

თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტი

ხელნაწერის უფლებით

თამარ რუხაძე

მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნეების კლინიკის,
დიაგნოსტიკისა და ქირურგიული
მკურნალობის თავისებურებანი

14.00.14 – ონკოლოგია

მედიცინის მეცნიერებათა კანდიდატის სამეცნიერო
ხარისხის მოსაპოვებლად წარმოდგენილი დისერტაციის

ავტორ ე ფ ე რ ა ტ ი

თბილისი
2006

ნაშრომი შესრულებულია თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის ონკოლოგიის კათედრაზე, ონკოლოგიის ნაციონალურ ცენტრსა და სამედიცინო რადიოლოგიის სამეცნიერო – კვლევით ინსტიტუტში.

სამეცნიერო ხელმძღვანელი _ ილია ბაქრაძე,
მედიცინის მეცნიერებათა
დოქტორი, პროფესორი

ოფიციალური ოპონენტები: _ ვლადიმერ კუჭავა
მედიცინის
მეცნიერებათა
დოქტორი,
(14.00.14.),

ვალერი აბულაძე
მედიცინის
მეცნიერებათა
კანდიდატი,
(14.00.19.).

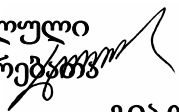
დისერტაციის დაცვა შედგება 2006 წლის 25
septembers

16:00 საათზე თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო
უნივერსიტეტის სადისერტაციო საბჭოს M14.27 18
სხდომაზე (0177, ქ. თბილისი, ვაჟა-ფშაველას გამზირი,

33).

დისერტაციის გაცნობა შეიძლება თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის ბიბლიოთეკაში (0160, ქ. თბილისი, ვაჟა-ფშაველას გამზირი, 29).

ავტორეფერატი დაიგზავნა 2006 წლის 28 ივლისს

სადისერტაციო საბჭოს სწავლული
მდივანი, მედიცინის მეცნიერებათა
დოქტორი, პროფესორი  გია ლობჯანიძე

TBILISI STATE MEDICAL UNIVERSITY

COPY-RIGHT PROTECTED

TAMARI RUKHADZE

**FEATURES OF CLINICS, DIAGNOSIS AND SURGICAL
TREATMENT OF SMALL PELVIC
EXTRA-ORGAN TUMORS**

14.00. 14 – ONCOLOGY

A U T H O R ' S A B S T R A C T

**OF THESIS WORK SUBMITTED FOR OBTAINING
SCIENTIFIC DEGREE OF CANDIDATE OF MEDICAL
SCIENCES**

**TBILISI
2006**

Oncology Department of Tbilisi State Medical University, Prof.
A. Gvamichava National Cancer Centre, Research and Development
Institution of Medical Radiology

Scientific Advisor – **Ilia Backradze**,
Doctor of Medical Sciences, Professor

Official Opponents: – **Vladimer Kuchava** MD.
PhD.

14.00.14.

Valeri Abuladze MD. PhD.
14.00.19.

Thesis presentation on 25th of September 2006 at 16:00 for the
Dissertation Committee of Tbilisi State Medical University
M14.27 #8. (33 Vaja-Pshavela ave., 0177, Tbilisi).

*The thesis work is available at the library of Tbilisi State Medical
University (29 Vaja-Pshavela ave., 0160, Tbilisi).*

Abstract was distributed on 28th of July 2006

Scientific Secretary of Dissertation Committee

Doctor of Medical Sciences

Professor

Ph.D.



Gia Lobzhanidze M.D.,

ნაშრომის ზოგადი დახასიათება

ნაშრომის აქტუალობა: მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნეების კლინიკა, დიაგნოსტიკა და ქირურგიული მკურნალობა ონკოლოგიის ერთ-ერთი აქტუალური პრობლემაა. მიუხედავად იმისა, რომ მათ მიერ გამოწვეული ავადობის მაჩვენებელი 1,0%-ს არ აღემატება (Levis S.J. et al,2001). იშვიათობის გამო ეს დაავადებები კლინიციისტებისათვის ნაკლებადაა ცნობილი და, აქედან გამომდინარე, დიაგნოსტიკური და ქირურგიული შეცდომები საკმაოდ ხშირია (Karakousis A.F. et al,2006). ამას ხელს უწყობს სიმსივნის სპეციფიკური ლოკალიზაცია, დაავადების ხანგრძლივად უსიმპტომო და ხშირად ატიპური მიმდინარეობა, მსგავსება სხვა ავადმყოფობების კლინიკურ გამოვლინებასთან, რასაც ემატება დიაგნოსტიკური მეთოდების არასრულყოფილი და არათანმიმდევრული გამოყენება.

ზემოაღნიშნულს ართულებს ისიც, რომ მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნეების გამოვლენა ხდება მხოლოდ მაშინ, როდესაც ისინი აღწევენ გარკვეულ ზომებს და იწვევენ მეზობელი ქსოვილებისა და ორგანოების კომპრესიას (Федоров В.Д. 1984, Ozaki T. et

al, 1992), შესაბამისად, კლინიკური სურათი ძირითადად მომიჯნავე ორგანოებსა და ქსოვილებზე ზეწოლით, მათი დისფუნქციით, ტკივილით, სიმსივნის დაჩირქების შემთხვევაში კი სხვადასხვა ლოკალიზაციის ფისტულეების ჩამოყალიბებით ვლინდება, რაც მთელ რიგ შემთხვევებში ართულებს ზუსტი დიაგნოზის დასმას და შესაბამისად, ადექვატურ ქირურგიულ მკურნალობას (Choo YC. et al, 1987, S.J.Levis, J.S. et al, 2001).

უკანასკნელ ორ ათწლეულში კლინიკურ პრაქტიკაში კვლევის ისეთი საშუალებების დანერგვამ, როგორცაა მაღალმგრძობიარე ულტრაბგერითი გამოკვლევა, კომპიუტერული (კტ) და მაგნიტურ-რეზონანსური ტომოგრაფია (მრტ), მნიშვნელოვნად გააუმჯობესა მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნეების არა მარტო დროული დიაგნოსტიკა, არამედ ქირურგიული მკურნალობის შემდგომი მონიტორინგიც (Li-Jen Wang, 2001, Cristopher D.M. et al., 2002, Kane J.M., 2006; Monill J. et al, 2005). მიუხედავად მიღწეული წარმატებისა, ამ რთული პათოლოგიის მართვის ბევრი ასპექტი დახვეწასა და დამატებით შესწავლას მოითხოვს. დასაზუსტებელია ავადმყოფობის სიმპტომოკომპლექსი, გამოსაკვლევი გართულებების სიხშირე და მიზეზები, სხვადასხვა ორგანოებზე სიმსივნეთა გავრცელების თავისებურებები, დიფერენციული დიაგნოსტიკის საკითხები. შესასწავლია მაღალტექნოლოგიური სხივური დიაგნოსტიკის და რუტინული კვლევების გამოყენების თანმიმდევრობა შედარებით მაქსიმალურად ხარჯთეფექტური მეთოდების გამოყენებით. დასახვეწია სიმსივნის ლოკალიზაციის მიხედვით ოპერაციული მიდგომის და ტაქტიკის საკითხები, განსაზოგადებელია

მკურნალობის როგორც უახლოესი, ასევე შორეული შედეგები.

კვლევის მიზანი და ამოცანები:

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

აღნიშნული მიზნის განსახორციელებლად დაისახა შემდეგი ამოცანები:

1. მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნეების სიმპტომების და კლინიკური მიმდინარეობის და თავისებურებების შესწავლა;

2. მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნეების კომპიუტერული და მაგნიტურ-რეზონანსური ტომოგრაფიული კვლევებით მიღებული ინფორმაციით აღნიშნული პათოლოგიის დიაგნოსტიკის, მკურნალობის ტაქტიკის და ოპერაციის შემდგომი მონიტორინგის შეფასება;

3. სხივური დაგნოსტიკის მაღალტექნოლოგიური და რუტინული (ენდოსკოპური, რენტგენოლოგიური) მეთოდების ინფორმაციულობის და მგრძნობელობის შესწავლის საფუძველზე მათი თანმიმდევრული გამოყენების დაზუსტება;

4. მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნეებისადმი ქირურგიული მიდგომის განსაზღვრა მათი ლოკალიზაციისა და ჰისტოლოგიური შენების გათვალისწინებით;

5. მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნეების

ქირურგიული მკურნალობის უახლოესი და შორეული შედეგების შესწავლა;

კვლევის მეცნიერული სიახლე და პრაქტიკული ღირებულება:

გაანალიზდა მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნეების კლინიკური მიმდინარეობა, დაავადების გამოვლენის როგორც შედარებით ხარჯთეფექტური ენდოსკოპიური და რენტგენოლოგიური კვლევების, ასევე, მაღალტექნოლოგიური სხივური და ძვირადღირებული დიაგნოსტიკის კომპიუტერული მეთოდების გამოყენების თანმიმდევრული, ეფექტური გამოყენება. დიაგნოსტიკის მაღალტექნოლოგიური კვლევების საფუძველზე შესწავლილია მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნეების დიაგნოსტიკის, ოპერაციული მკურნალობის საკითხები და ოპერაციის შემდგომი მონიტორინგი. შემუშავდა მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნეებისადმი ოპერაციული მიდგომის პრინციპები სიმსივნის ლოკალიზაციისა და ჰისტოლოგიური შენების გათვალისწინებით. კვლევის მაღალტექნოლოგიური სხივური მეთოდების გამოყენებამ მნიშვნელოვნად გააუმჯობესა მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნეების დროული გამოვლენა, შეამცირა ოპერაციული გართულებების რიცხვი, შესაბამისად გაუმჯობესდა ქირურგიული ჩარევის როგორც უახლოესი, ისე შორეული შედეგები. მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნეების ქირურგიული მკურნალობის შორეული შედეგების შესწავლის საფუძველზე შემუშავდა სავარაუდო პროგნოზის განსაზღვრის მეთოდიკა. შემუშავდა მცირე მენჯის

ორგანოსგარეშე სიმსივნეების ოპერაციის შემდგომი რეციდივის ქირურგიული, სხივური, ქიმიოთერაპიული და შერწყმული მკურნალობის ჩვენება და უკუჩვენება.

დაცვაზე გამოტანილი ძირითადი დებულებები:

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

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

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

4. მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნის სხვადასხვა ლოკალიზაციის დროს, ყველა ინდივიდუალურ შემთხვევაში ნაჩვენებია შერჩეულ იქნას ქირურგიული მიდგომის ადექვატური (შორისის,

საკრალური, აბდომინური, ან კონბინირებული) მეთოდი, რომელიც მნიშვნელოვნად აადვილებს სიმსივნის რადიკალურ ამოკვეთას და ამცირებს ინტრა- და პოსტოპერაციული გართულებების განვითარების რისკებს.

დისერტაციის სტრუქტურა: დისერტაცია წარმოდგენილია 127 ნაბეჭდ გვერდზე. შეიცავს შესავალს, ლიტერატურის მიმოხილვას, კლინიკურ მასალას, გამოკვლევების მეთოდების ზოგად დახასიათებას, საკუთარი გამოკვლევების მონაცემებს, მიღებული შედეგების განხილვას, დასკვნებსა და პრაქტიკულ რეკომენდაციებს. ილუსტრირებულია 12 ცხრილით, 18 დიაგრამითა და 26 სურათით. ლიტერატურული სამიბელი შედგება 197 წყაროსგან.

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

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

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

ნაშრომის შინაარსი

კვლევის მასალა და მეთოდები

შესწავლილია მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნეებით დაავადებული 103 ავადმყოფის ისტორია, რომლებსაც 1984-2004 წლებში ჩაუტარდათ გამოკვლევა და მკურნალობა ონკოლოგიის ნაციონალურ ცენტრში, სამედიცინო რადიოლოგიის სამეცნიერო კვლევით ინსტიტუტში, რესპუბლიკის პროექტოლოგიის ცენტრსა და კაროლინსკას ჰოსპიტალში (სტოკჰოლმი, შვედეთი). მათ შორის ქალი იყო 54 (52,4%); მამაკაცი- 49 (47,6%). ავადმყოფთა ასაკი მერყეობდა 18-75 წლებს შორის. ყველა ავადმყოფი სტაციონარში მოთავსებული იყო დაავადების კლინიკური სიმპტომების მანიფესტაციისა და გართულების სტადიაში. გამოკვლეული ავადმყოფები სქესისა და ასაკის მიხედვით განაწილდა შემდეგნაირად: (ცხრილი № 1)

ცხრილი № 1

მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნეებით დაავადებული ავადმყოფების განაწილება სქესისა და ასაკის მიხედვით

asakobrivi jgufebi		<20		21-30		31-40		41-50		51-60		61-70		70 <	
kaci ♂	qali ♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀
		2	2	3	2	10	19	10	11	16	6	5	8	3	6
sul 103		4		5		29		21		22		13		9	
100 %		3,9%		4,8%		28,2%		20,4%		21,4 %		12,6 %		8,7 %	

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

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

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

ცხრილი № 2

მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნეებით დაავადებული ავადმყოფების განაწილება ჰისტოლოგიური ფორმის მიხედვით

ჰისტოლოგიური ფორმა	რაოდ ე-	%	ჰისტოლოგიური ფორმა	რაოდ ე-	%
--------------------	---------	---	--------------------	---------	---

	ნობა			ნობა	
დერმოიდული კისტა	18	17,4	ლიპოსარკომა	7	7,8
ტერატომა	19	18,4	ლეიომიოსარკომა	3	2,8
ფიბროლეიომიომა	2	1,9	სიმპატობლასტომა	1	0,9
ავთვისებიანი მეზოთელიომა	1	0,9	ანგიოლეიომიოსარკომა	2	1,9
ავთვისებიანი მეზენქიმომა	1	0,9	ანგიოსარკომა	2	1,9
ტერატობლასტომა	3	2,8	ნეიროფიბროსარკომა	1	0,9
ფიბროსარკომა	10	11,6	ქონდროსარკომა	4	4,8
რაბდომიოსარკომა	6	5,9	ოსტეობლასტოკლასტომა	1	0,9
მიქსოსარკომა	2	1,9	ხორდომა	2	1,9

ოპერაციული მასალიდან აღებული სერიული პრეპარატები იღებებოდა ჰემატოქსილინ-ეოზინით.

კლინიკური დიაგნოზი ემყარებოდა: თითოთ რექტალურ და ვაგინალურ გამოკვლევის, ანოსკოპიის, კოლონოსკოპიის, რექტორომანოსკოპიის, მიმოხილვითი და კონტრასტული რენტგენოგრაფიის (ირიგოსკოპიის, ფისტულოგრაფიის, დაღმავალი უროგრაფიის), ექსკოპიის, კომპიუტერული და მაგნიტურ-რეზონანსული ტომოგრაფიის, ლაპაროტომიის, ციტოლოგიის მონაცემებს. მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნეებით დაავადებულ ავადმყოფებში გამოკვლევების მეთოდები, მათი განაწილება სქესისა და ასაკის მიხედვით წარმოდგენილია № 3 ცხრილში.

ცხრილი №3

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

გამოკვლევის მეთოდი	<20		21-30		31-40		41-50		51-60		61-70		70 <		სულ	%
	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀		
რექტალური გასინჯვა	2	2	3	2	8	19	10	9	16	6	5	7	3	4	96	93,2
ვაგინალური გასინჯვა	-	-	-	2	-	18	-	10	-	6	-	8	-	6	50	49,0
ანოსკოპია	-	-	2	1	4	2	3	2	1	-	1	-	-	-	16	15,5
რექტორომ ანოსკოპია	1	1	2	2	5	16	8	6	15	5	4	7	3	3	79	76,7
კოლონოსკოპია	-	-	1	-	4	5	4	3	4	2	1	3	1	2	29	28,2
რენტგენოგრაფია	2	1	1	1	2	4	1	-	4	4	3	3	-	-	26	25,2
ირიგოგრაფია	-	-	2	-	3	12	5	2	4	2	2	3	2	3	40	38,8
ფისტულოგრაფია	-	-	-	1	1	5	-	3	1	-	-	1	1	1	14	13,6
ექსტრეტორული უროგრაფია	-	1	-	-	2	2	4	4	6	-	-	3	-	-	22	21,4
ექსკოპია	2	2	2	1	6	14	9	6	13	3	2	5	1	2	68	66,0
კტ	1	1	1	1	-	6	4	2	4	1	2	1	1	-	25	24,8
მრტ	1	1	2	-	3	5	3	2	3	3	1	3	-	1	28	27,2
ციტომორფოლოგიური კვლევა	2	2	2	2	5	17	7	6	13	3	2	4	2	3	71	68,9
ლაპაროტომია	-	-	-	-	-	1	2	-	2	1	1	-	-	-	7	6,8

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

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

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

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

ნიშნა, რის გამოც დაენიშნათ ბინაზე სიმპტომური მკურნალობა. სამწუხაროდ, ზემოაღნიშნული 18 ავადმყოფის შემდგომი ბედი ჩვენთვის უცნობი დარჩა.

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

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

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

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

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

მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნეების ქირურგიული მკურნალობის უახლოესი და შორეული

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

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

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

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

მოცემული მეთოდით გამოვლენილი ავადმყოფები

მგრძნობელობა = ----- X

100%

დაავადებულთა რეალური რიცხვი

შეფასდა სიცოცხლის ხანგრძლივობა (**Survival**), ხოლო დაავადების პროგნოზის ანალიზისათვის გამოყენებულ იქნა **Case Fatality Rate**-ის მეთოდი.

n გარდაცვლილ ავადმყოფთა რიცხვი

Case Fatality Rate

$$= \frac{\text{გარდაცვლილ ავადმყოფთა რიცხვი}}{\text{დაავადებულ ავადმყოფთა რიცხვი}}$$

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

კვლევის შედეგები და მათი განხილვა

მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნეების კლინიკა მეტად მრავალფეროვანია. მათ კლინიკურ მიმდინარეობაში გამოყოფენ 3 სტადიას: 1) დაავადების უსიმპტომო მიმდინარეობას, 2) სიმპტომების მანიფესტაციისა და 3) გართულებების სტადიას (Федоров В.Д., 1984, Kayikcioglu F, et al, 2005).

მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნეების უსიმპტომოდ მიმდინარეობის დროს დაავადების გამოვლენა დაკავშირებულია პროფილაქტიკურ გასინჯვებთან (Клименков А.А. Губина Г.И., 2004, Jonatan J. Lewis et al, 1998).

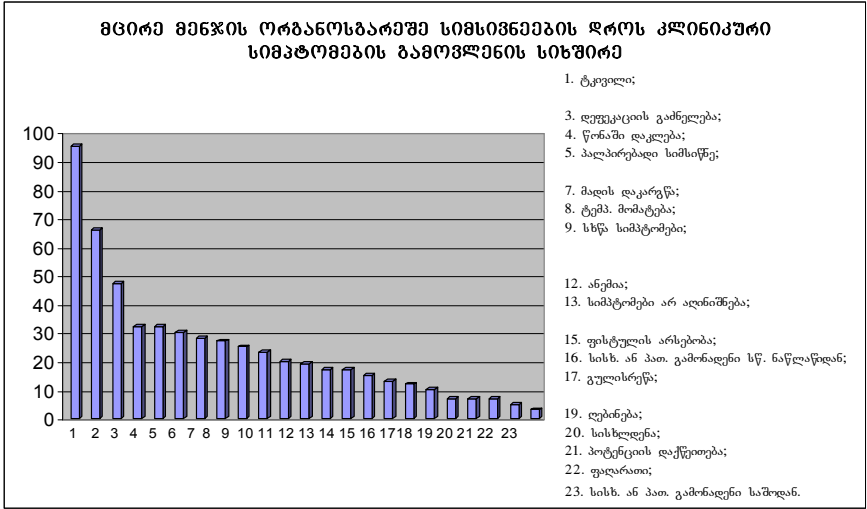
დაავადების ხანგრძლივად უსიმპტომო მიმდინარეობა უმეტესად კეთილთვისებიან სიმსივნეებს ახასიათებს, ხოლო ავთვისებიანი სიმსივნეები უფრო ადრეულ

სტადიაში ვლინდება. დაავადების ჩივილები შესაძლებელია დაკავშირებული იყოს ისეთ პათოლოგიურ პროცესებთან, როგორცაა: სიმსივნის ზრდის გამო მეზობელ ორგანოებსა, თუ ქსოვილებზე ზეწოლა და მისით აღძრული დიზურიული თუ დისპეფსიური მოვლენები, ტკივილი გავა-კუდუსუნის და ჰიპოგასტრიუმის მიდამოში, ნევრალგია, ტემპერატურის მომატება, პერიანალურ მიდამოში ხვრელმილების განვითარება, ზოგადი ინტოქსიკაცია, რიგ შემთხვევებში პათოლოგიური გამონადენის არსებობა საშოდან ან სწორი ნაწლავიდან.

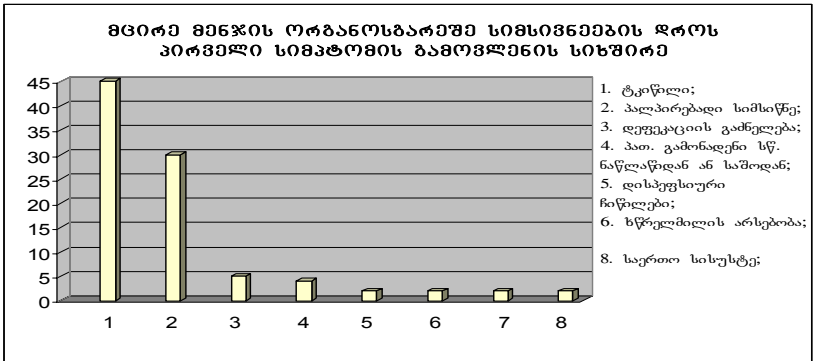
ტერატომის ან დერმოიდული კისტის შორისის, რექტოვაგინურ, იშორექტულ ან პელვეორექტულ სივრცეში მდებარეობისას ხშირად შესაძლებელია სიმსივნის პალპირება, რაც უმეტეს შემთხვევაში ტკივილის გარეშე მიმდინარეობს და მათი გამოვლენა ხდება პაციენტის მიერ, ან პროქტოლოგიური გასინჯვის დროს.

ქვემოთ მოყვანილ № 1 დიაგრამაზე წარმოდგენილია ყველა იმ სიმპტომის გამოვლენის სიხშირე, რომელიც აღენიშნებოდა ჩვენს მიერ გამოკვლეულ 103 ავადმყოფს.

დიაგრამა № 1



სხვადასხვა შემთხვევაში დაავადების პირველი მანიფესტაცია ხდებოდა კლინიკური სიმპტომების გამოვლენით, რაც წარმოდგენილია № 2 დიაგრამაში და ასახავს „პირველი სიმპტომის“ სიხშირეს.



დიაგრამა № 2

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

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

მცირე მენჯის ღრუს ორგანოსგარეშე სიმსივნეების ლოკალიზაცია წარმოდგენილია № 5 ცხრილში.

ცხრილი № 5

მცირე მენჯის ღრუს ორგანოსგარეშე სიმსივნეების ლოკალიზაცია

როგორც ცხრილიდან ჩანს, სიმსივნე ლოკალიზდებოდა: პრესაკრალურ სივრცეში 48 (46,6%), შორისის მიდამოში 13 (12,6%), პარარექტულ სივრცეში 16

(15,6%), შარდის ბუშტის კედელთან 13 (12,6%), რექტოვადიგინულ ძვირებში 11 (10,7%) და პელვეორექტულად 2 შემთხვევაში (1,9%).

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

თითოთ გამოკვლევა ჩატარდა 96 ავადმყოფს (93,2%). აქედან, 59 შემთხვევაში (57,3%) პრესაკრალურ, შორისის, რექტოვადიგინალურ ძვირებსა და პარარექტულ მიდამოში დადგინდა სიმსივნის არსებობა. ვადინალური გასინჯვა ბიმანუალური მეთოდით ჩატარდა 50 შემთხვევაში (49,0%). მორფოლოგიური ფორმის დასადგენად ვახდენდით როგორც საშოს უკანა თაღის, ასევე სიმსივნის ტრეპანბიოფსიით მიღებული მასალის ციტოლოგიურ და ჰისტოლოგიურ კვლევას. მისი ინფორმაციულობა განსაკუთრებით მაღალი იყო სიმსივნის შორისის, რექტოვადიგინალურ სივრცესა და პელვეორექტულად ლოკალიზაციის დროს. 4 შემთხვევაში (3,9%) აღინიშნებოდა საშოს უკანა კედელში დრენირებული პათოლოგიური ხვრელმილი, ხოლო 3 შემთხვევაში (2,9%) - სიმსივნის უკანა თაღში ჩაზრდა. გამოკვლევა ინფორმაციული იყო 29 შემთხვევაში (53,7%). შესაბამისად, გამოკვლევის მეთოდის მგრძობელობამ შეადგინა 53,7%.

ანოსკოპია მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნის დასადგენად ნაკლებინფორმაციული მეთოდია. იგი უფრო ხშირად გამოიყენება მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნის სწორ ნაწლავზე ზეწოლის დროს ტრეპანბიოფსიის ჩასატარებლად. ჩვენ აღნიშნული

მეთოდი წარმატებით გამოვიყენეთ 16 შემთხვევაში (15,5%).

რექტორომანოსკოპია ჩაუტარდა 79 ავადმყოფს (76,7%), ხოლო კოლონოსკოპია – 29-ს (28,2%). გამოკვლევის დროს, სიმსივნის არსებობისას კარგად მოჩანს ნაწლავზე გარედან ზეწოლის ფენომენი და ლორწოვანი გარსის ცვლილება. რექტოსკოპიით მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნე დადგინდა 49 შემთხვევაში (62,0%), ხოლო კოლონოსკოპიით - 8 შემთხვევაში (7,8%). მგრძნობელობის მაჩვენებელ ერთ შემთხვევაში აღმოჩნდა 62%, ხოლო მეორე შემთხვევაში კი- 27,6%.

მენჯის მიმოხილვითი რენტგენოგრაფია ჩატარდა 26 შემთხვევაში (25,2%). უნდა აღინიშნოს, რომ მეთოდი მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნეების დასადგენად ნაკლებეფექტურია. ამ მეთოდით მცირე მენჯის ძვლოვანი სიმსივნე დადგინდა 5 შემთხვევაში (9,4%). შესაბამისად მგრძნობელობის მაჩვენებელი დაბალი იყო (19,2%). რენტგენოკონტრასტული ირიგოგრაფია ჩაუტარდა 40 ავადმყოფს (38,8%), როდესაც ეჭვი მიგვექონდა პრესაკრალური, პარარექტული, ან იშიორექტული ლოკალიზაციის მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნეებზე. სიმსივნის პრესაკრალური და პარარექტული ლოკალიზაციის დროს რენტგენოკონტრასტული მეთოდით 18 შემთხვევაში (17,5%) გამოვლინდა სწორ ნაწლავზე ზეწოლის სიმპტომი, რეტრორექტული სივრცის გაფართოება და სწორი ნაწლავის რამდენადმე წინ, ან გვერდით გადანაცვლება. გამოკვლევის მეთოდის მგრძნობელობის მაჩვენებელმა შეადგინა 45%.

სიმსივნის ფისტულით გართულების შემთხვევაში, 14

ავადმყოფს (13,6%) ჩატარდა რენტგენოკონტრასტული ფისტულოგრაფია. 13 შემთხვევაში (12,6%) დადგინდა ხერეღმილის ტრექტორია, სიმსივნის არსებობა, მისი ზომა, ლოკალიზაცია, მოცულობა და სავარაუდო ფორმა. რენტგენოკონტრასტული ფისტულოგრაფიის ჩვენების მიხედვით ჩატარებამ განსაზღვრა კვლევის მგრძობელობის მაღალი მაჩვენებელი, რამაც შეადგინა 92,8%.

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

მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნეების დიაგნოსტიკის დროს დაავადების გავრცელების, პათოლოგიური პროცესის ლოკალიზაციისა და ტოპიკის დასადგენად ვიყენებდით ულტრაბგერით გამოკვლევას. აღნიშნული მიზნით ულტრაბგერითი კვლევა ჩატარდა 68 შემთხვევაში (66,0%). მას ასევე წარმატებით ვიყენებდით მკურნალობის შემდგომი მონიტორინგისთვის. კვლევის არაინვაზიურობა, სიმარტივე და სიზუსტე საშუალებას იძლეოდა გამოკვლევა ჩატარებულიყო დაავადების ნებისმიერ სტადიაში, ავადმყოფის მძიმე ზოგადი მდგომარეობის დროსაც კი.

აღნიშნული კვლევის მეთოდით მცირე მენჯში მოცულობითი წარმონაქმნის არსებობა და ანატომიურ სტრუქტურებთან კონტაქტი დადგინდა 51 შემთხვევაში (49,5%). ულტრაბგერითი კვლევის მგრძნობელობამ ჩვენს შემთხვევაში შეადგინა 75,0%.

უკანასკნელი ათწლეულის განმავლობაში მთელ რიგ დაავადებათა დიაგნოსტიკაში მნიშვნელოვანი როლი მოიპოვა კომპიუტერულმა და მაგნიტურ-რეზონანსურ-მა ტომოგრაფიამ. ამ დროს შესაძლებელია გამოსაკვლევი არის შრეობრივი ვიზუალიზაცია, რაც მას განსაკუთრებულ უპირატესობას ანიჭებს. კომპიუტერული და მაგნიტურ-რეზონანსული ტომოგრაფიის საშუალებით ხდებოდა: 1. მცირე მენჯის ღრუში სიმსივნის არსებობის დადასტურება; 2. სიმსივნის ბუნებისა და ლოკალიზაციის დადგენა; 3. მიმდებარე ქსოვილებსა და ორგანოებთან სიმსივნის კავშირის განსაზღვრა (Wang Li-Jen, et al., 2001, Zacharia T. Thomas et al., 2004).

კომპიუტერული ტომოგრაფია ჩაუტარდა 25 ავადმყოფს (24,3%), ხოლო 28 შემთხვევაში (27,2%) ჩატარდა მაგნიტურ - რეზონანსური კვლევა. ყველა შემთხვევაში ზუსტად მოხდა მცირე მენჯში ორგანოსგარეშე სიმსივნის არსებობის, მისი ზომების, ფორმის, ირგვლივმდებარე ქსოვილებსა და რაც მთავარია, მაგისტრალურ სისხლძარღვებთან ურთიერთობის დადგენა. მიუხედავად იმისა, რომ მაგნიტურ-რეზონანსული ტომოგრაფიით მიღებული ინფორმაცია შეესაბამება კომპიუტერული ტომოგრაფიით მიღებულ ინფორმაციას, ის განსაკუთრებულ ინფორმაციულობას იძენს კონტრასტირების შედეგად სიმსივნის მაგისტრალურ სისხლძარღვებთან ურთიერთკავშირის დასადგენად (Ros PR, Eshaghi N,

1991, Rousseau M.A., et al. 2005, Kane III J.M., 2006). სწორედ, მაგისტრალურ სისხლძარღვებთან ურთიერთდამოკიდებულების დადგენა ზრდის მაგნიტურ-რეზონანსული ტომოგრაფიის უპირატესობას კომპიუტერულ ტომოგრაფიასთან შედარებით.

კომპიუტერული და მაგნიტურ-რეზონანსული ტომოგრაფია წარმოადგენს გამოკვლევის საშუალებას, რომელთაც პრაქტიკულად არ გააჩნია წინააღმდეგჩვენებები. მათი საშუალებით უმეტეს შემთხვევაში შესაძლებელი ხდება მცირე მენჯში დადგინდეს სიმსივნის ტოპიკა, მიმდებარე ორგანოებთან ურთიერთკავშირი და გადაწყდეს მკურნალობის ტაქტიკა. ჩვენი კვლევით კომპიუტერული ტომოგრაფიის მგრძნობელობამ შეადგინა 96,0%, ხოლო მაგნიტურ-რეზონანსული ტომოგრაფიის მგრძნობელობამ კი- 100%.

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

როგორც აღვნიშნეთ, მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნეებს დამახასიათებელი პათოგნომური სიმპტომები არ გააჩნიათ. ამ მიზეზით დიფერენციული დიაგნოზის გატარების აუცილებლობა მკვეთრად მატულობს. ამასთანავე, გასათვალისწინებელია, რომ სხვადასხვა დაავადებები ხშირად ავლენს მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნეების მსგავს სიმპტომებს, რის გამოც ხშირია ექიმების მიერ დაშვებული დიაგნოსტიკური შეცდომები.

მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნეების დროს დიფერენცირება უნდა მოხდეს მცირე მენჯში

ლოკალიზებული ორგანოების ავთვისებიან, კეთილთვისებიან სიმსივნეებსა და მსგავსი სიმპტომების მქონე სხვა დაავადებებს შორის. ერთ-ერთი ასეთი დაავადებაა სწორი ნაწლავის კიბო, რომლისთვისაც დამახასიათებელია შეკრულობა, ტკივილი, დეფეკაციის გახშირება, უცხო სხეულის შეგრძნება უკანა ტანში. თითოთ გასინჯვისას შეიგრძნება ხორკლიანი ზედაპირის, მკვრივი კონსისტენციის, სისხლმდენი სიმსივნე. არც თუ იშვიათად ადგილი აქვს ნაწლავის კედლის ზედაპირის ფართო დაზიანებასა და ნაწლავის სანათურის შევიწროებას. პრესაკრალური და პარარექტული ორგანოსგარეშე კეთილთვისებიანი სიმსივნეების დროს, როგორც წესი ნაწლავის ლორწივანი გარსი ინტაქტურია. საბოლოო დიაგნოზის დადგენისათვის საჭიროა ჩატარდეს კტ, მრტ და დამიზნებითი ბიოფსია.

ხშირად ტერატომების დროს დიფერენცირება ხდება ხორდომებთან, უკანასკნელის დროს გავა – კუდუსუნის მიდამოში აღინიშნება ტკივილები, პარესთეზიები, პარეზები, ქვედა კიდურების რეფლექსების დაქვეითება, ქვედა კიდურებში, დუნდულოების ატროფია, შეშუპება. სწორი დიაგნოზი ისმევა რენტგენოლოგიური, ან კომპიუტერული ან მაგნიტურ-რეზონანსული ტომოგრაფიული კვლევის საშუალებით. დაავადების საბოლოო ვერიფიკაციისათვის აუცილებელია ბიოპტატის ციტო-მორფოლოგიური შესწავლა.

პრესაკრალურად მდებარე სიმსივნეების დროს დიფერენციული დიაგნოზი უნდა გატარდეს წინა საკრალურ მენინგოცელესთან, თუმცა, ზრდასრულ ავადმყოფებში ეს დაავადება შედარებით იშვიათად გვხვდება.

მენინგოცელეს შემთხვევაში სწორი ნაწლავიდან თითოთ გასინჯვის დროს არსებული სადა ზედაპირის სიმსივნეზე თითოთ ზეწოლისას სითხე ხერხემლის არხში ბრუნდება და სიმსივნე ქრება, რაც პრესაკრალურ სიმსივნეს გამორიცხავს.

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

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

პრესაკრალურად, პარარექტულად, პელვეორექტულად, იშიორექტულად, შორისის მიდამოში ლოკალიზებული დერმოიდული კისტები და პრესაკრალური ტერატომები ხშირად რთულდება დაჩირქებით, ფისტულების ჩამოყალიბებით პერიანალურ მიდამოში, სწორ ნაწლავსა და საშოში, რაც ხშირად ზოგადი ქსელის ექიმებს სხვადასხვა ფორმის

პარაპროექტიტებში ეშლებათ, რის გამოც ავადმყოფებს მრავალჯერ უშედეგოდ უკეთდებათ ოპერაციები. დიფერენციული დიაგნოზის გასატარებლად აუცილებელია ჩატარდეს ცდა მეთილენის ლურჯით და კონტრასტული რენტგენოგრაფია. თუ ხვრელში შეყვანილი მეთილენის ლურჯის მცირე ულუფა სწორ ნაწლავში ჩაიღვარა, იგი სწორი ნაწლავის ფისტულის სასარგებლოდ მეტყველებს, ხოლო კონტრასტის დიდი რაოდენობით დანახარჯი და რენტგენოგრამაზე სფერული ფორმის წარმონაქმნი ამ მიდამოში კეთილთვისებიანი სიმსივნის არსებობაზე მიუთითებს.

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

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

შარდის ბუშტის გვერდით კედელთან განვითარებული მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნის დროს, როდესაც ის იწვევს ზეწოლას და არც თუ იშვიათად მის კედელში ჩაზდას, შესაძლოა ადგილი ჰქონდეს ჰემატურიასა და დიზურიულ მოვლენებს. ამ დროს დიფერენციული დიაგნოზი საჭიროა გატარდეს შარდის ბუშტისა და შარდ-სასქესო სისტემის პირველად სიმსივნეებთან, ცისტიტთან, შარდ-კენჭოვან დაავადე-

ბებთან. სწორი დიაგნოზის დასადგენად უნდა ჩატარდეს ცისტოსკოპია, უროგრაფია, ციტო-ჰისტოლოგიური კვლევები და რაც მთავარია, მაგნიტური ან კომპიუტერული ტომოგრაფია.

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

ამგვარად, მიუხედავად კლინიკური სურათის მსგავსებისა, არსებობს რიგი ნიშნები, რაც დიფერენციული დიაგნოზის გატარების საშუალებას იძლევა. ანამნეზის ყურადღებით შესწავლა, ავადმყოფის ტრადიციული და მაღალტექნოლოგიური სხივური მეთოდების მიზანდასახული, თანმიმდევრული გამოყენება პათოლოგიის დროული ამოცნობისა და დიფერენციული დიაგნოზის გატარების რეალურ საშუალებას იძლევა (Wong CS, Cummings Bj, et al., 1998, Yoshihio Moriya, et al. 2004) .

კლინიკური მასალის ანალიზის საფუძველზე დადგინდა, რომ 103 ავადმყოფიდან 81-ს (78,3%) სწორი დიაგნოზი პირველად ჩვენს კლინიკაში დაესვა. ეს ავადმყოფები თვეების განმავლობაში ზოგადი ქსელის ექიმებთან მკურნალობდნენ ცისტიტის, პარაპროქტიტის,

ოოფორიტის, პროქტიტის, სწორი ნაწლავის ფისტულის, ვაგინიტის და სხვა დიაგნოზებით.

ჩვენი მასალის მიხედვით დიაგნოსტიკური შეცდომები აიხსნება: 1) ანამნეზური მონაცემების არასათანადო შეფასებით, დიფერენციული დიაგნოზის სირთულითა და სხვა დაავადებებთან მსგავსებით; 2) კლინიკო-დიაგნოსტიკური მეთოდების არასაკმარისი და არათანმიმდევრული გამოყენებით; 3) სამედიცინო პერსონალის დაბალი ონკოლოგიური სიფხიზლით;

სხვადასხვა ლოკალიზაციის მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე ავთვისებიანი და კეთილთვისებიანი სიმსივნეების როგორც გართულებული, ისე გაურთულებელი შემთხვევების მკურნალობის ძირითადი მეთოდი ქირურგიაა (Mannaerts GH, Rutten Hj. et al. 2001). ამ დროს განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია სიმსივნური წარმონაქმნის ზუსტი ლოკალიზაციის განსაზღვრა და შესაბამისად, ოპერაციული მიდგომის სწორი შერჩევა. ეს საშუალებას იძლევა, ერთი მხრივ, დაცული იქნას რადიკალიზმი, ხოლო, მეორე მხრივ, თავიდან იქნას აცილებული ირგვლივმდებარე ორგანოებისა და ქსოვილების დაზიანება, რაც მინიმუმამდე ამცირებს ინტრაოპერაციული და პოსტოპერაციული გართულებების რაოდენობას.

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

აბდომინური, ხოლო 7 მათგანს (8,2%) – კომბინირებული (აბდომინურ-შორისის) მიდგომით.

შორისის მიდგომით ოპერაციის ჩატარება უკეთეს შედეგს იძლევა უპირატესად, შორისის, იმიორექტალური და პელვეორექტული სიმსივნეების ლოკალიზაციის დროს. ოპერაცია ტარდება სიმსივნის ზედაპირზე კანისა და კანქვეშა ცხიმოვანი ქსოვილის გაკვეთით, სიმსივნის ქვედა პოლუსის და გვერდითი კედლების შეხორცებებიდან ჩლუნგი და ბასრი წესით გამოთავისუფლების შემდეგ, სწორი ნაწლავიდან საჩვენებელი თითის დახმარებით ადვილად ხდება სიმსივნის ამოკარკვლა.

პრესაკრალურ მიდამოში არსებული სიმსივნის ამოკვეთა საკრალური მიდგომით განხორციელდა 8 შემთხვევაში. სიმსივნის რადიკალური ამოკვეთის მიზნით ჩატარდა კუდუსუნის და გავის IV მალის რეზექცია, რაც გარკვეულწილად ახდენდა ოპერაციული ველის გაფართოებას, აადვილებდა სიმსივნის მობილიზაციას, მისი შეხორცებებიდან, სწორი ნაწლავიდან გამოთავისუფლებას და ამოკვეთას.

მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნის დროს, აბდომინური მიდგომით ქირურგიული ჩარევა ჩატარდა 26 ავადმყოფს (30,6%). ეს ოპერაცია ნაჩვენებია იმ შემთხვევაში, როდესაც საკრალური მიდგომით და კუდუსუნის რეზექციით სიმსივნის ამოკვეთა შეუძლებელია. შუა-ქვემო ლაპაროტომიის შემდეგ იკვეთება მცირე მენჯის პერიტონიუმის ფურცელი და ტარდება გულმოდგინე რევიზია სიმსივნის ირგვლივმდებარე ქსოვილებსა და ორგანოებში ჩაზრდის დასადგენად. შემდეგი ეტაპია სიმსივნის მობილიზაცია

ირგვლივმდებარე ორგანოებიდან. ზედა პოლუსისა და გვერდითი კედლების გამოთავისუფლების შემდეგ სიმსივნე შედარებით ადვილად ამოდის ჭრილობიდან, თვალის კონტროლით ჩლუნგი და ბასრი წესით თავისუფლდება ქვედა პოლუსი. უნდა ითქვას, რომ სიმსივნის მობილიზაცია ოპერაციის ყველაზე რთული ეტაპია და ტექნიკურად ძნელი შესასრულებელია. ამ დროს შესაძლებელია ისეთი ინტრაოპერაციული გართულებები, როგორცაა: სწორი ნაწლავის კედლის მთლიანობის დარღვევა, სიმსივნის დაშლა, არსებული ჩირქგროვის გახსნა, გავის ვენური წნულის დაზიანება და სისხლდენა. ოპერაციული მასალის ჰისტოლოგიური შესწავლით დადგინდა ტერატობლასტომის (3), ფიბროსარკომის (8), მიქსოსარკომის (2), რაბდომიოსარკომის (4), ლიპოსარკომის (7), ლეიომიოსარკომის (1), ანგიოლეიომიოსარკომის (1) დიაგნოზი.

წარმოდგენილი კლინიკური მასალის მიხედვით ქირურგიული ოპერაცია აბდომინურ-შორისის მიდგომით შესრულდა 7 შემთხვევაში (8,2%). ოპერაციული მიდგომის ჩვენებას წარმოადგენდა მცირე მენჯის ღრუში არსებული დიდი სიმსივნე. ყველა 7 შემთხვევაში მაგნიტურ-რეზონანსული კვლევით დადგინდა სიმსივნის გავრცელება ანუსიდან 5 სმ-დან მცირე მენჯის მფარავი პერიტონეუმის ფურცლამდე და მისი ჩაზრდა 3 შემთხვევაში (3,5%) საშოსა და სწორ ნაწლავში ერთდროულად, ხოლო 4 შემთხვევაში (4,7%) - სწორ ნაწლავში. ოპერაცია სრულდებოდა ორბრიგადული მეთოდით. პირველი ბრიგადის მიერ ლაპარატომიისა და მცირე მენჯის პერიტონეუმის ფურცლის გაკვეთის,

სიმსივნისა და დაზიანებული ორგანოს ერთ ბლოკში მობილიზაციის შემდეგ, მეორე ბრიგადა შორისის მხრიდან სწორი ნაწლავის ამოკერვის შემდეგ ათავისუფლებდა სწორ ნაწლავს ირგვლივმდებარე ქსოვილებიდან სიმსივნურ წარმონაქმნამდე და ახდენდა დაზიანებული ორგანოს რეზექციას ან ექსტირპაციას. პრეპარატი გადიოდა შორისის ჭრილობიდან ერთ ბლოკში. 4 შემთხვევაში (4,7%) ჩატარდა სიმსივნის ამოკვეთა და სწორი ნაწლავის ექსტირპაცია ერთ ბლოკში ერთლულიანი კოლოსტომის ექსტრაპერი-ტონული ჩამოყალიბებით, ხოლო 3 შემთხვევაში (3,5%) - მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნის ამოკვეთა, სწორი ნაწლავის ექსტირპაცია, საშოს უკანა და გვერდითი კედლების რეზექცია ერთ ბლოკში ერთლულიანი კოლოსტომის ექსტრაპერიტონული ჩამოყალიბებით. ოპერაციული მასალის ჰისტოლოგიური შესწავლით დადგინდა ფიბროსარკომის (2), ფიბ-როლეიომიომის (2), ლეიომიოსარკომის (1), ანგიოსარკომის (2) დიაგნოზი. შემდეგში ყველა ავადმყოფს დაენიშნა სხივური თერაპია.

სხვადასხვა ლოკალიზაციის მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნეების ქირურგიული ოპერაციის 85 შემთხვევაში ადგილი ჰქონდა 16 (18,8%) სხვადასხვა სახისა და სიმძიმის გართულებას. ინტრაოპერაციული გართულებებიდან, 9 შემთხვევაში (10,6%) ადგილი ჰქონდა ზომიერ სისხლდენას, სიმსივნის მთლიანობის დარღვევას 4 შემთხვევაში (4,7%), სიმსივნის მობილიზაციის დროს შარდის ბუშტის კედლის მთლიანობა დაირღვა 1 შემთხვევაში (1,8%), სწორი ნაწლავის უკანა კედლის დაზიანებას - 2 შემთხვევაში (2,4%). ინტრაოპერაციული გართულებები აღინიშნებოდა უმეტესად

ექსტრაპერიტონული მიდგომის დროს ($p=0.02$).

პოსტოპერაციულ გართულებებს ადგილი ჰქონდა 26 შემთხვევაში (32,9%). მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნეების ქირურგიული მკურნალობის ოპერაციის შემდგომი გართულებებიდან ადგილი ჰქონდა: ნაოპერაციევი ჭრილობიდან ლიმფორეას 1 შემთხვევაში (1,2%), ჭრილობის დაჩირქებას 7 შემთხვევაში (8,1%), ქვედა კიდურების თრომბოფლებიტს 5 შემთხვევაში (5,9%), სისხლდენას 3 შემთხვევაში (3,5%), ქვედა კიდურების პარესთეზიას 2 შემთხვევაში (2,4%). 2 ავადმყოფს (2,4%) განუვითარდა პნევმონია. 2 ავადმყოფს (2,4%) აღენიშნა შარდის ბუშტის ატონია, ხოლო 2 ავადმყოფს (2,4%) კი – ნაწლავთა დინამიური გაუვალობა. სწორი ნაწლავის სფინქტერის უკმარისობა დაუდგინდა 2 ავადმყოფს (2,4%), რომელიც აღსდგა 3-4 თვის განმავლობაში. 2 ავადმყოფი გარდაიცვალა: ერთი – მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტით, ხოლო მეორე – ფილტვის არტერიის ემბოლიით. სტატისტიკური დამუშავების მიხედვით პოსტოპერაციული გართულებები აგრეთვე აღინიშნებოდა უმეტესად ინტრაპერიტონული მიდგომის დროს ($p=0.018$).

ამასთან, საყურადღებოა, რომ ავადმყოფებში, რომელთაც ჩაუტარდათ კტ და მრტ, აღინიშნა ინტრაოპერაციული გართულებების შემცირება 28,4%-ით, ხოლო პოსტოპერაციული გართულებების კი – 20,8%-ით ($p=0.0001$).

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

მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნეების ქირურგიული მკურნალობის შორეული შედეგები შესწავლილი იყო 57 შემთხვევაში (67,0%). კეთილთვისებიანი სიმსივნე იყო 19 (33,3%), ხოლო ავთვისებიანი კი – 38 (66,7%). შორეული შედეგების შესწავლით აღმოჩნდა, რომ 14 ავადმყოფი გარდაიცვალა (24,6%), მათ შორის ავთვისებიანი იყო 13 (22,8%), ხოლო 1 (1,7%) – კეთილთვისებიანი. გარდაცვალების მიზეზს 12 ავთვისებიან შემთხვევაში (21,0%) წარმოადგენდა სიმსივნური დაავადება, ხოლო 1 ავთვისებიანი (1,7%) და 1 კეთილთვისებიანი (1,7%) სიმსივნის მქონე ავადმყოფების სიკვდილის მიზეზი იყო გულ-სისხლძარღვთა მწვავე უკმარისობა.

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

ავთვისებიანი სიმსივნეების ოპერაციული

მკურნალობის შორეული შედეგების შესწავლით 5 წლიან-
მა სიცოცხლის ხანგრძლივობამ შეადგინა 65%. სიცოცხლის
ხანგრძლივობის მაჩვენებელმა (**Case Fatality Rate**) $ki - 0.43$.

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

დასკვნები

1. მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნეები
წარმოადგენს იშვიათ დაავადებას. მათ არ გააჩნიათ
ერთიანი პათოგნომური სინდრომი. დაავადების
კლინიკურ სურათს განსაზღვრავს პათოლოგიური
პროცესის ლოკალიზაცია, ირგვლივმდებარე ორგანო-
ებსა და ქსოვილებში ჩაზრდა ან მათზე ზეწოლა.

დიფერენციული დიაგნოზი უნდა გატარდეს მსგავსი კლინიკური ნიშნების მქონე დაავადებასთან;

2. მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნეების გამოვლენაში მაღალტექნოლოგიური სხივური დიაგნოსტიკის მეთოდების საშუალებით შესაძლებელია არა მხოლოდ ზუსტი დიაგნოზის დასმა, სიმსივნის ტოპიკის და სხვა ორგანოებთან ურთიერთკავშირის დადგენა, არამედ, ოპერაციული მიდგომის რაციონალური ვარიანტის შერჩევა და ოპერაციის შემდგომი მონიტორინგის ჩატარება.
3. შორისის, იშორექტული, რექტოვაგინალური ძგიდისა და პელვეორექტული ლოკალიზაციის ორგანოსგარეშე სიმსივნის დიაგნოსტიკაში ვიზუალიზაციის ისეთი რუტინული და შედარებით ხარჯთეფექტური მეთოდების გამოყენება, როგორცაა: ენდოსკოპური (კოლონოსკოპია, რექტორომანოსკოპია) და რენტგენოლოგიური კვლევები (ფისტულოგრაფია, ირიგოგრაფია, უროგრაფია) იძლევა დამაკმაყოფილებელ დიაგნოსტიკურ ეფექტს.
4. ჩვენს მიერ გამოყენებული ოპტიმალური ქირურგიული მიდგომის გზები (შორისის, საკრალური, აბდომინური, კომბინირებული), რომელიც დამოკიდებულია მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნის ლოკალიზაციისა და ჰისტოლოგიურ სტრუქტურაზე, მნიშვნელოვნად აადვილებს სიმსივნის რადიკალურ ამოკვეთას, ამცირებს ინტრა და პოსტოპერაციული გართულებების რიცხვს.
5. მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნეების

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

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

პრაქტიკული რეკომენდაციები

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

არამიზნობრივი გამოყენება და ზოგადი ქსელის ექიმების დაბალი ონკოლოგიური სიფხიზლე.

2. სხივური კვლევის მაღალტექნოლოგიური მეთოდების გამოყენება საშუალებას იძლევა არა მარტო ზუსტად დადგინდეს მცირე მენჯის ღრუში სიმსივნის ლოკალიზაცია და კონტაქტი მიმდებარე ორგანოებთან, არამედ შეირჩეს ოპერაციის ოპტიმალური ვარიანტი და ჩატარდეს ოპერაციის შემდგომი მონიტორინგი.
3. ყველა ინდივიდუალურ შემთხვევაში, მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნის ლოკალიზაციისა და ჰისტოსტრუქტურის მიხედვით უნდა შეირჩეს ოპერაციული მიდგომის ოპტიმალური ვარიანტი, რომელიც აადვილებს ოპერაციულ ჩარევას, ამცირებს ოპერაციის შემდგომ გართულებებს და აუმჯობესებს ოპერაციული მკურნალობის შორეულ შედეგს.
4. მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნის მკურნალობაში გამოყენებულ უნდა იქნას როგორც ქირურგიული, ასევე სხივური და ქიმიოთერაპია, როგორც კომბინაციაში, ასევე ცალ-ცალკე.

დისერტაციის თემაზე გამოქვეყნებული ნაშრომები

1. Basic principles of diagnostic of extra-organ small pelvic tumors. (Co-author- Ph.D. MD. I. Bakradze). Annals of bio-medical research and education. 2003 January/ March, Volume 3, Issue 1. p – 42-44;
2. მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნეების კლინიკური მიმდინარეობის თავისებურებანი;

თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტი; სამეცნიერო შრომათა კრებული, ტომი XXXIX, 2003წ. გვ. 276-279.

3. მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნეების კლინიკისა და დიაგნოსტიკის საკითხისათვის (ი. ბაქრაძე); საქართველოს ონკოლოგია ISSN 1512-1038 13/2003. გვ.24-7.

4. მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნეების ქირურგიული მკურნალობა და ოპერაციული მიდგომის სახეები; თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტი; სამეცნიერო შრომათა კრებული, ტომი XL, 2004წ. გვ. 237-340.

5. ქირურგიული მკურნალობის ძირითადი ასპექტები მცირე მენჯის ორგანოსგარეშე სიმსივნეების დროს (ი. ბაქრაძე); თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტი; სამეცნიერო შრომათა კრებული, ტომი XLI, 2005-2006წ. გვ. 234-236

SUMMARY

Importance of the topic

The incidence of extra-organ small pelvic tumors is as low as 1.0% (Levis S.J. et al,2001). However, the issues of diagnosing and surgical treatment of these diseases remain important agenda of the contemporary clinical oncology. Significance of the issue is mostly scale-up due to the fact that medical specialists have less practice and knowledge of these uncommon diseases, thus even in those rare cases the medical misdiagnosis and mistreatment is common (Karakousis A.F. et al,2006). Other factors adding on the reasons for medical mistakes are the specific location of tumor, the prolonged, un-manifested, and often atypical clinics of the disease, and similarity with clinical manifestation of the other diseases. The last item in the list of reasons is the general incomprehensive and inconsistent use of diagnostic methods.

The extra-organ small pelvic tumors often get revealed only when they attain certain dimensions and cause compression of the adjacent tissues and organs. Accordingly, clinical symptoms correspond to the dysfunction and twinge of contiguous organs that in many cases grow into the fistulas (Федоров В.Д. 1984; Ozaki T., 1992). Such divert clinical picture make it difficult to timely diagnose the tumor and undertake adequate surgery (Choo YC. et al, 1987, S.J.Levis, J.S. et al, 2001).

Significant improvements have been made in diagnosing and post-surgery monitoring of extra-organ small pelvic tumors for last two decades. Important steps forward were made thanks to wide use of ultrasound examination, computed tomography, and nuclear- magnetic resonance imaging. However, many aspects of disease management here still require refinement and ongoing research (Li-Jen Wang, 2001, Cristopher D.M. et al., 2002, Kane

J.M., 2006; Monill J. et al, 2005). Among central aspects that require further improvements are: complexity of symptoms; causes and frequency of spin-off complications; effective sequence of routine and high-tech X-ray diagnostic and MR-imaging methods in terms of using highly informative methods in a most cost-effective way; issues of surgical approach and tactics by the tumors localization; immediate and long-term outcomes of the surgery.

Goals and objective of the proposed research:

Goal of the current research is to work out the diagnostic algorithm, improve outcomes of surgery and post- surgery monitoring of extra-organ small pelvic tumors through the complex study of clinical particularities and tumor topography.

Objectives of the study are formulated as the following:

1. Study distinctive symptoms and clinical depictions of extra-organ small pelvic tumors;
2. Characterize the CT and MRI diagnostic semiotics and evaluate the role of this information for the timely diagnose and treatment of extra-organ small pelvic tumors;
3. Study the sensitivity and specificity of the routine (endoscope, X-ray) and high-tech diagnostic methods and use their comparative analysis for creation of a consistent schemes of their using;
4. Describe the adequate surgical treatment, considering the localization and histological morphology of extra-organ pelvic tumors;
5. Analyze the immediate and long-standing outcomes of surgery.

Scientific innovation and the practical value of the research

The research encompasses number of innovative approaches that have not been used in researches of my colleagues.

Comparative analysis of the routine and high-tech diagnostic methods was used for creation of a consistent optimal scheme of treatment; Based on high-tech diagnostic methods the points of diagnosis, surgical treatment and post surgery monitoring were studied. Consideration of the localization, histological morphology and possible complications the principle of surgical treatment was defined. Study showed, that high-tech diagnostic methods significantly improved the extra-organ small pelvic tumors appropriate diagnosis, reduce number of complication and the same time improved the as an immediate as long-standing outcomes of surgery. The methodology for defining the possible prognosis was developed using evaluation of post-treatment life-span in cases of extra-organ small pelvic tumors. The indications and no indications of surgery, radiation, and chemotherapy and combine treatment of recurrence extra-organ small pelvic tumors were defined.

Main findings/conclusions of the dissertation work:

1. There is no single syndrome or set of syndrome of extra-organ small pelvic tumors. The clinical picture is mostly determined by the tumor's location, its histological structure, penetration into or compression on the adjacent tissues/organs;
2. The CT and MRI diagnostic methods allow to define the exact location of the tumor, as well as the degree of its expansion; thus, these methods support choosing the surgical approach, foresee possible complications and ways of their prevention;
3. The routine and comparably cost-effective diagnostic methods, such as colonoscopy, rectomanoscopy, and X-ray investigations provide sufficient diagnostic effects for the extra-organ small pelvic tumors of certain locations;
4. It is necessary to select the appropriate surgical approach for

every individual case, based on the localization of the tumor. Selection of the adequate approach (Perineal, sacral, abdominal or combined) will significantly relieve the radical subtraction of tumor and decrease intra- and post-surgery complications.

Structure of thesis work: Thesis work is presented in the form of printed 127 pages in Georgian language; it consists of introduction, literature review, description of materials and research methods, own results and their discussion, conclusions and practical recommendations; It is illustrated by 12 tables and 18 figures and 26 photos. References are including 197 sources.

Approbation of thesis work: Provisions of thesis work were reviewed at the International Congress of Surgeons (Tbilisi, Georgia, 2003), at International Conference of Oncology and Radiology (Minsk, Belarus, 2003), Salzburg Seminal of Clinical Oncology (Salzburg, Austria, 2005), International Conference of Oncology and Radiology (Baku, Azerbaijan, 2006).

The work was approved at the meeting of Scientific Committee (Meeting Minutes 18th January, 2006) of National Cancer Centre, Oncology Department of Tbilisi State Medical University State Medical Academy (14.00.14), for public defense.

Publications: 5 scientific works are published on thesis work theme.

RESEARCH CONTENT

RESEARCH MATERIALS AND METHODOLOGY

The database of clinical history was studied. The database is composed of 103 cases of extra organ small pelvic tumors that were undergone to surgical therapy in 1984-2004 in the following clinics: National Center of Oncology, Research and Devel-

opment Institution of Medical Radiology, Republican Center of Proctology, and Karolinska Hospital (in Stockholm, Sweden). 54 cases were female (52.4%), 49 cases were men (49.6%). The age rate was 18-75 years. All patients were hospitalized at the clinical manifestation or clinical complications stages. Table 1 represents the gender and age distribution of cases.

Table 1
Gender and Age of patients, n=103

Age		<20		21-30		31-40		41-50		51-60		61-70		70 <	
Male ♂	Fe- male ♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀
		2	2	3	2	10	19	1	1	1	6	5	8	3	6
103		4		5		29		21		22		13		9	
100 %		3,9%		4,8%		28,2%		20,4%		21,4 %		12,6 %		8,7 %	

According to clinical histories, 92 (89.3% of cases) patients were detected with the primary tumor, 11 patients (10.7%) – with the recurrent tumor. The malignant tumor was detected in 64 cases (62.1%), and benign tumor – in 39 cases (37.9%). Table N3 represents the frequency of different diagnosis.

Surgical treatment was undertaken in 85 cases (82.5%). The table 2 describes histopathology data of operated cases:

Table 2
Histopathology of tumors, n= 85

Histomorphology Type	N	%	Histomorphology Type	N	%
Dermoide Cyste	18	17,4	Liposarcoma	7	7,8
Teratoma	19	18,4	Leiomiomasarcoma	3	2,8
Fibroleyomioma	2	1,9	Sympatoblastoma	1	0,9
Malignant	1	0,9	Angioleiomiomasar-	2	1,9

Mesotelioma			coma		
Malignant Mesenkhimoma	1	0,9	Angiosarcoma	2	1,9
Teratoblastoma	3	2,8	Neirofibrosarcoma	1	0,9
Fibrosarcoma	10	11,6	Chondrosarcoma	4	4,8
Rabdomiosarcoma	6	5,9	Osteoblastoclastoma	1	0,9
Mixosarcoma	2	1,9	Chordoma	2	1,9

The clinical diagnosis of each case was based on the data of manual rectal and vaginal examinations, anoscopy, colonoscopy, rectomanoscopy, contrast X-ray examination (irigoscopy, fistuloscopy, descending Urography), ultrasound examination, CT and MRI, laparoscopy, cytomorphology investigation. The table 3 represents use of the listed methods.

Table 3
Diagnostic methods for extra-organ small pelvic tumors, n=103

Diagnostic Method	<20		21-30		31-40		41-50		51-60		61-70		70 <		Total	%
	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀		
Digital investigation of rectum	2	2	3	2	8	19	10	9	16	6	5	7	3	4	96	93,2
Digital investigation of vagina	-	-	-	2	-	18	-	10	-	6	-	8	-	6	50	49,0
Anoscopy	-	-	2	1	4	2	3	2	1	-	1	-	-	-	16	15,5
Rectoromanoscopy	1	1	2	2	5	16	8	6	15	5	4	7	3	3	79	76,7
Colonoscopy	-	-	1	-	4	5	4	3	4	2	1	3	1	2	29	28,2
X-Ray investigation	2	1	1	1	2	4	1	-	4	4	3	3	-	-	26	25,2
Irigoscopy	-	-	2	-	3	12	5	2	4	2	2	3	2	3	40	38,8
Fistulography	-	-	-	1	1	5	-	3	1	-	-	1	1	1	14	13,6
Excretoral Urography	-	1	-	-	2	2	4	4	6	-	-	3	-	-	22	21,4
Ultrasound	2	2	2	1	6	14	9	6	13	3	2	5	1	2	68	66,0
CT	1	1	1	1	-	6	4	2	4	1	2	1	1	-	25	24,8
MRT	1	1	2	-	3	5	3	2	3	3	1	3	-	1	28	27,2
Cyto-morphology investigation	2	2	2	2	5	17	7	6	13	3	2	4	2	3	71	68,9
Diagnostic Laparatomy	-	-	-	-	-	1	2	-	2	1	1	-	-	-	7	6,8

In addition to the diagnostic methods listed above there were other clinic-laboratory methods used, such as blood tests, blood biochemical tests, urine analysis, functional tests of liver, tests with different onco-markers.

Surgery is the major method of treatment for small pelvic extra-organ tumors. Radical and chemotherapies are only considered as components of a complex therapy or self-sufficient in inoperable cases.

The surgical approach in primary and recurrent cases mostly was depended on the localization of the tumor. Of all the operations conducted, 44 (51.8%) were via perineum 8 (9.8%) sacral, 26(30.6%) abdominal and 7 (8.2%) combined perineum /abdominal. In 18 cases of 103 totals the surgery was rejected at all due to the general health status of the patients and the size of the tumor and span of the diseases. These cases were treated with the radical therapy and chemotherapy.

Eighty-five operations were conducted in total. Eighty-three (97.6%) were planned, two (2.3%) - urgent. The urgency indications were the constipation in one case and compression of the urine bladder in the other case. Surgical intervention in both cases was palliative: colostoma and epicystostoma were formed.

Out of 83 planned operations 74 (87.1%) were radical, two (2.3%) – palliative, and seven (8.2%) – diagnostic-therapeutic. In 49 cases (57.6%) of radical operations, the tumor was exterminated, and in 36 cases (42.3%) – the adjacent organs (rectum, urine bladder, cervix, and coccyx) were exterminated too and extirpated.

In three (3.6%) diagnostic-therapeutic and two (2.3%) palliative planned operations colonostomy and epicystostomy were

formed. In four (4.8%) cases of diagnostic-therapeutic operations, the tumor was radically exterminated.

For evaluating the outcomes of surgical therapy on the small pelvic extra-organ tumor, 85 cases were divided up into two groups. The first group contained 38 cases (44.7%) with the traditional diagnostic investigation (21 cases (24.7%) were benign, 17 cases (20.0%) were malignant). The second group was composed of 47 cases (55.3%) with the exceptional high-tech diagnostic methods, such as CT and MRI (18 cases (21.2%) were benign, 29 cases (34.1%) were malignant).

The study observed long-term outcomes in both groups of the small pelvic extra-organ tumor, 25 cases (43.8%) from the first group (8 cases (14.0%) were benign, 17 cases (29.8%) were malignant) and 32 cases (56.1%) from the second group (11 cases (19.3%) were benign, 21 cases (47.7%) were malignant). Total 57 cases (67.0%) from the both groups. Out of these cases, 19 (33.3%) were benign and 38 (66.7%) malignant.

The researcher coded clinical data with the use of special matrix and then processed them with computer programs. We used automated data processing for data analysis.

We used the indicator of sensitivity to evaluate how informative were the diagnostic methods. The indicator of sensitivity is described as the following:

$$\text{Sensitivity} = \frac{\text{Cases revealed with this method}}{\text{Number of cases}} \times 100\%$$

We used to evaluate Survival and the Case Fatality

method to evaluate the prognostic index of the disease:

$$\text{Case Fatality Rate} = \frac{\text{n terminal cases}}{\text{n number of cases}}$$

We analyzed the data on these indicators with the use of inferential statistics. Means of two groups were compared and the significance of their variance was evaluated with the use of special statistical method Two by Two tests at <http://statpages.org/java-stat.html> (Interactive Statistical Calculation Pages). Results of the research are valid.

RESEARCH FINDINGS AND DISCUSSIONS

Clinical picture of small pelvic extra-organ tumors is assorted and multifaceted. The three clinical stages are distinguishable: 1) disease without symptoms; 2) symptoms manifestation; 3) stage of complications (Федоров В.Д. 1984, Kayıkcıoğlu F, et al, 2005).

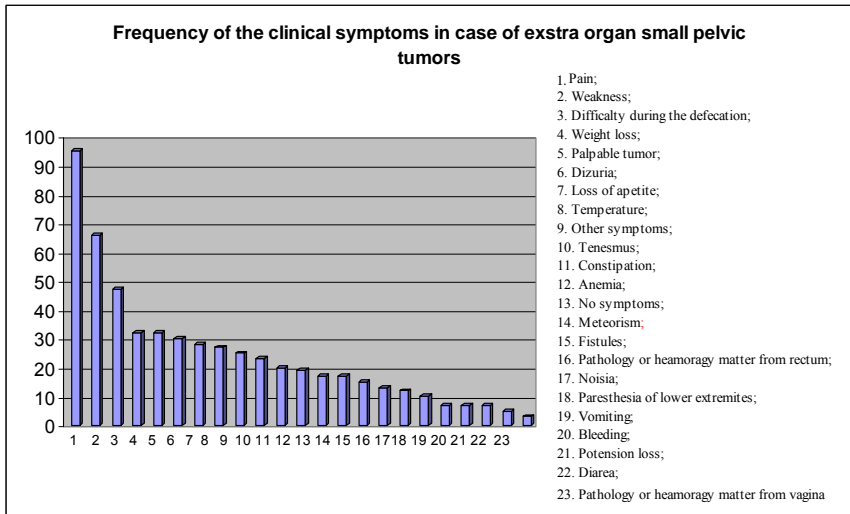
Detection of small pelvic extra-organ tumor at the first stage is greatly depended on the preventive check-ups (Клименков А.А. Губина Г.И., 2004, Jonatan J. Lewis et al, 1998).

Cases without manifested clinical symptoms are mostly common with benign tumor, while malignant cases are mostly manifested at the early stages. Complaints may be associated with the pathological processes, such as compression of the adjacent tissues and organs and corresponding symptoms of dysfunction in urine and digestion tracts, pain in the hypogastria or coccyx, neuralgia, temperature increase, fistulas in perineum, intoxication, in some cases pathology matter from vagina and rectum.

In many cases, it is possible to palpate the teratoma or dermoid cyst, if it is located in the perineum, recto-vaginal, ischio-rectal or pelveo-rectal spaces. Tumors with these locations usually occur without symptoms and they mostly reveal during the proctologic check-ups.

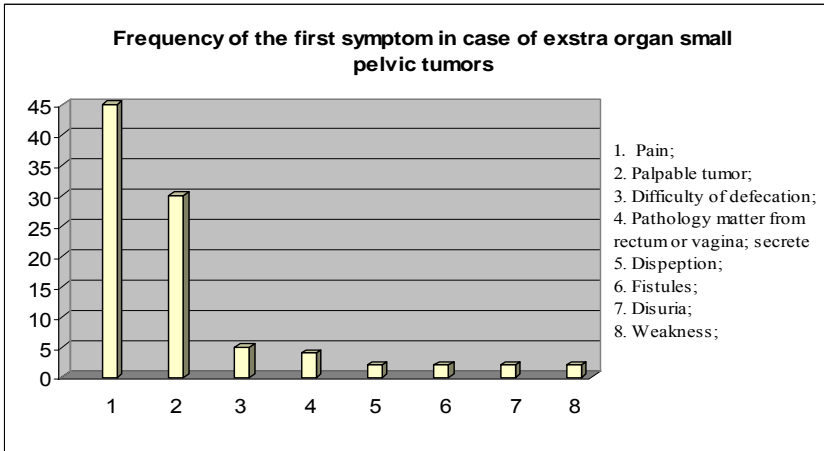
Following diagrams represent frequency of every symptom in 103 cases of this research (Fig.2).

Fig.1



On the case-by-case basis, the disease first manifested with the clinical symptoms, presented in the diagram and reflecting the “frequency of the first symptoms” (Fig.2).

Fig.2



To sum up, we can conclude that the reveal of small pelvic extra-organ tumors occurs when they reach certain dimensions and cause compression of the adjacent tissues/organs. Obviously, the clinical portrayal of the diseases is determined not only by the localization, but by the character of the disease, its dimensions and complications.

The Table 5 represents location of small pelvic extra-organ tumors.

Table 5
Localization of tumor, n=103

Localization	Sex		Number of patients	%
	Male	Female		
Presacral space	20	28	48	46,6
Perineal ara	8	5	13	12,6
Pararectal area	11	5	16	15,6
At the urine bladder walls	9	4	13	12,6
Rectovaginal divider	-	11	11	10,7
Pelveorectal area	2	-	2	1,9
Whole	49	54	103	100,0

As it is demonstrated here, the tumors were localized in presacral area in 48 cases (46.6%); perineum area in 13 cases (12.6%); in Para-rectal area in 16 cases (15.6%); at the urine bladder walls in 13 cases (12.6%); in recto-vaginal divider in 11 cases (10.7%); and in pelveo-rectal area in 2 cases (1.9%). The detection of tumor localization was performed digitally, through endoscope and high-tech radial diagnostic methods.

Digital examination was carried out in 96 cases (93.2%). In 59 cases (57.3%) of the digital examination cases, we detected the tumor in the pre-sacral, perineum, recto-vaginal divider and para-rectal area.

In 50 cases (49.0%), bimanual vaginal examination was conducted. To define the morphological shape of the tumor, the puncture of the back arch of uterus and of the tumor was conducted for the cytological and histological research of the puncture materials. This was exceptionally informative test for the tumors of perineum, recto-vaginal and pelveo-rectal areas. In four cases (3.9%), draining fistulas were detecting in the back wall of uterus. In three cases (2.9%), the tumor was penetrated into the back arch. The test was informative in 29 cases (53.7%); accordingly, its sensitivity was 53.7%.

Anoscopy is a less informative diagnostic tool in small pelvic

extra-organ tumors. It is most useful to conduct the anoscopy for trepan-biopsy when the small pelvic extra-organ tumors compress the rectum. We used this method successfully in 16 cases (15.5%).

Rectoromanoscopy was conducted in 79 cases (67.7%), and the colonoscopy was conducted in 29 cases (28.3%). The examination clearly shows the compression phenomenon on the rectum and changes in the mucous tissue. In total, the rectoromanoscopy detected small pelvic extra-organ tumors in 49 cases (62.0%), and the colonoscopy – in eight cases (7.8%). Accordingly, the first method demonstrated the index of sensitivity as 62%, and the second - 27.6%.

The X-ray review examination was conducted in 26 cases (25.2%). This turned out to be the less informative diagnostic method for small pelvic extra-organ tumors. It only detected five cases (9.4%), thus demonstrating only 19.2 % as sensitivity index. Contrast X-ray irigography was conducted in 40 cases (38.8%) when we suspected the pre-sacral, para-rectal, or ischio-rectal localization of tumors. With the pre-sacral and para-rectal localization, the X-ray contrast method detected the rectum compression symptom, dilatation of the retro-rectal area and forward or backward disposition of the rectum in 18 cases (17.5%). The sensitivity index was 45%.

In complicated tumor cases with fistulas, the fistulography was conducted in 14 cases (13.6%). In 13 of them (12.6%), fistula trajectory, tumor dimensions, its location and possible shape was detected. This method demonstrated as high sensitivity index as 92.8%.

In 22 cases (21.4%) with the tumors of urine bladder wall's location we conducted excretoral Urography. This method helped to evaluate functional status of kidneys, as well as possible deformation of urine bladder, lateral or medial disposition of ure-

thra and urine bladder – these are the symptoms of compression from the small pelvic extra-organ tumors. Using this method, 11 cases (10.7%) were detected with the small pelvic extra-organ tumor. The sensitivity index equaled to 50%.

Ultrasound examination was used as the diagnostic method in this research. It was used in 68 cases (66.0%). This method also was productively used in post-treatment monitoring of small pelvic extra-organ tumors. The ultrasound examination method is easy to use, because it is not invasive, is simple in use and gives accurate data. It was utilized at any different stages of the disease, including patients with very hard conditions. This method detected the presence of the tumor and its contact with the other anatomic structures in 51 cases (49.55). Ultrasound examination demonstrated 75.0% of sensitivity index.

For last several decades the CT and MRI play important role in diagnosing the certain diseases. These method allow examination of the target tissue by tiny slices, an it makes this method a special priority. With the use of CT and MRI we: 1) verified existence of small pelvic extra-organ tumors 2) detected location and nature of the tumor 3) link with the adjacent anatomic structures (Wang Li-Jen, et al., 2001, Zacharia T. Thomas et al., 2004).

Computed Tomography was carried out in two cases (24.3%), the MRI was conducted in 28 cases (27.2%). In each of these cases, the precise location, sizes, shapes, contact with the adjacent orgasm/tissues and magisterial blood vessels were identified. In spite of the fact, that the MRI examination date is almost identical of the CT data, the first is gaining a special informative implication in defining through contrasting method the relation of the tumor to the magisterial blood vessels (Ros PR, Eshaghi N, 1991, Rousseau M.A., et al. 2005, Kane III J.M., 2006).. This is what makes this method out-standing and increases its

importance in comparison to the CT method.

The CT and MRI examination methods do not have any meaningful contraindications. These methods allow concluding on the location of the tumor and tactics of the operation. In our research, sensitivity of the CT diagnostic method was 96.0%, whereas the sensitivity of the MRT was 100%.

Previous to the operations, in 71 cases (68.9%) the cytomorphological tests were also conducted. With means of this method, we concluded on the cellular construct and histological shape of tumors.

The small pelvic extra-organ tumors do not demonstrate specific, pathological symptoms. Due to this fact the degree of demand for differential diagnostic examination is increasing. In addition, it is necessary to understand that various diseases often simulate small pelvic extra-organ tumors.

With the small pelvic extra-organ tumors, it is necessary to differentiate between the benign, malignant, and the diseases of other etymology with the similar symptoms. One of the diseases of the latter group is the rectum cancer, which demonstrates symptoms of constipation, pain, frequent defecation, and feeling of foreign body in the anus. Anal palpation identifies tumor with the rough, uneven surface, strong consistence, bleeding tumor. Not rarely there is a presence of surface damage and contact of the colon. In cases of the pre-sacral and para-rectal extra-organ tumors, the mucous surface of the colon usually is not involved. For the final differentiation, its necessary to conduct the CT, MRI, and targeted biopsy.

In cases of teratomas, often it is necessary to differentiate them from the Chordomas. In case of the latter, the pain, paresthesia, paresis, decline of reflexes in legs, atrophy and swelling of buttocks are clinically displayed. For the differentiation, it is necessary to conduct the CT and MRI, as well as the cyto-

morphological study of the biopsy material.

In cases of the pre-sacral tumors, the differential diagnosis should be carried out with the front pre-sacral meningocele. The latter, however, is very rare in adults. During the anal palpation of the pre-sacral meningocele the digital compression on the smooth surface of the tumor results in the retrograde flow of the fluid into the spine and the tumor disappears. This excludes the pre-sacral tumor of the small pelvis.

Rectal endometriosis is another disease that has similar symptoms. In difference from the small pelvic extra-organ tumors, the rectum endometriosis demonstrates rectal bleeding, enlargement of the endometrial nodules during the menstruation. The existence of the epithelial cell in the biopsy material is a precise sign of the rectal endometriosis.

In cases of the pre-sacral benign tumors, the differential diagnosing should be carried out with the fistulas of coccyx. The latter is featured with the fistula in the coccyx area, and the palpation of the rectum does not unveil any pathology. However, for the final diagnosis, it is necessary to conduct the test with the methyl blue or the contrast X-ray examination of the fistula.

Dermoid cysts of pre-sacra, para-rectal, pelveo-rectal, ischio-rectal and perineum location, as well as pre-sacral teratomas often become purulent, and form fistulas in perineum, rectum and vagina. Very often the general parishioners confuse it with the para-proctitis and patients even go under the knife, still without a result. To differentiate this disease, it is necessary to conduct the contrasting X-ray examination. If the small portion of the contrast spills from the hole into the rectum, the fistula is diagnosed. In contrary, if the large portion of the contrast shapes the spherical body on the X-ray diagram, the benign tumor is diagnosed.

The differential diagnosis of the small pelvic extra-organ tumors

and metastases should be carried out with the use of high-tech radial diagnostic methods and cyto-histological tests.

The extra-organ small pelvic bones tumors should be differentiated from coccyx osteomyelitis and tuberculosis. In such cases, the most important diagnostic methods to use are X-ray examination, CT, scintigraphy, cyto-morphology methods and specific tests for tuberculosis.

In cases of the small pelvic extra-organ tumors with the location at the urine bladder wall, when it causes the compression and often infiltration into the bladder, the clinical symptoms maybe the blood in urine and dysfunction of urination. In such cases it's necessary to conduct differential diagnosis with the primary tumors of the urine bladder and the urine-reproductive system, cystitis, stone in the urine tract. The Cystoscopy, Urography, cyto-histology methods are the primary diagnostic tools here; and, of course, the CT and MRI take a priority role in differentiation.

In the cases when the small pelvic extra-organ tumors penetrate into the vagina and cervix, it is necessary to differentiate them from the tumors of genital organs. Vaginal examination, puncture of the womb arch, and the cytological tests help to make a correct diagnosis. In our prospect material all above diagnosing was made with the help of CT and MRI. The post-operation Histomorphology tests verified the diagnoses.

To sum up, in spite of the similarity of clinical display of the various highlighted diseases, there are certain signs, which allow making the differential diagnosis. The careful study of the case history, the persistent examination and purposeful use of the traditional and high-tech radial methods is a predominant of a precise differential analysis and correct diagnose (Wong CS, Cummings Bj, et al., 1998, Yoshihio Moriya, et al. 2004).

Analysis of clinical materials has demonstrated that 81 patient (78.3%) out of 103 were correctly diagnosed for the first time at our clinic. These patients were treated by general therapists for months on the basis of such diagnosis as Cystitis, Paraproctitis, Oophoritis, Fistulas of the rectum, Vaginitis and etc.

According to our materials diagnostic mistakes could be explained by the following conditions: (1) by inappropriate assessment of anamnestic data, complexity of differential diagnosis and similarity with other diseases; (2) insufficient and inconsistent application of clinical-diagnostic methods; (3) low on-cological alert of medical personnel.

The main form of medical treatment of complicate as well as uncomplicated cases of small pelvic extra organ tumors is surgery (Mannaerts GH, Rutten Hj. et al. 2001). At this time it's very important to identify exact location of tumor along choosing accurate surgery approach. On the one hand, it gives us a chance to preserve radicalism and avoid damaging of adjacent organs and tissues, which would significantly decrease cases of surgical or post-surgery complications.

In accordance with our material the following approaches of surgery were applied: 1) extraabdominal (perineal and sacral); 2) intraabdominal (Middle-lower laparotomy) 3) Combined surgical method (abdomen-perineal). Out of 85 patients 52 (61.2 %) were operated with extra abdominal method (44 (51.6%) with perineal and 8 (9.6%) with sacral); 26 (30.6%) with intraabdominal and 7 (8.2%) with combined method.

Conduction of surgical operation with perineal approach gives better results in cases of perineal, ishiorectal, and pelveorectal tumors. In this case surgery is started with the dissection of skin and fatty tissues, after the release of lower and median edges of tumor from healings with help surgical knife, it is easier to excavate tumor mass from rectum with use of surgeon's finger.

Application of sacral approach for the resection of pre-sacral localized tumor was conducted in 8 cases (9.6%). To achieve radical resection of tumor, resection of IV vertebra of coccyx was performed, which helped to widen operation area, made mobilization of tumor mass from rectum and healings easier and its resection safer.

In 26 cases (30.6%) of small pelvic extra organ tumors intraabdominal surgery approach was applied. This method is indicated in such cases it is impossible to perform the surgery by the sacral access or with coccyx resection. After the middle-low laparotomy, dissection of small pelvic peritoneum and careful revision is performed for detection of tumor extension to surrounding organs and tissues. Next step is mobilization of tumor mass from the surrounding organs. After release of upper and medial surfaces from surrounding tissues it's easier to excavate tumor from the wound. It should be mentioned that mobilization of tumor is the most complicated step of the surgery. In such cases the following complications are possible, such as destruction of the rectal wall or of tumor itself, opening the suppurative inflammation, damage of sacral venous plexus and bleeding. During the above mentioned cases histomorphological study of post operative materials showed teratoblastoma (3), fibrosarcoma (8), mixosarcoma (2), rabdomiosarcoma (4), liposarcoma (7), leiomyosarcoma (1), angioleiomyosarcoma (1) diagnosis.

According to our clinical study, combined method of surgical access was applied in 7 cases (8.2%). Selection of surgical approach was conditioned by existence of big tumor in pelvis. In all 7 cases MRI showed extension of tumor 50 mm from anus till pelvical peritoneum. Out of this in 3 cases (3.5%) tumor growth was in vagina and rectum, and in 4 cases (4.7%) only in rectum. The surgical operation was performed by two groups – the first group performed laparotomy, dissection of small pelvical peritoneum, mobilization of the tumor mass and damaged

organ into one bloke; after the rectum and tumor mass mobilization the second group performed the resection or extirpation of damaged organ by the perineal access. The tumor mass removed through perineal wound together with resected organ. In 4 cases (4.7%) tumor mass excision was performed with extirpation of the rectum in one bloke and creation of extraperitoneal colostome, while in 3 cases (3.5%) tumor mass excision was performed with rectal extirpation, resection of vaginal posterior together with lateral walls and extraperitoneal formation of colostoma. Histomorphological study of post operative materials showed fibrosarcoma (2), fibroleiomyoma (2), leiomyosarcoma (1), angiosarcoma (2) diagnosis. After surgery radiation treatment in all cases was performed.

Out of 85 cases of surgical treatment of small pelvic extra organ tumors in 16 cases (18.8%) different types of complications were discovered. The following cases of intra operative complications took place - in 9 cases (10.6%) moderate bleeding was noted, in 4 cases (4.7%) wholeness of the tumor destroyed, in 1 case (1.8%) urinary bladder wall during the surgery damaged, in 2 cases (2.4%) posterior wall of the rectum damaged. Intra-operative complications mostly have been noted in case of extra peritoneal surgical approach application ($p=0.02$).

Post operative complications were found in 26 cases (32.9%). The following post surgery complications of small pelvic extra organ tumors took place - lymphorea from postoperative wound in 1 case (1.2%), suppuration of post operation wound in 7 cases (8.1%), thromboflebitis of lower extremities in 5 cases (5.9%), bleeding in 3 cases (3.5%), paresthesia of the lower extremities in 2 cases (2.4%), pneumonia in 2 cases (2.4%), atones of urine bladder in 2 cases (2.4%), dynamic impassable of bowels in 2 cases (2.4%) and insufficiency of the rectal sphincter in 2 cases (2.4%), which restored in 3-4 month after the surgery. 2 patients passed away in the hospital. In one case the reason was the em-

boli of pulmonary artery and in second case - acute cardiovascular insufficiency. Post operative complications were noted in case of intra peritoneal access of surgery as well ($p=0.018$).

It is significant that intra operative complications were reduced up to 28.4% and post operative complications reduced up to 20.8% ($p=0.0001$) in cases of patients treated with CT and MRI examination.

Out of 85 operated patients 64 (62.1%) left the clinic practically recovered and 19 (18.4%) - in improved condition.

Study of surgical treatment of small pelvic extra organ tumors was performed in 57 cases (67.0%). From this 19 cases (33/3%) were benign and 38 cases (66.7%) were malignant. It was found that 14 patients (24.6%) passed away in 5 years after the surgical treatment. 13 of them (22.8%) were with malignant tumor and 1 patient (1.7%) had benign case. From 13 patients with malignant tumor in 12 cases the reason of the death was cancer pathology. In 1 malignant and 1 benign case (1.7%) the reason was acute cardio-vascular disorder.

According to the analysis of clinical data, recurrence after surgical treatment of extra-organ small pelvic benign and malignant tumors have been found in 15 cases (17.6%) (2 cases (13.3%) were benign and 13 (86.7%) were malignant). Among the malignant tumors the following types were identified - fibrosarcoma in 3 cases (20.0%), raiodomiosarcoma in 2 cases (13.3%), mixosarcoma in 1 case (6.7%), liposarcoma in 3 cases (20.0%), leiomiosarcoma in 1 case (6.7%), chondrosarcoma in 2 cases (13.3%), angioleiomiosarcoma in 1 case (6.7%). Among the benign cases cysts were identified in 2 cases (13.3%). Recurrences too place in 1-5 years. In 7 cases (46.7%) surgery and postoperative radiation therapy was performed, while in 8 cases (53.3%) only radiation therapy was conducted.

Study of long-standing outcomes of surgical treatment of extra-

organ small pelvic malignant tumors has shown that 5 year life prolongation has been at place in 65% and Case Fatality Rate equal 0.43.

All of the above makes to conclude that the therapy of small pelvic extra-organ tumors is a difficult and complex task. The disease has no specific pathognomic sign, unveils assorted clinics when manifested, and this leads to the diagnostic errors and inadequate treatment. The high-tech diagnostic methods of CT and MRI provide identification of the exact location of tumor, its contact with the adjacent organs/tissues, and the structural particularities. These methods allow selecting the appropriate surgical approach in every individual case, reducing the intra- and post-surgery complications, improving the long-term results and conduct the targeted monitoring.

CONCLUSIONS

1. Small pelvic extra-organ tumors are very uncommon diseases. They have no holistic, common syndrome. The clinical display of the diseases is predetermined by the localization, penetration into or compression on the adjacent tissues and organs. It is necessary to conduct the differential diagnosing with the diseases of the similar clinical picture.
2. The high-tech radial methodologies of clinical examination allow not only detect the small pelvic extra-organ tumors, their location and relation to the other organs, but also define the optimal surgical approach and conduct post-surgery monitoring
3. The traditional diagnostic methods such as endoscopy, colonoscopy, rectoromanoscopy; also the X-ray methods of fistulography, irigography, urography are producing sufficient diagnostic results.
4. The optimal surgical approaches used in our study (such as

through perineum, sacral, abdominal, combined) were prompted by the tumor location and its histological structure. Such a loom significantly eases the tumor extinction, reduces complications during and after the surgery.

5. Histological study of post-surgery materials from the small pelvic extra-organ tumors in 64 cases (62.1%) the malignant tumor was verified; in 39 cases (37.9%), the benign tumor was verified. Morphological study of the materials from the adjacent organs in 32 cases (88.9%) confirmed the real growth of the tumor into the nearby organs, and in four cases (11.1%) the contact resulted in the inflammation of the nearby organs/tissues.
6. Study of the immediate and long-term results of the surgical therapy of small pelvic extra-organ tumors demonstrated post-surgery complications in 26 cases (32.9%), lethal outcomes in 2 cases (2.3%), 5-year life-span in 65 %, recurring disease in 15 cases (17.6%). 12 patient died as a result of disease progress after the surgery.

PRACTICAL RECOMMENDATIONS

1. The disease has no specific pathognomic sign. This is further worsened by the specific location of the tumor, sign-less currency of the disease, assorted picture of symptoms at the manifestation stage. The disease is not well known by the doctors and, thus, the diagnostic and therapeutic errors are rather common.
2. Main reasons of diagnostic errors are inappropriate evaluation of the case history, complexity of eh differential diagnosing, inconsistent and untargeted use of diagnostic methods, and low alert level of the general practitioners.
3. The high-tech radial methodologies of clinical examination

allow not only detect the small pelvic extra-organ tumors, their location and relation to the other organs, but also define the optimal surgical approach and conduct post-surgery monitoring

4. In every individual case, the surgical approach should be selected based on the localization and histological structure of the tumor. This makes the surgery easier, reduces intra- and post-surgery complications.
5. In the complex therapy of the small pelvic extra-organ tumors there should be used surgical, as well as radical and chemotherapy in combination with each other or independently.

LIST OF PUBLISHED WORKS DEDICATED TO THE THESIS WORK

1. Basic principles of diagnostic of extra-organ small pelvis tumors. (Co-author- Ph.D. MD. I. Bakradze). Annals of biomedical research and education. 2003 January/ March, Volume 3, Issue 1. p – 42-44;
2. The main aspects of clinics of extra-organ small pelvis tumors. (Co-author- Ph.D. MD. I. Bakradze). Abstracts of Tbilisi State Medical University scientific collected volume. Vol. XXXIX, Tbilisi, 2003. p. 276-279.
3. On the diagnostic and clinic of extra-organ small pelvis tumors. (Co-authors: Ph. Md. I. Baqradze). Georgian Oncology, ISSN 1512-1038 №3, Tbilisi, 2003, p. 24-27.
4. The types of surgical approaching and treatment of extra-organ small pelvis tumors. Abstracts of Tbilisi State Medical University scientific collected volume. Vol. XL, Tbilisi, 2004. p. 237-240.
5. The main aspects of surgical treatment of extra-organ small pelvis tumors. (Co-authors: Ph. Md. I. Baqradze). Abstracts of Tbilisi State Medical University scientific collected volume.

Vol. XLI, Tbilisi, 2005-2006. p. 234-236