

საქართველოს რესპუბლიკის შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის
სამინისტრო ი. ჟორდანიას სახელობის ადამიანის რეპროდუქციის ს/კ ინსტიტუტი

ს ა ბ ა ხ ტ ა რ ა შ ვ ი ლ ი თ ა მ ა რ ი

რეპროდუქციული ასაკის ქალთა საკვერცხის ცისტების და
ექტოპიური ორსულობის დიაგნოსტიკა თანამედროვე
მეთოდების გამოყენებით

მედიცინის მეცნიერებათა კანდიდატის სამეცნიერო
ხარისხის მოსაპოვებლად წარმოდგენილი

დ ი ს ე რ ტ ა ც ი ა

14.00.50 _ რეპროდუქტოლოგია

სამეცნიერო ხელმძღვანელი: მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი,
პროფესორი ა. ხომასურიძე

2006 .

შ ი ნ ა ა რ ს ი

შესავალი.

თავი I რეპროდუქციული ასაკის ქალთა საკვერცხის ცისტების და ექტოპიური ორსულობის დიაგნოსტიკა თანამედროვე მეთოდების გამოყენებით (ლიტერატურის მიმოხილვა).

თავი II მასალა და გამოკვლევის მეთოდები.

2.1. მცირე მენჯის ღრუს ულტრაბგერითი გამოკვლევა.

2.2. მცირე მენჯის ღრუს კომპიუტერულ ტომოგრაფიული კვლევა.

2.3. მცირე მენჯის ღრუს ლაპაროსკოპიული კვლევა.

თავი III საკუთარი კვლევის შედეგები.

3.1. ფოლიკულური ცისტა.

3.2. ყვითელი სხეულის ცისტა.

3.3. პარაოვარიული ცისტა.

3.4. ენდომეტრიული ცისტა.

3.5. დერმოიდული ცისტა.

3.6. ექტოპიური ორსულობა.

თავი IV მიღებული შედეგების განხილვა.

დასკვნები.

პრაქტიკული რეკომენდაციები.

ლიტერატურის სია.

შესავალი

პრობლემის აქტუალობა

საკვერცხის ცისტების სხვადასხვა პათოგენური ვარიანტების და ექტოპიური ორსულობის ადრეული და მაღალსარწმუნო დიაგნოსტიკა, რეპროდუქტოლოგიის ერთ-ერთ მნიშვნელოვან პრობლემას წარმოადგენს, რამეთუ დაგვიანებული დიაგნოსტიკა, დიაგნოსტიკური ცდომა და მასთან დაკავშირებული გაუმართლებელი ოპერაციული ჩარევა ხშირ შემთხვევაში ქალის ინფერტილობის მიზეზად გვევლინება.

ოცდამეერთე საუკუნის დასაწყისში უახლესი ტექნოლოგიების განვითარებამ და მედიცინაში მათმა დანერგვამ შესაძლებელი გახადა მრავალი, მათ შორის რეპროდუქციულ დაავადებათა უფრო სარწმუნო და ადრეული დიაგნოსტიკა.

ულტრასონოგრაფიული სკანირება, როგორც მაღალინფორმაციული, არაინვაზიური, შესატყვისად მრავალგზის განმეორებადი მეთოდი ფართოდ გამოიყენება მედიცინის სხვადასხვა დარგში და მათ შორის რეპროდუქტოლოგიაში. შემთხვევათა 96,8%-ში იგი გვეხმარება საკვერცხეების ტოპიკურ დიაგნოსტიკაში, ხოლო 85-87%-ში წარმონაქმნის სტრუქტურის დადგენაში. (Grandberg S., Crona N. 1997, Jain K.A., 2002; В. Догра, Д.Дж. Рубенс 2005).

კომპიუტერული ტომოგრაფიის შესაძლებლობების ვიზუალური, მეტრული და დენსიდომეტრული კრიტერიუმების გამოყენებამ მნიშვნელოვნად გაზარდა ტოპიკური და სტრუქტურული დიაგნოსტიკის ზღვარი. (ფ. თოდუა, რ. გაბუნია და ავტ. 1983 წ.; Bret და ავტ. 1992; ლ. ჯვარშიეშვილი 1997 წ.). ხოლო ენდოქორიურული ტექნიკის, კერძოდ, ლაპაროსკოპიის სწრაფი ტემპით განვითარებამ ბოლო ათწლეულში, მიუხედავად მისი ინვაზიურობისა, მნიშვნელოვანი პროგრესი შეიტანა გინეკოლოგიურ დაავადებათა, როგორც დიაგნოსტიკაში, ასევე მკურნალობაში. (Sanz L. E. 1995; А.Г. Хомасуридзе 1998; В.И. Кулаков, Л.В. Адамян 2000). თუმცა ამ მეთოდთა სადიაგნოსტიკო შესაძლებლობების ზღვარი და ცდომილებები აიძულებენ მეცნიერებს კვლავ აწარმოონ ძიებები ამ მიმართულებით.

ამდენად ჩვენი კვლევის მიზანს წარმოადგენდა რეპროდუქციული ასაკის ქალთა საკვერცხის ცისტების სხვადასხვა პათოგენური ვარიანტების და

ექტოპიური ორსულობის დიაგნოსტიკის თანამედროვე მეთოდების ეფექტურობის დადგენა.

დასახული მიზნების მისაღწევად დაისვა შემდეგი ამოცანები:

1. საკვერცხის ფოლიკულური, ყვითელი სხეულის, პარაოვარიული, ენდომეტრიული და დერმოიდული ცისტების ულტრაბგერითი, კომპიუტერულ-ტომოგრაფიული და ლაპაროსკოპიული სემიოტიკის დაზუსტება.
2. ექტოპიური ორსულობის ულტრაბგერითი და ლაპაროსკოპიული სემიოტიკის დაზუსტება.
3. ულტრაბგერითი, კომპიუტერულ-ტომოგრაფიული და ლაპაროსკოპიული კვლევის ინფორმატიულობის შესაძლებლობების დადგენა წარმონაქმნების ტოპიკურ და ნოზოლოგიურ დიაგნოსტიკაში.
4. დიაგნოსტიკურ ცდომილებათა ობიექტური მიზეზების დადგენა.

მეცნიერული სიახლე

- დიდ კლინიკურ მასალაზე ჩატარებული კვლევის საფუძველზე დაზუსტდა საკვერცხის ცისტების სხვადასხვა პათოგენეზურ ვარიანტთა და ექტოპიური ორსულობის ულტრაბგერითი, კომპიუტერულ-ტომოგრაფიული და ლაპაროსკოპიული სემიოტიკა. დადგინდა ამ მეთოდთა ინფორმაციული შესაძლებლობები ტოპიკურ და ნოზოლოგიურ დიაგნოსტიკაში.
- განისაზღვრა ყვითელი სხეულის, ენდომეტრიული და დერმოიდული ცისტების ექოგრაფიული სემიოტიკის სხვადასხვა ვარიანტები.
- დადგინდა ცისტის მწირი ექოგრაფიული სურათის შემთხვევაში, კომპიუტერული ტომოგრაფიით ცისტის შიგთავსის სიმკვრივის დენსიდომეტრული მაჩვენებლის განსაზღვრის პრიორიტეტული მნიშვნელობა.
- განისაზღვრა ექტოპიური ორსულობის ექოგრაფიულ მონოსიმპტომთა ინფორმაციული სარწმუნოების ხვედრითი წილი.
- დადგინდა ექოლოგიურ დიაგნოზთა ცდომილების ობიექტური მიზეზები.

კვლევის პრაქტიკული ღირებულება

წინამდებარე ნაშრომში დაზუსტდა საკვერცხეების ცისტების სხვადასხვა პათოგენეზურ ვარიანტთა და ექტოპიური ორსულობის დიაგნოსტიკის ულტრაბგერითი, კომპიუტერულ-ტომოგრაფიული და ლაპაროსკოპიული სემიოტიკა და სადიაგნოსტიკო შესაძლებლობები, გამოიყო ყვითელი სხეულის, ენდომეტრიული და დერმოიდული ცისტების ექოლოგიური სურათის ორი ვარიანტი, ექტოპიური ორსულობის ექოგრაფიულ სიმპტომთა სარწმუნოების განსაზღვრამ დაადასტურა კლინიკურ და ექოგრაფიულ სიმპტომთა ანალიტიკური შეჯერების უპირობო პრიორიტეტი, ხოლო დიაგნოსტიკურ ცდომილებათა ობიექტურ მიზეზთა დადგენამ ხელი უნდა შეუწყოს ამ ცდომილებათა შემცირებას. ყოველივე ზემოთ აღნიშნული ხელს შეუწყობს საკვერცხეების მოცულობითი წარმონაქმნების და ექტოპიური ორსულობის ადრეულ და სწორ დიაგნოსტიკას.

ნაშრომის აპრობაცია

დისერტაციის განხილვა შედგა 2006 წ. 30 მაისს ი. ჟორდანიას სახელობის ადამიანის რეპროდუქციის ს/კ ინსტიტუტის განყოფილებათშორის გაფართოებულ სხდომაზე.

დისერტაციის თემაზე გამოქვეყნებულია 4 სტატია.

გამოკვლევის შედეგების პრაქტიკაში დანერგვა

შრომის შედეგები დანერგილია ი. ჟორდანიას სახელობის ადამიანის რეპროდუქციის ს/კ ინსტიტუტში და რეგიონების რეპროდუქციულ კაბინეტებში.

დისერტაციის სტრუქტურა და მოცულობა

სადისერტაციო ნაშრომი შესრულებულია ი. ჟორდანიას სახელობის ადამიანის რეპროდუქციის ს/კ ინსტიტუტის (დირექტორი პროფესორი ა. ხომასურიძე) ბაზაზე.

იგი შედგება შემდეგი ნაწილებისაგან: შესავალი, 4 თავი, 9 ქვეთავი, დასკვნები, პრაქტიკული რეკომენდაციები, გამოყენებული ლიტერატურის სია. ნაშრომი მოიცავს

107 ნაბეჭდ გვერდს და ილუსტრირებულია 16 სურათით. სამეცნიერო ლიტერატურის სია შეიცავს 140 წყაროს.

თავი I. ლიტერატურის მიმოხილვა

1.1. საკვერცხის ცისტები

ცისტებს უწოდებენ ქსოვილოვანი სითხის დაგროვების შედეგად მიღებულ რეტენციულ წარმონაქმნებს [30, 35]. ხშირად აღნიშნულ წარმონაქმნებს მარტივ ცისტებს უწოდებენ, რითაც ხაზს უსვამენ ნამდვილი, ჭეშმარიტი ნეოპლაზიის ნიშნების არარსებობას. [3, 33, 35].

საკვერცხის სიმსივნეებსა და სიმსივნის მსგავს წარმონაქმნებს შორის, ცისტები შეადგენენ 27-45% [21, 37, 41, 48, 52, 58]. საკვერცხის ცისტები გვხვდება პრაქტიკულად ყველა ასაკში, მაგრამ უმეტეს შემთხვევაში საკვერცხეების აქტიურად ფუნქციონირების პერიოდში – სქესობრივი მომწიფების, რეპროდუქციულ და პრემენოპაუზალურ ასაკში [40, 43, 54, 104, 109].

საკვერცხის ცისტის წარმოქმნის შესახებ სხვადასხვა შეხედულებები არსებობს და ხშირ შემთხვევებში ისინი ურთიერთსაწინააღმდეგოა. ავტორთა უმრავლესობა [13, 45, 48, 51, 121, 130] ცისტების წარმოქმნას უკავშირებს ჰიპოთალამო-ჰიპოფიზური რეგულაციის დარღვევას, სხვები [34, 36, 106, 16] თვლიან, რომ ცისტის წარმოქმნა შეიძლება გამოწვეული იყოს ფოლიტროპინის ხანგრძლივი მოქმედებით, ხანგრძლივი ჰიპერესტროგენიზაციით. მეორეს მხრივ რიგი ავტორებისა [30, 35], მიუთითებენ, რომ ენდოგენური ჰიპერესტროგენიზაცია უნდა განიხილებოდეს არა როგორც მიზეზი ცისტების წარმოქმნისა, არამედ პირიქით, შედეგი ფოლიკულური ცისტების არსებობისა.

საინტერესოა მოსაზრება, რომელიც ცისტის ჩამოყალიბებას უკავშირებს ეპიფიზის ფუნქციას [22, 23, 24], რაც იწვევს ჰიპოფიზის გააქტიურებას და გონადოტროპული ჰორმონების ჰიპერპროდუქციას, ეს უკანასკნელი კი, შეიძლება ჩაითვალოს საკვერცხის ცისტის ჩამოყალიბების მიზეზად.

ეპიდემოლოგიური კვლევების შედეგად დადგენილია კავშირი საკვერცხის ცისტებისა და შვილოსნობის ფუნქციას შორის. უმეტეს შემთხვევაში ცისტები გვხვდება გაუთხოვარ ქალებში, რომელთა ასაკი 25 წ-ზე მეტია, ასევე არანამშობიარებ

ქალებში, რომელთაც ანამნეზში აღენიშნებათ თვითნებითი ან ხშირი ხელოვნური აბორტები [50, 56]. ზემოაღნიშნულმა მიზეზებმა შეიძლება გამოიწვიონ ორგანიზმის ჰორმონალური ბალანსის დარღვევა და საკვერცხის ცისტის ჩამოყალიბება.

ნაწილი ავტორებისა [47, 56, 25] თვლის, რომ საკვერცხეების ცისტები ცისტოზური სიმსივნისაგან (ცისტადენომა) განსხვავებით, ანთებითი ხასიათისაა. ქრონიკული სალპინგოოფორიტის დროს ირღვევა საკვერცხის ფუნქცია, მის ირგვლივ წარმოიქმნება შეხორცებები, ხდება მისი ფიქსირება და მასზე ზეწოლა სხვა ორგანოების მხრიდან, რაც იწვევს ოვულაციის შეფერხებას და ცისტის ჩამოყალიბებას [31, 49]. ქრონიკული ანთების დროს საკვერცხის ქსოვილის სისხლძარღვთა სისტემასა და სტრომაში ადგილი აქვს სკლეროტულ გადაგვარებას, რაც იწვევს მიკროცირკულაციისა და ტროფიკის მოშლას და ცისტოზური ღრუების წარმოქმნას.

ავტორთა ნაწილი [23, 38, 59] თვლის, რომ საკვერცხეების ესტროგენული ფუნქციის დროებითი დაქვეითება შეიძლება გამოიწვიოს საშვილოსნოს დანამატების ანთებამ, ინფექციურმა დაავადებებმა და ასევე არასრულფასოვანმა კვებამ.

დღემდე გადაუჭრელი რჩება საკითხი იმის შესახებ, თუ რა შეიძლება ჩაითვალოს საკვერცხის ცისტების წარმოშობის უშუალო მიზეზად – ანთებითი პროცესები, ჰორმონალური თუ ტროფიკის მოშლით გამოწვეული დარღვევები.

1.1.1. ფოლიკულური ცისტა

ეს არის სიმსივნისმაგვარი წარმონაქმნი, რომელიც ვითარდება ცისტოზურად ატრეზირებად ფოლიკულში სითხის დაგროვების შედეგად [35, 56]. ამგვარ წარმონაქმნებში ჭეშმარიტი ბლასტოზური ზრდა არ მიმდინარეობს. სხვადასხვა ავტორთა მონაცემებით [33, 34, 56], ფოლიკულური ცისტები ყველაზე ხშირად გვხვდება რეპროდუქციული და პრემენოპაუზალური ასაკის ქალებში.

საკვერცხეების სხვა სიმსივნეებსა და სიმსივნის მსგავს წარმონაქმნებს შორის ფოლიკულური ცისტები შეადგენენ 29,1_30,3% [84, 91, 136]. ისინი ხშირად თანხვდება საშვილოსნოს დანამატების ანთებით პროცესებსა და საშვილოსნოს მიომას 51,6% [56].

მაკროსკოპულად ფოლიკულური ცისტა წარმოადგენს ელასტიური კონსისტენციის ღრუ, როგორც წესი თხელკედლიან ერთკამერიან (იშვიათად ორკამერიან),

წარმონაქმნს, სადა ზედაპირით, ავსებულს გამჭვირვალე ღია ფერის სითხით. სისხლჩაქცევის ან ცისტის ფეხზე შემოგრების შედეგად შიგთავსი შეიძლება სისხლიანი იყოს. ზოგიერთი ავტორი [30, 35, 40], მიუთითებს, რომ იშვიათ შემთხვევებში ფოლიკულური ცისტა შეიძლება ჰორმონალურად აქტიური იყოს, ვინაიდან შეიცავს ესტროგენებს.

ფოლიკულური ცისტები უმეტესად ერთმხრივია. მათი დიამეტრი მერყეობს – 2-დან 10-სმ-მდე [33, 35, 123]. 6-სმ-მდე დიამეტრის ფოლიკულური ცისტები გვხვდება 34,5%, 6-10 სმ-მდე – 46,5%, 10 სმ-ზე მეტი – 19% შემთხვევებში [80, 107]. უფრო დიდი ზომის წარმონაქმნების არსებობა მიუთითებს მათ პროლიფერაციულ ხასიათზე, ანუ საკვერცხის ჭეშმარიტ სიმსივნეზე [111, 112, 132].

ფოლიკულური ცისტები წარმოიქმნებიან მომწიფებადი ფოლიკულებისაგან მათი განვითარების სხვადასხვა საფეხურზე ატრეზიის დროს. ამასთან დაკავშირებით ცისტის კედლები განირჩევა სხვადასხვა ჰისტოლოგიური აღნაგობით [56, 60, 67]. თუ ცისტა ჩამოყალიბდა განვითარების დასაწყის სტადიაში მყოფი ფოლიკულისაგან, მისი კედლები შედგება ფოლიკულური ეპითელისაგან, რომელიც რამდენიმე ფენადაა განლაგებული. ზოგჯერ შეიძლება აღმოჩენილი იყოს დისტროფიული კვერცხუჯრედი. ფოლიკულური ეპითელის ზემოთ განლაგებულია თეკალუთეინური უჯრედები, მასზე კი ფიბროზული შემაერთებელი ქსოვილი, ხშირ შემთხვევაში ჰიალინური მემბრანით. დიდი ზომის ცისტების შემთხვევაში ფოლიკულური ეპითელი განიცდის განლევას და ასეთ შემთხვევაში კედელი შედგება მხოლოდ ფიბროზული შემაერთებელი ქსოვილისა და ჰიალინური მემბრანისაგან.

ფოლიკულური ცისტისათვის დამახასიათებელი კლინიკური სურათი განსაზღვრება მათი ჰორმონალური აქტივობით და თანმხლები გინეკოლოგიური დაავადებებით (საშვილოსნოს მიომა, ენდომეტრიოზი, ანთებითი პროცესები). უმეტეს შემთხვევაში ფოლიკულური ცისტები უსიმპტომოდ ვითარდება, მხოლოდ დიდი ზომის ცისტებმა (8-10 სმ. დიამეტრის) შეიძლება გამოიწვიონ დისკომფორტი, დისპარეუნია, ზეწოლის ან სიმძიმის შეგრძნება მუცლის ქვემო მიდამოში, ტკივილი წელის არეში [22, 23, 43, 44].

განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია აღინიშნოს, რომ საკვერცხეების კეთილთვისებიანი სიმსივნეებითა და ცისტებით დაავადებული ყოველი მეოთხე პაციენტი უჩივის უნაყოფობას [12, 51]. იგივე ავტორები არ გამორიცხავენ, რომ საკვერცხეების

აღნიშნული პათოლოგია შეიძლება განვიხილოთ არა მხოლოდ როგორც უნაყოფობის მიზეზი, არამედ გარკვეულწილად მისი შედეგიც.

1.1.2. ყვითელი სხეულის ცისტები

გაცილებით იშვიათია ფოლიკულურ ცისტებთან შედარებით. სხვადასხვა ავტორთა მონაცემებით, [21, 70] მათი სიხშირე მერყეობს 2-დან 5%-მდე, პაციენტების ასაკი კი _ 16-დან 55 წლამდე, საშუალო ასაკი შეადგენს 33,4 წ. [38, 39]. საყურადღებოა, რომ ყვითელი სხეულის ცისტები წარმოიქმნება მხოლოდ ორფაზიანი მენსტრუაციული ციკლის შემთხვევაში, ანუ დამახასიათებელია რეპროდუქციული ასაკის პაციენტებისთვის. ჩვეულებრივ ყვითელი სხეულის ცისტის ზომები 7-8 სმ არ აღემატება. 3 სმ-ზე მცირე ზომის ცისტებს ზოგჯერ ცისტოზურ ყვითელ სხეულებს უწოდებენ [60].

ყვითელი სხეულის ცისტების წარმოქმნის მიზეზი არასრულადაა შესწავლილი. მათ წარმოქმნას უკავშირებენ საკვერცხეში ანთებითი პროცესებით განპირობებულ ცვლილებებს, ასევე ორგანიზმის ჰორმონალური ბალანსის დარღვევას, კერძოდ, გონადოტროპინების ჭარბ რაოდენობას [69]. ზოგიერთი ავტორის აზრით [26, 71], ლუთეინური ცისტის ჩამოყალიბება შესაძლოა დაკავშირებული იყოს ყვითელი სხეულის ლიმფური და სისხლძარღვოვანი სისტემის დეფექტთან, რის შედეგადაც ადგილი აქვს სითხის დაგროვებას მის ცენტრალურ ნაწილში. დიდი ზომის ცისტები როგორც წესი ჰორმონალურად არააქტიურები არიან [56]. ეს აიხსნება იმით, რომ დიდი ზომის ცისტებში ადგილი აქვს სეკრეტორული უჯრედების ნაწილობრივ ან სრულ ატროფიას და განლევას.

ცისტის ჩამოყალიბება შესაძლოა როგორც მენსტრუაციულ, ასევე ორსულობის ყვითელ სხეულში და მისი მორფოლოგიური აღნაგობა მსგავსია ყვითელი სხეულის აღნაგობისა. ცისტის კედლები თხელია, შიდა ზედაპირი ყვითელი ფერისაა, დამახასიათებელი სპეციფიური ნაოჭებით. ცისტის კედლის უჯრედები განიცდიან იგივე ცვლილებებს რასაც მენსტრუალური ყვითელი სხეული, ანუ ყვითელი სხეულის თანმიმდევრული განვითარების ოთხივე სტადიას [35]. ცისტის შიგთავსი წარმოადგენს გამჭვირვალე ღია ფერის სითხეს, სისხლჩაქცევის შემთხვევაში კი ჰემორაგიულია. ყველა ყვითელი სხეულის ცისტაში არსებობს ლუთეინური,

თეკალუთეინური უჯრედები და თეორიულად ყოველთვის შესაძლებელია ყვითელი სხეულის განვითარების სტადიის დადგენა [56].

S.M. Silvaggi [124] აღნიშნავს, რომ ლუთეინიზირებული ცისტის კედლები შედგება ლუთეინური და მასთან შერწყმული გრანულოზური უჯრედებისაგან. ჰემორაგიული ლუთეინური სხეული («სისხლჩაქცევა ყვითელ სხეულში») ხასიათდება ახალი სისხლის არსებობით, შეიცავს ჰემოსიდერინით გადავსებულ მაკროფაგებს და ლუთეინურ გრანულოზურ უჯრედებს. რეგრესირებადი ყვითელი სხეულის გამოკვლევისას დამატებით აღინიშნება ყვითელი პიგმენტის შემცველი მაკროფაგი – ჰემატოიდინი, რომელიც ჰემოგლობინის დაშლის შედეგად წარმოიქმნება.

ხშირ შემთხვევაში ცისტის ყვითელი ფერი განიცდის უკუგანვითარებას, ლუთეინური უჯრედები თანდათანობით ჩანაცვლდება შემაერთებული ქსოვილით, ცისტის რეგრესიის სტადიაში მისი შიგთავსი განიწოვება, კედლები შეიჭმუხნება და მის ადგილზე წარმოიქმნება თეთრი სხეული [123]. იშვიათ შემთხვევებში შეიძლება განვითარდეს თეთრი სხეულის ცისტა [127].

სპეციფიური კლინიკური სიმპტომები ყვითელი სხეულის ცისტისათვის დამახასიათებელი არ არის. ძირითადი სიმპტომია – ტკივილი მუცლის ქვემო მიდამოში, ყველაზე ხშირი გართულება – სისხლჩაქცევა ცისტის ღრუში [123].

1.1.3. პარაოვარიული ცისტა

წარმოადგენს რეტენციულ წარმონაქმნს, რომელიც მოთავსებულია საშვილოსნოს განიერი იოგის ფურცლებს შორის. შეიძლება განვითარდეს ყველა ასაკში და წარმოიქმნება მეზონეფრიუმის სადინარის ნარჩენებისაგან, რომელიც განლაგებულია მეზოვარიუმში. მათი გავრცელების სიხშირე, საშვილოსნოს დანამატების სხვა სიმსივნეთა შორის წარმოადგენს 10-20% [33, 56], პაციენტების ასაკი ძირითადად მერყეობს 20-40 წლამდე.

პარაოვარიუმი თავის განვითარებას ამთავრებს სქესობრივი სიმწიფის პერიოდში, მოხუცებულობის ასაკში კი განიცდის ატროფიას ანუ განლევას. სწორედ ამიტომ პარაოვარიული ცისტები იშვიათად გვხვდება ბავშვთა და ხანდაზმულობის ასაკში. ისინი 6 სმ-ზე მცირე ზომის დიამეტრით გვხვდება 37,8%-ში, 6-10 სმ-მდე –

55,3%, 10 სმ-ზე მეტი 6,9%-ში. B. Green-ის [89] მიერ 1980 წ. აღწერილია 18 სმ ზომის პარაოვარიული ცისტა.

ცისტები როგორც წესი ერთმხრივია, სადა ზედაპირით, მომრგვალებული კონტურებით, თხელი კედლებით, გამჭვირვალე, ზედაპირზე გამოხატული სისხლძარღვოვანი სურათით, რომელიც კვერცხსავალი მილის ჯორჯლის სისხლძარღვებს წარმოადგენს. ხშირ შემთხვევაში ცისტის ზემო პოლუსზე გართხმულია კვერცხსავალი, საკვერცხე კი როგორც წესი მოთავსებულია მის უკანა პოლუსთან. ცისტის შიგთავსი გამჭვირვალე სითხეა.

ჰისტოლოგიურად ცისტის კედლები წარმოდგენილია ბოჭკოვანი ფიბროზული ქსოვილით. კედლის შიგნითა ზედაპირი დაფარულია, ცილინდრული, კუბური და ბრტყელი ერთმხრიანი ან მრავალმხრიანი ეპითელით [25]. იშვიათად კედლის შიგნითა ზედაპირზე შეინიშნება პაპილარული წანაზარდები [3].

პარაოვარიული ცისტები ჩვეულებრივ არ იძლევიან სიმპტომატიკას, რაც დაკავშირებულია მათ არასწრაფ ზრდასთან და მცირე ზომებთან. ზოგიერთ შემთხვევაში, როცა ცისტის ზომა დიდია, შეიძლება მან გამოიწვიოს სიმძიმის შეგრძნება მუცლის ქვემო არეში, ტკივილი მუცლისა და წელის არეში, მენსტრუაციული ციკლის მოშლა და უნაყოფობა. აღნიშნულ სიმპტომებს უმეტესად ადგილი აქვს კომბინირებული პათოლოგიების დროს, კერძოდ, როდესაც ცისტა თანხვედბა საშვილოსნოს მიომას ან საკვერცხის სიმსივნეს. პარაოვარიული ცისტის ფეხზე შემოგრების დროს ვითარდება მწვავე მუცლის სურათი [133, 134, 137].

1.1.4. საკვერცხის ენდომეტრიული ცისტა.

ენდომეტრიული ცისტების გავრცელება საკვერცხის სხვა სიმსივნეებს შორის შეადგენს 19,9% [50]. აღნიშნული პათოლოგია უმეტესად გვხვდება 20-40 წ. ასაკში, ანუ აქტიურ რეპროდუქციულ პერიოდში, თუმცა აღწერილია შემთხვევები სქესობრივი მომწიფების პერიოდშიც [139]. ენდომეტრიული ცისტის დიამეტრი ძირითადად მერყეობს 0,6-დან – 10 სმ-დე. 10 სმ-ზე დიდი დიამეტრის ცისტები იშვიათია [2].

ენდომეტრიული ცისტისათვის დამახასიათებელია სქელი კაფსულა (0,2 – 1,5 სმ-მდე), ხშირად მრავლობითი უხეში შეხორცებები და ჰემორაგიული შიგთავსი.

კაფსულის სისქე არათანაბარია, ხოლო მის შემადგენლობაში აღინიშნება საკვერცხის ქსოვილი ფუნქციონირებადი ფოლიკულური ელემენტებით, ზოგჯერ კი ყვითელი სხეულითაც [14, 24, 131]. ხშირად ენდომეტრიული ჰეტეროტოპიები დამატებით აღინიშნება საშვილოსნოსა და კვერცხსავალების სეროზულ და სუბსეროზულ ზედაპირებზე, იშვიათად ენდომეტრიული ცისტის კაფსულაზე. მცირე ზომის ენდომეტრიულ ცისტებსა და ჰეტეროტოპიებს აერთიანებენ მცირე ფორმის ენდომეტრიოზში [11, 56, 125].

კლინიკურად ენდომეტრიული ცისტები გამოვლინდება ტკივილის სინდრომით. დაავადებულ პაციენტთა ნახევარზე მეტი უჩივის სხვადასხვა ინტენსივობის ტკივილს [13]. ტკივილი ლოკალიზდება მუცლის ქვემო ნაწილში, ატარებს მუდმივ ხასიათს და ძლიერდება მენსტრუაციის დროს. ხშირად იძლევა პერიტონეუმის გაღიზიანების ნიშნებს, ვინაიდან მენსტრუაციის წინა პერიოდში ადგილი აქვს ცისტის მიკროპერფორაციას და მისი შიგთავსის ჩაღვრას მუცლის ღრუში. ზემოაღნიშნული იწვევს შეხორცებით პროცესებს, რომლებიც როგორც წესი თან ახლავს ენდომეტრიულ ცისტებს და იწვევს მათ მოძრაობაში შეზღუდვას [87, 90]. დამახასიათებელ «კლასიკურ» სიმპტომებად შეიძლება ჩაითვალოს ალგომენორეა, დისპარეუნია და უნაყოფობა. პრემენსტრუაციულ და პოსტმენსტრუაციულ მოყავისფერო გამონადენს უჩივის დაავადებულთა 1/3-ი [13]. პაციენტთა ნახევარზე მეტს აღინიშნება უნაყოფობა [42, 44, 46]. სხვადასხვა ავტორის მონაცემებით ენდომეტრიული ცისტები მალიგნიზაციას განიცდიან 9,3%-ში [56]. ზოგიერთი ავტორი მიუთითებს ენდომეტრიოზის აღმოჩენაზე მალიგნიზებულ ცისტადენომებში [50].

ენდომეტრიული ცისტების დამახასიათებელ სიმპტომად შეიძლება ჩაითვალოს ცისტის ზომების ცვალებადობა მენსტრუაციული ციკლის მიხედვით, კერძოდ, მენსტრუაციის წინა პერიოდში ზომაში მატება 10-25 მმ-ით [38, 78].

1.1.5. საკვერცხის დერმოიდული ცისტა.

დერმოიდული ცისტის გავრცელება საკვერცხის სხვა წარმონაქმნებს შორის შეადგენს 10% [67]. პაციენტთა ასაკი მერყეობს 20-დან 60 წლამდე. უკანასკნელ წლებში აღინიშნება ამ პათოლოგიის შესამჩნევი მატება. დერმოიდული ცისტის

დიამეტრი მერყეობს 0,5-დან _20 სმ-მდე. [34] იშვიათად შესაძლებელია შეგვხვდეს 1კილოგრამზე მეტი წონის წარმონაქმნი. [67]

კლინიკურად დერმოიდული ცისტის არსებობა გამოვლინდება: მექანიკური ზეწოლის შედეგად გარშემო მყოფ ქსოვილებზე, პერიფოკალური შეხორცებებით ან დაკავშირებული არის მის შემოგრებასთან. მენსტრუალური ციკლის დარღვევა აღინიშნება იშვიათად. ხანდახან წარმონაქმნის კლინიკური გამოვლინება განისაზღვრება მისი მოცულობით და მასში არსებული ქსოვილების ფუნქციური აქტივობით. [39]

დერმოიდული ცისტები ერთმანეთისაგან განსხვავდებიან მათი შენებით: ცისტის კედლებისა და შიგთავსის შემცველობით. „სუფთა,, დერმოიდების დროს ცისტის კედელი მოგვაგონებს გაცრეცილ ტყავს, ხოლო მასში ვლინდება სეროზული სითხე და მრავლობითი წვრილი მარცვლები, საოფლე ჯირკვლები და ლორწო. [67] დერმოიდული ცისტის კედელში აღინიშნება შემადღება, რომელსაც სხვადასხვა ზომისა და ფორმის ბორცვის შესახედაობა აქვს. ბორცვი წარმოადგენს პათოლოგიური წარმონაქმნის სხეულს, რომელშიც სხვადასხვა ქსოვილის (კანი, ძვლები, ნერვული ქსოვილები, ფარისებრი ჯირკვლის ელემენტები და სხვა) ჩანასახები ან დამახინჯებული ორგანოები, ძალიან ხშირად კბილები, თმის გროვები და ცხიმი აღმოჩნდება. [46]

1. 2. ექტოპიური ორსულობა

საშვილოსნოსგარე ორსულობა პირველად აღწერილი იყო არაბი მეცნიერის Albucasis მიერ, რომელიც 936-1013 წლებში მოღვაწეობდა. მრავალი საუკუნის განმავლობაში ეს პათოლოგია ითვლებოდა დაავადებად, რომელიც ყველა შემთხვევაში ლეტალური გამოსავლით მთავრდება. ამიტომაც გასაკვირი არ არის, რომ ცნობები საშვილოსნოს ღრუს გარეთ სანაყოფე კვერცხის აღმოჩენის შესახებ უპირატესად პათოლოგანატომების აღმოჩენა იყო [Riolani 1611, Mauricean 1637, Vassal 1669]. [57, 68]

ექტოპიური ორსულობის მკურნალობამ დროთა განმავლობაში მრავალი ცვლილება განიცადა. დასაწყისში ძირითადი მეთოდი იყო დაკვირვება და

ქირურგიული ჩარევა. საშოს უკანა თაღის პუნქცია ან კოლპოტომია მოწოდებული იყო მხოლოდ საშვილოსნოს უკანა ჰემატომის დასაცლელად.

რევოლუცია საშვილოსნოსგარე ორსულობის მკურნალობაში უკავშირდება R.L. Tait-ის სახელს, რომელმაც 1884 წელს კვერცხსავალის გასკდომის შემდეგ ჩაატარა ოპერაცია სალპინგექტომია მუცელკვეთის გზით. 1888 წელს თავის ტრაქტატში მან რეკომენდაცია მისცა სალპინგექტომიას, როგორც საშვილოსნოსგარე ორსულობის მკურნალობის მეთოდს.

1892 წელს საერთაშორისო კონგრესზე წარმოდგენილი იყო მასალა, რომლის თანახმად ლეტალობა კონსერვატული მკურნალობისას შეადგენდა 63,1%-ს, ხოლო ოპერაციული მკურნალობის ფონზე 23,3%. ამრიგად, ოპერაციულ მკურნალობას წამყვანი როლი მე-19 საუკუნის ბოლოს მიენიჭა. [68, 72, 75, 93]

დღეისათვის სიკვდილობა აღნიშნული პათოლოგიის გამო ძალზე იშვიათია და ძირითადად უკავშირდება ორგანიზაციულ სირთულეებს ან განსაკუთრებულ შემთხვევებს.

ორგანოშემანარჩუნებელი ოპერაციების მცდელობას ადგილი ჰქონდა შედარებით მოგვიანებით, 1939 წელს მანდენშტამმა აღწერა მილის «საკეისრო კვეთის» მეთოდი. 1953 წელს W.B. Stromme-მ პირველად აღწერა სალპინგოტომიის წარმატებული ოპერაცია, თუმც ამ მეთოდის გამოყენება შემთხვევით ხასიათს ატარებდა, რადგან პროგრესირებადი მილისმიერი ორსულობის დიაგნოსტიკა გართულებული იყო.

ექტოპიურ ორსულობას ადგილი აქვს როდესაც დარღვეულია კვერცხუჯრედის ტრანსპორტის ნორმალური მექანიზმები. მილის ორსულობის წამყვან მიზეზად ითვლება ქრონიკული სალპინგიტი, რასაც თან ახლავს სხვადასხვა ანატომიური ცვლილებები მილსა და მის გარშემო არსებულ ქსოვილებში. ბ.ჟ. საუბაევას 1992წ. [57] მონაცემების თანახმად, მილის ორსულობის გამო ოპერირებულ ქალთა 71,5%-ში აღმოჩენილი იქნა სალპინგიტი, პერისალპინგიტი ან პერიმეტრიტი. ლორწოვანის ანთება იწვევს კედლების შეწეება-შეხორცებას, რაც არღვევს მილის გამავლობას, ხოლო კუნთოვანი შრის დაზიანება არღვევს მის კუმშვადობის ფუნქციას. სეროზული გარსის დაზიანება იწვევს დანაწიბურებას და მეზობელ ორგანოებთან შეხორცებას, მილის მოკეცვას და მისი მექანიკური გამავლობის დახშობას. ქრონიკული ანთებითი პროცესის მიმდინარეობისას მილში ცვლილებების სიმძიმე ანთებითი პროცესის

ხანგრძლივობასა და მისი მიმდინარეობის ხასიათზეა დამოკიდებული. ქრონიკული სალპინგიტის დროს შეიძლება ადგილი ჰქონდეს ობლიტერაციას, ან მილის ფუნქციის დარღვევას, რასაც შესაძლოა მოყვეს ექტოპიური ორსულობის განვითარება.

1996 წელს D. Stage-ს მიერ ჩატარებული 100 მილის ჰისტოლოგიური კვლევის მონაცემებით, 22-ში გამოვლენილი იყო ქრონიკული ინფექციის ნიშნები, ერთ შემთხვევაში მწვავე ანთება, ხოლო 17-ში მილის ენდომეტრიოზი. ქლამიდიური ინფექცია ითვლება მილების დაზიანების უმთავრეს მიზეზად, რომლის შემდეგაც მაღალია ექტოპიური ორსულობის განვითარების რისკი. [83, 85]

მუცლის ღრუს ორგანოებზე ოპერაციულმა ჩარევამ და მას შემდეგ ჩამოყალიბებულმა შეხორცებითმა პროცესმა ასევე შესაძლოა გამოიწვიოს ექტოპიური ორსულობა. ითვლება, რომ მუცლის ღრუში ოპერაციის შემდეგ სისხლის არსებობა ხელს უწყობს შეხორცებითი პროცესის განვითარებას. K. Swollin-მა 1997 წელს ექსპერიმენტულად აჩვენა, რომ სისხლის შეყვანას მუცლის ღრუში მივყავართ შეხორცებების წარმოქმნამდე, ხოლო როცა სისხლის არსებობას ემატება მექანიკური ტრავმა, ადგილი აქვს უფრო გავრცობილ შეხორცებებს.

ექტოპიური ორსულობის მიზეზი შეიძლება გახდეს ინფანტილიზმი. ამ დროს მილები მეტად გრძელი და დაგრებილია. კუნთები განუვითარებელი და გათხელებულია, პერისტალტიკის უკმარისობა საკვერცხეების ჰიპოფუნქციის ფონზე შესაძლოა გახდეს საშვილოსნოსგარე ორსულობის მიზეზი.

მილების ენდომეტრიოზი ექტოპიური ორსულობის ერთ-ერთი ეტიოლოგიური ფაქტორია. ზოგიერთი ავტორის მონაცემების თანახმად, მილის ორსულობისას ენდომეტრიალური ჰეტეროტოპიების სიხშირე 15-დან 44%-მდე გვხვდება, ხოლო 36,8%-ში ენდომეტრიოზს თან ახლავს სალპინგიტი (მ.მ. მედვედკოვა, ს.ი. დავიდოვა, 1993 წ.). [48].

საშვილოსნოსგარე ორსულობა შესაძლოა გამოიწვიოს ე.წ. ფსიქო-სექსუალურმა ფაქტორებმაც, როგორცაა არასასურველი ორსულობის დადგომის შიში, ვინაიდან ამ დროს შესაძლოა ადგილი ექნეს მილების უკუპერისტალტიკას (R.N. Taylor, 1998). [122, 129]

ასევე არსებობს ექტოპიური ორსულობის ოვულოგენური თეორია, რაც დაკავშირებულია განაყოფიერების ანომალიებთან (J.B. Russel, 1995). [119].

საშვილოსნოსა და მისი დანამატების ანთების შემდეგ 43% შემთხვევაში აღინიშნება კვერცხსავალის სრული, ხოლო 49% – მისი ნაწილობრივი გაუვალობა. კვერცხსავალი მილების სრული გაუვალობა 52% შემთხვევაში გამოწვეულია ამპულარული ნაწილის გაუვალობით, 32%-ში – ისთმური ნაწილისა, ხოლო 16%-ში ინტერსტიციალური ნაწილის დახშობით .[101, 103].

უმთავრეს მიზეზს წარმოადგენს საშვილოსნოს დანამატებისა და კვერცხსავალი მილების ანთებითი პროცესები, რომლებიც კვერცხსავალების საშუალებით ერთის მხრივ ვრცელდება ლორწოვანი გარსიდან კუნთოვან შრეში, ხოლო მეორეს მხრივ – შესაძლოა ანთებითი ექსუდატის გადასვლა მცირე მენჯის ღრუში პერიტონეუმზე საკვერცხესა და საშვილოსნოზე [5, 6]

ი.გ. ბელიაევი, რ.ი. ბაკშეევი [20, 21] თვლიდნენ, რომ ქრონიკული სალპინგო-ოფორიტის ხანგრძლივი მიმდინარეობისას ადგილი აქვს სისხლძარღვოვან-ქსოვილოვანი გამტარებლობის მნიშვნელოვან დარღვევებს, რაც გამოწვეულია კაპილარების კედლების გაუხეშებით, პერივასკულარული სკლეროზითა და შემაერთებელი ქსოვილის ნაწიბუროვანი გადაგვარებით. მეორეს მხრივ ანთებითი პროცესები მიმდინარეობს კეროვანი და დიფუზური ინფილტრაციით სისხლძარღვების გასწვრივ, იწვევს კოლაგენური ბოჭკოების ჩაზრდას საშვილოსნოსა და კვერცხსავალების ლორწოვანსა და კუნთოვან შრეში და მყავე და ნეიტრალური მუკოპოლისაქარიდების დაგროვებას [26, 28]. ყველა შემთხვევაში ობლიტერაცია იწყება ინტრამურალური ნაწილიდან, თანდათანობით ირღვევა მიკროცირკულაცია, ხდება არტერიოლების სკლეროზი, კედლების ჰიპერპლაზია, რაც საბოლოოდ იწვევს ვენულების კედლების სკლეროზს, გლუვკუნთოვანი უჯრედების ატროფიას და სისხლძარღვების ვარიკოზულ გაგანიერებას კვერცხსავალის ისთმურ ნაწილში [27].

ასევე ცნობილია, რომ ტუბარული შეხორცებები შეიძლება გამოწვეული იყოს ოპერაციული ტრავმით, ისეთი ოპერაციების შემდეგ, როგორცაა: ოვარექტომია, სალპინგოექტომია საშვილოსნოსგარე ორსულობის დროს, რეკონსტრუქციული ოპერაციები კვერცხსავალ მილებზე, ენდომეტრიალური ჰეტეროტოპიების ამოკვეთა, საკვერცხეების სოლისებური რეზექცია. გარდა ამისა მილისმიერი უნაყოფობის განვითარებაში მნიშვნელოვანი როლი ეკუთვნის აბორტებსა და გართულებულ მშობიარობას [26, 52].

ტუბო-პერიტონეალური უნაყოფობის გამომწვევ არაგინეკოლოგიურ ოპერაციებს შორის განსაკუთრებით საყურადღებოა აპენდექტომია Mikulicz-kadecki F.-ის მონაცემებით, გაურთულებელი აპენდექტომია 13% შემთხვევაში განიხილება როგორც უნაყოფობის მიზეზი, ხოლო გართულებულმა აპენდექტომიამ 20-30% შეიძლება გამოიწვიოს უნაყოფობა.

ენდომეტრიოზით გამოწვეული ტუბო-პერიტონეალური უნაყოფობის ხვედრითი წონა საკმაოდ მაღალია და 15,7-16,8% აღწევს [26].

ამგვარად, ლიტერატურული მონაცემების ანალიზი გვიჩვენებს, რომ ტუბარული უნაყოფობის გამომწვევი მიზეზები შეიძლება მრავალგვარი იყოს. გადატანილი ანთებითი დაავადებები, გინეკოლოგიური ოპერაციები და ენდომეტრიოზი მნიშვნელოვნად ზრდის ტუბო-პერიტონეალური უნაყოფობის ალბათობას.

1.3. ულტრაბგერითი სკანირების როლი საკვერცხეების ცისტების და ექტოპიური ორსულობის დიაგნოსტიკაში

ულტრაბგერითი სკანირების მეთოდი ხასიათდება ხელმისაწვდომობით, მაღალინფორმატიულობით, გამოკვლევის სიმარტივით, არაინვაზიურობით და უსაფრთხოებით, რის გამოც შესაძლებელია მისი მრავალჯერადი გამოყენება არამარტო დიაგნოსტიკის მიზნით, არამედ მიმდინარე თერაპიის ფონზე პათოლოგიურ პროცესზე დინამიური დაკვირვებისთვის (Grambers S., Crona N., 1997). [92]

პირველი ინფორმაცია ულტრაბგერითი სკანირებით საკვერცხის სტრუქტურის ვიზუალიზაციის შესახებ ეკუთვნის A. Kratochwil და ავტ. (1978 წ.) [102] დღევანდელ დღეს აღნიშნულ მეთოდს ერთ-ერთი პირველი ადგილი უკავია საკვერცხეების წარმონაქმნების დიაგნოსტიკაში.

მეთოდი საშუალებას იძლევა მივიღოთ ობიექტური ინფორმაცია მოცულობითი წარმონაქმნის ტოპოგრაფიის, ფორმის, ზომების, სტრუქტურის შესახებ. განვსაზღვროთ ურთიერთობა მენჯის ღრუს სხვა ორგანოებთან. ულტრაბგერითი სკანირებით შესაძლებელია შევისწავლოთ რიგი პათოლოგიური ცვლილებების მუცლის ღრუში. (ასციტი, ღვიძლის, რეტროპერტონეალური ლიმფური კვანძების,

ბადექონის მეტასტაზური დაზიანება. (Peery C.V., Fleisher A.C., Rodsers W.H., 1992).
[112]

კლინიკურ გამოკვლევასთან შედარებით ტრანსაბდომინალურმა ულტრა-ბგერითმა სკანირებამ თითქმის 2-ჯერ გააუმჯობესა საკვერცხეების ცისტოზური წარმონაქმნების დიაგნოსტიკა (Демидов В.Н., Зыкин В.И., 1990).[34]

საკვერცხეების ცისტების ულტრაბგერითი დიაგნოსტიკისადმი მიძღვნილია S.Hassani-ის (1978 წ.) [94] ნაშრომი, სადაც აღნიშნული იყო, რომ მიუხედავად დამახასიათებელი აკუსტიკური სურათისა, საკვერცხის ცისტები პრაქტიკულად არ განსხვავდება ერთკამერიანი ცისტომებისაგან და ზოგჯერ დეგენერაციულად შეცვლილი სუბსეროზული მიომატოზური კვანძისაგან.

I. Walsh და ავტ. (1979 წ.)[139] აღნიშნავენ, რომ საკვერცხეების ცისტების დიაგნოსტიკური სიზუსტე 55%-ს აღწევს. მათ დამახასიათებელ ნიშნებად მიიჩნევენ სითხოვანი წარმონაქმნის გლუვ კედლებს, ერთგვაროვან შინაგან სტრუქტურას და მაღალ ბგერაგამტარიანობას. ამ ავტორების გამოკვლევებში შემთხვევათა მხოლოდ 17%-ში აღინიშნა არსებითი განსხვავება ულტრაბგერით და პათომორფოლოგიურ გამოკვლევებს შორის.

В.Н. Демидов და ავტ. (1990 წ.) [34] დაკვირვებებით რეტენციული ცისტების საშუალო დიამეტრი 4-10 სმ-ია, ფორმა მრგვალი ან ოვალური, შიგთავსი ერთგვაროვანი და ანექოგენური.

М.Б. Медведев და ავტ. (1997 წ.) [47] მონაცემებით, ფოლიკულური ცისტის ზომები მერყეობს 2,5-დან 10 სმ-მდე. ექოგრამებზე ცისტებს აქვთ ერთკამერიანი ოვალური ფორმა, რომლებიც საშვილოსნოს უკან ან გვერდზე მდებარეობენ. შიდა კონტურები ყოველთვის სწორია, შენება – მთლიანად ექონეგატიური. მათ უკან გამოხატულია დისტალური გაძლიერების აკუსტიკური ეფექტი. ფერადი დოპლერული კარტირებით ცისტის პერიფერიებზე წარმოიქმნება ერთეული ვასკულარიზაციის ზონები. (რეზისტენტობის ინდექსი 0,5-ზე მეტია).

ამავე ავტორების [47] დაკვირვებით ყვითელი სხეულის ცისტების დიამეტრმა შეიძლება მიაღწიოს 9-10 სმ-ს, საშუალოდ კი 5სმ-ს შეადგენენ. ყვითელი სხეულის ცისტები უნდა განვასხვაოთ ცისტოზური ყვითელი სხეულისგან. ყვითელი სხეულის

ცისტებს იშვიათად შეიძლება ჰქონდეთ მთლიანად ანექოგენური შენება. თუმცა უხშირესად ექოგრამაზე ისინი ისახებიან, როგორც ექონეგატიური წარმონაქმნები სხვადასხვა ფორმისა და ზომის ექოპოზიტიური ჩანართებით. როგორც წესი ცისტის კედლები გასქელებულია, შიდა კონტური არასწორი. მას ყოველთვის ახლავს დისტალური გაძლიერების გამოხატული ეფექტი. ფერადი დოპლეროგრაფიით ყვითელი სხეულის ცისტის შიდა სტრუქტურაში ვასკულარიზაციის ზონები არ აღინიშნება, ხოლო პერიფერიეზე სისხლის მიმოქცევის ინტენსიობა გაძლიერებულია. (რეზისტენტობის ინდექსი 0,5 ნაკლებია)

პარაოვარიული ცისტების ულტრაბგერითი დიაგნოსტიკა საკმაოდ ძნელია. უმრავლეს შემთხვევაში ისინი არ განსხვავდება საკვერცხეების ცისტური სიმსივნეებისაგან.

K.Gottesfield-მა (1979 წ.) [91] აღწერა პარაოვარიული ცისტები, როგორც ოვოიდური ფორმის ექონეგატიური წარმონაქმნები, მოთავსებული საშვილოსნოს ზემოთ.

A . Fleisher და ავტ. (1980 წ.) [87], T. Levi და ავტ. (1979 წ.)[104] ვერ გამოავლინეს პათოგნომური ულტრაბგერითი განსხვავება ოვარიალურ და პარაოვარიულ ცისტებს შორის და აღნიშნეს, რომ ამ უკანასკნელებს ხშირად მიიჩნევენ ცისტომებად.

M. Alpern და ავტ. (1984 წ.) [73] პარაოვარიული ცისტების საშუალო დიამეტრად მიიჩნევენ 6,5 სმ.

B.H. Демидов და ავტ. (1990 წ.) [34] დაკვირვებით, პარაოვარიული ცისტები უხშირესად მდებარეობს საშვილოსნოს ფუძის ქვემოთ ან გვერდით და მათი დიამეტრი საშუალოდ 4-10 სმ-ია. ხოლო მათ დამახასიათებელ ნიშნებად მიიჩნევენ სითხოვანი წარმონაქმნის ახლოს შეუცვლელი საკვერცხის არსებობას, თუმცა ეს ნიშანი მათ მიერ გამოვლენილ იქნა შემთხვევათა 20%-ში.

თავის პირველ შეტყობინებაში საკვერცხეების ენდომეტრიოზის შესახებ P. Morley და ავტ. (1970 წ.) [108] აღნიშნავენ, რომ ენდომეტრიული ცისტები საგრძნობლად არ განსხვავდებიან სხვა ოვარიალური წარმონაქმნებისაგან. A . Fleisher და ავტ. (1980წ.) [87] მონაცემებით, ენდომეტრიული ცისტები ხასიათდება ექოპოზიტიურობით (სხვა ცისტოზურ წარმონაქმნებთან შედარებით), რაც

განპირობებულია ულტრაბგერითი ტალღების არეკვლით ჰემორაგიული შიგთავსიდან. ამ ავტორების მიხედვით მეთოდის მგრძობელობა აღნიშნული პათოლოგიის დროს 70%-ს შეადგენს.

Dordoni D., Fiaccavento A. და ავტ. (1992 წ.) [86] მიუთითებენ აღნიშნული პათოლოგიის მკვეთრი დიფერენციალურ-დიაგნოსტიკური მაჩვენებლების არარსებობაზე.

Farbi J., Dicker D. და ავტ. (1991 წ.) [88] ავადმყოფთა მხოლოდ 11%-ში მიიღეს ულტრაბგერითი და ლაპაროსკოპიული შედეგების თანხვედრა.

В.Н. Демидов და ავტ. (1990 წ.) [43] მიხედვით ენდომეტრიული ცისტების დიაგნოსტიკური სიზუსტე ულტრაბგერითი სკანირებით აღწევს _ 81%. ამ ავტორების გამოკვლევით მათი დიამეტრი ვარირებს 3-22 სმ-მდე, უმეტესად განლაგებული არიან საშვილოსნოს გვერდით და უკან, პროცესი უხშირესად ორმხრივია. შინაგანი სტრუქტურა ხასიათდება ექოპოზიტიურობით, მაღალი ბგერაგამტარობით, მკაფიო შინაგანი კონტურებით.

ლიტერატურაში ულტრაბგერის დიაგნოსტიკური შესაძლებლობები დერმოიდული ცისტების დროს ძალიან განსხვავებულია. I. Walsh და ავტ. (1979 წ.) [139] მიხედვით იგი 36,3%-ია. M. Sandler და ავტ. (1984 წ.) [120] _ 42,5%, A . Fleisher და ავტ. (1978 წ.) [87] _ 50%, Gaucherand P., Auberson G. და ავტ. (1992 წ.) [90] _ 69,6%. Kier R., McCarths S.H. და ავტ. (1990 წ.) [100] _ 89,7% აღნიშნული ცისტები უხშირესად ერთმხრივია. В.Н. Демидов და ავტ.-ის [33] მიხედვით მათი დიამეტრი 3,5-18 სმ-ია. შინაგანი სტრუქტურა წარმოდგენილია მკვრივი და ცისტოზური კომპონენტების მონაცვლეობით.

აღნიშნული ავტორების მიხედვით, გამოყოფილია დერმოიდული ცისტების 6 სახის აკუსტიკური შენება: ერთგვაროვანი ანექოგენური წარმონაქმნი. ზოგჯერ მკვრივი კედლისმიერი კომპონენტით _ დერმოიდული ბორცვი (I ტიპი), ჰიპერექოგენური (II ტიპი), შერეული სოლიდურ-ცისტოზური (III ტიპი), მკვრივი ჰიპენექოგენური, აკუსტიკური ჩრდილით (მე-4 ტიპი), შერეული ცისტოზური (V ტიპი), VI ტიპს განეკუთვნება განსხვავებული შინაგანი შენების ტერატომები.

მიუხედავად შინაგანი სტრუქტურის პოლიმორფიზმისა, დერმოიდული ცისტების დიაგნოსტიკის სიზუსტე В.Н. Демидов და ავტ. [33] მიხედვით 89,6%-ს შეადგენს. მათი აზრით შეცდომების ძირითად მიზეზს წარმოადგენდა ტერატომის ძალიან მაღალი ან დაბალი განლაგება, რის გამოც ისინი მიჩნეულ იქნენ ნაწლავად.

В.В. Миткова და თანაავტ. (1997წ.) [49, 50] მონაცემებით, დერმოიდული ცისტის ექოგრაფიულ სურათს ახასიათებს გამოხატული აკუსტიკური პოლიმორფიზმი. სიმსივნის განვითარების საწყის ეტაპზე შეიძლება ჰქონდეს მცირედ გადიდებული ექოპოზიტიური ჩანართის შესახედაობა საკვერცხის სტრუქტურაში. შემთხვევათა 60%-ში დერმოიდულ ცისტას ახასიათებს ჰიპოექოგენური შენება, ოვალური ფორმის სოლიტარული ექოგენობის ჩანართით, რომლის უკანაც ისახება აკუსტიკური ჩრდილი.

შემთხვევათა 20%-ში დერმოიდული ცისტებს შეიძლება ჰქონდეთ მთლიანად ექოპოზიტიური შენება. იშვიათად შეიძლება შეგვხვდეს «უხილავი სიმსივნე», რომელსაც ახასიათებს საშუალო ექოგენობის ექოპოზიტიური სტრუქტურა, პრაქტიკულად წაშლილი კონტურებით.

1.4. ექტოპიური ორსულობა

საშვილოსნოსგარე ორსულობა ხშირი და სიცოცხლისთვის საშიში დაავადებაა, რაც ხასიათდება სანაყოფო კვერცხის ანომალური ინპლანტაციით საშვილოსნოს ღრუს გარეთ. საშვილოსნოსგარე ორსულობა მძიმე სამეანო პათოლოგიაა, რომელიც 2-18% შემთხვევებში ლეტალობით მთავრდება (Орлова В. и др. 1985).[52]

პირველად, საშვილოსნოსგარე ორსულობის დიაგნოსტიკა ექოსკოპიური მეთოდით გამოიყენეს M. Kobayashi და ავტ. 1969 წ. [101] მას შემდეგ ულტრაბგერითი გამოკვლევა საკმაოდ შეიცვალა და უკანასკნელ წლებში უპირატესობა ეძლევა ტრანსვაგინალურ გამოკვლევას.

მიუხედავად ექოგრაფიული სურათის პოლიმორფიზმისა, გამოყოფენ დაავადების მიმდინარეობის სამ ვარიანტს: პროგრესული, შეწყვეტილი (დარღვეული) და განუვითარებელი საშვილოსნოსგარე ორსულობა.

პროგრესული საშვილოსნოსგარე ორსულობისათვის დამახასიათებელია აბსოლუტური ექოგრაფიული ნიშნები, ექტოპიურად განლაგებული სანაყოფე კვერცხი ცოცხალი ემბრიონით, თუმცა ეს შემთხვევათა მხოლოდ 5-12,5%-ში გვხვდება.

შეწყვეტილი საშვილოსნოსგარე ორსულობის ექოგრაფიული ნიშნების შეჯამებისას განსაკუთრებული ყურადღება უნდა მიექცეს: საშვილოსნოს ზომების ზომიერ მატებას, ენდომეტრიუმის გრავიდალურ ჰიპერპლაზიას, ცრუ სანაყოფე კვერცხის არსებობას საშვილოსნოს ღრუში, თავისუფალი სითხის არსებობას საშვილოსნოს უკანა სივრცეში. ცალ-ცალკე დიაგნოსტიკური მნიშვნელობა თითოეული ამ მახასიათებლისა არც ისე დიდია, თუმცა მათ ერთობლიობას დიდი მნიშვნელობა ენიჭება (В.В. Миткова, М.В. Мишкина, 1997).

F.H. Tessler და ავტ. (1989 წ.) [137] მიხედვით ტრანსვაგინალური ულტრაბგერითი გამოკვლევა უფრო ინფორმატიულია, ვიდრე სკანირება მუცლის წინა ზედაპირიდან, ამიტომ იგი ფართოდ გამოვიყენოთ მცირე მენჯის პათოლოგიით დაავადებულ პაციენტთა კვლევისას.

1.5. კომპიუტერული ტომოგრაფიის როლი საკვერცხეების ცისტების და ექტოპიური ორსულობის დიაგნოსტიკაში

დღევანდელ მედიცინაში ერთ-ერთ ყველაზე პერსპექტიულ მიმართულებას წარმოადგენს კომპიუტერულ-ტომოგრაფიული მეთოდის დანერგვა, რომელიც ექოსკოპიის მსგავსად არაინვაზიურ მეთოდს წარმოადგენს (Афанасиева И.М. და ავტ. 1980წ, Terinde R. 1986) [18, 136]

კომპიუტერული ტომოგრაფია კვლევის რენტგენოლოგიური მეთოდია, რომლის მოქმედების პრინციპს საფუძვლად უდევს რენტგენის გამოსხივების შესუსტებული კალიბრებული კონის რეგისტრაცია, მისი კვლევის ობიექტში გავლის შემდგომ. (Бабаева О.С. 1983 წ., Hounsfield G. 1973 წ.).[19,196]

კომპიუტერულ-ტომოგრაფიული დიაგნოსტიკა დაფუძნებულია პათოლოგიური წარმონაქმნის ფორმის, ლოკალიზაციის, ზომების, მეზობელ ორგანოებთან

ურთიერთობის განსაზღვრაზე, არა ნაკლები მნიშვნელობა ენიჭება აბსორბციის კოეფიციენტის განსაზღვრას, რომელიც ასახავს რენტგენის გამოსხივების შესუსტების ხარისხს მის სხვადასხვა ქსოვილში, სიმსივნურ კერასა თუ სხვა პათოლოგიურ წარმონაქმნში გავლის შემდეგ. აბსორბციის კოეფიციენტი სხვადასხვა ორგანოებისა და ქსოვილებისთვის ნორმასა და სხვადასხვა პათოლოგიური პროცესების დროს იზომება ჰაუნსფილდის ერთეულებში (H. Chen, S. Kumaki 1980 წ.).

თავდაპირველად მეთოდმა გამოყენება ჰპოვა თავის ტვინის სიმსივნეების დიაგნოსტიკაში, შემდგომ მისი გამოყენება დაიწყო გულმკერდის ღრუს სხვადასხვა პათოლოგიის, რეტროპერიტონეალური სივრცის დაზიანების, ჩონჩხისა და მცირე მენჯის პათოლოგიის დროს, აპარატმა განიცადა სრულყოფა და დღევანდელ დღეს იყენებენ მესამე და მეოთხე თაობის კომპიუტერულ ტომოგრაფებს, რომლებიც საშუალებას იძლევიან შევაფასოთ მცირე მენჯის ორგანოთა ტომოგრაფიულ-ანატომიური ურთიერთობანი და მდგომარეობა. მათ აქვთ სკანირების მოკლე ციკლი (2-5 წმ) და უნარი დაიჭიროს სიმკვრივის ცვლილება – 0,1%-მდე, რაც უფრო ინფორმატიულს ხდის მეთოდის ღირებულებას (Pfleiderer A. 1986 წ. Brunson B.L. და სხვა.). [114]

L.Kins და ავტ. (1986 წ.) მიუთითებენ, რომ კომპიუტერული ტომოგრაფია კვლევის არაინვაზიურ მეთოდს განეკუთვნება, იგი მაღალინფორმატიულია და მისი საშუალებით შესაძლებელია გამოვლენილ იქნას პათოლოგიური პროცესები, რომელთა აღმოჩენა შეუძლებელია კვლევის სხვა მეთოდებით.

ავტორთა უმრავლესობის გამოკვლევები მიუთითებს კომპიუტერული ტომოგრაფიის მაღალინფორმატიულობაზე შიდა სასქესო ორგანოების დაავადებათა დიაგნოსტიკაში. (Бабаева О.С., 1983, Агаева К.С. 1987 წ., Артюхина М.Я. 1990, Bret P. და ავტ. 1992წ.). [19, 10, 18, 80] კომპიუტერულ ტომოგრაფიული მეთოდი ძირითადად გამოიყენება საკვერცხეების სიმსივნეების დიაგნოსტიკაში. საკვერცხეების პათოლოგიური წარმონაქმნების განსხვავებული სიმკვრივე საშუალებას იძლევა მოვახდინოთ ცისტოზური და სოლიდური სტრუქტურების დიფერენცირება.

T. Fukuda და ავტ. (1989 წ.) [88] დიაგნოსტიკის აღნიშნული მეთოდის გამოყენებით ახორციელებდნენ რა საკვერცხეების მოცულობითი წარმონაქმნების დიაგნოსტიკას, ადარებდნენ მას ოპერაციის შემდგომ მონაცემებს, რის შედეგადაც უმეტეს შემთხვევაში მათ მიერ მიღებულ იყო დიაგნოზების ურთიერთდამთხვევა.

ავტორების მიერ აღწერილია კომპიუტერულ-ტომოგრაფიული ნიშნები დერმოიდული და ენდომეტრიოიდული ცისტების, მუცინოზური და სეროზული ცისტადენომების, საკვერცხეების ავთვისებიანი სიმსივნეების დიაგნოსტიკაში.

H. Ozama და ავტ. (1986 წ.) [110] გამოკვლევები მიუთითებს კომპიუტერული ტომოგრაფიის დახმარებით საკვერცხეების მოცულობითი წარმონაქმნების დიაგნოსტიკის დადებით შედეგებზე, მათ შორის იყო: ცისტომები, ენდომეტრიული ცისტები, არასაკვერცხისმიერი წარმოშობის სიმსივნეები, 4 შემთხვევა მენჯის აბსცესი.

გინეკოლოგიურ პრაქტიკაში კომპიუტერული ტომოგრაფია განსაკუთრებულ მნიშვნელობას იძენს იმ შემთხვევებში, როცა დამატებითი გამოკვლევები ავადმყოფისათვის უკუჩვენებაა ან ამ დროს მიღებული ინფორმაცია არ არის საკმარისი. ასე Cederlund C., Karlsson S., Nyman და ავტ. (1989 წ.) [81] ნაშრომებში აღნიშნულია, რომ ქალის შიდა სასქესო ორგანოების სიმსივნეების დროს კომპიუტერულმა ტომოგრაფიამ შემთხვევათა 35,5%-ში საშუალება მოგვცა მიგველო დამატებითი ინფორმაცია, რომელიც ვერ იქნა მიღებული სხვა მეთოდებით, მათ შორის გამოკვლევის ინვაზიური მეთოდებით. მიღებულმა შედეგებმა არა მარტო დააზუსტა კლინიკური დიაგნოზი, არამედ შემთხვევათა 34,5%-ში შეცვალა ქირურგიული მკურნალობის ტაქტიკა და მოცულობა.

კომპიუტერული ტომოგრაფიის დიაგნოსტიკური შესაძლებლობები საშვილოსნოს დანამატების ანთებითი სიმსივნისმაგვარი წარმონაქმნების და საშვილოსნოს გარე ორსულობის და ჰიდროსალპინგის დიაგნოსტიკაში არ არის ლიტერატურაში ფართოდ განხილული. შესრულებული ნაშრომები მცირერიცხოვანია და შესრულებულია დაკვირვებათა მცირე რაოდენობაზე. ამასთან, ეს გამოკვლევები მიუთითებენ კომპიუტერული ტომოგრაფიის დიდ პერსპექტივებზე. (Тарасов В. 1989 წ., Awier R. და ავტ. 1985 წ., Fukuda T. და ავტ. 1989 წ.). [62, 76, 88]

საშვილოსნოს დანამატების ჩირქოვან-ანთებითი დაზიანებების დიაგნოსტიკას მიეძღვნა Артюхина М.Я. და ავტ. (1990 წ.) [18] ნაშრომი, სადაც ავტორი გვიჩვენებს, რომ აღნიშნული დაავადების დიაგნოსტიკის ალგორითმი შემოსაზღვრულ იყოს ულტრაბგერითი და კომპიუტერულ ტომოგრაფიული გამოკვლევებით, ამ უკანასკნელის ინფორმატიულობა იზრდება გამოკვლევის დამატებითი მეთოდების _

ინტრავენური კონტრასტირების (გამოსახულების «გამლიერება») და დამიზნებითი დიაგნოსტიკური პუნქციით.

რიგი ავტორებისა (Landers D., Sweet R. 1985 წ.) [103] მიუთითებენ, რომ კომპიუტერული ტომოგრაფია გამოკვლევის ძვირადღირებული მეთოდია, რის გამოც მისი ფართო გამოყენება კლინიკურ პრაქტიკაში შეზღუდულია. აღნიშნული ავტორები მიიჩნევენ, რომ კომპიუტერული ტომოგრაფია უნდა ჩატარდეს გამოკვლევის II ეტაპზე, როდესაც ისეთი ხელმისაწვდომი მეთოდი, როგორცაა ულტრაბგერა, არ იძლევა მკაფიო შეხედულებას პათოლოგიური წარმონაქმნის ხასიათის შესახებ, ამიტომ რაციონალურად უნდა მივიჩნიოთ ულტრაბგერითი და კომპიუტერულ-ტომოგრაფიული გამოკვლევების შედარებითი პარალელების განხილვა საკვერცხეების წარმონაქმნების დიაგნოსტიკაში.

Адамов Н.Т. და ავტ. (1990 წ.) [15] თვლიან, რომ ულტრაბგერითი დიაგნოსტიკის «აღმოჩენების» შემდეგ, ავადმყოფები შერჩევით უნდა გაიგზავნონ კომპიუტერულ-ტომოგრაფიულ გამოკვლევაზე, რაც საშუალებას იძლევა პათოლოგიური პროცესის ჭეშმარიტი ბუნების განსაზღვრისა.

О.С. Бабаева (1983 წ.) [19] მონაცემების მიხედვით ულტრაბგერითმა გამოკვლევამ შემთხვევათა 85,7%-ში დასვა სწორი დიაგნოზი, კომპიუტერულმა ტომოგრაფიამ – 97,1%-ში.

К. Агаева (1987 წ.) [10] გამოკვლევების მიხედვით კომპიუტერული ტომოგრაფიის სიზუსტე საკვერცხეების წარმონაქმნების დიაგნოსტიკაში 94,7%-ია, მგრძნობელობა – 96,4%, სპეციფიურობა – 85,7%.

საინტერესო მონაცემები მოყავთ С. Moir და R. Robins (1987 წ.) [107] რომელთაც ჩაატარეს ტუბო-ოვარიალური აბსცესების დროს ულტრაბგერითი, რადიო-იზოტოპური და კომპიუტერულ ტომოგრაფიული გამოკვლევების დიაგნოსტიკური შესაძლებლობების შეფასება. მათ მიერ აღნიშნული იყო, რომ ამ მეთოდების მგრძნობელობამ შესაბამისად შეადგინა 82%, 96%, 100%.

D. Mitchel და ავტ. (1987 წ.) [105] მიერ ჩატარებული იყო სამი მეთოდის: ბირთვულ-მაგნიტურ რეზონანსული, კომპიუტერული და ულტრაბგერითი ტომოგრაფიის დიაგნოსტიკური შესაძლებლობების შედარებითი ანალიზი საშვილოსნოს დანამატების საპროექციო არეში სიმსივნური პროცესის არსებობის დროს, მათ შორის იყო: ტერატომები, ენდომეტრიოიდული ცისტები, საკვერცხეების ანთებითი

წარმონაქმნები, სეროზული ცისტადენომები. ავტორები მივიდნენ დასკვნამდე, რომ ბირთვულ-მაგნიტურ რეზონანსული გამოკვლევა აუმჯობესებს დიფერენციალურ დიაგნოსტიკას, იძლევა დამატებით ინფორმაციას სხვა მეთოდებთან შედარებით, მაგრამ ეს გამოკვლევა უნდა ჩატარდეს ულტრაბგერითი და კომპიუტერულ ტომოგრაფიული გამოკვლევების შემდეგ, თუმცა აღნიშნულ საკითხზე მსჯელობა ხდებოდა სიმსივნური წარმონაქმნის ნოზოლოგიის გაუთვალისწინებლად.

ბევრი ავტორის მიხედვით (Агаева К.С. 1987 წ., Ницаева И.Д. 1987 წ., Landers D. Sweet R. 1985 წ.) გინეკოლოგიურ ავადმყოფთა გამოკვლევა უნდა დაიწყოს ულტრაბგერითი სკანირებით, ვინაიდან აღნიშნული მეთოდი ხასიათდება სიმარტივით, ხელმისაწვდომობით, მაღალინფორმატიულობით და მის შემდგომ მიღებული მონაცემები უხშირესად საკმარისია მკურნალობის ტაქტიკის შემუშავებისათვის.

1.6. ლაპაროსკოპიის როლი საკვერცხეების ცისტებისა და ექტოპიური ორსულობის დიაგნოსტიკაში

საკმაოდ ხანგრძლივი პერიოდის განმავლობაში გინეკოლოგიაში იყო ენდოსკოპიის მხოლოდ ცალკეული და ისიც ხშირად წარუმატებელი მცდელობები.

პირველად ძაღლის მუცლის ღრუს ოპტიკური გამოკვლევა ჩატარდა პეტროგრადში Ott 1901 წ. (Steptol P.C., 1987) [130] ამავე წელს ჰამბურგში გამოქვეყნდა მონაცემები ენდოსკოპიის გამოყენებით ძაღლის მუცლის ღრუს ექსპერიმენტალური კვლევების შესახებ. ცხრა წლის შემდეგ Jacobaens-მა ადამიანის მუცლის ღრუზე ჩაატარა ვიზუალური დაკვირვებები (Taylor P.J. Gomel V., 1986). [133] 1911 წ. Bernhein-მა აღწერა პერიტონეალური ცისტოსკოპია (Steptol P.C. 1967). [130]

1937 წ. Ruddock-მა ამერიკის შეერთებულ შტატებში გამოაქვეყნა ცნობა ლაპაროსკოპიის 500 შემთხვევის შესახებ, რომლის დროსაც ჩატარებული იყო ბიოფსია და დიათერმოკოაგულაცია სიკვდილიანობის 0,2%-ით (Steptol P.C. Livingstore S., 1967). [130]

1939 წელს Teleide შეეცადა საშოს უკანა თალიდან მიდგომით ენდოსკოპიის წარმოებისა, მაგრამ უარყო ეს მეთოდი წვრილი ნაწლავის დაზიანების საშიშროების გამო.

მნიშვნელოვანი გარღვევა მოხდა 1947 წ. Fourestier. Gladu da Vulmiere, ინტენსიური სინათლის ცივი ტრანსლაციის მეთოდის აღმოჩენის შემდეგ.

მოცემულმა აღმოჩენებმა განაპირობეს ენდოსკოპიის გამოყენება გინეკოლოგიაში და, კერძოდ, ხელი შეუწყო ლაპაროსკოპიის მეთოდის გავრცელებას. პირველი პუბლიკაციები ლაპაროსკოპიის შესახებ მიეკუთვნება 60-იან წლებს. პირველი მონოგრაფია ლაპაროსკოპიის შესახებ დაიწერა P.C. Steptol 1967 წელს. ხოლო 1962 წელს R. Palmer-მა გამოაქვეყნა მონაცემები ლაპაროსკოპიული სტერილიზაციის შესახებ.

1974 წ. K.Semm-მა [125] გამოაქვეყნა მონაცემები ლაპაროსკოპიული სალპინგექტომიის, ადნექსექტომიის, მიომექტომიის, ოფორექტომიის, ოვარიალური ცისტექტომიისა და სალპინგექტომიის შესახებ. თანამედროვე ეტაპზე გინეკოლოგიაში ხდება შეუზღუდავი ქირურგიული ჩარევა ლაპაროსკოპიული მიდგომით (Taylor P.J., Gomel V., 1986).[133] ამასთან ერთად, როგორც ყველა ქირურგიული ოპერაციებისათვის, განსაზღვრულია აბსოლიტური და შედარებითი უკუჩვენებები დიაგნოსტიკური და ოპერაციული ლაპაროსკოპიისთვის (Corson S.L., 1979, Gomel V., Taylor P.J., Yuzze A.A., 1986). [85, 133] აბსოლიტურ უკუჩვენებებს განეკუთვნება ნაწლავების გაუვალობა, აბდომინალური თიაქარი, პერიტონიტი, დიაფრაგმის თიაქარი და კარდიორესპირატორული დაავადებები დეკომპენსაციის სტადიაში. შედარებითი უკუჩვენებები მოიცავს გადატანილ ოპერაციებს, III-IV ხარისხის სიმსუქნეს, ფეხმძიმობას (Corson S.L., 1979, Gomel V., Taylor P.J., 1986). მაგრამ ოპერაციული ტექნიკის დახვეწა, ლაპაროსკოპიული ინსტრუმენტების სრულყოფა, საშუალებას იძლევა მნიშვნელოვნად შემცირდეს უკუჩვენებათა ნუსხა. J.M. Phillips (1992) [113] მონაცემებით ამერიკის შეერთებულ შტატებში გინეკოლოგიური ოპერაციების 80% კეთდება ლაპაროსკოპიით Glevme (1987)-მ [89] გამოიკვლია ლაპაროსკოპიული ოპერაციების ეკონომიკური ეფექტი ტრადიციულ ქირურგიასთან შედარებით, მთელი რიგი გინეკოლოგიური დაავადებების დროს. ლაპაროსკოპიის შემდეგ ოპერაციის შემდგომი ჰოსპიტალიზაციის საშუალო ხანგრძლივობამ შეადგინა 0,5-2 დღე 5-7 დღის ნაცვლად ლაპაროტომიის შემთხვევაში, რაც საწოლ დღეთა 69%-ის შემცირებას განაპირობებს. თუ ტრადიციული ქირურგიის შემდგომ პაციენტს სრულად აღდგენისათვის სჭირდება 4-

6 კვირა, ლაპაროსკოპიიდან 7-10 დღის შემდეგ ქალი სრულიად ჯანმრთელია და შეუძლია შეუდგეს ჩვეულ საქმიანობას.

ლაპაროსკოპიული ოპერაციის შემთხვევაში ასევე აღინიშნება მატერიალური დანახარჯების მნიშვნელოვანი შემცირება. Glevine (1987)-ს მონაცემებით აღინიშნება საავადმყოფო ხარჯების 49%-ით კლება, ლაპაროსკოპიული ოპერაციების ლაპაროტომიულთან შედარებით. განსაკუთრებით მაღალი ეკონომიკური დანაზოგები აღინიშნა მედიკამენტების გამოყენების შემცირების ხარჯზე.

K. Zemm (1984)-ის [140] მონაცემებით. 8943 ლაპაროსკოპიის ჩატარების შემდეგ აღინიშნა 0,28% გართულებებისა. აქედან 13 მოვიდა სისხლმილთა, 9 შემთხვევა ნაწლავების ან კუჭის, ხოლო 1 შემთხვევაში საშვილოსნოს დაზიანებაზე, 2 შემთხვევაში აღინიშნა გულის გაჩერება. აღნიშნული გართულებების გამო ჩატარდა 10 ლაპაროტომია (0,11%), სიკვდილის შემთხვევა არ ყოფილა.

ამდენად, ლაპაროსკოპიული ოპერაციების უპირატესობა ნათელია. ამ დროს მცირდება გართულებების რაოდენობა და ოპერაციის შემდგომი ლეტალობა. აღინიშნება მატერიალური დანახარჯების მნიშვნელოვანი კლება, მაგრამ ამ ოპერაციების ჩატარება მოითხოვს, ექიმ ლაპაროსკოპისტის მაღალ კვალიფიკაციას და ტექნიკური აღჭურვილობის შესაძლებლობის ზუსტ შეფასებას, ასევე პაციენტთა სწორ შერჩევას.

დღეისათვის მხოლოდ სადიაგნოსტიკო ლაპაროსკოპია განიხილება ექტოპიური ორსულობის პრაქტიკულად უტყუარ სადიაგნოსტიკო მეთოდად და თუ გავითვალისწინებთ იმასაც, რომ ლაპაროსკოპიითვე შესაძლებელია როგორც კონსერვატიული, ასევე რადიკალური ოპერაციული ჩარევაც, ნათელი გახდება მისი მნიშვნელობა აღნიშნული რთული პრობლემის მოსაგვარებლად.

1973 წელს H.I.Shapiro-სა და D.L.N.Adier-ის მიერ პირველად შესრულდა ლაპაროსკოპიული ტუბექტომია, ხოლო 1977 წელს M.A. Brunt, H. Manhes-მა თანაავტორებთან ერთად გამოაქვეყნეს მონაცემები ლაპაროსკოპიული გზით მილისმიერი ორსულობის კონსერვატიული ქირურგიული მკურნალობის შედეგების შესახებ. შემდგომში ლაპაროსკოპიული მკურნალობის მონაცემები წარმოადგინეს K. Semm-მა 1980 წ., A.H. Decherney 1981-1982 წ.წ., J.L. Pouly 1986 წ.

ამ მონაცემების თანახმად შემთხვევათა 95% შესაძლებელია ამ პრობლემის გადაჭრა.

ლაპაროსკოპიის უდავო უპირატესობას წარმოადგენს: ოპერაციის დროის, ჰოსპიტალიზაციის ვადის მნიშვნელოვანი შემცირება, შემდგომში შეხორცებითი პროცესის ჩამოყალიბების ნაკლები რისკი, მუცელზე კოსმეტიკური დეფექტის არარსებობა, აგრეთვე, შრომისუნარიანობის სწრაფი აღდგენა და ამით განპირობებული ეკონომიკური ეფექტი, რაც საბოლოოდ ცხოვრების ხარისხის ამაღლებას უწყობს ხელს.

ფერტილობის შენარჩუნების შესახებ ლაპაროსკოპიული ოპერაციების შემდეგ არსებული მონაცემები საკმაოდ კარგ შედეგებს აჩვენებს. Paavonen-სა და მისი თანაავტორთა 1995 წლის მონაცემები, რომლებიც ლაპაროსკოპიის შემდეგ სამი წლის დაკვირვებას ეყრდნობა, გვიჩვენებს, რომ კონსერვატული ოპერაციის შემდეგ ორსულობა დადგა 46%-ში, ხოლო ტუბექტომიის შემდეგ 56%-ში.

ლაპაროსკოპიულად საკვერცხის ფოლიკულური ცისტა - ელასტიური კონსისტენციის ღრუ, როგორც წესი, წარმოადგენს თხელკედლიან ერთკამერიან (იშვიათად ორკამერიან) წარმონაქმნს. სადა ზედაპირის კედლებით თხელი გამჭვირვალე კაფსულით ავსებულს ასევე გამჭვირვალე ღია ფერის სითხით. სისხლჩაქცევის ან ცისტის ფეხზე შემოგრების შედეგად შიგთავსი შეიძლება სისხლიანი იყოს. [59].

ყვითელი სხეულის ცისტის კედლებიც თხელია. შიდა ზედაპირი ყვითელი ფერისაა, დამახასიათებელი სპეციფიკური ნაოჭებით. ცისტის შიგთავსი აქაც გამჭვირვალე ღია ფერის სითხეა, სისხლჩაქცევის შემთხვევაში კი ჰემორაგიული. შესაძლებელია ერთდროულად რამდენიმე მცირე ზომის ცისტის ვიზუალიზაცია. ასევე შესაძლებელია საკვერცხის ჯანსაღი ზედაპირის დათვალიერება და მასზე ფოლიკულის ან ყვითელი სხეულის აღმოჩენა. ცისტის კაფსულის სისხლმარღვოვანი სურათი სხვადასხვა სახისაა და ხშირად მკაფიოდ ჩანს. [56].

პარაოვარიალური ცისტა განთავსებულია საშვილოსნოს ფართო იოგის ფურცლებს შორის ან საკვერცხის გარე პოლუსთან, ცისტის ზომების შესაბამისად კვერცხსავალის განლაგება სხვადასხვაა. ზოგჯერ იგი გართხმულია პარაოვარიალური ცისტის ზედაპირზე. ყოველთვის ვიზუალიზდება განცალკევებით მდებარე საკვერცხე, რომელიც პრაქტიკულად შეუცვლელია. ხშირად მის ზედაპირზე აღმოჩნდება ფოლიკული, სტიგმა ან ყვითელი სხეული [5, 2, 9].

საკვერცხის ენდომეტრიული ცისტა წარმოადგენს მკვრივ, გაუმჭვირვალე სადა ზედაპირის მქონე მოცისფრო-მოლურჯო ფერის წარმონაქმნს, რომელიც ხშირ შემთხვევაში ფიქსირებულია და იმყოფება შეხორცებებში. ენდომეტრიოზის შესახებ მიუთითებს ცისტის კაფსულაზე არსებული ან მცირე მენჯის კედლის პერიტონეუმზე ჰემოსიდერინის წარმონაქმნების მოცისფრო, მოწითალო შინდისფერი, მოყავისფრო და სხვ. ე.წ. ენდომეტრიული ჰეტეროტოპიების, ე.წ. «თვალაკების» არსებობა [5, 8, 11]. ჰეტეროტოპიების გარშემო ადგილი აქვს შეშუპებას, ნაწიბუროვან ინფილტრაციას, ზოგან სისხლჩაქცევებს. კაფსულა ხშირად მიხორცებულია საშვილოსნოს უკანა კედელთან, სწორნაწლავ-საშვილოსნოს ფოსოში. სწორი ნაწლავის სეროზულ ზედაპირთან ან კვერცხსავალ მილთან. მცირე ზომის კისტები (3 სმ-ზე პატარა), რომლებიც განლაგებულია საკვერცხის ზედაპირზე, უფრო ხშირად კი თეთრი გარსის ქვეშ იძლევიან იგივე სურათს იმ განსხვავებით, რომ ცისტის კედელი შედარებით თხელია და შეხორცებებიც იშვიათადაა გამოხატული [8].

დერმოიდული კისტა წარმოადგენს მკვრივ გაუმჭვირვალე, ზოგჯერ უსწორმასწორო ზედაპირის მქონე მოშავო ფერის წარმონაქმნს, რომელიც სქელი კაფსულით ხასიათდება და მასში ძვლოვანი ნაწილების არსებობის შემთხვევაში ძალზე მკვრივია.

შიგთავსი უმეტეს შემთხვევაში ცხიმოვანი, ძვლოვანი, თმის ნაწილებითაა წარმოდგენილი [2].

თავი II. მასალა და კვლევის მეთოდები

ჩვენს მიერ რანდომიზირებული შერჩევის გზით გამოკვლეულია 16-დან 45 წლამდე ასაკის 381 პაციენტი, რომელთაც 1999-2005 წლებში მომართეს ი.ჟორდანას სახელობის ადამიანის რეპროდუქციის სამეცნიერო-კვლევით ინსტიტუტს სხვადასხვა ჩივილებით.

კომპლექსური გამოკვლევის შემდეგ დაავადების კლინიკური სურათის გათვალისწინებით პაციენტები ნოზოლოგიების მიხედვით დაიყო 6 ჯგუფად.

ცხრილი №1

ავადმყოფთა განაწილება ნაზოლოგიური ფორმის მიხედვით

დაავადების დასახელება	პაციენტთა რაოდენობა
ფოლიკულური ცისტა	80
ყვითელი სხეულის ცისტა	18
პარაოვარიული ცისტა	58
ენდომეტრიული ცისტა	65
დერმოიდული ცისტა	38
საშვილოსნოსგარე ორსულობა	122
	სულ 381

ყველა ზემოთ მოყვანილი პაციენტის კვლევა ხორციელდებოდა ერთიანი პროგრამით.

ანამნეზური მონაცემების შეკრებისას ყურადღება გამახვილებული იყო ჩივილებზე, გადატანილ ინფექციურ დაავადებებზე, მენსტრუაციულ და რეპროდუქციულ ფუნქციაზე. განსაკუთრებული ყურადღება ექცეოდა ჩატარებულ ოპერაციებს ანამნეზში.

გინეკოლოგიური გამოკვლევა იწყებოდა გარეთა სასქესო ორგანოების დათვალიერებით. ბიმანუალური გასინჯვით ისაზღვრებოდა საშოს, საშვილოსნოს, საკვერცხეების და არსებული მოცულობითი წარმონაქმნების ფორმა, ზომა, კონსისტენცია, ზედაპირის ხასიათი, მტკივნეულობა, მდებარეობა სხვა მცირე მენჯის ღრუს ორგანოების მიმართ.

საერთო კლინიკურ-ლაბორატორიული გამოკვლევებიდან ყველა პაციენტს უტარდებოდა სისხლის და შარდის საერთო ანალიზი, პროთრომბინის ინდექსი, საშოს ნაცხის ბაქტერიოსკოპული ანალიზი, საჭიროების შემთხვევაში ისაზღვრებოდა ქორიონული გონადოტროპინი სისხლში ან შარდში, ჰორმონალური და ბაქტერიოლოგიური სპექტრი.

2. გამოკვლევის სპეციალური მეთოდები

.2.1. მცირე მენჯის ღრუს ულტრაბგერითი გამოკვლევა

კლინიკური დიაგნოზის დასაზუსტებლად გამოიყენებოდა მცირე მენჯის ღრუს ულტრასონოგრაფიული სკანირება ტრანსაბდომინალურად ან/და ტრანსვაგინალურად.

კვლევა ხორციელდებოდა Medison 8860-GAIA და Siemens G-50 აპარატებით. სკანირებისათვის გამოყენებული იყო ვაგინალური (EC-9-4მგკ) და სექტორალური (C-5-2 მგკ) ტიპის გადამწოდები. გამოკვლევა ხდებოდა დროის რეალურ მასშტაბში, ნაცრისფერი შკალის პრინციპის გამოყენებით, სიგრძივი და განივი მიმართულებებით.

ტრანსაბდომინალური ულტრაბგერითი სკანირებისათვის აუცილებლობას წარმოადგენს შარდის ბუშტის გავსება, რაც მცირე მენჯის ღრუდან ნაწლავის მარყუჟების განდევნას ახდენს, რის შედეგადაც იქმნება თავისებური აკუსტიკური ფანჯარა საშვილოსნოსა და მისი დანამატების უკეთესი ვიზუალიზაციისათვის.

ულტრაბგერითი სკანირების დროს ვსაზღვრავდით საშვილოსნოს მდებარეობას, სიგრძეს, სიგანეს, წინა-უკანა ზომას. შემდეგ ვიკვლევდით საშვილოსნოს დანამატებს, ამასთან ყურადღებას ვამახვილებდით მათ ლოკალიზაციაზე, მდგომარეობასა და შინაგან სტრუქტურაზე, ვაწარმოებდით საკვერცხეების ზომების განსაზღვრას. საშვილოსნოს დანამატების საპროექციო არეში მოცულობითი წარმონაქმნის ვიზუალიზაციის შემთხვევაში ვაწარმოებდით მის ტოპიკურ დიაგნოსტიკას, ბიომეტრიას, ვაფასებდით მის ფორმას და შინაგან სტრუქტურას.

სკანირების პროცესში ყურადღებას ვაქცევდით მუცლის ღრუში თავისუფალი სითხის არსებობას.

2.2 მცირე მენჯის ღრუს კომპიუტერული ტომოგრაფიული კვლევა

იმ რთულ შემთხვევებში, როცა ულტრასონოგრაფიული სკანირება არ გვაძლევდა ამომწურავ პასუხს პათოლოგიური პროცესის არსობაზე, ვახორციელებდით მცირე მენჯის ღრუს ორგანოთა კომპიუტერულ-ტომოგრაფიულ კვლევას.

მცირე მენჯის ორგანოთა კომპიუტერულ-ტომოგრაფიული კვლევისათვის ვიყენებდით “Siemens”-ის ფირმის /გვრ/ მესამე თაობის აპარატს “Somatom CR”-ს.

კვლევის ჩატარებისათვის პაციენტები წინასწარ მზადდებოდნენ: პროცედურის ჩატარების წინა საღამოს კეთდებოდა გამწმენდი ოყნა. გამოკვლევამდე 3 საათით ადრე ავადმყოფს ეძლეოდა პერორალურად 600,0 მლ დისტილირებულ წყალში გახსნილი იოდისშემცველი კონტრასტული ნივთიერება /ვეროგრაფინი, უროგრაფინი, ომნიპაკი და სხვა./ მსხვილი ნაწლავის რექტოსიგმოიდური ნაწილის და წვრილი ნაწლავის მარყუჟების დასაკონტრასტირებლად.

უშუალოდ გამოკვლევის წინ, ხორციელდებოდა საშოს ტამპონადა 0,5%-იანი ვეროგრაფინის ხსნარით, რაც იძლეოდა საშვილოსნოს ყელის და საშოს თაღების უკეთესი ვიზუალიზაციის საშუალებას.

გამოკვლევა ხორციელდებოდა სავსე შარდის ბუშტით საშვილოსნოს, ფალოპის მილების, საკვერცხეების და შარდის ბუშტის ტოპოგრაფიულ-ანატომიური ურთიერთობის გარკვევის მიზნით.

გამოკვლევა მიმდინარეობდა პაციენტის ზურგზე წოლის მდგომარეობაში. ბოქვენის სიმფიზის ქვემო კიდიდან კრანიალური მიმართულებით. სკენირების დრო – 5 წმ, ნაბიჯი – 3 მმ, შრის სისქე – 8 მმ, ავადმყოფის თავისუფალი, არაკონტროლირებადი სუნთქვის ფონზე.

სკანირების პროცესში გარდა ფრონტალური ჭრილებისა ხორციელდებოდა პათოლოგიური კერის კვლევა საგიტალურ და კორონალურ სიბრტყეებში.

2.3 მცირე მენჯის ღრუს ლაპაროსკოპიული კვლევა

ლაპაროსკოპია ტარდებოდა სპეციალურად აღჭურვილ საოპერაციოში, Storz და Qebot medical-ის ლაპაროსკოპიული ტელევიდეოტექნიკის გამოყენებით. ლაპაროსკოპისათვის პაციენტი მზადდებოდა ამბულატორიულად ან სტაციონარის პირობებში და მომზადების წესი არ განსხვავდებოდა სხვა გინეკოლოგიური ოპერაციებისათვის მომზადების საერთო წესისაგან.

ოპერაციის ჩატარების ტექნიკა:

1. პაციენტი თავსდება საოპერაციო მაგიდაზე გინეკოლოგიურ მდგომარეობაში.
2. კათეტერის საშუალებით იცლება შარდის ბუშტი.
3. შორისის დამუშავების შემდეგ საშოში ჩაიდგმევა სარკე და ანტისეპტიური ხსნარით დამუშავდება საშო და საშვილოსნოს ყელი.

4. საშვილოსნოს ყელზე ედება ტყვიის ორკბილა, საშვილოსნოს ზონდის საშუალებით ხდება საშვილოსნოს ზომის და მდებარეობის გარკვევა, რის შემდეგაც მასში შეიყვანენ საშვილოსნოს მანიპულატორს, რომლის დახმარებითაც ოპერაციის მსვლელობაში შესაძლებელია საშვილოსნოს მოძრაობა საჭირო მიმართულებით და საჭიროების შემთხვევაში საღებავი სითხის შეყვანა კვერცხსავალი მილების გამავლობის დადგენის მიზნით.
5. ლაპაროსკოპის შეყვანის წინ ვერეშის ნემსით ედება პნევმოპერიტონეუმი.

მუცლის ღრუში აირის მინიმალური რაოდენობა, რომელიც საჭიროა მუცლის და მენჯის ღრუს ორგანოების ნორმალური ვიზუალიზაციისთვის, ვარიაბილურია და შეადგენს 3-5 ლიტრს. მუცელში აირის სწორად შეყვანის შემთხვევაში პერკუსიით ადგილი აქვს ე.წ. «კოლოფისებურ» ხმიანობას.

ინსუფლიაციის დროს პაციენტი გადაჰყავთ ტრენდელენბურგის მდებარეობაში 15-20 გრადუსიანი კუთხით. ამ შემთხვევაში ნაწლავების მარყუჟები და დიდი ბადექონი აირის წნევის ზეწოლით გადაინაცვლებენ დიაფრაგმის მიმართულებით, რის შედეგადაც მენჯის ღრუს ორგანოები თავისუფლდება და ადვილი მისადგომი ხდება.

6. ლაპაროსკოპის შესაყვანად ოპტიმალურია თეთრი ხაზი ჭიპს ქვემოთ, მანიპულატორისათვის კისიმეტრიული წერტილები მუცლის სწორი კუნთის ლატერალურ კიდესთან, ბოქვენთან 3-4 სმ.-ით ზემოთ.

პირველ რიგში ლაპაროსკოპით ათვალთვლებენ მუცლის ღრუს ორგანოებს უშუალოდ ნემსისა და ტროაკარის შეყვანის ადგილას, რათა შეუმჩნეველი არ დარჩეს მათი შემთხვევითი დაზიანება «ბრმად» შესვლის დროს. მუცლის ღრუს დათვალთვლების შემდეგ, მასში შეყავთ მანიპულატორი ან სხვა ქირურგიული ინსტრუმენტები დამატებითი ტროაკარის მეშვეობით. ოპერაციის მსვლელობის გასაადვილებლად ხდება საშვილოსნოს სათანადო გადაადგილება მასში მოთავსებული მანიპულატორის მეშვეობით.

თავი III. საკუთარი გამოკვლევის შედეგები

3.1. საკვერცხის ფოლიკულური ცისტა

დაკვირვების ქვეშ იმყოფებოდა 16-დან 45 წლამდე ასაკის 80 ქალი საკვერცხის ფოლიკულური ცისტით. ქალთა საშუალო ასაკი შეადგენდა $27,8 \pm 0,4$ წელს.

ყველა ქალს ბავშვობაში გადატანილი ჰქონდა სხვადასხვა ინფექციური დაავადება, მათ შორის წითელა 36(45%), წითურა 4(5%), ინფექციური პაროტიტი 7(8,8%), ჩუტყვავილა 28(35%). ორი და მეტი ინფექციური დაავადება გადატანილი ჰქონდა 24(30%) პაციენტს.

22(27,5%) ქალს ჰქონდა თანმხლები გინეკოლოგიური დაავადებები. მათ შორის საშვილოსნოს მიომა 1(1,3%), ენდომეტრიოზი 2(2,5%), გადატანილი გინეკოლოგიური ოპერაციები საკვერცხის ცისტის გამო აღენიშნებოდა 22(27,5%). მათგან 8(10%)-ს ჩაუტარდა ოვარექტომია, ხოლო 10(12,5%)-ს საკვერცხის რეზექცია. ყველა ოპერაცია შესრულებული იყო ლაპაროტომიული მიდგომით.

მენსტრუაციული ფუნქცია: უმრავლესობას 50(62,5%) მენარხე აღენიშნებოდა 12-13 წლის ასაკში, 20(25%)-ს 14-15 წლის ასაკში, ხოლო 10(12,5%) 10-11 წლის ასაკში.

ანოვულაციური ციკლი აღენიშნებოდა 57(71,25%) პაციენტს, ოლიგომენორეა 18(22,5%), მეორადი ამენორეა 2(2,5%), აციკლური სისხლდენა 3(3,75%).

რეპროდუქციული ფუნქცია: საკვლევი პაციენტებიდან 18(22,5%) არ ეწეოდა სქესობრივ ცხოვრებას, 62(77,5%) ეწეოდა სქესობრივ ცხოვრებას. მათგან 27(43,5%) ქალი იყო ნამშობიარევი, 18(29%) ჰქონდა ერთი მშობიარობა, 8(12,9%) ორი, 1(1,6%) სამი. 22(35,5%) გაკეთებული ჰქონდა ერთი ან მეტი ხელოვნური აბორტი. აბორტების საშუალო მაჩვენებელმა შეადგინა $5,1 \pm 1,2$.

პირველადი უშვილობა აღენიშნებოდა 15(24,2%) ქალს, მეორადი 6(2,7%)-ს. უნაყოფობის ხანგრძლივობამერყეობდა 2-დან 10წლამდე.

ობიექტური გამოკვლევა: გამოკვლეული პაციენტები აღნაგობით შეესაბამებოდნენ სხვადასხვა კონსტიტუციურ ტიპს. აქედან უმრავლესობა 64(80%) წარმოადგენდა ნორმოსთენიურ კონსტიტუციურ ტიპს, 12(15%) – ასთენიურს, 4(5%) ჰიპერსთენიურს.

დათვალერებით, სარძევე ჯირკვლების განვითარების ხარისხი შეესაბამებოდა კონსტიტუციურ ტიპს.

გინეკოლოგიური გამოკვლევა: P დაკვირვებაზე მყოფ ყველა ქალს გარეთა სასქესო ორგანოები (დიდი და მცირე სასირცხო ბაგეები, კლიტორი) განვითარებული ჰქონდა სწორად, ბოქვენზე გათმიანება უმთავრესად იყო ქალური ტიპის.

ბიძანუალური გინეკოლოგიური გასინჯვით, საშვილოსნოს ზომები და მდგომარეობა შეესაბამება გინეკოლოგიურ ანამნეზს. პალპაციისას საშვილოსნოს გვერდით, ან უკან ისინჯებოდა რბილი, მოძრავი, ელასტიური კონსისტენციის ოვალური წარმონაქმნი. კონტრალატერალურ მხარეს საკვერცხის ზომა და კონსისტენცია შეესაბამებოდა ნორმას.

მცირე მენჯის ღრუს ულტრაბგერითი გამოკვლევა: პაციენტთა ძირითადი ნაწილის 77(96,3%) საშვილოსნო და ინტაქტური საკვერცხის სტრუქტურა იყო ნორმალური, 1 შემთხვევაში დაფიქსირდა საშვილოსნოს მიომა, 2 შემთხვევაში ადენომიოზისათვის დამახასიათებელი მიომეტრიუმის მარცვლოვანი სტრუქტურა.

საშვილოსნოს საშუალო ზომები შეადგენდა: სიგრძე – $52,8 \pm 1,0$ მმ-ს, წ/უ. $37,3 \pm 1,0$ მმ-ს, განივი ზომა – $46,2 \pm 1,2$ მმ-ს.

ინტაქტური საკვერცხის საშუალო ზომები შეადგენდა: – $33,4 \pm 1,2$ მმ-ს, წ/უ $21,1 \pm 2,3$ მმ-ს, განივი ზომა – $31,2 \pm 1,0$ მმ-ს. ეს მონაცემები არ განსხვავდებოდა ნორმალური მაჩვენებლებისაგან.

80 პაციენტიდან 68(85%)-ს აღენიშნებოდა ცალმხრივი ერთკამერიანი, სითხური, ერთგვაროვანი სტრუქტურის წარმონაქმნი საკვერცხეში. 7(8,7%) - შემთხვევაში წარმონაქმნი იყო ორკამერიანი, 2(2,5%) სამკარიანი 3(3,8%) პაციენტს აღენიშნა ორივე საკვერცხის ფოლიკულოური ცისტა.

მარჯვენა საკვერცხის ფოლიკულოური ცისტა დაფიქსირდა 40(50%) შემთხვევაში, მარცხენა საკვერცხის – 37(46,2%) შემთხვევაში.

აღნიშნული წარმონაქმნების დიამეტრი მერყეობდა 35-დან - 92 მმ-დე. საშუალო ზომა შეადგენდა $50,5 \pm 1,6$ მმ-ს. თავად საკვერცხის საშუალო ზომები შეადგენდა: სიგრძე $60,1 \pm 2,09$ მმ, წ/უ. ზომა – $40,7 \pm 1,51$ მმ-ს, სიგანე – $47,6 \pm 2,17$ მმ-ს.

35-დან 40 მმ-დე დიამეტრის (საშუალო ზომა $35,2 \pm 1,1$ მმ) ფოლიკულოური ცისტა დაფიქსირდა 17(21,2%) შემთხვევაში, 41-დან 50 მმ-დე (საშუალო ზომა $45,4 \pm 0,8$ მმ) – 34(42,5%) შემთხვევაში, 51-დან 60 მმ-დე (საშუალო ზომა $56,7 \pm 0,7$ მმ) – 17(21,2%) შემთხვევაში, 61-დან 70 მმ-დე (საშუალო ზომა $65,8 \pm 1,3$ მმ) – 7(8,8%) შემთხვევაში, 71-

დან 80 მმ-დე (საშუალო ზომა $74,3 \pm 2,1$ მმ) – 3(3,8%) შემთხვევაში, ხოლო 81-დან 92 მმ-დე (საშუალო ზომა $88,5 \pm 3,6$ მმ) – 2(2,5%) შემთხვევაში.

ექოგრამაზე ცისტებს ჰქონდათ (სურათი 1) მრგვალი ან ოვალური ფორმა. შინაგანი სტრუქტურა მთლიანად ერთგვაროვანი და ანექოგენური იყო. ბგერაგამტარობა მაღალი. გამონაკლისს წარმოადგენდნენ ორ და სამკამერიანი ცისტები, სადაც სანათურში ლოცირდებოდა თხელი ექოპოზიციური ტიხარი, ამავე დროს სხვადასხვა კამერის სითხური სტრუქტურის ექოლოგიური სურათი იდენტური იყო. ცისტასთან მჭიდრო კავშირში ყოველთვის ფიქსირდებოდა საკვერცხის ნორმალური ქსოვილი, რომელიც არ იჭრებოდა სითხური წარმონაქმნის სანათურში.



სურ. 1 ფოლიკულური ცისტის უს სურათი

ცისტების კედლები ყველა შემთხვევაში გლუვი იყო, სისქით 1-2 მმ. გადამწოდის ზეწოლის შედეგად (ჰიდროდინამიური ცდა) საკვლევი მოცულობით წარმონაქმნი იცვლიდა კონფიგურაციას.

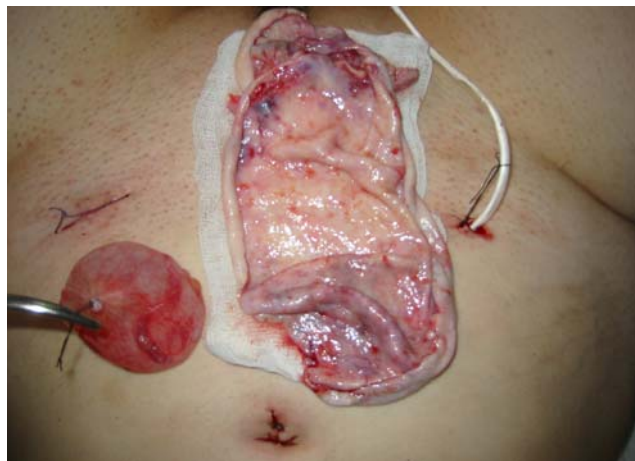
ყველა შემთხვევაში საკვერცხის საკუთარი იოგი შეცვლილი იყო, ხოლო მეზოოვარიუმის სისხლძარღვის შესასვლელს ჰქონდა ჩვეულებრივი მიმართულება.

ზემოთ მოყვანილ პაციენტთა ერთ ნაწილს (15 ქალს, 18,7%) დაავადების მოსალოდნელი გართულებების საშიშროების გამო ან წარუმატებელი კონსერვატიული მკურნალობის შემდეგ ჩაუტარდათ ლაპაროსკოპია.

პაციენტთა ასაკი მერყეობდა 16-დან 41 წლამდე, მათ 20% აღენიშნებოდა თანმხლები გინეკოლოგიური დაავადებები (საშვილოსნოს მიომა, ენდომეტრიოზი).

წარსულში 1 პაციენტს გადატანილი ჰქონდა საკვერცხის რეზექცია ფოლიკულური ცისტის გამო.

ლაპაროსკოპიით ვიზუალიზირებული იყო ყველა წარმონაქმნი. 10(66,6%) შემთხვევაში საკვერცხის ფოლიკულური ცისტის დიაგნოზი დადასტურდა. ისინი წარმოადგენდნენ (სურათი 2) ღრუ, გამჭვირვალე, ოვალურ წარმონაქმნებს თხელი, გლუვი, მკრთალი ვარდისფერი კედლით, მომკვრივო ელასტიური კონსისტენციის, რომელთა შიგთავსი იყო გამჭვირვალე ღია ქარვისფერი სითხე, 3(30%) შემთხვევაში კი სეროზულ-ჰემორაგიული (სურათი 3). წარმონაქმნების ზომები და კამერათა ოდენობა შეესაბამებოდა ულტრაბგერითი გამოკვლევით დაფიქსირებულს. 7(28%) შემთხვევაში მცირე მენჯის ღრუში აღინიშნა სხვადასხვა ინტენსივობის შეხორცებითი პროცესი.



სურ. 2
ფოლიკულური ცისტის სურათი ლაპაროსკოპიის შემდეგ



სურ. 3

ფოლიკულური ცისტის უს სურათი (ჰემორაგიული შიგთავსით)

ოპერაციის მსვლელობისას და შემდგომში ჰისტომორფოლოგიური კვლევით დადგინდა, რომ 1 შემთხვევაში საქმე გვექონდა ყვითელი სხეულის ცისტასთან, ხოლო 3 შემთხვევაში გამოვლინდა პარაოვარიული, ხოლო 1 შემთხვევაში ენდომეტრიული ცისტა.

დიაგნოზის ცდომილებას უპირატესად ადგილი ჰქონდა როდესაც აღინიშნებოდა შეხორცებითი პროცესი მცირე მენჯის ღრუში, რაც თავის მხრივ ართულებდა ზუსტ დიაგნოსტიკას ექოსკანირებისას. ამავე დროს სწორედ ამ პაციენტებს აღინიშნებოდათ კომბინირებული პათოლოგია, 1 შემთხვევაში საშვილოსნოს მიომა, 2 პაციენტს კი გენიტალური ენდომეტრიოზი. 1 შემთხვევაში საქმე გვექონდა ყვითელი სხეულის ცისტასთან, რომლის შიგთავსი შედარებით ერთგვაროვანი და ანექოგენური იყო, რამაც გაართულა ექოლოგიური სურათის იდენტიფიცირება, 3 შემთხვევაში გამოვლინდა პარაოვარიული ცისტა, რომელიც მჭიდროდ ეკვროდა საკვერცხეს და ქმნიდა ფოლიკულური ცისტის შთაბეჭდილებას, ხოლო 1 შემთხვევაში აღმოჩნდა ენდომეტრიალური ცისტის ის შედარებით იშვიათი ვარიანტი, როდესაც ცისტის შიგთავსი წარმოდგენილია წვრილდისპერსიული შეწონადებული ექოპოზიტიური ჩანართების მწირი რაოდენობით, შედარებითი თხელი კაფსულის არსებობის პირობებში, რაც დიდ სიმძლევს ჰქმნის დიფერენციალური დიაგნოზის ჩასატარებლად.

3.2. საკვერცხის ყვითელი სხეულის ცისტა

დაკვირვების ქვეშ იმყოფებოდა 18-დან 41 წლამდე ასაკის 18 ქალი საკვერცხის ყვითელი სხეულის ცისტით. ქალთა საშუალო ასაკი შეადგენდა $25,3 \pm 0,5$ წელს.

ყველა ქალს ბავშვობაში გადატანილი ჰქონდა სხვადასხვა ინფექციური დაავადება, მათ შორის წითელა 9(50%), წითურა 2(11,1%), ინფექციური პაროტიტი 2(11,1%), ჩუტყვავილა 6(33,3%). ორი და მეტი ინფექციური დაავადება გადატანილი ჰქონდა 5(27,7%) პაციენტს.

4(22,2%) პაციენტს ჰქონდა თანმხლები გინეკოლოგიური დაავადებები. საშვილოსნოს მიომა 1(5,5%), ენდომეტრიოზი 1(5,5%).

მენსტრუაციული ფუნქცია: უმრავლესობას 12(66,6%) მენარზე აღენიშნებოდა 12-13 წლის ასაკში, 3(16,6%)-ს 14-15 წლის ასაკში, ხოლო 3(16,6%) 10-11 წლის ასაკში.

უმთავრესად აღინიშნებოდა ორფაზიანი ციკლი და ამ ფონზე ხშირად აღინიშნებოდა მენო-მეტრორაგია.

რეპროდუქციული ფუნქცია: საკვლევი პაციენტებიდან 14(77,7%) ეწეოდა სქესობრივ ცხოვრებას. მათგან 9(64,3%) ქალი იყო ნამშობიარევი, 9(64,3%) გაკეთებული ჰქონდა ერთი ან მეტი ხელოვნური აბორტი. აბორტების საშუალო მაჩვენებელმა შეადგინა $4,2 \pm 1,1$.

ობიექტური გამოკვლევა: გამოკვლეული პაციენტები აღნაგობით შეესაბამებოდნენ სხვადასხვა კონსტიტუციურ ტიპს. აქედან უმრავლესობა 12(66,6%) წარმოადგენდა ნორმოსთენიურ კონსტიტუციურ ტიპს, 2(11,1%) – ასთენიურს, 4(22,3%) ჰიპერსთენიურს.

დათვალიერებით, სარძევე ჯირკვლების განვითარების ხარისხი შეესაბამებოდა კონსტიტუციურ ტიპს.

გინეკოლოგიური გამოკვლევა: Pდაკვირვებაზე მყოფ ყველა ქალს გარეთა სასქესო ორგანოები (დიდი და მცირე სასირცხო ბაგეები, კლიტორი) განვითარებული ჰქონდა სწორად, ბოქვენზე გათმიანება უმთავრესად იყო ქალური ტიპის.

ბიმანუალური გინეკოლოგიური გასინჯვით, საშვილოსნოს ზომები და მდგომარეობა შეესაბამება გინეკოლოგიურ ანამნეზს. პალპაციისას საშვილოსნოს გვერდით ან წინ ისინჯებოდა რბილი, მოძრავი, ელასტიური კონსისტენციის ოვალური წარმონაქმნი. კონტრალატერალურ მხარეს საკვერცხის ზომა და კონსისტენცია შეესაბამებოდა ნორმას.

მცირე მენჯის ღრუს ულტრაბგერითი გამოკვლევა: პაციენტთა ძირითადი ნაწილის 16(88,9%) საშვილოსნო და ინტაქტური საკვერცხის სტრუქტურა იყო ნორმალური, 1 შემთხვევაში დაფიქსირდა საშვილოსნოს მიომა, 1 შემთხვევაში ადენომიოზისათვის დამახასიათებელი მიომეტრიუმის მარცვლოვანი სტრუქტურა.

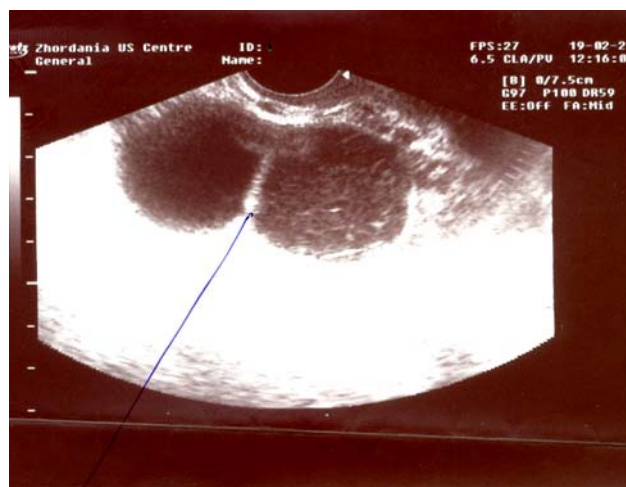
საშვილოსნოს საშუალო ზომები შეადგენდა: სიგრძე – $50,1 \pm 0,9$ მმ-ს, წ/უ. $38,2 \pm 1,1$ მმ-ს, განივი ზომა – $44,3 \pm 1,2$ მმ-ს.

ინტაქტური საკვერცხის საშუალო ზომები შეადგენდა: $34,3 \pm 1,2$ მმ-ს, წ/უ. $20,5 \pm 0,8$ მმ-ს, განივი ზომა $32,4 \pm 1,3$ მმ-ს. ეს მონაცემები არ განსხვავდებოდა ნორმალური მაჩვენებლებისაგან.

ყვითელი სხეულის ცისტა მორფოლოგიური შენებით წააგავს ყვითელ სხეულს, განსხვავება ვლინდება მხოლოდ ზომებში. ფოლიკულური ცისტისაგან განსხვავებით დოპლეროგრაფიით ყვითელი სხეულის ცისტას ახასიათებს ინტენსიური სისხლის მოძრაობა პერიფერიაზე, რაც ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი მარკერია დიფერენციალური დიაგნოსტიკის გატარებისას.

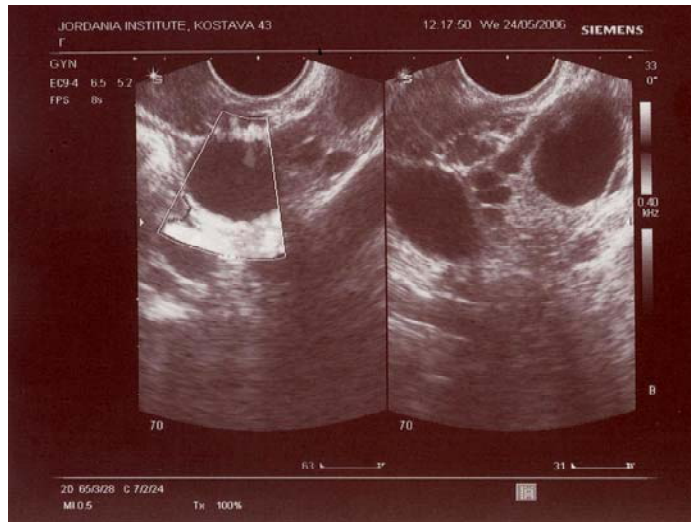
მარჯვენა საკვერცხის ცისტა დაფიქსირდა 7(38,9%) ხოლო მარცხენა საკვერცხის 11(61,1%) შემთხვევაში. ზომები მერყეობს 30-61 მმ (საშუალო 46 მმ), უმრავლეს შემთხვევაში ისინი მდებარეობენ საშვილოსნოს ზემოთ 12(66,7%) ან 6(33,3%) გვერდით. მათი შინაგანი სტრუქტურა მრავალფეროვანია. ექოგრაფიული მონაცემების საფუძველზე ჩვენ შევძელით 2 ვარიანტის გამოყოფა.

I ვარიანტი _ (სურათი 4) _ შემთხვევათა უმრავლესობაში 13(72,2%) - ცისტას ჰქონდა წვრილი ან საშუალო დისპერსიული შენება და საშუალო ექოგენობა. თითქმის ნახევარ შემთხვევაში აღენიშნება მკვრივი, მაღალი ექოგენობის ჩანართები. აღნიშნული სტრუქტურები ავსებდა ცისტის მთელ შიგთავსს, ან მის უმეტეს ნაწილს, სხვა შემთხვევებში _ ცისტის 1/3 ან ნაკლებს და თითქმის ყოველთვის განლაგებული იყო კედლისმიერად.



სურ. 4
ყვითელი სხეულის ცისტის უს სურათი (I ვარიანტი)

II ვარიანტი _ (სურათი 5) _ ცისტის შიგთავსი იყო ერთგვაროვანი და სრულიად ანექოგენური 5(27,8%) შემთხვევა. ცისტის ღრუში აღინიშნებოდა ერთეული, ნაზი, მთლიანი ან ნაწილობრივი ტიხრები.



სურ. 5
ყვითელი სხეულის ცისტის უს სურათი (II ვარიანტი)

მიუხედავად ყვითელი სხეულის ცისტების მრავალფეროვნებისა, ყველა შემთხვევაში მათი ბგერაგამტარობა იყო მაღალი. კედლის სისქე მერყეობდა 1-დან 3-მმ-დე. დინამიურ მეთვალყურეობაზე მყოფი პაციენტიდან 12 შემთხვევაში 2-3 ციკლის განმავლობაში ცისტებმა განიცადა სპონტანური ინვოლუცია.

დიაგნოსტიკისათვის რთულ შემთხვევაში 5 პაციენტს ჩაუტარდა კომპიუტერული ტომოგრაფიული კვლევა. ტომოგრამებზე ისინი წარმოდგენილი იყვნენ მრგვალი ან ოვალური ფორმის წარმონაქმნით ზომით 30-60 მმ თხელი კედლებით (1-3 მმ) სწორი, მკაფიო კონტურებით. შინაგანი სტრუქტურა შეესაბამებოდა სითხის სიმკვრივეს და ფოლიკულური ცისტის შიგთავსისაგან განსხვავებით, სადაც ეს უკანასკნელი წყლის სიმკვრივისაა, აღწევდა +14 _ +23 H-ს.

იმ შემთხვევაში, თუ ყვითელი სხეულის ცისტა არ განიცდიდა რეგრესს 2-3 ციკლის განმავლობაში ტარდებოდა ლაპაროსკოპია. ასეთი პროცედურა ჩაუტარდა 6 პაციენტს რამაც შეადგინა 33,3% თავდაპირველად დაკვირვებაში მყოფი ყვითელი სხეულის ცისტით დაავადებული ქალებისა. ლაპაროსკოპიით ვიზუალიზირებული წარმონაქმნის ზომები შეესაბამებოდა ულტრაბგერითი გამოკვლევით დაფიქსირე-

ბულს. 3(50%) შემთხვევაში მცირე მენჯის ღრუში აღინიშნა I-III ხარისხის შეხორცებითი პროცესი. 1 პაციენტთან ენდომეტრიალური ჰეტეროტოპიები. 5 შემთხვევაში იდენტიფიცირებული იყო ცალმხრივი ყვითელი სხეულის ცისტა. წარმონაქმნი 4 შემთხვევაში იყო მრგვალი, 1 ავადმყოფთან ოვალური. ცისტის კედლები მერყეობდა 1-3 მმ, ხოლო შიგა ზედაპირი დანაოჭებული. შიგთავსი იყო მოყვითალო ფერის ღია გამჭვირვალე სითხე. საკვერცხის საკუთარი იოგი შეცვლილი არ იყო. მეზოოვარიუმში სისხლძარღვის შესასვლელს ჰქონდა ჩვეულებრივი მიმართულება.

ოპერაციის მსვლელობისას და შემდგომი ჰისტომორფოლოგიური კვლევით დადგინდა, რომ დიაგნოსტიკური ცდომილების შემთხვევაში საქმე გვექონდა ფოლიკულურ ცისტასთან.

საკვერცხის მოცულობითი წარმონაქმნებით დაავადებულ პაციენტთა კლინიკური და ულტრაბგერითი გამოკვლევით ყვითელი სხეულის ცისტის დიაგნოზი დაესვა 18 პაციენტს. აქედან ამ წარმონაქმნის რეგრესი არ შედგა 6 პაციენტში. მათ ჩაუტარდათ ლაპაროსკოპია. ყვითელი სხეულის ცისტის დიაგნოზი არ დადასტურდა 1 შემთხვევაში, რაც ამ დიაგნოზის მქონე პაციენტთა 5,5% შეადგენს.

საქმე ეხება ორკამერიან ფოლიკულურ ცისტა თხელი ტიხრით, მასში არსებული სისხლჩაქცევით (კოლტებით), რომელიც ავსებდა ცისტის ორივე კამერის შიგთავსის უმეტეს ნაწილს. დოპლეროგრაფიის არამკვეთრი მონაცემების ფონზე ეს წარმონაქმნი აღქმული იყო როგორც ყვითელი სხეულის ცისტა (I ვარიანტი).

3.3. საკვერცხის პარაოვარიული ცისტა

დაკვირვების ქვეშ იმყოფებოდა 20-დან 44 წლამდე ასაკის 58 ქალი საკვერცხის პარაოვარიული ცისტით. ეს წარმონაქმნები რასაკვირველია არ განეკუთვნება საკვერცხისმიერ წარმონაქმნებს, მაგრამ ტრადიციულად იგი განიხილება საკვერცხის ცისტებთან ერთად. ჩვენც არ დავარდვიეთ ეს ტრადიცია. ქალთა საშუალო ასაკი შეადგენდა $30,1 \pm 0,6$ წელს.

ყველა ქალს ბავშვობაში გადატანილი ჰქონდა სხვადასხვა ინფექციური დაავადება, მათ შორის წითელა 27(46,5%), წითურა 3(5,1%), ინფექციური პაროტიტი 5(8,6%),

ჩუტყვავილა 18(31,1%). ორი და მეტი ინფექციური დაავადება გადატანილი ჰქონდა 16(27,8%) პაციენტს.

27(46,5%) ქალს ჰქონდა თანმხლები გინეკოლოგიური დაავადებები. მათ შორის საშვილოსნოს მიომა 8(13,7%), ენდომეტრიოზი 12(20,6%). წარსულში 18(31,0%) პაციენტს გადატანილი ჰქონდა გინეკოლოგიური ოპერაციები.

მენსტრუაციული ფუნქცია: უმრავლესობას 31(53,4%) მენარხე აღენიშნებოდა 12-13 წლის ასაკში, 16(27,5%)-ს 14-15 წლის ასაკში, ხოლო 11(18,9%) 10-11 წლის ასაკში.

პარაოვარიული ცისტის 49(84,5%) შემთხვევაში აღინიშნებოდა ორფაზიანი ციკლი, 6(10,3%) ოლიგომენორეა, 3(5,2%) ანოვულატორული ციკლი.

რეპროდუქციული ფუნქცია: საკვლევი პაციენტებიდან 20(34,7%) არ ეწეოდა სქესობრივ ცხოვრებას. 38(65,5%) ეწეოდა სქესობრივ ცხოვრებას. მათგან 32(55,2%) ქალი იყო ნამშობიარევი, 15(25,8%) ერთი მშობიარობა, 12(20,7%) ორი, 28(48,2%) გაკეთებული ჰქონდა ერთი ან მეტი ხელოვნური აბორტი. აბორტების საშუალო მაჩვენებელმა შეადგინა $5,4 \pm 1,5$.

პირველადი უშვილობა აღენიშნებოდა 6(10,3%) ქალს, მეორადი 3(5,2%)-ს. უნაყოფობის ხანგრძლივობა მერყეობდა 1-დან 5 წლამდე.

ობიექტური გამოკვლევა: გამოკვლეული პაციენტები აღნაგობით შეესაბამებოდნენ სხვადასხვა კონსტიტუციურ ტიპს. აქედან უმრავლესობა 31(53,4%) წარმოადგენდა ნორმოსტენიურ კონსტიტუციურ ტიპს, 10(17,2%) – ასტენიურს, 17(29,3%) ჰიპერსტენიურს.

დათვალიერებით, სარძევე ჯირკვლების განვითარების ხარისხი შეესაბამებოდა კონსტიტუციურ ტიპს.

გინეკოლოგიური გამოკვლევა: P დაკვირვებაზე მყოფ ყველა ქალს გარეთა სასქესო ორგანოები (დიდი და მცირე სასირცხო ბაგეები, კლიტორი) განვითარებული ჰქონდა სწორად, ბოქვენზე გათმიანება უმთავრესად იყო ქალური ტიპის.

ბიმანუალური გინეკოლოგიური გასინჯვით, საშვილოსნოს ზომები და მდგომარეობა შეესაბამება გინეკოლოგიურ ანამნეზს.

პალპაციისას საშვილოსნოს გვერდით და/ან ქვემოთ საკვერცხესთან კავშირში ან ამ უკანასკნელის გარეშე ისინჯებოდა მოძრავი, ელასტიური კონსისტენციის

ოვალური წარმონაქმნი საშუალო ზომით 4-6 სმ. საკვერცხეების ზომები და კონსისტენცია შეესაბამებოდა ნორმას.

მცირე მენჯის ღრუს ულტრაბგერითი გამოკვლევა: პაციენტთა ძირითადი ნაწილის 38(65,5%) საშვილოსნო და საკვერცხეების ზომები და სტრუქტურა იყო ნორმალური, 8(13,7%) დაფიქსირდა საშვილოსნოს მიომა, 12(20,5%) ადენომიოზისათვის დამახასიათებელი მიომეტრიუმის მარცვლოვანი სტრუქტურა.

საშვილოსნოს საშუალო ზომები შეადგენდა: სიგრძე _ $54,4 \pm 1,2$ მმ-ს, წ/უ. $38,5 \pm 1,0$ მმ-ს, განივი ზომა _ $47,1 \pm 1,3$ მმ-ს.

საკვერცხის საშუალო ზომები შეადგენდა: _ $34,2 \pm 1,3$ მმ-ს, წ/უ. $23,5 \pm 0,9$ მმ-ს, განივი ზომა _ $32,7 \pm 1,4$ მმ-ს. ეს მონაცემები არ განსხვავდებოდა ნორმალური მაჩვენებლებისაგან.

მარჯვენამხრივი პარაოვარიული ცისტა დაფიქსირდა 32(55,2%) შემთხვევაში, მარცხენამხრივი 26(44,8%)-ში. ცისტების დიამეტრი მერყეობდა 30-80 მმ (საშუალო 48 მმ). საკვერცხის სხვა მარტივი ცისტებისაგან განსხვავებით მრგვალი ან ოვალური სითხოვანი წარმონაქმნიდან მოცილებით ფიქსირდება შეუცვლელი საკვერცხე, რაც უმთავრეს და საიმედო სადიფერენციაციო ნიშანს წარმოადგენს. შეცდომის მიზეზი შეიძლება იყოს საკვერცხისა და პარაოვარიული ცისტის მჭიდროდ განლაგება, რაც ფოლიკულური ცისტის იმიტაციას იძლევა.

ექოგრაფიულად პარაოვარიული ცისტები წარმოადგენდნენ (სურათი 6) თხელ-კედლიან (1-2 მმ), მრგვალი ან ოვალური ფორმის ერთკამერიან წარმონაქმნს, რომლებიც მდებარეობდნენ მეზოოვარიუმში. საშვილოსნოსთან მიმართებაში ისინი უმთავრესად განლაგებულნი იყვნენ მის ქვემოთ ან გვერდით. ცისტის შიგთავსი სრულიად ანექოგენური იყო.

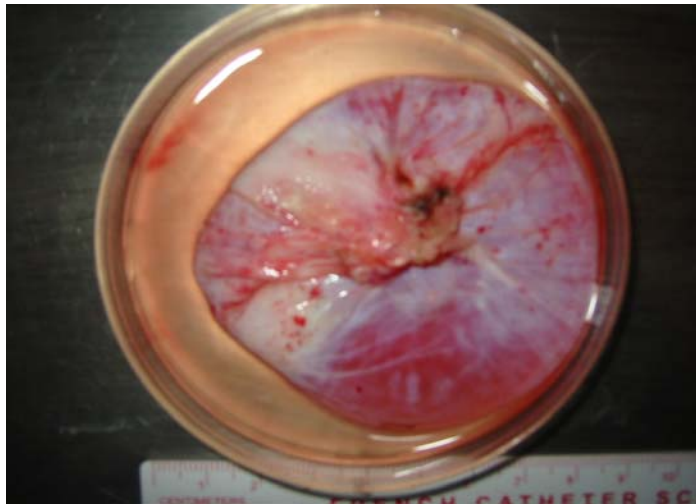


სურ. 6
 პარაოვარული ცისტის უს სურათი

კომპიუტერული ტომოგრაფიით (8 შემთხვევა) პარაოვარული ცისტა წარმოადგენს მრგვალ ან ოვალური ფორმის თხელკედლიან (1-2 მმ) სწორკონტურებიან წარმონაქმნს. შიგთავსის სტრუქტურა შეესაბამება სითხის სიმკვრივეს და მერყეობს +0 _ +10 H. ცისტისგან მოშორებით ფიქსირდება ინტაქტური საკვერცხე.

ფოლიკულური და ყვითელი სხეულის ცისტებისგან განსხვავებით პარაოვარული ცისტა უკუგანვითარებას ან კონსერვატიულ მკურნალობას არ ემორჩილება. ამიტომ 58-ივე შემთხვევაში ჩატარებული იყო ენდოქირურგიული მკურნალობა.

ლაპაროსკოპიული მონაცემებით წარმონაქმნის ტოპიკა სრულად შეესაბამება ულტრაბგერით მონაცემებს, ხოლო ზომები მნიშვნელოვნად არ განსხვავდებოდნენ დაფიქსირებული პარამეტრებისაგან. ცისტა 41(70,6%) შემთხვევაში მრგვალი 17(29,4%), ოვალური ფორმის იყო. კონსისტენცია მომკვრივო, ელასტიური, გამჭვირვალე. კაფსულა თხელი (1-3 მმ), თუმცა საკმაოდ მტკიცე (სურათი 7). არც ერთ შემთხვევაში ცისტა შეხორცებული ან მჭიდრო კავშირში არ იყო საკვერცხესთან, რაც პრაქტიკულად უშეცდომო ულტრასონოგრაფიული კვლევის წინაპირობა იყო.



სურ. 7

პარაოვარული ცისტის სურათი (ლაპაროსკოპიის შემდეგ)

3.4. საკვერცხის ენდომეტრიული ცისტა

დაკვირვების ქვეშ იმყოფებოდა 18-დან 44 წლამდე ასაკის 65 ქალი საკვერცხის ენდომეტრიული ცისტით. ქალთა საშუალო ასაკი შეადგენდა $27,8 \pm 1,2$ წელს.

ყველა ქალს ბავშვობაში გადატანილი ჰქონდა სხვადასხვა ინფექციური დაავადება, მათ შორის წითელა 32(49,2%), წითურა 3(4,6%), ინფექციური პაროტიტი 5(7,7%), ჩუტყვავილა 25(38,5%). ორი და მეტი ინფექციური დაავადება გადატანილი ჰქონდა 21(32,3%) პაციენტს.

თანმხლები გინეკოლოგიური დაავადებებიდან 5(7,7%) ჰქონდა საშვილოსნოს მიომა, 18(27,6%) ენდომეტრიოზი.

მენსტრუაციული ფუნქცია: უმრავლესობას 41(63,0%) მენარხე აღენიშნებოდა 12-13 წლის ასაკში, 9(13,8%)-ს 14-15 წლის ასაკში, ხოლო 12(18,5%) 10-11 წლის ასაკში.

39(40,0%) პაციენტს აღენიშნებოდა ნორმალური ორფაზიანი მენსტრუაციული ციკლი. ანოვულაციური ციკლი აღენიშნებოდა 12(18,5%) პაციენტს, ოლიგომენორეა 5(7,7%), აციკლური სისხლდენა 8(12,3%).

რეპროდუქციული ფუნქცია: საკვლევი პაციენტებიდან 42(64,6%) ეწეოდა სქესობრივ ცხოვრებას, მათგან 36(55,4%) ქალი იყო ნამშობიარევი, 16(24,6%) ჰქონდა

ერთი მშობიარობა, 20(30,8%) ორი. 28(43,0%) გაკეთებული ჰქონდა ერთი ან მეტი ხელოვნური აბორტი. აბორტების საშუალო მაჩვენებელმა შეადგინა $4,8 \pm 1,3$.

პირველადი უშვილობა აღენიშნებოდა 2(3,0%) ქალს.

კლინიკური ჩივილებიდან აღსანიშნავია ტკივილი, რომელიც ძირითადად ლოკალიზირდებოდა მუცლის ქვემო მესამედში ან წელში. ტკივილი ძლიერდებოდა მენსტრუაციის წინ. ხშირად მას ერთვოდა პერიტონეალური გაღიზიანების ნიშნები, რაც დაკავშირებული იყო მენსტრუაციის დროს ენდომეტრიალური ჰეტეროტოპიების მიკროპერფორაციასთან და მათი ნაწილის მოხვედრასთან მუცლის ღრუში.

ობიექტური გამოკვლევა: გამოკვლეული პაციენტები აღნაგობით შეესაბამებოდნენ სხვადასხვა კონსტიტუციურ ტიპს. აქედან უმრავლესობა 44(67,7%) წარმოადგენდა ნორმოსთენიურ კონსტიტუციურ ტიპს, 8(12,3%) – ასთენიურს, 13(20%) ჰიპერსთენიურს.

დათვალიერებით, სარძევე ჯირკვლების განვითარების ხარისხი შეესაბამებოდა კონსტიტუციურ ტიპს.

გინეკოლოგიური გამოკვლევა: Pდაკვირვებაზე მყოფ ყველა ქალს გარეთა სასქესო ორგანოები (დიდი და მცირე სასირცხო ბაგეები, კლიტორი) განვითარებული ჰქონდა სწორად, ბოქვენზე გათმიანება უმთავრესად იყო ქალური ტიპის.

ბიმანუალური გინეკოლოგიური გასინჯვით, საშვილოსნოს ზომები და მდგომარეობა შეესაბამება გინეკოლოგიურ ანამნეზს. პალპაციისას საშვილოსნოს გვერდით, უკან ან წინ ისინჯებოდა მომრგვალო, მკვრივ-ელასტიური კონსისტენციის ნაკლებად მოძრავი მტკივნეული წარმონაქმნი ზომით 5-დან 11 სმ. ინტაქტური საკვერცხის ზომები და კონსისტენცია შეესაბამებოდა ნორმას.

მცირე მენჯის ღრუს ულტრაბგერითი გამოკვლევა: პაციენტთა ძირითადი ნაწილის 51(78,5%) საშვილოსნო და საკვერცხის სტრუქტურა იყო ნორმალური, 5 შემთხვევაში დაფიქსირდა საშვილოსნოს მიომა, 9 შემთხვევაში ადენომიოზისათვის დამახასიათებელი მიომეტრიუმის მარცვლოვანი სტრუქტურა.

საშვილოსნოს საშუალო ზომები შეადგენდა: სიგრძე – $54,4 \pm 1,5$ მმ-ს, წ/უ. $36,7 \pm 1,1$ მმ-ს, განივი ზომა – $45,1 \pm 1,3$ მმ-ს. შემთხვევათა 20%-ში საშვილოსნო იყო დიფუზიურად გადიდებული. სიგრძე – 70-78 მმ, წ/უ – 45-50 მმ; სიგანე – 60-68 მმ.

თუმცა ფორმა და მიომეტრიუმის სტრუქტურა შეცვლილი არ იყო. პაციენტთა 50% ენდომეტრიუმი უფრო მეტად ჰქონდა გამოხატული, ვიდრე ეკუთვნოდათ მენსტრუაციული ციკლის მიხედვით, მცირედ გამოხატული ჰიპერპლაზიის ელემენტებით.

ინტაქტური საკვერცხის საშუალო ზომები შეადგენდა: $34,1 \pm 1,3$ მმ-ს, წ/უ. $23,2 \pm 0,8$ მმ-ს, განივი ზომა $30,1 \pm 1,1$ მმ-ს. ეს მონაცემები არ განსხვავდებოდა ნორმალური მაჩვენებლებისაგან.

გამოკვლეულ პაციენტთა 80%-ში (52 პაციენტი) ენდომეტრიული ცისტა იყო ცალმხრივი. დანარჩენ შემთხვევებში აღინიშნებოდა ორივე საკვერცხეში. ჩვენი დაკვირვებით ცისტის ზომები მერყეობდა 45-დან - 115 მმ-დე. (საშუალო ზომა 80 მმ). აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ ცისტის ზომები არ იყო პათოგნომური ამ პათოლოგიისთვის, უფრო მნიშვნელოვანი იყო ზომების ცვლილება მენსტრუაციული ციკლის მიხედვით. კერძოდ, ციკლის II ფაზაში აღინიშნებოდა ცისტის ზომებში მატება 10-20 მმ-ით.

ენდომეტრიული ცისტები, როგორც წესი მდებარეობენ საშვილოსნოს უკან, რაც განპირობებულია მრავლობითი მიკროპერფორაციებით გამოწვეული შეხორცებითი პროცესით. შემთხვევათა 80%-ში ცისტები წარმოდგენილი იყო ერთკამერიანი წარმოქმნის სახით, 20%-ში ცისტის შიგნით აღინიშნებოდა ძგიდეების არსებობა. წარმონაქმნის კონტურები იყო არა მკაფიო. ბგერაგამტარობა საშუალო ან მაღალი. ცისტის კედლები მერყეობდა 2-6 მმ-დე, შიდა კონტურები 50% შემთხვევაში გლუვი, ხოლო დანარჩენ პაციენტებში შიდაციტური ჩანართების გამო, უსწორმასწორო. ცისტის შიგთავსი წარმოადგენდა არაერთგვაროვანი ექოსტრუქტურის მქონე სითხეს, რომელშიც აღინიშნებოდა მრავლობითი, თხელი, ხაზოვანი ან/და სხვა ფორმის ექოპოზიტიური ჩანართები, რომლებიც ქმნიდნენ ფიჭისებრ ექოსტრუქტურას, მაგრამ ეს ფიჭისებრი სტრუქტურა ყოველთვის არ მოიცავდა მთელ ცისტას პაციენტთა 24,6% (16 შემთხვევა).

ჩვენ მასალაზე დაყრდნობით, გამოვყავით ენდომეტრიული ცისტის 2 ექოგრაფიული ვარიანტი.

I ვარიანტი 56 პაციენტი (86,1%) – (სურათი 8) ცისტა ხასიათდება ანექოგენური შიგთავსით, მასში წვრილდისპერსულად შეწონადებული, ექოპოზიტიური ჩანართების არსებობით, რომლის ფონზე შეიძლება ვლინდებოდეს მკვრივი,

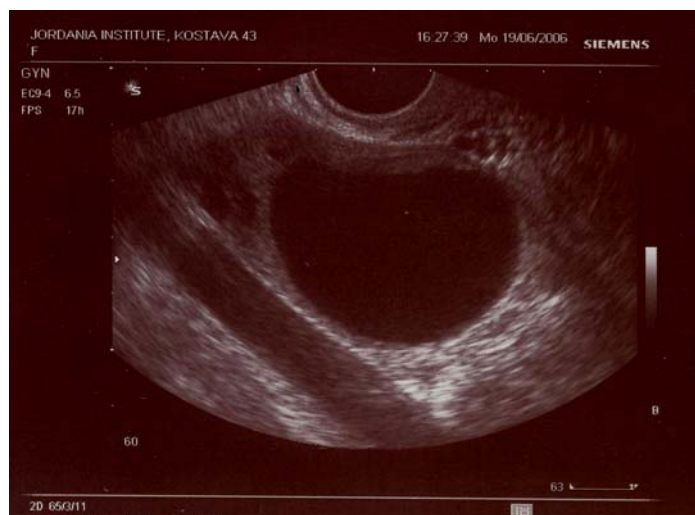
ექოპოზიტიური, კედლისმიერი ჩანართები, რომელიც როგორც ლაპაროსკოპიული დიაგნოსტიკებისას აღმოჩნდა, წარმოადგენდა სისხლის კოლტებს.



სურ. 8

ენდომეტრიული ცისტის უს სურათი (I ვარიანტი)

II ვარიანტი 9 პაციენტი (13,9%) – (სურათი 9) – ენდომეტრიული ცისტები წარმოდგენილი იყო ანექოგენური შიგთავსით, მაღალი ბგერაგამტარობით, სწორი კონტურებით, წვრილდისპერსიულად შეწონადებული ექოპოზიტიური ჩანართების მწირი რაოდენობით, რაც დიდ სიძნელეს ქმნიდა რეტენციულ ცისტებთან დიფერენციალური დიაგნოზის გატარების დროს.



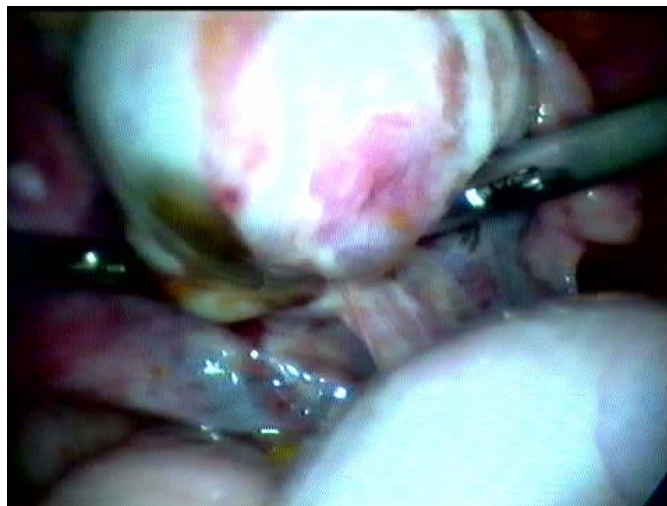
სურ. 9

ენდომეტრიული ცისტის უს სურათი (II ვარიანტი)

9 პაციენტს ჩაუტარდა კომპიუტერულ-ტომოგრაფიული კვლევა მიღებული დენსიდომეტრიული მაჩვენებლები ვარირებდა წყლისა და რბილი ქსოვილის სიმკვრივეებს შორის და აღწევდა +40 _ +60 H ცისტების კედლები იყო საშუალო სისქის, შინაგანი სტრუქტურა ჰეტეროგენული. შემთხვევათა 2/3-ში აღინიშნა შინაგანი ტიხრები და მკვრივი კედლისმიერი კომპონენტების არსებობა.

ენდოსკოპიური კვლევა ჩაუტარდა 65-ივე პაციენტს. ლაპაროსკოპიით ვიზუალიზირებული იყო ყველა წარმონაქმნი, რომელთა ზომები უმრავლეს შემთხვევაში შეესაბამებოდა ულტრაბგერითი კვლევით დაფიქსირებულს.

63 (96,9%) საკვერცხის ენდომეტრიული ცისტის დიაგნოზი დადასტურდა. ენდომეტრიული ცისტა წარმოადგენდა (სურათი 10) სადა ზედაპირის, ოვალური ფორმის, გაუმჭვირვალე, მკვრივი და სქელი კაფსულის მქონე, მოცისფრო-მოლურჯო ფერის სიმსივნურ წარმონაქმნს. 56(86,2%) შემთხვევაში მცირე მენჯის ღრუში აღინიშნებოდა შეხორცებითი პროცესი. 47(72%) საკვერცხის ზედაპირზე ან მცირე მენჯის ღრუში დაფიქსირდა ენდომეტრიული ჰეტეროტოპიები.



სურ. 10

ენდომეტრიული ცისტის ლაპაროსკოპიული სურათი

ოპერაციული მონაცემებით და შემდგომი ჰისტომორფოლოგიური კვლევით დადგინდა, რომ 5 შემთხვევაში მოხდა დიაგნოსტიკური ცდომილება, რაც განპირობებული იყო სისხლჩაქცევებით _ ფოლიკულურ და ყვითელი სხეულის ცისტებში _ სისხლის კოლტები აისახებოდა არაერთგვაროვან ექოპოზიტიურ

უბნებად, რაც შედარებით თხელი კაფსულის (2 მმ) მიუხედავად ენდომეტრიული ცისტის ექოლოგიურ იმიტაციას იძლეოდა. ამდენად, ცისტის კაფსულის სისქე მნიშვნელოვან ექოლოგიურ მარკერს წარმოადგენს ცისტის პათოგენეზური ვარიანტის იდენტიფიცირებისათვის.

ლაპაროსკოპიულ დიაგნოსტიკას აქაც გადამწყვეტი მნიშვნელობა ჰქონდა. მისი მონაცემები 100% შემთხვევაში ემთხვეოდა ჰისტომორფოლოგიური კვლევის შედეგებს.

3.5. საკვერცხის დერმოიდული ცისტა

დაკვირვების ქვეშ იმყოფებოდა 20-დან 45 წლამდე ასაკის 38 ქალი საკვერცხის დერმოიდული ცისტით. ქალთა საშუალო ასაკი შეადგენდა $28,4 \pm 1,0$ წელს.

ყველა ქალს ბავშვობაში გადატანილი ჰქონდა სხვადასხვა ინფექციური დაავადება, მათ შორის წითელა 18(47,3%), წითურა 3(7,9%), ინფექციური პაროტიტი 4(10,5%), ჩუტყვავილა 12(31,5%). ორი და მეტი ინფექციური დაავადება გადატანილი ჰქონდა 10(26,3%) პაციენტს.

თანმხლები გინეკოლოგიური დაავადებებიდან: 8(21,0%) ქალს ჰქონდა. საშვილოსნოს მიომა, 5(13,1%) ენდომეტრიოზი.

მენსტრუაციული ფუნქცია: უმრავლესობას 26(68,4%) მენარხე აღენიშნებოდა 12-13 წლის ასაკში, 40(10,5%)-ს 14-15 წლის ასაკში, ხოლო 8(21,0%) 10-11 წლის ასაკში.

დერმოიდული ცისტის შემთხვევაში უმთავრესად აღენიშნებოდა ორფაზიანი ციკლი და მხოლოდ ორ პაციენტს აღენიშნებოდა ანოვულაცია.

რეპროდუქციული ფუნქცია: საკვლევი პაციენტებიდან 29(76,3%) ეწეოდა სქესობრივ ცხოვრებას. მათგან 24(63,1%) ქალი იყო ნამშობიარევი, 13(34,2%) ჰქონდა ერთი მშობიარობა, 11(28,9%) ორი, 21(55,2%) გაკეთებული ჰქონდა ერთი ან მეტი ხელოვნური აბორტი. აბორტების საშუალო მაჩვენებელმა შეადგინა $5,4 \pm 1,2$.

პირველადი უშვილობა აღენიშნებოდა 3(7,8%) ქალს, მეორადი 2(5,2%)-ს.

ობიექტური გამოკვლევა: გამოკვლეული პაციენტები აღნაგობით შეესაბამებოდნენ სხვადასხვა კონსტიტუციურ ტიპს. აქედან უმრავლესობა 31(81,5%)

წარმოადგენდა ნორმოსთენიურ კონსტიტუციურ ტიპს, 3(7,8%) – ასთენიურს, 4(10,5%) ჰიპერსთენიურს.

დათვალიერებით, სარძევე ჯირკვლების განვითარების ხარისხი შეესაბამებოდა კონსტიტუციურ ტიპს.

გინეკოლოგიური გამოკვლევა: Pდაკვირვებაზე მყოფ ყველა ქალს გარეთა სასქესო ორგანოები (დიდი და მცირე სასირცხო ბაგეები, კლიტორი) განვითარებული ჰქონდა სწორად, ბოქვენზე გათმიანება უმთავრესად იყო ქალური ტიპის.

ბიმანუალური გინეკოლოგიური გასინჯვით, საშვილოსნოს ზომები და მდგომარეობა შეესაბამება გინეკოლოგიურ ანამნეზს. პალპაციისას საშვილოსნოს გვერდით და უკან ისინჯებოდა მკვრივი უმტკივნეულო, მოცულობითი წარმონაქმნი. კონტრალატერალურ მხარეს საკვერცხის ზომა და კონსისტენცია შეესაბამებოდა ნორმას.

მცირე მენჯის ღრუს ულტრაბგერითი გამოკვლევა: პაციენტთა ძირითადი ნაწილის 30(78,9%) საშვილოსნო და ინტაქტური საკვერცხის სტრუქტურა იყო ნორმალური, 8 შემთხვევაში დაფიქსირდა საშვილოსნოს მიომა.

საშვილოსნოს საშუალო ზომები შეადგენდა: სიგრძე – $51,6 \pm 0,8$ მმ-ს, წ/უ. $37,4 \pm 0,7$ მმ-ს, განივი ზომა – $44,5 \pm 1,1$ მმ-ს.

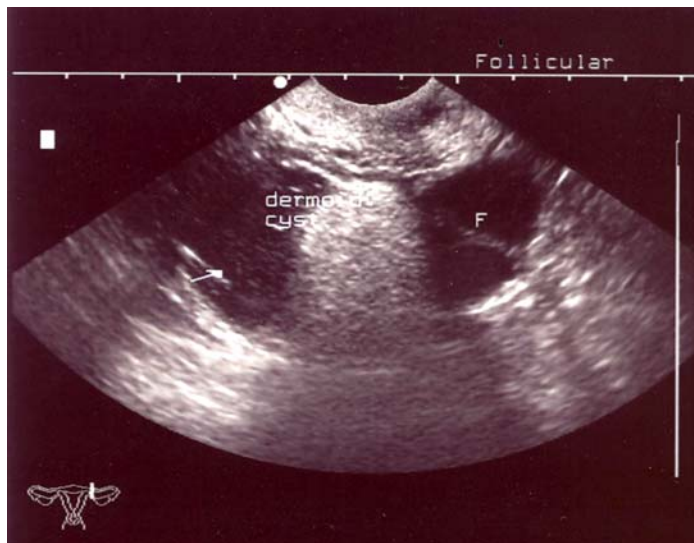
ინტაქტური საკვერცხის საშუალო ზომები შეადგენდა: – $31,7 \pm 1,1$ მმ-ს, წ/უ. $21,1 \pm 0,9$ მმ-ს, განივი ზომა – $32,8 \pm 0,8$ მმ-ს. ეს მონაცემები არ განსხვავდებოდა ნორმალური მაჩვენებლებისაგან.

ულტრასონოგრაფიული კვლევით მარჯვენა საკვერცხის დერმოიდული ცისტა დაფიქსირდა 14(36,8%), ხოლო მარცხენა საკვერცხის 21(55,3%) შემთხვევაში. 3(7,8%) აღინიშნებოდა ორმხრივი დერმოიდული წარმონაქმნი. მათი ზომები მერყეობდნენ 35-120 მმ-დე. უმრავლეს შემთხვევაში ისინი მდებარეობდნენ საშვილოსნოს უკან პარამეტრალურ არეში ან თაღში.

მორფოლოგიური შენების თავისებურებიდან გამომდინარე ჩამოყალიბდა ულტრაბგერითი სურათის ორი ვარიანტი.

I ვარიანტი (29 – 76,3%) – (სურათი 11) – ამ ვარიანტისათვის დამახასიათებელია ბორცვის არსებობა, რომლის სიდიდე მერყეობს ცისტის კედლის (უმთავრესად ქვედა) გასქელებიდან (10-15 მმ), რომელიც იჭრება სანათურში – დამთავრებული ამ

მოცულობითი წარმონაქმნის დიდი ნაწილის (70-80%) დაკავებით. ბორცვისაგან თავისუფალ ადგილას ცისტის კედლის სისქე მერყეობს 3-10 მმ. დიდ ნაწილ შემთხვევაში აღინიშნება პარარელიზმი ბორცვის სიდიდის და კედლის სისქეს შორის. ბორცვის ფორმა არასწორი, მომრგვალო ან ოვალურია. ბორცვის შიდა სტრუქტურა არაერთგვაროვანია მასში არსებული ქაოტურად განლაგებული ექოპოზიტიური ჩანართების სხვადასხვა სიმკვრივის გამო (კბილები, ძვლოვანი ფრაგმენტები, კანი, სხვადასხვა წარმომავლობის ქსოვილები).



სურ. 11

დერმოიდული ცისტის უს სურათი (I ვარიანტი)

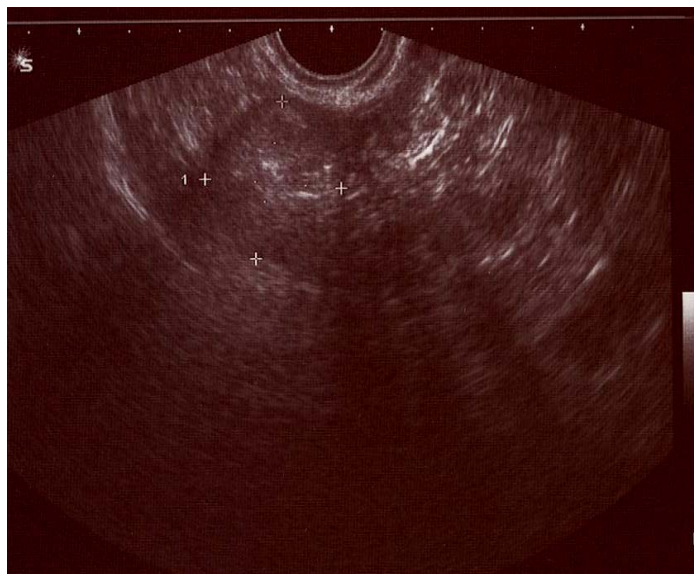
ბორცვის ფორმა არასწორი, ოვალური ან მრგვალია, შიდა კონტურები მკაფიო, მსხვილმარცვლოვანი, რიგ შემთხვევებში, წანაზარდებით ცისტის სანათურში.

ცისტის თავისუფალ სანათურში მაღალი ან საშუალო ექოპოზიტიური ჩანართები (2-5 მმ) ქაოტურადაა განლაგებული და ქმნიან მოკლე ხაზოვან სტრუქტურებს, რაც ცისტის შიგთავსს არაერთგვაროვნებას ანიჭებს. ეს ჩანართები ცისტის კედლების შიდა ნაწილის (გარდა ბორცვთან შეხების ადგილისა) და ერთმანეთისგან, განცალკევებულია ექონეგატიური ფენებით (ცხიმი, სითხე), რაც შიგთავსს ბოჭკოვან სახეს აძლევს.

ერთ შემთხვევაში დერმოიდული ცისტა მთლიანად ქსოვილოვანი სტრუქტურით იყო წარმოდგენილი. ოპერაციული ჩარევისას აღმოჩნდა, რომ სანათური ინტენსიურად იყო შევსებული თმებით და ცხიმით. ამდენად, ცისტის

სითხოვანი და ქსოვილოვანი ურთიერთშეფარდება დამოკიდებულია შიგთავსის (თმები, ცხიმი) განვითარების ინტენსივობაზე.

II ვარიანტი (9 – 23,7%) – (სურათი 12) – დერმოიდული ცისტის ამ ვარიანტს არ ახასიათებს ბორცვის არსებობა. კედლები თხელია (1-3 მმ) მთელ მის სიგრძეზე, კონტურები მკაფიო და სწორია. შიგთავსი არაერთგვაროვანია, ოვალური ან ხაზოვანი ფორმის ექოპოზიტიური ჩანართების არსებობის შუალედებით, ჩანართების უმეტესი ნაწილი გროვდება ცისტის ქვედა ნაწილში და თავისუფლად იცვლიან ადგილს პაციენტის მდგომარეობის შეცვლით.



სურ. 12

დერმოიდული ცისტის უს სურათი (II ვარიანტი)

10 პაციენტს ჩაუტარდა კომპიუტერული ტომოგრაფია. დერმოიდული ცისტის ჰეტეროგენობა აქაც განაპირობებდა სიმკვრივის ვარიაციას დიდ დიაპაზონში და შიგთავსის სიმკვრივითა და სტრუქტურით. რაც განაპირობებდა ტომოგრამაზე დენსიდომეტრული მაჩვენებლის მერყეობას დიდ დიაპაზონში +80 – +150H-მდე.

ლაპაროსკოპიული კვლევა ჩაუტარდა ყველა პაციენტს. წარმონაქმნის ტოპიკა და ზომები უმეტეს შემთხვევებში დაემთხვა ულტრაბგერით დაფიქსირებულ პარამეტრებს.

დერმოიდული ცისტა (სურათი 13) მრგვალი (16 – 41,24%) ან ოვალური (22 – 57,9%) ფორმისაა. კონსისტენცია უმთავრესად მკვრივია. ცისტის კედელი წარმოადგენს მკვრივ ზოგან ჰიალინიზირებულ შემაერთებელ, ზოგ ადგილას ელასტიურ, ზოგან კი ძალიან მკვრივ ქსოვილს. მაკროპრეპარატის გაჭრისას მისგან

იღვრება სქელი, ცხიმისმიერი შიგთავსი. როგ შემთხვევაში ცხიმთან ერთად ცისტაში დაფიქსირებული იყო თმის გროვები, ძვლები (კბილები) და სხვა.



სურ. 13

დერმოიდული ცისტის სურათი ლაპაროსკოპიის შემდეგ

ოპერაციული მონაცემებით და შემდგომი ჰისტომორფოლოგიური კვლევით დადგინდა ულტრასონოგრაფიული კვლევის მაღალი 100% შესაძლებლობა, რაც განპირობებულია დერმოიდული ცისტისთვის დამახასიათებელი შინაგანი სტრუქტურის თავისებურებებით – მკვრივი და კისტოზური კომპონენტების მონაცვლეობით.

3.6. ექტოპიური ორსულობა

დაკვირვების ქვეშ იმყოფებოდა 16-დან 42 წლამდე ასაკის 122 ქალი საშვილოსნოს გარე ორსულობის დიაგნოზით. პაციენტები ასაკის მიხედვით განაწილდნენ: 16-დან 25 წლამდე 31(25,9%), 26-დან 35 წლამდე 81(66,3%), 36-დან 42 წლამდე 10(8,9%).

ყველა ქალს ბავშვობაში გადატანილი ჰქონდა სხვადასხვა ინფექციური დაავადება, მათ შორის წითელა 61(50,0%), წითურა 8 (6,5%), ინფექციური პაროტიტი 11 (9,0%), ჩუტყვავილა 39 (31,9%). ორი და მეტი ინფექციური დაავადება გადატანილი ჰქონდა 52 (42,6%) პაციენტს.

რეპროდუქციული ფუნქცია: მშობიარობა ანამნეზში ჰქონდა 58 (47,5%), მათ შორის საკეისრო კვეთით 4 (3,3%), აბორტებით 97(79,5%), მათ შორის ხელოვნური 75(61,5%). წარსულში უშვილობას უჩიოდა 24(19,7%). აქედან პირველადი უშვილობა ჰქონდა 17(13,9%), მეორადი 7(5,7%). ექტოპიური ორსულობა ანამნეზში აღენიშნებოდა 19(15,5%).

თანხლები გინეკოლოგიური დაავადებები: გენიტალიის ქრონიკული ანთება აღენიშნებოდა 66(52,2%), ენდომეტრიოზი 17(13,9%), საშვილოსნოს კვანძოვანი მიომა 4(3,2%), საშვილოსნოს ყელის ეროზია 29(23,8%).

გადატანილი ქირურგიული ჩარევები: აპენდექტომია 24(19,2%), საკეისრო კვეთა 4(3,3%), ტუბექტომია მუცელკვეთით 9(7,3%). პლასტიური ოპერაციები ფალოპის მილებზე 4(3,3%). საერთო ჯამში ოპერაციები მუცლის ღრუზე აღენიშნებოდა 42(34,4%) პაციენტს, რაც ექტოპიური ორსულობის ერთ-ერთ განმაპირობებელ ფაქტორად უნდა ჩაითვალოს.

მენარხე უმრავლესობას 81(66,4%) აღენიშნებოდა 12-13 წლის ასაკში, 14-15 წლის ასაკში 24(19,6%)-ს, ხოლო 10-11 წლის ასაკში 17(13,9%).

სტაციონარში მოთავსებისას პაციენტების უმრავლესობას აღენიშნებოდა ექტოპიური ორსულობისთვის დამახასიათებელი ტრიადა: მენსტრუაციის შეფერხება, სისხლიანი გამონადენი და ტკივილი მუცლის ქვედა არეში. სისხლიანი გამონადენი არ აღენიშნებოდა 18,2%, ხოლო 15,3% ტკივილის სინდრომი.

დიაგნოზის დასასმელად ბიმანუალური გასინჯვის გარდა სისხლში ან შარდში ისაზღვრებოდა ქორიონული გონადოტროპინის რაოდენობა. მცირე მენჯის ღრუს როგორც აბდომინალური, ასევე ვაგინალური ექოსკანირება და ლაპაროსკოპია.

გინეკოლოგიური გამოკვლევა: ყველა გამოსაკვლევ ქალს გარეთა სასქესო ორგანოები (დიდი და მცირე სასირცხო ბაგეები, კლიტორი) განვითარებული ჰქონდა სწორად, გათმინება იყო ქალური ტიპის, საშოდან ზომიერი სისხლიანი გამონადენი აღენიშნება 81,8%.

ბიმანუალური გინეკოლოგიური გასინჯვით, საშვილოსნო უმეტეს შემთხვევაში იყო პასტოზური (75%). პალპაციით მგრძნობიარე, საშვილოსნოს ერთ-ერთ მხარეს 88(72,1%) შემთხვევაში აღინიშნებოდა მტკივნეული მომკვრივო ელასტიური კონსისტენციის ოვალური ფორმის მოცულობითი

წარმონაქმნი. ყველა შემთხვევაში ტესტი ქორიონულ გონადოტროპინზე იყო დადებითი.

მცირე მენჯის ღრუს ულტრაბგერითი გამოკვლევა: ულტრასონოგრაფიული კვლევისას უპირატესად ყურადღება ექცეოდა:

1. საშვილოსნოს ღრუში ორსულობის არარსებობას,
2. საშვილოსნოს ზომებს და მის მატებას,
3. საშვილოსნოს MM-ექოს,

4. საშვილოსნოს დანამატების პროექციას. საკვერცხისაგან იზოლირებულად არაჰომოგენური ექოსტრუქტურის მოცულობითი წარმონაქმნის აღმოჩენას, რომელშიც შეიძლება იდენტიფიცირებული ყოფილიყო სანაყოფე კვერცხი და ამ უკანასკნელში ცოცხალი ემბრიონის (გულისცემა) არსებობა,

5. «თავისუფალი» სითხის აღმოჩენას დუგლასის ფოსოში.

ყველა ამ სიმპტომის თანხვედრა აღინიშნა 25(20,5%) პაციენტთან.

ყველაზე ხშირად 37(30,3%) ვლინდებოდა ენდომეტრიუმის ჰიპერპლაზია, ფალოპის მილების გაფართოება არაჰომოგენური ექოსტრუქტურით, «თავისუფალი» სითხე დუგლასის ფოსოში. საკმაოდ ხშირად 31(25,4%) M MM ექოს გასქელების და ფალოპის მილების გაფართოებისას მასში არაჰომოგენური ექოსტრუქტურით რიგ შემთხვევაში «ცრუ» სანაყოფე კვერცხის არსებობით, დეფორმირებული კონტურებით, საკმარისი ექოლოგიური არგუმენტი აღმოჩნდა საშვილოსნოს გარე ორსულობის სწორი დიაგნოზის დასმისთვის.

ექოგრაფიულ მონოსიმპტომთა (ფალოპის მილის გაფართოება, M MM ექოს გასქელება, «თავისუფალი» სითხე დუგლასში) შეჯერება კლინიკური კვლევის მონაცემებთან 93,8% შემთხვევაში, საკმარისი აღმოჩნდა სწორი დიაგნოზის დასმისთვის.

18(14,7%) შემთხვევაში ლაპაროსკოპიულად დასმულ საშვილოსნოსგარე ორსულობის ექოგრაფიული სურათი არ იძლეოდა საშუალებას სწორი დიაგნოზის იდენტიფიცირებისათვის.

საშვილოსნოსგარე ორსულობის ექოლოგიური მონაცემების მნიშვნელობა და სიხშირე არაერთგვაროვანია:

– საშვილოსნოს ზომების გრავიდალური მატება იდენტიფიცირებული იყო 32(26,2%) შემთხვევაში,

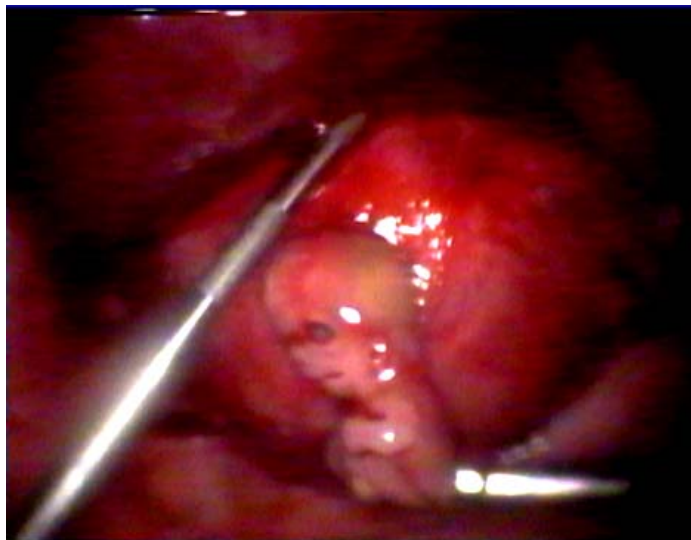
– ენდომეტრიუმის გრავიდალური ჰიპერპლაზია გამოუვლინდა 37(30,3%) პაციენტს,

– 14(12,2%) აღმოაჩნდა ცრუ სანაყოფე კვერცხი დეფორმირებული კონტურებით.

– «თავისუფალი» სითხე დუგლასის ფოსოში აღენიშნა 54(44,3%) ავადმყოფს.

ყველაზე ხშირი სარწმუნო ექოგრაფიული მონაცემები დაკავშირებული იყო საშვილოსნოს მილებში მიმდინარე პროცესის იდენტიფიცირებასთან და იგი აღენიშნება 94(77,0%) პაციენტს. ამათგან 11(9%) გამოუვლინდა ცოცხალი ემბრიონის არსებობა სანაყოფე კვერცხში, რაც გარანტირებულად სწორი დიაგნოზის დასმის საშუალებას იძლევა. ფალოპის მილის ფორმა და ზომები დამოკიდებული იყო ორსულობის ასაკზე.

ყველა 122 პაციენტს ჩატარდა ლაპაროსკოპიული დიაგნოსტიკა და მკურნალობა. (სურათი 14).



სურ. 14

ემბრიონი მუცლის ღრუში ლაპაროსკოპიის დროს

თავი IV. მიღებული შედეგების განხილვა

საშვილოსნოს დანამატების კეთილთვისებიანი მოცულობითი წარმონაქმნების სრულყოფილი დიაგნოსტიკა დღემდე პრობლემატურ საკითხად რჩება, რაც ხშირად განაპირობებს გაუმართლებელ ოპერაციულ ჩარევებს, რასაც უმეტეს შემთხვევებში

მოყვება პერიტუბარული შეხორცებების განვითარება და ტუბო-პერიტონალური უშვილობის ჩამოყალიბება.

კლინიკურად და ბიძანუალურად საშვილოსნოს დანამატების მოცულობითი წარმონაქმნების სხვადასხვა პათოგენეზურ ვარიანტთა დიფერენცირება საკმაოდ სირთულეს წარმოადგენს. უკანასკნელ წლებში ამ მიზნისათვის ფართოდ გამოიყენება დიაგნოსტიკის ისეთი თანამედროვე მეთოდები, როგორცაა ულტრაბგერითი სკანირება, კომპიუტერული ტომოგრაფია და ლაპაროსკოპია. ამიტომ მიზნად დავისახეთ რეპროდუქციული ასაკის ქალთა საშვილოსნოს დანამატების კეთილთვისებიანი მოცულობითი წარმონაქმნების დიაგნოსტიკის ზემოთ ხსენებული მეთოდების ეფექტურობის დადგენა და ამ მეთოდთა ინფორმატულობის შედარებითი ანალიზის ჩატარება.

გამოკვლეულ პაციენტთა ასაკობრივი სტრუქტურა მერყეობდა 16-დან 45 წლამდე და არ სცილდება რეპროდუქციულ ასაკისათვის მიღებულ ასაკობრივ ზღვრებს.

საკვერცხის მოცულობითი წარმონაქმნიდან, ყველაზე ხშირად რეპროდუქციულ კლინიკაში, გვხვდება ფოლიკულარული ცისტები, რასაც ჩვენი კვლევა ადასტურებს.

ლიტერატურიდან ცნობილია ფოლიკულური ცისტის თვითლიკვიდაციის შესახებ [56, 84], ამიტომ ამ წარმონაქმნის აღმოჩენის შემდეგ აუცილებელია მასზე დაკვირვება დინამიკაში. ჩვენი დაკვირვებით 2-3 მენსტრუალური ციკლის შემდგომ 20,5% შემთხვევაში საკვერცხის წარმონაქმნი სპონტანურად გაქრა. ამ წარმონაქმნების დიამეტრი არ აღემატებოდა 35-40 მმ-ს.

ჩვენი კვლევის ობიექტს წარმოადგენდნენ ის 80 პაციენტი, რომელთა საკვერცხის ფოლიკულური ცისტა 2-3 მენსტრუალური ციკლის განმავლობაში არ განიცდიდა უკუგანვითარებას.

ზოგიერთი ეპიდემიოლოგიური კვლევებით საკვერცხის ცისტები გვხვდება 25 წელზე მეტი ასაკის გაუთხოვარ ქალებში [58, 60]. ამ მონაცემებს არ ადასტურებს ჩვენი მონაცემები, ვინაიდან პაციენტთა უმრავლესობა ეწეოდა რეგულარულ სქესობრივ ცხოვრებას, ხოლო გაუთხოვარ ქალთა ასაკი შეადგენდა $20,3 \pm 0,9$ წელს.

ყურადღებას იპყრობდა გადატანილი ინფექციური დაავადებები (30%-ს აღენიშნებოდა ორი ან მეტი ინფექცია), გინეკოლოგიური ოპერაციები ანამნეზში.

27,5% საქმე გვექონდა კისტის რეციდივთან, რომელიც განვითარდა რადიკალური ჩარევიდან 2-3 წლის შემდგომ.

პაციენტთა უმთავრესი ჩივილები იყო სხვადასხვა ინტენსივობის ტკივილები მუცლის ქვემო არეში და მენსტრუალური ციკლის დარღვევათა ესა თუ ის ფორმა. მათ შორის ანოვულაცია თითქმის 2/3 შემთხვევაში (71,25%).

სხვადასხვა ავტორთა მონაცემებით [34] ფოლიკულური ცისტის დიაგნოსტიკური სიზუსტე ულტრაბგერითი გამოკვლევით, აღწევს 55-94,4%. ჩვენს კვლევაში ფოლიკულური ცისტის დიაგნოზი სწორედ იყო დასმული 93,75% შემთხვევაში.

ცისტების დიამეტრი მერყეობდა 35-დან 92 მმ (საშ. $50,5 \pm 1,6$ მმ). 85% შემთხვევაში იყო ცალმხრივი ერთკამერიანი წარმონაქმნი.

ექოგრამაზე ცისტებს ჰქონდათ მრგვალი ან ოვალური ფორმა. შინაგანი სტრუქტურა ხასიათდებოდა მაღალი ბგერაგამტარობით, მთლიანად ერთგვაროვანი ან ანოქეგენური იყო. გამონაკლისს წარმოადგენენ ორ და სამკამერიანი ცისტები, სადაც სანათურში ლოცირდებოდა თხელი ექოპოზიტიური ტიხარი, რაც შეცდომის წინაპირობად შეიძლება მოგვლინებოდა.

ცისტის კედლები ხასიათდებოდა სწორი და მკაფიო გლუვი კონტურებით სისქით 1-2 მმ. გადამწოდის ზეწოლის შედეგად საკვლევი მოცულობითი წარმონაქმნი იცვლიდა კონფიგურაციას.

15 პაციენტს (18,7%) დაავადების მოსალოდნელი გართულების საშიშროების გამო, ან წარუმატებელი კონსერვატული მკურნალობის შემდეგ, ჩაუტარდათ ლაპაროსკოპია. 10 პაციენტის ფოლიკულური ცისტის დიაგნოზი დადასტურდა. ენდოსკოპისტის თვალხედვით ცისტა წარმოადგენს გამჭვირვალე, ოვალურ წარმონაქმნს, თხელი, გლუვი, მკრთალი ვარდისფერი კედლით, მომკვრივო ელასტიური კონსისტენციის, რომელთა შიგთავსი იყო გამჭვირვალე, ღია ქარვისფერი სითხე. რიგ შემთხვევაში (30%) ჰემორაგიულ-სეროზული. წარმონაქმნის ზომები და კამერათა ოდენობა შეესაბამებოდა ულტრაბგერითი გამოკვლევით დაფიქსირებულს.

განსაკუთრებული განსჯის საკითხია ის 5 შემთხვევა, რომლის დროსაც ექოსკოპიით დასმული საკვერცხის ფოლიკულური ცისტის დიაგნოზი აღმოჩნდა მცდარი (ლაპაროსკოპიის მონაცემებით). გასაგებია, რომ ეს წარმონაქმნები არ

დაემორჩილებოდნენ კონსერვატულ თერაპიას, მეორე მხრივ წარუმატებელი კონსერვატული მკურნალობისას 5,9% (85 შემთხვევიდან 5 შემთხვევა) აღმოჩნდა ულტრაბგერითი დიაგნოსტიკური ცდომილება და მხოლოდ სადიაგნოსტიკო ლაპაროსკოპიამ შეძლო რეალურად არსებული ცისტის იდენტიფიცირება.

დიაგნოზის ცდომილებას უპირატესად ადგილი ჰქონდა მცირე მენჯის ღრუში შეხორცებითი პროცესის არსებობისას, რაც თავის მხრივ ართულებდა ზუსტ დიაგნოსტიკურ ექოსკანირებისას. მაგრამ მთავარი მიზეზი მაინც ცისტის ანატომიურ მდებარეობაში მდგომარეობს. 5 არასწორად იდენტიფიცირებული წარმონაქმნიდან სამ შემთხვევაში ადგილი ჰქონდა პარაოვარიული ცისტის მჭიდრო ანატომიურ კონტაქტს საკვერცხესთან. ვფიქრობთ, უფრო მიზანდასახული ჰიდროდინამიური ცდის ჩატარებისას შესაძლებელი იქნებოდა ამ ცდომილების თავიდან აცილება.

სხვა ორ შემთხვევაში აღმოჩნდა ყვითელი სხეულის და ენდომეტრიული ცისტის ის იშვიათი ვარიანტი, როდესაც ცისტის შიგთავსი წარმოდგენილი იყო მწირი ოდენობის შეწონადებული, ექოპოზიტიური ჩანართებით, შედარებით თხელი კაფსულის არსებობის პირობებში, რაც დიდ სიძნელეს ჰქმნიდა დიფერენციალური დიაგნოზის ჩასატარებლად.

ყვითელი სხეულის ცისტის მქონე 18 პაციენტიდან 2/3 ეწეოდა სქესობრივ ცხოვრებას (77,7%). მათგან 64,3% (9) იყო ნამშობიარევი და ჰქონდათ გაკეთებული ერთი ან მეტი ხელოვნური აბორტი, 4 პაციენტი არ იყო გათხოვილი. უმთავრესად აღინიშნებოდა ორფაზიანი მენსტრუალური ციკლი, რიგ შემთხვევაში მენო-მეტრორაგია. ყოველივე ზემოთ თქმული გვაძლევს საფუძველს დავეთანხმოთ ლიტერატურაში არსებულ მოსაზრებას [13], რომ ყვითელი სხეულის ცისტა არ შეიძლება განიხილებოდეს როგორც რეპროდუქციული ფუნქციის დარღვევის მიზეზი.

პაციენტთა საშუალო ასაკი შეადგენდა $25,3 \pm 0,5$ წ. ორი ან მეტი ინფექციური დაავადება გადატანილი ჰქონდა 27,7%, თანმხლები გინეკოლოგიური დაავადება 22,2%. პაციენტთა უმთავრესი ჩივილები იყო სუსტად გამოხატული ტკივილები მუცლის ქვედა არეში და რიგ შემთხვევებში მენო-მეტრორაგია.

ულტრაბგერითი სკანირებით ცისტის ზომები მერყეობდა 30-61 მმ და დაახლოებით თანაბრად გვხვდებოდნენ მარცხენა და მარჯვენა საკვერცხეში.

შინაგანი სტრუქტურა მრავალფეროვანი იყო, რამაც განაპირობა აუცილებლობა ექოლოგიური მონაცემების სისტემატიზაციისა, რის საფუძველზე ჩვენ შევძელით ყვითელი სხეულის ცისტის 2 ექოლოგიური ვარიანტის გამოყოფა.

72,2% (13) შემთხვევაში (I ვარიანტი) ცისტას ჰქონდა წვრილი ან საშუალო დისპერსიული შენება და საშუალო ექოგენობა. შემთხვევათა ნახევარში აღნიშნებოდა მკვრივი მაღალი ექოგენობის ჩანართები. აღნიშნული სტრუქტურები ავსებდნენ ცისტის მთელ შიგთავსს, ან მის უმეტეს ნაწილს, მაგრამ ყოველთვის განლაგებულნი იყვნენ კედლისმიერად.

II ვარიანტი (27,8%) ხასიათდებოდა ცისტის შიგთავსის ერთგვაროვნებით და ანექოგენურობით, ერთეული ნაზი, მთლიანი ან ნაწილობრივი ტიხრებით. ასეთი ულტრაბგერითი სურათი დიდ სიძნელებს ჰქმნიდა სწორი დიფერენციალური დიაგნოზის გატარებაში ფოლიკულურ ცისტასთან, მით უმეტეს, რომ ყველა შემთხვევაში ბგერაგამტარობა მაღალი იყო, ხოლო კაფსულის სისქე თხელი (1-3 მმ). სწორედ ასეთ დიაგნოსტიკურ ცდომილებასთან გვქონდა საქმე ზემოთ განხილული ფოლიკულური ცისტების დიაგნოსტიკების მოყვანილ შემთხვევაში.

ყვითელი სხეულის ცისტის ექოლოგიური სურათის II ვარიანტის შემთხვევაში, სადიაგნოსტიკო შეცდომის თავიდან აცილების მიზნით ამ ჯგუფში მოხვედრილ 5-ივე პაციენტს ჩაუტარდა კომპიუტერულ-ტომოგრაფიული კვლევა. ტომოგრამაში ისინი წარმოდგენილი იყვნენ მრგვალი ან ოვალური ფორმის თხელკედლიანი (1-3 მმ), სწორი, მკაფიო კონტურებიანი წარმონაქმნით, რომლის შინაგანი სითხური სტრუქტურა შეესაბამება სითხის სიმკვრივეს (+14 _ +23 H-ს) და მნიშვნელოვნად განსხვავდებოდა ფოლიკულური ცისტის შიგთავსისგან, სადაც ეს უკანასკნელი წყლის სიმკვრივისა იყო. ყოველივე ზემოთ თქმული საფუძველს გვაძლევს ყვითელი სხეულის ცისტის II ექოლოგიური ვარიანტის შემთხვევაში პრიორიტეტული მნიშვნელობა მივანიჭოთ კომპიუტერულ ტომოგრაფიას, რაც თავიდან აგვაცილებს სადიაგნოსტიკო ცდომილებას.

ყვითელი სხეულის ცისტა ხასიათდება თვითლიკვიდაციის მაღალი შესაძლებლობით. ამიტომ პირველადი დიაგნოზის შემდგომ საჭიროა დინამიური დაკვირვება. იმ შემთხვევაში, თუ ყვითელი სხეულის ცისტა არ განიცდიდა რეგრესს 2-3 მენსტრუალური ციკლის განმავლობაში ტარდებოდა ლაპაროსკოპია. ასეთი პროცედურა ჩაუტარდა 6 პაციენტს. ლაპაროსკოპიით ვიზუალიზირებული

წარმონაქმნების ზომები შეესაბამებოდა ულტრაბგერით გამოკვლევით დაფიქსირებულს. 5 შემთხვევაში იდენტიფიცირებული იყო ცალმხრივი ყვითელი სხეულის ცისტა, რომელიც 4 შემთხვევაში იყო მრგვალი, 1 ავადმყოფთან ოვალური ფორმის. ცისტის კედლები მერყეობდა 1-3 მმ, ხოლო შიგა ზედაპირი დანაოჭებული. შიგთავსი იყო ღია მოყვითალო ფერის გამჭვირვალე სითხე. ოპერაციის მსვლელობისას და შემდგომი ჰისტომორფოლოგიური კვლევით ყვითელი სხეულის ცისტის დიაგნოზი არ დადასტურდა 1 შემთხვევაში, რაც ამ პაციენტთა 5,5% შეადგენს.

საქმე ეხებოდა ორკამერიან ფოლიკულურ ცისტას თხელი ტიხრით, მასში არსებული სისხლჩაქცევით (კოლტებით), რომლებიც ავსებდა ცისტის ორივე კამერის შიგთავსის უმეტეს ნაწილს. დოპლეროგრაფიის არამკვეთრი მონაცემების ფონზე ეს წარმონაქმნი აღქმული იყო როგორც ყვითელი სხეულის ცისტა (I ვარიანტი). ამ პაციენტს არ ჰქონდა ჩატარებული ტომოგრაფიული კვლევა, რაც სწორი დიფერენციალური დიაგნოზის გატარების საშუალებას მოგვცემდა.

ულტრაბგერითი სკანირებით ყვითელი სხეულის ცისტის სწორი დიაგნოზი დაისვა 94,5% შემთხვევაში. ექოლოგიურ II ვარიანტის შემთხვევაში პირველადი დიაგნოზის დასადასტურებლად რეკომენდებულია კომპიუტერული ტომოგრაფიის ჩატარება.

საკვერცხის პარაოვარიული ცისტა არ განეკუთვნება საკვერცხისმიერ წარმონაქმნს, მაგრამ ტრადიციულად იგი განიხილება საკვერცხის ცისტებთან ერთად. ამდენად ჩვენც არ დავარღვიეთ ეს ტრადიცია.

ჩვენს მიერ შესწავლილი იყო 58 პაციენტი პარაოვარიული ცისტით. პაციენტთა საშუალო ასაკი შეადგენდა $30,1 \pm 0,6$ წელი, გათხოვილი იყო 65,5% (38). მათგან 55,2% (32) იყო ნაშობიარები, 48,2% გაკეთებული ჰქონდა ერთი ან მეტი ხელოვნური აბორტი. ორფაზიანი მენსტრუალური ციკლი აღენიშნებოდა 84,5%. ყოველივე ზემოთ თქმული ადასტურებს, რომ პარაოვარიული ცისტა არ იწვევს რეპროდუქციული ფუნქციის დარღვევას.

პაციენტთა ნაწილში აღინიშნებოდა სუსტად გამოხატული ტკივილი მუცლის ქვედა არეში. მათი ულტრასონოგრაფიული იდენტიფიცირება უმთავრესად ხდებოდა პროფილაქტიკური ან სხვა ჩივილებთან მიმართებაში ჩატარებული ულტრასონოგრაფიული სკანირებისას.

ექოგრაფიულად პარაოვარიული ცისტები წარმოადგენენ თხელკედლიან (1-2 მმ), მრგვალი ან ოვალური ფორმის ერთკამერიან წარმონაქმნს. საშვილოსნოსთან მიმართებაში ისინი უმთავრესად განლაგებულნი არიან მის ქვემოთ ან გვერდით. ცისტის შიგთავსი სრულიად ანოქეგენურია.

ცისტების დიამეტრი მერყეობდა 30-80 მმ და თანაბრად გვხვდებოდა მარჯვენა და მარცხენა მხარეს. საკვერცხის მარტივი ცისტებისგან განსხვავებით მრგვალი ან ოვალური სითხური წარმონაქმნიდან მოცილებით ფიქსირდებოდა შეუცვლელი საკვერცხე, რაც უმთავრეს და საიმედო სადიფერენციაციო ნიშანს წარმოადგენდა. შეცდომის მიზეზი შეიძლება იყოს საკვერცხისა და პარაოვარიული ცისტის მჭიდრო განლაგება, რაც ფოლიკულური ცისტის იმიტაციას იძლევა. სწორედ ასეთი სადიაგნოსტიკო შეცდომა დაფიქსირდა პაციენტებში ფოლიკულური ცისტის პირველადი დიაგნოზით.

კომპიუტერული ტომოგრაფია ჩაუტარდა 8 პაციენტს. პარაოვარიული ცისტა წარმოადგენს მრგვალ ან ოვალური ფორმის თხელკედლიან (1-2 მმ) სწორკონტურებიან წარმონაქმნს. შიგთავსის სტრუქტურა შეესაბამება სითხის სიმკვრივეს და მერყეობს +0 _ +10 H. ცისტისგან მოშორებით ფიქსირდება ინტაქტური საკვერცხე.

ამდენად, კომპიუტერული ტომოგრაფიით რაიმე მნიშვნელოვანი დამატებითი ინფორმაციის მოპოვება ულტრაბგერითი სკანირებასთან შედარებით ვერ მოხერხდა.

ფოლიკულური და ყვითელი სხეულის ცისტებისაგან განსხვავებით პარაოვარიული ცისტა უკუგანვითარებას ან კონსერვატულ მკურნალობას არ ემორჩილება. ამიტომ 58-ე შემთხვევაში ჩატარებული იყო სადიაგნოსტიკო და ოპერაციული ლაპაროსკოპია. წარმონაქმნების ტოპიკა სრულიად შეესაბამებოდა ულტრაბგერით მონაცემებს, ხოლო ზომები მნიშვნელოვნად არ განსხვავდება დაფიქსირებული პარამეტრებისაგან. კონსისტენცია მომკვრივო, ელასტიური, გამჭვირვალე, კაფსულა თხელი (1-3 მმ), თუმცა საკმაოდ მტკიცე. არც ერთ შემთხვევაში ცისტა შეხორცებული ან მჭიდრო კავშირში არ იყო საკვერცხესთან, რაც პრაქტიკულად უშეცდომო ულტრაბგერითი კვლევითი წინაპირობა იყო. ენდომეტრიული ცისტა დიაგნოსტირებული იყო 65 პაციენტში. აქედან 64,6% (42) ეწეოდა სქესობრივ ცხოვრებას, 55,4% იყო ნამშობიარები და ჰყავდა 1 ან 2 შვილი, 43% (28) გაკეთებული

ჰქონდა ერთი ან მეტი ხელოვნური აბორტი. პირველადი უშვილობა აღინიშნებოდა მხოლოდ 3% (2).

პაციენტთა 40,0% (39) ჰქონდა ნორმალური ორფაზიანი მენსტრუალური ციკლი, 18,5% (12) ანოვულაცია, 7,7% (5) ოლიგომენორეა, 12,3% (8) აციკლური სისხლდენები. პაციენტთა საშუალო ასაკი შეადგენდა $27,8 \pm 1,2$ წელს. ორი და მეტი ინფექცია გადატანილი ჰქონდა 32,3% (21).

კლინიკური ჩივილებიდან აღსანიშნავია ტკივილი, რომელიც ძირითადად ლოკალიზდებოდა მუცლის ქვემო მესამედში ან წელში. ტკივილი ძლიერდებოდა მენსტრუაციის წინ. ხშირად მას თან ერთვოდა პერიტონეალური გაღიზიანების ნიშნები.

ულტრასონოგრაფიული სკანირებით ენდომეტრიული ცისტის ზომები მერყეობდა 45-დან _ 115 მმ-დე, საშუალო 80 მმ. მენსტრუალური ციკლის II ფაზაში აღინიშნებოდა ცისტის ზომებში მატება 10-20 მმ. 80%-ში (52) ცისტა იყო ცალმხრივი. დანარჩენ შემთხვევაში აღინიშნებოდა ორივე საკვერცხეში. ისინი როგორც წესი მდებარეობდნენ საშვილოსნოს უკან, იყვნენ ნაკლებად მოძრავნი, რაც განპირობებული იყო მრავლობითი მიკროპერფორაციებით გამოწვეული შეხორცებებით.

80% ცისტები წარმოდგენილი იყო ერთკამერიანი წარმონაქმნის სახით, 20% ცისტის შიგნით აღინიშნებოდა ძგიდეების არსებობა. ბგერაგამტარობა საშუალო ან მაღალი იყო. წარმონაქმნის კონტურები არამკაფიო, ცისტის კედლები მერყეობდა 2-6 მმ-დე, შიდა კონტურები თითქმის ნახევარ შემთხვევაში გლუვი, ხოლო დანარჩენ პაციენტებში შიდაცისტური ჩანართების გამო უსწორმასწორო. ცისტის შიგთავსი წარმოადგენდა ანოქეგენური არაერთგვაროვანი ექოსტრუქტურის მქონე სითხეს, მაღალი ბგერაგამტარობით, რომელშიც აღინიშნებოდა მრავლობითი, თხელი, ხაზოვანი ან/და სხვა ფორმის ექოპოზიტიური ჩანართები, რომლებიც ქმნიდნენ ფიჭისებურ სტრუქტურას, მაგრამ ასეთი სტრუქტურა ყოველთვის არ მოიცავდა მთელ ცისტას.

ენდომეტრიული ცისტის ექოლოგიური სურათის მრავალსახეობიდან ამომავალი ჩვენ შევძელით ორი ექოგრაფიული ვარიანტის გამოყოფა.

86,1% (56) შემთხვევაში ცისტა ხასიათდებოდა ანოქეგენური შიგთავსით, მასში წვრილდისპერსიულად განლაგებული, ექოპოზიტიური ჩანართების არსებობით,

რომლის ფონზე ხშირად ვლინდება ექოპოზიტიური კედლისმიერი ჩანართები (I ვარიანტი).

13,9% (9) პაციენტთან ენდომეტრიული ცისტები წარმოდგენილი იყო ანექოგენური შიგთავსით, მაღალი ბგერაგამტარობით, სწორი კონტურებით, წვრილდისპერსიულად შეწონადებული ექოპოზიტიური ჩანართების მწირი რაოდენობით (II ვარიანტი), რაც დიდ სიძნელეს ქმნიდა რეტენციულ ცისტებთან დიფერენციალური დიაგნოზის ჩატარებისას. სწორედ ამ პაციენტებს ჩაუტარდა კომპიუტერული ტომოგრაფიული კვლევა. მიღებული დენსიდომეტრიული მაჩვენებლები ვარირებდა წყლისა და რბილი ქსოვილის სიმკვრივეებს შორის და აღწევდა +40 _ +60 H, ცისტის კედლები იყო საშუალო სისქის, შინაგანი სტრუქტურა კი ჰეტეროგენული.

ყოველივე ზემოთ თქმული გვაძლევს საფუძველს ენდომეტრიული ცისტის მეორე ექოლოგიური ვარიანტის შემთხვევაში დიაგნოზის დაზუსტების მიზნით გამოვიყენოთ კომპიუტერული ტომოგრაფიის შესაძლებლობები, სადაც პრიორიტეტული მნიშვნელობა ენიჭება ცისტის შიგთავსის დენსიდომეტრიულ მონაცემებს.

ენდოსკოპიური კვლევა ჩაუტარდა 65-ვე პაციენტს. ლაპაროსკოპიით ვიზუალიზირებული იყო ყველა წარმონაქმნი, რომელთა ზომები შეესაბამებოდა ულტრაბგერითი კვლევით დაფიქსირებულს.

96,9% (63) საკვერცხის ენდომეტრიული ცისტის დიაგნოზი დადასტურდა. ენდომეტრიული ცისტა წარმოდგენდა სადა ზედაპირის, ოვალური ფორმის, გაუმჭვირვალე, მკვრივი და სქელი კაფსულის მქონე, მოცისფრო-მოლურჯო ფერის სიმსივნურ წარმონაქმნს. 86,2% (56) შემთხვევაში მცირე მენჯის ღრუში აღინიშნებოდა შეხორცებითი პროცესი. 72% (47) საკვერცხის ზედაპირზე ან მცირე მენჯის ღრუში დაფიქსირდა ენდომეტრიალური ჰეტეროტოპიები.

ოპერაციული მონაცემებით და შემდგომი ჰისტომორფოლოგიური კვლევით დადგინდა, რომ 5 (7,7%) შემთხვევაში მოხდა დიაგნოსტიკური ცდომილება, რაც განპირობებული იყო სისხლჩაქცევებით ფოლიკულურ და ყვითელი სხეულის ცისტაში. სისხლის კოაგულები აისახებოდა არაერთგვაროვან, ექოპოზიტიურ უბნებად, რაც შედარებითი თხელი კაფსულის (2 მმ) მიუხედავად ენდომეტრიული ცისტის ექოლოგიურ იმიტაციას იძლეოდა (I ვარიანტი). ამდენად, ცისტის კაფსულის სისქე

მნიშვნელოვან ექოლოგიურ მარკერს წარმოადგენს ცისტების პათოგენური ვარიანტის იდენტიფიცირებისას.

ჩატარებული კვლევით დადგინდა, რომ ულტრაბგერითი სკანირებით ენდომეტრიული ცისტის იდენტიფიცირება იყო 96,9% შემთხვევაში.

ლაპაროსკოპიულ დიაგნოსტიკას აქაც გადამწყვეტი მნიშვნელობა ჰქონდა, მისი მონაცემები 100% შემთხვევაში ემთხვეოდა ჰისტომორფოლოგიურ კვლევას.

საკვერცხის დერმოიდული ცისტის მქონე პაციენტთა (38 ქალი) საშუალო ასაკი შეადგენდა $28,4 \pm 1,0$ წელს, გათხოვილი იყო 76,3% (29), ნამშობიარები 63,1% (24), ერთი და მეტი აბორტი გაკეთებული ჰქონდა 55,2% (21). პირველად და მეორად უშვილობას აღნიშნავდა 13% (5). ორი და მეტი ინფექციური დაავადება გადატანილი ჰქონდა 26,3% (10), ორფაზიანი მენსტრუალური ციკლი აღენიშნებოდა დიდ უმრავლესობას, გამონაკლისს წარმოადგენდა 2 პაციენტი ანოვულატორული ციკლით. ამდენად, საკვერცხის დერმოიდული ცისტის რეპროდუქციული ფუნქციის დარღვევასთან პირდაპირი კავშირი არ დასტურდება. სპეციფიური სუბიექტური ჩივილები დერმოიდული ცისტის შემთხვევაში დაფიქსირებული არ ყოფილა. პაციენტთა ნაწილში აღსანიშნავია სუსტად გამოხატული ტკივილი მუცლის ქვედა არეში. მათი ულტრასონოგრაფიული იდენტიფიცირება ხდებოდა პროფილაქტიურ ან სხვა ჩივილებთან მიმართებაში ჩატარებული ულტრასონოგრაფიული სკანირებისას.

ცისტების დიამეტრი მერყეობდა 35-120 მმ. უმრავლეს შემთხვევაში ისინი მდებარეობდნენ საშვილოსნოს უკან პარამეტრალურ არეში. მარჯვენა საკვერცხეში დერმოიდული ცისტა დაფიქსირდა 36,8% (14), ხოლო მარცხენაში 55,3% (21) შემთხვევაში. სამ (7,8%) პაციენტთან აღინიშნა ორმხრივი დერმოიდული წარმონაქმნი.

მორფოლოგიური შენების თავისებურებებიდან გამომდინარე ჩამოყალიბდა ულტრაბგერითი სურათის ორი ვარიანტი.

I ვარიანტი (29 – 76,3%). ამ ვარიანტისთვის დამახასიათებელი იყო ბორცვის არსებობა, რომლის სიდიდე მერყეობდა ცისტის კედლის (უმთავრესად ქვედა) გასქელებიდან (10-15 მმ), რომელიც იჭრებოდა სანათურში, დამთავრებული ამ მოცულობითი წარმონაქმნის დიდი ნაწილის (70-80%) დაკავებით. ბორცვისაგან თავისუფალ ადგილას ცისტის კედლის სისქე მერყეობდა 3-10 მმ. დიდ ნაწილ

შემთხვევაში აღინიშნებოდა პარალელიზმი ბორცვის სიდიდესა და კედლის სისქეს შორის.

ბორცვის სტრუქტურა არაერთგვაროვანი იყო, მასში არსებული ქაოტურად განლაგებული ექოპოზიტიური ჩანართების სხვადასხვა სიმკვრივის გამო (კბილები, ძვლოვანი ფრაგმენტები, კანი, სხვადასხვა წარმომავლობის ქსოვილები).

ბორცვის ფორმა არასწორი, ოვალური ან მრგვალია, შიგა კონტურები მკაფიო, მსხვილმარცვლოვანი, რიგ შემთხვევებში წანაზარდებით ცისტის სანათურში.

ცისტის თავისუფალ სანათურში მაღალი ან საშუალო ექოპოზიტიური ჩანართები (2-5 მმ) ქაოტურადა იყო განლაგებული და ქმნიდა მოკლე ხაზოვან სტრუქტურებს, რაც ცისტის შიგთავსს არაერთგვაროვნებას ანიჭებდა. ეს ჩანართები ცისტის კედლების შიდა ნაწილის (გარდა ბორცვთან შეხების ადგილისა) და ერთმანეთისგან განცალკევებული იყო ექონეგატიური ფენებით (ცხიმი, სითხე) რაც შიგთავსს ბოჭკოვან სახეს აძლევს. მათ უმეტეს შემთხვევაში ინტიმური კავშირი ჰქონდა ბორცვთან.

ერთ შემთხვევაში დერმოიდული ცისტა მთლიანად ქსოვილოვანი სტრუქტურით იყო წარმოდგენილი. ოპერაციული ჩარევისას აღმოჩნდა, რომ სანათური ინტენსიურად იყო შევსებული თმებით და ცხიმით. ამდენად, ცისტის სითხოვანი და ქსოვილოვანი ურთიერთშეფარდება დამოკიდებულია შიგთავსის (თმები, ცხიმები) განვითარების ინტენსივობაზე.

II ვარიანტი (9 – 23,7%). დერმოიდული ცისტის ამ ვარიანტს არ ახასიათებდა ბორცვის არსებობა. კედლები თხელია (1 – 3 მმ) მთელ მის სიგრძეზე, კონტურები მკაფიო და სწორია. შიგთავსი არაერთგვაროვანია, ოვალური ან ხაზოვანი ფორმის ექოპოზიტიური ჩანართების არსებობის ხარჯზე. ერთმანეთისაგან ისინი გამოიყოფოდნენ ექონეგატიური შუალედებით. ჩანართების უმეტესი ნაწილი გროვდებოდა ცისტის ქვედა ნაწილში და თავისუფლად იცვლიან ადგილს პაციენტის მდგომარეობის შეცვლით.

10 პაციენტს ჩაუტარდა კომპიუტერული ტომოგრაფია. დერმოიდული ცისტის ჰეტეროგენობა აქაც განაპირობებდა სიმკვრივის ვარირებას დიდ დიაპაზონში და შიგთავსის სიმკვრივითა და სტრუქტურით, რაც განაპირობებდა ტომოგრაფიაზე დენსიდომეტრული მაჩვენებლის მერყეობას დიდ დიაპაზონში +80 – +150 H-მდე.

ლაპაროსკოპიული კვლევა ჩატარდა ყველა პაციენტს. წარმონაქმნის ტოპიკა და ზომები უმეტეს შემთხვევაში დაემთხვა ულტრაბგერით დაფიქსირებულ პარამეტრებს.

დერმოიდული ცისტა მრგვალი (16) ან ოვალური (22) ფორმისაა. კონსისტენცია უმთავრესად მკვრივია. ცისტის კედელი წარმოადგენს მკვრივ, ზოგადად ჰიალიზირებულ შემაერთებელ, ზოგ ადგილას ელასტიურ, ზოგან კი ძალიან მკვრივ ქსოვილს. მაკროპრეპარატის გაჭრისას მისგან იღვრება სქელი, ცხიმისმიერი შიგთავსი. რიგ შემთხვევაში ცხიმთან ერთად ცისტაში დაფიქსირებული იყო თმის გროვები, ძვლები (კბილები) და სხვა.

ოპერაციული მონაცემებით და შემდგომი ჰისტომორფოლოგიური კვლევით დადგინდა ულტრასონოგრაფიული და კომპიუტერული ტომოგრაფიული კვლევის მაღალი 100% შესაძლებლობა, რაც განპირობებულია დერმოიდული ცისტისთვის დამახასიათებელი შინაგანი სტრუქტურის თავისებურებებით – მკვრივი და ცისტოზური კომპონენტების მონაცვლეობით.

მიღებული შედეგების შეჯერებამ გვაჩვენა, რომ ულტრაბგერითი სკანირება სულ ჩატარდა 259 პაციენტს, საკვერცხეების სხვადასხვა წარმომავლობის ცისტით. ექოლოგიური სურათის ანალიზმა საშუალება მოგვცა განსაზღვრულიყო მოცულობითი წარმონაქმნის ტოპიკა, ზომა, კაფსულის სისქე, ცისტის შიგთავსის სტრუქტურა, რის საფუძველზე 95,4% შემთხვევაში სწორად ყოფილიყო იდენტიფიცირებული ცისტის ანატომიური მდებარეობა, მოცულობა და პათოგენეზური ვარიანტი, რაც შემდგომი ლაპაროსკოპიული და ჰისტომორფოლოგიური კვლევით დადასტურდა.

დიაგნოზის ცდომილება აღინიშნა 12(4,6%) შემთხვევაში. არასწორი დიაგნოზის გამომწვევ მიზეზთა შორის მოიაზრება:

- ცისტის არასტანდარტული ანატომიური მდებარეობა (პარაოვარიული ცისტის საკვერცხესთან მჭიდროდ დგომა, რაც ფოლიკულური ცისტის იმიტაციას იძლევა)
- ცისტის ექოლოგიურ სურათში კაფსულის სისქის სათანადოდ არგათვალისწინება (სქელი კაფსულა დამახასიათებელია მხოლოდ ენდომეტრიალური და დერმოიდული ცისტისთვის)

- ცისტის შიგთავსში სისხლჩაქცევების (კოლტების) არსებობის შესაძლებლობა, რაც მნიშვნელოვნად ცვლის ამა თუ იმ ცისტისთვის დამახასიათებელ ექოლოგიურ სურათს
- ყვითელი სხეულის და ენდომეტრიული ცისტების უმრავლესობისთვის დამახასიათებელი ინტენსიური ექოლოგიური სურათის ნაცვლად ცისტის შიგთავსის ერთგვაროვანი, ანექოგენური სტრუქტურა, ექოპოზიტიური ჩანართების მწირი რაოდენობით, რაც დიდ სიძნელეს ქმნიდა დიფერენციალური დიაგნოზის ჩატარებისას. სწორედ ეს პაციენტები დიაგნოზის დაზუსტების მიზნით საჭიროებენ კომპიუტერული ტომოგრაფიის ჩატარებას, რამეთუ ცისტის შიგთავსის სიმკვრივის დენსიდომეტრული მაჩვენებელი სხვა დამახასიათებელ პარამეტრებთან ერთად სწორი დიფერენციალური დიაგნოზის ჩატარების წინაპირობას წარმოადგენენ.

გამომავალი ზემოთ თქმულიდან ჩვენ ყვითელი სხეულის და ენდომეტრიული ცისტების 2 ექოლოგიური ვარიანტი გამოვყავით, რაც მეტად მნიშვნელოვანია სწორი დიფერენციალური დიაგნოზის ჩასატარებლად და პრაქტიკული გადაწყვეტილების მისაღებად.

კომპიუტერული ტომოგრაფიული კვლევა ასევე მაღალინფორმაციული აღმოჩნდა საკვერცხეების სხვადასხვა პათოგენეზური ვარიანტთა დიაგნოსტიკისას, მაგრამ დაკვირვებათა მცირე რაოდენობა არ გვამლევს საშუალებას ზუსტი პროცენტული მაჩვენებლის მოყვანისათვის. განსაკუთრებული მნიშვნელობა ენიჭება ცისტის შიგთავსის სიმკვრივის დენსიდომეტრულ მაჩვენებელს, რომელიც ტომოგრაფიულ და ექოგრაფიულ სხვა მაჩვენებლებთან ერთად სწორი დიფერენციალური დიაგნოზის ჩატარების წინაპირობას წარმოადგენს.

ეს დებულება განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია ყვითელი სხეულის და ენდომეტრიული ცისტის მეორე ექოლოგიურ ვარიანტთან მიმართებაში, სადაც ცისტის შიგთავსი ერთგვაროვანი, ანექოგენური სტრუქტურისაა, ხოლო ექოპოზიტიური ჩანართები მწირე ოდენობით ფიქსირდება.

სადიაგნოსტიკო ლაპაროსკოპია ჩაურატდა 182 პაციენტს, რომლის მონაცემთა შეჯერებამ ჰისტომორფოლოგიური კვლევის შედეგებთან 100% თანხვედრა დააფიქსირა.

საშვილოსნოსგარე ორსულობა 122 პაციენტიდან ანამნეზში მშობიარობა ჰქონდა 47,5% (58). მათ შორის საკეისრო კვეთით 3,3% (4). ექტოპიური ორსულობა ანამნეზში აღენიშნებოდა 15,5% (19). აბორტი გაკეთებული ჰქონდა 79,5% (97). წარსულში უშვილობას უჩიოდა 19,7% (24).

პაციენტთა საშუალო ასაკი შეადგინა $29,3 \pm 1,2$ წელი, ორი ან მეტი ინფექციური დაავადება გადატანილი ჰქონდა 42,6% (52). გენიტალიების ქრონიკული ანთება აღენიშნებოდა 52,2% (66), ენდომეტრიოზი 17,9% (17). სხვა გინეკოლოგიური დაავადების 27% (33), სხვადასხვა ოპერატიული ჩარევა მუცლის ღრუზე აღენიშნებოდა 34,4% (42), რაც ექტოპიური ორსულობის ერთ-ერთ განმაპირობებელ ფაქტორად უნდა ჩაითვალოს.

პაციენტების უმრავლესობას აღენიშნებოდა ექტოპიური ორსულობისთვის დამახასიათებელი ტრიადა: მენსტრუაციის შეფერხება, სისხლიანი გამონადენი და ტკივილი მუცლის ქვედა არეში. სისხლიანი გამონადენი არ აღენიშნებოდა 18,2%, ხოლო 15,3% ტკივილის სინდრომი.

დიაგნოზის დასასმელად ბიმანუალური გასინჯვის გარდა სისხლში ან შარდში ისაზღვრებოდა ქორიონული გონადოტროპინის რაოდენობა, რომელიც ყველა შემთხვევაში უნდა ყოფილიყო დადებითი.

ულტრასონოგრაფიული კვლევისას უპირატესად ყურადღება ექცეოდა:

1. საშვილოსნოს ღრუში ორსულობის არარსებობას
2. საშვილოსნოს ზომებს და მის მატებას
3. საშვილოსნოს M-ექოს
4. საშვილოსნოს დანამატების პროექციასთან მიმართებაში (საკვერცხისგან იზოლირებულად) არაჰომოგენური ექოსტრუქტურის მოცულობითი წარმონაქმნის აღმოჩენას, რომელშიც შეიძლება იდენტიფიცირებული ყოფილიყო სანაყოფე კვერცხი და ამ უკანასკნელში ცოცხალი ემბრიონის (გულისცემა) არსებობა
5. «თავისუფალი» სითხის აღმოჩენას დუგლასის ფოსოში.

ყველა ამ სიმპტომის თანხვედრა აღინიშნა 25 (20,5%) პაციენტთან.

ყველაზე ხშირად (37 – 30,3%) ვლინდებოდა ენდომეტრიუმის ჰიპერპლაზია, ფალოპის მილების გაფართოება მასში არაჰომოგენური ექოსტრუქტურით, «თავისუფალი» სითხე დუგლასის ფოსოში.

საკმაოდ ხშირად (31 – 24,4%) M ექოს გასქელების და ფალოპის მილების გაფართოებისას მასში არაჰომოგენური ექოსტრუქტურით და რიგ შემთხვევაში «ცრუ» სანაყოფე კვერცხის არსებობით დეფორმირებული კონტურებით საკმარისი ექოლოგიური არგუმენტი აღმოჩნდა საშვილოსნოს გარე ორსულობის სწორი დიაგნოზის დასმისთვის.

ექოგრაფიის მონოსიმპტომთა (ფალოპის მილის გაფართოება, M ექოს გასქელება, «თავისუფალი» სითხე დუგლასის ფოსოში) შეჯერება კლინიკური კვლევის მონაცემებთან 93,8% შემთხვევაში საკმარისი აღმოჩნდა სწორი დიაგნოზის დასმისთვის. 18 (14,7%) შემთხვევაში ლაპაროსკოპიულად დასმული საშვილოსნოსგარე ორსულობის ექოგრაფიული სურათი არ იძლეოდა საშუალებას სწორი დიაგნოზის იდენტიფიცირებისათვის.

საშვილოსნოსგარე ორსულობის ექოლოგიური მონაცემების მნიშვნელობა და სიხშირე არაერთგვაროვანია

- საშვილოსნოს ზომების გრავიდარული მატება იდენტიფიცირებული იყო 32 (26,2%) შემთხვევაში
- ენდომეტრიუმის გრავიდარული ჰიპერპლაზია გამოუვლინდა 37 (30,3%) პაციენტს,
- 14 (12,2%) აღმოჩნდა ცრუ სანაყოფე კვერცხი დეფორმირებული კონტურებით
- «თავისუფალი» სითხე დუგლასის ფოსოში აღენიშნა 54 (44,3%) ავადმყოფს.
- ყველაზე ხშირი სარწმუნო ექოგრაფიული მონაცემები დაკავშირებული იყო საშვილოსნოს მილებში მიმდინარე პროცესის იდენტიფიცირებასთან და იგი აღენიშნება 94 (77%) პაციენტს, ამათგან 11 (9%) გამოუვლინდა ცოცხალი ემბრიონის არსებობა სანაყოფე კვერცხში, რაც გარანტირებულად სწორი დიაგნოზის დასმის საშუალებას იძლევა.

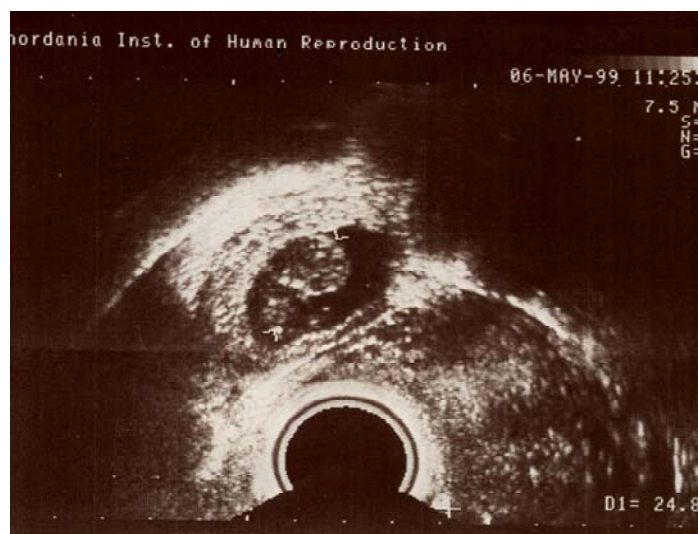
ყოველივე ზემოთ თქმულიდან გამომდინარე შეიძლება დავასკვნათ, რომ არც ერთი ექოგრაფიული სიმპტომი იზოლირებულად გადამწყვეტ არგუმენტს არ წარმოადგენს საშვილოსნოსგარე ორსულობის დიაგნოზის დასმისთვის. მხოლოდ

კლინიკური და ექოგრაფიულ სიმპტომთა ანალიტიკური შეჯერება გვაძლევს მაღალსარწმუნო ინფორმაციას ამ დიაგნოზის დასმისა. ამ დებულებიდან გამონაკლისს წარმოადგენს საშვილოსნოს მილში სანაყოფე კვერცხის იდენტიფიცირება ცოცხალი ემბრიონით (გულისცემით), მაგრამ ასეთი ექოლოგიური სურათი არც-თუ ისე ხშირია. ჩვენი კვლევის ფარგლებში მხოლოდ 11(9%) პაციენტს ექოლოგიურმა კვლევამ გამოუვლინა ცოცხალი ემბრიონის (გულისცემა) არსებობა ფალოპის მილში არსებულ სანაყოფე კვერცხში.

ამდენად, სიმპტომთა სარწმუნოებიდან გამომდინარე შეიძლება გამოვყოთ საშვილოსნოს გარე ორსულობის ექოგრაფიული სურათის 2 ვარიანტი:

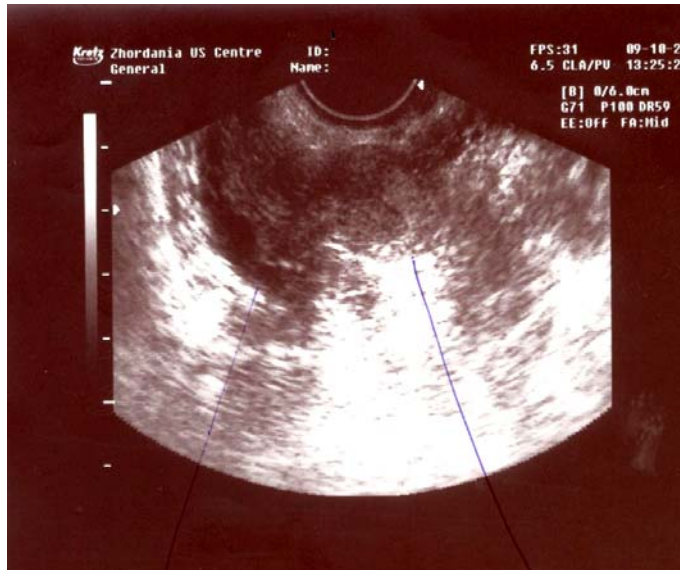
1) პროგრესული საშვილოსნოსგარე ორსულობა _ (სურათი 15)-ექტოპიურად (ფალოპის მილში) განლაგებული სანაყოფე კვერცხის ცოცხალი ემბრიონის აღმოჩენა, რასაც 100% პროგნოსტული მნიშვნელობა ენიჭება.

2) შეწყვეტილი ან განუვითარებელი (სურათი 16) საშვილოსნოს გარე ორსულობისთვის დამახასიათებელი ექოლოგიური სურათის პოლიმორფიზმი, რამაც პათოლოგიური პროცესის იდენტიფიცირებისთვის საჭირო კლინიკური და ულტრაბგერითი სიმპტომატიკის შეჯერებისას საშუალება მოგვცა 93,8% შემთხვევაში დაგვესვა სწორი დიაგნოზი.



სურ. 15

პროგრესული ექტოპიური ორსულობა ფალოპის მილში (ცოცხალი ემბრიონი)



სურ. 16

Sewyvetili eqtopiuri orsuloba falopis milSi (us suraTi)

ყველა 122 პაციენტს ჩაუტარდა ლაპაროსკოპიული დიაგნოსტიკა და მკურნალობა.

ლაპაროსკოპიისას (122) საშვილოსნოსგარე ორსულობა 114 შემთხვევაში ლოკალიზებული იყო კვერცხსავალის ამპულარულ ნაწილში, 5 შემთხვევაში ორსულობა აღინიშნა ფიმბრალურ ნაწილში, ხოლო 3 შემთხვევაში – ისთმურ ნაწილში.

122 ოპერაციიდან 65 შემთხვევაში ორსულობა დაფიქსირდა მარჯვენა კვერცხსავალში, ხოლო 57 შემთხვევაში მარცხნივ.

პროგრესულ ორსულობას ადგილი ჰქონდა 11 შემთხვევაში, მილის აბორტის ტიპით მიმდინარეობდა 36, ხოლო 75 შემთხვევაში - კი მილის მთლიანობა დარღვეული იყო, მათ შორის 3 პაციენტს აღენიშნებოდა ინტენსიური სისხლდენა.

დათვალერებით პროგრესული ორსულობის დროს კვერცხსავალი ვიზუალურად გაფართოებული იყო ისთმურ, ამპულარულ ან ფიმბრიულ ნაწილში. იმისდა მიხედვით თუ სადა იყო ლოკალიზებული ორსულობა. კვერცხსავალის კედლები უმეტეს შემთხვევაში გათხელებული, მოლურჯო ან მუქი ალუბლისფერი იყო. მილის აბორტის ტიპით მიმდინარე ორსულობის დროს, რომელიც უმეტესად

ფიმბრალურ ნაწილში განვითარებულ ორსულობისას აღინიშნებოდა, კვერცხსავალის ბოლოდან მოჩანდა მუქი ფერის სისხლის კოლტები და სანაყოფე კვერცხის ნაწილები.

კვერცხსავალის მთლიანობის დარღვევის დროს მის კედელზე აღინიშნებოდა ნახეთქი, რომლიდანაც გამოჩრილი იყო მუქი ფერის სისხლის ძველი კოლტები და სანაყოფე კვერცხის ქსოვილები.

კვერცხსავალის დარღვევისას, ან მილის აბორტის ტიპით მიმდინარე საშვილოსნოსგარე არსებობის ყველა შემთხვევაში მუცლისა და მენჯს ღრუში აღინიშნებოდა მუქი ფერის ძველი თხიერი სისხლი, ხოლო დუგლასის ფოსოში ძველი სისხლის კოლტები.

ყოველივე ზემოთ თქმული გვაძლევს საშუალებას დავასკვნათ, რომ ლაპაროსკოპია, მიუხედავად მისი ინვაზიურობისა, წარმოადგენს ექტოპიური ორსულობის დიაგნოსტიკისა და რაც არანაკლებ მნიშვნელოვანია ქირურგიული მკურნალობის პრიორიტეტულ და ეფექტურ მეთოდს.

დასკვნები

- 1) ფოლიკულური ცისტის ექოლოგიური სურათი ხასიათდება თხელი კაფსულით, სწორი და მკაფიო კონტურებით, მაღალი ბგერაგამტარობით, შიგთავსის ერთგვაროვანი და ანექოგენური სტრუქტურით.
- 2) ყვითელი სხეულის ცისტის ექოლოგიური სურათი არაერთგვაროვანია, უმრავლეს შემთხვევაში (72,2%) თხელი კაფსულით, საშუალო ექოგენურობის წვრილი ან საშუალო (ზომიერი) დისპერსიული შენებით, მაღალი ექოგენობის ჩანართებით, რომლებიც ავსებენ ცისტის უმეტეს ნაწილს და განლაგებულნი არიან კედლისმიერად (ვარიანტი I). შედარებით მცირე ნაწილი (27,8%) (ვარიანტი II) ცისტის შიგთავსი ერთგვაროვანი და ანექოგენურია, ერთეული ნაზი, მთლიანი ან ნაწილობრივი ტიხრებით.
- 3) ექოლოგიურად პარაოვარიული ცისტა ხასიათდება თხელი კედლით, სწორი და მკაფიო კონტურით, მაღალი ბგერაგამტარობით, შიგთავსის ანოქეგენურობით

და ერთგვაროვანებით, ცისტისგან მოცილებით ფიქსირდება ინტაქტური საკვერცხე.

- 4) ენდომეტრიული ცისტის ექოლოგიური სურათი არაერთგვაროვანია. უმრავლეს შემთხვევაში (86,1%) ცისტა ხასიათდება სქელი კაფსულით, გლუვი ან უსწორმასწორო შიდა კონტურებით, მაღალი ბგერაგამტარობით, არაერთგვაროვანი ანექოგენური შიგთავსით, მასში წვრილდისპერსიული სხვადასხვა ფორმის ექოპოზიტიური ჩანართები, რომლებიც ქმნიან ფიჭისებურ სტრუქტურას (ვარიანტი I), ნაწილ შემთხვევაში (13,9%) ცისტის შიგთავსი ანექოგენურია მაღალი ბგერაგამტარობით, სწორი კონტურებით, წვრილდისპერსიულად შეწონადებული ექოპოზიტიური ჩანართების მწირი ოდენობით (ვარიანტი II).
- 5) დერმოიდული ცისტის ექოლოგიური სურათი უმრავლეს შემთხვევაში (76,3%) ხასიათდება ოვალური ან მრგვალი არასწორი ფორმის ბორცვის არსებობით, რიგ შემთხვევაში იკავებს ცისტის სანათურის დიდ ნაწილს. ბორცვის შიგა სტრუქტურა არაერთგვაროვანია, მასში არსებული ქაოტურად განლაგებული ექოპოზიციური ჩანართების გამო. კედლის სისქე მერყეობს 3-10 მმ. ცისტის თავისუფალ სანათურში უსისტემოდ განთავსებული მაღალი და საშუალო ინტენსივობის ექოპოზიტიური ჩანართები ქმნიან მოკლე ხაზოვან სტრუქტურებს, რომლებიც განცალკევებულია ექონეგატიური ფენებით (I ვარიანტი). ნაწილ შემთხვევებში (23,7%) დერმოიდულ ცისტას არ ახასიათებს ბორცვის არსებობა, კედელი თხელია, კონტურები მკაფიო და სწორი. შიგთავსი ოვალური ან ხაზოვანი ფორმის. ექოპოზიტიური ჩანართების გამო არაერთგვაროვანია, რომლებიც იცვლიან ადგილს პაციენტის მდგომარეობის შეცვლით.
- 6) დერმოიდული და ყვითელი სხეულის ცისტის მწირი ექოგრაფიული სურათის შემთხვევაში (II ვარიანტები) კომპიუტერული ტომოგრაფიით ცისტის შიგთავსის სიმკვრივის დენსიდლომეტრული მაჩვენებლის განსაზღვრას პრიორიტეტული მნიშვნელობა ენიჭება.
- 7) ექოლოგიური დიაგნოზის ცდომილებები უპირატესად განპირობებულია:

- ცისტის შიგთავსში არსებული სისხლჩაქცევებით, რაც მნიშვნელოვნად ცვლის დამახასიათებელ ექოლოგიურ სურათს,
 - ცისტის არასტანდარტული ანატომიური მდგომარეობით,
 - კაფსულის სისქის სათანადოთ ვერშეფასებით სხვა დამახასიათებელ პარამეტრებთან მიმართებაში,
 - ცისტის შიგთავსის მწირი ექოგრაფიული სურათით.
- 8) საშვილოსნოს მილში სანაყოფე კვერცხის იდენტიფიცირება ცოცხალი ემბრიონით (გულისცემით) საშვილოსნოს გარე ორსულობის 100% ექოლოგიურ მარკერს წარმოადგენს, სხვა მონოსიმპტომთა სარწმუნოება მნიშვნელოვნად მოკრძალებულია (25-77%) და ისინი იზოლირებულად გადამწყვეტ არგუმენტს არ წარმოადგენენ ექტოპიური დიაგნოზის დასმისათვის, მხოლოდ კლინიკურ და ექოგრაფიულ სიმპტომთა ანალიტიკური შეჯერება გვაძლევს მაღალსარწმუნო ინფორმაციას სწორი დიაგნოზის დასმისთვის.
- 9) ულტრაბგერითი სკანირება როგორც არაინვაზიური კვლევის მეთოდი მაღალინფორმატიულია (96,4%) საკვერცხეების ცისტების სხვადასხვა პათოგენეზურ ვარიანტთა და ექტოპიური ორსულობის სადიაგნოსტიკოდ. მით უმეტეს რომ იძლევა დინამიკაში მრავალჯერადი დაკვირვების შესაძლებლობას, ხოლო ლაპარასკოპია წარმოადგენს საკვერცხეების ცისტების და ექტოპიური ორსულობის ყველაზე ინფორმაციულ და ეფექტურ ნაკლებინვაზიურ მეთოდს.

პრაქტიკული რეკომენდაციები

1. საკვერცხეების მოცულობითი წარმონაქმნების კვლევის პირველ ეტაპზე როგორც სადიაგნოსტიკო სკრინინგული მეთოდი გამოყენებული უნდა იყოს ულტრაბგერითი სკანირება, რომელიც შემთხვევათა დიდ უმრავლესობაში სწორედ სვამს დიაგნოზს, მით უმეტეს, რომ ის იძლევა დინამიკაში მრავალჯერადი დაკვირვების საშუალებას.

2. ყვითელი სხეულის, ენდომეტრიალური და დერმოიდული ცისტის მწირი ექოგრაფიული სურათის შემთხვევაში (II ვარიანტები) დიაგნოზის სრულფასოვანი იდენტიფიცირებისათვის აუცილებელია კომპიუტერული ტომოგრაფიის ჩატარება.
3. ექტოპიური ორსულობისას, საშვილოსნოს მილში სანაყოფე კვერცხის იდენტიფიცირება ცოცხალი ემბრიონით (გულისცემით) საშვილოსნოს გარე ორსულობის 100% ექოლოგიურ მარკერს წარმოადგენს. სხვა შემთხვევაში არგუმენტირებული დიაგნოზის დასმისთვის აუცილებელია ექოლოგიურ და კლინიკურ სიმპტომთა ანალიტიკური შეჯერება.
4. საკვერცხეების ცისტების და ექტოპიური ორსულობის იდენტიფიცირების ყველაზე ინფორმაციულ და ეფექტურ მეთოდს წარმოადგენს ლაპარასკოპია, რომელიც იმავდროულად მცირეინვაზიურ ქირურგიული მკურნალობის შესაძლებლობასაც გულისხმობს.

ლიტერატურის სია

1. გვენეტაძე ა. ენდოსკოპიის განვითარების ისტორია, მისი მნიშვნელობა თანამედროვე გინეკოლოგიასა და რეპროდუქტოლოგიაში. მკურნალი. №5-6, 1997. გვ. 11-13.
2. გვენეტაძე ა.მ. საკვერცხის კისტების ლაპაროსკოპიული დიაგნოსტიკა. // მკურნალი. №5-6, თბილისი 1996, გვ. 15.
3. ვასილევსკაია ლ.ნ. სასქესო ორგანოების კისტები. // გინეკოლოგია. ლ.ნ. ვასილევსკაიას რედაქციით. თარგმანის რედაქტორი მედ.მეც.კანდ. ო. ჭანიშვილი. გამომცემლობა მთაწმინდელი. თბილისი. 2000. გვ.181-185.
4. თოდუა ფ., გაბუნია რ., და ავტ. // რენტგენოლოგიის და რადიოლოგიის მაცნე. №2. თბილისი 1983, გვ. 34-37.
5. მერაბიშვილი ნ., გვენეტაძე ა., გინსბურგი ი., ლაპაროსკოპიული მეთოდის გამოყენება მილისმიერი ორსულობის დიაგნოსტიკასა და მკურნალობისათვის. // აკადემიკოს კ. ჩაჩავას დაბადებიდან 80 წლისთავისადმი მიძღვნილი პერინატოლოგთა და მეან-გინეკოლოგთა საერთაშორისო სამეცნიერო კონფერენციის

- „პერინატოლოგია დღეს და მომავალში», მასალათა კრებული, თბილისი 1999, გვ. 313-317.
6. ხომასურიძე ა., რეპროდუქციული ჯანმრთელობა, პრაქტიკული სახელმძღვანელო, თბილისი. 2001. გვ. 168, გამომცემლობა „ჯისიაი».
 7. ჯვარშიშვილი ლ., გვენეტაძე ა., ლაშხი ქ., საკვერცხეების მოცულობითი წარმონაქმნების დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის თანამედროვე მეთოდები. // რენტგენოლოგიის და რადიოლოგიის მაცნე. (საქართველოს რადიოლოგთა პირველი კონგრესის მასალები). თბილისი. 1997, გვ. 120-121.
 8. ჯვარშიშვილი ლ., ლაშხი ქ., გვენეტაძე ა., საკვერცხის ენდომეტრიუმის დიაგნოსტიკა და მკურნალობა თანამედროვე ტექნოლოგიების გამოყენებით. // რენტგენოლოგიის და რადიოლოგიის მაცნე. №2. თბილისი. 1998, გვ. 64-67.
 9. ჯვარშიშვილი ლ., ულტრაბგერითი და კომპიუტერულ-ტომოგრაფიული გამოკვლევები საკვერცხეების წარმონაქმნების დიაგნოსტიკაში. საკანდ. დისერტაცია. 1997წ. გვ. 7-9.
- Агаева К.С. Клиническая оценка компьютерной томографии в дифференциальной диагностике опухолей внутренних женских половых органов: Дис. канд. мед. наук. – М., 1987.
10. Адамян Л.В. Диагностика и лечение генитального эндометриоза // Акушерство и гинекология. 1992. 3. с. 54-59.
 11. Адамян Л.В. О причинах нарушения генеративной функции у больных с доброкачественными опухолями и кистами ячников. // Современные аспекты репродуктивной эндокринологии. М., 1985. с. 95-100.
 12. Адамян Л.В., Алексеева М.Л., Минина Л.С., Оразвалиева Д.Р., Новыков Е.А. Гормональный статус стероидрецепторная система эндометрия у пациенток с доброкачественными опухолями и эндометриальными кистами ячников. // Акушерство и гинекология. 1990. №9. с. 55-57.
 13. Адамян Л.В., Алексеева М.Л. и др. Роль иммуноферментных и радиоиммунологических методов исследования в диагностике доброкачественных опухолей, опухолевидных образований и эндометриальных кист ячников // Опухоли ячников: Сб. науч. тр. Иркутск, 1990. с. 72-83.

14. Адамян Л.В., Макаренко В.Н., Козлов В.В. и др. Компьютерная томография в диагностике патологии матки и придатков. // Мат.ер. Межд. конгресса по эндометриозу с курсом эндоскопии. 1996. с. 191-192.
15. Алексеева М.Л. и др. Роль иммуноферментных и радиоиммунологических методов исследования в диагностике доброкачественных опухолей, опухолевидных образований и эндометриальных кист яичников. // Опухоли яичников: Сб. науч. тр. Иркутск, 1990. с. 72-83.
16. Артаманов В.С. Реабилитация генеративной функции женщин, перенесших операцию по поводу внематочной беременности. // Акуш. и гинекология. 1998. №4. с. 35-37.
17. Артюхина М.Я. Комплексная диагностика гнойно-воспалительных заболеваний придатков матки с использованием компьютерной томографии: Дис. канд. мед. наук. М. 1990.
18. Бабаева О.И. Клиническая оценка ультразвукового исследования и компьютерной томографии в диагностике опухолей яичников: Дис. канд. мед. наук. М. 1983.
19. Бакулева Л.П., Гранатова Е.К. Профилактика бесплодия после трубной беременности. // Современные методы диагностики опухолей гениталий и перинатальной патологии. 1990.
20. Беляев И.Т., Бакшеева Р.И. Диагностика и лечение женского бесплодия. // 50 лет НГМИ: Тез. Юбилейной науч. сессии. Новосибирск. 1985. с. 122-123.
21. Бергман А.С., Андреева С.В., Андреева А.Т., и др. Вопросы дифференциации факторов риска различных групп доброкачественных опухолей. // Опухоли яичников: сб. науч. тр. Иркутск, 1990. с. 13-16.
22. Богинская Л.А., Соломатина А.А., Татулов Э.Б. и др. Диагностика опухолей и опухолевидных образований яичников. // Опухоли яичников: Сб. науч. тр. Иркутск, 1990. с. 83-89.
23. Бодяжина В.И. Современные теоретические и практические проблемы воспалительных заболеваний женских половых органов. // Республ. сборн. науч. трудов. М., 1987. с. 13-24.
24. Виницкая В.К. и др. Онкологическая гинекология: под ред. В. К. Виницкой. Киев: Здоровье. 1983. с. 248.

25. Гвенетадзе А.М. Лапароскопия в репродуктологии GEORGIAN MEDICAL NEWS N 4(85). 2002. с. 43-46.
26. Гинсбург И.М., Гвенетадзе А.М. Сравнительный анализ эффективности лапаротомического и лапароскопического лечения трубной беременности //GEORGIAN MEDICAL NEWS N 9(54). 1999. с. 45-47.
27. Гладышев В.Ю., Бельских О.Л. Эндохирургическое лечение трубной беременности. // Акуш. и гинекология. 1995. №8. с. 66-67.
28. Грищенко В.И., Чекман И. С. и др. Рецептурный справочник врача. Киев. 1981.
29. Гундарева И.Б. Дифференциальная диагностика хронического сальпингоофорита: Автореф. дис. к.м.н. М. 1990. с. 25.
30. Демидов В.Н., Алиева Э.А., Струсов А.В. Акушерство и гинекология 1991. №1. с. 40-42.
31. Демидов В.Н., Гатаулина Р.Г., Ежова Л.С. и соавт. Нозологическая диагностика опухолей и опухолевидных образований яичников с помощью эхографии. // Эндоскопия в диагностике, лечении и мониторинге женских болезней. Москва. 2000. с. 127-130.
32. Демидов В.Н., Гус А.И., Струков А.В. Ультразвук. диагностика в акушерстве. Гинекология и педиат. 1992. №1. с. 74-78.
33. Демидов В.Н., Зыкин Б.И. Ультразвуковая диагностика в гинекологии. М. Медицина, 1990. с. 224.
34. Дильман Б.М. Эндокринологическая онкология. Л.: Медицина. 1983. с. 408.
35. Железнов Б.И. Кисты и опухоли яичников. // БМЭ. М. 1986. с. 504-520.
36. Закиров И.З., Выхляева В.М., Паллади Г.А. и др. Эпидемиология доброкачественных опухолей яичников в отдельных климато-географических зонах СССР . // Медицинский журнал Узбекистана. 1984. N8. с. 18-20.
37. Закиров И.З. Факторы риска доброкачественных опухолей матки и яичников. Рига. 1985. с. 29.
38. Зорина Н.И. Дифференциальная диагностика опухолей и опухолевидных образований яичников. Диссер. к.м.н. М. 1984.

39. Котрикадзе К.А., Гвенетадзе А.М., Сабахтарашвили М.А. Диагностика и лечение фолликулярных кист яичников. // GEORGIAN MEDICAL NEWS N 5(86). 2002. ст. 37-40.
40. Крымская М.Л. Климактерический синдром. М. Медицина. 1989. с. 101.
41. Кулаков В.И., Селезнева Н.Д., Краснопольский В.И. Дополнительные методы исследования. // Оперативная гинекология. Руководство для врачей под редакцией Кулакова В.И. Москва. «Медицина». 1990. с. 69-97.
42. Кулаков В.И., Адамян Л.В., Мынбаев О.А. Послеоперационные спайки. М.: Медицина. 1998. с. 525.
43. Кулаков В.И., Селезнева Н.Д., Краснопольский В.И. Доброкачественные опухоли и опухолевидные образования внутренних половых органов. // Оперативная гинекология. Руководство для врачей под редакцией Кулакова В.И. Москва. «Медицина». 1990. с. 157-220.
44. Лизиков Н.Ф. Эндометриоз. // Справочник врача женской консультации: Под ред. Г. И. Герасимовича. Минск: Беларусь. 1988. с. 255-260.
45. Макаров О.Б. Патогенетические аспекты активного выявления опухолей яичников // Опухоли яичников: Сб. науч. тр. Иркутск. 1990. с. 124-131.
46. Медведев М.Б., Зыкин Б.И. Эхографическая классификация опухолей и опухолевидных образований малого таза Российской ассоциации врачей ультразвуковой диагностики а перинатологии и гинекологии. // Ультразвуковая диагностика. 1998. 1. с. 8-15.
47. Медведкова М.М., Давыдова О.Л. Эндохирургическое Внематочная беременность. Ярославль. 1993.
48. Митьков В.В., Буланов М.Н., Зыкин Б.И. // Медицинская визуализация. 1997. №1. с. 8-13.
49. Митьков В.В., Медведев М.Б. Клиническое руководство по ультразвуковой диагностике. М.: Видар. 1997. т. 111. с. 30-38.
50. Мордухович А.С., Ходжаева Э.С. Эпидемиология опухолей яичников в Сырдарьинской области Узбекской ССР // Опухоли яичников: Сб. науч. тр. Иркутск. 1990. с. 20-31.

51. Нажимова Г.Т. Роль лапароскопии в комплексном обследовании пациенток с бесплодием и хроническим салпингитом: Автореф. дис. к.м.н. М. 1987.
52. Нечаева И.Д. Опухоли яичников. Л.: Медицина, 1987. с. 216.
53. Николаев Н.И., Иванченкова Н.Д., Аншина М.Б. Гормональный профиль больных эпидемиальными опухолями яичников. // Опухоли яичников: Сб. науч. тр. МОЛГМИ. М., 1986. с. 20-31.
54. Паллади Г.А., Штемберг М.И., Хаджи Г.И. Эпидемиология доброкачественных опухолей яичников в Молдавской ССР. // Вопросы эпидемиологии доброкачественных опухолей яичников. Самарканд. 1983. с. 11-17.
55. Савельева Г.М. Кисты половых органов. //Справочник по акушерству и гинекологии. Под редакцией Савельевой Г.М. Москва. «Медицина». 1996. с. 296-98.
56. Саурбаева Б.Ж., Мельченко Н.Ф., Приб Н.И. Клиническое течение и своевременная диагностика внематочной беременности. // Казахстан. мед. институт. 1992.
57. Селезнева Н.Д. Доброкачественные опухоли и опухолевидные образования внутренних половых органов. // Оперативная гинекология: Медицина. 1990. с. 157-220.
58. Селезнева Н.Д. Дополнительные методы исследования. // Оперативная гинекология: под ред. В.И. Кулакова. М. Медицина. 1990. с. 69-97.
59. Серов С.Ф., Скалли Р.Е. Опухолевидные процессы. Гистологическая классификация опухолей яичников. Международная гистологическая классификация опухолей. №9. ВОЗ Женева. 1977. с. 49-52.
60. Серов В.К., Кожин А.А. О патогенезе нарушения функции яичников. // Акушерство и гинекология. 1981. N12. с. 11-15.
61. Тарасов В.В. Компьютерная томография в диагностике опухолевых заболеваний придатков матки. М. 1989.
62. Тодуа Ф.И., Агаева К.С., Нуднов Н.В. Возможности компьютерной томографии в дифференциальной диагностике опухолей матки и придатков. // Акушерство и Гинекология. 1986. №1. с. 35-36.
63. Тодуа Ф.И., Агаева К.С., Нуднов Н.В. Дифференциальная диагностика доброкачественных и злокачественных опухолей яичников посредством компьютерной томографии. // В кн. Применение медицинской техники в хирургии. Иркутск. 1983. с. 202-203.

64. Годуа Ф.И., Мазаев А.П., Нуднов Н.В. Компьютерная томография малого таза. // Метод рекомендации. М. 1986. с. 18.
65. Годуа Ф.И., Нуднов Н.В., Агаева А.С. Возможности компьютерной томографии в диагностике гинекологических заболеваний. 1986.
66. Хачкурузов С. Г., УЗ И в гинекологии //симптоматика, диагностические трудности и ошибки // Санкт- Петербург. 1998-1999.
67. Хомасуридзе А.Г., Гвенетадзе А.М. и соавт. Результаты органосохраняющего лечения трубной беременности лапароскопическим доступом. // Проблемы репродукции. Москва. том 4. N 5. 1998. ст. 23-25.
68. Хутулашвили К.А., Джваршеишвили Л.Г., Лашхи К.А., Гвенетадзе А.М. Современные методы диагностики и тактика хирургического лечения объемных образований яичников. // GEORGIAN MEDICAL NEWS N 5(26) 1997. с.11-12
69. Эндоскопия в диагностике, лечении и мониторинге женских болезней (гинекология, акушерство, урогинекология, онкология, проктогинекология) // под ред. В.И. Кулакова, Л.В. Адамян. М.: Пантори. 2000. с. 709.
70. Эндоскопия в гинекологии. // под ред. В.И. Кулакова, Л.В. Адамян. М: Виктория-принт. 1999. с. 623.
71. Amman M. Hanggi W. Bauman U. Keller P. // Geburtsh. u. Frauenheilk. 1991. Bd. 51. N6. P. 481-483.
72. Alpern M. Asted B. // Brit. J. obstet. Gynec. 1986. Vol. 93. N12. P. 1286-1288.
73. Andolf. E. Jorgensen C. // J. clin. Ultrasound. 1988. Vol. 16. N5. P. 303-309.
74. Atri M. Stempel J. Bret P. // J. Clin. Ultrasound. 1992. Vol. 20. N4. P. 255-261.
75. Awier R. Adamson GD. Treatment of endometriosis-associated infertility. Semin Reorod Endocrinnol. 1997. 15 (3): 263-71.
76. Benaceraff B.R., Finkler N.J., Knapp R.C. // J. reprod. Med. 1990. Vol. 35. N5. P. 491-495.
77. Benifla J.L. Hauny J.P. Gughelmino J.N. et al. // J. Gynec. obstet. Biol. Reprod. 1992. Vol. 21. N1. P. 45-49.
78. Bourne T.H. // Ultrasound obstet. Gynec. 1992. Vol. 2. Supp. 1. P. 71.
79. Bret P. M. Guiband L. Atri M. et al. // Radiology. 1990. Vol. 185.2. P. 377-380.

80. Cederlund C. Karlsson S. Numan U. Computed Tomography of ovarian dermoid cysts. // Acta radiol. I. Sect. Diagnoses. 1989. Vol. 22.4. P. 435-439.
81. Chapman MG. Dowsett M., Dewhurst CI., Ieffcoate SL.J. Obstet. Gynaecol. 1985. 92 983-5
82. Chu KK., Chang SD., Lee CJ. Laparoscopic management of tubal pregnancy. Journal of the Formosan Medical Association. 90(10): 1004-7, 1993 Oct.
83. Corson S.L., Levinson C.J., Batzer F.R., et al. Hormonal levels following sterilization and hysterectomy. J. Repro. Med. 1981; 26: 363-370.
84. Corson S.L. Use of the laparoscopic procedures: a national survey for 1975. J. Repro. Med. 1975. 18:29: 219-226.
85. Dordon D, Fiacavento A.,Fatum M, Laufer N, Simon A. Investigation of the infertile couple: should diagnostic laparoscopy be performed after normal hysterialpingography in treating in fertility suspected to be unknow origin? Hum Reprod. 2001. Jan. 17(1):1-3.
86. Fleischer A. C. McKee M.S. Gordon A. N. et al // J. Ultrasound Med. 1990.Vol. 9.11. P. 637-644.
87. Fukuda T. Ikeuchi M. Hashimoto H. et al //Computed Tomography of ovarian Mases // Journal of computer Assisted Tomography. 1989. V. 6. P. 990-996.
88. Green B., Gleveme K., Walff B. Child survival: Rishs and road to health. Institute for Resource Development. // Wertinghous. 1987.
89. Gomel V., Taylor P.J., Yuzpe A.A., Riok J.E. Indications, Contraindactions, Complications in Laparoscopy and Gynecologic Practice. Chicago. Year Book Medical Pablishers. 1986. P. 56.
90. Gottesfield K. Clin. obst. Gynec. 1979. Vol. 10. P. 3. G. 2. G 43.
91. Granberg S. Crona N. Enk L. at al. // J. clin. Ultrasound. 1997. Vol. 153.1.P. 31-37.
92. Gvenetadze A.M. Menstrual Function after Laparoscopic Sterilization. // EntreNous. May 1997. p. 9.
93. Hassani S. Ultrasound in Gynecology and Obstetrics. New York. 1978. P. 198.
94. Hata K. Hata T. Yamamoto K. Ultrasonic diagnosis of ovariantumors. // Shimane J. Med. Sci. 1983. Vol. 7. N2. P. 531-534.

95. Hounsfield G. Computed transverse- axial scanning. // tomography. Part 1. Description of system.//Brit. J. Radiol. 1973. Vol. 46 N5. P. 1016-1022.
96. Jain K.I., Sutton GJ. Pregnancy rates following ablative laparoscopic surgery for endometriosis. Hum Reprod. 2002 Mar. 17(3):782-5.
97. Jerom J. Hager L. Am. J. Rentgenol. 1988.
98. Juhasz B. Kurjak A. Lampe L. G. //J. clin. ultrasound. 1992. Vol. 20. P. 81-84.
99. Kier R., Mc.Carths SH., Karisson B. Wikland M. Granbers S. // Ultrasound Obstet. Gynec. 1992. Vol. 2. Supp. 1. P. 118.
100. Kobayashi M., KawaTa M. Seciya S. Hatakeyma R. Takamizawa H. // Gynec. Oncol. 1989. Vol. 32. N2. P. 191-197.
101. Kratochwil A. Schwesel P. Enter Ch. //Ultrasound Obstet. Gynec 1978 Vol. 2. supp 1.1. p. 119.
102. Landers D.V. Sweet R.L. Current trends in diagnosis and treatment of tubo-ovarian abscess. // Amer. J. Obstetr. Gynecol. 1985. Vol. 151. 8. P. 1098-1100.
103. Levi S., Delval R. Value of US diagnosis of Gynecological tumors in 370 surgical cases. // Acta obstet. gynec. scand. 1979. Vol. 55. P. 261-266.
104. Mitchel D. G., Mints M.G., Spritzen et al. // Adnexal masses MR imaging observations at 1,5 T with US and correlation. // Radiology 1989.Vol. 162.2. P. 319-324.
105. Montanari D., Beviott C., Bara O. Mapiration of ovarian cysts, laparoscopy of echography.//Acta Igir. Fertill. 1987. Vol. 18. N1. P. 45-47.
106. Moir C., Robins R.E. Role of ultrasound gallium scannings and computed tomography in diagnosesof intraabdominal abscesses. // Am. J. Surs. 1987. Vol. 14.3. P. 582-586.
107. Morley P., Nestler JE; Barlascini CO; Matt DW; Steingold KA. J. clin. Endocrinol. 1970. Jun. 68(6). P. 1027-32
108. Ostrzenski A, Klimek M, Wojtys A. Video-laparoscopic treatment of polycystic ovaries using monopolar electrocoagulation. Ginecol Pol. 1992; 63(7):369-70.
109. Ozana H. Noda Y. Mori T. et al. // Diagnostic capability of Ultrasound versus CT for clinically suspected ovarian mass with emphasis on detection of adhesions. //Gynecol. Oncl. 1986. Vol. 2.1. P. 311-318.

110. Parazzini F. Moroni S. Negri E. La Vecchia C. Dal Pino D. Ricci D. E. Risk factors for functional ovarian cysts. // *Epidemiology*. 7(5):547-9. 1996. Sep.
111. Peery C. V. Freisher A. C. Rodgers W. H. // *Ultrasound Obstet. Gynec.* -1992. Vol. 2. Supp 1.1. P. 146.
112. Phillips J. M., Per O., Dale M.D., Tom Tanbo M.D., Stein Vaaler M. Gonadotropin levels in the PCOS evidence of two distinct populations. *Fertil. Steril.*1992. v. 58 N3. P. 487
113. Pfleiderer A., Pinotty J.A. Fanzin C.M Marussi E.F. // *Int. J. Gynec. obstet.* 1988. Vol. 26. N1. P. 109-114.
114. Potter M.E. Maradi M To. A. C. et al. // *Gynec. oncol.* 1989. Vol. 33. N2. P. 201-203.
115. Puroinen O., Gronross M. // *Ann. Chir. Gynec.* 1987. Vol. 2. Supp 1. P. 91-93.
116. Rodgers K.E., Marks J.F., Ellefson D. // *Gynec. oncol.* 1990. Vol. 37. N3. P. 381-387.
117. Rosenbergs E. TRought W. The US evaluation of large cystic pelvic mases. // *Amer. J.Obstet. Gynec.* 1981. Vol. 139. N5. P. 579-582.
118. Russel J. B. Okada S. Mechanism for the development of ovarian cysts in patients with congenital lipoid adrenal hyperplasia. // *Achenken R.S. // C.S. Sarerstein.* 1995. p. 188-281.
119. Sandler M., Sawyaer R.W., Vick C., Walsh J.W. // *Ultrasound of benign Ovarian Mases. // J. Comput. Assist. Tomogr.* 1984. Vol. 9. N4. P. 784-789.
120. Shapiro B.S., Decherney A.H. Ultrasound and infertility. // *J. Reprod. Med. Obstet. Gynecol.* 1989. Vol. 34. N2. P.151-155.
121. Shapiro H.I., Non-surgical female-sterilization. *Lancet.* 1973. Oct 2-342(8875). P. 870.
122. Shima M., Tanae A., Miki K., Katsumana N., Matsumoto S., Nakajima S., Harada T., Shinagawa T. *Ta European Journal of Endocrinology.* 142 (3):274-9. 2000. Mar.
123. Silvaggi S.M. Cytology of nonneoplastic cysts of the ovary. // *Diagn. Cytopathol.* 1990. Vol. 6, N2. P. 77-85.
124. Semm K. *Die Mikrochirurgie in der Gynakologie. Endocoagulation, ein neues Hilfsmittel fur operative Eingriffe//Geburtsh. Frauenkeil.* 1987. Bd. 37. N2. P. 93-102.

125. Spirtos N.Y. Berstine R.L. Crowford W.L. et al. //Sonography in acute pelvic inflammatory disease. //J. Repr. Med. 1987. Vol. 27. N6. P. 312-318.
126. Spratt DI., Odea LS., Schoenfeld D, et al. // Am. L. Physiol. 1988. Vol. 254. p. 652-666.
127. Stehman F.B., Calkiins A.R., Wass J.L. et al. // A comparison of findings at second-look laparotomy with preoperative computed tomography in patients with ovarian cancer. // Gynecol. oncol. 1990.Vol. 29. N1. P. 37-42.
128. Steptoe P.C. Laparoscopy in gynecology. Edingburgh. E.L.S. Livingstone. 1987. P. 1.
129. Steptol P.C., Livingstore S. Laparoscopy in gynecology. Edingburgh. E.L.S. 1967. P. 11-12.
130. Swayne L.C., Love M.B., Karasiok S.R. Pelvic iflammatory disease sono-graphicpathologie correlation. // Radiology. 1986. Vol. 151. N3. P. 751-755
131. Taulier-Raybaud C., Morel Y., La Selve H., Tran Minh V., Sempe M., David M. Ovarian follicle cysts and precocious puberty. // Pediatrie. 41(8):607-16. 1986. Dec.
132. Taylor P.J., Comel V. introduction in Laparoscopy and Hysteroscopy in Gynecology Practice. Edited by V. Gomel, P.J. Tailor, A.A. Yuzpe, J.E. Rioux. Chicago. Year Book Medical Publisher. 1986. P. 1.
133. Taylor R.N., Rutzow TL., Kettler LM., Yen SS. Fertil-Steril 1998 Jun. 63(6) 1200-1203.
134. Taylor R.E. Duncal W. Best J.J. Influence of computed tomography on the management of ovarian tumours. // clin. Radiol. 1986. Vol. 37. N6. P. 539-542.
135. Terinde R., Meglio A. // Minerva. gynec. 1986. Vol. 42. N4. P. 143-145
136. Tessler F.N., Scheller V.L., Perella R.R. et al. // Transabdominal versus endovaginal pelvic sonography prospective study. // Radiology. 1989. Vol. 170. N2. P. 553-556.
137. Tulandi T., Al-Took S. Reproductive autcome after treatment of mild endometriosis with laparoscopic excision and electrocoagulation. Fert Steril. 1998 Feb. 69(2):229-31.
138. Walsh J.W., Taylor K.J., Rosenfield A. Gry scale Ultrasonography in the diagnosis of the endometriosis and adenomiosis. // Amer. J. Radiol. 1979. Vol. 132. 1. p. 87-90.
139. Zemm K., Zipper J., Rivera M., Obancens A. Famale non-surgical sterilization: use of endo-uterin quinacrine and batametasonone pellets. Review of the Subject: experimental ba-ses-pharmacology-toxicology-efficacy. Rev-Fr-Gynecol-Obstet. 1984. Oct. 88(10). P. 486-491.