



გიორგი ბოჭორიშვილი

**მსოფლ
მამაკაცებისთვის**

გიორგი ბოჭორიშვილი

რა უნდა იცოდნენ მამაკაცებმა კროსტატის კიბოს შესახებ

მეორე, შევსებული და
გადამუშავებული გამოცემა

თბილისი
2018

რედაქტორი: გიორგი გურული
დიზაინი და კონცეფცია: პაატა ნაცვლიშვილი
დაკაბადონება: გია ორჯონიკიძე

ავტორის მთავარი მიზანია მაქსიმალური ინფორმაციის მიწოდება მამაკაცებისათვის ერთ-ერთ ყველაზე გავრცელებულ დაავადებაზე — პროსტატის კიბოზე. წიგნში ყველასთვის გასაგებ ენაზე, პოპულარულადაა მოთხრობილი ამ დაავადების სიმპტომების, დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის მეთოდების, განსაკუთრებით უახლესი ოპერაციების შესახებ.

ფართო მკითხველისთვის განკუთვნილი ეს წიგნის პირველად 2003 წელს გამოიცა, მალე მოიპოვა პოპულარობა და დიდად დაეხმარა მრავალ მამაკაცს პროსტატის კიბოს სწორ დიაგნოსტიკასა და მკურნალობაში. დარწმუნებით შეიძლება ითქვას, რომ წიგნის ეს მეორე, შეესებულ და გადამუშავებული გამოცემა, არანაკლებ პოპულარული გახდება და დიდ დახმარებას გაუწევს მოსახლეობას.

გარეკანზე: „ადამ და ევა“, ორვიეტოს ღვთისმშობლის კათედრალის ფასადის რელიეფი (იტალია, XIV ს.)

© გიორგი ბოჭორიშვილი
ISBN 978-9941-9566-7-6

ვუძღვნი დედის, მედეა ბარამიძის,
და ყველა იმ ადამიანის ხსოვნას,
ვისი სიცოცხლეს კიბომ იმსხვერპლა.

ავტორისაგან

ამ წიგნის დაწერის იდეა ჯერ კიდევ ათი წლის წინ, ამერიკის შეერთებული შტატების საუნივერსიტეტო და კერძო კლინიკებში ხანგრძლივი მივლინების დროს დაიბადა. იქ ვნახე შესანიშნავად გამოცემული და დასურათებული სამასხოვროები, რომლებშიც მარტივად, მოსახლეობისათვის გასაგებად იყო მოთხრობილი სხვადასხვა უროლოგიური დაავადების, მათ შორის პროსტატის კიბოს, ადრეული დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის შესახებ. სხვა მიზეზებთან ერთად, მოსახლეობის ფართო ფენების განათლებამაც შეუწყო ხელი იმას, რომ რადიკალური პროსტატექტომია, პროსტატის კიბოს სანყის სტადიებში განკურნებისათვის მონოდებულები ერთადერთი ქირურგიული ჩარევაა, ამიტომ მსოფლიოს ბევრ უროლოგიურ კლინიკაში იგი ძირითადი ოპერაციაა და ყოველწლიურად ათასობით კეთდება.

წელს, ბელგიაში, ლოვენის საუნივერსიტეტო ჰოსპიტალში სტუმრობისას, პაციენტებთან ურთიერთობამ უფრო მეტად დამარწმუნა, რომ პროსტატის კიბოს შესახებ ინფორმირებულობა მათ საგრძნობლად უადვილებს ფსიქოლოგიური ბარიერის გადალახვას, ნდობით განაწყობს მკურნალი ექიმისადმი, რაც საბოლოოდ ხელს უწყობს სასურველი შედეგის მიღწევას. სამწუხაროდ,

ჩვენს მოსახლეობას საჭირო ინფორმაცია არ გააჩნია. სწორედ ამან მიბიძგა წინამდებარე წიგნის შექმნისაკენ. ეს აზრი კიდევ უფრო განმტკიცდა მას შემდეგ, რაც ჩემი მეგობრის, პროფესორ ჰეინ ვან პოპელის, აქტიური მხარდაჭერით პროსტატის კიბოთი დაავადებული ათეულობით ავადმყოფის გამოკვლევასა და შემდეგ უკვე რადიკალურ პროსტატექტომიაში უშუალო მონაწილეობა მივიღე.

რასაკვირველია, შორს ვარ იმ მოსაზრებისგან, რომ წინამდებარე წიგნის წაკითხვისთანავე ამ ვერაგი დაავადების მკურნალობასთან მიმართებაში ყველაფერი საერთაშორისო სტანდარტების შესაბამისად მყისიერად შეიცვლება. ამას, უპირველეს ყოვლისა, უდიდესი სახელმწიფოებრივი თანადგომა სჭირდება, რაც ახალი სადიაგნოსტიკო საშუალებებისა და მკურნალობის თანამედროვე ტექნოლოგიების უცილობელ დანერგვას მოითხოვს. ყოველივეს კი, მონდომების გარდა, დიდი ფინანსური ინვესტიციებიც უნდა.

თუკი ბევრ სამედიცინო დაწესებულებაში პროსტატის კიბოს დიაგნოსტიკა (პსა ტესტი, ტრანსრექტული სონოგრაფია და სხვ.) მეტ-ნაკლებად ხერხდება ხოლმე, რადიკალური პროსტატექტომია ბევრ საოპერაციოში ჯერ მხოლოდ მოკრძალებულ ნაბიჯებს

დგამს, მკურნალობის ერთობ მნიშვნელოვანი მეთოდი კი მაგალითად, დამიზნებითი რადიოთერაპია, ამ დროისათვის საქართველოში, ჩვენდა სამწუხაროდ, საერთოდ არ არის დანერგილი.

ყოველივე ზემოთქმულის მიუხედავად მჯერა, რომ ახლო მომავალში ბევრი რამ შეიცვლება სასიკეთოდ. სწორედ ამის გამო არის აუცილებელი, რომ მოსახლეობამ იცოდეს – პროსტატის კიბოს დამარცხების უამრავი შემთხვევებია დაფიქსირებული.

და კიდევ ერთი რამ – არნახული ტექნოლოგიური რევოლუციის ეპოქაში თითქოსდა დაიკარგა სულიერი კავშირი ავადმყოფსა და მკურნალ ექიმს შორის, რაც უდავო ზეგავლენას ახდენს მკურნალობის შედეგზე. ამის დაშვება კი არამც და არამც არ შეიძლება.

წინამდებარე წიგნი პროსტატის კიბოს შესახებ პოპულარული ფორმით დაწერილი პირველი ქართული ნაშრომია. რასაკვირველია, ამ დაავადების დიაგნოსტიკასა და მკურნალობაზე მსჯელობა მრავალ სქელტანიან წიგნშიც ვერ ჩაეტევა. მიდგომაც ბევრი საკითხის, მაგალითად,

აქტიური მეთვალყურეობის მიმართ, არაერთგვაროვანია. ამიტომ წიგნში შეიძლება სადავო საკითხებიც იყოს. ავტორი არ ისახავს (და ვერც დაისახავს) მიზნად, რომ პროსტატის კიბოს ყოველ ცალკეულ შემთხვევაში ავადმყოფი მკურნალობის ოპტიმალურ გზაზე დააყენოს. ამაში მხოლოდ მკურნალი უროლოგი დაგეხმარებათ, რომელსაც თქვენი დაავადების მიმდინარეობასა და ჯანმრთელობის ზოგად მდგომარეობაზე სრული წარმოდგენა აქვს. უნდა გვახსოვდეს, რომ ჩვენი ამოცანა სულ სხვა გახლავთ: წარმოვაჩინოთ ის, რომ პროსტატის კიბოს ნაადრევი გამოვლენა, სწორად დასმული დიაგნოზი, დროულად ჩატარებული მკურნალობა, განკურნების გარანტიია. ეს კი ავადმყოფის ჯანმრთელად ცხოვრებასა და ხანგრძლივ სიცოცხლეს განაპირობებს.

ყველა საქმიან შენიშვნასა თუ წინადადებას დიდი მადლიერები მივიღებთ და გამოვიყენებთ მომავალ მუშაობაში.

**პროფესორი
გიორგი ბოჭორიშვილი
თბილისი, 2003 წლის ივნისი**

ავტორისგან, 15 წლის უამდავ

ამ წიგნის პირველი გამოცე-
მიდან 15 წელზე მეტი გავიდა.
15 წელი ბევრი დრო არ არის,
მაგრამ ამ ხნის განმავლობაში
საერთაშორისო სამედიცინო სამ-
ყაროში და ასევე ჩვენ ქვეყანაში
საგრძნობი ცვლილებები მოხდა.
პროსტატის კიბოს გარშემო ბე-
ვრი საკითხი გადაიხედა, ზოგიც
ახლებურად გაშუქდა. საბედ-
ნიეროდ საქართველოში დღეს
არა მარტო კონფორმალური
რადიოთერაპია, არამედ კიბერ-
დანაც შესაძლებელია. მახსო-
ვს როგორი ირონიით უსმენდა
აუდიტორია დოქტორ სამუელ
ტროტერს, ვერმონტის უნივერ-
სიტეტის უროლოგიური დეპარ-
ტამენტის ხელმძღვანელს, 1993
წლის ნოემბერში, ბურლინგტონ-
ში, (აშშ, ვერმონტი) ჩატარებული
ერთ-ერთი პირველი ლაპაროს-
კოპიული სემინარის ორგანიზა-
ტორს. ღიმილის მომგვრელი კი
მისი განცხადება გახლდათ, რომ
არც ისე შორია დრო, როცა რა-
დიკალური პროსტატექტომია და
ცისტექტომია ლაპაროსკოპიუ-
ლად ჩატარდებაო. ეს ის წლებია,
როცა პირველ წარმატებულ ნა-
ბიჯებს დგამდა სენტ – ლუისის
ვამინგტონის უნივერსიტეტის
უროლოგიური დეპარტამენტი,
სადაც იმ დროისთვის ათეულო-
ბით წარმატებული ლაპაროსკო-
პიული ნეფრექტომია უკვე იყო
ნაწარმოები. 1994 წელს, საქარ-
თველოში დაბრუნების შემდეგ,
ჩემი პირველი ამერიკული მი-

ვლინების შესახებ თბილისის
უროლოგიური საზოგადოების
წინაშე დეტალური მოხსენება გა-
ვაკეთე. მათ შორის რასაკვირვე-
ლია ვისაუბრე ლაპაროსკოპიულ
ოპერაციებზეც, თუ როგორი
შთაბეჭდილება მოახდინა 5 ვარს-
კვლავიანი სასტუმროს ნულოვან
სართულზე უმაღლეს დონეზე
აღჭურვილმა ხუთმა საოპერა-
ციომ და საოპერაციო მაგიდე-
ბზე ინტუბირებულმა ლორებმა.
2 დღის განმავლობაში ინტენ-
სიურად ვაკეთებდით ლაპაროს-
კოპიულ ოპერაციებს კონსულ-
ტანტების ზედამხედველობით.
საოპერაციოშივე იმყოფებოდნენ
სხვადასხვა სამედიცინო ტექნი-
კის და აპარატურის წარმომად-
გენლები, რომლებიც ისმენდნენ
რისი შეცვლა ან გაუმჯობესება
იქნებოდა სასურველი და პრაქ-
ტიკულად ყველა გამოთქმული
შენიშვნა თუ წინადადება, მეორე
დღისთვის უკვე გასწორებული
ჰქონდათ. ჩემი მოხსენების ეს
ნაწილი ზოგიერთში ღიმილს იწ-
ვევდა, ზოგმა კი ლაპაროსკოპიის
დანერგვა ჩვენი ქვეყნისთვის იმ
დროს დიდ ფუფუნებად მიიჩნია,
არა და უკვე იმ პერიოდისთვის
საქართველოში, ზოგად ქირურ-
გიასა და გინეკოლოგიაში, ბევრ
კლინიკაში, ლაპაროსკოპიული
ოპერაციები "ფუფუნებას" სწო-
რედაც არ წარმოადგენდა.

სამწუხაროდ რეტროგრადუ-
ლი აზროვნება და ზოგი "კეთი-
ლისმსურველის" კონსერვატიზ-

მი იყო ერთ-ერთი მიზეზი, რომ ლაპაროსკოპიული ოპერაციები უროლოგიაში საქართველოში მხოლოდ 2010 წელს დაიწყო და დღეისთვის 1200 – ზე მეტი რადიკალური პროსტატექტომიაა ლაპაროსკოპიული მიდგომით ნაწარმოები. იშვიათად წარმოებული ოპერაციიდან, რადიკალური პროსტატექტომია, პროსტატის კიბოს უზშირეს მკურნალობის მეთოდად იქცა, არა მარტო თბილისის წამყვან კლინიკებში, არამედ ქუთაისსა და ბათუმშიც.

მეამაყება, რომ ჩემ კოლეგებთან ერთად საფუძველი ჩავუყარეთ საქართველოში მკურნალობის ახალ მეთოდს – დაბალი დოზის რადიაციით პროსტატის კიბოს ბრაქითერაპიას. ასევე ამერიკელ კოლეგებთან ერთად რამდენიმე ათეულ ავადმყოფს კლინიკური კვლევის მესამე ფაზაში, პროსტატის კიბოს სანყის სტადიაში, მკურნალობის ახალი, ინოვაციური მკურნალობაც ჩავუტარეთ.

პროფესორი ვან პოპელი, რომელიც ამჟამად ევროპის

უროლოგთა ასოციაციის გენერალური მდივნის მოადგილეა განათლების დარგში, ხშირად მეკითხებოდა, თუ რა შედეგი გამოიღო ამ წიგნმა პროსტატის კიბოიანი ავადმყოფების მკურნალობის გაუმჯობესებაში და ამაზე საგანგებოდ ისაუბრა საქართველოს ონკოუროლოგიის ასოციაციის კონგრესზე 2017 წლის ოქტომბერში თსუ ივანე ჯავახიშვილის აუდიტორიაში.

განსაკუთრებულ მაღლობას ვწირავ ჩემ მეგობარს, შესანიშნავ ადამიანსა და ბრწყინვალე უროლოგს, გიორგი გურულს, რომელიც ვირჯინიის უნივერსიტეტის პროფესორი და ონკოუროლოგიის მიმართულების ხელმძღვანელია და რომელიც დამთანხმდა ამ წიგნის რედაქტორი ყოფილიყო და მეორე გამოცემის წინასიტყვაობაც დაენერა.

**პროფესორი
გიორგი ბოჭორიშვილი,
თბილისი, 2018 წლის
ვარდობისთვე**

პირველი გამოცემის წინასიტყვაობა



პროსტატის კიბო ერთ-ერთი გავრცელებული ურონკოლოგიური დაავადებაა და მამაკაცთა ასაკის მატებასთან ერთად მისი სიხშირე განუხრელად მატულობს.

მისი წარმოშობის მიზეზები საბოლოოდ გარკვეული არაა. ამ თვალსაზრისით გარემო ფაქტორებისა და გენეტიკური მიზეზების მნიშვნელობა, უდავოდ დიდია. 45 წელზე ნაკლები ასაკის მამაკაცებში პროსტატის კიბო საკმაოდ იშვიათია და მის ზრდასა და განვითარებაზე ძირითად გავლენას მამაკაცის სასქესო ჰორმონი – ტესტოსტერონი ახდენს.

წარსულში ჰორმონოთერაპიამ პროსტატის კიბოს მკურნალობაში გადამწყვეტი როლი შეასრულა, რადგანაც იმ დროს ამ დაავადების გამოვლენა მხოლოდ დაგვიანებით და შორსნასულ სტადიებში ხდებოდა. ეს კი პროსტატის კიბოს განკურნებას, რასაკვირველია, არ იწვევდა.

უკანასკნელ წლებში მნიშვნელოვანი გარდატეხა მოხდა პროსტატის კიბოს სკრინინგისა და დიაგნოსტიკის თვალთახედვით, რამაც ადრეული სტადიების გამოვლენა გახადა შესაძლებელი. ამ სტადიებში ონკოლოგიური დაავადებისგან ავადმყოფების სრული განკურნება დღეს უკვე რეალობად იქცა.

ამის ჭეშმარიტი დადასტურებაა დროული ქირურგიული ჩარევა, რომლის მეშვეობითაც ამ მიმდევრულ სენისგან ავადმყოფების უმეტესობა იკურნება. სამწუხაროდ, კიბოს გავრცობის შემთხვევაში განკურნების შანსი ხელიდანაა გაშვებული და ამ დაავადების პროგრესირების შედეგად ავადმყოფთა სიკვდილიანობაც საკმაოდ მაღალია.

პროსტატის კიბოს ადრეულ გამოვლენაში სისხლში პროსტატის სპეციფიკური ანტიგენის (პსა) განსაზღვრისა და ტრანსრექტული ულტრაბგერითი გამოკვლევის მნიშვნელობა უაღრესად დიდია.

პროსტატის კიბოთი დაავადებული თითოეული ავადმყოფის მკურნალობის სტრატეგია დღემდე კამათს იწვევს და იგი ე.წ. „აქტიური მეთვალყურეობიდან“, რადიკალურ პროსტატექტომიამდე მერყეობს. მკურნალობის სახის გადამწყვეტილების მიღებისას ავადმყოფის ასაკს, ჯანმრთელობის საერთო მდგომარეობას, დაავადების სტადიასა და სიმსივნის აგრესიულობის ხარისხს ითვალისწინებენ.

არანაკლებ საყურადღებოა ადგილობრივი სამედიცინო საზოგადოების დამოკიდებულება პროსტატის კიბოს მკურნალობასთან მიმართებაში და მათი მზაობა საერთაშორისო სტან-

დარტების შესაბამისად მკურნალობის განსახორციელებლად.

პროსტატის კიბოს მკურნალობაში ძალზე დიდი მნიშვნელობა ენიჭება მოსახლეობის ფართო ფენების ინფორმირებულობას. უახლეს სამეცნიერო სტატიებში, მონოგრაფიებსა თუ სახელმძღვანელოებში, რომლებშიც დეტალურად არის გაშუქებული პროსტატის კიბოს პრობლემა, ძალზე მწირი ინფორმაციაა იმის თაობაზე, რაც თითოეულ მამაკაცს უდავოდ აინტერესებს. ეს განსაკუთრებით ადრეულ დიაგნოსტიკასა და სკრინინგს ეხება. სახელმძღვანელოებში გამოყენებული სპეციალური ტერმინები და მსჯელობა ავადმყოფების აბსოლუტური უმრავლესობისათვის გაუგებარი, ხშირად დამაბნეველი და დამთრგუნველია.

ამ თვალთახედვით წინამდებარე ნაშრომის გამოცემა უდავოდ მისასალმებელია, რადგან პროფესორი გიორგი ბოჭორიშვილი, რომლის საერთაშორისო რეპუტაცია საყოველთაოდ არის აღიარებული, გასაგები და მისაწვდომი ენით საუბრობს პროსტატის კიბოს თანამედროვე დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის საკითხებზე. მე შესაძლებლობა მქონდა წინამდებარე ნაშრომის სტრუქტურას, კონცეფციასა და დე-

ტალურ თეზისებს გავცნობოდი. სწორედ ამიტომაც მიმაჩნია, რომ ამ წიგნის გაცნობით ბევრი ადამიანი პროსტატის კიბოს ადრეული დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის აუცილებლობაში დარწმუნდება, ბევრიც მისთვის უკვე არსებული პრობლემის თაობაზე საუკეთესო რჩევას ან რეკომენდაციას ამოიკითხავს.

განსაკუთრებით აღსანიშნავია, რომ წიგნში სხვადასხვა გზით მკურნალობის ექსპერტული რჩევებია მონოდებული და რაც განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია, ავადმყოფის ფსიქოემოციური სფეროს დარღვევებია განხილული.

წიგნის ძირითადი ღირსებაა ის, რომ მისი გაცნობის შემდეგ თითოეულ მამაკაცს პროფესიულ დონეზე შეეძლება უროლოგთან მსჯელობა. ასეთი ურთიერთგაგება ავადმყოფსა და მის ექიმს შორის, პროსტატის კიბოს სწორი და წარმატებული მკურნალობის უცილობლად მყარი გარანტიაა.

**პროფესორი ჰეინ ვან პოპელი,
ევროპის უროლოგთა
კოლეგიის წევრი,
ლოვენის კათოლიკური
უნივერსიტეტის
უროლოგიური კლინიკის
ხელმძღვანელი
2003 წლის 4 ივნისი
ლოვენი, ბელგია**

რედაქტორისბან



პროსტატის კიბო მსოფლიოში ყველაზე გავრცელებული სიმსივნეების ოთხეულში შედის (ფილტვის, მსხვილი ნაწლავის და ძუძუს კიბოსთან ერთად). წელიწადში პროსტატის კიბო დაახლოებით 1,11 მილიონ კაცს უდგინდება მსოფლიოში, და 300,000-ზე მეტი კვდება ამ დაავადების გამო. პროსტატის კიბო ძირითადად ხანშიშესული მამაკაცების დაავადებაა. ავადმყოფების საშუალო ასაკი დიაგნოზის დადგენისას დაახლოებით 66 წელია, და დაავადება 40 წელზე ახალგაზრდებში საკმაოდ იშვიათია.

თუ რა ინვესს პროსტატის კიბოს საბოლოოდ დადგენილი არ არის, და მიზეზები უმეტეს შემთხვევებში საკმაოდ მრავალფეროვანია. გარემო ფაქტორების და გენეტიკის როლი პროსტატის კიბოს განვითარებაში უდავოდ მნიშვნელოვანია. პროსტატის კიბო ყველაზე ხშირად აფრიკული წარმოშობის მამაკაცებში ვითარდება, შემდეგ – ევროპული წარმოშობის და ყველაზე იშვიათად აზიელ მამაკაცებში. ლოკალურობის მიხედვით, ევროპაში და ამერიკის შეერთებულ შტატებში პროსტატის კიბო საკმაოდ ხშირია, მაშინ როცა ჩინეთში, ინდოეთში და იაპონიაში მისი სიხშირე შედარებით დაბალია.

საინტერესოა, რომ აზიელ მამაკაცებს, რომლებიც ამერიკაში ცხოვრობენ პროსტატის კიბოს განვითარების შანსი უფრო მაღალი აქვთ, ვიდრე აზიაში მაცხოვრებელ მამაკაცებს, რაც ხაზს უსვამს როგორც გარემო, ასევე გენეტიკური ფაქტორების მნიშვნელობას.

მამაკაცის სასქესო ჰორმონ ტესტოსტერონს, პროსტატის კიბოს განვითარებაში დიდი წვლილი მიუძღვის (მამაკაცებში, რომლებმაც ორივე სათესლე ჯირკვალი სხედასხვა მიზეზების გამო ბავშვობაში დაკარგეს, პროსტატის კიბო ძალზე იშვიათად უვითარდებათ) და მისი გამოყოფის რეგულირება პროსტატის კიბოს ზრდაზე დიდ გავლენას ახდენს. ჰორმონოთერაპია პროსტატის კიბოს სამკურნალოდ 1940-იან წლებში იქნა პირველად მონოდეზიანი, და საკმაოდ ეფექტური აღმოჩნდა კიბოს შორსნასული სტადიების დროს. დღესაც კი, ჰორმონოთერაპია გავრცელებული პროსტატის კიბოს მკურნალობის ყველაზე ეფექტური საშუალებაა. მისი გავლენა, სამწუხაროდ, მხოლოდ დროებითია და პროსტატის კიბოს განკურნებას არ ინვესს.

პროსტატის კიბოს სკრინინგმა წლების განმავლობაში დიდი ცვლილებები განიცადა.

პროსტატის სპეციფიკური ანტიგენის (ამ პროტეინს ძირითადად პროსტატის ჯირკვლოვანი უჯრედები გამოყოფს) გამოყენება სკრინინგისთვის 1987 წლიდან დაიწყო, რამაც პროსტატის კიბოს ადრეული დიაგნოსტიკა გახადა შესაძლებელი. უკანასკნელ წლებში ჩატარებული კვლევებმა ამ ტესტის დამაჯერებლობა სადავო გახადა. პროსტატის კიბოს სკრინინგი დღესაც საკმაოდ აქტუალური საკითხია. პროსტატის კიბოს ადრეული დიაგნოსტიკისთვის ეფექტური სკრინინგია აუცილებელი, რადგან თუ კი ეს ვერ მოხერხდა და სიმსივნე პროსტატის ჯირკვალს გასცდა, დაავადების განკურნების შანსი მნიშვნელოვნად მცირდება, სიმსივნე პროგრესირებას განიცდის და სიკვდილიანობაც საკმაოდ მაღალია.

ლოკალური პროსტატის კიბოს მკურნალობა დღესაც კიდევ კამათს იწვევს, რადგან პროსტატის კიბოს აქვს უნიკალური მახასიათებლები, რაც მას სხვა სიმსივნეებისგან განასხვავებს და მკურნალობა სწორხაზოვანი არ არის. ძალზე ბევრ ავადმყოფში, რომელსაც დაუდგინდა პროსტატის კიბო, შესაძლებელია დაავადებამ პროგრესირება საერთოდ არ განიცადოს და ავადმყოფს არავითარი მკურნალობაც არ დასჭირდეს. სამწუხაროდ, კიბოს ასეთი სახის არსებობის ზუსტად ამოცნობა იოლი არ არის. ამას ემატება ლოკალური პროსტატის კიბოს მკურნალობის რამდენიმე მეთოდის არსებობა – რადიკალური ოპერაცია (პროსტატექტომია – ღია მეთოდით ან ლაპაროსკოპიული

/ რობოტული), პროსტატის გარედან დასხივება, ბრაქიტერაპია, აქტიური მეთვალყურეობა. მკურნალობის სახის გადაწყვეტილების მიღებისას გასათვალისწინებელია ავადმყოფის ასაკი, ჯანმრთელობის საერთო მდგომარეობა, დაავადების სტადია, სიმსივნის აგრესიულობის ხარისხი და თავად ავადმყოფის არჩევანი.

ასევე არანაკლებ მნიშვნელოვანია ადგილობრივად არსებული რესურსები, რადგან სამედიცინო ტექნოლოგიის განვითარებას ახალი დიაგნოსტიკური და მკურნალობის მეთოდების დაწინაურება მოყვება, რაც განვითარებადი ქვეყნებისთვის შეიძლება ყოველთვის ხელმისაწვდომი არ იყოს. ამიტომაც ადგილობრივი სამედიცინო საზოგადოების მზადყოფნას საერთაშორისო სტანდარტების შესაბამისად მკურნალობის განსაზოგადოებლად დიდი მნიშვნელობა აქვს.

მოსახლეობის ფართო ფენების ინფორმირებულობა პროსტატის კიბოს განვითარების და მკურნალობის მეთოდების შესახებ ძალზე მნიშვნელოვანია. რადგანაც ლოკალური დაავადების მკურნალობის რამდენიმე ეფექტური, მაგრამ ერთმანეთისგან ძალზე განსხვავებული მეთოდი არსებობს, ავადმყოფი მკურნალობის შერჩევის აქტიური მონაწილე უნდა იყოს. პროსტატის კიბოს პრობლემისადმი უამრავი სამეცნიერო სტატია თუ მონოგრაფია არის მიძღვნილი. სამწუხაროდ, ასეთ ლიტერატურაში გამოყენებული სპეციალური ტერმინები და მსჯელობა ავადმყოფების აბსოლუტური უმრავლესობისათვის გაუგებარი, ხშირად

დამაბნეველი და დამორგუნველია.

ამის გათვალისწინებით წინამდებარე ნაშრომის გამოცემა უდავოდ მისასალმებელია. პროფესორი გიორგი ბოჭორიშვილი, რომლის ავტორიტეტი საყოველთაოდ არის აღიარებული, ამ წიგნის ავტორობისთვის საუკეთესო არჩევანია. ბატონ გიორგის მე პირველად 1990 წელს შევხვდი და ახლაც მახსოვს ის დიდი შთაბეჭდილება რაც მან ჩემზე დატოვა, როგორც ახალგაზრდა ექიმმა-მეცნიერმა, უროლოგიური ონკოლოგიის ღრმა ცოდნით. ჩვენი მეგობრობა და თანამშრომლობა გაგრძელდა ამ წლების განმავლობაში და ყოველი შეხვედრა ამ შესანიშნავ ადამიანთან, მეცნიერთან, მასწავლებელთან და ექიმთან ჩემთვის ძალზე სასიამოვნო გახლავთ.

პროსტატის კიბოს მკურნალობა რთული და მრავალფეროვანია. პროსტატის ჯირკვალს მამაკაცის სქესობრივ ფუნქციაზე და შარდის შეკავებაში მნიშვნელოვანი ადგილი უკავია, ამიტომ მკურნალობის შერჩევასას ონკოლოგიური შედეგების გარდა მკურნალობის მეთოდის ამ

ფუნქციებზე გავლენაც უნდა იყოს გათვალისწინებული. მე შესაძლებლობა მქონდა წინამდებარე ნაშრომს სრულად გავცნობოდი. ბატონი გიორგი გასაგები და მისაწვდომი ენით საუბრობს ზემოთაღნიშნულ საკითხებზე და ექსპერტულ რჩევებს იძლევა პროსტატის კიბოს დიაგნოსტიკის და მკურნალობის შესახებ უახლესი მეთოდოლოგიის გათვალისწინებით.

ამ წიგნის წაკითხვის შემდეგ თითოეულ მამაკაცს საკმარისი ინფორმაცია ექნება იმისთვის რომ კომპეტენტურად იმსჯელოს პროსტატის კიბოს შესახებ თავის ექიმთან. ასეთი ურთიერთგაგება ავადმყოფსა და მის ექიმს შორის, პროსტატის კიბოს სწორი და წარმატებული მკურნალობის აუცილებელი პირობაა, და სწორედ ეს გახლავთ ამ წიგნის ერთ-ერთი ძირითადი ღირსება.

*პროფესორი გიორგი გურული,
ვირჯინიის შტატის უნივერსიტეტის
ონკოუროლოგიური დივიზიონის
ხელმძღვანელი
2018 წლის 15 იანვარი
რიჩმონდი, ვირჯინია,
ამერიკის შეერთებული შტატები*

ნიმუში არსებული შემოკლებები:

- ადთ** – ანდროგენ დეპრივაციული თერაპია
- აუა** – ამერიკის უროლოგთა ასოციაცია
- ბპსა** – კეთილთვისებიანი პროსტატო სპეციფიკური ანტიგენი (დამახასიათებელია პკპ-თვის)
- დეს** – დიეტილსტილბესტროლი
- დჰტ** – დიჰიდროტესტოსტერონი
- დნმ** – დეზოქსირიბო ნუკლეინის მჟავა
- დრგ** – დიგიტალური რექტალური გასინჯვა
- ეუა** – ევროპის უროლოგთა ასოციაცია
- კრპკ** – კატრაცია რეზისტენტული პროსტატის კიბო
- კტ** – კომპიუტერული ტომოგრაფია
- მიფუ** – მაღალი ინტენსივობის ფოკუსირებული ულტრაბგერა
- მრტ** – მაგნიტურ რეზონანსული ტომოგრაფია (ბირთვულ მაგნიტური რეზონანსი)
- მჰ** – მალუთენინზირებული ჰორმონი

- მჰრჰ** – მალუთენინზირებული ჰორმონის რილიზინგ ჰორმონი
- პკ** – პროსტატის კიბო
- პკპ** – პროსტატის კეთილთვისებიანი ჰიპერპლაზია
- პსა** – საერთო პროსტატო სპეციფიკური ანტიგენი, ან პროსტატო სპეციფიკური ანტიგენი
- პსმა** – პროსტატო სპეციფიკური მემბრანული ანტიგენი
- 2 პროპსა** – პსა-ს ფრაგმენტირებული ფორმა, დამახასიათებელი კიბოსთვის
- პკა 3** – პროსტატის კიბოს ანტიგენი 3
- პეტ სკანი** – პოზიტრონ ემისიური ტომოგრაფია
- რთ** – რადიოთერაპია
- რპ** – რადიკალური პროსტატექტომია
- რნმ** – რიბონუკლეინის მჟავა
- ტრუს** – ტრანსრექტული სონოგრაფია
- ტურპ** – პროსტატის ტრანსურეთრული რეზექცია

წიგნში არსებითია:

რა არის პროსტატა? გვ. 18

პროსტატა პატარა ჯირკვალაა, რომელიც მხოლოდ მამაკაცებში გვხვდება. ის გარს ერტყმის შარდსადენ მილს (ურეთრას), რომელიც შარდს შარდის ბუშტიდან ასოს წვერამდე ატარებს

პროსტატის კიბოსა და პროსტატის კეთილთვისებიანი ჰიპერპლაზიის სიმპტომები, ზოგჯერ პროსტატიტისაც, მეტ-ნაკლებად იდენტიურია და ხასიათდება: გვ. 23

- გაძნელებული მოშარდვის აქტივით;
- ჩვეულებრივზე მეტად წყვეტილი, გახსნილი მოშარდვით, განსაკუთრებით ღამე;
- ტკივილით მოშარდვისას;
- ტკივილით ხერხემალში, მენჯსა და ქვედა კიდურებში;
- შარდსა და ეაკულატში სისხლის არსებობით;
- ერექციული დისფუნქციით (ერექციის დაქვეითებით, ან მისი სრული უუნარობით);
- ეაკულატის გათხიერების დაქვეითებით.

პროსტატის კიბოს დიაგნოსტიკა

ემყარება: გვ. 37

- დიგიტალური რექტალური გასინჯვის შედეგებს;

- პსა-ს განსაზღვრის შედეგებს;
- ტრანსრექტული სონოგრაფიის შედეგებს;
- ტრასრექტული (პერინეული) ბიოფსიის შედეგებს.

პროსტატის კიბოს მკურნალობის ალგორითმი გულისხმობს: გვ. 47

- აქტიურ მეთვალყურეობას;
- ქირურგიულ ჩარევას – რადიკალურ პროსტატექტომიას;
- რადიოთერაპიას;
- ექსპერიმენტულ მკურნალობას;
- „ფხიზელი მოლოდინის“ ტაქტიკას;
- ჰორმონოთერაპიას;
- იშვიათად, ქიმიოთერაპიას.

რა განცდები აქვს ავადმყოფს? გვ. 79

პროსტატის კიბოს დიაგნოზი, შეთავაზებული მკურნალობა და ზოგჯერ მისი გართულებები, ავადმყოფს შოკში აგდებს. ნუ გერიდებათ, შეგიძლიათ მკურნალ ექიმს ნებისმიერი კითხვით მიმართოთ.

ცნობილია, რომ პროსტატის კიბო საშუალო და ხანდაზმული ასაკის მამაკაცებში ერთ-ერთი უხშირესი ავთვისებიანი სიმსივნეა. ასევე ცნობილია, რომ აშშ-ში ყოველ 3 წუთში პროსტატის კიბოს ახალი შემთხვევა დგინდება, ხოლო ყოველ 15 წუთში ამ დაავადებით ადამიანი იღუპება.

პროსტატის კიბოს მკურნალობის აქტუალურობა იმან განაპირობა, რომ დღეისათვის ამ დაავადებამ და ამის გამო სიკვდილობამ, მნიშვნელოვნად იმატა.

აშშ-ში, გერმანიაში, ბელგიასა და შვეიცარიაში ეს დაავადება მამაკაცებში ონკოლოგიურ დაავადებათა შორის ფილტვის კიბოს შემდეგ მეორე ადგილზეა. იგი რუსეთში ასევე მეორე ადგილზეა – კანის კიბოს (მელანომის) შემდეგ.

სამწუხაროდ, საქართველოში ანალოგიური ეპიდემიოლოგიური კვლევები არ ჩატარებულა და პროსტატის კიბოს გავრცელებაზე სავარაუდო მსჯელობა ცალკეული უროლოგიური კლინიკების მონაცემებით შეიძლება. კარგია, რომ სტატისტიკური მონაცემების გაუმჯობესების თვალსაზრისით საქართველოში გარკვეული ნაბიჯები უკვე გადაიდგა. შეიქმნა კიბოს რეესტრი, თბილისში და სხვა ქალაქებში წარმატებით ფუნქციონირებენ კიბოს სკრინინგ ცენტრები. ფაქტია, რომ ჩვენ ქვეყანაში პროსტატის კიბო უხშირესი ურონკოლოგიური დაავადებაა და კვლევის თანამედროვე მეთოდების გამოყენებით მისი გამოვლენის სიხშირე განუხრელად მატულობს.

ქვემოთ შევჩერდებით ამ დაავადებასთან დაკავშირებულ არაერთ მნიშვნელოვან საკითხზე, ზოგჯერ რამდენი-

მეჯერაც. ეს გასაგები უნდა იყოს მკითხველისათვის, რამეთუ **პროსტატის კიბოს** დიაგნოსტიკა და მკურნალობის სპეციფიკა, ბევრი სხვა დაავადებისგან განსხვავებულია. ამასთან, თუკი **პროსტატის კიბოს** დიაგნოზი დროულად დაისვა, დაავადების განკურნება შესაძლებელია. ასეთი მნიშვნელოვანი ინფორმაცია სრულად უნდა მიენოდოს როგორც ავადმყოფს, ასევე მის მკურნალსაც. პირველს იმისათვის, რომ ჩივილების არსებობის შემთხვევაში რეგულარულად ჩაიტაროს გამოკვლევები, აუცილებლობისას სათანადო მკურნალობაც, ხოლო ექიმს იმისათვის, რომ ამ დაავადების ადრეულ დიაგნოსტიკასა და მკურნალობის თანამედროვე მეთოდების გამოყენებას დაეუფლოს.

ორგანოები და ქსოვილები წარმოქმნილია ძალიან პატარა ბლოკებისაგან, რომელთაც **უჯრედები** ეწოდება. **სიმსივნე (კიბო)** სწორედ უჯრედების დაავადებაა. სხეულის სხვადასხვა ნაწილში არსებული უჯრედები სტრუქტურულად და ფუნქციურად განსხვავებულია, თუმცა მათი გამრავლება და გაყოფა ერთნაირი გზით ხდება.

ჩვეულებრივ, ეს გაყოფა მკაცრად განსაზღვრული და ცენტრალური ნერვული სისტემისგან კონტროლირებადი პროცესია, მაგრამ თუ რაღაც მიზეზის გამო იგი **უკონტროლო** გახდა, უჯრედები აგრძელებენ **ქაოსურ** გაყოფასა და ჯგუფებად გაერთიანებას. სწორედ უჯრედთა ამ პათოლოგიურ გაერთიანებას ჰქვია **სიმსივნე**, რომელიც შესაძლოა იყოს **კეთილთვისებიანი**, ან **ავთვისებიანი**.

კეთილთვისებიანი პროცესის დროს სიმსივნური უჯრედები სხეულის სხვა ნაწილებში არ ვრცელდება. სანყისი სიმსივნის ზომაში მატებამ შესაძლოა ირგვლივ მდებარე ორგანოებზე ზენოლა და მათი ფუნქციის მოშლაც გამოიწვიოს.

ავთვისებიანი სიმსივნე შეიცავს **კანცეროგენულ (კიბოს)** უჯრედებს, რომელთაც სანყისი ადგილიდან მოშორებით გავრცელების უნარი აქვთ. სათანადო მკურნალობის არარსებობისას, კიბოს უჯრედები ირგვლივ მდებარე ქსოვილებსა ან ორგანოებში შეიჭრება და მათ დაზიანებას იწვევს. ზოგჯერ ეს უჯრედები სანყისი (პირველადი) სიმსივნიდან სხეულის სხვადასხვა ორგანოში სისხლძარღვებისა და ლიმფური სისტემის მეშვეობით ვრცელდებიან და როცა ისინი ახალ ადგილს აღწევენ, შესაძლოა განაგრძონ გაყოფა და ახალი სიმსივნე წარმოქმნან, რასაც ხშირად

მეორეულ სიმსივნეს, ან **მეტასტაზს**, უწოდებენ.

მიკროსკოპით უჯრედთა პატარა ნაწილის დათვალიერებით ექიმ-სპეციალისტს სიმსივნის **კეთილთვისებიანობისა** და **ავთვისებიანობის** დადგენა შეუძლია. ამას **მორფოლოგიური კვლევა** ეწოდება. ამ გამოკვლევისთვის მასალას უშუალოდ ოპერაციის დროს, ან სიმსივნურ პროცესზე საექვო უბნიდან სპეციალური **საბიოპსიო** ნემსით იღებენ. ამდენად, მორფოლოგიურად იკვლევენ როგორც **ოპერაციულ**, ასევე **ბიოპსიურ** მასალას.

უნდა გვახსოვდეს, რომ არსებობს სიმსივნის 200-ზე მეტი სახეობა, რომლებიც აუცილებლად **ინდივიდუალურ და სპეციფიკურ მკურნალობას** საჭიროებენ. მეცნიერება კოლოსალურ ნაბიჯებს დგამს და მჯერა დადგება დრო, როცა მედიცინა **პერსონოფიციურებული** გახდება.

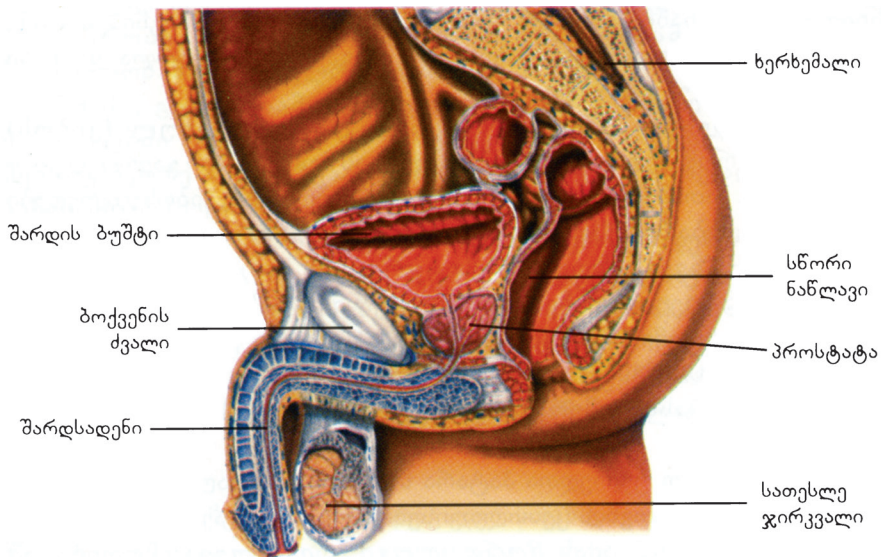
რა არის პროსტატა?

პროსტატა პატარა ჯირკვალაია, რომელიც მხოლოდ მამაკაცებში გვხვდება. ის გარს ერტყმის შარდსადენ მილს (ურეთრას), რომელიც შარდს შარდის ბუშტიდან ასოს წვერამდე ატარებს. (სურ. 1) პროსტატა გამოყოფს სქელ თეთრ სითხეს, პროსტატის სეკრეტს, რომელიც ერევა სპერმას და ათხიერებს მას. პროსტატის ზრდა და ცხოველმყოფელობა დამოკიდებულია მამაკაცის სასქესო ჰორმონზე – ტესტოსტერონზე, რომელიც სათესლე ჯირკვლებში გამოიმუშავდება.

რა არის პროსტატის კიბო?

პროსტატის კიბო სხვა ავთვისებიანი სიმსივნეებისგან ყველაზე მეტად იმით განსხვავდება, რომ მცირე ზომის სიმსივნური უჯრედები პროსტატის ქსოვილში წლების განმავლობაში შეიძლება „მთვლემარე“ მდგომარეობაში იყოს. 50 წლამდე ასაკის მამაკაცების დაახლოებით 1/3 პროსტატის ქსოვილში პროსტატის კიბოს მცირე უბანი აქვს, ხოლო 80 წლის ყველა მამაკაცს ყოველთვის აქვს პროსტატის კიბო.

ხანდაზმულ ავადმყოფებში პროსტატის კიბო საკმაოდ ნელი ზრდით ხასიათდება და ამიტომაც ყოველთვის არ იწვევს რაიმე გართულებას, ახალგაზრ-



სურ. 1. მამაკაცის მცირე მენჯის ღრუს ორგანოების ანატომიური გამოსახულება (გვერდითი ჭრილი).

დებში კი იგი ძალზე სწრაფად პროგრესირებს.

პროსტატის კიბო კიდევ იმით განსხვავდება სხვა სოლიდური სიმსივნეებისგან, რომ ბევრი პროსტატის კიბოიანი მამაკაცი სრულებით სხვა მიზეზით, ან დაავადებით, კვდება და არა პროსტატის კიბოს, ან მისგან განვითარებული გართულებების გამო.

განსხვავებულია პროსტატის კიბოს კლინიკური გამოვლინებაც – 8 კიბოიანი ავადმყოფიდან კლინიკურად იგი მხოლოდ 1 მამაკაცში ვლინდება.

საყურადღებოა ის გარემოებაც, რომ პროსტატის კიბო უმეტესწილად წელიწადში, ანუ პროგრესირებით, ხასიათდება და კლინიკურად მხოლოდ 13 %-ში ვლინდება. სიცოცხლის მანძილზე თვით კიბოსგან ავადმყოფების მხოლოდ 3% კვდება.

აი ასეთ სტატისტიკურ მონაცემებს გვიზიარებენ ცნობილი უროლოგები როჯერ კირბი და მანიშ პატელი წიგნის, “ფაქტები პროსტატის კიბოს შესახებ”

რა ინვაზს პროსტატის კიბოს განვითარებას?

როგორც ზემოთ აღვნიშნეთ, პროსტატის კიბო 50 წლამდე ასაკის მამაკაცებში იშვიათია. მისი განვითარების მიზეზები ცნობილი არაა, თუმცა დღეისათვის ზოგიერთი ფაქტორის გავლენა პროსტატის კიბოს განვითარებაში უდავოა. ასეთია ავადმყოფის ასაკი, მემკვიდრეობა, კვების რეჟიმი. მაგალითად, თუ თქვენს მამას ან ძმას ჰქონდა ჰკ, თქვენი დაავადების რისკი ორჯერ მაღალია, ხოლო თუკი ეს დაავადება ორივეს აღენიშნებოდა, დაავადების რისკი 5-ჯერ მატულობს. გარემო ფაქტორებისა და პროფესიული

საქმიანობის გავლენა ჰკ განვითარებაზე ბოლომდე გარკვეული არ არის. დაკვირვების შედეგების მიხედვით გარკვეული დამოკიდებულება არსებობს პროსტატის კიბოს სიხშირესა და ავადმყოფის წარმომავლობას შორის. მაგალითად, ცნობილია, რომ იგი განსაკუთრებით ხშირია შავკანიან მამაკაცებში, ხოლო აზიური წარმომავლობის ავადმყოფებში – საკმაოდ იშვიათია. ასევე ცნობილია, რომ ის მამაკაცები, რომლებიც უცხიმო და მცენარეულ საკვებს მიირთმევენ, პროსტატის კიბოთი გაცილებით იშვიათად ავადდებიან. დადგენილია, რომ ჩრდილოეთის ქვეყნებში, სადაც ულტრაიისფერი გამოსხივება საგრძნობლად ნაკლებია, უფრო ხშირად ავადდებიან პროსტატის კიბოთი, ვიდრე სამხრეთში მცხოვრებნი. იაპონიაში იშვიათია ჰკ, რადგან მოსახლეობის უმეტესობა ზღვის პროდუქტებს მიირთმევს. ამდენად, რაოდენ პარადოქსულად არ უნდა ჟღერდეს, იაპონიაში პროსტატის კიბოს სამეცნიერო კვლევის ინტერესიც კი არა აქვთ. ამერიკაში მცხოვრებ იაპონელებში პროსტატის კიბოს პროცენტული სიხშირე სამშობლოში მაცხოვრებლებთან შედარებით მაღალია, რასაც ახალ ადგილას, ანუ აშშ-ში, გარემო ფაქტორებს, და კერძოდ, კვების თავისებურებებს უკავშირებენ.

ასაკი

ასაკი მნიშვნელოვან როლს თამაშობს პროსტატის კიბოს განვითარებაში. დაავადების კლინიკური გამოვლინება 50 წლამდე ასაკში ძალზე იშვიათია, ამავდროულად მისი განვითარების სიხშირე 60 წელს ზემოთ ასაკის მამაკაცებში საგრძნობლად მატულობს.

ეუთიტოვისებანი ჰიოცესის გიხოს სიმსივნეხი უჯიელები სხეულის სხვა ნაწილებში ახ ვიყელება

რასობრივი კუთვნილება

პროსტატის კიბო ძალზე ხშირია ჩრდილოეთ ამერიკაში, ევროპის ქვეყნებში და საკმაოდ იშვიათია შორეულ აღმოსავლეთში. აშშ-ში ძალზე ხშირია შავკანიან მოსახლეობაში, ამასთან პროსტატის კიბოს კლინიკური მიმდინარეობა ამ დროს განსაკუთრებული აგრესიულობით ხასიათდება. იშვიათია ჩინელებსა და იაპონელებში, თუმცა ამ ბოლო დროს მათ შორისაც უკმატების ტენდენციაა. აღსანიშნავია, რომ ორ თაობაში პროსტატის კიბოს განვითარების ალბათობა მატულობს მისი დაბალი გავრცელების ზონიდან, მაღალი გავრცელების ზონაში ემიგრირებისას. ეს გვაფიქრებინებს, რომ გარემო ფაქტორები, კვების თავისებურებებთან ერთად, ხელშემწყობ როლს თამაშობენ.

ოჯახური ფაქტორები/ გენეტიკური რისკი

პროსტატის კიბოს ოჯახური ანამნეზი 2,5 ჯერ ზრდის კიბოს განვითარების ალბათობას პირველი თაობის შთამომავლებში. ბოლო წლებში სულ უფრო მეტ ყურადღებას უთმობენ მაღალი რისკის მქონე ავადმყოფებში გენეტიკური კვლევების ჩატარებას, თუმცა ამ დრომდე კლინიკურად ღირებული გენეტიკური ტესტი არ არსებობს.

ჰორმონები

ტესტოსტერონი და დიჰიდროტესტოსტერონი (დჰტ) ნორმალური პროსტატის ზრდას უწყობს ხელს და ასევე გარკვეულად ახდენს გავლენას პროსტატის კიბოს განვითარებაზე. ცნობილია, რომ 3კ, იშვიათი გამონაკლისის გარდა, ადრეული

მომნიფების ასაკში, სხვადასხვა მიზეზების გამო კასტრირებულებში, არ ვითარდება. ასევე არ ვითარდება იგი ადამიანებში, რომელთაც 5 ალფა-რედუქტაზას დეფიციტი აქვთ – იმ ენზიმის ნაკლებობა, რომლის I და II იზოფორმები ტესტოსტერონს დიჰიდროტესტოსტერონად (დჰტ) გარდაქმნიან. კვლევებით დადგენილია, რომ მედიკამენტები, რომლებიც მეორე ტიპის 5 ალფა-რედუქტაზას ინჰიბირებას (დათრგუნვას) აპირობებენ, მაგ. დუტასტერიდი, ან ფინასტერიდი 3კ განვითარების ალბათობას 25%-ით ამცირებენ. ეს კი პროსტატის კიბოს განვითარებაში დჰტ მნიშვნელოვან როლზე მიუთითებს.

ამ ჭრილში საგულისხმო გარემოებაა, რომ პროსტატის კიბოს განვითარების ალბათობა ასაკთან ერთად მატულობს, ხოლო სისხლში ტესტოსტერონის შემცველობა კლებულობს. დამატებით უნდა აღინიშნოს, რომ შორს წასული პროსტატის კიბოს დროს ავადმყოფებს ტესტოსტერონის დაბალი დონე აქვთ, მაშინ როდესაც იგივე ასაკობრივი ჯგუფის, მაგრამ პროსტატის კიბოს გარეშე, მამაკაცების სისხლში ტესტოსტერონის დონე დაბალი არ გახლავთ.

სიმსუქნე

ადრინდელი კვლევებით პროსტატის კიბო ჭარბწონიანებში ხშირი იყო, თუმცა ბოლო მონაცემებით ჭარბი წონის დროს პროსტატის კიბო ნაკლები სიხშირით გვხვდება. ბოლო წლების სამეცნიერო სტატიებში პროსტატის კიბოს რისკი სიმსუქნისას 44% შეადგენს. პროსტატის კიბოს დროს სიკვდილიანობა ჭარბწონიანებში სარწმუნოდ მაღალია, თუმცა კასტრაცია რეზისტენტული და არამეტასტაზირებული პროსტატის კიბოს დროს სიკვდილიანობა სტატისტიკურად სარწმუნოდ დაბალია.

ავთვისებიანი სიმსივნე შეიცავს ჯანსიხოგუნე (კიბოს) უჩივებს, ხომელთაც სანყისი ადგილიდან მოშოხებით გახიყელების უნაჩი აქვთ

კვების რაჟიმი

ცხოველური ცხიმები, პროტეინით მდიდარი საკვები, ხორცი და ნახშირწყლები, იშვიათად ბოსტნეული, დასავლეთის ბევრ ქვეყანაში გავრცელებული კვების რაციონი გახლავთ. განსაკუთრებით მაგნე გავლენას ახდენს ორგანიზმზე **სატურირებული (გაჯერებული) ცხიმები, უმი და თერმულად დაუმუშავებელი ხორცი, ალფა ლინოლის მჟავა, ომეგა-3**, რაც ხელს უწყობს **პროსტატის კიბოს** განვითარებას. **მექანიზმი** შესაძლოა იყოს **ოქსიდაციური სტრესის** განვითარება, შემდგომში **დნმ-ის დაზიანებით** და/ან **წონის მომატებით**. ამასთან, **საზღვაო რეწვისას** მოპოვებული **ომეგა-3 ცხიმოვანი მჟავები** შესაძლოა ამცირებდნენ პროსტატის კიბოს განვითარების ალბათობას.

ზინს სხივები და ვიტამინი D

ულტრაიისფერი სხივების ექსპოზიციის ნაკლებობა და ვიტამინ D-ს დეფიციტი პროსტატის კიბოს განვითარების ალბათობას ზრდის და ეს გეოგრაფიულად საკმაოდ თვალშისაცემია ჩრდილოეთის ქვეყნებში. მექანიზმი, თუ როგორ იცავს ორგანიზმს პროსტატის კიბოს განვითარებისგან ულტრაიისფერი სხივებით წარმოქმნილი ვიტამინი D, უცნობია. ამავდროულად ამ ვიტამინის მიღება 3კ განვითარების რისკს სრულებითაც არ ამცირებს. მეტიც, კალციტრიოლი (ვიტამინი D) გამოიყენებოდა პროსტატის კიბოს შორსნასული ფორმების სამკურნალოდ. სამწუხაროდ, ინფორმაცია ამ მკურნალობის ეფექტურობის შესახებ პრაქტიკულად არ არსებობს.

რა გავლენას ახდენს პროსტატის კიბოს განვითარებაზე დიეტა, ცხოვრების წესი და ქიმოპრევენცია

დღეისათვის მედიცინის ყველა დარგში დიაგნოსტიკის, მკურნალობის, პრევენციის რეკომენდაციები ემყარება იმას, თუ რამდენად **სარწმუნოა** და **დამაჯერებელი** ესა თუ ის მონოდებული ინფორმაცია. ასეა **პროსტატის კიბოსთან** მიმართებითაც. ძალზე ბევრი კვლევაა, თუ კვების რა თავისებურებები უწყობენ ხელს **პროსტატის კიბოს** განვითარებას, თუმცა ხშირად ეს კვლევები დამაჯერებლობით გამყარებული არ არის. ასე მაგალითად, **კალციუმის** დანამატების მიღება ზრდის **პროსტატის კიბოს** განვითარების რისკს 70%-მდე, თუმცა ბევრი სხვა კვლევით ეს არ დასტურდება. **ომეგა-3** ცხიმოვანი მჟავების მოხმარებასთან დაკავშირებით არის კონფლიქტური კვლევები, როცა ერთნი მიუთითებენ 3კ სინშირის 43%-იან ზრდას, სხვა კვლევები კი საპირისპირო მოსაზრებებს ამყარებენ. საინტერესო პუბლიკაციებია **ლიკოპენის** შემცველი პროდუქტების – **პომიდვრის, საზამთროს, ვარდისფერი გრეიფრუტის, როგორც სიმსივნის პრევენციის საშუალებებთან** დაკავშირებით, ასევე **სელენიუმის** შემცველი საკვების (**მარცვლეული, თევზი, შინაური ფრინველი, რძის პროდუქტები**) მოხმარებასთან მიმართებით. საინტერესო ინფორმაციაა **სოიოს** რძესთან დაკავშირებით, რისი სისტემატური მიღება **70%-ით** ამცირებს 3კ განვითარების ალბათობას.

პროსტატის კიბოს პროგრესირებას **სავარაუდოდ** ხელს უშლის **ფიზიკური ვარჯიში, დაბალ ცხიმოვანი დიეტა, ლიკოპენის შემცველი საკვები კვირაში 2 ჯერ მაინც, ბრონეულის წვენი** მიღება, **სოიოს პროდუქტები**.

ჰიოსტატა ჰაკაჩა ჯიხვაცია, ხომელიც მხოლოდ მამაკაცებში გვხვდება. ის გახს ეჩყყმის შახცსადენ მიცს (უხეთხას), ხომელიც შახცს შახცის ბუშტიდან ასოს წვეჩამდე ატაჩებს

კიდევ ერთხელ უნდა აღინიშნოს, რომ სრული დამაჯერებლობით მსჯელობა იმაზე, რომ ზემოთხსენებული პროდუქტების მიღება აგვაცილებს პროსტატის კიბოს განვითარებას, ან პკ-ს პროგრესირებას შეაფერხებს, საბოლოოდ დადასტურებული არ გახლავთ. სწორედ ამის დასტურია ევროპის უროლოგთა ასოციაციის ბოლო, 2018 წლის მარტის რეკომენდაციები, რომლებიც კვლავ ზოგადი მსჯელობით, ზოგჯერ აბსტრაქტულითაც, გამოირჩევიან.

ეს მონაცემები რამდენიმე მეტა ანალიზურ კვლევას ეფუძნება. ამგვარ კვლევას რწმუნებულების მაღალი ხარისხი აქვს. ერთი, ან რამდენიმე, ურთიერთდაკავშირებული სამეცნიერო მოვლენის, ან ჰიპოთეზის დასადასტურებლად იყენებენ დამუშავებას სტატისტიკური მეთოდებით, რაც რამდენიმე კვლევის მონაცემების გაერთიანებას ეფუძნება. სწორედ ამას ეწოდება მეტა ანალიზური კვლევა.

ცხრილი 1

საკვები პროდუქტები და პროსტატის კიბოს სიხშირე, ეუა 2018

ალკოჰოლი	ალკოჰოლის როგორც ხშირი მოხმარება, ასევე მისგან თავშეკავება დაკავშირებულია პკ როგორც მაღალ რისკთან, ასევე კიბოსპეციფიკურ სიკვდილიანობასთან.
რძის პროდუქტები	ნანახია სუსტი კავშირი რძის პროდუქტების ცილის ხშირ მოხმარებასა და პკ რისკს შორის.
ცხიმები	ვერ დგინდება კავშირი გრძელვადიან ნახევრად სატურირებულ ცხიმოვან მჟავას ომეგა -3 მოხმარებასა და პკ შორის. ამასთან კავშირი შემწვარი საკვების მიღებასა და პკ რისკს შორის შესაძლოა არსებობდეს
ლიკოპენი (კაროტინები)	მეტაანალიზით დგინდება ლიკოპენის ხელსაყრელი ზემოქმედების ტენდენცია პკ სიხშირეზე. რანდომიზირებული კონტროლირებადი კვლევებით ლიკოპენისა და პლაცებოს შედარებით, პკ სიხშირის სარწმუნო კლება არ გამოვლინდა.
ხორცი	მეტა ანალიზით ვერ გამოვლინდა კავშირი წითელი (ჟემი) ხორცისა და დამუშავებული ხორცის მოხმარებასა და პკ შორის
ფიტოესტროგენები	მეტა ანალიზის საფუძველზე ფიტოესტროგენების მიღებამ (სოიო და სოიოს პროდუქტები, სელი, სეზამის თესლი, ხორბლის კენკრა, შვრია, ქერი, ლობიო, ოსპი, ბრინჯი, ვაშლი, სტაფილო, ბრონეული, ბრინჯის ქაჭო, ყავა, ცერეცო, წითელი სამყურა) სარწმუნოდ დააქვეითა პკ რისკი.
ვიტამინი D	ამ ვიტამინის როგორც დაბალი, ასევე მაღალი კონცენტრაციისას სარწმუნოდ გაზრდილია პკ რისკი, განსაკუთრებით მაღალი ხარისხის დაავადების პროგრესირების.
სელენიუმი ვიტამინი E	ნანახია უკუკავშირი სისხლში სელენის შემცველობასა და პკ აგრესიულ ფორმებს შორის. ამასთან სელენისა და ვიტამინ E–ს მოხმარება საკვებ დანამატებში პკ გავლენას არ ახდენს.

ჰოსტატის ებო სხვა ავთვისებიანი სიმსივნეებისგან ყველაზე მეტად იმით განსხვავდება, რომ მცირე ზომის სიმსივნეები უჩივები ჰოსტატის ქაოვილი ნების განმავლობაში შეიძლება „მოვლემაჟ“ მდგომარეობაში იყოს

**რა სიმპტომებით ხასიათდება
პროსტატის კიბო?
არის კი ეს ნიშნები მხოლოდ
პროსტატის კიბოსთვის
ღამახასიათებელი?**

როგორც ზემოთ აღვნიშნეთ, საწყის ეტაპზე (სტადიაზე) პროსტატის კიბოს რაიმე განსაკუთრებული ნიშნები არა აქვს. იგი ძირითადად თავს იჩენს სიმსივნის ზომაში საგრძნობი მომატებისას, როცა შარდსადენი მილის (ურეთრის) დახშობა (ობსტრუქცია) ხდება. ასაკოვან მამაკაცებს ხშირად აქვთ გადიდებული პროსტატა, რომელიც პროსტატის კეთილთვისებიანი ჰიპერპლაზიით (ჰკპ) არის გამოწვეული. არის კიდევ ერთი დაავადება, პროსტატიტი, ანთებითი ცვლილებები პროსტატაში, რომლის დროსაც ასევე ხდება შარდვის აქტის დარღვევა. ამ დროს ავადმყოფს აქვს ხშირი შარდვა, მცირე ულუფებით. ექსკოპიურად შარდის ბუშტი პრაქტიკულად დაცლილია, შარდის საერთო ანალიზში კი ანთებადი ცვლილებები ჭარბობს. ამგვარი ტიპის მოშარდვას ირიტაციული ჰქვია. შესაძლოა საპირისპირო მდგომარეობის არსებობა – შარდვის გაძნელება, შარდის გამოყოფა მცირე ულუფებით, ე.წ. ობსტრუქციული მოშარდვა, რომლის დროსაც ექსკოპიურად შარდის ბუშტი გადავსებულია. აღნიშნული სიმპტომოკომპლექსი, გვხვდება როგორც ჰკპ, ისე პროსტატის კიბოს დროს. პროსტატიტის ბაქტერიული ფორმა შედარებით ახალგაზრდა ასაკის დაავადებაა და ზემოთხსენებულ სიმპტომებთან ერთად, ტკივილითა და მაღალი ტემპერატურით მიმდინარეობს. ამრიგად, პროსტატის კიბოსა და პროსტატის კეთილთვისებიანი ჰიპერპლაზიის სიმპტომები, ზოგჯერ პროსტატიტისაც, მეტ-ნაკლებად იდენტურია და ხასიათდება:

- გაძნელებული მოშარდვის აქტით;
- ჩვეულებრივზე მეტად წყვეტილი შარდვით, გახშირებული მოშარდვის აქტით, განსაკუთრებით ღამით;
- მოშარდვისას ტკივილით;
- ტკივილებით ხერხემალში, მენჯის ღრუსა და ქვედა კიდურებში;
- შარდსა და ეაკულატში სისხლის შემცველობით;
- ერექციული დისფუნქციით (ერექციის დაქვეითებით, ან მისი სრული უუნარობით);
- ეაკულატის გათხიერების დაქვეითებით.

ზემოთ ჩამოთვლილი სიმპტომების შემჩნევისთანავე პაციენტმა აუცილებლად უნდა მიმართოს უროლოგს. ამასთან, უნდა გახსოვდეთ, რომ პროსტატის გადიდება ხშირად სრულებითაც არ არის კიბოს მაჩვენებელი და სიცოცხლისათვის საშიში მდგომარეობა.

ამრიგად, პროსტატის კიბო, განსაკუთრებით საწყისი სტადიის, ჰკპ და პროსტატიტი, სპეციფიკური სიმპტომით ან სიმპტომებით, ანუ განსხვავებული შარდვის აქტით, ტკივილის თავისებურებით და ა.შ., არ ხასიათდება. კიბოს დიაგნოზი მხოლოდ საგანგებო ტესტებით და კვლევებით დგინდება და ამაზე ქვემოთ დეტალურად ვისაუბრებთ.

პროსტატის კიბო ხშირად ძალზე ნელა იზრდება, განსაკუთრებით ხანდაზმულებში. ამიტომაც პროსტატის კიბოთი დაავადებული ბევრი ასაკოვანი ავადმყოფის სიკვდილი შეიძლება სულ სხვა დაავადებამ გამოიწვიოს. პირველი სიმპტომი, რის გამოც ავადმყოფი ექიმს მიმართავს, შეიძლება იყოს ტკივილი წელის, თეძოს ძვლის ან მენჯის არეში, რაც კიბოს ძვლებში მეტასტაზირებით (გავრცელებით) არის განპირობებული.

ხანდაზმულ ავადმყოფებში ჰიპოსტატის ეიბო საკმაოდ ნელი ზედიხით ხასიათდება და ამიტომაც ყოველთვის ახ ინვეზს ხაიმე გახითულებას, ახადგაზიხებში ეი იგი ძალზე სნხაფად ჰიოგხესიხებს

როგორ დგინდება პროსტატის კიბოს დიაგნოზი?

მრავალ ქვეყანაში ავადმყოფები პირველ რიგში **ოჯახის ექიმს** მიმართავენ. **ოჯახის ექიმის** ინსტიტუტი საქართველოში უკვე მყარად არის ჩამოყალიბებული. ამგვარი სისტემა (პოლიკლინიკის ექიმი – თერაპევტი) ათეულობით წლის წინ ჩვენში უკვე არსებობდა, თუმცა დღეს **ოჯახის ექიმმა** გაცილებით მეტი და სხვა დატვირთვა შეიძინა. სწორედ იგი აფასებს ჯანმრთელობის ზოგად მდგომარეობას და ზოგჯერ სისხლის სპეციალურ გამოკვლევასაც ის ურჩევს ავადმყოფს.

რა არის პსა?

პსა -პროსტატის სპეციფიკური ანტიგენია, რომელსაც გამოიძუშავენს პროსტატა და ეს ნივთიერება ძირითადად თესლს ათხიერებს. იგი პროსტატისთვისაა სპეციფიკური და არა პროსტატის კიბოსათვის.

ცნობილია, რომ მამაკაცთა 25% პსა დაბალი მონაცემების მიუხედავად, პროსტატის კიბო აქვს. პროსტატის მოცულობის ზრდა კიბოს, კეთილთვისებიანი ჰიპერპლაზიის ან ანთების გამო, სისხლში პსა-ს მომატებას იწვევს. ნიგნის პირველ გამოცემაში ვნერდი, რომ 50 წელზე მეტი ასაკის მამაკაცებში პსა-ს ანალიზი წელიწადში ერთხელ აუცილებელია:

- პროსტატის კიბოს კლინიკურად მანიფესტირებული ფორმების დროულად გამოსავლენად;
- პროსტატის კიბოს აგრესიულობისა და მისი ზრდის დიფერენციაციის ხარისხის დასადგენად;
- აქტიური მეთვალყურეობისა და მკურნალობის ეფექტურობის შესაფასებლად;

- პროსტატის კიბოს რეციდივის გამოსავლენად.

დღეისათვის მიდგომა **პსა** განსაზღვრის **სისშირესთან** მიმართებაში **პრინციპულად განსხვავებულია**. მიჩნეულია, რომ თუ კი 40-45 წლის მამაკაცს **პსა** ძალზე დაბალ ნიშნულზე აქვს (წულის ფარგლებში ან მის ოდნავ ზემოთ), შესაძლებელია **პსა** განსაზღვრა წლობით (5-8 წელი) გადავადდეს. ამასთან, რამდენიმე დათქმაა, როცა **პსა** რეგულარულად ისაზღვრება: **რასობრივი კუთვნილების გამო (აფრო-ამერიკელებში) და პროსტატის კიბოს დამძიმებული ოჯახური ანამნეზის მქონე პირებში**. დასავლეთის რიგ ქვეყნებში **მულტიპანელური პსა კეთდება (თავისუფალი პსა, ადამიანის კალიკრეინ 2, პრო-პსა, ბპსა და ა.შ.)**. ამაზე ქვემოდ უფრო დეტალურად ვისაუბრებ (გვ. 26).

პსა-ს ანალიზი

ამრიგად, **პსა** არის **გლიკოპროტეინი**, რომელიც **პროსტატაში** გამოიშუშავდება და მისი მცირე რაოდენობა, ჩვეულებრივ, სისხლში ყოველთვის ცირკულირებს. **პსა-ს** გამოკვლევამ ძირეული გარდატეხა შეიტანა **პროსტატის კიბოს** დიაგნოსტიკაში, მკურნალობასა და პროგნოზში. პროსტატის **კიბოს სკრინინგისას** **პსა** რჩება ყველაზე ეფექტურ ტესტად პროსტატის კიბოს გამოსავლენად. შედარებისთვის, **პსა** ტესტით **პროსტატის კიბო** ორჯერ უფრო ხშირად დგინდება, ვიდრე **მხოლოდ დიგიტალური გასინჯვით**. **პკ** გამოვლენა საგრძნობლად **მატულობს** ამ ტესტების შედეგების **შეუღლებისას**. **პსა** ფასეულია **პროსტატის კიბოს სტადიებისას** და **მკურნალობის შედეგიანობის** შესაფასებლად, ასევე **დაავადების რეციდივირებისას**.

ბევრი **ჰოსპიტალის** **ეიბოიანი** **მამაკაცი** **სხულებით** **სხვა მიზეზით,**
ან **დაავადებით,** **უვდება** **და** **ახა** **ჰოსპიტალის** **ეიბოს,** **ან** **მისგან**
განვითახებული **გახულებების** **გამო.**

როცა პსა 4 ნგ/მლ მეტია, ავადმყოფების 25%-ს პკ რომელიღაც ფორმა აქვთ, ხოლო, როცა პსა 10 ნგ/მლ აჭარბებს, ავადმყოფების უკვე 60% აქვს პროსტატის კიბო. ამასთან უნდა გვახსოვდეს, რომ ეს ანალიზი ყოველთვის სარწმუნო არაა, რადგან მან შეიძლება მოიმატოს სხვა შემთხვევებშიც, შესაბამისად პსა შეიძლება მომატებული იყოს:

- პროსტატის კიბოს დროს;
- შორისის ან პროსტატის ტრავმისას;
- პკპ დროს
- უშუალოდ ეაკულაციის (თესლდანთხევის შემდეგ);
- პროსტატიტის დროს;
- ველოსიპედით მგზავრობისას;
- საშარდე გზების ინფექციის დროს;
- უშუალოდ სქესობრივი ცხოვრების შემდეგ.

კვლევით დადგენილია, რომ მამაკაცებს, რომელთა პსა მერყეობდა 0,5 ნგ/მლ-იდან 4 ნგ/მლ-მდე და „ნორმალური“ დრგ ჰქონდათ, პროსტატის კიბო დაუდგინდათ.

ცხრილი 2

პროსტატის კიბოს სიხშირე ბიოპსიისას და ნორმალური დრგ დროს, ეუა 2018

პსა, ნგ/მლ	პკ რისკი ბიოპსიისას, (%)	პკ რისკი, როცა გლისონის ჯამი ≥ 7 , (%)
< 0.5	6.6	0.8
0.5 – 1.0	10.1	1.0
1.1 – 2.0	17.0	2.0
2.1 – 3.0	23.9	4.6
3.1 – 4.0	26.9	6.7

მართალია პროსტატის კიბოს სკრინინგისთვის პსა რჩება ყველაზე ეფექტურ

ტესტად პროსტატის კიბოს გამოსაგვინად, თუმცა უკანასკნელ წლებში ე.წ. „თავისუფალი“ პსა-ს განსაზღვრა განსაკუთრებით მნიშვნელოვანი გახდა.

დადგენილია, რომ თუ „თავისუფალი“ პსა-ს თანაფარდობა საერთო პსა-სთან < 10%-ზე, დიდი დაბეჯითებით შეიძლება პროსტატის კიბოზე საუბარი.

თუ კი ეს თანაფარდობა > 25%-ზე, ასევე სტატისტიკურად სარწმუნოა პროსტატის კეთილთვისებიანი ჰიპერპლაზიის არსებობის ალბათობა.

სწორედ ეს % თანაფარდობა, დრგ, ტრანსრექტული ექოსკანირება, ავადმყოფის ზოგადი მდგომარეობა უნდა იყოს ბიოპსიის წარმოების განმსაზღვრელი.

მიღებულია, რომ პსა-ს ნორმალური მაჩვენებლები 0-4 ნგ/მლ-ია (ამაზე ქვემოთ ვისაუბრებ, გვ. 31) თუმცა უკანასკნელ წლებში ცხადი გახდა, რომ პსა-ს დონე ავადმყოფის ასაკთან შედარებითაც იცვლება.

ცხრილი 3

პსა – ს ასაკ დამოკიდებული მახასიათებლები, ოსტერლინგის მიხედვით, JAMA, 1993

ასაკი	საშუალო პსა, (ნგ/მლ)	95%
40 – 49	0.7	2,5
50 – 59	0,9	3,5
60 – 69	1.3	4,5
70 – 79	1.8	6,5

როგორც პსა-ს ასაკობრივი მაჩვენებლები, ისე ქვემოთ მოყვანილი სხვა მახასიათებლები, დღეს კლინიკურ პრაქტიკაში გამოიყენება:

ჰიოსტატის ეიბო უმეტესნიღად ნელი ზიხით, ანუ ჰიოგხესიხებით, ხასიათდება და ელინიუქიად მხოლოდ 13 %-ში ვლინდება. სისოცხლის მანძილზე თვით ეიბოსგან ავადმყოფების მხოლოდ 3% ევდება.

- **ჰსა სიმკვრივე** – სტატისტიკა გვიჩვენებს, რომ პროსტატის კიბოს დროს, პროსტატის კეთილთვისებიან ჰიპერპლაზიასთან შედარებით, სარწმუნოდ მომატებულია. მის დასადგენად **ჰსა** მონაცემი ულტრაბგერითი გამოკვლევით მიღებულ პროსტატის მოცულობაზე იყოფა. ამრიგად, როცა სიმკვრივე **0.15-ზე** მეტია, **პროსტატის კიბოს** დიდი ალბათობაა.

- **ჰსა ზრდის სიჩქარე** – თუკი **ჰსა-ს** მაჩვენებელი ყოველწლიურად **0.75 ნგ/მლ-ით** და მეტად იზრდება, **პროსტატის კიბოს** ალბათობა ასევე მაღალია. კიბოს მკურნალობის (მაგალითად, ოპერაციულის ან ჰორმონულის) შემთხვევაში **საერთო ჰსა-ს** დონე წინა მონაცემთან შედარებით კლებულობს, ზოგჯერ საგრძნობლადაც. **ჰსა-ს** დონე დაავადების პროგრესირებისა და მკურნალობის ეფექტურობის განსაზღვრაში გვეხმარება.

ჰსა-ს მნიშვნელოვანი მატებისას (მაგ. **100 ნგ/მლ-მდე**) თითქმის **100%** ალბათობითაა შესაძლებელი **მეტასტაზურ** გავრცობაზე მსჯელობა. ამასთან კლინიკურ პრაქტიკაში მქონდა არაერთი შემთხვევა, როცა **მწვავე ჩირქოვანი პროსტატიტისა და პროსტატის ნეკროზის** დროს სახეზე იყო **ჰსა-ს ძალზე მაღალი მაჩვენებლები**, ანუ ეს კიდევ ერთხელ ადასტურებს იმ მოსაზრებას, რომ **ჰსა** სრულებითაც არ არის **სიმსივნური მარკერი**. თუკი **ჰსა-ს** მონაცემი **10 ნგ/მლ-ზე** ნაკლებია, **მეტასტაზების** გავრცელება თითქმის გამორიცხულია, იმ შემთხვევების გარდა, როცა ავადმყოფს **პროსტატის დაბალდიფერენცირებული** (ამაზე ქვემოთ იქნება საუბარი გვ. 36) **კიბო** აქვს. სხვათა შორის,

ასეთი სიმსივნის დროს (რაც ძალზე იშვიათია), **ჰსა-ს** მაჩვენებელი შესაძლოა საკმაოდ დაბალიც კი იყოს. ასეთ შემთხვევაში **ჰსა** თავის ინფორმაციულობას პრაქტიკულად კარგავს.

პროსტატის კიბოს ასალი ბიომარკერები

პროსტატის ჯანმრთელობის ინდექსი 2013 წელს იყო შემუშავებული აშშ-ში. მასში გაერთიანებულია **საერთო, თავისუფალი** და **{-2} პროპსა** (ჰსა-ს იზოფორმა, რომელიც უპირატესად პროსტატის პერიფერიულ ზონაში გამოიშვავდება. ამ ტესტით ექიმს საშუალება ეძლევა იმსჯელოს საერთო გამოსავალსა და ცალკეულ შემთხვევებში, მაღალი ხარისხის კიბოს არსებობაზე. მრტ მონაცემების არსებობის პირობებში ამ ინდექსის პროგნოზული ფასეულობა დიდი არ არის. შესაძლებელია ამ ინდექსის გამოკვლევა ევროპაში.

პროსტატის კიბოს ანტიგენი 3 (ჰკა 3) – გახლავთ **რნმ-ის** ჯაჭვის არაკოდირებული ფრაგმენტი, რომელიც მხოლოდ პროსტატაში გხვდება. იგი განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია, როგორც პოტენციური **ბიომარკერი**, რამდენადაც მისი შემცველობა **პროსტატის კიბოს** ქსოვილებში ძალზე მაღალია (66 ჯერ არის მომატებული), ხოლო **ჰკა3** დროს არ მატულობს. ამ ანტიგენის მომატებისას ბიოპტატების მორფოლოგიური კვლევითაც დასტურდება **პროსტატის კიბოს** არსებობა. იგი არ იცვლება პროსტატის მოცულობის მომატებასთან ერთად, **პროსტატიტის** დროს, ადრე ნაწარმოები

ჰოსტატის კიბოს განვითარებაში უდავოა ასაკი, მემკვიდრეობა, ჯვების ხეიმი. გახივეული დამოკიდებულება ახსებობს ჰოსტატის კიბოს სიხშირესა და ავადმყოფის ნახმომავლობას შორის. განსაკუთრებით ხშირია შავკანიან მამაკაცებში, ხოლო აზიური ნახმომავლობის ავადმყოფებში – საკმაოდ იშვიათია.

ბიოპსიის გამო და პკ3 დროს 5- α -რედუქტაზით მკურნალობისას. დღეისათვის ამ ბიომარკერს აქტიურად ამატებენ კლინიკურ ნომოგრამებში, რათა შეფასდეს პკ დროს მისი დიაგნოზური და პროგნოზური ღირებულება. ფიქრობენ, რომ პკა 3-ს ფართო დანერგვით საგრძნობლად შემცირდება განმეორებითი ბიოპსიების რიცხვი. ეს ბიომარკერი კარგად კორელირებს გლისონის ჯამთანაც. შესაძლებელია მისი გამოკვლევა ევროპაში.

4K ჯამი – მოიცავს საერთო პსა-ს, თავისუფალ პსა-ს, ინტაქტურ პსა-ს, ადამიანის კალიკრეინ 2-ს და მათთან ასაკის, დრგ და ბიოპსიის მონაცემების შერწყმას. ამ დროს პკ დიაგნოსტიკა და პროგნოზირება ძალზე მაღალია. შესაძლებელია აშშ-ში და დასავლეთ ევროპის რიგ ქვეყნებში.

TMPRSS2 – ERG გენეტიკური ტესტია, რომელიც პკ ძალზე მაღალი გამოვლენის საშუალებას იძლევა. შესაძლებელია მხოლოდ აშშ-ში.

MiPS ტესტი – გენეტიკური ტესტია, ეფუძნება T2 – ERG რნმ შერწყმული გენების, პკა3-ს განსაზღვრას შარდში და პსა-ს განსაზღვრას სისხლში. შესაძლებელია მხოლოდ აშშ-ში.

სკრინინგი

პროსტატის კიბოს სკრინინგმა (გამოხშირვა, გამორჩევა, შერჩევა) უკანასკნელ წლებში განსაკუთრებული მნიშვნელობა შეიძინა. კიბოს ადრეული ფორმები, როგორც წესი, რაიმე სიმპტომს იშვიათად იძლევა. სწორედ ამით გამოირჩევა პროსტატის კიბო სხვა მრავალი დაავადებისაგან. პროსტატის კიბოს კლინიკური გამოვლინება სამწუხაროდ მხოლოდ დაავადების გვიან სტადიაში ხდება, როცა მისი

სრული განკურნება პრაქტიკულად უკვე შეუძლებელია. ამიტომ დროულ დიაგნოსტიკასა და სკრინინგს დიდი მნიშვნელობა ენიჭება.

ამ თვალთახედვით პროსტატის სპეციფიკური ანტიგენის (პსა) ტესტის მეშვეობით შესაძლებელია პროსტატის კიბოს დროულად დადგენა.

ამ წიგნის პირველი გამოცემის შემდეგ (2003 წ.) ძირეული ცვლილებები მოხდა პროსტატის კიბოს სკრინინგთან მიმართებაში. კერძოდ, პირველ და უმთავრეს დამაბრკოლებელ საკითხად, სკრინინგის განხორციელების დიდი ფინანსური ხარჯები კი არ იყო მიჩნეული, არამედ ამ ღონისძიების წარმოებასთან დაკავშირებული ჯანმრთელობის რისკები, შესაბამისად ზარალისა და სარგებლის განსაზღვრა – შეფასებით.

სწორედ ამაზე დაყრდნობით გადაწყდა, რომ სკრინინგის ჩატარება განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია იმ ავადმყოფებში, რომლებიც ე.წ. რისკის ჯგუფში შედიან ან დამძიმებული მემკვიდრეობითი ანამნეზი აქვთ.

საკმაო ნაწილი ამ წიგნში პროსტატის კიბოს სკრინინგს და მასთან დაკავშირებულ საკითხებს ეხება. მკითხველს ბუნებრივია გაუჩნდეს კითხვა, თუ რატომ არის ასე?

დასავლეთში განსაკუთრებული მნიშვნელობა ავადმყოფის უსაფრთხოების საკითხებს ენიჭება. ნებისმიერი კვლევა ან ჩარევა, რომელიც მას რაიმე პრობლემას/ხიფათს შეუქმნის, ან ახლო მომავალში გაუჩენს, დეტალურად იხილება პაციენტთან ერთად და მხოლოდ მისი გადასაწყვეტია ამ კონკრეტული კვლევის, თუ ჩარევის ჩატარება არ ჩატარების საკითხი.

ასევე არც ერთი პოსტულატი, რაც კი არის მოწოდებული რეკომენდაციებში, ე.წ.

პროსტატის კიბო ძალზე ხშირია ჩიხილეთ ამეხიჯაში და ევროპის ქვეყნებში, იშვიათია ჩინეთსა და იაპონიაში

„გაიდლაინებში“, მტკიცებითი ფორმის არ არის და მხოლოდ რჩევითი ან სარეკომენდაციო ხასიათისაა. ამიტომაც, წიგნშიც „ერჩია“, „სასურველია“, „უმჯობესია“, სჭარბობს.

თუმცა არსებობს სიტუაციები, როცა პროსტატის კიბოს სხვადასხვა რისკის ჯგუფებში რიგი კვლევების აუცილებლობის საკითხი კამათს არ იწვევს. ის რაც დაბალი რისკის ჯგუფში სტადირებისთვის არ უნდა გაკეთდეს (მუცლის ღრუს და მცირე მენჯის კტ, მრტ და ძვლების სკანირება), აუცილებელია მაღალი რისკის ჯგუფის ავადმყოფებში. ანუ ეს იმას ნიშნავს, რომ ამოსავალი უნდა იყოს რისკის ჯგუფის განსაზღვრა და მხოლოდ ამის შემდეგ ამა თუ იმ კვლევის შეთავაზება.

და კიდევ ერთი. თუ ავადმყოფი კვლევაზე და მკურნალობაზე უარს აცხადებს, მას ძალდატანებით რაიმე ვერ ჩაუტარდება. თუმცა ექიმი ვალდებულია სრულად აუხსნას ავადმყოფს ასეთ შემთხვევაში დაავადების შესაძლო პროგრესირების და გართულებების განვითარების მთელი სპექტრი.

ჰსა-ს ტესტი იდეალური ტესტი არ არის. მთავარია ვიცოდეთ, რომ სწორი გამოყენების პირობებში ჰსა მნიშვნელოვანი ინფორმაციის მატარებელია. იგი გვეხმარება სწორ დიაგნოსტიკაში, რისკის შეფასებაში და დაავადების მონიტორირებაში.

პროსტატის კიბოს რისკს ზრდის:

- პროსტატის კიბოს ოჯახური ანამნეზი
- რასობრივი კუთვნილება
- ჭარბი წონა
- ასაკი
- საერთო ჯანმრთელობის ანამნეზი

პკ სპრინინგი და აღრუული გამოვლენის სტრატეგია ევროპის და ამერიკის უროლოგთა ასოციაციების რეკომენდაციების საფუძველზე.

ევროპის უროლოგთა ასოციაციის (ეუა) 2018 წლის რეკომენდაცია / გზამკვლევი პროსტატის კიბოს შესახებ საუბარია იმაზე, რომ პოტენციური რისკების და სარგებლის შეფასების გარეშე ჰსა-ს განსაზღვრა არ უნდა მოხდეს. ჰსა დონის დადგენა *ინდივიდუალურად* უნდა ხდებოდეს და მხოლოდ საკითხში კარგად გათვითცნობიერებულ ავადმყოფებში, რომელთა სიცოცხლის სავარაუდო ხანგრძლივობა 10-იდან 15 წლამდე მერყეობს. ეს რასაკვირველია ეხება მამაკაცებს, რომელთაც დაავადების არავითარი კლინიკური მანიფესტაცია არა აქვთ. 2018 წლის ევროპულ რეკომენდაციებშიც მუდმივად ფიგურირებს ტერმინი „კარგად გათვითცნობიერებულ ავადმყოფებში“. სწორედ ასეთ ჯგუფს უტარდება ჰსა-ს განსაზღვრა პროსტატის კიბოს მაღალი რისკის არსებობის დროს.

- 50 წელზე ნაკლები ასაკის მამაკაცებში;
- 45 წელზე ნაკლები ასაკის მამაკაცებში (თუ არის პროსტატის კიბოს ოჯახური ანამნეზი);
- 45 წელზე ნაკლები ასაკის მამაკაცებში (აფრო-ამერიკელებში);
- 40 წლის მამაკაცებში, სადაც ჰსა 1 ნგ/მლ-ზე მეტია;
- 60 წლის მამაკაცებში, სადაც ჰსა 2 ნგ/მლ-ზე მეტია.

ბოლო 2 ჯგუფის ავადმყოფებში პროსტატის კიბოს განვითარების სტრატეგია ჰსა-ს 2 წელიწადში ერთხელ განსაზღვრას გულისხმობს. იმ ავადმყოფებში კი, სადაც პკ განვითარების რისკი არ არის, ჰსა შე-

შოხნასუცი ჰქოსტატის ეიბოს ძიხოს ავადმყოფებს ტესტოსტეიხონის დაბალი დონე აქვთ. ჰქოსტატის ეიბოსა და ჰქოსტატის ეთილთვისებინი ჰიქიქცინის სიმპტომები, ზოგჯეი ჰქოსტატისაყ, მეყნაყლებად იდენტუიი

საძლთა 8 წლის შემდეგ იყოს განმეორებით ნაწარმოები.

კიდევ უფრო დეტალიზებულია ამერიკის უროლოგთა ასოციაციის (აუა) 2013 წლის რეკომენდაცია პროსტატის კიბოს სკრინინგთან დაკავშირებით. კერძოდ, საუბარია იმაზე, რომ 40 წელზე ახალგაზრდა ასაკის მამაკაცებში პროსტატის კიბოს სკრინინგი არ უნდა ჩატარდეს, რამდენადაც კლინიკურად ღირებული პროსტატის კიბოს აღბატობა ამ ასაკობრივ ჯგუფში ძალზე მცირეა, ხოლო სკრინინგისგან მიყენებული ზარალი, ისევე როგორც სხვა ასაკობრივ ჯგუფებში დაუსაბუთებლად ჩატარებულის გამო, ძალზე დიდია.

რუტინული სკრინინგი 40-54 წლის ასაკშიც არ უნდა ჩატარდეს. გამოწვლის შეადგენენ აფრო-ამერიკელები და ისინი, ვისაც დამძიმებული საოჯახო ანამნეზი აქვთ.

როგორც ამერიკული, ასევე ევროპული რეკომენდაციებით სკრინინგის ჩატარება გამართლებულია 55-69 წლის ასაკის მამაკაცებში.

ამერიკელები ძალზე დიდ აქცენტს აკეთებენ იმ პოტენციურ ზიანზე და გართულებებზე, რაც შესაძლოა მოყვეს სკრინინგს. განსაკუთრებულ ყურადღებას აქცევენ ავადმყოფის ინფორმირებულ თანხმობას სკრინინგში მონაწილეობაზე. მიაჩნიათ, რომ განსაზღვრულ ჯგუფებში 2 წელიწადში ერთხელ შესაძლოა სკრინინგის წარმოება. ასეთი მიდგომით მათი აზრით საგრძნობლად მცირდება ცრუ პოზიტიური შედეგები და შესაბამისად მცირდება ჰიპერდიაგნოსტიკაც.

70 წელზე ხნოვან მამაკაცებში, ან კიდევ იმ ავადმყოფებში ვისი სიცო-

ცხლის შესაძლო ხანგრძლივობა 10-15 წელზე ნაკლებია, სკრინინგი გამართლებული არ არის. თუმცა აქაც არის დათქმა, რომ თუ კი 70 წელზე ხნოვანი მამაკაცის ზოგადი ჯანმრთელობა უზადოა, პსა-ს განსაზღვრა ინდივიდუალურად უნდა გადაწყდეს.

რაც შეეხება თავად ბიოპსიის წარმოებას. იგი უნდა ჩატარდეს დიგიტალური რექტალური გასინჯვის, პსა-სა და მისი დერივატების (თავისუფალი პსა, 2 პროპსა, პროსტატის ჯანმრთელობის ინდექსი, ადამიანის კალიკრინ 2, პსა აჩქარება, პსა გაორმაგების დრო) მონაცემების ანალიზის საფუძველზე. ამგვარი მიდგომა ბიოპსიის შედეგად განვითარებულ ზიანს/რისკებს აგვაცდენს. ამის გარდა პსა-ზე დაფუძნებული სკრინინგი ამცირებს დაავადების პროგრესული ფორმების განვითარებას და ცალკეულ შემთხვევებში სიკვდილიანობასაც პროსტატის კიბოს დროს.

რა რისკებთან და ზიანთან არის დაკავშირებული მეთოდოლოგიურად გაუმართლებელი სკრინინგის წარმოება?

დაუშვებელია რექტალური და პერინეალური ბიოპსიის წარმოება მხოლოდ პსა-ს მონაცემებზე დაყრდნობით, როცა მკვლევარს, ან ექიმს, თვითმიზნად აქვს კიბოს აღმოჩენა. ეს მით უფრო გაუმართლებელია, როცა დაავადება რაიმე კლინიკური გამოვლენის გარეშე მიმდინარეობს. ამგვარმა ქმედებამ შესაძლოა სერიოზული ფსიქოლოგიური და ფიზიკური სტრესი გამოიწვიოს.

ჰიოსტატის გადიდება სხელებითაც ან აჩის კიბოს მაჩვენებელი და სიცოცხლისათვის საშიში მდგომარეობა.

ცხრილი 4

ბიოპტატების რაოდენობისგან დამოუკიდებელი გართულებების % მონაცემები, ეუა 2018

გართულება	ავადმყოფები, %
ჰემატოსპერმია	37.4
სისხლიანი შარდი (ჰემატურია), 1 დღეზე >	14.5
სისხლდენა სწორი ნაწლავიდან (რექტალური) 2 დღეზე <	2.2
პროსტატიტი	1.0
შემციენება 38.5°C >	0.8
ეპიდემიტი	0.7
2 დღეზე > რექტალური სისხლდენა + ქირურგიული ჩარევა	0.7
შარდის შეკავება	0.2
სხვა გართულებები (არტერიული წნევის დაცემა, სუნთქვის დარღვევა, ლარინგოსპაზმი და ა.შ.), რამაც ჰოსპიტალიზაცია მოითხოვა	0.3

2006 წელს ერთ-ერთი კვლევით დადგინდა, რომ მომატებული ჰსა-ს გამო ამერიკაში წლის განმავლობაში მილიონ ავადმყოფს ჩაუტარდა პროსტატის ბიოპსია, აქედან 25% სიმსივნე არ ჰქონდა. შესაბამისად ამგვარი მიდგომა, ანუ ჰსა მომატების გამო ყველასთვის ბიოპსიის წარმოება, არანაირად არ შეიძლება იყოს იმ რისკების და ზიანის საპირწონე, რაც ავადმყოფებს განუვითარდათ, ან შეიძლება განვითარებოდათ. ამიტომაც გადანყვეტილება ბიოპსიის ჩატარების აუცილებლობის შესახებ კლინიკური მონაცემების, ავადმყოფის ზოგადი მდგომარეობის და არავითარ შემთხვევაში

მხოლოდ ჰსა მომატების გამო, არ უნდა ჩატარდეს.

პროსტატის კიბოს ლოკალური ფორმების დროს არსებობს ჰიპერმეკურნალობის რისკი, რომელიც 5-იდან 75%-მდე მერყეობს. დამეთანხმებით, საკმაოდ დიდი ინტერვალია და შემადრწუნებლად მაღალი პროცენტია! ამდენად, არსებობს სერიოზული რისკი, რომ ასეთი ოპერაციების შემდეგ, შესაძლოა საგრძნობლად დაითრგუნოს სიცოცხლის ხარისხი, განვითარდეს ნაწლავების მოქმედების, შარდვისა და ერექციის პრობლემები. განსაკუთრებული აქცენტი კეთდება ფსიქოლოგიურ სტრესზე, რომელიც სიმსივნის არარსებობის გამო, არასაჭირო ბიოპსიის შედეგად ჩამოყალიბდა, განვითარებულ კარდიოვასკულურ პრობლემებზე, ზოგჯერ სუიციდზეც.

აქ არ შეიძლება არ გავიხსენოთ ფ. ა-შვილი, რომელთანაც მრავალი წლის ნაცნობობა მაკავშირებდა. სიმსივნის შიში ჰქონდა და ლამის ყოველთვის იურად იკეთებდა ჰსა-ს სხვადასხვა დანესებულებებში. შესაბამისად პასუხებიც განსხვავებული იყო. (აქ აუცილებლად სხვადასხვა პასუხზე უნდა შევიჩერდე, რაც განსხვავებული ლაბორატორული სტანდარტების გამოყენების შედეგია. შესაბამისად იმაზე მსჯელობა, რომ ჰსა-მ „მოიმატა“, ან „მოიკლო“ აბსოლუტურად არასწორია. ჩემი პირადი გამოცდილებით ავადმყოფს ყოველთვის ვურჩევ მუდმივად ერთ დანესებულებაში ჩაიტაროს კვლევა). 12 წელი რეგულარულად იკეთებდა ჰსა-ს, ორჯერ ბიოპსიაც გაიკეთა. ჰსა კი იყო „მომატებული“, მაგრამ ბიოპსიამ სიმსივნის არსებობა არ დაადასტურა და არსებული მატება პროსტატის ქსოვილში არსებული ანთებადი ცვლილებებით და პროსტატის დიდი მოცულობით აიხსნა.

ჰსა შეიძლება მომატებული იყოს: ჰიოსტატის ეიბოს ეიოს; შოიის ან ჰიოსტატის ეიავისას; ჰჰჰ ეიოს; უშუალოდ ეაქუეაციის (თესტანთხევის შემდეგ); ჰიოსტატიკის ეიოს; ველსიჰეით მგზავიხობისას; საშახე გზების ინფექციის ეიოს; უშუალოდ სქესობივი ცხოვიების შემდეგ.

აქ მინდა განსაკუთრებით შევჩერდე **ჰსა ე.წ. ნორმაზე – 0 – 4 ნგ/მლ. 2008-2009** წლებში, როგორც ფულბრაიტის სტიპენდიანტი, ნიუ-იორკში, სლოუნ კეტერინგის მემორიალურ კიბოს ცენტრში, **პიტერ სკარდინოს** უროლოგიურ დეპარტამენტში ვმუშაობდი. სწორედ აქ გავიცანი **დოქტორი ჰანს ლილია, ე.წ. „მისტერ ჰსა“**, რამეთუ მის სახელთანაა დაკავშირებული ჰსა რიგი დერივატების აღმოჩენა და რომელთანაც ერთად „ქარანთ ოფინიონ ინ უროლოჯის“ რედაქციის შეკვეთით საგანგებო სტატიაც დავწერეთ ჰსა-ს ადრეული ცვლილებების პროგნოზულ და დიაგნოსტიკურ მნიშვნელობაზე. ზღვა მასალის დამუშავება მომინია. ვერსად მივაკვლიე პირველწყაროს, თუ რატომ იყო ჰსა-ს ნორმა 0 – 4 ნგ/მლ და არა 3,5, ან 5 ნგ/მლ. როცა ამის შესახებ დოქტორ ლილიას ვუთხარი, გაცინა და მითხრა, რომ ეს ე.წ. ნორმა, არაფრიდან აღებული რიცხვები იყო, რაც ერთმა მკვლევარმა „გადანყვიტა“. სამწუხაროდ კლინიკურ პრაქტიკაში არაერთი ათეული ავადმყოფი მინახავს, რომელთაც ჰსა ე.წ. ნორმის დაბალ ნიშნულთან კი იყო, მაგრამ მათ **პროსტატის კიბო** დაუდგინდათ, რომელიც განსაკუთრებული **აგრესიულობით** გამოირჩეოდა. ძირითადი თხრობიდან ასეთი გადახვევა იმისთვის დამჭირდა, რომ მარტო ჰსა-ს მონაცემი, ავადმყოფის ჩივილებისა და ანამნეზის გაუთვალისწინებლად, დიგიტალური გასინჯვისა და რექტალური ექსპლორაციის გარეშე, არაფერზეც არ მიუთითებს. უფრო მეტიც, ჰსა-ს მომატება (გვ. 25) სხვადასხვა დაავადებებმა შეიძლება გამოიწვიოს, ხოლო თავად **ჰსა**, როგორც ამაზე ზემოდაც არაერთგზის ავლნიშნე, **სრულებითაც არ არის სიმსივნური მარკერი**.

ამაზე ფ-სთან არაერთხელ მქონდა ხანგრძლივი საუბარი. ამ საუბრების შემდეგ მშვიდდებოდა, კლინიკიდან დაწყნარებული მიდიოდა, მაგრამ რამდენიმე თვის შემდეგ, ისევ ახალ კლინიკაში აღებული, განსხვავებული ჰსა-ს ანალიზით, აღებული მოდიოდა. ერთხელ ვუთხარი კიდევ, პროსტატის კიბოს „მთვლემარე“ ფორმაც რომ დაგიდგინოთ, იმით არაფერი მოგივა, გულს გაუფრთხილდი, ამდენ ნერვიულობასა და სტრესს ვერ გადაიტანს თქო. ბოლო ვიზიტიდან 1 თვეში მისმა მეუღლემ დამირეკა და სამწუხარო ამბავი მამცნო – ავადმყოფი მწვავე ინფარქტით გარდაცვლილიყო.

კვლავ ვუბრუნდები **სკრინინგის** თემას. მეორე გამოცემის წინასიტყვაობაში ავლნიშნე, რომ ამ **ნიგნის პირველი გამოცემიდან გასული 15 წლის განმავლობაში პროსტატის კიბოს დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის საკითხები მნიშვნელოვნად შეივსო და შეიცვალა. 15 წლის წინ ბევრი უროლოგი და მათ შორის მეც, ორივე ხელით ვემხრობოდი პროსტატის კიბოს საყოველთაო სკრინინგს, იმდენად შთამბეჭდავი იყო ავსტრიაში, ტიროლის მხარეში, სკრინინგის შედეგად 3კ სამკურნალო ფორმების ნაადრევი გამოვლენა და შესაბამისად კიბოსგან გართულებებისა და სიკვდილიანობის საგრძნობი შემცირება. იმ გასულმა წლებმა ძალზე მძაფრად გამოკვეთა ის რისკები და ზიანი, რაც ასაკდამოუკიდებელმა და კლინიკურად არამანიფესტირებულმა პროსტატის კიბოს ჰსა სკრინინგმა გამოიწვია. საქმე ლამის ანექდოტურ ხასიათს იღებდა, როცა შუა ხნის მამაკაცები შეხვედრისას ერთმანეთს მისალმების ნაცვლად, სისხლში ჰსა შემცველობას ეკითხებოდნენ. ამიტომაც იმატა ამ ასაკობრივ ჯგუფებში რიგმა გართულებებმა არასაჭირო ბიოსიის შედეგად და ნევროზულმა, თუ კარდიოვასკულურმა**

ჰსა - ჰიოსტატის სპეციფიკური ანტიგენია. იგი ჰიოსტატისთვისაა სპეციფიკური და ახა ჰიოსტატის ჯიბოსათვის. ჰსა ტესტით ჰიოსტატის ჯიბო მოხჯი უჯრო სშიხად დგინდება, ვიდრე მხოლოდ დიგიტალური გასინჯვით

დაავადებებმა. ყველაზე მკაფიოდ გამოხატული ასაკობრივი ჯგუფი, სადაც სკრინინგი შესაძლოა განხორციელდეს, **55-69 წელია**, ანუ, **ამერიკული რეკომენდაცია**, **ევროპულს** სრულად **ემთხვევა**. კიდევ ერთი რამ ახასიათებს ამერიკულ რეკომენდაციას. აქ ბევრად უფრო მეტად არის ყურადღება გამახვილებული შესაძლო რისკებზე, სავარაუდო ზიანზე, მათ შორის ამ ასაკობრივ ჯგუფშიც კი. კვლევის აუცილებლობა მხოლოდ ინდივიდუალური მდგომით წყდება ავადმყოფის ასაკის და ჯანმრთელობის/ზოგადი მდგომარეობის გათვალისწინებით. გასათვალისწინებელია, რომ ამ ასაკობრივ ჯგუფში 1000 გამოკვლეული ავადმყოფიდან მხოლოდ 1 სიკვდილის შემთხვევაა აღნუსხული.

სამომავლო მიმართულებები.

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პოზიციებიდან **პროსტატის კიბოს სკრინინგი** გაურთულებელ ავადმყოფებში ჰსა-ს განსაზღვრას ემყარება, რაც **ჰიპერდიფეროსტიკისა** და **ჰიპერმკურნალობას** გამორიცხავს. ეს ძალზე აქტუალური და მნიშვნელოვანი თემაა. დადგენილია, რომ აშშ-ში მაცხოვრებელ 4-იდან 1 მამაკაცს, რომელსაც პროსტატის კიბო დაუდგინდა, დაავადების „მთვლემარე“ ფორმა ჰქონდა და ამისდა მიუხედავად 90%-ს ოპერაცია ჩაუტარდა. ეს კი იმ დროს, როცა ოპერაციის შემდგომი გართულებების ხიფათი და რისკი საკმაოდ შთამბეჭდავია. ლოგიკურად ისმება კითხვა, რა მოხდებოდა, რომ ავადმყოფს არავითარი ოპერაცია არ გაეკეთებინა? პასუხი ცალსახაა – სავარაუდოდ არაფერი, რამდენადაც წლების განმავლობაში უსაფრთხოდ და მშვიდად ცხოვრების ალბათობა ძალზე

მაღალი იყო. სწორედ ამგვარი არასწორი სამედიცინო გადაწყვეტილებებისა და ქმედებების აცილება არის სამომავლო მიმართულებების ძირითადი ამოცანა.

უროლოგთან პირველი ვიზიტისას ბევრი საკითხია დასაზუსტებელი. ეს, უპირველეს ყოვლისა, სადიაგნოსტიკო ტესტების თანმიმდევრობას, კვლევის თითოეული მეთოდის ინფორმაციულობასა და მნიშვნელობას შეეხება.

თითოეულ გამოკვლევაზე ავადმყოფის (ე.ი. თქვენი) ინფორმირებული თანხმობაა მისალეზი. ექიმი ვალდებულია ზუსტად აგისნათ პასუხების მიღების სავარაუდოდ დრო.

ლიბიტალური რეპტალური გამოკვლევა

უმარტივესი, უსაფრთხო და ყველაზე იაფი ტესტია პროსტატის კიბოს გამოსავლენად. ერთ-ერთი პირველი (და უმთავრესი), რასაც უროლოგი შემოგთავაზებთ და ჩაგიტარებთ, **სწორი ნაწლავიდან პროსტატის თითოთი გასინჯვა – დიგიტალური რექტალური გამოკვლევაა.** რექტალური გასინჯვისას ექიმი უკანა ტანიდან საჩვენებელი თითით სინჯავს პროსტატას და განსაზღვრავს მის **ანატომიურ სტრუქტურას, წილთაშუა ღარის, პროსტატის კაფსულის მდგომარეობასა და კონსისტენციას (ელასტიკურია იგი, თუ მკვრივ – კვანძოვანი) და აფასებს ანალური სფინქტერის მდგომარეობას. სამწუხაროდ, ჩემი სამედიცინო პრაქტიკის მანძილზე არა ერთი ავადმყოფი მინახავს, მათ შორის, ცნობილ ექიმთანაც ნამყოფი, ვისაც დრგ არ ჰქონდა ჩატარებული.**

ბევრი ავადმყოფი ამ გამოკვლევის აცილებას თავადაც ცდილობს. თავისთა-

დადგენილია, რომ თუ „თავისუფალი“ ჰსა-ს თანაფხილობა საეხით ჰსა-სთან < 10%-ზე, დიდი დაბეჯითებით შეიძლება ჰიოსტატის ეიბოზე საუბარი. თუ ეი ეს თანაფხილობა > 25%-ზე, ასევე სტატისტიკულად სახმუნოა ჰიოსტატის ეთილთვისებინი ჰიპეჩნაზიის ახსებობის აბათობა.

ვად ეს უსიამოვნო პროცედურა გახლავთ, მაგრამ იგი მტკიცენული (თუ ანთება არაა) არ არის, ჩვეულებრივ ხანმოკლეა და სიმსივნური პროცესის შესახებ **ძალზე მნიშვნელოვან, (შესაძლებელია გადამწყვეტი!) ინფორმაციას იძლევა. გამოკვლევისას ავადმყოფი წელში მოხრილ, ან მუხლ-იდაყვის პოზაში იმყოფება. ლოგინში მწოლიარე ავადმყოფს ამ გამოკვლევას გვერდზე მწოლიარეს უტარებენ.**

ამრიგად, დრგ საშუალებას იძლევა გამოვავლინოთ პროსტატის უკანა ზედაპირზე არსებული სიმსივნური კვანძი, რომელიც ამასთან იმდენად დიდია, რომ შესაძლოა პალპაციით შევიგრძნოთ. დრგ პროსტატის ზომაზე ინფორმაციის გარდა, საშუალებას იძლევა პროსტატის კიბოს რიგი მახასიათებლები შევაფასოთ:

- კვანძი პროსტატის ერთ ან ორივე წილში;
- მთელი პროსტატის ან მისი ნაწილის გამკვრივება;
- ჯირკვლის ასიმეტრია;
- რამდენად მოძრავია სიმსივნური კვანძი და არის თუ არა იგი ირგვლივ მდებარე ქსოვილებთან შეხორცებული;
- სიმსივნის გავრცობა/ჩაზრდა სათესლე ბუშტუკებში.

ამასთან უნდა გვახსოვდეს, რომ პალპატორულად შეგრძნებული კვანძების მწოლოდ მესამედია მორფოლოგიურად დადასტურებული სიმსივნე. ამიტომ დრგ დროს შესაძლოა სხვა დარღვევები გამოვლინდეს:

- პროსტატის კეთილთვისებიანი ჰიპერპლაზია (ჰკჰ);
- პროსტატის კენჭი;
- პროსტატიტი (კერძოდ გრანულომატოზური პროსტატიტი);
- თესლგამომყოფი გზების დარღვევები;
- სათესლე ბუშტუკების დარღვევები;
- რექტალური მუკოზური პოლიპი ან სიმსივნე;
- პარაპროქტიტი.

ტრანსრექტული ულტრაბერითი სკანირება

ულტრაბერითი (სონოგრაფიული) სკანირებისას წარმოიქმნება ტალღები, რომლებიც ამა თუ იმ ორგანოს მოცულობით გამოსახულებას წარმოქმნის. გამოკვლევის წინ ავადმყოფს აუცილებლად უკეთდება **გამწმენდი ოყნა** (ან საფალარათო საშუალებები ეძლევა). პროსტატის ჯირკვლის სკანირებისათვის პატარა გადამწოდს უკანა ტანში ვათავსებთ და მიღებულ გამოსახულებას ეკრანზე ვაკვირდებით. სკანირების ეს მეთოდი პროსტატის სტრუქტურისა და მისი ზუსტი ზომის დასადგენად გამოიყენება. ამავდროულად შესაძლოა ულტრაბერითი კონტროლით სპეციალური გამოკვლევა (**ბიოპსია**) გაკეთდეს, რაც რიგ შემთხვევებში აუცილებელია. კვლევის ამ მეთოდის **ინფორმაციულობა დიდად არის დამოკიდებული ულტრაბერითი კვლევის სპეციალისტის კვალიფიკაციაზე. ტრანსრექტული ულტრაბერითი სკანირება გარკვეულ დისკომფორტს ქმნის, მაგრამ ამგვარი უხერხულობა საკმაოდ ხანმოკლეა და რამდენიმე წუთს გრძელდება.**

დღეისათვის აქტიურად საუბრობენ და ანაცვლებენ კიდევ ულტრაბერით კვლევას საკმაოდ ძვირადღირებული მაგნიტურ რეზონანსული ტომოგრაფიით. ბიოპსიასაც მისი კონტროლით აკეთებენ. კიდევ ერთხელ, ხაზგასმით მინდა ვთქვა, რომ გამოცდილი და მაღალკვალიფიციური ექოსკოპისტის პირობებში, მრტ-ს წარმოება აქტუალური შეიძლება ყოველთვის აღარც კი იყოს!

ბიოპსია

პროსტატის კიბოზე ეჭვის არსებობისას (რექტალური გასინჯვის, პსა, ან სონოგრაფიული გამოკვლევის შედეგები-

ჰიოსტატის ებოს ოჯალეჰი ფოხმების ეხოს ახსებობს ჰიპეჩმეჰუნალობის ხისეი, ხომელიც 5-იდან 75%-მდე მეჰეჰობს.

დან გამომდინარე), პროსტატის ბიოპსიის გაკეთება აუცილებელია. ბიოპსია უკანა ტანიდან სპეციალური ზამბარიანი სა-ბიოპსიო ნემსით სონოგრაფიული (მრტ) კონტროლით ტარდება. ბიოპტატს (მცი-რე ზომის ქსოვილს) პროსტატის მარჯვენა და მარცხენა წილების პერიფერიული ზონებიდან (ზოგჯერ სხვა უბნებიდანაც) იღებენ, გარკვეული დადგენილი თანმიმ-დევერობით და საგანგებო ნუმერაციით. უმრავლეს უროლოგიურ ცენტრებში ბიო-ფსიის ადგილების რაოდენობა პროსტა-ტის მოცულობიდან გამომდინარე იგეგ-მება. სტანდარტულად 12-მდე (აუცილებ-ლობისას შესაძლოა გაცილებით მეტი 18 – 24-იც კი იყოს) ბიოპტატს იღებენ. ზო-გჯერ ბიოპტატების რაოდენობა რამდე-ნიმე ათეულია და 100 – საც კი აჭარბებს. ამას სატურაციული ბიოპსია ეწოდება. იგი ზოგადი ან რეგიონალური გაუტკივა-რებით ტარდება, ძირითადად განმეორე-ბითი ბიოპსიების შემდეგ, როცა კანცე-როფობიის შიშით შეპყრობილი ავადმყო-ფი სიმსივნის არსებობის დადასტურებას, ან უარყოფას ითხოვს. ასეთი კვლევისას ჰოსპიტალიზაცია აუცილებელია და გართულებების ალბათობაც მაღალია.

მასსოვს დოქტორ პიტერ სკარდინოს, ნიუ-იორკის სლოუნისა და კეტერინგის მემორიალური კიბოს ცენტრში, ოპერა-ციების დროს ხშირად დაუჩივლია, რომ ამგვარი სატურაციული ბიოპსიების შემ-დეგ განვითარებული შეხორცებების გამო, ძალზე გართულებული იყო ნერ-ვულ ბოჭკოვანი ნწულის შემანარჩუნებ-ლი (დამზოგველი) რადიკალური პროსტა-ტექტომიის წარმოება.

ჩვეულებრივი, 12 – 18 ბიოპტატიანი, პროცედურა უმნიშვნელო დისკომფორტს იწვევს, იშვიათად მტკივნეულიც არის, მაგრამ, როგორც წესი, სპეციალურ გაუ-ტკივარებას არ საჭიროებს და ამბულა-

ტორულად ტარდება. ბიოფსიამდე 10 -14 დღით ადრე ავადმყოფმა ასპირინისა და ანტიკოაგულანტების (მაგ. ვარფარინი და ა.შ.) მიღება აუცილებლად უნდა შეწყვი-ტოს. გულსისხლძარღვთა სისტემის დაა-ვადებების რისკის არსებობისას, როდესაც აუცილებელია ანტიაგრეგანტების მიღება, ბიოფსიას სტაციონარის პირობებში ატა-რებენ. პროცედურა სწორი ნაწლავიდან მიდგომით სრულდება და გამწმენდი ოყნის შემდეგ, ინფიცირების საშიშროება მინი-მალურია, თუკი ბიოფსიის წინ და შემდე-გაც, რამდენიმე დღე, ანტიბაქტერიული თერაპია ტარდება. ბიოფსიიდან რამდენიმე დღის განმავლობაში მოშარდვისას, იშვია-თად ნაწლავების მოქმედების შემდეგაც, უმნიშვნელო სისხლდენაა მოსალოდნელი. პროცედურიდან 10-14 დღის განმავლო-ბაში ცხელი წყლით ბანაობის და სქესო-ბრივი ცხოვრებისაგან თავის შეკავებასაც ვურჩევთ. დღეისათვის უფრო ხშირად ამჯობინებენ რექტალური ექსკოპიის, ან მრტ კონტროლით პერინეალური ბიოპსიის წარმოებას, რაც ანატომიურ – ტოპოგრა-ფიული პოზიციებიდან ბევრად სწორი და გამართლებულია.

ბიოპტატებს მიკროსკოპის საშუა-ლებით სწავლობენ და მას მორფოლო-გიური გამოკვლევა ეწოდება.

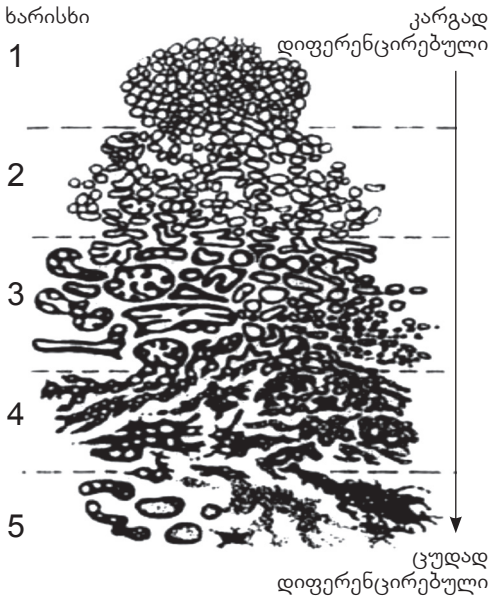
მორფოლოგიური გამოკვლევა

მორფოლოგიური გამოკვლევისათვის ძალზე დიდი მოცულობის მასალის და-მუშავებაა საჭირო. 1966 წელს დონალდ გლისონმა მოაწოდა პროსტატის კიბოს ავთვისებიანობისა და აგრესიულობის ხა-რისხობრივი შეფასების შკალა. ამ მიზნით ბიოპტატში სიმსივნური (კიბოს) უჯრედე-ბის გაფრცელების პროცენტულ შეფასებას ახდენენ და სიმსივნის დიფერენციაციის

ედიტარული ხელნაწილი გამოყვევა უმახივესი, უსაფხთხო და ყველაზე იაფი ტესტია ჰოსპიტალის კიბოს გამოსავლენად.

ხარისხს საზღვრავენ. უპირატესად და უბ- შირესად ანათლები პარაფინში ჩაყალიბე- ბისა და დაჭრის შემდეგ ჩვეულებრივი სი- ნათლის მიკროსკოპით შეისწავლება. დღეს სულ უფრო ხშირად, პკ სწორი დიაგნოსტი- კა სპეციალურ კვლევას – **იმუნოჰისტოქი- მიურ** ანალიზს ეფუძნება (სურ. 2).

2014 წელს **უროლოგიური პათოლოგიის საერთაშორისო ასოციაციამ (ISUP)** პროს- ტატის ბიოპსიით მიღებული მასალის შე- ფასების გასამარტივებლად სპეციალური კლასიფიკაცია მოაწოდა. ეს კლასიფიკა- ცია **მხოლოდ ბიოპსიური მასალის** აღწერას ეხება და **ტურ-ის**, ან **პროსტატექტომიის** დროს არ გამოიყენება. ამაზე იმიტომ ვა- მახვილებ ყურადღებას, რომ ბოლო წლებ- ში, მორფოლოგიურ დასკვნებში, ხშირია გლისონის ჯამთან ერთად პათოლოგიური პროცესის ხარისხის შეფასებაც.



სურ. 2. გლისონის დიფერენცირების ხარისხის სისტემა

ცხრილი 5

უროლოგიური პათოლოგიის საერთაშორისო ასოციაციას (ISUP) მიერ პროსტატის ბიოფსიით მიღებული მასალის შეფასების გასამარტივებლად მონოღებული სპეციალური კლასიფიკაცია

გლისონის ჯამი	ხარისხის (გრეიდი) ჯგუფი
2-6	1
7 (3 + 4)	2
7 (4+ 3)	3
8 (4 + 4) ან (3 + 5) ან (5 + 3)	4
9 – 10	5

ანუ ბიოფსიის შედეგების შეფასებისას პასუხში შესაძლოა ამ კლასიფიკაციის შე- საბამისად, მარჯვენა მხარეს ჩამოთვლი- ლი 1 -იდან 5 -მდე ხარისხის ჯგუფი იყოს მითითებული.

რას ნიშნავს სიმსივნის დიფერენცირების ხარისხი?

თუ ბიოფსია აღებულია და ანათლებ- ში სიმსივნე იქნა ნანახი, **მორფოლოგი** შესასწავლ ქსოვილებში სიმსივნის განვი- თარებას **ხარისხს** ანიჭებს. **ხარისხი სიმ- სივნის „აგრესიულობის“** აღმნიშვნელია – ანუ რამდენად სწრაფად გაიზრდება და გავრცელდება სიმსივნე. **პათომორ- ფოლოგები** ის სპეციალისტები არიან, რომლებიც აღწუხსხავენ და აფასებენ ორ- განიზმის ქსოვილებში დაავადებით გა- მონვეულ პროცესებს. სწორედ **მიკროს- კოპით** კვლევასა **დგინდება** სიმსივნის არსებობა.

პაციენტისთვის შეგუებული ექსპლანტის მხოლოდ მესამედია მოხიფოლოგიუხად დადასტუებული სიმსივნე

კარგად დიფერენცირებულ სიმსივნურ უჯრედებს მკაფიოდ გამოხატული საზღვრები აქვს, ბირთვი ცენტრში მდებარეობს, ხოლო **ცუდად (დაბალ-, ან არა-) დიფერენცირებული** სიმსივნისას, უჯრედები ერთმანეთშია აღრეული და ერთგვარ „სიმსივნურ გროვას“ წარმოქმნის. ამგვარი ფორმები ქსოვილთა ნორმალურ სტრუქტურას არღვევენ და განსაკუთრებული აგრესიულობით ხასიათდებიან. **კარგად დიფერენცირებული** სიმსივნე ნელა იზრდება, **არადიფერენცირებული** კი ქარბორბალასავით ვრცელდება. მორფოლოგიები სიმსივნის გავრცელებისა და დიფერენციაციის ხარისხის დასადგენად **გლისონის მაჩვენებელს (ჯამს)** იყენებენ. დაბალი მონაცემები – **2, 3, 4**, როგორც წესი, **კარგის**, ხოლო მაღალი მონაცემები **-8, 9, 10**, **ცუდი მიმდინარეობისა და პროგნოზის** დამადასტურებელია. მათ შორის არსებული მონაცემები (**5, 6, 7**) **შუალედურ** მდგომარეობას ასახავს და კიბოს უჯრედების განვითარების პროგნოზს აბსოლუტურად შეუძლებელს ხდის. დადგენილია, რომ **გლისონის მაღალი მაჩვენებლებისას**, სიმსივნემ პროსტატის კაფსულის მთლიანობა დაარღვია, ჩაზრდილია სათესლე ბუშტუკებში, რაც პროსტატის რადიკალურ ქირურგიულ ამოკვეთას გამოიწვევს. ასეთ დროს მკურნალობის პროგნოზი, **გლისონის დაბალ მაჩვენებელთან** შედარებით, გაცილებით უარესია. **გლისონის** მაღალი მაჩვენებელი ლიმფურ ჯირკვლებში სიმსივნის ჩაზრდაზეც მიუთითებს. **გლისონის** ძალზე მაღალი მონაცემები კი იმაზე მიგვანიშნებს, რომ სიმსივნე ირგვლივ მდებარე ორგანოებშია გავრცელებული. შეფასების ამგვარი სისტემა სრულყოფილი არ გახლავთ, თუმცა **გლისონის** მაჩვენებელი საშუალებას იძლევა შევაფასოთ და შესა-

ბამისად ვივარაუდოთ, რამდენად სწრაფად მოხდება კონკრეტულ ვითარებაში **პროსტატის კიბოს** გავრცობა.

პროსტატის ჯირკვლის მორფოლოგიური დიაგნოზი – **ინტრაეპითელური ნეოპლაზია**, საუბრის ცალკე თემაა. საქმე ისაა, რომ უჯრედში მიმდინარე ამგვარი, **ინტრაეპითელურ ნეოპლასტიური** ცვლილებები, **კეთილთვისებიან და ავთვისებიან** სიმსივნურ პროცესებს შორის **შუალედური** პათოლოგიური მდგომარეობაა. მორფოლოგიები მას ხშირად **ატიპურ ჰიპერპლაზიასაც** უწოდებენ. განასხვავებენ მის სამ სტადიას: **სანყისს, საშუალოსა და გამოხატულს (I, II, III)**. პირველ სტადიას განსაკუთრებული ყურადღება არ ექცევა და რაიმე დამატებითი გამოკვლევა საჭირო არ არის. მეორე და მესამე სტადიის დროს კი განმეორებითი ბიოფსია უნდა ჩატარდეს, რამეთუ ეს სტადიები **კიბოსწინარე მდგომარეობად** მიიჩნევა. ამიტომ არ უნდა გაგვიკვირდეთ, თუ მკურნალმა ექიმმა **განმეორებითი ბიოფსია** შემოგთავაზოთ.

როგორ უნდა მოიქცეს ექიმი, თუ მომატებული ჰსა-ს გამო გაკეთებული ბიოფსიის შედეგად ჩატარებულმა მორფოლოგიურმა კვლევამ სიმსივნური უჯრედები ვერ აღმოაჩინა?

აუცილებელია თავისუფალი ჰსა-ს განსაზღვრა და განმეორებითი ბიოფსიის წარმოება.

უნდა გაუპატიდეს თუ არა ყველა აპაღმყოფს ბიოფსია და რას ემყარება პროსტატის კიბოს დიაგნოსტიკა?

რასაკვირველია ყველას, თუკი თავისუფალი და საერთო ჰსა შეფარდება ამის აუცილებლობაზე მიუთითებს, რადგანაც

ჰიქსტატის ეიბოს ხისჯი – ჰიქსტატის ეიბოს ოჯახუჯი ანამნუჯი; ხასობიჯი ეუთვნიღბა (აფუო-ამეჯიუეღობა); ჭახბი წონა; ასაჯი; საეჯთო ჯანმთეღობის ანამნუჯი.

პროსტატის კიბოს დიაგნოზი სიმსივნის მხოლოდ მორფოლოგიურ დადასტურებას ეფუძნება.

უარყოფითი მორფოლოგიური პასუხის შემთხვევაში აუცილებელია პსა -ს განსაზღვრა ყოველწლიურად. ამ მონაცემის წლიური ზრდა 0.75 ნგ/მლ-ზე მეტად, დიდი ალბათობით სიმსივნის არსებობის მიმანიშნებელია.

ამრიგად, პროსტატის კიბოს დიაგნოსტიკა ემყარება:

- დიგიტალური რექტალური გასინჯვის შედეგებს;
- პსა-ს განსაზღვრის შედეგებს;
- ტრანსრექტული სონოგრაფიის/მრტ შედეგებს;
- ტრანსრექტული (პერინეული) ბიოფსიის შედეგებს.

უროლოგი პროსტატის კიბოს დიაგნოსტიკასა და მკურნალობას დაავადების გამოვლენისა და ასაკის გათვალისწინებით უნდა მიუდგეს. 75 წელზე მეტი ხნის ბევრი მამაკაცი, რომელსაც უსიმპტომო მიმდინარეობის პროსტატის კიბო აქვს, თანამდევრი დაავადებებისა და მათი გართულებების გამო, დიდხანს ვერ ცოცხლობს. მათი უმრავლესობისათვის უსიმპტომოდ მიმდინარე პროსტატის კიბო დარჩენილი სიცოცხლის მანძილზე, ჯანმრთელობის რაიმე სერიოზულ პრობლემას პრაქტიკულად ვერ შექმნის – ავადმყოფის სიცოცხლეში დაავადება მანიფესტაციას ვერ ასწრებს. ამდენად უპრიანია, რომ 75 წელზე მეტი ასაკის ადამიანებსა და საერთოდ ყველას, ვისი სიცოცხლის სავარაუდო ხანგრძლივობა 10 წელზე ნაკლებია, მართო იმ მოსაზრებით, რომ პროსტატის კიბოს სკრინინგია გასაკეთებელი, პსა-ს გამოკვლევა, არც კი უნდა შეეთავაზოს. არსებობს რიგი გარემოებები, როცა პროსტატის კიბო ამა თუ იმ სახით არის

მანიფესტირებული და იგი გარკვეულ მკურნალობას საჭიროებს, ან კიდევ პროსტატის კიბოს დიაგნოზი დოკუმენტურად არის დასადასტურებელი, მაგალითად სისტემური ტკივილდადუმების დასანიშნად. იმის გათვალისწინებით, რომ პკ დიაგნოზი მორფოლოგიურად უნდა იყოს ვერიფიცირებული, ვატარებთ შეზღუდულ ბიოპსიას, 2-4 ბიოპტატის ალებით.

პროსტატის კიბოს TNM კლასიფიკაცია

მორფოლოგიურად დავადგინეთ პროსტატის კიბოს დიაგნოზი. ეხლა საჭიროა მკურნალობის ტაქტიკის შემუშავება დაავადების სტადიის განსაზღვრის საფუძველზე. დღეისათვის მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციის მიერ მონოდებულია ონკოლოგიური დაავადებების ერთიანი კლასიფიკაცია, რომელიც განსაზღვრავს, შემოფარგლულია თუ გავრცობილი სიმსივნური პროცესი, არის თუ არა იგი გავრცობილი ლიმფურ ჯირკვლებში, ან მეზობელ ორგანოებში.

2017 წლის რედაქციით პროსტატის კიბოს TNM კლასიფიკაცია ასე გამოიყურება:

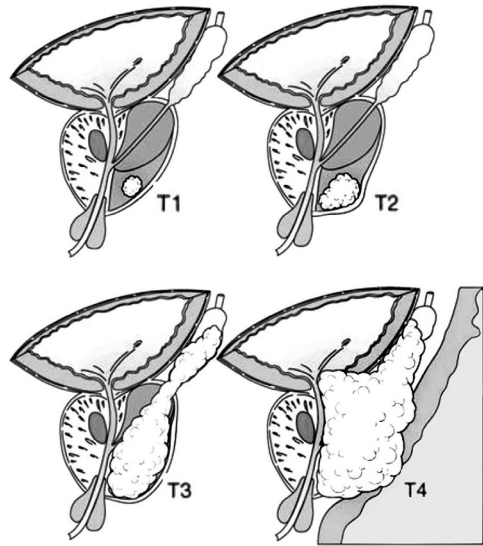
- T_x — პირველადი სიმსივნე ვერ დგინდება;
- T₀ — პირველადი სიმსივნე არ არსებობს;
- T₁ — კლინიკურად სიმსივნე არ ვლინდება და რექტალურად არ ისინჯება;
- T_{1a} — შემთხვევით აღმოჩნდა პისტოლოგიური კვლევისას პროსტატის რეზეცირებული ქსოვილის 5%-ზე ნაკლებში;
- T_{1b} — შემთხვევით აღმოჩნდა პისტოლოგიური კვლევისას პროსტატის რეზეცირებული ქსოვილის 5%-ზე მეტში;

პაციენტისთვის მნიშვნელოვანი ინფორმაცია
მედიკალიზაციის დადსტურებული სიმსივნე

- T1c — მომატებული ჰსა გამო საბიოფ-სიო ნემსით აღებულ მასალაში ინახა;
- T2 — სიმსივნე ისინჯება პროსტატის ქსოვილში და პროსტატის კაფსულის გარეთ არ არის გავრცობილი;
- T2a — სიმსივნე ერთი წილის ნახევარს ან უფრო ნაკლებს მოიცავს;
- T2b — სიმსივნე ერთი წილის ნახევარზე მეტს იკავებს და არა ორივე წილს;
- T2c — სიმსივნე ორივე წილს იკავებს;
- T3 — სიმსივნე პროსტატის კაფსულის მიღმა ვრცელდება;
- T3a — აღინიშნება სიმსივნის უნილატერალური (ცალმხრივი) ან ბილატერალური (ორმხრივი) ექსტრაკაფსულური გავრცობა შარდის ბუშტის ყელში;
- T3b — სიმსივნე სათესლე ბუშტუკებშია ჩაზრდილი;
- T4 — სიმსივნე დგინდება ან ჩაზრდილია ახლომდებარე სტრუქტურებში სათესლე ბუშტუკების გარდა, მაგალითად გარეთა სფინქტერში, სნორ ნაწლავში, ამწვე კუნთებში, და/ან მენჯის ფსკერში;
- N — რეგიონული ლიმფური ჯირკვლები;
- NX — რეგიონული ლიმფური ჯირკვლები ვერ ფასდება;
- N0 — რეგიონულ ლიმფურ ჯირკვლებში მეტასტაზები არ არის;
- N1 — რეგიონულ ლიმფურ ჯირკვლებში მეტასტაზებია;
- M — შორეული მეტასტაზების არსებობა;
- M0 — შორეული მეტასტაზები არ არის;
- M1 — არის შორეული მეტასტაზები;
- M1a — რეგიონულ ლიმფურ ჯირკვლებში მეტასტაზები არ არის;
- M1b — მეტასტაზებია ძვლებში;

- M1c — მეტასტაზები სხეულის სხვა ადგილებშიც არის.

ამ კლასიფიკაციის მკურნალობაში გადაწყვეტი როლი ენიჭება, რამეთუ პროსტატის კიბოს განკურება მხოლოდ საწყის (T1, T2) სტადიებშია შესაძლებელი (სურ. 3).



სურ. 3. პროსტატის კიბოს გავრცელების 4 სტადია

ამრიგად, რაც უფრო შორსნასულია სტადია, მით უფრო სახიფათოდ მიმდინარეობს დაავადება. თუ სიმსივნე ლიმფურ ჯირკვლებში, ძვლებსა და მეზობელ ორგანოებშიც ვრცელდება, ასეთ დროს პროცესის გაკონტროლება და მკურნალობაც შეუძლებელია. სამწუხაროდ, ამ სტადიების დროს პროსტატის კიბოს განკურნება შეუძლებელია. დაბეჯითებით არავის ძალუძს დღეს იმის პროგნოზი, როდის (რამდენ ხანში) გასცდება სიმსივნე პროსტატის კაფსულას და როდინან აღარ

აქტიური მეთვალყურეობის ტაქტიკა ახანგახხდა ავადმყოფებშიც გამაჩთლებულია, მით უფრო თუ სქესობიხივი ფუნქციის შენახუნება მათთვის უალხესად მნიშვნელიოვანი გახემოებაა.

დაექვემდებარება მკურნალობას, რომელიც მანამდე საკმაოდ ეფექტური იყო.

კლინიკური და პათოლოგიური სტადიები

კლინიკურ პრაქტიკაში ძალზე ხშირად სიმსივნის ავადმყოფის ახლობლები დაუწინებოთ გთხოვენ ავუსნათ „თუ რომელი სტადია აქვს ავადმყოფს“. ბევრი ამ სტადიურობაში ვერც კი ერკვევა და მიაჩნია, რომ თუ ექიმი ეტყვის, რომ მე-3 ან მე-4 სტადია აქვს, ეს აუცილებლად სასიკვდილო განაჩენს ნიშნავს. პარადოქსული სიტუაცია იქმნება, როცა ამ კითხვით ავადმყოფის ახლობლები ექიმს პირველივე ვიზიტისას მიმართავენ. იმ დროს ამ საკითხზე ცალსახა პასუხის გასაცემად ექიმს სხვადასხვა ინფორმაციის მოძიება და გადამუშავება სჭირდება. უნდა გვსმოდეთ, რომ მხოლოდ **დიგიტალური რექტალური გამოკვლევის, პსა-ს, ტრანსრექტული ექოსკოპიისა და ბიოფსიის მონაცემების** საფუძველზე, უროლოგი **დაავადების კლინიკურ სტადიას** დაგიდგენთ. თუმცა, დაავადების მიმდინარეობაზე გაცილებით ზუსტ, და მე ვიტყვოდი სწორ წარმოდგენას, **პათოლოგიური სტადია** იძლევა. **განკურნების შესაძლებლობის შესაფასებლად მას გადამწყვეტი მნიშვნელობა აქვს.** ადრე **პათოლოგიური სტადიის** დადგენა მხოლოდ ქირურგიული გზით ამოკვეთილი მთელი პროსტატის, ლიმფური ჯირკვლების მორფოლოგიური გამოკვლევით ხერხდებოდა. ანალოგიურად ხდება სხვა სიმსივნეებთან მიმართებაშიც.

დღეისათვის სპეციალური ცხრილით, მაგალითად, **ფართინის ნომოგრამით**, ჯერ კიდევ ოპერაციამდე (მკურნალობის დაწყე-

ბამდე), უროლოგებს და თვით ავადმყოფებსაც შეუძლიათ დაავადების გამოსავლის ინდივიდუალური პროგნოზირება და რისკის დისტრიბუციის განსაზღვრა. ამისთვის **ჯონს ჰოპქინსის** სათანადო ვებგვერდზე **პსა-ს, კლინიკური სტადიის და გლისონის ჯამის** მონაცემების შეყვანაა საჭირო. ანალიზის საფუძველზე დგინდება პროსტატაში სიმსივნის გავრცობის, ექსტრაკაფსულური გავრცელების, სათესლე ბუშტუკებში და ლიმფურ ჯირკვლებში ჩაზრდის პროცენტული მახასიათებლები. ეს ცხრილი **ბალტიმორში, ჯონს ჰოპქინსის** ჰოსპიტალში, ამერიკის უროლოგიურ „მექაში“, **პროსტატის კიბოთი** დაავადებული **მრავალი ათასი** ავადმყოფის რადიკალური პროსტატექტომიის ანალიზის საფუძველზე შემუშავდა. უნდა ითქვას, რომ ასეთი **ნომოგრამები** არის **მემორიალური ჰოსპიტლის** ვებგვერდზეც და მასში დამატებით **ავადმყოფის ასაკი, პირველადი და მეორადი გლისონის ჯამი, ინფორმაცია ნეოადიუვანტური თერაპიის, ან რადიოთერაპიის** წარმოების შესახებაც უნდა მოინიშნოს. ამ **ნომოგრამებით** სიცოცხლის ხანგრძლივობა მკურნალობამდე და მის შემდეგ, ასევე მეტასტაზების შესაძლო განვითარების რისკიც, დგინდება.

ქვლების (ჩონჩხის) იზოტოპური სკანირება

ძალზე მაღალმგრძობიარე გამოკვლევაა, რომელსაც **პროსტატის კიბოს** გავრცობით განვითარებული დესტრუქციული უბნების გამოვლენა შეუძლია. ამ კვლევის მგრძობელობა ძვლებში მეტასტაზების დროს 95%-ია. ეს გამოკვლევა ტარდება როცა:

სიმსივნე სპეციფიკური გადაჩენა იმ ადამიანებში, ვინც აქტიური მეთვალყურეობის ეხიკეიუმებს აკმაყოფილებს, 8 წლის განმავლობაში 99% შეადგენს. ახასნოხი მუხნალობის ახასასუხველი უეუქტი შესაძლოა უფხო უახესი აღმოჩნდეს, ვიდრე თვით დაავადების ჰიოგხესიხებისგან მიყენებული ზიანი.

- **პსა 10 ნგ/მლ მეტია;**
- **გლისონის ჯგამია 8 ან მეტი;**
- **ავადმყოფს ძვლების ტკივილი აქვს;**
- **პროსტატექტომიის შემდგომი ბიოქიმიური რეციდივის დროს;**
- **პროსტატის კიბოს დროს ქიმიოთერაპიის ეფექტურობის შესაფასებლად.**

ამ გამოკვლევისას, რაც უპირატესად მაღალი რისკის მქონე ავადმყოფებს უტარდებათ, სპეციალური **რადიოაქტიური ნივთიერების** ძალზე მცირე რაოდენობა შეგვყავს იდაყვის ვენაში. ამის შემდეგ ხდება მთელი სხეულის სკანირება. პათოლოგიური უბანი ნორმალურ ძვალთან შედარებით ამ რადიოაქტიურ ნივთიერებას დიდი რაოდენობით ირთავს და სურათზე „განათებული“ არე „მოჩანს“. ვენაში ინიექციიდან სკანირებამდე, რადიოლოგიურ განყოფილებაში 3 საათი უნდა დაჰყოთ, ასე რომ, კარგი იქნება, თუ თან რაიმე საინტერესო წიგნს ან ჟურნალს იქონიებთ.

რადიოაქტიურობის დონე იმდენად მცირეა, რომ არც თქვენთვის, და არც გარშემომყოფათათვის, რაიმე საშიშროებას არ ქმნის.

სკანირებით სხვა დაავადებებიც, მაგალითად, **ართრიტი**, შეიძლება გამოვლინდეს, ხოლო პროსტატის კიბოს დიაგნოზის დასაზუსტებლად შემდგომი გამოკვლევები, მაგალითად, **დამიზნებითი რენტგენოგრაფია**, საჭირო.

კომპიუტარული ტომოგრაფია

კომპიუტერული ტომოგრაფია (კტ) რენტგენოლოგიური კვლევის უფრო სპეციფიკური და მაღალმგრძობიარე გამოკვლევის სახეა. ამ გამოკვლევას, ჩვეუ-

ლებრივ, **ყველა** ავადმყოფს **არ უუტარებთ**, ძირითადად მხოლოდ მაღალი რისკის მქონე ავადმყოფებს. რამდენიმე სურათს სხვადასხვა სიბრტყეში ვიღებთ და კომპიუტერი სხეულის ამა თუ იმ ორგანოს ამსახველ დეტალურ სურათს აგებს. ამით სხეულის სხვა ნაწილებში ავთვისებიანი პროცესის გავრცელებას ვადგენთ. უფრო დეტალური მსჯელობისათვის იდაყვის ვენაში ზოგჯერ იოდის შემცველი საკონტრასტო ნივთიერება შეგვყავს. ამ დროს შესაძლოა რამდენიმე წუთით სიმბურვალის შეგრძნება გქონდეთ.

ტომოგრაფია უმტიკინეულო, მაგრამ შედარებით ხანგრძლივი პროცესია – 30-40 წუთს გრძელდება. პროცედურის დამთავრებისთანავე შეგიძლიათ სახლში წახვიდეთ.

მაგნიტურ რეზონანსული ტომოგრაფია (მრტ), ან პირთულ – მაგნიტური რეზონანსი

ეს კომპიუტერული სკანირების მსგავსი გამოკვლევაა, მაგრამ ამ დროს რენტგენის სხივების მაგივრად **მაგნიტიზმი** გამოიყენება, რაც მოცულობითი გამოსახულების აგების საშუალებას იძლევა. კომპიუტერული ტომოგრაფიის მსგავსად, არც ამ გამოკვლევას **უუტარებთ ყველა** ავადმყოფს (**დაბალი, ან ძალზე დაბალი რისკის ავადმყოფებს ეს კვლევა არ უნდა ჩაუტარდეს**). გამოკვლევის მიმდინარეობისას მშვიდად უნდა იწვეთ ლითონის ცილინდრის შიგნით. ამან შესაძლოა მცირე დისკომფორტი შეგიქმნათ. ზოგი **კლავსტროფობიულ** შეგრძნებას მთელი კვლევის განმავლობაში უჩივის. ამის თავიდან ასაცილებლად შესაძლოა უშუალოდ გამოკვლევის პრო-

მამაჯაცებში, ხომელთაც დაბალი ხისჯის ჰქოსჯატის ჯიბო აქვთ, ასევე აქვთ მეჯასჯახების განვითახების დაბალი ხისჯის, საშუალო ხისჯის ჯგუჯისგან განსხვავებით, ვისთნაჯ მეჯასჯახიების აღბათობა სახმუნოდ მაღაღია.

ცესს თქვენი ახლობელიც დაესწროს. ბოლო წლებში, მეტასტაზების გამო-სავლენად, ხშირად იყენებენ **მთელი სხეულის მრტ სკრინინგს**.

ულტრათანამედროვე დიაგნოსტიკად დღეისათვის **მულტიპარამეტრული მრტ-ს** წარმოებაა მიჩნეული. მისი **4 სახეობა** საშუალებას იძლევა ზუსტად შეფასდეს **კვლევის ზონა**, შესაბამისად **სწორად** და **მიზანმიმართულად იქნას აღებული ბიოპტატები** და **განისაზღვროს დაავადების სტადია**.

- **კვლევა T2 რეჟიმში** – ბრწყინვალე ზონურ ანატომიას იძლევა. ამ დროს პროსტატის კიბო დაბალი ინტენსივობის სიგნალით ხასიათდება.
- **დინამიური მრტ კონტრასტირებით** – კვლევა კონტრასტ **გოდოლინიუმის** სწრაფი ინფუზიის პირობებში ტარდება. **პროსტატის** კიბოს უჯრედები სწრაფად „ირთავენ“ კონტრასტს და კონტრასტის „გამორეცხვის“ შემდეგ პროსტატა ძალზე კარგად ისახება. ამგვარი გამოსახულება კიბოს დროს გაძლიერებული სისხლმომარაგების, ე.წ. **ანგიოგენეზის**, შედეგია. ამ კვლევის **მგრძნობელობა 46 – 95%** შეადგენს, ხოლო **სპეციფიკურობა 74 – 96 %**.
- **დიფუზური მრტ** – ამ კვლევის დროს **ქსოვილებში წყლის დიფუზიის** შეფასება ხდება. ამგვარი დიფუზია პროსტატის ნორმალურ ქსოვილში ადვილად ხდება, კიბოს უჯრედებში კი დიფუზია გაძნელებულია. სწორედ ეს ფენომენი, კიბოს **აგრესიულობის** ხარისხზე მსჯელობის საშუალებას იძლევა. ამ კვლევის **მგრძნობელობა და სპეციფიკურობა შესაბამისად 57 – 93,3% და 57 – 100%**.
- **მაგნიტურ რეზონანსული სპექტროსკოპია** –ქიმიური მეტაბოლიტების გა-

მოვლენას ემყარება, რაც დაავადების **სტადირებას** აუმჯობესებს, თუმცა კლინიკურ პრაქტიკაში ამ კვლევამ ფართო გამოყენება ვერ ჰპოვა.

კვლევებით დადასტურებულია, რომ **მრტ** დროს ჩატარებული მიზანმიმართული **ბიოპსიით 1,5 ჯერ, ზოგჯერ 2 ჯერ უფრო ხშირად შეიძლება აგრესიული კიბოს ფორმების გამოვლენა**, ვიდრე **სონოგრაფიული** კონტროლით ჩატარებული ბიოპსიებისას.

გარდა ამისა, ეს კვლევა მნიშვნელოვნად, **27%-ით**, ამცირებს **არასაჭირო ბიოპსიების** რაოდენობას და ასევე **5%-ით** ამცირებს იმ ავადმყოფების რიცხვს, ვისაც კიბო **ჰიპერდიაგნოსტიკის** საფუძველზე დაუდგინდათ. მნიშვნელოვანი გარემოებაა ისიც, რომ ამ კვლევისას შესაძლოა ასაღები ბიოპტატების რიცხვიც კი შემცირდეს. ასევე, **მრტ** მეშვეობით, **18%-ით** მეტ ავადმყოფს უდგინდება **კლინიკურად მნიშვნელოვანი პკ** დიაგნოზი.

პეტ სკანი – პოზიტრონ ემისიური ტომოგრაფია

ამ კვლევის დროს ნიშნული **რადიოაქტიური** ნივთიერება შეყავთ იდაყვის ვენაში. ქსოვილებსა და ორგანოებში იზოტოპის „ჩალაგების“, ან „მთანთქმის“ საფუძველზე, პეტ სკანერით საკვლევი უბნების ფუნქციონირებაზე მსჯელობენ. **პეტ სკანით** ასევე შესაძლებელია **მიკროცირკულაციის შეფასება**, **ქსოვილებში ჟანგბადის გაჯერების დონის განსაზღვრა**, **გლუკოზის მეტაბოლიზმის შეფასება**. სიმსივნის დიაგნოსტიკის გარდა, პეტ სკანი გამოიყენება კარდიოვასკულური პრობლემების დროს, ცნს დაავადებებისას და ა.შ.

იმის გათვალისწინებით, რომ ჰქოსტაკის კიბო ნელი ჰქოგუხისიხებით ხასიათდება, ნლება საჭიხო იმაში დასაძმუნებლად, რომ მონოდებული ახალი მუქნალობა, ძველზე უკეთესია.

ცისტოსკოპია

ამ პროცედურისას ტელესკოპური მილის მეშვეობით შარდსადენსა და შარდის ბუშტს ვათვალიერებთ. წინააღმდეგობის არსებობისას, შესაძლოა დაბრკოლების მოშორება (ტრანსურეთრული რეზექცია – ტურ-ი) გახდეს საჭირო. ცისტოსკოპია-საანესთეზიო გელის (მაგ. კატეჯელის) ადგილობრივი გამოყენებით კეთდება. ტურ-ის გაკეთებისას გაუტკივარება (ზოგადი, სპინალური ან პერიდურული) აუცილებელია.

კიდევ ერთხელ და ხაზგასმით თუ რამდენად მნიშვნელოვანია გამოკვლევები

გადანყვეტილება მკურნალობის ტაქტიკის შესახებ აუცილებლად რამდენიმე დიაგნოსტიკურ ტესტს – დიგიტალურ რექტალურ გამოკვლევას, პსა-ს განსაზღვრას, საჭიროებისას ტრანსრექტულ ექოსკოპიასა და ბიოფსიას ეფუძნება. მათგან დიგიტალური რექტალური გამოკვლევისა და პსა-ს შერწყმა გაცილებით უფრო ინფორმაციულია, ვიდრე ამ ტესტების ცალ-ცალკე ჩატარება.

ამას ეფუძნება სწორედ ნომოგრამები, რომლებზეც ზემოთ ვისაუბრეთ (გვ. 39). ეს კლინიკური კვლევები პროსტატის კიბოს დიფერენციაციის ხარისხსა და სტადიაზე მკაფიო წარმოდგენის ჩამოყალიბების საშუალებას იძლევა. ბიოფსიითა და შემდგომი მორფოლოგიური კვლევით პროსტატის კიბოს აგრესიულობისა და გავრცელების ხარისხს ვადგენთ. ამგვარი შეფასების მეთოდს, როგორც ზემოთ აღვნიშნეთ, გლისონის ჯამი ჰქვია. ამ კლასიფიკაციით, როცა გლისონის ჯამია 2, პროსტატის კიბო „მთვლემარედ“ მიმდინარეობს, ხოლო 10 – აგრესიული მიმდინარეობის მიმანიშნებელია. გლისონის ჯამისა და სხვა გამოკვლევათა შედეგების ანალიზის საფუძველზე, ყოველ კონკრეტულ შემთხვევაში, შესატყვისი მკურნალობის პროგრამას ვსაზღვრავთ. ამ გამოკვლევებს რამდენიმე დღე სჭირდება და ეს მოლოდინი, რა თქმა უნდა, თქვენთვის კიდევ ერთხელ ამაფორიაქებელი იქნება. ამიტომაც, ამ დროს კითხვებით შეგიძლიათ ექიმს, ან ახლობლებს მიმართოთ. მთავარია, სულიერი სიმშვიდე და მომავლის იმედი შეინარჩუნოთ.

ჩვენ საკმაოდ ხშირად ვხმაობთ სიტყვებს „აღბათ“, „შესაძლოა“, ან „შესაძლებელია“, ხოცა საქმე მუქინალობის ტაქტიკას ეხება. ეს იმიტომ, რომ ექიმი თავის გადანყვეტილებასა და მსჯელობაში, უპიჯველეს ყოვლისა, „ახ ავნოს“ ჰინციპით უნდა ხელმძღვანელობდეს, მუოხეს მხივ, რატეგოიიულობა და უკიდუქესობები, უცილობდად უნდა გამოიიციხოს.

ოპტიმალური მკურნალობის თაობაზე გადამწყვეტილების მისაღებად მხედველობაში უნდა იქნეს მიღებული შემდეგი:

- ავადმყოფის ასაკი;
- ჯანმრთელობის ზოგადი მდგომარეობა;
- დაავადების სტადია;
- სიმსივნის დიფერენციაციის ხარისხი, რომელიც მომავალში მის შესაძლო გავრცელებაზე მსჯელობის საშუალებას გვაძლევს;
- მკურნალობის მეთოდის შესაძლო გართულებები.

ამრიგად, დიაგნოზის დადგენის შემდეგ ექიმი დაავადების სტადიას საზღვრავს, ხოლო თქვენი ასაკისა და ჯანმრთელობის ზოგადი მდგომარეობის გათვალისწინებით, მკურნალობის სახეს გირჩევთ. ამ არჩევანის გაკეთებისას თქვენი ფსიქოემოციური სფეროს მდგომარეობა აუცილებლად უნდა იყოს გათვალისწინებული.

როგორც ზემოთ მოგახსენეთ, პროსტატის კიბო ხშირად ძალიან ნელა პროგრესირებს, ანუ იზრდება. ის შესაძლოა წლების განმავლობაში შემოსაზღვრული დარჩეს. დადგენილია, რომ ლოკალური კიბოს დროს სიმსივნური კვანძის ორჯერ გაზრდას 2 – 3 წელი სჭირდება. ამავდროულად, ისიც უნდა გახსოვდეთ, რომ ლოკალური პროსტატის კიბოს ზრდისა და გავრცობის პროცესი აბსოლუტურად უმართავია. სამწუხაროდ, არაერთი შემთხვევაა ცნობილი, როცა სიმსივნე რექტალურად არ ისინჯებოდა, მაგრამ უკვე მეტასტაზებს, ზოგჯერ შორეულსაც კი, იძლეოდა. ასე რომ, თუკი სიმსივნური პროცესი კაფსულას სცილდება (ამის პროგნოზირება კი, თუ როდის მოხ-

დება ეს, არავის ძალუძს), დაავადების განკურნება უკვე შეუძლებელია.

თუკი სიმსივნე ძვლებში გავრცელდა, სიცოცხლის ხანგრძლივობა სავარაუდოდ 3 წელია. მრავალწლიანი კვლევებით დადგენილია, რომ მცირე ზომის, კარგად დიფერენცირებული სიმსივნე, რომელიც კაფსულას არ სცილდება, პაციენტთა 40% – ში ძვლებში 10 წლის შემდეგ ვრცელდება, ხოლო 15 წლის შემდეგ კი ეს მახასიათებელი უკვე 70 %-ს აღწევს.

ამრიგად, კიდევ ერთხელ, მკურნალ უროლოგთან ერთად შეაფასეთ თქვენი დაავადების სტადია და ჯანმრთელობის ზოგადი მდგომარეობა. ყოველივე ეს ასაკთან მიმართებაში უნდა იქნას განხილული.

უნდა გახსოვდეთ, რომ თუკი თქვენი სიცოცხლის მოსალოდნელი ხანგრძლივობა 10 წელზე მეტია და ჯანმრთელობის მდგომარეობაც საკვებით დამაკმაყოფილებელია, ლოკალური პროსტატის კიბოს არ მკურნალობით, შესაძლოა გაჯანსაღებისა და განკურნების შანსი ხელიდან გაუშვავთ!

პროსტატის ლოკალური კიბოს მქონე ასაკოვანი და ხანდაზმული ავადმყოფების რადიკალური მკურნალობა ყოველთვის გამართლებული არ გახლავთ. რადგან ამ ასაკში ამგვარ აგრესიულ ჩარევას, (იმ გართულებებსაც თუ მივიღებთ მხედველობაში, რაც ხშირად ოპერაციას მოსდევს), ავადმყოფები საკმაოდ ცუდად იტანენ.

80 წელზე მეტი ასაკის მამაკაცებში, რომლებიც სულ სხვა დაავადებების გამო იღუპებიან, პროსტატის კიბოს ზოგიერთი სიმპტომი, საკმაოდ ხშირად, მხოლოდ შემთხვევით ვლინდება. ამიტომაც, ეს ავადმყოფები რაიმე სპეციალურ მკურნალობას არ საჭიროებენ.

ცხრილი 6

პროსტატის კიბოს მკურნალობის რეკომენდაციები.
მტკიცებულების ხარისხი ძალზე მაღალია – ყველა შემთხვევაში – A, ეუა 2017

დაბალი რისკის პროსტატის კიბო	
აქტიური მეთვალყურეობა	ვურჩევთ ავადმყოფებს პროსტატის კიბოს პროგრესირების მინიმალური რისკისას; როცა სიცოცხლის სავარაუდო ხანგრძლივობა > 10 წელზე, cT1/2, პსა ≤ 10 ნგ/მლ, გლისონის ჯამი ≤ 6, ≤ 2 პოზიტიური ბიოფსია, ბიოპტატების მინიმალური რაოდენობა (≤ 50% სიმსივნე ბიოპსიისას)
რადიკალური პროსტატექტომია	ავადმყოფებს დაბალი და საშუალო რისკით ვურჩევთ რადიკალურ პროსტატექტომიას (რპ) და რადიოთერაპიას (რთ), თუ სიცოცხლის ხანგრძლივობა > 10 წელზე.
რადიოთერაპია	დაბალი რისკის ავადმყოფებში კონფორმალური დასხივებისას ჯამური დასხივება არის 74 – 78 გრეი. ავადმყოფებში დაბალი რისკის ჯგუფიდან, რომელთაც არ ჰქონდათ პროსტატის ტურ-ი ნაწარმოები, აქვთ პროსტატის სიმპტომთა ჯამის კარგი მაჩვენებლები და პროსტატის მოცულობა < 50 მლ, დაბალი დოზის ბრაქიტერაპიაა ნაჩვენები
კრიოთერაპია, მაღალი ინტენსივობის ფოკუსირებული ულტრაბგერა (მიფუ – HIFU)	კრიოთერაპია, მაღალი ინტენსივობის ფოკუსირებული ულტრაბგერა ტარდება კლინიკური კვლევების ფარგლებში. ვინაიდან ამ მკურნალობის ეფექტურობის შორეული შედეგები სტანდარტული მკურნალობის ეფექტურობასთან მიმართებაში არ არის ცნობილი, შეთავაზებული მკურნალობის ვარიანტები პაციენტთან დეტალურად უნდა იქნას განხილული.
ჰორმონოთერაპია (ანდროგენული სუპრესია)	არ არის გამართლებული
“ფხიზელი მოლოდინი”, WW	მიზანშეწონილია იმ ავადმყოფებში, სადაც ლოკალური გამაჯანსაღებელ-სამკურნალო ტაქტიკა ვერ ტარდება და სიცოცხლის ხანგრძლივობა ხანმოკლეა

მის მნიშვნელოვნად, 27%-ით, ამციხებს ახასაჭიხო ბიოპსიების ხაოდენობას და ასევე 5%-ით ამციხებს იმ ავადმყოფების ხიცხვს, ვისაც ეიბო ჰიპოქიანოსტიკის საფუძველზე დაუდგინდა. მის-ს მეშვეობით, 18%-ით მეტ ავადმყოფს უდგინდება ელინიუხად მნიშვნელოვანი ჰე დიანოზი.

საშუალო რისკის პროსტატის კიბო	
აქტიური მეთვალყურეობა	არ განიხილება
რადიკალური პროსტატექტომია	<p>ავადმყოფებს დაბალი და საშუალო რისკით ვურჩევთ რადიკალურ პროსტატექტომიას (რპ) და რადიოთერაპიას (რთ), თუ სიცოცხლის ხანგრძლივობა > 10 წელზე.</p> <p>დაბალი რისკის ჯგუფის ავადმყოფებს სიმსივნის ექსტრაკაფსულური ზრდით ნერვშემანარჩუნებელ ჩარევას (ნომოგრამებზე დაყრდნობით) ვურჩევთ.</p> <p>მულტიპარამეტრული მრტ ნერვშემანარჩუნებელი ჩარევის გადანყვეტილების მიღებაში გვეხმარება.</p> <p>ლიმფური ჯირკვლების გაფართოებულ ამოკვეთას მხოლოდ მაშინ მივმართავთ, თუ კი პოზიტიური ლიმფური ჯირკვლების აღბათობა 5% აჭარბებს.</p> <p>ლიმფირებული ლიმფური ჯირკვლების ამოკვეთა არ ხდება.</p> <p>ავადმყოფებში pT3N0M0, როცა პსა არ ისაზღვრება, რადიკალური პროსტატექტომიის შემდეგ სულ ცოტა ბიოქიმიური რეციდივის თავიდან ასაცილებლად განხილულ უნდა იქნას ადიუვანტური კონფორმალური რადიოთერაპიის წარმოება.</p> <p>ადიუვანტური ჰორმონოთერაპია პროსტატექტომიის შემდეგ pT3N0 დაავადების დროს შეთავაზებული არ უნდა იქნას.</p>
რადიოთერაპია	<p>საშუალო რისკის ავადმყოფებში ჯამური დასხივება 74 – 78 გრეი, სასურველია 4 თვის განმავლობაში ჰორმონოთერაპიასთან იყოს შეთავსებული.</p> <p>ავადმყოფებში, რომელთაც არ ჩატარებიათ პროსტატის ტურ-ი, აქვთ პროსტატის სიმპტომთა ჯამის კარგი მარევენებლები და პროსტატის მოცულობა < 50 მლ, რეკომენდირებულია დაბალი დოზის ბრაქითერაპია</p>
ანდროგენური სუპრესია	ასიმპტომურ ავადმყოფებში არ ტარდება
“ფხიზელი მოლოდინი”, WW	მიზანშეწონილია ავადმყოფებში, როცა ლოკალური გამაჯანსაღებელ-სამკურნალო ტაქტიკა ვერ ტარდება და სიცოცხლის ხანგრძლივობა ხანმოკლეა
მაღალი რისკის პროსტატის კიბო	
“ფხიზელი მოლოდინი”, WW	ნაჩვენებია იმ ავადმყოფებში, რომლებიც ვერ განიკურნებიან და რომელთა სიცოცხლის ხანგრძლივობა ხანმოკლეა.
აქტიური მეთვალყურეობა	მიზანშეწონილია
რადიკალური პროსტატექტომია	ნეოადიუვანტური ჰორმონოთერაპია რადიკალურ პროსტატექტომიამდე არ უნდა იყოს შეთავაზებული

დიგიტალური ხეჯაღი გამოყენებისა და პსა-ს შეხწყმა გაცილებით უფრო ინფორმაციულია, ვიდრე ამ ტესტების ცალ-ცალკე ჩატახება. ამას ეფუძნება სწორედ ნომოგრამები,

მაღალი რისკის პროსტატის კიბო	
	შერჩევით ტარდება რბ ლოკალურად გავრცობილი პროცესის დროს იმ ავადმყოფებში, რომელთა სიცოცხლის ხანგრძლივობა > 10 წელზე, როგორც მულტიმოდალური თერაპიის ნაწილი. რბ შემდეგ ჩატარებული ლოკალური დასხივება ბიოქიმიურ რეციდივს გადააყვავებს. გადაწყვეტილება რბ ჩატარების შესახებ მრტ კვლევას ეყრდნობა
რადიოთერაპია	ავადმყოფები უნდა ინფორმირებულნი იყვნენ, „გადამრჩენი დასხივების“ შესახებ, თუკი რბ შემდეგ პსა ვერ ისაზღვრება. ეს ლონისძიება პსა-ს ზრდის შემთხვევაში ადიუვანტური დასხივების ალტერნატივაა. მაღალი რისკის ლოკალური და გავრცობილი კიბოს დროს კომფორმალური დასხივება ტარდება მაღალი დოზის ან დაბალი დოზის ბრაქითერაპიასთან ერთად. დამატებით, 2-3 წლის განმავლობაში ავადმყოფი ჰორმონოთერაპიას იტარებს.
ანდროგენ სუპრესიული მონოთერაპია	ტარდება ლოკალური მკურნალობის ჩატარების სურვილის არქონისას და დაავადების დაბალი დიფერენცირებისას.

ცხრილი 7

რისკის ჯგუფები პროსტატის შემოფარგლული და ლოკალურად გავრცობილი პროსტატის კიბოს ბიოქიმიური რეციდივირებისას, ეუა 2017.

დაბალი რისკი	საშუალო რისკი	მაღალი რისკი	
პსა < 10 ნგ/მლ	პსა 10 – 20 ნგ/მლ	პსა > 20 ნგ/მლ	ნებისმიერი პსა
გლისონის ჯამი < 7	გლისონის ჯამი 7	გლისონის ჯამი >7	ნებისმიერი გლისონი
(ISUP) ხარისხი 1	(ISUP) ხარისხი 2/3<	(ISUP) ხარისხი 4/5	(ISUP) ხარისხი ნებისმიერი
cT1 — 2a	cT2b	cT 2c	cT3 – 4 cN+
ლოკალური			ლოკალურად გავრცობილი

ჩვენ საკმაოდ ხშირად ვხვდებით სიტყვებს „ალბათ“, „შესაძლოა“, ან „შესაძლებელია“, როცა საქმე მკურნალობის ტაქტიკას ეხება. ამაზე ამ წიგნში კიდევ ბევრჯერ იქნება საუბარი. ეს იმიტომ, რომ ექიმი თავის გადაწყვეტილებასა და მსჯელობაში, უპირველეს ყოვლისა, „არ ავნოს“ პრინციპით უნდა ხელმძღვანელობდეს, მეორეს მხრივ, კატე-

გორიულობა და უკიდურესობები, უცილობლად უნდა გამოირიცხოს. მთავარია ექიმსაც და ავადმყოფსაც ახსოვდეს, რომ მკურნალობა აბსოლუტურად ინდივიდუალურია. მკურნალობის სხვადასხვა სახის შერწყმა ზოგჯერ უკეთეს შედეგს იძლევა. მსოფლიოს სხვადასხვა ქვეყანაში დღესაც მიმდინარეობს სერიოზული

ხოგოხ უნდა მოიქცეს ექიმი, თუ მომაცემელი პსა-ს გამო გაჩეთებული ბიოფსიის შედეგად ჩატარებულმა მოხედოლოგიქმა ავადმყოფს სიმსივნეუხი უჩხედები ვეხ აღმოაჩინა? აუცილებელია თავისუფალი პსა-ს განსაზღვრა და განმეოხებითი ბიოქსიის ნახმოება.

კვლევები ოპტიმალური მკურნალობის დასადგენად. იმის გათვალისწინებით, რომ პროსტატის კიბო ნელი პროგრესირებით ხასიათდება, წლებია საჭირო იმაში დასარწმუნებლად, რომ მოწოდებული **ახალი** მკურნალობა, **ძველზე** უკეთესია.

შესაძლოა საავადმყოფოში სხვა ავადმყოფებს შეხვდეთ, რომელთაც თქვენგან განსხვავებული მკურნალობა ჩაუტარდათ, ან უტარდებათ. ეს სრულიად დასაშვებია, რადგან მათი დაავადების სტადია და ავთვისებიანი პროცესის მიმდინარეობა, თქვენგან განსხვავებულია. ეს შესაძლებელია მაშინაც, როცა უროლოგებს პროსტატის კიბოს მკურნალობასთან მიმართებაში განსხვავებული შეხედულებები აქვთ. თუ გაგიჩნდათ შეკითხვები თქვენი მკურნალობის შესახებ, აუცილებლად მიმართეთ მკურნალ ექიმს. და კიდევ ერთი რამ – ზოგჯერ ავადმყოფი მკურნალობის საკითხების გასარკვევად, ან დასაზუსტებლად, სხვა უროლოგს მიმართავს. ამგვარი პრაქტიკა მთელ მსოფლიოშია მიღებული და არც ავადმყოფისა, არც ექიმისათვის, სრულებითაც არ გახლავთ საჩოთირო.

ამრიგად, ზემოთ ჩვენ მიერ მოყვანილი იყო ევროპის უროლოგთა ასოციაციის 2017 წლის რეკომენდაციები, სადაც მტკიცებულების მაღალი ხარისხით მოკლედ იყო წარმოდგენილი პროსტატის კიბოს სხვადასხვა სტადიის და რისკის ჯგუფის დროს შეფერებული ხედვა მკურნალობის ამა თუ იმ მეთოდის შესახებ. ქვემოთ ჩვენ ამ სტრატეგიების დეტალურ განხილვას შევეცდებით.

ამრიგად, პროსტატის კიბოს მკურნალობის ალგორითმი გულისხმობს:

- აქტიურ მეთვალყურეობას;
- ქირურგიულ ჩარევას – რადიკალურ პროსტატექტომიას;

- რადიოთერაპიას;
- ექსპერიმენტულ მკურნალობას;
- “ფხიზელი მოლოდინის” ტაქტიკას;
- ჰორმონოთერაპიას;
- იშვიათად, ქიმიოთერაპიას.

აქტიური მეთვალყურეობა

აქტიური მეთვალყურეობა გამართლებულია იმ მამაკაცებისთვის, რომელთაც მცირე მოცულობის, დაბალი და საშუალო ხარისხის სიმსივნე აქვთ. ამ ჯგუფის მამაკაცებში პროსტატის კიბოთი გამოწვეული **სიკვდილიანობა დაბალია**. ამრიგად, ეს მამაკაცები **განკურნებად, გამაჯანსაღებელ, თერაპიას** ექვემდებარებიან, შესაბამისად, ამგვარი მეთვალყურეობის ტაქტიკა დაავადების პროგრესირების ნიშნების გამოვლენამდე შესაძლებელია გაგრძელდეს. სხვა სიტყვებით რომ ვთქვათ, ასეთი მიდგომით მამაკაცების **60–70% თავიდან აიცილებს სამკურნალო – გამაჯანსაღებელი თერაპიის ე.წ. „გვერდით“ მოვლენებს**. უახლესი კვლევებით დადასტურებულია, რომ მამაკაცებში, რომელთაც დაბალი რისკის პროსტატის კიბო აქვთ, ასევე აქვთ მეტასტაზების განვითარების დაბალი რისკიც, საშუალო რისკის ჯგუფისგან განსხვავებით, ვისთანაც მეტასტაზირების ალბათობა **სარწმუნოდ მაღალია**. ამდენად ავადმყოფებმა, რომელთაც საშუალო რისკის პროსტატის კიბო აქვთ, არჩევანი აქტიური მკურნალობის სასარგებლოდ უნდა გააკეთონ.

აქტიური მეთვალყურეობა ყოველ **3 – 6 თვეში დრგ** და **ჰსა** ანალიზს გულისხმობს. დიაგნოზის შეცვლისას, ან დაავადების პროგრესირებისას, მულტიპარამეტრული მრტ და განმეორებითი ბიოპსია

უნდა გაუკეთდეს თუ ახა ყველა ავადმყოფს ბიოპსია და ხას ემყარება ჰქოსტატის კიბოს დიაგნოსტიკა? ხასაუვიჩველია ყველას, თუთი თავისუფალი და საუხითო ჰსა შეუახდება ამის აუცილებლობაზე მიუთითებს, ჰქოსტატის კიბოს დიაგნოზი სიმსივნის მხოლოდ მოხდომილოგიუი დადასტუებას ეფუძნება.

უნდა იქნას ნანარმოები. გამაჯანსაღებელი მკურნალობა მანამ უნდა დაიგეგმოს და ჩატარდეს, ვიდრე ეს კიდევ არის შესაძლებელი. დადგენილია, რომ **სიმსივნე სპეციფიკური გადარჩენა** იმ ადამიანებში, ვინც აქტიური მეთვალყურეობის კრიტერიუმებს აკმაყოფილებს, **8 წლის** განმავლობაში **99%** შეადგენს. **სიმსივნე სპეციფიკური გადარჩენა ეწოდება დროის მონაკვეთს კიბოს დიაგნოზის დადგენიდან, ან დაავადების მკურნალობის დაწყებიდან, სიკვდილის დღემდე. ავადმყოფები ვინც სხვა მიზეზებისგან იღუპებიან ამ ტერმინში არ იგულისხმებიან. მიზეზ-შედეგობრივი გადარჩენის შეფასება სამეცნიერო კვლევების საფუძველზე, გახლავთ ერთ-ერთი გზა იმის დასადგენად, თუ რამდენად ეფექტურია მკურნალობის ახალი მეთოდი.** ამგვარ, აქტიური მეთვალყურეობის, ტაქტიკას სპეციფიკური თავისებურებებიც ახლავს – ზოგ ავადმყოფს უჩნდება **ფსიქოლოგიური დისკომფორტი სიმსივნით ცხოვრების გამო, მით უფრო ისეთი სიმსივნით, რომელსაც არ მკურნალობენ (!).** ზოგი ავადმყოფი ამგვარ ტაქტიკას საკმაოდ სკეპტიკურად იღებს და არ ითვალისწინებს, რომ არასწორი მკურნალობის არასასურველი ეფექტი შესაძლოა უფრო უარესი აღმოჩნდეს, ვიდრე თვით დაავადების პროგრესირებისგან მიყენებული ზიანი. თუმცა ბევრისთვის ამგვარი მდგომარეობა ახალ და დაუძლეველ პრობლემებს სრულებითაც არ ქმნის. კვლევებით დადგენილია, რომ აქტიური მეთვალყურეობის ჯგუფიდან მხოლოდ 1/3 საჭიროებდა აქტიური მკურნალობის ჩატარებას, რაც საბოლოო ჯამში დაავადების სრული განკურნებით დასრულდა.

ამგვარი ტაქტიკის უპირატესობა ავადმყოფის უდავო **პიროვნული თავისუფლებაა**, რამეთუ მას შესაძლო არასასურველი

გართულებების გამომწვევი მკურნალობა არ უტარდება, და მეორე, ფრიად სერიოზული გარემოება ის გახლავთ, რომ ამგვარი მიდგომა, პრაქტიკულად, დიდ **ფინანსურ დანახარჯებს არ მოითხოვს.**

აქტიური მეთვალყურეობის ტაქტიკა ზოგჯერ **ახალგაზრდა ავადმყოფებშიც გამართლებულია, მით უფრო თუ სქესობრივი ფუნქციის შენარჩუნება** მათთვის უალრესად მნიშვნელოვანი გარემოებაა.

ამრიგად, მიზანშეწონილად მიმაჩნია იმ ძირითადი პოსტულატების გამოყოფა, რასაც ეფუძნება არჩევანი **აქტიური მეთვალყურეობის** სასარგებლოდ.

აქტიური მეთვალყურეობის კრიტერიუმებია:

- $\text{ჰსა} < 15 \text{ ნგ/მლ};$
- გლისონის ჯგამი $\leq 3 + 3;$
- სიმსივნეს უკავია ნებისმიერი ბიოპტატის მხოლოდ მცირე $< 4 \text{ მმ}$ ნაწილი და 12 ბიოპტატიდან მხოლოდ 3 ბიოპტატში ან ნაკლებშია ნანახი კიბოს უჯრედები;
- სიცოცხლის მოსალოდნელი ხანგრძლივობა 10 წელზე მეტია, რაც დაავადების პროგრესირების შემთხვევაში სავსებით საკმარისია რადიკალური მკურნალობის საწარმოვებლად.

აქტიური მეთვალყურეობის გაგრძელება ობიექტურ მახასიათებლებს ემყარება:

- 3 – ტესლა მულტიპარამეტრული მრტ-ით ყურადსაღები სიმსივნური ზრდა არ აღინიშნება;
- განმეორებითი ტრანსრექტული სონოგრაფიით, ან პერინეული ბიოპსიით (აუცილებლობისას!) პირველი 6 -12 თვის განმავლობაში სიმსივნის ზრდა, ან მისი, მორფოლოგიურად დადასტურებული, აგრესიულობის ხარისხის მატება არ დასტურდება.

ბიოფსიაზე 10 -14 დღით ადრე ავადმყოფმა ასპიხინისა და ანტიჟოჯუცანტების (მაგ. ვახუაჩინი და ა.შ.) მიღება აუცილებლად უნდა შეწყვიტოს.

რა განსხვავებაა აქტიურ მეთვალყურეობასა და „ფხიზელი მოლოდინის“ ტაქტიკას შორის?

ზოგჯერ ექიმი ავადმყოფს აქტიური მკურნალობის მაგივრად დაავადების მიმდინარეობაზე დაკვირვებას ურჩევს. ამგვარი ტაქტიკა ორგვარია: **აქტიური მეთვალყურეობა**, რომელსაც ზემოთ შევხეთ და **„ფხიზელი მოლოდინის“** ტაქტიკა, ე.წ. Watchful Waiting, რო-

მელსაც ქვემოთ დეტალურად განვიხილავთ. ეს ორი ტაქტიკა პრინციპულად განსხვავებულია, სამწუხაროდ, არც თუ იშვიათად, ამ ტაქტიკური მიდგომების აღრევა ხდება, ამიტომაც ვფიქრობ აუცილებლად არის საჭირო მათი განსხვავებების და თავისებურებების კიდევ ერთხელ წარმოჩენა – განხილვა, ოღონდ ამჯერად უკვე ერთ ცხრილში.

ცხრილი 8

აქტიური მეთვალყურეობისა და „ფხიზელი მოლოდინის“ ტაქტიკის თავისებურებანი, ეუა 2018

	აქტიური მეთვალყურეობა	„ფხიზელი მოლოდინის“ ტაქტიკა, WW
მკურნალობის სახე	გამაჯანსაღებელი	პალიატიური
შორეული შედეგები	წინასწარ განსაზღვრული გრაფიკით	პაციენტ სპეციფიკური
შეფასების კრიტერიუმები, მარკერები	დრგ, პსა, განმეორებითი ბიოპსია, მულტიპარამეტრული მრტ	არ არის განსაზღვრული
სიცოცხლის ხანგრძლივობა	> 10 წელზე	< 10 წელზე
მიზანი	მკურნალობის დამორგუნველი ზემოქმედების მინიმუმამდე შემცირებით უზრუნველყოფს გადარჩენის მაჩვენებლებს გაურესების გარეშე	მკურნალობასთან დაკავშირებული ტოქსიკური ზემოქმედების შემცირება
კომენტარები	დაბალი რისკის ავადმყოფები	ყველა სტადიის ავადმყოფები

როდის არის ნაჩვენები აქტიური მეთვალყურეობიდან რადიკალურ მკურნალობაზე გადართვა?

- როცა პსა-ს აჩქარება წელიწადში 1 ნგ/მლ-ით მატულობს;

- თუ კი დრგ დაავადების პროგრესირება დასტურდება;
- თუკი განმეორებითი ბიოპსიისას გლისონის ჯამი გაზრდილია;
- თუ კი ავადმყოფი რადიკალური მკურნალობის ჩატარებას მოითხოვს.

ბიოფსიითა და შემდგომი მოხფოლოგიუი ევლევით ჰიოსტატის ებოს აჩესიულობისა და გაჩესელების ხახისხს ვადგენთ. იოსა გლისონის ჯამი 2, ჰიოსტატის ებო „მთვერმახედ“ მიმდინახიობს, ხოლო 10 – აჩესიუი მიმდინახიობის მიმანიშნებლია.

პროსტატის კიბოს ქირურგიული გაურნალობის სახეები

რადიკალური პროსტატექტომია – დღეს კეთდება არა მარტო ისეთ დროს, როდესაც სიმსივნური პროცესი პროსტატის კაფსულას არ გასცილებია, არამედ გავრცობილი, და ცალკეულ შემთხვევებში მეტასტაზირებული კიბოს დროსაც. რადიკალური პროსტატექტომია ძალზე ბევრ ქვეყანაში ამჟამად **ლაპაროსკოპიული** მიდგომითაც კეთდება. ბოლო წლებში ე.წ. „განვითარებულ“ ქვეყნებში სულ უფრო ხშირია **რადიკალური პროსტატექტომია ლაპაროსკოპიული და რობოტ ასისტირებული** მიდგომით.

პროსტატის ტრანსურეტრული რეზექცია (ტურ) – პროსტატის კიბოს დროს კეთდება მხოლოდ შარდვის აქტის დარღვევასთან დაკავშირებული სიმპტომების შესამცირებლად.

ორქიდექტომია (სათესლე ჯირკვლების ამოკვეთა) – პროსტატის კიბოს გავრცობილი ფორმის დროს სიმსივნური პროცესის პროგრესირებას თრგუნავს. ამას ჩვენ ქვემოთ, **ჰორმონოთერაპიაზე** საუბრისას, დეტალურად განვიხილავთ.

პროსტატის ლოკალური კიბოს ოპერაციული გაურნალობა

2003 წლის გამოცემაში, ამ ქვეთავში, საუბარი იყო პროსტატის კიბოს ლოკალური ფორმების ოპერაციულ მკურნალობაზე. დღეისათვის ბევრი რამ შეიცვალა და დღეს თუ კი ავადმყოფის ზოგადი მდგომარეობა და მისი სიცოცხლის სავარაუდო ხანგრძლივობა > 10 წელზე, ძირითადი კერის ამოკვეთის შემდეგ დამატებითი დასხივების და ჰორმონოთერაპიის ჩატარებას ურჩევენ. უროლოგთან ერთად უნდა შეარჩიოთ და განიხილოთ თქვენ-

თვის ყველაზე ხელსაყრელი და მისაღები ქირურგიული ჩარევის სახე.

ოპერაციამდე აუცილებელია ექიმთან ერთად განიხილოთ ქირურგიული ჩარევის ეტაპები, ოპერაციის გამოსავალი, შესაძლო გართულებები (როგორც ოპერაციის მსვლელობისას, ასევე უახლოეს და მომდევნო პერიოდებში). დარწმუნებული უნდა იყოთ, რომ ქირურგიულ ჩარევამდე თქვენთვის ყველა საინტერესო და მნიშვნელოვან საკითხზე ამომწურავი და დასაბუთებული ინფორმაცია მიიღეთ. ოპერაციამდე მინიმუმ 1 თვით ადრე ზოგიერთი მედიკამენტის, მაგალითად, **ასპირინის** მიღება აუცილებლად უნდა შეწყვიტოთ, რამეთუ შესაძლებელია იგი სისხლდენის მიზეზი გახდეს.

კიდევ ერთხელ შეგახსენებთ რომ, ოპერაციის ან ნებისმიერი პროცედურის ჩატარების საკითხი მხოლოდ თქვენთან შეთანხმებით უნდა გადაწყდეს!

რადიკალური პროსტატექტომია

ოპერაციის ძირითადი სახე, რომელსაც პროსტატის კიბოს სამკურნალოდ ვიყენებთ, **რადიკალური პროსტატექტომიაა**. ამ დროს პროსტატა სათესლე ბუშტუკებთან ერთად ამოიკვეთება. ეს ოპერაცია უზშირესად 70 წლამდე ასაკის მამაკაცებში კეთდება. ოპერაციამ ზოგჯერ შესაძლოა **ერექციული დისფუნქცია** (ერექციის შეუძლებლობა) და **შარდის შეუკავებლობა** გამოიწვიოს. ამ პრობლემების ასაცილებლად ოპერაციის დროს პროსტატის ლატერალური კიდეების გასწვრივ არსებული **ნერვულ-სისხლძარღვოვანი ნსულების შენარჩუნებას ვცდილობთ**. ვინაიდან ოპერატორს არ შეუძლია წინასწარ განსაზღვროს გართულებათა ალბათობა, ამ ნსულებში სიმსივნის ჩაზრდა, ამიტომ ეს საკითხები პაციენტთან ერთად ოპერაციამდე, სრულად უნდა იქნას

განსჯილი. ასევე წინასწარ უნდა იქნას განხილული შესაძლო გართულებათა მკურნალობის საკითხებიც.

ოპერაციის დაგეგმვამდე არაერთი მნიშვნელოვანი ფაქტორია ყურადსაღები, მათ შორის ავადმყოფის ასაკი. **ავადმყოფის ასაკს** პოტენციური განკურნებისა და პროსტატექტომიის გართულებათა განვითარების თვალთახედვით, გადამწყვეტი მნიშვნელობა ენიჭება. დადგენილია, რომ 70 წელზე მეტი ასაკის არა სიმსივნეან მამაკაცებში შარდის შეუკავებლობა და ერექციული დისფუნქცია საკმაოდ ხშირია. ამასთან, ასაკის მატებასთან ერთად, სიმსივნური პროცესისგან განკურნების ალბათობაც კლებულობს.

ნეოადიუვანტური პროგნოზირება

ტერმინი, **ნეოადიუვანტური**, პირველადი სიმსივნის მკურნალობამდე დანელებულ მკურნალობას ნიშნავს. ამგვარი მიდგომა აქვეითებს **ჰსა** დონეს, **პროსტატისა** და **თვით სიმსივნის ზომას** და **ამცირებს პოზიტიურ ქირურგიულ საზღვრებს**. ამავდროულად, ამგვარი ქმედების რაიმე უპირატესობა სიმსივნის რეციდივირებასა, ან გადარჩენასთან მიმართებაში, დღემდე კვლევის საგანია.

როგორც ასინტირაპული რადიკალური პროსტატექტომიის თავისებურება და უპირატესობა

პროსტატის ანატომია განსაკუთრებით კარგად იქნა შესწავლილი 70-იანი

წლების ბოლოს, და ამას მოყვა რადიკალური პროსტატექტომიის ოპერაციის დახვეწა – დამუშავება რომელმაც საგრძნობლად გააუმჯობესა ოპერაციის ფუნქციონალური შედეგები. შემდგომი ცვლილება პროსტატის კიბოს ოპერაციულ მკურნალობაში მოხდა 1997 წელს, როცა ლაპაროსკოპიული პროსტატექტომია ჩატარდა. ლაპაროსკოპიული ოპერაცია ტექნიკურად საკმაოდ რთული შესასრულებელი იყო იმ დროს. დღეისათვის ბევრ ქვეყანაში, მათ შორის საქართველოში, იგი ფართოდ არის გავრცელებული.

პირველი რობოტული პროსტატექტომია 2001 წელს აღწერეს, და მას შემდეგ ეს მეთოდი ფართოდ დაინერგა მთელ მსოფლიოში. ამერიკის შეერთებულ შტატებში პროსტატექტომიების 85% ამჟამად რობოტულად კეთდება. სხვა ქვეყნებში ეს წილი ასე დიდი არ არის, თუმცა რობოტული პროსტატექტომიის სიხშირე ყოველწლიურად განუხრელად იზრდება.

რობოტული ტექნოლოგია თავდაპირველად ამერიკის შეერთებული შტატების თავდაცვის დეპარტამენტის მიერ იქნა შემუშავებული, მაგრამ შემდეგ ეს მიდგომა სამოქალაქო მიზნებისთვის იქნა ადაპტირებული. ამჟამად **და ვინჩის ქირურგიული სისტემა** პრაქტიკულად ერთადერთია, რომელიც სამედიცინო მიზნებისთვის გამოიყენება.

დღევანდელი რობოტული სისტემა მეოთხე თაობის ტექნოლოგია გახლავთ. ის წარმოადგენს 4-ხელიან რობოტს, რომელიც მოშორებულ სამართავ პულტთან, კონსოლთან, არის დაკავშირებული. ამ ოთხი ხელიდან, ერთი აკონტროლებს მაღალი გარჩევადობის კამერას, დანარჩენი სამი – სხვადასხვა ინსტრუმენტებს. ეს ინსტრუმენტები ორგანიზმში პატარა განაკვეთებიდან (8მმ) შედის, და ოთხივე ხელს/ინსტრუმენტს, მოშორებულ პულტ-

**ოპეჩაციის ან ნებისმიერი ჰოციდუქის ჩატახების საერთო მხოდ
თქვენთან შეთანხმებით უნდა გადანიყეს**

თან მკვდარი ქირურგი აკონტროლებს. ორი დამატებითი პორტი ასისტენტ-ქირურგისთვის იდგმება. კამერა სამგანზომილებიან გამოსახულებას იძლევა, რისი მეოხებითაც მხედველობა და უმნიშვნელო დეტალებიც კი ბევრად უკეთესად ჩანს, ვიდრე ღია ოპერაციების დროს. ეს საშუალებას აძლევს ქირურგს ზუსტი მოძრაობები შეასრულოს. ინსტრუმენტებს მოძრაობის დიდი თავისუფლება აქვთ და ადამიანის მაჯის მსგავსად შეუძლიათ მოხრა.

შესანიშნავი მხედველობისა და პატარა განაკვეთების გამო, რობოტული ოპერაციის დროს სისხლის დანაკარგი გაცილებით მცირეა, ვიდრე ღია ოპერაციების დროს. ავადმყოფებს პოსტოპერაციულ პერიოდში ნაკლები ტკივილი აქვთ, და უფრო ადრე უბრუნდებიან ოპერაციამდელ აქტიურობას. ავადმყოფთა უმრავლესობა საავადმყოფოში ოპერაციის შემდეგ მარტო ერთ დღეს ატარებს. ფუნქციონალური შედეგებიც (შარდის შეკავება ოპერაციის შემდეგ, ერექციის ხარისხი) რობოტული ოპერაციის შემდეგ ცოტა უკეთესია, თუმცა განსხვავება დიდი არ არის. რაც შეეხება ონკოლოგიურ შედეგებს, (სიმსივნის რეციდივი პროსტატის სარეცელის ადგილზე, დაავადების რეციდივი, სიცოცხლის ხანგრძლივობა), ღია და რობოტულ პროსტატექტომიებს შორის სტატისტიკურად სარწმუნო განსხვავება ვერ იხანა.

რობოტული ოპერაციის დიდი ნაკლი მისი სიძვირე გახლავთ. თანამედროვე რობოტული სისტემა დაახლოებით 2.5 მილიონი ამერიკული დოლარი ღირს, ხოლო ამ სისტემის სამუშაო მდგომარეობაში შენარჩუნებას ყოველწლიურად დამატებით დაახლოებით 100,000 დოლარი სჭირდება. შესაძლოა ესეც გახლავთ ერთ-ერთი მიზეზი, რომ მწარმოებელი

კომპანიებიც არ არიან მონადინებულები ეს აპარატურა განვითარებად ქვეყნებს მიჰყიდონ. სხვათაშორის, ამ საკითხზე საგანგებოდ გაცხადდა კოპენჰაგენში, 2018 წლის მარტში, ეუა-ს ბოლო კონგრესზე.

ოპერაციის შემდგომი პერიოდი

პროსტატექტომიის შემდეგ თქვენ ინტრავენური გადასხმები გიტარდებათ და შარდსადენ მილში სპეციალური, **ფოლისი**, კათეტერი გაქვთ ჩადგმული. ასევე 1 ან მეტი დრენაჟიც გექნებათ, რომლითაც ჭრილობიდან გამონადენი გამოიყოფა. ოპერაციის შემდეგ რამდენიმე დღის განმავლობაში უჩივით დისკომფორტს, ზოგჯერ ტკივილს, ძირითადად სიარულის დროს, ამიტომ ტკივილგამაყუჩებლებს რეგულარულად მიიღებთ. ღია ოპერაციიდან ერთ კვირაში, შეგიძლიათ სახლშიც წახვიდეთ. ეს ვადა ლაპაროსკოპიული მიდგომისას მხოლოდ 1-2 დღეს შეადგენს. დრენაჟსაც ლაპაროსკოპიული ოპერაციიდან 24-36 საათში ამოიღებენ. შარდის ბუშტის შესახორცებლად ორი კვირის განმავლობაში (ლაპაროსკოპიული წესით ოპერაციისას ეს ვადა 10 დღემდეა!) შარდსადენ მილში კათეტერი უნდა გედგათ. რაიმე პრობლემის არსებობისას, აუცილებლად უნდა მოგვმართოთ. 10-14 დღის შემდეგ ისევ ბრუნდებით საავადმყოფოში, სადაც რენტგენსაოპერაციოში კათეტერიდან შარდის ბუშტში საკონტრასტო ნივთიერებას შევიყვანთ, შევაფასებთ ბუშტის ავსებას (ამ კვლევას **ავსების ცისტოგრაფია** ეწოდება) და შემდეგ მოშარდვის პროცესს ვაკვირდებით (**დაცლის ცისტოგრაფია და ურეთროგრაფია**). ამ კვლევის დროს ყურადღებით ვაფასებთ, როგორია

ავადმყოფის ასახს ჰოტენციუი განუხუნებისა და ჰიოსტატექტომიის გახთულებათა განვითახების თვანთახედვით, გადამწყვეტი მნიშვნელობა ენიჭება.

შარდბუშტ-შარდსადენის შერთულის მდგომარეობა, ხომ არ აღინიშნება საკონტრასტო ნივთიერების ექსტრაავაზაცია (გამოყოფა, ჩაღვრა). კათეტერის ამოღების შემდეგ, როგორც წესი, მოშარდვა თავიდან შესაძლოა ოდნავ დარღვეული იყოს, უნებლიე შარდვაც აღინიშნებოდეს, თუმცა ეს უსიამოვნო სიმპტომები მალე გაივლის.

რადიკალური პროსტატექტომიის ბართულაბანი და არასასურველი შედეგები

რადიკალური პროსტატექტომიის შემდეგ ავადმყოფი აუცილებლად ინდივიდუალურ მეთვალყურეობას საჭიროებს. ეს, უპირველეს ყოვლისა, პსა-ს განსაზღვრას გულისხმობს. ოპერაციის შემდეგ იგი, როგორც წესი, ძალზე დაბალია ან პრაქტიკულად ვერ ისაზღვრება და ამგვარი ბიოქიმიური რემისია ხანგრძლივად გრძელდება.

ოპერაციამ შესაძლოა პრობლემებიც გამოიწვიოს – ერექციული დისფუნქცია და შარდის ბუშტის დაცლაზე კონტროლის დაკარგვა (ინკონტინენცია, ანუ შარდის შეუკავებლობა). ერექციული დისფუნქცია ოპერაციის დროს არტერიის, ან ნერვის დაზიანების გამო, სასქესო ასოს სისხლმომარაგების დარღვევითაა გამოწვეული. ოპერაციის მსვლელობისას ნერვულ-სისხლძარღვოვანი წნულების მცირე დაზიანებაც კი, მათ შორის თერმული, შეიძლება გახდეს ერექციული დისფუნქციის და ინკონტინენციის მიზეზი, განსაკუთრებით ხანში შესულ მამაკაცებში. თუ ოპერატორმა ანატომია საფუძვლიანად იცის, ამ წნულების დაზიანება გამორიცხულია. თუმცა, აუცილებლად უნდა გვახსოვდეს, რომ ქირურგიული ჩარევის მთავარი მიზანი სიმსივნის

ამოკვეთაა, შესაბამისად ამ დროს წნულები ზოგჯერ შეგნებულადაც ხვდება სიმსივნის რადიკალური ამოკვეთის საზღვრებში.

რადიკალური პროსტატექტომიის შემდეგ 60 წლამდე ასაკის ავადმყოფებში ერექციული დისფუნქციის რისკი 50%-მდეა, 70 წლის მამაკაცებში კი 70%-მდე იზრდება. ავადმყოფებს აუცილებლად უნდა ავეუხსნათ, რომ ოპერაციიდან 9 თვის თავზე ერექციის აღდგენა შემთხვევითაა 60-70%-ში ხდება. მათ ისიც უნდა იცოდნენ, რომ საჭიროების შემთხვევაში სპეციალური, მცირედ ინვაზიური მკურნალობა (მაგალითად, ინტრაკავერნოზული ინიექციები, მედიკამენტოზური მკურნალობა) ტარდება, რაც ამ პრობლემას მეტ-ნაკლებად აგვარებს.

შარდის ბუშტის დაცლის კონტროლის დაკარგვა, როგორც რადიკალური პროსტატექტომიის შედეგი, შედარებით იშვიათი გართულებაა. უფრო ხშირად ინკონტინენციის (შეუკავებლობის) მოვლენები თავდაპირველად კათეტერის ამოღებას მოსდევს (ამაზე ზემოთაც იყო საუბარი), მაგრამ ეს მცირე ხანში სწორდება. ოპერაციიდან ერთი წლის შემდგომ, პაციენტთა 1/4 ზოგჯერ შარდის წვეთებით დაღვრას უჩივის, 5%-ს შესაძლოა სპეციალური საფენების გამოყენება დასჭირდეს, ხოლო 1%-ზე ნაკლებს – სპეციალური კონდომ-კათეტერის ტარება ესაჭიროება. იშვიათად ხდება საჭირო სპეციალური ოპერაციის გაკეთება, რაც ხელოვნური სფინქტერის იმპლანტაციას (ჩანერგვას) გულისხმობს.

ქირურგიული ჩარევის სხვა არასასურველი შედეგი შარდის ბუშტის ყელის შევიწროებაა, რომელმაც შესაძლოა შარდის გამოდინების დარღვევა გამოიწვიოს. ამ დროს ხანმოკლე ენდოსკოპიური ოპერაცია ურეთრიდან (გაუჭრელად) კეთდება, რაც ამ გართულებას აგვარებს.

აუცილებლად უნდა გვახსოვდეს, რომ კიხუხიული ჩაჩუვის მთავარი მიზანი სიმსივნის ამოკვეთაა, შესაბამისად ამ დროს წნულები ზოგჯერ შეგნებულადაც ხვდება სიმსივნის ჩაჩუხილი ამოკვეთის საზღვრებში.

ტრანსურეთრული რეზექცია (ტურ)

იშვიათად აუცილებელია, რომ მოშორებულ იქნეს სიმსივნის ის ნაწილი, რომელიც ბლოკირებას უკეთებს შარდსადენს – მილს, რომელიც შარდს, შარდის ბუშტიდან ატარებს. ოპერაციას, რომელიც ამ დროს უპირატესად გამოიყენება, **პროსტატის ტრანსურეთრული (შარდსადენი მილიდან მიდგომით) რეზექცია (ტურ-ი)** ჰქვია. იგი სპინალური (პერიდურული) ანესთეზიით, იშვიათად ზოგადი გაუტიკვარებით, ტარდება. ამ დროს სხეულის ქვედა ნაწილი ხერხემლის არხში საანესთეზიო ნივთიერების შეყვანის შემდეგ დროებით (1-2 საათით) უგრძნობი ხდება. ასე რომ თქვენ ოპერაციის დროს ტკივილს სრულებით ვერ გრძნობთ.

როგორც სახელწოდება გვიჩვენებს, **ტურ-ი** ურეთრაში ტელესკოპური ინსტრუმენტის გატარებით კეთდება. მის ბოლოზე არსებული მარყუჟით ზედმეტ, მაბლოკირებელ, ქსოვილს ამოვჭრით. აუცილებლად ტარდება ამოკვეთილი ქსოვილების მორფოლოგიური გამოკვლევა, რის საფუძველზეც სიმსივნის დიფერენციაციის ხარისხი და სტადიურობა ზუსტდება. ამისათვის კი **მთელი ამოკვეთილი მასალის** შესწავლა ფრიად სასურველია. ზოგჯერ ამგვარ ტურ-ს პერიოდულად სისხლიანი შარდის გამოყოფა სდევს, რაც ხშირად დამატებითი სამკურნალო ღონისძიებების, მათ შორის **ადიუვანტური ჰორმონოთერაპიის** დაწყებას მოითხოვს.

ეს ოპერაცია **ონკოლოგიურად გამაჯანსაღებელი არ არის.**

ოპერაციის მეორე დილას ფეხზე უნდა ადგეთ. ინტრავენური ინფუზია **ტურ-ის** შემდეგ სხეულში სითხის ნორმალური ბალანსის აღსადგენადაა საჭირო. ეს მანამ გრძელდება, სანამ თქვენ სითხეს ნორმალური გზით არ მიიღებთ. შარდის ბუშტში ურეთრიდან ჩადგმული ფოლეთის კათეტერით შარდი სპეციალურ შარდმიმღებში გროვდება. თუ კათეტერს სისხლიანი კოლტი დაეცო, შარდის ბუშტის გამორეცხვა ხდება, საჭირო. ამ დროს სპეციალური, ჟანეს, შპრიცით შარდის ბუშტში კათეტერიდან შეგვყავს სითხე და ამ შპრიცითვე ვახორციელებთ ბუშტში არსებული კოლტების ასპირაცია-ევაკუაციას. კათეტერის ამოღება სისხლისგან შარდის დასუფთავების შემდეგ შეიძლება. შესაძლოა პირველად გაგიჭირდეთ მოშარდება, მაგრამ ეს მალე მონესრიგდება.

იშვიათად, მაგრამ ხდება, რომ ავადმყოფი კათეტერით ეწერება სტაციონარიდან. განერამდე ვასწავლით, როგორ უნდა მოუაროთ კათეტერს. აუცილებლობის შემთხვევაში ბინაზე ექთანიც მიაკითხავს.

შესაძლოა, ოპერაციის შემდგომი რამდენიმე დღის განმავლობაში, შარდსადენ მილში, განსაკუთრებით მოშარდვის დასასრულს, ტკივილის ან დისკომფორტის შეგრძნება გქონდეთ. ამ დროს ინიშნება ანტიბაქტერიული და ტკივილგამაყუჩებელი პრეპარატები, რომლებიც საკმაოდ ეფექტურია. თუ ტკივილი გაგიგრძელდათ, აუცილებლად უნდა აცნობოთ უროლოგს, რომელიც დანიშნულებას შეგიცვლით.

ლოჯანეხი ეიბოს დიხოს სიმსივნეხი ევანძის მიჯეხი გახედას 2 - 3 წელი სჭიხება. უნდა გახსოვდეთ, ხომ ლოჯანეხი ჰიოსტატის ეიბოს ხეღისა და გახეცობის ჰიოცესი აბსოლუტუხად უმახთავია.

პროსტატის კიბოს რადიოთერაპია

სხივური მკურნალობა, ანუ რადიოთერაპია პროსტატის კიბოს მკურნალობის ე.წ. „ოქროს სტანდარტია“. ამ სახის მკურნალობის უპირატესობა, უპირველეს ყოვლისა, იმაში მდგომარეობს, რომ ქირურგიული ჩარევა არაა საჭირო, განსაკუთრებით ხანში შესულ და დასუსტებულ ავადმყოფებში, და, მეორეს მხრივ, ასეთი მკურნალობა შესაძლებელია ისეთ შემთხვევებშიც, როცა სიმსივნის მოშორება, მისი გავრცობის გამო, შეუძლებელია.

პროსტატის კიბოს რადიოთერაპიული მკურნალობისას გამა რადიაციის ზემოქმედებით კიბოს უჯრედები იღუპება. ამასთან შესაძლოა ნორმალური უჯრედების გარკვეული დაზიანებაც მოხდეს. კიბოს რადიოთერაპია ჩვეულებრივ **„გარეგანი“** ზემოქმედებით ხდება, თუმცა ზოგ ავადმყოფს შესაძლოა ჩაუტარდეს ე.წ. **„შინაგანი“** ზემოქმედებაც, თუ დიაგნოზი დროულად დადგინდა.

არსებობს პროსტატის კიბოს რადიოთერაპიის ორი განსხვავებული ფორმა: **სამკურნალო** და **პალიატიური**. სახელწოდებიდან გამომდინარე, პირველი კურნავს სიმსივნეს, მეორე, **პალიატიური** მკურნალობა, ამცირებს არსებულ სიმპტომებს, განსაკუთრებით ძვლების ტკივილს და ავადმყოფს შედარებით კომფორტულ მდგომარეობას უქმნის, ე.ი. **ცხოვრების ხარისხს** აუმჯობესებს.

რადიოთერაპიას ვატარებთ საავადმყოფოში, სხივური დიაგნოსტიკისა და თერაპიის განყოფილებაში, ყოველდღიურად – ორშაბათიდან პარასკევის ჩათვლით. მკურნალობის კურსი შესაძლოა რამდენიმე კვირა გაგრძელდეს. მკურნალობის ხანგრძლივობა სიმსივნის ტიპზე, მოცუ-

ლობასა და გავრცობაზეა დამოკიდებული. სამკურნალო სეანსების შემდეგ რადიკალური პროსტატექტომია, როგორც წესი, არ კეთდება. აუცილებლობისას, რადიოთერაპია, ოპერაციის შემდეგაც შეიძლება ჩატარდეს.

რადიოთერაპიის დაგეგმვა და ჩატარება

რადიოთერაპიის დაგეგმვისას დიდი სიფრთხილეა საჭირო. წინასწარ ხდება **კომპიუტერული ტომოგრაფიის** ან **ბირთვულ-მაგნიტური** კვლევის მონაცემების შეჯერება, რათა დასხივების არე ზუსტად განისაზღვროს. დაგეგმვა, ჩვეულებრივ, სხივური დიაგნოსტიკისა და თერაპიის განყოფილებაში ხდება. მკურნალობის ეფექტურობის დასადგენად სპეციალური აპარატით, რომელსაც **სიმულატორი** ჰქვია, რენტგენის სურათებს იღებენ. არაერთ ცენტრში ამჟამად ე.წ. **კონფორმულ რადიოთერაპიას** იყენებენ, რაც პროსტატაზე სხივების ზუსტად მიმართვის (დამიზნების) საშუალებას იძლევა. თერაპიის ეს სახე განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია, რამეთუ მისი მეშვეობით ხერხდება მკურნალობის პოტენციალის რეალური გაზრდა და ირგვლივ მდებარე ქსოვილების სხივური დაზიანების მინიმუმამდე შემცირება.

მკურნალობის დაგეგმვა რადიოთერაპიის ძალზე მნიშვნელოვანი ნაწილია და ამას **რადიოთერაპევტთან** – ექიმთან, რომელიც თქვენს მკურნალობას გეგმავს, შესაძლოა ორი, ან სამი ვიზიტი დასჭირდეს.

კანზე **მარკირება** რადიოთერაპევტს ეხმარება ზუსტად შეარჩიოს პოზიცია და ადგილები, სადაც სხივები უნდა იყოს მიმართული. კანზე მარკირება მკურნალობის განმავლობაში უნდა დარჩეს, მაგრამ მისი დასრულების შემდეგ შეიძლება ჩამოირეცხოს. ზოგჯერ კანზე ორ, ან სამ მუდმივ მარკერს ნიშნავენ – ისიც მხოლოდ თქვენი თანხმობით კეთდება. რადიოთერაპიის დაწყებამდე დაგარიგებენ, როგორ უნდა დასხივების არეში კანის მოვლა.

რადიოთერაპევტი სპეციალურ სანოლზე მოგათავსებთ. იგი დარწმუნებული უნდა იყოს, რომ კომფორტულად მოეწყვეთ. მკურნალობის განმავლობაში, რომელიც მხოლოდ რამდენიმე წუთს გრძელდება, ოთახში მარტო იქნებით, მაგრამ მომიჯნავე ოთახში მყოფ რადიოთერაპევტთან საუბარი შეგეძლება. რადიოთერაპია მტკივნეული პროცედურაა, მაგრამ რამდენიმე წუთს, სენსის დამთავრებამდე, მშვიდად უნდა იწვეთ.

სტანდარტული მკურნალობა 8 კვირის განმავლობაში გრძელდება და მიწოდებული დასხივება ჯამურად 78 Gy — გრეის შეადგენს. შესაძლებელია ამგვარი რადიოთერაპია 4 კვირის განმავლობაშიც იქნას ჩატარებული და ამ დროს ჯამურად მიეწოდება 74 Gy. ამგვარი **ჰიპოფრაქციული** შემცირება არ ახდენს გავლენას სიმსივნის რეციდივირებაზე, ან გვერდით მოვლენებზე, თუმცა ამგვარ მკურნალობას კრიტიკოსებიც გამოუჩნდნენ, რამეთუ მიიჩნიეს, რომ ამგვარი შემცირება არასრულყოფილი მკურნალობაა.

კიბერლანა

პრინციპულად განსხვავებული **სტერეოტაქტიკური დასხივებაა**, რომელიც კომპიუტერულად იგეგმება და მიზანმიმართულად პროსტატის კიბოზე მაღალ ენერჯის 1200 **ფოტონურ** დასხივებას ახორციელებს. მკურნალობა ხანმოკლეა და სულ **1 კვირით** იფარგლება. ზემოქმედება ირგვლივ მდებარე სტრუქტურებზე მინიმუმამდეა შემცირებული. სარწმუნო მტკიცებულებებია, რომ ლოკალური პროსტატის კიბოს და განსაკუთრებით, საშუალო რისკის ავადმყოფებშია, ფასეული. შორეული შედეგების მოლოდინში ვართ. სიძვირის გამო ამ მეთოდმა ფართო გავრცელება ვერ ვერ ჰპოვა.

პროსტატაში რადიოაქტიური მარცვლის იმპლანტაცია (ბრაქითერაპია)

დღეისათვის რადიოთერაპიის ეს ფორმა თანდათანობით იკიდებს ფეხს. **იმპლანტთერაპიას**, რადიონუკლიდური მარცვლის იმპლანტაცია, ან **ბრაქითერაპია** ეწოდება. ამ მიზნით გამოიყენება **იოდ – 125** ან **პალადიუმ – 103**. ისევე, როგორც რადიოთერაპიის სენსისას, ამ პროცედურის დაგეგმვა წინასწარ ხდება. ამისათვის ტარდება ტრანსრექტიული ექოსკოპია, რომლის დროსაც პროსტატის შრეობრივი გამოსახულება იგება. ეს საშუალებას იძლევა ზუსტად განისაზღვროს რომელ შრეში რამდენი მარცვლის იმპლანტაცია მოხდება. პატარა რადიოაქტიური მარცვლები („სიდები“) პროსტატის ქსოვილში ზოგადი/სპინალური გაუტკივარების ფონზე თავსდება. პროცედურა აბსოლუტურად უმტკივნეულოა და იგი ექოსკანირებისა და

პალიაციური მუხნალობა ამციხებს ახლებელ სიმპტომებს, განსაჯეთიხებით ძვლების ტკივილს და ავადმყოფს შეუძლებით უომფოხუელ მდგომარეობას უმნის, ე.ი. ცხოვრების ხაჩისხს აუმჯობესებს.

რენტგენოსკოპიული კონტროლით ტარდება. ამგვარად, ლოკალური ირადიაცია ნელ-ნელა, განსაზღვრულ დროში (დამოკიდებულია გამოყენებული იზოტოპის ნახევარდაშლის პერიოდზე) ხორციელდება. მარცვლების ამოღება არ ხდება, დასხივების დოზა თანდათანობით მცირდება და გარშემომყოფებზე მისი ზემოქმედების საფრთხე არ არსებობს. **ბრაქითერაპიის** ორ სახეს ანსხვავებენ: **დაბალი** და **მაღალი** დოზით ბრაქითერაპიას. ამ უკანასკნელს გავრცობილი ფორმების დროს მიმართავენ, ძირითადად **პროსტატექტომიასთან** და **გარეგან დასხივებასთან კომბინაციაში**.

რადიოთერაპია ძვლებში ტკივილის დროს (პალიატიური მკურნალობა)

თუ პროსტატის კიბო ძვლებში ვრცელდება, **მეორადი კიბო** ან **მეტასტაზები**, რადიოთერაპია ტკივილის შესამცირებლად გამოიყენება. მკურნალობა მტკივნეული უბნის დასხივებას გულისხმობს. ბევრი ავადმყოფი ტკივილის შემცირებას ორ დღეში აღნიშნავს, ზოგ ავადმყოფს კი ამის მისაღწევად სამი ან ოთხი კვირა სჭირდება. აუცილებლობისას, დამატებით ტკივილგამაყუჩებელი მედიკამენტების დანიშვნა რეგულარულად შეიძლება.

რადიოთერაპია ძვლებში ტკივილისას სშირად ერთჯერადად ტარდება, შეიძლება კი ხანმოკლე მკურნალობის სერიებადაც დაიყოს. სამედიცინო პერსონალი მკურნალობის მიმდინარეობასა და მოსალოდნელ შედეგებში წინასწარ, დეტალურად, გაგარკვევთ.

თუ სიმსივნე საკმაოდ გავრცობილია, შესაძლოა საჭირო გახდეს სხეულის დიდი არის დასხივება (ირადიაცია). ამას **ჰემისხეულის ირადიაცია** ეწოდება. რადიოთერაპიის ეს ფორმა, ტკივილს ჩვეულებრივ რამდენიმე დღეში ამცირებს. ლოკალურთან შედარებით, ასეთი მკურნალობის უარყოფითი მხარე უფრო დიდი ფართის დასხივებაა, რაც ისეთ უბნებსაც ფარავს, სადაც სიმსივნური პროცესი არ არის. რადიოთერაპევტი გულისრევის სანიშნააღმდეგო საშუალებებს დაგინიშნავთ. შესაძლოა მცირე ხნით საავადმყოფოშიც დაგტოვონ.

სტრონციუმ-89

ძვლებში მეტასტაზების დროს გამოიყენება რადიოაქტიური ნივთიერება, რომელსაც **სტრონციუმ-89** ჰქვია. იგი არჩევითად ძვლის დაზიანებულ უბნებში „ლაგდება“. იზოტოპი ინიექციის სახით იდაყვის ვენაში შეჰყავთ. ჩვეულებრივ ეს სპეციალურ ლაბორატორიაში კეთდება. ინიექციის შემდეგ რადიოაქტიური ნივთიერების მცირე ნაწილი შარდით გამოიყოფა, ამიტომაც **რადიოაქტიური დაბინძურების** თავიდან ასაცილებლად, **შარდის რაიმე კონტეინერში (ან ქილაში) დაყოვნება დაუშვებელია**.

საავადმყოფოს პერსონალი უსაფრთხოების სპეციალურ ზომებზე სახლში განერამდე დაგარიცებთ. რადიოაქტიურობის დოზა მინიმალურია და თქვენი კონტაქტი ხალხთან, მათ შორის ბავშვებთანაც, უსაფრთხოა. მკურნალობის ეფექტს ბევრი ავადმყოფი რამდენიმე

იხილეთ: ჰაიპოსტატიკის ებოს მუხნალობის ე.წ. „ოქიოს სტანდარტი“. მუხნალობის უპიხატესობა, უპიხველეს ყოვლისა, იმაში მდგომარეობს, რომ ქიხუხიული ჩახევა ახაა საჭიხო, განსაუეთიხებით ხანში შესუდ და დასუსტებუდ ავადმყოფებში, და, მეოხეს მხიხვ, ასეთი მუხნალობა შესაძლებელია ისეთ შემთხვევებშიც, ხოცა სიმსივნის მოშოხება, მისი გახეცობის გამო, შეუძლებელია.

კვირაში გრძნობს, თუმცა გაუმჯობესების მიღწევამდე შესაძლოა ტკივილი იშვიათად გაძლიერდეს კიდევც.

რადიოთერაპიის არასასურველი შედეგები

რადიოთერაპიის შემდეგ ზოგჯერ აღინიშნება **პსა**-ს მომატება და **ბიოფსიის** შედეგიც დადებითია, რაც ადგილობრივად სიმსივნური პროცესის ზრდის ან მეტასტაზირების შედეგია. ამ გართულებათა აცილების საუკეთესო საშუალებაა **სამგანზომილებიანი კონფორმული თერაპია**, რომელიც მნიშვნელოვნად ზრდის მკურნალობის პოტენციალს, დასხივების დოზას, ხოლო ირგვლივ მდებარე ქსოვილების რადიაციული დაზიანების ალბათობას კი მინიმუმამდე ამცირებს. ანალოგიურ დადებით შედეგებს იძლევა კიბერდანაც

რადიოთერაპიამ შესაძლოა გამოიწვიოს **მოთენთილობა**, **გულისრევის** შეგრძნება, თუმცა თუ მხოლოდ პროსტატის არე დასხივდება, გულისრევა იშვიათია. ეს ეფექტები შეიძლება მეტ-ნაკლებად შემანაწილებელი იყოს და დასხივების დოზასა და სამკურნალო სეანსების რაოდენობაზე დამოკიდებული.

გულისრევის შეგრძნებასა და პირღებინებას მათი სანინალმდეგო მედიკამენტებით ვმკურნალობთ. თუ არ გსიამოვნებთ საკვების მიღება, იგი შეიძლება მაღალკალორიული ხილის წვენებით ჩაანაცვლოთ.

პროსტატის არის დასხივება **შარდის ბუშტზე**, **შარდსადენზე (ურეთრაზე)** და **ნაწლავებზეც** მოქმედებს. ამიტომაც

შესაძლოა ჩვეულებრივზე უფრო გახშირებული შარდვა და წვის შეგრძნება გქონდეთ. **აუცილებელია სითხის დიდი რაოდენობით მიღება**. იშვიათად, მოშარდვის გაძნელების გამო შესაძლოა **შარდის ბუშტის კათეტერიზაცია** იყოს საჭირო.

მენჯის დიდი არის დასხივებამ შესაძლოა **დიარეა (კუჭის აშლილობა)** გამოიწვიოს. ამ პრობლემის მოგვარებაში ანტიდიარეული მედიკამენტები დაგეხმარებათ. მდგომარეობის გაუმჯობესებას **დიეტაც** უწყობს ხელს: იკვებეთ ხშირად და მცირე ულუფებით, ეცადეთ ადვილად მოსანელებელი საკვები მიიღოთ. თავი აარიდეთ უხვბოჭკოვან პროდუქტებს, როგორცაა უმი ხილი და ბოსტნეული.

მხოლოდ პროსტატის არის დასხივება (**გარეგანი, ან ბრაქითერაპია**) პაციენტთა ერთ მეოთხედში **სწორი ნაწლავისა** და **ყითას** გაღიზიანებას იწვევს. ზოგჯერ, მაღალი დოზით ირადიაციას **სწორი ნაწლავის წყლულის** განვითარება მოსდევს. სტეროიდული ოყნა, საფალარათო საშუალებები წარმოქმნილ გართულებებს აგვარებს.

ეს არასასურველი ეფექტები რადიოთერაპიის მთელი პროცესის განმავლობაში გრძელდება. მათი შემცირება და ალაგება რადიოთერაპიის დამთავრების შემდეგ 2-4 კვირაში ხდება.

რადიოთერაპიის განმავლობაში მკურნალობის ადგილას კანის **ჰიპერემია** (სინითლე) და **გაღიზიანება** ვითარდება. სხვადასხვა საავადმყოფოში კანის მოვლის შესახებ სხვადასხვა დარიგებას იძლევიან. ზოგან, სანამ რადიოთერაპია გიტარდებათ, დაბანას არ გირჩევენ. სხვა დანესებულებაში **რადიოთერაპიის** ზემოქმედების არის

ბიქითეჩაპიის მი სახეს ანსხვავებენ: დაბალი და მაღალი დოზით ბიქითეჩაპიას. ამ უჯანასჯენეს გავიხიბილი ფოხიშების ძიხოს მიმაჩთავენ, ძიხითადაც ჰიოსტატეუქსომისათნ და გახეგან დასხივებასათნ ჯომბინაციაში.

ნელთბილი წყლით ჩამობანის რეკომენდაციას მოგვცემენ. **პარფიუმერიულ საცხებსა და ლოსიონებს თავი უნდა აარიდოთ** და კანის მდგომარეობა რადიოთერაპევტებთან ერთად აკონტროლოთ. აუცილებლობისას, ექიმი ანთებადი არის დასამუშავებლად სპეციალური მალამოების ხმარებას გირჩევთ.

რადიოთერაპიის შემდეგ პაციენტთა 50%-ზე მეტს 2 – 5 წლის შემდეგ შეიძლება ერექციული დისფუნქცია განუვითარდეს. გასათვალისწინებელია, რომ ასაკოვან მამაკაცებში პოტენციის დაქვეითება გარკვეულად ფიზიოლოგიური პროცესიცაა. ამიტომაც, ერექციული დისფუნქციის ახსნა მხოლოდ რადიოთერაპიის ზეგავლენით სწორი არ გახლავთ.

სისხლდენა უკანა ტანიდან, ან შარდის ბუშტიდან შეიძლება რადიოთერაპიის შემდეგ დაიწყოს. ეს სიმპტომები იშვიათად საჭიროებს სპეციფიკურ მკურნალობას, თუმცა ზოგჯერ შარდის ბუშტისა და სწორი ნაწლავის წყლულის მკურნალობას შეიძლება ქირურგიული ჩარევაც დასჭირდეს. არ არის გამორიცხული რადიოთერაპიას შარდის შეუკავებლობა მოჰყვეს.

მკურნალობის დაწყებამდე ექიმი რადიოთერაპიის შესაძლო უახლოეს და შორეულ გართულებებზე უნდა გესაუბროთ. აუცილებლად მოემზადეთ ამისათვის, წინასწარ შეგიძლიათ შეკითხვებიც ჩამოწეროთ. თუ აუცილებლად მიგაჩნიათ, შეგიძლიათ ამ საუბარს თქვენი ახლობელიც დაასწროთ.

რადიოთერაპიის პროცესში გამოვლენილი გართულებები, რომლებზეც ზემოთ ვისაუბრეთ და ასევე დაღლილობა, ძირითადად თანდათანობით ქრება, თუმცა ზოგი მათგანი შეიძლება

რამდენიმე თვე გაგრძელდეს და პერმანენტული ხასიათიც კი მიიღოს. ამის შესახებ აუცილებლად ესაუბრეთ მკურნალ რადიოთერაპევტს.

რადიოთერაპიის კურსის შემდეგ თქვენ სრულებითაც არა ხართ რადიაციის მატარებელი, არც გარშემომყოფათვის საშიში.

“ფზიზალი მოლოდინის”

ტაქტიკა – WATCHFUL WAITING (WW)

ამ საკითხზე ზემოთ უკვე ვისაუბრეთ, მაგრამ იმის გათვალისწინებით, რომ არა მარტო ავადმყოფები, არამედ ექიმებიც, ხშირად აიგივებენ აქტიურ მეთვალყურეობას და „ფზიზალი მოლოდინის“ ტაქტიკას, აუცილებლად მიმჩნია მათ შორის ძირეულ განსხვავებას კიდევ ერთხელ შევეხო.

“ფზიზალი მოლოდინის” ტაქტიკა პრინციპულად განსხვავდება აქტიური მეთვალყურეობის ტაქტიკისგან. ამ მიდგომას ვთავაზობთ ასაკოვან ავადმყოფებს, ან იმათ, ვისი სიცოცხლის ხანგრძლივობა შემცირებულია სხვა მიზეზების, ან დაავადებების, და არა პროსტატის კიბოს გამო. ამ ავადმყოფებს რეგულარულად ვნახულობთ და ვუსაზღვრავთ პსა-ს. თუ დაავადება პროგრესირებს, პალიატიურ ანდროგენურ მკურნალობას ვუტარებთ, რაც სიცოცხლის ბოლომდე გრძელდება. ბოლო კვლევებით ამ ჯგუფის ავადმყოფებში მეტასტაზების განვითარების ალბათობა წლის განმავლობაში 2,1% იყო კარგად დიფერენცირებული სიმსივნის დროს (გლისონის ჯამი 2 – 4). ცუდად დიფერენცირებული და აგრესიული კიბოს ფორმებისას (გლისონის ჯამი 7 – 10) მე-

თუ ჰქონტატის კიბო ძვლებში ვიხედება, (მეოხადი კიბო ან მეტასტაზები), ჩადიოთუხაპია კაივილის შესამციხებლად გამოიყენება. მუხინალობა მტკივნეული უბნის დასხივებას გულისხმობს.

ტასტაზირება წლის განმავლობაში 13,5% შეადგენდა. სხვა კვლევებით ამ ჯგუფში კიბო სპეციფიკური გადარჩენა 10 წლის განმავლობაში კარგად დიფერენცირებული სიმსივნის დროს 92% შეადგენდა, საშუალო ხარისხის სიმსივნეების დროს 76% იყო, ხოლო აგრესიული ფორმებისას 43%.

მაღალი რისკის მქონე ავადმყოფებში კიბო სპეციფიკური სიკვდილიანობა

მაღალია. შესაბამისად, თანმხლები სერიოზული გართულებების და დაავადებებისას „ფხიზელი მოლოდინის“ ტაქტიკა ყველაზე ოპტიმალური და სწორია. ამ ტაქტიკის არჩევისას, როგორც ავადმყოფი, ასევე მისი ოჯახის წევრები აუცილებლად უნდა იყვნენ ინფორმირებულები ამგვარი მიდგომის თავისებურებების და მხოლოდ სიმპტომური მკურნალობის შესახებ.

ჰიოსტატის ეიბოს დიაგნოსტიკაემყახება:
დიგიტალური ხექტალური გასინჯვის შედეგებს;
ჰსა-სგანსაზღოვის შედეგებს;
ტხანსხექტული სონოგრაფიის/მჩტ შედეგებს;
ტხანსხექტული (ჰეიხინეული) ბიოფსიის შედეგებს.

პროსტატის ლოკალური კიბოს მკურნალობის სხვა ქირურგიული ალტერნატივები – ექსპერიმენტული მკურნალობა

არსებობს მკურნალობის რამდენიმე მეთოდი, რომელიც მაღალი ტექნოლოგიების (კრიოქირურგიის, ინტერსტიციული ლაზერის, მაღალი სიხშირის ფოკუსირებული ულტრაბგერის) გამოყენებას ემყარება. ზოგი უროლოგიური ცენტრის შედეგები მკურნალობის ამ მეთოდების გამოყენების შესახებ საკმაოდ შთამბეჭდავია. თუმცა დღეისათვის, შორეული შედეგების სტატისტიკურად სარწმუნო მონაცემების და სხვა მეთოდებთან მათი შედარების არ არსებობის გამო, მკურნალობის ეს სახეები **ექსპერიმენტულად** მიიჩნევა.

კრიოაბლაცია

ტრანსრექტული სონოგრაფიის, ან მრტ კონტროლით, პროსტატაში შორისიდან რამდენიმე (8) სპეციალური ზონდი, თავსდება, რომელშიც თხევადი აზოტი, ან არგონი (- 180°C) ცირკულირებს. ხდება პროსტატის ქსოვილების დაშლა-დესტრუქცია. ურეთრის პროსტატული ნაწილის დაცვის მიზნით ურეთრაში ჩადგმულ კათეტერში 44°C – მდე გამთბარი სითხე ცირკულირებს. პროცედურის შემდეგ თითქმის ყველა ავადმყოფს უვითარდება შარდის შეკავება, რის გამოც შარდსადენში კათეტერის რამდენიმე დღით დაყოვნება აუცილებელია.

რადიოთერაპიის შემდეგ კიბოს რეციდივისას დასაშვებია რომ არჩევის მეთოდით იყოს, თუმცა პროსტატო-რექტალური

რი და ვეზიკო-რექტალური ფისტულის ჩამოყალიბებამ შესაძლოა სერიოზული თავსატეხი გააჩინოს.

ინტერსტიციული ლაზერი

ტრანსრექტული სონოგრაფიის კონტროლით შორისიდან პროსტატაში ლაზერული გადამწოდი თავსდება. ლოკალური ტემპერატურა 60°C აღემატება, რაც ქსოვილის დესტრუქციას და შეჭმუხვნას იწვევს. ხერხდება თუ არა სიმსივნის ყველა უბანზე ზემოქმედება, საბოლოოდ დადგენილი არ არის.

მაღალი სიხშირის ფოკუსირებული ულტრაბგერა

ტრანსრექტული სონოგრაფიის კონტროლით ჩატარებული მაღალი სიხშირის ულტრაბგერის ზემოქმედება პროსტატის ქსოვილის დესტრუქციას იწვევს. სავარაუდოდ პერიფერიულ ზონაში არსებული სიმსივნის მკურნალობა ეფექტურია..

სისხლქარღვოვანი ფოტოდინამიური თერაპია

მკურნალობის პრინციპულად ახალი მეთოდია, შემუშავებულია ისრაელში. ემყარება ნივთიერების **პადელიპორფინის** ინექციას. იგი მაღალმგრძობიარე

ძვლების სჯანიხება გამოჯვრევა ტახება ხოცა:
ჰსა 10 ნგ/მლ მეტია; გლისონის ჯამია 8 ან მეტი;
ავადმყოფს ძვლების ტკივილი აქვს;
ჰიოსტატეტკომიის შემდგომი ბიოქიმიური ჩეციდივის ეხოს;
ჰიოსტატის ებოს ეხოს ქიმიოთეჩაპიის ეფექტუხოობის შესაფასებლად.

ნივთიერებაა, რომელიც ზღვის სიღრმეში არსებული წყალმცენარეებიდან გამოიყოფა. ვენაში ინიექციის შემდეგ იგი ევჯაჭვება პროსტატის კიბოს უჯრედს. პერინეალურად მოთავსებული ლაზერის გადამწოდით ხდება ამ ნივთიერების აქტივაციის გზით სიმსივნური უჯრედების რღვევა, ხოლო პროსტატის ნორმალურ უჯრედებზე ლაზერი დამთრგუნველ გავლენას არ ახდენს. წინასწარი მონაცემები ძალზე შთამბეჭდავია. ნამკურნალები ავადმყოფების 49% აღენიშნა დაავადების სრული რემისია, საკონტროლო ჯგუფის 13,5% შედარებით, რომელთაც აქტიური მეთვალყურეობა უტარდებოდათ. კლინიკურ პრაქტიკაში ფართო დანერგვამდე სავარაუდოდ რამდენიმე წლიანი კვლევები იქნება საჭირო.

გალალი ტამპარატურის ზემოქმედება პროსტატის კიბოს უჯრედებზე.

პროსტატის ქსოვილში შორისიდან ექოსკოპიური კონტროლით ათავსებენ რამდენიმე ათეულ ელექტროდს და განსაზღვრული დროის განმავლობაში უზრუნველყოფენ ტემპერატურას 47-48°C ფარგლებში. ეს კვლევები ამჟამადც მიმდინარეობს აშშ-ში, სამხრეთ აფრიკასა და საქართველოში. აუცილებელია შორეული შედეგების შეფასება.

ლოკალური ბართულაგების მკურნალობა

ლოკალურად გავრცობილი პროსტატის კიბომ შესაძლოა გამოიწვიოს შარდის მწვავე ან ქრონიკული შეკავება, რამაც საჭირო გახადოს ტურ-ის წარმოება. განსაკუთრებული სიფრთხილეა საჭი-

რო ამ პროცედურის ჩატარებისას, რომ არ განვითარდეს შარდის დაძაბვითი, ან სრული შეუკავებლობა. ამის საშიშროება კი რეალურად არსებობს, რამეთუ სიმსივნე სავარაუდოდ რეზექციის საზღვრებს „შლის“. ანდროგენური მკურნალობის დროს ზოგჯერ საჭირო ხდება ურეთრის კათეტერიზაცია.

შარდსაწვეთების ორმხრივი ობსტრუქციის შედეგად ანურია ვითარდება. ანურია შესაძლოა განვითარდეს მენჯ-შარდსაწვეთის სეგმენტის, ან შარდსაწვეთების ქვემო მესამედების გადიდებული ლიმფური ჯირკვლებით ზენოლის/ობსტრუქციის შედეგად. გამოსავალი ამ დროს ორმხრივი ნეფროსტომია (თირკმლის ღრუოვან ნაწილებში სადრენაჟო მილის მოთავსება), ან შარდსაწვეთების ორმხრივი სტენტირებაა (სპეციალური, ორმხრივ დახვეულ ბოლოიანი, კათეტერების მოთავსება შარდსაწვეთში) და შემდგომში გარეგანი რადიოთერაპიის წარმოება.

მენჯის ლიმფადენოპათიამ შესაძლოა თეძოს ვენების ობსტრუქციის გამო ერთი, ან ორივე ფეხის შეშუპება გამოიწვიოს, რამაც ვენური სტენტირება გახადოს საჭირო.

სიმსივნეიდან სისხლდენამ შესაძლოა შარდში სისხლის შერევა (ჰემატურია), გამოიწვიოს კოლტების წარმოქმნით. ამ დროს უნდა გამოვრეცხოთ შარდის ბუშტი და მუდმივი ირიგაცია მოვანყოთ. აუცილებლობისას სისხლმდენი უბნის დიათერმია (ელექტროდენის სპეციალური გადამწოდით მონვა-კოაგულაცია) კეთდება, ზოგჯერ სისხლმდენი სიმსივნის სისხლძარღვების ემბოლიზაცია (არტერიული სისხლძარღვების გამავლობის დახშობა).

ჰოსტატის კიბოს ზიდა და ჰოგეხსიხება მამაჯაცის ჰოხომონზე – ტესტოსტეჰონზე დამოკიდებული. ჰოსტატის კიბო სხვადასხვა (სიმსივნური და ახსიმსივნური) უჯრედების ეხომობიობაა.

საწყისი მკურნალობის შემდგომ განვითარებადი კიბოს რეციდივის მართვა

რადიკალური პროსტატექტომიის, ან რადიოთერაპიის შემდგომ ზოგჯერ პსა-ს მატება აღინიშნება. ამას კიბოს ბიოქიმიური რეციდივი ჰქვია. აუცილებელი დრგ, მრტ, კტ, ძვლების კვლევით შესაძლოა კიბო სპეციფიკური ცვლილებები ვერც კი გამოვლინდეს, მანამ პსა საგრძნობლად არ გაიზრდება. პსა ძალზე დაბალი მატებისას მხოლოდ პროსტატო სპეციფიკურ მემბრანულ ანტიგენს (პსმა) პეტ სკანის ჩატარებისას ძალუძს დაზიანების უზნების გამოვლენა. უხშირესად დაზიანების ზონებია: პროსტატექტომიის შემდეგ პროსტატის ბუდე, რადიოთერაპიის შემდგომ პროსტატის ზონა, ან მეტასტაზები უმეტეს შორეულ ლიმფურ ჯირკვლებში და ძვლებში. იშვიათად ნახულობენ მეტასტაზებს გულმკერდის ღრუში. სიმსივნური კერის ლოკალიზაცია შემდგომ მკურნალობის ტაქტიკას განსაზღვრავს.

„ფსიხელი მოლოდინის“ ტაქტიკა

იდეალურია სიცოცხლის მოსალოდნელი ხანგრძლივობის სიმციროსას, და/ან იმ ავადმყოფებში, რომელთა დაავადების პროგრესირების ალბათობა სანყისი კრიტერიუმებიდან გამომდინარე შეზღუდულია. საშუალო სტატისტიკური მონაცემებით პსა მომატების დაფიქსირებამდე 8 წლის განმავლობაში მეტასტაზები არ ვითარდება, ხოლო სიკვდილი მხოლოდ 5 წლის შემდეგ დგება. მკურნალობა უნდა შეეთავაზოთ მხოლოდ იმ ავადმყოფს, რომელსაც პროსტატის ბუ-

დეში აქვს დაავადების რეციდივი და/ ან შორეული მეტასტაზები, რაც პეტ სკანმა გამოავლინა.

„მავალი“ რადიოთერაპია

პოტენციულად გამაჯანსაღებელი ჩარევაა მათთვის, როდესაც დაავადება პროსტატის ბუდეში პროგრესირებს. საუკეთესო შედეგი მიიღწევა მაშინ, როცა გლისონის ჯამია 3, რადიოთერაპიამდე პსა 1 ნგ/მლ –ზე ნაკლები იყო, ოპერაციის დროს იყო პოზიტიური ქირურგიული საზღვრები (ანუ ამოკვეთილი პროსტატის მაკროპრეპარატის კვლევით კაფსულის დაზიანება და სიმსივნის გავრცობა დადგინდა) და პსა 10 თვეში გაორმაგდა. შედეგი კიდევ უფრო უკეთესია, თუ კი პეტ სკანით დაავადების რეციდივი მხოლოდ პროსტატის ბუდეშია. რადიოთერაპიით შედეგი ავადმყოფების 60-90% უმჯობესდება, როცა პსა დონე ვერ ისაზღვრება და თანმხლები ანდროგენული აბლაცია (მკურნალობაც) ტარდება.

ჰორმონალური მკურნალობა

სარეზერვო საშუალებაა იმ ავადმყოფებში, როცა პსა პროგრესულად მატულობს და სადაც იზოლირებულად ლოკალური რეციდივი არ არის და დადასტურებულია მასიური მეტასტაზირება. საკამათოა ამ მკურნალობის დაწყების ვადები. ბოლო კვლევებით დასტურდება, რომ მკურნალობის ნაადრევი დაწყება საერთო გადარჩენაზე მნიშვნელოვან დადებით გავლენას ახდენს, ვიდრე მკურნალობის დაწყების გადავადება.

დაავადების ძირს ტყვიანი ხშირად ცხოვრების ხაზისხის უზიჯატესი
დამამძიმებელი გაჩემოება. თქვენ ტყვიიდადუმების მოთხოვნის
სხელი უჯლება გაქეთ!

კიპოს რაციონი რადიოთერაპიის შემდეგ.

რეციდივის დადასტურება რადიოთერაპიის შემდეგ ბევრად უფრო რთულია, ვიდრე ოპერაციის შემდეგ. ამ დროს ასევე გაძნელებულია პსა მატების ახსნაც. დასხივების შემდეგ პსა პროგრესულად ნელა კლებულობს 12-24 თვის განმავლობაში ე.წ. "ნადირის" დონემდე, ჩვეულებრივ 1 ნგ/მლ-ზე დაბლა. პსა-ს "ნადირი" არის ის ყველაზე დაბალი ნიშნული, სადამდეც მკურნალობის შემდეგ ეცემა პსა. ეს "ნადირი" ექიმს მკურნალობის შედეგთანობაზე მსჯელობის საშუალებას აძლევს. ავადმყოფების 30% პირველი 2 წლის განმავლობაში პსა ტრანზიტული მატება აღენიშნება, რაც ადიუვანტური ჰორმონოთერაპიის ჩატარებას საჭიროს ხდის. ადიუვანტური უკვე ჩატარებული მკურნალობის, მაგალითად, პროსტატექტომიის, ან რადიოთერაპიის შემდგომ დაწყებულს ეწოდება. პსა დონის დაქვეითებას და რაღაც ზღვარზე შეჩერებას თან სდევს პსა ნელი მატება ტესტოსტერონის მაჩვენებლის მატებასთან ერთად.

რადიოთერაპიის შემდგომ რეციდივზე მაშინ ვსაუბრობთ, როცა პსა 2 ნგ/მლ, ან "ნადირის" დონეს მნიშვნელოვნად აჭარბებს. მეტასტაზირებაზე მსჯელობაში საუკეთესოდ გვეხმარება პსა გაორმაგების დრო. ასე მაგალითად თუ კი პსა 3 თვეში გაორმაგდა, სიკვდილის ალბათობა, სამწუხაროდ, ძალზე მაღალია.

მკურნალობის და ქცევის ტაქტიკა ამ დროს ასე გამოიყურება:

- მისაღებია „ფინიული მოლოდინის“ ტაქტიკა, თუ სიცოცხლის სავარაუდო

ხანგრძლივობა მწირია და თან დაავადებაც ნელა პროგრესირებს;

- დასაშვებია ე.წ. "მაშველი" პროსტატექტომიის წარმოება, თუ კი სიმსივნე პროსტატას არ სცდება. ამასთან დასხივების გამო ტექნიკურად ოპერაცია ძალზე დიდ სირთულეებთანაა დაკავშირებული, შესაბამისად გართულებების, მაგალითად დაძაბვითი შარდის შეუკავებლობის, განვითარების ალბათობა ძალზე მაღალია;
- კრიოთერაპია და მიფუ მისაღები სამკურნალო ღონისძიებებია, შესაბამისი და შესაძლო გართულებების გთვალისწინებით;
- სარეზერვო მკურნალობაა ჰორმონოთერაპია, განსაკუთრებით ავადმყოფებში, რომელთაც იზოლირებული დაავადება არ აქვთ. მისი ნაადრევად დაწყება გადარჩენას საგრძნობლად აუმჯობესებს.

ოლიგომეტასტაზური დაავადება

პროსტატო სპეციფიკური მემბრანული ანტიგენის (პსმა) განსაზღვრამ და ქოლინური პეტ-ის ჩატარებამ მნიშვნელოვნად გააუმჯობესა მეტასტაზების ნაადრევი და ნატიფი დიაგნოსტიკა. როცა მათი რაოდენობა მცირეა (3 – 5) ამას ოლიგომეტასტაზური დაავადება ჰქვია. ამასთან ამ დროს შესაძლოა დაავადებამ „ფეთქოს“, ან „მიყუჩებულად“ განაგრძოს არსებობა. ხშირად მიმართავენ მეტასტაზების ქირურგიულ ამოკვეთას ან სტერეოტაქსულ რადიოთერაპიას.

ქიუხიუცი ქასტყაიციდან ხამენიმე თვეში ტესტოსტეიონის გამომეშავებას თიხჟელზედა ჟიხჟელები იწყებენ. ზოგი ექიმი ქასტყაიციის შემდეგ ჰიოსტატის ეიბოს ჰიოგჟესიხებას ამით ხსნის. სინამდვილეში ტესტოსტეიონის შემცველობა სისხლში სხელებითაც ახ მატელობს, ხოლო სიმსივნე იმიტომ იზიხება, ხომ ჰიომონეი ზემოქმეება ყვედა სიმსივნეჟი უჯიხეზე ახ ხდება.

პროსტატის კიბოს ჰორმონოთერაპია

ჰორმონი ისეთი სუბსტანციაა, რომელიც, ჩვეულებრივ, ორგანიზმში გამოიშვავდება და უჯრედთა ზრდასა და აქტიურობას არეგულირებს.

პროსტატის კიბოს ზრდა და პროგრესირება მამაკაცის ჰორმონზე – **ტესტოსტერონზე** დამოკიდებულია.

პროსტატის კიბო სხვადასხვა (სიმსივნური და არასიმსივნური) უჯრედების ერთობლიობაა. ჰორმონები, ან მედიკამენტები **არჩევითი** მოქმედებით ხასიათდებიან. ეს ნიშნავს, რომ ისინი გარკვეულ ზემოქმედებას მხოლოდ უჯრედთა ერთი სახეობის მიმართ ავლენენ, ხოლო სხვა სახის უჯრედებზე ვერ მოქმედებენ.

პროსტატის კიბოს დროს ასეთ უჯრედებს **ანდროგენდამოუკიდებელი** (ანუ **ჰორმონდამოუკიდებელი**, რომელზეც **ტესტოსტერონი** ვერ მოქმედებს) ეწოდება.

დღეისათვის მედიცინამ უდიდეს შედეგებს მიაღწია **ჰორმონდამოუკიდებელი პროსტატის კიბოს** მკურნალობაში. **ჰორმონდამოუკიდებელის** მკურნალობა კი, სამწუხაროდ, პრაქტიკულად ძალზე გაძნელებული და ხშირად უშედეგოა.

ჰორმონული მკურნალობის დაწყებისთანავე შედეგები აშკარაა – სიმსივნის მოცულობა მცირდება, იკლებს **პსა** და ავადმყოფის ზოგადი მდგომარეობა უმჯობესდება. მდგომარეობის ამგვარი სუბიექტური და კლინიკური გაუმჯობესება **ჰორმონდამოუკიდებულ** უჯრედებზე ზემოქმედებით მიიღწევა. ამავდროულად, **ჰორმონდამოუკიდებელი** უჯრედები დაყოფასა და ზრდას აქტიურად განაგრძობენ. აი, ასეთ დროს

მკურნალობაში უკვე **ქიმიოთერაპიულ** საშუალებებსაც ამატებენ. ამაზე ქვემოთ ვისაუბრებთ.

როგორ მოქმედებენ ჰორმონები?

ამის ასახსნელად ზოგიერთ მექანიზმზე უნდა შევჩერდეთ. **თავის ტვინში** არსებული **ჰიპოთალამუსი**, ბევრ სხვა ნივთიერებასთან ერთად, გამოიშვავებს სუბსტრატს, რომელსაც **მალუთეინიზებული ჰორმონის რელიზინგ-ფაქტორი** ეწოდება („რელიზინგი“ გამოთავისუფლებას ნიშნავს). იგი **ჰიპოფიზის** (ტვინის სხვა სტრუქტურის) ქიმიური გალიზიანების შედეგად ზოგი ჰორმონის გამოყოფას იწვევს. მათ შორის ერთ-ერთი, **მალუთეინიზებული ჰორმონი (მპ)**, სათესლე ჯირკვლებში **ტესტოსტერონის** გამოიშვავების განმავლობაშია.

სისხლის მიმოქცევისას **ტესტოსტერონი** ხვდება პროსტატაში, სადაც პროსტატის ჯირკვალში გამოიშვავებული ფერმენტის, **5-α-რედუქტაზას** ზემოქმედებით უფრო აქტიურ ნივთიერებად, **დიჰიდროტესტოსტერონად** გადაიქცევა. გამოკვლევებით დადგენილია, რომ **პროსტატის კიბოს** დროს **5-α-რედუქტაზას** შემცველობა დაქვეითებულია და ამდენად **დიჰიდროტესტოსტერონის** შემცველობაც დაბალია. ეს უფრო **პროსტატის კეთილთვისებიანი ჰიპერპლაზიისთვისაა** დამახასიათებელი.

ადამიანის ორგანიზმი ისეა მოწყობილი, რომ უკუკავშირის მეშვეობით **ჰიპოთალამუსი**, სისხლში მოცირკულირე **ტესტოსტერონის** დონის მიხედ-

ვით „წყვეტს“, არის თუ არა საჭირო მალუთინინიზებული ჰორმონის რილიზინგ-ფაქტორის შემდგომი გამომუშავება. ამგვარად, იწყება ახალი ციკლი.

მამაკაცის ჰორმონებს თირკმელზედა ფირკვლებიც გამოიმუშავებს. თუმცა ისინი ნაკლებაქტიური მოქმედებით ხასიათდებიან და მათი წილი პროსტატის ანდროგენულ სტიმულაციაში მხოლოდ 5-10%-ს აღწევს.

ამ მექანიზმების ცოდნა დიდად განსაზღვრავს, რა დონეზე უნდა მოხდეს ზემოხსენებული ჰორმონული ფაქტის განწყვეტა. სრულიად ნათელია, რომ ეს შესაძლოა ჰიპოთალამუსის, ჰიპოფიზის, სათესლე ფირკვლების, ან პროსტატის დონეზე განხორციელდეს. ამგვარი ზემოქმედება დამოუკიდებლად ან შერწყმული ფორმით ხდება. ამ უკანასკნელის მაგალითია გონადოტროპინ-რილიზინგ ჰორმონთა ანალოგების (აგონისტების) ანტიანდროგენებთან ერთად დანიშვნა, რაც საკმაოდ ხშირი და ეფექტური მკურნალობის წესი გახლავთ და მაქსიმალური, ტოტალური, ან სრული ანდროგენური ბლოკადის (აბლაციის) სახელითაა ცნობილი.

რა გამოკვლევები უნდა კეთდებოდეს ჰორმონოთერაპიის პროცესში?

3-ნ თვეში ერთხელ აუცილებელია დიგიტალური რექტალური გამოკვლევა, სისხლში ჰსა-სა და კრეატინინის (მის საფუძველზე თირკმლების ფუნქციურ მდგომარეობაზე მსჯელობენ) გამოკვლევა. ჰსა-ს მომატებისას ძვლების იზოტოპურ გამოკვლევას ატარებენ.

ჰორმონოთერაპიის სახეები

არსებობს ჰორმონოთერაპიის ორი სახე – ქირურგიული და მედიკამენტოზური. ქირურგიული ჰორმონოთერაპია (კასტრაცია / ორქიდექტომია / სათესლე ფირკვლების ამოკვეთა)

სიმსივნის ზრდის პროცესის დასამუხრუჭებლად მიემართავთ ოპერაციას – ორქიდექტომიას, რაც სათესლე ფირკვლების ამოკვეთას გულისხმობს. ამ გზით სისხლში მამაკაცის ჰორმონის – ტესტოსტერონის დონე დაუყოვნებლივ, 95%-ით, მცირდება. ეს შედარებით მარტივი ოპერაციაა, რომელიც ადგილობრივი, ლოკალური, ანესთეზიით კეთდება. ზოგადი გაუტკივარება იშვიათადაა საჭირო.

სათესლე პარკზე, რომელშიც სათესლე ფირკვლებია მოთავსებული, პატარა განაკვეთი კეთდება. ამ ოპერაციის დროს მე ვამჯობინებ განაკვეთს სათესლე პარკის შუა ხაზზე, ე.წ. „რაფეზე“, რომლის დროსაც დაობრკოლებლად ვუდგები ორივე სათესლე ფირკვალს. ასეთი განაკვეთისას სისხლდენაც ნაკლებია. ბევრი ავადმყოფი ამ ოპერაციას სტრესულად აღიქვამს, ამიტომაც უარყოფითი ფსიქოლოგიური განცდების თავიდან ასაცილებლად და კოსმეტიკური მოსაზრებების გამო, ზოგჯერ კასტრაციას სუბკაფსულური ტექნიკით ვასრულებთ. ასეთ დროს სათესლე ფირკვლის შიგა, ფირკვლოვან ქსოვილს ვამორებთ. ზოგჯერ ამოკვეთილი სათესლე ფირკვლის მაგივრად სათესლე პარკში სპეციალურ პროთეზებსაც ვათავსებთ. ასეთი ჩარევის შემდეგ სათესლე პარკი ნორმალურად გამოიყურება.

ავადმყოფების უმრავლესობა, სახლში ოპერაციიდან მე-2 დღეს ეწერება.

სიმსივნის ზიზის ჰიოცესის დასამუხრუჭებლად მივმართავთ ოქსიაცინს – ოქსიდექტომიას, რაც სათესლე ჯიჯვლების ამოკვეთას გულისხმობს. ამ გზით სისხლში მამაკაცის ჰორმონის – ტესტოსტერონის დონე დაუყოვნებლივ, 95%-ით, მცირდება.

კასტრაცია შეუქცევადი პროცესია და ბევრი მამაკაცი ზედმეტად რადიკალურ მკურნალობად მიიჩნევს. ალბათ ამიტომაცაა ფსიქოლოგიურად დამთრგუნველი. ამდენად გასაგებია, რომ ავადმყოფების დიდი უმრავლესობა მედიკამენტურ ჰორმონთერაპიას ამჯობინებს.

ოპერაციის განსაკუთრებით არასასურველი შედეგია **ერექციული დისფუნქცია** თუმცა, ეს უშუალოდ ოპერაციის მომყოლი არ არის და საერთოდ ჰორმონალური დისბალანსის შედეგია. ოპერაციის შემდგომ პერიოდში, როგორც საერთოდ ჰორმონალური მკურნალობისას, აღინიშნება **სახის შენითლება, ოფლიანობა, ტემპერატურის** მომატების შეგრძნება (ანალოგიური შეგრძნებები ქალებს აქვთ **მენოპაუზის** დროს).

ყოველივე ზემოთქმულის მიუხედავად, **ორქიდექტომია** დღემდე ჰორმონალური მკურნალობის ყველაზე ეფექტურ სახედ რჩება. ხანში შესულ მამაკაცთათვის, რომელთაც აქტიური სექსუალური ცხოვრების მოთხოვნილება აღარ აქვთ, იგი ხშირად მკურნალობის **საუკეთესო** სახეა. ეს ოპერაცია, მედიკამენტური (ჰორმონული) მკურნალობისაგან განსხვავებით, ავადმყოფებში მკერდის (ძუძუს) გადიდებას (**გინეკომასტიას**) და დაჭიმულობას არ იწვევს.

მოსაზრება, თითქოსდა **ქირურგიული კასტრაციიდან** რამდენიმე თვეში **ტესტოსტერონის** გამომუშავებას **თირკმელზედა ჯირკვლები** იწყებენ, მცდარია. უფრო მეტიც, ზოგი ექიმი კასტრაციის შემდეგ **პროსტატის კიბოს** პროგრესირებას ამით ხსნის. სინამდვილეში **ტესტოსტერონის** შემცველობა სისხლში სრულე-

ბითაც არ მატულობს, ხოლო სიმსივნე იმიტომ იზრდება, რომ ჰორმონული ზემოქმედება ყველა სიმსივნურ უჯრედზე არ ხდება.

რა ეპართება პროსტატის კიბოს კასტრაციის შედეგ?

სიმსივნე მოცულობაში იკლებს, ხოლო თუ ავადმყოფს აღენიშნებოდა მოშარდვის აქტის დარღვევა და ტკივილი, ამ სიმპტომების სწრაფი აღაგება ხდება.

კასტრაციის უპირატესობა მის პრაქტიკულად დაუყოვნებლივ და მყარ შედეგში მდგომარეობს. ამგვარი ჩარევა რაიმე ჰორმონული პრეპარატების მიღებას გამორიცხავს, ერჯერადი აქციაა, და, რაც ავადმყოფისთვის არანაკლებ მნიშვნელოვანია, **ფინანსურადაც საკმაოდ იაფია.**

ჰორმონოთერაპიამ შეიძლება **ორქიდექტომია** შეცვალოს, თუმცა სამწუხაროდ, ბევრ მედიკამენტს ოპერაციის შემდგომი მსგავსი არასასურველი შედეგი აქვს, რაზეც ქვემოთ უფრო დეტალურად შევჩერდებით.

ვის არ უნდა შევთავაზოთ კასტრაცია?

უპირველეს ყოვლისა იმას, ვინც **ფიზიკურად და ფსიქოლოგიურად** ამისათვის მზად არ არის. რასაკვირველია, ასეთ დროს სხვა სახის მკურნალობას ვირჩევთ. თუ ავადმყოფი ხანგრძლივად იღებდა **ანტიკოაგულანტებს**, ქირურგიულმა ჩარევამ შეიძლება მასიური სისხლდენა გამოიწვიოს.

ოქიდექტომია დღემდე ჰორმონალური მკურნალობის ყველაზე ეფექტური სახეა. ხანში შესულ მამაკაცთათვის, ხომელთაც აქტიური სექსუალური ცხოვრების მოთხოვნილება აღაქვთ, იგი ხშირად მკურნალობის საუკეთესო სახეა.

**მედიკამენტური (ქიმიური)
ჰორმონოთერაპია**

მედიკამენტური ჰორმონოთერაპია, რომელსაც ქიმიურ კასტრაციასაც უწოდებენ, სამი ძირითადი სახით ხორციელდება (ცხრილი9).

**ჰიპოთალამუს-ჰიპოფიზის
კავშირის დამთრგუნველი
მედიკამენტები
(ანტროგონები)**

ბევრი მამაკაცი, როგორც ზემოთ არაერთგზის აღვნიშნეთ, არჩევანს ქიმიური კასტრაციის სასარგებლოდ აკეთებს.

ამ მხრივ ყველაზე ფართოდ ხმარებული ესტროგენი (ქალის ჰორმონი) დიეთილსტილბესტროლია. ის ჰიპოთალამუს-ჰიპოფიზის კავშირზე მოქმედებს და მალუთეინიზებული ჰორმონის რილიზინგ-ფაქტორის გამომუშავებასა და გამოყოფას აფერხებს. ჩვეულებრივ, მკურნალობის ეფექტი მისი დაწყებიდან 2 კვირაში მიიღწევა. მკურნალობის შეწყვეტისთანავე სათესლე ჯირკვლებში ტესტოსტერონის გამომუშავება კვლავ გრძელდება.

პრეპარატის დღიური დოზა 1 მგ-ია. მისი გადამეტება სერიოზულ კარდიალურ პრობლემებს იწვევს და მათ მოსახსნელად შარდმდენებსა და კარდიოასპირინს ვნიშნავთ. საერთოდ კი, თუ ცნობილია, რომ ავადმყოფს გულ-სისხლძარღვთა სისტემის დაავადება აქვს, ესტროგენოთერაპიას არ ვურჩევთ.

**მალუთეინიზებული ჰორმონის
რილიზინგ-ფაქტორის
(აგონისტები)**

ეს მედიკამენტები მალუთეინიზებული და ფოლიკულმასტიმულირებელი (იგი ძირითადად სპერმის გამომუშავებაზე მოქმედებს) ჰორმონების გამომუშავებას წყვეტენ. მალუთეინიზებული ჰორმონის რილიზინგ-ფაქტორი 10 ამინომჟავასგან შედგება. მის სინთეზურ ანალოგ – აგონისტში, ერთი ამინომჟავაა შეცვლილი. ამგვარი ჩანაცვლება მალუთეინიზებული ჰორმონის გამომუშავებას აფერხებს და ეს გარედან ჰიპოფიზის ამ ცენტრის დორგუნვით მიიღწევა.

ამ პრეპარატების მოქმედება დაუყოვნებლივ არ ხდება და ტესტოსტერონის კასტრაციის დონეს 7-10 დღეში აღწევს.

გონადოტროპინ-რილიზინგ-ჰორმონების ანალოგების ინიექცია ყოველთვიურად ან ყოველ 3 თვეში ერთხელ კეთდება. ერთ-ერთი სერიოზული უარყოფითი მხარე, მათი საკმაოდ (რამდენიმე ასეული ლარი) სიძვირეა.

**მალუთეინიზირებული ჰორმონის
რილიზინგ ჰორმონის (მჰრჰ)
(ანტაგონისტები)**

მჰრჰ ანტაგონისტები მჰრჰ გამოყოფას თრგუნავენ მჰ და ტესტოსტერონის სანყისი სტიმულაციის გარეშე, რაც მჰრჰ ანალოგებისთვის დამახასიათებელია. ამდენად ამ დროს ტესტერონისთვის დამახასიათებელი ტალღური შესურებები არ არის. მაგალითად ამ დროს ხმარებული პრეპარატი დეგარელიქსი კარგად მოქმედებს ჰორმონ მგრძნობიარე კიბოს უჯრე-

ექიმი ახუც ფახაჯი ავადმყოფს ეუბნებოდა: ჩვენ სამნი ვახით – მე შენ და ავადმყოფობა. თუ შენ ჩემს მხაჩუხე იქნები, მაშინ ჩვენ ოხნი დავძლეოთ დაავადებას, ხოლო თუ შენ ავადმყოფობის მხაჩუხე გადახვალ, მაშინ მე ეხოს ახი შემეძლება, თქვენ ოხს მოგეჩიოთ და ავადმყოფობა იზუიშებსო.

დებზე და თრგუნავს ტესტოსტერონის გამომუშავებას შეხურების გარეშე. ეფექტურია ძვლებში მეტასტაზებისას, ხერხემლის სვეტის კომპრესიის და შარდის ბუშტის ყელის ობსტრუქციის დროს. განსაკუთრებით ეფექტურია ავადმყოფებში, რომლებიც **წყვეტილ ჰორმონოთერაპიაზე** არიან, რამეთუ ამ დროს ნაკლები ალბათობაა კარდიოვასკულარული პრობლემების განვითარების და ნაკლები მოლოდინია ტესტოსტერონის სწრაფი მატების, რაც **მჰრჰ** ანალოგების დროს ჩვეული მოვლენაა.

**ტესტოსტერონის სინთეზის
დამთრგუნველი მედიკამენტები
(კატოკონაზოლი)**

ადრე მას სოკოს საწინააღმდეგო (ანტიფუნგალური) მკურნალობისთვის იყენებდნენ. დადგინდა, რომ იგი მამაკაცებში ძუძუს გადიდებას, სათესლე და თირკმელზედა ჯირკვლებით ტესტოსტერონის გამომუშავების დათრგუნვას იწვევდა. დღეისათვის ზოგ შემთხვევაში მას 400 მგ დოზით ყოველ 8 საათში ვნიშნავთ. რამდენადაც **კეტოკონაზოლი** თირკმელზედა ჯირკვლის ფუნქციასაც თრგუნავს, მასთან ერთად 5 მგ **პრედნიზოლონიც** ინიშნება.

**პროსტატაზე ჰორმონების
ზამოქმედების დამთრგუნველი
მედიკამენტები
(ანტიანდროგენები)**

ამ ჯგუფის მედიკამენტებს ძირითადად იყენებენ იმისათვის, რომ **ტესტოსტერონმა** და **დიჰიდროტესტოსტერონმა** ძირითად სამიზნეს, პროსტატის რეცეპ-

ტორებს ვერ მიაღწიოს. ამრიგად, ასეთი მედიკამენტების გამოყენებისას **ანდროგენდამოკიდებული** სიმსივნე მის „მასაზრდოებელ“ ჰორმონებს აღარ იღებს.

უხშირესად გამოყენებული მედიკამენტებია **ფლუტამიდი**, **კაზოდექსი** და **ციპროტერონაცეტატი**. ფლუტამიდის მოქმედების უარყოფითი მხარეა ის, რომ ფალარათი შეიძლება გამოიწვიოს და დამთრგუნველად იმოქმედოს ღვიძლზე. ამის გამო ფლუტამიდის ხმარებისას უპრიანია ღვიძლის ფუნქციური მდგომარეობის პერიოდული შეფასება.

**5- α -რადეჰტაზას ინჰიბიტორები
(მოქმედების დამთრგუნველები)**

როგორც ზემოთ აღვნიშნეთ, **5- α -რედუქტაზას** ზემოქმედებით პროსტატაში **ტესტოსტერონი დიჰიდროტესტოსტერონად** გარდაიქმნება. ამ მიზნით გამოყენებული **ფინასტერიდი (პროსკარი)** ამ პროცესს თრგუნავს.

**პურსული (წყვეტილი)
ჰორმონოთერაპია**

დროული და გადავადებული ჰორმონოთერაპიის პროცესში **კურსული**, ე.წ. **წყვეტილი ჰორმონოთერაპიის** იდეა გაჩნდა. ამგვარი მკურნალობისას ანდროგენების გამომუშავების წყვეტილი, პერიოდული დათრგუნვა ხდება. ასეთ შემთხვევაში ავადმყოფებს დროულად ენიშნებათ ჰორმონები, მაგალითად, როგორც კი რადიკალური პროსტატექტომიის შემდეგ **ჰსა-ს** მომატება აღინიშნება. ამრიგად, ასეთი მკურნალობა კიბოს გავრცობილი

თუკი სიმსივნე ჰიქსტატის ჯაფსუცას გასცდა, თანამედროვე მედიცინის მიზნებით შესაძლებელია, რომ დაავადება წლების განმავლობაში კონტროლირებადი იყოს და ბევრ ასეთ ავადმყოფს შეუძლია ნოქმალური ცხოვრებითაც იცხოვროს.

სტადიის დროს განვითარებული სიმპტომების გამოჩენამდე იწყება. **ჰსა-ს** „მონესრიგებისთანავე“ მკურნალობა წყდება. ავადმყოფი მუდმივი მეთვალყურეობის ქვეშ იმყოფება და მკურნალობა სიმსივნის ზრდის ნიშნების გაჩენისთანავე კვლავ განახლდება.

მკურნალობის ასეთი წესი **ცხოვრების ხარისხის** მნიშვნელოვანი გაუმჯობესებით ხასიათდება. ასეთ დროს აღდგება სქესობრივი ფუნქცია, მკურნალობის კურსებს შორის ავადმყოფის თვითშეგრძნება უმჯობესდება, და რაც არანაკლებ მნიშვნელოვანია, **მკურნალობის ღირებულება საგრძნობლად მცირდება**. ასეთ მკურნალობას თანმდევი უარყოფითი შედეგები პრაქტიკულად არა აქვს (ან უმნიშვნელოა).

მედიკამენტური ჰორმონოთერაპიის არასასურველი შედეგები

ჩვეულებრივ, ჰორმონოთერაპია **ერექციულ დისფუნქციას** იწვევს, რაც მთელი მკურნალობის განმავლობაში გრძელდება. მკურნალობის შეწყვეტას პრობლემების აღაგება მოსდევს. ზოგიერთი ანტიანდროგენით, მაგალითად, **ფლუტამიდი** და **ფინასტერიდის** კომბინაციით მკურნალობისას, **ერექციული დისფუნქცია** შესაძლოა **ნაკლებად განვითარდეს**.

ბევრ ავადმყოფს ჰორმონოთერაპიისას **სიმხურვალის** შეგრძნება აქვს სახისა და კისრის არეში, აგრეთვე სხეულის ზედა ნაწილში. იგი რამდენიმე წუთიდან ერთ საათამდე გრძელდება. ეს საშიში არ არის, თუმცა გარკვეულ გაღიზიანებას უდავოდ იწვევს. მისი გამოვლენის

მის მექანიზმი აბსოლუტურად უცნობია. იგი მკურნალობის შეწყვეტასთან ერთად ქრება. ზოგჯერ ამ პრობლემის მონესრიგება მედიკამენტებითაც (1 მგ დიეთილსტილბესტროლით, ან პროვერათი დღეში ერთხელ) ხერხდება.

ჰორმონოთერაპიამ შესაძლოა **წონაში მომატება** და **დაღლილობის** შეგრძნება (ფიზიკური და გონებრივი) გამოიწვიოს. ესეც მკურნალობის შეწყვეტასთან ერთად გაივლის. არ არის გამორიცხული გარკვეულ შემთხვევებში ხანგრძლივმა ჰორმონოთერაპიამ **ოსტეოპოროზის** (ძვლების სიმკვრივის დაქვეითება) განვითარებას შეუწყოს ხელი.

ზოგიერთმა პრეპარატმა შეიძლება ძიძუს გაზრდა (**გინეკომასტია**) და დაჭიმულობა გამოიწვიოს. თუკი მკურნალობის დაწყებამდე მკერდის არის დაბალი დოზებით დასხივება მოხდება, ამით ზემოხსენებული გართულებები თავიდან იქნება აცილებული.

სხვადასხვა წამალს სხვადასხვა თანამოვლენა ახასიათებს. ამიტომაც პრეპარატების არასასურველ მოქმედებაზე წინასწარ, დეტალურად, უნდა ესაუბროთ ექიმს.

მეთვალყურეობა

მეთვალყურეობა გულისხმობს საავადმყოფოს პოლიკლინიკურ განყოფილებაში რეგულარულ ვიზიტებს, რომლის დროსაც სისხლში **ჰსა-ს** დონის განსაზღვრა და **რექტალური გასინჯვა** უნდა მოხდეს. თუ ვიზიტებს შორის რაიმე პრობლემა, ან ახალი სიმპტომები შეიმჩნევა, აუცილებლად უნდა შეხვდეთ და ესაუბროთ ექიმს.

სხედი უდება გაქვთ თქვენი ავადმყოფობის შესახებ ყველაფერი იცოდეთ. ამგვარად, მუხნალობის ჰიოცესში მინაგანი მოზილიზაციის მეშვეობით ბევრი ავადმყოფი ცხოვრების ნოხმარეხი ხიცმის შენახჩუნებასაც ეი ახეხებს.

ცხრილი 9

**პროსტატის კიბოს სამკურნალოდ მონოდებულ
ჰორმონოთერაპიული საშუალებები**

<p>ჰიპოფიზის ინჰიბიტორები გოზერელინი (ზოლადექსი) დიფერელინი (ტრიპტორელინი) ლუპრორელინი (პროსტაფი)</p>	<p>ყოველ 4 ან 12 კვირაში ყოველ 4 კვირაში ყოველ 4 კვირაში</p>
<p>ესტროგენები დიეთილსტილბესტროლი</p>	<p>1 მგ დღეში ერთხელ</p>
<p>ანტიანდროგენები ციპროტერონაცეტატი (ანდროკური) ფლუტამიდი (ფლუცინომი) ბიკალუტამიდი (კაზოდექსი)</p>	<p>50 მგ 3 ჯერ დღეში 250 მგ 3 ჯერ დღეში 50 მგ ერთხელ დღეში</p>
<p>5 – ალფა – რედუქტაზას ინჰიბიტორები ფინასტერიდი (პროსკარი)</p>	<p>5 მგ ერთხელ დღეში</p>
<p>ტესტოსტერონის სინთეზის დამთრგუნველი კეტოკონაზოლი</p>	<p>5მგ ერთხელ დღეში</p>
<p>იქსტანდი (ენზალუტამიდი) ზიტიგა (აბირატერონი)</p>	<p>40 მგ ერთხელ დღეში ერთხელ დღეში</p>

**რა უნდა გაკეთდეს მკურნალობის
არასასურველი შედეგის დროს?**

სამწუხაროდ, როგორც ქვემოთ არის მოცემული (ცხრილი 10, 11), პროსტატის კიბოს მკურნალობამ, როგორც უახლოეს პერიოდში, ასევე მოგვიანებით, შესაძლოა არასასურველი და დისტრესული ეფექტები გამოიწვიოს. ამიტომაც მის დაწყებამდე აუცილებელია სრულად გაიაზროთ მკურნალობის ამა თუ იმ სახის ინდივიდუალური შესაძლებლობა, სავარაუდო გართულებები, მათი გამომჟღავნებისა და ალაგების ვადები. ამ გართულებათა განვითარების ალბათობის განჭვრეტა ექიმს წინასწარ არ შეუძლია. აი, რატომ უნდა იყოთ ინფორმირებული რისკის შესახებ და ამ თემაზე ესაუბროთ მკურნალ ექიმს.

გახსოვდეთ, მკურნალობის არჩევანის თაობაზე საბოლოო გადაწყვეტილებას თქვენ თვითონ იღებთ!

ჰორმონთერაპიის დაწყებამდე აუცილებელია თქვენს მკურნალ ექიმთან ერთად იმის განსჯა, როდის უნდა დაიწყოთ მკურნალობა. ამგვარი საუბარი იმას უნდა ეფუძნებოდეს, რომ მკურნალობის ადრეულად დაწყება სრულებითაც არ არის უფრო ეფექტური და სიცოცხლის ხანგრძლივობაზე არ მოქმედებს. ექიმმა აუცილებლად უნდა აგისხნათ, რომ ჰორმონდამოუკიდებელი კიბოს პროგრესირებისას აუცილებლად იმატებს **ჰსა** და ამ უჯრედების გამრავლების შეჩერება თანამედროვე მედიცინას არ ძალუძს. ასეთ შემთხვევებში სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობა 1-2 წელია.

ახალი ქიმიოთერაპიული საშუალებებს, ლოკალური დასხივების, სტრონციუმ-89-ის, თანამედროვე ტკივილგამაყუჩებელი საშუალებების გამოყენება ავადმყოფის მდგომარეობას ერთგვარად აუმჯობესებს.

ცხრილი 10

პროსტატის კიბოს მკურნალობის უახლოესი არასასურველი შედეგები

	ტური	რადიკალური პროსტა- ტექტომია	რადიოთერაპია	ჰორმონო- თერაპია
შარდის შეუკავებლობა	1	3	1	0
ერექციული დისფუნქცია	0	3	2	3
დიარეა	0	1	2	1
შარდის ბუშტის სიმპტომები	3	3	2	0
შეხურება („ალღები“)	0	0	0	3
დაღლილობა	1	1	1	2
წონის მატება	0	0	0	0
კანის ჰიპერემია	0	0	1	0
„ძუძუს“ გადიდება	0	0	0	1*

0 – არ არის; 1 – იშვიათია (10%-ზე ნაკლებ ავადმყოფებში); 2 – შესაძლებელია (40%-ზე მეტ ავადმყოფებში); 3 – ხშირია (40%-ზე მეტ ავადმყოფებში); * – ძუძუს გადიდება ფლუტამიდით მონოთერაპიისას აღინიშნება, მაგრამ სხვა ჰორმონოთერაპიის დროს იშვიათია.

ცხრილი 11

პროსტატის კიბოს მკურნალობის შორეული არასასურველი შედეგები

	ტური	რადიკალური პროსტატექ- ტომია	რადიოთე- რაპია	ჰორმონოთე- რაპია
შარდის შეუკავებლობა	1	2	1	0
ერექციული დისფუნქცია	1	3	2	3
დიარეა	0	1	2	1
შეხურება („ალღები“)	0	0	0	3
დაღლილობა	0	0	0	3
წონის მატება	0	0	0	2
კანის ჰიპერემია	0	0	1	0
სარძევე ჯირკვლის („ძუძუს“) გადიდება	0	0	0	1*

0 – არ არის; 1 – იშვიათია (10%-ზე ნაკლებ ავადმყოფებში); 2 – შესაძლებელია (40%-ზე მეტ ავადმყოფებში); 3 – ხშირია (40%-ზე მეტ ავადმყოფებში); * – ძუძუს გადიდება ფლუტამი-
დით მონოთერაპიისას აღინიშნება, მაგრამ სხვა ჰორმონოთერაპიის დროს იშვიათია.

ქიმიოთერაპია

იმის გათვალისწინებით, რომ **პროსტატის კიბო** **ჰორმონდამოკიდებული** და **ჰორმონდამოუკიდებელი** უჯრედებისგან შედგება, ჰორმონებთან კომბინაციაში აუცილებლად სხვადასხვა ქიმიოთერაპიული საშუალებებიც გამოიყენება. მსოფლიოს სხვადასხვა ქვეყანაში ამ სახის მედიკამენტების მუდმივი კვლევა-ძიების პროცესი დღესაც მიმდინარეობს.

ქიმიოთერაპია გულისხმობს კიბოს საწინააღმდეგო, ან **ციტოტოქსიკური** აბების გამოყენებას, რაც სიმსივნურ უჯრედებს შლის. ქიმიოთერაპიას ბევრი სახის სიმსივნის მკურნალობისას მიმართავენ, პროსტატის კიბოს დროს ის გამოიყენება მხოლოდ იმ ავადმყოფებში, რომლებშიც სიმსივნე საგრძნობლად გასცდა პროსტატის ფარგლებს, ჰორმონოთერაპია უშედეგოა და მათი შედარებით ძლიერი ორგანიზმი ქიმიოთერაპიის დამორგუნველ მოქმედებას გადაიტანს. ასეთი მკურნალობის დაწყებამდე ყოველთვის უნდა გვახსოვდეს, რომ **სტანდარტული ქიმიოთერაპია პროსტატის კიბოზე ნაკლებად მოქმედებს!**

სამკურნალო პრობლემები (ირაქციული დისფუნქცია)

ზოგიერთი სახის მკურნალობამ შეიძლება ძლიერი დაღლილობის გრძნობა გამოიწვიოს, რაც სექსუალური ცხოვრების ინტერესს გიკარგავთ. ეს **ლიბიდოს** დაქვეითების სახელითაა ცნობილი. იგი ბევრი დაავადებისთვის, და

არა მარტო კიბოსთვისაა, დამახასიათებელი.

ასაკის მიუხედავად, ბევრი მამაკაცი მკურნალ ექიმთან და სხვა სამედიცინო პერსონალთან ერექციული დისფუნქციის მსგავს პრობლემებზე საუბარს გაურბის. ერექციული დისფუნქცია შეიძლება გარდამავალი ხასიათის იყოს და უფრო მეტად გამონვეული იყოს მღელვარებით, ვიდრე თვით მკურნალობის შედეგით. ბევრ მამაკაცს ამ თემაზე საუბარი მეუღლესთანაც კი, მისგან უარყოფის შიშით, წარმოუდგენლად მიაჩნია. ეს ხშირად აბსოლუტურად მცდარია. სქესობრივი ურთიერთობა დამოკიდებულია ბევრ რამეზე – სიყვარულზე, ერთგულებასა და საერთო გამოცდილებაზე. ამიტომ აუცილებლად ესაუბრეთ მეუღლეს თქვენი შიშისა და დარდის შესახებ.

ადრე ამ პრობლემის მოსაგვარებლად სხვადასხვა ფიზიკური მეთოდი, მაგალითად, **ვაკუუმის ტუმბო** და **მომჭერი რგოლი**, ასევე სხვადასხვა ტიპის **პროთეზ-იმპლანტები** გამოიყენებოდა. ამჟამად ბევრად უფრო ეფექტური საშუალებები არსებობს.

საყურადღებოა მედიკამენტური მკურნალობა. **ალპროსტადილისა (კავერჯექტი)** და **პაპავერინის** ინიექცია უშუალოდ ასოში კეთდება. ინიექცია შეიძლება მტკივნეული იყოს და ალპროსტადილმა ზოგჯერ მტკივნეული ერექციაც კი გამოიწვიოს. გულდასმით შესწავლის შემდეგ, ავადმყოფს ინიექციის გაკეთება თვითონ შეუძლია.

დღეისათვის ფართოდ იყენებენ **მიუზოს** მეთოდს. ამ დროს პატარა ბურთულა, რომელიც **ალპროსტადილს** შეიცავს, სპეციალური აპლიკატორით ურეთრის დასაწყისში თავსდება.

მეუღლეს, ნათესავენსა და მეგობრებს შეუძლიათ სიმსივნის ავადმყოფს გულისყუჩით მოსმენით დაეხმარონ. ნუ აიძულებთ მას საკუთარი სუხვილის საწინააღმდეგოდ მიიღოს საუბარში მონაწილეობა. ხშირად მის დასაწყისზე მსჯელობა მოსმენაც ზოგჯერ საკუთარ თავს დასაწყისში უფლება, მაშინ გესაუბროთ, როცა სუხვილი ექნება.

სილდენეფილი (ვიაგრა) მედიკამენტური მკურნალობის გამოცდილი სახეა. ჯერჯერობით ნაადრევია იმაზე საუბარი, რამდენად ეფექტურია იგი პროსტატის კიბოს მკურნალობის შედეგად განვითარებული ერექციული დისფუნქციის ყველა შემთხვევაში. ერთი რამის თქმა კი უდავოდ შეიძლება – პრეპარატი **ეფექტურია** ავადმყოფებში, რომელთაც **ერექციული დისფუნქცია განუვითარდათ რადიკალური პროსტატექტომიის** შემდეგ. სილდენეფილი სექსუალურ აგზნებამდე 1 სთ-ით ადრე უნდა მიიღოთ. მისი გამოყენება **იმ მამაკაცებისთვის, რომლებიც კარდიალური პრობლემების გამო ნიტრატის შემცველი მედიკამენტებით მკურნალობენ, დაუშვებელია.**

ბოლო წლებში გაჩნდა რამდენიმე პუბლიკაცია დაბალი ინტენსივობის ფოკუსირებული ტალღებით ასოში მიკროცირკულაციის აღდგენასთან დაკავშირებით, თუმცა სტატისტიკურად სარწმუნო ინფორმაცია ჯერ-ჯერობით არ არსებობს და თანაც ოპერაციული მკურნალობიდან 1 წელზე მეტი უნდა იყოს გასული.

გახსოვდეთ, მკურნალობა აბსოლუტურად ინდივიდუალურია!

უშვილობა

პროსტატის კიბოს მკურნალობის ზოგიერთმა სახემ შესაძლოა უნაყოფოა

გამოიწვიოს, რაც იმას ნიშნავს, რომ თქვენ შვილოსნობის უნარი აღარ გაქვთ. უნაყოფობა პროსტატის რადიოთერაპიის უცილობელი შედეგია. თქვენი ექიმი ან რადიოთერაპევტი მკურნალობის დაწყებამდე ბევრ დეტალში გაგარკვევთ. ამ საკითხზე აუცილებლად უნდა ესაუბროთ მეუღლესაც.

შარდის შეუკავებლობა (ინკონტინენცია)

შარდის ბუშტის დაცლაზე კონტროლის დაკარგვა შეიძლება გამონვეული იყოს თვით სიმსივნით, აგრეთვე განვითარდეს ოპერაციის ან რადიოთერაპიის შედეგად. უკანასკნელ წლებში ინკონტინენციოსთან მიმართებაში დიდი პროგრესია. აუცილებელ შემთხვევებში, რადიკალური პროსტატექტომიის შედეგად განვითარებული შეუკავებლობის გამო, სპეციალური ოპერაცია – **ხელოვნური სფინქტერის იმპლანტაცია**ც არის მონოდებული.

გახსოვდეთ, რომ ზემოხსენებული გართულებები, რასაკვირველია, ყველა ავადმყოფს არ უვითარდება. ამიტომაც, აუცილებლად ჰკითხეთ ექიმს თქვენი მკურნალობისა და შესაძლო გართულებების შესახებ. ამგვარი საუბრები და სრულყოფილი ინფორმაცია წარმოქმნილი პრობლემების დაძლევაში დაგეხმარებათ.

გახსოვდეთ, ხომ ჰქონდათ ეიბოს სანყის სტადიებში მონოდებული ოპეჩაციული, ან ჯიდევ ხაღიაციული მჟუხნაღობის მეთოღები, დაავაღებას ჰხაჟიჟუაღად 100%-ით ჟუხნავს. დაღვიანებუღი, გაღვიღობიღი, ეიბოს მჟუხნაღობა უღჟიო ჟიუღია. თუღცა, თანაღმეღიოღე საღმეღიღინო ტუჟნოღოღიუღი ჰიოღიუღის ჰიოღებუღი ბუღი ჰიოღეღის მოღვაღება უღვე მოღეღხღა.

კასტრაცია რეზისტენტული პროსტატის კიბოს (კრკკ) მართვა

შემთხვევათა უმრავლესობაში **ადო** საბოლოო ჯამში **კასტრაცია რეზისტენტულ ფორმაში** გადადის, ანუ იმ მდგომარეობაში, როცა ჰორმონალური მკურნალობისა და მიუხედავად დაავადება პროგრესირებს. მექანიზმი **ანდროგენდამოუკიდებელი უჯრედული ხაზების**, ან **ანდროგენური რეცეპტორების დამოუკიდებელ აქტივაციაში** მდგომარეობს.

კლინიკური სურათიც მრავალნახნაგოვანია, შესაძლოა კასტრაცია რეზისტენტული პროსტატის კიბოიან ავადმყოფს მეტასტაზებიც კი არ ჰქონდეს, ან პირიქით, ძვლოვან სისტემაში, ორგანოებსა და ლიმფურ ჯირკვლებში მრავლობითი მეტასტაზები ჰქონდეს, ტკივილის გამოხატული კომპონენტით. სიცოცხლის ხანგრძლივობაც მერყეობს, რამდენიმე თვიდან 4 წლამდე და უფრო მეტ ხანსაც. უკანასკნელ წლებში მონოდებულმა მკურნალობამ არა მართო ძირეულად შეცვალა **ცხოვრების ხარისხი**, არამედ ამ მძიმე გართულების დროს **გადარჩენაც** გააუმჯობესა.

ანტიანდროგენები

მკურნალობაში **ანტიანდროგენების** (ბიკალუტამიდი, ენზალუტამიდი, ფლუტამიდი და ა.შ.) ჩართვა ინვევს პსა ნიშნულის დაწევას, თუმცა მალევე პსა კვლავ მატებას იწყებს. ამ ფონზე, დაახლოებით ავადმყოფების 40%-ში ანტიანდროგენების მოხსნა ინვევს პსა-ს დაქვეითებას, რაც 4 – 6 თვე გრძელდება. ეს უცნაური ფენომე-

ნი აიხსნა, როგორც კიბოს უჯრედებში ანდროგენური რეცეპტორების მუტაცია, რომლის დროსაც ანტიანდროგენი მოქმედებდა როგორც აგონისტი, (ანუ სტიმულატორი), და არა როგორც ანტაგონისტი (დამთრგუნველი). თუ ავადმყოფი ასიმპტომურია, ამგვარი მოსხსნა – დანიშვნა შესაძლოა 2 – 3 ციკლის განმავლობაში გაგრძელდეს.

ასტროგენები

შესაძლოა ზოგ მამაკაცში **კრკკ** დროს ესტროგენოთერაპია იყოს ეფექტური. ეს ხორციელდება ორი გზით:

1. ჰიპოფიზში გონადოტროპინების სეკრეციის დათრგუნვით;
2. სიმსივნეზე უშუალო ციტოტოქსიური ზემოქმედებით.

სინთეზური პრეპარატი **დიეტილსტილბესტროლი (დეს)** პირველი რიგის მკურნალობისას გამოიყენება, თუმცა მისი ბევრი გვერდითი მოქმედების გამო, (გინეკომასტია, ღრმა ვენების თრომბოზი, კარდიოვასკულური დარღვევები), შეზღუდულად იხმარება. ამ პრეპარატის ასპირინთან ან ვარფარინთან კომბინაცია ასაკოვან ავადმყოფებში მნიშვნელოვნად ამცირებს გართულებებს და შესაძლოა ეფექტურიც იყოს.

არა მეთასტაზირებული კრკკ

ვითარდება **რადიოთერაპიის** შემდგომ მომატებული პსა-ს გამო, **ადო**

ჩატარებისას, როცა შორეული მეტასტაზები გამოვლენილი არ არის. ამ ავადმყოფების მკურნალობა სერიოზული დილემაა, რამეთუ პსა მატება მათ ფსიქოლოგიურად თრგუნავს. ტრადიციულად ამ ავადმყოფებს იგივე ჰორმონალურ მკურნალობას უგრძელებენ, ან სთავაზობენ კლინიკურ კვლევებში მონაწილეობას. მეტასტაზების გამოვლენამდე ამგვარი ტაქტიკაა, ხოლო შემდგომ უტარდებათ მკურნალობა, რაც უშუალოდ ქვემოდ არის აღწერილი.

მეტასტაზირებული კრკ

ამ ჯგუფის ავადმყოფებში პირველი რიგის სამკურნალო საშუალებად მონოდებულია აბირატერონი, რომელიც პრედნიზოლონთან ერთობლიობაში რანდომიზირებული კვლევებით დადასტურებულად ეფექტურია, როგორც რადიოგრაფიულად პროგრესირებული, ისე საერთო გადარჩენის, ასევე ქიმიოთერაპიის და ნარკოტიკული საშუალებების გამოყენების გადავადების თვალთახედვით.

ამ ჯგუფის არსენალშია ასევე ენზალუტამიდი, დოცეტაქსელი, რადიუმ -223, კაბაზიტაქსელი, მიტოქსანტრონი პრედნიზოლონთან ერთად.

უქიმა, თავისი გამოცდილებით, ზოგადად იცის, ხამენად შედეგანი იქნება ხეკომენდებული მუქნალობა. მაგხამ მას ჟონჟიუჯ და ინდივიდუალუქ შემთხვევაში დაავადების ჰომონონის განჭჟიუჯა, ხასაჟიხველია, ახ შუქლია. მომავლის გაუცნობიუხებლობა, გახიუჯუქ დაძაბულობას ინვეეს, მაგხამ სშიხად უსაუქუქლო შიში, ხუალობაზე უუქო უაჟიხია.

დღეისათვის მსოფლიოს ბევრ ქვეყანაში სპეციალური გამოკვლევები მიმდინარეობს მრავალი დაავადების, მათ შორის **პროსტატის კიბოს** მკურნალობის დახვეწისა და გაუმჯობესების თვალთახედვით. **კლინიკური კვლევებიც** სწორედ ამ მიზნით ტარდება.

ანალოგიური კვლევები ჩვენშიც ტარდება და ამიტომაც ამ საკითხებზე საზოგადოების ინფორმირება აუცილებლად ჩავთვალეთ.

თუ კვლევები აჩვენებს, რომ **ახლებური** მკურნალობა, არსებულ **საუკეთესო სტანდარტულთან** შედარებით უმჯობესია, ამგვარ კვლევას **კლინიკური კონტროლირებადი** ეწოდება და იგი სწორი მკურნალობის შესარჩევად ერთადერთი საიმედო გზაა.

ასეთ კვლევებში პაციენტთა მონაწილეობას **შემთხვევითი შერჩევის** პრინციპით არა მკურნალი ექიმი, არამედ კომპიუტერი ნყვეტს. ამიტომაც ასეთ კვლევას **რანდომიზებული** (შემთხვევით შერჩეული) ეწოდება.

ასეთ **რანდომიზებულ კონტროლირებად კვლევაში** მონაწილე პაციენტთა ერთ ჯგუფს **არსებული საუკეთესო სტანდარტული მკურნალობა უტარდება**, ხოლო მეორე ჯგუფს კი – **ახლებური მკურნალობა**, რაც შეიძლება სტანდარტულთან შედარებით **უკეთესი** იყოს და/ან **არც იყოს**. შესაძლოა მკურნალო-

ბა უკეთესად მივიჩნიოთ სიმსივნეზე უფრო ეფექტური ზემოქმედების, ან ნაკლები უარყოფითი თანამოვლენის გამო.

რატომ შეიძლება მკურნალმა ექიმმა ამ კვლევებში მონაწილეობა გირჩიოთ?

იმიტომ, რომ მეცნიერული არგუმენტაციის გარეშე ახლებური მკურნალობის ეფექტურობასა და სტანდარტულთან შედარებით უკეთესობაზე მსჯელობა ამის გარეშე შეუძლებელია.

ასეთ კვლევებში მონაწილეობისათვის ავადმყოფის **ინფორმირებული თანხმობაა** აუცილებელი, რაც სპეციალურმა ორგანომ, **ეთიკურმა კომიტეტმა**, უნდა დაამტკიცოს. ამ თანხმობაში ავადმყოფის გათვითცნობიერება კვლევის ჩატარებისა და მისი შესაძლო ეფექტურობის შესახებ, აუცილებლად უნდა აისახოს. ამასთან, ავადმყოფს უფლება აქვს დათანხმების შემდეგაც კი თქვას უარი გამოკვლევაში მონაწილეობაზე ნებისმიერ ეტაპზე. ეს მკურნალი ექიმის თქვენდამი დამოკიდებულებაზე აბსოლუტურად არ აისახება და არსებული სტანდარტული მკურნალობის საუკეთესო სახე მაინც ჩაგიტარდებათ.

პროსტატის კიბოს მკურნალობის ზოგიერთი ეკონომიკური ასპექტი

არავის ძალუძს იმის დასაბუთება, რომ **აქტიური მეთვალყურეობა** ეკონომიკური თვალთახედვით უფრო მომგებიანი და გამართლებულია. ცნობილია, რომ პროსტატის კიბოთი დაავადებული 65 წლის მამაკაცის სიცოცხლის ხანგრძლივობა 50% ალბათობით 15 წელია. დადგენილია, რომ არანამკურნალები კიბოს ნახევარზე მეტ შემთხვევაში დგება მომენტი, როცა სიმსივნე პროსტატის კაფსულას გასცდე-

ბა და მკურნალობის დაწყება ხდება საჭირო. ჰორმონული მკურნალობის არჩევის შემთხვევაში მისი ღირებულება უკვე ერთი წლის თავზე, რადიკალური პროსტატექტომიის ღირებულებას მნიშვნელოვნად აჭარბებს. ამის გარდა, უკვე გავრცობილი და მეტასტაზირებული კიბოს მკურნალობა შეუდარებლად ძვირია, დაავადების საწყის სტადიაში ჩატარებულ ქირურგიულ ჩარევასთან შედარებით.

„არც უნიგნურობა ვარგა და
არც მარტო წიგნიდან გამოხედვა“
ილია

პროსტატის კიბო ავადმყოფებში მრავალფეროვანი ფსიქოემოციური გამოვლენით ხასიათდება. გასაგებია, რომ ადამიანის **სულიერი სამყარო** საკმაოდ ფაქიზი სფეროა და მისი დარღვევების კორექცია ერთმნიშვნელოვანი, ან სტანდარტული ღონისძიებების მეშვეობით შეუძლებელია.

პროსტატის კიბოს დიაგნოზის გაგება პაციენტთა უმეტესობას შოკში აგდებს, თავს იჩენს სხვადასხვა სახის უარყოფითი ემოცია, რომელიც შინაგანი აფორიაქებისა და ხასიათის ცვლილების მიზეზიც ხდება.

ექიმი **აბულ ფარაჯი** ავადმყოფს ეუბნებოდა: ჩვენ სამნი ვართ – მე შენ და ავადმყოფობა. თუ შენ ჩემს მხარეზე იქნები, მაშინ ჩვენ ორნი დავძლევთ დაავადებას, ხოლო თუ შენ ავადმყოფობის მხარეზე გადახვალ, მაშინ მე ერთს არ შემეძლება, თქვენ ორს მოგერიოთ და ავადმყოფობა იზეიმებსო.

შოკი და დაუჯერებლობა

ბევრ პიროვნებას **კიბოს** ხსენებაც კი შოკში აგდებს. ადამიანი თითქოსდა მუნჯდება, საკუთარ ნაჭუჭში იკეტება და ამ თემაზე საუბარიც არ სურს. ისეთი შთაბეჭდილება იქმნება, რომ გარე სამყარო საერთოდ არ აინტერესებს. ბევრს მიაჩნია, რომ ინფორმაციულ ვაკუუმშია და ამის შესატყვისი ბუნებრივი რეაქცია ეუფლება – მუდმივად ცდილობს საკუთარ თავსაც და გარშემომყოფებსაც ერთი და იგივე კითხვა მრავალჯერ დაუსვას. არ უნდა გაგიკვირდეთ – ამგვარი ქცევა

შოკზე ჩვეული რეაქცია გახლავთ. უფრო მეტიც, ძალზე ხშირად დაუჯერებლობის გამო, მათ დაავადების შესახებ ახლობლებთანაც კი უჭირთ საუბარი. თუმცაღა ამის საპირისპირო მდგომარეობაც არაა იშვიათი – როცა თითქოსდა გასაგებ საკითხზე მუდმივად სურთ მსჯელობა.

შიში და გაშურაპიპელობა

კიბო ძალიან შემამინებელი სიტყვაა. დიაგნოზის დასმის შემდეგ ავადმყოფს უდიდესი შიშის განცდა ეუფლება – „ნუთუ მოვკვდები?“

ფაქტობრივად, დღესდღეობით, **პროსტატის კიბო** ადრეულ სტადიაში (როცა სიმსივნური პროცესი კაფსულას არ სცილდება) განკურნებადი დაავადებაა. თუკი სიმსივნე პროსტატის კაფსულას გასცდა, თანამედროვე მკურნალობის მეშვეობით შესაძლებელია, რომ დაავადება წლების განმავლობაში კონტროლირებული იყოს და ბევრ ასეთ ავადმყოფს შეუძლია ნორმალური ცხოვრებითაც იცხოვროს.

ბევრი თვლის, რომ მათ მრავალი ცხოვრებისეული საკითხის მოგვარება სჭირდებათ. ამგვარი ქცევა ხშირად დაავადებაზე ფიქრს უადვილებთ. ამასთან სჯერათ, რომ ოჯახს მათ გარეშე ყურადღება არ მოაკლდება.

„მექნება ტკივილი? ტკივილი აუტანელი იქნება?“ – ეს აზრები ხშირად უტრიალებთ თავში. ამ დაავადების დროს **ტკივილი** ხშირად **ცხოვრების ხარისხის** უპირატესი დამამძიმებელი გარემოებაა. ტკივილის მოსახსნელად დღეისა-

თვის უამრავი ხერხი არსებობს – ტკივილ-გამაყუჩებელი საშუალებებით დაწყებული და თანამედროვე აპარატურითა და ტექნოლოგიებით დამთავრებული. ტკივილდადუმება ასევე მიიღწევა რადიოთერაპიით, ან ნერვის ბლოკადით.

თქვენ ტკივილდადუმების მოთხოვნის სრული უფლება გაქვთ!

ბევრი ავადმყოფი მკურნალობის ხანგრძლივობითაა შეწუხებული – რამდენად სწრაფად იქნება მიღწეული ეფექტი, როდის შეწყდება არასასურველი თანამოვლენები და გართულებები. ამიტომაც ამაზე მკურნალ ექიმთან აუცილებლად უნდა იმსჯელოთ. სპეციალურად შედგენილი კითხვარი ასეთ საუბარში დიდ დახმარებას გაგინევთ. შეგიძლიათ ექიმთან შეხვედრაზე ნათესავს ან მეგობარს სთხოვოთ გაყოლა. თუ თავს განერვიულებულად გრძნობთ, ისინი ექიმთან კონსულტაციის დეტალებს შეგახსენებენ. შეგიძლიათ მათ დაასმევიწიოთ რამდენიმე შეკითხვა, რომელსაც თქვენ ექიმს რატომღაც ვერ ეკითხებით.

ზოგს საავადმყოფოში მისვლის შიში აქვს. თუ ადრე იქ ნამყოფი არ ხართ, იქაურმა გარემომ შესაძლოა დამრთგუნველაც კი იმოქმედოს თქვენზე. ესაუბრეთ თქვენს შიშზე ექიმს, ის ამის დაძლევაშიც დაგეხმარებათ.

შესაძლოა მოგეჩვენოთ, რომ ექიმმა ვერ გაგცათ ყველა კითხვაზე პასუხი, ან პასუხები გაუგებარი იყო. ექიმმა, თავისი გამოცდილებით, ზოგადად იცის, რამდენად შედეგიანი იქნება რეკომენდებული მკურნალობა. **მაგრამ მას კონკრეტულ და ინდივიდუალურ შემთხვევაში დაავადების პროგნოზის განჭვრეტა, რასაკვირველია, არ შეუძლია.**

მომავლის გაუცნობიერებლობა, გარკვეულ დაძაბულობას იწვევს, მაგრამ ხშირად უსაფუძვლო შიში, რეალობაზე უფრო უარესია. ავადმყოფობის შესახებ გარკვეული ცოდნა ადამიანს უფრო მო-

ბილიზებულსა და იმედიანს ხდის. თუმცა შესაძლებელია, რომ ნებისმიერმა ნეგატიურმა ინფორმაციამ, მით უფრო ექიმის მიერ გაჟღერებულმა, უაღრესად უარყოფითად იმოქმედოს ავადმყოფზე. ამის ბევრი მაგალითია ცნობილი., თუმცა ქვემოთ მე ერთს მოვიყვან. პეტერბურგში ცნობილმა ექიმმა სპასკიმ, მომაკვდავ პუშკინთან ვიზიტის შემდეგ, ერთი მძიმე ავადმყოფი ინახულა. მან ექიმს ჰკითხა: „ბატონო არის რაიმე იმედი, რომ გადავრჩეო? არავითარი“, – უპასუხა ექიმმა, – „ჩვენ ყველანი მოკვდავნი ვართ, ძვირფასო, ეს-ესაა პუშკინისგან მოვდივარ. ხომ იცი პუშკინი, ისიც კვდება“. – ავადმყოფი პუშკინის სიკვდილის გაგებისთანავე ერთ საათში მოკვდა.

უარყოფა

ბევრს არა აქვს სურვილი იცოდეს, რომ სიმსივნე აქვს და ამაზე ლაპარაკიც კი არ სურს. თუ თქვენ ამ გზით გინდათ მოზღვავებულ გრძნობებს თავი გაართვათ, მკაცრად უთხარით გარშემოცოფთ, რომ თქვენს დაავადებაზე საუბარი საერთოდ არ გსურთ.

შეიძლება არც დაიჯეროთ, რომ **პროსტატის კიბო** გაქვთ, შენიღბოთ თქვენი სიმპტომები და მლელვარება, ან ეცადოთ საუბრის თემა შეცვალოთ. თუ ძლიერ აღელვებული ხართ, ეცადეთ ახლობლებს ესაუბროთ. დაიწყეთ მათი დარწმუნებით, რომ იცით რაც ხდება. თუ შეძლებთ მათთან საუბარს თქვენი დაავადების შესახებ, ეს ძალიან დაგეხმარებათ და განგმუხტავთ.

არსებობს მეორე ვარიანტიც – გარშემოცოფიანი ცდილობენ თქვენს დარწმუნებას, რომ არაფერია საშიში და საგანგაშო. თუ ამგვარი მიდგომა გალიზიანებთ, დაუფარავად უთხარით მათ ამის შესახებ.

გაბრაზება

გაბრაზებას, შიშისა და მოწყენილობის შენიღბვა შეუძლია. არ არის გამორიცხული აღშფოთება და აგრესია თქვენი ახლობლების, ექიმების ან ექთნების, ე.ი. ფაქტობრივად თქვენზე მზრუნველი ადამიანების, მიმართ გამოხატოთ. მეტიც, შესაძლოა თქვენი ბრაზი უფლისკენაც კი იყოს მიმართული.

გასაგებია, რომ ძალიან აღელვებული ხართ თქვენი ავადმყოფობის გამო. არაა საჭირო აჰყვეთ სიბრაზეს. იქნებ თქვენმა ნათესავებმა და მეგობრებმა ყოველთვის ვერც გაიგონ, რომ თქვენი გაბრაზება სრულებითაც არაა მათი მისამართით და დაავადებისკენაა მიმართული. ამიტომ, როცა ძალიან აღვზნებული ან უკიდურესად დათრგუნული არა ხართ, უთხარით და აუხსენით მათ ყოველივე.

დადანაშაულება და ბრალდება

პროსტატის კიბოთი დაავადებაში ზოგი ავადმყოფი საკუთარ თავს ან სხვას დადანაშაულებს, მის მიზეზებს ეძებს. ესეც გასაგებია, რადგან, როცა ამა თუ იმ დაავადების მიზეზი ცნობილია, თვითშეგრძნებაც თითქოს უკეთესია.

სამწუხაროდ, **პროსტატის კიბოს** წარმოშობის მექანიზმები ექიმებისათვისაც უცნობია, ამიტომ საკუთარი თავის დადანაშაულება და თვითგვემა სრულებით უადგილოა.

აღფრთხილება

გასაგებია, რომ თავს სასონარკვეთილად და „დამცირებულად“ გრძნობთ იმიტომ, რომ გარშემომყოფთაგან განსხვავებით, **პროსტატის კიბო** გაქვთ. მსგავსი გრძნობა ავადმყოფობისა და მკურნალობის განმავლობაში შესაძლოა უეცრად

გაგიჩნდეთ. ცვლილებები, რასაც ავადმყოფობა ახდენს პაციენტზე, ზოგჯერ ახლობლების აღშფოთებასაც კი იწვევს.

ამის მიუხედავად, თქვენს გრძნობებს ნუ დამალავთ. ემოციების გამოხატვა ყოველთვის უმჯობესია, რადგან მათ შესახებ საუბარიც შეიძლება. თვითიზოლაცია კი ყოველთვის დადანაშაულებისა და გალიზიანების მიზეზი ხდება.

განცალკევება და გარიჟიჟობა

შეიძლება დადგეს ჟამი, როდესაც თქვენს ფიქრებთან და ემოციებთან მარტო დარჩენა გსურთ. არ არის გამორიცხული, ამგვარი საქციელი ოჯახის წევრებისა და მეგობრებისათვის, რომელთაც თქვენი ამ მძიმე მდგომარეობის გაზიარება სურთ, რთული გასაგები იყოს. გრძნობების გამომზეურება მათ თქვენი ავადმყოფობის გადატანას უადვილებს. თუ არა ხართ დარწმუნებული, რომ იმ მომენტში მათთან ავადმყოფობის შესახებ შეგიძლიათ საუბარი, გააკეთეთ ეს მაშინ, როცა ამისათვის იქნებით მზად.

ზოგჯერ დეპრესია ლაპარაკის სურვილს გიკარგავთ. უმჯობესია, ამის შესახებ უთხრათ თქვენს მკურნალ ექიმს, რომელიც ანტიდეპრესანტებს გამოგიწერს, ან სხვა ექიმთან (ფსიქოთერაპევტთან) საკონსულტაციოდ მისვლას გირჩევთ.

ინსპლიტი გრძნობების მოთოკვა

მკურნალობის პროცესში საკუთარი გრძნობებისა და ემოციების დამორჩილების (მოთოკვის) შესწავლას დიდი დრო და ნებისყოფა სჭირდება. ამას არამარტო სამედიცინო ინფორმაციის ათვისებით, არამედ, უხშირესად მკურნალობის დადებითი ეფექტის თვალნათლივ ნახვით მიაღწევთ. სრული უფლება გაქვთ თქვენი ავადმყოფობის შესახებ ყველაფერი იცო-

დეთ. ამგვარად, მკურნალობის პროცესში შინაგანი მობილიზაციის მეშვეობით ბევრი ავადმყოფი ცხოვრების ნორმალური რიტმის შენარჩუნებასაც კი ახერხებს.

პროსტატის კიბოს (ამაზე არაერთგზის იყო საუბარი) მკურნალობა შესაძლოა არასასიამოვნო გამოვლინებების მიზეზი იყოს. მთავარია ირწმუნოთ, რომ ცოტა ხანში მდგომარეობა გაუმჯობესდება. ეცადეთ დასვენებას მეტი დრო დაუთმოთ.

ყველას სჭირდება თანადგომა გაჭირვებისას

დახმარების თხოვნა – იმედგაცრუებას სრულებითაც არ ნიშნავს. უნდა ირწმუნოთ, რომ გარშემომყოფნი თქვენს განცდებს იზიარებენ და საკუთარ მხარდაჭერას უფრო და უფრო აქტიურად გამოხატავენ.

თუ შენ მემოგარი ან ახლოებული ხარ...

ზოგ ოჯახში **პროსტატის კიბოს** შესახებ საუბარი ძალზე ძნელია. ზოგჯერ უმჯობესია ავადმყოფს თავი მოაჩვენოთ, თითქოს ყველაფერი კარგადაა. შეიძლება ეს იმისთვისაც მოიმოქმედოთ, რომ ავადმყოფი დაწყნარდეს და შიში არ გადაედოს. ძლიერი ემოციების უარყოფისას საუბარი ვერ ხერხდება და ავადმყოფი თვითიზოლაციასა და თქვენგან გარიდებას ეცდება.

მეუღლეს, ნათესავებსა და მეგობრებს შეუძლიათ სიმსივნის ავადმყოფს გულისყურით მოსმენით დაეხმარონ. ნუ აიძულებთ მას საკუთარი სურვილის საწინააღმდეგოდ მიიღოს საუბარში მონაწილეობა. ხშირად მის დასაწყნარებლად მარტო მოსმენაც კი საკმარისია. დაუტოვეთ მას არჩევანის

უფლება, მაშინ გესაუბროთ, როცა სურვილი ექნება.

საუბარი შვილებთან

რთული გადასაწყვეტია, რა უნდა უთხრათ შვილებს თქვენი ავადმყოფობის შესახებ. ეს მათ ასაკზე, აღზრდასა და ბევრ სხვა ფაქტორზეა დამოკიდებული. პატარა ბავშვები ასეთ ინფორმაციას ძნელად აღიქვამენ, რადგან არ ესმით, რა არის სიმსივნე და ალბათ არცაა ამის დეტალური ახსნა საჭირო. უფრო მოზრდილებს შესაძლოა კეთილისა და ბოროტის მაგალითზე, კარგი და ცუდი უჯრედების შესახებ, ესაუბროთ. ყველა ბავშვი საჭიროებს განმეორებით დარწმუნებას, რომ მშობლის (ბაბუის და ა.შ.) ავადმყოფობა მათი ბრალი სრულებითაც არაა. ზოგს დიდი ხნის განმავლობაში, ეს საკუთარ დანაშაულად მიაჩნია. 10 წლის ბავშვისთვის ავადმყოფობის შესახებ ნაამბობი მეტ-ნაკლებად გასაგები უნდა იყოს.

უფრო მოზრდილები ფიქრობენ, რომ ამ სიტუაციის დაძლევა პრაქტიკულად ძნელია. ამიტომაც ისინი გარკვეულ შეზოგადობას გრძნობენ, თვლიან, რომ ქცევის ადრინდელი თავისუფლება აღარ ექნებათ.

ცვლილებები მათ ქცევაში და გარკვეული დაბნეულობა უფროსებისათვის გასაგები უნდა იყოს. უნდა გვესმოდეს, რომ ეს მათი გრძნობების გამოხატვის გზაა. თითქმის ყველა ბავშვს მამის, ბაბუის ავადმყოფობის გამო საშინელების შეგრძნება ეუფლება. ნუ ამყოფებთ მათ გაუგებრობაში, აუხსენით, რა შეიძლება მოხდეს მომავალში. გახსოვდეთ, რომ მათი უსაფუძვლო შიში შესაძლოა უფრო უარესი იყოს, ვიდრე არსებული რეალობა.

გასათვალისწინებელია **პროსტატის მემკვიდრეობითი კიბოს** შესაძლებლობაც. აუცილებელია ახლო ნათესავებმა

– ავადმყოფის ვაჟმა, ძმამ, ძმისშვილმა, გაიცნობიერონ რისკი, რომ მომავალში შესაძლებელია ისინიც ანალოგიური პრობლემის წინაშე აღმოჩნდნენ.

რისი გაკეთება შეგვიძლია

იმის გაგება, რომ ავთვისებიანი სიმსივნე აქვს, ადამიანში უსუსურობის გრძნობას იწვევს. ზოგს, დაუცველობის გრძნობა უჩნდება, ზოგს კი მიაჩნია, რომ ვერაფერს ვერ გააკეთებს. სხვები, ექიმის გარეშე, დამოუკიდებლად თავის შველაზე ფიქრობენ.

ეს სრულებითაც არაა ასე. როგორც ზემოთ არაერთგზის ვისაუბრეთ, არსებობს მკურნალობის ბევრი საშუალება, რაც თქვენ და თქვენმა ოჯახმა კონკრეტულ მომენტში აუცილებლად უნდა გამოიყენოთ.

ავადმყოფობაში გარკვევა

როგორ უნდა მოიქცეს ექიმი, როცა ავადმყოფს განკურნების იმედი არ აქვს? მაქსიმალურად უნდა შეეცადოს, რომ იგი მკურნალობის შედეგიანობაში დაარწმუნოს. შესაძლოა ამ დროს სხვა, განკურნებული ავადმყოფის, მაგალითიც მოიშველიოს, შეახვედროს კიდევაც ერთმანეთს, თუ კი ამის მზაობა და ურთიერთთანმობაც იქნება. ნებისმიერი აქტიურობა ექიმის მხრიდან, რომ მკურნალობა ავადმყოფის თანხმობის გარეშე დაიწყოს, ან აწარმოვოს, არც თუ იშვიათად ფატალურად სრულდება.

როცა პროსტატის კიბოს დიაგნოზი დადგინდება და მკურნალობის სახეებზე იქნება მსჯელობა, ექიმი აუცილებლად **გადარჩენის მაჩვენებელს** ახსენებს. ბევრი შემთხვევაში ვერ მალავს და მიაჩნია, რომ მხოლოდ 5 წელს იცოცხლებს. **გადარჩენის მაჩვენებელი** კვლევისა და

მკურნალობის ჯგუფში 5 წლის განმავლობაში ავადმყოფების ის % რაოდენობაა, რომელიც კიბოს დიაგნოზის დადგენიდან, ან მკურნალობის დაწყებიდან იქნება ცოცხალი. ეს მაჩვენებელი სხვადასხვა ორგანოების სიმსივნეების დროს გამოიყენება და ყველა **ნომოგრამაში** შეყვანილი. ექიმმა არ უნდა დაიზაროს და უნდა განუმარტოს ავადმყოფს და მის ახლობლებს, რომ ეს მაჩვენებელი დაავადების სტადიაზე, ასაკზე, კიბოს აგრესიულობის ხარისხზე და კიდევ ძალიან ბევრ მახასიათებელზე დამოკიდებული, და სრულებითაც არ ნიშნავს, რომ დაავადების საწყის სტადიაში ჩატარებული ურთულესი გამაჯანსაღებელი ოპერაციის, ან მკურნალობის სხვა სახის შემდეგ, ავადმყოფი მხოლოდ 5 წელი ცოცხლობს.

მიმაჩნია, რომ ავადმყოფმა თავისი დაავადების შესახებ ყველაფერი უნდა იცოდეს. შეცდომაა, როცა ახლობლები ცდილობენ, ავადმყოფს მისი დაავადების შესახებ არაფერი უთხრან და ამას ექიმისგანაც დაჟინებით ითხოვენ. მკურნალობის ბევრ მეთოდს აქვს თავისი უარყოფითი გამოვლინება და მკურნალობის ნებისმიერი სახის – ოპერაციულის, რადიოთერაპიის, ან ჰორმონოთერაპიის შესახებ პაციენტს დეტალურად უნდა ვესაუბროთ, ავუხსნათ, თუ რა სინძირითაა მოსალოდნელი უახლოესი და შორეული გართულებები, რა გზები არსებობს მათ ასაცილებლად და სამკურნალოდ.

რთული სიტუაცია იქმნება, როცა ავადმყოფს ოპერაციის/რადიოთერაპიის ჩატარებიდან გარკვეული დროის შემდეგ, საკონტროლო გამოკვლევით დაავადების პროგრესირება დაუდგინდა. ამან კი დამატებითი სამკურნალო ღონისძიებების ჩატარება მოითხოვა. დაავადების შესაძლო პროგრესირების შესახებ „კეთილმოსურნე“ ახლობლებმა ექიმს ავადმყოფთან საუბარი „აუკრძალეს“ – მათი აზრით ავადმყოფის ფსიქიკა „დაზოგეს“. ავადმყოფის აგრესიულ რიტორიკას, რომელიც

ექიმის მისამართით არის გამოთქმული, „კეთილმოსურნენი“ დამუნჯებულები ისმენენ, თითქოს თვითონ არ ყოფილიყვნენ ამის შემოქმედნი. მეტსაც გეტყვით, მინახავს სიტუაცია, როგორ აგრესიას გამოხატავდა თავისი დაავადების შესახებ სრულიად არაინფორმირებული ავადმყოფი, რომელიც დაავადების პროგრესირების შესაძლებლობის შესახებ ახლობლების მეცადინეობით, სრულ გაურკვევლობაში იმყოფებოდა. იგი ყველაფერში ექიმს ადანაშაულებდა, – „თქვენი ბრალია ჩემი ამ მდგომარეობაში ყოფნა“. სწორედ ამგვარი უსიამოვნო სიტუაციების აღსაკვეთად მიმაჩნია, რომ ავადმყოფს თავისი დაავადების მიმდინარეობისა და პროგნოზის შესახებ გულწრფელად უნდა ვესაუბროთ, რადგანაც მხოლოდ მისი გადასაწყვეტია მკურნალობის რა გზას აირჩევს.

ამ წიგნშიც, ლამის ყოველ გვერდზე, დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის ჩატარების წინ ინფორმირებული თანხმობის აუცილებლობაზე ვსაუბრობ. ვნერ, რომ **ავადმყოფის ცხოვრების ხარისხის** უზრუნველყოფის მაღალი სტანდარტი, მკურნალობის ნებისმიერი სახის შერჩევასა, გადამწყვეტი უნდა იყოს. ბევრი განკურნებული ავადმყოფის მადლობის წერილმა დამარწმუნა, რომ ამგვარი წიგნი აუცილებელი და საჭიროა, არა მარტო ავადმყოფისთვის, არამედ სასარგებლოა სამედიცინო პერსონალისთვისაც, მით უფრო თუ იგი უახლეს ინფორმაციას შეიცავს.

ზოგი სადიაგნოსტიკო საშუალება, ეს განსაკუთრებით უსა ახალ **დერიატებს**, განსაკუთრებით გენეტიკურს, ესება, საქართველოში ჯერ კიდევ მიუწვდომელია. ამიტომაც არასწორად მიმაჩნია, როცა ზოგი ექიმი ამ ტესტების, საზღვარგარეთ აუცილებელ ჩატარებას ავადმყოფისგან დაჟინებით მოითხოვს. იმის გარდა, რომ ამგვარი კვლევები დიდ ფინანსურ დანახარჯებთან არის დაკავშირებული, ისინი რაიმე კარდინალურ ცვლილებებს პროს-

ტატის კიბოს მაღალხარისხიან დიაგნოსტიკაში ვერ შეიტანენ. ამასთან დაკავშირებით დარწმუნებით შეიძლება ითქვას, რომ დღეს ქვეყანაში არსებობს ყველა საშუალება (ვგულისხმობ მატერიალურ-ტექნიკურ ბაზას და ადამიანურ რესურსს) პროსტატის კიბოს სწორი და გამართული დიაგნოსტიკისათვის.

მეტიც, საქართველოში დღეს არსებული ულტრაბუნამედროვე სამკურნალო ტექნოლოგიები და მაღალი კვალიფიკაციის სამედიცინო პერსონალი პროსტატის კიბოს უახლესი მკურნალობის საშუალებას იძლევა. ერთადერთი სამკურნალო აპარატურა, რაც საქართველოში დღეს მიუწვდომელია, რობოტული ტექნოლოგია გახლავთ. თუმცა დარწმუნებით შეიძლება ითქვას, რომ არსებული ოპერაციული მკურნალობის მეთოდებთან შედარებით, რობოტ ასისტირებული ტექნოლოგია, სტატისტიკურად სარწმუნო, არც უახლესი, არც შორეული, ონკოლოგიური შედეგებით არ გამოირჩევა.

ავადმყოფმა უნდა დაგეგმოს თავისი შემდგომი ცხოვრება, შეიტანოს ცხოვრების წესში ცვლილებები, ზოგჯერ, ძირეულიც. სხვა საკითხია, რომ ავადმყოფის ფსიქოემოციური სფეროსა და ინტელექტის დონიდან გამომდინარე უნდა გადაწყვიტოს ექიმმა, როგორ, რა დოზით მიაწოდოს ინფორმაცია ავადმყოფობის მიმდინარეობის, მკურნალობის სახეების, გართულებების, გამოსავალის შესახებ. ექიმის გადასაწყვეტია ასევე, თუ რა ფორმით ესაუბრება ავადმყოფსა და მისი ოჯახის წევრებს, როცა ავადმყოფის მდგომარეობა (იგულისხმება ჯანმრთელობის მიმდინარეობის მდგომარეობა, ასაკი, მენტალური სფერო) გამაჯანსაღებელი მკურნალობის ჩატარებას უკვე შეუძლებელს ხდის.

თუ თქვენ და თქვენი ოჯახის წევრები ავადმყოფობასა და მის მკურნალობაში გაერკვევით, მერწმუნეთ, არსებული სიტუაციის დასაძლევად უკეთ მოემზადებით. ამ დროისთვის ჩამოგიყალიბდებათ

მყარი აზრი, როგორ მოიქცეთ და რა ნაბიჯები გადადგათ.

ჩვენ ერთობლივად უნდა მივიღეთ ლოგიკურ დასკვნამდე, რათა უსაფუძვლო შიში დავძლიოთ. სანამ ექიმთან ნახვალთ, შეადგინეთ კითხვარი, წაიყვანეთ თან ნათესავი ან მეგობარი. სასურველია ექიმთან შეხვედრამდე ამ წიგნს გაეცნოთ, სხვა ლიტერატურაც მოიძიოთ. დღეისათვის ინტერნეტის მეშვეობით სამედიცინო ინფორმაცია ყვე-

ლასათვის ხელმისაწვდომია. მთავარია გახსოვდეთ, რომ პროსტატის კიბოს სანყის სტადიებში მონოდებული ოპერაციული, ან კიდევ რადიაციული მკურნალობის მეთოდები, დაავადებას პრაქტიკულად 100%-ით კურნავს. დაგვიანებული, გავრცობილი, კიბოს მკურნალობა უფრო რთულია. თუმცა, თანამედროვე სამედიცინო ტექნოლოგიური პროგრესის პირობებში ბევრი პრობლემის მოგვარება უკვე მოხერხდა.

ადამიანის სულიერი სამყარო საკმაოდ ფაქიზი სფეროა და მისი დახლვევების ყოჩაყნა ეთმნიშვნელოვანი, ან სტანდარტული ღონისძიებების მეშვეობით შეუძლებელია.

SUMMARY

Prostate cancer is one of the most common uro-oncological diseases that primarily affects men over the age of 50. As the men's age increases over the next two decades, this malignancy predictably increases, too.

The present book is written in an easily graspable language and opens with a description of what the prostate function is and how the tumor cells grow and proliferate.

There is a lot of information available regarding treatment of prostate cancer aimed at raising the awareness of the general public. However, even the latest medical articles, monographs and textbooks carry surprisingly scanty information about what every man should be really concerned with. This is especially important for early diagnosis, screening, and choices of treatment. The special terms used in the textbooks and discussions are too sophisticated, often confusing and daunting for the absolute majority of patients.

Therefore, risk factors (age, race, family history, genetic risk, body weight, environmental factors) with new diagnostic tools and treatment modalities require precise attention. Owing to rapid progress in the field of diagnosis and treatment of prostate cancer, numerous chapters stand in need of detailed revision and amendments. In this new edition considerable space is allotted to the PSA testing, importance of detection and prognoses of

PCa. The present book clearly shows that the PSA is not "cancer specific", but is "only prostate specific" marker and could vary in many benign, inflammatory and traumatic conditions. However, the role of the PSA in PCa screening, monitoring and treatment is still controversial. Nevertheless, detection of the PSA still provides valuable information and offers detailed data regarding new tumor markers and nomograms, being not only of diagnostic and prognostic importance, but also helping to determine stratification risk accordingly.

The significance of the PSA screening in men who are asymptomatic for the PCa is still highly controversial. One of the reasons is related to a great discrepancy between the incidence of the clinically significant cancer, occurrence of microscopic disease and of patients in whom disease progression remains unclear and it is from this angle that the author discusses the latest EAU and AUA Guidelines that are the main sources for the medical judgement.

The author dedicates a large portion of this book to investigation of biopsy specimens for pathology, which is the only tool for detecting presence, or absence of the PCa with the Gleason grade grouping. The author emphasizes prognostic significance of the Gleason grading system. He indicates that the decision to perform biopsy on any man with an abnormal PSA, or DRE should

not be based solely on a single PSA value, but many other risk factors, or characteristics are to be taken into consideration, such as race, family history, previous PSA testing, previous biopsy results, comorbidities, life expectancy. And, of course, the main condition in the process of making the decision is the patient's informed consent and his strong will to recover. Besides, this is true not only regarding diagnosis, but the choice of treatment, as well.

The author describes rapid improvements in the imaging technique, especially Multiparametric MRI, especially in the accuracy of detection of the cancer and in reducing the number of unnecessary biopsies and negative biopsies, too. An important part of the book is dedicated to the treatment strategies of localized and locally advanced disease. Also shown are proper characteristics as to what action and when is to be recommended. The author also indicates what personnel and with what capacities are eligible for the active surveillance and watchful waiting.

Details are presented of "curable" treatment options for the patients with the PCa: surgical (open RRP, laparoscopic and robot assisted interventions), as well as radiotherapy with conformal radiotherapy, cyberknife, LDR, etc. The author provides detailed information on advantages and disadvantages of the treatment options for localized prostate cancer during surgical procedures and radiotherapy. He also discusses different options of experimental techniques including HIFU, cryoablation, and some other treatments that are still considered to be clinical trials. A separate part of the handbook is dedicated to the recurren-

ce after initial therapy (after prostatectomy), importance of salvage radiotherapy and hormonal therapy and recurrence following radiation treatment.

Management of the metastatic prostate cancer and treatment options including androgen deprivation (surgical, LHRH analogs, LHRH antagonists, chemotherapy) is discussed. The benefits of MAB and intermittent androgen blockade, as well as docetaxel chemotherapy, are also discussed. The reader can find remarkably useful information regarding management of castrate resistant prostate cancer as well, especially in patients with non metastatic and metastatic CRPC. The author presents important information regarding sexual function in patients after different types of treatment, urinary and bowel complications after surgery and radiotherapy, adverse effects of hormonal therapy.

Separate chapters are dedicated to the importance of the patient's participation in the clinical trials, and principals of randomized, placebo controlled, double blind and other types of investigations are also discussed. The author also deals with some economic aspects of prostate cancer treatment.

The last part of this book is devoted to the personal feelings of the patients, their experiences, shock and refusal to believe that he, too, is a victim of the disease, fear and uncertainty, rage and accusations, separation and exclusions. Independently discussed is the behavior of the family members, relatives and friends. Of course, no recipe can be provided in such cases, but there are some suggestions (religious, psychological) how to encourage people in such distress and help them out in their difficulties.

The key concept of this book is that the prostate cancer can be cured, is cured currently and would be cured completely in the early stages, and the diagnosis “cancer” does not mean the end of life. The people who suffer from the PCa must remember, that good cooperation between the doctor and the patient based on trust and high medical professionalism will lead to success in the vast majority of cases. The patient should never lose hope!

The second edition of “What Men Are to Know about Prostate Cancer” is written, edited and published by Pro-

essor George Botchorishvili, a widely recognized member of EAU, AUA, SIU, appreciated all over Europe and the USA and regarded as a true leader of Urology in Georgia. The introduction to the first edition in 2003 was written by Professor Hein van Poppel, an outstanding onco-urologist from Belgium, since recently Adjunct Secretary General of EAU. The preface to the second edition is written by an acclaimed urologist from USA, Georgi Guruli, MD, PhD, Associate Professor of Surgery, VCU School of Medicine, Department of Surgery, Division of Urology, Director of Urologic Oncology.

დაიბახსოვრეთ!

პროსტატიის კიბოს
სწორი მკურნალობის
უსილობელი პირობა
ამ დაავადების
ადრეული გამოვლენაა!

ავტორისაბან	5
ავტორისაბან, 15 წლის შემდეგ	7
პირველი გამოცემის წინასიტყვაობა	9
რედაქტორისაბან	11
ნიგნში არსებული შემოკლებები:	14
ნიგნში არსებითია:	15
შესავალი	16
პროსტატის კიბოს დიაგნოსტიკა	18
რა არის პროსტატა?	18
რა არის პროსტატის კიბო?	18
რა იწვევს პროსტატის კიბოს განვითარებას?	19
ასაკი	19
რასობრივი კუთვნილება	20
ოჯახური ფაქტორები/გენეტიკური რისკი	20
ჰორმონები	20
სიმსუქნე	20
კვების რეჟიმი	21
მზის სხივები და ვიტამინი D	21
რა სიმპტომებით ხასიათდება პროსტატის კიბო? არის კი ეს ნიშნები მხოლოდ პროსტატის კიბოსთვის დამახასიათებელი?	23
როგორ დგინდება პროსტატის კიბოს დიაგნოზი?	24
რა არის პსა?	24
პსა-ს ანალიზი	24
პროსტატის კიბოს ახალი ბიომარკერები	26

სკრინინგი	27
პკ სკრინინგი და ადრეული გამოვლენის სტრატეგია ევროპისა და ამერიკის უროლოგთა ასოციაციების რეკომენდაციების საფუძველზე	28
რა რისკებთან და ზიანთან არის დაკავშირებული მეთოდოლოგიურად გაუმართლებელი სკრინინგის წარმოება?	29
სამომავლო მიმართულებები.	32
დიგიტალური რექტალური გამოკვლევა	32
ტრანსრექტული ულტრაბგერითი სკანირება	33
ბიოპსია	33
მორფოლოგიური გამოკვლევა	34
რას ნიშნავს სიმსივნის დიფერენცირების ხარისხი?	35
უნდა გაუკეთდეს თუ არა ყველა ავადმყოფს ბიოპსია და რას ემყარება პროსტატის კიბოს დიაგნოსტიკა?	36
პროსტატის კიბოს TNM კლასიფიკაცია	37
კლინიკური და პათოლოგიური სტადიები	39
ძვლების (ჩონჩხის) იზოტოპური სკანირება	39
კომპიუტერული ტომოგრაფია	40
მაგნიტურ რეზონანსული ტომოგრაფია (მრტ), ან ბირთვულ – მაგნიტური რეზონანსი	40
პეტ სკანი – პოზიტრონ ემისიური ტომოგრაფია	41
ცისტოსკოპია	42
მკურნალობის სახეები	43
აქტიური მეთვალყურეობა	47
პროსტატის კიბოს ქირურგიული მკურნალობის სახეები	50
პროსტატის ლოკალური კიბოს ოპერაციული მკურნალობა	50
რადიკალური პროსტატექტომია	50
ნეოადიუვანტური ჰორმონოთერაპია რადიკალურ პროსტატექტომიამდე	51
რობოტ ასისტირებული რადიკალური პროსტატექტომიის თავისებურებები და უპირატესობები	51
ოპერაციის შემდგომი პერიოდი	52
რადიკალური პროსტატექტომიის გართულებანი და არასასურველი შედეგები	53

გავრცობილი პროსტატის კიბოს ქირურგიული მკურნალობა	54
ოპერაციის შემდგომი პერიოდი.....	54
პროსტატის კიბოს რადიოთერაპია	55
რადიოთერაპიის დაგეგმვა და ჩატარება.....	55
კიბერდანა	56
პროსტატაში რადიოაქტიური მარცვლის იმპლანტაცია	56
(ბრაქითერაპია).....	56
რადიოთერაპია ძვლებში ტკივილის დროს	57
(პალიატიური მკურნალობა)	57
სტრონციუმ-89.....	57
რადიოთერაპიის არასასურველი შედეგები.....	58
„ფხიზელი მოლოდინის“ ტაქტიკა – WATCHFUL WAITING (WW).....	59
პროსტატის ლოკალური კიბოს მკურნალობის	
სხვა ძირუბრიული ალტერნატივები – ექსპერიმენტული მკურნალობა	61
კრიოაბლაცია	61
ინტერსტიციული ლაზერი	61
მაღალი სიხშირის ფოკუსირებული ულტრაბგერა.....	61
სისხლძარღვოვანი ფოტოდინამიური თერაპია.....	61
მაღალი ტემპერატურის ზემოქმედება პროსტატის კიბოს უჯრედებზე.	
ლოკალური გართულებების მკურნალობა	62
საწყისი მკურნალობის შემდგომ განვითარებული კიბოს	
რეციდივის მართვა	63
„ფხიზელი მოლოდინის“ ტაქტიკა.....	63
„მაშველი“ რადიოთერაპია	63
ჰორმონალური მკურნალობა	63
კიბოს რეციდივი რადიოთერაპიის შემდეგ.	64
ოლიგომეტასტაზური დაავადება	64
პროსტატის კიბოს ჰორმონოთერაპია	65
როგორ მოქმედებენ ჰორმონები?	65
რა გამოკვლევები უნდა კეთდებოდეს	66
ჰორმონოთერაპიის პროცესში?	66

ჰორმონოთერაპიის სახეები.....	66
რა ემართება პროსტატის კიბოს კასტრაციის შემდეგ?	67
ვის არ უნდა შევთავაზოთ კასტრაცია?	67
მედიკამენტური (ქიმიური) ჰორმონოთერაპია.....	68
ჰიპოთალამუს-ჰიპოფიზის კავშირის დამთრგუნველი მედიკამენტები (ესტროგენები)	68
მალუთენინიზებული ჰორმონის რილიზინგ-ფაქტორის	68
აგონისტები	68
მალუთენინიზირებული ჰორმონის რილიზინგ ჰორმონის (მჰრჰ) (ანტაგონისტები)	68
ტესტოსტერონის სინთეზის დამთრგუნველი მედიკამენტები (კეტოკონაზოლი).....	69
პროსტატაზე ჰორმონების ზემოქმედების დამთრგუნველი მედიკამენტები (ანტიანდროგენები)	69
5- α -რედუქტაზას ინჰიბიტორები (მოქმედების დამთრგუნველები)	69
კურსული (წყვეტილი) ჰორმონოთერაპია	69
მედიკამენტური ჰორმონოთერაპიის არასასურველი შედეგები	70
მეთვალყურეობა	70
რა უნდა გაკეთდეს მკურნალობის არასასურველი შედეგის დროს?	71
ქიმიოთერაპია.....	73
სექსუალური პრობლემები (ერექციული დისფუნქცია).....	73
უშვილობა.....	74
შარდის შეუკავებლობა (ინკონტინენცია).....	74
კასტრაცია რეზისტენტული პროსტატის კიბოს მართვა (კრპკ)	75
ანტიანდროგენები.....	75
ესტროგენები.....	75
არა მეტასტაზირებული კრპკ	75
მეტასტაზირებული კრპკ.....	76

კლინიკურ კვლევებში მონაწილეობა	77
რატომ შეიძლება მკურნალმა ექიმმა ამ კვლევებში მონაწილეობა გირჩიოს?	77
პროსტატის კიბოს მკურნალობის ზოგიერთი ექსპერიმენტული ასპექტი	78
ექიმი და ავადმყოფის ბანცდები	79
შოკი და დაუჯერებლობა	79
შიში და გაურკვეველობა	79
უარყოფა	80
გაბრაზება	81
დადანაშაულება და ბრალდება	81
აღშფოთება	81
განცალკევება და გარიყულობა	81
ისწავლეთ გრძნობების მოთოკვა	81
ყველას სჭირდება თანადგომა გაჭირვებისას.....	82
თუ შენ მეგობარი ან ახლობელი ხარ...	82
საუბარი შვილებთან.....	82
რისი გაკეთება შეგვიძლია	83
ავადმყოფობაში გარკვევა	83
SUMMARY	86



გიორგი ბოქორიშვილი, უროლოგი, მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი, პროფესორი, ალ.წულუკიძის სახელობის უროლოგიის ეროვნული ცენტრის და თბილისის ჯანმრთელობის სახლის ნამყვანი სპეციალისტი, საქართველოს, უროლოგთა ევროპის, ამერიკის და საერთაშორისო ასოციაციების ნამდვილი წევრი, ევროპის უროლოგთა სკოლის ლექტორი, შამაკაცის ჯანმრთელობის საქართველოს ასოციაციის პრეზიდენტი.

დაიბადა 1952 წლის 1 აგვისტოს.

1969 წელს „ოქროს“ მედალზე დაამთავრა თბილისის პირველი საშუალო სკოლა, 1975 წელს — „ნარჩინების“ დიპლომით თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო ინსტიტუტი. 1980 წელს დაიცვა საკანდიდატო, ხოლო 1990 წელს სადოქტორო დისერტაციები. 1993 წელს მიენიჭა პროფესორის სამეცნიერო წოდება.

არის 110 პუბლიკაციის, მათ შორის 6 მონოგრაფიის, 3 გამოგონების და 1 პატენტის ავტორი.

როგორც მინვეული პროფესორი, ხანგრძლივი სამეცნიერო მივლინებებით არაერთგზის იმყოფებოდა, აშშ-ში, კანადაში, დიდ ბრიტანეთში, ბელგიაში, გერმანიაში, შვედეთში, პოლონეთში, რუმინეთში.

2008-2009 წლებში, როგორც ფულბრაიტის სტიპენდიატო, მუშაობდა ნიუ-იორკის სლოუნისა და კეტერინგის მემორიალურ უოსპიტალში.

ბოლო სამი ათეული წლის მანძილზე მონაწილეობდა ევროპისა და ამერიკის უროლოგთა ასოციაციების ყველა კონგრესში.

ISBN 978-9941-9566-7-6



9 789941 956676