

თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტი

ხელნაწერის უფლებით

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

14.00.50. – რეპროდუქტოლოგია

მედიცინის მეცნიერებათა კანდიდატის
სამეცნიერო ხარისხის მოსაპოვებლად
წარმოდგენილი დისერტაციის

ა ვ ტ ო რ ე ფ ე რ ა ტ ი

თბილისი

2006

სადისერტაციო ნაშრომი შესრულებულია ი.ჟორდანიას სახელობის
ადამიანის რეპროდუქციის სამეცნიერო-კვლევით ინსტიტუტში

სამეცნიერო ხელმძღვანელი: **ხომასურიძე არჩილი**
მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი,
პროფესორი

ოფიციალური ოპონენტები: **კინტრია ნიკოლოზი**
მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი
ცაგარეიშვილი გიორგი
მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი

დისერტაციის დაცვა შედგება 2006 წლის _____, _____ საათზე,

თსსუ-ს მ 14. 19 11 სადისერტაციო საბჭოს სხდომაზე (სამედიცინო რადიოლოგიის ს/კ
ინსტიტუტში, თბილისის 0112 თ. მღვდლის 13)

დისერტაციის გაცნობა შესაძლებელია თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის
ბიბლიოთეკაში (0179, თბილისი, ი.ჭავჭავაძის 29).

ავტორეფერატი დაიგზავნა 2006 წლის _____

სადისერტაციო საბჭოს სწავლული მდივანი,
მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი, **დ. გაჩეჩილაძე**

ნაშრომის ზოგადი დახასიათება

თემის 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 90%-ში იგი გვებმარება საკვერცხეების ტოპიკურ დიაგნოსტიკაში, ხოლო 85-87%-ში წარმონაქმნის სტრუქტურის დადგენაში. (Grandbers S., Crona N. 1997, Jain K.A., 2002; B. 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 ენდოქინურული ტექნიკის, კერძოდ, ლაპაროსკოპიის სწრაფი ტემპით განვითარებამ ბოლო ათწლეულში, მიუხედავად მისი ინვაზიურობისა, მნიშვნელოვანი პროგრესი შეიტანა გინეკოლოგიურ დაავადებათა, როგორც დიაგნოსტიკაში, ასევე მკურნალობაში. (Sanz L. E. 1995; A.Г. Хомасуридзе, A.Г. Гвенетадзе 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 ინფორმაციულობის 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.

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.

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, ლიტერატურის მიმოხილვა, გამოკვლევის მასალა და მეთოდები, საკუთარი გამოკვლევის შედეგები და მათი განხილვა, პრაქტიკული რეკომენდაციები, გამოყენებული ლიტერატურის სია. ნაშრომი მოიცავს 107 ნაბეჭდ გვერდს და ილუსტრირებულია 1 ცხრილით და 16 სურათით. სამეცნიერო ლიტერატურის სია შეიცავს 140 წყაროს.

ნაშრომის აპრობაცია

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

პუბლიკაციები

დისერტაციის თემაზე გამოქვეყნებულია 4 სტატია

გამოკვლევის შედეგების პრაქტიკაში დანერგვა

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

მასალა და გამოკვლევის მეთოდები

რანდომიზირებული შერჩევის გზით გამოკვლეული იყო 16-დან 45 წლამდე ასაკის 381 პაციენტი, რომლებმაც 1999-2005 წწ. მომართეს ი. ჟორდანიას სახ. ადამიანის რეპროდუქციის ს/კ ინსტიტუტს.

კომპლექსური გამოკვლევის შემდეგ დაავადების კლინიკური სურათის გათვალისწინებით პაციენტები ნაზოლოგიების მიხედვით დაიყო 6 ჯგუფად (ცხრილი №1)

ავადმყოფთა განაწილება ნაზოლოგიური ფორმის მიხედვით

ცხრილი №1

დაავადებათა ნოზოლოგიური სტრუქტურა	პაციენტთა რაოდენობა	პაციენტთა ასაკი
ფოლიკულური ცისტა	80	16 _ 45 წ.
ყვითელი სხეულის ცისტა	18	18 _ 41 წ.
პარაოვარიული ცისტა	58	20 _ 44 წ.
ენდომეტრიული ცისტა	65	18 _ 44 წ.
დერმოიდული ცისტა	38	20 _ 45 წ.
საშვილოსნოს გარე ორსულობა	122	16 _ 42 წ.
	სულ 381	

ყველა პაციენტის კვლევა ხორციელდებოდა ერთიანი პროგრამით.

ანამნეზური მონაცემების შეკრებისას ყურადღება გამახვილებული იყო ჩივილებზე, გადატანილ ინფექციურ დაავადებებზე, მენსტრუაციულ და რეპროდუქციულ ფუნქციაზე.

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

კლინიკაში მიღებული საერთო კლინიკო-ლაბორატორიული კვლების გარდა პაციენტებს უტარდებოდათ მცირე მენჯის ღრუს ულტრაბგერითი, კომპიუტერულ-ტომოგრაფიული და ლაპაროსკოპიული გამოკვლევა.

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

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

მცირე მენჯის ორგანოთა კომპიუტერულ-ტომოგრაფიული კვლევისათვის ვიყენებდით «Siemens»-ის ფირმის მესამე თაობის აპარატს «Somaton CR»-ს.

ლაპაროსკოპია ტარდებოდა სპეციალურად აღჭურვილ საოპერაციოში, «Storz» და «Qebot medical»-ის ლაპაროსკოპიული ტელევიდეოტექნიკის გამოყენებით.

საკუთარი გამოკვლევის შედეგები

საკვერცხის მოცულობითი წარმონაქნებიდან ყველაზე ხშირად რეპროდუქციულ კლინიკაში, გვხვდება **ფოლიკულური ცისტები**, რასაც ჩვენი კვლევა ადასტურებს. ამ წარმონაქმნების დიამეტრი, კვლევის მონაცემებით, მერყეობდა 35-დან 92 მმ (საშ. $50,5 \pm 1,6$ მმ), ისინი 85% შემთხვევაში იყვნენ ცალმხრივი და ერთკამერიანი.

ექოგრამაზე ცისტებს ჰქონდათ (სურ.1) მრგვალი ან ოვალური ფორმა. შინაგანი სტრუქტურა ხასიათდებოდა მაღალი ბგერაგამტარობით, მთლიანად ერთგვაროვანი და ანოქეგენური იყო. გამონაკლისს წარმოადგენენ ორ ან მეტკამერიანი ცისტები, სადაც სანათურში ლოცირდებოდა თხელი ექოპოზიტიური ტიხარი, რაც შეცდომის წინაპირობად შეიძლება მოგვევლინოს.

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

15 პაციენტს (18,7%) დაავადების მოსალოდნელი გართულების საშიშროების გამო, ან წარუმატებელი კონსერვატული მკურნალობის შემდეგ, ჩაუტარდათ ლაპაროსკოპია. 10 პაციენტს ფოლიკულური ცისტის დიაგნოზი დაუდასტურდა, ისინი ლაპაროსკოპიით წარმოადგენდნენ (სურ.2) გამჭვირვალე, მომკვრივო ელასტიური კონსისტენციის ოვალურ წარმონაქმნს, თხელი, გლუვი, მკრთალი ვარდისფერი კედლით, ღია ქარვისფერი სითხით. რიგ შემთხვევაში (სურ.3) (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 ლაპაროსკოპიის მონაცემებით აღმოჩნდა მცდარი. გასაგებია, რომ ეს წარმონაქმნები არ დაემორჩილებოდნენ კონსერვატულ თერაპიას, მეორე მხრივ წარუმატებელი კონსერვატული მკურნალობისას 6,2% (80-დან 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 ართულებს ზუსტ დიაგნოსტიკას

ექოსკანირებისას. მაგრამ მთავარი მიზეზი მაინც ცისტის ანატომიურ მდებარეობაში მდგომარეობს. 5 არასწორად იდენტიფიცირებული წარმონაქმნიდან სამ შემთხვევაში ადგილი ჰქონდა პარაოვარიული ცისტის მჭიდრო ანატომიურ კონტაქტს საკვერცხესთან.

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

ულტრაბგერითი სკანირებით ყვითელი სხეულის ცისტის ზომები მერყეობდა 30-61 მმ-მდე და დაახლოებით თანაბრად გვხვდებოდა მარცხენა და მარჯვენა საკვერცხეში. შინაგანი სტრუქტურა მრავალფეროვანი იყო, რამაც განაპირობა აუცილებლობა ექოლოგიური მონაცემების სისტემატიზაციისა, რის საფუძველზეც ჩვენ შევძელით ყვითელი სხეულის ცისტის 2 ექოგრაფიული ვარიანტის გამოყოფა.

72,2% (13) შემთხვევაში (I ვარიანტი) (სურ.4) ცისტას ჰქონდა წვრილი ან საშუალო დისპერსიული შენება და საშუალო ექოგენობა. შემთხვევათა ნახევარში აღინიშნებოდა მკვრივი, მაღალი ექოგენობის ჩანართები. აღნიშნული სტრუქტურები ავსებდნენ ცისტის მთელ შიგთავსს, ან მის უმეტეს ნაწილს, მაგრამ ყოველთვის განლაგებულნი იყვნენ კედლისმიერად.

II ვარიანტი (27,8%) ხასიათდებოდა (სურ.5) ცისტის შიგთავსის ერთგვაროვნებით და ანექოგენურობით, ერთეული ნაზი, მთლიანი ან ნაწილობრივი ტიხრებით. ასეთი ულტრაბგერითი სურათი დიდ სიძნელეებს ქმნიდა 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. ტომოგრამაზე ისინი წარმოდგენილი იყვნენ მრგვალი ან ოვალური ფორმის თხელკედლიანი (1-3 მმ), სწორი, მკაფიო კონტურებიანი წარმონაქმნის სახით, რომლის შინაგანი სითხური სტრუქტურა შეესაბამებოდა სითხის სიმკვრივეს +14 _ +23 H-ს და მნიშვნელოვნად განსხვავდებოდა ფოლიკულური ცისტის შიგთავსისგან, სადაც ეს უკანასკნელი წყლის სიმკვრივისაა. 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 ალბათობით. 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 ულტრაბგერითი 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 1 შემთხვევაში ყვითელი სხეულის ცისტის დიაგნოზი არ დადასტურდა, რაც ამ პაციენტთა 5,5% შეადგენს.

საქმე ეხებოდა ორკამერიან ფოლიკულურ ცისტას თხელი ტიხრით, მასში არსებული სისხლჩაქცევებით (კოლტებით), რომლებიც ავსებდა ცისტის ორივე კამერის შიგთავსის უმეტეს ნაწილს. 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 95,5% შემთხვევაში. თუმცა II ექოლოგიური ვარიანტის შემთხვევაში პირველადი დიაგნოზის დასადასტურებლად რეკომენდებულია კომპიუტერული ტომოგრაფიის ჩატარება.

საკვერცხის **პარაოვარიული ცისტა** არ განეკუთვნება საკვერცხისმიერ წარმონაქმნს, მაგრამ ტრადიციულად იგი განიხილება საკვერცხის ცისტებთან ერთად. ამდენად ჩვენ არ დავარდვიეთ ეს ტრადიცია.

ექოგრაფიულად პარაოვარიული ცისტები წარმოადგენდნენ (სურ.6) თხელკედლიან (1-2 მმ), მრგვალი ან ოვალური ფორმის ერთკამერიან წარმონაქმნს. საშვილოსნოსთან მიმართებაში ისინი უმთავრესად განლაგებულნი იყვნენ მის ქვემოთ ან გვერდით. ცისტის შიგთავსი სრულიად ანოქოგენური იყო.

ცისტების დიამეტრი მერყეობდა 30-80 მმ-დე 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 წარმოადგენს. 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 წარმოადგენდა მრგვალ ან ოვალური ფორმის თხელკედლიან (1-2 მმ) სწორკონტურებიან წარმონაქმნს. შიგთავსის სტრუქტურა შეესაბამებოდა სითხის სიმკვრივეს და მერყეობდა +0 _ +10 H. ცისტისგან მოშორებით ფიქსირდებოდა ინტაქტური საკვერცხე.

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

ფოლიკულური და ყვითელის სხეულის ცისტებისაგან განსხვავებით პარაოვარიული ცისტა უკუგანვითარებას ან კონსერვატულ მკურნალობას არ ემორჩილება. ამიტომ 58-ე შემთხვევაში ჩატარებული იყო სადიაგნოსტიკო და ოპერაციული ლაპაროსკოპია. წარმონაქმნების ტოპიკა შეესაბამებოდა ულტრაბგერით მონაცემებს, ხოლო ზომები მნიშვნელოვნად არ განსხვავდებოდა დაფიქსირებული პარამეტრებისაგან. კონსისტენცია მომკვრივო, ელასტიური, გამჭვირვალე, კაფსულა თხელი (1-3 მმ), (სურ.7) თუმცა საკმაოდ მტკიცე. არც ერთ შემთხვევაში ცისტა შეხორცებული ან მჭიდრო კავშირში არ იყო საკვერცხესთან, რაც პრაქტიკულად უშეცდომო ულტრაბგერითი კვლევის წინაპირობა იყო. პარაოვარიული ცისტების სწორი დიაგნოსტიკა, ულტრაბგერითი სკანირების და კომპიუტერული ტომოგრაფიის შესაძლებლობა, ჩვენი კვლევების საფუძველზე 100% წარმოადგენს.

ულტრაბგერითი 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.

ცისტების 80% წარმოადგენილი იყო ერთკამერიანი წარმონაქმნის სახით, 20% ცისტის შიგნით აღინიშნებოდა ძგიდეების არსებობა. ბგერაგამტარობა საშუალო ან მაღალი იყო. წარმონაქმნების 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 ანექოგენური, 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 გამომავალი ჩვენ შევძელით ორი ექოგრაფიული ვარიანტის გამოყოფა.

86,1% (56) შემთხვევაში ცისტა ხასიათდებოდა (სურ.8) ანოქოგენური შიგთავსით, მასში წვრილდისპერსულად განლაგებული, ექოპოზიტიური ჩანართების არსებობით, რომლის ფონზე ხშირად ვლინდებოდა ექოპოზიტიური კედლისმიერი სტრუქტურები (I ვარიანტი).

13,9% (9) პაციენტთან ენდომეტრიული ცისტები წარმოდგენილი იყვნენ (სურ.9) ანოქოგენური შიგთავსით, მაღალი ბგერაგამტარობით, სწორი კონტურებით, წვრილდისპერსულად შეწონადებული ექოპოზიტიური ჩანართების მწირი რაოდენობით (II ვარიანტი), რაც დიდ სიძნელეს ქმნიდა რეტენციულ ცისტებთან დიფერენციალური დიაგნოზის გატარებისას. სწორედ ამ პაციენტებს ჩაუტარდათ კომპიუტერულ-ტომოგრაფიული კვლევა. მიღებული დენსიდომეტრული მაჩვენებლები ვარირებდნენ წყლისა და რბილი ქსოვილის სიმკვრივეებს შორის და აღწევდნენ +40 – +60 H, ცისტის კედლები საშუალო სისქის, ხოლო შინაგანი სტრუქტურა კი ჰეტეროგენული იყო.

ყოველივე ზემოთ თქმული გვამღვეს საფუძველს ენდომეტრიული ცისტის მქონე მეორე ექოლოგიური ვარიანტის შემთხვევაში დიაგნოზის დაზუსტების მიზნით გამოვიყენოთ კომპიუტერული ტომოგრაფიის შესაძლებლობები, სადაც პრიორიტეტული მნიშვნელობა ენიჭება შიგთავსის დენსიდომეტრულ 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 წარმოადგენდა (სურ.10) 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 ენდომეტრიული ჰეტეროტოპიები.

ოპერაციული მონაცემებით და შემდგომი ჰისტომორფოლოგიური კვლევით დადგინდა, რომ 2 (3,1%) შემთხვევაში მოხდა დიაგნოსტიკური ცდომილება, რაც განპირობებული იყო სისხლჩაქცევებით ფოლიკულურ და ყვითელი სხეულის ცისტაში. სისხლის კოლტები 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 პათოგენეზური 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.

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

მორფოლოგიური შენების თავისებურებებიდან გამომდინარე ჩამოყალიბდა ულტრაბგერითი სურათის ორი ვარიანტი.

I ვარიანტი (29 – 76,3%). ამ ვარიანტისთვის დამახასიათებელი იყო (სურ.11) 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-დე. დიდ ნაწილ შემთხვევაში აღინიშნებოდა პარალელიზმი ბორცვის სიდიდესა და კედლის სისქეს შორის.

ბორცვის ფორმა არასწორი, ოვალური ან მრგვალი იყო, შიდა კონტურები მკაფიო, მსხვილმარცვლოვანი, რიგ შემთხვევებში წანაზარდებით ცისტის სანათურში. სტრუქტურა არაერთგვაროვანი, მასში არსებული ქოტურად განლაგებული ექოპოზიტიური ჩანართების სხვადასხვა სიმკვრივის გამო (კბილები, თმები, ძვლოვანი ფრაგმენტები, კანი, სხვადასხვა წარმომავლობის ქსოვილები).

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

II ვარიანტი (9 – 23,7%). დერმოიდული ცისტის ამ ვარიანტს (სურ.13) არ ახასიათებდა ბორცვის არსებობა. კედლები თხელი იყო (1 – 3 მმ) მთელ მის სიგრძეზე, კონტურები მკაფიო და სწორი. შიგთავსი არაერთგვაროვანი, ოვალური ან ხაზოვანი ფორმის ექოპოზიტიური

ჩანართების არსებობის ხარჯზე. ერთმანეთისაგან ისინი გამოიყოფოდნენ ექონეგატიური შუალედებით. ჩანართების უმეტესი ნაწილი გროვდებოდა ცისტის ქვედა ნაწილში და თავისუფლად იცვლიდა ადგილს პაციენტის მდგომარეობის შეცვლით.

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

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

დერმოიდული ცისტა (სურ.12) მრგვალი (16) ან ოვალური (22) ფორმის იყო. კონსისტენცია უმთავრესად მკვრივი. ცისტის კედელი წარმოადგენდა მკვრივ, ზოგადად ჰიალიზირებულ, ზოგ ადგილას ელასტიურ, ზოგან კი ძალიან მკვრივ ქსოვილს. მაკროპრეპარატის გაჭრისას მისგან იღვრებოდა სქელი, ცხიმისმიერი შიგთავსი. რიგ შემთხვევაში ცხიმთან ერთად ცისტაში ფიქსირდებოდა თმის გროვები, ძვლები (კბილები) და სხვა.

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

მიღებული შედეგების შეჯერებამ გვაჩვენა, რომ ულტრაბგერითი სკანირება სულ ჩაუტარდა 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 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.

სწორედ ეს უკანასკნელი პაციენტები დიაგნოზის დაზუსტების მიზნით საჭიროებენ კომპიუტერული ტომოგრაფიის ჩატარებას, რამეთუ ცისტის შიგთავსის სიმკვრივის დენსიდომეტრული მაჩვენებელი სხვა დამახასიათებელ პარამეტრებთან ერთად სწორი დიფერენციალური დიაგნოზის გატარების წინაპირობას წარმოადგენს.

გამომდინარე ზემოთ თქმულიდან გამოიყო ყვითელი სხეულის და ენდომეტრიული ცისტების 2 ექოლოგიური ვარიანტი, რაც მეტად მნიშვნელოვანია სწორი დიფერენციალური დიაგნოზის გასატარებლად და პრაქტიკული გადაწყვეტილების მისაღებად.

სადიაგნოსტიკო ლაპაროსკოპია ჩაუტარდა 124 პაციენტს, რომლის მონაცემთა შეჯერებამ ჰისტომორფოლოგიური კვლევის შედეგებთან 100% თანხვედრა დააფიქსირა.

ექტოპიური ორსულობის შემთხვევაში ბიმანუალური გასინჯვის გარდა სისხლში ან შარდში ისაზღვრებოდა ქორიონული გონადოტროპინის რაოდენობა, რომელიც ყველა შემთხვევაში უნდა ყოფილიყო დადებითი. პაციენტების უმრავლესობას აღენიშნებოდა ექტოპიური ორსულობისთვის დამახასიათებელი ტრიადა: მენსტრუაციის შეფერხება, სისხლიანი გამონადენი და სხვა და სხვა ინტენსიონის ტკივილი მუცლის ქვედა არეში. სისხლიანი გამონადენი არ აღენიშნებოდა 18,2%, ხოლო ტკივილის სინდრომი 15,3%.

ექოლოგიურ სიმპტომთა სარწმუნოებიდან გამომდინარე, გამოიყო საშვილოსნოსგარე ორსულობის ექოგრაფიული სურათის 2 ვარიანტი:

1. პროგრესული საშვილოსნოსგარე ორსულობა (სურ.15) – ფალოპის მილში განლაგებული სანაყოფე კვერცხი ცოცხალი ემბრიონით, რომელიც აღმოაჩნდა 11(9%) პაციენტს, რასაც 100% პროგნოსტული მნიშვნელობა ენიჭება.
2. 111 (91%) ავადმყოფისთვის დამახასიათებელი იყო (სურ.14) შეწყვეტილი ან განუვითარებელი საშვილოსნოსგარე ორსულობისთვის დამახასიათებელი ექოგრაფიული სურათის პოლიმორფიზმი, რამაც პათოლოგიური პროცესის იდენტიფიცირებისთვის საჭირო კლინიკური და ულტრაბგერითი სიმპტომატიკის შეჯერებისას საშუალება მოგვცა 93,8% შემთხვევაში დაგვესვა სწორი დიაგნოზი.

ამ ექოლოგიურ მონოსიმპტომთა სიხშირე და მნიშვნელობა არაერთგვაროვანია.

- საშვილოსნოს ზომების გრავიდარული მატება იდენტიფიცირებული იყო 32 (26,2%) შემთხვევაში

- _ ენდომეტრიუმის გრავიდარული ჰიპერპლაზია გამოუვლინდა 37 (30,3%) პაციენტს
- _ 14 (12,2%) აღმოაჩნდა ცრუ სანაყოფე კვერცხი დეფორმირებული კონტურებით
- _ «თავისუფალი» სითხე დუგლასის ფოსოში აღენიშნა 54 (44,3%) პაციენტს.

_ ყველაზე ხშირი სარწმუნო ექოგრაფიული მონაცემები დაკავშირებული იყო საშვილოსნოს მილებში მიმდინარე პროცესის იდენტიფიცირებასთან და იგი აღენიშნებოდა 94 (77%) პაციენტს, ამათგან 11 (9%) გამოუვლინდა ცოცხალი ემბრიონის არსებობა სანაყოფე კვერცხში, რაც როგორც აღვნიშნეთ გარანტირებულად სწორი დიაგნოზის დასმის საშუალებას იძლევა.

18 (14,7%) შემთხვევაში 122 პაციენტიდან ექოგრაფიული სურათი არ იძლეოდა საშუალებას ექტოპიური ორსულობის სწორი დიაგნოზის დასმისათვის, რომელიც იდენტიფიცირებული იყო ლაპაროსკოპიით.

შეიძლება დავასკვნათ, რომ არც ერთი ექოგრაფიული სიმპტომი იზოლირებულად (გარდა ფალოპის მილში იდენტიფიცირებული სანაყოფე კვერცხისა, ცოცხალი ემბრიონით) გადამწყვეტ არგუმენტს არ წარმოადგენს ექტოპიური ორსულობის იდენტიფიცირებისათვის. მხოლოდ კლინიკურ და ექოგრაფიულ სიმპტომთა ანალიტიკური შეჯერება გვამწიფებს მაღალსარწმუნო ინფორმაციას ამ დიაგნოზის დასმისთვის.

ყველა 122 პაციენტს ჩაუტარდა ლაპაროსკოპიული დიაგნოსტიკა და მკურნალობა.

დათვალიერებით პროგრესული ორსულობის დროს კვერცხსავალი ვიზუალურად გაფართოებული იყო ისთმურ, ამპულარულ ან ფიმბრიულ ნაწილში იმისდა მიხედვით თუ სადაა ლოკალიზებული ორსულობა. კვერცხსავალის კედლები უმეტეს შემთხვევაში გათხელებულია, მოლურჯო ან მუქი ალუბლისფერია. მილის აბორტის ტიპით მიმდინარე ორსულობის დროს, რომელიც უმეტესად ფიმბრიალურ ნაწილში განვითარებულ ორსულობისას აღინიშნება, კვერცხსავალის ბოლოდან მოსჩანს მუქი ფერის სისხლის კოლტები და სანაყოფე კვერცხის ნაწილები.

კვერცხსავალის მთლიანობის დარღვევის დროს მის კედელზე აღინიშნება ნახეთქი, რომლიდანაც ვიზუალიზირდება მუქი ფერის სისხლის ძველი კოლტები და სანაყოფე კვერცხის ქსოვილები.

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

ყოველივე ზემოთ თქმული ადასტურებს ლაპაროსკოპიული დიაგნოსტიკის უპირობო პრიორიტეტს ექტოპიური ორსულობის დიაგნოსტიკისთვის.

დასკვნა

- 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%) ხასიათდება: თხელი კაფსულით, საშუალო ექოგენობის წვრილი ან საშუალო (ზომიერი) დისპერსიული შენებით, მაღალი ექოგენობის ჩანართებით, რომლებიც ავსებენ ცისტის უმეტეს ნაწილს და განლაგებულნი არიან კედლისმიერად (ვარიანტი I). შედარებით მცირე ნაწილში (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 ანექოგენურობით 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 წვრილდისპერსულად განლაგებული სხვადასხვა ფორმის ექოპოზიტიური ჩანართებით, რომლებიც ქმნიან ფიჭისებურ სტრუქტურას (ვარიანტი I), ნაწილ შემთხვევაში (13,9%) ცისტის შიგთავსი ანექოგენურია მაღალი ბგერაგამტარობით, სწორი კონტურებით, წვრილდისპერსულად შეწონადებული ექოპოზიტიური ჩანართების მწირი ოდენობით (ვარიანტი II).
- 5) დერმოიდული ცისტის ექოლოგიური სურათი უმრავლეს შემთხვევაში (76,3%) (I ვარიანტი) ხასიათდება ოვალური ან მრგვალი არასწორი ფორმის ბორცვის არსებობით, რომელიც რიგ შემთხვევაში იკავებს ცისტის სანათურის დიდ ნაწილს. ბორცვის შიდა სტრუქტურა არაერთგვაროვანია, მასში არსებული ქაოტურად განლაგებული ექოპოზიტიური ჩანართების გამო. კედლის სისქე მერყეობს 3-10 მმ-დე. ცისტის თავისუფალ სანათურში უსისტემოდ განლაგებული მაღალი და საშუალო ინტენსივობის ექოპოზიტიური ჩანართები ქმნიან მოკლე ხაზოვან სტრუქტურებს, რომლებიც განცალკევებულია ექონეგატიური ფენებით. ნაწილ შემთხვევებში (23,7%) დერმოიდულ ცისტას (I ვარიანტი) არ ახასიათებს ბორცვის არსებობა, კედელი თხელია, კონტურები მკაფიო და სწორი. შიგთავსი ოვალური ან ხაზოვანი ფორმის.

ექოპოზიტიური ჩანართების გამო არაერთგვაროვანი, რომლებიც იცვლიან ადგილს პაციენტის მდგომარეობის შეცვლით.

- 6) ენდომეტრიული და ყვითელი სხეულის ცისტის მწირი ექოგრაფიული სურათის შემთხვევაში (II ვარიანტები) კომპიუტერული ტომოგრაფიით ცისტის შიგთავსის სიმკვრივის დენსიდომეტრული მაჩვენებლის განსაზღვრას პრიორიტეტული მნიშვნელობა ენიჭება.
- 7) ექოლოგიური დიაგნოზის ცდომილებები უპირატესად განპირობებულია:
 - _ ცისტის შიგთავსში არსებული სისხლჩაქცევებით, რაც მნიშვნელოვნად ცვლის დამახასიათებელ ექოლოგიურ სურათს,
 - _ ცისტის არასტანდარტული ანატომიური მდებარეობით,
 - _ 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 ორსულობის იდენტიფიცირებისთვის, მხოლოდ კლინიკურ და ექოგრაფიულ სიმპტომთა ანალიტიკური შეჯერება გვაძლევს მაღალსარწმუნო ინფორმაციას სწორი დიაგნოზის დასმისთვის.
- 9) ულტრაბგერითი სკანირება, როგორც არაინვაზიური კვლევის მეთოდი მაღალ-ინფორმაციულია საკვერცხეების ცისტების სხვადასხვა პათოგენეზურ ვარიანტთა და ექტოპიური ორსულობის სადიაგნოსტიკოდ. მით უმეტეს რომ იძლევა დინამიკაში მრავალჯერადი დაკვირვების შესაძლებლობას, ხოლო ლაპაროსკოპია წარმოადგენს საკვერცხეების ცისტების და ექტოპიური ორსულობის დიაგნოსტიკის 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, ენდომეტრიული 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 ლაპაროსკოპია, რომელიც იმავდროულად მცირეინვაზიური ქირურგიული მკურნალობის შესაძლებლობასაც გულისხმობს.

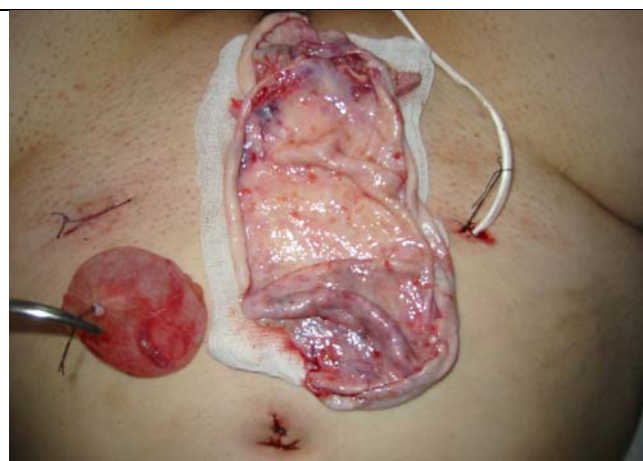
დისერტაციის თემაზე გამოქვეყნებულ შრომათა სია

1. ულტრაბგერითი კვლევის შესაძლებლობები საკვერცხის რეტენციული ცისტების დიაგნოსტიკასა და მკურნალობაში ექსპერიმენტული და კლინიკური მედიცინა 2006 4 (29) გვ. 26-28
2. საკვერცხის ფოლიკულური ცისტის პათოგენეზური მკურნალობა ახალგაზრდა ქალებში ი. ჯავახიშვილის სახ. უნივერსიტეტის სამეცნიერო შრომების კრებული მიძღვნილი I საერთაშორისო კონფერენციისადმი “ახალგაზრდების რეპროდუქციული ჯანმრთელობა” თბილისი, 2006 გვ. 52-58
3. ექტოპიური ორსულობის დიაგნოსტიკა თანამედროვე ტექნოლოგიების გამოყენებით ექსპერიმენტული და კლინიკური მედიცინა 2006 5 (30)გვ. 16-20
4. “**ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ФОЛЛИКУЛЯРНЫХ КИСТ ЯИЧНИКОВ**” ”Georgian Medical New”-Si 2006wlis ivnisis nomeri (2006, 6 (136)



სურ. 1

ფოლიკულური ცისტის უს სურათი



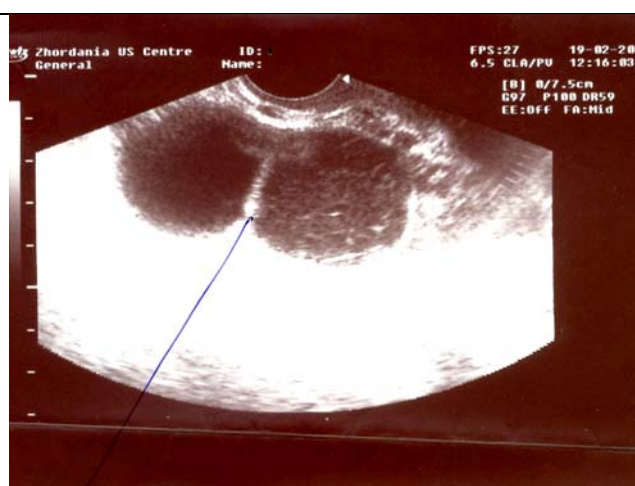
სურ. 2

ფოლიკულური ცისტის სურათი
ლაპაროსკოპიის შემდეგ



სურ. 3

ფოლიკულური ცისტის უს სურათი
(ჰემორაგიული შიგთავსით)



სურ. 4

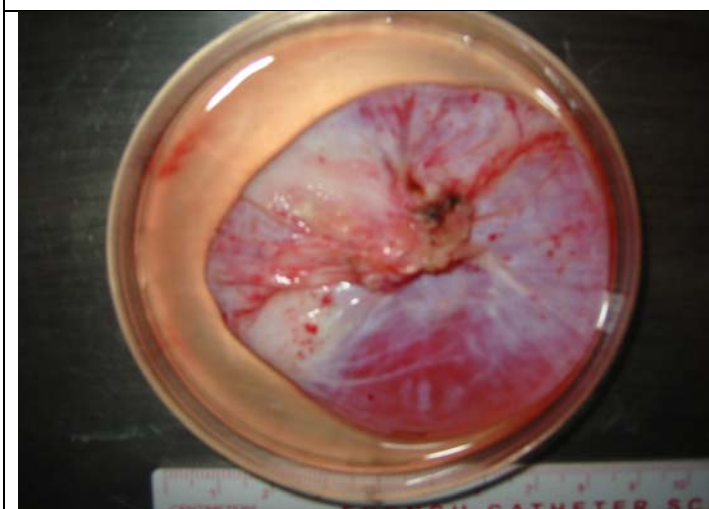
ყვითელი სხეულის ცისტის უს სურათი
(I ვარიანტი)



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



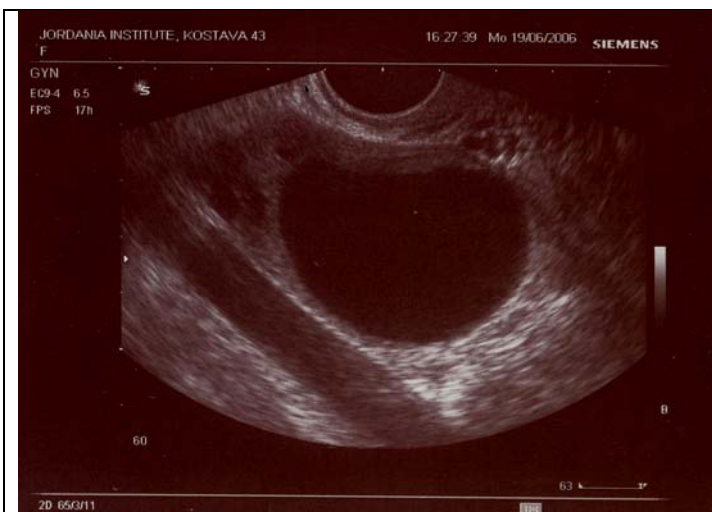
სურ. 6
 პარაოვარული ცისტის უს სურათი



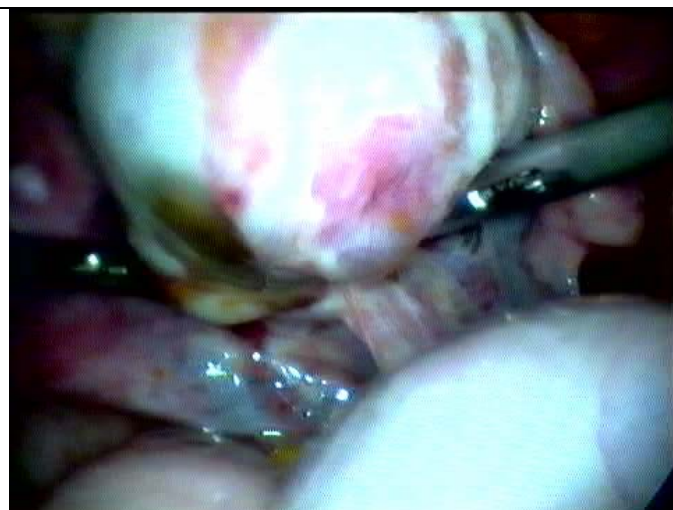
სურ. 7
 პარაოვარული ცისტის სურათი
 (ლაპაროსკოპიის შემდეგ)



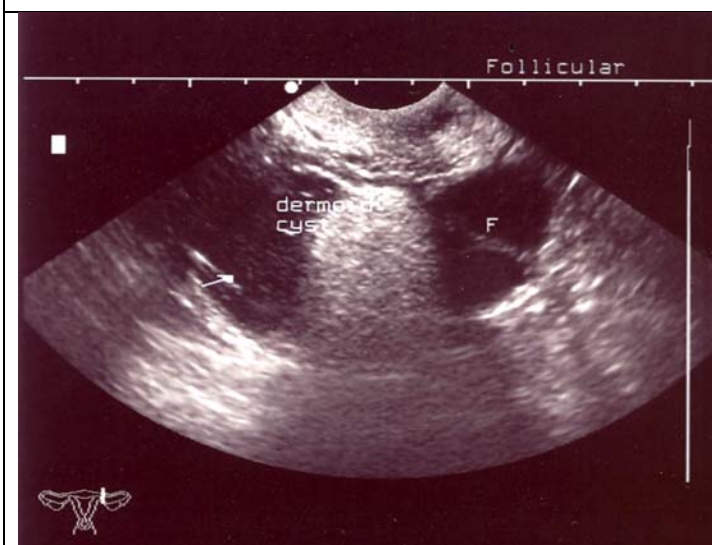
სურ. 8
 ენდომეტრული ცისტის უს სურათი
 (I ვარიანტი)



სურ. 9
ენდომეტრიული ცისტის უს სურათი
(II ვარიანტი)



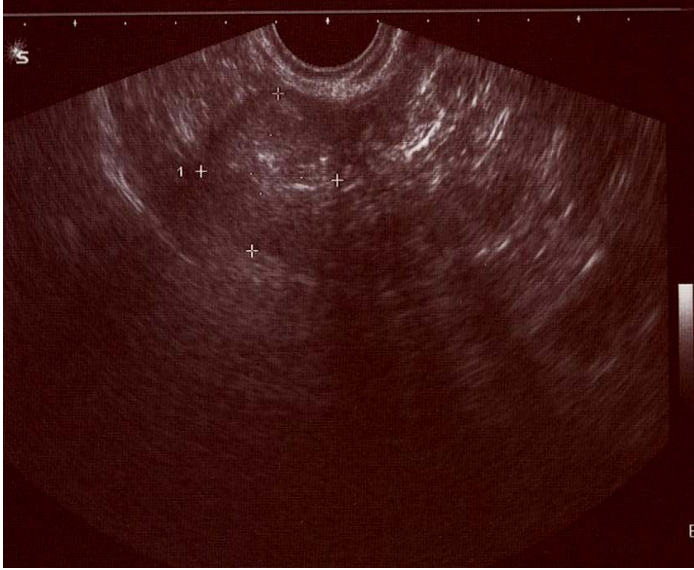
სურ. 10
ენდომეტრიული ცისტის ლაპაროსკოპიული
სურათი



სურ. 11
დერმოიდული ცისტის უს სურათი
(I ვარიანტი)

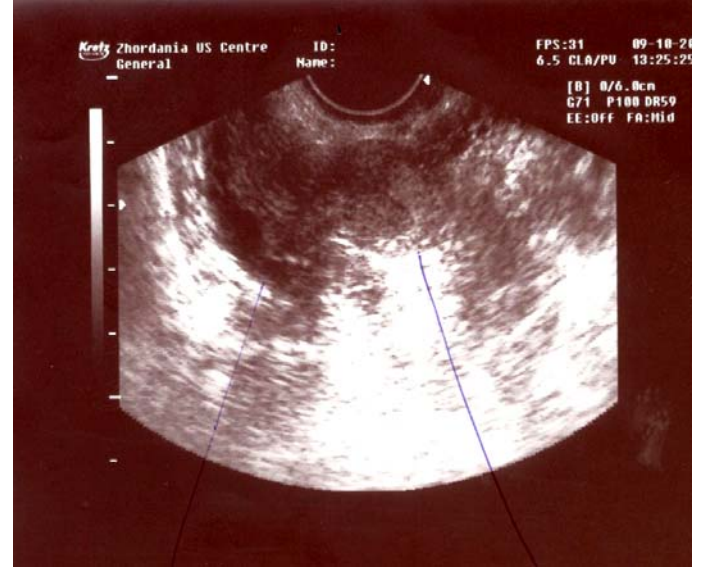


სურ. 12
დერმოიდული ცისტის სურათი
ლაპაროსკოპიის შემდეგ



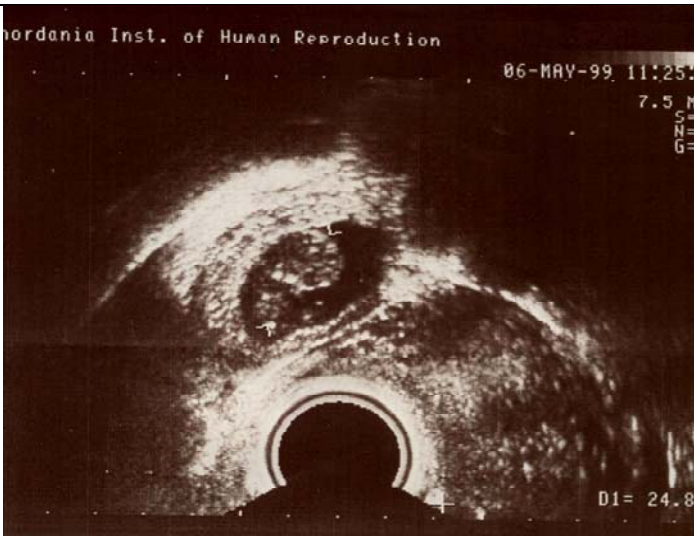
სურ. 13

დერმოიდული ცისტის უს სურათი
(II ვარიანტი)



სურ. 14

შეწყვეტილი ექტოპიური ორსულობა
ვალოპის მილში (უს სურათი)



სურ. 15

პროგრესული ექტოპიური ორსულობა
ვალოპის მილში (ცოცხალი ემბრიონი)



სურ. 16

ემბრიონი მუცლის ღრუში ლაპაროსკოპიის
დროს