალმოლოგიური (დიპლოპია, მხედველობის დაქვეითება, ეგზოფთალმი). ასევე აღსანიშნავია, რომ შესაძლებელია არსებობდეს ამ სიმპტომთა ორი ან სამი ჯგუფის ერთდროული, გადამკვეთი გამოვლინებანი.

2. როდესაც ჩნდება ეჭვი ზედა ყბის ავთვისებიანი სიმსივნის არსებობაზე, აუცილებელია ავადმყოფთა კომპლექსური გამოკვლევა, რაც გამოიხატება კვლევათა შემდეგ თანმიმდევრობაში: ზედა ყბის ძვლოვანი სტრუქტურების პალპაცია; შემდეგ ხორციელდება წინა რინოსკოპია, ეპიფარინგოსკოპია და ზედა ყბის რენტგენოგრაფია; ცხვირხახის და ცხვირის სავალების ფიბროსკოპია. ძვლოვანი

სტრუქტურების მთლიანობის დასადგენად კომპიუტერული ტომოგრაფია; ხოლო სიმსივნის ირგვლივმდებარე რბილ ქსოვილებში გავრცელების გამოსავლენად – მაგნიტურ-რეზონანსული ტომოგრაფია. სიმსივნის არსებობის შემთხვევაში კვლევა სრულდება ციტოლოგიური ან პუნქციური ბიოფსიის წარმოებით.

3. მკურნალობის ტაქტიკის შერჩევისათვის აუცილებელი ხდება გათვალისწინებულ იქნას ისეთი კლინიკო-მორფოლოგიური მახასიათებლები, როგორცაა:

- ავადმყოფთა ასაკი;
- დაავადების არსებობის ხანგრძლიობა;
- სიმსივნის მორფოლოგიური შენება;
- დაავადების ლოკალიზაცია და გავრცელება;
- ძვლოვანი კედლების დესტრუქცია და მისი ხარისხი;
- მეტასტაზების რაოდენობა, ლოკალიზაცია, და ზომები.

4. მკურნალობის დასრულების შემდეგ მიზანშეწონილია ყველა ავადმყოფი ექვემდებარებოდეს დინამიურ დაკვირვებას. რადგან დაავადების რეციდივები და რეგიონული მეტასტაზები 90%-ში ვითარდება პირველი ორი წლის განმავლობაში.

#### სადისერტაციო თემის გარშემო გამოქვეყნებული შრომების სია

1. ზედა ყბის კიბოს სხივური მკურნალობის უშუალო და შორეული შედეგების ანალიზი. რენტგენოლოგიის და რადიოლოგიის მაცნე 11(24) 2006წ, გვ. 16-20 (თანაავტორი კ. მარდალეიშვილი).
2. ზედა ყბის კიბოს ქიმიო-სხივური მკურნალობის უშუალო და შორეული შედეგების ანალიზი. რენტგენოლოგიის და რადიოლოგიის მაცნე 11(24) 2006წ, გვ. 57-61 (თანაავტორი კ. მარდალეიშვილი).
3. **Analysis of immediate and remote results of maxillary cancer combined treatment. "Experimental & clinical medicine" 14(29) 2006, p. 14-17 (Coauthors K. Mardaleishvili; G. Ormotsadze).**