ოფიციალური მითითებები, დებულებები, მეთოდური რეკომენდაციები, დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის ალგორითმები ონკოლოგიაში

გამომცემლობა „მერიდიანი“
თბილისი
2005

უაკ (UDC) 616-006-07
ო 847

ოფიციალური მითითებები, დებულებები, მეთოდური რეკომენდაციები, დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის ალგორითმები ონკოლოგიაში.
თბილისი, 2005, 582 გვ.

რეკომენდებულია ა. ღვამიჩავას სახელობის ონკოლოგიის ნაციონალური ცენტრის სამეცნიერო საბჭოს მიერ.

კრებულში წარმოდგენილია ოფიციალური მითითებები და დებულებები ქვეყანაში ონკოლოგიური სამსახურის ორგანიზაციული მოწყობის შესახებ, ონკოლოგიური აღრიცხვისა და ანგარიშგების ინსტრუქციები, კიბოსწინა და ფონური დაავადებების, აგრეთვე კიბოს ადრეული ფორმების გამოსავლენად მოსახლეობის პროფილაქტიკური გასინჯვების ჩატარების მეთოდური რეკომენდაციები. შედგენილია ავთვისებიანი სიმსივნეების დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის ალგორითმები, დაავადებათა საერთაშორისო კლასიფიკაციის მე-10 გადახედვისა და ავთვისებიანი სიმსივნეების TNM კლასიფიკაციის VI გამოცემის (2002 წ.) გათვალისწინებით, რაც საშუალებას იძლევა შეფასდეს ონკოლოგიური სამსახურის მუშაობა და განხორციელდეს ონკოლოგიური დაავადებების მკურნალობის ხარისხის კონტროლი მის ყველა ტექნიკურ რგოლში. ალგორითმები შედგენილია სახელმწიფო ონკოლოგიური პროგრამებით გათვალისწინებული მოცულობით.

წიგნი განკუთვნილია ონკოლოგიის დარგში მომუშავე ექიმებისა და ჯანდაცვის სისტემის ორგანიზატორებისათვის.

პასუხისმგებელი გამოცემაზე: ა. ღვამიჩავას სახელობის ონკოლოგიის ნაციონალური ცენტრი

შემდგენელი: სახელმწიფო ონკოლოგიური პროგრამების კოორდინატორი, მედიცინის მეცნიერებათა კანდიდატი **ზ. ზარქუა**

რედაქტორი: საქართველოს მედიცინის მეცნიერებათა აკადემიის აკადემიკოსი, სახელმწიფო პრემიის ლაურეატი, პროფესორი **რ. გაგუა**

ტექნიკური რედაქტორი და კორექტორი: ე. გოგილაშვილი

კრებული გამოიცა ფირმების **Johnson & Johnson, Hoffmann-La Roche** და **Schering Plough** ფინანსური მხარდაჭერით

ყველა საავტორო უფლება დაცულია.
გამომცემლის წერილობითი ნებართვის გარეშე დაუშვებელია ამ გამოცემის ან მისი ნაწილის რაიმე ფორმით ტირაჟირება.

© ზ. ზარქუა 2005
© ა. ღვამიჩავას სახელობის ონკოლოგიის ნაციონალური ცენტრი
© გამომცემლობა „მერიდიანი“

ISBN 99928-32-63-0

სარჩევი

ონკოლოგიური სამსახური საქართველოში ---------- 9

თავი I. მოსახლეობისათვის ონკოლოგიური დახმარების ორგანიზაცია ---------- 17

დებულება სათავო დაწესებულების — ონკოლოგიის ნაციონალური ცენტრის — შესახებ ---------- 19

დებულება რეგიონული ონკოლოგიური ცენტრის (დისპანსერის) შესახებ ---------- 23

დებულება ონკოლოგიური ცენტრის (დისპანსერის) საორგანიზაციო-მეთოდური განყოფილების (კაბინეტის) შესახებ ---------- 25

დებულება კიბოს რეგისტრის შესახებ ---------- 26

დებულება სარაიონთაშორისო სპეციალიზებული ონკოლოგიური განყოფილების (ცენტრის) შესახებ ---------- 32

დებულება ამბულატორიულ-პოლიკლინიკური დაწესებულების ონკოლოგიური კაბინეტის (განყოფილების) შესახებ ---------- 33

დებულება ონკოლოგიური დაწესებულების სამედიცინო რადიოლოგიური სამსახურის შესახებ ---------- 35

რადიოთერაპიის განყოფილება ---------- 36

განყოფილების პერსონალი ---------- 37

რადიაციული დაცვა ---------- 37

გამა-თერაპიის კაბინეტი ---------- 38

კონტაქტური სხივური თერაპიის (ბრაქითერაპიის) განყოფილება ---------- 41

დებულება ონკოლოგიური დაწესებულების სტაციონარული მედიკამენტური მკურნალობის განყოფილების შესახებ ---------- 42

დებულება ონკოლოგიურ ავადმყოფთა ამბულატორიული მედიკამენტური მკურნალობის განყოფილების (კაბინეტის) შესახებ ---------- 44

დებულება სამკურნალო-პროფილაქტიური დაწესებულების ცენტრალიზებული ციტოლოგიური ლაბორატორიის შესახებ ---------- 45

დებულება სამკურნალო-პროფილაქტიკური დაწესებულების ენდოსკოპიური განყოფილების (კაბინეტის) შესახებ ---------- 47

დებულება ონკოლოგიურ ავადმყოფთა პალიატიური დახმარების განყოფილების (ჰოსპისის) შესახებ ---------- 48

დებულება საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს შტატგარეშე ექსპერტ-ონკოლოგის შესახებ ---------- 50

დებულება საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს დარგობრივი კოორდინატორის შესახებ ---------- 51

თავი II. ონკოლოგიური ავადობის აღრიცხვა და ანგარიშგება ---------- 53

ინსტრუქცია ავთვისებიანი სიმსივნეებით დაავადებულთა აღრიცხვისა და ანგარიშგების საქმის წარმოებისათვის ---------- 55

ავთვისებიანი სიმსივნით დაავადებული ავადმყოფის სამედიცინო ბარათიდან ამონაწერის (ფორმა № 027-1/ს „ონკო“) შევსების ინსტრუქცია ---------- 59
ინსტრუქცია ავთვისებიანი სიმსივნეების შორსწასული შემთხვევების შესწავლისა და კონტროლისათვის (ავთვისებიანი სიმსივნის შორსწასული ფორმის გამოვლენის შემთხვევის ოქმი — ფორმა № 027-2/ს) ---------- 62
„კიბოს რეგისტრის ბარათის“ შევსების ინსტრუქცია (ფორმა 030-6/ს) ----------67
ინსტრუქცია ავთვისებიანი სიმსივნით დაავადებული ავადმყოფების შესახებ ანგარიშის შესადგენად (ფორმა 8) ----------76
კიბოს სტატისტიკასა და ეპიდემიოლოგიაში მონაცემთა გამოთვლისა და შეფასების ძირითადი მეთოდები ---------- 89

თავი III. კიბოსწინა დაავადებები ---------- 113

ავთვისებიანი სიმსივნეების ადრეული ფორმებისა და კიბოსწინა დაავადებების გამოსავლენად მოსახლეობაში სამედიცინო პროფილაქტიკური გასინჯვების ჩატარების ინსტრუქცია ---------- 115
გამოკვლევის მეთოდიკა ავთვისებიანი სიმსივნეებისა და კიბოსწინა დაავადებების გამოსავლენად მოსახლეობის სამედიცინო-პროფილაქტიკური გასინჯვების დროს --- 118
კანი ---------- 118
თავ-კისრის მიდამო ---------- 118
ძუძუ ---------- 119
ფილტვები ---------- 120
კუჭი ---------- 121
კოლინჯი და სწორი ნაწლავი ---------- 121
ქალის სასქესო ორგანოები ---------- 122
საშარდე სისტემის ორგანოები ---------- 123
მამაკაცის სასქესო ორგანოები ---------- 123
რბილი ქსოვილები და ძვლები ---------- 124
ლიმფოიდური და ჰემოპოეზური ქსოვილები ---------- 124
კიბოსწინა დაავადებები და ადრეული ონკოლოგიური პათოლოგია ---------- 125
კიბოსწინა დაავადებების კლინიკა, მკურნალობა, მონიტორინგი (დისპანსერიზაცია) -- 130
1. კანი ---------- 130
2.პიგმენტური პერინეოპლაზიები ---------- 133
3. ცხვირის ღრუ ---------- 135
4. ხახა ---------- 136
5. ხორხი ---------- 136
6. ტუჩი ---------- 137
7. პირის ღრუ ---------- 140
8. ფილტვი ---------- 142
9 საყლაპავი ---------- 142

10 კუჭი ---------- 143
11. კოლინჯი ---------- 145
12. სწორი ნაწლავი ---------- 146
13. შარდის ბუშტი და შარდსადენი ---------- 147
14. სათესლე ჯირკვალი ---------- 147
15. სასქესო ასო ---------- 147
16. ძვლები ---------- 148
17. ბუძუ ---------- 149
18. ქალის სასქესო ორგანოები ---------- 152
19. ბავშვთა ასაკის კიბოსწინა დაავადებები ---------- 155
ონკოლოგიური რისკის ჯგუფები დისპანსერული დაკვირვებისათვის ----------152

თავი IV. ძირითადი ლოკალიზაციის ავთვისებიანი სიმსივნეების გამოკვლევისა და მკურნალობის ალგორითმები
(მეთოდური რეკომენდაციები) ---------- 161
გამოკვლევის ალგორითმები ძირითადი ლოკალიზაციის სიმსივნეების
დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის ეტაპებზე ---------- 164
გამოკვლევის ალგორითმები თავისა და კისრის სიმსივნეების დროს ---------- 166
გამოკვლევის ალგორითმები თორაკალური სიმსივნეების დროს ---------- 169
გამოკვლევის ალგორითმები საჭმლის მომნელებელი ტრაქტის სიმსივნეების დროს ---------- 170
გამოკვლევის ალგორითმები კანის, რბილი ქსოვილებისა და ძვლების სიმსივნეების დროს ---------- 172
გამოკვლევის ალგორითმები ქალის რეპროდუქციული ორგანოების სიმსივნეების დროს ---------- 174
გამოკვლევის ალგორითმები უროლოგიური სიმსივნეების დროს ---------- 176
გამოკვლევის ალგორითმები ოფთალმოლოგიური სიმსივნეების დროს ---------- 178
გამოკვლევის ალგორითმები ცენტრალური ნერვული სისტემის სიმსივნეების დროს ---------- 179
გამოკვლევის ალგორითმები ონკოჰემატოლოგიური სიმსივნეების დროს ---------- 179
ავთვისებიანი სიმსივნეების მკურნალობის პრინციპები ---------- 180
ქირურგიული მკურნალობა ---------- 181
სხივური თერაპია (კ. გელაშვილთან ერთად) ---------- 182
მედიკამენტური მკურნალობა ---------- 183
სიმპტომური მკურნალობა ---------- 189
მკურნალობის ალგორითმები ავთვისებიანი სიმსივნეების დროს ---------- 190
ტუჩის კიბო (C00) ---------- 190
პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის კიბო (C01-C06) ---------- 193
სანერწყვე ჯირკვლის სიმსივნეები (C07-C08) ---------- 198
ხახის კიბო (C09-C13) ---------- 202
საყლაპავის კიბო (C15) ---------- 209

კუჭის კიბო (C16) ---------- 214
წვრილი ნაწლავის სიმსივნეები (C17) ---------- 220
მსხვილი ნაწლავის კიბო (C18-C21) ---------- 222
ღვიძლის კიბო (C22) ---------- 231
ნაღვლის ბუშტის კიბო (C23) ---------- 234
ექსტრაჰეპატური ნაღვლის სადინარების კიბო (C24) ---------- 236
ფატერის (დიდი დუოდენური) დვრილის კიბო (C24.1) ---------- 239
პანკრეასის კიბო (C25) ---------- 241
ცხვირისა და ცხვირის დანამატი წიაღების სიმსივნეები (C30-C31) ---------- 247
ხორხის სიმსივნეები (C32) ---------- 250
ფილტვის კიბო (C34) ---------- 257
შუასაყრისა და მკერდუკანა ჯირკვლის სიმსივნეები (C37) ---------- 266
პლევრის სიმსივნეები (C38) ---------- 268
ძვლების სიმსივნეები (C40-C41) ---------- 271
კანის მელანომა(C43) ---------- 277
კანის კიბო (C44) ---------- 283
მეზოთელიომა (C45) ---------- 287
კაპოშის სარკომა (C46) ---------- 288
რეტროპერიტონული სიმსივნეები (C48) ---------- 288
რბილი ქსოვილების ავთვისებიანი სიმსივნეები (C49) ---------- 290
ძუძუს კიბო (C50) ---------- 295
ვულვის კიბო (C51) ---------- 317
საშოს კიბო (C52) ---------- 321
საშვილოსნოს ყელის კიბო (C53) ---------- 325
საშვილოსნოს ტანის კიბო (C54) ---------- 332
საკვერცხეების ავთვისებიანი სიმსივნეები (C56) ---------- 339
კვერცხსავალის კიბო (C57) ---------- 356
ტროფობლასტური დაავადებები (C58) ---------- 361
სასქესო ასოს სიმსივნეები (C60) ---------- 368
წინამდებარე ჯირკვლის კიბო (C61) ---------- 373
სათესლე ჯირკვლის კიბო (C62) ---------- 383
თირკმლის სიმსივნეები ---------- 393
თირკმლის კიბო (C64) ---------- 394
ვილმსის სიმსივნე (ნეფრობლასტომა) ---------- 399
თირკმლის მენჯისა (C65) და შარდსაწვეთის (C66) კიბო ---------- 401
შარდის ბუშტის კიბო (C67) ---------- 406

შარდსადენის ავთვისებიანი სიმსივნეები (C68) ---- 415
მხედველობის ორგანოების სიმსივნეები ---- 420
ქუთუთოს კანის (C44.1) და კონიუნქტივის (C69.0) სიმსივნეები ---- 420
საცრემლე ჯირკვლის კიბო (C69.5) ---- 425
თვალშიგა სიმსივნეები (რეტინობლასტომა C69.2) ---- 426
თვალბუდის სიმსივნეები (C69.6) ---- 430
ცენტრალური ნერვული სისტემის სიმსივნეები (C70-C72) (ი. გვაზავასთან ერთად) ---- 432
ტვინის გარსების სიმსივნეები (C70) ---- 433
თავის ტვინის სიმსივნეები (C71) ---- 433
ზურგის ტვინის სიმსივნეები (C72) ---- 441
ფარისებრი ჯირკვლის ავთვისებიანი სიმსივნეები (C73) ---- 447
თირკმელზედა ჯირკვლის ავთვისებიანი სიმსივნეები (C74) ---- 458
უცნობი პირველადი ლოკალიზაციის ავთვისებიანი სიმსივნეები (C76-C80) ---- 461
ლიმფოიდური, სისხლმბადი და მონათესავე ქსოვილების ავთვისებიანი სიმსივნეები (C81-C96) ---- 462
ლიმფოგრანულომატოზი (ჰოჯკინის დაავადება) (C81) ---- 463
ლიმფოსარკომა (არაჰოჯკინის ლიმფომა) (C82-C85) ---- 467
მრავლობითი მიელომა და მაკროგლობულინემია (C90) ---- 471
ლეიკოზები (C91-C95) ---- 472
ქრონიკული ლიმფოლეიკოზი ---- 476
ქრონიკული მიელოლეიკოზი ---- 478
რეტიკულოსარკომა (C96) ---- 480
ერითრემია (D45) ---- 480
პირველადად მრავლობითი ავთვისებიანი სიმსივნეები (C97) ---- 482
დანართი ---- 485
კოდიფიკატორი 1. სიმსივნეებისა (C00-C97, D00-D48) და თანმხლები დაავადებების ნომენკლატურა ---- 487
კოდიფიკატორი 2. ავთვისებიანი სიმსივნეების ჰისტოლოგიური კლასიფიკაცია ---- 521
კოდიფიკატორი 3. ქირურგიული ოპერაციების კოდირებული ნომენკლატურა ონკოლოგიური დაავადებების დროს ---- 549
კოდიფიკატორი 4. რადიოთერაპია ---- 557
კოდიფიკატორი 5. ქიმიოთერაპიაში გამოყენებული პრეპარატები ---- 559
კოდიფიკატორი 6. ავთვისებიანი სიმსივნეების მკურნალობის გართულებების კლასიფიკაცია ---- 562
კოდიფიკატორი 7. მოსახლეობის სოციალურ-პროფესიული ჯგუფები ---- 569
კოდიფიკატორი 8. საქართველოს ადმინისტრაციულ-ტერიტორიული დაყოფა ---- 570
კოდიფიკატორი 9. ეროვნებები ---- 573
რეფერატი ---- 575
ლიტერატურა ---- 579

ონკოლოგიური სამსახური საქართველოში

უკანასკნელ ათწლეულში ჩვენს ქვეყანაში მომხდარმა სოციალურ-პოლიტიკურმა ცვლილებებმა მნიშვნელოვანი კორექტივები შეიტანა ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაში და კერძოდ, ონკოლოგიური სამსახურის სტრუქტურასა და ორგანიზაციაში. შემოღებულია დარგის პროგრამული მართვა, არსებითად შეიცვალა დაფინანსების პრინციპები. ახლებურადაა გააზრებული ჯანდაცვის სტრუქტურების თითოეული რგოლის ფუნქცია ონკოლოგიურ დაავადებებთან მიმართებაში.

პროგრამული მართვა და დაფინანსება ხელს უწყობს დარგის სპეციალიზაციას და სტრატეგიული მიმართულებების განსაზღვრას, შესაძლებელს ხდის ონკოლოგიაში რაციონალური ღონისძიებების განხორციელებას შეზღუდული მატერიალური რესურსების პირობებში. პარალელურად, პრაქტიკული ჯანდაცვის მოთხოვნათა შესაბამისად, ონკოლოგია ჩართულია დარგთა ინტეგრაციის პროცესში, რომელიც მჭიდროდ უკავშირდება თანამედროვე სადიაგნოსტიკო-სამკურნალო ტექნოლოგიების ფართოდ დანერგვას.

საქართველოში მოქმედი ონკოლოგიური სამსახურის დღემდე არსებული მოდელი გათვლილი იყო დიდ ქვეყნებზე, რაც განაპირობებდა დარგის შიგნით მიმდინარე პროცესების ინერციულობას და ნაკლებად იყო მისაღები ისეთი პატარა ქვეყნისათვის, როგორიც საქართველოა. ონკოლოგიაში ამ თვალსაზრისითაც მიმდინარეობს ისეთი რაციონალური სტრუქტურების ჩამოყალიბება, რომლებიც მისაღები იქნება ჩვენი ქვეყნისთვის, მისი გეოგრაფიული პირობებისა და ადმინისტრაციულ-ტერიტორიული დაყოფის პრინციპების გათვალისწინებით.

თანამედროვე სატრანსპორტო კომუნიკაციების განვითარების ფონზე, პრიორიტეტი ენიჭება გამსხვილებულ, სპეციალიზებულ, ტექნიკურად კარგად აღჭურვილ სადიაგნოსტიკო-სამკურნალო ცენტრებს, რომელთაც ხელეწიფებათ მედიცინისა და ჯანდაცვის სფეროს ურთულესი ამოცანების გადაჭრა.

თანამედროვე მოთხოვნათა შესაბამისად ხდება კადრების შერჩევა და სამედიცინო პერსონალის სერტიფიკაცია. მკვიდრდება პირველადი ჯანდაცვის განვითარებული სტრუქტურები, ოჯახის ექიმის ინსტიტუტი, რომელმაც, როგორც პაციენტთან შეხების პირველმა საფეხურმა, მნიშვნელოვანი წვლილი უნდა შეიტანოს დაავადებების (მათ შორის, კიბოსწინა და ონკოლოგიური დაავადებების) პრევენციაში, დროულ გამოვლენაში, დიაგნოსტიკასა და ავადმყოფთა სამედიცინო-სოციალურ რეაბილიტაციაში.

სპეციალიზებული სამედიცინო დახმარების ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი და განუყოფელი ნაწილია ონკოლოგიურ დაავადებათა პრევენცია და მკურნალობა. პრობლემის აქტუალობა განპირობებულია დაავადების სიმძიმით, დარგის სირთულით, სპეციფიკით, მასშტაბურობითა და სოციალური მნიშვნელობით. ავადობის სიხშირისა და გავრცელების მიხედვით ონკოლოგიურ დაავადებებს ერთ-ერთი წამყვანი ადგილი უკავია ინვალიდობისა და სიკვდილიანობის სტრუქტურაში. დღეისათვის საქართველოში აღრიცხვაზეა 28 000-ზე მეტი ონკოლოგიური ავადმყოფი. ყოველწლიურად საშუალოდ ვლინდება ავთვისებიანი სიმსივნეებით დაავადების 5 800-მდე ახალი შემთხვევა,

დაავადებულთა შორის 150-მდე ბავშვია. მაღალია ავთვისებიანი სიმსივნეებისაგან სიკვდილიანობის მატების ტემპებიც.

კიბო სოციალური დაავადებაა. მის წინააღმდეგ ბრძოლა კომპლექსურია და სამედიცინო-ბიოლოგიურ და სოციალურ ასპექტებს მოიცავს. კიბოთი ავადობის დინამიკა დაკავშირებულია ეკოლოგიური და სოციალური ფაქტორების და მოსახლეობის ასაკობრივი სტრუქტურის შეცვლასთან, მავნე ჩვევების გავრცელებასთან. ონკოლოგიური პათოლოგიით ძირითადად ავადდება აქტიური შრომის უნარის ასაკში მყოფი მოსახლეობა, ამასთან, წლიდან წლამდე აღინიშნება დაავადების გაახალგაზრდავების ტენდენცია, რაც დიდ სოციალურ და ეკონომიკურ ზარალს აყენებს ქვეყანას.

ძირითად პრობლემად რჩება ავთვისებიანი სიმსივნეების დაგვიანებული გამოვლენა ამბულატორიულ-პოლიკლინიკურ დაწესებულებებში. ამის მიზეზია დაავადების ადრეული გამოვლენის თანამედროვე მეთოდების არასაკმარისი გამოყენება, მოსახლეობის პროფილაქტიკური ვასინჯვების არაეფექტურობა, ქრონიკული და კიბოსწინა დაავადებების მქონე ავადმყოფთა დისპანსერული მეთვალყურეობის ეფექტიურობა, ძირითადი კლინიკური სპეციალობების ექიმთა არასაკმარისი ონკოლოგიური სიფხიზლე.

კიბოს შორსწასული ფორმებით დაავადებულთა 30%-ზე მეტი არ იცნობს ონკოლოგიური დაავადებების ნიშნებს და არა აქვს გაცნობიერებული ექიმისთვის დროულად მიმართვის აუცილებლობა, რაც მოსახლეობაში კიბოს საწინააღმდეგო პროპაგანდის დეფიციტსა და საგანმანათლებლო მუშაობის სისუსტეზე მიუთითებს.

ჯერჯერობით მაღალი რჩება III-IV სტადიის ავთვისებიანი სიმსივნეებით დაავადებულთა ხვედრითი წილი. დაბალია ხილული ლოკალიზაციის (განსაკუთრებით ძუძუს და საშვილოსნოს ყელის) სიმსივნეების დროული გამოვლენის მაჩვენებელი, როცა მკურნალობის არსებული მეთოდებით ამ დაავადებების ადრეული ფორმების განკურნების შესაძლებლობა საკმაოდ დიდია.

მაღალია ლეტალობის მაჩვენებელი დიაგნოზის დადგენიდან პირველ წელს.

აქედან გამომდინარე, ჯანდაცვის წინაშე დგება მრავალი პრობლემა, რომელთა გადასაჭრელად, განსაკუთრებით კი ონკოლოგიაში, აუცილებელია ისეთი ძირითადი ფაქტორების არსებობა, როგორიცაა:

- საზოგადოებრივი ჯანდაცვის განვითარებული სისტემა, პირველადი ჯანდაცვისა და პრევენციული კომპონენტის აქტიური ჩართვით;
- მოქნილი და ოპერატიული სპეციალიზებული ავტომატიზებული საინფორმაციო (პერსონიფიცირებულიდან საერთო სტატისტიკურ დონემდე) სააღრიცხვო სისტემა;
- სპეციალიზებული სამსახურის მეცნიერულად დასაბუთებული სისტემა, მატერიალურ-ტექნიკური ბაზა;
- ჯანდაცვის პრაქტიკაში თანამედროვე სამედიცინო ტექნოლოგიების დროული და ფართო დანერგვა დაავადებათა პროფილაქტიკის, ადრეული დიაგნოსტიკისა და ავადმყოფთა მკურნალობის გასაუმჯობესებლად.

ონკოლოგიური სამსახური აგებულია დისპანსერულ პრინციპზე. მას გააჩნია მკაფიოდ ჩამოყალიბებული სტრუქტურა, ფუნქცია და ამოცანები, რომლებიც მოიცავს დაავადების პრევენციას, დროულ დიაგნოსტიკას, ავადმყოფთა მკურნალობას, რეაბილიტაციასა და მონიტორინგს (დისპანსერულ მეთვალყურეობას). იგი წარმოდგე-

ნილია სათავო დაწესებულების – ონკოლოგიის ნაციონალური ცენტრის, რეგიონული ცენტრებისა (დისპანსერების) და 100-მდე რაიონული ონკოკაბინეტის სახით. ონკოლოგიური დახმარების სისტემა მჭიდროდაა დაკავშირებული ზოგად სამკურნალო-პროფილაქტიკურ ქსელთან, რომელიც თავისი კომპეტენციის ფარგლებში ახორციელებს პროფილაქტიკურ ღონისძიებებს, კიბოსწინა და სიმსივნურ დაავადებათა აქტიურ გამოვლენას, კიბოსწინა და ქრონიკული დაავადებების მქონე პაციენტთა მკურნალობასა და დისპანსერიზაციას.

მოსახლეობის ონკოლოგიური დახმარება ხორციელდება ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამების მეშვეობით:

1. ონკოლოგიურ დაავადებათა პირველადი გამოვლენის პროგრამა, რომელიც მიზნად ისახავს ონკოლოგიურ ავადმყოფთა გამოვლენას და აღრიცხვიანობის მოწესრიგებას დარგის პირველადი ინფრასტრუქტურის – ონკოკაბინეტების – მობილიზაციის გზით. დაავადების გავრცელების თავისებურებათა და კიბოს საწინააღმდეგო ღონისძიებათა ეფექტურობის შეფასება ემყარება ონკოლოგიური სტატისტიკის სარწმუნო მეთოდებს. პროგრამის ფარგლებში ხდება ინფორმაციის მოპოვება, შენახვა და დამუშავება, რომელიც შემდგომში ოპერატიული სიტუაციების შესაბამისად გამოიყენება. ამჟამად აღდგენილია ონკოლოგიური ავადობის, დაავადებიანობისა და სიკვდილიანობის საყოველთაო და აუცილებელი რეგისტრაცია.

2. ონკოლოგიურ დაავადებათა დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის სახელმწიფო პროგრამა, რომლის ძალაში შესვლის შემდეგ პირველადი ონკოლოგიური დაავადებების მქონე პაციენტთა 60-70% სპეციალიზებულ ონკოლოგიურ, ონკოჰემატოლოგიურ ან ნეიროონკოლოგიურ სტაციონარებში ხვდება.

სადაზღვევო პროგრამის ძირითადი პრინციპია ყოველი კონკრეტული ავადმყოფის პერსონალური დაფინანსება და არა, ზოგადად, რომელიმე სამკურნალო დაწესებულებისთვის სახსრების გამოყოფა.

უახლოეს წლებში, სხვადასხვა სახელმწიფო და საერთაშორისო პროგრამების განხორციელების გზით, უნდა მოხდეს ონკოდაწესებულებების თანამედროვე სამკურნალო-სადიაგნოსტიკო აპარატურით (კომპიუტერული ტომოგრაფი, მამოგრაფები, ულტრასონოგრაფიული და ენდოსკოპიური აპარატურა, სხივური თერაპიის დანადგარები და ა. შ.) აღჭურვა.

სახელმწიფო პროგრამებს ახორციელებს და მართავს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო შესაბამისი სამსახურების მეშვეობით. პროგრამის დაგეგმვას და კოორდინაციას კომპეტენციის ფარგლებში ახორციელებს პროგრამის კოორდინატორი, რომელიც იმავდროულად დარგობრივი ექსპერტიცაა. ამრიგად, ხდება დარგის პროგრამული მართვა და უზრუნველყოფა.

უკანასკნელი წლების სტატისტიკით, ონკოლოგიური ავადობის სპექტრში წამყვანი ადგილი უკავია ქალის რეპროდუქციული ორგანოების, კანის, სასუნთქი გზებისა და საჭმლის მომნელებელი ტრაქტის ავთვისებიან სიმსივნეებს. დღემდე პრობლემურია ვიზუალური სიმსივნეების დროული დიაგნოსტიკა, რომელთა ხვედრითი წილი პირველადი ავადობის სტრუქტურაში 50%-ს აღემატება. ეს სიმსივნეები სადიაგნოსტიკოდ უფრო ხელმისაწვდომია, ადრეული დიაგნოსტიკის შემთხვევაში მკურნალობა იაფი ჯდება და პაციენტის სრულფასოვანი რეაბილიტაცია ხერხდება. ამ მხრივ საყურად-

ღებოა ქალის რეპროდუქციული ორგანოების, განსაკუთრებით ძუძუს და საშვილოსნოს ყელის, სიმსივნეები. წარსულ წლებში ძუძუს პათოლოგიის გამოსავლენად ქალთა მოსახლეობის პროფილაქტიკური შემოწმება ფლუოროგრაფიული მეთოდის გამოყენებით ტარდებოდა. მიღებული შედეგების საფუძველზე შეირჩეოდა გამოკვლეული კონტინგენტის 5-6% გაღრმავებული გამოკვლევების ჩასატარებლად. სადღეისოდ მამოგრაფიასთან ერთად შესაძლებელია ბევრად უფრო არაინვაზიური ულტრასონოგრაფიის ჩატარება. ამ ორი მეთოდის ერთდროული გამოყენებით შესაძლებელია დიაგნოსტიკის ხარისხის გაუმჯობესება. დღითიდღე იზრდება ულტრაბგერითი გამოკვლევის როლი პარენქიმული ორგანოებისა და რბილი ქსოვილების დაავადებათა დიაგნოსტიკაში.

სასუნთქი გზებისა და საჭმლის მომნელებელი სისტემის სიმსივნურ და კიბოსწინა დაავადებათა დიაგნოსტიკაში უდიდესი მნიშვნელობა ენიჭება ენდოსკოპიურ გამოკვლევას. უკანასკნელ წლებში მნიშვნელოვნად გაფართოვდა და თანამედროვე აპარატურით აღიჭურვა ენდოსკოპიური სამსახური.

მეტი ყურადღება უნდა დაეთმოს რეგიონულ ცენტრებში ციტოლოგიური სამსახურის მოწყობასაც.

მკურნალობის თანამედროვე მეთოდების დანერგვამ და ფარმაცევტულ ბაზარზე ახალი თაობის ქიმიოპრეპარატების გამოჩენამ აამაღლა მკურნალობის ეფექტურობა. გაიზარდა წარმატებით ნამკურნალები ავადმყოფების რიცხვი. ამასთან დაკავშირებით, დღის წესრიგში დადგა ამ კონტინგენტის განმეორებითი ჰოსპიტალიზაციის, მათთვის სამკურნალო-პროფილაქტიკური პროცედურების ჩატარებისა და სოციალური რეაბილიტაციის საკითხი.

განსაკუთრებულ ყურადღებას მოითხოვს კიბოსწინა დაავადებების დიაგნოსტიკა და მკურნალობა, რაც ხელს შეუწყობს ონკოლოგიური ავადობის შემცირებას. სამწუხაროდ, დღეისათვის პროფილაქტიკური მედიცინა მოსახლეობაში ნაკლებად პოპულარულია და ამ მიმართულებით სერიოზული სამუშაოა ჩასატარებელი.

ჯერ კიდევ მაღალია ავთვისებიანი სიმსივნეების შორსწასული ფორმების გამოვლენის მაჩვენებელი. ამას მრავალი მიზეზი აქვს, მაგრამ მათი ნაწილის აღმოფხვრა შესაძლებელია. დაავადების ფარული მიმდინარეობის გარდა, პაციენტის ექიმთან დაგვიანებული ვიზიტი ძირითადად განპირობებულია მოსახლეობის პროფილაქტიკური განათლების დაბალი დონით, რისი მიზეზიც არის ავთვისებიანი სიმსივნეების ელემენტარული სიმპტომების არცოდნა და ონკოლოგიური დაწესებულებისადმი შიში იმის უცოდინრობით, რომ დროული დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის შემთხვევაში ონკოლოგიური დაავადებების განკურნება შესაძლებელია. ამ ხარვეზის აღმოსაფხვრელად საჭიროა მოსახლეობის ფართო მასებს მივაწოდოთ ინფორმაცია ონკოდაავადებებისა და მათი მკურნალობის შედეგების შესახებ.

მეორე მხრივ, სამწუხაროდ, ჯერ კიდევ დაბალია ძირითადი კლინიკური სპეციალობების ექიმების ონკოლოგიური სიფხიზლე, რადგან ირკვევა, რომ ონკოლოგიურ დაწესებულებაში დაგვიანებით შემოსული პაციენტების გარკვეული ნაწილი პირველი ჩივილებისთანავე (ონკოლოგთან ვიზიტამდე რამდენიმე თვით ადრე) მიმართავს ზოგადი პროფილის ექიმს, მაგრამ ჩივილებისა და ობიექტური მონაცემების გადაფასების გამო ხშირად სიმსივნეზე ეჭვის მიტანა არ ხდება. ამ თვალსაზრისით,

დიდი მნიშვნელობა ენიჭება ქირურგების, თერაპევტების, გინეკოლოგებისა და სტომატოლოგების მომზადებას ონკოლოგიაში. განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია ოჯახის ექიმის როლი ავთვისებიანი სიმსივნეებისა და კიბოსწინა დაავადებების დროულ გამოვლენაში, ამიტომ უმაღლეს სამედიცინო დაწესებულებებში ონკოლოგიის სწავლებას მეტი ყურადღება უნდა დაეთმოს.

ზემოაღნიშნულიდან გამომდინარე, საქართველოს მოსახლეობის კვალიფიციური ონკოლოგიური დახმარების უზრუნველსაყოფად აუცილებელია კიბოს საწინააღმდეგო მიზნობრივი პროგრამების შემუშავება, ავთვისებიანი სიმსივნეების პროფილაქტიკისა და ადრეული ფორმების გამოვლენის ღონისძიებათა გათვალისწინებით. ავთვისებიანი სიმსივნეების დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის გასაუმჯობესებლად აუცილებელია კლინიკურ პრაქტიკაში თანამედროვე ტექნოლოგიების დანერგვა.

ავთვისებიანი სიმსივნეების ადრეული გამოვლენის მიზნით საჭიროა:

- დიაგნოსტიკის თანამედროვე მეთოდების დანერგვა და ეფექტური გამოყენება კიბოსწინა და სიმსივნური დაავადებების გამოსავლენად;
- 30 წელს გადაცილებული ქალებისა და 40 წელს გადაცილებული მამაკაცების სავალდებულო შემოწმება ონკოლოგიურ (პრევენციის) კაბინეტებში, ოთხ წელიწადში ერთჯერ და სიმსივნეზე ეჭვის მიტანის შემთხვევაში სპეციალიზებულ ონკოლოგიურ დაწესებულებაში გაგზავნა;
- ბავშვების გამოკვლევა კიბოსწინა და სიმსივნური დაავადებების გამოსავლენად და ავადმყოფთა სპეციალიზებულ ონკოლოგიურ დაწესებულებაში გაგზავნა;
- სომატურ სტაციონარებში მკურნალობაზე მყოფი ავადმყოფების სავალდებულო გამოკვლევა კიბოსწინა და სიმსივნური დაავადებების გამოსარიცხად;
- ძირითადი კლინიკური სპეციალობების ექიმთა და საშუალო სამედიცინო პერსონალის სისტემატური მომზადება ონკოლოგიური დაავადებების პროფილაქტიკისა და ადრეული გამოვლენის სფეროში;
- იმ სამკურნალო-პროფილაქტიკურმა დაწესებულებებმა, რომლებიც ონკოლოგიურ დახმარებას უწევენ მოსახლეობას, უნდა იხელმძღვანელონ ონკოლოგიურ ავადმყოფთა გამოსავლენად და სამედიცინო დახმარებისათვის გათვალისწინებული სამკურნალო-პროფილაქტიკური სტანდარტებით;
- ონკოლოგიურ საწოლთა ფონდი უნდა დაიგეგმოს მოსახლეობის (მათ შორის ბავშვთა) ავთვისებიანი სიმსივნეებით ავადობის დონისა და ონკოდაავადებათა სტრუქტურის გათვალისწინებით და უზრუნველყოფილ იქნეს ონკოდაწესებულებების მუშაობა დებულებების შესაბამისად;
- ფართოდ უნდა დაინერგოს სამედიცინო დახმარების ეფექტური ფორმები იმ ავადმყოფთათვის (მათ შორის ბავშვებისათვის), რომლებსაც სჭირდებათ 24-საათიანი მეთვალყურეობა და მკურნალობა;
- უნდა ჩამოყალიბდეს ამბულატორიული მედიკამენტური მკურნალობის კაბინეტები და დღის სტაციონარები ონკოლოგიურ დაწესებულებებში, აგრეთვე „სტაციონარები ბინაზე“;
- ონკოლოგიური ავადმყოფები, მათ შორის ბავშვები, უზრუნველყოფილი უნდა იყვნენ პალიატიური და სიმპტომური დახმარებით სპეციალიზებულ დაწესებულებებში, განყოფილებებში, კაბინეტებში, ადგილობრივ მოთხოვნათა გათვალისწინებით;

ტერიტორიული პრინციპით მოსახლეობის ონკოლოგიური დახმარების ხარისხის გაუმჯობესების მიზნით სასურველია სამხარეო ონკოლოგიური დაწესებულებების (ცენტრები, დისპანსერები, განყოფილებები) შექმნა სათავო დაწესებულების ფილიალის სტატუსით, სადაც, საჭიროების შემთხვევაში, კონსულტაციებსა და მკურნალობას ჩაატარებენ მაღალკვალიფიციური სპეციალისტები.

კიბოს ტერიტორიული რეგისტრების შექმნისა და მათი უნიფიკაციის მიზნით დროულად უნდა განხორციელდეს პროგრამის — „სპეციალიზებული ონკოლოგიური სამსახურის მართვის ინფორმაციული სისტემები კიბოს ტერიტორიული რეგისტრის საფუძველზე“ — ადაპტაცია და პრაქტიკული გამოყენება; ყველა საორგანიზაციო-მეთოდური კაბინეტი და განყოფილება უნდა აღიჭურვოს შესაბამისი ორგტექნიკით, სათავო დაწესებულებებში უნდა მომზადდნენ ონკოლოგიური პროფილის სამედიცინო სტატისტიკოსები.

მასობრივი ინფორმაციის საშუალებებთან ერთად უნდა გააქტიურდეს მოსახლეობაში ჯანსაღი ცხოვრების წესის პროპაგანდა ონკოლოგიური დაავადებების პროფილაქტიკის მიმართულებით; ***აიკრძალოს ონკოლოგიური დაავადებების პროფილაქტიკის, დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის იმ მეთოდებისა და სამკურნალო საშუალებების რეკლამა, რომლებიც არ არის ნებადართული შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს მიერ.***

ცენტრალური ბიუჯეტიდან უნდა გამოიძებნოს დამატებითი სახსრები ჯანდაცვის სისტემის იმ დაწესებულებებისათვის, რომლებიც ონკოლოგიურ დახმარებას ახორციელებენ ძვირადღირებული და მაღალტექნოლოგიური მეთოდების გამოყენებით; ხოლო მუნიციპალური ფონდებიდან მოხდეს ონკოინკურაბელური ავადმყოფების სიმპტომური მკურნალობის ადეკვატური დაფინანსება.

სათანადო ყურადღება უნდა მიექცეს ონკოლოგიის სწავლებას უმაღლეს სამედიცინო (მათ შორის, დიპლომისშემდგომი სამედიცინო მომზადების) დაწესებულებებში: სტუდენტებისათვის ონკოლოგიის სწავლებას დაეთმოს არანაკლებ 72 სასწავლო საათისა; დიპლომისშემდგომი სამედიცინო მომზადებისას ძირითადი კლინიკური სპეციალობების (თერაპია, ქირურგია, გინეკოლოგია, სტომატოლოგია) პროგრამაში გათვალისწინებული უნდა იყოს არანაკლებ 1 თვის ხანგრძლივობის ონკოლოგიის სასწავლო ციკლები, ხოლო ექიმთა **სასერტიფიკაციო გამოცდების კითხვარებში შეტანილი უნდა იყოს ონკოლოგიის საკითხები ზოგადი პრაქტიკის ექიმებისათვის განსაზღვრული მოცულობით** (მათი ონკოლოგიაში კომპეტენციის გათვალისწინებით).

ყოველივე ზემოაღნიშნულიდან გამომდინარე, თანამედროვე ონკოლოგიის ერთერთ უმნიშვნელოვანეს ამოცანად რჩება ონკოლოგიურ დაავადებებთან ბრძოლის ორგანიზაციული ფორმების განვითარება და სრულყოფა, რის გამოც აუცილებელი გახდა ონკოლოგიაში შექმნილიყო საცნობარო-მეთოდური ხასიათის კრებული, რომელშიც თავმოყრილი იქნებოდა ჯანდაცვის სტრუქტურების სხვადასხვა დონეზე ონკოლოგიური სამსახურის გამართული მუშაობისათვის აუცილებელი ყველა ინფორმაცია.

ორი ათეული წლის წინ გამოცემული ონკოლოგიური დახმარების ორგანიზაციის ოფიციალური მითითებების კრებული (Сборник официальных указаний по организации онкологической помощи. Ленинград, 1984), რომელიც წლების განმავლობაში ონკოლოგიური სამსახურის ძირითად ნორმატიულ დოკუმენტს წარ-

მოადგენდა, საკმაოდ მძიმედ: მას შემდეგ მნიშვნელოვნად შეიცვალა ჯანდაცვის სისტემის ძირითადი სტრატეგია და ონკოლოგიური სამსახური. ძალაში შევიდა დაავადებათა საერთაშორისო სტატისტიკური კლასიფიკაცია (მე-10 გადახედვა). 2002 წელს გამოიცა ავთვისებიანი სიმსივნეების საერთაშორისო TNM კლასიფიკაციის ბოლო ვერსია (VI გამოცემა). პრაქტიკაში დაინერგა ახალი თაობის მრავალი მაღალეფექტური ანტიბლასტომური პრეპარატი, შემუშავდა ქიმიოთერაპიის რაციონალური სქემები. თანამედროვე ტექნიკური შესაძლებლობების შესაბამისად გაფართოვდა კომბინირებული და კომპლექსური მკურნალობის ჩვენებები. გაუმჯობესდა მკურნალობის შორეული შედეგები. ამიტომ წინამდებარე კრებულის მომზადებისას გადაიხედა და საქართველოს ჯანდაცვის დღევანდელ სინამდვილესთან შესაბამისობაში იქნა მოყვანილი მრავალი დებულება და საინსტრუქციო წერილი. ონკოლოგიის თანამედროვე მიღწევების შესაბამისად დაიწერა „კიბოსწინა დაავადებების კლინიკა, პროფილაქტიკა, დისპანსერიზაცია, მკურნალობა". თითქმის ყველა ლოკალიზაციის ავთვისებიანი სიმსივნისათვის შედგენილია დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის თანამედროვე ალგორითმები, რომლებშიც მოცემულია ქირურგიული, მედიკამენტური და სხივური მკურნალობის, აგრეთვე მათი კომბინაციების ტიპური სქემები, დაავადების გავრცელების შესაბამისად.

კრებულს საცნობარო-მეთოდური დანიშნულება აქვს. ჩვენ შევეცადეთ დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის ალგორითმებში შეგვეტანა მხოლოდ საყოველთაოდ აღიარებული სქემები და გვერდი აგვეველო საპოლემიკო საკითხებისათვის. გარდა ამისა, გათვალისწინებულია საქართველოს ონკოლოგიური სამსახურის დღევანდელი შესაძლებლობები და უახლოესი ათწლეულის პერსპექტივები.

გვინდა მადლობა მოვახსენოთ ყველა იმ პიროვნებას, ვინც ხელნაწერი წაიკითხა და საგულისხმო რჩევა მოგვცა. კრებული ქართულ ენაზე ასეთი სახით პირველად გამოდის და, ბუნებრივია, დაზღვეული არ იქნება ხარვეზებისაგან. საქმიან შენიშვნებს მადლიერების გრძნობით მივიღებთ და გავითვალისწინებთ ჩვენს შემდგომ მუშაობაში.

ა. ღვამიჩავას სახელობის ონკოლოგიის ნაციონალური ცენტრის ს/ს თავმჯდომარე, მედიცინის მეცნიერებათა აკადემიის აკადემიკოსი, სახელმწიფო პრემიის ლაურეატი, პროფესორი **რევაზ გაგუა**

ა. ღვამიჩავას სახელობის ონკოლოგიის ნაციონალური ცენტრის დირექტორთა საბჭოს თავმჯდომარე, სახელმწიფო ონკოლოგიური პროგრამების კოორდინატორი, მედიცინის მეცნიერებათა კანდიდატი **ზაზა ზარქუა**

თავი I

ონკოლოგიური სამსახურის ორგანიზაცია

დებულება

სათავო დაწესებულების _ ონკოლოგიის ნაციონალური ცენტრის _ შესახებ

1. ზოგადი დებულებები

1.1. ონკოლოგიის ნაციონალური ცენტრი (შემდგომში ონკოცენტრი) წარმოადგენს სპეციალიზებულ დაწესებულებას, რომელიც ჯანდაცვის ეროვნული პოლიტიკის შესაბამისად ორგანიზებას უწევს და ახორციელებს საქართველოს მოსახლეობის ონკოლოგიურ დახმარებას. იგი ეწევა საორგანიზაციო-მეთოდურ, სადიაგნოსტიკო-სამკურნალო და სამეცნიერო საქმიანობას; არის კლინიკური და ექსპერიმენტული ბაზა სამეცნიერო და სასწავლო საქმიანობისათვის.

1.2. ონკოცენტრი წარმოადგენს კერძო სამართლის სუბიექტს, რომელსაც გააჩნია შესაბამისი საქმიანობის განხორციელების ლიცენზია, დამოუკიდებელი ბალანსი და ანგარიშები ბანკში, მრგვალი ბეჭედი, ტვიფრი დაწესებულების სრული დასახელების აღნიშვნით, ფორმიანი ქაღალდი და სხვა რეკვიზიტები;

1.3. ონკოცენტრის მმართველ-განმკარგავია სამეთვალყურეო საბჭო, რომელსაც თავმჯდომარეობს ონკოცენტრის სამეთვალყურეო საბჭოს თავმჯდომარე (პრეზიდენტი). აღმასრულებელი ორგანოა დირექტორატი სამეცნიერო, კლინიკის, დიაგნოსტიკის, სამედიცინო პროგრამების მართვის და საფინანსო-ეკონომიკური დარგების დირექტორების შემადგენლობით;

1.4. ონკოლოგიის ნაციონალური ცენტრის სტრუქტურა განისაზღვრება საქართველოში მოსახლეობის კიბოთი ავადობის თავისებურებათა გათვალისწინებით. ონკოცენტრში ხდება მოწინავე ტექნოლოგიების აპრობაცია-დანერგვა, ონკოლოგიური პრობლემატიკის მეცნიერული უზრუნველყოფა, დარგის საორგანიზაციო-მეთოდური ხელმძღვანელობა და კიბოს საწინააღმდეგო ღონისძიებების კოორდინაცია ქვეყნის მასშტაბით;

1.5. თავისი საქმიანობისას ონკოცენტრი ხელმძღვანელობს საქართველოს მოქმედი კანონმდებლობით და კანონქვემდებარე ნორმატიული აქტებით.

1.6. ონკოცენტრის რეორგანიზაცია ან ლიკვიდაცია ხდება მოქმედი კანონმდებლობის შესაბამისად.

2. ონკოცენტრის ამოცანები და ფუნქციები

2.1. ონკოცენტრის ძირითადი ამოცანაა მოსახლეობისათვის ონკოლოგიური დახმარების სრულყოფის სტრატეგიისა და ტაქტიკის შემუშავება, ქვეყნის მოსახლეობისათვის (მოზრდილთა, ბავშვთა) კვალიფიციური ონკოლოგიური დახმარების უზრუნველყოფა, ონკოლოგიური მეცნიერების განვითარება;

2.2. ძირითადი ამოცანებიდან გამომდინარე, ონკოცენტრის ფუნქციებია:

2.2.1. ქვეყნის სამედიცინო დაწესებულებების მიერ განხორციელებული კიბოს საწინააღმდეგო ღონისძიებების საორგანიზაციო-მეთოდური უზრუნველყოფა და კოორდინაცია:

- საქართველოში ონკოლოგიური ავადობის ეპიდემიოლოგიის შესწავლა;

საქართველოს მოსახლეობისათვის გაწეული ონკოლოგიური დახმარების მდგომარეობის, პროფილაქტიკური ღონისძიებების, მკურნალობისა და ონკოკონტინგენტის მონიტორინგის (დისპანსერული მეთვალყურეობის) ეფექტურობისა და ხარისხის ანალიზი;

- სამკურნალო-პროფილაქტიკური დაწესებულებების მეთოდური ხელმძღვანელობა და პრაქტიკული დახმარება კიბოს პროფილაქტიკის, ადრეული გამოვლენისა და მკურნალობის (მათ შორის პალიატიური და სიმპტომური), აგრეთვე ავთვისებიანი სიმსივნეებით და კიბოსწინა დაავადებებით ავადმყოფთა დისპანსერული მეთვალყურეობის სფეროში;
- ონკოლოგიურ ავადმყოფთა შესახებ ინფორმაციის შეკრება, დამუშავება, სტატისტიკური ანგარიშების შედგენა და ჯანდაცვის მმართველობით ორგანოებში დადგენილ ვადებში წარდგენა;
- კიბოს ტერიტორიული რეგისტრის შემოღება;
- მოსახლეობისათვის ონკოლოგიური დახმარების გაუმჯობესებისა და კიბოს საწინააღმდეგო ღონისძიებების დაგეგმვა წლების მიხედვით, პერსპექტივის გათვალისწინებით;
- ონკოლოგიაში ჯანდაცვის მმართველობითი ორგანოების დირექტიული დოკუმენტების პროექტების შემუშავება, ონკოლოგიური ავადმყოფებისათვის სამედიცინო დახმარების სტანდარტების შემუშავება დონეების მიხედვით, სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევის საბაზისო ონკოლოგიური პროგრამების შედგენა. კიბოს საწინააღმდეგო ტერიტორიული მიზნობრივი პროგრამების შედგენა ონკოცენტრში შემუშავებული რეკომენდაციების მიხედვით;
- ონკოლოგიური სამსახურის ორგანიზაციის მოწინავე ფორმების შემუშავება, აგრეთვე უცხო ქვეყნების მეცნიერთა გამოცდილების შესწავლა და პრაქტიკაში დანერგვა;
- ონკოლოგიის პრობლემებთან დაკავშირებულ საკითხებზე სიმპოზიუმების, კონფერენციების, სემინარების, გამოფენების და ა. შ. ორგანიზება და მოწყობა ონკოცენტრის კომპეტენციის ფარგლებში.

2.2.2. ონკოლოგიური ავადმყოფებისათვის მაღალკვალიფიციური საკონსულტაციო-სამკურნალო დახმარების გაწევა:

- ზოგადი სომატური ქსელიდან გამოგზავნილი კიბოზე საეჭვო ავადმყოფების გაღრმავებული გამოკვლევა;
- ონკოლოგიური ავადმყოფების კვალიფიციური სამკურნალო დახმარება თანამედროვე სამედიცინო ტექნოლოგიების გამოყენებით;
  ონკოცენტრში გამოკვლეული და ნამკურნალები ავადმყოფების მონიტორინგი (დისპანსერული მეთვალყურეობა);
- ონკოლოგიური ავადმყოფების კონსულტაცია და რეაბილიტაცია რადიკალური ქირურგიული ან მედიკამენტური მკურნალობისა და დასხივებით გამოწვეული ადგილობრივი დაზიანების შემდეგ;
- სხვა სამკურნალო-პროფილაქტიკური დაწესებულებების ექიმებისთვის კონსულტაციების, ხოლო ონკოავადმყოფებისთვის გასვლითი სადიაგნოსტიკო-სამკურნალო ღონისძიებების ჩატარება;
- ონკოცენტრში ჰოსპიტალიზაციას ექვემდებარებიან I-II კლინიკური ჯგუფის

ავადმყოფები; ონკოცენტრში მკურნალობას არ ექვემდებარებიან IV კლინიკური ჯგუფის ავადმყოფები, აგრეთვე პირები, რომელთათვისაც სპეციალური რადიკალური მკურნალობა, მძიმე თანმხლები დაავადებების გამო, უკუჩვენებას წარმოადგენს.

2.2.3. ონკოლოგიურ და სხვა სამკურნალო-პროფილაქტიკურ დაწესებულებებში ახალი სამედიცინო ტექნოლოგიების დანერგვა და ონკოლოგიური და კიბოსწინა დაავადებების მქონე ავადმყოფებისათვის სამედიცინო დახმარების გაწევა;

2.2.4. საექსპერტო საქმიანობის განხორციელება:

- სპეციალიზებულ და არასპეციალიზებულ სამკურნალო-პროფილაქტიკურ დაწესებულებებში ონკოავადმყოფთათვის გაწეული სამკურნალო-დიაგნოსტიკური დახმარების ეფექტურობისა და ხარისხის ანალიზი;
- ავთვისებიანი სიმსივნეების დაგვიანებული გამოვლენის შემთხვევათა მიზეზების შესწავლა და ანალიზი (ავთვისებიანი სიმსივნეების დაგვიანებულ შემთხვევებზე შედგენილი ოქმების (ფ. №27-2ონკო) შევსების ხარისხის შესწავლა) და ჯანდაცვის მმართველობითი ორგანოებისათვის ინფორმაციის მიწოდება;
- ავთვისებიანი სიმსივნეების დიაგნოზების დასაბუთებულობის ანალიზი სამედიცინო ქსელში გარდაცვალების შესახებ გაცემული ცნობების მიხედვით;
  ონკოცენტრის მიერ საცხოვრებელი ადგილის მიხედვით იგზავნება ამონაწერი ავთვისებიანი სიმსივნით დაავადებული ავადმყოფის სამედიცინო ბარათიდან" (ფ. №27-1 ონკო);

2.2.5. წლიური ანგარიშის შედგენა ხდება დამტკიცებული ფორმის (ფ. №8) მიხედვით;

2.2.6. ცხოვრების ჯანსაღი წესის დაცვის და ონკოლოგიური დაავადებების პროფილაქტიკის შესახებ მოსახლეობაში პროფილაქტიკურ-საგანმანათლებლო მუშაობის ორგანიზება და ჩატარება;

2.2.7. ექიმ-ონკოლოგთა კადრების მომზადება, ძირითადი კლინიკური სპეციალობების, ზოგადი პროფილის (ოჯახის) ექიმთა და საშუალო სამედიცინო პერსონალის კვალიფიკაციის ამაღლება:

- სხვადასხვა ონკოლოგიური დაწესებულებების ექიმებისა და საშუალო სამედიცინო პერსონალის დახელოვნება ონკოცენტრის ბაზაზე;
  ძირითადი კლინიკური სპეციალობებისა და ზოგადი პროფილის (ოჯახის) ექიმების და საშუალო სამედიცინო პერსონალის კვალიფიკაციის ამაღლება ონკოლოგიური დაავადებების პროფილაქტიკისა და ადრეული გამოვლენის სფეროში;

2.2.8. სამეცნიერო საქმიანობის ორგანიზება და უზრუნველყოფა:
დაწესებულების ძირითადი სამეცნიერო მიმართულებების (როგორც კლინიკური, ისე ექსპერიმენტული ონკოლოგიის) დაგეგმვა, მათი დაფინანსების უზრუნველყოფა გრანტების მოპოვების გზით;

- ონკოლოგიის დარგში კადრების მომზადების (დიპლომამდელი, დიპლომის შემდგომი – რეზიდენტურა, ასპირანტურა) ხელმძღვანელობა, ახალი სამეცნიერო მიღწევების პრაქტიკაში დანერგვის ხელშეწყობა.

3. ონკოცენტრის უფლება-მოვალეობები

3.1. ონკოცენტრს უფლება აქვს:

- შეიძინოს ქონება, დადოს ხელშეკრულება იურიდიულ და ფიზიკურ პირებთან, იყოს მოსარჩლე და მოპასუხე სასამართლოში, ჰქონდეს ურთიერთობა საზღვარგარეთის ქვეყნების ორგანიზაციებთან, ითანამშრომლოს შეთანხმებული პროექტების ფარგლებში;
- მოითხოვოს და მიიღოს სამკურნალო-პროფილაქტიკური დაწესებულებებიდან დამტკიცებული ინფორმაცია, რომელიც აუცილებელია მის კომპეტენციაში შემავალი საკითხების გადასაჭრელად;
- მონაწილეობა მიიღოს საატესტაციო და სასერტიფიკაციო კომისიის მუშაობაში ონკოლოგიური პროფილის ექიმთა ატესტაციის ჩატარებისას;
- მონაწილეობა მიიღოს სალიცენზიო კომისიის მუშაობაში ნებისმიერი სამართლებრივი სუბიექტის დაქვემდებარებაში მყოფი სამკურნალო-პროფილაქტიკური დაწესებულებების ონკოლოგიაში ლიცენზირებისას;
- გაწევრიანდეს სხვადასხვა ასოციაციაში, პროფესიულ გაერთიანებასა და კავშირში;
- განახორციელოს სამეურნეო-საანგარიშო საქმიანობა თავისი მუშაობის ყველა მიმართულებით;
- გამოსცეს საცნობარო-სახელმძღვანელო ლიტერატურა.

3.2. ონკოცენტრი ვალდებულია:

- დაგეგმოს და განახორციელოს თავისი საქმიანობა დასმული ამოცანებისა და წინამდებარე დებულებით მასზე დაკისრებული ფუნქციების შესაბამისად;
- აიღოს პასუხისმგებლობა მის მიერ გაცემული სტატისტიკური მონაცემების სარწმუნოობაზე;
- განახორციელოს მკაცრი კონტროლი საბიუჯეტო სახსრების სწორ და რაციონალურ ხარჯვაზე, მათ შორის იმ თანხებზე, რომელიც გამოყოფილია ყოველი კონკრეტული ონკოავადმყოფის სამკურნალოდ;
- დროულად წარადგინოს თავის საქმიანობის ანგარიში სათანადო ინსტანციებში, მოქმედი კანონმდებლობის შესაბამისად.

დ ე ბ უ ლ ე ბ ა

რეგიონული ონკოლოგიური ცენტრის (დისპანსერის) შესახებ

1. რეგიონული ონკოლოგიური ცენტრი (დისპანსერი) არის სამკურნალო-პროფილაქტიკური დაწესებულება, რომელიც უზრუნველყოფს მოსახლეობის სპეციალიზებულ სამედიცინო პოლიკლინიკურ და სტაციონარულ დახმარებას თავის სამოქმედო ტერიტორიაზე.
2. დისპანსერი წარმოადგენს კერძო სამართლის სუბიექტს, რომელსაც გააჩნია ლიცენზია შესაბამისი საქმიანობის უფლებაზე, დამოუკიდებელი ბალანსი, ანგარიშსწორების და სხვა სახის ანგარიშები ბანკში, მრგვალი ბეჭედი, ტვიფრი დაწესებულების სრული დასახელების აღნიშვნით, ფორმიანი ქაღალდი და სხვა რეკვიზიტები.
3. დისპანსერის მმართველ-განმკარგავია სამეთვალყურეო საბჭო, რომელიც ინიშნება შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტროს და საწარმოთა მართვის სააგენტოს მიერ.
4. თავისი საქმიანობის განხორციელებისას დისპანსერი ხელმძღვანელობს საქართველოს მოქმედი კანონმდებლობით და კანონქვემდებარე ნორმატიული აქტებით;
5. მეთოდოლოგიურად დისპანსერი ექვემდებარება შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს და ონკოლოგიის ნაციონალურ ცენტრს და მონაწილეობს პროფილური ჯანდაცვითი პროგრამების განხორციელებაში.
6. რეგიონული ონკოლოგიური ცენტრის (დისპანსერის) სტრუქტურა განისაზღვრება სამოქმედო ტერიტორიაზე მოსახლეობის რაოდენობით, ავადობის დონითა და თავისებურებებით. მის სტრუქტურაში, პირველ რიგში, გათვალისწინებული უნდა იყოს ქირურგიული, რენტგენ-რადიოლოგიური და პოლიკლინიკური განყოფილებები, ენდოსკოპიური კაბინეტი, ციტოლოგიური და ჰისტოლოგიური ლაბორატორიები, ქიმიოთერაპიული საწოლები, საორგანიზაციო-მეთოდური კაბინეტი.
7. დაწესებულების შტატებს განსაზღვრავს სამეთვალყურეო საბჭო, სამედიცინო დახმარების მოცულობის გათვალისწინებით, ონკოლოგიური დაწესებულებების მოქმედი საშტატო ნორმატივების ფარგლებში.
8. დისპანსერის რეორგანიზაცია ან ლიკვიდაცია ხდება მოქმედი კანონმდებლობით.
9. რეგიონული ონკოლოგიური ცენტრის (დისპანსერის) ძირითადი ამოცანებია:
   - ონკოლოგიურ ავადმყოფთა სრულყოფილი კვალიფიციური კონსულტაცია და მკურნალობა (ამბულატორიული და სტაციონარული), დროული ჰოსპიტალიზაციისა და მკურნალობის დაწყების უზრუნველყოფა;
   - ონკოლოგიურ ავადმყოფებზე დისპანსერული მეთვალყურეობის ორგანიზება და რაიონული ონკოლოგიური კაბინეტების საქმიანობის კონტროლი;
   - სამოქმედო ტერიტორიაზე არსებულ ონკოლოგიურ ავადმყოფთა სრული აღრიცხვა, ავადობისა და სიკვდილიანობის ანალიზი, დადგენილ ვადებში ანგარიშის შედგენა და დამტკიცებული ფორმებით წარმოდგენა;

- მოსახლეობის მიზნობრივი პროფილაქტიკური გასინჯვების ჩატარების უზრუნველყოფა ავთვისებიანი სიმსივნეების გამოსავლენად;
- ზოგადი პროფილის ექიმთა მეთოდური ხელმძღვანელობა კიბოსწინა დაავადებების და ავთვისებიანი სიმსივნეების ადრეული ფორმების გამოსავლენად პროფილაქტიკური გასინჯვების ჩატარებისას;
- რეგიონის არასპეციალიზებულ სტაციონარებში მოხვედრილ ონკოლოგიურ ავადმყოფთა მკურნალობის ხარისხისა და ეფექტურობის ანალიზი, მისი გაუმჯობესების ღონისძიებათა შემუშავება და კონსულტაციების ჩატარება;
- გარდაცვალების ცნობაში სამედიცინო დაწესებულების მიერ დასმული ავთვისებიანი სიმსივნის დიაგნოზის დასაბუთებულობის შემოწმება;
- ავთვისებიანი სიმსივნის დაგვიანებული გამოვლენის შემთხვევათა მიზეზების რეგულარული ანალიზი და ღონისძიებათა შემუშავება მათ შესამცირებლად;
- მოსახლეობაში კიბოს საწინააღმდეგო პროფილაქტიკურ-საგანმანათლებლო პროპაგანდა არასამთავრობო ორგანიზაციებთან ერთად;

10. ავადმყოფთა ჰოსპიტალიზაცია და გაწერა, აგრეთვე გარდაცვლილთა სექცია და პათომორფოლოგიური შესწავლა ხორციელდება დადგენილი წესით (იდება ხელშეკრულება).

11. დისპანსერს უფლება აქვს:
- შეიძინოს ქონება, დადოს ხელშეკრულება ფიზიკურ და იურიდიულ პირებთან, წარადგინოს სარჩელი და მონაწილეობა მიიღოს სასამართლო-საარბიტრაჟო პროცედურებში;
- სამკურნალო-პროფილაქტიკური და სხვა დაწესებულებებისგან მოითხოვოს და მიიღოს დამტკიცებული ინფორმაცია, რომელიც აუცილებელია მის კომპეტენციაში შემავალი საკითხების გადასაჭრელად;
- გაწევრიანდეს სხვადასხვა ასოციაციაში, პროფილურ გაერთიანებასა და კავშირში;
- განახორციელოს სამეურნეო-საანგარიშო საქმიანობა თავისი მუშაობის ყველა მიმართულებით.

12. დისპანსერი ვალდებულია:
- დაგეგმოს და განახორციელოს თავისი საქმიანობა, დასმული ამოცანებისა და წინამდებარე დებულებით მასზე დაკისრებული ფუნქციების შესაბამისად;
- აიღოს პასუხისმგებლობა მის მიერ გაცემული სტატისტიკური მონაცემების სარწმუნოობაზე;
- განახორციელოს მკაცრი კონტროლი საბიუჯეტო სახსრების სწორ და რაციონალურ ხარჯვაზე, მათ შორის იმ თანხებზე, რომლებიც გამოყოფილია ყოველი კონკრეტული ავადმყოფის მკურნალობისათვის;
- დროულად წარუდგინოს თავისი საქმიანობის ანგარიში სათანადო ორგანოებს, მოქმედი კანონმდებლობის შესაბამისად.

დებულება

ონკოლოგიური ცენტრის (დისპანსერის) საორგანიზაციო-მეთოდური განყოფილების (კაბინეტის) შესახებ

1. საორგანიზაციო-მეთოდური (განყოფილება) კაბინეტი წარმოადგენს ონკოლოგიური ცენტრის (დისპანსერის) სტრუქტურულ ქვედანაყოფს და უზრუნველყოფს მოსახლეობის ონკოლოგიური დახმარებისათვის საჭირო ყველა საორგანიზაციო-მეთოდური სამუშაოს ჩატარებას მის სამოქმედო ტერიტორიაზე.
2. საორგანიზაციო-მეთოდურ განყოფილებას (კაბინეტს) ხელმძღვანელობს სათანადო კვალიფიკაციის ექიმი.
3. განყოფილება (კაბინეტი) ასრულებს საორგანიზაციო-მეთოდურ და სტატისტიკურ სამუშაოს სხვა ონკოლოგიურ დაწესებულებებთან კოორდინაციაში.
4. საორგანიზაციო-მეთოდური განყოფილების (კაბინეტის) ძირითადი ფუნქციებია:
   - ყველა ონკოლოგიური ავადმყოფის (მოზრდილთა და ბავშვთა) სრული აღრიცხვის განხორციელება სამოქმედო ტერიტორიაზე;
   - ავთვისებიანი სიმსივნით გარდაცვლილთა მონაცემების ცენტრალური სტატისტიკური სამმართველოს მონაცემებთან შედარება;
   - დაქვემდებარებულ ონკოლოგიურ დაწესებულებებში ჩატარებული აღრიცხვიანობის სისწორისა და სისრულის კონტროლი;
   - ავთვისებიანი სიმსივნით დაავადებული ავადმყოფების (მოზრდილთა და ბავშვთა) დისპანსერული მეთვალყურეობის ორგანიზება;
   - მოსახლეობის ავთვისებიანი სიმსივნეებით ავადობისა და სიკვდილიანობის, ონკოლოგიურ ავადმყოფთა გამოკვლევის ხანგრძლივობის, ჰოსპიტალიზაციის ვადების, დროებითი შრომისუუნარობისა და ინვალიდობის მონაცემების ანალიზი;
   - მოსახლეობის ონკოლოგიური დახმარების მდგომარეობის ანალიზი სამოქმედო ტერიტორიაზე; ყოველწლიური და პერსპექტიული განვითარების გეგმების შემუშავება;
   - მეთოდური სამუშაოების დაგეგმვა და ორგანიზება;
   - კაბინეტის კავშირი სათავო დაწესებულების — ონკოლოგიის ნაციონალური ცენტრის — საორგანიზაციო-მეთოდურ განყოფილებასთან და მასთან კოორდინაციაში მუშაობა;
   - ავთვისებიანი სიმსივნეებით დაავადებულთა ადრეული გამოვლენისა და მკურნალობის მეთოდების შემუშავება და სამკურნალო-პროფილაქტიკური დაწესებულებების მუშაობის პრაქტიკაში დანერგვა;
   - ავთვისებიანი სიმსივნეების დაგვიანებული შემთხვევების გამოვლენის ოქმების განხილვა, დაგვიანების მიზეზების ანალიზი და მათი შემცირების ღონისძიებათა შემუშავება;
   - საორგანიზაციო-მეთოდური დახმარების გაწევა სამოქმედო ტერიტორიაზე მდებარე იმ სამკურნალო-პროფილაქტიკური დაწესებულებებისათვის, რომლებიც ახორციელებენ ავთვისებიანი სიმსივნეებისა და კიბოსწინა დაავადებების დიაგნოსტიკას, ავადმყოფთა აღრიცხვას და მკურნალობას;

- კიბოს საწინააღმდეგო პროფილაქტიკური საგანმანათლებლო მუშაობის ხელმძღვანელობა სამოქმედო ტერიტორიაზე.

5. საორგანიზაციო-მეთოდური განყოფილება (კაბინეტი) დადგენილი გრაფიკის მიხედვით ახორციელებს საკონსულტაციო-მეთოდურ დახმარებას სამოქმედო ტერიტორიაზე.
6. ონკოდისპანსერის ექიმებთან ერთად შეიმუშავებს საორგანიზაციო ღონისძიებებს სამოქმედო ტერიტორიაზე.
7. დამტკიცებული ფორმის მიხედვით ადგენს სახელმწიფო სტატისტიკურ ანგარიშებს და უზრუნველყოფს ჯანდაცვის მმართველობითი ორგანოებისთვის დადგენილ ვადებში წარდგენას.
8. დისპანსერის საორგანიზაციო-მეთოდური კაბინეტის საშტატო განრიგი განისაზღვრება მოქმედი საშტატო ნორმატივების შესაბამისად.

დებულება

კიბოს რეგისტრის შესახებ

საორგანიზაციო-მეთოდური სამსახურის საინფორმაციო უზრუნველყოფა ხდება ორი ნომენკლატურული ქვედანაყოფით – კიბოს ჰოსპიტალური და პოპულაციური რეგისტრებით, რომელთა საქმიანობაც ემყარება ყველა ავადმყოფის პერსონიფიცირებას და მუშაობს სამედიცინო დოკუმენტაციის ნაკადის აქტიური მიღებისა და კონტროლის პრინციპით.

კიბოს რეგისტრში ავადმყოფთა მონაცემები ინახება მუდმივად, რაც ზრდის ინფორმაციის დამუშავებისა და არქივირების ტექნიკური უზრუნველყოფისადმი წაყენებულ მოთხოვნებს.

კიბოს რეგისტრის ფუნქციონირებისას გათვალისწინებული უნდა იყოს კიბოს რეგისტრების საერთაშორისო ასოციაციების ძირითადი მოთხოვნები და დისპანსერიზაციის მთავარი პრინციპები: გამოყენებული უნდა იყოს დაავადებათა საერთაშორისო კოდირება (დსკ), TNM კლასიფიკაცია და სიმსივნეთა ჰისტოლოგიური ტიპების სრული კლასიფიკატორი.

კიბოს რეგისტრიდან შესაძლებელი უნდა იყოს სრული და ობიექტური ინფორმაციის მიღება პაციენტთა დიაგნოსტიკის, მკურნალობისა და დისპანსერიზაციის ეტაპების შესახებ. მიღებული მონაცემები გამოსადეგი უნდა იყოს სამედიცინო და სამეცნიერო პერსონალისათვის როგორც ოპერატიული საქმიანობის უზრუნველსაყოფად, ასევე ჯანდაცვის მართვის ნებისმიერ დონეზე გადაწყვეტილების მისაღებად; ამასთან, უნდა შეიცავდეს არა მხოლოდ სამედიცინო, არამედ სამედიცინო-სტატისტიკურ და საფინანსო-ეკონომიკურ ინფორმაციასაც.

უმჯობესია, როდესაც არსებობს ჰოსპიტალურ-პოპულაციური რეგისტრების ერთიანი სისტემა: კიბოს პოპულაციური რეგისტრის ფორმირება უფრო საიმედოა, თუ თითოეული პაციენტის შესახებ კომპიუტერულ რეჟიმში, ჰოსპიტალური რეგისტრის ბაზებზე დაყრდნობით, ყალიბდება სრული საინფორმაციო ბარათი.

ზემოაღნიშნულის გათვალისწინებით, რეგისტრს გააჩნია ორი ძირითადი ფუნქცია: ერთი მხრივ, შესაძლებელი უნდა იყოს ტერიტორიულ დონეზე მისი მონაცემე-

ბის თითოეული პაციენტის სასარგებლოდ გამოყენება, შემდგომი ეფექტური მკურნალობისა და დისპანსერული მეთვალყურეობის ორგანიზებისათვის; მეორე მხრივ, კიბოს ტერიტორიული რეგისტრის მონაცემები შედარებადი უნდა იყოს სხვა ქვეყნებისა და საერთაშორისო რეგისტრებთან, ე. ი. კიბოს რეგისტრი არ უნდა იყოს ჩაკეტილი სისტემა — მისი მონაცემების გამოყენება შესაძლებელი უნდა იყოს ონკოეპიდემიოლოგიური და სამედიცინო-ეკონომიკური გამოკვლევებისათვის როგორც ფედერალურ, ასევე საერთაშორისო დონეზე.

ტერიტორიულ დონეზე ინფორმაციის შეკრება, დაგროვება და შენახვა ხდება სპეციალიზებული სამედიცინო დოკუმენტების საფუძველზე.

რეგისტრების შექმნასა და დანერგვაში სათავო დაწესებულებას წარმოადგენს ონკოცენტრი. რეგიონულ ცენტრებთან და დისპანსერებთან ერთად იგი უზრუნველყოფს რეგისტრების სამეცნიერო-მეთოდურ ხელმძღვანელობას, მათ კოორდინირებულ მუშაობას, საინსტრუქციო-მეთოდური დოკუმენტების პაკეტის შემუშავებას, რომელიც განსაზღვრავს კიბოს რეგიონული რეგისტრების საქმიანობის რეგლამენტს, მათ შორის, ახდენს შესაბამისი სააღრიცხვო ფორმებისა და რეგისტრიდან გასული ინფორმაციის უნიფიცირებულ პროგრამულ უზრუნველყოფას. სათავო დაწესებულება ყოველწლიურად აჯამებს და აანალიზებს რეგისტრში დაგროვილ ინფორმაციას და ამზადებს ანგარიშებს.

კიბოს რეგისტრის ინფორმაციის დაგროვება, გადაცემა და შენახვა ხდება ინფორმაციის ლაზერული, მაგნიტური ან ქაღალდის გადამტანების საშუალებით.

კიბოს ჰოსპიტალური რეგისტრი

კიბოს ჰოსპიტალური რეგისტრი იქმნება სპეციალიზებულ ონკოლოგიურ დაწესებულებაში, რომლის მიზანია შემოსული პაციენტების შესახებ სრული სამედიცინო-ეკონომიკური ინფორმაციის რეგისტრაცია და ანალიზი.

კიბოს ჰოსპიტალური რეგისტრის ძირითადი ამოცანებია:

- დაწესებულებაში შემოსული ავადმყოფების კომპიუტერული აღრიცხვა და ჰოსპიტალიზაციისათვის საჭირო დოკუმენტების ავტომატურ რეჟიმში ფორმირება;
- ავადმყოფთა მოძრაობისა და საწოლთა ფონდების გამოყენების შესახებ სამკურნალო განყოფილებიდან შემოსული ინფორმაციის მონაცემთა კომპიუტერულ ბაზაში შეყვანა;
- გაწერილი ავადმყოფების შესახებ სრული ინფორმაციის (ძირითადი დიაგნოზი, გართულებები, თანმხლები დაავადებები, ჩატარებული სადიაგნოსტიკო-სამკურნალო მანიპულაციები, გამოყენებული სამკურნალო საშუალებები — კოდების მითითებით, ფაქტობრივი ფინანსური დანახარჯები, დაფინანსების წყარო და ა. შ.) კომპიუტერულ ბაზაში შეყვანა.
- ავადმყოფის გაწერისას სამედიცინო დოკუმენტაციის გაფორმებისა და ჰოსპიტალურ რეგისტრსა და არქივში დროული გადაცემის კონტროლი;
- სტატისტიკური ანგარიშების კომპიუტერულ რეჟიმში წარმოება (ამ ანგარიშებს შორის შეიძლება გამოიყოს ანგარიში გარემაკონტროლებელი ორგანოებისათვის, ანგარიში სამეცნიერო და სამეცნიერო-მეთოდური ქვედანაყოფების ინფორმაციუ-

ლი უზრნველყოფისათვის, აგრეთვე ანგარიში ადმინისტრაციისათვის და მკურნალი ექიმებისათვის).

- ჰოსპიტალიზებული და გაწერილი პაციენტების შესახებ ადმინისტრაციისათვის, მკურნალი ექიმებისა და სამეცნიერო პერსონალისათვის მათთვის საჭირო სხვადასხვა ინფორმაციის მიწოდება;
- პაციენტისათვის გაწეული მომსახურების ხარჯების კომპიუტერული აღრიცხვა (დიაგნოსტიკასა და მკურნალობაზე გაწეული ფაქტობრივი ფინანსური დანახარჯები, დაფინანსების წყაროები, შეღავათები და ა. შ.), რომელიც საშუალებას იძლევა განისაზღვროს დაწესებულებისათვის რეალობასთან მაქსიმალურად მიახლოებული სამომავლო ბიუჯეტი.

კიბოს ჰოსპიტალური რეგისტრის საშტატო ნორმატივი განისაზღვრება კლინიკის მუშაობის მოცულობით და გარდა ხელმძღვანელისა, ყოველ გაწერილ 1000 ავადმყოფზე საჭიროა ექიმის – 0,5, საინჟინრო-ტექნიკური პერსონალის – 0,5, საშუალო სამედიცინო პერსონალის – 1,5 საშტატო ერთეული, არქივის თანამშრომელთა ჩათვლით. ყოველ 2000 გაწერილ პაციენტზე საჭიროა 1 პერსონალური კომპიუტერი.

ჰოსპიტალური რეგისტრის გამართულ მუშაობაზე და მისგან გამოსული ინფორმაციის ხარისხზე პასუხისმგებელი პირია საორგანიზაციო-მეთოდური სამსახურის ხელმძღვანელი კლინიკის დირექტორთან ერთად.

კიბოს პოპულაციური რეგისტრი

კიბოს პოპულაციური რეგისტრის მიზანია დადგენილი ავთვისებიანი სიმსივნის მქონე პირთა პერსონალური აღრიცხვა ხანგრძლივ ავტომატიზებულ რეჟიმში, ტერიტორიული პრინციპით.

კიბოს პოპულაციური რეგისტრი შეიძლება იყოს ქვეყნის ერთიანი, სამხარეო და რაიონული. რეგისტრის ტერიტორიული დონე (სამხარეო, რაიონული) წარმოადგენს კიბოს ერთიანი პოპულაციური რეგისტრის შემადგენელ ნაწილს, რომელიც უზრუნველყოფს ონკოლოგიური ავადმყოფების პერსონალურ აღრიცხვას მოცემულ ტერიტორიაზე და სარწმუნო მონაცემთა მიღებას მოსახლეობისათვის სპეციალური ონკოლოგიური დახმარების სრულყოფის საქმეში ორგანიზაციული გადაწყვეტილებების შესამუშავებლად.

კიბოს პოპულაციური რეგისტრის ფუნქციონირება აუცილებელია:

- მოცემულ ტერიტორიაზე მოსახლეობის ავთვისებიანი სიმსივნეებით ავადობის ხასიათის, სტრუქტურის, დინამიკისა და ტენდენციების შესასწავლად;
- ონკოლოგიურ ავადმყოფებზე დინამიკური მეთვალყურეობის განსახორციელებლად (ავადმყოფთა რაიონულ დონეზე მომსახურება);
- ავადმყოფთა სიცოცხლის ხანგრძლივობის შესახებ მონაცემთა მისაღებად, ნოზოლოგიური ფორმების, მკურნალობის მეთოდებისა და დაავადების კლინიკური მიმდინარეობის გათვალისწინებით;
- კიბოს დადგენის მომენტისათვის ლოკალური და გავრცელებული ფორმების თანაფარდობის განსასაზღვრავად და ამ მაჩვენებლის ყოველწლიური ცვლილებების დასადგენად;

- ინფორმაციის გაცვლის უზრუნველსაყოფად და კიბოს სხვა რეგისტრებთან ერთად ერთობლივი (ერონულ და საერთაშორისო დონეზე) გამოკვლევების ჩასატარებლად;
- დამტკიცებული ოფიციალური ფორმების შესაბამისად სახელმწიფო ონკოლოგიური ანგარიშის მოსამზადებლად;
- რეგისტრში შენახული ინფორმაციის სათანადო საინფორმაციო-საცნობარო სახით წარმოსადგენად მომხმარებელთა მოთხოვნისამებრ;
- სპეციალიზებული ონკოლოგიური სამსახურის საქმიანობის ძირითადი პარამეტრებით შესაფასებლად;
- ონკოლოგიურ ავადმყოფთა მომსახურებისათვის საჭირო კადრების, მატერიალურ-ტექნიკური ბაზის, სპეციალიზებული დაწესებულებების რესურსების შესაფასებლად და, არსებული ტენდენციების გათვალისწინებით, ონკოლოგიური სამსახურის დაგეგმვის ოპტიმალური მოდელის შესაქმნელად;
- კიბოს ჰოსპიტალური რეგისტრის წინაშე არსებული მთავარი ამოცანის — ონკოლოგიურ ავადმყოფთა მკურნალობის ეფექტურობის — შესაფასებლად.

კიბოს ერთიანი პოპულაციური რეგისტრის ნორმალური ფუნქციონირებისათვის საჭიროა მონაცემთა შემდეგი ბაზების არსებობა:

- სიცოცხლეში პირველად დადგენილი ავთვისებიანი სიმსივნეების დიაგნოზით აღრიცხვაზე აყვანილი ავადმყოფების მონაცემთა ბაზა (მისი შედგენა ხდება ავადმყოფთა ონკოლოგიურ აღრიცხვაზე აყვანის თარიღის მიხედვით);
- საანგარიშო წელს სიცოცხლეში პირველად დადგენილი ავთვისებიანი სიმსივნეების დიაგნოზის მქონე ავადმყოფების მონაცემთა ბაზა (ავადმყოფთა აღრიცხვაზე აყვანა ხდება დაავადების დადგენის თარიღის მიხედვით);
- ონკოლოგიურ ავადმყოფთა კონტინგენტის ბაზა, ე. ი. ბაზა ყველა იმ ცოცხალი ავადმყოფისა, რომლებიც არსებობენ რეალურად დროის გარკვეულ მონაკვეთში: ანგარიშის შედგენა ხდება ყოველწლიურად, საანგარიშო წლის 31 დეკემბრის მონაცემებით ცოცხალ ავადმყოფებზე, დაავადების წლის მიუხედავად;
- ავთვისებიანი სიმსივნით გარდაცვლილთა მონაცემების ბაზა და ავთვისებიანი სიმსივნით აღრიცხვაზე მყოფი იმ ავადმყოფების ბაზა, რომლებიც სხვა მიზეზით გარდაიცვალნენ;
- ბავშვთა კონტინგენტის ბაზა;
- პირველადად მრავლობითი სიმსივნეების მქონე ავადმყოფთა ბაზა;
- სისტემური დაავადებების მქონე ავადმყოფთა ბაზა;
- პრეინვაზიური კარცინომის მქონე ავადმყოფთა ბაზა;
- ბაზალიომით დაავადებულ ავადმყოფთა ბაზა (ეს პაციენტები 5 წლის შემდეგ აღრიცხვიდან იხსნებიან);

სამხარეო და რაიონული რეგისტრებისათვის სავალდებულოა პირველი ოთხი ბაზის არსებობა.

კიბოს რეგისტრის შექმნის პირველ ეტაპზე უნდა მოხდეს ონკოლოგიურ ავადმყოფთა სრული აღრიცხვა ქვეყნის მასშტაბით და გაიზარდოს რეგისტრში შეტანილი ინფორმაციის სარწმუნოობა. ამასთან, აუცილებელია წარმოდგენილი მონაცემების ორმაგი სტანდარტის შენარჩუნება:

- წლიურ ანგარიშში, რომელიც კეთდება მომდევნო წლის თებერვალ-მარტში, უნდა შევიდეს ავთვისებიანი სიმსივნით დარეგისტრირებული ყველა ავადმყოფი, აღრიცხვაზე აყვანის თარიღის მიხედვით, მათ შორის, წინა წლებში აღრიცხული ის ავადმყოფები, რომლებიც შესაბამისი წლების ანგარიშებში ვერ მოხვდნენ (ასეთი შემთხვევების რაოდენობა 5-15%-ის ფარგლებშია). საანგარიშო წლის ნოემბერ-დეკემბერში გამოვლენილი ავადმყოფების აღრიცხვაზე აყვანა ხშირად ვერ ესწრება და ისინი თებერვალ-მარტში გაკეთებულ ანგარიშებში ვერ ხვდებიან, თუმცა შეიძლება უფრო წინა თვეების შემთხვევების რეგისტრაციაც ვერ მოესწროს.
- სპბოლოო ანგარიშში ავადმყოფები ხვდებიან მხოლოდ დაავადების თარიღის მიხედვით: სიცოცხლეში პირველად დაგენილი ავთვისებიანი სიმსივნის მქონე ავადმყოფთა ინდივიდუალური ბარათები და კარტოთეკა ზუსტდება საანგარიშო წლის დამთავრებიდან ერთი წლის განმავლობაში, ხოლო ჰისტოლოგიური მონაცემების, მკურნალობის სახისა და მოცულობის შესახებ ინფორმაციის რეგისტრში შეტანას არანაკლებ 2-3 წელიწადი სჭირდება. აქედან გამომდინარე, კიბოს პოპულაციური რეგისტრის მონაცემები დინამიკურია და რიცხობრივი მონაცემები შესაძლებელია რამდენიმე წლის განმავლობაში ზუსტდებოდეს. ამიტომ, როცა ამა თუ იმ წლის კიბოს პოპულაციური რეგისტრის მონაცემები ქვეყნდება, აუცილებლად უნდა მიეთითოს, რომელი თარიღის მონაცემებზე დაყრდნობით კეთდება ანალიზი (ვთქვათ, 1998 წლის მონაცემები ქვეყნდება 2004 წლისათვის დაზუსტებული ინფორმაციითა და შესწორებებით).

მეორე ეტაპზე უნდა შეიქმნას კიბოს რაიონული რეგისტრები, რაც დაკავშირებულია რაიონული დონის კაბინეტების კომპიუტერებით აღჭურვასთან.

მესამე ეტაპზე უნდა დაინერგოს მკურნალობის შორეული შედეგების მონიტორინგის კომპლექსური პროგრამები, რაც ყველაზე ობიექტურ ინფორმაციას მოგვცემს ჩატარებული კიბოსსაწინააღმდეგო ღონისძიებების ეფექტურობის შესაფასებლად. ამ ეტაპზე საჭიროა დამატებითი დანახარჯები პატრონაჟისათვის, აგრეთვე გარდაცვლილთა შესახებ არსებული მონაცემების (მათ შორის „ცნობა გარდაცვალების შესახებ") დასამუშავებლად და სიკვდილის მიზეზების გასაანალიზებლად.

კიბოს პოპულაციური რეგისტრის პროგრამული უზრუნველყოფის უპირატესობაა ძველი ბაზების შენახვა შემდეგი ამოცანების გადასაჭრელად:

1. კარტოთეკაში შენახული ინდივიდუალური ბარათიდან მონაცემების მისაღებად (მოთხოვნის შემთხვევაში);
2. დისპანსერული მეთვალყურეობის განსახორციელებლად;
3. სახელმწიფო ანგარიშების შესადგენად.

სისტემის საფუძველს შეადგენს ფორმა №30 — „კიბოს რეგისტრის ბარათი", რომელშიც აღნიშნულია მინიმალურად აუცილებელი მონაცემები პაციენტის პირველადი სამედიცინო დოკუმენტაციიდან, მათ შორის — ავადმყოფის სიკვდილის მიზეზი. მასში გათვალისწინებულია ადგილი პატრონაჟისა და მონიტორინგის (დისპანსერული მეთვალყურეობის) მონაცემებისათვის. ყველა ბარათში ავტომატურ რეჟიმში იწერება ადმინისტრაციული ტერიტორიის კოდი.

ინფორმაციის გადაცემა რაიონკოლოგიისათვის და პირიქით შესაძლებელია როგორც ფორმა №27/1-ონკო-თი, ასევე ფორმა №30-ით, რადგან „მკურნალ" დაწესებულებას

უფრო მეტი ინფორმაცია გააჩნია, ვიდრე ამას ფორმა 27/1-ონკო ითვალისწინებს. სამომავლოდ ეს უზრუნველყოფს რაიონულ დონეზე მკურნალობის მოცულობისა და ხასიათის კომპიუტერულ კონტროლს.

სამკურნალო დაწესებულებაში ხდება მხოლოდ "ამონაწერის" ან "ბარათის" შევსება. დაავადებათა საერთაშორისო კლასიფიკაციის (დსკ) ოთხნიშნა კოდისა და რაიონის კოდის მიხედვით, მათ კოდირებას ახორციელებს რეგისტრის ექიმი და რაიონკოლოგი. ჰისტოლოგიის კოდი ედება მხოლოდ რეგისტრის ჰისტომორფოლოგის მიერ.

ონკოლოგიური სამსახურის საქმიანობის შესაფასებლად უნდა არსებობდეს ანალიტიკური პროგრამები, რომლებიც უზრუნველყოფს არსებული ინფორმაციის ანალიზს როგორც სახელმწიფო აღრიცხვიანობის ფორმების მიხედვით, ასევე ქვეყნის ერთიანი პოპულაციური რეგისტრის მონაცემებზე დაყრდნობით.

კიბოს რეგისტრების სისტემას მრავალი უპირატესობა გააჩნია:

- იქმნება ჰოსპიტალურ-პოპულაციური რეგისტრების ერთიანი სისტემა;
- ფართოვდება პოპულაციური რეგისტრის რაიონული რგოლის ფუნქციები. რაიონის ონკოლოგი ახორციელებს პაციენტებზე აქტიურ მონიტორინგს (დინამიკურ მეთვალყურეობას) და აკონტროლებს ჩატარებული მკურნალობის მოცულობასა და ხარისხს;
- კიბოს პოპულაციური რეგისტრის სისტემა ითვალისწინებს ქსელურ ვარიანტს, ამიტომ შესაძლებელია კომპიუტერული პროგრამების ახალი ვერსიების უმტკივნეულოდ დანერგვა, აგრეთვე საინფორმაციო ბაზებში არსებული ინფორმაციის ოპერატიული გაცვლა;
- შესაძლებელია ადრე არსებული მონაცემთა ბაზის შენახვა;
- შეთავსებადია მონაცემთა საერთაშორისო კომპიუტერულ სისტემებთან;
- გამოიყენება კლასიფიკატორების თანამედროვე მეთოდოლოგიური საფუძველი;
- მაქსიმალურად მოსახერხებელია მომხმარებლისთვის;
- შესაძლებელია მეთოდური რეკომენდაციების შექმნა;
- იქმნება უნიფიცირებული ახალი პირველადი დოკუმენტი, რომელიც ითვალისწინებს სახელმწიფო აღრიცხვიანობისა და კიბოს რეგისტრთა საერთაშორისო ასოციაციის სტანდარტების ყველა თავისებურებას;
- შესაძლებელია სხვადასხვა საფილტრაციო და ანალიტიკური პროგრამების მიღება, რაც უზრუნველყოფს ინფორმაციის შენახვის ხარისხს და შესაძლებელს ხდის ონკოლოგიური სამსახურის საქმიანობის შეფასებას, მათ შორის — გრაფიკების გამოყენებით;
- შესაძლებელი ხდება ონკოლოგიურ ავადმყოფთა სიკვდილის მიზეზების შესწავლა; აგრეთვე ონკოლოგიურ ავადმყოფთა მკურნალობის ეფექტურობის შეფასება მათი სიცოცხლის ხანგრძლივობის მიხედვით;
- ხელს შეუწყობს ბავშვთა და ონკოლოგიური კონტინგენტის აღრიცხვიანობისა და მონიტორინგის (დისპანსერული მეთვალყურეობის) გაუმჯობესებას.

ზემოჩამოთვლილი ღონისძიებები საშუალებას იძლევა ობიექტურად შეფასდეს ონკოლოგიური სამსახურის საქმიანობა ავადმყოფთა სიცოცხლის ხანგრძლივობის

ძირითადი მაჩვენებლების (არსებული, კორექტირებული და შედარებითი) მიხედვით, სქესის, ასაკის, დაავადების ლოკალიზაციისა და გავრცელების შესაბამისად.

კიბოს პოპულაციური რეგისტრის საშტატო ნორმატივები განისაზღვრება 1 მლნ მოსახლეობაზე ექიმის – 1,5, საშუალო სამედიცინო პერსონალის – 2,5, საინჟინრო-ტექნიკური პერსონალის – 1,5 საშტატო ერთეულით.

დისპანსერულ აღრიცხვაზე მყოფ ყოველ 10 000 პაციენტზე საჭიროა 1 პერსონალური კომპიუტერი.

პოპულაციური რეგისტრის გამართულ მუშაობასა და მისგან გამოსული ინფორმაციის ხარისხზე პასუხისმგებელი პირები არიან სათავო და სამხარეო ონკოლოგიურ დაწესებულებათა საორგანიზაციო-მეთოდური სამსახურის ხელმძღვანელები სახელმწიფო ონკოლოგიური პროგრამების კოორდინატორთან (სათავო დაწესებულების დირექტორი სამედიცინო პროგრამების მართვის დარგში) ერთად.

კიბოს რეგისტრში ინფორმაციის შენახვის ვადა განსაზღვრული არ არის.

დებულება

სარაიონთაშორისო სპეციალიზებული ონკოლოგიური განყოფილების (ცენტრის) შესახებ

1. სარაიონთაშორისო სპეციალიზებული ონკოლოგიური განყოფილება (ცენტრი) იქმნება რამდენიმე რაიონის ონკოლოგიური კაბინეტის ტერიტორიული პრინციპით გაერთიანების საფუძველზე, გააჩნია სათანადო მატერიალურ-ტექნიკური ბაზა და უზრუნველყოფილია კვალიფიციური კადრებით.
2. სარაიონთაშორისო განყოფილება ახორციელებს:
   - თავის სამოქმედო ტერიტორიაზე მცხოვრები პროფილური ავადმყოფების გაღრმავებულ გამოკვლევას და სპეციალურ მკურნალობას;
   - დიაგნოსტიკური და ტაქტიკური შეცდომების ანალიზს, დაავადების დაგვიანებული შემთხვევების შესწავლას და ჯანდაცვის ხელმძღვანელი ორგანოებისათვის სათანადო ანგარიშის წარდგენას.
3. სარაიონთაშორისო განყოფილებაში მკურნალობას ექვემდებარებიან შესაბამის ტერიტორიაზე მცხოვრები I და II კლინიკური ჯგუფის პროფილური ავადმყოფები; მკურნალობას არ ექვემდებარებიან IV კლინიკური ჯგუფის ავადმყოფები, აგრეთვე პირები, რომელთაც მძიმე თანმხლები დაავადებების გამო სპეციალურ რადიკალურ მკურნალობაზე უკუჩვენებები აქვთ.
4. სარაიონთაშორისო განყოფილების (ცენტრის) მიერ ივსება დოკუმენტაცია დამტკიცებული ფორმებით:
   - ამონაწერი ავთვისებიანი სიმსივნით დაავადებული ავადმყოფის სამედიცინო ბარათიდან" (ფორმა №27-1 ონკო);
   - ავთვისებიანი სიმსივნის შორსწასული ფორმის დადგენისას – ფორმა №27-2 ონკო;

წლიური ანგარიშის შედგენა ხდება დამტკიცებული ფორმის (ფ. №8) მიხედვით და სრული ინფორმაცია ეგზავნება სათავო დაწესებულებას.

დ ე ბ უ ლ ე ბ ა

ამბულატორიულ-პოლიკლინიკური დაწესებულების ონკოლოგიური კაბინეტის (განყოფილების) შესახებ

1. ონკოლოგიური კაბინეტი წარმოადგენს ონკოლოგიური ქსელის პირველად რგოლს, რომლის ძირითადი ამოცანაა კიბოს საწინააღმდეგო ღონისძიებათა ორგანიზება, ონკოლოგიური რისკის ჯგუფების ჩამოყალიბება, ონკოლოგიურ ავადმყოფთა აღრიცხვა და დისპანსერიზაცია, ამბულატორიული გამოკვლევების ჩატარება და გამოვლენილ ავადმყოფთა სწორ სამკურნალო ტაქტიკაზე დროული ორიენტაცია.
2. ონკოლოგიური კაბინეტი იქმნება სათანადო მოქმედი საშტატო ნორმატივებით ქალაქის ან რაიონის ამბულატორიულ-პოლიკლინიკურ დაწესებულებაში და მის სტრუქტურულ ერთეულს წარმოადგენს.
3. კაბინეტის ექიმის თანამდებობაზე ინიშნება ქირურგი ან გინეკოლოგი, რომელსაც გავლილი აქვს სპეციალური მომზადება ონკოლოგიაში და გააჩნია შესაბამისი სერტიფიკატი.
4. კაბინეტი ადმინისტრაციულად ექვემდებარება საბაზო დაწესებულების ხელმძღვანელობას, ხოლო საორგანიზაციო-მეთოდური მიმართულებით — ონკოლოგიურ სამსახურს.
5. კაბინეტი განთავსებული უნდა იყოს კარგი ბუნებრივი განათების მქონე ცალკე ოთახში და სათანადო პირობები ჰქონდეს პაციენტთა მისაღებად, სამკურნალო პროცედურების ჩასატარებლად და სამედიცინო დოკუმენტაციის შესანახად.
6. კაბინეტის სამედიცინო პერსონალის შტატი განისაზღვრება სამედიცინო დახმარების მოცულობის შესაბამისად, რომელშიც შედის ექიმისა და მედდის არანაკლებ თითო საშტატო ერთეული.
7. ყოველ ადმინისტრაციულ ერთეულში (რაიონში), რომლის მოსახლეობა 50 000-მდეა, უნდა იყოს ერთი ონკოკაბინეტი. ადმინისტრაციულ ერთეულში, რომელშიც 100 000-მდე მცხოვრებია, დასაშვებია მეორე კაბინეტის, ხოლო 200 000-მდე მცხოვრების შემთხვევაში — 4 ონკოკაბინეტის არსებობა, რომლებიც შეიძლება ერთ ონკოლოგიურ განყოფილებადაც გაერთიანდეს.
8. ონკოლოგიური კაბინეტის ექიმი
   - ატარებს სავალდებულო მიზნობრივ პროფილაქტიკურ გასინჯვებს მოცემულ ამბულატორიულ-პოლიკლინიკურ დაწესებულებაში წლის განმავლობაში პირველად შემოსულ 30 წელს გადაცილებულ ავადმოფებს შორის, ქრონიკული, კიბოსწინა და ხილული ლოკალიზაციის სიმსივნური დაავადებების ადრეული გამოვლენის მიზნით;
   - გინეკოლოგის დახმარებით უზრუნველყოფს კაბინეტში შემოსული 30 წელს გადაცილებული ყველა ქალისათვის საშვილოსნოს ყელის არხიდან და საშვილოსნოდან ნაცხის სავალდებულო აღებას (4 წელიწადში ერთჯერ) და ცენტრალიზებულ ციტოლოგიურ ლაბორატორიაში გამოსაკვლევად გაგზავნას;
   - აღრიცხავს და პირველად სამედიცინო დოკუმენტაციაში არეგისტრირებს ჩატარებული პროფილაქტიკური გასინჯვების და ციტოლოგიური გამოკვლევების შედეგებს.

შენიშვნა: ქალთა პროფილაქტიკური გასინჯვა მოიცავს კანის, ბილული ლორწოვანი გარსების, ძუძუს, ფარისებრი ჯირკვლის, პერიფერიული ლიმფური კვანძების, მუცლის დათვალიერებას და პალპაციას; საშოს და საშვილოსნოს ყელის სარკეებით დათვალიერებას, საშვილოსნოს ტანისა და საკვერცხეების ბიმანუალურ გასინჯვას, ჩივილების შემთხვევაში – სწორი ნაწლავის დიგიტალურ გასინჯვას.

მამაკაცთა პროფილაქტიკური გასინჯვა მოიცავს კანის, ბილული ლორწოვანი გარსების, გარეთა სასქესო ორგანოების, მკერდის ჯირკვლების, ფარისებრი ჯირკვლის, პერიფერიული ლიმფური კვანძების, მუცლის დათვალიერებას და პალპაციას, სწორი ნაწლავისა და წინამდებარე ჯირკვლის დიგიტალურ გასინჯვას.

- ავთვისებიანი სიმსივნის ან კიბოსწინა დაავადებაზე საეჭვო შემთხვევაში ავადმყოფებს უტარებს კონსულტაციას და დიაგნოსტიკურ გამოკვლევას, საჭიროების შემთხვევაში კი აგზავნის სპეციალიზებულ ონკოლოგიურ დაწესებულებაში;
- მკურნალობს ავთვისებიანი სიმსივნით დაავადებულ ავადმყოფებს სპეციალიზებული ონკოლოგიური დაწესებულებების რეკომენდაციებისა და დადგენილი სტანდარტების მიხედვით, კომპეტენციის ფარგლებში;
- საჭიროების შემთხვევაში ონკოლოგიურ ავადმყოფებს უტარებს კონსულტაციას ბინაზე და პატრონაჟს;
- აკონტროლებს სპეციალური, პალიატიური ან სიმპტომური მკურნალობის ჩასატარებლად ავადმყოფთა ჰოსპიტალში დროულ გაგზავნას, აანალიზებს ჰოსპიტალიზაციაზე უარის თქმის მიზეზებს;
- უზრუნველყოფს კაბინეტის სამოქმედო ტერიტორიაზე მცხოვრებ ავთვისებიანი სიმსივნით დაავადებულთა აღრიცხვას, ონკოლოგიურ ცენტრში (დისპანსერში) მათ შესახებ შეტყობინების დროულ გაგზავნას. ადგენს წლიურ ანგარიშს დამტკიცებული ფორმების მიხედვით;
- არჩევს და აანალიზებს ამბულატორიულ-პოლიკლინიკური დაწესებულებების ექიმთა მიერ დაშვებულ დიაგნოსტიკურ შეცდომებს;
- მეთოდურ დახმარებას უწევს ზოგადი ქსელის ექიმებს კიბოსწინა და ქრონიკული დაავადებების მქონე ავადმყოფთა გამოსავლენად პროფილაქტიკური გასინჯვებისა და დისპანსერიზაციისას; აღრიცხვაზე აყავს მათ მიერ გამოვლენილი ავადმყოფები და აგზავნის სპეციალიზებულ დაწესებულებაში სამკურნალოდ; ატარებს პროფილაქტიკურ-საგანმანათლებლო მუშაობას მოსახლეობაში.

დებულება

ონკოლოგიური დაწესებულების სამედიცინო რადიოლოგიური სამსახურის შესახებ

1. სამედიცინო რადიოლოგიური სამსახური იქმნება ონკოლოგიური ცენტრის (დისპანსერის) შემადგენლობაში და წარმოადგენს აღნიშნული დაწესებულების ქვედანაყოფს. მის მუშაობას ხელმძღვანელობს განყოფილების გამგე, რომელსაც აქვს მოცემულ სფეროში პრაქტიკული მუშაობის არანაკლებ 5 წლის სტაჟი და გააჩნია სპეციალისტის სერტიფიკატი.
2. განყოფილებაში (კაბინეტში) დაცული უნდა იყოს რადიოაქტიური გამოსხივების წყაროსთან მუშაობის რეჟიმთა და სანიტარული წესებით გათვალისწინებული მოთხოვნები და არსებობდეს პირობები სტაციონარული და ამბულატორიული ავადმყოფებისათვის სხივური თერაპიის ჩასატარებლად.
3. სხივური თერაპიის განსახორციელებლად გამოიყენება გამოსხივების სხვადასხვა წყაროები:
   - I ჯგუფი – დისტანციური გამა-თერაპია (სტატიკური და მოძრავი) რადიოიზოტოპური (მაგ., ^{60}Co) გამოსხივების წყაროთი, ბეტატრონით, ხაზოვანი ამაჩქარებლით;
   - II ჯგუფი – კონტაქტური დასხივება (ღრუსშიგნითა, რადიოქირურგიული, აპლიკაციური გამა-თერაპია, ახლოფოკუსიანი რენტგენთერაპია, იზოტოპის ამორჩევითი ჩართვის ანუ სელექციური დაგროვების მეთოდი);
   - III ჯგუფი – შერწყმული სხივური თერაპია (დისტანციური და კონტაქტური დასხივების მეთოდების შერწყმით);
   - IV ჯგუფი – რენტგენთერაპია (სტატიკური და მოძრავი).
4. რადიოლოგიური სამსახური წარმოდგენილი უნდა იყოს:
   საკუთრივ რადიოთერაპიული სამსახურით;
   დაგეგმარების (ტოპომეტრიული კვლევის) სამსახურით;
   საინჟინრო-დოზიმეტრიული სამსახურით.

   რადიოთერაპიულ სამსახურს უნდა გააჩნდეს:
   - ძირითადი რადიოლოგიური საპროცედუროები (ბუნკერები), სადაც განთავსებულია რადიოთერაპიული აპარატები გამოსხივების წყაროთი;
   - პულტის ოთახი, სადაც დამონტაჟებულია კომპიუტერული დისპლეი და ტელემონიტორი რადიოთერაპიული პროცედურის პერიოდში ავადმყოფის ვიზუალიზაციისათვის;
   - კაბინეტები ახლოფოკუსიანი და ღრმა რენტგენთერაპიის ჩასატარებლად;
   - რადიოაქტიური იზოტოპების საცავი.
5. სამედიცინო რადიოლოგიური სამსახურის ძირითადი ამოცანებია:
   - დაწესებულების სამოქმედო ტერიტორიაზე მცხოვრებ ავთვისებიანი სიმსივნით დაავადებულთა კონსულტაცია და რადიოთერაპიული დახმარება;

- ონკოლოგიურ ავადმყოფთა მკურნალობა რადიკალური პროგრამით, პალიატიური და სიმპტომური მკურნალობის ჩატარება, სათანადო ჩვენებების შესაბამისად;
- სხვა განყოფილებების მეთოდური დახმარება (კონსულტაციები); როგორც დამოუკიდებელი, ასევე კომბინირებული (ქირურგიულ-სხვური, მედიკამენტურ-სხივური) და კომპლექსური მკურნალობის რადიოთერაპიული ეტაპის სწორად ჩატარების კონტროლი;
- სხივური თერაპიის გართულებების პროფილაქტიკა და დროული მკურნალობის განხორციელება.

სათავო დაწესებულების რადიოთერაპიულ სამსახურს ეკისრება ავთვისებიანი სიმსივნეებით დაავადებულთა სხივური მკურნალობის მეთოდური და ორგანიზაციული ზედამხედველობა საქართველოში;

4. რადიოთერაპიის ჩასატარებლად ავადმყოფი იგზავნება რადიოთერაპევტის, ქიმიოთერაპევტის და დარგობრივი ონკოქირურგის შემადგენლობით შექმნილი კომისიის დასკვნით, წინასწარ ჩატარებული გამოკვლევების საფუძველზე.
5. ყოველ რადიოთერაპიულ ავადმყოფზე სავალდებულოდ იწყება ავადმყოფობის ისტორია (სტაციონარული ან ამბულატორიული) — სამედიცინო-ფინანსური დოკუმენტი, სადაც ფიქსირდება ჩატარებული სპეციფიკური გამოკვლევები (დაგეგმარება) და მკურნალობა.
6. სხივური თერაპიის დამთავრების შემდეგ ავადმყოფი ეწერება ბინაზე ან გადადის სხვა განყოფილებაში მკურნალობის გასაგრძელებლად. საცხოვრებელი ადგილის მიხედვით, რაიონკოლოგს სამი დღის ვადაში უნდა გაეგზავნოს ამონაწერი ავადმყოფობის ისტორიიდან, ავადმყოფის შემდგომი მკურნალობის, შესაძლო მოგვიანებითი სხივური გართულებების პროფილაქტიკისა და დისპანსერული მეთვალყურეობის შესახებ სათანადო რეკომენდაციების თანდართვით.
7. რადიოლოგიური სამსახურის სამედიცინო პერსონალზე ვრცელდება მოქმედი დებულება ონკოცენტრის (დისპანსერის) თანამშრომელთა შესახებ. შტატები დგინდება რადიოლოგიური სამსახურის მოქმედი საშტატო ნორმატივებით. მაიონებელი გამოსხივების მავნე ზემოქმედების კომპენსაცია აისახება შესაბამის ნორმატივებსა და ტარიფებში.

რადიოთერაპიის განყოფილება

რადიოთერაპიის განყოფილებას შეიძლება ჰქონდეს შემდეგი კაბინეტები:

- რენტგენთერაპიის;
- დისტანციური გამა-თერაპიის;
- მეგავოლტური თერაპიის;
- კონტაქტური რადიოთერაპიის — გამოსხივების დახურული წყაროებით;
- რადიოთერაპიის — ღრუსშიგნითა აპარატურის გამოყენებით;
- რადიოთერაპიის — გამოსხივების ღია წყაროებით.

დისტანციური გამა-თერაპიისა და მეგავოლტური თერაპიის განყოფილებები (კაბინეტები) უნდა განთავსდეს ცალკე შენობაში ან მიშენებაში. შენობის სტრუქტუ-

რა, ფართობი, ვენტილაციის მოთხოვნები, გათბობა და განათება უნდა შეესაბამებოდეს მოქმედ ნორმატივებს.

დისტანციური გამა-თერაპიის, მეგავოლტური და კონტაქტური გამა-თერაპიის და რენტგენთერაპიის საპროცედურო კაბინეტებს (ბუნკერებს) შესასვლელი უნდა ჰქონდეს მართვის ოთახიდან. საპროცედუროს კარი უზრუნველყოფილი უნდა იყოს ბლოკირების სისტემით, რომელიც გამორიცხავს კარის გაღებას გამა-აპარატის ან ამაჩქარებლის მუშაობის პერიოდში. ასეთ საპროცედუროებს არ უნდა ჰქონდეს ფანჯრის ღიობი და მონიტორინგი უნდა ხორციელდებოდეს ტელესაკომუნიკაციო სისტემებით.

რენტგენთერაპიის კაბინეტებში დამცავი დამთვალიერებელი სარკმელი ისე უნდა იყოს დამონტაჟებული, რომ აპარატის ნებისმიერ რეჟიმში მუშაობის პირობებში მომსახურე პერსონალი დაცული იყოს გამოსხივების პირდაპირი ზემოქმედებისაგან.

საპროცედუროს განათებულობა 5-20 ლუქსის ფარგლებში უნდა იყოს. აქვე უნდა არსებობდეს ავარიული განათება ავტონომიური კვების წყაროდან.

განყოფილების პერსონალი

- 1 ექიმ-რადიოლოგი ემსახურება 10 საწოლს, რომელთაგან 3-4 აქტიურია;
- განყოფილებას ჰყავს 1 უფროსი მედდა და საპროცედუროს მედდები (დახურული წყაროების მქონე ბლოკში გათვალისწინებულია 1 მედდა 100 მგ/ეკვ იზოტოპის გამა-გამოსხივებაზე);
- ლაბორანტი;
- ტექნიკოს-დოზიმეტრისტი;
- უმცროსი მედპერსონალი.

განყოფილებას უნდა ჰქონდეს ტოპომეტრიული დაგეგმარების სამსახური, ან ემსახურებოდეს კომპიუტერული ქსელით აღჭურვილი ტოპომეტრიული დაგეგმარების ცენტრალიზებული ლაბორატორია.

გამა-აპარატში გამოსხივების წყაროს (^{60}Co) ნახევარდაშლის პერიოდი 5 წელიწადია, შემდეგ საჭიროა მისი შეცვლა, ამიტომ, ეკონომიკური პარამეტრების გათვალისწინებით, მიზანშეწონილია ერთი გამა-აპარატის დატვირთვა წელიწადში იყოს არანაკლებ 600 ავადმყოფისა. უფრო მცირე დატვირთვის შემთხვევაში აპარატის ექსპლუატაცია არარენტაბელურია და მნიშვნელოვნად ზრდის ერთი ავადმყოფის დასხივების თვითღირებულებას.

რადიაციული დაცვა

რადიოთერაპიის განყოფილებაში (კაბინეტში) რადიაციული დაცვა ხორციელდება:

- დისტანციის დაცვის მეთოდით — შენობის რაციონალური დაგეგმარებით, სათანადო ფართობისა და სამუშაო ადგილების განლაგების შესაბამისად;
- ეკრანირების მეთოდით (ბეტონის კედლები, ტყვიის დამცავი ფენები და ა. შ.);
- შემცირებული სამუშაო დროით — თანამშრომელთა სამუშაო საათები 5-6 საათს არ უნდა აღემატებოდეს.

დაუშვებელია რადიოთერაპიული სამსახურის თანამშრომლებისათვის ზენორმატიული სამუშაოები, შეთავსება და ღამით მორიგეობა.

რადიოთერაპიულ განყოფილებაში გამოყოფილი უნდა იყოს უსაფრთხოების ზონები. პროცედურების მომლოდინე პაციენტების მოსაცდელი დარბაზი უნდა იყოს უსაფრთხოების I-II ზონების მიღმა.

იონიზებული მტვრის ზემოქმედებისაგან დასაცავად გამართულად უნდა მუშაობდეს სავენტილაციო სისტემა.

. განყოფილების შესასვლელში და რადიოაქტიური წყაროების საცავებთან და მისადგომებთან აუცილებლად უნდა იყოს გამოკრული მათი არსებობის მიმანიშნებელი გამაფრთხილებელი ემბლემა.

გამა-თერაპიის კაბინეტი

გამა-თერაპიის კაბინეტი განთავსებული უნდა იყოს რადიოლოგიური განყოფილების ბლოკში ან შენობის ცალკე ფლიგელში (ცალკე შენობაში), პირველ ან ცოკოლის სართულზე. მის მომიჯნავე სათავსებში სამკურნალო დაწესებულების თანამშრომელთა ან გარეშე პირთა გაჩერება მხოლოდ ხანმოკლე დროითაა დასაშვები.

გამა-თერაპიის კაბინეტის შენობის სტრუქტურა განისაზღვრება აპარატის ტიპით და სამკურნალო პროცესის ორგანიზების დონით. კაბინეტის ძირითადი სათავსებია საპროცედურო და მართვის ოთახი. შესაბამისად, მათში განთავსებულია გამა-თერაპიის აპარატი და მართვის მოწყობილობა (მართვის პულტი და მონიტორი). ამ სათავსებთან ახლოს უნდა მდებარეობდეს ექიმის კაბინეტი, ავადმყოფთა მოსაცდელი ოთახი, ტოპომეტრიული და კლინიკური დოზიმეტრიული სამუშაოებისათვის განკუთვნილი კაბინეტები, ბარიტით შელესილკედლებიანი სათავსი სიმულატორისათვის — მართვის პულტით, ოთახი ავადმყოფის გასასინჯად და დასხივების პროცედურისთვის მოსამზადებლად.

საპროცედუროში დასაშვებია გამა-თერაპიის მხოლოდ ერთი აპარატის დადგმა. თუ სამკურნალო დაწესებულებაში ერთდროულად პროექტდება დისტანციური და ღრუსშიგნითა გამა-თერაპიის კაბინეტები, ისინი ისე უნდა განთავსდეს, რომ საერთო მართვის ოთახი და დამხმარე სათავსები ჰქონდეს. ასეთი კაბინეტების საპროცედუროებს შეიძლება ერთი საერთო დამცავი კედელი ყოფდეს.

შენობა, რომელშიც განთავსებულია გამა-თერაპიის კაბინეტი, უნდა აკმაყოფილებდეს რადიოაქტიურ ნივთიერებებთან მუშაობის ნორმატიული დოკუმენტებით გათვალისწინებულ წესებს, სამშენებლო ნორმებითა და სათანადო წესებით განსაზღვრულ სანიტარულ-ტექნიკურ მოთხოვნებს.

ზოგიერთი საერთო სანიტარულ-ტექნიკური მოთხოვნა გამა-თერაპიის კაბინეტის ძირითადი სათავსისთვის წარმოდგენილია ცხრილში:

ფართობი	განზომილება
ა) დისტანციური გამა-აპარატის საპროცედურო	45-54 მ^2
ბ) ღრუსშიგნითა გამა-აპარატის საპროცედურო	20 მ^2
გ) მართვის ოთახი	15-20 მ^2
საპროცედურო ჭერის სიმაღლე	3,5-4 მ
ჰაერის ცვლის ჯერადობა 1 საათში:	
– გაწოვა	5
– შეწოვა	4
ტემპერატურა კაბინეტის სათავსებში	20°
სამუშაოს ზედაპირის განათება	
– ლუმინესცენციური ნათურებით	300-400 ლ
– ვარვარების ნათურებით	150-200 ლ

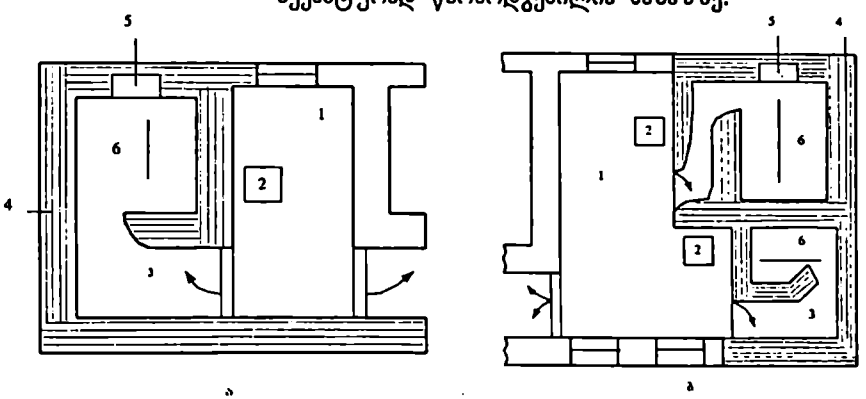
გამა-თერაპიის კაბინეტში ღია წესით უნდა იყოს გაყვანილი დამცავი დამიწების კონტური. დამიწების მოწყობილობის წინაღობა არ უნდა აღემატებოდეს 10 ომს.

გამა-თერაპიის კაბინეტის პროექტი შეთანხმებული უნდა იყოს სახელმწიფო სანიტარული ზედამხედველობის, გარემოს დაცვის და შინაგან საქმეთა სამინისტროს შესაბამის ორგანოებთან.

პროექტიდან ყველა გადახვევა, რომელიც განპირობებულია კონკრეტულ სიტუაციაში მისი განხორციელების აუცილებლობით, დროულად უნდა იყოს შეთანხმებული აღნიშნულ სამსახურებთან.

კაბინეტის ძირითადი სათავსები

გამა-თერაპიის კაბინეტის ძირითადი სათავსების პირობითი დაგეგმარება სქემატურად წარმოდგენილია ნახაზზე:



გამა-თერაპიის კაბინეტის პირობითი დაგეგმარების სქემა

ა) დისტანციური გამა-თერაპიის აპარატისათვის

ბ) დისტანციური და ღრუსშიგნითა გამა-თერაპიის აპარატებისათვის.

1 – მართვის ოთახი; 2 – მართვის პულტი; 3 – ლაბირინთი; 4 – დამცავი კედლები; 5 – სამონტაჟო ღიობი; 6 – საპროცედურო; შტრიხით აღნიშნულია აპარატის სამონტაჟო ღერძი.

საპროცედუროს დამცავი კედლების სისქე დამოკიდებულია მასში განთავსებული აპარატის სახეზე. საპროცედუროს (ბუნკერის) კედელი ჩამოსხმულია კონცენტრირებული (ცემენტით გამდიდრებული) ბეტონისაგან. დისტანციური გამა-თერაპიის აპარატის შემთხვევაში მისი სისქე შეადგენს 1,1–1,3 მეტრს, ხოლო ღრუსშიგნითა გამა-თერაპიის აპარატებისათვის – 0,7–1,0 მეტრს. ლაბირინთის არსებობის პირობებში საპროცედუროში შესასვლელი კარი შეიძლება შედარებით მსუბუქი იყოს, მაგრამ უნდა ჰქონდეს ტყვიის დამცავი ფენა.

დისტანციური გამა-თერაპიის საპროცედუროს ერთ-ერთ კედელში შეიძლება იყოს სამონტაჟო ღიობი გამა-თერაპიის აპარატის მაგიდისა და შტატივის შემოსატანად (გამოსაცვლელად). ამის შემდეგ სამონტაჟო ღიობი უნდა ამოშენდეს ბეტონის ბლოკებით და განზავებული ცემენტის ხსნარით ისეთნაირად, რომ აპარატის დემონტაჟის აუცილებლობის შემთხვევაში შესაძლებელი იყოს მისი ადვილად დაშლა.

საპროცედუროს იატაკში უნდა გაკეთდეს შტატივისა და მაგიდისათვის განკუთვნილი ბეტონის საძირკველი, რომელსაც ამზადებენ დასამონტაჟებელი აპარატის ნახაზის შესაბამისად. ზოგიერთ აპარატს მწარმოებელი ქარხანა ატანს ლითონის შაბლონს (ყალიბს), რის მიხედვითაც კეთდება ბეტონის საძირკველი და მასში მაგრდება ანკერული ჭანჭიკები აპარატის შტატივის დასამაგრებლად.

დისტანციური გამა-აპარატის დამუხტვის ან გადამუხტვის მიზნით, გამოსხივების წყარო კონტეინერით საპროცედუროში შეაქვთ ლაბირინთის გავლით.

ღრუსშიგნითა დასხივების კაბინეტში სამონტაჟო ღიობი საჭირო არ არის, რადგან საცავი, გადასამუხტავი კონტეინერი და ღრუსშიგნითა აპარატის სხვა ნაწილები, რომლებიც მონტაჟდება საპროცედუროში, შედარებით მცირე გაბარიტებისაა და შესაძლებელია მათი ლაბირინთიდან შეტანა. მათი დადგმისა და მონტაჟისათვის სპეციალური საძირკველი საჭირო არ არის, თუ იატაკი 19,6კჰა-მდე (2000 კგძ/მ²) დატვირთვას უძლებს.

აპარატი საპროცედუროში ისე უნდა დამონტაჟდეს, რომ დასაჯდომი ეტლით, საკაცით ან საწოლით მოყვანილი ავადმყოფისათვის მისადგომად მოსახერხებელი იყოს. სამედიცინო პერსონალისთვის ადვილი უნდა იყოს აპარატის შტატივსა და მაგიდის სამართავ-მარეგულირებელ ნაწილებთან მიდგომა. ძალიან მნიშვნელოვანია ასევე, რომ აპარატის წინ იყოს საკმარისი სამუშაო ფართობი, რათა შესაძლებელი იყოს ავადმყოფის მაგიდაზე მოხერხებულად დაწვენა და სისტემის (გამოსხივების კონა–სამიზნე) გამართვა, ხოლო აპარატის უძრავი ნაწილების ირგვლივ იყოს ტექნიკური მომსახურების ზონა.

გამა-თერაპიის კაბინეტის ტექნოლოგიური პროექტის შემუშავებისას აუცილებლად უნდა იყოს გათვალისწინებული შემდეგი დამატებითი პირობების შესრულება:

- საპროცედუროს იატაკში, მის პერიმეტრზე (კედლების გასწვრივ) და დისტანციური აპარატისა და მაგიდის საძირკველების გაყოლებით, უნდა გაკეთდეს დახურული არხები და ჩაიწყოს მილები აპარატის შემაერთებელი და ქსელური კაბელების, მონიტორების და სალაპარაკო მოწყობილობების გაყვანილობის გასატარებლად. მილების დიამეტრი 10 სმ-ზე ნაკლები არ უნდა იყოს, ხოლო არხების განშტოებაზე გათვალისწინებული უნდა იყოს ლუკი მოსახსნელი ხუფებით. არხების ეს ჯგუფი უნდა უერთდებოდეს მართვის ოთახს იმავე დიამეტრის

რამდენიმე მილის საშუალებით, რომლებიც გატარებული იქნება ბეტონის კედელში, იატაკის დონის ქვევით (რომ არ შემცირდეს გამოსხივებისაგან დაცვა). დოზიმეტრიული მოწყობილობიდან და დამხმარე საკონტროლო გამზომი აღჭურვილობიდან დამატებითი კაბელების გასაყვანად სასურველია 2-3 ასეთი სათადარიგო მილის არსებობა.

- საპროცედუროს უნდა ჰქონდეს ადგილობრივი განათება, რათა ავადმყოფის მაგიდაზე დაწვენისას ადვილი იყოს მისი ჩაბნელება ოპტიკური ცენტრატორების საშუალებით პათოლოგიურ კერაზე გამოსხივების კონის დასამიზნებლად.
- მართვის ოთახში ასევე უნდა იყოს კაბელები საპროცედუროს კარების უსაფრთხოებისა და მისი ავტომატურ რეჟიმში ექსპლუატაციის უზრუნველსაყოფად. კარების ავარიულ რეჟიმში ფუნქციონირებისათვის უნდა არსებობდეს მექანიკური ჩამკეტ-გამღები. საპროცედუროს კარებთან უნდა იყოს გასანათებელი ტაბლო წარწერით: „შესვლა არ შეიძლება“, რომელიც ავტომატურად აინთება აპარატის დასხივების რეჟიმში ჩართვასთან ერთად.
- მართვის ოთახს უნდა გააჩნდეს ბუნებრივი განათება და წყლის ნიჟარა გამდინარე ცივი და ცხელი წყლით, აგრეთვე ავარიული განათება კვების ავტომატური წყაროდან. ოთახში არ შეიძლება იყოს ზედმეტი ნივთები.
- გამა-თერაპიის კაბინეტის ძირითადი სათავსების მოპირკეთებისას გამოყენებული უნდა იყოს ნათელი ტონები, იატაკზე დაგებული უნდა იყოს ანტისტატიკური ლინოლეუმი ან კერამიკული ფილები. შენობის მოპირკეთებისას დასაშვებია ვიტრაჟების მოწყობა და ინტერიერის მხატვრულად გაფორმება.

კონტაქტური სხივური თერაპიის (ბრაქითერაპიის) განყოფილება

კონტაქტური სხივური თერაპიის განყოფილებაში ტარდება ღრუსშიგნითა გამათერაპიული პროცედურები შლანგურ აპარატ АГАТ-ВУ–ზე. განყოფილებას გააჩნია სამანიპულაციო, სააპარატო და კომპიუტერის სათავსები.

სამანიპულაციოში ხდება გინეკოლოგიური ენდოსტატების ჩადგმა – საშვილოსნოს ყელის არხის ზონდირებისა და გაფართოების შემდეგ საშვილოსნოს ღრუში შეყავთ ენდოსტატის ცენტრალური მილი, გვერდით თაღებში – ოვოიდები. ენდოსტატის ყველა ნაწილი ცალ-ცალკე შეყავთ და ამაგრებენ ჩამკეტის საშუალებით, რაც უზრუნველყოფს მის მკაცრ ლოკალიზაციას სიმსივნის მიმართ და გამორიცხავს ცდომას დასხივების პროცესში. სისტემის ფიქსაციისთვის და გამოსხივების წყაროდან ღრუ ორგანოებამდე მანძილის გასაზრდელად ხორცეელდება საშოს ტამპონადა.

სააპარატო სათავსში ტარდება რენტგენოგრაფიული გამოკვლევა მენჯის პირდაპირი და გვერდითი პროექციის რენტგენოგრამის საფუძველზე მკურნალობის დოზიმეტრიული დაგეგმარებისათვის აუცილებელი ტოპომეტრიული მონაცემების მისაღებად. პირდაპირი რენტგენოგრამები საშუალებას იძლევა განისაზღვროს ენდოსტატების განლაგება მენჯის შუა ღერძისა და ძვლოვანი სტრუქტურების მიმართ. გვერდითი რენტგენოგრამების საშუალებით მიიღება ინფორმაცია შარდის ბუშტისა და სწორი ნაწლავის მიმართ ენდოსტატის მდებარეობის შესახებ. ენდოსტატში არსებული იმიტატორებით განსაზღვრავენ საშვილოსნოს ყელის არხსა და საშვილოსნოს ტანში ჩასადგმელი გამოსხივების წყაროების საჭირო რაოდენობას, აგრეთვე მანძილს იმიტა-

ტორებსა და ოვოიდებს შორის. ამ მონაცემების მიხედვით განისაზღვრება გამოსხივების წყაროთა საჭირო გეომეტრიული კომბინაცია. მათი დოზიმეტრიული მახასიათებლები მოცემულია ატლასებში.

ამის შემდეგ ენდოსტატებს უერთებენ აპარატ АГАТ-ВУ–ის შლანგებს.

კომპიუტერულ სათავსში კომპიუტერს ეძლევა დოზის განაწილების სათანადო კომბინაციის შერჩევის ამოცანა და ტარდება ღრუსშიგნითა გამა-თერაპია. აპარატი АГАТ-ВУ არის შლანგური უნივერსალური აპარატი მაღალი აქტივობის სამი რადიოაქტიური პრეპარატით (^{60}Co), რომელიც მუშაობს ენდოსტატისა და გამოსხივების წყაროს თანმიმდევრული ჩადგმის პრინციპით. აპარატი АГАТ-ВУ–ის შემადგენელი ნაწილებია: გამოსხივების წყარო, შლანგების კომპლექტი და სამკურნალო ენდოსტატები (მეტროკოლპოსტატი, მეტროსტატი, კოლპოსტატი, პროქტოსტატი, სხვადასხვაგვარი აპლიკატორები და ა. შ.), აგრეთვე კომპიუტერული მართვის პულტი, სამკურნალო სავარძელი და ა. შ.

გამოსხივების წყაროს ჩადგმის ავტომატიზებული სისტემის უზრუნველყოფა და დასხივების რეჟიმის დისტანციური მართვა ყველა პირობას ქმნის სამედიცინო პერსონალის სრული რადიაციული დაცვისთვის. მიუხედავად ამისა, აუცილებელია მკაცრი რადიაციული სიფრთხილის გამოჩენა, რადგან გამოიყენება მაღალი აქტივობის წყაროები, რომლებიც დასხივების პროცედურების დროს დამცავი კონტეინერიდან გამოდის.

დებულება

ონკოლოგიური დაწესებულების სტაციონარული მედიკამენტური მკურნალობის განყოფილების შესახებ

1. სტაციონარული მედიკამენტური მკურნალობის განყოფილება იქმნება ონკოლოგიური ცენტრის (დისპანსერის) არანაკლებ 200-საწოლზე გაშლილი სტაციონარის შემადგენლობაში და წარმოადგენს აღნიშნული დაწესებულების ქვედანაყოფს. მის მუშაობას ხელმძღვანელობს განყოფილების გამგე, რომელსაც აქვს მოცემულ სფეროში პრაქტიკული მუშაობის არანაკლებ 5 წლის სტაჟი და გააჩნია სპეციალისტის სერტიფიკატი.
2. სტაციონარული მედიკამენტური მკურნალობის განყოფილება ორგანიზებული უნდა იყოს გამაღიზიანებელ და ძლიერმოქმედ ნივთიერებებთან (ციტოსტატიკებთან) მუშაობის რეჟიმისა და სანიტარული წესების მოთხოვნათა შესაბამისად, აგრეთვე დისემინირებული ავთვისებიანი სიმსივნით დაავადებული მძიმე კონტინგენტის არსებობის გათვალისწინებით და უნდა გააჩნდეს:
   - სადღეღამისო სტაციონარი – არანაკლებ 30 საწოლით განყოფილებაში;
   - დღის სტაციონარი – დარბაზი არანაკლებ 6 საწოლით განყოფილებაში;
   - საპროცედურო კაბინეტი ამწოვი კარადით;
   - შესახვევი მცირე ქირურგიული პროცედურებისათვის;
   - იზოლატორი განსაკუთრებით მძიმე ავადმყოფებისათვის.

3. განყოფილების ძირითადი ამოცანებია:
   - დაწესებულების სამოქმედო ტერიტორიაზე არსებულ ავთვისებიანი სიმსივნით დაავადებულთა კონსულტაცია და ქიმიოთერაპიული მკურნალობა;
   - ონკოლოგიურ ავადმყოფთა მკურნალობა ქიმიოთერაპიის თანამედროვე მეთოდებით, მათ შორის, პალიატიური ქიმიოთერაპიის კურსების ჩატარება დაავადების შორსწასული ფორმების დროს, სათანადო ჩვენებების შესაბამისად;
   - ამბულატორიულ ქიმიოთერაპიულ კაბინეტსა და დღისა და სადღეღამისო სტაციონარებს შორის ავთვისებიანი სიმსივნით დაავადებულთა განაწილებისა და მკურნალობისას თანმიმდევრულობის მკაცრად დაცვა, აღნიშნულ სტრუქტურულ ერთეულებში ავადმყოფთა ჰოსპიტალიზაციის ჩვენებების სწორად განსაზღვრა;
   - სხვა განყოფილებების მეთოდური დახმარება და ქიმიოთერაპიის, მათ შორის როგორც კომბინირებული (ქიმიო-სხივური ან ქიმიო-ქირურგიული) და კომპლექსური მკურნალობის ეტაპის, სწორად ჩატარების კონტროლი;
   - ქირურგიული პროცედურების, პუნქციური ან ექსციზიური ბიოფსიის, ტრანსთორაკალური, მუცლის, პლევრის ღრუს პუნქციების, ძვლის ტვინის ტრეპანბიოფსიის, აგრეთვე სისხლისა და მისი კომპონენტების ტრანსფუზიის, ძვლის ტვინის ტრანსპლანტაციის, ქიმიოპრეპარატების შეყვანის რეგიონული მეთოდებისა და სხვა მანიპულაციების გამოყენება საჭიროების მიხედვით, სიმსივნური პროცესის გავრცელების დასაზუსტებლად ან ქიმიოთერაპიული მკურნალობის ეფექტურობის ასამაღლებლად;
   - ქიმიოთერაპიის დროს განვითარებული გართულებების პროფილაქტიკა და დროული მკურნალობა;
   - სიმსივნის საწინააღმდეგო ახალი ქიმიოპრეპარატების კლინიკური შესწავლის (II ფაზა) უზრუნველყოფა მხოლოდ ონკოლოგიის ნაციონალურ ცენტრში, შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის მინისტრის მიერ ყოველი პრეპარატისთვის ინდივიდუალურად დაშვებული ბრძანების საფუძველზე;
   - სათავო დაწესებულების მედიკამენტური თერაპიის განყოფილების მიერ საქართველოში ავთვისებიანი სიმსივნეების ქიმიოთერაპიული მკურნალობის მეთოდური და საორგანიზაციო ცენტრის ფუნქციის განხორციელება;
4. სტაციონარული მედიკამენტური მკურნალობის განყოფილებაში ავადმყოფთა ჰოსპიტალიზაცია თავდაპირველად ხორციელდება ქიმიოთერაპევტის, ექიმ-რადიოლოგისა და დარგობრივი ონკოქირურგის შემადგენლობით შექმნილი კომისიის დასკვნით, წინასწარ ჩატარებული გამოკვლევების საფუძველზე. ყველა ქიმიოთერაპიული ავადმყოფი სავალდებულოდ ისინჯება ზემოაღნიშნული კომისიის მიერ 6 თვეში ერთჯერ, საჭიროების შემთხვევაში – უფრო მოკლე დროში.
5. მკურნალობის ეფექტურობის შესაფასებლად, განსაკუთრებით თანამედროვე და ძვირადღირებული მედიკამენტების ხმარებისას, ფართოდ უნდა იყოს გამოყენებული იმუნოლოგიური გამოკვლევები ონკომარკერებზე.
6. ყოველ ქიმიოთერაპიულ ავადმყოფზე სავალდებულოდ ივსება ავადმყოფობის ისტორია – სამედიცინო-ფინანსური დოკუმენტი, სადაც აღინიშნება შემოტანილი მედიკამენტების ფასი და წარმომავლობა.

7. ქიმიოთერაპიის დამთავრების შემდეგ ავადმყოფი ეწერება ბინაზე ან მკურნალობის გასაგრძელებლად სხვა განყოფილებაში გადადის. გაწერის შემდეგ, ავადმყოფის საცხოვრებელი ადგილის მიხედვით, რაიონკოლოგს 3 დღის ვადაში უნდა გაეგზავნოს ამონაწერი ავადმყოფობის ისტორიიდან, ავადმყოფის შემდგომი მკურნალობის, ქიმიოთერაპიის შემდგომი მოგვიანებითი გართულებების პროფილაქტიკისა და დისპანსერული მეთვალყურეობის შესახებ სათანადო რეკომენდაციების თანდართვით.
8. სტაციონარული მედიკამენტური მკურნალობის განყოფილებაში ხორციელდება ქიმიოპრეპარატების შემოტანა და ხარჯვის აღრიცხვა. ქიმიოპრეპარატების აუცილებელი მარაგი უნდა ინახებოდეს დახურულ კარადებში ან დალუქულ მაცივრებში. ცალკე ჟურნალში უნდა აღირიცხონ ავადმყოფები (განსაკუთრებით — განმეორებითი მკურნალობის შემთხვევაში), მკურნალობის კურსის რიგითობის მითითებით.
9. განყოფილების სამედიცინო პერსონალზე ვრცელდება მოქმედი დებულება ონკოცენტრის (დისპანსერის) თანამშრომელთა შესახებ. შტატები დგინდება ონკოლოგიური დაწესებულების მოქმედი საშტატო ნორმატივებით. ქიმიომედიკამენტების მავნე ზემოქმედების კომპენსაცია აისახება შესაბამის ნორმატივებსა და ტარიფებში.

დებულება

ონკოლოგიურ ავადმყოფთა ამბულატორიული მედიკამენტური მკურნალობის განყოფილების (კაბინეტის) შესახებ

1. ონკოლოგიურ ავადმყოფთა ამბულატორიული მედიკამენტური მკურნალობის განყოფილება იქმნება ონკოლოგიური ცენტრის (დისპანსერის) პოლიკლინიკური სამსახურის შემადგენლობაში და მის სტრუქტურულ ქვედანაყოფს წარმოადგენს. მის მუშაობას ხელმძღვანელობს განყოფილების (კაბინეტის) გამგე, რომელსაც აქვს მოცემულ სფეროში პრაქტიკული მუშაობის არანაკლებ 5 წლის სტაჟი და სპეციალისტის სერტიფიკატი. განყოფილებას ურთიერთობა აქვს ცენტრის (დისპანსერის) სტრუქტურულ ქვედანაყოფებთან და სპეციალისტებთან.
2. განყოფილებაში (კაბინეტში) დაცული უნდა იყოს გამღიზიანებელ და ძლიერმოქმედ ნივთიერებებთან (ციტოსტატიკებთან) მუშაობის რეჟიმითა და სანიტარული წესებით გათვალისწინებული მოთხოვნები და არსებობდეს სათანადო პირობები ავადმყოფთა მისაღებად, სამკურნალო პროცედურების ჩასატარებლად, მედიკამენტებისა და სამედიცინო დოკუმენტაციის შესანახად.
3. განყოფილებაში (კაბინეტში) კონსულტაცია და მკურნალობა უტარდებათ იმ ავადმყოფებს, რომელთა მდგომარეობაც მკურნალობის ამბულატორიულად ჩატარების საშუალებას იძლევა.
4. პირველადი ავადმყოფების მკურნალობის გეგმა აუცილებლად უნდა შემუშავდეს კონსილიუმზე ქიმიოთერაპევტის, ექიმ-რადიოლოგისა და დარგობრივი ონკოქირურგის მონაწილეობით, წინასწარ ჩატარებული გამოკვლევების საფუძველზე.

ხანგრძლივი მკურნალობისას ამავე კონსილიუმმა 6 თვეში ერთჯერ (საჭიროების შემთხვევაში უფრო მოკლე დროში) უნდა მიიღოს გადაწყვეტილება შემდგომი მკურნალობის ტაქტიკის შესახებ.

5. მკურნალობის ეფექტურობის შესაფასებლად, განსაკუთრებით თანამედროვე და ძვირადღირებული მედიკამენტების ხმარებისას, ფართოდ უნდა იქნეს გამოყენებული იმუნოლოგიური კვლევის მეთოდები (ონკომარკერები).

6. ქიმიოთერაპიის ყოველი კურსის ჩატარების დროს სავალდებულოდ ივსება მოკლე ავადმყოფობის ისტორია — სამედიცინო-ფინანსური დოკუმენტი, სადაც აღინიშნება შემოტანილი მედიკამენტების ფასი და წარმომავლობა. ავადმყოფობის ისტორიაში მეორდება ამბულატორიული ბარათის ნომერი. მკურნალობის დამთავრების შემდეგ იგი დასამუშავებლად გადაეცემა საორგანიზაციო-მეთოდურ განყოფილებას (კაბინეტს) და ბარდება არქივს.

7. ქიმიოთერაპიის დამთავრების შემდეგ ავადმყოფი ეწერება ბინაზე ან თავსდება სტაციონარში მკურნალობის გასაგრძელებლად. გაწერიდან 3 დღის ვადაში, ავადმყოფის საცხოვრებელი ადგილის მიხედვით, რაიონკოლოგს ეგზავნება ამონაწერი ავადმყოფობის ისტორიიდან, რომელსაც თან ერთვის სათანადო რეკომენდაციები ავადმყოფის შემდგომი მკურნალობის, ქიმიოთერაპიის შემდგომი მოგვიანებითი გართულებების პროფილაქტიკისა და დისპანსერული მეთვალყურეობის შესახებ.

8. განყოფილებაში (კაბინეტში) ცალკე ჟურნალში აუცილებლად ხდება შემოტანილი ქიმიოპრეპარატებისა და მათი ხარჯვის აღრიცხვა. პრეპარატების აუცილებელი მარაგი უნდა ინახებოდეს დახურულ კარადებში ან დალუქულ მაცივრებში. ცალკე ჟურნალში უნდა აღირიცხონ ავადმყოფები (განსაკუთრებით — განმეორებითი მკურნალობის შემთხვევაში), კურსის რიგითობის მითითებით.

9. სამედიცინო პერსონალზე ვრცელდება მოქმედი დებულება ონკოცენტრის (დისპანსერის) თანამშრომელთა შესახებ. შტატები დგინდება სამედიცინო დახმარების მოცულობის გათვალისწინებით, ონკოლოგიური დაწესებულებების მოქმედი საშტატო ნორმატივების ფარგლებში. ქიმიომედიკამენტების მავნე ზემოქმედების კომპენსაცია აისახება შესაბამის ნორმატივებსა და ტარიფებში.

დებულება

სამკურნალო-პროფილაქტიური დაწესებულების ცენტრალიზებული ციტოლოგიური ლაბორატორიის შესახებ

1. ცენტრალიზებული ციტოლოგიური ლაბორატორია იქმნება სპეციალიზებული სამკურნალო-პროფილაქტიკური დაწესებულების (ონკოცენტრი, დისპანსერი, პოლიკლინიკა) შემადგენლობაში და მის სტრუქტურულ ერთეულს წარმოადგენს.

2. ცენტრალიზებული ციტოლოგიური ლაბორატორია ატარებს პროფილაქტიკურ და დიაგნოსტიკურ ციტოლოგიურ გამოკვლევებს მასზე მიმაგრებულ ტერიტორიულ სამკურნალო-პროფილაქტიკურ დაწესებულებებში.

3. ციტოლოგიური ლაბორატორიის უფროსად ინიშნება გამგე – კვალიფიციური სპეციალისტი, რომელიც უშუალოდ ემორჩილება სამკურნალო-პროფილაქტიკური დაწესებულების ხელმძღვანელს.
4. ქვეყანაში რამდენიმე ცენტრალიზებული ციტოლოგიური ლაბორატორიის არსებობის შემთხვევაში ერთ-ერთს ეკისრება საორგანიზაციო-მეთოდური ხელმძღვანელობა.
5. ცენტრალიზებული ციტოლოგიური ლაბორატორია წარმოადგენს ციტოლოგიურ დიაგნოსტიკაში ექიმ-ლაბორანტებისა და ლაბორანტების მოსამზადებელ ბაზას.
6. ციტოლოგიური პრეპარატების ორსაფეხურიანი გადასინჯვის უზრუნველსაყოფად ექიმ-ლაბორანტებისა და ლაბორანტების თანაფარდობა შეიძლება იყოს 1:1 ან 1:2.
7. ექიმ-ლაბორანტებისა და ლაბორანტების დატვირთვის ნორმატივები დგინდება მოქმედი კანონმდებლობით.
8. ცენტრალიზებული ციტოლოგიური ლაბორატორიის ამოცანებია:
   - ყველა სახის ციტოლოგიური დიაგნოსტიკური კვლევის ჩატარება ავთვისებიანი სიმსივნეებისა და სხვა დაავადებების გამოსავლენად;
   - მოსახლეობის პროფილაქტიკური სამედიცინო შემოწმებისა და დისპანსერიზაციის დროს აღებული მასალის ციტოლოგიური გამოკვლევა;
   - ციტოლოგიური გამოკვლევისათვის გამოგზავნილი მასალის რეგისტრაციის, შეღებვისა და მიკროსკოპული გამოკვლევის უზრუნველყოფა;
   - ჩატარებული ციტოლოგიური გამოკვლევების დასკვნების დროული გაგზავნა შესაბამის სამკურნალო-პროფილაქტიკურ დაწესებულებებში (მასალის შემოსვლიდან არაუგვიანეს 3 დღისა);
   - ჩატარებული ციტოლოგიური გამოკვლევების შესახებ ზუსტი სამედიცინო დოკუმენტაციის შედგენა და გამოვლენილი კიბოსწინა და სიმსივნური დაავადებების მქონე ავადმყოფთა ციტოლოგიური პრეპარატების არქივის შექმნა;
   - ლაბორატორიის საქმიანობის ყოველკვარტალური ანალიზის ჩატარება, მასზე მიმაგრებული სამკურნალო-პროფილაქტიკური დაწესებულებების მუშაობის შედეგების შესახებ არსებული ინფორმაციის გათვალისწინებით;
   - სამედიცინო პერსონალისათვის ინსტრუქტაჟის ჩატარება ციტოლოგიური მასალის აღებისა და ლაბორატორიაში გაგზავნის წესების შესახებ;
   - ციტოლოგიური გამოკვლევებისათვის ლაბორანტების მომზადება.
9. ციტოლოგიური ლაბორატორიის გამგე ახორციელებს კონტროლს და იღებს სრულ პასუხისმგებლობას ლაბორატორიაში სამუშაოს ორგანიზებაზე, ციტოლოგიური კვლევის ხარისხზე, ლაბორატორიის ქონების შენახვაზე და უზრუნველყოფს ლაბორატორიის და მასზე მიმაგრებული სამკურნალო-პროფილაქტიკური დაწესებულებების შეთანხმებულ მუშაობას.
10. ციტოლოგიური ლაბორატორიის ექიმი ატარებს ყველა სახის სადიაგნოსტიკო და პროფილაქტიკურ ციტოლოგიურ გამოკვლევას, სისტემატურად იმაღლებს კვალიფიკაციას.
11. ციტოლოგიურ ლაბორატორიას უნდა ჰქონდეს საღებავებით, რეაქტივებით და საჭირო ინვენტარით აღჭურვილი სათავსო, სადაც შესაძლებელი იქნება ციტოლოგიური გამოკვლევების სრულიად მოცულობით ჩატარება.

დებულება

საბაკურნალო-პროფილაქტიკური დაწესებულების ენდოსკოპიური განყოფილების (კაბინეტის) შესახებ

1. ენდოსკოპიური განყოფილება (კაბინეტი), ავადმყოფთა მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესებისა და აპარატურის რაციონალური გამოყენების მიზნით, იხსნება მსხვილ სადიაგნოსტიკო ცენტრში ან არანაკლებ 100 სტაციონარულ საწოლზე გაშლილი სამკურნალო-პროფილაქტიკური დაწესებულების ბაზაზე და მის სტრუქტურულ ერთეულს წარმოადგენს.
2. განყოფილება (კაბინეტი) ასრულებს ენდოსკოპიურ სადიაგნოსტიკო-სამკურნალო პროცედურებს. თუ მხარეში, ქალაქში რამდენიმე ასეთი განყოფილებაა, ერთ-ერთს ეკისრება საორგანიზაციო-მეთოდური ხელმძღვანელობა.
3. ენდოსკოპიური განყოფილების ძირითადი ამოცანებია:
   - ენდოსკოპიური გამოკვლევების ჩატარება კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის, ზედა სასუნთქი გზებისა და ბრონქო-პულმონური აპარატის დაავადებათა ადრეული გამოვლენისათვის;
   - დისპანსერულ აღრიცხვაზე მყოფ კუჭ-ნაწლავის ტრაქტისა და სასუნთქი გზების ქრონიკული დაავადებების მქონე ავადმყოფთა ენდოსკოპიური გამოკვლევა 2 წელიწადში ერთჯერ;
   - ენდოსკოპიური მეთოდით სამკურნალო პროცედურების (პოლიპექტომია, სისხლდენის შეჩერება, ოპერაცია და სხვა მანიპულაციები) ჩატარება;
   - ენდოსკოპიური გამოკვლევის დროს მასალის აღება დიაგნოზის ციტოლოგიური და ჰისტოლოგიური ვერიფიკაციისათვის;
   - ენდოსკოპიური გამოკვლევის დროს განვითარებული გართულებების შემთხვევაში ავადმყოფისთვის გადაუდებელი სამედიცინო დახმარების გაწევა და, საჭიროების მიხედვით, სტაციონარში სასწრაფოდ მოთავსება;
   - სამოქმედო ტერიტორიაზე მდებარე სხვა სამკურნალო-პროფილაქტიკურ დაწესებულებებში გასვლა ავადმყოფისათვის ენდოსკოპიური სადიაგნოსტიკო-სამკურნალო დახმარების გასაწევად;
4. ენდოსკოპიური გამოკვლევის დასკვნა გაიცემა იმავე დღეს, ხოლო ბიოფსიური მასალის ჰისტოლოგიური დასკვნა — ენდოსკოპიური გამოკვლევიდან არაუგვიანეს 4 დღისა.
5. ენდოსკოპიურ განყოფილებაში უნდა იყოს ეზოფაგო-გასტრო-დუოდენოსკოპიის, რექტო-კოლონოსკოპიის, ბრონქოსკოპიის კაბინეტები, ენდოსკოპიური საოპერაციო. განყოფილებას უნდა გააჩნდეს ჰოლი — გამოკვლევის მომლოდინე ავადმყოფებისათვის, ოთახი — ენდოსკოპიური გამოკვლევის შემდეგ ავადმყოფთა მოსასვენებლად, აპარატურის, იარაღების, თუთრეულის შესანახი სათავსო, ფოტოლაბორატორია არქივით.

   ენდოსკოპიური განყოფილება უზრუნველყოფილი უნდა იყოს:
   - მაღალი ძაბვის (სტაბილიზებული 380ვ) ელექტრომომარაგებით და დამიწების სისტემით;

- სამედიცინო აირებით (ჟანგბადი, აზოტის ქვეჟანგი) – ცენტრალური მოწოდებით ან ბალონებით მომარაგების სახით;
- ვაკუუმ-საქაჩებით;
- ვენტილაციით;
- სრულფასოვანი მუშაობისათვის გათვალისწინებული ინვენტარითა და სხვა აპარატურით.

6. ენდოსკოპიური განყოფილების (კაბინეტის) გამგის და ექიმის თანამდებობაზე ინიშნებიან ექიმები, რომელთაც გავლილი აქვთ სპეციალური მომზადება ენდოსკოპიაში.

7. ენდოსკოპიური განყოფილების გამგე პასუხისმგებელია:
   - კადრების პროფესიულ მომზადებაზე, მუშაობის ორგანიზაციასა და ხარისხზე;
   - განყოფილებისა და მისი აღჭურვილობის მთლიანობის შენარჩუნებაზე;
   - განყოფილების სანიტარულ-ჰიგიენურ მდგომარეობაზე და ყველა აუცილებელი ეპიდემიოლოგიური ღონისძიების გატარებაზე;
   - სამედიცინო დოკუმენტაციის წარმოებაზე.

გამგე ანალიზებს განყოფილების საქმიანობას, შეიმუშავებს და ატარებს ღონისძიებებს სამკურნალო-პროფილაქტიკური დაწესებულების სხვა სტრუქტურული ქვედანაყოფებისა და ენდოსკოპიური განყოფილების კოორდინაციული მუშაობის უზრუნველსაყოფად.

8. ექიმ-ენდოსკოპისტი თავისი საქმიანობისას უშუალოდ ექვემდებარება ენდოსკოპიური განყოფილების გამგეს, ხელმძღვანელობს დებულებით ენდოსკოპიური განყოფილების შესახებ და სხვა ნორმატიული დოკუმენტებით. იგი პასუხისმგებელია მის მიერ ჩატარებული ენდოსკოპიური სადიაგნოსტიკო და სამკურნალო პროცედურების ხარისხზე.

9. ენდოსკოპიური განყოფილების მედდის თანამდებობაზე ინიშნება მედდა, რომელსაც გავლილი აქვს სპეციალური მომზადება ენდოსკოპიაში და მუშაობს ექიმ-ენდოსკოპისტის უშუალო ხელმძღვანელობით. ექიმის ზედამხედველობით იგი აწესრიგებს ენდოსკოპიურ აპარატურას გამოკვლევების ჩასატარებლად, ამზადებს ავადმყოფებს ენდოსკოპიური გამოკვლევისათვის და ხელმძღვანელობს უმცროს სამედიცინო პერსონალს ეპიდსაწინააღმდეგო ღონისძიებათა გატარებისას.

10. ენდოსკოპიური განყოფილების სამედიცინო პერსონალის შტატი დგინდება მოქმედი საშტატო ნორმატივებით.

დებულება

ონკოლოგიურ ავადმყოფთა პალიატიური მზრუნველობის განყოფილების (ჰოსპისის) შესახებ

1. ონკოლოგიურ ავადმყოფთა პალიატიური მზრუნველობის განყოფილება ტერიტორიული დაქვემდებარების დაწესებულებაა, რომელიც შეიძლება ფუნქციონირებდეს ნევროლოგიურ და თერაპიულ ჰოსპისებთან კოოპერაციაში ან არსებობდეს ონკოლოგიური სამკურნალო დაწესებულების სტრუქტურული ქვედანაყოფის სახით. მისი დაფინანსების წყაროს წარმოადგენს მუნიციპალური შემოსავლები.

2. საწოლთა რაოდენობა განისაზღვრება რეალური მოთხოვნების შესაბამისად, მაგრამ არანაკლებ 20 საწოლით.
3. სამედიცინო პერსონალის შტატები დგინდება საერთო საშტატო განრიგის შესაბამისად, რომელშიც გათვალისწინებულია ონკოლოგების, ანესთეზიოლოგ-რეანიმატოლოგების, ფსიქოთერაპევტების, საშუალო სამედიცინო პერსონალის თანამდებობები.
4. განყოფილების სტრუქტურა განისაზღვრება მისი ამოცანებით და ფუნქციით.
5. განყოფილების ძირითად ამოცანას წარმოადგენს ონკოინკურაბელური ავადმყოფებისათვის ოპტიმალური პირობების შექმნა და სიმპტომური დახმარების აღმოჩენა.
6. ძირითადი ამოცანებიდან გამომდინარე, განყოფილებას ეკისრება შემდეგი ფუნქციები:
   - ინკურაბელური ონკოლოგიური ავადმყოფებისათვის კვალიფიციური პალიატიური მზრუნველობისა და სიმპტომური დახმარების აღმოჩენა;
   - ავადმყოფთა ამბულატორიული დახმარება სამკურნალო-საკონსულტაციო კაბინეტში, დღის სტაციონარში და ბინაზე;
   - სამედიცინო დაწესებულებებისათვის კონსულტაციების ჩატარება და ონკოლოგიურ ავადმყოფთა პალიატიური მზრუნველობისა და სიმპტომური მკურნალობის ორგანიზებაში დახმარება;
   - სიმპტომური ქირურგიული მანიპულაციების (ლაპაროცენტეზი, თორაკოცენტეზი, ეპიცისტოსტომია) ჩატარება, გაუტკივარების ინვაზიური მეთოდების (გამტარებლობითი, ეპიდურალური, სუბარაქნოიდული გაუტკივარება, ქიმიური დენერვაცია, ქორდოტომია) გამოყენება, ტკივილის სინდრომის ფარმაკოთერაპია, თიამინური ბლოკადები, სამკურნალწამლო საშუალებათა ენდოლიმფური შეყვანა და სხვ.
   - ონკოლოგიურ ავადმყოფთა სოციალური რეაბილიტაციის მიზნით ღონისძიებათა კომპლექსის გატარება;
   - ავადმყოფისა და მისი ახლობლების ფსიქოლოგიური მხარდაჭერა და მორალური დახმარება;
   - ექიმების, საშუალო და უმცროსი სამედიცინო პერსონალის ინკურაბელურ ავადმყოფთა სამედიცინო დახმარებისა და მოვლის საკითხებში დასპეციალება და სტაჟირება;
   - ავადმყოფის მომვლელი ახლობლებისათვის კონსულტაციებისა და სემინარების ჩატარება.
7. განყოფილებაში ავადმყოფთა ჰოსპიტალიზაციის ჩვენებებია:
   - ჰისტოლოგიურად დადასტურებული ავთვისებიანი სიმსივნის გავრცელებული ფორმის არსებობა, რომელიც რადიკალურ სიმსივნის საწინააღმდეგო მკურნალობას არ ექვემდებარება;
   - ქრონიკული ტკივილის სინდრომის არსებობა ავთვისებიანი სიმსივნით დაავადებულ ავადმყოფებში.
8. რეგიონში რამდენიმე განყოფილების არსებობის შემთხვევაში ერთ-ერთს ეკისრება საორგანიზაციო-მეთოდური ცენტრის მოვალეობა.

დებულება

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს შტატგარეშე ექსპერტ-ონკოლოგის შესახებ

1. შტატგარეშე ექსპერტ-ონკოლოგი ინიშნება ჯანდაცვის შესაბამისი მმართველობითი ორგანოების მიერ და შედის სამინისტროს სამედიცინო ექსპერტთა საბჭოს შემადგენლობაში.
2. შტატგარეშე ექსპერტ-ონკოლოგის ამოცანებია:
   2.1. საქართველოს მთავრობის დადგენილებების, საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს დარგთან დაკავშირებული ბრძანებების შესრულების კონტროლი;
   2.2. ავთვისებიანი სიმსივნეებისა და კიბოსწინა დაავადებების პროფილაქტიკის, ადრეული გამოვლენისა და მკურნალობის ღონისძიებათა შესრულების კონტროლი;
   2.3. სამკურნალო-პროფილაქტიკური დაწესებულებების მიერ ავთვისებიანი სიმსივნეებით დაავადებულთა დიაგნოსტიკის, მკურნალობისა და რეაბილიტაციის ღონისძიებების განხორციელების კონტროლი;
   2.4. ონკოლოგიურ დაწესებულებათა რეაბილიტაციის, მათში აპარატურის განაწილება-განთავსებისა და რაციონალური (ეფექტური) გამოყენების კონტროლი;
   2.5. ონკოლოგიურ ავადმყოფთა მკურნალობის ხარისხის კონტროლი სპეციალიზებულ და არასპეციალიზებულ სამკურნალო დაწესებულებებში;
   2.6. ინკურაბელური ავადმყოფებისათვის რაციონალური ტკივილგაყუჩების უზრუნველყოფის კონტროლი პერიფერიულ ონკოლოგიურ ქსელში.
3. შტატგარეშე ექსპერტ-ონკოლოგის მოვალეობაა:
   3.1. მოსახლეობისათვის ონკოლოგიური დახმარების გაუმჯობესების კომპლექსური გეგმის შედგენაში მონაწილეობის მიღება;
   3.2. ონკოლოგიური დახმარების ორგანიზაციის საკითხებზე წლიური ანგარიშებისა და სხვა მასალების ანალიზი, წინადადებათა შემუშავება ონკოლოგიური ავადმყოფებისათვის სამედიცინო დახმარების ხარისხის ასამაღლებლად;
   3.3. მოსახლეობის ონკოლოგიური მომსახურების ხარისხის შესწავლა და გამოვლენილი ხარვეზების გამოსასწორებლად ღონისძიებათა შემუშავება;
   3.4. მუშაობის ჩატარება ავთვისებიანი სიმსივნეებისა და კიბოსწინა დაავადებების დიაგნოსტიკის, პროფილაქტიკისა და მკურნალობის ახალი მეთოდების სამკურნალო-პროფილაქტიკურ დაწესებულებებში დასანერგად;
   3.5. მოქალაქეთა საჩივრების გარჩევა და საჩივრის გამომწვევ მიზეზთა სალიკვიდაციო ღონისძიებების გატარება.
4. შტატგარეშე ექსპერტ-ონკოლოგი უფლებამოსილია:
   ჯანდაცვის ორგანოების მუშაობის გეგმაში შეიტანოს წინადადებები, რომლებიც უზრუნველყოფს ონკოლოგიური სამსახურის ორგანიზაციის, ავთვისებიანი სიმსივნეებისა და კიბოსწინა დაავადებების დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის გაუმჯობესებას;

თავის საქმიანობაში გამოიყენოს ჯანდაცვის მმართველობითი ორგანოების საჭირო დოკუმენტაცია;

გასცეს დასკვნა ონკოლოგიურ ავადმყოფთა სამედიცინო მომსახურებასთან და ექიმთა ატესტაციასთან დაკავშირებულ საჩივრებზე.

5. თავისი ფუნქციების განსახორციელებლად შტატგარეშე ექსპერტ-ონკოლოგი თანამშრომლობს პროფილური სამეცნიერო-კვლევითი და სამკურნალო-პროფილაქტიკური დაწესებულებების სპეციალისტებთან ონკოლოგიური ავადმყოფების სამედიცინო დახმარების ხარისხის ამაღლებისა და საორგანიზაციო-მეთოდური მუშაობის გაუმჯობესების საკითხებზე.

დებულება

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს დარგობრივი კოორდინატორის შესახებ

დარგობრივ სახელმწიფო პროგრამას ხელმძღვანელობს კოორდინატორი, რომლის ძირითადი ამოცანები, ფუნქციები და უფლებამოსილებები განსაზღვრულია დებულებებით:

1) „სახელმწიფო სამედიცინო პროგრამების კოორდინატორთა საბჭოსა და კოორდინატორების შესახებ" (დამტკიცებული საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის მინისტრის 1998 წლის 17 მარტის №105/ო ბრძანებით) და 2) "საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სპეციალიზებული მართვის საკოორდინატორო საბჭოს შესახებ"(დამტკიცებული ჯანმრთელობის დაცვის მინისტრის 1999 წლის 5 მაისის №150/ო ბრძანებით).

დარგის კოორდინატორად ინიშნება მაღალკვალიფიციური სპეციალისტი, რომელსაც გააჩნია სათანადო მომზადება როგორც შესაბამის, ასევე მომიჯნავე სპეციალობებში და აქვს საორგანიზაციო-მეთოდური მუშაობის გამოცდილება.

დარგის კოორდინატორი ინიშნება და თავისუფლდება საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის ბრძანებით. იგი უშუალოდ ექვემდებარება სამინისტროს პროფილურ დეპარტამენტს.

კოორდინატორის ძირითადი ამოცანებია:

- მოსახლეობის სამედიცინო დახმარების სფეროში არსებულ პრობლემათა გადაწყვეტისათვის საჭირო მიმართულებების განსაზღვრა;
- პროგრამათა სტრუქტურის კორექტირება მათი მართვისა და მონიტორინგის გაუმჯობესების მიზნით, სახელმწიფო სამედიცინო პროგრამების რეალიზაციის ანალიზის საფუძველზე.

კოორდინატორის ფუნქციებია:

- სახელმწიფო სამედიცინო პროგრამების შემუშავება, მართვა, მეცნიერული ანალიზი, პროგნოზირება, შესრულების მიმდინარეობის კონტროლი, მათ შორის — ადგილზე შემოწმების სახით;
- შესაბამის სტრუქტურებთან ერთად სახელმწიფო სამედიცინო პროგრამების რეალიზაციისათვის სამკურნალო-პროფილაქტიკურ დაწესებულებათა შერჩევა და დამტკიცება;
- სამკურნალო-პროფილაქტიკური დაწესებულებების საქმიანობის ორგანიზა-

ციული ფორმების სრულყოფა, ახალი სამედიცინო ტექნოლოგიებისა და პროფილაქტიკური, დიაგნოსტიკური, სამკუნალო მეთოდების შემუშავება სახელმწიფო სამედიცინო პროგრამების ეფექტური შესრულების მიზნით;

- სპეციალისტთა ყრილობების, სამეცნიერო-პრაქტიკული კონფერენციების, სემინარების, სიმპოზიუმების მომზადებასა და მუშაობაში მონაწილეობა;
- სამედიცინო პერსონალის კვალიფიკაციის ამაღლებისა და სერტიფიცირება-ლიცენზირებისათვის საჭირო ღონისძიებათა გატარებაში, სამედიცინო სამართალსუბიექტთა აკრედიტაცია-ლიცენზირების პროცესში მონაწილეობა;
- შესაბამის სტრუქტურებთან ერთად უცხოურ და სამამულო წარმოების სამედიცინო ტექნიკაზე, სამკურნალწამლო პრეპარატებსა და სამედიცინო დანიშნულების (მათ შორის ჰუმანიტარული ხაზით მიღებულ) საგნებზე მოთხოვნილებების განსაზღვრა;
- სამედიცინო ტექნიკის, მედიკამენტებისა და სამედიცინო დანიშნულების საგნებზე სამრეწველო დაწესებულებებიდან, ასოციაციებიდან, ერთობლივი საწარმოებიდან და ა. შ. შემოსული წინადადებების ექსპერტულ შეფასებაში, აგრეთვე სამედიცინო ტექნიკასა და მედიკამენტებზე (მათ შორის საზღვარგარეთ) შეკვეთების მოცულობისა და შესყიდვის განსაზღვრაში მონაწილეობა; ქსელისთვის სათანადო საინფორმაციო ბიულეტენების გამოცემა;
- სამკურნალო-პროფილაქტიკურ დაწესებულებებში დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის საკითხებზე შემოსული მოქალაქეთა მომართვების განხილვა სახელმწიფო სამედიცინო პროგრამების ფარგლებში;
- პროფილურ დისციპლინებში სამეცნიერო კვლევების თემატიკისა და მათი კლინიკური შედეგების დანერგვის ფორმების განსაზღვრა.

კოორდინატორი უფლებამოსილია:

- ისარგებლოს საქართველოს სტატისტიკის სახელმწიფო დეპარტამენტის მიერ დამტკიცებული სტატისტიკური და საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტროს მიერ დამტკიცებული დროებითი სტატისტიკური ანგარიშებით, პირველადი სამედიცინო დოკუმენტაციით და ა. შ.
- ისარგებლოს საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტროსა და ჯანმრთელობის ადგილობრივი ორგანოების, სასწავლო და სამეცნიერო კვლევითი ინსტიტუტების ინფორმაციული და მეთოდური მასალებით.

თავი II

ონკოლოგიური ავადობის აღრიცხვა და ანგარიშგება

ინსტრუქცია
ავთვისებიანი სიმსივნეებით დაავადებულთა აღრიცხვისა და ანგარიშგების საქმის წარმოებისათვის

წინამდებარე ინსტრუქცია სავალდებულოა ყველა უწყების სამკურნალო-პროფილაქტიკური დაწესებულებისათვის. ინსტრუქცია ძალაშია დამტკიცების დღიდან.

1. ავთვისებიანი სიმსივნეებით დაავადებული ყველა მოქალაქე აღრიცხვაზე უნდა იყოს აყვანილი ონკოლოგიურ დაწესებულებაში: ონკოცენტრში, ონკოდისპანსერში ან ონკოლოგიურ კაბინეტში.
2. ძირითად ოპერატიულ სამედიცინო დოკუმენტებს, რომლებიც ივსება ავთვისებიანი სიმსივნით დაავადებულ პაციენტზე, წარმოადგენს „ამბულატორიული ავადმყოფის სამედიცინო ბარათი“ (ფორმა №025/ს) და „საქართველოს კიბოს რეგისტრის ბარათი“ (ფორმა №030-6/ს).

საავადმყოფოების პოლიკლინიკური განყოფილებები, ქალაქისა და სოფლის პოლიკლინიკები, ამბულატორიები და ქალთა კონსულტაციები ყოველი გამოვლენილი ავთვისებიანი სიმსივნის რეგისტრაციას ახდენენ ამბულატორიული ავადმყოფის სამედი-ცინო ბარათში (ფორმა №025/ს), ავსებენ ფორმა №027-1/ს („ონკო“)-ს და აგზავნიან რაიონკოლოგთან, საცხოვრებელი ადგილის მიხედვით.

შენიშვნა: ონკოლოგიური კაბინეტის სამოქმედო არეალი შეიძლება უფრო ფართო იყოს, ვიდრე იმ პოლიკლინიკისა, რომლის დაქვემდებარებაშიც ის შედის. კერძოდ, ონკოკაბინეტი შეიძლება ემსახურებოდეს იმ ავადმყოფებსაც, რომლებიც საცხოვრებელი ადგილის მიხედვით მოცემულ პოლიკლინიკას არ ეკუთვნიან. ასეთ შემთხვევაში ავადმყოფთა ამ კონტინგენტის სამედიცინო ბარათები (ანკეტები) ინახება არა პოლიკლინიკის რეგისტრატურაში, არამედ უშუალოდ ონკოკაბინეტში გახსნილ სპეციალურ კარტოთეკაში.

3. იმისათვის, რომ ონკოლოგიურ ავადმყოფთა გამოკვლევისა და მკურნალობის კონტროლი მოხერხებული იყოს, რაიონკოლოგები ავადმყოფზე ავსებენ კიბოს რეგისტრის ბარათს (ფორმა №030-6/ს). ეს დოკუმენტები ინახება ონკოკაბინეტის სპეციალურ კარტოთეკაში.

ონკოლოგიური პაციენტის სტაციონარიდან გაწერის შემდეგ ავადმყოფის ამბულატორიულ ბარათში შეაქვთ დაავადების ეპიკრიზი, „ავთვისებიანი სიმსივნით დაავადებული ავადმყოფის სამედიცინო ბარათიდან ამონაწერის“ (ფორმა №027-1/ს) საფუძველზე. იმავე მონაცემების მოკლე ჩანაწერი კეთდება კიბოს რეგისტრის ბარათში (ფორმა №030-6/ს).

პირველადად მრავლობითი სიმსივნეების დროს თითოეული სიმსივნე რეგისტრირდება ცალ-ცალკე, მიუხედავად იმისა, სინქრონულადაა განვითარებული თუ მეტაქრონულად. სამედიცინო დოკუმენტაციაში მიეთითება მეორე ლოკალიზაცია. ყველა სიმსივნე მორფოლოგიურად ვერიფი-ცირებული უნდა იყოს. თვით ავადმყოფი წლიურ ანგარიშში აღირიცხება, როგორც ერთი ერთეული, „ლიდერი“ სიმსივნის მითითებით.

4. ყოველ ავადმყოფზე, რომელთაც სიცოცხლეში პირველად დაუდგინდათ IV სტადიის, ხოლო ვიზუალურად აღვილად შესამჩნევი ლოკალიზაციის (კანის, ენის, პირის ღრუს, ტუჩის, ფარისებრი ჯირკვლის, საშვილოსნოს ყელის, ძუძუს და

სწორი ნაწლავის) შემთხვევაში – III სტადიის კიბო, ივსება ოქმი ავთვისებიანი სიმსივნის შორსწასული ფორმის გამოვლენის შესახებ“ (ფორმა №027-2/ს).

5. ონკოლოგიური დაწესებულების ხელმძღვანელობა უზრუნველყოფს სამედიცინო დოკუმენტაციის (ფორმა №027-1/ს) სწორად შევსების კონტროლს.
6. ავთვისებიანი სიმსივნით დაავადებული ყველა ავადმყოფი დისპანსერულ აღრიცხვაზე აყავთ შესაბამის ონკოლოგიურ კაბინეტში, საცხოვრებელი ადგილის მიხედვით და მათზე ივსება კიბოს რეგისტრის ბარათი (ფორმა №030-6/ს).

კიბოსწინა, კეთილთვისებიანი და ავთვისებიანი სიმსივნით დაავადებაზე საეჭვო პირებზე ივსება დისპანსერული მეთვალყურეობის ჩვეულებრივი საკონტროლო ბარათი (ფორმა №030/ს).

ავადმყოფის დისპანსერულ აღრიცხვაზე აყვანის შემთხვევაში კიბოს რეგისტრის ბარათში (ფორმა №030-6/ს) აუცილებლად უნდა აღინიშნოს საპასპორტო მონაცემები, დიაგნოზი, კლინიკური ჯგუფი, ხოლო მოგვიანებით – გამოკვლევისა და მკურნალობის გამოყენებული მეთოდები და გაკეთდეს ჩანაწერი კლინიკური ჯგუფის შემდგომი შეცვლის შესახებ.

ანკეტები, რომლებიც ეკუთვნის ამა თუ იმ მიზეზით (საცხოვრებელი ადგილის გამოცვლა, სიკვდილი და სხვა) აღრიცხვიდან მოხსნილ ავადმყოფებს, წლიური ანგარიშის შედგენამდე ინახება არსებული კარტოთეკისგან განცალკევებით და ანგარიშის შედგენის შემდეგ ბარდება არქივს.

7. დისპანსერულ აღრიცხვაზე აყვანილი ავადმყოფები ნაწილდებიან 4 ძირითად კლინიკურ ჯგუფში:

I კლინიკური ჯგუფი – ავთვისებიანი სიმსივნით დაავადებაზე საეჭვო და კიბოსწინა დაავადების მქონე პაციენტები; ეს ჯგუფი იყოფა 2 ქვეჯგუფად:

I^ა კლინიკურ ჯგუფს მიაკუთვნებენ ავთვისებიანი სიმსივნის არსებობაზე საეჭვო, ბუნდოვანი კლინიკური სურათის მქონე ავადმყოფებს. მათი გაღრმავებული გამოკვლევა უნდა ჩატარდეს დისპანსერულ აღრიცხვაზე აყვანიდან 10 დღის განმავლობაში. დიაგნოზის დაზუსტების შემდეგ ასეთი ავადმყოფი იხსნება აღრიცხვიდან ან გადადის სხვა (II, II^ა, IV) კლინიკურ ჯგუფში.

I^ბ კლინიკურ ჯგუფს მიეკუთვნებიან კიბოსწინა დაავადებით შეპყრობილი ავადმყოფები, რომლებსაც ესაჭიროებათ სათანადო მკურნალობა და კიბოს მეორეული პროფილაქტიკა.

II კლინიკური ჯგუფი – ავთვისებიანი სიმსივნით დაავადებულები, რომლებსაც ესაჭიროებათ სპეციალური მკურნალობა (ამ ჯგუფს არ მიეკუთვნებიან ის ავადმყოფები, რომლებსაც ესაჭიროებათ მხოლოდ სიმპტომური ქირურგიული ოპერაცია, მაგალითად, განმტვირთავი სტომები და შემოვლითი ანასტომოზები – სასუნთქი გზებისა და საჭმლის მომნელებელი ტრაქტის ინოპერაბელური სიმსივნეების დროს).

ცალკე ქვეჯგუფად გამოყოფენ **II^ა კლინიკურ ჯგუფს**. მას მიეკუთვნებიან ის ავადმყოფები, რომლებსაც ესაჭიროებათ რადიკალური მკურნალობა, ე. ი. ის ავადმყოფები, რომელთა დროული რადიკალური (ქირურგიული, სხივური, მედიკამენ-

ტური, კომბინირებული, კომპლექსური) მკურნალობით შესაძლებელია სრული განკურნება.

III კლინიკური ჯგუფი – პრაქტიკულად ჯანმრთელი პირები (ავთვისებიანი სიმსივნის რადიკალური მკურნალობის შემდეგ); ამ ჯგუფში შედიან ის ავადმყოფები, რომელთაც ჩატარებული აქვთ რადიკალური მკურნალობა (ქირურგიული, სხივური, კომბინირებული, ან კომპლექსური) და რეციდივები და/ან მეტასტაზები არ აღენიშნებათ. ჩატარებული მკურნალობის შემდეგ პირველი წლის განმავლობაში მონიტორინგი (დისპანსერული მეთვალყურეობა) ხორციელდება 3 თვეში ერთჯერ, მეორე წელიწადს – 6 თვეში ერთჯერ, ხოლო შემდეგ – წელიწადში ერთჯერ. ამ ჯგუფში შემავალი პირები დაავადების რეციდივის განვითარებისთანავე გადაყავთ II კლინიკურ ჯგუფში სპეციალური მკურნალობის (ქირურგიული, სხივური და სხვ.) ჩასატარებლად, ან IV კლინიკურ ჯგუფში, თუ პროცესის გავრცელების გამო სპეციალური მკურნალობის ჩატარება შეუძლებელია.

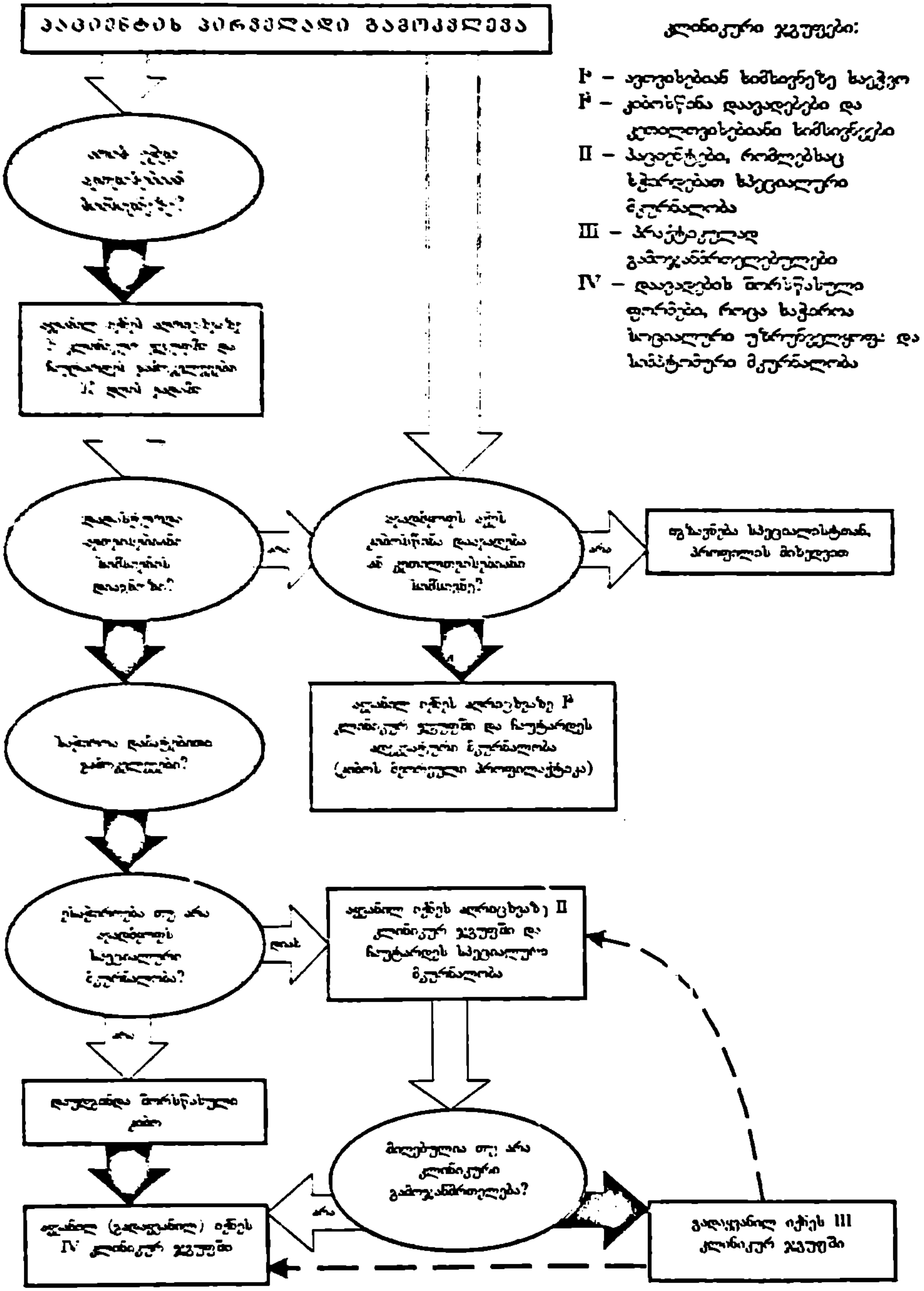
IV კლინიკურ ჯგუფს მიეკუთვნებიან ის ავადმყოფები, რომელთა რადიკალური მკურნალობაც შეუძლებელია და მხოლოდ სიმპტომურ მკურნალობას საჭიროებენ. ასეთ შემთხვევაში ქირურგიულ, კომბინირებულ ან კომპლექსურ მკურნალობას მხოლოდ სიმპტომური დახმარების მნიშვნელობა აქვს; მაგალითად, ტრაქეოსტომია, გასტროსტომია, გასტროენტეროანასტომოზი, ქოლეცისტოსტომია, ბილიოდიგესტიური და ილეოტრანსვერზოანასტომოზი, სისხლძარღვთა გადაკვანძვა და სხვა, რადიოთერაპია და ქიმიოთერაპია – ტკივილების შესამცირებლად და ა. შ.

8. ამონაწერში (ფორმა №027-1/ს ონკო) არსებული მონაცემებისა და კიბოს რეგისტრის ბარათების საფუძველზე დგება წლიური ანგარიში (ფორმა №8), რომელშიც მოცემულია ინფორმაცია ავთვისებიანი სიმსივნეებით ავადობის, დაავადებიანობისა და სიკვდილიანობის შესახებ. აღნიშნულ ანგარიშში წარმოდგენილი ციფრები ასახავს მდგომარეობას საანგარიშო წლის ბოლოსათვის და უცვლელი რჩება.

წლიური ანგარიშისგან განსხვავებით, კიბოს რეგისტრში დაგროვილი ინფორმაცია დინამიკურია, მისი შევსება და კორექცია წლების განმავლობაში ხდება და უფრო ზუსტია. აქედან გამომდინარე, კიბოს რეგისტრის მიხედვით სხვადასხვა დროს შედგენილი ამა თუ იმ წლის (წლების) ანგარიში ერთმანეთისგან განსხვავებული იქნება. ამიტომ, როცა კეთდება დროის რომელიმე მონაკვეთის შესახებ ანგარიში, აუცილებლად უნდა იყოს მითითებული, თუ რომელი წლის მონაცემებზე დაყრდნობითაა იგი მომზადებული. მაგალითად, საქართველოში 2000 წლის ონკოლოგიური ავადობის მაჩვენებლები კიბოს რეგისტრის 2004 წლის მონაცემების მიხედვით, ან 1995-99 წლებში ქალის რეპროდუქციული ორგანოების სიმსივნეებით ავადობა და დაავადებიანობა კიბოს რეგისტრის 2005 წლის მონაცემებით და ა. შ.

ონკოლოგიურ ავადმყოფთა დისპანსერიზაცია

(სქემა შედგენილია რ. კილაძის მიერ)



ავთვისებიანი სიმსივნით დაავადებული ავადმყოფის სამედიცინო ბარათიდან ამონაწერის (ფორმა №027-1/ს ონკო) შევსების ინსტრუქცია

წინამდებარე ინსტრუქცია სავალდებულოა სამკურნალო-პროფილაქტიკური ქსელის ყველა დაწესებულებისათვის, რომელსაც ურთიერთობა აქვს ონკოლოგიურ ავადმყოფებთან.

ინსტრუქცია ძალაშია დამტკიცების დღიდან.

„ამონაწერი ავთვისებიანი სიმსივნით დაავადებული ავადმყოფის სამედიცინო ბარათიდან“ (ფორმა №027-1/ს „ონკო“) ივსება სამკურნალო-პროფილაქტიკურ დაწესებულებაში მკურნალი ექიმის მიერ ყველა ონკოლოგიურ ავადმყოფზე როგორც პირველადი, ისე განმეორებითი მომართვისას, ამბულატორიული დიაგნოსტიკისა თუ სტაციონარული მკურნალობის (აგრეთვე გარდაცვალების) შემდეგ.

„ამონაწერი“ იგზავნება ონკოლოგიურ კაბინეტში (დისპანსერში), ავადმყოფის საცხოვრებელი ადგილის მიხედვით და შეიცავს ინფორმაციას ავადმყოფის მდგომარეობის, ჩატარებული გამოკვლევებისა და მკურნალობის შესახებ.

„ამონაწერში“ ასახულია საპასპორტო მონაცემები, მკურნალობის ვადები, საბოლოო დიაგნოზი და მისი დადასტურების წესი, დაავადების სტადია, სიმსივნის ჰისტოლოგიური სტრუქტურა. აქვე უნდა ჩანდეს, რა ვითარებაში დაისვა ავთვისებიანი სიმსივნის დიაგნოზი.

ავადმყოფისთვის, რომელსაც სიცოცხლეში პირველად დაუდგინდა კიბო, აუცილებლად იწერება სიმსივნის სახე, დაზიანებული ორგანო და სიმსივნის ლოკალიზაცია მასში, თანმხლები დაავადებები.

დაავადების გავრცელება ფასდება კლინიკური სტადიისა და TNM კლასიფიკაციის მითითებით. TNM სისტემით კლასიფიკაცია და კლინიკური სტადიის განსაზღვრა ხდება დაავადების გამოვლენის დროს, სიმსივნური პროცესის გავრცელების შესაბამისად; **ერთხელ დადგენილი სტადია სამედიცინო ჩანაწერებში აღარ იცვლება. ავადმყოფის მდგომარეობის ცვლილების მიხედვით შეიძლება შეიცვალოს მხოლოდ კლინიკური ჯგუფი და yTNM კლასიფიკაცია.**

IV სტადიის და IV კლინიკური ჯგუფის ავადმყოფებისათვის იწერება ინკურაბელობის დასაბუთება (სიმსივნის გავრცელება, მეტასტაზები და მათი ლოკალიზაცია, კახექსია და ა. შ.).

მე-17 პუნქტში „დიაგნოზის დადასტურების“ შესახებ „მხოლოდ კლინიკურად“ მიეთითება იმ შემთხვევაში, როცა ამა თუ იმ მიზეზით სხვა მეთოდებით გამოკვლევების ჩატარება შეუძლებელია.

პირველადად მრავლობითი სიმსივნეების დროს ფორმა №027-1/ს-ში ავადმყოფი აღირიცხება, როგორც ერთი ერთეული, „ლიდერი“ სიმსივნის მითითებით, ხოლო წლიური ანგარიშის შედგენის დროს რაიონკოლოგი სინქრონული ან მეტაქრონული თითოეული სიმსივნის რეგისტრაციას ახდენს ცალ-ცალკე, სათანადო აღნიშვნით — „მეორე ლოკალიზაცია“.

სიმსივნის ჰისტოლოგიური სტრუქტურა იწერება საერთაშორისო კლასიფიკაციის შესაბამისად, დიფერენციაციის ხარისხისა და შიფრის მითითებით.

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო

ფორმა №27-1 (ონკო)

_____

_____

ამონაწერის შემსვები დაწესებულების დასახელება და მისამართი

სტაც.	ამბ.

ამონაწერი

ავთვისებიანი სიმსივნით დაავადებული ავადმყოფების სამედიცინო ბარათიდან
(ივსება ყველა სტაციონარისა და პოლიკლინიკის მიერ)

სამედიცინო დოკუმენტის № _____

1. დაწესებულების დასახელება, სადაც იკეზავნება დოკუმენტი _____

_____

2. სიცოცხლეში პირველად დადგენილი ავთვისებიანი სიმსივნის დიაგნოზი | კი | არა |
3. ავადმყოფის გვარი, სახელი, მამის სახელი _____
4. სქესი: ☐ მამაკაცი 1, ☐ ქალი 5. ეროვნება: _____
6. დაბადების თარიღი _____ 7. პროფესია _____

რიცხვი, თვე, წელი

8. სამუშაო ადგილი: _____
9. ავადმყოფის მისამართი, ტელეფონი _____
10. შემოსვლის თარიღი _____ 11. გაწერის თარიღი _____

რიცხვი, თვე, წელი — რიცხვი, თვე, წელი

12. დასკვნითი დიაგნოზი _____

_____

13. სტადია _____ 14. TNM _____ 15. კლინიკური ჯგუფი _____
16. სიმსივნის ჰისტოლოგიური სტრუქტურა _____

_____ კოდი _____

17. დიაგნოზი დადასტურდა: 1 – ჰისტოლოგიურად, 2 – ციტოლოგიურად,
3 – სადიაგნოსტიკო ოპერაციით, 4 – ლაბორატორიულ-ინსტრუმენტულად,
5 – მხოლოდ კლინიკურად

18. დიაგნოზის დადგინის თარიღი _____

რიცხვი, თვე, წელი

19. დაავადების გამოვლენის ვითარება: 1 – თვითონ მომართა, 2 – პროფგასინჯვით,
3 – კომპლექსური გამოკვლევა, 4 - სხვა ვითარება,
5 – გარდაცვალების შემდეგ სექციაზე დადგენილი დიაგნოზით,
6 – გარდაცვალების შემდეგ სექციის გარეშე.

20. თანმხლები დაავადებები: _____

_____

21. დაავადების ხასიათისა და გავრცელების გამო ნაჩვენები მკურნალობა:
1 – რადიკალური, 2 – პალიატიური, 3 – სიმპტომური

22. სპეციალური მკურნალობა ვერ ჩაუტარდა: 1 – მკურნალობაზე უარი განაცხადა
2 – მკურნალობის წინააღმდეგჩვენება.

23. მოცემული ჰოსპიტალიზაციისას ჩატარებული მკურნალობის ხასიათი: 1 – რადიკალური დასრულებული, 2 – რადიკალური დაუსრულებელი, 3 – ფილაქტიკური (რეციდივის საწინააღმდეგო), 4 – პალიატიური, 5 – სიმპტომური, 6 – ჩატარებული მკურნალობის მოგვიანებითი გართულებების მკურნალობა, 7 – სხვა მკურნალობა.

24. რადიკალური მკურნალობის შეწყვეტის მიზეზი:
1 – პაციენტმა შემდგომ მკურნალობაზე უარი განაცხადა, 2 - მკურნალობის გართულება,
3 – დაავადების პროგრესირება მკურნალობის ფონზე, 4 – დაგეგმილი შესვენება, 5 – _____

25. ქირურგიული მკურნალობა _____
ოპერაციის თარიღი, დასახელება, მოცულობა

_____

26. სხივური თერაპია: 1 – რადიკალური პროგრამით, 2 – ოპერაციიწინა, 3 – ოპერაციისშემდგომი,
4 – პალიატიური, 5 –სიმპტომური

26.1. გამოყენებულია: 1 – პირველადი სიმსივნის, 2 – რეციდივის, 3 – მეტასტაზის, 4 – სისტემური დაავადების სამკურნალოდ.

26.2. დასხივების კურსის დაწყებისა და დამთავრების თარიღი _____

26.3. გამოსხივების სახის მიხედვით:
ა) რენტგენთერაპია (1 – ახლოფოკუსიანი, 2 – ღრმა);
ბ) გამა–თერაპია;
გ) მაღალი ენერგიის ნაწილაკების დამუხრუჭების გამოსხივება;
დ) ელექტრონები.

26.4. სხივური თერაპიის სახე: 1 – დისტანციური თერაპია;
2 – ბრაქითერაპია: (ა – აპლიკაციური, ბ – ღრუსშიგნითა,
გ – ქსოვილშიგა) 3 – სისტემური

26.5. დასხივების მეთოდი:

_____

_____

26.6. ერთჯერადი დასხივების დოზა _____ 26.7. ფრაქციების რაოდენობა

26.8. დასხივების ჯამური დოზა: ძირითად კერაზე _____
რეგიონული მეტასტაზირების ზონებზე _____
შორეული მეტასტაზირების ზონებზე _____

26.9. გამოყენებული რადიომოდიფიკატორები _____

27. ქიმიოთერაპია: 1 – დამოუკიდებელი, 2 – ადიუვანტური, 3 – ნეოადიუვანტური.

27.1. გამოყენებულია: 1 – პირველადი სიმსივნის, 2 – რეციდივის, 3 – მეტასტაზის, 4 – სისტემური დაავადების სამკურნალოდ

27.2. ქიმიოთერაპიის კურსის დაწყებისა და დამთავრების თარიღი _____

27.3. ქიმიოპრეპარატების ჯამური დოზები _____

_____

28. ჰორმონ-იმუნოთერაპია:

28.1. ჰორმონთერაპია: 1 – მედიკამენტური, 2 – ქირურგიული, 3 – სხივური.

28.2. გამოყენებულია: 1 – პირველადი სიმსივნის, 2 – რეციდივის, 3 – მეტასტაზის,
4 – სისტემური დაავადების სამკურნალოდ.

28.3. პრეპარატები, დოზა

_____

29. სხვა მკურნალობა

_____

მათ შორის სიმპტომური

30. სპეციალური მკურნალობის გართულებები _____

_____

31. შემდგომი მკურნალობის რეკომენდაცია _____

_____

"_____"_____ 200 – წ. ექიმის ხელმოწერა _____
გარკვევით

მე-20 პუნქტში აღნიშნავენ იმ თანმხლებ დაავადებებს, რომლებიც ძირითადი დაავადების დამამძიმებელ გარემოებას წარმოადგენენ, ან რომელთა გამოც სიმსივნური დაავადების მკურნალობა ვერ ხერხდება. ყველა სახის მკურნალობის შემთხვევაში აუცილებელია მისი რადიკალურობის ხარისხის მითითება. სხივური თერაპიის დროს უნდა აღინიშნოს მეთოდიკები, მათი გამოყენების თანმიმდევრობა და დოზა. კომბინირებული და კომპლექსური მკურნალობისას დეტალურად და თანმიმდევრულად უნდა ჩამოითვალოს მისი შემადგენელი კომპონენტები.

იმ ავადმყოფებისთვის, რომლებსაც ადრე გავლილი აქვთ მკურნალობის სრული კურსი და ჰოსპიტალიზებული არიან დამატებითი გამოკვლევების და/ან რეციდივის ან მეტასტაზის განვითარების გამო, ადიუვანტური მკურნალობის ან სიმპტომური მკურნალობის ჩასატარებლად, მიუთითებენ წინამორბედი სპეციალური მკურნალობის სახეს და ჩატარების თარიღს, აგრეთვე არსებული სიმსივნური პროცესის ყველა გართულებას.

30-ე პუნქტში მიუთითებენ სპეციალური მკურნალობის გართულებებს.

ბოლოს მოკლედ იწერება ამომწურავი რეკომენდაცია ავადმყოფის შემდეგომი მკურნა-ლობის შესახებ.

„ამონაწერის“ შენახვის ვადა ხუთი წელია.

ინსტრუქცია

ავთვისებიანი სიმსივნეების შორსწასული შემთხვევების შესწავლისა და კონტროლისათვის

(ავადმყოფისთვის ავთვისებიანი სიმსივნის დაგვიანებით გამოვლენის შემთხვევის ოქმი – ფორმა №027-2/ს)

წინამდებარე ინსტრუქცია სავალდებულოა ონკოლოგიური ცენტრისა და დის-პანსერებისათვის, აგრეთვე იმ საავადმყოფოებისა და პოლიკლინიკებისათვის, სადაც ონკოლოგიური განყოფილება (კაბინეტი) არსებობს.

ინსტრუქცია ძალაშია დამტკიცების დღიდან.

კიბოს ადრეული დიაგნოსტიკისა და დროული მკურნალობისათვის, ექიმთა კვალიფიკაციის ასამაღლებლად და მოსახლეობაში კიბოს საწინააღმდეგო პროპაგან-დის გასაუმჯობესებლად, აუცილებელია სამედიცინო დაწესებულებების ქსელში ავთვისე-ბიანი სიმსივნეების შორსწასული ფორმების გამოვლენის სისტემატური კონტროლი და შესწავლა.

1. კონტროლს და შესწავლას ექვემდებარება დაგვიანებულად დადგენილი ყველა ავთვისებიანი სიმსივნე: III და IV სტადიის კიბო – ხილული ლოკა-ლიზაციებისათვის და IV სტადის კიბო – ყველა სხვა ლოკალიზაციისათვის.
2. ავთვისებიანი სიმსივნის დაგვიანებული დიაგნოსტიკის მიზეზების შესწავლაზე პასუხისმგებლობა ეკისრება იმ სამკურნალო დაწესებულების ხელმძღვანელს, სადაც პირველად იქნა გამოვლენილი დაგვიანებული დიაგნოსტიკის ფაქტი.

3. ოქმს (ფორმა №027-2/ს) ადგენს ყველა სამკურნალო-პროფილაქტიკური დაწესებულება, სადაც ავადმყოფის სიცოცხლეში პირველად იქნა აღრიცხული დაგვიანებული დიაგნოსტიკის შემთხვევა. ოქმის გაფორმება და შორსწასულობის მიზეზების გარჩევა ხდება იმ შემთხვევაშიც, თუ ავადმყოფი, რომელსაც სპეციალური მკურნალობა არ ჩატარებია, ავთვისებიანი სიმსივნისგან გარდაიცვალა კიბოს დიაგნოზის დადგენიდან არაუგვიანეს სამი თვისა, ან როცა კიბოს დიაგნოზი დადგენილ იქნა სიკვდილის შემდეგ.
4. კიბოს შორსწასული ფორმების შესახებ ოქმის შეუდგენლობა ითვლება კიბოს დაგვიანებული დიაგნოსტიკის შემთხვევის დამალვად.
5. ავთვისებიანი სიმსივნის თითოეული შორსწასული შემთხვევის შესახებ დგება ოქმი ორ ცალად: ერთი მათგანი დაერთვის ავადმყოფის სამედიცინო ბარათს (ფორმა №003/ს) და ამბულატორიული ავადმყოფის სამედიცინო ბარათს (ფორმა №025), ხოლო მეორე იგზავნება ონკოლოგიურ ცენტრში, დისპანსერში ან ონკოლოგიურ კაბინეტში, ავადმყოფის მუდმივი საცხოვრებელი ადგილის მიხედვით.
6. ოქმში ქრონოლოგიური რიგით უნდა იყოს აღწერილი ავადმყოფის მიერ სამკურნალო დაწესებულებისათვის მიმართვის ეტაპები, სამედიცინო დახმარებისათვის მიმართვის პირველი დღიდან; უნდა მიეთითოს ის სამკურნალო დაწესებულებები და პირები, რომელთა მიზეზითაც შეფერხდა ავთვისებიანი სიმსივნის დიაგნოზის დროულად დადგენა და მკურნალობის დაწყება; აგრეთვე ჩაიწეროს პრაქტიკული წინადადებები და ორგანიზაციული დასკვნები.
7. კიბოს შორსწასული ფორმების შესახებ ოქმის მიღების შემთხვევაში ონკოლოგიურ დისპანსერს (ონკოლოგიურ კაბინეტს) ავადმყოფი აყავს აღრიცხვაზე (IV კლინიკური ჯგუფი).
8. სამკურნალო დაწესებულების მთავარი ექიმი (დირექტორი), სადაც პირველად იქნა გამოვლენილი დაგვიანებული დიაგნოსტიკის ფაქტი, ასეთ შემთხვევებს არჩევს ექიმთა კონფერენციაზე იმ ექიმთა თანდასწრებით, რომლებიც ადრე მკურნალობდნენ ავადმყოფს და რომელთა მიზეზითაც მოხდა დაავადების დაგვიანებული გამოვლენა.
9. ყოველ კონკრეტულ შემთხვევაზე დგება ავთვისებიანი სიმსივნის დაგვიანებული გამოვლენის შემთხვევების შემსწავლელი კონფერენციის ოქმი; მისი მასალები და დასკვნები, კიბოს დაგვიანებული დიაგნოსტიკის მიზეზების ჩვენებით, ყველა შემთხვევაში გადაეცემა ჯანმრთელობის დაცვის ორგანოებს. განსაკუთრებული ყურადღება ექცევა იმ შემთხვევათა განხილვას, რომლებშიც დაგვიანებული დიაგნოსტიკის მიზეზი არასრული ან ხანგრძლივი გამოკვლევა და დიაგნოსტიკური შეცდომა იყო.
10. სამკურნალო დაწესებულებებში კიბოს დაგვიანებული დიაგნოსტიკის შემთხვევების შესწავლის კონტროლი ხორციელდება ონკოლოგიური დისპანსერების საშუალებით, დარგის ექსპერტების (ონკოლოგების, თერაპევტების, ქირურგების, გინეკოლოგების, ოტოლარინგოლოგების, რენტგენოლოგების) მონაწილეობით.

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო

ფორმა № 027-2/ს

ავთვისებიანი სიმსივნის დაგვიანებით გამოვლენის შემთხვევის ო ქ მ ი ა)

(IV კლინიკური ჯგუფი)

(ივსება 2 ეგზემპლარად: ერთი რჩება ავადმყოფის ამბულატორიულ ბარათში, მეორე იგზავნება ავადმყოფის საცხოვრებელი ადგილის მიხედვით ონკოლოგიურ დისპანსერში (ონკოცენტრში))

ავადმყოფის სამედიცინო ბარათის № _____

1. შედგენილია სამკურნალო დაწესებულებაში _____
დასახელება

და :ისი ადგილსამყოფელი

2. გვარი, სახელი, მამის სახელი _____

3. ასაკი _____ 4. სქესი: ქალი , კაცი 5 ავადმყოფის მუდმივი საცხოვრებელი ადგილი _____

6. დიაგნოზი _____

7. სტადია _____ კლინიკური ჯგუფი _____

8. კიბოს დაგვიანებული შემთხვევის დადგენის თარიღი _____ 9. პირველი ნიშნების გამოვლენის თარიღი _____
რიცხვი, თვე, წელი — რიცხვი, თვე, წელი

10. სამედიცინო დახმარებისათვის ავადმყოფის პირველადი მიმართვის თარიღი _____
რიცხვი, თვე, წელი

სამკურნალო დაწესებულების დასახელება _____

11. ავთვისებიანი სიმსივნის დიაგნოზის პირველად დადგენის თარიღი _____
რიცხვი, თვე, წელი

სამკურნალო დაწესებულების დასახელება _____

უსვენეთ სამკურნალო დაწესებულებაში ავადმყოფის ექიმისადმი მიმართვის ეტაპების ქრონოლოგიური თანმიმდევრობა. თითოეულ სამკურნალო დაწესებულებაზე აუცილებლად აღინიშნოს შემდეგი:

1. სამკურნალო დაწესებულების დასახელება; _____ 2. მიმართვის თარიღი; _____

3. გამოკვლევის მეთოდები და შედეგები; _____

4. დადგენილი დიაგნოზი; _____

5. ჩატარებული მკურნალობა _____

12. დაავადების შორსწასულობის მიზეზები (ხაზი გაესვას შორსწასულობის ძირითად მიზეზს):

1. ავადმყოფის არასრული გამოკვლევა; 2. შეცდომა დიაგნოზში: ა) კლინიკური, ბ) რენტგენოლოგიური, გ) პისტომორფოლოგიური; 3. ავადმყოფის ხანგრძლივი გამოკვლევა; 4. ავადმყოფობის ფარული მიმდინარეობა; 5. ავადმყოფის დაგვიანებული მიმართვა სამედიცინო დახმარებისათვის

დამატებითი შენიშვნები _____

_____

მოცემული შემთხვევის გარჩევის მონაცემები _____

ა) დაწესებულების დასახელება, სადაც ჩატარებულ იქნა კონფერენცია _____

ბ) კონფერენციის ჩატარების თარიღი _____

გ) ორგანიზაციული დასკვნები _____

_____

ოქმის შემდგენი ექიმის ხელმოწერა _____

მთავარი ექიმის ხელმოწერა _____

ოქმის შედგენის თარიღი "_____" _____

11. შორსწასული შემთხვევების შესწავლის საფუძველზე, ჯან-მრთე-ლობის დაცვის ორგა-ნო-ები, ონკოლოგიური დისპანსერების მონა-წილეობით, ამუშავებენ სა-კონტროლო ღონისძიებებს მოსახლეობისათვის ონკოლოგიური დახმარების გა-საუმჯობესებლად.
12. ონკოლოგიური დისპანსერების ხელმძღვანელები ჯანმრთელობის დაცვის ადგი-ლობრივ ორგანოებს დროდადრო აცნობებენ შორსწასულობის მიზეზების შეს-წავლის სფეროში თავიანთი მუშაობის შესახებ და რეკომენდაციებს იძლევიან ქალაქში, რაიონსა და სოფელში ონკოლოგიური დახმარების გაუმჯობესების მიზნით ჩასატარებელი პრაქტიკული ღონისძიებების განსახორციელებლად.
13. ფორმა №027-2/ს-ის ოქმის შენახვის ვადა ხუთი წელია.

სიკვდილის შემდეგ (აუტოფსიის დროს) დადგენილი ავთვისებიანი სიმსივნის რეგისტრაციის შესახებ შეტყობინების შევსების

ინსტრუქცია

ონკოლოგიური ავადობის სრული აღრიცხვისათვის მნიშვნელოვანია ინფორმა-ცია იმ გარდაცვლილ პირთა შესახებ, რომელთაც ავთვისებიანი სიმსივნის დიაგნოზი პირველად აუტოფსიის დროს (ე. ი. სიკვდილის შემდეგ) დაუდგინდათ.

იმ ქვეყნების მონაცემებით, სადაც ონკოლოგიური აღრიცხვიანობა მეტ-ნაკლე-ბად მოწესრიგებულია და აუტოფსია სავალდებულო წესით ტარდება, სიკვდილის შემდეგ დადგენილი ავთვისებიანი სიმსივნეების ხვედრითი წილი ონკოლოგიურ ავა-დობაში 5-7%-ს შეადგენს. ამასთან, გარდაცვლილ მამაკაცებში კიბოს გამოვლენის მაჩვენებელი 20-30%-ით მეტია, ვიდრე ქალებში, რაც ავადმყოფის სქესისა და სიმსივნის ლოკალიზაციის მიხედვით დაავადების გავრცელების თავისებურებებთან არის დაკავშირებული.

სიკვდილის შემდეგ დადგენილი ავთვისებიანი სიმსივნეები (მათ შორის ყველაზე ხშირია შინაგანი ორგანოების – ღვიძლის, პანკრეასის, ფილტვის, საყლაპავის, კუ-ჭის, კოლინჯის კიბო) შედარებით ადრეული სტადიისაა, ვიდრე იმავე ლოკალიზაცი-ის სიცოცხლეში დადგენილი სიმსივნეები. აუტოფსიის დროს გარეგანი (ვიზუალური) ლოკალიზაციის სიმსივნეების გამოვლენა 6-7-ჯერ უფრო იშვიათად ხდება, ვიდრე შინაგანი ლოკალიზაციის სიმსივნეებისა.

აუტოფსიაზე პირველად გამოვლენილი ავთვისებიანი სიმსივნეების ყველა შემთხ-ვევაზე (მიუხედავად იმისა, ავთვისებიანი სიმსივნე ძირითადი დაავადებაა თუ თანმხ-ლები), იმ დაწესებულების მიერ, სადაც ჩატარდა აუტოფსია, ივსება **შეტყობინება** და სავალდებულოდ იგზავნება კიბოს პოპულაციურ რეგისტრში.

შეტყობინებაში იწერება გარდაცვლილის სახელი, გვარი, მამის სახელი, და-ბადებისა და გარდაცვალების თარიღი. აქვე მიუთითებენ გარდაცვლილის მუდმივ მისამართსა და გარდაცვალების ადგილს.

სიკვდილის მიზეზებში აუცილებლად მიუთითებენ სიკვდილის უშუალოდ გა-მომწვევ დაავადებას და პათოლოგიურ მდგომარეობას.

შ ე ტ ყ ო ბ ი ნ ე ბ ა

აუტოფსიის დროს დადგენილი ავთვისებიანი სიმსივნის შესახებ

1. _____

დაწესებულების დასახელება და მისამართი, სადაც შეიტყო შეტყობინება

2. შეტყობინება გაიგზავნა კიბოს პოპულაციურ რეგისტრში (თბილისი, ლისის ტბა, ონკოცენტრი)
3. გარდაცვლილის გვარი, სახელი, მამის სახელი:

_____

4. სქესი: მამაკაცი – 1 ქალი – 2
5. დაბადების თარიღი _____ 6. გარდაცვალების თარიღი _____

(რიცხვი, თვე, წელი) (რიცხვი, თვე, წელი)

7. გარდაცვლილის მუდმივი მისამართი: ქალაქი, რაიონი _____

დასახლებული პუნქტი _____

ქუჩა _____ სახლი _____ ბინა ___

8. გარდაცვალების ადგილი: სტაციონარი – 1, სახლი – 2, სხვა ადგილი – 3
9. სიკვდილის მიზეზი:

ა) _____

სიკვდილის უშუალო მიზეზის გამომწვევი დაავადება ან პათოლოგიური მდგომარეობა

_____

ბ)

_____

სხვა გარეშე მიზეზები ტრავმისა და მოწამვლის შემთხვევაში

10. ავთვისებიანი სიმსივნის დიაგნოზი (კოდიფიკატორი 1) _____
11. სიმსივნის ჰისტოლოგიური ტიპი (კოდიფიკატორი 2)_____
12. შეტყობინების შევსების თარიღი: _____

(რიცხვი, თვე, წელი)

13. პათოლოგანატომის გვარი, სახელი, მამის სახელი: _____

ხელმოწერა _____

* შეტყობინება ივსება აუტოფსიაზე პირველად გამოვლენილი ყველა ავთვისებიანი სიმსივნის შემთხვევაზე, მიუხედავად იმისა, ავთვისებიანი სიმსივნე ძირითადი დაავადება იყო თუ თანმხლები.

ავთვისებიანი სიმსივნის გავრცელება განისაზღვრება pTNM კლასიფიკაციის შესაბამისად, ხოლო დიაგნოზი – დაავადებათა საერთაშორისო კლასიფიკაციის (კოდიფიკატორი 1) გათვალისწინებით.

ავთვისებიანი სიმსივნის არსებობა და მისი გავრცელება აუცილებლად ჰისტოლოგიურად უნდა იყოს დადასტურებული (კოდიფიკატორი 2).

ბოლოს იწერება შეტყობინების შევსების თარიღი, რასაც ხელს აწერს პათოლოგანატომი.

პათოლოგანატომის ხელმოწერა დასტურდება დაწესებულების ბეჭდით.

„შეტყობინებით“ მიღებული ინფორმაცია იმავე წელს შეაქვთ კიბოს რეგისტრის ავადობის ბაზაში, ხოლო წლის ბოლოს, ავადობის გაანალიზების შემდეგ, სიკვდილიანობის ბაზაში გადააქვთ.

„შეტყობინების“ შენახვის ვადა 5 წელია.

«კიბოს რეგისტრის ბარათის» შევსების ინსტრუქცია (ფორმა №030-6/ს)

წინამდებარე ინსტრუქცია სავალდებულია ონკოცენტრისთვის, დისპანსერებისა და საავადმყოფო-პოლიკლინიკებისათვის, რომლებსაც გააჩნიათ ონკოლოგიური განყოფილება (კაბინეტი).

ინსტრუქცია ძალაშია დამტკიცების დღიდან.

კიბოს რეგისტრის ბარათი წარმოადგენს ძირითად ოპერატიულ დოკუმენტს, რომელიც ასახავს ავადმყოფის ჯანმრთელობის მდგომარეობას დიაგნოზის დადგენიდან მისი აღრიცხვიდან მოხსნის მომენტამდე. იგი გამოიყენება პერსონიფიცირებულად, თითოეული ავადმყოფის შესახებ ინფორმაციის მისაღებად და ავთვისებიანი სიმსივნით დაავადებულთა შესახებ დროის გარკვეულ ინტერვალის ანგარიშის შესადგენად.

საქართველოს კიბოს პოპულაციური რეგისტრის ბარათი (ფორმა №030-6/ს) ივსება მხოლოდ იმ ონკოლოგიურ დაწესებულებაში, რომელიც ახორციელებს ამ პროფილის ავადმყოფთა აღრიცხვას და დისპანსერიზაციას (ონკოლოგიური დისპანსერები, განყოფილებები და კაბინეტები).

ონკოკაბინეტებში (განყოფილებებში), საცხოვრებელი ადგილის მიხედვით, ივსება „ბარათი" ყველა ავადმყოფზე, რომელთაც დადგენილი აქვთ კიბოს ან სხვა ავთვისებიანი სიმსივნის დიაგნოზი. ამ ბარათების შესავსებად მონაცემების შეკრება ხდება ფორმა №027-1/ს-ის (ამონაწერი ავთვისებიანი სიმსივნით დაავადებული ავადმყოფის სამედიცინო ბარათიდან), ფორმა №025/ს-ის (ამბულატორიული ავადმყოფის სამედიცინო ბარათი), ფორმა №003/ს-ისა (სტაციონარული ავადმყოფის სამედიცინო ბარათი) და სხვათა მიხედვით.

ონკოლოგიურ დაწესებულებაში აღრიცხვაზე მყოფ I^a (ავთვისებიან სიმსივნურ დაავადებაზე საეჭვო) და I^b (კიბოსწინა დაავადებით შეპყრობილი) კლინიკური ჯგუფების ავადმყოფებზე ივსება დისპანსერული დაკვირვების ჩვეულებრივი საკონტროლო ბარათები ფორმა №030/ს-ის მიხედვით.

„ბარათი" ოთხი ძირითადი ნაწილისაგან შედგება:

I ნაწილი – „პაციენტი" – მოიცავს საპასპორტო და სოციალურ-პროფესიულ მონაცემებს, პაციენტის ონკოლოგიურ აღრიცხვაზე აყვანის და აღრიცხვიდან მოხსნის თარიღებს;

II ნაწილი – „დიაგნოზი" – ასახავს სრულ დიაგნოზს, მის სარწმუნოობას, სიმსივნის რიგითობას, მხარეობას, გავრცელებას (სტადიას) და კლინიკურ ჯგუფს მისი დადგენის მომენტში; აქვე აღნიშნავენ დიაგნოზის დადგენის ვითარებას და დაგვიანებული დიაგნოსტიკის მიზეზებს;

III ნაწილში – „მკურნალობა" – აღინიშნება ჩატარებული მკურნალობის სახე და მეთოდები. აქვე მიუთითებენ რადიკალური მკურნალობის დაუსრულებლობის მიზეზებს და მოგვიანებით გართულებებს, თუ ასეთი არსებობს;

IV ნაწილში – „დისპანსერიზაცია" – რეგისტრირდება პაციენტზე ზედამხედველობა, დადგენილი ვადების შესაბამისად; ფასდება როგორც სიმსივნური პროცესის, ასევე თვით პაციენტის მდგომარეობა (მონიტორინგი).

I. პაციენტი (01-16). დასაწყისში აუცილებლად მიეთითება იმ სპეციალიზებულ სამედიცინო დაწესებულებებში გახსნილი ამბულატორიული ბარათის/ავადმყოფობის ისტორიის ნომერი, სადაც ავადმყოფს ონკოლოგიური დიაგნოზი დაუდგინდა და/ან სათანადო მკურნალობა ჩაუტარდა. თუ პაციენტს დიაგნოზი დაუდგინდა და/ან მკურნალობა ჩაუტარდა სომატურ დაწესებულებაში, ასეთ შემთხვევაში რეგისტრირდება რაიონის ონკოლოგიურ კაბინეტში გახსნილი ამბულატორიული ბარათის ნომერი.

ავადმყოფის გვარი, სახელი, მამის სახელი, მუდმივი მისამართი იწერება სრულად, შემოკლების გარეშე. აუცილებლობის შემთხვევაში დამატებით შეიძლება მითითებული იყოს ავადმყოფის დროებითი მისამართი.

სოციალურ-პროფესიული ჯგუფის მითითება ხდება სათანადო კოდიფიკატორის შესაბამისად.

აქვე უნდა აღინიშნოს ძირითად დაავადებასთან დაკავშირებული ინვალიდობა, თუკი იგი არსებობს.

ონკოლოგიურ აღრიცხვაზე აყვანისა და მოხსნის თარიღებთან ერთად აუცილებლად უნდა მიეთითოს, რა ვითარებაში მოხდა აღრიცხვაზე აყვანა და რა მიზეზით მოხდა აღრიცხვიდან მოხსნა (პუნქტები 10, 11, 12, 13).

თუ გამოკვლევების ან მკურნალობის პროცესში ონკოლოგიური დიაგნოზი არ დადასტურდა, ავადმყოფი აღრიცხვიდან იხსნება. ასეთ შემთხვევაში, კომპიუტერული დამუშავების შემდეგ, სარეგისტრაციო ბარათი ამოღებულ უნდა იქნეს კარტოთეკიდან და მე-13 პუნქტში მიეთითოს: „დიაგნოზი არ დადასტურდა“.

მე-11 პუნქტში აღნიშნული მონაცემების ხაზგასმისას მკაფიოდ უნდა გაიმიჯნონ: ა) ავადმყოფები, რომლებსაც ავთვისებიანი სიმსივნის დიაგნოზი პირველად საანგარიშო წელს დაუდგინდათ (მათ შორის, სიკვდილის შემდეგ დადგენილი დიაგნოზის შემთხვევებში); ბ) ავადმყოფები, რომლებსაც ონკოლოგიური დაავადება დადგენილი აქვთ გასულ წლებში, მაგრამ მათი აღრიცხვაზე აყვანა მოცემულ საანგარიშო წელს პირველად ხდება. ასეთ შემთხვევაში ხაზი უნდა გაესვას 11.2 პუნქტს – „აყვანილია აღრიცხვაზე ადრე დადგენილი დიაგნოზით (განმეორებით)“. ის ავადმყოფები, რომლებსაც სიცოცხლეში დადგენილი ჰქონდათ ავთვისებიანი სიმსივნის დიაგნოზი, მაგრამ ონკოკაბინეტში აღრიცხვაზე არ იყვნენ აყვანილი, საანგარიშო წელს გარდაცვალების შემთხვევაში უნდა მიეკუთვნონ სიკვდილის შემდეგ აღრიცხულთა რიცხვს. მათ მიეკუთვნებიან ის გარდაცვლილი ავადმყოფებიც, რომლებიც აღრიცხვაზე იყვნენ აყვანილი სხვა უწყებებისა და სამინისტროების (შინაგან საქმეთა, უშიშროების, თავდაცვის, ტრანსპორტის სამინისტროების და ა. შ.) დაქვემდებარებაში მყოფ სამკურნალო დაწესებულებებში; აგრეთვე ავადმყოფები, რომლებიც გარდაიცვალნენ სტაციონარში ავთვისებიანი სიმსივნის დადგენიდან მოკლე დროში და მათზე არ იყო შევსებული ფ. №27-1/ს „ონკო“ და ა. შ. ასეთ ავადმყოფებზე უნდა გაიხსნას კიბოს რეგისტრის ბარათი, შეივსოს სრულყოფილად და მხოლოდ ინფორმაციის კომპიუტერული დამუშავების შემდეგ იქნეს ამოღებული კარტოთეკიდან.

თუ ავთვისებიანი სიმსივნისაგან გარდაცვლილ ავადმყოფს დიაგნოზი დაუდგინდა სიკვდილის შემდეგ (ე. ი. არსად არ იმყოფებოდა დისპანსერულ აღრიცხვაზე), უნდა აღინიშნოს, ემყარება თუ არა დიაგნოზი პათოლოგ-ანატომიურ შესწავლას.

სამედიცინო დაწესებულება, რომელიც აკორექტებს ანკეტურს

კიბოს პოპულაციური რეგისტრი (საქართველო)
სარეგისტრაციო ბარათი № _____

I. პაციენტი

01. ამბ. ბარათი/ავადმყოფობის ისტორია № _____
02. გვარი, სახელი, მამის სახელი _____
03. დაბადების თარიღი _____ 04. სქესი 1 - მამაკაცი, 2 - ქალი
(რიცხვი, თვე, წელი)
05. ეროვნება (კოდიფიკატორი 9)_____ რელიგია _____
06. მისამართი_____(კოდიფიკატორი 8) _____
07. მცხოვრები 1 – ქალაქის, 2 – სოფლის ტელეფონი _____
08. სოციალურ-პროფესიული ჯგუფი (კოდიფიკატორი 7) _____
09. ინვალიდობა ძირითადი დაავადების გამო: 1 – Iჯგ; 2 – IIჯგ; 3 – IIIჯგ;
4 – ინვალიდობაზე უარი; 5 – არ არის ინვალიდობა;
0 – უცნობია.
10. აღრიცხვაზე აყვანის თარიღი _____
(რიცხვი, თვე, წელი)
11. აყვანილია აღრიცხვაზე: 1 – სიცოცხლეში პირველად; 2 – ადრე დადგენილი დიაგნოზით (განმეორებით);
3 – სიკვდილის შემდეგ.
12. აღრიცხვიდან მოხსნის თარიღი: _____
(რიცხვი, თვე. წელი)
13. აღრიცხვიდან მოხსნის მიზეზი: 1 – დიაგნოზი არ დადასტურდა; 2 – სხეაგან გადაიდა;
3 – აღრიცხვაზე იყო ბაზალიომის გამო; 4 – გარდაცვალა;
5 – ცნობა არ არის.
14. გარდაცვალების თარიღი _____
(რიცხვი, თვე, წელი)
15. აუტოფსია: 1 – არ ჩატარებულა; 2 – ჩატარდა; 3 – ჩატარდა და შედეგი უცნობია; 0 – უცნობია, ჩატარდა თუ არა.
16. სიკვდილის მიზეზი: 1 – ონკოლოგიური დაავადება; 2 – მკურნალობის გართულება;
3 – არაონკოლოგიური დაავადება; 0 – უცნობია.

II. დიაგნოზი: _____

დიაგნოზის დადგენის თარიღი _____

17. ნოზოლოგიის კოდი და სრული დიაგნოზი (კოდიფიკატორი 1)_____ კოდი: _____

_____

პირველადად მრავლობითი სიმსივნის დროს ჯერ აღინიშნება ლიდერი სიმსივნე, შემდეგ მეორე ლოკალიზაცია

18. პირველადად მრავლობითი სიმსივნე: 1 – არ არის; 2 – სინქრონული; 3 – მეტაქრონული;
4 – სინქრონულ-მეტაქრონული; 0 – უცნობია.
19. არსებული სიმსივნის რიგითობა (I, II, III და ა. შ.)_____
20. დაზიანების მხარე: 1 – მარცხენა; 2 – მარჯვენა; 3 – ორმხრივი; 4 – მხარეობა არ გამოიყენება; 5 – უცნობია.
21. დიაგნოზი დადასტურებულია: 1 – პისტოლოგიურად; 2 – ციტოლოგიურად;
3 – სადიაგნოსტიკო ოპერაციით; 4 – ლაბორატორულ-ინსტრუმენტულად.
22. სიმსივნის პისტოლოგიური ტიპი (კოდიფიკატორი 2):
_____ G_____
სიმსივნის პისტოლოგიური სტრუქტურა დიფერენციაციის ხარისხი – X, 1, 2, 3, 4

23. სიმსივნის კლასიფიკაცია TNM სისტემით:
T_____ X, 0, is, a, 1, 1a, 1a1, 1a2, 1b, 1c, 2, 2a, 2b, 2c, 3, 3a, 3b, 3c, 4, 4a, 4b, 4c, 4d.
N_____ X, 0, 1, 1a, 1b, 1c, 2, 2a, 2b, 2c, 3, 3a, 3b, 3c.
M_____ X, 0, 1, 1a, 1b.

24. სიმსივნის კლინიკური სტადია:

01 – Ia	05 – IIa	09 – IIIa	13 – IVa	17 – In situ
02 – Ib	06 – IIb	10 – IIIb	14 – IVb	18 – არ გამოიყენება
03 – Ic	07 – IIc	11 – IIIc	15 – IVc	00 – უცნობია
04 – I სტ	08 – II სტ	12 – III სტ	16 – IV სტ	

25. კლინიკური ჯგუფი დიაგნოზის დადგენის მომენტში: I⁰ I^A II II^A III IV

26. შორეული მეტასტაზის ლოკალიზაცია:

01 – შორეულ ლიმფურ კვანძში; 02 – ძვლებში; 03 – ღვიძლში;
04 – ფილტვებში დან პლევრაში; 05 – თავის ტვინში; 06 – კანში;
07 – თირკმელში; 08 – საკვერცხეებში; 09 – პერიტონეუმში;
10 – ძვლის ტვინში; 11 – სხვა ორგანოებში; 12 – მრავლობითი;
00 – უცნობია.

27. დიაგნოზის დადგენის ვითარება: 1 – თვითონ მომართა; 2 – აქტიურად პროფგასინჯვისას;
3 – კომპლექსური გამოკვლევისას; 4 – სხვა გარემოებაში;
5 – სიკვდილის შემდეგ აუტოფსიაზე;
6 – სიკვდილის შემდეგ აუტოფსიის გარეშე; 0 – უცნობია

28. დაავადების შორსწასულობის დადგენის თარიღი _____
(რიცხვი, თვე, წელი)

29. დაგვიანებული დიაგნოსტიკის მიზეზები:

01 – დაავადების ფარული მიმდინარეობა; 02 – ავადმყოფის არადროული მიმართვა;
03 – გამოკვლევებზე უარი განაცხადა; 04 – არასრული გამოკვლევა;
05 – დისპანსერიზაციის არასრულფასოვნება; 06 – კლინიცისტის შეცდომა;
07 – რენტგენოლოგის შეცდომა; 08 – ენდოსკოპისტის შეცდომა;
09 – მორფოლოგის შეცდომა; 10 – სხვა სპეციალისტის შეცდომა;
11 – სხვა მიზეზები; 00 – უცნობია.

30. მიმართვა სამკურნალო-პროფილაქტიკურ დაწესებულებაში ონკოლოგიური დიაგნოზის დადგენამდე ბოლო ერთი წლის განმავლობაში:

თარიღი რიცხვი, თვე, წელი	სამკურნალო-პროფილაქტიკური დაწესებულება	დიაგნოზი	გამოკვლევის მეთოდები				
			რენტგენი	ენდოსკოპია	ულტრაბგერა	მორფოლოგია	სხვა

31. აუტოფსიის შედეგები მოცემულ დიაგნოზთან მიმართებაში:

1 – დიაგნოზი დადასტურდა; 2 – სიმსივნის ნიშნები არ არის;
3 – დიაგნოზი შეიცვალა – დადგინდა სხვა ლოკალიზაციის სიმსივნე;
4 – დიაგნოზი შეიცვალა – დადგინდა სიმსივნის სხვა მორფოლოგიური ტიპი;
5 – დიაგნოზი დადასტურდა და არის სხვა პირველადი სიმსივნეც;
6 – კიბო დადგინდა აუტოფსიისას; 7 – კიბოს დიაგნოზი არ დადასტურდა; 0 - უცნობია.

III. მკურნალობა:

32. პირველადი სიმსივნის სპეციალური მკურნალობის დაწყების და დამთავრების თარიღი:
დაწყება _____ დამთავრება _____

33. პირველადი სიმსივნის გამო ჩატარებული მკურნალობა:

1 – სრული რადიკალური; 2 – არასრული რადიკალური;
3 – პალიატიური; 4 – სიმპტომური;
5 – მკურნალობისადმი სომატური უკუჩვენება;
6 – პაციენტმა მკურნალობაზე უარი განაცხადა; 0 – უცნობია.

34. მკურნალობის ალგორითმი: _____

35. რადიკალური მკურნალობის დაუსრულებლობის მიზეზები:

1 – ავადმყოფმა მკურნალობის გაგრძელებაზე უარი განაცხადა; 2 – მკურნალობის გართულებები;
3 – დაავადების უარყოფითი დინამიკა მკურნალობის ფონზე; 4 – დაგეგმილი შესვენება;
5 – სხვა მიზეზები; 0 – უცნობია

36. მკურნალობის მოგვიანებითი გართულებები (კოდიფიკატორი 6) 0 – უცნობია;
1 – არ არის; 2 – არის.

37. ქირურგიული მკურნალობა

თარიღი	მკურნალობის ჩატარების პირობები	მკურნალობის ჩატარების ადგილი	ოპერაციის დასახელება (კოდიფიკატორი 3)	მკურნალობის გართულებები (კოდიფიკატორი 6)

38. სხივური თერაპია

მკურნალობის დაწყების თარიღი	მკურნალობის დამთავრების თარიღი	მკურნალობის ჩატარების პირობები	მკურნალობის ჩატარების ადგილი	სხივური თერაპიის გამოყენება მკურნალობის ეტაპებზე	დასხივების სახე (კოდ.4.1)	ამსხივების წყარო (კოდ.4.2)	დასხივების მეთოდი (კოდ.4.3)	ძირითადი სიმსივნის დასხივების ჯამური დოზა	რეგიონალური მეტასტაზირების ზონების დასხივების ჯამური დოზა	შორეული მეტასტაზირების ზონების დასხივების ჯამური დოზა	გამოყენებული რადიომოდიფიკატორები (კოდ.4.4)	მკურნალობის გართულებები (კოდ.6)
1	2	3	4	5	6	7	7	9	10	11	12	13

39. ქიმიოთერაპია

მკურნალობის დაწყების თარიღი	მკურნალობის დამთავრების თარიღი	მკურნალობის ჩატარების პირობები	მკურნალობის ჩატარების ადგილი	ქიმიოთერაპიის სახე	ქიმიოთერაპიის გამოყენება მკურნალობის ეტაპებზე	ქიმიოთერაპიის სქემა (კოდ.5)	მკურნალობის გართულებები (კოდ.6)

40. ჰორმონიმუნოთერაპია

მკურნალობის დაწყების თარიღი	მკურნალობის დამთავრების თარიღი	მკურნალობის ჩატარების პირობები	მკურნალობის ჩატარების ადგილი	ჰორმონიმუნოთერაპიის სახე	ჰორმონიმუნოთერაპიის გამოყენება მკურნალობის ეტაპებზე	პრეპარატები (კოდ.5)	მკურნალობის გართულებები (კოდ.6)

41. კომბინირებული მკურნალობა: _____

42. კომპლექსური მკურნალობა : _____

IV. დისპანსერიზაცია

40. მონაცემები პაციენტის მდგომარეობის შესახებ:

დანიშნა გამოცხადება	გამოცხადდა	სიმსივნის მონიტორინგი	პაციენტის მდგომარეობა	დანიშნა გამოცხადება	გამოცხადდა	სიმსივნის მონიტორინგი	პაციენტის მდგომარეობა

სიმსივნური პროცესის მდგომარეობა:

01 – რეციდივის და მეტასტაზის გარეშე;
02 – ლოკალური სიმსივნე;
03 – ინტრაორგანული რეციდივი;
04 – ორგანოსგარეშე რეციდივი;
05 – რეგიონული მეტასტაზები;
06 – ერთეული შორეული მეტასტაზი;
07 – მრავლობითი შორეული მეტასტაზები;
08 – სისტემური დაავადების რემისია;
09 – სისტემური დაავადების პროგრესირება;
10 – გამოვლინდა ახალი პირველადი სიმსივნე;
00 – არ არის მონაცემები.

პაციენტის მდგომარეობა:

1 – შრომის უნარი სრულადაა აღდგენილი;
2 – შეუძლია მსუბუქი სამუშაოს შესრულება;
3 – დროის 50%-მდე საწოლშია, შეზღუდულად შეუძლია მსუბუქი სამუშაოს შესრულება;
4 – დროის 50%-ზე მეტს ატარებს საწოლში, შეუძლია თავისი თავის მომსახურება;
5 – მწოლიარე ავადმყოფია, ესაჭიროება მოშელელი;
6 – ცოცხალია, მდგომარეობა უცნობია;
0 – მონაცემები არ არის

41. მდგომარეობა საანგარიშო წლის ბოლოსათვის

წელი	მდგომარეობა წლის ბოლოსათვის	წელი	მდგომარეობა წლის ბოლოსათვის	წელი	მდგომარეობა წლის ბოლოსათვის

1 – I კლინიკური ჯგუფი
2 – IIა კლინიკური ჯგუფი
3 – II კლინიკური ჯგუფი
4 – III კლინიკური ჯგუფი
5 – IV კლინიკური ჯგუფი
6 – გარდაცვალება
7 – სხვაგან გადაიდა (მისამართი შეიცვალა)
8 – აღრიცხვიდან მოიხსნა
9 – მონაცემები არ არის

_____

რაიონკოლოგი

ავადმყოფის გარდაცვალების შემთხვევაში მიეთითება გარდაცვალებისა და აუტოფსიის ჩატარების თარიღი და სიკვდილის მიზეზი.

II. დიაგნოზი (17-31). მე-17 პუნქტში იწერება ნოზოლოგიის კოდი და სრული კლინიკური დიაგნოზი კოდიფიკატორ 1-ის შესაბამისად.

პირველადად მრავლობითი სიმსივნის დროს ჯერ აღინიშნება ლიდერი სიმსივნე, შემდეგ – მეორე ლოკალიზაცია, მათი სინქრონულ-მეტაქრონულობა და რიგითობა.

პირველადად მრავლობითი სიმსივნეების მქონე ავადმყოფთა ბარათები კიბოს რეგისტრის კარტოთეკაში ცალკე ინახება. სტატისტიკურ ანგარიშში ყოველი ასეთი ავადმყოფი აღირიცხება, როგორც ერთი ერთეული, ხოლო თითოეული სიმსივნე ითვლება ცალ-ცალკე, ლოკალიზაციის შესაბამისად.

სადაც გამოიყენება, აუცილებლად მიუთითებენ სიმსივნის მხარეობაზე. დიაგნოზი 21-ე პუნქტში მითითებული კვლევის ერთ-ერთი რომელიმე მეთოდით უნდა იყოს დადასტურებული. შეძლებისდაგვარად, უნდა განისაზღვროს ავთვისებიანი სიმსივნის ჰისტოლოგიური სტრუქტურა და დიფერენცირების ხარისხი (პუნქტი 22).

23-24-ე პუნქტებში აღინიშნება დაავადების TNM კლასიფიკაცია და კლინიკური სტადია გამოკვლევის დამთავრების მომენტში (ხოლო თუ ავადმყოფი ნაოპერაციებია – pTNM კლასიფიკაცია და შესაბამისი სტადია), სიმსივნური პროცესის გავრცელების შესაბამისად.

მითითებული სტადია უცვლელი რჩება ავადმყოფზე დისპანსერული მეთვალყურეობის მთელ პერიოდში!

პრეინვაზიურ კარცინომაზე (ნულოვანი სტადია) ასევე ივსება კიბოს რეგისტრის ბარათი (ფ. №030-6/ს), მაგრამ ცალკე ინახება და ავთვისებიანი სიმსივნეებით დაავადებულთა სტატისტიკურ აღრიცხვაში არ მონაწილეობს (პუნქტი 24.17).

იმ შემთხვევაში, როცა დაავადების სტადიის განსაზღვრა ძნელია, ან სტადია არ არის მითითებული (მაგ., შინაგანი ორგანოების სიმსივნიან არანაოპერაციებ ავადმყოფთა ნაწილი, სისტემური დაავადებების მქონე პაციენტები და ა. შ.), 24-ე პუნქტში უნდა ჩაიწეროს – „უცნობია“. ეს ჩანაწერი უნდა გაკეთდეს საანგარიშო წლის ბოლოს, რადგან დიაგნოზის ჰისტოლოგიური დადასტურება შესაძლებელია მოხდეს რამდენიმე თვის შემდეგ, სხვა გამოკვლევების დროს.

კლინიკური ჯგუფი დიაგნოზის დადგენის მომენტში აღინიშნება რომაული ციფრებით. იგი ცვლადი მაჩვენებელია და ეს ცვლილება აისახება „დისპანსერიზაციის“ ნაწილში (პუნქტი 43).

შორეული მეტასტაზის არსებობა აღინიშნება 26-ე პუნქტში.

27-30-ე პუნქტები ასახავს დიაგნოზის დადგენის ვითარებას, დიაგნოზის დადგენამდე ავადმყოფის გამოკვლევის ხანგრძლივობას, დაგვიანებული დიაგნოსტიკის მიზეზებს. დიაგნოზის დადგენამდე ავადმყოფის გამოკვლევის ხანგრძლივობა (თვეებში) გამოითვლება მოცემული დაავადების გამო პაციენტის ექიმთან პირველი ვიზიტის დღიდან.

დაგვიანებული დიაგნოსტიკის მიზეზებიდან 29-ე პუნქტში ხაზი უნდა გაესვას შესაბამის ქვეპუნქტებს.

30-ე პუნქტში უნდა ჩამოითვალოს ყველა ის სამკურნალო დაწესებულება, სადაც უტარდებოდა ავადმყოფს გამოკვლევები ავთვისებიანი სიმსივნის დადგენამდე უკანასკნელი ერთი წლის განმავლობაში. თუ ავადმყოფს ავთვისებიანი სიმსივნის დიაგნოზი სიკვდილის შემდეგ დაუდგინდა, ასეთი მონაცემების მიღება შეუძლებელია, ამიტომ შესაბამის სტრიქონში უნდა ჩაიწეროს – „უცნობია“. ამ პუნქტში თანმიმდევრობით, პროფილისა და თარიღის მითითებით, იწერება ასევე, თუ რომელ სამკურნალო დაწესებულებაში ჩაიტარა პაციენტმა მკურნალობა სხვა დიაგნოზით, ონკოლოგიური დაავადების დადგენამდე. მაგ., „ონკოცენტრი, 2001“, „ონკოდისპანსერი, 2000“, „სომატური საავადმყოფო ონკოლოგიური საწოლებით (ონკო), 2002“ ან „სომატური საავადმყოფო ონკოლოგიური საწოლების გარეშე“ – „რაისაავადმყოფო (ზოგადი), 2001“.

გარდაცვლილი ონკოლოგიური ავადმყოფის პათოლოგ-ანატომიური შესწავლის შემთხვევაში აუტოფსიის შედეგები მოცემულ დიაგნოზთან მიმართებაში აისახება 31-ე პუნქტში.

III მკურნალობა. ონკოლოგიური ავადმყოფის მკურნალობა კომბინირებული და კომპლექსურია და ხშირად რამდენიმე ეტაპად ტარდება. ამიტომ 32-ე პუნქტში მკურნალობის დაწყების თარიღი თავიდანვე, ხოლო დამთავრების თარიღი საოქმო გადაწყვეტილებით განსაზღვრული მკურნალობის ყველა ეტაპის ამოწურვის შემდეგ მიეთითება.

33-ე, 35-ე და 36-ე პუნქტები ასახავს ჩატარებული მკურნალობის ხასიათს, რადიკალური მკურნალობის დაუსრულებლობის მიზეზებს და მკურნალობის მოგვიანებით გართულებებს.

II კლინიკური ჯგუფის ის პაციენტები, რომლებმაც უარი განაცხადეს მკურნალობაზე ან მკურნალობისადმი ზოგადი უკუჩვენება გააჩნდათ, მიეკუთვნებიან მკურნალობაზე უარის თქმის ჯგუფს მიუხედავად იმისა, ჩაუტარდათ თუ არა მათ შემდგომში პალიატიური ან სიმპტომური მკურნალობა. საანგარიშო პერიოდში IV კლინიკურ ჯგუფში გადაყვანის შემთხვევაში ეს ავადმყოფები წლის ბოლომდე მაინც უნდა დარჩნენ მკურნალობაზე უარის მთქმელ ან მასზე ზოგადი უკუჩვენების მქონე ავადმყოფთა სიაში.

35-ე პუნქტში ხაზი უნდა გაესვას მონაცემებს, რომელთა გამოც მკურნალობა ვერ ჩატარდა. ხაზგასმა უნდა მოხდეს ფაქტით, რადგან საანგარიშო წლის განმავლობაში ეს მონაცემები შესაძლებელია შეიცვალოს.

36-ე პუნქტში აისახება მკურნალობის მოგვიანებითი გართულებები, მე-6 კოდიფიკატორის შესაბამისად.

37-ე, 38-ე, 39-ე, 40-ე პუნქტები ასახავს ჩატარებულ მკურნალობას. მათი ერთობლიობისა და ჩატარების თარიღების მისედვით შესაძლებელია დადგინდეს, რა შემთხვევაში იყო მკურნალობა კომბინირებული ან კომპლექსური, რაც დამატებით 41-ე და 42-ე პუნქტებში აისახება.

სპეციალური მკურნალობა არ უტარდებათ იმ პაციენტებს, რომლებსაც აღრიცხვაზე აყვანისას დადგენილი აქვთ IV კლინიკური ჯგუფი, ან წინა წელს არიან გადმოყვანილი აღნიშნულ კლინიკურ ჯგუფში.

თუ ავადმყოფს ჩაუტარდა ქირურგიული მკურნალობა (მათ შორის კომბინირებული ან კომპლექსური თერაპიის დროს), ოპერაციის დასახელება, მისი მოცულობის მითითებით (რადიკალური, პალიატიური, სიმპტომური, დიაგნოსტიკური), აღინიშნება 37-ე პუნქტში.

მკურნალობის სხვადასხვა ეტაპზე, სხვადასხვა დაწესებულებაში, პაციენტს შესაძლოა რამდენიმე ქირურგიული ოპერაცია ჩაუტარდეს. მკურნალობა შეიძლება ჩატარდეს სტაციონარულად ან ამბულატორიულად, რაც სრულად უნდა დაფიქსირდეს 37-ე პუნქტში.

38-ე პუნქტი ცხრილის სახითაა წარმოდგენილი და სრულად ასახავს ჩატარებულ სხივურ თერაპიას. ცხრილში არსებული კითხვარის შევსება უნდა მოხდეს შესაბამისი კოდიფიკატორების გამოყენებით.

39-ე და 40-ე პუნქტებში აისახება მედიკამენტური მკურნალობა (ქიმიო-ჰორმონ-იმუნოთერაპია) პრეპარატების მითითებით და შესაძლო გართულებებით.

ჩატარებული სპეციალური მკურნალობის მონაცემები ბარათში უნდა ჩაიწეროს დადგენილი მკურნალობის *ყველა ეტაპის დამთავრების შემდეგ*. თუ საანგარიშო წელს სპეციალური მკურნალობა არ იყო დამთავრებული, შესაბამისი წლის სტრიქონში უნდა ჩაიწეროს: „სპეციალური მკურნალობა არ დამთავრებულა, 2000 წ.“, ხოლო მომდევნო წელს, მკურნალობის დამთავრების შემდეგ, კეთდება მისი ამსახველი სათანადო ჩანაწერი.

თუ საანგარიშო წელს ავადმყოფს არ უმკურნალია, წლის ბოლოს კეთდება ჩანაწერი, მაგ., „2000 წელს მკურნალობა არ სჭირდებოდა“ ან „2000 წელს ავადმყოფმა მკურნალობაზე უარი განაცხადა“ და ა. შ.

იმ ავადმყოფთა საკონტროლო ბარათებში, რომლებსაც რეციდივის ან არასრულად ჩატარებული პირველადი მკურნალობის გამო განმეორებითი მკურნალობა (ოპერაცია) საანგარიშო წელს ჩაუტარდათ, აღნიშნული მკურნალობის სახე, მოცულობა და ჩატარების თარიღი უნდა ჩაიწეროს შესაბამისად 37-40 პუნქტებში.

ის ავადმყოფები, რომლებსაც სპეციალური (რადიკალური) მკურნალობის ბოლო ეტაპი ჩაუტარდათ განმეორებითი ჰოსპიტალიზაციისას ან სხვა დაწესებულებაში (სადაც იგი არ იყო დაწყებული), აღრიცხვისას არ უნდა მივაკუთვნოთ ავადმყოფთა იმ კატეგორიას, რომელსაც საანგარიშო წელს ჩაუტარდა განმეორებითი მკურნალობა.

IV დისპანსერიზაცია. აღნიშნული ნაწილი გულისხმობს ონკოლოგიური დაავადების მონიტორინგს რადიკალური მკურნალობის შემდეგ, დადგენილ ვადებში.

სათანადო კლასიფიკატორებით ცალ-ცალკე ფასდება სიმსივნური პროცესი და პაციენტის მდგომარეობა.

ყოველი საანგარიშო წლის ბოლოს ისაზღვრება პაციენტის სტატუსი კლინიკური ჯგუფის მითითებით.

ავადმყოფის შემდგომი ბედის ან აღრიცხვიდან მოხსნის მიზეზების შესახებ მონაცემები საანგარიშო წლის ბოლოს ფიქსირდება მე-13 პუნქტში. აღრიცხვიდან (გარდაცვალების, მისამართის შეცვლის, ონკოლოგიური დიაგნოზის მოხსნის მიზეზით) მოსახსნელი ავადმყოფის ბარათები კარტოთეკაში ინახება წლიური ანგარიშის

შედგენამდე. ავადმყოფის გარდაცვალების, ონკოკაბინეტის სამოქმედო ტერიტორიის ფარგლებს გარეთ საცხოვრებლად გადასვლის, აგრეთვე არასწორად დასმული ონკოლოგიური დიაგნოზის მოხსნის შემთხვევაში მე-12 პუნქტში იწერება გარდაცვალების, მისამართის შეცვლის ან აღრიცხვიდან მოხსნის თარიღი (რიცხვი, თვე, წელი).

ავადმყოფები, რომელთა შესახებაც კიბოს რეგისტრს (ონკოლოგიურ კაბინეტს) საანგარიშო წელს მონაცემები არ გააჩნდა, მეთვალყურეობიდან გასულად ითვლებიან. ინფორმაციის კომპიუტერული დამუშავების შემდეგ მათი ბარათები ბარდება არქივს. საჭიროების შემთხვევაში, თუ ეს ავადმყოფი ხელახლაა ასაყვანი აღრიცხვაზე, მასზე ივსება ახალი ბარათი (სიკვდილის შემთხვევაში — როგორც სიცოცხლეში დადგენილი, მაგრამ სიკვდილის შემდეგ აღრიცხული დიაგნოზით, დიაგნოზის დადგენის თარიღის მითითებით).

ყოველი საანგარიშო წლის ბოლოს, აღრიცხვაზე მყოფი თითოეული ავადმყოფის შესახებ მონაცემების დაზუსტების შემდეგ, უნდა მოხდეს აღრიცხვიდან მოხსნელი ავადმყოფების (გარდაცვალება, მისამართის შეცვლა და ა. შ.) ბარათების მარკირება პირველი გვერდის წითელი ფანქრით გადახაზვით. ასეთი მარკირება საშუალებას იძლევა აღრიცხვიდან მოსახსნელი ბარათები ინფორმაციის კომპიუტერული დამუშავების შემდეგ სწრაფად იქნეს ამოღებული კარტოთეკიდან. სიკვდილის შემდეგ აღრიცხული პაციენტების ბარათების მარკირება უნდა მოხდეს სხვა ფერის ფანქრით.

43-ე პუნქტში განსაკუთრებით აღინიშნება იმ ავადმყოფთა მონაცემები, რომლებიც საანგარიშო წელს III კლინიკური ჯგუფიდან გადაყვანილ იქნენ II კლინიკურ ჯგუფში (იმის მიუხედავად, იმავე წელს იქნენ თუ არა გადაყვანილი III კლინიკურ ჯგუფში). ავადმყოფის გადაყვანა III-დან II კლინიკურ ჯგუფში აღინიშნება იმ წლის მითითებით (ფრჩხილებში), როცა ეს მოხდა.

კიბოს რეგისტრის ბარათის საარქივო შენახვის ვადა 10 წელია.

ინსტრუქცია

ავთვისებიანი სიმსივნით დაავადებული ავადმყოფების შესახებ ანგარიშის შესადგენად (ფორმა №8)

1. ანგარიშს ავთვისებიანი სიმსივნით დაავადებული ავადმყოფების შესახებ (ფ. №8) ყოველწლიურად ადგენენ ონკოლოგიური კაბინეტები, დისპანსერები და ცენტრი.
2. ანგარიში მოიცავს ავთვისებიან სიმსივნეთა ლოკალიზაციების განსაზღვრულ რიცხვს, დაავადებათა საერთაშორისო სტატისტიკური კლასიფიკაციის მე-10 გადახედვის რუბრიკების შესაბამისად. თითოეული ონკოლოგიური დაწესებულება წარმოადგენს თავის ანგარიშს. მასში უნდა შედიოდეს ცნობები მხოლოდ იმ ავადმყოფთა შესახებ, რომლებიც მის სამოქმედო ტერიტორიაზე მუდმივად ცხოვრობენ.
3. ანგარიშის (ფ. №8) შედგენა ხდება კიბოს რეგისტრის ბარათების (ფ. №30-6/ს) მონაცემების მიხედვით, რომელიც ივსება ავთვისებიანი სიმსივნით დაავადებულ ყოველ ავადმყოფზე, ინახება ტერიტორიული ონკოკაბინეტის (დისპანსერის) და ონკოცენტრის კარტოთეკებში და შესულია ქვეყნის კიბოს რეგისტრის კომპიუტერულ ბაზაში.

4. ანგარიშის შედგენამდე მოწმდება სამედიცინო ბარათების შევსების ხარისხი, საჭიროების შემთხვევაში მათში შედის შესწორებები, ლაგდება ანბანის მიხედვით, პირველადად მრავლობითი სიმსივნეების შემთხვევაში ხდება ერთი და იმავე ავადმყოფის ბარათების შეწყვილება, ხოლო დუბლიკატის აღმოჩენის შემთხვევაში – მისი ამოღება.
5. ანგარიში შედგება 3 ძირითადი ნაწილისაგან, რომლებიც წარმოდგენილი უნდა იყოს ცხრილების სახით:
   1) მონაცემები ავთვისებიანი სიმსივნეებით დაავადებულ იმ ავადმყოფთა შესახებ, რომლებიც იმყოფებიან ონკოლოგიურ აღრიცხვაზე;
   2) ავთვისებიანი სიმსივნეებით დაავადებულთა განაწილება სიმსივნის ლოკალიზაციის, ავადმყოფის სქესისა და ასაკის მიხედვით;
   3) ცნობები ავთვისებიანი სიმსივნეებით დაავადებულთა მკურნალობის შესახებ (II კლინიკური ჯგუფი).

1. მონაცემები ავთვისებიანი სიმსივნეებით დაავადებულ იმ ავადმყოფთა შესახებ, რომლებიც იმყოფებიან ონკოლოგიურ აღრიცხვაზე (ცხრილი 1).

ცხრილში მოცემულია ნოზოლოგიების ჩამონათვალი C00-დან C97-მდე. ჯამური მაჩვენებლები წარმოდგენილია დაშტრიხული სტრიქონებით.

პირველ გრაფაში აღნიშნულია საანგარიშო წლის დასაწყისში აღრიცხვაზე მყოფი ონკოლოგიური კონტინგენტი.

მე-2 გრაფაში ცალკე აღირიცხებიან ის ავადმყოფები, რომლებსაც ონკოლოგიური დიაგნოზი წინა წლებში დაუდგინდათ სხვა დაწესებულებაში და ონკოლოგიურმა დაწესებულებამ მათი არსებობის შესახებ საანგარიშო წელს შეიტყო.

ანგარიშში არ შეაქვთ მონაცემები იმ ავადმყოფთა შესახებ, რომლებიც წინა წლებში მკურნალობდნენ არაონკოლოგიურ დაწესებულებაში, გარდაცვალებაც დაფიქსირდა წინა წლებში, ხოლო ონკოლოგიურმა დაწესებულებამ მისი არსებობის შესახებ შეიტყო სიკვდილის შემდეგ, საანგარიშო წელს.

მე-3 გრაფაში თავს იყრის ინფორმაცია საანგარიშო წელს სიცოცხლეში პირველად დადგენილი ონკოლოგიური დიაგნოზის მქონე ავადმყოფების შესახებ, ე. ი. აღრიცხულია პირველადი ავადმყოფების რაოდენობა. აქ წარმოდგენილი უნდა იყოს ყველა ის ავადმყოფი, რომელიც აღრიცხვაზეა წლის ბოლოსათვის. ავადმყოფი, რომელსაც დადგენილი აქვს პირველადად მრავლობითი სინქრონული სიმსივნე, ცხრილში წარმოდგენილი უნდა იყოს ერთჯერ, ლიდერი სიმსივნის ან უფრო რთული მდგომარეობის მიხედვით.

ანგარიშში არ შეაქვთ მონაცემები იმ ავადმყოფთა შესახებ, რომლებიც აღრიცხვაზე აყვანილი იყვნენ საანგარიშო წელს და დისპანსერული მეთვალყურეობით ონკოლოგიური დაავადების არსებობა არ დაუდასტურდათ. მე-4 გრაფაში პირველადი ავადმყოფებიდან ცალკეა გამოყოფილი სოფლის მცხოვრებთა რაოდენობა.

მე-5 გრაფაში აღინიშნება იმ ავადმყოფთა რაოდენობა, რომელთაც ონკოლოგიური დიაგნოზი დაუდგინდათ პროფგასინჯვების ან კიბოსწინა დაავადებაზე დისპანსერული მეთვალყურეობის დროს.

დადასტურებული ჰისტოლოგიური დიაგნოზების რაოდენობას აღრიცხავენ მე-6 გრაფაში.

მე-7-8-9 გრაფებში ხდება პირველად ავადმყოფთა განაწილება კლინიკური სტადიების მიხედვით. ქირურგიული მკურნალობის შემთხვევაში მიუთითებენ ოპერაციის შემდეგ დადგენილ სტადიას.

იმ შემთხვევაში, თუ ავადმყოფს თავდაპირველად დაესვა II-III სტადიის კიბოს დიაგნოზი, სპეციალური მკურნალობა არ ჩაიტარა და გარდაიცვალა დიაგნოზის დადგენიდან და აღრიცხვაზე აყვანიდან 3 თვის განმავლობაში, უდგინდება დაავადების IV სტადია და აღირიცხება მე-9 გრაფაში.

სხვაობა მე-7-8-9 გრაფების ჯამსა და მე-3 გრაფის მონაცემებს შორის არის იმ ავადმყოფთა რაოდენობის მაჩვენებელი, რომელთაც დაავადების სტადია არ განესაზღვრათ.

შინაგანი ლოკალიზაციების სიმსივნეების მქონე ავადმყოფები, რომლებსაც დიაგნოზი დაესვათ მხოლოდ ფიზიკალური გასინჯვით, დამატებითი სპეციალური გამოკვლევების გარეშე და დაავადების შორსწასულობის ნიშნები არ იქნა ნანახი, ფასდებიან როგორც დაუდგენელი სტადიის კიბოს მქონე ავადმყოფები.

მე-10 გრაფაში აღრიცხავენ მთელი კონტინგენტიდან გარდაცვლილთა საერთო რაოდენობას. პირველადად მრავლობითი სიმსივნის მქონე ავადმყოფის სიკვდილის შემთხვევაში მისი აღრიცხვა ხდება იმ ლოკალიზაციის სიმსივნის მიხედვით, რომელიც სიკვდილის მიზეზი გახდა.

მე-11 გრაფაში იწერება წინა წელს პირველად აღრიცხულთა გარდაცვალების მონაცემები დიაგნოზის დადგენიდან 1 წლის განმავლობაში, ე. ი. 2003 წელს იანგარიშება 2002 წლის პირველად ავადმყოფთა შორის გარდაცვალების შემთხვევები. გარდაცვლილი ავადმყოფის სიცოცხლის ხანგრძლივობად ითვლება დროის შუალედი (თვეებში) დიაგნოზის დადგენიდან სიკვდილამდე. თუ დროის ეს მონაკვეთი შეადგენს 11 თვეს და 29 დღეს ან ნაკლებს, ავადმყოფი ითვლება დიაგნოზის დადგენიდან 1 წელიწადში გარდაცვლილად (ერთ წლამდე გარდაცვალება).

თუ ავადმყოფს დიაგნოზი დადგენილი აქვს წინა წელს, ხოლო აღრიცხვაზე აყვანილია საანგარიშო წელს, გარდაცვალების შემთხვევაში სიცოცხლის ხანგრძლივობის ათვლა ხდება დიაგნოზის დადგენის მომენტიდან.

ყველა გარდაცვლილი ავადმყოფი ნაწილდება ცხრილში სტრიქონების მიხედვით: მე-2 სტრიქონში აღირიცხება 14 წლის ასაკის ჩათვლით ბავშვთა სიკვდილიანობის შემთხვევები. დანარჩენ სტრიქონებში – მოზრდილთა სიკვდილიანობის შემთხვევები ნოზოლოგიების მიხედვით.

მე-12 გრაფაში ცალკე გამოყოფენ საანგარიშო წლის დასაწყისში დისპანსერულ მეთვალყურეობაზე მყოფ (სვეტი 1) და საანგარიშო წლის ბოლოსათვის პირველად დადგენილი დიაგნოზის მქონე ავადმყოფთაგან (სვეტი 3) ჩაწესებულების სამოქმედო ტერიტორიიდან (რაიონიდან, მხარიდან, ქვეყნიდან) გასულთა რიცხვს.

მე-13 გრაფაში მიუთითებენ საანგარიშო წლის ბილოს აღრიცხვაზე მყოფ ავადმყოფთა რაოდენობას. აქ არ აღრიცხავენ იმ ავადმყოფებს, რომელთა შესახებაც საანგარიშო წლის განმავლობაში ინფორმაცია არ არის. აღრიცხულ ავადმყოფთა საერთო რაოდენობიდან ცალ-ცალკე გამოყოფენ სოფლის მცხოვრებ (14-ე გრაფა) და იმ ავადმყოფთა რაოდენობას, რომლებიც აღრიცხვაზე არიან დიაგნოზის დადგენიდან (და არა აღრიცხვაზე აყვანიდან) 5 და მეტი წლის განმავლობაში (მე-15 გრაფა). გამონაკლისია ბაზალიომები, რომლის განკურნებიდან 5 წლის შემდეგ ავადმყოფები ონკოლოგიური აღრიცხვიდან იხსნებიან.

უწყებრივი სტატისტიკური დაკვირვება

[თქვენს მიერ წარმოდგენილი მონაცემები კონფიდენციალურია
„სტატისტიკის შესახებ" საქართველოს კანონის თანახმად]

ფორმა IV-08
(წლიური)

შეთანხმებულია საქართველოს სტატისტიკის სახელმწიფო დეპარტამენტთან 26.10.2001 წლის 153-03/08 წერილით.

დამტკიცებულია საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 21.03.2001 წლის №104-ნ ბრძანებით

ანგარიში აუთვისებიანი სიმსივნეებით დაავადებულთა შესახებ

წარედგინეს: სამკურნალო-პროფილაქტიკური დაწესებულებები საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ბრძანებით განსაზღვრულ ვადაში.

რესპონდენტის იდენტიფიკაციის სახელწოდება

საქართველოს ნაერთი

(ნომერი)

ფაქტობრივი მისამართი

საკორესპონდენციო ფორმა (ადგილმდებარეობა, ქ./ქალაქი, ტელ.)

ორგანიზაციულ-სამართლებრივი ფორმა

ეკონომიკური საქმიანობის ძირითადი სახე

ტელეფონი

დაკვირვების პერიოდი – 200 – წელი

(1000)

ხაზების დასახელება	შიფრი დაე X გადასაწერ ადგილას	ხაზის №	წლის განმავლობაში დიაგნოზირებული პირველადური ბაზაზე აღრიცხული სულ	ადრე დიაგნოზირებული დაავადების გამო დაკვირვებაზე მყოფნი	საანგარიშო წლის ბოლოსათვის	
					სულ ცხოველ-ში პირველად დიაგნოზირებული	სულ-დან მკურნალობა
ა	ბ	გ	1	2	3	4
ავთვისებიანი სიმსივნეები – სულ:	C00-C97	1				
მათ შორის, ბავშვები 14 წლამდე ჩათვლით		2				
ტუჩის, პირის ღრუს ორგანოების და ხახის:	C00-C14	3				
მათ შორის: • ტუჩის	C00	4				
საჭმლის მომნელებელი ორგანოების - სულ:	C15-C26	5				
მათ შორის: • საყლაპავი მილის	C15	6				
• კუჭის	C16	7				
• ღვიძლის	C18	8				
• სწორი ნაწლავის, რექტოსიგმოიდური შეერთების, ანუს ის	C19-C21	9				
• ღვიძლისა და ღვიძლშიგა ნაღველის ბილიარული	C22	10				
• პანკრეასის	C25	11				
სუნთქვისა და გულმკერდის ორგანოების – სულ:	C30-C39	12				
მათ შორის: • ცხვირის ღრუს, შუა ყურისა და ცხვირის დამატებით წიაღების	C30,C31	13				
• ხორხის	C32	14				
• ტრაქეის, ბრონქების და ფილტვების	C33-C34	15				
ძვლებისა და სახსრული ხრტილების – სულ	C40,C41	16				
შემაერთებელი და ცხიმის სხვა ავთვისებიანი სიმსივნეები – სულ:	C43, C44	17				
მათ შორის: • კანის მელანომა	C43	18				
• კანის სხვა ავთვისებიანი სიმსივნეები *)	C44	19				
შეზოტელიუმის და რბილი ქსოვილების – სულ	C45-C49	20				
სარძევე ჯირკვლის	C50	21				
ქალის სასქესო ორგანოების – სულ:	C51-C58	22				
მათ შორის: • საშვილოსნოს ყელის	C53	23				
• საშვილოსნოს ტანის	C54	24				
• საკვერცხის	C56	25				
• პლაცენტის	C58	26				
მამაკაცის სასქესო ორგანოების – სულ:	C60-C63	27				
მათ შორის: • სასქესო ასის	C60	28				
• წინამდებარე ჯირკვლის	C61	29				
• სათესლე ჯირკვლის	C62	30				
საშარდე სასქესო – სულ:	C64-C68	31				
მათ შორის: • თირკმლის	C64	32				
• შარდის ბუშტის	C67	33				
თვალის, თავის ტვინისა და ცის სხვა ნაწილების – სულ	C69-C72	34				
ფარისებრი და სხვა ენდოკრინული ჯირკვლების – სულ:	C73-C75	35				
მათ შორის: • ფარისებრი ჯირკვლის	C73	36				
გაურკვეველი, მეტასტაზური და ლიმფური ქსოვილების – სულ	C76-C80	37				
ლიმფური, სისხლმბადი და მონათესავე ქსოვილების – სულ:	C81-C96	38				
მათ შორის: • ლიმფოგრანულომატოზი	C81	39				
• ლეიკემიები	C82-C85	40				
• ლიმფომები	C91-C95	41				
მრავლობითი ლოკალიზაციის პირველადი სიმსივნეები – სულ	C97	42				

*) გარდა სასქესო ორგანოების კანისა

(1001) სიმსივნით პირველად გამოვლენილ ავთვისებიანი სიმსივნეთა რაოდენობიდან

Carcinoma in situ D00-D09 1.__ __;

მათ შორის საშვილოსნოს ყელის D06 2. __:

პირველადად პირველადია სიმსივნე (სვეტი 3, სტრიქონი 42) სასქვინაროდან წარმოშობა 3. _____

(1002) სიმსივნით წლის დასაწყისში დაბინავებული მეთვალყურეობაზე მყოფ (სვ. 1, სტრ. 1) და სიცოცხლეში პირველად დიაგნოზის მქონე ავთვისებიანებად (სვ. 3, სტრ. 1) წლის ბოლოსათვის:

ავთვისებიანი სიმსივნის დიაგნოზი არ დადასტურდა 1. _____, მიიღო წლის განმავლობაში ონკოლოგიურ დაწესებულებებს არ გამოკითხა ცნობები 2.____

№	სოციალიზაციაში პირველად დიაგნოზით აღრიცხული საერთო რაოდენობიდან					სამგზავრო წელს გარდაცვლილთა რაოდენობა		გადაცემა სხვა დაწესებულებაში	სამგზავრო წლის ბოლოს აღრიცხვაზე იმყოფება		
	პირველად სამუდამო გამოვლენილი	დიაგნოზი დადასტურებულია პირველად დიაგნოზ	პაციენტის ასაკი			სულ აღრიცხულია ჩაიდნიშნად	მათ შორის დიაგნოზის დაზუსტდა I წელიწადში გარდაცვალა		სულ	სოციალის პაციენტია	დიაგნოზის დაზუსტდა 5 და მეტი წლის განმავლობაში
			I-II	III	IV						
A	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
16											
17											
18											
19											
20											
21											
22											
23											
24											
25											
26											
27											
28											
29											
30											
31											
32											
33											
34											
35											
36											
37											
38											
39											
40											
41											
42											

(1003) პრიორიტეტული გასანკუთვნილ პირველად აცილებულთაგან (სვეტი 5, სტრიქონი 1) დაავადების I და II სტადია პაციენტი 1. _____.
მათ შორის ხელით ლოკალიზაციის სიმსივნით 2. _____;

(1004) გარდაცვლილთა რაოდენობა, რომლებიც არ იყვნენ აღრიცხული ონკოდისპანსერში 1. _____.
მათ შორის:
ა) დიაგნოზი დაუდგინდათ გარდაცვალების შემდეგ 2. _____. გაკვეთის დროს 3. _____;
ბ) სოციალიზაციაში აღრიცხული იყვნენ სხვა სამედიცინო დაწესებულებაში 4. _____.
აუთვისებელი სიმსივნით დაავადებული აცილებულები. რომლებიც გარდაიცვალნენ სხვა დაავადებით 5. _____.
მკურნალობის შედეგად გამოწყვეული გარდაიცვალა 6. _____.

(ცხრილი იქსება საანგარიშო პერიოდში პირველად გამოვლენილ

(2100) 1. ქალები

ლოკალიზაცია საშიფრის ლოკალიზაცია	საერთაშორისო კლასიფიკაციის მიხედვით	ხაზის N	ხელოვნური ციფრი	მათ შორის ავადმყოფობა ასაკის მიხედვით																	
				0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85 და ზევით
ა	ბ	გ	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
ავთვისებიანი სიმსივნეები სულ:	C00-97	1																			
ტუჩის, პირის ღრუს ორგანოების და სისხლ-სულ:	C00-14	2																			
მათ შორის: ტუჩის	C00	3																			
საჭმლის მომნელებელი ორგანოების - სულ:	C15-26	4																			
მათ შორის: საყლაპავის	C15	5																			
კუჭის	C16	6																			
ყოლონის	C18	7																			
სწორი ნაწლავის, რექტოსიგმოიდური შეერთების, ანუსის	C19-21	8																			
ღვიძლის და ღვიძლშიგა ნაღვლის სადინარების	C22	9																			
პანკრეასის	C25	10																			
სასუნთქავი და გულმკერდის ორგანოების - სულ:	C30-39	11																			
მათ შორის ცხვირის ღრუს, შუა ყურისა და ცხვირის დამატებით წიაღების	C30-31	12																			
ხორხის	C32	13																			
ტრაქეის, ბრონქების და ფილტვების	C33-C34	14																			
ძვლების და სახსრად ხრტილების - სულ:	C40-41	15																			
შემაერთებელი და ცხიმოვანი ადგილისაკენი - სულ	C43-44	16																			
მათ შორის, ცხიმ შემაერთებელი	C43	17																			
ცხიმ სხვა ადგილისაკენი *)	C44	18																			
შემაერთებელი და რბილი ქსოვილები - სულ:	C45-49	19																			
სარძევე ჯირკვალი	C50	20																			
ქალის სასქესო ორგან -სულ:	C51-58	21																			
3.3 - საშვილოსნოს ყელის	C53	22																			
საშვილოსნოს ტანის	C54	23																			
საკვერცხის	C56	24																			
ქალის	C58	25																			
სასშარდ სისტემის -სულ	C64-68	26																			
მათ შორის: თირკმელის	C64	27																			
შარდის ბუშტის	C67	28																			
თვალის, თავის ტვინისა და ცენტრალური - სულ:	C69-72	29																			
ენდოკრინული ჯირკვლების - სულ:	C73-75	30																			
3.3 : ფარისებრი ჯირკვლის	C73	31																			
გენერალიზებული, ბერეული და დაუზუსტებელი ლოკალიზაციის - სულ	C76-80	32																			
ლიმფური სისტემისა და სისხლმბადი ქსოვილების - სულ:	C81-96	33																			
მათ შორის ლიმფოგრანულომატოზი	C81	34																			
ილეოსისებრი ლიმფოსარკომა	C82-85	35																			
ლეიკემია	C91-95	36																			
მრავლობითი ლოკალიზაციის ავთვისებიანი სიმსივნეები - სულ	C97	37																			

*) გარდა სისხლის ორგანოების კანისა

(2200) 2. მამაკაცები

ავთვისებიანი სიმსივნეების ლოკალიზაცია	ICD-10 კოდები	ხაზის №	საწყისი ფაქტი	მათ შორის ავადმყოფები ასაკის მიხედვით																
				0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85 და მეტი
ა	ბ	გ	დ	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
ავთვისებიანი სიმსივნეები სულ	C00-97	1																			
ტუჩის, პირის ღრუს ორგანოების და ხახის სულ	C00-14	2																			
მათ შორის: ტუჩის	C00	3																			
საჭმლის მონელებითი ორგანოების სულ	C15-26	4																			
მათ შორის: საყლაპავის	C15	5																			
კიბოს	C16	6																			
ღვიძლის	C18	7																			
სწორი ნაწლავის, რექტოსიგმოიდური შეერთების ადგილის	C19-21	8																			
ლვიძლის და ღვიძლის ნაღველსადინარების	C22	9																			
პანკრეასის	C25	10																			
სასუნთქი და გულმკერდის ორგანოების - სულ:	C30-39	11																			
მათ შორის ცხვირის ღრუს, შუა ყურისა და ცხვირის ღრუსთანა წიაღების	C30-31	12																			
ხორხის	C32	13																			
ტრაქეის, ბრონქების და ფილტვის	C34	14																			
ძვლების და სახსრებ ხრტილების სულ:	C40-41	15																			
შემაერთებელი და რბილი ანატომიური - სულ	C43-44	16																			
მათ შორის: კანის ბალთის	C43	17																			
კანის სხვა ავთვისებიანი *)	C44	18																			
შეხორცებადი ქსოვილების ქსოვილები- სულ:	C45-49	19																			
სარძევე ჯირკვლის	C50	20																			
მამაკაცის სასქესო ორგანოების - სულ:	C60-63	21																			
მათ შორის: სასქესო ჯირკვლის	C60	22																			
წინამდებარე ჯირკვლის	C61	23																			
სათესლე ჯირკვლის	C62	24																			
სასწაე სისტემის - სულ	C64-68	25																			
მათ შორის: თირკმლის	C64	26																			
შარდის ბუშტის	C67	27																			
თვალის, თვალის ტოტისა და ცრემლსადენების სულ:	C69-72	28																			
ფარისებრი და სხვა ენდოკრინული ჯირკვლების - სულ:	C73-75	29																			
მ.შ.: ფარისებრი ჯირკვლის	C73	30																			
გაურკვეველი, პირველი და დაბინდებული ლოკალიზაციის სულ	C76-80	31																			
ლიმფური სისხლძარღვთა სისტემის ქსოვილების სულ:	C81-96	32																			
მათ შორის: ლიმფოგრანულომატოზი	C81	33																			
ფოლიკული ლიმფომა	C82-85	34																			
ლეიკემია	C91-95	35																			
მრავლობითი ლოკალიზაციის პირველადი სიმსივნეები სულ	C97	36																			

(2001) პირველად გამოვლენილ დაავადებულთა საერთო რაოდენობიდან სოფლის მცხოვრებნი: მამაკაცი 1. _____. ქალი 2. _____

II ქალი-ქალი ჯგუფი

(3000)

ხასიათის დაკვალიფიცირება	მორფოლოგიის კოდი	N ხაზ.	სიმსივნის წელიწადში პირველად დადგენილია		მკურნალობაში გამოყენებული მეთოდები		
			II ქალი-ქალი ჯგუფი	დიახ=1 არა=2	პირველ ქირურგიული	პირველ სხივური	პირველ მედიკამენტური
ა	ბ	გ	1	2	3	4	5
ავთვისებიანი სიმსივნეები – სულ	C00-C97	1					
მათ შორის ბავშვები 14 წლამდე ჩათვლით		2					
ტუჩის, პირის ღრუს ორგანოების და ხახის:	C00-C14	3					
მათ შორის: • ტუჩის	C00	4					
საჭმლის მომნელებელი ორგანოების - სულ:	C15-C26	5					
მათ შორის: • საყლაპავი მილის	C15	6					
• კუჭის	C16	7					
• ღვიძლის	C18	8					
• სწორი ნაწლავის, ნაქნარისებრი შეერთების, ანუსის	C19-C21	9					
• ნაღველსადენი და ნაღველშემკრები ბუშტის ხვეთრების	C22	10					
• პანკრეასის	C25	11					
სუნთქვის და გულმკერდის ორგანოების – სულ:	C30-C39	12					
მათ შორის: • ცხვირის ღრუს, შუა ყურისა და ცხვირის დამატებით წიაღების	C30,C31	13					
• ხორხის	C32	14					
• ტრაქეის, ბრონქების და ფილტვების	C33-C34	15					
ძვლებისა და სახსრული ხრტილების- სულ	C40,C41	16					
შემაერთებელი და რბილი ქსოვილების – სულ:	C43, C44	17					
მათ შორის: • კანის მელანომა	C43	18					
• კანის სხვა ავთვისებიანი სიმსივნეები *)	C44	19					
მეზოთელიომის და რბილი ქსოვილების- სულ	C45-C49	20					
სარძევე ჯირკვლის	C50	21					
ქალის სასქესო ორგანოების- სულ:	C51-C58	22					
მათ შორის: • საშვილოსნოს ყელის	C53	23					
• საშვილოსნოს ტანის	C54	24					
• საკვერცხეების	C56	25					
• პლაცენტის	C58	26					
მამაკაცის სასქესო ორგანოების- სულ:	C60-C63	27					
მათ შორის: • სასქესო ასოს	C60	28					
• წინამდებარე ჯირკვლის	C61	29					
• სათესლე ჯირკვლის	C62	30					
საშარდე სისტემების- სულ:	C64-C68	31					
მათ შორის: • თირკმლის	C64	32					
• შარდის ბუშტის	C67	33					
თვალის, თავის ტვინისა და ცის სხვა ნაწილების – სულ	C69-C72	34					
ფარისებრი და სხვა ენდოკრინული ჯირკვლების- სულ:	C73-C75	35					
მათ შორის: • ფარისებრი ჯირკვლის	C73	36					
გლუვკუნთოვანი, ბერკეტული და დაუხარისხებელი ლოკალიზაციის- სულ	C76-C80	37					
ლიმფური, სისხლისბადე და მონათესავე ქსოვილების- სულ:	C81-C96	38					
მათ შორის: • ლიმფოგრანულომატოზი	C81	39					
• ავთვისებიანი ლიმფომები	C82-C85	40					
• ლეიკემიები	C91-C95	41					
მრავლობითი დამოუკიდებელი პირველადი სიმსივნეები- სულ	C97	42					

*) გარდა სასქესო ორგანოების კანისა

(3001) მკურნალობის ჩატარებლობის მიზეზი:

ავადმყოფის უარი განაცხადი 1. _____.
მათ შორის, დაავადების I-II სტადიით 2. _____.
პერსონალ უკუჩვენება მკურნალობის ჩატარ 3. _____.
მათ შორის, დაავადების I-II სტადიით 4. _____

სპეციალური მეურნალობის შესახებ

№	მკურნალობაში გამოყენებული მეთოდი										
	კომბინირებული										
	ქირურგიული სხივური	ქირურგიული მედიკამენტური	მედიკამენტური სხივური								
ა	ბ	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
16											
17											
18											
19											
20											
21											
22											
23											
24											
25											
26											
27											
28											
29											
30											
31											
32											
33											
34											
35											
36											
37											
38											
39											
40											
41											
42											

-_____-_____ 20__ წ.

_____

შემსრულებლის გვარი და ტელეფონის ნომერი

ბ.ა.

ხელმძღვანელი _____

ცხრილის ქვეშ, სქოლიოში, ცალკე გამოყოფენ შემდეგ მონაცემებს:

(1001) პირველად გამოვლენილი სიმსივნის მქონე ავადმყოფთა საერთო რაოდენობაში პირველადად მრავლობითი სიმსივნეები დაფიქსირებულია ძირითად ცხრილში (სვეტი 3, სტრიქონი 42), ხოლო სქოლიოში ჩამოაქვთ მათ შორის მხოლოდ სინქრონულად განვითარებული სიმსივნეების შემთხვევათა რაოდენობა.

(1002) პრეინვაზიური კარცინომები ძირითად ცხრილში არ ხვდება. მათ ცალკე ითვლიან და ჩამოქვთ სქოლიოში.

Carcinoma in situ D00-D09 1. ———

მათ შორის, საშვილოსნოს ყელის პრეინვაზიური კარცინომა მეორე პუნქტად ცალკეა გამოყოფილი: 2. ————————

(1003) პროფილაქტიკური გასინჯვისა და მოსახლეობის დისპანსერიზაციის დროს სიცოცხლეში პირველად დადგენილი ონკოლოგიური დაავადებებიდან (სვეტი 5, სტრიქონი 1), სქოლიოში ცალკე გამოყოფენ I და II სტადიის კიბოს (1. ———), მათ შორის ხილული ლოკალიზაციის (თვალის, ტუჩის, სანერწყვე ჯირკვლების, ენის, პირის ღრუს, ნუშურების, ხახის, კანის, ფარისებრი ჯირკვლის, ძუძუს, სწორი ნაწლავის, საშვილოსნოს ყელის, ვულვის, სასქესო ასოს, სათესლე ჯირკვლის) სიმსივნეებს (2 ————————);

(1004) სქოლიოში დიფერენცირებულად აღრიცხავენ ავთვისებიანი სიმსივნეებით დაავადებულ ავადმყოფთა გარდაცვალების შემთხვევებს:

- ცალკე აღირიცხება მკურნალობის შედეგად გამოწვეული გართულებებით გარდაცვალება (პუნქტი 1);
- ცალკე აღრიცხავენ ავთვისებიანი სიმსივნით დაავადებულ იმ ავადმყოფებს, რომლებიც გარდაიცვალნენ სხვა დაავადებით (მიზეზით) (პუნქტი 2);
- ცალკე გამოყოფენ გარდაცვალების იმ შემთხვევებს, რომლებიც არ იყო აღრიცხული ონკოლოგიურ დაწესებულებაში (პუნქტი 3); აქ შეაქვთ იმ ავადმყოფთა მონაცემები, ა) რომლებიც სიცოცხლეში კიბოს დიაგნოზით აღრიცხული იყვნენ სხვა სამკურნალო (მათ შორის საუწყებო) დაწესებულებაში, მათ შესახებ ონკოლოგიურ სამსახურს ინფორმაცია არ გააჩნდა და კიბოს გამო პაციენტის გარდაცვალება საანგარიშო წელს ცნობილი გახდა ფორმა №027/ს-ის ან სტატისტიკური სამმართველოსთვის მიწოდებული ინფორმაციის საფუძველზე (პუნქტი 4); ბ) რომლებსაც კიბოს დიაგნოზი დაუდგინდათ გარდაცვალების შემდეგ (პუნქტი5); გ) რომლებსაც კიბოს დიაგნოზი დაუდგინდათ აუტოფსიის დროს (პუნქტი 6).

(1005) ონკოლოგიური აღრიცხვიდან ავადმყოფთა მოხსნა საანგარიშო წლის ბოლოსთვის ნებისმიერი სხვა მიზეზით, სიკვდილის გარდა, ფიქსირდება ცხრილის მე-12 სვეტში, ხოლო სტრიქონში ხდება მისი გაწერა მიზეზის მითითებით:

- გადავიდა სხვა დაწესებულებაში (პუნქტი 1);
- ავთვისებიანი სიმსივნის დიაგნოზი არ დადასტურდა (პუნქტი 2);

- მთელი წლის განმავლობაში ონკოლოგიურ დაწესებულებებს არ გააჩნდათ ცნობები (პუნქტი 3).

2. ავთვისებიანი სიმსივნეებით დაავადებულთა განაწილება სიმსივნის ლოკალიზაციის, ავადმყოფის სქესისა და ასაკის მიხედვით (ცხრილი 2): ანგარიში მოიცავს ჩამოთვლილი ლოკალიზაციის სიმსივნეთა ფარგლებში ავადმყოფთა განაწილებას სქესისა და 5-წლიანი ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით. იგი ივსება ახლადგამოვლენილ ავადმყოფზე მიღებული შეტყობინების საფუძველზე (პირველად ონკოლოგიურ ავადმყოფზე შევსებული ფორმა № 27-1/ს ონკო).

ანგარიშის შედგენის დროს ავადმყოფი ქალაქის ან სოფლის მცხოვრებად ჩაითვლება მისი მუდმივი საცხოვრებელი ადგილის და არა იმ სამკურნალო დაწესებულების ადგილმდებარეობის მიხედვით, რომელმაც შეადგინა სამედიცინო დოკუმენტი.

3. ცნობები ავთვისებიანი სიმსივნეებით დაავადებულთა სპეციალური მკურნალობის შესახებ (ცხრილი 3). ამ ცხრილში შეაქვთ მონაცემები ***საანგარიშო წელს სიცოცხლეში პირველად დადგენილი ონკოლოგიური დიაგნოზის მქონე ავადმყოფების*** (II კლინიკური ჯგუფი) როგორც სტაციონარულ, ისე ამბულატორიულ პირობებში მკურნალობის შესახებ (ცხრილი ივსება კიბოს რეგისტრის ბარათის, ფორმა №30-6/ს-ის, მიხედვით). მეორე სვეტში იწერება იმ ავადმყოფთა რაოდენობა, რომლებმაც საანგარიშო წელს დაამთავრეს სპეციალური მკურნალობა რადიკალური პროგრამით.

ა) იმ ავადმყოფებისათვის, რომლებიც ძირითად მკურნალობასთან ერთად იტარებენ ადიუვანტურ (პროფილაქტიკურ) თერაპიას, მკურნალობა დასრულებულად ჩაითვლება მისი ძირითადი კურსის დამთავრებასთან ერთად;

ბ) თუ ავადმყოფი საანგარიშო წლის განმავლობაში რადიკალური პროგრამით მკურნალობას ჩაიტარებს 2-ჯერ (ვთქვათ, ძირითადი სიმსივნისა და რეციდივის გამო), ცხრილის პირველ სვეტში დაფიქსირდება ერთჯერ, პირველად ჩატარებული მკურნალობის მიხედვით;

გ) ცხრილში ცალკე შეაქვთ იმ ავადმყოფთა მონაცემები, რომელთაც საანგარიშო წლის ბოლოსათვის უგრძელდებათ მკურნალობა ან დამთავრებული აქვთ მხოლოდ მისი ეტაპი (მე-10 სვეტი).

მე-11 სვეტში ცალკე გამოყოფენ იმ ავადმყოფებს, რომლებმაც მკურნალობა მხოლოდ ამბულატორიულად ჩაიტარეს.

მე-3-4-5 სვეტებში აღინიშნება მკურნალობის მხოლოდ ერთი მეთოდის გამოყენების შემთხვევები. მე-6-7-8 სვეტებში — კომბინირებული (ქირურგიულ-სხივური, ქირურგიულ-მედიკამენტური და მედიკამენტურ-სხივური), ხოლო მე-9 სვეტში — კომპლექსური (ქირურგიულ-სხივურ-მედიკამენტური) მკურნალობა.

ცხრილში არ შეყავთ ავადმყოფები, რომლებსაც უტარდებათ ***მხოლოდ პროფილაქტიკური მკურნალობის კურსები*** — ისინი ცალკე უნდა აღირიცხონ ცხრილის ქვევით, (3001) პუნ-ქტში.

თუ ავადმყოფმა საანგარიშო წლის განმავლობაში ერთდროულად ჩაიტარა როგორც ძირითადი, ისე ადიუვანტური (პროფილაქტიკური) მკურნალობის კურსები, იგი ან-

გარიშში აღირიცხება ორჯერ: ძირითადი მკურნალობის მეთოდის მიხედვით – ცხრილში და ადიუვანტური მკურნალობის მიხედვით – ცხრილის ქვეშ.

ყველა სვეტში, როგორც ჯამურად, ისე ნოზოლოგიების მიხედვით ჩატარებული მკურნალობის აღმნიშვნელი რიცხვების გვერდზე, ფრჩხილებში, უნდა ჩაიწეროს მოცემული ნოზოლოგიისა და მოცემული მკურნალობის დროს გართულებებით გარდაცვლილთა რაოდენობა.

პირველადად მრავლობითი მეტაქრონული სიმსივნეების შემთხვევაში უნდა აღირიცხოს ის ლოკალიზაცია, რომლის გამოც ტარდება მკურნალობა საანგარიშო წელს, ხოლო სინქრონული სიმსივნეების დროს – „ლიდერი“ ლოკალიზაცია.

მე-12-13 პუნქტებში შეაქვთ მონაცემები ყველა იმ ავადმყოფის შესახებ, დაავადების სტადიისა და აღრიცხვაზე აყვანის დროისაგან (ე. ი. კონტინგენტისგან) დამოუკიდებლად, რომლებსაც საანგარიშო პერიოდში დაუმთავრდათ მკურნალობა (მათში იგულისხმება 4-9 სვეტების მონაცემები).

მე-14-16 პუნქტებში შეტანილი მონაცემები განსაზღვრავს მკურნალობის შედეგებს:

14-ე პუნქტი – II კლინიკური ჯგუფი – „ექვემდებარება შემდგომ სპეციალურ მკურნალობას“;

15-ე პუნქტი – III კლინიკური ჯგუფი – „დაამთავრა რადიკალური მკურნალობა“;

16-ე პუნქტი – IV კლინიკური ჯგუფი – „მკურნალობის ფონზე მოხდა დაავადების პროგრესირება“.

(3002) ცხრილის ქვეშ ცალკე მიეთითება იმ ავადმყოფთა რაოდენობა, რომლებმაც უარი განაცხადეს მკურნალობაზე (პუნქტი 1); ა) მათ შორის დაავადების I-II სტადიის დიაგნოზით (პუნქტი 2); ბ) იმ ავადმყოფთა რაოდენობა, რომლებსაც მკურნალობის ჩატარებისადმი უკუჩვენება ჰქონდათ (პუნქტი 3); გ) მათ შორის დაავადების I-II სტადიის მქონენი (პუნქტი 4);

ანგარიში ავთვისებიანი სიმსივნეებით ავადობის შესახებ ბარდება ჯანდაცვის მმართველობით ორგანოებს და ონკოლოგიის ნაციონალურ ცენტრს, რომელიც ადგენს ჯამურ ანგარიშს ქვეყნის მასშტაბით. ონკოცენტრის ანგარიშში, დანართის სახით, გამოყოფილი უნდა იყოს მონაცემები მხარეებისა და შესაბამისი ადმინისტრაციული ცენტრების მიხედვით.

5. ანგარიშგების გრაფიკის შესაბამისად, რეგიონებიდან და რაიონებიდან ანგარიშის წარდგენა ხდება საანგარიშო პერიოდის მომდევნო წლის 10 თებერვლამდე, ხოლო ჯამური ანგარიში ონკოცენტრიდან ბარდება შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტროს (სამედიცინო სტატისტიკის ცენტრს) 10 მარტამდე.

კიბოს სტატისტიკასა და ეპიდემიოლოგიაში მონაცემთა გამოთვლისა და შეფასების ძირითადი მეთოდები

ავთვისებიანი სიმსივნეების შესწავლა და პროფილაქტიკურ ღონისძიებათა განხორციელება იმ ფაქტორთა დეტალურ ანალიზს მოითხოვს, რომლებზეც დამოკიდებულია მოსახლეობის განსაზღვრული ჯგუფების ონკოლოგიური ავადობის დონე და მისგან გამოწვეული სიკვდილიანობა სხვადასხვა კლიმატურ-გეოგრაფიულ, საწარმოო და საყოფაცხოვრებო პირობებში, ე. ი. საქმე ეხება, ერთი მხრივ, გარემო ფაქტორების მნიშვნელობის, მეორე მხრივ – თითოეული ადამიანის ინდივიდუალური თავისებურებების შესწავლას, რათა აიხსნას ავთვისებიანი სიმსივნეების მეტი სიხშირე ადამიანთა ერთ ჯგუფში და უკიდურესი იშვიათობა – მეორე ჯგუფში.

დროსა და სივრცეში (სხვადასხვა ტერიტორიაზე, მოსახლეობის სხვადასხვა ჯგუფებში) დაავადების გავრცელების დასახასიათებლად გამოიყენება აბსოლუტური და ფარდობითი მაჩვენებლები.

დაავადებულთა ***აბსოლუტური*** მაჩვენებლები ძირითადად გამოიყენება ონკოლოგიურ სამსახურში ორგანიზაციული გადაწყვეტილებების მისაღებად, ხოლო ***ფარდობითი*** მაჩვენებლები – ავთვისებიანი სიმსივნეების გავრცელების შესაფასებლად, რომლის დროსაც დაავადების შემთხვევათა აბსოლუტური რაოდენობა შეფარდებული უნდა იყოს იმ მოსახლეობის რაოდენობასთან, რომელთა შორისაც ეს დაავადებები იყო დარეგისტრირებული. ასევე გამოითვლება სპეციალური ინტენსიური მაჩვენებლები ასაკისა და სქესის მიხედვით.

ავადობის ფარდობითი მაჩვენებლები იყოფა ორ ჯგუფად: ესენია ექსტენსიური და ინტენსიური მაჩვენებლები.

ექსტენსიური მაჩვენებლები ახასიათებს მოვლენის სტრუქტურას, მაგალითად: კიბოს ცალკეული ლოკალიზაციის ხვედრითი წილი დაავადებულთა საერთო რაოდენობაში და ეს მაჩვენებლები პროცენტულად გამოისახება. ექსტენსიური მაჩვენებლები ურთიერთკავშირშია, რადგან მათი ჯამი ყოველთვის 100%-ს უდრის.

ინტენსიური მაჩვენებლები ასახავს ავთვისებიანი სიმსივნეების სიხშირეს. ისინი წარმოდგენას იძლევიან ავადმყოფთა საერთო რაოდენობაზე (იმ მოსახლეობის წილი, რომელიც დაავადებულია მოცემული დაავადებით დროის მოცემულ პერიოდში) – ესაა დაავადების გავრცელების, ანუ ***დაავადებიანობის მაჩვენებელი (კონტინგენტი)***. დაავადების ახალი შემთხვევების გაჩენის სიხშირეს დროის გარკვეულ მონაკვეთში განსაზღვრავენ ***ავადობის*** მაჩვენებლით, ხოლო გარდაცვლილთა რაოდენობას დროის გარკვეულ მონაკვეთში – ***სიკვდილიანობის*** მაჩვენებლით.

ონკოლოგიაში ავადობის, დაავადებიანობის (კონტინგენტის) და სიკვდილიანობის მაჩვენებლები, როგორც წესი, გამოითვლება 100 000 მოსახლეზე:

$$\text{ავადობა} = \frac{\text{დაავადების ახალი შემთხვევების რაოდენობა დროის მონაკვეთში}}{\text{მოცემული ჯგუფის მოსახლეობის რაოდენობა დროის იმავე მონაკვეთში}} \times 100000;$$

$$\text{დაავადებიანობა} = \frac{\text{დაავადებულთა საერთო რაოდენობა დროის გარკვეულ მონაკვეთში}}{\text{მოცემული ჯგუფის მოსახლეობის რაოდენობა დროის იმავე მონაკვეთში}} \times 100000;$$

$$\text{სიკვდილიანობა} = \frac{\text{გარდაცვლილთა რაოდენობა დროის გარკვეულ მონაკვეთში}}{\text{მოცემული ჯგუფის მო'ახლეობის რაოდენობა დროის იმავე მონაკვეთში}} \times 100000.$$

ზოგადად, $C = \frac{R}{N} \times 100000$, საიდაც

C არის საკვლევი ინტენსიური მაჩვენებელი;

R – საკვლევი მოვლენის რაოდენობა დროის გარკვეულ მონაკვეთში;

N – მოცემული ჯგუფის მოსახლეობის რაოდენობა დროის შესაბამის მონაკვეთში.

მაგალითად: 2002 წელს საქართველოში გამოვლინდა ფილტვის კიბოთი დაავადებული 578 მამაკაცი. ამავე წელს მამაკაცთა მოსახლეობა შეადგენდა 2173000-ს. მაშინ 2002 წელს მამაკაცთა მოსახლეობის ფილტვის კიბოთი ავადობის უხეში ინტენსიური მაჩვენებელი ყოფილა:

$$C = \frac{R}{N} \times 100000 = \frac{578}{2173000} \times 100000 = 26{,}6$$

ამავე წელს კუჭის კიბოთი სულ დაავადდა 392 პაციენტი, ხოლო მოსახლეობის რაოდენობა იყო 4546000; მაშასადამე, 2002 წელს მოსახლეობის კუჭის კიბოთი ავადობის უხეში ინტენსიური მაჩვენებელი ყოფილა:

$$C = \frac{R}{N} \times 100000 = \frac{392}{4546000} \times 100000 = 8{,}6$$

დაავადების სიხშირის ძირითადი მაჩვენებელია *ავადობის კოეფიციენტი*, რომელიც ახასიათებს დაავადების ახალი შემთხვევების სიხშირეს დროის გარკვეული პერიოდის განმავლობაში, რაც ასახავს მოსახლეობის ჯანმრთელი მდგომარეობიდან დაავადების მდგომარეობაში გადასვლის სიჩქარეს. ასე მაგალითად, 2002 წელს დარეგისტრირებულია ძუძუს კიბოს 1040 ახალი შემთხვევა. ეს იმას ნიშნავს, რომ საშუალოდ ყოველთვიურად გამოვლინდებოდა 1040:12=86,7 შემთხვევა, ან ყოველდღიურად – 1040:365=2,9 შემთხვევა და ა. შ.

ცალკეული წლის ავადობის მაჩვენებლების შესწავლისას გამოიყენება მოსახლეობის *საშუალო წლიური* რიცხობრიობა, რომელიც წარმოადგენს წინა და მომდევნო წლების საშუალოს. რამდენიმე წლის ავადობის საშუალო მაჩვენებლის გამოთვლისას ჯამებენ ამ წლების მოსახლეობის რაოდენობას. ამ ჯამურ რიცხობრიობას *დაკვირვების (რისკის) ადამიან-წელი* ეწოდება.

ავადობის ასაკობრივი მაჩვენებლების გამოთვლა

როგორც ცნობილია, მოსახლეობის სხვადასხვა ასაკობრივ ჯგუფებში ავთვისებიანი სიმსივნეებით დაავადების სიხშირე სახვადასხვაა, მაგრამ მხოლოდ უხეში ინტენსიური მაჩვენებლების ანალიზისას ამ სხვაობების აღმოჩენა შეუძლებელია. ასეთ შემთხვევაში გამოითვლიან ავადობის კოეფიციენტს ცალკეული ასაკობრივი ჯგუფებისათვის, რასაც ავადობის ასაკობრივ მაჩვენებლებს უწოდებენ.

$$a_i = \frac{r_i}{n_i} \times 100000, \text{ სადაც}$$

r_i არის დაავადების ახალი შემთხვევების რიცხვი მოცემულ ასაკობრივ ჯგუფში, ხოლო n_i – მოსახლეობის რაოდენობა იმავე ასაკობრივ ჯგუფში, დროის იმავე პერიოდში.

მაგალითად, მე-15 ასაკობრივი ჯგუფის (70-74) მამაკაცებში 2002 წელს კუჭის კიბოთი ავადობის ასაკობრივი მაჩვენებელი ტოლია:

$$a_{15} = \frac{r_{15}}{n_{15}} \times 100000 = \frac{44}{81500} \times 100000 = 54{,}00$$

ე. ი. 70-74 ასაკობრივ ჯგუფში ავადობის ასაკობრივი მაჩვენებელი 100000 მოსახლეზე არის 54,00.

სხვა ასაკობრივი ჯგუფის მაჩვენებლებიც ანალოგიური ფორმულით გამოითვლება.

ცხრილი 1

მონაცემები კუჭის კიბოს სიხშირის შესახებ ცალკეული ასაკობრივი ჯგუფის მამაკაცებში (საქართველო, 2002 წ.)

ასაკობრივი ჯგუფის ინდექსი i	ასაკობრივი ჯგუფი	დაავადებულთა რიცხვი (r_i)	მოსახლეობის რიცხვი (n_i)	ავადობის ასაკობრივი მაჩვენებელი 100000 მოსახლეზე (r_i/n_i)
1	0-4	0	117400	0,00
2	5-9	0	170700	0,00
3	10-14	0	192400	0,00
4	15-19	1	180200	0,55
5	20-24	1	175300	0,57
6	25-29	0	166000	0,00
7	30-34	3	157700	1,90
8	35-39	3	173700	1,73
9	40-44	11	151800	7,25
10	45-49	10	131600	7,60
11	50-54	23	92300	24,92
12	55-59	23	91200	25,22
13	60-64	45	115000	39,13
14	65-69	45	96700	46,54
15	70-74	44	81500	54,00
16	75-79	17	35000	48,57
17	80-84	10	24500	40,82
18	85+	6	18000	33,33
		242	2173000	11,14

სტანდარტიზაციის მეთოდი

კიბოს ეპიდემიოლოგიაში ერთ-ერთი ყველაზე მნიშვნელოვანი პრობლემაა ავთვისებიანი სიმსივნეებით ავადობის დონეების შედარება სხვადასხვა პოპულაციაში ან ერთსა და იმავე პოპულაციაში, ოღონდ დროის სხვადასხვა მონაკვეთში. უხეში ინტენსიური მაჩვენებლების შედარებამ შეიძლება მცდარი სურათი მოგვცეს შესადარებელი პოპულაციების ასაკობრივ სტრუქტურებს შორის განსხვავების გამო. ასე, მაგალითად, თუ ერთი პოპულაცია უფრო ახალგაზრდაა, ვიდრე მეორე, ხოლო დაავადების ასაკობრივი მაჩვენებლები ამ პოპულაციებში ერთნარია, მაშინ დაავადების უფრო მეტი შემთხვევა იქნება დარეგისტრირებული უფროსი ასაკობრივი ჯგუფის პოპულაციაში. ასეთ შემთხვევაში საჭიროა გაკეთდეს მოსახლეობის ასაკობრივი და სქესობრივი სტრუქტურის ნიველირება (გამოთანაბრება), ე. ი. გაერთმნიშვნელიანება. ამის მიღწევა შესაძლებელია ასაკის მიხედვით სტანდარტიზაციის მეთოდით. ასეთ დროს გამოითვლიან, რისი ტოლი იქნებოდა უხეში კოეფიციენტები, თუ მოსახლეობის ასაკობრივი განაწილება ორივე ჯგუფში ანალოგიური იქნებოდა სტანდარტულ ჯგუფში ასაკობრივი განაწილებისა.

აღნიშნული მეთოდით მიღებული ავადობის მაჩვენებელი პირობითია და დამოკიდებულია სტანდარტულ ჯგუფზე. თავის მხრივ, ამ ჯგუფის ამორჩევას კვლევის მიზნები განაპირობებს. პირდაპირი სტანდარტიზაციის მეთოდის გამოსაყენებლად აუცილებელია შემდეგი პირობები: ა) უნდა ვიცოდეთ დაავადებულთა ასაკობრივი განაწილება, ბ) მოსახლეობის ასაკობრივი და სქესობრივი სტრუქტურა, გ) ავადობის სარწმუნო ასაკობრივი მაჩვენებლების გამოთვლებისათვის საკმარისი ავადმყოფთა რაოდენობა თითოეულ ასაკობრივ ჯგუფში.

თუ აუცილებელია ერთი ქვეყნის ავადობის მაჩვენებლების შედარება სხვა ქვეყნის ანალოგიურ მაჩვენებლებთან, მაშინ იყენებენ მსოფლიო სტანდარტს (ცხრილი 2).

როდესაც ადარებენ ავადობის მაჩვენებლებს ერთი და იმავე ქვეყნის ან მისი ცალკეული ტერიტორიების ფარგლებში, სტანდარტის სახით შეიძლება გამოყენებული იყოს მოცემული ქვეყნის ან მისი ცალკეული რეგიონის ასაკობრივი სტრუქტურა. ასეთ შემთხვევაში ავადობის მაჩვენებელი უფრო მიახლოებული იქნება ჭეშმარიტ მნიშვნელობასთან.

მსოფლიო სტანდარტში ყველა ასაკობრივი ჯგუფის მოსახლეობის რაოდენობის შეჯამება იძლევა 100 000-ს:

$$\sum_{i=1}^{A} w_i = w_1+w_2+w_3+\ldots+w_{18} = 100\,000$$

ცხრილი 2

მოსახლეობის მსოფლიო სტანდარტი (Doll et al., 1966)

ასაკობრივი ჯგუფის ინდექსი (i)	ასაკობრივი ჯგუფი	მოსახლეობის სტრუქტურა (მსოფლიო სტანდარტი w_i)
1	0-4	12 000
2	5-9	10 000
3	10-14	9 000
4	15-19	9 000
5	20-24	8 000
6	25-29	8 000
7	30-34	6 000
8	35-39	6 000
9	40-44	6 000
10	45-49	6 000
11	50-54	5 000
12	55-59	4 000
13	60-64	4 000
14	65-69	3 000
15	70-74	2 000
16	75-79	1 000
17	80-84	500
18	85+	500
		100 000

ასაკის მიხედვით ავადობის სტანდარტიზებული მაჩვენებლების გამოთვლა პირდაპირი მეთოდით

ასაკის მიხედვით ავადობის სტანდარტიზებული მაჩვენებლების პირდაპირი მეთოდით გამოსაანგარიშებლად გამოიყენება ავადობის ასაკობრივი მაჩვენებლები. ყოველი ასაკობრივი ჯგუფის ავადობის მაჩვენებელი (a_i) მრავლდება სტანდარტული მოსახლეობის რაოდენობის შესაბამის მაჩვენებელზე (w_i). მიღებული ნამრავლი (a_iw_i) წარმოადგენს ავადმყოფთა მოსალოდნელ რაოდენობას ყოველ ასაკობრივ ჯგუფში. ამ ნამრავლთა ჯამი კი გვაძლევს დაავადებულთა საერთო რაოდენობას ყველა ასაკობრივ ჯგუფში:

$$a_iw_i = (a_1w_{1)} + (a_2w_{2)} + (a_3w_3) + \ldots + (a_{18}w_{18}) = 835655$$

ასაკის მიხედვით ავადობის სტანდარტიზებული მაჩვენებლების პირდაპირი მეთოდით გამოთვლის მაგალითი მოყვანილია მე-3 ცხრილში.

ცხრილი 3

პირდაპირი მეთოდით გამოთვლილი მამაკაცთა კუჭის კიბოთი ავადობის სტანდარტიზებული მაჩვენებლები ასაკის მიხედვით (საქართველო, 2002)

ასაკობრივი ჯგუფის ინდექსი i	ასაკობრივი ჯგუფი	ავადობის ასაკობრივი მაჩვენებელი (a_i) 100000 მოსახლეზე	მოსახლეობის სტრუქტურა მსოფლიო სტანდარტი) w_i	დაავადებულთა მოსალოდნელი რაოდენობა ($a_i w_i$)
1	0-4	0,00	12 000	0
2	5-9	0,00	10 000	0
3	10-14	0,00	9 000	0
4	15-19	0,55	9 000	4 950
5	20-24	0,57	8 000	4 560
6	25-29	0,00	8 000	0
7	30-34	1,90	6 000	11 400
8	35-39	1,73	6 000	10 380
9	40-44	7,25	6 000	43 500
10	45-49	7,60	6 000	45 600
11	50-54	24,92	5 000	124 600
12	55-59	25,22	4 000	100 880
13	60-64	39,13	4 000	156 520
14	65-69	46,54	3 000	139 620
15	70-74	54,00	2 000	108 000
16	75-79	48,57	1 000	48 570
17	80-84	40,82	500	20 410
18	85+	33,33	500	16 665
		11,14	100 000	835 655

2002 წლის მონაცემებით, საქართველოში მამაკაცებში კუჭის კიბოთი ავადობის საშუალო წლიური სტანდარტიზებული მაჩვენებელი ასაკის მიხედვით (ASR) გამოთვლება ავადმყოფთა მოსალოდნელი რაოდენობის (835655) გაყოფით მსოფლიო სტანდარტის მიხედვით მოსახლეობის ყველა ასაკობრივი ჯგუფის ჯამურ რიცხვზე (ე. ი. 100 000-ზე):

$$ASR = \frac{\sum_{i=1}^{A} a_i w_i}{\sum_{i=1}^{A} w_i} = \frac{(a_1 w_1) + (a_1 w_2) + (a_3 w_3) + \ldots + (a_{18} w_{18})}{w_1 + w_2 + w_3 + \ldots + w_{18}} = \frac{835655}{100000} = 8{,}36$$

ეს იმას ნიშნავს, რომ საქართველოს მოსახლეობის ასაკობრივი სტრუქტურა მსოფლიო სტანდარტის იდენტური რომ იყოს, მაშინ მამაკაცებში კუჭის კიბოთი ავადობა ყოველ 100 000 მოსახლეზე 11,14-ის ნაცვლად იქნებოდა 8,36. სხვაგვარად, მოცემულ მაგალითში, 2002 წლის მონაცემებით, საქართველოს მამაკაცებში კუჭის კიბოთი ავადობის სტანდარტიზებული მაჩვენებელი 100 000 მოსახლეზე 8,36-ს შეადგენს.

შეკვეცილი სტანდარტიზებული მაჩვენებლების გამოთვლა პირდაპირი მეთოდით

სამედიცინო სტატისტიკასა და ეპიდემიოლოგიაში 60-იანი წლებიდან დაინერგა შეკვეცილი სტანდარტიზებული მაჩვენებლების გაანგარიშება. ამ მეთოდიკის მიხედვით, დაავადებულებს ითვლიან 35-64 წლის ასაკობრივ ჯგუფებში, რადგან ავადობა უფრო ნაკლებ ასაკობრივ ჯგუფებში (i=1–7) დაბალია, ხოლო უფრო მაღალ ასაკობრივ ჯგუფებში (i=14–18) დიაგნოსტიკის სარწმუნოობა საეჭვოა (ამ ასაკში ყველა პაციენტს არ უტარდება გამოკვლევა და არის დიაგნოსტიკური დანაკარგი; ამიტომ ესეცაა იმის ერთ-ერთი მიზეზი, რომ ხანდაზმულ ასაკში აღინიშნება ავადობის მაჩვენებლების კლება).

შეკვეცილი სტანდარტიზებული მაჩვენებლების გამოთვლის მეთოდიკა ასაკის მიხედვით ავადობის სტანდარტიზებული მაჩვენებლების (ყველა ასაკობრივი ჯგუფისათვის) გამოთვლის ანალოგიურია (ცხრილი 4):

ცხრილი 4

კუჭის კიბოთი ავადობის შეკვეცილი (35-64 წლის) ასაკობრივი სტანდარტიზებული მაჩვენებლები მამაკაცებში (საქართველო, 2002)

ასაკობრივი ჯგუფის ინდექსი	ასაკობრივი ჯგუფი	ავადობის ასაკობრივი მაჩვენებელი 100000 მოსახლეზე	მოსახლეობის სტრუქტურა (მსოფლიო სტანდარტი)	დაავადებულთა მოსალოდნელი რაოდენობა
1	0-4			
2	5-9			
3	10-14			
4	15-19			
5	20-24			
6	25-29			
7	30-34			
8	35-39	1,73	6 000	10 380
9	40-44	7,25	6 000	43 500
10	45-49	7,60	6 000	45 600
11	50-54	24,92	5 000	124 600
12	55-59	25,22	4 000	100 880
13	60-64	39,13	4 000	156 520
14	65-69			
15	70-74			
16	75-79			
17	80-84			
18	85+			
			31 000	481 480

ავადობის შეკვეცილი სტანდარტიზებული მაჩვენებელი ასაკის მიხედვით (TASR) 100 000 მოსახლეზე გამოითვლება ავადმყოფთა მოსალოდნელი რაოდენობის (ჩვენს შემთხვევაში 481480) გაყოფით მოსახლეობის 35-64 წლის ასაკობრივი

ჯგუფის მსოფლიო სტანდარტის ჯამურ რიცხვზე (ე. ი. 31 000-ზე):

$$TASR = \frac{\sum_{i=8}^{13} a_i w_i}{\sum_{i=8}^{13} w_i} = \frac{481480}{31000} = 15,53$$

სტანდარტიზებული მაჩვენებლების გამოთვლა არაპირდაპირი მეთოდით

ეს მეთოდი გამოიყენება იმ შემთხვევაში, როცა დაავადებულთა ასაკის მიხედვით განაწილების შესახებ ინფორმაცია არ არსებობს, აგრეთვე მაშინ, როცა დაავადებულთა რაოდენობა ძალიან მცირეა ასაკობრივ ჯგუფებში მათ გასანაწილებლად. ასეთ სიტუაციაში ერთმანეთს ადარებენ შემთხვევათა არსებულ და მოსალოდნელ რაოდენობას.

მოსალოდნელი რაოდენობა არის იმ შემთხვევათა რაოდენობა, რომლებიც შესაძლებელია ყოფილიყო შესასწავლ ჯგუფში, თუ ავადმყოფთა ასაკთან დაკავშირებული ავადობის ყველა კოეფიციენტი ამ ჯგუფში ანალოგიური იქნებოდა შესაბამისი კოეფიციენტებისა საკონტროლო (სტანდარტულ) ჯგუფში.

მოცემული მეთოდით მაჩვენებლების გამოთვლის დროს სტანდარტად მიიჩნევა დაავადების სიხშირე საკონტროლო (სტანდარტულ) ჯგუფში. ასე მაგალითად, მოსახლეობის ერთ ჯგუფში ავადობის დინამიკის შესწავლისას სტანდარტად შეიძლება მიღებული იყოს დაავადების ასაკობრივი სიხშირე ამ ჯგუფში გამოკვლევის საწყის ეტაპზე (ვთქვათ, 1989 წლის მონაცემები 2002 წელს). თუ აუცილებელია ავადობის მაჩვენებლების შედარება მოსახლეობის სხვადასხვა ჯგუფებში, მაშინ სტანდარტად შეიძლება მიღებული იყოს როგორც შესასწავლი ჯგუფების, ისე საკონტროლო ჯგუფის მაჩვენებლები.

არსებული და მოსალოდნელი შემთხვევების რაოდენობა დამოკიდებულია შესასწავლი ჯგუფის ასაკობრივ სტრუქტურაზე. შემთხვევათა არსებული რაოდენობა დამოკიდებულია შესასწავლი მოსახლეობის ავადობის კოეფიციენტებზე, ხოლო მოსალოდნელი რაოდენობა – საკონტროლო ჯგუფზე (ცხრილი 5). არსებული შემთხვევების რიცხვის შეფარდება მოსალოდნელი შემთხვევების რიცხვთან გამოისახება პროცენტებში და ავადობის გაანალიზებისას *ავადობის სტანდარტიზებული ფარდობა* (SIR) ეწოდება, ხოლო სიკვდილიანობის გაანალიზებისას – *სიკვდილიანობის სტანდარტიზებული ფარდობა* (SMR).

ცხრილი 5

კუჭის კიბოთი ავადობის სტანდარტიზებული ასაკობრივი მაჩვენებლების გაანგარიშება მამაკაცებში 2002 წლის მონაცემებით, მამაკაცთა კუჭის კიბოთი ავადობის 1989 წლის მაჩვენებლების სტანდარტად გამოყენებისას

ასაკობრივი ჯგუფის ინდექსი (i)	ასაკობრივი ჯგუფი	ავადობა 100000 მამაკაცზე 1989 წელს (a_i)	მამაკაცთა მოსახლეობის რიცხვი 2002 წელს (n_i)	დაავადებულთა მოსალოდნელი რაოდენობა 2002 წელს ($e=a_in_i/100000$)	დაავადებულთა რეალური რაოდენობა 2002 წ (r_i)
1	0-4	0,00	117400	0	0
2	5-9	0,00	170700	0	0
3	10-14	0,00	192400	0	0
4	15-19	0,00	180200	0	1
5	20-24	0,99	175300	1,74	1
6	25-29	0,51	166000	0,85	0
7	30-34	3,77	157700	5,95	3
8	35-39	2,26	173700	3,93	3
9	40-44	6,68	151800	10,14	11
10	45-49	13,60	131600	17,90	10
11	50-54	45,47	92300	42,00	23
12	55-59	73,43	91200	67,00	23
13	60-64	74,22	115000	85,35	45
14	65-69	47,31	96700	45,75	45
15	70-74	45,65	81500	37,20	44
16	75-79	67,50	35000	23,63	17
17	80-84	64,29	24500	15,75	10
18	85+	49,60	18000	8,9	6
		16,78	2173000	375,09	242

$$E = \sum e_i = \sum_{i=1}^{\Lambda} a_i n_i \div 100000 = \frac{(a_1 n_1) + (a_2 n_2) + (a_3 n_3) + \ldots + (a_{18} n_{18})}{100000} = 357,09$$

$O = \Sigma r_i = 242$

მოცემულ მაგალითში შემთხვევათა მოსალოდნელი რიცხვი E=357,09, ხოლო დაავადების რეალური რიცხვი O=242.

ასეთ შემთხვევაში ავადობის სტანდარტიზებული მაჩვენებელი იქნება:

$$\text{SIR} = \frac{O}{E} \times 100 = \frac{242}{357,09} \times 100 = 68,77\%$$

სხვა სიტყვებით, 1989 წლის მონაცემების სტანდარტად გამოყენებისას, 2002 წელს კუჭის კიბოთი ავადობა 68,77%-ია, ე. ი. 1989 წელთან შედარებით ავადობა 31,23%-ით შემცირდა.

ავადობის მაჩვენებლების სარწმუნოობის შეფასება

კვლევის შედეგების შეფასებისას მნიშვნელოვანია გათვალისწინებული იყოს ის, რომ მისი სრული სარწმუნოობისა და სიზუსტის მიღწევა შეუძლებელია. შედეგის სარწმუნოობის ხარისხი, მისი სიზუსტე, განისაზღვრება სანდოობის ინტერვალით. მაგალითად, სანდოობის 95%-იანი ინტერვალი წარმოადგენს იმ მნიშვნელობათა დიაპაზონს, რომლებიც მიიღება შემთხვევითი ვარიაციების არიცხვით (რეგისტრაციით) ისე, რომ ამ ინტერვალებისთვის ჭეშმარიტი მნიშვნელობის მინიჭებით ალბათობა 95%-ს შეადგენს. ეს იმას ნიშნავს, რომ, საშუალოდ, ყველა მიღებული მაჩვენებლის 95% იქნება ჭეშმარიტი, ხოლო 5% – ცრუ. ამრიგად, სანდოობის ინტერვალის შეფასებას დიდი მნიშვნელობა აქვს ეპიდემიოლოგიური გამოკვლევებისათვის.

არსებობს სანდოობის ინტერვალების გამოთვლის სხვადასხვა ხერხი და ფორმულა, მაგრამ ამ პროცედურის გასამარტივებლად რეკომენდებულია ქვემოთ მოყვანილი ცხრილების გამოყენება, რომლებიც შეიცავს მამრავლებს (კოეფიციენტებს) ავთვისებიანი სიმსივნეების სიხშირის მაჩვენებლების 95, 98 და 99%-იანი სანდოობის ზღვრის გამოსათვლელად (ცხრილი 6, 7, 8).

ცხრილი 6

მამრავლთა მნიშვნელობა ავთვისებიანი სიმსივნეების სიხშირის მაჩვენებლების 95%-იანი სანდოობის ზღვრის გამოსათვლელად

R	K-	K+	R	K-	K+	R	K-	K+
1	0,025	5,57	29	0,670	1,44	85	0,799	1,236
2	0,121	3,61	30	0,675	1,43	90	0,804	1,229
3	0,206	2,92	31	0,680	1,419	95	0,809	1,222
4	0,272	2,56	32	0,684	1,412	100	0,814	1,216
5	0,324	2,33	33	0,688	1,404	120	0,829	1,196
6	0,367	2,18	34	0,692	1,397	140	0,841	1,180
7	0,401	2,06	35	0,696	1,390	160	0,851	1,168
8	0,431	1,97	36	0,700	1,384	180	0,859	1,157
9	0,458	1,90	37	0,704	1,378	200	0,866	1,146
10	0,480	1,84	38	0,708	1,373	250	0,879	1,132
11	0,499	1,79	39	0,711	1,367	300	0,890	1,19
12	0,517	1,75	40	0,714	1,362	350	0,897	1,111
13	0,532	1,71	41	0,717	1,337	400	0,904	1,103
14	0,546	1,68	42	0,720	1,352	450	0,909	1,097
15	0,560	1,65	43	0,723	1,347	500	0,914	1,091
16	0,572	1,62	44	0,726	1,343	600	0,922	1,082
17	0,583	1,60	45	0,729	1,338	700	0,927	1,077
18	0,593	1,58	46	0,732	1,334	800	0,932	1,072
19	0,602	1,56	47	0,735	1,330	900	0,936	1,068
20	0,611	1,54	48	0,737	1,326	1000	0,939	1,064
21	0,619	1,53	49	0,739	1,322	1500	0,950	1,052
22	0,627	1,51	50	0,741	1,318	2000	0,956	1,045
23	0,634	1,50	55	0,753	1,308	3000	0,964	1,036
24	0,641	1,49	60	0,763	1,287	4000	0,969	1,031
25	0,647	1,48	65	0,772	1,274	5000	0,972	1,028
26	0,653	1,47	70	0,779	1,263	6000	0,975	1,026
27	0,659	1,46	75	0,780	1,253	7000	0,977	1,024
28	0,665	1,45	80	0,793	1,244	10000	0,980	1,020

შენიშვნა: სიხშირის ორი მაჩვენებლის P-პროცენტული სანდოობის ზღვრის შედარებისას მათ შორის განსხვავების არსებითობა შესაძლებელია შეფასდეს არანაკლებ 2P–100 სარწმუნოობით. ე. ი. მოცემული ცხრილის მონაცემების გამოყენებისას სარწმუნოობა არ არის ნაკლები 95X2 – 100 = 90%-ზე.

ცხრილი 7

მამრავლთა მნიშვნელობა ავთვისებიანი სიმსივნეების სიხშირის მაჩვენებლების 98%-იანი სანდოობის ზღვრის გამოსათვლელად

R	K-	K+	R	K-	K+	R	K-	K+
1	0.010	6.64	29	0.619	1.524	85	0.768	1.280
2	0.075	4.21	30	0.625	1.513	90	0.774	1.272
3	0.145	3.35	31	0.630	1.504	95	0.779	1.263
4	0.206	2.90	32	0.635	1.494	100	0.785	1.256
5	0.256	2.62	33	0.640	1.485	120	0.802	1.232
6	0.298	2.428	34	0.645	1.477	140	0.817	1.212
7	0.333	2.286	35	0.649	1.469	160	0.826	1.197
8	0.364	2.175	36	0.654	1.461	180	0.937	1.185
9	0.390	2.087	37	0.658	1.454	200	0.845	1.175
10	0.413	2.014	38	0.662	1.447	250	0.861	1.155
11	0.434	1.954	39	0.666	1.440	300	0.873	1.141
12	0.453	1.902	40	0.669	1.434	350	0.881	1.130
13	0.469	1.857	41	0.673	1.428	400	0.889	1.121
14	0.484	1.818	42	0.676	1.422	450	0.894	1.114
15	0.499	1.783	43	0.680	1.416	500	0.900	1.108
16	0.511	1.752	44	0.683	1.410	600	0.909	1.098
17	0.523	1.724	45	0.686	1.405	700	0.915	1.091
18	0.534	1.699	46	0.689	1.400	800	0.920	1.084
19	0.545	1.676	47	0.692	1.395	900	0.925	1.079
20	0.554	1.655	48	0.695	1.390	1000	0.929	1.075
21	0.563	1.636	49	0.698	1.386	1500	0.942	1.061
22	0.571	1.618	50	0.701	1.381	2000	0.949	1.053
23	0.579	1.602	55	0.717	1.358	3000	0.958	1.043
24	0.587	1.587	60	0.728	1.341	4000	0.964	1.037
25	0.594	1.572	65	0.738	1.325	5000	0.968	1.033
26	0.601	1.559	70	0.746	1.312	6000	0.971	1.030
27	0.607	1.547	75	0.754	1.300	7000	0.973	1.028
28	0.613	1.535	80	0.762	1.289	10000	0.977	1.023

შენიშვნა: სიხშირის ორი მაჩვენებლის P-პროცენტული სანდოობის ზღვრის შედარებისას მათ შორის განსხვავების არსებითობა შესაძლებელია შეფასდეს არანაკლებ 2P–100 სარწმუნოობით. ე. ი. მოცემული ცხრილის მონაცემების გამოყენებისას სარწმუნოობა არ არის ნაკლები 98X2 – 100 = 96%-ზე.

ცხრილი 8

მამრავლთა მნიშვნელობა ავთვისებიანი სიმსივნეების სიხშირის მაჩვენებლების 99%-იანი სანდოობის ზღვრის გამოსათვლელად

R	K-	K+	R	K-	K+	R	K-	K+
1	0.005	7.43	29	0.586	1.586	85	0.743	1.315
2	0.052	4.64	30	0.592	1.574	90	0.749	1.305
3	0.113	3.66	31	0.598	1.563	95	0.755	1.296
4	0.168	3.148	32	0.604	1.552	100	0.761	1.288
5	0.216	2.830	33	0.609	1.542	120	0.780	1.260
6	0.257	2.610	34	0.613	1.533	140	0.796	1.239
7	0.291	2.447	35	0.618	1.523	160	0.808	1.222
8	0.321	2.323	36	0.623	1.515	180	0.818	1.208
9	0.348	2.222	37	0.627	1.507	200	0.827	1.197
10	0.372	2.140	38	0.632	1.499	250	0.845	1.175
11	0.393	2.071	39	0.636	1.491	300	0.857	1.158
12	0.412	2.012	40	0.640	1.484	350	0.868	1.146
13	0.429	1.962	41	0.643	1.477	400	0.875	1.137
14	0.445	1.917	42	0.647	1.470	450	0.883	1.128
15	0.459	1.877	43	0.651	1.464	500	0.888	1.121
16	0.473	1.843	44	0.654	1.458	600	0.898	1.109
17	0.485	1.811	45	0.658	1.452	700	0.905	1.101
18	0.497	1.783	46	0.661	1.446	800	0.911	1.095
19	0.507	1.757	47	0.664	1.441	900	0.916	1.089
20	0.517	1.734	48	0.667	1.435	1000	0.920	1.084
21	0.527	1.712	49	0.670	1.430	1500	0.935	1.068
22	0.536	1.692	50	0.673	1.425	2000	0.943	1.059
23	0.544	1.673	55	0.687	1.403	3000	0.953	1.048
24	0.552	1.656	60	0.699	1.383	4000	0.960	1.041
25	0.560	1.640	65	0.709	1.366	5000	0.964	1.037
26	0.567	1.625	70	0.719	1.351	6000	0.967	1.034
27	0.574	1.611	75	0.728	1.338	7000	0.969	1.031
28	0.580	1.598	80	0.736	1.326	10000	0.974	1.026

შენიშვნა: სიხშირის ორი მაჩვენებლის P-პროცენტული სანდოობის ზღვრის შედარებისას მათ შორის განსხვავების არსებითობა შესაძლებელია შეფასდეს არანაკლებ 2P-100 სარწმუნოობით. ე. ი. მოცემული ცხრილის მონაცემების გამოყენებისას სარწმუნოობა არ არის ნაკლები 99X2 – 100 = 98%-ზე.

ასე მაგალითად, მე-5 ცხრილის მონაცემებით, 2002 წელს მამაკაცებში, ასაკის მიხედვით, კუჭის კიბოთი ავადობის სტანდარტიზებული ფარდობა 1989 წლის მონაცემების სტანდარტად გამოყენებისას შეადგენდა 68,77-ს. მე-6 ცხრილში პოულობენ დაავადებულთა რიცხვის (242) შესაბამის მინიმალურ (K–=0,879) და მაქსიმალურ (K+=1,132) კოეფიციენტებს და 68,77%-ს ამრავლებენ ამ კოეფიციენტებზე. მიიღება მაჩვენებლის სანდოობის ინტერვალის ქვედა (60,44%) და ზედა (77,85%) ზღვარი 95% სიზუსტით.

სანდოობის ინტერვალის 98%-იანი სიზუსტით დასადგენად მე-7 ცხრილში დაავადებულთა რიცხვისათვის (242) მოიძებნება K-ს მინიმალური და მაქსიმალური მნიშვნელობა: K–=0,861, K+=1,155. 68,77% მრავლდება ამ კოეფიციენტებზე, მიიღება

მაჩვენებლის სანდოობის ინტერვალის ქვედა (59,21%) და ზედა (79,43%) ზღვარი 98% სიზუსტით.

სანდოობის ინტერვალის 99%-იანი სიზუსტით დასადგენად მე-8 ცხრილში დაავადებულთა რიცხვისათვის (242) მოიძებნება მამრავლები: მინიმალური K−=0,845, მაქსიმალური K+=1,175. 68,77% მრავლდება ამ კოეფიციენტზე. მიიღება მაჩვენებლის სანდოობის ინტერვალის ქვედა (58,11%) და ზედა (80,80%) ზღვარი 99% სიზუსტით.

ამრიგად, მოცემულ შემთხვევაში სანდოობის არც 95%-იანი, არც 98%-იანი და არც 99%-იანი ინტერვალის თანაკვეთა სტანდარტულ მაჩვენებელთან (100) არ მოხდა, მაშასადამე, შესაძლებელია ვამტკიცოთ, რომ კუჭის კიბოთი დაავადებულ მამაკაცთა რეალური რაოდენობა 2002 წელს სტატისტიკურად სარწმუნოდ ნაკლები იყო, ვიდრე 1989 წელს.

მაჩვენებლები, რომლებიც გამოიყენება დაავადების სიხშირის შესადარებლად

დაავადების სიხშირის მახასიათებელ მაჩვენებელთა შედარება შეიძლება იყოს აბსოლუტური ან ფარდობითი.

აბსოლუტური შედარება შესადარებელ ჯგუფებში დაავადების სიხშირეთა შორის სხვაობის ტოლია. მაგალითად: 1989 წელს გამოვლინდა ძუძუს კიბოთი დაავადებული 947 პაციენტი, 2002 წელს – 1040. აბსოლუტური შედარება=1040-947=93.

ფარდობითი შედარება შესადარებელ ჯგუფებში დაავადების სიხშირეთა ფარდობის ტოლია: თუ 1989 წელს ძუძუს პირველადი კიბოს შემთხვევების რაოდენობა იყო 947, ხოლო 2002 წელს 1040, ფარდობითი შედარება=1040:947=1,098. ეს ნიშნავს, რომ 2002 წელს, 1989 წელთან შედარებით, ძუძუს კიბოთი ავადობამ 1,1-ჯერ მოიმატა.

სამეცნიერო გამოკვლევებში ფარდობითი შედარება უფრო ხშირად გამოიყენება, ვიდრე აბსოლუტური. ეს იმასთანაა დაკავშირებული, რომ მოსახლეობის ორ ჯგუფში დაავადების სიხშირეთა შორის სხვაობის მნიშვნელობის სრული ინტერპრეტაცია შეუძლებელია, თუ იგი არ არის დაკავშირებული გამოსათვლელი მაჩვენებლის გარკვეულ საწყის დონესთან. ფარდობითი სხვაობის მაჩვენებელს ხშირად ***ფარდობით რისკს*** უწოდებენ.

კორელაციური ანალიზი

მედიცინაში, ისევე როგორც, საერთოდ, ბუნებაში, მრავალი მოვლენა ერთმანეთთანაა დაკავშირებული. ეპიდემიოლოგიური კვლევების ჩატარებისას ყოველთვის არსებობს შესაძლო ურთიერთკავშირის (მაგალითად, ავთვისებიანი სიმსივნეების სიხშირესა და გარემო ფაქტორებს შორის კავშირი) ანალიზის აუცილებლობა.

კორელაციური კავშირი – ეს ისეთი დამოკიდებულებაა, როცა ერთი რომელიმე ნიშნის შეცვლა აუცილებლად იწვევს მეორის ცვლილებას. ფორმის მიხედვით კორელაციური კავშირი შეიძლება იყოს წრფივი და მრუდწირული.

წრფივი კავშირის დროს ერთ-ერთი ნიშნის თანაბარი ცვლილება, უმნიშვნელო გადახრებით, შეესაბამება მეორე ნიშნის თანაბარ ცვლილებას. მრუდწირული კავ-

შირის დროს ერთ-ერთი ნიშნის თანაბარ ცვლილებას შეესაბამება მეორე ნიშნის გარკვეული კანონზომიერების მქონე არათანაბარი ცვლილება.

საერთო ტენდენცია გარკვეულ მომენტში იცვლის მიმართულებას. კავშირის მიმართულება შეიძლება იყოს პირდაპირი (დადებითი) და შებრუნებული (უარყოფითი).

პირდაპირი კავშირი ეს არის ისეთი დამოკიდებულება, როცა ერთი ნიშნის ზრდას თან ახლავს მეორე ნიშნის ზრდა ან, პირიქით, ერთი ნიშნის შემცირება იწვევს მეორე ნიშნის შემცირებას. მაგალითად, გარემოს ბლასტომოგენური ფაქტორების (ვთქვათ, ულტრაიისფერი გამოსხივების) მატებასთან ერთად მატულობს ავთვისებიანი სიმსივნეების (კანის კიბოს) რაოდენობაც; ავადობის შემცირებასთან ერთად კლებულობს სიკვდილიანობაც.

შებრუნებული კავშირი (უკუკავშირი) არის დამოკიდებულება, როცა ერთი ნიშნის მომატებასთან ერთად აღინიშნება მასთან კორელაციურად დაკავშირებული მეორე ნიშნის შემცირება. მაგალითად, პროფილაქტიკური ღონისძიებების გაფართოებასთან ერთად მცირდება გამოვლენილ პაციენტებში კიბოს შორსწასული შემთხვევების ხვედრითი წილი.

კორელაციის ხარისხს სხვაგვარად კავშირის ძალას უწოდებენ (ცხრილი 9).

ცხრილი 9

კორელაციის კოეფიციენტის შეფასების კრიტერიუმები

კავშირის ხარისხი	კორელაციის კოეფიციენტის სიდიდე	
	პირდაპირი კავშირის დროს	შებრუნებული კავშირის დროს
მცირე (სუსტი)	0-დან + 0,3-მდე	0-დან −0,3-მდე
საშუალო (ზომიერი)	0,3-დან + 0,69-მდე	−0,3-დან −0,69-მდე
დიდი (ძლიერი)	0,7-დან + 0,99-მდე	−0,7-დან −0,99-მდე
ფუნქციური	+1	−1

კავშირის ძალის გაზომვა ხორციელდება კორელაციის კოეფიციენტის გამოთვლის გზით.

r_{xy} რიგების კორელაციის შეწყვილებული კოეფიციენტი განისაზღვრება ფორმულით:

$$r_{xy} = \frac{\sum d_x d_y}{\sqrt{\sum d_x^2 \cdot \sum d_y^2}}$$

ქვემოთ მოცემულ მაგალითზე განვიხილოთ კორელაციის კოეფიციენტის გამოთვლა ამ მეთოდით (ცხრილი 10).

მონაცემები კორელაციის კოეფიციენტის განსასაზღვრად
(კუჭის კიბო, 50-79 ასაკობრივი ჯგუფი, 2002წ)

ასაკობრივი ჯგუფები	კუჭის კიბოთი ავადობის მაჩვენებლები		გადახრა		$d_x d_y$	გადახრის კვადრატი	
	მამაკაცები V_x	ქალები V_y	d_x	d_y		d_x^2	d_y^2
11	23	14	-10	-5	50	100	25
12	23	11	-10	-8	80	100	64
13	45	16	+12	-3	-36	144	9
14	45	24	+12	+5	60	144	25
15	44	32	+11	+13	143	121	169
16	18	17	-15	-2	30	225	4
	198	114			327	834	296

მამაკაცებსა და ქალებში კუჭის კიბოთი ავადობის მაჩვენებლების შედარებისას მამაკაცთა შორის საშუალო ასაკობრივ ჯგუფებში აღინიშნება კუჭის კიბოთი ავადობის მატება, შემდეგ ჯგუფებში კი – კლება. ანალოგიური ტენდენციაა ქალთა შორისაც. საჭიროა განისაზღვროს ამ მაჩვენებლებსა და მიღებული შედეგების სარწმუნოობას შორის კავშირის ხარისხი.

გამოთვლები ტარდება შემდეგი ალგორითმით:

1. გამოითვლიან x და y მწკრივების საშუალო არითმეტიკულს:

$$M_x = \frac{\sum V_x}{N} = \frac{198}{6} = 33 \qquad M_y = \frac{\sum V_y}{N} = \frac{144}{6} = 19$$

1. 2. განსაზღვრავენ თითოეული მწკრივის ვარიანტის საშუალო არითმეტიკულიდან გადახრას (d_x და d_y).

2. 3. ანგარიშობენ d_x და d_y-ის ნამრავლებს ($d_x.d_y$) და ცხრილის ბოლოს გამოითვლიან ამ ნამ-რავლთა ალგებრულ ჯამს.

3. 4. კვადრატში აყავთ d_x და d_y და ცხრილის ბოლოს აჯამებენ.

4. 5. გამოითვლიან კორელაციის კოეფიციენტს:

$$r_{xy} = \frac{\sum d_x d_y}{\sqrt{\sum d_x^2 \cdot \sum d_y^2}} = \frac{327}{\sqrt{834 \cdot 296}} = \frac{327}{\sqrt{246864}} = \frac{327}{496{,}85} = 0{,}66$$

კორელაციის კოეფიციენტის სარწმუნოობის შესაფასებლად უნდა გამოითვალოს საშუალო ცდომილება m:

$m_r = \pm\sqrt{\frac{1-r^2}{N}}$, თუ დაკვირვებათა რიცხვი 100-ზე მეტია;

$m_r = \pm, \sqrt{\frac{1-r^2}{N-1}}$, თუ დაკვირვებათა რიცხვი 30-დან 100-მდე ფარგლებშია;

$m_r = \pm\sqrt{\frac{1-r^2}{N-2}}$, თუ დაკვირვებათა რიცხვი 30-ზე ნაკლებია.

ვინაიდან განხილულ მაგალითში დაკვირვებათა რიცხვი შეადგენს 6-ს, უნდა გამოვიყენოთ ბოლო ფორმულა:

$$m_r = \pm\sqrt{\frac{1-r^2}{N-2}} = \sqrt{\frac{1-0{,}66^2}{6-2}} = \sqrt{\frac{1-0{,}4356}{4}} = \sqrt{\frac{0{,}5644}{4}} = \sqrt{0{,}1411} = 0{,}38$$

მიღებული ცდომილების სიდიდის შესაფასებლად გამოიყენება სარწმუნოობის კრიტერიუმი t:

$$t = \frac{r_{xy}}{m_r}$$

30-ზე მეტი დაკვირვებათა რიცხვის (N>30) შემთხვევაში კორელაციის კოეფიციენტი სარწმუნოა, თუ სარწმუნოობის კრიტერიუმი $t \geq 3$.

30-ზე ნაკლები დაკვირვებათა რიცხვის (N<30) შემთხვევაში სარწმუნოობის კრიტერიუმი t გამოითვლება ზემოთ მოყვანილი ფორმულით. განხილული მაგალითის მიხედვით,

$$t = \frac{r_{xy}}{m_r} = \frac{0{,}66}{0{,}38} = 1{,}73$$

მე-9 ცხრილის მონაცემების თანახმად, კორელაციური კავშირი ძალიან ძლიერია (ფუნქციურია).

დინამიკური მწკრივები

რაიმე მოვლენის დინამიკის შესასწავლად აგებენ დინამიკურ მწკრივს.

დინამიკური მწკრივი – ეს არის გარკვეული პერიოდულობით ქრონოლოგიურად დალა-გე-ბული ერთგვაროვანი სტატისტიკური სიდიდეების წყება, რომლებიც გვიჩვენებენ რაიმე მოვ-ლენის ცვლილებას დროში.

რიცხვებს, რომლებიც შეადგენენ დინამიკურ მწკრივს, დონეები ეწოდება.

მწკრივის დონე — ეს არის ამა თუ იმ მოვლენის სიდიდე, რომელსაც იგი აღწევს გარკვეულ დროში ან დროის გარკვეული მომენტისათვის.

მწკრივის დონეები შეიძლება იყოს აბსოლუტური, ფარდობითი ან საშუალო სიდიდეები.

დინამიკური მწკრივები არის *მარტივი* (შედგება აბსოლუტური სიდიდეებისაგან) და *რთული* (შედგება ფარდობითი ან საშუალო სიდიდეებისაგან).

მარტივი დინამიკური მწკრივები შეიძლება იყოს მომენტალური და ინტერვალური.

მომენტალური დინამიკური მწკრივი შედგება ისეთი სიდიდეებისაგან, რომლებიც ახასიათებენ მოვლენას დროის რომელიმე *გარკვეულ მომენტში*. ამის მაგალითია სტატისტიკური მონაცემები, რომლებიც ასახავს მდგომარეობას თვის, კვარტლის, წლის **დასაწყისისათვის ან ბოლოსათვის**.

ინტერვალური დინამიკური მწკრივი შედგება რიცხვებისაგან, რომლებიც ახასიათებენ მოვლენას დროის გარკვეული მონაკვეთის (კვირის, თვის, კვარტლის, წლის) *განმავლობაში*. ამის მაგალითია წლის განმავლობაში დაბადებულთა, გარდაცვლილთა, დაავადებულთა რაოდენობა.

ინტერვალური მწკრივის თავისებურებას წარმოადგენს ის, რომ მისი წევრები შეიძლება დავაჯამოთ (ასეთ დროს ინტერვალი მსხვილდება) ან დავანაწევროთ. მაგალითად, თუკი გვაქვს მონაცემები ძუძუს კიბოს შემთხვევების ყოველთვიური რეგისტრაციის შესახებ, შეგვიძლია შევადგინოთ დინამიკური მწკრივი კვარტლის ან წლის ინტერვალით.

დინამიკური მწკრივი შეიძლება ისე გარდავქმნათ, რომ უფრო ადვილად გამოვლინდეს შესასწავლ პროცესში მიმდინარე ცვლილებების თავისებურებები და შესაძლებელი იყოს მეტი თვალსაჩინოების მიღწევა.

უპირველეს ყოვლისა, მწკრივი შეიძლება დახასიათდეს თავისივე წევრების სიდიდეებით, რომელთაც *დონეები* ეწოდებათ. მწკრივის პირველი წევრის სიდიდეს ეწოდება *საწყისი დონე*, მწკრივის ბოლო წევრისას — *საბოლოო დონე*. მწკრივის ყველა წევრის საშუალო სიდიდეს ეწოდება *საშუალო დონე*.

აბსოლუტური მატება (კლება) — ეს არის მწკრივის მომდევნო და წინა წევრების სიდიდეთა შორის სხვაობა: მატება გამოისახება დადებითი (+), ხოლო კლება — უარყოფითი (—) ნიშნით. მატების ან კლების მნიშვნელობა ასახავს დინამიკური მწკრივის დონეების ცვლილებას დროის გარკვეულ შუალედში.

ზრდის (შემცირების) ტემპი — გვიჩვენებს ყოველი მომდევნო დონის ფარდობას წინა დონესთან და გამოისახება პროცენტებში.

მატების (კლების) ტემპი — ეს არის მწკრივის მომდევნო წევრის აბსოლუტური მატების ან კლების ფარდობა წინა წევრის დონესთან და გამოისახება პროცენტებში. მატების ტემპი შეიძლება ასევე განისაზღვროს ფორმულით: ზრდის ტემპს — 100%.

მატების (კლების) ერთი პროცენტის აბსოლუტური მნიშვნელობა მიიღება მატების (კლების) აბსოლუტური სიდიდის გაყოფით ამავე პერიოდში მატების (კლების) ტემპის მაჩვენებლებზე.

მწკრივის მატების ან კლების უფრო თვალსაჩინოდ გამოსახატად შესაძლებელია მისი გარდაქმნა თვალსაჩინოების მაჩვენებლების გამოთვლის გზით, რომლებიც

გვიჩვენებენ მწკრივის თითოეული წევრის ურთიერთობას ამავე მწკრივის ერთ-ერთ წევრთან, რომელიც 100%-ის ტოლადაა მიჩნეული.

დინამიკური მწკრივის მაჩვენებლების გამოთვლის მაგალითი წარმოდგენილია მე-11 ცხრილში.

ცხრილი 11

პირობითი პოპულაციის ავთვისებიანი სიმსივნეებით ავადობა
1999-2002 წლებში (100000 მოსახლეზე)

წლები	ავადობის მაჩვენებელი	აბსოლუტური მატება	ზრდის ტემპი %	მატების ტემპი %	თვალსაჩინოების მაჩვენებელი %
1999	92,4	–	–	–	100
2000	101,2	+88	109,5	9,5	109,5
2001	107,8	+6,6	106,5	6,5	116,7
2002	118,8	+11	110,2		128,6

აბსოლუტური მატება (კლება): 2000: 101,2-92,4=+8,8
2001: 107,8-101,2=+6,6
2002: 118,8-107,8=+11

ზრდის ტემპი: 2000: 101,2/92,4x100=109,5%
2001: 107,8/101,2x100=106,5%
2002: 118,8/107,8x100=110,2%

მატების (კლების) ტემპი: 2000: 8,8/92,4x100%=+9,5%
2001: 6,6/101,2x100%=+6,52%
2002: 11/107,8x100%=+10,2%

თვალსაჩინოობის მაჩვენებელი: 1999: 100%
2000: 101,2/92,4x100%=109,5%
2001: 107,8/92,4x100%=116,7%
2002: 118,8/92,4x100%=128,6%

ზოგჯერ შესასწავლი მოვლენის დინამიკა წარმოდგენილია არა უწყვეტად ცვლადი დონის, არამედ ცალკეული ნახტომისებრი ცვლილებების სახით. ასეთ შემთხვევაში შესასწავლი მოვლენის განვითარების ძირითადი ტენდენციების განსასაზღვრად მიმართავენ დინამიკური მწკრივების გამოთანაბრებას. ამ დროს შეიძლება გამოყენებული იყოს შემდეგი ხერხები: ინტერვალის გამსხვილება, ჯგუფური საშუალო სიდიდის გამოთვლა, მცოცავი საშუალო სიდიდის განსაზღვრა, მაჩვენებლების გამოთანაბრება უმცირესი კვადრატების მეთოდით.

ინტერვალის გამსხვილება ხდება ერთმანეთთან მიმდებარე რამდენიმე პერიოდის მონაცემთა შეჯამებით. შედეგად მიიღება მაჩვენებლები დროის უფრო ხანგრძლივი შუალედისათვის. ამით სწორდება შემთხვევითი რხევები და უფრო მკაფიოდ ჩანს მოვლენის დინამიკის ხასიათი.

ჯგუფური საშუალო სიდიდის გამოთვლა გულისხმობს თითოეული გამსხვილებული პერიოდის საშუალო სიდიდის განსაზღვრას. ამისთვის საჭიროა მოსაზღვრე

პერიოდების მეზობელი დონეების შეჯამება და ჯამის გაყოფა შესაკრებთა რიცხვზე. ამით უფრო ცხადად ჩანს დროში მომხდარი ცვლილებები.

მცოცავი საშუალო სიდიდის გამოთვლით გარკვეულწილად შესაძლებელი ხდება დინამიკური მწკრივის დონეზე შემთხვევითი რხევების გავლენის თავიდან აცილება და უფრო ნათლად აისახება მოვლენის ტენდენცია. ამ სიდიდის გამოთვლისას მწკრივის ყოველ დონეს ცვლიან მოცემული დონისა და მისი მეზობელი ორი დონის საშუალო სიდიდით. ყველაზე ხშირად აჯამებენ მწკრივის ერთმანეთის მომდევნო სამ წევრს, მაგრამ შეიძლება ავიღოთ უფრო მეტიც.

დინამიკური მწკრივის გამოთანაბრების მაგალითი წარმოდგენილია მე-12 ცხრილში, სადაც ნაჩვენებია ავთვისებიანი სიმსივნეებით დაავადებულთა რაოდენობა წლების მიხედვით.

მოცემულ დინამიკურ მწკრივში ინტერვალის 3 წლამდე გაზრდით მიიღება 3 წლის განმავლობაში დაავადებულთა რაოდენობა. მიღებული მონაცემები გვიჩვენებს დაავადებულთა რაოდენობის თანდათანობით მატებას და მის მაქსიმალურ მნიშვნელობას უკანასკნელ სამ წელიწადში.

თითოეული მიღებული ჯამის 3-ზე გაყოფით (წლების რაოდენობა ჯგუფში) მიიღება საშუალო სიდიდეები ჯგუფების მიხედვით, სიდიდეთა შორის იმავე კანონზომიერების შენარჩუნებით.

ცხრილი 12

ავთვისებიანი სიმსივნეებით დაავადებულ პირველად ავადმყოფთა რაოდენობა წლების მიხედვით

წლები	ავადმყოფთა რაოდენობა	ავადმყოფთა რაოდენობა 3-3-წლის განმავლობაში	ჯგუფური საშუალო	მცოცავი საშუალო
1994	3485	–	–	–
1995	3128	10006	10006:3=3335,3	3335,3
1996	3393			3614,0
1997	4321			4097,7
1998	4579	13306	13306:3=4435,3	4435,3
1999	4406			4425,7
2000	4292			4557,3
2001	4974	14598	14598:3=4866,0	4866,0
2002	5332	–	–	–

მცოცავ საშუალოს, ჩვეულებრივ, გამოითვლიან, როგორც სამი მოსაზღვრე დონის (მოცემული, მისი წინა და მომდევნო წლები) საშუალო არითმეტიკულს. პირველი და ბოლო დონისათვის მცოცავ საშუალოს არ განსაზღვრავენ.

1995 წლისათვის: $\frac{3485+3128+3393}{3} = \frac{10006}{3} = 3335,3$

1996 წლისათვის: $\frac{3128+3393+4321}{3} = \frac{10842}{3} = 3614,0$ და ა. შ.

უმცირესი კვადრატების მეთოდი ერთ-ერთი ყველაზე ზუსტი ხერხია დინამიკური მწკრივის გამოსათანაბრებლად. ამ მეთოდის მიზანია შემთხვევითი ფაქტორების ზემოქმედების თავიდან აცილება და იმ მოვლენის ძირითადი ტენდენციის დინამიკაში შესწავლა, რომელიც ხანგრძლივმოქმედი ფაქტორების ზემოქმედებითაა განპირობებული. გამოთანაბრებას ახდენენ შესასწავლი მოვლენის დინამიკისათვის დამახასიათებელი ყველაზე შესაფერისი მიმართულებით, მოვლენის სიხშირის მატების ან კლების ძირითადი ტენდენციების არსებობის პირობებში. გრაფიკულად ასეთი ხაზი, ჩვეულებრივ, წარმოადგენს წრფეს, რომელიც ყველაზე ზუსტად ახასიათებს ცვლილებათა ძირითად მიმართულებას.

ეს მეთოდი გამოვლენილი ტენდენციის რაოდენობრივი შეფასებისა და ამის საფუძველზე მომდევნო წლისათვის პროგნოზული დონეების გამოთვლის საშუალებას იძლევა.

ვარიაციული სტატისტიკის ელემენტები

ცვლადი სიდიდეების საშუალო არითმეტიკულის გამოთვლა და მისი დამახასიათებელი ნიშნების შესწავლა ხდება ვარიაციული სტატისტიკის მეთოდით. ამ ნიშნების სიდიდეების ჩაწერა ხდება გარკვეული წესით (კლებადობით ან ზრდადობით), რაც ქმნის ვარიაციულ მწკრივს. იგი შეიძლება იყოს წყვეტილი ან უწყვეტი. წყვეტილი მწკრივის მაგალითია განყოფილებაში ავადმყოფთა რაოდენობა, დაავადების მსვლელობისას ცხელებით მიმდინარე დღეები და ა. შ., როცა ნიშნის რაოდენობრივი მნიშვნელობა მთელი სიდიდეა.

სიმაღლე, სხეულის წონა და ფიზიკური განვითარების სხვა ნიშნები შეიძლება იყოს მთელი ან წილადი. მათი დაჯგუფება ხდება უწყვეტი ტიპის ვარიაციულ მწკრივში. ამ დროს თავდაპირველად ადგენენ ნიშნის მაქსიმალურ და მინიმალურ მნიშვნელობას, ე. ი. მთელი მწკრივის რხევის ამპლიტუდას, შემდეგ — ინტერვალს ჯგუფებს შორის (σ).

საშუალო არითმეტიკულის გამოსათვლელად უნდა ვიცოდეთ თითოეული ვარიანტის სიხშირე (P), ე. ი. მოცემულ ვარიაციულ მწკრივში რამდენჯერ გვხვდება მოცემული სიდიდის ვარიანტები. როცა ცალკეული სიხშირეების რიცხვები თანაბარია, გამოითვლიან მარტივ საშუალო არითმეტიკულს:

$$M = \frac{\sum V}{n}, \qquad \text{სადაც} \quad n = \sum P,$$

მაგრამ თუ ვარიანტების სიხშირეები განსხვავებულია, მაშინ გამოითვლება შეწონილი საშუალო ართმეტიკული ფორმულით:

$M = \frac{\sum VP}{n}$, სადაც V — არის ვარიანტები, P — სიხშირე, n — დაკვირვებათა საერთო რაოდენობა. როცა ეს უკანასკნელი 30-ზე ნაკლებია ($n<30$), მაშინ $M = \frac{\sum VP}{n-1}$.

საშუალო არითმეტიკულზე წარმოდგენა რომ გვქონდეს, საჭიროა ვიცოდეთ ვარიაციული მწკრივის კიდევ ზოგიერთი პარამეტრი (სიდიდე): საშუალო კვადრატული გადახრა – σ, საშუალო არითმეტიკულის ცდომილება (m), განსხვავების ალბათობის მაჩვენებელი (P). მოვლენებს შორის კავშირის გასაზომად გამოიყენება შესაბამისობის კრიტერიუმი (χ^2). არსებითი სხვაობის მაჩვენებელია – t.

საშუალო კვადრატული გადახრა (σ) წარმოადგენს ვარიაციული მწკრივის ცვლილების საზომს, რომლისთვისაც გამოთვლილია საშუალო. ამასთან, რაც უფრო ნაკლებია σ, მით უფრო ერთგვაროვანია ვარიაციული მწკრივი.

$$\sigma = \sqrt{\frac{\sum d^2 P}{n}}$$

როცა დაკვირვებათა რიცხვი 30-ზე ნაკლებია, მაშინ $\sigma = \sqrt{\frac{\sum d^2 P}{n-1}}$

საშუალო კვადრატული გადახრის გამოთვლა შეიძლება გამარტივდეს, თუ ცნობილია ვარიაციული მწკრივის ამპლიტუდა, ანუ მოცემული სიდიდის მაქსიმალური და მინიმალური ვარიანტები:

$$\sigma = \sqrt{\frac{X_{max} - X_{min}}{K}},$$

სადაც K არის საშუალო კვადრატული გადახრის გამოსათვლელი კოეფიციენტი ვარიაციული მწკრივის ამპლიტუდის მიხედვით, რომელსაც პოულობენ ს. ერმოლაევის ცხრილში.

საშუალო არითმეტიკულის ცდომილება $m = \frac{\sigma}{\sqrt{n}}$. როცა $n < 30$,

მაშინ $m = \frac{\sigma}{\sqrt{n-1}}$.

ცხრილი 13

კოეფიციენტის მნიშვნელობათა ცხრილი (ს. ერმოლაევი)

დაკვირვებათა რიცხვი	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
0			1.23	1.69	2.06	2.33	2.53	2.70	2.85	2.97
10	3.08	3.17	3.26	3.34	3.41	3.47	3.53	3.59	3.64	3.69
20	3.73	3.78	3.82	3.86	3.90	3.93	3.96	4.00	4.03	4.06
30	4.09	4.11	4.14	4.16	4.19	4.21	4.24	4.26	4.28	4.30
40	4.32	4.34	4.36	4.38	4.40	4.42	4.43	4.45	4.47	4.48
50	4.50	4.51	4.53	4.54	4.56	4.57	4.59	4.60	4.61	4.63
60	4.64	4.65	4.66	4.68	4.69	4.70	4.71	4.72	4.73	4.74
70	4.75	4.77	4.78	4.79	4.80	4.81	4.82	4.83	4.83	4.84
80	4.85	4.86	4.87	4.88	4.89	4.90	4.91	4.91	4.92	4.93
90	4.94	4.95	4.96	4.96	4.97	4.98	4.99	4.99	5.00	5.01
n	100	200	300	400	500	600	700	800	900	1000
K	5.02	5.49	5.76	5.94	6.07	6.10	6.28	6.35	6.42	6.40

K არის საშუალო კვადრატული გადახრის გამოსათვლელი კოეფიციენტი ვარიაციული მწკრივის ამპლიტუდის მიხედვით.

ცხრილი 14

საშუალო არითმეტიკულისა და საშუალო კვადრატული გადახრის გამოთვლა მარტივ ვარიაციულ მწკრივში

სხეულის წონა, კგ V	დაკვირვებათა რიცხვი p	Vp	d	dp	d^2	d^2p
58	1	58	-3.9	-3.9	15.21	15.21
59	3	177	-2.9	-8.7	8.41	25.23
60	4	240	-1.9	-7.6	3.61	14.44
61	7	427	-0.9	-6.3	0.81	5.67
62	10	620	+0.1	+1.0	0.01	0.1
63	6	378	+1.1	+6.6	1.21	7.26
64	4	256	+2.1	+8.4	4.41	17.64
65	2	130	+3.1	+6.2	9.61	19.22
66	1	66	+4.1	+4.1	16.81	16.81
	38	2352				121.58

ორი ჯგუფის ვარიაციული მწკრივის შესადარებლად გამოიყენება არსებითი სხვაობის მაჩვენებელი t. ეს არის რიცხვი, რომელიც გვიჩვენებს რამდენჯერ მეტია ორი სიდიდის საშუალო არითმეტიკულებს შორის სხვაობა კვადრატულ ფესვზე საშუალო ცდომილებათა კვადრატების ჯამიდან:

$$t = \frac{M_1 - M_2}{\sqrt{m_1^2 + m_2^2}}.$$

დაკვირვებათა სიდიდისა და რიცხვის საფუძველზე, სტიუდენტის ცხრილით, გამოითვლება განსხვავების ალბათობის მაჩვენებელი P.

ცნობილია, რომ თუ t<2-ზე, მაშინ შესადარებელ სიდიდეებს შორის სხვაობა შემთხვევითია (P>0,05);

როცა t>2-ზე, მაშინ შესადარებელ სიდიდეებს შორის სხვაობა სარწმუნოა 0,95 ალბათობით (P<0,05);

როცა t>2,6-ზე, მაშინ შესადარებელ სიდიდეებს შორის სხვაობა სარწმუნოა 0,99 ალბათობით (P<0,01);

როცა t>3,3-ზე, მაშინ შესადარებელ სიდიდეებს შორის სხვაობა სარწმუნოა 0,999 ალბათობით (P<0,001).

ორ ფარდობით სიდიდეს შორის განსხვავების სარწმუნოობის შესაფასებლად გამოიყენება შესაბამისობის კრიტერიუმი [2].

$$\chi^2 = \frac{(a \cdot d - b \cdot c)^2 \cdot n}{(a+c)(b+d)(a+b)(c+d)}.$$

როცა ოთხი ციფრიდან ერთ-ერთი ≤5, მაშინ:

$$\chi^2 = \frac{(a \cdot d - b \cdot c - \frac{n}{2})^2 \cdot n}{(a+c)(b+d)(a+b)(c+d)}$$

როცა a+b=c+d, მაშინ $\chi^2 = \frac{(b-d)^2}{b+d}$

წინასწარ ვადგენთ შემდეგ შაბლონს:

a	b	a+b
c	d	c+d
a+c	b+d	n

მაგალითად: საცდელ ჯგუფში 20 ავადმყოფიდან (a+b) გართულება განუვითარდა 3(a) ავადმყოფს და არ გართულდა 17(b) ავადმყოფი; საკონტროლო ჯგუფის 33 ავადმყოფიდან (c+d) გართულდა 15(c) და არ გართულდა 18(d). მაშინ

$$\chi^2 = \frac{(3\cdot 18 - 17\cdot 5 - \frac{53}{2})^2 \cdot 53}{(3+15)(17+18)(3+17)(15+18)} = \frac{(54-655-26{,}5)^2\cdot 53}{18\cdot 35\cdot 20\cdot 33} = \frac{(174{,}5)^2\cdot 53}{415800} = \frac{30450{,}25\cdot 53}{415800} =$$

$$= \frac{1613863{,}2}{415800} = 3{,}88$$

როცა	P=1	χ^2=1
	0.5 –	0.455
	0.3 –	1.074
	0.2 –	1.642
	0.1 –	2.756

} სტატისტიკურად არასარწმუნოა

0.05 –	3.841
0.02 –	5.412
0.01 –	6.635
0.005 –	7.9
0.001 –	10.8

} სტატისტიკურად სარწმუნოა

როცა სიდიდეები გამოსახულია პროცენტებში, პროცენტის ცდომილება

$$m = \sqrt{\frac{P(100-P)}{n}},$$

სადაც P არის პროცენტების რიცხვი, n – დაკვირვებათა საერთო რიცხვი.
როცა $n \leq 30$, მაშინ $m = \sqrt{\frac{P(100-P)}{n-1}}$.

მაგალითად, 57 ავადმყოფიდან გართულდა 16, ანუ ავადმყოფთა 28,0%. ეს ნიშნავს, რომ გართულების პროცენტი არის 28,0. პროცენტის ცდომილება

$$m = \sqrt{\frac{28(100-28)}{57}} = 5{,}95$$

საბოლოოდ, გართულების პროცენტი იქნება 28 ±5,95%.

თავი III

კიბოსწინა დაავადებები

ავთვისებიანი სიმსივნეების ადრეული ფორმებისა და კიბოსწინა დაავადებების გამოსავლენად მოსახლეობაში სამედიცინო პროფილაქტიკური გასინჯვების ჩატარების

ინსტრუქცია

ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო სისტემაში დიდი მნიშვნელობა ენიჭება პრევენციას, როგორც ქვეყნის მოსახლეობის გაჯანსაღების ერთ-ერთ მნიშვნელოვან ეტაპს.

პრევენციის შემადგენელ ნაწილს წარმოადგენს ავთვისებიანი სიმსივნეებისა და კიბოსწინა დაავადებების გამოსავლენად ჩატარებული პროფილაქტიკური გასინჯვები.

1. კიბოსწინა და სიმსივნური დაავადებების გამოვლენის მიზნით პროფილაქტიკურ გასინჯვებს ექვემდებარება 40 წლისა და მეტი ასაკის ყველა მოქალაქე. ქალის რეპროდუქციული ორგანოების კიბოსწინა და ონკოლოგიური დაავადებების გამოსავლენად გასინჯვები უნდა გაიაროს 30 წელზე მეტი ასაკის ყველა ქალმა.
2. კიბოსწინა დაავადებებისა და ავთვისებიანი სიმსივნეების გამოვლენის მიზნით, ამ ასაკობრივი ჯგუფების ყველა მოქალაქემ პროფილაქტიკური გასინჯვა უნდა ჩაიტაროს 3-5 წელიწადში ერთჯერ.
3. კიბოსწინა დაავადებებისა და ავთვისებიანი სიმსივნეების გამოსავლენად **პროფილაქტიკურ გასინჯვებს ატარებს ზოგადი სამკურნალო-პროფილაქტიკური ქსელის დაწესებულებათა სამედიცინო პერსონალი (ძირითადად — ოჯახის/უბნის ექიმი, ქირურგი, თერაპევტი, გინეკოლოგი, ოტორინოლარინგოლოგი, სტომატოლოგი).**
4. კიბოსწინა დაავადებებისა და ავთვისებიანი სიმსივნეების გამოსავლენად პროფილაქტიკური გასინჯვების ორგანიზებასა და ჩატარებაზე პასუხისმგებლობა ეკისრებათ პირველადი და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სტრუქტურებს.
5. პროფილაქტიკური გასინჯვების **მეთოდური ხელმძღვანელობა,** ხარისხიანად და სრულყოფილად ჩატარების კონტროლი ევალებათ ონკოლოგიურ დაწესებულებებს.
6. პროფილაქტიკურ გასინჯვებს წინ უნდა უძღოდეს ფართო პროფილაქტიკურ-საგანმანათლებლო მუშაობა მოსახლეობაში: ლექციები, საუბრები, რადიოთი და ტელევიზიით გამოსვლები, ადგილობრივ და ცენტრალურ პრესაში სტატიების პუბლიკაცია.
7. მოსახლეობის პროფილაქტიკურ გასინჯვებში მონაწილე ზოგადი პრაქტიკის ექიმებისათვის ლექცია-სემინარების ორგანიზებასა და ჩატარებაზე პასუხისმგებლობა ეკისრებათ ონკოლოგიური ცენტრების ხელმძღვანელებს და რაიონის ონკოლოგებს.
8. პროფილაქტიკური გასინჯვების ჩატარების დროს აუცილებლად უნდა იქნეს გამოყენებული გამოკვლევის შემდეგი მეთოდები:
   ა) კანისა და ხილული ლორწოვანი გარსის დათვალიერება;
   ბ) სწორი ნაწლავის თითით გასინჯვა;

გ) ციტოლოგიური გამოკვლევა საშვილოსნოს ყელისა და ტანის კიბოსწინა და სიმსივნურ დაავადებათა გამოსავლენად;

იმ ქალთა შესარჩევად, რომლებიც ძუძუს ონკოლოგიურ დაავადებათა დასადგენად ღრმა სამედიცინო გამოკვლევებს საჭიროებენ, უნდა ჩატარდეს:

ა) მამოგრაფია (40 წლის ასაკის ზევით);

ბ) ექოსკოპია

გ) სიმსივნის პუნქციური ბიოფსია ნაცხის ციტოლოგიური გამოკვლევით.

9. იმ პირთა შესარჩევად, რომლებიც კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის ორგანოების დაავადებათა გამოსავლენად ღრმა სამედიცინო გამოკელევებს საჭიროებენ, რეკომენდებულია:

ა) სკრინინგული გამოკვლევა;

ბ) კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის რენტგენოგრაფია.

10. საშვილოსნოს ყელისა და ტანის, საკვერცხეების კიბოსწინა დაავადებებისა და ავთვისებიანი სიმსივნეების გამოვლენის ძირითად მეთოდებს წარმოადგენს:

ა) სარკეებით დათვალიერება;

ბ) ბიმანუალური რექტო-ვაგინური გასინჯვა;

გ) საშვილოსნოს ყელის ზედაპირიდან და არხიდან აღებული ნაცხის ციტოლოგიური გამოკვლევა.

ყველა გინეკოლოგიურ ავადმყოფს (ასაკის მიუხედავად) და ყველა ფეხმძიმე ქალს აუცილებლად უნდა ჩაუტარდეს ციტოლოგიური გამოკვლევა.

11. 30 წლის და მეტი ასაკის ქალებს გინეკოლოგიურ კაბინეტებში აუცილებლად უნდა ჩაუტარდეთ აგრეთვე ძუძუს პალპაცია და სწორი ნაწლავის თითით გამოკვლევა.

12. პროფილაქტიკური გასინჯვების დროს კიბოსწინა ან ავთვისებიანი სიმსივნით დაავადებაზე საეჭვო პირებს სამკურნალო-პროფილაქტიკურ დაწესებულებაში უნდა ჩაუტარდეთ სავალდებულო გაღრმავებული ამბულატორიული გამოკვლევა, რომელიც უნდა დასრულდეს 10 დღის განმავლობაში და კურაბელური სიმსივნის დადგენის შემთხვევაში დაიწყოს სპეციალური მკურნალობა. გამოკვლევის შედეგები უნდა აღინიშნოს ამბულატორიული ავადმყოფის ინდივიდუალურ ბარათში და პროფილაქტიკური გასინჯვების სააღრიცხვო ფორმებში.

13. არაორგანიზებული მოსახლეობის მიზნობრივი პროფილაქტიკური გასინჯვები ტარდება რაიონულ პოლიკლინიკებში, ხოლო გაღრმავებული გამოკვლევები — სპეციალიზებულ სამკურნალო-პროფილაქტიკურ დაწესებულებებში.

14. იმ რეგიონებში, რომელთა მოსახლეობაც საქმიანობის სპეციფიკის ან დასახლებული პუნქტების ადგილმდებარეობის გამო ზოგადი სამკურნალო დაწესებულებისგან მოწყვეტილია, შესაძლებელია პროფილაქტიკური გასინჯვების ბრიგადული ან ექსპედიციური მეთოდით ჩატარება.

15. მოსახლეობის ორგანიზებული (მომუშავე) ნაწილის პროფილაქტიკური გასინჯვები ხორციელდება:

ა) სამრეწველო საწარმოებში — სამედიცინო-სანიტარული ნაწილის ძალებით;

ბ) სამედიცინო-სანიტარული ნაწილის არმქონე საწარმოებსა და დაწესებულებებში — ზოგადი ქსელის ან სპეციალიზებული სამკურნალო-პროფი-

ლაქტიკური დაწესებულებების ძალებით, მათთან გაფორმებული ხელშეკრულების საფუძველზე.

16. 40 წლისა და მეტი ასაკის ავადმყოფებმა, რომლებიც სხვადასხვა სამკურნალო დაწესებულებების სტაციონარში მკურნალობენ, უნდა გაიარონ სავალდებულო პროფილაქტიკური გასინჯვა კიბოსწინა დაავადებებისა და ავთვისებიანი სიმსივნეების გამოვლენის მიზნით. ავადმყოფის სტაციონარიდან გაწერისას ავადმყოფობის ისტორიის სატიტულო გვერდზე უნდა აღინიშნოს: „გაიარა ონკოლოგიური გასინჯვა“, რაც ხელმოწერით უნდა იყოს დადასტურებული მკურნალი ექიმის მიერ.

17. 40 წლის და მეტი ასაკის ყველა მოქალაქეს, რომელმაც სამედიცინო დახმარებისათვის პოლიკლინიკას მიმდინარე წელს პირველად მიმართა, უნდა ჩაუტარდეს ინდივიდუალური პროფილაქტიკური გასინჯვა კიბოსწინა დაავადების ან ავთვისებიანი სიმსივნის გამოვლენის მიზნით, ხოლო ქალები უნდა გაიგზავნონ გინეკოლოგიურ შემოწმებაზე.

ცალკეული ორგანოების პროფილაქტიკური გამოკვლევის შემდეგ თითოეული პროფილის ექიმს დანართის შესაბამის გრაფაში შეაქვს გამოკვლევის თარიღი და კიბოსწინა დაავადების ან ავთვისებიანი სიმსივნის მოკლე დიაგნოზი.

გასინჯვის დაწერილებითი შედეგი და დიაგნოზი შეაქვთ ამბულატორიული ავადმყოფის ინდივიდუალურ ბარათში.

ინდივიდუალური პროფილაქტიკური ონკოლოგიური გასინჯვების ჩატარების ვადები

ლოკალიზაცია	20—	20—	20—	20—
კანი და ხილული ლორწოვანი გარსი				
ლორ-ორგანოები				
საყლაპავი				
კუჭი				
სწორი ნაწლავი				
ფილტვები				
ძუძუ				
საშვილოსნო, საკვერცხეები				
სხვა ორგანოები (ჩაიწეროს)				

18. ყველა ავადმყოფზე, რომელთაც პროფილაქტიკური გასინჯვების დროს ავთვისებიანი სიმსივნე აღმოაჩნდათ, ექიმი ვალდებულია შეავსოს ფორმა №027-1/ს (ონკო) და სამი დღის ვადაში გადაგზავნოს ონკოლოგიურ დაწესებულებაში, ავადმყოფის საცხოვრებელი ადგილის მიხედვით. კიბოსწინა დაავადებების მქონე ავადმყოფები აყვანილი უნდა იყვნენ დისპანსერულ აღრიცხვაზე შესაბამისი

სპეციალისტის მიერ და მათზე შედგეს საკონტროლო ბარათი (დისპანსერული ავადმყოფების სააღრიცხვო ფორმა №30).

19. პროფილაქტიკური გასინჯვების მონაცემების საფუძველზე, ჯანმრთელობის დაცვის ორგანოები ადგენენ მოსახლეობის სამკურნალო-პროფილაქტიკური დახმარებისა და სანიტარულ-ჰიგიენური პირობების გაუმჯობესების ღონისძიებების ნუსხას, რომელმაც ხელი უნდა შეუწყოს მოსახლეობის გაჯანსაღებას.

20. პროფილაქტიკური გასინჯვების მონაცემები (პროფილაქტიკურ გასინჯვებში მონაწილე მოქალაქეთა რაოდენობა და ამის შედეგად გამოვლენილი ავადმყოფების რიცხვი) შეტანილი უნდა იყოს სამკურნალო-პროფილაქტიკური დაწესებულების წლიურ ანგარიშში ფორმა №1-ის (სტატისტიკური აღრიცხვიანობა) სახით.

გამოკვლევის მეთოდიკა

კიბოსწინა დაავადებებისა და ავთვისებიანი სიმსივნეების გამოსავლენად მოსახლეობის სამედიცინო-პროფილაქტიკური გასინჯვების დროს

კანი

გასინჯვის დროს აუცილებლად უნდა მიექცეს ყურადღება ხანგრძლივად შეუხორცებელ ნახეთქებს, წყლულებს, ხშირად ტრავმირებად უბნებს, ანგიოფიბრომების, ჰიპერკერატოზების, პიგმენტური და უპიგმენტო პაპილომების ტიპის გამკვრივებებს კანზე, აგრეთვე პიგმენტურ ნევუსებს, რომლებიც გვხვდება ყავისფერი ლაქების, 1 სმ-ზე მეტი დიამეტრის მქონე ოდნავ შემაღლებული პაპულების სახით. თუ ეს წარმონაქმნები ხშირად ტრავმირებად ზედაპირზე (განსაკუთრებით ხელის გულზე ან ტერფის ქვედა ზედაპირზე) მდებარეობს, აუცილებელია ავადმყოფის ონკოლოგთან გაგზავნა შემდგომი დაკვირვებისათვის ან სამკურნალოდ.

ბაზალიომაზე, კიბოზე, მალიგნიზებულ ნეიროფიბრომატოზზე, სარკომასა და, განსაკუთრებით, მელანომაზე ეჭვის დროს ავადმყოფი უნდა გაიგზავნოს ონკოლოგიურ დაწესებულებაში დიაგნოზის დასაზუსტებლად და საჭირო მკურნალობის ჩასატარებლად.

თავ-კისრის მიდამო

ქვედა ტუჩი. გასინჯვის დროს ყურადღება უნდა მიექცეს წითელი ყაითნის სიმშრალეს, მის სიმქრქალეს, ეპითელური საფარის გაუხეშების, ნახეთქების, აქერცვლის, გარქავების არსებობას, შეუხორცებად დაწყლულებებს, განსაკუთრებით მაშინ, როცა მათი კიდეები მორგვისებურადაა ამაღლებული. ასეთი პათოლოგიური ცვლილებების გამოვლენის შემთხვევაში ავადმყოფს ონკოლოგიურ დაწესებულებაში აგზავნიან.

პირის ღრუ. პაციენტის გამოკითხვისას უნდა დადგინდეს, აქვს თუ არა მას მეტყველების ან საჭმლის მიღების დროს პირის ღრუში წვის, წიწკნის ან ტკივილის შეგრძნება. გასინჯვის დროს ყურადღება უნდა მიექცეს შეუხორცებადი წყლულების, ნახეთქების, ეროზიების, გამკვრივებების, მოთეთრო ფერის კვანძების არსებობას. ასე-

თი პათოლოგიების გამოვლენისას ავადმყოფი უნდა გაიგზავნოს ონკოლოგიურ დაწესებულებაში.

ხორხი. გამოკითხვისას ყურადღება უნდა მიექცეს ხმის ჟღერადობის დარღვევას, ცხვირით სუნთქვის გაძნელებას, ყლაპვის დროს ტკივილს, ცხვირიდან გამონადენის ხასიათს (ამ სიმპტომების ხანგრძლივობას და მდგრადობას).

ხორხის ზედა ნაწილის დაზიანების შემთხვევაში ავადმყოფები უჩივიან მუდმივად გაძნელებულ ყლაპვას, უცხო სხეულის შეგრძნებას, ხშირად — ტკივილს, რომელიც გადაეცემა ყურისაკენ, დაზიანების მხარეს. ხორხის შუა ნაწილში სიმსივნის არსებობა უპირველესად ვლინდება ხმის ჩახლეჩით, რომელიც თანდათან მატულობს. გარედან დათვალიერების დროს ყურადღება უნდა მიექცეს ხორხისა და კისრის კონტურს, რაც საშუალებას იძლევა განისაზღვროს ხორხის კონფიგურაცია და კისრის ლიმფური კვანძების მდგომარეობა.

გასინჯვის შემდეგ აუცილებელია ხორხის პალპაცია და კრეპიტაციის სიმპტომის არსებობის დადგენა. გადიდებული ლიმფური კვანძების შემთხვევაში საჭიროა განისაზღვროს მათი ლოკალიზაცია და ფიქსაციის ხარისხი. ღრმა გამოკვლევებს ატარებს ოტორინოლარინგოლოგი. ყველა შემთხვევაში ტარდება ლარინგოსკოპია, აუცილებლობის შემთხვევაში — ბიოფსია და ხორხის ტომოგრაფია.

კისერი. კისრის დათვალიერებისა და პალპაციის დროს ყურადღება უნდა მიექცეს ყბისქვეშა მიდამოს, კისრის კუნთების, საძილე და გვერდითი სამკუთხედების, აგრეთვე ლავიწზედა მიდამოების გაყოლებით ლიმფური კვანძების მდგომარეობას. ფარისებრი ჯირკვლის პალპაციის დროს ყურადღება ექცევა ჯირკვლის ქსოვილის კონსისტენციას და გამკვრივებული უბნების არსებობას.

პათოლოგიური ცვლილებების არსებობის შემთხვევაში ავადმყოფი იგზავნება გაღრმავებული გამოკვლევების ჩასატარებლად, რომელიც მოიცავს ფარისებრი ჯირკვლის რადიოიზოტოპურ და ულტრაბგერით გამოკვლევას, აგრეთვე გადიდებული ლიმფური კვანძების ბიოფსიასა და ციტოლოგიურ გამოკვლევას.

ძუძუ

ძუძუს პათოლოგიის გამოსავლენად გამოკითხვის შემდეგ ავადმყოფს უტარდება პალპაცია ვერტიკალურ და ჰორიზონტალურ მდგომარეობაში და ულტრაბგერითი გამოკვლევა (40 წელს გადაცილებულებში — მამოგრაფია).

გამოკითხვა ტარდება იმის დასადგენად, აქვს თუ არა ქალს უსიამოვნო შეგრძნება ან ტკივილი ძუძუს მიდამოში, გამონადენი დვრილიდან, ხომ არ შეინიშნება სიმკვრივე ძუძუს ქსოვილში, დვრილისა და ძუძუს ფორმის შეცვლა.

ძუძუს გასინჯვის დროს ხელები ჯერ დაშვებული უნდა იყოს, შემდეგ კი — თავს ზემოთ აწეული. ყურადღება უნდა მიექცეს ძუძუს ფორმას, ზომებს, კონტურების სისწორეს, სიმეტრიულობას, დვრილების ერთ დონეზე დგომას, მათ ფორმას, დვრილიდან გამონადენისა და დვრილის ჩაბრუნების არსებობა-არარსებობას, ძუძუს კანის მდგომარეობას (ვენური ქსელის გაფართოება, შეშუპება, დაწყლულება).

ძუძუს პალპაცია ტარდება ვერტიკალურ და ჰორიზონტალურ მდგომარეობაში ორივე ხელის ყველა თითის რიგრიგობით გადაადგილებით დვრილებიდან რადიალურად. პალპაციის დროს ძუძუს ქსოვილს აწვებიან გულმკერდის კედლისკენ. რეგიო-

ნული ლიმფური კვანძების გასინჯვა იწყება იღლიის ფოსოდან, რისთვისაც ავადმყოფი დგება ექიმის პირისპირ ოდნავ ჩამოშვებული და განზე გაწეული მხრით, ხოლო ხელის მტევანი ჩამოდებული აქვს მის მხარზე. ლავიწზედა მიდამოს ექიმი სინჯავს როგორც წინა, ასევე უკანა მხრიდან მიდგომით. ამ დროს ექიმის თითები განლაგებულია მკერდ-ლავიწ-დვრილისებრი კუნთების ლავიწის ძვლებზე მიმაგრების ადგილას.

ნიშნები, რომელთა არსებობის შემთხვევაში ეჭვი უნდა იქნეს მიტანილი ძუძუს კიბოზე:

1. ძუძუს ასიმეტრია;
2. ძუძუს ან მისი ნაწილის დეფორმაცია;
3. ძუძუს ნებისმიერ ადგილზე კანის ჩაზნექა, რაც უფრო შესამჩნევი ხდება კანზე ორი თითით ნაკეცის აღების მცდელობისას;
4. შეწითლებული ან სველი დვრილი, მისი არასწორი ფორმა, დაწყლულება, გასქელება ან ჩაბრუნება, რომელიც არ სწორდება;
5. ძუძუს „ლიმონის ქერქისებრი“ შეშუპება;
6. ძუძუს ქსოვილის ნებისმიერი გამკვრივება, რომელიც პალპაციით ისინჯება (მისი ფორმისა და ზომის მიუხედავად);
7. ერთი ან რამდენიმე გადიდებული ლიმფური კვანძის არსებობა იღლიის ან ლავიწზედა მიდამოში.

ძუძუს კიბოზე საეჭვო ერთი ან რამდენიმე ნიშნის გამოვლენის შემთხვევაში ავადმყოფი იგზავნება ონკოლოგთან.

ფილტვები

პროფილაქტიკური გასინჯვების დროს ყურადღება უნდა მივაქციოთ იმ (განსაკუთრებით – 50 წელს გადაცილებულ) პირებს, რომლებიც უჩივიან ხანგრძლივ ხველას, სისხლიან ამონახველს და ტემპერატურის პერიოდულ აწევას, ვინაიდან ეს სიმპტომები შეიძლება ფილტვის კიბოს გამოვლინება იყოს.

ფიზიკალური გამოკვლევის დროს ყურადღება უნდა მიექცეს გულმკერდის მოძრაობის შეზღუდვას, ფილტვის ხმიანობის შემოკლების კერის არსებობას, სუნთქვის შესუსტებას.

მასობრივი პროფილაქტიკური გასინჯვებისა და ფლუოროგრაფიის ჩატარება ფილტვის კიბოს ადრეული და პრეკლინიკური ფორმების გამოსავლენად არარაციონალურად ითვლება. უპირატესობა ენიჭება მოსახლეობაში ჯანსაღი ცხოვრების წესის პროპაგანდას, სკრინინგული გამოკვლევებით დაავადებაზე მომატებული რისკის ჯგუფების ფორმირებას და ამ კონტინგენტის გაღრმავებულ გამოკვლევას: 40 წელზე მეტი ასაკის პირებმა წელიწადში ერთჯერ უნდა ჩაიტარონ გულმკერდის ორგანოების რენტგენოლოგიური გამოკვლევა.

გამოკვლევის დროს უნდა გაკეთდეს ერთი პირდაპირი და ორი გვერდითი რენტგენოგრამა. საკონტროლო გამოკვლევისას აუცილებელია წინა წლების რენტგენოგრამების რეტროსპექტული შესწავლა. პათოლოგიური ჩრდილების არსებობის შემთხვევაში უნდა ჩატარდეს გაღრმავებული გამოკვლევები და ავადმყოფი საკონსულტაციოდ გაიგზავნოს პულმონოლოგიურ კომისიაში, რომლის შემადგენლობაში შედიან: რენტგენოლოგი, ონკოლოგ-პულმონოლოგი და ფთიზიატრი. ენდოსკოპიური და ციტოლოგიური გამოკვლევები ტარდება სპეციალიზებულ დაწესებულებაში.

კუჭი

გამოკითხვისას ყურადღება უნდა მიექცეს ეპიგასტრიუმის მიდამოში ტკივილს, მადის შეცვლას და დაქვეითებას, გულისრევის შეგრძნებას, ბოყინს, პირღებინებას, ადვილად დაღლას, სისუსტეს, უმიზეზო პროგრესირებად გახდომას.

გასინჯვის დროს ყურადღება ექცევა კანისა და ლორწოვანის სიფერმკრთალეს, ენის მდგომარეობას. აუცილებელია ჩატარდეს მუცლის პალპაცია.

ზემოხსენებული ჩივილების ან სიმსივნის არსებობაზე ეჭვის მიტანის შემთხვევაში ავადმყოფი დაუყოვნებლად უნდა გაიგზავნოს გაღრმავებული გამოკვლევების ჩასატარებლად.

განსაკუთრებული ყურადღება უნდა მიექცეს იმ კონტინგენტის გამოკვლევას, რომელიც აღრიცხვაზე იმყოფება კუჭის წყლულის, ქრონიკული ატროფიული გასტრიტის, პოლიპოზის, პერნიციოზული ანემიის დიაგნოზით, ან ადრე გადატანილი კუჭის რეზექციის გამო, აგრეთვე დამძიმებული მემკვიდრეობითი ანამნეზის მქონე პირებს.

კუჭის კიბოზე ეჭვის მიტანის შემთხვევაში ავადმყოფი უნდა გაიგზავნოს გაღრმავებული კომპლექსური გამოკვლევის ჩასატარებლად, რომელიც მოიცავს რენტგენოლოგიურ და ენდოსკოპიურ, აგრეთვე ბიოფსიური მასალის სავალდებულო ციტოლოგიურ და ჰისტოლოგიურ გამოკვლევებს.

კოლინჯი და სწორი ნაწლავი

გამოკითხვის დროს ყურადღება უნდა მიექცეს ნაწლავში დისკომფორტის ნიშნების გამოვლენას, როგორიცაა: ყურყური და სიმძიმის შეგრძნება მუცლის არეში, უსიამოვნო შეგრძნებები სწორი ნაწლავის მიდამოში, არაინტენსიური მწიწკნავი ტკივილები, ტენეზმები, არასრული დაცლის შეგრძნება დეფეკაციის შემდეგ, ფაღარათი, შეკრულობა, ამ უკანასკნელთა მონაცვლეობა, პათოლოგიური მინარევები განავალში (განავლოვან მასებთან არეული სისხლი, ლორწო), უმიზეზო ანემია. ობიექტურ გამოკვლევაში უნდა შედიოდეს მუცლის პალპაცია სიმსივნური წარმონაქმნის გამოსავლენად, ღვიძლისა და საზარდულის ლიმფური კვანძების პალპაცია. აუცილებელია ანუსის მიდამოს დათვალიერება გარეთა ჰემოროიდული კვანძებისა და ნახეთქების გამოსავლენად, განსაკუთრებით იმ პირებში, რომლებიც უჩივიან სწორი ნაწლავიდან სისხლდენას.

პროფილაქტიკურ გასინჯვაზე მოსულ ყველა მოქალაქეს უნდა ჩაუტარდეს სწორი ნაწლავის თითით გამოკვლევა, უმჯობესია – ჩაცუცქულ მდგომარეობაში. სიმსივნისათვის დამახასიათებელია ნაკლებად მტკივნეული, მკვრივი, ხორკლიანი წარმონაქმნის არსებობა დაწყლულებით ან მის გარეშე. გასინჯვის შემდეგ თითზე ხშირად რჩება სისხლი.

გამოკითხვისა და გასინჯვის შედეგად გამოვლენილი პათოლოგიური სიმპტომების არსებობის შემთხვევაში ავადმყოფი უნდა გაიგზავნოს გაღრმავებული გამოკვლევების ჩასატარებლად, რომელშიც შედის რექტოსიგმოსკოპია ბიოფსიასთან ერთად და რენტგენოსკოპია, ან ფიბროკოლონოსკოპია და ბიოფსია, აგრეთვე – ამონარეცხი წყლების ციტოლოგიური გამოკვლევა.

ქალის სასქესო ორგანოების დაავადებათა გამოსავლენად, უპირველეს ყოვლისა, იკრიბება ანამნეზი, ტარდება გინეკოლოგიური გასინჯვა სარკეების გამოყენებით. შემდეგ საშვილოსნოს ყელის ზედაპირიდან და არხიდან იღებენ ნაცხს ციტოლოგიური გამოკვლევისათვის.

ანამნეზის შეკრების დროს განსაკუთრებული ყურადღება უნდა მიექცეს გარეთა სასქესო ორგანოების ქავილს, საშვილოსნოდან პათოლოგიური გამონადენისა და აციკლური სისხლდენის არსებობას რეპროდუქციულ და კლიმაქსურ პერიოდში, საშვილოსნოდან სისხლდენას მენოპაუზაში, მენოპაუზის დაგვიანებას, შტეინ-ლევენტალის და იცენკო-კუშინგის სინდრომის არსებობას, ცხიმოვანი და ნახშირწყლოვანი ცვლის მოშლას.

30 წელზე მეტი ასაკის ყველა ქალს უღებენ ნაცხს ციტოლოგიური გამოკვლევისათვის, დადგენილი მეთოდიკის მიხედვით. ნაცხის აღების შემდეგ ხორციელდება ბიმანუალური რექტო-ვაგინური გასინჯვა.

გულვა და საშო. გასინჯვისას ყურადღება უნდა მიექცეს ქალის გარეთა სასქესო ორგანოების კანისა და ლორწოვანი გარსის ფერის შეცვლას, პიგმენტაციისა და დეპიგმენტაციის, აგრეთვე გასქელებული უბნების, გარქვავების, დაწყლულებებისა და დეფორმაციის არსებობას. ასეთი პათოლოგიური ცვლილებების აღმოჩენის შემთხვევაში ავადმყოფს აგზავნიან გაღრმავებული გამოკვლევების ჩასატარებლად, რომელიც უნდა მოიცავდეს ციტოლოგიურ და ჰისტოლოგიურ გამოკვლევებს.

საშვილოსნოს ყელი. გასინჯვისას ყურადღებას აქცევენ ნაწიბუროვანი დეფორმაციის, ეროზიისა და ლეიკოპლაკიის არსებობას, პათოლოგიურ გამონადენს ცერვიკალური არხიდან, ექტროპიონის არსებობას, ლორწოვანი გარსის პროლაფსს, პოლიპებს და ა. შ. აღნიშნული ცვლილებების აღმოჩენის, აგრეთვე ციტოლოგიურ პრეპარატში ატიპიური უჯრედების აღმოჩენის შემთხვევაში ავადმყოფი იგზავნება ღრმა გამოკვლევების ჩასატარებლად, რომელშიც შედის გაფართოებული კოლპოსკოპია და დამიზნებითი ბიოფსია, ხოლო აუცილებლობის შემთხვევაში — საშვილოსნოს ყელის არხის გამოფხეკა სტაციონარის პირობებში.

საშვილოსნოს ტანი. იმ შემთხვევაში, როცა გინეკოლოგიური გამოკვლევების დროს შეინიშნება სისხლიანი გამონადენი ცერვიკალური არხიდან, საშვილოსნოს გადიდება, ან ანამნეზში დგინდება აციკლური სისხლდენა, განსაკუთრებით — სისხლდენა მენოპაუზაში, წონაში მომატება და შაქრიანი დიაბეტი, ავადმყოფს აგზავნიან გინეკოლოგიურ სტაციონარში გაღრმავებული გამოკვლევების ჩასატარებლად, რომელიც მოიცავს საშვილოსნოს ღრუს ასპირაციულ ბიოფსიას და გამოფხეკას, მიღებული მასალის ციტოლოგიური შესწავლით.

საკვერცხეები. ქალები, რომლებსაც პროფილაქტიკური გასინჯვების დროს აღენიშნებათ საკვერცხეების ფუნქციის დარღვევა, საშვილოსნოს დანამატების გადიდება, რაც პალპაციით ისინჯება, ან აღინიშნება მათი ქრონიკული ანთება, საშვილოსნოს მრავლობითი კვანძოვანი ფიბრომიომები და სხვა, უნდა გაიგზავნონ გაღრმავებული გამოკვლევების ჩასატარებლად. საჭიროა ჩატარდეს უკანა თაღის პუნქცია და დუგლასის ფოსოს ან პერიტონეუმის ამონარეცხის ციტოლოგიური გამოკვლევა. თუ სიმსივნის გამორიცხვა შეუძლებელია, რეკომენდებულია ლაპაროსკოპიის ან ლაპაროტომიის ჩატარება.

საშარდე სისტემის ორგანოები

პროფილაქტიკური გასინჯვების დროს ყურადღება უნდა მიექცეს იმ პირებს, რომელთაც აღენიშნებათ შარდ-სასქესო ორგანოების ანომალიები (თირკმლების კისტოზური გადაგვარება, კრიპტორქიზმი, სათესლე ჯირკვლის ჰიპოპლაზია) ან ქრონიკული დაავადებები (პიელონეფრიტი, ქრონიკული ცისტიტი, ქრონიკული პროსტატიტი).

თირკმლები. პროფილაქტიკური გასინჯვების დროს იკრიბება ანამნეზი; ყურადღება უნდა მიექცეს ჰემატურიას, წელის არეში ტკივილს, ტემპერატურის მომატებას, წონაში მოკლებას. ფიზიკალური გამოკვლევისას უნდა ჩატარდეს თირკმლების მიდამოს პალპაცია.

გაღრმავებული გამოკვლევები ხორციელდება უროლოგიური პროფილის სტაციონარში ლაბორატორიული, ულტრასონოგრაფიული, რენტგენოლოგიური (ექსკრეტორული უროგრაფია, რეტროგრადული პიელოგრაფია, ანგიოგრაფია მისი ყველა მოდიფიკაციით) და კომპიუტერულ-ტომოგრაფიული მეთოდებით.

შარდის ბუშტი. პროფილაქტიკური გასინჯვების დროს იკრიბება ანამნეზი (უმტკივნეულო ჰემატურია ან ჰემატურია დიზურიული მოვლენებით, მავნე სამუშაო პირობები — ანილინის საღებავები).

პირველადი დიაგნოსტიკა ხორციელდება ამბულატორიულ პირობებში უროლოგის მიერ და მოიცავს შარდის ნალექის ციტოლოგიურ გამოკვლევას და ცისტოსკოპიას.

გაღრმავებული გამოკვლევები ტარდება უროლოგიური პროფილის სტაციონარში გამოკვლევის რენტგენოლოგიური მეთოდების, სახელდობრ, ცისტოგრაფიის ყველა მოდიფიკაციის გამოყენებით, სიმსივნის ბიოფსიასთან ერთად.

მამაკაცის სასქესო ორგანოები

წინამდებარე ჯირკვალი. პროფილაქტიკური გასინჯვების დროს იკრიბება ანამნეზი: მხედველობაში უნდა იქნეს მიღებული ტკივილები შორისის მიდამოში, გაძნელებული შარდვა, შარდის სუსტი ნაკადი, ნაადრევი იმპოტენცია, ქრონიკული პროსტატიტი, რომელიც მკურნალობას არ ექვემდებარება. აუცილებელია ჩატარდეს სწორი ნაწლავის თითით გასინჯვა წინამდებარე ჯირკვლის მიდამოში.

გაღრმავებული გამოკვლევა ხორციელდება უროლოგიურ სტაციონარში და აუცილებლად ითვალისწინებს წინამდებარე ჯირკვლის პუნქციურ ბიოფსიას გამოკვლევის რენტგენოლოგიური მეთოდების გამოყენებით.

პერსპექტიულად ითვლება პროსტატსპეციფიკური ანტიგენის (PSA) განსაზღვრა დიგიტალურ გასინჯვასთან ერთად, დაავადების ადრეული ფორმების გამოსავლენად ჩატარებული მასობრივი სკრინინგის დროს. იგი რაციონალურია აგრეთვე წინამდებარე ჯირკვლის უკვე დადგენილი კიბოს მონიტორინგისათვის. გამოკვლევა პროსტატსპეციფიკურ ანტიგენზე შეიძლება ჩატარდეს სწორი ნაწლავის თითით გასინჯვამდე ან გასინჯვიდან ერთი კვირის შემდეგ, რადგან ამ პროცედურის შემდეგ სისხლში ანტიგენის დონე მატულობს.

სათესლე ჯირკვალი. სათესლე ჯირკვლის კიბოს სამი ასაკობრივი პიკი გააჩნია: 0-დან 10 წლამდე, 20-დან 40 წლამდე და 50 წლის ზევით. პროფილაქტიკური გასინჯვების დროს ყურადღება უნდა მიექცეს აღნიშნული ასაკობრივი ჯგუფების პირებს, განსაკუთრებით — 20-40 წლის მამაკაცებს.

სათესლე ჯირკვლის დაავადების გამოვლენა ხდება ანამნეზის შეკრებით და ავადმყოფის გასინჯვით. ყურადღება უნდა მიექცეს სათესლე ჯირკვლის ანომალიურ განვითარებას, ტრავმებს, გამკვრივების არსებობას ან ჯირკვლის ზომების გადიდებას, ტკივილს ან პალპირებადი სიმსივნური წარმონაქმნის არსებობას მუცლის ღრუში.

აღნიშნული ცვლილებების შემთხვევაში აუცილებელია ავადმყოფის დეტალური უროლოგიური გამოკვლევა სტაციონარში, სადაც რენტგენოლოგიური, ლაბორატორიული და ჰორმონული გამოკვლევების ჩასატარებლად შესაფერისი პირობებია შექმნილი.

სათესლე ჯირკვლის სიმსივნეების დროს შესაძლებელია მეტასტაზების განვითარება დაავადების ადრეულ ეტაპზე, ამიტომ განსაკუთრებული ყურადღება უნდა მიექცეს მეტასტაზების განვითარების ადრეული ალბათობის მქონე ორგანოების (ფილტვები, რეტროპერიტონული ლიმფური კვანძები) გამოკვლევას.

ასო და შარდსადენი. დაავადების გამოსავლენად უნდა შეიკრიბოს ანამნეზი. საყურადღებოა გადატანილი გონორეა, ბალანიტი და ბალანოპოსტიტი, ტკივილები შარდვის დროს, შარდის ნაკადის გაორება, ჰემატურია. გასინჯვის დროს ყურადღება უნდა მიექცეს ფიმოზის, დაწყლულებებისა და ნახეთქების არსებობას ასოს თავისა და ჩუჩის გარდამავალი ნაკეცის მიდამოში, აგრეთვე სასქესო ასოს გამკვრივებასა და დეფორმაციას.

გაღრმავებული გამოკვლევების მიზნით საჭიროა ჩატარდეს დაზიანებული კერის ბიოფსია და ციტოლოგიური გამოკვლევა, ურეთროსკოპია ან ურეთროგრაფია.

რბილი ქსოვილები და ძვლები

გამოკითხვისას ყურადღება ექცევა აუხსნელი ხასიათის ტკივილებს და საყრდენ-მამოძრავებელი აპარატის ფუნქციის მოშლას. განსაკუთრებით საყურადღებოა სიმკვრივის არსებობა რბილ ქსოვილებში. რბილი ქსოვილების სიღრმეში სიმკვრივის აღმოჩენის შემთხვევაში, რომლის ბუნების დადგენაც გასინჯვით შეუძლებელია, ავადმყოფი უნდა გაიგზავნოს გაღრმავებული გამოკვლევების (რენტგენოგრაფია, ტრეპანბიოფსია, ციტოლოგია) ჩასატარებლად.

კეთილთვისებიანი სიმსივნეებით დაავადებული პაციენტები აღრიცხვაზე აყავთ ონკოლოგთან, ხოლო ავადმყოფები, რომელთაც აღენიშნებათ ძვლების ქრონიკული ანთება, დისპლაზიური პროცესები, აგრეთვე ძვლების ანომალიური განვითარება, დისპანსერულ აღრიცხვაზე უნდა იმყოფებოდნენ ორთოპედ-ტრავმატოლოგის ან ქირურგის მეთვალყურეობის ქვეშ.

ლიმფოიდური და ჰემოკოეზური ქსოვილები

ლიმფოიდური და სისხლმბადი ქსოვილების დაავადებათა ადრეული გამოვლენა შესაძლებელია მხოლოდ იმ შემთხვევაში, როცა შეინიშნება პერიფერიული ლიმფური კვანძების გადიდება, გამოხატული ანემია, კანზე გამონაყარი, ნაკაწრები, სისხლჩაქცევები. გამოკითხვა მიზნად ისახავს ავადმყოფის საერთო მდგომარეობის შეფასებას: ყურადღება ექცევა საერთო სისუსტეს, წონაში მოკლებას, ოფლიანობას, კანის ქავილს, აქერცვლადობას, ტემპერატურის უმიზეზო მომატებას, ტკივილებს ბრტყელ ძვლებში, აგრეთვე ქოშინსა და სუნთქვის გაძნელებას. გასინჯვის დროს ტარდება ხელით მისაწვდომი ყველა ჯგუფის (კისრის, იღლიის, საზარდულის, რეტროპერი-

ტონული, ჯორჯლის) ლიმფური კვანძების, აგრეთვე ღვიძლის და ელენთის პალპაცია.

გადიდებული ლიმფური კვანძების არსებობა არა მხოლოდ ლიმფური და ჰემოპოეზური სისტემის ავთვისებიანი დაავადებების (ლიმფოგრანულომატოზი, ლიმფოსარკომა, რეტიკულოსარკომა, მიელომური დაავადება, ლეიკემია), არამედ სხვა ლოკალიზაციის ავთვისებიანი სიმსივნეების მეტასტაზების მაუწყებელიც შეიძლება იყოს.

შუასაყრის ლიმფური კვანძების გადიდება შეიძლება გამოვლინდეს მხოლოდ რენტგენოგრაფიით (ასეთ შემთხვევაში აუცილებელია დამატებით ჩატარდეს გულმკერდის ღრუს ორგანოების გაღრმავებული რენტგენოლოგიური გამოკვლევა).

ნებისმიერი ჯგუფის პერიფერიული ლიმფური კვანძების გადიდების შემთხვევაში ავადმყოფი უნდა გაიგზავნოს ონკოლოგთან შემდგომი გამოკვლევების ჩასატარებლად. საბოლოო დიაგნოზი შეიძლება დაისვას მხოლოდ ლიმფური კვანძების პუნქციური ბიოფსიით აღებული მასალის ციტოლოგიური ან ამოკვეთილი ლიმფური კვანძის ჰისტოლოგიური გამოკვლევის საფუძველზე. აუცილებელია სისხლის საერთო ანალიზის გაკეთება.

კიბოსწინა დაავადებები და ადრეული ონკოლოგიური პათოლოგია

სიმსივნური წარმონაქმნი წარმოადგენს უჯრედის ზრდა-განვითარების დარღვევის ერთ-ერთ მნიშვნელოვან გამოვლინებას, რომლის დროსაც იგი კარგავს მაკროორგანიზმის მაკონტროლებელ ზემოქმედებას და მრავლდება ნორმალური ზრდის მარეგულირებელი ფაქტორებისგან დამოუკიდებლად – ხდება ქსოვილის ზომების მატება უჯრედთა რაოდენობის ზრდისა და დიფერენციაციის უნარის დაკარგვის ხარჯზე. სიმსივნის ავტონომიურობა არ არის აბსოლუტური, რადგან ზოგიერთი სიმსივნე რეაგირებს მაკროორგანიზმის ენდოკრინული სტატუსის, სისხლმომარაგებისა თუ კვების ცვლილებებზე. თავიანთი მაღალი მეტაბოლური მოთხოვნებით ნეოპლაზიური ელემენტები თრგუნავენ ირგვლივმდებარე ნორმალურ უჯრედებს.

ავთვისებიანი სიმსივნეების წარმოშობა და განვითარება ხანგრძლივი პროცესია, რომლის აღმოცენებას ხელს უწყობს ფონური და კიბოსწინა დაავადებები. ***ფონური*** დაავადებების ავთვისებიან სიმსივნედ უშუალო ტრანსფორმაცია არ ხდება, მაგრამ მათ ფონზე ავთვისებიანი სიმსივნეების განვითარების ალბათობა მაღალია (მაგ., ჰიპერტონული დაავადების, შაქრიანი დიაბეტის და სიმსუქნის ფონზე ძუძუს, საშვილოსნოს ან კოლინჯის კიბოს განვითარება).

კლინიკური გამოცდილება ცხადყოფს, რომ ნებისმიერი ონკოლოგიური დაავადება ვითარდება წინამორბედი ცვლილებების ფონზე. დაავადების პათოგენეზში მნიშვნელოვანია მისი საწყისი ეტაპის გამოყოფა, რომელშიც განიხილავენ 4 თანმიმდევრულ ფაზას: ა) დაავადებისწინა მდგომარეობას. ბ) კიბოსწინა მდგომარეობას, გ) პრეინვაზიურ კიბოს და დ) ინვაზიურ (მიკროინვაზიურ) კიბოს.

დაავადებისწინა მდგომარეობის დროს (I ფაზა) ვლინდება ჰომეოსტაზის და-

რღვევა, რასაც თან ახლავს ფუნქციური ცვლილებები ორგანიზმის, ორგანოს, ქსოვილის ან უჯრედის დონეზე და არ არის გამოხატული პროცესის გაავთვისებიანების მიმანიშნებელი მორფოლოგიური სუბსტრატი (მაგ., ენდოკრინული, იმუნოლოგიური დარღვევები, გენეტიკური დაავადებები და ა. შ.).

კიბოსწინა დაავადებებს (II ფაზა) გააჩნიათ სათანადო მორფოლოგიური სუბსტრატი, რაც სხვადასხვა ქრონიკული პროცესებისათვის დამახასიათებელი სიმპტომებისა და ფუნქციური დარღვევების სახით ვლინდება (მაგალითად, შეიძლება განვითარდეს კუჭის ლორწოვანი გარსის ეპითელიუმის ნაწლავური ტიპის ეპითელიუმით ჩანაცვლება, ხოლო კლინიკურად გამოვლინდეს ქრონიკული გასტრიტის სურათი).

კიბოდ გადაგვარების რისკის მიხედვით, კიბოსწინა დაავადებები არის **ფაკულტატური** (რომლის ფონზეც კიბო იშვიათად ვითარდება) და **ობლიგატური** (როცა კიბო თითქმის ყოველთვის ვითარდება).

ობლიგატური დაავადებების დროს აღწერენ ე. წ. „კიბოსწინა ცვლილებებს", რომელიც ჯანმრთელი ქსოვილის კიბოდ ტრანსფორმაციამდე სიმსივნის ევოლუციის შუალედურ ეტაპს წარმოადგენს (მაგ., მძიმე დისპლაზია). ბლასტომოგენეზს თავისი განვითარების ეტაპები გააჩნია: პირველ ეტაპზე ვლინდება არათანაბარი დიფუზური *ჰიპერპლაზია* (ჭარბი ქსოვილის წარმოქმნა), რომელშიც ჩნდება *პროლიფერატები* (უჯრედთა გამრავლება-განახლება) *რეგენერაციით* და *მეტაპლაზიით* (ერთი ტიპის ქსოვილის მეორე ტიპის ქსოვილად გარდაქმნა). ამ ფონზე ზოგჯერ შეიძლება კეთილთვისებიანი სიმსივნეები განვითარდეს. შემდეგ იწყება უჯრედებისა და ქსოვილების არასწორი განვითარება და შესაძლებელია გამოვლინდეს უჯრედული ფენების ატიპიური პროლიფერაცია და სტრატიფიკაცია (ზედდება) უჯრედის სტრუქტურისა და ფორმის დარღვევით, რასაც **დისპლაზია** ეწოდება.

უჯრედისა და მისი ბირთვის ატიპიის ინტენსივობის მიხედვით, არსებობს დისპლაზიის სამი ხარისხი: სუსტი (მსუბუქი), ზომიერი (საშუალო) და მკვეთრად გამოხატული (მძიმე).

I ხარისხის დისპლაზია ხასიათდება ეპითელიუმის პროლიფერაციით, უჯრედების პოლიმორფიზმისა და მიტოზის (ე. ი. ატიპიის) გარეშე;

II ხარისხის დისპლაზიის დროს უჯრედთა პროლიფერაციას თან ახლავს მათი ნაწილის გამოხატული ატიპია;

III ხარისხის (მძიმე) დისპლაზია ხასიათდება პროლიფერირებულ უჯრედთა უმრავლესობის ატიპიით.

რაც უფრო მკვეთრადაა გამოხატული დისპლაზია, მით უფრო მძიმეა იგი და მეტია უჯრედთა სიმსივნურად ტრანსფორმაციის რისკი. ამიტომ საშვილოსნოს ყელის პოლიპი ან ლეიკოპლაკია ერთ შემთხვევაში შეიძლება შეფასდეს როგორც ფონური დაავადება, მეორე შემთხვევაში კი (თუ ჰისტოლოგიურად დადგინდა ეპითელიუმის ატიპიური პროლიფერაცია) — როგორც კიბოსწინა დაავადება.

ამ პროცესების დროული მკურნალობით შესაძლებელია ონკოლოგიურ დაავადებათა თავიდან აცილება.

III ფაზაა *პრეინვაზიური კიბო* (Carcinoma in situ — „კიბო ადგილზე", ინტრაეპითელური კიბო). ასეთ დროს სიმსივნურად ზიანდება ეპითელური ქსოვილის ზედაპირული შრე, ბაზალური მემბრანის დაზიანების გარეშე. მას დამოუკიდებელი

სიმპტომები არ გააჩნია და კლინიკური გამოვლენა სხვადასხვა ფონური დაავადებების სიმპტომებით ხდება. დიაგნოზი ისმება ვიზუალურად შეცვლილი ლორწოვანი გარსის მორფოლოგიური გამოკვლევით.

პრეინვაზიური კიბოს დროს, როგორც წესი, მეტასტაზები არ ვითარდება და ლოკალური მკურნალობით 100%-იანი განკურნება მიიღწევა. დაავადება ონკოპათოლოგიას განეკუთვნება და როგორც მისი საწყისი ფორმა, ავთვისებიანი სიმსივნეების TNM კლასიფიკაციაში ცალკე – Tis სიმბოლოთი, ხოლო ნოზოლოგიურ კლასიფიკაციაში – D00–D09 კოდებით არის გამოყოფილი.

მძიმე დისპლაზიასა და პრეინვაზიურ კიბოს (Carcinoma in Situ) შორის მკვეთრი ზღვრის გავლება ზოგჯერ ძნელია. მსგავსი ბიოლოგიური თვისებების, მკურნალობის ერთიანი ტაქტიკისა და ერთნაირი ბიოლოგიური თვისებების გამო მათ ინტრაეპითელურ ნეოპლაზიაში ერთად განიხილავენ.

IV ფაზაა *ადრეული ინვაზიური (მიკროინვაზიური) კიბო*. ამ დროს, როგორც წესი, სიმსივნე არღვევს ბაზალურ მემბრანას და ჩნდება მეტასტაზების გავრცელების ალბათობა.

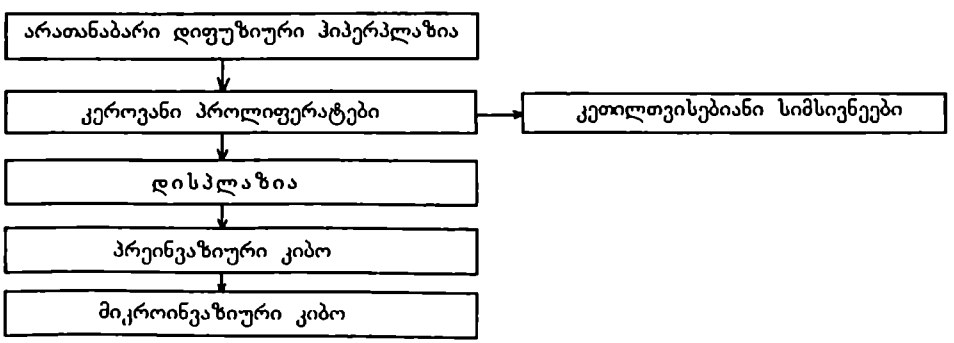
პრეინვაზიური და მიკროინვაზიური კიბო წარმოადგენს კიბოს ადრეული სტადიის ორ ეტაპს, რომელთა დროს დაავადებისაგან სრული განკურნების ალბათობა ძალიან მაღალია (100% ან თითქმის 100%).

ცალკე განხილვის საგანია კეთილთვისებიანი სიმსივნეები, რომლებსაც ადრე ავთვისებიანი სიმსივნის ევოლუციის განსაზღვრულ ეტაპად მიიჩნევდნენ და მისი გაავთვისებიანების შესაძლებლობაზე მიუთითებდნენ (მაგ., „მალიგნიზებული პოლიპი“). ამჟამად კეთილთვისებიან სიმსივნეს განიხილავენ როგორც დამოუკიდებელ პათოლოგიას, რომელშიც, ჯანმრთელი ქსოვილისაგან განსხვავებით, კიბოს აღმოცენების ალბათობა გაცილებით მეტია. დღეს მორფოლოგები საუბრობენ არა პოლიპის ან წყლულის მალიგნიზაციაზე, არამედ პოლიპში ან წყლულში კიბოს განვითარებაზე („კიბო პოლიპში“, „კიბო წყლულში“ და ა. შ.).

ამრიგად, I-II ფაზის დროს კიბოს მორფოლოგიური სუბსტრატი არ არსებობს, მაგრამ არსებობს კიბოს განვითარებისადმი მიდრეკილება. ამიტომ ამ პროცესების დროული მკურნალობით შესაძლებელია ონკოლოგიურ დაავადებათა პროფილაქტიკა.

III-IV ფაზა არის ადრეული კიბო, რომლის დროსაც დაავადებისაგან სრულად განკურნების ალბათობა ძალიან მაღალია.

სქემატურად ბლასტომოგენეზი შეიძლება შემდეგნაირად იყოს წარმოდგენილი:



კეთილთვისებიანი სიმსივნეები აქ ცალკე განშტოებაა. ისინი ზოგჯერ ჩნდება კეროვანი პროლიფერატების შემდეგ, ამიტომ ამ სქემიდან შეიძლება ამოღებული იყოს.

ერთმანეთისაგან განასხვავებენ „ადრეული“ და „მცირე“ კიბოს ცნებებს. სიმსივნის ყველა პროგნოზული ფაქტორის გათვალისწინებით (სიმსივნის ზომები, ზრდის ფორმა, ჰისტოლოგიური ქვეტიპი და ა. შ.), „ადრეულ“ კიბოს ცალკე გამოყოფენ. ოპერაციული მასალის შესწავლით დგინდება, რომ ესაა T1N0M0G1 გავრცელების ეგზოფიტურად მზარდი სიმსივნე და მისი უფრო ზუსტი დახასიათება დამოკიდებულია იმ ორგანოზე, სადაც სიმსივნე აღმოცენდა.

“მცირე“ ინვაზიური კიბო ეს არის ერთი ნიშნის – მცირე ზომის (0,5-1სმ) – მიხედვით გამოყოფილი სიმსივნე, რომლის გამოვლენაც შესაძლებელია კლინიკური მეთოდებით (ვიზუალურად, პალპაციით, რენტგენოლოგიურად, ენდოსკოპიურად). ძალიან იშვიათად, მაგრამ მაინც იძლევა რეგიონულ და შორეულ მეტასტაზებს, ამიტომ იგი შეიძლება ყოველთვის არ იყოს ადრეული.

კლინიცისტისთვის ძალიან მნიშვნელოვანია სწორად გაერკვეს სიტუაციაში და განსაზღვროს კიბოსწინა მდგომარეობა და კიბოს განვითარების რისკის ალბათობა, რაც ყოველთვის ადვილი არ არის, რადგან მოსაზღვრე მდგომარეობების დროს ჰისტომორფოლოგები ხშირად აწყდებიან ისეთ ცვლილებებს ქსოვილში, რომელთა შეფასებაც უჭირთ და კატეგორიულ დასკვნას ვერ იძლევიან. ზოგჯერ ვერც მორფოლოგიური კვლევის თანამედროვე მეთოდები და სერიული ბიოფსია იძლევა სასურველ შედეგს. შეიძლება შეგვხვდეს ისეთი პათოლოგიური ცვლილებებიც, რომლებიც მორფოლოგიურად იდენტურია, მაგრამ გაავთვისებიანების სხვადასხვა პოტენციალი გააჩნია. ასეთ დროს კლინიცისტი დიაგნოზს აზუსტებს ხანგრძლივი დინამიკური მეთვალყურეობის გზით. ყურადღება ექცევა ამ ცვლილებების გამომწვევ ფაქტორებს, ქსოვილის ფუნქციურ მდგომარეობას და პროცესის კლინიკურ მიმდინარეობას, რადგან გარკვეული კლინიკური სიტუაციები აძლიერებს კიბოს განვითარების რისკს.

ამრიგად, კიბოსწინა დაავადებების დროს მათი **კიბოსწინა პოტენციალის მორფოლოგიურ სუბსტრატთან ერთად გადამწყვეტი მნიშვნელობა ენიჭება დაავადების კლინიკურ მიმდინარეობას და პაციენტის ზოგად მდგომარეობას.**

კლინიცისტმა უნდა განსაზღვროს, როგორია კიბოს განვითარების რისკი ამა თუ იმ კიბოსწინა მდგომარეობისას და მიიღოს კარგად გააზრებული გადაწყვეტილება: დაბალი რისკის შემთხვევაში შეიძლება თავი შეიკავოს დეტალური გამოკვლევებისაგან და პაციენტს დაუნიშნოს დინამიკური მეთვალყურეობა კიბოსწინა პროცესების დროს ზოგჯერ მხოლოდ დაკვირვება საკმარისი არ არის, რადგან დაკვირვების პროცესში სავსებით მოსალოდნელია მისი ავთვისებიანი ტრანსფორმაცია და ამის შემდეგ ჩატარებული მკურნალობა ნაკლებეფექტური იქნება, ამიტომ მაღალი რისკის დროს უნდა ჩატარდეს გაღრმავებული გამოკვლევები, განისაზღვროს მათი პერიოდულობა და დროულად დაიწყოს მკურნალობა. საჭიროა განისაზღვროს ჩასატარებელი მკურნალობის მოცულობა – კონსერვატიული მკურნალობა ასეთ დროს უეფექტოა, ხოლო მასშტაბური რადიკალური მკურნალობა ამ ეტაპზე პაციენტისთვის ხშირად მიუღებელია. ამიტომ კლინიცისტი უნდა შეეცადოს მინიმალური ჩარევით მიიღოს მაქსიმალური ეფექტი.

არსებობს ისეთი დაავადებებიც, რომელთა ფონზე ავთვისებიანი სიმსივნეების განვითარების რისკი ძალიან მაღალია. მართალია, მათ უშუალოდ კიბოსწინა მდგომარეობისათვის დამახასიათებელი მორფოლოგიური სუბსტრატი არ გააჩნიათ, მაგრამ ორგანიზმში ვითარდება სხვა ისეთი ცვლილებებიც, რომლებიც ხელს უწყობენ ავთვისებიანი სიმსივნეების განვითარებას. ასეთი დაავადებები დაკავშირებულია მაკროორგანიზმში მიმდინარე ენდოკრინულ, იმუნურ, ქრომოსომულ და სხვა დარღვევებთან.

საერთოდ, ავთვისებიანი სიმსივნეების 20% გენეტიკური და სხვა ენდოგენური ფაქტორებითაა განპირობებული. ამიტომ გენეტიკური და სხვა ფონური დაავადებების არსებობა ხშირად წარმოადგენს ამა თუ იმ ქსოვილსა თუ ინდივიდუუმში ავთვისებიანი სიმსივნის შესაძლო განვითარების მაუწყებელ სიგნალს.

კიბოს განვითარება მრავალფაქტორიანი და მრავალსაფეხურიანი პროცესია, სადაც ერთ-ერთ ფაქტორს გენეტიკური წინასწარგანწყობა წარმოადგენს.

თვლიან, რომ კიბოს განვითარებისათვის საჭიროა ორი თანმიმდევრული მუტაცია. კიბოს ოჯახური ფორმების დროს პირველი მუტაცია მემკვიდრეობითია, მეორე – შეძენილი. ამიტომ ნებისმიერი გარემოება, რომელიც გენეტიკური დარღვევების მქონე პოპულაციაში სომატურ (შეძენილ) მუტაციას იწვევს, განაპირობებს კიბოს განვითარებას.

გაავთვისებიანების პროცესში არსებობს გარემოს მავნე ზემოქმედებისადმი ორგანიზმის გენეტიკური ლაბილურობის ფაქტორიც. ზოგ შემთხვევაში გენეტიკური ფაქტორები არღვევენ ქსოვილის ნორმალურ განვითარებას ან დიფერენცირებას, რაც კიბოსწინა ცვლილებათა წარმოშობაში ასევე მნიშვნელოვან ფაქტორს წარმოადგენს.

იმუნოდეფიციტი და ჰორმონული დისბალანსი ხელს უწყობს სიმსივნური პროცესის პროგრესირებასაც, ამიტომ ძალიან მნიშვნელოვანია დისპანსერული მეთვალყურეობა და მიზანმიმართული გამოკვლევები, კიბოსწინა დაავადებების მქონე პაციენტების გარდა, გარკვეული პერიოდულობით ჩაუტარდეთ ჰორმონული, იმუნოლოგიური და ქრომოსომული დარღვევების მქონე პირებსაც.

კიბოსწინა დაავადებების მკურნალობა უნდა ჩატარდეს დროულად და ადეკვატურად, რათა არ მოხდეს მათი გაავთვისებიანება.

მნიშვნელოვანია გარეგანი ლოკალიზაციის კიბოსწინა დაავადებების მალიგნიზაციის ნიშნების ცოდნა: წარმონაქმნის ზომებში მომატება, გამკვრივება, ხორკლიანი ზედაპირი, ეროზიებისა და ნახეთქების გაჩენა და სხვ. გასათვალისწინებელია დაავადების ხანგრძლივი მიმდინარეობაც.

ზემოთქმულიდან გამომდინარე,

ა) კიბოსწინა დაავადებების მქონე ყველა ავადმყოფი უნდა იყოს შესაბამისი სპეციალობის ექიმის დისპანსერული მეთვალყურეობის ქვეშ;

ბ) ავადმყოფები, რომლებსაც აქვთ გაავთვისებიანების მაღალი რისკის კიბოსწინა დაავადებები (I^b კლინიკური ჯგუფი), უნდა იმყოფებოდნენ ექიმ-ონკოლოგის სისტემატური მეთვალყურეობის ქვეშ;

გ) კიბოსწინა დაავადებების ქირურგიული მკურნალობის დროს სავალდებულოა ამოკვეთილი ქსოვილის ჰისტოლოგიური გამოკვლევა;

დ) კიბოსწინა დაავადების გამო ჩატარებული რადიკალური მკურნალობის შემდეგ ავადმყოფები 2 წლის განმავლობაში უნდა იმყოფებოდნენ აქტიური დისპანსერული

მეთვალყურეობის ქვეშ. აღნიშნული ვადის გასვლის შემდეგ ავადმყოფები დისპანსერული აღრიცხვიდან იხსნებიან.

ადრეული ონკოლოგიური პათოლოგიის შესწავლის დროს უნდა გადაწყდეს მისი პროფილაქტიკის, დიაგნოსტიკის, მკურნალობის და აღრიცხვის ამოცანები.

პრეინვაზიური კიბოს დროს ხდება სიმსივნის ადგილობრივი ამოკვეთა (ექსციზიური ბიოფსია), რომელსაც, იმავდროულად, როგორც დიაგნოსტიკური, ისე სამკურნალო დანიშნულებაც აქვს. შეიძლება გამოყენებულ იქნეს კრიოთერაპია, ლაზეროთერაპია.

მიკროინვაზიური კარცინომების დროს უნდა ჩატარდეს სტანდარტული ონკოლოგიური ოპერაციები აბლასტიკა-ანტიბლასტიკის პრინციპების დაცვით. გამონაკლის შემთხვევებში შეიძლება ჩატარდეს ორგანოშემანარჩუნებელი, დამზოგველი ოპერაციები, რომელთა შემდეგაც პაციენტებმა რეგულარულად უნდა ჩაიტარონ საკონტროლო გამოკვლევები და იმყოფებოდნენ დისპანსერული მეთვალყურეობის ქვეშ.

კიბოსწინა დაავადებების კლინიკა. მკურნალობა. მონიტორინგი (დისპანსერიზაცია)

1. კანი

კანის ფაკულტატურ კიბოსწინა დაავადებებს შორის საყურადღებოა:

- **კანის მოხუცებულობითი ატროფია (კერატომა)** (აქტინური, სებორეული კერატოზი) — კანი მშრალია, გათხელებული და დანაოჭებული. მასზე ჩნდება მოყვითალო-მოყავისფრო, ზედაპირიდან ოდნავ ამოწეული ლაქები, დაფარულია მკვრივი და ძნელადმოსაცილებელი ფუფხით. ხშირია მეზღვაურებსა და ღია ცის ქვეშ ხანგრძლივად მომუშავე პირებში. გადაგვარდება ბრტყელუჯრედოვან კიბოდ.

მკურნალობა — ზოგადგამაჯანსაღებელი, ვიტამინი A.
პროფილაქტიკა — გამოირიცხოს არახელსაყრელი მეტეოროლოგიური ზემოქმედება.
დისპანსერიზაცია — დერმატოლოგთან, ონკოლოგთან.

- **კანის რქა (აკროქორდონი)** — ჩნდება კანის მოხუცებულობითი ატროფიის ფონზე, აქვს წაწვეტებული მეჭეჭის ფორმა. გადაგვარდება სპინოცელულურ კიბოდ.

მკურნალობა — ზოგადგამაჯანსაღებელი, ვიტამინი A.
პროფილაქტიკა — გამოირიცხოს არახელსაყრელი მეტეოროლოგიური ზემოქმედება.
დისპანსერიზაცია — დერმატოლოგთან, ონკოლოგთან.

- კანის ტუბერკულოზის, ათაშანგის, წითელი მგლურას და სხვა არასპეციფიკური ანთებითი პროცესების ფონზე განვითარებული **ტროფიკული წყლულები და ფისტულები.**

მკურნალობა — პათოგენეზური, ძირითადი დაავადების შესაბამისი და ზოგადგამაჯანსაღებელი ღონისძიებები.
პროფილაქტიკა — სპეციფიკური ქრონიკული ანთებითი პროცესების მკურნალობა.
დისპანსერიზაცია — დერმატოლოგთან.

- **მოგვიანებითი სხივური წყლულები** — ძნელად ხორცდება, დასხივებიდან დიდი ხნის შემდეგ სხივური ზემოქმედების კერის ირგვლივ ჩნდება ტელეანგიექტაზია.

მკურნალობა — ანთებისსაწინააღმდეგო და ეპითელიზაციის გამაძლიერებელი საშუალებები, ვიტამინთერაპია. ჩვენების მიხედვით — ქირურგიული მკურნალობა.

პროფილაქტიკა — გამოირიცხოს განმეორებითი სხივური და მზის ულტრაიისფერი სხივების ზემოქმედება.

დისპანსერიზაცია — ონკოლოგთან.

- **კანის ნაწიბურები, კელოიდები**

მკურნალობა — რადიოთერაპია, ჩვენების მიხედვით — ქირურგიული მკურნალობა.

პროფილაქტიკა — გამწოვი და ანთებისსაწინააღმდეგო საშუალებები.

დისპანსერიზაცია — დერმატოლოგთან.

- **ქრონიკული პროფესიული დერმატიტები** (ქვანახშირის, ფიქალის, ნავთობის გადამუშავების შედეგად განვითარებული) — ვლინდება ხელის მტევნებზე, მეჭეჭის ტიპის ჰიპერკერატოზის სახით.

მკურნალობა — ჰიპერკერატოზების კერების კრიოდესტრუქცია ან ელექტროკოაგულაცია.

პროფილაქტიკა — მავნე საწარმოში მუშაობის შეზღუდვა.

დისპანსერიზაცია — დერმატოლოგთან.

- **დარიშხანისმიერი კერატოზი** — გვხვდება დარიშხანის პრეპარატებით ხანგრძლივად ნამკურნალებ ავადმყოფებში ან დარიშხანის მომპოვებლებში — ხელისგულებზე და ტერფებზე, მეჭეჭის ტიპის ჰიპერკერატოზის შემოფარგლული კერების სახით.

მკურნალობა — ჰიპერკერატოზის კერების კრიოდესტრუქცია ან ელექტროკოაგულაცია. დეტოქსიკაციური ღონისძიებები

პროფილაქტიკა — შეიზღუდოს დარიშხანთან და დარიშხანის შემცველ პრეპარატებთან ურთიერთობა.

დისპანსერიზაცია — დერმატოლოგთან.

- **პიგმენტური ქსეროდერმა** — კანის ქრონიკული დისტროფია (ობლიგატური პრეკანცერი). თანდაყოლილია ან ვითარდება ადრეული ასაკიდან (გენეტიკური დაავადება). ხშირია ნათესავებს შორის. ეტიოლოგიური ფაქტორებიდან მნიშვნელოვანია მზის სხივებისადმი მომატებული მგრძნობელობა, რომლის ფონზეც თითქმის ყოველთვის (შემთხვევათა 100%-ში) ვითარდება კიბო. ძირითადი ლოკალიზაციაა სახის კანი. ჯერ ჩნდება აქერცვლადი ჰიპერემიული უბნები, შემდეგ — დამახასიათებელი ჭორფლისმაგვარი ჰიპერპიგმენტაცია; კანის ატროფიის ფონზე ზოგჯერ ვლინდება ბუშტუკები, წყლულები, ნაწიბურები, მეჭეჭისებრი წანაზარდები.

მკურნალობა — სიმპტომური, ზოგადგამაჯანსაღებელი. მეჭეჭისებრი ფორმის დროს — კრიოდესტრუქციული, ელექტროქირურგიული.

პროფილაქტიკა — მზის ულტრაიისფერი გამოსხივებისაგან მაქსიმალური დაცვა

დისპანსერიზაცია — ონკოლოგთან, დერმატოლოგთან.

- **ბოუენის დაავადება** – არის კეროვანი დისკერატოზი და, პრაქტიკულად წარმოადგენს ინტრაეპიდერმულ ადგილობრივ კიბოს (Carcinoma in Situ). დაავადება მიმდინარეობს მრავალი წლის განმავლობაში, უპირატესად ჩნდება კანის დაფარულ ნაწილებზე. ქალები და მამაკაცები ავადდებიან თანაბარი სიხშირით, 40-60 წლის ასაკში. ეტიოლოგიაში წამყვანი ადგილი უკავია კანის ქრონიკულ ტრავმებს. ვლინდება ფუფხითა და ქერცლით დაფარული მრავლობითი კვანძების სახით. ქერცლისა და ფუფხის მოცილების შემდეგ კანზე რჩება მეჭეჭოვანი ან სველი სადაზედაპირიანი წანაზარდები. ამის მიხედვით განასხვავებენ დაავადების ეგზემურ ან მეჭეჭოვან ტიპებს. დაზიანების რამდენიმე უბნის შერწყმისას წარმოიშობა მოყვითალო-მოვარდისფრო არასწორკონტურიანი ზედაპირი. ადრე თუ გვიან გადაგვარდება ინვაზიურ კიბოდ და იძლევა მეტასტაზებს რეგიონულ ლიმფურ კვანძებში.

მკურნალობა – ელექტროექსციზია, კრიოდესტრუქცია, ახლოფოკუსიანი სხივური თერაპია. ინვაზიური კიბოს დროს – ოპერაცია + სხივური თერაპია.

პროფილაქტიკა – კანის ტრავმისა და ვირუსული ინფექციების თავიდან აცილება.

დისპანსერიზაცია – ონკოლოგთან.

- **პეჯეტის დაავადება** – ყველაზე ხშირად აზიანებს ძუძუს დვრილს, არეოლას და მათ მიმდებარე კანს, თუმცა შემთხვევათა 20%-ში შეიძლება შეგვხვდეს კიდურებზე, ცხვირზე, სასქესო ორგანოებზე, ბოქვენზე, დუნდულოზე და სხვა მიდამოებში.

ვლინდება მკვეთრად შემოფარგლული ეგზემური დერმატიტით. წააგავს ღია წითელი ფერის ეროზიას, რომელიც ზოგჯერ კანზეა წამოწეული, იკეთებს ფუფხს, ფსკერი მკვრივი აქვს. დაზიანება თანდათან ფართოვდება და დიდ ზომებს აღწევს. ძუძუს დვრილიდან პროცესი შეიძლება სადინარებზე გავრცელდეს, რიც გამოც დვრილი შეიძლება ჩაიქაჩოს და ჩაბრუნდეს. ზოგჯერ აღინიშნება კანის ქავილი და წვის შეგრძნება.

2-20 წლის ინტერვალში ხდება პროცესის გაავთვისებიანება, რაც კარცინომატოზული ინფილტრაციითა და რეგიონული ლიმფური კვანძების დაზიანებით ვლინდება.

მკურნალობა – ქირურგიული.

პროფილაქტიკა – ტრავმის თავიდან აცილება.

დისპანსერიზაცია – ონკოლოგთან.

კანის კეთილთვისებიანი სიმსივნეებია:

პაპილომები (მეჭეჭები) – ვითარდება ბრტყელი ეპითელიუმისგან. ახასიათებს დვრილებისა და დვრილთაშორისი სივრცის დაგრძელება და სპინალური შრის გასქელება (აკანტოზი).

ადენომები – ვითარდება ეპიდერმისისგან (ეპიდერმოიდები). მეტწილად თანდაყოლილია და მემკვიდრეობითი ხასიათი აქვს (პირველადი ფორმა). შეიძლება განვითარდეს ცხიმის ჯირკვლებისგანაც (ათერომები), ცხიმის გამომტანი სადინარის დახშვის შედეგად (მეორეული ფორმა).

ტრიქოეპითელიომა – ხშირად მრავლობითია, ზოგჯერ – თანდაყოლილი. უჩნდებათ ბავშვებს 10 წლის ასაკის ზევით. ლოკალიზდება შუბლისა და ცხვირის კანზე. დაწყლულების შემთხვევაში შეიძლება ბაზალიომად გადაგვარდეს.

ჰიდროსირინგოადენომა – აპოკრინული საოფლე ჯირკვლების სიმსივნეა. შესაძლებელია კრიოდესტრუქციით და ქიმიური დესტრუქციით (კარჩაულის სითხით) მკურნალობა.

2. პიგმენტური პერინეოპლაზიები

მელანინის შემცველი უჯრედებისგან განვითარებულ წარმონაქმნებს პერინეოპლაზიებს უწოდებენ. მელანოციტებისგან წარმოიშობა დიფერენცირების სხვადასხვა ხარისხის მქონე უჯრედთა გროვები, რომლებიც მელანომად გადაგვარების სხვადასხვა რისკით გამოირჩევიან.

გაავთვისებიანების დაბალი რისკი აქვთ **პიგმენტურ ლაქებს:**

- ***ჭორფლი (ეფელიდოზი)*** – ჩნდება სახეზე, კისერზე, ბეჭებზე, მოყვითალო ან მოყავისფრო ლაქების სახით, 5 წლის ასაკში და სქესობრივი მომწიფების პერიოდში ზოგჯერ თავისით ქრება. მიკროსკოპულად კერატინოციტებში მელანინის რაოდენობა მომატებულია, ხოლო მელანოციტებისა – არა. ჭორფლი ავთვისებიან ტრანსფორმაციას არ განიცდის. ჭორფლიანი ადამიანები მზეზე არ ირუჯებიან და ადვილად იღებენ კანის დამწვრობას. თუ ჭორფლიანობა შერწყმულია პიგმენტურ (განსაკუთრებით მოსაზღვრე) ნევუსთან, აღინიშნება ნევუსის მალიგნიზაციის მაღალი რისკი.
- ***ლენტიგო*** – შეძენილი პიგმენტური წარმონაქმნია. აქვს ელიფსური ან მომრგვალო ფორმა. მუქი წაბლისფერი ან შავია. კანიდან ოდნავ წამოწეულია. შეიძლება იყოს ერთეული ან მრავლობითი. ყველაზე ხშირად აღინიშნება სახეზე, ზედა კიდურების დორსალურ ნაწილებსა და სასქესო ორგანოებზე. მიკროსკოპულად მელანინი კერატინოციტებშიც და მელანოციტებშიც მომატებულია. თავისი განვითარების პერიოდში შეიძლება გაავთვისებიანდეს. ამ დროს კიდეები მორგვივით წამოიწევა, ან ჩნდება მრავლობითი წვრილი კვანძები – მალიგნიზაციის კერები. ხშირია ხანდაზმულ პირებში, ცნობილია ღვიძლის ლაქის ან მზისმიერი ლენტიგოს სახელწოდებით.

ცალკე გამოყოფენ ***ტუჩის ლენტიგოს.*** ხშირია ახალგაზრდა ქალებში. ახასიათებს ეპიდერმისის გასქელება და ბაზალურ კერატინოციტებში მელანინის რაოდენობის მომატება.

- ***დიუბრეილის (Dubreilh) მელანოზი*** არანევუსური დაავადებაა. უპირატესად გვხვდება ხანდაზმულ ასაკში. ძირითადი ლოკალიზაციაა სახე, თუმცა გვხვდება სხვაგანაც, იშვიათად – ლორწოვან გარსზე. წარმოადგენს მცირე ზომის უსწორმასწორო კიდეების მქონე „ჭორფლისმაგვარ“ ლაქას, ახასიათებს გაფართოებისადმი მიდრეკილება და კონტურული რუკის კონფიგურაციას იძენს. აღინიშნება ზედაპირის არათანაბარი პიგმენტაცია მოყვითალო-მოყავისფროდან ნახშირივით შავ ფერამდე.

  მკურნალობა – ქირურგიული.

  პროფილაქტიკა – ტრავმისა და მზის ულტრაიისფერი გამოსხივების თავიდან აცილება.

  დისპანსერიზაცია – ონკოლოგთან.
- **ნევუსი** – წარმოადგენს მელანოციტური უჯრედების გროვას, რომლებსაც დაკარ-

გული აქვთ წანაზარდები, რის გამოც კერატინოციტებისთვის მელანინის გადაცემა არ ხდება (Nevus – ლაქა, დეფექტი, ნაკლი, იარა). გამოირჩევიან დაბალი მეტაბოლიზმით. თანამედროვე გაგებით, ნევუსი არის კანის ჰამარტომა ან კეთილთვისებიანი უჯრედების გროვა, რომელიც კლინიკურად პიგმენტური ხალების სახით გამოვლინდება.

ნევუსი შეიძლება იყოს თანდაყოლილი და შეძენილი. სიცოცხლის პირველი წლის განმავლობაში გაჩენილი ნევუსიც თანდაყოლილად ითვლება.

პიგმენტური ნევუსი შეიძლება იყოს ბრტყელი, პაპილური, კვანძოვანი, მეჭეჭისებრი და თმიანი. კანის სიღრმეში მდებარეობის მიხედვით ნევუსი არის:

- ***მოსაზღვრე*** – როცა მელანოციტური უჯრედების პროლიფერაცია ვითარდება ეპიდერმისისა და დერმის საზღვარზე. გაავთვისებიანების რისკი მაღალია.
- ***შერეული ანუ ეპიდერმულ-დერმული*** – როცა პროლიფერაციის ხარისხის მატებასთან ერთად ნევუსური უჯრედები უფრო მეტად გადაინაცვლებს დერმის მიმართულებით. აქვს გაავთვისებიანების მომატებული რისკი.

შერეული ნევუსის ნაირსახეობას წარმოადგენს იუვენილური მელანომა (სპიტცის ნევუსი), რომელიც მორფოლოგიურად ძალიან ჰგავს მელანომას, მაგრამ კლინიკური მიმდინარეობით კეთილთვისებიანია. თავდაპირველად მიაჩნდათ, რომ იგი მხოლოდ ბავშვთა ასაკის დაავადება იყო და სახელწოდებაც ამ ნიშნის მიხედვით იქნა შერჩეული. მოგვიანებით აღმოჩნდა, რომ ეს დაავადება შეიძლება შეგვხვდეს მოზრდილთა ასაკშიც, ხოლო გაავთვისებიანება შეიძლება განიცადოს როგორც მოზრდილთა, ასევე ბავშვთა ასაკში. ჰისტოლოგიური სურათის შესაბამისად, შერეულ ნევუსს ***თითისტარაუჯრედოვანი ტიპის ნევუსი*** უწოდეს.

- ***ინტრადერმული ნევუსი*** ეწოდება ნევუსის ისეთ ფორმას, როცა ეპიდერმული კომპონენტი გამქრალია და დარჩენილია მხოლოდ ინტრადერმული კომპონენტი. გაავთვისებიანება იშვიათად ახასიათებს. პიგმენტური უჯრედების დერმის ღრმა შრეებში ან კანქვეშ განლაგების დროს, კანის ყველა შრის ზედდების გამო, ნევუსი იღებს შეფერილობას ცისფერიდან მუქ ნაცრისფრამდე და ცნობილია ცისფერი ნევუსის სახელწოდებით; რაც უფრო ღია შეფერილობისაა ცისფერი ნევუსი, რაც უფრო ნაკლებია მასში მელანოციტური უჯრედების შემცველობა და რაც უფრო ღრმად მდებარეობს კანის სისქეში, მით ნაკლებია მისი გაავთვისებიანების რისკი. ცისფერი ნევუსი შეიძლება იყოს: ჩვეულებრივი, უჯრედული და შერწყმული, ანუ მელანოციტური. კანის გარდა, მელანოციტური ნევუსი გვხვდება ბადურაზე, კონიუნქტივზე, ლორწოვანზე.

ლოკალიზაციის მიხედვით ცისფერი ნევუსის ნაირსახეობებია:

- ***ოტის ნევუსი*** – ვითარდება სახის გვერდით ნაწილებზე, პარაორბიტალურად და ღაწვებზე, სამწვერა ნერვის ინერვაციის ზონაში.
- ***იტოს ნევუსი*** – ვითარდება კისრისა და ბეჭების მიდამოში.
- ***მონღოლური ლაქები*** – ვითარდება გავა-წელის არეში.

ნევუსის იშვიათი სახეა ***გაფანტული ნევუსი*** – კანის დიდ ფართობზე არსებული უსწორმასწორო ფორმის ღია ყავისფერი ლაქა, რომელზეც უწესრიგოდაა მიმოფანტული წერტილოვანი ლაქები და პაპულები. ღია ფონი მაკროსკოპულად მიესადაგება „რძიანი ყავის“ ფერს (მელანოციტებსა და კერატინოცი-

ტებში მელანინის მომატების გამო), ხოლო უფრო პიგმენტირებული წერტილები — ლენტიგოს ან მოსაზღვრე ნევუსს.

- ბეჭებზე, ზურგის და გულმკერდის ზედა ნაწილზე ჰიპერპიგმენტაცია-ჰიპერტრიქოზი ცნობილია *ბეკერის ნევუსის* სახელწოდებით. ვითარდება მამაკაცებში, სქესობრივი მომწიფების პერიოდში. მალიგნიზაციას არ განიცდის.

გაავთვისებიანების მაღალი რისკით გამოირჩევა პერინეოპლაზია *ნევუსურ-ლენტიგიოზური სინდრომის* დროს. განსაკუთრებით საყურადღებოა *გიგანტური თმიანი მელანოციტური ნევუსი.* იგი თანდაყოლილია, დამახასიათებელია ბავშვთა ასაკისათვის. ზომამ შეიძლება 20 სმ-ს გადააჭარბოს.

შეძენილი ნევუსები შეიძლება წარმოიშვას ულტრაიისფერი სხივების ზემოქმედებით. ისინი ზოგჯერ თავისით ქრება, მაგრამ როგორც მისი გაჩენა, ისე გაქრობა ექიმისთვის საყურადღებო უნდა იყოს.

ზოგჯერ ნევუსის ირგვლივ შეიძლება ჩამოყალიბდეს დეპიგმენტაციის ზონა არშიის სახით, რასაც *პერინევუსურ ვიტილიგოს ანუ სატონის ნევუსს* უწოდებენ. იგი შეიძლება იყოს ერთეული ან მრავლობითი. გვხვდება 20 წლის ასაკამდე. ხშირად შერწყმულია ვიტილიგოსთან.

შემთხვევათა 2-8%-ში გვხვდება *ატიპიური მელანოციტური ნევუსი.* მისთვის დამახასიათებელია ატიპიური მელანოციტური ნევუსური უჯრედების არსებობა დერმისა და ეპიდერმისის საზღვარზე. ჩვეულებრივ ნევუსებზე დიდია (>6 სმ), აქვს მუქი ცენტრი, უსწორმასწორო კიდეები, რადიალური მიმართულებით კი თანდათან უფერულდება და ნორმალურ კანში გადადის. შეფერილობა — ყავისფრიდან ღია წითელ ფერამდე. ხშირად მდებარეობს ზურგზე, ტანის და კიდურების ზედა ნაწილებზე.

მალიგნიზაციის მაპროვოცირებელი ფაქტორი შეიძლება იყოს ინსოლაცია, ფიზიოთერაპიული პროცედურები, პიგმენტური წარმონაქმნის ტრავმა.

ნევუსის გაავთვისებიანების ნიშნებია: პიგმენტაციის გაძლიერება ან შემცირება, პიგმენტური წარმონაქმნის ზრდა და გამკვრივება, მის ირგვლივ ჰიპერემიული არშიის წარმოქმნა, დაწყლულება და სისხლდენა; გადაზრდა-გადაბარდვა ირგვლივ — რადიალურად, წვის შეგრძნება, სიმსივნური კვანძის მიდამოში ქავილი, წვრილად მოთესვა მის ირგვლივ — სატელიტური კვანძების წარმოშობა.

პრეინვაზიური (in situ) მელანომის დროს ატიპიური მელანოციტები, როგორც ერთეული, ისე მრავლობითი, გაფანტულია ეპიდერმისის ყველა შრეში.

მკურნალობა — ამოკვეთა საღი ქსოვილების ფარგლებში — კოსმეტიკური მოსაზრებით ან გაავთვისებიანებაზე ეჭვის დროს.

პროფილაქტიკა — მზის სხივების ზემოქმედებისა და ტრავმის თავიდან აცილება.

დისპანსერიზაცია — ონკოლოგთან.

3. ცხვირის ღრუ

- პაპილომა — ერთეული წაგრძელებული ან პოლიპისებრი წარმონაქმნია მოვარდისფრო-მოწითალოდან მოთეთრო-ნაცრისფრამდე. იგი ადვილად სისხლმდენია. აღინიშნება ცხვირიდან სუნთქვის გაძნელება, ჭარბი ლორწოიანი ან ლორწოიან-ჩირქიანი სისხლნარევი გამონადენი.

მკურნალობა — ქირურგიული.

პროფილაქტიკა — სუნთქვის ჰიგიენის დაცვა; ცხვირის ღრუსა და ცხვირის დანამატი წიაღების ქრონიკული ანთებითი პროცესების მკურნალობა.
დისპანსერიზაცია — ოტორინოლარინგოლოგი, ონკოლოგი.

- **ადენომატოზური პოლიპი** — გლუვზედაპირიანი, მრგვალი ან ოვალური ფორმის წარმონაქმნია, შეხებისას — ადვილად სისხლმდენი. აღინიშნება ცხვირით სუნთქვის გაძნელება, ლორწოიან-ჩირქიანი გამონადენი, ზოგჯერ — სისხლიანი მინარევით.

მკურნალობა — ქირურგიული.
პროფილაქტიკა — სუნთქვის ჰიგიენის დაცვა, ცხვირის ღრუსა და ცხვირის დანამატი წიაღების ქრონიკული ანთებითი პროცესების მკურნალობა.
დისპანსერიზაცია — ოტორინოლარინგოლოგთან.

4. ხახა

- პაპილომა:
  ა) ცხვირ-ხახის — წვრილხორკლიანი, ადვილად სისხლმდენი წარმონაქმნია ფართო ფუძით. შესაძლებელია ცხვირით სუნთქვის გაძნელება, სმენის დაქვეითება, ხმის ტემბრის შეცვლა.
  ბ) ხორხ-ხახის — ერთეული წვრილხორკლიანი წარმონაქმნია ვიწრო ფეხზე. იძლევა უხერხულობის შეგრძნებას ყლაპვის დროს, განსაკუთრებით — პროცესის საყლაპავზე გავრცელებისას.

მკურნალობა — ქირურგიული.
პროფილაქტიკა — სუნთქვის ჰიგიენის დაცვა, ქრონიკული ანთებითი პროცესების მკურნალობა.
დისპანსერიზაცია — ონკოლოგთან, ოტორინოლარინგოლოგთან.

დისკერატოზები (ლეიკოპლაკია, ლეიკოკერატოზი) — ვლინდება ერთეული ან მრავლობითი მოთეთრო ფერის ლაქების სახით. ლეიკოკერატოზის დროს აღინიშნება ლორწოვანი გარსის ზედაპირიდან ამობურცულობა. ყლაპვის დროს იძლევა ღიტინის ან უხერხულობის შეგრძნებას.

მკურნალობა — ქირურგიული ელექტროექსციზია.
პროფილაქტიკა — სუნთქვის ჰიგიენის დაცვა, ქრონიკული ანთებითი პროცესების მკურნალობა.
დისპანსერიზაცია — ონკოლოგთან, ოტორინოლარინგოლოგთან.

5. ხორხი

- პაპილომა — ერთეული წვრილხორკლიანი სიმსივნეა მოვარდისფრო-მოწითალოდან მონაცრისფრო-მოთეთრომდე, მკვეთრი კონტურებით; უფრო ხშირად მდებარეობს მბგერავი და ვესტიბულური ნაოჭების მიდამოში. ხორხის ორივე ნახევრის მოძრაობის უნარი, როგორც წესი, შენარჩუნებულია. აღინიშნება ხმის ჩახლეჩა, შესაძლებელია სუნთქვის გაძნელება.

მკურნალობა — მცირე ზომის სიმსივნის ენდოსკოპიური ამოკვეთა, დიდი ზომის სიმსივნის შემთხვევაში — ენდოლარინგული ამოკვეთა, გავრცელებული პროცესებისა და ხშირი რეციდივების შემთხვევაში — ლარინგოფისურა სიმსივნის ელექტროექსციზიით ან ხორხის რეზექცია.

პროფილაქტიკა – სუნთქვის ჰიგიენის დაცვა; ქრონიკული ანთებითი პროცესების მკურნალობა.

დისპანსერიზაცია – ონკოლოგთან.

- **პაქიდერმია (Pachidermia)** – არის სიმეტრიული ეპიდერმოიდული წანაზარდი ციცხვისებრ ხრტილებთან ან ციცხვთაშორის სივრცეში (pachys – სქელი, მკვრივი). ლორწოვანი გარსი ამ ნაწილში, ჩვეულებრივ, შეშუპებულია, ციანოზურია, რაც გამოწვეულია შემაერთებელი ქსოვილის ჰიპერპლაზიით. აღინიშნება ლორწოვანი გარსის უხეში დანაოჭება. ფონაციის დროს მისი არსებობა ვლინდება ხმის შეცვლით. ხორხის ორივე ნახევრის მოძრაობა შენარჩუნებულია.

მკურნალობა – ენდოლარინგული ამოკვეთა.

პროფილაქტიკა – სუნთქვის ჰიგიენის დაცვა; ქრონიკული ანთებითი პროცესების მკურნალობა.

დისპანსერიზაცია – ონკოლოგთან, ლარინგოლოგთან.

- **დისკერატოზები:**

ა) **ლეიკოპლაკია** – გვხვდება მბგერავი ნაოჭების უკანა მესამედში, მრგვალი ან წაგრძელებული ფორმის თეთრი ლაქების სახით, გააჩნია უსწორმასწორო ზედაპირი.

ბ) **ლეიკოკერატოზი** – გვხვდება დიფუზური ან კვანძოვანი მოთეთრო-მონაცრისფრო წარმონაქმნის სახით, აქვს უსწორმასწორო, ხაოიანი ზედაპირი. ხშირად ლოკალიზებულია მბგერავ ნაოჭებზე, იშვიათად – ვესტიბულურ ნაოჭებზე. ახასიათებს ხმის ჩახლეჩა, ხველება.

მკურნალობა – მცირე ზომის სიმსივნის ენდოლარინგული ამოკვეთა, გავრცელებული პროცესის შემთხვევაში – ლარინგოფისურა და ელექტროკოაგულაცია.

პროფილაქტიკა – სუნთქვის ჰიგიენის დაცვა, ანთებითი პროცესების მკურნალობა

დისპანსერიზაცია – ონკოლოგთან, ლარინგოლოგთან.

- **კონტაქტური ფიბრომა** – ლოკალიზდება მბგერავი ნაოჭების უკანა ნაწილებზე. ერთ მათგანზე ფიბრომა გრდემლს გვაგონებს, მეორეზე – ჩაქუჩს. ზოგჯერ წარმონაქმნის ზედაპირზე აღინიშნება გრანულაციური წანაზარდები. ახასიათებს ხმის ჩახლეჩა, ხველება.

მკურნალობა – ხმის ჟღერადობის გაუარესების ან მალიგნიზაციაზე ეჭვის დროს – ენდოლარინგული ამოკვეთა.

პროფილაქტიკა – სუნთქვის ჰიგიენის დაცვა; ქრონიკული ანთებითი პროცესების მკურნალობა.

დისპანსერიზაცია – ოტორინოლარინგოლოგთან.

6. ტუჩი

- **კანის რქა** – მკვეთრად შემოფარგლული უბანი 0,3-0,5 სმ დიამეტრის ფუძით, რომლიდანაც გამოდის კონუსის ფორმის 0,5-1,0 სმ სიმაღლის მონაცრისფრო რქა, მჭიდრო კავშირშია ფუძესთან. შეიძლება იყოს ერთი ან რამდენიმე.

მკურნალობა – ქირურგიული.

პროფილაქტიკა – ტუჩის წითელი ყაითნის ანთებითი პროცესების მკურნალობა

დისპანსერიზაცია – სტომატოლოგთან.

- **პაპილომა** — ტუჩის წითელ ყაითანზე არსებული წარმონაქმნი ვიწრო ფეხზე ან ფართო ფუძით. გარქაებული პაპილომა მონაცრისფრო-მოთეთროა, გაურქავებელი პაპილომა წითელი ყაითნისგან ფერით არ განსხვავდება.

მკურნალობა — ქირურგიული.

პროფილაქტიკა — ტუჩის ტრავმის თავიდან აცილება.

დისპანსერიზაცია — სტომატოლოგთან.

- **ვერუკოზული (მეჭეჭისებრი) და ეროზიული ლეიკოპლაკია** — მკვრივი, ხორკლიანი წარმონაქმნი, წითელი ყაითნიდან წამოწეულია 2-3 სმ-ით, მოთეთრო-მონაცრისფროა. ზოგჯერ ბრტყელია. ლეიკოპლაკიის ფონზე ხშირად შეინიშნება მეჭეჭისებრი წანაზარდები.

მკურნალობა — ქირურგიული.

პროფილაქტიკა — ტუჩის ტრავმის თავიდან აცილება.

დისპანსერიზაცია — სტომატოლოგთან და ონკოლოგთან.

- **მეჭეჭისებრი ან კვანძოვანი ჰიპერკერატოზი** — მკვეთრად შემოფარგლული, მკვრივი, ნახევარსფეროსებრი, მონაცრისფრო-მოწითალო კვანძოვანი წარმონაქმნია. ხშირად — მეჭეჭისებრი წანაზარდებით ზედაპირზე. ლოკალიზდება გარეგნულად შეუცვლელ წითელ ყაითანზე, იშვიათად — მცირე ანთების ფონზე. კვანძის ზედაპირი ზოგჯერ დაფარულია თხელი ფუფხით. გარეგნულად ვულგარულ მეჭეჭს წააგავს.

მკურნალობა — ქირურგიული.

პროფილაქტიკა — მზის სხივებისგან, მშრალი ქარისგან თავდაცვა, წითელი ყაითნის ტრავმის თავიდან აცილება. ტუჩების ქრონიკული ანთებითი პროცესების მკურნალობა. პირის ღრუს რეგულარული სანაცია. თამბაქოს მოწევის აკრძალვა

დისპანსერიზაცია — ონკოლოგთან.

- **კერატოაკანტომა** — მონაცრისფრო-მოწითალო 1,0-1,5 სმ-მდე დიამეტრის მკვრივი კვანძია, დამახასიათებელი ძაბრისმაგვარი ჩაღრმავებით ცენტრში, რომელიც ამოვსებულია გარქავებული მასებით, მათი მოცილება ადვილად შეიძლება.

მკურნალობა — ქირურგიული.

პროფილაქტიკა — ტუჩის ტრავმის თავიდან აცილება.

დისპანსერიზაცია — სტომატოლოგთან და ონკოლოგთან.

- **შემოფარგლული ჰიპერკერატოზი** — არის მკაფიოდ შემოფარგლული, არასწორი ფორმის გარქავების კერა ფუძესთან გამკვრივების გარეშე, მონაცრისფრო-მოთეთრო ფუფხის თხელი ფენით, რომელიც წითელი ყაითნიდან წამოწეული არ არის. ზოგჯერ ჩაზნექილია.

მკურნალობა — ქირურგიული.

პროფილაქტიკა — მზის სხივებისგან, მშრალი ქარისგან თავდაცვა, ტუჩის წითელი ყაითნის ტრავმის თავიდან აცილება, ტუჩების ქრონიკული ანთებითი პროცესების მკურნალობა, პირის ღრუს რეგულარული სანაცია, თამბაქოს მოწევის აკრძალვა.

დისპანსერიზაცია — ონკოლოგთან.

- **ხეილიტი** — ჩნდება ქვედა ტუჩზე და აზიანებს ყაითანს. ხშირად **ჯირკვლოვანია**. ეტიოლოგია უცნობია. ხელშემწყობი ფაქტორია პათოლოგიური ცვლილებები პირის ღრუს ლორწოვანში. ტუჩზე ჩნდება უსწორმასწორო კიდეების მქონე მონაცრისფრო-მოწითალო, წვრილი, დაწყლულებული ლაქები, რომლებიც ოდნავ წამოწეულია

ტუჩის ზედაპირიდან და გამოყოფს ღია ფერის მასას. ზოგჯერ გამონადენს უსიამოვნო სუნი აქვს. წარმონაქმნი იკეთებს თეთრ არშიას და პერიოდულად – უფერულ ან სისხლიან ფუფხს. ტუჩი შებერილია, მტკივნეული. ჯირკვლოვანი ხეილიტი უმრავლეს შემთხვევაში ბრტყელუჯრედოვან კიბოდ გადაგვარდება.

- **მანგანოტის აბრაზიული პრეკანკროზული ხეილიტი** – ქვედა ტუჩის ობლიგატური კიბოსწინა დაავადებაა. გვხვდება ხანდაზმულ მამაკაცებში. მის წარმოშობაში მნიშვნელობა აქვს არახელსაყრელ მეტეოროლოგიურ ფაქტორებს და ტრავმას, რომელთა ფონზეც ირღვევა ტუჩის სისხლმომარაგება. კლინიკურად ვლინდება ოვალური ან არასწორი ფორმის ეროზიის სახით. აქვს გლუვი, პრიალა ზედაპირი, ფუძესთან – გამკვრივების გარეშე. ზოგჯერ დაფარულია სეროზული და სისხლიანი ფუფხით. ეროზიის ირგვლივ შეიძლება იყოს მცირე ანთება ჰიპერემიისა და ინფილტრაციის სახით. დაავადების მიმდინარეობა ქრონიკულია. ეროზიები შეიძლება შეხორცდეს და შემდეგ ისევ გაჩნდეს იმავე ან სხვა ადგილზე.

მკურნალობა – ვიტამინიზებული (A, D) და კორტიკოსტეროიდების შემცველი მალამოებით. კონსერვატიული მკურნალობის უშედეგობის შემთხვევაში – ქირურგიული ამოკვეთა საღი ქსოვილების ფარგლებში.

პროფილაქტიკა – მზის სხივებისა და მშრალი ქარისგან თავდაცვა, ტუჩის წითელი ყაითნის ტრავმის თავიდან აცილება, ტუჩების ქრონიკული ანთებითი პროცესების მკურნალობა, პირის ღრუს რეგულარული სანაცია, თამბაქოს მოწევის აკრძალვა.

დისპანსერიზაცია – ონკოლოგთან.

- **ქრონიკული პოსტრადიაციული ხეილიტი** – წააგავს მანგანოტის ხეილიტს. დამახასიათებელია ტუჩის ჰიპერემია, სიმშრალე, ნახეთქები, ეროზია, ატროფია. ზედაპირზე შეიძლება გამოხატული იყოს ჰიპერკერატოზი ან მეჭეჭისებრი წანაზარდები. ხშირად ვითარდება ზაფხულში.

მკურნალობა – ვიტამინიზებული (A, D) და კორტიკოსტეროიდების შემცველი მალამოების აპლიკაცია. კონსერვატიული მკურნალობის უეფექტობის შემთხვევაში – ქირურგიული ამოკვეთა.

პროფილაქტიკა – ულტრაიისფერი და მაიონებელი გამოსხივების ზემოქმედების გამორიცხვა.

დისპანსერიზაცია – ონკოლოგთან.

- წითელი მგლურას ეროზიულ-წყლულოვანი და ჰიპერკერატოზული ფორმები:

ა) ეროზიულ-წყლულოვანი ფორმების დროს ეროზიები და წყლულები ეპითელიზაციას არ განიცდიან. ჰიპერკერატოზი სუსტადაა გამოხატული, ხოლო პროცესის კანზე გადასვლისას ატროფია დაზიანების კერაში უფრო მკვეთრადაა გამოხატული.

ბ) ჰიპერკერატოზული ფორმის დროს, ერითემული ლაქის ფონზე, ჰიპერკერატოზული უბანი შესამჩნევადაა ამოწეული წითელი ყაითნის ზედაპირიდან.

მკურნალობა – დელაგილით, კორტიკოსტეროიდული პრეპარატების მცირე დოზებთან და ნიკოტინის მჟავასთან კომბინაციაში.

პროფილაქტიკა – ინსოლაციის თავიდან აცილება; ულტრაიისფერი სხივებისაგან

დასაცავად ფოტოდამცველი ნივთიერებების შემცველი ნელსაცხებლების გამოყენება გაზაფხულ-ზაფხულის პერიოდში.

დისპანსერიზაცია — ონკოლოგთან.

- **წითელი ბრტყელი ლიქენის ეროზიულ-წყლულოვანი და ჰიპერკერატოზული ფორმები:**

ა) **ეროზიულ-წყლულოვანი** ფორმის დროს ეროზიები და წყლულები დაფარულია ფიბროზული ნადებით; მათი მოცილების შემთხვევაში სისხლმდენია. ეროზიისა და წყლულის ირგვლივ, ჰიპერემიულ და შეშუპებულ ფუძეზე, აღინიშნება ტიპური პაპულოზური ბადისებრი გამონაყარი.

ბ) **ჰიპერკერატოზული** ფორმის დროს შეშუპების ფონზე აღინიშნება წითელი ყაითნიდან ბალთისებრად წამოჭეული ლეიკოპლაკიის მსგავსი ჰიპერკერატოზი.

მკურნალობა — პრედნიზოლონისა და დელაგილის შინაგანი მიღება. კორტიკოსტეროიდული პრეპარატების შინაგანად მიღების უკუჩვენების შემთხვევაში — ჰიდროკორტიზონის ინექციები ლორწოვან გარსში, დაზიანების კერის ქვეშ. უშედეგო კონსერვატიული მკურნალობის შემთხვევაში — ქირურგიული ამოკვეთა.

პროფილაქტიკა — ტრავმის, ინსოლაციის თავიდან აცილება; თამბაქოს მოწევის აკრძალვა, პირის ღრუს სანაცია და კბილების რაციონალური პროთეზირება.

დისპანსერიზაცია — ონკოლოგთან.

7. პირის ღრუ

- **ლეიკოპლაკია** — ჩნდება მკაფიო, შემოფარგლული, უსწორმასწორო ფორმის ოსპის მარცვლისოდენა ლაქების სახით. ამ ადგილას ლორწოვანი გასქელებულია. შემდეგ მოწითალო ლაქები გადაიქცევა მორუხო, მოთეთრო და ბოლოს — რძისფერ შემოფარგლულ ლაქად. ეპითელიუმი თანდათან სქელდება და მკვრივდება. ცალკეულ ბალთას შეიძლება ჰქონდეს მოწითალო არშია. კიდეები ზრდაში ჩამორჩება. მექანიკური გაღიზიანებისას ამ ადგილებზე ჩნდება მტკივნეული ღრმა ნახეთქები. პროცესი ქრონიკულია. არსებობს მისი ვერუკოზული (მეჭეჭოვანი) ფორმა — მკვრივი, ხორკლიანი, მორუხო-მოთეთრო წარმონაქმნები მეჭეჭოვანი წანაზარდებით.

მკურნალობა — ქირურგიული.

პროფილაქტიკა — თამბაქოს მოწევის აკრძალვა. კბილების ბასრი კიდეებით, პროთეზით, არასწორი თანკბილვით გამოწვეული პირის ღრუს ლორწოვანის ტრავმის თავიდან აცილება, გამაღიზიანებელი საკვებისა და ალკოჰოლის მიღების აკრძალვა.

დისპანსერიზაცია — სტომატოლოგთან, ონკოლოგთან.

- **პაპილომატოზი** — მკვრივი, ნახევარსფეროსებრი, ზედაპირიდან ამოწეული 0,2-0,4 სმ ზომის წითელი ფერის კვანძები მკვეთრი კონტურებით. ზოგჯერ კვანძები შეერთებულია. მათმა ზედაპირმა გარქვავების შედეგად შეიძლება მიიღოს მონაცრისფრო-მოთეთრო შეფერილობა. გამორჩეული ლოკალიზაციაა მაგარი და რბილი სასის ლორწოვანი გარსი.

მკურნალობა — ქირურგიული.

პროფილაქტიკა — პირის ღრუს სანაცია, კბილების რაციონალური პროთეზირება, დამზოგველი დიეტა, თამბაქოს მოწევის და ალკოჰოლის მიღების აკრძალვა.

დისპანსერიზაცია — სტომატოლოგთან.

- **წითელი მგლურას ეროზიულ-წყლულოვანი და ჰიპერკერატოზული ფორმები:**

ა) **ეროზიულ-წყლულოვანი** ფორმების დროს, მკაფიო კონტურების მქონე ჰიპერემიის და მცირე ჰიპერკერატოზის ფონზე, შეინიშნება ეროზიები. ფუძესთან გამკვრივებულია, ადვილად სისხლმდენია, ეპითელიზაციისკენ მიდრეკილება არა აქვს.

ბ) **ჰიპერკერატოზული** ფორმის დროს აღინიშნება ჰიპერემიული უბანი მკაფიო კონტურებით და ზედაპირზე გამოხატული ჰიპერკერატოზით, რომელიც შესამჩნევადაა წამოწეული ლორწოვანი გარსიდან.

მკურნალობა — დელაგილით, კორტიკოსტეროიდული პრეპარატების მცირე დოზებთან და ნიკოტინის მჟავასთან კომბინაციაში; ადგილობრივად — კორტიკოსტეროიდების აპლიკაცია.

პროფილაქტიკა — პირის ღრუს სანაცია, კბილების რაციონალური პროთეზირება, დამზოგველი დიეტა, თამბაქოს მოწევის და ალკოჰოლის აკრძალვა. მზის ულტრაიისფერი გამოსხივებისაგან დაცვა.

დისპანსერიზაცია — სტომატოლოგთან.

- **წითელი ბრტყელი ლიქენის ეროზიულ-წყლულოვანი და ჰიპერკერატოზული ფორმები:**

გ) **ეროზიულ-წყლულოვანი** ფორმის დროს, ჰიპერემიული და შეშუპებული ლორწოვანი გარსის ფონზე, აღინიშნება არასწორი ფორმისა და კონტურების მქონე ეროზიები, ფუძესთან — მცირე გამკვრივებით; ადვილად სისხლმდენია, ეპითელიზაციისადმი მიდრეკილების გარეშე. ეროზიის ირგვლივ ჩანს მოთეთრო-სადაფისფერი პაპულები, რომლებიც ერთიანდებიან და იღებენ რკალების, ზოლების, რგოლების ფორმას.

დ) **ჰიპერკერატოზული** ფორმის დროს აღინიშნება არათანაბარი, არამკაფიო კონტურების მქონე ჰიპერემიის კერა, რომლის ზედაპირზეც ჩანს წვრილი პაპულების შეერთებით წარმოქმნილი, ლორწოვანი გარსიდან ბალთისებრად წამოწეული ჰიპერკერატოზული უბანი.

მკურნალობა — ეროზიულ-წყლულოვანი ფორმისა — კორტიკოსტეროიდებით (შინაგანად და ინექციების ან აპლიკაციების სახით); ჰიპერკერატოზული ფორმისა — ქირურგიული მეთოდით.

პროფილაქტიკა — პირის ღრუს სანაცია, კბილების რაციონალური პროთეზირება, დამზოგველი დიეტა, თამბაქოს მოწევის და ალკოჰოლის აკრძალვა.

დისპანსერიზაცია — სტომატოლოგთან.

- **ბოუენის დაავადება** — პირის ღრუს ლორწოვანის ლაქოვან-კვანძოვანი დაავადება, რომელიც ზომებში ნელა მატულობს. წვრილბორკლიანი (ხავერდისებრი) ზედაპირით და დვრილოვანი წანაზარდებით ლეიკოპლაკიას ან წითელ ბრტყელ ლიქენს წააგავს. ხანგრძლივად არსებობის შემთხვევაში აღინიშნება მსუბუქი ატროფია. ცენტრში ოდნავ ჩაწეულია, შესაძლებელია მისი ეროზია. კერების შერწყმით წარმოიქმნება პოლიციკლური გარშემოწერილობის ჰიპერემიული ბალთები სადა ან ხავერდოვანი ზედაპირით.

მკურნალობა — ელექტროკოაგულაცია ან კრიოქირურგია. ქირურგიული მკურნალობის შეუძლებლობის შემთხვევაში — ახლოფოკუსიანი რენტგენთერაპია.

პროფილაქტიკა — თამბაქოს მოწევის აკრძალვა. კბილების ბასრი კიდეებით, პროთეზით, არასწორი თანკბილვით გამოწვეული პირის ღრუს ლორწოვანის ტრავმის თავიდან აცილება, გამაღიზიანებელი საკვებისა და ალკოჰოლის მიღების აკრძალვა

დისპანსერიზაცია — ონკოლოგთან, სტომატოლოგთან.

- **პოსტრადიაციული სტომატიტი** — ვლინდება ლორწოვანი გარსის ჰიპერემიის, სიმშრალის, ატროფიის, ეროზიების სახით. შეიძლება განვითარდეს ჰიპერკერატოზი.

მკურნალობა — ასკილის ზეთის ან სხვა ვიტამინიზებული ცხიმოვანი ნივთიერებების აპლიკაციები, მეტაცილის (მეთილურაცილის) ხსნარის საველები.

პროფილაქტიკა — მაიონებელი რადიაციისგან და მზის ულტრაიისფერი გამოსხივებისაგან დაცვა.

დისპანსერიზაცია — ონკოლოგთან, სტომატოლოგთან.

8. ფილტვი

- **ქრონიკული მორეციდივე ბრონქიტი** — გამწვავების პერიოდში ვლინდება ხველებით, ნახველით და ტემპერატურის მომატებით. გამწვავებები ხშირად სეზონურია და კლინიკურ გამოვლინებათა ესკალაციით ხასიათდება. ნახველისა და ბრონქების ამონარეცხში ციტოლოგიურად ნახულობენ სიმწიფის სხვადასხვა ხარისხის ეპითელიუმს ატიპიის მოვლენებით.

მკურნალობა — ანტიბაქტერიული თერაპია, ბრონქული ხის სანაცია ბრონქოლიზური და მუკოლიზური საშუალებებით, კლიმატურ კურორტებზე მკურნალობა.

პროფილაქტიკა — რესპირატორული დაავადებების პროფილაქტიკა, თამბაქოს წევის აკრძალვა, სუნთქვითი ვარჯიშები, სამკურნალო ფიზკულტურა, სპორტულ-გამაჯანსაღებელი ღონისძიებები.

დისპანსერიზაცია — თერაპევტთან.

- **ლოკალიზებული პნევმოფიბროზი** — ვითარდება ინფექციური, პარაზიტული, ტრავმული და სხვა აგენტების ზემოქმედებით. დამახასიათებელია პნევმონიის პერიოდული გამწვავება პნევმოფიბროზის ზონაში. ციტოლოგიურად ნახულობენ ბრონქის ეპითელიუმის უჯრედთა ატიპიას.

მკურნალობა — პათოგენეზური, ეტიოლოგიური ფაქტორების შესაბამისად.

პროფილაქტიკა — რესპირატორული დაავადებების თავიდან აცილება, თამბაქოს წევის აკრძალვა, სუნთქვითი ვარჯიშები, სამკურნალო ფიზკულტურა, საცხოვრებელი და სამუშაო პირობების გაჯანსაღება.

დისპანსერიზაცია — თერაპევტთან.

9. საყლაპავი

- **ქრონიკული ეზოფაგიტი** — ხშირად უსიმპტომოდ მიმდინარეობს. ზოგჯერ დამახასიათებელია წვის შეგრძნება და ტკივილი ყლაპვის დროს. მის ფონზე ვითარდება ლეიკოპლაკია. ყველაზე ხშირად ზიანდება ფიზიოლოგიური შევიწროების ადგილები.

მკურნალობა — ადგილობრივი ანთებითი პროცესების, ეზოფაგიტის გამომწვევი ძირითადი მიზეზების (ქრონიკული ჰიპერაციდური გასტრიტი, რეფლუქს-ეზოფაგიტი,

კარდიოსპაზმი) კონსერვატიული მკურნალობა; ჩვენების შემთხვევაში — ეზოფაგიტის გამომწვევი ძირითადი მიზეზის (საყლაპავის ახალაზია, დიაფრაგმის საყლაპავის ხვრელის თიაქარი და ა. შ.) ქირურგიული მკურნალობა.

პროფილაქტიკა — დამზოგველი დიეტა, ალკოჰოლური სასმელების მიღებისა და თამბაქოს წევის აკრძალვა.

დისპანსერიზაცია — ქირურგთან.

- **ქრონიკული წყლულოვანი ეზოფაგიტი** — ზოგჯერ ვითარდება ქრონიკული ეზოფაგიტის ფონზე. ვლინდება ყლაპვის დროს ტკივილის გაძლიერებით და საყლაპავის სტენოზის სიმპტომების განვითარებით. შესაძლებელია მასიური სისხლდენა

მკურნალობა — ადგილობრივი ანთებითი პროცესების, აგრეთვე ეზოფაგიტის გამომწვევი ძირითადი მიზეზების (ქრონიკული ჰიპერაციდური გასტრიტი, რეფლუქს-ეზოფაგიტი, კარდიოსპაზმი) კონსერვატიული მკურნალობა; ჩვენების შემთხვევაში — ეზოფაგიტის გამომწვევი ძირითადი მიზეზის (საყლაპავის ახალაზია, დიაფრაგმის საყლაპავის ხვრელის თიაქარი და ა. შ.) ქირურგიული მკურნალობა.

პროფილაქტიკა — დამზოგველი დიეტა, ალკოჰოლური სასმელების მიღებისა და თამბაქოს წევის აკრძალვა.

დისპანსერიზაცია — ქირურგთან.

10. კუჭი

- პოლიპი — მისი არსებობა კუჭში შესაძლებელია კლინიკური სიმპტომების გარეშე და დგინდება რენტგენოლოგიური ან ენდოსკოპიური გამოკვლევით. თუ პოლიპი პრეპილორულად ან პილორუსში მდებარეობს და ხურავს მას, აღინიშნება ღებინება, კარდიულ სფინქტერთან მდებარეობისას — დისფაგია. პოლიპის დაწყლულების შემთხვევაში ვითარდება ზომიერი სისხლდენა კუჭიდან. დიაგნოსტიკაში გადამწყვეტი მნიშვნელობა ენიჭება რენტგენოლოგიურ და ენდოსკოპიურ გამოკვლევებს. რენტგენოლოგიური გამოკვლევით პოლიპი იძლევა ავსების მრგვალ ან ოვალურ, 0,5-დან 2-3 სმ-მდე დიამეტრის მკაფიო, სწორკონტურებიან დეფექტს. პერისტალტიკა შენარჩუნებულია.

მკურნალობა — 1,5 სმ-ზე მეტი ზომის ფართოფუძიანი პოლიპი, განსაკუთრებით — კუჭის დაქვეითებული მჟავიანობის დროს, მოითხოვს ქირურგიულ მკურნალობას. უმჯობესია გაკეთდეს კუჭის რეზექცია, რადგან ნაკლები მასშტაბის ოპერაციის შემდეგ ხშირია რეციდივები. 1,5 სმ-ზე მცირე ზომის პოლიპის დროს, რომელიც უსიმპტომოდ, პროგრესიული ზრდის ან მალიგნიზაციის ნიშნების გარეშე მიმდინარეობს და ლოკალიზებულია კუჭის ნებისმიერ ნაწილში, კეთდება ენდოსკოპიური პოლიპექტომია შემდგომი აუცილებელი ჰისტოლოგიური გამოკვლევით.

პროფილაქტიკა — ავადმყოფებს, რომლებსაც პოლიპის გამო ჩატარებული აქვთ ენდოსკოპიური პოლიპექტომია ან კუჭის რეზექცია, პირველი ორი წლის განმავლობაში უნდა ჩაუტარდეთ ენდოსკოპიური კონტროლი წელიწადში ორჯერ, ხოლო შემდეგ — წელიწადში ერთჯერ.

დისპანსერიზაცია — ონკოლოგთან.

- პოლიპოზი — მისი კლინიკური გამოვლინებები ისეთივეა, როგორიც პოლიპის დროს. მრავლობითი პოლიპების დროს რენტგენოლოგიურად ნახულობენ პოლი-

პისათვის დამახასიათებელ რამდენიმე დეფექტს, ლორწოვანი გარსის რელიეფის შენარჩუნებით.

მკურნალობა — ქირურგიული: კუჭის რეზექცია. ვიწრო ფეხზე არსებული რამდენიმე პოლიპის შემთხვევაში შესაძლებელია ენდოსკოპიური პოლიპექტომია.

პროფილაქტიკა — ავადმყოფებს, რომლებსაც პოლიპოზის გამო ჩატარებული აქვთ ენდოსკოპიური პოლიპექტომია ან კუჭის რეზექცია, პირველი ორი წლის განმავლობაში უნდა ჩაუტარდეთ ენდოსკოპიური კონტროლი წელიწადში ორჯერ, ხოლო შემდეგ — წელიწადში ერთჯერ.

დისპანსერიზაცია — ონკოლოგთან.

- **ქრონიკული დიფუზური გასტრიტი** — შეიძლება იყოს დაქვეითებული ან ნორმალური სეკრეციით. უფრო ხშირად გვხვდება ატროფიული გასტრიტი. დაქვეითებული სეკრეციის დროს ხშირად ვითარდება ატროფიული ჰიპერპლაზიური გასტრიტი ლორწოვანი გარსის დაწყლულებით და ეპითელიუმის გაძლიერებული რეგენერაციის უბნებით. მათ ფონზე ყველაზე ხშირად ვითარდება კუჭის კიბო. დიაგნოზი ისმება ავადმყოფის ჩივილების, კუჭის შიგთავსის შესწავლის, რენტგენოლოგიური, ენდოსკოპიური და ჰისტოლოგიური გამოკვლევების საფუძველზე.

მკურნალობა — ინდივიდუალური დიეტოთერაპია, სანატორიულ-კურორტული მკურნალობა, ალკოჰოლური სასმელების მიღებისა და თამბაქოს წევის აკრძალვა.

პროფილაქტიკა — რენტგენოლოგიური ან ენდოსკოპიური გამოკვლევა წელიწადში 1-2-ჯერ, პერიოდულად — კუჭის სეკრეციის გამოკვლევა.

დისპანსერიზაცია — თერაპევტთან ან გასტროენტეროლოგთან.

- **ქრონიკული კეროვანი გასტრიტი** — ხასიათდება კუჭის ერთი ანატომიური ნაწილის დაზიანებით. რიგიდული ანტრალური გასტრიტის ფონზე ხშირად ვითარდება კიბო.

მკურნალობა — ინდივიდუალური დიეტოთერაპია, სანატორიულ-კურორტული მკურნალობა, ალკოჰოლური სასმელების მიღებისა და თამბაქოს წევის აკრძალვა.

პროფილაქტიკა — რენტგენოლოგიური ან ენდოსკოპიური გამოკვლევა წელიწადში 1-2-ჯერ, პერიოდულად — კუჭის სეკრეციის გამოკვლევა.

დისპანსერიზაცია — თერაპევტთან ან ონკოლოგთან.

- **კუჭის წყლულოვანი დაავადება** — კლინიკურად ვლინდება ტკივილით ეპიგასტრიუმის არეში, რომელიც ხშირად საკვების მიღებასთან არის დაკავშირებული და ღამის ტკივილით. კუჭის კარდიალური ნაწილის წყლულის დროს აღინიშნება გულის ტკივილის სიმულაცია. დაავადება ვლინდება აგრეთვე გულისრევით, ზოგჯერ — პირღებინებით, მადის შენარჩუნების ფონზე — წონაში მოკლებით. საბოლოო დიაგნოზი ისმება რენტგენოლოგიური და ენდოსკოპიური გაპოკვლევების, აგრეთვე ენდოსკოპიური ბიოპტატის ჰისტოლოგიური შესწავლის საფუძველზე. რაც უფრო პროქსიმალურადაა ლოკალიზებული წყლული კუჭის მცირე სიმრუდეზე, მით მეტია მასში კიბოს განვითარების ალბათობა: კიბო ვითარდება პრეპილორული ნაწილის წყლულის 5%-ში, ხოლო კარდიალური ნაწილის კლინიკურად დადგენილი წყლულების 95%-ში დასტურდება კიბოს არსებობა.

მკურნალობა — რეგულარული დიეტოთერაპია, მედიკამენტური და სანატორიულ-კურორტული მკურნალობა. კონსერვატიული მკურნალობის უეფექტობის ან დაა-

ვადების გართულებული მიმდინარეობის შემთხვევაში რეკომენდებულია ოპერაცია. კალოზური წყლულის შემთხვევაში უნდა გაკეთდეს კუჭის რეზექცია.

პროფილაქტიკა — რენტგენოლოგიური ან ენდოსკოპიური გამოკვლევა — წელიწადში 1-2-ჯერ.

დისპანსერიზაცია — თერაპევტთან ან გასტროენტეროლოგთან.

11. კოლინჯი

- **პოლიპი** — არის ადენომატოზური და გრანულომატოზური. ადენომატოზური პოლიპის ფონზე შემთხვევათა 20%-ში ვითარდება ავთვისებიანი სიმსივნე. პოლიპი შეიძლება იყოს ერთეული და მრავლობითი, ზომით — რამდენიმე მილიმეტრიდან 5 სმ-მდე. რაც უფრო დიდი ზომისაა პოლიპი, მით მეტია ავთვისებიანი სიმსივნის განვითარების შანსი. უმრავლეს შემთხვევაში კლინიკურად არ ვლინდება და პოულობენ რენტგენოლოგიური ან ენდოსკოპიური გამოკვლევის დროს. კლინიკური გამოვლინება ხდება დიდი ზომის დაწყლულებული პოლიპის შემთხვევაში, როცა განავალში ნახულობენ სისხლსა და ლორწოს. ზოგჯერ აღინიშნება ტკივილები კოლინჯის გასწვრივ, ტენეზმები, კუჭის არარეგულარული მოქმედება. დიდი ზომის პოლიპი გრძელ ფეხზე ზოგჯერ ნაწლავის ქრონიკული ინვაგინაციისა და გაუვალობის მიზეზი ხდება.

გრანულომატოზური პოლიპის ფონზე კიბო არ ვითარდება.

მკურნალობა — პოლიპის ამოკვეთა.

პროფილაქტიკა — პოლიპექტომიის შემდეგ, ყოველწლიურად — ირიგოსკოპია ან კოლონოსკოპია.

დისპანსერიზაცია — ქირურგთან ან პროქტოლოგთან.

- **ჯგუფური პოლიპოზი** — ვლინდება ტკივილებით კოლინჯის გასწვრივ, ტენეზმებით, კუჭის არარეგულარული მოქმედებით. განავალში ნახულობენ სისხლსა და ლორწოს.

მკურნალობა — კოლინჯის დაზიანებული ნაწილის ამოკვეთა.

პროფილაქტიკა — ოპერაციის შემდეგ, ყოველწლიურად — ირიგოსკოპია ან ფიბროკოლონოსკოპია.

დისპანსერიზაცია — ქირურგთან ან პროქტოლოგთან.

- **დიფუზური პოლიპოზი** — უმეტესად ვლინდება ახალგაზრდა ასაკში. არც თუ იშვიათად წარმოადგენს ოჯახურ დაავადებას. კუჭის მოქმედებისას დამახასიათებელია დიარეა, სისხლდენა, განსაკუთრებით — პოლიპის ნაწლავის დისტალურ ნაწილში მდებარეობისას, აგრეთვე წონაში მოკლება, ანემია.

მკურნალობა — ნაწლავის რეზექცია ან სუბტოტალური კოლექტომია.

პროფილაქტიკა — ოპერაციის შემდეგ, 6 თვეში ერთჯერ — ირიგოსკოპია ან ფიბროკოლონოსკოპია.

დისპანსერიზაცია — პროქტოლოგთან.

- **ხაოიანი სიმსივნე** — რბილი, ფართოფუძიანი წარმონაქმნია მოვარდისფრო ხავერდოვანი ზედაპირით. ყვავილოვან კომბოსტოს წააგავს. ხაოები სისხლძარღვოვან-შემაერთებელქსოვილოვან წანაზარდებს წარმოადგენენ. ადვილად სისხლმდენია. კლინიკურად ვლინდება სისხლისა და ლორწოს გამოყოფით დეფეკაციის დროს.

ლორწო ხშირად უხვია. დიდი ზომის პოლიპის შემთხვევაში დამახასიათებელია შეკრულობა, ზოგჯერ – ნაწლავთა ნაწილობრივი გაუვალობა. გაავთვისებიანდება შემთხვევათა 2/3-ში.

მკურნალობა – ქირურგიული.

პროფილაქტიკა – ოპერაციის შემდეგ, ყოველწლიურად – ირიგოსკოპია ან ფიბროკოლონოსკოპია.

დისპანსერიზაცია – პროქტოლოგთან ან ონკოლოგთან.

- **არასპეციფიკური წყლულოვანი კოლიტი** – ფაკულტატური პრეკანცერია. დამახასიათებელია სისხლიანი ფაღარათი, ჩირქიანი და ლორწოიანი გამონადენი, ანემია, ჰიპოპროტეინემია, წონაში მოკლება. უნდა გამოირიცხოს დიზენტერია და სხვა ეტიოლოგიის წყლულოვანი კოლიტები.

მკურნალობა – მედიკამენტური. მისი უეფექტობის შემთხვევაში კეთდება კოლექტომია, ზოგჯერ – კოლოპროქტექტომია.

პროფილაქტიკა – ოპერაციის შემდეგ, ყოველ 6 თვეში ერთჯერ – ირიგოსკოპია ან ფიბროკოლონოსკოპია.

დისპანსერიზაცია – პროქტოლოგთან.

12. სწორი ნაწლავი

- **ადენომატოზური პოლიპი** – მისი ზომა რამდენიმე მილიმეტრიდან რამდენიმე სანტიმეტრამდე მერყეობს. კლინიკურად ვლინდება დაწყლულებული პოლიპი, როცა განავალში ნახულობენ სისხლსა და ლორწოს. ზოგჯერ პოულობენ შემთხვევით, რექტოსიგმოსკოპიის დროს.

მკურნალობა – ქირურგიული.

პროფილაქტიკა – რექტოსკოპია – ყოველ 6 თვეში ერთჯერ.

დისპანსერიზაცია – ქირურგთან, პროქტოლოგთან.

- **ხაოიანი პოლიპი** – რბილი, ფართოფუძიანი წარმონაქმნი მოვარდისფრო ხაოიანი ზედაპირით, ყვავილოვან კომბოსტოს წააგავს. ადვილად სისხლმდენია. დამახასიათებელია ლორწო და სისხლი განავალში, ტენეზმები, არასრული დაცლის შეგრძნება დეფეკაციის აქტის შემდეგ. დიდი ზომის პოლიპის შემთხვევაში – ყაბზობა, კუჭის არარეგულარული მოქმედება.

მკურნალობა – ქირურგიული.

პროფილაქტიკა – რექტოსკოპია – ყოველ 6 თვეში ერთჯერ.

დისპანსერიზაცია – ონკოლოგთან.

- **რექტიტი (არასპეციფიკური, სპეციფიკური, დასხივების შემდგომი)** – ვლინდება უსიამოვნო შეგრძნებით, ტკივილით სწორი ნაწლავის, გავა-კუდუსუნის მიდამოში, განავალში – ლორწოს მინარევით, ტენეზმებით. რექტოსკოპიულად ნახულობენ ლორწოვანი გარსის ჰიპერემიას, შეშუპებას, ზოგჯერ – დაწყლულებას. საბოლოო დიაგნოზი ისმება ბიოფსიით.

მკურნალობა – მედიკამენტური.

პროფილაქტიკა – რექტოსკოპია – ყოველ 6 თვეში ერთჯერ.

დისპანსერიზაცია – პროქტოლოგთან, ონკოლოგთან.

13. შარდის ბუშტი და შარდსადენი

- **შარდის ბუშტის პაპილომა** – კლინიკურად ვლინდება სრული ჯანმრთელობის და ნორმალური შარდვის პირობებში. ჰემატურია შეიძლება იყოს ერთჯერადი ან გრძელდებოდეს რამდენიმე დღის განმავლობაში.

მკურნალობა – ტრანსურეთრული ელექტროკოაგულაცია ან ელექტრორეზექცია.

პროფილაქტიკა – ცისტოსკოპია: ოპერაციის შემდგომი პირველი წლის განმავლობაში – სამ თვეში ერთჯერ, შემდეგ კი – ყოველ 6 თვეში.

დისპანსერიზაცია – უროლოგთან.

- **შარდსადენის პოლიპები და პაპილომები** – კლინიკურად ვლინდება ურეთრორაგიის სახით. შესაძლებელია პოლიპის ან პაპილომის გამოვარდნა შარდსადენის გარეთა ხვრელიდან. ზოგჯერ ვითარდება პროფუზული სისხლდენა.

მკურნალობა – ელექტროექსციზია.

პროფილაქტიკა – ურეთროსკოპია: ოპერაციის შემდგომი პირველი წლის განმავლობაში – 3 თვეში, შემდეგ კი – ყოველ 6 თვეში ერთჯერ.

დისპანსერიზაცია – უროლოგთან.

14. სათესლე ჯირკვალი

- **კრიპტორქიზმი** – სათესლე ჯირკვალი შეიძლება შეკავებული იყოს საზარდულის არხში ან მუცლის ღრუში. ხშირად მცირე ზომისაა. მისი გამკვრივება სიმსივნური პროცესის განვითარებაზე მიანიშნებს.

მკურნალობა – სათესლე ჯირკვლის ჩამოტანა სკროტუმში – 5-6 წლის ასაკამდე. სიმსივნეზე ეჭვის დროს – ბიოფსია; ჩვენების მიხედვით – სათესლე ჯირკვლის ამოკვეთა

პროფილაქტიკა – ჩამოტანილი სათესლე ჯირკვლის გასინჯვა წელიწადში ერთჯერ, განსაკუთრებით – 16-30 წლის ასაკში.

დისპანსერიზაცია – უროლოგთან.

15. სასქესო ასო

- **ლეიკოპლაკია და ლეიკოკერატოზი** – ვლინდება კანის ზედაპირზე მდებარე ან ზედაპირიდან ოდნავ წამოწეული მცირე ბალთის ან სხვადასხვა ზომის თეთრი ფერის ლაქების სახით. ლოკალიზებულია ასოს თავზე ან ჩუჩის შიგა ფურცელზე.

მკურნალობა – უნდა მოხდეს ყველა გამღიზიანებელი ფაქტორის მოცილება, ჩატარდეს A და B ჯგუფის ვიტამინების კომპლექსით მკურნალობა. მისი უეფექტობის შემთხვევაში განხორციელდეს ელექტროკოაგულაცია ან ელექტროექსციზია ამოკვეთილი მასალის ჰისტოლოგიური შესწავლით.

პროფილაქტიკა – პირადი ჰიგიენის დაცვა.

დისპანსერიზაცია – უროლოგთან.

- **კეირის ერითროპლაზია** – წააგავს ბოუენის დაავადებას. ლოკალიზდება ასოს თავზე. ვლინდება სხვადასხვა ზომის, შემოფარგლული, წითელი ხავერდოვანი ზედაპირის მქონე უმტკივნეულო წარმონაქმნის სახით. პროცესი ნელა ვითარდება, დროთა განმავლობაში კვანძის ადგილზე ჩნდება პაპილომატოზური წარმონაქმნები

და დაწყლულებები, რაც დაავადების გაავთვისებიანებაზე მიუთითებს და შემთხვევათა 100%-ში ბრტყელუჯრედოვან კიბოდ გადაგვარდება. რეგიონულ ლიმფურ კვანძებში ნაადრევად იძლევა მეტასტაზებს.

მკურნალობა — ელექტროკოაგულაცია და წარმონაქმნის ჰისტოლოგიური შესწავლა.

პროფილაქტიკა — პირადი ჰიგიენის დაცვა.

დისპანსერიზაცია — ონკოლოგთან.

- პაპილომები (წვეტიანი კონდილომები) — ყვავილოვან კომბოსტოს ან მამლის ბიბილოს წააგავს. ლოკალიზებულია სასქესო ასოს თავის კანზე ან ჩუჩის შიგა ფურცელზე. სასქესო ასოს არანამკურნალევმა კონდილომებმა შეიძლება დაიწყოს ინფილტრაციული ზრდა.

მკურნალობა — სიმსივნის ამოკვეთა ელექტროდანის ან სკალპელის გამოყენებით. მოკვეთილი წარმონაქმნის სავალდებულო ჰისტოლოგიური გამოკვლევა.

პროფილაქტიკა — პირადი ჰიგიენის დაცვა.

დისპანსერიზაცია — უროლოგთან.

16. ძვლები

- ფიბროზული დისპლაზია — უპირატესად ზიანდება გრძელი ლულოვანი ძვლები, ნეკნები, მენჯისა და ქალას ძვლები. დამახასიათებელი სიმპტომები არ გააჩნია. ზოგჯერ შეიძლება აღინიშნებოდეს ზომიერი, მუდმივი ტკივილები, განსაკუთრებით — სიარულის შემდეგ. ვლინდება შემთხვევითი ტრავმის ან პათოლოგიური მოტეხილობის გამო ჩატარებული რენტგენოლოგიური გამოკვლევის შედეგად. დაავადების პირველი გამოვლინება შეიძლება იყოს ბარძაყის ზედა ნაწილების დეფორმაცია ამობურცულობის სახით. ქალას ძვლებში ლოკალიზაციის შემთხვევაში ვითარდება სახის ასიმეტრია, ეგზოფთალმი. დაავადება დუნედ, წლების განმავლობაში მიმდინარეობს.

მკურნალობა — ქირურგიულია. მცირე დაზიანების შემთხვევაში ნაჩვენებია ძვლის რეზექცია და დეფექტის აუტო- ან ჰომოტრანსპლანტატით ჩანაცვლება.

პროფილაქტიკა — გამოირიცხოს ტრავმა. არ შეიძლება ფიზიოთერაპია, მზის ზედმეტი რადიაცია, დასხივება.

დისპანსერიზაცია — ორთოპედ-ტრავმატოლოგთან.

- პეჯეტის დაავადება (მადეფორმირებელი ოსტეოდისტროფია) — ვლინდება ძვლის კორტიკული შრის ზედაპირზე განვითარებული ერთეული ან მრავლობითი პათოლოგიური კერების სახით, რომლებშიც ვითარდება ძვლის ქსოვილის არათანაბარი რეზორბცია და ახალი შემაერთებელი ქსოვილით ჩანაცვლება. დაავადება, ჩვეულებრივ, ვლინდება 50 წლის ასაკის შემდეგ. უფრო ხშირად ავადდებიან მამაკაცები. ზიანდება როგორც ლულოვანი, ასევე ბრტყელი ძვლები. დამახასიათებელი ლოკალიზაციაა თავის ქალასა და მენჯის ძვლები. გრძელი ლულოვანი ძვლების დაზიანების შემთხვევაში აღინიშნება კიდურების ტკივილი, მათი დეფორმაცია (გასქელებისა და გამრუდების სახით). ხშირია დიაფიზის პათოლოგიური მოტეხილობა („ბანანის მოტეხილობა“). თავის ქალაში დაავადების ლოკალიზაციის შემთხვევაში, თავის ტვინზე ზეწოლის გამო, ხშირია აუტანელი თავის ტკივილი, მხედველობისა და სმენის დაქვეითება. დაავადება ნელა მიმდინარეობს.

მკურნალობა – მალიგნიზაციის შემთხვევაში – ძვლის დაზიანებული ნაწილის რეზექცია და შემდგომი პლასტიკა.

პროფილაქტიკა – გამოირიცხოს ტრავმა. არ შეიძლება ფიზიოთერაპია, სხივური თერაპია, ჭარბი ინსოლაცია.

დისპანსერიზაცია – ორთოპედ-ტრავმატოლოგთან.

- **ეგზოსტოზები** – ერთეული ან მრავლობითი წანაზარდები ძვალ-ხრტილოვან ზედაპირზე. განასხვავებენ ავრეთვე მრავლობითი ეგზოსტოზის მსუბუქ და მძიმე ფორმებს (ეგზოსტოზების დიდი რაოდენობა, ძვლების ზრდის დარღვევები და დეფორმაცია). მრავლობითი ეგზოსტოზები, ჩვეულებრივ, სიმეტრიულად ვითარდება და უპირატესად გრძელი ლულოვანი ძვლების მეტაფიზებშია ლოკალიზებული. ერთეული ეგზოსტოზები უფრო ხშირად ვითარდება ბარძაყის ძვლის დისტალურ მეტაფიზში, დიდი წვივის ძვლის პროქსიმალურ მეტაფიზში, ტერფის ძვლებში. დიაგნოზი ისმება კლინიკური მონაცემებისა და რენტგენოლოგიური გამოკვლევების საფუძველზე. კლინიკურად ეგზოსტოზი წარმოადგენს მკვრივ შვერილს ძვლების მეტაფიზების მიდამოში.

მკურნალობა – ეგზოსტოზის ქონდროსარკომაში გადასვლის რეალური საფრთხის გამო ერთეული ეგზოსტოზის მკურნალობა ქირურგიულია.

პროფილაქტიკა – ტრავმირების პროფილაქტიკა, დროული რადიკალური ქირურგიული მკურნალობა ძვალ-სახსროვანი ეგზოსტოზებით დაავადებულ ავადმყოფებში.

დისპანსერიზაცია – ორთოპედ-ტრავმატოლოგთან.

- **ქონდრომა** – ძვლის კეთილთვისებიანი სიმსივნე, რომელიც შედგება მომწიფებული ჰიალინური ხრტილოვანი ქსოვილისაგან და განლაგებულია როგორც ცენტრალურად (ენქონდრომები), ასევე ექსცენტრულად (იუქსტაკორტიკული და პერიოსტული ენქონდრომები). ყველაზე ხშირად ლოკალიზდება ხელის მტევნის მოკლე ლულოვან ძვლებში, იშვიათად – ბარძაყის და მხრის ძვლების ეპიფიზში, ნეკნებში, მენჯის ძვლებში. ქონდრომები ხშირად უსიმპტომოდ მიმდინარეობს. რიგ შემთხვევაში აღინიშნება ტკივილი. ლულოვანი ძვლების დისტალურ ნაწილებში სიმსივნის ლოკალიზაციისას შესაძლებელია განვითარდეს პათოლოგიური მოტეხილობა. პათოლოგიური მოტეხილობის გარეშე ტკივილის არსებობის დროს ეჭვი მიაქვთ პროცესის მალიგნიზაციაზე.

მკურნალობა – ქირურგიული: ტარდება ძვლის დაზიანებული ნაწილის კიდითი ან სეგმენტური რეზექცია ძვლის აუტო- ან ჰომოპლასტიკასთან ერთად.

პროფილაქტიკა – გამოირიცხოს ტრავმა, ფიზიოთერაპია, სხივური თერაპია, ჭარბი ინსოლაცია.

დისპანსერიზაცია – ონკოლოგთან, ორთოპედ-ტრავმატოლოგთან.

17. ძუძუ

- **ფიბროზულ-კისტოზური მასტოპათია, ფიბროადენომატოზი, დისჰორმონული ჰიპერპლაზია** – სამივე ტერმინი გამოიყენება ძუძუს მორფოლოგიურად და კლინიკურად განსხვავებული, მაგრამ ეტიოლოგიისა და პათოგენეზის მიხედვით საერთო დაავადებების აღსანიშნავად. თავისი არსით ისინი წარმოადგენენ დისჰორმონულ პროლიფერატებს, რომლებიც ვითარდება ენდოკრინულ ჯირკვლებში, სასქესო

და გონადოტროპული ჰორმონების სეკრეციისა და ნივთიერებათა ცვლის დარღვევების შედეგად. მკურნალობის განსხვავებული ტაქტიკის გამო კლინიკურად გამოყოფენ დიფუზურ და კვანძოვან ფორმებს.

➢ *დიფუზური ფიბრიზულ-კისტოზური მასტოპათია* (დიფუზური ადენოფიბრომატოზი და კისტოზური ფიბრომატოზი):

ა) ადრეულ სტადიაში ერთ ან ორივე ძუძუში (უფრო ხშირად – პერიფერიულ ნაწილებში) აღინიშნება ტკივილისა და სისავსის შეგრძნება, უმნიშვნელო დიფუზური გამკვრივება, ქსოვილის მარცვლოვანება, პალპაციისას – მომატებული მგრძნობიარობა. ეს ცვლილება ვლინდება 25-35 წლის ასაკში; უფრო მეტად გამოხატულია მენსტრუაციის წინა პერიოდში და თითქმის ქრება მენსტრუაციის შემდეგ. დაავადების ამ ფორმას ეწოდება **მასტალგია, მასტოდინია,** ანუ **უბრალო მასტოპათია.**

მკურნალობა – ქალის ფუნქციური ანამნეზის, ენდოკრინული და ნივთიერებათა ცვლის პროცესების შესწავლა, სქესობრივი ცხოვრების მოწესრიგება, აბორტების თავიდან აცილება, სასქესო ორგანოების ანთებითი პროცესების, საკვერცხეების, ფარისებრი ჯირკვლისა და ღვიძლის დისფუნქციის, ნერვული სისტემის ფუნქციური დარღვევების მკურნალობა.

პროფილაქტიკა – სამკურნალო ღონისძიებები მიმართული უნდა იყოს ენდოკრინული დარღვევების ალმოსაფხვრელად. გასინჯვა და ულტრასონოგრაფია – წელიწადში ორჯერ, მამოგრაფია – წელიწადში ერთჯერ.

დისპანსერიზაცია – ონკოლოგთან, ენდოკრინოლოგთან, გინეკოლოგთან.

ბ) მასტოპათიის ხანგრძლივად არსებობის დროს ტკივილის გაძლიერება ნაკლებადაა დაკავშირებული მენსტრუალურ ციკლთან. ტკივილის შეგრძნება შესუსტებულია. არათანაბრადაა გამოხატული ქსოვილის უხეში წილაკოვნება ან მკვეთრად შემოფარგლული გამკვრივებები ერთ ან ორივე ძუძუში. ამ დაავადებათა ფონზე ხშირად გვხვდება მცირე ან დიდი ზომის კისტები. ხშირად შეინიშნება ხსენისმაგვარი, სეროზული, მოყავისფრო-მომწვანო ბლანტი გამონადენი დვრილიდან. მასტოპათიის ეს ფორმა დამახასიათებელია 35-45 წლის ასაკში.

მკურნალობა – ქალის ფუნქციური ანამნეზის, ენდოკრინული და ნივთიერებათა ცვლის პროცესების შესწავლა, სქესობრივი ცხოვრების მოწესრიგება, აბორტების თავიდან აცილება, სასქესო ორგანოების ანთებითი პროცესების, საკვერცხეების, ფარისებრი ჯირკვლისა და ღვიძლის დისფუნქციის, ნერვული სისტემის ფუნქციური დარღვევების კორექცია. გარდა ამისა, მედიკამენტური ან ჰორმონული პათოგენეზური მკურნალობის ჩატარება, გამოკვლევების მონაცემების შესაბამისად; ანამნეზისა და გინეკოლოგიური სტატუსის შესწავლა:

1) ოვარიული ციკლის ნორმალიზაციისა და ჰიპოფიზის მალუტეინიზებელი ფუნქციის სტიმულაციის მიზნით, ნაჩვენებია მიკროიოდთერაპია. მკურნალობა უტარდებათ მხოლოდ შვილოსნობის ასაკის ქალებს. კლიმაქსურ პერიოდში მყოფ ქალებს უნიშნავენ კალიუმის იოდიდის მიკროდოზებს 0,25%-იანი ხსნარის სახით, დღეში 1-2 ჩაის კოვზს – ჭამის შემდეგ, მენსტრუაციებს შორის მთელი პერიოდის განმავლობაში ან მენსტრუალური ციკლის მეორე ნახევარში. მკურნალობის კურსი არანაკლებ ერთ წელიწადს გრძელდება. კალიუმის იოდიდის მიღების შეწყვეტის შემდეგ, მასტოპათიის რეციდივის განვითა-

რებისაკენ მიდრეკილების შემთხვევაში, ნაჩვენებია მიკროიოდთერაპიის განმეორებითი კურსები. მკურნალობის საერთო ხანგრძლივობა ინდივიდუალურია. მკურნალობის კურსებს შორის მიზანშეწონილია 4-5-თვიანი შესვენება;

2) ორგანიზმის ესტროგენული გაჯერების დონის მომატების შემთხვევაში პრეკლიმაქსური პერიოდის ქალებს შესაძლებელია ჩაუტარდეთ ანდროგენებით მკურნალობა რამდენიმე მენსტრუალური ციკლის განმავლობაში, ეფექტის მიღწევამდე;
3) ყვითელი სხეულის ჰორმონის უკმარისობის შემთხვევაში შესაძლებელია 1 მგ 0,5%-იანი პროგესტერონის ინექციები კუნთებში, მენსტრუალური ციკლის მეორე ფაზაში, განსაკუთრებით – არანამშობიარებ ქალებში;
4) ესტროგენების ინაქტივაციისათვის, ღვიძლის ფუნქციის გასაძლიერებლად, მიზანშეწონილია პოლივიტამინთერაპია (A, B, E), 1-2 თვის განმავლობაში, განმეორებითი ციკლებით.

გ) დვრილიდან სისხლიანი გამონადენი ან ჭარბი სეროზული გამონადენი (უნებლიედ ან ზეწოლის დროს) აიხსნება ძუძუს მსხვილ სადინარებში მოპროლიფერირე ეპითელიუმის დვრილისებრი ან სოლიდური წანაზარდების განვითარებით. ეპითელიუმის ამგვარი ზრდა გვხვდება კისტების შიგნითაც. სადინარშიგა და კისტისშიგა პაპილომები შეიძლება პალპაციით ისინჯებოდეს არეოლასთან ახლოს ლოკალური გამკვრივების სახით. მათზე ზეწოლის შემთხვევაში შეინიშნება სისხლნარევი ან სხვა სახის გამონადენი დვრილიდან. სადინარშიგა და კისტისშიგა პაპილომების უფრო ღრმად მდებარეობისას მათი პალპაცია შეუძლებელია. ასეთ შემთხვევაში დაავადების ერთადერთ სიმპტომს დვრილიდან გამონადენი წარმოადგენს. სადინარშიგა პროლიფერატების გაავთვისებიანების ალბათობა საკმაოდ მაღალია.

მკურნალობა – ქირურგიულია: ძუძუს სექტორული რეზექცია და ამოკვეთილი ქსოვილის სავალდებულო ჰისტოლოგიური შესწავლა.

პროფილაქტიკა – მამოგრაფია, დვრილიდან აღებული გამონადენის სავალდებულო ციტოლოგიური გამოკვლევა. საჭიროების შემთხვევაში – პუნქციური ან ტრეპანბიოფსია.

დისპანსერიზაცია – ონკოლოგთან.

- **კვანძოვანი მასტოპათია** – დგინდება, როცა ძუძუს ქსოვილში აღინიშნება მკვეთრად შემოფარგლული გამკვრივებული კვანძები, ხშირად – დიფუზური მასტოპათიის ფონზე. კვანძოვან წარმონაქმნებში ზოგჯერ ვითარდება პროლიფერაციული ცვლილებები, რაც ზოგიერთ შემთხვევაში ავთვისებიანი სიმსივნის განვითარების საშიშროებას ქმნის.

მკურნალობა – ქირურგიულია: ძუძუს სექტორული რეზექცია სასწრაფო ჰისტოლოგიურ გამოკვლევასთან ერთად. ძუძუს ქსოვილში დიფუზური მასტოპათიის ნიშნების აღმოჩენის შემთხვევაში კვანძოვანი წარმონაქმნების ამოღების შემდეგ მიზანშეწონილია კალიუმის იოდიდის ან სხვა არაჰორმონული და ჰორმონული პრეპარატების მიღება – ჩვენების მიხედვით. ორმხრივი კვანძოვანი მასტოპათიის დროს უპირატესობა ენიჭება ქირურგიულ ტაქტიკას.

პროფილაქტიკა – დიფუზური მასტოპათიისა და ყველა თანმხლები დაავადების დროული მკურნალობა, რაც გარკვეულ როლს ასრულებს დისჰორმონული პროცესების განვითარებაში, გასინჯვა – წელიწადში ორჯერ.

დისპანსერიზაცია — ონკოლოგთან.

- ფიბროადენომა — უფრო ხშირად გვხვდება გოგონებში და ახალგაზრდა ქალებში. შეიძლება აღინიშნოს მრავლობითი ფიბროადენომები ერთ ან ორივე ძუძუში. გაავთვისებიანების ტენდენცია ახასიათებს ფოთლისებრ (ფილოიდურ) ფიბროადენომას.

მკურნალობა — ქირურგიულია: ძუძუს სექტორული რეზექცია სასწრაფო ჰისტოლოგიურ გამოკვლევასთან ერთად, განსაკუთრებით — ფოთლისებრი ფიბროადენომის დროს.

პროფილაქტიკა — საკონტროლო გასინჯვა: პირველ წელს — ყოველ სამ თვეში, ოპერაციის ჩვენების გადასაწყვეტად.

დისპანსერიზაცია — ონკოლოგთან.

18. ქალის სასქესო ორგანოები

გარეთა სასქესო ორგანოები

- ლეიკოპლაკია — წარმოადგენს ლორწოვანი გარსის დონეზე არსებულ ან მისგან ოდნავ წამოწეულ თეთრი ფერის სხვადასხვა ზომის კვანძებს ან ლაქებს სასქესო ბაგეების, კლიტორის ან შორისის მიდამოში.

მკურნალობა — ქირურგიულია: ლეიკოპლაკიური კერის ამოკვეთა შემდგომ ჰისტოლოგიურ გამოკვლევასთან ერთად; ლეიკოპლაკიის მრავლობითი ან მორეციდივე კერების შემთხვევაში — ვულვექტომია.

პროფილაქტიკა — გამოკვლევები ჭიებით ინვაზიის, დიაბეტის, ჰორმონული დარღვევების (საშოს ნაცხები ესტროგენულ გაჯერებაზე) გამოსარიცხად და შესაბამისი მკურნალობა.

დისპანსერიზაცია — ონკოლოგთან, გინეკოლოგთან.

- კრაუროზი — არის გარეთა სასქესო ორგანოების შეჭმუხვნა ან ატროფია, ლორწოვანი გარსის პერგამენტის ქაღალდის მსგავსად გათხელება, საშოს შესავალის შევიწროება, თმის ფოლიკულების ატროფია.

მკურნალობა — კონსერვატიული — კორტიკოსტეროიდების შემცველი მალამოებით, სპირტ-ნოვოკაინის ბლოკადა. კრაუროზის პროგრესირების შემთხვევაში — ვულვექტომია.

პროფილაქტიკა — გამოკვლევები ჭიებით ინვაზიის, დიაბეტის, ჰორმონული დარღვევების (საშოს ნაცხები ესტროგენულ გაჯერებაზე) გამოსარიცხად და შესაბამისი მკურნალობა.

დისპანსერიზაცია — ონკოლოგთან, გინეკოლოგთან.

- პაპილომები — არის რბილი კონსისტენციის დვრილისებრი წანაზარდები ვულვის მიდამოში, შემოფარგლულ უბანზე ან მრავლობითი დაზიანებით. სისხლდენა არ ახასიათებს,

მკურნალობა — პაპილომატოზური წანაზარდების ელექტროკოაგულაცია, კრიოდესტრუქცია.

პროფილაქტიკა — ქალის სასქესო ორგანოების დაავადებების, განსაკუთრებით ქრონიკული გონორეის, გამოვლენა და მკურნალობა.

დისპანსერიზაცია — გინეკოლოგთან.

საშვილოსნოს ყელი

ექტროპიონი – ვლინდება ლორწოვანი გარსის ღია წითელი ფერის, ადვილად სისხლმდენი ზედაპირის მქონე უბნების სახით, ცერვიკალური პირის გარეთა მიდამოში. კოლპოსკოპიური სურათი – „ექტოპია“.

მკურნალობა – ე. წ. „ეროზირებული ექტროპიონების“ დროს – კონიზაცია. მცირე ზომის ექტროპიონების დროს – ელექტროკოაგულაცია.

პროფილაქტიკა – მშობიარობისშემდგომი ტრავმებისა და ქალის სასქესო ორგანოების ანთებითი დაავადებების მკურნალობა. გასინჯვა – ყოველ 6 თვეში.

დისპანსერიზაცია – გინეკოლოგთან.

- ფსევდოეროზია – დამახასიათებელია ლორწოვანი გარსის მოთეთრო ან ციანოზური უბნები გაძლიერებული სისხლძარღვოვანი სურათით, წვრილი კისტებით. შეიძლება შერწყმული იყოს საშვილოსნოს ყელის დეფორმაციასთან ან ჰიპერტროფიასთან. კოლპოსკოპიური სურათი – „გარდაქმნის ზონა“.

მკურნალობა – ელექტროკოაგულაციით. ყელის გამოხატული დეფორმაციის დროს – კონიზაცია ან საშვილოსნოს ყელის ამპუტაცია.

პროფილაქტიკა – გასინჯვა – ყოველ 6 თვეში.

დისპანსერიზაცია – გინეკოლოგთან.

- ჭეშმარიტი ეროზია – დამახასიათებელია მკვეთრად შემოფარგლული, ეპითელიუმს მოკლებული სისხლმდენი ზედაპირი, პალპაციით – რბილი.

მკურნალობა – კონსერვატიულია, 4-6 კვირის განმავლობაში. მისი უეფექტობის შემთხვევაში – ამოკვეთა და სასწრაფო ჰისტოლოგიური გამოკვლევა.

პროფილაქტიკა – გასინჯვა – ყოველ 6 თვეში.

დისპანსერიზაცია – გინეკოლოგთან.

- უბრალო ეროზია – ვლინდება მოთეთრო ფერის ლაქის ან ფართო უბნის სახით. დამახასიათებელია მცირე ან უხვი თეთრი ფერის გამონადენი.

მკურნალობა – მალამოიანი ტამპონებით. მისი უეფექტობის შემთხვევაში – ელექტროკოაგულაცია ან საშვილოსნოს ყელის კონიზაცია და შემდგომი ჰისტოლოგიური გამოკვლევა.

პროფილაქტიკა – გასინჯვა – ყოველ 6 თვეში.

დისპანსერიზაცია – გინეკოლოგთან.

- დისპლაზიები – ვითარდება ფონური პროცესების მიდამოში ან თუნდაც შეუცვლელ საშვილოსნოს ყელზე. ვლინდება შეცვლილი ფორმის ან ზომის საშვილოსნოს ყელზე განვითარებული ფსევდოეროზიები ან ჭეშმარიტი ეროზიები, უხვი თეთრად შლა, კონტაქტისას – სისხლიანი გამონადენი, კოლპოსკოპიურად – „ატიპიური ეპითელიუმის“ სხვადასხვა ხარისხის (ზომიერი, გამოხატული, მძიმე) დისპლაზია.

მკურნალობა – ზომიერი დისპლაზიის დროს დასაშვებია ანთებისსაწინააღმდეგო მკურნალობა და შემდგომი ციტოლოგიური და კოლპოსკოპიური გამოკვლევა. ჩვენების შემთხვევაში – სკალპელით ბიოფსია. გამოხატული და მძიმე დისპლაზიის დროს – დამიზნებითი ბიოფსია, ცერვიკალური არხის დიაგნოსტიკური გამოფხეკა და საშვილოსნოს ყელის კონიზაცია (სკალპელით ან ელექტროექსციზია) ჰისტოლოგიურ გამოკვლევასთან ერთად.

პროფილაქტიკა – სისტემატური კოლპოსკოპიური და ციტოლოგიური კონტროლი. გასინჯვა – ყოველ 6 თვეში.

დისპანსერიზაცია – ონკოლოგთან.

- ლეიკოპლაკია ატროფიის მოვლენებით – ვლინდება საშვილოსნოს ყელის ლორწოვანზე ამოწეული თეთრი ბალთის სახით. აქვს მარცვლოვანი ზედაპირი, მკვეთრადაა გამოყოფილი ირგვლივმდებარე ლორწოვანი გარსისგან, ახასიათებს თეთრი ფერის საშუალო ან ჭარბი გამონადენი. კოლპოსკოპიური გამოკვლევით, ცალკე ან შერწყმულად, ნახულობენ „უხეშ ლეიკოპლკიას“, „ლეიკოპლაკიის ფუძეს“. ციტოლოგიურად აღინიშნება ზედაპირული შრის უჯრედები გარქვევის ნიშნებით და უხვი აქერცვლით ან სხვადასხვა ხარისხის დისპლაზია.

მკურნალობა – საშვილოსნოს ყელის კონიზაცია ან ამპუტაცია ცერვიკალური არხის დიაგნოსტიკურ გამოფხეკასა და ჰისტოლოგიურ გამოკვლევასთან ერთად.

პროფილაქტიკა – კოლპოსკოპიური და ციტოლოგიური კონტროლი. გასინჯვა – ყოველ 6 თვეში.

დისპანსერიზაცია – ონკოლოგ-გინეკოლოგთან.

ერითროპლაკია – არის წითელი ფერის ლაქა, რომელსაც ახასიათებს მოყვითალო ფერის წებოვანი გამონადენი საშოდან. კოლპოსკოპიური გამოკვლევით ლორწოვანი გარსი გათხელებული და ატროფიულია. გამოხატულია სისხლძარღვოვანი ქსელი.

მკურნალობა – საშვილოსნოს პათოლოგიური უბნების ქირურგიული ამოკვეთა შემდგომ ჰისტოლოგიურ გამოკვლევასთან ერთად.

პროფილაქტიკა – კოლპოსკოპიური და ციტოლოგიური კონტროლი. გასინჯვა – ყოველ 6 თვეში.

დისპანსერიზაცია – ონკოლოგ-გინეკოლოგთან.

საშვილოსნოს ტანი

- ენდომეტრიუმის მორეციდივე ჯირკვლოვანი ჰიპერპლაზია (დიფუზური ან კეროვანი) – ვლინდება მენსტრუალური ციკლის დარღვევით (მენორაგია), აციკლური სისხლდენით საშვილოსნოდან ან სისხლნარევი გამონადენით მენოპაუზაში. საშვილოსნო ნორმალური ზომის ან გადიდებულია. გამოკვლევის დროს საჭიროა გამოირიცხოს საკვერცხეების ჰორმონაქტიური სიმსივნეები. მორეციდივე ჯირკვლოვანი ჰიპერპლაზიის შერწყმა სიმსივნესთან და შაქრიან დიაბეტთან საშვილოსნოს ტანის კიბოს განვითარების მაღალ რისკზე მიუთითებს.

მკურნალობა – ცერვიკალური არხისა და საშვილოსნოს ღრუს დიაგნოსტიკური გამოფხეკა ცალ-ცალკე, გამონაფხეკის ჰისტოლოგიურ შესწავლასთან ერთად. ჰორმონთერაპია (17-ოქსიპროგესტერონკაპრონატი) ან სტეროიდული კონტრაცეპტული პრეპარატები. საშვილოსნოდან აღებული ასპირატის ციტოლოგიური გამოკვლევის ან, შეძლებისდაგვარად, ჰისტეროცერვიკოგრაფიის ფონზე. ჰორმონთერაპიის უეფექტობის შემთხვევაში – საშვილოსნოს ექსტირპაცია.

პროფილაქტიკა – სისტემატური დაკვირვება (ყოველ 6 თვეში) და ციტოლოგიური კონტროლი (ასპირატი საშვილოსნოს ღრუდან).

დისპანსერიზაცია – გინეკოლოგთან.

- ენდომეტრიუმის ატიპიური ჰიპერპლაზია (ადენომატოზი) — ვლინდება ხანგრძლივი აციკლური სისხლდენით რეპროდუქციულ ან კლიმაქსურ პერიოდში, სისხლნარევი გამონადენით — მენოპაუზაში.

მკურნალობა — ჰორმონთერაპია (17-ოქსიპროგესტერონკაპრონატით), პარამეტრიუმის პერიოდული ციტოლოგიურ-ჰისტოლოგიური კონტროლი. ჰორმონთერაპიის უეფექტობის შემთხვევაში — საშვილოსნოს ექსტირპაცია.

პროფილაქტიკა — სისტემატური დაკვირვება (ყოველ 6 თვეში), ციტოლოგიური კონტროლი.

დისპანსერიზაცია — გინეკოლოგთან.

- ენდომეტრიუმის პოლიპი — დამახასიათებელია ხანგრძლივი და უხვი მენსტრუაცია, აციკლური სისხლიანი გამონადენი, სისხლნარევი გამონადენი მენოპაუზაში. ენდომეტრიუმის მორეციდივე პოლიპების შერწყმა ჰიპერტონულ დაავადებასთან და შაქრიან დიაბეტთან ენდომეტრიუმის კიბოს განვითარების მაღალ რისკზე მიუთითებს.

მკურნალობა — ცერვიკალური არხისა და საშვილოსნოს ღრუს ლორწოვანი გარსების დიაგნოსტიკური გამოფხვეკა ცალ-ცალკე, გამონაფხვეკის ჰისტოლოგიურ შესწავლასთან ერთად; ჰორმონთერაპია პროგესტინებით. ჰორმონთერაპიის უეფექტობის, პოლიპის რეციდივის განვითარების ან ჯირკვლოვანი ეპითელიუმის ატიპიის გამოვლენის შემთხვევაში — საშვილოსნოს ექსტირპაცია.

პროფილაქტიკა — სისტემატური დაკვირვება (ყოველ 6 თვეში) და ციტოლოგიური კონტროლი.

დისპანსერიზაცია — გინეკოლოგთან.

საკვერცხეები

- საკვერცხეების კეთილთვისებიანი სიმსივნეები — ვლინდება პალპირებადი სიმსივნით, ტკივილით, მუცლის ზომებში მომატებით. საკვერცხეების სიმსივნეების ჰისტოლოგიური ფორმების მრავალფეროვნების მიუხედავად, გაავთვისებიანება მეტნაკლებად ყველა ფორმას ახასიათებს. უფრო ხშირად გაავთვისებიანდება ეპითელური სიმსივნეები (სეროზული, მუცინოზური, ენდომეტრიული ცისტადენომები), განსაკუთრებით — გარდამავალი ფორმები.

მკურნალობა — საკვერცხის ყოველი გამოვლენილი სიმსივნის ქირურგიული მოცილება სამომავლოდ მისი გაავთვისებიანების თავიდან ასაცილებლად. კლიმაქსის პერიოდში უნდა ამოიკვეთოს მეორე საკვერცხეც, განსაკუთრებით — დაზიანებულ საკვერცხეში გარდამავალი ტიპის ეპითელური სიმსივნის არსებობის შემთხვევაში.

პროფილაქტიკა — სისტემატური დაკვირვება (ყოველ 6 თვეში).

დისპანსერიზაცია — ონკოლოგ-გინეკოლოგთან.

19. ბავშვთა ასაკის კიბოსწინა დაავადებები

- ხორხის პაპილომატოზი — ვლინდება ხმის შეცვლით, სუნთქვის გაძნელებით, ხველებით. პროცესის გავრცელების, დაავადების ხანგრძლივობისა და ლოკალიზაციის შესაბამისად, გამოხატულია ესა თუ ის სიმპტომი.

მკურნალობა — პაპილომების მოცილება პირდაპირი ლარინგოსკოპიისას, კრიოდე-

სტრუქცია შემდგომ ქიმიოთერაპიასთან ერთად. გავრცელებული პაპილომატოზის შემთხვევაში – ქიმიოთერაპია.

პროფილაქტიკა – გასინჯვა – ყოველ 6 თვეში ერთჯერ.

დისპანსერიზაცია – ონკოლოგთან, ოტოლარინგოლოგთან.

- **გავა-კუდუსუნის ტერატომები** – ვლინდება სხვადასხვა ზომისა და კონსისტენციის სიმსივნეების არსებობით გავა-კუდუსუნის მიდამოში. ხშირად თანდაყოლილია.

მკურნალობა – ქირურგიული – 6 თვის ასაკამდე, რადგან 6 თვის შემდეგ გაავთვისებიანების რისკი ძალიან მაღალია.

პროფილაქტიკა – გასინჯვა – ყოველ 6 თვეში ერთჯერ.

დისპანსერიზაცია – ბავშვთა ქირურგთან.

- **კოლინჯის პოლიპოზი** – ვლინდება ნაწლავთა დისკომფორტის მოვლენებით, სისხლისა და ლორწოს არსებობით განავალში, ტკივილით მუცლის არეში.

მკურნალობა – პოლიპების ამოკვეთა ფიბროკოლონოსკოპიის დროს ან ნაწლავის დაზიანებული უბნის რეზექცია.

პროფილაქტიკა – გასინჯვა – ყოველ 6 თვეში ერთჯერ.

დისპანსერიზაცია – ბავშვთა ქირურგთან.

ონკოლოგიური რისკის ჯგუფები დისპანსერული დაკვირვებისათვის

ქვემოთ წარმოდგენილ ცხრილში მოცემულია იმ დაავადებათა ჩამონათვალი, რომლის დროსაც ავადმყოფი უნდა იმყოფებოდეს ამა თუ იმ ექიმ-სპეციალისტის მეთვალყურეობის ქვეშ.

	ნოზოლოგიური ფორმა	ონკოლოგთან გასინჯვის პერიოდულობა
	1. თერაპევტის მეთვალყურეობის ქვეშ მყოფი პაციენტები	
1.	პაპერტონული დაავადება (ენდომეტრიუმისა და ძუძუს კიბოსთან მიმართებაში)	ჩვენების მიხედვით
2.	ქრონიკული არაობსტრუქციული ბრონქიტი: – ხშირი გამწვაებებით; – გამოხატული ობსტრუქციული დარღვევებით (ფილტვის უკმარისობით)	ჩვენების მიხედვით
3.	ქრონიკული პნევმონია	ჩვენების მიხედვით
4.	ლოკალური პნევმოფიბროზი	ჩვენების მიხედვით
5.	ქრონიკული ეზოფაგიტი	ჩვენების მიხედვით
6.	ქრონიკული წყლულოვანი ეზოფაგიტი	ჩვენების მიხედვით
7.	საყლაპავის ახალაზია	ჩვენების მიხედვით
8.	საყლაპავის ლეიკოპლაკია	ჩვენების მიხედვით
9.	საყლაპავის ნაწიბუროვანი სტრიქტურა	ჩვენების მიხედვით
10.	წყლულოვანი დაავადება კუჭში ლოკალიზაციით – ხშირი რეციდივები, გართულებები, კონსერვატიული მკურნალობისადმი რეზისტენტული ფორმები	ჩვენების მიხედვით
11	ატროფიული გასტრიტი (კეროვანი და დიფუზური დაავადება)	ჩვენების მიხედვით
12.	კუჭის პოლიპი, პოლიპოზი	ჩვენების მიხედვით
13.	კუჭის რეზექციის შემდგომი მდგომარეობა (10 წელზე მეტი ოპერაციიდან)	ჩვენების მიხედვით
14.	მსხვილი ნაწლავის ოჯახური პოლიპოზი, გარდნერის სინდრომი, პეიტც-ეგერსის სინდრომი, ტიურკოს სინდრომი	ჩვენების მიხედვით
15.	ქრონიკული კოლიტი ხშირი გამწვაებებით	ჩვენების მიხედვით
16.	არასპეციფიკური წყლულოვანი კოლიტი და მსხვილი ნაწლავის კრონის დაავადება	ჩვენების მიხედვით
	2. ქირურგის მეთვალყურეობის ქვეშ მყოფი პაციენტები	
1.	– მსხვილი ნაწლავის პოლიპოზი (ოპერაციული მკურნალობის შემდეგ): – დიფუზური პოლიპოზი; – ხაოიანი სიმსივნე; – მრავლობითი პოლიპები და ტუბულურ-ხაოიანი ადენომები; – ერთეული ტუბულური ადენომები.	წელიწადში ერთჯერ
2.	მრავლობითი და ერთეული პოლიპების და ტუბულურ-ხაოიანი ადენომების გამო ნაოპერაციები ავადმყოფები	წელიწადში ერთჯერ
3.	მსხვილი ნაწლავის ერთეული პოლიპები, რომლებიც არ ექვემდებარება ქირურგიულ მკურნალობას (0,4 სმ-ზე ნაკლები დიამეტრის)	წელიწადში ერთჯერ
4.	რექტიტი (არასპეციფიკური, სპეციფიკური და სხივური თერაპიის შემდგომი)	ჩვენების მიხედვით
5.	ძუძუს დაავადებები: ფიბროადენომა, კვანძოვანი მასტოპათია, ფიბროზულ-კისტური მასტოპათია: – ჩატარებული ოპერაციული მკურნალობის შემდეგ: – ფიბროზულ-კისტოზური მასტოპათიის გამო (ფიბროადენომატოზი და დისპორმონული პიპერპლაზიები); – კვანძოვანი მასტოპათიების გამო; – ძუძუს ფიბროადენომის გამო; – ძუძუს პაპილომატოზის გამო.	ხშირად წელიწადში ერთჯერ, ჩვენების მიხედვით ხშირად ხშირად ხშირად
	3. გინეკოლოგის მეთვალყურეობის ქვეშ მყოფი პაციენტები	
1.	დიფუზური მასტოპათია	სისტემატურად
2.	საშვილოსნოს ყელის ეროზია	სისტემატურად
3.	ექტროპიონი	სისტემატურად
4.	საშვილოსნოს ყელის და ენდომეტრიუმის მორეციდივე პოლიპები, პოლიპოზი	სისტემატურად
5.	ენდომეტრიოზი	სისტემატურად
6.	საშვილოსნოს ყელის კონდილომები (პაპილომები)	სისტემატურად
7.	საშვილოსნოს ყელის დისკერატოზები (ლეიკოპლაკია, კრაუროზი)	სისტემატურად

8.	საშეილოსნოს ყელის ერითროპლაკია	სისტემატურად
9.	საკურცხვლის კეთილთვისებიანი სიმსივნეები	სისტემატურად
10.	ენდომეტრიუმის პაპერპლაზია (ჯირკვლოვანი და ატიპიური)	სისტემატურად
11.	ადენომატოზი	სისტემატურად
12.	საშეილოსნოს ყელის ეპითელიუმის II-III ხარისხის დისპლაზია	სისტემატურად
	4. უროლოგის მეთვალყურეობის ქვეშ მყოფი პაციენტები	
1.	წინამდებარე ჯირკვლის ადენომა	წელიწადში 1-2-ჯერ
2.	ქრონიკული პროსტატიტი	წელიწადში 1-2-ჯერ
3.	შარდის ბუშტის და შარდსადენის პაპილომები და პოლიპები	წელიწადში 1-2-ჯერ
4.	სასქესო ასოს ლეიკოპლაკია, ლეიკოკერატოზი, წვეტიანი კონდილომები	წელიწადში 1-2-ჯერ
5.	კერის ერითროპლაკია	წელიწადში 1-2-ჯერ
6.	პოუნის დისკერატოზი	წელიწადში 1-2-ჯერ
7.	პაპელ-ნიდაუს სინდრომი	წელიწადში 1-2-ჯერ
8.	კრიპტორქიზმის გამო დაგვიანებით ჩატარებული ოპერაციის შემდგომი პერიოდი	წელიწადში 1-2-ჯერ
	5. სტომატოლოგის მეთვალყურეობის ქვეშ მყოფი პაციენტები	
1.	ტუჩისა და პირის ღრუს ლორწოვანის ვერუკოზული (მექანიზმები) ან ეროზიული ლეიკოპლაკია	წელიწადში 2-ჯერ
2.	ვერუკოზული ან კანძოვანი პიპერკერატოზი	ჩვენების მიხედვით
3.	მანგანოტის აბრაზიული ხეილიტი	ჩვენების მიხედვით
4.	კერატოკანტომა (კანის რქა)	ჩვენების მიხედვით
5.	ნითელი ბრტყელი ლიქენი, გართულებული ტუჩისა და პირის ღრუს ლორწოვანის პიპერკერატოზით	ჩვენების მიხედვით
6.	ნითელი მგლურა, გართულებული ტუჩისა და პირის ღრუს ლორწოვანის პიპერკერატოზით	ჩვენების მიხედვით
7.	პირის ღრუს პაპილომატოზი	ჩვენების მიხედვით
8.	– ყბა-სახის მიდამოს კეთილთვისებიანი სიმსივნეების გამო ჩატარებული ოპერაციული მკურნალობის შემდეგ; – ძვლების კისტების, ამელობლასტომების, ეპულისების და ა. შ. – რბილი ქსოვილების შეუღლი, სისხლძარღვოვანი სიმსივნეების, პაპილომების, ფიბრომების, მიომების და ა. შ.	ჩვენების მიხედვით
9.	სხივური თერაპიის შემდგომი ხეილიტი, სტომატიტი	ჩვენების მიხედვით
10.	ყბა-სახის მიდამოს რბილი ქსოვილების და ძვლების სხივური დაზიანება	ჩვენების მიხედვით
	6. ოტოლარინგოლოგის მეთვალყურეობის ქვეშ მყოფი პაციენტები	
1.	ქრონიკული ლარინგიტი, ქრონიკული ქორდიტი	ჩვენების მიხედვით
2.	კონტაქტური წყლულები და პაპილომატოზი, ფიბრომატოზი, პაქიდერმია	ჩვენების მიხედვით
3.	ხორხის, ხახის დისკერატოზები (ლეიკოპლაკია, ლეიკოკერატოზი)	ჩვენების მიხედვით
4.	ცხვირის ღრუს პაპილომა	ჩვენების მიხედვით
5.	ცხვირის ღრუს ადენომატოზური პოლიპი	ჩვენების მიხედვით
	7. ოფთალმოლოგის მეთვალყურეობის ქვეშ მყოფი პაციენტები	
1.	– ჭუთუთოების, კონიუნქტივის სიმსივნეები; – მხედველობის ორგანოს ონკოლოგიური დაავადების გამო ჩატარებული მკურნალობის (ქირურგიული, სხივური) შემდგომი მდგომარეობა; – თვალშიგნითა სიმსივნეები	ჩვენების მიხედვით
	8. დერმატოლოგის მეთვალყურეობის ქვეშ მყოფი პაციენტები	
1.	დერმატომიოზიტი	ჩვენების მიხედვით
2.	ბალანოპოსთიტი, კრაუროზი	ჩვენების მიხედვით
3.	კერატოზები (მედიკამენტური სოკოვანი)	წელიწადში 2-ჯერ
4.	ნევუსები	ჩვენების მიხედვით
5.	დიუბრეილის მელანოზი	ჩვენების მიხედვით
6.	პიგმენტური ქსეროდერმა	ჩვენების მიხედვით
7.	მრავლობითი ხალების სინდრომი	წელიწადში 2-ჯერ
8.	მოგვიანებითი სხივური წყლულები	ჩვენების მიხედვით

9. ტრავმატოლოგ-ორთოპედის მეთვალყურეობის ქვეშ მყოფი პაციენტები		
1.	ძვალ-სახსროვანი აპარატის სისხლეული და სისტემური დაზიანების გამო ჩატარებული ოპერაციების შემდგომი პერიოდი	პირველი წლის განმავლობაში – ყოველკვარტალურად, შემდეგ – წელიწადში 2-ჯერ
2.	ფიბროზული დისპლაზია	
3.	პეჯეტის დაავადება (მადეფორმირებელი ოსტეოდისპლაზია)	
4.	ეგზოსტოზი	
5.	ქონდრომა	
10. ნეიროპათოლოგის მეთვალყურეობის ქვეშ მყოფი პაციენტები		
1.	– პერიფერიული ნერვული სისტემის ვერტებროგენული დაავადებები: – რადიკულიტები (კისრის, გულმკერდის, გავა-კუდუსუნის): დაავადების გამოხატული შეტევის შემდგომი დროებითი შრომისუუნარობით; – დაავადების დეკომპენსაცია (გახანგძლივებული გამწვავება, ხშირი გამწვავებები)	ჩვენების მიხედვით
2.	ნეიროფიბრომატოზი (რეკლინჰაუზენის დაავადება)	ჩვენების მიხედვით
3.	ტუბერკულოზური სკლეროზი	ჩვენების მიხედვით
4.	ატაქსია-ტელეანგიექტაზია	ჩვენების მიხედვით
11. ენდოკრინოლოგის მეთვალყურეობის ქვეშ მყოფი პაციენტები		
1.	დიფუზური ტოქსიკური ჩიყვი	ჩვენების მიხედვით
2.	აუტოიმუნური თირეოიდიტი	ჩვენების მიხედვით
3.	კვანძოვანი ეუთირეოიდული ჩიყვი	ჩვენების მიხედვით
4.	საკერცხეების პიპოლუტეინური დისფუნქცია	ჩვენების მიხედვით
5.	ფეკტროპოციტომის ოპერაციის შემდგომი პერიოდი რემისიის ფაზაში	ჩვენების მიხედვით
6.	შერეინ-ლეიენტალის სინდრომი	ჩვენების მიხედვით
7.	საკერცხეების მაირილიზებელი სიმსივნეები (ოპერაციის შემდგომი პერიოდი)	ჩვენების მიხედვით
8.	პრაელობითი ენდოკრინული ადენომატოზი, I ტიპი (მეა–I, ვერნერის სინდრომი)	წელიწადში ერთჯერ
9.	მრაელობითი ენდოკრინული ადენომატოზი, II ტიპი (მეა-II, სიპლის სინდრომი)	წელიწადში ერთჯერ
10.	მრაელობითი ენდოკრინული ადენომატოზი, III ტიპი (მეა-III, ლორწოვანი გარსების ნეირომების სინდრომი)	წელიწადში ერთჯერ
11.	ტერნერის სინდრომი, ტესტიკულური ფემინიზაციის სინდრომი	წელიწადში 1-2-ჯერ
12.	გონადების დისგენეზია	წელიწადში 1-2-ჯერ
13.	ფსევდოპერპაფროდიტიზმი	წელიწადში 1-2-ჯერ
14.	შაქრიანი დიაბეტი (ენდოკრინოლოგის და ძუძუს კიბოსთან მიმართებაში)	წელიწადში 1-2-ჯერ
15.	სიმსუქნე (ენდოკრინოლოგის და ძუძუს კიბოსთან მიმართებაში)	წელიწადში 1-2-ჯერ
12. ჰემატოლოგის მეთვალყურეობის ქვეშ მყოფი პაციენტები		
1.	ლიმფადენოპათია	ჩვენების მიხედვით
2.	ოსტეომიელოფიბროზი	წელიწადში ერთჯერ
3.	პიპოპლაზიური ანემია	წელიწადში ერთჯერ
13. ბავშვთა ქირურგის მეთვალყურეობის ქვეშ მყოფი პაციენტები		
1.	გავა-კუდუსუნის ტრატომების და კოლინჯის პოლიპოზის გამო ჩატარებული ოპერაციის შემდგომი პერიოდი	წელიწადში 4-ჯერ
14. ბავშვთა ოტორინოლარინგოლოგის მეთვალყურეობის ქვეშ მყოფი პაციენტები		
1.	ხორხის პაპილომატოზის გამო ნამკურნალები ბავშვები	წელიწადში 2-ჯერ

IV თავი

ძირითადი ლოკალიზაციის ავთვისებიანი სიმსივნეების გამოკვლევისა და მკურნალობის ალგორითმები

(მეთოდური რეკომენდაციები)

ონკოლოგიური დაავადებების დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის მეთოდები მრავალფეროვანია. ჩატარებული რეტროსპექტული ანალიზი აჩვენებს, რომ ხშირად ხდება ამ მეთოდების არარაციონალურად, არათანმიმდევრულად გამოყენება. ეს საბოლოოდ განაპირობებს მკურნალობის არადამაკმაყოფილებელ შორეულ შედეგებს. ამიტომ მნიშვნელოვანია, მოწინავე ონკოლოგიური კლინიკების გამოცდილებაზე დაყრდნობით შეიქმნას სხვადასხვა ლოკალიზაციის ონკოლოგიური დაავადებების ოპტიმალური მოცულობის დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის ალგორითმები, რაც საშუალებას მოგვცემს სამკურნალო-პროფილაქტიკურ დაწესებულებებში მოვახდინოთ სპეციალური ონკოლოგიური დახმარების უნიფიცირება.

შემუშავებულია ავთვისებიანი სიმსივნეების დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის ერთიანი მიდგომები, რომლებიც შედარებით სრულად ასახავენ თითქმის ყველა ლოკალიზაციის ავთვისებიან სიმსივნეთა სადიაგნოსტიკო და სამკურნალო ტექნოლოგიების რეჟიმებსა და თავისებურებებს.

ალგორითმები შედგენილია სადაზღვევო მედიცინის მოთხოვნების გათვალისწინებით და წარმოადგენს იმ **მინიმალურად აუცილებელ** ანაკრებს, რომელიც სახელმწიფოს მიერ უნდა დაფინანსდეს. ავთვისებიანი სიმსივნეების დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის ალგორითმები საშუალებას იძლევა, სიმსივნური პროცესის გავრცელების გათვალისწინებით, სწორად დაიგეგმოს ონკოლოგიური ავადმყოფების გამოკვლევებისა და მკურნალობის მოცულობა და განხორციელდეს ჩატარებული სამედიცინო ღონისძიებების ადეკვატურობის კონტროლი. დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის ალგორითმები არ გამოიყენება იმ შემთხვევაში, როცა დგინდება შორსწასული სიმსივნე ან მძიმე, შეუქცევადი თანმხლები სომატური დაავადება.

გამოკვლევის ალგორითმები ძირითადი ლოკალიზაციის სიმსივნეების დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის ეტაპებზე

ონკოლოგიურ დაავადებათა დიაგნოსტიკა ორ ეტაპად ტარდება. პირველ ეტაპზე ხდება ონკოლოგიური დიაგნოზის დადგენა, მეორე ეტაპზე ზუსტდება დაავადების გავრცელება და ფასდება ორგანიზმის ფუნქციური მდგომარეობა, რომლის გათვალისწინებითაც განისაზღვრება მკურნალობის ტაქტიკა.

დაავადების ინკურაბელობის დამადასტურებელი ნიშნების გამოვლენისთანავე შემდგომი გაღრმავებული გამოკვლევები წყდება.

ავთვისებიან სიმსივნეზე გამოკვლევები პირობითად შეიძლება დაიყოს აუცილებელ და ფაკულტატურ (არასავალდებულო) პროცედურებად და ლაბორატორიულ გამოკვლევებად. გამოკვლევის ძირითადი მეთოდებია: რენტგენოლოგიური, ენდოსკოპიური, ულტრასონოგრაფიული, რადიოიზოტოპური. გამოკვლევები უნდა დამთავრდეს სიმსივნის ჰისტოლოგიური ვერიფიკაციით.

პაციენტის ექიმთან ვიზიტი გულისხმობს საექიმო გასინჯვას ფიზიკალური მეთოდებით, სიმსივნის ლოკალიზაციის სპეციფიკის გათვალისწინებით.

გამოკვლევა იწყება სისხლის **სეროლოგიური** რეაქციებით (ვასერმანის რეაქცია, სისხლის შრატში აივ ანტისხეულის და ავსტრალიური ანტიგენის, სისხლის ჯგუფისა და რეზუს-ფაქტორის განსაზღვრა), **რაც ყოველთვის წინ უნდა უსწრებდეს კვლევის ინვაზიურ მეთოდებს.**

სისხლის საერთო ანალიზი გეგმიურად უნდა გაკეთდეს:

ა) ქირურგიული მკურნალობისას – ოპერაციამდე, ოპერაციიდან მეორე დღეს და გაწერამდე 2 დღით ადრე;

ბ) სხივური და ქიმიოთერაპიის დროს – კვირაში არანაკლებ ერთჯერ, მკურნალობის განმავლობაში.

სისხლის საერთო ანალიზი დამატებით კეთდება საჭიროების მიხედვით.

შარდის საერთო ანალიზი კეთდება:

ა) ქირურგიული მკურნალობისას – ოპერაციამდე, ოპერაციიდან მეორე დღეს და გაწერამდე 2 დღით ადრე;

ბ) სხივური და ქიმიოთერაპიის დროს – კვირაში ერთჯერ, მკურნალობის განმავლობაში.

შარდის საერთო ანალიზის დამატებით გაკეთება **სავალდებულოა** სისხლის (ერითროციტული მასის) გადასხმიდან მეორე დღეს.

სტანდარტული ***ბიოქიმიური ანალიზების*** ანაკრები წარმოდგენილი უნდა იყოს შემდეგი ლაბორატორიული ტესტებით:

- საერთო ცილისა და მისი ფრაქციების განსაზღვრა სისხლის შრატში
- შარდოვანას და შარდოვანას აზოტის განსაზღვრა სისხლის შრატში
- კრეატინინის განსაზღვრა სისხლის შრატში
- ელექტროლიტების (Na^- და K^+) განსაზღვრა სისხლის შრატში
- თიმოლის სინჯი
- კოაგულოგრამა (გაშლილი)

ჰეპატო-პანკრეატო-დუოდენური ზონის სიმსივნეების ან ჰეპატო-ბილიარული სისტემის მეტასტაზურ დაზიანებაზე ეჭვის დროს სისხლის შრატში დამატებით

უნდა განისაზღვროს საერთო ბილირუბინი და მისი ფრაქციები, ქოლესტაზის მარკერები (გამა-გლუტამილტრანსპეპტიდაზა, ტუტე ფოსფატაზა) და ციტოლიზის მარკერები – ტრანსამინაზები (ალტ, ასტ).

მჟავე ფოსფატაზას განსაზღვრა მნიშვნელოვანია წინამდებარე ჯირკვლის კიბოთი გამოწვეული ძვლების მეტასტაზური დაზიანებისას.

კალციუმის იონების (Ca^{++}) გამოკვლევა სისხლის შრატში აუცილებელია ძვლებში მეორეული პოროზული ცვლილებების დროს და ბისფოსფონატების დანიშვნის ჩვენების განსასაზღვრად (ამ დროს აუცილებელია ალბუმინების შესწავლაც).

ონკომარკერების განსაზღვრა ინფორმაციულია შესაბამისი ლოკალიზაციის სიმსივნეების მკურნალობის ეფექტურობის შეფასებისა და მონიტორინგისათვის. ონკომარკერების შესწავლის ვადებს განსაზღვრავენ ორგანიზმიდან მათი ნახევარგამოყოფის დროის გათვალისწინებით (ქორიონული გონადოტროპინისათვის – 4 დღე, კარცინოემბრიონული ანტიგენისთვის – 1 თვე და ა. შ.). მკურნალობისშემდგომი მონიტორინგისათვის ონკომარკერების შესწავლა ხდება საშუალოდ 3 თვეში ერთჯერ.

მორფოლოგიური გამოკვლევებიდან მნიშვნელოვანია ბიოფსიური და ოპერაციული მასალის ციტოლოგიური და ჰისტოლოგიური გამოკვლევები.

ციტოლოგიური გამოკვლევებიდან ტარდება:

- ბიოფსიური მასალის ანაბეჭდების ციტოლოგიური გამოკვლევა
- ლიმფური კვანძის პუნქტატის ციტოლოგიური გამოკვლევა
- ოპერაციული მასალის სასწრაფო ციტოლოგიური გამოკვლევა
- მოტანილი ან არსებული ციტოლოგიური პრეპარატების გადახედვა-კონსულტაცია.

ჰისტოლოგიური გამოკვლევებიდან ტარდება:

- ბიოფსიური მასალის ჰისტოლოგიური გამოკვლევა
- ოპერაციული მასალის სასწრაფო ჰისტოლოგიური გამოკვლევა
- ოპერაციული მასალის გეგმიური ჰისტოლოგიური გამოკვლევა
- მოტანილი ან არსებული ჰისტოლოგიური პრეპარატების გადახედვა-კონსულტაცია.

რთული სადიაგნოსტიკო შემთხვევების დროს ტარდება საცდელ-სადიაგნოსტიკო ოპერაციები.

გამოკვლევების კომპლექსში შედის *კონსულტაციები და კონსილიუმი.*

მკურნალობის დაწყებამდე ყველა ავადმყოფს უნდა ჩაუტარდეს ელექტროკარდიოგრაფია და თერაპევტის კონსულტაცია, ხოლო ქირურგიულ ავადმყოფებს, დამატებით, ანესთეზიოლოგის, ცალკეულ შემთხვევებში კი ვიწრო სპეციალისტების კონსულტაცია. საჭიროების შემთხვევაში ისინი ნიშნავენ თანმხლები დაავადებების მკურნალობას და ახდენენ შექცევადი ცვლილებების კორექციას.

ონკოლოგიური ავადმყოფის მკურნალობის ტაქტიკას განსაზღვრავს **კონსილიუმი** ქირურგის, რადიოლოგისა და ქიმიოთერაპევტის შემადგენლობით. კონსილიუმი ტარდება არანაკლებ ორჯერ:

- გამოკვლევების დამთავრებისას და მკურნალობის დაგეგმვისას
- მკურნალობის გეგმის კორექციისას.

პაციენტის ჰოსპიტალიზაცია ხდება კლინიკის ხელმძღვანელის ან წამყვანი სპეციალისტის კონსულტაციით.

გამოკვლევის ალგორითმები თავისა და კისრის სიმსივნეების დროს

ტუჩის კიბო (C00.0), ენის კიბო (C02.0), პირის ღრუს ფსკერის (C04.0) და პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის (C06.0) ავთვისებიანი სიმსივნეები

სისხლის სეროლოგიური რეაქციების შემდეგ ტარდება:

აუცილებელი პროცედურები – ტუჩის (ენის, პირის ღრუს ფსკერის, პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის) სიმსივნის ბიოფსია; გულმკერდის რენტგენოგრაფია, კისრის მიდამოს ულტრასონოგრაფია.

ფაკულტატური პროცედურები – ლარინგოსკოპია, ქვედაყბის რენტგენოგრაფია, კომპიუტერული ტომოგრაფია, გადიდებული ლიმფური კვანძის პუნქცია;

ლაბორატორიული გამოკვლევები – სისხლის საერთო ანალიზი, შარდის ანალიზი, სტანდარტული ბიოქიმიური ანალიზები, ციტოლოგიური და ჰისტოლოგიური გამოკვლევები.

გედაყბის და ქვედაყბის ალვეოლური მორჩის ლორწოვანი გარსის კიბო (C03.0-C03.1)

სისხლის სეროლოგიური რეაქციების შემდეგ ტარდება:

აუცილებელი პროცედურები – ზედაყბის (ქვედაყბის) რენტგენოლოგიური გამოკვლევა, მათ შორის პანორამული რენტგენოგრაფია, კისრის მიდამოს ულტრასონოგრაფია, სიმსივნის ბიოფსია, სტომატოლოგის კონსულტაცია.

ფაკულტატური პროცედურები – კომპიუტერული ტომოგრაფია, გადიდებული ლიმფური კვანძის პუნქცია, ქირურგიული ჩარევის შემთხვევაში – სტომატოლოგ-ორთოპედის კონსულტაცია ჩასანაცვლებელი პროთეზის დასამზადებლად.

ლაბორატორიული გამოკვლევები – სისხლის საერთო ანალიზი, შარდის ანალიზი, სტანდარტული ბიოქიმიური ანალიზები, ციტოლოგიური და ჰისტოლოგიური გამოკვლევები.

მაგარი და რბილი სასის ლორწოვანი გარსის კიბო (C05.0)

სისხლის სეროლოგიური რეაქციების შემდეგ ტარდება:

აუცილებელი პროცედურები – უკანა რინოსკოპია, ცხვირის ღრუსა და ცხვირხახის ფიბროენდოსკოპია, გულმკერდის რენტგენოგრაფია, ცხვირის ღრუსა და ცხვირის დანამატი წიაღების რენტგენოგრაფია, კისრის მიდამოს ულტრასონოგრაფია, სიმსივნის ბიოფსია.

ფაკულტატური პროცედურები – კომპიუტერული ტომოგრაფია, გადიდებული ლიმფური კვანძების პუნქცია, ქირურგიული მკურნალობის შემთხვევაში – სტომატოლოგ-ორთოპედის კონსულტაცია ჩასანაცვლებელი პროთეზის დასამზადებლად.

ლაბორატორიული გამოკვლევები – სისხლის საერთო ანალიზი, შარდის ანალიზი, სტანდარტული ბიოქიმიური ანალიზები, ციტოლოგიური და ჰისტოლოგიური გამოკვლევები.

ყბაყურა სანერწყვე ჯირკვლის კიბო (C07.0)

სისხლის სეროლოგიური რეაქციების შემდეგ ტარდება:

აუცილებელი პროცედურები – გულმკერდის რენტგენოგრაფია, გარეთა სასმენი ხვრელის ინსტრუმენტული დათვალიერება, სანერწყვე ჯირკვლებისა და კისრის მიდამოს ულტრასონოგრაფია, სიმსივნის პუნქციური ბიოფსია.

ფაკულტატური პროცედურები – საბის ძვლების რენტგენოგრაფია, კომპიუტერული ტომოგრაფია, სიალოგრაფია, გადიდებული ლიმფური კვანძების პუნქცია, ნევროპათოლოგის, ენდოკრინოლოგის, მიკროქირურგის კონსულტაცია.

ლაბორატორიული გამოკვლევები – სისხლის საერთო ანალიზი, შარდის ანალიზი, სტანდარტული ბიოქიმიური ანალიზები, ციტოლოგიური და ჰისტოლოგიური გამოკვლევები.

ნუშურა ჯირკვლის კიბო (C09.0), პირ-ხახის კიბო (C10.0)

სისხლის სეროლოგიური რეაქციების შემდეგ ტარდება:

აუცილებელი პროცედურები – ლარინგოსკოპია და ფიბროლარინგოსკოპია სიმსივნის ბიოფსიასთან ერთად, გულმკერდის, ხორხ-ხახის, ხორხის, საყლაპავის რენტგენოგრაფია, კისრის მიდამოს ულტრასონოგრაფია.

ფაკულტატური პროცედურები – ფიბროეზოფაგოსკოპია, გადიდებული ლიმფური კვანძების პუნქცია.

ლაბორატორიული გამოკვლევები – სისხლის საერთო ანალიზი, შარდის ანალიზი, სტანდარტული ბიოქიმიური ანალიზები, ციტოლოგიური და ჰისტოლოგიური გამოკვლევები.

ცხვირის ღრუს ლორწოვანი გარსის (C30.0), ცხვირ-ხახის (C11.0) მსხლისებრი სინუსის (C12.9) და ცხვირის დანამატი წიაღების (C31.0) ავთვისებიანი სიმსივნეები

სისხლის სეროლოგიური რეაქციების შემდეგ ტარდება:

აუცილებელი პროცედურები – ცხვირის ღრუსა და ცხვირ-ხახის ფიბროენდოსკოპია, გულმკერდის, ცხვირის დანამატი წიაღების რენტგენოგრაფია და ტომოგრაფია, კისრის მიდამოს ულტრასონოგრაფია, სიმსივნის ბიოფსია.

ფაკულტატური პროცედურები – ლარინგოსკოპია, კომპიუტერული ტომოგრაფია, გადიდებული ლიმფური კვანძების პუნქცია.

ლაბორატორიული გამოკვლევები – სისხლის საერთო ანალიზი, შარდის ანალიზი, სტანდარტული ბიოქიმიური ანალიზები, ციტოლოგიური და ჰისტოლოგიური გამოკვლევები.

ხორხ-ხახის (C13.0) და ხორხის (C32.0) ავთვისებიანი სიმსივნეები

სისხლის სეროლოგიური რეაქციების შემდეგ ტარდება:

აუცილებელი პროცედურები – ლარინგოსკოპია და ფიბროლარინგოსკოპია სიმსივნის ბიოფსიასთან ერთად, გულმკერდის, ხორხ-ხახის, ხორხის, საყლაპავის რენტგენოგრაფია, ტომოგრაფია, კისრის მიდამოს ულტრასონოგრაფია.

ფაკულტატური პროცედურები – საყლაპავის, ხორხ-ხახისა და ცხვირის ღრუს ფიბროენდოსკოპია, ცხვირ-ხახის რენტგენოგრაფია, ხორხისა და ხორხ-ხახის კომპიუტერული ტომოგრაფია, გადიდებული ლიმფური კვანძების პუნქცია.

ლაბორატორიული გამოკვლევები – სისხლის საერთო ანალიზი, შარდის ანალიზი, სტანდარტული ბიოქიმიური ანალიზები, ციტოლოგიური და ჰისტოლოგიური გამოკვლევები.

დიაგნოსტიკური ოპერაცია – ლარინგოფისურა

შუა ყურის კიბო (C30.1)

სისხლის სეროლოგიური რეაქციების შემდეგ ტარდება:

აუცილებელი პროცედურები – გულმკერდის რენტგენოგრაფია, საფეთქლის ძვლის რენტგენოგრაფია, კომპიუტერული ტომოგრაფია, კისრის მიდამოს ულტრასონოგრაფია, შუა ყურის და ცხვირ-ხახის ენდოსკოპიური გამოკვლევა, სიმსივნის ბიოფსია, სასმენი მილის გამავლობის შემოწმება, აუდიომეტრია.

ფაკულტატური პროცედურები – გადიდებული ლიმფური კვანძების პუნქცია, ნევროპათოლოგის (ნეიროქირურგის) კონსულტაცია.

ლაბორატორიული გამოკვლევები – სისხლის საერთო ანალიზი, შარდის ანალიზი, სტანდარტული ბიოქიმიური ანალიზები, ციტოლოგიური და ჰისტოლოგიური გამოკვლევები.

ფარისებრი ჯირკვლის კიბო (C73.0)

სისხლის სეროლოგიური რეაქციების შემდეგ ტარდება:

აუცილებელი პროცედურები – გულმკერდის რენტგენოგრაფია, არაპირდაპირი ფარინგოლარინგოსკოპია, ფარისებრი ჯირკვლის და კისრის მიდამოს ულტრასონოგრაფია, ფარისებრი ჯირკვლის სიმსივნის პუნქცია (საჭიროების შემთხვევაში – ექოსკოპიის კონტროლით).

ფაკულტატური პროცედურები – საყლაპავის რენტგენოგრაფია, ტრაქეის ტომოგრაფია, ჩონჩხის ძვლების რენტგენოგრაფია; კისრის, შუასაყრის, ფილტვების, ძვლების კომპიუტერული ტომოგრაფია, ფიბროლარინგოტრაქეოსკოპია; ფიბროეზოფაგოსკოპია; ტრაქეის, საყლაპავის, ხახის, ხორხის ბიოფსია – სიმსივნის ჩაზრდაზე ეჭვის დროს; ჩონჩხის ძვლების სცინტიგრაფია ტექნეციუმით (^{99}Tc), რადიოიზოტოპური რენოგრაფია (რადიოაქტიური იოდით მკურნალობისას), მუცლის ღრუს ორგანოების ულტრასონოგრაფია.

ლაბორატორიული გამოკვლევები – სისხლის საერთო ანალიზი, შარდის ანალიზი, სტანდარტული ბიოქიმიური ანალიზები, ციტოლოგიური და ჰისტოლოგიური გამოკვლევები, T3, T4 და თირეოტროპული ჰორმონის განსაზღვრა იმუნოფერმენტული ან რადიოიმუნოლოგიური მეთოდით.

ჰიპოფიზის სიმსივნეები (D35.0, C75.0)

სისხლის სეროლოგიური რეაქციების შემდეგ ტარდება:

აუცილებელი პროცედურები – გულმკერდის რენტგენოგრაფია, თავის ქალას რენტგენოგრაფია ორ პროექციაში, კომპიუტერული ტომოგარფია.

ფაკულტატური პროცედურები – ნევროლოგის კონსულტაცია.

ლაბორატორიული გამოკვლევები – სისხლის საერთო ანალიზი, შარდის ანალიზი, სტანდარტული ბიოქიმიური ანალიზები, ტუტე ფოსფატაზას და შაქრის კონტროლი სისხლში, ჰორმონების განსაზღვრა სისხლის შრატში კლინიკური გამოვ-

ლინების შესაბამისად (T3, T4, თირეოტროპული ჰორმონი, აკტჰ, სომატოტროპული ჰორმონი, აგრეთვე 17-კეტოსტეროიდები და 17-ოქსიკეტოსტეროიდები სისხლსა და შარდში).

გამოკვლევის ალგორითმები თორაკალური სიმსივნეების დროს

ტრაქეისა (C33.0) და ფილტვის (C34.0) ავთვისებიანი სიმსივნეები

სისხლის სეროლოგიური რეაქციების შემდეგ ტარდება:

აუცილებელი პროცედურები – ფილტვის რენტგენოგრაფია ორ პროექციაში, გულმკერდის ტომოგრაფია, საყლაპავის რენტგენოგრაფია, ტრაქეობრონქოსკოპია სიმსივნის ბიოფსიასთან ერთად, ნახველის და ბრონქებიდან ამონარეცხი წყლების აღება ციტოლოგიური გამოკვლევისათვის, გარეგანი სუნთქვის გამოკვლევა, მუცლის ღრუს ორგანოების ულტრასონოგრაფია.

ფაკულტატური პროცედურები – ფილტვის სიმსივნის ტრანსთორაკალური პუნქციური ბიოფსია, პლევრის ღრუს პუნქცია (პლევრიტის შემთხვევაში), ძვლების რენტგენოგრაფია, კომპიუტერული (მაგნიტურ-რეზონანსული) ტომოგრაფია, მეტასტაზების რადიონუკლიდური დიაგნოსტიკა;

ლაბორატორიული გამოკვლევები – სისხლის საერთო ანალიზი, შარდის ანალიზი, სტანდარტული ბიოქიმიური ანალიზები, ციტოლოგიური და ჰისტოლოგიური გამოკვლევები;

დიაგნოსტიკური ოპერაცია – თორაკოტომია

მკერდუკანა ჯირკვლის (C37.0), შუასაყრის (C38.3), პლევრის (C38.4) ავთვისებიანი სიმსივნეები

სისხლის სეროლოგიური რეაქციების შემდეგ ტარდება:

აუცილებელი პროცედურები – გულმკერდის რენტგენოგრაფია ორ პროექციაში, ტომოგრაფია, კომპიუტერული ტომოგრაფია, ტრანსთორაკალური პუნქცია, გარეგანი სუნთქვის გამოკვლევა.

ფაკულტატური პროცედურები – კისრის ლიმფური კვანძების ულტრასონოგრაფია სიმსივნის პუნქციურ ბიოფსიასთან ერთად, მუცლის ღრუს ორგანოების ულტრასონოგრაფია, ფიბრობრონქოსკოპია, ფიბროეზოფაგოსკოპია (ან საყლაპავის რენტგენოგრაფია);

ლაბორატორიული გამოკვლევები – სისხლის საერთო ანალიზი, შარდის ანალიზი, სტანდარტული ბიოქიმიური ანალიზები, ციტოლოგიური და ჰისტოლოგიური გამოკვლევები;

დიაგნოსტიკური ოპერაცია – თორაკოტომია (მედიასტინოტომია)

გამოკვლევის ალგორითმები საჭმლის მომნელებელი ტრაქტის სიმსივნეების დროს

საყლაპავის (C15.0), კუჭის (C16.0) და წვრილი ნაწლავის (C17.0) კიბო

სისხლის სეროლოგიური რეაქციების შემდეგ ტარდება:

აუცილებელი პროცედურები – გულმკერდის რენტგენოგრაფია, საყლაპავის, კუჭის, წვრილი ნაწლავის რენტგენოსკოპია (-გრაფია), ფიბროეზოფაგოგასტროდუოდენოსკოპია სიმსივნის ბიოფსიასთან ერთად, მუცლის ღრუს ორგანოების ულტრასონოგრაფია;

ფაკულტატური პროცედურები – პერიფერიული ლიმფური კვანძების პუნქცია, ლაპაროსკოპია, კომპიუტერული ტომოგრაფია, გინეკოლოგის კონსულტაცია (ქალებისათვის), ენდოკრინოლოგის კონსულტაცია (კარცინოიდული სინდრომის დროს);

ლაბორატორიული გამოკვლევები – სისხლის საერთო ანალიზი, შარდის ანალიზი, სტანდარტული ბიოქიმიური ანალიზები, ციტოლოგიური და ჰისტოლოგიური გამოკვლევები, ონკომარკერების (CEA, CA 19-9) განსაზღვრა – ჯირკვლოვანი კიბოს დროს;

დიაგნოსტიკური ოპერაცია – თორაკოტომია (თორაკო-ლაპაროტომია, ლაპაროტომია)

კოლინჯის (C18.0), რექტოსიგმის (C19.0), სწორი ნაწლავის (C20.0), ანალური არხის (C21.0) კიბო

სისხლის სეროლოგიური რეაქციების შემდეგ ტარდება:

აუცილებელი პროცედურები – სწორი ნაწლავის დიგიტალური გასინჯვა და საზარდულის ლიმფური კვანძების პალპაცია, გულმკერდის რენტგენოგრაფია, ირიგოსკოპია, ფიბროკოლონოსკოპია (რექტოსიგმოსკოპია) სიმსივნის ბიოფსიასთან ერთად, მუცლის ღრუს ორგანოების ულტრასონოგრაფია;

ფაკულტატური პროცედურები – კომპიუტერული ტომოგრაფია, გინეკოლოგის კონსულტაცია (ქალებისათვის), უროლოგის კონსულტაცია, პერიფერიული ლიმფური კვანძების პუნქციური ბიოფსია;

ლაბორატორიული გამოკვლევები – სისხლის საერთო ანალიზი, შარდის ანალიზი, სტანდარტული ბიოქიმიური ანალიზები, ციტოლოგიური და ჰისტოლოგიური გამოკვლევები, ონკომარკერ CEA-ის განსაზღვრა – ჯირკვლოვანი კიბოს დროს.

ღვიძლის და ღვიძლშიგნითა ნაღველის სადინარების კიბო (C22.0)

სისხლის სეროლოგიური რეაქციების შემდეგ ტარდება:

აუცილებელი პროცედურები – გულმკერდის რენტგენოგრაფია, მუცლის ღრუს ორგანოების ულტრასონოგრაფია სიმსივნის პუნქციურ ბიოფსიასთან ერთად, კუჭ-ნაწლავის რენტგენოსკოპია (-გრაფია);

ფაკულტატური პროცედურები – ლაპაროსკოპია ბიოფსიითურთ, კომპიუტერული ტომოგრაფია;

ლაბორატორიული გამოკვლევები – სისხლის საერთო ანალიზი, შარდის ანალიზი, სტანდარტული ბიოქიმიური ანალიზები, საერთო ბილირუბინი და მისი ფრაქციები, ქოლესტაზის მარკერები (გამა-გლუტამილტრანსპეპტიდაზა, ტუტე ფოსფატაზა,), ციტოლიზის მარკერები – ტრანსამინაზები (ალტ, ასტ), ონკომარკერები (CEA, α- FP, CA19-9), ციტოლოგიური და ჰისტოლოგიური გამოკვლევები.

ღვიძლგარეთა ნაღვლის სადინარების (C24.0), შატერის დერილის (C24.1) და პანკრეასის (C25.0) კიბო

სისხლის სეროლოგიური რეაქციების შემდეგ ტარდება:

აუცილებელი პროცედურები – გულმკერდის რენტგენოგრაფია, მუცლის ღრუს ორგანოების ულტრასონოგრაფია სიმსივნის პუნქციურ ბიოფსიასთან ერთად, კუჭ-ნაწლავის რენტგენოსკოპია (-გრაფია), ფიბროლუოდენოსკოპია;

ფაკულტატური პროცედურები – ანტერეტროგრადული ქოლანგიოგრაფია, კომპიუტერული ტომოგრაფია, რელაქსაციული დუოდენოსკოპია (-გრაფია);

ლაბორატორიული გამოკვლევები – სისხლის საერთო ანალიზი, შარდის ანალიზი, სტანდარტული ბიოქიმიური ანალიზები, საერთო ბილირუბინი და მისი ფრაქციები, ქოლესტაზის მარკერები (გამა-გლუტამილტრანსპეპტიდაზა, ტუტე ფოსფატაზა,), ციტოლიზის მარკერები – ტრანსამინაზები (ალტ, ასტ), ონკომარკერები (CEA, α - FP, CA19-9, CA-125), ციტოლოგიური და ჰისტოლოგიური გამოკვლევები;

რეტროპერიტონული ორგანოსგარეშე სიმსივნეები (C48.0)

სისხლის სეროლოგიური რეაქციების შემდეგ ტარდება:

აუცილებელი პროცედურები – ულტრასონოგრაფია სიმსივნის პუნქციურ ბიოფსიასთან ერთად, გულმკერდის რენტგენოგრაფია, ექსკრეტორული უროგრაფია, კუჭ-ნაწლავის რენტგენოსკოპია (-გრაფია), ირიგოსკოპია (-გრაფია);

ფაკულტატური პროცედურები – კომპიუტერული ტომოგრაფია, კოლონოსკოპია, ფიბროგასტროსკოპია, ცისტოსკოპია, ანგიოგრაფია;

ლაბორატორიული გამოკვლევები – სისხლის საერთო ანალიზი, შარდის ანალიზი, სტანდარტული ბიოქიმიური ანალიზები, ციტოლოგიური და ჰისტოლოგიური გამოკვლევები;

თირკმელგედა ჯირკვლის ქერქის ავთვისებიანი სიმსივნეები (C74.0)

სისხლის სეროლოგიური რეაქციების შემდეგ ტარდება:

აუცილებელი პროცედურები – გულმკერდის რენტგენოგრაფია, ექსკრეტორული უროგრაფია, ულტრასონოგრაფია, კომპიუტერული (მაგნიტურ-რეზონანსული) ტომოგრაფია, ძვლების სკენირება, არტერიული წნევის მუდმივი დინამიკური მეთვალყურეობა;

ფაკულტატური პროცედურები – სიმსივნის პუნქციური ბიოფსია ულტრასონოგრაფიის კონტროლით, სელექციური ანგიოგრაფია, კორტიკოსტეროიდების პროდუქციის დექსამეტაზონით დათრგუნვის ტესტი, კაპოტენის ტესტი (ალდოსტერონომის დასადგენად), თირკმელზედა ჯირკვლის მიერ ^{131}I-19-იოდქოლესტეროლის ან ^{131}I-19 ბეტაიოდმეთილ-19-ნორქოლესტეროლის შთანთქმის შესწავლა;

ლაბორატორიული გამოკვლევები – სისხლის საერთო ანალიზი, შარდის ანალიზი, სტანდარტული ბიოქიმიური ანალიზები (განსაკუთრებით Na^+-ისა და K^+-ის ცვლა), ციტოლოგიური და ჰისტოლოგიური გამოკვლევები; სისხლში კორტიზოლის, ტესტოსტერონის, ესტრადიოლის, ალდოსტერონის შემცველობის განსაზღვრა, სისხლში რენინის შემცველობის განსაზღვრა (ჩვენების მიხედვით), შარდში 17-კეტოსტეროიდების და 17-ოქსიკეტოსტეროიდების ექსკრეციის შესწავლა.

თირკმელზედა ჯირკვლის ტვინოვანი შრის ავთვისებიანი სიმსივნეები (ფეოქრომოციტომა) (C74.1)

სისხლის სეროლოგიური რეაქციების შემდეგ ტარდება:

აუცილებელი პროცედურები – გულმკერდის რენტგენოგრაფია, ექსკრეტორული უროგრაფია, ულტრასონოგრაფია, კომპიუტერული (მაგნიტურ-რეზონანსული) ტომოგრაფია, ძვლების სკენირება, არტერიული წნევის მუდმივი დინამიკური მეთვალყურეობა;

ფაკულტატური პროცედურები – თირკმელზედა ჯირკვლის გამოკვლევა ^{131}I-მეტა-იოდ-ბენზილგუანიდინით, ფარისებრი ჯირკვლისა და ფარისებრახლო ჯირკვლების გამოკვლევა MEN-სინდრომის გამოსარიცხად, ჰისტამინის ცდა (არტერიულ წნევაზე ზემოქმედების დასადგენად), კატექოლამინების პროდუქციის კლოფელინით დათრგუნვის ტესტი, სელექციური ანგიოგრაფია;

ლაბორატორიული გამოკვლევები – სისხლის საერთო ანალიზი, შარდის ანალიზი, სტანდარტული ბიოქიმიური ანალიზები, ციტოლოგიური და ჰისტოლოგიური გამოკვლევები; სისხლში ადრენალინის, ნორადრენალინის, კორტიზოლის, ადრენოკორტიკოტროპული ჰორმონის განსაზღვრა, შარდში კატექოლამინების საერთო რაოდენობის და მისი ფრაქციების (ადრენალინის, ნორადრენალინის, დოფამინის) და ვანილნუშის მჟავას განსაზღვრა რეფრაქტორულ პერიოდში და სპონტანური (ან პროვოცირებული) ჰიპერტონული კრიზის დროს, შარდში 17-კეტოსტეროიდების და 17-ოქსიკეტოსტეროიდების ექსკრეციის შესწავლა.

გამოკვლევის ალგორითმები კანის, რბილი ქსოვილებისა და ძვლების სიმსივნეების დროს

ძვლების ავთვისებიანი სიმსივნეები (C40.0)

სისხლის სეროლოგიური რეაქციების შემდეგ ტარდება:

აუცილებელი პროცედურები – გულმკერდის რენტგენოგრაფია, ძვლების რენტგენოგრაფია, სიმსივნის მიდამოს და მუცლის ღრუს ორგანოების ულტრასონოგრაფია, სიმსივნის ბიოფსია;

ფაკულტატური პროცედურები – კომპიუტერული (მაგნიტურ-რეზონანსული) ტომოგრაფია, ძვლების სკენირება;

ლაბორატორიული გამოკვლევები – სისხლის საერთო ანალიზი, შარდის ანალიზი, სტანდარტული ბიოქიმიური ანალიზები, ციტოლოგიური და ჰისტოლოგიური გამოკვლევები.

კანის მელანომა (C43.0)

სისხლის სეროლოგიური რეაქციების შემდეგ ტარდება:

აუცილებელი პროცედურები – გულმკერდის რენტგენოგრაფია, დაზიანებული მიდამოს, რეგიონული ლიმფური კვანძებისა და მუცლის ღრუს ორგანოების ულტრასონოგრაფია, დაწყლულებული სიმსივნის შემთხვევაში – ანაბეჭდის აღება ციტოლოგიური გამოკვლევისათვის;

ფაკულტატური პროცედურები – თავის ტვინის, გულმკერდის, მუცლის ღრუს ორგანოების კომპიუტერული ტომოგრაფია (ჩვენების მიხედვით), ოფთალმოლოგის, ნევროპათოლოგის, გინეკოლოგის (ქალებში) კონსულტაცია (ჩვენების მიხედვით);

ლაბორატორიული გამოკვლევები – სისხლის საერთო ანალიზი, შარდის ანალიზი, შარდში მელანინოგენის განსაზღვრა (±), სტანდარტული ბიოქიმიური ანალიზები, ციტოლოგიური და ჰისტოლოგიური გამოკვლევები.

კანის კიბო (C44.9)

სისხლის სეროლოგიური რეაქციების შემდეგ ტარდება:

აუცილებელი პროცედურები – გულმკერდის რენტგენოგრაფია, სიმსივნის პუნქციური ან ექსციზიური ბიოფსია, რეგიონული ლიმფური კვანძებისა და მუცლის ღრუს ორგანოების ულტრასონოგრაფია;

ფაკულტატური პროცედურები – სპეციალისტების კონსულტაცია (ჩვენების მიხედვით);

ლაბორატორიული გამოკვლევები – სისხლის საერთო ანალიზი, შარდის ანალიზი, სტანდარტული ბიოქიმიური ანალიზები, ციტოლოგიური და ჰისტოლოგიური გამოკვლევები.

კანქვეშა, შემაერთებელი და სხვა რბილი ქსოვილების სიმსივნეები (C49.0)

სისხლის სეროლოგიური რეაქციების შემდეგ ტარდება:

აუცილებელი პროცედურები – გულმკერდის რენტგენოგრაფია, სიმსივნის პუნქციური ან ექსციზიური ბიოფსია, დაზიანებული უბნის და მუცლის ღრუს ორგანოების ულტრასონოგრაფია;

ფაკულტატური პროცედურები – ძვლების რენტგენოგრაფია – მათ დაზიანებაზე ეჭვის დროს, ძვლების სკენირება, კომპიუტერული ტომოგრაფია (მაგნიტურ-რეზონანსული ტომოგრაფია), ანგიოგრაფია – მაგისტრალური სისხლძარღვების დაზიანებაზე ეჭვის დროს;

ლაბორატორიული გამოკვლევები – სისხლის საერთო ანალიზი, შარდის ანალიზი, სტანდარტული ბიოქიმიური ანალიზები, ციტოლოგიური და ჰისტოლოგიური გამოკვლევები, დესმოიდის შემთხვევაში – ქორიონული გონადოტროპინის განსაზღვრა.

ძუძუს კიბო (C50.0)

სისხლის სეროლოგიური რეაქციების შემდეგ ტარდება:

აუცილებელი პროცედურები – გულმკერდის რენტგენოგრაფია, მამოგრაფია (35 წლის ასაკის ზევით), ძუძუს და რეგიონული ლიმფური კვანძების ულტრასონოგრაფია (35 წლის ასაკამდე), მუცლის ღრუს ორგანოების ულტრასონოგრაფია; ძუძუს დვრილიდან ნაცხის აღება ციტოლოგიური გამოკვლევისთვის. სიმსივნის პუნქციური ბიოფსია, ჩონჩხის ძვლების რადიონუკლიდური გამოკვლევა.

ფაკულტატური პროცედურები – ძვლების რენტგენოგრაფია – მათ დაზიანებაზე ეჭვის დროს, კომპიუტერული ტომოგრაფია, ლიმფური კვანძის პუნქცია, ძუძუს ტრეპანბიოფსია;

ლაბორატორიული გამოკვლევები – სისხლის საერთო ანალიზი, შარდის ანალიზი, სტანდარტული ბიოქიმიური ანალიზები, ციტოლოგიური და ჰისტოლოგიური გამოკვლევები, ჰორმონული რეცეპტორების განსაზღვრა ამოკვეთილ სიმსივნეში, HER-2 რეცეპტორების განსაზღვრა ამოკვეთილ სიმსივნეში, იმუნოჰისტოქიმიური გამოკვლევა, ონკომარკერების (CA-15-3, CEA) განსაზღვრა სისხლის შრატში.

გამოკვლევის ალგორითმები ქალის რეპროდუქციული ორგანოების სიმსივნეების დროს

ვულვის კიბო (C51.0), საშოს კიბო (C52.0)

სისხლის სეროლოგიური რეაქციების შემდეგ ტარდება:

აუცილებელი პროცედურები – გინეკოლოგიური გასინჯვა, გულმკერდის რენტგენოგრაფია, ვულვის (საშოს) სიმსივნიდან ნაცხის აღება ციტოლოგიური გამოკვლევისთვის;

ფაკულტატური პროცედურები – საზარდულის ლიმფური კვანძების პუნქციური ბიოფსია, კოლპოსკოპია (ვულვოსკოპია) და ბიოფსია, რექტოსკოპია, ცისტოსკოპია, მცირე მენჯის კომპიუტერული ტომოგრაფია;

ლაბორატორიული გამოკვლევები – სისხლის საერთო ანალიზი, შარდის ანალიზი, სტანდარტული ბიოქიმიური ანალიზები, ციტოლოგიური და ჰისტოლოგიური გამოკვლევები.

საშვილოსნოს ყელის კიბო (C53.0) კიბო

სისხლის სეროლოგიური რეაქციების შემდეგ ტარდება:

აუცილებელი პროცედურები – გინეკოლოგიური გასინჯვა, გულმკერდის რენტგენოგრაფია, ნაცხის (ზედაპირული ანაფხეკის) აღება საშვილოსნოს ყელიდან და არხიდან ცალ-ცალკე – ციტოლოგიური გამოკვლევისთვის, გაფართოებული კოლპოსკოპია, ცერვიკოსკოპია, საშვილოსნოს ყელის გამოფხეკა, ბიოფსია სკალპელით (საშვილოსნოს ყელის ფართო ცირკულარული ბიოფსიია, კონიზაცია), მცირე მენჯის და მუცლის ღრუს ორგანოების ულტრასონოგრაფია;

ფაკულტატური პროცედურები – საზარდულის გადიდებული ლიმფური კვანძების პუნქცია, რექტოსკოპია, ცისტოსკოპია, ირიგოსკოპია, ექსკრეტორული უროგრაფია, ძვლების სკენირება (რადიონუკლიდური სცინტიგრაფია);

ლაბორატორიული გამოკვლევები – სისხლის საერთო ანალიზი, შარდის ანალიზი, სტანდარტული ბიოქიმიური ანალიზები, ციტოლოგიური და ჰისტოლოგიური გამოკვლევები.

საშვილოსნოს ტანის კიბო (C54.0)

სისხლის სეროლოგიური რეაქციების შემდეგ ტარდება:

აუცილებელი პროცედურები – გინეკოლოგიური გასინჯვა, გულმკერდის რენტგენოგრაფია, ცერვიკოჰისტეროსკოპია, საშვილოსნოს ღრუდან ასპირატის აღება, საშვილოსნოს ყელის არხის და საშვილოსნოს ღრუს დიფერენციული (ცალ-ცალკე) გამოფხეკა, მცირე მენჯის და მუცლის ღრუს ორგანოების ულტრასონოგრაფია;

ფაკულტატური პროცედურები – ცისტოსკოპია, რექტოსკოპია, ირიგოსკოპია, ექსკრეტორული უროგრაფია, ჰისტეროგრაფია, მენჯის ძვლების რენტგენოგრაფია, კომპიუტერული ტომოგრაფია;

ლაბორატორიული გამოკვლევები – სისხლის საერთო ანალიზი, შარდის ანალიზი, სტანდარტული ბიოქიმიური ანალიზები, ციტოლოგიური და ჰისტოლოგიური გამოკვლევები.

საკვერცხეების კიბო (C56.0)

სისხლის სეროლოგიური რეაქციების შემდეგ ტარდება:

აუცილებელი პროცედურები – გინეკოლოგიური გასინჯვა, გულმკერდის რენტგენოგრაფია, საშვილოსნოს ღრუდან ასპირატის აღება, საშვილოსნოს ყელიდან და არხიდან ნაცხის ცალ-ცალკე აღება (საშვილოსნოს ღრუს და საშვილოსნოს ყელის არხის დიფერენციული გამოფხეკა), საშოს უკანა თაღის პუნქცია, მცირე მენჯისა და მუცლის ღრუს ორგანოების ულტრასონოგრაფია, ირიგოსკოპია, კუჭის რენტგენოსკოპია;

ფაკულტატური პროცედურები – ცერვიკოჰისტეროგრაფია, ლაპაროცენტეზი, ექსკრეტორული უროგრაფია, ცისტოსკოპია, კოლონოსკოპია, პლევრის პუნქცია სითხის გამოღებასთან ერთად;

ლაბორატორიული გამოკვლევები – სისხლის საერთო ანალიზი, შარდის ანალიზი, სტანდარტული ბიოქიმიური ანალიზები, ციტოლოგიური და ჰისტოლოგიური გამოკვლევები, ჩვენების მიხედვით – სისხლში ონკომარკერების: CA-125, CA 19-9, CA-72-4, CEA (კიბოს დროს), α-FP (გერმინოგენული კიბოს დროს), ესტრადიოლის (გრანულოზურუჯრედოვანი სიმსივნის დროს) განსაზღვრა.

კვერცხსავალის კიბო (C57.0)

სისხლის სეროლოგიური რეაქციების შემდეგ ტარდება:

აუცილებელი პროცედურები – გინეკოლოგიური გასინჯვა, გულმკერდის რენტგენოგრაფია, საშვილოსნოს ღრუდან ასპირატის აღება, საშვილოსნოს ყელიდან და არხიდან ნაცხის ცალ-ცალკე აღება (საშვილოსნოს ღრუს და საშვილოსნოს ყელის არხის დიფერენციული გამოფხეკა), ჰისტეროსალპინგოგრაფია, მცირე მენჯისა და მუცლის ღრუს ორგანოების ულტრასონოგრაფია, რექტოსიგმოსკოპია, ირიგოსკოპია, კუჭის რენტგენოსკოპია;

ფაკულტატური პროცედურები – ციტოლოგიური გამოკვლევისათვის ასციტური სითხის აღება (მისი არსებობის შემთხვევაში), ცისტოსკოპია, მცირე მენჯის ორგანოების კომპიურეტული ტომოგრაფია;

ლაბორატორიული გამოკვლევები – სისხლის საერთო ანალიზი, შარდის ანალიზი, სტანდარტული ბიოქიმიური ანალიზები, ციტოლოგიური და ჰისტოლოგიური გამოკვლევები, სისხლში ონკომარკერების განსაზღვრა (CEA, CA-125, CA 19-9, CA-72-4);

დიაგნოსტიკური ოპერაცია – ლაპაროტომია.

პლაცენტის ავთვისებიანი სიმსივნეები (C58.0)

სისხლის სეროლოგიური რეაქციების შემდეგ ტარდება:

აუცილებელი პროცედურები – გინეკოლოგიური გასინჯვა, გულმკერდის რენტგენოგრაფია, ნაცხის აღება საშოდან, საშვილოსნოს ყელიდან, ასპირატის აღება საშვილოსნოს ღრუდან ციტოლოგიური გამოკვლევისთვის (საშვილოსნოს ღრუს სადიაგნოსტიკო გამოფხეკა, თუ ადრე არ იყო ჩატარებული), ჰისტეროგრაფია, მცირე მენჯისა და მუცლის ღრუს ორგანოების ულტრასონოგრაფია;

ფაკულტატური პროცედურები – საშოში არსებული სიმსივნური კვანძის პუნქციური ბიოფსია, კომპიურეტული ტომოგრაფია;

ლაბორატორიული გამოკვლევები – სისხლის საერთო ანალიზი, შარდის ანალიზი, სტანდარტული ბიოქიმიური ანალიზები, ციტოლოგიური და ჰისტოლოგიური გამოკვლევები, ონკომარკერ ქორიონული გონადოტროპინის განსაზღვრა სისხლსა და შარდში;

გამოკვლევის ალგორითმები შრომლოგიური სიმსივნეების დროს

სასქესო ასოს კიბო (C60.0)

სისხლის სეროლოგიური რეაქციების შემდეგ ტარდება:

აუცილებელი პროცედურები -- გულმკერდის რენტგენოგრაფია, სიმსივნის ბიოფსია, საზარდულის მიდამოსა და მკირე მენჯის ორგანოების ულტრასონოგრაფია;

ფაკულტატური პროცედურები – ჩონჩხის ძვლების სცინტიგრაფია, ლიმფური კვანძების ბიოფსია;

ლაბორატორიული გამოკვლევები – სისხლის საერთო ანალიზი, შარდის ანალიზი, სტანდარტული ბიოქიმიური ანალიზები, ციტოლოგიური და ჰისტოლოგიური გამოკვლევები.

წინამდებარე ჯირკვლის კიბო (C61.0)

სისხლის სეროლოგიური რეაქციების შემდეგ ტარდება:

აუცილებელი პროცედურები – სწორი ნაწლავიდან დიგიტალური გასინჯვა, გულმკერდის რენტგენოგრაფია, სიმსივნის ტრანსრექტული ასპირაციული ბიოფსია, წინამდებარე ჯირკვლის, საზარდულის მიდამოსა და მცირე მენჯის ორგანოების ულტრასონოგრაფია, ბრტყელი ძვლების (თავის ქალას, მენჯის, მკერდის, ნეკნების) რენტგენოგრაფია, ჩონჩხის ძვლების სცინტიგრაფია;

ფაკულტატური პროცედურები – რექტოსკოპია, ცისტოსკოპია ნარჩენი შარდის დადგენასთან ერთად, ექსკრეტორული უროგრაფია, კომპიუტერული ტომოგრაფია;

ლაბორატორიული გამოკვლევები – სისხლის საერთო ანალიზი, შარდის ანალიზი, სტანდარტული ბიოქიმიური ანალიზები, ტუტე ფოსფატაზას განსაზღვრა სისხლის შრატში, მჟავე ფოსფატაზას განსაზღვრა სისხლის შრატში, ციტოლოგიური და ჰისტოლოგიური გამოკვლევები, პროსტატსპეციფიკური ანტიგენის (PSA) განსაზღვრა სისხლის შრატში, ტესტოსტერონის განსაზღვრა სისხლის შრატში;

დიაგნოსტიკური ოპერაცია – სიმსივნის ტრანსურეთრული რეზექცია.

სათესლე ჯირკვლის ავთვისებიანი სიმსივნეები (C62.0) (სემინომა და არასემინომა)

სისხლის სეროლოგიური რეაქციების შემდეგ ტარდება:

აუცილებელი პროცედურები – გულმკერდის რენტგენოგრაფია, სიმსივნის ასპირაციული ბიოფსია, სათესლე ჯირკვლების, საზარდულის, მცირე მენჯისა და მუცლის ღრუს ორგანოების ულტრასონოგრაფია;

ფაკულტატური პროცედურები – ექსკრეტორული უროგრაფია, მუცლის ღრუს ორგანოებისა და გულმკერდის კომპიუტერული ტომოგრაფია, პერიფერიული ლიმფური კვანძების ასპირაციული ბიოფსია (ჩვენების მიხედვით), კავაგრაფია (ჩვენების მიხედვით);

ლაბორატორიული გამოკვლევები – სისხლის საერთო ანალიზი, შარდის ანალიზი, სტანდარტული ბიოქიმიური ანალიზები, ციტოლოგიური და ჰისტოლოგიური გამოკვლევები, ონკომარკერების (α-FP, ქორიონული გონადოტროპინის) განსაზღვრა სისხლის შრატში;

დიაგნოსტიკური ოპერაცია – სათესლე ჯირკვლის ღია ბიოფსია.

თირკმლის კიბო (C64.0), თირკმლის მენჯის კიბო (C65.0), შარდსაწვეთის კიბო (C66.0)

სისხლის სეროლოგიური რეაქციების შემდეგ ტარდება:

აუცილებელი პროცედურები – გულმკერდის რენტგენოგრაფია, მუცლის ღრუს ორგანოების ულტრასონოგრაფია, ექსკრეტორული უროგრაფია, ჩონჩხის ძვლების სცინტიგრაფია, მუცლის ღრუს ორგანოების კომპიუტერული ტომოგრაფია, პუნქციური ბიოფსია ულტრასონოგრაფიის კონტროლით;

ფაკულტატური პროცედურები – რენოსცინტიგრაფია, ანგიოგრაფია, ვენოკავაგრაფია, ირიგოსკოპია (T4 სტადიის სიმსივნის დროს), ცისტოსკოპია, რეტროგრადული ურეთროპიელოგრაფია (თირკმლის მენჯის და შარდსაწვეთის დაზიანების დროს), სკლერის ოსტეოსცინტიგრაფიით დადგენილი მეტასტაზური დაზიანების ზონის რენტგენოგრაფია, თირკმლისა და სკლერის დაზიანებული ზონის მაგნიტურ-რეზონანსული ტომოგრაფია;

ლაბორატორიული გამოკვლევები – სისხლის საერთო ანალიზი, შარდის ანალიზი, სტანდარტული ბიოქიმიური ანალიზები, ციტოლოგიური და ჰისტოლოგიური გამოკვლევები;

შარდის ბუშტის ავთვისებიანი სიმსივნეები (C67.0)

სისხლის სეროლოგიური რეაქციების შემდეგ ტარდება:

აუცილებელი პროცედურები – სწორინაწლავისმხრივი (ქალებში საშოსმხრივი) გასინჯვა, გულმკერდის რენტგენოგრაფია, მცირე მენჯისა და მუცლის ღრუს ორგანოების ულტრასონოგრაფია, ცისტოსკოპია, ექსკრეტორული უროგრაფია, შარდის ციტოლოგიური გამოკვლევა, შარდის ბაქტერიოლოგიური გამოკვლევა;

ფაკულტატური პროცედურები – მცირე მენჯის კომპიუტერული ტომოგრაფია, წინამდებარე ჯირკვლის ბიოფსია (სიმსივნის ჩაზრდაზე ეჭვის დროს);

ლაბორატორიული გამოკვლევები – სისხლის საერთო ანალიზი, შარდის ანალიზი, სტანდარტული ბიოქიმიური ანალიზები, ციტოლოგიური და ჰისტოლოგიური გამოკვლევები;

დიაგნოსტიკური ოპერაცია – ტრანსურეთრული რეზექცია.

გამოკვლევის ალგორითმები ოფთალმოლოგიური სიმსივნეების დროს

ქუთუთოს კანის მელანომა (C43.1) და კიბო (C44.1)

სისხლის სეროლოგიური რეაქციების შემდეგ ტარდება:

აუცილებელი პროცედურები – გულმკერდის რენტგენოგრაფია, რეგიონული ლიმფური კვანძებისა და მუცლის ღრუს ორგანოების ულტრასონოგრაფია, დაწყლულებული სიმსივნეების შემთხვევაში – ანაბეჭდის აღება ციტოლოგიური გამოკვლევისთვის;

ფაკულტატური პროცედურები – კიბოს შემთხვევაში – სიმსივნის ბიოფსია;

ლაბორატორიული გამოკვლევები – სისხლის საერთო ანალიზი, შარდის ანალიზი, შარდში მელანინოგენის განსაზღვრა (±), სტანდარტული ბიოქიმიური ანალიზები, ციტოლოგიური და ჰისტოლოგიური გამოკვლევები;

კონიუნქტივის სიმსივნეები (კიბო და მელანომა) (C69.0)

სისხლის სეროლოგიური რეაქციების შემდეგ ტარდება:

აუცილებელი პროცედურები – გულმკერდის რენტგენოგრაფია, დაზიანებული მიდამოს, რეგიონული ლიმფური კვანძებისა და მუცლის ღრუს ორგანოების ულტრასონოგრაფია, ტრანსლუმინესცენცია, დაწყლულებული სიმსივნის შემთხვევაში – ანაბეჭდის აღება ციტოლოგიური გამოკვლევისთვის;

ფაკულტატური პროცედურები – სიმსივნის ბიოფსია (კიბოს შემთხვევაში), გამოკვლევა რადიოფოსფორით;

ლაბორატორიული გამოკვლევები – სისხლის საერთო ანალიზი, შარდის ანალიზი, შარდში მელანინოგენის განსაზღვრა (±), სტანდარტული ბიოქიმიური ანალიზები, ციტოლოგიური და ჰისტოლოგიური გამოკვლევები;

თვალშიგნითა სიმსივნეები (C69.3, C69.4), რეტინობლასტომა (C69.2)

სისხლის სეროლოგიური რეაქციების შემდეგ ტარდება:

აუცილებელი პროცედურები – გულმკერდის რენტგენოგრაფია, დაზიანებული მიდამოს, რეგიონული ლიმფური კვანძებისა და მუცლის ღრუს ორგანოების ულტრასონოგრაფია, ოფთალმოსკოპია, ბიომიკროოფთალმოსკოპია, გონიოსკოპია, დიაფანოსკოპია;

ფაკულტატური პროცედურები – კომპიუტერული სტერეომეტრია, გამოკვლევა რადიოფოსფორით;

ლაბორატორიული გამოკვლევები – სისხლის საერთო ანალიზი, შარდის ანალიზი, სტანდარტული ბიოქიმიური ანალიზები, ციტოლოგიური და ჰისტოლოგიური გამოკვლევები;

საცრემლე ჯირკვლის (C69.5), თვალბუდის ავთვისებიანი სიმსივნეები (C69.6)

სისხლის სეროლოგიური რეაქციების შემდეგ ტარდება:

აუცილებელი პროცედურები – გულმკერდის რენტგენოგრაფია, თვალბუდის რენტგენოგრაფია, თვალბუდის, რეგიონული ლიმფური კვანძებისა და მუცლის ღრუს ორგანოების ულტრასონოგრაფია, სიმსივნის პუნქციური ბიოფსია;

ფაკულტატური პროცედურები – ანგიოგრაფია, კომპიუტერული ტომოგრაფია;

ლაბორატორიული გამოკვლევები – სისხლის საერთო ანალიზი, შარდის ანალიზი, სტანდარტული ბიოქიმიური ანალიზები, ციტოლოგიური და ჰისტოლოგიური გამოკვლევები;

გამოკვლევის ალგორითმები ცენტრალური ნერვული სისტემის სიმსივნეების დროს

თავისა და გურგის ტვინის ავთვისებიანი სიმსივნეები (C70-72)

სისხლის სეროლოგიური რეაქციების შემდეგ ტარდება:

აუცილებელი პროცედურები – ნევროლოგის კონსულტაცია, გულმკერდის რენტგენოგრაფია, თავის ქალას რენტგენოგრაფია ორ პროექციაში, ექოენცეფალოგრაფია, მაგნიტურ-რეზონანსული ტომოგრაფია (კომპიუტერული ტომოგრაფია, პოზიტრონულ-ემისიური ტომოგრაფია);

ფაკულტატური პროცედურები – ელექტროენცეფალოგრაფია, ენცეფალოსცინტიგრაფია, ანგიოგრაფია;

ლაბორატორიული გამოკვლევები – სისხლის საერთო ანალიზი, შარდის ანალიზი, სტანდარტული ბიოქიმიური ანალიზები, ნაპერაციევი მასალის ციტოლოგიური და ჰისტოლოგიური გამოკვლევები;

გამოკვლევის ალგორითმები ონკოჰემატოლოგიური დაავადებების დროს

ლიმფომები: ლიმფოგრანულომატოზი (C81.0) ლიმფოსარკომები (C82.0-85.0)

სისხლის სეროლოგიური რეაქციების შემდეგ ტარდება:

აუცილებელი პროცედურები – გულმკერდის რენტგენოგრაფია, ძვლების რენტგენოგრაფია, პერიფერიული ლიმფური კვანძებისა და მუცლის ღრუს ორგანოების ულტრასონოგრაფია, პერიფერიული ლიმფური კვანძების პუნქციური ბიოფსია, შინაგანი ლოკალიზაციის ლიმფური კვანძების ბიოფსია ულტრასონოგრაფიული ან რენტგენოლოგიური კონტროლით, ძვლის ტვინის (მკერდის ან მენჯის ძვლის ფრთის) პუნქცია;

ფაკულტატური პროცედურები – ლიმფური კვანძების, ელენთის, ღვიძლის, ძვლის ტვინის, ძვლის რადიოიზოტოპური სცინტიგრაფია, კომპიუტერული და მაგნიტურ-რეზონანსული ტომოგრაფია, ხორხ-ხახის ტომოგრაფია, კუჭ-ნაწლავის რენტგენოგრაფია, ფიბროგასტროსკოპია, ფიბროკოლონოსკოპია;

ლაბორატორიული გამოკვლევები – სისხლის საერთო ანალიზი, შარდის ანალიზი, სტანდარტული ბიოქიმიური ანალიზები, სისხლში Ca^{++} განსაზღვრა, სისხლში ლაქტატდეჰიდროგენაზას (და მისი ფრაქციების) განსაზღვრა, ციტოლოგიური და ჰისტოლოგიური გამოკვლევები, მიელოგრამა, იმუნოფენოტიპირება.

ავთვისებიანი სიმსივნეების მკურნალობის პრინციპები

თანამედროვე ონკოლოგიაში ფართოდ გამოიყენება მკურნალობის ქირურგიული, სხივური და მედიკამენტური მეთოდები და მათი კომბინაციები.

ონკოლოგიური დაავადების დადგენის შემდეგ დაავადების ადგილობრივი და ზოგადი ბიოლოგიური თავისებურებებისა და ავადმყოფის სომატური მდგომარეობის შესაფასებლად, ტარდება დამატებითი გამოკვლევები. ამის შემდეგ პაციენტს მიაკუთვნებენ ერთ-ერთ კლინიკურ ჯგუფს (II ან IV), განისაზღვრება მკურნალობის ტაქტიკა და ხდება მკურნალობის მეთოდების შერჩევა.

ონკოლოგიური ავადმყოფების მკურნალობის გეგმის შედგენაში მონაწილეობენ ონკოქირურგი, რადიოთერაპევტი და ქიმიოთერაპევტი.

სიმსივნის ადგილობრივი შეფასებისას გასათვალისწინებელია:

- სიმსივნის ლოკალიზაცია და დაზიანებული ორგანოს ფუნქციის დარღვევის ხარისხი;
- დაავადების გავრცელების ხარისხი (კლინიკური სტადია და TNM კლასიფიკაცია);
- სიმსივნის ჰისტოტიპი და უჯრედების დიფერენციაციის ხარისხი (G); სიმსივნური ზრდის ანატომიური ფორმა.

დაავადებისა და ორგანიზმის ზოგადი ბიოლოგიური თავისებურებების შეფასებისას ყურადღება ექცევა:

- პაციენტის ასაკს და სასიცოცხლოდ აუცილებელი ორგანოების ფუნქციურ მდგომარეობას:
- ორგანიზმის არასპეციფიკურ რეზისტენტობას და ნივთიერებათა ცვლის მდგომარეობას;
- ჰორმონულ-ფიზიოლოგიურ სტატუსს (ჰორმონდამოკიდებული სიმსივნეების დროს);
- თანმხლებ დაავადებებს.

მკურნალობის ამა თუ იმ მეთოდის ან მათი კომბინაციის არჩევა და ჩატარების თანმიმდევრობის განსაზღვრა ყველა კონკრეტულ შემთხვევაში ინდივიდუალურად ხდება, თუმცა არსებობს სტანდარტული სქემებიც.

იმ შემთხვევაში, როცა დიაგნოზის ჰისტოლოგიური ვერიფიკაციის ყველა საშუალება ამოწურულია და მორფოლოგიური დიაგნოზი დაზუსტებული მაინც არ არის, დასაშვებია სადიაგნოსტიკო ოპერაციის ჩატარება, რომელსაც, ამასთანავე, სამკურნალო დანიშნულებაც შეიძლება ჰქონდეს.

სხივური და ქიმიოთერაპიული მკურნალობის ჩატარება ჰისტოლოგიური ვერიფიკაციის გარეშე დასაშვებია მხოლოდ მაშინ, როცა მკურნალობის დაწყების დაგვიანება ავადმყოფის სიცოცხლისათვის საშიშია (მაგალითად, ზემო ღრუ ვენის სინდრომის დროს).

სიმსივნეების მკურნალობის რადიკალურობას აფასებენ კლინიკური და ბიოლოგიური ასპექტებით. კლინიკური თვალსაზრისით, მკურნალობა *რადიკალურად* შეიძლება ჩაითვალოს, თუ მისი ჩატარების შემდეგ ორგანიზმში არ რჩება სიმსივნის კერა, ხოლო ბიოლოგიურად მკურნალობის რადიკალურობას განსაზღვრავენ 5-წლიანი ურეციდივო და უმეტასტაზო პერიოდით.

პალიატიური ეწოდება მკურნალობას, როცა სიმსივნის ყველა კერის მოცილება შეუძლებელია, ხოლო *სიმპტომურია* მკურნალობა, რომელიც ტარდება დაავადების მხოლოდ ზოგიერთი გართულებისა და სიმპტომის ლიკვიდაციის მიზნით.

ავთვისებიანი სიმსივნეების მხოლოდ ერთი მეთოდით მკურნალობა ითვლება *მონოკომპონენტურად. კომბინირებულია* მკურნალობა, როცა ერთდროულად გამოიყენება ორი მეთოდი (ქირურგიული + სხივური, ქირურგიული + მედიკამენტური, სხივური + მედიკამენტური). *კომპლექსური* მკურნალობის დროს ერთდროულად გამოიყენება სამივე ძირითადი მეთოდი (ქირურგიული, სხივური, მედიკამენტური). *შერწყმული* მკურნალობის დროს ერთდროულად გამოიყენება მკურნალობის ერთი და იმავე მეთოდის სხვადასხვა სახე (ღრუსშიგნითა გამა-თერაპია + ტელე-გამა-თერაპია).

ქირურგიული მკურნალობა

მონოკომპონენტური ქირურგიული მკურნალობის ჩატარება მიზაშეწონილია კიბოს ლოკალური ფორმების დროს, როცა სხვა მეთოდების დამატება მკურნალობის შორეულ შედეგებს არ აუმჯობესებს.

ავთვისებიანი სიმსივნეების უმეტესობისათვის ქირურგიული მეთოდი კომბინირებული, კომპლექსური ან პალიატიური მკურნალობის მხოლოდ ერთ კომპონენტს წარმოადგენს.

ონკოლოგიური ოპერაციები პრინციპულად განსხვავდება არაონკოლოგიური ოპერაციებისგან. სიმსივნიანი ორგანოს ან მისი ნაწილის მოცილებისას დაცული უნდა იყოს ონკოლოგიური რადიკალიზმის პრინციპები, გათვალისწინებული იყოს ორგანოს ფუნქციური მნიშვნელობა და რეკონსტრუქციულ-აღდგენითი და კოსმეტიკური ოპერაციების ჩატარების შესაძლებლობა. რადიკალური ოპერაცია ონკოლოგიაში ყველა შემთხვევაში გულისხმობს არა მხოლოდ სიმსივნით დაზიანებული ორგანოს ან მისი ნაწილის ამოკვეთას, არამედ მასთან ერთად, ერთ ბლოკში (თუ ეს შესაძლებელია), რეგიონული ლიმფური კვანძების ამოკვეთასაც (მათი მეტასტაზური დაზიანებისას ან პროფილაქტიკის მიზნით), ე. ი. ოპერაციის ზონალურობის და ფუტლარობის პრინციპის დაცვას.

კიბოს ადრეული ფორმების დროს დასაშვებია ეკონომიური და ორგანოშემანარჩუნებელი ოპერაციების ჩატარება.

ოპერაციის ყველა ეტაპი უნდა სრულდებოდეს აბლასტიკისა და ანტიბლასტიკის პრინციპების დაცვით.

აბლასტიკა არის ღონისძიებათა კომპლექსი, რომელიც ტარდება ჭრილობაში ავთვისებიანი სიმსივნური უჯრედების მოხვედრისა და სისხლძარღვებში დისემინაციის თავიდან ასაცილებლად. აბლასტიკაში იგულისხმება სიმსივნურად შეცვლილი ქსოვილებისადმი სათუთი მოპყრობა, ოპერაციის ტრავმული ეტაპის დროს დოლბანდის ტამპონებით საოპერაციო ველის საგულდაგულოდ შემოფარგვლა, ოპერაციის სხვადასხვა ეტაპზე იარაღებისა და ხელთათმანების პერიოდული შეცვლა, სისხლძარღვების წინასწარი გადაკვანძვა, ელექტროქირურგიული და სხვა მეთოდების გამოყენება.

ანტიბლასტიკა წარმოადგენს ღონისძიებათა კომპლექსს, რომელიც ტარდება საოპერაციო ველში მოხვედრილი სიმსივნური უჯრედების მოცილებისა და განადგუ-

რების მიზნით. მაგალითად, საოპერაციო ველის ფურაცილინის ხსნარით გამორეცხვა, 96%-იანი სპირტით ან 3%-იანი წყალბადის ზეჟანგით დამუშავება.

ადრეული სტადიების (I-IIა) მაღალდიფერენცირებული სიმსივნეების მხოლოდ ქირურგიული მკურნალობით შესაძლებელია დაავადების სრული განკურნება ან ხანგრძლივი რემისიის მიღწევა. ადგილობრივად გავრცელებული სიმსივნეების დროს მიმართავენ კომბინირებულ და გაფართოებულ ოპერაციებს. *კომბინირებულია* ოპერაცია, როცა მოსაცილებელი ქსოვილებისა და ორგანოების ბლოკში, სიმსივნით დაზიანებული ძირითადი ორგანოსა და რეგიონული ლიმფური აპარატის გარდა, შედის სიმსივნურ პროცესში ჩართული მომიჯნავე ორგანოები ან მათი ნაწილი.

გაფართოებულს უწოდებენ ოპერაციას, როცა მოსაცილებელი ქსოვილების მოცულობა იზრდება დაზიანებული ორგანოს ამოკვეთილი ნაწილის ან სიმსივნესთან ახლომდებარე იმ ლიმფური კოლექტორის ამოკვეთის ხარჯზე, რომელსაც სტანდარტული ოპერაციის დროს, ჩვეულებრივ, არ იღებენ. მაგალითად, პარააორტული ლიმფური კვანძების ამოკვეთა — გასტრექტომიის დროს, ლავიწზედა ლიმფური კვანძის ამოკვეთა — მასტექტომიის დროს, სუბტოტალური კოლექტომია — განივი კოლინჯის კიბოს დროს.

ზოგიერთ შემთხვევაში, სიმსივნის ლოკალიზაციის, სტადიის, ზრდის ფორმის, პაციენტის ხანდაზმული ასაკისა და თანმხლები დაავადებების გათვალისწინებით, პალიატიური ოპერაცია ტარდება დამოუკიდებელი ქირურგიული მკურნალობის რანგში, ან კომბინირებული და კომპლექსური მკურნალობის ერთ-ერთ კომპონენტს წარმოადგენს.

სხივური თერაპია

სხივურ მკურნალობას, ისევე როგორც ქირურგიულს, ლოკალურ-რეგიონული ზემოქმედების უნარი აქვს. იგი მკურნალობის კონსერვატიული მეთოდია და შეიძლება გამოყენებულ იქნეს, როგორც მონოთერაპია, ან როგორც კომბინირებული და კომპლექსური მკურნალობის მნიშვნელოვანი კომპონენტი. სხივური თერაპია შეიძლება ჩატარდეს როგორც რადიკალური, ასევე პალიატიური მკურნალობის მიზნით.

მაიონებელი გამოსხივების თერაპიულ ეფექტს საფუძვლად უდევს, ერთი მხრივ, მის მიერ სიმსივნის დევიტალიზაცია, ხოლო, მეორე მხრივ, — ირგვლივმდებარე ქსოვილების ტოლერანტობა, მათი რეზორბციული და რეგენერაციული თვისებები.

ცნობილია, რომ მაიონებელი გამოსხივების ყველა სახე (ალფა-, ბეტა- ნაწილაკები, ნეიტრონები, პროტონები, რენტგენის და გამა-გამოსხივება) იწვევს ერთი ტიპის, მაგრამ განსხვავებულ მაიონებელ გამოსხივებას, რაც განაპირობებს ატომებისა და მოლეკულების აგზნებას.

მაიონებელი გამოსხივების რეალიზაციის პირველი გზაა გამოსხივების უშუალო ზემოქმედება მოლეკულაზე. დნმ არის ის სამიზნე მოლეკულა, რომლის დაზიანებაც იწვევს უჯრედის სიკვდილს დასხივების პირდაპირი ზემოქმედებით.

მაიონებელი გამოსხივების რეალიზაციის მეორე გზაა უჯრედზე არაპირდაპირი ზემოქმედება იონიზაციით, ძირითადად — წყლის რადიოლიზით. $H^{\cdot}$ და OH^{-} თავისუფალი რადიკალების ჟანგბადის მოლეკულასთან ურთიერთქმედება წარმოქმნის წყალბადის ზეჟანგს, რომელიც ხასიათდება უჯრედზე ტოქსიკური მოქმედებით: ხდება ყველა

ტიპის ნივთიერებათა ცვლის მოშლა, ქვეითდება ფერმენტული სისტემების აქტივობა, უჯრედებსა და ქსოვილებში ვითარდება ნეკრობიოზური პროცესი.

მაიონებელი გამოსხივების რადიობიოლოგიური ეფექტი დამოკიდებულია ბიოლოგიურ სუბსტრატში ჟანგბადის კონცენტრაციაზე. ეს მოვლენა ცნობილია „ჟანგბადის ეფექტის“ სახელწოდებით. უკანასკნელ ხანებში იგი გამოიყენება დასხივების მიმართ სიმსივნის უჯრედების მგრძნობელობის გასაძლიერებლად.

მაიონებელი გამოსხივების რადიობიოლოგიური ეფექტი დამოკიდებულია აგრეთვე დასხივების ფართობზე, გამოსხივების დოზასა და სახეზე, ექსპოზიციაზე (ხანგრძლივობაზე), სხივური მკურნალობის სახესა და სიმსივნის ინდივიდუალურ რადიომგრძნობელობაზე.

რადიაციის ზემოქმედების შედეგად შეიძლება განვითარდეს შემდეგი სახის ცვლილებები: 1) მიტოზის შეჩერება, რომლის შემდეგაც უჯრედი ინარჩუნებს ნორმალური გაყოფის უნარს; 2) მიტოზის სრული დათრგუნვა – უჯრედი კარგავს გაყოფის უნარს, მაგრამ არ კვდება; 3) უჯრედის სიკვდილი ერთი ან რამდენიმე გაყოფის შემდეგ (რეპროდუქციული დაღუპვა); 4) უჯრედის სიკვდილი ხანგრძლივი დროის შემდეგ, მიტოზის ფაზის გარეშე (ინტერფაზული სიკვდილი); 5) უჯრედის უეცარი სიკვდილი („სხივის ქვეშ“) დასხივების ძალიან მაღალი დოზის მიღებით გამოწვეული ცილების სწრაფი დენატურაციის გამო; 6) ქრომოსომების სტრუქტურის დარღვევა. ამასთან ერთად, დასხივება იწვევს უჯრედისა და ბირთვის მემბრანების განვლადობის დარღვევას, რასაც მოჰყვება უჯრედის საერთო მეტაბოლიზმის მოშლა და სიკვდილი.

სხვადასხვა ქსოვილს სხვადასხვანაირი რადიომგრძნობელობა გააჩნია. ნორმალური ქსოვილის რადიომგრძნობელობასა და სიმსივნური ქსოვილის რადიომგრძნობელობას შორის სხვაობას ***რადიომგრძნობელობის თერაპიული ინტერვალი*** ეწოდება. რაც უფრო დიდია თერაპიული ინტერვალი, მით უფრო მეტია სხივური თერაპიის ეფექტი: მეტად ზიანდება სიმსივნე და ნაკლებად – ჯანმრთელი ქსოვილი.

სხივური თერაპიის ძირითად ჩვენებას წარმოადგენს სიმსივნის რადიომგრძნობელობა და ადგილობრივი გავრცელება. სხივური თერაპია, როგორც მკურნალობის დამოუკიდებელი მეთოდი, ძირითადად გამოიყენება საწყისი სტადიის ბრტყელუჯრედოვანი კიბოს და ზოგიერთი სხვა ლოკალიზაციის სიმსივნეების დროს.

რადიომგრძნობელობის მიხედვით, ავთვისებიანი სიმსივნეები შეიძლება შემდეგნაირად დავახარისხოთ:

- მაღალი რადიომგრძნობელობის სიმსივნეები – ლიმფომები, ემბრიონული სიმსივნეები (სემინომა, დისგერმინომა), კიბოს წვრილუჯრედოვანი და დაბალდიფერენცირებული ფორმები;
- შედარებით მაღალი რადიომგრძნობელობის სიმსივნეები – ბრტყელუჯრედოვანი კიბო (კანის, პირ-ხახის, საყლაპავის, ხორხის, საშვილოსნოს ყელის, სწორი ნაწლავის ანალური ნაწილის);
- საშუალო რადიომგრძნობელობის სიმსივნეები – საშვილოსნოს ტანის, ძუძუს, ფარისებრი ჯირკვლის, ბრონქების კიბო, ანგიოსარკომები, ასტრობლასტომები;

- დაბალი რადიომგრძნობელობის სიმსივნეები – კუჭის, ღვიძლის, კუჭუკანა ჯირკვლის კიბო, ძვლებისა და შემაერთებელი ქსოვილების სარკომები;
- ძალიან დაბალი რადიომგრძნობელობის სიმსივნეები – კუნთებისა და ნერვული ქსოვილების სარკომები.

დასხივების მიმართ უჯრედი მით უფრო მგრძნობიარეა (მგრძნობელობაში იგულისხმება დასხივების შედეგად მასში მომხდარი მორფოლოგიური ცვლილებები), რაც უფრო მეტად აქვს გამოხატული პროლიფერაციის უნარი, რაც უფრო ხანგრძლივად მიმდინარეობს მასში კარიოკინეზის პროცესი და რაც უფრო ნაკლებად დიფერენცირებულია მისი მორფოლოგია და ფუნქცია.

უჯრედის რადიომგრძნობელობა დამოკიდებულია უჯრედული ციკლის ფაზებზე (G_0 – სიმშვიდის, G_1 – პრესინთეზური, S – სინთეზური, G_2 – პოსტსინთეზური და – მიტოზის ფაზები): ყველაზე მგრძნობიარეა M, შედარებით ნაკლებმგრძნობიარეა G_2 და G_1 ფაზები, ხოლო ყველაზე ნაკლებად მგრძნობიარე – S ფაზა. სიმსივნის რადიომგრძნობელობის გაზრდა შესაძლებელია უჯრედის გაყოფის აქტივაციითა და სინქრონიზაციით – ჰიპერთერმიის, რადიომოდიფიკატორების (მეტრონიდაზოლი), ქსოვილების ჰიპერ- და ჰიპოქსიგენაციისა და სხვა მექანიზმების გამოყენებით.

სიმსივნის რადიომგრძნობელობა მიტოზური აქტივობის პირდაპირპროპორციული და სიმსივნის დიფერენციაციის ხარისხის უკუპროპორციულია.

მაიონებელი გამოსხივების ბიოლოგიური ეფექტი დამოკიდებულია ქსოვილის მიერ შთანთქმული ენერგიის რაოდენობაზე, რომელსაც ***დასხივების შთანთქმული დოზა*** ეწოდება. მისი საზომი საერთაშორისო ერთეულია **გრეი** (ჯოული/კგ).

სხივური თერაპიის სახეებია: დისტანციური (სტატიკური და მოძრავი) და კონტაქტური (ღრუსშიგნითა, ქსოვილშიგა, აპლიკაციური და სელექციური რადიონუკლიდური) გამა-თერაპია.

სხივური თერაპიის *უკუჩვენებებია*:

- პაციენტის ზოგადი მძიმე მდგომარეობა;
- გავრცელებული სიმსივნე რღვევის, სისხლდენის ან სეროზული გამონადენისადმი მიდრეკილებით, მრავლობითი მეტასტაზები;
- ტუბერკულოზის აქტიური ფორმა, მიოკარდიუმის ინფარქტი, გულის მწვავე და ქრონიკული უკმარისობა.

სხივური თერაპიის შეწყვეტის ჩვენებებია:

- მწვავე და ქრონიკული სხივური რეაქცია;
- ლეიკოპენია, თრომბოციტოპენია, გამოხატული ანემია.

სხივური თერაპიის დაგეგმარებისას დაცული უნდა იყოს ორი ძირითადი პრინციპი: 1) ზონალურობის პრინციპი, ე. ი. სხივდება ძირითადი სიმსივნე რეგიონულ ლიმფურ კოლექტორთან ერთად; 2) დაზიანების ზონაში უნდა შეიქმნას დასხივების მაქსიმალური დოზა ისე, რომ ირგვლივ მდებარე ქსოვილებმა და ორგანოებმა მინიმალური სხივური დატვირთვა მიიღოს.

მონოსხივური თერაპია მიზნად ისახავს სიმსივნის სრულ დევიტალიზაციას. კომბინირებული მკურნალობისას რადიოთერაპიის ამოცანები განსხვავებულია და დამოკიდებულია ამ უკანასკნელის ვარიანტზე.

ოპერაციამდელი სხივური თერაპიის მიზანია ყველაზე ავთვისებიანი სიმსივნე-

ების მოპროლიფერირე უჯრედების დაზიანება, მათი გამრავლებისა და იმპლანტაციის უნარის დათრგუნვა სუბლეტალური დაზიანებით, პირველადი კერის მიღმა მიკროდისემინატების რეგრესია და ოპერაციისათვის უფრო უკეთესი აბლასტიკური პირობების შექმნა. შეისწავლება ოპერაციისწინა დასხივების შესაძლებლობები ორგანოშემანარჩუნებელი ოპერაციების რადიკალიზმის მისაღწევად.

ოპერაციისშემდგომი სხივური თერაპია განიხილება როგორც საოპერაციო ველის „სტერილიზაციისა" და სიმსივნის სუბკლინიკური გავრცელების ზონებზე ზემოქმედების ძირითადი მეთოდი. მისი ჩატარება მიზანშეწონილია სიმსივნის არასრული ამოკვეთის, ოპერაციის დროს აბლასტიკის პრინციპების დარღვევის ან იმ შემთხვევაში, როცა ექიმი ქირურგიული მკურნალობის რადიკალურობაში დარწმუნებული არ არის.

პალიატიური სხივური თერაპიის მიზანია ავადმყოფის კლინიკური მდგომარეობის გაუმჯობესება იმ შემთხვევაში, როცა სიმსივნის გავრცელების გამო რადიკალური მკურნალობა ვერ ტარდება.

სხივური თერაპიის ერთჯერადი და ჯამური კეროვანი დოზები განისაზღვრება მკურნალობის ამოცანებით, სიმსივნის ლოკალიზაციით, გავრცელებით და ჰისტოლოგიური სტრუქტურით.

რადიკალური მკურნალობა ტარდება დასხივების დოზის კლინიკური ფრაქციონირების რეჟიმში (2-2 გრეი დღეში, 5 დღე კვირაში), რომლის დროსაც ჯამური კეროვანი დოზა 60-70 გრეის შეადგენს.

სიმსივნის მიმდებარე ქსოვილებისა და კრიტიკული ორგანოების (ძვლის ტვინი, თვალი, ნაწლავი, შარდის ბუშტი, გონადები, გული, ფილტვი და ა. შ.) დასაცავად გამოიყენება დასხივების ფიგურული ველები (რომლებიც იქმნება სხვადასხვა მოწყობილობებით), აგრეთვე მრავალველიანი და როტაციული დასხივება, ამასთან, 40-45 გრეი ჯამური დოზის მიღების შემდეგ დასაშვებია დასხივების მოცულობის შემცირება. თერაპიული ეფექტის გასაძლიერებლად შესაძლებელია მსხვილი ფრაქციებით დასხივება (4-6 გრეი – ერთჯერადად, არაუმეტეს 12-14 გრეისა კვირაში, 50 გრეი ჯამური კეროვანი დოზით), რომელიც თავისი ბიოლოგიური ეფექტით ჩვეულებრივი ფრაქციული დასხივების (2-2 გრეი – ერთჯერადად) ჯამურ დოზას – 60-70 გრეის შეესაბამება.

სხივების სიმსივნის საწინააღმდეგო მოქმედების გაძლიერება, ირგვლივ მდებარე ქსოვილების რეპარაციული უნარის შენარჩუნებით, მიიღწევა გახლეჩილი კურსებით მკურნალობისას, როცა 30-35 გრეის მიღების შემდეგ 2-3-კვირიან შესვენებას ნიშნავენ და შემდეგ აგრძელებენ მკურნალობას, რაც ჯამური კეროვანი დოზის 15%-ით გაზრდის საშუალებას იძლევა.

ოპერაციისწინა სხივური თერაპია ხშირად გამოიყენება ორი ვარიანტით: 1)2-2 გრეი ყოველდღიურად (ჯამური დოზა – 40 გრეი), 4 კვირის განმავლობაში; 2) 4-5 გრეი ყოველდღიურად (ჯამური დოზა – 20-30 გრეი), 4-5 დღის განმავლობაში, რაც ბიოლოგიური აქტივობით ფრაქციული დასხივების ჯამური დოზის (30-40 გრეი) ეკვივალენტურია. ოპერაცია უნდა გაკეთდეს მსხვილფრაქციული დასხივების დამთავრებიდან 1-3 დღის ვადაში.

ოპერაციისშემდგომი დასხივება ტარდება ოპერაციიდან 2-3 კვირის, ე. ი. ავადმყოფის ზოგადი მდგომარეობის გაუმჯობესებისა და ჭრილობის შეხორცების, შემდეგ.

ადგილობრივად გავრცელებული პირველადი და რეციდიული სიმსივნეების, აგრეთვე მათი დაწყლულების ან შეშუპების შემთხვევაში სხივური თერაპია უნდა ჩატარდეს არათანაბარი დასხივების მეთოდიკით, რისთვისაც გამოიყენება ცხაური, დახურული და ღია დამცავი სარკმლების სხვადასხვა თანაფარდობით.

რენტგენთერაპია, როგორც წესი, გამოიყენება მხოლოდ ზედაპირული ლოკალიზაციის სიმსივნეების დროს.

მედიკამენტური მკურნალობა

მედიკამენტური მკურნალობისთვის გამოიყენება ქიმიოპრეპარატები, ჰორმონები და იმუნოპრეპარატები (მათი წარმოშობის და ამორჩევითი მოქმედების შესაბამისად).

არსებობს ქიმიოპრეპარატების შემდეგი ჯგუფები:

- მაალკილირებელი (ციკლოფოსფანი, იფოსფამიდი);
- ანტიმეტაბოლიტები (ფტორურაცილი, მეტოტრექსატი);
- მცენარეული წარმოშობის ანტიმიტოზური საშუალებები (ვინკრისტინი, ტაქსოლი);
- ანტიბიოტიკები (დოქსორუბიცინი, ბლეომიცინი);
- სხვა არაკლასიფიცირებადი პრეპარატები (პროკარბაზინი, ცისპლატინა).

ქიმიოპრეპარატებით დამოუკიდებლად ან სხვა ჯგუფის მედიკამენტებთან კომბინაციაში მკურნალობით მიიღწევა ხანგრძლივი კლინიკური რემისია ან სრული განკურნება.

ახალი თაობის ქიმიოპრეპარატების, მათი ტოქსიკურობის შემამცირებელი საშუალებების, სინთეზური ჰორმონების, იმუნოკორექტორების, ბისფოსფონატების გამოყენებით და მათი მოქმედების მექანიზმის შესწავლით შესაძლებელი გახდა დასხივების უფრო დიდი დოზებისა და მკურნალობის აგრესიული სქემების გამოყენება.

ციტოსტატიკებისადმი მგრძნობელობის მიხედვით, ავთვისებიანი სიმსივნეები 4 ჯგუფად იყოფა:

I ჯგუფი – როცა ქიმიოთერაპია არის მკურნალობის ძირითადი მეთოდი, მაგალითად, ქორიონკარცინომის დროს.

II ჯგუფი – მგრძნობიარე სიმსივნეები, როცა მიიღწევა ხანგრძლივი რემისია, სიცოცხლის გახანგრძლივება და განკურნება, ხშირად – ქირურგიულ და სხივურ მკურნალობასთან კომბინაციაში (რეტინობლასტომა, ვილმსის სიმსივნე, რაბდომიოსარკომა, იუინგის სარკომა, ფილტვის წვრილუჯრედოვანი კიბო, სათესლე ჯირკვლის სიმსივნეები, ლიმფობლასტური ლეიკემია, ქრონიკული ლიმფოციტური ლეიკემია, პოლიციტემია).

III ჯგუფი – შედარებით მგრძნობიარე სიმსივნეები (ძუძუს კიბო, მიელომური დაავადება, რბილი ქსოვილების სარკომა, ოსტეოგენური სარკომა, მწვავე მიელობლასტური ლეიკემია, ნეირობლასტომა, საკვერცხეების კიბო და სხვა). ამ დროს ქიმიოთერაპია არის კომბინირებული მკურნალობის ერთ-ერთი ეტაპი.

IV ჯგუფი – ციტოსტატიკებისადმი რეზისტენტული სიმსივნეები, რომელთა 1/3-ში ქიმიოთერაპია იძლევა სიმსივნის ნაწილობრივ რეგრესიას, შორეული შედეგების გაუმჯობესების გარეშე (ფილტვის ბრტყელუჯრედოვანი კიბო, კანის მელანომა, კუჭნაწლავის ტრაქტის კიბო, შარდის ბუშტისა და თირკმლის კიბო).

ქიმიოთერაპია შეიძლება გამოვიყენოთ როგორც ზოგადი (სისტემური,

ზოგადრეზორბციული), ასევე ადგილობრივი (რეგიონული) ზემოქმედებისათვის. ზოგადი ზემოქმედებისათვის პრეპარატი შეყავთ პერორალურად, ინტრამუსკულურად, ინტრავენურად ან ინტრაარტერიულად.

ყველაზე ეფექტურია პოლიქიმიოთერაპია. უკანასკნელ ხანებში ინერგება და დიდი მნიშვნელობა ენიჭება ქიმიოპრეპარატების იზოლირებულ ხანგრძლივ პერფუზიასა და ერთჯერად ინტრაარტერიულ შეყვანას.

ყოველი ქიმიოპრეპარატი სპეციფიკურია გარკვეული ჰისტოლოგიური ტიპის ავთვისებიანი სიმსივნეების მიმართ, ამიტომ ქიმიოთერაპიის დაუსაბუთებელმა დანიშვნამ შეიძლება უარყოფითი შედეგი გამოიღოს – დააზიანოს სისხლმბადი და სხვა სისტემები, დააქვეითოს ორგანიზმის ანტიბლასტომური იმუნური სტატუსი.

ქიმიოთერაპიის დანიშვნის დროს გათვალისწინებული უნდა იყოს შემდეგი ფაქტორები:

- ავადმყოფის ზოგადი მდგომარეობა;
- ჰემატოლოგიური მაჩვენებლები;
- სიმსივნის ლოკალიზაცია, ჰისტოტიპი, დიფერენცირების ხარისხი.

აღნიშნული ფაქტორებისა და უჯრედული ციკლის ფაზებზე ქიმიოპრეპარატების სხვადასხვა ჯგუფების მოქმედების თავისებურებათა გათვალისწინებით ხდება მედიკამენტების სხვადასხვა კომბინაციის, სქემის, დოზისა და რეჟიმის შერჩევა.

ქიმიოთერაპიის სქემების შერჩევისას დაცული უნდა იყოს ძირითადი პრინციპები:

- პოლიქიმიოთერაპიის კომპლექსში უნდა შედიოდეს სხვადასხვა ჯგუფის პრეპარატები, რომელთაც მოქმედების განსხვავებული მექანიზმები გააჩნიათ;
- თითოეული პრეპარატი, ცალკე აღებული, ეფექტური უნდა იყოს მოცემული სიმსივნის მიმართ;
- პრეპარატების ჯამური ტოქსიკურობა არ უნდა აღემატებოდეს ცალკე აღებული თითოეული პრეპარატის ტოქსიკურობას.

ქიმიოპრეპარატების თერაპიული მოქმედების დიაპაზონი ვიწროა. მედიკამენტის სიმსივნის საწინააღმდეგო ეფექტი მიღებული პრეპარატის დოზის პირდაპირპროპორციული და სიმსივნის მასის უკუპროპორციულია.

ქიმიოთერაპიის ჩვენებებია:

- დაავადებები, რომელთა განკურნება შესაძლებელია მხოლოდ ქიმიოთერაპიით;
- დაავადებები, რომელთა მკურნალობის კომპლექსშიც ქიმიოთერაპიას დამატებითი სამკურნალო ეფექტი აქვს (ადიუვანტური ქიმიოთერაპია);
- მეტასტაზების პროფილაქტიკა;
- ინოპერაბელურიდან ოპერაბელურ მდგომარეობაში სიმსივნის გადაყვანის მცდელობა;
- პალიატიური მკურნალობა.

ქიმიოთერაპიის უკუჩვენებებია:

- ღვიძლის ფუნქციის დაქვეითება, სიყვითლე;
- თირკმლის ფუნქციის დაქვეითება;
- კარდიოლოგიური სტატუსის დარღვევები;
- სასუნთქი სისტემის დარღვევები;

- ჰემატოლოგიური მაჩვენებლების დაქვეითება;
- კახექსია;
- იმუნოდეფიციტური მდგომარეობები ინფექციების თანხლებით;
- თანმხლები რევმატოიდული და ნეეროლოგიური დაავადებები.

ქიმიოთერაპიის შეწყვეტის ჩვენებებია:

- ჰემატოლოგიური მაჩვენებლების დაქვეითება (ლეიკოციტები – 3 000-ზე ნაკლები, თრომბოციტები – 100 000-ზე ნაკლები, ჰემოგლობინი – 80გ/ლ-ზე ნაკლები);
- მუკოზიტები (სტომატიტი, ენტერიტი);
- ფილტვების ფიბროზი;
- ჰემატო-, კარდიო-, ნეფრო- და ნეიროტოქსიკური ეფექტი;
- ინტერკურენტული და ჰოსპიტალური ინფექციების აქტივაცია;
- დაავადების პროგრესირება მკურნალობის ფონზე;

იმუნოთერაპია პირობითად შეიძლება დავყოთ 3 სახეობად:

- *აქტიური იმუნოთერაპია* (სპეციფიკური და არასპეციფიკური), რომლის საშუალებითაც ხდება ორგანიზმის ზოგადი იმუნოლოგიური რეაქციის ამაღლება;
- *პასიური იმუნოთერაპია* (მონოკლონური და პოლიკლონური ანტისხეულებით) – მზა ანტისხეულების, აგრეთვე იმუნიზებული დონორებისაგან ან პაციენტებისგან სიმსივნის სპონტანური რეგრესიის შემდეგ აღებული სისხლის შრატის შეყვანა;
- *ადოპტიური (მაკორექტირებელი) იმუნოთერაპია* – ემყარება სიმსივნური დაავადების ფონზე ორგანიზმში განვითარებული ანტიბლასტომური ფაქტორების დარღვეული თანაფარდობის შეცვლას/აღდგენას.

ადოპტიური იმუნოთერაპიისათვის გამოიყენება დეკარისი, ტაქტივინი, ალფა-ინტერფერონი. ამ უკანასკნელს ანტიპროლიფერაციული მოქმედება აქვს და ეფექტურია მიელომური დაავადების, კაპოშის სარკომის, მელანომის, ლეიკემიების, ბაზალიომების, შარდის ბუშტის კიბოს, ლიმფოგრანულომატოზის, წკეტიანი კონდილომების დროს.

ჰორმონთერაპია მაღალი ეფექტურობით ვამოირჩევა ჰორმონდამოკიდებული სიმსივნეების დროს (წინამდებარე და ფარისებრი ჯირკვლების, ძუძუს, საშვილოსნოს ტანის კიბო). ჰორმონთერაპიას ემორჩილება აგრეთვე საკვერცხეების, ხორხის, თირკმლის, პანკრეასის კიბო და მელანომები. მნიშვნელოვანია ჰორმონების როლი ლეიკემიების და ლიმფომების მკურნალობაში.

ჰორმონთერაპია გამოიყენება, როგორც კომპლექსური მკურნალობის ერთ-ერთი კომპონენტი ან დამოუკიდებლად – კიბოს პროგრესირებადი ფორმების დროს (ენდომეტრიუმის, ძუძუს, პროსტატის კიბო). იყენებენ აგრეთვე ჩანაცვლებითი თერაპიის მიზნით – ენდოკრინული ორგანოების ამოკვეთის შემდეგ და რეციდივების განვითარების შესაფასებლად. სასქესო ჰორმონებისა და გლუკოკორტიკოიდების მოქმედების განსხვავებული მექანიზმის გამო შესაძლებელია მათი ერთობლივი დანიშვნა.

ჰემოპოეზისა და იმუნური სტატუსის კორექციის მიზნით გამართლებულია კორტიკოსტეროიდების დანიშვნა ქიმიოთერაპიასთან ერთად. გლუკოკორტიკოიდები

მოქმედებენ ცილოვან და მინერალურ ცვლაზე, აქვთ ანთების საწინააღმდეგო მოქმედება და მათი დანიშვნა შესაძლებელია თითქმის ყველა ავთვისებიანი სიმსივნის სიმპტომური მკურნალობის დროს.

სიმსივნის საწინააღმდეგო ჰორმონული პრეპარატების თავისებურებას წარმოადგენს ის, რომ შესაძლებელია ხანგრძლივი დროის განმავლობაში დიდი დოზებით უწყვეტად მიღება. მათ ახასიათებთ გვერდითი მოქმედებები, ამიტომ ინიშნება ინდივიდუალურად, ასაკის, ჰორმონული ფონის, მენსტრუაციული ციკლის და ა. შ. გათვალისწინებით.

ჰორმონთერაპიის თანამედროვე მიღწევები დაკავშირებულია სინთეზური ანალოგების, ანტიდოტებისა და პროლონგირებული მოქმედების პრეპარატების შექმნასთან, რომლებიც ზემოქმედებას ახდენენ ავადმყოფის ზოგად მდგომარეობაზე, ენდოკრინული სისტემის ცენტრალურ რგოლზე და შესაძლებელია მათი გამოყენება ტერმინალური სტადიების დროს.

ჰორმონთერაპიისათვის გამოიყენება პრეპარატების შემდეგი ჯგუფები:

- ესტროგენები (სინესტროლი);
- ანდროგენები (ტესტოსტერონი);
- გლუკოკორტიკოიდები (პრედნიზოლონი);
- ანტიესტროგენები (ტამოქსიფენი);
- პროგესტინები (პროვერა);
- ანტიანდროგენები (ფლუცინომი);
- სხვადასხვა ორგანოს ჰორმონები (მაგ., ფარისებრი ჯირკვლის)

სიმპტომური მკურნალობა

სიმპტომური მკურნალობა ტარდება იმ შემთხვევაში, როცა სპეციალური მკურნალობის ჩატარება შეუძლებელია დაავადების გავრცელების ან თანმხლები დაავადებისა და ავადმყოფის ხანდაზმული ასაკის გამო (IV კლინიკური ჯგუფი); აგრეთვე მაშინ, როცა პაციენტი სპეციალური მკურნალობის ჩატარებაზე უარს აცხადებს.

სიმპტომური მკურნალობა ტარდება დაავადების პროგრესირებით გამოწვეული მძიმე სიმპტომების შემცირების ან ლიკვიდაციის მიზნით: განმტვირთავი ოპერაციები (სტომები, შემოვლითი ანასტომოზები), ჰემოსტაზი, სითხის ამოღება პლევრის ან პერიტონეუმის ღრუდან, დიეტა, ფსიქოთერაპია, ანალგეზია, კუჭის მოქმედებისა და შარდვის მოწესრიგება, ძვლების იმობილიზაცია მათი სიმსივნური დაზიანებისა და პათოლოგიური მოტეხილობების დროს.

ასეთი ავადმყოფებისათვის ბინის პირობებში დანიშნულების მიცემა (სიმპტომური მკურნალობის გეგმის შედგენა და მისი შესრულების კონტროლი) ონკოლოგის მოვალეობაა. იმ დაწესებულებაში, სადაც არ არის ონკოლოგი, მკურნალობას ატარებს ზოგადი პრაქტიკის ექიმი ან შესაბამისი დარგობრივი სპეციალისტი, ონკოლოგთან შეთანხმებით.

ტუჩის კიბო (C00)

ტუჩის კიბო შედარებით ხშირი დაავადებაა და ადამიანის ავთვისებიანი სიმსივნეების 3-8%-ში გვხვდება; საქართველოში ეს მაჩვენებელი 1%-ია. უპირატესად ზიანდება ქვედა ტუჩი. ზედა ტუჩის კიბო იშვიათია და ტუჩის ყველა ავთვისებიანი სიმსივნის 2-5%-ს შეადგენს. მეტწილად ავადდებიან ხანდაზმული მამაკაცები.

ტუჩის კიბო, ჩვეულებრივ, ვითარდება წითელი ყაითნიდან, ხანგრძლივი კიბოსწინა მდგომარეობის ფონზე. შემთხვევათა 85-90%-ში გვხვდება მაღალდიფერენცირებული ბრტყელუჯრედოვანი კიბო გარქაუებით, იშვიათად (13%-ში) – ბრტყელუჯრედოვანი კიბო გარქაუების გარეშე და კიდევ უფრო იშვიათად – ბაზალურუჯრედოვანი ან არადიფერენცირებული კიბო. კლინიკურად არჩევენ პაპილურ, წყლულოვან და წყლულოვან-ინფილტრაციულ ფორმებს.

მეტასტაზები უპირატესად ლიმფოგენურია. დიაგნოზი ისმება ანამნეზის, ფიზიკალური გასინჯვის, ციტოლოგიური და ჰისტოლოგიური გამოკვლევების საფუძველზე.

ტუჩის (C00) კიბოს კლასიფიკაცია TNM სისტემით (მე-6 გამოცემა, 2002წ):

ტუჩი წარმოდგენილია შემდეგი ანატომიური ლოკალიზაციებით:

1. ზედა ტუჩის გარეთა ნაწილი (ტუჩის წითელი ყაითანი) (C00.0); 2. ქვედა ტუჩის გარეთა ნაწილი (ტუჩის წითელი ყაითანი) (C00.1); 3. ტუჩების შესართავი (C00.6).

ტუჩისათვის რეგიონული ლიმფური კვანძები კისრის ლიმფური კვანძებია.

TNM კლინიკური კლასიფიკაცია

T - პირველადი სიმსივნე

TX პირველადი სიმსივნის შესაფასებლად საკმარისი მონაცემები არ არის

T0 პირველადი სიმსივნის არსებობის ნიშნები არ არის

Tis პრეინვაზიური კარცინომა (Carcinoma in situ)

T1 2 სმ-მდე ზომის სიმსივნე

T2 2 სმ-დან 4 სმ-მდე ზომის სიმსივნე

T3 4 სმ-ზე მეტი ზომის სიმსივნე

T4a სიმსივნე გავრცელებულია ძვლის კორტიკულ შრეზე, ქვედა ალვეოლურ ნერვზე, პირის ღრუს ფსკერზე, ნიკაპის ან ცხვირის კანზე

T4b სიმსივნე ჩაზრდილია საღეჭ კუნთში, ძირითადი ძვლის ფრთისებრ ფირფიტაში, ქალას ფუძეში, ან გავრცელებულია შიგნითა საძილე არტერიის გარსზე (პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის კიბოსთვის)

შენიშვნა: ღრძილის პირველადი კიბოს დროს კბილბუდეზე მხოლოდ ზედაპირული ეროზიის არსებობა არ არის საკმარისი სიმსივნის T4 კატეგორით კლასიფიკაციისათვის.

N – რეგიონული ლიმფური კვანძები

NX რეგიონული ლიმფური კვანძების შესაფასებლად საკმარისი მონაცემები არ არის

N0 რეგიონული ლიმფური კვანძების მეტასტაზური დაზიანების ნიშნები არ არის
N1 3 სმ-მდე ზომის მეტასტაზი ერთ ლიმფურ კვანძში, დაზიანების მხარეს
N2 3 სმ-დან 6 სმ-მდე ზომის მეტასტაზი ერთ ლიმფურ კვანძში, დაზიანების მხარეს; ან 6 სმ-მდე ზომის მრავლობითი მეტასტაზი ლიმფურ კვანძებში, დაზიანების მხარეს; ან 6 სმ-მდე ზომის მეტასტაზი ლიმფურ კვანძებში, ორმხრივად ან დაზიანების მოპირდაპირე მხარეს
2a 3 სმ-დან 6 სმ-მდე ზომის მეტასტაზი ერთ ლიმფურ კვანძში, დაზიანების მხარეს
2b 6 სმ-მდე ზომის მრავლობითი მეტასტაზი რამდენიმე ლიმფურ კვანძში, დაზიანების მხარეს
N2c 6 სმ-მდე ზომის მეტასტაზი ლიმფურ კვანძებში, ორმხრივად ან დაზიანების მოპირდაპირე მხარეს
N3 6 სმ-ზე მეტი ზომის მეტასტაზი რეგიონულ ლიმფურ კვანძში
შენიშვნა: შუა ხაზის ლიმფური კვანძი უნდა შეფასდეს როგორც დაზიანების მხარეს მდებარე ლიმფური კვანძი

M – შორეული მეტასტაზები

MX შორეული მეტასტაზის შესაფასებლად საკმარისი მონაცემები არ არის
M0 შორეული მეტასტაზის არსებობის ნიშნები არ არის
M1 აღინიშნება შორეული მეტასტაზი

pTNM პათოჰისტოლოგიური კლასიფიკაცია

pT, pN, pM კატეგორიები შეესაბამება T, N, M კატეგორიებს.

pN0 ჰისტოლოგიური გამოკვლევისთვის კისრის ნაწილობრივი ლიმფოდისექციით მიღებული მასალა, როგორც წესი, უნდა შეიცავდეს არანაკლებ 6, ხოლო რადიკალური ან მოდიფიცირებული რადიკალური დისექციით მიღებული მასალა – არანაკლებ 10 ლიმფურ კვანძს. იმ შემთხვევაში, თუ ლიმფურ კვანძებში სიმსივნური უჯრედები არ აღმოჩნდა, მაგრამ გამოკვლეული ლიმფური კვანძების რაოდენობა, შესაბამისად, 6-ზე და 10-ზე ნაკლებია, კლასიფიკაცია ხდება pN0 კატეგორიით. როცა სიმსივნის ზომა წარმოადგენს pN კატეგორიის შეფასების კრიტერიუმს, უნდა გაიზომოს მეტასტაზი და არა მთლიანად ლიმფური კვანძი.

G – ჰისტოლოგიური გრადაცია

GX დიფერენციაციის ხარისხის შესაფასებლად საკმარისი მონაცემები არ არის
G1 მაღალდიფერენცირებული
G2 საშუალოდ დიფერენცირებული
G3 დაბალდიფერენცირებული
G4 არადიფერენცირებული

სტადიების მიხედვით დაჯგუფება

0 სტადია	Tis	N0	M0
I სტადია	T1	N0	M0
II სტადია	T2	N0	M0
III სტადია	T1, T2	N1	M0
	T3	N0, N1	M0
IVA სტადია	T1, T2, T3	N2	M0
	T4a	N0, N1, N2	M0
IVB სტადია	ნებისმიერი T	N3	M0
	T4b	ნებისმიერი N	M0
IVC სტადია	ნებისმიერი T	ნებისმიერი N	M1

მკურნალობა. *ტუჩის* 0 სტადიის (TisN0M0) კიბოს დროს ტარდება კრიოდესტრუქცია.

I სტადიის (T1N0M0) კიბოს მკურნალობის მეთოდია ახლოფოკუსიანი რენტგენთერაპია 60-70 გრეი ჯამური კეროვანი დოზით ან სიმსივნის კრიოდესტრუქცია.

II სტადიის (T2N0M0) კიბოს დროს ტარდება ახლოფოკუსიანი ან ღრმა რადიოთერაპია 60-70 გრეი ჯამური კეროვანი დოზით.

I-II სტადიის კიბოს დროს მკურნალობის ოპერაციით დაწყება არასასურველია. თუ სხივური თერაპიის შემდეგ აღინიშნება ნარჩენი სიმსივნე, ნაჩვენებია კრიოდესტრუქცია ან ტუჩის რეზექცია დეფექტის პირველად პლასტიკასთან ერთად. ხანდაზმულ ასაკში უპირატესობას ანიჭებენ კრიოდესტრუქციას. ინტაქტური რეგიონული ლიმფური კვანძების პროფილაქტიკური ამოკვეთა არ ტარდება – ძირითადი კერის განკურნების შემდეგ ავადმყოფები იმყოფებიან დისპანსერული მეთვალყურეობის ქვეშ.

ტუჩის III და IV სტადიის კიბოს დროს, როცა რეგიონული მეტასტაზები არ არის (T3-4N0M0), მკურნალობა იწყება დისტანციური გამა-თერაპიით.

III სტადიის კიბოს დროს, სხივური თერაპიის დამთავრებიდან 3-4 კვირის შემდეგ, მცირე ზომის ნარჩენი სიმსივნის შემთხვევაში ტარდება კრიოდესტრუქცია, ხოლო უფრო დიდი ზომის სიმსივნეების შემთხვევაში – ტუჩის ფართო ამოკვეთა და დეფექტის იმავდროული ან გადავადებული პლასტიკა. ამასთან, ერთ მომენტად კეთდება ყბისქვეშა ფასციალურ-ფუტლარული ამოკვეთა ფაშარ ქსოვილებთან და ზერელე და ღრმა საუღლე ლიმფურ კვანძებთან ერთად. შიგნითა საუღლე ვენასთან ფიქსირებული ერთეული მეტასტაზური ლიმფური კვანძ(ებ)ის არსებობისას (T1-3N1M0) ნაჩვენებია კისრის ლიმფადენექტომია (კრაილის ოპერაცია).

ტუჩის IV სტადიის ადგილობრივად გავრცელებული (T4N0-3M0) კიბოს დროს, სხივური თერაპიის შემდეგ, ტარდება გაფართოებული და კომბინირებული ოპერაციები: ქვედა ტუჩის, ნიკაპის, ქვედაყბის ძვლის ფრაგმენტის, პირის ღრუს ფსკერის ქსოვილების ელექტროექსციზია და კისრის ფაშარი ქსოვილების ფასციალურ-ფუტლარული ამოკვეთა ან კრაილის ოპერაცია. დეფექტის დასახურავად მოგვიანებით ტარდება მრავალეტაპიანი პლასტიკური ოპერაციები. ტუჩის ადგილობრივად გავრცელებული კიბოს დროს მიმართავენ აგრეთვე რეგიონულ ქიმიოთერაპიას.

ტუჩის კიბოს რეციდივის დროს, რომელიც შეიძლება განვითარდეს კომბინირებული მკურნალობის ადრეულ ეტაპზე, შეძლებისდაგვარად, კეთდება ელექტროექსცი-

ზია საღი ქსოვილების ფარგლებში და დეფექტის ერთმომენტიანი ან გადავადებული პლასტიკა.

მოგვიანებით (დასხივებიდან 1 წელზე მეტი დროის შემდეგ) განვითარებული რეციდივის დროს, ან იმ შემთხვევაში, როცა თავდაპირველი მკურნალობა მხოლოდ არასაკმარისი დოზებით ჩატარებული რენტგენთერაპიით შემოიფარგლება, მიმართავენ დისტანციურ გამა-თერაპიას ქიმიოთერაპიასთან ერთად. მკურნალობიდან 3-4 კვირის შემდეგ ტარდება ქირურგიული ოპერაცია, რომლის მასშტაბი დამოკიდებულია სიმსივნის ზომებზე.

გავრცელებული არაოპერაბელური პირველადი და რეციდიული სიმსივნის გამო ჩატარებული სხივური თერაპიის უეფექტობის შემთხვევაში მიმართავენ პოლიქიმიოთერაპიას. გამოიყენება ბლეოცინისა და ცისპლატინის შემცველი სქემები BMP, BMV, BAP.

მკურნალობისშემდგომი დისპანსერული მეთვალყურეობა. – პირველი 6 თვის განმავლობაში – 1,5-2 თვეში ერთჯერ, შემდეგი 1-1,5 წლის განმავლობაში – 2-3 თვეში ერთჯერ.

პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის კიბო (C02-C06)

პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის კიბოს საქართველოში ონკოლოგიური ავადობის სტრუქტურაში 1%-მდე უკავია. მამაკაცები ქალებთან შედარებით 8-10-ჯერ უფრო ხშირად (უპირატესად 50-70 წლის ასაკში) ავადდებიან. დაავადების შემთხვევათა ნახევარი ენის კიბოს წილად მოდის. ეტიოლოგიაში მნიშვნელობას ანიჭებენ თამბაქოს, სპირტიანი სასმელების, ცხელი საკვების მიღებას, ქრონიკულ მექანიკურ გაღიზიანებას და თანმხლებ ინფექციებს.

პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის კიბო შეიძლება იყოს ეგზოფიტური (პაპილური და წყლულოვანი) და ენდოფიტური (წყლულოვან-ინფილტრაციული და ინფილტრაციული).

ჰისტოლოგიურად შემთხვევათა 90-95%-ში არის ბრტყელუჯრედოვანი კიბო (უფრო ხშირად – გარქავებით, იშვიათად – გარქავების გარეშე) და არადიფერენცირებული კიბო. გვხვდება აგრეთვე მცირე სანერწყვე ჯირკვლებიდან განვითარებული ჯირკვლოვანი კიბო.

პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის კიბო ხშირად იძლევა ადრეულ მეტასტაზებს კისრის ზედაპირულ და ღრმა ლიმფურ კვანძებში: პირის ღრუს ფსკერის წინა ნაწილების, ლოყის, ქვედაყბის ალვეოლური მორჩის სიმსივნეების დროს მეტასტაზები ვრცელდება ქვედაყბის და ღრმა საუღლე ლიმფურ კვანძებში. ენის, პირის ღრუს უკანა ნაწილების, ზედაყბის ალვეოლური მორჩის ავთვისებიანი სიმსივნეები მეტასტაზებს იძლევა ზედა და შუა შიგნითა საუღლე ლიმფურ კვანძებში. გვხვდება კონტრალატერალური და ბილატერალური მეტასტაზების განვითარების შემთხვევებიც. შორეული მეტასტაზები იშვიათია.

პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის კიბოს (C02-C06) კლასიფიკაცია TNM სისტემით (მე-6 გამოცემა, 2002წ)

პირის ღრუს ლორწოვანი გარსი აერთიანებს შემდეგ ლოკალიზაციებს:

პირის ღრუ (C02-C06):

1. *ლოყის ლორწოვანი გარსი:* ა) ზედა და ქვედა ტუჩის ლორწოვანი გარსი (C00.3,4), ბ) ლოყის ლორწოვანი გარსი (C06.0), გ) რეტრომოლარული მიდამო (C06.2), ლოყა-კბილბუდის ღარი, ზედა და ქვედა (პირის კარიბჭე) (C06.1);
2. *ზედა ალვეოლური მორჩი და ზედა ღრძილები (C03.0);*
3. *ქვედა ალვეოლური მორჩი და ქვედა ღრძილები (C03.1);*
4. *მაგარი სასა (C05.0);*
5. *ენა:* ა) ენის ზურგი (ღორსალური ზედაპირი) და შემოზღუდული დვრილების წინა გვერდითი კიდეები (წინა ორი მესამედი) (C02.0,1), ქვედა (ვენტრალური) ზედაპირი (C02.2);
6. *პირის ღრუს ფსკერი* (C04).

პირის ღრუსათვის რეგიონული ლიმფური კვანძები კისრის ლიმფური კვანძებია.

TNM კლინიკური კლასიფიკაცია

T - პირველადი სიმსივნე

TX პირველადი სიმსივნის შესაფასებლად საკმარისი მონაცემები არ არის

T0 პირველადი სიმსივნის არსებობის ნიშნები არ არის

Tis პრეინვაზიური კარცინომა (Carcinoma in situ)

T1 2 სმ-მდე ზომის სიმსივნე

T2 2 სმ-დან 4 სმ-მდე ზომის სიმსივნე

T3 4 სმ-ზე მეტი ზომის სიმსივნე

T4a სიმსივნე გავრცელებულია ძვლის კორტიკულ შრეზე, ენის ღრმა გარეთა (ენა-ნიკაპის, ენა-ინის, ენა-სასის, ენა-სადგისის) კუნთზე, ზედაყბის წიაღზე, სახის კანზე

T4b სიმსივნე ჩაზრდილია საღეჭ კუნთში, ძირითადი ძვლის ფრთისებრ ფირფიტაში, ქალას ფუძეში, ან გავრცელებულია შიგნითა საძილე არტერიის გარსზე

შენიშვნა: ღრძილის პირველადი კიბოს დროს კბილბუდეზე მხოლოდ ზედაპირული ეროზიის არსებობა არ არის საკმარისი სიმსივნის T4 კატეგორით კლასიფიკაციისათვის.

N – რეგიონული ლიმფური კვანძები

NX რეგიონული ლიმფური კვანძების შესაფასებლად საკმარისი მონაცემები არ არის

N0 რეგიონული ლიმფური კვანძების მეტასტაზური დაზიანების ნიშნები არ არის

N1 3 სმ-მდე ზომის მეტასტაზი ერთ ლიმფურ კვანძში, დაზიანების მხარეს

N2 3 სმ-დან 6 სმ-მდე ზომის მეტასტაზი ერთ ლიმფურ კვანძში, დაზიანების მხარეს; ან 6 სმ-მდე ზომის მეტასტაზი რამდენიმე ლიმფურ კვანძში, დაზიანების მხარეს; ან 6 სმ-მდე ზომის მეტასტაზი ლიმფურ კვანძებში, ორმხრივად ან დაზიანების მოპირდაპირე მხარეს

N2a 3 სმ-დან 6 სმ-მდე ზომის მეტასტაზი ერთ ლიმფურ კვანძში, დაზიანების მხარეს

N2b 6 სმ-მდე ზომის მეტასტაზი რამდენიმე ლიმფურ კვანძში, დაზიანების მხარეს

N2c 6 სმ-მდე ზომის მეტასტაზი ლიმფურ კვანძებში, ორმხრივად ან დაზიანების მოპირდაპირე მხარეს

N3 6 სმ-ზე მეტი ზომის მეტასტაზი რეგიონულ ლიმფურ კვანძში

შენიშვნა: შუა ხაზის ლიმფური კვანძი უნდა შეფასდეს როგორც დაზიანების მხარეს მდებარე ლიმფური კვანძი

M – შორეული მეტასტაზები

MX შორეული მეტასტაზის შესაფასებლად საკმარისი მონაცემები არ არის

M0 შორეული მეტასტაზის არსებობის ნიშნები არ არის

M1 აღინიშნება შორეული მეტასტაზი

pTNM პათოჰისტოლოგიური კლასიფიკაცია

pT, pN, pM კატეგორიები შეესაბამება T, N, M კატეგორიებს.

pN0 ჰისტოლოგიური გამოკვლევისთვის კისრის ნაწილობრივი ლიმფოდისექციით მიღებული მასალა, როგორც წესი, უნდა შეიცავდეს არანაკლებ 6, ხოლო რადიკალური ან მოდიფიცირებული რადიკალური დისექციით მიღებული მასალა – არანაკლებ 10 ლიმფურ კვანძს. იმ შემთხვევაში, თუ ლიმფურ კვანძებში სიმსივნური უჯრედები არ აღმოჩნდა, მაგრამ გამოკვლეული ლიმფური კვანძების რაოდენობა შესაბამისად 6-ზე და 10-ზე ნაკლებია, კლასიფიკაცია ხდება pN0 კატეგორიით. როცა სიმსივნის ზომა წარმოადგენს pN კატეგორიის შეფასების კრიტერიუმს, უნდა გაიზომოს მეტასტაზი და არა მთლიანად ლიმფური კვანძი.

G – ჰისტოლოგიური გრადაცია

GX დიფერენციაციის ხარისხის შესაფასებლად საკმარისი მონაცემები არ არის

G1 მაღალდიფერენცირებული

G2 საშუალოდ დიფერენცირებული

G3 დაბალდიფერენცირებული

G4 არადიფერენცირებული

სტადიების მიხედვით დაჯგუფება

0 სტადია	Tis	N0	M0
I სტადია	T1	N0	M0
II სტადია	T2	N0	M0
III სტადია	T1, T2	N1	M0
	T3	N0, N1	M0
IVA სტადია	T1, T2, T3	N2	M0
	T4a	N0, N1, N2	M0
IVB სტადია	ნებისმიერი T	N3	M0
	T4b	ნებისმიერი N	M0
IVC სტადია	ნებისმიერი T	ნებისმიერი N	M1

მკურნალობა. პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის კიბოს მკურნალობას განსაზღვრავს მისი ლოკალიზაცია, გავრცელება, მორფოლოგიური შენება, რეგიონული მეტასტაზების არსებობა და ავადმყოფის ზოგადი მდგომარეობა. მკურნალობას წინ უნდა უსწრებდეს პირის ღრუს სანაცია. სხივური თერაპიის დანიშვნის შემთხვევაში უნდა მოიხსნას ლითონის გვირგვინი და პროთეზი, რომლებიც ხვდება დასხივების ზონაში.

პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის კიბოს მკურნალობა კომბინირებული ან კომპლექსურია და მოიცავს ქირურგიულ, სხივურ და ქიმიოთერაპიულ კომპონენტებს.

ოპერაცია მკურნალობის დამოუკიდებელ მეთოდად იშვიათად გამოიყენება. საწყისი სტადიის სიმსივნეების დროს ტარდება სიმსივნის ელექტროექსციზია საღი ქსოვილების ფარგლებში, ხოლო უფრო დიდი ზომის სიმსივნეების შემთხვევაში, ლოკალიზაციის შესაბამისად, კეთდება პირის ღრუს რბილი ქსოვილების ამოკვეთა ქვედაყბის ან ზედაყბის რეზექციასთან ერთად. IV სტადიის კიბოს დროს შეიძლება გაკეთდეს კომბინირებული და გაფართოებული ოპერაციები. ლიმფოდისექციას მიმართავენ რეგიონული ლიმფური კვანძების მეტასტაზური დაზიანების (N+) შემთხვევებში. პროფილაქტიკური ლიმფადენექტომია კეთდება მხოლოდ ენის კიბოს დროს.

სხივური თერაპია გამოიყენება დაავადების ყველა სტადიაში. იგი შეიძლება ჩატარდეს რადიკალური პროგრამით, ან წარმოადგენდეს კომბინირებული და კომპლექსური მკურნალობის ერთ-ერთ კომპონენტს ოპერაციის წინ ან მის შემდეგ. ძირითადად ტარდება დისტანციური გამა-თერაპია კლასიკური ან არატრადიციული ფრაქციონირებით. იმავდროულად, მცირე ზომის სიმსივნეების სამკურნალოდ შეიძლება გამოყენებული იყოს ქსოვილშიგა დასხივება ^{60}Co-ით (შერწყმული სხივური მკურნალობა).

პირის ღრუს ფსკერის ავთვისებიანი სიმსივნეების დროს სხივური თერაპია ტარდება სხვადასხვა რეჟიმში, 2 ეტაპად:

პირველ ეტაპზე ტარდება დისტანციური გამა-თერაპია კლასიკური (40 გრეი ჯამური კეროვანი დოზით) ან არატრადიციული (4-4 გრეი – პირველი დღე, 2-2 გრეი – მომდევნო 9 დღის განმავლობაში, 30 გრეი ჯამური კეროვანი დოზით, რომელიც 36 გრეის ეკვივალენტურია) ფრაქციონირებით. 2-3 კვირის შემდეგ აფასებენ მდგომარეობას. სიმსივნის 75-100%-იანი რეგრესიის შემთხვევაში ტარდება დასხივების მეორე ეტაპი – კლასიკური ფრაქციონირებით დამატებით ეძლევა 20 გრეი, ან იმავე რეჟიმში მეორდება არასტანდარტული ფრაქციონირება (ე. ი. ტარდება რადიკალური სხივური თერაპია).

თუ სიმსივნის რადიორეზისტენტობის გამო დასხივების პირველი ეტაპის შემდეგ სასურველი ეფექტი ვერ იქნა მიღწეული, ტარდება ქირურგიული მკურნალობა – სიმსივნის ელექტროექსციზია.

სასის სიმსივნეების დროს სხივური თერაპია ასევე ორ ეტაპად ტარდება. ამ შემთხვევაში შეიძლება გამოყენებული იყოს დინამიკური ფრაქციონირების დამატებითი სქემები: ა) 3 გრეი დღიური დოზით – 36 გრეი ჯამურ კეროვან დოზამდე: ბ) 3,3 გრეი დღიური დოზით – 33 გრეი ჯამურ კეროვან დოზამდე: გ) 1 გრეი 2-ჯერ დღეში – 30 გრეი ჯამურ კეროვან დოზამდე.

სხივური თერაპია შესაძლებელია ჩატარდეს ქიმიოთერაპიასთან ერთად. ასეთ დროს ქიმიოთერაპია ოდნავ წინ უსწრებს სხივურ თერაპიას და მას რადიომოდიფიკა-

ტორის ფუნქციაც აკისრია. პირველი 5 დღის განმავლობაში ყოველდღიურად კეთდება 500 მგ/მ² ფტორურაცილი, მე-8-მე-10 დღეს ინტრავენურად, წვეთოვნად შეყავთ 20 მგ/მ² ცისპლატინი (60 მგ/მ² საკურსო დოზით). ცისპლატინის გადასხმის პარალელურად, მე-8 დღიდან იწყება სხივური თერაპია არატრადიციული ფრაქციონირებით: 3,6-3,6 გრეი – მე-8-მე-10 დღეს, ცისპლატინის გადასხმიდან 30 წთ-ის შემდეგ. მომდევნო 10 დღის განმავლობაში დასხივება ტარდება 2,4 გრეი დღიური დოზით, 34,8 გრეი ჯამური კეროვანი დოზის მიღწევამდე. აღნიშნული რეჟიმით დასხივება ტარდება დღეში ორჯერ (1,8-1,8 და 1,2-1,2 გრეი 4-6-საათიანი ინტერვალებით). მკურნალობის დადებითი ეფექტის შემთხვევაში 2 კვირის შემდეგ იმეორებენ დასხივებას იმავე რეჟიმში, ხოლო რადიორეზისტენტული სიმსივნის დროს კეთდება მისი ელექტროექსციზია.

III-IV სტადიის კიბოს დროს სხივდება რეგიონული მეტასტაზირების ზონები. ამასთან, პირველი რეგიონული ბარიერი აუცილებლად სხივდება ძირითად სიმსივნესთან ერთად, ხოლო მეორე რიგის ლიმფური კვანძები – ჩვენების მიხედვით. პროფილაქტიკური დასხივების დოზა კლასიკური სქემით შეადგენს 40 გრეის, ხოლო მეტასტაზების არსებობის შემთხვევაში – 60-65 გრეის (ოღონდ დასხივების ველი მცირდება მეტასტაზების რეგრესიის შესაბამისად). რეგიონული მეტასტაზების ზომების შემცირების შემთხვევაში, დასხივების შემდეგ შეიძლება განხორციელდეს ლიმფადენექტომია. საერთოდ, შორსწასულ შემთხვევებში პალიატიური დასხივების ჯამური კეროვანი დოზა რადიკალური დასხივების დოზის 75%-ს შეადგენს, ხოლო სისტემური ქიმიოთერაპია ტარდება BFM, BMP, BMV, IPO, FP, AM სქემებით. თავდაპირველად ატარებენ ქიმიოთერაპიის 2 კურსს, შემდეგ აფასებენ მის ეფექტურობას და, მიღებული შედეგების შესაბამისად, იმავე სქემით აგრძელებენ მკურნალობას, ან გადადიან სხვა სქემაზე. კურსებს შორის ინტერვალი 4 კვირაა.

I-II სტადიის **ენის კიბოს** დროს კეთდება ენის ნახევრის რეზექცია ან ნარჩენი სიმსივნის კრიოდესტრუქცია. პროფილაქტიკური მიზნით ტარდება კისრის ფაშარი ქსოვილების ფასციალურ-ფუტლარული ამოკვეთა, ხოლო რეგიონული მეტასტაზების შემთხვევაში – კრაილის ოპერაცია.

ენის ადგილობრივად გავრცელებული (III-IV სტადიის) კიბოს დროს მიმართავენ კომბინირებულ ოპერაციას – კეთდება სიმსივნის ელექტროექსციზია ყბისქვეშა სამკუთხედთან, ფაშარ შემაერთებელ ქსოვილთან და კისრის ლიმფურ კვანძებთან ერთად, ერთ ბლოკში (რეგიონული მეტასტაზების არსებობის შემთხვევაში სრულდება კრაილის ოპერაცია). ენის ნახევრის ამოკვეთა ხდება მის ძირთან და პირის ღრუს ფსკერის ქსოვილებთან ერთად. სიმსივნის ენის შუა ხაზის მიღმა, კონტრალატერალურად გავრცელების შემთხვევაში კეთდება ენის სუბტოტალური რეზექცია, ხოლო ქვედა ყბაზე გავრცელებისას – ქვედაყბის ფრაგმენტის რეზექცია. ქვედაყბაზე სიმსივნის მასიური გავრცელება წარმოადგენს ქვედაყბის ნახევრის რეზექციის ჩვენებას. ამ დროს ინარჩუნებენ მხოლოდ სასახსრე მორჩს.

ანალოგიური მკურნალობა ტარდება **პირის ღრუს ფსკერის** ავთვისებიანი სიმსივნეების დროს.

ქვედაყბის ზედაპირული რეზექცია კბილის ფესვების მწვერვალის დონემდე შესაძლებელია ქვედაყბის ალვეოლური მორჩის ლორწოვანი გარსის მხოლოდ I

სტადიის კიბოს დროს. დანარჩენ შემთხვევებში ნაჩვენებია ქვედაყბის ფრაგმენტის ან ნახევრის რეზექცია კისრის ფაშარი შემაერთებელი ქსოვილების ამოკვეთასთან ერთად, ხოლო კისრის ლიმფურ კვანძებში მეტასტაზების არსებობის შემთხვევაში საჭიროა ჩატარდეს კრაილის ოპერაცია.

ზედაყბის ალვეოლური მორჩის ლორწოვანი გარსის კიბოს დროს კეთდება ზედაყბის რეზექცია.

ლოყის ლორწოვანი გარსის I სტადიის კიბოს დროს ტარდება სხივური ან ქიმიო-სხივური მკურნალობა, რომლის შემდეგაც ნარჩენი სიმსივნის შემთხვევაში კეთდება ელექტროექსციზია ან კრიოდესტრუქცია. უფრო გავრცელებული სიმსივნის შემთხვევაში ოპერაციები, როგორც წესი, კომბინირებულია.

დაავადების რეციდივის მკურნალობა დამოკიდებულია მის ზომებზე, ინვაზიის სიღრმეზე და ჩატარებულ წინამორბედ მკურნალობაზე.

თუ სიმსივნის თავდაპირველი მკურნალობის დროს სხივური თერაპია არ ჩატარებულა, მაშინ რეციდივის მკურნალობა შეიძლება დაიწყოს სხივური ან ქიმიო-სხივური თერაპიით, სადაც დასხივების ჯამური კეროვანი დოზა 40 გრეის აღწევს. დადებითი ეფექტის შემთხვევაში მეორე ეტაპზე კეთდება სიმსივნის ელექტროექსციზია.

თუ რეციდივის ქირურგიული გზით მოცილება შეუძლებელია, მაგრამ ავადმყოფის ზოგადი მდგომარეობა დამაკმაყოფილებელია, მაშინ პალიატიური სხივური თერაპიის დოზა შეიძლება აყვანილ იქნეს 60-70 გრეი ჯამურ კეროვან დოზამდე.

თუ პირველადი სიმსივნის დასხივებიდან გასულია არანაკლებ 2 წელი, მაშინ რეციდივის დასხივების ჯამურმა კეროვანმა დოზამ შეიძლება შეადგინოს 30-50 გრეი.

დაავადების ლოკორეგიონული გავრცელების დროს (N3) ტარდება ქიმიოთერაპიული ან ქიმიო-სხივური მკურნალობა. აღნიშნული მკურნალობის შედეგად ზოგჯერ რეგიონული ლიმფური კვანძების ზომა მცირდება და შესაძლებელი ხდება ოპერაციის ჩატარება.

შორსწასულ შემთხვევებში ტარდება პალიატიური ქიმიო-სხივური და სიმპტომური მკურნალობა.

მკურნალობისშემდგომი დისპანსერული მეთვალყურეობა: პირველ წელს – 3 თვეში ერთჯერ, მეორე-მესამე წელს – 6 თვეში ერთჯერ, მეოთხე წლიდან – წელიწადში ერთჯერ.

სანერწყვე ჯირკვლების სიმსივნეები (C07-C08)

სანერწყვე ჯირკვლების სიმსივნეებში (C07-C08) გამოყოფენ ყბაყურა ჯირკვლის (C07) და სხვა დიდი სანერწყვე ჯირკვლების (ყბისქვეშა, ენისქვეშა) (C08) ავთვისებიან სიმსივნეებს. ავთვისებიანი სიმსივნეები მცირე სანერწყვე ჯირკვლებიდანაც ვითარდება.

საქართველოში სანერწყვე ჯირკვლების ავთვისებიან სიმსივნეებს ონკოლოგიური ავადობის სტრუქტურაში 1%-მდე უკავია. შემთხვევათა 90%-ში ზიანდება ყბაყურა, 9%-ში – ყბისქვეშა, ხოლო 1%-ში – ენისქვეშა ჯირკვალი. გვხვდება 40-60 წლის ასაკში. ქალები 2-ჯერ უფრო ხშირად ავადდებიან, ვიდრე მამაკაცები. ეტიოლოგიური ფაქტორებიდან მნიშვნელობას ანიჭებენ ანთებით ცვლილებებს, განვითარების მანკებს და ჰორმონულ დარღვევებს.

სანერწყვე ჯირკვლების კიბოსთვის უპირატესად დამახასიათებელია ინფილტრაციული ზრდა.

ჰისტოლოგიურად გვხვდება ადენოკისტოზური კიბო – ცილინდრომა, მუკოეპიდერმოიდული კიბო, ადენოკარცინომა, იშვიათად – ბრტყელუჯრედოვანი კიბო.

მეტასტაზები ვრცელდება ლიმფოგენური და ჰემატოგენური გზით. რეგიონული მეტასტაზები ვითარდება კისრის ზედაპირულ და ღრმა საუღლე ლიმფურ კვანძებში. ჰემატოგენური მეტასტაზები ყველაზე ხშირად გვხვდება ფილტვებსა და ძვლებში.

სანერწყვე ჯირკვლების კიბოს კლასიფიკაცია TNM სისტემით (მე-6 გამოცემა, 2002)

ანატომიური ლოკალიზაციები

სანერწყვე ჯირკვალი წარმოდგენილია შემდეგი ნაწილებით:

ა) ყბაყურა ჯირკვალი (C07.9), ბ) ყბისქვეშა (ზედაყბისქვეშა) ჯირკვალი (C08.0), გ) ენისქვეშა ჯირკვალი (C08.1)

სანერწყვე ჯირკვლებისთვის რეგიონული ლიმფური კვანძები კისრის ლიმფური კვანძებია.

TNM – კლინიკური კლასიფიკაცია

T – პირველადი სიმსივნე

TX	პირველადი სიმსივნის შესაფასებლად საკმარისი მონაცემები არ არის;
T0	პირველადი სიმსივნის არსებობის ნიშნები არ არის;
T1	2 სმ-მდე ზომის სიმსივნე, ექსტრაპარენქიმული გავრცელების გარეშე*
T2	2 სმ-დან 4 სმ-მდე ზომის სიმსივნე, ექსტრაპარენქიმული გავრცელების გარეშე
T3	4 სმ-ზე მეტი ზომის და/ან ექსტრაპარენქიმული გავრცელების სიმსივნე
T4a	სიმსივნე ჩაზრდილია კანში, ქვედა ყბაში, გარეთა სასმენ ხვრელში ან სახის ნერვში
T4b	სიმსივნე ჩაზრდილია ქალას ფუძეში, ძირითადი ძვლის ფრთისებრ ფირფიტაში ან საძილე არტერიის გარსში

შენიშვნა: სიმსივნის ექსტრაპარენქიმული გავრცელება გულისხმობს კლინიკურად ან მაკროსკოპულად დადგენილ ინვაზიას რბილ ქსოვილებში ან ნერვში, გარდა T4a და T4b პუნქტებში ჩამოთვლილი ანატომიური ნაწილებისა. მხოლოდ მიკროსკოპულად დადგენილი ექსტრაპარენქიმული გავრცელება არ არის საკმარისი სიმსივნის T3 კატეგორიით კლასიფიკაციისთვის.

N – რეგიონული ლიმფური კვანძები

NX	რეგიონული ლიმფური კვანძების შესაფასებლად საკმარისი მონაცემები არ არის;
N0	რეგიონული ლიმფური კვანძების მეტასტაზური დაზიანების ნიშნები არ არის;
N1	3 სმ-მდე ზომის მეტასტაზი ერთ ლიმფურ კვანძში, დაზიანების მხარეს
N2	3 სმ-დან 6 სმ-მდე ზომის მეტასტაზი ერთ ლიმფურ კვანძში, დაზიანების მხარეს; ან 6 სმ-მდე ზომის მეტასტაზი რამდენიმე ლიმფურ კვანძში, დაზიანების მხარეს; ან 6 სმ-მდე ზომის მეტასტაზი ლიმფურ კვანძებში, ორმხრივად ან კონტრალატერალურად
N2a	3 სმ-დან 6 სმ-მდე ზომის მეტასტაზი ერთ ლიმფურ კვანძში, დაზიანების მხარეს
N2b	6 სმ-მდე ზომის მეტასტაზი რამდენიმე ლიმფურ კვანძში, დაზიანების მხარეს

N2c 6 სმ-მდე ზომის მეტასტაზი ლიმფურ კვანძებში, ორმხრივად ან კონტრალატერალურად

N3 6 სმ-ზე მეტი ზომის მეტასტაზი ლიმფურ კვანძში

შენიშვნა: შუა ხაზის ლიმფური კვანძი უნდა შეფასდეს როგორც დაზიანების მხარეს მდებარე ლიმფური კვანძი

M – შორეული მეტასტაზები

MX შორეული მეტასტაზის შესაფასებლად საკმარისი მონაცემები არ არის

M0 – შორეული მეტასტაზის არსებობის ნიშნები არ არის

M1 – აღინიშნება შორეული მეტასტაზი

pTNM – პათოჰისტოლოგიური კლასიფიკაცია

pT, pN, pM კატეგორიები შეესაბამება T, N, M კატეგორიებს

pN0 ჰისტოლოგიური გამოკვლევისთვის კისრის ნაწილობრივი დისექციით მიღებული მასალა, როგორც წესი, უნდა შეიცავდეს არანაკლებ 6, ხოლო რადიკალური ან მოდიფიცირებული რადიკალური დისექციით მიღებული მასალა – არანაკლებ 10 ლიმფურ კვანძს. იმ შემთხვევაში, თუ ლიმფურ კვანძებში სიმსივნური უჯრედები არ აღმოჩნდა, მაგრამ გამოკვლეული ლიმფური კვანძების რაოდენობა, შესაბამისად, 6-ზე და 10-ზე ნაკლებია, კლასიფიკაცია ხდება pN0 კატეგორიით. როცა სიმსივნის ზომა წარმოადგენს pN კატეგორიის შეფასების კრიტერიუმს, უნდა გაიზომოს მეტასტაზი და არა მთლიანად ლიმფური კვანძი.

G – ჰისტოლოგიური გრადაცია

GX სიმსივნის დიფერენცირების ხარისხის შესაფასებლად საკმარისი მონაცემები არ არის

G1 მაღალდიფერენცირებული

G2 საშუალოდ დიფერენცირებული

G3 დაბალდიფერენცირებული

G4 – არადიფერენცირებული

დაჯგუფება სტადიების მიხედვით

I სტადია	T1	N0	M0
II სტადია	T2	N0	M0
III სტადია	T3	N0	M0
	T1, T2, T3	N1	M0
IVA სტადია	T1, T2, T3	N2	M0
	T4a	N0, N1, N2	M0
IVB სტადია	T1b	ნებისმიერი N	M0
	ნებისმიერი T	N3	M1
IVC სტადია	ნებისმიერი T	ნებისმიერი N	M1

მკურნალობა. სანერწყვე ჯირკვლის კიბოს მკურნალობა ქირურგიული და კომბინირებულია (სხივური თერაპია + ქირურგიული ოპერაცია). მხოლოდ ოპერაცია შეიძლება განხორციელდეს საწყისი სტადიის (T1N0M0) მაღალდიფერენცირებული კიბოს დროს. ასეთ შემთხვევებში დასაშვებია ყბაყურა ჯირკვლის სუბტოტალური რეზექცია სახის ნერვის შენარჩუნებით ან მის გარეშე. ნაწილობრივი ლიმფოდისექცია

და კრაილის ოპერაცია კეთდება რეგიონული ლიმფური კვანძების მეტასტაზური დაზიანების (N+) შემთხვევაში.

ოპერაციაზე უარის თქმის ან უკუჩვენების შემთხვევაში ტარდება სხივური თერაპია დამოუკიდებელ რეჟიმში – 2-2 გრეი დღეში, 60-70 გრეი ჯამური კეროვანი დოზით. დანარჩენ შემთხვევებში სხივური თერაპია წარმოადგენს კომბინირებული მკურნალობის კომპონენტს: ტარდება ოპერაციისწინა დასხივება – დღეში 2-2 გრეი, 40 გრეი ჯამური კეროვანი დოზით, რომლის დამთავრებიდან 3 კვირის შემდეგ კეთდება ოპერაცია.

უკანასკნელ ხანებში დისტანციური გამა-თერაპიის ჩატარებას ურჩევენ ლოკალური ჰიპერთერმიის თანხლებით, რომელიც იწყება დასხივების მეორე კვირიდან და ტარდება კვირაში 2-ჯერ, შემდეგ რეჟიმში: 5-6 სეანსი – ოპერაციისწინა დასხივებისას და 10-12 სეანსი – რადიკალური პროგრამით დასხივებისას.

კომბინირებული მკურნალობა შეიძლება ჩატარდეს რადიოქირურგიული ვარიანტით, რისთვისაც ოპერაციისწინა სხივური თერაპიისა და რადიკალური ოპერაციის შემდეგ, ოპერაციის დროს სიმსივნის სარეცელში ჩადგმული ინტრასტატის გამოყენებით, ხორციელდება ღრუსშიგნითა დასხივება 2-3 კვირის განმავლობაში, 30 გრეი ჯამური კეროვანი დოზით.

ამრიგად, I სტადიის (T1N0M0) მაღალდიფერენცირებული კიბოს დროს მკურნალობა ქირურგიულია. T1N0M0 გავრცელების დაბალდიფერენცირებული და T2-3N0M0 გავრცელების კიბოს დროს ჯერ კეთდება ოპერაციისწინა დასხივება, 3 კვირის შემდეგ კი პაროტიდექტომია. სიმსივნით დაუზიანებელი სახის ნერვი შესაძლებელია შენარჩუნებულ იქნეს, დაზიანებული კი სიმსივნესთან ერთად ამოიკვეთოს.

ადგილობრივად გავრცელებული T4 სიმსივნის დროს ოპერაციისწინა დასხივების შემდეგ ტარდება სანერწყვე ჯირკვლის კომბინირებული ამოკვეთა იმ ქსოვილებთან ერთად, რომლებზეც სიმსივნე ვრცელდება (ქვედა ყბა, ყურის ნიჟარა, ყვრიმალის ძვალი).

III-IV სტადიის (T1-4N1-3M0) კიბოს დროს კეთდება ნაწილობრივი ლიმფოდისექცია ან კრაილის ოპერაცია.

კომბინირებული მკურნალობის რადიოქირურგიული ვარიანტის დროს, ძირითადი სიმსივნის ამოკვეთის შემდეგ მის სარეცელში ჩადგმული ინტრასტატის საშუალებით, დამატებით ტარდება ღრუსშიგნითა გამა-თერაპია 2-3 დღის განმავლობაში, 30 გრეი ჯამური დოზით.

ინოპერაბელური სიმსივნეების დროს ტარდება პალიატიური სხივური და ქიმიოთერაპია, შორეული მეტასტაზების შემთხვევაში – სიმპტომური მკურნალობა.

სანერწყვე ჯირკვლის კიბოს რეციდივების მკურნალობა ინდივიდუალურია და დამოკიდებულია ჩატარებული წინამორბედი მკურნალობის ხასიათზე: კომბინირებული მკურნალობის შემდეგ განვითარებული რეციდივი ამოიკვეთება → კეთდება პაროტიდექტომია, ხოლო მხოლოდ ქირურგიული მკურნალობის შემდეგ განვითარებული რეციდივის შემთხვევაში ჯერ ტარდება ოპერაციისწინა დასხივება 40-50 გრეი ჯამური კეროვანი დოზით, მეორე ეტაპად კი, 2 კვირის შემდეგ – რეციდივის ფართო ელექტროექსციზია.

იმ შემთხვევაში, თუ რეციდივის ამოკვეთა შეუძლებელია, ტარდება სხივური

თერაპია: ადრე დასხივებული სიმსივნის შემთხვევაში – 30-50 გრეი ჯამური კეროვანი დოზით, ხოლო დაუსხივებელი სიმსივნის შემთხვევაში – 60-70 გრეი ჯამური კეროვანი დოზით.

ადრე ჩატარებული ლიმფადენექტომიის შემდეგ კისრის ლიმფურ კვანძებში რეგიონული მეტასტაზის განვითარების შემთხვევაში ტარდება დისტანციური დასხივება 30-40 გრეი ჯამური კეროვანი დოზით, გამა-თერაპიის დამთავრებიდან 2-3 კვირის შემდეგ კი სრულდება ოპერაცია.

მკურნალობისშემდგომი დისპანსერული მეთვალყურეობა: პირველ წელს – 3 თვეში ერთჯერ, მეორე-მესამე წელს – 6 თვეში ერთჯერ, მეოთხე წლიდან – წელიწადში ერთჯერ.

ხახის სიმსივნეები (C09-C13)

ხახა იყოფა 3 სართულად. შესაბამისად, განასხვავებენ *პირ-ხახის* (C.0), *ცხვირ-ხახის* (C11) და *ხორხ-ხახის* (C13) სიმსივნეებს.

პირ-ხახა შედგება ოთხი ანატომიური ნაწილისაგან, რომლებიც, თავის მხრივ, რამდენიმე ნაწილად იყოფა:

1. წინა კედელი (ენა-ხორხსარქვლის მიდამო): ა) ენის ძირი (ენის უკანა ნაწილი შემოზღუდულ დვრილებამდე, ანუ ენის უკანა მესამედი) (C01), ბ) ღელე (vallecula) (C10);

2. გვერდითი კედელი (C10.2): ა) ნუშურა ჯირკვალი (C09.9), ბ) ნუშურა ჯირკვლის ფოსო (C09.0) და ნუშურა ჯირკვლის (სასის) რკალები (C09.1), გ) ენა-ნუშურა ჯირკვლის ღარი (ნუშურა ჯირკვლის რკალი) (C09.1);

3. უკანა კედელი (C10.3);

4. ზედა კედელი: ა) რბილი სასის ქვედა ზედაპირი (C05.1), ბ) ნაქი (C05.2).

ცხვირ-ხახა (C11) მოიცავს შემდეგ ანატომიურ ნაწილებს:

ცხვირ-ხახის ზედა უკანა კედელი ვრცელდება მაგარი და რბილი სასის შეერთების ადგილიდან თავის ქალას ფუძემდე (C11.0,1); გვერდითი კედელი – როზენმიულერის ფოსოს ჩათვლით (C11.2), ქვედა კედელი – იქმნება რბილი სასის ზედა ზედაპირისგან (C11.3).

შენიშვნა: ქოანების ხვრელების (ცხვირის ღრუს უკანა ძაბრისებრი გასავლის) კიდეები, ცხვირის ძგიდის უკანა კიდის ჩათვლით, შედის ცხვირის ფოსოს შემადგენლობაში.

ხორხ-ხახა (C12, C13) შედგება 3 ანატომიური ნაწილისაგან:

1. ხახა-საყლაპავის შეერთების ადგილი (ბეჭდისებრი ხრტილის უკანა არე) (C13): იწყება ციცხვისებრი ხრტილის დონიდან, აერიებს ნაოჭებს ბეჭდისებრი ხრტილის ქვედა კიდესთან და, ამრიგად, ქმნის ხორხ-ხახის წინა კედელს;

2. მსხლისებრი წიაღი (C12): ვრცელდება ხახა-ხორხსარქვლის ნაოჭიდან საყლაპავის ზედა კიდემდე; შემოსაზღვრულია: ლატერალურად – ფარისებრი ხრტილით, მედიალურად – ციცხვ-ხორხსარქვლის ნაოჭის ხორხ-ხახის ზედაპირით (C13.1) და ციცხვისებრი და ბეჭდისებრი ხრტილებით;

3. ხახის უკანა კედელი (C13.2) ვრცელდება ინის ძვლის ზედა კიდიდან (ანუ ღრუს ძირიდან) ბეჭდისებრი ხრტილის ქვედა კიდემდე და მსხლისებრი წიაღების მწვერვალებს შორის..

ხახისთვის რეგიონული ლიმფური კვანძები კისრის ლიმფური კვანძებია.

ხახის ავთვისებიანი სიმსივნეების კლინიკური მიმდინარეობა მრავალფეროვანია და დამოკიდებულია სიმსივნის ლოკალიზაციაზე.

ცხვირ-ხახის სიმსივნეების დროს გვხვდება ბრტყელუჯრედოვანი კიბო ენდოფიტური ზრდით ან სარკომა ეგზოფიტური ზრდით.

ადრეულ სტადიაში, როცა სიმსივნე ცხვირ-ხახის ფარგლებს არ სცილდება, ცხვირ-ხახის კიბო ძალიან იშვიათად ვლინდება. კლინიკურად დამახასიათებელია სუნთქვის გაძნელება. ჩირქიან-სისხლიანი გამონადენი ცხვირიდან, სმენის დაქვეითება დაავადების მხარეს.

როცა სიმსივნე ცხვირ-ხახის ფარგლებს სცილდება, ზიანდება ქალას ნერვები (თვალის მამოძრავებელი, სამწვერა), რაც კლინიკურად ეგზოფთალმსა ან ხახის ასიმეტრიაში გამოიხატება. დაავადების პირველ გამოვლინებას ხშირად წარმოადგენს მეტასტაზი კისრის ლიმფურ კვანძებში, რაც უფრო მეტად ლიმფოეპითელური სიმსივნეებისთვისაა დამახასიათებელი.

ცხვირ-ხახის სიმსივნური დაზიანების მოგვიანებითი კლინიკური ნიშნები დამოკიდებულია სიმსივნის ზრდის მიმართულებაზე: ცხვირ-ხახის გვერდითი კედლის დაზიანებისას აღინიშნება ყურის ტკივილი და სმენის დაქვეითება (დაავადების ყურის ფორმა); ცხვირ-ხახის თაღის დაზიანებისას გაძნელებულია ცხვირიდან სუნთქვა, აღინიშნება ჩირქიან-სისხლიანი გამონადენი, დამახასიათებელია ხვრინვა (დაავადების სუნთქვითი ფორმა). ირგვლივმდებარე ორგანოებსა და ქსოვილებზე სიმსივნის გავრცელებისას ვლინდება თავისა და ყურის შეტევითი ტკივილები, სენსორულ-მოტორული დარღვევები, პარეზი და დამბლა (დაავადების ნეიროლოგიური ფორმა).

პირ-ხახის ავთვისებიანი სიმსივნეების დროს გვხვდება ბრტყელუჯრედოვანი კიბო. შედარებით იშვიათია სარკომები. ყველაზე ხშირია ნუშურა ჯირკვლების დაზიანება. დაავადების კლინიკური მიმდინარეობა დამოკიდებულია სიმსივნის ჰისტოლოგიურ შენებაზე. განსაკუთრებული ადგილი უკავია ლიმფოეპითელურ სიმსივნეებს (შმინკეს დაავადება), რომლებიც ვითარდება ვალდეიერის ლიმფოადენოიდური რგოლის ერთერთ დიდ ნუშურა ჯირკვალში. სიმსივნის ჰისტოგენეზი უცნობია.

ავტორთა ერთ ჯგუფს მიაჩნია, რომ ლიმფოეპითელური სიმსივნე ბრტყელუჯრედოვანი კიბოს სახესხვაობას წარმოადგენს. ლიმფოეპითელურ სიმსივნეებს ერთნი ანაპლაზიურ კიბოს მიაკუთვნებენ, მეორენი – გარდამავალუჯრედოვან კიბოს, ხოლო მესამენი – სისხლმბადი სისტემის სიმსივნეებს. ტერმინი „ლიმფოეპითელიომა“ არ ასახავს პათოლოგიური პროცესის არსს, რადგან მცდარ წარმოდგენას ქმნის ლიმფოიდური და ეპითელური ქსოვილებისგან სიმსივნის წარმოშობის შესახებ. მიკროსკოპულად ზოგჯერ ნახულობენ ბრტყელუჯრედოვან ელემენტებს გარქვეებით. სტრომა ლიმფოიდური ელემენტებითაა ინფილტრირებული. ჭარბი ინფილტრაციის შემთხვევაში იგი მოიხსენიება შმინკეს დაავადებად, ლიმფოიდური ელემენტებით ღარიბი ვარიანტი – რეგის დაავადებად.

ლიმფოეპითელური სიმსივნეები ხასიათდება მკვეთრად გამოხატული ავთვისებიანობით, რეგიონული და შორეული მეტასტაზების ადრეული განვითარებით. ძალიან მგრძნობიარეა სხივური თერაპიის მიმართ.

შედარებით იშვიათია სასის რკალის და ნაქის სიმსივნეები. არაეპითელური სიმსივნეებიდან გვხვდება ლიმფომები.

სიმსივნის ინფილტრაციული ზრდისა და დაწყლულების შემთხვევაში დაავადების პირველი გამოვლინებაა უხერხულობისა და ტკივილის შეგრძნება ყლაპვის დროს, ირადიაცია ყურში, დაზიანების მხარეს.

სარკომები იზრდება ეგზოფიტურად. ინფილტრაცია და დაწყლულება მოგვიანებით ვლინდება, მაგრამ შედარებით ადრე იძლევა მეტასტაზებს კისრის ლიმფურ კვანძებში.

როგორც კიბოს, ისე სარკომების შემდგომი პროგრესირება იწვევს ხმის ტემბრის შეცვლას და ყლაპვის აქტის დარღვევას, რაც რბილი სასის დაზიანებით არის გამოწვეული.

ხორხ-ხახის ავთვისებიანი სიმსივნეები ძირითადად ვითარდება მსხლისებრ წიაღში, ხორხ-ხახის უკანა კედელზე და ბეჭდისებრუკანა მიდამოში. უმრავლეს შემთხვევაში გვხვდება კიბო. ახასიათებს ყლაპვის აქტის დარღვევა, ხმის ჩახლეჩა და ტკივილები, რასაც თან ახლავს ირადიაცია ყურში, დაზიანების მხარეს.

ხახის ავთვისებიანი სიმსივნეების დიაგნოზის დასმა ხდება ანამნეზის, ასევე ინსტრუმენტული, რენტგენოლოგიური და ჰისტოლოგიური გამოკვლევების საფუძველზე. სადიაგნოსტიკოდ ყველაზე ხელმისაწვდომია პირ-ხახა. ცხვირ-ხახის და ხორხ-ხახის ინსტრუმენტული გამოკვლევები გაძნელებულია მათი ანატომიური მდებარეობის გამო, მაგრამ უკანა რინოსკოპიით და ცხვირ-ხახის დამატებითი დიგიტალური გამოკვლევით, ხორხ-ხახის პირდაპირი და არაპირდაპირი გამოკვლევებით შესაძლებელია სიმსივნის დიაგნოზის დასმა. მაღალი ინფორმაციულობით გამოირჩევა ფიბროსკოპია, რენტგენოგრაფია, ტომოგრაფია, კომპიუტერული ტომოგრაფია, მაგნიტურ-რეზონანსული ტომოგრაფია. ინსტრუმენტული გამოკვლევების დროს კეთდება სიმსივნის ბიოფსია.

ხახის კიბოს კლასიფიკაცია TNM სისტემით (მე-6 გამოცემა, 2002 წ)

ხახისთვის რეგიონული ლიმფური კვანძები კისრის ლიმფური კვანძებია.

T – პირველადი სიმსივნე

TX პირველადი სიმსივნის შესაფასებლად საკმარისი მონაცემები არ არის

T0 პირველდი სიმსივნის არსებობის ნიშნები არ არის

Tis პრეინვაზიური კიბო (Carcinoma in situ)

პირ-ხახის კიბოსათვის:

T1 2 სმ-მდე ზომის სიმსივნე

T2 2-დან 4 სმ-მდე ზომის სიმსივნე

T3 4 სმ-ზე მეტი ზომის სიმსივნე

T4a სიმსივნე ჩაზრდილია ხორხში, ენის ღრმა გარეთა (ენა-ნიკაპის, ენა-ინის, ენა-სასის და ენა სადგისის) კუნთში, შუა ფრთისებრ კუნთში, მაგარ სასაში ან ქვედა ყბაში

T4b სიმსივნე ჩაზრდილია გვერდით ფრთისებრ კუნთში, ძირითადი ძვლის ფრთისებრ ფირფიტაში, გვერდით ცხვირ-ხახაში, თავის ქალას ფუძეში, ან საძილე არტერიის გარსში

ცხვირ-ხახის კიბოსთვის:

T1 სიმსივნე შემოფარგლულია ცხვირ-ხახით

T2 სიმსივნე ვრცელდება რბილ ქსოვილებზე

T2a სიმსივნე ჩაზრდილია პირ-ხახაში და/ან ცხვირის ღრუში, პარაფარინგულ სივრცეზე გავრცელების გარეშე*

T2b სიმსივნე გავრცელებულია პარაფარინგულ სივრცეზე*

T3 სიმსივნე ჩაზრდილია ძვლოვან სტრუქტურებსა და/ან ცხვირის დანამატ წიაღებში

T4 სიმსივნე გავრცელებულია ქალას ფუძეზე და/ან ჩაზრდილია ქალას ნერვებში, საფეთქელქვეშა ფოსოში, ხორხ-ხახაში, თვალბუდეში ან საღეჭ კუნთში

შენიშვნა: * პარაფარინგულ გავრცელებაში იგულისხმება სიმსივნის უკანა გვერდითი ინფილტრაცია ხახა-ძირითადი ფასციის მიღმა.

ხორხ-ხახის კიბოსთვის:

T1 ხორხ-ხახის ერთი ანატომიური ნაწილით შემოფარგლული 2 სმ-მდე ზომის სიმსივნე

T2 ხორხ-ხახის ერთზე მეტ ანატომიურ ნაწილზე ან მომიჯნავე სტრუქტურებზე გავრცელებული სიმსივნე; ან 2 სმ-დან 4 სმ-მდე ზომის სიმსივნე, ხორხის ნახევრის *ფიქსაციის გარეშე*

T3 4 სმ-ზე მეტი ზომის სიმსივნე, ან სიმსივნე – ხორხის ნახევრის ფიქსაციით

T4a სიმსივნე ჩაზრდილია ირგვლივმდებარე ქსოვილებში: ფარისებრ/ბეჭდისებრ ხრტილში, ენისქვეშა (ინის) ძვალში, ფარისებრ ჯირკვალში, საყლაპავში, კისრის რბილი ქსოვილების ცენტრალურ ნაწილში

T4b სიმსივნე გავრცელებულია მალების წინა ფასციაზე, საძილე არტერიის გარსზე, ან ჩაზრდილია შუასაყრის სტრუქტურებში

შენიშვნა: კისრის რბილი ქსოვილების ცენტრალური ნაწილი მოიცავს ხორხის წინ, ინის ძვლის ქვემოთ მდებარე კუნთებს და კანქვეშა ცხიმოვან ქსოვილს

N – *რეგიონული ლიმფური კვანძები (პირ-ხახა და ხორხ-ხახა)*

NX რეგიონული ლიმფური კვანძების შესაფასებლად საკმარისი მონაცემები არ არის

N0 რეგიონული ლიმფური კვანძების მეტასტაზური დაზიანების ნიშნები არ არის

N1 3 სმ-მდე ზომის მეტასტაზი ერთ ლიმფურ კვანძში, დაზიანების მხარეს

N2 3 სმ-დან 6 სმ-მდე ზომის მეტასტაზი ერთ ლიმფურ კვანძში, დაზიანების მხარეს; ან 6 სმ-მდე ზომის მეტასტაზი რამდენიმე ლიმფურ კვანძში, დაზიანების მხარეს; ან 6 სმ-მდე ზომის მეტასტაზი ლიმფურ კვანძებში, ორმხრივად ან კონტრალატერალურად

N2a 3 სმ-დან 6 სმ-მდე ზომის მეტასტაზი ერთ ლიმფურ კვანძში, დაზიანების მხარეს

N2b 6 სმ-მდე ზომის მეტასტაზი რამდენიმე ლიმფურ კვანძში, დაზიანების მხარეს

N2c 6 სმ-მდე ზომის მეტასტაზი ლიმფურ კვანძებში, ორმხრივად ან კონტრალატერალურად

N3 6 სმ-ზე მეტი ზომის მეტასტაზი ლიმფურ კვანძში

შენიშვნა: შუა ხაზის ლიმფური კვანძი უნდა შეფასდეს როგორც დაზიანების მხარეს მდებარე ლიმფური კვანძი

N – რეგიონული ლიმფური კვანძები (*ცხვირ-ხაბა*)

NX რეგიონული ლიმფური კვანძების შესაფასებლად საკმარისი მონაცემები არ არის

N0 რეგიონული ლიმფური კვანძების მეტასტაზური დაზიანების ნიშნები არ არის

N1 6 სმ-მდე ზომის მეტასტაზი ლიმფურ კვანძ(ებ)ში ერთ მხარეს, ლავიწზედა ფოსოს ზემოთ

N2 6 სმ-მდე ზომის მეტასტაზი ლიმფურ კვანძ(ებ)ში ორივე მხარეს – ლავიწზედა ფოსოს ზემოთ

N3 6 სმ-ზე მეტი ზომის მეტასტაზი ლიმფურ კვანძ(ებ)ში, ან მეტასტაზი ლავიწზედა ფოსოში

N3a 6 სმ-ზე მეტი ზომის

N3b ლავიწზედა ფოსოში

შენიშვნა: შუა ხაზის ლიმფური კვანძი უნდა შეფასდეს როგორც დაზიანების მხარეს მდებარე ლიმფური კვანძი

M – შორეული მეტასტაზები

MX შორეული მეტასტაზის შესაფასებლად საკმარისი მონაცემები არ არის

M0 შორეული მეტასტაზის არსებობის ნიშნები არ არის

M1 აღინიშნება შორეული მეტასტაზები

pTNM – პათოჰისტოლოგიური კლასიფიკაცია

pT, pN, pM კატეგორიები შეესაბამება T, N, M კატეგორიებს.

pN0 ჰისტოლოგიური გამოკვლევისთვის კისრის ნაწილობრივი ლიმფოდისექციით მიღებული მასალა, როგორც წესი, უნდა შეიცავდეს არანაკლებ 6, ხოლო რადიკალური ან მოდიფიცირებული რადიკალური დისექციით მიღებული მასალა – არანაკლებ 10 ლიმფურ კვანძს. იმ შემთხვევაში, თუ ლიმფურ კვანძებში სიმსივნური უჯრედები არ აღმოჩნდა, მაგრამ გამოკვლეული ლიმფური კვანძების რაოდენობა, შესაბამისად, 6-ზე და 10-ზე ნაკლებია, კლასიფიკაცია ხდება pN0 კატეგორიით. როცა სიმსივნის ზომა წარმოადგენს pN კატეგორიის შეფასების კრიტერიუმს, უნდა გაიზომოს მეტასტაზი და არა მთლიანად ლიმფური კვანძი.

G – ჰისტოლოგიური გრადაცია

GX სიმსივნის დიფერენციაციის ხარისხის შესაფასებლად საკმარისი მონაცემები არ არის

G1 მაღალდიფერენცირებული

G2 საშუალოდ დიფერენცირებული

G3 დაბალდიფერენცირებული

G4 – არადიფერენცირებული

დაჯგუფება სტადიების მიხედვით (*პირ-ხახა და ხორხ-ხახა*)

0 სტადია	Tis	N0	M0
I სტადია	T1	N0	M0
II სტადია	T2	N0	M0
III სტადია	T1, T2	N1	M0
	T3	N0, N1	M0
IVA სტადია	T1, T2, T3	N2	M0
	T4a	N0, N1, N2	M0
IVB სტადია	T4b	ნებისმიერი N	M0
	ნებისმიერი T	N3	M0
IVC სტადია	ნებისმიერი T	ნებისმიერი N	M1

დაჯგუფება სტადიების მიხედვით (*ცხვირ-ხახა*)

0 სტადია	Tis	N0	M0
I სტადია	T1	N0	M0
IIA სტადია	T2a	N0	M0
IIB სტადია	T1	N1	M0
	T2a	N1	M0
	T2b	N0, N1	M0
III სტადია	T1	N2	M0
	T2a, T2b	N2	M0
	T3	N0, N1, N2	M0
IVA სტადია	T4	N0, N1, N2	M0
IVB სტადია	ნებისმიერი T	N3	M0
IVC სტადია	ნებისმიერი T	*ნებისმიერი* N	M1

მკურნალობა. *ცხვირ-ხახის* I-II-III სტადიის (T1-3N0-1M0) დიფერენცირებული კიბოს დროს ტარდება ორეტაპიანი დისტანციური გამა-თერაპია 65 გრეი ჯამური ტროვანი დოზით (პირველ ეტაპზე – 40 გრეი, 2 კვირის შემდეგ – 20-26 გრეი). ამ ოზის მიღწევისას ნარჩენი სიმსივნის არსებობის დროს მკურნალობა გრძელდება რუსშიგნითა გამა-თერაპიით (30 გრეიმდე ჯამური კეროვანი დოზით, 1 სმ სიღმეზე). კისრის ლიმფურ კვანძებში ნარჩენი მეტასტაზების არსებობის შემთხვევაში ირითადი კერის განკურნების შემდეგ უნდა ჩატარდეს კისრის ლიმფადენექტომია.

I-II სტადიის (T1-2N0M0) დაბალდიფერენცირებული კიბოს დროს ასევე ტარება ორეტაპიანი დისტანციური გამა-თერაპია 70 გრეი ჯამური კეროვანი დოზით; III ტადიის კიბოს შემთხვევაში, 50-60 გრეი ჯამური კეროვანი დოზის მიღწევის ემდეგ, დისტანციურ დასხივებას ემატება ძირითადი კერის ღრუსშიგნითა გამაერაპია 30 გრეიმდე ჯამური დოზით (შერწყმული სხივური მკურნალობა). დაბალდიფენცირებული კიბოს დროს, თუ კისრის ლიმფურ კვანძებში მეტასტაზის არსებობა ლინიკურად არ დგინდება, უნდა ჩატარდეს რეგიონული მეტასტაზირების ზონების როფილაქტიკური დასხივება ბილატერალურად, 50 გრეი ჯამური კეროვანი დოზით.

კისრის ლიმფურ კვანძებში კლინიკურად დადგენილი მეტასტაზი, ჩვეულებრივ, სხივდება დისტანციურად, 45 გრეი ჯამური დოზით. შემდეგ დასხივების ველი მცირდება – სხივდება მხოლოდ კლინიკურად გამოხატული მეტასტაზური ლიმფური კვანძები (60-65 გრეი ჯამური კეროვანი დოზის მიღწევამდე).

IV სტადიის კიბოს დროს ტარდება პალიატიური სხივური, მედიკამენტური (BMP, BMV, Fu+Pt სქემებით) ან სიმპტომური მკურნალობა.

რეციდივების მკურნალობა ინდივიდუალურად ტარდება: მცირე ზომის რეციდივების მკურნალობა ქირურგიულია. თუ დასხივებამ ირგვლივმდებარე ქსოვილებში ცვლილებები არ გამოიწვია, შეიძლება ჩატარდეს განმეორებითი სხივური თერაპია. დიფერენცირებული კიბოს რეციდივის მკურნალობა ქირურგიულია, ხოლო დაბალდიფერენცირებული კიბოს რეციდივისა – სხივური. გამართლებულია ქიმიოთერაპიაც.

პირ-ხახის I-II-III სტადიის დიფერენცირებული კიბოს მკურნალობა სხივურია – ტარდება დისტანციური გამა-თერაპია 60 გრეი ჯამური კეროვანი დოზით.

T1-3N0M0 გავრცელების კიბოს დროს ლიმფური კვანძების პროფილაქტიკური დასხივება არ ტარდება. T3N0M0 სტადიის კიბოს დროს მიზანშეწონილია კისრის ფაშარი შემაერთებელი ქსოვილის ფასციალურ-ფუტლარული ამოკვეთა წინასწარი დასხივების გარეშე.

T1-2N1M0 გავრცელების კიბოს დროს რეგიონული მეტასტაზების მკურნალობა კომბინირებულია – ტარდება კისრის ლიმფური კვანძების დისტანციური გამა-თერაპია 40 გრეი ჯამური კეროვანი დოზით და კისრის ფაშარი შემაერთებელი ქსოვილის რადიკალური ამოკვეთა.

I-II-III სტადიის დაბალდიფერენცირებული კიბოს დროს ძირითად სხივურ თერაპიას (60 გრეი) ემატება ქიმიოთერაპია (Fu + Pt, გემციტაბინი + პლატინა). სხივებით უშედეგო მკურნალობის შემთხვევაში ზოგჯერ შეიძლება ჩატარდეს ოპერაცია.

დაბალდიფერენცირებული კიბოს დროს, თუ კისრის ლიმფურ კვანძებში მეტასტაზის არსებობა კლინიკურად არ დგინდება, უნდა ჩატარდეს რეგიონული მეტასტაზირების ზონების პროფილაქტიკური დასხივება ბილატერალურად, 50 გრეი ჯამური კეროვანი დოზით.

კისრის ლიმფურ კვანძებში კლინიკურად დადგენილი მეტასტაზები, ჩვეულებრივ, სხივდება დისტანციურად, 45 გრეი ჯამური დოზით. შემდეგ დასხივების ველი მცირდება – სხივდება მხოლოდ კლინიკურად გამოხატული მეტასტაზური ლიმფური კვანძები (60-65 გრეი ჯამური კეროვანი დოზის მიღწევამდე).

IV სტადიის კიბოს დროს ტარდება სიმპტომური მკურნალობა. შეიძლება ნაცადი იყოს ქიმიოთერაპიაც.

ცხვირ-ხახისა და პირ-ხახის ლიმფოპროლიფერაციული სიმსივნეების დროს ტარდება ძირითადი კერის სხივური თერაპია (60-70 გრეი დოზით) და რეგიონული მეტასტაზირების ზონების პროფილაქტიკური დასხივება ბილატერალურად, 50 გრეიმდე ჯამური კეროვანი დოზით. სხივურ თერაპიასთან ერთად ტარდება ადიუვანტური ქიმიოთერაპია. I სტადიის იმუნობლასტური ლიმფომების დროს მკურნალობა მხოლოდ სხივურია. უკეთესი პროგნოზით გამოირჩევა პირ-ხახის ლიმფომები.

ბორხ-ხახის კიბოს მკურნალობა უპირატესად სხივურია. I სტადიის (T1N0M0) კიბოს დროს გამოიყენება დისტანციური გამა-თერაპია 65 გრეი ჯამური დოზით. მკურნალობის გეგმის კორექტირება ხდება გზადაგზა. თუ 35-40 გრეი დოზის მიღების შემდეგ სიმსივნის ზომა მნიშვნელოვნად არ შემცირდა (ე. ი. დადგინდა სიმსივნის რადიორეზისტენტობა), დასხივება წყდება და 2-3 კვირის შემდეგ კეთდება ოპერაცია, რომლის მასშტაბი დამოკიდებულია სიმსივნის ლოკალიზაციაზე.

II-III სტადიის (T2-3N0-1M0) კიბოს მკურნალობა კომბინირებულია. პირველ ეტაპზე ტარდება დისტანციური გამა-თერაპია 40-50 გრეი ჯამური კეროვანი დოზით, დასხივების ველში რეგიონული მეტასტაზირების ზონების ჩართვით. დასხივებიდან 2-3 კვირის შემდეგ მეორე ეტაპად სრულდება პირველადი კერის რადიკალური ამოკვეთა. კლინიკურად დაუდგენელი რეგიონული ან ერთეული მოძრავი მეტასტაზის არსებობის შემთხვევაში ერთ მომენტად კეთდება კისრის ფაშარი ქსოვილების ფასციალურ-ფუტლარული ამოკვეთა, ხოლო შეზღუდულად მოძრავი ერთეული ან მრავლობითი მეტასტაზის შემთხვევაში – კრაილის ოპერაცია.

IV სტადიის T1-4N2-3M0 გავრცელების კიბოს დროს ტარდება პალიატიური სხივური, ხოლო T1-4N0-3M1 გავრცელების კიბოს შემთხვევაში – სიმპტომური მკურნალობა. გამართლებულია ქიმიოთერაპიის ჩატარებაც (BMP, BMV, Fu + Pt სქემებით). დისფაგიის დროს შეიძლება გაკეთდეს გასტროსტომია, სუნთქვის გაძნელების დროს – ტრაქეოსტომია.

რეციდივების მკურნალობა ქირურგიულია. ოპერაციის მოცულობა განისაზღვრება სიმსივნის ლოკალიზაციისა და გავრცელების მიხედვით. ინოპერაბელური რეციდივის შემთხვევაში დასაშვებია პალიატიური სხივური მკურნალობა ან ქიმიოთერაპია.

მკურნალობის შემდგომი დისპანსერული მეთვალყურეობა: პირველი 6 თვის განმავლობაში – 1,5-2 თვეში ერთჯერ, შემდეგი 1,5-2 წლის განმავლობაში – 2-3 თვეში ერთჯერ, მესამე წლიდან – 6 თვეში ერთჯერ.

საყლაპავის კიბო (C15)

საყლაპავის კიბოთი ავადობის მაჩვენებელი საქართველოში დაბალია და 100 000 მოსახლეზე 0,7-ს არ აღემატება, ხოლო ონკოლოგიური ავადობის სტრუქტურაში 0,6%-ს შეადგენს.

საყლაპავი შედგება კისრის (C15.0), გულმკერდის (C15.1) და მუცლის (C15.2) ნაწილებისგან. საყლაპავის კისრის ნაწილი იწყება ბეჭდისებრი ხრტილის ქვედა კიდიდან და მთავრდება გულმკერდის ზედა შესავალთან, ზედა საჭრელი კბილებიდან დაახლოებით 18 სმ მანძილზე. საყლაპავის გულმკერდის ნაწილში გამოყოფენ ზედა (C15.3), შუა (C15.4) და ქვედა (C15.5) მესამედს; აგრეთვე, სინტოპიის შესაბამისად – სასულეს, აორტის, ბრონქულ, რეტროკარდიულ, დიაფრაგმისზედა და დიაფრაგმისქვედა სეგმენტებს.

საყლაპავისთვის რეგიონული ლიმფური კოლექტორებია:

საყლაპავის კისრის ნაწილისათვის: პრესკალენური, საუღლე ფოსოს შიგა, კისრის ზედა და ქვედა, პერიეზოფაგური და ლავიწზედა ლიმფური კვანძები.

საყლაპავის გულმკერდის (ზედა, შუა და ქვედა) ***ნაწილისათვის:*** ზედა პერი-

ეზოფაგური (კენტი ვენის ზემოთ მდებარე), სასულეს კორძის ქვეშ მდებარე, ქვედა პერიეზოფაგური (კენტი ვენის ქვემოთ მდებარე), შუასაყრის, აგრეთვე პერიგასტრული ლიმფური კვანძები, გარდა ფაშვის ლიმფური კვანძებისა.

საყლაპავის კიბო ჰისტოლოგიურად უმეტეს შემთხვევაში (95%) ბრტყელუჯრედოვანი შენებისაა (გარქავებით ან გარქავების გარეშე), შემთხვევათა 5%-ში საყლაპავის ჯირკვლოვანი ეპითელიუმიდან შეიძლება განვითარდეს ადენოკარცინომა.

ბრტყელუჯრედოვანი კიბო, გარქავებით, როგორც წესი, ლოკალიზდება საყლაპავის კისრის ნაწილში და გულმკერდის ნაწილის ზედა და შუა სეგმენტებში, ბრტყელუჯრედოვანი კიბო, გარქავების გარეშე, ვითარდება საყლაპავის გულმკერდის ნაწილის შუა და ქვედა მესამედში, ხოლო ადენოგენური კიბო – საყლაპავის დისტალურ ნაწილში. იგი უნდა განვასხვავოთ საყლაპავზე გავრცელებული კუჭის კიბოსაგან.

დაავადების საწყის სტადიაში საყლაპავის კიბოს მაკროსკოპულ ფორმებს შორის პირობითად გამოყოფენ ეგზოფიტურ, ენდოფიტურ და შერეულ სიმსივნეებს. სიმსივნის პროგრესირებასთან ერთად ყალიბდება ერთიანი კონგლომერატი, რომელშიც სიმსივნის საწყისი ფორმის გარჩევა თითქმის შეუძლებელია.

დაავადების ძირითადი ადრეული სიმპტომია დისფაგია, რომლის ხარისხიც დამოკიდებულია სიმსივნის გავრცელებაზე. დიაგნოზი დგინდება რენტგენოლოგიური, ენდოსკოპიური, აგრეთვე სიმსივნის ზედაპირიდან ბიოფსიისას მიღებული მასალის ციტოლოგიური და ჰისტოლოგიური გამოკვლევებით.

საყლაპავის კიბოს გავრცელების ხარისხის დასადგენად ტარდება ტრაქეობრონქოსკოპია, კომპიუტერული ტომოგრაფია, ღვიძლის ულტრაბგერითი გამოკვლევა, ლაპაროსკოპია.

საყლაპავის კიბოს კლასიფიკაცია TNM სისტემით (მე-6 გამოცემა, 2002)

TNM კლინიკური კლასიფიკაცია

T - პირველადი სიმსივნე

TX პირველადი სიმსივნის შესაფასებლად საკმარისი მონაცემები არ არის

T0 პირველადი სიმსივნის არსებობის ნიშნები არ არის

Tis პრეინვაზიური კარცინომა (Carcinoma in situ)

T1 სიმსივნე ჩაზრდილია ლორწოვან გარსში ან ლორწქვეშა შრეში

T2 სიმსივნე ჩაზრდილია კუნთოვან შრეში

T3 სიმსივნე ჩაზრდილია ადვენტიციაში

T4 სიმსივნე გავრცელებულია მომიჯნავე სტრუქტურებზე.

N – რეგიონული ლიმფური კვანძები

NX რეგიონული ლიმფური კვანძების შესაფასებლად საკმარისი მონაცემები არ არის

N0 რეგიონული ლიმფური კვანძების მეტასტაზური დაზიანების ნიშნები არ არის

N1 რეგიონული ლიმფური კვანძების მეტასტაზური დაზიანება

M – შორეული მეტასტაზები

MX შორეული მეტასტაზის შესაფასებლად საკმარისი მონაცემები არ არის

M0 შორეული მეტასტაზის არსებობის ნიშნები არ არის

M1 აღინიშნება შორეული მეტასტაზი

საყლაპავის გულმკერდის ნაწილის ქვედა მესამედის სიმსივნეებისათვის:

M1a მეტასტაზი ფაშვის ლიმფურ კვანძებში

M1b სხვა შორეული მეტასტაზი

საყლაპავის გულმკერდის ნაწილის ზედა მესამედის სიმსივნეებისათვის:

M1a მეტასტაზი კისრის ლიმფურ კვანძებში

M1b სხვა შორეული მეტასტაზი

საყლაპავის გულმკერდის ნაწილის შუა მესამედის სიმსივნეებისათვის:

M1a არ არის განსაზღვრული

M1b მეტასტაზი არარეგიონულ ლიმფურ კვანძებში ან ნებისმიერი სხვა შორეული მეტასტაზი

pTNM – პათოჰისტოლოგიური კლასიფიკაცია

pT, pN, pM კატეგორიები შეესაბამება T, N, M კატეგორიებს.

pN0 ჰისტოლოგიური გამოკვლევისათვის შუასაყრის ლიმფოდისექციით მიღებული მასალა, როგორც წესი, უნდა შეიცავდეს არანაკლებ 6 ლიმფურ კვანძს. იმ შემთხვევაში, თუ ლიმფურ კვანძებში სიმსივნური უჯრედები არ აღმოჩნდა, მაგრამ გამოკვლეული ლიმფური კვანძების რაოდენობა 6-ზე ნაკლებია, კლასიფიკაცია ხდება pN0 კატეგორიით.

G – ჰისტოლოგიური გრადაცია

GX დიფერენციაციის ხარისხის შესაფასებლად საკმარისი მონაცემები არ არის

G1 მაღალდიფერენცირებული

G2 საშუალოდ დიფერენცირებული

G3 დაბალდიფერენცირებული

G4 არადიფერენცირებული

დაჯგუფება სტადიების მიხედვით

0 სტადია	Tis	N0	M0
I სტადია	T1	N0	M0
IIA სტადია	T2, T3	N0	M0
IIB სტადია	T1, T2	N1	M0
III სტადია	T3	N1	M0
	T4	ნებისმიერი N	M0
IV სტადია	ნებისმიერი T	ნებისმიერი N	M1
IVA სტადია	ნებისმიერი T	ნებისმიერი N	M1a
IVB სტადია	ნებისმიერი T	ნებისმიერი N	M1b

მკურნალობა. საყლაპავის კიბოს მკურნალობის მეთოდები ქირურგიული, სხივური და კომბინირებულია.

დაავადების საწყის სტადიებში (Tis, აგრეთვე T1-2) დასაშვებია ჩატარდეს სიმსივნის ენდოსკოპიური ელექტროკოაგულაცია ან ლაზერული კოაგულაცია ფოტოდინამიკურ თერაპიასთან ერთად ან მის გარეშე. T1-4 გავრცელების სიმსივნეების შემთხვევაში კეთდება საყლაპავის ექსტირპაცია ან სუბტოტალური რეზექცია ერთმომენტიან ან გადავადებულ პლასტიკასთან ერთად და ყალიბდება ანასტომოზი კისერზე

ან ინტრაპლევრულად. II-III სტადიის კიბოს დროს, ჩვენების მიხედვით, ძირითადი სიმსივნის ამოკვეთასთან ერთად ხორციელდება ლიმფადენექტომია. კომბინირებული ოპერაციების დროს შეიძლება შესრულდეს პლევრის, პერიკარდიუმის, ფილტვის, დიაფრაგმის ფეხების, კენტი ვენის, აორტის, ადვენტიციის რეზექციაც.

საყლაპავის პლასტიკისთვის შეიძლება გამოყენებული იყოს კუჭი, წვრილი ნაწლავი ან მსხვილი ნაწლავი. საყლაპავის აბდომინურ ნაწილში ან გულმკერდის ქვედა მესამედში სიმსივნის ლოკალიზაციის დროს უპირატესობა ენიჭება საყლაპავის ერთმომენტიან რეზექცია-პლასტიკას, ხოლო სიმსივნის უფრო პროქსიმალური ლოკალიზაციის შემთხვევაში უმჯობესია ჩატარდეს დობრომისლოვ-თორეკის ოპერაცია და საყლაპავის მოგვიანებითი პლასტიკა. უკანასკნელ წლებში უპირატესობა ენიჭება კუჭით პლასტიკას.

ორეტაპიანი ოპერაციების შემთხვევაში საჭირო ხდება მუცლის წინა კედელზე დროებითი გასტროსტომის, ხოლო კისერზე – დროებითი ეზოფაგოსტომის ჩამოყალიბება (შემდგომში ხდება მათი ლიკვიდაცია). შორსწასულ შემთხვევებში (დისფაგიისა და აფაგიის დროს) ყალიბდება მუდმივი გასტროსტომა.

სხივური თერაპია დამოუკიდებლად ტარდება საყლაპავის კისრის ნაწილისა და გულმკერდის ზედა მესამედის კიბოს დროს. საყლაპავის სხვა, უფრო დისტალური ლოკალიზაციის ინოპერაბელური კიბოს შემთხვევაში, აგრეთვე მაშინ, როცა ავადმყოფი უარს აცხადებს ოპერაციაზე, ტარდება შერწყმული სხივური თერაპია, რომელიც პირველ ეტაპზე მოიცავს საყლაპავის დისტანციურ დასხივებას კლასიკური (2-2 გრეი დღეში, 40 გრეი ჯამური კეროვანი დოზით) ან არატრადიციული (4-4 გრეი პირველი 3 დღის განმავლობაში და 2-2 გრეი მომდევნო 2 კვირის განმავლობაში, 40 გრეი ჯამური კეროვანი დოზით) ფრაქციონირებით. დასხივებიდან 2 კვირის შემდეგ ტარდება ბრაქითერაპია (ღრუსშიგნითა გამა-თერაპია – 5-5 გრეი კვირაში სამჯერ). პარალელურად გრძელდება დისტანციური დასხივება: 2-2 გრეი დღიური და 40 გრეი ჯამური კეროვანი დოზით.

მკურნალობის დამოუკიდებელ მეთოდად გამოიყენება **ქიმიო-სხივური** თერაპიაც. ასეთ დროს მკურნალობის პირველი ეტაპი იწყება ქიმიოთერაპიით: ფტორურაცილი – 500 მგ/მ² 5 დღის განმავლობაში, 20-20 მგ/მ² ცისპლატინა – მერვე-მეათე დღეს. ცისპლატინის გადასხმა ნახევარი საათით წინ უნდა უსწრებდეს მსხვილფრაქციულ დასხივებას (4-4 გრეი მერვე-მეათე დღეს). მომდევნო დღეებში გრძელდება დასხივება (2-2 გრეი დღიური და 40 გრეი ჯამური კეროვანი დოზით). 2-3 კვირის შემდეგ ტარდება ღრუსშიგნითა გამა-თერაპია: 5-5 გრეი კვირაში სამჯერ, 25 გრეი ჯამური კეროვანი დოზით. პარალელურად ტარდება დისტანციური გამა-თერაპია 2-2 გრეი დღიური და 40 გრეი ჯამური კეროვანი დოზით.

სხივური თერაპია კომბინირებული მკურნალობის კომპონენტად გამოიყენება ოპერაციისწინა ან ოპერაციისშემდგომი დასხივების რეჟიმში.

ოპერაციის წინ ტარდება დასხივება კლასიკური ფრაქციებით (2-2 გრეი დღიური და 40 გრეი ჯამური კეროვანი დოზით) ან არასტანდარტული ფრაქციონირებით (4-4 გრეი – პირველი სამი დღის განმავლობაში და 2-2 გრეი – მომდევნო დღეებში, 40 გრეი ჯამურ კეროვან დოზამდე).

ჩვენების მიხედვით, როცა არასტანდარტულ ფრაქციონირებას წინ უსწრებს

ქიმიოთერაპია ფტორურაცილით და ცისპლატინით, საყლაპავის კისრის ნაწილსა და გულმკერდის ზედა მესამედში სიმსივნის ლოკალიზაციისას, აგრეთვე სხვა ლოკალიზაციის T3-4N0M0, T1-4N1M0 გავრცელების სიმსივნეების დროს ტარდება ქიმიო-სხივური მკურნალობა.

ოპერაციის შემდეგ სიმსივნის სარეცელი შეიძლება დასხივდეს ტოტალურად — საულლე ფოსოდან დიაფრაგმის ფეხებამდე, ან პარაკარდიული მიდამო 2-2,5 გრეი დღიური (2 გრეი ერთჯერადი დოზით, ან თითო გრეი დღეში ორჯერ, 4-6-საათიანი ინტერვალით) და 40 გრეი ჯამური კეროვანი დოზით. კისრის ზონა სხივდება კლასიკური ფრაქციებით (2-2 გრეი დღიური, 40 გრეი ჯამური კეროვანი დოზით) ან საშუალო ფრაქციებით (3-3 გრეი დღიური, 30 გრეი ჯამური კეროვანი დოზით).

ქიმიოთერაპია, როგორც კომბინირებული მკურნალობის კომპონენტი, შეიძლება გამოყენებულ იქნეს წვრილუჯრედოვანი და არადიფერენცირებული კიბოს დროს, ოპერაციისა და სხივური თერაპიის დამთავრებიდან 4 კვირის შემდეგ, 3-კვირიანი ინტერვალებით. თავდაპირველად ტარდება ქიმიოთერაპიის 3 კურსი და მიღებული შედეგის შესაბამისად ხდება მკურნალობის შემდგომი სქემის შემუშავება.

ნეოადიუვანტური ქიმიოთერაპია გულისხმობს ოპერაციის წინ 2 კურსის ჩატარებას 3-კვირიანი ინტერვალებით.

ქიმიოთერაპიული სქემებიდან ეფექტურია ცისპლატინ-ეტოპოზიდ-ფტორურაცილი, ცისპლატინ-ეტოპოზიდ-ფარმარუბიცინი (ჯირკვლოვანი კიბოს დროს) ან ცისპლატინ-გემზარი (ადგილობრივად გავრცელებული სიმსივნეების დროს ეს უკანასკნელი გამოიყენება, როგორც პირველი ხაზის ქიმიოთერაპია).

ქიმიოთერაპია, როგორც მკურნალობის დამოუკიდებელი მეთოდი, გამოიყენება წვრილუჯრედოვანი და არადიფერენცირებული კიბოს დროს.

მკურნალობიდან 2-3 კვირის შემდეგ ფასდება ქიმიოთერაპიის ეფექტურობა და შესაბამისად ხდება მკურნალობის შემდგომი ტაქტიკის შემუშავება.

საყლაპავის დისტალური ლოკალიზაციის კიბოს დროს უპირატესობა ენიჭება ქირურგიულ მკურნალობას, ხოლო კისრის ნაწილისა და გულმკერდის ზედა მესამედის კიბოს დროს უფრო ხშირად მიმართავენ სხივურ თერაპიას.

TisN0M0 (I სტადიის) კიბოს დროს ტარდება საყლაპავის სუბტოტალური რეზექცია, შერწყმული სხივური ან ქიმიო-სხივური მკურნალობა დამოუკიდებელ რეჟიმში. ჩვენების მიხედვით, შეიძლება განხორციელდეს ენდოსკოპიური ოპერაციები ფოტოდინამიკურ თერაპიასთან ერთად ან მის გარეშე.

II-III სტადიის T2-4N0M0 და T1-3N1M0 გავრცელების კიბოს მკურნალობა ქირურგიული ან კომბინირებულია (ნეოადიუვანტური ან ადიუვანტური, სხივური/ქიმიო-სხივური კომპონენტებით). შეიძლება დამოუკიდებელ რეჟიმში ჩატარდეს შერწყმული სხივური თერაპია ან ქიმიო-სხივური მკურნალობა.

ოპერაცია ძირითადი სიმსივნის ამოკვეთასთან ერთად ლიმფადენექტომიასაც მოიცავს. T4 სტადიის სიმსივნის შემთხვევაში შეიძლება განხორციელდეს კომბინირებული ოპერაციები, რომლის დროსაც ძირითად სიმსივნესთან ერთად ამოიკვეთება მეზობელი სტრუქტურებიც.

ცალკეულ შემთხვევებში, T2-3N0M0 და T1-2N1M0 გავრცელების სიმსივნეების დროს, კომბინირებული მკურნალობის ქირურგიულ კომპონენტად შეიძლება

გამოყენებული იყოს ენდოსკოპიური ოპერაცია ფოტოდინამიკურ თერაპიასთან ერთად ან მის გარეშე.

IV სტადიის T1-4N0-1M1 გავრცელების კიბოს დროს კეთდება გასტროსტომია ან ენდოსკოპიური ოპერაცია ფოტოდინამიკურ თერაპიასთან ერთად ან მის გარეშე.

რეზექტაბელური მეტასტაზის შემთხვევაში ტარდება კომბინირებული მკურნალობა II-III სტადიის კიბოს მკურნალობის ანალოგიურად, ოღონდ ოპერაციული მკურნალობის დროს ძირითად სიმსივნესთან ერთად მეტასტაზიც ამოიკვეთება.

შორსწასული სიმსივნის შემთხვევაში სიმპტომურ ოპერაციასთან ერთად მიმართავენ ქიმიოთერაპიას. ტარდება მკურნალობის 2 კურსი 3-კვირიანი ინტერვალით, რომლის შემდეგაც ხდება მისი ეფექტურობის შეფასება და შესაბამისად – მკურნალობის შემდგომი ტაქტიკის შემუშავება.

საყლაპავის კიბოს რეციდივის მკურნალობა კომბინირებულია. თუ ძირითადი სიმსივნის მკურნალობისას სხივური თერაპია არ იყო გამოყენებული, მაშინ რეზექტაბელური რეციდივის მკურნალობას იწყებენ ოპერაციისწინა დასხივებით ან ქიმიო-სხივური თერაპიით, ხოლო ოპერაცია კეთდება 2 კვირის შემდეგ. თუ სიმსივნე რეზექტაბელური არ არის, მაშინ ტარდება ქიმიო-სხივური მკურნალობა ინდივიდუალური გეგმით. შეიძლება ნაცადი იყოს ქიმიოთერაპია დამოუკიდებელ რეჟიმში. სხვა შემთხვევებში ტარდება სიმპტომური მკურნალობა.

მკურნალობისშემდგომი დისპანსერული მეთვალყურეობა: პირველ წელს – 3 თვეში ერთჯერ, მეორე-მეოთხე წელს – 6 თვეში ერთჯერ, მეხუთე წლიდან – წელიწადში ერთჯერ.

კუჭის კიბო (C16)

კუჭის კიბოს საქართველოში ონკოლოგიური ავადობის სტრუქტურაში მეოთხე ადგილი უკავია. მამაკაცები ორჯერ უფრო ხშირად ავადდებიან, ვიდრე ქალები (უპირატესად – 50-70 წლის ასაკში).

ეტიოლოგიაში დიდ მნიშვნელობას ანიჭებენ ეგზოგენურ და ენდოგენურ ფაქტორებს.

კუჭის კიბოს პათოგენეზსა და პროგნოზზე მსჯელობა შესაძლებელია მისი უჯრედული შენების მიხედვით. განასხვავებენ კიბოს ორ ტიპს: ა) კუჭის კიბო ნაწლავური მეტაპლაზიით და ბ) კუჭის დიფუზური კიბო.

კიბოს ნაწლავური ტიპი ხასიათდება შედარებით ზედაპირული გავრცელებით, გამოხატული ნაწლავური დისპლაზიით. ვითარდება ატროფიული გასტრიტის დროს, კვებისა და გარემო ფაქტორების ზეგავლენით. ხშირია იმ რეგიონებში, სადაც კუჭის კიბოთი ავადობის სიხშირე მაღალია. უპირატესად გვხვდება ხანდაზმულ მამაკაცებში. ყველაზე ხშირად ლოკალიზდება ანტრუმსა და კარდიაში. ოჯახურ და მემკვიდრეობით ფაქტორებზე კუჭის ნაწლავური ტიპის კიბოს დამოკიდებულება დადგენილი არ არის, ე. ი. ის ძირითადად ეგზოგენურ ფაქტორებთანაა დაკავშირებული.

დიფუზური ტიპის კიბო უფრო იშვიათია, ნაკლებადაა დამოკიდებული კვებასა და გარემო პირობებზე, არ არის დაკავშირებული ნაწლავურ მეტაპლაზიასთან, ინფილტრაციულია, ხშირად წყლულდება. ვითარდება ახალგაზრდა ასაკში. ქალები და მამაკაცები თანაბარი სიხშირით ავადდებიან. დადგენილია ოჯახური და მემკვიდრეო-

ბითი დამოკიდებულება, კავშირი A(II) ჯგუფის სისხლთან, ე. ი. კიბოს დიფუზური ტიპი დაკავშირებულია ენდოგენურ ფაქტორებთან.

ზემოაღნიშნულიდან გამომდინარე, კიბოს პირველადი პროფილაქტიკით შესაძლებელია ნაწლავური ტიპის კიბოს თავიდან აცილება, ხოლო გენეტიკური დატვირთვის მქონე პირთა დისპანსერიზაციითა და რეგულარული გამოკვლევებით — დიფუზური ტიპის კიბოს შედარებით ადრეული ფორმების გამოვლენა.

მაკროსკოპულად კუჭის კიბო შეიძლება იყოს ეგზოფიტური, ენდოფიტური ან შერეული ზრდის.

ჰისტომორფოლოგიურად ყველაზე ხშირად გვხვდება ადენოკარცინომა, რომელიც არის პაპილური, ტუბულური ან მუცინოზური. ლორწოს გამოყოფისა და დაგროვების მიხედვით, ეს უკანასკნელი შეიძლება იყოს კოლოიდური (ლორწო გროვდება უჯრედის გარეთ) და ბეჭდისებრუჯრედოვანი (ლორწო გროვდება უჯრედის შიგნით).

კუჭის კიბოს მეტასტაზების განვითარება ხდება ლიმფოგენურად, ჰემატოგენურად, კონტაქტურად და იმპლანტაციურად.

კუჭში პირობითად გამოყოფენ ზედა, შუა და ქვედა მესამედებს, ხოლო ანატომიურად განასხვავებენ კარდიას, თაღს, სხეულს, ანტრუმს, პილორუსს. ცალკე გამოყოფენ კუჭის მცირე სიმრუდეს, რომელიც ყველაზე ხშირად ზიანდება სიმსივნურად.

კუჭის სხვადასხვა ნაწილი ხასიათდება ლიმფის მიმოქცევის და, შესაბამისად, რეგიონული მეტასტაზების გავრცელების თავისებურებებით. გამოყოფენ კუჭიდან ლიმფის გადინებისა და რეგიონული მეტასტაზების განვითარების ოთხ ძირითად კოლექტორს:

I კოლექტორი თავს უყრის ლიმფას კუჭის პილორუს-ანტრუმის ნაწილიდან დიდ სიმრუდეზე, დისტალურად;

II კოლექტორით კუჭის პილორუს-ანტრუმის ნაწილიდან და მისი მიმდებარე სხეულის ნაწილიდან ლიმფა გროვდება მცირე სიმრუდეზე, დისტალურად;

III კოლექტორი ძირითადი კოლექტორია და თავს უყრის ლიმფას კუჭის სხეულიდან, კარდიიდან, აგრეთვე თაღის მედიალური ნაწილიდან და საყლაპავის აბდომინური სეგმენტიდან მცირე სიმრუდეზე, პროქსიმალურად;

IV კოლექტორი კუჭის დიდი სიმრუდიდან და თაღის მნიშვნელოვანი ნაწილიდან ლიმფას აგროვებს პროქსიმალურად, ელენთის კართან.

ლიმფოგენურად შეიძლება განვითარდეს შორეული მეტასტაზებიც, რომლებიც განაპირობებენ კუჭის კიბოს ინოპერაბელობას.

ჰემატოგენურად ყველაზე ხშირად ვითარდება მეტასტაზები ღვიძლში, იშვიათად — ფილტვებსა და ძვლებში.

მეტასტაზი შეიძლება კონტაქტურად განვითარდეს ბადექონში, ღვიძლსა და პანკრეასში, როცა კუჭის სეროზულ გარსზე გადასული სიმსივნე ჯერ ჩაიზრდება აღნიშნულ ორგანოებში და შემდეგ იწყებს მეტასტაზურ გავრცელებას.

იმპლანტაციური მეტასტაზი ვითარდება კუჭის სეროზულ გარსზე გამოსული სიმსივნის აფცქვნისა და პერიტონეუმის ღრუში გავრცელების (მოთესვის) შედეგად.

კუჭის კიბოს დიაგნოზი ემყარება რენტგენოლოგიური და ენდოსკოპიური, აგრეთვე ბიოფსიური მასალის ციტოლოგიური და ჰისტოლოგიური გამოკვლევების მონაცემებს.

დაავადების გავრცელების დასადგენად გამოიყენება ფიზიკალური, ულტრაბგერითი და ლაპაროსკოპიული გამოკვლევები.

კუჭის კიბოს დროს დაავადების შორსწასულობის ნიშნებია:

- ვირხოვის მეტასტაზი – მარცხენა მკერდ-ლავიწ-დვრილისებრი კუნთის ფეხთა შორის, ლავიწზედა ფოსოში (ლიმფოგენური მეტასტაზი);
- ჯოზეფის მეტასტაზი – ჭიპში (ლიმფოგენური მეტასტაზი);
- კრუკენბერგის მეტასტაზი – საკვერცხეებში (ლიმფოგენური ან იმპლანტაციური მეტასტაზი);
- შნიცლერის მეტასტაზი – დუგლასის ფოსოში (იმპლანტაციური მეტასტაზი);
- ღვიძლის მეტასტაზური დაზიანება, რომლის დროსაც ზოგჯერ კლინიკურად შეიძლება აღინიშნებოდეს სიყვითლეც.

კუჭის კიბოს (C 16) კლასიფიკაცია TNM სისტემით (მე-6 გამოცემა, 2002)

სტადიების მიხედვით კლასიფიკაცია ხორციელდება კლინიკური, რენტგენოლოგიური, ენდოსკოპიური და ინტრაოპერაციული მონაცემების საფუძველზე.

კუჭისთვის რეგიონულ ლიმფურ კვანძებს წარმოადგენს კუჭის მცირე და დიდი სიმრუდის გასწვრივ მდებარე პერიგასტრული ლიმფური კვანძები; კუჭის მარცხენა, ღვიძლის საერთო, ელენთის და ფაშვის არტერიების გაყოლებაზე მდებარე, აგრეთვე ღვიძლ-თორმეტგოჯა ლიმფური კვანძები. საყლაპავ-კუჭის შეერთების ადგილისათვის რეგიონულ ლიმფურ კვანძებს წარმოადგენს პარაკარდიული, კუჭის მარცხენა, ფაშვის, შუაგიდის, აგრეთვე შუასაყრის ქვედა პარაეზოფაგური ლიმფური კვანძები.

სხვა ინტრაბდომინური (პანკრეასის უკანა, ჯორჯლის და პარააორტული) ლიმფური კვანძების სიმსივნური დაზიანება უნდა შეფასდეს როგორც შორეული მეტასტაზი.

TNM კლინიკური კლასიფიკაცია

T - პირველადი სიმსივნე

TX პირველადი სიმსივნის შესაფასებლად საკმარისი მონაცემები არ არის

T0 პირველადი სიმსივნის არსებობის ნიშნები არ არის

Tis პრეინვაზიური კარცინომა (Carcinoma in situ): ინტრაეპითელური გავრცელების სიმსივნე ლორწოვანი გარსის საკუთარ ფირფიტაში ჩაზრდის გარეშე

T1 სიმსივნე ჩაზრდილია ლორწოვან გარსში ან ლორწქვეშა შრეში

T2 სიმსივნე ჩაზრდილია კუნთოვან შრეში ან სუბსეროზულ გარსში[1]

T2a სიმსივნის ჩაზრდა კუნთოვან შრეში

T2b სიმსივნის ჩაზრდა სუბსეროზულ გარსში

T3 სიმსივნე ჩაზრდილია სეროზულ გარსში (ვისცერულ პერიტონეუმში), მომიჯნავე სტრუქტურებზე გავრცელების გარეშე[1,2,3]

T4 სიმსივნე ჩაზრდილია მომიჯნავე სტრუქტურებში

შენიშვნა: 1. შესაძლებელია სიმსივნის ინფილტრაცია კუნთოვან შრეში, კუჭ-კოლინჯის ან კუჭ-ღვიძლის იოგებზე გადასვლით; ან გავრცელება დიდ და მცირე ბადექონზე, ამ ქსოვილების მფარავი ვისცერული პერიტონეუმის პერფორაციის გარეშე. ამ შემთხვევაში სიმსივნის კლასიფიკაცია ხდება T2 კატეგორიით. კუჭის იოგების ან ბადექონის მფარავი ვისცერული პერიტონეუმის პერფორაციის შემთხვევაში სიმსივნის კლასიფიკაცია ხდება T3 კატეგორიით.

2. კუჭისთვის მომიჯნავე სტრუქტურებია: ელენთა, განივი კოლინჯი, ღვიძლი,

შუაძგიდი, პანკრეასი, მუცლის კედელი, თირკმელზედა ჯირკვალი, თირკმელი, წვრილი ნაწლავი და რეტროპერიტონული სივრცე.

.3. თორმეტგოჯა ნაწლავის ან საყლაპავის კედელზე გავრცელების შემთხვევაში სიმსივნის კლასიფიკაცია უნდა მოხდეს ზემოხსენებულ სტრუქტურებში (მათ შორის კუჭში) სიმსივნის ჩაზრდის მაქსიმალური სიღრმის მიხედვით.

N – რეგიონული ლიმფური კვანძები

NX რეგიონული ლიმფური კვანძების შესაფასებლად საკმარისი მონაცემები არ არის

N0 რეგიონული ლიმფური კვანძების მეტასტაზური დაზიანების ნიშნები არ არის

N1 მეტასტაზი 1-დან 6-მდე რეგიონულ ლიმფურ კვანძში

N2 მეტასტაზები 7-დან 15-მდე რეგიონულ ლიმფურ კვანძში

N1 მეტასტაზები 15-ზე მეტ რეგიონულ ლიმფურ კვანძში

M – შორეული მეტასტაზები

MX შორეული მეტასტაზის შესაფასებლად საკმარისი მონაცემები არ არის

M0 შორეული მეტასტაზის არსებობის ნიშნები არ არის

M1 აღინიშნება შორეული მეტასტაზი

pTNM – პათოჰისტოლოგიური კლასიფიკაცია

pT, pN, pM კატეგორიები შეესაბამება T, N, M კატეგორიებს.

pN0 ჰისტოლოგიური გამოკვლევისათვის რეგიონული ლიმფადენექტომიით მიღებული მასალა, როგორც წესი, უნდა შეიცავდეს არანაკლებ 15 ლიმფურ კვანძს. იმ შემთხვევაში, თუ ლიმფურ კვანძებში სიმსივნური უჯრედები არ აღმოჩნდა, მაგრამ გამოკვლეული ლიმფური კვანძების რაოდენობა 15-ზე ნაკლებია, კლასიფიკაცია ხდება pN0 კატეგორიით.

G – ჰისტოლოგიური გრადაცია

GX დიფერენციაციის ხარისხის შესაფასებლად საკმარისი მონაცემები არ არის

G1 მაღალდიფერენცირებული

G2 საშუალოდ დიფერენცირებული

G3 დაბალდიფერენცირებული

G4 არადიფერენცირებული

დაჯგუფება სტადიების მიხედვით

0 სტადია	Tis	N0	M0
IA სტადია	T1	N0	M0
I B სტადია	T1	N1	M0
	T2 a/b	N0	M0
II სტადია	T1	N2	M0
	T2 a/b	N1	M0
	T3	N0	M0
III A სტადია	T2 a/b	N2	M0
	T3	N1	M0
	T4	N0	M0
III B სტადია	T3	N2	M0
IV სტადია	T4	N1, N2, N3	M0
	T1,T2, T3	N3	M0
	ნებისმიერი T	ნებისმიერი N	M1

კარდიოეზოფაგური კიბოს TNM სისტემით კლასიფიკაცია კუჭის სხვა ნაწილების კიბოს კლასიფიკაციის ანალოგიურია, ოღონდ საყლაპავზე სიმსივნის გადასვლა არ ითვლება მეზობელ ორგანოში ჩაზრდად.

მკურნალობა. კუჭის კიბოს დროს გამოიყენება კონსერვატიული, ქირურგიული, კომბინირებული და კომპლექსური მკურნალობის მეთოდები. კონსერვატიულ მკურნალობას მიმართავენ მაშინ, როცა ავადმყოფის მძიმე მდგომარეობის ან დაავადების გავრცელების გამო ქირურგიული ჩარევა შეუძლებელია. ქირურგიული მკურნალობა მოიცავს რადიკალურ, პალიატიურ და სიმპტომურ ოპერაციებს.

კუჭის ადრეული კიბოს (Tis) დროს შეიძლება განხორციელდეს სიმსივნის ენდოსკოპიური კოაგულაცია.

ტიპური ოპერაციებია: კუჭის დისტალური ან პროქსიმალური სუბტოტალური რეზექცია (აბდომინური ან აბდომინურ-თორაკალური მიდგომით) და გასტრექტომია (აბდომინური ან აბდომინურ-თორაკალური მიდგომით).

ამ ოპერაციების მასშტაბი შეიძლება გაიზარდოს: ჩატარდეს ლიმფადენექტომია ან კომბინირებული ოპერაცია (ძირითად სიმსივნესთან ერთად, ერთ ბლოკში, ამოიკვეთოს მომიჯნავე ორგანოები ან მათი ნაწილი); თავისი შინაარსით ოპერაცია შეიძლება იყოს რადიკალური ან პალიატიური.

სიმპტომური ოპერაციებია: გასტროენტეროანასტომოზი, ეზოფაგოფუნდოანასტომოზი, გასტროსტომია (იეიუნოსტომია), სიმსივნის პერფორაციის გაკერვა, სისხლძარღვთა გადაკვანძვა სისხლდენის დროს.

პალიატიურ ოპერაციებს სიმპტომურთან შედარებით უპირატესობა ენიჭება, თუ ტექნიკურად მათი შესრულება შესაძლებელია.

ყოველი ოპერაციისთვის განსაზღვრულია ჩვენებები და უკუჩვენებები.

კუჭის რეზექცია კეთდება იმ შემთხვევაში, როცა სიმსივნე მცირე ზომისაა, ეგზოფიტურია, შესაძლებელია მისი ამოკვეთა სიმსივნის კიდიდან პროქსიმალურად 5-6 სმ-ის ფარგლებში იმ პირობით, რომ კუჭის დარჩენილ ნაწილთან რეგიონული მეტასტაზები არ იყოს.

შერეული და ენდოფიტური სიმსივნეების დროს კიბოს უჯრედებს ნახულობენ სიმსივნისგან 8-10 სანტიმეტრის მოშორებით. ამიტომ კუჭის რეზექცია დასაშვებია მხოლოდ მცირე ზომის დისტალური ან პროქსიმალური ლოკალიზაციის სიმსივნეების დროს იმ შემთხვევაში, როცა კუჭის გადაკვეთისას შესაძლებელია სიმსივნისაგან 8-10 სმ-ით მოცილება. ვინაიდან სიმსივნე უპირატესად პროქსიმალური მიმართულებით ვრცელდება, დისტალურად საკმარისია თორმეტგოჯა ნაწლავის გადაკვეთა პილორუსიდან 2 სმ-ის მოშორებით. ასევე, როცა კუჭის პროქსიმალური ნაწილის დაზიანებისას სიმსივნე კარდიალურ სფინქტერს არ სცილდება, საკმარისია საყლაპავის აბდომინური სეგმენტის 2 სმ-ის მოკვეთა, ხოლო კუჭიდან საყლაპავის აბდომინურ სეგმენტზე სიმსივნის გავრცელების შემთხვევაში საყლაპავი უნდა მოიკვეთოს კარდიალური სფინქტერიდან მინიმუმ 8 სმ-ის მოშორებით, რისთვისაც აუცილებელია გულმკერდის ღრუს გახსნაც.

T1-2N0M0 გავრცელების სიმსივნეების დროს გამართლებულია მხოლოდ ოპერაციის გაკეთება, სხვა დანარჩენ შემთხვევებში კი უნდა ჩატარდეს კომბინირებული ან კომპლექსური მკურნალობა.

კუჭის კიბოს ქირურგიულ მკურნალობაში განსაკუთრებული მნიშვნელობა ენიჭება ადეკვატური ლიმფოდისექციის ჩატარებას, რომელიც ძირითად პროგნოზულ კრიტერიუმს წარმოადგენს. კუჭის კიბოს დროს ადეკვატურ ლიმფოდისექციად ითვლება ფაშვის ღეროს, პარააორტული და ელენთის კარის ლიმფური კვანძების ამოკვეთა. უკანასკნელ წლებში, I სტადიის კიბოს დროს ზოგიერთი კლინიკა ემხრობა ლიმფოდისექციის გაფართოებას ელენთიდან ღვიძლის კარამდე და შუაძგიდიდან თირკმლის სისხლძარღვებამდე:

- კუჭის პროქსიმალური ნაწილის და დიდი სიმრუდის კიბოს დროს – სპლენექტომია, პანკრეასის დისტალური ნაწილის რეზექცია პარაპანკრეასული ლიმფური კვანძების ამოკვეთასთან ერთად;
- კუჭის დისტალური ნაწილის კიბოს დროს – ღვიძლ-თორმეტგოჯა იოგის, ფაშვის და რეტროპერიტონული (თირკმლის არტერიის ქვემოთ მდებარე) ლიმფური კვანძების ამოკვეთა.
- კუჭის სხეულისა და ტოტალური კიბოს დროს – ლიმფოდისექცია სრული მოცულობით.

მკურნალობის შორეულ შედეგს 10-15%-ით აუმჯობესებს კუჭის ოპერაციისწინა მსხვილფრაქციული დასხივება 5 გრეი ერთჯერადი დოზით 4-6 დღის განმავლობაში (ჯამური კეროვანი დოზა – 20-30 გრეი), რომლის დამთავრებიდან 1-3 დღის განმავლობაში კეთდება ქირურგიული ოპერაცია. შესაძლებელია ოპერაციის წინ ჩატარდეს ერთჯერადი დასხივება 7,5 გრეი დოზით ან დინამიკური ფრაქციონირებით (4-4 გრეი – პირველი სამი დღის განმავლობაში, ხოლო მომდევნო დღეებში – თითო გრეი დღეში 2-ჯერ, სულ 30 გრეი ჯამური კეროვანი დოზით, რომელიც 36 გრეის ეკვივალენტურია).

ეფექტურად ითვლება სიმსივნის სარეცელის ინტრაოპერაციული დასხივება 10-15 გრეი დოზით, რაც 20-40 გრეის ბიოეკვივალენტურია.

ოპერაციის შემდგომ პერიოდში შეიძლება ჩატარდეს სხივური თერაპია გახლეჩილი კურსით, 50 გრეი ჯამური კეროვანი დოზით (2-2 გრეი დღეში, 30 გრეი ჯამურ კეროვან დოზამდე და 2-კვირიანი შესვენების შემდეგ – კიდევ 2-2 გრეი დღეში, 20 გრეი ჯამური კეროვანი დოზით).

ქიმიოთერაპია შეიძლება ჩატარდეს როგორც ოპერციამდე, ისე ოპერაციის შემდეგ.

ნეოადიუვანტური ქიმიოთერაპია ტარდება ფტორურაცილით (600 მგ/მ^2) ყოველდღე ან დღეგამოშვებით, 3-5 გრამამდე ჯამური დოზით, რომლის დამთავრებიდან 1-2 დღის შემდეგ კეთდება ოპერაცია.

დამოუკიდებელი მკურნალობისთვის კლასიკურია FAM სქემა. არსებობს ბევრი თანამედროვე სქემაც. პარალელურად მიმართავენ იმუნოკორექციას. ასციტის სამკურნალოდ გამოიყენება ფტორურაცილისა და ცისპლატინის კომბინაცია.

იმის გამო, რომ დაავადების რეციდივი და მეტასტაზი ყველაზე ხშირად ოპერაციიდან პირველი 2 წლის განმავლობაში ვლინდება, პროგნოზულად არაკეთილსაიმედო შემთხვევებში მკურნალობა მაქსიმალურად ამ პერიოდის განმავლობაში უნდა ჩატარდეს.

კუჭის კიბოს ***რეციდივისა და რეზეცირებული კუჭის კიბოს*** მკურნალობის

პრინციპები ისეთივეა, როგორიც კუჭის პირველადი კიბოს დროს. ოპერაციის მასშტაბი განისაზღვრება კუჭის ტაკვის ექსტირპაციით. ადგილობრივად გავრცელებული და არაოპერაბელური სიმსივნეების შემთხვევაში შეიძლება ჩატარდეს ქიმიო-სხივური მკურნალობა.

მკურნალობისშემდგომი დისპანსერული მეთვალყურეობა: პირველი ორი წლის განმავლობაში – 3 თვეში ერთჯერ, მესამე-მეოთხე წელს – 6 თვეში ერთჯერ, მეხუთე წლიდან – წელიწადში ერთჯერ.

წვრილი ნაწლავის ავთვისებიანი სიმსივნეები (C17)

წვრილი ნაწლავის კიბო იშვიათი დაავადებაა. უპირატესად ზიანდება თორმეტგოჯა ნაწლავის ზედა ჰორიზონტალური და ვერტიკალური ტოტები. მლივი და თეძოს ნაწლავის დაზიანება უფრო იშვიათია.

ეტიოლოგია ცნობილი არ არის. დიაგნოსტიკა რთულია. ენდოსკოპიური დიაგნოსტიკისთვის ხელმისაწვდომია თორმეტგოჯა ნაწლავის კიბო, რომელიც, ჩვეულებრივ, წყლულდება და რთულდება სისხლდენით, ან იწვევს ნაწლავის სანათურის სტენოზს. საჭიროა დიფერენცირება ფატერის დვრილის კიბოსთან.

ზრდის ფორმის მიხედვით სიმსივნე შეიძლება იყოს ეგზოფიტური ან ენდოფიტური. ჰისტოლოგიურად – ადენოკარცინომა, ლორწოვანი ადენოკარცინომა, ბეჭდისებრუჯრედოვანი კიბო, არადიფერენცირებული და არაკლასიფიცირებადი კიბო.

წვრილი ნაწლავის კიბოს კლასიფიკაცია TNM სისტემით (მე-6 გამოცემა, 2002)

ანატომიური ნაწილები: თორმეტგოჯა ნაწლავი (C17.0), მლივი ნაწლავი (C17.1), თეძოს ნაწლავი (C17.2).

შენიშვნა: ეს კლასიფიკაცია არ გამოიყენება ფატერის დვრილის სიმსივნეებისთვის.

თორმეტგოჯა ნაწლავისთვის რეგიონულ ლიმფურ კვანძებს წარმოადგენს პანკრეასთორმეტგოჯა, პილორუსის, ღვიძლის (ნაღვლის საერთო სადინარის მიმდებარე, ნაღვლის ბუშტის, ღვიძლის კარის), აგრეთვე ჯორჯლის ზედა ლიმფური კვანძები. მლივი და თეძოს ნაწლავებისთვის რეგიონულ ლიმფურ კვანძებს წარმოადგენს ჯორჯლის ლიმფური კვანძები, ჯორჯლის ზედა ლიმფური კვანძების ჩათვლით, ხოლო თეძოს ნაწლავის მხოლოდ ტერმინალური ნაწილისათვის – თეძო-კოლინჯის კვანძები, ბრმა ნაწლავის უკანა ლიმფური კვანძების ჩათვლით.

TNM კლინიკური კლასიფიკაცია

T – პირველადი სიმსივნე

TX	პირველადი სიმსივნის შესაფასებლად საკმარისი მონაცემები არ არის
T0	პირველადი სიმსივნის არსებობის ნიშნები არ არის
Tis	პრეინვაზიური კიბო (Carcinoma in situ)
T1	სიმსივნე ჩაზრდილია ლორწოვან გარსში ან ლორწქვეშა შრეში
T2	სიმსივნე ჩაზრდილია კუნთოვან შრეში
T3	სიმსივნე ჩაზრდილია სუბსეროზულ გარსში ან კუნთოვანი შრის არაპერიტონიზებული ნაწილის მიმდებარე ქსოვილებში (ჯორჯალში ან რეტროპერიტონულ სივრცეში*) არაუმეტეს 2 სმ სიღრმეზე
T4	სიმსივნის გავრცელება ვისცერულ პერიტონეუმზე ან უშუალო ჩაზრდა სხვა

ორგანოებსა და სტრუქტურებში (წვრილი ნაწლავის სხვა მარყუჟებში, ჯორჯალში ან რეტროპერიტონულ სივრცეში – 2 სმ-ზე უფრო მეტად, მუცლის წინა კედელში – სეროზული გარსის გავლით; მხოლოდ თორმეტგოჯა ნაწლავისთვის – პანკრეასში ჩაზრდა)

შენიშვნა: * კუნთოვანი შრის არაპერიტონიზებული ნაწილის მიმდებარე ქსოვილი არის: მლიავი ნაწლავისა და თეძოს ნაწლავისთვის – ჯორჯლის ნაწილი, ხოლო თორმეტგოჯა ნაწლავის იმ უბნებისთვის, სადაც სეროზული გარსი არ არის – რეტროპერიტონული სივრცის ნაწილი

N – რეგიონული ლიმფური კვანძები

NX რეგიონული ლიმფური კვანძების შესაფასებლად საკმარისი მონაცემები არ არის

N0 რეგიონული ლიმფური კვანძების მეტასტაზური დაზიანების ნიშნები არ არის

N1 რეგიონული ლიმფური კვანძების მეტასტაზური დაზიანება

M – შორეული მეტასტაზები

MX შორეული მეტასტაზების შესაფასებლად საკმარისი მონაცემები არ არის

M0 შორეული მეტასტაზის არსებობის ნიშნები არ არის

M1 აღინიშნება შორეული მეტასტაზები

pTNM – პათოჰისტოლოგიური კლასიფიკაცია

pT, pN, pM კატეგორიები შეესაბამება T, N, M კატეგორიებს.

pN0 ჰისტოლოგიური გამოკვლევისათვის რეგიონული ლიმფადენექტომიით მიღებული მასალა, როგორც წესი, უნდა შეიცავდეს არანაკლებ 6 ლიმფურ კვანძს. იმ შემთხვევაში, თუ ლიმფურ კვანძებში სიმსივნური უჯრედები არ აღმოჩნდა, მაგრამ გამოკვლეული ლიმფური კვანძების რაოდენობა 6-ზე ნაკლებია, კლასიფიკაცია ხდება pN0 კატეგორიით.

G – ჰისტოლოგიური გრადაცია

GX დიფერენციაციის ხარისხის შესაფასებლად საკმარისი მონაცემები არ არის

G1 მაღალდიფერენცირებული

G2 საშუალოდ დიფერენცირებული

G3 დაბალდიფერენცირებული

G4 არადიფერენცირებული

დაჯგუფება სტადიების მიხედვით

0 სტადია	Tis	N0	M0
I სტადია	T1, T2	N0	M0
II სტადია	T3, T4	N0	M0
III სტადია	ნებისმიერი T	N1	M0
IV სტადია	ნებისმიერი T	ნებისმიერი N	M1

მკურნალობა. წვრილი ნაწლავის კიბოს მკურნალობა ქირურგიულია. თორმეტგოჯა ნაწლავის ოპერაბელური კიბოს დროს ნაჩვენებია პანკრეატოდუოდენური რეზექცია, ინოპერაბელურ შემთხვევაში – სიმპტომური ოპერაციები: გასტროენტეროანასტო-

მოზი ან ბილიოდიგესტიური ანასტომოზი. მლივი და თეძოს ნაწლავის კიბოს დროს ტარდება ნაწლავის სეგმენტის რეზექცია ჯორჯლის შესაბამისი ნაწილისა და ლიმფური კვანძების ამოკვეთასთან ერთად; სიმსივნის ინოპერაბელობის შემთხვევაში ყალიბდება შემოვლითი ნაწლავთშორისი შერთული.

ლიმფომების ვისცერული ფორმების დროს, წვრილი ნაწლავის დაზიანებისას, ხდება სიმსივნის ამოკვეთა; ამ დროს დაზიანებული ლიმფური კოლექტორის სრულად მოცილება ხშირად ვერ ხერხდება, მაგრამ ნაწლავის რეზექციით მიიღწევა სისხლდენის ან გაუვალობის ლიკვიდაცია. ოპერაციის შემდეგ ტარდება ქიმიოთერაპია იმ საერთო სქემებით, რომლებიც მიღებულია ლიმფომების მკურნალობის დროს.

მსხვილი ნაწლავის კიბო (C18-C21)

მსხვილი ნაწლავის კიბო აერთიანებს კოლინჯის (C18), რექტოსიგმის (C19), სწორი ნაწლავის (C20) და ანალური (ყითას) არხის (C21) ავთვისებიან სიმსივნეებს.

მსხვილი ნაწლავის კიბოს საქართველოში ონკოლოგიური ავადობის სტრუქტურაში მე-4-მე-5 ადგილი უკავია. ყველაზე ხშირია სწორი ნაწლავის (50-60%) და სიგმოიდური კოლინჯის (20%) სიმსივნური დაზიანება. კოლინჯის მარჯვენა ნახევარი ზიანდება შემთხვევათა 15%-ში, განივი და დასწვრივი კოლინჯი – 6-8%-ში, ყითა – 1%-ში.

დაავადების ეტიოლოგიაში მნიშვნელობას ანიჭებენ ცხიმიანი და ნახშირწყლებით მდიდარი საკვების ჭარბად მიღებას (არა ყოველთვის), გენეტიკურ ფაქტორებს (ოჯახური პოლიპოზი), მეორეულ ნაღვლის მჟავებს, ობლიგატური პრეკანცერების (ადენომატოზური ხაოიანი პოლიპები) და ქრონიკული კოლიტის არსებობას.

მაკროსკოპულად სიმსივნე შეიძლება იყოს *ეგზოფიტური* (სიმსივნის ჩაზრდა ნაწლავის სანათურში) ან *ენდოფიტური* (სიმსივნის ჩაზრდა ნაწლავის კედლის სისქეში – ინფილტრაციული ზრდა).

ინფილტრაციული სიმსივნის რღვევისას წარმოიშობა დაწყლულება, რომელსაც აქვს ბრტყელი ფორმა, ოდნავ წამოწეული კიდე და უსწორმასწორო ფსკერი ნაწლავის მთელ პერიმეტრზე. მას *წყლულოვან* ან *წყლულოვან-ინფილტრაციულ* სიმსივნეს უწოდებენ.

კოლინჯის ავთვისებიანი სიმსივნეებიდან ცალკე გამოყოფენ ბრმა ნაწლავის (C18.0), ჭიანაწლავის (C18.1), ასწვრივი კოლინჯის (C18.2), ღვიძლის ნაკეცის (C18.3), განივი კოლინჯის (C18.4), ელენთის ნაკეცის (C18.5), დასწვრივი კოლინჯის (C18.6) და სიგმოიდური კოლინჯის (C18.7) სიმსივნეებს.

ლოკალიზაციის მიხედვით, სწორი ნაწლავის კიბო შეიძლება იყოს ზემოამპულარული, შუაამპულარული, ქვემოამპულარული და ანალური. მასთან ერთად განიხილება რექტოსიგმის კიბო. განსხვავებული მკურნალობის ტაქტიკის გამო ანალურ კიბოს ცალკე გამოყოფენ.

კოლინჯის მარჯვენა ნახევარში უპირატესად გვხვდება ეგზოფიტური სიმსივნეები, ხოლო მსხვილი ნაწლავის მარცხენა ფლანგის სიმსივნეების 3/4 ენდოფიტურია და იწვევს ნაწლავის სანათურის შევიწროებას.

საერთაშორისო ჰისტოლოგიური კლასიფიკაციით გამოყოფენ კოლინჯის კიბოს ჯირკვლოვან, ლორწოვან, ბეჭდისებრუჯრედოვან, არადიფერენცირებულ და არაკლასიფიცირებად ფორმებს.

შემთხვევათა 70-75%-ში კოლინჯის კიბო ჯირკვლოვანი შენებისაა (ადენოკარცინომა), იშვიათად გვხვდება სოლიდური და ლორწოვანი კიბო, რომლებსაც უფრო აგრესიული მიმდინარეობა აქვთ. კიდევ უფრო იშვიათია ბრტყელუჯრედოვანი და ჯირკვლოვან-ბრტყელუჯრედოვანი კიბო.

მეტასტაზები უპირატესად ლიმფოგენურად ვრცელდება და უფრო ხშირად გვხვდება კოლინჯის მარცხენა ფლანგის სიმსივნეების, აგრეთვე ენდოფიტური ზრდის, სოლიდური და გალორწოვნებული კიბოს დროს.

რეგიონულია კოლინჯის და სწორი ნაწლავის ირგვლივ მდებარე ლიმფური კვანძები, აგრეთვე ლიმფური კვანძები თეძოს ნაწლავის, კოლინჯის მარჯვენა, შუა და მარცხენა, ჯორჯლის ქვემო, სწორი ნაწლავის ზემო და თეძოს შიგნითა არტერიის გაყოლებით. ჰემატოგენურად მეტასტაზები ყველაზე ხშირად ვრცელდება ღვიძლში, შემდეგ – ფილტვსა და ძვლებში.

განსხვავებული კლინიკური მიმდინარეობა აქვთ მსხვილი ნაწლავის მარჯვენა და მარცხენა ფლანგების სიმსივნურ დაზიანებებს. მსხვილი ნაწლავის მარჯვენა ნახევრის კიბოსათვის უმეტესად დამახასიათებელია ეგზოფიტური ზრდა. სიმსივნე დიდ ზომებს აღწევს, ხშირად პალპაციით ისინჯება, ადვილად რღვევადია, გაუვალობას იშვიათად იწვევს. ხშირად ვლინდება ანემია და ინტოქსიკაცია, რასაც თან ახლავს ტემპერატურული რეაქციები. მსხვილი ნაწლავის მარცხენა ნახევრის კიბოსთვის დამახასიათებელია ენდოფიტური ზრდა და სანათურის ცირკულარული შევიწროება, ნაწლავის გაუვალობა.

ადრეული დიაგნოსტიკა ემყარება სკრინინგულ პროგრამებს, რომელთა დროსაც გამოიყენება ტესტი ფარულ სისხლდენაზე.

დიაგნოზი ისმება ანამნეზის, მუცლის პალპაციის, სწორი ნაწლავის დიგიტალური გასინჯვის, ირიგოსკოპიის, ფიბროკოლონოსკოპიის (რექტოსიგმოსკოპიის) საფუძველზე. ენდოსკოპიური გამოკვლევისას აუცილებელია სიმსივნის ბიოფსია და მასალის შემდგომი ციტოლოგიური და ჰისტოლოგიური შესწავლა.

დაავადების გავრცელების დასადგენად, ჩვენების მიხედვით, ტარდება გაღრმავებული გამოკვლევები: ღვიძლის ექოსკოპია, გულმკერდის რენტგენოგრაფია, ჩვენების მიხედვით – ექსკრეტორული უროგრაფია, კომპიუტერული ტომოგრაფია და ა. შ.

კოლორექტული კიბოს კლასიფიკაცია TNM სისტემით (მე-6 გამოცემა, 2002)

რეგიონული ლიმფური კვანძები

თითოეული ანატომიური ლოკალიზაციისა და ქველოკალიზაციისათვის რეგიონულ ლიმფურ კვანძებს წარმოადგენს:

ჭია ნაწლავისთვის	თეძო-კოლინჯის ლიმფური კვანძები
ბრმა ნაწლავისთვის	თეძო-კოლინჯის, კოლინჯის მარჯვენა ლიმფური კვანძები
ასწვრივი კოლინჯისთვის	თეძო-კოლინჯის, კოლინჯის მარჯვენა, კოლინჯის შუა ლიმფური კვანძები
ღვიძლის ნაკეცისთვის	კოლინჯის შუა, კოლინჯის მარჯვენა ლიმფური კვანძები

განივი კოლინჯისთვის	კოლინჯის მარჯვენა, კოლინჯის შუა, კოლინჯის მარცხენა, ჯორჯლის ქვედა ლიმფური კვანძები
ელენთის ნაკეცისთვის	კოლინჯის შუა, კოლინჯის მარცხენა, ჯორჯლის ქვედა ლიმფური კვანძები
დასწვრივი კოლინჯისთვის	კოლინჯის მარცხენა, ჯორჯლის ქვედა ლიმფური კვანძები
სიგმოიდური კოლინჯისთვის	სიგმოიდური კოლინჯის, კოლინჯის მარცხენა, სწორი ნაწლავის ზედა (ჰემოროიდული), ჯორჯლის ქვედა და რექტოსიგმის ლიმფური კვანძები
სწორი ნაწლავისთვის	სწორი ნაწლავის ზედა, შუა და ქვედა (ჰემოროიდული), ჯორჯლის ქვედა, თეძოს შიგნითა, მეზორექტული (პარაპროქტული), გავის გვერდითი, გავის წინა, გავის კონცხის (Gerota) ლიმფური კვანძები

მეტასტაზი ნებისმიერ სხვა ლიმფურ კვანძში, ზემოთ ჩამოთვლილის გარდა, უნდა შეფასდეს როგორც შორეული მეტასტაზი.

TNM – კლინიკური კლასიფიკაცია

T – პირველადი სიმსივნე

TX პირველადი სიმსივნის შესაფასებლად საკმარისი მონაცემები არ არის

T0 პირველადი სიმსივნის არსებობის ნიშნები არ არის

Tis პრეინვაზიური კარცინომა (Carcinoma in situ): სიმსივნის ინტრაეპითელური გავრცელება ან ლორწოვანი გარსის საკუთარ ფირფიტაში[1] ჩაზრდა

T1 სიმსივნე ჩაზრდილია ლორწქვეშა შრეში

T2 სიმსივნე ჩაზრდილია კუნთოვან შრეში

T3 სიმსივნე ჩაზრდილია სუბსეროზულ გარსში ან კოლინჯის/სწორი ნაწლავის არაპერიტონიზებული ნაწილის მიმდებარე ქსოვილებში

T4 სიმსივნის უშუალო ჩაზრდა სხვა ორგანოებსა და სტრუქტურებში[2,3] და/ან ვისცერული პერიტონეუმის პერფორაცია

შენიშვნა: 1. Tis-ი გულისხმობს სიმსივნური უჯრედების გავრცელებას ბაზალურ მემბრანამდე (ინტრაეპითელური გავრცელება), ანუ ლორწოვანი გარსის საკუთარ ფირფიტამდე (ლორწოვან გარსში სრული ჩაზრდა), ლორწქვეშა შრის დაზიანების გარეშე.

2. T4 პუნქტში აღნიშნული სიმსივნის უშუალო ჩაზრდა გულისხმობს სიმსივნის ჩაზრდას სეროზული გარსის გავლით სწორი ნაწლავისა და კოლინჯის სხვა სეგმენტებში, მაგ., ბრმა ნაწლავის კიბოს ჩაზრდა სიგმოიდურ კოლინჯში

3. თუ სხვა ორგანოებში ან სტრუქტურებში სიმსივნის ჩაზრდა დადგენილია მაკროსკოპულად, სიმსივნის კლასიფიკაცია ხდება T4 კატეგორიით. იმ შემთხვევაში, როცა სიმსივნის ჩაზრდა მიკროსკოპულად არ დგინდება, სიმსივნის კლასიფიკაცია უნდა მოხდეს pT3 კატეგორიით.

N – რეგიონული ლიმფური კვანძები

NX რეგიონული ლიმფური კვანძების შესაფასებლად საკმარისი მონაცემები არ არის.

N0 რეგიონული ლიმფური კვანძების მეტასტაზური დაზიანების ნიშნები არ არის.

N1 1-დან 3-მდე რეგიონული ლიმფური კვანძის მეტასტაზური დაზიანება

N2 არანაკლებ 4 რეგიონული ლიმფური კვანძის მეტასტაზური დაზიანება

შენიშვნა: ლიმფური კვანძის ფორმის მქონე გლუვკონტურიანი სიმსივნური კვანძი სწორი ნაწლავის ან კოლინჯის ირგვლივ მდებარე ფაშარ ქსოვილში, როცა კვანძში ლიმფოიდური ქსოვილის არსებობა ჰისტოლოგიურად არ არის დადასტურებული, უნდა შეფასდეს როგორც მეტასტაზი რეგიონილ ლიმფურ კვანძში და მისი კლასიფიკაცია მოხდეს pN კატეგორიით. თუ კვანძს გააჩნია არასწორი კონტური, მისი კლასიფიკაცია უნდა მოხდეს T კატეგორიით და ასევე მიესადაგოს V1 (ვენის მიკროსკოპული ინვაზია) ან V2 (თუ ის მკვეთრად გამოხატულია), ვინაიდან ბევრი მონაცემი არსებობს იმის სასარგებლოდ, რომ ეს დაზიანება ვენურ ინვაზიას წარმოადგენს.

M – შორეული მეტასტაზები

MX შორეული მეტასტაზის შესაფასებლად საკმარისი მონაცემები არ არის

M0 შორეული მეტასტაზის არსებობის ნიშნები არ არის.

M1 აღინიშნება შორეული მეტასტაზები.

pTNM – პათოჰისტოლოგიური კლასიფიკაცია

pT, pN, pM კატეგორიები შეესაბამება T, N, M კატეგორიებს.

pN0 ჰისტოლოგიური გამოკვლევისთვის რეგიონული ლიმფადენექტომიით მიღებული მასალა, როგორც წესი, უნდა შეიცავდეს არანაკლებ 12 ლიმფურ კვანძს. იმ შემთხვევაში, თუ ლიმფურ კვანძებში სიმსივნური უჯრედები არ აღმოჩნდა, მაგრამ გამოკვლეული ლიმფური კვანძების რაოდენობა 12-ზე ნაკლებია, კლასიფიკაცია ხდება pN0 კატეგორიით.

G – ჰისტოლოგიური გრადაცია

GX დიფერენციაციის ხარისხის შესაფასებლად საკმარისი მონაცემები არ არის

G1 მაღალდიფერენცირებული

G2 საშუალოდ დიფერენცირებული

G3 დაბალდიფერენცირებული

G4 არადიფერენცირებული

დაჯგუფება სტადიების მიხედვით

0 სტადია	Tis	N0	M0
I სტადია	T1, T2	N0	M0
IIA სტადია	T3	N0	M0
IIB სტადია	T4	N0	M0
IIIA სტადია	T1, T2	N1	M0
IIIB სტადია	T3, T4	N1	M0
IIIC სტადია	ნებისმიერი T	N2	M0
IV სტადია	ნებისმიერი T	ნებისმიერი T	M1

მკურნალობა. დაავადების გავრცელებისა და ავადმყოფის ზოგადი მდგომარეობის გათვალისწინებით, კოლორექტული კიბოს მკურნალობა შეიძლება იყოს ქირურგიული, კომბინირებული, კომპლექსური, აგრეთვე სხივური, ქიმიოთერაპიული ან სიმპტომური.

მკურნალობის ძირითადი მეთოდია ოპერაცია — რადიკალური, პალიატიური ან სიმპტომური.

რადიკალური ოპერაცია გულისხმობს ნაწლავის სეგმენტის ამოკვეთას სიმსივნესთან და რეგიონულ ლიმფურ კვანძებთან ერთად. მეზობელ ორგანოებსა და ქსოვილებში სიმსივნის ჩაზრდისას შეიძლება ჩატარდეს კომბინირებული ოპერაციები (ამ ორგანოების ან მათი ნაწილების ამოკვეთა სიმსივნესთან ერთად, ერთ ბლოკში). მე-2-მე-3 რიგის ლიმფურ კოლექტორებში მეტასტაზის არსებობისას სრულდება გაფართოებული ოპერაციები დაზიანებული ლიმფური კვანძების ამოკვეთასთან ერთად.

კოლინჯის მარჯვენა ფლანგში სიმსივნის ლოკალიზაციისას ტარდება მარჯვენამხრივი ჰემიკოლექტომია. განივი კოლინჯის სიმსივნეების დროს კეთდება მისი რეზექცია ჯორჯალთან ერთად ან ჰემიკოლექტომია. დასწვრივი კოლინჯის ან ელენთის კუთხის კიბოს დროს კეთდება მარცხენამხრივი ჰემიკოლექტომია. სიგმოიდური კოლინჯის კიბოს დროს სტანდარტული ოპერაციაა სიგმოიდური კოლინჯის რეზექცია არტერიის ფუძესთან მის გადაკვეთასა და ლიმფადენექტომიასთან ერთად.

სწორ ნაწლავზე ჩატარებული რადიკალური ოპერაციის სახე დამოკიდებულია სიმსივნის ლოკალიზაციასა და ზრდის ფორმაზე. რექტოსიგმის, სწორი ნაწლავის ზედა და შუა ამპულარული ნაწილის კიბოს დროს ტარდება სფინქტერშემანარჩუნებელი ოპერაციები, ხოლო სწორი ნაწლავის ქვემო ამპულარული ნაწილისა და ანალური არხის კიბოს დროს — სწორი ნაწლავის ექსტირპაცია ერთლულიანი სიგმოსტომის ჩამოყალიბებით.

სწორი ნაწლავის ადგილობრივად გავრცელებული კიბოს დროს, აგრეთვე შარდსაწვეთების, შარდის ბუშტის, წინამდებარე ჯირკვლის/საშვილოსნოს დაზიანებისას, შეიძლება განხორციელდეს ეგზენტერაცია (ევისცერაცია) ხელოვნური შარდის ბუშტის ჩამოყალიბებით.

როცა სწორ ნაწლავზე რადიკალური ოპერაციისას ნაწლავის მთლიანობის შენარჩუნება ვერ ხერხდება, უნდა გაკეთდეს ჰარტმანის ოპერაცია. ამ დროს სიმსივნის ამოკვეთის შემდეგ მუცლის წინა-გვერდით კედელზე, მარცხნივ, ნაწლავის პროქსიმალური ნაწილით ყალიბდება ერთლულიანი კოლოსტომა, ხოლო დისტალური ნაწილი იკერება ყრუდ. სიგმოიდური კოლინჯის კიბოს შემთხვევაში, ნაწლავის გაუვალობის დროს ან დამძიმებულ ავადმყოფებში, კეთდება მიკულიჩის ოპერაცია: მუცლის წინა-გვერდით კედელზე, მარცხნივ, გამოაქვთ ნაწლავის მარყუჟი სიმსივნესთან ერთად, კეთდება დეკომპრესია. რამდენიმე დღის შემდეგ გამოტანილი ნაწლავი მოიკვეთება ისე, რომ შენარჩუნებულია მისი მომტანი და წამღები მუხლები და ყალიბდება ორლულიანი კოლოსტომა. მოგვიანებით შესაძლებელია ნაწლავის მთლიანობის აღდგენა კოლოსტომის კანქვეშა დახურვით.

თუ ძირითადი სიმსივნის ან მეტასტაზის სრული ამოკვეთა ვერ ხერხდება, ყველა ჩამოთვლილმა ოპერაციამ შეიძლება პალიატიური შინაარსი შეიძინოს. მაგრამ ამ ოპერაციებს სიმპტომურთან შედარებით უპირატესობა გააჩნიათ, რადგან მათი

ჩატარებით ორგანიზმს ინტოქსიკაციის კერა სცილდება. უკანასკნელ წლებში ქიმიოთერაპიის ეფექტური სქემების დანერგვამ მნიშვნელოვნად გააფართოვა პალიატიური ოპერაციების ჩვენებები.

მსხვილი ნაწლავის კიბოს დროს სიმპტომურ ოპერაციებს მიეკუთვნება განმტვირთავი მუდმივი ან დროებითი სტომების და ანასტომოზების ჩამოყალიბება. შემდგომი რადიკალური ქირურგიული ჩარევისათვის ეს უკანასკნელი ხშირად მკურნალობის პირველ ეტაპს წარმოადგენს.

მსხვილი ნაწლავის კიბოს გავრცელებული ფორმის დროს, რეციდივებისა და მეტასტაზების პროფილაქტიკის მიზნით, გამოიყენება კომბინირებული (სხივურ-ქირურგიული) ან კომპლექსური (ქირურგიულ-სხივურ-ქიმიოთერაპიული) მკურნალობა.

რექტოსიგმის და სწორი ნაწლავის II-III სტადიის კიბოს კომბინირებული მკურნალობა გულისხმობს ოპერაციისწინა დასხივებას შემდგომ რადიკალურ ოპერაციასთან ერთად. სხივური თერაპია ტარდება კლასიკური ფრაქციებით: 2-2 გრეი ყოველდღიურად, 40 გრეი ჯამური კეროვანი დოზით ან არასტანდარტული ფრაქციონირებით: 4-4 გრეი პირველი 3 დღის განმავლობაში და თითო გრეი 2-ჯერ დღეში – მომდევნო 2 კვირის განმავლობაში, 40 გრეი ჯამური კეროვანი დოზით.

ანალოგიურად ტარდება ოპერაციისწინა ქიმიო-სხივური მკურნალობა, ოღონდ ქიმიოთერაპია წინ უსწრებს არასტანდარტული ფრაქციონირებით დასხივებას. თავდაპირველად მკურნალობა ტარდება ფტორურაცილით (500 მგ/მ^2) 5 დღის განმავლობაში; მერვე-მეათე დღეს ტარდება ქიმიო-სხივური მკურნალობა: ცისპლატინის ინტრავენური გადასხმა 30-30 მგ/მ^2 დოზით (ჯამური დოზა – 90 მგ/მ^2), ხოლო გადასხმის დამთავრებიდან 30 წუთის შემდეგ – მსხვილფრაქციული დასხივება (4-4 გრეი – მე-8-მე-10 დღეს). ამის შემდეგ მკურნალობა გრძელდება დასხივებით: თითო გრეი 2-ჯერ დღეში, 2 კვირის განმავლობაში. ქიმიო-სხივური მკურნალობის დამთავრებიდან 3 კვირის შემდეგ კეთდება ოპერაცია.

იმ შემთხვევაში, როცა ავადმყოფი უარს აცხადებს ოპერაციაზე ან ოპერაციისადმი უკუჩვენება აღინიშნება, პირველ ეტაპზე შეიძლება ჩატარდეს სხივური ან ქიმიო-სხივური თერაპია დამოუკიდებელ რეჟიმში, ზემოაღნიშნული სქემით, ხოლო 2-3 კვირიანი შესვენების შემდეგ დასხივების ჯამური კეროვანი დოზა სტანდარტული ფრაქციებით (დღიური დოზა – 2-2 გრეი) უნდა შეივსოს 60 გრეიმდე.

საწყისი ქირურგიული მკურნალობის შემთხვევაში რადიკალური ოპერაციის შემდეგ ტარდება დასხივება კლასიკური ფრაქციებით (2-2 გრეი – 40-46 გრეი ჯამურ კეროვან დოზამდე), ხოლო არარადიკალური ოპერაციის შემთხვევაში, კლასიკური ფრაქციებით გამა-თერაპიის დასრულებიდან 2-5-კვირიანი შესვენების შემდეგ, დასხივების ჯამური კეროვანი დოზის შევსება ხდება 60 გრეიმდე.

ნეოადიუვანტური (ოპერაციამდელი) სხივური (ქიმიო-სხივური) მკურნალობის ჩატარების შემთხვევაში ოპერაციისშემდგომი დასხივების ჯამური კეროვანი დოზა არ აღემატება 20-26 გრეის.

IV სტადიის T1-4N1M1 კიბოს დროს კეთდება პალიატიური და სიმპტომური ოპერაცია. ერთეული (1-დან 3-მდე) შორეული მეტასტაზი შესაძლებელია ამოიკვეთოს ძირითად სიმსივნესთან ერთად. ოპერაციის შემდგომ პერიოდში ტარდება ქიმიოთერაპია ფტორურაცილ-ლეიკოვორინით, ირინოტეკანით ან კაპეციტაბინით. ტარდება მკურ-

ნალობის 2 კურსი 4-კვირიანი ინტერვალით. დადებითი ეფექტის შემთხვევაში დამატებით ტარდება კიდევ 4 კურსი.

რეციდივების მკურნალობა პირველადი სიმსივნის მკურნალობის ანალოგიურია – ქირურგიული ან კომბინირებული.

ადგილობრივად გავრცელებული რეციდივის შემთხვევაში, როცა მისი ამოკვეთა შეუძლებელია, ტარდება სხივური თერაპია კლასიკური ფრაქციებით ან არასტანდარტული ფრაქციონირებით 40-46 გრეი ჯამურ კეროვან დოზამდე, რომელსაც 2-3-კვირიანი შესვენების შემდეგ 60 გრეიმდე ზრდიან.

ქიმიოთერაპია გამოიყენება, როგორც ქიმიო-სხივური მკურნალობის კომპონენტი (ფტორურაცილი + ცისპლატინა) ან დამოუკიდებლად (ფტორურაცილი + ლეიკოვორინი). მეორე ხაზის პრეპარატებია ირინოტეკანი და კაპეციტაბინი.

ანალური (ყითას) არხის კიბო შეიძლება იყოს ბრტყელუჯრედოვანი ან ჯირკვლოვანი. შეიძლება შეგვხვდეს კლოაკოგენური (ბაზალურუჯრედოვანის მსგავსი) და მუკოეპიდერმოიდული კიბოც.

ანალური (ყითას) არხის კიბოს კლასიფიკაცია TNM სისტემით (მე-6 გამოცემა, 2002 წელი)

რეგიონულ ლიმფურ კვანძებს წარმოადგენს სწორი ნაწლავის ირგვლივ მდებარე, თეძოს შიგნითა და საზარდულის ლიმფური კვანძები.

TNM კლინიკური კლასიფიკაცია

T – პირველადი სიმსივნე

TX პირველადი სიმსივნის შესაფასებლად საკმარისი მონაცემები არ არის

T0 პირველადი სიმსივნის არსებობის ნიშნები არ არის

Tis პრეინვაზიური კარცინომა (Carcinoma in situ)

T1 2 სმ-მდე ზომის სიმსივნე

T2 2 სმ-დან 5 სმ-მდე ზომის სიმსივნე

T3 5 სმ-ზე მეტი ზომის სიმსივნე

T4 ნებისმიერი ზომის სიმსივნე, ჩაზრდილი სხვა ორგანო(ებ)ში (საშო, შარდსადენი, შარდის ბუშტი)

შენიშვნა: მხოლოდ სწორი ნაწლავის კედელში, სწორი ნაწლავის ირგვლივ მდებარე კანში, კანქვეშა ქსოვილში ან სფინქტერის კუნთ(ებ)ში უშუალო ჩაზრდისას სიმსივნე არ ექვემდებარება T4 კატეგირიით კლასიფიკაციას.

N – რეგიონული ლიმფური კვანძები

NX რეგიონული ლიმფური კვანძების შესაფასებლად საკმარისი მონაცემები არ არის.

N0 რეგიონული ლიმფური კვანძების მეტასტაზური დაზიანების ნიშნები არ არის.

N1 მეტასტაზი სწორი ნაწლავის ირგვლივ მდებარე ლიმფურ კვანძ(ებ)ში

N2 მეტასტაზი თეძოს შიგნითა და/ან საზარდულის ლიმფურ კვანძ(ებ)ში, ცალ მხარეს

N3 მეტასტაზი სწორი ნაწლავის ირგვლივ მდებარე და საზარდულის ლიმფურ კვანძებში და/ან მეტასტაზი თეძოს შიგნითა და/ან საზარდულის ლიმფურ კვანძებში, ორივე მხარეს

M – შორეული მეტასტაზები

MX შორეული მეტასტაზის შესაფასებლად საკმარისი მონაცემები არ არის

M0 შორეული მეტასტაზის არსებობის ნიშნები არ არის.

M1 აღინიშნება შორეული მეტასტაზები.

pTNM – პათოჰისტოლოგიური კლასიფიკაცია

pT, pN, pM კატეგორიები შეესაბამება T, N, M კატეგორიებს.

pN0 ჰისტოლოგიური გამოკვლევისთვის მცირე მენჯის (მენჯ-სწორი ნაწლავის) რეგიონული ლიმფადენექტომიით მიღებული მასალა, როგორც წესი, უნდა შეიცავდეს არანაკლებ 12, ხოლო საზარდულის ლიმფადენექტომიით მიღებული მასალა – არანაკლებ 6 ლიმფურ კვანძს. იმ შემთხვევაში, თუ ლიმფურ კვანძებში სიმსივნური უჯრედები არ აღმოჩნდა, მაგრამ გამოკვლეული ლიმფური კვანძების რაოდენობა, შესაბამისად, 12-ზე და 6-ზე ნაკლებია, კლასიფიკაცია ხდება pN0 კატეგორიით.

G – ჰისტოლოგიური გრადაცია

GX დიფერენციაციის ხარისხის შესაფასებლად საკმარისი მონაცემები არ არის

G1 მაღალდიფერენცირებული

G2 საშუალოდ დიფერენცირებული

G3 დაბალდიფერენცირებული

G4 არადიფერენცირებული

დაჯგუფება სტადიების მიხედვით

0 სტადია	Tis	N0	M0
I სტადია	T1	N0	M0
II სტადია	T2	N0	M0
	T3	N0	M0
IIIA სტადია	T1, T2. T3	N1	M0
	T4	N0	M0
IIIB სტადია	T4	N1	M0
	ნებისმიერი T	N2, N3	M0
IV სტადია	ნებისმიერი T	ნებისმიერი T	M1

მკურნალობა. ანალური (ყითას) არხის კიბოს დროს უპირატესად ტარდება კომბინირებული ან შერწყმული სხივური მკურნალობა. უკეთესი შედეგები მიიღწევა ბრტყელუჯრედოვანი კიბოს მკურნალობის დროს. ოპერაციას სხივური თერაპიის უეფექტობის შემთხვევაში მიმართავენ.

TisN0M0 გავრცელების ბრტყელუჯრედოვანი კიბოს დროს ტარდება დისტანციური გამა-თერაპია: 3-3 გრეი კვირაში 3-ჯერ ან 4-4 გრეი კვირაში 2-ჯერ, 50 გრეი ჯამური კეროვანი დოზით (რაც 60 გრეის ეკვივალენტურია). დასხივების უეფექტობის შემთხვევაში, აგრეთვე ჯირკვლოვანი კიბოს დროს კეთდება სიმსივნის ტრანსანალური ამოკვეთა.

I-II სტადიის (T1-3N0M0) როგორც ბრტყელუჯრედოვანი, ისე ჯირკვლოვანი კიბოს დროს მკურნალობა შეიძლება იყოს ა) ქირურგიული (სიმსივნის ტრანსანა-

ლური ამოკვეთა ან სწორი ნაწლავის ექსტირპაცია), ბ) შერწყმული სხივური ან გ) ქიმიო-სხივური.

შერწყმული სხივური თერაპია ორ ეტაპად ტარდება. მკურნალობა იწყება დისტანციური გამა-თერაპიით – 2,5 გრეი ყოველდღიურად, 45-50 გრეი ჯამური კეროვანი დოზით. 2-3 კვირის შემდეგ ტარდება ღრუსშიგნითა გამა-თერაპია 20-25 გრეი ჯამური კეროვანი დოზით.

ქიმიო-სხივური მკურნალობის დროს პირველ ეტაპად ტარდება ქიმიოთერაპია – ფტორურაცილი (500 მგ/მ²) 5 დღის განმავლობაში. მერვე-მეათე დღეს ტარდება მკურნალობა ცისპლატინით (30-30 მგ/მ²) მსხვილი ფრაქციებით (4-4 გრეი) არატრადიციულ დასხივებასთან ერთად – ცისპლატინის გადასხმა მთავრდება დასხივების დაწყებამდე ნახევარი საათით ადრე. შემდეგ გრძელდება დასხივება წვრილი ფრაქციებით: თითო გრეი 2-ჯერ დღეში, 40-46 გრეი ჯამური კეროვანი დოზით. სიმსივნის არანაკლებ 50%-ის რეზორბციის შემთხვევაში 2 კვირის შემდეგ დამატებით ტარდება დისტანციური დასხივება 20 გრეი ჯამური დოზით (2-2 გრეი დღიურად) ან ღრუსშიგნითა დასხივება 20-25 გრეი დოზით. თუ მკურნალობის პირველი ეტაპის შედეგები არადამაკმაყოფილებელია, ავადმყოფს უკეთდება ოპერაცია.

III-IV სტადიის კიბოს მკურნალობა კომბინირებულია. ტარდება ოპერაციისწინა შერწყმული სხივური ან ქიმიო-სხივური მკურნალობა, ხოლო 2 კვირის შემდეგ – ქირურგიული ოპერაცია.

ოპერაციისწინა სხივური თერაპიის გათვალისწინებით, ოპერაციისშემდგომი დასხივების ჯამური კეროვანი დოზა აყავთ 60 გრეიმდე.

იმ შემთხვევაში, როცა ქირურგიული მკურნალობა ჩატარებულია ოპერაციისწინა დასხივების გარეშე, ოპერაციის შემდეგ ტარდება სხივური თერაპია ორ ეტაპად: პირველ ეტაპზე კლასიკური ფრაქციებით სხივდება სიმსივნის სარეცელი 30 გრეი ჯამური კეროვანი დოზით, 2 კვირის შემდეგ კი გრძელდება სხივური თერაპია 2,5 გრეი დღიური დოზით, 45 გრეი ჯამური კეროვანი დოზის მიღწევამდე.

რეგიონული და შორეული მეტასტაზების შემთხვევაში ოპერაციიდან 2 კვირის შემდეგ ინიშნება ქიმიოთერაპია პალიატიური მიზნით. ტარდება მკურნალობის 6 კურსი 4-კვირიანი ინტერვალებით (ფტორურაცილი ლეიკოვორინით, ფტორურაცილი + ცისპლატინა).

მსხვილი ნაწლავის კიბოს დიაგნოზის დადგენისა და მკურნალობის დროს გასათვალისწინებელია პირველადად მრავლობითი სინქრონული კიბოს არსებობის შედარებით მაღალი ალბათობა. ასეთ დროს, ჩვეულებრივ, კეთდება გაფართოებული ოპერაციები, რომელთა მოცულობა დამოკიდებულია სიმსივნის ლოკალიზაციასა და ადგილობრივი გავრცელების ხარისხზე.

არსებობს აგრეთვე პირველადად მრავლობითი მეტაქრონული კიბოს განვითარების რისკი. ამიტომ მსხვილი ნაწლავის კიბოს გამო ნამკურნალებ ავადმყოფებს რეგულარულად უნდა უტარდებოდეთ კოლონოსკოპია დისპანსერული მეთვალყურეობის კალენდრის შესაბამისად: ოპერაციიდან პირველ წელს - 3 თვეში ერთჯერ, II წელს – 6 თვეში ერთჯერ, შემდეგ კი – წელიწადში ერთჯერ.

მეტაქრონული კიბოს დადგენის შემთხვევაში ოპერაციის მასშტაბი განისაზღვრება მისი გავრცელებისა და ლოკალიზაციის შესაბამისად.

ღვიძლის კიბო (C22)

ღვიძლის კიბო ყველა ავთვისებიანი სიმსივნის 1%-ს შეადგენს. ეტიოლოგიაში მნიშვნელობა აქვს ქრონიკული პარაზიტული, მიკრობული და ვირუსული დაავადებების არსებობას და მათგან გამოწვეულ ინტოქსიკაციას: ოპისტორქოზი განაპირობებს ღვიძლშიგნითა ნაღვლის სადინარების კიბოს განვითარებას, ობის სოკო გამოიმუშავებს ძლიერ ჰეპატოტროპულ კანცეროგენს – აფლატოქსინს, რომელიც ხელს უწყობს ღვიძლის პარენქიმის კიბოს განვითარებას. მნიშვნელოვანია აგრეთვე ჰეპატიტის ვირუსმტარებლობა, ორალური კონტრაცეპტივების ხანგრძლივი გამოყენება, ციროზი, ალკოჰოლიზმი, თამბაქოს მოწევა.

ღვიძლის პარენქიმაში სისხლის მიმოქცევის თავისებურებათა გამო ძალიან მაღალია მეორეული (მეტასტაზური) დაზიანების სიხშირე. ღვიძლის მეტასტაზურ და პირველად კიბოს შორის თანაფარდობა იყო 60:1. უკანასკნელ ათწლეულში, პირველადი სიმსივნეების სიხშირის მატების გამო, ეს თანაფარდობა თანდათან მცირდება.

ღვიძლის პირველადი ავთვისებიანი სიმსივნეები ქსოვილოვანი კუთვნილების მიხედვით არის: ა) ეპითელური – ჰეპატოცელულური, ქოლანგიოცელულური, შერეული (ჰეპატო-ქოლანგიოცელულური), ანაპლაზიური; ბ) არაეპითელური (მეზენქიმური) – ლიმფოსარკომა, ანგიოსარკომა (ჰემანგიოენდოთელიომა), სხვა ქსოვილებიდან განვითარებული სარკომები; გ) ემბრიონული (ტერატობლასტომა); დ) ღვიძლისთვის არასპეციფიკური სიმსივნეები – პირველადი მელანომა, ჰიპერნეფრომა, კარცინოიდი.

ზრდის ფორმის მიხედვით ღვიძლის კიბო შეიძლება იყოს:

1. კვანძოვანი: ა) უნიცენტრული ზრდით, ბ) მულტიცენტრული ზრდით;
2. მასიური: ა) ერთეული კვანძი, ბ) სატელიტებით, გ) ღრუ ფორმა;
3. დიფუზური;
4. ციროზი–კიბო.

ღვიძლის კიბოს მეტასტაზები ვრცელდება ინტრაორგანულად, რეგიონულ ლიმფურ კვანძებში, ღვიძლ-თორმეტგოჯა იოგში, პერიტონეუმზე, ფილტვებში, პანკრეასში, ძვლებში.

დიდი კომპენსაციური შესაძლებლობების გამო ღვიძლი ხანგრძლივად ინარჩუნებს ფუნქციას და სიმსივნური პროცესის ადრეულ ეტაპზე დიაგნოზის დასმა გაძნელებულია. ამას ემატება ისიც, რომ სიმსივნე ხშირად ღვიძლისა და ნაღვლის სადინარების ქრონიკული ანთებების ფონზე ვითარდება და ამ დაავადებათა სიმპტომებით არის შენიღბული.

ჩვეულებრივ, ღვიძლის კიბო ნელამზარდ სიმსივნეთა რიცხვს მიეკუთვნება. მისი ზომის გაორმაგება ხდება 4 თვეში და, ამდენად, უსიმპტომო პერიოდი საშუალოდ 2 წელი გრძელდება.

ფარულ პერიოდში ღვიძლის სიმსივნეს შემთხვევით აღმოაჩენენ ულტრაბგერითი გამოკვლევის, მუცლის ღრუს ორგანოებზე სხვა მიზეზით ჩატარებული ოპერაციის ან ონკომარკერებით რისკის ჯგუფების შესწავლისას.

ამა თუ იმ სიმპტომის უპირატესი გამოვლინების შესაბამისად, გამოყოფენ ღვიძლის კიბოს ჰეპატომეგალიურ, სიყვითლიან, ცხელებით მიმდინარე, ასციტურ, მწვავე აბდომინურ და მეტასტაზურ ფორმებს.

დიაგნოსტიკის დროს ყურადღება ექცევა ანამნეზურ-ფიზიკალურ მონაცემებს:

მყარ და მზარდ ტკივილს მარჯვენა ფერდქვეშა არეში, ღვიძლის სწრაფად გადიდებას, მისი ზედაპირის ხორკლიანობას, ხანგრძლივ ცხელებას, ზოგადი მდგომარეობის მკვეთრ გაუარესებას.

ინსტრუმენტული გამოკვლევებიდან მნიშვნელოვანია ულტრასონოგრაფია, კომპიუტერული ტომოგრაფია, ლაპაროსკოპია ბიოფსიითურთ. პარალელურად, უნდა გამოირიცხოს სხვა ორგანოების კიბო. მნიშვნელოვანია იმუნოდიაგნოსტიკა. ჰეპატოცელულური კიბოსთვის სპეციფიკური მარკერია ალფაფეტოპროტეინი (α-FP), ხოლო ქოლანგიოცელულური კიბოსთვის ინფორმაციულია კარცინოემბრიონული ანტიგენი (CEA).

ღვიძლის პირველადი კიბოს კლასიფიკაცია TNM სისტემით (მე-6 გამოცემა, 2002)

ანატომიური ნაწილები: 1. ღვიძლი (C22.0) 2. ღვიძლშიგნითა ნაღვლის სადინარი (C22.1).

ღვიძლისთვის რეგიონულ ლიმფურ კვანძებს წარმოადგენს ღვიძლის კარის, ღვიძლის (ღვიძლის საკუთარი არტერიის გასწვრივ მდებარე) და პერიპორტული (კარის ვენის გასწვრივ მდებარე) ლიმფური კვანძები, აგრეთვე ქვემო ღრუ ვენის აბდომინური ნაწილის გასწვრივ, თირკმლის ვენის ზემოთ, განლაგებული ლიმფური კვანძები (შუაძგიდის ქვემოთ მდებარე ლიმფური კვანძების გარდა).

TNM – კლინიკური კლასიფიკაცია

T - პირველადი სიმსივნე

TX პირველადი სიმსივნის შესაფასებლად საკმარისი მონაცემები არ არის

T0 პირველადი სიმსივნის არსებობიოს ნიშნები არ არის

T1 სოლიტარული სიმსივნე, სისხლძარღვებში ჩაზრდის გარეშე

T2 სოლიტარული სიმსივნე, სისხლძარღვებში ჩაზრდით, ან 5 სმ-მდე ზომის მრავლობითი სიმსივნე

T3 5 სმ-მდე ზომის მრავლობითი სიმსივნე; ან სიმსივნე, რომელიც ვრცელდება კარის ვენის ან ღვიძლის ვენის დიდ ტოტზე

T4 სიმსივნე(ები, უშუალო გავრცელებით სხვა ირგვლივმდებარე ორგანოებზე, ნაღვლის ბუშტის გარდა; ან აღინიშნება ვისცერული პერიოტონეუმის პერფორაცია

N – რეგიონული ლიმფური კვანძები

NX რეგიონული ლიმფური კვანძების შესაფასებლად საკმარისი მონაცემები არ არის.

N0 რეგიონული ლიმფური კვანძების მეტასტაზური დაზიანების ნიშნები არ არის.

N1 რეგიონული ლიმფური კვანძების მეტასტაზური დაზიანება.

M – შორეული მეტასტაზები

MX შორეული მეტასტაზის შესაფასებლად საკმარისი მონაცემები არ არის

M0 შორეული მეტასტაზის არსებობის ნიშნები არ არის

M1 აღინიშნება შორეული მეტასტაზები

pTNM – პათოჰისტოლოგიური კლასიფიკაცია

pT, pN, pM კატეგორიები შეესაბამება T, N, M კატეგორიებს.

pN0 ჰისტოლოგიური გამოკვლევისათვის რეგიონული ლიმფადენექტომიით მიღებული მასალა, როგორც წესი, უნდა შეიცავდეს არანაკლებ 3 ლიმფურ კვანძს. იმ შემთხვევაში, თუ ლიმფურ კვანძებში სიმსივნური უჯრედები არ აღმოჩნდა, მაგრამ გამოკვლეული ლიმფური კვანძების რაოდენობა 3-ზე ნაკლებია, კლასიფიკაცია ხდება pN0 კატეგორიით.

G – ჰისტოლოგიური გრადაცია

ჰისტოლოგიური გრადაციისთვის იხილე:

Edmondson HA, Steiner PE. Primary carcinoma of the liver: a study of 100 cases among 48,900 necropsies. Cancer 1954; 7:462-504.

ედმონდსონ-შტეინერის გრადაციაა: G1, G2, G3, G4.

დაჯგუფება სტადიების მიხედვით

I სტადია	T1	N0	M0
II სტადია	T2	N0	M0
IIIA სტადია	T3	N0	M0
IIIB სტადია	T4	N1	M0
IIIC სტადია	ნებისმიერი T	N1	M0
IV სტადია	ნებისმიერი T	ნებისმიერი N	M1

მკურნალობა. ღვიძლის კიბოს მკურნალობა ქირურგიულია. რადიკალურ ოპერაციას ექვემდებარება მხოლოდ ის შემთხვევები, როცა სიმსივნური პროცესი შემოფარგლულია ერთი პორტული წილით და ღვიძლი ციროზულად შეცვლილი არ არის. მცირე ზომის სიმსივნეების შემთხვევაში შეიძლება განხორციელდეს ღვიძლის სეგმენტის რეზექცია და ბისეგმენტექტომია. უფრო გავრცელებული სიმსივნეების დროს მიმართავენ ანატომიურ რეზექციას ან ჰემიჰეპატექტომიას. მარჯვენამხრივი ან მარცხენამხრივი ჰემიჰეპატექტომიის დროს აუცილებლად კეთდება ქოლეცისტექტომიაც, რადგან ნაღვლის ბუშტსა და ღვიძლს შორის არსებული წვრილი სისხლძარღვოვანი კაპილარები ხშირ შემთხვევაში მეტასტაზების გავრცელების ერთ-ერთ გზას წარმოადგენენ. როდესაც ღვიძლის სიმსივნე ჩაზრდილია რომელიმე მეზობელ ორგანოში (კუჭში, თორმეტგოჯა ნაწლავში, პანკრეასში, შუაძგიდში, კოლინჯში) და ღვიძლის პარენქიმისგან სიმსივნის მოცილება შესაძლებელია, კეთდება კომბინირებული ოპერაცია ამ ორგანოს რეზექციასთან ერთად.

ღვიძლის მარჯვენა და მარცხენა სადინარის შერწყმის უბნის, აგრეთვე ღვიძლის საერთო სადინარის მიდამოს დაზიანების დროს რადიკალური ქირურგიული ჩარევა იშვიათად ხერხდება. ასეთ დროს კეთდება ნაღვლის სადინარების რეკანალიზაცია, შესაძლებლობის შემთხვევაში კი – განმტვირთავი ანასტომოზი. სხივური თერაპია არაეფექტურია.

უსიყვითლო პერიოდში, როცა აქტიური ქირურგიული ჩარევა შესაძლებელი არ

არის, შეიძლება ჩატარდეს ქიმიოთერაპია. ინიშნება პოლიქიმიოთერაპია ფტორურაცილის, ცისპლატინის, ეტოპოზიდის, მიტომიცინის კომბინაციებით. იმუნოთერაპია ტარდება ინტერფერონებით (ინტრონ A – 5 მლნ დღეგამოშვებით, 2 კვირის განმავლობაში). კურსებს შორის ინტერვალი 1 თვეა. მკურნალობა გრძელდება დაავადების პროგრესირებამდე.

ერთმომენტიანი ქიმიოემბოლიზაციისათვის გამოიყენება დოქსორუბიცინი, ეპირუბიცინი, კარბოპლატინა, მიტომიცინი და მათი სხვადასხვა კომბინაცია. ხანგრძლივი რეგიონული ქიმიოთერაპია ტარდება ფტორურაცილით, დოქსორუბიცინით, ცისპლატინით და მათი კომბინაციებით.

ღვიძლის რეზექციის შემდეგ დარჩენილ პარენქიმაში გაჩენილი სოლიტარული მეტასტაზის მკურნალობის პრინციპები ისეთივეა, როგორიც ძირითადი სიმსივნის დროს, რეგიონულ ლიმფურ კვანძებში მოგვიანებით გამოვლენილი მეტასტაზის დროს კი კეთდება ლიმფოდისექცია.

მკურნალობისშემდგომი დისპანსერული მეთვალყურეობა: პირველ-მეორე წელს – 3 თვეში ერთჯერ, მესამე-მეოთხე წელს – 6 თვეში ერთჯერ, მეხუთე წლიდან – წელიწადში ერთჯერ.

ნაღვლის ბუშტის კიბო (C23)

ნაღვლის ბუშტის კიბო იშვიათი დაავადებაა. უპირატესად გვხვდება ხანდაზმულ ასაკში. ქალები 4-ჯერ უფრო ხშირად ავადდებიან, ვიდრე მამაკაცები. ხელშემწყობი ფაქტორია ნაღველ-კენჭოვანი დაავადება და ნაღვლის სადინარების ქრონიკული ანთებითი პროცესები. უფრო ხშირად ზიანდება ნაღვლის ბუშტის ყელი და სიმსივნე ვრცელდება ნაღვლის საერთო სადინარზე. ნაღვლის ბუშტის სხეულისა და ფუძის დაზიანებისას სიმსივნე ვრცელდება ღვიძლზე.

სიმსივნე ჯირკვლოვანი ეპითელიუმისგან წარმოიშობა და ხასიათდება ეგზოფიტური ან ენდოფიტური ზრდით.

ჰისტომორფოლოგიურად ხშირია ადენოკარცინომა, იშვიათად – ბრტყელუჯრედოვანი ან წვრილუჯრედოვანი კიბო და კარცინოსარკომა.

ლიმფოგენური მეტასტაზები ვრცელდება ღვიძლ-თორმეტგოჯა იოგის, პანკრეასის, თორმეტგოჯა ნაწლავის გაყოლებით, აღინიშნება ჯორჯლის ზედა ლიმფური კვანძების მეტასტაზური დაზიანება. ჰემატოგენურად მეტასტაზები ყველაზე ხშირად ვრცელდება ღვიძლში, ფილტვებში, ძვლებში. საერთოდ, შემთხვევათა 75%-ში ინტრაოპერაციულად დგინდება ნაღვლის ბუშტის კიბოს ჩაზრდა ან მეტასტაზი ღვიძლში.

უმრავლეს შემთხვევაში საწყისი სიმპტომები ნაღველკენჭოვან დაავადებასთან არის დაკავშირებული. ნაღვლის ბუშტის სხეულში ან ფუძეში მდებარეობის შემთხვევაში სიმსივნე დიდ ზომებს აღწევს; ყელში მდებარეობისას სწრაფად გადადის ნაღვლის საერთო სადინარზე და ვითარდება სიყვითლე. ნაღვლის პასაჟის დარღვევის გამო ნაღვლის ბუშტის შიგთავსი ხშირად დაჩირქებულია.

დამახასიათებელია ყრუ ტკივილი მარჯვენა ფერდქვეშა არეში, ირადიაცია კისერში, მხარში, ბეჭში, ზურგში. პალპაციით ისინჯება სადაზედაპირიანი, ქვის კონსისტენციის ნაღვლის ბუშტი. პარალელურად შეიძლება აღინიშნებოდეს ღვიძლის ხორკლიანობა, ასციტი. მოგვიანებით ვლინდება საერთო სისუსტე, მადის დაქვეითება, წონაში მოკლება, გულისრევა, ცხელება, სიყვითლე.

უსიყვითლო პერიოდში ნაღვლის ბუშტის კიბოს დიაგნოზის დასმა შესაძლებელია ულტრასონოგრაფიით. შეიძლება დამატებით ჩატარდეს ქოლეცისტოგრაფია, ლაპაროსკოპია, პუნქციური ქოლანგიოქოლეცისტოგრაფია, კომპიუტერული ტომოგრაფია.

სიყვითლის დროს ავადმყოფები ჰეპატიტის დიაგნოზით მეტწილად ინფექციურ საავადმყოფოში ხვდებიან და მხოლოდ უშედეგო მკურნალობის შემდეგ მიაქვთ ეჭვი კიბოზე.

ყველაზე ხშირად ნაღვლის ბუშტის კიბო დგინდება შესაძლო კალკულოზის გამო ჩატარებული ოპერაციის დროს. ზოგჯერ კიბოს (განსაკუთრებით – ენდოფიტური სიმსივნეების) ამოცნობა მაკროსკოპულად გაძნელებულია და დიაგნოზი ისმება ინტრაოპერაციული მასალის ჰისტომორფოლოგიური გამოკვლევით.

ნაღვლის ბუშტის კიბოს კლასიფიკაცია TNM სისტემით (მე-6 გამოცემა, 2002)

ნაღვლის ბუშტისთვის რეგიონულ ლიმფურ კვანძებს წარმოადგენს ნაღვლის ბუშტის სადინარის ლიმფური კვანძი; ღვიძლის კარის, პერიპორტული, აგრეთვე ნაღვლის საერთო სადინარის, პანკრეასის და თორმეტგოჯა ნაწლავის ირგვლივ მდებარე ლიმფური კვანძები; ფაშვის და ჯორჯლისზედა ლიმფური კვანძები.

TNM – კლინიკური კლასიფიკაცია

T – პირველადი სიმსივნე

TX პირველადი სიმსივნის შესაფასებლად საკმარისი მონაცემები არ არის

T0 პირველადი სიმსივნის არსებობის ნიშნები არ არის

Tis პრეინვაზიური კარცინომა (Carcinoma in situ)

T1 სიმსივნე ჩაზრდილია ლორწოვან გარსში ან კუნთოვან შრეში

T1a სიმსივნე ჩაზრდილია ლორწოვან გარსში

T1b სიმსივნე ჩაზრდილია კუნთოვან შრეში

T2 სიმსივნე ჩაზრდილია კუნთოვანი შრის მიმდებარე შემაერთებელ ქსოვილში, სეროზული გარსის ფარგლებს გარეთ გავრცელების ან ღვიძლის დაზიანების გარეშე

T3 სიმსივნის პერფორაცია სეროზულ გარსში (ვისცერულ პერიტონეუმში) და/ან უშუალო ჩაზრდა ღვიძლში და/ან ერთ რომელიმე მომიჯნავე ორგანოში ან სტრუქტურაში (მაგ., კუჭში, თორმეტგოჯა ნაწლავში, კოლინჯში, პანკრეასში, ბადექონში ან ღვიძლგარეთა ნაღვლის სადინარებში)

T4 სიმსივნე ჩაზრდილია კარის ვენაში ან ღვიძლის არტერიაში, ან ვრცელდება არანაკლებ ორ ექსტრაჰეპატურ ორგანოზე ან სტრუქტურაზე

N – რეგიონული ლიმფური კვანძები

NX რეგიონული ლიმფური კვანძების შესაფასებლად საკმარისი მონაცემები არ არის

N0 რეგიონული ლიმფური კვანძების მეტასტაზური დაზიანების ნიშნები არ არის.

N1 რეგიონული ლიმფური კვანძების მეტასტაზური დაზიანება

M – შორეული მეტასტაზები

MX შორეული მეტასტაზის შესაფასებლად საკმარისი მონაცემები არ არის

M0 შორეული მეტასტაზის არსებობის ნიშნები არ არის

M1 აღინიშნება შორეული მეტასტაზები

pTNM – პათოჰისტოლოგიური კლასიფიკაცია

pT, pN, pM კატეგორიები შეესაბამება T, N, M კატეგორიებს.

pN0 ჰისტოლოგიური გამოკვლევისთვის რეგიონული ლიმფადენექტომიით მიღებული მასალა, როგორც წესი, უნდა შეიცავდეს არანაკლებ 3 ლიმფურ კვანძს. იმ შემთხვევაში, თუ ლიმფურ კვანძებში სიმსივნური უჯრედები არ აღმოჩნდა, მაგრამ გამოკვლეული ლიმფური კვანძების რაოდენობა 3-ზე ნაკლებია, კლასიფიკაცია ხდება pN0 კატეგორიით.

G – ჰისტოლოგიური გრადაცია

GX დიფერენციაციის ხარისხის შესაფასებლად საკმარისი მონაცემები არ არის

G1 მაღალდიფერენცირებული

G2 საშუალოდ დიფერენცირებული

G3 დაბალდიფერენცირებული

G4 არადიფერენცირებული

დაჯგუფება სტადიების მიხედვით

0 სტადია	Tis	N0	M0
IA სტადია	T1	N0	M0
IB სტადია	T2	N0	M0
IIA სტადია	T3	N0	M0
IIB სტადია	T1, T2, T3	N1	M0
III სტადია	T4	ნებისმიერი N	M0
IV სტადია	ნებისმიერი T	ნებისმიერი N	M1

მკურნალობა. ნაღვლის ბუშტის კიბოს მკურნალობა ქირურგიულია. კიბოს საწყისი ფორმების დროს, როცა სიმსივნე ლორწოვან გარსს არ სცილდება (T1N0M0), კეთდება ქოლეცისტექტომია. T2-4N0M0 გავრცელების სიმსივნეების დროს გამართლებულია ნაღვლის ბუშტის ამოკვეთა ღვიძლის (IV-V სეგმენტების) მიმდებარე პარენქიმის რეზექციასთან ერთად, რადგან მის სარეცელში არსებული კაპილარული ანასტომოზები ნაღვლის ბუშტის კიბოს მეტასტაზის ღვიძლში განვითარების ერთ-ერთ გზას წარმოადგენენ. სიმსივნესთან ერთად, ერთ ბლოკში კეთდება რეგიონული ლიმფადენექტომიაც.

ნაღვლის ბუშტის IV სტადიის კიბო (T1-4N2M0, T1-4N0-1M1) ინოპერაბელურია. ქიმიო-სხივური მკურნალობა არაეფექტურია.

მკურნალობისშემდგომი დისპანსერული მეთვალყურეობა: პირველ-მეორე წელს – 3 თვეში ერთჯერ, მესამე-მეოთხე წელს – 6 თვეში ერთჯერ, მეხუთე წლიდან – წელიწადში ერთჯერ.

ექსტრაჰეპატური ნაღვლის სადინარების კიბო (C24)

ექსტრაჰეპატურ ნაღვლის სადინარებს მიეკუთვნება ღვიძლის მარჯვენა და მარცხენა, ღვიძლის საერთო, ნაღვლის ბუშტის და ნაღვლის საერთო სადინარები. აღნიშნული ლოკალიზაციის კიბო იშვიათია. უპირატესად გვხვდება 50 წელზე მეტი ასაკის პაციენტებში, უფრო ხშირად – მამაკაცებში. სიმსივნე მეტწილად ენდოფი-

ტურია, იზრდება ცირკულარულად და ავიწროებს სანათურს. მალევე ჩაიზრდება ირგვლივმდებარე ქსოვილებში, ღვიძლის პარენქიმაში, კარის ვენაში, აზიანებს ლიმფურ კვანძებს. ძირითადად გვხვდება ადენოკარცინომა, იშვიათად – ბრტყელუჯრედოვანი და არადიფერენცირებული კიბო.

კლინიკურად სწრაფად ვითარდება სიყვითლე, რომელსაც იშვიათად აქვს გარდამავალი ხასიათი. დამახასიათებელია მექანიკური სიყვითლის ნიშნები – კანის ქავილი, წონაში მოკლება, პროგრესირებადი სისუსტე, აქოლიური განავალი და მუქი ფერის შარდი. ნაღვლის შეგუბებისა და აღმავალი ინფექციის ფონზე ნაღვლის სადინარებში შეიძლება განვითარდეს ცხელება და ყრუ ხასიათის ტკივილი. კლინიკური სურათი ყველაზე ბუნდოვანია, როცა აღნიშნული ლოკალიზაციის კიბო ჰეპატოქოლეცისტიტის ფონზე ვითარდება. სიმსივნის გამოვლინება ჰეპატოქოლეცისტიტის მორიგ გამწვავებად მიიჩნევა.

თუ სიმსივნე ნაღვლის ბუშტის დისტალურად იწვევს მექანიკურ ბლოკს, მაშინ კურვუაზიეს სიმპტომი დადებითია, ხოლო პროქსიმალური ბლოკის შემთხვევაში ნაღვლის ბუშტი დაცლილია.

დიაგნოსტიკა იწყება ულტრაბგერითი გამოკვლევით, რომლის დროსაც ნახულობენ ღვიძლშიგნითა ნაღვლის სადინარების გაფართოებას. დისტალური ბლოკის შემთხვევაში აღინიშნება ექსტრაჰეპატური ნაღვლის სადინარების დილატაცია და ნაღვლის ბუშტის გადიდება. ინფორმაციულია დუოდენოსკოპიის დროს ჩატარებული აღმავალი ქოლანგიოგრაფია, ასევე ტრანსკუტანეური პუნქციური ქოლანგიოსტომია და ქოლანგიოგრაფია.

კომპიუტერული ტომოგრაფია ტარდება ჩვენების მიხედვით. ლაპაროსკოპია ნაკლებინფორმაციულია.

ლაბორატორიული გამოკვლევებით ელინდება მექანიკური სიყვითლისათვის დამახასიათებელი ცვლილებები.

ექსტრაჰეპატური ნაღვლის სადინარების კიბოს კლასიფიკაცია TNM სისტემით (მე-6 გამოცემა, 2002)

რეგიონულ ლიმფურ კვანძებს წარმოადგენს ნაღვლის ბუშტის სადინარის ლიმფური კვანძი; ღვიძლის კარის, პერიპორტული, აგრეთვე ნაღვლის საერთო სადინარის, პანკრეასის და თორმეტგოჯა ნაწლავის ირგვლივ მდებარე ლიმფური კვანძები, ფაშვისა და ჯორჯლისზედა ლიმფური კვანძები.

TNM – კლინიკური კლასიფიკაცია

T - პირველადი სიმსივნე

TX პირველადი სიმსივნის შესაფასებლად საკმარისი მონაცემები არ არის

T0 პირველადი სიმსივნის არსებობის ნიშნები არ არის

Tis პრეინვაზიური კარცინომა (Carcinoma in situ)

T1 სიმსივნე შემოფარგლულია ნაღვლის სადინარით

T2 სიმსივნე გავრცელებულია ნაღვლის სადინარის ფარგლებს გარეთ

T3 სიმსივნე ჩაზრდილია ღვიძლში, ნაღვლის ბუშტში, პანკრეასში და/ან კარის ვენის ან ღვიძლის არტერიის ტოტებში ერთ რომელიმე (მარჯვენა ან მარცხენა) მხარეს

T4 სიმსივნე ჩაზრდილია კარის მთავარ ვენაში ან მის ტოტებში – ორმხრივად, ღვიძლის საერთო არტერიაში, ან სხვა მომიჯნავე სტრუქტურებში (მაგ., კოლინჯში, კუჭში, თორმეტგოჯა ნაწლავში, მუცლის კედელში)

N – რეგიონული ლიმფური კვანძები

NX რეგიონული ლიმფური კვანძების შესაფასებლად საკმარისი მონაცემები არ არის.

N0 რეგიონული ლიმფური კვანძების მეტასტაზური დაზიანების ნიშნები არ არის.

N1 რეგიონული ლიმფური კვანძების მეტასტაზური დაზიანება

M – შორეული მეტასტაზები

MX შორეული მეტასტაზის შესაფასებლად საკმარისი მონაცემები არ არის

M0 შორეული მეტასტაზის არსებობის ნიშნები არ არის

M1 აღინიშნება შორეული მეტასტაზები

pTNM – პათოჰისტოლოგიური კლასიფიკაცია

pT, pN, pM კატეგორიები შეესაბამება T, N, M კატეგორიებს.

pN0 ჰისტოლოგიური გამოკვლევისთვის რეგიონული ლიმფადენექტომიით მიღებული მასალა, როგორც წესი, უნდა შეიცავდეს არანაკლებ 3 ლიმფურ კვანძს. იმ შემთხვევაში, თუ ლიმფურ კვანძებში სიმსივნური უჯრედები არ აღმოჩნდა, მაგრამ გამოკვლეული ლიმფური კვანძების რაოდენობა 3-ზე ნაკლებია, კლასიფიკაცია ხდება pN0 კატეგორიით.

G – ჰისტოლოგიური გრადაცია

GX დიფერენციაციის ხარისხის შესაფასებლად საკმარისი მონაცემები არ არის

G1 მაღალდიფერენცირებული

G2 საშუალოდ დიფერენცირებული

G3 დაბალდიფერენცირებული

G4 არადიფერენცირებული

დაჯგუფება სტადიების მიხედვით

0 სტადია	Tis	N0	M0
IA სტადია	T1	N0	M0
IB სტადია	T2	N0	M0
IIA სტადია	T3	N0	M0
IIB სტადია	T1, T2, T3	N1	M0
III სტადია	T4	ნებისმიერი N	M0
IV სტადია	ნებისმიერი T	ნებისმიერი N	M1

მკურნალობა ქირურგიულია. რადიკალური ოპერაცია – ექსტრაჰეპატური ნაღვლის სადინარების რეზექცია-პლასტიკა – იშვიათად კეთდება. უფრო ხშირად, სიყვითლის ლიკვიდაციის მიზნით, ტარდება ღვიძლშიგნითა ნაღვლის სადინარების მადრენირებელი ერთ-ერთი რომელიმე ოპერაცია.

ქიმიო-სხივური მკურნალობა ნაკლებეფექტურია.

ზოგჯერ დადებით ეფექტს იძლევა ქიმიოთერაპია ფტორურაცილ-ლეიკოვორინით ან გემზარით, რომელიც ტარდება ნაღვლის სადინარების განტვირთვის შემდეგ, უსიყვითლო პერიოდში.

რადიკალური, პალიატიური ან სიმპტომური ოპერაციების შემდეგ შეიძლება ნაცადი იყოს სხივური თერაპია: 50-60 გრეი მთელ ნაოპერაციევ ველზე და 66-80 გრეი – შემცირებული ველით – პირველადი სიმსივნის ზონაზე. პალიატიური სხივური თერაპიის ჯამური კეროვანი დოზა 40-50 გრეის არ აღემატება.

ფატერის (დიდი დუოდენური) დერილის კიბო (C24.1)

თორმეტგოჯა ნაწლავის დიდი დერილის (ფატერის დერილის) კიბო იშვიათი დაავადებაა, რომლის დროსაც ხდება ნაწლავის ან ნაღვლის საერთო სადინარის ტერმინალური ნაწილის დახშობა, ირღვევა ნაღვლის პასაჟი და ვითარდება მექანიკური სიყვითლე. მაკროსკოპულად სიმსივნე ეგზოფიტურია, თორმეტგოჯა ნაწლავში ყვავილოვანი კომბოსტოსავით მოჩანს. სიმსივნის ენდოფიტური ფორმა იშვიათია, ნაწიბურს წააგავს და ხშირად წყლულდება. ფატერის დერილის კიბო ჰისტომორფოლოგიურად უმრავლეს შემთხვევაში ჯირკვლოვანი შენებისაა. ლიმფოგენური მეტასტაზები ვითარდება რეგიონულ ლიმფურ კვანძებში, ჰემატოგენური მეტასტაზები – ღვიძლსა და ფილტვებში.

დაავადების კლინიკა პანკრეასის თავის კიბოს წააგავს. ზოგადი დამაკმაყოფილებელი მდგომარეობის ფონზე დამახასიათებელია ტკივილის გარეშე განვითარებული გარდამავალი სიყვითლე, რომელიც თანდათან სტაბილური ხდება. კურვუაზიეს სიმპტომი დადებითია. ნაღვლის სადინარებში ხდება ნაღვლის შეგუბება და ღვიძლი დიდდება: სიმსივნეს სადა ზედაპირი და მომკვრივო ელასტიკური კონსისტენცია აქვს. განავალი აქოლიურია, შარდი – მუქი ფერის. ხანგრძლივად მიმდინარე სიყვითლის დროს ვითარდება ღვიძლის უკმარისობა.

დიაგნოსტიკა იწყება ულტრასონოგრაფიით. ტარდება დუოდენოსკოპია ფატერის დერილის ბიოფსიასა და ბიოპტატის ჰისტომორფოლოგიურ გამოკვლევასთან ერთად. ზოგჯერ შეიძლება დადგინდეს ფატერის დვრილის პაპილომა, რომელიც ენასავითაა ჩაკიდული სანათურში, მოძრავია და განაპირობებს გარდამავალ სიყვითლეს.

სისხლში მატულობს ბილირუბინი, უპირატესად – პირდაპირი ფრაქციის ხარჯზე. პირდაპირი და არაპირდაპირი ბილირუბინის თანაფარდობა კრიტიკულ შეფასებას მოითხოვს, რადგან მექანიკურ სიყვითლეს შეიძლება შეუერთდეს ჰეპატიტი და პირიქით, ჰეპატიტს – მექანიკური სიყვითლე. მნიშვნელოვანია სისხლის და შარდის ანალიზიც. განსაკუთრებულ სიძნელეებთანაა დაკავშირებული ენდოფიტური კიბოსა და ჰეპატიტის დიფერენცირება. ცალკეულ შემთხვევებში მიმართავენ ღვიძლისა და პანკრეატოდუოდენური ზონის კომპიუტერულ ტომოგრაფიას. ხშირად საბოლოო დიაგნოზის დასმა ინტრაოპერაციულად ხდება.

თორმეტგოჯა ნაწლავის დიდი (ფატერის) დვრილის კიბოს კლასიფიკაცია TNM სისტემით (მე-6 გამოცემა, 2002)

ფატერის დვრილისთვის რეგიონული ლიმფური კვანძებია:

ზედა: პანკრეასის თავისა და სხეულის ზემოთ მდებარე ლიმფური კვანძები

ქვედა: პანკრეასის თავისა და სხეულის ქვემოთ მდებარე ლიმფური კვანძები

წინა: პანკრეატოდუოდენური – წინა, პილორუსის, აგრეთვე ჯორჯლის

პროქსიმალურად მდებარე ლიმფური კვანძები

უკანა: პანკრეატოდუოდენური – უკანა, ნაღვლის საერთო სადინარის, აგრეთვე ჯორჯლის პროქსიმალურად მდებარე ლიმფური კვანძები

შენიშვნა: ელენთის და პანკრეასის კუდის ლიმფური კვანძები არ ითვლება რეგიონულად, ამ კვანძებში მეტასტაზის კლასიფიკაცია ხდება M1 კატეგორიით

TNM – კლინიკური კლასიფიკაცია

T - პირველადი სიმსივნე

TX პირველადი სიმსივნის შესაფასებლად საკმარისი მონაცემები არ არის

T0 პირველადი სიმსივნის არსებობის ნიშნები არ არის

Tis პრეინვაზიური კარცინომა (Carcinoma in situ)

T1 სიმსივნე შემოფარგლულია ფატერის დერილით ან ოდის სფინქტერით

T2 სიმსივნე ჩაზრდილია თორმეტგოჯა ნაწლავის კედელში

T3 სიმსივნე ჩაზრდილია პანკრეასში

T4 სიმსივნე ჩაზრდილია პანკრეასის ირგვლივ მდებარე რბილ ქსოვილებში ან სხვა მომიჯნავე ორგანოებსა ან სტრუქტურებში

N – რეგიონული ლიმფური კვანძები

NX რეგიონული ლიმფური კვანძების შესაფასებლად საკმარისი მონაცემები არ არის.

N0 რეგიონული ლიმფური კვანძების მეტასტაზური დაზიანების ნიშნები არ არის.

N1 რეგიონული ლიმფური კვანძების მეტასტაზური დაზიანება

M – შორეული მეტასტაზები

MX შორეული მეტასტაზის შესაფასებლად საკმარისი მონაცემები არ არის

M0 შორეული მეტასტაზის არსებობის ნიშნები არ არის

M1 აღინიშნება შორეული მეტასტაზი

pTNM – პათოჰისტოლოგიური კლასიფიკაცია

pT, pN, pM კატეგორიები შეესაბამება T, N, M კატეგორიებს.

pN0 ჰისტოლოგიური გამოკვლევისთვის რეგიონული ლიმფადენექტომიით მიღებული მასალა, როგორც წესი, უნდა შეიცავდეს არანაკლებ 10 ლიმფურ კვანძს. იმ შემთხვევაში, თუ ლიმფურ კვანძებში სიმსივნური უჯრედები არ აღმოჩნდა, მაგრამ გამოკვლეული ლიმფური კვანძების რაოდენობა 10-ზე ნაკლებია, კლასიფიკაცია ხდება pN0 კატეგორიით.

G – ჰისტოლოგიური გრადაცია

GX დიფერენციაციის ხარისხის შესაფასებლად საკმარისი მონაცემები არ არის

G1 მაღალდიფერენცირებული

G2 საშუალოდ დიფერენცირებული

G3 დაბალდიფერენცირებული

G4 არადიფერენცირებული

დაჯგუფება სტადიების მიხედვით

0 სტადია	Tis	N0	M0
IA სტადია	T1	N0	M0
IB სტადია	T2	N0	M0
IIA სტადია	T3	N0	M0
IIB *სტადია*	T1, T2, T3	N1	M0
III სტადია	T4	ნებისმიერი N	M0
IV სტადია	ნებისმიერი T	ნებისმიერი N	M1

მკურნალობა ქირურგიულია. ინტრადუქტული პაპილომისა და ეგზოფიტური კიბოს საწყისი ფორმების (T1-2N0M0) დროს კეთდება სიმსივნის ტრანსდუოდენური ამოკვეთა. ეგზოფიტური ზრდის უფრო გავრცელებული T3N0-1M0, აგრეთვე ენდოფიტური ზრდის T1-2N0-1M0 სიმსივნეების დროს კეთდება პანკრეატოდუოდენური რეზექცია. მასშტაბური ოპერაცია ხორციელდება უსიყვითლო პერიოდში, პირველ ეტაპზე ჩატარებული ნაღვლის სადინარების განმტვირთავი ოპერაციიდან 1-2 თვის შემდეგ.

T2-4N0M0 გავრცელების დაბალდიფერენცირებული ენდოფიტური სიმსივნეების დროს, თუ ნაღვლის სადინარების განმტვირთავი ოპერაციის შემდეგ რადიკალურ ოპერაციას უკუჩვენება აქვს, შეიძლება ჩატარდეს სხივური თერაპია – დისტანციური გამა-თერაპია 40-50 გრეი ჯამური კეროვანი დოზით. რადიკალური ოპერაციის შემდეგ ნაოპერაციევ ველზე დასხივების ჯამური კეროვანი დოზა 50 გრეია, ხოლო პირველადი სიმსივნის ზონაზე (შემცირებული ველით) – 66-80 გრეი.

შორსწასული სიმსივნეების დროს (T1-4N0-1M1) ქირურგიული მკურნალობა ნაღვლის სადინარების განმტვირთავი ოპერაციებით შემოიფარგლება. უსიყვითლო პერიოდში შეიძლება ნაცადი იყოს ქიმიოთერაპია ფტორურაცილით ან გემზარით.

მკურნალობისშემდგომი დისპანსერული მეთვალყურეობა: პირველ-მეორე წელს – 3 თვეში ერთჯერ, მესამე-მეოთხე წელს – 6 თვეში ერთჯერ, მეხუთე წლიდან – წელიწადში ერთჯერ.

პანკრეასის კიბო (C25)

ონკოლოგიური ავადობის სტრუქტურაში პანკრეასის კიბოს 1-3% უკავია, ხოლო სიკვდილიანობის მიხედვით IV ადგილზეა. ასაკთან ერთად დაავადების სიხშირეც მატულობს და პიკს 70 წელს გადაცილებულებში აღწევს. მამაკაცები ორჯერ უფრო ხშირად ავადდებიან, ვიდრე ქალები. ავადმყოფთა უდიდესი ნაწილი დიაგნოზის დადგენიდან 1 წელიწადში იღუპება, რაც დაავადების დაგვიანებულ დიაგნოსტიკასა და მკურნალობის სირთულესთან არის დაკავშირებული. შემთხვევათა 60-70%-ში ზიანდება პანკრეასის თავი, 10%-ში – სხეული, 5-7%-ში – კუდი, ხოლო 20-25%-ში დაზიანება ტოტალურია.

დაავადების ეტიოლოგიაში მნიშვნელოვანია ქიმიური კანცეროგენების მოქმედება. ხელშემწყობ ფაქტორებს შორის ასახელებენ მაღალცხიმიანი საკვებისა და პიკანტური სანელებლების მიღებას. დადგენილია კორელაციური კავშირი კალკულოზურ ქოლეცისტიტთან, ღვიძლის ციროზთან, ქრონიკულ პანკრეატიტთან და შაქრიან დიაბეტთან. ეპიდემიოლოგიური გამოკვლევები პანკრეასის კიბოს ოჯახურ ხასიათზე და სხვადასხვა გენეტიკურ დაავადებებთან კავშირზე მიუთითებს.

პანკრეასის კიბო შეიძლება იყოს კვანძოვანი (ეგზოფიტური) ან დიფუზური. ჯირკვლოვანი და შემაერთებელქსოვილოვანი კომპონენტების თანაფარდობის შესაბამისად, არის მედულური ან სკიროზული ფორმები. ხშირად ვითარდება ქრონიკული პანკრეატიტის ფონზე. ასეთ დროს ანთებისაგან კიბოს გარჩევა პათანატომსაც კი უჭირს.

მეტასტაზები ვითარდება ლიმფოგენური და ჰემატოგენური გზით.

ლიმფოგენური მეტასტაზები ვითარდება პერიპანკრეასულად, პერიდუოდენურად, ღვიძლის კარში, წვრილი ნაწლავის ჯორჯალში, აგრეთვე შუასაყარში, მარცხენა ლავიწზედა ფოსოში, მცირე მენჯში, ჭიპში. შეიძლება მოხდეს დისემინაცია პერიტონეუმის ფურცლებზე – ავადმყოფთა ერთ მესამედს დიაგნოზის დასმის მომენტისათვის აღენიშნება ასციტი.

ჰემატოგენური მეტასტაზები ვითარდება ღვიძლში, ფილტვებში, ძვლებში.

ჰისტომორფოლოგიურად გვხვდება ადენოკარცინომა, ცისტადენოკარცინომა, აცინოზურუჯრედოვანი, ბრტყელუჯრედოვანი და არადიფერენცირებული კიბო. ყველაზე ხშირად კიბო პანკრეასის სადინარის ეპითელიუმიდან ვითარდება.

პანკრეასის კიბოს დროს კლინიკურად აღინიშნება ინტოქსიკაცია, ობტურაცია და კომპრესია. განსაკუთრებით საყურადღებო სიმპტომია თითქოსდა უმიზეზო წონაში მოკლება, რაც ზოგადი ინტოქსიკაციის საწყისი გამოვლინებაა.

პანკრეასის და ნაღვლის სადინარების ანატომიური თავისებურებების გათვალისწინებით, ობტურაციული სინდრომი შეიძლება გამოვლინდეს მხოლოდ მექანიკური სადინარის დახშვის გამო. ნაღვლის საერთო სადინართან ერთად ვირზუნგის სადინარის დახშვისას შეიძლება განვითარდეს პანკრეატიტი, რაც გამოვლინდება ტკივილის სინდრომით. პანკრეასის თავის კიბოს თრომეტგოჯა ნაწლავში ჩაზრდისას შეიძლება განვითარდეს ამ უკანასკნელის ობტურაცია.

პანკრეასის სხეულის ან კუდის სიმსივნემ შეიძლება დიდ ზომებს მიაღწიოს. ელენთის ვენაზე კომპრესიისას ვითარდება სპლენომეგალია; სიღრმეში, მზის წნულზე ზეწოლისას – წელის ტკივილი. ტკივილი შეიძლება გამოწვეული იყოს აგრეთვე მეორეული პანკრეატიტით ან პერიტონული მოვლენებით.

შემთხვევათა 70%-ში პანკრეასის კიბო ვლინდება მექანიკური სიყვითლით, რომლის პროგრესირების ტემპი დამოკიდებულია სიმსივნის ლოკალიზაციაზე. კანის რეცეპტორებზე ნაღვლის მჟავების ზემოქმედება განაპირობებს კანის შემაწუხებელ ქავილს (აღინიშნება შემთხვევათა 70%-ში), რომელიც ზოგჯერ წინ უსწრებს სიყვითლის მანიფესტაციას.

პალპაციის დროს მარჯვენა ფერდქვეშა არეში ხელს ხვდება გადიდებული, ელასტიკური, უმტკივნეულო ნაღვლის ბუშტი – კურვუაზიეს სიმპტომი, რომელიც შემთხვევათა 70%-ში დადებითია და დამოკიდებულია ღვიძლის ვისცერული ზედაპირიდან ნაღვლის ბუშტის გამოსვლის ხარისხზე.

პანკრეასის თავის კიბოს აქვს უსიყვითლო და სიყვითლის პერიოდები. უსიყვითლო პერიოდი 3-6 თვე გრძელდება. სიყვითლე ვითარდება ნაღვლის საერთო სადინარის დახშვის შედეგად. ასეთ დროს გულისრევა-პირღებინება შეიძლება გამოწვეული იყოს ზოგადი ინტოქსიკაციით ან თორმეტგოჯა ნაწლავის სტენოზით.

პანკრეასის სხეულისა და კუდის კიბო გვიან ვლინდება და ხშირად დიდ

ზომებს აღწევს. ტროფიკის მოშლის გამო სიმსივნის ცენტრიდან იწყება ნეკროზი და შეიძლება ჩამოყალიბდეს კისტოზური კიბო. ნეკროზული მასების უკუშეწოვისას ვითარდება ცხელება. პალპაციით ეპიგასტრიუმში ისინჯება მორგვისებრი სიმსივნე. მეტწილად კი ხერხდება წვრილი ნაწლავის ჯორჯლის ფუძეში არსებული გარდიგარდმო მოძრავი მეტასტაზების პალპაცია. ეპიგასტრიუმსა და წელის არეში კლინიკურად ვლინდება ინტენსიური ტკივილი, რომელიც ღამის საათებში ძლიერდება.

სიყვითლე ამ ლოკალიზაციის სიმსივნეების ტერმინალური სტადიის გამოვლინებაა. პანკრეასის სხეულის სიმსივნის ქვემო ღრუ ვენაზე ზეწოლამ შეიძლება ქვედა კიდურების შეშუპება გამოიწვიოს. ზოგჯერ დაავადებას თან ახლავს პარანეოპლაზიური ხასიათის მომიგრირე (მცოცავი) თრომბოფლებიტი.

პანკრეასის კიბოს დიაგნოსტიკა ემყარება ანამნეზურ მონაცემებს, ფიზიკალურ გასინჯვას, ულტრაბგერით გამოკვლევას, რელაქსაციურ დუოდენოსკოპიას, კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის რენტგენოსკოპიას, კომპიუტერულ ტომოგრაფიას, კლინიკურ და ბიოქიმიურ ანალიზებს. უპირატესობა ენიჭება გამოკვლევის არაინვაზიურ მეთოდებს. პანკრეასის სხეულისა და კუდის კიბოს დროს შეიძლება აღინიშნოს დიასტაზას მომატება შარდში. პანკრეასის კიბოს დროს მომატებულია Ca-19-9 ონკომარკერის დონე. ეს მარკერი უპირატესად დაავადების რეციდივის გამოსავლენად და მკურნალობის ეფექტურობის შესაფასებლად გამოიყენება.

სიყვითლის დროს დუოდენოსკოპიით აფასებენ ფატერის დვრილის გამავლობას. საჭიროების შემთხვევაში ენდოსკოპიური კათეტერიზაციით კეთდება რეტროგრადული ქოლანგიოპანკრეატოგრაფია. რთულ შემთხვევებში მიმართავენ პუნქციურ ტრანსკუტანეურ ქოლანგიოსტომია-გრაფიას. დიაგნოზი საბოლოოდ ისმება სადიაგნოსტიკო ლაპაროტომიით, მაგრამ ამ დროსაც ინდურაციული პანკრეატიტის იზოლირებული ფორმისა და პანკრეასის კიბოს ერთმანეთისგან დიფერენცირება ვიზუალურადაც და პალპაციითაც გაძნელებულია. ბიოფსია სახიფათოა და თანმხლები ქრონიკული ანთებითი პროცესების გამო მისი საშუალებით კიბოს ვერიფიკაცია ყოველთვის ვერ ხერხდება. ამ მიზნით უპირატესობა ენიჭება პანკრესის ტრანსდუოდენურ პუნქციას.

პანკრეასის კიბოს კლასიფიკაცია TNM სისტემით (მე-6 გამოცემა, 2002)

ანატომიური ნაწილებია:

1. პანკრეასის თავი (C25.0) 2. პანკრეასის სხეული (C25.1), 3. პანკრეასის კუდი (C25.2)

შენიშვნა: 1. პანკრეასის თავის სიმსივნეებს წარმოადგენს ჯორჯლის ზემო ვენის მარცხენა კიდიდან მარჯვენა მხარეს განვითარებული სიმსივნეები. კავისებრი მორჩი პანკრეასის თავის ნაწილია.

1. პანკრეასის სხეულის სიმსივნეებს წარმოადგენს ჯორჯლის ზემო ვენის მარცხენა კიდესა და აორტის მარცხენა კიდეს შორის განვითარებული სიმსივნეები.
2. პანკრეასის კუდის სიმსივნეებს წარმოადგენს აორტის მარცხენა კიდესა და ელენთის კარს შორის განვითარებული სიმსივნეები.

პანკრეასისთვის რეგიონულ ლიმფურ კვანძებს წარმოადგენს პანკრეასის ირგვლივ მდებარე ლიმფური კვანძები, რომლებიც შემდეგნაირად შეგვიძლია დავყოთ:

ზედა: პანკრეასის თავისა და სხეულის ზემოთ მდებარე ლიმფური კვანძები

ქვედა: პანკრეასის თავისა და სხეულის ქვემოთ მდებარე ლიმფური კვანძები

წინა: პანკრეატოდუოდენური – წინა, პილორუსის (მხოლოდ პანკრეასის თავის სიმსივნეებისათვის), აგრეთვე ჯორჯლის პროქსიმალურად მდებარე ლიმფური კვანძები

უკანა: პანკრეატოდუოდენური – უკანა, ნაღვლის საერთო სადინარის, აგრეთვე ჯორჯლის პროქსიმალურად მდებარე ლიმფური კვანძები

ელენთის: ელენთის კარის და პანკრეასის კუდის (მხოლოდ პანკრეასის კუდის და სხეულის სიმსივნეებისათვის) ლიმფური კვანძები

ფაშვის: (მხოლოდ პანკრეასის თავის სიმსივნეებისათვის)

TNM – კლინიკური კლასიფიკაცია

T - პირველადი სიმსივნე

TX პირველადი სიმსივნის შესაფასებლად საკმარისი მონაცემები არ არის

T0 პირველადი სიმსივნის შესაფასებლად საკმარისი მონაცემები არ არის

Tis პრეინვაზიური კარცინომა (Carcinoma in situ)

T1 2 სმ-მდე ზომის სიმსივნე პანკრეასის ფარგლებში

T2 2 სმ-ზე მეტი ზომის სიმსივნე პანკრეასის ფარგლებში

T3 სიმსივნე ვრცელდება პანკრეასის ფარგლებს გარეთ, მაგრამ ფაშვის ღეროს ან ჯორჯლის ზედა არტერიის დაზიანების გარეშე

T4 სიმსივნე ჩაზრდილია ფაშვის ღეროში ან ჯორჯლის ზემო არტერიაში

N – რეგიონული ლიმფური კვანძები

NX რეგიონული ლიმფური კვანძების შესაფასებლად საკმარისი მონაცემები არ არის.

N0 რეგიონული ლიმფური კვანძების მეტასტაზური დაზიანების ნიშნები არ არის.

N1 რეგიონული ლიმფური კვანძების მეტასტაზური დაზიანება

M – შორეული მეტასტაზები

MX შორეული მეტასტაზის შესაფასებლად საკმარისი მონაცემები არ არის

M0 შორეული მეტასტაზის არსებობის ნიშნები არ არის

M1 აღინიშნება შორეული მეტასტაზი

pTNM – პათოჰისტოლოგიური კლასიფიკაცია

pT, pN, pM კატეგორიები შეესაბამება T, N, M კატეგორიებს.

pN0 ჰისტოლოგიური გამოკვლევისთვის რეგიონული ლიმფადენექტომიით მიღებული მასალა, როგორც წესი, უნდა შეიცავდეს არანაკლებ 10 ლიმფურ კვანძს. იმ შემთხვევაში, თუ ლიმფურ კვანძებში სიმსივნური უჯრედები არ აღმოჩნდა, მაგრამ გამოკვლეული ლიმფური კვანძების რაოდენობა 10-ზე ნაკლებია, კლასიფიკაცია ხდება pN0 კატეგორიით.

G – ჰისტოლოგიური გრადაცია

GX დიფერენციაციის ხარისხის შესაფასებლად საკმარისი მონაცემები არ არის

G1 მაღალდიფერენცირებული

G2 საშუალოდ დიფერენცირებული

G3 დაბალდიფერენცირებული

G4 არადიფერენცირებული

დაჯგუფება სტადიების მიხედვით

0 სტადია	Tis	N0	M0
IA სტადია	T1	N0	M0
IB სტადია	T2	N0	M0
IIA სტადია	T3	N0	M0
IIB სტადია	T1, T2, T3	N1	M0
III სტადია	T4	ნებისმიერი N	M0
IV სტადია	ნებისმიერი T	ნებისმიერი N	M1

მკურნალობა. მკურნალობის მეთოდი დამოკიდებულია სიმსივნის გავრცელებასა და ავადმყოფის ზოგად მდგომარეობაზე. პანკრეასის კიბოს რადიკალური ქირურგიული მკურნალობის შემდეგ 5-წლიანი სიცოცხლის ხანგრძლივობის მაჩვენებელი 10%-ს არ აღემატება, ამიტომ რადიკალური ოპერაციების ჩვენების გაფართოება გაუმართლებლად ითვლება.

პანკრეასის თავის T1-2N0M0 გავრცელების კიბოს დროს ნაჩვენებია პანკრეატოდუოდენური რეზექცია. სიმსივნე არ უნდა ვრცელდებოდეს ქვემო ღრუ ვენის პროექციაზე, არ უნდა იყოს სიმსივნის ჩაზრდა მაგისტრალურ სისხლძარღვებში (T4).

ტოტალური სპლენოპანკრეატექტომია დასაშვებია პანკრეასის მულტიცენტრული დაზიანების დროს.

არსებული მექანიკური სიყვითლის გამო მკურნალობის პირველ ეტაპზე აღნიშნულ ოპერაციებს წინ უსწრებს ნაღვლის სადინარების განმტვირთავი ბილიოდიგესტიური ანასტომოზის ჩამოყალიბება ან ღვიძლშიგნითა ნაღვლის სადინარების დრენირება და მხოლოდ სიყვითლის გავლის შემდეგ, განმტვირთავი ოპერაციიდან 1-2 თვის ინტერვალში, კეთდება რადიკალური ოპერაცია.

თუ ქირურგიული მკურნალობა მხოლოდ ბილიოდიგესტიური ანასტომოზის დადებით შემოიფარგლება, უმჯობესია ნაღვლის ბუშტსა და ნაწლავს შორის ჩამოყალიბდეს რუს ტიპის ანასტომოზი. კუჭთან და თორმეტგოჯა ნაწლავთან ნაღვლის სადინარების ანასტომოზის ჩამოყალიბება არასასურველია, რადგან არ არის გამორიცხული ნაღვლის სადინარებში ნაწლავის შიგთავსისა და აირების, აგრეთვე აღმავალი ინფექციის შეღწევა. თორმეტგოჯა ნაწლავის სტენოზის შემთხვევაში დამატებით ხორციელდება გასტროენტეროანასტომოზის ჩამოყალიბება.

პანკრეასის სხეულის და კუდის T1-3N1M0 გავრცელების სიმსივნეების დროს დასაშვებია პანკრეასის დისტალური რეზექცია.

პანკრეასის ადგილობრივად გავრცელებული კიბოს დროს რემისია შეიძლება მიღწეულ იქნეს ქიმიო-სხივური მკურნალობით.

თუ ადგილობრივად გავრცელების გამო პანკრეასის სიმსივნე ინოპერაბელურია, მაშინ ნაღვლის სადინარების განმტვირთავი ოპერაციის დროს, ოპერაციის შემდგომი სხივური თერაპიის დასაგეგმარებლად, სიმსივნეს შეიძლება დაედოს ნიშნულები ტანტალის ბრჭყალებით. რადიკალური ოპერაციის შემდეგ ნაოპერაციევი ველი სხივდება 50-60 გრეი, ხოლო სიმსივნის ზონა (შემცირებული ველით) – 66-80 გრეი ჯამური კეროვანი დოზით. პალიატიური მიზნით დისტანციური გამა-თერაპია შეიძლება ჩატარდეს 40-50 გრეი ჯამური კეროვანი დოზით.

დამოუკიდებლად ჩატარებული ქიმიოთერაპიის (ფტორურაცილ-ლეიკოვორინით, გემზარით) ეფექტურობა 25-30%-ს არ აღემატება. დადებითი ეფექტი აქვს ჰორმონთერაპიას ტამოქსიფენით.

რადიკალური მკურნალობისშემდგომი დისპანსერული მეთვალყურეობა: პირველ-მეორე წელს – 3 თვეში ერთჯერ, მესამე-მეოთხე წელს – 6 თვეში ერთჯერ, მეხუთე წლიდან – წელიწადში ერთჯერ.

ცხვირის ღრუსა და ცხვირის დანამატი წიაღების სიმსივნეები (C30-C31)

ცხვირისა და ცხვირის დანამატი წიაღების ავთვისებიანი სიმსივნეები იშვიათი დაავადებებია და ყველა ასაკში გვხვდება. ამასთან, ახალგაზრდა ასაკისათვის უფრო მეტად დამახასიათებელია ზედა ყბის ძვლის სარკომა, საშუალო ასაკისათვის – ზედა ყბის წიაღების ცილინდრომა, ხოლო ხანდაზმულ პაციენტებში ძირითადად გვხვდება ბრტყელუჯრედოვანი კიბო. შემთხვევათა 70%-ში ზიანდება ჰაიმორის ღრუ, 20%-ში – ცხვირის ღრუ, 10%-ში – ცხავის ძვლის წიაღი, იშვიათად – შუბლისა და სოლისებრი (ძირითადი) ძვლების წიაღები. აქვე შეიძლება განვითარდეს ნეიროგენული სიმსივნეები, თირკმლისა და ფილტვის კიბოს მეტასტაზები. საწყის სტადიაში ამ ლოკალიზაციის სიმსივნეებს უსიმპტომო მიმდინარეობა აქვთ.

ცხვირის ღრუს სიმსივნეების დროს აღინიშნება ჩირქიანი გამონადენი და სუნთქვის ცალმხრივად გაძნელება ცხვირიდან. ცხვირის ღრუს ქვედა ნაწილის სიმსივნეები ადრეულ ეტაპზე იწვევენ ცხვირიდან სუნთქვის გაძნელებას, ზედა ნაწილისა – მნიშვნელოვანი ზომების მიღწევის შემდეგ. ხშირია თანმხლები სინუსიტი, რომელიც იწვევს თავის ტკივილს. ცხვირის წიაღსა და ცხვირ-ხახაში ცხვირის ღრუს კიბოს გავრცელებას თან ახლავს ძლიერი ტკივილი კეფის არეში, აგრეთვე სამწვერა ნერვის მეორე ტოტის ნევრალგია. ზედაყბის (ჰაიმორის) და ცხავის ძვლის წიაღებში სიმსივნის გავრცელება იწვევს ლოყის რბილი ქსოვილების ინფილტრაციას და ცხვირის დეფორმაციას.

ჰაიმორის ღრუს კიბო ხასიათდება ხანგრძლივი ლატენტური მიმდინარეობით. ხშირად წინა პლანზე გამოდის რინოსინუსიტი. სიმპტომატიკას განსაზღვრავს კიბოს ლოკალიზაცია ზედაყბის ამა თუ იმ ნაწილში და სიმსივნური პროცესის გავრცელების მიმართულება. მაგარ სასაზე და ზედაყბის ალვეოლურ მორჩზე სიმსივნის გავრცელებისას აღინიშნება მათი პათოლოგიური ცდომა და კბილების ტკივილი.

ცხავის ძვლის წიაღის დაზიანებისას აღინიშნება ჩირქიან-სისხლიანი გამონადენი ცხვირიდან, ცრემლდენა, შებერილობა თვალის შიგნითა კუთხესთან; ზედაყბის წიაღების მთლიანობის დარღვევას თან ახლავს სამწვერა ნერვის ნევრალგია და ყვრიმალის ძვლის დაშლა. თვალბუდეზე სიმსივნის გავრცელება იწვევს თვალის კაკლის ცდომას და ეგზოფთალმს.

რეგიონულ ლიმფურ კვანძებში მეტასტაზები ვრცელდება მოგვიანებით, სიმსივნის მნიშვნელოვანი ადგილობრივი გავრცელების შემდეგ.

ცილინდრომა უფრო ხშირად გვხვდება ჰაიმორის ღრუში, იშვიათად – ცხავის ძვლის წიაღსა და ცხვირის ღრუში. სიმსივნე ნელა იზრდება, ჯერ შლის ჰაიმორის ღრუს, შემდეგ გადადის ირგვლივ მდებარე ქსოვილებზე. ახასიათებს პერინევრული

ზრდა და ძლიერი ნევრალგიური ტკივილი. ოპერაციის დროს მისი ჭუშმარიტი საზღვრების დადგენა ძნელია. მეტასტაზებს იძლევა ფილტვებში.

ზედაყბის სარკომა კლინიკური და მორფოლოგიური მრავალფეროვნებით გამოირჩევა. სარკომა ხშირად ვითარდება ჰაიმორის ღრუში, მაგარ სასაში, ზედაყბის ალვეოლურ მორჩში, იშვიათად აზიანებს ცხვირის ღრუს და ცხავის ძვლის წიაღს. ქონდროსარკომა და ოსტეოგენური სარკომა ნელა და ხანგრძლივად იზრდება. ქირურგიული ამოკვეთის შემდეგ რეციდივებს იძლევა. სხვა სარკომებს კიდევ უფრო სწრაფი ზრდა და მეტასტაზების ჰემატოგენური გზით გავრცელება ახასიათებთ.

ავთვისებიანი ნეიროგენული სიმსივნეები იშვიათია, გვხვდება მხოლოდ ცხვირის ღრუში, კლინიკური სურათით კიბოს წააგავს, მაგრამ ძალიან. ავთვისებიანია. რეგიონული და ჰემატოგენური მეტასტაზები ადრეულ პერიოდში ვითარდება.

ცხვირის ღრუს და ცხვირის დანამატი წიაღების კიბოს კლასიფიკაცია TNM სისტემით
(მე-6 გამოცემა, 2002)

ცხვირის ღრუ და ცხვირის დანამატი წიაღები შემდეგი ნაწილებისაგან შედგება:

- ცხვირის ღრუ (C30.0) – ძგიდე, ფესვი, გვერდითი კედელი, კარიბჭე;
- ზედაყბის წიაღი (C31.0);
- ცხავის ძვლის წიაღი (C31.1) – მარჯვენა, მარცხენა

ცხვირის ღრუსა და ცხვირის დანამატი წიაღებისთვის რეგიონული ლიმფური კვანძები კისრის ლიმფური კვანძებია.

TNM – კლინიკური კლასიფიკაცია

T – პირველადი სიმსივნე

TX პირველადი სიმსივნის შესაფასებლად საკმარისი მონაცემები არ არის

T0 პირველადი სიმსივნის არსებობის ნიშნები არ არის

Tis პრეინვაზიური კარცინომა (carcinoma in situ)

ზედაყბის წიაღი (ჰაიმორის ღრუ):

T1 ლორწოვანი გარსით შემოფარგლული სიმსივნე, ძვლის ეროზიის ან დესტრუქციის გარეშე

T2 სიმსივნე იწვევს ძვლის ეროზიას ან დესტრუქციას, მაგარ სასაზე და/ან ცხვირის შუა გასავალზე გავრცელების ჩათვლით, მაგრამ არ გადადის ზედაყბის წიაღის უკანა კედელზე და ფრთისებრ ფირფიტაზე

T3 სიმსივნე გავრცელებულია ზედაყბის წიაღის უკანა კედლის ძვლოვან ნაწილზე, კანქვეშა ქსოვილებზე, თვალბუდის ფსკერზე ან შუა კედელზე, ფრთისებრ ფოსოზე, ცხავის წიაღებზე

T4a სიმსივნე ჩაზრდილია თვალბუდის წინა სტრუქტურებში, ლოყის კანში, ფრთისებრ ფირფიტაში, საფეთქელქვეშა ფოსოში, დაცხრილულ ფირფიტაში, სოლისებრ ან შუბლის წიაღებში

T4b სიმსივნე ჩაზრდილია თვალბუდის ზედა კიდეში, ტვინის მაგარ გარსში, თავის ტვინში, ქალას შუა ფოსოში, ქალა-ტვინის ნერვებში (გარდა სამწვერა ნერვის ზედაყბის (V2) ტოტისა), ცხვირ-ხახაში, თაქვეში

ცხვირის ღრუ და ცხავის წიაღი:

T1 სიმსივნე ცხვირის ღრუს მხოლოდ ერთი ნახევრის ან ცხავის წიაღის ფარგლებში, ძვალში ჩაზრდით ან მის გარეშე

T2 სიმსივნე ჩაზრდილია ცხვირის ღრუს ორივე მხარეს ან ვრცელდება მომიჯნავე სტრუქტურებზე, ცხვირ-ცხავის კომპლექსის ფარგლებში, ძვლის დაზიანებით ან მის გარეშე

T3 სიმსივნე გავრცელებულია თვალბუდის შუა კედელზე ან ფსკერზე, ზედაყბის წიაღებზე, სასაზე ან დაცხრილულ ფირფიტაზე

T4a სიმსივნე ჩაზრდილია თვალბუდის წინა სტრუქტურებში, ცხვირის ან ლოყის კანში, აღინიშნება მინიმალური გავრცელება ქალას წინა ფოსოზე, ძირითადი ძვლის ფრთისებრ ფირფიტაზე, სოლისებრ ან შუბლის წიაღზე

T4b სიმსივნე ჩაზრდილია თვალბუდის ზედა კიდეში, ტვინის მაგარ გარსში, თავის ტვინში, ქალას შუა ფოსოში, ქალა-ტვინის ნერვებში (გარდა V2 ტოტისა), ცხვირ-ხახაში, თაქვეში

N – რეგიონული ლიმფური კვანძები

NX რეგიონული ლიმფური კვანძების შესაფასებლად საკმარისი მონაცემები არ არის.

N0 რეგიონული ლიმფური კვანძების მეტასტაზური დაზიანების ნიშნები არ არის.

N1 3 სმ-მდე ზომის მეტასტაზი ერთ ლიმფურ კვანძში, დაზიანების მხარეს

N2 3 სმ-დან 6 სმ-მდე ზომის მეტასტაზი ერთ ლიმფურ კვანძში, დაზიანების მხარეს; ან 6 სმ-მდე ზომის მეტასტაზი რამდენიმე ლიმფურ კვანძში, დაზიანების მხარეს; ან 6 სმ-მდე ზომის მეტასტაზი ლიმფურ კვანძებში, ორმხრივად ან კონტრალატერალურად

- N2a 3 სმ-დან 6 სმ-მდე ზომის მეტასტაზი ერთ ლიმფურ კვანძში, დაზიანების მხარეს
- N2b 6 სმ-მდე ზომის მეტასტაზი რამდენიმე ლიმფურ კვანძში, დაზიანების მხარეს
- N2c 6 სმ-მდე ზომის მეტასტაზი ლიმფურ კვანძებში, ორმხრივად ან კონტრალატერალურად

N3 6 სმ-ზე მეტი ზომის მეტასტაზი ლიმფურ კვანძში

შენიშვნა: შუა ხაზის ლიმფური კვანძი უნდა შეფასდეს როგორც დაზიანების მხარეს მდებარე ლიმფური კვანძი

M – შორეული მეტასტაზები

MX შორეული მეტასტაზის შესაფასებლად საკმარისი მონაცემები არ არის

M0 შორეული მეტასტაზის არსებობის ნიშნები არ არის

M1 აღინიშნება შორეული მეტასტაზი

pTNM პათოჰისტოლოგიური კლასიფიკაცია

pT, pN, pM კატეგორიები შეესაბამება T, N, M კატეგორიებს.

pN0 ჰისტოლოგიური გამოკვლევისთვის კისრის ნაწილობრივი ლიმფოდისექციით მიღებული მასალა, როგორც წესი, უნდა შეიცავდეს არანაკლებ 6, ხოლო რადიკალური ან მოდიფიცირებული რადიკალური დისექციით მიღებული მასალა – არანაკლებ 10 ლიმფურ კვანძს. იმ შემთხვევაში, თუ ლიმფურ კვანძებში სიმსივნური უჯრედები არ აღმოჩნდა, მაგრამ გამოკვლეული ლიმფური კვან-

ძების რაოდენობა, შესაბამისად, 6-ზე და 10-ზე ნაკლებია, კლასიფიკაცია ხდება pN0 კატეგორიით. როცა სიმსივნის ზომა წარმოადგენს pN კატეგორიის შეფასების კრიტერიუმს, უნდა გაიზომოს მეტასტაზი და არა მთლიანად ლიმფური კვანძი.

G – ჰისტოლოგიური გრადაცია

GX დიფერენციაციის ხარისხის შესაფასებლად საკმარისი მონაცემები არ არის
G1 მაღალდიფერენცირებული
G2 საშუალოდ დიფერენცირებული
G3 დაბალდიფერენცირებული
G4 არადიფერენცირებული

დაჯგუფება სტადიების მიხედვით

0 სტადია	Tis	N0	M0
I სტადია	T1	N0	M0
II სტადია	T2	N0	M0
III სტადია	T1, T2	N1	M0
	T3	N0, N1	M0
IVA სტადია	T1, T2, T3	N2	M0
	T4a	N0, N1, N2	M0
IVB სტადია	T4b	ნებისმიერი N	M0
	ნებისმიერი T	N3	M0
IVC სტადია	ნებისმიერი T	ნებისმიერი N	M1

მკურნალობა. ცხვირისა და ცხვირის დანამატი წიაღების სიმსივნეების მკურნალობა კომბინირებულია, მოიცავს ოპერაციისწინა დისტანციურ გამა-თერაპიას 40 გრეი ჯამური კეროვანი დოზით და ქირურგიულ მკურნალობას – 3-4-კვირიანი შესვენების შემდეგ. ოპერაციის მოცულობა დამოკიდებულია მრავალ ფაქტორზე, რომელთაგან მთავარია პირველადი სიმსივნის ლოკალიზაცია, ზრდის მიმართულება და გავრცელება.

ცხვირის ღრუს მცირე ზომის სიმსივნეების ამოკვეთა ხდება ინტრანაზალური მიდგომით.

ჰაიმორის ღრუს ადგილობრივად გავრცელებული კიბოს დროს უმჯობესია ჩატარდეს ზედაყბის ელექტროექსციზია (მაქსილექტომია) და კომბინირებული მაქსილექტომია, რომლის დროსაც ხდება გარეთა საძილე არტერიის წინასწარი გადაკვანძვა. ოპერაციის დროს ფართოდ გამოიყენება ელექტროდანა.

შედარებით კარგი შედეგები აღინიშნება ოპერაციისწინა პერიოდში რეგიონული ინტრაარტერიული ქიმიოთერაპიის და მსხვილფრაქციული გამა-თერაპიის გამოყენებისას (15 გრეი). ზედაყბის ელექტროექსციზიის შემდეგ ტარდება ამოკვეთილი სიმსივნის სარეცელის კონტაქტურ დასხივება.

ოპერაციის შემდგომ პერიოდში კეთდება რთული პროთეზი.

პროფილაქტიკური რეგიონული ლიმფადენექტომია არ ტარდება. რეგიონული მეტასტაზების მკურნალობა კომბინირებულია: დისტანციური გამა-თერაპია 40 გრეი ჯამური კეროვანი დოზით და 2-3 კვირის შემდეგ – კისრის ფაშარი ქსოვილის ფასციალურ-ფუტლარული ამოკვეთა (ერთეული მეტასტაზის შემთხვევაში) ან კრაილის ოპერაცია (ფიქსირებული ან მრავლობითი მეტასტაზის შემთხვევაში).

თუ ოპერაციის წინ სხივური თერაპია არ იყო ჩატარებული, მაშინ იგი ტარდება ოპერაციიდან 2-3 კვირის შემდეგ 40 გრეი ჯამური კეროვანი დოზით, ხოლო თუ ჩატარებული ოპერაციის რადიკალურობა საეჭვოა, ჯამური კეროვანი დოზა იზრდება 60 გრეიმდე.

დაბალდიფერენცირებული კიბოს დროს მკურნალობა უპირატესად სხივურია. ტარდება დისტანციური გამა-თერაპია ძირითად კერაზე 60 გრეი ჯამური კეროვანი დოზით და რეგიონული მეტასტაზირების ზონაზე 40 (პროფილაქტიკური)—60 (სამკურნალო) გრეი ჯამური კეროვანი დოზით.

IV სტადიის კიბოს დროს ტარდება პალიატიური სხივური თერაპია ან სიმპტომური მკურნალობა. რეციდივების მკურნალობა დამოკიდებულია სიმსივნის ლოკალიზაციაზე, ზომებსა და გავრცელების ხარისხზე. ოპერაბელური სიმსივნის დროს კეთდება ელექტროექსციზია, სიმსივნის ინოპერაბელობის შემთხვევაში ტარდება პალიატიური სხივური მკურნალობა 40-50 გრეი ჯამური კეროვანი დოზით, ან ქიმიოთერაპია BMP, BMV, BMO, Pt+FU სქემებით. თავდაპირველად ტარდება ქიმიოთერაპიის 2 კურსი. დადებითი ეფექტის შემთხვევაში დამატებით ტარდება კიდევ 4 კურსი. მკურნალობის უეფექტობის შემთხვევაში ქიმიოთერაპიის სქემას ცვლიან.

მკურნალობისშემდგომი დისპანსერული მეთვალყურეობა: პირველ წელს — 3 თვეში ერთჯერ, მეორე-მეოთხე წელს — 6 თვეში ერთჯერ, მეხუთე წლიდან — წელიწადში ერთჯერ.

ხორხის კიბო (C32)

ხორხის კიბო ყველა ავთვისებიანი სიმსივნის 1-5%-ს შეადგენს. მამაკაცები 8-ჯერ უფრო ხშირად ავადდებიან, ვიდრე ქალები. დაავადება უპირატესად 50-70 წლის ასაკში გვხვდება.

ეტიოლოგიური ფაქტორებიდან მნიშვნელობა აქვს თამბაქოსა და ალკოჰოლის მიღებას. ორივე ფაქტორის ერთდროულად არსებობის შემთხვევაში დაავადების რისკი 50%-ს აღწევს. არამწეველებთან შედარებით, მწეველებში 40-ჯერ მაღალია ხორხის კიბოთი დაავადების რისკი. არ გამოირიცხება ჰორმონული ფაქტორების როლი დაავადების განვითარებაში. შესაძლებელია ხორხისა და ფილტვის პირველადად მრავლობითი კიბოს სინქრონულად (შემთხვევათა 1%) ან მეტაქრონულად (შემთხვევათა 5-10%) განვითარებაც.

ხორხის სიმსივნეების 90% ბრტყელუჯრედოვანი კიბოა. იშვიათად შეიძლება განვითარდეს ჯირკვლოვანი კიბო და სარკომები.

ზრდის ფორმის მიხედვით, განასხვავებენ ეგზოფიტურ, ენდოფიტურ და შერეულ სიმსივნეებს.

სიმსივნის ზრდის ანატომიური ვარიანტებია: დვრილოვანი, ხორკლოვანი (კვანძოვანი) და ინფილტრაციული (დიფუზური).

კლინიკურ-ანატომიური თვალსაზრისით, ხორხი პირობითად სამ სართულად იყოფა: ზედა — ნაოჭზედა განყოფილება (კარიბჭე, ვესტიბულური ნაწილი), შუა — მბგერავი ნაოჭის განყოფილება და ქვედა — ნაოჭქვეშა განყოფილება.

TNM კლასიფიკაციის შესაბამისად, ანატომიური ლოკალიზაციები და ქველოკალიზაციებია:

1. *ყიის ზედა მიდამო (C32.1)* – ხორხსარქვლის ინის ძვალზედა ნაწილი, ციცხვ-ხორხსარქვლის ნაოჭი (ხორხის მხარე), ციცხვისებრი ხრტილები, ხორხ-სარქვლის ინის ძვალქვეშა ნაწილი, პარკუჭთა ნაოჭები (ცრუ მბგერავი ნაოჭები);
2. *ყია (საკუთრივ მბგერავი აპარატი) (C32.0)* – მბგერავი ნაოჭები (სახმო იოგები), წინა შესართავი, უკანა შესართავი;
3. *ყიისქვედა მიდამო (C32.2)*

თითოეულ განყოფილებაში განვითარებულ სიმსივნეს გარკვეული, მისთვის დამახასიათებელი, თავისებურებები გააჩნია.

ხორხის ზედა მესამედის (კარიბჭის, ვესტიბულური ნაწილის) სიმსივნეები იშვიათია. აზიანებს ხორხსარქველს, ციცხვ-ხორხსარქველს და ცრუ მბგერავ ნაოჭს. შეიძლება გავრცელდეს ხორხ-ხახასა და პირ-ხახაზე. ჩივილებიდან საყურადღებოა უცხო სხეულის შეგრძნება ხახაში, მოგვიანებით – ტკივილი ყურის არეში, დაზიანების მხარეს, განსაკუთრებით – ყლაპვის აქტის დროს. ფონაციის დარღვევა ვითარდება მაშინ, როცა სიმსივნე გადადის ციცხვისებრ ხრტილზე ან მბგერავ ნაოჭზე. ციცხვისებრი ხრტილის მიდამოდან განვითარებული სიმსივნის მიმდინარეობა წააგავს ხორხ-ხახის კიბოს, რომლის დროსაც აღინიშნება ენის ძირის დაზიანება.

სიმსივნის პროგრესირებისას აღინიშნება სუნთქვისა და ყლაპვის გაძნელება, მეტასტაზური ლიმფური კვანძები კისერზე, დაზიანების მხარეს.

ხორხის შუა მესამედის (მბგერავი აპარატის) კიბოს პირველი სუბიექტური სიმპტომია ხმის ჩახლეჩა, რომელიც თანდათან აფონიაში გადადის. მოგვიანებით ვითარდება ყელის არეში ტკივილი, ირიდაცია ყურში, დაზიანების მხარეს; აღინიშნება ხველა, ზოგჯერ – სისხლიანი ნახველით, სუნთქვისა და ყლაპვის გაძნელება. სიმსივნე ვრცელდება მბგერავი ნაოჭების გაყოლებით, დისტალურად ან პროქსიმალურად. ცუდი ლიმფური მომარაგების გამო ლიმფოგენური მეტასტაზები იშვიათად ვითარდება.

ხორხის ქვედა მესამედის (ნაოჭქვეშა განყოფილება) კიბო ადრეულ ეტაპზე უსიმპტომოდ მიმდინარეობს. მოგვიანებით ვლინდება სუნთქვის გაძნელება, აქვს ცირკულარული ზრდისადმი მიდრეკილება, ხშირად ვრცელდება დისტალური მიმართულებითაც. კარგი ლიმფური მომარაგების გამო მაღალია ლიმფოგენური მეტასტაზების განვითარების ალბათობა. ავადმყოფთა 50%-ს ინტრაოპერაციულად უდგინდება მეტასტაზი პარატრაქეულ ლიმფურ კვანძებში. ასევე მაღალია ადგილობრივი რეციდივებისა და შორეული მეტასტაზების განვითარების სიხშირეც.

დიაგნოზი ისმება კისრის მიდამოს პალპაციის, არაპირდაპირი (სარკით) ლარინგოსკოპიის, აგრეთვე ფიბროლარინგოსკოპიის დროს ბიოფსიით მიღებული მასალის ციტოლოგიურ-ჰისტოლოგიური შესწავლის საფუძველზე. დიაგნოზის დასაზუსტებლად ტარდება რენტგენტომოგრაფია, კომპიუტერული და მაგნიტურ-რეზონანსული ტომოგრაფია. ისრის ლიმფურ კვანძში მეტასტაზზე ეჭვის მიტანის დროს კეთდება პუნქციური ბიოფსია და მიღებული მასალის ციტოლოგიური გამოკვლევა.

შორეული მეტასტაზები ვითარდება ფილტვებსა და ძვლებში.

ხორხის კიბოს კლასიფიკაცია TNM სისტემით
(მე-6 გამოცემა, 2002)

ხორხისთვის რეგიონული ლიმფური კვანძები კისრის ლიმფური კვანძებია.

TNM – კლინიკური კლასიფიკაცია

T – პირველადი სიმსივნე

TX პირველადი სიმსივნის შესაფასებლად საკმარისი მონაცემები არ არის

T0 პირველადი სიმსივნის არსებობის ნიშნები არ არის

Tis პრეინვაზიური კარცინომა (Carcinoma in situ)

ყიისზედა მიდამო:

T1 სიმსივნე შემოფარგლულია ყიისზედა მიდამოს ერთი ანატომიური ნაწილით, მბგერავი ნაოჭის (სახმო იოგის) მოძრაობა შენარჩუნებულია

T2 სიმსივნე ჩაზრდილია ყიისზედა მიდამოს ან ყიის მომიჯნავე ერთზე მეტი ანატომიური ნაწილის ლორწოვან გარსში; ან გავრცელებულია ყიისზედა მიდამოს ფარგლებს გარეთ (ენის ძირის ლორწოვან გარსში, ღელეებში, მსხლისებრი წიაღის მედიალურ კედელში), ხორხის ფიქსაციის გარეშე

T3 სიმსივნე შემოფარგლულია ხორხით, აღინიშნება მბგერავი ნაოჭის (სახმო იოგის) ფიქსაცია და/ან სიმსივნის ჩაზრდა ბეჭდისებრი ხრტილის უკანა არეში, ხორხსარქვლისწინა ქსოვილებში, ყიის ირგვლივ სივრცეში და/ან ფარისებრი ხრტილის (მაგ., შიგნითა ქერქის) უმნიშვნელო ეროზია

T4a სიმსივნე ჩაზრდილია ფარისებრ ხრტილში და/ან გავრცელებულია ხორხის ირგვლივ მდებარე ქსოვილებში (მაგ., სასულეში, კისრის რბილ ქსოვილებში), ენის ღრმა/გარეთა (ენა-ნიკაპის, ენა-ინის, ენა-სასის და ენა-სადგისის) და ინის ძვლის ქვემოთ მდებარე კუნთების, აგრეთვე ფარისებრი ჯირკვლის და საყლაპავის ჩათვლით

T4b სიმსივნე ჩაზრდილია მალების წინა სივრცეში, შუასაყრის სტრუქტურებში, საძილე არტერიის გარსში

ყია (საკუთრივ მბგერავი აპარატი):

T1 მბგერავი ნაოჭ(ებ)ით (სახმო იოგ(ებ)ით) შემოფარგლული სიმსივნე (შესაძლებელია წინა და უკანა შესართავების დაზიანება), იოგების მოძრაობის შეუზღუდავად

T1a ერთი მბგერავი ნაოჭით (სახმო იოგით) შემოფარგლული სიმსივნე

T1b ორივე მბგერავ ნაოჭზე (სახმო იოგზე) გავრცელებული სიმსივნე

T2 სიმსივნე გავრცელებულია ყიისზედა და/ან ყიისქვედა მიდამოზე, აღინიშნება მბგერავი ნაოჭის (სახმო იოგის) მოძრაობის შეზღუდვა

T3 სიმსივნე შემოფარგლულია ხორხით, აღინიშნება მბგერავი ნაოჭის (სახმო იოგის) ფიქსაცია და/ან სიმსივნის ჩაზრდა ყიის ირგვლივ მიდამოში, და/ან ფარისებრი ხრტილის უმნიშვნელო ეროზია (მაგ., შიგნითა ქერქის)

T4a სიმსივნის სრული ჩაზრდა ფარისებრ ხრტილში ან ხორხის ირგვლივ მდებარე ქსოვილებში (მაგ., სასულეში, კისრის რბილ ქსოვილებში), ენის ღრმა/გარეთა (ენა-ნიკაპის, ენა-ინის, ენა-სასის და ენა-სადგისის) და ინის ძვლის ქვემოთ მდებარე კუნთების, აგრეთვე ფარისებრი ჯირკვლის და საყლაპავის ჩათვლით

T4b სიმსივნე ჩაზრდილია მალების წინა სივრცეში, შუასაყრის სტრუქტურებში, საძილე არტერიის გარსში

ყიისქვედა მიდამო

T1 ყიისქვედა მიდამოთი შემოფარგლული სიმსივნე

T2 მბგერავ ნაოჭ(ებ)ზე (სახმო იოგ(ებ)ზე) გავრცელებული სიმსივნე, მოძრავი ან შეზღუდულად მოძრავი იოგებით

T3 სიმსივნე შემოფარგლულია ხორხით, აღინიშნება მბგერავი ნაოჭის (სახმო იოგის ფიქსაცია

T4a სიმსივნე ჩაზრდილია ბეჭდისებრ ან ფარისებრ ხრტილში და/ან ვრცელდება ხორხის ირგვლივ მდებარე ქსოვილებში (მაგ., სასულეში, კისრის რბილ ქსოვილებში), ენის ღრმა/გარეთა (ენა-ნიკაპის, ენა-ინის, ენა-სასის და ენა-სადგისის) და ინის ძვლის ქვემოთ მდებარე კუნთების, აგრეთვე ფარისებრი ჯირკვლის და საყლაპავის ჩათვლით

T4b სიმსივნე ჩაზრდილია მალების წინა სივრცეში, შუასაყრის სტრუქტურებში, საძილე არტერიის გარსში

N – რეგიონული ლიმფური კვანძები

NX რეგიონული ლიმფური კვანძების შესაფასებლად საკმარისი მონაცემები არ არის.

N0 რეგიონული ლიმფური კვანძების მეტასტაზური დაზიანების ნიშნები არ არის.

N1 3 სმ-მდე ზომის მეტასტაზი ერთ ლიმფურ კვანძში, დაზიანების მხარეს

N2 3 სმ-დან 6 სმ-მდე ზომის მეტასტაზი ერთ ლიმფურ კვანძში, დაზიანების მხარეს; ან 6 სმ-მდე ზომის მეტასტაზი რამდენიმე ლიმფურ კვანძში, დაზიანების მხარეს; ან 6 სმ-მდე ზომის მეტასტაზი ლიმფურ კვანძებში, ორმხრივად ან კონტრალატერალურად

- N2a 3 სმ-დან 6 სმ-მდე ზომის მეტასტაზი ერთ ლიმფურ კვანძში, დაზიანების მხარეს
- N2b 6 სმ-მდე ზომის მეტასტაზი რამდენიმე ლიმფურ კვანძში, დაზიანების მხარეს
- N2c 6 სმ-მდე ზომის მეტასტაზი ლიმფურ კვანძებში, ორმხრივად ან დაზიანების მოპირდაპირე მხარეს

N3 6 სმ-ზე მეტი ზომის მეტასტაზი ლიმფურ კვანძში

შენიშვნა: შუა ხაზის ლიმფური კვანძი უნდა შეფასდეს როგორც დაზიანების მხარეს მდებარე ლიმფური კვანძი

M – შორეული მეტასტაზები

MX შორეული მეტასტაზის შესაფასებლად საკმარისი მონაცემები არ არის

M0 შორეული მეტასტაზის არსებობის ნიშნები არ არის

M1 აღინიშნება შორეული მეტასტაზი

pTNM – პათოჰისტოლოგიური კლასიფიკაცია

pT, pN, pM კატეგორიები შეესაბამება T, N, M კატეგორიებს.

pN0 ჰისტოლოგიური გამოკვლევისთვის კისრის ნაწილობრივი ლიმფოდისექციით

მიღებული მასალა, როგორც წესი, უნდა შეიცავდეს არანაკლებ 6, ხოლო რადიკალური ან მოდიფიცირებული რადიკალური დისექციით მიღებული მასალა – არანაკლებ 10 ლიმფურ კვანძს. იმ შემთხვევაში, თუ ლიმფურ კვანძებში სიმსივნური უჯრედები არ აღმოჩნდა, მაგრამ გამოკვლეული ლიმფური კვანძების რაოდენობა შესაბამისად 6-ზე და 10-ზე ნაკლებია, კლასიფიკაცია ხდება pN0 კატეგორიით. როცა სიმსივნის ზომა წარმოადგენს pN კატეგორიის შეფასების კრიტერიუმს, უნდა გაიზომოს მეტასტაზი და არა მთლიანად ლიმფური კვანძი.

G – ჰისტოლოგიური გრადაცია

GX დიფერენციაციის ხარისხის შესაფასებლად საკმარისი მონაცემები არ არის

G1 მაღალდიფერენცირებული

G2 საშუალოდ დიფერენცირებული

G3 დაბალდიფერენცირებული

G4 არადიფერენცირებული

დაჯგუფება სტადიების მიხედვით

0 სტადია	Tis	N0	M0
I სტადია	T1	N0	M0
II სტადია	T2	N0	M0
III სტადია	T1, T2	N1	M0
	T3	N0, N1	M0
IV A სტადია	T1, T2, T3	N2	M0
	T4a	N0, N1, N2	M0
IV B სტადია	T4b	ნებისმიერი N	M0
	ნებისმიერი T	N3	M0
IV C სტადია	ნებისმიერი T	ნებისმიერი N	M1

მკურნალობა. მკურნალობა ქირურგიული, სხივური ან კომბინირებულია (სხივური + ქირურგიული).

შეიძლება ჩატარდეს შემდეგი სახის ქირურგიული ოპერაციები: ხორხის სხვადასხვა სახის რეზექცია, ლარინგექტომია, კომბინირებული და გაფართოებული ლარინგექტომიები. კომბინირებული ოპერაციების დროს შეიძლება განხორციელდეს საყლაპავის, ხორხ-ხახის, ენის ძირის რეზექცია, ჩამოყალიბდეს ფარინგოსტომა.

ლიმფურ აპარატზე ოპერაციები ტარდება ჩვენების მიხედვით – ძირითადი სიმსივნის ამოკვეთასთან ერთად ან მოგვიანებით. მოგვიანებითი პროფილაქტიკური ლიმფადენექტომია შეიძლება განხორციელდეს T3 სტადიის სიმსივნის ხორხის ზედა მესამედში (კარიბჭის, ნაოჭზედა განყოფილებაში) ლოკალიზაციისას. სხვა დანარჩენ შემთხვევაში ტარდება მხოლოდ სამკურნალო ლიმფადენექტომია. კეთდება კისრის ცალმხრივი ან ორმხრივი ფასციალურ-ფუტლარული ლიმფოდისექცია ან კრაილის ოპერაცია.

ხორხის სტენოზის დროს, სასწრაფო ჩვენების შემთხვევაში, შეიძლება ჩატარდეს ტრაქეოსტომია.

ხორხის კიბოს შემთხვევაში სხივური თერაპია ტარდება რადიკალური პროგრამით ან კომბინირებული მკურნალობის ერთ კომპონენტს წარმოადგენს.

რადიკალური პროგრამით დასხივება ორ ეტაპად ხორციელდება. პირველ ეტაპზე შეიძლება ჩატარდეს დისტანციური გამა-თერაპია კლასიკური ფრაქციებით: 2-2 გრეი დღეში, 40 გრეი ჯამური კეროვანი დოზით ან არატრადიციული ფრაქციონირებით: ა) 3,3 გრეი კვირაში 3-ჯერ, 33 გრეი ჯამური კეროვანი დოზით (40 გრეის ეკვივალენტური), ბ) 1 გრეი 2-ჯერ დღეში, 40 გრეი ჯამური კეროვანი დოზით.

დასხივების დამთავრებიდან 2 კვირის შემდეგ ფასდება მდგომარეობა. სიმსივნის მაღალი რადიომგრძნობელობის და მეტასტაზების არარსებობის შემთხვევაში ტარდება დასხივების მეორე ეტაპი – 2-2 გრეი დღეში, 20-26 გრეი ჯამური კეროვანი დოზით. თუ სიმსივნის დაბალი რადიომგრძნობელობის გამო დასხივების პირველ ეტაპზე სასურველი ეფექტი ვერ იქნა მიღწეული, კეთდება ოპერაცია. დასხივების პირველ ეტაპს ენიჭება ოპერაციისწინა დასხივების ფუნქცია, ხოლო მთლიანად მკურნალობა კომბინირებულია.

კომბინირებული მკურნალობა ტარდება მაშინაც, როცა ოპერაციისწინა დასხივება არ არის ჩატარებული, კეთდება ორგანოშემანარჩუნებელი ოპერაცია და/ან აღინიშნება რეგიონული მეტასტაზები. ასეთ შემთხვევაში ოპერაციიდან 2-3 კვირის შემდეგ ტარდება სხივური თერაპია 2-2 გრეი დღიური დოზით, 40 გრეი ჯამურ კეროვან დოზამდე. თუ ჩატარებული ოპერაციის რადიკალიზმი საეჭვოა, დასხივების ჯამურ დოზას 60 გრეიმდე ზრდიან.

რადიკალურ მკურნალობაზე უარის თქმის შემთხვევაში შეიძლება განხორციელდეს პალიატიური სხივური თერაპია: 2-2 გრეი დღეში, 40-50 გრეი ჯამური კეროვანი დოზით.

ქიმიოთერაპიას მიმართავენ დაავადების შორსწასული ფორმის დროს. ჯერ ატარებენ ქიმიოთერაპიის 2 კურსს. შემდეგ აფასებენ მის ეფექტურობას და დადებითი ეფექტის შემთხვევაში იმავე სქემით ადიან 6 კურსამდე, ხოლო უეფექტობის შემთხვევაში სქემას ცვლიან. კურსებს შორის ინტერვალი 4 კვირაა. გამოიყენება BMP, BMV, BMO სქემები.

ქიმიო-სხივური მკურნალობა იწყება ფტორურაცილით. 5 დღის განმავლობაში ყოველდღე კეთდება 500 მგ/მ² FU. 2-დღიანი შესვენების შემდეგ იწყება სხივური თერაპია. პირველი სამი დღის განმავლობაში, დასხივებამდე ნახევარი საათით ადრე, ინტრავენურად, წვეთოვნად შეყავთ 20 მგ/მ² ცისპლატინი.

ხორხის კარიბჭისა და მბგერავი ნაოჭის T1-2N0M0 გავრცელების კიბოს მკურნალობა იწყება რადიკალური სხივური თერაპიით, 40 გრეი ჯამური კეროვანი დოზით. სიმსივნის 50%-იანი რეგრესიის შემთხვევაში დასხივება შეიძლება გაგრძელდეს რადიკალური პროგრამით, 60-65 გრეი ჯამური კეროვანი დოზის მიღწევამდე. რადიოთერაპიის რადიკალური ეფექტის მიუხედავად, რეციდივის ან მეტაქრონული სიმსივნის განვითარება დასხივებიდან 10 წლის შემდეგაც არ არის გამორიცხული. ამიტომ 40-45 წლის ასაკამდე რადიკალური პროგრამით დასხივებას ერიდებიან და უპირატესობას ანიჭებენ ქირურგიულ მკურნალობას, უფრო ხანდაზმულ ასაკში კი ატარებენ რადიკალურ სხივურ თერაპიას.

თუ T1-2N0M0 გავრცელების სიმსივნე 30-40 გრეი დოზის მიღების შემდეგ შესამჩნევად არ გაიწოვება, სხივური თერაპია უნდა შეწყდეს და 2-3 კვირის შემდეგ ჩატარდეს ხორხის რეზექცია.

ნაოჭქვეშა ლოკალიზაციის T1N0M0 გავრცელების კიბოს დროს ნაჩვენებია ხორხის რეზექცია. T2-3N0M0 კიბოს დროს პირველ ეტაპზე ტარდება დისტანციური გამათერაპია (ჯამური კეროვანი დოზა 35-40 გრეი), ხოლო მეორე ეტაპზე, დასხივებიდან 2-3 კვირის შემდეგ – აუცილებელი მოცულობის ოპერაცია. თუ წინასწარ დაგეგმილი იყო კომბინირებული მკურნალობა, მაგრამ დასხივების დამთავრებიდან 3 კვირის შემდეგ ალინიშნება სიმსივნის საგრძნობი შემცირება, შეიძლება გაგრძელდეს დისტანციური გამათერაპია 65-70 გრეი ჯამურ კეროვან დოზამდე. თუ აღნიშნული მკურნალობის შემდეგ სიმსივნე ბოლომდე არ გაიწოვება, 4 კვირის შემდეგ კეთდება ლარინგექტომია.

ხორხის ყველა ლოკალიზაციის T1-2N0M0, აგრეთვე მბგერავი ნაოჭისა და ნაოჭქვეშა მიდამოს T3N0M0 გავრცელების კიბოს დროს კისრის პროფილაქტიკური ლიმფადენექტომია არ ტარდება. ხორხის ზედა მესამედის (კარიბჭის) T3N0M0 კიბოს დროს ტარდება პროფილაქტიკური ფასციალურ-ფუტლარული ამოკვეთა ძირითად სიმსივნესთან ერთად ან ლარინგექტომიიდან 3-4 კვირის შემდეგ, ხოლო T1-3N1M0 გავრცელების სიმსივნის დროს კეთდება კრაილის ოპერაცია (ლარინგექტომიასთან ერთად ან ლარინგექტომიიდან 3-4 კვირის შემდეგ).

IVA და IVB სტადიის კიბოს დროს დასაშვებია გაფართოებული ან კომბინირებული ლარინგექტომიის ჩატარება, რომლის დროსაც ხორხთან ერთად ამოიკვეთება მიმდებარე ორგანოების დაზიანებული უბნებიც.

IVC სტადიის (T1-4N1-3M1) კიბოს დროს ნაჩვენებია პალიატიური სხივური, მედიკამენტური ან სიმპტომური მკურნალობა. ხორხის III-IV ხარისხის სტენოზის დროს კეთდება ტრაქეოსტომია. სტენოზის მოხსნის შემდეგ წყდება შემდგომი მკურნალობის ტაქტიკის საკითხი.

ხორხის კიბოს რეციდივის მკურნალობა ქირურგიულია. ოპერაციის მასშტაბი განისაზღვრება ინდივიდუალურად, სიმსივნის ლოკალიზაციისა და გავრცელების ხარისხის გათვალისწინებით. ინოპერაბელური სიმსივნის მკურნალობა სხივური ან კომბინირებულია.

ხორხის კიბოს პირველადი კერის განკურნების შემდეგ რეგიონული მეტასტაზების განვითარების შემთხვევაში სრულდება კისრის ფაშარი შემაერთებელი ქსოვილის რადიკალური ამოკვეთა. ერთეული მოძრავი მეტასტაზის არსებობის შემთხვევაში – ფასციალურ-ფუტლარული ამოკვეთა, ფიქსირებული ან მრავლობითი მეტასტაზების შემთხვევაში – კრაილის ოპერაცია. ინოპერაბელურ შემთხვევებში ტარდება პალიატიური სხივური, მედიკამენტური ან სიმპტომური მკურნალობა.

მკურნალობის შემდგომი დისპანსერული მეთვალყურეობა: პირველ წელს – 3 თვეში ერთჯერ, მეორე-მეოთხე წელს – 6 თვეში ერთჯერ, მეხუთე წლიდან – წელიწადში ერთჯერ.

ფილტვის კიბო (C34)

ფილტვის კიბო ბრონქებისა და უფრო წვრილი სასუნთქი გზების ლორწოვანი გარსებიდან განვითარებული ავთვისებიანი სიმსივნეა. დაავადების განვითარებას უკავშირებენ თამბაქოს მწეველთა რაოდენობის მკვეთრ ზრდას, ჰაერში გადასული სამრეწველო ნარჩენების შესუნთქვას და სასუნთქი გზების ქრონიკული ანთებების არსებობას. უპირატესად ავადდებიან 50 წელს გადაცილებული მამაკაცები.

ფილტვის კიბოს კლინიკური მიმდინარეობა დამოკიდებულია სიმსივნის ლოკალიზაციასა და გავრცელებაზე. ლოკალიზაციის მიხედვით განასხვავებენ ფილტვის კიბოს ცენტრალურ, პერიფერიულ და ატიპიურ ფორმებს. ცენტრალური კიბო ზრდის ფორმის მიხედვით არის ეგზოფიტური (ენდობრონქული), ენდოფიტური (ეგზობრონქული) და შერეული ზრდის ფორმის. პერიფერიული კიბო ხშირად სფერული ფორმისაა, რომლის ცენტრალურმა ნაწილმა შეიძლება განიცადოს რღვევა და ჩამოყალიბდეს ღრუ ფორმა. ზოგჯერ პერიფერიული კიბო ჩაიზრდება მსხვილ ბრონქში და ხდება პროცესის **ცენტრალიზაცია**.

არსებობს ფილტვის კიბოს ათამდე ჰისტოლოგიური ვარიანტი, რომელთაგან გამოყოფენ 3 ძირითად ტიპს, ესენია:

1. ბრტყელუჯრედოვანი კიბო (გვხვდება ავადმყოფთა 60%-ში): ა) გარქვენებით (მაღალდიფერენცირებული), ბ) გარქვენების გარეშე (საშუალოდ დიფერენცირებული), გ) დაბალდიფერენცირებული.
2. ჯირკვლოვანი კიბო (გვხვდება ავადმყოფთა 10%-ში): ა) სოლიდური ადენოკარცინომა და ბ) დაბალდიფერენცირებული კარცინომა.
3. არადიფერენცირებული კიბო (გვხვდება ავადმყოფთა 30%-ში): ა) მსხვილუჯრედოვანი (ახლოს დგას ჯირკვლოვან კიბოსთან) და ბ) წვრილუჯრედოვანი (წააგავს ანაპლაზიურ კიბოს).

წვრილუჯრედოვანი კიბო სხვა დანარჩენი ფორმებისაგან მკვეთრად გამოირჩევა კლინიკური მიმდინარეობით, მკურნალობის თავისებურებებით და განსხვავებული პროგნოზით. ამიტომ კლინიცისტები ფილტვის კიბოს პირობითად ორ კატეგორიად ყოფენ: ფილტვის წვრილუჯრედოვან და არაწვრილუჯრედოვან კიბოდ.

სიმსივნის მაკროსკოპულ ფორმასა და ჰისტოლოგიურ სტრუქტურას შორის გარკვეული კავშირი არსებობს: ცენტრალური ენდობრონქული კიბო უპირატესად ბრტყელუჯრედოვანია, ხოლო პერიბრონქული კიბო – წვრილუჯრედოვანი.

პერიფერიული კიბოს 60% ბრტყელუჯრედოვანია, ხოლო 35% – ჯირკვლოვანი. იშვიათია ალვეოლურუჯრედოვანი და კიდევ უფრო იშვიათი – არადიფერენცირებული (წვრილუჯრედოვანი) კიბო.

ფილტვის მწვერვალის (პენკოსტას) კიბო ბრტყელუჯრედოვანია, ხოლო პნევმონიისებრი ფორმა – ჯირკვლოვანი შენების.

მეტასტაზური პროცესი ვრცელდება ლიმფოგენურად და ჰემატოგენურად. არადიფერენცირებული კიბო ყველაზე ხშირად ადრეულ ეტაპზე და სწრაფად იძლევა მეტასტაზებს, ჯირკვლოვანი და ბრტყელუჯრედოვანი – შედარებით გვიან.

ჯირკვლოვანი კიბოს დროს შეიძლება განვითარდეს შორეული (ჰემატოგენური) მეტასტაზები რეგიონული (ლიმფოგენური) მეტასტაზების გარეშე. ჰემატოგენური მეტასტაზები გვხვდება თავის ტვინში, ძვლებში, ღვიძლში, თირკმელზედა ჯირკვალში, თირკმლებში და ა. შ.

ფილტვის კიბოს კლინიკურ სიმპტომატიკას განსაზღვრავს სიმსივნის ლოკალიზაცია, ზომა, ზრდის ფორმა და ჰისტოლოგიური შენება. ძირითადი გამოვლინებებია: სიმსივნური წარმონაქმნის არსებობა, ორგანოს ფუნქციის მოშლა, პათოლოგიური გამონადენი, ტკივილი, ინტოქსიკაცია და პარანეოპლაზიური სინდრომი.

ფილტვის ცენტრალური კიბო ვლინდება ბრონქის გამავლობის დარღვევის სიმპტომებით (ნახველის გამოყოფის შეწყვეტა და ატელექტაზი) ან პათოლოგიური გამონადენის (ლორწო, ჩირქი, სისხლი) არსებობით. ბრონქის სადრენაჟო ფუნქციის დარღვევას მოჰყვება ტემპერატურის მომატება. სუნთქვის უკმარისობა ჩნდება მოგვიანებით – ანთების, შეშუპების, კომპრესიის გამო. ტკივილი ვლინდება პლევრასა და გულმკერდის კედელში სიმსივნის ჩაზრდისას. ზოგადი ინტოქსიკაციის ნიშნებია: სისუსტე, ადვილად დაღლა, შრომისუნარიანობის დაქვეითება.

ფილტვის პერიფერიული კიბო ძირითადად უსიმპტომოდ მიმდინარეობს და ირგვლივმდებარე ქსოვილებში ჩაზრდის შემდეგ გამოვლინდება. მისი ერთ-ერთი სახეა ფილტვის მწვერვალის (პენკოსტას) კიბო, რომელსაც თან ახლავს სათანადო სიმპტომოკომპლექსი.

არსებობს ფილტვის კიბოს **პნევმონიისებრი** ვარიანტი, კიბოს ღრუ ფორმა და ფილტვის კიბოს ატიპიური ფორმა. ამ უკანასკნელის დროს დაავადების პირველ კლინიკურ გამოვლინებას წარმოადგენს შორეული მეტასტაზი, ხოლო პირველადი სიმსივნე მცირე ზომისაა და არ ვლინდება (ე. ი. "პირველადი სიმსივნე ჩუმადაა, ხოლო მეტასტაზი ყვირის"). მეტასტაზები ხშირად გვხვდება ძვლებში, თავის ტვინში, ღვიძლში, შუასაყარსა და სხვა ორგანოებში.

ფილტვის კიბოს დროს ხშირია პარანეოპლაზიური გამოვლინებები:

- წვრილუჯრედოვანი კიბოს დროს: ჰიპოკალიემია და მეტაბოლური ალკალოზი – ადრენოკორტიკოტროპული ჰორმონის ექტოპიური გამომუშავების შედეგად;
- ბრტყელუჯრედოვანი კიბოს დროს: პარათირეოიდული ჰორმონის მსგავსი პეპტიდის გამომუშავება – ჰიპერკალციემიისა და შესაბამისი სიმპტომოკომპლექსის თანხლებით;
- ბრონქოგენული კიბოს დროს: ჰიპონატრიემიის განვითარება – გონების დაბინდვის, ლეთარგიისა და ანტიდიურეზული ჰორმონის უკმარისობით გამოწვეული კრუნჩხვების თანხლებით;
- წვრილუჯრედოვანი კიბოს დროს: წონაში მკვეთრად მოკლება – კატექსინის (სიმსივნის მანეკროზებელი ფაქტორის) გამომუშავების შედეგად;
- ნევროპათია, ნევრალგია, მიოპათია, კოაგულოპათია და ა. შ.
- ფილტვისმიერი ოსტეოართროპათია, რომელიც არ წარმოადგენს დაავადების შორსწასულობის ნიშანს.

ფილტვის კიბოს დიაგნოსტიკის დროს წყდება ორი ამოცანა:

1. დაისვას ფილტვის კიბოს დიაგნოზი;
2. დადგინდეს სიმსივნის ფორმა, ზომა, ლოკალიზაცია და ირგვლივმდებარე ქსოვილებთან ურთიერთობა.

ფილტვის კიბოს დიაგნოსტიკაში გადამწყვეტი მნიშვნელობა აქვს რენტგენოგრაფიას, რენტგენოტომოგრაფიას, კომპიუტერულ ტომოგრაფიას, ბრონქოსკოპიას ბიო-

ფსიითურთ, პლევრის ღრუს შიგთავსის, ნახველისა და ბრონქების ამონარეცხი წყლების ციტოლოგიურ გამოკვლევას, ბიოპტატის ციტოლოგიურ და ჰისტოლოგიურ გამოკვლევას. პერიფერიული ლიმფური კვანძების გადიდების შემთხვევაში კეთდება მათი პუნქცია და ციტოლოგიური გამოკვლევა. როცა ჩამოთვლილი მეთოდების გამოყენებით დიაგნოზის დასმა ვერ ხერხდება, კეთდება სადიაგნოსტიკო თორაკოტომია.

დიაგნოზის დადგენის მომენტისათვის შემთხვევათა ორ მესამედში სპეციფიკური მკურნალობის ჩატარება შეუძლებელია, ამიტომ მკურნალობის შედეგის შესაფასებლად ზუსტად უნდა განისაზღვროს დაავადების გავრცელების ხარისხი.

ფილტვის კიბოს კლასიფიკაცია TNM სისტემით (მე-6 გამოცემა, 2002)

ანატომიური ნაწილებია: მთავარი ბრონქი (C34.0), ზედა წილი (C34.1), შუა წილი (C34.2), ქვედა წილი (C34.3).

ფილტვისთვის რეგიონულ ლიმფურ კვანძებს წარმოადგენს გულმკერდშიგა, პრესკალენური და ლავიწზედა ლიმფური კვანძები.

TNM კლინიკური კლასიფიკაცია

T პირველადი სიმსივნე

TX პირველადი სიმსივნის შესაფასებლად საკმარისი მონაცემები არ არის. ბრონქის ამონარეცხში ან ნახველში დადგენილია ავთვისებიანი უჯრედების არსებობა, მაგრამ ბრონქოსკოპიით ან ვიზუალიზაციის მეთოდების გამოყენებით სიმსივნის გამოვლენა ვერ ხერხდება

T0 პირველადი სიმსივნის არსებობის ნიშნები არ არის

Tis პრეინვაზიური კარცინომა (Carcinoma in situ).

T1 ფილტვით ან ვისცერული პლევრით შემოფარგლული 3 სმ-მდე ზომის სიმსივნე; ბრონქოსკოპიული გამოკვლევით წილოვან ბრონქზე უფრო პროქსიმალური ინვაზია არ ვლინდება (ე. ი. სიმსივნე არ არის ჩაზრდილი მთავარ ბრონქში)

T2 სიმსივნე, რომელიც ხასიათდება შემდეგი ზომით და გავრცელების ხარისხით:

- 3 სმ-ზე მეტი ზომის
- აზიანებს მთავარ ბრონქს და ვრცელდება სასულეს კორძისკენ ისე, რომ სიმსივნის პროქსიმალური ნაწილი მდებარეობს სასულეს კორძიდან არანაკლებ 2 სმ მანძილზე
- სიმსივნის ჩაზრდა ვისცერულ პლევრაში
- მიმდინარეობს ატელექტაზის ან ობსტრუქციული პნევმონიის თანლებით, რომელიც ვრცელდება ფილტვის კარამდე, მაგრამ არ აზიანებს მთელ ფილტვს

T3 ნებისმიერი ზომის სიმსივნის უშუალო ჩაზრდა გულმკერდის კედელში (ზედა ღარის სიმსივნური დაზიანებით), შუაგიდში, შუასაყრის პლევრაში, პარიეტულ პერიკარდიუმში; *ან* მთავარი ბრონქის სიმსივნე, რომელიც ვრცელდება სასულეს კორძისკენ ისე, რომ სიმსივნის პროქსიმალური ნაწილი მდებარეობს სასულეს კორძიდან არაუმეტეს 2 სმ მანძილზე, მაგრამ არ აზიანებს მას; *ან* სიმსივნე ატელექტაზის ან ობსტრუქციული პნევმონიის თანხლებით

T4 ნებისმიერი ზომის სიმსივნის ჩაზრდა შუასაყარში, გულში, მაგისტრალურ სისხლძარღვებში, სასულეში, საყლაპავში, მალების სხეულში, სასულეს კორძში; აღინიშნება ცალკეული სიმსივნური კვანძ(ებ)ი იმავე წილში ან მეტასტაზური პლევრიტი

შენიშვნა: 1. ბრონქის კედლით შემოფარგლული, უჩვეულო ზედაპირული გავრცელების ნებისმიერი ზომის სიმსივნე მთავარი ბრონქისკენ პროქსიმალურად გავრცელების შემთხვევაში ექვემდებარება T1 კატეგორიით კლასიფიკაციას.

2. ფილტვის კიბოს დროს პლევრაში სითხის არსებობა უმრავლეს შემთხვევაში გამოწვეულია სიმსივნით. ამის მიუხედავად, ზოგჯერ მრავალჯერადი ციტოლოგიური გამოკვლევით პლევრის სითხეში სიმსივნური უჯრედების არსებობა არ დასტურდება, სითხე არაპემორაგულია და არ წარმოადგენს ექსუდატს. თუ, ამასთანავე, კლინიკური სურათიც მიუთითებს პლევრის სითხის არასიმსივნურ გენეზზე, სითხის არსებობა არ შეიძლება ჩაითვალოს სტადიის განმსაზღვრელ კრიტერიუმად და დაავადების კლასიფიკაცია უნდა მოხდეს T1, T2 ან T3 კატეგორიით.

N – რეგიონული ლიმფური კვანძები

NX რეგიონული ლიმფური კვანძების შესაფასებლად საკმარისი მონაცემები არ არის

N0 რეგიონული ლიმფური კვანძების მეტასტაზური დაზიანების ნიშნები არ არის

N1 მეტასტაზი პერიბრონქულ და/ან დაზიანებული ფილტვის კარის და ფილტვის შიგნითა ლიმფურ კვანძებში, ლიმფურ კვანძებზე სიმსივნის უშუალო გავრცელების ჩათვლით

N2 მეტასტაზი შუასაყარის ლიმფურ კვანძ(ებ)ში, დაზიანების მხარეს და/ან სასულეს კორძის ქვეშ მდებარე ლიმფურ კვანძებში

N3 მეტასტაზი შუასაყარის ან ფილტვის კარის ლიმფურ კვანძებში, დაზიანების მოპირდაპირე მხარეს; კიბისებრ ან ლავიწზედა ლიმფურ კვანძ(ებ)ში, დაზიანების ან მის მოპირდაპირე მხარეს

M – შორეული მეტასტაზები

MX შორეული მეტასტაზის შესაფასებლად საკმარისი მონაცემები არ არის

M0 შორეული მეტასტაზის არსებობის ნიშნები არ არის

M1 აღინიშნება შორეული მეტასტაზი, დაზიანებული ფილტვის სხვა წილში ან მეორე ფილტვში განვითარებული ცალკეული მეტასტაზური ლიმფური კვანძ(ებ)ის ჩათვლით

pTNM პათოჰისტოლოგიური კლასიფიკაცია

pT, pN, pM კატეგორიები შეესაბამება T, N, M კატეგორიებს.

pN0 ჰისტოლოგიური გამოკვლევისთვის შუასაყრის ლიმფადენექტომიით მიღებული მასალა, როგორც წესი, უნდა შეიცავდეს არანაკლებ 6 ლიმფურ კვანძს. იმ შემთხვევაში, თუ ლიმფურ კვანძებში სიმსივნური უჯრედები არ აღმოჩნდა, მაგრამ გამოკვლეული ლიმფური კვანძების რაოდენობა 6-ზე ნაკლებია, კლასიფიკაცია ხდება pN0 კატეგორიით.

G – ჰისტოლოგიური გრადაცია

GX დიფერენციაციის ხარისხის შესაფასებლად საკმარისი მონაცემები არ არის

G1 მაღალდიფერენცირებული

G2 საშუალოდ დიფერენცირებული

G3 დაბალდიფერენცირებული

G4 არადიფერენცირებული

დაჯგუფება სტადიების მიხედვით

ფარული კიბო Occult carcinoma	TX	N0	M0
0 სტადია	Tis	N0	M0
I A სტადია	T1	N0	M0
I B სტადია	T2	N0	M0
II A სტადია	T1	N1	M0
II B სტადია	T2	N1	M0
	T3	N0	M0
III A სტადია	T1, T2	N2	M0
	T3	N1, N2	M0
III B სტადია	ნებისმიერი T	N3	M0
	T4	ნებისმიერი N	M0
IV სტადია	ნებისმიერი T	ნებისმიერი N	M1

მკურნალობა. ფილტვის კიბოს მკურნალობა ქირურგიული, სხივური, მედიკამენტური, კომბინირებული ან კომპლექსურია. მკურნალობის მეთოდის განსაზღვრა დამოკიდებულია სიმსივნის ჰისტოლოგიურ შენებასა და დაავადების სტადიაზე.

ფილტვის კიბოს სხვადასხვა ჰისტოლოგიური ფორმები ერთმანეთისგან კლინიკური მიმდინარეობით, მკურნალობის თავისებურებებითა და პროგნოზით განსხვავდება. მკურნალობის განსხვავებული ტაქტიკის გამო ცალკე გამოყოფენ წვრილუჯრედოვან კიბოს, ხოლო სხვა დანარჩენ ფორმებს (ბრტყელუჯრედოვანი, ჯირკვლოვანი და ა. შ.), დაახლოებით ერთნაირი მკურნალობისა და პროგნოზის გამო, განიხილავენ ერთად — არაწვრილუჯრედოვანი კიბოს სახელწოდებით. თუ ფილტვის სიმსივნის ჰისტოლოგიური სტრუქტურის დადგენა გამოკვლევებით ვერ ხერხდება, ოპერაბელურ შემთხვევებში მკურნალობა იწყება ქირურგიული ჩარევით.

ფილტვის წვრილუჯრედოვანი კიბოს მკურნალობა კონსერვატიულია (ქიმიო-სხივური თერაპია). გამოიყენება პოლიქიმიოთერაპიის სხვადასხვა სქემები. სხივური კომპონენტი მოიცავს დისტანციურ გამა-თერაპიას პირველადი კერის და რეგიონული მეტასტაზირების ზონების დასხივებით. ტარდება შერწყმული სხივური თერაპიაც (ტელე-გამა-თერაპია + ბრაქითერაპია). ქირურგიული ჩარევა დასაშვებია მხოლოდ იმ შემთხვევებში, როცა სიმსივნის მორფოლოგიური ტიპი ოპერაციამდე ცნობილი არ არის და წვრილუჯრედოვანი კიბოს ვერიფიკაცია ხდება ამოკვეთილი პრეპარატის მიხედვით. ასეთ დროს ოპერაციის შემდეგ სავალდებულოა ქიმიო-სხივური მკურნალობის ჩატარება.

ქირურგიული მკურნალობა. ფილტვის კიბოს დროს ძირითადად ტარდება შემდეგი სახის ოპერაციები: ლობექტომია, ბილობექტომია, პნევმონექტომია. დაავადების საწყისი ფორმების დროს დასაშვებია სოლისებრი რეზექცია, სეგმენტექტომია. გავრცელებული სიმსივნეების დროს კეთდება კომბინირებული ლობ-, ბილობ-, პნევმონექტომია გულმკერდის კედლის, დიაფრაგმის, პერიკარდიუმის, წინაგულის, ტრაქეის ბიფურკაციის რეზექციასთან ერთად (კიდითი, სოლისებრი, ცირკულარული), გაფართოებული პნევმონექტომია, ანგიო-ბრონქოპლასტიკური ოპერაციები, სადიაგნოსტიკო თორაკოტომია ბიოფსიითურთ. ლობექტომია ტარდება სეგმენტური ბრონქის დაზიანების, სიმსივნის ენდობრონქული ზრდის ან პერიფერიული კიბოს შემთხვევაში, როცა

დადგენილია T1-2N0M0 სტადიის კიბო. ასეთ დროს ხშირად მიმართავენ ბრონქოპლასტიკას. თუ სიმსივნე ფილტვის წილების საზღვარზეა, შეიძლება განხორციელდეს ზედა ან ქვედა ბილობექტომია (მარჯვენა ფილტვზე) ან პნევმონექტომია (მარცხენა ფილტვზე).

პნევმონექტომია კეთდება ცენტრალური ლოკალიზაციის ენდობრონქული კიბოსა და მეზობელ წილზე ან სეგმენტზე გადასული პერიფერიული კიბოს დროს (ბრონქოპულმონური ან ტრაქეობრონქული ლიმფური კვანძების მეტასტაზური დაზიანების შემთხვევაში), ან მეზობელ წილზე ლიმფანგიომის არსებობისას.

გაფართოებული და კომბინირებული ოპერაციები კეთდება ადგილობრივად გავრცელებული მაღალდიფერენცირებული T3N0-2M0 კიბოს დროს. დაბალდიფერენცირებული და არადიფერენცირებული კიბოს შემთხვევაში გაფართოებული პნევმონექტომიის ჩატარება გამართლებული არ არის. ასევე არადამაკმაყოფილებელი შორეული შედეგი მიიღება T4 და N3 გავრცელების სიმსივნეების ოპერაციული მკურნალობისას.

ფილტვის კიბოს დროს პნევმონექტომიის ნაცვლად ზოგჯერ კეთდება ლობექტომია, ვთქვათ, დაბალი სუნთქვითი მაჩვენებლების გამო.

ფართოდ გამოიყენება სხივური თერაპია. დასხივება ტარდება რადიკალური პროგრამით ან კომბინირებული და კომპლექსური მკურნალობის კომპლექსში, როგორც ერთ-ერთი კომპონენტი. სხივური თერაპია შეიძლება გამოყენებულ იქნეს როგორც ოპერაციის წინ, ისე ოპერაციის შემდეგ.

ოპერაციისწინა სხივური თერაპია შეიძლება ჩატარდეს რამდენიმე რეჟიმით:

ა) კლასიკური ფრაქციებით – 2,2 გრეი დღეში, 30 გრეი ჯამური კეროვანი დოზით (15 დღის განმავლობაში);

ბ) მსხვილი ფრაქციებით – 4-4 გრეი დღეში, 20 გრეი ჯამური კეროვანი დოზით (30 გრეის ეკვივალენტური) – 5 დღის განმავლობაში;

გ) დინამიკური ფრაქციონირებით – პირველი 3 დღის განმავლობაში – 4-4 გრეი, ხოლო მომდევნო დღეებში – 2-2 გრეი, სულ 30 გრეი ჯამური კეროვანი დოზით (36 გრეის ეკვივალენტური) – 12 დღის განმავლობაში;

დ) შერწყმული სხივური თერაპია (დისტანციური გამა-თერაპია + ბრაქითერაპია) 30-40 გრეი ჯამური კეროვანი დოზით (40-50 გრეის ეკვივალენტური) – 17 დღის განმავლობაში.

რადიკალური ოპერაციის შემდგომი სხივური თერაპია შეიძლება ჩატარდეს 2-3 რეჟიმით:

ა) კლასიკური ფრაქციებით: 2-2 გრეი, 46 გრეი ჯამური კეროვანი დოზით – 23 დღის განმავლობაში;

ბ) სუპერფრაქციონირებული რეჟიმით: 1,2 გრეი დღეში 3-ჯერ, 46,8 გრეი ჯამური კეროვანი დოზით (62 გრეის ეკვივალენტური) – 13 დღის განმავლობაში.

გ) დინამიკური ფრაქციონირებით: 4-4 გრეი 3 დღის განმავლობაში, 30 გრეი ჯამური კეროვანი დოზით (36 გრეის ეკვივალენტური) – 12 დღის განმავლობაში.

პირობით-რადიკალური და სადიაგნოსტიკო ოპერაციების შემდეგ დასხივება ტარდება შემდეგი ვარიანტებით:

ა) კლასიკური ფრაქციონირებით: 2-2 გრეი, 70 გრეი ჯამური კეროვანი დოზით – 35 დღის განმავლობაში;

ბ) დინამიკური ფრაქციონირებით: 4-4 გრეი 6 დღის განმავლობაში, შემდეგ – 2-2 გრეი, 60 გრეი ჯამური კეროვანი დოზით (72 გრეის ეკვივალენტური) – 24 დღის განმავლობაში (სადიაგნოსტიკო თორაკოტომიის შემდეგ დასხივების ჯამური კეროვანი დოზა აყავთ 70 გრეიმდე (82 გრეის ეკვივალენტური) – 29 დღის განმავლობაში);

გ) სუპერფრაქციონირებული რეჟიმით: 1,2 გრეი დღეში 3-ჯერ, 46,8 გრეი ჯამური კეროვანი დოზით (62 გრეის ეკვივალენტური) – 13 დღის განმავლობაში.

დ) შერწყმული სხივური თერაპია: 60-80 გრეი ჯამური კეროვანი დოზით (100-120 გრეის ეკვივალენტური) – 34 დღის განმავლობაში.

რეგიონული მეტასტაზების შემთხვევაში (N3) 10 დღის განმავლობაში დამატებით სხივდება ლავიწზედა ზონები ორივე მხარეს, 3-3 გრეი ერთჯერადი და 30 გრეი ჯამური კეროვანი დოზით (40 გრეის ეკვივალენტური).

ფილტვის კიბოს პალიატიური სხივური მკურნალობა ტარდება შემდეგი რეჟიმით:

ა) კლასიკური ფრაქციებით: 2-2 გრეი, 40 გრეი ჯამური კეროვანი დოზით – 20 დღის განმავლობაში;

ბ) დინამიკური ფრაქციონირების მეთოდით: 4-4 გრეი 3 დღის განმავლობაში, შემდეგ – 2-2 გრეი, 40 გრეი ჯამური კეროვანი დოზით (50 გრეის ეკვივალენტური) – 17 დღის განმავლობაში;

გ) მსხვილფრაქციული დასხივებით: 4-4 გრეი, 40 გრეი ჯამური კეროვანი დოზით (60 გრეის ეკვივალენტური) – 10 დღის განმავლობაში.

დ) შერწყმული სხივური თერაპია: 60-80 გრეი ჯამური კეროვანი დოზით (100-120 გრეის ეკვივალენტური) – 34 დღის განმავლობაში.

როცა არარადიკალური და სადიაგნოსტიკო ოპერაციების შემდეგ ინიშნება ქიმიო-სხივური მკურნალობა, დასხივება ტარდება დინამიკური ფრაქციონირების რეჟიმში რამდენიმე ვარიანტით:

ა) 4-4 გრეი 6 დღის განმავლობაში, შემდეგ – 2-2 გრეი, 70 გრეი ჯამური კეროვანი დოზით (82 გრეის ეკვივალენტური) – 30 დღის განმავლობაში;

ბ) 4-4 გრეი 6 დღის განმავლობაში, შემდეგ – 2-2 გრეი, 60 გრეი ჯამური კეროვანი დოზით (72 გრეის ეკვივალენტური) – 24 დღის განმავლობაში;

გ) 4-4 გრეი 6 დღის განმავლობაში, შემდეგ – 2-2 გრეი, 40 გრეი ჯამური კეროვანი დოზით (52 გრეის ეკვივალენტური) – 17 დღის განმავლობაში;

დ) 4-4 გრეი 3 დღის განმავლობაში, შემდეგ – 2-2 გრეი, 30 გრეი ჯამური კეროვანი დოზით (36 გრეის ეკვივალენტური) – 12 დღის განმავლობაში. ეს უკანასკნელი 2 კვირის შემდეგ შეიძლება გამეორდეს.

დადგენილია, რომ ბრტყელუჯრედოვანი კიბოს დროს ჩატარებული სხივური თერაპია მნიშვნელოვნად აუმჯობესებს ქირურგიული მკურნალობის შორეულ შედეგებს.

ფილტვის გავრცელებული ბრტყელუჯრედოვანი ან ჯირკვლოვანი კიბოს დროს, როცა სუბტოტალური მეტასტაზების გამორიცხვა შეუძლებელია, რაციონალურია ქიმიო-სხივური მკურნალობის ჩატარება.

ქიმიო-სხივური თერაპია წარმოადგენს ფილტვის წვრილუჯრედოვანი კიბოს მკურნალობის ძირითად მეთოდს.

ფილტვის კიბოს პოლიქიმიოთერაპია ტარდება EAP, CAM, CAV სქემებით. გამოიყენება აგრეთვე ბლეოცინი, პაკლიტაქსელი, გემციტაბინი და სხვ., იმუნომოდულატორებიდან – ინტერფერონები და ინტერლეიკინები.

მკურნალობის კომპლექსი მოიცავს ქიმიოთერაპიის 2 კურსს 4-კვირიანი ინტერვალებით. შემდეგ მკურნალობა გრძელდება სიტუაციის მიხედვით, მიღებული ეფექტის შესაბამისად. დამოუკიდებელ რეჟიმში მკურნალობისას იგეგმება ქიმიოთერაპიის 5 კურსი.

ფილტვის არაწვრილუჯრედოვანი I სტადიის (T1-2N0M0) კიბოს მკურნალობა ქირურგიული ან კომბინირებულია (ოპერაციისწინა ან ოპერაციისშემდგომი სხივური თერაპიით).

ოპერაციისადმი უკუჩვენების შემთხვევაში შეიძლება ჩატარდეს სხივური თერაპია რადიკალური პროგრამით (როგორც ცენტრალური, ისე პერიფერიული კიბოს დროს).

II სტადიის T1-2N1M0 გავრცელების არაწვრილუჯრედოვანი კიბოს მკურნალობაც ქირურგიული ან კომბინირებულია (ოპერაციისწინა ან ოპერაციისშემდგომი დასხივებით). არარადიკალური ოპერაციის შემთხვევაში ტარდება ოპერაციისშემდგომი ქიმიო-სხივური მკურნალობა. ჩვენების მიხედვით, შეიძლება ჩატარდეს სხივური თერაპია რადიკალური პროგრამით.

როცა სხივური თერაპია ვერ ტარდება ან მისი ჩვენება არ არის, ოპერაციის შემდეგ უნდა ჩატარდეს ქიმიოთერაპიის 5 კურსი.

II B (T3N0M0), III A (T1-2N2M0, T3N1-2M0), III B (T1-4N3M0, T4N1-3M0) სტადიის არაწვრილუჯრედოვანი კიბოს მკურნალობა კომბინირებულია: ოპერაციისწინა სხივური (ან ქიმიო-სხივური) მკურნალობა + ოპერაცია + ოპერაციისშემდგომი სხივური (ან ქიმიო-სხივური) მკურნალობა. ამ უკანასკნელის ვარიანტის შერჩევა ხდება იმის მიხედვით, ოპერაცია რადიკალური იყო, პირობით-რადიკალური თუ სადიაგნოსტიკო.

ოპერაციისწინა ქიმიო-სხივური მკურნალობის ერთ-ერთი ვარიანტი შეიძლება იყოს დინამიკური ფრაქციონირების ფონზე ფტორურაცილისა და ცისპლატინის გამოყენება. მკურნალობა იწყება ფტორურაცილით: 500 მგ/მ2 – 5 დღის განმავლობაში. მე-8–მე-10 დღეს ტარდება ქიმიოთერაპია ცისპლატინით: 20 მგ/მ^2 და გადასხმის დამთავრებიდან 30 წუთის შემდეგ – მსხვილფრაქციული დასხივება 4-4 გრეი დღიური დოზით. მე-11 დღიდან, მომდევნო 9 დღის განმავლობაში, დასხივება გრძელდება 2-2 გრეი დღიური დოზით (შეიძლება თითო გრეი 2-ჯერ დღეში).

ოპერაციისადმი უკუჩვენების შემთხვევაში შეიძლება ჩატარდეს სხივური თერაპია რადიკალური პროგრამით ან ქიმიო-სხივური მკურნალობა. როცა რადიკალური სხივური მკურნალობის ჩატარების საშუალება არ არის, შეიძლება ნაცადი იყოს პალიატიური სხივური (ან ქიმიო-სხივური) თერაპია.

სათანადო ჩვენებების მიხედვით, ოპერაციის შემდეგ შესაძლებელია ჩატარდეს მხოლოდ ქიმიოთერაპია.

IV სტადიის T1-4N0-3M1 გავრცელების არაწვრილუჯრედოვანი კიბოს მკურ-

ნალობა კონსერვატიულია. ტარდება სხივური (ქიმიო-სხივური) მკურნალობა რადიკალური და პალიატიური პროგრამით.

რაც შეეხება წვრილუჯრედოვან კიბოს, თუ მისი ჰისტოლოგიური ფორმა ოპერაციის გარეშეც ცნობილია, ტარდება კონსერვატიული მკურნალობა – ქიმიო-სხივური თერაპია რადიკალური ან პალიატიური პროგრამით, დაავადების სტადიის შესაბამისად. იმ შემთხვევაში, როცა სიმსივნის წვრილუჯრედოვანი ჰისტოლოგიური სტრუქტურა ფილტვის კიბოს გამო ჩატარებული ოპერაციის შემდეგ არის დადგენილი, ოპერაციის შემდგომი მკურნალობა ტარდება არაწვრილუჯრედოვანი კიბოს მკურნალობის ალგორითმებით, დაავადების სტადიის შესაბამისად.

ზემო ღრუ ვენის სინდრომის დროს გამართლებულია ქიმიოთერაპიის განმეორებითი კურსების ჩატარება სხივურ თერაპიასთან კომბინაციაში.

მკურნალობისშემდგომი დისპანსერული მეთვალყურეობა: პირველ წელს – 3 თვეში ერთჯერ, მეორე-მეოთხე წელს – 6 თვეში ერთჯერ, მეხუთე წლიდან – წელიწადში ერთჯერ.

სასულეს (ტრაქეის) სიმსივნეები

სასულეს სიმსივნეები განიხილება ფილტვის კიბოსთან ერთად. ძირითადად გვხვდება ბრტყელუჯრედოვანი კიბო. კლინიკურად ვლინდება ობსტრუქციული სინდრომით.

მკურნალობის ტაქტიკა დამოკიდებულია სიმსივნის გავრცელებაზე. მცირე ზომის სიმსივნეების ამოკვეთა ხდება ენდოსკოპიურად (ელექტრო-ლაზეროკოაგულაცია), ფოტოდინამიკური თერაპიის ფონზე ან მის გარეშე.

ქირურგიული მკურნალობისას შეიძლება განხორციელდეს ფანჯრისებრი რეზექცია, ცირკულარული რეზექცია, ბიფურკაციის რეზექცია, ტრაქეის ამოკვეთა ენდოპროთეზირებით. კომბინირებული ოპერაციები და ლიმფადენექტომია ხორციელდება ჩვენების მიხედვით.

ოპერაციული მიდგომა შეიძლება იყოს კისრისმხრივი, ტრანსსტერნული, ტრანსთორაკალური ან კომბინირებული.

ქირურგიული მკურნალობის ალტერნატივას წარმოადგენს რადიკალური პროგრამით დასხივება. შეიძლება თანმიმდევრობით განხორციელდეს დისტანციური და ღრუსშიგნითა გამა-თერაპია, ან ჩატარდეს შერწყმული სხივური თერაპია იმავე კომპონენტებით. ფრაქციონირების რეჟიმი დამოკიდებულია სიმსივნის გავრცელებასა და ჰისტომორფოლოგიურ შენებაზე.

დისტანციური გამა-თერაპია ტარდება 2-6 გრეი დღიური და 40-70 გრეი ჯამური კეროვანი დოზით, 30-60 დღის განმავლობაში. ღრუსშიგნითა დასხივება ტარდება კვირაში ორჯერ 5-10 გრეი ერთჯერადი და 30-80 გრეი ჯამური კეროვანი დოზით, 2-3 კვირის განმავლობაში (აპარატებზე: АГАТ-ВУ, „სელექტრონი", „გამამედი").

კომბინირებული მკურნალობის დროს ქირურგიული ოპერაციის, დისტანციური და ღრუსშიგნითა დასხივების თანმიმდევრობა განისაზღვრება ავადმყოფის კლინიკური მდგომარეობის მიხედვით.

შორსწასულ შემთხვევებში შეიძლება ნაცადი იყოს ქიმიოთერაპია ბლეოცინით, ცისპლატინით, ფტორურაცილით ან მათი კომბინაციით.

მკურნალობისშემდგომი დისპანსერული მეთვალყურეობა: პირველ წელს – ყოველ 1,5 თვეში, მეორე-მესამე წელს – 3 თვეში ერთჯერ, მეოთხე წელს – 6 თვეში ერთჯერ, მეხუთე წლიდან – წელიწადში ერთჯერ.

შუასაყრის და მკერდუკანა ჯირკვლის (C37) სიმსივნეები

შუასაყარი რთული სტრუქტურაა გულმკერდის ღრუში. იგი გვერდებიდან შემოფარგლულია პარიეტული პლევრის ფურცლებით, მკერდის ძვლით და ხერხემლის სვეტით, ხოლო ქვევიდან – დიაფრაგმით. შუასაყარი პირობითად იყოფა წინა, შუა და უკანა ნაწილებად და ზედა, შუა და ქვედა სართულებად. წინა ნაწილში მოქცეულია მკერდუკანა ჯირკვალი ცხიმოვანი ქსოვილითა და ლიმფური კვანძებით; შუამდებარე ნაწილში – გული, მაგისტრალური სისხლძარღვები, დიაფრაგმის ნერვები, სასულე და ტრაქეობრონქული ლიმფური კვანძები; უკანა შუასაყარში – საყლაპავი, აორტა, გულმკერდის ლიმფური სადინარი, კენტი და ნახევრადკენტი ვენები, სიმპატიკური ღეროები და ლიმფური კვანძები.

შუასაყარში შეიძლება განვითარდეს როგორც პირველადი, ისე მეორეული სიმსივნეები. პირველადი სიმსივნეები 3 კატეგორიისაა: ა) შუასაყრის ორგანოებიდან განვითარებული სიმსივნეები; ბ) შუასაყრის კედლიდან განვითარებული სიმსივნეები და გ) ორგანოთაშორისი ქსოვილებიდან განვითარებული სიმსივნეები. მეორეულია მეტასტაზური სიმსივნეები შუასაყარში.

შუასაყრის სიმსივნეები არის კეთილთვისებიანი და ავთვისებიანი. მორფოლოგიურად კეთილთვისებიანი ზოგიერთი სიმსივნე კლინიკურად ავთვისებიანი მიმდინარეობისაა (ინფილტრაციული ზრდა, მეტასტაზებისა და რეციდივების განვითარება).

პირველადი სიმსივნეები შეიძლება წარმოიშვას ნერვული, შემაერთებელი, ლიმფოიდური ქსოვილებისგან, მკერდუკანა ჯირკვლიდან და შუასაყარში დისტოპირებული ქსოვილებისგან.

პირველადი ავთვისებიანი სიმსივნეებია: ავთვისებიანი თიმომა, ლიმფოგრანულომატოზი, ლიმფორეტიკულოსარკომა. შედარებით იშვიათია ტერატობლასტომა, ნეირო, ანგიო-, ფიბროსარკომები.

კეთილთვისებიანი სიმსივნეებია: კისტები, ნევროგენული სიმსივნეები, ტერატოდერმოიდული წარმონაქმნები (ემბრიონული განვითარების მანკები), სისხლძარღვოვანი სიმსივნეები, მკერდუკანა და გულმკერდშიგა ჭიყვი. იშვიათად გვხვდება ფიბრომა, ოსტეომა, ქონდრომა. კაფსულის დაზიანებამდე თიმომას კეთილთვისებიანი მიმდინარეობა აქვს, კაფსულის გარღვევის შემდეგ კი ვლინდება ავთვისებიანობის ნიშნები.

კეთილთვისებიან სიმსივნეებს თავიდან უსიმპტომო მიმდინარეობა ახასიათებთ. მოგვიანებით, როცა სიმსივნე დიდ ზომებს აღწევს, ვლინდება კომპრესია, ორგანოების ცდომა, ტკივილი გულმკერდში და მისი დეფორმაცია.

ავთვისებიანი სიმსივნეების მიმდინარეობა უფრო მწვავე და მრავალფეროვანია, გამოხატულია ადგილობრივი და ზოგადი სიმპტომები.

ყველაზე ხშირია კომპრესიული სინდრომის გამოვლინება, რომელიც შეიძლება სამი ტიპის იყოს: ორგანული (საყლაპავზე, სასულეზე, ბრონქებზე, გულზე ზეწოლა და მათი ცდომა), სისხლძარღვოვანი (მხარ-კისრის და ზემო ღრუ ვენის, გულმკერდის ლიმფური სადინარების, აორტის რკალის) და ნევროგენული (ცდომილი, დიაფრაგმული, სიმპატიკური ნერვების).

ხშირია ნევროგენული სიმსივნეების ზეწოლით გამოწვეული ნევროლოგიური სიმპტომატიკა (ტკივილი, ჰიპერესთეზია, ვეგეტაციური დარღვევები).

ნევროლოგიური და კარცინოიდული სიმსივნეების დროს შეიძლება აგრეთვე განვითარდეს ხველა, სუნთქვის უკმარისობა, ყლაპვის გაძნელება, ხმის ჩახლეჩა, ჰორნერის სინდრომი, პერიკარდიუმის ტამპონადა ან ვეგეტაციური რეაქციები (კანზე წითელი და თეთრი ლაქების მონაცვლეობა).

ზოგიერთი სიმსივნე იწვევს ინტოქსიკაციას. მაგალითად, სიმპატიკური სიმსივნეების დროს აღინიშნება კატექოლამინური, ხოლო სხვა სიმსივნეების დროს (რღვევისა და თანმხლები ანთებების გამო) – ზოგადი ინტოქსიკაცია.

შუასაყრის სიმსივნეების დიაგნოსტიკა ემყარება რენტგენოლოგიურ გამოკვლევას, კომპიუტერულ ტომოგრაფიას, პუნქციურ ბიოფსიას.

ავთვისებიანი თიმომა ხანგრძლივი დროის განმავლობაში დუნედ მიმდინარეობს, დიდ ზომებს აღწევს. კლინიკურად ხშირად გამოვლინდება მიასთენიით. მის მანიფესტაციას ხელს უწყობს სიმსივნის მაგისტრალურ სისხლძარღვებსა და ფილტვის კარის ელემენტებში ჩაზრდა. პლევრაზე დისემინაციისას ვითარდება ექსუდაციური პლევრიტი.

ავთვისებიანი თიმომის TNM კლასიფიკაცია მე-6 გამოცემაში განსაზღვრული არ არის, ხოლო მე-5 გამოცემაში წარმოდგენილია შემდეგი სახით:

თიმომის კლასიფიკაცია TNM სისტემით (მე-5 გამოცემა, 1997).

T - პირველადი სიმსივნე

TX პირველადი სიმსივნის შესაფასებლად საკმარისი მონაცემები არ არის
T0 პირველადი სიმსივნის არსებობის ნიშნები არ არის
T1 სიმსივნე გავრცელებულია მხოლოდ კაფსულის შიგნით;
T2 სიმსივნე ჩაზრდილია კაფსულის ირგვლივ მდებარე ქსოვილებში
T3 სიმსივნე ჩაზრდილია მომიჯნავე სტრუქტურებში: პერიკარდიუმში, შუასაყრის პლევრაში, გულმკერდის კედელში, მაგისტრალურ სისხლძარღვებში, ფილტვებში
T4 სიმსივნის დისემინაცია პლევრასა და პერიკარდიუმში

N – რეგიონული ლიმფური კვანძები

NX რეგიონული ლიმფური კვანძების შესაფასებლად საკმარისი მონაცემები არ არის
N1 მეტასტაზი წინა შუასაყრის ლიმფურ კვანძებში
N2 მეტასტაზი სხვა ინტრათორაკალურ ლიმფურ კვანძებში
N3 მეტასტაზები კიბისებრი კუნთის მიმდებარე და ლავიწზედა ლიმფურ კვანძებში

M – შორეული მეტასტაზები

MX შორეული მეტასტაზის შესაფასებლად საკმარისი მონაცემები არ არის
M0 შორეული მეტასტაზის არსებობის ნიშნები არ არის
M1 აღინიშნება შორეული მეტასტაზები

დაჯგუფება სტადიების მიხედვით

I სტადია	T1	N0	M0
II სტადია	T2	N0	M0
III სტადია	T1-2	N1	M0
	T3	N0-1	M0
IV სტადია	T4	ნებისმიერი N	M0
	ნებისმიერი T	N2-3	M0
	ნებისმიერი T	ნებისმიერი N	M1

მკურნალობა. თიმომების, მათ შორის ავთვისებიანი თიმომების, მკურნალობა ქირურგიულია. სრულდება სიმსივნის ამოკვეთა შუასაყრიდან. ზოგჯერ საჭიროა გაფართოებული ოპერაციების ჩატარება მეზობელი ორგანოების რეზექციასთან ერთად. პალიატიური ოპერაცია გულისხმობს სიმსივნის ნაწილობრივ ამოკვეთას. ოპერაცია ტარდება შუა სტერნოტომიული განაკვეთიდან, იშვიათად – გვერდითი თორაკოტომიული მიდგომით.

ინოპერაბელური სიმსივნის შემთხვევაში დამოუკიდებელ რეჟიმში ტარდება სხივური თერაპია, რომლის დროსაც დასხივების ერთჯერადი დოზა 1,8-2 გრეის, ჯამური კეროვანი დოზა კი 60-66 გრეის შეადგენს.

კომბინირებული მკურნალობის დროს სხივური თერაპია შეიძლება ჩატარდეს ოპერაციისწინა ან ოპერაციისშემდგომი დასხივების რეჟიმში.

ოპერაბელური სიმსივნის შემთხვევაში ტარდება ოპერაციისწინა დასხივება 4-5 გრეი დღიური დოზით, 20-25 გრეი ჯამურ კეროვან დოზამდე და ოპერაცია კეთდება დასხივების დამთავრებიდან 1-3 დღის ინტერვალში.

როცა სიმსივნის ოპერაბელობა საეჭვოა, ტარდება ორეტაპიანი ოპერაციისწინა დასხივება 4 გრეი დღიური დოზით 5 დღის განმავლობაში (ჯამური კეროვანი დოზა – 20 გრეი). 21-დღიანი ინტერვალის შემდეგ გრძელდება მსხვილფრაქციული დასხივება: 4 გრეი 6 დღის განმავლობაში, 24 გრეი ჯამური კეროვანი დოზით. ოპერაცია კეთდება დასხივების დამთავრებიდან 1-3 დღის ინტერვალში.

შესაძლებელია მსხვილფრაქციული დასხივების ჩატარება (5 გრეი 4 დღის განმავლობაში, 20 გრეი ჯამური კეროვანი დოზა) ჰიპერთერმიის ფონზე.

ზოგჯერ მკურნალობის დაწყება დასაშვებია ოპერაციისწინა მსხვილფრაქციული დასხივებით, 20-25 გრეი ჯამური კეროვანი დოზით, ხოლო 1-3 დღის ინტერვალში კეთდება ოპერაცია. არარადიკალური ოპერაციის შემთხვევაში 2-3 კვირის შემდეგ სხივური თერაპია გრძელდება კლასიკური ფრაქციონირებით: 2-2 გრეი დღეში, 20-30 გრეი ჯამურ კეროვან დოზამდე.

იმ შემთხვევაში, როცა პირველადი ოპერაციული მკურნალობისას დგინდება ადგილობრივად გავრცელებული სიმსივნე და ოპერაცია მთავრდება ბიოფსიით ან სიმსივნის პალიატიური ამოკვეთით, ოპერაციიდან 2-3 კვირის შემდეგ ინიშნება სხივური თერაპია: 1,8-2 გრეი დღეში, 40-44 გრეი ჯამური კეროვანი დოზით (არარადიკალური ოპერაციის შემთხვევაში ჯამური კეროვანი დოზა შეიძლება გაიზარდოს 60 გრეიმდე).

გავრცელებული სიმსივნეების დროს ინიშნება ქიმიოთერაპია AP, CAP, CAPD, IEP, COP-CCNU სქემებით, 3-8 კურსი, კურსებს შორის 3-კვირიანი ინტერვალებით.

მკურნალობისშემდგომი დისპანსერული მეთვალყურეობა: პირველ წელს – 3 თვეში ერთჯერ, მეორე-მეოთხე წელს – 6 თვეში ერთჯერ, მეხუთე წლიდან – წელიწადში ერთჯერ.

პლევრის სიმსივნეები (C38)

პლევრის პირველადი სიმსივნური დაზიანება ძალიან იშვიათია. ძირითადად გვხვდება პლევრის მეზოთელიომა.

პლევრის მეზოთელიომის ლოკალური ფორმა დასაწყისში უსიმპტომოდ

მიმდინარეობს, შემთხვევით გამოვლინდება გულმკერდის გაშუქების დროს. ზოგჯერ დამახასიათებელია ტკივილი გულმკერდში, მშრალი ხველა, სახსრების ტკივილი და საერთო სისუსტე. დიფუზური ფორმა ვითარდება მწვავედ, ახასიათებს მაღალი ტემპერატურა, შემცივნება, თავის ტკივილი, შემაწუხებელი ხველა, ტკივილი გულმკერდის არეში, ექსუდაციური პლევრიტი, რომელიც მოგვიანებით ჰემორაგიული ხდება, ექსუდატის მომატება იწვევს ფილტვზე ზეწოლას და სუნთქვის უკმარისობას.

სითხის ევაკუაციის შემდეგ რენტგენოლოგიურად აღინიშნება სიმსივნური კვანძი ან პლევრის მთლიანი გასქელება. სითხე არ იწვევს შუასაყარის ცდომას და ევაკუაციის შემდეგ სწრაფად გროვდება. სითხის ციტოლოგიური კვლევით ნახულობენ ადენოკარცინომის მსგავს უჯრედებს.

პლევრის მეზოთელიომის კლასიფიკაცია TNM სისტემით (მე-6 გამოცემა, 2002)

პლევრისთვის რეგიონულ ლიმფურ კვანძებს წარმოადგენს გულმკერდის, ძუძუს შიგნითა, პრესკალენური და ლავიწზედა ლიმფური კვანძები.

TNM კლინიკური კლასიფიკაცია

T - პირველადი სიმსივნე

TX პირველადი სიმსივნის შესაფასებლად საკმარისი მონაცემები არ არის

T0 პირველადი სიმსივნის არსებობის ნიშნები არ არის

T1 სიმსივნე გავრცელებულია პარიეტულ პლევრაზე – დაზიანების მხარეს, ვისცერული პლევრის კეროვანი დაზიანებით ან მის გარეშე

- T1a სიმსივნე გავრცელებულია პარიეტულ (შუასაყრის, შუაძგიდის) პლევრაზე – დაზიანების მხარეს, ვისცერულ პლევრაში ჩაზრდის გარეშე
- T1b სიმსივნე ჩაზრდილია პარიეტულ (შუასაყრის, შუაძგიდის) პლევრაში, დაზიანების მხარეს; აღინიშნება ვისცერული პლევრის კეროვანი დაზიანება

T2 სიმსივნე გავრცელებულია პლევრის რომელიმე ზედაპირზე – დაზიანების მხარეს, რასაც თან ახლავს ქვემოთ ჩამოთვლილთაგან ერთი მაინც:

- ვისცერული პლევრის (ნაპრალის ჩათვლით) შერწყმული სიმსივნე
- შუაძგიდის კუნთში ჩაზრდა
- ფილტვის პარენქიმაში ჩაზრდა

T3* სიმსივნე გავრცელებულია პლევრის რომელიმე ზედაპირზე – დაზიანების მხარეს და ჩაზრდილია ქვემოთ ჩამოთვლილთაგან ერთ სტრუქტურაში მაინც:

- ენდოთორაკალურ ფასციაში
- შუასაყრის ცხიმოვან ქსოვილში
- სოლიტარული სიმსივნე, აღინიშნება გულმკერდის კედლის რბილ ქსოვილებში ჩაზრდა
- პერიკარდიუმის კედლის არაგამჭოლი დაზიანება

T4+ სიმსივნე გავრცელებულია პლევრის რომელიმე ზედაპირზე – დაზიანების მხარეს, რასაც თან ახლავს ქვემოთ ჩამოთვლილთაგან ერთი მაინც:

- გულმკერდის კედლის რბილი ქსოვილების დიფუზური ან მრავალკეროვანი დაზიანება
- ნეკნებში ჩაზრდა

- პერიტონეუმში ჩაზრდა – შუაძგიდის გავლით
- შუასაყრის რომელიმე ორგანო(ები)ს დაზიანება
- სიმსივნის უშუალო გავრცელება პლევრაზე, დაზიანების მოპირდაპირე მხარეს
- ხერხემალში ჩაზრდა
- პერიკარდიუმის შიგა ზედაპირზე გავრცელება
- სიმსივნური უჯრედები პერიკარდიუმის სითხეში
- მიოკარდიუმში ჩაზრდა
- მხრის წნულში ჩაზრდა

შენიშვნა: *T3 გულისხმობს ადგილობრივად გავრცელებულ სიმსივნეს, რომლის ამოკვეთაც პოტენციურად შესაძლებელია
*T4 გულისხმობს ადგილობრივად გავრცელებულ სიმსივნეს, რომლის ამოკვეთაც ტექნიკურად შეუძლებელია.

N – რეგიონული ლიმფური კვანძები

NX რეგიონული ლიმფური კვანძების შესაფასებლად საკმარისი მონაცემები არ არის

N0 რეგიონული ლიმფური კვანძების მეტასტაზური დაზიანების ნიშნები არ არის

N1 მეტასტაზი ბრონქ-ფილტვის ლიმფურ კვანძ(ებ)ში, დაზიანების მხარეს და/ან ფილტვის კარის ლიმფურ კვანძ(ებ)ში

N2 სასულეს კორძის ქვეშ მდებარე ლიმფური კვანძების მეტასტაზური დაზიანება და/ან მეტასტაზი ძუძუს შიგნითა ან შუასაყრის ლიმფურ კვანძ(ებ)ში, დაზიანების მხარეს

N3 მეტასტაზი შუასაყარის, ძუძუს შიგნითა ან ფილტვის კარის ლიმფურ კვანძ(ებ)ში, კონტრალატერალურად და/ან მეტასტაზი ლავიწზედა ან პრესკალენურ ლიმფურ კვანძ(ებ)ში, დაზიანების ან მის მოპირდაპირე მხარეს

M – შორეული მეტასტაზები

MX შორეული მეტასტაზის შესაფასებლად საკმარისი მონაცემები არ არის

M0 შორეული მეტასტაზის არსებობის ნიშნები არ არის

M1 აღინიშნება შორეული მეტასტაზი

pTNM პათოჰისტოლოგიური კლასიფიკაცია

pT, pN, pM კატეგორიები შეესაბამება T, N, M კატეგორიებს.

დაჯგუფება სტადიების მიხედვით

I A სტადია	T1a	N0	M0
I B სტადია	T1b	N0	M0
II სტადია	T2	N0	M0
III სტადია	T1, T2	N1	M0
	T1, T2	N2	M0
	T3	N0, N1, N2	M0
IV სტადია	T4	ნებისმიერი N	M0
	ნებისმიერი T	N3	M0
	ნებისმიერი T	ნებისმიერი N	M1

მკურნალობა. პლევრის მეზოთელიომის ლოკალური ფორმების მკურნალობა ქირურგიულია. პლევრის დიფუზური დაზიანების დროს ზოგჯერ ხერხდება ფილტვის დეკორტიკაცია. სხვა შემთხვევაში ტარდება ქიმიოთერაპია CAV, CAP, CAF სქემებით.

პროცესის სტაბილიზაციის მიზნით, სითხის ევაკუაციის შემდეგ შესაძლებელია პლევრის ღრუში 0,5%-იან 100 მლ ნოვოკაინის ხსნარში განზავებული რადიოაქტიური ოქროს (^{198}Au) შეყვანა 50 მიკროკიური დოზით.

ძვლების სიმსივნეები (C40-C41)

ძვლების *პირველად* ავთვისებიან სიმსივნეებს ონკოლოგიური ავადობისა და სიკვდილიანობის სტრუქტურაში 1%-მდე უკავია. უფრო ხშირად ავადდებიან მამაკაცები 15-40 წლის ასაკში. 15 წლის ასაკამდე დაავადებულთა ხვედრითი წილი 30%-მდეა. ხშირად ზიანდება კიდურები, განსაკუთრებით – გარდამავალ ასაკში, სწრაფი ზრდის პერიოდში. კეთილთვისებიანი სიმსივნეები 2-3-ჯერ უფრო ხშირია, ვიდრე ავთვისებიანი. წვრილი ძვლების სიმსივნეები, როგორც წესი, კეთილთვისებიანია.

ეტიოლოგიაში მიუთითებენ ტრავმების როლზე, მაგრამ უმრავლეს შემთხვევაში იგი წარმოადგენს დაავადების გამოვლენის მაპროვოცირებელ ფაქტორს. მნიშვნელობას ანიჭებენ სხივური და ქიმიური ფაქტორების ზემოქმედებას, დისემბრიონულ დაზიანებებს, ძვალ-ხრტილოვან ეგზოსტოზებს (წანაზარდებს) და მადეფორმირებელ ოსტეოზს (პეჯეტის დაავადებას). შესაძლებელია კეთილთვისებიანი სიმსივნეების ან მათი რეციდივების გაავთვისებიანება.

ძვლების *მეორეული* (მეტასტაზური) სიმსივნური დაავადება 6-20-ჯერ ხშირია, ვიდრე პირველადი სიმსივნეები. გვხვდება უფრო ასაკოვან ადამიანებში ფილტვის, თირკმლების, ძუძუს, ფარისებრი და წინამდებარე ჯირკვლების პირველადი სიმსივნური დაზიანების დროს. უპირატესად ზიანდება ხერხემლის მალები, ნეკნები და ლულოვანი ძვლები.

როგორც კლინიკური მიმდინარეობის, ისე ჰისტოლოგიური შენების მიხედვით ძვლების პირველადი სიმსივნეები მრავალფეროვანია. ონკოლოგიურ პრაქტიკაში იყენებენ ძვლების პირველადი სიმსივნეებისა და სიმსივნისმაგვარი დაზიანებების საერთაშორისო ჰისტოლოგიურ კლასიფიკაციას (1997):

I. ძვალწარმომქმნელი ქსოვილების სიმსივნეები ა) კეთილთვისებიანი, ბ) ავთვისებიანი;
II. ხრტილწარმომქმნელი ქსოვილების სიმსივნეები: ა) კეთილთვისებიანი, ბ) ავთვისებიანი;
III. გიგანტურუჯრედოვანი სიმსივნეები (ოსტეობლასტოკლასტომა): ა) კეთილთვისებიანი, ბ) ავთვისებიანი;
IV. ძვლის ტვინის სიმსივნეები: ა) იუინგის სარკომა, ბ) ძვლის რეტიკულოსარკომა, გ) ძვლის ლიმფოსარკომა, დ) მიელომა;
V. სისხლძარღვოვანი სიმსივნეები: ა) კეთილთვისებიანი, ბ) შუალედური, გ) ავთვისებიანი;
VI. სხვა შემაერთებელქსოვილოვანი სიმსივნეები: ა) კეთილთვისებიანი, ბ) ავთვისებიანი
VII. სხვა სიმსივნეები
VIII. არაკლასიფიცირებადი სიმსივნეები

IX. სიმსივნისმაგვარი დაზიანებები – კისტები, ფიბრომები, გრანულომები, დისპლაზიები, ეგზოსტოზები და ა. შ.

ძვლების კეთილთვისებიანი სიმსივნეებია: ოსტეომა, ოსტეოიდ-ოსტეომა, ქონდრომა, ოსტეოქონდრომა, ქონდრობლასტომა, ქონდრომიქსოიდური ფიბრომა, გიგანტურუჯრედოვანი სიმსივნე (ოსტეობლასტოკლასტომა). ამ უკანასკნელს ნახევრადავთვისებიან სიმსივნედ მიიჩნევენ.

კეთილთვისებიანი სიმსივნეები დუნედ, ტკივილისა და კიდურის ფუნქციის დარღვევის გარეშე ვითარდება. ოსტეობლასტოკლასტომის დროს დაზიანების ადგილზე ძვალი შებერილია კორტიკული შრის გათხელების ხარჯზე, მაგრამ ფუნქცია შენარჩუნებულია. კორტიკული შრის დაშლა მალიგნიზაციის არსებობაზე მიუთითებს.

ძვლის სიმსივნეების სიმპტომატიკა დამოკიდებულია პროცესის გავრცელებაზე, ლოკალიზაციასა და ჰისტოგენეზზე. ადრეულ სტადიაში არც სუბიექტური და არც ლაბორატორიული ცვლილებები არ აღინიშნება, ამიტომ დიაგნოსტიკა სირთულეებთანაა დაკავშირებული.

მანიფესტაციის ფაზაში ძვლების სიმსივნეები ერთმანეთისაგან კლინიკური და რენტგენოლოგიური ნიშნებით განსხვავდება, მაგრამ გააჩნიათ საერთო სიმპტომების ტრიადა: სიმსივნის არსებობა, ტკივილი და ძვლის დაზიანებული ნაწილის ფუნქციის დარღვევა. თავის ქალაში, ხერხემალში ან მსხვილ ნერვებთან ახლომდებარე სიმსივნეების დროს შეიძლება გამოხატული იყოს ნევროლოგიური სიმპტომები.

ტკივილი თავიდან ნაკლებად ინტენსიურია, შემდეგ თანდათან ძლიერდება (უპირატესად მატულობს საღამოს საათებში) და მუდმივ ტკივილში გადადის. ტკივილის გამო კიდურის ფუნქციის დაკარგვა კუნთების ატროფიას იწვევს. რაც უფრო ხანგრძლივია დაავადება, მით უფრო მეტადაა გამოხატული ატროფია. ამიტომ დიდი სიმსივნეების დროს კუნთების ატროფიის არარსებობა მის სწრაფ ზრდასა და ავთვისებიანობის მაღალ ხარისხზე მიუთითებს.

დაავადების პირველადი გამოვლინება ხშირად ტრავმასთან არის დაკავშირებული. ზოგჯერ აღინიშნება პათოლოგიური მოტეხილობა. თუ მოტეხილობა საწოლში ან უმნიშვნელო დატვირთვის დროს განვითარდა, ეჭვი უნდა მივიტანოთ ონკოლოგიურ დაავადებაზე, თუმცა პათოლოგიური მოტეხილობა შეიძლება განვითარდეს ძვლის კისტებისა და კეთილთვისებიანი ოსტეობლასტოკლასტომების დროსაც.

დიაგნოზის დასაზუსტებლად საჭიროა კომპლექსური გამოკვლევები. ანამნეზური და კლინიკური მონაცემების ანალიზის შემდეგ ტარდება ძვლების რენტგენოგრაფია, კომპიუტერული ტომოგრაფია, რადიოზოტოპური გამოკვლევა, ტრეპანბიოფსია (ან პუნქციური ბიოფსია) ექოსკოპიური, რენტგენოლოგიური ან კომპიუტერული კვლევის კონტროლით და ბიოპტატის მორფოლოგიური გამოკვლევა. სავალდებულოა ფილტვების რენტგენოგრაფიის ჩატარება. ანგიოგრაფიული გამოკვლევით ნახულობენ ავთვისებიანი სიმსივნის პათოლოგიურ ვასკულარიზაციას. მიელომურ დაავადებაზე ეჭვის დროს კეთდება მიელოგრამა, შარდში განისაზღვრება პარაპროტეინები (ბენს-ჯონსის ცილა), ხოლო სისხლში – იმუნოგლობულინები და პათოლოგიური ცილის ფრაქცია (M-გრადიენტი).

ინციზიური ბიოფსია ტარდება მხოლოდ განსაკუთრებული ჩვენებების დროს, უშუალოდ რადიკალური ოპერაციის წინ.

სხვადასხვა ასაკისათვის დამახასიათებელია ძვლების სხვადასხვა ავთვისებიანი სიმსივნეები: ოსტეოგენური და იუინგის სარკომები – ბავშვებსა და მოზარდებში, ქონდროსარკომები – მოზრდილთა ასაკში. სიმსივნის სხვა ფორმები შედარებით იშვიათად გვხვდება.

ძვლების სიმსივნეების კლასიფიკაცია TNM სისტემით (მე-6 გამოცემა, 2002)

რეგიონულია ის ლიმფური კვანძები, რომლებიც შეესაბამება პირველადი სიმსივნის ლოკალიზაციას.

T – პირველადი სიმსივნე

TX პირველადი სიმსივნის შესაფასებლად საკმარისი მონაცემები არ არის
T0 პირველადი სიმსივნის არსებობის ნიშნები არ არის
Tis პრეინავზიური კარცინომა (Carcinoma in situ)
T1 8 სმ-ზე ნაკლები ზომის სიმსივნე
T2 8 სმ-ზე მეტი ზომის სიმსივნე
T3 არამკაფიო კონტურების მქონე პირველადი სიმსივნე ძვალში

N – რეგიონული ლიმფური კვანძები

NX რეგიონული ლიმფური კვანძების შესაფასებლად საკმარისი მონაცემები არ არის
N0 რეგიონული ლიმფური კვანძების მეტასტაზური დაზიანების ნიშნები არ არის
N1 რეგიონული ლიმფური კვანძების მეტასტაზური დაზიანება

M – შორეული მეტასტაზები

MX შორეული მეტასტაზის შესაფასებლად საკმარისი მონაცემები არ არის
M0 შორეული მეტასტაზის არსებობის ნიშნები არ არის
M1 აღინიშნება შორეული მეტასტაზი
M1a ფილტვში
M1b სხვა შორეულ ორგანოებში

pTNM - პათოჰისტოლოგიური კლასიფიკაცია

pT, pN, pM კატეგორიები შეესაბამება T, N, M კატეგორიებს

G – ჰისტოლოგიური გრადაცია

ძვლებისა და რბილი ქსოვილების სიმსივნეების სტადიებად დაჯგუფებისას გამოიყენება TNM კომიტეტის მიერ რეკომენდებული კლასიფიკაციის ორსაფეხურიანი სისტემა: „დაბალი გრადაცია“ (მაღალდიფერენცირებული/საშუალო დიფერენცირებული სიმსივნეები) და „მაღალი გრადაცია“ (დაბალდიფერენცირებული/არადიფერენცირებული სიმსივნეები).

სამ- და ოთხსაფეხურიანი სისტემებიდან ორსაფეხურიან სისტემაზე გადასაყვანი ცხრილი:

TNM ორსაფეხურიანი სისტემა	სამსაფეხურიანი სისტემა	ოთხსაფეხურიანი სისტემა
"დაბალი გრადაცია" (მაღალდიფერენცირებული)	გრადაცია 1	გრადაცია 1 გრადაცია 2
"მაღალი გრადაცია" (დაბალდიფერენცირებული)	გრადაცია 2 გრადაცია 3	გრადაცია 3 გრადაცია 4

შენიშვნა: იუინგის სარკომა ითვლება "მაღალი გრადაციის" (დაბალდიფერენცირებულ) სიმსივნედ და ექვემდებარება შესაბამისი კატეგორიით კლასიფიკაციას.

დაჯგუფება სტადიების მიხედვით

IA სტადია	T1	N0, NX	M0	დაბალი გრადაცია
IB სტადია	T2	N0, NX	M0	დაბალი გრადაცია
IIA სტადია	T1	N0, NX	M0	მაღალი გრადაცია
IIB სტადია	T2	N0, NX	M0	მაღალი გრადაცია
III სტადია	T3	N0, NX	M0	ნებისმიერი გრადაცია
IVA სტადია	ნებისმიერი T	N0, NX	M1a	ნებისმიერი გრადაცია
IVB სტადია	ნებისმიერი T	N1	ნებისმიერი M	ნებისმიერი გრადაცია
	ნებისმიერი T	ნებისმიერი N	M1b	ნებისმიერი გრადაცია

მკურნალობა. ძვლების სიმსივნეების მკურნალობა ქირურგიული, სხივური, ქიმიოთერაპიული და კომბინირებულია.

მკურნალობის მეთოდის არჩევისას ითვალისწინებენ სიმსივნის ზრდის ხასიათს, ლოკალიზაციას, გავრცელებას, ჰისტოლოგიურ ფორმას, ქიმიომედიკამენტებისა და სხივური თერაპიის მიმართ მგრძნობელობას.

ქირურგიული მკურნალობის დიაპაზონი ფართოა და მოიცავს როგორც დამზოგველ ოპერაციებს, ასევე ოპერაციისშემდგომი დიდი დეფექტების ჩანაცვლებას ტრანსპლანტატებით, სახსრების პროთეზირებას და მასშტაბურ, დამასახიჩრებელ ოპერაციებს (ამპუტაცია, ეგზარტიკულაცია).

დამზოგველი ოპერაციები ძირითადად კეთდება კეთილთვისებიანი სიმსივნეების დროს, აგრეთვე I-II სტადიის ზოგიერთი ავთვისებიანი სიმსივნის (ქონდროსარკომა, პარაოსალური სარკომა, ფიბროსარკომა) შემთხვევაში, ხოლო ოსტეოგენური და იუინგის სარკომების დროს კომპლექსური მკურნალობის ერთ კომპონენტს წარმოადგენს.

ამპუტაცია და ეგზარტიკულაცია ტარდება ადგილობრივად გავრცელებული სიმსივნეების დროს, როცა სხვა მკურნალობის ჩატარება შეუძლებელია.

თუ სიმსივნის აბლასტიკური ამოკვეთა შესაძლებელია, დასაშვებია განხორციელდეს ენდოპროთეზირება ან ძვლის პლასტიკა ქიმიო-სხივურ მკურნალობასთან ერთად.

ფილტვში, ძვალსა და რბილ ქსოვილებში განვითარებული ერთეული შორეული მეტასტაზი შეიძლება ამოკვეთოს.

დაბალი ეფექტურობის გამო სხივურ თერაპიას, როგორც მკურნალობის დამოუკიდებელ მეთოდს, იშვიათად მიმართავენ (გამონაკლისია იუინგის სარკომა, რეტიკულოსარკომა და მიელომა) და უმეტეს შემთხვევაში იყენებენ ქირურგიულ და მედიკამენტურ მკურნალობასთან ერთად. დამოუკიდებელ რეჟიმში მკურნალობისას დასხივების ჯამური კეროვანი დოზა 60 გრეის, ხოლო ოპერაციისშემდგომი თერაპიისას 45-50 გრეის შეადგენს.

ძვლების სიმსივნეების მკურნალობაში მნიშვნელოვანი ადგილი უკავია ქიმიოთერაპიას. ტარდება ინტრაარტერიული სუპერსელექციური (ადიუვანტური და ნეოადიუვანტური) ქიმიოთერაპია. ქიმიოთერაპია მკურნალობის დამოუკიდებელ მეთოდად

გამოიყენება მრავლობითი მეტასტაზების დროს. ტარდება ქიმიოთერაპიის 6 კურსი. კურსებს შორის ინტერვალი 4 კვირაა.

ოსტეოგენური სარკომა ძირითადად 10-25 წლის ასაკში (უპირატესად ვაჟებში) გვხვდება. უმეტესად წარმოიშობა მაღალი გენერაციის ზონებში – ბარძაყისა და დიდი წვივის ძვლის მეტაფიზებსა და მეტადიაფიზებში, ყველაზე ხშირად – მუხლის სახსარში. დამახასიათებელია პროგრესირებადი ტკივილი, მოძრაობის შეზღუდვა სახსარში. სიმსივნის საპროექციო არეში კანი გადაჭიმული და პრიალაა. ვენები ინიცირებულია. ზოგადი ინტოქსიკაციის ნიშნებიდან გამოხატულია ტემპერატურის მომატება (37,5-38^0-მდე), ანემია, მაღალი ედს-ი. დაავადების ადრეულ ეტაპზე ხშირად ვითარდება მეტასტაზები (უპირატესად – ფილტვებში), რომელიც კლინიკურად გვიან ვლინდება.

რენტგენოლოგიურად ადრეულ ეტაპზე აღინიშნება ძვლის სტრუქტურის შეცვლა. ლიზისური ფორმის დროს ვლინდება სხვადასხვა ტიპის დესტრუქციული ცვლილებები: დეფორმაცია, ქერქოვანი შრის გათხელება, მისი მთლიანობის დარღვევა, დეზის (“წინაფრის”) გაჩენა. ოსტეობლასტური ფორმის დროს შეიძლება იყოს ლაქოვანი სურათი – *განათებული* და სკლეროზული ზონების მონაცვლეობა.

სისხლში მომატებულია ტუტე ფოსფატაზას და ლაქტატდეჰიდროგენაზას დონე.

დაავადების I-II სტადიის დროს ატარებენ სისტემურ ქიმიოთერაპიას. მიღებული ეფექტის შესაბამისად, თუ შესაძლებელია, კეთდება დამზოგველი ოპერაცია – ძვლის რეზექცია სახსრის ენდოპროთეზირებით, ან კიდურის ამპუტაცია. შემდეგ ინიშნება სისტემური ადიუვანტური პოლიქიმიოთერაპიის 5-დღიანი ციკლები (სულ 6 – კურსი, ერთთვიანი ინტერვალებით).

ადგილობრივად გავრცელებული პროცესის დროს, ან ავადმყოფის მიერ ოპერაციაზე უარის თქმის შემთხვევაში, ინტრაარტერიული ქიმიოთერაპიის შემდეგ ტარდება სხივური თერაპია 55-60 გრეი ჯამური კეროვანი დოზით, ხოლო მოგვიანებით – სისტემური პოლიქიმიოთერაპია.

იუინგის სარკომა ძირითადად გვხვდება 10-25 წლის ასაკში, უპირატესად – ვაჟებში. ყველაზე ხშირად ლოკალიზდება მენჯის ძვლებში, ხერხემლის მალებში, ბარძაყისა და მხრის ძვლების დიაფიზურ ნაწილებში. ადრეულ ეტაპზე ახასიათებს მეტასტაზები ფილტვებში, ღვიძლში, ძვალსა და ძვლის ტვინში, ამიტომ დიაგნოზის დადგენის მომენტისათვის გამოხატულია ადგილობრივი და ზოგადი ინტოქსიკაციის ნიშნები: ცხელება 39-40^0-მდე, კანის სიმხურვალე სიმსივნის საპროექციო არეში, სუნთქვის უკმარისობა, ლეიკოციტოზი, ძვლის ტვინის დაზიანებისას – პანციტოპენია.

დაავადების საწყის სტადიაში იუინგის სარკომის ოსტეომიელიტისაგან გარჩევა ძნელია. დიაგნოზი ემყარება რენტგენოლოგიურ და ბიოპტატის ჰისტოლოგურ გამოკვლევებს.

მკურნალობა ქიმიოთერაპიულია. დადებითი ეფექტის შემთხვევაში მკურნალობას ემატება სხივური თერაპია, შეძლებისამებრ – ძვლის რეზექცია, შემდეგ –კვლავ ქიმიოთერაპია.

ქონდროსარკომა გვხვდება 40 წელს გადაცილებულ პაციენტებში; მამაკაცებში 2-ჯერ უფრო ხშირია, ვიდრე ქალებში. ძირითადად აზიანებს ბრტყელ ძვლებს, თუმცა

ლულოვანი ძვლების პროქსიმალურ ნაწილებშიც გვხვდება. დაავადება არის პირველადი და მეორეული. პირველადი, თავის მხრივ, შეიძლება იყოს ცენტრალური და პერიფერიული. პირველადი ქონდროსარკომები ვითარდება ქონდრომისგან, ეგზოსტოზისგან, დისქონდროპლაზიებისგან, მადეფორმირებელი ოსტეოზისგან. ტკივილის წარმოშობა და სწრაფი ზრდის დაწყება პროცესის გაავთვისებიანებაზე მიუთითებს. მაღალდიფერენცირებული სიმსივნეების ზრდის ტემპი ნელია და 4-5 წელი მეტასტაზების გარეშე მიმდინარეობს, ხოლო დაბალდიფერენცირებული ფორმებისათვის დამახასიათებელია სწრაფი ზრდა და ვენური სისტემის მეშვეობით დისემინაცია. დიაგნოზის დაზუსტება ხდება რენტგენოლოგიურად.

მკურნალობა ქირურგიულია. ტარდება გაფართოებული ოპერაციები. თუ სიმსივნე არარეზექტაბელურია, მიმართავენ სხივურ თერაპიას, რომელიც დიდი ეფექტურობით არ გამოირჩევა. დაბალდიფერენცირებული სიმსივნეების დროს შეიძლება ნაცადი იყოს ქიმიოთერაპია.

ფიბროსარკომით ქალები და მამაკაცები ყველა ასაკში თანაბრად ავადდებიან. ფიბროსარკომა ძვლის ფიბროზული სტრუქტურებიდან ვითარდება. უპირატესად ზიანდება ლულოვანი ძვლების მეტაფიზები. დამახასიათებელია ტკივილი და შესივება სიმსივნის მიდამოში, ნელი ზრდა. შეიძლება განვითარდეს პათოლოგიური მოტეხილობა. მეტასტაზები ვრცელდება ჰემატოგენურად, ძირითადად — ფილტვებში.

დიაგნოზი ისმება რენტგენოლოგიურად და ბიოპტატის ჰისტოლოგიური გამოკვლევით.

მკურნალობა ქირურგიულია.

დაბალდიფერენცირებული სიმსივნის დროს შეიძლება ნაცადი იყოს ქიმიოთერაპია.

გიგანტურუჯრედოვანი სარკომა ვითარდება ეპიმეტაფიზურ ზონებში. ყველაზე ხშირია მუხლის სახსარში. შედარებით კეთილთვისებიანი მიმდინარეობა აქვს, მაგრამ ზოგჯერ მეტასტაზებს იძლევა.

მკურნალობა ქირურგიულია, სახსრის შენარჩუნებით.

მუხლის სახსრის ირგვლივ ვითარდება აგრეთვე ძვლის მაღალდიფერენცირებული თითისტარაუჯრედოვანი სარკომა, რომლის ერთ-ერთი სახეა ფიბროზული ჰისტიოციტომა. სიმსივნე ქიმიოთერაპიისადმი მგრძნობიარეა. მკურნალობა კომბინირებულია — ქირურგიულ-ქიმიოთერაპიული.

პარაოსალური ოსტეოსარკომა იშვიათი სიმსივნეა. გვხვდება 20-50 წლის ასაკში, ქალებსა და მამაკაცებში — თანაბრად. აქვს განვითარების კეთილთვისებიანი და ავთვისებიანი ფაზები. კეთილთვისებიანი სიმსივნე მორგვივითაა შემოხვეული ძვალზე. გაავთვისებიანების შემდეგ აღინიშნება მისი სწრაფი ზრდა. დიაგნოზის დასაზუსტებლად აუცილებელია ბიოფსია. კეთილთვისებიანი სიმსივნის დროს კეთდება დამზოგველი ოპერაცია, გაავთვისებიანების სტადიაში — კიდურის ამპუტაცია.

სხივური და ქიმიოთერაპია უეფექტოა.

ძვლის რეტიკულოსარკომაც იშვიათი სიმსივნეა. აზიანებს ძვლის სისტემის ნებისმიერ ნაწილს. დამახასიათებელია ტკივილი და შესივება სიმსივნის არეში. ხშირია პათოლოგიური მოტეხილობა. დიაგნოზის დასაზუსტებლად აუცილებელია ბიოფსია. ქიმიომედიკამენტებისა და სხივური თერაპიისადმი მგრძნობიარეა. მკურნალობა ქიმიო-სხივურია.

ქორდომა ვითარდება ქორდის ნარჩენებისგან გავა-კუდუსუნის მიდამოში. კლინიკურად ვლინდება ნევროლოგიური დარღვევები ქვედა კიდურებში, ტკივილი, ყაბზობა, შარდის შეხუთვა, საერთო სისუსტე, ტემპერატურის მომატება.

დიაგნოზი ემყარება რენტგენოლოგიურ და კომპიუტერულ-ტომოგრაფიულ გამოკვლევებს. აუცილებელია ბიოფსია.

მკურნალობა ქირურგიულია. შედეგებს აუმჯობესებს ოპერაციისწინა და ოპერაციისშემდგომი სხივური თერაპია.

არაოპერაბელურ შემთხვევებში ტარდება ტელე-გამა-თერაპია 60-80 გრეი ჯამური კეროვანი დოზით.

მკურნალობისშემდგომი დისპანსერული მეთვალყურეობა: პირველ წელს – 3 თვეში ერთჯერ, მეორე-მეოთხე წელს – 6 თვეში ერთჯერ, მეხუთე წლიდან – წელიწადში ერთჯერ.

კანის მელანომა (C43)

მელანომა არის ნეიროექტოდერმული წარმოშობის ავთვისებიანი სიმსივნე, რომელიც შეიძლება განვითარდეს მელანოციტებისა და ნევუსური უჯრედებისგან კანზე უკვე არსებული ნევუსის და ლაქების ადგილზე ან კანის ინტაქტურ ნაწილზე (Nevus – ლაქა, ნაკლი, დეფექტი, იარა – წარმოადგენს მელანოციტების გროვას, რომლებსაც დაკარგული აქვთ წანაზარდები, რის გამოც კერატინოციტებისათვის მელანინის გადასცემა არ ხდება. გამოირჩევიან დაბალი მეტაბოლიზმით. თანამედროვე გაგებით, ნევუსი არის კანის ჰამარტომა ან კეთილთვისებიანი უჯრედების გროვა, რომელიც კლინიკურად პიგმენტური ხალების სახით გამოვლინდება).

მელანომა იშვიათად შეიძლება განვითარდეს თვალში, ფრჩხილებში, საშოში, სწორ ნაწლავსა და პერიტონეუმის ფურცლებზე.

ეტიოლოგიაში მნიშვნელობას ანიჭებენ მზის ულტრაიისფერი გამოსხივების ზემოქმედებას (უპირატესად – ღია ფერის კანის მქონე მოსახლეობაში), პიგმენტურ პერინეოპლაზიას, ტრავმას, სქესობრივი მომწიფების პერიოდში გონადებში, ჰიპოფიზსა და თირკმელზედა ჯირკვლის ქერქში განვითარებულ ჰორმონულ ძვრებს.

მელანომა წარმოადგენს ბრტყელ, ნახევრადსფერულ ან სოკოსებრ ასიმეტრიული ფორმის ხორკლიან სიმსივნეს არათანაბარი პიგმენტაციით, ხშირად – უსწორმასწორო და დაკბილული კიდეებით. ზოგჯერ სისხლმდენია. პიგმენტაციის ინტენსივობის მიხედვით შეიძლება იყოს ტიპური ყავისფერი, მოცისფრო, მონაცრისფრო, ვარდისფერი ან თეთრი (უპიგმენტო მელანომა!). მეტწილად 6 მილიმეტრზე მეტი დიამეტრისაა, მაგრამ არსებობს უფრო მცირე ფორმებიც. ძირითადი სიმსივნური კერის ირგვლივ ხშირად ვითარდება წერტილოვანი მეორეული (მეტასტაზური) კვანძები (სატელიტები). მეტასტაზები ვითარდება ჰემატოგენურად, ლიმფოგენურად და განფენილად (კანზე). შორეული მეტასტაზები შეიძლება განვითარდეს ფილტვებში, ღვიძლში, თირკმელზედა ჯირკვალში, ძვლებში, თავის ტვინში, გულში და ა. შ. შემთხვევათა 20%-ში პირველადი კერის გამოვლენა ვერ ხერხდება და დაავადების კლინიკური სიმპტომატიკა განპირობებულია მეტასტაზებით.

მელანომების ზრდის ფორმა დამოკიდებულია წინამორბედ პერინეოპლაზიასა და დაავადების სტადიაზე. სიმსივნის გავრცელება ხდება ჰორიზონტალურად (ზედაპირუ-

ლად) ან ვერტიკალურად (სიღრმეში). ჰორიზონტალური გავრცელების დროს პროგნოზი შედარებით კეთილსაიმედოა, ვერტიკალური ზრდის დროს დაავადებას უფრო აგრესიული მიმდინარეობა აქვს. ჰორიზონტალურად მზარდი სიმსივნის ვერტიკალურ გავრცელებაში გადასვლა მის უფრო მეტად გაავთვისებიანებაზე მიუთითებს!

ძირითადად განასხვავებენ მელანომების ***ზედაპირულ*** და ***კვანძოვან*** ფორმებს. ზედაპირული ზრდით ხასიათდება ლენტიგოზური და აკროლენტიგოზური (მათ შორის უპიგმენტო და ფრჩხილქვეშა) მელანომები. კვანძოვანი მელანომების ზრდა უპირატესად ვერტიკალურია, ისინი უფრო აგრესიულნი არიან და ლიმფური კვანძების მრავლობით დაზიანებას იწვევენ. კვანძოვანი მელანომების სახესხვაობებია ვერუკოზული (მეჭეჭისებრი) და ფუნგოზური (სოკოსებრი) ფორმები, რომლებსაც ეგზოფიტური ზრდა ახასიათებთ, გარეგნულად მრავლობით მეჭეჭებს წააგავს, შეიძლება იყოს უპიგმენტოც. კვანძოვანი მელანომის ეგზოფიტურ ვარიანტს უფრო კეთილსაიმედო პროგნოზი აქვს.

განასხვავებენ მელანომების 4 ჰისტოტიპს, ესენია: ეპითელიოიდური (მელანოკარცინომა), თითისტარაუჯრედოვანი (მელანოსარკომა), ნევუსურუჯრედოვანი და შერეული ტიპის მელანომა.

მელანომის კლასიკური ფორმების დიაგნოსტიკა არ არის ძნელი. გაცილებით რთულია მისი აქრომატული ფორმებისა და გაავთვისებიანებული ნევუსის დიფერენციალური დიაგნოსტიკა.

მელანომის დიაგნოსტიკაში გადამწყვეტი მნიშვნელობა აქვს ჰისტოლოგიურ გამოკვლევას. იმავდროულად, ***დაცული უნდა იყოს საყოველთაოდ აღიარებული ატრავმულობის პრინციპი (noli me tangere – "ნუ შემეხები"), რომლის მიხედვითაც, მელანომების ბიოფსია და ინციზია დაუშვებელია ჰემატოგენური მეტასტაზების შესაძლო სწრაფი განვითარების გამო.*** შეიძლება მხოლოდ ანაბეჭდების აღება დაწყლულებული მელანომის ზედაპირიდან.

მელანომაზე ეჭვის დროს საჭიროა პიგმენტური წარმონაქმნის ფართო და ღრმა (!) ამოკვეთა და სასწრაფო ინტრაოპერაციული ჰისტოლოგიური გამოკვლევა, რომელიც გვაძლევს ინფორმაციას ოპერაციის რადიკალიზმის შესახებ. თუ ოპერაციის მასშტაბი არასაკმარისი აღმოჩნდა, უნდა გაკეთდეს კანის უფრო ფართო და კანქვეშა ქსოვილების უფრო ღრმა ამოკვეთა და დეფექტი დაიხუროს კანის თავისუფალი პლასტიკით.

სიმსივნის მოთესვის თავიდან ასაცილებლად უმჯობესია მოვერიდოთ ადგილობრივ ინფილტრაციულ ანესთეზიას და ოპერაცია ჩავატაროთ ზოგადი გაუტკივარების ქვეშ.

ავთვისებიანი მელანომის სადიაგნოსტიკოდ შეიძლება გამოყენებული იყოს რადიოფოსფორული ტესტი (P^{32}-ით).

დაავადების სტადიის განსაზღვრა და კლინიკური პროგნოზის გაკეთება ხდება სიმსივნის ამოკვეთის შემდეგ, მისი მაკროსკოპული და ჰისტოლოგიური შესწავლის საფუძველზე.

კლინიკური პროგნოზის გასაკეთებლად ამოკვეთილ პრეპარატში განსაზღვრავენ მელანომის სისქეს მილიმეტრებში (***ბრესლოუს*** მიხედვით):

- 0.75 მმ-მდე სისქის სიმსივნის დროს რეგიონული მეტასტაზების განვითარების რისკი და ლეტალობა 1%-მდეა;
- 0,75–1,5 მმ სისქის სიმსივნის დროს რეგიონული მეტასტაზების განვითარების რისკი 10-25%-ია, ლეტალობა – 5-20%;

- 1,5–4 მმ სისქის სიმსივნის დროს რეგიონული მეტასტაზების განვითარების რისკი 20-40%-ია, ლეტალობა – 25-50%;
- 4 მმ-ზე მეტი სისქის სიმსივნის დროს რეგიონული მეტასტაზების განვითარების რისკი 50-65%-ია, ლეტალობა – 55-70%.

პათოჰისტოლოგიური პროგნოზი ემყარება კანის შრეებში მელანომის ინვაზიის ხარისხის განსაზღვრას (*კლარკის* მიხედვით):

I დონე – სიმსივნის ინვაზია ეპიდერმისის ძირითად შრემდე;
II დონე – დვრილოვანი შრის დაზიანება ბაზალურ მემბრანამდე;
III დონე – დერმის (დვრილების) დაზიანება;
IV დონე – დერმის ინვაზია საოფლე ჯირკვლებამდე (დერმის ბადურა შრემდე);
V დონე – კანქვეშა ცხიმოვანი შრის დაზიანება.

კანის მელანომების TNM კლასიფიკაცია (მე-6 გამოცემა, 2002)

რეგიონულია ის ლიმფური კვანძები, რომლებიც შეესაბამება პირველადი სიმსივნის ლოკალიზაციას.

T – პირველადი სიმსივნე

სიმსივნის გავრცელების ხარისხის დადგენა ხდება მისი ამოკვეთის შემდეგ, პათოჰისტოლოგიური კლასიფიკაციის შესაბამისად.

N - რეგიონული ლიმფური კვანძები

NX რეგიონული ლიმფური კვანძების შესაფასებლად საკმარისი მონაცემები არ არის

N0 რეგიონული ლიმფური კვანძების მეტასტაზური დაზიანების ნიშნები არ არის

N1 მეტასტაზი ერთ რეგიონულ ლიმფურ კვანძში

N1a მხოლოდ მიკროსკოპულად დადგენილი მეტასტაზი (კლინიკურად არ არის გამოხატული)

N1b მაკროსკოპულად გამოხატული (კლინიკურად ხილული) მეტასტაზი

N2 მეტასტაზი ორ ან სამ რეგიონულ ლიმფურ კვანძში ან ლიმფურ სადინარებში

N2a მხოლოდ მიკროსკოპულად დადგენილი მეტასტაზი ლიმფურ კვანძში

N2b მაკროსკოპულად გამოხატული მეტასტაზი ლიმფურ კვანძში

N2c აღინიშნება სატელიტი ან ტრანზიტული მეტასტაზი, რეგიონული ლიმფური კვანძები – დაზიანების *გარეშე*

N3 მეტასტაზი არანაკლებ 4 რეგიონულ ლიმფურ კვანძში; ან კონგლომერატი რეგიონულ ლიმფურ კვანძებში; ან სატელიტები ან ტრანზიტული მეტასტაზები, რეგიონული ლიმფური კვანძების მეტასტაზურ დაზიანებასთან ერთად

შენიშვნა: სატელიტად ითვლება სიმსივნური წარმონაქმნი ან კვანძი (მაკროსკოპულად ან მიკროსკოპულად დადგენილი), რომელიც მდებარეობს პირველადი სიმსივნიდან არაუმეტეს 2 სმ მანძილზე
ტრანზიტული მეტასტაზი ჩაზრდილია კანში ან კანქვეშა ქსოვილში პირველადი სიმსივნიდან არანაკლებ 2 სმ მანძილზე, მაგრამ არ სცდება რეგიონული ლიმფური კვანძების ზონის ფარგლებს

M - შორეული მეტასტაზები

MX შორეული მეტასტაზის შესაფასებლად საკმარისი მონაცემები არ არის

M0 შორეული მეტასტაზის არსებობის ნიშნები არ არის

M1 აღინიშნება შორეული მეტასტაზი:

M1a კანში ან კანქვეშა ქსოვილში ან რეგიონული ზონის ფარგლებს გარეთ მდებარე ლიმფურ კვანძ(ებ)ში;

M1b ფილტვში

M1c სხვა უბნებში ან რომელიმე ორგანოში, თუ მომატებულია ლაქტატ-დეჰიდროგენაზას (LDH) დონე სისხლის შრატში

pTNM - პათოჰისტოლოგიური კლასიფიკაცია

pT – პირველადი სიმსივნე

pTX პირველადი სიმსივნის შესაფასებლად საკმარისი მონაცემები არ არის*

pT0 პირველადი სიმსივნის არსებობის ნიშნები არ არის

pTis პრეინვაზიური მელანომა (Melanoma in situ) – ინვაზიის I დონე კლარკის მიხედვით (ატიპიური მელანოციტური ჰიპერპლაზია, ღრმა მელანოციტური დისპლაზია, არაინვაზიური ავთვისებიანი სიმსივნე)

შენიშვნა: *pTX კატეგორიის დადგენა ხდება ანაფხეკი ბიოპტატის ჰისტოლოგიური გამოკვლევით; ამავე კატეგორიით კლასიფიკაციას ექვემდებარება რეგრესიული მელანომაც.

pT1 1 მმ-მდე სისქის სიმსივნე

pT1a II ან III დონე კლარკის მიხედვით, დაწყლულების გარეშე

pT1b IV ან V დონე კლარკის მიხედვით, დაწყლულებით

pT2 1 მმ-დან 2 მმ-მდე სისქის სიმსივნე

pT1a დაწყლულების გარეშე

pT1b დაწყლულებით

pT3 2 მმ-დან 4 მმ-მდე სისქის სიმსივნე

pT1a დაწყლულების გარეშე

pT1b დაწყლულებით

pT4 4 მმ-ზე მეტი სისქის სიმსივნე

pT1a დაწყლულების გარეშე

pT1b დაწყლულებით

pN – რეგიონული ლიმფური კვანძები

pN კატეგორიები შეესაბამება N კატეგორიებს

pN0 ჰისტოლოგიური გამოკვლევისთვის რეგიონული ლიმფადენექტომიით მიღებული მასალა, როგორც წესი, უნდა შეიცავდეს არანაკლებ 6 ლიმფურ კვანძს. იმ შემთხვევაში, თუ ლიმფურ კვანძებში სიმსივნური უჯრედები არ აღმოჩნდა, მაგრამ გამოკვლეული ლიმფური კვანძების რაოდენობა 6-ზე ნაკლებია, კლასიფიკაცია ხდება pN0 კატეგორიით. კლასიფიკაციში, რომელიც ემყარება მხოლოდ „დარაჯი" (სასიგნალო) ლიმფური კვანძების ბიოფსიას, რეგიონული ლიმფოდისექციის გარეშე, „დარაჯი" ლიმფური კვანძი აღინიშნება (sn) სიმბოლოთი, მაგ., pN1(sn):

pNX (sn) „დარაჯი" ლიმფური კვანძების შესაფასებლად საკმარისი მონაცემები არ არის

pN0 (sn) „დარაჯი" ლიმფური კვანძების მეტასტაზური დაზიანების ნიშნები არ არის

pN1 (sn) აღინიშნება „დარაჯი" ლიმფური კვანძების მეტასტაზური დაზიანება

pM - შორეული მეტასტაზები
pM კატეგორიები შეესაბამება M კატეგორიებს

დაჯგუფება სტადიების მიხედვით

0 სტადია	pTis	N0	M0
I სტადია	pT1	N0	M0
IA სტადია	pT1a	N0	M0
IB სტადია	pT1b	N0	M0
	pT2a	N0	M0
IIA სტადია	pT2b	N0	M0
	pT3a	N0	M0
IIB სტადია	pT3b	N0	M0
	pT4a	N0	M0
IIC სტადია	pT4b	N0	M0
III სტადია	ნებისმიერი pT	N1, N2, N3	M0
IIIA სტადია	pT1a-4a	N1a, 2a	M0
IIIB სტადია	pT1a-4a	N1b, 2b, 2c	M0
	pT1b-4b	N1a, 2a, 2c	M0
IIIC სტადია	pT1b-4b	N1b, 2b	M0
	ნებისმიერი pT	N3	M0
IV სტადია	ნებისმიერი pT	ნებისმიერი N	M1

მკურნალობა. კანის მელანომების მკურნალობა ძირითადად ქირურგიულია. ამ დროს ქირურგმა პასუხი უნდა გასცეს ორ კითხვას: 1) რა ფარგლებში ეძებოს ძირითადი სიმსივნური დაზიანება და 2) ჩატარდეს თუ არა რეგიონული ლიმფური კვანძების პროფილაქტიკური დისექცია.

თანამედროვე კონცეფციით, თუ მელანომის სისქე 1 მმ-მდეა, მისი ამოკვეთა დასაშვებია ხილული კიდიდან 1 სანტიმეტრის მოშორებით, თუ სისქე 2 მმ-მდეა, მაშინ — 2-3 სმ-ის მოშორებით; და რაც უფრო ღრმადაა მელანომა გავრცელებული (ე. ი. სქელია სიმსივნე), მით უფრო ფართოდ უნდა ამოიკვეთოს იგი. გამონაკლისია სახის კანი, სადაც დასაშვებია სიმსივნის კიდიდან 1,5 სმ-ით მოცილება. მოთესვის თავიდან ასაცილებლად უმჯობესია ელექტროექსციზია ან ლაზერული სკალპელის გამოყენება. მელანომის დროს განსაკუთრებული მნიშვნელობა აქვს სიმსივნის ღრმა ამოკვეთას კუნთოვან ფასციასთან ერთად, ერთ ბლოკში.

სხეულის წარზიდულ ნაწილებზე (თითზე, ხელის მტევანზე, ტერფზე) მელანომის არსებობის დროს მიღებულია თითის, მტევნის, ტერფის ამპუტაცია.

ზემოაღნიშნულიდან გამომდინარე, pTis-pT1N0M0 სიმსივნის დროს კეთდება სიმსივნის ღრმა ამოკვეთა, pT2-4N0M0 სიმსივნის დროს — სიმსივნის ფართო (სიმსივნის კიდიდან არანაკლებ 3 სმ-ის მოშორებით) და ღრმა ამოკვეთა კუნთოვან ფასციასთან ერთად, ერთ ბლოკში.

მნიშვნელოვანია ლიმფადენექტომიის ტაქტიკაც. დადგენილია, რომ 1 მმ-მდე სისქის მელანომის დროს პროფილაქტიკური ლიმფოდისექცია პროგნოზს არ აუმ-

ჯობესებს. 1-3,5 მმ სისქის მელანომის დროს მეტასტაზების განვითარების რისკი უფრო მაღალია და ზოგიერთი ქირურგი ურჩევს პროფილაქტიკურ ლიმფოდისექციას, ხოლო 3,5 მმ-ზე მეტი სისქის სიმსივნის შემთხვევაში სავალდებულოდ მიიჩნევს ჩატარდეს ლიმფოდისექცია ძირითადი სიმსივნის ამოკვეთასთან ერთად, ერთ მომენტად. ამჟამად მიღებულია, რომ პროფილაქტიკური ლიმფადენექტომია შეიძლება განხორციელდეს pT4N0M0 გავრცელების სიმსივნის დროს, როცა სიმსივნის განივი ზომა 3,5 სმ-ია, გააჩნია სატელიტები, აღინიშნება ინვაზიის IV-V დონე (კლარკის მიხედვით) ან სიმსივნის სისქე 4 მმ-ზე მეტია (ბრესლოუს მიხედვით).

T1-4N1-2M0 სიმსივნის დროს კეთდება სამკურნალო ლიმფადენექტომია, რომელიც უნდა ჩატარდეს ძირითადი სიმსივნის ამოკვეთასთან ერთად, ერთ მომენტად. იმ შემთხვევაში, როცა ძირითადი სიმსივნე რეგიონული მეტასტაზირების ზონაში მდებარეობს, რეგიონული ლიმფური კვანძები ამოიკვეთება ძირითად სიმსივნესთან ერთად, ერთ ბლოკში.

მელანომის დროს სხივურ თერაპიას იშვიათად, ძირითადად ადგილობრივად გავრცელებული სისხლმდენი სიმსივნის დროს, მიმართავენ. დასხივება ტარდება მსხვილი ფრაქციებით ხაზოვან ამაჩქარებელზე: 5-6 გრეი ერთჯერადი დოზით, 5-6 ფრაქცია, რაც თავისი ბიოლოგიური აქტივობით 50 გრეი ჯამური კეროვანი დოზის ექვივალენტურია.

მელანომის N1-2 მეტასტაზების დადგენის შემთხვევაში ინიშნება ქიმიოთერაპია. პრეპარატების არჩევანი მწირია. გამოიყენება დაკარბაზინის, ცისპლატინის, ვინკრისტინის/ვინბლასტინის, ბლეოცინის, დაქტინომიცინის, თიმოდალის შემცველი სქემები.

მნიშვნელოვანია იმუნოთერაპია ინტერფერონით. გამოიყენება α–2b ინტერფერონი: მკურნალობა იწყება 5 მლნ სე დოზით, რათა შემოწმდეს პრეპარატის გადამტანობა. შემდეგ დოზას თანდათან ზრდიან.

ერთეული შორეული მეტასტაზების დროს (pT1-4N0-3M1 გავრცელების სიმსივნე) ხდება როგორც ძირითადი სიმსივნის, ისე შორეული მეტასტაზის ამოკვეთა. 2 კვირის შემდეგ იწყება ქიმიოთერაპიული მკურნალობა. ტარდება 4-6 კურსი, 3-კვირიანი ინტერვალებით. ინიშნება 5 მლნ სე ინტერფერონი კუნთებში, კვირაში 3-ჯერ, რეციდივის განვითარებამდე.

მელანომის ადგილობრივი რეციდივის დროს ხდება სიმსივნის ფართო და ღრმა ამოკვეთა. ოპერაციის წინ შეიძლება ჩატარდეს ნეოადიუვანტური ქიმიოთერაპიის 3 კურსი. ოპერაციის შემდეგ 5 თვის განმავლობაში ტარდება ინტერფერონთერაპია.

ძირითადი სიმსივნის ამოკვეთის შემდეგ რეგიონულ ლიმფურ კვანძებში მეტასტაზის განვითარების შემთხვევაში კეთდება ლიმფოდისექცია, შემდეგ ჩატარდება ქიმიოთერაპიის 4-6 კურსი და იმუნოთერაპია ინტერფერონით – 6 თვის განმავლობაში.

მკურნალობის შემდგომი დისპანსერული მეთვალყურეობა: პირველი 2 წლის განმავლობაში – 3 თვეში ერთჯერ, მესამე-მეოთხე წელს – 6 თვეში ერთჯერ, მეხუთე წლიდან – წელიწადში ერთჯერ.

კანის კიბო (C44)

კანის კიბოს საქართველოში ონკოლოგიური ავადობის სტრუქტურაში მესამე ადგილი უკავია. მის გამომწვევ მიზეზს უმრავლეს შემთხვევაში წარმოადგენს მზის რადიაცია აქტიურ ულტრაიისფერ დიაპაზონში, ამიტომ ხშირად იგი მზისგან დაუცველ სხეულის ნაწილებზე ვითარდება. უმეტესწილად ავადდებიან ღია ფერის კანის, ქერა ან ღია ფერის თმის მქონე და ჭროღა ან ცისფერთვალება ადამიანები, კიდევ უფრო ხშირად კი ალბინოსები – პიგმენტ მელანინის ნაკლებობის გამო. მაღალია ავადობა ჩრდილოეთიდან სამხრეთის სარტყლებში მიგრანტ მოსახლეობაში. სხვა დანარჩენ შემთხვევებში კანის კიბოს გამომწვევია ქიმიური კანცეროგენები, რენტგენის სხივები, დაბალი და მაღალი ტემპერატურის ხანგრძლივი ზემოქმედება და სხვ. კანის კიბო ხშირად კიბოსწინა დაავადებების (დისკერატოზები, ქრონიკული დერმატიტები, ნაწიბურები, წყლულები და ა. შ.) ფონზე ვითარდება.

არსებობს კანის კიბოს სამი კლინიკური ფორმა:

- ***ზედაპირული*** – კანის ზედაპირიდან ოდნავ წამოწეული ბალთის სახით, მორუხო-მოყვითალოა, დროთა განმავლობაში ცენტრში წყლულდება, პერიოდულად გადაეკვრება ფუფხი. წყლულის ირგვლივ ვითარდება თანმხლები ანთება კიდეების ჰიპერემიით.
- ***ჰაჰილური ანუ კვანძოვანი*** – სადა კიდეებით, მკვეთრადაა გამოყოფილი ჯანმრთელი კანიდან. ცენტრში დაწყლულება ხშირად ზედაპირულია, ადვილად სისხლმდენია. დაფარულია მიმხმარსისხლიანი ფუფხით.
- ***ღრმა ინფილტრაციული*** ფორმის დროს სიმსივნეს ახასიათებს ქვეშმდებარე ქსოვილებში ვერტიკალურად გავრცელება. წყლული ღრმა და ფიქსირებულია. მისი ცენტრალური ნაწილი დანეკროზებულია; აქვს მორგვისებრი, მკვრივი, უძრავი კიდეები, აღინიშნება უზურაცია.

სიმსივნის დიდი ზომებისა და დაწყლულების მიუხედავად, კანის კიბოსთვის ტკივილი ნაკლებადაა დამახასიათებელი.

დიდი სიმსივნური წყლულების პარალელურად შეიძლება აღმოვაჩინოთ გადიდებული რეგიონული ლიმფური კვანძები.

შორეული მეტასტაზები ვისცერულ ორგანოებში შედარებით იშვიათად ვითარდება.

საბოლოო დიაგნოზი ემყარება ბიოფსიური მასალის ჰისტოლოგიურ გამოკვლევას. ჰისტოლოგიურად ძირითადად გვხვდება ბრტყელუჯრედოვანი კიბო გარქაეებით ან გარქავების გარეშე.

კანის კიბოს TNM კლასიფიკაცია
(მე-6 გამოცემა, 2002)

. რეგიონულია ის ლიმფური კვანძები, რომლებიც შეესაბამება პირველადი სიმსივნის ლოკალიზაციას.

TNM კლინიკური კლასიფიკაცია

T – პირველადი სიმსივნე

TX პირველადი სიმსივნის შესაფასებლად საკმარისი მონაცემები არ არის

T0 პირველადი სიმსივნის არსებობის ნიშნები არ არის

Tis პრეინვაზიური კარცინომა (Carcinoma in situ)

T1 2 სმ-მდე ზომის სიმსივნე

T2 2 სმ-დან 5 სმ-მდე ზომის სიმსივნე

T3 5 სმ-ზე მეტი ზომის სიმსივნე

T4 სიმსივნე ჩაზრდილია ღრმა კანქვეშა სტრუქტურებში, მაგ., ხრტილში, ჩონჩხის კუნთებში ან ძვალში

შენიშვნა: ერთდროულად განვითარებული მრავლობითი სიმსივნის შემთხვევაში კლასიფიკაცია ხდება მათ შორის უმაღლესი T კატეგორიის შესაბამისი სიმსივნის მიხედვით, ხოლო სიმსივნეთა რაოდენობა მიეთითება ფრჩხილებში, მაგ., T2(5)

N – რეგიონული ლიმფური კვანძები

NX რეგიონული ლიმფური კვანძების შესაფასებლად საკმარისი მონაცემები არ არის.

N0 რეგიონული ლიმფური კვანძების მეტასტაზური დაზიანების ნიშნები არ არის

N1 რეგიონული ლიმფური კვანძების მეტასტაზურ დაზიანება

M – შორეული მეტასტაზები

MX შორეული მეტასტაზის შესაფასებლად საკმარისი მონაცემები არ არის

M0 შორეული მეტასტაზის არსებობის ნიშნები არ არის

M1 აღინიშნება შორეული მეტასტაზი

pTNM – პათოჰისტოლოგიური კლასიფიკაცია

pT, pN, pM კატეგორიები შეესაბამება T, N, M კატეგორიებს.

pN0 ჰისტოლოგიური გამოკვლევისთვის რეგიონული ლიმფადენექტომიით მიღებული მასალა, როგორც წესი, უნდა შეიცავდეს არანაკლებ 6 ლიმფურ კვანძს. იმ შემთხვევაში, თუ ლიმფურ კვანძებში სიმსივნური უჯრედები არ აღმოჩნდა, მაგრამ გამოკვლეული ლიმფური კვანძების რაოდენობა 6-ზე ნაკლებია, კლასიფიკაცია ხდება pN0 კატეგორიით.

G – ჰისტოლოგიური გრადაცია

GX დიფერენციაციის ხარისხის შესაფასებლად საკმარისი მონაცემები არ არის

G1 მაღალდიფერენცირებული

G2 საშუალოდ დიფერენცირებული

G3 დაბალდიფერენცირებული

G4 არადიფერენცირებული

დაჯგუფება სტადიების მიხედვით

0 სტადია	Tis	N0	M0
I სტადია	T1	N0	M0
II სტადია	T2, T3	N0	M0
III სტადია	T4	N0	M0
	ნებისმიერი T	N1	M0
IV სტადია	ნებისმიერი T	ნებისმიერი N	M1

მკურნალობა. კანის კიბოს მკურნალობა ქირურგიული, კრიოდესტრუქციული, სხივური ან კომბინირებულია.

კანის T1-2N0M0 გავრცელების კიბოს დროს, როცა სიმსივნე ტანზე ან კიდურებზეა ლოკალიზებული, შეიძლება ჩატარდეს ოპერაცია ან სხივური მკურნალობა. თავისა და სახის არეში ლოკალიზებული სიმსივნის დროს უპირატესად გამოიყენება კრიოდესტრუქცია და სხივური თერაპია.

ქირურგიული მკურნალობისას სიმსივნე ამოიკვეთება საღი ქსოვილების ფარგლებში (სიმსივნის კიდიდან 2-3 სანტიმეტრის მოშორებით), კანქვეშა ცხიმოვან ქსოვილსა და ფასციასთან ერთად, ერთ ბლოკში და სრულდება კანის პირველადი პლასტიკა.

სხივური თერაპია, როგორც მკურნალობის დამოუკიდებელი მეთოდი, გამოიყენება ახლოფოკუსიანი რენტგენთერაპიის სახით (ჯამური კეროვანი დოზა – 60 გრეი). T1-2N0M0 გავრცელების სიმსივნეების დროს შესაძლებელია კრიო-ლაზერო-ქიმიური მკურნალობა ციტოსტატიკების (ბლეოცინის) შემცველ მალამოებთან ერთად.

კანის T3N0M0 და T1-3N1M0 გავრცელების კიბოს დროს ტარდება შერწყმული სხივური თერაპია ან კომბინირებული მკურნალობა. შერწყმული სხივური თერაპია იწყება დისტანციური გამა-თერაპიით (ჯამური კეროვანი დოზა – 40 გრეი), ხოლო ნარჩენი სიმსივნის სამკურნალოდ გამოიყენება ახლოფოკუსიანი რენტგენთერაპია ან ინტერსტიციული გამა-თერაპია 35 გრეიმდე ჯამური კეროვანი დოზით (ეს დოზა შეიძლება იცვლებოდეს დასხივების მეთოდისა და ნარჩენი სიმსივნის ლოკალიზაციის შესაბამისად). ცხვირის ხრტილოვანი ნაწილისა და ყურის ნიჟარის კანის კიბოს დროს ინტერსტიციული გამა-თერაპია არ გამოიყენება.

კომბინირებული მკურნალობის დროს ჯერ ტარდება დისტანციური გამა-თერაპია, შემდეგ სიმსივნე ამოიკვეთება სათანადო მოცულობით და იმავდროულად ტარდება კანის პირველადი პლასტიკა.

კანის T4N0M0 გავრცელების კიბოს მკურნალობა კომბინირებულია: ჯერ ტარდება დისტანციური გამა-თერაპია 40 გრეი ჯამური კეროვანი დოზით, შემდეგ, როცა ტექნიკურად შესაძლებელია, სიმსივნე ამოიკვეთება ქვეშმდებარე ძვლოვან სტრუქტურებთან ერთად და კეთდება კანის პირველადი პლასტიკა. კიდურის ამპუტაცია ხორციელდება მხოლოდ გავრცელებული სიმსივნეების შემთხვევაში, როცა კიდურის შენარჩუნება შეუძლებელია. ოპერაციის ალტერნატივად ითვლება ქიმიოთერაპია ბლეომიცინით.

კანის T1-2N1M0 გავრცელების კიბოს დროს მკურნალობა ქირურგიულია: კეთდება ძირითადი სიმსივნის ამოკვეთა რეგიონულ ლიმფადენექტომიასთან ერთად, ხოლო T3-4N1M0 გავრცელების კიბოს მკურნალობა კომბინირებულია: ტარდება დისტანციური გამა-თერაპია (45 გრეიმდე ჯამური კეროვანი დოზით), შემდეგ კი – ლიმფადენექტომია.

კანის T1-4N0M0 გავრცელების სიმსივნეების დროს პროფილაქტიკური ლიმფადენექტომია არ კეთდება, გარდა იმ შემთხვევებისა, როცა ძირითადი სიმსივნე ლოკალიზებულია რეგიონული ლიმფური კოლექტორების ზონაში. ამ დროს ერთ ეტაპად კეთდება ძირითადი სიმსივნის ამოკვეთა და რეგიონულ ლიმფადენექტომია.

კანის IV სტადიის (T1-4N0-1M1) კიბოს მკურნალობა სიმპტომურია. შეიძლება ჩატარდეს პალიატიური ქიმიოთერაპია.

რეციდივების მკურნალობა. სხივური თერაპიის შემდეგ წარმოქმნილი რეციდივების, აგრეთვე ვრცელი ნაწიბურების მკურნალობა ქირურგიულია. სხვა შემთხვევაში მკურნალობა კომბინირებულია: დისტანციური გამა-თერაპია + ოპერაცია.

ინოპერაბელური რეციდიული სიმსივნეების შემთხვევაში ნაჩვენებია პალიატიური სხივური თერაპია, კრიოდესტრუქცია და/ან სისტემური ქიმიოთერაპია.

მკურნალობისშემდგომი დისპანსერული მეთვალყურეობა: პირველი ორი წლის განმავლობაში – 3 თვეში ერთჯერ, მესამე-მეოთხე წელს – 6 თვეში ერთჯერ, მეხუთე წლიდან – წელიწადში ერთჯერ.

ბაზალიომა

ეპიდერმისის ბაზალური შრის უჯრედებისგან განვითარებულ სიმსივნეებს ბაზალურუჯრედოვან კარცინომას, ანუ **ბაზალიომას** უწოდებენ. ადრე მას ნახევრადავთვისებიან სიმსივნედ თვლიდნენ, რადგან ავთვისებიან და კეთილთვისებიან სიმსივნეებს შორის შუალედური მდგომარეობა უკავია. კერძოდ, ბაზალიომა ჰისტოლოგიურად არის კიბო, ახასიათებს ინფილტრაციული ზრდა და ირგვლივ მდებარე ქსოვილების დესტრუქცია, ადვილად წყლულდება, აქვს მორეციდივე ხასიათი, მაგრამ მეტასტაზებს არ იძლევა.

ბაზალურუჯრედოვანი კარცინომის რამდენიმე ფორმა არსებობს. ყველაზე ხშირია **კვანძოვანი ფორმა**, რომელიც წარმოდგენილია ცვილისებრი ამობურცული წარმონაქმნის სახით. მის მწვერვალზე ხშირად მოჩანს გაფართოებული წვრილი სისხლძარღვები. სიმსივნის ზრდასთან ერთად მისი კიდეები კიდევ უფრო წამოიწევს კანზე და მკვრივდება, ცენტრში ჩაზნექილი რჩება და შემდეგ წყლულდება. ხშირად იკეთებს ფუფხს, ადვილად იქერცლება. რაც უფრო ღრმავდება წყლული და იწვევს ქვეშმდებარე ქსოვილების (რბილი ქსოვილების, ძვლისაზრდელას, ძვლის) დესტრუქციას, მით უფრო ძნელი სამკურნალოა.

პიგმენტური ფორმა კვანძოვანს ჰგავს, მაგრამ აქვს ყავისფერი, შავი ან ცისფერი პიგმენტი.

ბაზალიომის იშვიათი ფორმაა **ინტრაეპითელური ბაზალურუჯრედოვანი კარცინომა**, რომელიც წითელი ფერის ბალთას წარმოადგენს.

კიდევ უფრო იშვიათია **სკლეროდერმული ტიპის ბაზალურუჯრედოვანი კარცინომა**, რომელიც ვლინდება შემოფარგლული, არამკაფიო ფორმის ყვითელი ფერის ან ცვილისებრზედაპირიანი ბალთის სახით.

ბაზალიომა ხშირად გვხვდება ხანდაზმულ ასაკში, უპირატესად – სახის და კისრის კანზე (90%), იშვიათად – სხეულის სხვა ნაწილებზე: ტანზე, კიდურებზე, სასქესო ორგანოებზე.

მიუხედავად მორეციდივე ხასიათისა, დაავადების პროგნოზი კეთილსაიმედოა. თუმცა, შორსწასულ შემთხვევებში სიმსივნემ შეიძლება კანის ბრტყელუჯრედოვანი კიბოს ჰისტოლოგიური სტრუქტურა შეიძინოს და რეგიონული მეტასტაზები განვითარდეს. უნდა მოხდეს დიფერენცირება მელანობლასტომასთან, ფიბრობლასტურ პაპულასთან (ანგიოფიბრომასთან), ტრიქოეპითელიომასთან და კანის დანამატების სხვა სიმსივნეებთან.

მკურნალობა. ტარდება ახლოფოკუსიანი რენტგენთერაპია, კრიო- ან ქიმიური დესტრუქცია, ქირურგიული ოპერაცია. მიიღწევა თითქმის 100%-იანი განკურნება.

მკურნალობისშემდგომი დისპანსერული მეთვალყურეობა: პირველ წელს – 3 თვეში ერთჯერ, მეორე-მესამე წელს – 6 თვეში ერთჯერ, მეოთხე-მეხუთე წელს –

წელიწადში ერთჯერ. ხუთი წლის შემდეგ, რეციდივის არარსებობის შემთხვევაში, პაციენტები ონკოლოგიური აღრიცხვიდან იხსნებიან.

მეზოთელიომა (C45)

მეზოთელიომა იშვიათი სიმსივნეა და ვითარდება პლევრისა და პერიტონეუმის ფურცლებში. იშვიათად გვხვდება პერიკარდიუმის და სათესლე ჯირკვლის გარსიდან განვითარებული მეზოთელიომა.

ეტიოლოგიაში მნიშვნელობას ანიჭებენ ქიმიურ კანცეროგენებს, განსაკუთრებით — ბოჭკოვანი სტრუქტურის მქონე აზბესტის მტვერს.

გამოყოფენ მეზოთელიომის კეთილთვისებიან და ავთვისებიან ვარიანტებს. კეთილთვისებიან მეზოთელიომას ლოკალური, ხოლო ავთვისებიანს დიფუზური გავრცელება ახასიათებს. არსებობს მეზოთელიომის გარდამავალი ფორმებიც. ჰისტომორფოლოგიურად განიხილავენ სამ ვარიანტს: ეპითელიოიდურს, სარკომატოზულს და შერეულს.

მეზოთელიომას ირგვლივმდებარე ქსოვილებში ჩაზრდა და ლიმფური სადინარების საშუალებით სწრაფი დისემინაცია ახასიათებს. ჰემატოგენური მეტასტაზები იშვიათია და ვითარდება ღვიძლში, დიაფრაგმასა და ფილტვებში.

პლევრის მეზოთელიომა განხილულია ფილტვის და პლევრის სიმსივნეებთან ერთად.

რაც შეეხება *პერიტონეუმის მეზოთელიომას,* მისი ლოკალური ფორმის კლინიკური სურათი ბუნდოვანია და რომელიმე ორგანოში ჩაზრდის შემდეგ ვლინდება. ავადმყოფებს აღენიშნებათ ტკივილი მუცლის სხვადასხვა ნაწილში, სიმძიმის შეგრძნება, კუჭ-ნაწლავის ფუნქციის დარღვევა. დაავადების პროგრესირებასთან ერთად მუცელში ვლინდება ინფილტრაციის ცალკეული უბნები, რომლებიც იწვევენ მეზობელ ორგანოებზე ზეწოლას. ზოგჯერ ვლინდება მეტასტაზი ჭიპში.

უმრავლეს შემთხვევაში დაავადების პირველი სიმპტომია ასციტი, რომელიც მეტწილად ჰემორაგიულია. სითხის ციტოლოგიური გამოკვლევით ნახულობენ უჯრედებს, რომლებიც ადენოკარცინომას ან ჰემანგიოენდოთელიომას წააგავს. ევაკუაციის შემდეგ სითხე კვლავ სწრაფად გროვდება.

დიდი ბადექონი წარმოადგენს პერიტონეუმის ფურცლის დუბლიკატურას. ამიტომ მისი სიმსივნური დაზიანების დროს კლინიკური სურათი ისეთივეა, როგორიც, საერთოდ, პერიტონეუმის სხვა ლოკალიზაციის სიმსივნეების შემთხვევაში, იმ განსხვავებით, რომ გარდიგარდმო მოძრავი წარმონაქმნის პალპაციით გასინჯვა უფრო ადვილია.

პერიტონეუმის მეზოთელიომების დიაგნოზი უმეტეს შემთხვევაში ისმება ლაპაროსკოპიით ან სადიაგნოსტიკო ლაპაროტომიით.

მეზოთელიომების ლოკალური ფორმების მკურნალობა ქირურგიულია. დანარჩენ შემთხვევებში ტარდება ქიმიოთერაპია CAV, CAD, CAF სქემებით.

მკურნალობისშემდგომი დისპანსერული მეთვალყურეობა: პირველ-მეორე წელს — 3 თვეში ერთჯერ, მესამე-მეოთხე წელს — 6 თვეში ერთჯერ, მეხუთე წლიდან — წელიწადში ერთჯერ.

კაპოშის სარკომა (C46)

კაპოშის სარკომა მეზენქიმური სიმსივნეა და იწვევს კანის მრავლობით ჰემორაგიულ სარკომატოზულ დაზიანებას. უფრო ხშირად ლოკალიზდება ქვედა კიდურებზე. დაზიანება მეტწილად სიმეტრიულია. კანზე ჩნდება მრავლობითი, მუქი წითელი ან წაბლისფერი, ერთმანეთში გადასული მკვრივი კვანძები. სიმსივნეზე შეიძლება გამოიხატოს ყვითელი არეოლა, რაც სიმსივნიდან ჰემის დაშლის პროდუქტების გამყოფაზე მიუთითებს და სიმსივნის აქტიური ზრდის მაჩვენებელს წარმოადგენს. სიმსივნური კვანძები იწვევს კანის ქავილს, ადვილად სისხლმდენია. კაპოშის სარკომა მეტასტაზებს იძლევა ლიმფურ კვანძებსა და შინაგან ორგანოებში. დაზიანება შეიძლება შეგვხვდეს აგრეთვე ტანზე, პირის ღრუსა და ფილტვებში.

დაავადების განვითარების სამ რისკის ჯგუფი არსებობს:

1. ხმელთაშუაზღვისპირეთის ან აღმოსავლეთ ევროპის ხანდაზმული მამაკაცები (კლასიკური);
2. ეკვატორული აფრიკის მოსახლეობა (ენდემური);
3. ორგანოგადანერგილი პირები, რაც დაავადების გენეზში იმუნოდეფიციტური ფონის მნიშვნელობაზე მიუთითებს.

დაავადება ხშირია შიდსის ვირუსით ინფიცირებულებში, ჰომოსექსუალისტ და ბისექსუალისტ მამაკაცებში.

დაავადების მიმდინარეობა დუნეა (10 წელი და მეტი).

კაპოშის სარკომის დიაგნოსტიკა არ არის რთული. მარტივად ხდება დიაგნოზის ციტოლოგიური და ჰისტოლოგიური ვერიფიკაციაც. კანის მრავლობითი დაზიანების გამო მკურნალობა გარკვეულ სიძნელეებთანაა დაკავშირებული.

მკურნალობა. მკურნალობის მეთოდები ქირურგიული (ოპერაცია, კრიოდესტრუქცია) და თერაპიულია (სხივური თერაპია, ადგილობრივი ან სისტემური ქიმიოთერაპია).

მკურნალობისშემდგომი დისპანსერული მეთვალყურეობა: პირველ წელს – 3 თვეში ერთჯერ, მეორე-მეოთხე წელს – 6 თვეში ერთჯერ, მეხუთე წლიდან – წელიწადში ერთჯერ.

რეტროპერიტონული სიმსივნეები (C48)

რეტროპერიტონულ სიმსივნეებში იგულისხმება რეტროპერიტონული სივრცის ორგანოსგარეშე ქსოვილებში (სისხლძარღვებში, ლიმფურ სადინარებში, ნერვულ და ფაშარ შემაერთებელ ქსოვილებში) განვითარებული სიმსივნეები. ისინი გამიჯნულია იმ ორგანოებში განვითარებული სიმსივნეებისაგან, რომლებიც ბეტლიანად ან ნაწილობრივ რეტროპერიტონულ სივრცეში მდებარეობს.

რეტროპერიტონული სიმსივნეები გვხვდება სიმსივნურ დაავადებათა 0,2-0,6%-ში. მათი ნახევარზე მეტი ავთვისებიანია. უპირატესად ავადდებიან ქალები. დაავადებულთა საშუალო ასაკი 60 წელია.

ეტიოლოგია უცნობია.

რეტროპერიტონული სიმსივნეები ძალიან მრავალფეროვანია. გენეზის მიხედვით ისინი შეიძლება რამდენიმე ჯგუფად დაიყოს:

1. მეზენქიმური სიმსივნეები (ლიპომა, ლიპოსარკომა);
2. ნეიროგენული სიმსივნეები (ნეიროფიბრომა, ნეიროსარკომა, პარაგანგლიომა);

3. განვითარების მანკები (ემბრიონული ნაშთები – ტერატომები, კისტები);
4. მეტასტაზური სიმსივნეები (პირველ რიგში – სათესლე ჯირკვლის).

კლინიკური სურათი ვლინდება მაშინ, როცა სიმსივნე საკმაოდ დიდ ზომებს აღწევს და პალპაციით ისინჯება, აწვება ორგანოებს, სისხლძარღვებს, ნერვულ წნულებს, იწვევს მათ ცდომას. რეტროპერიტონული სივრცის სიმსივნეებისათვის ტკივილი ნაკლებადაა დამახასიათებელი და აღინიშნება სიმსივნის ნერვულ წნულებში ჩაზრდისას ან ნეიროგენული წარმოშობის სიმსივნის დროს.

დიაგნოსტიკა ორეტაპიანია.

პირველ ეტაპზე ტარდება პალპაცია, ულტრასონოგრაფია, კომპიუტერული ტომოგრაფია. მნიშვნელოვანი მომენტია პუნქციური ბიოფსიის ჩატარება ულტრასონოგრაფიის ან კომპიუტერული ტომოგრაფიის კონტროლით.

დიაგნოსტიკის მეორე ეტაპზე ხდება სხვა ორგანოების გამოკვლევა ჩვენების მიხედვით (ექსკრეტორული უროგრაფია, ირიგოსკოპია, ფილტვების რენტგენოგრაფია და ა. შ.).

რეტროპერიტონული სივრცის სიმსივნეების კლასიფიკაცია TNM სისტემით შუასაყრის (C38.1,2) და რბილი ქსოვილების (მათ შორის პერიფერიული ნერვების) სიმსივნეების (C47-49) კლასიფიკაციის ანალოგიურია.

მკურნალობა. რეტროპერიტონული სიმსივნეების მკურნალობა ქირურგიულია. ზოგ შემთხვევაში სრულდება სიმსივნის რადიკალური ამოკვეთა. შესაძლებელია ჩატარდეს კომბინირებული ოპერაცია. სიმსივნის დიდმა ზომებმა შეიძლება სიცოცხლისათვის საშიში გართულებები გამოიწვიოს. ამიტომ ზოგჯერ დასაშვებია სიმსივნის ნაწილობრივი ამოკვეთა. ასევე მისაღებია სიმსივნის პალიატიური ამოკვეთა და პალიატიური კომბინირებული ამოკვეთა (M1-ის დროს). უმეტეს შემთხვევაში სიმსივნის ამოკვეთა ხდება ტრანსაბდომინურად.

რეტროპერიტონული სიმსივნეები მაღალი რადიომგრძნობელობით არ გამოირჩევა, მაგრამ სიმსივნის ჰისტოლოგიური ვერიფიკაციის შემთხვევაში შეიძლება ჩატარდეს კომბინირებული მკურნალობა.

ოპერაციისწინა სხივური თერაპია ტარდება 3-3 გრეი დღიური და 52 გრეი ჯამური კეროვანი დოზით. ოპერაცია კეთდება სხივური თერაპიის დამთავრებიდან 3-4 კვირის შემდეგ.

ოპერაციისშემდგომი სხივური თერაპია შეიძლება ჩატარდეს:

ა) რადიკალური ოპერაციის შემდეგ, პროფილაქტიკური მიზნით – 2-2 გრეი დღიურად, 40 გრეი ჯამური კეროვანი დოზით;

ბ) პალიატიური ოპერაციის შემდეგ – 3-3 გრეი დღიურად, 50-60 გრეი ჯამური კეროვანი დოზით;

გ) სიმსივნის ნაწილობრივი ამოკვეთის შემთხვევაში – 3-3 გრეი დღიურად, 60-70 გრეი ჯამური კეროვანი დოზით.

სხივური თერაპია მკურნალობის დამოუკიდებელ მეთოდად გამოიყენება ჰისტოლოგიურად დადგენილი სიმსივნეების შემთხვევაში, როცა ა) ოპერაციისადმი ზოგადი უკუჩვენება არსებობს, ბ) პაციენტი უარს აცხადებს ოპერაციაზე ან გ) ჩატარებულია სადიაგნოსტიკო ლაპაროტომია. სხივური თერაპია ტარდება გახლეჩილი კურსით, 3 თვის განმავლობაში: 2 თითოთვიანი კურსი, კურსებს შორის ერთთვიანი შეს-

ვენებით. დასხივების ღიური დოზა შეიძლება იყოს 2, 3 ან 4 გრეი, 70-80 გრეი იზოდოზამდე.

სისტემური ქიმიოთერაპიის ეფექტურობა დადგენილი არ არის. ცალკეულ შემთხვევებში ოპერაციის შემდეგ სიმსივნის სარეცელში შეყავთ ქიმიოპრეპარატი ან ატარებენ რეგიონულ ინტრაარტერიულ ქიმიოთერაპიას სხივურ თერაპიასთან ერთად.

რეციდივის მკურნალობა ქირურგიულია.

ლოკალური რეტროპერიტონული ლიმფომების არსებობის შემთხვევაში ტარდება სხივური თერაპია. სხვა დანარჩენ შემთხვევებში – პოლიქიმიოთერაპია.

მკურნალობისშემდგომი დისპანსერული მეთვალყურეობა: პირველ-მეორე წელს – 3 თვეში ერთჯერ, მესამე-მეოთხე წელს – 6 თვეში ერთჯერ, მეხუთე წლიდან – წელიწადში ერთჯერ.

რბილი ქსოვილების ავთვისებიანი სიმსივნეები (C49)

რბილი ქსოვილების *ავთვისებიანი* სიმსივნეები ვითარდება ექსტრასკელეტურ შემაერთებელ ქსოვილებსა და პერიფერიულ ნერვებში, უმრავლეს შემთხვევაში მეზენქიმური წარმოშობისაა და ყველა ავთვისებიანი სიმსივნის 1-2%-ს შეადგენს.

კლინიცისტთა ერთი ნაწილი ეტიოლოგიაში მნიშვნელობას ანიჭებს ტრავმას. მეორე ნაწილი კი თვლის, რომ ტრავმა წარმოადგენს უკვე არსებული დაავადების მანიფესტაციის მაპროვოცირებელ ფაქტორს. არ გამორიცხავენ აგრეთვე დაავადების ვირუსულ ეტიოლოგიასაც.

რბილი ქსოვილების ავთვისებიანი სიმსივნეები ძირითადად სარკომებია და წარმოიქმნება ფიბროზული, ცხიმოვანი, კუნთოვანი, სისხლძარღვოვანი (ლიმფური სადინარების), სინოვიური ნერვული ქსოვილებისგან. ცალკე გამოყოფენ პლურიპოტენტურ მეზენქიმურ, რუდიმენტულ ემბრიონულ, უცნობი გენეზის და არაკლასიფიცირებად სიმსივნეებს.

საგულისხმოა, რომ სხვადასხვა ლოკალიზაციის სიმსივნური ქსოვილები, ხშირად ერთნაირი ჰისტოლოგიური და ჰისტოგენეზური აგებულების მიუხედავად, მნიშვნელოვნად განსხვავდებიან ერთმანეთისაგან კლინიკური გამოვლინებებით, დაავადების მიმდინარეობით და პროგნოზით.

საერთაშორისო ნოზოლოგიური კლასიფიკაციით ცალკე გამოყოფენ:

- პერიფერიული ნერვებისა და ვეგეტატიური ნერვული სისტემის ავთვისებიან სიმსივნეებს (C47);
- რეტროპერიტონეუმისა და პერიტონეუმის ავთვისებიან სიმსივნეებს (C48);
- სხვა ტიპის შემაერთებელი და რბილი ქსოვილების ავთვისებიან სიმსივნეებს (C49).

TNM კლასიფიკაციის მიხედვით, ანატომიური ლოკალიზაციებია:

- შემაერთებელი ქსოვილი, კანქვეშა და სხვა რბილი ქსოვილები (C49), პერიფერიული ნერვები (C47)
- რეტროპერიტონული სივრცე
- შუასაყარი: წინა (C38.1), უკანა (C38.2); შუასაყარი, დაუზუსტებელი ნაწილით (C38.3)

ჰისტოგენეზის დადგენის სირთულის გამო რბილი ქსოვილების სიმსივნეების 30% კლასიფიკაციას არ ექვემდებარება.

რბილი ქსოვილების სიმსივნეებს შორის გამოყოფენ კეთილთვისებიან, პირობითად ავთვისებიან და ჭეშმარიტად ავთვისებიან ფორმებს.

კეთილთვისებიან სიმსივნეებს ახასიათებთ ნელი ზრდა, მკაფიო საზღვრები, კაფსულის არსებობა, უმტკივნეულობა (თუ ნერვულ წნულებზე ზეწოლა არ არის), ძალიან იშვიათია გაავთვისებიანება.

პირობითად ავთვისებიან სიმსივნეებს უმეტასტაზო მიმდინარეობა ახასიათებთ, მაგრამ ხშირად ვითარდება რეციდივი, რომელიც ადგილობრივ დესტრუქციას იწვევს. ეს სიმსივნეებია: აბდომინური და ექსტრააბდომინური დესმოიდი, ემბრიონული ფიბრომა და ლიპომა, მაღალდიფერენცირებული (მწიფე) და დიფერენცირებული ფიბროსარკომა, მიქსომა, მიქსოიდური ლიპოსარკომა.

ჭეშმარიტად ავთვისებიანი სიმსივნეებია სარკომები, რომლებსაც ახასიათებთ როგორც ადგილობრივი რეციდივების, ასევე მეტასტაზების განვითარება.

რბილი ქსოვილების სარკომებით ბავშვები უფრო ხშირად ავადდებიან, ვიდრე მოზრდილები. შემთხვევათა 70%-ში გვხვდება კიდურებზე (უფრო ხშირად – ქვედა კიდურებზე), დანარჩენ 30%-ში – სხეულის სხვა ნაწილებზე. მამაკაცები და ქალები თანაბარი სიხშირით ავადდებიან. რბილი ქსოვილების სარკომები კლინიკურად სხვადასხვა ფორმისა და ზომის წარმონაქმნების სახით ვლინდება.

მსხვილ სახსრებთან ახლოს მდებარეობისას შეიძლება შეიზღუდოს დაზიანებული კიდურის ფუნქცია, ხოლო ძვლისაზრდელასა და ნერვულ ღეროებში ჩაზრდისას გამოვლინდეს სხვადასხვა ინტენსივობის ტკივილი. დიდი ზომის სიმსივნის საპროექციო მიდამოში კანი მბზინავია, გადაჭიმული, ზოგჯერ – გამოხატული ვენური სისხლძარღვოვანი სურათით; დაგვიანებულ შემთხვევაში ციანოზურია, წყლულდება. სიმსივნეს აქვს არამკაფიო კონტური. ახასიათებს ირგვლივმდებარე სტრუქტურებში ინფილტრაცია.

სიმსივნის კონსისტენცია დამოკიდებულია მის ჰისტოლოგიურ შენებაზე: ლიპოსარკომა და ანგიოსარკომა რბილი და ცომისებრია, ფიბროსარკომა და სინოვიომა – მკვრივი. ლოკალური ტემპერატურა ნორმალურია.

მოგვიანებით ვლინდება ზოგადი ინტოქსიკაციის სიმპტომები: ცხელება, სისუსტე, წონაში მოკლება, იშვიათად – ჰიპოგლიკემია (ფიბროსარკომების დროს).

დიაგნოზი ემყარება ანამნეზს, ფიზიკალურ გასინჯვას, რენტგენოლოგიური გამოკვლევისა და მაგნიტურ-რეზონანსული ტომოგრაფიის მონაცემებს. გადამწყვეტი მნიშვნელობა აქვს პუნქციური, ინციზიური, ექსციზიური ბიოფსიით მიღებული მასალის ციტოლოგიური და ჰისტოლოგიური გამოკვლევების შედეგებს.

დესმოიდური სიმსივნეების დროს ქორიონული გონადოტროპინის დონე სისხლის შრატში მომატებულია.

რბილი ქსოვილების ავთვისებიანი სიმსივნეების სტადიის განსაზღვრა ხდება კლინიკური და ჰისტომორფოლოგიური გამოკვლევების მონაცემებზე დაყრდნობით.

რბილი ქსოვილების სიმსივნეების კლასიფიკაცია TNM სისტემით (მე-6 გამოცემა, 2002)

სიმსივნის ჰისტოლოგიური ტიპები

1.	ალვეოლური რბილქსოვილოვანი სარკომა	9581/3
2.	ეპითელიოიდური სარკომა	8804/3
3.	ექსტრასკელეტური ქონდროსარკომა	9220/3
4.	ექსტრასკელეტური ოსტეოსარკომა	9180/3
5.	ექსტრასკელეტური იუინგის სარკომა	9260/3
6.	პრიმიტიული ნეიროექტოდერმული სიმსივნე	9473/3
7.	ფიბროსარკომა	8810/3
8.	ლეიომიოსარკომა	8890/3
9.	ლიპოსარკომა	8850/3
10.	ავთვისებიანი ფიბროზული ჰისტიოციტომა	8830/3
11.	ავთვისებიანი ჰემანგიოპერიციტომა	9150/3
12.	ავთვისებიანი მეზენქიმომა	8990/3
13.	პერიფერიული ნერვის ავთვისებიანი სიმსივნე (ნევრილემომა)	9540/3
14.	რაბდომიოსარკომა	8900/3
15.	სინოვიური სარკომა	9040/3
16.	სარკომა, რომელიც სხვაგვარად არ არის დაზუსტებული	8800/3

შენიშვნა: ამ ჩამონათვალში არ შედის შემდეგი ჰისტოლოგიური ტიპის სიმსივნეები: კაპოშის სარკომა, ამობურცული დერმატოფიბროსარკომა (პროტუბერანსი), ფიბრომატოზი (დესმოიდური სიმსივნე) და სარკომები, რომლებიც ვითარდება ტვინის მაგარი გარსიდან, თავის ტვინიდან, შინაგანი ღრუ ან პარენქიმული ორგანოებიდან (ძუძუს სარკომების გარდა); აგრეთვე ანგიოსარკომა – აგრესიული სარკომა, რადგან ამ დაავადების კლინიკური მიმდინარეობა წარმოდგენილ კლასიფიკაციას არ შეესაბამება.

რეგიონული ლიმფური კვანძები განისაზღვრება პირველადი სიმსივნის ლოკალიზაციის მიხედვით.

TNM – კლინიკური კლასიფიკაცია

T - პირველადი სიმსივნე

TX პირველადი სიმსივნის შესაფასებლად საკმარისი მონაცემები არ არის

T0 პირველადი სიმსივნის არსებობის ნიშნები არ არის

Tis პრეინვაზიური კარცინომა (Carcinoma in situ)

T1 5 სმ-მდე ზომის სიმსივნე

- T1a ზედაპირული სიმსივნე*
- T1b ღრმა სიმსივნე*

T2 5 სმ-ზე მეტი ზომის სიმსივნე

- T2a ზედაპირული სიმსივნე*
- T2b ღრმა სიმსივნე*

შენიშვნა: ზედაპირული სიმსივნე მდებარეობს უშუალოდ ზედაპირული ფასციის ზემოთ და არ არის ჩაზრდილი მასში; ღრმა სიმსივნე მდებარეობს ზედაპირული ფასციის ქვემოთ, ან ლოკალიზებულია ზედაპირულ ფასციაზე და ჩაზრდილია მასში (ნაწილობრივ ან მთლიანად). რეტროპერიტონეუმის, შუასაყრის და მენჯის სარკომები ითვლება ღრმა სიმსივნეებად და ექვემდებარება შესაბამისი კატეგორიით კლასიფიკაციას.

N – რეგიონული ლიმფური კვანძები

NX რეგიონული ლიმფური კვანძების შესაფასებლად საკმარისი მონაცემები არ არის.

N0 რეგიონული ლიმფური კვანძების მეტასტაზური დაზიანების ნიშნები არ არის.

N1 რეგიონული ლიმფური კვანძების მეტასტაზური დაზიანება.

M – შორეული მეტასტაზები

MX შორეული მეტასტაზის შესაფასებლად საკმარისი მონაცემები არ არის

M0 შორეული მეტასტაზის არსებობის ნიშნები არ არის

M1 აღინიშნება შორეული მეტასტაზები

pTNM – პათოჰისტოლოგიური კლასიფიკაცია

pT, pN, pM კატეგორიები შეესაბამება T, N, M კატეგორიებს.

G – ჰისტოლოგიური გრადაცია

სამ- და ოთხსაფეხურიანი სისტემიდან ორსაფეხურიან სისტემაზე გადასაყვანი ცხრილი:

TNM ორსაფეხურიანი სისტემა	სამსაფეხურიანი სისტემა	ოთხსაფეხურიანი სისტემა
"დაბალი გრადაცია" (მაღალდიფერენცირებული)	გრადაცია 1	გრადაცია 1 გრადაცია 2
"მაღალი გრადაცია" (დაბალდიფერენცირებულ	გრადაცია 2 გრადაცია 3	გრადაცია 3 გრადაცია 4

შენიშვნა: იუინგის ექსტრასკელეტური სარკომა და პრიმიტიული ნეიროექტოდერმული სიმსივნეები ითვლება "მაღალი გრადაციის" (დაბალდიფერენცირებულ) სიმსივნეებად და ექვემდებარება შესაბამისი კატეგორიით კლასიფიკაციას

დაჯგუფება სტადიების მიხედვით

IA სტადია	T1a	N0, NX	M0	დაბალი გრადაცია
	T1b	N0, NX	M0	დაბალი გრადაცია
IB სტადია	T2a	N0, NX	M0	დაბალი გრადაცია
	T2b	N0, NX	M0	დაბალი გრადაცია
IIA სტადია	T1a	N0, NX	M0	მაღალი გრადაცია
	T1b	N0, NX	M0	მაღალი გრადაცია
IIB სტადია	T2a	N0, NX	M0	მაღალი გრადაცია
III სტადია	T2b	N0, NX	M0	მაღალი გრადაცია
IV სტადია	ნებისმიერი T	N1	M0	ნებისმიერი გრადაცია
	ნებისმიერი T	ნებისმიერი N	M1b	ნებისმიერი გრადაცია

მკურნალობა. რბილი ქსოვილების ავთვისებიანი სიმსივნეების მკურნალობა ქირურგიული ან კომბინირებულია (სხივური + ქირურგიული).

ქირურგიული ოპერაციებიდან აღსანიშნავია სიმსივნის ამოკვეთა, კიდურის ამპუტაცია, ეგზარტიკულაცია, სიმსივნის ამოკვეთა მიმდებარე ძვლის კიდით რეზექციასთან ერთად, სიმსივნის ამოკვეთა დეფექტის დახურვასთან ერთად – სისხლძარღვოვან ფეხზე ქსოვილოვანი ნაფლეთის ან მიკროქირურგიული ტექნიკის გამოყენებით, სიმსივნის ამოკვეთა რადიოქირურგიული ვარიანტით.

სხივური თერაპია ეფექტურია სინოვიური, სისხლძარღვოვანი და არაკლასიფიცირებადი სარკომების დროს, ზოგჯერ კი – დაბალი რადიომგრძნობელობის სიმსივნეების დროსაც. აღწერილია დასხივების მიმართ მათი ინდივიდუალური მგრძნობელობის მომატების შემთხვევები.

დაბალი ეფექტურობის გამო სხივურ თერაპიას, როგორც მკურნალობის დამოუკიდებელ მეთოდს, იშვიათად მიმართავენ, მაგრამ მაინც ატარებენ იმ შემთხვევაში, როცა ოპერაციის ჩატარება შეუძლებელია (2-2 გრეი დღიური და 60 გრეი ჯამური კეროვანი დოზით).

I-II სტადიის (T1-2N0M0G1-2, T1-2aN0M0G3-4) სიმსივნეების დროს მკურნალობა ქირურგიულია. დამზოგველი ოპერაციის შემთხვევაში დაცული უნდა იყოს ქსოვილთა ფუტლარობის პრინციპი, ხოლო კიდურების ამპუტაცია უნდა განხორციელდეს რადიკალიზმის პრინციპის დაცვით. ამპუტაციის ჩვენებას წარმოადგენს ძვალში, მაგისტრალურ სისხლძარღვებსა და ნერვებში სიმსივნის ჩაზრდა. ზედა კიდურების სარკომების დროს ყველაზე მასშტაბურ ოპერაციად ითვლება გულმკერდბეჭთაშუა ამპუტაცია, ხოლო ქვედა კიდურების სარკომების დროს – სრული ეგზარტიკულაცია.

III სტადიის (T2bN0M0G3-4) სარკომების დროს მკურნალობა კომბინირებული ან კომპლექსურია და შეიძლება ჩატარდეს შემდეგი სქემების მიხედვით:

- ოპერაციისწინა დისტანციური გამა-თერაპია + ოპერაცია;
- ოპერაციისწინა დისტანციური გამა-თერაპია + ოპერაცია + ინტერსტიციული გამა-თერაპია;
- ოპერაციისწინა ინტერსტიციული გამა-თერაპია + ოპერაცია + ოპერაციისშემდგომი ქიმიოთერაპია;
- ოპერაციისწინა დისტანციური გამა-თერაპია + ოპერაცია + ოპერაციისშემდგომი ქიმიოთერაპია;
- ოპერაცია + ინტერსტიციული გამა-თერაპია + ოპერაციისშემდგომი ქიმიოთერაპია;

ოპერაციის წინ შეიძლება ჩატარდეს მსხვილფრაქციული დასხივება 20-25 გრეი ჯამური კეროვანი დოზით და 1-3 დღის შემდეგ გაკეთდეს ოპერაცია; ან ჩატარდეს დასხივება ჩვეულებრივ რეჟიმში (50 გრეიმდე ჯამური კეროვანი დოზით) და 2-3 კვირის შემდეგ გაკეთდეს ოპერაცია. შესაძლებელია ოპერაციისწინა არათანაბარი დასხივების ჩატარება.

ოპერაციის შემდგომ პერიოდში, სათანადო ჩვენების შემთხვევაში (რადიკალიზმის თვალსაზრისით საეჭვო ოპერაცია), ნაოპერაციევ ჭრილობაში ან სიმსივნის არეცელში შეყავთ რადიოაქტიური პრეპარატი ან ატარებენ ამ მიდამოს დისტანციურ გამა-თერაპიას (50 გრეი ჯამური კეროვანი დოზით).

ქიმიოპრეპარატებისადმი მგრძნობიარე სიმსივნეების (ემბრიონული რაბდომიოსარკომა, ლეიომიოსარკომა, ანგიოგენური და სინოვიური სარკომები) შემთხვევაში ტარდება ქიმიოთერაპიის 5-6 კურსი, კურსებს შორის 3-4-კვირიანი ინტერვალით.

თავ-კისრისა და ტანის მიდამოში ლოკალიზებული III სტადიის (T2bN0M0G3-4) სიმსივნის დროს ტარდება პალიატიური (სხივური, ქიმიოთერაპიული ან მათი კომბინაცია) ან სიმპტომური მკურნალობა.

რეგიონული მეტასტაზების არსებობის შემთხვევაში (T1-2N1M0G1-4) ერთ

ბლოკად ტარდება ძირითადი სიმსივნის ამოკვეთა და ლიმფადენექტომია. ლიმფადენექტომია შესაძლებელია მოგვიანებითაც ჩატარდეს, რაც დამოკიდებულია ლიმფოგენური მეტასტაზირების ზონაზე (ერთეული მეტასტაზების შემთხვევაში).

მრავლობითი ლიმფოგენური მეტასტაზების შემთხვევაში შესაძლებელია კომბინირებული მკურნალობა: დისტანციური გამა-თერაპია (40 გრეი ჯამური კეროვანი დოზით) შემდგომ ლიმფადენექტომიასთან ერთად.

პროფილაქტიკური ლიმფადენექტომია არ ტარდება.

ფილტვში, რბილ ქსოვილებში, ძვალში არსებული ერთეული შორეული მეტასტაზი შესაძლებელია ამოიკვეთოს.

აბდომინური დესმოიდის მკურნალობა ქირურგიულ-სხივურია. მისი გავრცელებული ფორმების დროს ჯერ სრულდება ჰორმონ-ქიმიოთერაპია, შემდეგ – ნარჩენი სიმსივნის ამოკვეთა.

რეციდივების მკურნალობა. რეციდივები ვითარდება შემთხვევათა 50%-ში. მათი მკურნალობა პირველადი სიმსივნეების მკურნალობის იდენტურია. კომბინირებული მკურნალობის ჩატარების შესაძლებლობა დამოკიდებულია რეციდივის ზონაში არსებული ქსოვილების მდგომარეობაზე (ნაწიბურები, დასხივებისშემდგომი ცვლილებები, ძვალთან სიახლოვე და ა. შ.).

მკურნალობისშემდგომი დისპანსერული მეთვალყურეობა: პირველ წელს – 3 თვეში ერთჯერ, მეორე-მეოთხე წელს – 6 თვეში ერთჯერ, მეხუთე წლიდან – წელიწადში ერთჯერ.

ძუძუს კიბო (C50)

საქართველოში ავთვისებიანი სიმსივნეებით ავადობის სტრუქტურაში ძუძუს კიბოს პირველი ადგილი უკავია. ყოველი 100 000 ქალიდან 28-30 ძუძუს კიბოთი ავადდება.

დაავადების პათოგენეზში მნიშვნელოვანია ჰორმონული სტატუსი და ენდოკრინული დარღვევები. განასხვავებენ ძუძუს კიბოს 4 ძირითად კლინიკურ-პათოგენეზურ ფორმას:

1. ***თირეოიდული ფორმა*** ხშირად გვხვდება 35 წლის ასაკამდე და ვითარდება ფარისებრი ჯირკვლის პათოლოგიის ჰიპო- და ეუთირეოიდული ფუნქციის ფონზე, დამახასიათებელია ადრეული სიმსუქნე, გვიანი მენარხე; ლაბორატორიული გამოკვლევების მიხედვით, დაქვეითებულია ფარისებრი ჯირკვლის ფუნქცია, დაბალია ქოლესტერინის დონე, გვხვდება ძუძუს კიბოს შემთხვევათა 4-5%-ში.
2. ***საკვერცხის ფორმა*** გვხვდება 35-50 წლის ასაკში. დამახასიათებელია საკვერცხეების ჰიპერფუნქცია – მაღალი ესტროგენიზაცია, ადრეული მენარხე, ანთებითი და ჰიპერპლაზიური პროცესები, ქრონიკული ჰეპატოპათია, მასტოპათია. ძუძუს კიბოს ოჯახური ანამნეზი გვხვდება შემთხვევათა 40-50%-ში.
3. ***თირკმელზედა ჯირკვლის ფორმა*** გვხდება 50-60 წლის ასაკში. დამახასიათებელია თირკმელზედა ჯირკვლის სტეროიდული ფუნქციის დარღვევა, ჰიპერტონული დაავადება, ათეროსკლეროზი, შაქრიანი დიაბეტი, გვიანი

მენოპაუზა. სასქესო ორგანოების კეთილთვისებიანი და ავთვისებიანი სიმსივნეების ოჯახური ანამნეზი. სისხლში მომატებულია ქოლესტერინი, ლიპოპროტეიდები, გამოხატულია ჰიპერკორტიციზმის გარეგნული ნიშნები. გვხვდება შემთხვევათა 35-40%-ში.

4. *ინვოლუციური (ანუ ჰიპოფიზის) ფორმა* გვხვდება 60 წელზე უფროსი ასაკის ქალებში. დამახასიათებელია ზოგადი ინვოლუციური პროცესები, დაავადების გამოვლენის მომენტისათვის 10 წელზე მეტი ხანდაზმულობის მენოპაუზა, აგრეთვე ხანგრძლივი რეპროდუქციული პერიოდი გვიან მენარხესთან და გვიან პირველ ორსულობასთან ერთად, სასქესო ორგანოებისა და მსხვილი ნაწლავის კიბოს ოჯახური ანამნეზი. ლაბორატორიული გამოკვლევების მიხედვით, შემცირებულია ესტროგენების და მომატებულია ფენოლსტეროიდების კონცენტრაცია, რაც ხელს უშლის ფოლიკულმასტიმულირებელი ჰორმონის დათრგუნვას. გვხვდება შემთხვევათა 6-8%-ში.

მნიშვნელოვან რისკის ფაქტორს წარმოადგენს ნეიროენდოკრინული მეტაბოლური დაავადებები (ჰიპერტონია, შაქრიანი დიაბეტი, სიმსუქნე), მავნე ჩვევები (თამბაქოს მოწევა, ალკოჰოლის მიღება), სოციალური და ეკონომიკური მდგომარეობა, მემკვიდრეობითი ფაქტორი, კიბოსწინა დაავადებების არსებობა. ერთ ძუძუში კიბოს დადგენის შემდეგ ყოველ მომდევნო წელს თითო პროცენტით მატულობს მეორე ძუძუში კიბოს განვითარების რისკი.

კლინიკურად განიხილავენ ძუძუს კიბოს საწყის ფორმებს, რომლებიც პალპაციით არ ისინჯება და ფორმებს, რომელთა ხელით გასინჯვაც შესაძლებელია. მნიშვნელოვანია მათი ლოკალიზაციის ცოდნაც, რისთვისაც დვრილზე წარმოსახვით გავლებული ვერტიკალური და ჰორიზონტალური ხაზებით ძუძუს პირობითად ოთხ კვადრანტად ყოფენ. ამის შესაბამისად, სიმსივნის ლოკალიზაცია შეიძლება იყოს ზედა ლატერალურ, ზედა medialურ, ქვედა ლატერალურ, ქვედა medialურ კვადრანტებში, მათ საზღვარზე ან ცენტრალურად (დვრილთან).

არაპალპირებადი სიმსივნე კლინიკურად შეიძლება არ ვლინდებოდეს და წლების განმავლობაში არსებობდეს არაინვაზიური ადგილობრივი კიბოს – Carcinoma in situ-ს სახით. ასეთ სიმსივნეებს უპირატესად ახასიათებთ მულტიცენტრული ზრდა, ხშირად ორმხრივია და შემთხვევათა 25%-ში ინვაზიურ ფორმაში გადადის.

პალპირებადი სიმსივნეებიდან გამოყოფენ კიბოს შემდეგ კლინიკურ-ანატომიურ ფორმებს:

I. კვანძოვანი ფორმა;

II. დიფუზური ფორმა:
   ა) შეშუპებით-ინფილტრაციული;
   ბ) მასტიტისებრი;
   გ) ერიზიპელოიდური (წითელი ქარისებრი);
   დ) ჯავშნიანი.

III. იშვიათი ფორმები:
   ა) პეჯეტის კიბო;
   ბ) ატიპიური და სხვა ფორმები.

ძუძუს კიბოს ჰისტოლოგიური სურათი მრავალფეროვანია. უმრავლეს შემთხვევაში კიბო ჯირკვლოვანი შენებისაა. მსხვილი სადინარების ეპითელიუმისგან შეიძლება განვითარდეს ბრტყელუჯრედოვანი კიბო; შემაერთებელი ქსოვილების სიჭარბე დამახასიათებელია სკირისათვის, პარენქიმული კომპონენტების სიჭარბე – მედულური კარცინომისათვის. ეს უკანასკნელი ინფილტრაციული კიბოს შემთხვევათა 5%-ში გვხვდება და შედარებით კარგი პროგნოზით გამოირჩევა. ხშირია შერეული ჰისტოლოგიური სტრუქტურის სიმსივნეები. ასეთ დროს მიუთითებენ კიბოს რომელიმე ფორმის უპირატეს განვითარებაზე.

მეტასტაზები ხშირად ვითარდება ლიმფოგენური და ჰემატოგენური გზით, აგრეთვე განფენილად (დისემინაცია კანზე, სატელიტები).

ძუძუს კიბოს დროს მეტასტაზები ვრცელდება იღლიის, ბეჭქვეშა, ლავიწქვეშა, ლავიწზედა და პარასტერნულ ლიმფურ კვანძებში. მეტასტაზების განვითარების გზა ბევრადაა დამოკიდებული სიმსივნის ლოკალიზაციასა და ლიმფური სადინარების ქსელზე: ლატერალური კვადრანტებიდან მეტასტაზები ვრცელდება იღლიისა და ბეჭქვეშა ლიმფურ კვანძებში (შემთხვევათა 60-70%), medიალური კვადრანტებიდან – გულმკერდის შიგნით, პარასტერნულ, ლიმფურ კვანძებში (10%), ზედა კვადრანტებიდან – ლავიწქვეშა ფოსოში (20-30%). ცენტრალური ლოკალიზაციის კიბოს დროს მეტასტაზები ყველა მიმართულებით თანაბრად ვრცელდება.

არსებობს აგრეთვე მეტასტაზების გავრცელების რეტროპექტორული (შემთხვევათა 2%) და ჯვარედინი გზა – მეტასტაზის განვითარება კონტრალატერალური იღლიის ლიმფურ კვანძებში (5%). ეპიგასტრიუმისა და საზარდულის მიმართულებით შეიძლება გავრცელდეს ინტრადერმული მეტასტაზები.

ჰემატოგენური მეტასტაზები ვითარდება ძვლებში, ფილტვებში, ღვიძლში, თავის ტვინში, საკვერცხეებსა და სხვა ორგანოებში. მათი გამოვლენა ყველაზე ხშირად რადიკალური მკურნალობიდან პირველი სამი წლის განმავლობაში ხდება, თუმცა აღწერილია შემთხვევები, როცა რადიკალური მკურნალობიდან 20-30-წლიანი რემისიის შემდეგ, ორგანიზმში მომხდარი სერიოზული ნეიროენდოკრინული ცვლილებებისა და ძლიერი სტრესული ზემოქმედების ფონზე, ე. წ. "მთვლემარე უჯრედებიდან" მეტასტაზები განვითარდა თავის ტვინში, ფილტვებში, ძვლებში. ასეთ ავადმყოფებს ზოგჯერ თვითონაც ავიწყდებათ გადატანილი ოპერაცია და პირველ ხანებში უშედეგოდ მკურნალობენ "ფილტვების ანთებისა" და "რადიკულიტის" დიაგნოზით.

ძუძუს კიბოს სიმპტომატიკა დამოკიდებულია დაავადების სტადიაზე, სიმსივნის ზრდის ფორმასა და ჰისტომორფოლოგიურ შენებაზე. კვანძოვანი სიმსივნის ძირითადი სიმპტომია სიმსივნური წარმონაქმნის არსებობა ძუძუში.

კიბოს ადრეული ფორმების დროს ძუძუს მფარავი კანი ინტაქტურია, ხოლო კანის სიმპტომები ვლინდება კიბოს გავრცელებული ფორმების დროს. გამონაკლისია ზედა medიალურ კვადრანტსა და სუბმამარულ ნაოჭში ლოკალიზებული სიმსივნე, რომელიც თვალით ადრეულ სტადიაშივე ადვილი შესამჩნევია. აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ ზედა medიალურ კვადრანტში არსებულ კვანძოვან კიბოს გააჩნია შედარებით სადა ზედაპირი, რბილი კონსისტენცია და კეთილთვისებიანი სიმსივნის შთაბეჭდილებას ტოვებს, თუმცა კეთილთვისებიანი პროცესები ამ უბანში ძალიან იშვიათია.

პალპაციით აფასებენ დვრილის და არეოლის მდგომარეობას (სიმკვრივე, გასქელე-

ბა), დვრილიდან გამონადენის არსებობას. ძუძუს კანის ორ თითს შორის აღებით ვლინდება კანის სიმპტომები.

ღრმა პალპაციისას ყურადღება ექცევა სიმსივნის ზომას, ფორმას, კონსისტენციას, ქვეშმდებარე ქსოვილებთან შეხორცებას. ჯირკვლის შემაერთებელქსოვილოვანი ხარიხების შესქელებისა და დამოკლების გამო დვრილთან ახლოს არსებული სიმსივნური წარმონაქმნი იწვევს დვრილის ჩაბრუნებას.

დიდი ზომის კიბოს დროს ყურადღება ექცევა "ლიმონის ქერქის", უმბილიკაციის, "ბაქნის", პრიბრამის (დვრილის მოქაჩვისას სიმსივნე მოჰყვება მას), კენიგის (ხელისგულით დაწოლისას სიმსივნე არ იკარგება), კრაუზეს (არეოლის და დვრილის კანის გასქელება, შეშუპება), პაირის (ძუძუს ქსოვილის ორ თითს შორის მოქცევისას კანის გასწვრივი დანაოჭების ნაცვლად იქმნება განივი ნაოჭები) სიმპტომებს.

დიფუზური კიბოს დროს ინფილტრაციულ-შეშუპებითი ფორმა გამოირჩევა ძუძუს გადიდებით, კანის ინფილტრაციით, "ლიმონის ქერქის" წარმოშობით. პალპაციით ისინჯება არამკაფიო საზღვრების მქონე ინფილტრატი.

მასტიტისებრი ფორმა (მწვავე კარცინომატოზული მასტიტი) აერთიანებს ინფილტრაციულ-შეშუპებითი სიმსივნისა და ანთების სიმპტომებს მეორეული ინფექციის თანდართვის გამო. ერიზიპელოიდური ფორმაც ანთებით-ინფილტრაციული სიმსივნის ერთ-ერთი სახეა. ძუძუს გამოხატული ჰიპერემია გადადის გულმკერდის წინა კედელზე და წითელ ქარს წააგავს.

ჯავშნიანი ფორმა ადგილობრივად გავრცელებული ინფილტრაციული კიბოს დაგვიანებულ სტადიას წარმოადგენს. ინფილტრაცია ვრცელდება გულმკერდის მთელ ზედაპირზე. კანი გასქელებული და ფიქსირებულია. აღინიშნება ჭარბი პიგმენტაცია. ძუძუ თანდათან იჭმუხნება, ინფილტრატი გულმკერდის კედელს ჯავშანივით ეკვრის გარს და ავადმყოფს გულმკერდის შებოჭვის შეგრძნება აქვს.

ძუძუს კიბოს იშვიათი ფორმებიდან გამოყოფენ პეჯეტის კიბოს, რომელიც ძუძუს მსხვილი სადინარის ეპითელიუმისგან ვითარდება. საყურადღებოა აგრეთვე ბრტყელუჯრედოვანი და კოლოიდური კიბო.

ატიპიური ფორმებიდან აღსანიშნავია ძუძუს პირველადად მრავლობითი კიბო. ძუძუს კიბო შეიძლება აგრეთვე შერწყმული იყოს სხვა ორგანოების (საშვილოსნოს ტანის, მსხვილი ნაწლავის და ა. შ.) პირველად კიბოსთან.

ძუძუს სარკომა იშვიათი დაავადებაა. ასასიათებს სწრაფი ზრდა და დიდ ზომებს აღწევს. ხშირად ვითარდება ფოთლისებრი ფიბროადენომისგან. სარკომის დროს თითქმის არ გვხვდება დანაოჭების, "უმბილიკაციის", "ლიმონის ქერქის" და დვრილის ჩაბრუნების სიმპტომები.

დიაგნოზი ისმება ფიზიკალური გასინჯვის, მამოგრაფიის, ექოსკოპიის, პირველადი კვანძისა და გადიდებული ლიმფური კვანძების პუნქტატების ციტოლოგიური გამოკვლევის საფუძველზე. ბუნდოვანი სურათის დროს დიაგნოსტიკის საბოლოო ეტაპს წარმოადგენს ძუძუს ქსოვილის საეჭვო უბნის სექტორული რეზექცია და სასწრაფო ჰისტოლოგიური გამოკვლევა.

ძალიან მნიშვნელოვანია პირველი რიგის, ე. წ. "დარაჯი" (სასიგნალო) ლიმფური კვანძების ჰისტომორფოლოგიური შესწვლა. თუ აღმოჩნდა, რომ დარაჯი ლიმფური კვანძები მეტასტაზურად დაზიანებული არ არის, ეს იმას ნიშნავს, რომ მომდევნო

რიგის ლიმფური კვანძებიც ინტაქტური იქნება. დარაჯი ლიმფური კვანძების მეტასტაზური დაზიანების შემთხვევაში კი დანარჩენ ლიმფურ კვანძებში სიმსივნის გავრცელების ალბათობა მეტია. რეგიონულ ლიმფურ კვანძებში მხოლოდ იზოლირებული სიმსივნური უჯრედების არსებობის შემთხვევაში კლასიფიკაცია ხდება pN0 კატეგორიით.

ძუძუს კიბოს კლასიფიკაცია TNM სისტემით (მე-6 გამოცემა, 2002)

ანატომიური ნაწილებია: დვრილი (C50.0), ცენტრალური ნაწილი (C50.1), ზედა შიგნითა კვადრანტი (C50.2), ქვედა შიგნითა კვადრანტი (C50.3), (C50.4), ქვედა გარეთა კვადრანტი (C50.5), იღლიისკენა (აქსილარული) ნაწილი (C50.6).

ძუძუსთვის რეგიონულ ლიმფურ კვანძებს წარმოადგენს: 1. იღლიის ლიმფური კვანძები – დაზიანების მხარეს (მკერდის შიგნითა, იღლიის ვენისა და მისი განშტოებების გაყოლებაზე მდებარე ლიმფური კვანძები); 2. ლავიწქვეშა ლიმფური კვანძები – დაზიანების მხარეს; 3. ძუძუს შიგნითა ლიმფური კვანძები – დაზიანების მხარეს: ენდოთორაკალურ ფასციაში (მკერდის ძვლის გაყოლებაზე, ნეკნთაშუა სივრცეებში) მდებარე ლიმფური კვანძები; 4. ლავიწზედა ლიმფური კვანძები – დაზიანების მხარეს.

შენიშვნა: ძუძუს შიგნითა ლიმფური კვანძების კლასიფიკაცია ხდება იმავე კატეგორიით, რომლითაც იღლიის ლიმფური კვანძებისა.

TNM კლინიკური კლასიფიკაცია

T - პირველადი სიმსივნე

TX	პირველადი სიმსივნის შესაფასებლად საკმარისი მონაცემები არ არის
T0	პირველადი სიმსივნის არსებობის ნიშნები არ არის
Tis	პრეინვაზიური კარცინომა (Carcinoma in situ):
Tis(DCIS)	სადინარის Carcinoma in situ
Tis(LCIS)	წილაკოვანი Carcinoma in situ
Tis(Pajet)	პეჯეტის დაავადება – დვრილში სიმსივნური კვანძის გარეშე

შენიშვნა: პეჯეტის დაავადება, რომლის დროსაც პალპაციით ისინჯება სიმსივნური კვანძი, კლასიფიცირდება სიმსივნის ზომის მიხედვით

T1	2 სმ-მდე ზომის სიმსივნე
T1mic	მიკროინვაზია – 0,1 სმ-მდე ზომის სიმსივნე
T1a	0,1 სმ-დან 0,5 სმ-მდე ზომის სიმსივნე
T1b	0,5 სმ-დან 1,0 სმ-მდე ზომის სიმსივნე
T1c	1 სმ-დან 2 სმ-მდე ზომის სიმსივნე

შენიშვნა: მიკროინვაზია არის კიბოს უჯრედების გავრცელება ბაზალური მემბრანის გავლით მომიჯნავე ქსოვილებზე, როცა ერთი კერის ზომა არ აღემატება 0,1 სმ-ს. მიკროინვაზიის რამდენიმე კერის არსებობის შემთხვევაში კლასიფიკაცია ხდება ყველაზე დიდი ზომის კერის მიხედვით (კერების ზომათა შეჯამება არ ხდება!). მიკროინვაზიის მრავლობითი კერის არსებობა უნდა აღინიშნოს ისევე, როგორც ეს ხდება უფრო დიდი ზომის მრავლობითი ინვაზიური კარცინომების დროს.

T2	2,0 სმ-დან 5,0 სმ-მდე ზომის სიმსივნე
T3	5,0 სმ-ზე მეტი ზომის სიმსივნე
T4	ნებისმიერი ზომის სიმსივნის უშუალო გავრცელება გულმკერდის კედელზე ან მხოლოდ კანზე, როგორც ეს აღწერილია T4a-T4d პუნქტებში

შენიშვნა: გულმკერდის კედელში შედის: ნეკნები, ნეკნთაშუა კუნთები, აგრეთვე წინა დაკბილული კუნთი, მაგრამ არა – მკერდის კუნთები.

T4a გულმკერდის კედელზე გავრცელება

T4b შეშუპება ("ლიმონის ქერქის" სიმპტომის ჩათვლით); ან ძუძუს კანის დაწყლულება; ან სატელიტური კვანძები დაზიანებული ძუძუს კანში

T4c სიმსივნე 4a და 4b პუნქტებში აღწერილი გავრცელების მიხედვით (ორივე ერთად)

T4d კიბოს ანთებითი ფორმა

შენიშვნა: ძუძუს კიბოს ანთებით ფორმას ახასიათებს კანის დიფუზური, მოყავისფრო-მოწითალო გამკვრივება ერიზიპელოიდური (წითელი ქარისებრი) კიდით, ხოლო კანქვეშა ქსოვილები პალპაციით არ ისინჯება. თუ კანიდან აღებული ბიოფსიური მასალის ციტოლოგიური გამოკვლევით სიმსივნური უჯრედები აღმოჩენილი არ არის და პირველადი სიმსივნე პალპაციით არ ისინჯება, სიმსივნის პათოჰისტოლოგიური კლასიფიკაცია ხდება pTX, ხოლო კლინიკური კლასიფიკაცია – T4d კატეგორიით. კანის ჩაწევა, დვრილის ჩაბრუნება ან სხვა ცვლილებები კანში, გარდა T4b და T4d პუნქტებში აღწერილი ცვლილებებისა, შეიძლება აღინიშნებოდეს T1, T2 ან T3 სტადიის სიმსივნეების დროსაც, მაგრამ ისინი კლასიფიკაციაზე გავლენას არ ახდენენ.

N – რეგიონული ლიმფური კვანძები

NX რეგიონული ლიმფური კვანძების შესაფასებლად საკმარისი მონაცემები არ არის (მაგ., წინასწარ იყო ამოღებული)

N0 რეგიონული ლიმფური კვანძების მეტასტაზური დაზიანების ნიშნები არ არის

N1 მეტასტაზი იღლიის მოძრავ ლიმფურ კვანძ(ებ)ში – დაზიანებული ძუძუს მხარეს

N2 მეტასტაზი იღლიის ფიქსირებულ ლიმფურ კვანძ(ებ)ში – დაზიანების მხარეს; ან კლინიკურად ხილული* მეტასტაზი ძუძუს შიგნითა ლიმფურ კვანძ(ებ)ში – დაზიანებული ძუძუს მხარეს, კლინიკურად გამოხატული* მეტასტაზის *გარეშე* იღლიის ლიმფურ კვანძებში

N2a მეტასტაზი იღლიის ლიმფურ კვანძ(ებ)ში, ფიქსირებული ერთმანეთთან ან სხვა სტრუქტურებთან

N2b კლინიკურად ხილული* მეტასტაზი მხოლოდ ძუძუს შიგნითა ლიმფურ კვანძებში, კლინიკურად გამოხატული მეტასტაზის *გარეშე* იღლიის ლიმფურ კვანძებში

N3 მეტასტაზი ლავიწქვეშა ლიმფურ კვანძ(ებ)ში – დაზიანების მხარეს, იღლიის ლიმფური კვანძების მეტასტაზური დაზიანებით ან მის გარეშე; ან კლინიკურად ხილული* მეტასტაზი ძუძუს შიგნითა ლიმფურ კვანძ(ებ)ში – დაზიანებული ძუძუს მხარეს, აღინიშნება კლინიკურად გამოხატული* მეტასტაზი იღლიის ლიმფურ კვანძებში; ან მეტასტაზი ლავიწზედა ლიმფურ კვანძ(ებ)ში – დაზიანების მხარეს, იღლიის ან ძუძუს შიგნითა ლიმფური კვანძების მეტასტაზური დაზიანებით ან მის გარეშე

N3a *ლავიწქვეშა ლიმფური კვანძ(ებ)ის მეტასტაზური დაზიანება*

N3b ძუძუს შიგნითა ან იღლიის ლიმფური კვანძების მეტასტაზური დაზიანება

N3c ლავიწზედა ლიმფური კვანძ(ებ)ის მეტასტაზური დაზიანება

შენიშვნა: * კლინიკურად ხილული – კლინდება კლინიკური გასინჯვის დროს ან ვიზუალიზაციის მეთოდებით გამოკვლევისას (ლიმფოსცინტიგრაფიის გარდა)

M – შორეული მეტასტაზები

MX შორეული მეტასტაზის შესაფასებლად საკმარისი მონაცემები არ არის

M0 შორეული მეტასტაზის არსებობის ნიშნები არ არის

M1 აღინიშნება შორეული მეტასტაზი

pTNM პათოჰისტოლოგიური კლასიფიკაცია

pT – პირველადი სიმსივნე

პათოჰისტოლოგიური კლასიფიკაციისთვის საჭიროა პირველადი სიმსივნის გამოკვლევა; რეზექციის ხაზთან არ უნდა იყოს თვალით ხილული სიმსივნური ქსოვილი. როცა რეზექციის ხაზთან სიმსივნის არსებობა მხოლოდ მიკროსკოპულად დასტურდება, სიმსივნის კლასიფიკაცია შეიძლება მოხდეს pT კატეგორიით.

pT კატეგორიები შეესაბამება T კატეგორიებს.

შენიშვნა: pT კლასიფიკაციის შეფასებისას სიმსივნის ინვაზიური კომპონენტი განისაზღვრება სიმსივნის ზომის მიხედვით. დიდი ზომის (მაგ., 4 სმ) is situ და მცირე ზომის (მაგ., 0,5 სმ) ინვაზიური კომპონენტის არსებობის შემთხვევაში სიმსივნის კლასიფიკაცია უნდა მოხდეს pTis კატეგორიით.

pN – რეგიონული ლიმფური კვანძები

პათოჰისტოლოგიური კლასიფიკაციისთვის საჭიროა, სულ მცირე, იღლიის ქვედა ლიმფური კვანძების (I დონე) ამოკვეთა და შესწავლა. ასეთი გზით მიღებული მასალა, როგორც წესი, უნდა შეიცავდეს არანაკლებ 6 ლიმფურ კვანძს. თუ ლიმფურ კვანძებში სიმსივნური უჯრედები არ აღმოჩნდა, მაგრამ გამოკვლეული ლიმფური კვანძების რაოდენობა 6-ზე ნაკლებია, კლასიფიკაცია უნდა მოხდეს pN0 კატეგორიით.

პათოჰისტოლოგიური კლასიფიკაციის დასაზუსტებლად შეიძლება გამოკვლეულ იქნეს ერთი ან მეტი „დარაჯი“ (სასიგნალო) ლიმფური კვანძი. თუ კლასიფიკაციას საფუძვლად უდევს მხოლოდ „დარაჯი“ ლიმფური კვანძების ბიოფსიით მიღებული მასალის გამოკვლევის მონაცემები, იღლიის ლიმფური კვანძების დისექციისა და გამოკვლევის გარეშე, ეს უნდა აღინიშნოს (sn) სიმბოლოთი:

pNX (sn) „დარაჯი“ ლიმფური კვანძების შესაფასებლად საკმარისი მონაცემები არ არის

pN0 (sn) „დარაჯი“ ლიმფური კვანძების მეტასტაზური დაზიანების ნიშნები არ არის

pN1 (sn) აღინიშნება „დარაჯი“ ლიმფური კვანძების მეტასტაზური დაზიანება

pNX რეგიონული ლიმფური კვანძების შესაფასებლად საკმარისი მონაცემები არ

არის (მაგ., არ იქნა ამოღებული შესასწავლად ან ადრე იყო ამოღებული)

pN0 რეგიონული ლიმფური კვანძების მეტასტაზური დაზიანების ნიშნები არ არის*

შენიშვნა: * რეგიონულ ლიმფურ კვანძებში მხოლოდ იზოლირებული სიმსივნური უჯრედების არსებობის შემთხვევაში კლასიფიკაცია უნდა მოხდეს pN0 კატეგორიით. იზოლირებული სიმსივნური უჯრედები წარმოადგენენ ცალკეულ სიმსივნურ უჯრედებს ან 0,2 მმ-მდე ზომის უჯრედთა მცირე გროვებს, რომელთა აღმოჩენაც, ჩვეულებრივ, ხდება იმუნოჰისტოქიმიური ან მოლეკულური მეთოდებით, მაგრამ ვერიფიკაცია შესაძლებელია ჰემატოქსილინ-ეოზინით შეღებვის დროსაც. იზოლირებული სიმსივნური უჯრედები, როგორც წესი, არ ავლენენ მეტასტაზურ აქტიურობას (მაგ., პროლიფერაციას ან სტრომულ რეაქციას).

pN1mi 0,2 მმ-დან 2 მმ-მდე ზომის მიკრომეტასტაზები ლიმფურ კვანძ(ებ)ში

pN1 მეტასტაზი იღლიის 1-3 ლიმფურ კვანძში და/ან ძუძუს შიგნითა ლიმფურ კვანძებში – დაზიანების მსარეს, კლინიკურად უხილავ*, მაგრამ მიკროსკოპულად დადგენილ მეტასტაზთან ერთად, რომელიც ვლინდება „დარაჯი" ლიმფური კვანძების ამოკვეთისას მიღებული მასალის გამოკვლევით

pN1a მეტასტაზი იღლიის 1-3 ლიმფურ კვანძში – დაზიანების მხარეს, რომელთაგან ერთის ზომა მაინც აღემატება 2 მმ-ს

pN1b მეტასტაზი ძუძუს შიგნითა ლიმფურ კვანძებში, კლინიკურად უხილავ+, მაგრამ მიკროსკოპულად გამოხატულ მეტასტაზთან ერთად, რომელიც ვლინდება „დარაჯი" ლიმფური კვანძების ამოკვეთისას მიღებული მასალის გამოკვლევით

pN1c მეტასტაზი იღლიის 1-3 ლიმფურ კვანძში და ძუძუს შიგნითა ლიმფურ კვანძებში, კლინიკურად უხილავ, მაგრამ მიკროსკოპულად დადგენილ მეტასტაზითან ერთად, რომელიც ვლინდება „დარაჯი" ლიმფური კვანძების ამოკვეთისას მიღებული მასალის გამოკვლევით

pN2 მეტასტაზი იღლიის 4-9 ლიმფურ კვანძში – დაზიანებული ძუძუს მხარეს, ან კლინიკურად ხილული++ მეტასტაზი ძუძუს შიგნითა ლიმფურ კვანძებში – დაზიანების მხარეს, იღლიის ლიმფური კვანძების მეტასტაზური დაზიანების გარეშე

შენიშვნა: + კლინიკურად უხილავი – კლინიკური გამოკვლევებით ან ვიზუალიზაციის მეთოდებით შესწავლისას (ლიმფოსცინტიგრაფიის გარდა) გამოვლენა შეუძლებელია

++ კლინიკურად ხილული – ვლინდება კლინიკური გამოკვლევებით ან ვიზუალიზაციის მეთოდებით შესწავლისას (ლიმფოსცინტიგრაფიის გარდა), ან აშკარად გამოხატულია მორფოლოგიურად

pN2a მეტასტაზი იღლიის 4-9 ლიმფურ კვანძში, რომელთაგან ერთის ზომა მაინც აღემატება 2 მმ-ს

pN2b კლინიკურად ხილული მეტასტაზი ძუძუს შიგნითა ლიმფურ კვანძებში, იღლიის ლიმფური კვანძების მეტასტაზური დაზიანების *გარეშე*

pN3 მეტასტაზი იღლიის არანაკლებ 10 ლიმფურ კვანძში – დაზიანებული ძუძუს მხარეს; ან მეტასტაზი ლავიწქვეშა ლიმფურ კვანძ(ებ)ში – დაზიანების მხარეს; ან კლინიკურად ხილული მეტასტაზი ძუძუს შიგნითა ლიმფურ კვანძ(ებ)ში

– დაზიანებული ძუძუს მხარეს, იღლიის არანაკლებ ერთი ლიმფური კვანძის მეტასტაზურ დაზიანებასთან ერთად; ან მეტასტაზი იღლიის 3-ზე მეტ ლიმფურ კვანძში, კლინიკურად უხილავი, მაგრამ მიკროსკოპულად დადგენილი მეტასტაზითურთ ძუძუს შიგნითა ლიმფურ კვანძებში; ან მეტასტაზი ლავიწზედა ლიმფურ კვანძებში – დაზიანების მხარეს

pN3a მეტასტაზი იღლიის არანაკლებ 10 ლიმფურ კვანძში, რომელთაგან ერთის ზომა მაინც აღემატება 2 მმ-ს; ან მეტასტაზი ლავიწქვეშა ლიმფურ კვანძ(ებ)ში

pN3b კლინიკურად ხილული მეტასტაზი ძუძუს შიგნითა ლიმფურ კვანძ(ებ)ში, იღლიის არანაკლებ ერთი ლიმფური კვანძის მეტასტაზურ დაზიანებასთან ერთად; ან მეტასტაზი იღლიის 3-ზე მეტ ლიმფურ კვანძში და ძუძუს შიგნითა ლიმფურ კვანძებში, კლინიკურად უხილავ, მაგრამ მიკროსკოპულად დადგენილ მეტასტაზთან ერთად, რომელიც ვლინდება „დარაჯი" ლიმფური კვანძების ამოკვეთით მიღებული მასალის გამოკვლევით

pN3c ლავიწზედა ლიმფური კვანძ(ებ)ის მეტასტაზური დაზიანება.

pM – შორეული მეტასტაზები

pM კატეგორიები შეესაბამება M კატეგორიებს.

G – ჰისტოლოგიური გრადაცია

ინვაზიური კარცინომის ჰისტოლოგიური გრადაციისთვის იხილე:

Elston CW, Ellis IO. Pathological prognostic factors in breast cancer. I. The value of histological grade in breasst cancer: experience from a large study with long-term follow-up. Histopathology 1991; 19:403-410.

დაჯგუფება სტადიების მიხედვით

0 სტადია	Tis	N0	M0
I სტადია	T1*	N0	M0
IIA სტადია	T0	N1	M0
	T1*	N1	M0
	T2	N0	M0
IIB სტადია	T2	N1	M0
	T3	N0	M0
IIIA სტადია	T0	N2	M0
	T1*	N2	M0
	T2	N2	M0
	T3	N1, N2	M0
IIIB სტადია	T4	N0, N1, N2	M0
IIIC სტადია	ნებისმიერი T	N3	M0
IV სტადია	ნებისმიერი T	ნებისმიერი N	M1

შენიშვნა: *T1 მოიცავს T1mic-ს

მკურნალობა. ძუძუს კიბოს მკურნალობისთვის გამოიყენება ქირურგიული, სხივური, მედიკამენტური (ქიმიოთერაპიული, ჰორმონოთერაპიული, იმუნოთერაპიული) მეთოდები და მათი კომბინაცია. მკურნალობის მხოლოდ ერთი მეთოდი იშვიათად გამოიყენება.

მკურნალობის სქემის შერჩევისას მხედველობაში მიიღება სიმსივნის გავრცელება, კიბოს კლინიკური და პათოგენეზური ფორმა, ავადმყოფის ასაკი, საერთო მდგომარეობა, მენსტრუალური და საკვერცხეების ფუნქცია, თანმხლები დაავადებების არსებობა და ა. შ.

მკურნალობის ძირითადი მეთოდია **ქირურგიული ოპერაცია**, რომლის დროსაც ხდება დაავადების საბოლოო ვერიფიკაცია და სიმსივნის ზომების, ჰისტოლოგიური სტრუქტურის, სასქესო რეცეპტორების, რეგიონული ლიმფური კვანძების მდგომარეობის შესახებ დამატებითი მონაცემების მიღება. ოპერაცია, როგორც დამოუკიდებელი მეთოდი, გამოიყენება პრეკლინიკური და I-IIa სტადიის (T1-2N0M0) კიბოს სამკურნალოდ, კეთილსაიმედო კლინიკურ-მორფოლოგიური ფაქტორების არსებობის შემთხვევაში.

პრეინვაზიური კიბოს (Carcinoma in situ) დროს კეთდება ძუძუს სექტორული რეზექცია და არა სიმსივნური კვანძის ენუკლეაცია, მაგრამ პრეინვაზიური კიბოს მულტიცენტრული ვარიანტის დადგენის შემთხვევაში აუცილებელია გაკეთდეს ძუძუს ამპუტაცია ან რადიკალური მასტექტომია.

T1-2N0M0 გავრცელების კიბოს დროს დასაშვებია გაკეთდეს რადიკალური სექტორული რეზექცია. სხვა დანარჩენ შემთხვევებში – რადიკალური მასტექტომია, რომელიც ძუძუს მოკვეთასთან ერთად რეგიონულ ლიმფადენექტომიასაც გულისხმობს. ამოკვეთილი ლიმფური კვანძების ჰისტომორფოლოგიური შესწავლით ზუსტდება დაავადების გავრცელება, რომლის მიხედვითაც იგეგმება შემდგომი მკურნალობა.

უკანასკნელ წლებში, კონსერვატიული მკურნალობის მეთოდების გაუმჯობესებასთან და დანერგვასთან დაკავშირებით, ხოლდინ-ურბანის ტიპის "ზერადიკალური" და გაფართოებული ოპერაციები პრაქტიკულად აღარ კეთდება. ფართოდ ინერგება ეკონომიური ოპერაციები (პეიტი-დაისონის, მადენის ტიპის მასტექტომია, რადიკალური სექტორული რეზექცია), იხვეწება მათი ჩვენებები და უკუჩვენებები. ჰალსტედ-მეიერის ტიპის მასშტაბური ოპერაციები კეთდება ადგილობრივად გავრცელებული სიმსივნის შემთხვევაში.

ძუძუს ამპუტაციას, მკერდის კუნთების შენარჩუნებით და რეგიონული ლიმფადენექტომიის გარეშე, მიმართავენ პალიატიური მკურნალობის მიზნით. ქირურგიულ მკურნალობას მნიშვნელობა აქვს სიმსივნის მხოლოდ ძუძუში და რეგიონულ ლიმფურ კვანძებში მდებარეობისას. ძუძუს კიბოს ერიზიპელოიდური და მასტიტისებრი ფორმების დროს, გულმკერდის კედელში სიმსივნის ჩაზრდისას, იღლიაში უძრავი კონგლომერატის არსებობისას, ზედა კიდურის შეშუპების ან შორეული მეტასტაზების არსებობის შემთხვევაში ქირურგიულ მკურნალობას აზრი არა აქვს.

ქირურგიული ოპერაცია მეტწილად გამოიყენება ძუძუს კიბოს კომპლექსური მკურნალობის სქემაში მედიკამენტურ-სხივურ მკურნალობასთან ერთად.

ძუძუს კიბოს დროს **სხივური** თერაპია გამოიყენება ოპერაციისწინა და ოპერაციისშემდგომ პერიოდში. ოპერაციისწინა სხივური თერაპიის ამოცანაა სიმსივნის

ავთვისებიანობის ხარისხის დაქვეითება ყველაზე ანაპლაზიური უჯრედების დევიტალიზაციის ხარჯზე, რომლებიც დასხივებისას ყველაზე მეტად ზიანდება. ამავე დროს, ხდება რადიორეზისტენტული სიმსივნური უჯრედების ინაქტივაცია, მიკროდისემინატებისა და მიკრომეტასტაზების სრული რეგრესია სუბკლინიკური გავრცელების ზონებში.

ოპერაციისწინა დასხივება შეიძლება ჩატარდეს მსხვილი ფრაქციებით: ძირითად კერაზე – 5-5 გრეი 5 დღის განმავლობაში, 25 გრეი ჯამური კეროვანი დოზით, რაც ბიოლოგიური იზოეფექტით 40 გრეის შეესაბამება; ლავიწქვეშა ზონაზე – 4-4 გრეი 6 დღის განმავლობაში, 24 გრეი ჯამური კეროვანი დოზით, რაც ბიოლოგიური იზოეფექტით 35 გრეის შეესაბამება.

ოპერაცია კეთდება დასხივების დამთავრებიდან პირველ სამ დღეში.

ლავიწზედა და პარასტერნული ზონები სხივდება ოპერაციიდან 10-14 დღის შემდეგ კლასიკური რეჟიმით: 2-2,5 გრეი ერთჯერადი კეროვანი დოზით, 44 გრეი ჯამურ კეროვან დოზამდე.

ძუძუს კიბოს შეშუპებით-ინფილტრაციული ფორმის დროს ოპერაციისწინა პერიოდში როგორც ძირითადი კერის, ისე რეგიონული მეტასტაზირების ზონების დასასხივებლად გამოიყენება კლასიკური ფრაქციონირების მეთოდი. უკანასკნელ ხანებში ამ მიზნით მიმართავენ დინამიკურ ფრაქციონირებას.

მნიშვნელოვანია **სხივური თერაპიის** როლი ძუძუს III სტადიის კიბოს კომპლექსურ მკურნალობაში.

როცა სხივური თერაპია გამოიყენება ქიმიოთერაპიასთან კომბინაციაში, მისი ჩატარება უმჯობესია ქიმიოთერაპიის დამთავრების შემდეგ.

მასტექტომიის შემდეგ განვითარებული ადგილობრივი რეციდივების დროს სხივური თერაპიის ეფექტურობა 60-90%-ია, თუმცა შემთხვევათა ნახევარში ეფექტი დროებითია და რეციდივი კვლავ ვითარდება. ამიტომ უმჯობესია მისი ჩატარება ოპერაციასთან ერთად.

სხივური თერაპია პალიატიური მიზნით შეიძლება გამოყენებულ იქნეს მეტასტაზური კერების დასასხივებლად.

ძუძუს კიბოს დროს დიდი მნიშვნელობა აქვს **მედიკამენტურ** მკურნალობას. კერძოდ, ქიმიოთერაპიით შესაძლებელია:

- სიმსივნის ზომების შემცირება, მეტასტაზების უკუგანვითარება და თავიდან აცილება ქირურგიული ოპერაციის წინ (ნეოადიუვანტური ქიმიოთერაპია);
- დაავადების პროგრესირების შეჩერება ქირურგიული ჩარევის შემდეგ (ადიუვანტური ქიმიოთერაპია);
- დაავადების სიმპტომების შემცირება-შემსუბუქება და ავადმყოფთა სიცოცხლის ხარისხის გაუმჯობესება (პალიატიური ქიმიო-ჰორმონთერაპია).

კარგადაა შესწავლილი ქიმიოპრეპარატების კინეტიკა. დადგენილია, რომ ქიმიოპრეპარატების ინტრაარტერიულ და ენდოლიმფურ შეყვანას უპირატესობა აქვს სისტემურ ქიმიოთერაპიასთან შედარებით. ძუძუს კიბოს დროს საკმარისია ადიუვანტური ქიმიოთერაპიის 6 ციკლის ჩატარება; ***უფრო მეტი ციკლი მის ეფექტურობას არ აუმჯობესებს.***

ადიუვანტური ქიმიოთერაპიის ეფექტი თვალსაჩინოა, თუ ოპერაციის დროს

დადგენილია 1-3 რეგიონული ლიმფური კვანძის მეტასტაზური დაზიანება. იღლიაში 3-ზე მეტი მეტასტაზური ლიმფური კვანძის არსებობის შემთხვევაში უპირატესობას ანიჭებენ CAF სქემას.

ძუძუს III სტადიის კიბოს მკურნალობა კომპლექსურია. ჯერ ტარდება ნეოადიუვანტური ქიმიოთერაპიის 4-6 კურსი (ეფექტურად ითვლება დოქსორუბიცინის შემცველი სქემები – CAF და CA). ქიმიოთერაპიის ეფექტურობის შემთხვევაში ტარდება რადიკალური მასტექტომია, ხოლო ოპერაციის შემდეგ – სხივური თერაპია. ასეთი თანმიმდევრობა უფრო რაციონალურად ითვლება, რადგან ოპერაციის დროს თავიდანაა აცილებული გამა-თერაპიის ხელისშემშლელი მოქმედება. მკურნალობა ქიმიოჰორმონთერაპიით მთავრდება. ნეოადიუვანტური ქიმიოთერაპიის უეფექტობის შემთხვევაში ჯერ ატარებენ სხივურ თერაპიას, ხოლო შემდეგ – ოპერაციას.

ძუძუს შეშუპებით-ინფილტრაციული III სტადიის კიბოს მკურნალობის ტაქტიკა ისეთივეა, როგორიც III სტადიის კვანძოვანი კიბოსი, მხოლოდ იმ განსხვავებით, რომ მკურნალობის მეორე ეტაპზე უპირატესობა სხივურ თერაპიას ენიჭება. ძუძუს კიბოს ამ ფორმის დროს პირველ ეტაპად ჩატარებული ნეოადიუვანტური ქიმიოთერაპია შემთხვევათა 70%-ში ეფექტურია, მათ შორის 10-15%-ში ხდება სიმსივნის სრული გაწოვა. მოგვიანებით, კონსერვატიული მკურნალობის ეფექტურობიდან გამომდინარე, შეიძლება ჩატარდეს ოპერაცია. კვანძოვანი ფორმის კიბოსთან შედარებით პროგნოზი უარესია.

არც ძვლის ტვინის გადანერგვის ფონზე ჩატარებული მაღალდოზიანი ქიმიოთერაპია და არც ტაქსანების გამოყენება ძუძუს მეტასტაზური კიბოს მკურნალობის შედეგებს მნიშვნელოვნად არ აუმჯობესებს. ეფექტურობას ინარჩუნებს დოქსორუბიცინი, რომლის შემცველი სქემები სხვა სქემებთან შედარებით 10-20%-ით უკეთეს შედეგებს იძლევა, თუმცა სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობაზე მნიშვნელოვან გავლენას ვერ ახდენს. რბილ ქსოვილებში გავრცელებული მეტასტაზის დროს ქიმიოთერაპია (ნაველბინი + ნოვანტრონი) უფრო ეფექტურია, ვიდრე შინაგან ორგანოებსა და ძვლებში მათი განვითარებისას. ქიმიოთერაპიის ეფექტი ვლინდება პირველი ორი თვის განმავლობაში (ძვლებში არსებული მეტასტაზების დროს – ცოტა მოგვიანებით).

ადიუვანტური ქიმიოთერაპიის შემდეგ სიმსივნის დისემინაციის შემთხვევაში მიმართავენ ე. წ. "გადარჩენის ქიმიოთერაპიას". იყენებენ დოქსორუბიცინის შემცველ სქემებს ან მხოლოდ დოქსორუბიცინს – ჩვეულებრივთან შედარებით რამდენადმე მომატებული დოზით (75 მგ/მ^2 ყოველ კვირაში).

პირველი ხაზის ქიმიოთერაპიისადმი სიმსივნის რეზისტენტობის შემთხვევაში მეორე ხაზის ქიმიოპრეპარატებიც ნაკლებეფექტურია: თუ სიმსივნე რეზისტენტულია დოქსორუბიცინის მიმართ, სხვა ქიმიოპრეპარატებით ჩატარებული მკურნალობა, როგორც წესი, უეფექტოა!

რთული პრობლემაა მეტასტაზები ძვლებში, ჰიპერკალციემია და პათოლოგიური მოტეხილობები. ასეთ დროს სისხლის შრატში კალციუმის იონების კონტროლით ფართოდ გამოიყენება ბისფოსფონატები – კლოდრონატი (ბონეფოსი, ოსტაკი) და პამიდრონატი (არედია).

კანში მეტასტაზების არსებობის შემთხვევაში გამოიყენება პრეპარატი მილტექსი (მილტეფოზინი).

ჰორმონთერაპია კომპლექსური მკურნალობის კომპონენტია. იგი გამოიყენება გავრცელებული სიმსივნეების დროს იმ ჰორმონების დონის დასარეგულირებლად, რომელთა მომატება ან დაქვეითება იწვევს ძუძუს კიბოს სტიმულაციას.

ძუძუს კიბოს **თირეოიდული ფორმის** დროს ჰორმონთერაპია უეფექტოა. ტარდება მხოლოდ ქიმიოთერაპია, რომელიც რამდენადმე აუმჯობესებს მკურნალობის შედეგებს (ფარისებრი ჯირკვლის ფუნქციის ნორმალიზებისათვის ინიშნება თირეოიდინი — 0,05-0,1 მგ დღეში, 6 თვის განმავლობაში). ძუძუს კიბოს **ოვარიული ფორმის** დროს, სიმსივნის გამოხატული აგრესიულობის გამო, ტარდება ქიმიოჰორმონთერაპია — ინიშნება ანტიესტროგენული პრეპარატები. ძუძუს კიბოს **თირკმელზედა** ჯირკვლის ფორმა ქიმიოთერაპიას ნაკლებად ემორჩილება და უპირატესად ტარდება ჰორმონთერაპია (ანტიესტროგენებით და კორტიკოსტეროიდებით). ძუძუს კიბოს **ინვოლუციური (ჰიპოფიზური) ფორმა** ჰორმონთერაპიას (ესტროგენებით — სინესტროლით, ფოლიკულმასტიმულებელი ჰორმონის დასათრგუნავად) უკეთესად ემორჩილება, ქიმიოთერაპია კი მდგომარეობას ამძიმებს.

ადიუვანტური ჰორმონთერაპიის ჩატარების საფუძველს წარმოადგენს მრავალი ჰორმონის, განსაკუთრებით ესტროგენებისა და პროგესტერონების, მარეგულირებელი მოქმედება, ამიტომ ორივე რეცეპტორის განსაზღვრა სავალდებულოა. თუ სიმსივნეს გააჩნია რეცეპტორები ესტროგენების მიმართ, მას ესტროგენ-დადებით (ER+) სიმსივნეს უწოდებენ. ძუძუს კიბოს შემთხვევათა ორი მესამედი ესტროგენრეცეპტორდადებითია. ER+ სიმსივნე აღენიშნება მენოპაუზაში მყოფ ავადმყოფთა 75%-ს და პრემენოპაუზაში მყოფ პაციენტთა 50%-ს.

ანტიესტროგენული პრეპარატია ტამოქსიფენი, რომელიც ეძლევა პაციენტებს 20 მგ დღიური დოზით, 2-5 წლის განმავლობაში (ან დაავადების პროგრესირების ნიშნების გამოვლენამდე). პრეპარატის ტოქსიკურობა მინიმალური და გარდამავალია. უფრო დიდი დოზები აძლიერებს გვერდით მოვლენებს და არ აუმჯობესებს მკურნალობის ეფექტს. იშვიათად, ხანგრძლივი მიღების შემთხვევაში, შეიძლება გამოვლინდეს პრეპარატის კანცეროგენული ეფექტი (ენდომეტრიუმის კიბოს გახშირება), მაგრამ ამ პრეპარატის დადებითი ეფექტი მნიშვნელოვნად აჭარბებს არსებულ რისკს, ამასთან, შესაძლებელია საშვილოსნოს ტანის კიბოს დროული გამოვლენაც. ტამოქსიფენის გვერდითი (ძირითადად სისხლძარღვოვანი ხასიათის) მოქმედების შემთხვევაში შეიძლება გამოყენებული იყოს ტორემიფენი (ფარესტონი). მიაჩნიათ, რომ ამ უკანასკნელს კანცეროგენული ეფექტი არ ახასიათებს. ეს პრეპარატები არა მარტო აფერხებენ დაავადების პროგრესირებას, არამედ ამცირებენ მეორე ძუძუში კიბოს განვითარების რისკსაც.

ნახევრადსინთეზური პროგესტერონებიდან გამოიყენება მედროქსიპროგესტერონაცეტატი (პროვერა, ფარლუტალი 1000 მგ დღეში Per os ან კუნთში პირველი თვის განმავლობაში, შემდეგ — 500 მგ კვირაში 1-2-ჯერ). წინამორბედი ენდოკრინული თერაპიის გარეშე ეფექტი უკეთესია. ტამოქსიფენით მკურნალობის შემდეგ ან მის მიმართ სიმსივნის რეზისტენტობის შემთხვევაში პროგესტინების სამკურნალო ეფექტიც ნაკლებია.

თანამედროვე მონაცემებით, ადიუვანტური თერაპიის ჩვენება შემდეგნაირად შეიძლება ჩამოყალიბდეს:

- იღლიის ლიმფურ კვანძებში მეტასტაზების არარსებობის შემთხვევაში დამატებითი მკურნალობის ტაქტიკას განსაზღვრავენ რისკის ჯგუფის შესაბამისად;
- დაბალი რისკის დროს (1 სმ-მდე ზომის სიმსივნე, ER+, G1 და 35 წელზე მეტი ასაკი) ადიუვანტური თერაპია არ ტარდება;
- შუალედური რისკის დროს (1-2 სმ ზომის სიმსივნე, ER+, G1-2) მიზანშეწონილია ტამოქსიფენით მკურნალობა;
- მაღალი რისკის დროს (სახეზეა ჩამოთვლილთაგან ერთ-ერთი კრიტერიუმი მაინც: 2 სმ-ზე დიდი ზომის სიმსივნე, ER– და G3) პრემენოპაუზაში ინიშნება მხოლოდ ქიმიოთერაპია, ხოლო პოსტმენოპაუზაში – ქიმიოთერაპია (ER– სიმსივნის დროს) ან ქიმიო-ჰორმონთერაპია (ER+ სიმსივნის დროს).

იღლიის ლიმფური კვანძების მეტასტაზური დაზიანების მკურნალობის ტაქტიკა ისეთივეა, როგორიც მაღალი რისკის დროს. ოვარიექტომია ნაჩვენებია მხოლოდ პრემენოპაუზაში და ადრეულ მენოპაუზაში, ER+ სიმსივნეების დროს.

პრემენოპაუზის პერიოდში, ER+ სიმსივნის დროს, საკვერცხეების ამოკვეთა სწრაფ ეფექტს იძლევა, მათ შორის შემთხვევათა 20-30%-ში აღინიშნება სრული ეფექტი.

სტეროიდული რეცეპტორების არსებობის ან სხვა ენდოკრინული დარღვევების დროს ოვარიექტომიის ჩვენებას წარმოადგენს ნელამზარდი მეტასტაზები, რომლებიც ვითარდება პრემენოპაუზაში, დიდი ინტერვალი პირველადი სიმსივნის მოცილებასა და მეტასტაზის განვითარებას შორის და 35 წელზე მეტი ასაკი (უფრო ახალგაზრდებში ეფექტი ნაკლებია).

პოსტმენოპაუზაში ესტროგენების წყაროს შეიძლება წარმოადგენდეს თირკმელზედა ჯირკვალი. ასეთ შემთხვევაში მის ბლოკირებას იწვევს მამომიტი (ამინოგლუტეთიმიდი) – 250 მგ 2-ჯერ დღეში, კორტიკოსტეროიდებთან ერთად (20-40 მგ ჰიდროკორტიზონი ერთჯერ დღეში). ეს პრეპარატი, ტამოქსიფენთან შედარებით, უფრო მისაღებია ძვლების მეტასტაზური დაზიანების დროს. მამომიტი შეიძლება ჩანაცვლდეს უფრო თანამედროვე პრეპარატით – ანასტროზოლით. კორტიკოსტეროიდების მიერ თირკმელზედა ჯირკვლის ფუნქციის დათრგუნვის გამო მიზანშეწონილია იმუნოთერაპიის დანიშვნაც.

ქალის სასქესო ჰორმონულ ბალანსზე გარკვეულ ზემოქმედებას ახდენს ადრენალინი და ჰიპოფიზის ჰორმონები. მათ დასათრგუნად ოპერაციებს აღარ აკეთებენ და იყენებენ მედიკამენტურ მკურნალობას. ინერგება ახალი ტიპის ჰორმონთერაპიული საშუალებები – მალუტეინიზებელი ჰორმონის რილიზინგ-ფაქტორის აგონისტები (ზოლადექსი, ცეტრორელიქსი). უკუკავშირის პრინციპით, ისინი აქვეითებენ მალუტეინიზებელი ჰორმონის რილიზინგ-ფაქტორს და, ამგვარად – ფოლიკულმასტიმულირებელი, მალუტეინიზებელი ჰორმონებისა და პროლაქტინის მოქმედებას. ეს იწვევს სასქესო ჰორმონების შემცირებას სისხლში. ასეთი ტიპის ჰორმონთერაპიის ეფექტურობა ER+ სიმსივნეების დროს უფრო მაღალია და 1-2 წლის განმავლობაში ნარჩუნდება (როცა ER– სიმსივნეების დროს მისი ეფექტურობა 10%-ს არ აღემატება).

35 წელზე უფროსი ასაკის ასეთ პაციენტებს პრემენოპაუზაში პირველ ეტაპად სთავაზობენ ქირურგიულ კასტრაციას – ოვარიექტომიას (ოპერაციის ალტერნატივას წარმოადგენს ტამოქსიფენით მკურნალობა, რომელიც ოპერაციის ეკვივალენტური ყოველთვის არ არის).

იმ შემთხვევაში, თუ, ოვარიექტომიის ეფექტურობის მიუხედავად, ოპერაციის შემდეგ დაავადების რეციდივი მაინც განვითარდა, ინიშნება ტამოქსიფენი. ეს უკანასკნელი დადებით შედეგს იძლევა საწყის ეტაპზე ეფექტურად ნამკურნალები ER+ სიმსივნეების 50%-ში. უეფექტო წინამორბედი მკურნალობის შემთხვევაში შედეგი 25%-ს არ აღემატება. რაც შეეხება იმუნოთერაპიას, მისი დანიშვნის ჩვენებას განსაზღვრავს კომპეტენტური სპეციალისტი უჯრედული და ჰუმორული სტატუსის დადგენის შემდეგ.

უკანასკნელ წლებში დადგინდა, რომ ნორმალური უჯრედების ზრდასა და გაყოფას არეგულირებს უჯრედის ზედაპირული რეცეპტორული ცილა, რომელიც გამომუშავდება HER2 რეცეპტორის („ადამიანის ეპიდერმული ზრდის ფაქტორის რეცეპტორი" – Human Epidermal growth factor Receptor-2) მიერ, სათანადო გენის ზემოქმედების შედეგად. აღნიშნული გენის გაძლიერება განაპირობებს HER2 რეცეპტორების მომატებას (ჰიპერექსპრესიას); შედეგად ძლიერდება რეცეპტორული ცილის პროდუქცია და იწყება უჯრედების უკონტროლო პროლიფერაცია, რაც ხელს უწყობს კიბოს განვითარებასა და პროგრესირებას.

აღმოჩნდა, რომ ზოგიერთი ავთვისებიანი სიმსივნის უჯრედების ზედაპირზე HER2 ცილის რაოდენობა მომატებულია და ასეთ სიმსივნეებს ჰერცეპტინ-დადებით სიმსივნეებს უწოდებენ. ისინი განსაკუთრებული აგრესიულობით და არაკეთილსაიმედო პროგნოზით გამოირჩევიან და სწრაფი გენერალიზაციისადმი მიდრეკილება ახასიათებთ. ძუძუს კიბოს შემთხვევათა 20-25% ჰერცეპტინ-დადებითია.

სიმსივნის HER2 სტატუსის განსაზღვრა ხდება იმუნოჰისტოქიმიურად ან ფლუორესცენციული in situ ჰიბრიდიზაციით. იმუნოჰისტოქიმიურად საზღვრავენ HER2 ცილის შემცველობას უჯრედის ზედაპირზე, ხოლო ფლუორესცენციული მეთოდით ითვლიან HER2 გენის ასლების რაოდენობას უჯრედში.

HER2-ის ჰიპერექსპრესია უნდა შეფასდეს ძუძუს კიბოს ყველა შემთხვევაში (პირველად ან რეციდიულ სიმსივნურ ქსოვილში) იმ პაციენტების გამოსავლენად, რომელთა ჰერცეპტინით (ტრანსტუზუმაბით) მკურნალობაც ეფექტური იქნება.

ჰერცეპტინი არის მონოკლონური ანტისხეული, რომელიც უშუალოდ მოქმედებს ონკოპროტეინზე და ამორჩევით იწვევს სიმსივნური უჯრედების ზრდის დათრგუნვასა და სიკვდილს ისე, რომ არ აზიანებს ჯანმრთელ უჯრედებს. ამდენად, მისთვის არაა დამახასიათებელი ისეთი გვერდითი მოვლენები, როგორიცაა ალოპეცია და მიელოსუპრესია.

ჰერცეპტინით მკურნალობა ნაჩვენებია იმ შემთხვევაში, როცა იმუნოჰისტოქიმიურად HER2-ის ექსპრესიაა 3+, ხოლო კლინიკურად სიმსივნე სწრაფად განიცდის გენერალიზაციას ან ხშირ რეციდივებს იძლევა. ჰერცეპტინის გამოყენება შეიძლება აგრეთვე ძუძუს ადგილობრივად გავრცელებული კიბოს კონსერვატიული მკურნალობის კომპლექსში.

ჰერცეპტინი ძუძუს კიბოს მკურნალობაში პირველი რიგის პრეპარატია, მაგრამ ანტრაციკლინებთან ერთად იგი სიფრთხილით უნდა იყოს გამოყენებული, რადგან ამ პრეპარატთა კომბინაციის კარდიოტოქსიკურობა 3-4-ჯერ აღემატება მხოლოდ ანტრაციკლინების კარდიოტოქსიკურობას.

როცა ანტრაციკლინებით მკურნალობა შეუძლებელია, შეიძლება ჩატარდეს ჰერცეპტინით მონოთერაპია.

ეფექტურად ითვლება ჰერცეპტინისა და ტაქსანების კომბინაცია, ხოლო ჰერცეპტინისა და ჰორმონთერაპიის კომბინაციით შესაძლებელია ჰორმონრეზისტენტობის გადალახვა, რაც ხშირად აღინიშნება HER2-დადებით სიმსივნეებში.

დაავადების გენერალიზაციისა და სპეციფიკური მკურნალობის მეთოდების შესაძლებლობათა ამოწურვის შემდეგ ტარდება სიმპტომური მკურნალობა.

ძუძუს პრეინვაზიური (TisN0M0) კიბოს დროს კეთდება სექტორული რეზექცია. საეჭვო შემთხვევებში, სადიაგნოსტიკო მიზნით, შეიძლება დამატებით გაკეთდეს იღლიის ლიმფადენექტომიაც. ცალკეულ შემთხვევებში, საკონტროლო ჰისტოლოგიური გამოკვლევის მიზნით, მიმართავენ იღლიის ქვედა ჯგუფის ლიმფური კვანძების ამოკვეთას.

I სტადიის (T1N0M0) კიბოს დროს კეთილსაიმედო პროგნოზული ფაქტორების შემთხვევაში კეთდება რადიკალური სექტორული რეზექცია (ხანდაზმულებში – მასტექტომია). არაკეთილსაიმედო პროგნოზული ფაქტორების შემთხვევაში მკურნალობა კომბინირებულია – სხივური და მედიკამენტური მკურნალობა ტარდება ჩვენების მიხედვით:

- დარჩენილი ძუძუს ტელე-გამა-თერაპია 2,5 გრეი ერთჯერადი დოზით, 45 გრეი ჯამურ კეროვან დოზამდე (რომელიც 50 გრეის ეკვივალენტია). შემდეგ დასხივების ვიწრო ველით დამატებით სხივდება ოპერაციისშემდგომი ნაწიბური (სიმსივნის სარეცელის ზონა) და დასხივების დოზა იზრდება 60 გრეიმდე. ცენტრალური და მედიალური ლოკალიზაციის სიმსივნის შემთხვევაში, ძირითადი კერის დასხივების პარალელურად, დამატებით სხივდება პარასტერნული და ლავიწზედა ზონები – 2,5 გრეი ერთჯერადი დასხივების დოზით, 40 გრეი ჯამურ კეროვან დოზამდე.
- სიმსივნის თირეოიდული და ოვარიული პათოგენეზური ფორმების დროს ოპერაციიდან 2 კვირის შემდეგ ტარდება ქიმიოთერაპია CMF, CAF და CAMF სქემებით.
- სამ წელზე მეტი ხანდაზმულობის მენოპაუზის შემთხვევაში ინიშნება ტამოქსიფენი 20 მგ ერთჯერ დღეში, 2 წლის განმავლობაში.
- თირეოიდული ფორმის სიმსივნის დროს თირეოიდინით ხდება ფარისებრი ჯირკვლის ჰიპოფუნქციის კორექცია.

IIA სტადიის (T2N0M0) კიბოს მკურნალობა კეთილსაიმედო პროგნოზული ფაქტორების შემთხვევაში ქირურგიულია. ნებისმიერი ლოკალიზაციის 2 სმ-დან 3 სმ-მდე დიამეტრის სიმსივნის დროს შეიძლება გაკეთდეს რადიკალური სექტორული რეზექცია, ხოლო 3-5 სმ ზომის სიმსივნის შემთხვევაში, განსაკუთებით მისი ცენტრალური და მედიალური ლოკალიზაციისას – რადიკალური მასტექტომია მადენის ან პეიტის წესით. არაკეთილსაიმედო პროგნოზული ფაქტორების შემთხვევაში მკურნალობა კომბინირებულია – ჩვენების მიხედვით, ემატება სხივური, ქიმიოთერაპიული და ჰორმონთერაპიული კომპონენტები.

თირეოიდული, ოვარიული და თირკმელზედა ჯირკვლის პათოგენეზური ფორმების დროს ტარდება ოპერაციისშემდგომი ტელე-გამა-თერაპია, რომელიც მოიცავს დარჩენილი ძუძუს დასხივებას 2,5 გრეი ერთჯერადი დასხივების დოზით, 45 გრეი ჯამურ კეროვან დოზამდე (ეკვივალენტურია 50 გრეისა). შემდეგ დასხივების ველი

ვიწროვდება, დამატებით სხივდება ოპერაციისშემდგომი ნაწიბური და დასხივების დოზა ადის 60 გრეიმდე.

სიმსივნის ცენტრალური და მედიალური ლოკალიზაციის შემთხვევაში, ძირითადი კერის დასხივების პარალელურად, დამატებით სხივდება პარასტერნული და ლავიწზედა ზონები (2,5 გრეი ერთჯერადი და 40 გრეი ჯამური კეროვანი დოზით).

ძუძუს კიბოს თირეოიდული და ოვარიული პათოგენეზური ფორმების დროს ოპერაციიდან 2 კვირის შემდეგ ტარდება ქიმიოთერაპიის 6 კურსი CMF, CAF, CAMF სქემებით, 4-კვირიანი ინტერვალებით.

ჰორმონთერაპია ტამოქსიფენით ტარდება ოვარიული და ინვოლუციური პათოგენეზური ფორმების დროს, როცა ქალი მენოპაუზაშია 3 წლის და მეტი ხნის განმავლობაში. ტამოქსიფენი ეძლევა 20 მგ დღიური დოზით, 2 წლის განმავლობაში. თირკმელზედა ჯირკვლის პათოგენეზური ფორმის დროს ინიშნება კორტიკოსტეროიდები.

ძუძუს IIA (T0N1M0, T1N1M0) და IIB (T2N1M0) სტადიის კიბოს დროს მკურნალობა კომბინირებულია – ოპერაცია + სხივური თერაპია ან ოპერაცია + ქიმიოთერაპია. ოპერაციის მასშტაბია რადიკალური სექტორული რეზექცია ან მასტექტომია მადენის (პეიტი-დაისონის) მოდიფიკაციით.

სხივური თერაპია შეიძლება ჩატარდეს ოპერაციის წინ და ოპერაციის შემდგომ პერიოდებში (თუ წინასწარ ცნობილია რეგიონული ლიმფური კვანძების მეტასტაზური დაზიანება – N1), ასევე მხოლოდ ოპერაციის შემდეგ.

ოპერაციის წინ ტარდება ძირითადი კერის მსხვილფრაქციული დასხივება 5 გრეი ერთჯერადი დოზით, 5 ფრაქცია, 25 გრეი ჯამური კეროვანი დოზით (49 გრეის ეკვივალენტური) და ლავიწქვეშა-იღლიის ზონის დასხივება 4 გრეი ერთჯერადი დოზით, 6 ფრაქცია, 24 გრეი ჯამური კეროვანი დოზით (35 გრეის ეკვივალენტური). ოპერაცია ტარდება მსხვილფრაქციული დასხივების დამთავრებიდან უახლოესი 3 დღის განმავლობაში.

ოპერაციისშემდგომი სხივური თერაპია ტარდება ჭრილობის სრული შეხორცების შემდეგ. ჩატარებული ოპერაციისწინა დასხივების შემთხვევაში ოპერაციის შემდგომ პერიოდში სხივდება: ა) პარასტერნული და ლავიწზედა ზონები – 2,5 გრეი ერთჯერადი დასხივების დოზით, 16 ფრაქცია, 40 გრეი ჯამური კეროვანი დოზით (46 გრეის ეკვივალენტური); ბ) გულმკერდის კედელი (დამატებითი რისკის ფაქტორების არსებობისას) – 2,5 გრეი ერთჯერადი და 50 გრეი ჯამური კეროვანი დოზით, ოპერაციისწინა დასხივების დრო-დოზა-ფრაქციონირების გათვალისწინებით; გ) ლავიწქვეშა-იღლიის ზონა, როცა ლიმფურ კვანძში არსებული მეტასტაზი აზიანებს მის კაფსულას, ან ვრცელდება ირგვლივმდებარე ცხიმოვან ქსოვილში. ასეთ დროს დასხივების დოზა აყავთ 46-50 გრეი ჯამურ კეროვან დოზამდე (ჩატარებული ოპერაციისწინა დასხივების დრო-დოზა-ფრაქციონირების გათვალისწინებით).

ოპერაციისშემდგომი სხივური თერაპია, წინამორბედი ოპერციისწინა დასხივების გარეშე, ტარდება შემდეგ რეჟიმში: ა) პარასტერნული და ლავიწზედა ზონები სხივდება 2,5 გრეი ერთჯერადი დოზით, 40 გრეი ჯამურ კეროვან დოზამდე (46 გრეის ეკვივალენტური); ბ) გულმკერდის კედელი სხივდება 2,5 გრეი ერთჯერადი დოზით, 35-37,5 გრეი ჯამურ კეროვან დოზამდე (40-43 გრეის ეკვივალენტური);

გ) როცა ლიმფურ კვანძში არსებული მეტასტაზი აზიანებს კაფსულას ან ლიმფური კვანძის ირგვლივ მდებარე ცხიმოვან ქსოვილს, ასხივებენ ლავიწქვეშა-იღლიის ზონას 2,5 გრეი ერთჯერადი დოზით, 42,6-45 გრეი ჯამურ კეროვან დოზამდე (48-50 გრეის ეკვივალენტური).

ქიმიოთერაპიული კომპონენტი: მკურნალობა იწყება ოპერაციიდან 2 კვირის შემდეგ. ტარდება 6 კურსი 4-კვირიანი ინტერვალებით (CMF, CAF, CAMF, CA სქემებით).

ჰორმონთერაპიული კომპონენტი: 3 წელზე მეტი ხანდაზმულობის მენოპაუზის შემთხვევაში ინიშნება ტამოქსიფენი 20 მგ ერთჯერ დღეში, 2 წლის განმავლობაში. არაკეთილსაიმედო კლინიკურ-მორფოლოგიური პროგნოზული ფაქტორების დროს მკურნალობა კომპლექსურია (ოპერაცია + სხივური თერაპია + ქიმიოთერაპია). მისი თითოეული კომპონენტი გამოიყენება ზემოთ აღწერილი მეთოდოლოგიების შესაბამისად: ოპერაცია – მადენის (პეიტი-დაისონის) წესით, ოპერაციისშემდგომი სხივური თერაპია (ოპერაციისწინა დასხივებით ან მის გარეშე) და ქიმიოთერაპია (CMF, CAF, CAMF, CA სქემებით). ასეთ დროს ქიმიოთერაპია ტარდება როგორც ნეოადიუვანტურ, ისე ადიუვანტურ რეჟიმში: 2 კურსი წინ უსწრებს ოპერაციას და ტარდება 2-3-კვირიანი ინტერვალით, ხოლო ოპერაციისშემდგომი ქიმიოთერაპია იწყება ოპერაციისშემდგომი სხივური თერაპიის დამთავრებიდან 2 კვირის შემდეგ და ტარდება 4 კურსი, 4-კვირიანი ინტერვალებით.

ჰორმონთერაპია ინიშნება ჩვენების მიხედვით: ტამოქსიფენი – 20 მგ ყოველდღიურად 2 წლის განმავლობაში ან სუსტანონი – 250 მგ თვეში ერთჯერ, 2 წლის განმავლობაში. სიმსივნის თირეოიდული ფორმის დროს ნაჩვენებია საკვერცხეების ფუნქციის დათრგუნვა (ქირურგიული, სხივური ან მედიკამენტური ოვარიოკასტრაცია).

ძუძუს IIB სტადიის (T3N0M0) კიბოს მკურნალობაც კომპლექსურია და ტარდება იმავე სქემით, რომელიც გამოიყენება T0-2N1M0 კიბოს დროს; ოღონდ ამ შემთხვევაში, იღლიის ლიმფური კვანძების ინტაქტურობის გამო (N0), ლავიწქვეშა-იღლიის ზონის დასხივება არ ტარდება.

ძუძუს IIIA სტადიის T0-3N2M0 და T3N1M0 კიბოს მკურნალობა კომპლექსურია. მკურნალობის შესაძლო ვარიანტებია:

ა) ოპერაციისწინა სხივური თერაპია + ოპერაცია + ოპერაციისშემდგომი სხივური თერაპია + ოპერაციისშემდგომი ქიმიოთერაპია + ჰორმონთერაპია;

ბ) ოპერაციისწინა ქიმიოთერაპია + ოპერაცია + ოპერაციისშემდგომი სხივური თერაპია + ოპერაციისშემდგომი ქიმიოთერაპია + ჰორმონთერაპია;

გ) ოპერაციისწინა ქიმიოთერაპია + ოპერაციისწინა სხივური თერაპია + ოპერაცია + ოპერაციისშემდგომი სხივური თერაპია + ოპერაციისშემდგომი ქიმიოთერაპია + ჰორმონთერაპია;

ქირურგიული კომპონენტი – მადენის (პეიტი-დაისონის), ჰალსტედის ოპერაცია.

ოპერაციისწინა სხივური თერაპია ტარდება მსხვილი ფრაქციებით: ძუძუზე 25 გრეი და ლავიწქვეშა-იღლიის მიდამოზე 24 გრეი ჯამური კეროვანი დოზით, რომლის დამთავრებიდან უახლოეს 3 დღეში კეთდება ოპერაცია.

ოპერაციისშემდგომი სხივური თერაპია შეიძლება ჩატარდეს იმის მიუხედავად, ოპერაციისწინა დასხივება ჩატარებულია თუ არა. ამ შემთხვევაში სხივური თერაპია T0-2N1M0 გავრცელების სიმსივნის მკურნალობის იდენტურია: ტარდება ა) პარასტერნული და ლავიწზედა ზონების, ბ) გულმკერდის კედლის და გ) ლავიწქვეშა-იღლიის მიდამოს დასხივება.

ნეოადიუვანტური ქიმიოთერაპიის 2 კურსი ტარდება 2-3-კვირიანი ინტერვალით, ხოლო ადიუვანტური ქიმიოთერაპია იწყება ოპერაციისშემდგომი სხივური თერაპიის დამთავრებიდან 2 კვირის შემდეგ. ტარდება 4 კურსი, კურსებს შორის 4-კვირიანი ინტერვალებით (CMF, CAF, CAMF, CA სქემებით).

ჰორმონთერაპიული კომპონენტი გამოიყენება ჩვენების მიხედვით. მკურნალობა ტამოქსიფენით – 20 მგ დღეში ერთჯერ, 2 წლის განმავლობაში ან სუსტანონით – 250 მგ თვეში ერთჯერ, 2 წლის განმავლობაში.

საკვერცხეების ფუნქციის გამოთიშვა ხდება ქირურგიულად (ორმხრივი ოვარიექტომია), რადიოთერაპიით (მცირე მენჯის დასხივება წინა-უკანა 13-14X10 სმ ველებით, 4 გრეი ერთჯერადი (3 ფრაქცია) და 12 გრეი ჯამური კეროვანი დოზით – 18 გრეის ეკვივალენტი) ან მედიკამენტურად (ზოლადექსი – 3,6 მგ 28 დღეში ერთჯერ, 6-12 თვის განმავლობაში).

ძუძუს IIIB სტადიის (T4N0-2M0) კიბოს მკურნალობა კონსერვატიული ან კომპლექსურია.

თანმიმდევრულად ჩატარებული ქიმიოთერაპიისა და სხივური თერაპიის შემდეგ, დადებითი ეფექტის შემთხვევაში, კეთდება ოპერაცია. მკურნალობა იწყება ქიმიოთერაპიით. ტარდება 2 კურსი 2-3 კვირიანი ინტერვალით (CMF, CAF, CAMF, CA სქემებით). თუ მიღწეულია დადებითი ეფექტი და გადაწყდა ოპერაციის გაკეთება, მაშინ 2-კვირიანი შესვენების შემდეგ ტარდება ოპერაციისწინა მსხვილფრაქციული დასხივება: ძირითად კერაზე – 5 გრეი ერთჯერადი და 25 გრეი ჯამური კეროვანი დოზით (40 გრეის ეკვივალენტური) და ლავიწქვეშა-იღლიის ზონაზე – 2 გრეი ერთჯერადი და 24 გრეი ჯამური კეროვანი დოზით (35 გრეის ეკვივალენტური). სხივური თერაპიის დამთავრებიდან უახლოეს 3 დღეში ტარდება მადენის, პეიტის, ჰალსტედის ტიპის ოპერაციები ან მასტექტომია პრესკალენური ბიოფსიით.

ოპერაციისშემდგომი სხივური თერაპია იწყება ჭრილობის სრული შეხორცების შემდეგ: პარასტერნული ზონა სხივდება 2,5 გრეი ერთჯერადი და 40 გრეიმდე (46 გრეის ეკვივალენტური).

როცა პრესკალენური ბიოფსია არ კეთდება, მაშინ დამატებით სხივდება ლავიწზედა ზონა 2,5 გრეი ერთჯერადი და 45 გრეიმდე ჯამური კეროვანი დოზით (50 გრეის ეკვივალენტური); დამატებითი რისკის არსებობისას გულმკერდის კედელი სხივდება 2,5 გრეი ერთჯერადი დოზით, 50 გრეი ჯამურ კეროვან დოზამდე (გათვალისწინებული უნდა იყოს ოპერციისწინა დასხივების დრო-დოზა-ფრაქციონირება). ლავიწქვეშა-იღლიის ზონის დასხივების დოზა აყვანილ უნდა იქნეს 48-50 გრეიმდე, ოპერაციისწინა დასხივების დრო-დოზა-ფრაქციონირების გათვალისინებით.

ოპერაციისშემდგომი ქიმიოთერაპია ტარდება ოპერაციისშემდგომი სხივური თერაპიის პარალელურად ან იწყება მისი დამთავრებიდან 2 კვირის შემდეგ და ტარდება 4 კურსი, კურსებს შორის 4-კვირიანი ინტერვალებით. ჰორმონთერაპიული

კომპონენტი გამოიყენება ჩვენების მიხედვით: მკურნალობა ტამოქსიფენით – 20 მგ დღეში ერთჯერ, 2 წლის განმავლობაში ან სუსტანონით – 250 მგ თვეში ერთჯერ, 2 თვის განმავლობაში.

საკვერცხეების ფუნქციის გამოთიშვა ხდება ქირურგიულად, რადიოთერაპიით ან მედიკამენტური მკურნალობით.

კონსერვატიული მკურნალობის დროს სხივური თერაპია შეიძლება ჩატარდეს დინამიკური ფრაქციონირების წესით: ძუძუს დასხივება 4 გრეი ერთჯერადი დოზით (3 ფრაქცია – 12 გრეი), შემდეგ 2-2 გრეი – 36 გრეი ჯამურ კეროვან დოზამდე. 2-კვირიანი შესვენების შემდეგ დასხივების დოზა შეიძლება აყვანილ იქნეს 60 გრეიმდე, დრო-დოზა-ფრაქციონირების გათვალისწინებით, ან შევიწროებული ველით ჩატარდეს მხოლოდ სიმსივნის დასხივება 65 გრეიმდე დოზით.

რეგიონული მეტასტაზირების ზონების დასხივება ხდება 2,5 გრეი ერთჯერადი დოზით, 42,5 გრეი ჯამურ კეროვან დოზამდე (48 გრეის ეკვივალენტური). 10-14-დღიანი შესვენების შემდეგ, დრო-დოზა-ფრაქციონირების გათვალისწინებით, დაზიანებული ლიმფური კვანძების ლოკალური ველიდან დასხივებით ჯამური დოზა აყავთ 60 გრეიმდე.

ქიმიოთერაპიული კომპონენტი განისაზღვრება 6 კურსით, რომელიც ტარდება 4-კვირიანი ინტერვალებით (CMF, CAF, CAMF, CA სქემებით).

ჩვენების მიხედვით ტარდება ჰორმონთერაპია ტამოქსიფენით ან სუსტანონით.

საკვერცხეების ფუნქციის გამოთიშვა ხდება ქირურგიულად, რადიოთერაპიული ან მედიკამენტური მკურნალობით.

ძუძუს IIIC სტადიის (T0-4N3M0) კიბოს მკურნალობა კომბინირებული ან კომპლექსურია. მისი შესაძლო ვარანტებია:

ა) ქიმიოთერაპიის 2 კურსი + სხივური თერაპია (დინამიკური ფრაქციონირებით). შესაძლებელია ქიმიოთერაპიის და სხივური თერაპიის ერთდროულად ჩატარება;

ბ) ქიმიოთერაპიის 2 კურსი + სხივური თერაპია (დინამიკური ფრაქციონირებით) + ოპერაცია.

ორივე შემთხვევაში მკურნალობა ტარდება ჰორმონთერაპიის ფონზე.

ქიმიოთერაპიას იწყებენ ანტრაციკლინების შემცველი სქემებით. ანტრაციკლინებისადმი რეზისტენტობის შემთხვევაში გამოიყენება ვინორელბინის, კაპეციტაბინისა და დოცეტაქსელის შემცველი სქემები.

სხივური თერაპია იწყება ქიმიოთერაპიის ორი კურსის დამთავრებიდან 2 კვირის შემდეგ, თუმცა შესაძლებელია მათი ერთდროულად ჩატარებაც.

დასხივება ტარდება დინამიკური ფრაქციონირების მეთოდით:

ძუძუს სხივურ თერაპიას იწყებენ 4 გრეი ერთჯერადი დოზით (3 ფრაქცია – 12 გრეი), შემდეგ დასხივებას აგრძელებენ 2-2 გრეი ერთჯერადი დოზით და ადიან 36 გრეი ჯამურ კეროვან დოზამდე. 2-კვირიანი შესვენების შემდეგ უნდა განისაზღვროს ოპერაციის ჩატარების მიზანშეწონილობა, ხოლო ოპერაციაზე უარის შემთხვევაში 2-2 გრეი ერთჯერადი დოზით დასხივების ჯამური კეროვანი დოზა აყვანილ უნდა იქნეს 60 გრეის ეკვივალენტურ დოზამდე. შესაძლებელია ჩატარდეს ლოკალური დასხივება 65 გრეი ჯამურ კეროვან დოზამდე, დრო-დოზა-ფრაქციონირების გათვალისწინებით.

რეგიონული მეტასტაზების ზონები სხივდება 2,5 გრეი ერთჯერადი დოზით, 42,5 გრეი (48 გრეის ეკვივალენტური) ჯამურ კეროვან დოზამდე. 2-კვირიანი შესვენების შემდეგ გრძელდება დაზიანებული ლიმფური კვანძების დასხივება ლოკალური ველით და დოზა აყავთ 60 გრეიმდე (დრო-დოზა-ფრაქციონირების გათვალისწინებით).

თუ ავადმყოფს ჩატარებული აქვს ოპერაციისწინა დასხივება, მაშინ ოპერაციის შემდეგ სხივდება გულკერდის კედელი 2,5 გრეი ერთჯერადი დოზით და ოპერაციისწინა დასხივებისა და დრო-დოზა-ფრაციონირების გათვალისწინებით, ადიან 50 გრეი ჯამურ კეროვან დოზამდე, ხოლო რეგიონული მეტასტაზირების ზონები სხივდება 2,4 გრეი ერთჯერადი დოზით, 42,5 გრეი ჯამურ კეროვან დოზამდე (48 გრეის ეკვივალენტური). ჰორმონთერაპიისთვის, ჩვენების მიხედვით, გამოიყენება ტამოქსიფენი, სუსტანონი, ორიმეტენი, კორტიზონი, პროვერა. ტარდება ქირურგიული, სხივური ან მედიკამენტური ოვარიოკასტრაცია.

ქირურგიული მკურნალობა ტარდება ეფექტური ქიმიო-ჰორმონულ-სხივური მკურნალობის შემთხვევაში (ქიმიოთერაპიის 2 კურსი + სხივური თერაპია). სიმსივნის ზომების 50%-ით და მეტად შემცირებისას კეთდება მასტექტომია ჰალსტედის ან პეიტის წესით.

ძუძუს IV სტადიის (T0-4N0-2M1) კიბოს მკურნალობა შეიძლება იყოს კომბინირებული (კონსერვატიული), კომპლექსური, პალიატიური და სიმპტომური.

კომბინირებული (კონსერვატიული) მკურნალობა მოიცავს ქიმიო-სხივურ მკურნალობას ჰორმონთერაპიის ფონზე. დადებითი ეფექტის შემთხვევაში დამატებით ტარდება ოპერაცია – მასტექტომია და მკურნალობა იღებს კომპლექსურ ხასიათს.

შენარჩუნებული მენსტრუალური ციკლის მქონე ქალებში, აგრეთვე 3 წლამდე მენოპაუზის დროს ქიმიო-ჰორმონულ-სხივური მკურნალობა მოიცავს: საკვერცხეების ფუნქციის გამოთიშვას, ქიმიოთერაპიის 2 კურსს, სხივურ თერაპიას და ბოლოს ქიმიოთერაპიის კიდევ 4 კურსს. 3 წელზე მეტი ხანდაზმულობის მენოპაუზის შემთხვევაში ტარდება ქიმიოთერაპიის 2 კურსი, შემდეგ სხივური თერაპია და ისევ ქიმიოთერაპია – 4 კურსი ჰორმონთერაპიის ფონზე.

ა) სხივურ-თერაპიული კომპონენტი

T4 სტადიის სიმსივნის დროს ტარდება სხივური თერაპია დინამიკური ფრაქციონირების სქემით.

ძუძუს დასხივება იწყება 4 გრეი ერთჯერადი დოზით (3 ფრაქცია), შემდეგ ეძლევა 2-2 გრეი 36 გრეი ჯამურ კეროვან დოზამდე. 2-კვირიანი შესვენების შემდეგ 2-2 გრეი ერთჯერადი დოზით ჯამური კეროვანი დოზა აყავთ 60 გრეიმდე (დრო-დოზა-ფრაქციონირების გათვალისწინებით). დასაშვებია სიმსივნის ლოკალური დასხივებაც. ასეთ დროს ჯამური კეროვანი დოზა აყავთ 65 გრეიმდე.

რეგიონული მეტასტაზირების ზონები სხივდება 2,5 გრეი ერთჯერადი დოზით, 42,5 გრეი (48 გრეის ეკვივალენტური) ჯამურ კეროვან დოზამდე. 2-კვირიანი შესვენების შემდეგ ლოკალური ველით სხივდება დაზიანებული ლიმფური კვანძები და ჯამური კეროვანი დოზა აყავთ 5 გრეიმდე (დრო-დოზა-ფრაქციონირების გათვალისწინებით).

ბ) ქიმიოთერაპიული კომპონენტი

ქიმიოთერაპიის სქემების შერჩევა ხდება ინდივიდუალურად, ძირითადად –

ანტრაციკლინების შემცველი სქემებით (CAF, AV, AC, CAV, CAM, CAMF). დაავადების პროგრესირებისას გამოიყენება კაპეციტაბინი, დოცეტაქსელი, ვინორელბინი.

გ) ჰორმონთერაპიისათვის, ჩვენების მიხედვით, გამოიყენება ტამოქსიფენი, სუსტანონი, ორიმეტენი, კორტიზონი, პროვერა.

ტარდება ქირურგიული, სხივური ან მედიკამენტური კასტრაცია.

იმ შემთხვევაში, როცა კონსერვატიული მკურნალობით სიმსივნური პროცესის მნიშვნელოვანი რეგრესია მიიღწევა, მას ემატება ქირურგიული კომპონენტი — კეთდება მასტექტომია და მკურნალობა იძენს კომპლექსურ ხასიათს.

მკურნალობა იწყება ქიმიოთერაპიით, ანტრაციკლინების შემცველი სქემებით. ტარდება 2 კურსი 4-კვირიანი ინტერვალით. სიმსივნური პროცესის მნიშვნელოვანი რეგრესიის შემთხვევაში შეიძლება დაიგეგმოს ოპერაცია, ამიტომ ქიმიოთერაპიიდან 2 კვირის შემდეგ, ოპერაციის წინ, ინიშნება სხივური თერაპია — სხივდება ძუძუ და რეგიონული მეტასტაზირების ზონები.

ძუძუ სხივდება დინამიკური ფრაქციონირების მეთოდით: 4-4 გრეი (3 ფრაქცია), შემდეგ კი 2-2 გრეი ერთჯერადი დოზით, 36 გრეი ჯამურ კეროვან დოზამდე.

რეგიონული მეტასტაზირების ზონები სხივდება 2,5 გრეი ერთჯერადი დოზით 42,5 გრეი (48 გრეის ეკვივალენტური) ჯამურ კეროვან დოზამდე. 2-კვირიანი შესვენების შემდეგ განიხილება ოპერაციის ჩატარების მიზანშეწონილობის საკითხი და სხივური თერაპიის დადებითი ეფექტის შემთხვევაში კეთდება ოპერაცია — მასტექტომია.

T3-4 სტადიის სიმსივნეების შემთხვევაში ოპერაციისშემდგომ პერიოდში სხივდება გულმკერდის კედელი 2,5 გრეი ერთჯერადი დოზით იმ ანგარიშით, რომ ჯამურმა კეროვანმა დოზამ ოპერაციისწინა დასხივებასთან ერთად 50 გრეი შეადგინოს (დრო-დოზა-ფრაქციონირების გათვალისწინებით).

ძუძუს კიბოს **რეციდივისა და მეტასტაზების** მკურნალობა ტარდება ინდივიდუალური გეგმით.

რეციდივი ყველაზე ხშირად ვითარდება ორგანოშემანარჩუნებელი ოპერაციების შემდეგ. მისი ლოკალური და არაინვაზიური ფორმების დროს ეფექტურია რადიკალური მასტექტომია. ოპერაციის შემდეგ ტარდება მედიკამენტური ან მედიკამენტურ-სხივური მკურნალობა.

ლოკო-რეგიონული რეციდივის დროს მკურნალობის დაწყება უმჯობესია ოპერაციისწინა დასხივებით, რომლის დოზისა და დასხივების ბოცულობის განსაზღვრისას ითვალისწინებენ პირველადი სიმსივნის მკურნალობის მეთოდიკას. ქირურგიული ჩარევა გულისხმობს პირველადი სიმსივნის რეციდივის, ლავიწქვეშა და/ან იღლიის ლიმფური კვანძების ამოკვეთას. ოპერაციის შემდეგ ტარდება სხივური ან სხივურ-მედიკამენტური მკურნალობა. ზოგჯერ მიმართავენ მხოლოდ სხივურ თერაპიას — ტარდება ფრაქციული დასხივება 20-50 გრეი ჯამური კეროვანი დოზით.

ძვლების მეტასტაზური დაზიანებისას ტარდება მსბვილფრაქციული დასხივება 4 გრეი (5 ფრაქცია) ერთჯერადი და 20 გრეი ჯამური კეროვანი დოზით. ცალკეულ შემთხვევებში შეიძლება ჩატარდეს დასხივება გამსხვილებული ფრაქციებით — 6 გრეი (3 ფრაქცია) ან 6 გრეი (2 ფრაქცია) ერთჯერადი დოზით. ასეთ დროს ტკივილების კუპირებაც სწრაფად ხდება და ძვლების რეპარაციაც უკეთესია, მაგრამ თავისი უპირატესობა 4 გრეი ერთჯერად დოზასაც გააჩნია — შესაძლებელია დიდი

მოცულობის დასხივება ფართო ველით (მაგალითად, მენჯის ძვლების). გარდა ამისა, რჩება განმეორებითი დასხივების შესაძლებლობაც.

კისრის მალების დაზიანებისას დასხივების ერთჯერდი დოზაა 3 გრეი (8 ფრაქცია), ხოლო ჯამური კეროვანი დოზა შეადგენს 24 გრეის.

კონტრალატერალურ ლიმფურ კვანძებში მეტასტაზების არსებობისას დასხივება ტარდება 2,5 გრეი ერთჯერადი დოზით, 50 გრეი ჯამურ კეროვან დოზამდე. ლოკალური ველიდან დასხივებით საბოლოო დოზა აყავთ 60 გრეიმდე. შესაძლებელია მხოლოდ ლიმფური კვანძის დასხივება ვიწრო ველით 30-40 გრეი ჯამურ კეროვან დოზამდე.

რეციდივისა და მეტასტაზების დროს ქიმიოთერაპია ინდივიდუალურად შერჩეული რეჟიმით ტარდება. შესაძლებელია პრეპარატებისა და სქემების შეცვლა. გამოიყენება CMF, CAF, AV, AC, CAV, CA სქემები. ანტრაციკლინებისადმი რეზისტენტობის შემთხვევაში გამოიყენება ვინორელბინი, კაპეციტაბინი და დოცეტაქსელი.

HER2+ სტატუსის სიმსივნის დროს ტარდება ანტი-HER2-თერაპია: ტრასტუზუმაბის (ჰერცეპტინის) ყოველკვირეული ინტრავენური ინფუზია, პირველ შეყვანაზე – 4 მგ/კგ, ხოლო მომდევნო შეყვანაზე – 2 მგ/კგ.

ჰორმონთერაპიისათვის, ჩვენების მიხედვით, გამოიყენება ტამოქსიფენი, სუსტანონი, ორიმეტენი, კორტიზონი, პროვერა. ტარდება ქირურგიული, სხივური ან მედიკამენტური კასტრაცია.

ძუძუს კიბოს მკურნალობისშემდგომი აქტიური მეთვალყურეობა: პირველ წელს – 3 თვეში ერთჯერ, მეორე-მეოთხე წელს – 6 თვეში ერთჯერ, მეხუთე წლიდან – წელიწადში ერთჯერ.

ვულვის კიბო (C51)

ვულვის კიბო გინეკოლოგიური ორგანოების ავთვისებიანი სიმსივნეების 2-5%-ს შეადგენს. დაავადების საშუალო ასაკი 68 წელია. ეტიოპათოგენეზში მნიშვნელობა აქვს ფონური და კიბოსწინა დაავადებების არსებობას: შემთხვევათა 40-75%-ში ვითარდება ლეიკოპლაკიისა და კრაუროზის ფონზე, რომელთა წარმოშობას, თავის მხრივ, უკავშირებენ ვირუსულ ინფექციას, ფსიქოემოციურ აშლილობებს, იმუნოდეპრესიას, ენდოკრინულ დარღვევებს, ღვიძლისა და ფარისებრი ჯირკვლის დაავადებებს. ვულვის კიბო შემთხვევათა 95%-ში ბრტყელუჯრედოვანია, 4%-ში გვხვდება ჯირკვლოვანი კარცინომა, 1%-ში – ბაზალიომა.

ვულვის კიბოს დროს ხშირად ზიანდება დიდი სასირცხო ბაგეები, პერიურეთრული მიდამო და უკანა შესართავი.

დაავადების კლინიკური გამოვლინება დამოკიდებულია ფონურ პროცესებზე: თავდაპირველად აღინიშნება კანის ქავილი, წვა, შემდეგ ჩნდება მცირე წყლული. დაავადების პროგრესირებასთან ერთად ეს სიმპტომები მატულობს. სიმსივნის ქვეშ მდებარე ქსოვილების ინფილტრაცია იწვევს ტკივილებს შორისის მიდამოში, წვის და ჭრის შეგრძნებას მოშარდვისას, განსაკუთრებით – შარდსადენის გარეთა ხვრელის ინფილტრაციის დროს. აღინიშნება მყაყესუნიანი სისხლნარევი უხვი გამონადენი, ზოგჯერ – სისხლდენა.

დისტროფიული ცვლილებების ფონზე გაჩენილი სიმსივნისათვის დამახასიათებელია მოვლითი ხასიათის კანის ქავილი, უპირატესად – ღამის საათებში. კანსა და ლორწოვან გარსში ცვლილებები ვიზუალურად შეესაბამება კრაუროზსა და ლეიკოპლაკიას, ოღონდ ლეიკოპლაკიის კერები სქელდება, უხეშდება, მატულობს სიმსივნის ქვეშმდებარე ქსოვილების ინფილტრაცია, ზედაპირზე ჩნდება მკვრივი კიდეების მქონე სიმსივნური წყლული.

სიმსივნე შეიძლება იყოს მონოცენტრული ან მულტიცენტრული ზრდის. მეტასტაზები ლიმფოგენურად ვრცელდება. პირველი რიგის რეგიონულ ლიმფურ კვანძებს მიეკუთვნება საზარდულისა და ბარძაყის ზედაპირული და ღრმა ლიმფური კვანძები. შესაძლებელია რეტროგრადული მეტასტაზების განვითარებაც.

დიაგნოსტიკა ემყარება ვულვის დათვალიერებას, ბიმანუალურ, რექტო-ვაგინურ გასინჯვას, რათა დაზუსტდეს, სიმსივნე პირველადია თუ მეტასტაზური. დგინდება დაავადების გავრცელება, კეთდება ბიოფსია, ტარდება ციტოლოგიური და ჰისტოლოგიური გამოკვლევები, ვულვოსკოპია, ცისტოსკოპია, ექსკრეტორული უროგრაფია, გულმკერდის რენტგენოგრაფია. პაციენტები ექიმს ხშირად დაგვიანებით, დაავადების III-IV სტადიაში, მიმართავენ. ასეთ დროს დამატებით ტარდება ლიმფური კვანძების ექოსკოპია, პუნქციური ბიოფსია და პუნქტატის ციტოლოგიური გამოკვლევა.

ვულვის კიბოს (C51) კლასიფიკაცია TNM სისტემით (მე-6 გამოცემა, 2002წ)

(კლასიფიკაცია მთლიანად შეესაბამება FIGO-ს კლასიფიკაციას)

ვულვისთვის რეგიონულ ლიმფურ კვანძებს წარმოადგენს ბარძაყისა და საზარდულის ლიმფური კვანძები.

TNM – კლინიკური კლასიფიკაცია

T – პირველადი სიმსივნე

TX პირველადი სიმსივნის შესაფასებლად საკმარისი მონაცემები არ არის

T0 პირველადი სიმსივნის არსებობის ნიშნები არ არის

Tis პრეინვაზიური კარცინომა (carcinoma in situ)

T1 ვულვით ან ვულვითა და შორისით შემოფარგლული 2 სმ-მდე ზომის სიმსივნე

- T1a ვულვით ან ვულვითა და შორისით შემოფარგლული 2 სმ-მდე ზომის სიმსივნე, აღინიშნება 1 მმ-მდე სიღრმის ინვაზია სტრომაში*
- T1b ვულვით ან ვულვითა და შორისით შემოფარგლული 2 სმ-მდე ზომის სიმსივნე, აღინიშნება 1 მმ-ზე მეტი სიღრმის ინვაზია სტრომაში*

T2 ვულვით ან ვულვითა და შორისით შემოფარგლული 2 სმ-ზე მეტი ზომის სიმსივნე

T3 სიმსივნე ჩაზრდილია შარდსადენის ქვედა ნაწილში, საშოში ან ყითაში

T4 სიმსივნე ჩაზრდილია შარდის ბუშტის ან სწორი ნაწლავის ლორწოვან გარსში, შარდსადენის ზედა ნაწილში; ან სიმსივნე ფიქსირებულია ბოქვენის ძვალზე

შენიშვნა: ინვაზიის სიღრმედ ითვლება სიმსივნის გავრცელება მისი მომიჯნავე ყველაზე ზედაპირული დერმული დვრილის ეპითელურ-სტრომული შეერთების ადგილიდან ინვაზიის ყველაზე ღრმა წერტილამდე.

N – რეგიონული ლიმფური კვანძები

NX რეგიონული ლიმფური კვანძების შესაფასებლად საკმარისი მონაცემები არ არის

N0 რეგიონული ლიმფური კვანძების მეტასტაზური დაზიანების ნიშნები არ არის

N1 მეტასტაზი რეგიონულ ლიმფურ კვანძებში, ერთ მხარეს

N2 მეტასტაზი რეგიონულ ლიმფურ კვანძებში, ორივე მხარეს

M – შორეული მეტასტაზები

MX შორეული მეტასტაზის შესაფასებლად საკმარისი მონაცემები არ არის

M0 შორეული მეტასტაზის არსებობის ნიშნები არ არის

M1 აღინიშნება შორეული მეტასტაზი (მენჯის ლიმფურ კვანძებში მეტასტაზის ჩათვლით)

pTNM – პათოჰისტოლოგიური კლასიფიკაცია

pT, pN, და pM კატეგორიები შეესაბამება T, N, M კატეგორიებს.

pN0 ჰისტომორფოლოგიური გამოკვლევისთვის საზარდულის ლიმფადენექტომიით მიღებული მასალა, როგორც წესი, უნდა შეიცავდეს არანაკლებ 6 ლიმფურ კვანძს. იმ შემთხვევაში, თუ ლიმფურ კვანძებში სიმსივნური უჯრედები არ აღმოჩნდა, მაგრამ გამოკვლეული ლიმფური კვანძების რაოდენობა 6-ზე ნაკლებია, კლასიფიკაცია ხდება pN0 კატეგორიით.

G – ჰისტოლოგიური გრადაცია

GX დიფერენციაციის ხარისხის შესაფასებლად საკმარისი მონაცემები არ არის

G1 მაღალდიფერენცირებული

G2 საშუალოდ დიფერენცირებული

G3-4 დაბალდიფერენცირებული (არადიფერენცირებული)

დაჯგუფება სტადიების მიხედვით

0 სტადია	Tis	N0	M0
I სტადია	T1	N0	M0
IA სტადია	T1a	N0	M0
IB სტადია	T1b	N0	M0
II სტადია	T2	N0	M0
III სტადია	T1, T2	N1	M0
	T3	N0, N1	M0
IVA სტადია	T1, T2, T3	N2	M0
	T4	N ნებისმიერი	M0
IVB სტადია	T ნებისმიერი	N ნებისმიერი	M1

მკურნალობა. ვულვის პრეინვაზიური კიბოს (TisN0M0) დროს ტარდება ვულვექტომია. ახალგაზრდა ქალებში მიმართავენ სიმსივნის კრიოდესტრუქციას.

მიკროინვაზიური კიბოს დროს კეთდება ვულვექტომია.

ვულვის I სტადიის (T1N0M0) კიბოს დროს ტარდება რადიკალური ვულვექტომია. თუ ოპერაციის მასშტაბის გაფართოებისათვის რაიმე უკუჩვენება არ არის, რადიკალურ ვულვექტომიას ემატება საზარდულისა და ბარძაყის ლიმფადენექტომია. კლიტორზე სიმსივნის გავრცელებისას, მიუხედავად იმისა, რეგიონული ლიმფური

კვანძები დაზიანებულია თუ არა, კეთდება რადიკალური ვულვექტომია გაფართოებულ (საზარდულისა და ბარძაყის) ლიმფადენექტომიასთან ერთად. ქირურგიული მკურნალობის უკუჩვენებისას ტარდება სხივური თერაპია.

დასხივების ველი მოიცავს ძირითადი კერისა და საზარდულ-ბარძაყის ლიმფურ კოლექტორს. დასხივება ხდება 2-2 გრეი დღიური და 40 გრეი ჯამური კეროვანი დოზით. შემდეგ დასხივების ველი ვიწროვდება და ძირითადი კერის დასხივებას აგრძელებენ 50-60 გრეი ჯამურ კეროვან დოზამდე.

ვულვის II სტადიის (T2N0M0) კიბოს დროს ტარდება რადიკალური ვულვექტომია და საზარდულ-ბარძაყის ლიმფადენექტომია. ოპერაციის შემდეგ ვულვექტომიის ზონა სხივდება 40-50 გრეი ჯამური კეროვანი დოზით.

კომბინირებული მკურნალობის უკუჩვენებისას (ე. ი. როცა ქირურგიული ოპერაციის ჩატარება არ შეიძლება) მიმართავენ შერწყმულ სხივურ თერაპიას რადიკალური პროგრამით: ტარდება ძირითადი კერის დისტანციური გამა-თერაპია 30-35 გრეი ჯამური კეროვანი დოზით (ერთჯერადი დოზა 2-3 გრეი); სხივური რეაქციების ჩაცხრობის შემდეგ ტარდება კონტაქტური დასხივება ან ახლოფოკუსიანი რენტგენთერაპია 30 გრეი ჯამური კეროვანი დოზით. იმ შემთხვევაში, როცა კონტაქტური ან ახლოფოკუსიანი დასხივება შეუძლებელია, ტარდება ვულვის და რეგიონული ლიმფური კვანძების დისტანციური გამა-თერაპია 40 გრეი ჯამური კეროვანი დოზით. შემდეგ დასხივების ველი ვიწროვდება და ძირითადი კერის დასხივება გრძელდება 60 გრეი ჯამური კეროვანი დოზის მიღწევამდე.

ვულვის III სტადიის (T1-2N1M0, T3N0-1M0) კიბოს მკურნალობაც კომბინირებულია. ტარდება რადიკალური ვულვექტომია საზარდულისა და ბარძაყის ლიმფადენექტომიასთან ერთად; ჩვენების მიხედვით, კეთდება თეძოს ლიმფადენექტომია. ოპერაციიდან 2 კვირის შემდეგ ხდება ვულვექტომიისა და ლიმფადენექტომიის ზონის დასხივება 40-45 გრეი ჯამური კეროვანი დოზით.

სიმსივნის მნიშვნელოვანი **ლოკალური** ან **ლოკორეგიონული** გავრცელების დროს ოპერაციის წინ მიმართავენ შერწყმულ სხივურ თერაპიას (დისტანციური გამა-თერაპია + ენდოვაგინური ან ენდოურეთრული კონტაქტური გამა-თერაპია) 40-50 გრეი ჯამური კეროვანი დოზით, რომლის შემდეგ ტარდება რადიკალური ვულვექტომია საზარდულ-ბარძაყის ლიმფადენექტომიასთან ერთად (თეძოს ლიმფადენექტომია — ჩვენების მიხედვით). იმ შემთხვევაში, როცა მკურნალობა იწყება ოპერაციით, ქირურგიული მკურნალობის შემდეგ ვულვექტომიის ზონა სხივდება ძირითად კერაზე — 40-45 გრეი, ხოლო საზარდულ-ბარძაყის ლიმფადენექტომიის ზონაზე — 40 გრეი ჯამური კეროვანი დოზით.

ქირურგიული მკურნალობის უკუჩვენების შემთხვევაში რადიკალური პროგრამით ტარდება შერწყმული სხივური თერაპია 50 გრეი ჯამური კეროვანი დოზით.

ვულვის IV სტადიის (T1-3N2M0, T4N0-2M0, T1-4N0-2M1) კიბოს დროს ტარდება კომბინირებული მკურნალობა, რომელსაც იწყებენ ოპერაციისწინა დისტანციური ან შერწყმული სხივური თერაპიით 40-50 გრეი ჯამურ კეროვან დოზამდე. 2 კვირის შემდეგ კი ტარდება რადიკალური ვულვექტომია საზარდულ-ბარძაყისა და თეძოს ლიმფადენექტომისათან ერთად. თუ მკურნალობა დაიწყო ოპერაციით, ოპერაციიდან 2-3 კვირის შემდეგ ტარდება დისტანციური გამა-თერაპია: ლიმფადენექტომიის

ზონაზე – 40 გრეი, ხოლო ძირითად კერაზე – 40-45 გრეი ჯამური კეროვანი დოზით.

ქირურგიული ოპერაციის უკუჩვენების შემთხვევაში შეიძლება ჩატარდეს დისტანციური გამა-თერაპია რადიკალური პროგრამით: საზარდულ-ბარძაყის ზონა სხივდება 40 გრეით, ხოლო ძირითად კერაზე, შემცირებული ველით, დასხივების დოზა აყავთ 60 გრეი ჯამურ კეროვან დოზამდე.

თუ დასხივების პროცესში სხივური ვულვიტი განვითარდა, ნახევარი საკურსო დოზის შემდეგ ავადმყოფი შეიძლება 2 კვირით შევასვენოთ და დასხივება ისევ გავაგრძელოთ.

დაავადების შორსწასული ფორმის დროს იყენებენ ქიმიოთერაპიას PB, PF, PM, POB, BOMP, მიტომიცინი + ფტორურაცილი სქემებით. ტარდება მკურნალობის 4-6 კურსი.

ცალკეულ შემთხვევებში, სიმსივნის **ლოკალური** ან **ლოკორეგიონული** გავრცელების, მისი ზომების შემცირებისა და ქირურგიული მკურნალობის შედეგების გაუმჯობესების მიზნით, ტარდება ნეოადიუვანტური ქიმიოთერაპია სხივურ თერაპიასთან ერთად.

პროგნოზულად არაკეთილსაიმედო სიმსივნის დროს (4 სანტიმეტრზე მეტი ზომის სიმსივნე, 5 მილიმეტრზე მეტი ინვაზია, დაბალდიფერენცირებული ფორმა, რეგიონული მეტასტაზების არსებობა), ოპერაციიდან მე-7-მე-10 დღეს, მიზანშეწონილია ინტრავენური ქიმიოთერაპიის დაწყება ბლეოცინით (ჯამური დოზა 210-300 მგ).

რეციდივებისა და რეგიონული მეტასტაზების გამოვლენის შემთხვევაში, თუ ეს ტექნიკურად შესაძლებელია, ტარდება ოპერაცია ან სხივური თერაპია ინდივიდუალური გეგმით.

მკურნალობისშემდგომი დისპანსერული მეთვალყურეობა: პირველ წელს – 3 თვეში ერთჯერ, მეორე-მეოთხე წელს – 6 თვეში ერთჯერ, მეხუთე წლიდან – წელიწადში ერთჯერ.

საშოს კიბო (C52)

საშოს კიბო გვხვდება გინეკოლოგიური ორგანოების სიმსივნეთა 1-2%-ში. უფრო ხშირია საშოს მეტასტაზური დაზიანება.

5 წლის ასაკამდე ბავშვებში გვხვდება საშოს ბოტრიოიდული ემბრიონული რაბდომიოსარკომები, 14-20 წლის ასაკში – ნათელუჯრედოვანი ადენოკარციონომები, ხოლო უფროსი ასაკის პაციენტებში (შემთხვევათა 95%-ში) – ბრტყელუჯრედოვანი და დაბალდიფერენცირებული კიბო. ამიტომ მოზრდილთა ასაკში სხვა ჰისტოტიპის სიმსივნის დადგენისას საჭიროა მისი მეტასტაზური გენეზის გამორიცხვა.

გინეკოლოგ-ონკოლოგთა საერთაშორისო ფედერაციის წესებით, საშვილოსნოს ყელისა და საშოს ერთდროულად გამოვლენილი ბრტყელუჯრედოვანი კარცინომა მიეკუთვნება საშვილოსნოს ყელის, ხოლო ვულვისა და საშოს ერთდროული დაზიანება – გარეთა სასქესო ორგანოების კიბოს.

დაავადებულთა საშუალო ასაკი 65 წელია.

ეტიოლოგიური ფაქტორებიდან მნიშვნელოვანია სენილური კოლპიტის, ტრავმის, საშოს კედლების გამოვარდნილობის, ინვოლუციურ–დისტროფიული პროცესების არსებობა, პაპილომის ან ჰერპესის ვირუსით ინფიცირება რეპროდუქციულ ასაკში, დასხივება და იმუნოდეპრესია.

საშოს სიმსივნე მაკროსკოპულად შეიძლება იყოს ეგზოფიტური, წყლულოვანი ან ინფილტრაციული, ჰისტომორფოლოგიურად – ბრტყელუჯრედოვანი კიბო გარქაებით ან გარქავების გარეშე, იშვიათად – ჯირკვლოვანი შენების.

საშვილოსნოს ყელის ინტრაეპითელური ნეოპლაზიის მსგავსად, საშოში განასხვავებენ ვაგინურ ინტრაეპითელურ ნეოპლაზიას (VAIN) სუსტი, ზომიერი ან მძიმე დისპლაზიით (VAIN I, II, III) და პრეინვაზიურ კარცინომას (Ca in situ).

საშოს სიმსივნე შეიძლება გავრცელდეს მეზობელ ორგანოებსა და ქსოვილებზე – საშვილოსნოს ირგვლივ, პარავეზიკულურად, რექტო-ვაგინურ ძგიდეზე, შარდის ბუშტზე, სწორ ნაწლავზე. მეტასტაზები ძირითადად ლიმფოგენურად ვითარდება: საშოს თაღის და ზედა მესამედის დაზიანებისას მეტასტაზები ვრცელდება მენჯის ლიმფურ კვანძებში, ხოლო ქვედა მესამედის დაზიანებისას – საზარდულის ლიმფურ კვანძებში. მოგვიანებით აღინიშნება ჰემატოგენური მეტასტაზები ფილტვებსა და ძვლებში.

დაავადების მიმდინარეობა თავიდან უსიმპტომოა. მოგვიანებით, ენდოფიტური კიბოს დროს, გამოვლინდება კლინიკური სიმპტომები. შედარებით ადრე ვლინდება ეგზოფიტური კიბო, რომელსაც მაკროსკოპულად ყვავილოვანი კომბოსტოს შესახედაობა აქვს, აღინიშნება კონტაქტური და სპონტანური სისხლდენა. სიმსივნის რღვევის შესაბამისად, ვლინდება ტკივილები ბოქვენში, გავისა და საზარდულის მიდამოში. გავრცელებული კიბოს დროს აღინიშნება შარდის ბუშტისა და სწორი ნაწლავის ფუნქციის მოშლა.

საშოს კიბოს დიაგნოსტიკა ემყარება დათვალიერებას, კოლპოსკოპიას დამიზნებითი ბიოფსიითურთ, რომლის დროსაც შეიძლება ეჭვი მივიტანოთ მძიმე დისპლაზიისა და პრეინვაზიური კიბოს არსებობაზე. მკურნალობას აუცილებლად წინ უნდა უსწრებდეს სიმსივნის ჰისტომორფოლოგიური გამოკვლევა. დაავადების გავრცელების დასადგენად მიმართავენ ულტრაბგერით კვლევას, ცისტოსკოპიას, ექსკრეტორულ უროგრაფიას, გულმკერდის რენტგენოგრაფიას.

უნდა მოხდეს დიფერენციაცია საშოს მეტასტაზურ დაზიანებასთან, აგრეთვე პაპილომებთან, წვეტიან კონდილომებთან, ტუბერკულოზურ და სიფილისურ წყლულებთან.

საშოს კიბოს კლასიფიკაცია TNM სისტემით (მე-6 გამოცემა, 2002წ) და FIGO სტადიებად დაჯგუფება

რეგიონულ ლიმფურ კვანძებს წარმოადგენს: ***საშოს ზედა ორი მესამედისთვის*** – მენჯის ლიმფური კვანძები (ობტურატორული ლიმფური კვანძების ჩათვლით), თეძოს შიგნითა (ჰიპოგასტრული) და თეძოს გარეთა, აგრეთვე ცენტრალური ნერვული სისტემის ლიმფური კვანძები; ***საშოს ქვედა ორი მესამედისთვის*** – საზარდულის და ბარძაყის ლიმფური კვანძები.

TNM – კლინიკური კლასიფიკაცია

T – პირველადი სიმსივნე

TNM კატეგორია	FIGO სტადია	
TX		პირველადი სიმსივნის შესაფასებლად საკმარისი მონაცემები არ არის
T0		პირველადი სიმსივნის არსებობის ნიშნები არ არის
Tis	0	პრეინვაზიური კარცინომა (Carcinoma in situ)

T1	I	საშოს ფარგლებში არსებული სიმსივნე
T2	II	სიმსივნე ჩაზრდილია საშოს ირგვლივ მდებარე ქსოვილებში, მენჯის კედელზე გავრცელების გარეშე
T3	III	სიმსივნე ვრცელდება მენჯის კედელზე
T4	IVA	სიმსივნე ჩაზრდილია შარდის ბუშტის, სწორი ნაწლავის ლორწოვან გარსში ან ვრცელდება მცირე მენჯის ფარგლებს გარეთ

შენიშვნა: ბულოზური შეშუპების არსებობა არ არის საკმარისი იმისთვის, რომ სიმსივნე მივაკუთვნოთ T4 კატეგორიას

M1	IVB	შორეული მეტასტაზები

N – რეგიონული ლიმფური კვანძები

NX რეგიონული ლიმფური კვანძების შესაფასებლად საკმარისი მონაცემები არ არის

N0 რეგიონული ლიმფური კვანძების მეტასტაზური დაზიანების ნიშნები არ არის

N1 რეგიონული ლიმფური კვანძების მეტასტაზური დაზიანება

M – შორეული მეტასტაზები

MX შორეული მეტასტაზის შესაფასებლად საკმარისი მონაცემები არ არის

M0 შორეული მეტასტაზის არსებობის ნიშნები არ არის

M1 აღინიშნება შორეული მეტასტაზი

pTNM – პათოჰისტოლოგიური კლასიფიკაცია

pT, pN, და pM კატეგორიები შეესაბამება T, N, M კატეგორიებს.

pN0 ჰისტოლოგიური გამოკვლევისთვის საზარდულის ლიმფადენექტომიით მიღებული მასალა, როგორც წესი, უნდა შეიცავდეს არანაკლებ 6, ხოლო მენჯის ლიმფადენექტომიით მიღებული მასალა – არანაკლებ 10 ლიმფურ კვანძს. იმ შემთხვევაში, თუ ლიმფურ კვანძებში სიმსივნური უჯრედები არ აღმოჩნდა, მაგრამ გამოკვლეული ლიმფური კვანძების რაოდენობა, შესაბამისად, 6-ზე და 10-ზე ნაკლებია, კლასიფიკაცია ხდება pN0 კატეგორიით.

G – ჰისტოლოგიური გრადაცია

GX დიფერენციაციის ხარისხის შესაფასებლად საკმარისი მონაცემები არ არის

G1 მაღალდიფერენცირებული

G2 საშუალოდ დიფერენცირებული

G3-4 დაბალდიფერენცირებული (არადიფერენცირებული)

დაჯგუფება სტადიების მიხედვით

0 სტადია	Tis	N0	M0
I სტადია	T1	N0	M0
II სტადია	T2	N0	M0
III სტადია	T3	N0	M0
	T1, T2, T3	N1	M0
IVA სტადია	T4	N ნებისმიერი	M0
IVB სტადია	T ნებისმიერი	N ნებისმიერი	M1

მკურნალობა. საშოს დისპლაზიების, პრეინვაზიური და მიკროინვაზიური კარცინომების დროს დასაშვებია დამზოგველი მკურნალობა – კრიოთერაპია, ლაზერთერაპია, სხივური თერაპია, ეკონომიური ოპერაცია. ახალგაზრდა ქალებში საშოს ზედა მესამედის კიბოს დროს კეთდება გაფართოებული ჰისტერექტომია, საშოს ზედა ნახევრის ამოკვეთა ან საშვილოსნოს ექსტირპაცია, საკვერცხეების შენარჩუნებით, საშოს ზედა ნახევრის რეზექციასთან ერთად. უფრო გავრცელებული სიმსივნეების მკურნალობა ძირითადად კომბინირებულია, რადგან სიმსივნის ლოკალური ამოკვეთა T1 სტადიის კიბოს დროსაც შეიძლება არ იყოს რადიკალური.

საშოს I სტადიის (T1N0M0) კიბოთი დაავადებულ 50 წლამდე ასაკის ავადმყოფებში, როცა სიმსივნე ლოკალიზებულია საშოს თაღში ან მის ზედა მესამედში, ღრმა ინვაზიის გარეშე, დასაშვებია ჩატარდეს კომბინირებული მკურნალობა (გაფართოებული ჰისტერექტომია საშოს ზედა ნახევრის მოცილებასა და ოპერაციისშემდგომ სხივურ თერაპიასთან ერთად). საშოს შესასვლელთან, უკანა კედელზე, T1 სტადიის კიბოს არსებობისას, თუ სწორი ნაწლავიდან მისი გამოყოფა შესაძლებელია, კეთდება ვაგინექტომია საშოს ნახევრის ფარგლებში, საზარდულ-ბარძაყის ლიმფადენქტომიასთან ერთად. ოპერაციის შემდეგ ტარდება სხივური თერაპია.

სხივური თერაპია დამოუკიდებელ რეჟიმში შეიძლება ჩატარდეს მხოლოდ ღრუსშიგნითა გამა-თერაპიის ან შერწყმული სხივური თერაპიის სახით. მხოლოდ ღრუსშიგნითა დასხივება ტარდება მაშინ, როცა სიმსივნის ზომა 1 სმ-მდეა, ხოლო საშოს კედლის ინფილტრაცია არ აღემატება 0,5 სმ-ს. მაღალი სიმძლავრის გამოსხივების წყაროდან ეძლევა 35 გრეი, ხოლო დაბალი სიმძლავრის წყაროდან – 60 გრეი ჯამური კეროვანი დოზით. 1 სმ-ზე მეტი ზომის ან ჰისტოლოგიურად დაბალდიფერენცირებული სიმსივნის შემთხვევაში ღრუსშიგნითა დასხივებას ემატება დისტანციური გამა-თერაპია: 20 გრეი ჯამური კეროვანი დოზით სხივდება ძირითადი კერა და 40 გრეი ჯამური კეროვანი დოზით – რეგიონული ლიმფური კვანძები.

სხვა დანარჩენ შემთხვევებში, აგრეთვე T2-T3 სტადიის სიმსივნეების დროს ქირურგიული მკურნალობა, მათ შორის ეგზენტერაცია, მიზანშეწონილი არ არის და საშოს კიბოს მკურნალობის ძირითადი მეთოდია შერწყმული სხივური თერაპია. მისი მეთოდიკა დამოკიდებულია გამოსხივების წყაროზე, სიმსივნის ლოკალიზაციასა და გავრცელებაზე.

II სტადიის (T2N0M0) სიმსივნის დროს მკურნალობა შერწყმულია: ღრუსშიგნითა დასხივების დოზა მაღალი სიხშირის გამოსხივების წყაროდან 40 გრეია, ხოლო დაბალი სიხშირის წყაროდან – 70 გრეი. დისტანციური გამა-თერაპიით ძირითადი კერა სხივდება 20 გრეი, ხოლო რეგიონული ლიმფური კვანძები – 45 გრეი ჯამური კეროვანი დოზით.

III სტადიის T3N0M0, T1-3N1M0 და IV სტადიის T4N0M0 გავრცელების სიმსივნეების დროს ღრუსშიგნითა დასხივება ტარდება იმავე რეჟიმში, რომლითაც T2N0M0 სიმსივნეების დროს, ხოლო დისტანციური გამა-თერაპიის დოზა ძირითად კერაზე შეადგენს 30 გრეის, რეგიონულ ლიმფურ კვანძებზე კი – 50 გრეის.

ძირითადი სიმსივნის მკურნალობის შემდეგ რეგიონულ ლიმფურ კვანძებში მეტასტაზების განვითარების შემთხვევაში ტარდება საზარდულ-ბარძაყის ან თეძოსაზარდულ-ბარძაყის ლიმფადენექტომია.

ქიმიოთერაპია არაეფექტურია.

მკურნალობისშემდგომი დისპანსერული მეთვალყურეობა: პირველ 6 თვეში – ყოველთვიურად, წლის მეორე ნახევარში – 2 თვეში ერთჯერ, მეორე წელს – 3 თვეში ერთჯერ, მესამე-მეოთხე წელს – 6 თვეში ერთჯერ, მეხუთე წლიდან – წელიწადში ერთჯერ.

საშვილოსნოს ყელის კიბო (C53)

საშვილოსნოს ყელის კიბოს საქართველოში ქალთა ავთვისებიანი სიმსივნეებით ავადობის სტრუქტურაში ძუძუს კიბოს შემდეგ მეორე ადგილი უკავია.

დაავადების ეტიოლოგიაში მნიშვნელობა აქვს მრავალ ფაქტორს, ესენია: ნაადრევი ან დაგვიანებული მენარხე, ნაადრევი ან დაგვიანებული მშობიარობა, ნაადრევი ან დაგვიანებული მენოპაუზა, სქესობრივი ცხოვრების ნაადრევი დაწყება, სქესობრივი პარტნიორების ხშირი ცვლა, მრავალი აბორტი და მშობიარობა, კონტრაცეფციის უგულებელყოფა, სმეგმა, ვირუსული (პაპილომის, ჰერპესის) ინფექციები, საშვილოსნოს ყელის ქრონიკული ანთებები, ტრავმები, გენეტიკური ფაქტორები (სისხლის AB (IV) ჯგუფი) და სხვა. დაავადების პიკი 50-59 ასაკობრივ ჯგუფზე მოდის.

საშვილოსნოს ყელის კიბოს განვითარებას წინ უსწრებს სხვადასხვა პათოლოგიური პროცესები, რომლებიც ცნობილია ფონური და კიბოსწინა დაავადებების სახელით. აღნიშნულიდან გამომდინარე, შემუშავებულია საშვილოსნოს ყელის პათოლოგიათა კლინიკურ-მორფოლოგიური კლასიფიკაცია:

I. ფონური პროცესები: ექტროპიონი, ეგზო- და ენდოცერვიქსი, სუბეპითელური ენდომეტრიოზი, ფსევდოეროზია, ჭუშმარიტი ეროზია, ლეიკოპლაკია, პოლიპი, ბრტყელი კონდილომები.

II. კიბოსწინა პროცესები – დისპლაზია: სუსტი, ზომიერი, მძიმე.

III. პრეინვაზიური (ინტრაეპითელური) კიბო – Carcinoma in situ

IV. მიკროინვაზიური კიბო.

V. ინვაზიური კიბო.

ცერვიკალურ ინტრაეპითელურ ნეოპლაზიაში (CIN) გამოყოფენ სამ კატეგორიას:

CIN I (სუსტი დისპლაზია), CIN II (ზომიერი დისპლაზია), CIN III (მძიმე დისპლაზია და პრეინვაზიური კიბო).

მსგავსი ბიოლოგიური თვისებებისა და მკურნალობის ტაქტიკის გამო მძიმე დისპლაზია და პრეინვაზიური კიბო გაერთიანებულია CIN III კატეგორიაში. დისპლაზიასა და პრეინვაზიურ კიბოს ხანგრძლივი (1-17 წელი) ლატენტური პერიოდი აქვს, შემდეგ კი ინვაზიურ კიბოდ გადაგვარდება.

საშვილოსნოს ყელში 10-მდე სხვადასხვა ჰისტოლოგიური ტიპის ავთვისებიანი სიმსივნე ვითარდება. მათ შორის ყველაზე ხშირად გვხვდება ბრტყელუჯრედოვანი კიბო (70%) გარქვევით ან გარქვევის გარეშე. იშვიათად – ჯირკვლოვანი, მუკოეპიდერმოიდული (ჯირკვლოვან-ბრტყელუჯრედოვანი) და არადიფერენცირებული კიბო.

მაღალდიფერენცირებული კიბო უფრო ხშირად ვითარდება მრავალშრიანი ბრტყელი ეპითელიუმისგან, დაბალდიფერენცირებული და ჯირკვლოვანი კიბო – ცილინდრული ეპითელიუმის სარეზერვო უჯრედების გადაგვარების შედეგად.

ეპითელური და შემაერთებელი ქსოვილების სხვადასხვა თანაფარდობის შესაბამისად, სიმსივნეში გამოყოფენ კიბოს მედულურ და სკირულ ფორმას.

საშვილოსნოს ყელში კიბო ვითარდება მრავალშრიანი ბრტყელი და ცილინდრული ეპითელიუმის საზღვარზე, რომელიც ახალგაზრდებში უფრო გარეთაა – ცერვიკალური არხის ქვედა მესამედში, ხოლო ხანდაზმულებში არხის სიღრმეში გადაინაცვლებს.

ზრდის მიხედვით სიმსივნე შეიძლება იყოს ენდოფიტური ან ეგზოფიტური. ენდოფიტური სიმსივნე ვრცელდება საშვილოსნოს ყელის სისქეში, ლორწქვეშა და კუნთოვან ქსოვილებში. ზოგჯერ სიმსივნე წყლულდება და ლორწოვანზე კრატერი ჩნდება. ამ დროს საშვილოსნოს ყელი მკვრივია, აქვს მოლურჯო ფერი, სისხლმდენია.

ეგზოფიტური სიმსივნე გარეთ იზრდება და საშოში გამოჩრილია „ყვავილოვანი კომბოსტოს“ სახით.

ცერვიკალურ არხში სიმსივნის გავრცელებისას საშვილოსნოს ყელის პირი სადაა და ნორმალურს ჩამოგავს, ხოლო მთლიანობაში საშვილოსნოს ყელი მსხვილდება და კასრის ფორმას იღებს.

ადრეულ სტადიაში დაავადება კლინიკურად არ ვლინდება. შემდეგ შეინიშნება თეთრად შლა უხვი სისხლნარევი გამონადენით, აციკლური სისხლიანი გამონადენი მყაყე სუნით. კონტაქტურად აღინიშნება სისხლდენა.

მოგვიანებით, სიმსივნის გავრცელებისა და ნერვულ წნულებში ჩაზრდის გამო, იწყება ტკივილი, საშარდე გზებზე ზეწოლისას – დიზურიული მოვლენები, შარდსაწვეთებზე ზეწოლისას და მათში ჩაზრდისას – ჰიდრონეფროზი აღმავალი ინფექციებით. ირღვევა დეფეკაციის აქტი. სიმსივნე შეიძლება ჩაიზარდოს შარდის ბუშტში, საშოსა და სწორ ნაწლავში, რის შედეგადაც ყალიბდება შარდისბუშტ-საშოს, შარდისბუშტ-საშო-სწორნაწლავის ფისტულები.

დაავადების ტერმინალურ სტადიაში შეიძლება განვითარდეს ურემია, პერიტონიტი, სეფსისი, სისხლდენა და კახექსია.

მეტასტაზები უპირატესად ლიმფოგენურად ვითარდება. ყველაზე ხშირად ზიანდება თეძოს გარეთა ლიმფური კვანძები, შემდეგ ჰიპოგასტრიუმის ლიმფური კვანძები. თეძოს საერთო და პარააორტული ლიმფური კვანძების დაზიანება პროცესის შორსწასულობაზე მიუთითებს.

საშვილოსნოს ყელის კიბოს დიაგნოსტიკა ემყარება ანამნეზის, გინეკოლოგიური გასინჯვის და კოლპოსკოპიის მონაცემებს.

ტარდება ფერადი სინჯები ლუგოლითა და ჰემატოქსილინით, აგრეთვე საშვილოსნოს ყელის ზედაპირიდან და ცერვიკალური არხიდან აღებული მასალის ციტოლოგიური, ხოლო ცერვიკალური არხისა და საშვილოსნოს ტანის ლორწოვანი გარსის გამონაფხეკის ციტოლოგიური და ჰისტოლოგიური გამოკვლევა.

ციტოლოგიური გამოკვლევის შედეგების კლასიფიკაცია ხდება პაპანიკოლაუს 5-ბალიანი სისტემით:

1) ატიპიური უჯრედები არ არის;
2) ატიპიური უჯრედები – ავთვისებიანობის ნიშნების გარეშე;
3) საეჭვო კიბოზე;
4) კიბოს ზოგიერთი ნიშანი;
5) კიბო.

სიმსივნის გავრცელების ხარისხის დასაზუსტებლად გამოიყენება გამოკვლევის დამატებითი მეთოდები: ექოსკოპია, ცისტოსკოპია, ექსკრეტორული უროგრაფია.

საშვილოსნოს ყელის კიბოს კლასიფიკაცია TNM სისტემით (მე-6 გამოცემა, 2002წ) და FIGO სტადიებად დაჯგუფება

ანატომიური ნაწილებია: საშვილოსნოს ყელის არხის ლორწოვანი გარსი (C53.0) და საშვილოსნოს ყელის საშოსმხრივი ნაწილის ლორწოვანი გარსი (C53.1).

საშვილოსნოს ყელისთვის რეგიონულ ლიმფურ კვანძებს წარმოადგენს საშვილოსნოს ყელისა და ტანის ირგვლივ მდებარე, ფაშვის ქვემოთ მდებარე, თეძოს საერთო და გარეთა, გავის წინა და გვერდითი ლიმფური კვანძები.

TNM – კლინიკური კლასიფიკაცია

T – პირველადი სიმსივნე

TNM კატეგორია	FIGO სტადია	
TX		პირველადი სიმსივნის შესაფასებლად საკმარისი მონაცემები არ არის
T0		პირველადი სიმსივნის არსებობის ნიშნები არ არის
Tis	0	პრეინვაზიური კარცინომა (carcinoma in situ)
T1	I	საშვილოსნოს ყელის სიმსივნე, შემოფარგლული საშვილოსნოთი (საშვილოსნოს ტანზე გავრცელება მხედველობაში არ მიიღება)
T1a	IA	მხოლოდ მიკროსკოპული გამოკვლევით დადგენილი .ინვაზიური კარცინომა. მაკროსკოპულად ხილული ნებისმიერი და ზიანება (ზედაპირული ინვაზიის შემთხვევაშიც კი) მიეკუთვნება T1b (IB სტადია) კატეგორიას
T1a1	IA1	3 მმ-მდე სიღრმის ინვაზია სტრომაში, 7 მმ-მდე ჰორიზონტალური გავრცელებით
T1a2	IA2	3 მმ-მდე სიღრმის ინვაზია სტრომაში, 7 მმ-მდე ჰორიზონტალური გავრცელებით

შენიშვნა: ინვაზიის სიღრმე არ უნდა აღემატებოდეს 5 მმ-ს ეპითელიუმის არც ფუძიდან, არც ზედაპირიდან და არც იმ ჯირკვლიდან, საიდანაც სიმსივნე განვითარდა. ინვაზიის სიღრმე განისაზღვრება, როგორც სიმსივნის გავრცელება ეპითელიუმის მომიჯნავე ყველაზე ზედაპირული ეპითელური დვრილის ეპითელურ-სტრომული შეერთების ადგილიდან ინვაზიის ყველაზე ღრმა წერტილამდე. სისხლძარღვოვანი სივრცის (არც ვენების და არც ლიმფური ძარღვების) დაზიანება კლასიფიკაციაზე გავლენას არ ახდენს.

T1b	IB	კლინიკურად ხილული დაზიანება საშვილოსნოს ყელის ფარგლებში, ან T1a2 (IA2 სტადია) კატეგორიით გათვალისწინებულზე მეტი ზომის მიკროსკოპული დაზიანება
T1b1	IB1	4 სმ-მდე ზომის კლინიკურად ხილული დაზიანება
T1b2	IB2	4 სმ-ზე მეტი ზომის კლინიკურად ხილული დაზიანება
T2	II	სიმსივნე ვრცელდება საშვილოსნოს ფარგლებს გარეთ, მაგრამ მენჯის კედელში ან საშოს ქვედა მესამედში ჩაზრდის გარეშე

T2a	IIA	სიმსივნე პარამეტრიუმში ჩაზრდის გარეშე
T2b	IIB	სიმსივნის ჩაზრდა პარამეტრიუმში
T3	III	სიმსივნე ვრცელდება მენჯის კედელზე, საშოს ქვედა მესამედზე ან იწვევს ჰიდრონეფროზს ან აფუნქციური თირკმლის ჩამოყალიბებას
T3a	IIIA	სიმსივნე ვრცელდება საშოს ქვედა მესამედზე, მენჯის კედლის დაზიანების გარეშე
T3b	IIIB	სიმსივნე გავრცელებულია მენჯის კედელზე ან იწვევს ჰიდრონეფროზს ან აფუნქციური თირკმლის ჩამოყალიბებას
T4	IVA	სიმსივნე ჩაზრდილია შარდის ბუშტის ან სწორი ნაწლავის ლორწოვან გარსში და/ან გავრცელებულია მცირე მენჯის ფარგლებს გარეთ

შენიშვნა: ბულოზური შეშუპების არსებობა არ არის საკმარისი სიმსივნის T4 კატეგორიით შეფასებისთვის. სიმსივნის დიაგნოზი დადგენილი უნდა იყოს ბიოფსიური მასალის ჰისტოლოგიური გამოკვლევით

M1	IVB	შორეული მეტასტაზები

N – რეგიონული ლიმფური კვანძები

NX	რეგიონული ლიმფური კვანძების შესაფასებლად საკმარისი მონაცემები არ არის
N0	რეგიონული ლიმფური კვანძების მეტასტაზური დაზიანების ნიშნები არ არის
N1	რეგიონული ლიმფური კვანძების მეტასტაზური დაზიანება

M – შორეული მეტასტაზები

MX	შორეული მეტასტაზის შესაფასებლად საკმარისი მონაცემები არ არის
M0	შორეული მეტასტაზის არსებობის ნიშნები არ არის
M1	აღინიშნება შორეული მეტასტაზი

pTNM – პათოჰისტოლოგიური კლასიფიკაცია

pT, pN, და pM კატეგორიები შეესაბამება T, N, M კატეგორიებს.

pN0 ჰისტომორფოლოგიური გამოკვლევისთვის მენჯის ლიმფადენექტომიით მიღებული მასალა, როგორც წესი, უნდა შეიცავდეს არანაკლებ 10 ლიმფურ კვანძს. იმ შემთხვევაში, თუ ლიმფურ კვანძებში სიმსივნური უჯრედები არ აღმოჩნდა, მაგრამ გამოკვლეული ლიმფური კვანძების რაოდენობა 10-ზე ნაკლებია, კლასიფიკაცია ხდება pN0 კატეგორიით.

G – ჰისტოლოგიური გრადაცია

GX	დიფერენციაციის ხარისხის შესაფასებლად საკმარისი მონაცემები არ არის
G1	მაღალდიფერენცირებული
G2	საშუალოდ დიფერენცირებული
G3-4	დაბალდიფერენცირებული (არადიფერენცირებული)

დაჯგუფება სტადიების მიხედვით

0 სტადია	Tis	N0	M0
IA სტადია	T1a	N0	M0
IA1 სტადია	T1a1	N0	M0
IA2 სტადია	T1a2	N0	M0
IB სტადია	T1b	N0	M0
IB1 სტადია	T1b1	N0	M0
IB2 სტადია	T1b2	N0	M0
IIA სტადია	T2a	N0	M0
IIB სტადია	T2b	N0	M0
IIIA სტადია	T3a	N0	M0
IIIB სტადია	T1, T2, T3a	N1	M0
	T3b	N ნებისმიერი	M0
IVA სტადია	T4	N ნებისმიერი	M0
IVB სტადია	T ნებისმიერი	N ნებისმიერი	M1

მკურნალობა. საშვილოსნოს ყელის კიბოს მკურნალობა ქირურგიული, სხივური ან კომბინირებულია და დამოკიდებულია სიმსივნის ადგილობრივ და რეგიონულ გავრცელებაზე, პაციენტის ასაკზე.

დაავადების საწყის ეტაპზე ქირურგიული მკურნალობა შემოიფარგლება საშვილოსნოს ყელის კონიზაციით ან მაღალი ამპუტაციით, რაც ხორციელდება ელექტროდანით ან სკალპელით. სხვა დანარჩენ შემთხვევებში ხორციელდება საშვილოსნოს გაფართოებული ექსტირპაცია (ვერტჰაიმის ოპერაცია). 45 წლის ასაკამდე შესაძლებელია საკვერცხეების შენარჩუნება.

სხივური თერაპია შეიძლება გამოყენებული იყოს, როგორც მკურნალობის დამოუკიდებელი მეთოდი ან კომბინირებული მკურნალობის ერთ-ერთი კომპონენტი – ქირურგიულ ოპერაციასთან ერთად. ტარდება დისტანციური გამა-თერაპია, ღრუსშიგნითა გამა-თერაპია და შერწყმული სხივური თერაპია (დისტანციური გამა-თერაპია + ღრუსშიგნითა გამა-თერაპია).

ოპერაციის წინ შეიძლება ჩატარდეს:

ა) დისტანციური გამა-თერაპია როტაციული (2-ღერძიანი) ან სტატიკური (ორი ურთიერთსაპირისპირო ველიდან) რეჟიმით – 2-2 გრეი ყოველდღიურად, 30 გრეი ჯამური კეროვანი დოზით. 2 კვირის შემდეგ კეთდება ოპერაცია;

ბ) შერწყმული სხივური თერაპია, რომლის პირველ ეტაპზე ტარდება დისტანციური გამა-თერაპია როტაციული (4-სექტორიანი) ან სტატიკური (4 დახრილი ურთიერთსაპირისპირო ველიდან) რეჟიმით – 4-4 გრეი ყოველდღიურად, 16 გრეი ჯამური კეროვანი დოზით, ხოლო დისტანციური დასხივების დასაწყისში და ბოლოს ტარდება ღრუსშიგნითა დასხივება: 10-10 გრეი ყოველდღიურად, 20 გრეი ჯამური კეროვანი დოზით – მაღალი აქტივობის წყაროს გამოყენებისას (^{60}Co, აპარატი "Arat-BY"), ან 15-18 გრეი ყოველდღე, 30-35 გრეი ჯამური კეროვანი დოზით – დაბალი

აქტივობის წყაროს გამოყენებისას. ოპერაცია კეთდება შერწყმული სხივური თერაპიის დამთავრებიდან 3-7 დღის განმავლობაში.

ოპერაციისშემდგომი სხივური თერაპია იწყება ოპერაციიდან 2 კვირის შემდეგ. შეიძლება ჩატარდეს:

ა) დისტანციური გამა-თერაპია როტაციული (2-ღერძიანი) ან სტატიკური (ორი ურთიერთსაპირისპირო ველიდან) რეჟიმით — 2-2 გრეი დღიური და 40-44 გრეი ჯამური კეროვანი დოზით;

ბ) შერწყმული სხივური თერაპია, რომლის *პირველ* ეტაპზე ტარდება დისტანციური გამა-თერაპია როტაციული (2-სექტორიანი) ან სტატიკური (2 დახრილი ურთიერთსაპირისპირო ველიდან) რეჟიმით — 4-4 გრეი ყოველდღიურად, 20 გრეი ჯამური კეროვანი დოზით. *მეორე* ეტაპზე — ასევე დისტანციური გამა-თერაპია როტაციული (4-სექტორიანი) ან სტატიკური (4 დახრილი ურთიერთსაპირისპირო ველიდან) რეჟიმით — 2-2 გრეი დღიური და 40-46 გრეი ჯამური კეროვანი დოზით, ღრუსშიგნითა გამა-თერაპიასთან მონაცვლეობით. ღრუსშიგნითა დასხივება ტარდება: მაღალი აქტივობის წყაროს გამოყენებისას — 5-5 გრეი ერთჯერადი დოზით, კვირაში 2-3—ჯერ, სულ 4-5 ფრაქცია, 20-25 გრეი ჯამური კეროვანი დოზით, ხოლო დაბალი აქტივობის წყაროს გამოყენებისას — 8-10 გრეი ერთჯერადი დოზით, კვირაში ერთჯერ, 2-3 ფრაქცია, 20-25 გრეი ჯამური კეროვანი დოზით.

შერწყმული სხივური თერაპია დამოუკიდებელ რეჟიმში მოიცავს:

I ეტაპზე — რეგიონული მეტასტაზირების ზონების დისტანციურ დასხივებას როტაციული (2-ღერძიანი) ან სტატიკური (ორი ურთიერთსაპირისპირო ველიდან) რეჟიმით — 2-2 გრეი ერთჯერადი და 10-18 გრეი ჯამური კეროვანი დოზით; II ეტაპზე — პარამეტრიუმებისა და ლიმფოგენური მეტასტაზირების ზონების დისტანციურ დასხივებას როტაციული (4-სექტორიანი) ან სტატიკური (4 დახრილი ურთიერთსაპირისპირო ველიდან) რეჟიმით — 2-2 გრეი ერთჯერადი და 38-46 გრეი ჯამური კეროვანი დოზით, რომელთან ერთადაც, მონაცვლეობით, ტარდება ძირითადი კერის ღრუსშიგნითა გამა-თერაპია: 5-5 გრეი, კვირაში 2-3-ჯერ, 50 გრეი ჯამური კეროვანი დოზით — მაღალი აქტივობის წყაროს, ან 15-20 გრეი, კვირაში 2-3-ჯერ, 60 გრეი ჯამური კეროვანი დოზით — დაბალი აქტივობის წყაროს გამოყენებისას.

შერწყმული სხივური თერაპიის ჯამური კეროვანი დოზა საშვილოსნოს ყელის I-II სტადიის კიბოს დროს შეადგენს 70-75 გრეის, ხოლო III სტადიის დროს — 80-85 გრეის.

პრეინვაზიური (Tis) და მიკროინვაზიური (T1aN0M0 — I სტადიის) კარცინომის დროს 50 წლის ასაკამდე ქალებში დასაშვებია საშვილოსნოს ყელის კონიზაცია. 50 წელს გადაცილებულ პაციენტებში, აგრეთვე ცრვიკალურ არხში სიმსივნის გავრცელებისას კეთდება საშვილოსნოს ექსტირპაცია. საკვერცხეების დატოვება შესაძლებელია მხოლოდ რეპროდუქციულ ასაკში. ოპერაციისადმი უკუჩვენების შემთხვევაში ტარდება ღრუსშიგნითა გამა-თერაპია: 5-5 გრეი კვირაში 2-3-ჯერ, სულ 8-10 ფრაქცია, 40-50 გრეი ჯამური კეროვანი დოზით, ან დაბალი აქტივობის წყაროს გამო-

ყენებისას – 15-20 გრეი კვირაში ერთჯერ, სულ 3-4 ფრაქცია, 60 გრეი ჯამური კეროვანი დოზით.

IB სტადიის T1bN0M0, II სტადიის T2a-bN0M0 და IIIB სტადიის T1-2N1M0 გავრცელების საშვილოსნოს ყელის კიბოს მკურნალობა ძირითადად კომბინირებულია: ამ დროს ტარდება საშვილოსნოს გაფართოებული ექსტირპაცია და დისტანციური გამა-თერაპია ან შერწყმული სხივური თერაპია ოპერაციისწინა ან ოპერაციის-შემდგომ რეჟიმში.

ოპერაციისადმი უკუჩვენების შემთხვევაში რადიკალური პროგრამით ტარდება შერწყმული სხივური თერაპია, რომელიც მოიცავს რეგიონული მეტასტაზირების ზონების, პარამეტრიუმების დისტანციურ გამა-თერაპიას და ძირითადი სიმსივნის ღრუსშიგნითა გამა-თერაპიას.

III სტადიის T3a-bN0-1M0 გავრცელების სიმსივნის დროს ტარდება მხოლოდ შერწყმული სხივური თერაპია.

IV სტადიის ($T4N_{\text{ნებისმიერი}}M0$, $T_{\text{ნებისმიერი}}N_{\text{ნებისმიერი}}M1$) სიმსივნეების მკურნალობა სიმპტომური და პალიატიურია. სასქესო ორგანოებიდან პროფუზული სისხლდენის დროს კეთდება საშოს ტამპონადა, თეძოს სისხლძარღვთა ექსტრაპერიტონული გადაკვანძვა ან ორივე ერთად. ტარდება სხვა სიმპტომური მკურნალობაც. შესაძლებლობის შემთხვევაში, პალიატიური მიზნით, შეიძლება დაინიშნოს შერწყმული სხივური ან დისტანციური გამა-თერაპია ინდივიდუალურ რეჟიმში.

ქიმიოთერაპია ტარდება BM, MMP, CEP სქემებით, საშუალოდ – 3-5 კურსი, 4-კვირიანი ინტერვალებით.

T1–T3 სტადიის სიმსივნეების დროს სხივური თერაპიის დამთავრების კრიტერიუმად ითვლება ძირითადი სიმსივნისა და ინფილტრატების რეგრესია და ციტოლოგიური კონტროლი, ხოლო მკურნალობის შეწყვეტის კრიტერიუმია მენჯის ორგანოების რეაქცია. იმ შემთხვევებში, როცა სიმსივნე შემოიფარგლება საშვილოსნოს ყელით და საშოს თაღებით, ან საშვილოსნოს ყელის კიბო გადასულია საშვილოსნოს ტანზე (განსაკუთრებით ჯირკვლოვანი კიბოს დროს), ან აღინიშნება მოძრავი რეგიონული მეტასტაზები ან საკვერცხის დაზიანება, დასაშვებია კომბინირებული მკურნალობა: ჯერ ტარდება ოპერაციისწინა შერწყმული სხივური თერაპია, შემდეგ – საშვილოსნოს გაფართოებული ექსტირპაცია საკვერცხეებთან ერთად.

ბოლო დროს ოპერაციულ მკურნალობას მიმართავენ საშვილოსნოს ყელის IVA სტადიის ცენტრალური კიბოს დროსაც, როცა სიმსივნე გადასულია შარდის ბუშტზე ან სწორ ნაწლავზე, მაგრამ პარამეტრიუმების და რეგიონული ლიმფური კვანძების ინფილტრაცია არ აღინიშნება. ასეთ დროს კეთდება წინა ეგზენტერაცია (სიმსივნის შარდის ბუშტში ჩაზრდისას), უკანა ეგზენტერაცია (სიმსივნის სწორ ნაწლავზე გავრცელებისას) ან ტოტალური ეგზენტერაცია (შარდის ბუშტისა და სწორი ნაწლავის ერთდროული დაზიანებისას).

რეციდივების მკურნალობა. საშვილოსნოს ყელის კიბოს რეციდივი მკურნალობის დამთავრებიდან პირველ ორ წელიწადში ვლინდება. კომბინირებული ან ქირურგიული მკურნალობის შემდეგ რეციდივი ვითარდება საშოს ტაკვში, შერწყმული სხივური მკურნალობის შემდეგ – საშვილოსნოს ყელში, ტანსა და პარამეტრიუმში.

შემუშავებულია რეციდივების მკურნალობის ტაქტიკაც:

თუ რეციდივი ლოკალიზებულია საშვილოსნოს ტანში, ან აღინიშნება მენჯის ლიმფური კვანძების მეტასტაზური დაზიანება, ნაჩვენებია ქირურგიული მკურნალობა.

საშოს ტაკვში ან მის ქვედა ნაწილებში ერთეული მეტასტაზის არსებობისას ტარდება კონტაქტური სხივური თერაპია.

რეციდივების ქირურგიული ან სხივური მკურნალობის პარალელურად შეიძლება ჩატარდეს ქიმიოთერაპია.

ინკურაბელურ შემთხვევებში ტარდება სიმპტომური მკურნალობა.

მკურნალობისშემდგომი დისპანსერული მეთვალყურეობა: პირველ წელს – 3 თვეში ერთჯერ, მეორე-მეოთხე წელს – 6 თვეში ერთჯერ, მეხუთე წელს – წელიწადში ერთჯერ.

საშვილოსნოს ტანის კიბო (C54)

საშვილოსნოს ტანის კიბოს გინეკოლოგიური ორგანოების სიმსივნეებს შორის სიხშირის მიხედვით მესამე ადგილი უკავია და მატების ტენდენცია აქვს. ავადდებიან საშუალო ასაკის ქალები (50-59 წლის), თუმცა გვხვდება რეპროდუქციულ ასაკშიც. განიხილავენ დაავადების ორ პათოგენეზურ ვარიანტს:

I პათოგენეზური ვარიანტი გვხვდება ავადმყოფთა 60-70%-ში. ეს არის ჰორმონდამოკიდებული სიმსივნე ატიპიური ჰიპერპლაზიით და ენდომეტრიუმის კიბოთი; ნეირო-ენდოკრინულ-მეტაბოლური დარღვევების ფონზე აღინიშნება ქრონიკული ჰიპერესტროგენიის სხვადასხვა გამოვლინებები. ფონური დაავადებებიდან ხშირია სიმსუქნე, შაქრიანი დიაბეტი და ჰიპერტონული დაავადება. ამ დროს სიმსივნე მაღალდიფერენცირებულია, ნელა იზრდება, მეტასტაზებს იშვიათად იძლევა და ინარჩუნებს ჰორმონდამოკიდებულებას. ამ კატეგორიის ავადმყოფებში გვხვდება უნაყოფობა და შტეინ-ლევენტალის სინდრომი.

II პათოგენეზური (ავტონომიური) ვარიანტი გვხვდება ავადმყოფთა 30-40%-ში. ენდოკრინული და ნივთიერებათა ცვლის დარღვევები ნაკლებად ან საერთოდ არაა გამოხატული. სიმსივნე დაბალდიფერენცირებულია, ვითარდება ენდომეტრიუმის ატროფიის ფონზე. მას მიომეტრიუმის ღრმა ინვაზია, მეტასტაზების ადრეული განვითარების მაღალი პოტენცია და ცუდი პროგნოზი ახასიათებს.

სიმსივნე უფრო ხშირად ეგზოფიტურია, ენდოფიტური ზრდა შედარებით იშვიათია. ჰისტოლოგიურად ძირითადად გვხვდება ადენოკარცინომა დიფერენციაციის სხვადასხვა ხარისხით, ნაკლებად – ბრტყელუჯრედოვანი, ნათელუჯრედოვანი და არადიფერენცირებული კიბო. უპირატესად ვითარდება ლიმფოგენური, აგრეთვე ჰემატოგენური და იმპლანტაციური მეტასტაზები.

ლიმფოგენური მეტასტაზების განვითარება დამოკიდებულია სიმსივნის ინვაზიის სიღრმეზე. შემთხვევათა 20%-ში ზიანდება მენჯის ლიმფური კვანძები, საშვილოსნოს ტანის ქვედა მესამედის სიმსივნის დროს – თეძოს ლიმფური კვანძები, ხოლო სიმსივნის ცერვიკალურ არხზე გადასვლის შემთხვევაში მეტასტაზები ვითარდება ისევე, როგორც საშვილოსნოს ყელის კიბოს დროს.

სიმსივნის განფენილად გავრცელება იწვევს იოგოვანი აპარატის, პარამეტრიუმისა და პარავაგინური ქსოვილების ინფილტრაციას. კვერცხსავალსა და საკვერცხე-

ებზე სიმსივნის გავრცელებისას შესაძლებელია მოხდეს დიდი ბადექონის მეტასტაზური დაზიანება და განვითარდეს ასციტი.

ლიმფოგენური და იმპლანტაციური მეტასტაზები შეიძლება განვითარდეს საშოს ქვედა მესამედში, შარდსადენის ქვევით.

დაავადების ადრეული ნიშნებიდან საყურადღებოა თეთრად შლა, წყალწყალა გამონადენი, რომელიც მოგვიანებით ხორცის ნარეცხისფერი ხდება; შემთხვევათა 90%-ში სისხლიანი გამონადენი მენო- ან მეტრორაგიის ტიპისაა, ან ვითარდება სისხლდენა მენოპაუზაში.

გარეთა სასქესო ორგანოების ქავილი განპირობებულია საშოდან გამონადენით გამოწვეული გაღიზიანებით.

ტკივილი ნაკლებადაა დამახასიათებელი და საწყის სტადიაში მოვლითი ხასიათისაა, რაც მიომეტრიუმის შეკუმშვით და საშვილოსნოს დაცლით არის გამოწვეული. საშვილოსნოს სეროზული გარსის, მცირე მენჯის ნერვული წნულებისა და პარამეტრიუმის ინფილტრაციის გამო ვლინდება ყრუ, ხშირად – ღამის ტკივილი.

მეზობელ ორგანოებში (შარდის ბუშტში, სწორ ნაწლავში) სიმსივნის ჩაზრდისას ირღვევა მათი ფუნქცია.

ფონური დაავადებებიდან ხშირად გვხვდება სიმსუქნე, დიაბეტი და არტერიული ჰიპერტონია.

საშვილოსნოს ტანის კიბოს სემიოტიკა კეთილთვისებიანი სიმსივნეებისა და კიბოსწინა დაავადებების სიმპტომებს წააგავს, რაც ხშირად დაავადების დაგვიანებული დიაგნოსტიკის მიზეზი ხდება.

გამოკვლევებიდან მნიშვნელოვანია:

- გინეკოლოგიური გასინჯვა;
- ასპირაციული ბიოფსია ბიოპტატის ციტოლოგიურ გამოკვლევასთან ერთად, რომელიც უნდა ჩატარდეს მენსტრუალური ციკლის ყოველგვარი დარღვევის დროს;
- საშოს ნაცხის ციტოლოგიური გამოკვლევა;
- საშვილოსნოს ღრუს ლორწოვანი გარსის გამოფხეკა და გამონაფხეკის ციტოლოგიური ან ჰისტოლოგიური გამოკვლევა.
- სიმსივნის ლოკალიზაციის დასაზუსტებლად დამატებით შეიძლება ჩატარდეს ჰისტეროგრაფია და ულტრასონოგრაფია. ჰისტეროსკოპიის დროს შესაძლებელია დამიზნებითი ბიოფსიის ჩატარება.

დამატებითი გამოკვლევებით შეისწავლება მეზობელი ორგანოების მდგომარეობა.

შორეული მეტასტაზების დასადგენად ტარდება გულმკერდის რენტგენოგრაფია, მუცლის ღრუს ორგანოების ულტრასონოგრაფია, საჭიროების შემთხვევაში – კომპიუტერული ტომოგრაფია.

დაავადების გავრცელებას აფასებენ TNM და FIGO კლასიფიკაციებით, რომლის სწორად განსაზღვრას გადამწყვეტი მნიშვნელობა აქვს მკურნალობის სქემის შერჩევის დროს.

საშვილოსნოს ტანის კიბოს კლასიფიკაცია TNM სისტემით (მე-6 გამოცემა, 2002წ) და FIGO-ს სტადიებად დაჯგუფება

ანატომიური ნაწილები: საშვილოსნოს ზეყელი (C54.0) და საშვილოსნოს ძირი (C54.3).

საშვილოსნოს ტანისთვის რეგიონულ ლიმფურ კვანძებს წარმოადგენს მენჯის (ჰიპოგასტრული, თეძოს საერთო და გარეთა, პარამეტრიუმის და გავის) და პარააორტული ლიმფური კვანძები.

TNM – კლინიკური კლასიფიკაცია

T – პირველადი სიმსივნე

TNM კატეგორია	FIGO სტადია	
TX		პირველადი სიმსივნის შესაფასებლად საკმარისი მონაცემები არ არის
T0		პირველადი სიმსივნის არსებობის ნიშნები არ არის
Tis	0	პრეინვაზიური კარცინომა (carcinoma in situ)
T1	I	სიმსივნე საშვილოსნოს ტანის ფარგლებში
T1a	IA	სიმსივნე ენდომეტრიუმის ფარგლებში
T1b	IB	სიმსივნე აზიანებს მიომეტრიუმის არაუმეტეს ნახევარს
T1c	IC	სიმსივნე აზიანებს მიომეტრიუმის არანაკლებ ნახევარს
T2	II	სიმსივნე გადასულია საშვილოსნოს ყელზე, საშვილოსნოს ფარგლებს გარეთ გავრცელების გარეშე
T2a	IIA	მხოლოდ ენდოცერვიკალური ჯირკვლების დაზიანება
T2b	IIB	სიმსივნე ჩაზრდილია საშვილოსნოს ყელის სტრომაში
T3 და (ან) N1	III	სიმსივნის ლოკალური და/ან რეგიონული გავრცელება, როგორც ეს აღწერილია T3a, T3b, N1 კატეგორიებისა და FIGO0-ს IVA,B,C სტადიების მიხედვით (იხ. ქვემოთ)
T3a	IIIA	სიმსივნე ვრცელდება სეროზულ გარსზე და/ან საკვერცხეებზე (უშუალო გავრცელება ან მეტასტაზი) და/ან სიმსივნური უჯრედები ასციტურ სითხეში ან პერიტონეუმის ამონარეცხში
T3b	IIIB	სიმსივნე გავრცელებულია საშოზე (უშუალო გავრცელება ან მეტასტაზი)
N1	IIIC	მეტასტაზი მენჯის და/ან პარააორტულ ლიმფურ კვანძებში
T4	IVA	სიმსივნის გავრცელება შარდის ბუშტისა და მსხვილი ნაწლავის ლორწოვანზე შენიშვნა: ბულოზური შეშუპების არსებობა არ არის საკმარისი იმისათვის, რომ სიმსივნის კლასიფიკაცია მოხდეს T4 კატეგორიით. სიმსივნის არსებობა დადგენილ უნდა იყოს ბიოფსიური მასალის ჰისტოლოგიური გამოკვლევით
M1	IVB	შორეული მეტასტაზი (საშოში, მენჯის სეროზულ გარსში ან საკვერცხეებში მეტასტაზების გარდა) შენიშვნა: FIGO-ს 2001 წლის რეკომენდაციით, I სტადიის კიბოს კლინიკური კლასიფიკაცია იმ ავადმყოფებში, რომელთაც ჩატარებული აქვთ პირველადი ხსივური თერაპია, შემდეგნაირია: **I სტადია:** სიმსივნე შემოფარგლულია საშვილოსნოს ტანით **IA სტადია:** საშვილოსნოს ღრუს სიგრძე არ აღემატება 8 სმ-ს **IB სტადია:** საშვილოსნოს ღრუს სიგრძე მეტია 8 სმ-ზე

N – რეგიონული ლიმფური კვანძები

NX რეგიონული ლიმფური კვანძების შესაფასებლად საკმარისი მონაცემები არ არის

N0 რეგიონული ლიმფური კვანძების მეტასტაზური დაზიანების ნიშნები არ არის

N1 რეგიონული ლიმფური კვანძების მეტასტაზური დაზიანება

M – შორეული მეტასტაზები

MX შორეული მეტასტაზის შესაფასებლად საკმარისი მონაცემები არ არის

M0 შორეული მეტასტაზის არსებობის ნიშნები არ არის

M1 აღინიშნება შორეული მეტასტაზი

pTNM – პათოჰისტოლოგიური კლასიფიკაცია

pT, pN, და pM კატეგორიები შეესაბამება T, N, M კატეგორიებს.

pN0 ჰისტოლოგიური გამოკვლევისთვის მენჯის ლიმფადენექტომიით მიღებული მასალა, როგორც წესი, უნდა შეიცავდეს არანაკლებ 10 ლიმფურ კვანძს. იმ შემთხვევაში, თუ ლიმფურ კვანძებში სიმსივნური უჯრედები არ აღმოჩნდა, მაგრამ გამოკვლეული ლიმფური კვანძების რაოდენობა 10-ზე ნაკლებია, კლასიფიკაცია ხდება pN0 კატეგორიით.

G – ჰისტოლოგიური გრადაცია

ჰისტოლოგიური გრადაციისთვის იხილეთ შემდეგი პუბლიკაციები:

Creasman WT, Odicino F, Maisoneuve P, Beller U, Benedet JL, Heintz APM, Ngan HYS, Sideri M, Pecorelli S. FIGO Annual Report on the results of treatment in gynaecological cancer. Vol. 24, Carcinoma of the corpus uteri. J. Epidemiol Biostat 2001;6:45-86.

დაჯგუფება სტადიების მიხედვით

0 სტადია	Tis	N0	M0
IA სტადია	T1a	N0	M0
IB სტადია	T1b	N0	M0
IC სტადია	T1c	N0	M0
IIA სტადია	T2a	N0	M0
IIB სტადია	T2b	N0	M0
IIIA სტადია	T3a	N0	M0
IIIB სტადია	T3b	N0	M0
IIIC სტადია	T1, T2, T3	N1	M0
IVA სტადია	T4	N ნებისმიერი	M0
IVB სტადია	T ნებისმიერი	N ნებისმიერი	M1

მკურნალობა. საშვილოსნოს ტანის კიბოს მკურნალობის მეთოდები ქირურგიული, სხივური, კომბინირებული და კომპლექსურია. მკურნალობის მეთოდის არჩევა დამოკიდებულია სიმსივნის დიფერენცირების ხარისხზე, გავრცელებაზე, საშვილოსნოში მის ლოკალიზაციაზე, ავადმყოფის ასაკსა და ორგანიზმის თავისებურებებზე.

ქირურგიული მკურნალობა გულისხმობს საშვილოსნოს ექსტირპაციას საკვერ-

ცხეებთან ერთად. საკერცხეების შენარჩუნება შესაძლებელია რეპროდუქციული ასაკის ქალებში, პრეინვაზიური კარცინომის დროს. საკვერცხეებზე სიმსივნის გავრცელებისას დამატებით კეთდება დიდი ბადექონის რეზექცია, ხოლო არაკერთილსაიმედო პროგნოზული ფაქტორების შემთხვევაში – საშვილოსნოს ექსტირპაცია საკვერცხეებთან და თეძოს ლიმფადენექტომიასთან ერთად ან საშვილოსნოს გაფართოებული ექსტირპაცია საკვერცხეებთან ერთად.

შორსწასული სიმსივნეების დროს განვითარებული პროფუზული სისხლდენის დროს ხდება თეძოს არტერიების ექსტრაპერიტონული გადაკვანძვა.

სხივური თერაპია შეიძლება გამოყენებულ იქნეს, როგორც კომბინირებული მკურნალობის ერთ-ერთი კომპონენტი, ან ჩატარდეს დამოუკიდებლად.

კომბინირებული მკურნალობისას გამოიყენება ოპერაციისწინა ან ოპერაციისშემდგომი სხივური თერაპია.

ოპერაციისწინა სხივურ თერაპიას მიმართავენ T2 სიმსივნეების დროს, სათანადო ჩვენების შემთხვევაში. ტარდება ღრუსშიგნითა გამა-თერაპია: 10 გრეი კვირაში ერთჯერ (2 ფრაქცია), 20 გრეი ჯამური კეროვანი დოზით (მაღალი აქტივობის წყაროს გამოყენებით) ან 11-14 გრეი კვირაში ერთჯერ, 30-40 გრეი ჯამური კეროვანი დოზით.

ოპერაციისშემდგომი სხივური თერაპია იწყება ოპერაციიდან 10-15 დღის შემდეგ და ტარდება 2 ეტაპად.

პირველ ეტაპზე ტარდება მცირე მენჯის და რეგიონული მეტასტაზირების ზონების დისტანციური გამა-თერაპია როტაციულ ან სტატიკურ (2-ველიან) რეჟიმში, 30 გრეი ჯამური კეროვანი დოზით. მეორე ეტაპზე ტარდება შერწყმული სხივური თერაპია: დისტანციური გამა-თერაპია როტაციულ ან სტატიკურ (4-ველიან) რეჟიმში, 40-44 გრეი ჯამური კეროვანი დოზით და მასთან მონაცვლეობით – ღრუსშიგნითა გამა-თერაპია: 5 გრეი კვირაში 2-3-ჯერ, 20-25 გრეი ჯამური კეროვანი დოზით (დაბალი აქტივობის წყაროს გამოყენებისას – 8-10 გრეი კვირაში ერთჯერ, 20 გრეი ჯამური კეროვანი დოზით).

სხივური თერაპიის დამოუკიდებელ რეჟიმში გამოყენებისას I ეტაპზე ტარდება დისტანციური გამა-თერაპია როტაციულ ან სტატიკურ რეჟიმში, 10-16 გრეი ჯამური კეროვანი დოზით. ხოლო II ეტაპზე – შერწყმული სხივური თერაპია: დისტანციური გამა-თერაპია 40-46 გრეი ჯამური კეროვანი დოზით (როტაციულ ან სტატიკურ რეჟიმში) ღრუსშიგნითა გამა-თერაპიასთან მონაცვლეობით – 10 გრეი კვირაში ერთჯერ, 40-45 გრეი ჯამური კეროვანი დოზით ან 8 გრეი – 5 დღეში ერთჯერ, 48 გრეი ჯამური კეროვანი დოზით.

სხივური თერაპია გამოიყენება მეტასტაზების სამკურნალოდაც: პარააორტული ლიმფური კვანძების დასხივება ხდება 2-2 გრეი ერთჯერადი დოზით, 46-50 გრეი ჯამურ კეროვან დოზამდე; ლავიწზედა ფოსოს ლიმფური კვანძები სხივდება 2,5-3 გრეი ერთჯერადი დოზით, 60 გრეი ჯამურ კეროვან დოზამდე; ძვლების დასხივება ხდება 4-4 გრეი ერთჯერადი დოზით, 20-24 გრეი ჯამურ კეროვან დოზამდე; საშო სხივდება ინდივიდუალურად – ღრუსშიგნითა ან შერწყმული სხივური თერაპიით.

ქიმიოთერაპია ტარდება დაბალდიფერენცირებული და არადიფერენცირებული კიბოს დროს (II პათოგენეზური ვარიანტი) ოპერაციიდან ან სხივური თერაპიის

დამთავრებიდან 2-3 კვირის შემდეგ. გამოიყენება CAP, CAF, CMF სქემები. სტანდარტულად ტარდება 3 კურსი 4-კვირიანი ინტერვალებით.

საშვილოსნოს ტანის კიბოს მკურნალობაში მნიშვნელოვანი კომპონენტია ჰორმონთერაპია, რომელიც ძირითადად ტარდება პროგესტინებით (ჰესტაგენებით) ან ანტიესტროგენებთან მათი კომბინაციით.

ჰორმონთერაპიისადმი განსაკუთრებით მგრძნობიარეა მაღალდიფერენცირებული ჯირკვლოვანი კიბო. მისი ზემოქმედებით ქვეითდება სიმსივნური უჯრედების მიტოზური აქტივობა, მატულობს მათი მორფოლოგიური და ფუნქციური დიფერენცირება. ცალკეულ შემთხვევებში ხდება ავთვისებიანი უჯრედების სრული დაღუპვა.

ჰორმონთერაპია დამოუკიდებლ რეჟიმში გამოიყენება პრეინვაზიური კიბოს დროს, როცა ქირურგიული მკურნალობის ჩატარება არ არის შესაძლებელი და გავრცელებული სიმსივნეების დროს, როცა სხვა მკურნალობის ჩატარდება შეუძლებელია.

ჰორმონთერაპიისას გამოიყენება 17-ოქსიპროგესტერონ კაპრონატი, ფარლუტალი, პროვერა, დეპო-პროვერა, დეპოსტატი, ანტიესტროგენებიდან – ტამოქსიფენი წყვეტილ ან უწყვეტ რეჟიმში. მკურნალობის ხანგრძლივობა 2-3 წელია. ჰორმონთერაპიის პერიოდში უნდა ჩატარდეს ჰისტოლოგიური კონტროლი – 3 თვეში ერთჯერ ტარდება საშვილოსნოს ტანის და ყელის სადიაგნოსტიკო გამოფხეკა ცალ-ცალკე და ცერვიკოჰისტეროსკოპია. მკურნალობის არადამაკმაყოფილებელი ეფექტის შემთხვევაში ჰორმონის დოზა იზრდება ისეთ ოპტიმალურ დოზამდე, რომელიც აჩერებს სიმსივნის ზრდას.

მკურნალობის მეორე წლიდან პრეპარატები ინიშნება კლებადი სქემით, სრულ რემისიამდე. ჰორმონთერაპიის უკუჩვენებაა სისხლის შემდედებელი სისტემისა და სისხლძარღვთა პათოლოგია, აგრეთვე ღვიძლის ფუნქციის დარღვევა.

ამრიგად, საშვილოსნოს ტანის კიბოს დროს ჰორმონთერაპიის ჩვენებებია:

- მაღალდიფერენცირებული სიმსივნეები ახალგაზრდა ქალებში – გამოიყენება, როგორც მკურნალობის დამოუკიდებელი მეთოდი;
- დაავადების საწყისი სტადია, მენო- და პოსტმენოპაუზაში ქირურგიული მკურნალობის უკუჩვენება;
- პროცესის გენერალიზაცია ქირურგიული მკურნალობის შემდეგ;
- გამოიყენება, როგორც დამატებითი მეთოდი ქირურგიულ და სხივურ მკურნალობასთან ერთად.

პრეინვაზიური კარცინომის (TisN0M0) დროს გამოიყენება ჰორმონთერაპია (პროგესტინთერაპია) ინდივიდუალური სქემით.

I პათოგენეზური ვარიანტის დროს ჰორმონთერაპიისადმი სიმსივნის მგრძნობელობა მაღალია. მისი უეფექტობის შემთხვევაში რეპროდუქციული ასაკის ქალებში კეთდება საშვილოსნოს ექსტირპაცია საკვერცხეების შენარჩუნებით.

I სტადიის (T1N0M0) მაღალდიფერენცირებული და ზომიერად დიფერენცირებული სიმსივნეების დროს, როცა დაზიანებულია ენდომეტრიუმის ზედა ორი მესამედი, მკურნალობა იწყება პროგესტინთერაპიით, შემდეგ კი კეთდება საშვილოსნოს ექსტირპაცია საკვერცხეებთან ერთად.

III-IV ხარისხის სიმსუქნის ან პიომეტრას არსებობის შემთხვევაში დასაშვებია ვაგინური ექსტირპაცია.

სიმსივნის დაბალდიფერენცირებული ფორმის, საშვილოსნოს ტანის ქვედა მესამედის ან ტოტალური დაზიანების დროს, აგრეთვე მიომეტრიუმის ღრმა ინვაზიის შემთხვევაში კეთდება საშვილოსნოს ექსტირპაცია საკვერცხეებთან და თეძოს ლიმფადენექტომიასთან ერთად. ოპერაციის შემდეგ შეიძლება ჩატარდეს შერწყმული სხივური თერაპია – მცირე მენჯის დისტანციური და ღრუსშიგნითა დასხივება (შესაბამისად – 40-44 გრეი და 20-25 გრეი დოზებით).

ოპერაციისადმი ზოგადი უკუჩვენების შემთხვევაში, აგრეთვე დაბალდიფერენცირებული (G3) სიმსივნეების დროს შეიძლება ჩატარდეს შერწყმული სხივური თერაპია 70-80 გრეი ჯამური კეროვანი დოზით.

პროგესტინებისადმი სიმსივნის მგრძნობელობის შემთხვევაში ჰორმონთერაპია ინდივიდუალური სქემით გრძელდება ქირურგიული, სხივური და კომბინირებული მკურნალობის დამთავრების შემდეგაც, 3 თვიდან 2-3 წლის განმავლობაში.

ჰორმონთერაპია, როგორც მკურნალობის დამოუკიდებელი მეთოდი, გამოიყენება ოპერაციისა და სხივური მკურნალობისადმი უკუჩვენებების შემთხვევაში.

საშვილოსნოს ტანის II სტადიის (T2N0M0) კიბოს დროს მკურნალობა კომბინირებული, შერწყმული სხივური ან კომპლექსურია.

ქირურგიული მკურნალობა მოიცავს საშვილოსნოს ექსტირპაციას საკვერცხეებთან ერთად. ოპერაციის შემდეგ, ჩვენების მიხედვით (სიმსივნის ღრმა ინვაზია, დიფერენცირების დაბალი ხარისხი), ტარდება მცირე მენჯის დისტანციური დასხივება და ენდოვაგინური კონტაქტური სხივური თერაპია.

ოპერაციისადმი უკუჩვენების შემთხვევაში ტარდება შერწყმული სხივური თერაპია ჰორმონთერაპისთან ერთად.

საშვილოსნოს ტანის III სტადიის (T3a-3bN0M0, T1-3N1M0) კიბოს დროს მკურნალობა კომბინირებული, შერწყმული სხივური ან კომპლექსურია.

T3N0M0 გავრცელების სიმსივნის დროს კეთდება საშვილოსნოს გაფართოებული ექსტირპაცია საკვერცხეების ამოკვეთასა და ლიმფადენექტომიასთან ერთად; შემდეგ ტარდება შერწყმული სხივური თერაპია – დისტანციური (ჯამური კეროვანი დოზა – 40-60 გრეი) და ენდოვაგინური კონტაქტური (ჯამური კეროვანი დოზა – 25-30 გრეი) დასხივება ჰორმონთერაპიასთან ერთად.

საკვერცხეების დაზიანების შემთხვევაში დამატებით კეთდება დიდი ბადექონის რეზექცია, ხოლო ოპერაციისშემდგომ პერიოდში ტარდება ადიუვანტური ქიმიოთერაპიის 3-4 კურსი, 4-კვირიანი ინტერვალებით.

ჰორმონთერაპია გრძელდება 2-3 წლის განმავლობაში.

T1-3N0M0 გავრცელების სიმსივნეების დროს სრული მოცულობით ტარდება შერწყმული სხივური თერაპია, I სტადიის კიბოს მკურნალობის ანალოგიურად. პარამეტრიუმის ინფილტრატების რეზორბციის შემთხვევაში შესაძლებელია ჩატარდეს ადეკვატური მოცულობის ოპერაცია – საშვილოსნოს ექსტირპაცია საკვერცხეებთან ერთად.

საშოში საშვილოსნოს ტანის კიბოს მეტასტაზების არსებობის შემთხვევაში აუცილებელია ჩატარდეს როგორც საშვილოსნოსშიგა და საშოსშიგა, ასევე დისტანციური გამა-თერაპია.

III სტადიის საშვილოსნოს ტანის კიბოს დროს ჰორმონთერაპია ტარდება I-II სტადიის კიბოს ანალოგიურად.

საშვილოსნოს ტანის IV სტადიის (T4N0-1M0, T1-4N0-1M1) კიბოს დროს ტარდება პალიატიური დისტანციური გამა-თერაპია ჰორმონთერაპიასა და ქიმიოთერაპიასთან ერთად.

ოპერაციისა და სხივური თერაპიის უკუჩვენების შემთხვევაში ტარდება ჰორმონ-ქიმიოთერაპია და სიმპტომური მკურნალობა.

რეციდივისა და მეტასტაზების მკურნალობა. ქირურგიული მკურნალობის შემდეგ საშოში რეციდივის ან მეტასტაზის განვითარების შემთხვევაში ტარდება შერწყმული სხივური მკურნალობა. ჰორმონთერაპიას ატარებენ სიცოცხლის ბოლომდე.

სხივური მკურნალობის შემდეგ საშვილოსნოს ტანში ადგილობრივი რეციდივის ან საკვერცხეში მეტასტაზების განვითარების შემთხვევაში გამართლებულია საშვილოსნოს ექსტირპაცია საკვერცხეებთან ერთად (ჩვენების მიხედვით — დიდი ბადექონის რეზექციითურთ). შემდეგ ტარდება ჰორმონ-ქიმიოთერაპია.

პირველადი სიმსივნის მკურნალობის შემდეგ განვითარებული რეგიონული მეტასტაზების მკურნალობა ხორციელდება დასხივებით, ადრე მიღებული დასხივების გათვალისწინებით. ცალკეულ შემთხვევებში დასაშვებია ლიმფადენექტომია.

ადგილობრივი რეციდივების, რეგიონული (განსაკუთრებით მაღალ- და ზომიერად დიფერენცირებული კიბოს) და შორეული (ფილტვებში) მეტასტაზის განვითარების შემთხვევაში ნაჩვენებია ჰორმონთერაპია.

შესაძლებელია ჰორმონთერაპია შერწყმული იყოს ქიმიოთერაპიასთან.

საკვერცხეების ავთვისებიანი სიმსივნეები (C56)

საკვერცხეების სიმსივნეების 75-80% კეთილთვისებიანია, 20-25% — ავთვისებიანი. ქალის სასქესო ორგანოების ავთვისებიან სიმსივნეებს შორის საკვერცხეების კიბოს სიხშირის მიხედვით მეორე ადგილი უკავია. მისთვის დამახასიათებელია სწრაფი ზრდა, მეტასტაზების განვითარებისა და დისემინაციისადმი მიდრეკილება ასციტის თანხლებით, მაღალი ლეტალობა. სპეციალიზებულ სტაციონარს ავადმყოფთა 70-85% დაავადების III-IV სტადიაში მიმართავს, რაც, გარკვეულწილად, გამოწვეულია ზოგადი პროფილის ექიმთა არასაკმარისი ონკოლოგიური სიფხიზლით: ასციტის დადგენისას თერაპევტები იწყებენ გულის ან ღვიძლის დაავადებების, ხოლო ჰიდროთორაქსის დროს — პლევრიტის მკურნალობას; ქირურგებს საკვერცხის კიბოს „შემოგრეხა“ ან ნეკროზი მწვავე აპენდიციტში, ხოლო ჭიპში არსებული მეტასტაზი ჭიპის თიაქარში ეშლებათ. გინეკოლოგები თვეობით მკურნალობენ პაციენტებს „სუბსეროზული მიომის“ ან საკვერცხეების ანთების მცდარი დიაგნოზის გამო.

კლინიკური მიმდინარეობით საკვერცხეების სიმსივნეები შეიძლება იყოს კეთილთვისებიანი, მოსაზღვრე და ავთვისებიანი.

კეთილთვისებიან სიმსივნეებს მიეკუთვნება სიმსივნეები, რომლებიც ხასიათდებიან ეპითელური უჯრედების მინიმალური პროლიფერაციით ან ატიპიის უმნიშვნელო ხარისხით.

მოსაზღვრე სიმსივნეები წარმოადგენს ბლასტომოგენეზის გარდამავალი ბიოლოგიური ეტაპისთვის დამახასიათებელ პათოლოგიას და მიეკუთვნება პოტენციურად დაბალი ავთვისებიანობის სიმსივნეთა ჯგუფს, აქვს მკურნალობის კლინიკურად დადასტურებული კარგი შორეული შედეგი, თუმცა შესაძლებელია ირგვლივმდებარე ქსოვილებში იმპლანტაცია და შორეული მეტასტაზების განვითარება.

საკვერცხეების ავთვისებიან სიმსივნეებს ახასიათებთ სიმწიფის სხვადასხვა ხარისხის უჯრედების სწრაფი ზრდა და მეტასტაზების გავრცელება სხვა ორგანოებში. დაავადების პროგნოზი დამოკიდებულია პათოლოგიის ადრეულ გამოვლენასა და სწორ სამკურნალო ტაქტიკაზე.

დადგენილია, რომ დაავადების მიმდინარეობასა და გამოსავალში ერთ-ერთ ძირითად ფაქტორს სიმსივნის ჰისტოლოგიური ტიპი წარმოდგენს.

საკვერცხეების სიმსივნეების მრავალფეროვნება კარგადაა ასახული მის ჰისტოლოგიურ კლასიფიკაციაში (1973):

ეპითელური სიმსივნეები

A. სეროზული, მუცინოზური, ენდომეტრიოიდული, მეზონეფროიდული და შერეული:
   ა) კეთილთვისებიანი (ცისტადენომა, ადენოფიბრომა, ზედაპირული პაპილომა);
   ბ) მოსაზღვრე (ცისტადენომებისა და ადენოფიბრომების შუალედური ფორმები);
   გ) ავთვისებიანი (ადენოკარცინომა, ცისტადენოკარცინომა, პაპილური კარცინომა).

B. ბრენერის სიმსივნე:
   ა) კეთილთვისებიანი;
   ბ) მოსაზღვრე;
   გ) ავთვისებიანი.

I. სასქესო ბაგირაკის სტრომის (მეზენქიმური) სიმსივნეები:

A. გრანულოზურ-თეკაუჯრედოვანი სიმსივნეები: გრანულოზურუჯრედოვანი, თეკომა – ფიბრომების ჯგუფი, არაკლასიფიცირებადი სიმსივნეები.

B. ანდრობლასტომები, სერტოლის და ლეიდიგის უჯრედებისგან განვითარებული სიმსივნეები;

C. გინანდრობლასტომა;

D. არაკლასიფიცირებადი სიმსივნეები.

II. ლიპიდურუჯრედოვანი სიმსივნეები:

გერმინოგენული სიმსივნეები

A. დისგერმინომა;

B. ენდოდერმული სინუსის სიმსივნე;

C. ემბრიონული კარცინომა;

D. პოლიემბრინომა;

E. ქორიონკარცინომა;

F. ტერატომები (მომწიფებული, უმწიფარი);

G. შერეული გერმინოგენული სიმსივნეები.

III. გონადობლასტომა

IV. რბილი ქსოვილების სიმსივნეები (საკვერცხეებისათვის არასპეციფიკური);

V. არაკლასიფიცირებული სიმსივნეები;

VI. მეორეული (მეტასტაზური) სიმსივნეები;

VII. სიმსივნისმაგვარი და კიბოსწინა პროცესები: ორსულობისეული ლუტეომა,

ჰიპერთეკოზი, ფოლიკულური კისტები, ყვითელი სხეულის კისტა, ენდომეტრიოზი, ანთებითი პროცესები, პარაოვარიული კისტა.

I. საკვერცხის ეპითელური სიმსივნეები

საკვერცხის სიმსივნეებიდან ყველაზე ხშირად გვხვდება **სეროზული სიმსივნეები** (60-70%).

სეროზული ცისტადენომა ვითარდება გადატანილი ანთებებისა და უშვილობის ფონზე, 40-50 წლის ასაკში. ხშირად ცალმხრივია. სიმსივნე მრგვალი ან ოვალური ფორმის, თხელკედლიანი, ერთ- ან ორკამერიანია, მომკვრივო-ელასტიკური კონსისტენციისაა. ღრუს შიგთავსი გამჭვირვალე, ოდნავ მოყვითალო ფერის სითხეა. შეიძლება ლოკალიზებული იყოს ინტრალიგამენტურად. არსებობს სადაკედლიანი და პაპილური ფორმები. პაპილური ცისტადენომა ყვავილოვან კომბოსტოს წააგავს და შემთხვევათა 25-50%-ში მალიგნიზაციას განიცდის.

ადენოფიბრომა უპირატესად კლიმაქტერიულ პერიოდში და მენოპაუზაში გვხვდება. სიმსივნე კისტოზურ-სოლიდური შენებისაა, ხშირად ცალმხრივია, მისი ზომა მიკროსკოპულიდან გიგანტურამდე მერყეობს. კისტის შიგთავსი გამჭვირვალეა.

ზედაპირული პაპილომა ვითარდება საკვერცხეების ზედაპირზე, ხაოიანი ან დერილოვანი წანაზარდების სახით. მისი ფორმებია: მიკროპაპილოზი, მტევნისებრი პაპილოზი, პაპილომატოზი და საკვერცხეების მტევნისებრი პოლიკისტოზი.

დაავადების მიმდინარეობა თავდაპირველად უსიმპტომოა, ზოგჯერ დარღვეულია მენსტრუალური ციკლი. ინტრალიგამენტური ლოკალიზაციის დროს დამახასიათებელია ტკივილი. დიდი ზომის სიმსივნეების დროს ირღვევა ნაწლავების ფუნქცია და იწყება დიზურიული მოვლენები. შეიძლება განვითარდეს ქვედა კიდურების შეშუპება. შემთხვევათა 10%-ში კისტა შეიძლება შემოიგრიხოს და განვითარდეს "მწვავე მუცელი".

კეთილთვისებიანი და მოსაზღვრე (შუალედური) სიმსივნეების დროს მკურნალობა ქირურგიულია: ახალგაზრდა ასაკში – სიმსივნის ამოკვეთა, პრე- და პოსტმენოპაუზაში – საშვილოსნოს სუპრავაგინური ამპუტაცია საკვერცხეებთან და დიდი ბადექონის რეზექციასთან ერთად.

მუცინოზური სიმსივნეები სიხშირის მიხედვით მეორე ადგილზეა. უპირატესად ავადდებიან საშუალო ასაკის ქალები, თუმცა 30 წლის ასაკამდეც გვხვდება. დამახასიათებელია საკვერცხეების ორმხრივი დაზიანება, სწრაფი ზრდა და გაავთვისებიანების შესაძლებლობა (5-17%). დიდი ზომის სიმსივნეები მრავალკამერიანია, შეიცავს ჟელესებრ შიგთავსს – მუცინს, რომელსაც სისხლის მინარევის ინტენსივობის მიხედვით შეიძლება სხვადასხვა შეფერილობა ჰქონდეს.

მუცინოზური სიმსივნეები იყოფა სეცენირებად ცისტადენომებად და მუცინოზურ ადენოფიბრომებად.

სეცენირებადი ცისტადენომების (სეცენაცია – გამოყოფა, მოცილება) შიგთავსი შეიცავს წვრილდისპერსიულ მასას, რომელიც ავადმყოფის პოზის შეცვლასთან ერთად, ჩირქისგან განსხვავებით, ყოველთვის ქვეით ილექება.

მუცინოზური ადენოფიბრომა იშვიათია. სიმსივნე შეიცავს კისტოზურ და ქსოვილოვან კომპონენტებს. კისტის შიგთავსი მუცინია, სიმსივნური კომპონენტი განაკვეთზე ერთგვაროვანი ან ბოჭკოვანი სტრუქტურისაა.

თუ მუცინოზური სიმსივნის რომელიმე კამერა მუცინს არ შეიცავს, ეს სიმსივნის შერეულ ხასიათზე მიუთითებს. მოსაზღვრე ფორმის სიმსივნეების დროს კამერაში ლორწოს გამოყოფა არ ხდება.

კეთილთვისებიანი და მოსაზღვრე სიმსივნეების მკურნალობა ქირურგიულია.

ენდომეტრიოიდული სიმსივნეები იშვიათია და ვითარდება საკვერცხეებში ლოკალიზებული გერმინალური კისტებისა და ჩანართებისგან (მიულერის სადინარის ეპითელიუმის ნარჩენებისგან) ან საკვერცხეში იმპლანტირებული (დისტოპიური) ენდომეტრიოიდული უჯრედებისგან (ენდომეტრიოზი). სიმსივნის სახელწოდება ენდომეტრიუმთან მის მსგავსებაზე მიუთითებს. წარმოდგენილია სოლიდური სიმსივნის ან კვანძის სახით, რომელიც ენდომეტრიოიდულ პოლიპს წააგავს.

ენდომეტრიოიდული სიმსივნეები ხშირად ორმხრივია და შერწყმულია სხვა ეპითელურ სიმსივნეებთან და ფიბრომიომასთან. ზომით 10-12 სანტიმეტრს აღწევს, აქვს მკვრივი, სქელი კაფსულა, მრავალკამერიანი შენება კუპრისებრი შიგთავისით. ხშირად ლოკალიზდება ინტრალიგამენტურად. მოსაზღვრე ფორმების დროს ნახულობენ ატიპიურ უჯრედებს. გაავთვისებიანება ხდება შემთხვევათა 8-10%-ში. ავთვისებიანი სიმსივნე ბრტყელუჯრედოვან კიბოს წააგავს.

დაავადების მიმდინარეობა დუნეა. სიმსივნე ჰორმონაქტიურია.

ცალმხრივი კეთილთვისებიანი და მოსაზღვრე სიმსივნეების დროს რეპროდუქციული ასაკის ავადმყოფების მკურნალობა შემოიფარგლება დაზიანებული საკვერცხის ამოკვეთით. პრემენოპაუზის პერიოდში კეთდება საშვილოსნოს სუპრავაგინური ამპუტაცია საკვერცხეებთან და დიდი ბადექონის რეზექციასთან ერთად. ენდომეტრიოიდული კიბოს შემთხვევაში ოპერაციის შემდეგ ინიშნება ჰორმონთერაპია (ოქსიპროგესტერონკაპრონატი + ტამოქსიფენი).

მეზონეფროიდული (ნათელუჯრედოვანი) და შერეული სიმსივნეები იშვიათია და გვხვდება 40 წელს გადაცილებულ ქალებში. დაზიანება უპირატესად ცალმხრივია. სიმსივნე დიდ ზომებს აღწევს, სადა ზედაპირიანია. განაკვეთზე სოლიდური, ჯირკვლოვანი, ტუბულური, პაპილური ან მიკროკისტური შენებისაა. ზოგჯერ წარმოდგენილია სქელკედლიანი კისტის სახით, რომელსაც გააჩნია სოლიდური შენების კვანძები.

მეზონეფროიდული სიმსივნე შედგება გლიკოგენის შემცველი ნათელი უჯრედებისგან და ჰიპერნეფროიდულ კიბოს წააგავს.

შერეული სიმსივნე ორიდან ხუთამდე, ზოგჯერ კი მეტი ტიპის ზემოჩამოთვლილი სიმსივნეებისაგან შედგება. კლასიფიკაცია ხდება მათ შორის უფრო გავრცელებული სიმსივნის მიხედვით.

მკურნალობა ისეთივეა, როგორიც საკვერცხეების კიბოს დროს.

ზოგადად, ზემოჩამოთვლილი სიმსივნეების **მოსაზღვრე ფორმები** ჭეშმარიტ კარცინომებს წააგავს. ვლინდება მეტასტაზებით და პოლისეროზიტებით, მაგრამ მორფოლოგიურად არსებობს სიმსივნეები, რომელთაც აქვთ პროლიფერაციის უნარი და ახასიათებთ უჯრედული პოლიმორფიზმი, ინვაზიის ნიშნების გარეშე.

მეზონეფროიდული სიმსივნეების მოსაზღვრე ფორმას შეიძლება კლინიკურად კეთილთვისებიანი მიმდინარეობა ჰქონდეს, შეიძლება განვითარდეს მრავლობითი იმპლანტაციური მეტასტაზი ან დაავადების რეციდივი, რაც ლეტალურ შედეგს განაპირობებს.

რეპროდუქციულ ასაკში და ხანმოკლე ანამნეზის დროს მაღალია მეტასტაზების განვითარების რისკი; ხშირია მეტასტაზები ასციტის, კაფსულაში სიმსივნის ჩაზრდის, კისტოზურ-სოლიდური და პაპილური ფორმის სიმსივნეების, საკვერცხეების ორმხრივი დაზიანების დროს. მნიშვნელოვანია სიმსივნის ჰისტოლოგიური ტიპიც – მეტასტაზები ვითარდება ცისტადენომების 25-50%, მუცინოზური ცისტადენომების 5-17% და ენდომეტრიოიდული სიმსივნეების – 8-10%-ში. ამიტომ მოსაზღვრე სიმსივნეების მკურნალობისას ყველა ზემოაღნიშნული პარამეტრი უნდა იყოს გათვალისწინებული.

საკვერცხეების კიბო ყველაზე ხშირად 40-60 წლის ასაკში გვხვდება და მაღალი (50%-მდე) ლეტალობით გამოირჩევა. საკვერცხეების კიბო არის პირველადი, მეორეული და მეტასტაზური.

პირველადი კიბო ვითარდება შეუცვლელი საკვერცხის ქსოვილში, სოლიდური შენებისაა, ხორკლიანი. სიმსივნის ზომა თვალით უხილავიდან გიგანტურამდე მერყეობს; როგორც წესი, ორმხრივია, იძლევა ფართო დისემინაციას, ასციტს და საკვერცხეების ყველა ავთვისებიანი სიმსივნის 4-5%-ს შეადგენს. ჰისტოლოგიურად წარმოადგენს სოლიდურ ან ჯირკვლოვან-სოლიდურ კარცინომას.

მეორეული კიბო ვითარდება საკვერცხეების კეთილთვისებიანი სიმსივნეების გაავთვისებიანების შედეგად, ყველაზე ხშირად – პაპილური ცილიოეპითელური კისტომებისგან (80-90%). ახასიათებს სწრაფი ზრდა და მეზობელ ორგანოებში ჩაზრდა. ჰისტოლოგიურად დგინდება ადენოკარცინომა, ცისტადენოკარცინომა და პაპილური კარცინომა.

შემთხვევათა 10%-ში მეორეული კიბო ფსევდომუცინოზური კისტომებისგან ვითარდება. მაკროსკოპულად აღინიშნება კისტის ცალკეულ კამერაში სოლიდური სიმსივნეების არსებობა რღვევის უბნებით, ან სიმსივნის კაფსულაზე პაპილური წანაზარდები ირგვლივმდებარე ქსოვილებთან შეხორცებით.

ყველაზე იშვიათია ენდომეტრიოიდული გენეზის მეორეული კიბო, რომელიც მეტასტაზებს იშვიათად იძლევა, ჰორმონთერაპიისადმი მგრძნობიარეა და პროგნოზიც შედარებით უკეთესი აქვს.

საკვერცხეების კიბოს კლინიკა დამოკიდებულია დაავადების გავრცელებაზე. ადრეულ სტადიებში კიბოსათვის დამახასიათებელი სპეციფიკური ნიშნები არ აღინიშნება. ხშირად მისი აღმოჩენა ხდება საკვერცხეების კეთილთვისებიანი სიმსივნის გამო ჩატარებული ოპერაციის დროს. გავრცელებული სიმსივნეების დროს აღინიშნება ზოგადი მდგომარეობის გაუარესება, ინტოქსიკაციის მოვლენები, პერიოდული ან მუდმივი ტკივილი მუცელში, მუცლის ზომებში მომატება. ვითარდება დარღვევები საჭმლის მომნელებელი ტრაქტის მხრივ, დიზურიული მოვლენები, ოლიგურია. ირღვევა მენსტრუალური ციკლი. ზოგჯერ დაავადების პირველ გამოვლინებას წარმოადგენს „დაუდგენელი გენეზის“ ასციტი პაციენტის ზოგადი დამაკმაყოფილებელი მდგომარეობის ფონზე, როცა გულისა და ღვიძლის მხრივ ცვლილებები არ აღინიშნება, სიმსივნე პალპაციით არ ისინჯება და, ამდენად, ვერც მცირე მენჯში პოულობენ რაიმე წარმონაქმნს. ზოგჯერ მუცლის პალპაციით ეპიგასტრიუმში, ასციტის ფონზე, აფიქსირებენ გამკვრივებულ, ხორკლიან დიდ ბადექონს და კუჭის კიბოს გავრცელებულ ფორმად მიიჩნევენ. მცირე მენჯსა და პერიტონეუმის ღრუში პალპაციით ხშირად ისინჯება შეზღუდულად მოძრავი სიმსივნე, ხოლო დაავადების ბოლო სტადიებში

რექტო-ვაგინურ ფაშარ ქსოვილში ნახულობენ ერთ კონგლომერატად შეხორცებულ ხორკლიან წარმონაქმნს.

საკვერცხეების კიბო, ჩვეულებრივ, განფენილად და იმპლანტაციურად ვრცელდება. პარიეტული და ვისცერული პერიტონეუმი თანაბრად ზიანდება. საკმაოდ ხშირია დიდი ბადექონის მეტასტაზური გადაგვარებაც.

პერიტონეუმის ფურცლებზე მეტასტაზების დისემინაცია და იმპლანტაცია იწვევს მრავლობითი ლიმფური ლაკუნების (სტომატების) ბლოკადას, რის გამოც ირღვევა პერიტონეუმის სადრენაჟო ფუნქცია და შედარებით ადრეულ სტადიებში ვითარდება ასციტი.

რეგიონული მეტასტაზები შეიძლება გავრცელდეს მცირე მენჯის ლიმფურ კვანძებში. ზოგჯერ საკვერცხეების კიბოს პირველ გამოვლინებას წარმოადგენს საზარდულის და/ან თეძოს ლიმფური კვანძების მეტასტაზური დაზიანება, რის შედეგადაც ვითარდება ქვედა კიდურების ლიმფოსტაზი, ლიმფურ სადინარებსა და სისხლძარღვებში აღინიშნება სიმსივნური ემბოლია. საკვერცხეების კიბოს დროს საკმაოდ ხშირად გვხვდება მეტასტაზი ჭიაში. ლიმფური სადინარებით მეტასტაზები შეიძლება გავრცელდეს რეტროპერიტონულ ლიმფურ კვანძებში, შემდეგ – გულმკერდის სადინარში. ამ გზით სიმსივნური პროცესი ვრცელდება მუცლის ზედა ნახევარში, პლევრის ღრუში, ლავიწზედა და კისრის ლიმფურ კვანძებში, უპირატესად – მარცხნივ. შორეული მეტასტაზების გავრცელება ხდება ჰემატოგენური გზით. აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ საკვერცხეების არაეპითელური სიმსივნეებისათვის უპირატესად დამახასიათებელია შერეული, ხოლო დისგერმინომებისათვის – ლიმფოგენური მეტასტაზების განვითარება.

საკვერცხეების კიბოს დიაგნოსტიკა ემყარება ანამნეზს, პალპაციის მონაცემებს და დამატებით გამოკვლევებს. ამ უკანასკნელს დიდი მნიშვნელობა ენიჭება მაშინ, როცა სიმსივნის საწყისი ლოკალიზაციის დადგენა გინეკოლოგიური გასინჯვით შეუძლებელია. გინეკოლოგიური გასინჯვა შერწყმული უნდა იყოს რექტო-ვაგინურ გასინჯვასთან და მუცლის პერკუსია-პალპაციასთან. დამატებითი გამოკვლევებიდან მნიშვნელოვანია ასციტური და პლევრის სითხის ციტოლოგიური გამოკვლევა, საშვილოსნოს ღრუს ზონდირება ასპირატის აღებით, სადიაგნოსტიკო გამოფხეკა და საშვილოსნოს ღრუდან და ცერვიკალური არხიდან მასალის ცალ-ცალკე აღება; აუცილებელია ჩატარდეს კუჭისა და ფილტვების რენტგენოსკოპია (გრაფია), უროგრაფია, ირიგოსკოპია, ულტრასონოგრაფია. ზოგჯერ რენტგენოლოგიური გამოკვლევა შეიძლება ჩანაცვლდეს ენდოსკოპიური გამოკვლევებით (ფიბროგასტროსკოპია, ფიბროკოლონოსკოპია, რექტოსიგმოსკოპია). მაგნიტურ-რეზონანსული ტომოგრაფია გამოიყენება პირველადი დიაგნოსტიკისა და დინამიკური მეთვალყურეობის მიზნით.

ლაპაროსკოპიას მიმართავენ საკვერცხეების კიბოს სადიაგნოსტიკოდ – მორფოლოგიური ვერიფიკაციისათვის, პროცესის გავრცელების დასადგენად და კომპლექსური მკურნალობის ეფექტურობის შესაფასებლად.

სადიაგნოსტიკო ლაპაროტომიას მიმართავენ ყველა სხვა სადიაგნოსტიკო მეთოდის შესაძლებლობის ამოწურვის შემდეგ.

მნიშვნელოვანია ონკომარკერების შესწავლა. ეპითელური სიმსივნეების – სეროზული და დაბალდიფერენცირებული ადენოკარცინომების – დროს ინფორმაციულია CA–15.3 და CA–125 მარკერები; მუცინოზური და ენდომეტრიოიდული ცის-

ტადენოკარცინომების დროს – CA19-9, CA-72-4, ენდომეტრიოიდული და ნათელუჯრედოვანი სიმსივნეების დროს – CEA, EMA, გერმინოგენული სიმსივნეების დროს – α-FP, β-ChG, გრანულოზურუჯრედოვანი სიმსივნეების დროს – ესტრადიოლი. დაავადების საწყისი სტადიების დროს ონკომარკერების სადიაგნოსტიკო ღირებულება მცირეა, მაგრამ მათ დიდი მნიშვნელობა აქვთ მკურნალობისშემდგომი მონიტორინგისათვის და რეციდივების გამოსავლენად.

სხვა გინეკოლოგიური ორგანოების სიმსივნეთა მსგავსად, საკვერცხეების კიბოსთვის ორი კლინიკური კლასიფიკაცია არსებობს – FIGO-ს (Federation of International Gynecology and Obstetrics – მეან-გინეკოლოგთა საერთაშორისო ფედერაცია) და TNM კლასიფიკაცია. ისინი ერთმანეთს ავსებენ. FIGO-ს კლასიფიკაციით შესაძლებელია დაავადების სტადიისა და სიმსივნის ჰისტოტიპის შეფასება. იგი მნიშვნელოვანია საკვერცხეების კიბოს საწყისი ფორმების (I სტადიის) დროს, რადგან ითვალისწინებს კაფსულაში სიმსივნის ჩაზრდას. TNM კლასიფიკაცია უფრო მისაღებია დაავადების გავრცელებული სტადიებისათვის, რადგან ითვალისწინებს მეტასტაზების გავრცელების ხარისხს.

საკვერცხეების კიბოს კლასიფიკაცია TNM სისტემით (მე-6 გამოცემა, 2002წ) და FIGO-ს სტადიების მიხედვით დაჯგუფება

რეგიონულ ლიმფურ კვანძებს წარმოადგენს ჰიპოგასტრული, თეძოს საერთო და გარეთა, გავის გვერდითი, პარააორტული და საზარდულის ლიმფური კვანძები.

TNM – კლინიკური კლასიფიკაცია

T – პირველადი სიმსივნე

TNM კატეგორია	FIGO სტადია	
TX		პირველადი სიმსივნის შესაფასებლად საკმარისი მონაცემები არ არის
T0		პირველადი სიმსივნის არსებობის ნიშნები არ არის
T1	I	საკვერცხეებით შემოიფარგლული სიმსივნე
T1a	IA	სიმსივნე შემოფარგლულია ერთი საკვერცხით, არ არის გავრცელებული საკვერცხის ზედაპირზე, კაფსულა ინტაქტურია, ასციტური სითხე ან პერიტონეუმის ამონარეცხი – სიმსივნური უჯრედების გარეშე
T1b	IB	სიმსივნე გავრცელებულია ორივე საკვერცხეზე, საკვერცხის ზედაპირის დაზიანების გარეშე, კაფსულა ინტაქტურია; ასციტური სითხე ან პერიტონეუმის ამონარეცხი – სიმსივნური უჯრედების გარეშე
T1c	IC	ერთ ან ორივე საკვერცხეზე გავრცელებული სიმსივნე, რომელსაც თან ახლავს ქვემოთ ჩამოთვლილთაგან ერთ-ერთი: კაფსულის დარღვევა, სიმსივნის გავრცელება საკვერცხის ზედა პირზე, სიმსივნური უჯრედები ასციტურ სითხეში ან პერიტონეუმის ამონარეცხში
T2	II	სიმსივნე აზიანებს ერთ ან ორივე საკვერცხეს და გავრცელებულია მენჯზე

T2a	IIA	სიმსივნის გავრცელება და/ან იმპლანტატი საშვილოსნოში და/ ან ერთ ან ორივე კვერცხსავალში, ასციტური სითხე ან პერი-ტონეუმის ამონარეცხი – სიმსივნური უჯრედების გარეშე
T2b	IIB	სიმსივნის გავრცელება მენჯის სხვა ქსოვილებზე, ასციტური სითხე ან პერიტონეუმის ამონარეცხი – სიმსივნური უჯრედე-ბის გარეშე
T2C	IIC	სიმსივნის გავრცელება მენჯზე (2a-ს ან 2b-ს შესაბამისი), აღინიშნება სიმსივნური უჯრედები ასციტურ სითხეში ან პერი-ტონეუმის ამონარეცხში
T3 და/ან N1	III	სიმსივნე გავრცელებულია ერთ ან ორივე საკვერცხეზე, მიკრო სკოპულად ვადგენილია მეტასტაზი პერიტონეუმში – მენჯის ფარგლებს გარეთ და/ან აღინიშნება მეტასტაზი რეგიონულ ლიმფურ კვანძებში
T3a	IIIA	მიკროსკოპულად დადგენილი მეტასტაზი პერიტონეუმში – მენჯის ფარგლებს გარეთ
T3b	IIIB	2 სმ-მდე ზომის მაკროსკოპული მეტასტაზი პერიტონეუმში – მენჯის ფარგლებს გარეთ
T3c და/ან N1	IIIC	2 სმ-ზე მეტი ზომის მეტასტაზი პერიტონეუმში – მენჯის ფარგლებს გარეთ და/ან მეტასტაზი რეგიონულ ლიმფურ კვან-ძებში
M1 -	IV	შორეული მეტასტაზი (არ იგულისხმება მეტასტაზი პერიტო ნეუმში)

შენიშვნა: ღვიძლის კაფსულაში არსებული მეტასტაზის კლასიფიკაცია ხდება T3 (III სტადია) კატეგორიით, ღვიძლის პარენქიმაში მეტასტაზისა კი – M1 (IV სტადია) კატეგორიით. პლევრის სითხეში არსებული მეტასტაზის M1 (IV სტადია) კატეგორიით კლასი-ფიკაციისთვის აუცილებელია ციტოლოგიური გამოკვლევით დადგენილ იქნეს მასში სიმსივნური უჯრედების არსებობა.

N – რეგიონული ლიმფური კვანძები

NX რეგიონული ლიმფური კვანძების შესაფასებლად საკმარისი მონაცემები არ არის

N0 რეგიონული ლიმფური კვანძების მეტასტაზური დაზიანების ნიშნები არ არის

N1 რეგიონული ლიმფური კვანძების მეტასტაზური დაზიანება

M – შორეული მეტასტაზები

MX შორეული მეტასტაზის შესაფასებლად საკმარისი მონაცემები არ არის

M0 შორეული მეტასტაზის არსებობის ნიშნები არ არის

M1 აღინიშნება შორეული მეტასტაზი

pTNM – პათოჰისტოლოგიური კლასიფიკაცია

pT, pN, და pM კატეგორიები შეესაბამება T, N, M კატეგორიებს.

pN0 ჰისტოლოგიური გამოკვლევისთვის მენჯის ლიმფადენექტომიით მიღებული მასალა, როგორც წესი, უნდა შეიცავდეს არანაკლებ 10 ლიმფურ კვანძს. იმ შემთხვევაში, თუ ლიმფურ კვანძებში სიმსივნური უჯრედები არ აღმოჩნდა, მაგრამ გამოკვლეული ლიმფური კვანძების რაოდენობა 10-ზე ნაკლებია, კლასი-ფიკაცია ხდება pN0 კატეგორიით.

G – ჰისტოლოგიური გრადაცია

GX დიფერენციაციის ხარისხის შესაფასებლად საკმარისი მონაცემები არ არის
G1 მაღალდიფერენცირებული
G2 საშუალოდ დიფერენცირებული
G3-4 დაბალდიფერენცირებული (არადიფერენცირებული)

დაჯგუფება სტადიების მიხედვით

IA სტადია	T1a	N0	M0
IB სტადია	T1b	N0	M0
IC სტადია	T1c	N0	M0
IIA სტადია	T2a	N0	M0
IIB სტადია	T2b	N0	M0
IIC სტადია	T2c	N0	M0
IIIA სტადია	T3a	N0	M0
IIIB სტადია	T3b	N0	M0
IIIC სტადია	T3c	N0	M0
	T ნებისმიერი	N1	M0
IVB სტადია	T ნებისმიერი	N ნებისმიერი	M1

მკურნალობა. საკვერცხეების კიბოს მკურნალობა კომბინირებული და კომპლექსურია და დამოკიდებულია დაავადების სტადიისა და პროგნოზული ფაქტორების (მათ შორის ბიოლოგიური თავისებურებების) სწორად შეფასებაზე. ქირურგიული სტადიის დასადგენად ფართო ლაპაროტომიული განაკვეთიდან ხდება მუცლის ღრუს ორგანოების დეტალური რევიზია, ფასდება სიმსივნური დაზიანება (ცალმხრივი ან ბილატერალური), კაფსულაში ჩაზრდა, სიმსივნის რღვევა, შეხორცებები, გამონადენის არსებობა, დიდი ბადექონის, ღვიძლის, დიაფრაგმის, პარააორტული ლიმფური კვანძების მდგომარეობა. ტარდება ასციტური სითხის ციტოლოგიური გამოკვლევა, საეჭვო უბნების ბიოფსია. პროგნოზული ფაქტორებიდან მნიშვნელოვანია ავადმყოფის ასაკი, დაავადების სტადია, სიმსივნის მასა, მისი ავთვისებიანობის ხარისხი, დნმ–ის შემცველობა (დიპლოიდური და ანეუპლოიდური უჯრედების თანაფარდობა).

საკვერცხეების კიბოს დროს ადეკვატური ოპერაციაა საშვილოსნოს ექსტირპაცია ან სუპრავაგინური ამპუტაცია საკვერცხეებთან და დიდი ბადექონის რეზექციასთან ერთად. სიმსივნის გავრცელების გამო მისი სრული მოცილება ყოველთვის ვერ ხერხდება, მაგრამ ოპერაციის დროს მაქსიმალურად უნდა იყოს დაცული რადიკალიზმის პრინციპი და ამოკვეთილ იქნეს ძირითადი და მეტასტაზური სიმსივნე გონივრული უსაფრთხო ჩარევის ფარგლებში (ტუმორ-რედუქციული ოპერაცია). დიდი ბადექონის რეზექცია უნდა განხორციელდეს ანატომიურ საზღვრებში – კუჭის დიდი სიმრუდის გაყოლებით და არა განივი კოლინჯის კიდესთან. რაც უფრო ნაკლებია ოპერაციის შემდეგ დარჩენილი სიმსივნური მასა, მით უფრო ეფექტურია ქიმიოთერაპია. შორსწასულ შემთხვევებში ოპერაცია შეიძლება შემოიფარგლოს სადიაგნოსტიკო ლაპაროტომიით და ბიოფსიით. ჩვენების მიხედვით, კეთდება ლაპაროცენტეზი და პლევრის პუნქცია.

კლინიკურად საეჭვო რეციდივის და ონკომარკერების დონის მომატების შემთხვევაში კეთდება განმეორებითი სადიაგნოსტიკო ოპერაცია (Second look operation).

ახალგაზრდა ასაკში, I სტადიის მაღალდიფერენცირებული (სეროზული, მუცინოზური, ენდომეტრიოიდული, მეზონეფროიდული) სიმსივნეების დროს, კაფსულის დაზიანების და შეხორცებების გარეშე, პერიტონეუმის ამონარეცხში სიმსივნური უჯრედების არარსებობის შემთხვევაში შეიძლება შემოვიფარგლოთ მხოლოდ ოპერაციით.

ორგანოშემანარჩუნებელი ოპერაცია – ოვარიექტომია დიდი ბადექონის რეზექციასთან ერთად – დასაშვებია საკვერცხეების ცალმხრივი დაზიანების (IA სტადია) დროს, როცა მორფოლოგიურად დგინდება მაღალდიფერენცირებული, კაფსულაში მოქცეული კიბო, მეზენქიმური (გრანულოზურუჯრედოვანი, ანდრობლასტომა) და ზოგიერთი გერმინოგენული (დისგერმინომა) სიმსივნე; თუ ციტოლოგიური გამოკვლევით პერიტონეუმის ამონარეცხში ავთვისებიანი უჯრედები არ არის დადგენილი, ბიოფსიური მასალის მორფოლოგიური გამოკვლევით მეორე საკვერცხე და დიდი ბადექონი ინტაქტურია და შესაძლებელია მუდმივი დისპანსერული მეთვალყურეობის განხორციელება.

დაბალი რისკის მქონე ავადმყოფებში (დაავადების I სტადიისა და მაღალდიფერენცირებული სიმსივნის დროს) ადიუვანტური ქიმიოთერაპიის ჩატარება არ არის საჭირო.

შუალედური რისკის (I სტადიის დაბალდიფერენცირებული სიმსივნე, II-III სტადიის მაღალი ან ზომიერად დიფერენცირებული სიმსივნე, მცირე მენჯში არსებულ მინიმალური ზომის ნარჩენ სიმსივნესთან ერთად ან მის გარეშე) და **მაღალი რისკის** (II-III სტადიის დაბალდიფერენცირებული სიმსივნეები – მინიმალური ნარჩენი წარმონაქმნებით ან მათ გარეშე) სიმსივნეების, აგრეთვე მუცინოზური და ენდომეტრიოიდული ადენოკარცინომების დროს ნაჩვენებია ადიუვანტური ქიმიოთერაპია ან სხივური თერაპია.

საკვერცხეების სიმსივნეების დროს ქიმიოთერაპია ინიშნება ოპერაციიდან 2-3 კვირის შემდეგ, 3-4-კვირიანი ინტერვალებით. გერმინოგენული სიმსივნეების დროს ტარდება ქიმიოთერაპიის 6-8 კურსი PVB ან VAC სქემებით. საკვერცხეების კიბოს დროს ინიშნება ქიმიოთერაპია CAP, CAF, CP სქემებით. დასუსტებულ ავადმყოფებში შეიძლება ჩატარდეს მონოქიმიოთერაპია ტიო-ტეფით ან მეტოფალანით.

პირველი ხაზის პრეპარატებით ჩატარებული ქიმიოთერაპიის უეფექტობის შემთხვევაში 2-3 კურსის შემდეგ ინიშნება ქიმიოთერაპია მეორე ხაზის ქიმიოპრეპარატებით, კერძოდ, ტაქსანებით, დამოუკიდებლად ან პლატინის პრეპარატებთან კომბინაციაში.

საკვერცხეების კიბოს ასციტური ფორმების შემთხვევაში ტარდება ოპერაციისწინა ქიმიოთერაპიის 2-3 კურსი. შეიძლება ჩატარდეს ინტრაპერიტონული ქიმიოთერაპია ცისპლატინით, ციკლოფოსფანით, ტიო-ტეფით.

საკვერცხეების კიბოს დროს, მცირე მენჯში ოპერაციის ან ქიმიოთერაპიის შემდგომი ნარჩენი სოლიტარული სიმსივნის არსებობის შემთხვევაში (როცა ასციტი არ არის), ტარდება სხივური თერაპია – როტაციული ან სტატიკური დისტანციური გამა-თერაპია 40-46 გრეი ჯამური კეროვანი დოზით.

სხივური თერაპია შეიძლება ჩატარდეს ერთეული შორეული მეტასტაზის დროსაც, 50 გრეი ჯამური კეროვანი დოზით.

T1aN0M0G1-2 გავრცელების სიმსივნის დროს ნაჩვენებია ოპერაციული მკურნალობა: საშვილოსნოს ექსტირპაცია საკვერცხეებთან და დიდი ბადექონის რეზექციასთან ერთად. მაღალდიფერენცირებული სიმსივნეების დროს (გარდა სეროზულისა), ახალგაზრდებში დასაშვებია ორგანოშემანარჩუნებელი ოპერაციების ჩატარება.

T1aN0M0G3, T1bN0M0, T1cN0M0 გავრცელების სიმსივნეების დროს ტარდება რადიკალური ოპერაცია და ოპერაციის შემდგომი ქიმიოთერაპიის არანაკლებ 6 კურსი.

T2N0M0 გავრცელების უასციტო ფორმის სიმსივნეების დროს ტარდება რადიკალური ოპერაცია და ოპერაციის შემდგომი ქიმიოთერაპიის კურსები (T2aN0M0 გავრცელების სიმსივნის დროს – I სტადიის სიმსივნეების ანალოგიურად); ასციტის შემთხვევაში – ოპერაციისწინა ენდოაბდომინური ქიმიოთერაპია (ცისპლატინით, ციკლოფოსფანით, ტიო-ტეფით) ასციტის კუპირებამდე, შემდეგ – რადიკალური ოპერაცია და პოსტოპერაციული ქიმიოთერაპიის არანაკლებ 6 ციკლისა, პლატინის შემცველი პრეპარატებით.

T2bN0M0G3, T2cN0M0G3 გავრცელების და 2 სანტიმეტრზე ნაკლები ზომის ნარჩენი სიმსივნის დროს ერთდროულად ტარდება ქიმიო-სხივური მკურნალობა ან ქიმიოთერაპია შემდგომი მაკონსოლიდებელი სხივური თერაპიით (მცირე მენჯის დისტანციური ტელეგამათერაპია). 2 სანტიმეტრზე დიდი ზომის ნარჩენი სიმსივნეების დროს ტარდება პოლიქიმიოთერაპიის 6-8 კურსი.

T3N0M0 გავრცელების უასციტო ფორმის სიმსივნის დროს კეთდება რადიკალური ოპერაცია. მცირე მენჯში 2 სანტიმეტრზე ნაკლები ნარჩენი სიმსივნის დროს, როცა მენჯის ფარგლებს გარეთ სიმსივნის დისემინაცია არ აღინიშნება, ტარდება ტელე-გამა-თერაპია მცირე მენჯზე და ოპერაციისშემდგომი შერწყმული (ენდოაბდომინური და ინტრავენური) პოლიქიმიოთერაპია პლატინის პრეპარატების გამოყენებით, ობიექტურად სრული რემისიის მიღწევამდე (რაც დადასტურებულია დამატებითი კვლევის მეთოდებით – ონკომარკერები, ულტრასონოგრაფია, მაგნიტურ-რეზონანსული ტომოგრაფია, ლაპაროტომია, საკონტროლო ლაპაროტომია – Second look).

IIIC სტადიის T1-3N1M0 გავრცელების სიმსივნის დროს მკურნალობა ქირურგიული და ქიმიოთერაპიულია.

IV სტადიის ($T_{\text{ნებისმიერი}}$,$N_{\text{ნებისმიერი}}$,M1) კიბოს დროს ტარდება ადეკვატური კომპლექსური მკურნალობა. პოლისეროზიტების და მცირე მენჯში ფიქსირებული სიმსივნეების დროს მკურნალობას იწყებენ პოლიქიმიოთერაპიით.

დასხივების მეთოდის შერჩევისას გათვალისწინებული უნდა იყოს სხვადასხვა ჰისტოტიპის სიმსივნეთა მეტასტაზებისათვის დამახასიათებელი თავისებურებები: ეპითელური სიმსივნეების შემთხვევაში, რომლის დროსაც ხშირია იმპლანტაციური მეტასტაზები, უმჯობესია მუცლისა და მენჯის დასხივება. დისგერმინომებისა და გრანულოზურუჯრედოვანი სიმსივნეების დროს მეტასტაზები უპირატესად ვრცელდება ლიმფოგენური გზით და მიზანშეწონილია მცირე მენჯისა და რეგიონული ლიმფური კოლექტორების დასხივება.

ჰორმონთერაპია ძირითადად გამოიყენება ენდომეტრიოიდული კიბოს დროს, მკურნალობის ტრადიციულ მეთოდებთან ერთად. ამ შემთხვევაში ინიშნება ჰესტაგენები და ანტიესტროგენები.

საკვერცხეების კიბოს გარდა, კლინიკურ პრაქტიკაში ზოგჯერ გვხვდება სხვა ავთვისებიანი სიმსივნეებიც, რომელთა ჰისტოლოგიური ფორმის დადგენა ხდება ამოკვეთილი პრეპარატების ჰისტოლოგიური შესწავლის შემდეგ. შესაბამისად, მათი ოპერაციისშემდგომი მკურნალობის ტაქტიკის შემუშავებაც ჰისტოლოგიური ვერიფიკაციის შემდეგ ხდება.

მეზონეფროიდული და შერეული ავთვისებიანი სიმსივნეების მკურნალობა საკვერცხეების კიბოს მკურნალობის იდენტურია.

ბრენერის სიმსივნე იშვიათია, უპირატესად გვხვდება მენოპაუზაში. ჰორმონულად აქტიური სიმსივნის დროს აღინიშნება სიმპტომები, რომლებიც უფრო ხშირად ესტროგენების, ხოლო იშვიათად ანდროგენების მომატებასთან არის დაკავშირებული. ბრენერის სიმსივნე, ჩვეულებრივ, კეთილთვისებიანია, ვითარდება ცალმხრივად, მკვრივი, ხორკლიანი, მოთეთრო, ოვალური ან მრგვალი ფორმისაა. გააჩნია კაფსულა. ხშირად შერწყმულია იმავე საკვერცხის მუცინოზურ სიმსივნესთან, გრანულოზურუჯრედოვან ტერატომასთან ან ფიბრომიომასთან.

კეთილთვისებიანი მიმდინარეობისას ახალგაზრდა ასაკში სრულდება სიმსივნის ამოკვეთა, ხანდაზმულებში – საშვილოსნოს ექსტირპაცია საკვერცხეებთან ერთად.

ავთვისებიანი მიმდინარეობისას კეთდება საშვილოსნოს ექსტირპაცია საკვერცხეებთან და დიდი ბადექონის რეზექციასთან ერთად. ოპერაციის შემდეგ ინიშნება პოლიქიმიოთერაპიის კურსები.

II. მეზენქიმური სიმსივნეები

მეზენქიმური სიმსივნეების ჯგუფში ძირითადად შედის ჰორმონაქტიური (ჰორმონწარმომქმნელი) და ჰორმონდამოკიდებული სიმსივნეები, რომელთაც რთული ჰისტოგენეზი აქვთ. მათი წარმოშობა დაკავშირებულია არა მარტო ემბრიონული ნაშთების არსებობასთან ქალის გონადებში, არამედ ჰორმონული ბალანსის დარღვევასთანაც. ამ სიმსივნეებს ზოგი კეთილთვისებიანად თვლის, ზოგი – ავთვისებიანად. ყველაფერი დამოკიდებულია სიმსივნის დიფერენცირების ხარისხზე.

ესტროგენწარმომქმნელი სიმსივნეებია: გრანულოზურუჯრედოვანი სიმსივნე, თეკომა, გრანულოზურ-თეკაუჯრედოვანი სიმსივნე. მასკულინიზაციურ ჰორმონს გამოიმუშავებს ანდრობლასტომა.

A. გრანულოზურუჯრედოვანი სიმსივნე გვხვდება საკვერცხეების სიმსივნეებით დაავადებულ ყველა ასაკის ქალთა 1-4%-ში, უპირატესად – 40-45 წლის ასაკობრივ ჯგუფში. ხშირად ცალმხრივია, დიდ ზომებს აღწევს. კლინიკური გამოვლინება დაკავშირებულია სიმსივნის ჰორმონულ აქტივობასთან. მაღალდიფერენცირებული სიმსივნეების დროს ჰორმონული აქტივობა უფრო ძლიერადაა გამოხატული: გოგონებში იწვევს ნაადრევ სქესობრივ მომწიფებას, რეპროდუქციული ასაკის ქალებში – მენო- და მეტრორაგიას, ზოგჯერ – ამენორეას. აღინიშნება უნებლიე აბორტებისა და უშვილობისადმი მიდრეკილება. მენოპაუზაში ყურადღებას იპყრობს ციკლური სისხლდენები და აციკლური სისხლიანი გამონადენი, დიდდება საშვილოსნო და ძუძუ. საშვილოსნო-

ში ვითარდება ენდომეტრიუმის ჰიპერპლაზია, პოლიპოზი, დეციდუალური მეტამორფოზი. ლიმფოგენური მეტასტაზები ვითარდება დიდ ბადექონსა და ლიმფურ კვანძებში, ჰემატოგენური – ღვიძლში. საერთოდ, გრანულოზურუჯრედოვანი სიმსივნის დამახასიათებელი თვისებაა რეციდივებისა და მეტასტაზების გვიანი განვითარება (5-15 წლის შემდეგ).

მკურნალობა ტარდება ავადმყოფის ასაკისა და სიმსივნის კლინიკურ-მორფოლოგიური ავთვისებიანობის გათვალისწინებით: მაღალდიფერენცირებული ჰორმონაქტიური სიმსივნეების დროს ბავშვებსა და ფერტილური ასაკის ქალებში შესაძლებელია ცალმხრივი ოვარიექტომიის ჩატარება, რის შემდეგაც ავადმყოფი უნდა იმყოფებოდეს ხანგრძლივი დინამიკური დაკვირვების ქვეშ. დიფერენცირებული სიმსივნის დროსაც კეთდება ორგანოშემანარჩუნებელი ოპერაცია და ტარდება ოპერაციისშემდგომი პოლიქიმიოთერაპიის 4-6 კურსი (PVB, VAC სქემით). დაბალდიფერენცირებული, ჰორმონულად არააქტიური სიმსივნის შემთხვევაში კეთდება საშვილოსნოს ექსტირპაცია საკვერცხეებთან და დიდი ბადექონის რეზექციასთან ერთად. ოპერაციის შემდეგ ტარდება პოლიქიმიოთერაპიის არანაკლებ 6 კურსი. VAC სქემით მკურნალობის უეფექტობის შემთხვევაში პოლიქიმიოთერაპიის სქემაში შეაქვთ პლატინის შემცველი პრეპარატები, ბლეოცინი, ეტოპოზიდი, ციკლოფოსფანი, ფარმარუბიცინი.

სიმსივნის ზრდის ნელი ტემპის გათვალისწინებით, რეციდივებისა და მეტასტაზების სამკურნალოდ ფართოდ გამოიყენება ქირურგიული ოპერაცია.

თეკომა გვხვდება საკვერცხეების სიმსივნეთა 2%-ში. სიმსივნე სტრომული გენეზისაა და ესტროგენული აქტივობით გამოირჩევა. ავადდებიან 50 წელს გადაცილებული ქალები. თეკომა, ჩვეულებრივ, კეთილთვისებიანია. შემთხვევათა 4-5%-ში აღინიშნება გაავთვისებიანება; როგორც წესი, ცალმხრივია, ზომები 1-2 სმ-ის ფარგლებში მერყეობს, მომკვრივო-ელასტიკური კონსისტენციისაა, აქვს მრგვალი ან ოვალური ფორმა და მოთეთრო კაფსულა, განაკვეთზე სოლიდური უბნები ყვითელი ან ნარინჯისფერია. კისტური ღრუები ამოვსებულია ნეკროზული მასით და სისხლჩაქცევებით. ხშირად შერწყმულია საშვილოსნოს ფიბრომიომასთან, იშვიათად – ენდომეტრიუმის კიბოსთან.

მკურნალობა. მკურნალობა ქირურგიულია. კეთდება საშვილოსნოს ექსტირპაცია საკვერცხეებთან ერთად. ავთვისებიანი ფორმის დროს დამატებით კეთდება დიდი ბადექონის რეზექცია და ტარდება პოლიქიმიოთერაპია (ისე, როგორც გრანულოზურუჯრედოვანი სიმსივნის დროს).

საკვერცხეების ფიბრომაც იშვიათი სიმსივნეა (2%-მდე), სტრომული გენეზისაა, მაგრამ ჰორმონაქტიური არ არის. ახასიათებს ნელი ზრდა, ერთგვაროვანია, ვითარდება ცალმხრივად. სიმსივნის მაქსიმალური დიამეტრი 10-15 სმ-ს აღწევს. ავადდებიან 50 წელს გადაცილებული ქალები. აქვს უსიმპტომო ან თითქმის უსიმპტომო მიმდინარეობა. საკვერცხეების ფიბრომის დროს შეიძლება გამოხატული იყოს მეიგსის ტრიადა (საკვერცხეების სიმსივნე, რომელიც პალპაციით ისინჯება, ასციტი და ჰიდროთორაქსი).

მკურნალობა ქირურგიულია – საშვილოსნოს ექსტირპაცია საკვერცხეებთან ერთად. ოპერაციის შემდეგ ასციტი და ჰიდროთორაქსი ქრება.

B. ანდრობლასტომა ჰორმონაქტიური სიმსივნეა, იწვევს მასკულინიზაციას.

ძალიან იშვიათია. ვითარდება მამაკაცის გონადების არადიფერენცირებული ჩანასახებისგან (სერტოლის და ლეიდიგის უჯრედებისგან). სერტოლის უჯრედები გამოიმუშავებს ესტროგენებს, ლეიდიგის უჯრედები – ანდროგენებს. ამ კომპონენტების სხვადასხვა თანაფარდობის პირობებში შეიძლება ჩამოყალიბდეს ურთიერთსაწინააღმდეგო ჰორმონული სინდრომები. ანდრობლასტომა თითქმის ყოველთვის ცალმხრივია. განიხილავენ დიფერენცირებულ, შუალედურ და დაბალდიფერენცირებულ ფორმებს. მაღალდიფერენცირებულ ფორმებს კეთილთვისებიანი მიმდინარეობა აქვთ. ნაკლები სიმწიფის უჯრედები შემთხვევათა 1-3%-ში გაავთვისებიანდება. სიმსივნის ზომები 5-10 სანტიმეტრის ფარგლებში მერყეობს, ცალმხრივია, მრგვალი ან ოვალური ფორმის. მცირე ზომის სიმსივნე მკვრივი კონსისტენციისაა, დიდი ზომის სიმსივნე – რბილი. კაფსულაში არ ჩაიზრდება. ხშირად აღინიშნება ინტრალიგამენტური ლოკალიზაცია. კლინიკურად აღინიშნება დეფემინიზაცია და მასკულინიზაციის ნიშნები. დაავადება ვლინდება ამენორეის, ლიბიდოს დაქვეითების, მამაკაცური ტიპის ვირილიზაციის, ხმის დაბოხების, კანზე ფერიმჭამელების გაჩენის სახით. იწვევს ქალური ორგანოების ატროფიას.

მკურნალობა ქირურგიულია. კეთილთვისებიანი და მაღალდიფერენცირებული სიმსივნეების დროს ტარდება სიმსივნის ამოკვეთა ცალმხრივი ოვარიექტომიით, პრე- და პოსტმენოპაუზაში – საშვილოსნოს ექსტირპაცია საკვერცხეებთან და დიდი ბადექონის რეზექციასთან ერთად და ოპერაციისშემდგომი პოლიქიმიოთერაპიის კურსები. ოპერაციიდან 1-1,5 წლის განმავლობაში ვირილიზაციის ნიშნები ქრება.

C. გინანდრობლასტომა არის კომბინირებული სიმსივნე, რომელიც გრანულოზურუჯრედოვანი სიმსივნისა და ანდრობლასტომის ელემენტებს შეიცავს. უკიდურესად იშვიათად გვხვდება. მკურნალობა ისეთივეა, როგორიც ანდრობლასტომების დროს.

III. ლიპოიდურუჯრედოვანი სიმსივნეები საკვერცხეში ვითარდება დისტოპირებული თირკმელზედა ჯირკვლის ქერქოვანი შრის უჯრედებისგან (ჰიპერნეფრომები და ლუტეომები). კლინიკურად ვლინდება დეფემინიზაციით და მასკულინიზაციით, ზოგჯერ – კუშინგის სინდრომით.

IV. გერმინოგენული სიმსივნეები ქალის გონადების სიმსივნეთა შორის ყველაზე მრავალფეროვანია. ვითარდება არადიფერენცირებული სასქესო ჯირკვლის ელემენტებისგან, გენეტიკური დარღვევებისა და განვითარების მანკების ფონზე. ამ ჯგუფის სიმსივნეები საკვერცხეების სიმსივნეების 10%-ს შეადგენს. პრაქტიკული მნიშვნელობა აქვს დისგერმინომებს, ემბრიონულ კარცინომებს, ტერატომებს. ენდოდერმული სინუსის სიმსივნეები, პოლიემბრიომები და ქორიონკარცინომები ხშირად შერეული გერმინოგენული სიმსივნეების კომპონენტებს წარმოადგენს.

A. დისგერმინომა ავთვისებიანი სიმსივნეა. პროგნოზი შედარებით კარგი აქვს, განსაკუთრებით – ერთგვაროვანი ჰისტოლოგიური სტრუქტურის დროს. როცა სიმსივნე მრავალკომპონენტიანია (სხვა სიმსივნეების ელემენტებით), პროგნოზი ყოველთვის არაკეთილსაიმედოა. მეტასტაზები ძირითადად ვითარდება ლიმფოგენურად, ხოლო შემთხვევათა ერთ მეოთხედში – ჰემატოგენურად (ფილტვებში, ღვიძლში, თავის ტვინში). გვხვდება გოგონებში და ახალგაზრდა ქალებში, ხშირად – სასქესო აპარატის ჰიპოპლაზიის ან ჰერმაფროდიტიზმის ფონზე. დისგერმინომა ხშირად ცალმხრივია, იშვიათად – ორმხრივი, ჰორმონულად არააქტიურია, სწრაფად იზრდება და დიდ

ზომებს აღწევს. სიმსივნე მომკვრივო-ელასტიკური ან რბილი კონსისტენციისაა, მრგვალი ან ოვალური ფორმა აქვს, მორუხო ფერისაა და ხშირადაა ფეხზე, რის გამოც შესაძლებელია მისი შემოგრეხაც. ზოგჯერ სიმსივნე ირგვლივმდებარე ქსოვილებთან არის შეხორცებული ან ჩაზრდილია მათში.

მკურნალობა. IA სტადიის ერთგვაროვანი დისგერმინომის დროს ტარდება ოვარიექტომია დიდი ბადექონის რეზექციასთან ერთად და ოპერაციისშემდგომი ქიმიოთერაპია (CF, FU). IB, IC, IIA, IIB სტადიის დროსÑ რადიკალური ოპერაციის შემდეგ (საშვილოსნოს ექსტირპაცია საკვერცხეებთან და დიდი ბადექონის რეზექციასთან ერთად) ტარდება მცირე მენჯის დისტანციური ტელე-გამა-თერაპია (35-40 გრეი ჯამური კეროვანი დოზით) და ლიმფური კოლექტორების დასხივება (20-25 გრეი ჯამური კეროვანი დოზით). შემდეგ ტარდება ქიმიოთერაპია ციკლოფოსფანით, ფტორურაცილით ან სხვა მგრძნობიარე ციტოსტატიკური პრეპარატით. კურსებს შორის ინტერვალი 3-4 კვირაა. სრული რემისიისა და რეგულარული დინამიკური კონტროლის პირობებში მკურნალობის ხანგრძლივობა 1-1,5 წელია. IIC, III და IV სტადიის დისგერმინომების დროს ტარდება რადიკალური ოპერაცია სრული მოცულობით და ოპერაციისშემდგომი ქიმიო- და სხივური მკურნალობა. პოლიქიმიოთერაპიის კურსები გრძელდება სრული ეფექტის მიღწევამდე.

B. ენდოდერმული სინუსის სიმსივნე იშვიათია. ვითარდება არაემბრიონული გარსებისგან (ექტოდერმა, ყვითრის პარკი, მეზოდერმა, ალანტოისი); ჩვეულებრივ, ცალმხრივია. ავადდებიან ბავშვები და ახალგაზრდა ქალები. დაავადების მიმდინარეობა ავთვისებიანია. აქვს რეციდივების განვითარებისაკენ მიდრეკილება.

მკურნალობა. ტარდება რადიკალური ოპერაცია (საშვილოსნოს ექსტირპაცია საკვერცხეებთან და დიდი ბადექონის რეზექციასთან ერთად) და ოპერაციისშემდგომი პოლიქიმიოთერაპია.

C. ემბრიონული კარცინომა, როგორც წესი, გვხვდება ბავშვთა, მოზარდთა და ახალგაზრდა ასაკში. გამოირჩევა მაღალი ავთვისებიანობით. მეტასტაზები ვითარდება ლიმფოგენური და ჰემატოგენური გზით.

მკურნალობა. ტარდება რადიკალური ოპერაცია (საშვილოსნოს ექსტირპაცია საკვერცხეებთან და დიდი ბადექონის რეზექციასთან ერთად) და ოპერაციისშემდგომი პოლიქიმიოთერაპია.

D. პოლიემბრიონმა ძალიან იშვიათი სიმსივნეა. იგი უპირატესად ემბრიონული სხეულაკებისაგან შედგება.

E. ქორიონკარცინომა შედგება ციტოტროფობლასტური (ლანგჰანსის) უჯრედებისგან. გვხვდება მამაკაცისა და ქალის გონადებში. შეიძლება შეგვხვდეს ოვარიული ორსულობის დროს ან ტროფობლასტის ელემენტების შემცველი ტერატობლასტომისგან საკვერცხეში განვითარებული მეტასტაზის სახით. სიმსივნე რბილი კონსისტენციისაა, სწრაფად იზრდება. აქვს ჰემატოგენური მეტასტაზების განვითარებისაკენ მიდრეკილება.

F. ტერატომები წარმოადგენენ გერმინოგენული სიმსივნეების დიდ ჯგუფს. ახასიათებს ქსოვილების სხვადასხვა ხარისხის დიფერენცირება. ვითარდება სამივე ჩანასახოვანი ფურცლის (ენდოდერმა, მეზოდერმა, ექტოდერმა) ელემენტებისგან. გვხვდება 20-40 წლის ასაკში.

მომწიფებული ტერატომა (დერმოიდული კისტა) ყველაზე ხშირია. არის სოლიდური და კისტური ფორმები. სიმსივნე ხშირად ერთკამერიანია და შეიცავს ისეთ მომწიფებულ წარმონაქმნებს, როგორიცაა ცხიმი, თმა, კბილი, ხრტილი, ძვლოვანი კონგლომერატები, ფარისებრი ჯირკვლის ქსოვილი. მომწიფებული ტერატომა ნელა იზრდება, უსიმპტომოდ მიმდინარეობს. შეიძლება მოხდეს მისი შემოგრეხა. მენჯის რენტგენოგრაფიის დროს შეიძლება დაფიქსირდეს კისტის ძვლოვანი შიგთავსი.

მომწიფებული ტერატომის იშვიათი ფორმაა საკვერცხის ეპიდერმოიდული კოლოიდური სტრუმა, რომელიც შეიძლება კიბოდ გადაგვარდეს: ჰისტოლოგიური გამოკვლევით ნახულობენ გარქვების სხვადასხვა ხარისხის ბრტყელუჯრედოვან კიბოს. კოლოიდურ სტრუმას მიკროსკოპულად თირეოიდული ქსოვილის სტრუქტურა გააჩნია და ზოგჯერ კლინიკურად ფარისებრი ჯირკვლის ჰიპერფუნქციის სიმპტომებით ვლინდება.

სტანდარტული მკურნალობაა სიმსივნის ამოკვეთა. ეპიდერმოიდული სტრუმის გაავთვისებიანების შემთხვევაში კეთდება რადიკალური ოპერაცია და ტარდება სხივური თერაპია.

ტერატობლასტომა ავთვისებიანი ტერატოიდული სიმსივნეა, შეიცავს სამივე ჩანასახოვანი ფურცლის ელემენტებს, აქვს სოლიდური ან კისტოზურ-სოლიდური შენება, ქსოვილების დიფერენციაციის ხარისხი დაბალია. გვხვდება 20-30 წლის ასაკში. ჩვეულებრივ, სიმსივნე ცალმხრივია, მრგვალი ფორმის, მოთეთრო ფერის, არაერთგვაროვანი კონსისტენციის, აქვს ხორკლიანი ან სადა ზედაპირი, შეზღუდულად მოძრავია, სწრაფად იზრდება, ახასიათებს ადგილობრივი გავრცელება. მეტასტაზები ვითარდება ჰემატოგენური, ლიმფოგენური და იმპლანტაციური გზით. შეიძლება განვითარდეს ასციტი.

მკურნალობა. ტარდება რადიკალური ოპერაცია (საშვილოსნოს ექსტირპაცია საკვერცხეებთან და დიდი ბადექონის რეზექციასთან ერთად) და ოპერაციის შემდგომი პოლიქიმიოთერაპიის კურსები. ტერატომებისა და III-IV სტადიის ემბრიონული კარცინომის დროს, ასევე დაავადების რეციდივის განვითარებისას ან პალიატიური ოპერაციის შემდეგ ტარდება ქიმიოთერაპია BEP, PVP და VAB-6 სქემებით, კურსებს შორის 3-4-კვირიანი შესვენებებით. პროგნოზი არაკეთილსაიმედოა.

V. გონადობლასტომა ძალიან ავთვისებიანი სიმსივნეა და იშვიათად გვხვდება. ვითარდება დისგენეზიის მქონე ახალგაზრდებში. გონადობლასტომის დროს აღინიშნება გარეთა და შიგნითა სასქესო ორგანოების ჰიპერპლაზია, ევნუქოიდიზმი, სიმსუქნე, ზრდაში ჩამორჩენა. ასეთ ავადმყოფებს უდგინდებათ კუჭისა და წვრილი ნაწლავის პოლიპოზი. სიმსივნე ხშირად ორმხრივია, მცირე ზომისაა. აქვს რბილი კონსისტენცია, ადვილად ირღვევა. მკურნალობა ისეთივეა, როგორიც დისგერმინომის დროს.

VI. რბილი ქსოვილების სიმსივნეები საკვერცხეებისათვის არასპეციფიკურია და ძალიან იშვიათად გვხვდება. დიაგნოზის დასმა ხდება ოპერაციული მასალის ჰისტოლოგიური შესწავლით, რბილი ქსოვილების სიმსივნეების ჰისტოლოგიური კლასიფიკაციის შესაბამისად.

VII. არაკლასიფიცირებადი სიმსივნეები წარმოადგენენ საკვერცხეების პირველად სიმსივნეებს, რომლებიც თავიანთი ნიშნებით არ შეიძლება მივაკუთვნოთ რომელიმე ზემოაღწერილ კატეგორიას.

VIII. საკვერცხეების მეორეული (მეტასტაზური) სიმსივნეები შემთხვევათა 50%-ში ვითარდება საჭმლის მომნელებელი ტრაქტის, 30%-ში – ძუძუს და 20%-ში – შინაგანი სასქესო ორგანოების ავთვისებიანი სიმსივნეებისგან. მეტასტაზური კიბო, ჩვეულებრივ, საშუალო ზომებს აღწევს, სხვადასხვა ფორმისაა და აქვს არაერთგვაროვანი – კისტოზურ-სოლიდური შენება.

საკვერცხეების მეორეული სიმსივნეები ხასიათდება ატიპიური კლინიკური მიმდინარეობით და სწრაფი ზრდით, რომლის შედეგადაც მეტასტაზური სიმსივნე შეიძლება პირველად კერაზე ადრე გამოვლინდეს. ახასიათებს ორმხრივი დაზიანება (შემთხვევათა 70-90%-ში) და ასციტი (60-70%-ში).

საკვერცხეების მეტასტაზური დაზიანების არსებობა პირველადი სიმსივნის შორსწასულობის ნიშანია. მეტასტაზურმა სიმსივნემ ზოგჯერ შეიძლება დიდ ზომებს მიაღწიოს, გამოიწვიოს ნაწლავთა გაუვალობა, ტკივილი. ამიტომ პალიატიური მიზნით დასაშვებია ძირითადი სიმსივნისა და საკვერცხეებში არსებული მეტასტაზის ერთდროული ამოკვეთა.

კუჭის კიბოს ამოკვეთის შემდეგ საკვერცხეებში განვითარებული მეტასტაზის (კრუკენბერგის მეტასტაზი) ამოკვეთა მიზანშეწონილია, თუ იგი დიდი ზომისაა, ხოლო კუჭში რეციდივი არ არის.

IX. **სიმსივნისმაგვარი და კიბოსწინა პროცესები** საკვერცხეების სიმსივნეთა ერთ მესამედში გვხვდება. მათ ამომფენი ეპითელიუმი არ გააჩნიათ. შედარებით ხშირია **ფოლიკულური კისტები**, რომლებიც ერთკამერიანი და თხელკედლიანია. კისტის შიგთავსი შეიცავს გამჭვირვალე სითხეს. გვხვდება ყველა ასაკში, ხშირად – საშვილოსნოს ფიბრომიომასთან ერთად. კლინიკურად გამოხატულია მენსტრუალური ციკლის დარღვევა და მცირე მენჯში ტკივილი. ჭეშმარიტი სიმსივნისაგან დიფერენციაცია ძნელია.

ყვითელი სხეულის კისტა იშვიათია, ფოლიკულურ კისტას წააგავს, მცირე ზომისაა, შეიძლება უკუგანვითარება განიცადოს.

საკვერცხის ქერქოვანი შრის სიღრმეში მფარავი ეპითელიუმის ჩაზრდისას შეიძლება განვითარდეს მრავლობითი წვრილი (1 სმ-მდე ზომის) კისტები, რასაც **პოლიკისტოზი** ეწოდება.

მარტივ კისტებს მიაკუთვნებენ **პარაოვარიულ კისტებს**, რომლებიც ვოლფის არხის ემბრიონული ნარჩენებისგან წარმოიშობა. საკვერცხე მის ფორმირებაში მონაწილეობას არ იღებს. პარაოვარიული კისტა დიდ ზომებს აღწევს, თხელკედლიანია. შიგთავსი გამჭვირვალეა. შემთხვევით ნახულობენ გინეკოლოგიური გასინჯვის დროს.

კვერცხსაყალ-საკვერცხის კისტები ანთებითი გენეზისაა, რეტორტის ფორმა აქვს, მტკივნეული და შეზღუდულად მოძრავია. საშვილოსნოსთან მჭიდროდაა შეხორცებული. დამახასიათებელია მუდმივი ყრუ ტკივილი.

საკვერცხეების კისტების ჭეშმარიტი ხასიათი დგინდება მხოლოდ მათი ამოკვეთისა და ჰისტომორფოლოგიური შესწავლის შემდეგ.

ბავშვებში საკვერცხეების სიმსივნეები ყველაზე ხშირად სქესობრივი მომწიფების პერიოდში (10-14 წლის ასაკში) გვხვდება, რაც ადასტურებს ჰიპოფიზური ჰიპერსტიმულაციის როლს საკვერცხის კიბოს განვითარებაში.

ბავშვთა ასაკისათვის დამახასიათებელი საკვერცხეების სიმსივნეთა 80%-ზე

მეტი არაეპითელური გენეზისაა, ესენია: დისგერმინომები, **სასქესო ბაგირაკის სტრომის (მეზენქიმური) სიმსივნეები** ფემინიზაციური (თეკომა, გრანულოზურუჯრედოვანი) ან მასკულინიზაციური (სერტოლის და ლეიდიგის) ეფექტით, უმწიფარი ტერატომები, იშვიათად გვხვდება ქორიონკარცინომები და ენდოდერმული სინუსის სიმსივნეები.

საკვერცხეების სიმსივნეების დასადგენად უნდა ჩატარდეს **ულტრასონოგრაფია**. აღსანიშნავია, რომ ბავშვთა ასაკში საკვერცხეების სიმსივნე ისინჯება არა მცირე მენჯში, არამედ ჰიპოგასტრიუმში.

საკვერცხეების სიმსივნეთა მკურნალობა ყოველთვის ოპერაციით იწყება. ორგანოშემანარჩუნებელი მკურნალობა (ცალმხრივი ოვარიექტომია ბადექონის რეზექციასთან ერთად) შეიძლება განხორციელდეს ცალმხრივი დისგერმინომის, თეკომის, გრანულოზურუჯრედოვანი სიმსივნის და ფსევდომუცინოზური ცისტადენოკარცინომის დროს. დანარჩენ შემთხვევებში კეთდება სტანდარტული ოპერაცია – საშვილოსნოს სუპრავაგინური ამპუტაცია საკვერცხეებთან და დიდი ბადექონის რეზექციასთან ერთად.

საკვერცხეების ავთვისებიანი სიმსივნეების ყველა შემთხვევაში ოპერაცია შერწყმულია პოლიქიმიოთერაპიასთან, ხოლო გავრცელებული დისგერმინომის დროს ტარდება მენჯისა და პერიტონეუმის ღრუს დასხივება ინდივიდუალური გეგმით.

მკურნალობისშემდგომი დისპანსერული მეთვალყურეობა: პირველ წელს – 3 თვეში ერთჯერ, მეორე-მეოთხე წელს – 6 თვეში ერთჯერ, მეხუთე წელს – წელიწადში ერთჯერ.

კვერცხსავალის კიბო (C57)

კვერცხსავალის კიბო იშვიათად (ქალის სასქესო ორგანოების სიმსივნურ დაავადებათა 0,5-1,5%-ში) გვხვდება. ძირითადად ავადდებიან 40-60 წლის ასაკის ქალები.

ეტიოლოგიაში მნიშვნელობას ანიჭებენ ჰიპოფიზურ-ოვარიულ სისტემაში მიმდინარე დისჰორმონულ პროცესებს; ანამნეზში – გადატანილ ანთებით დაავადებებს, უშვილობას ან, პირიქით, მრავალ (5-ზე მეტ) ორსულობას.

სიმსივნე ყველაზე ხშირად ლოკალიზებულია კვერცხსავალის ამპულარულ და შუა ნაწილში, უმეტესწილად ცალმხრივია. თავდაპირველად სადაზედაპირიანია, კისტისებრი კონსისტენციის, სითხოვანი შიგთავსით. მოგვიანებით ზედაპირი ხორკლიანი ხდება. სიმსივნე შეიძლება ჩაიზარდოს საკვერცხეში, საშვილოსნოში, მცირე მენჯის პერიტონეუმში. შემდეგ ვრცელდება პერიტონეუმის სხვა ნაწილებზე, დიდ ბადექონზე. პერიტონეუმის ღრუში სიმსივნის დისემინაციისას ვითარდება ასციტი.

ჰისტოლოგიურად სიმსივნე შეიძლება იყოს პაპილური, ჯირკვლოვან-პაპილური, პაპილურ-სოლიდური, სოლიდური, დაბალდიფერენცირებული. აღწერილია ბრტყელუჯრედოვანი კიბოს შემთხვევებიც.

დაავადების საწყის სტადიაში კვერცხსავალის კიბო კლინიკურად არ ვლინდება, ამიტომ ოპერაციამდე დიაგნოზი ისმება შემთხვევათა მხოლოდ 2-10%-ში. მოგვიანებით აღინიშნება სიმპტომთა ტრიადა: ტკივილი მუცელში, სისხლიანი ან სისხლნარევი გამონადენი, თეთრად შლა. გამონადენს წინ უსწრებს ტკივილი მცირე მენჯის მიდამოში და თეძოს ფოსოში. აღნიშნული ჩივილებით პაციენტი მიდის ექიმთან და უკეთდება საშვილოსნოს სადიაგნოსტიკო გამოფხვეკა. მიზეზს ვერ პოულობენ და

პაციენტს უშვებენ. სიმსივნის ზრდასთან ერთად ტკივილი მუდმივი ხდება. ზოგჯერ აღინიშნება ტემპერატურის მომატება, კვერცხსავალის შემოგრეხის ან გასკდომის შემთხვევაში ვითარდება მწვავე მუცლის სურათი.

კვერცხსავალის კიბოზე ეჭვი უნდა იქნეს მიტანილი მაშინ, როდესაც პაციენტს აღენიშნება უხვი წყალწყალა გამონადენი საშოდან, ზოგჯერ – სისხლიანი მინარევით. უხვი გამონადენის შემდეგ მცირე მენჯში არსებული სიმსივნის ზომები მცირდება.

მეტასტაზები ძირითადად ვითარდება ლიმფოგენური გზით, უპირატესად – პარააორტულ ლიმფურ კვანძებში, აგრეთვე საზარდულის, მენჯის, ლავიწზედა ფოსოს ლიმფურ კვანძებში. ჰემატოგენური მეტასტაზები ვრცელდება ღვიძლში, თირკმელზედა ჯირკვალში, ელენთაში.

დიაგნოსტიკა ემყარება ულტრასონოგრაფიის, კომპიუტერული ტომოგრაფიის, ზოგჯერ – ჰისტეროსალპინგოგრაფიის (შეიძლება არაინფორმაციული გამოდგეს კვერცხსავალის სანათურის სიმსივნით დახშვის გამო), აგრეთვე ბიკონტრასტული რენტგენპნევმოგრაფიის მონაცემებს. დამატებით შეიძლება ჩატარდეს საშვილოსნოს ღრუდან გამონაფხეკის ან ასპირაციული ბიოფსიით აღებული შიგთავსის ციტოლოგიური გამოკვლევა. საბოლოოდ დიაგნოზი ისმება ლაპაროსკოპიით ან ლაპაროტომიით.

საჭიროა ანთებით დაავადებებთან დიფერენციაცია.

კვერცხსავალის კიბოს კლასიფიკაცია TNM სისტემით (მე-6 გამოცემა, 2002 წ)

რეგიონულ ლიმფურ კვანძებს წარმოადგენს ჰიპოგასტრული, თეძოს საერთო და გარეთა, გავის გვერდითი, პარააორტული და საზარდულის ლიმფური კვანძები.

TNM – კლინიკური კლასიფიკაცია

T – პირველადი სიმსივნე

TNM კატეგორიები	FIGO სტადია	
TX		პირველადი სიმსივნის შესაფასებლად საკმარისი მონაცემები არ არის
T0		პირველადი სიმსივნის არსებობის ნიშნები არ არსი
Tis	0	პრეინვაზიური კარცინომა (carcinoma in situ)
T1	I	სიმსივნე კვერცხსავალ(ებ)ის ფარგლებშია
T1a	IA	მხოლოდ ერთ კვერცხსავალში გავრცელებული სიმსივნე, სეროზულ გარსში ჩაზრდის და ასციტის გარეშე
T1b	IB	ორივე კვერცხსავალში გავრცელებული სიმსივნე, სეროზული გარსის ზედაპირის დაზიანების და ასციტის გარეშე
T1c	IC	ერთი ან ორივე კვერცხსავალით შემოფარგლული სიმსივნე, აღინიშნება სიმსივნის ნაწილობრივი ან სრული ჩაზრდა კვერცხსავალის სეროზულ გარსში, ან სიმსივნური უჯრედები ასციტურ სითხეში ან პერიტონეუმის ამონარეცხში
T2	II	სიმსივნე ჩაზრდილია ერთ ან ორივე კვერცხსავალში და გავრცელებულია მენჯის ორგანოებზე

T2a	IIA	სიმსივნის გავრცელება და/ან მეტასტაზი საშვილოსნოში და/ან საკვერცხეებში
T2b	IIB	სიმსივნის გავრცელება მენჯის სხვა სტრუქტურებზე
T2c	IIC	სიმსივნის გავრცელება მენჯზე (T2a ან T2b კატეგორიების შესაბამისად), აღინიშნება სიმსივნური უჯრედები ასციტურ სითხეში ან პერიოტონეუმის ამონარეცხში
T3 და/ან N1	IIIC	სიმსივნის გავრცელება ერთ ან ორივე კვერცხსავალზე, აღინიშნება იმპლანტატი პერიტონეუმში – მენჯის ფარგლებს გარეთ და/ან რეგიონული ლიმფური კვანძების მეტასტაზური დაზიანება
T3a	IIIA	მიკროსკოპულად დადასტურებული მეტასტაზი პერიტონეუმში – მენჯის ფარგლებს გარეთ
T3b	IIIB	მაკროსკოპულად დადასტურებული 2 სმ-მდე ზომის მეტასტაზი პერიტონეუმში – მენჯის ფარგლებს გარეთ
T3c და/ან N1	IIIC	2 სმ-ზე მეტი ზომის მეტასტაზი პერიტონეუმში და/ან რეგიონული ლიმფური კვანძების მეტასტაზური დაზიანება
M1	IV	შორეული მეტასტაზი (პერიტონეუმში მეტასტაზის გარდა)

შენიშვნა: ღვიძლის კაფსულაში მეტასტაზის კლასიფიკაცია ხდება T3 (III სტადია) კატეგორიით, ღვიძლის პარენქიმაში მეტასტაზისა კი – M1 (IV სტადია) კატეგორიით. პლევრის სითხეში არსებული მეტასტაზის M1 (IV სტადია) კატეგორიით კლასიფიკაციისთვის აუცილებელია ციტოლოგიური გამოკვლევით დადგენილ იქნეს მასში სიმსივნური უჯრედების არსებობა

N – რეგიონული ლიმფური კვანძები

NX რეგიონული ლიმფური კვანძების შესაფასებლად საკმარისი მონაცემები არ არის

N0 რეგიონული ლიმფური კვანძების მეტასტაზური დაზიანების ნიშნები არ არის

N1 რეგიონული ლიმფური კვანძების მეტასტაზური დაზიანება

M – შორეული მეტასტაზები

MX შორეული მეტასტაზის შესაფასებლად საკმარისი მონაცემები არ არის

M0 შორეული მეტასტაზის არსებობის ნიშნები არ არის

M1 აღინიშნება შორეული მეტასტაზი

pTNM – პათოჰისტოლოგიური კლასიფიკაცია

pT, pN, და pM კატეგორიები შეესაბამება T, N, M კატეგორიებს.

pN0 ჰისტოლოგიური გამოკვლევისთვის მენჯის ლიმფადენექტომიით მიღებული მასალა, როგორც წესი, უნდა შეიცავდეს არანაკლებ 10 ლიმფურ კვანძს. იმ შემთხვევაში, თუ ლიმფურ კვანძებში სიმსივნური უჯრედები არ აღმოჩნდა, მაგრამ გამოკვლეული ლიმფური კვანძების რაოდენობა 10-ზე ნაკლებია, კლასიფიკაცია ხდება pN0 კატეგორიით.

G – ჰისტოლოგიური გრადაცია

GX დიფერენციაციის ხარისხის შესაფასებლად საკმარისი მონაცემები არ არის

G1 მაღალდიფერენცირებული

G2 საშუალოდ დიფერენცირებული
G3-4 დაბალდიფერენცირებული (არადიფერენცირებული)

დაჯგუფება სტადიების მიხედვით

0 სტადია	Tis	N0	M0
IA სტადია	T1a	N0	M0
IB სტადია	T1b	N0	M0
IC სტადია	T1c	N0	M0
IIA სტადია	T2a	N0	M0
IIB სტადია	T2b	N0	M0
IIC სტადია	T2c	N0	M0
IIIA სტადია	T3a	N0	M0
IIIB სტადია	T3b	N0	M0
IIIC სტადია	T3c	N0	M0
	T ნებისმიერი	N1	M0
IVB სტადია	T ნებისმიერი	N ნებისმიერი	M1

მკურნალობა. კვერცხსავალის საწყისი სტადიების კიბოს მკურნალობა ქირურგიულია. ტარდება რადიკალური ოპერაცია – საშვილოსნოს სუპრავაგინური ამპუტაცია ან საშვილოსნოს ექსტირპაცია საკვერცხეებთან და დიდი ბადექონის რეზექციასთან ერთად. მოგვიანებით სტადიებში აღნიშნულმა ოპერაციებმა შეიძლება პალიატიური ხასიათი მიიღოს. რეგიონულ ლიმფურ კვანძებში მეტასტაზის (N1) არსებობის დროს, ჩვენების მიხედვით, კეთდება დიუკენის ოპერაცია ან მენჯის ლიმფადენექტომია. დასაშვებია ერთეული შორეული მეტასტაზის ამოკვეთა.

დაავადების ყველა სტადიაში მკურნალობის დაწყებას ცდილობენ ოპერაციით. ოპერაციასთან ერთად აუცილებლად ტარდება პოლიქიმიოთერაპია. სიმსივნის ასციტური ფორმების დროს სისტემურთან ერთად მიმართავენ ინტრაპერიტონულ ქიმიოთერაპიას.

სხივური თერაპია – დისტანციური გამა-თერაპია – გამოიყენება კვერცხსავალის არააასციტური ფორმის სიმსივნეების გამო ჩატარებული არარადიკალური ოპერაციისა და სიმსივნის ლოკორეგიონული გავრცელების (N+) დროს, ოპერაციასთან ან ქიმიოთერაპიასთან კომბინაციაში.

კვერცხსავალის Tis (0 სტადიის) კიბო შეიძლება შემთხვევით იქნეს აღმოჩენილი ნაოპერაციევ მასალაში, საშვილოსნოს სუპრავაგინული ამპუტაციის შემდეგ.

IA-B-C სტადიის T1a-b-cN0M0 კიბოს დროს კეთდება საშვილოსნოს სუპრავაგინური ამპუტაცია საკვერცხეებთან და დიდი ბადექონის რეზექციასთან ერთად. ოპერაციიდან 2 კვირის შემდეგ ინიშნება ქიმიოთერაპია CF, CMF, TioMF სქემებით. ტარდება 4-6 კურსი, 4-კვირიანი ინტერვალებით.

IIA-B სტადიის T2a-bN0M0 კიბოს მკურნალობაც კომბინირებულია. ოპერაციის შემდეგ ტარდება ქიმიოთერაპიის 4-6 კურსი CF, CAF, HCAP, OAB სქემებით. თუ სიმსივნის სარეცელში აღინიშნება 0,5 სმ-მდე ზომის ნარჩენი სიმსივნე, ბოლო ეტაპზე ტარდება სხივური თერაპია 36-40 გრეი ჯამური კეროვანი დოზით.

IIC სტადიის T2cN0M0 კიბოს დროს ოპერაციას შეიძლება ჰქონდეს როგორც რადიკალური, ასევე პალიატიური ხასიათი. ოპერაციის შემდეგ ხორციელდება ქიმიო-

თერაპია CAF, HCAP სქემებით (6 კურსი), ხოლო ასციტური ფორმების დროს დამატებით ტარდება ინტრაოპერაციული ქიმიოთერაპია ტიო-ტეფით, ბლეოცინით, ცისპლატინით ან კარბოპლატინით.

კვერცხსავალის III სტადიის (T3a-b-cN0M0) ($T_{ნებისმიერი}$N1M0) კიბოს მკურნალობა კომბინირებულია. ოპერაციის დროს სიმსივნე შეძლებისდაგვარად მაქსიმალურად ამოიკვეთება – ტარდება საშვილოსნოს ექსტირპაცია ან სუპრავაგინური ამპუტაცია საკვერცხეების ამოკვეთასთან და დიდი ბადექონის რეზექციასთან ერთად. რეგიონულ ლიმფურ კვანძებში მეტასტაზების არსებობის შემთხვევაში მიმართავენ თეძოს ლიმფადენექტომიას. პერიტონეუმის ფურცლებზე სიმსივნის დისემინაციისას ეს უკანასკნელი აზრს კარგავს.

იმ შემთხვევაში, როცა დაავადების პირველად გამოვლინებას წარმოადგენს სეროზულ ღრუებში სიმსივნის არსებობა, ან მეტასტაზური სიმსივნის მასა ჭარბობს პირველადი სიმსივნის მასას, მკურნალობა უმჯობესია დაიწყოს ქიმიოთერაპიით (2-3 კურსი). დადებითი ეფექტის შემთხვევაში ტარდება ციტორედუქციული ოპერაცია, ოპერაციის შემდეგ კი – ისევ ქიმიოთერაპია. ტარდება 6-12 კურსი CP, CAP, HCAP, CAF, PVB, CEP, PT (ცისპლატინ-პაკლიტაქსელი) სქემებით.

ნარჩენი სიმსივნის შემთხვევაში, პალიატიური ოპერაციიდან 2 კვირის ან ქიმიოთერაპიის კურსების დამთავრების შემდეგ, ინიშნება სხივური თერაპია 36-40 გრეი ჯამური კეროვანი დოზით, ხოლო მეტასტაზურად დაზიანებული ლიმფური კვანძების დასხივება ხდება 40-50 გრეი ჯამური კეროვანი დოზით.

IV სტადიის ($T_{ნებისმიერი}N_{ნებისმიერი}$M1) კიბოს დროს, თუ შესაძლებელია, მკურნალობა უნდა დაიწყოს ციტორედუქციული ოპერაციით და შემდეგ ჩატარდეს ქიმიოთერაპია CP, CAP, HCAP, CEP სქემებით. დადებითი ეფექტის შემთხვევაში ტარდება მკურნალობის 6-12 კურსი.

იმ შემთხვევაში, როცა ოპერაციის ჩატარება ტექნიკურად შეუძლებელია და აღინიშნება ჰიდროთორაქსი ან მეტასტაზები ფილტვებში, მკურნალობა იწყება ქიმიოთერაპიით, PVB სქემით (ღვიძლში არსებული მეტასტაზების დროს – BEP სქემით). გამოიყენება აგრეთვე MBAP სქემა და პაკლიტაქსელის ინფუზიები 3-კვირიანი ინტერვალით (5-6 კურსი).

სიმსივნის შემოგრეხის, გასკდომის, სისხლდენის, ნაწლავთა გაუვალობის შემთხვევაში ტარდება სასწრაფო ოპერაცია, რომლის დროსაც, შეძლებისდაგვარად, სიმსივნე ამოიკვეთება და ხდება გართულების ლიკვიდაცია.

კვერცხსავალის კიბოს რეციდივის მკურნალობაც კომბინირებულია. ლოკალური რეციდივის შემთხვევაში ტარდება ოპერაცია. რეციდივი ამოიკვეთება, ხოლო 2 კვირის შემდეგ იწყება ქიმიოთერაპია. თუ ძირითადი მკურნალობის შემდეგ ურეციდივო პერიოდი 5 თვეზე მეტია, მაშინ ინიშნება პლატინის შემცველი სქემები – CP, CC, CAP და ტარდება 4-6 კურსი, ხოლო თუ ძირითადი მკურნალობის შემდეგ ნათელი პერიოდი არ აღინიშნა, ან რეციდივი 5 თვეზე ნაკლებ დროში გამოვლინდა, მკურნალობა ტარდება მეორე ხაზის ქიმიოპრეპარატებით – პაკლიტაქსელით ან იფოსფამიდით. გამოიყენება აგრეთვე სქემები: ფტორურაცილ-ლეიკოვორინი, იფოსფამიდ-ცისპლატინა, ცისპლატინა-პაკლიტაქსელი.

იმ შემთხვევაში, თუ ძირითადი მკურნალობის სქემაში სხივური თერაპია არ იყო

გამოყენებული, ამავე დროს, არ არის გამორიცხული ასციტი და პერიტონეუმის ფორცლებზე სიმსივნის გავრცელება, შეიძლება ჩატარდეს რეციდიული სიმსივნის დასხივება 40 გრეი ჯამური კეროვანი დოზით.

ინოპერაბელური რეციდივების შემთხვევაში ტარდება ქიმიო-სხივური მკურნალობა.

დასაშვებია ერთეული შორეული მეტასტაზის ამოკვეთა.

საერთოდ, კვერცხსავალის კიბოს პროგნოზი არაკეთილსაიმედოა. შედარებით უკეთესი პროგნოზი აღინიშნება I სტადიის 2 სმ-მდე ზომის სიმსივნეების მკურნალობის შემთხვევაში.

მკურნალობისშემდგომი დისპანსერული მეთვალყურეობა: პირველ, მეორე, მესამე წელს – 3 თვეში ერთჯერ, მეოთხე-მეხუთე წელს – 6 თვეში ერთჯერ, მომდევნო წლებში – წელიწადში ერთჯერ.

ტროფობლასტური დაავადებები

ტროფობლასტური დაავადებები აერთიანებს მარტივ ანუ უბრალო ბუშტნამქერს (001.9), ინვაზიურ (პროლიფერაციულ, მადესტრუირებელ) ბუშტნამქერს (D39.2), პლაცენტის სარეცელის ტროფობლასტურ სიმსივნეს (D39.2) და ქორიონკარცინომას (C 58).

ეტიოლოგიაში მნიშვნელობას ანიჭებენ გენეტიკურ დარღვევებს, ორგანიზმის იმუნური სტატუსის დაქვეითებას, ინტოქსიკაციას, ცილოვან შიმშილს, დროის მოკლე მონაკვეთში ხშირი ორსულობის არსებობას და ა. შ.

ბუშტნამქერი უპირატესად ვითარდება 20-25 წლის ასაკში, ხოლო ქორიონკარცინომა გვხვდება 30-37 წლის ასაკში.

ბუშტნამქერი ხასიათდება პლაცენტის ხაოების გადიდებით და შეშუპებით, ტროფობლასტის ორივე შრის ჰიპერპლაზიით. იგი ორი სახისაა – სრული და ნაწილობრივი. სრული ბუშტნამქერის დროს ნაყოფის ელემენტები არ არის, ნაწილობრივი ბუშტნამქერის დროს დაუზიანებელ ხაოებთან ერთად ნახულობენ ნაყოფის ან მისი ნაწილების ელემენტებსაც.

ინვაზიური ბუშტნამქერის დროს, ხაოების პლაცენტური სტრუქტურების შენარჩუნების ფონზე, ხდება ტროფობლასტის ჰიპერპლაზია და სიმსივნე მიომეტრიუმში ჩაიზრდება. მიომეტრიუმის დესტრუქციისა და ლიზისის გამო ეპითელიუმის პროლიფერაციასთან ერთად ნახულობენ კუნთოვან ბოჭკოებს.

ტროფობლასტური სიმსივნე წარმოიშობა პლაცენტის სარეცელის ტროფობლასტისგან და უპირატესად ციტოტროფობლასტური უჯრედებისგან შედგება. არსებობს დაბალი ან მაღალი ავთვისებიანობის ტროფობლასტური სიმსივნე.

ქორიონკარცინომა (C58)

ავთვისებიანი სიმსივნეა ქორიონკარცინომა (სანაყოფე კვერცხის კარცინომა), რომელიც ქორიონის ემბრიონული ხაოებისგან წარმოიშობა, ძალზე აგრესიული მიმდინარეობა აქვს და ქალის სასქესო ორგანოთა სიმსივნეების 2%-ში გვხვდება.

ქორიონკარცინომა ვითარდება ტროფობლასტის ორივე შრეში, ციტო- და სინციტიოტროფობლასტებისგან (ბუშტნამქერის, აბორტის, მშობიარობის, ექტოპიური ორსულობის დროს). ყველაზე ხშირად ლოკალიზდება საშვილოსნოში: შეიძლება შეგვხვდეს ნორმალური და პათოლოგიური ორსულობის დროს ან მის შემდეგ.

ექტოპიური ორსულობისას იგი შეიძლება ლოკალიზებული იყოს კვერცხსავალში ან საკვერცხეში.

საკვერცხეების ქორიონკარცინომა შეიძლება დაკავშირებული იყოს ორსულობასთან. იგი უპირატესად ჩანასახოვანი უჯრედებისგან ვითარდება და გერმინოგენულ (ორსულობისეულ) სიმსივნეებს მიეკუთვნება.

მაკროსკოპულად ქორიონკარცინომა შეიძლება წარმოდგენილი იყოს კვანძოვანი სიმსივნის სახით და ვრცელდებოდეს საშვილოსნოს ღრუს შიგნითა ზედაპირზე, სუბმუკოზურად, კუნთთა შორის, სუბსეროზულად ან დიფუზურად.

სიმსივნეს აქვს მუქი წითელი ფერი ციანოზური ელფერით, რბილი კონსისტენციისაა, არ შეიცავს სისხლძარღვებს. მისი ზომები 0,5-დან 15 სანტიმეტრამდე მერყეობს. ყველაზე ხშირად ლოკალიზებულია ლორწქვეშა შრეში. ქორიონკარცინომის დროს საშვილოსნო დარბილებულია, სიმსივნის მოცულობისა და კუნთოვანი შრის ჰიპერპლაზიის გამო მისი ზომები მომატებულია.

მიკროსკოპულად არის სამი ჰისტოტიპი: სინციტიური, ციტოტროფობლასტური და შერეული. ჰისტომორფოლოგიურად ნახულობენ ქორიონული ეპითელიუმის ინვაზიას, მის მკვეთრ პოლიმორფიზმს, ნეკროზისა და სისხლჩაქცევის კერებს, ლანგჰანსის უჯრედების ცალკეულ გროვებს.

კლინიკა. ბუშტნამქერისათვის დამახასიათებელია მენსტრუაციის შეჩერება, საშვილოსნოს ზომების სწრაფი მომატება, რომელიც უსწრებს ორსულობის ტემპებს, ორსულობის ადრეული და მოგვიანებითი ტოქსიკოზები, საკვერცხეების ცისტები, მოვლითი ან ყრუ ხასიათის ტკივილი მუცლის ქვედა ნახევარში, საშვილოსნოდან სისხლდენა, უნებლიე აბორტი.

ინვაზიური ბუშტნამქერის დროს პერიტონეუმის ღრუში სიმსივნის პერფორაციის შედეგად შესაძლებელია განვითარდეს ძლიერი შინაგანი სისხლდენა.

ქორიონკარცინომისათვის დამახასიათებელია საშვილოსნოს გადიდება, სისხლდენა, ტკივილი, ინტოქსიკაცია, ცხელება, წონაში მოკლება, ანემია, ძუძუს გამკვრივება, რომლის დროსაც დვრილიდან ხსენი გამოიყოფა. ყველაზე ხშირი (80%) და ერთ-ერთი პირველი სიმპტომია სისხლდენა (განსაკუთრებით — სიმსივნის სუბმუკოზური ლოკალიზაციისას), რომელიც იწყება მშობიარობის, აბორტის, ბუშტნამქერის მოცილების დროს ან მისი მოცილებიდან ძალიან მოკლე დროის შემდეგ. სისხლიან გამონადენს შეიძლება წინ უსწრებდეს თვიურის შეკავება. სისხლდენა შეიძლება დაიწყოს მოსალოდნელი მენსტრუაციის ვადებში ან მის შუალედებში. იგი სხვადასხვა ინტენსივობისაა, ახასიათებს რეციდივის განვითარება, განახლდება ან ძლიერდება მცირე ტრავმის დროს (გინეკოლოგიური გასინჯვა, სქესობრივი აქტი, ფიზიკური დატვირთვა და ა. შ.).

სუბსეროზული სიმსივნის დაშლისას და პერიტონეუმის ღრუში გარღვევისას ვითარდება შინაგანი სისხლდენა.

სუბმუკოზური ქორიონკარცინომის ნეკროზისა და დესტრუქციის დროს შეიძლება განვითარდეს თეთრად შლა სეროზული ან ჩირქიანი გამონადენით. ნეკროზული მასების უკუშეწოვა იწვევს ცხელებას და შემცივნებას, ზოგად ინტოქსიკაციას, რომლის ფონზეც ვითარდება მყარი ანემია.

ქორიონკარცინომისთვის დამახასიათებელია ჰემატოგენური მეტასტაზები, რომ-

ლებიც ადრეულ ეტაპზე ვითარდება და დაკავშირებულია ძირითადი სიმსივნის ზრდასთან (ხშირია 7 კვირის ორსულობის და მეტი ზომის სიმსივნის დროს). მეტასტაზები ყველაზე ხშირად ვითარდება ფილტვებში (70-80%), საშოში (30-35%), თავის ტვინში (10-14%), ღვიძლში (10-12%), პარამეტრიუმში (65%), თირკმელში (4-5%) და კუჭ-ნაწლავის ტრაქტში (4-5%).

მეტასტაზებს სპეციფიკური ანამნეზი არ გააჩნიათ, რის გამოც კლინიკურად ძნელი სადიაგნოსტიკოა.

დაავადების დიაგნოსტიკა ემყარება ანამნეზს და გინეკოლოგიურ გასინჯვას, რომლის დროსაც ნახულობენ საშოს და საშვილოსნოს ყელის ციანოზს, გადიდებულ, მტკივნეულ საშვილოსნოს, ზოგჯერ – მეტასტაზებს საშოში ან პარამეტრიუმებში.

ინსტრუმენტული გამოკვლევებიდან ინფორმაციულია ულტრასონოგრაფია, გულმკერდის რენტგენოგრაფია, კომპიუტერული და მაგნიტურ-რეზონანსული ტომოგრაფია; იშვიათად მიმართავენ ანგიოგრაფიას.

ჰორმონდიაგნოსტიკიდან მნიშვნელოვანია ქორიონული გონადოტროპინის, ქორიონული სომატოტროპინისა და ქორიონული თირეოტროპინის განსაზღვრა. მათ შორის ყველაზე საიმედო და გავრცელებულია ქორიონული გონადოტროპინის განსაზღვრა სისხლსა და შარდში. ქორიონული გონადოტროპინის დაბალი დონის შემთხვევაში, აგრეთვე დაავადების ადრეული დიაგნოსტიკისათვის ინფორმაციულია სისხლის შრატში ტროფობლასტური ბეტა-გლობულინის განსაზღვრა.

ბუშტნამქერის დროს ყველაზე სარწმუნო შედეგები მიიღება ჰისტოლოგიური გამოკვლევით.

ქორიონკარცინომის ჰისტოლოგიური ვერიფიკაცია ყოველთვის ვერ ხერხდება. ჰისტოლოგიური გამოკვლევა უნდა ტარდებოდეს საშვილოსნოს ყველა, განსაკუთრებით – პირველი გამოფხეკის დროს (სისხლდენის, ორსულობის შეწყვეტის, მშობიარობის ან ბუშტნამქერისაგან დაცლის შემდეგ, საკვერცხეების დისფუნქციის დროს). ნეკროზის ფონზე გამოფხეკისას ჰისტოლოგიურმა გამოკვლევამ შეიძლება ცრუ-უარყოფითი შედეგი მოგვცეს. ინტრამურული და სუბსეროზული ლოკალიზაციის ქორიონკარცინომა გამოფხეკისათვის მიუწვდომელია.

ორსულობისეული ტროფობლასტური სიმსივნეების კლასიფიკაცია TNM სისტემით (მე-6 გამოცემა, 2002წ)

ტროფობლასტური სიმსივნეების ქვემოთ მოყვანილი კლასიფიკაცია დამყარებულია FIGO-ს კლასიფიკაციაზე, რომელიც მიღებულ იქნა 1992 წელს და გადაისინჯა 2001 წელს. T და M კატეგორიების განსაზღვრებები შეესაბამება FIGO სისტემით კლასიფიკაციის სტადიებს. შედარებისათვის წარმოდგენილია ორივე კლასიფიკაცია. სხვა ლოკალიზაციებისაგან განსხვავებით, ამ სიმსივნეებისათვის N კლასიფიკაცია არ გამოიყენება. სტადიების მიხედვით დაჯგუფებისას T და M კატეგორიებთან ერთად დამატებით მიუთითებენ რისკის ფაქტორებს.

T და M კატეგორიების შესაფასებლად გამოიყენება:

T კატეგორია – ფიზიკალური გასინჯვა და ვიზუალიზაციის მეთოდები, უროგრაფიისა და ციტოსკოპიის ჩათვლით;

M კატეგორია – ფიზიკალური გასინჯვა და ვიზუალიზაციის მეთოდები;

რისკის ფაქტორები – ავადმყოფის ასაკი, დაავადების წინამორბედი ორსულობის გამოსავალი, ბოლო ორსულობიდან დაავადებამდე გასული დროის ინტერვალი, ქორიონული გონადოტროპინის დონე შარდში მკურნალობამდე, უდიდესი სიმსივნის დიამეტრი, მეტასტაზის ლოკალიზაცია, მეტასტატზების რაოდენობა, წინამორბედი მკურნალობა. ყველა ამ პარამეტრის შეკრებით ხდება პროგნოზული მაჩვენებლის დადგენა, რომლის მიხედვითაც დაავადებები იყოფა დაბალი და მაღალი რისკის ჯგუფებად.

- არსებობს ორი ძირითადი რისკის ფაქტორი, რომლებიც გავლენას ახდენენ პროგნოზზე: 1. შარდში ქორიონული გონადოტროპინის დონე 100 000 სმ დღე-ღამეში. 2. დაავადების აღმოჩენა წინამორბედი ორსულობიდან 6 თვის დაგვიანებით.

TM – კლინიკური კლასიფიკაცია

T – პირველადი სიმსივნე

TM	FIGO	
კატეგორია	სტადია	
TX		პირველადი სიმსივნის შესაფასებლად საკმარისი მონაცემები არ არის
T0		პირველადი სიმსივნის არსებობის ნიშნები არ არის
T1	I	საშვილოსნოთი შემოფარგლული სიმსივნე
T2	II	სიმსივნის მეტასტაზური ან უშუალო გავრცელება სხვა გენიტალურ ორგანოებზე: საშოზე, საკვერცხეებზე, ფართო იოგზე, კვერცხსავალზე
M1a	III	მეტასტაზი ფილტვ(ებ)ში
M1b	IV	სხვა შორეული მეტასტაზი (ფილტვის დაზიანებით ან მის გარეშე)

შენიშვნა: პროგნოზული მაჩვენებლების მიხედვით I-IV სტადიები იყოფა A და B ქვესტადიებად

M – შორეული მეტასტაზები

MX	შორეული მეტასტაზის შესაფასებლად საკმარისი მონაცემები არ არის
M0	შორეული მეტასტაზის არსებობის ნიშნები არ არის
M1	აღინიშნება შორეული მეტასტაზები
M1a	მეტასტაზ(ებ)ი ფილტვში
M1b	სხვა შორეული მეტასტაზი (ფილტვის დაზიანებით ან მის გარეშე)

შენიშვნა: გენიტალურ ორგანოებში (საშოში, საკვერცხეში, ფართო იოგში, კვერცხსავალში) მეტასტაზის კლასიფიკაცია ხდება T2 კატეგორიით. არაგენიტალურ სტრუქტურებზე სიმსივნის ნებისმიერი (უშუალო ან მეტასტაზური) გავრცელების კლასიფიკაცია ხდება M კატეგორიით.

pTNM – პათოჰისტოლოგიური კლასიფიკაცია

pM კატეგორიები შეესაბამება T, M კატეგორიებს.

პროგნოზული მაჩვენებელი

ოზული ერი	0	1	2	4
	<40	≥40		
ების ორბედი ლობის ტიპი	ბუშტნამქერი	ორსულობის შეწყვეტა	სრულვადიანი ორსულობა	
ლობიდან ღი დრო ში)	<4	4–<7	7-12	>12
ღონე მკურნა-მდე (სე/მლ)	$<10^3$	10^3–$<10^4$	10^4–$<10^5$	$\geq 10^5$
ესი სიმსივნის საშვილოსნოს ჩათელით	<3	3–<5	≥5	
ტაზის ლიზაცია	ფილტვი	ელენთა, თირკმელი	კუჭ-ნაწლავის ტრაქტი	ღვიძლი, თავის ტვინი
ტაზების ი		1-4	5-8	>8
ჩატარებული ტო თერაპია			მონოქიმიოთერაპია (ერთი პრეპარატით)	პოლიქიმიოთერაპია (ორი ან მეტი პრეპარატით)

ს კატეგორიები

ან 7-ზე ნაკლები პროგნოზული მაჩვენებელი ითვლება დაბალ რისკად; 8 ან პროგნოზული მაჩვენებელი – მაღალ რისკად.

აჯგუფება სტადიების მიხედვით **რისკის კატეგორია**

IA სტადია	T1	M0	უცნობია
IB სტადია	T1	M0	დაბალი
IC სტადია	T1	M0	მაღალი
IIA სტადია	T2	M0	უცნობია
IIB სტადია	T2	M0	დაბალი
IIC სტადია	T2	M0	მაღალი
IIIA სტადია	T ნებისმიერი	M1a	უცნობია
IIIB სტადია	T ნებისმიერი	M1a	დაბალი
IIIC სტადია	T ნებისმიერი	M1a	მაღალი
IVA სტადია	T ნებისმიერი	M1b	უცნობია
IVB სტადია	T ნებისმიერი	M1b	დაბალი
IVC სტადია	T ნებისმიერი	M1b	მაღალი

ამრიგად, საშვილოსნოთი შემოფარგლული სიმსივნე შეესაბამება I (T1) სტადიას,

სხვა გენიტალურ სტრუქტურებზე გავრცელებული სიმსივნე – II (T2) სტადიას. მეტასტაზები ფილტვებში – III (M1a) სტადიას, სხვა შორეული მეტასტაზები – IV (M1b) სტადიას.

დაავადება დაბალი რისკის მქონედ ითვლება 7 და 7-ზე ნაკლები პროგნოზული მაჩვენებლის არსებობის დროს (IB, IIB, IIIB, IVB სტადია), ხოლო მაღალი რისკის მქონედ – 8 და 8-ზე მეტი პროგნოზული მაჩვენებლის არსებობის შემთხვევაში (IC, IIC, IIIC, IVC სტადია).

მკურნალობა. ***უბრალო ანუ მარტივი ბუშტნამქერის*** მკურნალობის მეთოდია მისი ევაკუაცია. ძლიერი სისხლდენის შემთხვევაში, სასიცოცხლო ჩვენებით, შეიძლება გაკეთდეს საშვილოსნოს ექსტირპაცია.

ქორიონული გონადოტროპინის ნორმალური ტიტრის შემთხვევაში ერთი წლის განმავლობაში ტარდება დისპანსერული მეთვალყურეობა ამ ჰორმონის ტიტრის კონტროლით 2 თვეში ერთჯერ. ამავე პერიოდში ტარდება სტეროიდული კონტრაცეფცია.

იმ შემთხვევაში, თუ ბუშტნამქერის ევაკუაციიდან ერთი თვის შემდეგ ქორიონული გონადოტროპინის შემცველობა სისხლის შრატში 20000 სმ/ლ-ზე მეტია, შარდში კი – 30000 სმ/ლ-ზე მეტი, ან ბუშტნამქერის ევაკუაციის შემდეგ დროის ნებისმიერ მონაკვეთში სამჯერადი გამოკვლევისას აღინიშნება ქორიონული გონადოტროპინის ტიტრის მატების ტენდენცია, ტარდება მონოქიმიოთერაპია მეტოტრექსატით ან დაქტინომიცინით, ხოლო მათი უეფექტობის შემთხვევაში – პოლიქიმიოთერაპია MAC–სქემით.

ქიმიოთერაპია უნდა ჩატარდეს იმ შემთხვევაშიც, როცა აღინიშნება ბუშტნამქერის ქორიონკარცინომად ტრანსფორმაციის მაღალი რისკი (40 წელს გადაცილებული ქალები, ბუშტნამქერის გამეორების შემთხვევები, ლუტეინური კისტების არსებობა საკვერცხეებში, მოკლე დროში ბუშტნამქერის წინმსწრები ორსულობა და მშობიარობა; ქორიონული გონადოტროპინის 100 000 სმ/ლ-ზე მეტი საწყისი დონე).

ინვაზიური ბუშტნამქერის მკურნალობაც ქიმიოთერაპიულია. ქირურგიული კომპონენტი – საშვილოსნოს ექსტირპაცია – გამოიყენება მონო- ან პოლიქიმიოთერაპიის უეფექტობის შემთხვევაში ან სიცოცხლისათვის საშიში გართულების – პროფუზული სისხლდენისა და საშვილოსნოს პერფორაციის – დროს. პრე- და პოსტმენოპაუზაში ქიმიოთერაპიასთან ერთად შეიძლება ჩატარდეს ქირურგიული ოპერაცია.

მკურნალობის დამთავრებიდან და ქორიონული გონადოტროპინის ნორმალიზაციიდან 2 წლის განმავლობაში გრძელდება დისპანსერული მეთვალყურეობა: ქორიონული გონადოტროპინის ტიტრის კონტროლი და ჰორმონული კონტრაცეპცია.

ქორიონკარცინომის მკურნალობის ძირითადი მეთოდია ქიმიოთერაპია, რომელიც ტარდება სრული კლინიკური ეფექტის მიღებამდე და ქორიონული გონადოტროპინის ტიტრის სრულ ნორმალიზაციამდე (სრული ნორმალიზაციის შემდეგ, პროფილაქტიკის მიზნით, ტარდება ქიმიოთერაპიის კიდევ ერთი კურსი). მონოქიმიოთერაპია ტარდება მეტოტრექსატით ან დაქტინომიცინით, რომლის უეფექტობის შემთხვევაში ტარდება პოლიქიმიოთერაპია MAC, BEP, EMA–CD, EMA–CE, JCE, CHAMOCA სქემებით. ქიმიოთერაპიის გვერდითი ტოქსიკური მოქმედების ლიკვიდაციის შესაბამისად, ინტერვალი კურსებს შორის 3-4 კვირაა.

ქირურგიული მკურნალობის ჩვენებაა ქიმიოთერაპიისადმი რეზისტენტობა, სიცოცხლისათვის საშიში გართულებები – პროფუზული სისხლდენა და საშვილოსნოს პერფორაცია. ოპერაცია არჩევითი მეთოდია პრე- და პოსტმენოპაუზაში (ამ დროს პროფილაქტიკის მიზნით კეთდება 500 მკგ დაქტინომიცინი).

ოპერაცია გეგმურად კეთდება აგრეთვე საშვილოსნის დიდი ზომების (10-12 კვირის ორსულობის შესაბამისი), სიმსივნის ინტრამურული, სუბსეროზული ლოკალიზაციის დროს. დაავადების I სტადიაში კეთდება საშვილოსნოს ექსტირპაცია კვერცხსავალ მილებთან ერთად, საკვერცხეების შენარჩუნებით. სხვა დანარჩენ შემთხვევებში ტარდება საშვილოსნოს ექსტირპაცია საკვერცხეებთან ერთად, რადგან საკვერცხეების დატოვება ხელს უწყობს დაავადების გავრცელებას, რეციდივების და მეტასტაზების განვითარებას. ოპერაციის შემდეგ კლავე გრძელდება ქიმიოთერაპია.

კლინიკური სიტუაციების გათვალისწინებით, შესაძლებელია სოლიტარული მეტასტაზის ამოკვეთა ფილტვიდან, ღვიძლიდან და შედარებით ხელსაყრელი ლოკალიზაციის შემთხვევაში – თავის ტვინიდან.

სხივური თერაპია ტარდება პარამეტრიუმების (30-35 გრეი), ფილტვების (60 გრეი), თავის ტვინის (30 გრეი) მეტასტაზური დაზიანებების დროს. ქიმიოთერაპიასთან ერთად დასაშვებია ღვიძლში არსებული სოლიტარული მეტასტაზური კვანძების დასხივებაც (20-30 გრეი).

ქორიონკარცინომის რეციდივის მკურნალობა პრეკლინიკურ ეტაპზე, როცა დაავადების მანიფესტაცია ხდება მხოლოდ ქორიონული გონადოტროპინის მომატებით, ტარდება მონო- ან პოლიქიმიოთერაპიით, წინამორბედი მკურნალობის გათვალისწინებით, ქორიონული გონადოტროპინის ნორმალიზაციამდე.

ფილტვში, ღვიძლში, თავის ტვინში არსებული რეციდივების მკურნალობა ტარდება ისევე, როგორც ქორიონკარცინომით ამ ორგანოების პირველადი დაზიანების დროს.

საშოში განვითარებული რეციდივის მკურნალობა ქიმიო-სხივურია: ქიმიოთერაპია ტარდება MAC, BEP, EMA–CO სქემებით. მათი დაბალი ეფექტურობის შემთხვევაში ტარდება შერწყმული სხივური თერაპია: დისტანციური გამა-თერაპია – 2-2 გრეი ერთჯერადი და 30-40 გრეი ჯამური კეროვანი დოზით, ხოლო ღრუსშიგნითა გამა-თერაპია სიმსივნის ფუძეზე – 5-10 გრეი ერთჯერადი და 20-30 გრეი ჯამური კეროვანი დოზით.

მკურნალობისშემდგომი აქტიური მეთვალყურეობა გრძელდება კლინიკური გამოჯანმრთელებიდან და ქორიონული გონადოტროპინის ტიტრის ნორმალიზაციიდან არანაკლებ 3,5 წლის განმავლობაში, ჰორმონული კონტრაცეფციის ფონზე, საკონტროლო პერიოდში ტარდება ქორიონული გონადოტროპინის ტიტრის კონტროლი მეტასტაზების ლოკალიზაციისგან დამოკიდებულებით – გულმკერდის რენტგენოგრაფია, ღვიძლის ულტრასონოგრაფია, კომპიუტერული ან მაგნიტურ-რეზონანსული ტომოგრაფია.

სასქესო ასოს ავთვისებიანი სიმსივნეები (C 60)

სასქესო ასოს ავთვისებიანი სიმსივნეები ონკოგინეკოლოგიურ დაავადებათა 0,6-2,2%-ს შეადგენს. პაციენტთა საშუალო ასაკი 50 წელია.

ეტიოლოგიაში მნიშვნელობა აქვს კიბოსწინა და ფონური პროცესების (ლეიკოპლაკია, კერის ერითროპლაკია, კანის რქა, წვეტიანი კონდილომა, გიგანტური წვეტიანი კონდილომა – ბუშკე-ლევინშტაინის დაავადება, ბოუენის დაავადება, მაობლიტერებელი ქსეროზული ბალანიტი, პაპილომა) არსებობას. შემთხვევათა 80%-ში სასქესო ასოს კიბო ვითარდება ფიბროზის ფონზე, სმეგმის და მისი დაშლის პროდუქტების ზემოქმედების შედეგად. გარკვეული როლი აკისრია ადამიანის პაპილომის ვირუსით ინფიცირებასაც (HPV-18, 19, 24).

მიუხედავად იმისა, რომ სასქესო ასოს კიბო ვიზუალური სიმსივნეა, მისი დროული დიაგნოსტიკა გარკვეულ სიძნელეებთანაა დაკავშირებული, რადგან იგი ხშირად თანდაყოლილი ან შეძენილი ფიბროზის და ანთების ფონზე მიმდინარეობს და ავადმყოფი ნაკლებ ყურადღებას აქცევს მას. ხანგრძლივი დროის განმავლობაში უშედეგოდ მკურნალობენ ბალანოპოსტიტს, ტუბერკულოზს, სიფილისს და ვენერიულ დაავადებებს, ამიტომ ყველა საეჭვო შემთხვევაში სავალდებულოა სიმსივნის ბიოფსია და შემდგომი ციტოლოგიური და ჰისტოლოგიური გამოკვლევა.

ჩვეულებრივ, კიბო ვითარდება ჩუჩის შიგნითა ფურცელზე, გვირგვინოვან ნაოჭთან, საიდანაც შემდეგ ასოს თავისა და ჩუჩის შიგნითა ფურცლის მიმართულებით ვრცელდება. მღვიმოვანი სხეული და შარდსადენი იშვიათად ზიანდება.

მაკროსკოპულად სიმსივნე შეიძლება იყოს წყლულოვანი, კვანძოვანი და ძაბრისებრი; ზრდის ფორმის მიხედვით – ეგზოფიტური (პაპილური, სოკოსებრი) და ენდოფიტური (კვანძოვანი, წყლულოვანი).

მეტასტაზები უპირატესად ლიმფოგენურად ვითარდება, რაც პროგნოზულად არაკეთილსაიმედო ნიშანია. მეტასტაზირება ეტაპობრივად ხდება. თავდაპირველად ზიანდება საზარდულის, ხოლო შემდეგ – მენჯის ლიმფური კვანძები. შორეული მეტასტაზები მოგვიანებით ვითარდება. ლიმფური კვანძების გადიდების მიზეზი შემთხვევათა 50%-ში შეიძლება იყოს პირველადი სიმსივნის ინფიცირებით გამოწვეული ანთებითი ლიმფადენიტი. ამიტომ მორფოლოგიური ვერიფიკაციის მიღწევამდე მათ მეტასტაზურ დაზიანებაზე მსჯელობა ძნელია. ლიმფურ კვანძში არსებული მეტასტაზი მოგვიანებით ჩაიზრდება მის კაფსულაში, შემდეგ კანში და წყლულდება. ჰემატოგენური მეტასტაზების განვითარება ღვიძლში, ფილტვებსა და ძვლებში იშვიათია.

ჰისტომორფოლოგიურად უმრავლეს შემთხვევაში ვითარდება ბრტყელუჯრედოვანი კიბო: უფრო ხშირად – გარქვევებით, შედარებით იშვიათად – გარქვევების გარეშე. კიდევ უფრო იშვიათად გვხვდება ბაზალიომები და სხვა სიმსივნეები.

თავდაპირველად ასოს თავზე ან ჩუჩაზე ჩნდება უმტკივნეულო წყლული, ეროზია, ნახეთქი, მეჭეჭისებრი ან პაპილომური წანაზარდები. ზოგჯერ ისინჯება ჰიპერემიული კვანძი, აღინიშნება ჩუჩის შეშუპება, რუხი ნადები და ფუფხი სეროზული გამონადენით.

სუბიექტურად, ჩივილები ჩნდება სიმსივნის ზომების მატებასა და თანმხლები ანთების განვითარებასთან ერთად: აღინიშნება ტკივილი ერექციის დროს, წვა, ქავილი, ჩირქოვანი გამონადენი, უსიამოვნო შეგრძნება შარდვისას, მისი გაძნელება და/ან

შეკავება შარდსადენის ჩაკეტვის გამო. რღვევის ფაზაში ჩნდება შარდოვანი ფისტულები, სიმსივნე ჩირქდება, წყლულდება, ნეკროზდება, ვითარდება ასოს შეშუპება და შარდოვანი იმბიბიცია, სეფსისი, კახექსია, ინტოქსიკაცია, იშვიათად – სისხლდენა, შორსწასულ შემთხვევებში – ასოს თვითამპუტაცია. დაავადების ხანგრძლივად მიმდინარეობისას სიმსივნე ჩაიზრდება წინამდებარე ჯირკვალში, შარდის ბუშტში და/ან სწორ ნაწლავში.

საზარდულის მიდამოს ლიმფური კვანძების მეტასტაზური დაზიანება დგინდება პალპაციით და პუნქციური ბიოფსიით.

სასქესო ასოს კიბოს კლასიფიკაცია TNM სისტემით (მე-6 გამოცემა, 2002)

ანატომიური ნაწილებია: ჩუჩა (C60.0), ასოს თავი (C60.1), ასოს სხეული (C60.2).

რეგიონულ ლიმფურ კვანძებს წარმოადგენს საზარდულის ზედაპირული და ღრმა, აგრეთვე მენჯის ლიმფური კვანძები.

TNM – კლინიკური კლასიფიკაცია

T – პირველადი სიმსივნე

TX პირველადი სიმსივნის შესაფასებლად საკმარისი მონაცემები არ არის
T0 პირველადი სიმსივნის არსებობის ნიშნები არ არის
Tis პრეინვაზიური კარცინომა (Carcinoma in situ)
Ta არაინვაზიური მეჭეჭისებრი (ვერუკოზული) კარცინომა
T1 სიმსივნე ჩაზრდილია სუბეპითელურ შემაერთებელ ქსოვილში
T2 სიმსივნე ჩაზრდილია ასოს ღრუბლისებრ ან მღვიმოვან სხეულში
T3 სიმსივნე ჩაზრდილია შარდსადენში ან წინამდებარე ჯირკვალში
T4 სიმსივნე გავრცელებულია სხვა მომიჯნავე სტრუქტურებზე

N – რეგიონული ლიმფური კვანძები

NX რეგიონული ლიმფური კვანძების შესაფასებლად საკმარისი მონაცემები არ არის
N0 რეგიონული ლიმფური კვანძების მეტასტაზური დაზიანების ნიშნები არ არის
N1 მეტასტაზი საზარდულის ერთ ზედაპირულ ლიმფურ კვანძში
N2 საზარდულის ზედაპირული ლიმფური კვანძების მრავლობითი ან ორმხრივი მეტასტაზური დაზიანება
N3 საზარდულის ღრმა ან მენჯის ლიმფური კვანძ(ებ)ის ცალმხრივი ან ორმხრივი მეტასტაზური დაზიანება

M – შორეული მეტასტაზები

MX შორეული მეტასტაზის შესაფასებლად საკმარისი მონაცემები არ არის
M0 შორეული მეტასტაზის არსებობის ნიშნები არ არის
M1 აღინიშნება შორეული მეტასტაზები

pTNM – პათოჰისტოლოგიური კლასიფიკაცია

pT, pN, და pM კატეგორიები შეესაბამება T, N, M კატეგორიებს

G – ჰისტოლოგიური გრადაცია

GX დიფერენციაციის ხარისხის შესაფასებლად საკმარისი მონაცემები არ არის

G1 მაღალდიფერენცირებული
G2 საშუალოდ დიფერენცირებული
G3-4 დაბალდიფერენცირებული (არადიფერენცირებული)

დაჯგუფება სტადიების მიხედვით

0 სტადია	Tis	N0	M0
	Ta	N0	M0
I სტადია	T1	N0	M0
II სტადია	T1	N1	M0
	T2	N0. N1	M0
III სტადია	T1, T2	N2	M0
	T3	N0, N1, N2	M0
IV სტადია	T4	N0, N1,N2	M0
	ნებისმიერი T	N3	M0
	ნებისმიერი T	ნებისმიერი N	M1

მკურნალობა. სასქესო ასოს კიბოს მკურნალობა ქირურგიული, სხივური, ქიმიოთერაპიული, კომბინირებული ან კომპლექსურია და განისაზღვრება სიმსივნის ლოკალიზაციით, მისი ავთვისებიანობის ხარისხით, დაავადების გავრცელებით და ავადმყოფის მოტივაციით.

ასოს კიბოს რადიკალური მკურნალობის მეთოდი *ქირურგიულია*. ოპერაცია დამოუკიდებელ მეთოდად გამოიყენება ხანდაზმულ და თანმხლები მძიმე დაავადებების მქონე პირებში. შორსწასულ შემთხვევებში, სისხლდენის შესაჩერებლად და ნეკროზული მასების მოსაცილებლად, ოპერაცია შეიძლება ჩატარდეს პალიატიური მიზნით.

სასქესო ასოს კიბოსა და რეგიონული მეტასტაზების მკურნალობის საკითხი დღემდე საკამათოდ რჩება (განსაკუთრებით მაშინ, როცა ავადმყოფი მოითხოვს ორგანოს შენარჩუნებას), რადგან ორგანოშემანარჩუნებელი ოპერაციები ყოველთვის არ არის რადიკალური. ამასთან, სასქესო ასოს ამპუტაცია და ექსტირპაცია შეიძლება რადიკალური ოპერაციის ტოლფასი იყოს, მაგრამ მას ხშირად მოსდევს ფუნქციური და ფსიქო-სექსუალური დარღვევები, რასაც ავადმყოფები ძნელად ეგუებიან.

ონკოლოგიური თვალსაზრისით, ასოს ამპუტაცია ხშირად საკმარისია განხორციელდეს სიმსივნის კიდიდან პროქსიმალურად, 2 სმ-ით მოშორებით. შემთხვევათა 75%-ში რჩება 2-6 სმ სიგრძის ტაკვი, რომლითაც პაციენტები ახერხებენ სქესობრივ კავშირს და ინარჩუნებენ ფეხზე მდგომელა მოშარდვის უნარს.

ასოს კიბოს დროს *სხივური თერაპია* გამოიყენება როგორც ძირითადი კერის, ასევე რეგიონული მეტასტაზების დასასხივებლად. ძირითადი კერის დასხივებისას უპირატესობა ენიჭება ახლოფოკუსიან რენტგენთერაპიას. გამოიყენება დაბალდოზიანი დასხივება ფოტონური და ელექტრონული სხივების კონით, ბრაქითერაპიის ინტერსტიციული (ქსოვილშიგა) და აპლიკაციური (პლეზიობრაქითერაპიული) მეთოდები. რეგიონული მეტასტაზების გავრცელების ზონების დასასხივებლად მიმართავენ დისტანციურ გამა-თერაპიას. ასოს კიბოს ინვაზიური ფორმების დროს მხოლოდ *ქიმიო-*

თერაპიული მკურნალობა ნაკლებეფექტურია, ამიტომ ასეთ შემთხვევებში, ჩვეულებრივ, ტარდება ნეოადიუვანტური ქიმიოთერაპია სხივურ თერაპიასთან ან ოპერაციასთან ერთად. იგი პირველად კერაზე უკეთ მოქმედებს, რეგიონული მეტასტაზების მკურნალობის ეფექტი კი ნაწილობრივია. ქიმიოთერაპია დამოუკიდებლად გამოიყენება ასოს კიბოს მხოლოდ დისემინირებული ფორმების დროს. იგი ტარდება ბლეომიცინით, პლატინის შემცველი პრეპარატებით, დოქსორუბიცინით, ვინკრისტინით, მეტოტრექსატით და მათი კომბინაციებით.

0 სტადიის (Tis-aN0M0) და I სტადიის (T1N0M0) სიმსივნეების შემთხვევაში, ე. ი. ზედაპირული და არაინვაზიური სიმსივნეების დროს, მიმართავენ ორგანოშემანარჩუნებელ მკურნალობას: თუ სიმსივნე ჩუჩის თავისუფალ ნაწილზე მდებარეობს, კეთდება ცირკუმზია. დასაშვებია სიმსივნის ელექტროექსციზია, კრიოდესტრუქცია და ლაზერთერაპია (480-10600 ნმ ტალღის სიგრძით). შეიძლება ჩატარდეს სხივური თერაპიაც. ინვაზიური სიმსივნეების გამო ჩატარებული ორგანოშემანარჩუნებელი ოპერაციების შემდეგ მაღალია ადგილობრივი რეციდივის განვითარების პროცენტული მაჩვენებელი (30-59%).

I სტადიის (T1N0M0) სიმსივნის ჩუჩის თავისუფალ ნაწილზე მდებარეობისას კეთდება ცირკუმზია, რითაც ზუსტდება დაავადების სტადია. შემდგომი სხივური თერაპიის საჭიროების შემთხვევაში თავიდან იქნება აცილებული ასოს თავის *ცირკულარული* ფიბროზი და შეშუპება, ხოლო დიაბეტიან ავადყოფებში – პრეპუციური სივრცის ინფექცია. ასოს თავის T1G3 დაზიანებისას კეთდება მისი რეზექცია, უფრო მეტად გავრცელებული დაზიანებისას – ასოს თავის ამპუტაცია.

G1-2 სიმსივნეების დროს მიმართავენ კონსერვატიულ მკურნალობას. ტარდება ძირითადი კერის ახლოფოკუსიანი რენტგენთერაპია ან დისტანციური გამა-თერაპია 60 გრეი ჯამური კეროვანი დოზით, რომელიც დაბალდოზიანი ფოტონური და ელექტრონული სხივების კონით დასხივებასთან შედარებით უკეთეს შორეულ შედეგებს იძლევა. I სტადიის კიბოს დროს მეგავოლტური დასხივება ეფექტურია შემთხვევათა 60-84%-ში; ორგანოს შენარჩუნების თვალსაზრისით, დისტანციურ გამა-თერაპიასთან შედარებით უკეთესი შედეგით გამოირჩევა ბრაქითერაპია (მათი ეფექტურობა, შესაბამისად, 64% და 78%-ია). კონსერვატიული მკურნალობა უნდა ჩატარდეს მხოლოდ შემდგომი აქტიური დინამიკური მეთვალყურეობისათვის შესაფერისი პირობების არსებობის შემთხვევაში, რათა ლოკალური რეციდივის დროული ქირურგიული მკურნალობა მისი გამოვლენისთანავე იყოს შესაძლებელი.

თუ ჩატარებული სხივური თერაპიის შედეგად სიმსივნე მთლიანად არ გაქრა, ან რეციდივი გამოვლინდა, მიზანშეწონილია ნარჩენი სიმსივნის (რეციდივის) ადეკვატური მოცულობით ამოკვეთა ან ასოს ამპუტაცია.

T1 G3 გავრცელების სიმსივნის დროს, აგრეთვე იმ შემთხვევაში, როცა დაავადების I სტადიის ცალსახად განსაზღვრა ძნელია, მკურნალობა ტარდება ისევე, როგორც II სტადიის კიბოს დროს.

II სტადიის (T2N0M0) სიმსივნის დროს უნდა განხორციელდეს ასოს ამპუტაცია. კონსერვატიულ მკურნალობას მიმართავენ განსაკუთრებულ შემთხვევებში, როცა ქირურგიული ჩარევა შეუძლებელია (ძირითადად – ავადმყოფის მოტივაციიდან გამომდინარე).

რეგიონული ლიმფადენექტომიის ჩატარების საკითხი მოითხოვს დიფერენცირებულ მიდგომას, რადგან დადგენილია, რომ პალპირებადი რეგიონული ლიმფური კვანძების არსებობა შემთხვევათა ნახევარში განპირობებულია ლიმფადენიტით, ხოლო არაპალპირებადი ლიმფური კვანძების ასევე ნახევარში შეიძლება აღმოჩნდეს მიკრომეტასტაზები. თავის მხრივ, პროფილაქტიკურ ლიმფადენექტომიას სამკურნალო ეფექტი არ გააჩნია, ხოლო ოპერაციის შემდგომი გართულებების სიხშირე მაღალია. ამიტომ ლიმფადენექტომიის ჩატარების საკითხის გადაწყვეტისას მნიშვნელობა ენიჭება ძირითადი სიმსივნის ავთვისებიანობის ხარისხს. T2G1 სტადიის სიმსივნის დროს ლიმფური კვანძების მეტასტაზური დაზიანების ალბათობა ნაკლებია და პროფილაქტიკური ლიმფადენექტომია არ ტარდება, ხოლო T2G2-3 სტადიის სიმსივნეების დროს ხორციელდება თეძო-საზარდულის ორმხრივი ლიმფადენექტომია (დიუკენის ოპერაცია).

ლიმფური კვანძების პროფილაქტიკური სხივური თერაპია უეფექტოა.

აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ სასქესო ასოს კიბოს 60%-ში ლიმფურ კვანძებში მეტასტაზები ბილატერალურად ვითარდება, ამიტომ ლიმფური კვანძების ცალმხრივი დაზიანების შემთხვევაშიც მიზანშეწონილია ორმხრივი ლიმფადენექტომიის ჩატარება.

საზარდულის ლიმფური კვანძების ინტაქტურობის შემთხვევაში, როგორც წესი, თეძოს ლიმფური კვანძებიც დაუზიანებელია, ამიტომ ამ დროს თეძოს ლიმფური კვანძების დისექციის აუცილებლობა არ არის.

II სტადიის T1-2N1M0 გავრცელების სიმსივნეების დროს სასქესო ასოს ამპუტაციასთან ერთად მიმართავენ ორმხრივ დიუკენის ოპერაციას. ოპერაციის შემდეგ შეიძლება ჩატარდეს ქიმიოთერაპიის ორი კურსი PB სქემით, 4-კვირიანი ინტერვალით.

III სტადიის T1-2N2M0 გავრცელების კიბოს დროს ხორციელდება სასქესო ასოს ამპუტაცია და ორმხრივი დიუკენის ოპერაცია, ხოლო ***T3N0-2M0 გავრცელების*** კიბოს დროს, ჩვენების მიხედვით, შეიძლება განხორციელდეს სასქესო ასოს ექსტირპაცია ან პალიატიური ამპუტაცია (სანაციური ოპერაციები შლადი სიმსივნის გამო), ან შარდის გადაყვანის ოპერაციები (ეპიცისტოსტომია, ურეთროპერინეოსტომია). როგორც პირველადი კერის, ისე რეგიონული მეტასტაზების პროფილაქტიკური სხივური თერაპია ნაკლებეფექტურია. ოპერაციის შემდგომი სხივური თერაპია შორეულ შედეგებს აუმჯობესებს. სხივდება რეგიონული მეტასტაზირების ზონები 60 გრეი ჯამური კეროვანი დოზით.

ქიმიოთერაპიას დამოუკიდებელი სამკურნალო ეფექტი არა აქვს და მეტწილად გამოიყენება სხივურ თერაპიასთან კომბინაციაში. T3N0-3M0 სიმსივნეების დროს, ოპერაციის გასაადვილებლად, ზოგჯერ მიმართავენ ოპერაციისწინა (ნეოადიუვანტურ) ქიმიოთერაპიას ან სხივურ თერაპიას, რათა სიმსივნე რეზექტაბელური გახდეს ან შესაძლებელი იყოს დამზოგველი ოპერაციის ჩატარება (თუმცა სხივური თერაპიის შემდეგ გართულებები უფრო ხშირია).

ლიმფური კვანძების მეტასტაზური დაზიანების დროს ქიმიოთერაპიის ეფექტი ნაწილობრივია. გამოიყენება PB სქემა. ტარდება არანაკლებ 5-6 კურსისა, ერთთვიანი ინტერვალებით.

IV სტადიის (T4N0-2M0, T1-4N3M0, T1-4N1-3M1) კიბოს დროს, ჩვენების მიხედვით, ხორციელდება სასქესო ასოს პალიატიური ამპუტაცია ან ექსტირპაცია

(სანაციური ოპერაცია შლადი, სისხლმდენი სიმსივნის გამო) ან შარდის გადაყვანის ოპერაციები (ეპიცისტოსტომია ან ურეთროპერინეოსტომია). ოპერაციის შემდგომ პერიოდში ტარდება ქიმიოთერაპიის არანაკლებ 5-6 კურსისა PB სქემით, ერთთვიანი ინტერვალებით.

იმ შემთხვევაში, როცა სიმსივნე გავრცელებულია სათესლე პარკზე, მაგრამ ბოქვენის ძვალში არ არის ჩაზრდილი, ქიმიო-სხივური მკურნალობის შემდეგ შეიძლება ჩატარდეს ემასკულაცია თეძო-საზარდულის ორმხრივ ლიმფადენექტომიასთან ერთად.

რეციდივების დროს კეთდება ასოს სრული ამპუტაცია ან ემასკულაცია. ინოპერაბელური რეციდივის დროს ნაცადი უნდა იყოს ქიმიო-სხივური ან სიმპტომური მკურნალობა.

მკურნალობის შემდგომი დისპანსერული მეთვალყურეობა: პირველ წელს – 3 თვეში ერთჯერ, მეორე-მეოთხე წელს – 6 თვეში ერთჯერ, მეხუთე წლიდან – წელიწადში ერთჯერ.

წინამდებარე ჯირკვლის კიბო (C61)

მამაკაცის ავთვისებიან სიმსივნეებს შორის წინამდებარე ჯირკვლის კიბოს განვითარებულ ქვეყნებში სიხშირის მიხედვით ერთ-ერთი პირველი ადგილი უკავია. ეს დაავადება ავადობის მატების სწრაფი ტემპით (84%-მდე) მთელ მსოფლიოში გამოირჩევა. უკანასკნელ ათწლეულში მისი სიხშირე 2-3-ჯერ გაიზარდა. მაღალია სიკვდილიანობის მაჩვენებელიც. საქართველოში წინამდებარე ჯირკვლის კიბოს ხვედრითი წილი ონკოლოგიური ავადობის სტრუქტურაში 2,6%-ია, ხოლო მამაკაცთა ონკოლოგიურ ავადობაში – 5-6%.

წინამდებარე ჯირკვლის კიბო ხანდაზმულ მამაკაცთა დაავადებაა. კიბოს აღმოჩენის ალბათობა 40-59 წლის მამაკაცებში 1:78 (1,28%)-ია, ხოლო 60-79 წლის ასაკობრივ ჯგუფში – 1:6 (16,7%). აღნიშნული დაავადებით სიკვდილის ალბათობა 2%-ს შეადგენს.

ეტიოლოგიური ფაქტორებიდან მნიშვნელოვანია კლიმაქტერიული პერიოდის ენდოკრინული დარღვევები ჰიპოთალამუს-ჰიპოფიზის სისტემაში და თირკმელზედა ჯირკვლის ქერქსა და სათესლე ჯირკვლებში, რომელთა დროსაც იცვლება პროსტატის უჯრედების მგრძნობელობა ჰორმონების მიმართ; აღსანიშნავია აგრეთვე წინამდებრე ჯირკვლის უჯრედების ზრდის, გაყოფისა და დიფერენცირების მარეგულირებელი აუტოკრინულ-პარაკრინული ფაქტორების დარღვევები, ქრონიკული ანთებითი პროცესები, ატროფია;

დიგიტალური გასინჯვისათვის უფრო ხელმისაწვდომია პერიფერიული ლოკალიზაციის კვანძები, ხოლო ტრანსურეთრული რეზექციისათვის – ცენტრალური დაზიანება.

ჰისტოლოგიურად ყველაზე ხშირია ადენოკარცინომა. იშვიათად გვხვდება სოლიდური, გარდამავალუჯრედოვანი და ბრტყელუჯრედოვანი კიბო. ადენოკარცინომა არის წვრილაცინური, მსხვილაცინური, კრიბროზული, პაპილური, სოლიდურ-ტრაბეკულური, ენდომეტრიული, გალორწოვნებული.

წინამდებარე ჯირკვლის კიბოს განვითარებას დაახლოებით 10 წლით წინ უსწრებს პროსტატის ინტრაეპითელური ნეოპლაზია, რომელიც მამაკაცის ცხოვრების

მესამე ათწლეულიდან ჩნდება. არსებობს დაბალი და მაღალი ხარისხის ინტრაეპითელური ნეოპლაზია. მაღალი ხარისხის ნეოპლაზიის დროს კიბოს განვითარების რისკი უფრო მაღალია და შემთხვევათა 2/3-ში თან ახლავს მას.

ავთვისებიანობის ხარისხის მიხედვით, განასხვავებენ დიფერენცირებულ, დაბალდიფერენცირებულ და არადიფერენცირებულ სიმსივნეებს. სიმსივნის ანაპლაზია მნიშვნელოვანი პროგნოზული ფაქტორია: დიფერენცირებული სიმსივნეები ჰორმონთერაპიას კარგად ემორჩილება, ხოლო არადიფერენცირებული ფორმები უმეტესწილად ჰორმონრეზისტენტულია და სწრაფად იძლევა მეტასტაზებს ძვლებში.

სადღეისოდ ყველაზე ფართო აღიარება ჰპოვა გლისონის (Gleason) ჰისტოლოგიურმა კლასიფიკაციამ, რომელიც ემყარება სიმსივნის ჯირკვლოვანი სტრუქტურის დიფერენციაციის ხარისხს და წარმოდგენილია 5 გრადაციით:

I გრადაცია – სიმსივნე შედგება მცირე ზომის ერთგვაროვანი ჯირკვლებისაგან, ბირთვებში ცვლილებები უმნიშვნელოა;

II გრადაცია – სიმსივნე შედგება ერთმანეთთან ახლოს განლაგებული ჯირკვლების გროვებისაგან, რომლებიც ერთმანეთისგან ჯერ კიდევ გამიჯნულია სტრომით;

III გრადაცია – სიმსივნე შედგება სხვადასხვა ზომის ჯირკვლებისაგან და, როგორც წესი, იწვევს სტრომის და ირგვლივ მდებარე ქსოვილების ინფილტრაციას;

IV გრადაცია – სიმსივნე შედგება აშკარად ატიპიური უჯრედებისგან და იწვევს ირგვლივ მდებარე ქსოვილების ინფილტრაციას;

V გრადაცია – სიმსივნე შედგება არადიფერენცირებული ატიპიური უჯრედების ფენებისგან.

იშვიათი გამონაკლისის გარდა, წინამდებარე ჯირკვლის კიბოს გააჩნია პოლიმორფული სტრუქტურა, რომელიც ერთდროულად რამდენიმე გრადაციით შეიძლება იყოს წარმოდგენილი. გლისონის მაჩვენებლის გამოთვლისას აჯამებენ ორ ყველაზე ხშირ გრადაციას. მაგალითად, 4+2 და გლისონის მაჩვენებელი იქნება 6 ქულა. ამგვარად მიღებული ქულები სიმსივნის ავთვისებიანობის შეფასებისა და დაავადების პროგნოზირების მნიშვნელოვან კრიტერიუმს წარმოადგენს. რაც უფრო მეტია გლისონის მაჩვენებლების ქულათა ჯამი, მით უფრო მაღალია სიმსივნის ავთვისებიანობის ხარისხი.

დაავადებას საწყის სტადიაში უსიმპტომო კლინიკური მიმდინარეობა აქვს, მოგვიანებით – მრავალფეროვანი, მაგრამ არაპათოგნომური.

წინამდებარე ჯირკვლის ლოკალური კიბოსათვის დამახასიათებელია ხშირი შარდვა, შარდვის დაწყების გაძნელება; შარდის ნაკადი შესუსტებულია, წვრილი ჭავლის სახითაა, წყვეტილი, რჩება დაუკმაყოფილებლობის შეგრძნება მოშარდვის შემდეგ, შარდის შეუკავებლობა. ჩნდება ნარჩენი შარდი.

პარაპროსტატულ ქსოვილებზე, შარდსადენზე, შარდსაწვეთებზე სიმსივნის ადგილობრივი გავრცელებისას შეიძლება აღინიშნოს უროდინამიკის დარღვევა და განვითარდეს ქრონიკული პიელონეფრიტი, თირკმლის ქრონიკული უკმარისობა და ინტოქსიკაცია. დიზურიული მოვლენები აქვს ავადმყოფთა ნახევარს, განსაკუთრებით – ღამის საათებში. შარდის სრული შეკავება იშვიათია. შარდის ბუშტში სიმსივნის ჩაზრდის ან ვენური სტაზის შემთხვევაში ვლინდება ჰემატურია, ვითარდება აგრეთვე ჰემოსპერმია და იმპოტენცია.

წინამდებარე ჯირკვლის კიბოს მეტასტაზები ვრცელდება ლიმფოგენურად (შემთხვევათა 54%-ში) და ჰემატოგენურად. ლიმფოგენური მეტასტაზები ვრცელდება თეძოს და პარააორტულ ლიმფურ კვანძებში, ჰემატოგენური – გავა-წელის მალებში, მენჯის ძვლებში, ნეკნებში, ბარძაყის ძვლის პროქსიმალურ მესამედში, იშვიათად – ფილტვსა და ღვიძლში. ძვლების მეტასტაზები ხშირად ოსტეობლასტურია, იშვიათად – ოსტეოლიზური ან შერეული.

ძვლების მეტასტაზური დაზიანებისას წინა პლანზე გამოდის ტკივილები ძვლებში, იშიალგია ან პარაპლეგია (ზურგის ტვინზე ზეწოლის გამო), რეგიონული ლიმფური კვანძების დაზიანებისას – ვენური სტაზი და ქვედა კიდურების შეშუპება; შარდის პასაჟის დარღვევის გამო შეიძლება განვითარდეს წელის ტკივილი, ოლიგოანურიისა და თირკმლის უკმარისობის თანხლებით. ზოგადი ინტოქსიკაციის გამოვლინებაა საერთო სისუსტე, წონაში მოკლება, კახექსია, ე. წ. "დაუდგენელი გენეზის ცხელება", რომელიც ხშირად დაავადების პირველი და ერთადერთი სიმპტომია.

ზოგჯერ, პროცესში ძვლის ტვინის ჩათრევის გამო, დაავადება ვლინდება მორეციდივე თრომბოფლებიტის, კოაგულოპათიის, სისხლდენის სახით.

წინამდებარე ჯირკვლის კიბოს დიაგნოზი ისმება დიგიტალური გასინჯვის, ულტრასონოგრაფიისა და სისხლში პროსტატსპეციფიკური ანტიგენის (PSA) განსაზღვრის საფუძველზე. დამატებით ტარდება ძვლებისა და ფილტვების რენტგენოგრაფია, უროგრაფია, კომპიუტერული ან მაგნიტურ-რეზონანსული ტომოგრაფია. საბოლოო დიაგნოზი ემყარება ტრანსრექტული დამიზნებითი ბიოფსიით მიღებული მასალის ჰისტომორფოლოგიურ გამოკვლევას. მნიშვნელოვანია სისხლში მჟავე ფოსფატაზას განსაზღვრა. კეთდება ძვლების რადიოიზოტოპური გამოკვლევა რადიოაქტიური ტექნეციუმით (^{99}Tc) ან გალიუმით (^{67}Ga). შემთხვევათა 80%-ში სიმსივნე პერიფერიულად მდებარეობს, 15%-ში – წილთაშუა ღარში, 5%-ში კი ცენტრალური ლოკალიზაციისაა.

დიგიტალური გასინჯვის ეფექტურობა 50-90%-ია და დამოკიდებულია ექიმის გამოცდილებაზე. გასინჯვით ნაბულობენ ერთ ან რამდენიმე მკვრივ კვანძს ორივე წილის მწვერვალზე, ფუძეზე, ცენტრში ან წილთაშუა ღარში. ჯირკვლის ზომა დიდი ხნის განმავლობაში უცვლელია, ზოგჯერ ადენომას წააგავს, ზოგჯერ ხრტილის კონსისტენციისაა.

დიგიტალური გასინჯვის შემდეგ ტარდება ულტრასონოგრაფია. უპირატესობას ანიჭებენ ტრანსრექტულ ექოსკოპიას, რომლის კონტროლითაც შეიძლება განხორციელდეს დამიზნებითი ბიოფსია (ეფექტურია შემთხვევათა 90%-ში).

პროსტატსპეციფიკური ანტიგენის (PSA) შემცველობა ჯანმრთელი მამაკაცის სისხლში დამოკიდებულია წინამდებარე ჯირკვლის ზომებსა და ავადმყოფის ასაკზე. ამ პარამეტრების ზრდასთან ერთად მისი კონცენტრაციაც მატულობს. 40-49 წლის მამაკაცებში PSA–ს ნორმალური შემცველობა 2,5 ნგ/მლ-ია, 50-59 წლის მამაკაცებში – 3,5 ნგ/მლ, 60-69 წლის მამაკაცებში – 4,5 ნგ/მლ, ხოლო 70 წლის ზევით – 6,5 ნგ/მლ. საერთოდ, ჯანმრთელი მამაკაცის სისხლში PSA-ს შემცველობა 0-4 ნგ/მლ-ია, ადენომის დროს – 4-10 ნგ/მლ, ხოლო როცა PSA 10 ნგ/მლ-ზე მეტია, კიბოზე საეჭვოა. სისხლის შრატში PSA-ს საერთო რაოდენობის მომატება შეიძლება გამოიწვიოს აგრეთვე წინამდებარე ჯირკვლის იშემიამ, ინფარქტმა, აბსცესმა, პროს-

ტატიტმა და ა. შ. ამიტომ PSA-ს მაჩვენებლების მომატების დროს საჭიროა აღნიშნულ დაავადებებთან დიფერენცირება. გასათვალისწინებელია აგრეთვე, რომ წინამდებარე ჯირკვლის კიბოს შემთხვევათა 0,5%-ში PSA-ს დონე 4 ნგ/მლ-ზე ნაკლებია. დიგიტალური გასინჯვისა და სხვა უროლოგიური მანიპულაციების დამთავრებიდან 2 საათის შემდეგ PSA-ის დონე მატულობს და 7 დღის განმავლობაში ნორმაზე მეტია. მასობრივი სკრინინგის დროს დაავადების ადრეული ფორმების გამოსავლენად პერსპექტიულად ითვლება PSA-ს გამოყენება დიგიტალურ გასინჯვასთან ერთად. ეს გამოკვლევა კიდევ უფრო რაციონალურია დაავადების პროგრესირების გამოსავლენად წინამდებარე ჯირკვლის კიბოს დადგენილი და ნამკურნალევი შემთხვევების დინამიკური მეთვალყურეობის პერიოდში. ამ მიზნით გამოკვლევა უნდა ჩატარდეს 3 თვეში ერთჯერ. მკურნალობა ეფექტურად ითვლება, თუ PSA–ს დონე საწყის მაჩვენებელთან შედარებით 50%-ით შემცირდება.

წინამდებარე ჯირკვლის კიბოს კლასიფიკაცია TNM სისტემით (მე-6 გამოცემა, 2002)

წინამდებარე ჯირკვლისთვის რეგიონულ ლიმფურ კვანძებს წარმოადგენს მცირე მენჯის ლიმფური კვანძები, რომლებიც განლაგებულია თეძოს საერთო არტერიის გაორკაპების ქვემოთ. რეგიონულ ლიმფურ კვანძებში მეტასტაზის ლოკალიზაცია არ ახდენს გავლენას N კლასიფიკაციაზე.

TNM – კლინიკური კლასიფიკაცია

T – პირველადი სიმსივნე

TX პირველადი სიმსივნის შესაფასებლად საკმარისი მონაცემები არ არის

T0 პირველადი სიმსივნის არსებობის ნიშნები არ არის

Tis პრეინვაზიური კარცინომა (Carcinoma in situ)

T1 კლინიკურად უსიმპტომო სიმსივნე, პალპაციით არ ისინჯება, ვიზუალიზაციის მეთოდებით გამოკვლევისას არ ვლინდება

- T1a სიმსივნის შემთხვევითი გამოვლენა ჰისტოლოგიური გამოკვლევისას, ამოკვეთილი ქსოვილის არაუმეტეს 5%-ში
- T1b სიმსივნის შემთხვევითი გამოვლენა ჰისტოლოგიური გამოკვლევისას, ამოკვეთილი ქსოვილის არანაკლებ 5%-ში
- T1c სიმსივნის გამოვლენა წვრილი ნემსით პუნქციური ბიოფსიისას (რომელიც ჩატარებულია სისხლში პროსტატსპეციფიკური ანტიგენის (PSA) დონის აწევის გამო)

T2 წინამდებარე ჯირკვლით შემოფარგლული სიმსივნე[1]

- T2a სიმსივნეს უკავია ერთი წილის არაუმეტეს ნახევარი
- T2b სიმსივნეს უკავია ერთი წილის არანაკლებ ნახევარი, მაგრამ არა ორივე წილი
- T2c სიმსივნე გავრცელებულია ორივე წილზე

T3 სიმსივნე აზიანებს წინამდებარე ჯირკვლის კაფსულას მთლიანად[2] და:

- T3a გავრცელებულია კაფსულის ფარგლებს გარეთ
- T3b ჩაზრდილია სათესლე ბუშტუკ(ებ)ში

T4 სიმსივნე უძრავია ან, სათესლე ბუშტუკების გარდა, ვრცელდება სხვა მომიჯ-

ნავე სტრუქტურებზეც: შარდის ბუშტის ყელზე, გარეთა სფინქტერზე, სწორ ნაწლავზე, ამწევ კუნთ(ებ)ზე ან მენჯის კედელზე

შენიშვნა: 1. ერთ ან ორივე წილში პუნქციური ბიოფსიით აღმოჩენილი სიმსივნე, რომელიც პალპაციით არ ისინჯება და არ ვლინდება ვიზუალიზაციის მეთოდებით გამოკვლევისას, მიეკუთვნება T1c კატეგორიას.

2. წინამდებარე ჯირკვლის მწვერვალში ან კაფსულაში (მაგრამ არა კაფსულის ფარგლებს გარეთ) სიმსივნის ჩაზრდა ექვემდებარება არა T3, არამედ T2 კატეგორიით კლასიფიკაციას.

N – რეგიონული ლიმფური კვანძები

NX რეგიონული ლიმფური კვანძების შესაფასებლად საკმარისი მონაცემები არ არის

N0 რეგიონული ლიმფური კვანძების მეტასტაზური დაზიანების ნიშნები არ არის

N1 რეგიონული ლიმფური კვანძების მეტასტაზური დაზიანება

შენიშვნა: 0,2 სმ-მდე ზომის მეტასტაზი შეიძლება აღიწეროს pN1mi სიმბოლოთი.

M – შორეული მეტასტაზები

MX შორეული მეტასტაზის შესაფასებლად საკმარისი მონაცემები არ არის

M0 შორეული მეტასტაზის არსებობის ნიშნები არ არის

M1 აღინიშნება შორეული მეტასტაზები

M1a არარეგიონულ ლიმფურ კვანძ(ებ)ში

M1b ძვალში (ძვლებში)

M1c სხვა სტრუქტურებში

pTNM – პათოჰისტოლოგიური კლასიფიკაცია

pT, pN, pM კატეგორიები შეესაბამება T, N, M კატეგორიებს, ამასთან, pT1 კატეგორია არ განისაზღვრება, რადგან pT კატეგორიის შესაფასებლად საკმარისი ქსოვილი არ არის.

G – ჰისტოლოგიური გრადაცია

GX დიფერენციაციის ხარისხის შესაფასებლად საკმარისი მონაცემები არ არის

G1 მაღალდიფერენცირებული (მსუბუქი ანაპლაზია) (Gleason 2-4)

G2 საშუალოდ დიფერენცირებული (საშუალო ანაპლაზია) (Gleason 5-6)

G3-4 დაბალდიფერენცირებული/არადიფერენცირებული (მძიმე ანაპლაზია) (Gleason 7-10)

დაჯგუფება სტადიების მიხედვით

I სტადია	T1a	N0	M0	G1
II სტადია	T1a	N0	M0	G2, 3-4
	T1b,c	N0	M0	G ნებისმიერი
	T1, T2	N0	M0	G ნებისმიერი
III სტადია	T3	N0	M0	G ნებისმიერი
IV სტადია	T4	N0	M0	G ნებისმიერი
	T ნებისმიერი	N1	M0	G ნებისმიერი
	T ნებისმიერი	N ნებისმიერი	M1	G ნებისმიერი

მკურნალობა. წინამდებარე ჯირკვლის კიბოს მკურნალობის სტრატეგიას განსაზღვრავს დაავადების გავრცელება და სიმსივნის ჰორმონდამოკიდებულება. ამ თვალ-

საზრისით, გამოყოფენ წინამდებარე ჯირკვლის **ლოკალურ, ლოკო-რეგიონულ** (ადგილობრივად გავრცელებულ) და **გავრცელებულ** ავთვისებიან სიმსივნეებს, ხოლო ჰორმონდამოკიდებულების მიხედვით ეს სიმსივნეები შეიძლება იყოს ანდროგენდამოკიდებული, ანდროგენმგრძნობიარე და ანდროგენრეზისტენტული. იმის გათვალისწინებით, რომ წინამდებარე ჯირკვლის კიბოს ადრეული ფორმების გამოვლენა თანამედროვე პირობებში იშვიათია, მკურნალობის მეთოდები უპირატესად კომბინირებული და კომპლექსურია და, ჩვენების მიხედვით, მოიცავს ქირურგიულ, სხივურ, ჰორმონულ და ქიმიოთერაპიულ კომპონენტებს.

ქირურგიული მკურნალობა. წინამდებარე ჯირკვლის საწყისი სტადიის სიმსივნეების მკურნალობის ძირითადი მეთოდია ქირურგიული ოპერაცია. კეთდება რადიკალური პროსტატექტომია, რომელიც ითვალისწინებს სათესლე ბუშტუკების, შარდსადენის პროსტატის ნაწილის, შარდის ბუშტის ყელის, პარაპროსტატული მიდამოს რბილი ქსოვილების ამოკვეთას მენჯის ლიმფადენექტომიასთან ერთად.

პროსტატექტომია ტარდება შორისისმხრივი, ბოქვენქვეშა, ბოქვენუკანა ან ბოქვენზედა ლაპაროტომიული მიდგომით. ონკოლოგიური თვალსაზრისით, უპირატესობა ამ უკანასკნელს ენიჭება, რადგან იგი მენჯის ლიმფური კვანძების რევიზიისა და, საჭიროების შემთხვევაში, ლიმფადენექტომიის ჩატარების საშუალებასაც იძლევა.

ოპერაცია უკეთდებათ T1-2 სტადიის მაღალდიფერენცირებული და საშუალოდ დიფერენცირებული ავთვისებიანი სიმსივნეების მქონე შედარებით ახალაზრდა ასაკის პაციენტებს, რომლებსაც თანმხლები დაავადებების სიმცირის გამო უფრო ხანგრძლივი სიცოცხლის შანსი აქვთ. დამოუკიდებელი ქირურგიული მკურნალობის შემდეგ I-II სტადიის კიბოს დროს სიცოცხლის ხანგრძლივობის 5-წლიანი მაჩვენებელი 70%-ს აღწევს. ოპერაციის ნაკლი ის არის, რომ იგი უმრავლეს შემთხვევაში იმპოტენციით მთავრდება, ზოგჯერ კი ვითარდება შარდის შეუკავებლობა და ურეთრული ანასტომოზის სტრიქტურა.

ტრანსურეთრული რეზექცია (ᲢᲣᲠ-ი) და კრიოქირურგია გამოიყენება მხოლოდ სიმპტომური მკურნალობის მიზნით, შარდის პასაჟის აღსადგენად. ***T1a-b სტადიის*** სიმსივნის დროს, თუ წინამდებარე ჯირკვლის მრავლობითი დაზიანება გამორიცხება, ჩატარებული ᲢᲣᲠ-ი რადიკალურ მკურნალობად შეიძლება ჩაითვალოს.

IV სტადიის კიბოს დროს ხანდაზმულ ავადმყოფებში შეიძლება განხორციელდეს ქირურგიული კასტრაცია — ორმხრივი ორქიეპიდიდიმექტომია.

სხივური თერაპია გამოიყენება დაავადების ყველა სტადიაში.

დაავადების საწყისი ფორმების დროს სხივური თერაპია შეიძლება იყოს რადიკალური პროსტატექტომიის ალტერნატივა, როცა პაციენტი ინფორმირებულია ოპერაციის შემდგომი გართულების შესახებ (იმპოტენცია, შარდის შესაძლო შეუკავებლობა და ა. შ.) და ქირურგიულ ჩარევაზე უარს აცხადებს.

სხივური თერაპია, როგორც მკურნალობის დამოუკიდებელი მეთოდი, გამოიყენება დაავადების საწყისი ფორმების მქონე შედარებით ახალგაზრდა ასაკის პაციენტებში, რომლებსაც აქვთ ხანგრძლივი (10 წელზე მეტი) სიცოცხლის შანსი, ხოლო სიმსივნე დაბალდიფერენცირებულია; აგრეთვე იმ შემთხვევებში, როცა პაციენტს ოპერაციისადმი სამედიცინო უკუჩვენებები აქვს, ან უკვე ჩატარებულია ᲢᲣᲠ-ი, რომლითაც დადგენილია კიბოს არსებობა.

სხივური თერაპია ფართოდ გამოიყენება ადგილობრივად გავრცელებული სიმსივნეების დროსაც: ასხივებენ რეგიონული მეტასტაზების განვითარების ზონებს. შორეული მეტასტაზების (M+) დასხივება კი ხდება სიმპტომური მკურნალობის მიზნით, ტკივილების მოსახსნელად.

რადიკალური მკურნალობის მიზნით გამოიყენება დისტანციური, ქსოვილშიგა და შერწყმული სხივური თერაპია. უფრო ხშირად მიმართავენ სტატიკურ მრავალველიან ან როტაციულ დისტანციურ დასხივებას, შედარებით იშვიათად – ბრაქითერაპიას დამოუკიდებლად ან დისტანციურ დასხივებასთან ერთად.

დისტანციური დასხივებისთვის გამოიყენება გამა-დანადგარები ან ხაზოვანი ამაჩქარებლები მეგავოლტური გამოსხივების წყაროთი.

ბრაქითერაპიის წინ კეთდება მენჯის ლიმფური კვანძების ექსტრაპერიტონული დისექცია. შემდეგ ახდენენ ძირითად სიმსივნეში რადიოაქტიური წყაროს ჩანერგვას. მისი უპირატესობა ისაა, რომ გამოსხივების მაქსიმალური დოზის კონცენტრაცია სიმსივნეში ხდება და ირგვლივმდებარე საღი ქსოვილები უმნიშვნელოდ სხივდება.

ბრაქითერაპიის უკუჩვენებაა ადგილობრივად გავრცელებული სიმსივნე, მრავლობითი მეტასტაზები ლიმფურ კვანძებში და დაბალდიფერენცირებული სიმსივნე.

როცა წინამდებარე ჯირკვლის კიბო კაფსულის გარეთ ვრცელდება, უპირატესობას ანიჭებენ შერწყმულ სხივურ თერაპიას ქსოვილშიგა β–გამოსხივების წყაროების (^{198}Au, ^{125}I, ^{192}Ir, ^{103}Pd) გამოყენებით.

წინამდებარე ჯირკვლის ლოკალური მაღალდიფერენცირებული სიმსივნის დროს ასხივებენ ძირითად კერას ჯირკვლის კაფსულასთან ერთად, აგრეთვე პარაპროსტატულ ქსოვილებს, სათესლე ბუშტუკებს, თესლგამომტან სადინარებსა და შარდის ბუშტის ყელს. უფრო აგრესიული სიმსივნის დროს, აგრეთვე რეგიონული ლიმფური კვანძების მეტასტაზური დაზიანებისას დასხივების ველი ფართოვდება და მენჯის ლიმფურ კვანძებსაც მოიცავს.

პირველად კერას ასხივებენ 60-70 გრეიმდე დოზით, ხოლო რეგიონული ლიმფური კოლექტორების დასასხივებლად საკმარისია 40-45 გრეი. ამიტომ დასხივებას იწყებენ ფართო ველით ისე, რომ ერთდროულად დასხივდეს ძირითადი კერა და რეგიონული ლიმფური კვანძები. 40-45 გრეის შესრულების შემდეგ აგრძელებენ მხოლოდ პროსტატის დასხივებას 60-70 გრეი ჯამური დოზის მიღწევამდე. თუ ლიმფადენექტომიის დროს ამოღებული ლიმფური კვანძების ჰისტოლოგიურმა გამოკვლევამ მათი მეტასტაზური დაზიანება დაადასტურა, მაშინ დასხივების ველი Th_{12}-L_5 ზონის პარააორტულ ლიმფურ კვანძებამდე ფართოვდება.

ლოკალური დასხივების შემდეგ გართულებები ერთეულ შემთხვევებში გვხვდება, ხოლო მცირე მენჯისა და პარააორტული მიდამოს დასხივების შემდეგ სხივური გართულებების სიხშირე 50-70%-ს აღწევს და სხივური ცისტიტის, რექტიტის, დერმატიტის, ურეთრის სტრიქტურის, შარდის შეუკავებლობის, შარდის ბუშტიდან და სწორი ნაწლავიდან სისხლდენის სახით ვლინდება.

სხივური თერაპიის ეფექტურობა შეიძლება შეფასდეს 3 თვის შემდეგ, წინამდებარე ჯირკვლის განმეორებითი პუნქციური ბიოფსიით მიღებული მასალის ჰისტოლოგიური გამოკვლევით.

ჰორმონთერაპიის ფონზე სხივური თერაპიის ეფექტი უკეთესია. ჰიპერთერმია 20-25%-ით აუმჯობესებს სხივური თერაპიის შედეგებს.

ჰორმონთერაპია. წინამდებარე ჯირკვლის კიბო შეიძლება წარმოდგენილი იყოს უჯრედთა 3 ტიპით: ა) **ანდროგენდამოკიდებული**, რომელთაც ზრდა-გამრავლებისთვის ანდროგენული სტიმულაცია სჭირდებათ; ბ) **ანდროგენმგრძნობიარე**, რომლებიც ანდროგენების არარსებობისას არ იღუპებიან, მაგრამ ზრდას ანელებენ და გ) **ანდროგენრეზისტენტული**, რომელთა ზრდა-გამრავლებისთვის ანდროგენები საჭირო არ არის.

ანდროგენების წყაროს ორგანიზმში წარმოადგენს სათესლე ჯირკვლები, აგრეთვე თირკმელზედა ჯირკვლები და მათი ჰორმონების ზეგავლენით — ზოგიერთი პერიფერიული ქსოვილი.

ზემოაღნიშნულის გათვალისწინებით, წინამდებარე ჯირკვლის ადგილობრივად გავრცელებული და დისემინირებული სიმსივნეების დროს ფართოდ გამოიყენება ჰორმონთერაპია, რომლის საშუალებითაც ანდროგენდამოკიდებული და ანდროგენმგრძნობიარე სიმსივნეების შემთხვევაში ანდროგენული ჰორმონების სრული ბლოკადა მიიღწევა. ჰორმონთერაპია შეიძლება იყოს მონოკომპონენტური (კასტრაცია, ესტროგენთერაპია ანტიანდროგენებით) ან კომბინირებული (ქირურგიული ან მედიკამენტური კასტრაცია + ანტიანდროგენებით მკურნალობა). **ანტიანდროგენები** არის სტეროიდული (ანდროკური, ფლუტამიდი, ანანდრონი) და არასტეროიდული.

ქირურგიული **კასტრაცია** ეფექტურია შემთხვევათა 95%-ში. შედარებით ახალგაზრდა ასაკში იგი ძლიერ ფსიქოლოგიურ ტრავმას იწვევს — ისპობა სქესობრივი ლტოლვა. ჰორმონდამოუკიდებელი სიმსივნეების დროს ქირურგიული კასტრაცია უეფექტოა. თუ გავითვალისწინებთ იმას, რომ მისი ზემოქმედებით თავდაპირველად ხდება ანდროგენდამოკიდებული უჯრედების აპოპტოზი, დაახლოებით 2 წლის შემდეგ რჩება მხოლოდ ანდროგენრეზისტენტული კლონი და ეს მეთოდი სამკურნალო ზეგავლენას კარგავს.

ესტროგენთერაპია ტარდება დიეთილსტილბესტროლით, ესტრადურინით, ხონვანით. აღნიშნული მეთოდით მკურნალობას თან ახლავს მრავალი გართულება გულსისხლძარღვთა, პემოსტაზის, კუჭ-ნაწლავის და ჰეპატობილიარული სისტემის მხრივ. ამ გართულებებით უფრო მეტი ავადმყოფი იღუპება, ვიდრე ჭირითადი დაავადების გენერალიზაციით.

პროსტატის სიმსივნეში გეხვდება ესტროგენრეცეპტორებიც. ამიტომ ზოგჯერ აზრი აქვს ანტიესტროგენების დანიშვნასაც.

უკანასკნელ წლებში ხშირად მიმართავენ კომბინირებულ მკურნალობას — ქირურგიულ ან მედიკამენტურ კასტრაციას ანტიანდროგენებით თერაპიასთან ერთად, რომლის დროსაც ორგანიზმში მიიღწევა ტესტოსტერონის ყველაზე დაბალი (დადასტურებული კასტრაციული) დონე და იგი **მაქსიმალური ანდროგენული ბლოკადის** სახელწოდებითაა ცნობილი. მიუხედავად ადეკვატური ანდროგენული ბლოკადისა, ზოგჯერ სიმსივნის პროგრესირება მაინც მიმდინარეობს. დადგენილია, რომ წინამდებარე ჯირკვლის კიბოს 15-20% თავიდანვე ჰორმონრეზისტენტულია, ხოლო დანარჩენ შემთხვევებში რეზისტენტობა ვითარდება ჰორმონდამოკიდებული სიმსივნეების 12-18-თვიანი მკურნალობის შემდეგ.

ჰორმონული რეზისტენტობის თავიდან ასაცილებლად მიმართავენ ე. წ. პერიოდულ (წყვეტილ) ანდროგენულ ბლოკადას. ამ კონცეფციით ხდება ღეროვანი სიმსივნური უჯრედების ნაწილობრივი შენარჩუნება: გარკვეული პასუხის მიღების შემდეგ ანდროგენების მიცემას წყვეტენ, რათა ანდროგენდამოკიდებულ კლონებს ზრდის საშუალება მიეცეთ. შემდეგ კი მკურნალობა კვლავ განახლდება.

პირველი ხაზის ანტიანდროგენებისადმი რეზისტენტობის განვითარების შემთხვევაში ინიშნება მეორე ხაზის ანტიანდროგენული თერაპია კასოდექსით. თუ რეზისტენტობა განპირობებულია თირკმელზედა ჯირკვლის ანდროგენული აქტივობით, ინიშნება ამინოგლუტეთიმიდი (ორიმენტი), კეტოკონაზოლი, სურამინი – ჰიდროკორტიზონის ფონზე. დადებითი ეფექტი აღინიშნება რეკომბინანტული ალფა-ინტერფერონით მკურნალობისას. სიმპტომური ეფექტი მიიღწევა დექსამეტაზონით.

ჰორმონრეზისტენტული სიმსივნეების დროს ინიშნება ქიმიოთერაპია ტაქსოტერის, ესტრამუსტინის, მიტოქსანტრონის, ვინკრისტინის, ვინბლასტინის, ეტოპოზიდის, ფტორურაცილის, ციკლოფოსფანის, პლატინისა და ანტრაციკლინური პრეპარატების გამოყენებით.

ძვლების მეტასტაზური დაზიანებისა და ოსტეოპოროზის დროს ინიშნება ბისფოსფონატები. ეფექტურია ზოლედრონის მჟავა – ზომეტა.

ტკივილების მოსახსნელად შეიძლება ჩატარდეს ძვლების მსხვილფრაქციული დასხივება. უკეთესი ეფექტით ხასიათდება მეტასტრონის (სტრონციუმ-89) და სამარიუმის (სამარიუმ-153) ინტრავენური ინექციები, რომლებიც კეთდება 3 თვეში ერთჯერ.

წინამდებარე ჯირკვლის ლოკალური კიბოს მკურნალობა. ლოკალურ კიბოს მიეკუთვნება ის შემთხვევები, როდესაც სიმსივნური პროცესი არ სცილდება წინამდებარე ჯირკვლის კაფსულის ფარგლებს, ანუ ესაა I-II სტადიის კიბო (T1aN0M0G1, T1a,b,cN0M0G2,3-4).

წინამდებარე ჯირკვლის *I სტადიის (T1aN0M0G1)* კიბოს დროს, თუ PSA 4 ნგ/მლ-ზე ნაკლებია, ნაჩვენებია მხოლოდ აქტიური დაკვირვება – 6 თვეში ერთჯერ სისხლის შრატში PSA-ს განსაზღვრა, დიგიტალური გასინჯვა და ტრანსრექტული ულტრასონოგრაფია. როცა PSA 4 ნგ/მლ-ზე მეტია, მაშინ ტარდება პროსტატექტომია ან რადიკალური სხივური თერაპია (დისტანციური გამა-თერაპია ან ბრაქითერაპია).

II სტადიის (T1aN0M0G2-4, T1bN0M0G1-4, T1cN0M0G1-4, (T1-2N0M0G1-4) მაღალდიფერენცირებული და ზომიერად დიფერენცირებული ადენოკარცინომისას 65 წლის ასაკამდე პაციენტებში მიზანშეწონილია ქირურგიული მკურნალობა. სხივურ თერაპიას მიმართავენ 65 წელზე უფროსი ასაკის პაციენტებში დაბალდიფერენცირებული და არადიფერენცირებული კიბოს დროს ან იმ შემთხვევაში, როცა პაციენტი უარს ამბობს შეთავაზებულ ოპერაციაზე. ტარდება როტაციული დასხივება ორჯერ დღეში, I ფრაქცია – 1 გრეი, II ფრაქცია – 1,5 გრეი, შუალედი ფრაქციებს შორის – 5-6 სთ, ჯამური კეროვანი დოზა – 65-70 გრეი. შეიძლება ჩატარდეს შერწყმული სხივური თერაპია (დისტანციური გამა-თერაპია + ბრაქითერაპია).

წინამდებარე ჯირკვლის ლოკორეგიონული (ადგილობრივად გავრცელებული) კიბოს მკურნალობა. ადგილობრივად გავრცელებულ კიბოს მიეკუთვნება ის შემთხვევები, როდესაც სიმსივნური პროცესი წინამდებარე ჯირკვლის კაფსულის ფარგლებს გარე-

თაა გავრცელებული (III სტადიის T3N0M0 და IV სტადიის T4N0M0 გავრცელების კიბო) ან როცა, ამასთანავე აღინიშნება რეგიონული ლიმფური კვანძების მეტასტაზური დაზიანებაც, რაც IV სტადიის T1-4N1M0 გავრცელების კიბოს შეესაბამება. მათი მკურნალობა კომბინირებულია. სხივური თერაპია ტარდება II სტადიის კიბოს მკურნალობის ანალოგიურად. ჰორმონთერაპიული კომპონენტი გულისხმობს ანდროგენების მაქსიმალურ ბლოკადას ა) ორმხრივი სუბკაფსულური ორქიექტომიითა და ერთ-ერთი ანტიანდროგენის (ფლუცინომი, კაზოდექსი, ანანდრონი) მიღებით – დაავადების პროგრესირებამდე ან ბ) რილიზინგ-მალუტეინიზებელი ჰორმონის ერთ-ერთი ანალოგისა (ზოლადექსი, დიფერელინი, ლუკრინი) და ანტიანდროგენის მიღებით – დაავადების პროგრესირებამდე. ცალკეულ შემთხვევებში (პაციენტის ახალგაზრდა ასაკი, გლისონის მაჩვენებელი – 7-ზე ნაკლები, PSA – 20 ნგ/მლ-ზე ნაკლები) დასაშვებია ჩატარდეს რადიკალური პროსტატექტომია და ადიუვანტური მკურნალობა.

წინამდებარე ჯირკვლის გავრცელებული ფორმების მკურნალობა. გავრცელებულ კიბოს მიეკუთვნება IV სტადიის T0-4N0-1M1 გავრცელების კიბო. ამ შემთხვევაში მკურნალობა ჰორმონთერაპიული ან კომბინირებულია. 75 წელს გადაცილებულ მამაკაცებში უპირატესად ტარდება ქირურგიული კასტრაცია ორმხრივი ორქიექტომიის სახით, ან ქიმიური კასტრაცია რილიზინგ-მალუტეინიზებელი ჰორმონის ერთ-ერთი ანალოგის გამოყენებით (ზოლადექსი – 3,6 მგ კანქვეშ, 28 დღეში ერთჯერ, ან 10,8 მგ კანქვეშ, 3 თვეში ერთჯერ; პროსტაპი – 3,6 მგ კანქვეშ, 28 დღეში ერთჯერ; ან ბუსერელინი – 500 მკგ დღეში, 7 დღის განმავლობაში, კანქვეშ; შემდეგ – 40 მკგ, 3-ჯერ დღეში, ინტრანაზალური აეროზოლის სახით, 3-6 თვის განმავლობაში).

მაქსიმალური ანდროგენული ბლოკადა შეიძლება განხორციელდეს რამდენიმე ვარიანტად: ა) ქირურგიული კასტრაცია (ორმხრივი ორქიექტომია) ერთ-ერთი ანტიანდროგენის (ფლუცინომი, კაზოდექსი, ანანდრონი) გამოყენებით; ბ) ქიმიური კასტრაცია რილიზინგ-მალუტეინიზებელი ჰორმონის ერთ-ერთი ანალოგის (ზოლადექსი, ბუსერელინი, პროსტაპი) და ერთ-ერთი ანტიანდროგენის (ფლუცინომი, კაზოდექსი, ანანდრონი) გამოყენებით; გ) ანდროკურ-დეპო – 3 მლ კვირაში ერთჯერ, კუნთებში. აღნიშნული სქემები გამოიყენება დაავადების პროგრესირებამდე. პროგრესირების შემთხვევაში მკურნალობას ცვლიან.

კომბინირებულ მკურნალობას მიმართავენ უპირატესად 75 წლის ასაკამდე მამაკაცებში. ტარდება ქიმიოთერაპია ჰორმონთერაპიის ფონზე: ა) ქირურგიული კასტრაცია + ქიმიოთერაპია (AVCF, მიტომიცინ-ეპირუბიცინი); ბ) ქიმიური კასტრაცია + ქიმიოთერაპია; გ) ქირურგიული კასტრაცია + ჰორმონთერაპია ანტიანდროგენით + ქიმიოთერაპია; ე) ჰორმონთერაპია ანდროკურ-დეპოთი + ქიმიოთერაპია (AVCF, მიტომიცინ-ეპირუბიცინი).

ჰორმონრეზისტენტული სიმსივნეების დროს ინიშნება ქიმიოთერაპია.

მკურნალობისშემდგომი დისპანსერული მეთვალყურეობა: პირველ წელს – 3 თვეში ერთჯერ, მეორე წელს – 6 თვეში ერთჯერ, მეხუთე წლიდან – წელიწადში ერთჯერ.

სათესლე ჯირკვლის კიბო (C62)

სათესლე ჯირკვლის კიბო მამაკაცთა ავთვისებიანი სიმსივნეების 0,5-3%-ს შეადგენს. მათ შორის, ბილატერალური დაზიანება ავადმყოფთა 4-6%-ში გვხვდება. დაავადებას სამი ასაკობრივი პიკი გააჩნია: 0-დან 10 წლამდე, 20-დან 40 წლამდე და 50 წელს ზევით.

ეტიოლოგიური ფაქტორებიდან მნიშვნელოვანია კრიპტორქიზმი, ექტოპია, ტრავმა, ჰიპოპლაზია, ატროფია, ორქიტი, ჰორმონული ბალანსის დარღვევა მისი სხვადასხვა გამოვლინებებით. კრიპტორქიზმიდან სათესლე ჯირკვლის კიბოს განვითარების რისკი 30-ჯერ მაღალია. 6 წლის ასაკამდე პაციენტებში კრიპტორქიზმის კორექციით შესაძლებელია კიბოს განვითარების ეტიოლოგიური რისკის მოხსნა.

სათესლე ჯირკვლის სიმსივნეები მაკროსკოპულად მოთეთრო-მორუხო, ღია ყავისფერი ან ჭრელია (ქორიონკარცინომის დროს). ჰისტოლოგიური კლასიფიკაციით ისინი 9 ჯგუფად იყოფა:

I. გერმინოგენული სიმსივნეები (ვითარდება სათესლე ეპითელიუმისგან)
   ა) კიბოსწინა ცვლილებები – ინტრატუბულური ავთვისებიანი სიმსივნური უჯრედები (Carcinoma in Situ);
   ბ) ერთი ჰისტოლოგიური ტიპის სიმსივნეები (სუფთა ფორმები) – სემინომა, სპერმატოციტული სემინომა, ემბრიონული კიბო, ყვითრის პარკის სიმსივნე, პოლიემბრიომა, ქორიონკარცინომა, ტერატომა (მომწიფებული – დერმოიდული კისტა; უმწიფარი – ავთვისებიანი ტრანსფორმაციით);
   გ) ერთზე მეტი ჰისტოლოგიური ტიპის სიმსივნეები.

II. სასქესო ბაგირაკის სტრომის (მეზენქიმური) სიმსივნეები:
   ა) კარგად დიფერენცირებული (სუფთა) ფორმები (ლეიდიგის, სერტოლის უჯრედებისგან განვითარებული სიმსივნეები, გრანულოზურუჯრედოვანი სიმსივნეები);
   ბ) შერეული ფორმები;
   გ) თეკომა – ფიბრომის ჯგუფის სიმსივნეები;
   დ) არასრულად დიფერენცირებული სიმსივნეები;
   ე) არაკლასიფიცირებადი ფორმები.

III. გერმინოგენული უჯრედის და სასქესო ბაგირაკის სტრომის ელემენტების შემცველი სიმსივნეები და სიმსივნისმაგვარი დაზიანებები (გონადობლასტომა და სხვა).

IV. სხვა შერეული სიმსივნეები (კარცინოიდი);

V. ლიმფოიდური და სისხლმბადი ქსოვილების სიმსივნეები;

VI. მეორეული სიმსივნეები;

VII. სათესლე ჯირკვლის სწორი მილაკების, ბადის, სათესლის დანამატის, ბაგირაკის, კაფსულის, სხვა სტრუქტურების და რუდიმენტული წარმონაქმნების სიმსივნეები;

VIII. არაკლასიფიცირებადი სიმსივნეები.

სათესლე ჯირკვლის ავთვისებიანი სიმსივნეების 90%-ზე მეტი სათესლე უჯრედებიდან ვითარდება და მათ გერმინოგენულ სიმსივნეებს უწოდებენ (სემინომა, ემბრიონული კიბო, ქორიონეპითელიომა, ტერატომა). შემთხვევათა 40%-ში აღნიშნული

სიმსივნეები შერეული სახით გვხვდება. შემთხვევათა დაახლოებით 10%-ში ვლინდება სხვადასხვა ტიპის სიმსივნეები, მათ შორის, სათესლე ჯირკვლის სტრომის – სერტოლისა და ლეიდიგის – უჯრედებისგან განვითარებული სერტოლიომა და ლეიდიგომა, რომლებსაც არაგერმინოგენულ სიმსივნეებს უწოდებენ. კიდევ უფრო იშვიათად გვხვდება სათესლე ჯირკვლისათვის არასპეციფიკური სიმსივნეები: სარკომა, მელანომა, ლიმფომა (იხ. ჰისტოლოგიური კლასიფიკაცია).

ბავშვთა ასაკში უპირატესად გვხვდება ყვითრის პარკის სიმსივნე, პოსტპუბერტულ პერიოდში – სემინომები და შერეული სიმსივნეები, ხოლო 50 წელს გადაცილებულებში – სპერმატოციტული სემინომები, ლიმფომები და მეტასტაზური სიმსივნეები.

მაკროსკოპულად დიაგნოზი აუცილებლად სერიული მორფოლოგიური გამოკვლევების საფუძველზე უნდა დაისვას, რადგან სიმსივნის პოლიმორფიზმის სრული სურათის დასადგენად 1-2 ანათალი ხშირად საკმარისი არ არის.

სათესლე ჯირკვლის პრეინვაზიური კიბო (Carcinoma in Situ) ვითარდება თესლგამომტან მილაკებში. შეიძლება წარმოდგენილი იყოს სუფთა სპერმატოციტული სემინომის სახით ან სხვა გერმინოგენულ სიმსივნეებთან ერთად. სპონტანური რეგრესია აღწერილი არ არის. ინტერსტიციულ ქსოვილზე გავრცელებისას არაინვაზიური კიბო ინვაზიურ ფორმაში გადადის. კლინიკურად არ ვლინდება. რუტინული ბიოფსიური გამოკვლევებით მისი აღმოჩენა შესაძლებელია მაღალი რისკის ჯგუფებში (კიბოს არსებობა ერთ სათესლე ჯირკვალში, კრიპტორქიზმი, უშვილობა, სქესობრივი დიფერენციაციის დარღვევა Y-ქრომოსომული კარიოტიპით).

სათესლე ჯირკვლის კიბოს პირველი სიმპტომებიდან საყურადღებოა ჯირკვლის გადიდება და გამკვრივება. თავიდან ისინჯება მცირე ზომის მკვრივი კვანძი, მოგვიანებით – ხორკლიანი წარმონაქმნი. ხშირად სათესლე ჯირკვლის გარსი შეშუპებულია მეორეული სიმპტომური წყალმანკის განვითარების გამო, რაც ძირითადი სიმსივნის პალპაციის საშუალებას არ იძლევა. ასეთ დროს სათესლე ჯირკვლის გასინჯვამდე უნდა გაკეთდეს ჰიდროცელეს ასპირაცია. სიმსივნის მნიშვნელოვანი გადიდებისა და სათესლე ბაგირაკზე გავრცელებისას აღინიშნება ტკივილი, რომელიც ქვედა კიდურებს ან წელის მიდამოს გადაეცემა. შეკავებული სათესლე ჯირკვლის დროს საზარდულში აღინიშნება გამკვრივება (საზარდულის კრიპტორქიზმი), ან მუცელში ისინჯება სიმსივნე (მუცლის კრიპტორქიზმი). ზოგჯერ, განსაკუთრებით სათესლე ჯირკვლების ჰიპოპლაზიის დროს, ძირითადი სიმსივნე პალპაციით არ ისინჯება და დაავადების პირველი გამოვლენა მეტასტაზურ პროცესთან არის დაკავშირებული. მუცლის ღრუში სწრაფად მზარდი წარმონაქმნი თავიდან ხშირად რეტროპერიტონულ სიმსივნედ აღიქმება.

სათესლე ჯირკვლის ფარგლებს გარეთ სიმსივნის გავრცელება ხშირად ტემპერატურის მომატებით ვლინდება.

ზოგიერთი ფორმის სიმსივნის დროს აღინიშნება მეორეული ცვლილებები: ქორიონკარცინომის დროს – გინეკომასტია, ლეიდიგომის დროს – ნაადრევი სქესობრივი მომწიფება, სერტოლიომის დროს – ფემინიზაცია.

დაავადების განსაკუთრებულ ფორმას წარმოადგენს ექსტრაგონადური სიმსივნე, როცა სათესლე ჯირკვლის პარენქიმა ინტაქტურია და მისთვის დამახასიათებელი

სიმსივნეები ლოკალიზებულია რეტროპერიტონულ სივრცეში, შუასაყარში და ემბრიონული განვითარების მანკთან არის დაკავშირებული.

მეტასტაზები უპირატესად ლიმფოგენური გზით ვრცელდება. რეგიონული ლიმფოგენური მეტასტაზები ვითარდება: მარცხენა სათესლე ჯირკვლის კიბოს დროს – მარცხენა თირკმლის კარში და პარააორტულად, მის გაყოლებაზე; მარჯვენა სათესლე ჯირკვლის კიბოს დროს – პარაკავალურად, აორტასა და ქვემო ღრუ ვენას შორის, აგრეთვე აორტის წინ განლაგებულ ლიმფურ კვანძებში. შორეული ლიმფოგენური მეტასტაზები ვითარდება საზარდულში, შუასაყარსა და ლავიწზედა ფოსოში (უფრო მარცხნივ). აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ საზარდულის მიდამოს თიაქარპლასტიკა და სხვა ოპერაციები ცელის სათესლე ჯირკვლიდან ლიმფის ნორმალურ მიმოქცევას. ამიტომ ასეთ პაციენტებში სათესლე ჯირკვლის სიმსივნეების დროს არ არის გამორიცხული მეტასტაზის განვითარება საზარდულის ჰომოლატერალურ და თეძოს კონტრალატერალურ ლიმფურ კვანძებში. გასათვალისწინებელია ასევე ლიმფური სისტემის შეცვლილი ანატომია კრიპტორქიზმის დროს. კრიპტორქიზმის ფონზე საზარდულის არეში განვითარებული სათესლე ჯირკვლის კიბოს მეტასტაზები შეიძლება რეგიონულად ჩაითვალოს. ჰემატოგენური გზით მეტასტაზები ვითარდება ფილტვებში, ღვიძლში, თავის ტვინში, ძვალში. ქორიონკარცინომისა და ყვითრის პარკის სიმსივნეების მეტასტაზები ჰემატოგენურად ვრცელდება.

რეგიონული მეტასტაზების გამოვლინებები სხვადასხვაგვარია: რეტროპერიტონულ სივრცეში განვითარებული დიდი ზომის მეტასტაზი იწვევს აუტანელ ტკივილებს წელის არეში, შარდსაწვეთზე (იშვიათად ორივეზე) ზეწოლას და ანურიას, ქვედა კიდურების შეშუპებას. მარჯვენა სათესლე ჯირკვლის კიბოს რეტროპერიტონულმა მეტასტაზმა შეიძლება დიდ ზომებს მიაღწიოს, ჩაიზარდოს თორმეტგოჯა ნაწლავში და გამოიწვიოს პროფუზული გასტროდუოდენური სისხლდენა.

სათესლე ჯირკვლის ავთვისებიანი სიმსივნეების დიაგნოსტიკა ემყარება ანამნეზს, გარეგან დათვალიერებას და პალპაციას, რომლის დროსაც ვლინდება სათესლე პარკის ერთი ნახევრის გადიდება (პარკის შიგნით მკვრივი, ხორკლიანი კვანძით), სათესლე ბაგირაკის გასქელება, ვენური ქსელის გაფართოება. შეკავებულ სათესლე ჯირკვალში განვითარებული სიმსივნე საზარდულის არეში ან მუცლის ღრუში უნდა ისინჯებოდეს. ლაბორატორიული და ინსტრუმენტული გამოკვლევებიდან მნიშვნელოვანია სიმსივნური მარკერების განსაზღვრა და ულტრასონოგრაფია.

სათესლე ჯირკვლის პუნქციის საკითხი საკამათოა, რადგან ავტორთა უმრავლესობას მიაჩნია, რომ იგი ხშირად ცრუ-უარყოფით პასუხს იძლევა და ამასთან, შეიძლება სიმსივნის დისემინაცია გამოიწვიოს. ამიტომ იმ შემთხვევებში, როცა სახეზეა დაავადების ტიპური ნიშნები და დიაგნოზი ეჭვს არ იწვევს, უმჯობესია ოპერაცია ძირითადი კერის ციტოლოგიური გამოკვლევის გარეშე გაკეთდეს.

სათესლე ჯირკვლის პუნქცია დასაშვებია მაშინ, როცა, დიაგნოსტიკის ყველა სხვა მეთოდის გამოყენების მიუხედავად, კიბოს არსებობის გამორიცხვა ვერ ხერხდება. ასეთ დროს უპირატესობა ენიჭება ღია ექსპრეს-ბიოფსიას მასალის შემდგომ ჰისტოლოგიურ გამოკვლევასთან ერთად, ოღონდ ბიოფსიის დროს სათესლე ბაგირაკს წინასწარ უნდა დაედოს რბილი მომჭერი.

რეტროპერიტონული მეტასტაზების დასადგენად მნიშვნელოვანია ულტრასონოგრა-

ფია, კომპიუტერული და მაგნიტურ-რეზონანსული ტომოგრაფია. ექსკრეტორული უროგრაფიით შესაძლებელია განისაზღვროს რეტროპერიტონულ სივრცეში მეტასტაზების ლოკალიზაცია, ზომები, გავრცელების ხარისხი, თირკმლის ფუნქცია დაზიანების მხარეს და შარდსაწვეთის მდგომარეობა.

ფილტვების მდგომარეობის შესაფასებლად აუცილებელია რენტგენოგრაფია.

ლაბორატორიული გამოკვლევებიდან მნიშვნელოვანია სისხლის შრატში ქორიონული გონადოტროპინის, ალფა-ფეტოპროტეინის, ტუტე ფოსფატაზას, ლაქტატდეჰიდროგენაზას განსაზღვრა. აღნიშნული ანალიზები 2,5-ჯერ ამცირებს დიაგნოსტიკური შეცდომების რიცხვს. მათი საშუალებით შესაძლებელია დაავადების კლინიკური ნიშნების გამოჩენამდე მოხერხდეს სიმსივნის, რეციდივისა და მეტასტაზის არსებობის დადგენა, აგრეთვე განხორციელდეს ჩატარებული მკურნალობის რადიკალიზმის კონტროლი.

არასემინომური სიმსივნეების 90%-ში ალფა-ფეტოპროტეინისა და ქორიონული გონადოტროპინის დონე მომატებულია. სემინომებისათვის ამ მარკერების დონის მომატება არ არის დამახასიათებელი, თუმცა მათი მომატება შეიძლება აღინიშნოს, შესაბამისად, შემთხვევათა 5-10% და 5-20%-ში, რაც სემინომაში ყვითრის პარკის ან ტროფობლასტური უჯრედული ელემენტების არსებობით არის განპირობებული. ამიტომ მორფოლოგიურად დადგენილი სემინომის დროს, ამ მარკერების დონის მომატების შემთხვევაში, აუცილებლად უნდა გადაისინჯოს და სერიულად იქნეს შესწავლილი ჰისტოლოგიური პრეპარატი და არასემინომური კომპონენტის დადგენის შემთხვევაში მკურნალობა ჩატარდეს ისე, როგორც არასემინომური სიმსივნეების დროს.

როდესაც მკურნალობის დაწყების წინ მარკერების დონე მომატებულია, მკურნალობის შემდეგ რეციდივების განვითარების ალბათობა 70%-ს შეადგენს, ხოლო თუ მარკერების საწყისი დონე ნორმის ფარგლებშია, 7%-ს არ აღემატება. ამდენად, ონკომარკერების განსაზღვრას პროგნოზული მნიშვნელობა აქვს და დაავადების სტადიის დადგენის დროს მხედველობაში უნდა იქნეს მიღებული.

სათესლე ჯირკვლის გერმინოგენული სიმსივნეების კლასიფიკაცია TNM სისტემით (მე-6 გამოცემა, 2002წ)

სათესლე ჯირკვლისთვის რეგიონულ ლიმფურ კვანძებს წარმოადგენს მუცლის პერიაორტული, ინტერაორტოკავალური, პრეკავალური, პარაკავალური, რეტროკავალური და რეტროაორტული ლიმფური კვანძები. რეგიონულ ლიმფურ კვანძებში მეტასტაზის ლოკალიზაცია არ ახდენს გავლენას N კლასიფიკაციაზე.

დაავადების სტადია იყოფა ქვესტადიებად შრატში α-FP და β-hCG სიმსივნური მარკერების არსებობის ან მათი დონის მომატების ხარისხის მიხედვით. სიმსივნური მარკერების დონის განსაზღვრა ხდება უშუალოდ ორქიექტომიის შემდეგ, მათი დონეების განახევრების პერიოდის (α- FP-თვის – 7 დღე, hCG-თვის – 3 დღე) გათვალისწინებით. S კლასიფიკაცია ხდება α-FP და hCG მარკერების ორქიექტომიის-შემდგომი მინიმალური დონეების მიხედვით. მეტასტაზური სიმსივნის შემთხვევაში სიმსივნის სტადია განისაზღვრება შრატში LDH-ის დონის მიხედვით.

TNM – კლინიკური კლასიფიკაცია

T – პირველადი სიმსივნე

ყველა შემთხვევაში, გარდა pTis და pT4 კატეგორიებისა (როცა კლასიფიკაციის მიზნით რადიკალური ორქიექტომიის ჩატარება ყოველთვის არ არის აუცილებელი), პირველადი სიმსივნის გავრცელების ხარისხის შეფასება ხდება რადიკალური ორქიექტომიის შემდეგ (იხ. pT კლასიფიკაცია). თუ ორქიექტომია არ იყო ჩატარებული, სიმსივნის კლასიფიკაცია ხდება TX კატეგორიით.

N – რეგიონული ლიმფური კვანძები

NX რეგიონული ლიმფური კვანძების შესაფასებლად საკმარისი მონაცემები არ არის

N0 რეგიონული ლიმფური კვანძების მეტასტაზური დაზიანების ნიშნები არ არის

N1 2 სმ-მდე ზომის მეტასტაზი ერთ ან რამდენიმე ლიმფურ კვანძში

N2 2 სმ-დან 5 სმ-მდე ზომის მეტასტაზი ერთ ან რამდენიმე ლიმფურ კვანძში

N3 5 სმ-ზე მეტი ზომის მეტასტაზი ლიმფურ კვანძში

M – შორეული მეტასტაზები

MX შორეული მეტასტაზის შესაფასებლად საკმარისი მონაცემები არ არის

M0 შორეული მეტასტაზის არსებობის ნიშნები არ არის

M1 აღინიშნება შორეული მეტასტაზები

M1a არარეგიონულ ლიმფურ კვანძ(ებ)ში ან ფილტვში

M1b სხვა სტრუქტურებში

pTNM პათოჰისტოლოგიური კლასიფიკაცია

pT – პირველადი სიმსივნე

pTX პირველადი სიმსივნის შესაფასებლად საკმარისი მონაცემები არ არის

pT0 პირველადი სიმსივნის არსებობის ნიშნები არ არის (ჰისტოლოგიურად – ნაწიბური სათესლე ჯირკვალში).

pTis მილაკშიგა ჩანასახოვანუჯრედოვანი ნეოპლაზია (Carcinoma in situ)

pT1 სათესლე ჯირკვლით და სათესლის დანამატით შემოფარგლული სიმსივნე – სისხლძარღვებსა და ლიმფურ სადინარებში ჩაზრდის გარეშე. შესაძლებელია სიმსივნის ჩაზრდა სათესლე ჯირკვლის თეთრ გარსში, მაგრამ ბუდისებრი გარსის დაუზიანებლად

pT2 სათესლე ჯირკვლით და სათესლის დანამატით შემოფარგლული სიმსივნე, აღინიშნება სისხლძარღვებსა და ლიმფურ სადინარებში ჩაზრდა; ან სიმსივნის ჩაზრდა თეთრი გარსის გაელით ბუდისებრ გარსში

pT3 სიმსივნე გავრცელებულია სათესლე ბაგირაკზე, სისხლძარღვებსა და ლიმფურ სადინარებში ჩაზრდით ან მათი დაზიანების გარეშე

pT4 სიმსივნე გავრცელებულია სათესლე პარკზე, სისხლძარღვებსა და ლიმფურ სადინარებში ჩაზრდით ან მათი დაზიანების გარეშე

pN – რეგიონული ლიმფური კვანძები

pNX რეგიონული ლიმფური კვანძების შესაფასებლად საკმარისი მონაცემები არ არის

pN0 რეგიონული ლიმფური კვანძების მეტასტაზური დაზიანების ნიშნები არ არის

pN1 2 სმ-მდე ზომის მეტასტაზი 1-დან 5-მდე ლიმფურ კვანძში

pN2 2 სმ-დან 5 სმ-მდე ზომის მეტასტაზი ლიმფურ კვანძში; ან 5 სმ-მდე ზომის

მეტასტაზი არანაკლებ 5 ლიმფურ კვანძში; ან სიმსივნის გავრცელება ლიმფური კვანძების ფარგლებს გარეთ

pN3 5 სმ-ზე მეტი ზომის მეტასტაზი ლიმფურ კვანძში

pM – შორეული მეტასტაზები

pM კატეგორია შეესაბამება M კატეგორიას.

S – სიმსივნური მარკერები შრატში

SX სიმსივნური მარკერების დონის განსაზღვრა შრატში შეუძლებელია ან არ ჩატარებულა

S0 შრატის სიმსივნური მარკერების დონე ნორმის ფარგლებშია

LDH		hCG (სმ/მლ)		α -FP (ნგ/მლ)
S1 <1,5XN	და	<5000	და	<1000
S2 1,5-10XN	ან	5000-50000	ან	1000-10000
S3 >10XN	ან	>50000	ან	>10000

LDH მარკერის რაოდენობრივი შეფასებისას N აღნიშნავს ნორმის ზედა ზღვარს.

დაჯგუფება სტადიების მიხედვით

0 სტადია	pTis	N0	M0	S0, SX
I სტადია	pT1-4	N0	M0	SX
IA სტადია	pT1	N0	M0	S0
IB სტადია	pT2	N0	M0	S0
	pT3	N0	M0	S0
	pT4	N0	M0	S0
IS სტადია	ნებისმიერი pT/TX	N0	M0	S1-3
II სტადია	ნებისმიერი pT/TX	N1-3	M0	SX
IIA სტადია	ნებისმიერი pT/TX	N1	M0	S0
	ნებისმიერი pT/TX	N1	M0	S1
IIB სტადია	ნებისმიერი pT/TX	N2	M0	S0
	ნებისმიერი pT/TX	N2	M0	S1
IIC სტადია	ნებისმიერი pT/TX	N3	M0	S0
	ნებისმიერი pT/TX	N3	M0	S1
III სტადია	ნებისმიერი pT/TX	ნებისმიერი N	M1, M1a	SX
IIIA სტადია	ნებისმიერი pT/TX	ნებისმიერი N	M1, M1a	S0
	ნებისმიერი pT/TX	ნებისმიერი N	M1, M1a	S1
IIIB სტადია	ნებისმიერი pT/TX	N1-3	M0	S2
	ნებისმიერი pT/TX	ნებისმიერი N	M1, M1a	S2
IIIC სტადია	ნებისმიერი pT/TX	N1-3	M0	S3
	ნებისმიერი pT/TX	ნებისმიერი N	M1, M1a	S3
	ნებისმიერი pT/TX	ნებისმიერი N	M1b	ნებისმიერი S

მკურნალობა. სათესლე ჯირკვლის აუთვისებიანი სიმსივნეების მკურნალობა ეტაპობრივია და დამოკიდებულია სიმსივნის ჰისტოლოგიურ შენებასა და გავრცელებაზე. მკურნალობის ტაქტიკისა და გამოსავლის მიხედვით ცალკე გამოყოფენ სუფთა სემინომას, ხოლო სხვა გერმინოგენული სიმსივნეები (როგორც სუფთა, ისე შერეული ფორმები) გაერთიანებულია არასემინომების ჯგუფში.

განურჩევლად დაავადების სტადიისა და სიმსივნის ჰისტოლოგიური შენებისა, მკურნალობა ყოველთვის იწყება ქირურგიული ოპერაციით – ორქიფუნიკულექტომიით. ოპერაცია ითვალისწინებს საზარდულის არხის გახსნას და საზარდულის შიგნითა რგოლის დონეზე სათესლე ბაგირაკის გადაკვეთას. სიმსივნის სათესლე პარკისმხრივი ამოკვეთა, ბაგირაკის მოცილების გარეშე, ხელს უწყობს მეტასტაზების ატიპიურ გავრცელებას საზარდულის ლიმფურ კვანძებში, ნაცვლად რეტროპერიტონული სივრცისა.

არასემინომური სიმსივნეების დროს, სათანადო ჩვენებების მიხედვით, სათესლე ჯირკვლის კიბოს მეტასტაზების ზონიდან ხდება ლიმფური კვანძების ამოკვეთა. ყველაზე ხშირად სრულდება ტრანსპერიტონული რეტროპერიტონული ლიმფადენექტომია. ლიმფადენექტომიის მოცულობა დამოკიდებულია დავადების სტადიასა და დაზიანების მხარეობაზე. უკანასკნელ ხანებში ინერგება ლაპაროსკოპიული რეტროპერიტონული ლიმფადენექტომია. ენდოსკოპიური ტექნიკის გამოყენება უზრუნველყოფს ქსოვილების კარგ ვიზუალიზაციას, ნაკლებტრავმულია და ტრადიციულ ოპერაციასთან შედარებით უკეთესი შედეგით გამოირჩევა.

სხივური თერაპია გამოიყენება I და IIA-IIB სტადიის **სემინომის** დროს. ძირითადი კერის მოცილების შემდეგ დაავადების მხარეს მდებარე რეტროპერიტონული და თეძო-საზარდულის ლიმფური კვანძები სხივდება 25-30 გრეი ჯამური კეროვანი დოზით; I სტადიის დროს დასხივებას პროფილაქტიკური, ხოლო IIA-IIB სტადიის შემთხვევაში სამკურნალო დანიშნულება აქვს. მაგრამ ამ დროს ძნელია დასხივების ველის მიღმა ლიმფოგენური მეტასტაზის არსებობის ან იმის გამორიცხვა, რომ სიმსივნე არ შეიცავს არასემინომური ელემენტების მინარევს, რაც ამცირებს სხივური თერაპიის ეფექტურობას და აუარესებს პროგნოზს. IIC სტადიის სემინომის დროს სხივური თერაპია ნაკლებეფექტურია, ე. ი. სხივური თერაპია გამოიყენება 5 სმ-მდე ზომის მეტასტაზური ლიმფური კვანძის (N0, N1, N2) შემთხვევაში. 5 სმ-ზე დიდი ზომის (N3) მეტასტაზური ლიმფური კვანძის დასხივების შემდეგ რეციდივის განვითარების სიხშირე მაღალია. რაც შეეხება III სტადიის სემინომას (რეგიონული და შორეული მეტასტაზებით), უფრო ეფექტურია ჯერ ჩატარდეს ქიმიოთერაპია და შემდეგ – ნარჩენი სიმსივნის დასხივება ან ამოკვეთა.

არასემინომური სიმსივნეების დროს სხივური თერაპია არაეფექტურია.

სათესლე ჯირკვლის სიმსივნეების მკურნალობაში ფართოდ გამოიყენება ინდუქციური და ადიუვანტური ***ქიმიოთერაპია.*** პლატინის პრეპარატების შემცველი სქემების დანერგვის შემდეგ მნიშვნელოვნად გაუმჯობესდა სათესლე ჯირკვლის სიმსივნეების მკურნალობის შორეული შედეგები. სემინომების დროს ტრადიციულად გამოიყენება CC და EP სქემები. რეზისტენტული ფორმების დროს გამოიყენება სხვა პრეპარატებიც (ბლეოცინი, იფოსფამიდი, დაქტინომიცინი, ვინბლასტინი, ვინკრისტინი).

არასემინომური სიმსივნეების დროს სტანდარტული ქიმიოთერაპიული სქემებია: PVB, VAB-6, BEP, CEP, VIP და ა. შ.

სათესლე ჯირკვლის **პრეინვაზიური კარცინომის** (Carcinoma in situ) მკურნალობა ქირურგიულია. კეთდება ორქიფუნიკულექტომია. დამატებითი მკურნალობა ნაჩვენები არ არის. იმ შემთხვევაში, როცა ერთი სათესლე ჯირკვალი ამოკვეთილია და მეორეში პრეინვაზიური კარცინომა განვითარდა, დასაშვებია მისი რადიკალური პროგრამით დასხივება (20 გრეი ჯამური კეროვანი დოზით), რომლის დროსაც მიიღწევა სრული სამკურნალო ეფექტი. სამწუხაროდ, დასხივებას თან ახლავს აზოოსპერმია. სპერმატოგენეზი შეიძლება აღდგეს დასხივებიდან ერთი წლის შემდეგ.

ქიმიოთერაპია, როგორც მკურნალობის დამოუკიდებელი მეთოდი, სასურველ შედეგს არ იძლევა. შემთხვევათა 20%-ში ვითარდება დაავადების რეციდივი, ხოლო მკურნალობიდან 5-10 წლის ინტერვალში შეიძლება მოხდეს დაავადების პროგრესირება (შემთხვევათა 30-40%-ში).

სუფთა სემინომების მკურნალობა. სუფთა სემინომები გვხვდება სათესლე ჯირკვლის სიმსივნეების 50%-ში. ავადმყოფთა საშუალო ასაკი 37 წელია. სუფთა სემინომები უმეტესად ანტიგენ-უარყოფითია. ზოგჯერ აღინიშნება ქორიონული გონადოტროპინის ტიტრისა და α-FP-ის დონის მომატება, რაც შერეული სიმსივნის ელემენტების არსებობაზე მიუთითებს.

შემთხვევათა 90-%-ში პროგნოზი კარგია (არ აღინიშნება მეტასტაზები ღვიძლში, ძვლებში, თავის ტვინში). შესაძლებელია მეტასტაზების გავრცელება რეტროპერიტონულ ლიმფურ კვანძებზე, მაგრამ ისინი კარგად ემორჩილება ქიმიოთერაპიას.

სემინომის პროგნოზი უმეტესწილად კეთილსაიმედოა. შემთხვევათა 10%-ში შეიძლება განვითარდეს მეტასტაზი ღვიძლში, ძვლებში ან თავის ტვინში, რაც უფრო ინტენსიურ ქიმიოთერაპიულ და სხივურ მკურნალობას მოითხოვს. აუცილებლობის შემთხვევაში ხდება ნარჩენი სიმსივნის ქირურგიული ამოკვეთა.

I სტადიის (pT1-4N0M0) სემინომის მკურნალობა კომბინირებულია. იგი იწყება ქირურგიული კომპონენტით. კეთდება ორქიფუნიკულექტომია, რომელსაც სამკურნალო და სადიაგნოსტიკო ღირებულება აქვს (ზუსტდება სიმსივნის ჰისტოლოგიური შენება).

სხივური თერაპია ტარდება მხოლოდ პროფილაქტიკური მიზნით – ასხივებენ საზარდულისა და რეტროპერიტონულ ლიმფურ კვანძებს დაზიანების მხარეს, 30 გრეი ჯამური კეროვანი დოზით.

ქიმიოთერაპიული კომპონენტი მოიცავს CC ან EP სქემებს. ტარდება 2 კურსი 3-კვირიანი ინტერვალით.

IIA-IIB სტადიის (pT1-4/TXN1-2M0) სემინომის მკურნალობაც ქირურგიული ოპერაციით იწყება – კეთდება ორქიფუნიკულექტომია. შემდეგ ტარდება სხივური თერაპია ან ინდუქციური ქიმიოთერაპიის 2 კურსი CC, EP ან BEP სქემით, 3-კვირიანი ინტერვალით.

სრული რემისიის შემთხვევაში ავადმყოფი აქტიურ დისპანსერულ მეთვალყურეობაზე გადაყავთ.

- ნაწილობრივი რემისიის ან სიმსივნური პროცესის სტაბილიზაციის შემთხვევაში, როცა ონკომარკერების დონე სისხლში ნორმალურია, შეიძლება განხორციელდეს ტრანსაბდომინური რეტროპერიტონული ლიმფადენექტომია.
- ნაწილობრივი რემისიის ან სიმსივნური პროცესის სტაბილიზაციის

შემთხვევაში, როცა ინდუქციური ქიმიოთერაპიის შემდეგ ონკომარკერების დონე სისხლში მომატებული რჩება, მიმართავენ მეორე ხაზის ქიმიოთერაპიას (VIP).

➢ სიმსივნური პროცესის რეციდივების ან პროგრესირების შემთხვევაში ტარდება სხივური თერაპია. კერძოდ, IIA,B სტადიის (pT1-4/TXN1-2M0) სემინომის დროს სხივდება საზარდულის და რეტროპერიტონული ლიმფური კვანძები დაზიანების მხარეს, 40 გრეი ჯამური კეროვანი დოზით.

მკურნალობის შემდგომი ტაქტიკა განისაზღვრება მიღებული შედეგის მიხედვით.

IIC-III სტადიის pT1-4/TXN0-3M0-1-1a გავრცელების სემინომების მკურნალობა კომბინირებულია. პირველ ეტაპზე კეთდება ოპერაცია – ორქიფუნიკულექტომია. შემდეგ ტარდება ინდუქციური ქიმიოთერაპიის 3-4 კურსი CC, EP ან VAB-6 სქემით, კურსებს შორის 3-კვირიანი ინტერვალებით.

სრული რემისიის შემთხვევაში ავადმყოფი გადაყავთ აქტიურ დისპანსერულ მეთვალყურეობაზე, დაკვირვებისას ტარდება გულმკერდის რენტგენოგრაფია და მუცლის ღრუს ორგანოების ექოსკოპია. ხდება ონკომარკერების განსაზღვრა სისხლში.

დაავადების რეციდივის ან პროგრესირების შემთხვევაში მიმართავენ მეორე ხაზის ქიმიოთერაპიას, ხოლო სოლიტარული ნარჩენი სიმსივნის (M1-1a) დროს ხდება მისი ამოკვეთა ან დასხივება.

მკურნალობის შემდგომი ტაქტიკა განისაზღვრება მიღებული შედეგის მიხედვით.

არასემინომების მკურნალობა. არასემინომებით დაავადების საშუალო ასაკი 27 წელია. ისინი უმეტესად ანტიგენ-დადებითია:α–FP-ის დონე მომატებულია შემთხვევათა 60-70%-ში, β-ქორიონული გონადოტროპინისა – 40-60%-ში.

პირველადი სიმსივნის ამოკვეთის შემდეგ ონკომარკერების მაღალი დონე მეტასტაზური პროცესის არსებობის მიმანიშნებელია. ყველაზე ხშირად ზიანდება რეტროპერიტონული ლიმფური კვანძები (შემთხვევათა 90%-ში) და ფილტვები.

დაავადების პროგნოზის განმსაზღვრელი ფაქტორებია: სისხლში ონკომარკერების (α-FP, β-hCG, LDH) დონე, ექსტრაგონადური სიმსივნის არსებობა-არარსებობა შუასაყარში და მეტასტაზების არსებობა-არარსებობა ღვიძლში, ძვლებსა და თავის ტვინში.

კარგი პროგნოზით გამოირჩევა ყველა არასემინომური სიმსივნე, როცა α-FP < 1000 ნგ/მლ, β-hCG < 5 000 სე/მლ, LDH < 675 ერთ/ლ, ექსტრაგონადური სიმსივნე შუასაყარში არ არის, არ არის მეტასტაზები ღვიძლში, ძვლებში ან თავის ტვინში.

საშუალოა პროგნოზი, როცა α-FP 1000-10000 ნგ/მლ-ის ფარგლებშია, β-hCG – 5000-50000 სე/მლ, LDH – 675-4500 ერთ/ლ, ექსტრაგონადური სიმსივნე შუასაყარში არ არის, არ არის მეტასტაზები ღვიძლში, ძვლებში ან თავის ტვინში.

ცუდია პროგნოზი, როცა ჩამოთვლილთაგან თუნდაც ერთი პარამეტრი დადებითია: α-FP > 10 000 ნგ/მლ, β-hCG > 50000 სე/მლ, LDH > 4500 ერთ/ლ, აღინიშნება ექსტრაგონადური სიმსივნე შუასაყარში, მეტასტაზები ღვიძლში, ძვლებში

ან თავის ტვინში. ასევე ცუდია პროგნოზი ემბრიონული კიბოს შემთხვევაში და მაშინ, როცა pTNM კლასიფიკაციით სიმსივნის გავრცელება pT2 კატეგორიის შესაბამისი ან მეტია, აღინიშნება სიმსივნის ჩაზრდა ლიმფურ სადინარებსა და სისხლძარღვებში, მორფოლოგიურ პრეპარატში ყვითრის პარკის ელემენტები არ არის.

I სტადიის (pT1-4N0M0) არასემინომის მკურნალობა კომბინირებულია. პირველ ეტაპად კეთდება ორქიფუნიკულექტომია, რომლის შემდეგაც განიხილება მკურნალობის სამი ალტერნატიული ვარიანტი:

ა) დისპანსერული მეთვალყურეობა – 3 წლის განმავლობაში, თუ ამის შესაძლებლობა არის;

ბ) რეტროპერიტონული ლიმფადენექტომია; მას გარკვეული უპირატესობა გააჩნია, რაც იმაში გამოიხატება, რომ ლიმფადენექტომიის შემდეგ ზუსტდება pN კატეგორია და შესაბამისად განისაზღვრება დაავადების სტადია (N–-ის დროს რჩება I სტადია, ხოლო N^+-ის დროს დგინდება II სტადია). პაციენტის ფსიქოლოგიური მდგომარეობა უმჯობესდება – იგი აღარ ელის რეციდივს. II სტადიის დადგენის შემთხვევაში ინიშნება ქიმიოთერაპია;

გ) ქიმიოთერაპიის 2 კურსი BEP სქემით, 3-4-კვირიანი ინტერვალით, ან ქიმიოთერაპიის 4 კურსი PVB სქემით, კურსებს შორის 3-კვირიანი ინტერვალებით.

IIA და IIB სტადიის (pT1-4/TXN1-2M0) არასემინომების მკურნალობაც კომბინირებულია. იგი ორ ვარიანტად შეიძლება იყოს წარმოდგენილი.

პირველი ვარიანტის დროს ქირურგიული ოპერაცია მოიცავს ორქიფუნიკულექტომიას და ტრანსპერიტონულ ლიმფადენექტომიას, რადგან N1-2-ის დროს მეტასტაზის ზომა 5 სმ-ზე ნაკლებია. შემდეგ ტარდება ქიმიოთერაპიის 2 კურსი BEP ან PVB სქემით, 3-4-კვირიანი ინტერვალით.

მეორე ვარიანტის შემთხვევაში ოპერაცია მოიცავს მხოლოდ ორქიფუნიკულექტომიას, რომლის შემდეგ ინიშნება ქიმიოთერაპიის 4 კურსი EP, BEP, PVB ან VAB-6 სქემით, კურსებს შორის 3-კვირიანი ინტერვალებით.

- თუ ქიმიოთერაპიის შემდეგ მიღწეულია მეტასტაზების სრული რეგრესია, პაციენტი აქტიურ დისპანსერულ მეთვალყურეობაზე გადადის;
- თუ ქიმიოთერაპიის შემდეგ მიღწეულია სიმსივნის ნაწილობრივი რეგრესია, ანუ პალპაციით და ექოსკოპიის მონაცემებით ნარჩენი სიმსივნე კიდევ არსებობს, კეთდება რეტროპერიტონული ლიმფადენექტომია. თუ ამოკვეთილი მასალის ჰისტოლოგიური გამოკვლევით დადგინდა ფიბროზულ-ნეკროზული მასების არსებობა ან მომწიფებული ტერატომა (რომელიც ქიმიოთერაპიას არ ემორჩილება), პაციენტი აქტიურ დისპანსერულ მეთვალყურეობაზე გადადის;
- თუ ლიმფადენექტომიის დროს მიღებული მასალის ჰისტოლოგიური გამოკვლევით დადგინდა სიცოცხლისუნარიანი გერმინოგენული სიმსივნური უჯრედების არსებობა, დამატებით ინიშნება ქიმიოთერაპიის კიდევ 3 კურსი (VIP სქემით).

IIC სტადიის pT1-4/TXN3M0 და III სტადიის pT1-4N0-3M1-1a არასემინომების მკურნალობა იწყება ორქიფუნიკულექტომიით.

კარგი პროგნოზის მქონე პაციენტებს (10 სმ-ზე ნაკლები ზომის რეტროპერი-

ტონული ლიმფური კვანძები და 5 სმ-მდე ზომის 20-ზე ნაკლები მეტასტაზური კვანძი ფილტვებში, არ აღინიშნება ღვიძლის, ძვლების, თავის ტვინის მეტასტაზური დაზიანება, α-FP < 1000 ნგ/მლ, β-hCG < 10 000 სე/მლ) უტარდებათ ქიმიოთერაპიის 4 კურსი EP სქემით, კურსებს შორის 3-კვირიანი ინტერვალებით, ან ქიმიოთერაპიის 3 კურსი BEP სქემით, კურსებს შორის 3-კვირიანი ინტერვალებით.

ცუდი პროგნოზის მქონე პაციენტებს (10 სმ-ზე მეტი ზომის რეტროპერიტონული ლიმფური კვანძები, 5 სმ-ზე მეტი ზომის 20-ზე მეტი მეტასტაზური კვანძი ფილტვებში, აღინიშნება ღვიძლის, ძვლების, თავის ტვინის მეტასტაზური დაზიანება, α-FP > 1000 ნგ/მლ, β-hCG > 10 000 სე/მლ) უტარდებათ ქიმიოთერაპიის 4 კურსი BEP სქემით, კურსებს შორის 3-კვირიანი ინტერვალებით.

ქიმიოთერაპიის შემდეგ ნარჩენი სიმსივნის არსებობის შემთხვევაში დასაშვებია ციტორედუქციული ოპერაციების ჩატარება (ფილტვის რეზექცია, მედიასტინური ლიმფადენექტომია და ა. შ.).

თუ ამოკვეთილი მასალის ჰისტოლოგიური გამოკვლევით დადგინდა სიმსივნური უჯრედების არსებობა, დამატებით ატარებენ ქიმიოთერაპიის 2 კურსს, ხოლო თუ სიმსივნური უჯრედების არსებობა არ დადგინდა, ავადმყოფს აგზავნიან აქტიურ დისპანსერულ მეთვალყურეობაზე.

მკურნალობისშემდგომი დისპანსერული მეთვალყურეობა: პირველი წლის განმავლობაში – 2 თვეში ერთჯერ, მეორე წელს – 3 თვეში ერთჯერ, მესამე-მეოთხე წელს – 6 თვეში ერთჯერ, მეხუთე წლიდან – წელიწადში ერთჯერ.

თირკმლის სიმსივნეები

თირკმლის სიმსივნეები ყველა ონკოლოგიური დაავადების 2-3%-ს შეადგენს. მამაკაცები ორჯერ უფრო ხშირად ავადდებიან, ვიდრე ქალები, უპირატესად 40-60 წლის ასაკში. ბავშვთა ასაკისათვის დამახასიათებელია ნეფრობლასტომები.

ეტიოლოგიაში მნიშვნელოვანია ჰორმონული დარღვევები (ჰიპერესტროგენიზაცია). ემბრიონული მანკების არსებობა, მემკვიდრეობითი ფაქტორები, ქიმიური, სხივური და სხვა კანცეროგენების ზემოქმედება.

თანამედროვე ჰისტოლოგიური კლასიფიკაციით თირკმლის სიმსივნეები იყოფა შემდეგ ჯგუფებად:

I. თირკმლის პარენქიმის ეპითელური სიმსივნეები
II. თირკმლის მენჯის ეპითელური სიმსივნეები
III. ნეფრობლასტური სიმსივნეები
IV. არაეპითელური სიმსივნეები
V. შერეული სიმსივნეები
VI. მეორეული სიმსივნეები
VII. არაკლასიფიცირებადი სიმსივნეები
VIII. სიმსივნისმაგვარი პროცესები

თირკმლის კიბო (C64)

თირკმლის პარენქიმის ავთვისებიან სიმსივნეებს შორის ყველაზე ხშირია თირკმლის მილაკების ეპითელიუმისგან განვითარებული ჰიპერნეფროიდული ანუ თირკმელუჯრედოვანი კიბო. იგი ვითარდება უნიცენტრული ან მულტიცენტრული სიმსივნის სახით, მრგვალი ან ოვალური ფორმისაა, შეიძლება ჰქონდეს ძალიან სქელი ან თხელი კაფსულა. განაკვეთზე სიმსივნე ჭრელია – აღინიშნება წითელი ან მოყვითალო-მოყავისფრო, რუხი, ნარინჯისფერი და ყვითელი ფერის ქსოვილების მონაცვლეობა. ზოგჯერ გვხვდება ჩაკირული უბნები. სიმსივნე შეიძლება იყოს თირკმლის ნებისმიერ სეგმენტში, ზოგჯერ გვხვდება სხვადასხვა ზომის კვანძების სახით, რაც თირკმელს ხორკლიან შესახედაობას აძლევს.

თირკმელუჯრედოვანი კიბო გამოირჩევა ჰისტოლოგიური შენების მრავალფეროვნებით, რომელთაგან გამოყოფენ 4 ძირითად ვარიანტს, ესენია: ნათელუჯრედოვანი, მარცვლოვან-უჯრედოვანი, სარკომისებრი და ჯირკვლოვანი.

თირკმლის პარენქიმის კიბოს შეიძლება ჰქონდეს ერთგვაროვანი უჯრედული შენება (შემთხვევათა 57%). იგი შეიძლება წარმოდგენილი იყოს 2 ტიპის (34%) ან 3-4 ტიპის (9%) უჯრედებით. ყველაზე ხშირია ნათელუჯრედოვანი ვარიანტი (როგორც ერთი ტიპის, ისე შერეული სტრუქტურის უჯრედებით) – 74%-მდე, შემდეგ გვხვდება მარცვლოვან-უჯრედოვანი (17%), ჯირკვლოვანი (5%), სარკომისმაგვარი (4%) უჯრედული ტიპის სიმსივნეები.

თირკმლის პარენქიმის კიბოს მეტასტაზები ვრცელდება ჰემატოგენური და ლიმფოგენური გზით. ჰემატოგენური მეტასტაზები გვხვდება ფილტვებში, ძვლებში, იშვიათად – ღვიძლსა და თავის ტვინში. ფილტვის მეტასტაზები, ჩვეულებრივ, სოლიტარულია. ძვლებს შორის უპირატესად ზიანდება მენჯის ძვლები, ხერხემლის მალები, ნეკნები, კიდურების ძვლები.

ლიმფოგენური მეტასტაზები ვრცელდება თირკმლის კარში, პარააორტულად, ღვიძლის კარში, იშვიათად – შუასაყრისა და კისრის ლიმფურ კვანძებში. სიმსივნე შეიძლება ჩაიზარდოს პარანეფრიუმში და მუცლის კედლის კუნთებში.

თავდაპირველად დაავადება უსიმპტომოდ მიმდინარეობს. მოგვიანებით გამოიკვეთება ადგილობრივი და ზოგადი (ექსტრარენალური, პარანეოპლაზიური) სიმპტომები.

ადგილობრივი სიმპტომებიდან ცნობილი ტრიადა – ჰემატურია, ტკივილი და პალპირებადი სიმსივნე – დაავადების შორსწასულობაზე მიუთითებს. საწყის ეტაპზე შეიძლება გამოხატული იყოს ერთ-ერთი სიმპტომი.

ჰემატურია დამახასიათებელია ავადმყოფთა ორი მესამედისთვის. იგი იწყება უეცრად, შეიძლება იყოს ტოტალური, პროფუზული, უმტკივნეულო, გარდამავალი, ზოგჯერ – შარდში ჭიისებრი ან უფორმო კოლტით. „დაუდგენელი გენეზის ჰემატურიის“ პირველი გამოვლენიდან თირკმლის კიბოს დიაგნოზის დადგენამდე ზოგჯერ 1-3 წელი გადის.

ტკივილიც საკმაოდ ხშირი ფენომენია – ვლინდება წელის ტკივილის ან კოლიკის სახით. თირკმლის არაონკოლოგიური კოლიკისაგან განსხვავებით, თირკმლის კიბოს დროს კოლიკა ვითარდება ჰემატურიის შემდეგ.

სიმსივნის პალპაციით გასინჯვა შესაძლებელია მისი შესამჩნევად დიდი ზომის დროს. როცა სიმსივნე ზედა პოლუსიდან ვითარდება, თირკმლის ქვედა კიდე

დაბლა იწევს და ხელს ხვდება შეუცვლელი თირკმელი, ხოლო შუა სეგმენტში ან ქვედა პოლუსში სიმსივნის ლოკალიზაციისას ისინჯება მკვრივი, ხორკლიანი წარმონაქმნი. ზოგჯერ სიმსივნე ძალიან დიდ ზომებს აღწევს და შეიძლება გამოიწვიოს მუცლის ისეთი დეფორმაცია, რომელიც შორიდანაც შესამჩნევია.

სიმსივნის ზომა ზოგჯერ ჭეშმარიტია, ზოგჯერ კი ირგვლივმდებარე ქსოვილებთან ერთად ერთ კონგლომერატს ქმნის. ამიტომ სიმსივნის დიდი ზომები და უძრაობა ჯერ კიდევ არ ნიშნავს მის ინოპერაბელობას.

ადგილობრივი სიმპტომებიდან საყურადღებოა ვარიკოცელე, რომლის მიზეზია სიმსივნის ზეწოლით გამოწვეული სისხლის მიმოქცევის დარღვევა, თირკმლისა და სათესლე ჯირკვლის ვენასა და ქვემო ღრუ ვენაში წნევის მომატება; ვარიკოცელე ზოგჯერ ორმხრივია, უფრო ხშირად – მარცხენამხრივი.

ზოგადი სიმპტომებიდან საყურადღებოა საერთო სისუსტე, უმადობა, წონაში მოკლება, არტერიული ჰიპერტენზია, ოფლიანობა, ტემპერატურის "უმიზეზო" მომატება საღამოს საათებში, პოლიციტემია, ანემია, ჰიპერკალციემია, თირკმლის დისფუნქცია და ა. შ.

ზოგჯერ დაავადების მანიფესტაცია ხდება მეტასტაზური დაზიანების სემიოტიკით (სისხლიანი ნახველი, ტკივილი ძვლებში, პათოლოგიური მოტეხილობა და ა. შ.)

თირკმლის კიბოს დროს მნიშვნელოვანი ფაქტორია სიმსივნური თრომბის წარმოშობა, რომელიც ჩაიზრდება და "ენისებურად" ვრცელდება თირკმლის ვენაში ან ქვემო ღრუ ვენაში და ოპერაციის დროს სერიოზულ პრობლემას წარმოადგენს.

თირკმლის კიბოს დიაგნოსტიკა კლევის თანამედროვე მეთოდებით არ არის რთული. ტარდება ულტრასონოგრაფია, ექსკრეტორული უროგრაფია, რეტროგრადული პიელოგრაფია, კომპიუტერული და მაგნიტურ-რეზონანსული ტომოგრაფია. თირკმლის სისხლძარღვთა არქიტექტონიკის შესასწავლად ტარდება ანგიოგრაფია, ვენოკავაგრაფია.

ლაბორატორიული გამოკვლევებიდან მნიშვნელოვანია სისხლში მაღალი ედს-ი, ანემია, პოლიციტემია, შარდში – მიკროჰემატურია.

თირკმლის კიბოს ალბუმინურია და პიურია არ ახასიათებს, მაგრამ ამ დროს გაღრმავებული გამოკვლევები მაინც უნდა ჩატარდეს, რათა არ გამოგვეპაროს თანმხლები დაავადებებით შენილბული კიბო.

თირკმლის სიმსივნეების კლასიფიკაცია TNM სისტემით (მე-6 გამოცემა, 2002წ)

თირკმლისთვის რეგიონულ ლიმფურ კვანძებს წარმოადგენს თირკმლის კარის, მუცლის პარააორტული და პარაკავალური ლიმფური კვანძები. რეგიონულ ლიმფურ კვანძებში მეტასტაზის ლოკალიზაცია არ ახდენს გავლენას N კატეგორიის განსაზღვრაზე.

TNM – კლინიკური კლასიფიკაცია

T – პირველადი სიმსივნე

TX პირველადი სიმსივნის შესაფასებლად საკმარისი მონაცემები არ არის

T0 პირველადი სიმსივნის არსებობის ნიშნები არ არის

T1 თირკმლით შემოფარგლული 7 სმ-მდე ზომის სიმსივნე

T1a 4 სმ-ზე ნაკლები ზომის სიმსივნე

T1b 4 სმ-დან 7 სმ-მდე ზომის სიმსივნე

T2 თირკმლით შემოფარგლული 7 სმ-ზე მეტი ზომის სიმსივნე

T3 სიმსივნე გავრცელებულია მაგისტრალურ ვენებზე ან უშუალოდაა ჩაზრდილი თირკმელზედა ჯირკვალში ან თირკმლის ირგვლივ მდებარე ქსოვილებში, გეროტას (Gerota) ფასციის ფარგლებში

T3a სიმსივნე ჩაზრდილია თირკმელზედა ჯირკვალში ან თირკმლის ირგვლივ მდებარე ქსოვილებში[1], გეროტას ფასციის ფარგლებში

T3b სიმსივნის ფართო გავრცელება თირკმლის ვენა(ებ)ზე[2], ან ქვემო ღრუ ვენაზე

T3c სიმსივნის ფართო გავრცელება ზემო ღრუ ვენაზე

T4 სიმსივნის უშუალო ჩაზრდა გეროტას ფასციის ფარგლებს გარეთ

შენიშვნა: 1. თირკმლის სინუსის (მენჯის ირგვლივ მდებარე) ცხიმოვანი ქსოვილის ჩათვლით

2. თირკმლის ვენის სეგმენტური ტოტების (კუნთოვან კედელთან ერთად) ჩათვლით

N – რეგიონული ლიმფური კვანძები

NX რეგიონული ლიმფური კვანძების შესაფასებლად საკმარისი მონაცემები არ არის

N0 რეგიონული ლიმფური კვანძების მეტასტაზური დაზიანების ნიშნები არ არის

N1 მეტასტაზი ერთ რეგიონულ ლიმფურ კვანძში

N2 მეტასტაზი ერთზე მეტ რეგიონულ ლიმფურ კვანძში

M – შორეული მეტასტაზები

MX შორეული მეტასტაზის შესაფასებლად საკმარისი მონაცემები არ არის

M0 შორეული მეტასტაზის არსებობის ნიშნები არ არის

M1 აღინიშნება შორეული მეტასტაზი

pTNM – პათოჰისტოლოგიური კლასიფიკაცია

pT, pN, და pM კატეგორიები შეესაბამება T, N, M კატეგორიებს

pN0 ჰისტოლოგიური გამოკვლევისთვის რეგიონული ლიმფადენექტომიით მიღებული მასალა, როგორც წესი, უნდა შეიცავდეს არანაკლებ 8 ლიმფურ კვანძს. იმ შემთხვევაში, თუ ლიმფურ კვანძებში სიმსივნური უჯრედები არ აღმოჩნდა, მაგრამ გამოკვლეული ლიმფური კვანძების რაოდენობა 8-ზე ნაკლებია, კლასიფიკაცია ხდება pN0 კატეგორიით.

G – ჰისტოლოგიური გრადაცია

GX დიფერენცირების ხარისხის შესაფასებლად საკმარისი მონაცემები არ არის

G1 მაღალდიფერენცირებული

G2 საშუალოდ დიფერენცირებული

G3-4 დაბალდიფერენცირებული (არადიფერენცირებული)

დაჯგუფება სტადიების მიხედვით

I სტადია	T1	N0	M0
II სტადია	T2	N0	M0
III სტადია	T3	N0	M0
	T1, T2, T3	N1	M0
IV სტადია	T4	N0, N1	M0
	ნებისმიერი T	N2	M0
	ნებისმიერი T	ნებისმიერი N	M1

მკურნალობა. თირკმლის კიბოს მკურნალობის ძირითადი მეთოდი ქირურგიულია. კეთდება რადიკალური ნეფრექტომია გეროტას ფასციასთან ერთად, ტრანსაბდომინური ან თორაკოაბდომინური მიდგომით. რადიკალური ნეფრექტომიის დროს ჯერ კეთდება თირკმლის კარის ელემენტების გადაკვანძვა, შემდეგ – ნეფრექტომია თირკმელზედა ჯირკვალთან ერთად. რეგიონული ლიმფადენექტომიის ჩატარების აუცილებლობის საკითხი დღემდე საკამათოა.

თირკმლის კიბოს შემთხვევათა 1/3-ში თირკმლის ვენასა და ქვემო ღრუ ვენის სხვადასხვა დონეზე გვხვდება სიმსივნური თრომბი, რომლის ამოღებაც უნდა მოხდეს ძირითად სიმსივნესთან ერთად.

ოპერაცია კეთდება ყველა შემთხვევაში, როცა შესაძლებელია სიმსივნის ამოკვეთა: I-II-III სტადიის, აგრეთვე IV სტადიის კიბოს დროს (ერთეული მეტასტაზისა და ზოგადი დამაკმაყოფილებელი მდგომარეობის შემთხვევაში), რადგან პაციენტს ოპერაციის შემდეგ სცილდება მძიმე სიმპტომატიკა (ტკივილი, შემცივნება, ინტოქსიკაცია), უმჯობესდება კონსერვატიული მკურნალობის პირობები. ზოგჯერ ხდება ფილტვებში, ღვიძლში ან ძვალში არსებული სოლიტარული მეტასტაზური კვანძის ამოკვეთაც.

ოპერაცია არ შეიძლება გაკეთდეს კახექსიის, შეშუპების, მრავლობითი მეტასტაზის ან მეორე თირკმლის ფუნქციის დარღვევის დროს.

თირკმლის რეზექცია შეიძლება ჩატარდეს თირკმლების ბილატერალური დაზიანებისას ან ერთადერთი თირკმლის არსებობისას, რომლის დროსაც, იშვიათ შემთხვევაში, საჭირო ხდება ნეფრექტომია, თირკმლიდან სიმსივნის ამოკვეთა და შემდგომი აუტოტრანსპლანტაცია. ეს ოპერაცია შეიძლება გაკეთდეს T1a სტადიის პერიფერიული სიმსივნეების დროსაც, როცა მეორე თირკმელი ჯანმრთელია.

ოპერაციის წინ, ანგიოგრაფიული ტექნიკის გამოყენებით, განსაკუთრებით – დიდი ზომის სიმსივნეების, აგრეთვე სიმსივნის თირკმლის კარში მდებარეობის დროს, სრულდება თირკმლის არტერიის ოკლუზია, რაც ნეფრექტომიას უფრო ადვილად შესასრულებელს ხდის.

ზოგჯერ, პალიატიური მიზნით, მიმართავენ თირკმლის არტერიის ემბოლიზაციას სისხლდენის კუპირების, სიმსივნის ზრდის ტემპისა და ინტოქსიკაციის შესამცირებლად. მიაჩნიათ, რომ ემბოლიზებულ სიმსივნეს გააჩნია ანტიგენური თვისებები, რომლის მიმართაც ორგანიზმი გამოიმუშავებს ანტიბლასტომური ეფექტის მქონე ანტისხეულებს. აღწერილია რემისია შემთხვევათა 36%-ში, მათ შორის 14%-ში – პროცესის გენერალიზაციის დროს.

თირკმლის კიბოს სამკურნალოდ ასევე მიმართავენ კრიოაბლაციას და რადიოტალღურ აბლაციას. ეს უკანასკნელი ემყარება სითბურ რეაქციას და მის კოაგუ-

ლაციურ ეფექტს — სიმსივნე ნეკროზდება, ხდება მისი რეაბსორბცია და მის ადგილზე რჩება ნაწიბური.

ნეფრექტომიისა და თირკმლის რეზექციის შესასრულებლად ფართოდ ინერგება ლაპაროსკოპიული ტექნიკა. ლაპაროსკოპიული ოპერაციების შორეული შედეგები ტრადიციული ქირურგიული ოპერაციებისგან არ განსხვავდება.

თირკმლის I და II სტადიის (T1-2N0M0) სიმსივნის დროს მკურნალობა ქირურგიულია. ტარდება რადიკალური ნეფრექტომია. ანატომიურად ან ფუნქციურად ერთადერთი თირკმლის შემთხვევაში კეთდება ორგამოშემანარჩუნებელი ოპერაციები — თირკმლის რეზექცია ან სიმსივნის ენუკლეაცია.

ოპერაციისადმი უკუჩვენების შემთხვევაში ტარდება სიმსივნით დაზიანებული თირკმლის სეგმენტის სისხლძარღვების სუპერსელექციური ემბოლიზაცია ან ქიმიოემბოლიზაცია.

III სტადიის (T3N0M0, T1-3N1M0) სიმსივნეების მკურნალობაც ქირურგიულია. კეთდება რადიკალური ნეფრექტომია და თრომბექტომია ქვემო ღრუ ვენიდან.

ქირურგიული მკურნალობის დაწყებამდე შეიძლება განხორციელდეს თირკმლის არტერიის ემბოლიზაცია (ქიმიოემბოლიზაცია) პროფუზული ჰემატურიის კუპირების, სიმსივნის ზომების შემცირების, ინტოქსიკაციის დაქვეითების, აგრეთვე ოპერაციის დროს სისხლდენის შემცირების მიზნით.

თირკმლის IV სტადიის (T4N0-1M0, T1-4N2M0, T1-4N0-2M1) სიმსივნეების დროს, თუ პირველადი სიმსივნისა და მეტასტაზების ქირურგიული გზით ამოკვეთა შესაძლებელია, ტარდება კომბინირებული მკურნალობა.

სიმსივნის გავრცელების შესაბამისად, კეთდება რადიკალური ან გაფართოებული ნეფრექტომია. ერთეული შორეული მეტასტაზის ლოკალიზაციის მიხედვით შეიძლება განხორციელდეს ძვლის რეზექცია, კიდურის ამპუტაცია, ფილტვის ერთ-ერთი წილის ამოკვეთა, ღვიძლის რეზექცია.

თირკმლის კიბოს შორსწასული ფორმების დროს, თუ პაციენტის ზოგადი მდგომარეობა დამაკმაყოფილებელია, ტკივილის, ჰემატურიისა და ინტოქსიკაციის მოხსნის მიზნით შეიძლება ჩატარდეს ნეფრექტომია.

ოპერაცია კეთდება იმ შემთხვევაში, როცა სიმპტომები პირველადი კერითაა განპირობებული და მეტასტაზები ასიმპტომურია. პირველადი სიმსივნე ოპერაბელური უნდა იყოს და პალიატიური ნეფრექტომია განსაკუთრებულ სირთულეებს არ უნდა ქმნიდეს. შორეული მეტასტაზის სპონტანური რეგრესიის იმედით პალიატიური ნეფრექტომია არ უნდა ჩატარდეს.

თირკმლის კიბოს მეტასტაზის ამოკვეთის საკითხი დღის წესრიგში დგება იმ შემთხვევაში, თუ მეტასტაზი სოლიტარულია და ნეფრექტომიიდან მის განვითარებამდე არანაკლებ 2 წელია გასული.

მკურნალობის მედიკამენტური კომპონენტის შერჩევა მკაცრად ინდივიდუალურად ხდება. ძირითადად ტარდება იმუნოთერაპია ინტერფერონით — 5 მლნ ერთეული კუნთებში, კვირაში ორჯერ, დაავადების პროგრესირებამდე.

შეიძლება ნაცადი იყოს ჰორმონთერაპია ტამოქსიფენით — 80 მგ ერთჯერ დღეში. დადებითი დინამიკის შემთხვევაში მკურნალობა გრძელდება დაავადების პროგრესირებამდე. ასევე დასაშვებია ქიმიოთერაპიის ჩატარება ვინბლასტინით (4 მგ

პირველ, მე-8 და მე-15 დღეს) და ლომუსტინით (10 მგ თვეში ერთჯერ), კურსებს შორის ინტერვალი – 5 კვირა.

როცა სიმსივნის ქირურგიული ამოკვეთა შეუძლებელია, ჰემატურიისა და ინტოქსიკაციის მოსახსნელად შეიძლება ჩატარდეს დაზიანებული თირკმლის ემბოლიზაცია (ქიმიოემბოლიზაცია). ქიმიოემბოლიზაციისათვის გამოიყენება დოქსორუბიცინი, ფტორურაცილი, მიტომიცინ-C და სხვა ქიმიოპრეპარატები. ქიმიოემბოლიზაციის შემდეგ სიმსივნის პროგრესირების შემთხვევაში, აგრეთვე ისეთი მეტასტაზების დროს, რომლის ამოკვეთაც არ შეიძლება, შეიძლება ნაცადი იყოს სისტემური ქიმიოთერაპია.

ძვლებში არსებული მეტასტაზებით გამოწვეული ტკივილის სინდრომის კუპირების მიზნით ტარდება სიმპტომური სხივური თერაპია საშუალო ფრაქციებით – 3,4 გრეი 5-6 ფრაქცია, 17,5-21 გრეი ჯამური კეროვანი დოზით.

მკურნალობისშემდგომ აქტიურ დისპანსერულ მეთვალყურეობას ძირითადად ახდენს რადიოლოგი 2-3-თვიანი ინტერვალებით, სიცოცხლის ბოლომდე.

ვილმსის სიმსივნე (ნეფრობლასტომა)

ნეფრობლასტომა ბავშვთა ასაკის სიმსივნეა, გვხვდება 14 წლის ასაკამდე. დაავადების პიკი აღინიშნება 2-5 წლის ასაკში და მისი წარმოშობა დაკავშირებულია ემბრიონული განვითარების მანკებთან. ნეფრობლასტომა წარმოიქმნება რამდენიმე ემბრიონული ჩანართისაგან. კლასიკურად შედგება სამი ელემენტისაგან, ესენია: ბლასტემა, ეპითელიუმი და სტრომა. ჰისტოლოგიურად აღინიშნება მათი შერეული ფორმები. მიკროსკოპულად ნახულობენ შემაერთებელ და ეპითელურ ქსოვილებს, კუნთებს, ხრტილს, ძვალს, ნერვულ ბოჭკოებს და ა. შ. ხშირია ნეკროზი და სისხლჩაქცევა. ძირითადად ზიანდება თირკმლის შუა ნაწილი, თუმცა შეიძლება განვითარდეს პოლუსებიდანაც. უფრო ადრეულ ასაკში (2,5 წლამდე) შესაძლებელია ორმხრივი დაზიანებაც. ხშირად სიმსივნეს გააჩნია კაფსულა, რომელიც მას თირკმლის პარენქიმისა და მენჯისაგან გამოყოფს. ნეფრობლასტომა სწრაფად იზრდება, ვრცელდება რეტროპერიტონულ სივრცეში, აორტაზე, მეტასტაზებს იძლევა რეტროპერიტონული სივრცის ლიმფურ კვანძებში, ფილტვებში (80%), ღვიძლში (15%), ძვლებში, პლევრაში, შარდის ბუშტსა და სათესლე ჯირკვლებში; იშვიათად – კონტრალატერალურ თირკმელში. მეტასტაზის განვითარება დამოკიდებულია სიმსივნის ზრდის ფორმასა და ანაპლაზიის ხარისხზე, ამიტომ სიმსივნის ანაპლაზიის მიხედვით განიხილავენ შედარებით კეთილად მიმდინარე და არაკეთილსაიმედო ვარიანტებს.

კლინიკურად დამახასიათებელია ბავშვის წონაში მოკლება, სისუსტე, მადის დაქვეითება. ზოგჯერ მშობლები სიმსივნურ წარმონაქმნს ბავშვის ბანაობის დროს ამჩნევენ. სიმსივნე მომრგვალო ფორმისაა, მკვრივი, ალაგ – ფლუქტუაციით. სიმსივნის ზრდასთან ერთად მატულობს ტკივილი. ზოგჯერ აღინიშნება ცხელება, ჰემატურია, არტერიული ჰიპერტენზია, ასციტი.

დიაგნოზი ისმება ულტრასონოგრაფიის, ექსკრეტორული უროგრაფიის, კომპიუტერული ტომოგრაფიის მონაცემების საფუძველზე. კეთდება პუნქციური ბიოფსია ნარკოზით.

დაავადების გავრცელებას (კლინიკურ სტადიას) ქირურგი ადგენს ინტრაოპერაციულად, რასაც შემდეგ ადასტურებს პათომორფოლოგი:

I სტადია – სიმსივნე მთლიანად კაფსულაშია, არ სცილდება თირკმლის ფარგლებს და შესაძლებელია ქირურგიული გზით მისი სრულად მოცილება.

II სტადია – სიმსივნე სცილდება თირკმლის ფარგლებს (ინფილტრაცია თირკმლის კაფსულის მიღმა, გავრცელება თირკმლის ვენის გაყოლებით, მათ შორის პარააორტულ ლიმფურ კვანძებში), მაგრამ მთლიანად ამოკვეთილია. ამოკვეთის ხაზს მიღმა ნარჩენი სიმსივნე არ არის.

III სტადია – ნარჩენი არაჰემატოგენური სიმსივნე მუცლის ღრუში:

IIIa – ლიმფურ კვანძში

IIIb – დიფუზური დისემინაცია პერიტონეუმზე

IIIc – პერიტონეუმში იმპლანტაცია

IIId – ნარჩენი სიმსივნე ამოკვეთის ხაზს მიღმა

IIIe – სასიცოცხლოდ მნიშვნელოვან ორგანოებში ჩაზრდილი არარეზექტაბელური სიმსივნე.

IV სტადია – ჰემატოგენური მეტასტაზები (ფილტვებში, ღვიძლში).

V სტადია – დიაგნოზის დადგენის მომენტისათვის თირკმელთა ბილატერალური დაზიანება.

მკურნალობა ყოველთვის კომპლექსურია. სადღეისოდ მკურნალობა ტარდება ორი საერთაშორისო, ევროპული (SIOP) და ამერიკული (NWTS), სტანდარტის შესაბამისად. ევროპული სტანდარტით მკურნალობა მოიცავს ოპერაციისწინა ქიმიოთერაპიას (დოქსორუბიცინი, ვინკრისტინი, დაქტორუბიცინი), ოპერაციას და ოპერაციისშემდგომ ქიმიო-სხივურ მკურნალობას. ამერიკული სტანდარტით მკურნალობა იწყება ოპერაციით და შემდეგ ტარდება ქიმიო-სხივური მკურნალობა. ჩვენთან მიღებულია ევროპული სტანდარტით მკურნალობა.

ოპერაციისწინა ქიმიოთერაპიით სიმსივნის ზომები 50%-ით და მეტად მცირდება, რაც აადვილებს ქირურგიულ ჩარევას და აუმჯობესებს მკურნალობის შედეგს.

ოპერაციისწინა სხივურ თერაპიას მიმართავენ მხოლოდ იმ შემთხვევაში, თუ ნეოადიუვანტური ქიმიოთერაპია არაეფექტური გამოდგა და სიმსივნის ზომა უმნიშვნელოდ შემცირდა. ეს ძირითადად ეხება III-IV სტადიის კიბოს.

ოპერაცია აუცილებლად ტრანსაბდომინური მიდგომით სრულდება, რაც კონტრალატერალური თირკმლის რევიზიის საშუალებას იძლევა (ჩვეულებრივ, სტანდარტული გამოკვლევებით თირკმელთა ბილატერალური დაზიანება შემთხვევათა 30%-ში ამოუცნობი რჩება).

ოპერაციის შემდეგ 1,5-2 წლის განმავლობაში გრძელდება ქიმიოთერაპიის კურსები იმავე პრეპარატებით, რაც ოპერაციის წინა პერიოდში იყო გამოყენებული (ვინკრისტინი, დაქტინომიცინი, დოქსორუბიცინი). მათ მიმართ სიმსივნის რეზისტენტობის შემთხვევაში მიმართავენ უფრო აგრესიულ, ეტოპოზიდის, კარბოპლატინის, იფოსფამიდის შემცველ, სქემებს. 15 თვის ასაკამდე ორგანიზმის ლაბილურობის გამო ქიმიოპრეპარატების დოზას 50%-ით ამცირებენ.

სხივური თერაპია იწყება ოპერაციიდან 10 დღის შემდეგ, სხივდება სიმსივნის სარეცელი, თირკმლის კარის და პარააორტული ლიმფური კვანძების მიდამო 30-50 გრეი ჯამური კეროვანი დოზით. ფილტვში მეტასტაზების არსებობის შემთხვევაში სავალდებულოა ჩატარდეს სხივური თერაპია 10-15 გრეი ჯამური კეროვანი დოზით.

ბილატერალური ნეფრობლასტომის დროს ქიმიოთერაპიის შემდეგ თავდაპირველად სრულდება ნაკლებად დაზიანებული თირკმლის რეზექცია, ხოლო ერთი თვის შემდეგ მეორე თირკმელი ამოიკვეთება სიმსივნესთან ერთად. ორმხრივ ნეფრექტომიას აუტოლოგიური თირკმლის ქსოვილის შემდგომი ექტოპიური ჩანერგვით ძალიან იშვიათად მიმართავენ.

თირკმლის მენჯისა (C65) და შარდსაწვეთის (C66) კიბო

თირკმლის მენჯის კიბო თირკმლის პარენქიმის კიბოსთან შედარებით 10-ჯერ უფრო იშვიათად გვხვდება. კიდევ უფრო იშვიათია შარდსაწვეთის სიმსივნური დაზიანება.

ეტიოლოგიური ფაქტორებიდან მნიშვნელოვანია ეგზო- და ენდოგენური კანცეროგენები, ჰორმონული დარღვევები, ქრონიკული ინფექცია და ზოგადი დაავადებები.

თირკმლის მენჯისა და შარდსაწვეთის კიბო მაკროსკოპულად უმრავლეს შემთხვევაში (75%) პაპილურია და შარდის ბუშტის კიბოსგან არ განსხვავდება. იგი შეიძლება იყოს ერთეული ან მრავლობითი, შეიძლება შეგვხვდეს თირკმლის მენჯის, შარდსაწვეთის და შარდის ბუშტის ერთდროული დაზიანება.

ჰისტოლოგიურად თირკმლის მენჯში შეიძლება იყოს ეპითელური, არაეპითელური და მეორეული სიმსივნეები. ეპითელური სიმსივნეებიდან გვხვდება:

- გარდამავალუჯრედოვანი პაპილომა;
- გარდამავალუჯრედოვანი კიბო;
- ბრტყელუჯრედოვანი კიბო;
- ადენოკარცინომა;
- არადიფერენცირებული კიბო.

გარდამავალუჯრედოვანი პაპილომა ჰისტოლოგიურად კეთილთვისებიანია, მაგრამ პოტენციურად – ავთვისებიანი, რადგან მოგვიანებით მაინც იძლევა მეტასტაზებს. გარდამავალუჯრედოვანი კიბოსაგან განსხვავებით, პაპილომა არ იწვევს საშარდე გზების ლორწოვანის ინვაზიას და გამოირჩევა სიმსივნური უჯრედების პოლიმორფიზმით.

ყველაზე ხშირად გვხვდება გარდამავალუჯრედოვანი კიბო. ხშირია სიმსივნის ჩაზრდა საშარდე გზების ლორწოვან გარსში. უპირატესად დამახასიათებელია ლიმფოგენური, იშვიათად – ჰემატოგენური მეტასტაზები ფილტვში, ღვიძლში, ძვლებში. იმპლანტაციური მეტასტაზები ვრცელდება საშარდე გზების ირგვლივ მდებარე ქსოვილებში.

ბრტყელუჯრედოვან კიბოს უფრო აგრესიული მიმდინარეობა აქვს და შემთხვევათა 20%-ში გვხვდება.

სხვა ფორმის სიმსივნეები უფრო იშვიათია.

აღნიშნული სიმსივნეები ხშირად იწვევს შარდის პასაჟის დარღვევას, ვითარდება ჰიდრონეფროზი და პიონეფროზი. ასეთ დროს თირკმელი პალპაციით ისინჯება.

დაავადების ძირითადი კლინიკური გამოვლინებაა ჰემატურია. სისხლის კოლტების მიერ თირკმლის ფიალებისა და შარდსაწვეთის დახშვის გამო მაკროჰემატურიას თან ახლავს მწვავე ტკივილი.

შარდის პასაჟის სიმსივნით გამოწვეული დარღვევის გამო თირკმლის მიდამოში შეიძლება განვითარდეს ყრუ ტკივილი.

შარდსაწვეთის სიმსივნის ხელით გასინჯვა იშვიათად, მხოლოდ განსაკუთრებით დიდი ზომების მიღწევის შემთხვევაშია შესაძლებელი.

დიაგნოსტიკა ემყარება ანამნეზს: ავადმყოფი აღნიშნავს ჰემატურიას ჭიისებრი კოლტებით, ტკივილს თირკმლის მიდამოში და თირკმლის გადიდებას. ინფორმაციულია ცისტოსკოპია ჰემატურიის პერიოდში და შარდის ნალექის ციტოლოგიური გამოკვლევა, რომლის დროსაც შარდში ნახულობენ სიმსივნურ უჯრედებს.

ექსკრეტორულ უროგრამაზე თირკმლის მენჯსა და ფიალებში აღინიშნება ავსების დეფექტი, ჰიდრონეფროზი, ზოგჯერ თირკმელი აფუნქციურია. დაზიანების დონის შესაბამისად, შარდსაწვეთში ნახულობენ ენისებრ ავსების დეფექტს.

თუ უროგრაფია არაინფორმაციულია, მაშინ მიმართავენ რეტროგრადულ პიელოგრაფიას. შარდსაწვეთში ჩადგმის დროს სიმსივნესთან კათეტერის გავლისას მასში გამოიყოფა სისხლი, ხოლო სიმსივნის გავლის შემდეგ – სუფთა შარდი.

მნიშვნელოვანი დიაგნოსტიკური ღირებულება აქვს ულტრასონოგრაფიას და კომპიუტერულ ტომოგრაფიას.

თირკმლის მენჯისა და შარდსაწვეთის სიმსივნეების კლასიფიკაცია TNM სისტემით (მე-6 გამოცემა, 2002)

თირკმლის მენჯისთვის რეგიონულ ლიმფურ კვანძებს წარმოადგენს თირკმლის კარის, მუცლის პარააორტული და პარაკავალური ლიმფური კვანძები, ხოლო შარდსაწვეთისთვის – მენჯის შიგნითა ლიმფური კვანძები. რეგიონულ ლიმფურ კვანძებში მეტასტაზის ლოკალიზაცია გავლენას არ ახდენს .N კატეგორიაზე.

TNM – კლინიკური კლასიფიკაცია

T – პირველადი სიმსივნე

TX პირველადი სიმსივნის შესაფასებლად საკმარისი მონაცემები არ არის
T0 პირველადი სიმსივნის არსებობის ნიშნები არ არის
Ta არაინვაზიური პაპილური კარცინომა
Tis პრეინვაზიური კარცინომა (Carcinoma in situ)

T1 სიმსივნე ჩაზრდილია სუბეპითელურ შემაერთებელ ქსოვილში
T2 სიმსივნე ჩაზრდილია კუნთოვან ქსოვილში
T3 (*თირკმლის მენჯი*): სიმსივნე გავრცელებულია კუნთოვანი შრის ფარგლებს გარეთ – თირკმლის ირგვლივ მდებარე ცხიმოვან ქსოვილზე ან თირკმლის პარენქიმაზე
(*შარდსაწვეთი*): სიმსივნე გავრცელებულია კუნთოვანი შრის ფარგლებს გარეთ – შარდსაწვეთის ირგვლივმდებარე ცხიმოვან ქსოვილზე
T4 სიმსივნე ჩაზრდილია მომიჯნავე ორგანოებში ან თირკმლის გავლით ვრცელდება ირგვლივმდებარე ცხიმოვან ქსოვილზე

N – რეგიონული ლიმფური კვანძები

NX რეგიონული ლიმფური კვანძების შესაფასებლად საკმარისი მონაცემები არ არის
N0 რეგიონული ლიმფური კვანძების მეტასტაზური დაზიანების ნიშნები არ არის
N1 2 სმ-მდე ზომის მეტასტაზი ერთ რეგიონულ ლიმფურ კვანძში

N2 2 სმ-დან 5 სმ-მდე ზომის მეტასტაზი ერთ ლიმფურ კვანძში; ან 5 სმ-მდე ზომის მეტასტაზი რამდენიმე ლიმფურ კვანძში

N3 5 სმ-ზე მეტი ზომის მეტასტაზი ლიმფურ კვანძში

M – შორეული მეტასტაზები

MX შორეული მეტასტაზის შესაფასებლად საკმარისი მონაცემები არ არის

M0 შორეული მეტასტაზის არსებობის ნიშნები არ არის

M1 აღინიშნება შორეული მეტასტაზი

pTNM – პათოჰისტოლოგიური კლასიფიკაცია

pT, pN, და pM კატეგორიები შეესაბამება T,N,M კატეგორიებს

G – ჰისტოლოგიური გრადაცია

GX დიფერენციაციის ხარისხის შესაფასებლად საკმარისი მონაცემები არ არის

G1 მაღალდიფერენცირებული

G2 საშუალოდ დიფერენცირებული

G3-4 დაბალდიფერენცირებული (არადიფერენცირებული)

დაჯგუფება სტადიების მიხედვით

0 სტადია	Ta	N0	M0
0 is სტადია	Tis	N0	M0
I სტადია	T1	N0	M0
II სტადია	T2	N0	M0
III სტადია	T3	N0	M0
IV სტადია	T4	N0	M0
	T ნებისმიერი	N1, N2, N3	M0
	T ნებისმიერი	N ნებისმიერი	M1

მკურნალობა. თირკმლის მენჯისა და შარდსაწვეთის კიბოს მკურნალობა ძირითადად ქირურგიულია. ოპერაცია ტარდება ლაპარატომიული ან თორაკოლაპარატომიული მიდგომით. ერთ ბლოკში ხდება თირკმლის, შარდსაწვეთის და შარდის ბუშტის ფრაგმენტის ამოკვეთა შარდსაწვეთთან მისი შერთვის ადგილზე.

ოპერაციის მოცულობა დამოკიდებულია დაავადების სტადიაზე, სიმსივნის ლოკალიზაციაზე, დიფერენცირების ხარისხზე და დაზიანების კერების რაოდენობაზე. შარდსაწვეთის ქვედა მესამედის სოლიტარული დაზიანებისა და დაავადების საწყისი ფორმის შემთხვევაში, როცა სიმსივნის დიფერენცირების ხარისხი შეესაბამება G1-ს, გამართლებულია დისტალური ურეთერექტომია ურეთერონეოცისტოანასტომოზის ჩამოყალიბებით. შარდსაწვეთის ზედა და შუა მესამედის კიბოს დროს, აგრეთვე მულტიფოკალური დაზიანებისას უმჯობესია ჩატარდეს ნეფროურეთერექტომია თირკმელზედა ჯირკვლის შენარჩუნებით. უფრო ფართო გავრცელების სიმსივნეების შემთხვევაში უნდა გაკეთდეს რადიკალური ნეფრექტომია.

ნეფრექტომიის დროს შარდის ბუშტის რეზექცია კეთდება ისე, რომ ამოკვეთის საზღვარი შარდსაწვეთის შესართავიდან მინიმუმ 1,5 სმ-ით იყოს მოცილებული.

ლიმფადენექტომიით უმეტეს შემთხვევაში შესაძლებელია ზუსტი სტადიის დადგენა,

მაგრამ მას შეიძლება სამკურნალო დანიშნულებაც ჰქონდეს. ორ უკიდურეს შემთხვევაში – საწყისი სტადიის მაღალდიფერენცირებული კიბოს ან გავრცელებული დაბალდიფერენცირებული კიბოს დროს – ლიმფადენექტომია ავადმყოფთა სიცოცხლის ხარისხს და დაავადების პროგნოზს არ აუმჯობესებს.

ლიმფურ კვანძებსა და ძვლებში გარდამავალუჯრედოვანი კიბოს მეტასტაზების განვითარება ცუდ პროგნოზულ მაჩვენებლად ითვლება.

თირკმლის მენჯის 0-I-II-III სტადიის Ta-is-1-2-3N0M0 კიბოს ქირურგიული მკურნალობის მეთოდია რადიკალური ნეფროურეთერექტომია. კონტრალატერალური თირკმლის არარსებობის ან მისი ფუნქციის დაქვეითების შემთხვევაში მიმართავენ ორგამოშემანარჩუნებელ ოპერაციებს – თირკმლის მენჯის რეზექციას, სიმსივნის ელექტროკოაგულაციას ან ლაზერულ დესტრუქციას.

IV სტადიის (T4N0M0, $T_{ნებისმიერი}$N1-3M0, $T_{ნებისმიერი}$N0-3M1) სიმსივნეების მკურნალობა ქირურგიული ან კომბინირებულია.

ქირურგიული მკურნალობა შეიძლება ჩატარდეს Tis-3N0M1 სიმსივნეების დროს იმ პირობით, რომ შესაძლებელი იყოს ძირითადი სიმსივნისა და შორეული მეტასტაზის მოცილება ქირურგიული გზით: რადიკალური ნეფროურეთერექტომია, შარდის ბუშტის კედლის რეზექცია შარდსაწვეთის შარდის ბუშტთან შეერთების ადგილას და შორეული მეტასტაზის ამოკვეთა (ძვლის რეზექცია, კიდურის ამპუტაცია, ლობექტომია).

კომბინირებული მკურნალობა ტარდება მაშინ, როცა დამატებით აღინიშნება რეგიონული ლიმფური კვანძების დაზიანებაც (Ta-4N1-3M1). ქირურგიული კომპონენტი მოიცავს რადიკალურ ან გაფართოებულ ნეფროურეთერექტომიას და შორეული მეტასტაზის მოცილებას (ძვლის რეზექცია, კიდურის ამპუტაცია, ლობექტომია).

ოპერაციიდან 3-4 კვირის შემდეგ ტარდება სხივური თერაპია გამა-აპარატის ან ხაზოვანი ამაჩქარებლის გამოყენებით. ასხივებენ თირკმლისა და რეტროპერიტონული ლიმფური კვანძების სარეცელს ჩვეულებრივი ფრაქციონირების რეჟიმში: 2-2 გრეი დღიური და 40 გრეი ჯამური კეროვანი დოზით.

ზოგჯერ სხივური თერაპიის ნაცვლად მიმართავენ ოპერაციის შემდგომ ქიმიოთერაპიას. გამოიყენება CAP და M-VAC სქემები (5-7 კურსი) ან VMP სქემა (4-5 კურსი), კურსებს შორის 3-კვირიანი ინტერვალებით. იმ შემთხვევაში, როცა ქირურგიული გზით ძირითადი სიმსივნის ამოკვეთა შესაძლებელია, ხოლო მეტასტაზებს ვერ იღებენ, მკურნალობა კომპლექსურია და მოიცავს ქირურგიულ, სხივურ და მედიკამენტურ კომპონენტებს.

Tis-3 სტადიის სიმსივნის დროს კეთდება ნეფროურეთერექტომია, T4 სტადიის სიმსივნის დროს კი – გაფართოებული ნეფროურეთერექტომია.

ოპერაციიდან 3-4 კვირის შემდეგ სხივდება თირკმლისა და რეტროპერიტონული ლიმფური კვანძების სარეცელი 40 გრეი ჯამური კეროვანი დოზით. პირობით რადიკალური ოპერაციის შემთხვევაში დასხივების ჯამური კეროვანი დოზა შეიძლება აყვანილ იქნეს 50-60 გრეიმდე.

ქიმიოთერაპიის სქემები და ხანგრძლივობა შეირჩევა ინდივიდუალურად და დამოკიდებულია ავადმყოფის ზოგად მდგომარეობაზე. ითვალისწინებენ ჰემატოლოგიურ მაჩვენებლებს და პრეპარატების ტოქსიკურობას. გამოიყენება CAP და M-VAC სქემები (5-7 კურსი) ან VMP სქემა (4-5 კურსი), კურსებს შორის 3-კვირიანი ინტერვალებით.

შარდსაწვეთის 0 და I სტადიის (Ta-is-1N0M0) კიბოს მკურნალობა ქირურგიულია.

შარდსაწვეთის პროქსიმალური ან შუა მესამედის დაზიანებისას, ანატომიურად და ფუნქციურად ჯანმრთელი კონტრალატერალური თირკმლის არსებობის შემთხვევაში, კეთდება ნეფროურეთერექტომია და შარდის ბუშტის კედლის რეზექცია შარდსაწვეთის შარდის ბუშტთან შეერთების ადგილას. ეს ოპერაცია გამოიყენება იმ შემთხვევაშიც, როცა შარდსაწვეთის ქვედა მესამედის კიბოს დროს ორგანოშემანარჩუნებელი ოპერაციის ჩატარება ვერ ხერხდება.

შარდსაწვეთის დისტალური მესამედის დაზიანებისას ხორციელდება მისი ქვედა მესამედის რეზექცია შარდის ბუშტის შარდსაწვეთთან მიმდებარე კედელთან ერთად და ყალიბდება ნეოურეთეროცისტოანასტომოზი. შესაძლებელია შარდსაწვეთის მოკვეთილი ნაწილის პლასტიკა თეძოს ნაწლავის იზოლირებული სეგმენტით. ჩვენების მიხედვით, შეიძლება შარდსაწვეთი მთლიანად ჩანაცვლდეს თეძოს ნაწლავით. ცალკეულ შემთხვევებში, შარდსაწვეთის პროქსიმალურ ან შუა მესამედში სიმსივნის ლოკალიზაციისას, დასაშვებია დამზოგველი ოპერაცია – შარდსაწვეთის რეზექცია "პირი-პირში" ანასტომოზის ჩამოყალიბებით. გამოიყენება ცალთირკმლიან ავადმყოფებში ან კონტრალატერალური თირკმლის ფუნქციის დარღვევისას.

II-III სტადიის (T2-3N0M0) კიბოს მკურნალობაც ქირურგიულია. გამოიყენება ზემოთ ჩამოთვლილი ოპერაციები, ჩვენების მიხედვით. დამატებით შეიძლება განხორციელდეს პიელო- ან ნეფროსტომია.

IV სტადიის (T4N0M0, $T_{\text{ნებისმიერი}}$N1-3M0, $T_{\text{ნებისმიერი}}N_{\text{ნებისმიერი}}$M1) კიბოს მკურნალობა ქირურგიული ან კომბინირებულია. ისევე, როგორც თირკმლის მენჯის კიბოს დროს, ქირურგიული მკურნალობა შეიძლება ჩატარდეს იმ შემთხვევაში, თუ ქირურგიული გზით შესაძლებელი იქნება როგორც ძირითადი სიმსივნის, ისე შორეული მეტასტაზის მოცილება.

მკურნალობა კომბინირებულია, თუ რადიკალური ოპერაციის შემდეგ (3-4 კვირაში) ჩატარდა სხივური თერაპია (დისტანციური გამა-თერაპია 40 გრეი ჯამური კეროვანი დოზით).

სხივური თერაპიის ალტერნატივად გამოდგება მედიკამენტური მკურნალობა, რომლის დროსაც შესაძლებელია გამოყენებულ იქნეს CAP, M-VAC ან VMP სქემები.

იმ შემთხვევაში, თუ ქირურგიული მკურნალობა ტარდება არარადიკალური პროგრამით (ვთქვათ, მოხერხდა ძირითადი სიმსივნის ამოკვეთა, ხოლო მეტასტაზი დარჩა), ოპერაციის შემდეგ მიმართავენ სხივურ და მედიკამენტურ მკურნალობას: ოპერაციიდან 3-4 კვირის შემდეგ სხივდება თირკმლის, შარდსაწვეთის და რეტროპერიტონული ლიმფური კვანძების სარეცელი 40 გრეი ჯამური კეროვანი დოზით, ხოლო ქიმიოთერაპია ტარდება CAP, M-VAC ან VMP სქემით.

როცა თირკმლის მენჯის და შარდსაწვეთის კიბოს ქირურგიული და კომბინირებული მკურნალობა შეუძლებელია, ტარდება პალიატიური და სიმპტომური თერაპია დაავადების ყველაზე მძიმე გამოვლინებათა კუპირების პრინციპით.

პალიატიური ქიმიოთერაპია ტარდება CAP, M-VAC ან VMP სქემით.

სიმპტომურ სხივურ თერაპიას მიმართავენ მეტასტაზებით განპირობებული ტკივილის სინდრომის კუპირების მიზნით.

ჩონჩხის ძვლების მეტასტაზური დაზიანებისას ტარდება სხივური თერაპია საშუალო ფრაქციებით: 3,5 გრეი, 5-6 ფრაქცია 17-21 გრეი ჯამური კეროვანი დოზით, 28 დღის განმავლობაში.

მკურნალობისშემდგომი აქტიური დისპანსერული მეთვალყურეობა ტარდება სიცოცხლის ბოლომდე, 2-3-თვიანი ინტერვალებით.

შარდის ბუშტის კიბო (C67)

შარდის ბუშტის ავთვისებიანი სიმსივნეები ყველა ონკოლოგიური დაავადების 4%-ს და ონკოუროლოგიური დაავადების 10%-ს შეადგენს. უპირატესად ავადდებიან მამაკაცები. ავადმყოფთა საშუალო ასაკი 60 წელია.

ეტიოლოგიაში მნიშვნელოვანია ქიმიური და ვირუსული კანცეროგენების როლი. ეგზოგენური ქიმიური კანცეროგენებიდან საყურადღებოა პლასტმასის, რეზინის, ტყავის, ლაკ-საღებავების წარმოებაში არსებული მრავალი ქიმიური ნივთიერებები (ნაფტილამინები, ამინობიფენილი, ანილინური საღებავები და ა. შ.), რომლებსაც შეუძლიათ შარდის ბუშტის პროფესიული კიბოს გამოწვევა. მნიშვნელოვანია ფენაცეტინის შემცველი ანალგეტიკების, ციკლოფოსფანის, თამბაქოს ხანგრძლივი მოხმარება. გასათვალისწინებელია უროსტაზთან დაკავშირებული ზოგიერთი პროფესიული ჩვევა (მაგ., მძღოლებში) და კვების თავისებურებები, ქლორიანი სასმელი წყლის გამოყენება, ადამიანის პაპილომა-ვირუსის და რადიაციის ზემოქმედება. ენდოგენური ფაქტორებიდან აღსანიშნავია ტრიპტოფანის ცვლის მოშლა.

შემთხვევათა 95%-ში გვხვდება ეპითელური სიმსივნეები – პაპილომა და კიბო:

- გარდამავალუჯრედოვანი პაპილომა
- გარდამავალი პაპილომის ინვერტირებული ტიპი
- ბრტყელუჯრედოვანი პაპილომა
- გარდამავალუჯრედოვანი კიბო
- გარდამავალუჯრედოვანი კიბო: ბრტყელუჯრედოვანი, ჯირკვლოვანი ან ბრტყელუჯრედოვან-ჯირკვლოვანი მეტაპლაზიით
- ბრტყელუჯრედოვანი კიბო
- ადენოკარცინომა
- არადიფერენცირებული კიბო.

შარდის ბუშტში ვითარდება აგრეთვე არაეპითელური და შერეული სიმსივნეები, მეტასტაზები და მეორეული სიმსივნეები; აგრეთვე არაკლასიფიცირებადი სიმსივნეები, ეპითელიუმის არასიმსივნური და სიმსივნისმაგვარი დაზიანებები.

შარდის ბუშტის კიბოს დროს უროთელიუმის დაზიანება შეიძლება იყოს ერთეული (მონოფოკალური) ან მრავლობითი (მულტიფოკალური) კერის სახით.

დადგენილია, რომ უროთელიუმს სიმსივნური ტრანსფორმაციისადმი დიდი მიდრეკილება ახასიათებს, რაც მისი გენეტიკური არასტაბილურობით აიხსნება და ერთეული ან მრავლობითი სიმსივნური კლონების წარმოშობით ვლინდება.

შარდის ბუშტის კიბოს ადრეული ფორმაა ინტრაეპითელური კიბო (Carcinoma in situ), რომელიც ხშირად მულტიფოკალურია და დიდ ფართობზე განფენილად გავრცელება ახასიათებს. ნორმალური ეპითელიუმისგან ვიზუალურად მისი გარჩევა

ზოგჯერ ძნელია. ზოგჯერ ის "ხავერდოვან წითელ ლაქას" მოგვაგონებს. ინტრაეპითელური კიბო ჰისტოლოგიურად ანაპლაზიის მაღალი ხარისხით (G3) გამოირჩევა, რიც გამოც მისი კლინიკური მიმდინარეობა არაპროგნოზირებადია: ზოგ შემთხვევაში მან შეიძლება წლების განმავლობაში შეინარჩუნოს არაინვაზიურობა, ზოგ შემთხვევაში კი აგრესიული გახდეს – დაიწყოს სწრაფი ინფილტრაცია და განვითარდეს მეტასტაზები. ლოკალური დაზიანების დროს ინვაზიური კიბოს განვითარების რისკი დაბალია (8%-მდე), დიფუზური ფორმების დროს კი 70%-ს აღწევს.

პრეინვაზიური კარცინომა შეიძლება განვითარდეს იზოლირებულად (პირველადი), ან შერწყმული იყოს პაპილურ ან ნოდულურ სიმსივნეებთან (მეორეული). იზოლირებული ფორმის დროს მისი ინვაზიურად ტრანსფორმაციის რისკი 40%-ს არ აღემატება, ხოლო მეორეული (შერწყმული) ფორმების დროს 80%-მდეა.

Cis გავრცელების სიმსივნის დროს უჯრედშორისი კავშირების დაკარგვა განაპირობებს უროთელიუმის ფრაგმენტების ჩამოფცქვნას შემაერთებელქსოვილოვან შრემდე, რაც, ერთი მხრივ, შარდსა და შარდის ბუშტის ნარეცხ წყლებში სიმსივნური უჯრედების აღმოჩენის საშუალებას იძლევა, ხოლო, მეორე მხრივ, ხშირად შარდის ბუშტის ბიოპტატის ჰისტოლოგიური გამოკვლევის უარყოფითი პასუხის მიზეზი ხდება. ამიტომ შარდის ბუშტის პრეინვაზიურ კიბოზე ეჭვის დროს საჭიროა მრავლობითი ბიოფსიის გაკეთება ლორწოვანი გარსის სხვადასხვა უბნებიდან.

შარდის ბუშტის პრეინვაზიური კიბო ყველაზე ხშირად ლიეტოს სამკუთხედში – შარდსაწვეთების შესართავთან, ხოლო იშვიათად – თაღსა და წინა კედელში ვითარდება; დიფუზური ფორმის დროს შეიძლება გავრცელდეს ზედა საშარდე გზებიდან ურეთრის დისტალურ ნაწილამდე, რისი ცოდნაც აუცილებელია დაავადების პროგნოზირებისა და მკურნალობისთვის.

შარდის ბუშტის ინვაზიური კიბოს დროს მაკროსკოპულად განასხვავებენ პაპილურ და სოლიდურ ფორმებს.

გარდამავალუჯრედოვანი პაპილომა პირობითადაა კეთილთვისებიანი სიმსივნე, რადგან მისი ამოკვეთის შემდეგ ხშირად ვითარდება რეციდივი და ავთვისებიანი სიმსივნის სხვა ნიშნებსაც იძენს.

პაპილური კიბო ხაოიანი შენების ეგზოფიტური სიმსივნეა და ყვავილოვან კომბოსტოს წააგავს. ყველაზე ხშირად ლოკალიზდება შარდის ბუშტის თაღისა და ყელის მიდამოში, შარდსაწვეთების ხვრელთან, შესაძლებელია დაწყლულდეს.

სოლიდური კიბო შეიძლება გამოვლინდეს ეგზოფიტური ან ენდოფიტური ზრდით. ეგზოფიტური სიმსივნე ხორკლიანია, იზრდება შარდის ბუშტის სანათურში; აღინიშნება ხაოიანი, გასქელებული, შეშუპებული ლორწოვანი გარსი, ნეკროზისაკენ მიდრეკილება, ალაგ ჩირქოვანი და ფიბრინული ნადებები. ენდოფიტური სიმსივნე ლორწქვეშა ინფილტრაციული ზრდისაა, სიმსივნის პროექციაზე ლორწოვანი გარსი შეშუპებული, ჰიპერემიული და დაწყლულებულია, ალაგ – სისხლჩაქცევებით.

შარდის ბუშტის კიბოს უპირატესად ახასიათებს ადგილობრივი გავრცელება შარდის ბუშტის შიგნითა ზედაპირზე, კედლის სისქეში, საშარდე გზებში იმპლანტაცია და ირგვლივმდებარე ქსოვილებში ჩაზრდა.

შარდის ბუშტის კიბოს მეტასტაზები შედარებით გვიან ვითარდება. დიფერენცირებული სიმსივნეების დროს ჰემატოგენური გზით მეტასტაზები ვრცელდება ღვი-

ძლში, თირკმლებში, თირკმელზედა ჯირკვლებში, ფილტვებში, ძვლებში. არადიფერენცირებული სიმსივნეების დროს მეტასტაზები ვრცელდება ლიმფოგენურად და აღინიშნება სიმსივნის უშუალო ჩაზრდა მცირე მენჯის ლიმფურ კვანძებში, თეძოს, ობტურატორული (დამხურავი) სისხლძარღვების, იშვიათად – ქვემო ღრუ ვენის და აორტის გაყოლებით.

შარდის ბუშტის კიბოს კლინიკა თავდაპირველად მწირია. დაავადების პირველი სიმპტომებია ჰემატურია (75%) და დიზურია (30%). ჰემატურიას სხვადასხვა ხანგრძლივობა, ინტენსივობა და გამეორება ახასიათებს (შესაძლებელია თვეების ან 1-3 წლის შემდეგ გამეორდეს). თავიდან აღინიშნება მიკროჰემატურია. შარდი ღია ვარდისფრიდან მუქ წითელ შეფერილობამდეა, ზოგჯერ ჩალისფერია, გამჭვირვალე, სისხლის უფორმო კოლტებით. დიდმა კოლტმა შეიძლება შარდის ბუშტის ტამპონადა გამოიწვიოს. სისხლდენის ინტენსივობა და სიხშირე დამოკიდებულია სიმსივნის ზომებზე და მისი რღვევის ხარისხზე. შარდის ბუშტის კედელში სიმსივნის ჩაზრდისას ტკივილი მატულობს. ლორწოვანი გარსის მთლიანობის დარღვევისას ვითარდება თანმხლები ინფექციები ცისტიტის (მოგვიანებით კი პიელონეფრიტის) სახით, რომელიც ვლინდება მოტყუების შეგრძნებით, მტკივნეული შარდვით, ტემპერატურის მომატებით. შარდი მღვრიე და მყრალია. შარდის ბუშტის მოცულობა თანდათან მცირდება და გამოიხატება აუტანელი დიზურია. სიმსივნის მიერ შარდსაწვეთების დახშვისას ვითარდება თირკმლის ქრონიკული უკმარისობა, ურეთეროჰიდრონეფროზი, პიონეფროზი. მოგვიანებით იწყება დარღვევები სწორი ნაწლავის მხრივ, ტკივილი მცირე მენჯში. მენჯის ლიმფური კვანძების მეტასტაზური დაზიანებისას შეიძლება განვითარდეს ქვედა კიდურების შეშუპება.

დიაგნოსტიკის ძირითადი მეთოდია ცისტოსკოპია, რომლის დროსაც ხდება სიმსივნის შეფასება და ჰისტოლოგიური გამოკვლევისათვის ბიოფსიური მასალის აღება. ინფორმაციულია სწორი ნაწლავიდან დიგიტალური გასინჯვა, ექსკრეტორული უროგრაფია, ცისტოგრაფია, შარდის ბუშტის ულტრასონოგრაფია, კომპიუტერული და მაგნიტურ-რეზონანსული ტომოგრაფია. მანუალური და ბიმანუალური პალპაციით შეიძლება გაისინჯოს სიმსივნე, რაც პროცესის გავრცელებაზე მიუთითებს. შარდის ანალიზს და მისი ნალექის ციტოლოგიურ გამოკვლევას მნიშვნელობა ენიჭება იმ შემთხვევაში, როცა სხვა გამოკვლევების ჩატარება ვერ ხერხდება. სიმსივნის გავრცელების დასადგენად შეიძლება გამოყენებულ იქნეს ანგიოგრაფია და ლიმფოგრაფია.

საჭიროა შარდის ბუშტის პირველადი კიბოს დიფერენცირება ანთებად დაავადებებთან და მეზობელი ორგანოებიდან (წინამდებარე ჯირკვალი, საშვილოსნო, სწორი ნაწლავი) შარდის ბუშტზე გავრცელებულ (მეორეულ) სიმსივნეებთან.

შარდის ბუშტის კიბოს კლასიფიკაცია TNM სისტემით (მე-6 გამოცემა, 2002)

შარდის ბუშტისთვის რეგიონულ ლიმფურ კვანძებს წარმოადგენს მცირე მენჯის ლიმფური კვანძები, რომლებიც მდებარეობენ თეძოს საერთო არტერიის გაორკაპების ქვემოთ. რეგიონულ ლიმფურ კვანძებში მეტასტაზის ლოკალიზაცია არ ახდენს გავლენას N კლასიფიკაციაზე.

TNM – კლინიკური კლასიფიკაცია

T – პირველადი სიმსივნე

მრავლობითი სიმსივნის აღსანიშნავად T კატეგორიას უნდა დავურთოთ სუფიქსი (m), ხოლო პრეინვაზიური კარცინომის (carcinoma in situ) შემთხვევაში – (is).

TX პირველადი სიმსივნის შესაფასებლად საკმარისი მონაცემები არ არის

T0 პირველადი სიმსივნის არსებობის ნიშნები არ არის

Ta არაინვაზიური პაპილური კარცინომა

Tis პრეინვაზიური კარცინომა (Carcinoma in situ): "ბრტყელი სიმსივნე"

T1 სიმსივნე ჩაზრდილია სუბეპითელურ შემაერთებელ ქსოვილში

T2 სიმსივნე ჩაზრდილია კუნთოვან ქსოვილში

T2a სიმსივნე ჩაზრდილია ზედაპირულ კუნთში (შიგნითა ნახევარში)

T2b სიმსივნე ჩაზრდილია ღრმა კუნთში (გარეთა ნახევარში)

T3 სიმსივნე ჩაზრდილია შარდის ბუშტის ირგვლივ მდებარე ქსოვილებში

T3a ვლინდება მიკროსკოპულად

T3b ვლინდება მაკროსკოპულად (ექსტრავეზიკულური კონგლომერატი)

T4 სიმსივნე ჩაზრდილია ჩამოთვლილთაგან ერთ-ერთ ორგანოში: წინამდებარე ჯირკვალში, საშვილოსნოში, საშოში; მენჯის ან მუცლის კედელში

T4a სიმსივნე ჩაზრდილია წინამდებარე ჯირკვალში, საშვილოსნოში ან საშოში

T4b სიმსივნე ჩაზრდილია მენჯის ან მუცლის კედელში

N – რეგიონული ლიმფური კვანძები

NX რეგიონული ლიმფური კვანძების შესაფასებლად საკმარისი მონაცემები არ არის

N0 რეგიონული ლიმფური კვანძების მეტასტაზური დაზიანების ნიშნები არ არის

N1 2 სმ-მდე ზომის მეტასტაზი ერთ ლიმფურ კვანძში

N2 2 სმ-დან 5 სმ-მდე ზომის მეტასტაზი ერთ ლიმფურ კვანძში; ან 5 სმ-მდე ზომის მეტასტაზი რამდენიმე ლიმფურ კვანძში

N3 5 სმ-ზე მეტი ზომის მეტასტაზი ლიმფურ კვანძში

M – შორეული მეტასტაზები

MX შორეული მეტასტაზის შესაფასებლად საკმარისი მონაცემები არ არის

M0 შორეული მეტასტაზის არსებობის ნიშნები არ არის

M1 აღინიშნება შორეული მეტასტაზი

pTNM – პათოჰისტოლოგიური კლასიფიკაცია

pT, pN, და pM კატეგორიები შეესაბამება T, N, M კატეგორიებს

G – ჰისტოლოგიური გრადაცია

GX დიფერენცირების ხარისხის შესაფასებლად საკმარისი მონაცემები არ არის

G1 მაღალდიფერენცირებული

G2 საშუალოდ დიფერენცირებული

G3-4 დაბალდიფერენცირებული (არადიფერენცირებული)

დაჯგუფება სტადიების მიხედვით

0a სტადია	Ta	N0	M0
0is სტადია	Tis	N0	M0
I სტადია	T1	N0	M0
II სტადია	T2a, T2b	N0	M0
III სტადია	T3a, T3b	N0	M0
	T4a	N0	M0
IV სტადია	T4b	N0	M0
	ნებისმიერი T	N1, N2, N3	M0
	ნებისმიერი T	ნებისმიერი N	M1

მკურნალობა. შარდის ბუშტის კიბოს მკურნალობა ქირურგიული, მედიკამენტური, სხივური, კომბინირებული და კომპლექსურია.

კიბოს საწყისი ფორმების ქირურგიული მკურნალობის დროს ტარდება ტრანსურეთრული რეზექცია (ტურ) ან შარდის ბუშტის რეზექცია. გავრცელებული სიმსივნეების დროს ხორციელდება ცისტექტომია შარდის დერივაციის სხვადასხვა მეთოდით. ცხოვრების ხარისხის მიხედვით განიხილება შარდის დერივაციის ორი ძირითადი ვარიანტი: ა) როცა შარდი მუდმივად გამოიყოფა და საჭიროა შარდმიმღები, ბ) როცა შესაძლებელია შარდის შეგროვება და საჭიროების მიხედვით მისი ევაკუაცია.

შარდის გადაყვანის გზების მიხედვით არსებობს ოპერაციები ა) შარდის გარეთ გადაყვანით (ურეთეროკუტანეოსტომია, სხვადასხვა მოდიფიკაციის „სველი" და „მშრალი" უროსტომები), ბ) ანალური დერივაცია – შარდსაწვეთების ნაწლავში ჩანერგვით (მაგ., ურეთეროსიგმოსტომია, ურეთეროსიგმოსტომია) და გ) შარდის წვრილნაწლავოვანი ან მსხვილნაწლავოვანი რეზერვუარის ჩამოყალიბება, კანზე გამოტანილი ურინოსტომით ან მის გარეშე (ურეთრული დერივაცია სუბსტიტუციასთან ერთად). უკანასკნელ წლებში უპირატესობა ენიჭება დაბალი წნევის დეტუბულიზებული წვრილნაწლავოვანი რეზერვუარის ჩამოყალიბებას. ამ უკანასკნელის დროს, შარდსადენის და სფინქტერის შენარჩუნების პირობებში, შესაძლებელია ბუნებრივი გზით შარდის პასაჟის აღდგენა. ასეთი ტიპის შარდის ბუშტის რეზერვუარის ჩამოყალიბება ამცირებს ზედა საშარდე გზების აღმავალი ინფექციების აღბათობას და მისგან გამოწვეულ ლეტალობას, ამასთან ერთად, შესაძლებელს ხდის მეორეული (საშვილოსნოდან, სწორი ნაწლავიდან გავრცელებული) სიმსივნეების მკურნალობას – ფართოვდება ეგზენტერაციის ჩვენებები.

შარდის ბუშტის შორსწასული სიმსივნეების დროს, ჩვენების მიხედვით, შეიძლება განხორციელდეს ნეფროსტომია, ურეთეროკუტანეოსტომია, ელექტროკოაგულაცია, თეძოს შიგნითა არტერიების გადაკეთება ან ემბოლიზაცია, პალიატიური ცისტექტომია. დამუშავების სტადიაშია და შემდგომი შესწავლის საგანს წარმოადგენს ლაპაროსკოპიული ოპერაციები.

შარდის ბუშტის კიბოს დროს სხივური თერაპია შედარებით იშვიათად გამოიყენება როგორც დამოუკიდებლად, ისე მკურნალობის კომპლექსში. დასხივებას ძირითადად მიმართავენ ინვაზიური სიმსივნეების დროს – კუნთოვან შრეში სიმსივნის ჩაზრდისას ან რეგიონულ ლიმფურ კვანძებში მეტასტაზის არსებობისას. სხივური

თერაპიის წინ აუცილებელია შარდის ბუშტის კიბოს ჰისტოლოგიური ვერიფიკაცია. შარდის ბუშტს უნდა ჰქონდეს ადეკვატური მოცულობა და ნორმალური ფუნქცია. სხივური თერაპიის გამოყენების უკუჩვენებებია: შარდის პასაჟის დარღვევა, პიელონეფრიტი, მორეციდივე ინფექცია, ანამნეზში ანთებების არსებობა და ოპერაციისშემდგომი შეხორცებები მუცლის ღრუში, შარდის ბუშტის დიდი დივერტიკული, ჰემოპოეზის დათრგუნვა, პაციენტის ზოგადი მძიმე მდგომარეობა.

ძირითადად მიმართავენ დისტანციურ გამა-თერაპიას. რადიომოდიფიკატორების გამოყენება და დასხივებისწინა ღრუსშიგნითა ქიმიოთერაპია მის ეფექტურობას აუმჯობესებს.

კომპლექსური მკურნალობის სქემაში შეიძლება ჩართული იყოს ოპერაციისწინა მსხვილფრაქციული დასხივება 4-5 გრეი ერთჯერადი დოზით, 5 დღის განმავლობაში. 24-48 საათის შემდეგ კეთდება ოპერაცია. შესაძლებელია ჩატარდეს ოპერაციის შემდგომი სხივური თერაპია ჩვეულებრივი ფრაქციებით, 40 გრეი ჯამური კეროვანი დოზით და 3-4 კვირის შემდეგ გაკეთდეს ოპერაცია. დადგენილია, რომ ინვაზიური კიბოს დროს ოპერაციისწინა დასხივება ადგილობრივი რეციდივების სიხშირეს 2-3–ჯერ ამცირებს, თუმცა სიცოცხლის 5-წლიანი ხანგრძლივობის მაჩვენებელზე მისი გავლენა დადასტურებული არ არის.

როგორც მკურნალობის ალტერნატიული მეთოდი, შეიძლება გამოყენებული იყოს ბრაქითერაპია, რომლისთვისაც სპეციალურად შეირჩევა ავადმყოფები 5 სმ-მდე ზომის სოლიტარული სიმსივნით. მისი ეფექტურობა უმჯობესდება დისტანციურ გამა-თერაპიასთან, ქირურგიულ ოპერაციასა და ქიმიოთერაპიასთან კომბინაციაში.

პრინციპული მნიშვნელობა აქვს ბრაქითერაპიის წყაროსა და დოზის შერჩევას. უპირატესობა ენიჭება დაბალი ექსპოზიციური სიმძლავრის მქონე გამოსხივების წყაროს, რადგან მაღალსიმძლავრიანი გამოსხივება მეტ გართულებებს იწვევს. ოპერაციის წინ 10-12 გრეი ჯამური კეროვანი დოზით მსხვილფრაქციული დასხივების შემდეგ ბრაქითერაპიის დოზამ უნდა შეადგინოს 60-65 გრეი დაბალი ექსპოზიციური სიმძლავრის პირობებში (0,4-2 გრ/სთ); 40 გრეი ჯამური კეროვანი დოზით ჩატარებული ოპერაციისწინა გამა-თერაპიის შემდეგ ბრაქითერაპიის დოზა 25-30 გრეის შეადგენს, ხოლო ოპერაციის წინ 55-60 გრეი ჯამური კეროვანი დოზით ჩატარებული დისტანციური გამათერაპიისა და შარდის ბუშტის რეზექციის შემდეგ ბრაქითერაპიის დოზა 20 გრეის არ უნდა აღემატებოდეს.

ღრუსშიგნითა გამა-თერაპიის ჩატარება შესაძლებელია АГАТ-ВУ-ს ტიპის აპარატზეც. გამოიყენება კლასიკური ან დინამიკური ფრაქციონირების მეთოდი. ერთჯერადი დოზა შეადგენს 3-5 გრეის (ჯამური კეროვანი დოზა – 40-50 გრეიმდე). როცა ღრუსშიგნითა გამა-თერაპია შერწყმულია დისტანციურ გამა-თერაპიასთან, ჯამური კეროვანი დოზა 30 გრეიმდეა.

ოპერაციისშემდგომი სხივური თერაპია ტარდება ჩვეულებრივი ფრაქციებით ისე, რომ პრეოპერაციულ დასხივებასთან ერთად ჯამურმა კეროვანმა დოზამ ძირითად კერასა და მის სარეცელზე 60-85 გრეი შეადგინოს, ხოლო რეგიონული გავრცელების ზონაზე – 40-45 გრეი. მისი ჩატარების ჩვენებას წარმოადგენს ირგვლივმდებარე ქსოვილებში სიმსივნის ჩაზრდა და ადგილობრივი რეციდივების შესამცირებლად შესრულებული არარადიკალური ოპერაცია.

საკმაოდ ხშირად გამოიყენება ქიმიო-იმუნოთერაპია. როგორც მკურნალობის დამოუკიდებელი მეთოდი, იმუნოთერაპია ან ქიმიოთერაპია გამოიყენება Ta, Tis, T1 სტადიის სიმსივნეების დროს, მაშინ, როცა ტრანსურეთრული რეზექციის ჩატარება შეუძლებელია. ინტრავეზიკულურად ატარებენ იმუნომოდულატორებით (BCG ვაქცინა, ინტერლეიკინ-2,α−2b-ინტერფერონი) ან ქიმიოპრეპარატებით (დოქსორუბიცინი, ტიო-ტეფი, მიტომიცინ-C) ინსტილაციას.

სისტემური ქიმიოთერაპია (ცისპლატინა, მეტოტრექსატი, ვინბლასტინი, ფტორურაცილი, დოქსორუბიცინი, ეტოპოზიდი) ტარდება გავრცელებული (T2-T4) და მეტასტაზური სიმსივნეების დროს.

განსხვავებულია შარდის ბუშტის ზედაპირული და ინვაზიური კიბოს მკურნალობის ტაქტიკა.

შარდის ბუშტის ზედაპირული კიბოს (Tis, Ta, T1) შემთხვევაში გამოიყენება ტურ-ი, რომლის დროსაც რეციდივების სიხშირე საკმაოდ მაღალია (70-85%). ყოველი მომდევნო რეციდივის შემდეგ სიმსივნის ანაპლაზიის ხარისხი მატულობს და პროგნოზი უარესდება. ამიტომ დამატებით ტარდება შარდის ბუშტის ინსტილაციები იმუნომოდულატორებით და ქიმიოპრეპარატებით. ასევე გამოიყენება ფოტოდინამიკური თერაპია ჰემატოპორფირინების დერივატებით.

მკურნალობის ტაქტიკის განსაზღვრისას ითვალისწინებენ ისეთ პროგნოზულ ფაქტორებს, როგორიცაა სიმსივნეთა რაოდენობა ტურ-ის წინ, მათი ზომები, რეციდივების სიხშირე ტური-ის შემდეგ პირველი წლის განმავლობაში, სიმსივნის დიფერენციაციის ხარისხი და პლოიდობა.

კეთილსაიმედო პროგნოზულ ფაქტორებად ითვლება: 3 სმ-მდე ზომის სოლიტარული სიმსივნის არსებობა, TaN0M0G1 გავრცელების სიმსივნე, დნმ-ის პლოიდური ანაკრები, რეციდივის არარსებობა ტურ-ის შემდეგ პირველი წლის განმავლობაში. ასეთ შემთხვევებში ინვაზიური სიმსივნე ვითარდება შემთხვევათა 13%-ში.

არაკეთილსაიმედო პროგნოზული ფაქტორებია: 3 სმ-ზე მეტი ზომის სიმსივნე, მისი მულტიფოკალურობა, T1N0M0G2-4 გავრცელების სიმსივნე, დნმ-ის ანეუპლოიდური ანაკრები, რეციდივის განვითარება ტურ-ის შემდეგ პირველი წლის განმავლობაში. დამატებითი მკურნალობის გარეშე ინვაზიური სიმსივნე ვითარდება შემთხვევათა 43%-ში.

ინვაზიური კიბო გვხვდება შემთხვევათა 1/4-ში. დაავადების II-III სტადიაში მიზანშეწონილია რადიკალური ცისტექტომიის ჩატარება. 5-წლიანი სიცოცხლის ხანგრძლივობის მაჩვენებელი ამ შემთხვევაში საშუალოდ 60%-ს შეადგენს, ხოლო რეგიონული ლიმფური კვანძების დაზიანებისას (N+) 20%-ია. ამიტომ N+ შემთხვევებში ზოგიერთი ავტორი რადიკალური ცისტექტომიის წინააღმდეგია და კონსერვატიული მკურნალობის ჩატარებას ამჯობინებს.

ინვაზიური კიბოს დროს შარდის ბუშტის რეზექცია შეიძლება განხორციელდეს შარდის ბუშტის წინა, უკანა ან გვერდით კედელზე ლოკალიზებული სოლიტარული სიმსივნის შემთხვევაში, როცა შარდის ბუშტის ლორწოვანში თანმხლები პრეინვაზიური კარცინომის დამატებითი კერები არ არსებობს, ან არსებობს ცისტექტომიისადმი სომატური უკუჩვენებები. ამ ოპერაციის შემდეგ რეციდივების განვითარების სიხშირე 60%-ს აღწევს, ამიტომ მას ყოველთვის ემატება ოპერაციისწინა სხივური თერაპია ან სისტემური ქიმიოთერაპია.

შარდის ბუშტის ადგილობრივად გავრცელებული (T4a,bN0-1M0) კიბოს დროს შესაძლებელია მკურნალობა ჩატარდეს შემდეგნაირი ვარიანტებით:

- რადიკალური ცისტექტომია + ადიუვანტური ქიმიოთერაპია;
- ნეოადიუვანტური ქიმიო- (ქიმიო-სხივური) თერაპია + რადიკალური ცისტექტომია;

ქირურგიული მკურნალობისადმი უკუჩვენების შემთხვევაში ტარდება სხივური ან ქიმიო-სხივური მკურნალობა.

ცალკე განხილვის საგანია ავადმყოფთა მკურნალობის ტაქტიკა რეგიონულ ლიმფურ კვანძებში მეტასტაზის არსებობის შემთხვევაში. დადგენილია, რომ ლიმფური კვანძის მეტასტაზური დაზიანება, განსაკუთრებით კაფსულის ფარგლებს გარეთ გავრცელების შემთხვევაში, ძირითადი სიმსივნის პარამეტრებისგან დამოუკიდებელ პროგნოზულ ფაქტორს წარმოადგენს. ამასთან, არსებობს მონაცემები, რომ ოპერაციამდე განსაზღვრული N0 შემთხვევების 20%-ში მენჯის ლიმფადენექტომიის შემდეგ დასტურდება ლიმფურ კვანძებში მეტასტაზის არსებობა. ამიტომ შარდის ბუშტის ადგილობრივად გავრცელებული კიბოს დროს რადიკალური ცისტექტომია მენჯის ლიმფადენექტომიასთან ერთად N0 შემთხვევებში შორეულ შედეგებს აუმჯობესებს.

შარდის ბუშტის მეტასტაზური კიბოს მკურნალობა ქიმიოთერაპიულია. გამოიყენება VAC და CMV სქემები.

სტანდარტული სქემებისადმი რეზისტენტობის განვითარების შემთხვევაში გამოიყენება ორ- და სამკომპონენტიანი სქემები პლატინის პრეპარატებით, ტაქსანებითა და გემციტაბინით.

შარდის ბუშტის პრეინვაზიური (TisN0M0) კიბოს მკურნალობა ქირურგიული, იმუნოთერაპიული ან ქიმიოთერაპიულია.

ქირურგიული მკურნალობა შეიძლება მოიცავდეს შარდის ბუშტის ლორწოვანის ტრანსურეთრულ რეზექციას ან, ტოტალური დაზიანების დროს, ცისტექტომიას. ძლიერი სისხლდენის შემთხვევაში შეიძლება ჩატარდეს ენდოსკოპიური ელექტროკოაგულაცია, ეპიცისტოსტომია, თეძოს შიგნითა არტერიის გადაკვანძვა, შარდის ბუშტის რეზექცია.

იმუნოთერაპია ტარდება α-2b-ინტერფერონის, ინტერლეიკინ-2-ის ან BCG ვაქცინის ღრუსშიგნითა ინსტილაციებით, ხოლო ქიმიოთერაპია – ანტრაციკლინების ან მიტომიცინ-C-ს ინსტილაციებით.

0 და I სტადიის (Ta-1N0M0) კიბოს მკურნალობაც ქირურგიული, იმუნოთერაპიული ან ქიმიოთერაპიულია, მხოლოდ ქირურგიული ჩარევა უფრო მრავალფეროვანი შეიძლება იყოს: ტშრ-ი, შარდის ბუშტის რეზექცია ურეთრონეოცისტოანასტომოზის ჩამოყალიბებით ან მის გარეშე, ცისტექტომია ორმხრივი ურეთროკუტანეოსტომის ჩამოყალიბებით, ცისტექტომია შარდის ხელოვნური რეზერვუარისა და უროსტომის ჩამოყალიბებით, ან ამ უკანასკნელის გარეშე. სისხლდენის შემთხვევაში შეიძლება ჩატარდეს ენდოსკოპიური ელექტროკოაგულაცია, შარდის ბუშტის რეზექცია, ცისტექტომია, თეძოს შიგნითა არტერიების გადაკვანძვა.

შარდის ბუშტის II სტადიის (T2N0M0) კიბოს მკურნალობა ძირითადად ქირურგიულია. ტარდება შარდის ბუშტის რეზექცია ურეთრონეოცისტოანასტომოზის ჩამოყალიბებასთან ერთად ან მის გარეშე, ცისტექტომია ორმხრივ ურეთროკუტანეოსტო-

მასთან ერთად, ცისტექტომია შარდის ხელოვნური რეზერვუარისა და უროსტომის ან ურეთრული ანასტომოზის ჩამოყალიბებასთან ერთად. ცალკეულ შემთხვევებში დასაშვებია ტურ-ის ჩატარება. შარდის ბუშტიდან სისხლდენის დროს შეიძლება განხორციელდეს სასწრაფო ქირურგიული ჩარევა: ენდოსკოპიური ელექტროკოაგულაცია და შარდის ბუშტის რეზექცია, პუნქციური ან ოპერაციული ეპიცისტოსტომია, შარდის ბუშტის ლორწოვანის კოაგულაცია ღია წესით, ცისტექტომია, თეძოს შიგნითა არტერიის გადაკვანძვა.

ოპერაციის შემდეგ ტარდება ქიმიოთერაპიის 1-2 კურსი, 4-კვირიანი ინტერვალით, VAC სქემით ან გემზარით: და ცისპლატინით.

სხივური თერაპია შესაძლებელია ჩატარდეს ოპერაციისწინა დასხივების რეჟიმით (მსხვილფრაქციული – 4-5 გრეი, 20 გრეი ჯამურ კეროვან დოზამდე, ჩვეულებრივი ფრაქციებით – 40 გრეი ჯამურ კეროვან დოზამდე, ბრაქითერაპია – დამოუკიდებლად ან დისტანციურ გამა-თერაპიასთან ერთად).

III სტადიის (T3a-3b-4aN0M0) და IV სტადიის (T4bN0M0, $T_{\text{ნებისმ.}}$N1-3M0) კიბოს მკურნალობა კომბინირებულია. ქირურგიული ოპერაციებიდან შეიძლება განხორციელდეს ცისტექტომია ორმხრივ ურეთეროკუტანეოსტომიასთან ერთად, ცისტექტომია შარდის ხელოვნური რეზერვუარის და უროსტომის ან ურეთრული ანასტომოზის ფორმირებასთან ერთად. შარდის ბუშტიდან სისხლდენის დროს კეთდება ენდოსკოპიური ელექტროკოაგულაცია, შარდის ბუშტის რეზექცია, ეპიცისტოსტომია, შარდის ბუშტის ლორწოვანის კოაგულაცია ღია წესით, ცისტექტომია, თეძოს შიგნითა არტერიების გადაკვანძვა, პუნქციური ნეფროსტომია.

შეიძლება განხორციელდეს ოპერაციისწინა მსხვილფრაქციული დასხივება: 4-4 გრეი 5 დღის განმავლობაში, 20 გრეი ჯამური კეროვანი დოზით და ოპერაციის-შემდგომი სხივური თერაპია ჩვეულებრივი ფრაქციებით – 2-2 გრეი, 40 გრეი ჯამურ კეროვან დოზამდე.

როცა ქირურგიული ჩარევა შეუძლებელია, ინიშნება ნეოადიუვანტური ქიმიოთერაპია ან სხივური თერაპია რადიკალური პროგრამით. ტარდება ნეოადიუვანტური ქიმიოთერაპიის 2-4 კურსი და ადიუვანტური ქიმიოთერაპიის 2-4 კურსი, 4-კვირიანი ინტერვალებით, M-VAC სქემით.

რადიკალური პროგრამით სხივური თერაპის ჩატარება გულისხმობს დისტანციურ გამა-თერაპიას: დასხივების ერთჯერადი დოზა – 2-2 გრეი, ჯამური კეროვანი დოზა – 65-75 გრეი.

დამოუკიდებლად შეიძლება ჩატარდეს *ქიმიო-სხივური მკურნალობა:* ჯერ ტარდება სისტემური პოლიქიმიოთერაპიის 2-3 კურსი 4-კვირიანი ინტერვალებით, შემდეგ – სხივური თერაპია 2-2 გრეი ერთჯერადი დოზით, 60-70 გრეი ჯამურ კეროვან დოზამდე.

IV სტადიის $T_{\text{ნებისმიერი}}N_{\text{ნებისმიერი}}M1$ გავრცელების კიბოს მკურნალობა სიმპტომურია ან ტარდება სისტემური პოლიქიმიოთერაპიის 6 კურსი M-VAC სქემით ან გემზარ-ცისპლატინით. კურსებს შორის ინტერვალი 4 კვირაა.

მკურნალობისშემდგომი დისპანსერული მეთვალყურეობა: პირველი ორი წლის განმავლობაში – 3 თვეში ერთჯერ, მესამე-მეოთხე წელს – 6 თვეში ერთჯერ, მეხუთე წლიდან – წელიწადში ერთჯერ.

შარდსადენის ავთვისებიანი სიმსივნეები (C68)

შარდსადენში ვითარდება კიბო და სარკომა. დაავადება იშვიათია. ქალები 6-ჯერ უფრო ხშირად ავადდებიან სარკომით, ვიდრე მამაკაცები. ქალებში შარდსადენის კიბო 20-60 წლის ასაკში გვხვდება, მამაკაცებში – 30-60 წლის ასაკში.

ეტიოლოგიაში .მნიშვნელოვანია ქრონიკული ანთებები, სტრიქტურები, ფისტულები, კეთილთვისებიანი სიმსივნეები.

სიმსივნე ვითარდება შარდსადენის ლორწოვანი გარსის ეპითელიუმიდან, შარდსადენის ჯირკვლებიდან და პარაურეთრული სადინარებიდან.

მამაკაცებში სიმსივნე ლოკალიზდება შემთხვევათა 55%-ში – აპკისებრ, 30%-ში – ღრუბლისებრ და 15%-ში – პროსტატულ ნაწილში, ქალებში – უპირატესად შარდსადენის გარეთა ხვრელთან.

მაკროსკოპულად სიმსივნე შეიძლება იყოს ხაოიანი, წყლულოვანი, ხორკლიანი ფართო ფუძით. ჰისტოლოგიურად – ბრტყელუჯრედოვანი კიბო (85%) გარქვევებით ან გარქვევების გარეშე, იშვიათად – ადენოკარცინომა (10%).

მამაკაცებში სიმსივნე შარდსადენის ღრუბლისებრი ნაწილიდან შეიძლება გავრცელდეს ასოს თავზე, ქალებში შარდსადენის კიბო შეიძლება გავრცელდეს ვულვაზე. შარსადენის უფრო პროქსიმალური ლოკალიზაციის სიმსივნე შეიძლება გავრცელდეს ცირკულარულად (მორგვისებრად) და გამოიწვიოს შარდვის დარღვევა.

სიმსივნის ზრდის მიმართულების მიხედვით განასხვავებენ შარდსადენ-ვულვის, შარდსადენის და შარდსადენ-შარდისბუშტის კიბოს.

შარსადენის კიბოს **კლინიკა** ქალებსა და მამაკაცებში განსხვავებულია. ქალებში ჩივილები მრავალფეროვანია: დამახასიათებელია ტკივილი შარდსადენის არხის, წელის, ბოქვენისა და შორისის მიდამოში; დიზურიული მოვლენები: გახშირებული მოშარდვის შეგრძნება, ჭრა, შარდვის გაძნელება ან შეუკავებლობა, ტკივილი სქესობრივი აქტის დროს, სხვადასხვა ინტენსივობის (ზოგჯერ უნებლიე) სისხლდენა, უცხო სხეულის შეგრძნება. ზოგჯერ არანაირი ჩივილი არ აღინიშნება და სიმსივნეს პროფილაქტიკური გასინჯვის დროს პოულობენ.

მამაკაცებში დაავადება თავდაპირველად უსიმპტომოდ მიმდინარეობს, შემდეგ იწყება დიზურიული მოვლენები, მაკროჰემატურია, ჩხვლეტითი ტკივილი შორისის არეში. ტკივილი მატულობს, შარდსადენში გადაეცემა და იმდენად შემაწუხებელია, რომ პაციენტი მზადაა მოშარდვა შეაჩეროს. აღინიშნება ტკივილი პალპაციის, ბუჟირების, ეაკულაციის, ჯდომის, სიარულის დროს. კათეტერიზაცია სისხლდენას აძლიერებს. შარდის ნაკადი თანდათან მცირდება და გადადის წვეთებში. ავადმყოფს მოსაშარდად ზედმეტი გაჭინთვა სჭირდება.

შარდსადენიდან გამონადენი თავდაპირველად სეროზულია. სიმსივნე არ ისინჯება. ირგვლივმდებარე ქსოვილებზე გადასვლისას შესაძლებელი ხდება სიმსივნის პალპაციით გასინჯვა. იგი განიცდის რღვევას, ვითარდება აბსცესი. ყალიბდება ფისტულა მყაყესუნიანი გამონადენით. შარდი მღვრიეა, იქორული.

მოგვიანებით ვლინდება მეტასტაზები ლიმფურ კვანძებში, ზოგადი ინტოქსიკაცია, კახექსია.

დიაგნოზის დასმა ხდება ჩივილების, გარეგანი დათვალიერების, პალპაციის, ქალებში – ვაგინურ გასინჯვის საფუძველზე. ინსტრუმენტული გამოკვლევებიდან კეთდება ურეთროსკოპია, ურეთროგრაფია, ცისტოსკოპია, რომლის დროსაც ხდება

ანაბეჭდის აღება – ციტოლოგიური, ხოლო ბიოფსიური მასალის აღება – ჰისტოლოგიური გამოკვლევისათვის.

შარდსადენის კიბოს ლიმფოგენური მეტასტაზები ვრცელდება მცირე მენჯსა და რეტროპერიტონულ სივრცეში. მამაკაცებში შარდსადენის ღრუბლისებრი ნაწილის კიბოს დროს ზიანდება საზარდულის ლიმფური კვანძები, ხოლო აპკისებრი და პროსტატული ნაწილების კიბო იძლევა ჰემატოგენურ მეტასტაზებს ღვიძლში, ფილტვებსა და ძვლებში.

რეგიონული მეტასტაზების დადგენა გარკვეულ სიძნელეებთანაა დაკავშირებული, რადგან ლიმფური კვანძების გაზრდება ხშირად ურეთრის ანთებითაა გამოწვეული და მეტასტაზები ვითარდება ფარულად, ანთების ნიღბის ქვეშ. ასეთ დროს უპრიანია რამდენიმედღიანი ანთების საწინააღმდეგო მკურნალობის ჩატარება. მკვრივი, სადა, უმტკივნეულო გადიდებული ლიმფური კვანძების არსებობა მათ მეტასტაზურ დაზიანებაზე მიუთითებს.

შარდსადენის კიბოს კლასიფიკაცია TNM სისტემით (მე-6 გამოცემა, 2002წ)

შარდსადენისთვის რეგიონულ ლიმფურ კვანძებს წარმოადგენს საზარდულისა და მენჯის ლიმფური კვანძები. რეგიონულ ლიმფურ კვანძებში მეტასტაზის ლოკალიზაცია გავლენას არ ახდენს N კლასიფიკაციაზე.

TNM – კლინიკური კლასიფიკაცია

T – პირველადი სიმსივნე

TX პირველადი სიმსივნის შესაფასებლად საკმარისი მონაცემები არ არის

T0 პირველადი სიმსივნის არსებობის ნიშნები არ არის

შარსადენი (მამაკაცის და ქალის)

Ta არაინვაზიური დვრილისებრი, პოლიპისებრი ან მეჭეჭისებრი კარცინომა

T_{is} პრეინვაზიური კარცინომა Carcinoma in situ)

T1 სიმსივნე ჩაზრდილია სუბეპითელურ შემაერთებელ ქსოვილში

T2 სიმსივნე ჩაზრდილია ღრუბლისებრ სხეულში, წინამდებარე ჯირკვალში ან შარდსადენის ირგვლივ მდებარე კუნთებში

T3 სიმსივნე გავრცელებულია მღვიმოვან სხეულზე, წინამდებარე ჯირკვლის კაფსულის ფარგლებს გარეთ, საშოს წინა ნაწილზე ან შარდის ბუშტის ყელზე

T4 სიმსივნე ჩაზრდილია სხვა მომიჯნავე სტრუქტურებში

წინამდებარე ჯირკვლის (მამაკაცის შარდსადენის პროსტატის ნაწილის) გარდამავალუჯრედოვანი კარცინომა

Tis pu პრეინვაზიური კარცინომა (Carcinoma in situ), სიმსივნე ვრცელდება შარდსადენის პროსტატის ნაწილზე

Tis pd პრეინვაზიური კარცინომა (Carcinoma in situ), სიმსივნე ვრცელდება წინამდებარე ჯირკვლის სადინარზე

T1 სიმსივნე ჩაზრდილია სუბეპითელურ შემაერთებელ ქსოვილში

T2 სიმსივნე ჩაზრდილია წინამდებარე ჯირკვლის სტრომაში, ღრუბლისებრ სხეულში ან შარდსადენის ირგვლივ მდებარე კუნთებში

T3 სიმსივნე ჩაზრდილია მღვიმოვან სხეულში, წინამდებარე ჯირკვლის კაფსულის ფარგლებს გარეთ, შარდის ბუშტის ყელში (წინამდებარე ჯირკვლის ფარგლებს გარეთ გავრცელება)

T4 სიმსივნე ჩაზრდილია სხვა მომიჯნავე ორგანოებში (ინვაზია შარდის ბუშტში)

N – რეგიონული ლიმფური კვანძები

NX რეგიონული ლიმფური კვანძების შესაფასებლად საკმარისი მონაცემები არ არის

N0 რეგიონული ლიმფური კვანძების მეტასტაზური დაზიანების ნიშნები არ არის

N1 2 სმ-მდე ზომის მეტასტაზი ერთ ლიმფურ კვანძში

N2 2 სმ-ზე მეტი ზომის მეტასტაზი ერთ ლიმფურ კვანძში, ან მეტასტაზი რამდენიმე ლიმფურ კვანძში

M – შორეული მეტასტაზები

MX შორეული მეტასტაზის შესაფასებლად საკმარისი მონაცემები არ არის

M0 შორეული მეტასტაზის არსებობის ნიშნები არ არის

M1 აღინიშნება შორეული მეტასტაზი

pTNM – პათოჰისტოლოგიური კლასიფიკაცია

pT, pN, და pM კატეგორიები შეესაბამება T, N, M კატეგორიებს

G – ჰისტოლოგიური გრადაცია

GX დიფერენცირების ხარისხის შესაფასებლად საკმარისი მონაცემები არ არის

G1 მაღალდიფერენცირებული

G2 საშუალოდ დიფერენცირებული

G3-4 დაბალდიფერენცირებული (არადიფერენცირებული)

დაჯგუფება სტადიების მიხედვით

0 სტადია	Ta	N0	M0
0is სტადია	Tis	N0	M0
	Tis pu	N0	M0
	Tis pd	N0	M0
I სტადია	T1	N0	M0
II სტადია	T2	N0	M0
III სტადია	T1	N1	M0
	T2	N1	M0
	T3	N0-1	M0
IV სტადია	T4	N0-1	M0
	$T_{ნებისმიერი}$	N2	M0
	$T_{ნებისმიერი}$	$N_{ნებისმიერი}$	M1

მკურნალობა ქირურგიული, სხივური ან კომბინირებულია და დამოკიდებულია სიმსივნის ლოკალიზაციასა და გავრცელებაზე. გარდა ამისა, ანატომიური თავისებურებებიდან გამომდინარე, რამდენადმე განსხვავებულია ქალისა და მამაკაცის შარდსადენის კიბოს მკურნალობის ტაქტიკაც.

ქალებში ურეთრის დისტალური ლოკალიზაციის 1 სმ-მდე ზომის ზედაპირული კიბოს დროს ნაჩვენებია მისი ელექტროკოაგულაცია, ელექტროექსციზია, ლაზერული ვაპორიზაცია, ქირურგიული ამოკვეთა ან ცირკულარული რეზექცია.

ქირურგიული მკურნალობის ალტერნატივად შეიძლება გამოყენებულ იქნეს სხივური თერაპია მონორეჟიმში – ღრუსშიგნითა/ქსოვილშიგა ბრაქითერაპია 50-65 გრეი ჯამური კეროვანი დოზით, რაც ხელს უწყობს შარდვის აქტის ბუნებრივი გზით შენარჩუნებას.

1-4 სმ ზომის სიმსივნის შემთხვევაში მიმართავენ შერწყმულ სხივურ თერაპიას – ღრუსშიგნითა/ქსოვილშიგა ბრაქითერაპია ან ძირითადი კერის დისტანციური დასხივება რეგიონულ ლიმფურ კვანძებთან ერთად; ჯამური კეროვანი დოზა, სიმსივნის ზომებზე დამოკიდებულებით, შეადგენს 70-85 გრეის. ასეთი დოზით დასხივებას შეიძლება მოჰყვეს შარდის შეუკავებლობა ურეთრის სტრიქტურა, ფისტულის ჩამოყალიბება, ნაწლავთა გაუვალობა.

ურეთრის პროქსიმალური ლოკალიზაციის კიბოს პროგნოზულად უფრო ცუდი მიმდინარეობა აქვს, ამიტომ ქირურგიული ჩარევაც უფრო მასშტაბურია. T1 სტადიის სიმსივნის დროს კეთდება ურეთრექტომია, T2-3 სტადიის დროს – ურეთრის ამოკვეთა ვულვასთან და საშოს წინა კედელთან ერთად; T3-4 სტადიის სიმსივნის დროს – ცისტურეთრექტომია საშოს წინა კედელთან ერთად, ბოქვენის ძვლის რეზექცია, ბოქვენის სიმსივნის ნაწილობრივი ან ტოტალური ამოკვეთა, შარდსასქესო დიაფრაგმის რეზექცია.

ურეთრექტომიის შემდეგ საჭიროა განხორციელდეს შარდის გადაყვანის ერთერთი ოპერაცია – ეპიცისტოსტომია, ურეთროკუტანეოსტომია, ბრიკერის ოპერაცია (შარდსაწვეთების სიგმოიდურ კოლინჯში ჩანერგვა), ან შარდის ბუშტის დაბალი წნევის რეზერვუარის ჩამოყალიბება.

სხივური თერაპია ნაკლებეფექტურია, ამიტომ ცუდი პროგნოზული ლოკალიზაციის T2-4 სიმსივნის დროს უმჯობესია კომბინირებული მკურნალობის ჩატარება: ნეოადიუვანტური სხივური თერაპია ან ქიმიო-სხივური მკურნალობა, ხოლო შემდეგ – ოპერაცია.

T2-3 სტადიის სიმსივნეების დროს მკურნალობა იწყება ღრუსშიგნითა/ქსოვილშიგა ბრაქითერაპიით, რასაც ემატება ძირითადი კერისა და რეგიონული მეტასტაზირების ზონების დასხივება 45-50 ჯამური კეროვანი დოზით.

T3-4 გავრცელების სიმსივნის დროს, აგრეთვე 4 სმ-ზე მეტი ზომის T1 სტადიის სიმსივნის შემთხვევაში მიმართავენ ძირითადი კერისა და რეგიონული მეტასტაზირების ზონის ოპერაციისწინა დასხივებას ან ქიმიო-სხივურ მკურნალობას. გარდამავალუჯრედოვანი კიბოს დროს ინიშნება ქიმიოთერაპია M-VAC სქემით, ბრტყელუჯრედოვანი კიბოს დროს – ფტორურაცილ-მიტომიცინ-ცისპლატინით, ხოლო ჯირკვლოვანი კიბოს დროს – ფტორურაცილ-ცისპლატინით.

ნეოადიუვანტური მკურნალობის დამთავრებიდან 1-1,5 თვის შემდეგ ტარდება ოპერცია.

თუ რეგიონული ლიმფური კვანძები მეტასტაზურად დაზიანებული არ არის (N0), პროფილაქტიკური ლიმფადენექტომია შორეულ შედეგებს არ აუმჯობესებს, ხოლო ლიმფური კვანძების N1-2 დაზიანებისას, ლოკალიზაციის შესაბამისად, კეთდება მენჯის ან საზარდულის ლიმფადენექტომია (თეძოს ან საზარდულის ლიმფური კვანძების დაზიანების დროს). მამაკაცის შარდსადენის კიბოს დროს ტარდება ოპერაცია სხივურ ან ქიმიო-სხივურ მკურნალობასთან ერთად.

ურეთრის დისტალური ნაწილის პრეინვაზიურ კიბოს მკურნალობენ ტშრ-ით; კავერნულ სხეულში სიმსივნის ინფილტრაციისას კეთდება ასოს ნაწილობრივი ამპუტაცია სიმსივნისგან პროქსიმალურად არაუმეტეს 2 სმ-ის მოშორებით. სიმსივნის უფრო პროქსიმალური ლოკალიზაციის ან შარდსადენის მთლიანად დაზიანების შემთხვევაში – ასოს სრული ამპუტაცია, ხოლო სათესლე პარკზე სიმსივნის გავრცელებისას – ემასკულაცია.

ავადმყოფის მიერ სასქესო ასოს შენარჩუნების მოტივაციისას შეიძლება ნაცადი იყოს დისტანციური გამა-თერაპია 50-60 გრეი ჯამური კეროვანი დოზით, მაგრამ სხივური თერაპია დამოუკიდებლად იშვიათად გამოიყენება.

პროფილაქტიკური ლიმფადენექტომია შორეულ შედეგებზე გავლენას არ ახდენს. თეძოს და საზარდულის ლიმფური კვანძების მეტასტაზური დაზიანების შემთხვევაში შესაბამისად კეთდება მენჯის ლიმფადენექტომია ან დიუკენის ოპერაცია.

ურეთრის პროსტატული, აპკისებრი და ბულბომემბრანული ლოკალიზაციის კიბოს დროს ზედაპირული დაზიანების შემთხვევაში დასაშვებია ტშრ-ი ან სეგმენტური რეზექცია, მაგრამ უმრავლეს შემთხვევაში სიმსივნე ინფილტრაციული ზრდისაა და საჭიროა მისი ფართო ამოკვეთა ირგვლივმდებარე ქსოვილებთან (ბოქვენის ძვლის ქვედა ტოტებთან და სიმფიზთან) და რეგიონულ ლიმფურ კვანძებთან ერთად, ერთ ბლოკში. ნეოადიუვანტური სხივური თერაპია შორეულ შედეგებს რამდენადმე აუმჯობესებს.

უმჯობესია, როცა ოპერაციას წინ უსწრებს ნეოადიუვანტური სხივური თერაპია (20-60 გრეი ჯამური კეროვანი დოზით) ან ქიმიო-სხივური მკურნალობა. გარდამავალუჯრედოვანი კიბოს დროს გამოიყენება M-VAC სქემა, ბრტყელუჯრედოვანი კიბოს დროს – ფტორურაცილ-მიტომიცინ-ცისპლატინა, ჯირკვლოვანი კიბოს დროს – ფტორურაცილ-ცისპლატინა.

შარდსადენის კიბოს მკურნალობის შორეული შედეგები ქალებთან შედარებით მამაკაცებში რამდენადმე (5-15%-ით) უკეთესია; დისტალური ლოკალიზაციის სიმსივნეების დროს 3-4-ჯერ უკეთესია (62%) პროქსიმალურთან შედარებით (15-20%); ლოკალური სიმსივნეების (T1-2N0M0) დროს შორეული შედეგები გაცილებით უკეთესია (83%), ვიდრე სიმსივნის ლოკორეგიონული (T3-4N0-2M0) გავრცელებისას (36%).

მკურნალობისშემდგომი აქტიური დისპანსერული მეთვალყურეობა: პირველ წელს – 3 თვეში ერთჯერ, მეორე-მეოთხე წელს – 6 თვეში ერთჯერ, მეხუთე წლიდან – წელიწადში ერთჯერ.

მხედველობის ორგანოების სიმსივნეები

მხედველობის ორგანოების პირველადი სიმსივნეები სხვადასხვა ჰისტოგენეზისაა და პირობითად სამ ჯგუფად იყოფა:

ა) თვალის დამცავი აპარატის სიმსივნეები: ქუთუთოების, კონიუნქტივის, საცრემლე გზების სიმსივნეები. ამ სიმსივნეთა სპექტრი კანის სიმსივნეებისაგან პრაქტიკულად არ განსხვავდება. მათ შეიძლება ბრტყელუჯრედოვანი, პიგმენტური და არაეპითელური შენება ჰქონდეთ.

ბ) თვალშიგნითა სიმსივნეები: რქოვანას, უვეალური (სისხლძარღვოვანი) ტრაქტის — ფერადი გარსის, წამწამოვანი სხეულის, სისხლძარღვოვანი გარსის და ბადურა გარსის სიმსივნეები;

გ) თვალბუდის სიმსივნეები: რბილქსოვილოვანი, ნეიროგენული (მხედველობის ნერვიდან განვითარებული) და ოსტეოგენური.

მოზრდილთა ოფთალმოლოგიურ სიმსივნეებში წამყვანი ადგილი მეტასტაზურ სიმსივნურ დაზიანებას უკავია. ბავშვთა ასაკში ყველაზე ხშირია რეტინობლასტომა.

სიმწიფის მიხედვით, აღნიშნული ლოკალიზაციის სიმსივნეები შეიძლება იყოს კეთილთვისებიანი, შუალედური (ადგილობრივად დესტრუქციული) და ავთვისებიანი.

ქუთუთოს კანის სიმსივნეები (C44.1)

ქუთუთოს კეთილთვისებიანი სიმსივნეებიდან გვხვდება პაპილომები, მოხუცებულობითი (სებორეული) მეჭეჭები, ეპიდერმული კისტები, მალერბის ეპითელიომა, კერატოაკანტომა (ცხიმოვანი მოლუსკი), ჰემანგიომა, ნევუსები.

კიბოსწინა დაავადებებია: კანის რქა, მოხუცებულობითი კერატოზი, პიგმენტური ქსეროდერმა, მოპროგრესირე ნევუსი.

ადგილობრივად დესტრუქციული სიმსივნეა ბაზალიომა, რომლისთვისაც დამახასიათებელია საღი ქსოვილების ლოკალური დაშლა-დაწყლულება მეტასტაზების განვითარების გარეშე. გვხვდება 50 წელზე უფროსი ასაკის პაციენტებში. გამოყოფენ მის ოთხ კლინიკურ ფორმას: კვანძოვანს, წყლულოვანს, დესტრუქციულს და ზედაპირულად სკლეროზირებადს. ქუთუთოს კანის დაჭიმვისას ბაზალიომის ყველა ფორმისათვის დამახასიათებელია სტეარინისებრი ფერი, რითაც მკვეთრად განსხვავდება ჯანმრთელი ქსოვილებისაგან.

ქუთუთოს კანის კიბო (C44.1) უფრო იშვიათი დაავადებაა, ვიდრე ბაზალიომა. იგი ვითარდება დისკერატოზების, ქრონიკული დერმატიტებისა და სხვა კიბოსწინა დაავადებების ფონზე. ვლინდება კვანძის ან დაწყლულების სახით. ყველაზე ხშირად ზიანდება ქვედა ქუთუთო და ლიმბა. ჯერ ჩნდება გამკვრივება, რომელიც ზომებში მატულობს, შემდეგ წყლულდება და იწვევს ირგვლივმდებარე ქსოვილების ინფილტრაციას. ხშირად აღინიშნება თანმხლები ანთება.

ქუთუთოს კანის კიბოს TNM კლასიფიკაცია (მე-6 გამოცემა, 2002)

რეგიონულ ლიმფურ კვანძებს წარმოადგენს ყურისწინა, ქვედაყბისქვეშა და კისრის ლიმფური კვანძები.

T — პირველადი სიმსივნე

TX პირველადი სიმსივნის შესაფასებლად საკმარისი მონაცემები არ არის
T0 პირველადი სიმსივნის არსებობის ნიშნები არ არის
Tis პრეინვაზიური კარცინომა (Carcinoma in situ)
T1 ნებისმიერი ზომის სიმსივნე, ქუთუთოს ხრტილში ჩაზრდის გარეშე; ან 5 მმ-მდე ზომის სიმსივნე ქუთუთოს კიდეზე
T2 სიმსივნე ჩაზრდილია ქუთუთოს ხრტილში; ან 5 მმ-დან 10 მმ-მდე ზომის სიმსივნე ქუთუთოს კიდეზე
T3 სიმსივნე ჩაზრდილია ქუთუთოს მთელ სისქეში; ან 10 მმ-ზე მეტი ზომის სიმსივნე ქუთუთოს კიდეზე
T4 სიმსივნის ჩაზრდა ირგვლივმდებარე სტრუქტურებში, როგორიცაა: კონიუნქტივი, თვალის თეთრი გარსი/თვალის კაკალი, თვალბუდის რბილი ქსოვილები, პერიფერიული ნერვის შემაერთებელქსოვილოვანი გარსი, თვალბუდის ძვალი/ძვლისაზრდელა, ცხვირის ღრუ/ცხვირის დანამატი წიაღები და ცენტრალური ნერვული სისტემა

N – **რეგიონული ლიმფური კვანძები**
NX რეგიონული ლიმფური კვანძების შესაფასებლად საკმარისი მონაცემები არ არის
N0 რეგიონული ლიმფური კვანძების მეტასტაზური დაზიანების ნიშნები არ არის
N1 მეტასტაზი რეგიონულ ლიმფურ კვანძებში
M – **შორეული მეტასტაზები**
MX შორეული მეტასტაზის შესაფასებლად საკმარისი მონაცემები არ არის
M0 შორეული მეტასტაზის არსებობის ნიშნები არ არის
M1 აღინიშნება შორეული მეტასტაზი
pTNM – **პათოჰისტოლოგიური კლასიფიკაცია**
pT, pN, და pM კატეგორიები შეესაბამება T, N, M კატეგორიებს
G – **ჰისტოლოგიური გრადაცია**
GX დიფერენციაციის ხარისხის შესაფასებლად საკმარისი მონაცემები არ არის
G1 მაღალდიფერენცირებული
G2 საშუალოდ დიფერენცირებული
G3-4 დაბალდიფერენცირებული (არადიფერენცირებული)

ქუთუთოს სიმსივნეთა სტადიებად დაჯგუფება ჯერჯერობით შემუშავებული არ არის.

ცალკე გამოყოფენ ქუთუთოს ხრტილის ჯირკვლის (მეიბომიურ) სიმსივნეს, რომელიც ქალაზიონს მოგვაგონებს. მისი დიაგნოსტიკა ადრეულ სტადიაში ძნელია. სიმსივნის ზომების მომატებასთან ერთად ჩნდება ქუთუთოს კიდის დეფორმაცია და ვითარდება ტრიქიაზი. კანი ინტაქტურია.

ქუთუთოს კანზე მელანომა იშვიათად ვითარდება, ძირითადად – მოსაზღვრე ნევუსის მალიგნიზაციის შედეგად. ძნელია უპიგმენტო მელანომების დიაგნოსტიკა. კანის სხვა ლოკალიზაციის მელანომებთან შედარებით ახასიათებს ავთვისებიანობის

მაღალი ხარისხი, რასაც თან ახლავს ლიმფოგენური და ჰემატოგენური მეტასტაზების განვითარება.

ქუთუთოს ავთვისებიანი სიმსივნეების მკურნალობა განსაკუთრებულ ყურადღებას მოითხოვს როგორც ზრდის, ასევე ანატომიური თავისებურებების გამოც. სიმსივნის ფართო ამოკვეთისას აუცილებელია მისი კიდიდან მინიმუმ 4-5 მილიმეტრით მოცილება, ამიტომ მცირე ზომის სიმსივნის ამოკვეთაც კი მნიშვნელოვან დეფექტს ტოვებს და საჭირო ხდება პლასტიკურ-აღდგენითი ოპერაციის ჩატარება.

ქუთუთოს კანის T1-2N0M0 გავრცელების კიბოს დროს ტარდება სხივური თერაპია (ახლოფოკუსიანი რენტგენთერაპია და ქსოვილშიგა გამა-თერაპია) ან სიმსივნის კრიოდესტრუქცია.

T3N0M0 გავრცელების სიმსივნის დროს მკურნალობა კომბინირებულია. პირველ ეტაპზე ტარდება დისტანციური გამა-თერაპია 30-40 გრეი ჯამური კეროვანი დოზით, 2-3 კვირის შემდეგ კი კეთდება ოპერაცია. ცალკეულ შემთხვევებში, თუ სხივური თერაპიით სიმსივნე 50%-ით და მეტად შემცირდა, შესაძლებელია დასხივების გაგრძელება 60-65 გრეი ჯამური კეროვანი დოზის მიღწევამდე.

ერთეული რეგიონული მეტასტაზის არსებობის შემთხვევაში კეთდება კისრის ფაშარი ქსოვილების ფასციალურ-ფუტლარული ამოკვეთა. მრავლობითი რეგიონული მეტასტაზის შემთხვევაში ტარდება დისტანციური გამა-თერაპია 40 გრეი ჯამური კეროვანი დოზით პირველადი კერის დასხივებასთან ერთად, ხოლო 2-3 კვირის შემდეგ – კისრის ფაშარი ქსოვილების ფასციალურ-ფუტლარული ამოკვეთა ან კრაილის ოპერაცია.

T4N0-1M0 გავრცელების სიმსივნეების დროს ტარდება პალიატიური სხივური თერაპია. შორეული მეტასტაზების არსებობისას (M1) მკურნალობა სიმპტომურია. ცალკეულ შემთხვევებში შეიძლება ჩატარდეს ძირითადი სიმსივნისა და რეგიონული მეტასტაზების პალიატიური სხივური თერაპია.

კონიუნქტივის კიბო და მელანომა (C69.0)

კონიუნქტივის კიბო უპირატესად ბრტყელუჯრედოვანია. იგი წარმოადგენს მკვრივ, მოთეთრო-სადაფისფერ წარმონაქმნს. აღინიშნება ქვეშმდებარე ქსოვილებში ჩაზრდა, სიმსივნის ირგვლივ გამოხატულია სისხლძარღვოვანი რეაქცია. კონიუნქტივის კიბო ვიზუალურად ბოუენის დაავადებას და გარქავებად პაპილომას წააგავს. კიბოსწინა დაავადებებისგან განვითარებული სიმსივნეები ნელა იზრდება და ზედაპირულად ვრცელდება. სპონტანურად განვითარებული კიბო უფრო აგრესიული მიმდინარეობისაა. რეგიონულ მეტასტაზებს იძლევა კისრისა და ყბაყურა ჯირკვლის მიდამოს ლიმფურ კვანძებში.

კონიუნქტივის კიბოს TNM კლასიფიკაცია (მე-6 გამოცემა, 2002)

რეგიონულ ლიმფურ კვანძებს წარმოადგენს ყურისწინა, ქვედაყბისქვეშა და კისრის ლიმფური კვანძები.

T – პირველადი სიმსივნე

TX პირველადი სიმსივნის შესაფასებლად საკმარისი მონაცემები არ არის

T0 პირველადი სიმსივნის არსებობის ნიშნები არ არის
Tis პრეინვაზიური კარცინომა (Carcinoma in situ)
T1 5 მმ-მდე ზომის სიმსივნე
T2 5 მმ-ზე მეტი ზომის სიმსივნე, მომიჯნავე სტრუქტურების დაზიანების გარეშე
T3 სიმსივნე ჩაზრდილია მომიჯნავე სტრუქტურებში, თვალბუდის გარდა
T4 სიმსივნე ჩაზრდილია თვალბუდეში, უფრო შორს გავრცელებით ან მის გარეშე
T4a სიმსივნე ჩაზრდილია თვალბუდის რბილ ქსოვილებში
T4b სიმსივნე ჩაზრდილია ძვალში
T4c სიმსივნე ჩაზრდილია ცხვირის დანამატ წიაღებში
T4a სიმსივნე ჩაზრდილია თავის ტვინში

N – **რეგიონული ლიმფური კვანძები**

NX რეგიონული ლიმფური კვანძების შესაფასებლად საკმარისი მონაცემები არ არის
N0 რეგიონული ლიმფური კვანძების მეტასტაზური დაზიანების ნიშნები არ არის
N1 მეტასტაზი რეგიონულ ლიმფურ კვანძებში

M – **შორეული მეტასტაზები**

MX შორეული მეტასტაზის შესაფასებლად საკმარისი მონაცემები არ არის
M0 შორეული მეტასტაზის არსებობის ნიშნები არ არის
M1 აღინიშნება შორეული მეტასტაზი

pTNM – **პათოჰისტოლოგიური კლასიფიკაცია**

pT, pN, და pM კატეგორიები შეესაბამება T, N, M კატეგორიებს

G – **ჰისტოლოგიური გრადაცია**

GX დიფერენციაციის ხარისხის შესაფასებლად საკმარისი მონაცემები არ არის
G1 მაღალდიფერენცირებული
G2 საშუალოდ დიფერენცირებული
G3 დაბალდიფერენცირებული
G4 არადიფერენცირებული

კონიუნქტივის კიბოს სტადიებად დაჯგუფება ჯერჯერობით შემუშავებული არ არის.

კონიუნქტივის მელანომის TNM კლინიკური კლასიფიკაცია (მე-6 გამოცემა, 2002)

რეგიონულ ლიმფურ კვანძებს წარმოადგენს ყურისწინა, ქვედაყბისქვეშა და კისრის ლიმფური კვანძები.

TNM **კლინიკური კლასიფიკაცია**

T – **პირველადი სიმსივნე**

TX პირველადი სიმსივნის შესაფასებლად საკმარისი მონაცემები არ არის
T0 პირველადი სიმსივნის არსებობის ნიშნები არ არის
Tis პრეინვაზიური კარცინომა (Carcinoma in situ)
T1 თვალის კაკლის კონიუნქტივის სიმსივნე(ები)
T2 თვალის კაკლის კონიუნქტივის სიმსივნე(ები), გავრცელებული რქოვანა გარსზე

T3 სიმსივნე(ები) გავრცელებულია კონიუნქტივის თაღზე და/ან ქუთუთოს კონიუნქტივზე და/ან საცრემლე კორძზე

T4 სიმსივნე ჩაზრდილია ქუთუთოში, თვალის კაკალში, თვალბუდეში, სინუსებში ან ვრცელდება ცენტრალურ ნერვულ სისტემაზე

N – რეგიონული ლიმფური კვანძები

NX რეგიონული ლიმფური კვანძების შესაფასებლად საკმარისი მონაცემები არ არის

N0 რეგიონული ლიმფური კვანძების მეტასტაზური დაზიანების ნიშნები არ არის

N1 მეტასტაზი რეგიონულ ლიმფურ კვანძებში

M – შორეული მეტასტაზები

MX შორეული მეტასტაზის შესაფასებლად საკმარისი მონაცემები არ არის

M0 შორეული მეტასტაზის არსებობის ნიშნები არ არის

M1 აღინიშნება შორეული მეტასტაზი

pTNM – პათოჰისტოლოგიური კლასიფიკაცია

pT – პირველადი სიმსივნე

pTX პირველადი სიმსივნის შესაფასებლად საკმარისი მონაცემები არ არის

pT0 პირველადი სიმსივნის არსებობის ნიშნები არ არის

pT1 თვალის კაკლის კონიუნქტივის სიმსივნე(ები), ეპითელიუმის ფარგლებში

pT2 თვალის კაკლის კონიუნქტივის 0,8 მმ-მდე სისქის სიმსივნე(ები), აღინიშნება საკუთარ ნივთიერებაში ჩაზრდა

pT3 თვალის კაკლის კონიუნქტივის 0,8 მმ-ზე მეტი სისქის სიმსივნე(ები), აღინიშნება საკუთარ ნივთიერებაში ჩაზრდა; ან სიმსივნის გავრცელება ქუთუთოს ან საცრემლე კორძის კონიუნქტივზე

pT4 სიმსივნე ჩაზრდილია ქუთუთოში, თვალის კაკალში, თვალბუდეში, სინუსებში ან ცენტრალურ ნერვულ სისტემაში

pN – რეგიონული ლიმფური კვანძები

pN კატეგორიები შეესაბამება N კატეგორიებს.

pM – შორეული მეტასტაზები

pM კატეგორიები შეესაბამება Mკატეგორიებს.

G – ჰისტოლოგიური გრადაცია

GX დიფერენციაციის ხარისხის შესაფასებლად საკმარისი მონაცემები არ არის

G0 პირველადი შეძენილი მელანოზი

G1 ნევუსისგან განვითარებული მელანომა

G2 პირველადი შეძენილი მელანოზისგან განვითარებული მელანომა

G3-4 de novo განვითარებული მელანომა

კონიუნქტივის მელანომის სტადიებად დაჯგუფება ჯერჯერობით მიღებული არ არის.

მკურნალობა. კონიუნქტივის T1-2N0M0 გავრცელების კიბოს მკურნალობა ქირურგიული, კრიოთერაპიული ან სხივურია. ერთეული მოძრავი რეგიონული მეტასტაზის შემთხვევაში კეთდება კისრის ფაშარი ქსოვილების ფასციალურ-ფუტლარული ამოკვეთა.

T3-4N0M0 გავრცელების სიმსივნის დროს მკურნალობა კომბინირებულია: პირველ ეტაპად ტარდება სხივური თერაპია 30-40 გრეი ჯამური კეროვანი დოზით, 2-3 კვირის შემდეგ კი – რადიკალური ოპერაცია. T4 სტადიის სიმსივნის შემთხვევაში კეთდება თვალბუდის ეგზენტერაცია.

რეგიონულ ლიმფურ კვანძებში მეტასტაზების არსებობის (N1) დროს მკურნალობა კომბინირებულია: ჯერ ტარდება დისტანციური გამა-თერაპია 40 გრეი ჯამური კეროვანი დოზით. პირველადი კერის მკურნალობის დამთავრებიდან 2-3 კვირის შემდეგ კი კეთდება კისრის ფაშარი ქსოვილის ფასციალურ-ფუტლარული ამოკვეთა ან კრაილის ოპერაცია. კონიუნქტივის პიგმენტური სიმსივნეების მკურნალობა ძირითადად ქირურგიულია – კეთდება თვალის ენუკლეაცია. ოპერაციის შემდეგ შეიძლება ჩატარდეს სხივური თერაპია. მცირე ზომის სიმსივნეების დროს, ცალკეულ შემთხვევებში, შეიძლება ჩატარდეს არგონ-ლაზერული კოაგულაცია, რადიოაქტიური ფირფიტებით აპლიკაცია ან დისტანციური გამა-თერაპია.

რეგიონული მეტასტაზები ლიმფურ კვანძებში იშვიათია. უფრო დამახასიათებელია მეტასტაზების განვითარება ღვიძლსა და ძვლებში. სკლერაში სიმსივნის ჩაზრდის დროს პროგნოზი ცუდია.

საცრემლე ჯირკვლის კიბო (C69.5)

საცრემლე ჯირკვლის კეთილთვისებიანი სიმსივნეებიდან გვხვდება შერეული სიმსივნეები და კისტები. საცრემლე ჯირკვლის სიმსივნეთა 70% ავთვისებიანია. სიმსივნეს ახასიათებს ირგვლივმდებარე ქსოვილებში ჩაზრდა, იწვევს თვალის კაკლის ფიქსაციას და ვითარდება ცალმხრივი ეგზოფთალმი, უარესდება მხედველობა (ვითარდება დიპლოპია). აღინიშნება ძლიერი ტკივილი.

დაავადების დიაგნოსტიკა ემყარება რენტგენოლოგიურ, ულტრაბგერით და ციტოლოგიურ გამოკვლევებს, კომპიუტერულ და მაგნიტურ-რეზონანსულ ტომოგრაფიას. ხშირად დიაგნოზი ისმება ოპერაციის შემდეგ.

საცრემლე ჯირკვლის კიბოს TNM კლასიფიკაცია (მე-6 გამოცემა, 2002)

რეგიონულ ლიმფურ კვანძებს წარმოადგენს ყურისწინა, ქვედაყბისქვეშა და კისრის ლიმფური კვანძები.

T – პირველადი სიმსივნე

TX პირველადი სიმსივნის შესაფასებლად საკმარისი მონაცემები არ არის

T0 პირველადი სიმსივნის არსებობის ნიშნები არ არის

T1 2,5 სმ-მდე ზომის სიმსივნე – საცრემლე ჯირკვლის ფარგლებში

T2 2,5 სმ-დან 5 სმ-მდე ზომის სიმსივნე – საცრემლე ჯირკვლის ფარგლებში

T3 სიმსივნე ჩაზრდილია ძვლისაზრდელაში

T3a საცრემლე ჯირკვლის ფოსოს ძვლისაზრდელაში ჩაზრდილი 5 სმ-მდე ზომის სიმსივნე

T3b ძვლისაზრდელაში ჩაზრდილი 5 სმ-ზე მეტი ზომის სიმსივნე

T4 სიმსივნე ჩაზრდილია თვალბუდის რბილ ქსოვილებში, მხედველობის ნერვში ან თვალის კაკალში, ძვლის დაზიანებით ან მის გარეშე; სიმსივნე გავრცელებულია თვალბუდის ფარგლებს გარეთ – მომიჯნავე სტრუქტურებზე, თავის ტვინის ჩათვლით

N – რეგიონული ლიმფური კვანძები

NX რეგიონული ლიმფური კვანძების შესაფასებლად საკმარისი მონაცემები არ არის

N0 რეგიონული ლიმფური კვანძების მეტასტაზური დაზიანების ნიშნები არ არის

N1 მეტასტაზი რეგიონულ ლიმფურ კვანძებში

M – შორეული მეტასტაზები

MX შორეული მეტასტაზის შესაფასებლად საკმარისი მონაცემები არ არის

M0 შორეული მეტასტაზის არსებობის ნიშნები არ არის

M1 აღინიშნება შორეული მეტასტაზი

pTNM – პათოჰისტოლოგიური კლასიფიკაცია

pT, pN, და pM კატეგორიები შეესაბამება T, N, M კატეგორიებს

G – ჰისტოლოგიური გრადაცია

GX დიფერენციაციის ხარისხის შესაფასებლად საკმარისი მონაცემები არ არის

G1 მაღალდიფერენცირებული

G2 საშუალოდ დიფერენცირებული; ცისტადენოკარცინომის ჩათვლით, სოლიდური კომპონენტის გარეშე

G3 დაბალდიფერენცირებული, სოლიდურკომპონენტიანი ცისტადენოკარცინომის ჩათვლით

G4 არადიფერენცირებული

საცრემლე ჯირკვლის კიბოსთვის სტადიებად დაჯგუფება ჯერჯერობით შემუშავებული არ არის.

მკურნალობა. საცრემლე ჯირკვლის კიბოს მკურნალობა ძირითადად ქირურგიულია. დამატებით შეიძლება დაინიშნოს სხივური და ქიმიოთერაპიული მკურნალობა.

თვალშიგნითა სიმსივნეები

თვალშიგნითა სიმსივნეები მხედველობის ორგანოების სიმსივნეთა შორის სიხშირის მიხედვით მეორე ადგილზეა. მათი უმრავლესობა კეთილთვისებიანია. ავთვისებიანი სიმსივნეებიდან ძირითადად გვხვდება მელანომა.

ბავშვთა ასაკში გვხვდება **რეტინობლასტომა** (C69.2), რომელიც თვალის ბადურის უმწიფარი სიმსივნეა და ჩვილ ბავშვთა ასაკის ერთ-ერთ ყველაზე გავრცელებულ სიმსივნეს წარმოადგენს. ეტიოლოგიური ფაქტორებიდან მნიშვნელობას ანიჭებენ მაიონებელ გამოსხივებას (60-79%) და ქრომოსომულ დარღვევებს (30-40%). შემთხვევათა 30%-ში დაზიანება ბილატერალურია.

დაავადების ამოცნობა ხდება თეთრი გუგის (ლეიკოკორიის) არსებობით, რაც გამოწვეულია მასში სიმსივნის დალანდვით. სადიაგნოსტიკოდ გამოიყენება ბიომიკროსკოპია ნაპრალიანი ნათურით, ოფთალმოსკოპია, ტრანსილუმინაცია, ულტრასონოგრაფია, კომპიუტერული ტომოგრაფია, მაგნიტურ-რეზონანსული ტომოგრაფია და გენე-

ტიკური გამოკვლევა. შორსწასულ შემთხვევებში მეტასტაზების დასადგენად შეისწავლიან ზურგის ტვინის სითხეს, ხერხემალს და ძვლის ტვინს.

ორმხრივი რეტინობლასტომის შემთხვევაში თითოეული თვალის კლასიფიკაცია ხდება ცალ-ცალკე. სიმსივნის სრული სპონტანური რეგრესიის შემთხვევაში კლასიფიკაცია არ გამოიყენება. თვალის ენუკლეაციის შემდეგ აუცილებელია სიმსივნის ჰისტოლოგიური გამოკვლევა მისი ჰისტოლოგიური ტიპის დასადგენად.

რეტინობლასტომის კლასიფიკაცია TNM სისტემით (მე-6 გამოცემა, 2002)

რეგიონულ ლიმფურ კვანძებს წარმოადგენს ყურისწინა, ქვედაყბისქვეშა და კისრის ლიმფური კვანძები.

TNM კლინიკური კლასიფიკაცია

T – პირველადი სიმსივნე

TX პირველადი სიმსივნის შესაფასებლად საკმარისი მონაცემები არ არის

T0 პირველადი სიმსივნის არსებობის ნიშნები არ არის

T1 სიმსივნე შემოფარგლულია ბადურათი (მინისებრ სხეულზე გავრცელების გარეშე, აღინიშნება ბადურას მნიშვნელოვანი აშრევება ან ბადურასქვეშა სითხე – 5 მმ-ზე მაღლა სიმსივნის ფუძიდან)

T1a ნებისმიერი თვალი, რომელშიც უდიდესი სიმსივნის სიმაღლე ≤3 მმ და სიმსივნე ლოკალიზებულია არანაკლებ 1 DD (1,5 მმ) მანძილზე მხედველობის ნერვიდან ან ფოსოდან

T1b ნებისმიერი თვალი, რომელშიც სიმსივნე(ები) შემოფარგლულია ბადურათი, სიმსივნის ლოკალიზაციისა და ზომის მიუხედავად (უკავია თვალის მოცულობის ნახევარზე მეტი)

T2 სიმსივნის გამოხატული გავრცელება მომიჯნავე ქსოვილებზე ან ღრუებზე (მინისებრ სხეულზე ან ბადურასქვეშა სივრცეზე)

T2a სიმსივნის მინიმალური გავრცელება მინისებრ სხეულზე ან ბადურასქვეშა სივრცეზე[1]

T2b სიმსივნის ფართო გავრცელება მინისებრ სხეულზე და/ან ბადურასქვეშა სივრცეზე[2]

T2c განუკურნებელი დაავადება თვალის შიგნით. სიმსივნეს უკავია თვალის 2/3-ზე მეტი ნაწილი ან ვიზუალური რეაბილიტაციის შესაძლებლობა არ არსებობს; ან თან ახლავს ქვემოთ ჩამოთვლილთაგან ერთი მაინც:

- სიმსივნესთან დაკავშირებული გლაუკომა, ნებისმიერი ნეოვასკულური გლაუკომა ან კუთხის დახურვა
- სიმსივნის გავრცელება წინა სეგმენტზე
- სიმსივნის გავრცელება წამწამოვან სხეულზე
- მნიშვნელოვანი სისხლჩაქცევა თვალის კაკლის წინა საკანში
- სისხლჩაქცევები მინისებრ სხეულში
- სიმსივნის კონტაქტური გავრცელება ბროლზე
- ცელულიტისმაგვარი თვალბუდის კლინიკური სურათი (მასიური სიმსივნური ნეკროზი)

T3 სიმსივნე ჩაზრდილია მხედველობის ნერვში ან თვალის გარსში

T4 სიმსივნე გავრცელებულია თვალის ფარგლებს გარეთ

შენიშვნა: 1. შეიძლება არსებობდეს მინისებრი სხეულის კარგად გამოხატული ლოკალური ან დიფუზური დისემინაცია ან ბადურას სეროზული გარსის აშრევება (სრულ აშრევებამდე), მაგრამ არ აღინიშნებოდეს აგრეგაცია, შეშუპება, მოწითალო-მოყავისფრო მარცვლოვანი ჩანართები ან უსისხლძარღვო სიმსივნური მასა მინისებრ სხეულში ან ბადურასქვეშა სივრცეში. დასაშვებია ლაქების არსებობა მინისებრ სხეულში ან ბადურასქვეშა სივრცეში. სიმსივნემ შეიძლება დაიკავოს თვალის მოცულობის 2/3-მდე.

2. მინისებრ სხეულზე დისემინაცია და/ან ბადურასქვეშა ქსოვილში ჩაზრდა შეიძლება მოიცავდეს აგრეგაციას, შეშუპებას, მოწითალო-მოყავისფრო მარცვლოვანი ჩანართების ან უსისხლძარღვო სიმსივნური მასის არსებობას. შესაძლებელია ბადურას სრული აშრევება. სიმსივნემ შეიძლება დაიკავოს თვალის მოცულობის 2/3-მდე.

3. მრავლობითი სიმსივნის აღსანიშნავად, შესაბამის T კატეგორიას უნდა დაემატოს (m) სუფიქსი, მაგ., T2(m).

N – რეგიონული ლიმფური კვანძები

NX რეგიონული ლიმფური კვანძების შესაფასებლად საკმარისი მონაცემები არ არის

N0 რეგიონული ლიმფური კვანძების მეტასტაზური დაზიანების ნიშნები არ არის

N1 მეტასტაზი რეგიონულ ლიმფურ კვანძებში

M – შორეული მეტასტაზები

MX შორეული მეტასტაზის შესაფასებლად საკმარისი მონაცემები არ არის

M0 შორეული მეტასტაზის არსებობის ნიშნები არ არის

M1 აღინიშნება შორეული მეტასტაზი

pTNM – პათოჰისტოლოგიური კლასიფიკაცია

pT – პირველადი სიმსივნე

pTX პირველადი სიმსივნის შესაფასებლად საკმარისი მონაცემები არ არის

pT0 პირველადი სიმსივნის არსებობის ნიშნები არ არის

pT1 სიმსივნე შემოფარგლულია ბადურათი, მინისებრი სხეულით ან ბადურასქვეშა სივრცით. არ აღინიშნება სიმსივნის ჩაზრდა მხედველობის ნერვში ან სისხლძარღვოვან გარსში

pT2 სიმსივნის მინიმალური ჩაზრდა მხედველობის ნერვში ან თვალის გარსში ან სისხლძარღვოვანი გარსის ნაწილობრივი დაზიანება

- pT2a სიმსივნე ჩაზრდილია მხედველობის ნერვში, დაცხრილული ფირფიტის დონემდე, მაგრამ ამ უკანასკნელის დაზიანების გარეშე
- pT2b აღინიშნება სისხლძარღვოვანი გარსის ნაწილობრივი დაზიანება
- pT2c სიმსივნე ჩაზრდილია მხედველობის ნერვში, დაცხრილული ფირფიტის დონემდე, მაგრამ ამ უკანასკნელზე გავრცელების გარეშე და აღინიშნება სისხლძარღვოვანი გარსის ნაწილობრივი დაზიანება

pT3 სიმსივნის მნიშვნელოვანი გავრცელება მხედველობის ნერვზე ან თვალის გარსზე ან ფართო ჩაზრდა სისხლძარღვოვან გარსში

- pT3a სიმსივნე ჩაზრდილია მხედველობის ნერვში, დაცხრილული ფირფიტის ჩათვლით, მაგრამ ვერ აღწევს რეზექციის ხაზამდე
- pT3b სიმსივნის ფართო ჩაზრდა სისხლძარღვოვან გარსში

pT3c სიმსივნე გავრცელებულია მხედველობის ნერვზე, დაცხრილული ფირფიტის ჩათვლით, მაგრამ ვერ აღწევს რეზექციის ხაზამდე და აღინიშნება სისხლძარღვოვან გარსში ფართო ჩაზრდა

pT4 სიმსივნე გავრცელებულია თვალის ფარგლებს გარეთ და ჩაზრდილია ქვემოთ ჩამოთვლილთაგან ერთ-ერთში:

- მხედველობის ნერვში – რეზექციის ხაზამდე
- თვალბუდეში – თუთრი გარსის გავლით
- თვალბუდის წინა და უკანა ნაწილში
- თავის ტვინში
- მხედველობის ნერვის ქსელქვეშა სივრცეში
- გავრცელება თვალბუდის მწვერვალამდე
- მხედველობის ნერვის ჯვარედინის არაგამჭოლი დაზიანება
- თავის ტვინში, მხედველობის ნერვის ჯვარედინის გავლით

pN – **რეგიონული ლიმფური კვანძები**

pN კატეგორიები შეესაბამება N კატეგორიებს.

pM – **შორეული მეტასტაზები**

pMX შორეული მეტასტაზის შესაფასებლად საკმარისი მონაცემები არ არის

pM0 შორეული მეტასტაზის არსებობის ნიშნები არ არის

pM1 აღინიშნება შორეული მეტასტაზი

pM1a ძვლის ტვინში

pM1b სხვა ორგანოებში

რეტინობლასტომისთვის სტადიებად დაჯგუფება ჯერჯერობით შემუშავებული არ არის.

მკურნალობა. ტარდება თვალის ენუკლეაცია. ორმხრივი დაზიანების დროს იღებენ უფრო მეტად დაზიანებულ თვალს, ხოლო ნაკლებად დაზიანებულ თვალს მკურნალობენ ფოტოკოაგულაციით, კრიოთერაპიით, გარეგანი დასხივებით. თვალის ენუკლეაციის დროს, შესაძლებლობის ფარგლებში, მაქსიმალურად იღებენ მხედველობის ნერვის სეგმენტს, რადგან სიმსივნე მისი გაყოლებით ვრცელდება.

სხივური თერაპია ტარდება სამი კვირის განმავლობაში. 35 გრეი ჯამური კეროვანი დოზით სხივდება თვალის სარეცელი ან დაზიანებული თვალი. მცირე დაზიანების დროს გამოიყენება რადიოაქტიური კობალტის აპლიკაციები.

სხივური თერაპია ოპერაციის გარეშე გამოიყენება ორივე თვალის შორსწასული სიმსივნეების დროს, აგრეთვე ოპერაციის შემდეგ ნარჩენი სიმსივნის არსებობისა და სიმსივნურ პროცესში მხედველობის ნერვის ჩართვის შემთხვევაში.

ქიმიოთერაპია ეფექტურია დაავადების გავრცელებული ფორმების დროს. ლოკალური ფორმების დროს ქიმიოთერაპია შორეულ შედეგებს არ აუმჯობესებს.

რეტინობლასტომის მხოლოდ ბადურაზე გავრცელების შემთხვევაში განკურნება მიიღწევა ავადმყოფთა 90%-ში. ეს მაჩვენებელი საგრძნობლად დაბალია მხედველობის ნერვის დაზიანებისა და დაავადების მემკვიდრეობითი ფორმის დროს. ნამკურნალებ ავადმყოფებში 18-20 წლის შემდეგ შეიძლება განვითარდეს ძვლების სპონტანური ნეკროზი.

თვალბუდის სიმსივნეები (C69.6)

თვალბუდის სიმსივნეებს მხედველობის ორგანოს სიმსივნეთა შორის სიხშირის მიხედვით მესამე ადგილი უკავია. უფრო ხშირია პირველადი სიმსივნეები. მეტასტაზური სიმსივნეები შედარებით იშვიათად გვხვდება. რბილი ქსოვილებისგან, ნერვული ბოჭკოებისგან და ძვლოვანი სტრუქტურებისგან ვითარდება სარკომები. თვალბუდის სიმსივნეები ჩაიზრდება ირგვლივმდებარე ქსოვილებში, იწვევს თვალის კაკლის ფიქსაციას, ვითარდება ცალმხრივი ეგზოფთალმი, უარესდება მხედველობა (ვითარდება დიპლოპია), აღინიშნება ძლიერი ტკივილი.

თვალბუდის სარკომების TNM კლასიფიკაცია (მე-6 გამოცემა, 2002)

რეგიონულ ლიმფურ კვანძებს წარმოადგენს ყურისწინა, ქვედაყბისქვეშა და კისრის ლიმფური კვანძები.

T – პირველადი სიმსივნე

TX პირველადი სიმსივნის შესაფასებლად საკმარისი მონაცემები არ არის
T0 პირველადი სიმსივნის არსებობის ნიშნები არ არის
Tis პრეინვაზიური კარცინომა (Carcinoma in situ)
T1 15 მმ-მდე ზომის სიმსივნე
T2 15 მმ-ზე მეტი ზომის სიმსივნე, თვალი კაკლის ან ძვლის კედლის დაზიანების გარეშე
T3 ნებისმიერი ზომის სიმსივნე, თვალბუდის ქსოვილში ან ძვლის კედელში ჩაზრდით
T4 სიმსივნე ჩაზრდილია თვალის კაკალში ან თვალბუდის ირგვლივ მდებარე რბილ ქსოვილებში, როგორიცაა: ქუთუთო, საფეთქლის ფოსო, ცხვირის ღრუ/ცხვირის დანამატი წიაღები, ან ცენტრალურ ნერვულ სისტემაში

N – რეგიონული ლიმფური კვანძები

NX რეგიონული ლიმფური კვანძების შესაფასებლად საკმარისი მონაცემები არ არის
N0 რეგიონული ლიმფური კვანძების მეტასტაზური დაზიანების ნიშნები არ არის
N1 მეტასტაზი რეგიონულ ლიმფურ კვანძებში

M – შორეული მეტასტაზები

MX შორეული მეტასტაზის შესაფასებლად საკმარისი მონაცემები არ არის
M0 შორეული მეტასტაზის არსებობის ნიშნები არ არის
M1 აღინიშნება შორეული მეტასტაზი

pTNM – პათოჰისტოლოგიური კლასიფიკაცია

pT, pN, და pM კატეგორიები შეესაბამება T, N, M კატეგორიებს

G – ჰისტოლოგიური გრადაცია

GX დიფერენციაციის ხარისხის შესაფასებლად საკმარისი მონაცემები არ არის
G1 მაღალდიფერენცირებული
G2 საშუალოდ დიფერენცირებული
G3 დაბალდიფერენცირებული
G4 არადიფერენცირებული

სიმსივნის ჰისტოლოგიური ტიპის მითითება აუცილებელია.

თვალბუდის სარკომისთვის სტადიებად დაჯგუფება ჯერჯერობით შემუშავებული არ არის.

მკურნალობა. თვალბუდის კეთილთვისებიანი სიმსივნეების მკურნალობა მხოლოდ ქირურგიულია.

- ავთვისებიანი სიმსივნეების მკურნალობა კომბინირებული და კომპლექსურია, დაავადების გავრცელებისა და სიმსივნის ავთვისებიანობის ხარისხის შესაბამისად.

ცენტრალური ნერვული სისტემის სიმსივნეები (C70-C72)

ცენტრალური ნერვული სისტემის სიმსივნეები მთელი სიმსივნური დაავადებების 5-8%-ს შეადგენს. ქალები და მამაკაცები ავადდებიან თანაბარი სიხშირით, ყველაზე ხშირად – 20-40 წლის ასაკში.

დაავადების ეტიოლოგიაში მნიშვნელოვანია ტრავმის, ვისცერული ინფექციის, ჰორმონული და გენეტიკური დარღვევების, მაიონებელი გამოსხივების და სხვა ფაქტორების ზემოქმედება.

ცენტრალური ნერვული სისტემის სიმსივნეებს მიეკუთვნება როგორც ტვინოვან ნივთიერებაში არსებული, ასევე ტვინის გარსებთან და ნერვულ ფესვებთან დაკავშირებული სიმსივნეები. ამიტომ თავის ტვინის სიმსივნეების აღსანიშნავად უფრო ზუსტი ტერმინია „ინტრაკრანიული“ (ქალასშიგა) სიმსივნეები, ხოლო ზურგის ტვინის სიმსივნეებისათვის – „სპინალური“ ანუ ხერხემლისშიგა სიმსივნეები.

თავის ან ზურგის ტვინის ნივთიერებაში განვითარებულ სიმსივნეებს ტვინშიგა (თავის ტვინში – ინტრაცერებრულ, ზურგის ტვინში – ინტრამედულურ) სიმსივნეებს უწოდებენ.

სიმსივნეებს, რომლებიც ერთდროულად ვრცელდება როგორც ტვინის გარსებზე, ისე ტვინის ნივთიერებაზე, მენინგოცერებრულ (გარს-ტვინოვან) სიმსივნეებს უწოდებენ.

ჰისტოგენეზის მიხედვით ცენტრალური ნერვული სისტემის სიმსივნეების თანამედროვე კლასიფიკაციას საფუძვლად უდევს ჰისტოგენეზური პრინციპი. ჯანმო-ს კლასიფიკაციის მიხედვით, გამოყოფენ რამდენიმე ჯგუფის სიმსივნეებს, ესენია:

I. ნეიროეპითელური სიმსივნეები
   - ასტროციტომები
   - ოლიგოდენდროგლიური სიმსივნეები
   - ეპენდიომის და ქორიოიდული წნულის სიმსივნეები
   - ჯალღუზისებრი ჯირკვლის უჯრედებისგან განვითარებული სიმსივნეები
   - ნეირონული სიმსივნეები
   - დაბალდიფერენცირებული და ემბრიონული სიმსივნეები

II. ნერვის გარსებისგან განვითარებული სიმსივნეები
   - ნევრილემომები (კეთილთვისებიანი და ანაპლაზიური)
   - ნევროფიბრომები (კეთილთვისებიანი და ანაპლაზიური)

III. ტვინის გარსების და მონათესავე ქსოვილების სიმსივნეები
- მენინგიომები
- მენინგეალური სარკომები
- ქსანტომატოზური სიმსივნეები
- პირველადი მელანოზური სიმსივნეები
- სხვა სიმსივნეები

IV. პირველადი ავთვისებიანი ლიმფომები

V. სისხლძარღვთა სიმსივნეები

VI. გერმინულუჯრედოვანი (ჭანასახოვანუჯრედოვანი) სიმსივნეები
- გერმინომა
- ემბრიონული კიბო
- ქორიონკარცინომა
- ტერატომა

VII. სხვა დიზონტოგენეზური სიმსივნეები
- კრანიოფარინგომა
- კისტები
- ლიპომა
- ქორისტომა
- ჰიპოთალამუსის ნეირონული ჰამარტომა
- ნაზალური გლიომა

VIII. სისხლძარღვთა განვითარების მანკები

IX. ჰიპოფიზის წინა წილის სიმსივნეები
- ადენომა (აციდოფილური, ბაზოფილური, ქრომოფობული)
- ადენოკარცინომა

X. მეორეული სიმსივნეები
- ჰემოდექტომა
- ქორდომა
- ქონდრომა
- ქონდროსარკომა
- ოლფაქტორული ნეირობლასტომა
- ადენოკისტური კიბო (ცილინდრომა)
- სხვა სიმსივნეები

XI. მეტასტაზური სიმსივნეები

XII. არაკლასიფიცირებადი სიმსივნეები

ყოველ ჰისტოტიპში განიხილავენ ანაპლაზიის (ავთვისებიანობის) 4 ხარისხს:

I. კეთილთვისებიანი სიმსივნეები;

II-III. მეტ-ნაკლებად გამოხატული ავთვისებიანობის მქონე სიმსივნეები;

IV. ავთვისებიანი სიმსივნეები.

ცენტრალური ნერვული სისტემის სიმსივნეებში პირობითად შეიძლება გამოვყოთ: ა) ტვინის გარსების (მეზენქიმური), ბ) თავისა და ზურგის ტვინის (ნეიროექტოდერმული) და გ) ჰიპოფიზის (ტვინის დანამატის) სიმსივნეები.

ტვინის გარსების სიმსივნეები (C70)

ტვინის გარსების სიმსივნეები მეზენქიმური წარმოშობისაა. ძირითადად გვხვდება მენინგიომის (არაქნოიდენდოთელიომის) და მენინგეალური სარკომის (ავთვისებიანი მენინგიომის) სახით.

მენინგიომა ვითარდება ტვინის ქსელისებრი გარსის ენდოთელიუმისგან და კეთილთვისებიანი სიმსივნეა. იგი ქალასშიგა სიმსივნეების 20%-ს და ხერხემლის არხშიგნითა სიმსივნეების 40%-ს შეადგენს. უპირატესად მოზრდილთა დაავადებაა. ვითარდება მაგარი გარსისგან, აქვს ნახევრადსფერული ან მსხვილბორკლიანი ზედაპირი, მკვრივი კონსისტენციისაა და ექსტრაცერებრულად იზრდება.

ლოკალიზაციის მიხედვით, არსებობს პარასაგიტალური, კონვექსური, კრანიობაზალური, ნათხემის კარვის და ტვინის უკანა ფოსოს მენინგიომები.

ხერხემლის არხში მენინგიომას შეიძლება ჰქონდეს როგორც ვენტრალური, ისე ლატერალური და დორსალური მდებარეობა.

დაავადება ვითარდება ნელა, თავიდან უსიმპტომოდ მიმდინარეობს. კლინიკური გამოვლინება დაკავშირებულია ზოგად და ადგილობრივ სიმპტომებთან, რომელთა წარმოშობის თანმიმდევრობა დამოკიდებულია სიმსივნური კვანძის ლოკალიზაციასა და ზრდის მიმართულებაზე. შემთხვევათა დაახლოებით 45%-ში აღინიშნება ჰიპეროსტოზები – ადგილობრივი ცვლილებები ძვლოვან ქსოვილში. მათი ნემსისებრი შენება პათოგნომურია მენინგიომის ძვალში ჩაზრდისათვის.

კლინიკური გამოვლინება მრავალფეროვანია (ტკივილი, ქალასშიგა წნევის მომატება, ეპილეფსიური გულყრები, ფსიქიკური აშლილობები, სენსორული დარღვევები მხედველობის, მეტყველების, ყნოსვის, გემოვნების მოშლით), დამოკიდებულია ლოკალიზაციაზე და გამოწვეულია ტვინის ამა თუ იმ უბანზე სიმსივნის ზეწოლით.

ზოგჯერ გვხვდება მენინგიომების მრავალობითი ფორმები. ზოგჯერ მენინგიომა "დედიფერენციაციას" განიცდის და გაავთვისებიანდება.

ავთვისებიანი მენინგიომები (მენინგეალური სარკომები) ასევე ექსტრაცერებრული სიმსივნეებია და შეიძლება გამოდიოდეს თავის ან ზურგის ტვინის გარსებიდან. გვხვდება ქალასშიგა სიმსივნეების 1%-ში, არ გააჩნია კაფსულა, ახასიათებს ინფილტრაციული ზრდა, ჩაიზრდება ქალას ძვლებში. მეტასტაზები ლიქვორული გზებით იშვიათად ვრცელდება.

ტვინის გარსების **მეტასტაზური** დაზიანება უპირატესად ხდება ლიმფოგენური გზით, ფილტვის, ძუძუს, კუჭის კიბოს ან მელანომის არსებობისას და დიფუზური ხასიათისაა.

თავის ტვინის სიმსივნეები (C71)

თავის ტვინის სიმსივნეების უმრავლესობა ნეიროექტოდერმული წარმოშობისაა. მათ შორის ყველაზე ხშირია ნეიროგლიური უჯრედებისგან განვითარებული სიმსივნეები – გლიომები.

გლიომებს მიეკუთვნება შემდეგი სიმსივნეები:

ასტროციტომები – ასტროციტებისგან ანუ მაკროგლიისგან განვითარებული სიმსივნეები – სიხშირით პირველ ადგილზეა (25%), იშვიათად კისტოზურია. გვხვდება ტვინის ყველა ნაწილში. მოზრდილებში უპირატესად ლოკალიზდება ჰემისფე-

როებში, ბავშვებში აზიანებს ნათხემს. ჰიპოფიზში, ეპიფიზსა და ტვინის რბილ გარსში იშვიათად ვითარდება. ხშირად იზრდება კვანძის სახით. ჰემისფეროებში ლოკალიზებული ასტროციტომები დიფუზურად ერცელდება და უფრი ავთვისებიანია, ხოლო ნათხემში განვითარებული ასტროციტომები უპირატესად კისტოზურია.

ბავშვთა და მოზარდთა ასაკში ასტროციტომები ტვინის ღეროშიც გვხვდება და კვანძოვანი ან დიფუზური გავრცელებისაა.

ატიპიურუჯრედოვანი ასტროციტომები დედიფერენცირებულია და უფრო ავთვისებიანია.

ოლიგოდენდროგლიომა (ოლიგოდენდროციტომა) გვხვდება გლიომების 1-3%-ში, უპირატესად — ახალგაზრდა ქალებში. აზიანებს ჰემისფეროებს და ქერქქვეშა კვანძებს. ხშირად გამოდის III და გვერდითი პარკუჭების კედლებიდან. მისი ძირითადი მასა მოქცეულია პარკუჭებში, ნელა იზრდება და შედარებით კეთილთვისებიანი მიმდინარეობა აქვს. სიმსივნე წარმოდგენილია მორუხო-მოთეთრო ფერის ერთგვაროვანი ქსოვილის სახით. ზოგჯერ შეიცავს კისტებს, ზოგჯერ ჩაიკირება. მორფოლოგიურად უფრო ხშირად შეიძლება იყოს ტიპური სტრუქტურის, იშვიათად — დედიფერენცირებული (გაავთვისებიანებული) ვარიანტები. კლინიკურად ძირითადად გამოვლინდება ეპილეფსიური გულყრების სახით.

რთული ნეიროექტოდერმული სიმსივნეები შედგება გლიის ორი ფორმის — ოლიგოდენდროგლიისა და ასტროციტებისაგან (ოლიგოდენდროასტროციტომა), ან ეპენდიმისა და ასტროციტებისაგან (ეპენდიმოასტროციტომა), ან გლიური და სისხლძარღვოვან-შემაერთებელქსოვილოვანი კომპონენტებისაგან („ბიდერმული სიმსივნეები"). არსებობს მათი კეთილთვისებიანი და ავთვისებიანი ვარიანტები.

ეპენდიმომა ვითარდება თავის ტვინის პარკუჭების ამომფენი ეპითელური უჯრედებისგან. გვხვდება შემთხვევათა 1-5%-ში, უპირატესად — ბავშვთა და ახალგაზრდა ასაკში. იზრდება კვანძის სახით. განასხვავებენ III, IV, გვერდითი პარკუჭების და პარავენტრიკულური მიდამოს ეპენდიმომებს. სიმსივნე გვხვდება აგრეთვე ჰემისფეროებსა და ზურგის ტვინში.

ანაპლაზიის ხარისხის მიხედვით, ეპენდიმომები არის ტიპური, დედიფერენცირებული და ავთვისებიანი.

ჰისტოლოგიური შენების მიხედვით, განასხვავებენ უჯრედულწანაზარდებიან, ეპითელურ და პაპილურ ვარიანტებს.

ტიპური ეპენდიმომა ნელა იზრდება, ინფილტრაციის ზოლი ვიწროა. დედიფერენცირებული და ავთვისებიანი სიმსივნეები სწრაფად იზრდება, ახასიათებს ინფილტრაცია, იძლევა მეტასტაზებს სუბარაქნოიდეულ სივრცეში.

ქორიოიდული პაპილომა (სისხლძარღვოვანი წნულის პაპილომა) იშვიათია. გვხვდება პარკუჭებში, უპირატესად — IV პარკუჭში, უფრო ხშირია ბავშვთა და მოზარდთა ასაკში. სიმსივნე მრგვალი ფორმისაა, არ გააჩნია კაფსულა, აქვს მარცვლოვანი ან ხაოიანი ზედაპირი. ტიპური სიმსივნე შედარებით კეთილთვისებიანია, ნელა იზრდება. დედიფერენცირებული ფორმები ავთვისებიანია და ქორიოიდული კარცინომა ეწოდება.

პინეალომა (ჯალღუზისებრი ჯირკვლის ადენომა) უპირატესად გვხვდება ახალგაზრდა მამაკაცებში, ქალებში იშვიათია.

სიმსივნე ლოკალიზდება ჯალღუზისებრ სხეულში. ვრცელდება შუა ტვინში, ვაროლის ხიდში ან III პარკუჭში, რის შედეგადაც ირღვევა ლიქვორის მიმოქცევა, ვითარდება წყალმანკი. უფრო ხშირია ნელამზარდი ვარიანტი. ავთვისებიანი ფორმები იშვიათია.

განგლიურუჯრედოვანი (ნეირონული) სიმსივნეები წარმოადგენს დიზონტოგენეზურ წარმონაქმნებს. ვითარდება ემბრიონული წინამორბედი უჯრედებისაგან – ნეირობლასტებისაგან. განასხვავებენ ამ სიმსივნეების ძირითად ჯგუფებს – განგლიოციტომებს, განგლიომებს, განგლიონევრომებს და ნეირობლასტომებს. გვხვდება შემთხვევათა 0,2%-ში, უპირატესად – ახალგაზრდა ასაკში. ხშირად ლოკალიზდება III პარკუჭის ფსკერზე. აზიანებს აგრეთვე შუბლის და საფეთქლის წიაღებს, ქერქქვეშა კვანძებს, მოგრძო ტვინს.

აღნიშნული სიმსივნეები იზრდება ტვინის ქსოვილისგან გამიჯნული, ხშირად კისტების შემცველი, კვანძების სახით, რომელთაც არა აქვთ კაფსულა. ხშირად აღინიშნება ჩაკირული კერები.

განგლიოციტომა და განგლიოგლიომა კეთილთვისებიანი სიმსივნეებია. პირველი წარმოდგენილია განგლიური უჯრედებით, მეორე – როგორც განგლიური, ისე გლიური უჯრედებით. არსებობს მათი ავთვისებიანი ვარიანტებიც.

განგლიონეირობლასტომა იშვიათი ავთვისებიანი სიმსივნეა, რომელიც წარმოდგენილია ნეირობლასტებითა და განგლიური უჯრედებით. გვხვდება ბავშვებში, ძალიან ავთვისებიანი მიმდინარეობა ახასიათებს, მეტასტაზებს იძლევა ტვინის პარკუჭებსა და სუბარაქნოიდულ სივრცეში.

გლიობლასტომები დაბალდიფერენცირებული სიმსივნეებია. ხშირად ვითარდება ასტროციტებისგან, იშვიათად – ოლიგოდენდროგლიისგან ან ეპენდიმისგან. გლიობლასტომა ერთ-ერთი ხშირი (15%) ნეიროექტოდერმული სიმსივნეა. უპირატესად გვხვდება ასაკოვან და ხანდაზმულ პაციენტებში, მამაკაცებში 1,5-ჯერ უფრო ხშირად, ვიდრე ქალებში. უმეტესად ლოკალიზდება ჰემისფეროებში, ქერქქვეშა განგლიებში, კორძიან (ჯალღუზისებრ) სხეულში და მეორე ჰემისფეროში გადადის. გლიობლასტომა იშვიათად გვხვდება ტვინის ღეროში, ნათხემში და კიდევ უფრო იშვიათად – ზურგის ტვინში. იზრდება კვანძის სახით, აქვს არამკაფიო კიდეები და ჭრელი (მრუხო-მოწითალო) შესახედაობა, რითაც მკვეთრად განსხვავდება ტვინის ჯანმრთელი ქსოვილისაგან. იწვევს ირგვლივმდებარე ქსოვილების ინფილტრაციას და პერიფოკალურ შეშუპებას. მეტასტაზებს იშვიათად იძლევა. არსებობს სიმსივნის რამდენიმე ჰისტოლოგიური ვარიანტი: პოლიმორფულუჯრედოვანი, ზომიერად პოლიმორფული და იზომორფულუჯრედოვანი გლიობლასტომები.

მედულობლასტომები ძალიან ავთვისებიანი სიმსივნეებია და ვითარდება ემბრიონული მედულობლასტებისგან ან ნათხემის გარეთა მარცვლოვანი შრის უჯრედებისგან. გვხვდება შემთხვევათა 3-4%-ში, ბავშვთა ასაკში, ვაჟებში – 2-3-ჯერ უფრო ხშირად (20%), 20 წლის ასაკის ზევით – იშვიათად (1%). მედულობლასტომები ბავშვთა ასაკში ლოკალიზდება ნათხემის ჭიაში, იქიდან ჩაიზრდება ნათხემის ჰემისფეროებში და IV პარკუჭში. მოზრდილებში მედულობლასტომები ნათხემის ჰემისფეროებში ვითარდება.

სიმსივნური კვანძი რბილი, ფაფისებრი კონსისტენციისაა, ახასიათებს ინფილტრაციული ზრდა, შედგება არადიფერენცირებული უჯრედებისაგან. მეტასტაზები

ვრცელდება თავზურგტვინის სითხის გზებით, ცენტრალური ნერვული სისტემის ფარგლებში: სუბარაქნოიდულ სივრცეში — ზურგის ტვინის გაყოლებით, ზოგჯერ — თავის ტვინის გვერდით პარკუჭებში. სხივური თერაპიისადმი ძალიან მგრძნობიარეა.

ნერვის გარსებისგან განვითარებულ სიმსივნეს ***ნევრინომა*** ეწოდება.

ნევრინომა (ნევრილემომა, შვანომა) კეთილთვისებიანი ნელამზარდი სიმსივნეა. ვითარდება თავის ან ზურგის ტვინის შვანის უჯრედებისგან. ნევრინომების 8-9% გვხვდება თავის ტვინში, უპირატესად — ქალებში. ხშირად ვითარდება VIII ნერვის ფესვიდან და ლოკალიზდება ნათხემ-ხიდის კუთხეში. უფრო ხშირად ზურგის ტვინის ფესვებისგან ვითარდება და ზურგის ტვინის და მისი გარსების სიმსივნეების 20%-ს შეადგენს. ზოგჯერ მრავლობითია. იშვიათად გვხვდება ავთვისებიანი ვარიანტი, ისიც — პერიფერიულ ნერვებზე.

ცენტრალური ნერვული სისტემის **ლიმფომები**, ჩვეულებრივ, სისტემური დაზიანების ერთ-ერთი გამოვლინებაა. იგი წარმოდგენილია ერთი ან რამდენიმე კვანძის სახით. ამასთანავე, შესაძლებელია ადგილი ჰქონდეს ტვინის ქსოვილის დიფუზურ ინფილტრაციას. უპირატესად ზიანდება დიდი ჰემისფეროები. უფრო ხშირად გვხვდება ლიმფოსარკომა (ლიმფოპლაზმოციტური ვარიანტი). შესაძლებელია ზურგის ტვინის, ტვინის გარსებისა და თვალის დაზიანებაც.

ტვინის პირველადი ლიმფომა იშვიათია და თავის ტვინის სიმსივნეთა 1-2%-ში გვხვდება. ასევე იშვიათია მეტასტაზების განვითარება სხვა ორგანოებში. გვხვდება ნებისმიერ ასაკში, მაგრამ უფრო ხშირად — ახალგაზრდებში.

კლინიკურად გამოხატულია თავის ტვინის სიმსივნეებისათვის დამახასიათებელი ზოგადტვინოვანი და ლოკალური სიმპტომატიკა. ძირითადად ზიანდება ტვინის ღრმად მდებარე სტრუქტურები.

ლიმფომის სპინალური ფორმისას, ჩვეულებრივ, გვხვდება მიელოპათიის ფონზე განვითარებული ქვედა პარაპლეგია მგრძნობელობის დარღვევებით.

სისხლძარღვთა სიმსივნეებიდან მნიშვნელოვანია ***ჰემანგიობლასტომა***, რომელიც აგრეთვე ანგიორეტიკულომისა და ლინდაუს სიმსივნის სახელწოდებით არის ცნობილი. ოგი კეთილთვისებიანი სიმსივნეა. წარმოდგენილია კაპილარული ტიპის სისხლძარღვებით. გვხვდება იშვიათად (შემთხვევათა 1-2%-ში), უპირატესად — ახალგაზრდა ასაკში. ხშირად ლოკალიზდება ნათხემში, მოგრძო და ზურგის ტვინში, იშვიათად — თავის ტვინში. იზრდება კვანძის სახით, რომელშიც (ან მის მოსაზღვრედ) აღინიშნება კისტები. შესაძლებელია ის ლინდაუს სინდრომის გამოვლინებას წარმოადგენდეს.

მონსტროცელულური, ანუ გიგანტურუჯრედოვანი სარკომა ხასიათდება ავთვისებიანობის მაღალი ხარისხით. ძირითადად ლოკალიზებულია თავის ტვინის ჰემისფეროებში. გვხვდება იშვიათად, უპირატესად — ახალგაზრდა მამაკაცებში. იზრდება კისტების შემცველი კვანძის სახით.

გერმინულუჯრედოვან სიმსივნეებს მიეკუთვნება ტერატომა, გერმინომა, ემბრიონული კიბო და ქორიონკარცინომა. ისინი ძირითადად ჯალღუზისებრი სხეულის მიდამოში გვხვდება.

ტერატომა წარმოდგენილია რამდენიმე ტიპის ქსოვილით და კეთილთვისებიანი სიმსივნეა, თუმცა ზოგჯერ შესაძლებელია მასში ავთვისებიანობის განმსაზღვრელი ელემენტებიც არსებობდეს. გერმინომა აგებულია დიდი ზომის პრიმიტიული უჯრედე-

ბისა და ლიმფოციტებისაგან. იგი ავთვისებიანი მიმდინარეობით ხასიათდება. ხშირია მიმდებარე სტრუქტურებში ჩაზრდა. ემბრიონული კიბო წარმოდგენილია პრიმიტიული ეპითელური უჯრედებით, ხოლო ქორიონკარცინომა — სინციტიოტროფობლასტისა და ციტოტროფობლასტის მსგავსი ელემენტებით. განსაკუთრებული ავთვისებიანი მიმდინარეობით გამოირჩევა.

დიზონტოგენური სიმსივნეები წარმოიქმნება განვითარების მანკებისაგან მაპროვოცირებელი ფაქტორების ზემოქმედების შედეგად და უპირატესად კეთილთვისებიანი მიმდინარეობისაა. მათ შორის უფრო მნიშვნელოვანია კრანიოფარინგომა, ეპიდერმოიდული კისტა, დერმოიდული კისტა, მესამე პარკუჭის კოლოიდური კისტა, ენტეროგენული კისტა და ნაზალური გლიომა.

კრანიოფარინგომა უპირატესად ბავშვებში (სპეციფიკური „ჰაბიტუსით“) და ახალგაზრდებში გვხვდება. იგი ქალასშიგა სიმსივნეების 3-4%-ს შეადგენს. ჩვეულებრივ, თურქული კეხის მიდამოში ვითარდება და ნელი ზრდით ხასიათდება. წარმოდგენილია კვანძის სახით, რომელშიც ყავისფერი სითხის შემცველი კისტებია. ხშირად აღინიშნება გაკირვის, გაძვალებისა და ანთებითი ინფილტრაციის კერები. რუტინულ მიმოხილვით რენტგენოგრამაზე ხშირად პეტრიფიცირებული მასების სახით ვლინდება.

დაავადების მანიფესტაცია ხდება ოფთალმოლოგიური ცვლილებების — ჰემიანოფსიის, ამაუროზის, დვრილების შეშუპებისა და ატროფიის — სახით.

კრანიოფარინგომა უპირატესად იზრდება სუპრასელარულად და ლიქვორის მიმოქცევის სისტემაში, სხვადასხვა დონეზე, იწვევს ოკლუზიებს — ოკლუზიურ ჰიდროცეფალიას. ხშირად ვლინდება დიენცეფალური მიდამოს დაზიანების ნიშნებით (ძილის ფორმულის მოშლა, პოლიურია, პოლიდიფსია, არტერიული ჰიპერტონია). იშვიათად, დაშლისა და ტოქსიკური ნივთიერებების ზემოქმედების გამო, იძლევა ასეპტიკური მენინგიტისა და მენინგოცეფალიტის კლინიკურ სურათს. მკურნალობის სტანდარტული მეთოდია სუბტოტალური ამოკვეთა, ხოლო ოკლუზიური კრიზების შემთხვევაში კეთდება ოპერაციები შუნტის დადებით.

ეპიდერმოიდული კისტა (ქოლესტეატომა) ყველაზე ხშირად ლოკალიზდება თავის ტვინის რბილ გარსებში. იგი ამოფენილია გარქვეული ბრტყელი ეპითელიუმით. ნელამზარდი სიმსივნეა და გვხვდება ახალგაზრდა ასაკში, მამაკაცებსა და ქალებში — თანაბრად. კლინიკურ სურათში წამყვანია თავის ტვინის გაღიზიანების სიმპტომები, სიმსივნის მხარეს — თვალის, ყურისა და კეფის ტკივილი, ცვლილებები თვალის ფსკერზე და ციტოალბუმინური დისოციაცია თავზურგტვინის სითხეში.

დერმოიდული კისტა ეპიდერმოიდულ კისტებთან შედარებით გაცილებით იშვიათია. უფრო ხშირად გვხვდება ჯალღუზისებრი სხეულის მიდამოში. აქვს სქელი კედელი, ამოფენილია გარქავებული ბრტყელი ეპითელიუმით და კანის ელემენტებს შეიცავს.

მესამე პარკუჭის კოლოიდური კისტა დაკავშირებულია სისხლძარღვოვან წნულთან და ლოკალიზდება პარკუჭის წინა ნაწილში. იგი ამოფენილია ცილინდრული ან კუბური ეპითელიუმით, შიგთავსი კოლოიდური მასაა.

ენტეროგენული კისტა, ჩვეულებრივ, ზურგის ტვინში გვხვდება. ამოფენილია ეპითელიუმით, რომელიც კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის ეპითელიუმის მსგავსია.

ნაზალური გლიომა, ანუ ცხვირის გლიომა, ბავშვებსა და მოზარდებში გვხვდე-

ბა. იზრდება ცხვირის ზურგის ან გვერდითი ზედაპირის კანის ქვეშ, იშვიათად – ცხვირის ღრუში, კვანძის სახით. მიკროსკოპულად ასტროციტომას წააგავს.

ცენტრალური ნერვული სისტემის სისხლძარღვთა განვითარების მანკებს მიეკუთვნება: კაპილარული ტელეანგიექტაზია (კაპილარული ტიპის სისხლძარღვების გაგანიერება), კავერნოზული ანგიომა (შედარებით ფართოსანათურიანი სისხლძარღვების გროვა), არტერიულ-ვენური მანკი (არასწორად ფორმირებული არტერიებისა და ვენების გროვა) და ვენური მანკი, რომელიც წარმოდგენილია არასწორად ფორმირებული ვენებით და ყველაზე ხშირად ზურგის ტვინის რბილ გარსებში გვხვდება. სისხლძარღვთა განვითარების მანკებს მიეკუთვნება აგრეთვე შტურგე-ვებერის დაავადება, რომელიც, სისხლძარღვოვანი მანკის არსებობასთან ერთად, ხასიათდება თავის ტვინის მიმდებარე ქსოვილის გაკირვითა და ანგიომის არსებობით სახის იმავე მხარეს.

ჰიპოფიზის წინა წილის (ადენოჰიპოფიზის) სიმსივნეები წარმოდგენილია კეთილთვისებიანი წარმონაქმნების – ადენომების – სახით და ქალასშიგა სიმსივნეების საშუალოდ 10%-ს შეადგენს.

ადენომის ზომები დიდ დიაპაზონში – რამდენიმე მილიმეტრიდან 6-7 სანტიმეტრამდე მერყეობს. იზრდება რბილი კონსისტენციის კვანძის სახით, ხშირად კაფსულით არის დაფარული.

არსებობს ჰორმონულად აქტიური და არააქტიური ადენომა. ეს უკანასკნელი ყველაზე ხშირად ხანდაზმულ ასაკში გვხვდება. სადღეისოდ მიღებული ჰისტოლოგიური კლასიფიკაციის მიხედვით, არჩევენ ეოზინოფილურ (აციდოფილურ), ბაზოფილურ, ქრომოფობულ და შერეულ ადენომებს, რომლებიც სრულიად არ შეესაბამება დაავადების კლინიკურ მიმდინარეობას. ამასთან, ზოგჯერ შეიძლება ჰორმონულად აქტიურ ადენომებსაც აღარ ჰქონდეთ რაიმე სახის კლინიკური გამოვლინება.

კლინიკური სიმპტომატიკა არაერთგვაროვანია და ძირითადად წარმოდგენილია 4 ჯგუფის სიმპტომებით, როგორიცაა: 1) ენდოკრინული, 2) რენტგენოლოგიური, 3) ოფთალმოლოგიური და 4) ნევროლოგიური.

ეოზინოფილური ადენომა იშვიათად სცილდება თურქული კეხის საზღვრებს. იგი გამოიმუშავებს ზრდის ჰორმონს, რომლის სიჭარბე გიგანტიზმს და აკრომეგალიას იწვევს.

ქრომოფობული ადენომა, უფრო დიდი ზომის გამო, ხშირად იწვევს მომიჯნავე სტრუქტურებზე ზეწოლას და შესაბამისი ნევროლოგიური სიმპტომების გამოვლენას. მისთვის დამახასიათებელია სქესობრივი ფუნქციის დაქვეითება, ამენორეა, ჰიპერლაქტაცია. ავადმყოფებს უქრებათ მეორეული სქესობრივი ნიშნები, ეკარგებათ სქესობრივი ლტოლვა, შვილოსნობის უნარი, ერექცია და პოტენცია.

ჰიპოფიზის ჰორმონული ფუნქციის მკვეთრი დაქვეითების გამო ვითარდება ჰიპოფიზური ნანიზმი დამახასიათებელი „ჰაბიტუსით“. მამაკაცებს აღენიშნებათ თმის საფარის განუვითარებლობა და სპეციფიკური სიმსუქნისადმი მიდრეკილება.

ბაზოფილური ადენომები ვერ აღწევენ საოპერაციო ზომებს, მაგრამ კარგად ექვემდებარებიან რენტგენთერაპიას. ბაზოფილური ადენომა ვლინდება იცენკო-კუშინგის დაავადების სახით. ასეთ ავადმყოფებს აქვთ მთვარისებრი სახე, დაბალი, სქელი კისერი და მუცლის მიდამოში მკვეთრად გამოხატული "სტრიები".

ცენტრალური ნერვული სისტემის **მეორეული** სიმსივნეები ეწოდება მიმდებარე

ქსოვილებიდან მასზე გავრცელებულ სიმსივნეებს. მათგან უფრო ხშირად გვხვდება ქორდომა, ოლფაქტორული ნეირობლასტომა და სანერწყვე ჯირკვლების ადენოცისტური კიბო (ცილინდრომა).

ქორდომა ზურგის სიმის ნარჩენებთან დაკავშირებული სიმსივნეა, ხასიათდება ნელი ზრდით. უმეტესად ლოკალიზდება თავის ქალას ფუძეში (ბლუმენბახის თაქვე) და გავა-კუდუსუნის მიდამოში. ყველაზე ხშირად გვხვდება მამაკაცებში, 50 წლის ზემოთ. ამოკვეთის შემდეგ ხშირად ვითარდება რეციდივი.

ოლფაქტორული ნეირობლატომა, ანუ ესთეზიობლასტომა იშვიათი სიმსივნეა, რომელიც ყნოსვის ნერვის ნეიროეპითელიუმისგან ვითარდება. ლოკალიზაციის ადგილს წარმოადგენს ცხვირის ღრუს კედლები. უფრო ხშირია ახალგაზრდა მამაკაცებში, აქვს რბილი პოლიპის შესახედაობა. რიგ შემთხვევებში ხასიათდება მაღალი რადიომგრძნობელობით. რეციდივები ხშირად ვითარდება, მეტასტაზები იშვიათია.

ადენოცისტური კიბო (ცილინდრომა) ხშირად სასის სანერწყვე ჯირკვლებში ვითარდება. ახასიათებს ინფილტრაციული ზრდა, რეციდივები და მეტასტაზები. ბავშვებში იშვიათად გვხვდება.

გარდა ზემოაღნიშნულისა, ცენტრალურ ნერვულ სისტემაში მიმდებარე ქსოვილებისგან შესაძლებელია განვითარდეს ქონდრომა, ქონდროსარკომა, ოსტეომა, ოსტეოსარკომა, რეტინობლასტომა, რაბდომიოსარკომა და სხვა.

თავის ტვინის *მეტასტაზური* დაზიანება მძიმე მიმდინარეობით გამოირჩევა. მეტასტაზები თავის ტვინში უმეტესად სოლიტარულია და, ამდენად, ოპერაციული ჩარევა ხშირად მიზანშეწონილია.

ყველაზე ხშირად თავის ტვინში მეტასტაზებს ფილტვის, ძუძუს, თირკმლის, წინამდებარე და სათესლე ჯირკვლების ავთვისებიანი სიმსივნეები იძლევა.

მეტასტაზები ვრცელდება ჰემატოგენური, პერინერვული და ლიმფოგენური გზით.

მეტასტაზურმა კვანძმა ზოგჯერ შეიძლება უკუგანვითარება განიცადოს.

კვანძოვანი მეტასტაზის არსებობისას ლიქვორში არ უნდა იყოს ატიპიური უჯრედები, რაც დიფუზური ფორმისთვისაა დამახასიათებელი. სიმსივნური უჯრედების ლიქვორში გადასვლა მეორეულ მოთესვაზე მიუთითებს. თუ შესწავლილ სითხეში სიმსივნური უჯრედების რაოდენობა 50-ს აღემატება, მაშინ ოპერაციის ჩატარებას აზრი არა აქვს.

დიდი მნიშვნელობა აქვს სიმსივნის პირველადი კერის ადგილმდებარეობას. კერძოდ, ფილტვის ზემო წილში სიმსივნის ლოკალიზაციისას თავის ტვინში მეტასტაზი ორჯერ უფრო ხშირად ვითარდება და თანაც — პირველადი კერის მხარეს.

კლინიკა. თავის ტვინის სიმსივნეების კლინიკა გამოვლინდება ზოგადტვინოვანი, ტვინის დისლოკაციისა (ცდომის) და კეროვანი დაზიანების სიმპტომებით. ეს დარღვევები გაივლის სამ კლინიკურ პერიოდს, ესენია: ფუნქციური კომპენსაციის, სუბკომპენსაციის და დეკომპენსაციის პერიოდები.

ზოგადტვინოვანი სიმპტომებიდან საყურადღებოა ქალასშიგა წნევის მომატება, ლიქვორის ცირკულაციის დარღვევა — თავის ტკივილი, თავბრუსხვევა, გულისრევა-პირღებინება, ცვლილებები თვალის ფსკერში მხედველობის ნერვის დვრილის შეგუბების გამო, პულსისა და სუნთქვის შეცვლა, ფსიქიკური დარღვევები, ეპილეფსიური გულყრები.

ტვინის დისლოკაციის სიმპტომები ვითარდება ჰემისფეროებში, განსაკუთრებით — საფეთქლის წილში არსებული დიდი ზომის სიმსივნის შუა ტვინზე ზეწოლის დროს, რაც იწვევს ამ უკანასკნელის ცდომას. ეს სიმპტომები გამოვლინდება ზევით ახედვის გაძნელების (პარეზის), შუქის მიმართ გუგების დუნე რეაქციის, კონვერგენციის, სმენის გაუარესების, ორმხრივი პათოლოგიური რეფლექსების, მუხლის რეფლექსების შესუსტებისა და გაქრობის სახით.

ქალას უკანა ფოსოს მიდამოს სიმსივნეების დროს ვლინდება მკვეთრი თავის ტკივილი — თავის იძულებით პოზიციაში ფიქსაციით, გულისრევა-პირღებინება, გულისსისხლძარღვთა და სუნთქვის დარღვევები, სასულეში გადაცდენის შეგრძნება, კიდურებში ტონური კრუნჩხვები.

კეროვანი სიმპტომები დამოკიდებულია სიმსივნის ლოკალიზაციაზე. *დიდი ჰემისფეროების* დაზიანება სწრაფად ვლინდება ზოგადნევროლოგიური სემიოტიკით.

შუბლის წილი ყველაზე ხშირად ზიანდება. კლინიკურად ვლინდება ფსიქომოტორული დარღვევები, ქცევის შეცვლა, აზროვნებისა და მეტყველების შენელება, ეპილეფსიური გულყრა, კონტრალატერალურად მდებარე მიმიკური კუნთების სისუსტე, აფაზია, ჩნდება "ტაცების რეფლექსი". შუბლის წილში ძირითადად გვხვდება გლიომები, მათ შორის მულტიფორმული გლიობლასტომები, რომლებიც, ასტროციტომისა და ოლიგოდენდროგლიომისაგან განსხვავებით, მძიმე მიმდინარეობით ხასიათდება.

შუბლ-საფეთქლის წილები გამორჩეული ადგილია ნეიროექტოდერმული სიმსივნეებისათვის.

საფეთქლის წილის სიმსივნეების პირველ და ერთადერთ სიმპტომს დიდი ხნის განმავლობაში წარმოადგენს ეპილეფსიური გულყრა, განსაკუთრებით — ასტროციტომისა და ოლიგოდენდროგლიომის დროს. მოგვიანებით ვლინდება მთვლემარე მდგომარეობა, მეტყველების დარღვევა, ჰომონიმური ჰემიანოფსია, პერიოდულად — გონების ხანმოკლე დაკარგვა, "უკვე ნანახის" შეგრძნება.

თხემის წილის დაზიანებისას აღინიშნება ზედაპირული და კუნთ-სახსროვანი მგრძნობელობის დარღვევა, ასტერეოგნოზია, აპრაქსია, დომინანტური ჰემისფეროს სიმსივნის დროს — კითხვის, წერის, ანგარიშის, სიტყვების დამახსოვრების გაძნელება.

ცენტრალური ხვეულების მიდამოს დაზიანებისას კონტრალატერალურ კიდურებში აღინიშნება მოტორული დარღვევები პარეზისა და პლეგიის სახით, ვითარდება ენახახის კუნთების პარეზი.

კეფის წილის დაზიანებისას აღინიშნება მხედველობის ფუნქციის დარღვევები მხედველობითი ჰალუცინაციების, ფოტოფსიის, მეტამორფოფსიის, ჰემიანოფსიის სახით.

ქერქქვეშა კვანძებისა და მხედველობის ბორცვის დაზიანება ვლინდება ჰიპერკინეზების — კანკალის, მგრძნობელობის პოლიმორფული დარღვევებისა და ქვედა კიდურებში ტკივილის შეგრძნების — სახით. ამ ლოკალიზაციის სიმსივნეებს ძირითადად წარმოადგენს ასტროციტომა, იშვიათად — ოლიგოდენდროგლიომა და მედულობლასტომა.

კორძიანი სხეულის სიმსივნის დროს აღინიშნება ფსიქიკის მოშლა და პიროვნების დეგრადაცია, დეზორიენტაცია და ოპტიკურ-სივრცითი მოშლილობები.

გვერდითი პარკუჭების დაზიანებისას ვლინდება ქალასშიგა წნევის მომატება,

III პარკუჭის დაზიანებისას – ჰიპერტენზია, ფსიქიკის მოშლა, ვისცერული პათოლოგია, კანკალი. IV პარკუჭის დაზიანება ხასიათდება ჰიპერტენზიით, თავის ტკივილით, თავის იძულებით პოზიციაში ფიქსაციით, თავბრუსხვევით. მოგვიანებით ვლინდება ბულბური სიმპტომატიკა.

ნათხემის სიმსივნეებისათვის დამახასიათებელია ჰიპერტენზიულ-ჰიდროცეფალური სინდრომი ლიქვორის მიმოქცევის დარღვევის გამო. კლინიკურად ვლინდება კუნთების ჰიპოტონიით, ატონიით, მოძრაობის კოორდინაციის დარღვევით – დაზიანების მხარეს. ჭიის დაზიანებისას აღინიშნება სტატიკისა და სიარულის დარღვევა. სიმსივნე ხშირად ერთდროულად აზიანებს ნათხემის ჰემისფეროსა და ჭიას.

დიაგნოსტიკა ემყარება კლინიკური და ინსტრუმენტული გამოკვლევების მონაცემებს. ინსტრუმენტული გამოკვლევებიდან გამოყოფენ მეთოდებს, რომლებიც იძლევა ინფორმაციას: ა) ცენტრალური ნერვული სისტემის პათოლოგიურ პროცესებთან დაკავშირებული სტრუქტურული ცვლილებების შესახებ; ბ) ნერვული სისტემის ფუნქციისა და სისხლის მიმოქცევის დარღვევის შესახებ; გ) სტრუქტურულ-ფუნქციური დარღვევების შესახებ.

მაღალი ინფორმაციულობით გამოირჩევა კომპიუტერული ტომოგრაფია, მაგნიტურ-რეზონანსული ტომოგრაფია, მაგნიტურ-რეზონანსული სპექტროსკოპია, პოზიტრონულ-ემისიური ტომოგრაფია, რომელთაც გამოკვლევის „ინტრასკოპიულ მეთოდებს“ უწოდებენ.

ჩვეულებრივი რენტგენოლოგიური გამოკვლევით ვლინდება თავის ქალას ძვლების ცვლილებები, დესტრუქცია, ატროფია და ცენტრალური ნერვული სისტემის დაზიანების ირიბი ნიშნები.

მნიშვნელოვანია ანგიოგრაფია, ენცეფალოსცინტიგრაფია, ენცეფალოანგიოსცინტიგრაფია, ექოენცეფალოგრაფია, ელექტროენცეფალოგრაფია.

გურგის ტვინის სიმსივნეები (C72)

ზურგის ტვინის სიმსივნეები 8-10-ჯერ უფრო იშვიათია, ვიდრე თავის ტვინის სიმსივნეები. ავადდებიან უპირატესად (90%) საშუალო ასაკის ადამიანები. ბავშვთა ასაკში შედარებით იშვიათად (8-13%) გვხვდება.

ზურგის ტვინის სიმსივნეებს მიაკუთვნებენ ხერხემლის არხში არსებულ ყველა სიმსივნეს, რომელიც ვითარდება ინტრამედულურად – უშუალოდ ზურგის ტვინში (გლიომები, ასტროციტომები, ეპენდიომომები) ან ექსტრამედულურად – ზურგის ტვინის გარსებსა (მენინგიომა, სარკომა) და ფესვებში (ნევრინომები).

ზურგის ტვინის სიმსივნეებს მიეკუთვნება ასევე სხვა ჰისტოგენეზის სიმსივნეები (ლიპომა, დერმოიდული კისტა, ეპიდერმოიდები, ტერატომები), რომლებიც შეიძლება ლოკალიზდებოდეს ხერხემლის არხში. მამაკაცებში უპირატესად გვხვდება ინტრამედულური, ქალებში კი ექსტრამედულური სიმსივნეები.

გარკვეული დამოკიდებულება არსებობს პაციენტის ასაკსა და სიმსივნის ლოკალიზაციას შორის: ბავშვებში სიმსივნეების 2/3 გვხვდება ზურგის ტვინის კისრის ნაწილსა და რაშის კუდში, ხანდაზმულ პაციენტთა 4/5-ში ზიანდება ზურგის ტვინის გულმკერდისა და გავა-წელის ნაწილები. დადგენილია ასევე კორელაციური კავშირი ავადმყოფის ასაკსა და სიმსივნის ჰისტოლოგიურ ფორმას შორის: მენინგიომები გვხვდება ხანდაზმულ

პაციენტთა 60%-ში და ბავშვების 14-30%-ში, ნევრინომები გვხვდება ყველა ასაკობრივი ჯგუფის პაციენტთა ნახევარში და ბავშვთა ასაკის ავადმყოფთა 10%-ში.

სარკომები, ლიპომები, დერმოიდული კისტები, ეპიდერმოიდები და ტერატომები ბავშვთა ასაკში უფრო ხშირად გვხვდება, ვიდრე მოზრდილებში.

ზურგის ტვინის დაზიანება შემთხვევათა 12%-ში განპირობებულია ხერხემლის მალების სიმსივნეების ხერხემლის არხში ჩაზრდით. ხშირად ეს სიმსივნეები მეტასტაზური ხასიათისაა და უპირატესად ხანდაზმულ ასაკში გვხვდება.

ზურგის ტვინის სიმსივნეების ჰისტოგენეზი ისეთივეა, როგორიც თავის ტვინის სიმსივნეებისა.

ლოკალიზაციის მიხედვით, სპინალური სიმსივნეები იყოფა ხერხემლის არხში გრძივი (კისრის, გულმკერდის, გავა-წელის, რაშის კუდის, ტერმინალური ძაფის) და განივი გავრცელების (ზურგის ტვინთან, მის გარსებთან და ხერხემლის არხთან ურთიერთობის) შესაბამისად. უკანასკნელ შემთხვევებში ექსტრამედულური სიმსივნეები შეიძლება იყოს ექსტრადურული, ინტრადურული, ექსტრა-ინტრადურული და ინტრა-ექსტრავერტებრული. შემთხვევათა 5-6%-ში სიმსივნეები სილის საათისებრია: სიმსივნის ნაწილი მოქცეულია ხერხემლის არხში, ვიწრო ყელით გამოდის მალთაშუა სივრცეში და სიმსივნის მეორე ნაწილი ვრცელდება ხერხემლის გარეთ: წინ - რეტროპერიტონულ სივრცეში ან უკან — ზურგზე, კანქვეშ.

ზურგის ტვინთან მიმართებაში სიმსივნე შეიძლება იყოს დორსალური, ვენტრალური ან ლატერალური ლოკალიზაციის.

ზურგის ტვინის სიმსივნეების კლინიკურ სურათს განსაზღვრავს მისი გავრცელება (გრძივად ან განივად), ჰისტოლოგიური შენება და ზრდის ფორმა. კლინიკურად ვლინდება ნელაპროგრესირებადი კეროვანი ნევროლოგიური სიმპტომატიკა, რომლის დროსაც აღინიშნება ზურგის ტვინის მზარდი კომპრესია. პირველი და ყველაზე ხშირი სიმპტომია ტკივილი, რომელიც მიუთითებს ზურგის ტვინის ფესვების ან გარსების გაღიზიანებაზე. ტკივილების ირადიაცია გულმკერდში, მუცელში ან მცირე მენჯში ხშირად განაპირობებს დიაგნოსტიკურ სირთულეებს და მცდარი სამკურნალო ტაქტიკის შერჩევას. სიმსივნის პროგესირების შესაბამისად, ვლინდება ფესვობრივი, სეგმენტური და გამტარებლობითი სიმპტომები — ირღვევა მოტორული და სენსორული ფუნქციები, ვითარდება მენჯის ღრუს ორგანოების ფუნქციის მოშლა.

ზურგის ტვინის კისრის ნაწილის სიმსივნეების დროს ვლინდება წინა და უკანა ფესვების დაზიანების სიმპტომები ტეტრაპარეზის, კუნთების ჰიპერტონუსის და მგრძნობელობის დარღვევის თანხლებით. C_V-Th_I დონეზე დაზიანების დროს ვითარდება ზედა კიდურების დუნე პარეზი ან დამბლა და ქვედა კიდურების სპასტიკური პარეზი მგრძნობელობის დაქვეითებასა და შარდვის დარღვევის თანხლებით. ხშირია კლოდ-ბერნარ-ჰორნერის სიმპტომი. C_{IV} დონეზე დაზიანება იწვევს სუნთქვის დარღვევას.

ზურგის ტვინის გულმკერდის ნაწილის სიმსივნეების დროს ირღვევა გამტარებლობა უკანა ფესვების დაზიანების გამო, 3-4 სეგმენტით დაბლა მგრძნობელობა ქვეითდება, ვითარდება ქვედა პარაპარეზი ან პარაპლეგია, ქრება მუცლის რეფლექსები. მოგვიანებით ირღვევა მენჯის ღრუს ორგანოების ფუნქცია. Th_{IV}-Th_{VI} დონეზე დაზიანების შემთხვევაში ირღვევა გულის ფუნქცია, მის გაჩერებამდეც კი.

ზურგის ტვინის ***გავა-წელის*** მიდამოს სიმსივნური დაზიანება ხასიათდება ფეს-

ვობრივი ტკივილით წელის არეში, რომელიც ვრცელდება დუნდულოზე და ბარძაყის უკანა ზედაპირზე. ირღვევა შარდვის აქტი. მოგვიანებით ვითარდება ქვედა კიდურების დუნე პარეზი ან დამბლა, რასაც თან ახლავს მგრძნობელობის დარღვევა.

რაშის კუდისა და ტერმინალური ძაფის დაზიანება ხასიათდება ძლიერი ტკივილით წელის არეში, ირადიაციით ბარძაყის უკანა ზედაპირისაკენ, რომელიც ძლიერდება სიარულისა და ზურგზე წოლის დროს, ამიტომ ავადმყოფი იძულებულია იჯდეს. ვითარდება ერთი ან ორივე ქვედა კიდურის სისუსტე და კუნთების ატროფია.

დიაგნოსტიკაში მნიშვნელოვანია თანამედროვე ინტრასკოპული ინსტრუმენტული მეთოდების – კომპიუტერული ტომოგრაფიის, მაგნიტურ-რეზონანსული ტომოგრაფიის, მიელოგრაფიის – გამოყენება, თუმცა პირველ ეტაპზე აუცილებლად უნდა შეფასდეს კლინიკური სიმპტომების დინამიკა.

მეტად მნიშვნელოვანია თავ-ზურგტვინის პუნქცია ლიქვორის წნევის განსაზღვრით და ლიქვორ-დინამიკური სინჯებით, რომლითაც დგინდება ლიქვორული გზების გამავლობის დარღვევა; ასევე ლიქვორის შესწავლა, რომლითაც ნახულობენ მის ფერს, შემადგენლობას და ცილოვან-უჯრედოვან დისოციაციას.

მკურნალობა. ცენტრალური ნერვული სისტემის ავთვისებიანი სიმსივნეების მკურნალობა უპირატესად კომბინირებული ან კომპლექსურია.

ქირურგიული და რადიოთერაპიული მკურნალობის მისაწვდომობის თვალსაზრისით, თავის ტვინის სიმსივნეები იყოფა სუპრატენტორულ (ნათხემის კარვის ზემოთ მდებარე) და ინფრატენტორულ (ნათხემის კარვის ქვეშ მდებარე) სიმსივნეებად.

სუპრატენტორული სიმსივნეებია:

ა) ჰემისფეროების მიდამოს სიმსივნეები (მენინგიომები, გლიომები, მეტასტაზური სიმსივნეები);

ბ) ღრმა სიმსივნეები (ჰიპოფიზის, კორძიანი სხეულის სიმსივნეები, კრანიოფარინგიომები).

ინფრატენტორული სიმსივნეებია:

ა) მოზრდილებში – კარიბჭე-ლოკოკინას ნერვის შვანომა, მენინგიომა, ჰემანგიობლასტომა, მეტასტაზური სიმსივნეები;

ბ) ბავშვებში – ნათხემის ასტროციტომა, მედულობლასტომა, ეპენდიმომა, ტვინის ღეროს გლიომა.

იქ, სადაც შესაძლებელია, მკურნალობა უნდა დაიწყოს ქირურგიული ოპერაციით. ქირურგიული მკურნალობის ჩვენებებია ტვინის დეკომპრესიისა და სიმსივნის ჰისტოლოგიური ვერიფიკაციის მიღწევა.

ქირურგიული მკურნალობის შეზღუდვის ჩვენებებია სიმსივნის ლოკალიზაციის თავისებურებები, ტვინის ღეროს, ჰიპოთალამუსის ან ქერქქვეშა კვანძების ინფილტრაცია. ოპერაციისადმი აბსოლუტური უკუჩვენებაა ავადმყოფის უკიდურესად მძიმე მდგომარეობა, როცა ნებისმიერი ქირურგიული ჩარევა დაუშვებელია.

ქირურგიული მკურნალობის სახეებია: კრანიოტომია, სიმსივნის ნაწილობრივი ამოკვეთა, სიმსივნის ფართო ამოკვეთა.

კეთილთვისებიანი სიმსივნეების დროს რადიკალური ოპერაციით სრული განკურნება მიიღწევა.

ავთვისებიანი სიმსივნეების შემთხვევაშიც მაქსიმალურად უნდა იყოს ნაცადი

რადიკალური ოპერაცია, თუმცა აბსოლუტური რადიკალიზმის მიღწევა ყოველთვის ვერ ხერხდება. ასეთ შემთხვევაში ქირურგიული ჩარევა წარმოადგენს კომბინირებული ან კომპლექსური მკურნალობის ერთ-ერთ ეტაპს. როდესაც ოპერაციით სიმსივნის სრული ამოკვეთა ვერ ხერხდება, დასაშვებია მისი უდიდესი მასის მოცილება, რადგან იხსნება კომპრესია და ქალასშიგა ჰიპერტენზია. მკურნალობის მომდევნო ეტაპზე დანიშნული სხივური ან ქიმიოთერაპია მით უფრო ეფექტურია, რაც უფრო მცირე ზომისაა ნარჩენი სიმსივნე.

პალიატიური ოპერაციები წარმოადგენს იძულებით ღონისძიებას და ძირითადად სრულდება კომპრესიის შემცირების მიზნით, ინოპერაბელური ინტრამედულური სიმსივნეების დროს.

კეთილთვისებიანი სიმსივნეების დროს ოპერაციის შემდგომი ლეტალობა 10-20%-ს შეადგენს. ავადმყოფთა დაახლოებით ნახევარს რჩება სხვადასხვა სიმძიმის ფუნქციური დარღვევები, რაც შრომის უნარიანობის დაქვეითებას იწვევს.

ავთვისებიანი სიმსივნეების დროს ოპერაციის შემდგომი გართულებების სიხშირე და ლეტალობა გაცილებით მაღალია.

სხივური თერაპია. ხშირად თავის ტვინში არსებული მოცულობითი წარმონაქმნის ხასიათი ქირურგიულ ჩარევამდე უცნობია, ამიტომ ავთვისებიანი სიმსივნით ავადმყოფთა უდიდეს ნაწილს სხივური თერაპია მხოლოდ ოპერაციის შემდეგ უტარდება. მიუხედავად იმისა, რომ ავთვისებიანი სიმსივნის ამოკვეთა ხშირად ხერხდება, ქირურგიული მკურნალობის რადიკალიზმი ყოველთვის საეჭვოა სიმსივნის ინფილტრაციის გამო. ზოგჯერ პერივასკულურ ნაპრალებში, წვრილ სისხლძარღვებსა და ტვინის გარსებში რჩება სიცოცხლისუნარიანი სიმსივნური უჯრედები, ამიტომ ოპერაციის შემდგომი სხივური თერაპიის ჩატარების საკითხი პრაქტიკულად ყოველი ქირურგიული ჩარევის შემდეგ განიხილება.

ყველაზე კარგი რადიომგრძნობელობით გამოირჩევა მედულო- და ეპენდიმობლასტომები. მულტიფორმული გლიო- და ასტრობლასტომები რადიოთერაპიისადმი საშუალო მგრძნობელობით ხასიათდება.

სხივური თერაპიის ჩვენებებია:

- მედულობლასტომის, ეპენდიმობლასტომისა და სხვა დაბალდიფერენცირებული სიმსივნეების ოპერაციის შემდგომი პერიოდი;
- სასიცოცხლოდ მნიშვნელოვანი ცენტრების მიდამოში არსებული სიმსივნის არარეზექტაბელობაზე დასაბუთებული ეჭვი;
- ნეიროეპითელიალური სიმსივნეების რეციდივი, განსაკუთრებით მაშინ, როცა განმეორებითი ოპერაცია ნაჩვენები არ არის;
- ჰიპოფიზის ზოგიერთი სიმსივნე.

სხივური თერაპიის უკუჩვენებებია:

- მძიმე თანმხლები დაავადებები;
- ადრე ჩატარებული სხივური თერაპია (50 გრეი და მეტი დოზით)

სხივური თერაპია იწყება ოპერაციიდან 2-4 კვირის შემდეგ.

ყველაზე ხშირად მიმართავენ დისტანციურ გამა-თერაპიას. უფრო ეფექტურია ხაზოვანი ამაჩქარებლით ან ბეტატრონით დასხივება. იშვიათად ატარებენ ქსოვილშიგა სხივურ თერაპიას რადიოაქტიური ფოსფორით (^{32}P) და ოქროთი (^{198}Au).

დისტანციური დასხივების ერთჯერადი და ჯამური კეროვანი დოზის შერჩევა ხდება სხივური თერაპიის დანიშნულების, სიმსივნის ზომების, მისი ჰისტოლოგიური შენებისა და დასხივების ველის მოცულობის გათვალისწინებით.

თავის ტვინის ქსოვილების, განსაკუთრებით მისი ღეროვანი ნაწილის, მაღალი რადიომგრძნობელობის გამო დასხივების ჯამური კეროვანი დოზა არ უნდა აღემატებოდეს 60-65 გრეის, რადგან უფრო მეტი დოზით დასხივება მკურნალობის შედეგებს არ აუმჯობესებს, დასხივების შემდგომი გართულებების სიხშირე კი მნიშვნელოვნად მატულობს. 55 გრეიზე ნაკლები დოზით დასხივება სასურველ კლინიკურ ეფექტს ვერ იძლევა.

თავის ტვინთან შედარებით ზურგის ტვინი დასხივებისადმი ნაკლებად ტოლერანტულია. ამ ლოკალიზაციის სიმსივნეების დროს დასხივების ჯამური კეროვანი დოზა 35-40 გრეის არ აღემატება. მაქსიმალური დასაშვები დოზაა 50 გრეი, 5 კვირის განმავლობაში.

დასასხივებელი მიდამოს ზომა 2-3 სმ-ით უნდა აღემატებოდეს სიმსივნის ზომას. დასხივება შეიძლება ჩატარდეს სტატიკურ (რამდენიმე ველიან) ან მოძრავ სექტორულ (როტაციულ) რეჟიმში.

ცენტრალური ნერვული სისტემის სიმსივნეების რადიოთერაპიას თან ახლავს მეტ-ნაკლებად გამოხატული სხივური რეაქციები, რაც კლინიკურად თავის ტკივილით, გულისრევა-პირღებინებით, სისუსტით, ვესტიბულური დარღვევებით ვლინდება. ამის გამო სხივური თერაპია დეჰიდრატაციული და სედაციური მკურნალობის ფონზე უნდა ჩატარდეს.

მოგვიანებით (1-2 თვის შემდეგ) შეიძლება განვითარდეს ასთენიზაცია, მეხსიერების დაქვეითება, ემოციური ლაბილურობა, სისხლძარღვოვანი ჰიპოტონია. მძიმე გართულებაა სხივური დემენცია.

ეფექტური რადიოთერაპიით ზოგჯერ ხერხდება თავის ტვინის ინოპერაბელური სიმსივნეების ოპერაბელურში გადაყვანა.

თავის ტვინის დიდი ჰემისფეროების დასხივება ტარდება ოთხი (წინა, უკანა და ორი გვერდითი — დაზიანების მხარეს და დაზიანების საწინააღმდეგო მხარეს) ველიდან, რომლის დროსაც დასხივების დოზა, შესაბამისად, შემდეგი თანაფარდობით ნაწილდება: 3:3:2:1.

ქალას წინა ფოსოს სიმსივნეების დროს, აგრეთვე თვალის ენუკლეაციის შემდეგ თვალბუდის დასხივება ხდება მართი კუთხით მიმართული 2 ველით, სოლისებრი ფილტრების გამოყენებით.

ტვინის ღეროს ასხივებენ 4-6 სმ სიგანის ორი გვერდითი შემხვედრი ველით. დიდი სიმსივნეები შესაძლებელია დასხივდეს 45^0-იანი და 135^0-იანი კუთხით მიმართული ოთხი ირიბი სიმეტრიული ველით. მცირე ზომის სიმსივნეების დროს შესაძლებელია მოძრავი სექტორული დასხივების ჩატარება უკნიდან, 280^0-იანი კუთხით.

ნათხემის სიმსივნეების დროს ტარდება სამველიანი დასხივება: ა) ერთი უკანა და ორი გვერდითი შემხვედრი ველით, ან ბ) ერთი უკანა და ორი გვერდითი 105^0-იანი კუთხით მიმართული ირიბი ველით, სოლისებრი ფილტრების გამოყენებით.

ჰიპოფიზს ასხივებენ 5X5 სმ ფართობის ორი გვერდითი ველიდან, ან ატარებენ მოძრავ სექტორულ დასხივებას 280^0-იანი კუთხით, უკანა მხრიდან.

დიდი დოზებით დასხივების აუცილებლობის შემთხვევაში დასხივება ტარდება ხუთი (60°-120°-იანი კუთხით მიმართული 1 წინა და 4 გვერდითი) ირიბი სტატიკური ველიდან.

ადენომების დასხივების ჯამური კეროვანი დოზა შეადგენს 45-50 გრეის, ხოლო ძუძუს კიბოს გენერალიზებული ფორმების დროს, ჰიპოფიზის ფუნქციის დათრგუნვის აუცილებლობის შემთხვევაში – 80 გრეის.

მედულობლასტომას ასხივებენ ორი შემხვედრი გვერდითი ველიდან. ზურგის ტვინის დაზიანების დროს დასხივება ტარდება 120°-იანი კუთხით მიმართული ორი ირიბი ველიდან, სოლისებრი ფილტრების გამოყენებით, ან ტარდება მოძრავი სექტორული დასხივება 120°-იანი კუთხით, 30 გრეი დოზით.

გლიომების ამოკვეთის შემდეგ, ტარდება ტვინის ფართო ველით დასხივება 40 გრეი დოზით, შემდეგ დასხივების ველი ვიწროვდება და დამატებით სხივდება სიმსივნის სარეცელი 20 გრეი დოზით. დასხივებით სრული განკურნება არ ხდება, მაკრამ მისი საშუალებით მცირდება სიმსივნისმიერი ნევროლოგიური სიმპტომები, რის გამოც ამ ჰისტოლოგიური ფორმის სიმსივნეების დროს სხივური თერაპიის ჩატარება აუცილებელია. მაღალდიფერენცირებული ასტროციტომისა და ოლიგოდენდროგლიომის დროს ოპერაციის შემდეგ სიმსივნის სარეცელი სხივდება 55 გრეი დოზით.

მენინგიომების დროს სხივურ თერაპიას მიმართავენ რეციდივის შემთხვევაში, როცა მისი ამოკვეთა შეუძლებელია და გამოხატულია ნევროლოგიური სემიოტიკა.

თავის ტვინში *მეტასტაზური სიმსივნის* არსებობა დაავადების შორსწასულობაზე მიუთითებს, მაგრამ ცალკეულ შემთხვევებში შესაძლებელია სიცოცხლის გახანგრძლივება. ამიტომ თავის ტვინში არსებული მეტასტაზის მკურნალობის საკითხი ინდივიდუალურად წყდება.

კარგი შედეგები მიიღწევა ერთეული მეტასტაზის დროს, თუ პირველადი სიმსივნე მაღალდიფერენცირებული იყო და მისი მკურნალობიდან დიდი დროა გასული (ფილტვის, ძუძუს, თირკმელზედა ჯირკვლის სიმსივნეები, სემინომა და სხვ.). თავის ტვინიდან მეტასტაზის ამოკვეთა ხდება იმ შემთხვევაში, როცა იგი შედარებით უსაფრთხო ზონაშია (შუბლისა და საფეთქლის წილები) და ავადმყოფის ზოგადი მდგომარეობაც დამაკმაყოფილებელია. ოპერაციის შემდეგ ტარდება სიმსივნის სარეცელის დასხივება 25-40 გრეი ჯამური დოზით.

თავის ტვინში არსებული მეტასტაზების ქირურგიული და სხივური მკურნალობა არ ტარდება: ა) თუ პირველადი კერის რადიკალური მკურნალობა შეუძლებელია, ბ) დაბალდიფერენცირებული კიბოს, მელანომის, სარკომებისა და ლიმფომების დროს, გ) როცა სიმსივნე ქირურგიულად მიუდგომელ ზონაშია ლოკალიზებული.

თუ დაავადების პირველადი გამოვლინება აღინიშნა თავის ტვინში სიმსივნის სახით, გაკეთდა ოპერაცია და აღმოჩნდა მეტასტაზური სიმსივნე, ოპერაციის შემდეგ აუცილებლად უნდა დადგინდეს პირველადი კერა და მკურნალობა ჩატარდეს დადგენილი წესით, სიმსივნის ლოკალიზაციისა და ხასიათის შესაბამისად. თუ თავის ტვინში არსებული მეტასტასის გარდა სხვა მეტასტაზი არ არის, შესაძლებელია პირველადი კერის რადიკალური მკურნალობაც, თუმცა ასეთი ავადმყოფების სიცოცხლის ხანგრძლივობა 2 წელიწადს არ აღემატება.

თავისა და ზურგის ტვინის დიფუზური მეტასტაზური ინფილტრაციის შემთხ-

ვევაში მიმართავენ სხივურ თერაპიას. თავის ტვინი სხივდება 40 გრეი, ხოლო ზურგის ტვინი – 30 გრეი ჯამური კეროვანი დოზით.

ქიმიოთერაპია. ცენტრალური ნერვული სისტემის სიმსივნეების დროს ქიმიოთერაპიული პრეპარატების არსენალი მეტად მწირია. ჰემატოენცეფალურ ბარიერს გაივლიან ნიტროზოშარდოვანას პრეპარატები და მათი მსგავსი ფარმაკოლოგიური საშუალებები (მაგ., პროკარბაზინი, დაკარბაზინი, ვინკრისტინი), მაგრამ დაბალი ეფექტურობის გამო მათი დანიშვნა ხდება ახალგაზრდა და დამაკმაყოფილებელი სომატური მდგომარეობის მქონე პაციენტებში.

უკანასკნელ წლებში დამაიმედებელ შედეგებს იძლევა თემოზოლამიდი (თემოდალი), რომელიც ეფექტურია ცენტრალური ნერვული სისტემის სიმსივნეებისა და მელანომის (მათ შორის, თავის ტვინში განვითარებული მეტასტაზის) დროს.

ცალკეულ შემთხვევებში შეიძლება ეფექტური იყოს რადიოფარმაკოლოგიური და ქიმიოთერაპიული პრეპარატების ენდოლუმბარულად ან სიმსივნის სარეცელში შეყვანა.

არ უნდა დავივიწყოთ „ქიმიური დეკომპრესიის“ შესაძლებლობაც. ასეთ დროს ინიშნება კორტიკოსტეროიდების მაღალი დოზები, დიურეტიკები და ანტიჰისტამინური საშუალებები.

ცენტრალური ნერვული სისტემის სიმსივნეების კომბინირებული და კომპლექსური მკურნალობის დროს პროგნოზი დღესდღეობით არაკეთილსაიმედოა, მაგრამ ხშირ შემთხვევაში შესაძლებელია რამდენიმეთვიანი ან რამდენიმეწლიანი კარგი პალიატიური ეფექტის მიღწევა.

ჰიპოფიზის სიმსივნეების მკურნალობის შემდეგ საჭიროა ენდოკრინოლოგის მეთვალყურეობა და ჩანაცვლებითი ჰორმონთერაპიის ჩატარება ხანგრძლივი დროის განმავლობაში.

ფარისებრი ჯირკვლის ავთვისებიანი სიმსივნეები (C73)

ფარისებრი ჯირკვლის კიბო ყველა ავთვისებიანი სიმსივნის 1-2%-ს შეადგენს. მაღალია ავადობა ენდემური ჩიყვისა და რადიაციული დასხივების ზონებში. ქალები 3-4-ჯერ უფრო ხშირად ავადდებიან, ვიდრე მამაკაცები. დაავადების ასაკობრივი პიკებია 7-20 და 40-65 წლები. დაავადებას შემთხვევათა ერთ მეოთხედში ფარისებრი ჯირკვლის კიბოს წინ უსწრებს კვანძოვანი ჩიყვის არსებობა. საგულისხმოა, რომ კიბო არა უშუალოდ კვანძში, არამედ მის მიმდებარე ქსოვილებში ვითარდება.

საერთაშორისო მორფოლოგიური კლასიფიკაციით, ფარისებრი ჯირკვლის სიმსივნეები 5 ჯგუფად იყოფა, ესენია: ა) *ეპითელური* (ფოლიკულური, პაპილური, მედულური, ბრტყელუჯრედოვანი და არადიფერენცირებული კიბო), ბ) *არაეპითელური* (ფიბროსარკომა და სხვა), გ) *შერეული* (კარცინოსარკომა, ავთვისებიანი ჰემანგიოენდოთელიომა და ლიმფომა, ტერატომა), დ) *მეორეული* და ე) *არაკლასიფიცირებადი* სიმსივნეები.

ზრდის ფორმის მიხედვით, ფარისებრი ჯირკვლის კიბო არის ნოდულური ან ინფილტრაციული.

ფარისებრ ჯირკვალში ნახულობენ სამი ტიპის უჯრედებს, რომლებისგანაც ვითარდება როგორც კეთილთვისებიანი, ისე ავთვისებიანი სიმსივნეები, ესენია: ფოლი-

კულური (A), ჰიურტლის ანუ აშკინაზის (B) და პარაფოლიკულური (C) უჯრედები. A და B უჯრედებისგან ვითარდება პაპილური, პაპილურ-ფოლიკულური და ფოლიკულური ადენოკარცინომები, აგრეთვე არადიფერენცირებული კიბო, C უჯრედებისგან – სოლიდური კიბო სტრომის ამილოიდოზით (მედულური კიბო).

ყველაზე ხშირია ფარისებრი ჯირკვლის კიბოს *პაპილური* ფორმები, რომლებიც შემთხვევათა 80-90%-ში გვხვდება. პაპილურ და პაპილურ-ფოლიკულურ ფორმებს აერთიანებენ მათი ბიოლოგიური და კლინიკურ-პათოლოგიური მსგავსების გამო. ისინი უმრავლეს შემთხვევაში (30-70%) *მულტიფოკალურია*, შეიცავს პაპილურ სტრუქტურებს, ახასიათებს ინფილტრაციული ზრდა. მეტასტაზები ვრცელდება ლიმფოგენურად. ჰემატოგენური გზით მეტასტაზების გავრცელება არ ახასიათებს.

ფოლიკულური კიბო გვხვდება შემთხვევათა 7-17%-ში და *მონოფოკალურია*, იძლევა ჰემატოგენურ მეტასტაზებს (ფილტვებში, ძვლებში).

არადიფერენცირებული კიბოც ფოლიკულურუჯრედოვანია, გვხვდება შემთხვევათა 10-20%-ში და არის სამი ტიპის: წვრილუჯრედოვანი, თითისტარაუჯრედოვანი და გიგანტურუჯრედოვანი.

სოლიდური კიბო ამილოიდოზით (*მედულური კიბო*) ვითარდება პარაფოლიკულური უჯრედებისგან და შემთხვევათა 5-10%-ში გვხვდება. ხშირია 10 წლის ასაკამდე ბავშვებსა და მოხუცებში – 80 წლის ზევით. ხშირად გვხვდება მრავლობითი ენდოკრინული ნეიროპლაზიური (მენ) სინდრომების შემადგენლობაში და შერწყმულია ფარისებრახლო და თირკმელზედა ჯირკვლის სიმსივნეებთან. ოჯახურ შემთხვევებში სიმსივნე ბილატერალურია. დიაგნოზის დადგენის მომენტისათვის შემთხვევათა 50%-ში აღინიშნება ლიმფოგენური მეტასტაზები. ჰემატოგენური მეტასტაზები ვითარდება მოგვიანებით და ზიანდება ფილტვი, ღვიძლი, ძვლები.

ფარისებრი ჯირკვლის სიმსივნეები შეიძლება დაიყოს ორ დიდ ჯგუფად, ესენია: *დიფერენცირებული (პაპილური და ფოლიკულური) და არადიფერენცირებული* ფორმები. აგრესიულობის მიხედვით, მედულურ კიბოს შუალედური ადგილი უკავია დიფერენცირებულ და არადიფერენცირებულ სიმსივნეებს შორის.

ფარისებრი ჯირკვლის კიბოს კლინიკური სურათი საწყის სტადიაში მწირია. პირველ სიმპტომებს წარმოადგენს ფარისებრ ჯირკვალში უტკივნეულო სიმსივნის არსებობა ან კისრის ლიმფური კვანძების გადიდება. მოგვიანებით ვლინდება ხმის ჩახლეჩა, დისფაგია, სუნთქვის გაძნელება, კისრისა და მხრის წნულებში ტკივილი. კიბოს დროს ფარისებრი ჯირკვლის ფუნქციის დარღვევა, ჩვეულებრივ, არ ხდება.

საწყის სტადიაში ფარისებრი ჯირკვლის კიბოს დიაგნოსტიკა გაძნელებულია და შეცდომების სიხშირე 50%-ს აღწევს. დიაგნოზი ისმება ანამნეზის, ვიზუალური და პალპაციის მონაცემების, აგრეთვე რადიოიზოტოპური, ულტრაბგერითი, რენტგენოლოგიური, მაგნიტურ-რეზონანსული ტომოგრაფიისა და ციტოლოგიური გამოკვლევების საფუძველზე.

ფარისებრი ჯირკვლის კიბოს TNM კლინიკური კლასიფიკაცია (მე-6 გამოცემა, 2002)

T - პირველადი სიმსივნე

TX პირველადი სიმსივნის შესაფასებლად საკმარისი მონაცემები არ არის

T0 პირველადი სიმსივნის არსებობის ნიშნები არ არის

T1 2 სმ-მდე ზომის სიმსივნე – ფარისებრი ჯირკვლის ფარგლებში

T2 2 სმ-დან 4 სმ-მდე ზომის სიმსივნე – ფარისებრი ჯირკვლის ფარგლებში

T3 4 სმ-ზე მეტი ზომის სიმსივნე – ფარისებრი ჯირკვლის ფარგლებში; ან ნებისმიერი ზომის სიმსივნე, მინიმალური გავრცელებით ფარისებრი ჯირკვლის ფარგლებს გარეთ (მაგ., მკერდ-ფარისებრ კუნთზე ან ფარისებრი ჯირკვლის ირგვლივ მდებარე რბილ ქსოვილებზე)

T4a სიმსივნე გავრცელებულია ფარისებრი ჯირკვლის კაფსულის ფარგლებს გარეთ და ჩაზრდილია კანქვეშა რბილ ქსოვილებში, ხორხში, სასულეში, საყლაპავში ან შებრუნებულ ნერვში

T4b სიმსივნე ჩაზრდილია მალების წინა ფასციაში, შუასაყრის სისხლძარღვებში ან საძილე არტერიის გარსში

T4a* (მხოლოდ ანაპლაზიური კიბო) ფარისებრი ჯირკვლით შემოფარგლული ნებისმიერი ზომის სიმსივნე+

T4b* (მხოლოდ ანაპლაზიური კიბო) ფარისებრი ჯირკვლის კაფსულის ფარგლებს გარეთ გავრცელებული ნებისმიერი ზომის სიმსივნე++

შენიშვნა: ნებისმიერი ჰისტოლოგიური ტიპის მრავალკეროვანი სიმსივნე უნდა აღინიშნოს (m) სიმბოლოთი (კლასიფიკაცია ხდება უდიდესი ზომის სიმსივნის მიხედვით), მაგ., T2(m).

* ფარისებრი ჯირკვლის ყველა ანაპლაზიური/არადიფერენცირებული კიბო მიეკუთვნება T4 კატეგორიას.

\+ ფარისებრი ჯირკვლის ფარგლებში გავრცელებული ანაპლაზიური კიბო ითვლება რეზექტაბელურად.

\++ ფარისებრი ჯირკვლის ფარგლებს გარეთ გავრცელებული ანაპლაზიური კიბო ითვლება არარეზექტაბელურად.

N – რეგიონული ლიმფური კვანძები

ფარისებრი ჯირკვლისთვის რეგიონულ ლიმფურ კვანძებს წარმოადგენს კისრის და შუასაყრის ზედა/წინა ლიმფური კვანძები.

NX რეგიონული ლიმფური კვანძების შესაფასებლად საკმარისი მონაცემები არ არის

N0 რეგიონული ლიმფური კვანძების მეტასტაზური დაზიანების ნიშნები არ არის.

N1 რეგიონული ლიმფური კვანძების მეტასტაზური დაზიანება

N1a მეტასტაზი VI დონის (სასულეს წინა და სასულეს ირგვლივ მდებარე) ლიმფურ კვანძებში, ხორხის წინა და დელფიანის (Delphian) ლიმფური კვანძების ჩათვლით

N1b შუასაყრის ზედა/წინა ან კისრის სხვა ლიმფური კვანძ(ებ)ის ცალმხრივი, ორმხრივი ან კონტრალატელარული მეტასტაზური დაზიანება

M – შორეული მეტასტაზები

MX შორეული მეტასტაზის შესაფასებლად საკმარისი მონაცემები არ არის

M0 შორეული მეტასტაზის არსებობის ნიშნები არ არის

M1 აღინიშნება შორეული მეტასტაზი

pTNM – პათოჰისტოლოგიური კლასიფიკაცია

pT, pN, pM კატეგორიები შეესაბამება T, N, M კატეგორიებს.

pN0 ჰისტოლოგიური გამოკვლევისთვის კისრის ნაწილობრივი ლიმფოდისექციით მიღებული მასალა, როგორც წესი, უნდა შეიცავდეს არანაკლებ 6 ლიმფურ კვანძს. იმ შემთხვევაში, თუ ლიმფურ კვანძებში სიმსივნური უჯრედები არ აღმოჩნდა, ხოლო გამოკვლეული ლიმფური კვანძების რაოდენობა 6-ზე ნაკლებია, კლასიფიკაცია ხდება pN0 კატეგორიით.

G – ჰისტოლოგიური ტიპები

არსებობს ფარისებრი ჯირკვლის კიბოს ოთხი ძირითადი ჰისტოლოგიური ტიპი:

- პაპილური კარცინომა (ფოლიკულური კერების კარცინომების ჩათვლით)
- ფოლიკულური კარცინომა (ე. წ. ჰიურტლისუჯრედოვანი (Hurthle cell) კარცინომის ჩათვლით)
- მედულური კარცინომა
- ანაპლაზიური/არადიფერენცირებული კარცინომა

დაჯგუფება სტადიების მიხედვით

მიზანშეწონილია კარცინომების სტადიებად დაჯგუფება ცალ-ცალკე შემდეგნაირად: პაპილური და ფოლიკულური, მედულური და ანაპლაზიური/არადიფერენცირებული.

პაპილური და ფოლიკულური კიბო
45 წლამდე ასაკის პაციენტები

I სტადია	ნებისმიერი T	ნებისმიერი N	M0
II სტადია	ნებისმიერი T	ნებისმიერი N	M1

პაპილური ან ფოლიკულური (*45 წლის და უფროსი ასაკის პაციენტები*) და მედულური

I სტადია	T1	N0	M0
II სტადია	T2	N0	M0
III სტადია	T3	N0	M0
	T1, T2, T3	N1a	M0
IVA სტადია	T1, T2, T3	N1b	M0
	T4a	N0, N1	M0
IVB სტადია	T4b	ნებისმიერი N	M0
IVC სტადია	ნებისმიერი T	ნებისმიერი N	M1

ანაპლაზიური/არადიფერენცირებული კიბო

(ყველა მათგანი ეკუთვნის IV სტადიის კიბოს)

IVA სტადია	T4a	ნებისმიერი N	M0
IVB სტადია	T4b	ნებისმიერი N	M0
IVC სტადია	ნებისმიერი T	ნებისმიერი N	M1

მკურნალობა. ფარისებრი ჯირკვლის კიბოს დროს მიმართავენ ქირურგიულ ოპერაციას, რადიოთერაპიას, ქიმიოთერაპიას, ჩანაცვლებით ჰორმონთერაპიას და მათ კომბინაციებს. მკურნალობის მეთოდი დამოკიდებულია სიმსივნის ჰისტოლოგიურ ფორმაზე, დიფერენცირების ხარისხზე და გავრცელებაზე.

სიმსივნის მულტიცენტრული და მულტიფოკალური გავრცელების მაღალი ალბათობის გამო ტიპურ ოპერაციად ითვლება თირეოიდექტომია. მისი ჩატარების ჩვენებაა აგრეთვე შორეული მეტასტაზების არსებობა ან მათი განვითარების მაღალი ალბათობა, აგრეთვე არადიფერენცირებული სიმსივნის არსებობა. სიმსივნის მონოფოკალური გავრცელების შემთხვევაში შეიძლება განხორციელდეს ლობექტომია ყელთან ერთად ან ექსტრაკაფსულური სუბტოტალური რეზექცია. ირგვლივმდებარე ქსოვილებზე სიმსივნის გავრცელებისას კეთდება ფარისებრი ჯირკვლის გაფართოებული სუბტოტალური რეზექცია ან გაფართოებული თირეოიდექტომია კანის ფრაგმენტის, ტრაქეის, საყლაპავის, ხორხის რეზექციასთან, ლარინგექტომიასთან ერთად. სიმსივნით სასუნთქი გზების კომპრესიის შემთხვევაში შეიძლება ჩატარდეს ტრაქეოსტომია.

რეგიონული ლიმფური კვანძების ამოკვეთა ხდება მათი მეტასტაზური დაზიანებისას. კეთდება კისრის ლიმფური კვანძებისა და ფაშარი შემაერთებელი ქსოვილის ცალმხრივი ან ორმხრივი ამოკვეთა, პარატრაქეული ლიმფური კვანძების ორმხრივი ამოკვეთა, კრაილის ტიპის ოპერაცია (შიგნითა საუღლე ვენის და/ან მკერდლავიწდვრილისებრი კუნთის სიმსივნური დაზიანებისას), სტერნოტომია შუასაყრის ლიმფადენექტომიასთან ერთად. ლიმფადენექტომია შეიძლება ჩატარდეს ფარისებრი ჯირკვლის სიმსივნის ამოკვეთასთან ერთად ან ძირითადი ოპერაციიდან 2-3 კვირის შემდეგ. ლიმფადენექტომიას პროფილაქტიკური მიზნით აღარ მიმართავენ.

ფარისებრი ჯირკვლის კიბოს დროს ***სხივური თერაპია*** შეიძლება ჩატარდეს გარეგანი დასხივების ან რადიოაქტიური იოდის (^{131}I) ხსნარით მკურნალობის სახით.

გარეგანი დასხივება გამოიყენება როგორც პირველადი, ისე მეტასტაზური სიმსივნის სამკურნალოდ, რადგან დაავადების პროგრესირებასთან ერთად სიმსივნის ავთვისებიანობის (ანაპლაზიის) ხარისხი მატულობს, ზოგჯერ კი სიმსივნეს შეიძლება ჰქონდეს დიმორფული შენება — მაღალდიფერენცირებული სიმსივნის ფონზე აღმოჩნდეს სოლიდური კომპონენტებიც. გარდა ამისა, აბსოლუტურად ტოტალური თირეოიდექტომიის ჩატარება იშვიათად ხერხდება, რაც დასტურდება ოპერაციის შემდგომი რადიოსცინტიგრაფიისას სიმსივნის სარეცელში რადიოაქტიური იოდის ჩართვით.

როცა საშუალება არის, უპირატესობა ენიჭება ოპერაციისწინა სხივურ თერაპიას. იგი ტარდება იმ შემთხვევაში, როცა ოპერაციის წინ სიმსივნე მორფოლოგიურად ვერიფიცირებულია და დადგენილია არადიფერენცირებული, ბრტყელუჯრედოვანი ან

მედულური კიბო, სიმსივნის რეზექტაბელობა საეჭვოა, იგი მულტიფოკალურია ან აღინიშნება ორმხრივი მეტასტაზები ლიმფურ კვანძებში. უპირატესობა ენიჭება დინამიკური ფრაქციონირების არასტანდარტულ ვარიანტს: პირველი სამი დღე – 4-4 გრეი, მომდევნო 9 დღე – თითო გრეი ორჯერ დღეში, 5-საათიანი ინტერვალით, 30 გრეი ჯამური კეროვანი დოზით, რაც 36 გრეის შეესაბამება. ოპერაცია კეთდება დასხივების დამთავრებიდან 2-3 კვირის შემდეგ. არადიფერენცირებული კიბოს ცუდი პროგნოზის გამო უმრავლეს შემთხვევაში ოპერაციას აღარ აკეთებენ და ატარებენ სხივურ თერაპიას რადიკალური პროგრამით ან ქიმიო-სხივურ მკურნალობას.

ოპერაციისშემდგომი სხივური თერაპია გამოიყენება ფარისებრი ჯირკვლის კიბოს III-IV სტადიის მკურნალობისას იმ შემთხვევაში, როცა ოპერაციისწინა დასხივება ჩატარებული არ არის, შესრულებული ოპერაციის რადიკალიზმი საეჭვოა, ან იყო მრავლობითი რეგიონული მეტასტაზები, ხოლო ჰისტოლოგიურად დადგინდა არადიფერენცირებული, ბრტყელუჯრედოვანი ან მედულური კიბო. დასხივება იწყება ოპერაციიდან 2 კვირის შემდეგ. სხივდება ლოკორეგიონული ზონა 40-50 გრეი ჯამური კეროვანი დოზით, შემდეგ გრძელდება ნარჩენი სიმსივნის დასხივება შემცირებული ველით 60-70 გრეი ჯამურ კეროვან დოზამდე.

რადიოიოდით (^{131}I) მკურნალობას მიმართავენ ოპერაციის შემდგომ პერიოდში. იგი ტარდება იმ შემთხვევაში, როდესაც ფარისებრი ჯირკვლის დარჩენილ პარენქიმაში საკმარისი რაოდენობით ხდება იოდის ჩართვა.

^{131}I წარმოადგენს β და γ გამოსხივების წყაროს. γ გამოსხივება სადიაგნოსტიკოდ გამოიყენება, β გამოსხვებას გააჩნია სამკურნალო ეფექტი – იწვევს ფარისებრი ჯირკვლის სიმსივნის დესტრუქციას. სამკურნალოდ გამოიყენება ნატრიუმის იოდიდი ($Na^{131}I$). დიფერენცირებული სიმსივნეების დროს მისი გამოყენების ჩვენებაა:

- ფარისებრი ჯირკვლის ოპერაციის შემდგომი ნარჩენი ქსოვილის არსებობა, რომელსაც გააჩნია იოდის აქტიური ჩართვის უნარი, მორფოლოგიურად კი დადგენილია დიფერენცირებული სიმსივნის მულტიცენტრული ზრდა; ასეთ დროს მიიღწევა ნარჩენი ქსოვილის აბლასტიკა (1 სმ-ზე მეტი ზომის სიმსივნის დროს რეციდივების განვითარების სიხშირე 30%-ით მცირდება).
- ფარისებრი ჯირკვლის კაფსულაში, სისხლძარღვებსა და ლიმფურ სადინარებში ჩაზრდა (ე. ი. როცა მომატებულია რეციდივებისა და მეტასტაზების განვითარების რისკი).
- რეგიონული და შორეული მეტასტაზები, რომლებიც რადიოიოდს ირთავენ. მათი მკურნალობის ეფექტი დამოკიდებულია მეტასტაზების ლოკალიზაციაზე, ზომებსა და გავრცელებაზე. მკურნალობის ეფექტურობის მიხედვით, ყველაზე კარგი შედეგები აღინიშნება კისრისა და შუასაყრის ლიმფური კვანძების, შემდეგ – ფილტვისა და ძვლის და ბოლოს – ღვიძლისა და თავის ტვინის მეტასტაზური დაზიანების შემთხვევაში.
- ინოპერაბელური სიმსივნეები ტრაქეისა და საყლაპავის ცდომით ან მათში ჩაზრდით. რადიოთერაპიამ ისინი შეიძლება ოპერაბელურად აქციოს.

რადიოიოდით მკურნალობას იწყებენ ოპერაციიდან 1 თვის შემდეგ. ამ ხნის განმავლობაში პაციენტი არ იტარებს ჰორმონულ თირეოიდულ თერაპიას და არ იღებს იოდისა და ბრომის შემცველ პრეპარატებს. ეს დრო საკმარისია იმისათვის,

რომ სისხლში თირეოიდული ჰორმონის დონე შემცირდეს, ხოლო თირეოტროპული ჰორმონის მოქმედებით მოხერხდეს დარჩენილი ფარისებრი ჯირკვლის ქსოვილის იოდშთანთქმითი ფუნქციის უზრუნველყოფა. ავადმყოფს წინასწარ, სადიაგნოსტიკო მიზნით, ეძლევა 0,2 გბკ აქტივობის ^{131}I და 24-72 საათის შემდეგ უტარდება გამა-სცინტიგრაფია.

თუ იზოტოპის ჩართვა არ ხდება, 2 კვირის შემდეგ შეიძლება განმეორებითი გამოკვლევის ჩატარება პირველი გამოკვლევის შედეგების გადასამოწმებლად. მკურნალობის ტაქტიკის შერჩევა ხდება მიღებული შედეგების მიხედვით:

- თუ პრეპარატი დაგროვდა ფილტვებში, შუასაყაში ან ძვლებში, მაშინ რადიოიოდით მკურნალობას ემატება მეტასტაზების ზონების გარეგანი დასხივება და ჰორმონთერაპია, რაც განაპირობებს შესაყვანი ^{131}I-ის დოზის და მკურნალობის ვადების შემცირებას. ჩვეულებრივ, ავადმყოფს 3 თვეში ერთჯერ, 1,5-3 წლის განმავლობაში, ეძლევა 2-3 გბკ აქტივობის ^{131}I, რადიონუკლიდის 30-49 გბკ ჯამური დოზით.
- იმ შემთხვევაში, თუ რადიოიოდის ჩართვა არ აღინიშნა, შემდგომი მკურნალობის საკითხი წყდება ინდივიდუალურად: ანაპლაზიური ბრტყელუჯრედოვანი და მედულური კიბოს შემთხვევაში ტარდება დისტანციური გამა-თერაპია, სხვა შემთხვევაში შესაძლებელია ჩატარდეს ჰორმონთერაპია და დისპანსერული მეთვალყურეობა.

^{131}J-ის სამკურნალო დოზის მიღებისას პაციენტი თავად ხდება გამოსხივების წყარო (იოდი გამოიყოფა ამოსუნთქული ჰაერით, ოფლით, ნერწყვით, შარდით, განავლით), ამიტომ იგი იზოლირებული უნდა იყოს რადიოლოგიური განყოფილების პალატაში მანამ, სანამ გამოსხივების აქტივობა დასაშვებ ზღვრამდე არ შემცირდება (დაახლოებით 5-7 დღე). ^{131}J-ის მიღებიდან 2-3 დღის შემდეგ ინიშნება თირეოიდული ჰორმონი.

რადიოიოდთერაპიის ეფექტი გრძელდება 3 თვე, რის შემდეგაც ტარდება განმეორებითი მკურნალობის კურსი. თირეოიოდული ჰორმონის მიღება უნდა შეწყდეს ახალი კურსის დაწყებამდე მხოლოდ 1 თვით ადრე.

რადიოიოდთერაპიას აბსოლუტური უკუჩვენება, მათ შორის ბავშვებში, არ გააჩნია. თუმცა ბავშვთა ასაკში ძირითადად გვხვდება ფარისებრი ჯირკვლის კიბოს დიფერენცირებული ფორმები, რის გამოც რეზექტაბელური სიმსივნეების დროს საკმარისია მხოლოდ ქირურგიული მკურნალობა.

რადიოთერაპია არ ტარდება იმ შემთხვევებში, როცა იოდის ჩართვა ქსოვილებში დაბალია, აგრეთვე ზოგადი მძიმე სომატური მდგომარეობის, ღვიძლის, თირკმლის, ძვლის ტვინის ფუნქციის დარღვევის, მწვავე ინფარქტის, ორსულობის და ძუძუთი კვების დროს.

გამა-თერაპიას მიმართავენ სიმსივნის მნიშვნელოვანი ინვაზიის დროს, ან იმ შემთხვევაში, როცა სიმსივნე მთლიანად ამოღებულია და შეუძლებელია ^{131}I-ის შეყვანა სათანადო კერაში, ან მისი საკმარისი დაგროვება არ ხდება. ასხივებენ არაოპერაბელურ და ხშირად მორეციდივე სიმსივნეებს. ძვლების მეტასტაზური დაზიანებისას ტარდება პალიატიური სხივური თერაპია.

ქიმიოთერაპიის ჩვენებას წარმოადგენს ფარისებრი ჯირკვლის არაოპერაბელური არადიფერენცირებული ან მედულური კიბო; არადიფერენცირებული კიბოს ოპერაცი-

ის შემდგომი პერიოდი, შორეული მეტასტაზების არსებობა და სწრაფად მორეციდივე სიმსივნეები.

ჩანაცვლებითი ჰორმონთერაპია ტარდება სისხლში 3,4-თირეოგლობულინის და თირეოტროპული ჰორმონის შემცველობის კონტროლით. ეფექტური პრეპარატია დიიოდთიროზინი, რომელიც იწვევს ჰიპოფიზის თირეოტროპული ფუნქციის სრულ ბლოკადას და, შესაბამისად, მეტასტაზური კვანძების დაზიანებას. დღიური დოზაა 10 მგ/კგ (1 გრამამდე). პრეპარატს იღებენ 3-4 კვირის განმავლობაში. მკურნალობის კურსებს იმეორებენ 2-3-თვიანი ინტერვალებით. ინიშნება როგორც დამოუკიდებლად (იოდ-ნეგატიური მეტასტაზების დროს), ასევე რადიოიოდთან ერთად (იოდ-პოზიტიური სიმსივნეების დროს). ასეთ შემთხვევაში ჰორმონთერაპიას იწყებენ რადიოაქტიური იოდის ორგანიზმში შეყვანიდან რამდენიმე დღის შემდეგ,

დიიოდთიროზინის არარსებობის შემთხვევაში გამოიყენება თირეოიდინი, ტრიიოდთიროზინი, L-თიროქსინი ან კომბინირებული პრეპარატი თირეოკომბი, რომლებიც უზრუნველყოფენ თირეოტროპული ჰორმონის არასრულ ბლოკადას.

ფარისებრი ჯირკვლის დიფერენცირებული კიბოს მკურნალობა ქირურგიულია.

I სტადიის (T1N0M0) კიბოს დროს კეთდება ლობექტომია ყელის ამოკვეთასთან ერთად. ოპერაციის შემდეგ ტარდება ჩანაცვლებითი ჰორმონთერაპია.

II-III სტადიის (T2-3N-M0) კიბოს დროს შეიძლება განხორციელდეს ლობექტომია ყელის ამოკვეთასთან ერთად (როცა სიმსივნეს უკავია ერთი წილი), ან ფარისებრი ჯირკვლის სუბტოტალური რეზექცია (როცა სიმსივნეს უკავია ერთი წილი ან ყელი). თუ ოპერაციის შემდეგ ჰისტოლოგიურად დადგინდა არადიფერენცირებული, ბრტყელუჯრედოვანი ან მედულური კიბო, ტარდება ოპერაციისშემდგომი დისტანციური გამათერაპია 2-2 გრეი დღიური და 40 გრეი ჯამური კეროვანი დოზით. ოპერაციის შემდეგ, სხივური თერაპიის პარალელურად, ინიშნება ჩანაცვლებითი ჰორმონთერაპია.

III სტადიის T1-3N1aM0 გავრცელების კიბოს მკურნალობა ქირურგიული ან კომბინირებულია. ძირითადი სიმსივნის ამოკვეთასთან ერთად ტარდება ლიმფადენექტომია. ოპერაციის შემდეგ ინიშნება ჩანაცვლებითი ჰორმონთერაპია. იმ შემთხვევაში, თუ ჰისტოლოგიურად დადგინდა არადიფერენცირებული, ბრტყელუჯრედოვანი ან მედულური კიბო, ქირურგიულ კომპონენტს ემატება დისტანციური გამა-თერაპია. თუ სიმსივნის ჰისტოლოგიური ვერიფიკაცია ოპერაციამდე მოხერხდა და დადგინდა ზემოაღნიშნული ფორმები, ტარდება ოპერაციისწინა დასხივება 2-2 გრეი დღიური და 40 გრეი ჯამური კეროვანი დოზით; ხოლო თუ სიმსივნის ჰისტოლოგიური ვერიფიკაცია მოხდა ოპერაციის შემდეგ, ოპერაციისწინა სხივური თერაპია კი არ ჩატარებულა, ან როცა ჩატარებული ოპერაციის რადიკალიზმი საეჭვოა (თუნდაც ჩატარებული ოპერაციისწინა დასხივების შემდეგ), უნდა ჩატარდეს ოპერაციისშემდგომი სხივური თერაპია 40-50 გრეი ჯამური კეროვანი დოზით (ოპერაციისწინა დასხივების შემთხვევაში ოპერაციის შემდეგ შემცირებული ველით სხივდება ფარისებრი ჯირკვლის დარჩენილი ნაწილი). დიფერენცირებული კიბოს დროს სხივური თერაპია ნაჩვენებია არარადიკალური ლიმფადენექტომიის შემთხვევაში.

IV სტადიის (T1-3N1bM0) დიფერენცირებული კიბოს მკურნალობა 45 წლის ასაკამდე ქალებში მხოლოდ ქირურგიულია – ხდება ძირითადი კერის ამოკვეთა (ლობექტომია ყელის რეზექციასთან ერთად, სუბტოტალური რეზექცია, თირეოიდექ-

ტომია) რეგიონულ ლიმფადენექტომიასთან ერთად. ნაკლები დაზიანების მხარეს ლიმფადენექტომია შეიძლება განხორციელდეს მოგვიანებით, ძირითადი კერის მოცილებიდან 2-3 კვირის შემდეგ.

თუკი ჩატარებული ოპერაციის რადიკალიზმი საეჭვოა, არის შორეული მეტასტაზების განვითარების მაღალი რისკი ან აღინიშნება პარატრაქეული და წინა-ზედა შუასაყრის ლიმფური კვანძების დაზიანება, უნდა დაინიშნოს რადიოიოდით მკურნალობა, რომელიც ტარდება ოპერაციიდან 1 თვის დაგვიანებით, სათანადო მომზადებისა და გამოკვლევების ჩატარების შემდეგ.

თუ ნარჩენი სიმსივნე, რომელიც ვლინდება სიმსივნურ ქსოვილში რადიოიზოტოპის ჩართვით, მხოლოდ სიმსივნის სარეცელში აღინიშნება, ავადმყოფს ეძლევა ^{131}I-ის სამკურნალო დოზა – 2-3 გბკ. 1 თვის შემდეგ ტარდება განმეორებითი გამოკვლევა და მიღებული შედეგების შესაბამისად წყდება შემდგომი მკურნალობის ტაქტიკა: რადიოიოდის ჩართვის შემთხვევაში მკურნალობას იმეორებენ, უარყოფითი პასუხის შემთხვევაში კი ტარდება დისპანსერული მეთვალყურეობა.

თუ იზოტოპის ჩართვა აღინიშნა N1b ლიმფური კვანძების სარეცელში, რადიოიოდთერაპიას ემატება დისტანციური გამა-თერაპია და ჰორმონთერაპია, რაც განაპირობებს შესაყვანი ^{131}I ის დოზის და მკურნალობის ვადების შემცირებას.

თუ ოპერაციამდე ჰისტოლოგიურად დადგენილია არადიფერენცირებული, ბრტყელუჯრედოვანი ან მედულური კიბო, სიმსივნე მულტიფოკალურია, საეჭვოა მისი რეზექტაბელობა, ან აღინიშნება ლიმფური კვანძების ორმხრივი დაზიანება (N+), ტარდება ოპერაციისწინა დისტანციური გამა-თერაპია (2-2 გრეი, 40 გრეი ჯამური კეროვანი დოზით); იმ შემთხვევაში, როცა სიმსივნის ზემოაღნიშნული მორფოლოგიური ვარიანტები დადგენილია ოპერაციის შემდეგ, ხოლო ჩატარებული ოპერაციის რადიკალურობა საეჭვოა, ოპერაციიდან 2 კვირის შემდეგ ტარდება სხივური თერაპია 40-50 გრეი ჯამური კეროვანი დოზით. ოპერაციიდან მეშვიდე-მეათე დღეს ან სხივური თერაპიის დამთავრებიდან 2-3 კვირის შემდეგ ინიშნება ქიმიოთერაპია CAV, AB, VAB სქემით. ტარდება 5 კურსი, კურსებს შორის 3-კვირიანი ინტერვალებით.

ოპერაციის შემდეგ, ჩვეულებრივ, ინიშნება ჩანაცვლებითი ჰორმონთერაპია.

ფარისებრი ჯირკვლის IVA სტადიის (T4aN0-1M0) კიბოს მკურნალობა კომბინირებულია. შეძლებისდაგვარად, წინასწარ მიღწეული უნდა იყოს სიმსივნის ჰისტოლოგიური ვერიფიკაცია. მკურნალობა იწყება ოპერაციისწინა სხივური თერაპიით (40 გრეი ჯამური კეროვანი დოზით); 2-3 კვირის შემდეგ კეთდება ოპერაცია – გაფართოებული თირეოიდექტომია. დიფერენცირებული სიმსივნეების შემთხვევაში გამართლებულია კომბინირებული ოპერაციების ჩატარება, რაც მოიცავს ტრაქეის, საყლაპავის, კანის, ხორხის რეზექციას ლარინგექტომიასთან ერთად.

რეგიონული ლიმფური კვანძების მეტასტაზური დაზიანების შემთხვევაში დამატებით, ძირითადი სიმსივნის ამოკვეთასთან ერთად ან ოპერაციიდან 2-3 კვირის შემდეგ, ტარდება ლიმფადენექტომია (კისრის ლიმფური კვანძებისა და ფაშარი შემაერთებელი ქსოვილის ფასციალურ-ფუტლარული ამოკვეთა, პარატრაქეული ლიმფური კვანძების ორმხრივი ამოკვეთა, კრაილის ოპერაცია, აგრეთვე სტერნოტომია შუასაყრის ლიმფური კვანძების ამოკვეთასთან ერთად – მედულური კიბოს დროს).

იმ შემთხვევაში, თუ ოპერაციისწინა დასხივება არ ჩატარებულა, ოპერაციის

რადიკალურობა საეჭვოა და აღინიშნება მეტასტაზი ლიმფურ კვანძებში, ტარდება ოპერაციისშემდგომი სხივური თერაპია: იოდ-პოზიტიური უბნების არსებობის შემთხვევაში — რადიოიოდთერაპია დისტანციურ გამა-თერაპიასთან ერთად, ხოლო იოდნეგატიური უბნების არსებობისას (მათ შორის არადიფერენცირებული, ბრტყელუჯრედოვანი და მედულური კიბოს დროს) — დისტანციური გამა-თერაპია 2,5 გრეი ერთჯერადი და 50 გრეი ჯამური კეროვანი დოზით (ოპერაციიდან 2 კვირის შემდეგ).

დაბალდიფერენცირებული სიმსივნეების შემთხვევაში სხივური თერაპიიდან 2-3 კვირის შემდეგ ტარდება ქიმიოთერაპიის 5 კურსი CAV, AB, VAB სქემებით, კურსებს შორის სამკვირიანი ინტერვალებით.

პალიატიური მიზნით, როგორც მკურნალობის დამოუკიდებელი მეთოდი, გამოიყენება დისტანციური გამა-თერაპია 40—60 გრეი ჯამური კეროვანი დოზით.

ასევე პალიატიური მიზნით ოპერაციის შემდეგ ტარდება ჩანაცვლებითი ჰორმონთერაპია ჰორმონული ბალანსის კონტროლით.

IV B სტადიის (T4bN0-1M0) კიბოს დროს მკურნალობა იწყება ოპერაციისწინა დასხივებით. დადებითი ეფექტის შემთხვევაში შეიძლება ჩატარდეს ოპერაცია და ოპერაციის შემდგომი ქიმიო-სხივური მკურნალობა ჩანაცვლებით ჰორმონოთერაპიასთან ერთად. წინააღმდეგ შემთხვევაში სხივურ თერაპიას პალიატიური დანიშნულება აქვს და გრძელდება კონსერვატიული მკურნალობა (რადიოიოდთერაპია და ქიმიოთერაპია), ჩვენების მიხედვით.

IV C სტადიის ($T_{\text{ნებისმიერი}}N_{\text{ნებისმიერი}}M1$) კიბოს მკურნალობა კომბინირებულია. იგი იწყება ქირურგიული ოპერაციით. კეთდება თირეოიდექტომია ან გაფართოებული თირეოიდექტომია. დიფერენცირებული სიმსივნეების სხვა ორგანოებზე გავრცელებისას ტარდება კომბინირებული ოპერაცია. ლიმფადენექტომია სრულდება რეგიონული ლიმფური კვანძების მეტასტაზური დაზიანების (N+) შემთხვევაში. ლოკორეგიონული ნარჩენი სიმსივნის არსებობის დასადგენად ოპერაციის შემდეგ ტარდება გამოკვლევა და ფარისებრი ჯირკვლის სარეცელში პრეპარატის დაგროვების შემთხვევაში, ნარჩენი სიმსივნის გამოსათიშად, ხდება ^{131}I-ის სამკურნალო დოზის შეყვანა ან ტარდება დისტანციური გამა-თერაპია.

მეტასტაზებში იზოტოპის დაგროვებისას, როცა, ამავე დროს, კისრის მიდამო ინტაქტურია, უმჯობესია რადიოიოდთერაპიასთან ერთად დისტანციური გამა-თერაპიისა და ჰორმონთერაპიის ჩატარება, რაც ამცირებს ^{131}I-ის მოხმარებას და მკურნალობის ვადებს.

მხოლოდ რადიოიოდით მკურნალობისას ორგანიზმში შეყავთ 2-3 გბკ აქტივობის I^{131} 3 თვეში ერთჯერ, 1,5 წლის განმავლობაში. ჯამური დოზა შეადგენს 30-40 გბკ-ს.

იმ შემთხვევაში, როცა კისრის მიდამოსა და შორეულ მეტასტაზებში იზოტოპის ჩართვა არ ხდება, რადიოიოდით მკურნალობა უეფექტოა და ტარდება დისტანციური გამა-თერაპია 40-50 გრეი ჯამური კეროვანი დოზით.

ამრიგად, ფარისებრი ჯირკვლის დიფერენცირებული კიბოს დროს, ძვლების მეტასტაზური დაზიანებისას, იოდ-პოზიტიური სიმსივნეების შემთხვევაში მიმართავენ შერწყმულ სხივურ თერაპიას (დისტანციური გამა-თერაპიის ჯამური კეროვანი დოზა — 30-40 გრეი).

იოდ-ნეგატიური სიმსივნეების დროს გამოიყენება მხოლოდ დისტანციური გამა-თერაპია. ამასთან, კისრის და გულმკერდის ზედა მესამედის მალებზე დასხივების ჯამური კეროვანი დოზა 30 გრეიმდეა (3-4 გრეი – ყოველდღიურად, 24-32 გრეი ჯამური კეროვანი დოზით, რომელიც 30-45 გრეის ეკვივალენტურია), გულმკერდის შუა და ქვედა მესამედის მალებზე – 40 გრეი (2-2 გრეი ყოველდღიურად), სხვა ძვლოვან სტრუქტურებზე – 50-60 გრეიმდე.

ლულოვანი ძვლების დაზიანებისას დისტანციური გამა-თერაპია შეიძლება ჩატარდეს რამდენიმე ვარიანტით: ა) 4-4 გრეი ყოველდღიურად, 20-28 გრეი ჯამური კეროვანი დოზით (30-40 გრეის ეკვივალენტური); ბ) 6-6 გრეი კვირაში ორჯერ, 24 გრეი ჯამური კეროვანი დოზით (40 გრეის ეკვივალენტური); გ) 2-3 გრეი ყოველდღიურად, 30-40 გრეი ჯამური კეროვანი დოზით.

ქიმიოთერაპია ინიშნება არადიფერენცირებული, ბრტყელუჯრედოვანი ან მედულური კიბოს დროს CAV, AB, VAB სქემით, ოპერაციიდან 7-10 დღის ან სხივური თერაპიის დამთავრებიდან 2-3 კვირის შემდეგ. ტარდება 5 კურსი, კურსებს შორის 3-კვირიანი ინტერვალებით.

პალიატიური სხივური თერაპიის დამოუკიდებლად გამოყენებისას, ჩვენების მიხედვით, პირველადი კერა ან მეტასტაზი სხივდება 2-2 გრეი დღიური და 40-60 გრეიმდე ჯამური კეროვანი დოზით.

დაბალდიფერენცირებული შორსწასული სიმსივნეების დროს გამოიყენება ქიმიო-ჰორმონ-სხივური მკურნალობა.

დაბალდიფერენცირებული სიმსივნეების მკურნალობა. *მედულური* კიბოს მკურნალობა ქირურგიულია. ოპერაციის ოპტიმალური მასშტაბია ტოტალური თირეოიდექტომია. ხშირად დაავადება ოჯახურია, დაზიანება – ბილატერალური, მულტიცენტრული კერებით. ამიტომ მიკროინვაზიური კიბოს დროსაც კი კეთდება ტოტალური თირეოიდექტომია. პარალელურად კეთდება კისრის ცენტრალურად მდებარე ყველა ლიმფური კვანძის ამოკვეთა, ხოლო მათი მეტასტაზური დაზიანებისას – გაფართოებული ლიმფადენექტომია. მრავლობითი ენდოკრინული ნეოპლაზიის სინდრომის გათვალისწინებით, უნდა გამოირიცხოს ფეოქრომოციტომის და ჰიპერპარათირეოზის არსებობაც, ხოლო მათი არსებობის შემთხვევაში ჩატარდეს სათანადო მკურნალობა.

მედულური კიბოს დროს C უჯრედები არ წარმოადგენენ ფოლიკულურ აპარატს და არ ირთავენ ^{131}I-ს, ამიტომ რადიოთერაპია ნაჩვენები არ არის (იგი შეიძლება ჩატარდეს ცალკეულ შემთხვევებში, როცა აღინიშნება ნარჩენი ფოლიკულური უჯრედების აქტივობა). ასევე არ არის მიზანშეწონილი ჰორმონდამთრგუნველი თერაპიის ჩატარება, რადგან C უჯრედები არ არიან თირეოტროპული ჰორმონის კონტროლის ქვეშ.

ჩვეულებრივ, თირეოიდექტომიის შემდეგ ტარდება ჩანაცვლებითი თერაპია თირეოიდული ჰორმონით.

მედულური კიბოს დროს მიკროსკოპულად დადგენილი ნარჩენი სიმსივნის ან ქირურგიულად მიუწვდომელ ადგილზე მისი ლოკალიზაციის დროს ნაჩვენებია დასხივება. რადიომგრძნობელობის მიხედვით, მედულურ კიბოს შუალედური ადგილი უკავია დიფერენცირებულ და ანაპლაზიურ კიბოს შორის. დასხივების ჯამური კეროვანი დოზა შეადგენს 60 გრეის 6-7 კვირის განმავლობაში. ინოპერაბელურ შემთხვევებში

ჯამური კეროვანი დოზა იზრდება 65-70 გრეიმდე. კარგი შედეგით გამოირჩევა სხივური თერაპია შუასაყრისა და ძვლების მეტასტაზური დაზიანების დროს.

პალიატიური ეფექტი ხანგრძლივია. რეგრესია ნელა მიმდინარეობს. მოგვიანებით სხივური გართულებების გამო ბავშვების დასხივება არასასურველია.

ანაპლაზიური კიბოს მკურნალობა კომბინირებული ან კომპლექსურია: ოპერაცია, სხივური თერაპია, ქიმიოთერაპია. სიმსივნე შედარებით რადიორეზისტენტულია და ეფექტის მისაღწევად საჭიროა დიდი დოზებით დასხივება.

პროგნოზი ცუდია. პაციენტების უმრავლესობა იღუპება დიაგნოზის დადგენიდან ერთი წლის განმავლობაში.

ფარისებრი ჯირკვლის კიბოს *რეციდივების* მკურნალობა ემყარება საერთო პრინციპებს: დიფერენცირებული კიბოს რეციდივის მკურნალობა ძირითადად ქირურგიულია. ოპერაციის მოცულობა დამოკიდებულია სიმსივნის ლოკალიზაციაზე, ზომაზე, პაციენტის ასაკსა და სქესზე. არადიფერენცირებული კიბოს რეციდივის დროს უპირატესად მიმართავენ სხივურ თერაპიას.

რეგიონული რეციდივების მკურნალობა ქირურგიულია, ხოლო თუ ოპერაციის ჩატარება შეუძლებელია, ტარდება პალიატიური სხივური ან სიმპტომური მკურნალობა. ასევე შესაძლებელია ჩატარდეს ქიმიოთერაპია.

ყველა სახის რეციდივის დროს ნაჩვენებია თირეოიდული ჰორმონის სამკურნალო დოზით გამოყენება.

მკურნალობისშემდგომი დისპანსერული მეთვალყურეობა: პირველ წელს — 3 თვეში ერთჯერ, მეორე წელს — 6 თვეში ერთჯერ, მესამე წლიდან — წელიწადში ერთჯერ.

თირკმელგედა ჯირკვლის ავთვისებიანი სიმსივნეები (C74)

თირკმელზედა ჯირკვლის ავთვისებიანი სიმსივნეები იშვიათია. უფრო ხშირად გვხვდება ამ ორგანოს მეტასტაზური დაზიანება. რთული ემბრიონული განვითარების გათვალისწინებით, თირკმელზედა ჯირკვლის სიმსივნეები იყოფა ქერქოვანი და ტვინოვანი შრის სიმსივნეებად. ავადდებიან უპირატესად ბავშვები და ახალგაზრდები.

თირკმელზედა ჯირკვლის სიმსივნეები შემთხვევათა 50-70%-ში ჰორმონაქტიურია, 30-50%-ში — არააქტიური. ჰიპერფუნქციის მორფოლოგიური სუბსტრატი, გარდა ავთვისებიანი სიმსივნეებისა, შეიძლება იყოს ჰიპერპლაზია, ადენომა, ჯოზი და კეთილთვისებიანი სიმსივნეები.

ჰორმონულად არააქტიური სიმსივნეების კლინიკური გამოვლინება ძირითადად ადგილობრივია — სიმსივნე, რომელიც პალპაციით ისინჯება, ტკივილი, აგრეთვე ღვიძლისა და თირკმლის მეტასტაზური დაზიანების ნიშნები.

ჰორმონაქტიური სიმსივნეების კლინიკური სურათი დამოკიდებულია ამ თუ იმ ჰორმონის ჭარბ წარმოქმნაზე.

თირკმელზედა ჯირკვლის ქერქი გამოიმუშავებს სტეროიდულ ჰორმონებს — გლუკოკორტიკოიდებს, მინერალოკორტიკოიდებს, ანდროგენებს, ესტროგენებს. აღნიშნული ჰორმონების წარმომქმნელი უჯრედებისგან შეიძლება განვითარდეს შემდეგი სიმსივნეები: კორტიკოსტერომა, ალდოსტერონომა, ანდროსტერომა, კორტიკოესტრომა და აგრეთვე შერეული სიმსივნეები: კორტიკო-ანდროსტერომა, კორტიკო-ალდოსტერომა და ა. შ. ისინი შეიძლება იყოს როგორც კეთილთვისებიანი, ისე ავთვისებიანი.

კორტიკოსტერომა სხვა სიმსივნეებზე ხშირად გვხვდება. მათი ნახევარი ავთვისებიანია. კლინიკურად ვლინდება ადრენო-კორტიკული (იცენკო-კუშინგის) სინდრომით. დამახასიათებელია უნივერსალური სიმსუქნე, ჰიპერტონია, ბავშვთა ნაადრევი სქესობრივი და სომატური მომწიფება, მოზრდილთა ასაკში — სასქესო ჯირკვლების ფუნქციის გაქრობა.

ალდოსტერონომისათვის დამახასიათებელია პირველადი ალდოსტერონიზმი (კონის სინდრომი), რომელიც ვლინდება ელექტროლიტების ცვლის მოშლით — ჰიპოკალიემიით, ჰიპოქლორემიით, ორგანიზმში სითხის შეკავებით, თავის ტკივილით, ჰიპერტონიით, კუნთების სისუსტით, კრუნჩხვებით, ზოგჯერ — ქვედა კიდურების დამბლით.

ანდროსტერომისათვის დამახასიათებელია ადრენო-გენიტალური სინდრომი: ნაადრევი სქესობრივი მომწიფება — ვაჟებში, ცრუჰერმაფროდიტიზმი — გოგონებში, ვირილიზაცია — გოგონებსა და ქალებში.

კორტიკოესტრომა მიმდინარეობს ესტროგენ-გენიტალური სინდრომით, მამაკაცებში ვლინდება ფემინიზაციით, გინეკომასტიით, სიმსუქნით, სახეზე თმის ცვენით, სქესობრივი სისუსტით.

ჰიპერკორტიციზმის შერეული ფორმების დროს აღინიშნება ჩამოთვლილი სინდრომების სხვადასხვა კომბინაციის სემიოტიკა.

თირკმელზედა ჯირკვლის ტვინოვანი შრის სიმსივნეები ვითარდება ნერვული და ქრომაფინური ქსოვილებისგან. ნერვული ქსოვილებისგან ვითარდება განგლიონევრომა, ქრომაფინური უჯრედებისგან — ფეოქრომოციტომა. ფეოქრომოციტომების 10% განლაგებულია თირკმელზედა ჯირკვლის მიღმა (პირველ რიგში — პარაგანგლიებში), 10% გვხვდება ბავშვთა ასაკში. შემთხვევათა 10%-ში სიმსივნური დაზიანება ბილატერალურია, 10%-ში აღინიშნება მალიგნიზაცია. შემთხვევათა 10%-ში ფეოქრომოციტომა დაკავშირებულია მრავლობითი ენდოკრინული ნეოპლაზიის (მენ) სინდრომთან, როცა მასთან ერთად აღინიშნება ფარისებრი და ფარისებრახლო ჯირკვლების ან კუჭ-ნაწლავის განგლიონევრომატოზის და მუკოზური ნევრომების არსებობა ("10%-იანი წესი"). კლინიკურად დამახასიათებელია ჰიპერტონია, ტაქიკარდია, თავის ტკივილი, ტკივილი გულის არეში, სუნთქვის უკმარისობა, გულისრევა, ოფლიანობა. ჩამოთვლილი ჩივილები თავდაპირველად შეტევითი ხასიათისაა და წელიწადში ერთჯერ ვითარდება. შემდეგ თანდათან ხშირდება და ბოლოს მუდმივი ხდება. ამიტომ კლინიკურად განასხვავებენ ფეოქრომოციტომის პაროქსიზმულ და მუდმივ ფორმებს. დაავადების დიაგნოსტიკაში მნიშვნელობა აქვს ანამნეზს, სიმსივნის პალპაცია იწვევს არტერიული წნევის მომატებას. ადრენალინური კრიზის დროს უნდა განისაზღვროს კატექოლამინებისა და ელექტროლიტების შემცველობა სისხლში. ცალკეულ შემთხვევებში აღინიშნება ჰიპერგლიკემია. ინსტრუმენტული გამოკვლევებიდან მნიშვნელოვანია ექოსკოპია, რენტგენოგრაფია, ექსკრეტორული უროგრაფია, კომპიუტერული და ბირთვულ-მაგნიტურ-რეზონანსული ტომოგრაფია, ძვლების სცინტიგრაფია. შესაძლებლობის შემთხვევაში კეთდება პუნქციური ბიოფსია.

ფეოქრომოციტომის დიაგნოსტიკაში მნიშვნელოვანია ჰისტამინის ცდა — ჰისტამინის ზემოქმედებით არტერიული წნევის ცვალებადობის სინჯი.

მკურნალობა. თირკმელზედა ჯირკვლის სიმსივნეების მკურნალობა ძირითადად ქირურგიულია. თირკმელზედა ჯირკვლის 6 სმ-ზე ნაკლები ზომის ჰორმონ-ულად

არააქტიური სიმსივნე იშვიათადაა ავთვისებიანი, ამიტომ 4,5 სმ-ზე მეტი ზომის სიმსივნის დროს საჭიროა დინამიკური დაკვირვება. ჰორმონულად აქტიური ან 6 სმ-ზე მეტი ზომის ჰორმონულად არააქტიური სიმსივნე აუცილებლად უნდა ამოიკვეთოს.

ავთვისებიანი სიმსივნეების ლოკალური ფორმების დროს მიმართავენ დაზიანებული თირკმელზედა ჯირკვლის ამოკვეთას. შეუცვლელი რეგიონული ლიმფური კვანძების ამოკვეთა მიზანშეწონილი არ არის. ადგილობრივად გავრცელებული სიმსივნეების დროს ხდება თირკმელზედა ჯირკვლის ამოკვეთა გადიდებულ ლიმფურ კვანძებთან ერთად, ხოლო მეზობელ ორგანოებზე (თირკმელში, პანკრეასში, ღვიძლში, დიაფრაგმაში ჩაზრდა) სიმსივნის გავრცელებისას კეთდება ამ ორგანოების რეზექცია და გადიდებული ლიმფური კვანძების ამოკვეთა.

კორტიკოსტერომის დროს ერთი ჰორმონაქტიური თირკმელზედა ჯირკვლის შემთხვევაში მეორე შეიძლება ატროფიული იყოს, ამიტომ სიმსივნის ამოკვეთას შეიძლება მოჰყვეს გლუკოკორტიკოიდული უკმარისობა. ასეთ შემთხვევაში პაციენტებს უტარდებათ ჩანაცვლებითი თერაპია კორტიკოსტეროიდებით. ამიტომაც არის, რომ კორტიკოსტერომის ქირურგიულ მკურნალობას ავადმყოფები უფრო ძნელად იტანენ, ვიდრე ალდოსტერონომისას.

ფეოქრომოციტომის გამო ჩატარებული ოპერაციების შემდეგ ადრენალინური კრიზები თანდათან გაივლის. თუ ჩივილები არ მოიხსნა, მაშინ სავარაუდოა სიმსივნის ბილატერალური ან ორგანოს ფარგლებს გარეთ გავრცელება. ხანგრძლივი ნათელი პერიოდის შემდეგ ადრენალინური კრიზების ხელახლა განვითარება დაავადების რეციდივზე ან პროცესის გენერალიზაციაზე მიუთითებს.

თირკმელზედა ჯირკვლის სიმსივნეების დროს, ცალკეულ შემთხვევებში, შეიძლება ჩატარდეს სხივური თერაპია, რომელიც შორეულ შედეგებზე მნიშვნელოვან გავლენას ვერ ახდენს. სხივური თერაპია შეიძლება ნაცადი იყოს კორტიკოსტერომის ლოკალური ფორმების დროს, როცა ოპერაციის ჩატარება ვერ ხერხდება. ოპერაციისწინა დასხივების ჯამური კეროვანი დოზა 42-50 გრეია, ხოლო რადიკალური პროგრამით დასხივებისას შეიძლება 60—70 გრეიმდე გაიზარდოს.

როგორც კორტიკოსტერომის, ისე ფეოქრომოციტომის დროს პალიატიურ სხივურ თერაპიას მიმართავენ ძვალში მეტასტაზების არსებობისას, ტკივილის კუპირების მიზნით.

მედიკამენტური მკურნალობა. კორტიკოსტერომების დროს მეტასტაზების არსებობის ან სიმსივნის არასრული ამოკვეთის შემთხვევაში მიმართავენ ქიმიოჰორმონთერაპიას. თირკმელზედა ჯირკვლის ქერქის ჰორმონების დასათრგუნად ძირითადად გამოიყენება ქლოდიტანი (მიტოტანი, ლიზოდრენი, o,p'-DDD). ქიმიოთერაპია ტარდება ეტოპოზიდით, ცისპლატინით, დოქსორუბიცინით.

ფეოქრომოციტომის გავრცელებული ფორმების დროს ქიმიოთერაპია ტარდება დაკარბაზინით, ვინკრისტინით, ეტოპოზიდით, ცისპლატინით, ციკლოფოსფანით.

დამატებითი სამკურნალო ღონისძიებები. კორტიკოსტერომების დროს მნიშვნელოვანია ავადმყოფის საოპერაციოდ მომზადება გლუკოკორტიკოიდებით: ოპერაციამდე 12 და 2 საათით ადრე კუნთებში კეთდება 50-100 მგ ჰიდროკორტიზონის აცეტატი ოპერაციის დღეს — ყოველ 6 საათში (ე. ი. 3-ჯერ დღეში მეორე დილამდე) და ოპერაციიდან მეორე-მესამე დღეს — დღეში ორჯერ 50 მგ. შემდეგ კლებადი დოზით: ყოველ მომდევნო დღეს დღიური დოზა მცირდება 12,5 მგ-ით.

ფეოქრომოციტომის დროს მნიშვნელოვანია ავადმყოფის საოპერაციოდ მომზადება 2 კვირის განმავლობაში α-ადრენობლოკატორებით: 10-15 მგ პიროქსანის ტაბლეტები დღეში 1-3-ჯერ, 10 მგ ფენოქსიბენზამინი 3-ჯერ დღეში, 1-2 მგ პრაზოზინი (მინიპრესი) 2-3-ჯერ დღეში. ტაქიკარდიის კუპირებისთვის 1 კვირით ადრე ინიშნება β -ადრენობლოკატორი – ანაპრილინი (ობზიდანი). მოსახმარად მოხერხებული პრეპარატია „ჰიბრიდული" [β+α] – ადრენობლოკატორი ლაბეტალოლი. არტერიული ჰიპერტენზიის მოსახსნელად გამოიყენება კალციუმის ანტაგონისტი – ნიფედიპინი და თიროქსინ-ჰიდროქსილაზას ინჰიბიტორი -α-მეთილთიროზინი. ოპერაციის დღეს ავადმყოფს ეძლევა α-ადრენობლოკატორები ან გლუვი კუნთების მოსადუნებელი ნატრიუმის ნიტროპრუსიდის ტიპის საშუალებები.

მკურნალობის შემდგომი აქტიური დისპანსერული მეთვალყურეობა: პირველ წელს – 3 თვეში ერთჯერ, მეორე-მეოთხე წლებში – 6 თვეში ერთჯერ, მეხუთე წლიდან – წელიწადში ერთჯერ.

უცნობი პირველადი ლოკალიზაციის ავთვისებიანი სიმსივნეები (C76-C80)

უცნობი პირველადი ლოკალიზაციის ავთვისებიანი სიმსივნის შესახებ საუბრობენ მაშინ, როცა ამა თუ იმ ორგანოსათვის შეუსაბამო ადგილზე ნანახია ჰისტოლოგიურად ვერიფიცირებული ავთვისებიანი სიმსივნე და სათანადო გამოკვლევების შედეგად პირველადი ლოკალიზაცია ვერ დგინდება. მათ შორის გამოყოფენ გაურკვეველი, მეორეული და დაუზუსტებელი ლოკალიზაციის ავთვისებიან სიმსივნეებს.

ასეთი სიმსივნეები გვხვდება ჰისტოლოგიურად ვერიფიცირებული სოლიდური სიმსივნეების 4-15%-ში. ავადმყოფთა საშუალო ასაკი 60 წელია. ჰისტოლოგიურად ძირითადად დგინდება ადენოკარცინომა და არადიფერენცირებული კიბო (70%). უპირატესად ლოკალიზებულია დიაფრაგმის ქვევით.

ონკოლოგიურ პრაქტიკაში ყველაზე ხშირად გვხვდება ლიმფური კვანძების მეტასტაზური დაზიანება პირველადი კერის დაუდგენლად. დამტკიცებულია, რომ ლიმფური კვანძების მეტასტაზურ დაზიანებას პირველ რიგში განაპირობებს პანკრეასის (25%), ფილტვის (20%), კუჭის, კოლორექტული (სწორი ნაწლავის და კოლინჯის), აგრეთვე თირკმლის კიბო.

უცნობი პირველადი ლოკალიზაციის კიბოს დიაგნოსტიკისას უფრო რაციონალურად ითვლება ანამნეზის დეტალური შეკრება, ფიზიკალური გასინჯვა, გულმკერდის რენტგენოგრაფია და კლინიკურ-ლაბორატორიული გამოკვლევები. ამასთან, თავი უნდა შევიკავოთ ძვირადღირებული და ინვაზიური გამოკვლევების ჩატარებისგან, რადგან ისინი შემთხვევათა მხოლოდ 5-20%-ში იძლევიან პირველადი სიმსივნის ლოკალიზაციის დადგენის შესაძლებლობას; თანაც დადგენილია, რომ აუტოფსიისას ასეთი დიაგნოზი შემთხვევათა ერთ მეოთხედში არ დასტურდება.

გაღრმავებული გამოკვლევების ჩატარება გამართლებულია მხოლოდ იმ შემთხვევაში, თუ პერსპექტივაში შესაძლებელი იქნება მკურნალობის ჩატარება ან დაავადებით გამოწვეული მოსალოდნელი გართულებების წინასწარ განსაზღვრა.

ფიზიკალური გამოკვლევის დროს მნიშვნელოვანია კანის, ძუძუს, ფარისებრი

და წინამდებარე ჯირკვლების, საკვერცხეების მდგომარეობის შეფასება, აუცილებელია სწორი ნაწლავისა და საშოს გასინჯვა.

კისრის ლიმფური კვანძების გადიდების დროს ჯერ უნდა ჩატარდეს კისრის და გულმკერდის კომპიუტერული ტომოგრაფია და ბრონქოსკოპია, შემდეგ – ლიმფური კვანძების ბიოფსია. ბრტყელუჯრედოვანი კიბოს 30-40% განკურნებადია.

დიაფრაგმის ზევით მდებარე მეტასტაზური კიბო, პირველადი კერის დაუდგენლად, ყველაზე ხშირად განპირობებულია ფილტვის კიბოთი.

დიაფრაგმის ქვემოთ, წვრილი ნაწლავის ჯორჯალში, მეტასტაზურ სიმსივნეს, პირველადი კერის გამოვლენის გარეშე, ყველაზე ხშირად იძლევა პანკრეასის კიბო.

შარდში ერითროციტურიის დროს ეჭვი უნდა იქნეს მიტანილი თირკმლის კიბოზე.

უცნობი პირველადი ლოკალიზაციის კიბოს დასადგენად, განსაკუთრებით მაშინ, როცა ეჭვია სასქესო ორგანოებიდან (წინამდებარე ჯირკვლიდან, სათესლიდან) გავრცელებულ კიბოზე, ეფექტურია სისხლში ზოგიერთი ონკომარკერის (PSA, β-hCG, α-FP) განსაზღვრა. შესაძლებელია განისაზღვროს აგრეთვე ჰორმონ-რეცეპტორები.

დიდი მნიშვნელობა აქვს ჰისტოლოგიური გამოკვლევის მონაცემებს, რომლის მიხედვითაც შესაძლებელია იმ ქსოვილის ან ორგანოს დადგენა, საიდანაც სიმსივნე განვითარდა. ეს საშუალებას აძლევს კლინიცისტს შეამციროს დიაგნოსტიკური კვლევის არეალი, ხოლო გამდინარე ციტომეტრიული ანალიზით შეიძლება განისაზღვროს ქიმიოთერაპიული მკურნალობის პერსპექტიულობა.

უცნობი პირველადი ლოკალიზაციის კიბოს დროს სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობა 3-5 თვეს შეადგენს; სიცოცხლის 5-წლიანი ხანგრძლივობის მაჩვენებელი 5%-ს არ აღემატება. შედარებით კარგია პროგნოზი კისრის ლიმფურ კვანძებში აღმოჩენილი უცნობი პირველადი ლოკალიზაციის კიბოს გამო ჩატარებული სპეციფიკური მკურნალობის, აგრეთვე სასქესო უჯრედებისგან და ნეიროენდოკრინული კომპონენტებისგან განვითარებული კიბოს დროს.

მკურნალობა. უცნობი პირველადი ლოკალიზაციის კიბო მკურნალობას ნაკლებად ემორჩილება, მაგრამ ჯირკვლოვანი კიბოს დროს უმჯობესია ჩატარდეს პალიატიური მკურნალობა ციკლოფოსფანით და ფტორურაცილით. ძვლების მეტასტაზური დაზიანების დროს – დოქსორუბიცინით, სასქესო და ნეიროენდოკრინული სისტემის სიმსივნეებზე ეჭვის დროს – ცისპლატინით, რომლის დროსაც შემთხვევათა 20%-ში შეიძლება მიღწეულ იქნეს განკურნება.

ლიმფოიდური, სისხლმბადი და მონათესავე ქსოვილების ავთვისებიანი სიმსივნეები (C81-C96)

სისხლმბადი ქსოვილებისგან განვითარებულ სიმსივნეებს ჰემობლასტოზები ეწოდება. ერთი ჯგუფის სიმსივნეები ხასიათდება ლიმფოიდურ ქსოვილში ადგილობრივი ზრდით და მათ სისხლმბადი ქსოვილების სარკომებს – ჰემატოსარკომებს უწოდებენ, ხოლო მეორე ჯგუფის სიმსივნეები იწვევენ ძვლის ტვინის დიფუზურ დაზიანებას და მათ ლეიკოზები ან ლეიკემიები ეწოდებათ. ისინი გენეტიკურად მონათესავე დაავადებებია და შესაძლებელია მათი ზოგიერთი ფორმის ერთმანეთში გადასვლა.

ჰემატოსარკომები წარმოდგენილია შემდეგი დაავადებებით:

1. ლიმფოგრანულომატოზი (ჰოჯკინის დაავადება)
2. ლიმფოსარკომა
3. რეტიკულოსარკომა
4. პლაზმოციტომა
5. არაკლასიფიცირებადი ავთვისებიანი ლიმფომები.

ლეიკოზები წარმოდგენილია შემდეგი სისტემური დაავადებებით:

1. მწვავე ლეიკოზი: ა) ლიმფობლასტური
   ბ) მიელობლასტური
   გ) მონობლასტური
   დ) არაკლასიფიცირებადი
2. ქრონიკული ლეიკოზი: ა) ლიმფოციტური
   ბ) მიელოციტური
   გ) ერითრემია
   დ) ოსტეომიელოფიბროზი
   ე) მიელომური დაავადება (რუსტიცკი-კალერის დაავადება)
   ვ) ვალდენსტრემის დაავადება

საქართველოში ლიმფოიდური და სისხლმბადი ქსოვილების ავთვისებიან სიმსივნეებს ონკოლოგიური ავადობის სტრუქტურაში 4,1% უკავია, მათ შორის ლიმფოგრანულომატოზს – 1,5%, ლიმფოსარკომას – 1,7%, ლეიკოზებს – 0,9%.

ლიმფოგრანულომატოზი (ჰოჯკინის დაავადება) (C81)

ლიმფოგრანულომატოზი წარმოადგენს ლიმფური სისტემის ავთვისებიან დაავადებას, რომელიც ვითარდება ერთ ლიმფურ კვანძში და შემდეგ მეტასტაზები ვრცელდება ლიმფოგენური გზით. ახიანებს სხვადასხვა ჯგუფის ლიმფურ კვანძებს და ელენთას, ხოლო დაავადების ვისცერული ფორმების დროს შეიძლება დაავადდეს პრაქტიკულად ყველა ორგანო (ფილტვი, პლევრა, კუჭი, ღვიძლი, ძვალი, ძვლის ტვინი და სხვ.). დაავადების მორფოლოგიური ვერიფიკაცია ხდება პათოლოგიურ კერაში ბერეზოვსკი-შტერნბერგ-რიდის უჯრედების აღმოჩენით. დაავადების დასაწყისში ერთი რეგიონის ერთ ან რამდენიმე ლიმფურ კვანძში ჩნდება წვრილი ლიმფოგრანულომატოზური უბნები, რომლებიც თანდათან გამოაძევებს ჯანმრთელ ქსოვილს.

არსებობს ლიმფოგრანულომატოზის ოთხი ჰისტოლოგიური ტიპი: 1) ლიმფოიდური სიჭარბით (10%), 2) ნოდულური (კვანძოვანი) სკლეროზით (30%), 3) შერეულუჯრედოვანი (50%) და 4) ლიმფოიდური გამოფიტვით (10%), რომელთა დადგენაც ხდება მორფოლოგიური გამოკვლევით. ლიმფოგრანულომატოზის დროს გამოვლინდება გადიდებული ლიმფური კვანძი; შემთხვევათა 90%-ში ზიანდება კისრისა და ლავიწზედა მიდამოს ლიმფური კვანძები. ყბისქვეშა, კეფის, ყბაყურა, ნიკაპქვეშა ლიმფური კვანძები იშვიათად დიდდება, უპირატესად – დაავადების რეციდივის დროს.

გადიდებული ლიმფური კვანძები თავიდან ელასტიკურია, შემდეგ თანდათან მკვრივდება და ერთ კონგლომერატად ყალიბდება, მაგრამ არ არის ჩაზრდილი ირგვ-

ლივმდებარე ქსოვილებსა და კანში; მოძრავი და უმტკივნეულოა. ალკოჰოლის მიღების შემდეგ ტკივილი მატულობს.

იღლიის ლიმფური კვანძები იზოლირებულად არ ზიანდება. სიმსივნურ პროცესში მათი ჩართვა ხდება კისრის ან შუასაყრის ლიმფური კვანძების დაზიანების დროს და პროგნოზულად ცუდ მაჩვენებლად ითვლება, რადგან მათი საშუალებით ადვილად ხორციელდება სხვა ჯგუფის ლიმფურ კვანძებთან კავშირი და ხდება პროცესის გენერალიზაცია.

შუასაყრის ლიმფური კვანძების იზოლირებული დაზიანება ხანგრძლივად უსიმპტომოდ მიმდინარეობს. ხშირად შემთხვევით აღმოაჩენენ გულმკერდის გაშუქების დროს. მოგვიანებით ვითარდება ზედა ღრუ ვენის სინდრომი.

რეტროპერიტონული ლიმფური კვანძების დაზიანებაც თითქმის ვერ ვლინდება. პოულობენ ულტრაბგერითი ან კომპიუტერული გამოკვლევებით. კლინიკურად შეიძლება გამოხატული იყოს ყრუ ტკივილი, მეტეორიზმი, ყაბზობა. წვრილი ნაწლავის ჯორჯლის ლიმფური კვანძების დაზიანებისას მუცლის ღრუში აღინიშნება მოძრავი სიმსივნური კონგლომერატი, რიგ შემთხვევებში ვლინდება თირკმლის ბლოკადით.

კანქვეშა ლოკალიზაციის გამო, საზარდულისა და ბარძაყის ლიმფური კვანძების დაზიანება ადვილად ვლინდება. ისინი დაკავშირებულია რეტროპერიტონულ ლიმფურ კვანძებთან, ამიტომ საჭიროა ჩატარდეს ამ უკანასკნელთა გამოკვლევაც.

ელენთისა და მისი კარის იზოლირებული დაზიანებაც არ ითვლება დაავადების დისემინაციად, რადგან ელენთაც ლიმფოიდური ორგანოა. სხვა ლოკალიზაციის ლიმფოგრანულომატოზის დროს ელენთა შეიძლება დაზიანებული იყოს შემთხვევათა 50%-ში. ელენთის იზოლირებულად გადიდება იშვიათია და ამ დროს პროგნოზი კეთილსაიმედოა. ვალდეიერის რგოლის ლიმფოგრანულომატოზური დაზიანება გვხვდება შემთხვევათა 1-10%-ში, თიმუსის დაზიანება – 3%-ში. იშვიათია ჭიანაწლავის და პეიერის ფოლაქების დაზიანება და ისინი მეტწილად შერწყმულია სხვა ლიკალიზაციის დაზიანებებთან.

ლიმფოგრანულომატოზის ექსტრანოდულური ფორმებიდან ყველაზე ხშირია ფილტვების დაზიანება, რაც ზოგადი ინტოქსიკაციის მოვლენებით ვლინდება.

ლიმფოგრანულომატოზის კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის (კუჭის, წვრილი და ბრმა ნაწლავის) ფორმები კარცინომებისაგან კლინიკურად არ განსხვავდება.

ღვიძლის დაზიანების დროს აღინიშნება ქრონიკული ჰეპატიტისა და ინტოქსიკაციის კლინიკა. სიყვითლე გვიან ვითარდება.

ძუძუ, როგორც წესი, მეორეულად ზიანდება, რაც ძუძუს შეშუპებით და „ლიმონის ქერქის“ სიმპტომებით ვლინდება.

ძვლების დაზიანება პირველად ავადმყოფთა 1-2%-ში გვხვდება, მაგრამ რეციდივების დროს მისი სიხშირე მნიშვნელოვნად მატულობს. სიმპტომები მწირი და არასპეციფიკურია. ზოგჯერ აღინიშნება ტკივილი და პათოლოგიური მოტეხილობა. განსაკუთრებით ზიანდება გულმკერდისა და წელის მალების სხეული, მკერდისა და მენჯის ძვლები.

ძვლის ტვინის დაზიანება ვლინდება ინტოქსიკაციის მოვლენებითა და ჰემოგრამაში მიელოკარიოციტების გამოჩენით. ასეთ დროს ძვლის ტვინში შეიძლება ინახოს ბერეზოვსკი-შტერნბერგ-რიდის უჯრედები.

ლიმფოგრანულომატოზი ხასიათდება ქრონიკული რეციდიული მიმდინარეობით.

პირველი კლინიკური ნიშნების გამოვლენიდან დიაგნოზის დადგენამდე საშუალოდ სამი თვე გადის. თავიდან შეინიშნება საერთო სისუსტე, ადვილად დაღლა და გადიდებული უმტკივნეულო ლიმფური კვანძი, რასაც პაციენტი ყურადღებას არ აქცევს. ავადმყოფებს უშედეგოდ მკურნალობენ შეცდომით დადგენილი ტუბერკულოზის, რევმატიზმის, სარკოიდოზის, ლიმფადენიტის, კოლაგენოზის გამო.

თანდათან ვლინდება ზოგადი ინტოქსიკაციის სიმპტომები: დღის მეორე ნახევარში 2-4-საათიანი ცხელება სუბფებრილურიდან ჰექტიურამდე, რომელიც პროფუზული ოფლიანობით მთავრდება. ზოგჯერ აღინიშნება ღამის ფებრილური ცხელება. კანის ქავილი ყოველთვის არაა გამოხატული, მაგრამ სხვა სიმპტომებთან ერთად ინტოქსიკაციის არსებობაზე მიანიშნებს. ზოგჯერ გადიდებული ლიმფური კვანძების საპროექციო არეში ვითარდება დერმატიტი, რომელიც მოგვიანებით გენერალიზაციას განიცდის. ხშირად ბეჭებზე და ქვედა კიდურებზე ვრცელდება.

სხეულის წონის 10%-ზე მეტის მოკლება დაავადების შორსწასულობაზე მიუთითებს.

დიაგნოზი ემყარება ანამნეზურ, ფიზიკალურ, ინსტრუმენტულ და კლინიკურ-ლაბორატორიულ გამოკვლევებს. დიაგნოსტიკა რამდენიმეეტაპიანია.

პირველ ეტაპზე დგინდება ძირითადი დიაგნოზი: ტარდება გულმკერდის რენტგენოსკოპია-გრაფია ორ პროექციაში, სისხლის კლინიკურ-ბიოქიმიური ანალიზები, შარდის ანალიზი, ლიმფური კვანძის ბიოფსია ციტოლოგიური და ჰისტოლოგიური გამოკვლევისათვის. უნდა მოხდეს ყველაზე დიდი და ადრე გადიდებული ლიმფური კვანძის მთლიანად ამოკვეთა კაფსულის დაუზიანებლად. შინაგანი ლოკალიზაციის ლიმფური კვანძის დაზიანებისას შესაძლებელია მისი ტრეპანბიოფსია რენტგენოლოგიური ან ულტრასონოგრაფიული კონტროლით.

მეორე ეტაპზე, ტომოგრაფიის, კომპიუტერული ან მაგნიტურ-რეზონანსული ტომოგრაფიის, ულტრასონოგრაფიისა და რადიონუკლიდური გამოკვლევების გამოყენებით, დგინდება დაავადების გავრცელება (სტადია).

მესამე ეტაპზე ტარდება დამატებითი გამოკვლევები მკურნალობის სქემის (პროგრამის) შესარჩევად: თირკმლების, კუჭ-ნაწლავის, გულ-სისხლძარღვთა სისტემის, ორგანიზმის იმუნური სტატუსის და ქიმიოპრეპარატების ინდივიდუალური მგრძნობელობის შესწავლა.

მეოთხე ეტაპზე ტარდება სპეციალური გამოკვლევები კლინიკური ჩვენების მიხედვით.

ლიმფოგრანულომატოზის გავრცელების შესაფასებლად გამოიყენება ან-არბორის (1971წ) კლინიკური კლასიფიკაცია:

I სტადია – ერთი მიდამოს ლიმფური კვანძების/ერთი ლიმფოიდური ორგანოს (I) ან ექსტრანოდულური ორგანოს (I_E) ლოკალური დაზიანება.

II სტადია – ლიმფური კვანძების ან ლიმფოიდური ორგანოების ორი და მეტი მიდამოს დაზიანება დიაფრაგმის ერთ მხარეს (II) ან ერთი ექსტრანოდულური ორგანოს (ქსოვილის) და მისი რეგიონის ლიმფური კვანძების დაზიანება დიაფრაგმის ერთ მხარეს (II_E).

III სტადია – ლიმფური კვანძების ან ლიმფოიდური ორგანოს (ორგანოების) დაზიანება დიაფრაგმის ორივე მხარეს (III), რომელიც შეიძლება შერწყმული იყოს

ერთი ექსტრანოდულური ორგანოს (ქსოვილის) (III_E), ელენთის (III_S) ან ორივეს (III_{E+S}) დაზიანებასთან.

IV სტადია – სიმსივნის დისემინაცია ერთ ან რამდენიმე ექსტრანოდულურ ორგანოში (ქსოვილში), ლიმფური კვანძების დაზიანებით ან მის გარეშე; ან სიმსივნის ლოკალური ჩაზრდა ექსტრანოდულურ ორგანოში, შორეული (არარეგიონული) ლიმფური კვანძების მეტასტაზური დაზიანებით. მეტასტაზის ლოკალიზაცია შეიძლება აღინიშნოს დაზიანებული ორგანოს შესატყვისი ასოებით.

ღვიძლისა და ძვლის ტვინის დაზიანება ყოველთვის შეესაბამება IV სტადიას.

ყოველი სტადია იყოფა ორ ქვესტადიად, ზოგადი ინტოქსიკაციის სიმპტომების არარსებობის (A) ან არსებობის (B) მიხედვით. ინტოქსიკაციის არსებობა პროგნოზს აუარესებს.

მკურნალობა. ლიმფოგრანულომატოზის მკურნალობა, დაავადების გავრცელების (სტადიის) მიუხედავად, კომბინირებულია და მოიცავს რადიკალური პროგრამით დასხივებასა და ქიმიოთერაპიას. ოპტიმალური მკურნალობის შესარჩევად პრინციპული მნიშვნელობა აქვს დაავადების სტადიას და სიმსივნის ჰისტოლოგიურ ვარიანტს.

I-II-III სტადიის დროს სხივური თერაპია მნიშვნელოვნად ახანგრძლივებს დაავადების ურეციდივო პერიოდს და აუმჯობესებს სიცოცხლის ხანგრძლივობის მაჩვენებელს. IV სტადიის დროს სხივურ თერაპიას დამხმარე მნიშვნელობა აქვს და პოლიქიმიოთერაპიასთან ერთად ახანგრძლივებს დაავადების ურეციდივო მიმდინარეობას.

დადგენილია, რომ I-II სტადიის ლიმფოგრანულომატოზის დროს სხივურ თერაპიაზე პოლიქიმიოთერაპიის დამატება ურეციდივო პერიოდს ახანგრძლივებს, მაგრამ სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობაზე გავლენას ვერ ახდენს.

ლიმფოგრანულომატოზის მკურნალობაში წამყვანი ადგილი უკავია სხივურ თერაპიას: იგი შლის სიმსივნეს. დასხივება ტარდება რადიკალური პროგრამით. სხივდება როგორც ხილული დაზიანების კერა, ასევე რეგიონულ ზონებში მისი შესაძლო გავრცელების უბნები. ტარდება მრავალველიანი დასხივება 2-2,5 გრეი ერთჯერადი დოზით, კვირაში – 5 სეანსი. დაზიანების ზონაზე დასხივების ჯამური კეროვანი დოზა 40-45 გრეის შეადგენს. თითო სეანსის დროს სხივდება ორ-ორი მოსაზღვრე ველი. დასხივება იწყება ბიოფსიის მიდამოდან და ყველა ველი თანმიმდევრულად სხივდება.

დიაფრაგმის ზევით მდებარე ლიმფური კვანძების დაზიანებისას ასხივებენ კისრის და ლავიწზედა, ლავიწქვეშა და იღლიის მიდამოებს – ორივე მხარეს, აგრეთვე შუასაყარს.

დიაფრაგმის ქვემოთ მდებარე ლიმფური კვანძების დაზიანებისას ასხივებენ პარააორტულ ლიმფურ კვანძებს ელენთასთან ერთად და თეძო-საზარდულის მიდამოს – ორივე მხარეს.

ექსტრანოდულური ორგანოების (ქსოვილების) ლოკალური დაზიანებისას დასხივების ჯამური კეროვანი დოზა 30-35 გრეის შეადგენს.

დაავადების სტადიის, ჰისტოლოგიური ტიპისა და ინტოქსიკაციის არსებობის გათვალისწინებით, ტარდება პოლიქიმიოთერაპია პირველი ხაზის ქიმიოპრეპარატებით (MOPP, MKPP, COPP, CVPP). მრავალციკლიანი ქიმიოთერაპიის გვერდითი მოქმედების შესამცირებლად პრედნიზოლონს ნიშნავენ მკურნალობის მხოლოდ I და IV

კურსზე. პირველი ხაზის ქიმიოპრეპარატებისადმი რეზისტენტობის განვითარების შემთხვევაში მიმართავენ მეორე ხაზის ქიმიოთერაპიას (ABVD, OPECh, CCVPP, ABMOP, BAMOP, YVPP).

ქიმიოთერაპია აუმჯობესებს სხივური თერაპიის ეფექტურობას, მაგრამ ვერ ცვლის მას.

ლიმფოგრანულომატოზის ექსტრანოდულური ფორმის დროს მკურნალობა შეიძლება დაიწყოს ქირურგიული ოპერაციით (მაგ., კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის პირველადი დაზიანების დროს) და გაგრძელდეს კონსერვატიული სხივური და მედიკამენტური მკურნალობით.

რეციდივების მკურნალობა ისეთივეა, როგორიც პირველადი სიმსივნის დროს, მხოლოდ ჯერ ტარდება ქიმიოთერაპიის ორი კურსი, ხოლო შემდეგ – დასხივება. პოლიქიმიოთერაპია ტარდება მეორე ხაზის ქიმიოპრეპარატებით.

ლიმფოსარკომა (არაჰოჯკინის ლიმფომა) (C82-C85)

ლიმფოსარკომა ლიმფოიდური და სისხლმბადი ქსოვილების ავთვისებიანი სიმსივნეა. ამ დაავადების დროს პირველ რიგში ზიანდება ლიმფური კვანძები. შემდეგ, სიხშირის მიხედვით, პირველადად ზიანდება კუჭ-ნაწლავის ტრაქტი, ნუშურები, ცხვირ-ხახა, ძვლები, ელენთა, ღვიძლი და ა. შ. ახასიათებს სწრაფი მეტასტაზირება ლიმფურ კვანძებში, შემდეგ – ექსტრანოდულურად. გავრცელებული სიმსივნური პროცესის მიუხედავად, ზოგადი ინტოქსიკაციის სიმპტომები ხშირად არ აღინიშნება. პერიფერიული სისხლიც მნიშვნელოვანი ცვლილებების გარეშეა, მაგრამ ძვლის ტვინის დაზიანების შემთხვევაში ვითარდება ლეიკემიზაცია და აღინიშნება ლეიკოზის კლინიკა.

განიხილება ლიმფოსარკომის შემდეგი ჰისტოლოგიური ვარიანტები (1976):

- ლიმფოციტური
- ნოდულური (კვანძოვანი) პროლიმფოციტური
- ნოდულური პროლიმფოციტურ-ლიმფობლასტური
- დიფუზური პროლიმფოციტური
- დიფუზური პროლიმფოციტურ-ლიმფობლასტური
- დიფუზური იმუნობლასტური
- დიფუზური ლიმფობლასტური
- ბერკიტის სიმსივნე

კლინიკურ პრაქტიკაში გამოიყენება ლიმფოსარკომის გამარტივებული პათოჰისტოლოგიური კლასიფიკაცია, რომელიც ცნობილია „კლინიკაში გამოსაყენებელი სამუშაო სქემის“ სახელწოდებით (აშშ კიბოს ნაციონალური ინსტიტუტი):

ლიმფომები ავთვისებიანობის *დაბალი* ხარისხით:

- დიფუზური – მცირე ლიმფოციტებისგან
- ფოლიკულური – მცირე, დანაწევრებულბირთვიანი უჯრედებისგან
- ფოლიკულური – მცირე, დანაწევრებულბირთვიანი ლიმფოციტებისა და მსხვილი უჯრედების ნარევისაგან.

ლიმფომები ავთვისებიანობის *შუალედური* ხარისხით:

- ფოლიკულური – უპირატესად მსხვილუჯრედოვანი

- დიფუზური – მცირე დანაწევრებულბირთვიანი უჯრედებისაგან
- დიფუზური – მცირე და მსხვილი უჯრედების ნარევისაგან
- დიფუზური – მსხვილუჯრედოვანი

ლიმფომები ავთვისებიანობის *მაღალი* ხარისხით:

- მსხვილუჯრედოვანი იმუნობლასტური
- ლიმფობლასტური
- დაუნაწევრებელბირთვიანი – მცირე უჯრედებისაგან
- სხვადასხვა

ლიმფოსარკომის სტადია განისაზღვრება 1971 წელს ლიმფომებისათვის შემუშავებული ან-არბორის კლასიფიკაციით:

I სტადია – ლიმფური კვანძების ერთი ჯგუფის ან ერთი არალიმფოიდური ორგანოს დაზიანება;

II სტადია – ლიმფური კვანძების ორი და მეტი ჯგუფის ან არალიმფოიდური ორგანოების დაზიანება დიაფრაგმის ერთ მხარეს;

III სტადია – ლიმფური კვანძების რამდენიმე უბნის ან არალიმფოიდური ორგანოების დაზიანება დიაფრაგმის ორივე მხარეს;

IV სტადია – ერთზე მეტი არალიმფოიდური ორგანოს დიფუზური დაზიანება ან სიმსივნის დისემინაცია, ლიმფურ კვანძებში მეტასტაზთან ერთად ან მის გარეშე (ძვლის ტვინის დაზიანება ფასდება IV სტადიად).

ისე, როგორც ლიმფოგრანულომატოზის დროს, ლიმფოსარკომის თითოეულ სტადიასაც გააჩნია ინტოქსიკაციის გარეშე ("A") და ინტოქსიკაციით ("B") მიმდინარე ქვესტადიები.

საბოლოოდ კლინიკურ პრაქტიკაში გამოიყენება ან-არბორის კლასიფიკაციის მოდიფიკაცია ავთვისებიანობის დაბალი, საშუალო და მაღალი ხარისხის ლიმფომებისთვის:

ავთვისებიანობის დაბალი ხარისხის ლიმფომებისთვის:

I სტადია – ლოკალური დაავადება – შეესაბამება ან-არბორის კლასიფიკაციის I-II სტადიას;

II სტადია – დაავადების დისემინაცია – შეესაბამება ან-არბორის კლასიფიკაციის III-IV სტადიას.

ავთვისებიანობის საშუალო და მაღალი ხარისხის ლიმფომებისთვის:

I სტადია – ლიმფური კვანძების ან არალიმფოიდური ორგანოების ლოკალური დაზიანება – შეესაბამება ან-არბორის კლასიფიკაციის I სტადიას

II სტადია – ორი ან მეტი უბნის ლიმფური კვანძების დაზიანება ან არალიმფოიდური ორგანოსა და მისი რეგიონული ლიმფური კვანძების ლოკალური დაზიანება, ჩამოთვლილი პროგნოზული ნიშნების (კარნოვსკის ინდექსი <70, "B" სიმპტომები – ინტოქსიკაციის, 10 სმ-ზე მეტი დიამეტრის ნებისმიერი სიმსივნე, შრატში LDH > 500 სე, არალიმფოიდური ლოკალიზაციის დაავადების 3 და მეტი უბანი) არსებობის გარეშე

III სტადია – II სტადია პლუს ზემოთ ჩამოთვლილთაგან ნებისმიერი ცუდი პროგნოზული მაჩვენებლის არსებობა.

ავთვისებიანი ლიმფომების დიდი ნაწილი წარმოიქმნება დიფერენცირების სხვადასხვა სტადიაზე არსებული მონოკლონური ლიმფოიდური უჯრედების პროლიფერაციის შედეგად, რომლებიც ნორმალურ მდგომარეობაში ახორციელებენ საპასუხო რეაქციას, ამიტომ ეს სიმსივნეები შეიძლება განვიხილოთ, როგორც იმუნური პასუხის სიმსივნური ეკვივალენტი.

დიაგნოზი ძირითადად ემყარება ლიმფური კვანძის ბიოპტატის ჰისტოლოგიური ან ანაბეჭდის ციტოლოგიური გამოკვლევის მონაცემებს. ამოკვეთილი ლიმფური კვანძის ნახევარი ინახება ფორმალინში (ჰისტოლოგიური გამოკვლევისთვის), ნახევარი – თხევად აზოტში (იმუნოჰისტოქიმიისთვის).

სავალდებულოა გულმკერდის რენტგენოგრაფიის, ხოლო საჭიროების მიხედვით – ტომოგრაფიის, კომპიუტერული ტომოგრაფიის, კუჭ-ნაწლავისა და ძვლების რენტგენოლოგიური გამოკვლევის, მუცლის ღრუს ორგანოების ულტრასონოგრაფიის, ქვედა ლიმფოგრაფიის, ძვლის ტვინის პუნქციური ან ტრეპანბიოფსიის ჩატარება. მაღალდიფერენცირებული ლიმფოსარკომების დროს ტარდება ზურგის ტვინის სითხის ციტოლოგიური გამოკვლევა.

ლაპაროტომიას მიმართავენ დაავადების სტადიის დასაზუსტებლად. ამავე დროს, წყდება სპლენექტომიის ჩატარების საკითხიც.

საჭიროა დიფერენციული დიაგნოსტიკა ტუბერკულოზთან, ათაშანგთან, ციტომეგალოვირუსთან, ტოქსოპლაზმოზთან, ინფექციურ მონონუკლეოზთან, შიდსთან, ლიმფოგრანულომატოზთან, ლიმფური კვანძების მეტასტაზურ დაზიანებასთან.

ლიმფოსარკომა შემთხვევათა 80%-ში B-უჯრედოვანია, იშვიათად – T-უჯრედოვანი. უპირატესად განფენილად და ჰემატოგენურად ვრცელდება. ლიმფოგრანულომატოზისაგან განსხვავებით, დაავადების ექსტრანოდულური ფორმები უფრო ხშირია (20-30%), ხოლო ინტოქსიკაცია ("B"-სიმპტომები) შედარებით იშვიათია (10%). ძვლის ტვინის დაზიანებისას შეიძლება განვითარდეს პანციტოპენია.

მკურნალობა. ავთვისებიანობის დაბალი ხარისხის ლიმფოსარკომებს კეთილსაიმედო პროგნოზი აქვთ.

IA და IIA სტადიის (ე. ი. ინტოქსიკაციის გარეშე მიმდინარე პროცესის) დროს ტარდება ლოკალური დისტანციური გამა-თერაპია 36-45 გრეი ჯამური კეროვანი დოზით. ინტოქსიკაციით მიმდინარე ("B") როგორც ლოკალური, ისე დისემინირებული და გენერალიზებული ფორმების დროს ტარდება კომბინირებული მკურნალობა: ჯერ – ქიმიოთერაპიის (COP, COPP, VAMP, CAMP) 3 კურსი და შემდეგ – დასხივება 36-45 გრეი ჯამური კეროვანი დოზით, რომელიც სიცოცხლის ხანგრძლივობის მაჩვენებლებს აუმჯობესებს.

დაავადების გენერალიზებული ფორმების დროს სხივური თერაპია დამოუკიდებლად არ გამოიყენება.

შუალედური ავთვისებიანობის ხარისხის I-II სტადიის ლიმფომების დროს თავდაპირველად ტარდება ქიმიოთერაპიის 2-3 კურსი (ABV, ACOP, BCOP, COMLA სქემებით), შემდეგ – დაზიანებული ლიმფური კვანძების ლოკალური სხივური თერაპია 30-35 გრეი ჯამური კეროვანი დოზით, მომდევნო ეტაპზე კი – ისევ ქიმიოთერაპიის ორკვირიანი კურსი. დასხივების დაწყება სასურველია ბიოფსიის და ოპერაციის მიდამოდან.

III-IV სტადიის დროს ტარდება ქიმიოთერაპიის 4-5 კურსი. შემდეგ სხივდება არარეგრესირებული სიმსივნური კვანძი 30-35 გრეი ჯამური კეროვანი დოზით და ბოლოს ისევ ტარდება ქიმიოთერაპიის 1-2 კურსი.

I სტადიის ავთვისებიანობის *მაღალი* ხარისხის ლიმფომების შემთხვევაში ტარდება ლოკალური ან ნახევრადტოტალური დისტანციური გამა-თერაპია. საერთოდ, მაღალავთვისებიანი ფორმების დროს უმჯობესია ჩატარდეს კომბინირებული (ქიმიო-სხივური) მკურნალობა: თავდაპირველად – ქიმიოთერაპიის 3 კურსი (ABV, ABCOP, ABCAM, ABVAMP), შემდეგ – დასხივება 40 გრეიმდე ჯამური დოზით; სხივური თერაპიის დამთავრების შემდეგ, რემისიის კონსოლიდაციის მიზნით, დამატებით ტარდება ქიმიოთერაპიის 1-2 კურსი.

III სტადიის დროს კომბინირებული (ქიმიო-სხივური) და ქიმიოთერაპია *თანაბრად* ეფექტურია.

დაავადების გენერალიზებული ფორმების დროს სხივური თერაპია ნაკლებეფექტურია.

IV სტადიის დროს – ინტოქსიკაციის ნიშნების გარეშე, სხივური თერაპია აუმჯობესებს ქიმიოთერაპიული მკურნალობის 10-წლიან შედეგებს, ხოლო ინტოქსიკაციით მიმდინარე ფორმების დროს უეფექტოა და ტარდება მხოლოდ ქიმიოთერაპია.

ჰისტიოციტური ფორმის დროს დაავადება გამოხატული ინტოქსიკაციით მიმდინარეობს და მნიშვნელოვანი ლაბორატორიული ძერებით და ცუდი პროგნოზით გამოირჩევა.

ცალკე გამოყოფენ კანის ლიმფოსარკომის T-უჯრედოვან ფორმას, რომელიც ცნობილია სოკოსებრი მიკოზის სახელწოდებით. გვხვდება ლიმფომების 2-5%-ში.

აღნიშნული დაავადების დროს კანზე ჩნდება აქერცვლადი ლაქები, რომლებიც ძნელად ემორჩილება სტეროიდებითა და კანის ადგილობრივად დამარბილებელი საშუალებებით მკურნალობას. ეს ლაქები შემდგომში სიმსივნეებად გადაიქცევა. მოგვიანებით ზიანდება ლიმფური კვანძები, ხოლო კიდევ უფრო გვიან – ვისცერული ორგანოები.

მკურნალობა – ადგილობრივი და ზოგადი ჰორმონ-ქიმიოთერაპია, სხივური თერაპია.

ლიმფოეპითელური ლიმფოსარკომა მიეკუთვნება ავთვისებიანობის შუალედური ხარისხის ლიმფომებს. გამოხატული დიფუზური კომპონენტის დროს მკურნალობა ტარდება შუალედური და მაღალი ავთვისებიანობის ლიმფომების მკურნალობის ანალოგიურად.

კუჭის ლიმფოსარკომის დროს მკურნალობა იწყება ოპერაციით, რათა თავიდან იქნეს აცილებული სისხლდენა და პერფორაცია. კეთდება კუჭის რეზექცია ან გასტრექტომია. ოპერაციიდან 1 თვის შემდეგ ტარდება ქიმიოთერაპია (COPP, CCNU–OPP, CHOP–Bleo, COP–BLAM სქემებით).

დაბალი ავთვისებიანობის ფოლიკულური ლიმფოსარკომის დროს ქიმიოთერაპიის ნაცვლად შეიძლება ჩატარდეს სხივური თერაპია 35 გრეი ჯამური კეროვანი დოზით, ხოლო თუ ძირითადი სიმსივნე არ ამოიკვეთა, კიდევ ემატება 5 გრეი კუჭის დასასხივებლად.

წვრილი და მსხვილი ნაწლავის ლიმფოსარკომის მკურნალობა იწყება ოპე-

რაციით, ქიმიო-სხივური მკურნალობის ფონზე განვითარებული სისხლდენისა და პერფორაციის თავიდან ასაცილებლად. შემდეგ ტარდება ქიმიოთერაპია, სიმსივნის ავთვისებიანობის ხარისხის და სხვა მორფოლოგიური კრიტერიუმების გათვალისწინებით.

სათესლე ჯირკვლის ლიმფოსარკომის დროს კეთდება ორქიექტომია. ცალმხრივი ფოლიკულური ლიმფომის დროს ტარდება ქიმიოთერაპია დაავადების III-IVA,B სტადიების მკურნალობის ანალოგიურად, ხოლო ლიმფური ფორმის დროს ქიმიოთერაპიას ემატება კონტრალატერალური სათესლე ჯირკვლისა და საზარდულის, თეძოსა და პარააორტული ლიმფური კვანძების დასხივება 40-45 გრეი ჯამური კეროვანი დოზით.

საერთოდ, ლიმფომების ქიმიო-სხივური მკურნალობით მიიღწევა ნაწილობრივი ან სრული რემისია.

გაუმართლებელია მკურნალობის პირველსავე კურსზე სრული რემისიის მიღწევის მცდელობა, რადგან ნაწილობრივი და სრული რემისიის შორეულ შედეგებს შორის სტატისტიკურად სარწმუნო სხვაობა არ აღინიშნება. ფოლიკულური ლიმფომის ზოგიერთი ვარიანტის დროს დასაშვებია უფრო ინტენსიური ქიმიოთერაპიული სქემის დანიშვნა.

რეციდივების მკურნალობა დამოკიდებულია დაავადების ავთვისებიანობის ხარისხზე და რეციდივის ხასიათზე (ჭეშმარიტი, გავრცელებული, გენერალიზებული, დისემინირებული).

ჭეშმარიტია ნამკურნალევ ადგილზე აღმოცენებული, დიაფრაგმის მხოლოდ ერთ მხარეს გავრცელებული, რეციდივი, ხოლო გენერალიზებული – დიაფრაგმის ორივე მხარეს ლოკალიზებული რეციდივი. დისემინირებულად ითვლება რეციდივი, როცა იგი აზიანებს ვისცერულ ორგანოებს, ნერვულ სისტემას, ძვლებს, ძვლის ტვინს.

ძვლის ტვინის დაზიანებისას ვითარდება ლიმფოსარკომის ლეიკემიური სტადია და მკურნალობაც რთულდება. ლეიკემიზაცია დაბალავთვისებიანი ლიმფომების დროს უფრო ხშირია, ვიდრე მაღალავთვისებიანი ლიმფომების შემთხვევაში, რადგან მაღალავთვისებიანი ლიმფომების დროს ჩივილები და კლინიკური სემიოტიკა უფრო მეტადაა გამოხატული და პაციენტი შედარებით დროულად მიმართავს ექიმს.

ქიმიოთერაპიის ძირითადი სქემებია COP, COPP, ACOP, ACOPP, BCOP, BCOPP.

მრავლობითი მიელომა და მაკროგლობულინემია (C90)

მრავლობითი მიელომა (რუსიტიცკი-კალერის დაავადება) სისხლმბადი ორგანოების სისტემური ჰიპერპლაზიურ-სიმსივნური დაავადებაა, რომლის დროსაც ძვლის ტვინსა და პერიფერიულ სისხლში გროვდება პროლიფერაციული პლაზმური უჯრედები და B–ლიმფოციტები. ისინი გამოიმუშავებენ პათოლოგიურ ცილებს (პარაპროტეინებს) და უპირატესად ჩონჩხის (ბრტყელ) ძვლებს აზიანებენ. არსებობს მრავლობითი მიელომის სოლიტარული და გენერალიზებული ფორმები.

მრავლობითი მიელომის დროს ზიანდება სამი სისტემა: სისხლმბადი, ძვლოვანი და შარდის გამომყოფი. ირღვევა ცილოვანი და მინერალური ცვლა. მატულობს სისხლის სიბლანტე და მასში ცილების შემცველობა, ითრგუნება ნორმალური იმუნოგლობულინების სინთეზი. ირღვევა ბრტყელი ძვლების სტრუქტურა, თირკმლის უკმარისობა მატულობს. შარდში ჩნდება პათოლოგიური ცილა.

არსებობს 3 კლინიკური ვარიანტი: ***ინდოლენტური*** (მომწიფებულუჯრედოვანი ფორმა – პლაზმური უჯრედების შემცველობა ძვლის ტვინში 15%-ზე მეტია, ძირი-

თადად შედგება მომწიფებული უჯრედებისაგან), *აქტიური* (პლაზმური უჯრედების შემცველობა ძვლის ტვინში 15%-ზე მეტია, ძირითადად მომწიფებული ფორმებია, . არის პლაზმობლასტებიც) და *აგრესიული* (პლაზმობლასტური უჯრედების შემცველობა ძვლის ტვინში 15%-ზე მეტია, იშვიათად გვხვდება მომწიფებული უჯრედები).

კლინიკურად ვლინდება ტკივილი ბრტყელ ძვლებში, ანემია, გამაგლობულინემია, ჰიპერკალციემია, რომელიც სისუსტეს, წყურვილისა და გულისრევის შეგრძნებას, პირღებინებას იწვევს. სისხლის შესქელება განაპირობებს სისხლდენას, სხვადასხვა იშემიურ და ნევროლოგიურ დარღვევებს.

დაავადების სოლიტარული ფორმის დროს ტკივილი ლოკალურია. ვლინდება დესტრუქციის კერა ერთ ძვალში. ზოგადი მდგომარეობა დამაკმაყოფილებელია, ლაბორატორიული ანალიზები – ნორმის ფარგლებში.

გენერალიზებული ფორმის დროს ვლინდება ტკივილი, პათოლოგიური მოტეხილობა, ზოგადი ინტოქსიკაცია, ანემია. სისხლის პლაზმის ცილებში ნახულობენ ერთ-ერთი კლასის იმუნოგლობულინების მომატებას, რომლის შესაბამისად გამოყოფენ M–მიელომას, G-მიელომას და A მიელომას. შემთხვევათა 50%-ში შარდში აღინიშნება პროტეინურია – ბენს-ჯონსის ცილა, ძვლის ტვინის პუნქტატში – სიმწიფის სხვადასხვა ხარისხის პლაზმური უჯრედები, რენტგენოლოგიურად – ძვლების მრავლობითი დესტრუქცია. დამახასიათებლია „დაცხრილული თავის ქალას“ სურათი.

მიელომურ დაავადებაზე ეჭვის დროს უნდა ჩატარდეს ძვლის ტვინის გამოკვლევა, ხოლო მისი სოლიტარული ფორმის დროს – დესტრუქციული უბნის პუნქცია.

მკურნალობის სირთულე გამოწვეულია კლინიკური გამოვლინებების მრავალფეროვნებით და პათოლოგიური პროცესის აქტიურობით.

ძირითადად ტარდება მონო- და პოლიქიმიოთერაპია.

სხივური თერაპია ტარდება დაავადების ყველა სტადიაში, ქიმიოთერაპიის დამთავრებიდან 3-4 კვირის შემდეგ.

ინტენსიური ქიმიოთერაპიის ჩვენება მეტწილად შეზღუდულია ავადმყოფის ხანდაზმული ასაკის, თანმხლები დაავადებების, ქიმიოპრეპარატების ტოქსიკური ეფექტისა და მათი ნაკლები მგრძნობელობის გამო.

დადებითი ეფექტი აქვს α–ინტერფერონის გამოყენებას როგორც პირველადი, ისე რეციდიული სიმსივნეების მკურნალობის დროს.

ავთვისებიანობის დაბალი ხარისხის მქონე ლიმფოიდური სიმსივნე, რომელიც გამოიმუშავებს პათოლოგიურ ცილას – M–პროტეინს, ცნობილია **მაკროგლობულინემიის** ანუ **ვალდენსტრემის** დაავადების სახელწოდებით.

ლეიკოზები (C91-C95)

ლეიკოზი არის ჰემობლასტური ავთვისებიანი სიმსივნე, რომელიც ვითარდება ძვლის ტვინიდან. მისი პათოლოგიური სუბსტრატია საწყისი სისხლმბადი უჯრედები (ბლასტურიდან უფრო მომწიფებულ ვარიანტამდე).

ღეროვანი სისხლმბადი უჯრედი დასაბამს აძლევს მიელოპოეზსა და ლიმფოპოეზს. მიელოპოეზური უჯრედებისგან ვითარდება ერითროციტები, თრომბოციტები და გრანულოციტები. გრანულოციტური რიგის უჯრედების საბოლოო მომწიფებით ყალიბდება ნეიტროფილები და მონოციტები (მაკროფაგები).

ლიმფოპოეზური უჯრედებისგან საბოლოოდ მწიფდება T- და B- ლიმფოციტები (პლაზმური უჯრედი).

დაავადების გამომწვევი მიზეზი პოლიეტიოლოგიურია (რადიაციული, ვირუსული, ქიმიური, ენდოგენური, გენეტიკური). ვითარდება ერთი საწყისი უჯრედისგან. საწყისი უჯრედის სიმწიფის ხარისხის მიხედვით, ლეიკოზი არის მწვავე და ქრონიკული. უმწიფარი (ბლასტური) უჯრედებისგან განვითარებულ ლეიკემიებს მწვავე ლეიკოზებს უწოდებენ, ხოლო შედარებით მომწიფებული უჯრედებისგან განვითარებულ ლეიკემიებს – ქრონიკულ ლეიკოზებს. შესაბამისად, მათი კლინიკური მიმდინარეობაც განსხვავებულია: მწვავე ლეიკოზის დროს სიმსივნური უჯრედების გამრავლება-გაორმაგებისათვის საკმარისია 3-4 დღე, დაავადებას სწრაფი მიმდინარეობა და პროგესირება ახასიათებს. ქრონიკული ლეიკოზების მიმდინარეობა ძირითადად დუნეა და წლების განმავლობაში გრძელდება; თუმცა, თანამედროვე მკურნალობის პირობებში, მწვავე ლეიკოზებს ზოგჯერ უფრო ხანგრძლივი მიმდინარეობა აქვთ, ვიდრე ქრონიკულს. მეორე მხრივ, ქრონიკული ლეიკოზების დროს შესაძლებელია დაავადების გამწვავება ბლასტური კრიზების სახით. მწვავე ლეიკოზები უპირატესად ახალგაზრდა ასაკში გვხვდება, ქრონიკული – უფრო ხანდაზმულებში.

მწვავე ლეიკოზი არის მიელობლასტური, მონობლასტური, ლიმფობლასტური და არაკლასიფიცირებადი.

მწვავე მიელობლასტური ლეიკოზის (მმლ) ქვეკლასიფიკაცია (ფრანგულ-ამერიკულ-ბრიტანული – ფაბ) ემყარება კლინიკურ, მორფოლოგიურ და ციტოგენეტიკურ მაჩვენებლებს. მიელოპოეზის ეტაპების შესაბამისად, იგი რვა ვარიანტად იყოფა:

M0 – მმლ, მინიმალური დიფერენცირების ბლასტური უჯრედებით;

M1 – მმლ, ბლასტური უჯრედების მომწიფების გარეშე;

M3 – პრომიელოციტური ლეიკოზი, ჰიპერგრანულაციით;

M4 – მწვავე მიელომონოციტური ლეიკოზი;

M5 – მწვავე მონობლასტური (მონოციტური) ლეიკოზი

M5a – არადიფერენცირებული ლეიკოზი (უჯრედების 80%-ზე მეტი მონობლასტური ტიპისაა);

M5b – ლეიკოზი მონოციტური რიგის უჯრედების დიფერენცირების ნიშნებით (მონობლასტები 80%-ზე ნაკლებია, დანარჩენი უჯრედები კი პრომონოციტები და მონოციტებია).

M6 – ერითროლეიკოზი – ლეიკოზი ერითროციტული დიფერენცირებით;

7M – მეგაკარიობლასტური ლეიკოზი.

უჯრედის ბირთვისა და ციტოპლაზმის ფორმის შესაბამისად, მწვავე ლიმფობლასტური ლეიკოზი (მლლ) ფაბ კლასიფიკაციით იყოფა L1, L2, L3 ქვეტიპებად. მოზრდილთა და ბავშვთა მწვავე ლიმფობლასტური ლეიკოზების ციტოლოგიური ვარიანტები ერთმანეთისგან განსხვავდება.

მწვავე მიელობლასტური ლეიკოზისგან განსხვავებით, მწვავე ლიმფობლასტური ლეიკოზის კლასიფიკაციისას დამატებით ითვალისწინებენ იმუნოლოგიურ მარკერებს. ამიტომ, იმუნოლოგიური მარკერებისა და მკურნალობისადმი საპასუხო რეაქციის მიხედვით, გამოყოფენ მწვავე ლიმფოციტური ლეიკოზების შემდეგ ვარიანტებს:

– არც T, არც B მწვავე ლიმფობლასტური ლეიკოზი (მლლ)
– T-უჯრედოვანი მწვავე ლიმფობლასტური ლეიკოზი (მლლ)
– B-უჯრედოვანი მწვავე ლიმფობლასტური ლეიკოზი (მლლ)
– პრე-B და პრე-T მწვავე ლიმფობლასტური ლეიკოზი (მლლ)
– არც T, არც B მწვავე ლიმფობლასტური ლეიკოზი (მლლ) PH′- ქრო-

მოსომით.

ფაბ კლასიფიკაციაში დამატებით შემოტანილია „მიელოდისპლაზიის" ცნება. ამ ჯგუფში შედის ისეთი ჰეტეროგენული დაავადებები, როგორიცაა სხვადასხვა ტიპის რეფრაქტერული ანემიები და მიელომონოციტური ლეიკოზი.

ლეიკოზური დაავადების იდენტიფიკაცია და დიაგნოსტიკა მხოლოდ მორფოლოგიური გამოკვლევით არის შესაძლებელი.

მწვავე ლეიკოზების კლინიკური გამოვლინება დაკავშირებულია ლეიკოზური ბლასტური უჯრედების გამრავლებასთან და სიმპტომატიკა ვლინდება ძვლის ტვინის ბლასტტრანსფორმაციით, ლიმფური კვანძების, ღვიძლის, ელენთის გადიდებით, კანზე სიმსივნური ინფილტრატების გაჩენით, სისხლწარმოქმნის დათრგუნვით.

მწვავე ლეიკოზებისათვის დამახასიათებელია ცვლილებები პერიფერიულ სისხლში. ლეიკოციტების რაოდენობის მიხედვით, განასხვავებენ ლეიკემიურ ($30,0X10^9$/ლ), სუბლეიკემიურ (ნორმალურ მაჩვენებელზე მეტი) და ალეიკემიურ (ნორმაზე ნაკლები) ვარიანტებს. ალეიკემიური ფორმის დროს პათოლოგიური უჯრედები ძვლის ტვინიდან პერიფერიულ სისხლში არ ხვდება.

მწვავე ლეიკოზი ყველა ასაკში გვხვდება. გამონაკლისია ლიმფობლასტური ვარიანტი, რომელიც ბავშვთა ასაკის დაავადებად ითვლება. დაავადების მიმდინარეობაში გამოყოფენ რამდენიმე სტადიას, ესენია: საწყისი, გაშლილი (გამოხატული კლინიკური ნიშნების), რემისიის, რეციდივის და ტერმინალური სტადიები.

საწყის სტადიაში ავადმყოფებს ჩივილები არა აქვთ და დიაგნოზი ისმება რეტროსპექტულად, დაუდგენელი გენეზის ანემიის უშედეგო მკურნალობის შემდეგ, ან თანმხლები დაავადების გამო ჩატარებული გამოკვლევებისას. ზოგჯერ ლეიკოზი დგინდება სისხლის შემთხვევითი გასინჯვის დროს.

გაშლილ სტადიაში დაავადების მანიფესტაცია სხვადასხვაგვარი – მწვავე ან ქვემწვავეა. განიხილავენ 4 ძირითად სინდრომს, ესენია: ჰიპერპლაზიური, ჰემორაგიული, ანემიური და ინტოქსიკაციური.

ჰიპერპლაზია ვლინდება ლიმფადენოპათიით, უპირატესად -- კისრისა და ლავიწზედა მიდამოში. შუასაყრის ლიმფური კვანძების გადიდება იწვევს ხველას და ქოშინს, ჯორჯლის ლიმფური კვანძებისა – ტკივილს მუცელში. მნიშვნელოვნად დიდდება ელენთა, ღვიძლი – ნაკლებად. ძვლის ტვინის გარეთ ლეიკემიური ინფილტრატები შეიძლება გაჩნდეს კანზე, სათესლე ჯირკვლებში, ძუძუში, ფილტვებში, თირკმლებში, მიოკარდიუმში, ცენტრალურ ნერვულ სისტემაში. ყველაზე საშიშია ნეიროლეიკემია – თავის ტვინისა და მისი გარსების ლეიკემიური ინფილტრაცია.

ჰემორაგიული სინდრომი თითქმის ყველა ავადმყოფს აღენიშნება. ზოგჯერ, დაავადების დასაწყისში – კანქვეშ, ხოლო მოგვიანებით – კუჭ-ნაწლავის ტრაქტში, აღინიშნება სისხლჩაქცევები. დაავადების ბოლო სტადიაში სისხლჩაქცევები იწვევს ნეკროზულ-წყლულოვანი პროცესის განვითარებას.

ანემიური სინდრომის სიღრმე დამოკიდებულია ერითროპოეზის დათრგუნვის ხარისხზე, ჰემოლიზისა და სისხლდენის არსებობაზე.

ინტოქსიკაციის დროს ვლინდება რემისიული ან ჰექტიური ცხელება, შემცივნება, ძლიერი ოფლიანობა, სისუსტე, უძილობა, ძვლების ტკივილი და სხვა ნიშნები, რითაც დაავადება თავდაპირველად სეფსისის შთაბეჭდილებას ტოვებს. ხახის ლორწოვანი გარსის დაწყლულებისა და ნეკროზის შედეგად ხშირია ყელის ტკივილი ყლაპვისას.

ცხელება, შემცივნება და ოფლიანობა აიხსნება მოუმწიფებელი ლეიკოციტების სწრაფად დაშლის შედეგად გამოთავისუფლებული პურინების რეზორბციით, თუმცა ცხელება შეიძლება თანმხლები მეორეული ინფექციითაც იყოს გამოწვეული.

ლეიკოზის დროს ირღვევა გრანულოციტების ფაგოციტური აქტივობა და ფერხდება ანტისხეულების წარმოქმნის პროცესი, რაც უმძიმეს ინფექციურ გართულებებს იწვევს. ეს გართულებები მეტწილად წაშლილი კლინიკური სურათის ფონზე მიმდინარეობს.

ლეიკოზების ყოველ ფორმას გააჩნია მხოლოდ მისთვის დამახასიათებელი თავისებურებები: მწვავე ლიმფობლასტური ლეიკოზის დროს უფრო ხშირად გამოხატულია ლიმფადენოპათია, ცენტრალური ნერვული სისტემის ლეიკემიზაცია მენინგეალური სიმპტომებით, წნევისა და ციტოზის მომატება თავ-ზურგტვინის სითხეში, წყლულოვანი ცვლილებები კუჭ-ნაწლავის ტრაქტში. 10 წლის ასაკის ზემოთ პროგნოზი ცუდია.

მიელობლასტური ლეიკოზის დროს ნეიროლეიკემია ნაკლებად ვითარდება. რემისიის მაჩვენებელი შედარებით მაღალია.

მიელო-მონოციტური ვარიანტის დროს ხშირია ღრძილების, კანის და ცენტრალური ნერვული სისტემის დაზიანება.

დიაგნოზი ემყარება პერიფერიული სისხლისა და ძვლის ტვინის გამოკვლევას. მწვავე ლეიკოზი დადასტურებულად ითვლება, თუ ბლასტური უჯრედების შემცველობა ძვლის ტვინში 30-40%-ია, დარღვეულია ნორმალური უჯრედების თანაფარდობა. ანემია ხშირად მწვავე ლეიკოზის პირველი გამოვლინებაა. თრომბოციტოპენია ტერმინალური სტადიისთვის არის დამახასიათებელი. სისხლში ბლასტური უჯრედების არსებობა-არარსებობის მიხედვით, ლაპარაკობენ სისხლის ლეიკემიურ ან ალეიკემიურ სურათზე.

სისხლში ბლასტური უჯრედის აღმოჩენის შემთხვევაში დიაგნოსტიკის მიზნით ძვლის ტვინის პუნქცია აღარაა საჭირო, ხოლო ალეიკემიური სურათის დროს — აუცილებელია.

საჭიროა მწვავე ლეიკოზის *დიფერენცირება* აპლაზიურ ანემიასთან, ინფექციურ მონონუკლეოზთან, მეგალობლასტურ ანემიასთან, ხოლო ერითროლეიკოზისა — ჰემოლიზურ ანემიასთან.

მკურნალობა. შემუშავებულია მწვავე ლეიკოზის ინტენსიური ქიმიოთერაპიის სქემები, რომელთა მიზანია ლეიკემიური პათოლოგიური კლონის დათრგუნვა.

მკურნალობის მიზანია ბლასტურ უჯრედებთან, ინფექციურ გართულებებთან, ჰემორაგიულ და სხვა სინდრომებთან ბრძოლა.

ლეიკოზის საწინააღმდეგო მკურნალობა ტარდება რამდენიმე მრავალეტაპიანი პროგრამით, რომელიც მოიცავს: ა) სრული რემისიის ინდუქციას, ბ) რემისიის კონსოლიდაციას, გ) შემანარჩუნებელ (დამხმარე) თერაპიას, დ) რემისიის რეინდუქციას.

მწვავე ლიმფობლასტური ლეიკემიის მკურნალობის მიზანია რემისიის მიღწევა, ხანგრძლივი დამხმარე თერაპიის ჩატარება და ნეიროლეიკოზის პროფილაქტიკა.

მწვავე არალიმფობლასტური ლეიკემიის მკურნალობა ითვალისწინებს ლეიკემიური პროცესის შეკავებას და სიცოცხლის გახანგრძლივებას. ჰემოპოეზის დათრგუნვის გამო ციტოსტატიკური თერაპიის ჩატარება ხშირად შეუძლებელი ხდება.

რემისიის ინდუქცია მიიღწევა ქიმიოთერაპიის ინტენსიური კურსებით. კლინიკურ-ჰემატოლოგიურად რემისია სრულად ითვლება, როცა ერითროციტები და თრომბოციტები ნორმის ფარგლებშია, ძვლის ტვინში ბლასტური უჯრედების შემცველობა 5%-ს არ აღემატება, ექსტრამედულური კერები არ აღინიშნება და კლინიკური სიმპტომები გამოხატული არ არის.

რემისიის კონსოლიდაცია ხდება ინტენსიური ქიმიოთერაპიის 2-3 დამატებითი კურსით.

კონსოლიდაციის შემდეგ ტარდება ნეიროლეიკემიის პროფილაქტიკა. ზურგის ტვინის არხის სადიაგნოსტიკო პუნქცია ხორციელდება ძვლის ტვინის პუნქციიდან მეორე დღეს. პუნქციის დროს, სითხის ამოღებისთანავე, ინტრალუმბალურად შეყავთ მეტოტრექსატი — 12 მგ/მ², მაგრამ არაუმეტეს 15 მგ-ისა. ზურგის ტვინის სითხის ნორმალური უჯრედული შედგენილობის შემთხვევაში ინტრალუმბალურად, ყოველ 2 კვირაში ერთჯერ, შეყავთ მეტოტრექსატი. რემისიის მიღწევის შემდეგ ტარდება ნეიროლეიკოზის პროფილაქტიკის ძირითადი კურსი — თავის დასხივება 1,5 გრეი ერთჯერადი და 24 გრეიმდე ჯამური კეროვანი დოზით.

დასხივების გარეშე ნეიროლეიკოზის პროფილაქტიკა შესაძლებელია მეტოტრექსატისა და ციტოზარის (ალექსანის) ინტრალუმბალურად ხუთჯერადი შეყვანით. შემანარჩუნებელი მკურნალობა მოიცავს მონოქიმიოთერაპიის 3-6-კვირიან კურსებს.

რემისიის რეინდუქცია მიიღწევა ინტენსიური პოლიქიმიოთერაპიის მოკლე პერიოდული კურსებით. ასეთი მკურნალობა საშუალოდ 2-3 წელი გრძელდება. სიცოცხლის 5-წლიანი ხანგრძლივობა 20-40%-ია (ბავშვებში — 80%-მდე).

მოზრდილებში მწვავე ლეიკოზის თანამედროვე მკურნალობისას ქიმიოთერაპიასთან ერთად ტარდება ძვლის ტვინის ტრანსპლანტაციაც. ჯერჯერობით საკამათო რჩება მისი ჩატარების ჩვენებები. ასევე არ არის დაზუსტებული ტრანსპლანტაციის ვადები და ტრანსპლანტატის რომელიმე სახეობის (აუტოლოგიური თუ ალოგენური) უპირატესობა.

ქიმიოთერაპიის პარალელურად, სხვა სიმპტომური საშუალებების ფონზე აუცილებელად უნდა ჩატარდეს ტრანსფუზიული ჩანაცვლებითი თერაპია, ინფუზიური თერაპია, ანტიბაქტერიულ-ანტიმიკოზური მკურნალობა.

ქრონიკული ლიმფოლეიკოზი

ქრონიკული ლიმფოლეიკოზი ვითარდება ერთი წინამორბედი უჯრედის მონოკლონური პროლიფერაციის შედეგად. მის მორფოლოგიურ სუბსტრატს წარმოადგენს მომწიფებული ლიმფოციტები. მათი ფუნქციურად არასრულფასოვნების გამო ირღვევა იმუნური ჰომეოსტაზი, წარმოიშობა აუტოიმუნური კონფლიქტები (ჰემოლიზური ანემია, თრომბოციტოპენია), ქვეითდება ანტიინფექციური დაცვა. დაავადება მამაკაცებში უფრო ხშირად გვხვდება, ვიდრე ქალებში. უმეტესწილად ავადდებიან ხან-

დაზმულ ასაკში – 60 წლის ზევით. ქრონიკული ლიმფოლეიკოზების 95% B-ლიმფოციტებისგან ვითარდება, ხოლო 5% – T-ლიმფოციტებისაგან. B-ლიმფოციტური ქრონიკული ლეიკოზის დროს ლეიკემიური ლიმფოციტები შეიცავს იმუნოგლობულინების (IgM და IgG) მძიმე ჯაჭვებს.

ქრონიკული ლიმფოლეიკოზი ჰისტოლოგიურად შეიძლება იყოს წვრილუჯრედოვანი, პროლიმფოციტურ-ლიმფოციტური და შერეულუჯრედოვანი.

გავრცელების მიხედვით, დაავადება იყოფა სამ სტადიად: A – სიმსივნური პროცესი შემოიფარგლება ლიმფური კვანძების სამი ველით, B – ლიმფოიდური ქსოვილების გენერალიზებული დაზიანება (გადიდებულია ყველა ჯგუფის ლიმფური კვანძი, ელენთა, ღვიძლი) და C – ლიმფადენოპათიას ემატება ანემია და თრომბოციტოპენია.

დაავადების კლინიკურ მიმდინარეობაში გამოყოფენ 4 სტადიას:

I სტადია – ლატენტური – ამ დროს ავადმყოფს ჩივილები არა აქვს და დიაგნოზის დადგენა ხდება შემთხვევით, სისხლის საერთო ანალიზის დროს. სისხლსა და ძვლის ტვინში ნახულობენ ზომიერ ლიმფოციტოზს და გუმპრეხტის უჯრედებს. ეს სტადია 2-3 წელიწადს გრძელდება.

II სტადია – დაავადების მანიფესტაციის სტადია, რომელიც ვლინდება ინტოქსიკაციის მოვლენებით. აღინიშნება საერთო სისუსტე, ადვილად დაღლა, კანის ქავილი, ძვლების ტკივილი, სუბფებრილიტეტი, ყბისქვეშა და კისრის ლიმფური კვანძების გადიდება. იღლიისა და საზარდულის ლიმფური კვანძები იშვიათად დიდდება. ღვიძლი და ელენთა ზომიერადაა გადიდებული. სისხლში ლეიკოციტების შემცველობაა 40,0-80,0X10^9/ლ ლიმფოციტოზით. ანემია ზომიერია.

III სტადია არის გაშლილი სტადია – ზედაპირული და ღრმა ლიმფური კვანძები გადიდებული, რბილი კონსისტენციის და უმტკივნეულოა, ირგვლივმდებარე ქსოვილებთან და კანთან შეზრდილი არ არის. კანსა და ლორწოვან გარსზე შეიძლება გამოვლინდეს დაჭიმული ლიმფოიდური ინფილტრატები. ელენთა და ღვიძლი გადიდებულია, ლეიკოციტების რაოდენობა 150,0-200,0-ს აღწევს, მათი 98% ლიმფოციტებია, ახალგაზრდა ფორმების შემცველობა 2-3%-ს არ აღემატება.

IV – კახექსიურ სტადიაში ხდება ყველა ზემოჩამოთვლილი სიმპტომის პროგრესირება. აღინიშნება ატროფია, შეშუპება, შინაგანი ორგანოების დისტროფიული ცვლილებები. ჰიპოქრომული ანემია, რომელიც ნაწილობრივ აუტოიმუნურია, ტერმინალურ ხარისხს აღწევს. ვითარდება თრომბოციტოპენია ჰემორაგიული დიათეზის თანხლებით.

პაციენტთა სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობა 10-12 წელია.

მკურნალობა. დაავადების საწყის სტადიაში, აგრეთვე იმ შემთხვევებში, როცა ლეიკემიური ინტოქსიკაცია, ლიმფური კვანძების, ელენთის, ღვიძლის გადიდება, ძვლის ტვინის ლიმფოიდური ინფილტრაცია, ანემია და თრომბოციტოპენია გამოხატული არ არის, ტარდება სიმპტომური – ზოგადგამამაგრებელი მკურნალობა და ვიტამინ-თერაპია.

აუტოიმუნური პროცესების განვითარების შემთხვევაში მიზანშეწონილია ჰორმონთერაპია კორტიკოსტეროიდებით.

იმ შემთხვევაში, თუ ლიმფური კვანძები ძალიან გადიდებულია და იწვევს

მეზობელ ორგანოებზე ზეწოლას, მიმართავენ სხივურ თერაპიას. ცალკეულ შემთხვევებში ტარდება ელენთის დასხივებაც.

ქიმიოთერაპიის დაწყების ჩვენებას წარმოადგენს ინტოქსიკაცია, ლეიკოციტების მომატება 50,0×10⁹/ლ-ზე მეტად, ნერვული ქსოვილების ლეიკემიური ინფილტრაცია.

პროგნოზულად უკეთესი მიმდინარეობა აქვს B-უჯრედოვან ქრონიკულ ლიმფოლეიკოზს, T-უჯრედოვანი ფორმები მკურნალობას ცუდად ემორჩილება. დადებით ეფექტს იძლევა α-ინტერფერონით მკურნალობა.

B-უჯრედოვანი ქრონიკული ლეიკოზისგან ცალკე გამოყოფენ ე. წ. „ბუსუსუჯრედოვან" ფორმას, რომელიც ასევე ცნობილია რეტიკულოენდოთელიოზის, რეტიკულო-ლიმფოციტური ლეიკოზის, ჰისტიოლიმფოციტოზის, ლიმფოიდური მიელოფიბროზის სახელწოდებით.

დაავადება დუნედ მიმდინარეობს. იმუნოდეფიციტისა და პანციტოპენიის ფონზე ვითარდება სეფსისი, პნევმონია, ჰეპატოსპლენომეგალია. ელენთა დიდ ზომებს აღწევს. სპლენექტომია მნიშვნელოვნად აუმჯობესებს სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობას. სპლენექტომიის შემდეგ ასევე ეფექტური ხდება კორტიკოსტეროიდული თერაპია, რომელიც მანამდე უშედეგო იყო.

ქრონიკული მიელოლეიკოზი

ქრონიკული მიელოლეიკოზი კლონური მიელოპროლიფერაციული დაავადებაა და ვითარდება მიელოპოეზის ადრეული წინამორბედი უჯრედებისაგან. მისი მორფოლოგიური სუბსტრატია მოუმწიფებელი და მომწიფებადი გრანულოციტები, განსაკუთრებით – ნეიტროფილები. ***ქრონიკული მიელოლეიკოზი*** ლეიკოზების სტრუქტურაში სიხშირის მიხედვით მესამე ადგილზეა. უფრო ხშირად ავადდებიან მამაკაცები. შემთხვევათა 95%-ში ეს სიმსივნე დაკავშირებულია სპეციფიკურ ქრომოსომულ ანომალიასთან Ph(ფილადელფიურ)-ქრომოსომასთან. სხვა მიელოპროლიფერაციული დაავადებებისაგან მას Ph-ქრომოსომის არსებობა-არარსებობა განასხვავებს.

ქრონიკული მიელოლეიკოზის დიაგნოზი ემყარება სისხლის საერთო ანალიზს, ძვლის ტვინის მორფოლოგიურ, ჰისტოლოგიურ, ციტოგენეტიკურ, ციტოქიმიურ გამოკვლევებს, აგრეთვე ბლასტური უჯრედების იმუნოფენოტიპირებას.

ქრონიკული მიელოლეიკოზი პროგრესირებადი დაავადებაა და აქვს განვითარების სამი ფაზა:

I – **ქრონიკული ფაზა**: ხდება წინამორბედი უჯრედების პროლიფერაცია ძვლის ტვინში და ნეიტროფილებისა და თრომბოციტების მომატება – პერიფერიულ სისხლში;

II – **აქსელერაციის ფაზა**: პერიფერიულ სისხლში ჩნდება ბლასტური ფორმები, რომელთა შემცველობა 10%-ს აღწევს; ან ძვლის ტვინში 12%-მდე მატულობს ბლასტების შემცველობა; ან ძვლის ტვინსა და პერიფერიულ სისხლში ბლასტებისა და პრომიელოციტების საერთო შემცველობა 30%-ია. კლინიკურად ვლინდება ცხელება, ძვლების ტკივილი, ჰეპატო-სპლენომეგალია;

III – **ბლასტური კრიზი**: ძვლის ტვინსა და პერიფერიულ სისხლში ბლასტური უჯრედების შემცველობა 30%-ს აღემატება. ვითარდება სპლენომეგალია ელენთის ინფარქტის თანხლებით, ჩნდება ექსტრამედულური ლეიკემიური უბნები.

დაავადების პროგნოზს აუარესებს შემდეგი ფაქტორების არსებობა: ასაკი – 60 წელი და მეტი, ელენთის გადიდება – 10 სმ-ზე მეტად, ბლასტური უჯრედების შემცველობა ძვლის ტვინში ან პერიფერიულ სისხლში – 3%-ზე მეტი; ბაზოფილების შემცველობა: პერიფერიულ სისხლში – > 7%, ძვლის ტვინში – > 3%, თრომბოციტების შემცველობა ძვლის ტვინში – > 700000×10⁹/ლ.

აღნიშნული პარამეტრების შესაბამისად, გამოყოფენ დაავადების რისკის 3 კატეგორიას:

I კატეგორია – დაბალი რისკი – ჩამოთვლილი რისკის ფაქტორებიდან არც ერთი არ აღინიშნება ან არის მხოლოდ ერთი რისკის ფაქტორი;

II კატეგორია – შუალედური რისკი – აღინიშნება ორი პროგნოზული ფაქტორი;

III კატეგორია – მაღალი რისკი – აღინიშნება 2 და მეტი არაკეთილსაიმედო ფაქტორი.

დაავადების კლინიკურ მიმდინარეობაში გამოყოფენ სამ – საწყის, გაშლილ და ტერმინალურ – სტადიას.

საწყისი სტადიის ამოცნობა ხდება შემთხვევით, სისხლის საერთო ანალიზით.

გაშლილი სტადიის დროს აღინიშნება ინტოქსიკაციის ნიშნები: ადვილად დაღლა, ოფლიანობა, სუბფებრილური ტემპერატურა, წონაში მოკლება, აგრეთვე ტკივილი მარცხენა ფერდქვეშა არეში, ელენთის მკვეთრად გადიდებასთან ერთად. ელენთაში ვითარდება ინფარქტი, დიდდება ღვიძლიც. ლიმფური კვანძების გადიდება დამახასიათებელი არ არის და იშვიათად გვხვდება. ჰემორაგიული გამოვლინებები არ აღინიშნება. ლეიკემიური ინფილტრაცია ან მეორეული ინფექცია შეიძლება პნევმონიის, კარდიალგიის და არითმიის გამომწვევი მიზეზი გახდეს.

ტერმინალური სტადიის დროს სახეზეა ინტოქსიკაციის ნიშნები, ძვლების და სახსრების ტკივილი. როცა ლიმფოიდური ინფილტრაცია გასცდება ძვლის ტვინს, ზიანდება ნერვული ფესვები და ვითარდება რადიკულიტისათვის დამახასიათებელი ტკივილები, ჩნდება კანქვეშა ლეიკემიური ინფილტრატები, ლიმფური კვანძები სარკომულად გადაგვარდება, სიკვდილის მიზეზი ხშირად თანმხლები ინფექციის გენერალიზაციაა.

დაავადების გაშლილ სტადიაში სისხლში ლეიკოციტების შემცველობა 200,0-400,0X10⁹/ლ-მდეა. მარცხნივ გადახრა მიელოციტამდე და პრომიელოციტამდე აღწევს. აღინიშნება ზომიერი ანემია. მომატებულია თრომბოციტების შემცველობა. ედს-ი მაღალია. ძვლის ტვინში მომატებულია გრანულოციტების მომწიფებული ფორმები. ტერმინალურ სტადიაში სისხლში მატულობს ახალგაზრდა გრანულოციტების რაოდენობა და დაავადება მწვავე ლეიკოზს ემსგავსება; ბლასტური უჯრედების რაოდენობა ძვლის ტვინშიც მატულობს და შემადგენლობა ახალგაზრდავდება.

პათოგნომურია ძვლის ტვინის მიელოიდური უჯრედების ბირთვებში ფილადელფიური ქრომოსომის არსებობა.

ბლასტური კრიზი კლინიკურად მწვავე ლეიკოზს წააგავს.

მკურნალობა. დაავადების საწყის სტადიაში ტარდება სიმპტომური ზოგადგამამაგრებელი მკურნალობა. სპეციფიკური მკურნალობა უნდა ჩატარდეს ინტოქსიკაციის მოვლენების, ელენთის ან ღვიძლის გადიდების და ლეიკოციტების 50,0×10⁹/ლ-ზე

მეტი შემცველობის დროს. მკურნალობის მიზანია ძირითადი სიმსივნური მასის შემცირება და ავადმყოფის დამაკმაყოფილებელი სომატური მდგომარეობის გახანგრძლივება. სამკურნალოდ გამოიყენება მიელოსანი, მილერანი, ბლასტური კრიზების დროს – 6-მერკაპტოპურინი.

რეტიკულოსარკომა (C96)

რეტიკულოსარკომა ავთვისებიანი სიმსივნეა და რეტიკულური ქსოვილებისგან ვითარდება. მამაკაცები უფრო ხშირად ავადდებიან, ვიდრე ქალები.

ადრეულ სტადიაში ლოკალურად ზიანდება ლიმფური კვანძები, ელენთა, ძვლები. დაავადების პროგრესირებისას დამახასიათებელია ინფილტრაციული ზრდა. რეტიკულოსარკომა არღვევს კაფსულას, ჩაიზრდება ირგვლივმდებარე ქსოვილებში და იწვევს მათ დესტრუქციას. პროცესის გენერალიზაციის დროს შორეულ ორგანოებსა და ქსოვილებში ვითარდება მეტასტაზები.

დაავადების კლინიკური მიმდინარეობა ისეთივეა, როგორიც ლიმფოგრანულომატოზის დროს, მხოლოდ დამახასიათებელია ლიმფური კვანძების კანში ინფილტრაცია, დაწყლულება და ტკივილი. შუასაყარის ფორმის დროს ვითარდება სუნთქვისა და ყლაპვის გაძნელება, აბდომინური ფორმის დროს – ნაწლავთა გაუვალობა. კუჭ-ნაწლავის რეტიკულოსარკომის დროს ვითარდება მადის დაქვეითება, ტკივილი მუცლის არეში, გულისრევა-პირღებინება, პალპაციით ისინჯება სიმსივნე (ზოგჯერ – რამდენიმე სიმსივნე ერთდროულად).

განურჩევლად ლოკალიზაციისა, რეტიკულოსარკომა ადრე თუ გვიან განიცდის გენერალიზაციას, ახიანებს ძვლის ტვინს და მწვავე ლეიკოზის ფორმას იღებს.

დიაგნოზი ემყარება ციტოლოგიური, ჰისტოლოგიური, ულტრაბგერითი გამოკვლევების მონაცემებს. რეტიკულოსარკომის ლიმფოსარკომისგან დიფერენცირება ზოგჯერ ძნელია.

უჯრედებში ციტოლოგიურად დადგენილი არასპეციფიკური ესთერაზის არსებობა და გლიკოგენის არარსებობა რეტიკულოსარკომაზე მიუთითებს.

რეტიკულოსარკომის ლოკალური (ნუშურა ჯირკვლების, ცხვირ-ხახის) ფორმების დროს ტარდება სხივური თერაპია, კუჭ-ნაწლავის ფორმის დროს – ქირურგიული ოპერაცია, ნოდულური ფორმების დროს – ქიმიოთერაპია.

დაავადების რემისიის ან სიმსივნის ქირურგიული ამოკვეთის შემდეგ პროფილაქტიკური ქიმიოთერაპიის კურსები უეფექტოა.

ერითრემია (D45)

ერითრემია (ჭეშმარიტი პოლიციტემია, ვაკეზის დაავადება), თანამედროვე კლასიფიკაციით, სისხლმბადი სისტემის კეთილთვისებიან სიმსივნეთა ჯგუფს მიეკუთვნება და წარმოადგენს მიელოპროლიფერაციულ დაავადებას, რომელსაც საფუძვლად უდევს ძვლის ტვინის ყველა განშტოების (განსაკუთრებით ერითროიდულის) ჰიპერპლაზია-პროლიფერაცია, რის შედეგადაც მატულობს ერითროციტების რაოდენობა და მასა, ვითარდება პლეთორა (სისხლსავსეობა).

დაავადებისათვის დამახასიათებელია ძვლის ტვინის ყველა უჯრედული ელემენტის ჰიპერპლაზია (პანმიელოზი) გამოხატული მეგაკარიოციტოზის თანხლებით, ძვლის დიაფიზებში ყვითელი ტვინის წითელ ტვინში გარდაქმნა, ღვიძლში, ელენ-

თასა და სხვა ორგანოებში ჰემოპოეზის ექსტრამედულური კერების გაჩენა მიელოიდური მეტასტაზის განვითარებასთან ერთად, რაც ჰეპატოსპლენომეგალიის სახით ვლინდება. საბოლოოდ, ძვლის ტვინში ყალიბდება ფიბროზული და ოსტეოსკლეროზული პროცესები, რითაც ერითრემია მიელოლეიკოზს ემსგავსება. ხშირად ნახულობენ შინაგანი ორგანოებისა და თავის ტვინის სისხლსავსეობას, თრომბოზს და ინფარქტებს.

ერითრემია ხშირია ხანდაზმული ასაკის ავადმყოფებში. უპირატესად გვხვდება მამაკაცებში. კლინიკური მიმდინარეობა დამოკიდებულია დაავადების სტადიაზე. განარჩევენ 3 სტადიას: საწყისს, ერითრემიულს (გაშლილს) და ტერმინალურს.

საწყის სტადიაში დაავადების დიაგნოსტიკა ვერ ხერხდება. ავადმყოფები უჩივიან ადვილად დაღლას, გონებრივი შრომისუნარიანობის დაქვეითებას, ზოგჯერ — არტერიული წნევის მომატებას, გარეგნული ცვლილებები არ აღენიშნებათ.

ერითრემიულ სტადიაში ვითარდება კანის ჰიპერემია, სპლენო-ჰეპატომეგალია, თრომბოზები და ჰემორაგიები. აღინიშნება არტერიული წნევის მომატება, ზოგჯერ — ცერებრალური სიმპტომატიკის განვითარებით, შემაწუხებელი თავის ტკივილები მხედველობის მოშლის ნიშნებით, ძვლების, სახსრების, ელენთის, მთელი მუცლის მიდამოს ტკივილი, აკროპარესთეზიები, ერითრომელალგია — ხელის და ფეხის თითების ბოლოებში შეტევითი მწველი ტკივილები ფუნქციური სისხლძარღვოვანი მოშლილობებით, ჰიპერურიკემია, სისხლდენები ცხვირიდან, ღრძილებიდან, თავის ტვინის, კორონარული და ქვემო კიდურების არტერიული თრომბოზები, ზოგჯერ — კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულოვანი დაავადება.

ტერმინალურ სტადიაში გარეგანი გამოვლინებები ქრება, აღინიშნება ელენთისა და ღვიძლის პროგრესირებადი გადიდება, ანემია, საბოლოოდ ყალიბდება მიელოფიბროზი, ქრონიკული მიელოლეიკოზი ან მწვავე ლეიკოზი.

ჰემატოლოგიური მაჩვენებლები საწყის სტადიაში ნორმის ზედა ზღვარზეა. ერითრემიულ სტადიაში აღინიშნება პანციტემია (Er — 6-12 მლნ/მკლ, Hb — 180-200 გ/ლ, — 15,0-18,0 X 10^9 ლ, ნეიტროფილოზი მარცხნივ გადახრით, თრომბოციტოზი — 1 000 000-მდე). ასეთ დროს ფერადობის მაჩვენებელი 1,0-ზე ნაკლებია, ჰემატოკრიტი — მომატებული, ედსი დაქვეითებულია.

დიაგნოზი ისმება ტრეპანბიოფსიით. დიფერენცირება ხდება მეორეულ ერითროციტოზებთან.

მკურნალობა. თუ დაავადების საწყის სტადიაში აღინიშნება სისხლსავსეობა, მიმართავენ 400-500 მლ სისხლის გამოშვებას კვირაში ერთჯერ, რომელიც არამყარ ეფექტს იძლევა და საბოლოოდ შეიძლება რკინის დეფიციტი მოჰყვეს.

ერითრემიულ სტადიაში გამოიყენება ციტოსტატიკური თერაპია (იმიფოსი, მიელობრომოლი, ჰიდროქსიშარდოვანას პრეპარატები). რადიოაქტიური ფოსფორით მკურნალობას აღარ მიმართავენ მისი ძლიერ გამოხატული მუტაგენური ეფექტის გამო.

ტერმინალურ სტადიაში, მიელოფიბროზის დროს, ტარდება ჰემოტრანსფუზია და ანაბოლური ჰორმონებით მკურნალობა.

სიმპტომური მკურნალობისთვის გამოიყენება ანტიკოაგულანტები, ასპირინი და ჰიპოტენზიური საშუალებები.

ოსტეომიელოფიბროზი არის სისტემური მიელოპროლიფერაციული დაავადება, რომლის დროსაც სისხლმბად სისტემაში ერთდროულად ვითარდება მიელოიდური მეტაპლაზია, ფიბროზული შემაერთებელი ქსოვილი და ოსტეოსკლეროზი.

კლინიკურად ჯერ ვლინდება სპლენომეგალია, ხშირად – ჰეპატომეგალიასთან ერთად; ზოგჯერ აღინიშნება ძვლების ტკივილი, სუბფებრილიტეტი. თავდაპირველად ლეიკოციტების რაოდენობა ნორმის ფარგლებშია, შემდეგ იცვლება ლეიკოციტოზით (20,0-40,0 X 10^9 ლ), ნეიტროფილების ოდნავ მარცხნივ გადახრით. აღინიშნება თრომბოციტოზი და ანემია.

მიელოფიბროზული უბნის პუნქციისას ნახულობენ უჯრედული კომპონენტებით ღარიბ, ხოლო ნემსის წვერის ჰიპერპლაზიურ უბანში მოხვედრისას – უჯრედებით მდიდარ ძვლის ტვინს.

ტრეპანბიოფსიით მიღებული მასალის ჰისტოლოგიური გამოკვლევით აღინიშნება უჯრედული ჰიპერპლაზია, ფიბრობლასტური ქსოვილების ზრდა, ძვლოვანი ხარიხების გასქელება და პათოლოგიური ძვალწარმოქმნის კერების არსებობა.

რენტგენოლოგიურად ნახულობენ ლულოვანი და ბრტყელი ძვლების ენდოოსტურ სკლეროზს.

დაავადება მიმდინარეობს ქრონიკულად, 10-25 წლის განმავლობაში. ტერმინალურ სტადიაში ვითარდება ანემია. პროცესი ხშირად მთავრდება ლეიკემიზაციით, რომელიც იძენს მწვავე ლეიკოზის ნიშნებს ცხელებით და ჰემორაგიული გამოვლინებებით. ნორმალური ან მომატებული ლეიკოციტების ფონზე ძვლის ტვინსა და პერიფერიულ სისხლში აღინიშნება ბლასტური უჯრედების მაღალი შემცველობა.

მკურნალობა ლატენტურ პერიოდში შემოიფარგლება ვიტამინ-დიეტთერაპიით, შრომისა და დასვენების რეჟიმის მოწესრიგებით. პროცესის გააქტიურების შემთხვევაში მკურნალობა ტარდება ციტოსტატიკებითა და კორტიკოსტეროიდებით.

პირველადად მრავლობითი ავთვისებიანი სიმსივნეები (C97)

პირველადად მრავლობითი ეწოდება სიმსივნეებს, რომლებიც ვითარდება ერთმანეთისგან დამოუკიდებლად ერთზე მეტ კერაში, სინქრონულად (ერთდროულად) ან მეტაქრონულად (დროის სხვადასხვა მონაკვეთში – რამდენიმე წლიდან რამდენიმე ათეული წლის ინტერვალით).

პირველადად მრავლობით სიმსივნეებს მეტწილად ერთი და იგივე რისკის ფაქტორები გააჩნიათ. მაგალითად, თანმხლები სიმსუქნე, დიაბეტი და ჰიპერტონული დაავადება წარმოადგენს ძუძუს, საშვილოსნოს ტანის, მსხვილი ნაწლავის კიბოს რისკის ფაქტორებს, ამიტომ შედარებით ხშირია ამ ორგანოთა სინქრონული ან მეტაქრონული სიმსივნეები. ასევე ხშირია ხორხისა და ფილტვის მეტაქრონული კიბო, კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის პოლიპოზის ფონზე განვითარებული მრავლობითი სიმსივნეები (აღწერილია შემთხვევა, როცა ერთ ავადმყოფს 30 წლის განმავლობაში თანმიმდევრულად, 6-8 წლის ინტერვალით, განუვითარდა კუჭის, სწორი ნაწლავის, ბრმა ნაწლავის, დასწვრივი კოლინჯის და ბოლოს – კუჭის ტაკვის კიბო).

ხშირად პირველადად მრავლობითი სიმსივნეები ერთმანეთისაგან განსხვავდება ჰისტომორფოლოგიური შენებით, რომლის საფუძველზე შესაძლებელია ერთმანეთისაგან

გავარჩიოთ, ვთქვათ, ერთი ძუძუს კიბოს მკურნალობის შემდეგ კონტრალატერალურ ძუძუში განვითარებული სიმსივნე მეტასტაზურია თუ მეორე დამოუკიდებელი სიმსივნე.

სტატისტიკური ანგარიშისთვის პირველადად მრავლობითი დამოუკიდებელი სიმსივნეების აღრიცხვა ცალ-ცალკე ერთეულად ხდება, ხოლო პირველ ნომრად აფიქსირებენ უფრო მძიმე მიმდინარეობის მქონე სიმსივნეს.

მკურნალობა. პირველადად მრავლობითი სინქრონული სიმსივნეების დროს ერთმანეთისაგან დამოუკიდებლად განისაზღვრება მათი გავრცელება (სტადია). ოპერაბელობის შემთხვევაში იწყებენ შინაგანი ან უფრო მძიმე ლოკალიზაციის („ლიდერი“) სიმსივნის მკურნალობით, მაგალითად, ძუძუს და კუჭის სინქრონული კიბოს შემთხვევაში ჯერ კეთდება კუჭის, ხოლო მეორე ეტაპზე (კუჭის კიბოს რადიკალური მკურნალობის შემთხვევაში) – ძუძუს ოპერაცია.

მეტაქრონულად განვითარებული მეორე ლოკალიზაციის კიბოს დროს ტარდება დეტალური გამოკვლევა როგორც მისი გავრცელების დასადგენად, ასევე წინამორბედი სიმსივნის შემდგომი მდგომარეობის შესაფასებლად. იმ შემთხვევაში, თუ არც პირველი და არც მომდევნო სიმსივნის გავრცელება არ აღინიშნება, ტარდება რადიკალური ოპერაცია, ხოლო ერთ-ერთი სიმსივნის გავრცელების შემთხვევაში ოპერაციული მკურნალობა პალიატიური ან სიმპტომურია.

სხივური ან მედიკამენტური მკურნალობის დანიშვნა ხდება ჩვეულებრივ, ისე, როგორც ერთი სიმსივნური კერის შემთხვევაში, თუმცა ქიმიოთერაპიის სქემების შერჩევისას ითვალისწინებენ მეორე სიმსივნეზე მედიკამენტების ზემოქმედებასაც.

დანართი

სიმსივნეების (C00-C97, D00-D48) და თანმხლები დაავადებების ნომენკლატურა

C00-C14	ტუჩის, პირის ღრუს და ხახის ავთვისებიანი სიმსივნეები
C15-C26	საჭმლის მომნელებელი ორგანოების ავთვისებიანი სიმსივნეები
C30-C39	სასუნთქი სისტემის და გულმკერდის ორგანოების ავთვისებიანი სიმსივნეები
C40-C41	ძვლების და სასახსრე ხრტილების ავთვისებიანი სიმსივნეები
C43-C44	მელანომა და კანის სხვა ავთვისებიანი სიმსივნეები
C45-C49	მეზოთელური და რბილი ქსოვილების ავთვისებიანი სიმსივნეები
C50	ძუძუს ავთვისებიანი სიმსივნეები
C51-C58	ქალის სასქესო ორგანოების ავთვისებიანი სიმსივნეები
C60-C63	მამაკაცის სასქესო ორგანოების ავთვისებიანი სიმსივნეები
C64-C68	საშარდე სისტემის ავთვისებიანი სიმსივნეები
C69-C72	თვალის, თავის ტვინისა და ცენტრალური ნერვული სისტემის ავთვისებიანი სიმსივნეები
C73-C75	ფარისებრი და სხვა ენდოკრინული ჯირკვლების ავთვისებიანი სიმსივნეები
C76	სხვა და არამკაფიოდ განსაზღვრული ლოკალიზაციის ავთვისებიანი სიმსივნეები
C77	ლიმფური კვანძების ავთვისებიანი სიმსივნეები
C80	დაუზუსტებელი ლოკალიზაციის ავთვისებიანი სიმსივნეები
C81-C96	ლიმფოიდური, ჰემოპოეზური და მონათესავე ქსოვილების ავთვისებიანი სიმსივნეები
C97	პირველადად მრავლობითი დამოუკიდებელი ლოკალიზაციის ავთვისებიანი სიმსივნეები
D00-D09	in situ სიმსივნეები
D10-D36	კეთილთვისებიანი სიმსივნეები
D37-D48	გაურკვეველი ან უცნობი ქცევის სიმსივნეები
D50-D89	სისხლის, სისხლმბადი ორგანოების დაავადებები და იმუნური მექანიზმებით მიმდინარე ზოგიერთი დარღვევები
A, B	ინფექციური დაავადებები
E	ენდოკრინული ორგანოების დაავადებები და ნივთიერებათა ცვლის მოშლა.
F	ფსიქიკური დაავადებები
G	ნერვული სისტემის დაავადებები
H	თვალისა და მისი დანამატების დაავადებები, ყურისა და დვრილისებრი მორჩის დაავადებები

I	სისხლის მიმოქცევის სისტემის დაავადებები
J	სასუნთქი სისტემის დაავადებები
K	საჭმლის მომნელებელი ორგანოების დაავადებები
L	კანისა და კანქვეშა ქსოვილების ინფექციური დაავადებები
M	ძვალ-კუნთოვანი სისტემის და შემაერთებელი ქსოვილის დაავადებები
N	შარდ-სასქესო სისტემის დაავადებები
O	ორსულობის, მშობიარობისა და ლოგინობის ხანის დაავადებები
Q	თანდაყოლილი მანკები, დეფორმაციები და ქრომოსომული დარღვევები

C00-C97	**ავთვისებიანი სიმსივნეები**
C00-C14	**ტუჩის, პირის ღრუსა და ხაჩის ავთვისებიანი სიმსივნეები**
C00	**ტუჩის ავთვისებიანი სიმსივნეები**
C00.0	ზედა ტუჩის ავთვისებიანი სიმსივნეები
C00.1	ქვედა ტუჩის ავთვისებიანი სიმსივნეები
C00.8	ტუჩის ავთვისებიანი სიმსივნეები სხვა ანატომიურ სტრუქტურებზე გავრცელებით
C00.9	ტუჩის დაუზუსტებელი ნაწილის ავთვისებიანი სიმსივნეები
C01	**ენის ძირის ავთვისებიანი სიმსივნეები**
C01.9	ენის ძირის დაუზუსტებელი ნაწილის ავთვისებიანი სიმსივნეები
C02	**ენის სხვა და დაზუსტებელი ნაწილების ავთვისებიანი სიმსივნეები**
C02.0	ენის ზურგის ავთვისებიანი სიმსივნეები
C02.1.1	ენის გვერდითი ზედაპირის ავთვისებიანი სიმსივნეები
C02.1.2	ენის წვერის ავთვისებიანი სიმსივნეები
C02.2.1	ენის ქვედა ზედაპირის ავთვისებიანი სიმსივნეები
C02.2.2	ენის ლაგამის ავთვისებიანი სიმსივნეები
C02.3	ენის წინა 2/3-ის დაუზუსტებელი ნაწილის ავთვისებიანი სიმსივნეები
C02.4	ენის ნუშურების ავთვისებიანი სიმსივნეები
C02.8	ენის ავთვისებიანი სიმსივნეები სხვა ანატომიურ სტრუქტურებზე გავრცელებით
C02.9	ენის დაუზუსტებელი ნაწილის ავთვისებიანი სიმსივნეები
C03	**ღრძილის ავთვისებიანი სიმსივნეები**
C03.0	ზედაყბის ღრძილის ავთვისებიანი სიმსივნეები
C03.1	ქვედაყბის ღრძილის ავთვისებიანი სიმსივნეები
C03.9	ღრძილის დაუზუსტებელი ნაწილის ავთვისებიანი სიმსივნეები

C04	**პირის ღრუს ფსკერის ავთვისებიანი სიმსივნეები**
C04.0	პირის ღრუს ფსკერის წინა ნაწილის ავთვისებიანი სიმსივნეები
C04.1	პირის ღრუს ფსკერის გვერდითი ნაწილის ავთვისებიანი სიმსივნეები
C04.8	პირის ღრუს ფსკერის ავთვისებიანი სიმსივნეები სხვა ანატომიურ სტრუქტურებზე გავრცელებით
C04.9	პირის ღრუს ფსკერის დაუზუსტებელი ნაწილის ავთვისებიანი სიმსივნეები
C05	**სასის ავთვისებიანი სიმსივნეები**
C05.0	მაგარი სასის ავთვისებიანი სიმსივნეები
C05.1	რბილი სასის ავთვისებიანი სიმსივნეები
C05.2	ნაქის ავთვისებიანი სიმსივნეები
C05.8	სასის ავთვისებიანი სიმსივნეები სხვა ანატომიურ სტრუქტურებზე გავრცელებით
C05.9	სასის დაუზუსტებელი ნაწილის ავთვისებიანი სიმსივნეები
C06	**პირის ღრუს სხვა და დაუზუსტებელი ნაწილის ავთვისებიანი სიმსივნეები**
C06.0	ლოყის ლორწოვანი გარსის ავთვისებიანი სიმსივნეები
C06.8	პირის ღრუს ავთვისებიანი სიმსივნეები სხვა ანატომიურ სტრუქტურებზე გავრცელებით
C06.9	პირის ღრუს დაუზუსტებელი ნაწილის ავთვისებიანი სიმსივნეები
C07	**სანერწყვე ჯირკვლის ავთვისებიანი სიმსივნეები**
C07.9	სანერწყვე ჯირკვლის დაუზუსტებელი ნაწილის ავთვისებიანი სიმსივნეები
C08	**სხვა და დაუზუსტებელი დიდი სანერწყვე ჯირკვლების ავთვისებიანი სიმსივნეები**
C08.0	ყბისქვეშა სანერწყვე ჯირკვლის ავთვისებიანი სიმსივნეები
C08.1	ენისსქვეშა სანერწყვე ჯირკვლის ავთვისებიანი სიმსივნეები
C08.8	დიდი სანერწყვე ჯირკვლების ავთვისებიანი სიმსივნეები სხვა ანატომიურ სტრუქტურებზე გავრცელებით
C08.9	დიდი სანერწყვე ჯირკვლების დაუზუსტებელი ნაწილის ავთვისებიანი სიმსივნეები
C09	**სასის ნუშურა ჯირკვლის ავთვისებიანი სიმსივნეები**
C09.8	სასის ნუშურა ჯირკვლის ავთვისებიანი სიმსივნეები სხვა ანატომიურ სტრუქტურებზე გავრცელებით
C09.9	სასის ნუშურა ჯირკვლის დაუზუსტებელი ნაწილის ავთვისებიანი სიმსივნეები

C10	**პირ-ხახის ავთვისებიანი სიმსივნეები**
C10.8	პირ-ხახის ავთვისებიანი სიმსივნეები სხვა ანატომიურ სტრუქტურებზე გავრცელებით
C10.9	პირ-ხახის დაუზუსტებელი ნაწილის ავთვისებიანი სიმსივნეები
C11	**ცხვირ-ხახის ავთვისებიანი სიმსივნეები**
C11.0.1	ცხვირ-ხახის ზედა კედლის ავთვისებიანი სიმსივნეები
C11.0.2	ცხვირ-ხახის თაღის ავთვისებიანი სიმსივნეები
C11.1.1	ცხვირ-ხახის უკანა კედლის ავთვისებიანი სიმსივნეები
C11.1.2	ხახის ნუშურა ჯირკვლის ავთვისებიანი სიმსივნეები
C11.2	ცხვირ-ხახის გვერდითი კედლის ავთვისებიანი სიმსივნეები
C11.3	ცხვირ-ხახის წინა კედლის ავთვისებიანი სიმსივნეები
C11.8	ცხვირ-ხახის ავთვისებიანი სიმსივნეები სხვა ანატომიურ სტრუქტურებზე გავრცელებით
C11.9	ცხვირ-ხახის დაუზუსტებელი ნაწილის ავთვისებიანი სიმსივნეები
C12	**მსხლისებრი წიაღის ავთვისებიანი სიმსივნეები**
C12.9	მსხლისებრი წიაღის დაუზუსტებელი ნაწილის ავთვისებიანი სიმსივნეები
C13	**ხორხ-ხახის ავთვისებიანი სიმსივნეები**
C13.1	ციცხვ-ხორხსარქვლის ნაოჭის ავთვისებიანი სიმსივნეები
C13.2	ხორხ-ხახის უკანა კედლის ავთვისებიანი სიმსივნეები
C13.8	ხორხ-ხახის ავთვისებიანი სიმსივნეები სხვა ანატომიურ სტრუქტურებზე გავრცელებით
C13.9	ხორხ-ხახის დაუზუსტებელი ნაწილის ავთვისებიანი სიმსივნეები
C14	**ტუჩის, პირის ღრუსა და ხახის სხვა და დაუზუსტებელი ლოკალიზაციის ავთვისებიანი სიმსივნეები**
C14.1	ხორხ-ხახის ავთვისებიანი სიმსივნეები
C14.8	ტუჩის, პირის ღრუსა და ხახის სხვა და დაუზუსტებელი ლოკალიზაციის ავთვისებიანი სიმსივნეები სხვა ანატომიურ სტრუქტურებზე გავრცელებით
C15-C26	**საჭმლის მომნელებელი ორგანოების ავთვისებიანი სიმსივნეები**
C15	**საყლაპავის ავთვისებიანი სიმსივნეები**
C15.0	საყლაპავის კისრის ნაწილის ავთვისებიანი სიმსივნეები
C15.1	საყლაპავის გულმკერდის ნაწილის ავთვისებიანი სიმსივნეები
C15.2	საყლაპავის აბდომინური ნაწილის ავთვისებიანი სიმსივნეები

C15.3 საყლაპავის ზედა მესამედის ავთვისებიანი სიმსივნეები
C15.4 საყლაპავის შუა მესამედის ავთვისებიანი სიმსივნეები
C15.5 საყლაპავის ქვედა მესამედის ავთვისებიანი სიმსივნეები
C15.8 საყლაპავის ავთვისებიანი სიმსივნეები სხვა ანატომიურ სტრუქტურებზე გავრცელებით
C15.9 საყლაპავის დაუზუსტებელი ნაწილის ავთვისებიანი სიმსივნეები

C16 კუჭის ავთვისებიანი სიმსივნეები
C16.0 კუჭის კარდიალური ნაწილის ავთვისებიანი სიმსივნეები
C16.1 კუჭის თაღის ავთვისებიანი სიმსივნეები
C16.2 კუჭის სხეულის ავთვისებიანი სიმსივნეები
C16.3 კუჭის ანტრალური ნაწილის ავთვისებიანი სიმსივნეები
C16.4 კუჭის პილორული ნაწილის ავთვისებიანი სიმსივნეები
C16.5 კუჭის მცირე სიმრუდის დაუზუსტებელი ნაწილის ავთვისებიანი სიმსივნეები
C16.6 კუჭის დიდი სიმრუდის დაუზუსტებელი ნაწილის ავთვისებიანი სიმსივნეები
C16.8 კუჭის ავთვისებიანი სიმსივნეები სხვა ანატომიურ სტრუქტურებზე გავრცელებით
C16.9 კუჭის დაუზუსტებელი ნაწილის ავთვისებიანი სიმსივნეები

C17 წვრილი ნაწლავის ავთვისებიანი სიმსივნეები
C17.0 12-გოჯა ნაწლავის ავთვისებიანი სიმსივნეები
C17.1 მლიავი ნაწლავის ავთვისებიანი სიმსივნეები
C17.2 თეძოს ნაწლავის ავთვისებიანი სიმსივნეები
C17.8 წვრილი ნაწლავის ავთვისებიანი სიმსივნეები სხვა ანატომიურ სტრუქტურებზე გავრცელებით
C17.9 წვრილი ნაწლავის დაუზუსტებელი ნაწილის ავთვისებიანი სიმსივნეები

C18 კოლინჯის ავთვისებიანი სიმსივნეები
C18.0.1 ბრმა ნაწლავის ავთვისებიანი სიმსივნეები
C18.0.2 ილეოცეკალური (ბაუგინის) სარქვლის ავთვისებიანი სიმსივნეები
C18.1 ჭიანაწლავის ავთვისებიანი სიმსივნეები
C18.2 ასწვრივი კოლინჯის ავთვისებიანი სიმსივნეები
C18.3 კოლინჯის ღვიძლის ნაკეცის ავთვისებიანი სიმსივნეები
C18.4 განივი კოლინჯის ავთვისებიანი სიმსივნეები
C18.5 კოლინჯის ელენთის ნაკეცის ავთვისებიანი სიმსივნეები
C18.6 დასწვრივი კოლინჯის ავთვისებიანი სიმსივნეები
C18.7 სიგმოიდური კოლინჯის ავთვისებიანი სიმსივნეები

C18.8	კოლინჯის ავთვისებიანი სიმსივნეები სხვა ანატომიურ სტრუქტურებზე გავრცელებით
C18.9	კოლინჯის დაუზუსტებელი ნაწილის ავთვისებიანი სიმსივნეები
C19	**მსხვილი ნაწლავის რექტოსიგმოიდური შეერთების (რექტოსიგმის) ავთვისებიანი სიმსივნეები**
C20	**სწორი ნაწლავის ავთვისებიანი სიმსივნეები**
C20.9	სწორი ნაწლავის დაუზუსტებელი ნაწილის ავთვისებიანი სიმსივნეები
C21	**ყითსა და ანალური არხის ავთვისებიანი სიმსივნეები**
C21.8.1	სწორი ნაწლავის, ყითსა და ანალური არხის ავთვისებიანი სიმსივნეები სხვა ანატომიურ სტრუქტურებზე გავრცელებით
C22	**ღვიძლისა და ღვიძლშიგა სანაღველე გზების ავთვისებიანი სიმსივნეები**
C22.0	ღვიძლის ავთვისებიანი სიმსივნეები
C22.1.1	ინტრაჰეპატური ნაღვლის სადინარის ავთვისებიანი სიმსივნეები
C22.1.2	ქოლანგიოკარცინომა
C22.2	ჰეპატობლასტომა
C23	**ნაღვლის ბუშტის ავთვისებიანი სიმსივნეები**
C23.9	ნაღვლის ბუშტის დაუზუსტებელი ნაწილის ავთვისებიანი სიმსივნეები
C24	**ნაღვლის გამომტანი სადინარების სხვა და დაუზუსტებელი ლოკალიზაციის ავთვისებიანი სიმსივნეები**
C24.0	ექსტრაჰეპატური ნაღვლის სადინარის ავთვისებიანი სიმსივნეები
C24.1	ფატერის დვრილის ავთვისებიანი სიმსივნეები
C24.8	ნაღვლის სადინარების ავთვისებიანი სიმსივნეები სხვა ანატომიურ სტრუქტურებზე გავრცელებით
C24.9	ნაღვლის გამომტანი სადინარების დაუზუსტებელი ნაწილის ავთვისებიანი სიმსივნეები
C25	პანკრეასის ავთვისებიანი სიმსივნეები
C25.0	პანკრეასის თავის ავთვისებიანი სიმსივნეები
C25.1	პანკრეასის სხეულის ავთვისებიანი სიმსივნეები
C25.2	პანკრეასის კუდის ავთვისებიანი სიმსივნეები
C25.3	პანკრეასის სადინარის ავთვისებიანი სიმსივნეები
C25.4	ლანგერჰანსის კუნძულების ავთვისებიანი სიმსივნეები
C25.7	პანკრეასის სხვა ნაწილების ავთვისებიანი სიმსივნეები
C25.8	პანკრეასის ავთვისებიანი სიმსივნეები სხვა ანატომიურ სტრუქტურებზე გავრცელებით

C25.9 პანკრეასის დაუზუსტებელი ნაწილის ავთვისებიანი სიმსივნეები

C26 საჭმლის მომნელებელი ორგანოების სხვა და დაუზუსტებელი ლოკალიზაციის ავთვისებიანი სიმსივნეები
C26.1 ელენთის ავთვისებიანი სიმსივნეები
C26.8.1 საჭმლის მომნელებელი ორგანოების ავთვისებიანი სიმსივნეები სხვა ანატომიურ სტრუქტურებზე გავრცელებით
C26.8.2 საჭმლის მომნელებელი ორგანოების დაუზუსტებელი ლოკალიზაციის ავთვისებიანი სიმსივნეები

C30-C39 სასუნთქი და გულმკერდის ღრუს ორგანოების ავთვისებიანი სიმსივნეები

C30 ცხვირის ღრუსა და შუა ყურის ავთვისებიანი სიმსივნეები
C30.0 ცხვირის ღრუს ავთვისებიანი სიმსივნეები
C30.1 შუა ყურის ავთვისებიანი სიმსივნეები

C31 დანამატი წიაღების ავთვისებიანი სიმსივნეები
C31.0 ზედაყბის (ჰაიმორის ღრუს) ავთვისებიანი სიმსივნეები
C31.1 ცხავის ძვლის წიაღის ავთვისებიანი სიმსივნეები
C31.2 შუბლის ძვლის წიაღის ავთვისებიანი სიმსივნეები
C31.3 სოლისებრი ძვლის წიაღის ავთვისებიანი სიმსივნეები
C31.8 დანამატი წიაღების ავთვისებიანი სიმსივნეები სხვა ანატომიურ სტრუქტურებზე გავრცელებით
C31.9 დანამატი წიაღების დაუზუსტებელი ნაწილის ავთვისებიანი სიმსივნეები

C32 ხორხის ავთვისებიანი სიმსივნეები
C32.01 ყიის ავთვისებიანი სიმსივნეები
C32.02 ჭეშმარიტი მბგერავი ნაოჭის (სახმო იოგის) ავთვისებიანი სიმსივნეები
C32.1 ყიის ზედა მიდამოს ავთვისებიანი სიმსივნეები
C32.2 ყიის ქვედა მიდამოს ავთვისებიანი სიმსივნეები
C32.3 ხორხის ხრტილების ავთვისებიანი სიმსივნეები
C32.8 ხორხის ავთვისებიანი სიმსივნეები სხვა ანატომიურ სტრუქტურებზე გავრცელებით
C32.9 ხორხის დაუზუსტებელი ნაწილის ავთვისებიანი სიმსივნეები

C33 სასულეს ავთვისებიანი სიმსივნეები
C33.9 სასულეს დაუზუსტებელი ნაწილის ავთვისებიანი სიმსივნეები

C34	**ბრონქებისა და ფილტვის ავთვისებიანი სიმსივნეები**
C34.0.1	მთავარი ბრონქის ავთვისებიანი სიმსივნეები
C34.0.2.	ფილტვის ფესვის ავთვისებიანი სიმსივნეები
C34.1.1	ზედა წილის ბრონქის ავთვისებიანი სიმსივნეები
C34.1.2	ფილტვის ზედა წილის ავთვისებიანი სიმსივნეები
C34.2.1	შუა წილის ბრონქის ავთვისებიანი სიმსივნეები
C34.2.2	ფილტვის შუა წილის ავთვისებიანი სიმსივნეები
C34.3.1	ქვედა წილის ბრონქის ავთვისებიანი სიმსივნეები
C34.3.2	ფილტვის ქვედა წილის ავთვისებიანი სიმსივნეები
C34.8.1	ფილტვის ავთვისებიანი სიმსივნეები სხვა ანატომიურ სტრუქტურებზე გავრცელებით
C34.8.2	ბრონქის ავთვისებიანი სიმსივნეები სხვა ანატომიურ სტრუქტურებზე გავრცელებით
C34.9	ბრონქის ან ფილტვის დაუზუსტებელი ნაწილის ავთვისებიანი სიმსივნეები
C37	**მკერდუკანა ჯირკვლის ავთვისებიანი სიმსივნეები**
C38	**გულის, შუასაყრის და პლევრის ავთვისებიანი სიმსივნეები**
C38.0	გულის და პერიკარდიუმის ავთვისებიანი სიმსივნეები
C38.1	წინა შუასაყრის ავთვისებიანი სიმსივნეები
C38.2	უკანა შუასაყრის ავთვისებიანი სიმსივნეები
C38.3	შუასაყრის დაუზუსტებელი ლოკალიზაციის ავთვისებიანი სიმსივნეები
C38.4	პლევრის ავთვისებიანი სიმსივნეები
C38.8	გულის, შუასაყრის და პლევრის ავთვისებიანი სიმსივნეები სხვა ანატომიურ სტრუქტურებზე გავრცელებით
C39	**სასუნთქი სისტემისა და გულმკერდის ღრუს ორგანოების სხვა და დაუზუსტებელი ლოკალიზაციის ავთვისებიანი სიმსივნეები**
C40	**კიდურების ძვლების და სასახსრე ხრტილების ავთვისებიანი სიმსივნეები**
C40.0	ბეჭის და ზედა კიდურის ლულოვანი ძვლების ავთვისებიანი სიმსივნეები
C40.1	ზედა კიდურის მოკლე ძვლების ავთვისებიანი სიმსივნეები
C40.2	ქვედა კიდურის ლულოვანი ძვლების ავთვისებიანი სიმსივნეები
C40.3	ქვედა კიდურის მოკლე ძვლების ავთვისებიანი სიმსივნეები
C40.8	კიდურების ძვლების და სასახსრე ხრტილების ავთვისებიანი სიმსივნეები სხვა ანატომიურ სტრუქტურებზე გავრცელებით

C40.9 კიდურების ძვლების და სასახსრე ხრტილების დაუზუსტებელი ნაწილის ავთვისებიანი სიმსივნეები

C41 ძვლების და სასახსრე ხრტილების სხვა და დაუზუსტებელი ლოკალიზაციის ავთვისებიანი სიმსივნეები

C41.01 თავის ქალას ძვლების ავთვისებიანი სიმსივნეები

C41.02 სახის ძვლების ავთვისებიანი სიმსივნეები

C41.1 ქვედა ყბის ძვლების და სასახსრე ხრტილების ავთვისებიანი სიმსივნეები

C41.2 ხერხემლის სვეტის ავთვისებიანი სიმსივნეები

C41.3 ნეკნების, მკერდის, ლავიწის ძვლების ავთვისებიანი სიმსივნეები

C41.4 მენჯის, გავის და კუდუსუნის ძვლების ავთვისებიანი სიმსივნეები

C41.8 ძვლების და სასახსრე ხრტილების ავთვისებიანი სიმსივნეები სხვა ანატომიურ სტრუქტურებზე გავრცელებით

C41.9 ძვლების და სასახსრე ხრტილების დაუზუსტებელი ნაწილის ავთვისებიანი სიმსივნეები

C43 კანის მელანომა

C43.0 ტუჩის მელანომა

C43.1 ქუთუთოს მელანომა

C43.2 ყურის კანის და გარეთა სასმენი ხვრელის მელანომა

C43.3 სახის სხვა და დაუზუსტებელი ნაწილების კანის მელანომა

C43.4 თავის თმიანი ნაწილისა და კისრის კანის მელანომა

C43.5 ტორსის კანის მელანომა

C43.6 ზედა კიდურის, მხრის სარტყლის ჩათვლით, კანის მელანომა

C43.7 ქვედა კიდურის, თეძოს ჩათვლით, კანის მელანომა

C43.8 კანის მელანომა სხვა ანატომიურ სტრუქტურებზე გავრცელებით

C43.9 დაუზუსტებელი ლოკალიზაციის კანის მელანომა

C44 კანის ავთვისებიანი სიმსივნეები

C44.0 ტუჩის კანის ავთვისებიანი სიმსივნეები

C44.1 ქუთუთოს კანისა და ქუთუთოს შესართავის ავთვისებიანი სიმსივნეები

C44.2 ყურის კანის და გარეთა სასმენი ხვრელის ავთვისებიანი სიმსივნეები

C44.3 სახის დაუზუსტებელი ნაწილის ავთვისებიანი სიმსივნეები

C44.4 თავის თმიანი ნაწილისა და კისრის კანის ავთვისებიანი სიმსივნეები

C44.5 ტორსის კანის ავთვისებიანი სიმსივნეები

C44.6 ზედა კიდურის, მხრის სარტყლის ჩათვლით, კანის ავთვისებიანი სიმსივნეები

C44.7 ქვედა კიდურის, თეძოს ჩათვლით, კანის ავთვისებიანი სიმსივნეები

C44.8 კანის ავთვისებიანი სიმსივნეები სხვა ანატომიურ სტრუქტურებზე გავრცელებით

C44.9 დაუზუსტებელი ლოკალიზაციის კანის ავთვისებიანი სიმსივნეები

C45-C49 მეზოთელური და რბილი ქსოვილების ავთვისებიანი სიმსივნეები

C45 მეზოთელიომა

C45.0 პლევრის მეზოთელიომა
C45.1 პერიტონეუმის მეზოთელიომა
C45.2 პერიკარდიუმის მეზოთელიომა
C45.7 სხვა ლოკალიზაციის მეზოთელიომა
C45.9 დაუზუსტებელი ლოკალიზაციის მეზოთელიომა

C46 კაპოშის სარკომა

C46.0 კანის კაპოშის სარკომა
C46.1 რბილი ქსოვილების კაპოშის სარკომა
C46.2 ხახის კაპოშის სარკომა
C46.3 ლიმფური კვანძების კაპოშის სარკომა
C46.7 სხვა ლოკალიზაციის კაპოშის სარკომა
C46.8 რამდენიმე ორგანოს კაპოშის სარკომა
C46.9 სხეულის დაუზუსტებელი ნაწილის კაპოშის სარკომა

C47 პერიფერიული ნერვებისა და ვეგეტატიური ნერვული სისტემის ავთვისებიანი სიმსივნეები

C47.0 თავისა, კისრისა და სახის მიდამოს პერიფერიული ნერვებისა და ვეგეტატიური ნერვული სისტემის ავთვისებიანი სიმსივნეები
C47.1 ზედა კიდურის, მხრის სარტყლის ცათვლით, პერიფერიული ნერვებისა და ვეგეტაციური ნერვული სისტემის ავთვისებიანი სიმსივნეები
C47.2 ქვედა კიდურის, თეძოს ჩათვლით, პერიფერიული ნერვებისა და ვეგეტაციური ნერვული სისტემის ავთვისებიანი სიმსივნეები
C47.3 გულმკერდის პერიფერიული ნერვებისა და ვეგეტაციური ნერვული სისტემის ავთვისებიანი სიმსივნეები
C47.4 მუცლის პერიფერიული ნერვებისა და ვეგეტაციური ნერვული სისტემის ავთვისებიანი სიმსივნეები
C47.5 მენჯის პერიფერიული ნერვებისა და ვეგეტაციური ნერვული სისტემის ავთვისებიანი სიმსივნეები
C47.6 ტორსის დაუზუსტებელი ლოკალიზაციის პერიფერიული ნერვებისა და ვეგეტაციური ნერვული სისტემის ავთვისებიანი სიმსივნეები
C47.8 პერიფერიული ნერვებისა და ვეგეტაციური ნერვული სისტემის ავთვისებიანი სიმსივნეები სხვა ანატომიურ სტრუქტურებზე გავრცელებით

C47.9 პერიფერიული ნერვებისა და ვეგეტაციური ნერვული სისტემის დაუზუსტებელი ლოკალიზაციის ავთვისებიანი სიმსივნეები

C48 რეტროპერიტონეუმისა და პერიტონეუმის ავთვისებიანი სიმსივნეები

C48.0 რეტროპერიტონეუმის ავთვისებიანი სიმსივნეები

C48.1 პერიტონეუმის ავთვისებიანი სიმსივნეები

C48.2 პერიტონეუმის დაუზუსტებელი ნაწილის ავთვისებიანი სიმსივნეები

C48.8 რეტროპერიტონეუმისა და პერიტონეუმის ავთვისებიანი სიმსივნეები სხვა ანატომიურ სტრუქტურებზე გავრცელებით

C49 შემაერთებელი და სხვა რბილი ქსოვილების ავთვისებიანი სიმსივნეები

C49.0 თავის, კისრისა და სახის მიდამოს შემაერთებელი და სხვა რბილი ქსოვილების ავთვისებიანი სიმსივნეები

C49.1 ზედა კიდურის, მხრის სარტყლის ჩათვლით, შემაერთებელი და სხვა რბილი ქსოვილების ავთვისებიანი სიმსივნეები

C49.2 ქვედა კიდურის, თეძოს ჩათვლით, შემაერთებელი და სხვა რბილი ქსოვილების ავთვისებიანი სიმსივნეები

C49.3 გულმკერდის შემაერთებელი და სხვა რბილი ქსოვილების ავთვისებიანი სიმსივნეები

C49.4 მუცლის შემაერთებელი და სხვა რბილი ქსოვილების ავთვისებიანი სიმსივნეები

C49.5 მენჯის შემაერთებელი და სხვა რბილი ქსოვილების ავთვისებიანი სიმსივნეები

C49.6 ტორსის შემაერთებელი და სხვა რბილი ქსოვილების ავთვისებიანი სიმსივნეები

C49.8 შემაერთებელი და სხვა რბილი ქსოვილების ავთვისებიანი სიმსივნეები სხვა ანატომიურ სტრუქტურებზე გავრცელებით

C49.9 შემაერთებელი და სხვა რბილი ქსოვილების დაუზუსტებელი ლოკალიზაციის ავთვისებიანი სიმსივნეები

C50 ძუძუს ავთვისებიანი სიმსივნეები

C50 ძუძუს ავთვისებიანი სიმსივნეები

C50.0 ძუძუს დვრილისა და არეოლის ავთვისებიანი სიმსივნეები

C50.1 ძუძუს ცენტრალური ნაწილის ავთვისებიანი სიმსივნეები

C50.2 ძუძუს ზედა მედიალური კვადრანტის ავთვისებიანი სიმსივნეები

C50.3 ძუძუს ქვედა მედიალური კვადრანტის ავთვისებიანი სიმსივნეები

C50.4 ძუძუს ზედა ლატერალური კვადრანტის ავთვისებიანი სიმსივნეები

C50.5 ძუძუს ქვედა ლატერალური კვადრანტის ავთვისებიანი სიმსივნეები

C50.6 ძუძუს იღლიისკენა ნაწილის ავთვისებიანი სიმსივნეები

C50.8 ძუძუს ავთვისებიანი სიმსივნეები სხვა ანატომიურ სტრუქტურებზე გავრცელებით

C50.9 ძუძუს დაუზუსტებელი ნაწილის ავთვისებიანი სიმსივნეები

C51-C58 ქალის სასქესო ორგანოების ავთვისებიანი სიმსივნეები

C51 ვულვის ავთვისებიანი სიმსივნეები

C51.0 დიდი სასირცხო ბაგის და ბართოლინის ჯირკვლის ავთვისებიანი სიმსივნეები

C51.1 მცირე სასირცხო ბაგის ავთვისებიანი სიმსივნეები

C51.2 სავნებოს (კლიტორის) ავთვისებიანი სიმსივნეები

C51.8 ვულვის ავთვისებიანი სიმსივნეები სხვა ანატომიურ სტრუქტურებზე გავრცელებით

C51.9 ვულვის დაუზუსტებელი ნაწილის ავთვისებიანი სიმსივნეები

C52 საშოს ავთვისებიანი სიმსივნეები

C53 საშვილოსნოს ყელის ავთვისებიანი სიმსივნეები

C53.0 საშვილოსნოს ყელის შიგნითა ნაწილის ავთვისებიანი სიმსივნეები

C53.1 საშვილოსნოს ყელის გარეთა ნაწილის ავთვისებიანი სიმსივნეები

C53.8 საშვილოსნოს ყელის ავთვისებიანი სიმსივნეები სხვა ანატომიურ სტრუქტურებზე გავრცელებით

C53.9 საშვილოსნოს ყელის დაუზუსტებელი ნაწილის ავთვისებიანი სიმსივნეები

C54 საშვილოსნოს ტანის ავთვისებიანი სიმსივნეები

C54.0 საშვილოსნოს ტანის, ზეყელისა და ქვედა სეგმენტის ავთვისებიანი სიმსივნეები

C54.1 ენდომეტრიუმის ავთვისებიანი სიმსივნეები

C54.2 მიომეტრიუმის ავთვისებიანი სიმსივნეები

C54.3 საშვილოსნოს ძირის ავთვისებიანი სიმსივნეები

C54.8 საშვილოსნოს ტანის ავთვისებიანი სიმსივნეები სხვა ანატომიურ სტრუქტურებზე გავრცელებით

C54.9 საშვილოსნოს ტანის დაუზუსტებელი ნაწილის ავთვისებიანი სიმსივნეები

C55 საშვილოსნოს დაუზუსტებელი ლოკალიზაციის ავთვისებიანი სიმსივნეები

C56 **საკვერცხეების ავთვისებიანი სიმსივნეები**

C57 **ქალის სხვა და დაუზუსტებელი სასქესო ორგანოების ავთვისებიანი სიმსივნეები**

C57.0 კვერცხსავალის (ფალოპიუსის მილის) ავთვისებიანი სიმსივნეები

C57.1 საშვილოსნოს განიერი იოგის ავთვისებიანი სიმსივნეები

C57.2 საშვილოსნოს მრგვალი იოგის ავთვისებიანი სიმსივნეები

C57.3 პარამეტრიუმის ავთვისებიანი სიმსივნეები

C57.4 საშვილოსნოს დანამატების დაუზუსტებელი ავთვისებიანი სიმსივნეები

C57.8 ქალის სასქესო ორგანოების ავთვისებიანი სიმსივნეები სხვა ანატომიურ სტრუქტურებზე გავრცელებით

C57.9 ქალის სასქესო ორგანოების დაუზუსტებელი ლოკალიზაციის ავთვისებიანი სიმსივნეები

C58 **პლაცენტის ავთვისებიანი სიმსივნეები**

C60-C63 მამაკაცის სასქესო ორგანოების ავთვისებიანი სიმსივნეები

C60 **სასქესო ასოს ავთვისებიანი სიმსივნეები**

C60.0 ჩუჩის ავთვისებიანი სიმსივნეები

C60.1 ასოს თავის ავთვისებიანი სიმსივნეები

C60.2 ასოს სხეულის ავთვისებიანი სიმსივნეები

C60.8 ასოს ავთვისებიანი სიმსივნეები სხვა ანატომიურ სტრუქტურებზე გავრცელებით

C60.9 სასქესო ასოს დაუზუსტებელი ლოკალიზაციის ავთვისებიანი სიმსივნეები

C61 **წინამდებარე ჯირკვლის ავთვისებიანი სიმსივნეები**

C62 **სათესლე ჯირკვლის ავთვისებიანი სიმსივნეები**

C62.0 შეკავებული (ჩამოუსველელი) სათესლე ჯირკვლის ავთვისებიანი სიმსივნეები

C62.1 სათესლე პარკში ჩამოსული სათესლე ჯირკვლის ავთვისებიანი სიმსივნეები

C62.9 სათესლე ჯირკვლის დაუზუსტებელი ლოკალიზაციის ავთვისებიანი სიმსივნეები

C63 **მამაკაცის სხვა და დაუზუსტებელი სასქესო ორგანოების (სათესლე ბაგირაკის, სათესლე პარკის, სათესლე ბუშტუკების და ა. შ.) ავთვისებიანი სიმსივნეები**

C64-C68 საშარდე სისტემის ავთვისებიანი სიმსივნეები

C64 **თირკმლის ავთვისებიანი სიმსივნეები, თირკმლის მენჯის სიმსივნეების გარდა**

C65 **თირკმლის მენჯის ავთვისებიანი სიმსივნეები**

C66 **შარდსაწვეთის ავთვისებიანი სიმსივნეები**

C67 **შარდის ბუშტის ავთვისებიანი სიმსივნეები**

C67.0 შარდის ბუშტის სამკუთხედის ავთვისებიანი სიმსივნეები

C67.1 შარდის ბუშტის თაღის ავთვისებიანი სიმსივნეები

C67.2 შარდის ბუშტის ლატერალური კედლის ავთვისებიანი სიმსივნეები

C67.3 შარდის ბუშტის წინა კედლის ავთვისებიანი სიმსივნეები

C67.4 შარდის ბუშტის უკანა კედლის ავთვისებიანი სიმსივნეები

C67.5 შარდის ბუშტის ყელის ავთვისებიანი სიმსივნეები

C67.6 შარდის ბუშტის შარდსაწვეთის ხვრელის ავთვისებიანი სიმსივნეები

C67.7 ურახუსის ავთვისებიანი სიმსივნეები

C67.8 შარდის ბუშტის ავთვისებიანი სიმსივნეები სხვა ანატომიურ სტრუქტურებზე გავრცელებით

C67.9 შარდის ბუშტის დაუზუსტებელი ლოკალიზაციის ავთვისებიანი სიმსივნეები

C68 **საშარდე სისტემის სხვა დაუზუსტებელი ორგანოების ავთვისებიანი სიმსივნეები**

C68.0 შარდსადენის ავთვისებიანი სიმსივნეები

C68.1 პარაურეთრული ჯირკვლების ავთვისებიანი სიმსივნეები

C68.8 საშარდე სისტემის ორგანოების ავთვისებიანი სიმსივნეები სხვა ანატომიურ სტრუქტურებზე გავრცელებით

C68.9 საშარდე სისტემის დაუზუსტებელი ლოკალიზაციის ავთვისებიანი სიმსივნეები

C69-C72 თვალის, თავის ტვინისა და ცენტრალური ნერვული სისტემის სხვა ნაწილების ავთვისებიანი სიმსივნეები

C69 **თვალისა და მისი დანამატების ავთვისებიანი სიმსივნეები**

C69.0 კონიუნქტივის ავთვისებიანი სიმსივნეები

C69.1 რქოვანას ავთვისებიანი სიმსივნეები

C69.2 ბადურას ავთვისებიანი სიმსივნეები

C69.3 თვალის სისხლძარღვოვანი გარსის ავთვისებიანი სიმსივნეები

C69.4 წამწამოვანი სხეულის და თვალის კაკლის ავთვისებიანი სიმსივნეები
C69.5 საცრემლე ჯირკვლისა და სადინარის ავთვისებიანი სიმსივნეები
C69.6 თვალბუდის ავთვისებიანი სიმსივნეები
C69.8 თვალის ავთვისებიანი სიმსივნეები სხვა ანატომიურ სტრუქტურებზე გავრცელებით
C69.9 თვალის დაუზუსტებელი ლოკალიზაციის ავთვისებიანი სიმსივნეები

C70 ტვინის გარსების ავთვისებიანი სიმსივნეები
C70.0 თავის ტვინის გარსების ავთვისებიანი სიმსივნეები
C70.1 ზურგის ტვინის გარსების ავთვისებიანი სიმსივნეები
C70.9 ტვინის გარსების დაუზუსტებელი ლოკალიზაციის ავთვისებიანი სიმსივნეები

C71 თავის ტვინის ავთვისებიანი სიმსივნეები
C71.0 თავის ტვინის კორძიანი სხეულის ავთვისებიანი სიმსივნეები
C71.1 თავის ტვინის შუბლის წილის ავთვისებიანი სიმსივნეები
C71.2 თავის ტვინის საფეთქლის წილის ავთვისებიანი სიმსივნეები
C71.3 თავის ტვინის თხემის წილის ავთვისებიანი სიმსივნეები
C71.4 თავის ტვინის კეფის წილის ავთვისებიანი სიმსივნეები
C71.5 ტვინის პარკუჭის ავთვისებიანი სიმსივნეები
C71.6 ნათხემის ავთვისებიანი სიმსივნეები
C71.7 ტვინის ღეროს ავთვისებიანი სიმსივნეები
C71.8 თავის ტვინის ავთვისებიანი სიმსივნეები სხვა ანატომიურ სტრუქტურებზე გავრცელებით
C71.9 თავის ტვინის დაუზუსტებელი ლოკალიზაციის ავთვისებიანი სიმსივნეები

C72 ზურგის ტვინის, კრანიალური ნერვების და ცენტრალური ნერვული სისტემის სხვა ნაწილების ავთვისებიანი სიმსივნეები
C72.0 ზურგის ტვინის ავთვისებიანი სიმსივნეები
C72.1 რაშის კუდის ავთვისებიანი სიმსივნეები
C72.2 ყნოსვის ნერვის ავთვისებიანი სიმსივნეები
C72.3 მხედველობის ნერვის ავთვისებიანი სიმსივნეები
C72.4 სმენის ნერვის ავთვისებიანი სიმსივნეები
C72.5 სხვა და დაუზუსტებელი კრანიალური ნერვების ავთვისებიანი სიმსივნეები
C72.8 ცენტრალური ნერვული სისტემის ავთვისებიანი სიმსივნეები ერთზე მეტ ანატომიურ სტრუქტურაზე გავრცელებით
C72.9 ცენტრალური ნერვული სისტემის დაუზუსტებელი ლოკალიზაციის ავთვისებიანი სიმსივნეები

C73-C75 ფარისებრი და სხვა ენდოკრინული ჯირკვლების ავთვისებიანი სიმსივნეები

C73 **ფარისებრი ჯირკვლის ავთვისებიანი სიმსივნეები**

C73.0 ფარისებრი ჯირკვლის მარჯვენა წილის ავთვისებიანი სიმსივნეები

C73.1 ფარისებრი ჯირკვლის მარცხენა წილის ავთვისებიანი სიმსივნეები

C73.2 ფარისებრი ჯირკვლის ყელის ავთვისებიანი სიმსივნეები

C73.3 ფარისებრი სადინარის ავთვისებიანი სიმსივნეები

C73.8 ფარისებრი ჯირკვლის ავთვისებიანი სიმსივნეები სხვა ანატომიურ სტრუქტურებზე გავრცელებით

C73.9 ფარისებრი ჯირკვლის დაუზუსტებელი ლოკალიზაციის ავთვისებიანი სიმსივნეები

C74 **თირკმელზედა ჯირკვლის ავთვისებიანი სიმსივნეები**

C74.0 თირკმელზედა ჯირკვლის ქერქოვანი შრის ავთვისებიანი სიმსივნეები

C74.1 თირკმელზედა ჯირკვლის ტვინოვანი შრის ავთვისებიანი სიმსივნეები

C74.9 თირკმელზედა ჯირკვლის დაუზუსტებელი ლოკალიზაციის ავთვისებიანი სიმსივნეები

C75 **სხვა ენდოკრინული ჯირკვლების და მათი მონათესავე სტრუქტურების ავთვისებიანი სიმსივნეები**

C75.0 ფარისებრახლო ჯირკვლის ავთვისებიანი სიმსივნეები

C75.1 ჰიპოფიზის ავთვისებიანი სიმსივნეები

C75.2 კრანიოფარინგული სადინარის ავთვისებიანი სიმსივნეები

C75.3 ჯალღუზისებრი სხეულის (ეპიფიზის) ავთვისებიანი სიმსივნეები

C75.4 კაროტიდული სხეულის ავთვისებიანი სიმსივნეები

C75.5 აორტული სხეულის და სხვა პარაგანგლიების ავთვისებიანი სიმსივნეები

C75.8 ენდოკრინული ჯირკვლების ავთვისებიანი სიმსივნეები რომლებიც ვრცელდება ერთზე მეტ ლოკალიზაციაზე (პოლიგლანდური დაზიანება, დაუზუსტებელი)

C75.9 ენდოკრინული ჯირკვლის დაუზუსტებელი ლოკალიზაციის ავთვისებიანი სიმსივნეები

C76 **სხვა და არამკაფიოდ განსაზღვრული ლოკალიზაციის ავთვისებიანი სიმსივნეები**

C76.0 თავის, კისრისა და სახის მიდამოს არამკაფიოდ განსაზღვრული ლოკალიზაციის ავთვისებიანი სიმსივნეები

C76.1 გულმკერდის მიდამოს არამკაფიოდ განსაზღვრული ლოკალიზაციის ავთვისებიანი სიმსივნეები

C76.2 მუცლის მიდამოს არამკაფიოდ განსაზღვრული ლოკალიზაციის ავთვისებიანი სიმსივნეები

C76.3 მენჯის მიდამოს არამკაფიოდ განსაზღვრული ლოკალიზაციის ავთვისებიანი სიმსივნეები

C76.4 ზედა კიდურის მიდამოს არამკაფიოდ განსაზღვრული ლოკალიზაციის ავთვისებიანი სიმსივნეები

C76.5 ქვედა კიდურის მიდამოს არამკაფიოდ განსაზღვრული ლოკალიზაციის ავთვისებიანი სიმსივნეები

C76.7 სხვა არამკაფიოდ განსაზღვრული ლოკალიზაციის ავთვისებიანი სიმსივნეები

C76.8 არამკაფიოდ განსაზღვრული ლოკალიზაციის ავთვისებიანი სიმსივნეები სხვა ანატომიურ სტრუქტურებზე გავრცელებით

C77 ლიმფური კვანძების ავთვისებიანი სიმსივნეები

C77.0 თავ-კისრის მიდამოს ლიმფური კვანძების ავთვისებიანი სიმსივნეები

C77.1 გულმკერდის ღრუს ლიმფური კვანძების ავთვისებიანი სიმსივნეები

C77.2 მუცლის ღრუს ლიმფური კვანძების ავთვისებიანი სიმსივნეები

C77.3 იღლიის, ზედა კიდურების და გულმკერდის ლიმფური კვანძების ავთვისებიანი სიმსივნეები

C77.4 საზარდულის და ქვედა კიდურების ლიმფური კვანძების ავთვისებიანი სიმსივნეები

C77.5 მენჯის ღრუს ლიმფური კვანძების ავთვისებიანი სიმსივნეები

C77.8 სხვადასხვა მიდამოს ლიმფური კვანძების მრავლობითი სიმსივნური დაზიანება

C77.9 დაუზუსტებელი ლოკალიზაციის ლიმფური კვანძების ავთვისებიანი სიმსივნეები

C78 საჭმლის მომნელებელი და სასუნთქი სისტემის მეტასტაზური დაზიანება

C78.0 ფილტვის მეტასტაზური დაზიანება

C78.1 შუასაყრის მეტასტაზური დაზიანება

C78.2 პლევრის მეტასტაზური დაზიანება

C78.3 სასუნთქი ორგანოების სხვა დაუზუსტებელი ლოკალიზაციის მეტასტაზური დაზიანება

C78.4 წვრილი ნაწლავის მეტასტაზური დაზიანება

C78.5 კოლინჯისა და სწორი ნაწლავის მეტასტაზური დაზიანება

C78.6 პერიტონეუმისა და რეტროპერიტონეუმის მეტასტაზური დაზიანება

C78.7 ღვიძლის მეტასტაზური დაზიანება

C78.8 საჭმლის მომნელებელი ორგანოების სხვა დაუზუსტებელი ლოკალიზაციის მეტასტაზური დაზიანება

C79	**სხვა ლოკალიზაციის მეტასტაზური ავთვისებიანი სიმსივნეები**
C79.0	თირკმლისა და თირკმლის მენჯის მეტასტაზური დაზიანება
C79.1	შარდის ბუშტის და საშარდე სისტემის სხვა დაუზუსტებელი მიდამოების მეტასტაზური დაზიანება
C79.2	კანის მეტასტაზური დაზიანება
C79.3	თავის ტვინის და მისი გარსების მეტასტაზური დაზიანება
C79.4	ნერვული სისტემის სხვა დაუზუსტებელი მიდამოს მეტასტაზური დაზიანება
C79.5	ძვლის და ძვლის ტვინის მეტასტაზური დაზიანება
C79.6	საკვერცხეების მეტასტაზური დაზიანება
C79.7	თირკმელზედა ჯირკვლის მეტასტაზური დაზიანება
C79.8	სხვა და დაუზუსტებელი ლოკალიზაციის მეტასტაზური დაზიანება
C80	**დაუზუსტებელი ლოკალიზაციის ავთვისებიანი სიმსივნეები**
C80.1	დაუზუსტებელი ლოკალიზაციის კიბო
C80.2	გენერალიზებული ავთვისებიანი სიმსივნე
C80.3	ავთვისებიანი კახექსია
C80.4	პირველადი ლოკალიზაცია უცნობია
C81-C96	**ლიმფოიდური, ჰემოპოეზური და მონათესავე ქსოვილების ავთვისებიანი სიმსივნეები**
C81	**ჰოჯკინის დაავადება (ლიმფოგრანულომატოზი)**
C81.0	ლიმფოგრანულომატოზი – ლიმფოიდური სიჭარბით
C81.1	ლიმფოგრანულომატოზი – ნოდულური სკლეროზით
C81.2	ლიმფოგრანულომატოზი – შერეულუჯრედოვანი ვარიანტი
C81.3	ლიმფოგრანულომატოზი – ლიმფოიდური გამოფიტვით (ნაკლებობით)
C81.7	ლიმფოგრანულომატოზის სხვა ფორმები
C81.9	ლიმფოგრანულომატოზის დაუზუსტებელი ფორმა
C82	**ფოლიკულური (ნოდულური) არაჰოჯკინის ლიმფომა**
C82.0	ფოლიკულური ლიმფომა – წვრილუჯრედოვანი, დანაწევრებული ბირთვებით
C82.1	ფოლიკულური ლიმფომა – შერეული წვრილ– და მსხვილუჯრედოვანი
C81.2	ფოლიკულური ლიმფომა – მსხვილუჯრედოვანი
C82.7	სხვა ტიპის ფოლიკულური (ნოდულური) ლიმფომა
C82.9	ფოლიკულური ლიმფომა, დაუზუსტებელი

C83	**დიფუზური არაჰოჯკინის ლიმფომა**
C83.0	დიფუზური ლიმფომა – წვრილუჯრედოვანი
C83.1	დიფუზური ლიმფომა – წვრილუჯრედოვანი, დანაწევრებული ბირთვებით
C83.2	დიფუზური ლიმფომა – შერეული, წვრილ– და მსხვილუჯრედოვანი
C83.3	დიფუზური ლიმფომა – მსხვილუჯრედოვანი
C83.4	დიფუზური ლიმფომა – იმუნობლასტური
C83.5	დიფუზური ლიმფომა – ლიმფობლასტური
C83.6	დიფუზური ლიმფომა – არადიფერენცირებული
C83.7	დიფუზური ლიმფომა – ბერკიტის
C83.8	დიფუზური არაჰოჯკინის ლიმფომა – სხვა ტიპის
C83.9	დიფუზური არაჰოჯკინის ლიმფომა, დაუზუსტებელი ტიპის
C84	**პერიფერიული და კანის T–უჯრედოვანი ლიმფომები**
C84.0	სოკოსებრი მიკოზი
C84.1	სეზარის დაავადება
C84.2	T-ზონის ლიმფომა
C84.3	ლიმფოეპითელიოიდური (ლენერტის) ლიმფომა
C84.4	პერიფერიული T-უჯრედოვანი ლიმფომა
C84.5	სხვა და დაუზუსტებელი T-უჯრედოვანი ლიმფომა
C85	**არაჰოჯკინის ლიმფომის სხვა და დაუზუსტებელი ტიპები**
C85.0	ლიმფოსარკომა
C85.1	B-უჯრედოვანი ლიმფომა, დაუზუსტებელი
C85.7	არაჰოჯკინის ლიმფომის სხვა დაზუსტებული ფორმები (რეტიკულოენდოთელიოზი, რეტიკულოზი, მიკროგლიომა და სხვა)
C85.9	დაუზუსტებელი ტიპის ლიმფომები
C88	**ავთვისებიანი იმუნოპროლიფერაციული დაავადებები**
C88.0	ვალდენსტრემის მაკროგლობულინემია
C88.1	ალფა მძიმე ჯაჭვის დაავადება
C88.2	გამა მძიმე ჯაჭვის დაავადება
C88.3	წვრილი ნაწლავის იმუნოპროლიფერაციული დაავადება
C88.7	სხვა ავთვისებიანი იმუნოპროლიფერაციული დაავადებები
C88.9	დაუზუსტებული ავთვისებიანი იმუნოპროლიფერაციული დაავადებები
C90	**მრავლობითი მიელომა და პლაზმურუჯრედოვანი ავთვისებიანი სიმსივნეები**
C90.0	მიელომური დაავადება
C90.1	პლაზმურუჯრედოვანი ლეიკემია

C90.2 ექსტრამედულური პლაზმოციტომა

C91 ლიმფოიდური ლეიკემია

C91.0 მწვავე ლიმფოიდური ლეიკემია
C91.1 ქრონიკული ლიმფოიდური ლეიკემია
C91.2 ქვემწვავე ლიმფოიდური ლეიკემია
C91.3 პროლიმფოციტური ლეიკემია
C91.4 ბუსუსაუჯრედოვანი ლეიკემია და რეტიკულოენდოთელიოზი
C91.5 მოზრდილთა T-უჯრედოვანი ლეიკემია
C91.7 სხვა დაზუსტებული ლიმფოიდური ლეიკემიები
C91.9 ლიმფოიდური ლეიკემია, დაუზუსტებელი

C92 მიელოიდური ლეიკემია

C92.0 მწვავე მიელოიდური ლეიკემია
C92.1 ქრონიკული მიელოიდური ლეიკემია
C92.2 ქვემწვავე მიელოიდური ლეიკემია
C92.3 მიელოიდური სარკომა (ქლორომა, გრანულომატოზური სარკომა)
C92.4 მწვავე პრომიელოციტური ლეიკემია
C92.5 მწვავე მიელომონოციტური ლეიკემია
C92.7 სხვა მიელოიდური ლეიკემიები
C92.9 მიელოიდური ლეიკემია, დაუზუსტებელი

C93 მონოციტური ლეიკემია

C93.0 მწვავე მონოციტური ლეიკემია
C93.1 ქრონიკული მონოციტური ლეიკემია
C93.2 ქვემწვავე მონოციტური ლეიკემია
C93.7 სხვა მონოციტური ლეიკემიები
C93.9 მონოციტური ლეიკემია, დაუზუსტებელი

C94 დაზუსტებული უჯრედული ტიპის სხვა ლეიკემიები

C94.0 მწვავე ერითრემია და ერითროლეკემია
C94.1 ქრონიკული ერითრემია
C94.2 მწვავე მეგაკარიობლასტური ლეიკოზი
C94.3 პოხიერუჯრედოვანი ლეიკემია
C94.4 მწვავე პანმიელოზი
C94.5 მწვავე მიელოფიბროზი
C94.7 სხვა დაზუსტებული ლეიკემიები

C95 უჯრედის დაუზუსტებელი ტიპის ლეიკემია

C95.0 უჯრედის დაუზუსტებელი ტიპის მწვავე ლეიკემია
C95.1 უჯრედის დაუზუსტებელი ტიპის ქრონიკული ლეიკემია

C95.2 უჯრედის დაუზუსტებელი ტიპის ქვემწვავე ლეიკემია
C95.7 უჯრედის დაუზუსტებელი ტიპის სხვა ლეიკემიები
C95.9 დაუზუსტებელი ლეიკემია

C96 **ლიმფოიდური, სისხლმბადი და მათი მონათესავე ქსოვილების სხვა და დაუზუსტებელი ავთვისებიანი სიმსივნეები**
C96.0 ლეტერერ-სივეს დაავადება (არალიპიდური რეტიკულოენდოთელიოზი, რეტიკულოზი)
C96.1 ავთვისებიანი ჰისტიოციტოზი
C96.2 ავთვისებიანი პოხიერუჯრედოვანი სიმსივნე (მასტოციტომა, მასტოციტოზი, პოხიერუჯრედოვანი სარკომა)
C96.3 ჭეშმარიტი ჰისტიოციტური ლიმფომა
C96.7 ლიმფოიდური, სისხლმბადი და მათი მონათესავე ქსოვილების სხვა დაზუსტებული ავთვისებიანი სიმსივნეები
C96.9 ლიმფოიდური, სისხლმბადი და მათი მონათესავე ქსოვილების სხვა დაუზუსტებელი ავთვისებიანი სიმსივნეები

C97 **პირველადად მრავლობითი ავთვისებიანი სიმსივნეები**

D00-D09 in situ სიმსივნეები

D00 **პირის ღრუს, საყლაპავისა და კუჭის *carcinoma in situ***
D00.0 ტუჩის, პირის ღრუს და ხახის *carcinoma in situ*
D00.1 საყლაპავი მილის *carcinoma in situ*
D00.2 კუჭის *carcinoma in situ*
D01 საჭმლის მომნელებელი ორგანოების სხვა და დაუზუსტებელი *carcinoma in situ*
D01.0 კოლინჯის *carcinoma in situ*
D01.1 რექტოსიგმის *carcinoma in situ*
D01.2 სწორი ნაწლავის *carcinoma in situ*
D01.3 ყითას და ანალური არხის *carcinoma in situ*
D01.4 ნაწლავის სხვა და დაუზუსტებელი ნაწილების *carcinoma in situ*
D01.5 ღვიძლის, ნაღველის ბუშტის და ნაღველის სადინარების *carcinoma in situ*
D01.7 საჭმლის მომნელებელი ორგანოების სხვა და დაუზუსტებელი ნაწილების *carcinoma in situ*
D01.9 საჭმლის მომნელებელი დაუზუსტებელი ორგანოების *carcinoma in situ*

D02	**შუა ყურისა და სასუნთქი სისტემის *carcinoma in situ***
D02.0	ხორხის *carcinoma in situ*
D02.1	სასულეს *carcinoma in situ*
D02.2	ბრონქის და ფილტვის *carcinoma in situ*
D02.3	სასუნთქი სისტემის სხვა მონაკვეთების *carcinoma in situ*
D02.4	სასუნთქი სისტემის დაუზუსტებელი *carcinoma in situ*
D03	**მელანომა *in situ***
D03.0	ტუჩის მელანომა *in situ*
D03.1	ქუთუთოს მელანომა *in situ*
D03.2	ყურის და გარეთა სასმენი ხვრელის მელანომა *in situ*
D03.3	სახის დაუზუსტებელი ნაწილების მელანომა *in situ*
D03.4	თავის თმიანი ნაწილისა და კისრის მელანომა *in situ*
D03.5	ხორხის მელანომა *in situ*
D03.6	ზედა კიდურების, მხრის ჩათვლით, მელანომა *in situ*
D03.7	ქვედა კიდურების, თეძოს ჩათვლით, მელანომა *in situ*
D03.8	სხვა დაუზუსტებელი მიდამოების მელანომა *in situ*
D03.9	მელანომა *in situ*, დაუზუსტებელი
D04	**კანის *carcinoma in situ***
D04.0	ტუჩის კანის *carcinoma in situ*
D04.1	ქუთუთოს კანის *carcinoma in situ*
D04.2	ყურის და გარეთა სასმენი ხვრელის კანის *carcinoma in situ*
D04.3	სახის და სხვა დაუზუსტებელი ნაწილების კანის *carcinoma in situ*
D04.4	თავის თმიანი ნაწილისა და კისრის კანის *carcinoma in situ*
D04.5	ტორსის კანის *carcinoma in situ*
D04.6	ზედა კიდურების, მხრის ჩათვლით, კანის *carcinoma in situ*
D04.7	ქვედა კიდურების, თეძოს ჩათვლით, კანის *carcinoma in situ*
D04.8	კანის სხვა ლოკალიზაციის *carcinoma in situ*
D04.9	კანის დაუზუსტებელი ლოკალიზაციის *carcinoma in situ*
D05	**ძუძუს *carcinoma in situ***
D05.0	ძუძუს წილაკოვანი *carcinoma in situ*
D05.1	ძუძუს სადინარშიგა *carcinoma in situ*
D05.7	ძუძუს სხვა ლოკალიზაციის *carcinoma in situ*
D05.9	ძუძუს დაუზუსტებელი ლოკალიზაციის *carcinoma in situ*
D06	**საშვილოსნოს ყელის *carcinoma in situ***
D06.0	საშვილოსნოს ყელის არხის ლორწოვანი გარსის (Endocervix) *carcinoma in situ*

D06.1 საშვილოსნოს ყელის საშოსმხრივი ნაწილის (Exocervix) *carcinoma in situ*

D06.7 საშვილოსნოს ყელის სხვა ნაწილების *carcinoma in situ*

D06.9 საშვილოსნოს ყელის დაუზუსტებელი ლოკალიზაციის *carcinoma in situ*

D07 **სასქესო ორგანოების სხვა და დაუზუსტებელი *carcinoma in situ***

D07.0 ენდომეტრიუმის *carcinoma in situ*

D07.1 ვულვის *carcinoma in situ*

D07.2 საშოს *carcinoma in situ*

D07.3 ქალის სხვა და დაუზუსტებელი სასქესო ორგანოების *carcinoma in situ*

D07.4 ასოს *carcinoma in situ*

D07.5 პროსტატის *carcinoma in situ*

D07.6 მამაკაცის სხვა და დაუზუსტებელი სასქესო ორგანოების *carcinoma in situ*

D09 **სხვა და დაუზუსტებელი ლოკალიზაციის *carcinoma in situ***

D09.0 შარდის ბუშტის *carcinoma in situ*

D09.1 სხვა და დაუზუსტებელი საშარდე ორგანოების *carcinoma in situ*

D09.2 თვალის *carcinoma in situ*

D09.3 ფარისებრი და სხვა ენდოკრინული ჯირკვლების *carcinoma in situ*

D09.7 სხვა დაზუსტებული ლოკალიზაციის *carcinoma in situ*

D09.9 დაუზუსტებელი ლოკალიზაციის *carcinoma in situ*

D10-D36 კეთილთვისებიანი სიმსივნეები

D10 **პირის ღრუს და ხახის კეთილთვისებიანი სიმსივნეები**

D10.0 ტუჩის კეთილთვისებიანი სიმსივნეები

D10.1 ენის კეთილთვისებიანი სიმსივნეები

D10.2 პირის ღრუს ფსკერის კეთილთვისებიანი სიმსივნეები

D10.3 პირის ღრუს სხვა დაუზუსტებელი ნაწილების კეთილთვისებიანი სიმსივნეები

D10.4 ნუშურების კეთილთვისებიანი სიმსივნეები

D10.5 პირ-ხახის სხვა ნაწილების კეთილთვისებიანი სიმსივნეები

D10.6 ცხვირ-ხახის კეთილთვისებიანი სიმსივნეები

D10.7 ხორხ-ხახის კეთილთვისებიანი სიმსივნეები

D10.8 ხახის დაუზუსტებელი ლოკალიზაციის კეთილთვისებიანი სიმსივნეები

D11 დიდი სანერწყვე ჯირკვლების კეთილთვისებიანი სიმსივნეები

D11.0	ყბაყურა ჯირკვლის კეთილთვისებიანი სიმსივნეები
D11.9	დიდი სანერწყვე ჯირკვლების დაუზუსტებელი ლოკალიზაციის კეთილთვისებიანი სიმსივნეები
D12	**კოლინჯის, სწორი ნაწლავის, ყითას და ანალური არხის კეთილთვისებიანი სიმსივნეები**
D12.0	ბრმა ნაწლავის კეთილთვისებიანი სიმსივნეები
D12.1	ჭიანაწლავის კეთილთვისებიანი სიმსივნეები
D12.2	ასწვრივი კოლინჯის კეთილთვისებიანი სიმსივნეები
D12.3	განივი კოლინჯის კეთილთვისებიანი სიმსივნეები
D12.4	დასწვრივი კოლინჯის კეთილთვისებიანი სიმსივნეები
D12.5	სიგმოიდური კოლინჯის კეთილთვისებიანი სიმსივნეები
D12.6	კოლინჯის დაუზუსტებელი კეთილთვისებიანი სიმსივნეები
D12.7	რექტოსიგმის კეთილთვისებიანი სიმსივნეები
D12.8	სწორი ნაწლავის კეთილთვისებიანი სიმსივნეები
D12.9	ყითას და ანალური არხის კეთილთვისებიანი სიმსივნეები
D13	**საჭმლის მომნელებელი სისტემის სხვა და დაუზუსტებელი ნაწილების კეთილთვისებიანი სიმსივნეები**
D13.0	საყლაპავის კეთილთვისებიანი სიმსივნეები
D13.1	კუჭის კეთილთვისებიანი სიმსივნეები
D13.2	თორმეტგოჯა ნაწლავის კეთილთვისებიანი სიმსივნეები
D13.3	წვრილი ნაწლავის სხვა და დაუზუსტებელი მონაკვეთების კეთილთვისებიანი სიმსივნეები
D13.4	ღვიძლის კეთილთვისებიანი სიმსივნეები
D13.5	ექსტრაჰეპატური ნაღვლის სადინარების კეთილთვისებიანი სიმსივნეები
D13.6	პანკრეასის კეთილთვისებიანი სიმსივნეები
D13.7	ენდოკრინული პანკრეასის (ინსულარული აპარატის, ლანგერჰანსის კუნძულების) კეთილთვისებიანი სიმსივნეები
D13.9	საჭმლის მომნელებელი სისტემის ბაკლებად განსაზღვრული მონაკვეთების კეთილთვისებიანი სიმსივნეები
D14	**შუა ყურისა და სასუნთქი სისტემის კეთილთვისებიანი სიმსივნეები**
D14.0	შუა ყურის, ცხვირის ღრუს და დანამატი წიაღების კეთილთვისებიანი სიმსივნეები
D14.1	ხორხის კეთილთვისებიანი სიმსივნეები
D14.2	სასულეს კეთილთვისებიანი სიმსივნეები
D14.3	ბრონქის და ფილტვის კეთილთვისებიანი სიმსივნეები
D14.4	სასუნთქი სისტემის დაუზუსტებელი კეთილთვისებიანი სიმსივნეები

D15 **გულმკერდის ღრუს სხვა და არამკაფიოდ განსაზღვრული ორგანოების კეთილთვისებიანი სიმსივნეები**

D15.0 თიმუსის კეთილთვისებიანი სიმსივნეები

D15.1 გულის კეთილთვისებიანი სიმსივნეები

D15.2 შუასაყრის კეთილთვისებიანი სიმსივნეები

D15.7 გულმკერდის სხვა დაზუსტებული ორგანოების კეთილთვისებიანი სიმსივნეები

D15.9 გულმკერდის დაუზუსტებელი ორგანოების კეთილთვისებიანი სიმსივნეები

D16 **ძვლისა და სასახსრე ხრტილის კეთილთვისებიანი სიმსივნეები**

D16.0 ბეჭის და ზედა კიდურის ლულოვანი ძვლების კეთილთვისებიანი სიმსივნეები

D16.1 ზედა კიდურის მოკლე ძვლების კეთილთვისებიანი სიმსივნეები

D16.2 ქვედა კიდურის ლულოვანი ძვლების კეთილთვისებიანი სიმსივნეები

D16.3 ქვედა კიდურის მოკლე ძვლების კეთილთვისებიანი სიმსივნეები

D16.4 თავის ქალასა და სახის ძვლების კეთილთვისებიანი სიმსივნეები

D16.5 ქვედაყბის ძვლის კეთილთვისებიანი სიმსივნეები

D16.6 ხერხემლის კეთილთვისებიანი სიმსივნეები

D16.7 ნეკნების, მკერდის ძვლისა და ლავიწის ძვლის კეთილთვისებიანი სიმსივნეები

D16.8 მენჯის ძვლების, გავისა და კუდუსუნის კეთილთვისებიანი სიმსივნეები

D16.9 ძვლისა და სასახსრე ხრტილის დაუზუსტებელი ლოკალიზაციის კეთილთვისებიანი სიმსივნეები

D17 **კეთილთვისებიანი ლიპომატოზური სიმსივნეები**

D18 **ჰემანგიომა და ლიმფანგიომა, ნებისმიერი ლოკალიზაციის**

D19 **მეზოთელური ქსოვილის კეთილთვისებიანი სიმსივნეები**

D20 **რეტროპერიტონეუმის რბილი ქსოვილებისა და პერიტონეუმის კეთილთვისებიანი სიმსივნეები**

D21 **შემაერთებელი და სხვა რბილი ქსოვილების სხვა კეთილთვისებიანი სიმსივნეები**

D22 **მელანოციტური ხალი**

D23 **კანის სხვა კეთილთვისებიანი სიმსივნეები**

D24 **ძუძუს კეთილთვისებიანი სიმსივნეები**

D25 **საშვილოსნოს ლეიომიომა**

D26 **საშვილოსნოს სხვა კეთილთვისებიანი სიმსივნეები**

D27 **საკვერცხის კეთილთვისებიანი სიმსივნეები**

D28 **ქალის სასქესო ორგანოების სხვა და დაუზუსტებელი ლოკალიზაციის კეთილთვისებიანი სიმსივნეები**

D29	მამაკაცის სასქესო ორგანოების კეთილთვისებიანი სიმსივნეები
D30	საშარდე ორგანოების კეთილთვისებიანი სიმსივნეები
D31	თვალისა და მისი დანამატების კეთილთვისებიანი სიმსივნეები
D32	თავის ტვინის გარსების კეთილთვისებიანი სიმსივნეები
D33	თავის ტვინისა და ცენტრალური ნერვული სისტემის სხვა ნაწილების კეთილთვისებიანი სიმსივნეები
D34	ფარისებრი ჯირკვლის კეთილთვისებიანი სიმსივნეები
D35	სხვა დაუზუსტებელი ლოკალიზაციის ენდოკრინული ჯირკვლების კეთილთვისებიანი სიმსივნეები
D36	სხვა და დაუზუსტებელი ლოკალიზაციის კეთილთვისებიანი სიმსივნეები

D37-D48 გაურკვეველი და უცნობი ქცევის სიმსივნეები

D37	პირის ღრუს და საჭმლის მომნელებელი ორგანოების გაურკვეველი და უცნობი ქცევის სიმსივნეები
D38	შუა ყურის, სასუნთქი გზებისა და გულმკერდის ორგანოების გაურკვეველი და უცნობი ქცევის სიმსივნეები
D39	ქალის სასქესო ორგანოების გაურკვეველი და უცნობი ქცევის სიმსივნეები
D40	მამაკაცის ორგანოების გაურკვეველი და უცნობი ქცევის სიმსივნეები
D41	საშარდე ორგანოების გაურკვეველი და უცნობი ქცევის სიმსივნეები
D42	ტვინის გარსების გაურკვეველი და უცნობი ქცევის სიმსივნეები
D43	თავის ტვინის და ცენტრალური ნერვული სისტემის გაურკვეველი და უცნობი ქცევის სიმსივნეები
D44	ენდოკრინული ჯირკვლების გაურკვეველი და უცნობი ქცევის სიმსივნეები
D45	ჭეშმარიტი პოლიციტემია
D46	მიელოდისპლაზიური სინდრომი
D47	ლიმფოიდური, სისხლმბადი და მასთან მონათესავე ქსოვილების გაურკვეველი და უცნობი ქცევის სიმსივნეები
D48	სხვა და დაუზუსტებელი ლოკალიზაციის გაურკვეველი და უცნობი ქცევის სიმსივნეები

D50-D89 სისხლისა და სისხლმბადი ორგანოების დაავადებები და იმუნური მექანიზმით მიმდინარე ზოგიერთი დარღვევები

D50	რკინადეფიციტური ანემია
D51	ვიტამინ B_{12}-დეფიციტური ანემია
D52	ფოლიუმმჟავა-დეფიციტური ანემია

D53	სხვა ალიმენტური ანემიები
D55	ფერმენტული დარღვევებით გამოწვეული ანემიები
D56	თალასემია
D57	ნამგლისებრ-უჯრედოვანი დარღვევები
D58	სხვა მემკვიდრეობითი ჰემოლიზური ანემიები
D59	შეძენილი ჰემოლიზური ანემიები
D60	ერითრობლასტოპენია
D61	სხვა აპლაზიური ანემიები
D62	მწვავე პოსტჰემორაგიული ანემია
D63	ანემიები იმ ქრონიკული დაავადებების დროს, რომლებიც შეტანილია სხვა კლასიფიკაციებში
D64	სხვა ანემიები
D65	დისემინირებული სისხლძარღვშიგა შედედება
D66	VIII ფაქტორის მემკვიდრეობითი დეფიციტი
D67	IX ფაქტორის მემკვიდრეობითი დეფიციტი (კრისტმასის დაავადება)
D68	კოაგულაციის სხვა დეფექტები (მათ შორის ვილებრანდის დაავადება)
D69	პურპურა და სხვა ჰემორაგიული დარღვევები
D70	აგრანულოციტოზი
D71	პოლიმორფულბირთვიანი ნეიტროფილების ფუნქციური დარღვევები
D72	ლეიკოციტების სხვა დაზიანებები
D73	ელენთის დაავადებები
D74	მეთჰემოგლობინემია
D75	სისხლისა და სისხლმბადი ორგანოების სხვა დაავადებები
D76	ზოგიერთი დაავადება, რომელიც მოიცავს ლიმფო-რეტიკულურ ქსოვილებს და რეტიკულურ-ჰისტიოციტურ სისტემას
D77	სისხლისა და სისხლმბადი ორგანოების სხვა სახის დაზიანებები იმ დაავადებების დროს, რომლებიც შეტანილია სხვა კლასიფიკაციებში
D80	უპირატესად ანტისხეულების დეფიციტით მიმდინარე იმუნოდეფიციტი
D81	კომბინირებული იმუნოდეფიციტური მდგომარეობები
D82	სხვა მნიშვნელოვან დეფექტებთან დაკავშირებული იმუნოდეფიციტი
D83	ზოგადი ცვალებადი იმუნოდეფიციტი
D84	სხვა იმუნოდეფიციტური მდგომარეობები
D86	სარკოიდოზი
D89	იმუნური მექანიზმით მიმდინარე სხვა დარღვევები

A, B ინფექციური დაავადებები

A15	სასუნთქი გზების ბაქტერიოლოგიურად და ჰისტოლოგიურად დადასტურებული ტუბერკულოზი
A16	სასუნთქი გზების ბაქტერიოლოგიურად და ჰისტოლოგიურად დაუდასტურებელი ტუბერკულოზი

A17 ნერვული სისტემის ტუბერკულოზი
A18 სხვა ორგანოების ტუბერკულოზი
A19 მილიარული ტუბერკულოზი
B15 მწვავე ვირუსული ჰეპატიტი A
B16 მწვავე ვირუსული ჰეპატიტი B
B17 სხვა მწვავე ვირუსული ჰეპატიტი
B18 ქრონიკული ვირუსული ჰეპატიტი
B19 დაუზუსტებელი ვირუსული ჰეპატიტი
B20 ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსით გამოწვეული მდგომარეობა, რომელიც ვლინდება ინფექციური და პარაზიტული დაავადებების სახით
B21 ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსით გამოწვეული მდგომარეობა, რომელიც ვლინდება ავთვისებიანი სიმსივნური დაავადებების სახით
B22 ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსით გამოწვეული მდგომარეობა, რომელიც ვლინდება სხვა დაუზუსტებელი დაავადებების სახით
B23 ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსით გამოწვეული დაავადება, რომელიც ვლინდება სხვა მდგომარეობების სახით
B24 ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსით გამოწვეული დაუზუსტებელი დაავადება
A00-B98 სხვა დაზუსტებული ინფექციური დაავადებები (ზემოჩამოთვლილის გარდა)
B99 სხვა დაუზუსტებელი ინფექციური დაავადებები (ზემოჩამოთვლილის გარდა)

E00-E90 ენდოკრინული ორგანოების დაავადებები და ნივთიერებათა ცვლის დარღვევები

E00 თანდაყოლილი იოდდეფიციტური სინდრომი
E01 იოდის დეფიციტთან დაკავშირებული ფარისებრი ჯირკვლის დაავადებები და მსგავსი მდგომარეობები
E02 სუბკლინიკური იოდ-დეფიციტური ჰიპოთირეოზი
E03 ჰიპოთირეოზის სხვა ფორმები
E04 არატოქსიკური ჩიყვის სხვა ფორმები
E05 თირეოტოქსიკოზი (ჰიპერთირეოზი)
E06 თირეოიდიტი
E07 ფარისებრი ჯირკვლის სხვა დაავადებები
E10-16 შაქრიანი დიაბეტი და პანკრეასის შინაგანი სეკრეციის სხვა დარღვევები
E20 ჰიპოპარათირეოზი
E21 ჰიპოპარათირეოზი და ფარისებრახლო ჯირკვლების სხვა დარღვევები
E22 ჰიპოფიზის ჰიპერფუნქცია

E23	ჰიპოფიზის ჰიპოფუნქცია და სხვა დარღვევები
E24	კუშინგის სინდრომი
E25	ადრენოგენიტალური დარღვევები
E26	ჰიპერალდოსტერონიზმი
E27	თირკმელზედა ჯირკვლის სხვა დარღვევები
E28	საკვერცხეების დისფუნქცია
E29	სათესლე ჯირკვლის დისფუნქცია
E30	სქესობრივი მომწიფების დარღვევები, რომლებიც არ არის შეტანილი სხვა კლასიფიკაციებში
E31	პოლიგლანდულური დისფუნქცია
E32	თიმუსის დაავადებები
E34	სხვა ენდოკრინული დარღვევები
E35	ენდოკრინული ჯირკვლების დაზიანებები იმ დაავადებების დროს, რომლებიც შეტანილია სხვა კლასიფიკაციებში
E40-E64	საკვების არასაკმაო რაოდენობით მიღება და კვებითი დეფიციტის სხვა სახეები
E65-E68	სიმსუქნე და ჭარბი კვების სხვა სახეები
E70-E83	ნივთიერებათა ცვლის მოშლა
E84	კისტური ფიბროზი (მათ შორის მუკოვისციდოზი)
E85	ამილოიდოზი
E86	ჰიპოვოლემია
E87	წყალ-მარილოვანი და მჟავა-ტუტოვანი წონასწორობის სხვა დარღვევები
E88	ნივთიერებათა ცვლის სხვა დარღვევები
E89	ენდოკრინული და მეტაბოლური დარღვევები, რომლებიც წარმოიშვა სამედიცინო პროცედურების შემდეგ და არ არის შეტანილი სხვა კლასიფიკატორებში
E90	ალიმენტური და მეტაბოლური დარღვევები იმ დაავადებების დროს, რომლებიც შეტანილია სხვა კლასიფიკაციებში

F00-F99 ფსიქიკური დაავადებები

F00-F09	ორგანული ან სიმპტომური ფსიქიკური დარღვევები
F10-F99	დაუზუსტებელი ფსიქიკური დაავადებები

G00-G99 ნერვული სისტემის დაავადებები

G00-G03	მენინგიტი
G04-G05	ენცეფალიტი
G06-G07	ინტრაკრანიული და ინტრასპინური აბსცესი და გრანულომა
G08	ინტრაკრანიული და ინტრასპინური ფლებიტი და თრომბოფლებიტი

G09	ცენტრალური ნერვული სისტემის ანთებითი დაავადებების შორეული (ნარჩენი) შედეგები
G10-G13	ცენტრალური ნერვული სისტემის დაზიანებით მიმდინარე სისტემური ატროფიები
G20-G26	ექსტრაპირამიდული და მოძრაობის მოშლილობები
G30-G32	ალცჰაიმერის დაავადება და ნერვული სისტემის სხვა დეგენერაციული დაზიანებები
G35-G37	გაფანტული სკლეროზი და ცენტრალური ნერვული სისტემის სხვა მადემიელინიზებელი დაავადებები
G40-G47	ეპილეფსია და სხვა ეპიზოდური დარღვევები
G50-G73	პოლინეიროპათიები და მიოპათიები
G80-G83	ცენტრალური დამბლა და სხვა პარალიზური სინდრომები
G90-G94	თავის ტვინის სხვა დაზიანებები
G95	ზურგის ტვინის სხვა დაავადებები
G96-G99	ნერვული სისტემის სხვა დარღვევები

H00-H59 თვალისა და მისი დანამატების დაავადებები

H60-H95 ყურისა და დვრილისებრი მორჩის დაავადებები

J00-J99 სისხლის მიმოქცევის სისტემის დაავადებები

J00-J09	გულის მწვავე და ქრონიკული რევმატიული დაავადებები
J10	ესენციური (პირველადი) ჰიპერტენზია
J11-J13	ჰიპერტონული დაავადება
J15	მეორეული ჰიპერტონია
J20	სტენოკარდია
J21-J22	მიოკარდიუმის ინფარქტი
J23	მიოკარდიუმის ინფარქტის თანმხლები გართულებები
J24	გულის სხვა მწვავე იშემიური დაავადებები
J25	გულის ქრონიკული იშემიური დაავადება
J26	ფილტვის ემბოლია
J27	ფილტვ-გულის უკმარისობა
J28	ფილტვის სისხლძარღვების სხვა დაავადებები
J30-31	მწვავე პერიკარდიტი და პერიკარდიუმის სხვა დაავადებები
J33	მწვავე და ქვემწვავე ენდოკარდიტი
J34-J39	სარქველოვანი აორტის არარევმატიული დაზიანება
J40-J42	მწვავე მიოკარდიტი და კარდიომიოპათია
J44-J49	არითმიები
J46	გულის გაჩერება
J50	გულის უკმარისობა

J51	გულის დაავადებათა გართულებები და არაზუსტად განსაზღვრული მდგომარეობები
J60	სუბარაქნოიდული სისხლჩაქცევა
J61	ინტრაცერებრული სისხლჩაქცევა
J63-J64	ტვინის ინფარქტი და ინსულტი
J65-J69	სხვა ცერებროვასკულური გართულებები და მათი შორეული (ნარჩენი) შედეგები
J70	ათეროსკლეროზი
J71-J72	ანევრიზმები
J73	პერიფერიული სისხლძარღვების სხვა დაავადებები
J74	არტერიების ემბოლია და თრომბოზი
J78	კაპილარების დაავადებები
J80	ფლებიტი და თრომბოფლებიტი
J81	კარის ვენის თრომბოზი
J82	სხვა ვენების ემბოლია და თრომბოზი
J83	ქვედა კიდურების ვენების ვარიკოზი
J84	ბუასილი
J85	საყლაპავის ვენების ვარიკოზი
J86-87	ვენების სხვა დაზიანებები
J88-J89	ლიმფური სადინარების დაზიანებები
J95-J99	სისხლის მიმოქცევის სისტემის სხვა და დაუზუსტებელი დაზიანებები

J00-J99 სასუნთქი სისტემის დაავადებები

J00-J06	მწვავე რესპირატორული ინფექციები
J10-J11	გრიპი
J12-J18	პნევმონია
J20-J21	მწვავე ბრონქიტი და ბრონქიოლიტი
J40-J42	ქრონიკული ბრონქიტი
J43	ემფიზემა
J44	ფილტვის სხვა ქრონიკული ობსტრუქციული დაავადებები
J45-J46	ასთმა, ასთმური მდგომარეობა
J47	ბრონქოექტაზიური დაავადება
J60-J65	პნევმოკონიოზი
J66-J70	გარეგანი ფაქტორებით გამოწვეული ფილტვის დაავადებები
J80	მოზრდილთა რესპირატორული დისსტრეს-სინდრომი
J81	ფილტვების შეშუპება
J82-J84	ფილტვების სხვა ინტერსტიციული დაავადებები
J85	ფილტვისა და შუასაყრის აბსცესი
J86	პიოთორაქსი
J93	პნევმოთორაქსი

J95-J99 სასუნთქი გზების სხვა დაავადებები

K00-K93 საჭმლის მომნელებელი ორგანოების დაავადებები

K00-K14 პირის ღრუს, სანარწყვე ჯირკვლების და ყბების დაავადებები
K20-K22 საყლაპავის დაავადებები
K25-K26 კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულოვანი დაავადება
K27 დაუდგენელი ლოკალიზაციის პეპტიკური წყლული
K28 გასტროიეიუნური წყლული
K29 გასტრიტი და დუოდენიტი
K30-K31 კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის სხვა დაავადებები
K35-K38 აპენდიციტი
K40-K46 თიაქარი
K50 რეგიონული ენტერიტი
K51 წყლულოვანი კოლიტი
K52-K63 სხვა არაინფექციური გასტროენტეროკოლიტები და დაავადებები
K65 პერიტონიტი
K66 პერიტონეუმის სხვა დაზიანებები
K70-K71 ღვიძლის ალკოჰოლური და სხვა ტოქსიკური დაზიანებები
K72 ღვიძლის უკმარისობა
K73 ქრონიკული ჰეპატიტი
K74 ღვიძლის ფიბროზი და ციროზი
K75-K76 ღვიძლის სხვა დაავადებები
K80 ნაღველკენჭოვანი დაავადება
K81 ქოლეცისტიტი
K82-K83 ნაღვლის ბუშტისა და ნაღველგამომტანი სადინარების სხვა დაავადებები
K85 მწვავე პანკრეატიტი
K86 პანკრეასის სხვა დაავადებები
K90-93 საჭმლის მომნელებელი ორგანოების სხვა დაავადებები

L00-L99 კანის და კანქვეშა ქსოვილების ინფექციები

L00-L01 სტაფილოკოკური დამდუღრული კანის სინდრომი, იმპეტიგო
L02 კანის აბსცესი, ფურუნკული, კარბუნკული
L03 ფლეგმონა
L04 მწვავე ლიმფადენიტი
L05 პილონიდური (კუდუსუნის) კისტა
L08 კანის და კანქვეშა ქსოვილის სხვა ადგილობრივი ინფექციები
L10-L14 ბულოზური დაზიანებები
L20-L30 დერმატიტი და ეგზემა

L40-L45 პაპულოსქვამოზური დაზიანებები
L50-L54 ურტიკარია (ჭინჭრისებრი გამონაყარი) და ეგზემა
L55-L59 კანისა და კანქვეშა ქსოვილის რადიაციასთან დაკავშირებული გამონაყარი
L60-L75 კანის დანამატების დაავადებები
L80 ვიტილიგო
L81 კანის პიგმენტაციის სხვა დარღვევები
L82 სებორეული კერატოზი
L83 შავი აკანტოზი
L84 კანის გარქავება და კოჟიჟი
L85-L86 სხვა ეპითელური გასქელება და კერატოდერმიები
L87 ტრანსეპიდერმული პერფორაციული დაზიანებები
L88 განგრენული პიოდერმია
L89 ნაწოლის წყლული
L90 კანის ატროფიული დაზიანება
L91 კანის ჰიპერტროფიული ცვლილებები
L92 კანის და კანქვეშა ქსოვილის გრანულომატოზური დაზიანებები
L93 წითელი მგლურა
L94 შემაერთებელი ქსოვილის სხვა ლოკალური დაზიანებები
L95 კანის ვასკულიტი
L97 ქვედა კიდურის წყლული, რომლებიც არ არის შეტანილი სხვა კლასიფიკაციებში
L98 კანისა და კანქვეშა ქსოვილის სხვა დაზიანებები, რომლებიც სხვაგან არ არის კლასიფირებული
L99 კანისა და კანქვეშა ქსოვილის სხვა დაზიანებები, იმ ავადმყოფობათა დროს, რომლებიც შეტანილია სხვა კლასიფიკაციებში

M00-M99 ძვალ-კუნთოვანი სისტემისა და შემაერთებელი ქსოვილების დაავადებები

M00-M25 ართროპათია
M30-M36 შემაერთებელი ქსოვილის სისტემური დაზიანება
M40-M54 დორსოპათიები
M60-M79 რბილი ქსოვილების დაავადებები
M80-M85 ძვლის სიმტკიცისა და სტრუქტურის დარღვევები
M86 ოსტეომიელიტი
M87 ოსტეონეკროზი
M88 ძვლების პეჯეტის დაავადება
M89 ძვლების სხვა დაავადებები
M90 ოსტეოპათიები იმ დაავადებების დროს, რომლებიც შეტანილია სხვა კლასიფიკაციებში

M91-M94 ქონდროპათიები
M95-M99 ძვალ-კუნთოვანი სისტემის სხვა დაზიანებები

N00-N99 შარდ-სასქესო სისტემის დაავადებები

N00-N03 ნეფრიტული სინდრომი
N04-N05 ნეფროზული სინდრომი
N06-N08 სხვა გლომერულური დაავადებები
N10-N16 ტუბულოინტერსტიციული დაავადებები
N17 თირკმლის მწვავე უკმარისობა
N18 თირკმლის ქრონიკული უკმარისობა
N19 თირკმლის უკმარისობა, დაუზუსტებელი
N20-N23 თირკმელკენჭოვანი დაავადება
N25-N39 თირკმლისა და შარდსაწვეთის სხვა დაზიანებები
N40-N51 მამაკაცის სასქესო ორგანოების დაავადებები
N60-N64 ძუძუს დაავადებები
N70-N77 ქალის მენჯის ღრუს ორგანოების ანთებითი დაავადებები
N80-N98 ქალის სასქესო ორგანოების არაანთებითი დაავადებები
N99 შარდ-სასქესო სისტემის სხვა დაავადებები

O ორსულობის, მშობიარობისა და ლოგინობის ხანის დაავადებები

Q00-Q99 თანდაყოლილი მანკები, დეფორმაციები და ქრომოსომული დარღვევები

Q00-Q07 ნერვული სისტემის თანდაყოლილი მანკები
Q10-Q18 თვალის, ყურის, სახისა და კისრის თანდაყოლილი მანკები
Q20-Q22 სისხლის მიმოქცევის სისტემის თანდაყოლილი მანკები
Q30-Q34 სუნთქვის სისტემის თანდაყოლილი მანკები
Q35-Q37 ტუჩისა და სასის ნაპრალის მანკები
Q38-Q45 საჭმლის მომნელებელი სისტემის თანდაყოლილი მანკები
Q50-Q56 სასქესო ორგანოების თანდაყოლილი მანკები
Q60-Q64 საშარდე სისტემის თანდაყოლილი მანკები
Q65-Q79 ძვალ-კუნთოვანი სისტემის თანდაყოლილი მანკები და დეფორმაციები
Q80-Q89 სხვა თანდაყოლილი მანკები
Q90-Q99 ქრომოსომული დარღვევები, რომლებიც არ არის შეტანილი სხვა კლასიფიკაციებში

ავთვისებიანი სიმსივნეების ჰისტოლოგიური კლასიფიკაცია

კლასიფიკაციის სტრუქტურა:

M800	სიმსივნეები, დაუზუსტებელი
M801-M804	ეპითელური სიმსივნეები, დაუზუსტებელი
M805-M808	ბრტყელუჯრედოვანი სიმსივნეები
M809-M811	ბაზალურუჯრედოვანი სიმსივნეები
M812-M813	გარდამავალუჯრედოვანი პაპილომები და კარცინომები
M814-M838	ადენომები და ადენოკარცინომები
M839-M842	კანის დანამატებისა და დერივატივების სიმსივნეები
M843	მუკოეპიდერმოიდული (ჯირკვლოვან-ბრტყელუჯრედოვანი) სიმსივნეები
M844-M849	კისტური, ლორწოვანი და სეროზული სიმსივნეები
M850-M854	სადინარების, წილაკოვანი და მედულური სიმსივნეები
M855	აცინურუჯრედოვანი სიმსივნეები
M856-M858	რთული ეპითელური სიმსივნეები
M859-M867	სასქესო ჯირკვლების სპეციფიკური სიმსივნეები
M868-M871	პარაგანგლიომები და გლომუსური სიმსივნეები
M872-M879	ნევუსები (ხალები) და მელანომები
M880	რბილი ქსოვილების სიმსივნეები და სარკომები, დაუზუსტებელი
M881-M883	ფიბრომატოზული სიმსივნეები
M884	მიქსომატოზური სიმსივნეები
M885-M888	ლიპომატოზური სიმსივნეები
M889-M892	მიომატოზური სიმსივნეები
M893-899	შერეული და სტრომული რთული სიმსივნეები
M900-M903	ფიბროეპითელური სიმსივნეები
M904	სინოვიურის მსგავსი სიმსივნეები
M905	მეზოთელური სიმსივნეები
M906-M909	სასქესო უჯრედების სიმსივნეები
M910	ტროფობლასტური სიმსივნეები
M911	მეზონეფრომები
M912-M916	სისხლძარღვთა სიმსივნეები
M917	ლიმფური სადინარების სიმსივნეები
M918-M924	ძვლების და ხრტილების სიმსივნეები
M925	გიგანტურუჯრედოვანი სიმსივნეები
M926	ძვლის შერეული (სხვადასხვაგვარი) სიმსივნეები
M927-M934	ოდონტოგენური სიმსივნეები

M935-M937	შერეული (სხვადასხვაგვარი) სიმსივნეები
M938-M948	გლიომები
M949-M952	ნეიროეპითელური სიმსივნეები
M953	მენინგიომები
M954-M957	ნერვული ბოჭკოს გარსის სიმსივნეები
M958	მარცვლოვანუჯრედოვანი სიმსივნეები და რბილი ქსოვილების ალვეოლური სარკომა
M959-M970	ჰოჯკინის და არაჰოჯკინის ლიმფომები
M959	ავთვისებიანი ლიმფომები, დაუზუსტებელი ან დიფუზური
M965-M966	ჰოჯკინის დაავადება (ლიმფოგრანულომატოზი)
M967-M968	დაზუსტებული ტიპის ავთვისებიანი ლიმფომა, დიფუზური ან სხვაგვარად დაუზუსტებელი
M969	ავთვისებიანი ლიმფომა, ფოლიკულური ან კვანძოვანი, დიფუზური უბნებით ან მის გარეშე
M970	კანის დაზუსტებული და პერიფერიული T-უჯრედოვანი ლიმფომები
M972	სხვა დაზუსტებული არაჰოჯკინის ლიმფომები
M972	სხვა ლიმფორეტიკულური სიმსივნეები
M973	პლაზმურუჯრედოვანი სიმსივნეები
M974	პოხიერუჯრედოვანი სიმსივნეები
M976	იმუნოპროლიფერაციული დაავადებები
M980-M994	ლეიკემიები
M980	ლეიკემიები, დაუზუსტებელი
M982	ლიმფოიდური ლეიკემიები
M983	პლაზმურუჯრედოვანი ლეიკემია
M984	ერითროლეიკემიები
M985	ლიმფოსარკომულუჯრედოვანი ლეიკემია
M986	მიელოიდური (გრანულოციტური) ლეიკემიები
M987	ბაზოფილური ლეიკემია
M988	ეოზინოფილური ლეიკემია
M989	მონოციტური ლეიკემია
M990-M994	სხვა ლეიკემიები
M995-M997	სხვადასხვა მიელოპროლიფერაციული და ლიმფოპროლიფერაციული დარღვევები
M998	მიელოდისპლაზიური სინდრომი

M800	*სიმსივნეები, დაუზუსტებელი*
M8000/0	სიმსივნე, კეთილთვისებიანი
M8000/1	სიმსივნე, დაუდგენელი, როგორც კეთილთვისებიანი ან ავთვისებიანი

M8000/3 სიმსივნე ავთვისებიანი
M8000/6 სიმსივნე მეტასტაზური
M8001/0 სიმსივნური უჯრედები, კეთილთვისებიანი
M8001/1 სიმსივნური უჯრედები, დაუდგენელი როგორც კეთილთვისებიანი ან ავთვისებიანი
M8001/3 სიმსივნური უჯრედები, ავთვისებიანი
M8002/3 ავთვისებიანი სიმსივნე, წვრილუჯრედოვანი ტიპი
M8003/3 ავთვისებიანი სიმსივნე, გიგანტურუჯრედოვანი ტიპი
M8004/3 ავთვისებიანი სიმსივნე, თითისტარისებრუჯრედოვანი ტიპი

M801-M804 ეპითელური სიმსივნეები, დაუზუსტებელი

M8010/0 ეპითელური სიმსივნე, კეთილთვისებიანი
M8010/2 კარცინომა in situ, დაუზუსტებელი
M8010/3 კარცინომა, დაუზუსტებელი
M8010/6 კარცინომა, მეტასტაზური, დაუზუსტებელი
M8011/0 ეპითელიომა, კეთილთვისებიანი
M8011/3 ეპითელიომა, ავთვისებიანი
M8012/3 მსხვილუჯრედოვანი კარცინომა, დაუზუსტებელი
M8020/3 კარცინომა, არადიფერენცირებული, დაუზუსტებელი
M8021/3 კარცინომა, ანაპლაზიური, დაუზუსტებელი
M8022/3 პლეომორფული კარცინომა
M8030/3 გიგანტურუჯრედოვანი და თითისტარისებრუჯრედოვანი კარცინომა
M8031/3 გიგანტურუჯრედოვანი კარცინომა
M8032/3 თითისტარისებრუჯრედოვანი კარცინომა
M8033/3 ფსევდოსარკომატოზული კარცინომა
M8034/3 პოლიგონალუჯრედოვანი (მრავალწახნაგაუჯრედოვანი) კარცინომა
M8040/1 სიმსივნის მსგავსი წარმონაქმნი (მიკროსიმსივნე)
M8041/3 წვრილუჯრედოვანი კარცინომა, დაუზუსტებელი
M8042/3 წვრილუჯრედოვანი კარცინომა (C34.-)
M8043/3 წვრილუჯრედოვანი კარცინომა, თითისტარისებრუჯრედოვანი (C34.-)
M8044/3 წვრილუჯრედოვანი კარცინომა, შუალედურუჯრედოვანი (C34.-)
M8045/3 წვრილუჯრედოვანი-მსხვილუჯრედოვანი კარცინომა (C34.-)

M805-M808 ბრტყელუჯრედოვანი სიმსივნეები

M8050/0 პაპილომა, დაუზუსტებელი (გარდა შარდის ბუშტის პაპილომისა)
M8050/2 პაპილური (ძერილისებრი) კარცინომა in situ

M8050/3 პაპილური (დვრილისებრი) კარცინომა, დაუზუსტებელი
M8051/0 მეჭუჭისებრი (ვერუკოზული) პაპილომა
M8051/3 მეჭუჭისებრი (ვერუკოზული) კარცინომა, დაუზუსტებელი
M8052/0 ბრტყელუჯრედოვანი პაპილომა
M8052/3 პაპილური (დვრილისებრი) ბრტყელუჯრედოვანი კარცინომა
M8053/0 ინვერტირებული (შებრუნებული) პაპილომა
M8060/0 პაპილომატოზი, დაუზუსტებელი
M8070/2 ბრტყელუჯრედოვანი კარცინომა in situ, დაუზუსტებელი
M8070/3 ბრტყელუჯრედოვანი კარცინომა, დაუზუსტებელი
M8070/6 ბრტყელუჯრედოვანი კარცინომა, მეტასტაზური, დაუზუსტებელი
M8071/3 ბრტყელუჯრედოვანი კარცინომა, გარქვეული, დაუზუსტებელი
M8072/3 ბრტყელუჯრედოვანი კარცინომა, მსხვილუჯრედოვანი, გაურქვეველი
M8073/3 ბრტყელუჯრედოვანი კარცინომა, წვრილუჯრედოვანი, გაურქვეველი
M8074/3 ბრტყელუჯრედოვანი კარცინომა, თითისტარისებრუჯრედოვანი
M8075/3 ჯირკვლოვანი ბრტყელუჯრედოვანი კარცინომა
M8076/2 ბრტყელუჯრედოვანი კარცინომა in situ, საეჭვო სტრომული ინვაზიით (D06.-)
M8076/3 ბრტყელუჯრედოვანი კარცინომა, მიკროინვაზიური (C53.-)
M8077/2 ინტრაეპითელური ნეოპლაზია, III ხარისხის, საშვილოსნოს ყელის, ვულვის და საშოსი
M8080/2 კეირის ერითროპლაზია (D07.4)
M8081/2 ბოუენის დაავადება
M8082/3 ლიმფოეპითელური კიბო (ლიმფოეპითელიომა/შმინკეს დაავადება)

M809-M811 ბაზალურუჯრედოვანი სიმსივნეები

M8090/1 ბაზალურუჯრედოვანი სიმსივნე (D48.-)
M8090/3 ბაზალურუჯრედოვანი კიბო, დაუზუსტებელი (C44.-)
M8091/3 მულტიცენტრული ბაზალურუჯრედოვანი კიბო (C44.-)
M8092/3 ბაზალურუჯრედოვანი კიბო, სკლეროდერმისებრი (C44.-)
M8093/3 ბაზალურუჯრედოვანი კიბო, ფიბროეპითელური (C44.-)
M8094/3 ბაზალურ-ბრტყელუჯრედოვანი კიბო (C44.-)
M8095/3 მეტატიპური კიბო (C44.-)
M8096/3 ჯადასონის ინტრაეპიდერმული ეპითელიომა (D23.-)
M8100/0 ტრიქოეპითელიომა (ბრუკის სიმსივნე, ჯირკვლოვან-კისტოზური ეპითელიომა) (D23.-)
M8101/0 ტრიქოფოლიკულომა (D23.-)
M8102/0 ტრიქოლემომა (D23.-)
M8110/0 პილომატრიქსომა, დაუზუსტებელი (D23.-)

M8110/3 პილომატრიქსული (თმის ფოლიკულის) კიბო (მალერბის ეპითელიომა) (C44.-)

M812-M813 გარდამავალუჯრედოვანი პაპილომები და კარცინომები

M8120/0 გარდამავალუჯრედოვანი პაპილომა, დაუზუსტებელი
M8120/1 უროთელური პაპილომა
M8120/2 გარდამავალუჯრედოვანი პაპილომა in situ
M8120/3 გარდამავალუჯრედოვანი კარცინომა, დაუზუსტებელი
M8121/0 შნაიდერის პაპილომა
M8121/1 გარდამავალუჯრედოვანი პაპილომა, ინვერტირებული (შებრუნებული)
M8121/3 შნაიდერის კარცინომა
M8122/3 გარდამავალუჯრედოვანი კარცინომა, თითისტარისებრუჯრედოვანი
M8123/3 ბაზალიოიდური კიბო (C21.1)
M8124/3 კლოაკოგენური კიბო (C21.2)
M8130/3 პაპილური (დერილისებრი) გარდამავალუჯრედოვანი კიბო

M814-M838 ადენომები და ადენოკარცინომები

M8140/0 ადენომა, დაუზუსტებელი
M8140/1 ბრონქული ჯირკვლების ადენომა, დაუზუსტებელი (D38.1)
M8140/2 ადენოკარცინომა in situ, დაუზუსტებელი
M8140/6 ადენოკარცინომა, მეტასტაზური
M8140/3 ადენოკარცინომა, დაუზუსტებელი
M8141/3 სკიროზული ადენოკარცინომა
M8142/3 პლასტიკური ლინიტი (Linitis plastica) B125(C16.-)
M8143/3 ზედაპირულად გავრცელებადი ადენოკარცინომა
M8144/3 ადენოკარცინომა, ნაწლავური ტიპის (C16.-)
M8145/3 კარცინომა, დიფუზური (C16.-)
M8146/0 მონომორფული ადენომა
M8147/0 ბაზალურუჯრედოვანი ადენომა (D11.-)
M8147/3 ბაზალურუჯრედოვანი ადენოკარცინომა (C07.-, C09.-)
M8150/0 კუნძულაკურუჯრედოვანი ადენომა (D13.7)
M8150/3 კუნძულაკურუჯრედოვანი კარცინომა (C25.4)
M8151/0 ინსულინომა, დაუზუსტებელი (D13.7)
M8151/3 ინსულინომა, ავთვისებიანი (C25.4)
M8152/0 გლუკაგონომა, დაუზუსტებელი (D13.7)
M8152/3 გლუკაგონომა, ავთვისებიანი (C25.4)
M8153/1 გასტრინომა, დაუზუსტებელი

M8153/3	გასტრინომა, ავთვისებიანი
M8154/3	შერეული კუნძულაკურუჯრედოვანი და ეგზოკრინული ადენოკარცინომა (C25.-)
M8155/3	ვიპომა
M8160/0	ნაღვლის სადინარის ადენომა (ქოლანგიომა) (D13.4)
M8160/3	ქოლანგიოკარცინომა (C22.1)
M8161/0	ნაღვლის სადინარის ცისტადენომა
M8161/3	ნაღვლის სადინარის ცისტადენოკარცინომა
M8162/3	კლაცკინის სიმსივნე (C22.1)
M8170/0	ჰეპატოცელულური ადენომა (D13.4)
M8170/3	ჰეპატოცელულური კარცინომა, დაუზუსტებელი (C22.0)
M8171/3	ჰეპატოცელულური კარცინომა, ფიბროლამელური (C22.0)
M8180/3	შერეული ქოლანგიო- და ჰეპატოცელულური კარცინომა (C22.0)
M8190/0	ტრაბეკულური ადენომა
M8190/3	ტრაბეკულური ადენოკარცინომა
M8191/0	ემბრიონული ადენომა
M8200/0	ეკრინული დერმული ცილინდრომა (D23.-)
M8200/3	ადენოკისტოზური კარცინომა
M8201/3	კრიბროზული კარცინომა
M8202/0	მიკროკისტოზური ადენომა (D13.7)
M8210/0	ადენომატოზური პოლიპი, დაუზუსტებელი
M8210/2	ადენოკარცინომა in situ ადენომატოზურ პოლიპში
M8210/3	ადენოკარცინომა ადენომატოზურ პოლიპში
M8211/2	ტუბულური ადენომა, დაუზუსტებელი
M8211/3	ტუბულური ადენოკარცინომა
M8220/0	მსხვილი ნაწლავის ადენომატოზური პოლიპოზი (D12.-)
M8220/3	ადენოკარცინომა მსხვილი ნაწლავის ადენომატოზურ პოლიპში (C18.-)
M8221/0	ადენომატოზური პოლიპოზი
M8221/3	ადენოკარცინომა ადენომატოზურ პოლიპებში
M8230/3	სოლიდური კიბო, დაუზუსტებელი
M8231/3	არადიფერენცირებული (მარტივი) კარცინომა (carcinoma simplex)
M8240/1	ჭიაყელა დანამატის კარცინოიდი, დაუზუსტებელი (D37.3)
M8240/3	კარცინოიდი, დაუზუსტებელი (კარდა ჭიაყელა დანამატისა M8240/1)
M8241/1	კარცინოიდული სიმსივნე, არგენტაფინური, დაუზუსტებელი
M8241/3	კარცინოიდული სიმსივნე, არგენტაფინური, ავთვისებიანი
M8243/3	ფიალისებრუჯრედოვანი კარცინოიდი
M8244/3	რთული კარცინოიდი
M8245/3	ადენოკარცინოიდული სიმსივნე
M8246/3	ნეიროენდოკრინული კარცინომა

M8247/3 მერკელის უჯრედებისგან განვითარებული კიბო (C44.-)
M8248/1 აპუდომა
M8250/0 ფილტვების ადენომატოზი (D38.1)
M8250/3 ბრონქიოლურ-ალვეოლური ადენოკარცინომა
M8251/0 ალვეოლური ადენომა (D14.3)
M8251/3 ალვეოლური ადენოკარცინომა (C34.-)
M8260/0 პაპილური (დვრილისებრი) ადენომა, დაუზუსტებელი
M8260/3 პაპილური (დვრილისებრი) ადენოკარცინომა, დაუზუსტებელი
M8261/1 ხაოიანი ადენომა, დაუზუსტებელი
M8261/2 ადენოკარცინომა in situ ხაოიან ადენომაში
M8261/3 ადენოკარცინომა ხაოიან ადენომაში
M8262/3 ხაოიანი ადენოკარცინომა
M8263/0 ხაოიან-ტუბულური (მილაკოვანი) ადენომა, დაუზუსტებელი
M8263/2 ადენოკარცინომა in situ ხაოიან-ტუბულურ ადენომაში
M8263/3 ადენოკარცინომა ხაოიან-ტუბულურ ადენომაში
M8270/0 ქრომოფობული ადენომა (D35.2)
M8270/3 ქრომოფობულუჯრედოვანი კარცინომა (C75.1)
M8271/0 პროლაქტინომა (D35.2)
M8280/0 აციდოფილურუჯრედოვანი ადენომა (C75.1)
M8280/3 აციდოფილური კარცინომა (C75.1)
M8281/0 შერეული აციდოფილურ-ბაზოფილური ადენომა (C75.1)
M8281/3 შერეული აციდოფილურ-ბაზოფილური კარცინომა (C75.1)
M8290/0 ოქსიფილური ადენომა
M8290/3 ოქსიფილური ადენოკარცინომა
M8300/0 ბაზოფილური ადენომა (D35.2)
M8300/3 ბაზოფილურუჯრედოვანი კარცინომა (C75.1)
M8310/0 ნათელუჯრედოვანი ადენომა
M8310/3 ნათელუჯრედოვანი ადენოკარცინომა, დაუზუსტებელი
M8311/1 ჰიპერნეფროიდული სიმსივნე
M8312/3 თირკმელუჯრედოვანი კარცინომა (C64)
M8313/0 ნათელუჯრედოვანი ადენოფიბრომა (ცისტადენოფიბრომა)
M8314/3 ლიპიდმასეკრეტებელი კარცინომა (C60.-)
M8315/3 გლიკოგენშემცველი კარცინომა (C50.-)
M8320/3 მარცვლოვანუჯრედოვანი ადენოკარცინომა
M8321/0 მთავარი უჯრედებისგან განვითარებული ადენომა (D35.1)
M8322/0 გაწყალებულ-ნათელუჯრედოვანი ადენომა (D35.1)
M8322/3 გაწყალებულ-ნათელუჯრედოვანი ადენოკარცინომა (C75.0)
M8323/0 შერეულუჯრედოვანი ადენომა
M8323/3 შერეულუჯრედოვანი ადენოკარცინომა
M8324/0 ლიპოადენომა/ადენოლიპომა

M8330/0 ფოლიკულური ადენომა (D34)
M8330/3 ფოლიკულური ადენოკარცინომა, დაუზუსტებელი
M8331/3 ფოლიკულური ადენოკარცინომა, მაღალდიფერენცირებული (C73)
M8332/3 ფოლიკულური ადენოკარცინომა, ტრაბეკულური (C73)
M8333/0 მიკროფოლიკულური (ფეტალური) ადენომა (D34)
M8334/0 მაკროფოლიკულური (კოლოიდური) ადენომა (D34)

M8340/0 პაპილური (დვრილისებრუჯრედოვანი) კარცინომა, ფოლიკულური ვარიანტი (C73)
M8350/3 არაკაფსულირებული მასკლეროზებელი კარცინომა (C73)
M8360/1 მრავლობითი ენდოკრინული ადენომები (ენდოკრინული ადენომატოზი)
M8361/1 იუქსტაგლომერულური სიმსივნე (D41.0)
M8370/0 თირკმელზედა ჯირკვლის ქერქოვანი შრის ადენომა, დაუზუსტებელი (D35.0)
M8370/3 თირკმელზედა ჯირკვლის ქერქოვანი შრის კარცინომა (C74.0)
M8371/0 თირკმელზედა ჯირკვლის ქერქოვანი შრის კომპაქტური უჯრედებისგან განვითარებული ადენომა (D35.0)
M8372/0 თირკმელზედა ჯირკვლის ქერქოვანი შრის ადენომა, ძლიერ-პიგმენტირებული ვარიანტი (D35.0)
M8373/0 თირკმელზედა ჯირკვლის ქერქოვანი შრის ადენომა, ნათელუჯრედოვანი (D35.0)
M8374/0 თირკმელზედა ჯირკვლის ქერქოვანი შრის ადენომა, გლომუსურუჯრედოვანი (D35.0)
M8375/0 თირკმელზედა ჯირკვლის ქერქოვანი შრის ადენომა, შერეულუჯრედოვანი (D35.0)
M8380/0 ენდომეტრიოიდული ადენომა (ცისტადენომა), დაუზუსტებელი (D27)
M8380/1 ენდომეტრიოიდული ადენომა, (ცისტადენომა) ვაავთვისებიანების ზღვარზე (D39.1)
M8380/3 ენდომეტრიოიდული კიბო (ადენოკარცინომა, ცისტადენოკარცინომა) (C56)
M8381/0 ენდომეტრიოიდული ადენოფიბრომა, დაუზუსტებელი (D27)
M8381/1 ენდომეტრიოიდული ადენოფიბრომა, გაავთვისებიანების ზღვარზე (D39.1)
M8381/3 ენდომეტრიოიდული ადენოფიბრომა, ავთვისებიანი (C56)

M839-M842 კანის დანამატების სიმსივნეები

M8390/0 კანის დანამატის ადენომა (D23.-)
M8390/3 კანის დანამატის კარცინომა (C44.-)
M8400/0 საოფლე ჯირკვლის ადენომა (D23.-)
M8400/1 საოფლე ჯირკვლის სიმსივნე, დაუზუსტებელი (D48.5)

M8400/3 საოფლე ჯირკვლის კიბო/ადენოკარცინომა (C44.-)
M8401/0 აპოკრინული ადენომა
M8401/3 აპოკრინული ადენოკარცინომა
M8402/0 ეკრინული აკროსპირომა (პორომა) (D23.-)
M8403/0 ეკრინული სპირადენომა (D23.-)
M8404/0 ჰიდროცისტომა (D23.-)
M8405/0 პაპილური (დვრილისებრი) ჰიდრადენომა (D23.-)
M8406/0 პაპილური (დვრილისებრი) სირინგოადენომა (D23.-)
M8407/0 სირინგომა, დაუზუსტებელი (D23.-)
M8408/0 ეკრინული პაპილური (დვრილისებრი) ადენომა (D23.-)
M8410/0 ცხიმოვანი ჯირკვლის ადენომა (D23.-)
M8410/3 ცხიმოვანი ჯირკვლის ადენოკარცინომა (C44.-)
M8420/0 გოგირდოვანი ჯირკვლის ადენომა (D23.2)
M8420/3 გოგირდოვანი ჯირკვლის კიბო/ადენოკარცინომა (C44.2)

M843 მუკოეპიდერმოიდული (ჯირკვლოვან-ბრტყელუჯრედოვანი) სიმსივნეები

M8430/1 მუკოეპიდერმოიდული სიმსივნე
M8430/3 მუკოეპიდერმოიდული კარცინომა

M844-M849 კისტური, ლორწოვანი და სეროზული სიმსივნეები

M8440/0 ცისტადენომა, დაუზუსტებელი
M8440/3 ცისტადენოკარცინომა, დაუზუსტებელი
M8441/0 სეროზული ცისტადენომა, დაუზუსტებელი (D27)
M8441/3 სეროზული ცისტადენოკარცინომა, დაუზუსტებელი (C56)
M8442/3 სეროზული ცისტადენომა, გაავთვისებიანების ზღვარზე (C56)
M8450/0 პაპილური (დვრილისებრი) ცისტადენომა, დაუზუსტებელი (D27)
M8450/3 პაპილური (დვრილისებრი) ცისტადენოკარცინომა, დაუზუსტებელი (C56)
M8451/3 პაპილური (დვრილისებრი) ცისტადენომა, გაავთვისებიანების ზღვარზე (C56)
M8452/1 პაპილური (დვრილისებრი) კისტოზური სიმსივნე (D37.7)
M8460/0 პაპილური (დვრილისებრი) სეროზული ცისტადენომა, დაუზუსტებელი (D27)
M8460/3 პაპილური (დვრილისებრი) სეროზული ცისტადენოკარცინომა (C56)
M8461/0 სეროზული ზედაპირული პაპილომა (D27)
M8461/3 სეროზული ზედაპირული დვრილისებრი კარცინომა (C56)
M8462/3 პაპილური (დვრილისებრი) სეროზული ცისტადენომა, გაავთვისებიანების ზღვარზე (C56)

M8470/0 ლორწოვანი (მუცინოზური) ცისტადენომა, დაუზუსტებელი (D27)
M8470/3 ლორწოვანი (მუცინოზური) ცისტადენოკარცინომა, დაუზუსტებელი (C56)
M8471/0 პაპილური (დვრილისებრი) ლორწოვანი (მუცინოზური) ცისტადენომა, დაუზუსტებელი (D27)
M8471/3 პაპილური (დვრილისებრი) ლორწოვანი (მუცინოზური) ცისტადენოკარცინომა (C56)
M8472/3 მუცინოზური (ლორწოვანი) ცისტადენომა, გაავთვისებიანების ზღვარზე (C56)
M8473/3 პაპილური (დვრილისებრი) ლორწოვანი ცისტადენომა, გაავთვისებიანების ზღვარზე (C56.9)
M8480/0 მუცინოზური (ლორწოვანი) ადენომა
M8480/3 მუცინოზური (ლორწოვანი) ადენოკარცინომა
M8480/6 პერიტონეუმის ფსევდომიქსომა (C48.2)
M8481/3 მუცინმასეკრეტებელი (ლორწოს წარმომქმნელი) ადენოკარცინომა
M8490/3 ბეჭდისებრუჯრედოვანი კიბო/ადენოკარცინომა
M8490/6 მეტასტაზური ბეჭდისებრუჯრედოვანი კიბო (კრუკენბერგის კიბო) (C 56.9)

M850-M854 სადინარების, წილაკოვანი და მედულური სიმსივნეები

M8500/2 ინტრადუქტული კარცინომა, არამაინფილტრებელი, დაუზუსტებელი
M8500/3 ინფილტრაციული ინტრადუქტული კარცინომა (C50.-)
M8501/2 კომედოკარცინომა, არამაინფილტრებელი (D05.-)
M8501/3 კომედოკარცინომა, დაუზუსტებელი (C50.-)
M8502/3 ძუძუს იუვენილური კარცინომა (C50)
M8503/0 ინტრადუქტული პაპილომა
M8503/2 არამაინფილტრებელი ინტრადუქტული პაპილური (დვრილისებრი) ადენოკარცინომა (D05.-)
M8503/3 ინტრადუქტული პაპილური (დვრილისებრი) ინვაზიური ადენოკარცინომა (C50.-)
M8504/0 ინტრაკისტოზური პაპილური (დვრილისებრი) ადენომა
M8504/2 არამაინფილტრებელი ინტრაკისტოზური კარცინომა/პაპილომა
M8504/3 ინტრაკისტოზური კარცინომა, დაუზუსტებელი
M8505/0 ინტრადუქტული პაპილომატოზი, დაუზუსტებელი
M8506/0 დვრილის ადენომა (D24)
M8510/3 მედულური კიბო/ადენოკარცინომა, დაუზუსტებელი
M8511/3 მედულური კარცინომა ამილოიდური სტრომით (C50.-)
M8512/3 მედულური კარცინომა ლიმფოიდური სტრომით
M8520/2 წილაკოვანი კარცინომა/ადენოკარცინომა in situ (D05.0)

M8520/3 წილაკოვანი კარცინომა/ადენოკარცინომა, დაუზუსტებელი (C50.-)
M8521/3 მაინფილტრებელი ინტრადუქტული კარცინომა (C50.-)
M8522/2 ინტრადუქტული და წილაკოვანი კარცინომა in situ (D50.-)
M8522/3 ინტრადუქტული და წილაკოვანი მაინფილტრებელი კარცინომა (C50.-)
M8530/3 ანთებითი კიბო/ადენოკარცინომა (C50.-)
M8540/3 ძუძუს პეჯეტის დაავადება (C50.-)
M8541/3 ძუძუს პეჯეტის დაავადება და მაინფილტრებელი ინტრადუქტული კარცინომა (C50.-)
M8542/3 პეჯეტის დააავადება, ექსტრამამარული (გარდა ძვლის პეჯეტის დაავადებისა)
M8543/3 ძუძუს პეჯეტის დაავადება და ინტრადუქტული კარცინომა (C50.-)

M855 აცინურუჯრედოვანი სიმსივნეები

M8550/0 აცინურუჯრედოვანი ადენომა
M8550/1 აცინურუჯრედოვანი სიმსივნე
M8553/0 აცინურუჯრედოვანი კიბო

856-858 რთული ეპითელური სიმსივნეები

M8560/3 ჯირკვლოვან-ბრტყელუჯრედოვანი კარცინომა
M8561/0 ადენოლიმფომა (D11.-)
M8561/3 ეპითელურ-მიოეპითელური კარცინომა
M8570/3 ადენოკარცინომა ბრტყელუჯრედოვანი მეტაპლაზიით/ადენოაკანტომა
M8571/3 ადენოკარცინომა ხრტილოვანი და ძვლოვანი მეტაპლაზიით
M8572/3 ადენოკარცინომა თითისტარისებრუჯრედოვანი მეტაპლაზიით
M8573/3 ადენოკარცინომა აპოკრინული მეტაპლაზიით
M8580/0 თიმომა, კეთილთვისებიანი (D15.0)
M8580/3 თიმომა, ავთვისებიანი (C37)

M859-M867 სასქესო ჯირკვლების სპეციფიკური სიმსივნეები

M8590/1 სასქესო ბაგირაკის სტრომული სიმსივნე
M8600/0 თეკომა, დაუზუსტებელი (D27)
M8600/3 ავთვისებიანი თეკომა (C56.9)
M8601/0 თეკომა, ლუთეინიზაციით (D27)
M8602/0 სკლეროზული სტრომული სიმსივნე (D27)
M8610/0 ლუთეომა, დაუზუსტებელი (D27)
M8620/1 გრანულოზურუჯრედოვანი სიმსივნე, დაუზუსტებელი (D39.1)
M8621/1 გრანულოზურუჯრედოვან-თეკაუჯრედოვანი სიმსივნე (D39.1)
M8622/1 იუვენილური გრანულოზურუჯრედოვანი სიმსივნე (D39.1)
M8623/1 სასქესო ბაგირაკის სიმსივნე ანულარული (რგოლისებრი) მილაკებით (D39.1)

M8630/0 ანდრობლასტომა, კეთილთვისებიანი
M8630/1 ანდრობლასტომა, დაუზუსტებელი
M8630/3 ანდრობლასტომა, ავთვისებიანი
M8631/0 სერტოლი-ლეიდიგის უჯრედებისგან განვითარებული სიმსივნე
M8632/1 გინანდრობლასტომა (D39.1)
M8640/0 სერტოლის უჯრედებისგან განვითარებული სიმსივნე, დაუზუსტებელი
M8640/3 სერტოლის უჯრედებისგან განვითარებული კარცინომა (C62.-)
M8641/0 სერტოლის უჯრედებისგან განვითარებული სიმსივნე ლიპიდური ნალექით (D27)
M8650/0 ლეიდიგის უჯრედებისგან განვითარებული სიმსივნე, კეთილთვისებიანი (D29.2)
M8650/1 ლეიდიგის უჯრედებისგან განვითარებული სიმსივნე, დაუზუსტებელი
M8650/3 ლეიდიგის უჯრედებისგან განვითარებული სიმსივნე, ავთვისებიანი (D62)
M8660/0 ჰილუსურუჯრედოვანი სიმსივნე (D27)
M8670/0 საკვერცხის ლიპიდუჯრედოვანი სიმსივნე (D27)
M8671/0 ადრენალური ნარჩენებისგან განვითარებული სიმსივნე

M868-M871 პარაგანგლიომები და გლომუსური (გორგლოვანი) სიმსივნეები

M8680/1 პარაგანგლიომა, დაუზუსტებელი
M8680/3 პარაგანგლიომა, ავთვისებიანი
M8681/1 სიმპათიკური პარაგანგლიომა
M8682/1 პარასიმპათიკური პარაგანგლიომა
M8683/0 განგლიური უჯრედების პარაგანგლიომა (D13.2)
M8690/1 საუღლე ბოლქვის სიმსივნე (D44.7)
M8691/1 აორტული ბოლქვის სიმსივნე (D44.7)
M8692/1 კაროტიდული ბოლქვის სიმსივნე (D44.6)
M8693/1 ექსტრაადრენალური პარაგანგლიომა, დაუზუსტებელი
M8693/3 ექსტრაადრენალური პარაგანგლიომა, ავთვისებიანი
M8700/0 ფეოქრომოციტომა, დაუზუსტებელი (D35.0)
M8700/3 ფეოქრომოციტომა, ავთვისებიანი (C74.1)
M8710/3 გლომანგიოსარკომა
M8711/0 გლომუსური სიმსივნე
M8712/0 გლომანგიომა
M8713/0 გლომანგიომიომა

M8720/0 პიგმენტური ნევუსი, დაუზუსტებელი (D22.-)
M8720/3 მელანომა, დაუზუსტებელი
M8721/3 კვანძოვანი მელანომა (C43.-)
M8722/0 ბალონურუჯრედოვანი ნევუსი (D22.-)
M8722/3 ბალონურუჯრედოვანი მელანომა (C43.-)
M8723/0 გალო-ნევუსი (D22.-)
M8723/3 მელანომა, რეგრესირებადი (C43.-)
M8724/0 ცხვირის ფიბროზული პაპულა (D22.3)
M8725/0 ნეირონევუსი (D22.-)
M8726/0 გიგანტურუჯრედოვანი ნევუსი (D31.4)
M8727/0 დისპლაზიური ნევუსი (D22.-)
M8730/0 არაპიგმენტური ნევუსი (D22.-)
M8730/3 ამელანოზური (არაპიგმენტური) მელანომა (უფერული ნევუსი) (C43.-)
M8740/0 კვანძოვაენი ნევუსი, დაუზუსტებელი (D22.-)
M8740/3 მელანომა მოსაზღვრე ნევუსში (C44.-)
M8741/2 კიბოსწინა მელანოზი, დაუზუსტებელი (D03.-)
M8741/3 ავთვისებიანი მელანომა კიბოსწინა მელანოზში (C43.-)
M8742/2 ჰატჩინსონის კიბოსწინა მელანოზი, დაუზუსტებელი (D03.-)
M8742/3 მელანომა ჰატჩინსონის მელანოზში (C43.-)
M8743/3 ზედაპირულად გავრცელებადი მელანომა (C43.-)
M8744/3 აკრალური ლენტიგო-მელანომა, ავთვისებიანი (C43.-)
M8745/3 დესმოპლაზიური მელანომა, ავთვისებიანი (C43.-)
M8750/0 ინტრადერმული ნევუსი (D22.-)
M8760/0 რთული ნევუსი (D22.-)
M8761/1 გიგანტური პიგმენტური ნევუსი, დაუზუსტებელი (D22.-)
M8761/3 ავთვისებიანი მელანომა გიგანტურ პიგმენტურ ნევუსში (D43.-)
M8770/0 ეპითელიოიდური და თითისტარისებრუჯრედოვანი ნევუსი (D22.-)
M8770/3 შერეული ეპითელიოიდური და თითისტარისებრუჯრედოვანი მელანომა
M8771/0 ეპითელიოიდურუჯრედოვანი ნევუსი (D22.-)
M8771/3 ეპითელიოიდურუჯრედოვანი მელანომა
M8772/0 თითისტარისებრუჯრედოვანი ნევუსი (D22.-)
M8772/3 თითისტარისებრუჯრედოვანი მელანომა, დაუზუსტებელი (D22.-)
M8773/3 თითისტარისებრუჯრედოვანი მელანომა, A ტიპი (C69.-)
M8774/3 თითისტარისებრუჯრედოვანი ნევუსი B ტიპი (C69.-)
M8780/0 ცისფერი ნევუსი, დაუზუსტებელი (D22.-)
M8780/3 ცისფერი ნევუსი, ავთვისებიანი (C43.-)
M8790/0 უჯრედული ცისფერი ნევუსი (D22.-)

M880 *რბილი ქსოვილების სიმსივნეები და სარკომები, დაუზუსტებელი*

M8800/0 რბილი ქსოვილის სიმსივნე, კეთილთვისებიანი
M8800/3 სარკომა, დაუზუსტებელი
M8800/6 სარკომატოზი, დაუზუსტებელი
M8801/3 თითისტარისებრუჯრედოვანი სარკომა
M8802/3 გიგანტურუჯრედოვანი სარკომა (გარდა ძვლის სარკომისა – M9250/3)
M8803/3 წვრილუჯრედოვანი სარკომა
M8804/3 ეპითელიოიდური სარკომა

M881-M883 *ფიბრომატოზული სიმსივნეები*

M8810/0 ფიბრომა, დაუზუსტებელი
M8810/3 ფიბროსარკომა, დაუზუსტებელი
M8811/0 ფიბრომიქსომა
M8811/3 ფიბრომიქსოსარკომა
M8812/0 ძვლისაზრდელას ფიბრომა (D16.-)
M8812/3 ძვლისაზრდელას ფიბროსარკომა (C40.-, C41.-)
M8813/0 ფასციური ფიბრომა
M8813/0 ფასციური ფიბროსარკომა
M8814/3 ახალშობილთა ფიბროსარკომა
M8820/0 ელასტოფიბრომა
M8821/1 აგრესიული ფიბრომატოზი
M8822/1 აბდომინური ფიბრომატოზი
M8823/1 დესმოპლაზიური ფიბრომა
M8824/1 მიოფიბრომატოზი
M8830/0 ფიბროზული ჰისტიოციტომა, დაუზუსტებელი
M8830/1 ატიპიური ფიბროზული ჰისტიოციტომა
M8830/3 ფიბროზული ჰისტიოციტომა, ავთვისებიანი
M8832/0 დერმატოფიბრომა, დაუზუსტებელი (D23.-)
M8832/3 დერმატოფიბროსარკომა, დაუზუსტებელი (C44.-)
M8833/3 პიგმენტური წარზიდული დერმატოფიბროსარკომა

M884 *მიქსომატოზური სიმსივნეები*

M8840/0 მიქსომა, დაუზუსტებელი
M8840/3 მიქსოსარკომა
M8841/1 ანგიომიქსომა

M885-M888 ლიპომატოზური სიმსივნეები

M8850/0 ლიპომა, დაუზუსტებელი
M8850/3 ლიპოსარკომა, დაუზუსტებელი
M8851/0 ფიბროლიპომა (D17.-)
M8851/3 ლიპოსარკომა, მაღალდიფერენცირებული
M8852/0 ფიბრომიქსოლიპომა (D17.-)
M8852/3 მიქსოიდური ლიპოსარკომა (მიქსოლიპოსარკომა)
M8853/3 მრგვალუჯრედოვანი ლიპოსარკომა
M8854/0 პლეომორფული ლიპომა (D17.-)
M8854/3 პლეომორფული ლიპოსარკომა
M8855/3 შერეული ლიპოსარკომა
M8856/0 კუნთშიგა ლიპომა (D17.-)
M8857/0 თითისტარისებრუჯრედოვანი ლიპომა (D17.-)
M8858/3 დედიფერენცირებული ლიპოსარკომა
M8860/0 ანგიომიოლიპომა (D17.-)
M8861/0 ანგიოლიპომა, დაუზუსტებელი (D17.-)
M8870/0 მიელოლიპომა (D17.-)
M8880/0 ჰიბერნომა (D17.-)
M8881/0 ლიპობლასტომატოზი (D17.-)

M889-M892 მიომატოზური სიმსივნეები

M8890/0 ლეიომიომა, დაუზუსტებელი
M8890/1 ლეიომიომატოზი, დაუზუსტებელი
M8890/3 ლეიომიოსარკომა, დაუზუსტებელი
M8891/0 ეპითელიოიდური ლეიომიომა
M8891/3 ეპითელიოიდური ლეიომიოსარკომა
M8892/0 უჯრედული ლეიომიომა
M8893/0 უცნაური ლეიომიომა
M8894/0 ანგიომიომა
M8894/3 ანგიომიოსარკომა
M8895/0 მიომა
M8895/3 მიოსარკომა
M8896/3 მიქსოიდური ლეიომიოსარკომა
M8897/1 გლუვი კუნთის სიმსივნე, დაუზუსტებელი
M8900/0 რაბდომიომა, დაუზუსტებელი
M8900/3 რაბდომიოსარკომა, დაუზუსტებელი
M8901/3 პლეომორფული რაბდომიოსარკომა
M8902/3 შერეული ტიპის რაბდომიოსარკომა
M8903/0 ემბრიონული რაბდომიომა
M8904/0 მომწიფებული რაბდომიომა

M8910/3 ემბრიონული რაბდომიოსარკომა
M8920/3 ალვეოლური რაბდომიოსარკომა

M893-899 რთული შერეული და სტრომული სიმსივნეები

M8930/0 ენდომეტრიული სტრომული კვანძი (D26.1)
M8930/3 ენდომეტრიული სტრომული სარკომა (C54.1)
M8931/1 ენდომეტრიული სტრომული მიოზი (D39.0)
M8932/0 ადენომიომა
M8933/3 ადენოსარკომა
M8940/0 პლეომორფული ადენომა
M8940/3 შერეული სიმსივნე, ავთვისებიანი, დაუზუსტებელი
M8941/3 კარცინომა პლეომორფულ ადენომაში (C07.-, C08.-)
M8950/3 მიულერის შერეული სიმსივნე (C54.-)
M8951/3 მეზოდერმული შერეული სიმსივნე
M8960/1 მეზობლასტური ნეფრომა
M8960/3 ნეფრობლასტომა, დაუზუსტებელი (C64)
M8963/3 რაბდოიდული სარკომა
M8964/3 თირკმლის ნათელუჯრედოვანი სარკომა (C64)
M8970/3 ჰეპატობლასტომა (C22.0)
M8971/3 პანკრეატობლასტომა (C25.-)
M8972/3 ფილტვის ბლასტომა (C34.-)
M8980/3 კარცინოსარკომა, დაუზუსტებელი
M8981/3 კარცინოსარკომა, ემბრიონული
M8982/0 მიოეპითელიომა
M8990/0 მეზენქიმომა, კეთილთვისებიანი
M8990/1 მეზენქიმომა, დაუზუსტებელი
M8990/3 მეზენქიმომა, ავთვისებიანი
M8991/3 ემბრიონული სარკომა

M900-M903 ფიბროეპითელური სიმსივნეები

M9000/0 ბრენერის სიმსივნე, დაუზუსტებელი (D27)
M9000/1 ბრენერის სიმსივნე, გაავთვისებიანების ზღვარზე (D39.1)
M9000/3 ბრენერის სიმსივნე, ავთვისებიანი (C56)
M9010/0 ფიბროადენომა, დაუზუსტებელი (D24)
M9011/0 ინტრადუქტული ფიბროადენომა
M9012/0 პერიდუქტული ფიბროადენომა
M9013/0 ადენოფიბრომა, დაუზუსტებელი (D27)
M9014/0 სეროზული ადენოფიბრომა (D27)
M9015/0 მუცინოზური (ლორწოვანი) ადენოფიბრომა (D27)
M9016/0 გიგანტური ფიბროადენომა (D24)

M9020/0 ფოთლისებრი სიმსივნე, კეთილთვისებიანი (D24)
M9020/1 ფოთლისებრი სიმსივნე, დაუზუსტებელი (D48.6)
M9020/3 ფოთლისებრი სიმსივნე, ავთვისებიანი (C50.-)
M9030/0 იუვენილური ფიბროადენომა (D24)

M904 სინოვიურის მსგავსი სიმსივნეები

M9040/0 სინოვიომა, კეთილთვისებიანი
M9040/3 სინოვიური სარკომა, დაუზუსტებელი
M9041/3 სინოვიური სარკომა, თითისტარისებრუჯრედოვანი
M9042/3 სინოვიური სარკომა, ეპითელიოიდურუჯრედოვანი
M9043/3 სინოვიური სარკომა, ორფაზიანი
M9044/3 ნათელუჯრედოვანი სარკომა (გარდა თირკმლისა M8964/3)

M905 მეზოთელური სიმსივნეები

M9050/0 მეზოთელიომა, კეთილთვისებიანი
M9050/3 მეზოთელიომა, ავთვისებიანი (C45.-)
M9051/0 ფიბროზული მეზოთელიომა, კეთილთვისებიანი (D19.-)
M9051/3 ფიბროზული მეზოთელიომა, ავთვისებიანი (C45.-)
M9052/0 ეპითელიოიდური მეზოთელიომა, კეთილთვისებიანი (D19.-)
M9052/3 ეპითელიოიდური მეზოთელიომა, ავთვისებიანი (C45.-)
M9053/0 მეზოთელიომა, ორფაზიანი, კეთილთვისებიანი (D19.-)
M9053/3 მეზოთელიომა, ორფაზიანი, ავთვისებიანი (C45.-)
M9054/0 ადენომატოიდური სიმსივნე, დაუზუსტებელი (D19.-)
M9055/1 ცისტური მეზოთელიომა

M906-M909 სასქესო უჯრედების სიმსივნეები

M9060/3 დისგერმინომა
M9061/3 სემინომა, დაუზუსტებელი (C62.-)
M9062/3 სემინომა, ანაპლაზიური (C62.-)
M9063/3 სპერმატოციტული სემინომა (C62.-)
M9064/3 გერმინომა
M9070/3 ემბრიონული კარცინომა, დაუზუსტებელი
M9071/3 ენდოდერმული სინუსის სიმსივნე
M9072/3 პოლიემბრიომა
M9073/1 გონადობლასტომა
M9080/0 ტერატომა, კეთილთვისებიანი
M9080/1 ტერატომა, დაუზუსტებელი
M9080/3 ტერატომა, ავთვისებიანი, დაუზუსტებელი
M9081/3 ტერატოკარცინომა
M9082/3 ავთვისებიანი ტერატომა, არადიფერენცირებული

M9083/3 ავთვისებიანი ტერატომა, შუალედური
M9084/0 დერმოიდული კისტა, დაუზუსტებელი
M9084/3 ტერატომა ავთვისებიანი ტრანსფორმაციით
M9085/3 გონოციტების (სასქესო უჯრედების) შერეული სიმსივნე
M9090/0 საკვერცხის სტრუმა, დაუზუსტებელი
M9090/3 საკვერცხის სტრუმა, ავთვისებიანი (C56)
M9091/1 სტრუმული კარცინოიდი (D39.1)

M910 ტროფობლასტური სიმსივნეები

M9100/0 ბუშტნამქერი, დაუზუსტებელი (O01.9)
M9100/1 ინვაზიური ბუშტნამქერი (D39.2)
M9100/3 ქორიონკარცინომა, დაუზუსტებელი
M9101/3 ქორიონკარცინომა შერწყმული სასქესო უჯრედების სხვა ელემენტებთან
M9102/3 ავთვისებიანი ტერატომა, ტროფობლასტური (C62.-)
M9103/0 ნაწილობრივი ბუშტნამქერი (O01.1)
M9104/1 პლაცენტის ტროფობლასტური სიმსივნე (D39.2)

M911 მეზონეფრომები

M9110/0 მეზონეფრომა, კეთილთვისებიანი
M9110/1 მეზონეფრული სიმსივნე
M9110/3 მეზონეფრომა, ავთვისებიანი

M912-M916 სისხლძარღვთა სიმსივნეები

M9120/0 ჰემანგიომა, დაუზუსტებელი (D18.0)
M9120/3 ჰემანგიოსარკომა
M9121/0 კავერნული ჰემანგიომა (D18.0)
M9122/0 ვენური ჰემანგიომა (D18.0)
M9123/0 მტევნისებრი ჰემანგიომა (D18.0)
M9124/3 კუპერის უჯრედებისგან განვითარებული სარკომა (C22.0)
M9125/0 ეპითელიოიდური ჰემანგიომა (D18.0)
M9126/0 ჰისტიოციტოიდური ჰემანგიომა (D18.0)
M9130/0 ჰემანგიოენდოთელიომა, კეთილთვისებიანი (D13.0)
M9130/1 ჰემანგიოენდოთელიომა, დაუზუსტებელი
M9130/3 ჰემანგიოენდოთელიომა, ავთვისებიანი
M9131/0 კაპილარული ჰემანგიომა (D18.0)
M9132/0 კუნთშიგა ჰემანგიომა (D18.0)
M9133/1 ეპითელოიდური ჰემანგიოენდოთელიომა, დაუზუსტებელი
M9133/3 ეპითელოიდური ჰემანგიოენდოთელიომა, ავთვისებიანი
M9134/1 ინტრავასკულურლი ბრონქული ალვეოლური სიმსივნე (D38.1)

M9141/3 კაპოშის სარკომა (C46.-)
M9141/0 ანგიოკერატომა (D18.0)
M9142/0 მეჭეჭისებრი კერატოზული ჰემანგიომა (D18.0)
M9150/0 ჰემანგიოპერიციტომა, კეთილთვისებიანი (D18.0)
M9150/1 ჰემანგიოპერიციტომა, დაუზუსტებელი
M9150/3 ჰემანგიოპერიციტომა, ავთვისებიანი
M9160/0 ანგიოფიბრომა, დაუზუსტებელი (D18.0)
M9161/1 ჰემანგიობლასტომა (ანგიობლასტომა)

M917 ლიმფური სადინარების სიმსივნეები

M9170/0 ლიმფანგიომა, დაუზუსტებელი (D18.1)
M9170/3 ლიმფანგიოსარკომა
M9171/0 კაპილარული ლიმფანგიომა (D18.1)
M9172/0 კავერნული ლიმფანგიომა (D18.1)
M9173/0 კისტოზური ლიმფანგიომა (D18.1)
M9174/0 ლიმფანგიომიომა (D18.1)
M9174/1 ლიმფანგიომიომატოზი
M9175/0 ჰემოლიმფანგიომა (D18.1)

M918-M924 ძვლების და ხრტილების სიმსივნეები

M9180/3 ოსტეომა, დაუზუსტებელი (D16.-)
M9180/3 ოსტეოსარკომა, დაუზუსტებელი (C40.-, C41.-)
M9181/3 ქონდრობლასტური ოსტეოსარკომა (C40.-, C41.-)
M9182/3 ფიბრობლასტური ოსტეოსარკომა (C40.-, C41.-)
M9183/3 ტელანგიექტაზიური ოსტეოსარკომა (C40.-, C41.-)
M9184/3 ოსტეოსარკომა (ძვლის) პეჯეტის დაავადების დროს (C40.-, C41.-)
M9185/3 წვრილუჯრედოვანი ოსტეოსარკომა (C40.-, C41.-)
M9190/3 იუქსტაკორტიკული ოსტეოსარკომა (C40.-, C41.-)
M9191/0 ოსტეოიდ-ოსტეომა, დაუზუსტებელი (D16.-)
M9200/0 ოსტეობლასტომა, დაუზუსტებელი (D16.-)
M9200/1 აგრესიული ოსტეობლასტომა (D48.0)
M9210/0 ოსტეოქონდრომა (D16.-)
M9210/1 ოსტეოქონდრომატოზი, დაუზუსტებელი (D48.-)
M9220/0 ქონდრომა, დაუზუსტებელი (D16.-)
M9220/1 ქონდრომატოზი, დაუზუსტებელი
M9220/3 ქონდროსარკომა, დაუზუსტებელი (C40.-, C41.-)
M9221/0 იუქსტაკორტიკული ქონდრომა (D16.-)
M9221/3 იუქსტაკორტიკული ქონდროსარკომა (C40.-, C41.-)
M9230/0 ქონდრობლასტომა, დაუზუსტებელი (D16.-)
M9230/3 ქონდროსარკომა, ავთვისებიანი (C40.-, C41.-)
M9231/3 მიქსოიდური ქონდროსარკომა

M9240/3 მეზენქიმური ქონდროსარკომა
M9241/0 ქონდრომიქსოიდური ფიბრომა (D16.-)

M925 გიგანტურუჯრედოვანი სიმსივნეები

M9250/1 ძვლის გიგანტურუჯრედოვანი სიმსივნე, დაუზუსტებელი (D48.0)
M9250/3 ძვლის გიგანტურუჯრედოვანი სიმსივნე, ავთვისებიანი (C40.-, C41.-)
M9251/1 რბილი ქსოვილების გიგანტურუჯრედოვანი სიმსივნე, დაუზუსტებელი
M9251/3 რბილი ქსოვილების გიგანტურუჯრედოვანი სიმსივნე, ავთვისებიანი

M926 ძვლის შერეული (სხვადასხვაგვარი) სიმსივნეები

M9260/3 იუინგის სარკომა (C40.-, C41.-)
M9261/3 გრძელი ძვლების ადამანტინომა (C40.-, C41.-)
M9262/0 გაძვალებადი ფიბრომა (D16.-)

M927-M934 ოდონტოგენური სიმსივნეები

M9270/0 ოდონტოგენური სიმსივნე, კეთილთვისებიანი (D16.4, D16.5)
M9270/1 ოდონტოგენური სიმსივნე, დაუზუსტებელი (D48.0)
M9270/3 ოდონტოგენური სიმსივნე, ავთვისებიანი (C41.0, C41.1)
M9271/0 დენტინომა (D16.4, D16.5)
M9272/0 ცემენტომა, დაუზუსტებელი (D16.4, D16.5)
M9273/0 ცემენტობლასტომა, კეთილთვისებიანი (D16.4, D16.5)
M9274/0 ცემენტირებული ფიბრომა (D16.4, D16.5)
M9275/0 გიგანტური ფორის ცემენტომა (D16.4, D16.5)
M9280/0 ოდონტომა, დაუზუსტებელი (D16.4, D16.5)
M9281/0 რთული ოდონტომა (D16.4, D16.5)
M9282/0 კომპლექსური ოდონტომა (D16.4, D16.5)
M9290/0 ამელობლასტური ფიბროოდონტომა (D16.4, D16.5)
M9290/3 ამელობლასტური ოდონტოსარკომა (D16.4, D16.5)
M9300/0 ადენომატოიდური ოდონტოგენური სიმსივნე (D16.4, D16.5)
M9301/0 ჩაკირული ოდონტოგენური კისტა (D16.4, D16.5)
M9302/0 ნარჩენი უჯრედებისგან განვითარებული ოდონტოგენური სიმსივნე (D16.4, D16.5)
M9310/0 ამელობლასტომა, დაუზუსტებელი (D16.4, D16.5)
M9310/3 ამელობლასტომა, ავთვისებიანი (D16.4, D16.5)
M9311/0 ოდონტოამელობლასტომა (D16.4, D16.5)
M9312/0 ბრტყელუჯრედოვანი ოდონტოგენური სიმსივნე (D16.4, D16.5)
M9320/0 ოდონტოგენური მიქსომა (D16.4, D16.5)
M9321/0 ცენტრალური ოდონტოგენური ფიბრომა (D16.4, D16.5)
M9322/0 პერიფერიული ოდონტოგენური ფიბრომა (D16.4, D16.5)

M9330/0 ამელობლასტური ფიბრომა (D16.4, D16.5)
M9330/3 ამელობლასტური ფიბროსარკომა (D16.4, D16.5)
M9340/0 ჩაკირული ეპითელური ოდონტოგენური სიმსივნე (D16.4, D16.5)

M935-M937 შერეული (სხვადასხვაგვარი) სიმსივნეები

M9350/1 კრანიოფარინგიომა (D44.4)
M9360/1 პინეალომა (D44.5)
M9361/1 პინეოციტომა (D44.5)
M9362/3 პინეობლასტომა (C75.3)
M9363/0 მელანოზური ნეიროექტოდერმული სიმსივნე
M9364/3 პერიფერიული ნეიროექტოდერმული სიმსივნე
M9370/3 ქონდრომა

M938-M948 გლიომები

M9380/3 გლიომა, ავთვისებიანი (C71.-)
M9381/3 ტვინის გლიომატოზი (C71.-)
M9382/3 შერეული გლიომა (C71.-)
M9383/1 სუბეპენდიმური გლიომა (D43.-)
M9384/1 სუბეპენდიმური გიგანტურუჯრედოვანი ასტროციტომა (D43.-)
M9390/0 სისხლძრღვოვანი წნულის პაპილომა, დაუზუსტებელი (D33.0)
M9390/3 სისხლძრღვოვანი წნულის პაპილომა, ავთვისებიანი (C71.5)
M9391/3 ეპენდიმომა, დაუზუსტებელი (C71.-)
M9392/3 ეპენდიმომა, ანაპლაზიური (C71.-)
M9393/1 პაპილური (დვრილისებრი) ეპენდიმომა (D43.-)
M9394/1 მიქსოპაპილური ეპენდიმომა (D43.-)
M9400/3 ასტროციტომა, დაუზუსტებელი (C71.-)
M9401/3 ასტროციტომა, ანაპლაზიური (C71.-)
M9410/3 პროტოპლაზმური ასტროციტომა (C71.-)
M9411/3 ჰემისტოციტური ასტროციტომა (C71.-)
M9420/3 ფიბრილური ასტროციტომა (C71.-)
M9421/3 პილოციტური ასტროციტომა (C71.-)
M9422/3 სპონგიობლასტომა, დაუზუსტებელი (C71.-)
M9423/3 პოლარული სპონგიობლასტომა (C71.-)
M9424/3 პლეომორფული ქსანტოასტროციტომა (C71.-)
M9430/3 ასტრობლასტომა (C71.-)
M9440/3 გლიობლასტომა, დაუზუსტებელი (C71.-)
M9441/3 გიგანტურუჯრედოვანი გლიობლასტომა (C71.-)
M9442/3 გლიოსარკომა (C71.-)
M9443/3 პრიმიტიული პოლარული სპონგიობლასტომა (C71.-)
M9450/3 ოლიგოდენდროგლიომა, დაუზუსტებელი (C71.-)

M9451/3 ოლიგოდენდროგლიომა, ანაპლაზიური (C71.-)
M9460/3 ოლიგოდენდრობლასტომა (C71.-)
M9470/3 მედულობლასტომა, დაუზუსტებელი (C71.6)
M9471/3 დესმოპლაზიური მედულობლასტომა (C71.6)
M9472/3 მედულომიობლასტომა (C71.6)
M9473/3 პრიმიტიული ნეიროექტოდერმული სიმსივნე (C71.-)
M9480/3 ნათხემის სარკომა, დაუზუსტებელი (C71.6)
M9481/3 მონსტროცელულური სარკომა (C71.-)

M949-M952 ნეიროეპითელური სიმსივნეები

M9490/0 განგლიონევრომა
M9490/3 განგლიონეირობლასტომა
M9491/0 განგლიონეირომატოზი
M9500/3 ნეირობლასტომა, დაუზუსტებელი
M9501/3 მედულოეპითელიომა, დაუზუსტებელი
M9502/3 ტერატოიდული მედულოეპითელიომა
M9503/3 ნეიროეპითელიომა, დაუზუსტებელი
M9504/3 სპონგიონეირობლასტომა
M9505/1 განგლიოგლიომა (გლიონევრომა, ნეიროასტროციტომა)
M9506/0 ნეიროციტომა
M9507/0 პაჩინის სიმსივნე
M9510/3 რეტინობლასტომა, დაუზუსტებელი (C69.2)
M9511/3 რეტინობლასტომა, დიფერენცირებული (C69.2)
M9512/3 რეტინობლასტომა, არადიფერენცირებული (C69.2)
M9520/3 ყნოსვის (ოლფაქტორული) ნეიროგენული სიმსივნე
M9521/3 ესთეზიონეიროციტომა (C30.0)
M9522/3 ესთეზიონეირობლასტომა (C30.0)
M9523/3 ესთეზიონეიროეპითელიომა (C30.0)

M953 მენინგიომები

M9530/0 მენინგიომა, დაუზუსტებელი (D32.-)
M9530/1 მენინგიომატოზი, დაუზუსტებელი (D42.-)
M9530/3 მენინგიომა, ავთვისებიანი (C70.-)
M9531/0 მენინგოთელიომატოზური მენინგიომა (D32.-)
M9532/0 ფიბროზული მენინგიომა (D32.-)
M9533/0 პსამომატოზური მენინგიომა (D32.-)
M9534/0 ანგიომატოზური მენინგიომა (D32.-)
M9535/0 ჰემანგიობლასტური მენინგიომა (D32.-)
M9536/0 ჰემანგიოპერიციტული მენინგიომა (D32.-)
M9537/0 გარდამავალი მენინგიომა (D32.-)

M9538/1 პაპილური (დვრილისებრი) მენინგიომა (D42.-)
M9539/3 მენინგური სარკომატოზი (C70)

M954-M957 ნერვული ბოჭკოს გარსის სიმსივნეები

M9540/0 ნეიროფიბრომა, დაუზუსტებელი
M9540/1 ნეიროფიბრომატოზი, დაუზუსტებელი (O85.0)
M9540/3 ნეიროფიბროსარკომა
M9541/0 მელანოზური ნეიროფიბრომა
M9550/0 წნულოვანი ნეიროფიბრომა
M9560/0 ნევრილემომა, დაუზუსტებელი
M9560/1 ნევრინომატოზი
M9560/3 ნევრილემომა, ავთვისებიანი
M9561/3 ტრიტონული სიმსივნე, ავთვისებიანი
M9562/0 ნევროთეკომა
M9570/0 ნევრომა, დაუზუსტებელი

M958 მარცვლოვანუჯრედოვანი სიმსივნეები და რბილი ქსოვილების ალვეოლური სარკომა

M9580/0 მარცვლოვანუჯრედოვანი სიმსივნე, დაუზუსტებელი
M9580/3 მარცვლოვანუჯრედოვანი სიმსივნე, ავთვისებიანი
M9581/3 რბილი ქსოვილის ალვეოლური სარკომა

M959-M970 ჰოჯკინის და არაჰოჯკინის ლიმფომები

M959 ავთვისებიანი ლიმფომები, დაუზუსტებელი ან დიფუზური

M9590/0 ავთვისებიანი ლიმფომა, დაუზუსტებელი (C85.9)
M9591/3 არაჰოჯკინის ავთვისებიანი ლიმფომა, დაუზუსტებელი (C85.9)
M9592/3 ლიმფოსარკომა, დაუზუსტებელი (C85.0)
M9593/3 რეტიკულოსარკომა, დაუზუსტებელი (C83.9)
M9594/3 მიკროგლიომა (C85.7)
M9595/3 ავთვისებიანი ლიმფომა, დიფუზური, დაუზუსტებელი

M965-M966 ჰოჯკინის დაავადება (ლიმფოგრანულომატოზი)

M9650/3 ჰოჯკინის დაავადება, დაუზუსტებელი (C81.9)
M9652/3 ჰოჯკინის დაავადება, შერეულუჯრედიანი ვარიანტი, დაუზუსტებელი
M9653/3 ჰოჯკინის დაავადება ლიმფოიდური გამოფიტვით, დაუზუსტებელი (C81.3)
M9654/3 ჰოჯკინის დაავადება ლიმფოიდური გამოფიტვით და დიფუზური ფიბროზით (C81.3)
M9655/3 ჰოჯკინის დაავადება, რეტიკულური ლიმფოიდური გამოფიტვით (C81.3)

M9657/3 ჰოჯკინის დაავადება, ლიმფოიდური სიჭარბით, დაუზუსტებელი (C81.0)

M9658/3 ჰოჯკინის დაავადება, ლიმფოიდური სიჭარბით, დიფუზური (C81.0)

M9659/3 ჰოჯკინის დაავადება, ლიმფოიდური სიჭარბით, კვანძოვანი (C81.0)

M9660/3 ჰოჯკინის პარაგრანულომა, დაუზუსტებელი (C81.7)

M9661/3 ჰოჯკინის გრანულომა (C81.7)

M9662/3 ჰოჯკინის სარკომა (C81.7)

M9663/3 ჰოჯკინის დაავადება კვანძოვანი სკლეროზით, დაუზუსტებელი (C81.1)

M9664/3 ჰოჯკინის დაავადება კვანძოვანი სკლეროზით, უჯრედული ფაზა (C81.1)

M9665/3 ჰოჯკინის დაავადება კვანძოვანი სკლეროზით, ლიმფოიდური სიჭარბით (C81.1)

M9666/3 ჰოჯკინის დაავადება კვანძოვანი სკლეროზით, შერეულუჯრედიანი ვარიანტი (C81.1)

M9667/3 ჰოჯკინის დაავადება კვანძოვანი სკლეროზით, ლიმფოიდური გამოფიტვით (C81.1)

M967-M968 ავთვისებიანი ლიმფომა, დაზუსტებული ტიპის, დიფუზიური ან დაუზუსტებელი

M9670/3 ავთვისებიანი ლიმფომა, წვრილუჯრედოვანი ლიმფოციტური, დაუზუსტებელი (C83.0)

M9671/3 ავთვისებიანი ლიმფომა, ლიმფოპლაზმოციტური (C83.0)

M9672/3 ავთვისებიანი ლიმფომა, წვრილუჯრედოვანი, დანაწევრებული ბირთვებით, დიფუზური (C81.1)

M9673/3 ავთვისებიანი ლიმფომა, ლიმფოციტური, ზომიერად დიფერენცირებული, დიფუზური (C83.8)

M9674/3 ავთვისებიანი ლიმფომა, ცენტროციტული (C83.8)

M9675/3 ავთვისებიანი ლიმფომა, შერეული წვრილ- და მსხვილუჯრედოვანი, დიფუზური (C82.2)

M9676/3 ავთვისებიანი ლიმფომა, ცენტრობლასტურ-ცენტროციტული, დიფუზური (C83.8)

M9677/3 ავთვისებიანი ლიმფომატოზური პოლიპოზი (C83.8)

M9680/3 ავთვისებიანი ლიმფომა, მსხვილუჯრედოკანი, დიფუზური, დაუზუსტებელი (C83.3)

M9681/3 ავთვისებიანი ლიმფომა, მსხვილუჯრედოვანი, დანაწევრებულბირთვიანი, დიფუზური (C83.3)

M9682/3 ავთვისებიანი ლიმფომა, მსხვილუჯრედოვანი, დაუნაწევრებელბირთვიანი, დიფუზური (C83.3)

M9683/3 ავთვისებიანი ლიმფომა, ცენტრობლასტური, დიფუზური (C83.8)
M9684/3 ავთვისებიანი ლიმფომა, იმუნობლასტური, დაუზუსტებელი (C83.4)
M9685/3 ავთვისებიანი ლიმფომა, ლიმფობლასტური (C83.5)
M9686/3 ავთვისებიანი ლიმფომა, წვრილუჯრედოვანი, დაუნაწევრებელბირთვიანი, დიფუზური (C83.0)
M9687/3 ბერკიტის ლიმფომა, დაუზუსტებელი (C83.7)

M969 ავთვისებიანი ლიმფომა, ფოლიკულური ან კვანძოვანი, დიფუზიური უბნებით ან მის გარეშე

M9690/3 ავთვისებიანი ლიმფომა, ფოლიკულური, დაუზუსტებელი (C82.9)
M9691/3 ავთვისებიანი ლიმფომა, შერეული, დანაწევრებულბირთვიანი, წვრილ- ან მსხვილუჯრედოვანი, ფოლიკულური (C82.1)
M9692/3 ავთვისებიანი ლიმფომა, ცენტრობლასტურ-ცენტროციტული, ფოლიკულური (C82.7)
M9693/3 ავთვისებიანი ლიმფომა, ლიმფოციტური, მაღალდიფერენცირებული, კვანძოვანი (C82.7)
M9694/3 ავთვისებიანი ლიმფომა, ლიმფოციტური, ზომიერად დიფერენცირებული, კვანძოვანი (C82.7)
M9695/3 ავთვისებიანი ლიმფომა, წვრილუჯრედოვანი, დანაწევრებულბირთვიანი, ფოლიკულური (C82.0)
M9696/3 ავთვისებიანი ლიმფომა, ლიმფოციტური, დაბალდიფერენცირებული, კვანძოვანი (C82.7)
M9697/3 ავთვისებიანი ლიმფომა, ცენტრობლასტური, ფოლიკულური (C82.7)
M9698/3 ავთვისებიანი ლიმფომა, მსხვილუჯრედოვანი, ფოლიკულური, დაუზუსტებელი (C82.2)

M970 კანის დაზუსტებული და პერიფერიული T-უჯრედოვანი ლიმფომები

M9700/3 სოკოსებრი მიკოზი (C84.0)
M9701/3 სეზარის დაავადება (C84.1)
M9702/3 პერიფერიული T-უჯრედოვანი ლიმფომა, დაუზუსტებელი (C84.4)
M9703/3 T-ზონის ლიმფომა (C84.2)
M9704/3 ლიმფოეპითელიოიდური ლიმფომა (C84.3)
M9705/3 პერიფერიული T-უჯრედოვანი ლიმფომა, ანგიოიმუნობლასტური ლიმფადენოპათია დისპროტეინემიით (AILD) (C84.4)
M9706/3 პერიფერიული T-უჯრედოვანი ლიმფომა, პლეომორფულ-წვრილუჯრედოვანი (C84.4)
M9707/3 პერიფერიული T-უჯრედოვანი ლიმფომა, პლეომორფულ-საშუალო და მსხვილუჯრედოვანი (C84.4)

M9709/3 კანის ლიმფომა (C84.5)

M971 ***სხვა დაზუსტებული არაჰოჯკინის ლიმფომები***

M9711/3 მონოციტური B-უჯრედოვანი ლიმფომა (C85.7)
M9712/3 ანგიოენდოთელიომატოზი (C85.7)
M9713/3 ანგიოცენტრული T-უჯრედოვანი ლიმფომა (C85.7)
M9714/3 მსხვილუჯრედოვანი (Ki-1+) ლიმფომა (C85.7)

M972 ***სხვა ლიმფორეტიკულური სიმსივნეები***

M9720/3 ავთვისებიანი ჰისტიოციტოზი (C96.1)
M9722/3 ლეტერერ-სივეს დაავადება (C96.0)
M9723/3 ჭუმარიტი ჰისტიოციტური ლიმფომა (C96.0)

M973 ***პლაზმურუჯრედოვანი სიმსივნეები***

M9731/3 პლაზმოციტომა, დაუზუსტებელი (C90.2)
M9732/3 მრავლობითი მიელომა (C90.0)

M974 ***პოხიერუჯრედოვანი სიმსივნეები***

M9740/1 მასტოციტომა, დაუზუსტებელი (D47.0)
M9740/3 პოხიერუჯრედოვანი სარკომა (C96.2)
M9741/3 ავთვისებიანი მასტოციტოზი (C96.2)

M976 ***იმუნოპროლიფერაციული დაავადებები***

M9760/3 იმუნოპროლიფერაციული დაავადება, დაუზუსტებელი (C88.9)
M9761/3 ვალდენსტრემის მაკროგლობულინემია (C88.0)
M9762/3 ალფა-მძიმე ჯაჭვის დაავადება (C88.1)
M9763/3 გამა-მძიმე ჯაჭვის დაავადება (C88.2)
M9764/3 წვრილი ნაწლავის იმუნოპროლიფერაციული დაავადება (C88.3)
M9765/1 მონოკლონური გამაპათია (D47.2)
M9766/1 ანგიოცენტრული იმუნოპროლიფერაციული დაზიანება (D47.7)
M9767/1 ანგიოიმუნობლასტური ლიმფადენოპათია (D47.7)
M9768/1 T-გამა ლიმფოპროლიფერაციული დაავადება (D47.7)

M980-M994 ***ლეიკემიები***

M980 ***ლეიკემიები, დაუზუსტებელი***

M9800/3 ლეიკემია, დაუზუსტებელი (C95.9)
M9801/3 მწვავე ლეიკემია, დაუზუსტებელი (C95.0)
M9802/3 ქვემწვავე ლეიკემია, დაუზუსტებელი (C95.0)
M9803/3 ქრონიკული ლეიკემია, დაუზუსტებელი (C95.1)
M9804/3 ალეიკემიური ლეიკემია, დაუზუსტებელი (C95.7)

M982	***ლიმფოიდური ლეიკემიები***
M9820/3	ლიმფოლეიკემია, დაუზუსტებელი (C91.9)
M9821/3	მწვავე ლიმფობლასტური ლეიკემია, დაუზუსტებელი (C91.9)
M9822/3	ქვემწვავე ლიმფოლეიკემია (C91.2)
M9823/3	ქრონიკული ლიმფოლეიკემია (C91.1)
M9824/3	ალეიკემიური ლიმფოლეიკემია (C91.7)
M9825/3	პროლიმფოციტური ლეიკემია (C91.0)
M9826/3	ბერკიტის უჯრედების ლეიკემია (C91.7)
M9827/3	T-უჯრედული ლეიკემია/ლიმფომა მოზრდილებში (C91.7)
M983	***პლაზმურუჯრედოვანი ლეიკემია***
M9830/3	პლაზმურუჯრედოვანი ლეიკემია (C90.1)
M984	***ერითროლეიკემიები***
M9840/3	ერითროლეიკემია (C94.0)
M9841/3	მწვავე ერითრემია (C94.0)
M9842/3	ქრონიკული ერითრემია (C94.0)
M985	***ლიმფოსარკომულუჯრედოვანი ლეიკემია (C94.7)***
M9850/3	ლიმფოსარკომულუჯრედოვანი ლეიკემია (C94.7)
M986	***მიელოიდური (გრანულოციტური) ლეიკემიები***
M9860/3	მიელოიდური ლეიკემია, დაუზუსტებელი (C92.9)
M9861/3	მწვავე მიელოიდური ლეიკემია (C92.0)
M9862/3	ქვემწვავე მიელოიდური ლეიკემია (C92.2)
M9863/3	ქრონიკული მიელოიდური ლეიკემია (C92.1)
M9864/3	ალეიკემიური მიელოიდური ლეიკემია (C92.7)
M9866/3	მწვავე პრომიელოციტური ლეიკემია (C92.4)
M9867/3	მწვავე მიელომონოციტური ლეიკემია (C92.7)
M9868/3	ქრონიკული მიელომონოციტური ლეიკემია (C92.7)
M987	***ბაზოფილური ლეიკემია (C94.7)***
M9870/3	ბაზოფილური ლეიკემია (C94.7)
M988	***ეოზინოფილური ლეიკემია***
M9880/3	ეოზინოფილური ლეიკემია (C94.7)
M989	***მონოციტური ლეიკემია***
M9890/3	მონოციტური ლეიკემია, დაუზუსტებელი (C93.9)

M9891/3 მწვავე მონოციტური ლეიკემია (C93.0)
M9892/3 ქვემწვავე მონოციტური ლეიკემია (C93.2)
M9893/3 ქრონიკული მონოციტური ლეიკემია (C93.1)
M9894/3 ალეიკემიური მონოციტური ლეიკემია (C93.7)

M990-M994 სხვა ლეიკემიები

M9900/3 პოხიერუჯრედოვანი ლეიკემია (C94.3)
M9910/3 მწვავე მეტაკარიობლასტური ლეიკემია (C94.2)
M9930/3 მიელოიდური სარკომა (C92.3)
M9931/3 მწვავე პანმიელოზი (C94.4)
M9932/3 მწვავე მიელოფიბროზი (C94.4)
M9940/3 ბუსუსუჯრედული ლეიკემია (C91.4)
M9941/3 ლეიკოზური რეტიკულოენდოთელიოზი (C91.4)

M995-M997 შერეული მიელოპროლიფერაციული და ლიმფოპროლიფერაციული მოშლილობანი

M9950/1 ჭეშმარიტი პოლიციტემია (D45)
M9960/1 ქრონიკული მიელოპროლიფერაციული დაავადება (D47.1)
M9961/1 მიელოსკლეროზი მიელოიდურ მეტაპლაზიასთან ერთად (D47.1)
M9962/1 იდიოპათიური თრომბოციტემია (D47.3)
M9970/1 ლიმფოპროლიფერაციული დაავადება, დაუზუსტებელი (D47.9)

M998 მიელოდისპლაზიური სინდრომი

M9980/1 რეფრაქტერული ანემია, დაუზუსტებელი (D48.4)
M9981/1 რეფრაქტერული ანემია სიდერობლასტების გარეშე (D46.0)
M9982/ რეფრაქტერული ანემია სიდერობლასტებით (D46.1)
M9983/1 რეფრაქტერული ანემია ბლასტების სიჭარბით (D46.2)
M9984/1 რეფრაქტერული ანემია ტრანსფორმაციული ბლასტების სიჭარბით (D46.3)
M9989/1 მიელოდისპლაზიური სინდრომი, დაუზუსტებელი (D49.9)

ქირურგიული ოპერაციების კოდირებული ნომენკლატურა ონკოლოგიური დაავადებების დროს

კოდიფიკატორის სტრუქტურა

01. ოპერაციები თავისა და კისრის სიმსივნეების დროს
02. ოპერაციები მხედველობის ორგანოებისა და ცენტრალური ნერვული სისტემის სიმსივნეების დროს
03. ოპერაციები გულმკერდის კედლისა და გულმკერდის ღრუს ორგანოების სიმსივნეების დროს
04. ოპერაციები ძუძუს სიმსივნეების დროს
05. ოპერაციები საყლაპავის სიმსივნეების დროს
06. ოპერაციები კუჭის სიმსივნეების დროს
07. ოპერაციები ღვიძლის, ნაღვლის ბუშტის, ნაღვლის სადინარების, პანკრეასის და ელენთის სიმსივნეების დროს
08. ოპერაციები რეტროპერიტონული სიმსივნეების დროს
09. ოპერაციები ნაწლავების სიმსივნეების დროს
10. ოპერაციები გინეკოლოგიური სიმსივნეების დროს
11. ოპერაციები უროლოგიური და მამაკაცის სასქესო ორგანოების სიმსივნეების დროს
12. განმეორებითი ოპერაციები მუცლის ღრუზე
13. ოპერაციები კანის, რბილი ქსოვილებისა და ძვლების სიმსივნეების დროს
14. ოპერაციები ლიმფურ კვანძებზე
15. დიაგნოსტიკური, სიმპტომური და სხვა ოპერაციები

01 ოპერაციები თავისა და კისრის სიმსივნეების დროს

01.01 ტუჩის სიმსივნის ამოკვეთა/კრიოდესტრუქცია
01.02 ტუჩის რეზექცია
01.03 ყურის ნიჟარის რეზექცია/ამპუტაცია, გარეთა სასმენი ხვრელის სიმსივნის ამოკვეთა
01.04 ცხვირზე სიმსივნის ამოკვეთა/კრიოდესტრუქცია, რინოტომია
01.05 ცხვირის რეზექცია/ამპუტაცია
01.06 მცირე ოპერაციები სახის რბილ ქსოვილებზე და ძვლოვან სტრუქტურებზე
01.07 სიმსივნის ფართო ამოკვეთა პლასტიკის გარეშე
01.08 ჰაიმოროტომია
01.09 ზედაყბის რეზექცია
01.10 ზედაყბის კომბინირებული რეზექცია
01.11 ენის რეზექცია
01.12 პირის ღრუს ფსკერის რეზექცია
01.13 ქვედაყბის ალვეოლური მორჩის რეზექცია

01.14 ქვედაყბის რეზექცია
01.15 ქვედაყბის კომბინირებული რეზექცია
01.16 ყბისქვეშა სანერწყვე ჯირკვლის ამოკვეთა
01.17 პაროტიდექტომია სახის ნერვის შენარჩუნებით
01.18 პაროტიდექტომია სახის ნერვის რეზექციასთან ერთად
01.19 ფარინგოსტომია სიმსივნის ამოკვეთასთან ერთად
01.20 ფარინგოსტომის დახურვა/ხახის მცირე ზომის ფისტულის დახურვა
01.21 სიმსივნის ამოკვეთა პარაფარინგული არიდან
01.22 ფილატოვის ყლორტის ჩამოყალიბება-მიგრაცია
01.23 პლასტიკური ოპერაციები ადგილობრივი ქსოვილებით ან ფილატოვის ყლორტით
01.24 ცხვირ-ხახის სიმსივნის ამოკვეთა
01.25 მსხლისებრი წიაღის რეზექცია
01.26 ხორხის ნაწილობრივი რეზექცია
01.27 ლარინგექტომია
01.28 კომბინირებული და გაფართოებული ლარინგექტომია
01.29 ოპერაციები ხორხ-ხახაზე
01.30 ფარისებრი ჯირკვლის სუბტოტალური რეზექცია
01.31 ფარისებრი ჯირკვლის სუბტოტალური რეზექცია ლიმფადენექტომიასთან ერთად
01.32 თირეოიდექტომია
01.33 თირეოიდექტომია ლიმფადენექტომიასთან ერთად
01.34 პარათირეოიდექტომია
01.35 ტოტალური პარათირეოიდექტომია
01.36 სხვა კომბინირებული და გაფართოებული ოპერაციები თავ-კისრის მიდამოზე
01.37 განმეორებითი ოპერაციები თავ-კისრის მიდამოზე
01.38 სხვა ოპერაციები თავ-კისრის მიდამოზე
01.39 დაუზუსტებელი ოპერაციები თავ-კისრის მიდამოზე

02 ოპერაციები მხედველობის ორგანოებისა და ცენტრალური ნერვული სისტემის სიმსივნეების დროს

02.01 თვალის კაკლის ენუკლეაცია
02.02 თვალბუდის სიმსივნის ამოკვეთა
02.03 ორბიტის ეგზენტერაცია ძვლის ფრაგმენტების რეზექციასთან ერთად
02.04 სხვა ოპერაციები მხედველობის ორგანოებზე
02.05 კრანიოტომია სიმსივნის სრულ ან ნაწილობრივ ამოკვეთასთან ერთად
02.06 ლამინექტომია სიმსივნის სრულ ან ნაწილობრივ ამოკვეთასთან ერთად
02.07 სხვა ოპერაციები ქალაზე, ტვინის გარსებზე, თავისა და ზურგის ტვინზე, ჰიპოფიზზე და სხვა
02.08 დაუზუსტებელი ოპერაციები მხედველობის ორგანოებზე და ცენტრალურ ნერვულ სისტემაზე

03 *ოპერაციები გულმკერდის კედლისა და გულმკერდის ღრუს ორგანოების სიმსივნეების დროს*

03.01 სიმსივნის ამოკვეთა გულმკერდის კედლიდან
03.02 ნეკნების/მკერდის ძვლის რეზექცია
03.03 ფილტვის ატიპიური რეზექცია
03.04 ლობექტომია
03.05 ბილობექტომია
03.06 პნევმონექტომია
03.07 გაფართოებული პნევმონექტომია
03.08 კომბინირებული პნევმონექტომია
03.09 ბრონქოპლასტიკური ოპერაციები (ტრაქეისა და ბრონქების ცირკულარული რეზექციები)
03.10 პლევრექტომია, ფილტვის დეკორტიკაცია
03.11 შუასაყრის სიმსივნის ამოკვეთა
03.12 განმეორებითი ოპერაციები გულმკერდის ორგანოებზე
03.03 სხვა თორაკალური ოპერაციები
03.14 დაუზუსტებელი თორაკალური ოპერაციები

04 *ოპერაციები ძუძუს სიმსივნეების დროს*

04.01 ძუძუს რადიკალური სექტორული რეზექცია
04.02 რადიკალური მასტექტომია მადენის წესით
04.03 რადიკალური მასტექტომია პეიტის (პტის) წესით
04.04 რადიკალური მასტექტომია ჰალსტედის წესით
04.05 მასტექტომია ლიმფადენექტომიასა და პლასტიკასთან ერთად
04.06 მასტექტომია ლიმფადენექტომიასთან ერთად + ორმხრივი ოვარიექტომია
04.07 ორმხრივი რადიკალური მასტექტომია (რადიკალური სექტორული რეზექცია)
04.08 რეციდივის ამოკვეთა
04.09 სხვა ოპერაციები ძუძუზე
04.10 დაუზუსტებელი ოპერაციები ძუძუზე

05 *ოპერაციები საყლაპავის სიმსივნეების დროს*

05.01 საყლაპავის ერთმომენტიანი რეზექცია-პლასტიკა (კუჭით, მლივი ნაწლავით, კოლინჯით)
05.02 პირველადი ეზოფაგოპლასტიკა სისხლძარღვოვანი ანასტომოზით
05.03 კომბინირებული ოპერაციები კარდიოეზოფაგურ ზონაზე
05.04 საყლაპავის ექსტირპაცია
05.05 საყლაპავის სუბტოტალური რეზექცია
05.06 გადავადებული ეზოფაგოპლასტიკა
05.07 ეზოფაგო-გასტრო/ეზოფაგო-ენტეროანასტომოზის ჩამოყალიბება
05.08 საყლაპავის განმეორებითი პლასტიკა
05.09 სხვა რეკონსტრუქციული ოპერაციები საყლაპავზე

05.10 გასტროსტომის დახურვა
05.11 განმეორებითი და სხვა ოპერაციები საყლაპავზე
05.12 დაუზუსტებელი ოპერაციები საყლაპავზე

06 ოპერაციები კუჭის სიმსივნეების დროს
06.01 კუჭის დისტალური სუბტოტალური რეზექცია
06.02 კუჭის კომბინირებული დისტალური სუბტოტალური რეზექცია
06.03 კუჭის პროქსიმალური სუბტოტალური რეზექცია
06.04 კუჭის კომბინირებული პროქსიმალური სუბტოტალური რეზექცია
06.05 ტრანსაბდომინური გასტრექტომია
06.06 კომბინირებული ტრანსაბდომინური გასტრექტომია
06.07 კომბინირებული გასტრექტომია აბდომინურ-თორაკალური მიდგომით
06.08 ნაოპერაციევი კუჭის ექსტირპაცია დისტალური რეზექციის შემდგომ
06.09 ნაოპერაციევი კუჭის ექსტირპაცია პროქსიმალური რეზექციის შემდგომ
06.10 სხვა ოპერაციები კუჭზე
06.11 დაუზუსტებელი ოპერაციები კუჭზე

07 ოპერაციები ღვიძლის, ნაღვლის ბუშტის, ნაღვლის სადინარების, პანკრეასის და ელენთის სიმსივნეების დროს
07.01 ღვიძლის ატიპიური რეზექცია, ღვიძლის დაზიანებული ქსოვილის ადგილობრივი დესტრუქცია ან ამოკვეთა
07.02 ღვიძლის ანატომიური (სეგმენტის, წილის) რეზექცია
07.03 ჰემიჰეპატექტომია
07.04 ქოლეცისტექტომია
07.05 ნაღვლის საერთო სადინარის რეზექცია
07.06 ტოტალური სპლენოპანკრეატექტომია
07.07 პანკრეატოდუოდენური რეზექცია
07.08 პანკრეასის დისტალური რეზექცია
07.09 სპლენექტომია
07.10 განმეორებითი ოპერაციები ჰეპატოპანკრეატოდუოდენურ ზონაზე
07.11 სხვა ოპერაციები ჰეპატოპანკრეატოდუოდენურ ზონაზე
07.12 დაუზუსტებელი ოპერაციები ჰეპატოპანკრეატოდუოდენურ ზონაზე

08 ოპერაციები რეტროპერიტონული სიმსივნეების დროს
08.01 თირკმელზედა ჯირკვლის ამოკვეთა
08.02 კომბინირებული ოპერაციები თირკმელზედა ჯირკვლის სიმსივნეების დროს
08.03 რეტროპერიტონული ორგანოსგარეშე სიმსივნის ამოკვეთა
08.04 კომბინირებული ოპერაციები რეტროპერიტონული ორგანოსგარეშე სიმსივნეების დროს
08.05 რეტროპერიტონული ორგანოსგარეშე სიმსივნის რეციდივის ამოკვეთა
08.06 კომბინირებული ოპერაციები რეტროპერიტონული ორგანოსგარეშე სიმსივნის რეციდივის დროს

08.07 სხვა ოპერაციები რეტროპერიტონული ორგანოსგარეშე სიმსივნეების დროს

08.08 დაუზუსტებელი ოპერაციები რეტროპერიტონული ორგანოსგარეშე სიმსივნეების დროს

09 ოპერაციები ნაწლავების სიმსივნეების დროს

09.01 თორმეტგოჯა ნაწლავის დაზიანებული ნაწილის ადგილობრივად ამოკვეთა ან დესტრუქცია

09.02 ენდოსკოპური პოლიპექტომია

09.03 ოპერაციული პოლიპექტომია

09.04 სიმსივნის ტრანსანალური ამოკვეთა

09.05 წვრილი ნაწლავის რეზექცია

09.06 კომბინირებული ოპერაციები წვრილი ნაწლავის სიმსივნეების დროს

09.07 მსხვილი ნაწლავის (ღვიძლის ნაკეცის, განივი კოლინჯის, ელენთის ნაკეცის, სიგმოიდური კოლინჯის) რეზექცია

09.08 ჰემიკოლექტომია – მარჯვენამხრივი

09.09 ჰემიკოლექტომია – მარცხენამხრივი

09.10 სუბტოტალური კოლექტომია ილეოსიგმოანასტომოზის ჩამოყალიბებასთან ერთად

09.11 მსხვილი ნაწლავის რეზექცია კოლოსტომის ჩამოყალიბებასთან ერთად

09.12 მიკულიჩის ოპერაცია

09.13 ჰარტმანის ოპერაცია

09.14 სწორი ნაწლავის წინა რეზექცია

09.15 სწორი ნაწლავის აბდომინო-ანალური რეზექცია ნაწლავის ყითას (ანალურ) არხში ჩამოტანით

09.16 კომბინირებული და გაფართოებული ოპერაციები კოლინჯის კიბოს დროს

09.17 უკანა ეგზენტერაცია

09.18 კომბინირებული და გაფართოებული ოპერაციები სწორი ნაწლავის კიბოს დროს

09.19 კოლოსტომის ლიკვიდაცია

09.20 შეხორცებითი გაუვალობის ლიკვიდაცია

09.21 სხვა განმეორებითი ოპერაციები მსხვილ ნაწლავზე

09.22 სხვა ოპერაციები ნაწლავებზე

09.23 დაუზუსტებელი ოპერაციები ნაწლავებზე

10 ოპერაციები გინეკოლოგიური სიმსივნეების დროს

10.01 ტოტალური და გაფართოებული ვულვექტომიები

10.02 საშვილოსნოს სუპრავაგინური ამპუტაცია საკვერცხეებთან ერთად და დიდი ბადექონის რეზექცია

10.03 საშვილოსნოს გაფართოებული ექსტირპაცია

10.04 სხვა გინეკოლოგიური ოპერაციები

10.05 დაუზუსტებელი გინეკოლოგიური ოპერაციები

11 ოპერაციები უროლოგიური და მამაკაცის სასქესო ორგანოების სიმსივნეების დროს

11.01 ცირკუმციზია, პაპილომების ელექტროექსციზია, მიატოტომია
11.02 ასოს ამპუტაცია, ურეთრის რეზექცია
11.03 ემასკულაცია ლიმფადენექტომიით
11.04 სათესლე ჯირკვლის რევიზია-ბიოფსია
11.05 ორქიექტომია, ორქიფუნიკულექტომია
11.06 ორმხრივი ორქიფუნიკულექტომია
11.07 რადიკალური პროსტატექტომია
11.08 ნეფრექტომია ლიმფადენექტომიასთან ერთად
11.09 კომბინირებული ნეფრექტომია
11.10 ნეფროურეთერექტომია
11.11 შარდის ბუშტიდან სიმსივნის ტრანსვეზიკულური ამოკვეთა
11.12 შარდის ბუშტის ტრანსურეთრული რეზექცია
11.13 შარდის ბუშტის რეზექცია
11.14 შარდის ბუშტის რეზექცია ურეთრონეოცისტოანასტომოზის ჩამოყალიბებასთან ერთად
11.15 რადიკალური ცისტექტომია ორმხრივი ურეთეროკუტანეოსტომის ჩამოყალიბებასთან ერთად
11.16 რადიკალური ცისტექტომია შარდის ბუშტის ჩანაცვლებასთან ერთად
11.17 წინა ეგზენტერაცია
11.18 ტოტალური ეგზენტერაცია
11.19 სხვა უროლოგიური ოპერაციები
11.20 დაუზუსტებელი უროლოგიური ოპერაციები

12 განმეორებითი ოპერაციები მუცლის ღრუზე

12.01 რელაპაროტომია
12.02 ოპერაციის შემდგომი თიაქრის ლიკვიდაცია
12.03 ევენტერაციის ლიკვიდაცია
12.04 მუცლის ღრუს დრენირება/ პერიტონული დიალიზი
12.05 მუცლიდან უცხო სხეულის ამოღება
12.06 სუბდიაფრაგმული/ღვიძლქვეშა აბსცესის დრენირება პუნქციასთან ერთად
12.07 სუბდიაფრაგმული/ღვიძლქვეშა აბსცესის დრენირება ოპერაციასთან ერთად
12.08 რეტროპერიტონული მიდამოს დრენირება
12.09 მცირე მენჯის დრენირება
12.10 ნაწლავის ფისტულის დრენირება
12.11 სხვა განმეორებითი ოპერაციები მუცლის ღრუში
12.13 დაუზუსტებელი განმეორებითი ოპერაციები მუცლის ღრუში

13 ოპერაციები კანის, რბილი ქსოვილებისა და ძვლების სიმსივნეების დროს

13.01 მასკლეროზებელი თერაპია
13.02 კრიოდესტრუქცია
13.03 კანისა და რბილი ქსოვილების სიმსივნეების ამოკვეთა
13.04 ფალანგების ამპუტაცია/ეგზარტიკულაცია
13.05 ხელის მტევნის ამპუტაცია/ეგზარტიკულაცია
13.06 ტერფის ამპუტაცია/ეგზარტიკულაცია
13.07 ძვლის რეზექცია
13.08 ქვედა კიდურის ამპუტაცია/ეგზარტიკულაცია
13.09 ზედა კიდურის ამპუტაცია
13.10 გულმკერდ-ბეჭთაშუა ამპუტაცია
13.11 სხვა ოპერაციები კანზე, რბილ ქსივილებსა და ძვლებზე
13.12 დაუზუსტებელი ოპერაციები კანზე, რბილ ქსივილებსა და ძვლებზე

14 ოპერაციები ლიმფურ კვანძებზე

14.01 კისრის ლიმფური კვანძებისა და ფაშარი შემაერთებელი ქსოვილების ცალმხრივი ფასციალურ-ფუტლარული ამოკვეთა
14.02 კისრის ლიმფური კვანძებისა და ფაშარი შემაერთებელი ქსოვილების ორმხრივი ფასციალურ-ფუტლარული ამოკვეთა
14.03 კრაილის ოპერაცია
14.04 იღლიის ლიმფადენექტომია
14.05 დიუკენის ოპერაცია – ცალმხრივი
14.06 დიუკენის ოპერაცია – ორმხრივი
14.07 სელექტიური ლიმფადენექტომია
14.08 ტრანსპერიტონული რეტროპერიტონული ლიმფადენექტომია
14.09 ლიმფურ კვანძებში არსებული შორეული მეტასტაზების ამოკვეთა
14.10 სხვა ოპერაციები ლიმფურ კვანძებზე
14.11 დაუზუსტებელი ოპერაციები ლიმფურ კვანძებზე

15 დიაგნოსტიკური, სიმპტომური და სხვა ოპერაციები

15.01 გარეთა საძილე არტერიის გადაკვანძვა
15.02 ტრაქეოსტომია
15.03 დეკომპრესიული ტრეპანაცია
15.04 დეკომპრესიული ლამინექტომია
15.05 თორაკოტომია, ბიოფსია
15.06 პლევრის ღრუს პუნქციური დრენირება
15.07 პლევრის ღრუს ოპერაციული დრენირება
15.08 შუასაყრის დრენირება
15.09 პარასტერნული მედიასტინოტომია
15.10 ეზოფაგოფუნდოანასტომოზი
05.11 გასტროსტომია
15.12 საყლაპავის სიმსივნის ენდოსკოპური დესტრუქცია

15.13 ლაპაროტომია, ბიოფსია
15.14 ბილიოდიგესტიური (ქოლეცისტო-ენტერო-, ჰეპატიკო-ენტერო-, ქოლედოქო-ენტერო-) ანასტომოზი
15.15 ღვიძლშიგა ნაღვლის სადინარის დრენირება
15.16 ნაღვლის საერთო სადინარის დრენირება
15.17 ქოლეცისტოსტომია
15.18 საკიდი ენტეროსტომია
15.19 ორლულიანი ილეოსტომია/კოლოსტომია
15.20 ნაწლავთშორისი ანასტომოზების ჩამოყალიბება
15.21 ნეფროსტომია
15.22 ურეთეროკუტანეოსტომია
15.23 ეპიცისტოსტომია
15.24 საშვილოსნოს ყელის ბიოფსია
15.25 საშვილოსნოს ყელის კონაგულაცია
15.26 საშვილოსნოს ყელის კონიზაცია
15.27 ჰისტეროსკოპია
15.28 ჰისტეროსკოპია საშვილოსნოს ღრუს ლორწოვანი გარსის გამოფხეკით
15.29 ცერვიკალური არხის გამოფხეკა

რადიოთერაპია

4.1 დასხივების სახე

00. დასხივების სახე უცნობია
01. დისტანციური დასხივება
02. კონტაქტური დასხივება (ბრაქითერაპია)
    ა – აპლიკაციური
    ბ – ღრუსშიგნითა
    გ – ქსოვილშიგა
03. სისტემური
04. შერწყმული
05. დასხივების სხვა მეთოდი

4.2 გამოსხივების წყარო

00. გამოსხივების წყარი უცნობია
01. რენტგენის სხივი
    ა – ახლოფოკუსიანი
    ბ – ღრმა
02. გამა-გამოსხივება
03. მაღალი ენერგიის ნაწილაკების დამუხრუჭების გამოსხივება
04. ელექრტონები

4.3 დასხივების მეთოდი

00. დასხივების მეთოდი უცნობია
01. სხივური თერაპია ტრადიციული ფრაქციებით (2-2 გრეი)
02. სხივური თერაპია გახლეჩილი ფრაქციებით (1 გრეი 2-ჯერ დღეში)
03. სხივური თერაპია გამსხვილებული ფრაქციებით (3 გრეი)
04. სხივური თერაპია მსხვილი ფრაქციებით (5 გრეი)
05. სხივური თერაპია დინამიკური ფრაქციებით
06. სხივური თერაპიის გამჭოლი კურსი (60 გრეი შესვენების გარეშე)
07. სხივური თერაპიის წყვეტილი კურსი (შესვენება 30 გრეის შემდეგ)
08. სხივური თერაპია სამიზნის არათანაბარი დასხივებით
09. ტოტალური სხივური თერაპია
10. სუბტოტალური სხივური თერაპია
11. ღრუსშიგნითა სხივური თერაპია
12. ქსოვილშიგა სხივური თერაპია

4.4 გამოყენებული რადიომოდიფიკატორები

00. უცნობია
01. ჰიპერბარული ოქსიგენაცია
02. ჰიპოქსია

03. ჰიპერთერმია
04 ჰიპოთერმია
05. ჰიპერგლიკემია
06. რადიოფარმპრეპარატები
07. სამკურნალო პრეპარატები
08. იმუნომოდულატორები
09. ანტიოქსიდანტური კომპლექსები
10. რადიომოდიფიკატორების შერწყმა
11. სხვა
12. რადიომოდიფიკატორები არ ყოფილა გამოყენებული

ქიმიოთერაპიაში გამოყენებული პრეპარატები

I ქიმიოთერაპიული საშუალებები

მაალკილირებელი აგენტები

1. ალკერანი (მელფალანი)
2. ციკლოფოსფანი (ენდოქსანი)
3. იფოსფამიდი (ჰოლოქსანი)

ეთილენიმინები

4. თიოფოსფამიდი (თიო-ტეფი)

დისულფონის მჟავას ეთერები

5. ბუსულფანი (მიელოსანი)

ნიტროზომეთილშარდოვანას წარმოებულები

6. ლომუსტინი (ბელუსტინი, CCNU)
7. კარმუსტინი (BCNU)
8. სტრეპტოზოტოცინი

ანტიმეტაბოლიტები

9. მეტოტრექსატი
10. მერკაპტოპურინი
11. თიოგუანინი
12. ციტარაბინი (ალექსანი, ციტოზარი)
13. გემციტაბინი (გემზარი)
14. ფტორურაცილი (ფლუორურაცილი)
15. ფტორაფური
16. ფლუდარაბინი (ფლუდარა)

სინთეზური პრეპარატები

17. პროკარბაზინი (ნატულანი)
18. დაკარბაზინი (ДТИК)
19. ჰიდროქსიშარდოვანა (ჰიდრეა)

პლატინის პრეპარატები

20. ცისპლატინი
21. კარბოპლატინი
22. ოქსალიპლატინი

ანტიბიოტიკები

23. დაქტინომიცინი (აქტინომიცინ D)
24. დოქსორუბიცინი (ადრიაბლასტინი)

25. ეპირუბიცინი (ფარმარუბიცინი)
26. რუბომიცინი (დაუნორუბიცინი)
27. იდარუბიცინი (ზავედოსი)
28. მიტოქსანტრონი (ნოვანტრონი)
29. ბლეომიცინი (ბლეოცინი)
30. მიტომიცინ-C (მუტამიცინი)

მცენარეული წარმოშობის პრეპარატები

31. ვინკრისტინი (ონკოვინი)
32. ვინბლასტინი (როზევინი)
33. ვინორელბინი (ნაველბინი)
34. ეტოპოზიდი (ვეპეზიდი)
35. პაკლიტაქსელი (ტაქსოლი)
36. დოცეტაქსელი (ტაქსოტერი)

ფერმენტული პრეპარატები

37. L-ასპარაგინაზა

II ჰორმონები

38. სინესტროლი
39. ფოსფესტროლი
40. ტესტოსტერონ-პროპიონატი
41. ტეტრასტერონი (ომნანდრენი)
42. ოქსიპროგესტერონ-კაპრონატი
43. მედროქსიპროგესტერონ-აცეტატი (პროვერა, დეპო-პროვერა, ფარლუტალი)
44. ამინოგლუტეთიმიდი (მამომიტი)
45. ტამოქსიფენი (ზიტაზონიუმი, ნოლვადექსი)
46. ტორემიფენი (ფარესტონი)
47. ანანდრონი
48. ციპროტერონ-აცეტატი (ანდროკური)
50. ანდროკურ-დეპო
51. ბუსერელინი (სუპრეფაქტი)
52. გოსერელინი (ზოლადექსი)
53. დეკაპეპტილი
54. ლეიპრორელინი
55. ოქტრეოტიდი (სანდოსტატინი)
56. კორტიკოსტეროიდები
57. თირეოიდული ჰორმონები

III იმუნომოდულატორები და ბიოლოგიური რეაქციების მოდიფიკატორები

58. ლევამიზოლი (დეკარისი)
59. ფილგრასტიმი (ნეიპოგენი)
60. ერითროპოეტინი (რეკორმონი)
61. ლეიკომაქსი
62. გრანოციტი
63. -ინტერფერონი
64. პეგინტრონი
65. ლეაკადინი
66. ტაქტივინი
67. თიმალინი
68. ინტერლეიკინ-2 (რონკოლეიკინი)
69. ჰერცეპტინი

ანტიემეტიკები

70. ონდანსეტრონი (ზოფრანი)
71. ტროპისეტრონი (ნავობანი)
72. გრანისეტრონი (კიტრილი)
73. დოლასეტრონი

პროტექტორები

74. ურომიტექსანი (მესნა)
75. დეტრაზოქსანი (კარდიოქსანი)
76. კალციუმ-ფოლინატი (ლეიკოვორინი)

ბისფოსფონატები

77. პამიდრონატი (არედია
78. კლოდრონატი (ბონეფოსი)
79. იბანდრონატი (ბონდრონატი)

ავთვისებიანი სიმსივნეების მკურნალობის გართულებების კლასიფიკაცია

კლასიფიკატორის სტრუქტურა:

01 ინტრაოპერაციული გართულებები
02 ჩირქოვანი გართულებები და ნეკროზი
03 ანასტომოზის და ღრუ ორგანოს კედლის ნაკერების უკმარისობა
04 სისხლდენა
05 ანთებითი გართულებები
06 ჰემოპოეზის დათრგუნვა
07 ხვრელმილები
08 სტენოზები, სტრიქტურები, ფიბროზი
09 ორგანოებისა და სისტემების ფუნქციური უკმარისობა
10 ნაწლავთა შეხორცებითი გაუვალობა
11 სისხლძარღვოვანი გართულებები
12 გართულებები გულ-სისხლძარღვთა სისტემის მხრიდან
13 ალერგიული რეაქციები
14 პარეზი, დამბლა
15 მკურნალობის სხვა გართულებები
16 მკურნალობის მოგვიანებითი გართულებები

01 ინტრაოპერაციული გართულებები
01.01 ასპირაცია იმავე ფილტვში
01.02 ასპირაცია მეორე ფილტვში
01.03 საყლაპავის სანათურის მთლიანობის დარღვევა
01.04 ფილტვის აბსცესის მთლიანობის დარღვევა
01.05 ტრანსპლანტატის სისხლმომარაგების მოშლა და ნეკროზი
01.06 პლევრის ღრუს ინფიცირება
01.07 სისხლდენა ფილტვიდან
01.08 სუნთქვის გაჩერება
01.09 პნევმოთორაქსი
01.10 მთავარი ბრონქის კედლის დაზიანება
01.11 ტრაქეის კედლის დაზიანება
01.12 გულმკერდის სადინარის დაზიანება
01.13 აორტის კედლის დაზიანება
01.14 შუასაყრის მაგისტრალური სისხლძარღვების კედლის დაზიანება
01.15 მუცლის ღრუს მაგისტრალური სისხლძარღვების კედლის დაზიანება
01.16 მხრის წნულის დაზიანება
01.17 სისხლძარღვის ლიგატურის ჩაჭრა
01.18 გულის რითმის დარღვევა (ბრადიკარდია)

01.19 გულის რითმის დარღვევა (ტაქიკარდია)
01.20 გულის გაჩერება
01.21 გულსისხლძარღვთა სისტემის ფუნქციის დაუზუსტებელი დარღვევა
01.22 ღრუ ორგანოს კედლის დაზიანება (კუჭის, წვრილი ნაწლავის, მსხვილი ნაწლავის, ნაღვლის ბუშტის, შარდის ბუშტის, შარდსაწვეთის)
01.23 პარენქიმული ორგანოს (ფილტვის, ღვიძლის, პანკრეასის, ელენთის, თირკმლის, საკვერცხის) ტრავმა
01.24 ვენური ანასტომოზის თრომბოზი
01.25 არტერიული ანასტომოზის თრომბოზი
01.26 დამწვრობითი დაზიანება ფოტოდინამიური თერაპიის დროს
01.27 სხვა ინტრაოპერაციული გართულებები
01.28 დაუზუსტებელი ინტრაოპერაციული გართულებები

02 ჩირქოვანი გართულებები და ნეკროზი
02.01 კანქვეშა აბსცესი
02.02 სუბდიაფრაგმული აბსცესი
02.03 ღვიძლქვეშა აბსცესი
02.04 ნაწლავთშორისი აბსცესი
02.05 ჩამონაწვეთი აბსცესი
02.06 პრესაკრალური აბსცესი
02.07 დუნდულოს აბსცესი
02.08 ჭრილობის დაჩირქება
02.09 ენის ძირის დაჩირქება
02.10 კისრის ფაშარი ქსოვილების აბსცესი
02.11 აუტოტრანსპლანტატის ნეკროზი (კანის, საყლაპავის, კუჭის, ნაწლავის)
02.12 ენის ძირის ნეკროზი
02.13 პლევრის ემპიემა
02.14 პერიტონიტი ნაკერების უკმარისობის გარეშე
02.15 ნაკერების უკმარისობით გამოწვეული პერიტონიტი
02.16 პელვიოპერიტონიტი
02.17 პიონეფროზი
02.18 რეტროპერიტონული ფლეგმონა
02.19 სეფსისი
02.20 სხვა ჩირქოვანი გართულებები
02.21 დაუზუსტებელი ჩირქოვანი გართულებები
02.22 დაუზუსტებელი ლოკალიზაციის ნეკროზი

03 ანასტომოზის ნაკერების უკმარისობა
03.01 ტრაქეის ანასტომოზის უკმარისობა
03.02 ტრაქეობრონქული ანასტომოზის უკმარისობა
03.03 ბრონქული ანასტომოზის უკმარისობა

03.04	ტრაქეის კედლის ნაკერების უკმარისობა
03.05	ბრონქის კედლის ნაკერების უკმარისობა
03.06	ეზოფაგოგასტროანასტომოზის უკმარისობა
03.07	ეზოფაგოენტეროანასტომოზის უკმარისობა
03.08	გასრტოენტეროანასტომოზის უკმარისობა
03.09	ქოლეცისტოენტეროანასტომოზის უკმარისობა
03.10	ქოლედოქო/ჰეპატო-ენტეროანასტომოზის უკმარისობა
03.11	წვრილნაწლავოვანი ანასტომოზის უკმარისობა
03.12	წვრილ-მსხვილნაწლავოვანი ანასტომოზის უკმარისობა
03.13	მსხვილნაწლავოვანი ანასტომოზის უკმარისობა
03.14	კუჭის კედლის ნაკერების უკმარისობა
03.15	თორმეტგოჯა ნაწლავის კედლის ნაკერების უკმარისობა
03.16	თორმეტგოჯა ნაწლავის ტაკვის ნაკერების უკმარისობა
03.17	წვრილი ნაწლავის კედლის ნაკერების უკმარისობა
03.18	მსხვილი ნაწლავის კედლის ნაკერების უკმარისობა
03.19	შარდსაწვეთის ანასტომოზის უკმარისობა
03.20	შარდსაწვეთ-შარდის ბუშტის ანასტომოზის უკმარისობა
03.21	შარდსაწვეთის კედლის ნაკერების უკმარისობა
03.22	შარდის ბუშტის კედლის ნაკერების უკმარისობა
03.23	ანასტომოზის უკმარისობა, დაუზუსტებელი
03.24	ღრუ ორგანოს კედლის ნაკერების უკმარისობა, დაუზუსტებელი
04	**სისხლდენა**
04.01	შუასაყარის სისხლძარღვებიდან არაზიული სისხლდენა
04.02	აორტიდან არაზიული სისხლდენა
04.03	ზემო ღრუ ვენიდან არაზიული სისხლდენა
04.04	ქვემო ღრუ ვენიდან არაზიული სისხლდენა
04.05	მუცლის ღრუს მაგისტრალური სისხლძარღვებიდან არაზიული სისხლდენა
04.06	სისხლდენა პლევრის ღრუში – ჰემოთორაქსი
04.07	მცირე მენჯის ჰემატომა
04.08	ოპერაციული ჭრილობის ჰემატომა
04.09	ჰემოთორაქსი
04.10	რეტროპერიტონული ჰემატომა
04.11	იშემიური შოკი
04.12	სისხლდენა საშვილოსნოს ყელის ტაკვიდან
04.13	სისხლდენა ჭრილობიდან
04.14	სისხლძარღვის ტრავმა
04.15	სისხლდენა, დაუზუსტებელი

05 **ანთებითი გართულებები**
05.01 გასტრიტი
05.02 ჰეპატიტი
05.03 ჰეპატოქოლეცისტიტი
05.04 დერმატიტი
05.05 კოლიტი
05.06 მედიასტინიტი
05.07 ანთებითი ხასიათის სხვა გართულებები
05.08 ოსტეომიელიტი
05.09 პანკრეატიტი
05.10 პანკრეონეკროზი
05.11 პერიქონდრიტი
05.12 ხორხის პერიქონდრიტი
05.13 პერიოსტიტი
05.14 პიელონეფრიტი
05.15 ექსუდაციური პლევრიტი
05.16 მშრალი პლევრიტი
05.17 პნევმონიტი
05.18 ინტერსტიციული პნევმონია
05.19 ჰიპოსტაზური პნევმონია
05.20 ობტურაციული პნევმონია
05.21 ქრონიკული პნევმონია
05.22 კრუპოზული პნევმონია
05.23 აბსცედირებადი პნევმონია
05.24 რექტიტი
05.25 სტომატიტი
05.26 ტრაქეიტი
05.27 ურეთრიტი
05.28 ცისტიტი
05.29 ეზოფაგიტი
05.30 ენტერიტი
05.31 ეპიდერმიტი
05.32 ეპითელიიტი
05.33 დაუზუსტებელი ანთებადი ხასიათის გართულებები

06 **ჰემოპოეზის დარღვევა**
06.01 აგრანულოციტოზი
06.02 ანემია
06.03 ლეიკოპენია
06.04 პანმიელოციტოზი
06.05 თრომბოპენია
06.06 ერითროპენია
06.07 ჰემოპოეზის დარღვევა, დაუზუსტებელი

07 **ხვრელმილები**

07.01 ბრონქომედიასტინური ხვრელმილი
07.02 ხახის ხვრელმილი
07.03 შარდის ბუშტის ხვრელმილი
07.04 ფარინგოსტომის წარმოშობა
07.05 ეზოფაგო-მედიასტინური ხვრელმილი
07.06 ეზოფაგო-ბრონქული ხვრელმილი
07.07 წვრილი ნაწლავის ხვრელმილი
07.08 მსხვილი ნაწლავის ხვრელმილი
07.09 შარდსაწვეთის ხვრელმილი
07.10 თირკმლის მენჯის ხვრელმილი
07.11 ხვრელმილი, დაუზუსტებელი

08 **სტენოზები, სტრიქტურები, ფიბროზები**

08.01 ხორხის სტენოზი
08.02 ეზოფაგო-გასტროანასტომოზის სტენოზი
08.03 ეზოფაგო-ენტეროანასტომოზის სტენოზი
08.04 ნაწლავთაშორისი ანასტომოზის სტენოზი
08.05 შარდსაწვეთის სტრიქტურა
08.06 შარდსაწვეთ-შრდის ბუშტის ანასტომოზის სტრიქტურა
08.07 ვეზიკულო-ურეთრული ანასტომოზის სტრიქტურა
08.08 ურეთრის სტრიქტურა
08.09 დასხივების შემდგომი ფიბროზი
08.10 სტენოზი, სტრიქტურა, ფიბროზი, დაუზუსტებელი

09 **ორგანოებისა და სისტემების ფუნქციური უკმარისობა**

09.01 შარდის ბუშტის ატონია
09.02 აგასტრული სინდრომი
09.03 ძვალწარმოქმნის მოშლა
09.04 პარათირეოიდული ჯირკვლების ფუნქციური უკმარისობა
09.05 თირკმლის ფუნქციური უკმარისობა
09.06 ღვიძლის ფუნქციური უკმარისობა
09.07 შარდის ბუშტის ტამპონადა
09.08 ტურ-სინდრომი
09.09 ორგანოს ან სისტემის ფუნქციური უკმარისობა, დაუზუსტებელი

10 **ნაწლავთა შეხორცებითი გაუვალობა**

10.01 მსხვილნაწლავოვანი შეხორცებითი გაუვალობა
10.02 წვრილნაწლავოვანი შეხორცებითი გაუვალობა
10.03 ნაწლავთა გაუვალობა, დაუზუსტებელი

11 ფლებიტები და თრომბოემბოლიები

11.01 არტერიული ანასტომოზის თრომბოზი
11.02 ვენური ანასტომოზის თრომბოზი
11.03 თრომბოზი, დაუზუსტებელი
11.04 ზედა კიდურების თრომბოფლებიტი
11.05 ქვედა კიდურების თრომბოფლებიტი
11.06 ლავიწქვეშა არტერიის თრომბოფლებიტი
11.07 საუღლე ვენის თრომბოფლებიტი
11.08 ფილტვის არტერიის ცენტრალური ღეროს თრომბოფლებიტი
11.09 ფილტვის არტერიის წვრილი ტოტების თრომბოფლებიტი
11.10 თრომბოფლებიტი, დაუზუსტებელი

12 გართულებები გულ-სისხლძარღვთა სისტემის მხრიდან

12.01 მიოკარდიუმის ინფარქტი
12.02 გულ-ფილტვის უკმარისობა
12.03 გულის რიტმის დარღვევები
12.04 მიოკარდიუმის კვების მწვავე უკმარისობა (მოშლა)
12.05 თავის ტვინის სისხლის მიმოქცევის მოშლა
12.06 გართულებები გულ-სისხლძარღვთა სისტემის მხრიდან, დაუზუსტებელი

13 ალერგიული რეაქციები

13.01 ანაფილაქსიური შოკი
13.02 ალერგიული რეაქციები, დაუზუსტებელი

14 პარეზები, დამბლები

14.01 მბგერავი ნაოჭების (სახმო იოგების) დამბლა
14.02 სახის ნერვის დამბლა
14.03 კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის პარეზი
14.04 პარეზი ან დამბლა, დაუზუსტებელი

15 მკურნალობის სხვა გართულებები

15.01 ასფიქსია
15.02 ვირუსული B-ჰეპატიტი
15.03 ჰემოთორაქსი
15.04 ჰერპესი
15.05 ჰიდროთორაქსი
15.06 ჰიპერთერმია
15.07 სახის რბილი ქსოვილების დეფექტი
15.08 ღრუ ორგანოების დაწყლულებები
15.09 დერმული ტრანსპლანტატის ლიზისი
15.10 ლიმფოკისტა
15.11 ლიმფორეა

15.12 ლიმფოსტაზი
15.13 მიკოზები
15.14 დამწვრობები
15.15 ძვლის მოტეხილობა
15.16 პნევმოთორაქსი
15.17 ფსიქოზი
15.18 ქილოთორაქსი
15.19 კანქვეშა ემფიზემა
15.20 შუასაყრის ემფიზემა
15.21 სიმსივნის რღვევა
15.22 ენცეფალოპათია
15.23 სხვა გართულებები
15.24 დაუზუსტებელი გართულებები

16 მკურნალობის გვიანი გართულებები
16.01 აგასტრული სინდრომი
16.02 ანემია
16.03 ჰეპატიტი
16.04 სახის რბილი ქსოვილების დეფექტი
16.05 ლეიკოპენია
16.06 ლიმფოსტაზი
16.07 მიმდებარე ქსოვილების სხივური ფიბროზი
16.08 ძვალწარმოქმნის დარღვევები
16.09 პანკრეატიტი
16.10 პანკრეასული უკმარისობა
16.11 პარეზები და ნევრიტები
16.12 პერიოსტიტი
16.13 ღვიძლის ქრონიკული უკმარისობა
16.14 პიელონეფრიტი B.
16.15 პნევმონიტი
16.16 ქრონიკული პნევმონია
16.17 თირკმლის ქრონიკული უკმარისობა
16.18 რექტიტი
16.19 გულ-ფილტვის უკმარისობა
16.20 ანასტომოზის ნაწიბუროვანი სტენოზი
16.21 შარდსაწვეთის სტრიქტურა
16.22 ურეთრის სტრიქტურა
16.23 თრომბოფლებიტი
16.24 ცისტიტი
16.25 სხვა მოგვიანებითი გართულებები

0 უცნობია

მოსახლეობის სოციალურ-პროფესიული ჯგუფები

00. პროფესია უცნობია
01. მადანმომპოვებელი
02. მეტალურგი (შავი და ფერადი ლითონები)
03. კოქს-ქიმიური წარმოების მუშა
04 ქიმიური წარმოების (პლასტმასი, რეზინა, საღებავები, ასბესტი, ნავთობქიმია) მუშა
05. მინერალების გადამამუშავებელი წარმოების მუშა
06. მინისა და ფაიფურის წარმოების მუშა
07. სამშენებლო მასალების წარმოებაში დაკავებული მუშა
08. ენერგეტიკული დანადგარების ექსპლუატაციის მუშა-მოსამსახურე
09. ხე-ტყის დამამზადებელი და გადამამუშავებელი მრეწველობის მუშაკი
10. ქაღალდისა და მუყაოს წარმოების მუშა
11. პოლიგრაფისტი
12. რადიაციული გამოსხივების წყაროსთან მომუშავე პერსონალი (ფიზიკოსები, რადიოლოგები, ძალოვანი სტრუქტურების წარმომადგენლები)
13. შხამ-ქიმიკატებთან შეხებაში მყოფი პერსონალი
14. საფეიქრო-სამკერვალო მრეწველობაში დასაქმებული პერსონალი
15. ტყავ-ფეხსაცმლის წარმოებაში დასაქმებული პერსონალი
16. საინჟინრო-სამეცნიერო პერსონალი, რომელთა საქმიანობა დაკავშირებულია მავნე წარმოებასთან
17. პედაგოგი, ალმზრდელი, ექიმი, იურისტი, ლიტერატორი და ის საინჟინრო პერსონალი, რომლის საქმიანობაც არ არის დაკავშირებული მავნე წარმოებასთან
18. კავშირგაბმულობის, ვაჭრობის მუშაკი, საქმისმწარმოებელი
19. ძალოვანი სტრუქტურების წარმომადგენელი, რომლის საქმიანობაც არ არის დაკავშირებული პროფესიულ და გარემოს მავნე ფაქტორებთან
20. დიასახლისი
21. არასრულწლოვანი
22. კმაყოფაზე მყოფი

საქართველოს ადმინისტრაციულ-ტერიტორიული დაყოფა

აფხაზეთი 01

1. სოხუმი
2. გაგრა
3. ტყვარჩელი
4. გალი
5. გუდაუთა
6. გულრიფში
7. ოჩამჩირე

აჭარა 02

8. ბათუმი
9. ქედა
10. ქობულეთი
11. შუახევი
12. ხელვაჩაური
13. ხულო

თბილისი 03

14. გლდანი
15. დიდუბე
16. ვაკე
17. ისანი
18. კრწანისი
19. მთაწმინდა
20. ნაძალადევი
21. საბურთალო
22. სამგორი
23. ჩუღურეთი
24. ცენტრი

კახეთი 04

25. ახმეტა
26. გურჯაანი
27. დედოფლისწყარო
28. თელავი
29. ლაგოდეხი
30. საგარეჯო
31. სიღნაღი
32. ყვარელი

იმერეთი 05

33. ქუთაისი
34. ტყიბული
35. წყალტუბო
36. ჭიათურა
37. ბაღდათი
38. ვანი
39. ზესტაფონი
40. თერჯოლა
41. სამტრედია
42. საჩხერე
43. ხარაგაული
44. ხონი

სამეგრელო 06

45. ზუგდიდი
46. აბაშა
47. მარტ̌ვილი
48. სენაკი
49. ჩხოროწყუ
50. წალენჯიხა
51. ხობი

შიდა ქართლი 07

52. გორი
53. კასპი
54. ქარელი
55. ხაშური

ქვემო ქართლი 08

56. რუსთავი
57. ბოლნისი
58. გარდაბანი
59. დმანისი
60. თეთრიწყარო
61. მარნეული
62. წალკა

გურია 09

63. ლანჩხუთი
64. ოზურგეთი
65. ჩოხატაური

სამცხე-ჯავახეთი 10

66. ადიგენი
67. ასპინძა
68. ახალქალაქი
69. ახალციხე
70. ბორჯომი
71. ნინოწმინდა

მცხეთა-მთიანეთი 11

72. ახალგორი
73. დუშეთი
74. თიანეთი
75. მცხეთა
76. ყაზბეგი

რაჭა-ლეჩხუმი 12

77. ამბროლაური
78. ლენტეხი
79. ონი
80. ცაგერი

ფოთი 13

81. ფოთი

ცხინვალი 14

82. ცხინვალი

ზემო სვანეთი 15

83. მესტია

ეროვნებები

01. ქართველი
02. აფხაზი
03. ოსი
04. სომეხი
05. აზერბაიჯანელი
06. რუსი
07. უკრაინელი
08. ებრაელი
09. სხვა
10. არ არის ცნობილი

OFFICIAL SUGGESTIONS, CONCEPTIONS, METHODOLOGY RECOMMENDATIONS, DIAGNOSTICS AND TREATMENT ALGORITHMS IN ONCOLOGY

(Fact-book and Methodology Volume)

A. Ghvamichava Memorial Oncological National Center Tbilisi, 2005, 582 pp.

Completed by: **Zaza Zarkua,**
State Oncology Programs Coordinator, Candidate of Medical Science

Editor: **Revaz Gagua,**
Professor, Academician of Georgian Academy of Medical Science,
State Award Laureate

Technical Editor
and Corrector: **Etery Gogilashvili**

The volume has been published with financial support of
Jonson & Jonson Medical, Hoffmann-La Roche and Schering-Plough

© Z. Zarkua, 2005
© A. Ghvamichava Memorial National Oncology Center
© „Meridian" Publishers

REZUME

Contemporary oncology faces different challenges. Streamlining and improvement of counter-cancer measures and forms of management are of paramount importance.

The sort of oncology service having been in progress in Georgia up to now, had been tailored for the purposes of bigger countries in the first place (Georgia used to be a constituent of the Soviet Union) and therefore the applied modei has vividly proved to be ineffective for such a small country as Georgia.

The ongoing reforms in Georgian health care system have contributed to more sophisticated approach in the oncology service of the country. Given new realities, we witness novel perceptions of each link of the complex health care structure in relation to the oncology diseases.

At this time, the priorities are given to the enlarged, specialized, technically well-equipped diagnostic-and-treatment centers considering development of modern communications and transport system, as well as geographic conditions and territorial-administrative division of Georgia. Concurrently, modernized first-aid health-care structures are being implemented and a family doctor institution is being introduced. These reforms will benefit disease prevention (including pre-cancer and cancer cases) and will result in early detection and diagnosing of the tumor as well as convalescence and social rehabilitation of the patients.

The oncology service is arranged on the out-patient (dispensary) principle. It has clearly defined structure, function and objectives with the head center, regional centers and around 100 sub-regional oncology offices.

The oncology service system is closely linked to the general treatment and prevention network, especially to the first-aid structures whose prime goals are early diagnosing of pre-cancer and cancer cases as well as the treatment and monitoring of the patients with pre-cancer and chronic diseases in which general practitioner's (family doctor's) role could not be underestimated.

New generation chemotherapy drugs recently appeared onto pharmacy market has dramatically increased efficiency of treatment and greatly contributed to the implementation of rational schemes of chemotherapy. Introduction of modern technical achievements in clinical practices has broaden indications for combined and complex therapy options, improved long-term treatment results and increased the

number of the patients with favourable outcome. In this connection problem of re-hospitalization, performance of treatment and prevention procedures as well as social rehabilitation of this contingent of the patients has been put forward.

New amendments have appeared in the normative documents: WHO International Classification of Diseases for Oncology ICD-O (10th Revision) and TNM Classification of malignant tumors (6th edition) has been published. That's why while working on this data-book, we reviewed and revised many previously established paradigms as well as mandatory instruction, and refurbished them in strict accordance with Georgia's new realities. The clinical part of the book was written in the light of modern achievements in oncology science.

Chapter I – ***Management of Public oncology service*** contains fundamental tenets of structural units of the oncology service: national and regional oncology centers, cancer departments and offices, department of organizational and methodology administration, cancer registry, chemotherapy and radiology departments, hospices, centralized cytology laboratory, endoscopy department. This chapter also deals with recommendations for a coordinator of oncological state programs and a branch expert.

Chapter II – ***Monitoring and Accountability of Oncological Morbidity*** – contains statistic forms and corresponding instructions needed for proper accountancy in cancer morbidity. The amount of special compulsory forms is reduced to the minimal though the necessary information in them comprehensively suits the cancer registry requirements. The hospital and population registries are discussed separately. This chapter also includes the data processing and evaluating principle methods used in cancer statistics and epidemiology.

Chapter III – ***Pre-cancer diseases*** – gives instructions and methodology on timely diagnosing early-stage malignant tumors and pre-cancer diseases through the mass screening of population. The chapter also reviews pre-cancer diseases and early forms of malignancy, discusses clinical manifestations and treatment as well as monitoring of pre-cancer diseases. At the end of the chapter, there given a table containing oncology risk groups of the patients requiring follow-up. The table clarifies the specialist the patient has to see and the frequency of the required examinations he or she has to follow.

Chapter IV – ***The Algorithms of diagnoses and Treatment of major site malignant tumors*** – deals with the modern algorithms of diagnoses and treatment drown up for almost all tumor-sites (C00-C97). It includes the methodological recommendations, general principles and typical schemes of surgery, chemotherapy and radiotherapy as well as their combinations depending on the extent of the tumor.

The appendix showcases those codifiers that are essential to properly fill out the medical documents and correctly organize monitoring and accountability of oncological morbidity (statistics reports, cancer registry):

- WHO International Classification of Diseases for Oncology ICD-O;
- Histological Classification of malignant tumors
- Codified nomenclature of surgical operations for malignant tumors
- Codifier of parameters used in radiotherapy
- Chemotherapy drags
- Classification of post-therapy complications of malignant tumors
- Social and professional groups of population
- Administrative-and-territorial division of Georgia
- Major ethnic groups in Georgia

The book has the purpose to provide medical professionals with data and methodology instructions. It illustrates the nowadays potentialities of oncological service in Georgia as well as its perspectives in the upcoming decade. The diagnostics and treatment algorithms are set in accordance with the State Oncology Program.

The information contained in the volume enables evaluation of the oncology service as a whole and provides mechanisms for effective control of the quality of treatment in particularly every structural unit.

The book is intended for oncologists and health care organizers at large.

ლიტერატურა:

1. Семиотика и диагностика злокачественных опухолей. Под ред. А. И. Сереброва, С. А. Холдина. – Л. Медицина, 1970, 832 с.
2. Б. Е. Петерсон – Онкология – М. Медицина, 1980, 448 с.
3. Сборник официальных указаний по организации онкологической помощи. – Л. Медицина, 1984, 280 с.
4. Ранняя онкологическая патология. Под ред. Б. Е. Петерсона, В. И. Чиссова – М. Медицина, 1985, 320 с.
5. Предраковые состояния. Под ред. Р. Л. Картера, пер. с английского, М. Медицина, 1987, 432 с.
6. Общая онкология. Руководство для врачей. Под ред. Н. П. Напалкова. – Л. Медицина, 1989, 648 с.
7. Общая онкология. Руководство для врачей. Под ред. Н. П. Напалкова. – Л. Медицина, 1989, 648 с.
8. Диагностика злокачественных опухолей при диспансеризации населения. Под ред. Н. Н. Блинова, А. Г. Веснина, Ю. Г. Пучкова. – С.-Петербург, Гиппократ, 1994, 224с.
9. Национальные программы борьбы против рака – Руководящие указания по стратегиям и управлению. – ВОЗ, Женева, 1996, 152 с.
10. Ш. Шерлок, Дж. Дули – Заболевания печени и желчных путей. Пер. с английского, - М. ГЭОТАР Медицина, 1999, 864 с.
11. П. Р. МакНели – Секреты гастроэнтерологии. Пер. с английского. – М. БИНОМ, С.-Петербург, Невский диалект, 1999, 1003 с.
12. ДЖ. Е. Фитцпатрик, Дж. Л. Эллинг. – Секреты дерматологии. - Пер. с английского. – М. БИНОМ, С.-Петербург, Невский диалект, 1999, 512 с.
13. В. Г. Черенков – Клиническая онкология. – М. 1999, 384 с.
14. А. А. Шайн – Рак органов пищеварения – Тюмень, 2000, 368 с.
15. Избранные лекции по клинической онкологии. Под ред. В. И. Чиссова, С. Л. Дарьяловой. – М. 2000, 736 с.
16. П. И. Олийниченко, З. П. Булкина, Т. И. Синиборова – Справочник по полихимиотерапии опухолей – Київ, Здоров'я, 2000, 294 с.
17. Справочник по онкологии. Под ред. С. А. Шалимова, Ю. А. Гриневича, Д. В. Мясоедова - Київ, Здоров'я, 2000, 560 с.
18. Химиотерапия опухолевых заболеваний. Краткое руководство. Под ред. Н. И. Переводчиковой, М. 2000, 384 с.
19. Онкогинекология. Руководство для врачей. Под ред. З. Ш. Гиляз-угдиновой, М. К. Михайлова. – МЕДпресс, 2000, 384 с.
20. Ошибки в клинической онкологии. Руководство для врачей. Под ред. В. И. Чиссова, А. Х. Трахтенберга. – М. Медицина, 2001, 544 с.
21. А. А. Шайн – Опухоли грудной клетки. – Тюмень, 2001, 320 с.

22. В. А. Полякова – Онкогинекология. Руководство для врачей. – М. НГМА, 2001, 192 с.
23. Б. У. Джафек, Э. К. Старк. – Секреты оториноларингологии. Пер. с английского. – М. БИНОМ, С.-Петербург, Невский диалект, 2001, 624 с.
24. М. Э. Вуд, П. А. Банн. – Секреты гематологии и онкологии. II изд. Пер. с английского. – М. БИНОМ, С.-Петербург, Невский диалект, 2001, 560 с.
25. А. З. Довгалюк – Рак молочной железы. Этиология, клиника, диагностика, лечение, вопросы медикосоциальной экспертизы и реабилитации. – НТФФ Полисан, С.-Петербург, 2001, 204 с.
26. Surgical Oncology. Cjntemporary principles & practice. - Edited by K. J. Bland, J. M. Daly, C. P. Karakousis – New-York ... 2001, 1223 p.
27. И. Г. Комаров, Д. В. Комов - Метастазы злокачественных опухолей без выявленного первичного очага – М. Триада – Х, 2002, 136 с.
28. В. В. Старинский, А. А. Гопова, Б. И. Ковалев – Алгоритмы объемов диагностики и лечения злокачественных новообразований (под. ред. В. И. Чиссова) – М. 2002, 912 с.
29. TNM classification of Malignant Tumors. ed. L. H. Sobin, Ch. Wittekind. Sixth Edition. – Wiley Liss, New-York, 2002, 236 p.
30. AJCC Cancer staging manual, sixth edition. ed. F. H. Greene, D. L. Page, I. D. Fleming et al. – New York, Berlin ..., 2002, 421 p.
31. Детская онкология. Руководство для врачей. Под ред. М. Б. Белогуровой. – С.-Петербург, СпецЛит, 2002, 351 с.
32. Роль раковых регистров в оценке эффективности противораковой борьбы – Мат. научн.-практ. конф. онкологов России. – С.-Петербург, 2003, 220 с.
33. Онкологическая служба Санкт-Петербурга. Под ред. В. М. Мерабишвили. С.-Петербург, 2003, 144 с.
34. Клиническая онкология. – Под ред. С. З. Фрадкина, И. В. Залуцкого. – Минск, Беларусь, 2003, 784 с.
35. Практическая онкология: избранные лекции. Под ред. С. А. Тюляндина, В. М. Моисеенко. – Центр Томм, С.-Петербург, 2004, 784 с.