

ა.სიხარულიძე კ.მადიჩი ბ.ნემსაძე

ქუქუს
სიმსივნეების
დიაგნოსტიკა

თბილისი
2000

616-006+616.745

ს 561

რედაქტორი ლია შარვაშიძე
მხატვარი სპარტაპ ცინცაძე

ISBN 99928 - 34 - 30 - 7

რედაქტორისაგან

წინამდებარე შრომა მონოგრაფიული ხასიათისაა. მასში ლიტერატურული მონაცემებისა და ავტორთა დიდი საკუთარი კლინიკური მასალის – სარძევე ჯირკვლის კეთილთვისებიანი და ავთვისებიანი სიმსივნეების ანალიზის საფუძველზე ფართოდ არის გაშუქებული დიაგნოსტიკის სხვადასხვა ძირითადი მეთოდი – კლინიკური, რენტგენოლოგიური, ციტოლოგიური, თერმოგრაფიული, ულტრაბგერითი და სხვა.

ნაშრომში ავტორების მიერ დეტალურადაა აღწერილი ძუძუს კიბოსწინარე დაავადებების, კეთილთვისებიანი და ავთვისებიანი სიმსივნეების სხვადასხვა ფორმის კლინიკა, დამახასიათებელი ნიშნები და სიმპტომები.

მისასალმებელია, რომ ნაშრომი შესრულებულია რესპუბლიკაში ერთადერთი ონკოლოგიის სამეცნიერო ცენტრის ბაზაზე.

მსგავსი ნაშრომი ქართულ ენაზე პირველად არის შესრულებული.

წიგნი განკუთვნილია ონკოლოგიის დარგში მომუშავე ექიმებისათვის, ქირურგებისათვის, მათ შორის, რაიონის ონკოლოგებისათვის, სამედიცინო უნივერსიტეტის სტუდენტებისათვის.

ონკოლოგიის სამეცნიერო ცენტრის დირექტორი, მეცნიერების დამსახურებული მოღვაწე, საქართველოს მედიცინის მეცნიერებათა აკადემიის აკადემიკოსი

რ. ყუფსყაძე

შესავალი

როგორც ცნობილია, ონკოლოგიურ დაავადებათა საიდუმლოება თანამედროვე მედიცინის „აქილევსის ქუსლია“ და ერთნაირად აინტერესებს ყველა ქვეყნის მედიკოსებს. დღეს არავის ეეჭვება, რომ „საუკუნის ავადმყოფობის“ საწინააღმდეგო შხამის ძებნა სცილდება რომელიმე ერთი ქვეყნის ფარგლებს.

უკანასკნელი 10 წლის სტატისტიკური მონაცემებით დადგენილია, რომ ავთვისებიანი სიმსივნეებით დაავადების საერთო სტრუქტურაში თუქუს კიბოს პირველი ადგილი უკავია, განსაკუთრებით, ეკონომიკურად განვითარებულ ქვეყნებში. ხშირია იგი ქრისტიანული სარწმუნოების მიმდევარ ქალებში და იშვიათია მუსლიმანური სარწმუნოების წარმომადგენელ ქალებში.

ყოველწლიურად მთელ მსოფლიოში თუქუს კიბოს 540000 ახალი შემთხვევა ვლინდება. ამასთან, ჯანმრთელობის დაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის ექსპერტთა მონაცემებით, 2000 წლისათვის ყოველწლიურად გამოვლინდება თუქუს კიბოს 800000 დან 1000000 ახალი შემთხვევა. ავთვისებიანი სიმსივნეებით დაავადების საერთო სტრუქტურაში თუქუს კიბომ მოიმატა ჩვენს რესპუბლიკაშიც, ისევე როგორც სხვა ქვეყნებში, ყოველ 100000 ქალზე უკანასკნელი 10 წლის განმავლობაში. თუ 1995 წელს 100000 ქალზე ჩვენს რესპუბლიკაში მოდიოდა 44,4 შემთხვევა, გრძელვადიანი პროგნოზირების მონაცემებით, 2000 წლისათვის თუქუს კიბოთი დაავადება მიღწევს 48,8±1,4 შემთხვევას. აქედან გამომდინარე, თუქუს სიმსივნეების პროფილაქტიკის, დიაგნოსტიკის და მკურნალობის საკითხებს უაღრესად დიდი მნიშვნელობა ენიჭება.

ონკოლოგიის სამეცნიერო ცენტრში ფართოდ გამოიყენება კვლევის საყოველთაოდ მიღებული თანამედროვე მეთოდები, როგორიცაა კონტრასტული და უკონტრასტო მამოგრაფია, თერმოგრაფია, ციტოლოგიური, ულტრაბგერითი გამოკვლევა. თუქუს სიმსივნეების დიაგნოსტიკის საქმეში განსაკუთრებულ როლს თამაშობს ერთი შეხედვით ისეთი უბრალო მეთოდები, როგორიცაა თუქუს თვითგასინჯება, დათვალიერება და პალპაცია. ამ მეთოდების კომპლექსური გამოყენება საშუალებას იძლევა თითქმის 99,5%-ში დაისვას ზუსტი დიაგნოზი. დაავადების რაც უფრო ადრეულ სტადიაშია გაკეთებული ოპერაცია, მით უფრო უკეთესია მკურნალობის შორეული შედეგები. იმისათვის რომ დაავადება I სტადიიდან გადავიდეს III-IV სტადიაში, ზოგჯერ სრულიად საკმარისია 2-3 თვე, რასაც შეიძლება სავალალო შედეგები მოჰყვეს. შორსწასული შემთხვევების მკვეთრი მატების ტენდენცია განპირობებულია იმით, რომ არ ტარდება მოსახლეობის მასობრივი პროფილაქტიკური გასინჯვები. მკვეთრად იმატა ავადმყოფთა მიმართვამ ექიმბაშებისადმი, რაც თავის მხრივ, გამოწვეულია პრესის ფურცლებიდან, ასევე ტელევიზიით ექსტრასენსების და ექიმბაშების რეკლამით. ეს უკანასკნელი კი გამოუსწორებელ ზიანს აყენებს ავადმყოფის ბელს. სწორედ ის არის გულსატკენი, რომ ზოგიერთი სუსტი ნებისყოფის, დაბალი სანიტარული განათლების მქონე ავადმყოფი და მისი ახლობლები ძვირფას დროს კარგავენ ექსტრასენსების, ექიმბაშების და ყველა ჯურის შარლატანების ძებნაში. ამიტომ ერთხელ კიდევ მოუწოდებთ მასობრივი ინფორმაციის საშუალებებს, თავი შეიკავონ დაუსაბუთებელი მანეჟ ინფორმაციებისა და რეკლამებისაგან.

კლინიკური დიაგნოსტიკა

ბუძუს სიმსივნეების ადრეულ დიაგნოსტიკაში წამყვანია ავადმყოფის კლინიკური გამოკვლევა, რომელიც მოიცავს ანამნეზის გულდასმით შეკრებას, ავადმყოფის გასინჯვას (დათვალიერება, პალპაცია) და გამოკვლევის დამატებითი მეთოდების გამოყენებას: მამოგრაფია, თერმოგრაფია, ციტოლოგია, ულტრაბგერითი გამოკვლევა და სხვ.

ტიპიურ შემთხვევებში ბუძუს კიბოს დიაგნოსტიკა ძნელი არ არის, თუმცა სიმსივნის ნაადრევი ფორმების ზუსტი დიაგნოსტიკა ზოგჯერ ერთგვარად ძნელია, ვინაიდან ხშირ შემთხვევებში შეიძლება არ იყოს გამოხატული ბუძუს კიბოს კლასიკური ნიშნები, როგორცაა: ჩამოყალიბებული მკვრივი სიმსივნური წარმონაქმნი, ხორკლოვანობა, ღვრილის რეტრაქცია, კანთან და კანქვეშა ქსოვილებთან შეხორცება და სხვა.

ბუძუს დათვალიერება. ავადმყოფის გამოკვლევა საჭიროა დაიწყოს ანამნეზური მონაცემებით. ავადმყოფის გარეგანი დათვალიერებისას, ყურადღება უნდა მივაქციოთ ბუძუს ფორმას და ზომას, მის სიმეტრიულ თუ ასიმეტრიულ განლაგებას, ღვრილის მდგომარეობას, მის ფორმას, ღვრილის ჩაბრუნებას, ბუძუს დეფორმაციას. ყურადსაღებია სიმსივნის ლოკალიზაცია ბუძუში, მისი დამოკიდებულება მფარავ კანთან და ქვეშმდებარე ქსოვილებთან. კლინიკური თვალსაზრისით, საჭიროა გამოვყოთ სიმსივნის ლოკალიზაცია ღვრილისა და არეოლის არეში, აგრეთვე ილღის და სუბმამარული ნაოჭის არეში (მედიალურ და ლატერალურ ნაწილებში). ზოგჯერ სიმსივნე ბუძუში შეიძლება შენიღბული იყოს სხვა წარმონაქმნებით – ცხიმოვანი ქსოვილის დაგროვებით სიმსივნის ზემოთ, ლიპომის არსებობით და სხვა. ამიტომაც შეცდომის თავიდან ასაცილებლად მიზანშეწონილია და აუცილებელია ავადმყოფის გასინჯვა, როგორც მდგომარე, ისე მწოლიარე მდგომარეობაში.

ბუძუს კლინიკური გამოკვლევა უნდა ჩატარდეს კარგი და პირდაპირი განათების ქვეშ. ავადმყოფმა უნდა გაიხადოს წელამდე, რათა ზუსტად იქნეს ორივე ბუძუ დათვალიერებული და ერთმანეთს შედარებული. უნდა დათვალიერდეს ღვრილის, არეოლის კანის საფარის მდგომარეობა. დათვალიერება უნდა ჩატარდეს, როგორც ჩამოშ-

ვებულის, ისე აწეული ხელების დროს. კიბოს ნაადრევი ფორმების დროს ძუძუს კანის საფარი გარეგანი დათვალერებისას რაიმე ცვლილებებს არ განიცდის. შემდგომში, პროცესის მომატებასთან დაკავშირებით, სიმსივნის მფარავი კანი ჩაბრუნდება, წარმოიშობა "ფორთოხლის კანის" სიმპტომი. გამონაკლისს წარმოადგენს ზედა შიგნითა კვადრანტში და ნაოჭის არეში არსებული კიბო. ამ არეში მცირე რაოდენობით ჯირკვლოვანი და ცხიმოვანი ქსოვილის არსებობის გამო თვალთ ადვილი შესამჩნევია სიმსივნური წარმონაქმნი ადრეულ სტადიაში.

პალპაცია. პალპაციით გასინჯვისას სწავლობენ დერილის, არეოლის მდგომარეობას, არეოლის ნაოჭების სიმკვრივეს, გასქელებას, დერილიდან გამონადენის არსებობას. ძუძუს კანის ორ თითს შორის ადებით ვლინდება კანის სიმპტომი, დანაოჭება ან ჩაბრუნება, ლიმფოსტაზი, "ფორთოხლის კანის" სიმპტომი (peu d'orange).

ღრმა პალპაციით გასინჯვისას ყურადღება უნდა მიექცეს სიმსივნის ზომას, ფორმას, კონსისტენციას, საზღვრებს, ხორკლოვანებას, შეხორცებას ქვეშედება რე ქსოვილებთან. დერილთან ახლოს მყოფი სიმსივნური წარმონაქმნი შემაერთებელქსოვილოვანი ზონრების განვითარების გამო იწვევს დერილის ჩაბრუნებას. პალპაციის დროს განსაკუთრებული ყურადღება უნდა მიექცეს სიმსივნის ზედაპირის სიმკვრივეს, განსაკუთრებით, ცენტრის არეში. თუმცა ჭარბი წონის მქონე ქალებში ან ძუძუში ინვოლუციური ცვლილებების დროს, სიმკვრივეს ცხიმოვანი ქსოვილი აძლევს ცრუ სირბილეს, განსაკუთრებით, კიბოს სკიროზული ფორმების დროს.

განსაკუთრებით საყურადღებოა ძუძუს ზედა შიგნითა კვადრანტში არსებული კვანძოვანი კიბოს კლინიკური სურათი. ამ ლოკალიზაციის სიმსივნეს გააჩნია შედარებით სადა ზედაპირი და რბილი კონსისტენცია, რაც კეთილთვისებიანი სიმსივნის შთაბეჭდილებას ტოვებს. თუმცა უნდა გავითვალისწინოთ, რომ კეთილთვისებიანი სიმსივნეები ამ უბანში ძალზე იშვიათია და ზედა შიგნითა კვადრანტში არსებული სიმსივნე, განსაკუთრებით საშუალო ასაკის ქალებში, უფრო კიბოს მაჩვენებელია.

პალპაციის მეთოდს ყოველთვის როდი შეუძლია სიმსივნის ჭეშმარიტი ზომების განსაზღვრა. Huttner et al.(1973) პალპაციით გაზომილი სიმსივნური კვანძის შედარებისას ნაოპერაციები მასალის პრეპარატთან აღმოჩნდა, რომ მხოლოდ 15,6% შემთხვევაში ჰქონდა ადგილი ზომების დამთხვევას.

ყურადღებით დათვალაიერება შესაძლებლობას იძლევა. გამოვლინდეს ჰეჯეტის კიბოს დაწყებითი ფორმები.

პალპატორულად იკვლევენ მთელ ძუძუს როგორც დერილის ირგვლივ, ისე თანმიმდევრულად, კვადრანტების მიხედვით. სუბმამარული ნაოჭის არის გამოკვლევას აწარმოებენ ორივე ხელის თითებით, ჯერ ერთი და შემდეგ მეორე სარძევე ჯირკვლისა.

კიბოს დიდი ზომების არსებობისას ყურადღება უნდა მიექცეს: უმბილიკაციის, მოედნის, პრიბრამის (დერილის მოჭაჩვისას სიმსივნური წარმონაქმნი მოჰყვება მას), კენივის – ხელისგულის სიმპტომს (ხელისგულით დაწოლისას სიმსივნე არ იკარგება), კრაუზეს (არეოლის და დერილის კანის გასქელება, შეშუპება), პაირის სიმპტომებს (ძუძუს ორ თითს შუა მოქცევა, რომლის დროსაც კანი არ იკრძება გასწვრივ ნაოჭებში, არამედ იქმნება განივი ნაოჭიანობა).

ა.პ. ბაქენოვას თანაავტორებთან ერთად (1985), კ.კ. მაღინის., გ.ნ. ხახანაშვილის., ა.ვ. სიხარულიძის (1987) აზრით, კლინიკური გამოკვლევა, ანამნეზური მონაცემები, ძუძუს დათვალაიერება, გულდასმითი და სწორი პალპაცია აღემატება თავისი ეფექტურობით ძალზე ძვირადღირებულ კვლევის სხვა მეთოდებს. ჩვეულებრივად გამოცდილ კლინიციუსტს შეუძლია პალპაციით 0,5სმ-დე ზომის ავთვისებიანი სიმსივნის ამოცნობა. რა თქმა უნდა, მნიშვნელობა აქვს ძუძუში სიმსივნის ლოკალიზაციას.

ძუძუს ინტრადუქტული და ინტრალობულური არამაინფილტრირებელი კარცინომა (სინონიმები: Carcinoma in situ lobularae et ductale, ნულოვანი სტადიის კიბო, პრენევაზიური კიბო) წარმოადგენს ერთ-ერთ სადისკუსიო პრობლემას თანამედროვე მამოლოგიაში. ძუძუს Carcinoma in situ-ს კლინიკური გამოკვლევით – პალპაციით დადგენა შეუძლებელია. ასევე ნაკლებად ინფორმაციულია კვლევის დამატებითი მეთოდები – ციტოლოგიური, მამოგრაფიული, ექოსკოპიური, თერმოგრაფიული, რომელთაგან შედარებით უპირატესობა ენიჭება მამოგრაფიას. მამოგრაფიის საშუალებით შესაძლებელია მიკროკალცინატების გამოვლენა (Hermann., et al.1988., Hall Ferris.. et al.1988). ამიტომ ჭეშმარიტი დიაგნოზის დასადგენად საჭიროა სექტორული რეზექციის ჩატარება, მასალის სასწრაფო ჰისტომორფოლოგიური გამოკვლევით.

დეტალური კლინიკური გამოკვლევით, დაახლოებით 85% ავადმყოფების შემთხვევაში შესაძლებელია დაისვას ძუძუს კიბოს დიაგნოზი.

ტუბუს დათვლიერებისა და პალპაციის შემდეგ საჭიროა ილლი-ის, ლაეიწქეშა და ლაეიწზედა ლიმფური კვანძების დათვლიერება და პალპაცია მეტასტაზების გამორიცხვის თვალსაზრისით. რეგიონული ლიმფური კვანძების პალპაციის დროს საჭიროა ყურადღება გამახვილდეს ორივე მხარეს რეგიონული ლიმფური კვანძების არსებობაზე – ერთეული გადიდებული ლიმფური კვანძია თუ კონგლომერატი. ზედა კიდურის არეში შემუშების არსებობა მიუთითებს პროცესის გავრცელებაზე. ანამნეზური მონაცემები, დათვლიერება და პალპაცია საშუალებას იძლევა, დაუადგინოთ სიმსივნური პროცესის სხვადასხვა კლინიკური ფორმა.

ტუბუს I და II სტადიის კიბოსათვის დამახასიათებელია შემდეგი კლინიკური ნიშნები:

1. ტუბუსში მკვეთრად გამოვლენილი სიმსივნური წარმონაქმნის არსებობა.
2. სიმსივნის მკვრივი კონსისტენცია.
3. ტუბუსში სიმსივნური წარმონაქმნის შეზღუდული მოძრაობა.
4. კანის სიმპტომის არსებობა.
5. დერილისა და არეოლის ნაოჭების გასქელება – კრაუზეს სიმპტომი.
6. სიმსივნის უმტკივნეულობა.
7. დაზიანების მხარეს ილლიის ფოსოში ერთეული ან მრავალი კვანძის არსებობა.

ტუბუს III-IV სტადიის კიბოს დროს კლინიკური ნიშნებიდან დამახასიათებელია:

1. ტუბუსში გამოკვეთილად არსებული დიდი სიმსივნის ან ინფილტრატის არსებობა.
2. სიმსივნის მკვრივი კონსისტენცია, ალავ დარბილებული უბნების არსებობით.
3. ტუბუსში სიმსივნური წარმონაქმნის შეზღუდული მოძრაობა.
4. დერილისა და არეოლის ნაოჭების გამკვრივება და გასქელება.
5. სიმსივნის ადგილას კანის შესამჩნევი ჩაბრუნება, უმბილიკაციისა და "მოედნის" სიმპტომი.
6. ლიმფოსტაზის მოვლენები – „ლიმონის ქერქის“ სიმპტომი.
7. დაწყულება ან სიმსივნის კანში ჩაზრდა.
8. ტუბუს კანის პიპერემია.
9. დერილის ჩაბრუნება და ფიქსაცია.

10. ტუტუს დეფორმაცია.

11. დაზიანების მხარეს მოძრავი ან შეზღუდულად მოძრავი მეტასტაზური კვანძები ილლიის ფოსოში.

12. დაზიანების მხარეს ლაეიწზემო ფოსოს მეტასტაზები, ილლიისა და ლაეიწზედა ლიმფურ კვანძებში მეტასტაზები საწინააღმდეგო მხარეს (ე.წ. ჯვარედინა მეტასტაზები) და კლინიკურად და რენტგენოლოგიურად გამოვლინებული შორეული მეტასტაზები.

ჩვენი და აგრეთვე სხვა ავტორების მონაცემები (კ.კ. მაღიჩი, გ.ნ.ხაზანაშვილი, ა.ვ. სიხარულიძე, 1987., Strax Ph.1977., Venet L.1980) გვიჩვენებს, რომ 80-90% შემთხვევაში ტუტუს კიბოს გამოვლინება თვით ავადმყოფის მიერ ხდება, რა თქმა უნდა, როცა საქმე ეხება მხოლოდ პალპირებულ სიმსივნეებს.

თვითგასინჯვა. ტუტუს სიმსივნეების დიაგნოსტიკაში განსაკუთრებულ როლს თამაშობს, ერთი შეხედვით, ისეთი უბრალო მეთოდი, როგორცაა სარძევე ჯირკვლის თვითგასინჯვა. ამ მეთოდს, ისევე როგორც სხვა მეთოდებს, აქვს როგორც უპირატესობანი, ისე ნაკლი.

უპირატესობა იმაში გამოიხატება, რომ თვითგასინჯვა რეგულარულად შეიძლება შეასრულოს ყველა ქალმა, რომელიც ყურადღებით ეკიდება თავის ჯანმრთელობას. მეორე მხრივ, თვითგასინჯვას ის ნაკლი აქვს, რომ ქალს დამოუკიდებლად, რიგ შემთხვევებში, გაუჭირდება დამოუკიდებლად გამოავლინოს ტუტუს კიბო.

ქალმა ყველა ასაკში, განსაკუთრებით 30 წლის ზევით, თვითონ უნდა შეძლოს ტუტუს როგორც ვიზუალურად, ისე პალპაციით გასინჯვა. თვითგასინჯვისათვის ყველაზე უკეთესი დროა მენსტრუაციის შემდგომი პერიოდი (ერთი კვირის შემდეგ). ქალებმა მენოპაუზის დროს სასურველია, შეარჩიონ ყოველ თვეში ერთი და იგივე დღე. ტუტუს თვითგასინჯვა იწყება სარკის წინ ვერტიკალურ მდგომარეობაში, ზევით აწეული ხელებით. პირველად ქალმა ხელებით უნდა მოისინჯოს სარძევე ჯირკვლების კონფიგურაცია, ჯირკვლების ზომა, დერილის ფორმა, ყურადღება უნდა მიაქციოს გამონადენის არსებობას დერილიდან და ფერს, სარძევე ჯირკვლის ასიმეტრიას, დერილის ჩაზნექას, კანზე რაიმე ამობურცულობას, სიწითლეს კანის ზედაპირზე და სხვა. ამის შემდეგ ქალი უნდა დაწვეს მაგარ საწოლზე, მარჯვენა ხელი ჩამოუშვას ტანის პარალელურად და მარცხენა ხელის თითების ბოლოებით ფრთხილად უნდა გასინჯოს მთელი სარძევე ჯირკვალი დერილიდან პერიფერიისაკენ, ასევე მარცხენა ტუტუ და ილლიის ფოსო.

როცა ქალი ღებულობს აბაზანას, მისი საპნიანი თითები ადვილად ცურავს ტუბუს დასველებულ კანზე, რაც საშუალებას იძლევა ადვილად იქნეს გამოვლინებული სხვადასხვა ზომის კვანძოვანი წარმონაქმნები. ამასთან, პალპაციის დროს გამოყენებულ უნდა იქნეს ხელისგული, წრიული მოძრაობით პერიფერიიდან დერილისაკენ. მარჯვენა ხელი გამოყენებულ უნდა იქნეს მარცხენა ტუბუს გამოსაკვლევად, ხოლო მარცხენა ხელი — მარჯვენა ტუბუს პალპაციისათვის.

დიფერენციალური დიაგნოზი. დიფერენციალური დიაგნოზი, პირველ რიგში, უნდა გატარდეს ტუბუს კიბოსწინარე დაავადებებს, კეთილთვისებიან და ავთვისებიან სიმსივნეებს შორის.

ტუბუს კიბოსწინარე დაავადებებიდან საყურადღებოა ქრონიკული მასტოპათია ანუ ფიბროადენომატოზი. (სინონიმები: ფიბროადენომატოზი, რეკლიუს დაავადება), ცისტადენომა, სისხლმდენი სარძევე ჯირკვალი (Blutende Mamma), პოლიკისტოზი. ქრონიკული მასტოპათია ქრონიკულ პროცესს წარმოადგენს და კიბოსწინარე დაავადებად ითვლება, ვინაიდან ზოგჯერ შეიძლება კიბოდ გადაიქცეს.

სისხლმდენი სარძევე ჯირკვლისათვის დამახასიათებელია დერილიდან სეროზულ-სისხლიანი ან სისხლიანი გამონადენი და ხშირად მიუთითებს ინტრადუქტული პაპილომის არსებობაზე. მკურნალობა ოპერაციულია.

კლინიკურად არჩევენ მასტოპათიის 2 ფორმას: კვანძოვანს და ღიფუზურს.

კვანძოვანი ფორმა ძირითადად გვხვდება 30 წლის და მეტი ასაკის ქალებში, შეიძლება იყოს ერთეული ან მრავლობითი ერთ ან ორივე ტუბუსში. პალპაციით ისინჯება მომკვრივო კონსისტენციის, წილაკოვანი შენების, მტკივნეული, სხვადასხვა ზომის, მრავლობითი სიმსივნური წარმონაქმნი, დერილიდან გამონადენით. მკურნალობა ოპერაციულია.

ღიფუზური მასტოპათია ძირითადად გვხვდება 35 წლის ასაკამდე, ახასიათებს ტკივილები სარძევე ჯირკვალში მენსტრუაციის დაწყებამდე რამდენიმე დღით ადრე. დროთა განმავლობაში ტკივილებს აქვს ინტენსიური და მუდმივი ხასიათი და იძლევა ირადიაციას ხელში, ბეჭის არეში. პალპაციით ისინჯება ტუბუს ღიფუზური, მტკივნეული გამკვრივება, გამოკვეთილი საზღვრების გარეშე ძირითადად ზედა გარეთა კვადრანტში ერთ ან ორივე ტუბუსში. ხშირად დერილიდან აღინიშნება სხვადასხვა ხასიათის გამონადენი. მკურნალობა მედიკამენტოზურია.

კეთილთვისებიანი სიმსივნეებიდან შედარებით ადვილი გამოსაცნობია ფიბროადენომა, რომლისთვისაც დამახასიათებელია სადა ზედაპირი, ნელი ზრდა, ელასტიური კონსისტენცია, ადვილად მოძრავია. ფიბროადენომა გვხვდება ძირითადად ახალგაზრდა ასაკში – 30 წლამდე, ზოგჯერ ახალგაზრდა გოგონებში.

მასტოპათიის, ფიბროადენომის და კიბოს გარდა, ძუძუში გვხვდება სხვა პათოლოგიური პროცესები და სიმსივნეები.

ლიპომა. სარძევე ჯირკვლის ლიპომები გვხვდება იშვიათად, აქვს წილაკოვანი შენება, პალპაციით რბილი კონსისტენციისაა.

ლიპოგრანულომა ისევე, როგორც ლიპომა იშვიათობას წარმოადგენს, ის ჩნდება შემოფარგლული ანთებითი პროცესებისას, ან ტრავმების შედეგად, ან ჩატარებული ინექციის ადგილას. არ აქვს მკვეთრად გამოხატული საზღვრები. ლიპოგრანულომა პალპაციით რბილი კონსისტენციისაა, თუმცა ცენტრში გამოხატულია გამკვრივება, რის გამოც შეიძლება გამოხატული იყოს კანის ჩაბრუნება. ამიტომ გაბნელებულია მისი დიფერენცირება მცირე ზომის სკიროზულ სიმსივნეებთან.

გალაქტოცელე გვხვდება ლაქტაციის ან მისი დამთავრების დროს, წააგავს დიდ კისტას. დიაგნოზის დადგენაში გადამწყვეტია ანამნეზი, პუნქციური ბიოფსია ან სექტორული რეზექცია.

დიდი ზომის ერთეული კისტები თხიერი შიგთავსით, ზოგჯერ იძლევიან ავთვისებიანი სიმსივნეების სიმულაციას. ამ შემთხვევაშიც, დიაგნოსტიკის თვალსაზრისით, გადამწყვეტია პუნქციური ბიოფსია შემდგომი ციტოლოგიური შესწავლით.

განვითარების ანომალიებიდან (Mamma aberans) დამატებითი სარძევე ჯირკვლები გვხვდება წინა აქსილარული ზაზის და მკერდის დიდი კუნთის გადაკვეთის ადგილას ან ძუძუს ქვემოთ. დვრილი და არეოლა იშვიათად არის გამოხატული. ჩვეულებრივ, ვლინდება ორსულობის მეორე ნახევარში ან ლაქტაციის დროს.

ძუძუს ტუბერკულოზი და აქტინომიკოზი იშვიათად გვხვდება და მათი დიაგნოსტიკა გარკვეულ სიმნელებთან არის დაკავშირებული. ყველაზე უფრო ეფექტურია გამოკვლევის კომპლექსური მეთოდები – პალპაცია, ციტოლოგია და მამოგრაფია. გაბნელებულ შემთხვევებში ნაჩვენებია სარძევე ჯირკვლის სექტორული რეზექცია სასწრაფო ჰისტომორფოლოგიური გამოკვლევით.

ძუძუს კიბოს კლინიკური ვარიანტებიდან საყურადღებოა კვანძოვანი, დიფუზური, ჰეჯეტის დაავადება და იშვიათი ფორმები. ამ

ფორმებიდან ყველაზე უფრო ხშირად გვხვდება კვანძოვანი კიბო. კვანძოვანი კიბო, ძირითადად, ვითარდება ზედა გარეთა კვადრანტში ან ცენტრალურ ზონაში, თუმცა იშვიათად გვხვდება სხვა ადგილებშიც. კლინიკური ნიშნებიდან საყურადღებოა მკვრივი კონსისტენციის სიმსივნური წარმონაქმნი, წვრილი და მსხვილხორკლოვანი ზედაპირით, შეზღუდულად მოძრავი.

მცირე ზომის სიმსივნის ცენტრალური ლოკალიზაციის შემთხვევაში ადგილი აქვს დერილის გვერდით გადახრას. პროცესის გავრცელებისას ვლინდება დერილის ჩაზნექის სიმპტომი.

ტუტუს დიფუზურ კიბოს ახასიათებს სიმსივნის სწრაფი გავრცელება, როგორც სარძევე ჯირკვალში, ისე მის საზღვრებს გარეთ, მეტასტაზირება როგორც რეგიონულ ლიმფურ კვანძებში, ისე შორეული მეტასტაზირება. დიფუზურ ფორმებს მიეკუთვნება: შემუპებით-ინფილტრაციული, კიბოს ე.წ. "ჯავშნიანი ფორმა", ერიზიპელოიდური (წითელქარისებრი), მასტიტისმაგვარი კიბო (მწვავე კარცინომატოზული მასტიტი). განსაკუთრებით უნდა გამოვყოთ კიბოს ერიზიპელოიდური ფორმა.

ერიზიპელოიდური კიბოს დროს ტუტეში ისინჯება მკვრივი სიმსივნური წარმონაქმნი, გარეგნულად იგი წითელ ქარს მოგვაგონებს. ჰიპერემიის გამო დიაგნოზი ხშირად ეშვებათ წითელ ქარში. პროცესი იწყება სწრაფად და პროგნოზიც არასახარბიელოა.

მასტიტისმაგვარი კიბო უფრო ხშირად ვითარდება ახალგაზრდა ქალებში ორსულობისა და ლაქტაციის პერიოდში. კიბოს ამ ფორმას ახასიათებს სარძევე ჯირკვლის დიფუზური გამკვრივება, მტკივნეულობა, ზოგჯერ კანის ჰიპერემია და ტემპერატურის მომატება. დიფერენციული დიაგნოზი უნდა გატარდეს მწვავე ჩირქოვან მასტიტთან. პროგნოზი აქაც ცუდია.

შემუპებით-ინფილტრაციული ფორმის კიბო, ძირითადად, გვხვდება ახალგაზრდა ასაკში, ზოგჯერ ორსულობისა და ტუტუს წოვების პერიოდში. ტუტუს მფარავი კანი, დვრილი, არეოლა შემუპებულა, გამოხატულია "ფორთოხლის კანის" სიმპტომი, ჰიპერემია. პალპაციით სიმსივნური წარმონაქმნის გასინჯვა გაძნელებულია. შემუპება განპირობებულია ტუტუს ლიმფური გზების მეტასტაზური ემბოლის ბლოკადით ან სიმსივნური ინფილტრატის ზეწოლით.

კიბოს ჯავშნიანი ფორმის დროს სიმსივნური ინფილტრაცია, გარდა სარძევე ჯირკვლისა, ვრცელდება გულმკერდის ზედაპირზე, ზოგჯერ მეორე სარძევე ჯირკვალზე. მფარავი კანი გასქელებულია.

ფიქსირებულია, გამოხატულია ჭარბი პიგმენტაცია. ტუტუ შემცირებულია ოდენობაში, შეჭმუხვნილია. სიმსივნური ინფილტრაცია ზეწოლას ახდენს გულმკერდის ზედაპირზე, როგორც ჯავშანი. ავადმყოფს აქვს გულმკერდის შებოჭვის გრძობა. რაც შეეხება ცისტოკარცინომას და კიბოს მედულურ ფორმას, სიმსივნური წარმონაქმნები შედარებით დიდი ზომისაა, რბილი კონსისტენციის, რაც კეთილთვისებიანი სიმსივნეების შთაბეჭდილებას ტოვებს.

ცნობილია, რომ სარძევე ჯირკვლის კიბო ორსულობის პერიოდში შედარებით იშვიათობას წარმოადგენს და რიგ შემთხვევებში გაძნელებულია მისი დიაგნოსტიკება. ტუტუს კიბოს პრობლემის შესწავლისას ორსულობა უნდა განვიხილოთ, როგორც რისკის ფაქტორი, რაც გარკვეულ როლს თამაშობს დაავადების პროგნოზში. აუარესებს რა ავადმყოფთა სიცოცხლის ხანგრძლივობას. ტუტუს კიბო, განვითარებული ორსულობის დროს, მშობიარობის შემდგომ პერიოდში და ტუტუს წოვებისას ქმნის მთელ რიგ დამატებით სიმსივნეებს, რაც გამოიხატება სიმსივნის სწრაფ ზრდაში და მეტასტაზების განვითარებაში. ინფილტრაციას უკეთებს რა ტუტუს კანის ვენურ სისხლძარღვებს, იგი იძლევა ანთების სურათს, რასაც შეუძლია შეცდომაში შეიყვანოს ექიმები და რიგ შემთხვევებში განხორციელდეს გაკვეთა, დრენირება, სიმსივნური წარმონაქმნის გამოფხეკა. ასეთ შემთხვევებში უნდა ვეცადოთ, დასმულ იქნეს ზუსტი დიაგნოზი კლინიკური, ციტოლოგიური, მამოგრაფიული, თერმოგრაფიული, ექოსკოპიური მეთოდების კომპლექსური გამოყენებით, რათა გამორიცხულ იქნეს ტუტუს კიბო.

ა. სიხარულიძემ, კ. მაღიჩმა, გ. ხახანაშვილმა თანაავტორებთან ერთად (1990), ონკოცენტრის მასალაზე გამოაქვეყნეს 43 ავადმყოფი ტუტუს კიბოთი ორსულობის ფონზე. კლინიკური გამოკვლევით – დათვალიერებით და პალპაციით, ტუტუს კიბო დადგენილ იქნა 41 შემთხვევაში (85,3%). გარკვეული მიზეზების გამო (ავადმყოფის ახალგაზრდა ასაკი, პროცესის გავრცელება), ტუტუს რენტგენოლოგიური გამოკვლევა ჩატარებული იყო მხოლოდ 17 ავადმყოფზე. აქედან სწორი რენტგენოლოგიური დიაგნოზი დადგენილ იქნა 79,4%-ში. რაც შეეხება ილღიის გადიდებულ ლიმფურ კვანძებს, ტუტუს კიბოს დროს ორსულობის ფონზე სწორი კლინიკური დიაგნოზი – პალპაციით დადგენილ იქნა 35 შემთხვევაში (81,3%). აღსანიშნავია, რომ ტუტუს კიბოთი დაავადებული ავადმყოფები ორსულობისა და ლაქტაციის ფონზე დაგვიანებით მიმართავენ ონკოლოგს, მითუმეტეს, რომ მათი უმრავლესობა ხანგრძლივად იმყოფება გინეკოლოგების მეთვალყურე-

ობის ქვეშ. სწორედ ონკოლოგიური სიფხიზლის მოდუნების გამო, ადგილი აქვს მთელ რიგ შეცდომებს გამოკვლევის სხვადასხვა ეტაპზე.

ინგლისელმა ქირურგმა J. Paget-მა (1874) პირველად აღწერა მსოფლიოში დერილის დაავადება, რომელიც კლინიკურად მიმდინარეობდა, როგორც თავისებური ეგზემა, შემდგომში ტუტუს კიბოს ჩამოყალიბებით. ონკოლოგიური ცენტრის მასალა – 132 შემთხვევა საკმაოდ სოლიდურია მთელ მსოფლიოში და R. Ashikari et al. (1970) 214 შემთხვევის შემდეგ მეორეა ამ პათოლოგიით დაავადებულთა შორის. საყოველთაოდ ცნობილია პეჯეტის კიბოს 3 ფორმა:

1. პეჯეტის ტიპის კიბო, დაზიანებით მხოლოდ დერილის არეში;
2. პეჯეტის ტიპის კიბო, დერილისა და ტუტუს ერთდროული დაზიანებით;
3. პეჯეტის კიბოს მხოლოდ კვანძოვანი ფორმა.

დერილის არეში არსებული პეჯეტის ტიპის კიბო კლინიკურად წააგავს ეგზემას, რის გამოც ავადმყოფები მკურნალობისათვის მიმართავენ დერმატოლოგს. თითოეული დიდხანს შეუხორცებელი დერილის კანის ეგზემა, რომელიც არ ექვემდებარება დერმატოლოგიურ მკურნალობას, განსაკუთრებით საშუალო ასაკის ქალებში, ეჭვს იწვევს პეჯეტის კიბოს არსებობაზე. დერილის პროგრესულ გასქელებასთან ერთად პროცესი გადადის დერილის ირგვლივ მდებარე კანზე, რაც საშუალებას იძლევა დადგინდეს პეჯეტის ტიპის კიბო.

Dabski K. (1985) აღნიშნავს, რომ საჭიროა ონკოლოგიური სიფხიზლის გამოჩენა ტუტუს თუნდაც ბანალური დაზიანების დროს, ვინაიდან მოსალოდნელია გარდა დერილის არეში არსებული პროცესისა, დამატებით ადგილი ჰქონდეს ტუტუს ქსოვილში სიმსივნური წარმონაქმნის არსებობას.

Vitoc G. et al. (1989) გაანალიზეს რა პეჯეტის ტიპის კიბო დერილის დაზიანებით (41 შემთხვევა), ყურადღება გაამახვილეს ოპერაციამდელ დიაგნოსტიკაზე, რათა გამორიცხულ იქნეს პირველადი მრავლობითი სიმსივნის არსებობა.

ლიტერატურაში აღწერილია ტუტუს ექსტრამამარული პეჯეტის დაავადების იშვიათი შემთხვევები – ლოკალიზაციით პერიანალური ან სასქესო ორგანოების არეში (Guillot B. et al. 1982., Gibson J. R. et al 1983).

აღწერილი კლინიკური ფორმების გარდა, ტუტუს კიბოს იშვიათი ფორმებიდან ყურადღებას იმსახურებს აპოკრინული, ბრტყელუჯრე-

დღევანი, კოლოიდური კიბო, რომელთა კლინიკური გამოვლინება დიდ სიძნელებთან არის დაკავშირებული. კოლოიდური კიბო – ეს არსებითად წარმოადგენს ადნოკარცინომას სტრომის ლორწოვანი გადაგვარებით, შეიძლება განვითარდეს ცისტოკარცინომაში და ხასიათდება მკურნალობის შედარებით კარგი შორეული შედეგებით. ნ.ნ. კოლჩენკო, გ.ა. ფრანკი (1997).

სარკომები. ტუტუს ავთვისებიანი სიმსივნეებიდან სარკომები იშვიათ დაავადებას წარმოადგენს და მისი დიაგნოსტიკა მნიშვნელოვან სიძნელებთან არის დაკავშირებული. სარკომის განვითარების რისკ-ფაქტორად განიხილავენ დისპორმონულ დარღვევებს, გადატანილ ანთებად პროცესებს და ტუტუს ტრაუმებს. რიგ შემთხვევებში, დასაწყის ფაზაში სიმსივნეს ახასიათებს სწრაფი ზრდა და აღწევს დიდ ზომებს – 3-დან 25 სმ-მდე. კიბოსგან განსხვავებით, სარკომების დროს თითქმის არ გვხვდება "უმბილიკაციის", დანაოჭების სიმპტომები, დვრილის ჩაზნექა, "ბაქნის" და "ფორთოხლის კანის" სიმპტომები. ზოგიერთ შემთხვევაში, სიმსივნე სწრაფად იზრდება და აღწევს დიდ ზომებს.

ჩენი (გ. ხახანაშვილი, დ. ლოლობერიძე, ა. სიხარულიძე, 1990) დაკვირვების ქვეშ (35 შემთხვევა) მყოფ ავადმყოფებს აღენიშნებოდა მკერივი, ზოგჯერ მომკერივო, ელასტიური კონსისტენციის, ზოგ შემთხვევაში, ფლუქტუაციით და ადვილად მოძრავი სიმსივნური წარმონაქმნი, რომელიც არ იყო შეხორცებული ირგვლივ მდებარე ქსოვილებთან. სიმსივნის ზედაპირი იყო სადა, ალაგ მსხვილი და წვრილხორკლოვანი, ზოგჯერ შედგებოდა რამდენიმე კვანძისაგან. დღეისათვის ჩენი დაკვირვების ქვეშ იმყოფება 72 ავადმყოფი ტუტუს სარკომის სხვადასხვა ფორმით. ტუტუს სარკომებს შორის განსაკუთრებით ხშირია სარკომები, განვითარებული ფოთლისებური ფიბროადენომისგან, რომელთა დიფერენცირება პალპაციით გარკვეულ სიძნელებთან არის დაკავშირებული.

კომპლექსური დიაგნოსტიკა – პალპაცია, მამოგრაფია, თერმოგრაფია, ციტოლოგია ნაკლებინფორმატიული აღმოჩნდა სარკომების დიაგნოსტიკის საკითხში.

ცნობილია, რომ ტუტუს ჰემატოსარკომების იზოლირებული ფორმები იშვიათობას წარმოადგენს (0,1-0,5%). ჩვენ მიერ ონკოცენტრის მასალაზე შესწავლილ იქნა ტუტუს ჰემატოსარკომების 19 იზოლირებული შემთხვევის ანალიზი. ყველა შემთხვევაში დიაგნოზი ვერიფიცირებული იყო ჰისტომორფოლოგიურად.

კლინიკურ-მორფოლოგიური კლასიფიკაცია სტადიების მიხედვით. კლინიკურ-მორფოლოგიური მიმდინარეობის მიხედვით არჩევენ ტუქუს კიბოს 4 სტადიას.

I სტადია: სარძევე ჯირკვალში ისინჯება 2 სმ-მდე დიამეტრის მკვრივი სიმსივნური წარმონაქმნი. სიმსივნე ოდნავ ზორკლიანია და მოძრავი, რეგიონული ლიმფური კვანძები არ ისინჯება.

II^a სტადია: პირველადი სიმსივნე 2-დან 5სმ-მდე დიამეტრისაა. შეიძლება შეზორცებული იყოს კანსა და კანქვეშა ქსოვილებთან, გამოხატული იყოს ნაოჭისა და "მოედნის" სიმპტომი, რეგიონულ ლიმფურ კვანძებში მეტასტაზები არ აღინიშნება.

II^b სტადია: პირველადი სიმსივნე იმავე ზომისაა, დასაშვებია კანთან და კანქვეშა ქსოვილებთან შეზორცება, შეიძლება გამოხატული იყოს ნაოჭისა და "მოედნის" სიმპტომი. ილლიის ლიმფურ კვანძებში ისინჯება ერთეული (1-2) მეტასტაზური დაზიანება.

III^a სტადია: სიმსივნური წარმონაქმნი 5სმ-ზე მეტი ზომისაა, კანთან შეზრდილია. გამოხატულია დვრილის ჩაბრუნება, კანსა და კანქვეშა ქსოვილებთან შეზორცებულია. სახეზეა უმბილიკაციის სიმპტომი, "ფორთოხლის კანის" სიმპტომი.

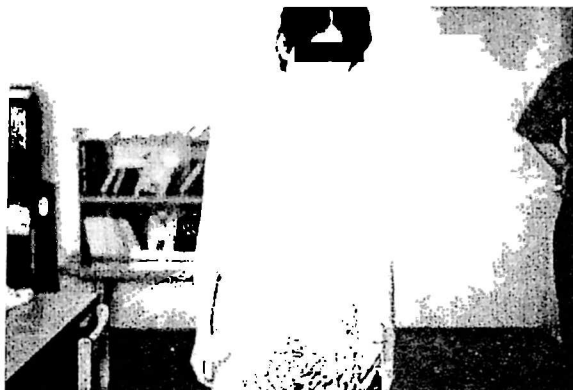
სიმსივნის მფარავი კანი შეიძლება იყოს დაწყლულებული და ინფილტრირებული. რეგიონული მეტასტაზები არ არის გამოხატული.

III^b სტადია: სიმსივნე იმავე ზომისაა. (აღემატება 5 სმ-ს), გამოხატულია ერთეული (1-2 ლიმფურ კვანძებში) მეტასტაზური დაზიანება ან სიმსივნური წარმონაქმნი შეიძლება იყოს ნებისმიერი ზომის მრავლობითი მეტასტაზით ილლიის, ლავიწქვეშა, ბეჭქვეშა, პარასტერნალურ ლიმფურ კვანძებში.

III^c სტადია: ამ შემთხვევაში ილლიის, ლავიწქვეშა, ბეჭქვეშა, პარასტერნალური ლიმფური კვანძების მეტასტაზურ დაზიანებას ემატება რეგიონული ზონის მეორე ეტაპის – ლავიწზედა ლიმფური კვანძების მეტასტაზური დაზიანება, რაც ბუნებრივია, აუარესებს ავადმყოფთა სიცოცხლის ხანგრძლივობას.

IV სტადია: სიმსივნურ წარმონაქმნს თითქმის მთელი ტუქუ უჭირავს. ტუქუ შეჭმუხვნილია, ზოგჯერ დაწყლულებული, სისხლმდენი. ცუდსუნიანი გამონადენით, ფიქსირებულია გულმკერდთან. აღინიშნება მრავლობითი კანქვეშა კვანძები (სატელიტები) გამოხატ-

ულია ინფილტრაცია, ზოგჯერ სარძევე ჯირკვლის და ზედა კიდურის შეშუქება. რეგიონულ ლიმფურ კვანძებში მეტასტაზების გარდა გამოხატულია შორეული მეტასტაზებიც. ბუნებრივია, რომ სტადიურობის საბოლოო ვარიანტი დგინდება საოპერაციო პრეპარატის მორფოლოგიური შესწავლის საფუძველზე. ა.პ. ბაჟენოვას, ლ.დ.ოსტროვცევის, გ.ნ. ხახანაშვილის (1985) მონაცემებით, 22,3%-ში არასწორად იყო შეფასებული ლიმფური კვანძების მდგომარეობა: ჰიპერდიაგნოსტიკას ადგილი ჰქონდა 15,4%, ჰიპოდიაგნოსტიკას – 6,9% შემთხვევაში.



სურათი №1
ფოტოსტუდია ფაბროსარკომა, 1996



სურათი №2
პეკეტის ტიპის კობო, 1983

სურათი №3
ფეიხელისკებური ფიბროადენომა
სარკომული სტრუქტურა, 1985



სურათი №4
ძუძუს სარკომა, 1990



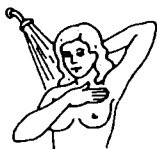
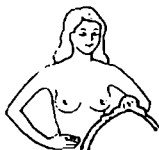
სურათი №5
დასკელებული კიბო,
1982



სურათი №6
ორმხრივი ძეძუს კიბო, 1983



სურათი №7
სარძევე ჯირკვლის თვითგასინჯვა



რენტგენოლოგიური დიაგნოსტიკა

ტუტუს კიბოსწინარე დაავადებათა და კიბოს კომპლექსური გამოკვლევის დიაგნოსტიკაში განსაკუთრებული როლი აკისრია რენტგენოლოგიურ მეთოდს – მამოგრაფიას.

განვითარების ადრეულ ეტაპზე მამოგრაფიას ქირურგები სკეპტიკურად შეხვდნენ. მამოგრაფიისადმი ნდობა ნელ-ნელა ნაბიჯ-ნაბიჯ იზრდებოდა. მამოგრაფიისადმი ინტერესი განსაკუთრებით გაიზარდა მას შემდეგ, რაც მისი მეშვეობით შესაძლებელი გახდა არაპალპირებული სიმსივნეების აღმოჩენა.

მამოგრაფიული მეთოდი შესაძლებლობას იძლევა, გატარდეს დიფერენციული დიაგნოზი კეთილთვისებიან და ავთვისებიან პროცესებს შორის, თუმცა მისი სიზუსტე შეადგენს დაახლოებით 85%-ს.

მამოგრაფიის ფართოდ დანერგვამ მკვეთრად გააუმჯობესა სარძევე ჯირკვლის კიბოს მკურნალობა. არაპალპირებული სარძევე ჯირკვლის კიბოს დროს შემთხვევათა 92%-ში რეგიონული ლიმფური კვანძები თავისუფალი იყო მეტასტაზებისგან, ხოლო მამოგრამაზე კალციფიკატების აღმოჩენით დადგენილი სარძევე ჯირკვლის კიბო 98%-ში ასევე თავისუფალი აღმოჩნდა რეგიონული ლიმფური კვანძები მეტასტაზებისაგან.

პირველად ტუტუს სიმსივნეთა დიაგნოსტიკაში რენტგენოლოგიური გამოკვლევა მოწოდებული იყო Salomon-ის მიერ 1931წ. კიბოს გამო ოპერირებული სარძევე ჯირკვალი მან გადაიღო რენტგენის ფირზე. შეისწავლა რა მოკვეთილი სარძევე ჯირკვლის ანატომიური და რენტგენოლოგიური მონაცემები, მეცნიერმა გამოაქვეყნა მცირე მონოგრაფია. რომელიც შემდგომში საფუძვლად დაედო მამოგრაფიული მეთოდების განვითარებასა და ფართოდ გამოყენებას.

სარძევე ჯირკვლის რენტგენოლოგიურ გამოკვლევებს მიუძღვნეს შრომები Kleischmidt O. (1927).. S Warren (1930), ყურადსაღებია Warren და Seabold (1931), Lockwood (1932) მონაცემები. მათ შეისწავლეს სარძევე ჯირკვლის რენტგენოლოგიური სურათი მენტრუალური ციკლის სხვადასხვა ფაზაში.

სარძევე ჯირკვლის რენტგენოლოგიური გამოკვლევის პერსპექტიულობაზე მიუთითებდა თავის ნაშრომში Leborgne (1947).

ტუტუს გამოკვლევის რენტგენოლოგიური მეთოდები ფართოდ ასახეს თავიანთ ნაშრომებში О.Я. Богасевски(1935), Г.П. Гилсберт(1946), Н.Н. Кукин(1972).

ტუტუს კიბოს რენტგენოლოგიურ გამოკვლევაში დიდი როლი ითამაშა Gershon-Cohen (1937-1970) და Gros (1951-1972) შრომებმა.

მრავალი ფუნდამენტური ნაშრომი მიუძღვნეს სარძივე ჯირკვლის სიმსივნეების რენტგენოლოგიურ გამოკვლევებს Н. Н. Бражников და Л. Д. Линденбратен (1965). С. И. Сергеев (1978) და სხვებმა. ზემოთ აღნიშნულმა ავტორებმა ფართოდ გააშუქეს რენტგენოლოგიური გამოკვლევის ტექნიკა და მეთოდოლოგია, დიფერენციული დიაგნოსტიკის შესაძლებლობები.

კ.კ. მაღიჩი, გ.ნ. ხახანაშვილი, ა.ვ. სიხარულიძის (1985-1986) შრომებს საფუძვლად დაედო 593 ტუტუს I და II სტადიის კიბოთი დაავადებულთა კლინიკური, რენტგენოლოგიური, თერმოგრაფიული და ულტრაბგერითი გამოკვლევის ანალიზი. ამასთან, ძირითადად, დაცული იყო დიაგნოსტიკური პროცედურების – კლინიკური გამოკვლევის, თერმოგრაფიული ან რენტგენოლოგიური და პუნქტატის ციტოლოგიური შესწავლის თანმიმდევრობა. რენტგენოლოგიური გამოკვლევით სწორი დიაგნოზი დაავადების I სტადიაში დადგენილ იქნა 62,8%-ში, საექვო დიაგნოზი – 22,3%, მცდარი დიაგნოზი – 14,9%-ში, დაავადების II სტადიაში – 83,9%, 8,9%, 7,2% – შესაბამისად. კლინიკურად სწორი დიაგნოზი დადგენილ იქნა 95,4%.

60-იან წლებში მამოგრაფიამ საყოველთაო აღიარება მოიპოვა, იგი ოფიციალურად სცნეს როგორც გამოკვლევის აუცილებელი მეთოდი პროფილაქტიკური გასინჯვების დროს. როცა ვლასარაკობთ მამოგრაფიის მნიშვნელობასა და ღირსებებზე, ამავე დროს არ უნდა დაგვავიწყდეს მისი ნაკლოვანებებიც.

სხვადასხვა ავტორთა მონაცემებით ტუტუს კიბოს მამოგრაფიული დიაგნოსტიკის სიზუსტე მერყეობს საკმაოდ ფართო ფარგლებში. Л. Д. Линденбратен (1972) მონაცემებით იგი შეადგენს 94,9%-ს, Maasen (1967)-89-90%-ს, Isard თანაავტორებთან ერთად (1972) – 85%., Huttner (1973) - 85 - 95%-ს, В. Кюлджиев, (1989) - 85%-ს.

ჩვენი მონაცემებით, ტუტუს კიბოს რენტგენოლოგიური გამოკვლევის სიზუსტემ შეადგინა დაავადების I სტადიაში – 62,8%. II სტადიაში – 83,9%.

ბუნებრივია, რომ სიმსივნური წარმონაქმნის მცირე ზომების დროს მატულობს დიაგნოსტიკური სიძნელეები, რაზედაც მიუთითებენ

Walnebo H., et al (1974). მათ გამოიკვლიეს სარძევე ჯირკვლის კიბოთი დაავადებული 102 ავადმყოფი, რომელთაც მცირე სიმსივნური წარმონაქმნი ჰქონდათ. დიაგნოსტიკურმა სიზუსტემ შეადგინა 63%, ინფილტრაციული კიბოს დროს - 78%, სადინარშიგნითა კიბოს დროს - 62%, ლობულური კიბოს შემთხვევაში - 56%.

რა თქმა უნდა, დიაგნოსტიკის სიზუსტე დამოკიდებულია რენტგენოლოგიის კვალიფიკაციაზე, მამოგრაფიის ხარისხზე, რენტგენოლოგიურ აპარატზე, ნორმალურად და პათოლოგიურად შეცვლილი სარძევე ჯირკვლის თავისებურებებზე და სხვა.

ქალებში 40 წლის ზევით, მამოგრაფიით ადვილად გამოიცინობა 1 სმ-ზე მეტი დიამეტრის სიმსივნური წარმონაქმნი, ხოლო ახალგაზრდა ასაკში, კარგად განვითარებული მკვრივი ჯირკვლოვანი პარენქიმის დროს, კიბოს გამოვლინების შესაძლებლობები მკვეთრად მცირდება. ასევე ძნელდება დიფერენციული დიაგნოზის გატარება კიბოს ლორწოვან, მედულურ ფორმასა (ეს უკანასკნელი შეადგენს ყველა კიბოს თითქმის 20%-ს) და ფიბროადენომასა და კისტას შორის, რადგანაც ორივე შემთხვევაში მამოგრაფიაზე ჩრდილები იდენტურია (მრგვალი, მკვეთრად შემოსაზღვრული). უფრო ძნელია კიბოს გამოვლენა ფიბროზულ-კისტოზური მასტოპათიის ფონზე. რენტგენოლოგიური გამოკვლევის სიზუსტე ამ შემთხვევაში არ აღემატება 50%-ს.

Michaud Ph., et al. (1989)., Rocek V. V. et al. (1981). Nanni M.R. et al. (1983). Hrgovic Z. et al. (1986). Murad (1996). Tariq M. et al. (1988). Salvadori Bruno. et al. (1989). Корженкова Г.П. и соавт. უკონტრასტო მამოგრაფია გამოიყენეს ფოთლისებური ფიბროადენომების, კეთილთვისებიანი და ავთვისებიანი სიმსივნეების დიფერენციული დიაგნოსტიკისათვის. რაიმე პათოგნომური სიმპტომები მამოგრაფიულად ვერ იქნა დადგენილი. В.П.Демидов и соавт. (1984) შეისწავლა ფოთლისებური სიმსივნით დაავადებული 114 ავადმყოფის სარძევე ჯირკვლის რენტგენოლოგიური გამოკვლევის მონაცემები. სწორი დიაგნოზი დადგენილ იქნა 17 (14%) შემთხვევაში. 16 ავადმყოფიდან, რომელსაც რესპუბლიკის ონკოცენტრში ოპერაციის შემდეგ მორფოლოგიურად დაუდგინდა სარძევე ჯირკვლის ტუბერკულოზი, 10 შემთხვევაში ჩატარებული იყო ორმხრივი მამოგრაფია. აქედან მხოლოდ ერთ შემთხვევაში მოხერხდა რენტგენოლოგიურად სარძევე ჯირკვლის ტუბერკულოზის დიაგნოზის დასმა. (Г.Н. Хаханашвили.. К.К. Мадич., А.В. Сихарулидзе и соавт. 1989).

ძნელია დიფერენციალური დიაგნოზის გატარება კიბოს დიფუზური შეშუპებით – ინფილტრაციულ ფორმასა და მასტიტს შორის, რადგანაც კიბოს შეშუპებითი ფორმის დროს სიმსივნური კვანძი ყოველთვის არ არის გამოსახული მამოგრამაზე.

თანამედროვე ეტაპზე დიდია უკონტრასტო მამოგრაფიის როლი განსაკუთრებით ჯანმრთელი ქალების პროფილაქტიკური გასინჯვების დროს ნაადრევი და არაპალპირებული კიბოს ფორმების, კიბოსწინარე დაავადებათა გამოვლინებაში.

უცხოეთის ზოგიერთი სამედიცინო ცენტრის მონაცემებით, ყოველ 1000 გამოკვლეულ ქალზე 8–14 კიბოს შემთხვევა მოდის. ამასთან, აღსანიშნავია, რომ მამოგრაფიას შეუძლია გაცილებით ადრე გამოამჟღავნოს კიბო პირველი კლინიკური ნიშნების გამოვლინებამდე. სწორედ ამიტომ ამერიკის ონკოლოგთა საზოგადოებამ აღიარა მამოგრაფიის ეფექტურობა, როგორც სკრინინგის ერთ-ერთი საუკეთესო მეთოდი 40-49 და 50 წლის ზევით ქალთა ყოველწლიურ გამოკვლევაში. (Dodd G.m 1988. Newell G. et al. 1988., Smola M.G., et al. 1988).

კ. მაღიჩის (1988) აზრით, ძუძუს სიმსივნის კრიტერიუმად კიბოს შეუმჩნეველი ფორმების გამოსაყვანად აუცილებელია 40 წლის ასაკის ზევით ყოველწლიურად სამედიცინო შემოწმების დროს გამოყენებულ იქნეს დიაგნოსტიკის თანამედროვე მეთოდები – უკონტრასტო და კონტრასტული მამოგრაფია, თერმოგრაფია, ულტრაბგერითი გამოკვლევა.

მე-15 საერთაშორისო კიბოს საწინააღმდეგო კონგრესზე პროფ. მიულერმა მოახსენა მამოგრაფიული სკრინინგის შედეგები რისკის ფაქტორის მქონე ქალებში. აღმოჩნდა, რომ ხანგრძლივი დაკვირვების შედეგად რანდომიზირებული გამოკვლევით მამოგრაფიული სკრინინგის გამოყენებამ, სარძევე ჯირკვლის კიბოთი სიკვდილიანობა შეამცირა მხოლოდ 50-69 წლის ასაკის ქალებში. სიკვდილიანობის შემცირება არ აღინიშნებოდა არც ახალგაზრდა და არც 70 წლის ზევით ქალებში. მოყვანილია P.I. Вагнер-ით თანაავტორებთან ერთად (1991).

ძუძუს რენტგენოლოგიური გამოკვლევით შესაძლებელია სიმსივნის მულტიცენტრული ზრდის გამორიცხვა, რაც უაღრესად გასათვალისწინებელია შეზღუდული და კოსმეტიკური ოპერაციების ჩატარების მიზანშეწონილობის თვალსაზრისით.

უკონტრასტო მამოგრაფია ფართოდ გამოიყენება მეორე სარძევე ჯირკვლის საკონტროლოდ, როცა ავადმყოფს გაკეთებული აქვს ცალმხრივი მასტექტომია კიბოს გამო.

უკონტრასტო მამოგრაფიის როლი დიდია იმ შემთხვევაში, როცა ილლიის ლიმფურ კვანძებში გამოვლინებულია მეტასტაზური ცვლილებები, ხოლო სარძევე ჯირკვალში პალპაციით არ ისინჯება სიმსივნური წარმონაქმნი (არაპალპირებული სიმსივნე). Mamelle N., et al.(1994) რეკომენდაციას იძლევიან სარძევე ჯირკვლის კიბოს დიაგნოსტიკაში ფართოდ იქნეს გამოყენებული მასობრივი მამოგრაფიული სკრინინგი, რისთვისაც მათ მიერ შედგენილ იქნა სკრინინგის 10 სხვადასხვა პროგრამა მამოგრაფიის გამოყენებით.

სკრინინგული მამოგრაფიის ფართოდ გამოყენებით გაიზარდა არაინვაზიური სარძევე ჯირკვლის კიბოს შემთხვევები (Rebner M., et al. 1994., Tabar Laszlo., et al. 1989, B.Vitak., 1998).

Э.К.ХИНТ, (1992) აღნიშნავს, რომ მამოგრაფიული სკრინინგის დანერგვა საშუალებას იძლევა, გამოვავლინოთ პრეკლინიკური ფორმების სარძევე ჯირკვლის კიბო, თუმცა ეს ძვირადღირებულია და დაკავშირებულია დიდ მატერიალურ დანაკარგებთან და ამდენად არარეალურია. Brichert – Toft H. et al (1990)., Evaus A.J. (1993) აზრით, ტუბუს აქტიურმა სკრინინგმა მამოგრაფიული გამოკვლევის მეშვეობით უკანასკნელ დროს მკვეთრად გაზარდა პრეინვაზიური კიბოს შემთხვევები.

La Vecchia C., et al (1993)., Левшин В.Ф. и соавт.(1996)., Poin-dron P.(1989)., Strax P.(1989)., Beecroft W.A.(1988)., Tabar Laszlo et al (1989). მიუთითებენ მამოგრაფიის მნიშვნელობაზე სარძევე ჯირკვლის კიბოს სკრინინგში.

მანჩესტერში მამოგრაფიული სკრინინგით გამოვლენილ იქნა 85% I და II სტადიის ტუბუს კიბო (Kee F., et al. 1993).

ჰისტომორფოლოგიურად დადგენილი ავთვისებიანი სიმსივნეებიდან მამოგრაფიულად დიაგნოზი დადგენილი იყო 79% შემთხვევაში – 50 წლამდე ასაკში და 76% შემთხვევაში – 50 წლის ზემოთ. კეთილთვისებიანი სიმსივნეების დროს სწორი დიაგნოზი დაისვა 76% შემთხვევაში – 50 წლამდე ასაკში და 75% – 50 წლის ზემოთ. (Davies R.J., et al. 1993).

Н.И.Рожкова., и соавт. (1994,1997) Н.И.Рожкова (1993) აღნიშნავენ, რომ რენტგენოლოგიურად ფიბროზი ვლინდება 91% შემთხვევაში, ფიბროადენომა – 75%. ავტორთა აზრით, კომპლექსურ დიაგნოსტიკაში უსათუოდ გამოყენებულ უნდა იქნეს მამოგრაფია და ულტრაბგერითი გამოკვლევა.

ტუბუს ადრეულ დიაგნოსტიკაში Зайцев А. Н. и соавт.(1996)..A.O.Saarela et al. (1998) გამოიყენეს უკონტრასტო მა-

მოგრაფიისა და ულტრაბგერითი გამოკვლევის მეთოდები. ავტორები ასკენიან, რომ მამოგრაფიისა და ექოსკოპიის კომპლექსური გამოყენება მკვეთრად აუმჯობესებს სარძევე ჯირკვლის კიბოს დიაგნოსტიკას. Золотова В.И. и соавт. (1996), G.M.Kaci et al.(1998), R.A.Huch et al.(1998). L.Apesteguia (1998) აზრით, სარძევე ჯირკვლის კომპლექსურ დიაგნოსტიკაში ყველაზე ინფორმატიულად მიიჩნევენ მამოგრაფიას.

ბუძუს რენტგენოლოგიური გამოკვლევა საშუალებას იძლევა, გატარდეს დიფერენციალური დიაგნოზი ავთვისებიან და კეთილთვისებიან სიმსივნეებს შორის.

საგულისხმოა ოპერაციამდე სიმსივნური წარმონაქმნის ზომების განსაზღვრა მამოგრაფიული მონაცემებით. ამ უკანასკნელმა შესაძლებელია შეცვალოს სტადიურობა, ასევე შეიტანოს კორექტივები მკურნალობის ტაქტიკაში.

მამოგრაფიამ არ უნდა ითამაშოს გადამწყვეტი როლი ბიოფსიის გადაწყვეტის საქმეში და მამოგრაფიული მონაცემები აუცილებლად მორფოლოგიურად უნდა იყოს დასაბუთებული მანამ, სანამ შესრულდება რადიკალური ქირურგიული ოპერაცია.

უკონტრასტო მამოგრაფიის გამოყენება ნაჩვენებია მენსტრუალური ციკლის შუა პერიოდში.

მამოგრაფიას აწარმოებენ სპეციალურ რენტგენო-დიაგნოსტიკის აპარატზე – მამოგრაფიულ დანადგარზე (თუმცა მამოგრაფიული აპარატების შემოღებამდე ფართოდ გამოიყენებოდა სარძევე ჯირკვლის რენტგენოლოგიური გამოკვლევა ჩვეულებრივი რენტგენის აპარატზე).

გამოკვლევას აწარმოებენ, როგორც წესი, ორთავე სარძევე ჯირკვალზე, ამასთან, ორ ურთიერთპერპენდიკულარულ – პირდაპირ და გვერდით პროექციებში. ეს უკანასკნელი საშუალებას იძლევა, ზუსტად იქნეს მითითებული დაზიანების კერა, ზომები. საჭიროების შემთხვევაში შესაძლებელია გაკეთდეს დამიზნებითი სურათები. დამიზნებითი სურათები კეთდება იმ შემთხვევაში, როცა ორ პროექციაში ვერ ხერხდება მთელი სარძევე ჯირკვლის გამოსახულების მიღება და პალპირებული სიმსივნე ვერ ხვდება მიმოხილვით სურათებზე. დამიზნებით სურათებზე სიმსივნური წარმონაქმნი გამოისახება უფრო გამოკვეთილად. დამიზნებით სურათებს ფართოდ იყენებენ, აგრეთვე, სარძევე ჯირკვლის დამატებითი წილის გამოკვლევისას.

ავცილებელია ტუძუს გადაღება კომპრესიით. უკანასკნელ ხანს სარძევე ჯირკვლის გამოსაკვლევად ფართო გამოყენება ჰპოვა სპეციალურმა რენტგენოლოგიურმა დანადგარმა. ამ აპარატში რენტგენის მილს აქვს ბასრფოკუსიანი მოლიბდენის ანოდი, ბერილის სარკმელი და მოლიბდენის ფილტრი. აპარატის ძაბვა 25-30 კილოვატია. ახალ დანადგარს აქვს მოხერხებული შტატივი, რომელიც საშუალებას იძლევა, სურათები გადაღებულ იქნეს 360⁰-ის ფარგლებში, პაციენტის მდგომარეობის შეუცვლელად. მამოგრაფი საშუალებას იძლევა სარძევე ჯირკვლის ანატომიური სტრუქტურა გამოვლინდეს უკეთ, ვიდრე ჩვეულებრივ რენტგენის აპარატზე. ასეთ აპარატებზე გადაღებული სურათები გამოსახვის მაღალი კონტრასტულობით გამოირჩევა, რაც საშუალებას იძლევა (მამოგრამაზე მიკროკალცინატების, სადინარების დეფორმაციის, სპიკულების მაგვარი ჩრდილების მიხედვით), ვიშჯელოთ სარძევე ჯირკვალში არსებულ პათოლოგიურ ცვლილებებზე. რენტგენოლოგიური სურათების ინტერპრეტაციის დროს ყურადღება უნდა მიექცეს ავთვისებიანობის პირველად და მეორად ნიშნებს.

ტუძუს კიბოს პირველადი, ძირითადი რენტგენოლოგიური ნიშნებიდან აღსანიშნავია სიმსივნის უსწორმასწორო კიდების, ხოლო საღ ქსოვილებში სხვისებრი ზონრების სიმსივნური ჩრდილისა და მიკროკალცინატების არსებობა. ეს უკანასკნელი დიდი სიზუსტით მიუთითებს ავთვისებიან პროცესზე.

W.Rummel და თანაავტორებმა (1976) 31245 მამოგრამაზე 218 შემთხვევაში გამოავლინეს მიკროკალცინატები. პრეპარატების ჰისტომორფოლოგიური შესწავლით 35 შემთხვევაში დაისვა კიბოს დიაგნოზი. 89-ში — პროლიფერირებული მასტოპათია.

Tristano B. და თანაავტორებმა (1988) შეისწავლეს რა 321 მამოგრამა, 34% გამოავლინეს სხვადასხვა ფორმისა და სიმკვრივის მიკროკალცინატები, რომლებიც ძირითადად თავმოყრილი იყო სიმსივნის ცენტრალურ უბნებში. ავტორები მიიჩნევენ, რომ მამოგრამაზე მიკროკალცინატების აღმოჩენის შემთხვევაში საჭიროა სარძევე ჯირკვლის სექტორული რეზექცია. მიკროკალცინატების რენტგენოლოგიური სიმპტომის დიაგნოსტიკურ მნიშვნელობაზე მიუთითებს თავის ნაშრომში Olson S.L. თანაავტორებთან ერთად (1988).

Hallgrímsson P. et al (1988). 12.520 ჩატარებულ მამოგრაფიაზე აღმოაჩინეს 128 არაპალპირებული სიმსივნური წარმონაქმნი. 35% შემთხვევაში მიკროკალცინატების ფონზე კონსტატირებული იყო

ავთვისებიანი დაზიანება. ავტორთა აზრით, არსებობს კორელაციული დამოკიდებულება მიკროკალცინატების არსებობასა და კიბოს შორის.

ბუბუში მიკროკალცინატების რაოდენობასა და მის პათოგნომურ მნიშვნელობაზე არაპალპირებული სიმსივნეების დიაგნოსტიკაში მიუთითებენ Hall F., et al., (1988).. Hermann G., et al (1988). ყველაზე უფრო დამახასიათებელ რენტგენოლოგიურ კრიტერიუმად პრინვაზიური სადინარშიგნითა კიბოსთვის ითვლება მამოგრამაზე მიკროკალცინატების გამოვლენა (50-87%). Rhippsk et al. (1990).. Swain S. et al (1989).. Walker T. et al (1992).. Gairard B. et al. (1988).

Clement J.F., et al. (1986). შეისწავლა რენტგენოლოგიურად სარძევე ჯირკვლის არაპალპირებული კიბოს 56 შემთხვევა. ავტორები მიუთითებენ მამოგრაფიული მეთოდის ღირსებებსა და ოპერაციული პრეპარატების რენტგენოგრაფიის აუცილებლობაზე მიკროკალცინატების არსებობის შემთხვევაში. მათი აზრით, აუცილებელია დერილიდან ყოველგვარი სეროზული ან სისხლიანი გამონადენის შემთხვევაში ჰისტომორფოლოგიური კონტროლი ნორმალური ლუქტოგრაფიული სურათის შემთხვევაშიც კი.

ჩვენ მიერ შესწავლილ იქნა კიბოს დაწყებითი ფორმების (პალპირებული ფორმის), კერძოდ კი, ბუბუს I სტადიის კიბოთი დაავადებულთა კლინიკური, მამოგრაფიული, თერმოგრაფიული და ულტრაბგერითი გამოკვლევის შედეგები. ჩვენი მონაცემებით მხოლოდ კლინიკური გამოკვლევით — დათვალიერებით და პალპაციით სწორი დიაგნოზი დაავადების I სტადიაში დადგენილ იქნა 76% შემთხვევაში. (22% შემთხვევაში სიმსივნის ზომა არ აღემატებოდა 0,5-1,0სმ დიამეტრში). რენტგენოლოგიური გამოკვლევით I სტადიაში სწორი დიაგნოზი დადგენილ იქნა 62,8%, თერმოგრაფიით — 72,1%-ში, ციტოლოგიური გამოკვლევის ეფექტურობამ შეადგინა 62%, ხოლო კომპლექსური გამოკვლევის ეფექტურობამ — 90%. (K.K.Мадич, Г.Н.Хаханашвили, А.В.Сихарулидзе, 1987).

ჩვეულებრივ, მიკროკალცინატებს აქვს წვრილლუჯრედოვანი შენება. რაც უფრო ბევრია მათი რაოდენობა და რაც უფრო წვრილია, მით უფრო სავარაუდოა კიბოს არსებობა. მიკროკალცინატების ფაქტორი იმდენად ყურადსაღებია, რომ იმ შემთხვევაში, როცა მამოგრაფიით არ არის დადგენილი სარძევე ჯირკვლის კიბო, ხოლო რენტგენოლოგიურ სურათზე მიკროკალცინატების მცირე რაოდენობაა, ასეთი ავადმყოფები მაღალი რისკის ჯგუფს მიეკუთვნებიან და უნდა იმყოფებოდნენ ღინამიკური დაკვირვების ქვეშ.

ტუქს კიბოს მეორადი რენტგენოლოგიური ნიშნებიდან საყურადღებოა კანის. დერილის სიმპტომი, გაძლიერებული ვასკულარიზაცია და სხვა (Lopez R.-ი და თანაავტ. 1985.).

სარძევე ჯირკვლის პეჯეტის დაავადების დროს რენტგენოლოგიური გამოკვლევის აუცილებლობაზე მოუთითებდნენ Frischbier-ი და Karcher-ი (1960). ავტორებს მოჰყავთ დერილის იზოლირებული დაზიანების 3 შემთხვევა, როცა პალპაციით სარძევე ჯირკვლის ქსოვილში სიმსივნური წარმონაქმნი არ ისინჯებოდა და რენტგენოლოგიური გამოკვლევით კი იგი დადგინდა.

ფასდაუდებელი ღვაწლი მიუძღვის პეჯეტის კიბოს დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის საკითხების გაშუქებაში Haagensen C.(1956).. Хаханашвили Г.Н. (1969).. Баженова А.П., и Хаханашвили Г.Н.(1975).. Inwang E.R., Fentiman J.C., (1990).

В.П.Летягин, И.В.Высоцкая, А.А.Легков и соавт.(1997). მონოგრაფიაში გააანალიზეს პეჯეტის კიბოთი დაავადებული 121 ავადმყოფის კომპლექსური დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის საკითხები. მამოგრაფიული სურათი ყველაზე უფრო ხშირად იძლეოდა დერილის, არეოლის გასქელებასა და ინფილტრაციას, სარძევე ჯირკვალში სიმსივნური წარმონაქმნის არსებობას ან არარსებობას.

პეჯეტის კიბოს დროს დიაგნოსტიკის კომპლექსური მეთოდების გამოყენება ასახულია Летягин В.П. и соавт. (1990).. Погодина Е.М., Летягина Г.В., и соавт. (1994).. Сихарулидзе А.В., и соавт. (1998). შრომებში.

პეჯეტის კიბოს რენტგენოლოგიური დიაგნოსტიკის დროს ყურადღება უნდა მიექცეს დერილის ფორმას, არეოლის კანის მდგომარეობას, დერილის ქვეშა ზონას, მის არეში მიკროკალცინატების არსებობას. განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია რენტგენოლოგიური გამოკვლევა, არაპალპირებული სიმსივნეების დროს, როცა დაზიანებულია მხოლოდ დერილი, ასეთ შემთხვევებში რენტგენოლოგიური გამოკვლევით შეიძლება გამოვლინდეს ტუტეში არსებული სიმსივნური წარმონაქმნი.

Л.М.Бурдина (1996) აყენებს საკითხს, რომ ენდოკრინული პათოლოგიით დაავადებულ ყველა ქალს ჩაუტარდეს უკონტრასტო მამოგრაფია პორმონული თერაპიის დაწყებამდე, მიუხედავად სარძევე ჯირკვალში არსებული კლინიკური ცვლილებებისა.

ნეიროენდოკრინული და სარძევე ჯირკვალში პათოლოგიის არარსებობის შემთხვევაში საჭიროა დინამიკური დაკვირვება, ხოლო 45 წლის ასაკიდან მამოგრაფიული გამოკვლევის ჩატარება 2 წელიწადში ერთჯერ.

სიმსივნური წარმონაქმნის ზუსტი ლოკალიზაციის დასადგენად გამოიყენება სიმსივნის მარკირების მეთოდი, რაც იმაში მდგომარეობს, რომ საექვო ზონის არეში კეთდება სარძევე ჯირკვლის პუნქცია. ნემსის მდებარეობას აკონტროლებს რენტგენოგრაფია ორ პროექციაში, რის შემდეგ დაზიანების ზონაში ნემსით შეჰყავთ 0,1 მლ ზეთოვანი კონტრასტული ნივთიერება და 0,1 მლ ევანსის ლილა. შეღებილი ნაწილი კარგად მოჩანს სარძევე ჯირკვლის ამოკვეთილ სექტორში.

ამოკვეთილი სექტორის შემდგომი რენტგენოგრაფია საშუალებას იძლევა, დავრწმუნდეთ ამოკვეთილი ზონის სისწორეში, ასეთი რენტგენოგრამები აადვილებს მორფოლოგიის შრომას ფარული კიბოს აღმოსაჩენად.

მარკირების მეთოდი მამოგრაფიის ფონზე სარძევე ჯირკვლის ნაადრევი ონკოლოგიური პათოლოგიის გამოვლინების მიზნით ფართოდ იყო გამოყენებული Asteria C.R., et al. (1989), Wilhelm Morton C., et al. (1986), Friis Merete, et al. (1989).

ამჟამად ძუძუს რენტგენოლოგიური კლასიფიკაციიდან ყურადღებას იმსახურებს Wolf-ის (1987) კლასიფიკაცია, რომელიც წარმოდგენილია სტრუქტურის 4 ვარიანტით.

I. ჯირკვლის ქსოვილი, ძირითადად, წარმოდგენილია ცხიმოვანი, მცირე რაოდენობის მალალი სიმკვრივის კერებით.

II. ჯირკვლის ქსოვილი, აგრეთვე, ძირითადად ცხიმოვანია, მაგრამ შეიცავს უფრო მეტი რაოდენობის საღინარებს, რომელთაც უკავია სარძევე ჯირკვლის მთელი მოცულობის 25%.

III. მამოგრამაზე კერა წარმოდგენილია ხაზოვანი და კვანძოვანი სიმკვრივით, რომელსაც უკავია ორგანოს 25%-ზე მეტი.

IV. მთელი სარძევე ჯირკვალი მოფენილია უსწორმასწორო ფორმის ჰომოგენური სიმკვრივით, რომლის ფონზე ძნელია საღინარების დიფერენცირება.

როგორც Wolf-ის მონაცემები გვიჩვენებს, I სტრუქტურის დროს სიმსივნური დაავადების რისკი არ არის. II-ის დროს ის მინიმალურია. რისკი მატულობს III და კიდევ უფრო მეტად IV შემთხვევაში (მოყვანილია ს. ა. ბერზინ-ით 1991). ანალოგიური მონაცემებია მიღებული ვ.პ. ხარჩენკოს თანაავტორებთან ერთად (1997) შრომაში.

კონტრასტული მამოგრავია (სინონიმები: დუქტოგრაფია, გალაქტოგრაფია) ძუძუს რენტგენოლოგიური გამოკვლევაა, რომელსაც ატარებენ სარძევე სადინარებში კონტრასტული ნივთიერების შეყვანის შემდეგ. იგი გამოიყენება ინტრადუქტური კიბოს, სადინარიდან სხვადასხვა სახის გამონადენის (განსაკუთრებით სისხლიანი გამონადენის) ინტრადუქტური პაპილომის, პაპილომატოზის დროს.

დუქტოგრაფია მიუთითებს სადინარშიგნითა დაზიანების ზუსტ ლოკალიზაციას და საშუალებას იძლევა სიმსივნისაგან გავარჩიოთ ანთებითი და დისტროფიული პროცესები (Grio R., და თანაავტორები 1982).

დუქტოგრაფია პირველად შემოგეთავაზა A.Ries-მა 1930. შეიყვანა რა დერილის გზით ლიპიოდოლი, მან მიიღო სარძევე სადინართა ხის განტოტებისმაგვარი სურათი. Menges-მა და თანაავტორებმა (1976) 80 ავადმყოფის დუქტოგრაფიის დროს 62 შემთხვევაში აღმოაჩინეს ცვლილებები სადინარებში, მათ შორის ორს დაუდგინდა სადინარშიგნითა კიბო, ხოლო ორს – Carcinoma in situ.

ა.პ. ბაჟენოვამ თანაავტორებთან ერთად (1985), კონტრასტული დუქტოგრაფია ჩაუტარეს 52 ავადმყოფს, რომელთაც ჰქონდათ სისხლიანი გამონადენი დერილიდან. 52-ე ავადმყოფს გაუკეთეს ოპერაცია, ხოლო დუქტოგრაფიის მონაცემები შეადარეს ჰისტოლოგიური გამოკვლევის მონაცემებს. 52 ავადმყოფიდან სისხლმდენი სარძევე ჯირკვლით 28-ს დაუდგინდა სწორი რენტგენოლოგიური დიაგნოზი, მათ შორის ინტრადუქტული პაპილომა და ერთ შემთხვევაში ინტრადუქტული კიბო. დანარჩენ შემთხვევებში დუქტოგრაფიის საშუალებით დადგინდა სადინარების მდგომარეობა, მათი შევიწროების ან გაფართოების ხარისხი, რამაც განაპირობა ზუსტი ტოპიური დიაგნოსტიკა და ადეკვატური ქირურგიული ჩარევა.

75 შემთხვევიდან (აღწერა W.Rummel-მა 1976), ძირითადად, დაისვა ინტრადუქტული პაპილომის დიაგნოზი, ხოლო 8-ში ინტრადუქტული კიბოსი, ამასთან საყურადღებოა, რომ 6 შემთხვევაში ინტრადუქტული კიბოს დიაგნოზი დადგინდა კონტრასტული მამოგრავიით.

ინტრადუქტული მამოგრავიის მეთოდი ადვილია. დერილის სადინარში კონტრასტის შეყვანამდე აკეთებენ ჩვეულებრივ უკონტრასტო მამოგრავიას. ავადმყოფს აწვენენ რენტგენის მაგიდაზე და აწარმოებენ პალპაციის გამომტანი სადინარების მიმართულებით, რათა

დადგინდეს რომელი სადინარიდან არის სისხლიანი გამონადენი. ღვრი-
ლის. არეოლის და ირგვლივ მდებარე კანის სპირტით დაბუშუკების
შემდეგ ღვრილის არეში გამომტანი სარძევე სადინარში სპეციალური
25 ან 26 ზომის ბლაგვი ნემსით შეჰყავთ საკონტრასტო სითხე 0,5-
დან 2 მლ-მდე. ინექციას აკეთებენ ნელა, მანამ, სანამ ავადმყოფი არ
აღიქვამს ავსების შეგრძნებას და მცირეოდენ წვას. ჩვეულებრივად
ხმარობენ ნივთიერებას, რომელსაც იყენებენ ინტრავენური პიელ-
ოგრაფიისათვის. ამის შემდეგ კეთდება მამოგრაფია.

ღუქტოგრაფიის ჩატარების წინააღმდეგჩვენებად ითვლება მწვავე
ანთებითი პროცესი, აგრეთვე გამომტანი სადინარის არეში პალპაცი-
ით დადგენილი სიმსივნური წარმონაქმნი. გართულებები იშვიათია,
ზოგჯერ ადგილი აქვს წერილი გამომტანი სადინარის გასკდომას ან
მასტიტის განვითარებას.

ინტრადუქტული პაპილომა ღუქტოგრაფიაზე გამოხატულია ავსების
ღეფექტით მრგვალი ან ოვალური ფორმის ჩრდილების სახით მკვეთრად
გამოხატული კონტურებით, ინტრადუქტური კიბო კი ხასიათდება ავსების
ღეფექტით, არასწორი და არამკაფიო კონტურებით.

კონტრასტული მამოგრაფია ძალიან ეფექტურია სადინარშიგნითა
1-3მმ-მდე ზომის წარმონაქმნების აღმოსაჩენად. ინტრადუქტული
პაპილომები ღვრილიდან სისხლიანი გამონადენის ძირითად მიზეზად
ითვლება და რადგანაც ასეთ ავადმყოფებში აღინიშნება კიბოს სიხ-
შირე, უნდა ვივარაუდოთ, რომ ინტრადუქტური პაპილომები წინ
უსწრებს ავთვისებიან სიმსივნის ჩამოყალიბებას. ინტრადუქტული
წარმონაქმნების დიაგნოსტიკაში კონტრასტული მამოგრაფიის ეფექ-
ტურობის მიუხედავად, უარყოფითი კონტრასტული მამოგრაფია არ
გამორიცხავს სხვა დიაგნოსტიკური მეთოდების გამოყენებას და მი-
ზანშეწონილიც კია, განსაკუთრებით პუნქციური ბიოფსიისას.

პნევმოამოგრაფია

პნევმოამოგრაფია, იგივე პნევმოკისტოგრაფია პირველად 1934
წელს შემოგვთავაზა Baraldi-იმ. ძირითადად იგი გამოიყენება სარძევე
ჯირკვლის ქსოვილის სიღრმეში არსებული წარმონაქმნის ზომის,
ფორმისა და კონტურის დასადგენად, რომელიც ცუდად ჩანს ჩვეუ-
ლებრივ მამოგრაფიაზე. სარძევე ჯირკვლის სხვადასხვა კვადრანტში
რეტრომამარულად ჟანეს შპრიცით შეჰყავთ 300-350 მლ ჟანგბადი,
ნახშირორჟანგი ან აზოტის ქვეჟანგი. გაზი ვრცელდება რა უშუა-

ლოდ სარძევე ჯირკვლის ქსოვილში, გარს ერტყმის მასში არსებულ პათოლოგიურ წარმონაქმნს, რაც საშუალებას იძლევა გავარჩიოთ ამ წარმონაქმნის ზომა, ფორმა და კონტურები.

რაც შეეხება პნემოკისტოგრაფიას, მას იყენებენ ფიბროადენომატოზის კისტოზური ფორმებისა და ცისტადენოპაპილომის დროს. კისტოზური წამონაქმნის პუნქციისა და იქიდან შიგთავის ასპირაციის შემდეგ დატოვებული ნემსით კისტის ღრუში შეჰყავთ 8-10 მლ ჟანგბადი, რის შემდეგ კეთდება მამოგრაფია. რენტგენოლოგიური სურათი საშუალებას იძლევა, გავარჩიოთ კისტის შიგნითა კედლების რელიეფი.

ძსერორენტგენოგრაფია

ტუბუს ადრეულ დიაგნოსტიკაში მეტად პერსპექტიულია ქსერორენტგენოგრაფია, ანუ ელექტრორენტგენოგრაფია. იგი ხასიათდება დიდი ეკონომიურობით, სისწრაფით. ქსეროგრაფიის მომზადებისათვის სულ 2 წუთია საჭირო, თანაც დღის სინათლე ხელს არ უშლის. სელენის 1 ფირზე შეიძლება გადავიღოთ 2000 რენტგენოგრამა, რაც საშუალებას გვაძლევს დაეზოგოთ 1კგ ვერცხლი. ამასთან, ხარისხით ის არ ჩამოუვარდება ჩვეულებრივ რენტგენოგრამას.

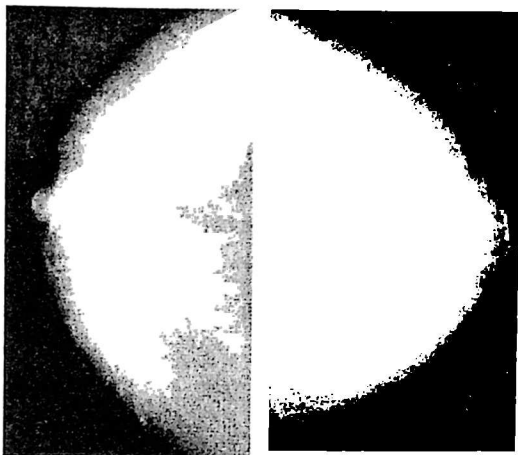
აღსანიშნავია, რომ თუკი ჩვეულებრივი მამოგრაფიით სწორი დიაგნოზი დაესვა გამოკვლეულთა 72,2%-ს, ქსერორენტგენოგრაფიით ეს მაჩვენებელი 84,3%-მდე გაიზარდა (Wolfe, 1971).

ლოგეტრონოგრაფია

სარძევე ჯირკვლის ინფორმატიულობის გაზრდის მიზნით, გამოიყენება აგრეთვე ლოგეტრონოგრაფიის მეთოდი, რომელიც შემოგვთავაზა Craig-მა 1954წ.

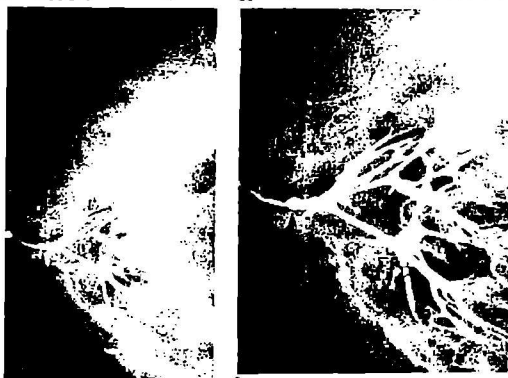
ლოგეტრონის ტექნიკური დახასიათება და მისი გამოყენების პრაქტიკული რეკომენდაციები ფართოდაა გაშუქებული Jutras S და Fischgold (1958) მონოგრაფიაში.

ლოგეტრონოგრაფია ითვლება ფოტოგრაფიული პროცესის – ფოტოკოპირების მოდიფიკაციად. იგი განსაკუთრებით ეფექტურია მცირე ზომის სიმსივნეების ამოცნობაში, რომელთა პალპაცია გაძნელებულია. მაღალი ეფექტურობით გამოირჩევა იგი კიბოს დიფუზური ფორმებისა და, აგრეთვე, მასტოპათიის ფონზე განვითარებული კიბოს დადგენის საქმეში.



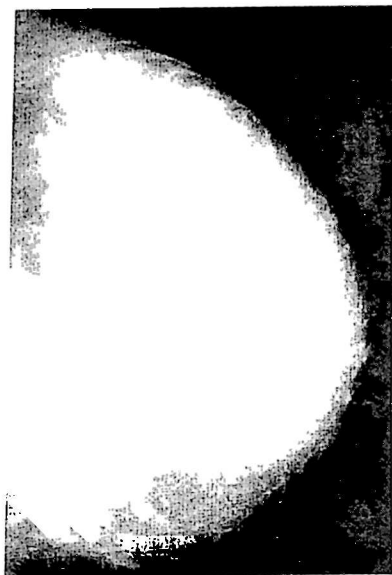
სურათი №1

ინტრადუქტური პაპილომა მოყვანილია E Shaw de Paredes, 1992



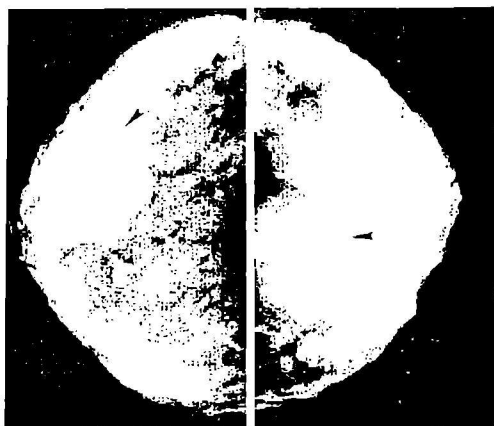
სურათი №2

დუქტოვრამა. ხადინრებში შეეკახილია ხკონტრასტო საყოიერება
სადინროს ხახათურმა მოხანს I სმ-ის დამეტრის წარმონაქმნი
ინტრადუქტული პაპილომა მოყვანილია E Shaw de Paredes, 1992

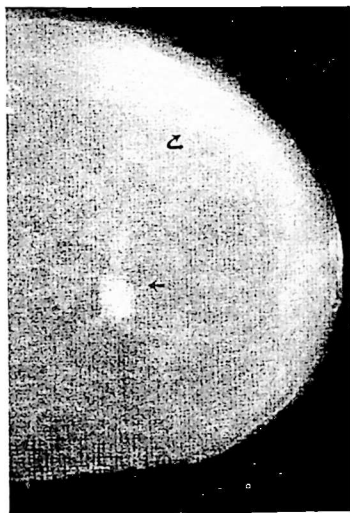


სურათი N
მძივგრამა - ფიგურა/სურათი
მეცნიერის E. Shaw de
Paredes, 1992

სურათი N-4
მძივგრამა - რამბრაგი
კიხტო/ხურა
წარმომავლობა
აფიკა/ხურა
ფიგურა/სურათი
მეცნიერის E. Shaw
de Paredes, 1992



სურათი N 5
 მამოგრამა
 ძარვლება ძუძუს
 კბილი
 მონოფლოვიურად
 მდელური
 კარცინომა



სურათი N 6
 მამოგრამა მულტიცენტრული
 მონოფლოვიურად ანგილტრაციული
 დუქტალური კარცინომა



სურათი
მამოცრამა უცვლელ
ბრტყელ უქმელო კარცხიძა
დეკაბგოვა E. Shaw de Parede 1002



სურათი N8
მამოცრამა ფილეიდური
ცისტოსარკომა
ძირფილეიდურბა
მალიჯახინბეულა
ბასტურა უპსროდქონა

ციტოლოგიური დიაგნოსტიკა

თანამედროვე ეტაპზე ოპერაციული, ქიმიო და სხვიური მკურნალობის ეფექტურობა ბევრად არის დამოკიდებული ავთვისებიანი სიმსივნეების ადრეულ, დროულ გამოვლინებაზე ამასთან, კლინიკისტს უნდა გააჩნდეს სწორი დიაგნოზი, რომელიც დადგენილი იქნება საიმედო მეთოდით.

უკანასკნელ დროს ავთვისებიანი სიმსივნეების ადრეულ დიაგნოსტიკაში ფართო გავრცელება ჰპოვა გამოკვლევის ციტოლოგიურმა მეთოდმა.

ავტორები მიუთითებენ ციტოლოგიური გამოკვლევის განსაკუთრებულ მნიშვნელობაზე ავთვისებიანი სიმსივნეების დიაგნოსტიკაში.

უნდა აღინიშნოს, რომ გამოკვლევის ციტოლოგიურ მეთოდს აქვს მთელი რიგი უპირატესობანი სხვა მეთოდებთან შედარებით, კერძოდ, შესრულების სისწრაფე და უბრალოება, მანიპულაციის ჩატარების შესაძლებლობა პოლიკლინიკის პირობებში, სწორი დიაგნოზის დადგენა კლინიკური მონაცემების არარსებობისას, მასობრივი პროფილაქტიკური გასინჯვების ეფექტურობის ზრდა კისტოზური სიმსივნეების შემთხვევაში, შიგთავსის ასპირაცია ერთდროულად შეიძლება სამკურნალო საშუალება გახდეს. იგი საშუალებას აძლევს ქირურგს წინასწარ დაგეგმოს ოპერაციული ჩარევის მოცულობა და ოპერაციის ტაქტიკა.

გალაქტოცელესა და კეთილთვისებიან სიმსივნეებს შორის დიფერენციალური დიაგნოზის გატარებისათვის საკმარისია კისტის პუნქცია და პუნქტატის ციტოლოგიური გამოკვლევა გამოკვლევის ციტოლოგიური მეთოდების საშუალებით შესაძლებელია ავთვისებიანი სიმსივნეების ადრეული დიაგნოსტიკა, რაც საწინდარია ავთვისებიანი სიმსივნეების დროული და ეფექტური მკურნალობისათვის. თუმცა უნდა აღინიშნოს, რომ ციტოლოგიური მეთოდი არ უპირისპირდება გამოკვლევის ისეთ კლასიკურ მეთოდს, როგორც ჰისტომორფოლოგიურია, არამედ მიიჩნევა დამატებით მეთოდად კომპლექსური გამოკვლევების დროს.

კიბოს კომპლექსურ გამოკვლევაში განსაკუთრებული როლი ეკუთვნის მორფოლოგიური გამოკვლევის მეთოდებს. კერძოდ, კლინიკურ ციტოლოგიას. თუმცა სიმსივნეების დიაგნოსტიკაში გამოკვლევის ციტოლოგიური მეთოდების ეფექტურობაზე აზროს სხვადასხვაობა.

მეტად უარყოფითად აფასებს ასპირაციულ ბიოფსიას პაგენსენი (1956), მიიჩნევს რა მას არასაკმარისად საიმედოდ, განსაკუთრებით მცირე ზომის სიმსივნეების დროს და როგორც სახიფათო გამოკვლევას დისიმინაციის თვალსაზრისით, ამ აზრს იზიარებს აგრეთვე ბ. კრისტევი (1964).

ს.ა. გეშელინის, ო.ვ. ვოინო-იასენეცკაიას (1991) აზრით, პუნქციური ბიოფსიის აუცილებელ პირობად ითვლება ავადმყოფის თანხმობა რადიკალურ ოპერაციაზე ან სხივურ მკურნალობაზე. ვინაიდან პუნქციური ბიოფსიის შემდეგ კიბოს ვერიფიკაციის შემთხვევაში მიზანშეწონილია ქირურგიული ან სხივური მკურნალობის დაწყება უახლოესი 24 საათის განმავლობაში.

ა.ი. ალტგაუზენი (1962) ტუძუს პუნქტატებისა და დერილიდან გამონადენის 300 გამოკვლევის საფუძველზე აღნიშნავს, რომ დავადების კლინიკური ნიშნების გათვალისწინებით გამოკვლევის ციტოლოგიური მეთოდი მიიჩნევა უაღრესად ფასდაუდებელ დიაგნოსტიკურ მეთოდად. ამ გამოკვლევის სასარგებლოდ მიუთითებენ აგრეთვე ნ.ნ. შილლერ-ვოლკოვა, კ.ა. აგამოვა., (1980) Puig T.X., et al. (1987), Marzullo F. et al. (1988).

ტუძუს პათოლოგიის დიაგნოსტიკაში კვლევის ციტოლოგიური მეთოდები გამოიყენება დერილიდან გამონადენის, პუნქტატისა და ანაბეჭდების გამოკვლევით.

განსაკუთრებით საყურადღებოა სარძევე ჯირკვლის დერილიდან სეროზული, სეროზულსისხლიანი და სისხლიანი გამონადენის შესწავლა კვლევის ციტოლოგიური მეთოდებით, რადგან გამონადენის ქვეშ შეიძლება იმალებოდეს ფიბროზულ-კისტოზური მასტოპათია, ინტრადუქტური პაპილომა და კიბო.

ამ შემთხვევაში ციტოლოგიური გამოკვლევა მიიჩნევა ძვირფას დამატებით საშუალებად. მაგრამ მასზე მთლიანად დაყრდნობა არ შეიძლება, ვინაიდან დიაგნოზის სიზუსტე აღწევს მხოლოდ 80%-მდე.

უფრო ხშირად სიმსივნეების დიაგნოსტიკაში ფართოდ მიმართავენ პუნქციურ ბიოფსიას წვრილი ნემსის საშუალებით. სიმსივნეიდან პუნქტატის მიღებას სჭირდება გარკვეული გამოცდილება და კვალიფიკაცია, განსაკუთრებით მაშინ, როდესაც სიმსივნე მცირე ზომისაა, მკერივია და ღრმად არის ტუძუში განლაგებული. პუნქციას აკეთებენ 20 გრამიანი შპრიცით. მიღებულ მასალას ათავსებენ სასაგნე მინაზე და შემდეგ ხდება მისი შეღებვა.

ტუტუს კიბოს ციტოლოგიური სურათი მრავალმხრივია. უმრავლეს შემთხვევაში შესაძლებელია მისი ღიფერენცირება კეთილთვისებიანი სიმსივნეებისაგან. კიბოსათვის ციტოლოგიურად დამახასიათებელია უჯრედების დიდი ზომა, მათი უწყესრიგოდ განლაგება. ქრომატინის უხეში სურათი, ბირთვების არასწორი მოხაზულობა, პიპერტროფიული ნუკლეოლების არსებობა და ღეგენერაციული ცვლილებები, ვაკუოლიზაციის სახით, ციტოპლაზმაში სხვადასხვა ჩანართით.

ციტოლოგიურ პრეპარატებში მაღალღიფერენცირებული კიბოს დროს უჯრედოვან ელემენტებში ავთვისებიანობის ნიშნები იმდენად სუსტად არის გამოხატული, რომ პროლიფერაციული პროცესებისგან ღიფერენცირებისათვის საჭიროა მაღალი პროფესიონალიზმი.

ტუტუს ზომიერად ღიფერენცირებული კიბოს დროს პუნქტატში აღინიშნება უჯრედოვანი მასალის სიმრავლე. უჯრედები განლაგებულია გაფანტულად, აგრეთვე მცირე და დიდ ჯგუფებად.

დაბალღიფერენცირებული კიბოს დროს ჭარბობს დიდი მრგვალი უჯრედები, ატიპია და უჯრედების პოლიმორფიზმი. უჯრედების უმრავლესობაში ბირთვები დიდი ზომისაა, სხვადასხვა ფორმის და შეღებვის, განლაგებული არიან ცენტრალურად ან ექსცენტრულად. აღინიშნება ბირთვაკების მკვეთრი პოლიმორფიზმი.

რაც შეეხება ექსფოლიატიურ ციტოლოგიურ დიაგნოსტიკას იგი ფართოდ გამოიყენება პეჯეტის ტიპის კიბოს დროს.

U. Veronesi., G. Rabotti (1954) მონაცემებით, პეჯეტის ტიპის კიბოს დროს ციტოლოგიური გამოკვლევის ინფორმატულობა აღწევს 100%-მდე.

მსგავსი შედეგები მიღებულია ე.პ. ლეტიაგინის თანაავტორებთან ერთად (1997) შრომაში. ტუტუს დერილიდან ანაბეჭდების და პუნქციური ბიოფსიის ციტოლოგიური გამოკვლევით სწორი დიაგნოზი დასმულ იქნა 97,5%-ში.

ჩენი მონაცემებით (ა.ვ. სიხარულიძე თანაავტორთან ერთად, 1998) 61 ავადმყოფიდან ციტოლოგიურად 49 შემთხვევაში დადგენილ იქნა პეჯეტის ტიპის კიბოს დიაგნოზი, 3 შემთხვევაში – ანთებადი პროცესი, ხოლო 9 შემთხვევაში – კიბოს სხვადასხვა ფორმა.

ციტოლოგიურ გამოკვლევას დიდი გამოყენება აქვს სარძევე ჯირკვლის გაურკვეველი დიაგნოზის შემთხვევაში ოპერაციამდე. ასეთ შემთხვევებში დიაგნოზის დაზუსტების მიზნით და, შესაბამისად, სწორი მკურნალობის დაგეგმვაში აუცილებელია სარძევე ჯირკვლის

სექტორული რეზექცია, ამოკვეთილი მასალის სასწრაფო ციტოლოგიური და მორფოლოგიური გამოკვლევით. ამასთან, ანაბეჭდების სასწრაფო ციტოლოგიური გამოკვლევისას პრეპარატის შეღებისათვის საკმარისია მხოლოდ 2 წუთი. ბუნებრივია, ექსპრეს-დიაგნოსტიკაში ციტოლოგის და მორფოლოგის მონაწილეობა მკვეთრად გაზრდის დიაგნოზის სიზუსტეს.

კვლევის ციტოლოგიური მეთოდები გამოყენებული იყო ოპერაციული ჩარევის აბლასტიკის საკონტროლოდ (ტ.ა. კუნიცინა, ო.მ. კონოპაცკოვა 1981). ციტოლოგიური მეთოდით ოპერაციის მსვლელობის დროს ე.წ. „ჩამონარეცხ წყლებში“ სიმსივნური უჯრედები აღმოჩენილ იქნა 8,4% შემთხვევაში. ანალოგიური შრომა რესპუბლიკის ონკოცენტრის მამოლოგიურ განყოფილებაში შესრულებულ იქნა ლ.ვ. კალატოზიშვილის მიერ (1982).

ციტოლოგიური გამოკვლევის შემდგომი ეფექტურობის ამაღლების მიზნით მოწოდებული იყო ტუბუს კიბოს დროს ტრეპან-ბიოფსიის მეთოდი. პ.ს. პალინკას (1965) მიერ მოწოდებული იყო სპეციალური ნემსი, რომლის საშუალებით შესაძლებელია სიმსივნის ნაწილის მიღება. ტრეპან-ბიოფსიით მიღებული მასალა შეიძლება გამოყენებულ იქნეს მორფოლოგიური კვლევისათვის, ესტროგენული რეცეპტორების, სქესობრივი ქრომატინის დასადგენად, რაც შემდგომში საშუალებას იძლევა გადაწყდეს ოვარიოექტომიისა და ოპერაციის შემდგომი პორმონოთერაპიის საკითხი.

ჩვენი კლინიკური მასალის ანალიზით, სწორი ციტოლოგიური დიაგნოზი ტუბუს I სტადიის კიბოს დროს დადგინდა 62% შემთხვევაში, II სტადიის დროს-78,9% (კ.კ. მაღიჩი, გ.ნ.ხახანაშვილი., ა.ვ.სიხარულიძე თანაავტორებთან ერთად 1985, 1986).

Graham L.H. (1989), Meisels A.(1988) მიხედვით ასპირაციული ბიოფსიის ეფექტურობა გაცილებით მატულობს სარძევე ჯირკვლის რენტგენოლოგიურ გამოკვლევასთან კომბინაციაში.

Zuk J.A., et al (1989) აზრით, ასპირაციული პუნქცია გაცილებით მგრძობიარე მეთოდია კიბოს დიაგნოსტიკაში, ვიდრე კლინიკური გამოკვლევა. ავტორები ფიქრობენ, რომ მეთოდი მეტად ეფექტურია და შეიძლება გამოყენებულ იქნეს სასწრაფო დიაგნოსტიკისათვის.

ტუბუს კიბოს დიდი მასალის შესწავლის საფუძველზე Galati G., et al. (1989) დადგინდია, რომ ციტოლოგიურმა გამოკვლევამ 83,8% შემთხვევაში დააფიქსირა სწორი დასკვნა, 5,5% შემთხვევაში

— ეჭვი იქნა მიტანილი კიბოზე, კეთილთვისებიანი სიმსივნეების დროს სწორი დასკვნა დასმულ იქნა 87,8%. ავტორთა აზრით, ციტოლოგიური გამოკვლევა მიიჩნევა ძალზე ეფექტურ მეთოდად, განსაკუთრებით დიაგნოსტიკის სხვა მეთოდებთან კომბინაციაში.

ა.პ. ბაჟენოვას და თანაავტორების (1985), В.И.Новик и др.(1998) მიხედვით, გერცენის სახ. ინსტიტუტის მასალებით (924 შემთხვევა), ოპერაციამდელი ციტოლოგიური დიაგნოზის სიზუსტემ შეადგინა 90%.

ასპირაციული დიაგნოსტიკური პუნქციის ციტოლოგიური გამოკვლევისას ორსულ ქალებსა და იმ ქალებში, რომლებიც ძუძუს აწოვებენ, საჭიროა განსაკუთრებული სიფრთხილე, ვინაიდან მიკროსკოპიულად გამოხატულ ცვლილებებს შეუძლია მცდარი დიაგნოზის ინტერპრეტაცია (Finley J.L.et al.1989).

ნაციონალური სკრინინგული პროგრამის განხორციელებისათვის Heathfield H.A.,et al. (1990) შემოგვთავაზეს ასპირაციული ბიოფსიის ციტოლოგიური მონაცემების კომპიუტერული დამუშავება, რისთვისაც ავტორები პროგრამის საბოლოო ვარიანტში დიაგნოზის შეფასებისათვის წინადადებას იძლევიან, შეტანილ იქნეს ციტოლოგიური დასკვნების შემდეგი ვარიანტები: 1. ავთვისებიანი პროცესი, 2. ეჭვი ავთვისებიან პროცესზე, 3. მასალა არ არის საკმარისი, 4. შესაძლებელია კეთილთვისებიანი პროცესი და 5. კეთილთვისებიანი პროცესი. ავტორთა აზრით, ამგვარი პროგრამა, რომელიც დაყრდნობილია 5 სახის დიაგნოზზე, საშუალებას იძლევა, უფრო კატეგორიულად დაისვას დასკვნები ციტოლოგიური მასალის, ბირთვებისა და ციტოპლაზმის მდგომარეობის გათვალისწინებით.

Lamb J.,Anderson T.J. (1989) შეისწავლეს 1318 ავადმყოფის ასპირაციული დიაგნოსტიკური პუნქციის შედეგები. 198 (15%) ავადმყოფს დაუდგინდა კიბოს „განსაკუთრებული“ ჰისტოლოგიური ფორმები: წილოვანი, ლორწოვანი, მედულური, სკიროზული, ტუბულური, გარქოვანებულნი, პაპილური და სხვა. ავტორთა აზრით, ასპირაციული პუნქციის ეფექტურობა კარცინომის „განსაკუთრებული“ ჰისტოლოგიური ფორმების დროს უფრო ნაკლებია, ვიდრე კიბოს გავრცელებული ფორმებისას. Katoh Taku (1989) აზრით, პაპილური კიბო ციტოლოგიური გამოკვლევისას ძნელი გასარჩევია ინტრადუქტული პაპილომისაგან. ასევე გაძნელებულია ცისტადენოპაპილომისა და ცისტადენოკარცინომის გარჩევა ციტოლოგიურად (Al-Kaisi N. 1994).

ჩვენი მონაცემები დაფუძნებულია ტუტუს I და II^o სტადიის კიბოთი დაავადებულთა კომპლექსური დიაგნოსტიკის ანალიზზე. კომპლექსური დიაგნოსტიკის ეფექტურობამ ჩვენს მასალაზე შეადგინა 98%, მათ შორის ციტოლოგიურმა გამოკვლევამ I სტადიაში – 62%, საექვო დიაგნოზმა – 22,8%. დიაგნოზში სხვაობამ შეადგინა 22,8%. II^o სტადიის კიბოს დროს შესაბამისად, 78,9%, 12,9%, 8,2%. ციტოლოგიურ გამოკვლევას წინ უსწრებდა ტუტუს კლინიკური, რენტგენოლოგიური და თერმოგრაფიული გამოკვლევები, პუნქტირების ადგილის ზუსტი მითითებით. მიუხედავად ამისა, მცირე ზომის (2სმ-მდე) სიმსივნეებისა და კეთილთვისებიანი სიმსივნეების ფონზე მალიგნიზირებული წარმონაქმნების არსებობის შემთხვევაში, მასალის მიღება ტექნიკურად დიდ სიძნელეებთან არის დაკავშირებული და აქედან გამომდინარე, საკმაოდ დიდია მცდარი დასკვნების პროცენტი (კ.კ. მაღიჩი., გ.ნ. ხახანაშვილი, ა.ვ. სიხარულიძე 1985., 1987).

ა.გ. ერმოლაევის და კ.ა. აგამოვას (1996) უკანასკნელი წლების გამოკვლევებით ტუტუს კიბოს დროს ციტოლოგიური გამოკვლევების შეცდომებმა შეადგინა 2,89%.

სანქტ-პეტერბურგის სამეცნიერო კვლევითი ინსტიტუტის დიდ მასალაზე დაყრდნობით ვ.ი. ნოვიკმა თანავტორებთან ერთად (1998) გაანალიზეს 5585 სარძევე ჯირკვლის სიმსივნეების ციტოლოგიური დიაგნოსტიკის შემთხვევები. 1509 აუადმყოფს (34,2%) დაუდგინდა აუთვისებიანი სიმსივნე, 195 (4,4%) შემთხვევაში ეჭვი იქნა მიტანული კიბოზე, 2024 (45,9%) პროცესი განხილულ იქნა, როგორც კეთილთვისებიანი პროცესი, ხოლო 682 (15,5%) დიაგნოზი ვერ დადგინდა. ავტორთა მასალაზე ციტოლოგიური გამოკვლევის ეფექტურობამ შეადგინა 97,2%. ანალოგიური მონაცემები მიღებული აქვს კ.ა. აგამოვას (1997)., Gupta R.R.et al.(1991)., Zarbo R.J.et al.(1991). ვ.ი. ნოვიკის (1998) ციტოლოგიური გამოკვლევის ეფექტურობის მონაცემები აღემატება ვ.ფ. სემიგლაზოვის თანავტორებთან ერთად (1991), Bibbo M.(1992)., Feichter G.E.et al. (1997) მონაცემებს.

ზოგიერთი ავტორი ფიქრობს, რომ ციტოლოგიური დიაგნოსტიკის ეფექტურობაზე დიდ გავლენას ახდენს ციტოლოგის გამოცდილება და პროფესიონალიზმი, რამაც შეიძლება გამოიწვიოს მკურნალობის ტაქტიკაში კორექტივების შეტანა (Lee K.R.et al.(1987)..*Premila DE Souza Rocha et al.(1997)..*Vural G.,et al.(1995)..*Dominguez F.(1997).***

ჩვენ მიერ შესწავლილ იქნა ტუბერკულოზის დროს ციტოლოგიური გამოკვლევის ეფექტურობა. 16 ავადმყოფიდან, რომელსაც მორფოლოგიურად მამოლოგიურ განყოფილებაში დაუდგინდა სარძევე ჯირკვლის ტუბერკულოზი, 15 შემთხვევაში ჩატარებული იყო ციტოლოგიური გამოკვლევა. აქედან 4 ავადმყოფს დაუდგინდა ქრონიკული ანთებადი პროცესი, 4 ავადმყოფს – კიბო, 4-ს – ფიბროადენომატოზის კვანძოვანი ფორმა, 2 ავადმყოფს ტუბერკულოზი და 1 ავადმყოფს – ტუბერკულოზური ლიმფადენიტი (გ. ხახანაშვილი, კ. მაღიჩი., ა. სიხარულიძე თანავტორებთან ერთად, 1989).

ოპერაციამდელი დიაგნოზის დასმა Cr in situ-ს დროს გაძნელებულია. ნაკლებად ინფორმატიულია კვლევის დამატებითი მეთოდები – ციტოლოგიური, მამოგრაფიული, ექოსკოპიური, თერმოგრაფიული. ამიტომ ჭეშმარიტი დიაგნოზის დასმა Cr in situ-ს დროს შესაძლებელი ხდება სექტორული რეზექციის შემდეგ, ამოკვეთილი მასალის სასწრაფო ციტოლოგიური ან ჰისტომორფოლოგიური გამოკვლევით. ტუბუს სარკომების დიაგნოსტიკა მნიშვნელოვან სიძნელებთან არის დაკავშირებული და კომპლექსური დიაგნოსტიკის თითქმის ყველა მეთოდი – მამოგრაფია, თერმოგრაფია, ციტოლოგია, ულტრაბგერითი გამოკვლევა ნაკლებინფორმატიულია სარკომის დიაგნოზის სწორ დასმაში. ციტოლოგიური გამოკვლევა ჩვენს მასალაზე ჩატარებული იყო 11 ავადმყოფზე და მხოლოდ 2 შემთხვევაში იყო სწორი დიაგნოზი დასმული. რაც შეეხება მამოგრაფიულ და თერმოგრაფიულ დიაგნოსტიკას სწორი დიაგნოზი ვერც ერთ შემთხვევაში ვერ იქნა დასმული.



სურათი №1
ქუჩაუტის ტიპის კიბო, ციტოლოგია



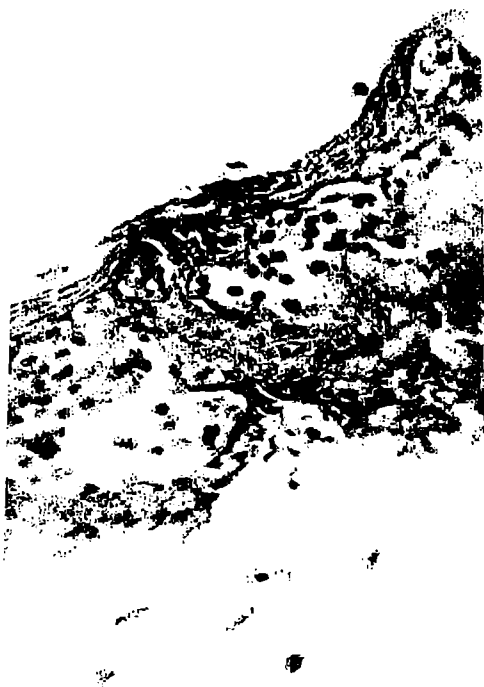
სურათი №2
ინტრადუქტური კიბო,
მორფოლოგიური პრეპარატი



სურათი №3
ჰეპატის ტიპის კიბო, მორფოლოგიური პრეპარატი



სურათი №4
ინტრადუქტური კიბო,
მორფოლოგიური სურათი



სურათი №5
ინტრალექტური კიბო.
მორფოლოგიური სურათი

თერმოგრაფიული დიაგნოსტიკა

ერთ-ერთ სადიაგნოსტიკო მეთოდს, რომელიც გამოიყენება ძუძუს კიბოსა და კეთილთვისებიანი სიმსივნეების დიფერენცირებისათვის, წარმოადგენს თერმოგრაფია.

თერმოგრაფიის საშუალებით ხდება ბიოლოგიური ობიექტებიდან სპონტანური ინფრაწითელი გამოსხივების რეგისტრაცია. აბსოლუტურად არა აქვს მნიშვნელობა იმას, თუ საიდან გამოდის ეს გამოსხივება — შორეული ვარსკვლავებიდან თუ ჯუნგლებში ჩამოვარდნილი თვითმფრინავიდან. ელექტროსადგურის ნარჩენებიდან თუ ავადმყოფი ქალის სარძევე ჯირკვლიდან.

ადამიანი ინფრაწითელი, ე. ი. სითბური სხივების გენერატორია. ორგანიზმის სხვადასხვა ნაწილს ჩვეულებრივ სხვადასხვა ტემპერატურა აქვს. სხვადასხვა დაავადების დროს ადგილი აქვს მთელი ორგანიზმის ან ცალკე უბნების ტემპერატურული რეჟიმის დარღვევას.

თერმოგრაფია აღიქვამს მხოლოდ ზედაპირს, რენტგენოლოგიური მეთოდებისგან განსხვავებით. ამით ის ემსგავსება ადამიანის მხედველობას, რომელიც აგრეთვე აღიქვამს მხოლოდ ზედაპირს.

თერმოგრაფია საშუალებას იძლევა, გამოავლინოს ტემპერატურათა სხვაობა $0,1-0,01^{\circ}\text{C}$ -ის ფარგლებში გამოსაკვლევი სხეულის სიმეტრიულ უბნებში. ყველა პათოლოგიურ პროცესს სარძევე ჯირკვალში თან ახლავს ტემპერატურის ცვლილება, რომელიც გამოიხატება თერმოგრაფიაზე ზოგჯერ ჰიპო, ზოგჯერ ჰიპერთერმიული ზონებით.

პირველად ძუძუს პათოლოგიის გამოსავლენად თერმოგრაფია გამოიყენა Lawson-მა (1956).

Lawson R.N-მა თავის გამოკვლევებში იწინასწარმეტყველა, რომ ავთვისებიან პროცესებში ადგილი აქვს დაჩქარებულ ლოკალურ მეტაბოლიზმს, რომლის აღმოჩენა შესაძლებელია ტემპერატურული ცვლილებების მეშვეობით, რომელიც გამოწვეულია სიმსივნით და გადაეცემა ზემოთ მდებარე კანში.

თერმოგრაფიულ გამოკვლევაზე შეიძლება იმოქმედოს ჰაერის ტემპერატურის მერყეობამ ამიტომ მიზანშეწონილია იმ კაბანტში, სადაც ტარდება გამოკვლევა, შეიქმნას შესაბამისი მიკროკლიმატი.

კერძოდ, - 18-20°C. ამასთან, გამოკვლევაში 10-15 წუთით ადრე გამოსაკვლევი ქალი კაბინეტში უნდა იყოს გაშიშვლებული ტორსით ორგანიზმის ტემპერატურული რეჟიმის სტაბილიზაციისათვის. თუმცა რიგი ავტორებისა ასეთ მომზადებას გამოკვლევაში მიზანშეწონილად არ მიიჩნევენ. გამოკვლევა ტარდება ჰორიზონტალურ და ვერტიკალურ მდებარეობაში. თავდაპირველად ხდება აბსოლუტური ტემპერატურის გაზომვა სარძევე ჯირკვლის სხვადასხვა უბანში - არეოლის ადგილას, ზედა გარეთა კვადრანტის ცენტრში და გარეთა კვადრანტების საზღვარზე. ამის შემდეგ კეთდება სურათები პირდაპირ და 2 გვერდით პროექციაში. ზოგიერთი ავტორი გვერდითი პროექციის ნაცვლად აკეთებს სურათებს ირიბ პროექციაში.

ბუბუს პათოლოგიური პროცესების გამოკვლევის დამატებითი მეთოდებიდან თერმოგრაფია შედარებით იაფფასიან პროცედურად მიიჩნევა, რომელსაც ჩვეულებრივ ასრულებს ტექნიკოსი. მის დროს ადგილი არ აქვს ზედმეტ დასხივებას. ამასთან, თერმოგრამის ინტერპრეტაცია შედარებით ადვილია.

დიდი ხნის განმავლობაში ბუბუს თერმოგრაფიული გამოკვლევა ითვლებოდა ნაკლებინფორმატიულ მეთოდად, მაგრამ უკანასკნელ პერიოდში გამოჩნდა ახალი თერმოგრაფიული აპარატები, რომლებიც რეგისტრაციას უკეთებს არა მარტო სითბურ, არამედ ტემპერატურის რაოდენობრივ მერყეობას. ყოველივე ამან შესაძლებელი გახადა გამოვლენილიყო მრავალი ნიშანი, რომლებიც პათოგნომურია მხოლოდ სარძევე ჯირკვლის კიბოსათვის (დიმარსკი ლ.ი. 1980).

Т.П.Макаренко-ს (1973) მიერ თანავტორებთან ერთად შესწავლილ იქნა თერმოგრაფიის მნიშვნელობა ბუბუს კიბოს დიაგნოსტიკაში.

ავტორებმა შემოგვთავაზეს ბუბუს თერმოგრამის 3 ძირითადი ტიპი: ნორმალური, საგანგაშო და პათოლოგიური.

პათოლოგიურად შეცვლილი სარძევე ჯირკვლის ძირითად თერმოგრაფიულ ნიშანდ ითვლება სითბური ასიმეტრია, რომელიც გამოხატულია ჰიპო ან ჰიპერთერმიით. მენტრუალური ციკლის სხვადასხვა ფაზაში თერმოგრაფიული გამოკვლევა სტაბილურია.

საკმაოდ გავრცელებულია N.Arts-ის (1972) კლასიფიკაცია, რომელიც გამოყოფს 4 ტიპის ნორმალურ თერმოგრამას. ესენია: ავასკულარული, ვასკულარული, „ბადისებრი“ და „ლაქოვანი“

Lapayowker თანავტორებთან ერთად (1973), შეისწავლა 1000 ქალის თერმოგრაფიული და მამოგრაფიული მონაცემები. მაშინ,

როდესაც მამოგრაფიული და მორფოლოგიური დასკვნების დამთხვევამ შეადგინა 77%, თერმოგრაფიის სიზუსტე 65%-ს უდრიდა.

Notter, Melander (1968), Gros (1971, 1972) მონაცემებით, ტუტუს კიბოს დროს სიმსივნის ზემოთ ტემპერატურა მომატებულია 1°C -ით.

Dodd G.D. et al (1973) ამტკიცებს, რომ თერმოგრაფიულმა გამოკვლევებმა, როგორც მოსალოდნელია, ტუტუს კიბოს 4 შემთხვევიდან 3 შემთხვევაში უნდა შეძლოს კიბოს აღმოჩენა.

საკმაოდ მაღალი ეფექტურობა – 86,5% გამოავლინეს სდ. პლეტნემა, ე.ვ. მაზურიანმა (1988) თერმოგრაფიული გამოკვლევით ტუტუს აუთვისებიანი სიმსივნეების დროს. გამოკვლევით გამოირკვა, რომ 63,5% შემთხვევაში ადგილი აქვს ტუტეში გამოხატულ ვასკულარიზაციას, 31,6% – საშუალო ვასკულარიზაციას, ხოლო 4,9% – ვასკულარიზაცია არ არის გამოხატული. თერმოგრაფიით გამოვლინებული ვასკულარიზაცია დამახასიათებელია აგრეთვე ჯანმრთელი ქალებისათვის. ამიტომ ვასკულარიზაციის არსებობა ან არარსებობა შესაძლებლობას იძლევა გამოსაკვლევი ქალები ჩართულ იქნენ მომატებული რისკის ჯგუფებში.

ავტორთა ერთი ჯგუფი H. Isard (1972) ფიქრობს, რომ არ არსებობს კეთილთვისებიანი და ავთვისებიანი სიმსივნეების დროს ტემპერატურათა სხვაობა, მაშინ, როდესაც სხვა ავტორები მიუთითებენ, რომ კეთილთვისებიანი სიმსივნეების დროს კანის ტემპერატურა სიმსივნის ზემოთ და შესაბამის სიმეტრიულ უბანს შორის შეადგენს 1°C -მდე, ხოლო ავთვისებიანი სიმსივნეების დროს $1,5^{\circ}\text{C}$ და ზევითაა. (Ю.Н.Богин 1974).

И.Н. Завражина (1978), И. П.Игошев თანაავტორებთან ერთად (1985) აღნიშნავენ, რომ ამჟამად თერმოგრაფიულ გამოკვლევას არ შეუძლია დამოუკიდებელი როლი ითამაშოს ანთებითი პროცესებისა და სიმსივნური წარმონაქმნების დიფერენცირების საქმეში. თავისი ეფექტურობით ის ჩამოუვარდება არა მარტო მამოგრაფიას, არამედ სხვა დიაგნოსტიკურ მეთოდებსაც.

А.А. Орлов თანაავტორებთან ერთად (1984) ეხება რა ტუტუს მინიმალური ზომის კიბოს დიაგნოსტიკის მეთოდებს, მიუთითებს, რომ სწორი თერმოგრაფიული დასკვნა „კიბო“ ან საეჭვო კიბო დაუდგინდა 61,5%-ს. ამასთან აღსანიშნავია, რომ თერმოგრაფიული დიაგნოზის სიზუსტე დამოკიდებულია სიმსივნური წარმონაქმნის ზომაზე. 0,3 სმ ზომის სიმსივნის დროს კიბო დაუდგინდა 46,7%-ს.

С.И.Сереѐв და თანაავტორები (1978) თვლიან, რომ თერმოგრაფიის გამოყენება გარკვეულ პერსპექტივებს სახავს ლიმფოგენური მეტასტაზირების დიაგნოსტიკის საკითხში. ავტორთა აზრით, თერმოგრაფია შეიძლება გამოვიყენოთ, როგორც პირველადი მეთოდი ავადმყოფთა შერჩევისა და მასობრივი პროფილაქტიკური გასინჯვების დროს.

D.Motti (თანაავტორებთან ერთად) წინადადებას იძლევა გამოვიყენოთ მამოგრაფიისა და თერმოგრაფიის კომბინაცია, რაც ზრდის ეფექტურობას 98%-მდე. ლიტერატურული მიმოხილვის საფუძველზე Гис-მა გაანალიზა 38.500 თერმოგრაფია. ამ ჯგუფში 2236 შემთხვევაში სარძევე ჯირკვლის კიბო დადგინდა მორფოლოგიური გამოკვლევით. თერმოგრაფიით გამოკვლეულ 1919 შემთხვევაში (86%) ეჭვი იყო მიტანილი სარძევე ჯირკვლის კიბოზე.

მოდღავეთის ონკოლოგიის სამეცნიერო-კვლევით ინსტიტუტში В.Я.Магурин და Г.В.Хонелидзе (1989) ძუძუს კიბოს დიაგნოსტიკაში ფართოდ იყენებდნენ აქტიური თერმოგრაფიის მეთოდს ა. შეხტერის მოდიფიკაციით. მეთოდის არსი იმაში მდგომარეობს, რომ თერმოგრაფიული გამოკვლევის წინ ავადმყოფი სამედიცინო ბაროკამერაში ღებულობს ჰიპერბარიული ოქსიგენაციის სეანსს. 3-15 წუთის განმავლობაში ღეკომპრესიის (ადაპტაციის) შემდეგ ტარდება თერმოგრაფიული გამოკვლევა. ეს მეთოდი საშუალებას იძლევა, ამაღლდეს თერმოგრაფიის დიაგნოსტიკური სიზუსტე ტემპერატურის დაწვევის ხარჯზე კანის გარშემო არსებული პათოლოგიური პროცესის დროს და ტემპერატურის გარკვეული აწევით სიმსივნურ კერაში.

А.Г.Шумаков (1984წ თანაავტორებთან ერთად), შეისწავლა რა ძუძუს კიბოს პრეკლინიკური ფორმის დიაგნოსტიკის საკითხები (სიმსივნის ზომა 1,5 სმ დიამეტრით), დადგინდა, რომ ყველაზე ნაკლები სხვაობა საბოლოო დიაგნოზთან მამოგრაფიის დროს აღმოჩნდა 13,4%. კლინიკური გამოკვლევისას ამ მაჩვენებელმა შეადგინა 17,8%, ციტოლოგიური გამოკვლევისას – 22,5%, ხოლო თერმოგრაფიული გამოკვლევის დროს სხვაობამ საბოლოო დიაგნოზთან შეადგინა 66,6%.

Spitalier (1974) ჩაატარა 4000 თერმოგრაფიული გამოკვლევა (3000 კეთილთვისებიანი და 1000 კიბო). თერმოგრაფიულად გამოვლინდა 10 არაპალპირებული კიბო (1%).

R.Amalric და თანაავტორებმა (1976), გამოიკვლიეს 1878 ქალი ბუბუს კიბოთი. 71%-ს თერმოგრაფიული მონაცემები ჰქონდა დადებითი, 20%-ს – საეჭვო, ხოლო 9%-ს – ცრუსარყოფითი. თერმოგრაფიულად შესაძლებელი გახდა კიბოს გამოვლენა 176 შემთხვევაში, აქედან 21 შემთხვევაში სიმსივნე არაპალპირებული იყო (5-15 მმ). თავის შემდგომ გამოკვლევებში Amalric-ი და თანაავტორები მივიდნენ იმ დასკვნამდე, რომ თერმოგრაფიული დიაგნოსტიკის ეფექტურობა კლებულობს ბუბუს კიბოს დაწყებით სტადიებში და მხოლოდ 37%-ს აღენიშნება დადებითი შედეგები.

კ.კ. მაღიჩის, გ.ნ. ხახანაშვილის, ა.ვ. სიხარულიძის (1985,1986), მონაცემებით, ბუბუს I სტადიის კიბოს დროს, თერმოგრაფიული გამოკვლევით სწორი დიაგნოზი დადგენილ იქნა 72,1%-ში, საეჭვო – 8,8%, მცდარმა დიაგნოზმა შეადგინა 19,1%, II სტადიაში – 90,8%, 2,5%, 6,7% შესაბამისად. თერმოდიაგნოსტიკის შეცდომების შესწავლისას აღმოჩნდა, რომ ყველაზე უფრო რთული აღმოჩნდა დიფერენციული დიაგნოზის გატარება სარძევე ჯირკვლის სხვადასხვა კეთილთვისებიან პროცესს, თანმზღები ანთებითი პროცესებით და აგრეთვე ქრონიკულად მიმდინარე მასტიტებს შორის.

Rocek V.V. et al. (1981) მონაცემებით, როგორც თერმოგრაფიული, ისე რენტგენოლოგიური გამოკვლევებით მცირე ზომის ფოთლისებური ფიბროადენომის დიაგნოსტიკა შეუძლებელია. 13-დან ვერც ერთ შემთხვევაში ვერ მოხერხდა კეთილთვისებიანი ან ავთვისებიანი ვარიანტების ვერიფიკაცია.

თერმოგრაფიული გამოკვლევა დიაგნოსტიკის სხვა მეთოდებთან ერთად გამოიყენეს K.A. Павлов-მა და თანაავტორებმა (1981) მასობრივი სკრინინგის პირობებში. ყოველ 1000 გამოკვლეულ ქალზე ბუბუს კიბო დადგინდა: კლინიკური გამოკვლევით – 5,5 შემთხვევაში, მამოგრაფიით – 6,7, თერმოგრაფიით – 2,8 შემთხვევაში.

რ.ი. ვეფხვაძემ თანამშრომლებთან ერთად (1975-1981) თერმოინფორმაცია თერმოგრაფიიდან შეიტანა საეციალურ ელექტრონულ სისტემაში, რომელიც რეგისტრირდება პერფორენტაზე და შემდგომ დაბეჭდვება ელექტროგამომთვლელ მანქანაზე. პროცესის დამთავრების შემდეგ დგინდება დიაგნოზი, რომელიც მიუთითებს, რომ სიმსივნურ თუ ანთებად პროცესთან გვაქვს საქმე. ავთვისებიანი სიმსივნეების დროს ტემპერატურული სხვაობა ჯანმრთელ და დაზიანებულ სარძევე ჯირკვალს შორის არ აღემატება 1,5–2°C-ს, ანთებითი პროცესების დროს კი

აღწევს 3-5°C-ს. მეთოდის განსაკუთრებული ღირსება იმაში მდგომარეობს, რომ დღის განმავლობაში შესაძლებელია 100-150 ქალის გამოკვლევა. ავტორთა მონაცემებით, 260 გამოკვლეული ავთვისებიანისიმსიენიანი ქალიდან დიაგნოზი თერმოგრაფიულად დაუდასტურდა 236 (90%) -ს. ზემოთ აღნიშნული მეთოდი თავისი ოპერატიულობით შესაბამის ადგილს დაიჭერს მოსახლეობის მასობრივი ორგანიზებული პროფგასინჯვების დროს.

მასობრივი სკრინინგის დროს თერმოგრაფია გამოიყენეს W. Bagges და A. Amor (1979) კიბოს გამოვლინების მიზნით. 2640 გამოკვლეული ქალიდან 24 ავადმყოფს დაუდგინდა კიბო. აღსანიშნავია, რომ აქედან 8 შემთხვევაში სიმსიენე არაპალპირებული იყო, ის გამოვლინდა მხოლოდ თერმოგრაფიით და შემდგომში - მამოგრაფიით. ავტორები ფიქრობენ, რომ თერმოგრაფიის ეფექტურობა განსაკუთრებით მატულობს მამოგრაფიასთან კომბინაციაში.

С.Д. Плетнев და В.Г. Мазурин (1979, 1988) აღნიშნავენ, რომ თერმოგრაფიული მონაცემები პირდაპირ დამოკიდებულებაშია სიმსიენის ზომასთან შეფარდებით.

H. U. Ulmer, H. J. Frischbier (1987) გააანალიზეს რა 11546 ქალის თერმოგრაფიული მონაცემები, მივიდნენ იმ დასკვნამდე, რომ თერმოგრაფიის როლი უმნიშვნელოა ტუტუს კიბოს სკრინინგში და არ გამოდგება ამაღლებული რისკის ჯგუფის გამოსავლენად.

ანალოგიურ შეხედულებას ავითარებს თავის ნაშრომში Moskowitz M (1985). ავტორი აღნიშნავს, რომ თერმოგრაფიას, პრაქტიკულად, არ შეუძლია გამოამჟღავნოს პროლიფერაციული პროცესები, რომელთაც მიაკუთვნებენ რისკის ფაქტორებს. სწორედ ამიტომ ამერიკის ონკოლოგთა საზოგადოებამ უარი განაცხადა თერმოგრაფიის გამოყენებაზე ტუტუს კიბოს სკრინინგის დროს.

ჩვენი მონაცემებით (კ.კ. მაღიჩი, გ.ნ. ხახანაშვილი, ა.ვ. სიხარულიძე. 1987)) კლინიკური, რენტგენოლოგიური, თერმოგრაფიული და ციტოლოგიური მეთოდებით გამოკვლევისას ეფექტურობამ ტუტუს კიბოს I სტადიაში შეადგინა შესაბამისად 76%, 62,8%, 72,1%, 62%.

ასე რომ, ჩვენი მასალების მიხედვით ტუტუს კიბოს (პალპირებული სიმსიენე) დასაწყისი ფორმების გამოსავლენად ყველაზე ეფექტურ მეთოდად გვევლინება - დათვალიერება და პალპაცია.

მოსკოვის გერცენის სახ. ინსტიტუტის მონაცემებით თერმოგრაფია იძლევა 91,7% სწორ დიაგნოზს ტუტუს კიბოს დროს (А.П. Баженова, Г.Н. Хаханашвили 1979).

ამრიგად, ძუძუს კიბოს დიაგნოსტიკის დამატებითი მეთოდებიდან თერმოგრაფია წაითვლება შედარებით იაფფასიან და ორგანიზმისათვის არასაზიანო პროცედურად, რომლის ინტერპრეტაცია მამოგრაფიასთან შედარებით უფრო იოლია.

თერმოგრაფიის გამოყენება გარკვეულ პერსპექტივებს სახავს. იგი შეიძლება გამოვიყენოთ როგორც პირველადი გამოკვლევის მეთოდი მასობრივი შერჩევისა და საბოლოო დიაგნოზის დაზუსტებისათვის.

ულტრაბგერითი გამოკვლევა

ძუძუს სიმსივნეების კომპლექსური გამოკვლევების არსენალში გარკვეული ადგილი დაიჭირა ულტრაბგერითი ტომოგრაფიის მეთოდმა.

უალრესად დიდია ულტრაბგერითი ტომოგრაფიის გამოყენება თავისი მდიდარი ინფორმატიულობით ძუძუს სიმსივნეების დიაგნოსტიკაში. ამასთან, მისი გამოყენება ხასიათდება სიმარტივით, სრული უსაფრთხოებით და უვნებელია, როგორც ავადმყოფის, ისე ოპერატორის ჯანმრთელობისათვის, ხოლო დიფერენცირების რთულ შემთხვევებში ულტრაბგერითი გამოკვლევა ზუსტად მიგვანიშნებს დიაგნოსტიკის სხვა მეთოდების გამოყენების აუცილებლობას, (ციტოლოგიური გამოკვლევა ულტრაბგერითი გამოკვლევის კონტროლის ქვეშ).

ულტრაბგერით გამოკვლევას აქვს მთელი რიგი უპირატესობანი სხვა სადიაგნოსტიკო საშუალებებთან შედარებით. გარდა ზემოთ ჩამოთვლილისა, ეს არის – გამოკვლევის სისწრაფე, მაღალი ინფორმატიულობა, გამოკვლევის შედარებით ნაკლები სიძვირე, მრავალჯერადი გამოყენების შესაძლებლობა და აქედან გამომდინარე დინამიკაში შესწავლის შესაძლებლობა (დ. ტატიშვილი 1991).

ულტრაბგერითი ტომოგრაფიის ძირითადი პარამეტრების მახასიათებელს წარმოადგენს – ტალღის სიხშირე და ინტენსივობა, ტალღის სიგრძე, ამპლიტუდა, პერიოდი და სიჩქარე.

ძუძუს ულტრაბგერითი გამოკვლევის პრინციპი იმაში მდგომარეობს, რომ მაღალი სიხშირის ელექტრული ენერგია, რომელსაც გამოიმუშავენ გენერატორი, აპარატში გარდაიქმნება პიეზოელექტრული კრისტალით მექანიკურ რხევად. შემდგომში მიღებული ულტრაბგერითი რხევები გარდაიქმნება ელექტრულ სიგნალად, რომლებიც გაძლიერების შემდეგ გამოისახება ეკრანზე ვერტიკალური იმპულსების სახით. რაც შეეხება ექოგრაფიის გამოყენებას ძუძუს სიმსივნეების დიაგნოსტიკაში, ექოგრაფიაზე გამოიხატება სიგნალები კანიდან, კანქვეშა და ჯირკვლოვანი ქსოვილიდან, ფასციიდან და მკერდის კუნთებიდან. ულტრაბგერა, ხვდება რა თავის გზაზე რაიმე სიმკვრივეს – კიბოს, ფიბროადენომის ან ფიბროზულ-კისტოზური მასტოპათიის სახით, ეკრანზე გამოისახება უფრო მაღალი ამპლიტუდის ექოსიგნალებით.

ს.ი. სერგევი, პ.ვ. ვლასოვი, ი.მ. ოსტროვსკაია, (1978) აღნიშნავენ, რომ ულტრაბგერა აირეკლება სხვადასხვა სიმკვრივის საზღვრის გაყოფის ნაწილიდან და იძლევა უკეთეს წარმოდგენას ქსოვილის სტრუქტურაზე, ვიდრე რენტგენოლოგიური გამოკვლევისას, როცა ღებულობენ ჩრდილოვან სილუეტურ გამოსახულებას. ულტრაბგერა საშუალებას იძლევა, აღმოვაჩინოთ გამოსაკვლევი წარმონაქმნი, დავადგინოთ მისი ზომა და სიმკვრივე, ის, რისი გამოკვლევაც რენტგენოლოგიური გამოკვლევის მიღმა რჩება.

პირველად სარძევე ჯირკვალი ულტრაბგერითი მეთოდით გამოიკვლიეს ჯერ კიდევ 1954წ. აღსანიშნავია, რომ ლიტერატურული მონაცემები სარძევე ჯირკვლის ულტრაბგერითი გამოკვლევის ეფექტურობის შესახებ, შეიცავს ურთიერთსაწინააღმდეგო მონაცემებს. ავტორთა ერთი ჯგუფის მონაცემებით, მისი ეფექტურობა 50-60%-ით განისაზღვრება, მაშინ როცა სხვა ავტორთა მონაცემებით, იგი 80-93%-ს აღწევს (Ishii M. 1993., Meden H. et al. 1995).

H. De Gazelle-მ და თანაავტორებმა (1983), Murmis V. Goldberg., (1988) ძუძუს კიბოს დიაგნოსტიკისათვის გამოიყენეს მამოგრაფია და ულტრაბგერითი გამოკვლევა. რენტგენოლოგიური გამოკვლევის სიზუსტემ შეადგინა 80,4%, ხოლო ულტრაბგერითმა – 86,3%. ავტორთა აზრით, ორივე მეთოდის გამოყენება სარძევე ჯირკვლის კიბოს დასადგენად გაზრდის სწორი დიაგნოზის შესაძლებლობას.

ძუძუს სიმსივნეების ულტრაბგერითი გამოკვლევის მაღალ ეფექტურობაზე მიუთითებს V. Hiromu (1976). მისი მონაცემებით, ძუძუს ავთვისებიანი სიმსივნეების დიაგნოსტიკაში ეფექტურობამ შეადგინა 93%, კეთილთვისებიანის დროს კი – 95%.

ძუძუს კიბოს დიაგნოსტიკაში ექოგრაფიის გამოყენებისას ტ.პ. მაკარენკო თანაავტორებთან ერთად (1973) ხაზს უსვამს შეზღვევ ექოგრაფიულ ნიშნებს: უსწორმასწორო ფორმის და აკუსტიკურად არაერთგვაროვანი გამკვრივება, პათოლოგიური პროცესის ირგვლივ სარძევე ჯირკვლის სტრუქტურული სურათის დეფორმაცია და სხვა.

საკმაოდ მაღალია ექოგრაფიის ეფექტურობა ფიბროზულ-კისტოზური მასტოპათიის შემთხვევაში – 97% (D. Rosner. L. Wiess, M. Norman 1980). ავტორები წინადადებას იძლევიან, ერთდროულად გამოვიყენოთ ექოგრაფია და მამოგრაფია მოსახლეობის მასობრივი პროფილაქტიკური გასინჯვების დროს.

C. Collin-ის და თანაავტორების (1980) აზრით, 2სმ-ზე ნაკლები სიმსივნური წარმონაქმნის დროს ულტრაბგერითი გამოკვლევისას

30% შემთხვევაში აღვილი კქონდა შეცდომას, მაშინ როდესაც 3სმ-ზე მეტი სიმსივნის დროს შეცდომა მხოლოდ 3,5%-ს აღენიშნებოდა. ანალოგიური დასკვნები გააკეთა Cole-Benglet-მა თანაავტორებთან ერთად (1981). ავტორთა აზრით, რეპროდუქციის ფაზაში მყოფ ქალებში ულტრაბგერით გამოკვლევას უჭირს 2სმ-მდე დიამეტრის სიმსივნური წარმონაქმნის გამოძულანება.

Schoenberger G. და თანაავტორებმა (1988) გამოიკვლიეს 842 ქალის სარძევე ჯირკვალის პალპაციის, მამოგრაფიისა და ულტრაბგერითი მეთოდით. ავტორები რეკომენდაციას იძლევიან, ულტრაბგერითი გამოკვლევა ფართოდ იქნეს გამოყენებული სარძევე ჯირკვლის სიმსივნეთა დიაგნოსტიკაში. ასეთივე შეხედულებისაა S.A.Berzini თანაავტორებთან ერთად (1997).

ბ. ი. როჟკოვას და თანაავტორების მიერ (1994) კვანძოვანი მასტოპათიის დროს გამოყენებული იყო რენტგენოლოგიური, ციტოლოგიური და ულტრაბგერითი გამოკვლევის მეთოდები. ამასთან, ულტრაბგერითი გამოკვლევის მეთოდები განსაკუთრებით ეფექტური აღმოჩნდა კისტის დროს და მიაღწია 88%-ს.

ვ. პ. ხარჩენკომ თანაავტორებთან ერთად (1997), გაანალიზა სარძევე ჯირკვლის სიმსივნეების დროს კლინიკო-რენტგენოლოგიური, სონოგრაფიული მეთოდების გამოკვლევის შედეგები. ავტორთა აზრით, სარძევე ჯირკვლის სიმსივნეების ადრეულ დიაგნოსტიკაში გამოყენებული უნდა იყოს რენტგენოლოგიური და ულტრაბგერითი გამოკვლევის მეთოდების კომბინაცია. მამოგრამაზე მიკროკალცინატების არსებობისას, მაშინ როდესაც სიმსივნეც არ დიფერენცირდება, რენტგენოლოგიურად ულტრაბგერითი გამოკვლევის გამოყენებამ 78% შემთხვევაში გამოავლინა ჰიპოექოგენური სტრუქტურის უბნები.

ძუძუს ულტრაბგერითი გამოკვლევის მნიშვნელობა ფართოდ აისახა A. Vizzone-ს (1988) ნაშრომში. ავტორი ხაზს უსვამს ექოგრაფიის სრულ უსაფრთხოებას ორგანიზმისათვის, მის მაღალ-ინფორმაციულობას, განმეორებითი გამოკვლევების ჩატარების სიადვილეს. ძირითადი ნაკლი მდგომარეობს იმაში, რომ იგი საჭიროებს მაღალკვალიფიციურ ინტერპრეტაციას. მას არ შეუძლია გამოავლინოს მიკროკალცინატები და ნაკლებად ეფექტურია კიბოს ადრეული სტადიების გამოვლინებისათვის. ექოგრაფიის ძირითადი უპირატესობა დიფერენციულ დიაგნოსტიკაში არის ის, რომ მისი მეშვეობით შესაძლებელია გავარჩიოთ სოლიდური და კისტოზური წარმონაქმნები.

ავტორი რეკომენდაციას იძლევა, რომ ექოგრაფია გამოყენებულ იქნეს ახალგაზრდების მიმართ, როცა ეჭვია ფიბროადენომის არსებობაზე. ულტრაბგერითი გამოკვლევა აადვილებს ციტოლოგიურ პუნქციას სარძევე ჯირკვლის სიმსივნეების დროს, ზრდის მის ინფორმაციულობას, განსაკუთრებით არაპალპირებული სიმსივნეების შემთხვევაში. მიუხედავად ზემოთ აღნიშნულისა, ავტორი ასკვნის, რომ ულტრაბგერითი გამოკვლევის გამოყენება ადრეული კიბოს სკრინინგში არ არის გამართლებული.

Ludwig და თანაავტორებმა (1989) ძუძუს სიმსივნეების გამოკვლევისათვის გამოიყენეს კლინიკური, მამოგრაფიული და ექოგრაფიული მეთოდები 620 შემთხვევაში. გამოვლინდა 113 სიმსივნე. 48 შემთხვევაში მამოგრაფიულად დადგინდა სოლიდური კიბო. 46 შემთხვევაში კი იგივე დადასტურდა ექოგრაფიის საშუალებით. ავტორებს მიაჩნიათ, რომ ძუძუს სიმსივნეთა დიაგნოსტიკაში მამოგრაფიასთან ერთად უნდა გამოვიყენოთ ექოგრაფიაც.

Ferrari და თანაავტორებმა (1990) შეისწავლეს 170 ქალის ექოგრაფიული და მამოგრაფიული მონაცემები. ავტორები ასკვნიან, რომ ექოგრაფიული გამოკვლევები ფართოდ უნდა დაინერგოს ძუძუს სიმსივნეთა დიფერენციულ დიაგნოსტიკაში.

ცნობილია, რომ რიგ შემთხვევებში ძნელია სარძევე ჯირკვლის კიბოს ანთებადი ფორმისა და ანთებადი პროცესების დიფერენცირება. Bock-მა თანაავტორებთან ერთად (1988), შეისწავლა სარძევე ჯირკვლის კიბოს ანთებადი ფორმის 22 შემთხვევა, 16 შემთხვევაში სწორი დიაგნოზი დადგინდა ექოგრაფიის მეშვეობით. დანარჩენ 6 შემთხვევაში სწორი დიაგნოზი ვერ დაისვა ვერც მამოგრაფიის და ვერც ექოგრაფიის მეთოდით. ავტორები აღნიშნავენ მამოგრაფიისა დაბალ სიზუსტეს სარძევე ჯირკვლის კიბოს ანთებადი ფორმის დროს.

Kaizer L, et al. (1988), Holcombe C. et al. (1995), Omori L.M., et al. (1993) თავის შრომებში გაანალიზეს რეტროსპექტიულ მასალაზე უკონტრასტო მამოგრაფიისა და ულტრაბგერითი გამოკვლევის მეთოდები.

მრავალრიცხოვანი კლინიკური დაკვირვების შედეგად (119 შემთხვევა). Tocci და თანაავტორებმა (1989) ულტრაბგერითი გამოკვლევების საფუძველზე ჩამოაყალიბეს კრიტერიუმები, რომლებიც დამახასიათებელია სარძევე ჯირკვლის კიბოსათვის, კერძოდ: სიმსივნური წარმონაქმნის კონტურების ბუნდოვანება. შინაგანი

სტრუქტურის არაერთგვაროვნება, კანქვეშა ქსოვილების ჩათრევა და სხვა. ამასთან ერთად ავტორები დასძენენ, რომ ულტრაბგერითი გამოკვლევების სიზუსტე ძუძუს დიაგნოსტიკაში დიდად არის დამოკიდებული ექიმის კვალიფიკაციაზე.

ექოგრაფია, როგორც ერთ-ერთი სადიაგნოსტიკო საშუალება, საკმაოდ არის გაშუქებული. Денисов Л.Е. Панина Ч.Г.(1987), Озерова О.Е., Торлина В.Е.(1987). V. Grumbach-ის და თანაავტორების (1989), S.Delorme et al. (1998) ავტორთა აზრით, სარძევე ჯირკვლის ულტრაბგერითი გამოკვლევის უპირატესობა იმით გამოიხატება, რომ ის ეკონომიურია, მისაწვდომია ყველასათვის, შესაძლებელია განმეორებითი გამოკვლევა მკურნალობის პროცესში. ამ გამოკვლევის ნაკლს წარმოადგენს მეთოდის სიძვირე და შედარებითი ხანგრძლივობა. ექოგრაფიით ვერ ხერხდება მცირე ზომის კიბოს გამოვლენა და მიკროკალცინატების დაფიქსირება.

ყურადღებას იწვევს შრომაც, რომელიც შესრულებულია ა.გ. ვესნიჩის, ა.ო. ტერეშენკოს (1990) მიერ. 238 ვერიფიცირებული კიბოდან ულტრაბგერითი გამოკვლევით სწორი დიაგნოზი დაუდგინდა 94%-ს; ექოგრაფიით დიაგნოსტირებულ 3,5%-ს ძუძუს კიბოს ძიებისას აღმოაჩნდა კეთილთვისებიანი წარმონაქმნი; 9,6%-ში ადგილი ჰქონდა ჰიპერდიაგნოსტიკას. სიმსივნის მორფოლოგიური შენების მიხედვით გამოკვლევისას სკიროზული, სადინარშიგნითა ინფილტრაციული ფორმების დროს ექოგრაფიაზე გამოხატულია აკუსტიკური ჩრდილი, ხოლო მედულური, ტუბულური კიბოს დროს – დაბალი ექოგენობა ან ექონგეატიურობა.

К.Муратходжаев თანაავტორებთან (1991) ერთად ულტრაბგერითი გამოკვლევა გამოიყენა მოსახლეობის მასობრივი პროფილაქტიკური გასინჯვებისათვის. მათი მონაცემებით, ექოგრაფიის ინფორმაციულობამ შეადგინა 84,1%.

ძუძუს ულტრაბგერითი გამოკვლევით პათოლოგიური ცვლილებები გამოვლინებულ იქნა 364 ავადმყოფში 3357 ქალიდან (10,8%). ექოტომოგრაფიის მონაცემების შედარებამ სხვა მეთოდებთან შედარებით აჩვენა, რომ ულტრაბგერითი გამოკვლევისა და საბოლოო დიაგნოზის შედარებამ შეადგინა 86,8%, ამასთან ჰიპერდიაგნოსტიკას ადგილი ჰქონდა 13,2%, ჰიპოდიაგნოსტიკას – 2,1%. ექოსკოპიის მაღალი ინფორმატიულობიდან გამომდინარე, ავტორები რეკომენდაციას იძლევიან გამოყენებულ იქნეს ზემოთ აღნიშნული მეთოდი მოსახლეობის ქალთა ფენის მასობრივი პროფილაქტიკური გასინჯვების დროს.

ულტრაბგერითი გამოკვლევა საშუალებას იძლევა, შეაფასოს გაურკვეველი პალპირებული წარმონაქმნები სარძევე ჯირკვალში და გამოვიყენოთ იგი დამიზნებული ბიოფისიებისათვის R.C.Otto (1993).

A. Venta თანავეტორებთან (1994) მიიჩნევს, რომ ულტრაბგერითი გამოკვლევა განსაკუთრებით გამოსადეგია 30 წლამდე ქალებში პალპირებული წარმონაქმნების შესაფასებლად, ასევე მამოგრაფიული მონაცემების უარყოფითი დასკვნის შემთხვევაში.

Pamilo და თანავეტორებმა (1993) ძუძუს ულტრაბგერითი გამოკვლევა ჩაუტარეს იმ ავადმყოფებს, რომელთაც სკრინინგული მამოგრაფიის დროს გამოვლენილი ჰქონდათ გარკვეული ცვლილებები. სკრინინგის დროს გამოკვლეულ იქნა 21417 ქალი 50-59 წლის ასაკში. ძუძუს კიბო გამოვლინდა 82 შემთხვევაში (0,46%), კეთილთვისებიანი – 42-ში. ამის შემდეგ ავადმყოფებს უტარდებოდა ულტრაბგერითი გამოკვლევა. გამოკვლევების შედეგად ავტორები მივიდნენ იმ დასკვნამდე, რომ ძუძუს კიბოს სკრინინგში ულტრაბგერითი გამოკვლევა არ ხასიათდება დიდი ეფექტურობით, მაგრამ მისი გამოყენება შეიძლება კისტისა და სოლიდური წარმონაქმნების დიფერენციულ დიაგნოსტიკაში. რენტგენოლოგიურად დადგენილი 152 კეთილთვისებიანი წარმონაქმნიდან 93 შემთხვევაში ულტრაბგერითი გამოკვლევით გამოვლინდა კისტოზური წარმონაქმნები. ულტრაბგერითი გამოკვლევის ნაკლს წარმოადგენს ის გარემოება, რომ მისი საშუალებით არ შეიძლება მიკროკალცინატების გამოვლენა და 1 სმ დიამეტრზე ნაკლები წარმონაქმნის აღმოჩენა. პ. ვეტშვემა თანავეტორებთან ერთად (1998) ძუძუს კისტის პუნქციის დროს ფართოდ გამოიყენა ულტრაბგერითი გამოკვლევის ფონზე 96% სპირტის შეყვანა კისტის ღრუში. ეს უკანასკნელი, ავტორთა მონაცემებით, ითვლება ეფექტურ საშუალებად, რომელიც რიგ შემთხვევებში საშუალებას იძლევა აცილებულ იქნას ოპერაციული ჩარევა.

ძუძუს ულტრაბგერითი გამოკვლევის ძირითად ჩვენებად ა.ფ. ციბი, გ.კ. ტლევშუკოვი (1989) მიიჩნევენ კლინიკური ნიშნების არსებობას გაურკვეველი რენტგენოლოგიური სურათის შემთხვევაში. გადამწყვეტია ექოსკოპიის როლი კისტოზური და სოლიდური წარმონაქმნების დიფერენციალურ დიაგნოსტიკაში, სადაც მისი სიზუსტე აღწევს (96-100%-მდე).

ულტრაბგერითი გამოკვლევის გამოყენება სკრინინგ-მეთოდის სახით ძუძუს დაავადების დიაგნოსტიკაში საკმაოდ ეფექტურია და არ ჩამოუვარდება მამოგრაფიას, ხოლო კისტოზური წარმონაქმნების

შემთხვევაში კიდევაც აღმატება მას. თუმცა მამოგრავით გამოვლენილი სიმსივნეების 10-15%-ს არ აქვს ექოგრაფიული გამოსახულება.

ლ.ა. ქერიმბეკოვა, გ.მ. გაჯიევი (1996) სარძევე ჯირკვლის კისტოზური და სოლიდური წარმონაქმნების ულტრაბგერითი გამოკვლევისას მიაღწიეს 100% ინფორმატიულობას. ე.ი. ტროფიმოვა თანავეტორებთან ერთად (1996, 1997) მიერ ულტრაბგერითი გამოკვლევა გამოყენებული იყო ქიმიოთერაპიული მკურნალობის ეფექტურობის დასადგენად დინამიკაში მკურნალობამდე და მკურნალობის შემდეგ.

ნ.ი. როჟკოვა თანავეტორებთან ერთად (1994) თავის ნაშრომში მიუთითებს ულტრაბგერითი და რენტგენოლოგიური გამოკვლევის ეფექტურობაზე ტუძუს სიმსივნეების კომპლექსურ დიაგნოსტიკაში. ულტრაბგერითი გამოკვლევის ეფექტურობამ სარძევე ჯირკვლის კისტების დროს შეადგინა 88%.

ა.ვ. ღოროფიევა (1996) ექოგრაფია გამოიყენა ტუძუს კიბოს I და II სტადიის დროს, კლინიკურად მეტასტაზების არარსებობის შემთხვევაში. ოპერაციამდე რეგიონული ლიმფური კვანძების ულტრაბგერითი გამოკვლევით 33 შემთხვევაში (58%) დადგინდა იქნა კიბოს მეტასტაზები. შემდგომში ულტრაბგერითი და მორფოლოგიური დასკვნების შედარებისას ჰიპერდიაგნოსტიკამ შეადგინა 3,6%.

უკანასკნელ დროს ტუძუს სიმსივნეების დიაგნოსტიკაში ახალ პერსპექტივებს სახავს დოპლეროგრაფიის გამოყენება. ავტორთა ერთი ჯგუფი წინადადებას იძლევა, გამოკვლეულ იქნეს ორივე ტუძუს სიმეტრიულ ნაწილებში სისხლძარღვოვანი სურათი, II ჯგუფში შეფასებულ იქნეს სისხლძარღვების განლაგება და მათი რაოდენობა I სმ 2-ზე კონტრალატერალურ მხარესთან შედარებით. ე. ი. ტროფიმოვას (1997) მიერ გერცენის სახ. ინსტიტუტში ჩატარებულ იქნა სარძევე ჯირკვლის ულტრაბგერითი გამოკვლევა, დოპლეროგრაფიის ჩათვლით 198 ავადმყოფზე (48 ფიბროადენომა და 150 სარძევე ჯირკვლის კიბო). ავტორის აზრით, კვანძოვანი წარმონაქმნის დოპლეროგრაფია შესაძლებლობას იძლევა მკვეთრად ამაღლდეს ტუძუს კიბოს დიაგნოსტიკის სიზუსტე 86%-დან 96%-მდე.

ქირურგიული ბიოფსია. ტუძუს კიბოს ადრეულ სტადიაში, როდესაც არა ვართ დარწმუნებული დიაგნოზის სისწორეში, აუცილებელია ბიოფსიის ჩატარება. ისევე, როგორც სხვაგან, რესპუბ-

ლიკის ონკოცენტრში ფართოდ იყენებენ სექტორულ რეზექციას ამოკვეთილი მასალის სასწრაფო ჰისტომორფოლოგიური გამოკვლევით. მორფოლოგიური დიაგნოზის ვერიფიკაცია კი საშუალებას იძლევა გადაწყდეს ოპერაციის მასშტაბი.

ბიოფსია არ არის მიზანშეწონილი ჩატარდეს ამბულატორიულად ადგილობრივი ანესთეზიის ქვეშ, ვინაიდან კიბოს დადგენის შემთხვევაში, ოპერაციული მასშტაბის გაფართოება შეუძლებელია სათანადო პირობების არსებობის გარეშე. სექტორული რეზექცია მიზანშეწონილია ჩატარდეს ელექტროდანით, ოვალური განაკვეთით კანთან ერთად საღი ქსოვილების ფარგლებში.

ტრეპან-ბიოფსია. მორფოლოგიური გამოკვლევისათვის განსაკუთრებული მნიშვნელობა ენიჭება ტრეპან-ბიოფსიის გამოყენებას. მისი მეშვეობით მიღებული მასალა საშუალებას იძლევა დადგინდეს სიმსივნის მორფოლოგიური ხასიათი, რის შემდეგ შესაძლებელია სწორი ორიენტაციის აღება მკურნალობის ტაქტიკის გადასაწყვეტად.

ტრეპან-ბიოფსია ფართოდ გამოიყენება აგრეთვე ესტროგენული რეცეპტორების შესწავლის მიზნით. ამ გამოკვლევის საფუძველზე შესაძლებელია გადაწყდეს ძუძუს კიბოს მკურნალობის შემდგომი ეტაპი, საკვერცხეების ამოკვეთისა და ჰორმონოთერაპიის შემდგომი დანიშვნის საკითხი.

ტრეპან-ბიოფსიის ჩატარება, ჩვეულებრივ, ნაჩვენებია სხივური მკურნალობის დაწყებამდე.

ძუძუს კიბოს კომპლექსური დიაგნოსტიკა

ონკოლოგიის სამეცნიერო ცენტრში ძუძუს კიბოს გამოვლინებისათვის ისევე, როგორც მთელ მსოფლიოში, ძირითადად გამოიყენება ე.წ. სამმაგი დიაგნოზი – კლინიკური (დათვალიერება, პალპაცია), მამოგრაფიული და ციტოლოგიური გამოკვლევები. ამასთან, აუცილებლობის შემთხვევაში გამოიყენება კვლევის სხვა დამატებითი მეთოდები, როგორცაა: თერმოგრაფია, ულტრაბგერითი გამოკვლევა და სხვა.

ძუძუს სიმსივნეების ნაადრევ დიაგნოსტიკაში, პირველ რიგში, განსაკუთრებული ადგილი უჭირავს ავადმყოფის კლინიკურ გამოკვლევას (ანამნეზი, დათვალიერება, პალპაცია).

ანამნეზის შეკრებისას ყურადღება უნდა მიექცეს დაავადების ხანგრძლივობას, რისკ-ფაქტორების გათვალისწინებას.

ძუძუს გარეგანი დათვალიერებისას ყურადღება უნდა მივაქციოთ მის ფორმას, ზომას, სიმეტრიულ და ასიმეტრიულ განლაგებას, დერილის მდგომარეობას, მის ფორმას, დერილის ჩაბრუნებას. საყურადღებოა ძუძუში სიმსივნის ლოკალიზაციის არსებობა კვადრანტების მიხედვით, რადგანაც ამ ფაქტორს პროგნოზული მნიშვნელობა ენიჭება.

ავადმყოფის დათვალიერება მიზანშეწონილია, როგორც მდგომარე, ისევე მწოლიარე მდგომარეობაში.

კიბოს ადრეული ფორმების დროს ძუძუს კანის საფარი გარეგანი დათვალიერებისას რაიმე ცვლილებებს არ განიცდის. შემდგომში პროცესის მომატებასთან ერთად შეიძლება გამოვლინდეს „ფორთოხლის კანის“ სიმპტომი.

პალპაცია საშუალებას იძლევა გამოვალინოთ სიმსივნის ზომა, ფორმა, უსწორმასწორობა, ქვეშემდებარე ქსოვილებთან შეხორცება, სიმკვრივე. კიბოს შედარებით დიდი ზომების არსებობისას ყურადღება უნდა მივაქციოთ უმბილიკაციის, მოედნის, კრაუზეს, პაირის სიმპტომებს.

კლინიკური დიაგნოზის დაზუსტებისათვის ფართოდ გამოიყენება (ასაკის, პროცესის გავრცელების გათვალისწინებით) კვლევის რენტგენოლოგიური გამოკვლევა. მამოგრაფია (როგორც უკონტრასტო, ისე კონტრასტული) საშუალებას იძლევა არამარტო დაისვას დიაგნოზი. არამედ განისაზღვროს სიმსივნის ზომები,

რაც აუცილებელია სტადიურობის განსაზღვრისათვის და პროცესის გაერცვლების დასადგენად. ეს უკანასკნელი კი საშუალებას იძლევა სწორად იქნას განსაზღვრული მკურნალობის ეტაპობრივი თანმიმდევრობა.

ასევე საყურადღებოა და გადაწყვეტია ციტოლოგიური გამოკვლევის მნიშვნელობა ღიაგნოზის დაუზუსტებისათვის (სიმსივნის მორფოლოგიური ფორმის გათვალისწინებით). ასე მაგალითად, პეჯეტის ტიპის კიბოს შემთხვევაში, როდესაც პროცესი შემოსაზღვრულია მხოლოდ დერილით, მამოგრაფიული და ციტოლოგიური გამოკვლევა საშუალებას იძლევა სწორად განისაზღვროს მკურნალობის ტაქტიკა და ოპერაციული ჩარევის მასშტაბი.

სექტორული რეზექციის დროს, დაუზუსტებელი ღიაგნოზის შემთხვევაში, ფართოდ გამოიყენება სიმსივნის სასწრაფო ჰისტომორფოლოგიური გამოკვლევა. მორფოლოგის დასკვნას კი შეუძლია არსებითი და გადამწყვეტი გავლენა მოახდინოს ოპერაციული ტაქტიკის მასშტაბზე. ბუნებრივია, კიბოს დადასტურების შემთხვევაში ოპერაციული ჩარევის მასშტაბი ფართოვდება.

ბუძუს სიმსივნეების კვლევის სხვა მეთოდებიდან თერმოგრაფიას, როგორც პერსპექტიულ მეთოდს, განსაკუთრებული როლი ენიჭება კომპლექსური გამოკვლევების არსენალში კლინიკურ და მამოგრაფიულ მეთოდებთან ერთად, ფართოდ იყენებენ მას სკრინინგში ბუძუს კიბოს ადრეული ფორმების გამოვლინებისათვის.

უკანასკნელ დროს ბუძუს სიმსივნეების კომპლექსურ ღიაგნოსტიკაში გარკვეული ადგილი დაიკავა კვლევის ულტრაბგერითმა გამოკვლევამ, რომელიც ხასიათდება მაღალი ინფორმაციულობით, სისწრაფით და გამოკვლევის სიმარტივით.

კ. მადიჩის, გ. ხახანაშვილის, ა. სიხარულიძის მიერ შესწავლილ იქნა ბუძუს I სტადიის კიბოთი დაავადებულთა კომპლექსური გამოკვლევის (კლინიკური, მამოგრაფიული, ციტოლოგიური, თერმოგრაფიული) შედეგები. მათი მონაცემებით მხოლოდ კლინიკური გამოკვლევით (დათვალიერება, პალპაცია) სწორი ღიაგნოზი დაავადების დადგენილი იქნა 76%-ში, II სტადიაში — 83,2. მამოგრაფიული გამოკვლევით სწორი ღიაგნოზი დაფიქსირდა — 62,8—83,9%. თერმოგრაფიულმა გამოკვლევამ I სტადიაში შეადგინა—72,1%, II სტადიაში — 90,8%.

ციტოლოგიური გამოკვლევის ეფექტურობამ I სტადიაში შეადგინა 62%, II სტადიის დროს — 78,9%. ხოლო კომპლექსური გამოკვლევის ეფექტურობამ შეადგინა 90,0% (იხ. ცხრილი №1 და №2).

ტუბუს კიბოს კომპლექსური დიაგნოსტიკა

სტადია	კლინიკური დიაგნოზი			რენტგენოლოგიური		
	სწორი	საუქუო	მცდარი	სწორი	საუქუო	მცდარი
I st	76%	12,8%	11,2%	62,0%	22,3%	14,9%
II* st	83,2%	12,4%	4,4%	83,9%	8,9%	7,2%

ტუბუს კიბოს კომპლექსური დიაგნოსტიკა

სტადია	თერმოგრაფია			ციტოლოგია		
	სწორი	საუქუო	მცდარი	სწორი	საუქუო	მცდარი
I st	72,1%	8,8%	19,1%	62%	22,8%	15,2%
II* st	80,8%	2,5%	6,7%	78,9%	12,9%	8,2%

ჰისტოლოგიური კლასიფიკაცია

1969 წელს საერთაშორისო ჯანმრთელობის ორგანიზაციამ მიიღო ტუბუს სიმსივნეების ჰისტოლოგიური კლასიფიკაცია Scarff R. და Torloni-ს რედაქციით.

ტუბუს პროლიფერაციული პროცესების და სიმსივნეების ჰისტოლოგიური კლასიფიკაცია.

- ა. ტუბუს კეთილთვისებიანი დისპლაზიები.
 - I. კისტა.
 - ა. ჩეულებრივი კისტა.
 - ბ. პაპილური კისტა.
 - II. ადენოზი.
 - III. სადინარების ან წილაკების ეპითელის ნამდვილი ტიპური პროლიფერაცია.
 - IV. სადინარის ექტაზია.
 - V. ფიბროსკლეროზი.

VI. გინეკომასტია.

VII. სხვა არასიმსივნური პროლიფერაციული პროცესები.

ბ. კეთილთვისებიანი სიმსივნეები (ან გარეგნულად კეთილთვისებიანი).

I. ჯირკვლის ადენომა.

II. დერილის ადენომა.

III. სადინარის პაპილომა.

IV. ფიბროადენომა.

ა. სადინარისაზღო ფიბროადენომა

ბ. სადინარისშიგნითა ფიბროადენომა.

1. უბრალო ტიპი.

2. სადინარშიგნითა უჯრედოვანი ფიბროადენომა.

V. რბილი ქსოვილების კეთილთვისებიანი სიმსივნეები.

გ. კარცინომები.

I. სადინარშიგნითა და წილთაშიგნითა არამაინფილტრირებული კარცინომა (Carcinoma in situ intracanalicularae, intralobularae).

II. მაინფილტრირებული კარცინომა (ადენოკარცინომა, სკირი, სოლიდური, შერეული, დაბალდიფერენცირებული ფორმის სიმსივნეები).

III. კარცინომების განსაკუთრებული ჰისტოლოგიური ვარიანტები.

ა. მედულური (ტვინოვანი) კარცინომა.

ბ. პაპილური კარცინომა.

გ. საცრისებური კარცინომა.

დ. ლორწოვანი კარცინომა.

ე. ლობულური კარცინომა.

ვ. ბრტყელუჯრედოვანი კარცინომა.

ზ. პეჯეტის დაავადება.

თ. სადინარშიგნითა უჯრედოვანი ფიბროადენომიდან განვითარებული კარცინომები.

გ. სარკომები.

I. უჯრედოვანი სადინარშიგნითა ფიბროადენომიდან განვითარებული სარკომა.

II. სხვა ტიპის სარკომები.

დ. კარცინოსარკომები.

ე. დაუზუსტებელი სიმსივნეები.

ქუჩუს კიბოს მეტასტაზების დიაგნოსტიკა რეგიონულ ლიმფურ კვანძებში და შორეულ ორგანოებში

მეტასტაზირება. სარძევე ჯირკვლის კიბოსთვის პირველ ეტაპზე დამახასიათებელია ნაადრევი მეტასტაზირება. რეგიონულ ლიმფურ კვანძებში მეტასტაზების გამოვლინებას უადრესად დიდი მნიშვნელობა ენიჭება ტუტუს კიბოს სტადიურობის განსაზღვრის საქმეში და, აქედან გამომდინარე, მკურნალობის ტაქტიკის ასარჩევად და მოსალოდნელი პროგნოზის დასადგენად. განსაკუთრებით საგულისხმოა რეგიონული ლიმფური კვანძების კოლექტორში პროცესის გავრცელების დაზუსტება, რადგანაც მეტასტაზური დაზიანების შემთხვევაში აუცილებელია გადაწყვეტის ოპერაციამდელი თუ ოპერაციის შემდგომი სხივური, ქიმიო-ჰორმონოთერაპიის დანიშნის საკითხი. ტუტუს კიბოს დროს ილლიის, ლავიწქეშა, ლავიწზედა ლიმფური კვანძების გამოვლინებისათვის, პირველ რიგში, გამოიყენება პალპაცია ანამნეზისა და გარეგანი დათვალიერების ფონზე. რა თქმა უნდა, კარგად განვითარებული კანქვეშა ცხიმოვანი ქსოვილი წარმოადგენს შემაფერხებელ გარემოებას მეტასტაზების გამოვლინებისათვის. ძნელია მეტასტაზების კლინიკური გამოვლინება ერთეულ ლიმფურ კვანძებში, რიგ შემთხვევებში, ადგილი აქვს ამ კვანძების მრავლობით დაზიანებას.

ბაქნოვას ა.პ. თანავტორებთან ერთად (1985) მონაცემებით, კლინიკურად მოსალოდნელ მეტასტაზირებისას ერთეულ ლიმფურ კვანძებში (N_1), მიკროსკოპულად მეტასტაზები გამოვლინებული იყო 31,5% შემთხვევაში. აქედან 44% შემთხვევაში — მეტასტაზები იყო მრავლობითი (N_2).

სარძევე ჯირკვლის კიბოსთვის პირველ ეტაპზე დამახასიათებელია ილლიის, ლავიწქეშა, ბეჭქეშა, ლავიწზემო და პარასტერნალურ ლიმფურ კვანძებში მეტასტაზირება.

სიმსივნის ლატერალური ლოკალიზაციის შემთხვევაში, პირველ რიგში, ადგილი აქვს ილლიის, ლავიწქეშა და ბეჭქეშა ფოსოების მეტასტაზურ დაზიანებას. კიბოს ცენტრალური ლოკალიზაციის შემთხვევაში ადგილი აქვს ერთდროულად ილლიის და პარასტერნალური

ლიმფური კვანძების დაზიანებას, ხოლო სიმსივნის შიგნითა კვადრანტების დაზიანებისას, პირველ რიგში, ზიანდება პარასტერნალური ლიმფური კვანძები. შორეული მეტასტაზები ვრცელდება პირველადი სიმსივნიდან და რეგიონულ ლიმფურ კვანძებში არსებული მეტასტაზებიდან ჰემატოგენური გზით. ყველაზე უფრო ხშირად მეტასტაზების გავრცელებას ადგილი აქვს ძვლებში, ფილტვებში, პლევრაში, საკვერცხეებში, ღვიძლში. ძვლებიდან, პირველ რიგში, მეტასტაზების საყვარელ ადგილად ითვლება ხერხეზლის ძალები, მენჯის, ბარძაყის ძვლები, ნეკნები, თავის ქალა, მკერდის ძვალი.

ყველაზე უფრო ხშირად, დაახლოებით 60-80%-მდე, მეტასტაზირება ვითარდება პირველი 2-3 წლის შემდეგ მკურნალობის დაწყებიდან, რა თქმა უნდა, პირველ რიგში სტადიურობის გათვალისწინებით.

დერილისა და არეოლის უკან არსებული ზედაპირული ლიმფური წნული დაკავშირებულია ძუძუს კანქვეშა ქსოვილებთან, საიდანაც ლიმფური სადინარები მიემართებიან ილლიის ფოსოში.

ლაეიწზემო ლიმფურ კვანძებში მეტასტაზირება ხდება სამი გზით:

1. ლიმფური სადინრებით ილლიის ფოსოდან – ლაეიწქვეშა ვენის გაყოლებით.

2. ლიმფური სადინრებით – ძუძუს შიგნითა არტერიის გაყოლებით.

3. პირდაპირი ლიმფური გზით – ძუძუს ზედა და შიგნითა სექტორებიდან უშუალოდ ლაეიწზემო ლიმფურ კვანძებში.

ლიმფურ კვანძებში მეტასტაზების დიაგნოსტიკისათვის, გარდა კლინიკური მეთოდებისა (დათვალიერება, პალპაცია), გამოიყენება კვლევის დამატებითი მეთოდები – რენტგენოლოგიური, ციტოლოგიური, იზოტოპური და სხვა.

ტრანსტერნალური ფლებოგრაფია

პარასტერნალურ ლიმფურ კვანძებში მეტასტაზების დასადგენად (სიმსივნის ცენტრალური და პერიფერული ლოკალიზაციის შემთხვევაში) იყენებენ ტრანსტერნალურ ფლებოგრაფიას, რომელიც მოწოდებული იყო 1952 წელს Fischgold H., Ecoiffier J., Ambrosi G., Margiotta F. (1962). გამოკვლევამდე რამდენიმე საათით ადრე კეთდება სინჯი იოდზე. ვენაში შეჰყავთ 1 მლ საკონტრასტო პრეპარატი (ვეროგრაფინი, კარდიოტრასტი, დიოდონი). თუ პრეპარატის საკონტროლო შეყვანის შემდეგ ადგილი არ ექნება თავბრუსხვევას, ტაქიკარდიას, საერთო სისუსტეს, გულისრე-

ვას (რაც დამახასიათებელია იოდთან შეუთავსებლობისას), კეთდება ტრანსტერნალური ფლებოგრაფია. კასირსკის ნემსით აწარმოებენ სტერნალურ პუნქციას მე-5 - 6 ნექნათშუა ღონეზე. დასაწყისში შეჰყავთ 10 მლ 0,25% ნოვოკაინი, რის შემდეგ სწრაფად შეჰყავთ 20 მლ კონტრასტული ნივთიერება. შეცვანის ბოლოს აკეთებენ რენტგენოგრაფიას. ზემოთ აღნიშნული მანიპულაცია ძირითადად ტარდება ამბულატორიულად და ტექნიკურად არ არის რთული შესასრულებელი.

ჩვენს კლინიკაში ტრანსტერნალური ფლებოგრაფია დანერგილ იქნა შესანიშნავი ონკოლოგის დოც. გ. ვ. ბილანიშვილის მიერ. პარასტერნალური ლიმფური კვანძების მეტასტაზირებისათვის ფლებოგრაფიაზე დამახასიათებელია გულმკერდის შიგნითა ვენის ბლოკირება, v. mammaria int. ცუდი კონტრასტირება დაზიანების მხარეს და ვენური ქსელის კოლატერალების განვითარება. მაგრამ ტრანსტერნალურ ფლებოგრაფიას გააჩნია მთელი რიგი წინააღმდეგჩვენებები (თირკმლის, ღვიძლის დაავადება, ცვლილებები მიოკარდიუმში, მაღალი ინდივიდუალური მგრძობელობა იოდის პრეპარატებისადმი და სხვა), რის გამოც მისი გამოყენება რიგ ავადმყოფებში არ შეიძლება.

არაპირდაპირი რადიოიზოტოპური ლიმფოგრაფია

უკანასკნელ დროს ონკოლოგების ყურადღება მიიპყრო მეტასტაზების განვითარების პარასტერნალურმა გზებმა. პარასტერნალურ ლიმფურ კვანძებში მეტასტაზების გამოვლინებისათვის მოწოდებულია რადიოიზოტოპური სკენირება კოლოიდური Au-198-ით. არაპირდაპირი რადიოიზოტოპური ლიმფოგრაფია მოწოდებული იყო Rossi R. et al (1962). ლიმფურ კვანძებში მეტასტაზების არარსებობისას პრეპარატი გროვდება მკერდის ძვლის ორივე მხარეს. მეტასტაზების განვითარებისას ლიმფურ კვანძებში რადიოაქტიური ოქროს დაგროვებას ადგილი არ აქვს.

ჩვენს კლინიკაში რადიოიზოტოპური გამოკვლევები პირველად დანერგილ იქნა პროფ. თ. ბარამიძის მიერ, ხოლო სარძევე ჯირკვლის პათოლოგიაში გამოყენებულ იქნა დოცენტ დ. ა. ლოლობერიძის მიერ.

არაპირდაპირი რადიოიზოტოპური ლიმფოგრაფიის გამოყენება პარასტერნალური ლიმფური კვანძების მეტასტაზების გამოსაველენად ადვილად გადასატანია ავადმყოფებისათვის, არ ახლავს რაიმე რეაქ-

ცია ან გართულება. მისი საშუალებით კი ვლდებულობთ დამატებით ინფორმაციას პარასტერნალური ლიმფური კოლექტორის დაზიანებაზე.

უფრო პერსპექტიულად ითვლება ორივე მეთოდის – არაპირდაპირი რადიოიზოტოპური ლიმფოგრაფიის და ტრასტერნალური ფლუბოგრაფიის ერთდროული გამოყენება, რომლებიც ავსებენ ერთმანეთს ამჟამად პარასტერნალურ ლიმფურ კვანძებში მეტასტაზების გამოვლინებისთვის გამოიყენება აგრეთვე რადიაქტიული ტექნეციუმი – $Tc\ 99m$, რომელსაც გარკვეული უპირატესობა გააჩნია კოლოიდურ ოქროსთან შედარებით. მაშინ, როდესაც კოლოიდური ოქროს გამოყენებისას გამოკვლევას აწარმოებენ პრეპარატის შეყვანიდან 24 საათის შემდეგ, ტექნეციუმის შეყვანის შემდეგ პრეპარატის დაგროვება ლიმფურ კვანძებში აღინიშნება 2-3 საათის შემდეგ (Bock et al. 1981., Kaplan et al., 1979). ზემოთ აღნიშნული მეთოდების გამოყენება საშუალებას იძლევა, სიმსივნის ცენტრალური და მედიალური ლოკალიზაციის დროს გაკეთდეს ე.წ. გაფართოებული, ურბანის ტიპის ოპერაციები, რომელიც ასევე ჩვენთან დანერგილ იქნა დოც. გ. ბილანიშვილის მიერ.

უკონტრასტო აქსილოგრაფია

გადიდებული, მაგრამ არაპალპირებული ლიმფური კვანძების გამოსავლენად მოწოდებულია უკონტრასტო აქსილოგრაფიის მეთოდი, რომელიც საშუალებას იძლევა, დადგინდეს ლიმფურ კვანძებში ცვლილებები (მეტასტაზის ან ჰიპერპლაზიის სახით).

ა.პ. ბაჟენოვას და თანაავტორების (1985) მონაცემებით, 265 ავადმყოფზე ჩატარებული უკონტრასტო აქსილოგრაფიით 26.4% შემთხვევაში გამოვლინდა ლიმფური კვანძები.

პნევმოაქსილოგრაფია

მისი შემწეობით შესაძლებელია ლიმფურ კვანძებში მეტასტაზური დაზიანების გამოვლინების ეფექტურობის ამოღება. იმავე ავტორთა მონაცემებით, პნევმოაქსილოგრაფიის ეფექტურობა 2,9-ჯერ უფრო ეფექტური იყო, ვიდრე უკონტრასტო აქსილოგრაფიის გამოყენებისას.

მეთოდის არსი შემდეგშია: შუა აქსილარულ ხაზზე III ნეკნის დონეზე შეჰყავთ 5მლ 0,25% ნოვოკაინი და იმავე ნემსით ოლონდ

უანეს შპრიცით ნელ-ნელა – 600-700მლ აზოტის ქვეუანგი. პნევ-
მოაქსილოგრაფიას ასრულებენ ჩვეულებრივ რენტგენოდიაგნოსტიკის
ან მამოგრაფიის აპარატზე.

ფლეგომაქსილოგრაფია

ამ მეთოდის გამოყენებით შესაძლებელია ილლიისა და ლაეიწქვე-
შა ლიმფური კვანძების მდგომარეობის შეფასება. ვენაში შეჰყავთ
20მლ კონტრასტული ნივთიერება+აზოტის ქვეუანგი. განსაკუთრე-
ბით ეფექტურია მისი გამოყენება სარძევე ჯირკვლის შეშუპების და
არაპალპირებული ილლიის ლიმფური კვანძების დროს. ფლებოაქსი-
ლოგრაფია საშუალებას იძლევა დაზუსტდეს რადიკალური მასტექ-
ტომიის შემდეგ, ზედა კიდურის შეშუპებისას ვენოზური ან ლიმფო-
გენური სტაზის მიზეზები.

პირდაპირი კონტრასტული ლიმფოგრაფია

გამოიყენება ლიმფოგენური მეტასტაზირების სადიაგნოსტიკოდ,
აგრეთვე რადიკალური ოპერაციების საკონტროლოდ. ოპერაციის
რადიკალიზმის ასამაღლებლად მიმართავენ ლიმფური კვანძების შეღებვას.
ფერადი ლიმფოგრაფიის ასეთი მეთოდი ოპერაციის დროს საშუალე-
ბას იძლევა დაინახოთ ყველა ამოსაკვეთი ლიმფური კვანძი.

არაპირდაპირი მამოლიმფოგრაფია

გამოიყენება სარძევე ჯირკვლის კიბოს დროს არაპალპირებული
ლიმფური კვანძების შემთხვევაში, განსაკუთრებით ჭარბი წონის მქონე
ქალებში, როდესაც გაძნელებულია ლიმფური კვანძების პალპაცია.

ვ.პ. ლეტიაგინის თანაავტორებთან ერთად (1997) მიერ მოწოდე-
ბული იქნა პარასტერნალური ლიმფური კვანძების ვიზუალური
დათვალიერების მეთოდი – რეტროსტერნოსკოპია. მეთოდი მდგო-
მარეობს შემდეგში: რადიკალური მასტექტომიის დროს II ნეკნთაშუა
არეში იკვეთება ნეკნთაშუა კუნთები და ხდება პარასტერნალური
სივრცის გაშიშვლება, სადაც განლაგებულია პარასტერნალური ლიმ-
ფური კვანძები. ამ სივრცეში შეჰყავთ ბავშვის ბრონქოსკოპი, რომ-
ლის მეშვეობით ხდება პარასტერნალური ლიმფური კვანძების ვი-

ზუალური დათვალიერება. გამოვლინების შემთხვევაში გადიდებული ლიმფური კვანძები ამოიკვეთება ან კეთდება პუნქცია შეზღოში მორფოლოგიური გამოკვლევისათვის.

მეტასტაზების ციტოლოგიური გამოკვლევა

ილღის გადიდებულ ლიმფურ კვანძებში პროცესის შეფასებისათვის გამოიყენება პუნქტატის ციტოლოგიური გამოკვლევა, რომელიც ნაჩვენებია იმ შემთხვევაში, როდესაც ძუძუში კლინიკურად გაძნელებულია სიმსივნური წარმონაქმნის პალპაცია და შეუძლებელია მისი პუნქცია. რიგ შემთხვევებში ძუძუში არსებული სიმსივნური წარმონაქმნის პუნქციით შეუძლებელია მორფოლოგიური ვერიფიკაცია. ამ შემთხვევაში ილღის ლიმფური კვანძის ციტოლოგიურმა გამოკვლევამ შეიძლება მოგვცეს უტყუარი დიაგნოზი, რაც საშუალებას იძლევა სწორად და დროულად დაიგეგმოს ოპერაციამდელი ქიმიო ან სხივური მკურნალობა. გარკვეული მნიშვნელობა ენიჭება ლავიწზემო ფოსოში არსებული გადიდებული ლიმფური კვანძის ციტოლოგიურ გამოკვლევას, ვინაიდან ამ კვანძების ამოკვეთა მასტექტომიის დროს არ აუმჯობესებს მკურნალობის შორეულ შედეგებს. ციტოლოგიური გამოკვლევა კი საშუალებას იძლევა სწორად განისაზღვროს მკურნალობის ეტაპები.

მეტასტაზირება შორეულ ორგანოებში. ძუძუს კიბოს დროს ხშირია მეტასტაზირება ფილტვებში. მეტასტაზირება ვითარდება ჰემატოგენური, ლიმფოგენური და ლიმფოჰემატოგენური გზებით. ნ.პ. ნეგოვსკის (1951) კლასიფიკაციით, ძუძუს კიბოს მეტასტაზირება ფილტვებში ხდება ზემოთ აღნიშნული გზებით. ფორმის მიხედვით გვხვდება სფეროსებური, კვანძოვანი (მილიარული), ინტერსტიციალური, შერეული, პნევმონიისმაგვარი მეტასტაზები. მეტასტაზები შეიძლება იყოს სოლიტარული და მრავლობითი, ლოკალიზაციის მიხედვით — ცალმხრივი, ორმხრივი, გავრცელებული.

ლ. დიმარსკის (1980) მონაცემებით, სხვადასხვა ავტორთა დასკვნების საფუძველზე რადიკალური მასტექტომიის შემდეგ ფილტვებში მეტასტაზები ვითარდება 6,3—31,8%-ში. ფილტვებში მეტასტაზები ვრცელდება პლევრალური, მედიასტინური და ლავიწქვეშა ლიმფური გზებით, ვენური სისტემით. რაც შეეხება პლევრას, აქ დისემინაცია ვითარდება ლავიწქვედა და მედიასტინური ლიმფური კვანძებიდან და რეტროგრადულად — პარავერტებლური ვენიდან ნეკნთაშუა ვე-

ნის მეშვეობით. სოლიტარულ, სფეროსებურ მეტასტაზებს აქვს მრგვალი, მკვეთრად შემოფარგლული ფორმა. უფრო ხშირია მრავლობითი მეტასტაზი ერთ ან ორივე ფილტვში. მეტასტაზები პლევრის ღრუში მიმდინარეობს სითხის დაგროვებით, რომლის დიაგნოსტიკურება ადვილია კლინიკურად და რენტგენოლოგიურად. პლევრიტის მეტასტაზური ხასიათის დასადგენად ფართოდ იყენებენ პლევრის სითხის გამოკვლევას ციტოლოგიურად.

ფილტვებში ძუძუს კიბოს მეტასტაზების გამოსავლენად ძირითადი და გადამწყვეტია რენტგენოლოგიური გამოკვლევა, რომელიც საშუალებას იძლევა დადგინდეს ფილტვის პათოლოგია კლინიკური სიმპტომატოლოგიის გამოვლინებამდე.

ძუძუს კიბოს დროს ძვლებში მეტასტაზირება, ჩვეულებრივად, მიმდინარეობს ჰემატოგენური გზით, ხოლო რაც შეეხება მკერდის ძვალს და ნეკნებს, შესაძლებელია მეტასტაზირება პირდაპირი ინვაზიით. მეტასტაზები ძვლებში უპირატესად ვითარდება მენჯის ძვლებში, ბარძაყში, ხერხემალში, ნეკნებში, მხრის ძვალში. მენჯის ძვლებიდან მეტასტაზებით ყველაზე უფრო ზიანდება თეძოს ძვალი, უფრო იშვიათად ბოქვენის, საჯდომი ძვლები. ხერხემალის მეტასტაზები უპირატესად გამოხატულია გულმკერდის ქვედა მალეების არეში, წელის ზედა მალეების არეში. ბარძაყის მიდამოში მეტასტაზირების საყვარელ ადგილად ითვლება ბარძაყის ყელი, სადაც ხშირია პათოლოგიური მოტეხილობა.

ძვლებში მეტასტაზები შეიძლება იყოს ოსტეოლიტური, ოსტეობლასტიური და შერეული. ოსტეოლიტური ფორმა, თავის მხრივ, შეიძლება წარმოდგენილი იყოს ორი რენტგენოლოგიური ფორმით — კერობრივი და ინფილტრაციული. ოსტეობლასტიური ფორმა თავის მხრივ ორი სახისაა — კერობრივი და დიფუზურ-სკლეროზული. რაც შეეხება შერეულ ფორმას, მისთვის დამახასიათებელია, როგორც ოსტეოლიტური, ისე ოსტეობლასტიური ფორმები.

ძვლებში მეტასტაზების გამოსარიცხად, უპირველესად, გამოიყენება რენტგენოლოგიური გამოკვლევა, რომელიც საშუალებას იძლევა გამოვლინდეს 1,5-2 სმ. დაზიანების კერა.

ძუძუს კიბოს დროს ჩონჩხის ძვლების დაზიანების დროული დიაგნოსტიკისათვის საჭიროა დინამიური დაკვირვება. სისხლის შრატში კიბოს ემბრიონული ანტიგენის მომატების შემთხვევაში აკადემოფებს უტარდებათ ძვლების რადიონუკლიდური გამოკვლევა. გამოკვლევას აწარმოებენ Tc^{99m} (ფოსფატით, დიფოსფატით, პოლიფოს-

ფაქტით ან პერიფოსფატიტ). ძვლების რადიოიზოტოპიულ გამოკვლევას რენტგენოლოგიურთან შედარებით აქვს მთელი რიგი უპირატესობანი მეტასტაზების ნაადრევი გამოვლინებისათვის, რის გამოც რიგი ავტორები (დიმარსკი ლ.ი. 1980) წინადადებას იძლევიან მკურნალობის დაწყებამდე ყველა ავადმყოფს ჩაუტარდეს ჩონჩხის ძვლების რადიოიზოტოპური გამოკვლევა. ამასთან ერთად, რადიოიზოტოპური ლიმფოსცინტიგრაფია არ იძლევა გარიჟიჟებებს, უვნებელია ავადმყოფისათვის და ტექნიკურად ადვილად შესასრულებელია.

ჩონჩხის ძვლების სცინტიგრაფია შესაძლებლობას იძლევა დროულად გამოვლინდეს ძვლების დაზიანება და, შესაბამისად, დაინიშნოს კომპლექსური თერაპია (ს.ს. ზამიატინი და სხვა 1996).

რაც შეეხება ღვიძლში მეტასტაზებს, მათი განვითარება ხდება კემატოგენური და ლიმფოგენური გზებით. კლინიკურად ღვიძლში მეტასტაზების დადგენა გაძნელებულია, ვინაიდან პალპაციით შეუძლებელია მცირე ზომის მეტასტაზური კვანძების გამოვლენა, მითუმეტეს, ღვიძლის სიღრმეში. შედარებით ადვილია კლინიკურად (პალპაციით) ღვიძლში უსწორმასწორო, მკვრივი, დიდი ზომის მეტასტაზური კვანძების გამოვლენა.

ღვიძლში მეტასტაზების გამოსაველენად გამოიყენება რადიოიზოტოპიული გამოკვლევა Au^{198} , ან Tc^{99m} - ფოსფატიტ, ულტრაბგერითი გამოკვლევით.

თავის ტვინში მეტასტაზირება ძუძუს კიბოს დროს ძირითადად ხდება ნეკნთაშუა ვენური სისტემის მეშვეობით. მეტასტაზების გამოვლენა შესაძლებელია კლინიკურად ნევროლოგიური სტატუსის გათვალისწინებით და მაგნიტური რეზონანსის მეშვეობით.

მეორე ძუძუს მეტასტაზირება ხდება ჯვარედინა ლიმფური გზების, აგრეთვე პარასტერნალური ლიმფური კვანძების მეშვეობით.

საერთაშორისო კლასიფიკაცია

სტადიების ზემოთ აღნიშნული კლასიფიკაცია არ არის სრულყოფილი. ამასთან, მსოფლიოს სხვადასხვა ქვეყანაში სარგებლობდნენ კლინიკური სტადიების უამრავი კლასიფიკაციით, რაც ძალზე აძნელებდა სხვადასხვა ქვეყნის კოორდინირებულ საქმიანობას, მათ შორის ინფორმაციის გაცვლის თვალსაზრისითაც, სარძევე ჯირკვლის დიაგნოსტიკის, მკურნალობის და შორეული შედეგების შესწავლის საქმეში.

გამომდინარე ზემოთ აღნიშნულიდან, კიბოს საწინააღმდეგო საერთაშორისო კავშირის საექიანური კომიტეტის ინიციატივით 1958წ შემუშავებულ იქნა კიბოს საერთაშორისო კლასიფიკაცია TNM-სისტემის მიხედვით, რომელმაც ფართოდ დაიმკვიდრა ადგილი მთელ მსოფლიოში.

დაავადების სტადიურობის განსაზღვრისათვის ახალი საერთაშორისო კლასიფიკაცია ითვალისწინებს სარძევე ჯირკვალში სიმსივნური პროცესის გავრცელების ხარისხს, რეგიონული ლიმფური კვანძების დაზიანებას და შორეულ მეტასტაზებს. აუცილებელია დიაგნოზის ჰისტომორფოლოგიური დასაბუთება. სარძევე ჯირკვალში სიმსივნის ლოკალიზაციის მიხედვით არჩევენ:

დერილი

ცენტრალური ნაწილი

ზედა შიგნითა კვადრანტი

ქვედა შიგნითა კვადრანტი

ზედა გარეთა კვადრანტი

ქვედა გარეთა კვადრანტი

აქსილარული არე

რეგიონული ლიმფური კვანძები

1) ღონე I (ილლიის ქვემოთ) – ლიმფური კვანძები განლაგებულია ლატერალურად, მკერდის მცირე კუნთის განაპირა საზღვართან შეფარდებით.

2) დონე 2 (ილლიის საშუალო) – ლიმფური კვანძები განლაგებულია მკერდის მცირე კუნთის მედიალურ და ლატერალურ კიდეებს შორის და ინტრაპექტორალურად (როტერის მეტასტაზები).

3) დონე 3 (ილლიის აპიკალური ნაწილი) – ლიმფური კვანძები განლაგებულია მედიალურად მკერდის მცირე კუნთის კიდესთან, ლაიწქევა და აპიკალური ლიმფური კვანძების ჩართვით.

შენიშვნა: ინტრამამარული ლიმფური კვანძები განიხილება, როგორც აქსილარული.

II სარბევე ჯირკვლის შიგნითა ლიმფური კვანძები (დაზიანების მხარეს) განლაგებულია ენდოთორაკალურ ფასციამ, ნეკნაშუა სივრცეში, მკერდის ძელის კიდის გასწვრივ. მეტასტაზებით დაზიანებული ყველა დანარჩენი ლიმფური კვანძი, ლაიწქევა, კისრის ან კონტრალატერალური შიგნითა ლიმფური კვანძების ჩართვით, აღინიშნება როგორც M.

პირველადი სიმსივნე აღინიშნება T სიმბოლოთი – Tumor, რეგიონულ ლიმფურ კვანძებში მეტასტაზები ასოთი – N., შორეული მეტასტაზების გამომხატველია სიმბოლო – M.

ძუძუს TNM კლასიფიკაცია

პირველადი სიმსივნე (T):

T_x – არ არის საკმარისი მონაცემები პირველადი სიმსივნის შესაფასებლად.

T – სიმსივნე სარბევე ჯირკვალში არ ისინჯება.

T_0 – პრეინვაზიური კარცინომა (Carcinoma in situ). ინტრადუქტური კარცინომა, პეჯეტის დაავადება დერილის არეში სიმსივნური წარმონაქმნის გარეშე.

T_1 – სიმსივნე არ აღემატება 2სმ-ს.

T_1^a – სიმსივნე 0,5სმ-მდე.

T_1^b – სიმსივნე 0,5სმ-დან 1სმ-მდე.

T_1^c – სიმსივნე 1სმ-დან 2სმ-მდე.

T_2 – სიმსივნე 2სმ-დან 5სმ-მდე.

T_3 – სიმსივნე 5სმ-ზე მეტი.

T_4 – ნებისმიერი ზომის სიმსივნე, რომელიც ვრცელდება გულმკერდის კედელში ან კანში.

შენიშვნა: გულმკერდის კედელში შედის ნეკნები, ნეკნთაშუა კუნთები და წინა დაკბილული კუნთი, მაგრამ გულმკერდის კუნთების გარეშე.

T_4^a სიმსივნე გავრცელებულია გულმკერდის კედელში.

T_4^b გამოხატულია შეშუპება („ლიმონის ქერქის“ ჩათვლით) ან ძუძუს კანი დაწყლულებულია, ან სატელიტები კანში.

T_4^c ზემოთ აღნიშნული ორთავე ნიშნების ერთობლიობა.

T_4^e კიბოს ანთებადი ფორმა.

შენიშვნა: სარძევე ჯირკვლის ანთებადი პროცესი ხასიათდება კანის დიფუზური გასქელებით, მკერივი კიდეებით. ჩვეულებრივ, სიმსივნური წარმონაქმნები არ იხიანება. თუ კანის ბოფსიით სიმსივნე ვერ დადგინდება და არ არის გამოხატული ლოკალური სიმსივნური წარმონაქმნი, პათომორფოლოგიური კლასიფიკაციით გამოიყენება კატეგორია pT_x , ხოლო კლინიკური კლასიფიკაციით T_4^e კატეგორია pT -ს შესაფასებლად განიხილება ინვაზიური კომპონენტი.

თუ გვაქვს დიდი სიბრტყითი კომპონენტი (4სმ-დე) და მცირედი ინვაზია (0,5სმ-დე), მაშინ სიმსივნე აღინიშნება T^a . კანის ჩაბრუნება, დერილის რეტრაქცია ან კანის სხვა ცვლილებები T^b -ს გარდა, შეიძლება შეფასებულ იქნეს, როგორც T_1, T_2 და T და არ მოქმედებენ კლასიფიკაციზე.

N—რეგიონული ლიმფური კვანძები

N_x — არ არის საკმარისი მონაცემები რეგიონული ლიმფური კვანძების მდგომარეობის შესაფასებლად.

N_0 — დაზიანების მხარეს ილლიის ლიმფური კვანძების მეტასტაზებით დაზიანება არ აღინიშნება.

N_1 — ილლიის მოძრავ ლიმფური კვანძებში დაზიანების მხარეს იხიანება მეტასტაზები.

N_2 — ილლიის ლიმფური კვანძები შეზორცებულია ერთმანეთთან ან სხვა სტრუქტურებთან და განიხილება, როგორც მეტასტაზური.

N_3 — მეტასტაზები სარძევე ჯირკვლის შიგნითა კვანძებში აღინიშნება დაზიანების მხარეს.

M—შორეული მეტასტაზები

M_1 — არ არის საკმარისი მონაცემები შორეული მეტასტაზების განსაზღვრისათვის.

M_0 — არ არის შორეული მეტასტაზების ნიშნები.

M_1 —ადგილი აქვს შორეულ მეტასტაზებს (ლაეციწიხმო ლიმფური კვანძების მეტასტაზების ჩათვლით).

M კატეგორია შეიძლება შევსებულ იქნეს ცალკეული მეტასტაზების ლოკალიზაციასთან დაკავშირებით:

ფილტვები-Pul.	ძეღის ტვინი-Mar.
ძელები-Oss.	პლევრა-Ple.
ღვიძლი-Hep.	მუცლის ღრუ-Per.
თავის ტვინი-Bra.	კანი-Ski.
ლიმფური კვანძები-Lym.	და სხვა-Oth.

pTNM—ოპერაციის შემდგომი

ჰისტომორფოლოგიური კლასიფიკაცია.

pT — პირველადი სიმსივნე.

pT — კატეგორიები შეესაბამებიან T კატეგორიებს.

pN — რეგიონული ლიმფური კვანძები.

pN_x — არ არის საკმარისი მონაცემები რეგიონული ლიმფური კვანძების მდგომარეობის შესაფასებლად.

pN_0 — არ არის რეგიონული ლიმფური კვანძების დაზიანების მონაცემები.

pN_1 — მოძრავ აქსილარულ ლიმფურ კვანძებში დაზიანების მხარეს გამოვლინებულია მეტასტაზები.

pN_{1a} — 0,2სმ ან ნაკლები ზომის მიკრომეტასტაზები.

pN_{1b} — მიკრომეტასტაზები ერთ ან რამდენიმე ლიმფურ კვანძებში 0.2სმ-ზე მეტი ზომის.

pN_{1c} — მეტასტაზები 0,2სმ-ზე მეტი ზომის 1-3 ლიმფურ კვანძებში.

pN_{1d} — მეტასტაზები 2სმ-ზე მეტი ზომის 4 ან მეტ ლიმფურ კვანძში.

pN_{1e} — მეტასტაზები 2სმ-ზე ზომისა ვერცელდება ლიმფური კვანძის კაფსულის გარეთ

pN_{1f} — მეტასტაზებით დაზიანებულია 2სმ-ზე და მეტი ზომის ლიმფური კვანძები.

pN_2 — გამოვლინებულია მეტასტაზები ერთმანეთთან ან სხვა სტრუქტურებთან შეხორცებულ აქსილარულ ლიმფურ კვანძებში დაზიანების მხარეს.

pN_3 — მეტასტაზები სარძევე ჯირკვლის შიგნითა ლიმფურ კვანძებში.

pM — შორეული მეტასტაზები.

pM-შეესაბამება M კატეგორიას.

სტადიულ დაჯგუფება.

O სტადია	T _{is}	N ₀	M ₀
I სტადია	T ₁	N ₀	M ₀
II ^a სტადია	T ₀	N ₁	M ₀
	T ₁	N ₁	M ₀
	T ₂	N ₀	M ₀
II ^b სტადია	T ₂	N ₁	M ₀
	T ₃	N ₀	M ₀
III ^a სტადია	T ₀	N ₂	M ₀
	T ₁	N ₂	M ₀
	T ₂	N ₂	M ₀
	T ₃	N ₁	M ₀
	T ₃	N ₂	M ₀
III ^b სტადია	T ₄ ნებისმიერი	N	M ₀
	T ნებისმიერი	N ₃	M ₀
IV სტადია	T ნებისმიერი	N	M ₁

შენიშვნა: ავადმყოფების პროგნოზი - pN₁-ის და pN₀-ის დროს იდენტურია.

- G – პისტოპათოლოგიური დიფერენცირება.
- G_x – დიფერენცირების ხარისხის დადგენა ვერ ხერხდება
- G₁ – დიფერენცირების მაღალი ხარისხი.
- G₂ – დიფერენცირების საშუალო ხარისხი.
- G₃ – დიფერენცირების დაბალი ხარისხი.
- G₄ – არადიფერენცირებული სიმსივნეები.

გამოყენებული ლიტერატურა

1. ვეფხვაძე რ.ა. სამედიცინო თერმოგრაფია, თბილისი, საბჭოთა საქართველო, 1975წ.
2. კ. მაღიჩი სარძევე ჯირკვლის კიბოს ავადობის, პროფილაქტიკის და მკურნალობის ზოგიერთი აქტუალური ასპექტი წიგნში "ლევან ჩარკვიანი", 1998, 114-119.
3. სიხარულიძე ა., მაღიჩი კ., ხახანაშვილი გ. და თანაავტორები. სარძევე ჯირკვლის კიბო და ორსულობა. მე-5 რესპუბლიკური სიმპოზიუმი საკავშირო და საერთაშორისო მონაწილეობით. თბილისი 1990, 121.
4. ტატიშვილი დ. მუცლის ღრუს ორგანოების და რეტროპერიტონეალური სივრცის ულტრაბგერითი ტომოგრაფია. 1991, 5-21.
5. Баженова А.П., Островцев Л.Д., Хаханашвили Г.Н. Рак молочной железы. Москва, 1985, 3-269.
6. Баженова А.П., Хаханашвили Г.Н. Болезнь Педжета-рак молочной железы, Медицина, 1975, 3-110.
7. Берзин С.А., Демидов С.М., Гушко Л.С. и др. Усовершенствование классификации рентгенографических изображений паренхимы молочных желез. "Вопросы Онкологии", Т.37. №4, 1991, 491-494.
8. Берзин С.А., Лисьева С.Д., Демидов С.М. Возможности ультразвукового исследования в выявленных предопухолевых и опухолевых заболеваний протоков молочной железы. "Российский Онкологический журнал", 3, 1997, 54-56.
9. Богаевский О.Я. Рентгенологическое исследование молочной железы. Труды Киевского мед. ин-та. Киев, 1935, с.127-130.
10. Богин Ю.Н., Попов Е.А. Термография в дифференциальной диагностике опухолей молочных желез. Хирургия, 1974, 8, 20-23.
11. Бражников Н.Н., Лиденбратен Л.Д. Рентгеновская и радиоизотопная диагностика заболеваний молочных желез. М., Медицина, 1965, 183.
12. Бурдина Л.М. Клинико-рентгенологические особенности и группы риска заболеваний молочных желез у больных с нейроэндокринной генитальной патологией. "Вопросы онкологии". Т.42, 3, 1996, 75-79.
13. Вагнер Р.И., Герасименко В.Н., Зырянов Б.Н. и соавт. Актуальные проблемы клинической онкологии и пути их решения. "Вопросы онкологии" Т.37.7-8, 1991.

14. Вепхвадзе Р.Я. Применение термографии в онкологической практике. "Актуальные вопросы рентгенологии и радиологии", 1981, т.3,3-9.

15. Вепхвадзе Р.Я., Лалашвили К.Я., Капанадзе Б.Б. и др. Термодиагностика опухолевых процессов молочных желез с применением ЭВМ. "Актуальные вопросы рентгенологии и радиологии", 1981, т.3,9-11.

16. Веснин А.Г. Терещенко А.О. Эхографическая семиотика рака молочной железы. "Вопросы онкологии", т.36, 8, 1990, 974-979.

17. Ветшев П. С., Кузнецов Н. С, Бельцевич Н. и др. Диагностика и лечение кист молочных желез. Хирургия, 1998,7,7-11.

18. Гешелин С.А., Войно-Ясенецкая О.В. Пункционная биопсия молочной железы. „ Вопросы онкологии,„ Т.37,№4, 1991, 487-490.

19. Гильберт Г.П. Маммография и ее значение в диагностике заболеваний грудной железы. Дисс. канд. Свердловск, 1946.

20. Демидов В.П., Островская И.М., Липкович В.С. и соавт. Диагностические аспекты листовидных опухолей молочных желез."Вестн. рентген. и радиол.", 1984, 4, 69-71.

21. Денисов Л.Е. Панина И.Г. Применение ультразвукового исследования для диагностики патологических образований молочных желез. "Вестн рентгенол", 1, 1987, 50-54.

22. Дорофеев А.В. Эхография как метод оценки состояния регионарного лимфатического аппарата у больных раком молочной железы. I съезд онкологов стран СНГ, часть II, 1996, 489.

23. Ермолаева А.Г, Агамова К.А. Ошибки цитологической диагностики рака основных локализаций и пути их предупреждения. I съезд онкологов стран СНГ. Часть I, 1996, 119-120.

24. Завражина И.Н. Термографическая диагностика рака молочной железы. "Мед. радиология", 1978, 10, 61-72.

25. Зайцев А.Н., Веснин А.Г., Семиглазов В.Ф. и соавт. Комплексная лучевая диагностика рака молочной железы. I съезд онкологов стран СНГ, часть I, 1996, 230-231.

26. Замятин С.С., Олийниченко Г.П., Полякова Н.И., Ещенко В.П. Радионуклидные методы в диагностике и лечении больных раком молочной железы с метастазами в кости. I съезд онкологов стран СНГ, часть II, 1996, 492.

27. Золотова В.И., Мовзалевская Т.Е., Суворова Л.А. Возможности комплексного обследования при выявлении патологии молочных желез в условиях поликлиники. I съезд онкологов стран СНГ, часть I, 1996, 231.

28. Игошев И.П., Марчешек С.В., Павлова Л.С. и др. Инфракрасная и сверхвысокочастотная термография при раке молочной железы. "Мед. радиология", 1985, 7, 63-65.

29. Керимбекова Л.А. Горджиев Г.М. Ультразвуковая диагностика при патологии молочных желез. I съезд онкологов стран СНГ часть I, 1996, 234.

30. Клюджиев В., Ченгелиев В., Жечев В. Локальная радиометрия опухолей молочной железы. Мед. радиология, 1989, 34, 8, с.45-47.

31. Кукин Н.Н. Диагностика и лечение заболеваний молочной железы. М. Медицина, 1972, 240 с.

32. Куница Т.А., Конапацкова О.Н. Контроль абластичности радикальной мастэктомии цитологическим методом. Хирургия, 1981, № 4, 44-47.

33. Левшин В.Ф., Дрожжачих В.Г., Федичкина Т.П. и соавт. Сравнительное изучение эффективности различных методов маммологического скрининга. I съезд онкологов стран СНГ, часть I, 1996, 55-56.

34. Летягин В.П. и соавт. Рак Педжета молочной железы: новые подходы к классификации и лечению В. кн. Современные методы диагностики и лечения злокачественных опухолей молочных желез и желудочно-кишечного тракта. Рига, 1990, 16-17.

35. Летягин В.П., И.В.Высоцкая., А.А.Легков и соавт. Рак Педжета. В кн. "Лечение доброкачественных и злокачественных заболеваний молочной железы", Москва. 1997, 183-197.

36. Линденбратен Л.Д., Зальцман И.Н. Выявление непрощупываемых раков молочной железы. "Вопросы Онкологии", 1972, 1, с.17-22.

37. Мадич К.К., Хаханашвили Г.Н., Сихарулидзе А.В. и соавт. диагностика начальных (пальпируемых) форм рака молочной железы. IV Национальный Онкологический Конгресс с международным участием. София, 1985, 144-145.

38. Мадич К.К., Хаханашвили Г.Н., Сихарулидзе А.В. К вопросу диагностики начальных форм рака молочной железы. В сб: "Вопросы организации противораковой борьбы, профилактики и диагностики злокачественных опухолей". 1985, 93-101.

39. Мадич К.К., Хаханашвили Г.Н., Сихарулидзе А.В. Организационные пути выявления ранней онкологической патологии молочных желез. В сб. "Современные вопросы организации противораковой борьбы, профилактики и диагностики злокачественных опухолей" 1987, 23-29.

40. Мазурин В.Я., Хонелидзе Г.Б. Активная термография в диагностике рака молочной железы. "Вопросы онкологии" Т.35. 1989, №10, 1229-1231.

41. Муратходжаев Н.К. Махмудов С.Ф. Дусмуратов А.М. Роль эхографии в выявлении рака молочной железы. "Вопросы онкологии", №3, 1991, 357-359.

42. Новик В.И., Семиглазов В.Ф., Красильникова Л.А. и др. Результаты цитологической диагностики опухолей молочных желез. "Вопросы онкологии", 1998, Т.44, №1, 108-112.

43. Озерова О.Е. Торлина В.Е. Применение эхо-и термографии при различных заболеваниях молочной железы. "Клин.мед.", №3, т65. 1987, 105-109.

44. Орлов А.А., Кондратьев В.Б., Семиглазов В.Ф. и др. Термография в комплексной диагностике минимальных раков молочной железы. "Вопросы онкологии", 1984, 6, 63-67.

45. Плетнев С.Д., Мазурин В.Г. Роль термографии в профилактических осмотрах и диагностике рака молочной железы. Всесоюзный Симпозиум "Системный патогенетический подход к профилактике, ранней диагностике и лечению гормонозависимых опухолей у женщин", Новгород, 1988, 48.

46. Погодина Е.М., Летагина Г.В. и соавт. Рак Педжета молочной железы (современные подходы к клинике, диагностике, лечению). М., Маммология, 1994.

47. Рожкова Н.И. Рентгенодиагностика заболеваний молочной железы. м.1993.

48. Рожкова Н.И. Харченко В.П. Якобс Л.В. Лучевая диагностика узловой мастопатии. "Маммология", 1994, 4, 10-14.

49. Рожкова Н.И., Харченко В.П., Якобс Л.В. Лучевая диагностика узловой мастопатии. "Маммология", 1994, 4, 10-14.

50. Сергеев С.И. Власов П.В. Островская И.М. Комплексная диагностика рака молочной железы. Москва, 1978, 3-222.

51. Сергеев С.И., Власов П.В., Островская И.М. Комплексная диагностика рака молочной железы. Москва, Медицина, 1978, 22-27.

52. Сихарулидзе А.В., Немсадзе Г.Г., Биланшвили В.Г., Сихарулидзе И.Ю. Рак Педжета молочной железы с поражением соска. Georgian medical news. 1998. 4, (37). 3-4.

53. Сихарулидзе А.В., Мадич К.К., Гогоберидзе Д.А., Сихарулидзе И.Ю. Рак молочной железы in situ. Georgian medical news. 1998. 4, (37). 5-6.

54. Трофимова Е.Ю. Борисов В.И. Трофимова А.А. Ультразвуковое исследование в оценке химиотерапии у больных раком молочной железы. I съезд онкологов стран СНГ часть II, 1996, 519.
55. Трофимова Е.Ю. Ультразвуковая диагностика рака молочной железы. "Российский онкологический журнал", 6, 1997, 26-29.
56. Харченко В.П. Рожкова Н.И. Фролов И.М и другие. Роль сонографии в дифференциальной диагностике заболеваний молочной железы, сопровождающихся микрокальцинатами. Российский Онкологический журнал, 1997, 12-16.
57. Харченко В.П., Рожкова Н.Ч., Селиверстов А.А. Рак и рентгеноструктурные типы молочных желез. "Российский Онкологический Журнал", №5, 1997, 30-34.
58. Хаханашвили Г.Н., К.К.Мадич., А.В.Сихарулидзе и соавт. К вопросу диагностики Туберкулеза молочной железы. В сб. Новые подходы к организации противораковой борьбы, диагностике и профилактике злокачественных опухолей, 1989, 20-24.
59. Хаханашвили Г.Н. Анализ ошибок диагностики рака Педжета. "Хирургия", 1969, 9, 17-21.
60. Хинт Э.К. Программа раннего выявления рака молочной железы. "Вопросы Онкологии", Т.38, №3, 362-366, 1992.
61. Цыб А.Ф. Тленщук Г.К. Современные методы получения изображения в диагностике рака молочной железы. "Вопросы онкологии", т.35. 1989. 387-394.
62. Шумаков А.Г., Некрасов П.Я., Лобода В.И, и др. Комплексная диагностика рака молочной железы. "Вопросы онкологии", Т.30, 1984. 2, 90-93.
63. Amalric R., Giraud D., Altschuler. Thermographie infrarouge du cancer minimal du sein. "Vie. med", 1989, vol. 61, №10, p. 817-820.
64. Apesteguia L., Mellado M.T., Inchusta M.I. et al. Mammographic demonstration of steatocystoma muluplex. Eur. Radiol. 1998, №4, 8, 647-648.
65. Asteria C.R., Caforio M., Bertani M., et al. La localizzazione con infissione d aghr dei carcinomi occulti della mammela. Valutazione della metodica nell esperienza acquisita. "Minerva med", 1989, 80, №8, 893.
66. Beecroft Wayne A. Screening for breast cancer. Manit. Med. 1988, 58. №3, с.98-101.
67. Best J.J.R., Isherwood I., Asbury D.L. Computed tomography of the breast. "Clin. Oncol." 1978, v. 4. p. 173-178.

68. Bock E., Palazzoni G., Marcelli G., Romani M. Radiological and ultrasonographical diagnosis of inflammatory breast cancer. "Rays", 1988, 13, №2, 53-57.
69. Brichert - Toft H. et al. Carcinoma in situ mammae. Ugeskr. Zaeger, 1990, 25, 1803-1806.
70. Clement J. F., Graic V., Halkin E., et al. Apport de la radiologie au diagnostic du cancer infraclinique du sein. A propos de cinquante-six cas "Sem. Hop. Paris", 1986, 62, №7, 441-443.
71. Cole-Benglet C., Golderg B.B., Kurtz A.B. Ultrasound mammography: a comparison with radiographie mammography. "Radiology", 1981, vol. 139, 3, p. 693-698.
72. Colin C., Schaaps J.P., Philippart D. Interpretation des calcifications mammaires par l'echographie. "Sem. Hop. Paris"-1980, vol. 56, №29-32, p. 1266-1270.
73. Dabski K., et al. Pajet's disease of the breast presenting as a cutaneous horn. J.Surg. Oncol., 1985, 29, №4, 237-239.
74. Davies R.J., A Hern R. P., Parsons C.A., et al. Mammographic accuracy and patient age: a study of 297 patients undergoing Breast biopsy. "Clin-Radiol; 1993, 47(1), p.23-5.
75. Dodd D. Is screening mammography indicated for women between 40 and 50 yeacs of age" J. Fam. Pract, 1988, 27, 3, 313-320.
76. Dodd G.D., Zermeno., Wallace J.D., et al. Breast thermography-The state of the art. Current Problems in Radiology, 3, 1-47, 1973.
77. Evasus A.S. et al. A comparison of the mammographic carcinoma in situ. Klin. Radiol., 1993, 48, 5, 351.
78. Ferrari P., Bargelini A., Messori D., Favero A., Puntualizzazione sull'ecotomografia mammaria. "Minerva med". 1990, 81, №3, 5-12.
79. Finley J.L., Silverman J.F., Lannin D.R., Fine-needle aspiration cytology of breast masses in pregnant and lactating women. "Diagn. Cutopathol", 1989, 5, №3, 255-259.
80. Frischbier H., Karcher K., Die bedeutung der rontgenaufnahme beim morbus Paget der weiblichen Brust. "Med. Klin." 1960, Bd 55, s.2076-2078.
81. Friss Merete., Dahl Claus., Christensen A. H., et al. Ikke-palpable mammatumorer povist ved mammografi. "Ugeskr. Laeger". 1989, 151, №16, 988-989.
82. Gairard B. et al. Clinikal symptoms and screening procedures. Mastol. 88: Proc. 1 st Eur. Congr., Atheus 27-30 March, 1988-Amsterdam.
83. Galati G., Martinazzoli A., Anania F, et al. Valadita attuale e prospettive della citologia per ago-aspirazione nella diagnostica della

patologia neoplastica della mammella. Revisione della letteratura e contributo personale. "G. ital. senol". 1989, 10, №3-4, 69-76.

84. Gershon-Cohen J., Hermel M., Birsner J.W. Advances in mammographitechnique. "Amer. J. Roentgenol", 1970, v. 108, p.424-427.

85. Gibson J.R., Pegum J.S., Baker H. et al. Multifocal extramammary Pajet's disease. J. Roy. Soc. Med. 1983, 76, №5, 426-427.

86. Graham L.H., Fine-needle biopsy in mammografically detected non-palpable lesions. "Lancet", 1989, №8659, 384.

87. Grio R., Depascale A., Rustichelli S., et al. Validita e limiti della galattografia nello studio della mammella secernente. "Minerva ginecol", 1982, 34, 7-8, 577-582.

88. Gros C. Les maladies du sein. Paris, 1963.

89. Grumbach V., Baratte B. Place de l'echographie mammaire en senologie. "Rev fr gynecol. et obstet. 1989, 84, №10, 673-683".

90. Gulliot B., Gulhou J.J., Meynadier J. Maladie de Pajet mammaire et extramammaire. Concour med. 1982, 104, №14, 2217-2223.

91. Haagensen C. Diseases of the male breast Philadelphia - London, 1956.

92. Hall F.M., Storella J.M., Silverstone D.Z. et al. Nonpalpable breast lesions: Recommendations for biopsy based on suspicion of carcinoma at mammography. "Radiology", 1988, 167, №2, 353-358.

93. Hall F.M. Mammography in the diagnosis of in situ breast carcinoma. Radiology, 1988, 168, 1, 279-280.

94. Hallgrimsson P., Koresen R., Artun K., et al. Non-palpable breast lesions. Diagnostic criteria and preoperative localization. "Acta radiol". 1988, 29, №3, 285-288.

95. Heathfield H.A., Kirkham N., Ellis L., et al. Computer assisted diagnosis of fine needle aspirate of the breast. "J.Clin. Pathol". 1990, 43, №2, 168-170.

96. Hermann G., Janus Cynthia., Schwartz I.S., et al. Occult malignant breast lesions in 114 patients: relationship to age and the presence of microcalcifications. "Radiology", 1988, 169, №2, 321-324.

97. Hrgovic Z., Schmidts H.L., Bockler H. Uber die Pathogenese, Klinik, Morphologie, Therapie und Prognose der phylloiden Tumoren der Mamma "Zbl. Gynakol", 1986, 109, №1, 54-59.

98. Huch R.A., W.Kunzi., J.F.Debatin. et al. MR imaging of the augmented breast. Eur. Radiol. 1998, №3, 8, 371-376.

99. Huttner J., Berndt H., Eichhorn H., The value of mammography for clinical TNM staging of breast cancer. "Arch. Geschwulstforsch", 1973, Bd 41, s.228-231.

100. Inwang E.R., Fentiman J.C., Pagets disease of the nipple "Brit. J. Hosp. Med. 1990, p.44,6,392-395.
101. Isard H.J., Becker W., Shilo R., Ostrum B.J. Breast thermography after four years and 10 000. Studies. "Amer. J. Roentgenol". 1972, v.115. p. 811-831.
102. Jutras A., Fischgold H. Amelioration et reproduction des radiographies par modulation electronique. Paris, 1958.
103. Kacl G.M., P.F.Liu., J.F.Debatin. et al. Detection of breast cancer with conventional mammography and contrast-enhanced MR imaging. Eur. Radiol. 1998, №2, 8, 194-200.
104. Kaizer L., Fischele E.K., Hunt J.W. et al. Ultrasonographically defined parenchymal patterns of the breast relationship to mammographic patterns and other risk factors for breast cancer. "Brit. J. Radiol", 1988, 61, №722,118-124.
105. Katoh Taky. Анализ ложноположительных и ложноотрицательных результатов цитологического исследования материала аспирационной пункции поражений протоков молочной железы. "Jap. Med. Technol, 1989, 38, №8, 1-6.
106. Kee F., Gorman D., Oding-Smee W. Evaluating the Breast screening programme: The need for surgical audit. "J-R-Soc-Med" 1993, 86(2), p.79-82.
107. La Vecchia C., Negri E., Bruzzi et al. The Impact of Mammography on breast cancer detection. "Ann-Oncol", 1993, 4, (1), p.41-4.
108. Lamb J., Anderson T.J., Influence of cancer histology on the success of fine needle aspiration of the breast. "J. Clin. Pathol". 1989, 42, №7, 733-735.
109. Lawson R. Implications of surface temperatures in the diagnosis of breast cancer. "Canad. med. Ass'., 1956, v.75. p. 309.
110. Leborgne R. Estudio radiologico de la glandula mamaria. "Arch. urug. Med." 1947. v.30. p.52-63.
111. Lopez Ridz J. A., Martinez Alvarez A., Marco Cacho A., et al. La mamografia y el cancer de mama (a proposito de 100 patients). "Gac. med. bilbao" 1985, 82, 2, 73-88.
112. Ludwig D., Trottschel H., Gmelin E. Die Wertigkeit der Sonographie in der Dignitatsbeurteilung solider Mammatumoren. "Fortschr. Geb. Roentgenstr. und neuen bildgebend. Verfah", 1989,151, №6, 681-687.
113. Madich K.K., Khakhanashvili G.N., Sikharulidze A.V. et al. Results of complex diagnosis of breast cancer AT Stage I-II¹ (T₁, N₀M₀) 14 Th international Cancer Congress. Budapest. 1986, 1221.

114. Mammele N., Lacour A., Anes A. et al. Les experiences de depistage de masse du cancer du sein par mammographie en France. "Rev. Epidemiol. Sante publique", 1994, 42(1), 34-49.

115. Marzullo F., Simone G., Rella G., et al. Valore e accuratezza della diagnosi citologica su agoaspirati nel carcinoma mammario. Revisione critica di 544 casi consecutivi. "Folia oncol", 1988, 11, №4, 439-446.

116. Meisels A. Fine needle aspiration cytology of the breast: is it worthwhile" "Acta cytol", 1988, 32, №5, 750.

117. Menges V., Frank P., Prager P., Zahlenmassige Zunahme von Mikroverkalkungen, ein wichtiges rontgendiagnostisches Kriterium fur das okkulte Mammakarzinom. "Forschr. Rontgenstr", 1976, Bd 124, s.372-378.

118. Michaud Ph., Chave B., Lemaire B., et al. Les tumors phyllodes du sein. "Rev. fr. gynecol. et obstet", 1989, 84, №12, 944-948.

119. Moskowitz M. Thermography as risk indicator of breast cancer. Results of a study and a reiew of the recent literature. "J. Reprod, Med". 1985, 30, №6, 451-459.

120. Murad Tariq M., Hines James R., Beal John., et al. Histopathological and clinical correlations of cystosarcoma phyllodes. "Arch. Pathol., and Lab. Med", 1988, 112, №7, 752-756.

121. Murmis V. Goldberg., Gisvold J.J., Kinter T.M., et al. Texture analysis of ultrasound B-scans to aid diagnosis. of cancerous lesions in the breast. "Ultrason. Symp., Chicago". 1988, Proc. vol. 1-2. 839-842.

122. Nanni M.R., Mentasti M. Cistosarcoma fillode della mammela. "G. ital. senol". 1983, 4, №2, 176-186.

123. Nevell R., Dodd D., Fink D., Screening mammography, a public health practice J. "Cancer Bull", 1988, 40, 1, 56-58.

124. Olson S., Fam W., Winter F., et al. Breast calcifications: analysis oimaging properties "Radiology", 1988, 169, 2, 329-332.

125. Otto R.C. (Value of ultrasound in breast diagnostics). Stellenwert des ultraschalls in der mammadiagnostik. "Bildgebung", 1993, 60, (4), 263-6.

126. Pamilo M., M. Soiva., L. Antinen., et al. Эхография пораженной молочной железы, выявленных при скрининговой маммографии. Маммография, 1993, 4, 14-23.

127. Poindron Pierre.. Cancer du sein: depistage mal fait. Sci. et vie. 1989, №865, c.61-65.

128. Puig T.X., Bianchi C.A., Drudis Z. T. et al. La citologia por puncion aspiracion como metodo de diagnostico preoperatorio en patologia tumoral mamaria. "Med. clin". 1987, 88, 5, 16-19.

129. Rebner M., Raju I. et al. Noninvasive breast cancer "Radiology", 1994, 190 (3), 623-31.

130. Rhippsk et al. In situ carcinoma of the breast. Brit. J. Hosp. med., 1990, 44, 3, 168-172.

131. Rocek V.V., Sera D., Vojacek K., et al. Zur Problematik des Cystosarcoma phyllodes. "Fortschr. Geb. Rontgenstr. und Nuklearmed", 1981, 134, №3, 232-237.

132. Rosner D., Wiess L., Norman M. Ultrasonography in the diagnosis of breast disease. "J. Surg. Oncol.", 1980, vol. 14, №1, p.632-635.

133. Rummel W., Kindermann G., Egger H. Mikrokalk in der Mammographie operative Abklärung und histologische Befunde. Zum problem der Mammographie operative Abklärung und histologische Befunde. Zum problem der Diagnose des okkulten Mammokarzinoms. Geburtsch. u. Frauenheilk., 1976, Bd 36, №12, s. 1053-1061.

134. Saarela A.O., Rissanen T.J., Kiviniemi H.O. et al. Mammographic and ultrasonographic findings in bilateral breast cancer: a comparative study. Eur. Radiol. 1998, №4, 8, 634-638.

135. Salomon A. Beitrage zur pathologie und Klinik der Mammacarcinome "Arch. klin chir." 1913, Bd 101, s.573-668.

136. Salvadori Bruno., Cusumano Fabio., Del Bo Romualdo. et al. Surgical treatment of phyllodes tumors of the breast "cancer", 1989, 63, №12, 2532-2536.

137. Schoenberger S. G., Sutherland M., Robinson A.E. Breast neoplasms Duplex sonographic imaging as an adjuet in diagnosis. "Radiology", 1988, 168 №3, 665-668.

138. Seabold P.S. Roentgenographic diagnosis of diseases of breast. "Surg. Gynec. abstet", 1931, v. 53, p. 461-468.

139. Smola M.G., Steindorfler P., Rosanelli G., et al. Chirurgische Operationstaktik bei nichtpalpabien Mammatumoren. "Acta chir. austr". 1988, 20, №3, 122-123.

140. Strax Philip., Control of breast cancer through mass screening: from research to action, Cancer, 1989, 63, №10, c 1881-1887.

141. Tabar Laszlo, The present state of screening for breast cancer. Semin. Surg. Oncol. 1989, 5, №2. c.94-101.

142. Tocci B., Abbondante G., Buzzi M., et al. Aspetti ecografici dei Carcinomi mammari. Esperienza su 119 casi "G. ital. senol. 1989.10. №1-2, 23-27.

143. Tristaino B., Rulli A., Costa A. M., et al. Valore diagnostico delle microcalcificazioni nella patologia tumorale della mammella. "Acta chir.ital.", 1988, 44, 4, 631-646.

144. Ulmer H.U., Frischbier H.J., The role of thermography in the identification of high-risk groups in breast cancer. "Breast Disease 1987, 1, №1, 19-27.

145. Venta L.A., Dudiak C.M., Salomon C.G., et al. Sonographic evaluation of the Breast. "Radiographics", 1994, 14, (1), 29-50.

146. Vitak B. Invasive interval cancer in the Ostergotland Mammographic Screening Programme: radiological analysis. "Eur. Radiol. №4, 1998, 639-646.

147. Vitoc C., Galatuir N., Ghilezan N. Boala Paget a Sinuli-Experienta Institutului Oncologic Cluj- napoca comparata cu date din literatura. Oncologia, 1989, 28, №2, 147-160.

148. Vizzone A. L' ultrasonografia della mammella. "Patol e ciin ustet. e ginecol"-.1988, 16,6,434-436.

149. Walker T.M. et al. Nonpalpable breast lesions: Marking of surgical specimens pathology. Clin. Radiol., 1992, 45, 3, 179-180.

150. Walnebo H., Huvos A., Urban J. Proceedings: Treatment of minimal breast cancer. "Cancer", 1974, v.33, p.349-357.

151. Warren S.L. Roentgenologic study of breast. "Amer J. Roentgenol", 1930, v.24, p.113-124.

152. Wilhelm Morton C., de Paredes E.S., Pope T., et al. The changing mammogram. "J. Arch. Surg", 1986, 121, №11, 1311-1314.

153. Wolfe J. N., Saftlas A., Salane M. Mammographic parenchymal pattern and quantitative evaluation of mammographic densities: A case-control study. "Amer. J. Roentgenol", 1987, vol. 148, 6, p. 1087-1092.

154. Zuk J.A., Maudsley G., Zakhour H.D. Rapid reporting on fine needle aspiration of breast lumps in outpatients. "J. Clin. Pathol". 1989, 42, №9, 906-911.

შინაარსი

1. შესავალი	4
2. I თავი — კლინიკური დიაგნოსტიკა	5
3. II თავი — რენტგენოლოგიური დიაგნოსტიკა	22
4. III თავი — ციტოლოგიური დიაგნოსტიკა	41
5. IV თავი — თერმოგრაფიული დიაგნოსტიკა	51
6. V თავი — ულტრაბგერითი დიაგნოსტიკა	58
7. ქირურგიული ბიოფსია და ტრეპან—ბიოფსია.	65
8. ძუძუს კიბოს კომპლექსური დიაგნოსტიკა	66
9. რეგიონულ ლიმფურ კვანძებში და შორეულ ორგანოებში ძუძუს კიბოს მეტასტაზების დიაგნოსტიკა	70
11. საერთაშორისო კლასიფიკაცია	78
12. პისტოლოგიური კლასიფიკაცია	81
13. გამოყენებული ლიტერატურა	84

შეკვ. № 6

ფასი სახელშეკრულებო

შპს „მერანი-3“-ის სტამბა, თბილისი, რუსთაველის პრ. №42
ტელ.: (+995 32) 92 29 92; (+995 32) 93 53 96
E-mail: merani3@geo.net.ge