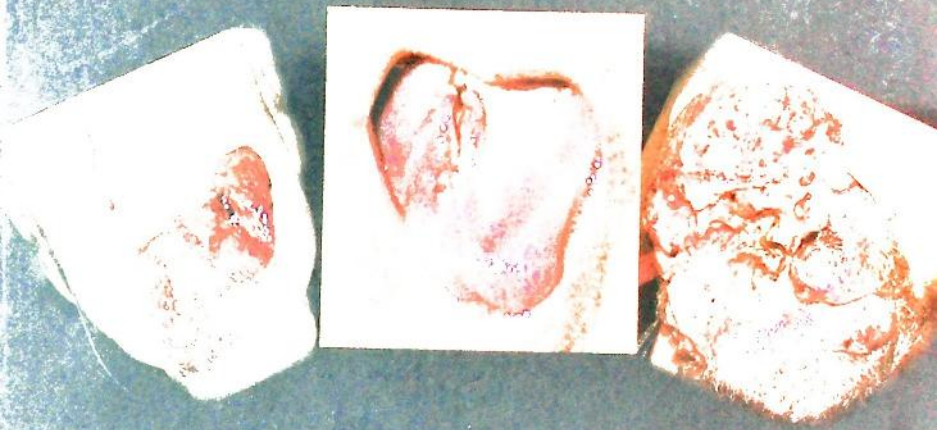


616-006.6(075.8)

შ-297 კ. მარდალეიშვილი თ. ბარამიძე



ყბა-სახის  
ავთვისებიანი სიმსივნეები



616, 716-003(0708)  
8-297

კ. მარდალეიშვილი, თ. ბარამიძე

### ყვან-სახის ავთოისეზიანი სომსივნიევი

სსიპ-მუნიციპალიტეტის  
სახელმწიფო ადმინისტრაცია  
თბილისი  
№ 357

თბილისი 2008

ISBN 978-9941-0-0317-2

დანიშნულია შპს სოზანში



კონსტანტინე მარდალავიშვილი –  
 ონკოლოგიის ნაციონალური ცენტრის  
 თავისა და კისრის სიმსივნეების  
 განყოფილებისა და თბილისის სახელ-  
 მწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის  
 სტომატოლოგიური ფაკულტეტის ეპი-  
 სახის ონკოლოგიის დეპარტამენტის  
 ხელმძღვანელი, ღირსების მედლის  
 და ორდენის კავალერი, სახელმწიფო  
 პრემიის ლაურეატი. გამოქვეყნებული  
 აქვს 257 სამეცნიერო ნაშრომი, ერთი

მონოგრაფია, არის 20 საკანდიდატო და სადოქტორო დისერტაციის  
 ხელმძღვანელი. მის მიერ ონკოლოგიურ პაციენტთა ქირურგიული  
 რეაბილიტაციისათვის შემუშავებულია პლასტიკურ-რეკონსტრუქციული  
 ოპერაციების ახალი მეთოდები, რომლებიც დაცულია 5  
 საავტორო უფლებით. მკურნალობის ევროპული სტანდარტების  
 საქართველოში დანერგვის მიზნით კ. მარდალავიშვილმა 1995 წელს  
 გერმანულ კოლეგებთან ერთად ჩამოაყალიბა ქართულ-გერმანული  
 სპეციალიზებული ონკოლოგიური კლინიკა, რომელიც უკვე 10 წელზე  
 მეტია წარმატებით ფუნქციონირებს.



თამარ ბარამიძე - თბილისის  
 სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის  
 სტომატოლოგიური ფაკულტეტის ეპი-  
 სახის ონკოლოგიის დეპარტამენტის  
 პროფესორი, ქართულ-გერმანული სპეცია-  
 ლიზებული ონკოლოგიური კლინიკის  
 სტომატოლოგიური სამსახურის ხელმ-  
 ძღვანელი. გარდა დიდი პრაქტიკული  
 და აქტიური პედაგოგიური მოღვა-  
 წეობისა მისი სამეცნიერო კვლევის  
 პრიორიტეტულ მიმართულებას წარმო-  
 ადგენს ონკოლოგიურ პაციენტებში  
 პირის ღრუს ლორწოვან გარსზე

გამოყენებული სპეციფიური დაავადებების დიაგნოსტიკის, პრო-  
 ფილაქტიკის და მკურნალობის საკითხების ფუნდამენტური  
 შესწავლა და მიღებული შედეგების სისიტემატიზაცია. მის მიერ  
 გამოქვეყნებულია 18 სამეცნიერო ნაშრომი.

## ავტორისაგან

მონოგრაფია ეძღვნება ყბა-სახის ავთვისებიანი სიმსივნეების დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის საკითხებს. ონკოლოგიაში აღნიშნული მიმართულება ჩამოყალიბდა ბოლო 40 წლის მანძილზე ისეთი დისციპლინების შერწყმის შედეგად, როგორცაა ონკოლოგია, რადიოლოგია, სტომატოლოგია, ლარინგოლოგია, ოფთალმოლოგია, ენდოკრინოლოგია და დერმატოლოგია. ამ დარგების გაერთიანება გაპირობებული იყო თავისა და კისრის არეში არსებული ორგანოების ანატომიური სიახლოვით და მათში განვითარებული სიმსივნური პროცესების გამოვლინების სპეციფიურობით.

მონოგრაფია შედგება ორი ნაწილისაგან. პირველ ნაწილში განხილულია ონკოლოგიის ზოგადი საკითხები, ხოლო მეორეში — სახის კანის, პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის, ზედა და ქვედა ყბის, მცირე და დიდი სანერწყვე ჯირკვლების სიმსივნეების კლინიკის, დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის თანამედროვე პრინციპები. მონოგრაფია ძირითადად განკუთვნილია სტომატოლოგიური ფაკულტეტის სტუდენტებისათვის, თუმცა იგი ასევე სასარგებლო იქნება მომიჯნავე დარგის ექიმებისათვის, რადგან ონკოლოგიურ ავადმყოფთა რიცხვი ყოველწლიურად იზრდება, ხოლო დაგვიანებული დიაგნოსტიკის გამო მკურნალობის შედეგები, სამწუხაროდ, ჯერ კიდევ არადაამაკმაყოფილებელია.

სახელმძღვანელოში წარმოდგენილი მასალები ეფუძნება ა.ღვამიჩავას სახელობის ონკოლოგიის ეროვნული ცენტრის თავისა და კისრის სიმსივნეების კლინიკის ბოლო 20 წლის მონაცემების ანალიზს. გარდა ამისა გამოყენებულია პათომორფოლოგიური განყოფილების ხელმძღვანელის პროფ. გ. გერსამიას მიერ მოწოდებული მორფოლოგიური პრეპარატები და ჩვენი უფროსი მეგობრის და მასწავლებლის პროფ. ა.ი. პაჩესის მიერ შექმნილი ოპერციული ატლასები, რისთვისაც მათ ვუძღვნით მადლობას.

წარმოდგენილი მონოგრაფია პრაქტიკულად პირველი სახელმძღვანელოა, რომელიც შექმნილია ამ დარგში მომუშავე მაღალკვალიფიციური სპეციალისტების მიერ, რომელთაც აქვთ დიდი პრაქტიკული და სამეცნიერო გამოცდილება.

## ს ა რ ჩ ე ვ ი

1. ზოგადი ნაწილი .....	6-71
შესავალი .....	6
სიმსივნეთა ეპიდემიოლოგია .....	6-13
კიბოსნინარა დაავადების და კეთილთვისებიანი სიმსივნების როლი ავთვისებიანი სიმსივნეების განვითარებაში .....	13-18
ავთვისებიანი სიმსივნეების ეტიოლოგია და პროგნოზი .....	18-22
ავთვისებიანი სიმსივნეების ბიოლოგიური თავისებურებანი .....	22-30
ავთვისებიანი სიმსივნეების კლასიფიკაციის ზოგადი პრინციპები .....	30-35
ონკოლოგიურ ავადმყოფთა გამოკვლევის მეთოდები .....	35-38
ავთვისებიანი სიმსივნეებით დაავადებულ ავადმყოფთა გპურნალობის ძირითადი მეთოდები .....	38-71
2. კერძო ნაწილი .....	72-236
ყბა სახის მიღამოს კანის ავთვისებიანი სიმსივნეები ..	72-113
კანის ბაზალურუჯრედოვანი კიბო .....	72-85
კანის ბრტყელუჯრედოვანი კიბო .....	86-98
მელანომა .....	99-113
პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის ავთვისებიანი სიმსივნეები .....	114-151
ენის კიბო .....	135-151
ქვედა ტუჩის ავთვისებიანი სიმსივნეები .....	152-163
ქვედა ყბის ავთვისებიანი სიმსივნეები .....	164-187
ზედა ყბის ავთვისებიანი სიმსივნეები .....	188-204
სანარწყვე ჯირკვლავის სიმსივნეები .....	205-236

## ზოგადი ნაწილი

შესავალი მედიცინის დარგს, რომელიც სიმსივნის წარმოქმნის, განვითარების, კლინიკური გამოვლინებისა და მკურნალობის საკითხებს შეისწავლის, ონკოლოგია ეწოდება. ონკოლოგია ბერძნული სიტყვაა „onkos“ სიმსივნეს, ხოლო „logos“ სწავლებას ნიშნავს. ავთვისებიანი სიმსივნეები გვხვდება მსოფლიოს ყველა კუთხეში, როგორც ცივილიზებულ, ასევე კულტურის დაბალ საფეხურზე მდგომ მოსახლეობაში. იგი ერთნაირადაა გავრცელებული ევროპასა და აზიაში, ამერიკასა და აფრიკაში, ჩრდილოეთის ყინულოვან ოკეანესა, თუ ეკვატორის ცხელ ქვეყნებში. თავისი სირთულით და აქტუალობით კიბოს პრობლემას ანალოგია არ გააჩნია. ტერმინი „კიბო“ (Cancer, carcinoma), უძველესი დროიდანაა შემოღებული ავთვისებიანი სიმსივნის აღსანიშნავად. თავდაპირველად „კიბო“ ეწოდებოდა ქალის სარძევე ჯირკვლის ავთვისებიან სიმსივნეს, რომელსაც გარეგნულად წყლის კიბორჩხალას ამსგავსებდნენ.

**სიმსივნეთა ეპიდემიოლოგია.** ავთვისებიანი სიმსივნით ყოველწლიურად შვიდ მილიონზე მეტი ადამიანი იღუპება. სიმსივნური დაავადებები ასნებოვნებენ საზოგადოების ყველა ფენის წარმომადგენლებს, რითაც საზოგადოებას აყენებენ უდიდეს ზიანს. სიმსივნური დაავადებები დედამიწის მოსახლეობის ყველა დროისა და ყველა რასის წარმომადგენლებში შეინიშნებოდა. პალეოლიტის დროიდან (ქვის ხანა, 200 000 წელი ჩვენს ერამდე) შემონახულ ძვლების ნარჩენებზე სიმსივნის ნიშნები არაერთხელ აღმოუჩენიათ სხვადასხვა ქვეყნების არქეოლოგებსა და ანთროპოლოგებს. კანის კიბო მედიცინისთვის უძველესი დროიდანვე იყო ცნობილი. უფრო მეტიც, XVI საუკუნის ბოლოს საქსონიაში შეამჩნიეს, რომ მალაროელებში ავთვისებიანი სიმსივნეებით ავადობა გაცილებით მეტი იყო, ვიდრე დანარჩენ მოსახლეობაში. XVIII საუკუნის დასაწყისში დადგინდა კავშირი ავთვისებიანი სიმსივნეების განვითარებასა და პროფესიულ მავნეობას შორის. კერძოდ, აღწერეს „საკვამურების მწმენდავთა კანის კიბო“.

მაგრამ ადრეულ ისტორიულ პერიოდებში აღნიშნული დაავადება უფრო იშვიათი იყო, ვიდრე დღეს. იგი გვხვდება არა მხოლოდ ადამიანებში, არამედ მცენარეებსა და ცხოველებში, მაგრამ დაავადების განვითარების სიხშირე ასაკთან ერთად მატულობს.

სიმსივნური პათოლოგია შეიძლება აღმოცენდეს ნებისმიერ ასაკში, მაგრამ ბავშვებში იგი უფრო ნაკლებად გვხვდება. პირველად გამოვლენილი ავთვისებიანი სიმსივნეების 80% მოდის 50 წელს გადაცილებულ ადამიანებზე და აღწევს მაქსიმუმს 65 წლამდე. მიუხედავად იმისა, რომ სიმსივნური დაავადება შესაძლოა აღმოცენდეს ყველა ორგანოდან, მათი განვითარების სიხშირე ქალებსა და მამაკაცებს შორის სხვადასხვაა. ცხრილში №1 მოცემულია ყველაზე ხშირი ონკოლოგიური დაავადებების განაწილება მამაკაცებსა და ქალებს შორის.

ცხრილი №1

**ყველაზე ხშირი ონკოლოგიური დაავადებების განაწილება მამაკაცებსა და ქალებს შორის**

ადგილი	მამაკაცები	ქალები
I	ფილტვის კიბო	სარძევე ჯირკვლის კიბო
II	კუჭის კიბო	კანის კიბო
III	კანის კიბო	კუჭის კიბო
IV	ლიმფური ჯირკვლებიდან განვითარებული სიმსივნეები	საშვილოსნოს ყელის კიბო
V	კოლორექტალური კიბო	ფილტვის კიბო



მაგალითზე. აღმოჩნდა, რომ იმ რაიონების მოსახლეობაში, სადაც პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის კიბოთი ავადობა მაღალია (ინდოეთი, შრი-ლანკა, ბირმა, ავღანეთი, ვიეტნამი, შუა აზიის რესპუბლიკები), გავრცელებულია «ნასის» (თავისებური ნაერთი, რომელიც შედგება ერთ-ერთი აღმოსავლური ბალახის ფოთლების, ნაკვერჩხლისა და კირისგან, ან თამბაქოს, კირის და მცენარეული ზეთებისაგან) ლეჭვის მავნე ჩვევა. ინდოეთში აღნიშნული ჩვევის გამო ხახისა და პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის კიბოს შემთხვევები შეადგენს ონკოლოგიურ დაავადებათა 39%-ს. ამ დაკვირვებამ საშუალება მისცა მკვლევარებს, გამოეთქვათ ჰიპოთეზა ლორწოვან გარსზე აღნიშნულ ნაერთთა კანცეროგენული მოქმედების შესახებ, რაც შემდგომში ჩატარებული ექსპერიმენტით დადასტურდა (კ. ვეფხვაძე 1975).

საყლაპავი მილის კიბოთი დაავადების დიაპაზონი სხვადასხვა რეგიონის მიხედვით ძალზე განსხვავებულია. აშშ-ში საყლაპავი მილის კიბოთი დაავადების სიხშირე 2%-ს არ აღემატება, მაშინ როდესაც შუა აზიასა და ინდოეთში ეს ციფრი 30%-ს აღწევს. ამ რეგიონების მკვიდრ მოსახლეობას საყლაპავი მილის კიბოსადმი მიდრეკილება აქვს, რადგან ისინი საუკუნეების მანძილზე მიეჩვივნენ უხეში პროდუქტებით კვებას, რაც იწვევს ლორწოვანი გარსის ქრონიკულ ტრავმას და შესაბამისად ანთებით პროცესს. ეს უკანასკნელი კი ხელსაყრელ ფონს ქმნის კიბოს განვითარებისთვის (ი.ნადირაძე 1999).

ცნობილია, რომ მოსახლეობის სიკვდილიანობის სტრუქტურაში პირველ ადგილზე გულ-სისხლძარღვთა დაავადებებია, მეორეზე – ავთვისებიანი სიმსივნეები, ხოლო მესამეზე — ტრავმა. ავთვისებიანი სიმსივნეებით ავადობისა და შესაბამისად სიკვდილიანობის მატება დამოკიდებულია მრავალ ფაქტორზე, ეკოლოგიურ მდგომარეობასა და გარემოს რადიაციულ ფონზე, ტექნიკურ პროგრესსა და სხივურ ზემოქმედებაზე, კვების თავისებურებებზე, ადამიან-ჩვევებსა და სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობაზე, ვინაიდან კიბო ხანშიშესულთა და სიბერეს მიღწეულ პირთა ხვედრია.

გამოვლენილია აგრეთვე მავნე ჩვევები (თამბაქოს წევა, ალკოჰოლი), რომლებიც ზრდიან პირის ღრუს, ტუჩის და ფილტვის კიბოთი დაავადების რისკს. დადგენილია, რომ თამბაქოს მწველთა შორის 6 ჯერ უფრო ხშირია პირის ღრუს ავთვისებიანი სიმსივნეებისა და ფილტვის კიბოს განვითარების რისკი. ხოლო, როცა თამბაქოს წევას ემატება ალკოჰოლის სისტემატური მოხმარება, ეს რისკი 15-მდე იზრდება (Березкин Д.П. 1999).

ცნობილია ზოგიერთი მავნე პროფესიული ფაქტორის როლი სიმსივნეების განვითარებაში. გამოვლენილია სხვადასხვა პროფესიული სიმსივნური დაავადებანი. მაგალითად, ფილტვის კიბო უვითარდებათ ნიკელის საბადოებში მომუშავე პირებს, რომელთაც კონტაქტი აქვთ რადიოაქტიულ მადანთან, აზბესტთან. ხშირია რენტგენოლოგთა შორის კანის კიბოს განვითარების შემთხვევები, ხოლო ანილინის საღებავთან კონტაქტში მყოფ ადამიანებს, როგორც წესი, უვითარდებათ შარდის ბუშტის კიბო.

გარკვეულ გეოგრაფიულ ზონებში შესწავლილია ზოგიერთი პარაზიტებით გამოწვეული დაავადებების გავლენა ავთვისებიანი სიმსივნეების წარმოშობაზე. მაგალითად, ეგვიპტეში ნილოსის სანაპიროს მოსახლეობას ყველაზე ხშირად აღენიშნებათ საშარდე გზების კიბო, რაც დაკავშირებულია ორგანიზმის პარაზიტულ დასნებოვნებასთან – ბილჰარციოზთან. ნილოსის წყალში აღმოჩენილია ჰელმინთი შისტოსომა, რომელიც ადამიანის ორგანიზმში შესაძლოა მოხვდეს ბანაობისას ან გადაუდებელი წყლის სმისას. იგი გამოიყოფა საშარდე გზებით. მაგრამ ხშირად შისტოსომა ეკვრის შარდის ბუშტის, შარდსანვეთებისა და ფიალების კედლების ამომფენ ეპითელს და განიცდის ინკაფსულაციას. ეს უკანასკნელი იწვევს ქრონიკულ ანთებით პროცესს, რომელიც ხშირად ხელსაყრელ ფონს ქმნის საშარდე გზების კიბოს განვითარებისათვის (კ. ვეფხვაძე 1975, ი. ნადირაძე 1999).

სამხრეთ-აღმოსავლეთ აზიაში, აფრიკის ზოგიერთ რეგიონში გავრცელებულია ღვიძლის პირველადი კიბო. ზოგ შემთხვევაში ღვიძლის კიბოს მაღალი სიხშირის მიზეზი ხდება ობისებური სოკოთი დაავადებული არაქისის გამოყენება. მისი მიღების შედეგად ხდება აფლოტოქსინის გამომუშავება, რაც კანცეროგენული აგენტია და არჩევითად მოქმედებს ღვიძლზე.

ღვიძლის კიბოთი დაავადებულ ავადმყოფთა მეორე ჯგუფისთვის კიბოს დიდი სიხშირის მიზეზს სანაღვლე გზების მაღალი პარაზიტული ინვაზია, ოპისტორხოზი განაპირობებს.

აღსანიშნავია, რომ ცხვირ-ხახის ავთვისებიანი სიმსივნეები საკმაოდ ხშირად გვხვდება სამხრეთ-აღმოსავლეთ აზიისა და აფრიკის მოსახლეობაში, რასაც ონკოლოგები ორგანიზმში ებშტეინ-ბარის ვირუსის არსებობას უკავშირებენ (კ. ვეფხვაძე 1975).

სხვადასხვა გეოგრაფიულ ზონებში, სოციალურ ფაქტორებთან ერთად, სიმსივნური დაავადებების აღმოცენებას განაპირობებს ნიადაგსა და სასმელ წყალში მიკროელემენტების შემცველობის და თანაფარდობის დარღვევა.

ცხოვრების პირობები, ადამიანების, ტრადიციები ასევე გავლენას ახდენს ამა თუ იმ ორგანოს ავთვისებიანი სიმსივნის განვითარებაზე. მაგალითად, აღმოსავლეთის ქალები ადრე ქორწინდებიან, ხშირად მშობიარობენ და დიდხანს კვებავენ ბავშვებს ძუძუთი. მათი სარძევე ჯირკვალი ნორმალურად ფუნქციონირებს, ამიტომ ამ ქალთა სარძევე ჯირკვლის კიბო იშვიათია. ევროპელი ქალები კი გვიან ქორწინდებიან, ხშირად იკეთებენ აბორტს, ყოველთვის არ კვებავენ ბავშვებს ძუძუთი, სიცოცხლის განმავლობაში ფართოდ იყენებენ კონტრაცეპტულ ჰორმონულ პრეპარატებს, რაც მნიშვნელოვნად არღვევს სარძევე ჯირკვლის ფუნქციას და იწვევს მასში კიბოსნინა მორფოლოგიურ ცვლილებებს.

სიმსივნეების წარმოქმნაზე გავლენას ახდენს კლიმატური და რადიაციული ფონი. ცნობილია, რომ სამხრეთ განედზე მცხოვრები თეთრკანიანი მოსახლეობის კანის კიბო გაცილებით უფრო ხშირია, ვიდრე მუქკანიანებისა. ადამიანები თეთრი კანით და ცისფერი თვალებით უფრო ხშირად ავადდებიან კანის კიბოთი, ვიდრე შავკანიანები და პირიქით, შავკანიანებში გაცილებით მაღალია პიგმენტური სიმსივნეების სიხშირე.

ეს ფაქტი აიხსნება სხვადასხვა ფერის კანზე მზის რადიაციის გავლენით. კანის კიბო უფრო ხშირად ვითარდება სხეულის ღია საფარველზე, უმეტესწილად სახეზე. თეთრი კანი განსკუთრებით

მგრძობიარეა ინსოლაციისადმი. სწორედ ამიტომ ინდოეთის მკვიდრ მოსახლეობაში იგი შეადგენს შემთხვევათა 2 %-ს, ხოლო თეთრკანიანებში 20%-ს აღემატება.

საქართველოში კანის კიბო ყველაზე ხშირად კახეთის მოსახლეობში გვხვდება, რისი ხელშემწყობი გარემოებაა ამ რეგიონში მზის რადიაციის შედარებით მაღალი დონე (კ. მადიჩი 1990)

მოსახლეობის ეპიდემიოლოგიური კვლევის დადგენილი მეთოდებით ცალკეული ფაქტორის მნიშვნელობა ონკოლოგიური დაავადების განვითარების ეტიოლოგიაში მონშდება, თუ ეს შესაძლებელია, ექსპერიმენტით. მაგალითად, შესწავლილია სხვადასხვა ნაირსახეობის თამბაქოს წვეის გავლენა ბრონქების ლორწოვანი გარსის კიბოს განვითარებაში. დადგენილია მრავალჯერადი შეწყვეტილი ორსულობის მნიშვნელობა — სარძევე ჯირკვლის პათოლოგიის ჩამოყალიბებაზე. შესწავლილია ჰაერსა და საკვებში შემცველი რადიოაქტიური ნაერთების როლი საყლაპავისა და კუჭის ლორწოვანი გარსის ონკოლოგიურ დაავადებათა განვითარებაში (Березкин Д.П.1999, Авотин А.Я.1974).

და ბოლოს, შეიძლება ითქვას, რომ ავთვისებიან სიმსივნეთა ეპიდემიოლოგიური კვლევებით მიღებული მასალის ანალიზი გვაძლევს პრაქტიკული დასკვნების გამოტანის საშუალებას კიბოს სანინალმდეგო ბრძოლის სწორი ორგანიზებისა და ავადმყოფობის ეტიო-პათოგენეზის შესწავლისათვის.

კიბოსწინარე დაავადებების და კეთილთვისებიანი სიმსივნეების როლი ავთვისებიანი სიმსივნეების განვითარებაში. ონკოლოგთათვის ცნობილია, რომ ავთვისებიანი სიმსივნის წარმოქმნას და განვითარებას ყოველთვის წინ უსწრებს ადგილობრივი ან ზოგადი პათოლოგიური მდგომარეობა, რომელსაც კიბოსწინარე დაავადებას უწოდებენ. ეს უკანასკნელი გულისხმობს ორგანიზმში ქსოვილთა გაძლიერებულ პროლიფერაციას და მის "მზადყოფნას" ატიპური ზრდისადმი.

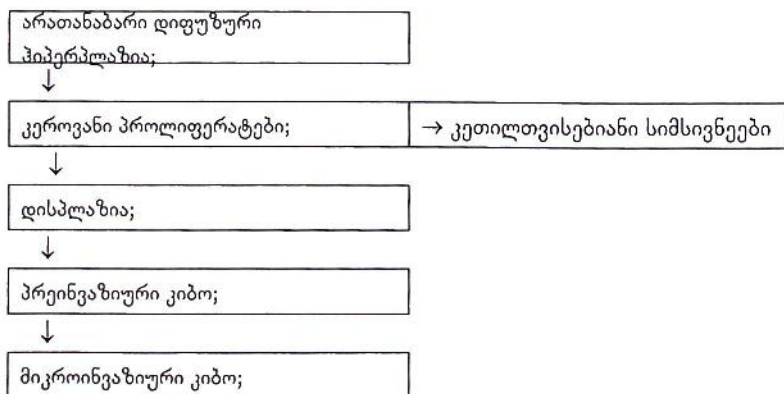
ჰისტოლოგიურად ამ პროცესის არსებობის დროს აღინიშნება ეპითელიუმის ჰიპერპლაზია, მისი მეტაპლაზია, უჯრედების ზრდის ატიპიზმი, მიტოზების ნორმაზე ხშირი გამოვლინება

და უჯრედული ელემენტების დიფერენციაციის დარღვევა. წარმოდგენილი მორფოლოგიური ნიშნებიდან ჭეშმარიტი სიმსივნის ჩამოყალიბებამდე და მის კლინიკურ გამოვლინებამდე დროის მნიშვნელოვანი მონაკვეთია საჭირო, ზოგჯერ წლებიც კი.

ეს უკანასკნელი დამოკიდებულია ეგზოგენური (ქიმიური კანცეროგენები, მაიონიზებული გამოსხივება, ჰორმონები) და ენდოგენური კანცეროგენების ადგილობრივი ან ზოგადი მოქმედების ხანგრძლივობაზე და ორგანიზმში გამონვეული მორფოლოგიური ცვლილებების ხარისხზე. აღნიშნული ზემოქმედების შედეგად ხშირია ერთსა და იმავე ორგანიზმში როგორც ერთეული, ასევე მრავლობითი სიმსივნეების წარმოქმნის შემთხვევები, რომელიც შესაძლოა იყოს სინქრონული (ერთდროული) ან მეტაქრონული (თანმიმდევრული) (Zyada MM. 1994, Ward G.E., hendrick J.W. 1990, Wanebo H.1999).

გამოყოფენ კიბოსწინა მდგომარეობის კიბოდ გარდაქმნის რამდენიმე სტადიას: პირველ სტადიაში ადგილი აქვს ქსოვილების არათანაბარი დიფუზური ჰიპერპლაზიის განვითარებას. მეორე ეტაპზე ყალიბდება კეროვანი პროლიფერატების უბნები. მესამე ეტაპზე წარმოიქმნება კეთილთვისებიანი სიმსივნეები ან დისპლაზია, რომელსაც თან სდევს პრეინვაზიური და მიკროინვაზიური კიბოს წარმოქმნა.

კიბოსწინარე დაავადების ავთვისებიან სიმსივნედ გარდაქმნის სტადიები:



კიბოსნინა დაავადებებს აკუთვნებენ: 1. პირის ღრუს ლეიკოპლაკიას, პაპილომას, პოლიპს, ჯირკვლოვანი ორგანოების კვანძოვან ჰიპერპლაზიას, ბოუენის დაავადებას. 2. დამწვრობის ან ქრონიკული ტრავმის შედეგად ჩამოყალიბებული კელოიდური ნაწიბურების არეში ხანგრძლივად შეუხორცებელი, ან მორეციდივე წყლულების არსებობას. 3. ხანში შესულთა ჰიპერკერატოზს და პიგმენტურ წარმონაქმნებს.

აღსანიშნავია, რომ კიბოსნინა მდგომარეობა გარდამავალია. სათანადო მკურნალობის შემდეგ შესაძლოა მოხდეს მისი უკუგანვითარება ან ტრანსფორმირდეს ავთვისებიან სიმსივნედ, თუ მის ჩამოყალიბებაში მონაწილე გამაღიზიანებელი ფაქტორები დროულად არ იქნა ლიკვიდირებული. მაგრამ არსებობს დაავადებები, რომელთა ფონზე ყოველთვის ვითარდება ავთვისებიანი წარმონაქმნი (კიბო ან სარკომა), მათ ობლიგატურ კიბოსნინარე დაავადებებს უწოდებენ. მათ რიცხვს მიეკუთვნება ჰიპერკერატოზი, პიგმენტური ქსეროდერმა, მგლურა, ე.წ. ბოუენის დაავადება, ბრონქის ადენომა და სხვა. ხოლო დაავადებებს, რომელთა არსებობის შემთხვევაში შესაძლოა განვითარდეს კიბო, ფაკულტატური კიბოსნინა დაავადებები ეწოდება. ესენია: ლეიკოპლაკია, ჰიპერკერატოზის ზოგიერთი სახეობა, სარძევე ჯირკვლის ფიბროადენომა, დამწვრობის შემდგომი ნაწიბურები, ზოგიერთი თანდაყოლილი დაავადება — პიგმენტური ლაქები, ტერატომა, ქორისტომა, კრიპტორქიზმი და სხვა. ყველა ობლიგატური და ფაკულტატური კიბოსნინა დაავადებები პირობითად შეიძლება დაიყოს დესტრუქციულ და პროლიფერაციულ დაავადებებად. აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ პირველთაგან, ჩვეულებრივ, წარმოიქმნება წყლულოვანი და ენდოფიტური კარცინომები, მეორეთაგან კი — ეგზოფიტური სიმსივნეები.

იმისდა მიხედვით, თუ კიბოსნინა რა პათოლოგიასთან გვაქვს საქმე, შესაძლოა განხორციელდეს კონსერვატიული ან ქირურგიული მკურნალობა. ხშირად იყენებენ ისეთ ფიზიკურ მეთოდებს, როგორცაა კრიო და ლაზერული ქირურგია (ო. თაფლაძე 1985, ე. ხვედელიძე 2006).

კიბოსნინარე დაავადებების ტრანსფორმაციის სხვადასხვა

ეტაპზე შესაძლოა განვითარდეს როგორც კეთილთვისებიანი, ასევე ავთვისებიანი სიმსივნეები.

კეთილთვისებიანი სიმსივნე ეწოდება ისეთ წარმონაქმნს, რომელიც შედგება მაღალდიფერენცირებული უჯრედული კომპლექსებისაგან, რომელიც იმეორებს იმ ქსოვილის სტრუქტურულ თავისებურებებს, საიდანაც ეს უკანასკნელი განვითარდა. იგი გამიჯნულია ირგვლივ მყოფი ქსოვილებისაგან ფიბროზული კაფსულის მეშვეობით და ახასიათებს ნელი, არაინვაზიური ზრდა. კეთილთვისებიანი და ავთვისებიანი სიმსივნეების დიფერენცირების თავისებურებები წარმოდგენილია ცხრილში №2;

ცხრილი №2

**კეთილთვისებიანი და ავთვისებიანი სიმსივნეების დიფერენცირების და კლინიკური გამოვლინებების თავისებურებები**

მახასიათებლები	კეთილთვისებიანი	ავთვისებიანი
დიფერენციაცია, ანაპლაზია;	მაღალდიფერენცირებული, სტრუქტურა ტიპურია იმ ქსოვილთათვის, რომელშიც სიმსივნე განვითარდა;	დაბალდიფერენცირებული, ზოგჯერ ანაპლაზიით, სტრუქტურა ხშირად ატიპურია;
ზრდის სიჩქარე;	ხშირად ნელი, შეიძლება განიცადოს რეგრესია, მიტოზური ფიგურები იშვიათი და ნორმალურია;	ნელი ან სწრაფი, დიდი რაოდენობით გვხვდება პათოლოგიური მიტოზური ფიგურები;
ადგილობრივი ინვაზია;	კარგად შემოსაზღვრულია, ინვაზია და ინფილტრაცია არ ახასიათებს;	ახასიათებს ადგილობრივი ინვაზია და ინფილტრაცია ნორმალურ ქსოვილებში;
მეტასტაზირება;	არ ახასიათებს;	დამახასიათებელია;

კეთილთვისებიან და ავთვისებიან სიმსივნებს წარმოშობის მიხედვით ყოფენ შემდეგ ჯგუფებად:

- I. ეპითელური სიმსივნეები;
- II. რბილი ქსოვილების სიმსივნეები;
- III. ძვლების სიმსივნეები;
- IV. ლიმფოიდური და სისხლმზადი ქსოვილის სიმსივნეები;
- V. შერეული გენეზის სიმსივნეები;
- VI. მეორადი სიმსივნეები;
- VII. არაკლასიფიცირებადი სიმსივნეები;
- VIII. სიმსივნისმაგვარი წარმონაქმნები;

კეთილთვისებიანი ან ავთვისებიანი სიმსივნეების დასახელებები წარმოიშობა სიმსივნის საწყისი ქსოვილის ლათინურ დასახელებაზე დაბოლოებების „ომა“ ან „სარკომა“-ს დამატებით. იხ. ცხრილი №3.

ცხრილი №3

საწყისი ქსოვილი	კეთილთვისებიანი	ავთვისებიანი
კუნთოვანი	მიომა	მიოსარკომა
ძვლოვანი	ოსტეომა	ოსტეოსარკომა
ნერვული	ნევრინომა	ნევროგენური სარკომა
სისხლძარღვოვანი	ჰემანგიომა	ჰემანგიოსარკომა
ლიმფური	ლიმფომა	ლიმფოსარკომა



ეპითელური ქსოვილიდან (კანისა და ღრუ ორგანოების ამომფენი ლორწოვანის ეპითელიდან) წარმოშობილ ავთვისებიან სიმსივნეებს უწოდებენ კარცინომას ანუ კიბოს. ეს არის სწორედ ის კიბო, რომელითაც ხალხი მოიხსენიებს ყველა ავთვისებიან სიმსივნეს. კიბო, მართლაც, ყველაზე ხშირი ავთვისებიანი სიმსივნეა, ვინაიდან ეპითელური საფარი ფარავს მთელ ჩვენს სხეულს გარედან და ორგანოებს - შიგნიდან. მათში განვითარებული ავთვისებიანი სიმსივნეები, მიუხედავად ეპითელური გენეზისა, მკვეთრად განსხვავდებიან ერთმანეთისაგან მორფოლოგიური შენების, დაავადების კლინიკური გამოვლინებისა და მიმდინარეობის მიხედვით.

**ავთვისებიანი სიმსივნეების განმარტება. მისი ეტიოლოგია და პათოგენეზი.** ავთვისებიანი სიმსივნე არის ქსოვილთა ავტონომიური წარმონაქმნი, რომელიც შედგება დარღვეული დიფერენცირების მქონე უჯრედთა კომპლექსებისაგან და აქვთ ტენდენცია უკონტროლო, შეუზღუდავი ინვაზიური ზრდისკენ. ყოველივე ეს განაპირობებს პროცესის გავრცელებას მიმდებარე ქსოვილებში, სისხლძარღვებსა და ძვლოვან სტრუქტურებში სიმსივნის ახალი კერების — მეტასტაზების განვითარებით.

ვინაიდან ავთვისებიანი სიმსივნეები შეიძლება წარმოიშვან ყველა ორგანოში და ქსოვილებში, ამიტომ თითოეული მათგანი ატარებს თავის თავში სანყისი ქსოვილების „დამლას“ („ბეჭედს“), თავის საკუთარ „სახეს“ და თავის „მოქმედების სტილს“. სიმსივნის შვილეულ უჯრედებს აქვთ შესაძლებლობა გამოეყონ და გადატანილი იქნენ შორ მანძილებზე სისხლძარღვოვანი და ლიმფური გზების მეშვეობით. ამავე დროს წარმოქმნან სხვა ადგილებში ახალი ზრდის კერები ანუ მეტასტაზები (Suntharalingam M; 2003).

სიმსივნური პროცესის წარმოშობას და განვითარებას მეცნიერები მიაწერენ ორგანიზმზე სხვადასხვა მავნე შიდა და

გარე, თანდაყოლილი თუ შექმნილი ფაქტორების ზემოქმედებას, რაც იწვევს უჯრედში ნივთიერებათა ცვლის მყარ დარღვევას. შიდა ფაქტორებიდან გასათვალისწინებელია ორგანიზმში ისეთი პათოლოგიური პროცესების არსებობა, როგორცაა იმუნო-დეპრესიული სინდრომი, ჰორმონული დისბალანსი, ქრონიკული ანთებითი პროცესები, გენეტიკური დარღვევები და სხვა. გარე ფაქტორებიდან აღსანიშნავია ორგანიზმზე ეკოლოგიური მდგომარეობის, რადიაციული ფონის, მავნე პროფესიული ზემოქმედების, ვირუსული დაბინძურების, ქრონიკული ტრავმის, სხვადასხვა კანცეროგენების ზემოქმედება და სხვა.

კიბოს პროფილაქტიკის კომიტეტის მონაცემებით დადგენილია, რომ ავთვისებიანი სიმსივნეების განვითარება 90%-ით დამოკიდებულია გარე ფაქტორების ზემოქმედებაზე, ხოლო შემთხვევათა 10% კიბო ვითარდება გენეტიკური დარღვევების და ვირუსული დაბინძურების ფონზე. ამ ორი ფაქტორის ურთიერთქმედების შედეგად წარმოიქმნება სიმსივნის განვითარების წინა პირობა. როგორც ჩატარებულმა ექსპერიმენტულმა კვლევებმა გვიჩვენა, ფიზიკური, ქიმიური და ვირუსული ზემოქმედების ადგილი უჯრედის მემკვიდრეობითი აპარატია, რომელშიც მომხდარი ცვლილებები ნორმალურ უჯრედს გარდაქმნის სიმსივნურად.

სიმსივნური პროცესების ეტიოლოგიური ფაქტორების შესწავლამ (Вирхов М. К.) მიიყვანა დასკვნამდე, რომ ყველა ქრონიკულ ზემოქმედებას, რაც აღიზიანებს უჯრედს, შეუძლია გამოიწვიოს უჯრედის შეუჩერებელი გამრავლება. (Вазельский Ф. И.) გამოთქვა აზრი, რომ ავთვისებიანი სიმსივნე ვითარდება ქრონიკული ანთებითი პროცესის ადგილზე, რადგან ქრონიკულ ტრავმას თან სდევს ქსოვილების რეგენერაცია, რომელიც განსაკუთრებით მგრძნობიარეა სხვადასხვა ზემოქმედებისადმი. ამის შედეგად უჯრედში ვითარდება ნივთიერებათა ცვლის დარღვევა და მუტაცია, რაც აძლევს ბიძგს მის შეუნყვებელ გამრავლებას.

ავტორები არ გამორიცხავენ ამ მექანიზმზე გარეგანი და შინაგანი ფაქტორების ზეგავლენასაც.

ქიმიური კანცეროგენების თეორია ემყარება ორგანიზმზე ისეთი ქიმიური აგენტების ზემოქმედებას, რომელიც ხელს უწყობს ხანგრძლივად მიმდინარე ქრონიკული ანთებითი პროცესების, ქსოვილებში ნეკრობიოზის და ნეკროზის განვითარებას, რის ფონზეც შესაძლებელია ადგილი ჰქონდეს გაუკულმართებულ რეგენერაციას და სიმსივნის წარმოქმნას პროლიფერაციას. ამჟამად ცნობილია 1000-ზე მეტი სხვადასხვა სახის ქიმიური ნაერთი, რომლებსაც შესწევთ უნარი, გამოიწვიონ სიმსივნეები. როგორც ლიტერატურული მონაცემები მეტყველებს (პოლიეთილოლოგიური თეორიის თანახმად), ნორმალური უჯრედების ავთვისებიანი ტრანსფორმაცია შესაძლებელია სხვადასხვა მიზეზის გამო. ქიმიური აგენტების, ფიზიკური ფაქტორების (მაიონიზირებელი რადიაციის, ულტრაიისფერი გამოსხივების) და ვირუსების ზემოქმედებით. დადგენილია, რომ ერთნაირ პირობებში ერთსა და იმავე კანცეროგენულ ფაქტორს შემთხვევათა 100% -ით სიმსივნის გამოწვევა არ ძალუძს. ძალიან ბევრია დამოკიდებული ორგანიზმის რეაქტიულობაზე.

როგორც უკანაკნელ ათწლეულში დადგინდა, ავთვისებიანი სიმსივნეთა გაჩენაში ონკოგენები არიან პასუხისმგებელნი. საიდან გაჩნდნენ ისინი? ერთნი თვლიან – ონკოგენები ორგანიზმში გარედან ვირუსის მეშვეობით არიან შეტანილი, მეორენი – ისინი იქ ყოველვის იყვნენ. ცხადია, რომ ამ ონკოგენის არსებობა ნორმალურ უჯრედში, თითოეულ ჩვენგანში ჩვეულებრივი მოვლენაა. ოღონდ, ნორმალურ უჯრედში ისინი პროტოონკოგენების სახით არსებობენ არააქტიურ ფაზაში. ცნობილია 100-ზე მეტი, უდავოდ, ონკოგენური ვირუსი, რომლებსაც სხვადასხვა ცხოველებში შესწევთ სიმსივნის წარმოქმნის უნარი. არჩევენ რნმ-ის შემცველ და დნმ-ის შემცველ ვირუსებს ანუ ონკოვირუსებს.

ვირუსის ონკოგენურობა მდგომარეობს იმაში, რომ იგი შეაღწევს რა ადამიანის ნორმალურ უჯრედში, კანცეროგენებთან ერთად სინერგიული მოქმედების შედეგად შეცვლის მას გენეტიკურად.

1969 წელს ამერიკელმა მკვლევარებმა Hubner and Totaro ექსპერიმენტული გამოკვლევებისა და დაკვირვების შედეგად შეიმუშავეს ონკოგენების თეორია. როგორც ცნობილია, ბირთვის მთავარ შემადგენელს მემკვიდრეობითობის მატარებელი დე-ზოქსირიბონუკლეინის მჟავა (დნმ) წარმოადგენს. დნმ-ში დაპროგრამებულია ყოველივე ის, რაც იყო და რაც იქნება. დნმ დაკავშირებულია ქრომოსომებად წოდებულ ცილებთან. ისინი სათუთად ინახავენ გენეტიკურ ინფორმაციას, გადასცემენ მას და ასევე პასუხს აგებენ მის ყოველგვარ ცვლილებებზე. დნმ ზონებად არის დაყოფილი, რომლებიც წარმოადგენენ ცალკეულ გენებს. დნმ-იდან უჯრედის სხვა სტრუქტურებში ინფორმაციის გადატანაზე პასუხს ნუკლეინის მჟავის მეორე ტიპი, კერძოდ კი რიბონუკლეინის მჟავა (რნმ) აგებს, რომელიც ციტოპლაზმაში სხვადასხვა სახით არის წარმოდგენილი. მატრიცული (ინფორმაციული) რნმ ინფორმაციას პირდაპირ დნმ-იდან ლებულობს და გადააქვს იგი ციტოპლაზმაში. რნმ-ის თანადგომით რიბოსომების ამინომჟავებიდან ფერმენტების აქტიური მონაწილეობით იქმნება ცილის მოლეკულები.

ამ თეორიის თანახმად, ხერხემლიანთა და ადამიანის ყველა უჯრედი თავის დნმ-ში შეიცავს რნმ-ს შემცველ ონკოგენური ვირუსების გენომს. ონკოვირუსების გენომი შედგება ორი ოპერონისაგან. ერთი ოპერონი იძლევა ინფორმაციას ვირუსული ნაწილაკის (ვიროგენის) ჩამოყალიბებისათვის, ხოლო მეორე ოპერონს (ონკოგენს) შეუძლია ნორმალური უჯრედის ავთვისებიანად ტრანსფორმაცია. ორივე ოპერონი უჯრედში ერთმანეთისგან დამოუკიდებლად მოქმედებს, მაგრამ, როგორც წესი, უჯრედში ვირუსული გენები მუდმივად მყარი რეპრესიის ქვეშაა და ხორციელდება მათი ინაქტივაცია ცილა —

რეპრესორებით. თუმცა ქიმიური კანცეროგენები, ულტრაიისფერი სხივები, მაიონიზირებელი რადიაცია, ჰორმონები, მუტაგენები, სხვა ვირუსების მიერ გამოწვეული თანმხლები ინფექცია ხელს უწყობს უჯრედის დნმ-ში ინტეგრირებული ონკოვირუსების შესაბამისი გენეტიკური ინფორმაციის ექსპრესიას (აქტივაციას), რის შედეგადაც ქრომოსომაში არსებული ვირუსის წინამორბედიდან წარმოიქმნება ვირიონები, რომელთაც ნორმალური უჯრედის სიმსივნურად ტრანსფორმაციის უნარი აქვთ. ბუნებრივ პირობებში ონკოვირუსების აქტივაციის ძირითადი ფაქტორია დაბერების პროცესი.

ავთვისებიანი სიმსივნის პირველადი კერა ჩვეულებრივად ჩნდება რომელიმე ერთი უჯრედის ტრანსფორმაციის შედეგად, მაგრამ შესაძლებელია სიმსივნური პროცესის მულტიცენტრული ტიპის არსებობაც. იგი ჩვეულებრივ ინარჩუნებს იმ ორგანოს სტრუქტურულ აგებულებას, საიდანაც ეს უკანასკნელი განვითარდა.

**ავთვისებიანი სიმსივნეების ბიოლოგიური თავისებურებანი.**

ჩატარებული ციტოგენეტიკური დაკვირვებების თანახმად, სიმსივნურ უჯრედებს ნორმალურისგან განსხვავებით ახასიათებს მთელი რიგი თავისებურებები, რომლებიც წარმოდგენილია ცხრილში №4.

ნორმალურ და სიმსივნურ უჯრედებს შორის განსხვავება შეიძლება ნანახი იყოს არა მარტო მის ზომებში და ფორმაში, არამედ სუბუჯრედულ დონეზეც. ადამიანს აქვს 46 ქრომოსომის სტაბილური ნაკრები. მაგრამ სიმსივნურ უჯრედებში შეიძლება მეტი ან ნაკლები ქრომოსომა იყოს, რომლებიც ზოგჯერ კონფიგურაციითაც განსხვავდებიან. ზოგიერთ უჯრედში ადგილი აქვს ერთი ლოკუსის (ფრაგმენტის) მეორე ქრომოსომაზე ზედდებას. ქრომოსომულ ძვრებს ზოგიერთი თანდაყოლილი დაავადებების არსებობის შემთხვევაშიც აქვს ადგილი.

## ნორმალური და სიმსივნური უჯრედების მახასიათებლები

ნორმალურთან მიახლოებული ზომა და ფორმა	მაგრამ	უხშირესად ისინი პოლიმორფულნი არიან, ანუ გააჩნიათ განსხვავებული ზომა და ფორმა
ნორმალური უჯრედის ანალოგიური ციტოპლაზმური მემბრანა.	მაგრამ	ზოგიერთი სახის სიმსივნური უჯრედის ზედაპირზე შეიძლება იყოს ჰორმონების და სხვა სპეციფიური ნივთიერებების რეცეპტორები (ხაფანგები).
ნორმალურ უჯრედთან შედარებით ციტოპლაზმაში აქვთ მეტი ან ნაკლები ორგანოიდები, ან ჩანართები.	მაგრამ	თითქმის ყოველთვის მეტი მიტოქონდრიები, რომლებიც უზრუნველყოფენ უჯრედს ენერგიით და არეგულირებენ მისი ცვლის პროცესების ინტენსივობას.
მიკრომილაკები, რომელთაც გამოყავთ უჯრედული დაყოფის დროს უჯრედის ბირთვი.	მაგრამ	ავთვისებიან უჯრედებში ისი- ნი მუდმივ მუშაობაში არიან. მილაკების განადგურება აჩე- რებს უჯრედის დაყოფის პრო- ცესს. ეს კიბოსწინააღმდეგო წამლების ერთ-ერთ „სამიზნეს“ წარმოადგენს.
ერთი უჯრედული ბირთვი	მაგრამ	ნორმალურ უჯრედთან შედარებით გაცილებით ხშირად აღინიშნება ორი ან მეტი ბირთვი
საწყის უჯრედთან მიახლოებული ბირთვისა და ციტოპლაზმის ზომების შეფარდება	მაგრამ	ავთვისებიან უჯრედთა უმეტესობაში მკვეთრად იზრდება ბირთვის ზომები რაც განაპირობებს ბირთვ-ციტოპლაზმური ინდექსის ზრდას

პირველი ცნობები უჯრედთა ქცევის განსხვავებულობის შესახებ შეგროვებული იქნა მათი ქსოვილოვან კულტურებში გამოყვანის დროს. ნორმალური უჯრედები გარკვეული წესით იზრდებიან ერთი შრით, ხოლო სიმსივნური პირიქით, ქაოტური ზრდით ხასიათდებიან: შრეები გადაეფარებიან და გადაეხლართებიან ერთმანეთს და მათი ზომები სზვადასხვაა. ნორმალური უჯრედის ზრდა ჩერდება, როდესაც ისინი ჭურჭლის მთელ ფსკერს ფარავენ. ნორმალურ უჯრედთა ეს თვისება „კონტაქტურ დამუხრუჭებადაა“ წოდებული. ყოველი ახალი სიმსივნური უჯრედი წრმოიშობა „დედური“ უჯრედის გაყოფის საფუძველზე – ერთი უჯრედიდან იქმნება ორი, ორიდან – 4, ოთხიდან – 8 და ა.შ. დადგენილია, რომ პირველადი სიმსივნური უჯრედი, რომლის დიამეტრი 10-30 მიკრონია, გაორმაგების შემდეგ აღწევს უკვე იმ ზომას, (დაახლოებით 1სმ-ს.) როდესაც შეიძლება მისი დიაგნოსტიკება.

სიმსივნური უჯრედის ზრდის კანონზომიერების შესწავლამ გვიჩვენა, რომ ავთვისებიანი სიმსივნის ზრდის პროცესი ხანგრძლივია – საშუალოდ იგი მერყეობს 3-5 წლამდე და შესაძლებელია გრძელდებოდეს 10-15 წლის განმავლობაშიც. მაგალითად – წინამდებარე ჯირკვლის კიბო.

სიმსივნე, რომლის ზომა არ აღემატება 1სმ-ს, იგი განვითარების სუბკლინიკური და კლინიკური ფაზების შუა პერიოდში იმყოფება. სიმსივნის 40-ჯერ გაორმაგების შემდეგ მისი წონა აღწევს 1-1,5კგ-ს, რომლის შემდგომაც ავადმყოფი პრაქტიკულად იღუპება. აქედან შეიძლება დავასკვნათ, რომ 40 ჯერადი გაორმაგება ეს არის სიმსივნის არსებობის მაქსიმალური დრო.

აღწევს 1-1,5კგ-ს, რომლის შემდგომაც ავადმყოფი პრაქტიკულად ილუპება. აქედან შეიძლება დავასკვნათ, რომ 40 ჯერადი გაყოფა ეს არის სიმსივნის არსებობის მაქსიმალური დრო.

სხვადასხვა სახის სიმსივნეების გაორმაგების სიჩქარე სხვადასხვაა და დამოკიდებულია მრავალ ფაქტორზე, სიმსივნისა და ოგანიზმის ინდივიდუალურ თავისებურებებზე, ლოკალიზაციაზე, სიმსივნის სახეზე, პაციენტის იმუნიტეტისა და ფსიქიკის მდგომარეობაზე (მაგალითად, სტრესული სიტუაციები), ჰორმონალურ სტატუსზე (ორსულობა), კვების თავისებურებასა და სიმსივნის სანინალმდეგო ინგრედიენტების გამოყენებაზე. სიმსივნის ზრდის სიჩქარე, როგორც წესი, კორელაციაში მის დიფერენციის ხარისხთან, ანუ ავთვისებიანი სიმსივნეების ზრდის სიჩქარე უფრო მაღალია, კეთილთვისებიან სიმსივნეებთან შედარებით. თუმცა, არსებობს გამონაკლისებიც. ზოგიერთ კეთილთვისებიანი სიმსივნე ხასიათდება უფრო სწრაფი ზრდით (მაგალითად, ძვლის გიგანტურუჯრედოვანი სიმსივნე). გარდა ამისა, როგორც კეთილთვისებიანი, ისე ავთვისებიანი სიმსივნეების ზრდის სიჩქარე დროში მუდმივი არ არის. სხვადასხვა ფაქტორი (ჰორმონული სტიმულაცია, სისხლმომარაგება და სხვა) გავლენას ახდენს სიმსივნის ზრდაზე. მაგალითად, საშვილოსნოს ლეიომიომის ზრდა დამოკიდებულია ჰორმონალ სტიმულაციაზე. ორსულობის დროს მისი ზომა სწრაფად მატულობს, მენოპაუზაში კი ხშირად განიცდის ატროფიას და ზოგჯერ კალციფიკაციას. ცხრილში №5 წარმოდგენილია ზოგიერთი სიმსივნის მოცულობის გაორმაგების სისწრაფე.



## ზოგიერთი სიმსივნის მოცულობის გაორმაგების სისწრაფე

სიმსივნის სახეობა	გაორმაგების საშუალო დრო (24სთ)
ფილტვის პირველადი კიბო	88
ფილტვის კიბოს მეტასტაზები (ასაკი)	
0-29წ.	37
35-59წ.	68
60-89წ.	70
მსხვილი და სწორი ნაწლავის კიბო	620

ავთვისებიანი სიმსივნური უჯრედებისათვის დამახასიათებელია:

– სიმსივნური უჯრედების ავტონომიურობა, რაც გულისხმობს არა აბსოლუტურ დამოუკიდებულობას, არამედ შედარებით დამოუკიდებლობას. კერძოდ, სიმსივნური უჯრედები უფრო ნაკლებად ემორჩილება გარეგან და შინაგან ზეგავლენას, ვიდრე ნორმალური უჯრედები.

– მორფოლოგიური ანაპლაზია. სიმსივნური უჯრედების დიფერენცირების დაქვეითება ის ფაქტორია, რითაც სიმსივნური უჯრედები განსხვავდება სანყისი ქსოვილების უჯრედებისაგან.

– ფუნქციური ანაპლაზია, რომელიც გამოიხატება სიმსივნური ქსოვილის მიერ სპეციფიური ფუნქციების ნაწილობრივ ან სრულ დაკარგვაში.

- ბიოქიმიური ანაპლაზია, ნიშნავს სიმსივნურ უჯრედებში სპეციფიური ფერმენტების გაქრობას.

- იმუნოლოგიური ანაპლაზია, ნიშნავს სიმსივნურ უჯრედებში ნორმალური უჯრედების ტიპური ანტიგენების გაქრობას.

- სიმსივნის ინვაზიური ანუ ინფილტრაციული ზრდა, რაც გამოიხატება ირგვლივ მდებარე ნორმალურ ქსოვილებში სიმსივნური უჯრედების ჩაზრდასა და დესტრუქციაში. ორგანიზმის თითქმის ყველა ქსოვილი განიცდის ავთვისებიანი სიმსივნის მხრივ ინფილტრაციას და რღვევას.

- მეტასტაზირება, რომლის განვითარებას ხელს უწყობს სიმსივნურ უჯრედებს შორის სუსტი კავშირის არსებობა, ორანიზმის იმუნობიოლოგიური თვისებების დაქვეითება, სისხლის შრატის კანცეროლიზული უნარის დაკარგვა, შემაერთებელი ქსოვილის ფიზიოლოგიური და რეტიკულოენდოთელიარული სისტემის ფუნქციის დაქვეითება.

არსებობს მოსაზრება, რომ მეტასტაზის განვითარება ხდება მხოლოდ ღეროვანი უჯრედის (სიმსივნის განვითარების საწყისი უჯრედები) მოხვედრისას ცირკულაციაში. მაგრამ ყველა სიმსივნე ვითარდება თუ არა ღეროვანი უჯრედებისაგან ჯერ კიდევ უცნობია. დღეისათვის მიმდინარეობს კვლევები ღეროვანი უჯრედების ფენო და გენოტიპის დასადგენად სხვადასხვა ტიპის სიმსივნეში.

მეტასტაზირება ჩვეულებრივ ლიმფოგენური და ჰემატოგენური გზით ხორციელდება. ამ დროს სიმსივნური უჯრედები მიჰყვება ლიმფის ნაკადს, მას ორთოგრადული მეტასტაზირება ეწოდება. ზოგჯერ მეტასტაზი შეიძლება განვითარდეს რეტროგრადულად. ავთვისებიანი სიმსივნეების მეტასტაზებს ახასიათებს არჩევითი ლოკალიზაცია, თავისი აგებულებით იგი პირველადი სიმსივნის მორფოლოგიურ სურათს იმეორებს და, როგორც წესი, ინარჩუნებს იმ ორგანოს სტრუქტურულ აგებულებას, საიდანაც სიმსივნე განვითარდა.

სიმსივნის ზრდის მიხედვით განარჩევენ ენდოფიტურ, ეგზოფიტურ და შერეული ტიპის სიმსივნეებს. ენდოფიტური ეწოდება ინფილტრაციულად მზარდ სიმსივნეს, რომლიც იზრდება ორგანოს სიღრმეში და არ აქვს ხილული საზღვრები. ზრდის

ეს ფორმა ყველაზე ხშირია. სიმსივნეს, რომელიც სცილდება იმ ორგანოს ზედაპირს, საიდანაც ეს უკანასკნელი განვითარდა და აქვს ხილული საზღვრები, ეგზოფიტურად მზარდი სიმსივნე ეწოდება. ხოლო სიმსივნეს, რომელიც შეიცავს ენდოფიტური და ეგზოფიტური ზრდის ელემენტებს, შერეული ტიპის სიმსივნეს უწოდებენ. სიმსივნური პროცესის განვითარებას შესაძლოა თან ახლდეს ზრდის ტიპის ცვლილებაც. ეს კი გამოიხატება მის დაწყულულებასა და დავადების ინფილტრაციული კომპონენტის მომატებაში.

აღნიშნული ფორმებიდან ყველაზე აგრესიულად მიმდინარეობს ენდოფიტური ზრდის მქონე სიმსივნეები. ხოლო ეგზოფიტური და შერეული ხასიათდება შედარებით კეთილსაიმედო მიმდინარეობით. თავისა და კისრის მიდამოში გვხვდება თითქმის ყველა სახის ქსოვილი და შესაბამისად ყოველი მათგანისაგან განვითარებული ავთვისებიანი სიმსივნე. სხვადასხვა ქსოვილიდან განვითარებული პირველადი სიმსივნის, როგორც ზრდის ტემპები, ასევე მეტასტაზირების სიხშირეც მკვეთრად განსხვავებულია.

თავისი კლინიკური მიმდინარეობით ერთი და იგივე მორფოლოგიური შენების, მაგრამ სხვადასხვა ლოკალიზაციის ავთვისებიანი სიმსივნეებიც ასევე განსხვავდება. მაგალითად, კანის საფარველიდან განვითარებულ ბაზალურუჯრედოვანი კიბოსათვის დამახასიათებელია ნელი, ადგილობრივ მადესტრუირებელი ზრდა და, რაც მთავარია, არასდროს არ იძლევა რეგიონულ მეტასტაზებს. პირის ღრუს ლორწოვანი გარსიდან განვითარებული ბრტყელუჯრედოვანი კიბო ხასიათდება სწრაფი და აგრესიული ზრდით და ადრეული მეტასტაზირებით. ხოლო იგივე ჰისტოლოგიური შენების კანის კიბოსათვის დამახასიათებელია ზრდის შედარებითი ნელი ტემპები და მეტასტაზების მოგვიანებითი (3-5 წლის შემდეგ) განვითარება (Березкин Д.П.1999).

კანის ბრტყელუჯრედოვანი კიბოს კლინიკურ მიმდინარეობაზე ასევე მნიშვნელოვან ზეგავლენას ახდენს მისი განლაგება. სიმსივნის ლოკალიზაციისას სახის იმ ზონაში, სადაც აღინიშნება ფაშარი შემაერთებული ქსოვილის ჭარბი არსებობა (ლოყა, ორბიტა,

ქუთუთო, ცხვირ-ტუჩის ნაოჭი), ადგილი აქვს პათოლოგიური პროცესის სწრაფ ინვაზიას ქვეშედებარე სტრუქტურებში და შედარებით ადრეულ რეგიონულ მეტასტაზირებას. კანის კიბოს ლოკალიზაციისას თავის თმიან საფარველზე კი ადგილი აქვს სიმსივნის ჰორიზონტალურ ზრდას და მეტასტაზირების მოგვიანებით განვითარებას, რასაც მნიშვნელოვნად განაპირობებს ქვეშედებარე ქსოვილებში ძვლოვანი სტრუქტურის არსებობა.

სიმსივნური ზრდის ბიოლოგიური თავისებურებებით უნდა აიხსნას ის გარემოება, რომლითაც ხასიათდება ენის კიბოს მეტასტაზირება. აღნიშნული დაავადების ლოკალიზაციისას ენის წინა მესამედში, როგორც წესი, რეგიონული მეტასტაზები ვითარდება ნიკაპქვეშა მიდამოში და მისი სიხშირე 20-25%-ს არ აღემატება მაშინ, როდესაც ანალოგიური მორფოლოგიური შენების სიმსივნის არსებობისას ენის უკანა მესამედში რეგიონული მეტასტაზირების სიხშირე 72%-80%-მდე აღწევს და არჩევითად აზიანებს ხახისა და კისრის ღრმა ლიმფურ კვანძებს.

მეტასტაზირების პროცესი ასევე დამოკიდებულია პირველადი სიმსივნის ზომებზეც. სიმსივნის მასის მატებასთან ერთად პირდაპირპროპორციულად იზრდება მეტასტაზების განვითარების სიხშირეც. ეს კანონზომიერება ვრცელდება ყველა სახის ავთვისებიან სიმსივნეებზე. ასე მაგალითად, ენის კიბო, რომლის ზომები მერყეობს 1-დან 2სმ-მდე შესაბამისად მეტასტაზების განვითარების ალბათობა არ აღემატება 8-10%-ს, ხოლო 4სმ და მეტი ზომის სიმსივნის არსებობისას ეს რიცხვი 60-70%-ს აღწევს.

მეტასტაზირების პროცესი, როგორც წესი, დამოკიდებულია სიმსივნის მორფოლოგიური შენების თავისებურებაზე. კერძოდ, მალალდიფერენცირებული კიბოს შემთხვევაში რეგიონული მეტასტაზირების სიხშირე გაცილებით ნაკლებია, ვიდრე დაბალდიფერენცირებული და არადიფერენცირებული კიბოს დროს.

სიმსივნის ბიოლოგიური თავისებურება ასევე მნიშვნელოვნად განაპირობებს ჩატარებული რადიკალური მკურნალობის ეფექტურობას. ასე მაგალითად, ფარისებრი ჯირკვლის პაპილარული კიბოს შემთხვევაში 20 წლიანი გამოჯანსაღება

აღინიშნება 92-94%, მაშინ როდესაც პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის კიბოს მკურნალობის შემდეგ ეს ციფრი მნიშვნელოვნად დაბალია და არ აღემატება 35-40%-ს.

სხვადასხვა ორგანოს სიმსივნური პროცესის ბიოლოგიური თავისებურებების ადეკვატურად წარმოჩენის მიზნით, მრავალი მკვლევარის მიერ წარმოებული იქნა არა ერთი მცდელობა, რათა შეემუშავებინათ ერთიანი უნიფიცირებული კლასიფიკაცია, რომელიც გაითვალისწინებდა დაავადების როგორც კლინიკურ, ასევე მორფოლოგიურ მახასიათებლებს.

ეს შესაძლებელი გახდა მას შემდეგ რაც 1943 წელს დენუას მიერ მოწოდებული იქნა TNM კლასიფიკაცია, რომელიც ემყარება ფიზიკალური გასინჯვის და რუტინული მეთოდების შედეგებს და გამოიყენება სიმსივნური პროცესის სისტემატიზაციისათვის. TNM კლასიფიკაცია ასახავს პირველადი სიმსივნის გავრცელების ზომებს, რეგიონული ლიმფური კვანძების მდგომარეობას და შორეული მეტასტაზის არსებობას ან არარსებობას. (T) - სიმბოლოთი აღინიშნება პირველადი სიმსივნის გავრცელება, (N) - რეგიონული ლიმფური კვანძების მდგომარეობა, (M) — შორეული მეტასტაზის არსებობა ან არარსებობა. ამ სამ მაჩვენებელზე ციფრების დამატება  $T_1T_2T_3T_4$ ,  $NoN_1N_2N_3$ ,  $MoM_1$  იძლევა საშუალებას განვსაზღვროთ ავთვისებიანი სიმსივნის გავრცელების ხარისხი.

T - სიმბოლო შესაძლოა წარმოდგენილი იყოს შემდეგი მახასიათებლებით:

$T_x$  - პირველადი სიმსივნის შესაფასებლად საკმარისი მონაცემები არ არის;

$T_0$  - პირველადი სიმსივნის არსებობის ნიშნები არ დგინდება;

$T_{is}$  - პრეინვაზიური კარცინომა (carcinoma in situ);

$T_1$  2 სმ-მდე ზომის სიმსივნე;

$T_2$  4 სმ-იდან 5 სმ-მდე ზომის სიმსივნე;

$T_3$  4 სმ-ზე მეტი ზომის სიმსივნე;

$T_4$  სიმსივნე ჩაზრდილია ღრმა კანქვეშა სტრუქტურებში.

N - სიმბოლო აღნიშნავს რეგიონული ლიმფური კვანძების მდგომარეობას. მისი გრადაციებია;

Nx - რეგიონული ლიმფური კვანძების შესაფასებლად საკმარისი მონაცემები არ არის;

N0 - რეგიონული ლიმფური კვანძების დაზიანების ნიშნები არ არის;

N1 N2 N3 - გამოხატავს რეგიონული ლიმფური კვანძების მეტასტაზური დაზიანების რაოდენობას და ხარისხს. აღსანიშნავია, რომ პირველადი სიმსივნის უშუალო გავრცელება ლიმფურ კვანძზე, უნდა შეფასდეს როგორც მეტასტაზი ლიმფურ კვანძში. მეტასტაზი ნებისმიერ არა რეგიონულ ლიმფურ კვანძში უნდა შეფასდეს, როგორც შორეული მეტასტაზი ( $M_1$ ).

$N_1$  3სმ-მდე ზომის მეტასტაზი ერთ ლიმფურ კვანძში დაზიანების მხარეს;

$N_2$  3სმ-დან 6სმ-მდე ზომის მეტასტაზი ერთ ლიმფურ კვანძში, დაზიანების მხარეს; ან 6 სმ-მდე ზომის მეტასტაზი რამდენიმე ლიმფურ კვანძში; ან 6 სმ-მდე ზომის მეტასტაზი ლიმფურ კვანძებში, ორმხრივად ან დაზიანების მოპირდაპირე მხარეს.

$N_{2(a)}$  3სმ-დან 6სმ-მდე ზომის მეტასტაზი ერთ ლიმფურ კვანძში, დაზიანების მხარეს;

$N_{2(b)}$  6სმ-მდე ზომის მეტასტაზი რამდენიმე ლიმფურ კვანძში, დაზიანების მხარეს;

$N_{2c}$  6სმ-მდე ზომის მეტასტაზი ლიმფურ კვანძებში, ორმხრივად ან დაზიანების მოპირდაპირე მხარეს;

$N_3$  6სმ-ზე მეტი ზომის მეტასტაზი რეგიონულ ლიმფურ კვანძში.

M - სიმბოლო აღნიშნავს შორეული მეტასტაზების მდგომარეობას;

$M_0$  შორეული მეტასტაზის არსებობის ნიშნები შინაგან ორგანოებში არ არის;

$M_1$  აღინიშნება შორეული მეტასტაზები;

$M_x$  შორეული მეტასტაზის არსებობა არ დასტურდება.

TNM სისტემის დახვეწის, სიმსივნის მორფოლოგიური შენების და კლინიკური გამოვლინების მრავალფეროვნების დაზუსტების მიზნით, საჭირო გახდა კლინიკურ კლასიფიკაციასთან ერთად

შემუშავებულიყო პოსტოპერაციული პათოჰისტომორფოლოგიური pTNM კლასიფიკაცია. იგი ემყარება – ჩატარებული ქირურგიული მკურნალობის შედეგად მიღებული მასალის მორფოლოგიური კვლევის ანალიზს.

pTNM კლასიფიკაციაში ოპერაციის შედეგად ამოკვეთილი სიმსივნის აღმნიშვნელი სიმბოლოა pT, რომლის გრადაციებია:

pTx – პირველადი სიმსივნე არ არის შეფასებული ჰისტოლოგიურად;

pT0- ჰისტოლოგიური გამოკვლევით პირველადი სიმსივნის ნიშნები არ აღმოჩნდა;

pTis – პრეინვაზიური კარცინომა;

pT1, pT2, pT3, pT4 – გამობატავს პირველადი სიმსივნის ზომას ან ადგილობრივი გავრცელების ხარისხს, რომელიც ჰისტოლოგიურად დასტურდება.

pN – აღნიშნავს ოპერაციის შედეგად ამოღებული რეგიონული ლიმფური კვანძების მდგომარეობას;

pNx – რეგიონული ლიმფური კვანძების შესაფასებლად საკმარისი მონაცემები არ არის;

pN<sub>0</sub> – რეგიონული ლიმფური კვანძების მეტასტაზური დაზიანების ნიშნები არ არის;

pN<sub>1</sub>, pN<sub>2</sub>, pN<sub>3</sub> – გამობატავენ რეგიონული ლიმფური კვანძების მეტასტაზური დაზიანების რაოდენობას და ხარისხს.

აღსანიშნავია, რომ რეგიონული ლიმფადენექტომიის შედეგად მიღებული მასალა, როგორც წესი, უნდა შეიცავდეს არანაკლებ 6 ლიმფურ კვანძს. იმ შემთხვევაში, თუ ლიმფურ კვანძებში სიმსივნური უჯრედები არ აღმოჩნდა, მაგრამ გამოკვლეული ლიმფური კვანძების რაოდენობა 6-ზე ნაკლებია, ეს უკანასკნელი კლასიფიცირდება როგორც pN0 კატეგორია. ლიმფადენექტომიის შემდეგ საჭირო ხდება სიმსივნის მიმდებარე უახლოესი ლიმფური კვანძის დეტალური მორფოლოგიური შესწავლა, რომელსაც დარაჯ (სასიგნალო) ლიმფურ კვანძს (Sentinel — დარაჯი) უწოდებენ. იგი სიმსივნიდან ლიმფის მიმოქცევის გზაზე პირველი ბარიერული ლიმფური კვანძია და მასში მეტასტაზის არსებობა

მიუთითებს სხვა ლიმფური კვანძების მეტასტაზური დაზიანების ალბათობაზე. თუ დარაჯ ლიმფურ კვანძებში სიმსივნური უჯრედები არ აღმოჩნდა, მაშინ უნდა ვივარაუდოთ, რომ სხვა ლიმფური კვანძებიც ინტაქტურია. ეს მონაცემები კლასიფიკაციაში აღინიშნება (sn) სიმბოლოთი და აზუსტებს N მდგომარეობას.

$pN_x$  (sn) “დარაჯი” ლიმფური კვანძების შესაფასებლად საკმარისი მონაცემები არ არის;

$pN_0$  (sn) “დარაჯი” ლიმფური კვანძების მეტასტაზური ნიშნები არ არის;

$pN_1$  (sn) აღინიშნება “დარაჯი” ლიმფური კვანძების დაზიანება;

M – შორეული მეტასტაზები;

$pM$  – სიმბოლო აღნიშნავს შორეული მეტასტაზების მდგომარეობას;

$pM_0$  შორეული მეტასტაზის არსებობის ნიშნები შინაგან ორგანოებში არ არის;

$pM_1$  აღინიშნება შორეული მეტასტაზი;

$pM_x$  შორეული მეტასტაზის არსებობა არ დასტურდება.

ზემოთ წარმოდგენილი კლასიფიკაციების გარდა, სიმსივნის ავთვისებიანობის ხარისხის განსაზღვრის მიზნით, რომელიც მნიშვნელოვნად განაპირობებს დაავადების მიმდინარეობის პროგნოზს და მკურნალობის სწორი სტრატეგიის შერჩევას, შემუშავებული იქნა პირველადი სიმსივნის G ჰისტოლოგიური კლასიფიკაცია, რომელიც დაფუძნებულია მისი დიფერენცირების ხარისხის განსაზღვრაზე.

$G_x$  სიმსივნის დიფერენცირების ხარისხის შესაფასებლად საკმარისი მონაცემები არ არის;

$G_1$  მაღალდიფერენცირებული;

$G_2$  საშუალოდ დიფერენცირებული;

$G_3$  დაბალდიფერენცირებული;

$G_4$  არადიფერენცირებული;

სიმსივნური პროცესის გავრცელების სისტემატიზაციისა და სტანდარტიზაციის მიზნით, TNM კლასიფიკაციაზე დაყრდნობით



შემუშავებული იქნა დაავადების სტადიურობის ცნება. ეს უკანასკნელი იძლევა საშუალებას, რათა სხვადასხვა ქვეყნის ონკოლოგებმა ისაუბრონ „საერთო ენაზე“, შეაჯერონ მოპოვებული კლინიკური მასალა და ადეკვატურად შეაფასონ მკურნალობის შედეგები. სტადიებად დაჯგუფება მეტად მნიშვნელოვანია დაავადების პროგნოზირებისათვის, მკურნალობის შედეგების შეფასებისათვის, სამედიცინო ცენტრებს შორის ინფორმაციის გაცვლის გაადვილებისათვის და შემდგომი მეცნიერული კვლევების სწორი წარმართვისათვის (ზ. ზარქუა 2004, ლ. სობინი და ხ. უიტკინდი 2002). სტადიურობა ყველა ლოკალიზაციის სიმსივნეებისათვის ინდივიდუალურია და განისაზღვრება პირველადი სიმსივნის, რეგიონული ლიმფური კვანძების და შორეული მეტასტაზების მდგომარეობის მიხედვით.

მაგალითად, წარმოგიდგენთ პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის კიბოს TNM კლასიფიკაციას, რომელსაც სტადიურობის მიხედვით აქვს შემდეგი სახე:

0 სტადია Tis	No	M <sub>0</sub>
I სტადია T	No	M <sub>0</sub>
II სტადია T <sub>2</sub>	No	M <sub>0</sub>
III სტადია T <sub>1,2,3</sub>	N <sub>1</sub>	M <sub>0</sub>
IV სტადია T <sub>0-4</sub>	N <sub>0-1</sub>	M <sub>1</sub>
IV <sub>a</sub> სტადია T <sub>1</sub> T <sub>2</sub> T <sub>3</sub> N <sub>2</sub> T <sub>4a</sub>	N <sub>0</sub> N <sub>1</sub> N <sub>2</sub>	M <sub>0</sub>
IV <sub>b</sub> სტადია ნებისმიერი T	N <sub>3</sub>	M <sub>0</sub>
T <sub>4b</sub>	ნებისმიერი N	M <sub>0</sub>
IV <sub>c</sub> სტადია ნებისმიერი T	ნებისმიერი N	M <sub>1</sub>

T<sub>1</sub> გულისხმობს სიმსივნეს ≤ 2 სმ;

T<sub>2</sub> 2 სმ < სიმსივნე < 4სმ;

T<sub>3</sub> სიმსივნე > 4სმ;

T<sub>4a</sub> სიმსივნის ჩაზრდა ძვლის კორტიკულ შრეში, ენის ღრმა კუნთებში ქვედა ალვეულურ ნერვში, პირის ღრუს ფსკერში, ზედა ყბის წიაღში, კანში;

T<sub>4b</sub> სიმსივნის ჩაზრდა სალექ კუნთში, ძირითადი ძვლის ფრთისებრ ფირფიტაში, ქალას ფუძეში ან შიგნითა საძილე არტერიის გარსში;

$N_1$  ერთ ლიმფურ კვანძში დაზიანების მხარეს  $\leq 3$ სმ;

$N_{2(a)}$  ერთ ლიმფურ კვანძში, დაზიანების მხარეს  $> 3$ სმ  $< 6$ სმ;

$N_{2(b)}$  რამდენიმე ლიმფურ კვანძში, დაზიანების მხარეს  $\leq 6$ სმ;

$N_{2c}$  ორმხრივად ან დაზიანების მოპირდაპირე მხარეს  $N_3 > 6$ სმ;

$N_{3c} > 6$ .

სიმსივნური პროცესების სტადიებად დაჯგუფება საშუალებას იძლევა სწორად, არაორაზროვნად და კონკრეტულად წარმოჩენილი იქნეს სიმსივნური პროცესების გავრცელების თავისებურებანი, შეირჩეს კვლევისა და მკურნალობის სათანადო მეთოდები (ზ. ზარქუა 2004, ლ. სობინი და ხ. უიტკინდი 2002).

### ონკოლოგიურ ავადმყოფთა გამოკვლევის მეთოდები.

სიმსივნური პროცესის კლინიკური გამოვლინების, მორფოლოგიური შენების, დაავადების გავრცელების თავისებურებების განსაზღვრის მიზნით, ავადმყოფს ესაჭიროება კლინიკურ-მორფოლოგიურ კვლევათა კომპლექსის წარმოება, რაც იძლევა საშუალებას, დადგინდეს სიმსივნის ზუსტი ლოკალიზაცია, მისი ზომა, კონსისტენცია, გავრცელების საზღვრები, ზრდის ტიპი და ტემპი და ლიმფური კვანძების მდგომარეობა. ამ ინფორმაციის მისაღებად ზოგად კლინიკურ კვლევასთან ერთად მნიშვნელოვანია დიაგნოსტიკის სხვადასხვა სპეციალური მეთოდების გამოყენება, მაგრამ მათ შორის, პირველ რიგში, ყოველთვის აუცილებელია სწორად შეიკრიბოს ანამნეზი და შესრულდეს პირველადი სიმსივნის და რეგიონალური ზონის ბიმანუალური პალპაცია.

სიმსივნის წარმოშობის გენეზის და მორფოლოგიური შენების თავისებურების დასადგენად საჭიროა განხორციელდეს ციტოლოგიური და მორფოლოგიური კვლევა. ერთეულ შემთხვევებში ტარდება ექსციზური ბიოფსია, მასალის ჰისტოლოგიური და იმუნოჰისტოქიმიური გამოკვლევით. ამ დროს აუცილებელია სიმსივნურ ქსოვილთან ერთად ბიოფსიურ მასალაში წარმოდგენილი იქნეს ირგვლივ მყოფი ჯანსაღი ქსოვილებიც, რათა დაზუსტდეს სიმსივნის ზრდის ტიპი და ინვაზიის ხარისხი.

ციტოლოგიური კვლევისთვის იყენებენ სიმსივნეიდან აღებულ ანაბექსდს, ანაფხეკს ან პუნქტატს. პუნქცია ხორციელდება 20 გრამიანი შპრიცით და ნემსით, რომლის დიამეტრიც არ აღემატება 0,7-0,8 მმ-ს. მასალის აღება წარმოებს სიმსივნური წარმონაქმნის სხვადასხვა უბნიდან. პუნქციის შემდეგ მიღებული მასალა ფიქსირდება სპირტ-ეთერის ხსნარში, თანაფარდობით 1:1 და იღებება ჰემატოქსინ-ეოზინით ან აზურო-ეოზინით.

მორფოლოგიური კვლევა წარმოებს სიმსივნის ფიქსაციის შემდეგ ფორმალინის 10%-იან ნეიტრალურ ხსნარში, რაც იძლევა წარმონაქმნის საზღვრების უფრო მკვეთრად დადგენის საშუალებას. მორფოლოგიური კვლევისათვის მზადდება სიმსივნური წარმონაქმნის ბლოკები, სისქით არაუმეტეს 0,5 სმ და ფიქსირდება კარნუას სითხეში. თითოეული ბლოკიდან მზადდება სერიული ანათლები, რაოდენობით 5-7, რომლის სისქეც არ აღემატება 7-12 მკ-ს. ანათლები იღებება ჰემატოქსინ-ეოზინითა და ვან-გიზონის მეთოდით.

მორფოლოგიურად დგინდება წარმონაქმნის სტრუქტურა, დიფერენცირების ხარისხი, ბირთვული პოლიმორფიზმი, მიტოზური აქტივობა, მისი გავრცელება ირგვლივმდებარე ქსოვილებში (ინვაზია), სისხლძარღვებში და ლიმფოპლაზმოციტური რეაქციის ხარისხი.

იმის მიხედვით, თუ სად არის განლაგებული ავთვისებიანი სიმსივნე კვლევის მეთოდების თამიმდევრობაც განსხვავებულია. თუ სიმსივნე რბილქსოვილოვანია, ტარდება მისი ექოსკოპიური გამოკვლევა, რომლის მეშვეობითაც შესაძლებელია დადგინდეს სიმსივნის ჭეშმარიტი ზომები, მასში ჩართული სტრუქტურების შენება და მისი დამოკიდებულება ირგვლივ მყოფ ორგანოებთან. ზოგ შემთხვევაში ამ მეთოდის მეშვეობით შესაძლებელია სუბკლინიკური მეტასტაზის გამოვლენა, ხოლო ძელოვანი სტრუქტურის მდგომარეობის განსაზღვრის მიზნით, საჭირო ხდება რენტგენოლოგიური კვლევის ჩატარება. თანამედროვე რენტგენოლოგიური გამოკვლევის მეთოდები მეტად მნიშვნელოვანია ზედა და ქვედა ყბის სიმსივნეების აღმოსაჩენად,

აგრეთვე პირის ღრუში მიმდინარე სხვადასხვა ავთვისებიანი პროცესების ძვალში გავრცელების დასადგენად. ამ მიზნით ტარდება ორთოპანთომოგრაფია და თავის ქალას დანამატი ნიალების რენტგენოგრაფია პირდაპირ და გვერდით პროექციებში. ზოგჯერ საჭირო ხდება რენტგენო-ტომოგრაფიული კვლევის ჩატარებაც.

ენის ძირის, პირ-ხახის, ცხვირ-ხახის, ხორხის, საყლაპავის და საჭმლის მომნელებელი სისტემის სიმსივნეების დიაგნოსტიკისათვის ფართოდ გამოიყენება ენდოსკოპიური კვლევა. იგი იძლევა საშუალებას მოვახდინოთ სიმსივნის პირველადი კერის ვიზუალიზაცია, დავადგინოთ გავრცელების საზღვრები და განვახორციელოთ მასალის აღება ციტოლოგიური და მორფოლოგიური კვლევისათვის.

პირველადი სიმსივნის გავრცელების განსაზღვრის მიზნით მეტად მნიშვნელოვანია გამოკვლევის ისეთი მეთოდები, როგორცაა კომპიუტერული და ЯMR ტომოგრაფია. ეს უკანასკნელი ასევე მნიშვნელოვანია დაავადების თავის ტვინში, ორბიტაში, სისხლძარღვებში ჩაზრდის გამოვლენის დასადგენად. ზედა და ქვედა ყბის, ჰაიმორის ნიალის ავთვისებიანი სიმსივნური პროცესების ან მათი ძვლოვან სტრუქტურებში მეტასტაზების არსებობის გამოსავლენად ფართოდ გამოიყენება რადიოიზოტოპური დიაგნოსტიკა. იგი ემყარება რადიოაქტიური იზოტოპის თვისებებს, მაქსიმალურად დაგროვდეს პათოლოგიურ კერაში და განხორციელდეს მისი ვიზუალიზაცია (ფ. თოდუა 2001).

ამრიგად, ონკოლოგიური პათოლოგიის დიაგნოსტიკა ეფუძნება მრავალ კლინიკურ-მორფოლოგიური კვლევის შედეგებს, რაც საშუალებას იძლევა სწორად განისაზღვროს პირველადი სიმსივნის გავრცელება, დადგინდეს რეგიონული მეტასტაზირების ზონების მდგომარეობა და შორეული მეტასტაზების არსებობა ან არარსებობა. სხვადასხვა გენეზის ავთვისებიანი სიმსივნეების შორეული მეტასტაზების აღმოჩენის მიზნით საჭირო ხდება, ჩატარდეს ფილტვის რენტგენოგრაფია და მუცლის ღრუს ორგანოების დეტალური გამოკვლევა.

მიღებული ინფორმაციის საფუძველზე ხორციელდება მკურნალობის მეთოდების შერჩევა ადგილობრივი და ზოგადი კრიტერიუმების მიხედვით. იგი ითვალისწინებს როგორც სიმსივნური პროცესის მახასიათებლების, ასევე ზოგადად ორგანიზმის მდგომარეობას.

- სიმსივნის ლოკალიზაციას და ორგანოს ფუნქციის დარღვევის ხარისხს;
- სტადიას ან TNM-ს;
- ჰისტოლოგიურ შენებას და უჯრედების დიფერენცირების ხარისხს და ზრდის ფორმის თავისებურებს;
- ასაკს და სიცოცხლისათვის მნიშვნელოვანი ორგანოების მდგომარეობას;
- ჰორმონალურ-ფიზიოლოგიურ სტატუსს (ქალებისათვის);
- ნივთიერებათა ცვლის პროცესებისა და იმუნიტეტის მდგომარეობას;
- თანმხლებ დაავადებებს და სხვა;

უნდა აღინიშნოს, რომ ნებისმიერი ონკოლოგიური ავადმყოფის მკურნალობა არის სასიცოცხლო მნიშვნელობის ჩვენება, რომელიც არ ითმენს გადადებას.

### **ავთვისებიანი სიმსივნით დაავადებულ ავადმყოფთა მკურნალობის მეთოდები.**

სიმსივნეზე ზემოქმედების მეთოდები შეიძლება იყოს კონსერვატიული და ქირურგიული, ხოლო ჩატარებული მკურნალობის კომპონენტების რაოდენობის და თანმიმდევრობის მიხედვით მონო (გამოიყენება მკურნალობის მხოლოდ ერთი მეთოდი), შერწყმული (პრინციპულად ერთგვაროვანი მკურნალობის ორი მეთოდის ერთდროული გამოყენება), კომბინირებული (მკურნალობის რამდენიმე სხვადასხვა მეთოდის თანმიმდევრული გამოყენება), კომპლექსური (მკურნალობის რამდენიმე მეთოდის ერთდროული და

თანმიმდევრული გამოყენება) და მრავალკომპონენტური (მკურნალობის მრავალი მეთოდის გამოყენება). კონსერვატიულ მკურნალობას მიეკუთვნება მედიკამენტოზური (ქიმიოთერაპია, ჰორმონოთერაპია ან იმუნოთერაპია) და სხივური თერაპია.

სხივური თერაპია ემყარება მაიონიზებული გამოსხივების ზემოქმედებით ბირთვული სტრუქტურების, დნმ-ის და დნმ მემბრანული კომპლექსის დაზიანებას, რომელიც იწვევს უჯრედების დაღუპვას. დასხივების შედეგად ხდება დნმ-ის გახლეჩა, რასაც თან სდევს უჯრედის მემბრანის მთლიანობის, იონური ბალანსის, ნუკლეინის მჟავების, ცილის მოლეკულების და ფერმენტების დაზიანება, რაც მთავრდება სიმსივნის განადგურებით. მაიონიზებული გამოსხივების ზემოქმედების ბიოლოგიური ეფექტურობა დამოკიდებულია გამოსხივების სახეზე, ქსოვილში წარმოქმნილი იონების სიმკვრივეზე და მათ სივრცობრივ განლაგებაზე (ი. ბაქრაძე, ე. იზრაელაშვილი, მ. შავდია. 1988).

როგორც ბერგონიეს და ტრიბლონის კანონი მეტყველებს, „სიმსივნის მგრძობელობა პირდაპირპროპორციულია უჯრედთა მიტოზური აქტივობისა და უკუპროპორციულია მისი დიფერენცირების ხარისხის“. სიმსივნური უჯრედი ყველაზე მგრძობიარეა სხივების მიმართ M- მიტოზის ფაზაში, შემდეგ  $G_2$ , პოსტსინთეტური ფაზაში,  $G_1$ - პრესინტეტური ფაზაში და ბოლოს S-დნმ-ის სინთეზის ფაზაში.

უნდა აღინიშნოს, რომ სხივური თერაპიის ეფექტურობა ასევე მნიშვნელოვნად არის დამოკიდებული ავთვისებიანი პროცესების რადიომგრძობელობაზე, რომელსაც სხვადასხვა გენეზის სიმსივნეები არაერთგვაროვნად ამჟღავნებენ, იხილეთ ცხრილი №6.

ავთვისებიანი სიმსივნეების განაწილება  
რადიომგრძობელობის მიხედვით

1	ჰემატოსარკომები (ხოჯკინის და არახოჯკინის ლიმფომები) . ემბრიონალური სიმსივნეები (სემინომები, დისგერმონები) კიბოს წვრილუჯრედოვანი და არადიფერენცირებული ფორმები	მაღალი
2	ბრტყელუჯრედოვანი კიბო (კანი, პირ-ხახა, საყლაპავი, სწორი ნაწლავი, საშვილოსნოს ყელის კიბო)	შედარებით მაღალი
3	ჯირკვლოვანი კიბო (საშვილოსნოს ტანი, სარძევე ჯირკვალი, ბრონქები, ანგიოსარკომები, ასტრობლასტომები)	საშუალო
4	ადენოკარცინომები თირკმლების, ღვიძლის, პანკრეასის, კუჭის, ძვლის და შემაერთებელქსოვილოვანი სარკომები	დაბალი
5	სარკომები განვითარებული კუნთოვანი და ნერვული ქსოვილებიდან.	პრაქტიკულად არამგრძობიარე

სხივური თერაპიისთვის გამოიყენება ელექტო-მაგნიტური (რენტგენული და გამა გამოსხივება) და კორპუსკულური გამოსხივება (ელექტრონები, ნეიტრონები, პროტონები, დეიტრონები, ჰი-მეზონები,  $\alpha$  და  $\beta$  ნაწილაკები).

გამოსხივების სახის მიხედვით არჩევენ ფოტონურ (კვანტურ) და კორპუსკულურ სხივურ თერაპიას. ფოტონური ანუ კვანტური

სხივური თერაპია ტარდება რენტგენული (დაბალ-ვოლტური, ორთო-ვოლტური, მაღალ-ვოლტური) და გამა გამოსხივებით. კორპუსკულური სხივური თერაპიის პრინციპი დაფუძნებულია  $\alpha$  და  $\beta$  გამოსხივების, ელექტრონების, ნეიტრონების, პი-მეზონების, პროტონების, პოზიტრონების და ჰარდრონების გამოყენებაზე. მაიონიზებელი გამოსხივების წყაროსა და დასასხივებელ ობიექტს შორის მანძილის მიხედვით განასხვავებენ — დისტანციურ, ახლოფოკუსურ და კონტაქტურ სხივურ თერაპიას (ზედაპირული, ღრუსშიდა და ქსოვილშიდა).

დისტანციური დასხივება, ანუ ტელეგამათერაპია ხორციელდება კორპუსკულებით, რომელსაც განეკუთვნება ელექტრონები, ნეიტრონები, პოზიტრონები. ამ მიზნით გამოიყენება კობალტის აპარატები „გატი-60“, „როკუსი-M“, „ტერაგან“. მათ შეუძლიათ აწარმოონ როგორც ნაწილაკოვანი გამოსხივება (ელექტრონებით), აგრეთვე მოახდინონ სიმსივნეზე ზემოქმედება ფოტონური ენერგიებით (კვანტური დასხივება). რაც შეეხება პროტონებით, ნეიტრონებით და განსაკუთრებით ჰარდრონებით დასხივებას, რისთვისაც გამოიყენება გამომსხივებელი აპარატები ე.წ. ამაჩქარებლები, მოითხოვს სპეციალურ მაღალტექნოლოგიურ აპარატურას. ამ სახის გამოსხივებას აქვს ძალიან დიდი უპირატესობა, მაგრამ, სამწუხაროდ, იგი მხოლოდ განვითარებული ქვეყნების ონკოლოგიური კლინიკების ხვედრია.

დაბალი ფოტონური ენერგიის ( $\approx 1.28$  MV) გამომსხივებელი აპარატები,  $\gamma$  აპარატები, გამოიყენებენ მაღალი აქტივობის ნუკლეიდების დახურულ წყაროებს კობალტ-60, ცეზიუმ-137, ირიდიუმ-192-ს. დასხივების ენერგიის სიმძლავრე განისაზღვრება კანიდან სიმსივნის ცენტრამდე (იზოცენტრამდე) მანძილის მიხედვით. რაც უფრო ღრმად მდებარეობს წარმონაქმნი, მით უფრო მეტი სიმძლავრის მქონე (15-18 MV) სხივის გამოყენებაა აუცილებელი. ამ დროს საჭიროა მაქსიმალურად დავიცვათ საღი და კრიტიკული ორგანოები მაიონიზებელი გამოსხივებისაგან, რაც მიიღწევა დოზის ველის ფორმირებით დამცველი ბლოკების, სოლისებური ფილტრების, დაცხრილული დიაფრაგმების, ტყვიის დამცავი ფირფიტების და სხვა სპეციალური მოწყობილობების



გამოყენებით. ხოლო დასასხივებელი ობიექტის მიმართ გამოსხივების წყაროს პოზიციის მიხედვით განარჩევენ ტანგენციალურ, მსხვილ ფრაქციულ, მრავალ ველიან, როტაციულ (სექტორული და ექსცენტრული), კონვერგენტულ, ინდივიდუალურად ფორმირებული ფიგურული ველით და აპლიკატორების მეშვეობით დასხივებას.

როტაციული დასხივება ითვალისწინებს ავადმყოფის 360°-ით შემოტრიალებას ან მილის ბრუნვას მის გარშემო, ქანქარისებრ — სექტორული — მილის ბრუნვას ავადმყოფის გარშემო 45°-ით, 90°-ით ან 180°-ით. კონვერგენციული — მდგომარეობს ავადმყოფის დასხივებაში ისეთი მილის მეშვეობით, რომელიც მოძრაობს რთულ, ირიბ წრენირზე. დასხივების ეს სახეობები გამოიყენება ფილტვის, მუცლის ღრუს ორგანოების, შუასაყრის, თავის და კისრის ზოგიერთი სიმსივნეების შემთხვევაში (კ. გიორგაძე; 1986).

დისტანციური გამათერაპია შესაძლოა განხორციელდეს უწყვეტი ან გახლეჩილი კურსით. უწყვეტი კურსის დროს ავთვისებიანი სიმსივნე სხივდება დღიური დოზით 2 გრეი, რომლის ჯამური დოზა მთლიანობაში შეადგენს 70 გრეის (Rossman K. 1995).

გახლეჩილი კურსი ითვალისწინებს მკურნალობის ჩატარებას ორ ეტაპად: პირველ ეტაპზე დისტანციური გამათერაპია ხორციელდება კლასიკური წესით დღიური დოზით 2 გრეი, ჯამური კეროვანი დოზით 40-50 გრეის ოდენობით. 2-3 კვირის შესვენების შემდეგ აფასებენ მკურნალობის შედეგებს. სიმსივნის 75-100%-იანი რეგრესიის შემთხვევაში ხორციელდება მეორე ეტაპი, რაც ითვალისწინებს ავადმყოფის დასხივებას 20-30 გრეის ფარგლებში. ჯამური დოზით 65-70 გრეი.

ახლოფოკუსური რენტგენოთერაპია ხორციელდება რენტგენული გამოსხივებით. მისთვის გამოიყენება PVM-7, TYP-60, PT-100 რენტგენული აპარატები, რომელთაც შეუძლიათ გამოიმუშაონ ფოტონები მაქსიმალური ენერგიით 40-45 kv-მდე. ამ დროს გამოსხივების წყაროსა და სიმსივნის ზედაპირს შორის მანძილი ვარიირებს 1.5-2სმ-ის ფარგლებში, რადგან სხივის ქსოვილებში შეღწევის სიღრმე არ აღემატება 1-2მმ-ს. იგი, როგორც მკურნალობის დამოუკიდებელი მეთოდი, გამოიყენება

კანის ავთვისებიანი სიმსივნეების, ქვედა ტუჩის და პირის ღრუს ორგანოების, ქალის გარეთა სასქესო ორგანოების და სწორი ნაწლავის ავთვისებიანი პროცესების სამკურნალოდ. დასხივება ტარდება 1 ან რამდენიმე ველით. 5 ფრაქციით ერთი კვირის განმავლობაში. დასხივების ერთჯერადი დოზა შეადგენს 2 - 2.5 გრეის ყოველ ველზე, ჯამური დოზა არ აღემატება 50-75 გრეის. ხშირად მკურნალობის ეფექტურობის ამაღლების მიზნით საჭირო ხდება სხივური თერაპიის ორი მეთოდის შერწყმა ე.წ. შერწყმული სხივური თერაპიის განხორციელება. მკურნალობის აღნიშნული მეთოდი ფართოდ გამოიყენება კანისა და პირის ღრუს ორგანოების ავთვისებიანი პროცესების დროს.

ქსოვილშიდა დასხივება გულისხმობს დასხივების წყაროს შეყვანას სიმსივნურ ქსოვილში რადიუმის ხსნარის ინტრატუმორალური ინექციით, ან რადიუმის მარილების შემცველი, ოქროს, პლატინის ან სპილენძის ცილინდრების მეშვეობით. ყველა ეს პროცესი მეტად გაადვილდა რადონის გამოყენების შემდეგ, რომლის ნახევარდაშლის პერიოდი მცირეა და არ აღემატება  $T=3.85$  დღეს. იგი სიმსივნეში თავსდება 0.5-0.2მმ სისქის კედლის მქონე ოქროს ცილინდრის მეშვეობით. დღეისათვის ქსოვილშიდა დასხივებისათვის ასევე გამოიყენება HDR მაღალი დოზით დასხივება ტიტანის ნემსებით. დასხივების წყაროა სხვადასხვა იზოტოპები  $Sr^{99}$   $Ir^{127}$ . რადიოაქტიური ნუკლეიდი სხივური თერაპიისათვის განისაზღვრება გამოსხივების სახით, მისი ენერგიით, ნახევარდაშლის პერიოდით და წყაროს ტექნიკური მონაცემებით, ასევე სიმსივნის მორფოლოგიური შენების თავისებურებებით. ქსოვილშიდა დასხივებისათვის შესაძლებელია გამოყენებული იქნეს LDR — დაბალი დოზით დასხივების მქონე იზოტოპები, როგორცაა  $I^{125}$   $Cs^{89}$   $I^{131}$  და სხვა. ამ იზოტოპების შეყვანა ქსოვილშიგნით ხდება ტროაკარის ან ნემსების მეშვეობით, რომლებიც ასხივებენ მცირე დოზით. ზოგიერთი იზოტოპი შეყავთ ინტრავენურად, მაგალითად  $I^{131}$  ფარისებრი ჯირკვლის სამკურნალოდ. ასევე არსებობს თხიერი რადიოაქტიური იზოტოპები, რომლებიც შეიძლება გამოყენებულ იქნეს per os ან სიმსივნის გარშემო არსებულ ქსოვილში სპეციალური გრანულების

ან მარცვლების საშუალებით (Rossman K. 1995, H. Peterson 1996).

ლრუს შიდა დასხივება გულისმობს მხოლოდ ღრუ ორგანოებში არსებული ავთვისებიანი პროცესების მკურნალობას. ამ დროს გამოსხივების წყარო მოთავსებულია ისეთ ორგანოებში, როგორცაა საყლაპავი მილი, შარდის ბუშტი, საშვილოსნო, სწორი ნაწლავი, პირის ღრუ, ცხვირ-ხახა, პირ-ხახა. იგი ხორციელდება, დახურული იზოტოპების  $Co^{60}$ ,  $Ra^{224}$ ,  $Cs^{137}$ ,  $Cf^{252}$  რადიოაქტიური ნუკლიდებით, რომლისთვისაც გამოიყენება სპეციალური ენდოსტატები. მაიონიზებული გამოსხივების წყარო შესაძლებელია იყოს ღია და დახურული. დახურულ წყაროებს აქვთ არარადიოაქტიული ჰერმეტიკული გარსი, რომელიც გამორიცხავს რადიოაქტიური ნუკლიდის გარემომცველ სფეროში გადასვლას, მას ცილინდრის, ნემსის, გრანულის, მძივის ფორმა აქვს. ღია მაიონიზებელ გამოსხივებას არ აქვს იზოლირებული დამცავი საფარი და თავისუფლად ვრცელდება ირგვლივ მყოფ გარემოში. ღრუსშიდა დასხივება ხშირად შერწყმულია დისტანციურ სხივურ თერაპიასთან. მაგალითად საყლაპავი მილის, შარდის ბუშტის, საშვილოსნოს, სწორი ნაწლავის, პირის ღრუს, ცხვირ-ხახის, პირ-ხახის ავთვისებიანი სიმსივნეების დროს.

პროცესის ლოკალიზაციის და გავრცელების მიხედვით სხივური თერაპია შეიძლება გამოყენებული იქნეს, როგორც მკურნალობის დამოუკიდებელი მეთოდი რადიკალური პროგრამით როგორც პირველადი სიმსივნის, ასევე მისი რეგიონული მეტასტაზის არსებობის შემთხვევაში. რომლის დროსაც დასხივების დოზა აღწევს 70 გრეის, ან როგორც კომბინირებული მკურნალობის ერთ-ერთი შემადგენელი ნაწილი - ოპერაციის წინ ან ოპერაციის შემდეგ. წინასაოპერაციო დასხივებისას დოზა არ აღემატება 40-50 გრეის, ხოლო ოპერაციის შემდგომ სხივური მკურნალობის დოზა აღწევს 60 გრეის. სხივური მკურნალობის ეფექტურობა დამოკიდებულია სიმსივნური პროცესების ლოკალიზაციისა და სტადიებზე (Rossman K. 1995, H. Peterson 1996).

სხივური თერაპია შესაძლოა ჩატარებული იქნეს ასევე პალიატიური მიზნით, იგი ტარდება მაშინ, როცა საქმე გვაქვს სიმსივნური გავრცელებული პროცესის არსებობასთან, სადაც

რადიკალური მკურნალობის განხორციელება შეუძლებელია, იგი ძირითადად სიმპტომურ ხასიათს ატარებს. პალიატიური სხივური თერაპიის მიზანია, სიმსივნის მასის შემცირებასთან ერთად მოახდინოს პერიფოკალური ანთების და ტკივილის სინდრომის კუპირება. პალიატიური მიზნით დასხივების დროს დოზა არ აღემატება 60-65 გრეის.

სხივური თერაპიის ეფექტურობა მნიშვნელოვნად განპირობებულია დაგეგმარების სიზუსტით, იგი ითვალისწინებს მაიონიზებული გამოსხივების მაქსიმალური კონცენტრაციის შექმნას სიმსივნურ ქსოვილში, რაც ხორციელდება დასხივების დოზის და დროის სწორი განაწილებით. წარმატებული სხივური თერაპიის ძირითადი პირობაა ავადმყოფის დასხივების დაწვრილებით გააზრებული ინდივიდუალური გეგმის შემუშავება, რომლის შედგენაშიც მონაწილეობას იღებს ექიმი - რადიოლოგი და ფიზიკოსი-დოზიმეტრისტი. ამ გეგმის ფიზიკურ-ტექნიკური და დოზიმეტრული ასპექტები შეადგენს კლინიკური დოზიმეტრიის ძირითად საგანს. მისი ამოცანაა: ანატომიურ-ტოპოგრაფიული ინფორმაციის მომზადება, დასხივების პირობების შერჩევა, არჩეული მეთოდის რეალიზაცია და დასხივების პროცესის კონტროლი. სხივური თერაპიის დაგეგმარებისათვის სასურველია გამოყენებული იქნეს კომპიუტერული ან ზოგიერთ შემთხვევაში მაგნიტო რეზონანსური ტომოგრაფიის მონაცემები.

სხივური თერაპიის ჩატარება ყოველთვის არ არის შესაძლებელი, მას გააჩნია გარკვეული უკუჩვენებები:

1. ავადმყოფის ზოგადი მძიმე მდგომარეობა, განპირობებული გულ-სისხლძარღვთა უკმარისობით, ტუბერკულოზის აქტიური ფორმით, მწვავე ინფარქტით, ან კახექსიით.
2. რღვევის ფაზაში მყოფი გავრცელებული სიმსივნის არსებობა, რომელიც მიდრეკილია სისხლდენისაკენ.
3. ლეიკოპენია ( $3 \times 10^9$ ), ტრომბოციტოპენია (100,000 მცირე) და ანემია (40%-ზე დაბლა).

ხშირად სხივური თერაპიის ეფექტურობის ამაღლების მიზნით საჭირო ხდება სხივური თერაპიის შერწყმა ისეთ ფიზიკურ მეთოდთან, როგორიცაა ჰიპერთერმია. მისი მეშვეობით

შესაძლებელი ხდება ზოგიერთი სიმსივნის რადიორეზისტენტობის დაძლევა. ფიზიკური და ქიმიური რადიო სენსიბილიზატორები ასევე იძლევა საშუალებას ამალღდეს ზოგიერთი სიმსივნის რადიომგრძნობელობა, რომელთა რადიომოდიფიცირებული მოქმედება ემყარება რეოქსიგენაციის ეფექტებსა და რადიაციის შემდგომი აღდგენის ფაზის უჯრედულ ციკლთან სინქრონიზაციას. ქიმიურ რადიოსენსიბილიზატორებად გამოიყენება ქიმიოთერაპიული პრეპარატები.

მედიკამენტოზური თერაპია ბოლო წლებში სულ უფრო მრავალფეროვანი ხდება და ონკოლოგიურ პაციენტთა სამკურნალოდ იძენს ფართო ჩვენებას.

ქიმიოთერაპია არის ავთვისებიან სიმსივნეთა მკურნალობის ის მეთოდი, რომლის დროსაც გამოიყენებენ სხვადასხვა ფარმაკოლოგიურ პრეპარატებს ან მათ კომბინაციებს. ქიმიოთერაპია შეიძლება განხორციელდეს როგორც მკურნალობის დამოუკიდებელი მეთოდი, ასევე კომბინაციაში სხივურ თერაპიასთან, ოპერაციის წინ ან მის შემდგომ და ბოლოს პალიატიური მიზნით სიმსივნის მასის შესამცირებლად (ი.ბაქრაძე, ე.იზრაელაშვილი, მ.შავდია 1988).

დღეისათვის არსებულ სიმსივნის სანინაალმდეგო პრეპარატებს ახასიათებს უჯრედებზე ციტოსტატიკური-მიტოზის შემაჩერებელი ან ციტოტოქსიკური-უჯრედის დამშლელი მოქმედება. ამ პრეპარატების უმრავლესობა არღვევს დნმ-ის ან რნმ-ის სინთეზს, ან იწვევს ფერმენტული სისტემების ბლოკადას სიმსივნურ უჯრედებში, რაც განაპირობებს მათ დაღუპვას. პრეპარატის წარმოშობის და მოქმედების მიხედვით ისინი შეიძლება დაყოფილ იქნეს ქიმიოპრეპარატებად, ჰორმონო და იმუნო პრეპარატებად.

ქიმიოთერაპიულ პრეპარატებს შორის განასხვავებენ:

1. მაალკილირებელ პრეპარატებს (თიოფოსფამიდი, ციკლოფოსფანი, სარკოლიზინი, დოპანი, ემბიქინი, ქლორბუტინი), მათ ახასიათებთ აქტიური ქოლინეთილამინური ან ეთილამინური ჯგუფების შემცველობა, რომლებიც ორგანიზმში შეყვანისას უჯრედის ბიოლოგიურად აქტიურ

კომპონენტებთან შედიან ქიმიურ რეაქციაში, რის შედეგად უჯრედში ირღვევა ნივთიერებათა ცვლა და ის ილუპება.

2. ანტიბიოტიკებს (ადრომიცინი, ბლეომიცინი და სხვ.) ორგანიზმში შეყვანისას ეს პრეპარატები იწვევს დნმ-ისა და რნმ-ის სინთეზის რღვევას.
3. ანტიმეტაბოლიტებს (მეტოტრექსატი, 5-Fu, მერკაპტო-პურინი, ტიო-გუანინი), რომელთა შეყვანა ორგანიზმში არღვევს დნმ-ის სინთეზს სიმსივნურ უჯრედებში და იწვევს მის დაღუპვას.
4. სინთეზურ პრეპარატებს (პროსპიდინი, სპირო-ბრონინი, ნატულანი, ცისპლატინი).
5. მცენარეული წარმოშობის ალკალოიდებს, (ვინბლასტინი, ვინკრისტინი, ვინდეზინი, ტაქსოლი). ანტიმიტოზურს უწოდებენ იმ ნივთიერებებს, რომლებიც მიტოზის პროცესის შემაფერხებელი შხამებია.
6. სხვა ჯგუფის პრეპარატებს (ნატულანი, პლატინის ჯგ. მიღებული პრეპარატები).
7. ჰორმონულ პრეპარატებს (ესტრამოსტინფოსფატი, სტილბოსტატი, ტამოქსიფენი).
8. იმუნო მასტიმულირებელ პრეპარატებს (ლევამიზოლი, ტიმალინი, პროდი-დიოზანი).

ციტოსტატიკური საშუალებები მიმართულია სიმსივნის ზრდის დათრგუნვისაკენ. ისინი შესაძლოა შეყვანილი იქნეს უშუალოდ სიმსივნეში (ინტრატუმორალური ქიმიოთერაპია) ან აღნიშნული ზონის მკვებავ რეგიონულ არტერიაში (რეგიონული ქიმიოთერაპია) და ინტრავენური გზით (სისტემური ქიმიოთერაპია). როდესაც ქიმიოთერაპია ხორციელდება ერთი პრეპარატის გამოყენებით, მას მონოქიმიოთერაპია ეწოდება. თუ იგი ტარდება რამდენიმე პრეპარატის ზემოქმედებით, მას პოლიქიმიოთერაპიას ეწოდებენ. წამლისმიერი თერაპიის თანამედროვე შესაძლებლობები მეტად მრავალფეროვანია სხვადასხვა ფორმის სიმსივნური დაავადებების დროს. სიმსივნეებს, რომელთაც ქიმიოთერაპიული პრეპარატების მიმართ ახასიათებთ მაღალი მგრძობილობა, მიაკუთვნებენ:

საშვილოსნოს ქორიონეპითელიომას, ბერკეტის სიმსივნეს, ბავშვების მწვავე ლიმფობლასტურ ლეიკოზს, სემინომას.

დაავადებებს, რომელთაც ქიმიოთერაპიული პრეპარატების მიმართ ახასიათებთ ზომიერი მგრძობელობა, ხოლო გარკვეულ შემთხვევებში კი აღინიშნება მათი სრული განკურნება, მიეკუთვნება მწვავე ლეიკოზი, ქრონიკული მიელოლეიკოზი, ქრონიკული ლიმფოლეიკოზი, ლიმფოგრანულომატოზი, ლიმფოსარკომა და რეტიკულოსარკომა, მიელომური დაავადება, ქემმარითი პოლიციტემია, იუნგის სიმსივნე.

არსებობს სიმსივნეები, რომლებიც ნაკლებ მგრძობელობას ავლენენ ქიმიოპრეპარატებისადმი. მათ რიცხვს მიეკუთვნება თავისა და კისრის მიდამოს ბრტყელუჯრედოვანი კიბო, რეტინობლასტომა, ფილტვის ჯირკვლოვანი და ბრტყელუჯრედოვანი კიბო, საყლაპავის კიბო, ღვიძლის პირველადი კიბო, კუჭუკანა ჯირკვლის კიბო, ინსულომა, საშვილოსნოს ყელის კიბო, საშოს კიბო, სინოვიალური სარკომა, ლეიომიოსარკომა და ოსტეოგენური სარკომა.

ქიმიოთერაპიული მკურნალობისათვის მონოდებუღია სტანდარტული სქემები, რომლებიც ატარებენ ციკლურ ხასიათს და ხორციელდება რამდენიმე კურსის მეშვეობით. ქიმიოთერაპიული პრეპარატების იზოლირებული გამოყენება ხშირ შემთხვევაში არ იძლევა ხანგრძლივ რემისიას და გამოხატულ ეფექტს. ამ მიზნით 1967 წელს პირველად Bernard-ის მიერ ლიმფოგრანულომატოზის გენერალიზებული ფორმის სამკურნალოდ მონოდებუღი იქნა ციკლური პოლიქიმიოთერაპიის სქემა, რომელიც ცნობიღია როგორც MOPII სქემა (ემბიხინი-მუსტარგენი, ვინკრისტინი, ნატულანი-პროკარბაზინი, პრედნიზოლონი). რომელიც ხორციელდება ორკვირიანი ინტერვალით, არსებობს ასევე ЦОАП, ЦАВ სქემები, რომელთა განხორციელებისათვის აუცილებელია სამკვირიანი ინტერვალი.

ЦОАП - ციკლოფოსფანი, ვინკრისტინი, ციტოზინარაბინოზიდი, პრედნიზოლონი. ЦАВ - ციკლოფოსფანი, ციტოზინარაბინოზიდი, ვინკრისტინი, სქემები მონოდებუღია ლიმფოგრანულომატოზის, რეტიკულოსარკომის, მრავლობითი მიელომის, ქრონიკული

ლიმფოლიეკოზის, საკვერცხის კიბოს, სარძევე ჯირკვლის კიბოს, მიელომური დაავადებისა და სემინომის დროს.

სიმსივნეთა ქიმიოთერაპიული მკურნალობის ოპტიმალური სქემის შემუშავებისათვის საჭიროა გათვალისწინებული იქნეს შემდეგი მონაცემები:

1. უჯრედის პროლიფერაციის ხარისხი და სიმსივნური უჯრედის გამრავლების ფაზების ხანგრძლივობა.
2. უჯრედთა დაღუპვის ციკლში მათი ბლოკირების მონაცემები.
3. გამოყენებული ქიმიოპრეპარატების მოქმედების ფარმაკოკინეტიკური პრინციპები.

თითოეული ავადმყოფისათვის ქიმიოთერაპიული პრეპარატების გამოყენების ჩვენება ინდივიდუალურად დგინდება. იგი განისაზღვრება სიმსივნის მორფოლოგიური შენებით და მისი მგრძნობელობით ქიმიოთერაპიული პრეპარატების მიმართ. სხვადასხვა სიმსივნეები ავლენენ განსხვავებულ მგრძნობელობას ქიმიოთერაპიული პრეპარატების მიმართ. ზოგიერთი მათგანი კი საერთოდ რეზისტენტულია. მაშინაც კი, როდესაც სიმსივნური დაავადება მგრძნობიარეა ქიმიოთერაპიული პრეპარატების მიმართ, მკურნალობის დაწყებამდე აუცილებელია განისაზღვროს სიმსივნური პროცესის გავრცელება, ავადმყოფის ზოგადი მდგომარეობის ფიზიკალური მონაცემები და თანმხლები დაავადებები. ავადმყოფები, რომლებიც იმყოფებიან ტერმინალურ სტადიაში, აქვთ დიდი, გავრცელებული სიმსივნეები და იწვევენ სასიცოცხლო მნიშვნელობის ორგანოების ფუნქციების დარღვევას, არ ექვემდებარებიან ქიმიოთერაპიულ მკურნალობას. ქიმიოთერაპიის ჩატარება უკუნაჩვენებია ფილტვის, თირკმელების, გულსისხლძარღვთა მწვავე და ქრონიკული უკმარისობის დროს (ი.ბაქრაძე, ე. იზრაელაშვილი, მ. შავდია 1988).

ქიმიოთერაპიის ეფექტური სქემის შემუშავებისათვის საჭიროა ქიმიო პრეპარატების ისეთი კომბინაციით შერჩევა, რომლებიც აძლიერებს ერთმანეთის მოქმედებას. ამ მექანიზმს სინქრონიზაცია ეწოდება. იგი ეფუძნება სიმსივნურ უჯრედებზე რამდენიმე ისეთი ქიმიოთერაპიული პრეპარატის ზემოქმედებას, რომელთაგან ერთს შესწევს უნარი შეაჩეროს სიმსივნური უჯრედების ზრდა და



გამრავლება უჯრედული ციკლის იმ ფაზაში, რომელზეც არჩევითად მაღალი ეფექტურობით იმოქმედებს მეორე ქიმიოთერაპიული პრეპარატი. ხოლო მესამე ქიმიოთერაპიული პრეპარატი ორი პრეპარატის ზემოქმედების შედეგად დარჩენილ სიმსივნურ უჯრედებზე მაქსიმალურ ზემოქმედებას მოახდენს, რითაც შესაძლებელი ხდება ყველა დარჩენილი უჯრედების განადგურება. სწორედ ამიტომ, სიმსივნური უჯრედების სინქრონიზაცია წარმოადგენს სიმსივნის მგრძნობელობის ამაღლების ერთადერთ შესაძლო გზას. უჯრედები სინქრონიზირებულ პოპულაციებში ერთდროულად გაივლიან ციკლის ფაზებს და უნდა მოველოდეთ, რომ პრეპარატის შეყვანა იმ პერიოდში, როცა ყველა უჯრედი ან ამ უჯრედთა დიდი ნაწილი იმყოფება ციკლის მგრძნობიარე ფაზაში, მიგვიყვანს სიმსივნის სანინაალმდეგო მოქმედების მაქსიმალურ გაძლიერებასთან.

წარმატებული კომბინირებული ქიმიოთერაპიის განხორციელებისათვის საჭიროა დაცული იქნეს ხუთი მთავარი პრინციპი:

- 1) გამოყენებული პრეპარატების სრული დოზით შეყვანა.
- 2) ისეთი პრეპარატების შერწყმა, რომლებიც მაქსიმალურად მოქმედებენ ციკლის სხვადასხვა ფაზებში მყოფ უჯრედებზე.
- 3) რეზისტენტული უჯრედების ბლოკირება ციკლის სხვადასხვა ფაზაში, რომლის დროსაც ყველა შემდგომი შეყვანილი პრეპარატი იწვევს ამ უჯრედთა ელიმინაციას.
- 4) სხვადასხვა მოქმედების პრინციპის მქონე ისეთი პრეპარატების შერწყმა, რომლებიც ხელს უშლის სიმსივნური უჯრედების გენეტიკური რეზისტენტობის განვითარებას.
- 5) წამლების ისეთი კომბინაციით შერჩევა, როდესაც ერთი პრეპარატის მოქმედება აძლიერებს მეორე პრეპარატის უჯრედში შეღწევის შესაძლებლობას (Вороньев Ю.И., Саранцева И.П. 1982).

სიმსივნურ უჯრედზე ზემოქმედების გაძლიერება ქიმიოთერაპიული მკურნალობის დროს ასევე შესაძლებელია ფიზიკური (მაღალი და დაბალი ტემპერატურა), ქიმიური (მედიკამენტები) ან კომბინირებული (ორივე) მეთოდების ზემოქმედებით.

ვინაიდან ქიმიოპრეპარატები მიეკუთვნებიან ბიოლოგიურად

აქტიურ ფარმაკოლოგიურ ნივთიერებებს, რომლის დამაზიანებელი მოქმედება სიმსივნური უჯრედების გარდა, პირველ რიგში, ვრცელდება იმ ნორმალურ უჯრედებზე, რომლებიც პროლიფერაციის ტემპით ახლოს არიან სიმსივნურთან (ძვლის ტვინი, ლიმფოიდური სისტემა, პირის ღრუსა და კუჭ-ნაწლავის ეპითელიუმი, კანი, თმის ფოლიკულები, რეპროდუქციული ორგანოები). ქიმიოთერაპიის დროს შესაძლოა განვითარდეს როგორც ადგილობრივი, ასევე ზოგადი გართულებები.

ადგილობრივი გართულებებიდან აღსანიშნავია:

- 1) ტოქსიკური დერმატიტი.
- 2) ანთებითი ინფილტრატი.
- 3) ტკივილი ვენების გაყოლებით.
- 4) ფლებიტები. ტრომბოფლებიტები.

ზოგადი გართულებებიდან:

- 1) მიელოდეპრესია (ლეიკოპენია), თრომბოციტოპენია, ანემია, პანციტოპენია.
- 2) დისპეპსიური სინდრომი (ანორექსია), გულისრევა, პირღებინება, დიარეა, სტომატიტი, ეზოფაგიტი, კოლიტი, პროქტიტი; კანისა და მისი დანამატების დაზიანება (ალოპეცია, ტროპიკული ცვლილებები ფრჩხილების დაკარგვით), რეპროდუქციული ფუნქციის მოშლა (ოლიგო და აზოსპერმია, ამენორეა და სომენორეა).

ზოგადი გართულებებიდან ასევე აღსანიშნავია იტოქსიკაციური ფსიქოზი, პარესტეზია, ნევრიტები, პოლინევრიტები. ჰემატოტოქსიური მოქმედება (ჰამეტოპათიები, ტოქსიკური ჰეპატიტი, ღვიძლის ციროზი), კარდიოტოქსიკური ეფექტი, ფილტვისა და შარდის გამომყოფი გზების დაზიანება, ენდოკრინული ცვლის მოშლა. ტერატოგენური ეფექტი (ემბრიოტოქსიკური), კანცეროგენური მოქმედება და იმუნურ დისბალანსთან დაკავშირებული გართულებები.

ქიმიოთერაპიული გართულებები გამოვლინების ვადების მიხედვით არსებობს: უშუალო (შეყვანიდან ერთი დღე-ღმის განმავლობაში), უახლოესი (კურსის მეორე ნახევარში ან მის დაბოლოებისას), მოგვიანებითი (კურსის დამთავრებიდან 1-6

კვირის შემდეგ) და შორეული (კურსის დამთავრებიდან 6-8 კვირის შემდეგ).

თავად გართულებები შესაძლოა იყოს: მსუბუქი (რომელთა კუპირება ხდება დამატებითი სამკურნალო ღონისძიებების გარეშე), საშუალო სიმძიმის (მისი კორეგირება შეიძლება ქიმიოთერაპიის შეუწყვეტლად) და მძიმე (აუცილებელია ქიმიოთერაპიის შეწყვეტა და ინტენსიური სიმპტომური მკურნალობა) (ი.ბაქრაძე, ე. იზრაელაშვილი, მ. შავდია 1988).

ხანგრძლივი დროის განმავლობაში ქიმიოთერაპიული საშუალებების გამოყენებით შესაძლოა მიღწეული იქნეს კლინიკური რემისია ან სრული განკურნება.

ქიმიოთერაპიის ეფექტურობის ამალღების მიზნით ხშირად საჭირო ხდება მისი შერწყმა სხივურ თერაპიასთან. რომლის გამოყენებაც შესაძლებელია სხივური თერაპიის ჩატარების წინ, ერთდროულად სხივურ მკურნალობასთან ან მის შემდგომ. მკურნალობისადმი ასეთი მიდგომა ხშირად გამოიყენება პირის ღრუს ავთვისებიანი სიმსივნეების, ავთვისებიანი ლიმფომების, ვილმის სიმსივნის, იუნგის სარკომის, ემბრიონალური რაბდომიოსარკომის დროს და სხვა.

ქიმიოთერაპია შესაძლოა გამოყენებული იქნეს ქირურგიული ოპერაციის წინ და შემდეგ ენის ძირისა და ხორხის კიბოს, რბილი ქსოვილების სარკომის, სწორი ნაწლავის და საშარდე გზების ავთვისებიანი სიმსივნეების დროს. აღსანიშნავია ისიც, რომ ოპერაციის შემდეგ პროფილაქტიკური ქიმიოთერაპიის ჩატარება მხოლოდ მაშინ არის მიზანშეწონილი, როცა განხორციელებულია რადიკალური ოპერაცია სიმსივნის პირველად კერაზე და რეგიონულ ლიმფურ კვანძებზე.

დამატებითი ანუ ადიუვანტური ქიმიოთერაპია ეწოდება რადიკალური ქირურგიული ჩარევის შემდეგ ორგანიზმში ლატენტური სიმსივნური კერების პროგრესირების დათრგუნვის მიზნით ჩატარებულ ქიმიოთერაპიას, რომელიც კომბინირებული ან კომპლექსური მკურნალობის კომპონენტია. თუ იგი იმუნურ მოდულატორებთან ერთადაა დანიშნული მას ქიმიოთერაპია ეწოდება.

ქიმიოთერაპიული პრეპარატების მწარმოებელი ფარმაცევტული ფირმების უპირველესი ამოცანაა, ისეთი სიმსივნის საწინააღმდეგო ნივთიერების შექმნა, რომელიც იმოქმედებს მხოლოდ სიმსივნურ უჯრედებზე და არ დააზიანებს ნორმალურ ქსოვილებს. მსოფლიოში ყოველწლიურად ხდება სამი ათასამდე ახალი ქიმიოპრეპარატის შემუშავება, მათგან 100-150 პრეპარატი გამოიცდება ექსპერიმენტში და მხოლოდ 3-4 ინერგება კლინიკურ პრაქტიკაში. სწორედ ამიტომ, ქირურგიული მკურნალობა კვლავ რჩება ონკოლოგიურ ავადმყოფთა მკურნალობის ძირითად მეთოდად.

ონკოლოგიურ ავადმყოფთა მკურნალობაში, კონსერვატიულ თერაპიასთან ერთად, დიდი მნიშვნელობა ენიჭება ქირურგიულ ჩარევებს. იგი შეიძლება გამოყენებული იქნეს, როგორც მკურნალობის დამოუკიდებელი მეთოდი, ასევე კომბინაციაში სხივურ თერაპიასთან ან ქიმიოთერაპიასთან ერთად. ქირურგიული ჩარევა იყოფა დიაგნოსტიკურ და სამკურნალო ღონისძიებებად. დიაგნოსტიკური ოპერაცია მიზნად ისახავს დაავადების დიაგნოზის დაზუსტებას. რაც შეეხება რადიკალურ ოპერაციებს, მათ აქვთ თავისი წესები და თავისებურებები. ამ პრინციპების დარღვევა ხშირად უარყოფითად მოქმედებს მკურნალობის შორეულ შედეგებზე. ონკოლოგიური ოპერაციები განსხვავდებიან ზოგადი ქირურგიული ჩარევებისაგან. კერძოდ,

– ყველა ოპერაცია, გარდა 0 ან I სტადიის შემთხვევებისა, უნდა განხორციელდეს რეგიონული კოლექტორის ამოკვეთასთან ერთად ერთ ბლოკში.

– ოპერაციის ყველა ეტაპი ხორციელდება „აბლასტიკის“ და „ანტიბლასტიკის“ სრული დაცვით. აღსანიშნავია, რომ „აბლასტიკის“ ქვეშ იგულისხმება ზემოქმედებათა კომპლექსი, რომელიც გამორიცხავს სიმსივნური უჯრედის მოხვედრას წრილობაში და მის შემდგომ დისემინაციას. ამისათვის ქირურგიული ჩარევის სხვადასხვა ეტაპების განხორციელების დროს მიზანშეწონილია სიმსივნის მკვებავი სისხლძარღვის გადაკვანძვა, ოპერაციის განხორციელება ელექტრო-ქირურგიული იარაღების გამოყენებით, პერიოდულად ქირურგიული იარაღისა და ხელთათმანების ცვლა და სხვა.

„ანტიბლასტიკა“ მოიცავს ისეთი ღონისძიებების ჩატარებას, რომელიც მიმართულია ჭრილობაში მოხვედრილი სიმსივნური უჯრედების გასანადგურებლად. მაგალითად: ჭრილობის რეცხვა ანტისეპტიკური ხსნარების ნაკადით ან ისეთი ხსნარების გამოყენება, რომელთაც შეუძლიათ მოახდინონ ქსოვილებზე ოქსიგენური ზემოქმედება. ამ მიზნით ერთეულ შემთხვევებში შესაძლოა გამოყენებული იქნეს ჭრილობის ინტრაოპერაციული დასხივება სხვადასხვა მაიონიზებული გამოსხივების მეშვეობით ან ინტრატუმორალური და რეგიონული ქიმიოთერაპიის განხორციელებით (А.И. Пачес 2002).

ქირურგიული მკურნალობის მეთოდის შერჩევასას გასათვალისწინებელია არა მარტო ოპერაციის მასშტაბის განსაზღვრა რადიკალიზმის გათვალისწინებით, არამედ ისეთი მანიპულაციების ჩატარება, რომლებიც საშუალებას იძლევა შევინარჩუნოთ სხვადასხვა ორგანოების ფუნქციური მდგომარეობა. აუცილებელობის შემთხვევებში მიმართავენ ოპერაციის წინ მედიკამენტოზურ ან სხივურ თერაპიას. უფრო მეტიც, ამ კონტექსტში მეტად მნიშვნელოვანია ოპერაციისწინა და ოპერაციის შემდგომი პერიოდის რაციონალური მართვა და ქირურგიული ჩარევის სხვადასხვა ეტაპის ტექნიკურად სწორი შესრულება, რაც საწინდარია დამაკმაყოფილებელი უახლოესი და შორეული შედეგების მიღწევას.

ავთვისებიანი სიმსივნეების ქირურგიული მკურნალობა აბსოლუტურად ნაჩვენებია ყველა იმ შემთხვევაში, როდესაც პირველადი სიმსივნე მოიცავს რეზექციას დაქვემდებარებულ ორგანოებს, ხოლო მისი მეტასტაზები არ სცილდება რეგიონული ლიმფური ბარიერის ფარგლებს. ოპერაციის აბსოლუტურ ჩვენებად ასევე შეიძლება ჩაითვალოს სიცოცხლისათვის საშიში გართულებების განვითარების მაღალი ალბათობა (სისხლდენა, ასფიქსია, გაუვალობა), რომელთა ლიკვიდაცია მნიშვნელოვნად შეამსუბუქებს ავადმყოფის მდგომარეობას და გაახანგრძლივებს მის სიცოცხლეს. ქირურგიული მკურნალობის უკუჩვენება შეიძლება იყოს ორი ტიპის — ონკოლოგიური და სომატური. ოპერაციის ჩატარება მიზანშეწონილი არ არის მაშინ, როცა

აღინიშნება შორეული მეტასტაზები და სიმსივნის ჩაზრდა რამდენიმე ანატომიურ წარმონაქმნში. სომატური უკუჩვენებაა მოხუცებულობის ასაკი, მძიმე თანმხლები დაავადებების არსებობა, ფუნქციური სინჯების დაბალი მაჩვენებლები, რომლებიც ზრდიან ოპერაციის რისკს და ავადმყოფებს უქმნიან სიცოცხლის საშიშროებას (А.И. Пачеc 2002).

ოპერაციები შესაძლოა იყოს რადიკალური, პირობით რადიკალური და პალიატიური. რადიკალურობა ძირითადად განიხილება ბიოლოგიური და კლინიკური პოზიციიდან. ბიოლოგიური განისაზღვრება ავადმყოფთა 5 და 10 წლიანი სიცოცხლის ხანგრძლივობით, ხოლო კლინიკური - ქირურგიული ჩარევის უშუალო შედეგით. რადიკალურად ითვლება ოპერაცია, რომლის დროსაც შესაძლებელია პირველადი სიმსივნის ამოკვეთა ჯანსაღი ქსოვილების ფარგლებში რეგიონალურ ლიმფურ კოლექტორთან ერთად. რადიკალური ოპერაციები ყველაზე ხშირად ხორციელდება სიმსივნის  $T_1-N_0-M_0$ ,  $T_2-N_0-M_0$  სტადიებში. პირობით რადიკალურად ითვლება ოპერაცია, რომელიც ხორციელდება  $T_3-N_2-M_0$  სტადიაში და ქირურგს მიაჩნია, რომ ყველა აღმოჩენილი სიმსივნური კერა, მიუხედავად პროცესის მნიშვნელოვანი გავრცელებისა, ამოკვეთილია. ასეთი ოპერაციების შემდეგ საჭირო ხდება დამატებითი სხივური ან მედიკამენტოზური თერაპიის ჩატარება.

რადიკალური და პირობით რადიკალური ოპერაციები შეიძლება დაიყოს: 1) ტიპიურ ოპერაციებად, რომლის დროსაც ხორციელდება სიმსივნის ფართო ამოკვეთა ირგვლივ მყოფ ქსოვილებთან ერთად. 2) კომბინირებულ ოპერაციებად, როდესაც პირველად სიმსივნესთან ერთად იკვეთება მის გარშემო არსებული სხვადასხვა ორგანოს ქსოვილები მთლიანად ან ნაწილობრივ. გ) გაფართოებულ ოპერაციებად, როდესაც პირველადი სიმსივნე იკვეთება რეგიონალურ ლიმფურ კვანძებთან ერთად. დ) კომბინირებულ გაფართოებულ ოპერაციებად, რომლის დროსაც პირველადი სიმსივნის ამოკვეთასთან ერთად ხორციელდება მის გარშემო არსებული ქსოვილების და რეგიონული ლიმფური კვანძების ამოკვეთა. პალიატიური ოპერაციების ძირითადი მიზანია სიმსივნის

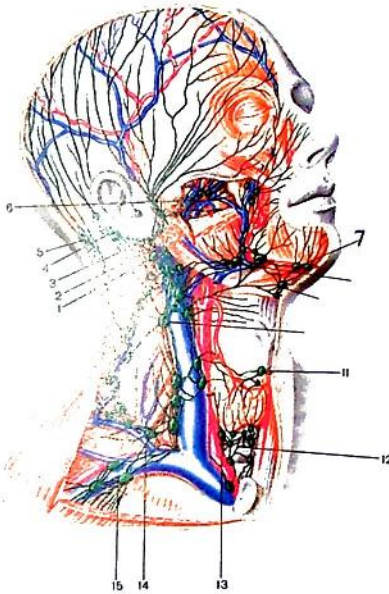
მასის შემცირების ან სიცოცხლისათვის საშიში გართულებების ლიკვიდაცია.

ქირურგიული ჩარევის მასშტაბის განსაზღვრისათვის აუცილებელია გათვალისწინებული იქნეს შემდეგი კლინიკურ-მორფოლოგიური მონაცემები: 1. პირველადი სიმსივნის ლოკალიზაცია, მისი ზომები და გავრცელების საზღვრები. 2. სიმსივნის ანატომიური ზრდის ტიპი: ა) ეგზოფიტური, ბ) ენდოფიტური, გ) შერეული. 3. სიმსივნის ჰისტოლოგიური შენება და უჯრედული ელემენტების დიფერენცირების ხარისხი. 4. რეგიონალური ლიმფური კოლექტორის მდგომარეობა, ხოლო მეტასტაზის არსებობის შემთხვევაში მათი ლოკალიზაცია, რაოდენობა და ზომები.

წარმოდგენილი მონაცემების ანალიზის მეშვეობით წყდება ოპერაბელობის საკითხი. ოპერაბელობა — ეს არის ავადმყოფის მდგომარეობა, რომელიც იძლევა საშუალებას, ჩატარდეს რადიკალური ქირურგიული მკურნალობა. ინოპერაბელობა — ის მდგომარეობაა, რომელიც გამორიცხავს ქირურგიული მკურნალობის განხორციელების შესაძლებლობას. ოპერაბელობა დგინდება ოპერაციის წინ და განისაზღვრება მხოლოდ ინდივიდუალური მონაცემებით.

ტიპიური ოპერაციები თავისა და კისრის მიდამოში მეტად მრავალფეროვანია. მისი განხორციელებისათვის აუცილებელია პირველადი სიმსივნის და მის გარშემო არსებული ქსოვილების ამოკვეთა. აღნიშნული ოპერაციის მასშტაბი სხვადასხვა ორგანოებისათვის შესაძლოა ატარებდეს შემდეგ სახეს: ენის კიბოს დროს - ენის ნახევრის რეზექცია, ზედა ყბის კიბოს დროს — ზედა ყბის რეზექცია, კანის კიბოს დროს - სიმსივნის ფართო ამოკვეთა მისი ხილული საზღვრებიდან 2.5-3სმ-ის ფარგლებში, ხოლო მელანომის შემთხვევაში 5-6სმ-ის დაშორებით.

თავისა და კისრის მიდამოში სხვადასხვა ანატომიური სტრუქტურების სიახლოვე გავრცელებული სიმსივნეების არსებობის შემთხვევაში ხშირად განაპირობებს კომბინირებული ოპერაციების განხორციელების აუცილებლობას. ასე მაგალითად, ენის გავრცელებული კიბოს დროს საჭირო ხდება პირის ღრუს



- 1-4. ყურის ირგვლივი ლიმფური კვანძები
5. კეფის ლიმფური კვანძები
6. ლოყის ლიმფური კვანძები
7. ნიკაპქვეშა ლიმფური კვანძები
8. ყბისქვეშა ლიმფური კვანძები
9. კისრის ზედაპირული ლიმფური კვანძები
10. კისრის ღრმა ლიმფური კვანძები
11. ხორხის წინა ლიმფური კვანძები
- 12-13. პრე და პარატრაქეალური ლიმფური კვანძები
- 14-15. ლავინზედა და ლავინქვეშა ლიმფური კვანძები

სურათი №1

ფსკერის და ქვედა ყბის რეზექცია, ზედა ყბის სიმსივნეების შემთხვევაში ყვრიმალის რკალის, ცხვირის ძვლის რეზექცია და ეგზენტერაცია. სასის ავთვისებიანი სიმსივნეების შემთხვევაში ალვეოლური მორჩისა და ზედა ყბის რეზექცია. ყურის ნიჟარის კანის კიბოს დროს დვრილისებური მორჩის და ყბაყურა სანერწყვე ჯირკვლის რეზექცია და სხვა. იმ შემთხვევაში, როდესაც ზემოთ ნარმოდგენილი ოპერაციის მასშტაბს ემატება ქირურგიული ჩარევა კისრის ლიმფურ კოლექტორზე, მას კომბინირებულ გაფართოებული ოპერაცია ეწოდება. მისი განხორციელება საჭირო ხდება პირველადი სიმსივნის T<sub>3</sub> და T<sub>4</sub> გავრცელების დროს, როცა აღინიშნება რეალიზებული რეგიონული მეტასტაზის (N<sub>1</sub>, N<sub>2</sub>) არსებობა.

აღსანიშნავია, რომ კისრის ლიმფური კვანძები მათი ლოკალიზაციის მიხედვით იყოფა ზედაპირულ და ღრმა ლიმფურ კვანძებად. ზედაპირული ლიმფური კვანძები განლაგებულია



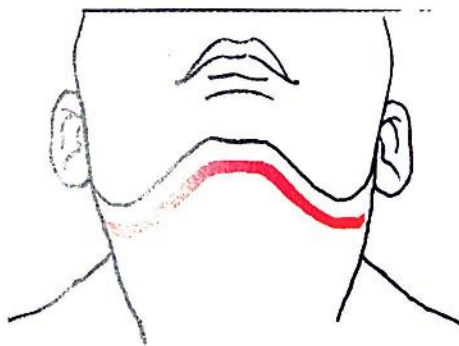
გარეთა საუღლე ვენის, ხოლო ღრმა ლიმფური კვანძები, შიგნითა საუღლე ვენის გასწვრივ. ისინი თავის მხრივ იყოფა ზედა(I), შუა(II) და ქვედა(III) ლიმფურ კვანძებად (სურ №1), რომლებიც მთლიანობაში ქმნიან კისრის ლიმფურ კოლექტორს და მისი საზღვრები ვარირებს ლავინის ძვლის ზედა კიდიდან, ქვედა ყბის ქვედა კიდეზე და ტრაპეციული კუნთის წინა კიდიდან კისრის შუა ხაზამდე. სურ. №1 – წარმოდგენილია თავისა და კისრის მიდამოს ლიმფური კვანძებისა და სადინრების განლაგება.

კისრის რეგიონულ კოლექტორზე ოპერაციები, როგორც წესი, სტანდარტულია. იგი ხორციელდება პროფილაქტიკური ან სამკურნალო მიზნით და მოიცავს რამდენიმე ვარიანტს:

1. ვანახის ოპერაცია ანუ კისრის ლიმფური ჯირკვლების ფასციალურ ფუტლიარული დისექციის ზედა ვარიანტი.
2. კისრის ლიმფური ჯირკვლების ფასციალურ ფუტლიარული ამოკვეთა სრული მოცულობით.
3. კრაილის ოპერაცია. აღნიშნული ჩარევები ერთმანეთისაგან განსხვავდებიან კისრის ლიმფური კოლექტორიდან ამოკვეთილი სხვადასხვა ქსოვილის, ლიმფური კვანძების და ფაშარი შემაერთებელი ქსოვილის ოდენობით.

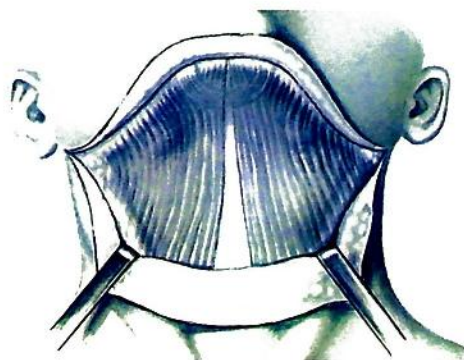
ვანახის ოპერაცია, ანუ კისრის ლიმფური ჯირკვლების ფასციალურ ფუტლიარული დისექციის ზედა ვარიანტი სრულდება ქვედა ტუჩის, ლოყის, ქვედა ყბის, პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის კიბოს დროს. როდესაც კლინიკურად არ ვლინდება მეტასტაზების არსებობა, იგი ატარებს პროფილაქტიკურ ხასიათს. ხოლო რეალიზებული რეგიონული მეტასტაზების არსებობის შემთხვევაში აღნიშნული ოპერაცია ატარებს სამკურნალო ხასიათს. ვანახის ოპერაციის, ანუ კისრის ლიმფური ჯირკვლების ფასციალურ ფუტლიარული დისექციის ზედა ვარიანტის დროს იკვეთება საძილე სამკუთხედის, აქცესორული ზონის და ყბისქვეშა სამკუთხედის ლიმფური კვანძები, ყბაყურა ჯირკვლის რეზეცირებულ ქვედა პოლუსთან, ფაშარ შემაერთებელ ქსოვილებთან და ყბისქვეშა სანერწყვე ჯირკვალთან ერთად.

სურ. №2,3,4,5,6, - წარმოდგენილია ვანახის ოპერაცია, ანუ კისრის ლიმფური ჯირკვლების ფასციულურ ფუტლიარული დისექციის ზედა ვარიანტის ეტაპების თანმიმდევრობა:



განაკვეთი ტარდება ქვედა ყბის ქვედა კიდიდან 1,5-2 სმ ის დამორებით

სურათი №2



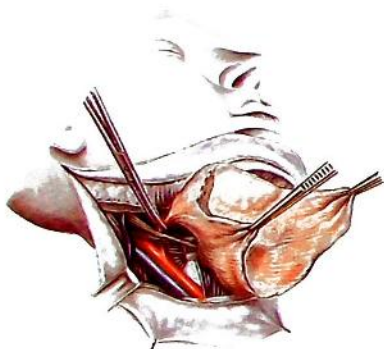
კანის ნაფლეთების მობილიზაცია ხდება ფარისებური ხრტილის ზედა კიდემდე

სურათი №3



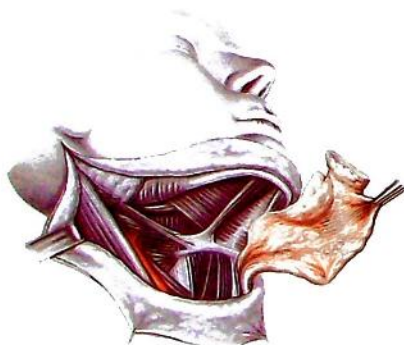
იკვეთება პლატიზმა, თავისუფლდება მკერდ-ლაინ-დერილისებური კუნთი, თავისუფლდება საკუთარი ფასციიდან და ტარდება ყბაყურა ჯირკვლის ქვედა პოლუსის რეზექცია

სურათი №4



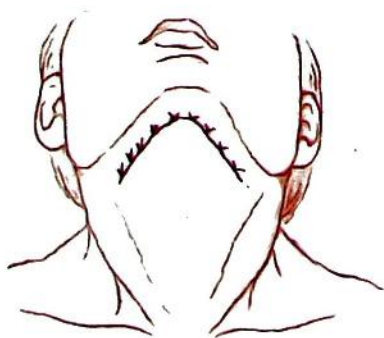
იკვეთება საძილე  
სამკუთხედში არსებული  
ლიმფური ჯირკვლები  
ფაშარ შემაერთებელ  
ქსოვილთან ერთად.  
იკვანძება და იკვეთება  
სახის არტერია და ვენა

სურათი №5



იკვეთება ყბისქვეშა და  
ნიკაპქვეშა არის ფაშარი  
შემაერთებელი ქსოვილი  
ყბისქვეშა სანერწყვე  
ჯირკვალთან ერთად.

სურათი №6



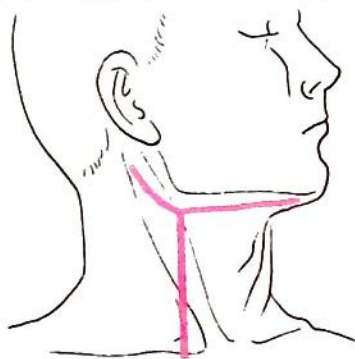
ოპერაციის ანალოგიური  
ეტაპები სრულდება  
სანინაალმდეგო მხარეს  
რის შემდგომ ჭრილობა  
იკერება შრეობრივად.

სურათი №7

2. კისრის ლიმფური ჯირკვლების ფასციალურ ფუტლიარული ამოკვეთა სრული მოცულობით ნაჩვენებია თავისა და კისრის ყველა გავრცელებული ავთვისებიანი სიმსივნეების არსებობის

შემთხვევაში და სრულდება როგორც პროფილაქტიკური, ასევე სამკურნალო მიზნით. სამკურნალო მიზნით იგი ხორციელდება კისრის ქვედა, შუა ან ზედა მესამედში ერთეული, მოძრავი რეგიონული მეტასტაზის არსებობისას, რომლის ზომები არ აღემატება 3სმ-ს და არ არის ჩაზრდილი ქვეშმდებარე სტრუქტურებში. ამ მასშტაბის ოპერაციის დროს აუცილებელია ამოკვეთილი იქნეს კისრის პირველ და მეხუთე ფასციას შორის ლავინიდან ქვედა ყბის კუთხემდე განალგებული ყბისქვეშა, საძილე, ლავინზედა სამკუთხედების, აქცესორული ზონის და ნერვ-სისხლძარღვოვანი კონის გასწვრივ არსებული ლიმფური კვანძები და ფაშარი შემაერთებული ქსოვილი. ამოკვეთილი ქსოვილების ბლოკი ასევე შეიცავს ყბისქვეშა და ყბაყურა სანერწყვე ჯირკვლის რეზეცირებულ ქვედა პოლუსს.

სურ. №8,9,10,11,12,13,14,15 – წარმოდგენილია კისრის ლიმფური ჯირკვლების ფასციალურ ფუტლიარული ამოკვეთის (სრული მოცულობა) ეტაპების თანმიმდევრობა:



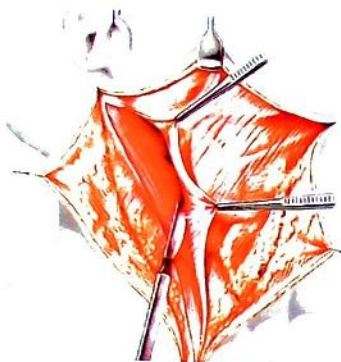
ჰორიზონტალური განაკვეთი ტარდება ქვედა ყბის ქვედა კიდიდან 2სმ-ით ქვევით, ნიკაპქვეშა არიდან მკერდ-ლავინ-დვრილისებური კუნთის უკანა კიდემდე. ხოლო ვერტიკალური-ქვედა ყბის კუთხიდან ლავინის ძვლამდე.

სურათი №8



კანის ნაფლეთები მობილზებულია და პუნქტირით წარმოდგენილია ამოსაკვეთი ქსოვილების საზღვრები.

სურათი №9



მკერდ-ლაინ-  
დერილისებური კუნთის  
უკანა ზედაპირზე  
ტარდება ვერტიკალური  
განაკვეთი და წარმოებს  
კუნთის გამოყოფა მისი  
მფარავი ფასციიდან.

სურათი №10



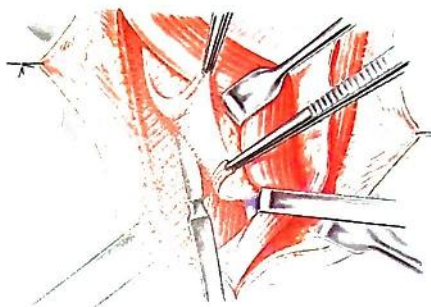
შუა ხაზზე იკვეთება  
კისრის ზედაპირული,  
მეორე და მესამე  
ფასციები მკერდინის  
კუნთამდე.

სურათი №11



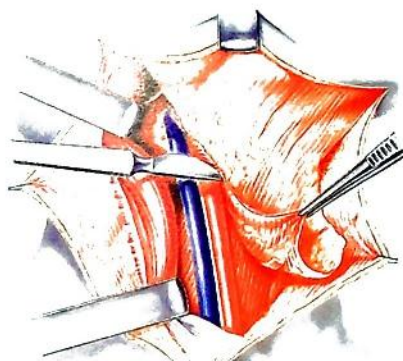
ლაინის ძვლის გასწვრივ  
იკვეთება კისრის  
ფასციები შიგნითა  
საულლე ვენამდე  
და ეს უკანასკნელი  
თავისუფლდება მის  
გარშემო არსებული  
ფაშარი შემაერთებელი  
ქსოვილისაგან.

სურათი №12



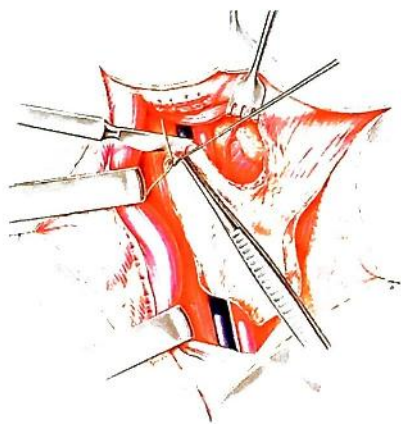
ნარმოებს კისრის გვერდითი სამკუთხედის გათავისუფლება ფაშარი შემაერთებელი ქსოვილისაგან.

სურათი №13



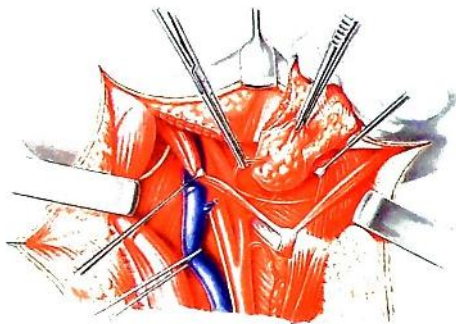
ლაინის ძვლიდან ქვედაყბის კუთხემდე იკვეთება კისრის მე-5 ფასცია კიბისებურ კუნთამდე და თავისუფლდება ნერვისისხლძარღვოვანი კონა ფაშარი შემაერთებელი ქსოვილისაგან.

სურათი №14



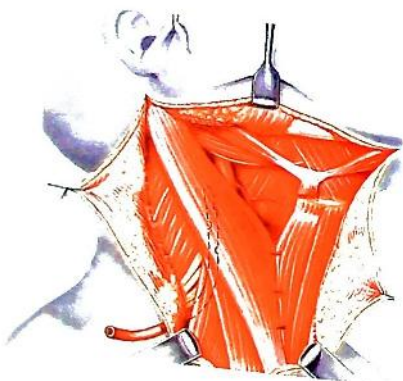
იხსნება ყბაყურა ჯირკვლის ფასცია, იკვეთება მისი ქვედა პოლუსი. ხოლო შემდეგ ქვედა ყბის კუთხიდან ნიკაპის მიმართულებით მობილიზდება ფაშარი შემაერთებელი ქსოვილი ორმუცელა კუნთის გასწვრივ. ოპერაციის ამ ეტაპის შესრულებისას აუცილებელია შენარჩუნებული იქნეს ენის და დამატებითი ნერვის მთლიანობა.

სურათი №15



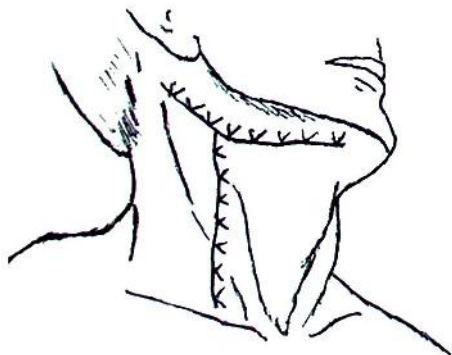
ორმუცელა კუნთთან  
იკვეთება სახის არტერია  
და ყბისქვეშა საერენწყვე  
ჯირკვალი სადინართან  
ერთად.

სურათი №16



საოპერაციო ველის  
საერთო ხედი  
მობილიზებული  
ქსოვილების ამოკვეთის  
შემდეგ ნერვ-  
სისხლძარღვოვანი კონა  
დაფარულია მკერდ-  
ლაზინ-დვრილისებური  
კუნთით.

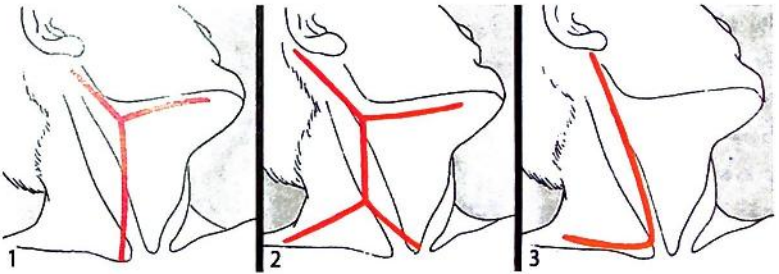
სურათი №17



ჭრილობა იკერება  
მრეობრივად.

სურათი №18

3. კრაილის ოპერაცია გამოიყენება მხოლოდ რეალიზებული, მეტასტაზების არსებობის შემთხვევაში, რომელთა ზომები აღემატება 3სმ-ს და მჭიდრო კავშირშია კისრის მაგისტრალურ სისხლძარღვებთან. კრაილის ოპერაციის დროს იკვეთება საერთო საულლე ვენა, მკერდ-ლაზინ-დვრილისებური კუნთი, დამატებითი ნერვი და კისრის ფაშარი შემაერთებელი ქსოვილი ლიმფურ კვანძებთან ერთად ლავინის ძვილიდან ქვედა ყბის კუთხემდე და ტრაპეციული კუნთის წინა კიდიდან კისრის შუა ხაზამდე. სურ. №19,20,21,22,23,24 - ნარმოდგენილია კრაილის ოპერაციის ეტაპების თანმიმდევრობა:



სურათი №19

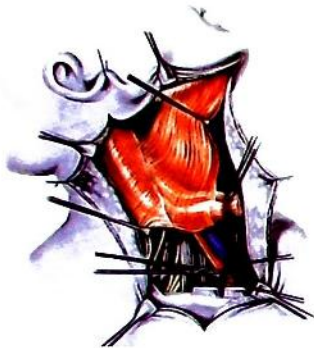
კანის განაკვეთების ვარიანტები კრაილის ოპერაციის დროს



მობილიზებული კანის ნაფლეთები და მონიშნულია ამოსაკვეთი ქსოვილების საზღვრები.

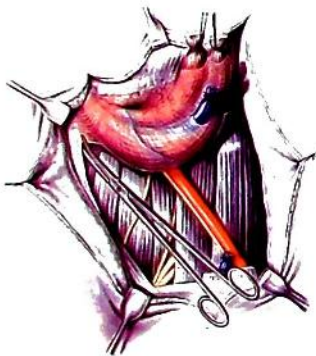
სურათი №20





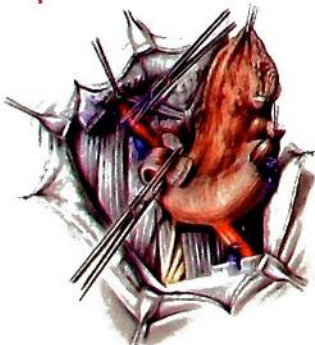
პირველი ფასცია იკვეთება კისრის შუა ხაზის გასწვრივ და ლავინის პარალელურად. გამოიყოფა და იკვეთება მკერდ-ლავინ-დვრილისებური კუნთის ფეხები. კისრის გვერდითი სამკუთხედის და სისხლძარღვოვანი კონის ირგვლივ არსებული ფაშარი შემაერთებელი ქსოვილის მობილიზაციისა და ზემოთ გადაწევის შემდეგ ლავინის დონეზე იკვანძება და იკვეთება საერთო საუღლე ვენა.

#### სურათი №21



ტრაპეციული კუნთის წინა კიდის გასწვრივ ყველა ქსოვილი იკვეთება მეხუთე ფასციამდე და მობილიზებულ ფაშარ შემაერთებელ ქსოვილთან ერთად იწევა ზევით.

#### სურათი №22



მკერდ-ლავინ-დვრილისებური კუნთის მყესების გადაკვეთის, ყბაყურა ჯირკვლის ქვედა პოლუსის რეზექციის შემდეგ გადაიკვანძება და გადაიკვეთება შიგნითა საუღლე ვენა, რის შემდგომ ერთ ბლოკში ამოიკვეთება ყბისქვეშა სამკუთხედში არსებული ქსოვილები.

#### სურათი №23

ჭრილობა იკერება  
შრეობრივად.



სურათი №24

დღეისათვის არ შეიძლება თავისა და კისრის ონკოლოგიაში განხორციელდეს მასშტაბური ოპერაცია, რომელიც არ ითვალისწინებს დაკარგული ორგანოს, ქსოვილის ან ქსოვილთა კომპლექსების ერთმომენტიან აღდგენას. ამ ჩარევის შედეგად თავისა და კისრის არეში წარმოქმნილი დეფექტები, როგორც წესი, არ შემოისაზღვრება რომელიმე ცალკეული ანატომიური ერთეულით, რადგან მას მნიშვნელოვანი ფართი და სიღრმე გააჩნია, რომელშიც შესაძლებელია განლაგებული იყოს გაშიშვლებული მაგისტრალური სისხლძარღვები, თავის ტვინის გარსები, პირის ღრუს ორგანოები, ჰაიმორის და ფრონტალური წიაღები, რაც იწვევს უხეშ ფუნციურ და კოსმეტიკურ ცვლილებებს. ხშირად ეს უკანასკნელი აიძულებს პაციენტს უარი განაცხადოს შემოთავაზებულ ოპერაციაზე, რაც იწვევს მის დაღუპვას. ამიტომ მკურნალობის დაგეგმარებისას ყოველ კონკრეტულ შემთხვევაში აუცილებელი ხდება ისეთი ოპტიმალური ვარიანტის შერჩევა, რომელიც განსაზღვრავს არა მარტო ოპერაციის მასშტაბს, არამედ სახავს მიღებული დეფექტის აღდგენის გზებს. ეს უკანასკნელი განისაზღვრება დაკარგულ ქსოვილთა სახეობით, ჩამოყალიბებული დეფექტის ზომით, ლოკალიზაციით, ოპერაციამდე ჩატარებული მკურნალობით, ავადმყოფის ასაკითა და ზოგადი მდგომარეობით.

სწორედ ამიტომ ონკოლოგიურ ავადმყოფთა მკურნალობაში განსაკუთრებული როლი ექიმსა და ავადმყოფს შორის ურთიერთობას ენიჭება. ეს ურთიერთობა უფრო რთულდება, როდესაც საქმე ეხება თავისა და კისრის არეში გავრცელებული

ავთვისებიანი სიმსივნეების მკურნალობას. ამ სიმსივნეთა სიახლოვე იმ ორგანოებთან, როგორცაა ცხვირი, ყური, პირის ღრუ, ჰაიმორის ნიალი, მაგისტრალური სისხლძარღვები, თავის ტვინი, ორბიტა, ქმნის განსაკუთრებულ სირთულეებს, ვინაიდან ოპერაციის შემდგომ წარმოქმნილი ფართო დეფექტები იწვევს ისეთი ფუნქციების დარღვევას, როგორცაა სუნთქვა, ლეჩვა, ყლაპვა, ლაპარაკი და სხვა. ხოლო კოსმეტიკური დეფექტები, გარდა ღრმა ფსიქიკური და ფიზიკური განცდებისა, განაპირობებს ხანგრძლივი დროის განმავლობაში ადამიანების იზოლიაციას საზოგადოებისგან, რადგან მათ მუდმივად ესაჭიროებათ ოჯახის წევრების მეთვალყურეობა და დახმარება. ყველა ავადმყოფმა და მისმა ოჯახის წევრმა ონკოლოგიური დაავადების შესახებ უნდა იცოდეს სრული სიმართლე. მათ უნდა განემარტოთ დაგეგმილი ოპერაციის მასშტაბი, შესაძლო გართულებები, ოპერაციის შემდგომ პერიოდში ავადმყოფის მოვლასთან დაკავშირებული სიძნელეები და პროგნოზი.

დღეისათვის თავისა და კისრის პლასტიკურ ქირურგიაში გამოიყენება საკმაოდ ბევრი სხვადასხვა სახის ნაფლეთები: კან-ცხიმოვანი, კან-ფასციალური, კან-კუნთოვანი, კან-ძვალ-კუნთოვანი, ლორწოვან-კუნთოვანი, ძვალ-კუნთოვან-ლორწოვანი, თორაკო-დორსალური და სხვა. არსებობს მკვებავი სისხლძარღვების შემცველი მრავალკომპონენტური რთული თვისუფალი ან როტირებული ტრანსპლანტანტები. განსაკუთრებით აღსანიშნავია თორაკო-დორსალური ნაფლეთი, რომლის გამოყენების დროს შესაძლებელია არა მარტო კანის, არამედ კუნთოვანი შრის აღდგენაც. დუბლირებული ნაფლეთი კი იძლევა საშუალებას, აღდგენილი იქნეს ღრუ ორგანოების მფარავი ქსოვილები.

როგორც კლინიკურმა დაკვირვებებმა გვიჩვენეს, თავის თმიანი ნაწილის, შუბლისა და საფეთქლის არეში არსებული რბილი ქსოვილების დეფექტის არსებობის შემთხვევაში მიზანშეწონილია გამოყენებული იქნეს კანის თავისუფალი პლასტიკა, პლასტიკა ადგილობრივი ქსოვილებით ან კომბინირებული პლასტიკა, რომელიც მოიცავს კანის თავისუფალი და როტირებული ნაფლეთის ერთდროულ გამოყენებას. (თ. ბარამიძე 2003)

სახის შუა მესამედის რბილი ქსოვილების დეფექტის არსებობის შემთხვევაში, ყველაზე კარგი ფუნქციური შედეგები მიიღწევა როტირებული ან თავისუფალი დუბლირებული ნაფლეთების გამოყენებით, რომელიც ხორციელდება მიკროქირურგიული ტექნიკის მეშვეობით. (თ. ბარამიძე 2003)

სახის ქვედა ზონაში ჩამოყალიბებული დეფექტის აღსადგენად მიზანშეწონილია გამოყენებული იქნეს როტირებული კან-კუნთოვანი ნაფლეთი ან თავისუფალი კან-კუნთოვანი ნაფლეთი მიკროქირურგიული ტექნიკის გამოყენებით. პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის აღდგენის მიზნით წარმატებით გამოიყენება ნაწლავიდან აღებული თავისუფალი არტერიალიზებული ტრანსპლანტანტი. ხოლო ქვედა ყბის და პირის ღრუს ფსკერის დეფექტების აღსადგენად თეძოს ძვლიდან მობილიზებული კან-კუნთოვან-ძვლოვანი არტერიალიზებული ნაფლეთები. მიკროქირურგიული ტექნიკის გამოყენება შესაძლებლობას იძლევა აღვადგინოთ ტრანსპლანტანტის მკვებავი სისხლძარღვები და მოვახდინოთ ვენური კოლექტორების ანასტომოზირება კისრის მაგისტრალურ სისხლძარღვებთან, რაც მნიშვნელოვნად აძლიერებს მათ სიცოცხლისუნარიანობას და ხელს უწყობს დადებითი შედეგების მიღწევას. (თ. ბარამიძე 2003)

უნდა აღინიშნოს, რომ ქირურგიული მკურნალობის ჩატარებამდე ყველა ავადმყოფის დეტალური გამოკვლევის შემდეგ, საჭიროა განისაზღვროს ოპერაციის მასშტაბი, ჩატარდეს წინა საოპერაციო მომზადება და შეირჩეს გაუტკივარების მეთოდი. ეს უკანასკნელი შესაძლოა იყოს ადგილობრივი და ზოგადი. ოპერაციის წინ მიზანშეწონილია პრემედიკაციის განხორციელება, არასასურველი რეფლექტორული რეაქციების დამუხრუჭების, სანერწყვე ჯირკვლების და სასუნთქი გზების ლორწოვანი გარსების სეკრეციის შემცირებისა და სედატიური ეფექტის მიღების მიზნით.

ზოგადი გაუტკივარების დროს უსათუოდ გათვალისწინებული უნდა იყოს ავადმყოფის ასაკი, ზოგადი მდგომარეობა, სუნთქვისა და სისხლის მიმოქცევის თავისებურებები, ადრე ჩატარებული (სხივური ან ქიმიოთერაპიული) მკურნალობის მეთოდები, დაგეგმილი ოპერაციის მასშტაბი და მისი ხანგრძლივობა.

ოპერაციის ხანგრძლივობასთან ერთად პირდაპირპროპორციულად იზრდება ნარკოზის რისკი, რის გამოც თავისა და კისრის არეში წარმატებული ოპერაციების განხორციელებისათვის საჭიროა სასუნთქი სისტემის დეტალური გამოკვლევა, განსაკუთრებით იმ პაციენტებში, რომელთაც დაგეგმილი აქვთ კრაილის ოპერაცია, ორმხრივი ფასციალურ ფუტლიარული ამოკვეთა, ქვედა ყბის, ენის ძირის, პირის ღრუს ფსკერის რეზექცია ან ექსტირპაცია, გაფართოებული თირეოიდექტომია და სხვა, რადგან ეს ოპერაციები იწვევენ ზედა სასუნთქი გზების გამტარებლობის შეფერხებას, ორგანოთა ტოპოგრაფიულ-ანატომიური ურთიერთდამოკიდებულების დარღვევის გამო, აღნიშნულ ორგანოებზე ოპერაციის შემდგომ ვითარდება სუნთქვის გამოხატული ფუნქციური უკმარისობა, რაც წარმოადგენს ჩვენებას გადაუდებელი - სასწრაფო ან პრევენციული ტრახეოსტომიისათვის.

ენდოტრაქეალური ნარკოზის შესრულებისათვის აუცილებელია წინასწარ განისაზღვროს ინტუბაციის მეთოდი. ამისათვის გასათვალისწინებელია სიმსივნური პროცესის ლოკალიზაცია, პირის გაღების ხარისხი და სხვა. ინტუბაცია შესაძლოა განხორციელდეს ტრანსორალური, ტრანსნაზალური და ტრანსტრახეოტომიული გზით. ტრანსნაზალური ინტუბაცია გამოიყენება იმ შემთხვევაში, როცა საინტუბაციო მილის არსებობა პირის ღრუში მნიშვნელოვან დაბრკოლებას ქმნის ქირურგიული მანიპულაციების ჩატარებისას. სახის დიდი დეფექტების, ოპერაციის შემდგომი ნაწიბურების, ტრიზმის, ცხვირის ღრუში ან ცხვირ-ხახაში დიდი ზომის სხვადასხვა სიმსივნეების არსებობის შემთხვევაში საჭირო ხდება ინტუბაცია განხორციელდეს ტრახეოსტომის მეშვეობით.

სახისა და თავის არეში ოპერაციების მსვლელობის დროს შესაძლოა ადგილი ჰქონდეს ისეთ ინტრაოპერაციულ გართულებებს, როგორიცაა თავის ტვინის ჰემოდინამიკის, ჰორმონული რეგულაციის და სისხლის მიმოქცევის დარღვევა. ლავინქვედა ან შიგნითა საულლე ვენების დაზიანების გამო შესაძლოა განვითარდეს ჰაეროვანი ემბოლია, გულმკერდის სადინრის დაზიანების დროს ლიმფორეა და შებრუნებული

ნერვის დაზიანების შემთხვევაში სუნთქვის მწვავე უკმარისობა. რაც შეეხება ოპერაციის შემდგომ გართულებებს, ყველაზე ხშირად გვხვდება ქრილობის დაჩირქება, რომელიც ვითარდება მკვეთრად დაქვეითებული იმუნიტეტის, ჩატარებული სხივური და ქიმიოთერაპიის გამო. ოპერაციის შემდგომ პერიოდში გასათვალისწინებელია ავადმყოფის კვების საკითხი. როგორც წესი, პირის ღრუსა და ზედა სასუნთქი გზების არეში ჩატარებული კომბინირებული ოპერაციების შემდეგ ავადმყოფის კვება ხორციელდება ნაზოგასტრალური ზონდით, პარენტერალურად ან კომბინირებულად. ავადმყოფთა ზონდით კვებისათვის გამოიყენება როგორც ჩვეულებრივი თხიერი საკვები, ასევე ბალანსირებული კოქტილები.

რაც შეეხება პაციენტთა ფსიქოემოციურ რეაბილიტაციას, იგი ხანგრძლივი პროცესია და მოითხოვს არა მარტო პაციენტის ირგვლივ მყოფ პირთა და ოჯახის წევრთა ერთობლივ ძლისხმევას, არამედ ფსიქოლოგთა და ფსიქოთერაპევტთა დახმარებას.

## თავისა და კისრის მიდამოს კანის ავთვისებიანი სიმსივნეები

ონკოლოგიურ დაავადებათა შორის კანის ავთვისებიან სიმსივნეებს მესამე ადგილი უჭირავს. ერთის მხრივ, დაავადების ასეთი მაღალი მაჩვენებელი (14.3%) განპირობებულია გარემო კლიმატური პირობების მნიშვნელოვანი გაუარესებით, რაც გამოიხატება რადიაციული ფონის მომატებით, ხოლო, მეორეს მხრივ, ცხოვრების პირობების დაბალი დონით, ხანგრძლივი დროის განმავლობაში ჩატარებული თვითმკურნალობით (M. Сигал, Г. Володина, 1982, А.И. Иеробеев, 1998, С.Е. Funk, 1991, А.С. Piano, В.С. Wen, D.H. Hussey 1999, Скворцов С.В., Фокеев С.Д. 1998, Важенин А.Н. 1998). მიუხედავად იმისა, რომ კანის კიბო მიეკუთვნება ვიზუალური ლოკალიზაციის სიმსივნეებს, ავადმყოფთა დიდი ნაწილი მიმართავს სპეციალიზირებულ დაწესებულებას გავრცელებული პროცესებით (16-20%), რაც ხშირად განპირობებულია არასწორი პირველადი დიაგნოსტიკით და არაკვალიფიციური სამედიცინო დახმარებით. თავისა და კისრის მიდამოს კანის კიბოს გავრცელებული ფორმები წარმოდგენილია სურათზე №1,2,3.



სურათი №1



სურათი №2



სურათი №3

ონკოლოგიურ დაავადებათა შორის თავისა და კისრის მიდამოს კანის ავთვისებიანი სიმსივნეებით 2,5-ჯერ უფრო ხშირად

ავადდებიან მამაკაცები, ვიდრე ქალები. დაავადებულ პაციენტთა რიცხვი ასაკის ზრდასთან ერთად სინქრონულად მატულობს (Двойрин В.В 1995). 1994 წლის მონაცემებით, 75 წლის ზევით პაციენტებში, 100 000 მოსახლეზე ეს რიცხვი აღწევდა 207,6 — მამაკაცებში და 143,8 —ს ქალებში. აღნიშნული დაავადება განსაკუთრებით ხშირად გვხვდება იმ გეოგრაფიულ ზონებში, სადაც მაღალია მზის სხივთა ინსოლაცია (Двойрин А.А. 1998, Schwartz S. 1994) და რადიაციული ფონი (Мяткин Е.Г. Алферов В.С. 1998, Lacroix P/ 1992, Hell В. 1991, Дыхно Ю.А., Иванова Ю.Д., Лалетина И.В., Хлебопрос Р.Г. 2002).

კანის ავთვისებიანი სიმსივნეების არსის და განვითარების გენეზის უკეთ წარმოჩენისათვის მიზანშეწონილად მივიჩნით კიდევ ერთხელ განგვეხილა მისი სტრუქტურული შენების თავისებურებანი.

ცნობილია, რომ კანი ყველაზე დიდი და მრავალფუნქციური ორგანოა. მისი ფართი ზრდასრული ადამიანის სხეულის 16 000 სმ<sup>2</sup>-ს აღწევს და სხეულის წონის 16%-ს შეადგენს. პირველ რიგში, კანი სხეულის საფარია, რომელიც იცავს მის ქვეშ მდებარე ქსოვილებს სხვადასხვა სახის დაზიანებისაგან, მონაწილეობს ორგანიზმის ვიტამინებისა და ნივთიერებათა ცვლაში, განსაკუთრებით წყლის და სითბოს რეგულაციაში. გარდა ამისა კანის საფარი უდიდესი რეცეპტორული ველია, რომელშიც შეხების, ტემპერატურული და ტკივილის შემგრძნობი ნერვული დაბოლოებებია განლაგებული. კანის სისქე სხეულის სხვადასხვა ნაწილში 0,5-დან 3-4 მმ-მდე მერყეობს.

კანი იყოფა ორ ნაწილად — ეპითელურად და შემაერთებელქსოვილოვანად. კანის ეპითელიუმს ეპიდერმისი ეწოდება, ხოლო შემაერთებელქსოვილოვან ჩანაფენს — დერმა, ანუ საკუთრივ კანი.

ეპიდერმისი (epidermis) წარმოდგენილია მრავალშრიანი ბრტყეული გარქოვანებული ეპითელიუმით. ეპითელურ უჯრედებს შორის გვხვდება მელანოციტები, ლანგერჰარსის და მერკელის უჯრედები, რომელიც შედგება უჯრედთა ათობით შრისაგან. მათი სისქე 0,07-დან 2,5 მმ-მდეა. ხელისა და ფეხისგულეებზე ეპიდერმისი



უფრო სქელია. მისი სისქე 0,5-1 მმ-ს აღწევს. ზურგის მიდამოში კანის სისქე 4 მმ-ია, თავის ქალას მიდამოში კი — 1,5 მმ.

კანის მრავალშრიან ბრტყელ ეპითელიუმში მორფოლოგიური და ფუნქციური თავისებურებების მიხედვით განარჩევენ 5 შრეს: რქოვანა, პრიალა, მარცვლოვანი, წვეტიანი უჯრედების შრე და ბაზალური შრეები. უშუალოდ ბაზალურ შრეში არჩევენ ორი სახის უჯრედებს: ბაზალურ უჯრედებსა და მელანოციტებს — პიგმენტურ უჯრედებს, რომლებსაც აქვთ კანის პიგმენტის — მელანინის სინთეზის უნარი. მელანოციტები ნერვული ქედიდან წარმოიქმნება. ისინი მრგვალი ფორმის უჯრედებია, რომელთა ციტოპლაზმიდან რამდენიმე გრძელი, უსწორმასწორო მორჩი გამოდის. მელანოციტების მორჩები ეპიდერმისში იტოტება და ბაზალური და წვეტიანი შრის უჯრედებს შორის თავსდება.

საკუთრივ კანი (corium), ანუ დერმა იყოფა ორ შრედ — დერილოვან და ბადებრივ შრეებად, რომელშიც განლაგებულია ოფლის, ქონის ჯირკვლები და თმის ფოლიკულები. ოფლისა და ქონის ჯირკვლები უზრუნველყოფენ თერმორეგულაციას და ორგანიზმიდან ნივთიერებათა ცვლის ზოგიერთი ისეთი პროდუქტების გამოყოფას, როგორცაა შარდოვანა, შარდის მუავა, ამიაკი და სხვ. ყველაზე მეტი ქონის ჯირკვალა თავზე, სახეზე და ზურგის ზედა ნაწილზე. რაც შეეხება საოფლე ჯირკვლებს, იგი განლაგებულია უფრო ზედაპირულად — დერმის დერილოვანი და ბადებრივი შრეების მოსაზღვრე ნაწილებში.

ყველა ზემოთ წარმოდგენილი კანის ანატომიური და ორგანული შემადგენელი ნაწილიდან შესაძლებელია განვითარდეს ავთვისებიანი სიმსივნეები.

დღეისათვის კანის კიბოს განვითარების ეტიოლოგიურ ფაქტორად მიიჩნევენ: სხვადასხვა ქიმიური კანცეროგენების ზემოქმედებას ისეთი პრეპარატებით, როგორცაა დარიშხანი, გადამუშავებული ნავთობპროდუქტები, მეტალოშენაერთები, ულტრაიისფერი რადიოაქტიური გამოსხივება, ხანგრძლივი თერმიული ზემოქმედება და ბოლოს დნმ-ს გენეტიკური დაზიანება, (პიგმენტური ქსეროდერმა, ბაზალურუჯრედოვანი ნევუსები და სხვა) (Трапезников Н.Н., Аббасов А.Т., Журавский С.С. 1985.).

კანის კიბოს განვითარების რისკ-ფაქტორებს მიეკუთვნება: ქრონიკული ტრავმა, მზის რადიაცია, ჰორმონული ძვრები სქესობრივი მომწიფების დროს, ფეხმძიმობა, კლიმაქსი და სხვა.

კანის სიმსივნური პროცესები ხშირად ვითარდება, როგორც ობლიგატური, ასევე ფაკულტატური კიბოსწინარე დაავადებებიდან

I. ობლიგატურ ანუ მალიგნიზაციის მაღალი რისკის მქონე კიბოსწინარე დაავადებებს მიეკუთვნება: კანის სემილური კერატოზი, დარიშხანის პრეპარატებით გამოწვეული კანის კერატოზი, ბოუენის დაავადება, სხივური დერმატიტი, პიგმენტური ქსეროდერმა, პეჯეტის დაავადება, კერის რიტროპლაცია და სხვა.

II ფაკულტატურ ანუ მალიგნიზაციის დაბალი რისკის მქონე კიბოსწინარე დაავადებებს მიეკუთვნება: ძველი, მუდმივად ტრავმირებადი ნაწიბურები, ქრონიკული წყლულების ან ჩირქოვანი პროცესის არსებობა, კერატოაკანტომა, ბაზალურუჯრედოვანი ნევუსი, სეზორეული კერატოზი და სხვა.

კანის ავთვისებიანი სიმსივნეების 90%-ს შეადგენს კანის კიბო. დანარჩენი 10% კი მოდის სხვადასხვა ჰისტოლოგიური შენების ავთვისებიან სიმსივნეებზე, რომელთა შორისაც საერთაშორისო კლასიფიკაციის მიხედვით არჩევენ:

1. მელანომა (კანის პიგმენტურუჯრედოვანი ავთვისებიანი სიმსივნე);
2. ადენოკარცინომა (კანის დანამატებიდან წარმოქმნილი ავთვისებიანი სიმსივნე);
3. კანის ფიბროსარკომა (კანის შემაერთებელქსოვილოვანი ავთვისებიანი სიმსივნე);
4. კანის დერმატოფიბროსარკომა (კანის შემაერთებელქსოვილოვანი ავთვისებიანი სიმსივნე);
5. ლეიოსარკომა;
6. ანგიოსარკომა;
7. კაპოშის მრავლობითი ჰემორაგიული სარკომა;

ავადმყოფთა დიდ ნაწილს კანის ავთვისებიანი სიმსივნეები უვითარდებათ სახეზე და თავის თმიან ნაწილში. სახეზე კანის კიბო ყველაზე ხშირად ცხვირის ფრთაზე (30%), ქუთუთოების (20%) და ლოყის მიდამოში (15%) გვხვდება.

კანის კიბოს მიკროსკოპული შენება მეტად მრავალფეროვანია. საერთაშორისო ჰისტოლოგიური კლასიფიკაციის მიხედვით ეპითელიალური წარმოშობის სიმსივნეებს შორის არჩევენ:

- ა) ბაზალურუჯრედოვან კიბოს (ბაზალიომა), მისი სახეებია:
  - 1. ზედაპირული მულტიცენტრული;
  - 2. სკლეროდერმული;
  - 3. ფიბროზულ-ეპითელური;
- ბ) ბრტყელუჯრედოვან კიბოს, რომლის სახეებია
  - 1. ადენოიდური;
  - 2. თითისტარისებური;
- გ) მეტატიპიურ კიბოს;
- დ) საოფლე ჯირკვლებიდან წარმოქმნილ ავთვისებიან სიმსივნეებს;
- ე) ცხიმოვანი ჯირკვლებიდან წარმოქმნილ ავთვისებიან სიმსივნეებს;
- ვ) თმის ძირის ფოლიკულებიდან წარმოქმნილ ავთვისებიან სიმსივნეებს;
- ზ) არაკლასიფიცირებად სიმსივნეებს;

ეპითელური წარმოშობის ავთვისებიან სიმსივნეთა შორის თავისა და კისრის მიდამოში ყველაზე ხშირად (60-80%) გვხვდება ბაზალურუჯრედოვანი კიბო. ბრტყელუჯრედოვანი კიბო შედარებით იშვიათია (18-25%), ცალკეა გამოყოფილი კანის დანამატებიდან განვითარებული კიბო (ეკრინული და აპოკრინული ეპითელიდან, ცხიმოვანი და საოფლე ჯირკვლებიდან), რომელსაც აქვს ადენოკარცინომის შენება და ხასიათდება განსაკუთრებული ავთვისებიანი მიმდინარეობით.

თავისა და კისრის მიდამოში ბაზალურუჯრედოვანი და ბრტყელუჯრედოვანი კანის კიბოს განვითარების მაღალი პროცენტული მაჩვენებლის გათვალისწინებით, მიზანშეწონილად ჩავთვალეთ დაწვრილებით განგვეხილა კანის კიბოს აღნიშნული ფორმები.

## კანის ბაზალურუჯრედოვანი კიბო (ბაზალიომა)

ეპიდერმისის ბაზალური შრის უჯრედებისაგან განვითარებულ სიმსივნეებს ბაზალურუჯრედოვან კარცინომას ანუ ბაზალიომას უწოდებენ. ადრე მას ნახევრად ავთვისებიან სიმსივნედ მიიჩნევდნენ, რადგან ავთვისებიან და კეთილთვისებიან სიმსივნებს შორის შუალედური მდგომარეობა უკავია. კერძოდ, ბაზალიომა ჰისტოლოგიურად არის კიბო, ახასიათებს ინფილტრაციული ზრდა და ირგვლივ მდებარე ქსოვილების დესტრუქცია. ადვილად წყლულდება, აქვს მორეციდივე ხასიათი, მაგრამ მეტასტაზებს არ იძლევა. მისთვის დამახასიათებელია ნელი, ადგილობრივად მადესტრუირებელი ზრდა, თუმცა ერთეულ შემთხვევებში ბაზალიომამ შესაძლებელია მიიღოს შეუპოვრად მორეციდივე ხასიათი სიმსივნის ღრმა ინვაზიით და ირგვლივმყოფი ქსოვილების დესტრუქციით, რასაც მიუხედავად ჩატარებული ინტენსიური მკურნალობისა, ხშირად ლეტალურ შედეგამდე მივყავართ.

საერთაშორისო მორფოლოგიური კლასიფიკაციის (1984წ) მიხედვით განარჩევენ ბაზალიომის სამ ვარიანტს: დიფერენცირებულს, არადიფერენცირებულს და შერეულს. დიფერენცირება კი შესაძლოა იყოს ჯირკვლოვანი, ცხიმოვანი, პილოიდური. დიფერენცირების ნიშნების არარსებობისას სიმსივნეებს მიაკუთვნებენ სოლიდურ ტიპს.

ბაზალურუჯრედოვანი კიბოს სტრუქტურული თავისებურების გათვალისწინებით გამოყოფენ მის შემდეგ ტიპებს: ა) კვანძოვანს, ბ) ზედაპირულს, გ) სოლიდურს, დ) პიგმენტურს, ე) მასკლეროზებელს, ვ) ადენოიდურს, ზ) კისტოზურს, თ) კერატინურს, ი) გარდამავალს, კ) შერეულს. ბაზალიომის კლინიკური მიმდინარეობა მრავალფეროვანია და დამოკიდებულია სიმსივნის ფორმასა და ლოკალიზაციაზე.

დაავადების დასაწყისში კანზე წარმოიქმნება ერთი ან რამდენიმე მკვრივი, მკვეთრი საზღვრების მქონე, მომრგვალო კვანძი, მორუხო მოვარდისფრო შეფერილობის. მისი მფარავი კანი განლუულია და



სურათი №4

აქვს სადაფისებრი ელფერი. (სურათი №4) მოგვიანებით კვანძები ერთიანდება, წარმოქმნის ბალთას ცენტრში ჩაღმავებით, რომელსაც ფარავს დეპიგმენტირებული ატროფიული კანი. შემდეგ ცენტრში კანი წყლულდება, იფარება ფუფხით, წყლული ღებულობს კრატერის ფორმას, წყლულის

ფსკერი უსწორმასწოროა, კიდეები დაკბილული, აქვს ხრტილის კონსისტენცია. წყლულის შემდგომ გავრცელებას თან სდევს ირგვლივმყოფი ქსოვილების რღვევა, დაავადება ვრცელდება



სურათი №5

კუნთოვან, ძვლოვან ქსოვილებზე და ირგვლივმყოფ ორგანოებზე. ზოგჯერ სიმსივნე თავიდანვე ავლენს ინფილტრაციული ზრდის ხასიათს, აზიანებს ქვეშეშებარე ქსოვილებს, რომელიც მოგვიანებით წყლულდება. მათ ღრმადშეღწევად ფორმებს უწოდებენ. (სურათი №5.) აღნიშნული ფორმის დაავადებებისათვის დამახასიათებელია არამკვეთრი საზღვრები და აგრესიული მიმდინარეობა, რაც გამოიხატება ხშირ რეციდივირებაში.

ბაზალურუჯრედოვანი კიბოს ეგზოფიტური ფორმების დროს სიმსივნე სცილდება კანის საზღვარს და წარმოქმნის პაპილომატოზურ გამონაზარდებს. ზედაპირული ანუ ეგზემისმაგვარი ფორმა ხასიათდება კანზე მრავლობითი ეროზირებული ბალთების წარმოქმნით. დაავადების ეს ფორმა, რომელიც შესაძლოა მიმდინარეობდეს წლების განმავლობაში, ძალიან ჰგავს ეგზემას და ბრტყელ წითელ ლიქენს.

ბაზალიომის სკლეროდერმული ან ფიბროზული ფორმა ხასიათდება მოყვითალო მკვრივი ბალთის არსებობით. ბაზალურუჯრედოვანი კიბოს დროს სიმსივნის სხვადასხვა უბანში დაწყლულებასთან ერთად შეიძლება აღინიშნოს ნაწიბურების არსებობაც. ბაზალურუჯრედოვანი კანის კიბო ემსგავსება მელანომას, როდესაც მის სისქეში ხდება ირგვლივმოცი ქსოვილის



სურათი №6

პიგმენტური უჯრედების დაგროვება. მრავლობითი ბაზალურუჯრედოვანი კანის კიბოს კერების არსებობა ახალგაზრდებში შეუღლებული ენდოკრინულ, ფსიქიურ დარღვევასთან და ჩონჩხის დაზიანებასთან ცნობილია ბაზალურუჯრედოვანი ნევისის — გორლინის სინდრომის სახელწოდებით, რომელიც 1894 წელს იქნა აღწერილი Iarsch-ის მიერ. (სურათი "№6)

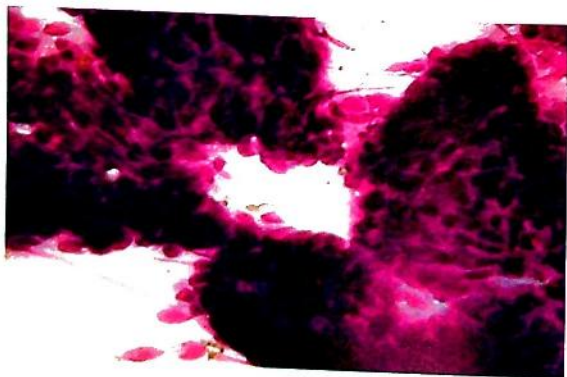
ბაზალიომის დიფერენცირება საჭიროა მელანოზურ ნევისთან, ფიბროზულ პაპულასთან და კანის დანამატების სხვა სიმსივნეებთან. დიაგნოსტიკური სირთულეები ასევე წარმოიქმნება კეთილთვისებიანი სიმსივნის მაგვარი წარმონაქმნებისა და კანის სხვადასხვა დაავადებების (სოკოვანი დაავადება, დერმატიტი, ეგზემა) დიფერენცირების დროს, აგრეთვე მელანომისა და ანგიოენდოთელიომის დროს.

წარმოდგენილი მასალიდან ჩანს, რომ კანის კიბო ხილულ პათოლოგიათა რიცხვს მიეკუთვნება, თუმცა დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის სწორი სტრატეგიის წარმართვის მიზნით, აუცილებელი ხდება გამოყენებული იქნეს ანაბექსის, პუნქტატის ან ანაფხეკის ციტოლოგიური გამოკვლევა. ბაზალიომის ციტოლოგიური სურათები მრავალფეროვანია. უფრო ხშირად, ციტოგრამა წარმოდგენილია წვრილი ჰიპერქრომული უჯრედებით, რომლებიც განლაგებულია მკვრივი ქსოვილური ნაფლეთების, ფენების, პაპილური სტრუქტურების სახით.

უჯრედთა მჭიდრო ურთიერთ განლაგების გამო ყოველთვის ვერ ხერხდება მათი ფორმის განსაზღვრა. ასეთი გროვების კიდეებზე უჯრედები პოლიგონურია, ზოგჯერ მოკლე გამონაზარდები გააჩნია. ბირთვი თითქმის მთელ უჯრედს იკავებს, მას ცენტრალური მდებარეობა აქვს, პოლიმორფულია, კონტურები არასწორია, იღებება ჰიპერქრომულად. უჯრედების ციტოპლაზმა მცირე ზომისაა, ინტენსიურად ბაზოფილური. პრეპარატის ფონს ქმნის ანთების ელემენტები, ოქსიფილური შუამდებარე ნივთიერება, რომელიც შეიძლება გარსს ეკრას უჯრედთა ჯგუფებს ან საკმაო რაოდენობით შეიმჩნეოდეს ციტოგრამაში. წვრილი ჰიპერქრომული უჯრედების გარდა, ასევე შეიძლება შეგვხვდეს უფრო ნათელი, საშუალო ზომის უჯრედები, მომრგვალო ან პოლიგონური ფორმის, ცენტრალურად მდებარე ბირთვებით, ეს უჯრედები ბრტყელუჯრედოვანი კარცინომის უჯრედებს მოგვაგონებს.

მეორე ტიპის ციტოგრამებში უჯრედთა უმრავლესობა მცირე, ან საშუალო ზომისაა. მათ მომრგვალო ფორმა, ნათელი ციტოპლაზმა და მრგვალი, ცენტრალურად მდებარე ბირთვები გააჩნია. უჯრედები განლაგებულია ცალ-ცალკე, ჯგუფებად და კომპლექსებად, მარცვლოვანი ან ჰომოგენური ოქსიფილური ნივთიერების ფონზე.

მესამე ტიპის ციტოგრამისთვის დამახასიათებელია შედარებით დიდი რაოდენობით პიგმენტის შემცველი უჯრედების (პიგმენტური

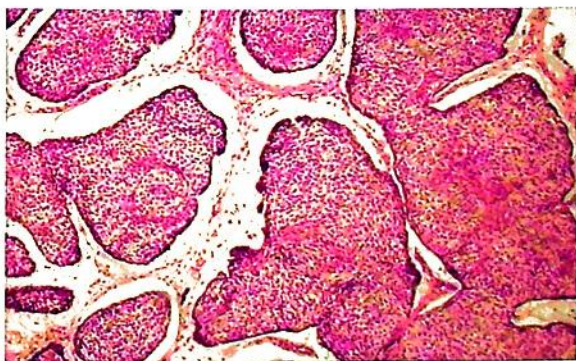


სურათი №7

ბაზალიომა) არსებობა. ეს უჯრედები ოვალური, ნაგრძელებული ან პოლიგონური ფორმისაა, მათი ციტოპლაზმა სავსეა მელანინის რუხი ფერის გრანულებით. უჯრედები განლაგებულია ცალ-ცალკე, ფენებად და გროვებად. მათი ბირთვები მომრგვალო ან ოვალურია. ახასიათებთ წვრილმარცვლოვანი ქრომატინის არსებობა. (სურათი №7) ასეთი უჯრედები მცირე რაოდენობით გვხვდება ბაზალიომის სხვა ტიპის ციტოგრამებშიც. პრეპარატებში პიგმენტის შემცველი უჯრედების სიჭარბე გვამუშალებს მოვხდინოთ დიფერენცირება ბაზალიომასა და პიგმენტურ ნევუსს შორის.

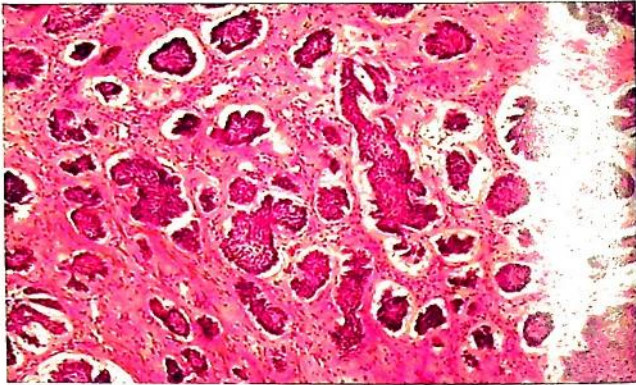
ციტოლოგიური ანალიზი საშუალებას იძლევა შემთხვევათა 90% მიღებული იქნეს სწორი პასუხი. უფრო ხშირად ანაფხეკი კეთდება სიმსივნის ზედაპირიდან. წყლულის არ არსებობის დროს შესაძლოა ჩატარდეს პუნქცია. ბიოფსიის ჩატარება ამცირებს დიაგნოსტიკური შეცდომების რიცხვს. მელანომაზე ეჭვის შემთხვევაში კი ბიოფსიის ჩატარება დაუშვებელია, უმჯობესია ჩატარდეს სიმსივნის ფართო ამოკვეთა ირგვლივ მყოფი ქსოვილებითა და ფასციით.

ბაზალიომის ჰისტოლოგიურ პრეპარატებში გვხვდება ინტენსიურად შეღებილი წვრილი უჯრედების პოლიმორფული კომპლექსები და ფენები, რომელთა პერიფერიაზე არსებულ უჯრედებს აქვთ პრიზმული, ხოლო სისქეში განლაგებულ პოლიგონური ფორმა. ეს უჯრედები სხვადასხვა ზომის და ფორმისაა, მაგრამ პრევალირებს მცირე ზომის უჯრედები მუქი



სურათი №8





სურათი №9

ბაზოფილური ციტოპლაზმით, რომელთაც წაშლილი კონტურები აქვთ. ბირთვები ასევე მცირე მომრგვალო, ოვალური ან წაგრძელებული ფორმისაა, რომელიც ინტენსიურად არის შეღებილი. ბაზალიომის კომპლექსებში არაიშვიათად ვხვდებით მიტოზებს. იმისდა მიხედვით, თუ რომელი უჯრედული მახასიათებლები ან სტრუქტურული შენება პრევალირებს პრეპარატში გამოყოფენ შემდეგი მორფოლოგიური შენების სიმსივნეებს: პიგმენტურ ბაზალიომას, მულტიცენტრულ ბაზალიომას, ადენოიდურ ბაზალიომას, ტრიხოეპითელიომას, სოლიდურ ბაზალიომას, სკლეროდერმულ ბაზალიომას და სხვა. ბაზალიომის მიკროსკოპიული სურათი ხასიათდება მრავლობითი სოლიდური უჯრედოვანი ხიდაკების არსებობით, რომელიც განლაგებულია დერმის ზედაპირულ შრეებში. (სურათი №8) ზოგჯერ ეს წარმონაქმნები მოგვაგონებენ კანის დანამატების ემბრიონალურ ჩანასახებს. ხანგრძლივი არსებობის დროს ისინი დერმაში ღრმად იჭრებიან და მიკროსკოპული სურათი მაქმანის სახეს ღებულობს ჯირკვლოვანი და კისტოზური სტრუქტურების მონაცვლეობის გამო. ბაზალიომისათვის ასევე დამახასიათებელია პილოიდური დიფერენციაცია, ხოლო ზოგ შემთხვევაში კი ეპიდერმოიდული დიფერენციაციის კერების არსებობა გარქოვანების ზონებში ბრტყელი ეპითელიუმის წარმონაქმნების სახით (სურათი №9).

ბაზალიომის კლინიკური კლასიფიკაცია ითვალისწინებს სიმსივნის ზომასა და გავრცელებას.

$T_1$  2 სმ-მდე ზომის სიმსივნე;

$T_2$  2 სმ-იდან 5 სმ-მდე ზომის სიმსივნე;

$T_3$  5 სმ-ზე მეტი ზომის სიმსივნე;

$T_4$  სიმსივნე ჩაზრდილია ღრმა კანქვეშა სტრუქტურებში (კუნთებში, ხრტილში, ძვლებში).

იმ შემთხვევაში თუ ადგილი აქვს მრავლობითი სიმსივნურ ნარმონაქმნების არსებობას, მათი რიცხვი საჭიროა მითითებული იქნეს ფრჩხილებში.  $T_x(5)$

**მკურნალობა.** ბაზალიომის მკურნალობის ადეკვატური მეთოდის შერჩევასათვის მეტად მნიშვნელოვანია გათვალისწინებული იქნეს სიმსივნის მთელი რიგი მახასიათებლები - კერძოდ მისი ლოკალიზაცია, ზომა, ზრდის ფორმა, სიმსივნის მორფოლოგიური შენება, ქვეშედა სტრუქტურების მდგომარეობა, ავადმყოფის ასაკი, თანმხლები დაავადებები და სხვა.

ბაზალიომის მკურნალობისთვის ტრადიციულ მეთოდებთან (სხივური, მედიკამენტური, ქირურგიული) ერთად საკმაოდ ფართოდ გამოიყენება სიმსივნის კრიოდესტრუქცია, ლაზერული ქირურგია და ფოტოდინამიური თერაპია.

კანის  $T_1$  - გავრცელების კიბოს დროს, როდესაც სიმსივნის ზომა არ აღემატება 2სმ-ს, უპირატესად გამოიყენება კრიოდესტრუქცია, ლაზერული ვაპორიზაცია ან ახლოფოკუსიანი რენტგენოთერაპია. ეს უკანასკნელი შეიძლება ჩატარდეს გახლეჩილი ან უწყვეტი კურსით. პირველ ეტაპზე 40 გრეის ოდენობით, ხოლო მე-2 ეტაპზე 30 გრეი, ჯამური კეროვანი დოზით — 60-70 გრეი. ქირურგიული მკურნალობისას სიმსივნე ამოიკვეთება საღი ქსოვილების ფარგლებში (სიმსივნის კიდიდან 2-3 სანტიმეტრის მოშორებით), კანქვეშა ცხიმოვან ქსოვილსა და ფასციასთან ერთად, ერთ ბლოკში. ავადმყოფთა გამოჯანსაღება ყველა შემთხვევაში აღნიშნული მეთოდების შემდეგ 98%-ს აღწევს.

$T_2$  - (5სმ-მდე) გავრცელების სიმსივნეების დროს შესაძლებელია ჩატარდეს კრიო და ლაზერო-ქირურგიული მკურნალობა ან

განხორციელდეს ახლოფოკუსიანი რენტგენოთერაპია, რომელიც ტარდება გახლეჩილი ან უწყვეტი კურსით 60-70 გრეის ოდენობით. ქირურგიული მკურნალობისას სიმსივნის ფართო ამოკვეთასთან ერთად აუცილებელი ხდება ჩამოყალიბებული დეფექტის აღსადგენად კანის ერთმომენტიანი პლასტიკის განხორციელება. ავადმყოფთა გამოჯანსაღება მკურნალობის ზემოთ ნარმოდგენილი მეთოდების გამოყენებით სხვადასხვა ავტორთა მონაცემებით მერყეობს 78-85%-მდე.

კანის T3 გავრცელების კიბოს დროს მკურნალობის ფიზიკურ მეთოდებთან ერთად, შესაძლოა გამოყენებული იქნეს შერწყმული სხივური თერაპია ან კომბინირებული მკურნალობა. შერწყმული სხივური თერაპია იწყება ახლოფოკუსიანი რენტგენოთერაპიით, რომელიც შემდგომში გრძელდება დისტანციური გამა-თერაპიის გამოყენებით. ჯამური კეროვანი დოზა ორივე მეთოდის გამოყენებისას არ აღემატება 70 გრეის. ახლოფოკუსური რენტგენოთერაპიის (40 გრეის) ჩატარების შემდეგ განისაზღვრება მკურნალობის ეფექტი. სიმსივნის 70% და მეტი რეგრესიის შემთხვევაში გრძელდება სხივური თერაპია დისტანციური გამა-თერაპიის სახით. არაეფექტურობის ან ნაკლებად ეფექტურობის შემთხვევაში მკურნალობის მეორე ეტაპზე გამოიყენება მკურნალობის ქირურგიული მეთოდი - სიმსივნის ფართო ამოკვეთა. ჩამოყალიბებული დეფექტის აღსადგენად ხორციელდება კანის ერთმომენტიანი პლასტიკა. ერთეულ შემთხვევებში კანის  $T_3$  NoMo გავრცელების კიბოს დროს იგეგმება კომბინირებული მკურნალობა, განსაკუთრებით მაშინ, როცა წინასწარ ცნობილია, რომ სხივური თერაპიით შეუძლებელია სიმსივნის სრული ელიმინაციის მიღწევა ანუ, როცა აღინიშნება პროცესის გავრცელება ცხვირის, ყურის ხრტილოვან ნაწილებში და ორბიტაში ან ძვლოვან სტრუქტურებში და სხვა. ჩატარებული მკურნალობის შემდეგ 5 წლიანი გამოჯანსაღება მერყეობს 66-72%-მდე.

კანის  $T_4$  გავრცელების კიბოს მკურნალობა კომბინირებულია: ჯერ ტარდება დისტანციური გამა-თერაპია ჯამური კეროვანი დოზით 40 გრეის ოდენობით, ხოლო შემდეგ - სიმსივნის ფართო

ამოკვეთა ქვეშმდებარე სტრუქტურებთან ერთად. ჩამოყალიბებული დეფექტის აღდგენის მიზნით გამოიყენება სხვადასხვა პლასტიური მასალები: კანის თავისუფალი ტრანსპლანტანტი, როტირებილი კან-კუნთოვანი ნაფლეთები ან თავისუფალი კან-კუნთოვანი არტერიალიზებული ტრანსპლანტანტები. პლასტიური მასალის შერჩევა დამოკიდებულია პირველადი სიმსივნის ლოკალიზაციაზე, ჩამოყალიბებული დეფექტის მოცულობასა და აღსადგენი ქსოვილების სახეობაზე. ჩატარებული მკურნალობის შემდეგ 5 წლიანი გამოჯანსაღება მერყეობს 24-35%-მდე. სიმპტომური ან პალიატიური თერაპიის მიზნით ასევე შესაძლებელია გამოყენებული იქნეს ფოტოდინამიური ან სხივური თერაპია.

## კანის ბრტყელუჯრედოვანი კიბო

კანის კიბოს გამომწვევ მიზეზებად უმრავლეს შემთხვევაში მიიჩნევენ მზის რადიაციას მის აქტიურ ულტრაიისფერ დიაპაზონში, ამიტომ ხშირად იგი მზისგან დაუცველ სხეულის ნაწილებზე ვითარდება. უმეტესწილად ავადდებიან ღია ფერის კანის, ჭროლა ან ცისფერთვალეა ადამიანები, კიდევ უფრო ხშირად ალბინოსები — პიგმენტ მელანინის ნაკლებობის გამო. კანის კიბოს გამომწვევად ასევე შეიძლება ჩაითვალოს მასზე ქიმიური კანცეროგენების, რენტგენის სხივების, დაბალი და მაღალი ტემპერატურის ხანგრძლივი ზემოქმედება. კანის კიბო ხშირად კიბოსწინარე დაავადებების ფონზე ვითარდება (დისკერატოზები, ქრონიკული დერმატიტები, ნაწიბურები, წყლულები). მისი მიმდინარეობა ბაზალიომასთან შედარებით გაცილებით აგრესიულია. სიმსივნე ყველაზე ხშირად აზიანებს ცხვირის ზურგსა და ფრთას (28%). ყურის ნიჟარის კანს (14%), ყვრიმალის და ლოყის მიდამოსა (15%) და თავის ქალას თმთან საფარველს (43%). კანის კიბოს განვითარების დინამიკა ხშირად დამოკიდებულია იმ პროცესზე, რომელიც წინ უძღვის მის განვითარებას. როგორც ნესი, პირველად კანზე წარმოიქმნება გამკვრივება, რომელიც თანდათანობით მატულობს ზომებში. ეს



სურათი №10

უკანასკნელი შესაძლოა ლოკალიზებული იყოს ზედაპირულად, ხოლო შემდგომ დაწყულდეს, სიმსივნემ მიიღოს ღრმა ინფიტრაციული ზრდის ხასიათი, ან ჩამოყალიბდეს პაპილარული წარმონაქმნის სახით. (სურათი №10)

მეტად მნიშვნელოვანია, თუ სახის რომელ უბანში განვითარდა სიმსივნური პროცესი. როგორც ჩვენი კლინიკის ხანგრძლივმა დაკვირვებებმა გვიჩვენა, თავის თმთან ნაწილში განვითარებულ სიმსივნეებს გააჩნია ჰორიზონ-



სურათი №11

ტალურ სიბრტყეში ზრდის ტენდენცია, რაც განპირობებულია მის ქვეშ ძვლოვანი სტრუქტურის არსებობით. ამ მიდამოს სიმსივნური წარმონაქმნები მხოლოდ გარკვეული წლების არსებობის შემდგომ ჩაიზრდება ძვლოვან სტრუქტურებში. (სურათი №11) რაც შეეხება კანის ბრტყელუჯრედოვან კიბოს, განლაგებულს ქუთუთოებზე, თვალბუდის მედიალურ ან ლატერალურ კედლებზე, ლოყის, ყბაყურა ჯირკვლისა და

დვრილისებური მორჩის საპროექციო არეში, მათი მიმდინარეობა შედარებით სწრაფი და აგრესიულია, რასაც განაპირობებს სიმსივნის ქვეშმდებარე სტრუქტურებში ფაშარი შემავრთებელი და

რბილქსოვილოვანი კომპონენტების არსებობა. (სურათი №12)

გამოყოფენ კანის კიბოს ზრდის სამ კლინიკურ ფორმას:

**ზედაპირული ფორმა** — ამ დროს სიმსივნე ოდნავ წამოწეულია კანის ზედაპირიდან, იგი მორუხო — მოყვითალო ფერისაა, დროთა განმავლობაში მის ცენტრში აღინიშნება დაწყლულება, რომელიც პერიოდულად იფარება ფუფხით. აქვს გამკვრივებული ფსკერი,



სურათი №12

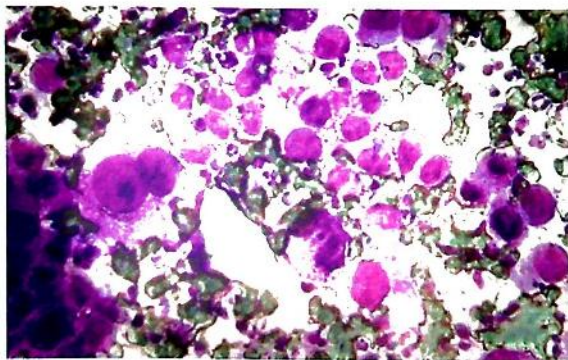
კრატერისმაგვარი ფორმა. წყლულის ირგვლივ, როგორც წესი, ვითარდება ანთება კიდეების ჰიპერემიით. პროცესი მიმდინარეობს ნელა და შეუმჩნევლად.

**პაპილური ანუ კვანძოვანი ფორმის** დროს სიმსივნეს აქვს სადა კიდეები, მკვეთრი საზღვრები, ცენტრში მოსჩანს დაწყლულება, რომელიც ხშირად ზედაპირულია, ადვილად სისხლმდენია და დაფარულია ფუფხით. კანის ბრტყელუჯრედოვანი კიბოს ეს ფორმა ხასიათდება რეგიონული მეტასტაზირებით.

ინფილტრაციული ფორმის დროს სიმსივნეს ახასიათებს ქვეშემდებარე ქსოვილებში გავრცელება. მისი ცენტრალური ნაწილი დანეკროზებულია, წყლული ღრმა და ფიქსირებულია. პალპაციით სიმსივნე მკვრივია, უძრავია და ახასიათებს უზურისებური კიდეები. კიბოს ეს ფორმა, როგორც წესი, დამახასიათებელია კანის დანამატებიდან განვითარებული სიმსივნეებისათვის, რომელიც განსაკუთრებული ავთვისებიანობით ხასიათდება, რაც გამოიხატება მეტასტაზირებით არა მარტო რეგიონულ ლიმფურ კვანძებში, არამედ შორეულ ორგანოებშიც. პროგნოზი არაკეთილსაიმედოა. კანის ბრტყელუჯრედოვან კიბოზე ეჭვის მიტანის შემთხვევაში აუცილებელია ჩატარდეს ციტოლოგიური და მორფოლოგიური გამოკვლევა.

ციტოლოგიურად ბრტყელუჯრედოვან გარქოვანებულ კიბოს ახასიათებს პოლიმორფული ეპითელური უჯრედების არსებობა, ავთვისებიანობის მკვეთრად გამოხატული ნიშნებით. ციტოგრამაში გვხვდება მრავალშრიანი ბრტყელი ეპითელიუმის მსგავსი უჯრედებიც, რომელთაც შეიძლება ჰქონდეს მომრგვალო, პოლიგონური, განელილი ან რაკეტის მაგვარი უცნაური ფორმა. ბირთვები პოლიმორფული და ჰიპერქრომატულია, მათი კონტურები ხშირად არასწორი და დაკბილულია, ბირთვი მდებარეობს უჯრედის ცენტრში.

უჯრედთა უმრავლესობას აქვს ფართო ციტოპლაზმა, რომელიც სხვადასხვაგვარად იღებება, ცისფრიდან მკვეთრ ბაზოფილურამდე. (სურათი №13) ბევრი უჯრედი შეიცავს



სურათი №13

კერატოჰიალინს, რაც უჯრედის გარქოვანებაზე მიუთითებს. აზურ-ეოზინის ნარევებით შეღებვისას კერატოჰიალინი ციტოპლაზმაში ბაზოფილური მინისებრი უბნების სახით არის წარმოდგენილი. უჯრედები განლაგებულია განცალკევებით, ჯგუფებად და გროვებად, ზოგჯერ წარმოქმნის ხახვის ბოლქვის მსგავსს, ერთმანეთზე წვრილ შრებად დალაგებულ უჯრედების კომპლექსებს ე.წ. "მარგალიტებს". პრეპარატის ფონს ქმნის ანთების ელემენტები, უსტრუქტურო მასები, დაშლილი უჯრედების ფრაგმენტები.

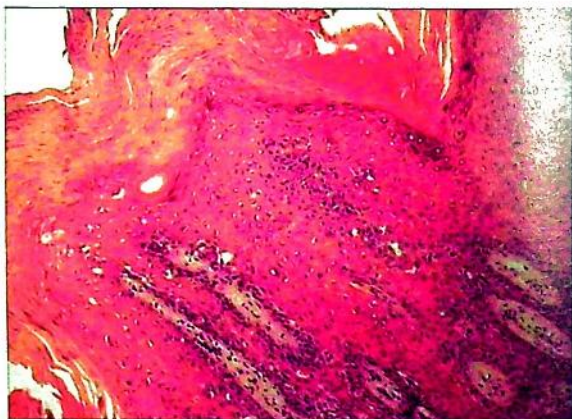
ბრტყელუჯრედოვანი გაურქოვანებული კიბოს ციტოგრამები წარმოდგენილია ანაპლაზიური სიმსივნური უჯრედებით. მათთვის დამახასიათებელია, დიფერენცირების დაბალი ხარისხი და მკვეთრად გამოხატული ატიპიის მრავალი ნიშანი. უჯრედები უმეტესად მომრგვალო ფორმისაა, მათში შეინიშნება მსხვილი, ცენტრალურად განლაგებული ბირთვები, რომელთაც არასწორი კონტურები აქვთ. არაერთგვაროვნად, მაგრამ უმეტესად ღია ფერის ტონებში იღებებიან, შეიცავენ 1-3 მსხვილ ნუკლეოლას, უჯრედები განლაგებულია ცალ-ცალკე ან ქსოვილური ნაფლეთების და მცირე კომპლექსების სახით. გარქოვანების ნიშნები, როგორც წესი, არ შეინიშნება.

ბრტყელუჯრედოვანი კიბო იძლევა ჭრელ ჰისტოლოგიურ სურათს. მასში შეიმჩნევა, როგორც ჯირკვლოვანი ასევე ბრტყელუჯრედოვანი სტრუქტურები. ეს უკანასკნელი ლოკალიზდება დერმაში და ერთმანეთისაგან გამოყოფილია შემაერთებელ ქსოვილოვანი ფენებით. კანის თითისტარის მაგვარ კიბოს ახასიათებს ერთმანეთთან შენებებული პლასტების არსებობა, რომლებიც განლაგებულია ნაზ სტრომაში. ზოგჯერ ძნელია ბრტყელუჯრედოვანი კიბოს მიკროსკოპიული სურათის გარჩევა სარკომატოზური სიმსივნეებისაგან, რადგან სიმსივნეს დაკარგული აქვს დიფერენცირების უნარი.

მიკროსკოპიულად განარჩევენ გარქოვანებულ და გაურქოვანებულ ბრტყელუჯრედოვან კიბოს. გარქოვანებული კიბო თავის მხრივ იყოფა მაღალი, საშუალო და დაბალი დიფერენცირების სიმსივნეებად.



მაღალდიფერენცირებული გარქოვანებული კიბოსათვის დამახასიათებელია სიმსივნური უჯრედების განლაგება მსხვილი კომპლექსების სახით, რომლებიც ლოკალიზებული არიან ერთმანეთთან მიჯრით. იძლევიან რა ანასტომოზებს, ხშირად



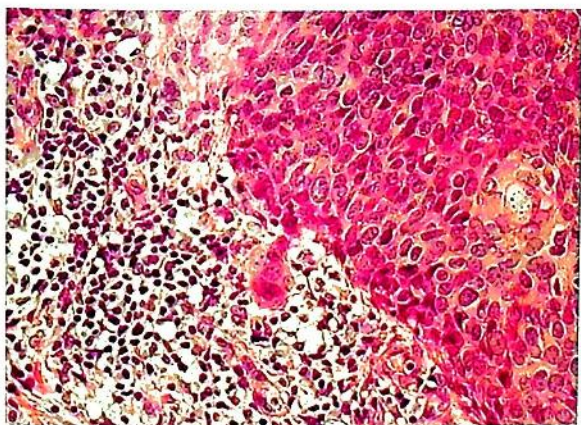
სურათი №14

ერწყმიან ერთმანეთს. ეს უჯრედები ნაკლებად პოლიმორფულია. გააჩნია საკმაოდ დიდი ზომის ღია ფერის ციტოპლაზმა, მათი ბირთვები სხავდასხვა ზომის, ფორმის და შეფერილობისაა და დაცილებულია ერთმანეთისაგან (სპონგიოზი). (სურათი № 14)

სიმსივნური კომპლექსების პერიფერიაზე, როგორც წესი, მოჩანს წვრილი უჯრედების ერთი ან რამდენიმე რიგი, რომელთა ციტოპლაზმა ინტენსიურად არის შეღებილი. ხოლო ბირთვებს ჰიპერქრომული შესახედაობა აქვს. კომპლექსების შიგნით არსებულ უჯრედთა ციტოპლაზმა არათანაბარი შეფერილობისაა. გვხვდება გარქოვანების კერები, როგორც წესი, პათოლოგიური, რომელიც ვერ აღწევს დიფერენცირების მაღალ ხარისხს. სიმსივნის გარკვეული უბნების უჯრედებში აღინიშნება დისტროფიული ცვლილებები, მათი ციტოპლაზმა წვრილმარცვლოვანია და ქაფისებრი შესახედაობა აქვს. მიტოზები იშვიათია. გარქოვანებული კიბო შეიძლება წარმოდგენილი იყოს მაღალდიფერენცირებული, საშუალო და დაბალდიფერენცირებული

ფორმების სახით, რომელთა შორის განსხვავება აღინიშნება არა მარტო გარქოვანების ხარისხის, არამედ მათი პოლიმორფიზმის მიხედვით.

გაურქოვანებელი კიბო - ხასიათდება კომპლექსების წარმოქმნით, რომელიც შედგება მკვეთრად პოლიმორფული, ეპითელური უჯრედებისაგან. მისი საზღვრები შესაძლოა აღმოჩენილი იქნეს მხოლოდ ერთეულ უბნებში. უჯრედები სხადასხვა ზომის და ფორმისაა, რომელსაც წვრილმარცვლოვანი პატარა ციტოპლაზმა აქვს. ბირთვები ასევე მცირე ზომისაა, ჰიპერქრომულია და სხადასხვა ინტენსივობითაა შეღებილი.



სურათი №15

ჰიპერქრომულნი ძირითადად არიან ის უჯრედები, რომელთაც დაკარგული აქვთ ქრომატინის სტრუქტურა და შავი ფერის მასას მოგვაგონებენ. (სურათი №15)

მიტოზები მოსჩანს პრაქტიკულად ყველა მხედველობის არეში. უჯრედული პოლიმორფიზმი ყველაზე მეტად გამოხატულია სიმსივნის პერიფერიაზე. ერთეულ შემთხვევებში ვხვდებით გიგანტურ, მრავალბირთვიან უჯრედებს და გარქოვანების საწყის ნიშნებს.

მთელი რიგი მორფოლოგებისა Д. И. Головин 1958, Albertini 1955, Venkei Sugar (1962) მიიჩნევენ, რომ ბრტყელუჯრედოვანი კანის

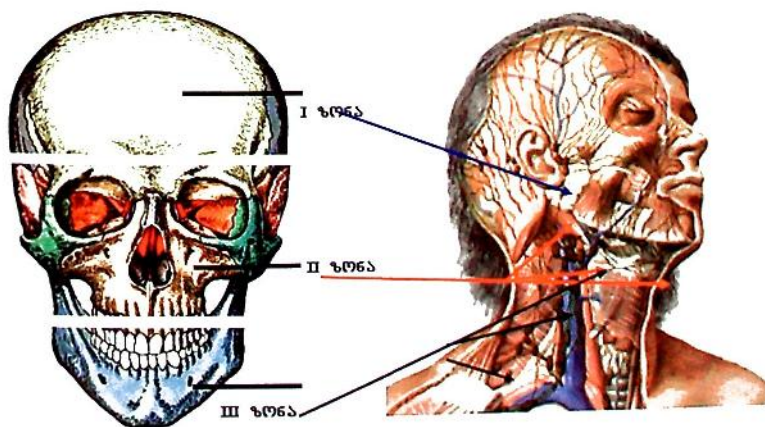
კიბო ჰისტოგენეტიკურად ხშირად ეპიდემიისიდან ვითარდება. განსაკუთრებით ეს ეხება მაღალდიფერენცირებულ სიმსივნეებს, რომელთა კომპლექსები მრავალშრიანი ბრტყელი ეპითელის იდენტურია. ერთეულ შემთხვევებში, კანის კიბო შესაძლოა განვითარდეს კანის დანამატებიდანაც, კერძოდ, თმის ძირის ფოლიკულებიდან, ცხიმის წარმომქმნელი უჯრედის, კანის კისტის ამომფენი ეპითელიდან. მიკროსკოპულად ბრტყელუჯრედოვანი კიბოს განვითარების გენეზის შესახებ მსჯელობა პრაქტიკულად შეუძლებელია, რადგან წარმოქმნილი სიმსივნის სტრუქტურული შენება პრაქტიკულად ერთმანეთის მსგავსია. მაგრამ ისინი მნიშვნელოვნად განსხვავდებიან ერთმანეთისაგან თავისი კლინიკური მიმდინარეობით, რაც განპირობებულია სიმსივნის დიფერენცირების მრავალფეროვნებით. ამ უკანასკნელის დეტალურად წარმოჩენის მიზნით Broders (1940) მიერ შემოტანილი იქნა ცნება სიმსივნის ავთვისებიანობის შესახებ, რასაც მან შეუფარდა ავთვისებიანობის ოთხი ხარისხი. სწორედ ავთვისებიანობის მეოთხე ხარისხი მიაჩნა ავტორმა ყველაზე აგრესიულად მიმდინარე სიმსივნეებს. ღრმა ჰისტოლოგიურმა გამოკვლევებმა (Kramer, Williams 1989), ჩატარებული მკურნალობის ეფექტურობის უახლოესი და შორეული შედეგების ანალიზმა დაადასტურა ცნების - „ავთვისებიანობის“ მიზანშეწონილობა.

სიმსივნის ავთვისებიანობის ხარისხის განსაზღვრისათვის, Lever-ის (1967წ) მიერ მოწოდებული იქნა უფრო მეტად უნიფიცირებული ორფაქტორიანი სისტემა, სადაც უჯრედული დიფერენცირების ანალიზთან ერთად შეისწავლებოდა სიმსივნის დამოკიდებულება ირგვლივ მყოფ ქსოვილებთან. იგი კლინიკურ ონკოლოგიაში უფრო მეტად მისაღები აღმოჩნდა. როგორც И. П. Малишевская აღნიშნავს, კანის მცირე ზომის ბრტყელუჯრედოვანი კიბო, ავთვისებიანობის III ხარისხით, ისევე ხშირად მეტასტაზირებს, როგორც გავრცელებული მაღალდიფერენცირებული ან რეციდიული სიმსივნეები. მეტასტაზირება, რომელიც დაავადების აგრესიული მიმდინარეობის გამოხატულებაა (Пачес А.И. 1998. С.А Берзин, В.В. Снегирев, Kramer 1989) მიაჩნიათ, რომ მნიშვნელოვნადაა დაკავშირებული არა მარტო ავთვისებიანობის ხარისხზე არამედ სიმსივნის ლოკალიზაციაზეც. ასე მაგალითად,

თავის კანის მიდამოში არსებული 4სმ-დე ზომის სიმსივნე, რომელიც არ ვრცელდება ძვლოვან სტრუქტურებში, ხასიათდება სრულიად კეთილსაიმედო მიმდინარეობით. მაგრამ იგივე ზომის სიმსივნური წარმონაქმნი, რომელიც განლაგებულია სახის შუა ზონაში, იკავებს რამდენიმე ანატომიურ უბანს და შესაძლოა ვრცელდებოდეს ისეთ სტრუქტურებში, როგორცაა ორბიტა, ცხვირის ღრუ, ზედა ყბა, ჰაიმორის წიაღი, ყვრიმალის ძვალი, გარეთა სასმენი მილი, ყურის ნიჟარა, ყბაყურა სანერწყვე ჯირკვალი, პირის ღრუს ლორწოვანი გარსი, ქვედა ყბა ხასიათდება ხშირი რეგიონული მეტასტაზირებით, რაც მნიშვნელოვნად აუარესებს მკურნალობის, როგორც უშუალო, ასევე შორეულ შედეგებს.

როგორც დიდი მეცნიერი Carilla (1931) აღნიშნავს, კანის კიბო არ შეუქმნიდა კლინიციტებს დიდ პრობლემას, რომ მას არ ახასითებდეს ინვაზიური ზრდა, შელწევა ლიმფურ გზებში და ლიმფური კვანძების მეტასტაზური დაზიანება. ავადმყოფთა დიდი ნაწილი სწორედ პირველადი სიმსივნიდან განვითარებული მეტასტაზირების გამო იღუპება.

თავისა და კისრის მიდამოს კანის კიბოს მეტასტაზირების თავისებურებების შესწავლამ Carilla მიიყვანა დასკვნამდე, რომ იგი ექვემდებარება გარკვეულ კანონზომიერებებს და თავისა



სურათი №16

და კისრის მიდამო პირობითად დაყო ზედა, შუა და ქვედა ზონებად. კერძოდ, თავის ქალას თმისანი საფარველის, შუბლისა და საფეთქლის მიდამოს კანის კიბო (I ზონა), როგორც წესი, მეტასტაზირებს ყბაყურა ჯირკვლის ლიმფური კოლექტორში. ნარბზედა რკალებიდან ცხვირის ფუძემდე არსებულ სივრცეში განლაგებული სიმსივნეები (II ზონა) მეტასტაზირებენ ყბაყურა, ყბისქვეშა და ნიკაპქვეშა ლიმფურ კვანძებში. ხოლო ცხვირის ფუძიდან ყბისქვეშა და ნიკაპქვეშა მიდამომდე არსებულ ზონაში ლოკალიზებული სიმსივნეები (III ზონა) მეტასტაზირებენ ყბისქვეშა, კისრის ზედაპირულ და ღრმა ლიმფურ კვანძებში. (სურათი №16)

კანის კიბოს გავრცელების ადეკვატური აღწერის მიზნით მოწოდებულია საერთაშორისო კლინიკური TNM სისტემის კლასიფიკაცია, რომლის თანახმად:

**T — აღნიშნავს პირველად სიმსივნეს;**

T<sub>x</sub> - პირველადი სიმსივნის შესაფასებლად საკმარისი მონაცემები არ არის;

T<sub>0</sub> - პირველადი სიმსივნის არსებობის ნიშნები არ არის;

T<sub>is</sub> - პრენეპლაზიური კარცინომა (carcinoma in situ) ;

T<sub>1</sub> 2 სმ-მდე ზომის სიმსივნე;

T<sub>2</sub> 2 სმ-იდან 5 სმ-მდე ზომის სიმსივნე;

T<sub>3</sub> 5 სმ-ზე მეტი ზომის სიმსივნე;

T<sub>4</sub> სიმსივნე ჩაზრდილია ღრმა კანქვეშა სტრუქტურებში (კუნთებში, ხრტილში, ძვლებში).

**N — რეგიონული ლიმფური კვანძები**

N<sub>x</sub> რეგიონული ლიმფური კვანძების შესაფასებლად საკმარისი მონაცემები არ არის;

N<sub>0</sub> რეგიონული ლიმფური კვანძების მეტასტაზური დაზიანების ნიშნები არ არის;

N<sub>1</sub> მეტასტაზი ერთ რეგიონულ ლიმფურ კვანძში;

N<sub>2</sub> მეტასტაზი ორ რეგიონულ ლიმფურ კვანძში;

**M — შორეული მეტასტაზები**

M<sub>x</sub> შორეული მეტასტაზის შესაფასებლად საკმარისი მონაცემები არ არის;

M<sub>0</sub> შორეული მეტასტაზის არსებობის ნიშნები არ არის;

M<sub>1</sub> აღინიშნება შორეული მეტასტაზები;

კანის ბრტყელუჯრედოვანი კიბო სტადიურობის მიხედვით შესაძლოა წარმოდგენილი იყოს შემდეგი სახით:

0 სტადია  $T_0 N_0 Mo$ ;

I სტადია  $T_1 N_0 Mo$ ;

II სტადია  $T_{2,3} N_0 Mo$ ;

III სტადია  $T_4 N_{0,1} Mo$ ;

IV სტადია  $T_{0-4} N_{0-1} M_1$ ;

**მკურნალობა.** თავისა და კისრის მიდამოს კანის კიბოს მკურნალობის სტრატეგია ემყარება პირველადი სიმსივნის გავრცელების, ლოკალიზაციის და სიმსივნის ჰისტოლოგიური შენების მონაცემების ანალიზს. დღეისათვის მკურნალობის ტრადიციულ მეთოდებთან (სხივური, ქირურგიული, ქიმიოთერაპია) ერთად ფართოდ გამოიყენება ისეთი მეთოდები, როგორცაა კრიოდესტრუქცია, ლაზეროქირურგია და ფოტოდინამიური თერაპია ან მათი კომბინაციები.

კანის I სტადიის კიბოს ( $T_1 N_0 Mo$  გავრცელების) დროს, როდესაც სიმსივნის ზომა არ აღემატება 2სმ-ს, უპირატესად გამოიყენება კრიოდესტრუქცია, ლაზერული ქირურგია, (ვაპორიზაცია, ან ამოკვეთა) და სხივური მკურნალობა ახლოფოკუსიანი რენტგენოთერაპიის სახით, რომელიც შეიძლება ჩატარდეს გახლეჩილი ან სრული კურსით. პირველ ეტაპზე 40 გრეის ოდენობით, ხოლო მეორე ეტაპზე 20-30 გრეის ოდენობით, ჯამური კეროვანი დოზით — 60-70 გრეი. ქირურგიული მკურნალობისას სიმსივნე ამოიკვეთება სალი ქსოვილების ფარგლებში (სიმსივნის კიდიდან 2-3 სანტიმეტრის მოშორებით), კანქვეშა ცხიმოვან ქსოვილსა და ფასციასთან ერთად ერთ ბლოკში. ავადმყოფთა გამოჯანსაღება ყველა ზემოთ აღნიშული მეთოდების შემდეგ საშუალოდ მერყეობს 85-90%-მდე.

კანის II სტადიის კიბოს ( $T_{2,3} N_0 Mo$  გავრცელების) დროს შესაძლებელია კრიო და ლაზერული მკურნალობა. ასევე ხშირად იყენებენ ახლოფოკუსიან რენტგენოთერაპიას, ზემოთ წარმოდგენილი სქემის მიხედვით ქირურგიული მკურნალობისას სიმსივნის ფართო ამოკვეთასთან ერთად აუცილებელი ხდება ჩამოყალიბებული დეფექტის აღსადგენად კანის ერთმომენტიანი პლასტიკის განხორციელება. ავადმყოფთა გამოჯანსაღება ყველა

სახის მკურნალობის შემდეგ სხვადასხვა ავტორთა მონაცემებით მერყეობს 60-65%-მდე.

კანის III სტადიის კიბოს ( $T_4 N_{0-1} Mo$  გავრცელების) დროს ტარდება შერწყმული სხივური თერაპია ან კომბინირებული მკურნალობა. შერწყმული სხივური თერაპია იწყება ახლოფოკუსიანი რენტგენოთერაპიით, რომელიც შემდგომში გრძელდება დისტანციური გამა-თერაპიით. ჯამური კეროვანი დოზა ორივე მეთოდის გამოყენებისას არ აღემატება 70 გრეის. ახლოფოკუსური რენტგენოთერაპიის (40 გრეის) ჩატარების შემდეგ განისაზღვრება მკურნალობის ეფექტი. სიმსივნის 70% და მეტი პროცენტით რეგრესიის შემთხვევაში გრძელდება სხივური თერაპია დისტანციური გამა-თერაპიის სახით.

კომბინირებული მკურნალობა იგეგმება მხოლოდ ღრმად შეღწევადი სიმსივნების ენდოფიტური ფორმის დროს, ან სხივური თერაპიის არაეფექტურობის შემთხვევაში, როცა აღინიშნება პროცესის გავრცელება სახის ხრტილოვან და ძვლოვან სტრუქტურებში ან ორბიტაში. აღნიშნული მეთოდი მოიცავს პირველ ეტაპზე სხივური თერაპიის ჩატარებას, ხოლო 2 კვირიანი შესვენების შემდეგ გაფართოებული ოპერაციის წარმოებას. რომელიც სრულდება ერთმომენტიანი პლასტიკით. ერთეულ შემთხვევებში (კიბოს ეგზოფიტური ფორმა) შესაძლოა ასევე გამოყენებული იქნეს ლაზერული ვაპორიზაცია ან კრიოდესრტუქცია. ასეთი გავრცელების სიმსივნეების დროს პროფილაქტიკური ლიმფადენექტომია არ სრულდება, გარდა იმ შემთხვევებისა, როდესაც ძირითადი სიმსივნე ლოკალიზებულია რეგიონული ლიმფური კოლექტორების ზონაში. ამ დროს ძირითადი სიმსივნის ამოკვეთასთან ერთად სრულდება რეგიონული ლიმფადენექტომია. ჩატარებული მკურნალობის შემდეგ 5 წლიანი გამოჯანსაღება მერყეობს 24-35%-მდე.

კანის III სტადიის კიბოს ( $T_{0-4} N_1 Mo$  გავრცელების) მქონე პაციენტთა მკურნალობა კომბინირებულია: პირველ ეტაპზე ტარდება დისტანციური გამა-თერაპია (ჯამური დოზით 50 გრეი), ხოლო ორკვირიანი შესვენების შემდეგ ხორციელდება სიმსივნის ფართო ამოკვეთა და ლიმფადენექტომია, რომლის მასშტაბი და მოცულობა დამოკიდებულია მეტასტაზის ზომაზე, ლოკალიზაციასა

და რაოდენობაზე. ჩატარებული მკურნალობის შემდეგ 5 წლიანი გამოჯანსაღება მერყეობს 18-20%-მდე. აღნიშნული მასშტაბის ოპერაციების შემდეგ ყოველთვის დგება საკითხი პაციენტთა ქირურგიული რეაბილიტაციის შესახებ, რაც ითვალისწინებს პლასტიკურ-რეკონსტრუქციული ოპერაციების განხორციელებას. რისთვისაც ყოველ კონკრეტულ შემთხვევაში აუცილებელია შეირჩეს ქირურგიული ჩარევის ოპტიმალური ვარიანტი, (იგი ითვალისწინებს ოპერაციის მასშტაბის განსაზღვრას, სიმსივნის პირველად კერაზე და რეგიონალური მეტასტაზირების ზონებზე) და განისაზღვროს ჩამოყალიბებული დეფექტის აღდგენის გზები. პლასტიკური მასალის და მეთოდის შერჩევა განპირობებულია დაკარგულ ქსოვილთა სახეობით, ჩამოყალიბებული დეფექტის ზომით, ლოკალიზაციით, ოპერაციამდე ჩატარებული მკურნალობით, ავადმყოფის ასაკითა და ზოგადი მდგომარეობით.

კანის კიბოს IV სტადიის ( $T_{0-4}$   $N_{0-1}$   $M_1$  გავრცელების) დროს რადიკალური მკურნალობა ხორციელდება მხოლოდ გამონაკლის შემთხვევაში, როდესაც ადგილი აქვს ერთი შორეული (სოლიტარული) მეტასტაზის არსებობას ისეთ ორგანოში, რომელიც ექვემდებარება რეზექტაბელობას. ამ დროს ხორციელდება კომბინირებული მკურნალობა — პირველ ეტაპზე სხივური თერაპია, ხოლო მეორე ეტაპზე გაფართოებულ — კომბინირებული ოპერაცია. ორ კვირიანი შესვენების შემდეგ საკითხი დგება შორეული მეტასტაზის ამოკვეთის შესახებ. მრავლობითი შორეული მეტასტაზის არსებობისას მკურნალობა ატარებს პალიატიურ ხასიათს, რისთვისაც გამოიყენება სხივური, ქიმიო ან ქიმიო-სხივური მკურნალობა.

უკანასკნელი 20 წლის მანძილზე ჩვენს კლინიკაში კანის კიბოს გამო ჩატარებული 700 —ზე მეტი ოპერაცია მოიცავდა სიმსივნის ფართო ამოკვეთას ერთმომენტიანი პლასტიკით. ამ მიზნით ყველაზე ხშირად გამოიყენებოდა კანის თავისუფალი პლასტიკა (53%), პლასტიკა ადგილობრივი ქსოვილებით (33%), კომბინირებული პლასტიკა (თავისუფალი პლასტიკის და როტაციული ნაფლეთის კომბინირება) (12%) ფილატოვის ყლორტი (2%). თავის თმიანი ნაწილის, შუბლისა და საფეთქლის (I ზონა) არეში არსებული დეფექტის დროს ჩვენი მონაცემებით ყველაზე ოპტიმალურია კომბინირებული პლასტიკის წარმოება. სურათი №17,18,19.





სურათი №17



სურათი №18



სურათი №19

სახის შუა მესამედის (II ზონა) დეფექტის არსებობის შემთხვევაში ყველაზე კარგი ფუნქციური და კოსმეტიკური შედეგები მიღწეული იქნა რადიალური არტერიალიზებული დუბლირებული ნაფლეთების მეშვეობით მიკროქირურგიული ტექნიკის გამოყენებით. (სურათი №20,21,22).



სურათი №20



სურათი №21



სურათი №22

სახის ქვედა ზონაში (III ზონა) ჩამოყალიბებული დეფექტის აღსადგენად მიზანშეწონილია გამოყენებული იქნეს თვისუფალი ან როტირებული კან-კუნთოვანი ნაფლეთი აღებული მკერდის წინა ზედაპირიდან ან თორაკო-დორზალური არედან. (სურათი №23,24)



სურათი №23



სურათი №24

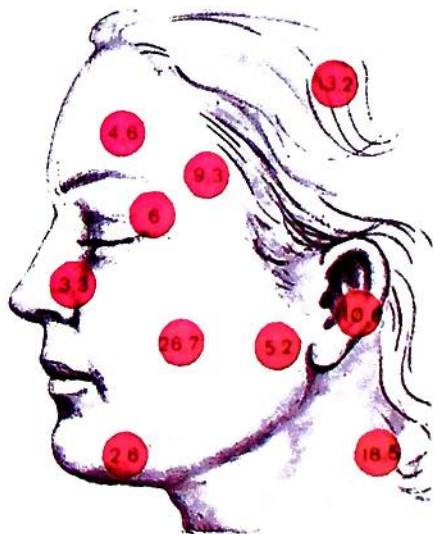
## კანის მელანომა

კანის მელანომა (ავთვისებიანი მელანომა, მელანოკარცინომა, მელანოსარკომა), ადამიანის ერთ-ერთი ყველაზე ავთვისებიანი სიმსივნეა. იგი ნეიროექტოდერმული წარმოშობისაა, რომელიც ვითარდება მელანოციტებისა და ნევუსური უჯრედებისაგან. ხშირად მელანომა წარმოიქმნება უკვე არსებული ნევუსის, ადგილზე (nevus — ლაქა, ნაკლი) იქ სადაც აღინიშნება მელანოციტების დაგროვება. (P.I. Fitzpatrick, A.A. Harwood 1985)

მელანომის სიხშირე კიბოს სხვადასხვა ფორმებთან შედარებით ვარირებს 1-1,5%-ის ფარგლებში, ხშირად იგი გვხვდება 30-50 ასაკის პაციენტებში, იშვიათია ბავშვთა და მოხუცებულთა ასაკში. აღსანიშნავია, რომ ქალები მამაკაცებთან შედარებით 5 ჯერ უფრო ხშირად ავადდებიან. (B.B. Шенталь.1994)

ტერმინი "მელანომა" მოწოდებული იქნა R. Corwell-ის მიერ 1888 წელს, მას აღწერენ, როგორც "ფატალურ" სიმსივნეს, რომელიც ამოვსებულია შავი შიგთავსით და ხასიათდება სწრაფი მეტასტაზირებით.

თავისა და კისრის კანის მიდამოში განვითარებული მელანომები ყველა მელანომების 22-46%-ს შეადგენს. იგი შეიძლება განვითარდეს თვალში და პირის ღუს ლორწოვან გარსზე, ლოყის არეში, — 26,7% თმის საფარველზე 13,2%, შუბლის მიდამოში 4,6%, საფეთქლის 9,3%, ქუთუთოების 6%, ცხვირტუჩის ნაოჭის 3,3%, ნიკაპის მიდამოში 2,6%, ყურის ნიჟარის 10,6%, ყბა-ყურა ჯირკვლის მიდამოში 5,2%,



სურათი №25

კისრის კანზე კი 18,5% შეადგენს. (სურათი №25) (А.И. Пачес 2002)

დაავადების განვითარების ეტიოლოგიაში დიდ მნიშვნელობას

ანიჭებენ მზის ულტრაიისფერი და რადიაციული გამოსხივების ზემოქმედებას (უპირატესად — ღია ფერის კანის მქონე მოსახლეობაში), პიგმენტურ ჰიპერპლაზიას, ტრავმას, სქესობრივი მომნიშვნის პერიოდში გონადებში, ჰიპოფიზსა და თირკმელზედა ჯირკვლში განვითარებულ ჰორმონულ ძვრებს, მემკვიდრეობით ფაქტორს და სხვა.

კლინიკურად მელანომა წარმოადგენს ბრტყელ, ნახევრად-სფერულ ან სოკოსებრ ასიმეტრიული ფორმის ხორკლიან სიმსივნეს, არათანაბარი პიგმენტაციით, ხშირად — უსწორ-



სურათი №26

მასწორო და დაკბილული კიდეებით. (სურათი № 26) მის გარშემო, როგორც წესი, აღინიშნება ანთებითი არშიის არსებობა. ზოგჯერ იგი სისხლმდენია. პიგმენტაციის ინტენსივობის მიხედვით მელანომა შეიძლება იყოს ყავისფერი, მოცისფრო, მონაცრისფრო, ვარდისფერი, გვხვდება თეთრი უპიგმენტო მელანომაც.

თავისა და კისრის კანზე არსებული პიგმენტური ნევუსის გაავთვისებიანობის პირველ ნიშნებს მიაკუთვნებენ: მის სწრაფ ზრდას, პიგმენტური ნევუსის ზედაპირიდან კანის რელიეფის გაქრობას, გაფერმკრთალებას, სიჭრელეს და მის გარშემო ჰიპერემიისა და შეშუპების, ქავილის, წვის და ტკივილის შეგრძნების წარმოქმნას. ნევუსის ზედაპირი ხდება უსწორმასწორო,

მის ირგვლივ ხშირად აღმოვაჩინთ სატელიტურ კვანძებს, ხოლო კისერზე გადიდებულ ლიმფურ ჯირკვლებს. (А.П.Шанин 1998, А.М. Аирапетян 1992)

პიგმენტური ნეკროზის გაავთვისებიანობის ნიშნების უკეთ გამოხატვის მიზნით 1986 წელს Mileris და Evansis მიერ მონოდებული იქნა ABCD ფორმულა, სადაც

- A- Asimetria; ასიმეტრია
- B- Border-contur-უსწორმასწორო კონტური;
- C- Color- ფერის ცვლილება;
- D- Diameter — დიამეტრი (აღინიშნება დიამეტრის

სპონტანური მატება);

სახეზე და თავის ქალას თმიან საფარველზე ინსოლიაციის ხანგრძლივი ზემოქმედება, ამ მიდამოში მელანომის ჩამოყალიბების, ზრდის და განვითარების ხელსაყრელ პირობებს ქმნის. დაავადების სწრაფ პროგრესირებას ხელს უწყობს ასევე მდიდარი სისხლძარღვოვანი და ლიმფური ქსელის არსებობაც, რაც განაპირობებს მის თავშეუკავებელ აგრესიას. ლოკალიზაციის მიხედვით ყველაზე აგრესიულად მიმდინარეობს ყურის ნიჟარის, პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის მელანომები. ისინი იძლევიან მეტასტაზებს ყურისუკანა, ყბაყურა ჯირკვლის, კისრის ზედაპირულ და ღრმა ლიმფურ კვანძებში.



სურათი №27

ზრდის ფორმის მიხედვით ძირითადად განასხვავებენ მელანომის ზედაპირულ და კვანძოვან ფორმებს.

ზედაპირული ზრდის ფორმის მელანომას პიგმენტურ ავთვისებიან ლენტისგოს უწოდებენ. იგი 1-დან 4 სმ.-დე ზომის, მუქი ყავისფერი ბრტყელი წარმონაქმნის სახით არის წარმოდგენილი, (სურათი №27) რომელსაც გარშემო არსებულ ქსოვილებში აღენიშნება დეპიგმენტაციის უბნები, რაც

დაავადების სპონტანურ რეგრესიაზე მიუთითებს. დაავადება მიმდინარეობს ხანგრძლივად, პროგნოზულად კეთილსაიმედოა. მელანომის ზრდის ფორმა ხშირად დამოკიდებულია დაავადების განვითარების წინამორბედ პერინეოპლაზიური პროცესის სტრუქტურულ თავისებურებებსა და დაავადების სტადიაზე. სიმსივნის გავრცელება ხდება ჰორიზონტალურად (ზედაპირულად) ან ვერტიკალურად (სიღრმეში). ჰორიზონტალური გავრცელების დროს პროგნოზი შედარებით კეთილსაიმედოა, ვერტიკალური ზრდის დროს დაავადებას უფრო აგრესიული მიმდინარეობა აქვს. ჰორიზონტალურად მზარდი სიმსივნის ვერტიკალურ

გავრცელებაში გადასვლა მის გაავთვისებიანობაზე მიუთითებს.

კვანძოვანი მელანომების ზრდა უპირატესად ვერტიკალურია, ისინი უფრო აგრესიულნი არიან და ხშირად ლიმფური კვანძების მრავლობით მეტასტაზურ დაზიანებას იწვევენ. კვანძოვანი მელანომების სახესხვაობებია ვერუკოზული (მეჭექისებრი) და ფუნგოზური (სოკოსებრი) ფორმები, რომლებსაც ეგზოფიტური ზრდა ახასიათებთ. (სურათი №28) ისინი მრავლობით მეჭექს მოგვაგონებენ. ხშირად ძირითადი სიმსივნური კერის ირგვლივ ვითარდება



სურათი №28

ნერტილოვანი, მეორადი სიმსივნური კვანძები, რომლებსაც „სატელიტებს“ უწოდებენ, ეს უკანასკნელი მიუთითებს დაავადების პროგრესირებაზე.

მელანომის ზრდის ტემპი მრავალფეროვანია, უმრავლეს შემთხვევაში პირველადი მელანომა ვერ აღწევს განსაკუთრებით დიდ ზომებს, რადგან ავთვისებიანობის მაღალი ხარისხი განაპირობებს მის ადრეულ მეტასტაზირებას და დაავადების სწრაფ პროგრესირებას, რის გამოც

პაციენტები იღუპებიან უფრო ადრე, ვიდრე პირველადი სიმსივნე მიაღწევდეს დიდ ზომებს.

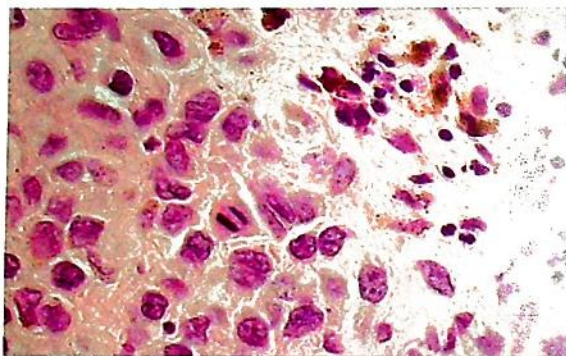
მელანომას ახასიათებს, როგორც ლიმფოგენური ასევე ჰემატოგენური მეტასტაზირება. შორეული მეტასტაზები შეიძლება განვითარდეს ფილტვებში, ღვიძლში, თირკმელზედა ჯირკვალში, ძვლებში, თავის ტვინში, გულში და ა.შ. შემთხვევათა 20%-ში პირველადი კერის გამოვლენა სპონტანური რეგრესიის გამო შეუძლებელი ხდება და დაავადების კლინიკური სიმპტომატიკა განპირობებულია მეტასტაზების არსებობით.

მელანომის კლასიკური ფორმების დიაგნოსტიკა არ არის ძნელი. გაცილებით რთულია მისი აქრომატული ფორმებისა და გაავთვისებიანებული ნევუსის დიფერენციალური დიაგნოსტიკა.

მელანომის დიაგნოსტიკაში გადამწყვეტი მნიშვნელობა აქვს მორფოლოგიურ კვლევას. იმავდროულად, დაცული უნდა იყოს საყოველთაოდ აღიარებული ატრავმულობის პრინციპი (*noli me tangere* — “ნუ შემეხები”), რომლის მიხედვითაც, მელანომების ბიოფსია დაუშვებელია ჰემატოგენური მეტასტაზების შესაძლო სწრაფი განვითარების გამო. შეიძლება მხოლოდ ანაბექტების აღება სიმსივნის დაწყლულებული ზედაპირიდან.

ციტოლოგიურად მელანომა წარმოდგენილია რქოვანა შრისკენ და დერმის სიღრმისკენ რადიალურად მზარდი სიმსივნური უჯრედებით - დიდი ზომის მელანოციტებით, რომელთაც აქვთ ნათელი ციტოპლაზმა და ჰიპერქრომული ატიპიური ბირთვები. ისინი განლაგებულნი არიან, როგორც ცალ-ცალკე, ასევე ჯგუფებად. უჯრედების ნაწილი ლოკალიზდება ეპიდერმისის სადგისისებურ შრეში, ხოლო ჯგუფებად განლაგებული მელანოციტები იჭრებიან დერმის დერილოვან შრეში და ვრცელდებიან რქოვანა შრემდე. ცალკეული უჯრედების ციტოპლაზმაში ჩვეულებრივ მოჩანს ნაზად გაფანტული პიგმენტი. ამ უჯრედთა ბირთვები ნათელია, შეიცავენ მკვეთრ ბირთვაკებს და ბირთვშიგა ვაკუოლებს კომპაქტური ქრომატინით.

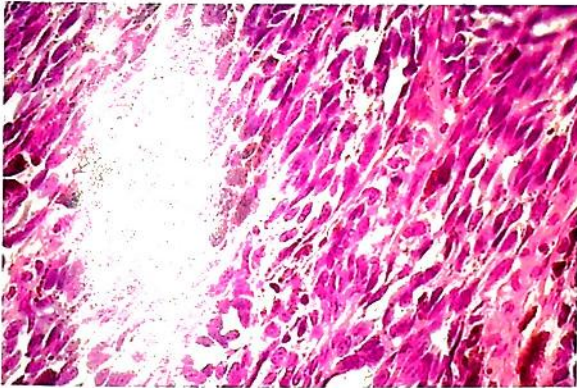
განასხვავებენ მელანომების 4 ჰისტოტიპს, ესენია: ეპითელიოიდური (მელანოკარცინომა), თითისტარაუჯრედოვანი (მელანოსარკომა), ნევუსურუჯრედოვანი და შერეული ტიპის მელანომა.



სურათი №29

ეპითელიოიდური ტიპი - ხშირად გვხვდება. ახასიათებს მომრგვალო, ან არასწორი საშუალო ზომის უჯრედების არსებობა, რომელთა ციტოპლაზმის კონტურები მკვეთრია, ან დაცხრილული (სურათი №29). ბირთვები მრგვალია, მდებარეობს ექსცენტრულად, ჰიპერქრომულია და შეიცავს ერთ ჰიპერტროფულ ბირთვს. ბირთვში ხშირად შეიმჩნევა ვაკუოლი. ციტოპლაზმა ფართოა, არა ჰომოგენური, ბაზოფილურ უჯრედებში პიგმენტი სხვადასხვა რაოდენობით გვხვდება. უმეტესად, პიგმენტის კოლტები მთელ ციტოპლაზმაშია გაფანტული. ხშირად პიგმენტი უჯრედთა გარეთ გროვდება და პრეპარატის თავისებურ ფონს ქმნის. ციტოგრამაში ყოველთვის არის გიგანტური მრავალბირთვიანი და ერთბირთვიანი უჯრედები. მათთვის დამახასიათებელია თავისებური ორბირთვიანი უჯრედები, ბირთვების სარკისებური განლაგებით. ზოგჯერ ციტოგრამა შედგება მკვეთრად პოლიმორფული ეპითელისმაგვარი უჯრედებისაგან, რომელთა შორის ბევრს აქვს ერთი ან მრავალი მახინჯი ბირთვი.

თითისტარა უჯრედოვანი მელანომის ციტოგრამა წარმოდგენილია, განელილი, გამონაზარდებიანი ან თითისტარისებური ფორმის უჯრედებით. მათი ბირთვები პოლიმორფულია, ჰიპერქრომული, არასწორი კონტურებით, გადიდებული ნუკლეოლებით. გვხვდება უცნაური ფორმის გიგანტური მრავალბირთვიანი უჯრედები. პიგმენტი ჩვეულებრივ უჯრედის შიგნით წვრილი მარცვლების ან მტვრის სახით



სურათი №30

გვხვდება, რომელიც უმეტესად თავმოყრილია ციტოპლაზმის გამონაზარდებში. უჯრედები განლაგებულია ცალ-ცალკე, გროვებად, კონებად. (სურათი №30) აღსანიშნავია მათი მსგავსება შემაერთებელქსოვილოვანი სიმსივნეების უჯრედებთან, მაგრამ პიგმენტის არსებობა მათგან მელანომის თითისტარა უჯრედოვანი ვარიანტის დიფერენცირების საშუალებას იძლევა.

მელანომების ნევუსური ტიპის ციტოგრამებს ახასიათებს საშუალო, ან მცირე ზომის ოვალური, მრავალმორჩიანი ან ნაგრძელებული ფორმის უჯრედების არსებობა, რომლებიც ნევუსის უჯრედებს მოგვაგონებს. გვხვდება მრავალბირთვიანი უჯრედებიც. რომელთა ბირთვები პოლიმორფულია და როგორც წესი, შეიცავს გადიდებულ ბირთვაკებს. ბირთვის ქრომატინი წვრილმარცვლოვანია, ჰიპერქრომულია. უჯრედთა ციტოპლაზმა ბაზოფილურია, ზოგჯერ მოვარდისფრო. მათი ფერი, პიგმენტის რაოდენობის მიხედვით ღია რუხიდან მოშავომდე ცვალებადობს. ციტოგრამაში უჯრედები განლაგებულია ცალ-ცალკე. ამ ტიპის მელანომის დიაგნოზის დადგენა რთულია, რადგან შეიმჩნევა მისი მსგავსება ნევუსის ციტოგრამებთან. მელანომის სასარგებლოდ მეტყველებს ერთეული მსხვილი უჯრედების არსებობა, რომელშიდაც აღინიშნება მკვეთრად გადიდებული ბირთვაკების და ბირთვების გამოხატული პოლიმორფიზმი.

მელანომის შერეული ტიპის ციტოგრამა შეიცავს ყველა ზემოთ



აღწერილ უჯრედულ ელემენტებს, რაც შეეხება უპიგმენტო მელანომას მორფოლოგიურად იგი არ განსხვავდება სხვა ტიპის მელანომის უჯრედული შემადგენლობისაგან, თუმცა პიგმენტის ნაცვლად უფრო სჭარბობს ეპითელის მაგვარი უჯრედების არსებობა.

გარკვეულ შემთხვევებში დიაგნოზის დასაზუსტებლად კლინიკაში ციტოლოგიურ-მორფოლოგიური კვლევის გარდა გამოიყენება მელანომის სპეციფიური ცილის MSP – melanom speeicipic protein-ის არსებობის ტესტი, რომელიც საორიენტაციოა, რადგან იგი დადებითა პიგმენტური დერმატოზის არსებობის დროსაც. ფიზიკური მეთოდებიდან ხორციელდება სცინტიგრაფია, ხოლო დაავადების გავრცელებული ფორმების შემთხვევაში შესაძლოა ადგილი ჰქონდეს შარდში მელანურას.

მელანომაზე ეჭვის დროს საჭიროა პიგმენტური წარმონაქმნის ფართო და ღრმა ამოკვეთა და სასწრაფო ინტრაოპერაციული ჰისტოლოგიური გამოკვლევა, რომელიც გვაძლევს ინფორმაციას სიმსივნური პროცესის შენების თავისებურების და რადიკალიზმის შესახებ. სიმსივნური პროცესის დისემინაციის თავიდან ასაცილებლად უმჯობესია თავი ავარიდოთ ადგილობრივ ინფილტრაციულ ანესთეზიას და ოპერაცია განხორციელდეს ზოგადი გაუტიკვარების ქვეშ.

ხაზგასმით უნდა აღინიშნოს, რომ დაავადების სტადიის განსაზღვრა და კლინიკური პროგნოზის დადგენა შესაძლებელია მხოლოდ სიმსივნის ამოკვეთის შემდეგ, მისი მაკროსკოპული და ჰისტოლოგიური შესწავლის საფუძველზე.

მკურნალობის სწორი სტრატეგიის შემუშავების და დაავადების გამოსავლის პროგნოზირების მიზნით Breslow-ს მიერ მოწოდებული იქნა კლასიფიკაცია, რომელიც ეფუძნება ამოკვეთილ პრეპარატში მელანომის სისქის განსაზღვრას მილიმეტრებში.

- მელანომის - 0.75 მმ-მდე სისქის სიმსივნის დროს რეგიონული მეტასტაზების განვითარების რისკი პროცენტულად ნულის ტოლია;
- 0,75-1,5 მმ სისქის სიმსივნის დროს რეგიონული მეტასტაზირების განვითარების რისკი 10-25%-მერყეობს;

- 1,5 — 4მმ სისქის სიმსივნის დროს რეგიონული მეტასტაზების განვითარების რისკი 20-40%-ია;
- 4 მმ-ზე მეტი სისქის სიმსივნის დროს რეგიონული მეტასტაზების განვითარების რისკი 50-65%-ია;

კლარკის მიერ მონოდეტული კლასიფიკაცია ემყარება კანის შრეებში მელანომის ინვაზიის ხარისხის განსაზღვრას კანის ანატომიური აგებულების სტრუქტურული თავისებურებების გათვალისწინებით; (სურათი № 31)

სისქე მმ	I	II	III	IV	V
<0,75	pT1				
0,75 დან 1,5 მდე		pT2			
1,5 დან 3,0 მდე			pT3a		
3,0 დან 4,0 მდე			pT3b		
> 4,0				pT4a	
					pT4b

სურათი №31

- I დონე ითვალისწინებს სიმსივნის ინვაზიას ეპიდერმისის ძირითად შრემდე;
- II დონე – დერილოვანი შრის დაზიანებას ბაზალურ მემბრანამდე;
- III დონე - დერმის დერილების დაზიანებას;
- IV დონე – ადგილი აქვს დერმის ინვაზიას საოფლე ჯირკვლებამდე (დერმის ბადურა შრემდე);
- V დონე – მელანომა ვრცელდება კანქვეშა ცხიმოვან შრეში.

ორივე კლასიფიკაცია იძლევა საშუალებას სწორად შევაფასოთ დაავადების კლინიკური მიმდინარეობის თავისებურებანი, ადეკვატურად დავგეგმოთ მკურნალობის სტრატეგია და განვსაზღვროთ დაავადების გამოსავალი.

## კანის მელანომის TNM კლასიფიკაცია

### T – პირველადი სიმსივნე

სიმსივნის გავრცელების ხარისხის დადგენა ხდება მისი ამოკვეთის შემდეგ, პათოჰისტოლოგიური კლასიფიკაციის შესაბამისად

$pT1 < 0.75\text{მმ.}$                        $pT3 < 4\text{მმ.}$

$pT2 < 1.5\text{მმ.}$                          $pT4 > 4\text{მმ.}$

### N – რეგიონული ლიმფური კვანძები

$N_x$  რეგიონული ლიმფური კვანძების შესაფასებლად საკმარისი მონაცემები არ არის;

$N_0$  რეგიონული ლიმფური კვანძების მეტასტაზური დაზიანების ნიშნები არ არის;

$N_1$  მეტასტაზი ერთ რეგიონულ ლიმფურ ლიმფურ კვანძში;

$N_{1a}$  მხოლოდ მიკროსკოპულად დადგენილი მეტასტაზი (კლინიკურად არ არის გამოხატული);

$N_{1b}$  მაკროსკოპულად გამოხატული (კლინიკურად ხილული) მეტასტაზი;

$N_2$  მეტასტაზი ორ ან სამ რეგიონულ ლიმფურ კვანძში ან ლიმფურ სადინრებში;

$N_{2a}$  მხოლოდ მიკროსკოპულად დადგენილი მეტასტაზი ლიმფურ კვანძში;

$N_{2b}$  მაკროსკოპულად გამოხატული მეტასტაზი ლიმფურ კვანძში;

$N_{2c}$  აღენიშნება სატელიტი ან ტრანზიტორული მეტასტაზი, რეგიონული ლიმფური კვანძები — დაზიანების გარეშე;

$N_3$  მეტასტაზი არანაკლებ 4 რეგიონულ ლიმფურ კვანძში; ან კონგლომერატი რეგიონულ ლიმფურ კვანძებში; ან სატელიტები ან ტრანზიტორული მეტასტაზები, რეგიონული ლიმფური კვანძების მეტასტაზურ დაზიანებასთან ერთად;

შენიშვნა: სატელიტებად ითვლება სიმსივნური წარმონაქმნი ან კვანძი (მაკროსკოპულად ან მიკროსკოპულად დადგენილი), რომელიც მდებარეობს პირველადი სიმსივნიდან არაუმეტეს 2 სმ მანძილზე.

ტრანზიტორული მეტასტაზები მიეკუთვნება ლიმფური კვანძების ისეთ დაზიანებას, რომელიც სიმსივნეიდან ორი სანტიმეტრითაა დაშორებული ჩაზრდილია კანში ან კანქვეშა ქსოვილში, მაგრამ არ განეკუთვნება რეგიონული ლიმფური კვანძების ზონას.

#### M – შორეული მეტასტაზები

Mx შორეული მეტასტაზის შესაფასებლად საკმარისი მონაცემები არ არის;

M0 შორეული მეტასტაზის არსებობის ნიშნები არ არის;

M<sub>1</sub> აღინიშნება შორეული მეტასტაზები;

M1a კანში ან კანქვეშა ქსოვილში ან რეგიონული ზონის ფარგლებს გარეთ მდებარე ლიმფურ კვანძ(ებ)ში;

M1b ფილტვში;

M1c სხვა უბნებში ან რომელიმე ორგანოში, თუ მომატებულია ლაქტატდეჰიდროგენაზას (LDH) დონე სისხლის შრატში.

#### pTNM პათოჰისტოლოგიური კლასიფიკაცია

pT, - პირველადი სიმსივნე;

pTX – პირველადი სიმსივნის შესაფასებლად საკმარისი მონაცემები არ არის;

pT0 – პირველადი სიმსივნის არსებობის ნიშნები არ არის;

pTis – პრეინვაზიური მელანომა (Melanoma in situ) — ინვაზიის I დონე კლარკის მიხედვით (ატოპური მელანოციტური ჰიპერპლაზია, ღრმა მელანოციტური დისპლაზია, არაინვაზიური ავთვისებიანი სიმსივნე).

**შენიშვნა:** pTX კატეგორიის დადგენა ხდება ანაფხეკი ბიოპტატის ჰისტოლოგიური გამოკვლევით;

ამავე კატეგორიით კლასიფიკაციას ექვემდებარება რეგრესიული მელანომაც.

pT1 – I მმ-მდე სისქის სიმსივნე;

- pT1a II ან III დონე კლარკის მიხედვით, დაწყლულების გარეშე;
- pT1b IV ან V დონე კლარკის მიხედვით, დაწყლულებით;
- pT2 – 1 მმ-დან 2მმ-მდე სისქის სიმსივნე;
- pT1a დაწყლულების გარეშე;
- pT1b დაწყლულებით;
- pT3 – 2 მმ-დან 4მმ-მდე სისქის სიმსივნე;
- pT1a დაწყლულების გარეშე;
- pT1b დაწყლულებით;
- pT4 – 4მმ-ზე მეტი სისქის სიმსივნე;
- pT1a დაწყლულების გარეშე;
- pT1b დაწყლულებით;
- pN – რეგიონული ლიმფური კვანძები
- pN კატეგორიები შეესაბამება N კატეგორიებს
- pN0 ჰისტოლოგიური გამოკვლევისთვის რეგიონული ლიმფადენეკტომიით მიღებული მასალა, როგორც წესი, უნდა შეიცავდეს არანაკლებს 6 ლიმფურ კვანძს. იმ შემთხვევაში, თუ ლიმფურ კვანძებში სიმსივნური უჯრედები არ აღმოჩნდა, მაგრამ გამოკვლეული ლიმფური კვანძების რაოდენობა 6-ზე ნაკლებია, კლასიფიკაცია ხდება pN0 კატეგორიით. კლასიფიკაციაში, რომელიც ემყარება მხოლოდ “დარაჯი” (სასიგნალო) ლიმფური კვანძების ბიოფსიას, რეგიონული ლიმფოდისექციის გარეშე, “დარაჯი” ლიმფური კვანძი აღინიშნება (sn) სიმბოლოთი, მაგ. pN1 (sn):
- pNX (sn) “დარაჯი” ლიმფური კვანძების შესაფასებლად საკმარისი მონაცემები არ არის;
- pN0 (sn) “დარაჯი” ლიმფური კვანძების მეტასტაზური დაზიანების ნიშნები არ არის;
- pN1 (sn) აღინიშნება “დარაჯი” ლიმფური კვანძების დაზიანება.
- pM – შორეული მეტასტაზები
- pM კატეგორიები შეესაბამება M კატეგორიებს.

## კანის მელანომის დაჯგუფება სტადიების მიხედვით

I სტადია	pT <sub>1</sub>	No	Mo
I A სტადია	pT <sub>1a</sub>	No	Mo
I B სტადია	pT <sub>1b</sub>	No	Mo
	pT <sub>2a</sub>	No	Mo
II A სტადია	pT <sub>11b</sub>	No	Mo
	pT3a	No	Mo
II B სტადია	pT <sub>3b</sub>	No	Mo
	pT4a	No	Mo
II C სტადია	pT <sub>4b</sub>	No	Mo
III სტადია	ნებისმიერი pT	N1, N2, N3	Mo
III A სტადია	pT1a-4a	N1a, 2a	Mo
III B სტადია	pT1a-4a	N1b, 2b, 2c	Mo
	pT1b-4b	N1a, 2a, 2c	Mo
III C სტადია	pT1b-4b	N1b, 2b	Mo
	ნებისმიერი pT	N3	Mo
IV სტადია	ნებისმიერი pT	ნებისმიერი N	M <sub>1</sub>

**მკურნალობა.** კანის მელანომის მკურნალობა ძირითადად ქირურგიულია. ამ დროს პასუხი უნდა გაცეს ორ ძირითად კითხვას: პირველი - რა ფარგლებში უნდა განხორციელდეს პირველადი სიმსივნის ამოიკვეთა; მეორე - ჩატარდეს თუ არა რეგიონული ლიმფური კვანძების პროფილაქტიკური დისექცია.

თანამედროვე კონცეფციით, თუ მელანომის სისქე 1 მმ-მდეა, მისი ამოკვეთა დასაშვებია ხილული კიდიდან 1 სმ-ის მოშორებით, ხოლო თუ სისქე 2 მმ-მდეა, მაშინ — 2-3 სმ-ის მოშორებით და რაც უფრო ღრმაა მელანომა გავრცელებული, მით უფრო ფართოდ უნდა ამოიკვეთოს იგი. სიმსივნური პროცესის დისემინაციის თავიდან ასაცილებლად უმჯობესია ოპერაცია ჩატარდეს ელექტრო-ქირურგიული დანის ან ლაზერული სკალპელის გამოყენებით. დადგენილია, რომ 1მმ-მდე სისქის მელანომის

დროს პროფილაქტიკური ლიმფოდისექცია პროგნოზს არ აუმჯობესებს. 1-3,5 მმ სისქის მელანომის არსებობის შემთხვევაში მეტასტაზების განვითარების რისკი უფრო მაღალია და ყოველ კონკრეტულ შემთხვევაში პროფილაქტიკური ლიმფოდისექციის წარმოების საკითხს წყვეტს ქირურგი ინდივიდუალურად ითვალისწინებს რა ასაკს, ლოკალიზაციას და დაავადების გავრცელების მონაცემებს. 3,5მმ-ზე მეტი სისქის სიმსივნის შემთხვევაში სავალდებულოა ჩატარდეს ლიმფოდისექცია ძირითადი სიმსივნის ამოკვეთასთან ერთად.

სიმსივნის I სტადიის (pT1sT1N0M0 გავრცელების) შემთხვევაში მიზანშეწონილია შესრულდეს სიმსივნის ფართო ამოკვეთა ერთ ბლოკში კუნთის მფარავ ფასციასთან ერთად, პროფილაქტიკური ლიმფადენექტომია, როგორც წესი, არ ხორციელდება. ავადმყოფთა გამოჯანსაღება ვარირებს 54-56%-ის ფარგლებში.

სიმსივნის II სტადიის (pT2-4N0M0 გავრცელების) დროს ასევე ხორციელდება სიმსივნის ფართო (სიმსივნის კიდიდან არანაკლებ 3 სმ-ის მოშორებით) და ღრმა ამოკვეთა მის ქვეშმდებარე ქსოვილების მფარავ ფასციასთან ერთად, ერთ ბლოკში. სასწრაფო მორფოლოგიური კვლევით ისაზღვრება სიმსივნის ზუსტი სისქე, მისი გავრცელების ხარისხი და მხოლოდ ამის შემდეგ წყდება საკითხი ლიმფადენექტომიის შესახებ. პოსტოპერაციულ პერიოდში საჭიროა ჩატარდეს იმუნოთერაპია, რომელიც ხორციელდება, როგორც წესი, 2b ინტერფერონით. მკურნალობა იწყება 5 მლნ სე დოზით, რათა შემონმდეს პრეპარატის მიმართ ამტანობა. შემდეგ დოზა თანდათანობით იზრდება და გრძელდება 4-8 თვის განმავლობაში.

სიმსივნის III სტადიის (T1-4N1-2M0 გავრცელების) დროს ხორციელდება პირველადი სიმსივნის ფართო და ღრმა ამოკვეთა კუნთის მფარავ ფასციასთან ერთად და ლიმფადენექტომია. ლიმფურ კვანძებში მეტასტაზის არარსებობის შემთხვევაში მკურნალობის მეორე ეტაპზე ტარდება იმუნოთერაპია, ხოლო მეტასტაზის არსებობისას ხორციელდება ქიმიო-იმუნოთერაპია. ავადმყოფთა 5 წლიანი გამოჯანსაღების მაჩვენებელი არ აღემატება 11%-ს.

მელანომის IV სტადიის (T-ნებ.-N-ნებ.M1 გავრცელების) შემთხვევაში შორეული მეტასტაზის არსებობისას ინიშნება ქიმიოთერაპია პალიატიური მიზნით. ძირითადად გამოიყენება დაკარბაზინის, ცისპლატინის, თემოდალის შემცველი პრეპარატები. პალიატიური მიზნით შესაძლოა გამოყენებული იქნეს სხივური თერაპია, რომელიც ტარდება ადგილობრივად გავრცელებული სისხლმდენი სიმსივნის დროს – მსხვილი ფრაქციებით, ხაზოვან ამაჩქარებელზე: 5-6 ფრაქციის ოდენობით, რაც თავისი ბიოლოგიური აქტივობით 50 გრეი ჯამური კეროვანი დოზის ექვივალენტურია. 5 წლიანი გამოჯანსაღება 0-2%-მდეა.



## პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის ავთვისებიანი სიმსივნეები

პირის ღრუ მიეკუთვნება საჭმლის მომნელებელი ტრაქტის სანყის ნაწილს და ხასიათდება გარკვეული ანატომო-ტოპოგრაფიული თავისებურებებით. მის ფორმირებაში მონაწილეობენ ისეთი ორგანოები, როგორცაა: ტუჩი, ენა, პირის ღრუს ფსკერი, ზედა და ქვედა ყბა, ლოყა, მაგარი და რბილი სასა, სასის ფარდა და სხვა. მათში ავთვისებიანი სიმსივნური პროცესის განვითარება იწვევს მნიშვნელოვან ანატომიურ და ფუნქციურ დარღვევებს, რასაც ხშირად მძიმე შედეგამდე მიყვავართ.

პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის კიბოსთვის დამახასიათებელია მკურნალობის სხვადასხვა მეთოდებისადმი გამოხატული რეზისტენტობა, აგრესიის მაღალი ხარისხი, ადრეული მეტასტაზირება რეგიონალურ ლიმფურ კვანძებში და სიკვდილიანობის მაღალი პროცენტი, რომელიც დაავადების გავრცელებული ფორმების დროს 70%-საც კი აღემატება (M. A. Кропотов: 2003 С.В. Канаев 2003 М.М. Соловьев 2003 И.А. Гладиллина, М.А. Шабанов, М.И.Нечушкин 2003).

პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის კიბო, ძირითადად, გვხვდება 40-60 ასაკის მამაკაცებში და 4-ჯერ უფრო ხშირად, ვიდრე ქალებში. ჩატარებულმა ავადობის სტატისტიკურმა კვლევებმა გვიჩვენეს, რომ პირის ღრუს ავთვისებიანი სიმსივნეებით დაავადებულ ავადმყოფთა რიცხვი განუხრელად იზრდება. ბოლო 20 წლის განმავლობაში ავადმყოფთა რიცხვი პრაქტიკულად გაორმაგდა, ხოლო დაღუპული ავადმყოფების რიცხვმა 30%-ით მოიმატა (B.A.Любаев 1988). კლინიკური კვლევებით დადგინდა გარკვეული კანონზომიერება პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის კიბოს განვითარებასა და გარემო ფაქტორებს, ადათ-ჩვევებსა და კვების ტრადიციებს შორის. ასე მაგალითად, თუ ყოფილი საბჭოთა კავშირის ევროპულ ნაწილში პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის კიბოთი ავადობის რიცხვი მერყეობდა 1,5-2,7% უზბეკეთში ეს რიცხვი 8,7%-ს აღემატება, ჩინეთისა და ვიეტნამის პროვინციებში 30%-ს სცილდება, ხოლო ინდოეთში Wahi-ის (1968) მონაცემებით ეს ციფრი 52%-ს აღწევს.

როგორც მრავალმა კვლევამ გვიჩვენა, პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის კიბოს მქონე პაციენტთა 90% თამბაქოს მწვევლია. დაავადების განვითარების რისკი ჩვევის ხანგრძლივობის და რაოდენობის პირდაპირპროპორციულია. პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის კიბო მწვევლებში 6-ჯერ უფრო ხშირია არამწვევლებთან შედარებით (Weiss M, Sailer S, Pillsbury H, 2001).

თამბაქოს წევა იწვევს პროგრესულ თანმიმდევრულ პისტოლოგიურ ცვლილებებს პირის ღრუს ლორწოვანზე. ხანგრძლივი მოხმარებისას ეს ცვლილებები წინ უძღვის ნეოპლაზმურ ტრანსფორმაციას. ცვლილებები შექცევადია თამბაქოს მოხმარების შეწყვეტისას.

ალკოჰოლის ინტენსიურად მოხმარებელ პირთა შორის პირის ღრუს ორგანოების კიბოთი ავადობა 4-ჯერ აჭარბებს. პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის კიბოთი დაავადებულთა 75% ალკოჰოლის მომხმარებელია. ალკოჰოლის მომხმარებელთა შორის ენის კიბო თამბაქოს მოწვევისაგან დამოუკიდებლად ჩნდება. ალკოჰოლს უფრო სინერგისტული ეფექტი აქვს კანცერნოგენზე, ვიდრე კუმულაციური. ადამიანი, რომელიც სვამს და ეწევა, 15-ჯერ იზრდება კიბოსადმი მიდრეკილების რისკი იმასთან შედარებით, ვისაც ეს მავნე ჩვევა არ აქვს.

პირის ღრუს ორგანოების კიბოს გამომწვევი სხვა ფაქტორებიდან აღსანიშნავია: 1) Betel nuts-ის ღეჭვა და დაშლილი კირის მოხმარება (slakeel lime) — ეს 220 მილიონამდე ადამიანის მავნე ჩვევაა ინდოეთსა და აზიის კონტინენტზე. 2) პლაზმერ-ვინსონის სინდრომი, რომელიც ხასიათდება რკინის ნაკლებობით, განაპირობებს ზოგადად პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის სიმსივნური დაზიანების მაღალ რისკს.

პირის ღრუს ორგანოების კიბოს დიაგნოზის მქონე პაციენტებში სიმსივნის სუპრესორი გენების მუტაციები Nitrosamies შედეგია თამბაქოში არსებული კანცეროგენების ზემოქმედებისა. ამ აგენტებს შეუძლიათ დნმ-ის დაზიანება, რაც წინ უძღვის ნერტილოვანი მუტაციის განვითარებას. ეს ნერტილოვანი მუტაციები შემდგომ იწვევენ სიმსივნის სუპრესორი გენების (TP53) დერეგულაციას, რომელიც მე-17 ქრომოსომაზეა ლოკალიზებული.



სურათი №1



სურათი №2



სურათი №3



სურათი №4

პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის კიბოს განვითარებაში ერთ-ერთ ეტიოლოგიურ აგენტად ასევე გვევლინება ადამიანის პაპილომავირუსი, რომელიც ეპითელიოტროპული დნმ-ის შემცველი ვირუსია და უჯრედებს ავთვისებიან ფენოტიპად გარდაქმნის. ადამიანის პაპილომავირუსი სხვადასხვა რაოდენობით აღმოჩენილი იქნა პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის დისპლაზიით, ლეიკოპლაკიით და კიბოთი დაავადებულ ავადმყოფებში. რიბოფლავინისა და რკინის დეფიციტი ასევე ხელს უწყობს ენის ლორწოვანი გარსის დისპლაზიურ ცვლილებებს (Rhodus N, 2005).

ევროპის წამყვანი ონკოლოგიური კლინიკების გამოცდილებამ ცხადყო, რომ პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის კიბოს განვითარებას შემთხვევათა 20-50% წინ უძღვის ისეთი სიმსივნისწინარე პათოლოგიური პროცესების არსებობა, როგორცაა ბოუენის დაავადება, სისტემური წითელი მგლურა (სურათი №1), პაპილომატოზი (სურათი №2), ვერიკოზული ლეიკოპლაკია (სურათი №3) და ბრტყელი წითელი ლიქენის ეროზიულ – წყლულოვანი ფორმა. მალიგნიზაციის ყველაზე დიდი ალბათობა აქვს ერითროპლაკიას და ლეიკოპლაკიას (სურათი №4). ტერმინი ლეიკოპლაკია ნიშნავს ლორწოვანის თეთრ ლაქას, რომელიც ქრონიკული გაღიზიანების შედეგად არის წარმოქმნილი. იგი პრეკანცერული დაზიანებაა, ეპითელური და შემაერთებული ქსოვილის პროლიფერაციის მაღალი ალბათობით. ლეიკოპლაკია, ძირითადად, 40 დან 50-მდე ასაკის პაციენტებს უვითარდებათ და

მამაკაცებში 2-3ჯერ უფრო ხშირია. ლეიკოპლაკიური დაზიანების მალიგნიზაციის ალბათობა 10% იდან 17,5%-მდე მერყეობს. ეროზიული ლეიკოპლაკია, ერითროპლაკია და კანძოვანი ლეიკოპლაკია ხასიათდება ავთვისებიანი ტრანსფორმაციის ყველაზე დიდი ალბათობით. დაავადების განვითარების მიზეზების ანალიზმა გვიჩვენა, რომ პირის ღრუს ავთვისებიანი სიმსივნეები ასევე ხშირად ვითარდება არასწორი და არასრულფასოვანი კვების შედეგად კიბოსწინარე დაავადებათა ფონზე. A ვიტამინის არასათანადო შემცველობის პროდუქტის სისტემატიური მიღებისას პირის ღრუში წარმოიქმნება ლორწოვანი გარსის გარქოვანების პროცესის მნიშვნელოვანი ცვლილებები, რაც იდიალურ წინაპირობას ქმნის სიმსივნური პროცესის განვითარებისათვის. დაავადების ეტიოლოგიაში დიდ მნიშვნელობას ანიჭებენ პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის ქრონიკულ ტრავმებს. ეს უკანასკნელი შესაძლოა გაპირობებული იყოს კარიესული კბილების ან ცუდად მორგებული პროტეზების არსებობით. პირის ღრუს ორგანოების კიბოს განვითარებაში ასევე მნიშვნელოვანია სხვადასხვა მეტალისგან დამზადებულ გვირგვინებს შორის წარმოქმნილი გალვანური დენების ზემოქმედება ლორწოვან გარსზე.

დაავადების საწყისი პერიოდი ხასიათდება უსიმპტომო მიმდინარეობით. ამ დროს ლორწოვან გარსზე წარმოიქმნება უმტკივნეულო კვანძები, ზედაპირული წყლულები და ნახეთქები, რომლებიც თანდათან მატულობს ზომებში. გარკვეული დროის შემდეგ იწყება დაავადების განვითარების ნიშნების გამოვლენა-ტკივილი, გაძლიერებული სალივაცია, პირის ღრუდან უსიამოვნო სუნი. ყველა ეს ნიშანი მიუთითებს ლორწოვანი გარსის რღვევაზე, რომელსაც თან ახლავს მეორადი ინფექცია და სხვადასხვა ანატომიური და ფუნქციური ცვლილებები. დაავადების მიმდინარეობაში კლინიციკური გამოყოფენ სამ ფაზას, ანუ სამ პერიოდს. ესენია: დაავადების საწყისი, განვითარების და შორსნასული პერიოდი (Н.А. Зимина1998. А.И. Пачеч2002).

**საწყისი პერიოდი** – ავადმყოფი უჩივის პათოლოგიურ კერაში არასასიამოვნო შეგრძნებების არსებობას. პირის ღრუს



სურათი №5



სურათი №6



სურათი №7



სურათი №8

დათვალეერებით შესაძლოა აღინიშნოს სხვადასხვა სახის ცვლილებები: თეთრი ლაქები ან ლორწოვანი გარსის გამკვრივება, ზედაპირული წყლული (სურათი №5), პაპილარული წარმონაქმნი და ა.შ. ავადმყოფს ექიმთან მისვლას აიძულებს ტკივილის სინდრომის განვითარება, რომელიც დაავადების სანყის ფაზაში მხოლოდ შემთხვევათა 25% გვხვდება. პაციენტების 50% ამ ტკივილს უკავშირებს ანგინას, კბილის ტკივილს, განსაკუთრებით, თუ კიბო ლოკალიზდება პირის ღრუს უკანა ნახევარში, ან ყბის ალვეოლარული მორჩის ლორწოვან გარსზე.

**განვითარების პერიოდი** - ამ პერიოდში გამოვლინდება მრავალრიცხოვანი სიმპტომები. პირველ რიგში სხვადასხვა ინტენსივობის ტკივილი, რომელიც ძლიერ შემანუხებელია. აქვს ლოკალური ხასიათი ან იძლევა ირადიაციას თავის, ყურის და საფეთქლის მიდამოში. ავადმყოფების დიდ ნაწილს უძლიერდება ნერწყვის დენა. აღინიშნება პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის გაღიზიანება სიმსივნის დაშლის პროდუქტებით ზემოქმედების შედეგად (სურათი №6,7). ამ ჯგუფის პაციენტებისათვის ტიპიურია მძაფრი არასასიამოვნო სუნის არსებობა პირის ღრუში, რომელიც თან სდევს სიმსივნის ინფიცირებას და მის რღვევას.

**შორსნასული პერიოდი** - პირის ღრუს ორგანოების კიბო, მიეკუთვნება რა სწრაფად მზარდ და აგრესიულ სიმსივნეებს,

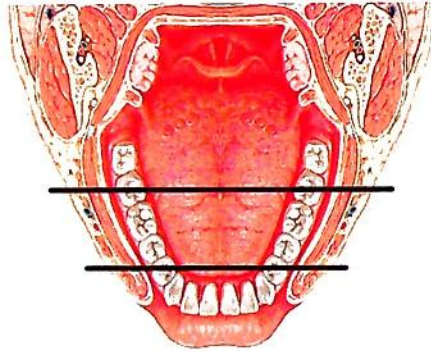
დროის მოკლე მონაკვეთში ვრცელდება და აზიანებს ირგვლივმყოფ ქსოვილებს. ასე მაგალითად, ენის კიბო სწრაფად იწვევს პირის ღრუს ფსკერის ინფილტრაციას (სურათი № 8), ხოლო ყბის ალვეოლური მორჩის კიბო — ძვალოვან ქსოვილში გავრცელებას. ლოყის კიბო ხშირად აზიანებს ქვეშემდებარე კუნთებს და ვრცელდება კანზე. ასევე ხშირია მისი გავრცელება რეტრომოლარულ სამკუთხედზე. განსაკუთრებული ავთვისებიანობით ხასიათდება ენის ძირის კიბო, რომელიც სწრაფად ვრცელდება რბილ სასაზე და ხორხ-ხახის ანატომიურ სტრუქტურებზე. მთლიანობაში უნდა აღინიშნოს, რომ ავთვისებიანი სიმსივნეები, რომლებიც განლაგებულნი არიან პირის ღრუს უკანა მესამედში, კლინიკურად უფრო სწრაფად და აგრესიულად მიმდინარეობენ, ვიდრე პირის ღრუს წინა მესამედში ლოკალიზებული სიმსივნეები. როგორც წესი, შორსნასული ფორმების დროს სიმსივნე სცილდება იმ ორგანოს ლორწოვანს საიდანაც განვითარდა და იწვევს მეზობელ ქსოვილებსა და ორგანოებზე გავრცელებას.

პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის დაავადებებში მოიაზრება შემდეგი ლოკალიზაციის სიმსივნეები:

1. ენის ლორწოვანი გარსი; 2. პირის ღრუს ფსკერი; 3. ლოყის ლორწოვანი გარსი: ა) ზედა და ქვედა ტუჩის ლორწოვანი გარსი; ბ) ლოყის ლორწოვანი გარსი; გ) რეტრომოლარული მიდამო; ლოყა-კბილბუდის ღარი; ზედა და ქვედა პირის კარიბჭე; 4. ქვედა ყბის ალვეოლარული მორჩის ლორწოვანი გარსი; 5. ზედა ყბის ალვეოლარული მორჩის ლორწოვანი გარსი; 6. მაგარი და რბილი სასის ლორწოვანი გარსი.

ვინაიდან სიმსივნური პროცესის მიმდინარეობაზე მნიშვნელოვან ზეგავლენას ახდენს კიბოს ლოკალიზაცია, კლინიციისტიების მიერ პირის ღრუ პირობითად დაყოფილი იქნა სამ ანატომიურ ნაწილად. აღნიშნულ გრადაციას დიდი მნიშვნელობა აქვს პირის ღრუს ავთვისებიანი სიმსივნეების არა მარტო მკურნალობის სწორი სტრატეგიის შერჩევისათვის, არამედ მეტასტაზირების განვითარების პროგნოზირებისათვის. კერძოდ, პირის ღრუს წინა





სქემა №1

მესამედად მიიჩნევა სივრცე, რომელიც განლაგებულია ეშვებზე გატარებული ჰორიზონტალური ხაზის წინ. აღნიშნული მიდამოს ლიმფურ კოლექტორს წარმოადგენს ნიკაპქვეშა ლიმფური კვანძები. პირის ღრუს შუა მესამედად მიიჩნევენ სივრცეს, რომელიც განთავსებულია ეშვებსა და მოლარებზე გატარებულ ჰორიზონტალურ ხაზებს შორის. მისი ლიმფური კოლექტორია ყბისქვეშა და კისრის ზედაპირული ლიმფური კვანძები. პირის ღრუს უკანა მესამედად თვლიან სივრცეს, რომელიც ყალიბდება მოლარებზე გატარებულ ჰორიზონტალურ ხაზს უკან და მისი ლიმფური კოლექტორია კისრის ღრმა და ხაზის გვერდითი ლიმფური კვანძები (სქემა №1). პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის ავთვისებიანი სიმსივნეების კლინიკური მიმდინარეობა ასევე მნიშვნელოვნად არის დამოკიდებული სიმსივნის ზრდის ფორმებზე, რომლის მიხედვითაც განარჩევენ: ეგზოფიტურ, ნყლულოვან და ენდოფიტურ ფორმებს.



სურათი №9



სურათი №10



სურათი №11

**ეგზოფიტური** - პირის ღრუს ლორწოვანზე აღინიშნება პაპილარული ან სოკოსმაგვარი სიმსივნური წარმონაქმნის არსებობა (სურათი № 9). აღნიშნული ფორმის სიმსივნეები, როგორც წესი, განლაგებულია ზედაპირულად და გვხვდება ავადმყოფთა 25%. ასეთ სიმსივნეებს აქვთ მკვეთრი საზღვრები და არ ახასიათებთ ინფილტრაცია ირგვლივმყოფ ქსოვილებში.

**წყლულოვანი** - უფრო ხშირად გვხვდება ვიდრე ეგზოფიტური. იგი საწყის ეტაპზე წარმოდგენილია ზედაპირული, შემოსაზღვრული ეროზიული უბნის სახით, რომელიც აქტიური ზრდის შედეგად წყლულდება. მკვეთრი საზღვრების მქონე წყლულის ჩამოყალიბებას ხელს უწყობს სიმსივნის ცენტრალური და ზედაპირული უბნების ნეკროზი. კიბოს წყლულოვანი ფორმა აღინიშნება ავადმყოფთა 30.8%-ს (სურათი №10).

**ენდოფიტური** - წყლულოვან-ინფილტრაციული ფორმა გვხვდება შემთხვევათა 41,1%, რომელიც ხასიათდება ორგანოს დიფუზური დაზიანებით. ამ ფორმების დროს ლორწოვან გარსზე აღინიშნება ნაპრალის ან ღრმა წყლულის არსებობა, რომელიც უფრო მეტად აზიანებს ქვეშმდებარე სტრუქტურებს, რის გამოც პროცესი ძალზედ აგრესიულად მიმდინარეობს (სურათი №11).

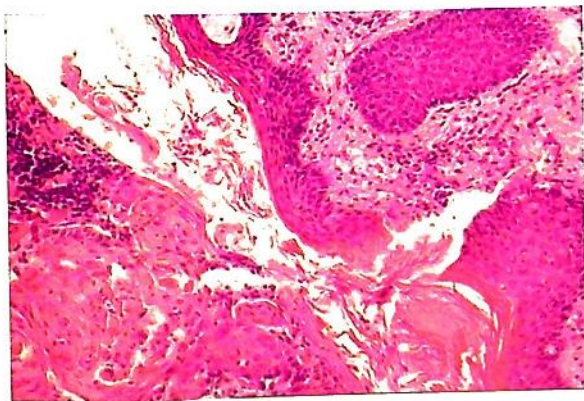
პირის ღრუს ორგანოთა კიბოს დაყოფა ანატომიურ ფორმებად საშუალებას იძლევა სწორად განისაზღვროს სიმსივნის ზრდის ტემპები და ადეკვატურად შეირჩეს მკურნალობის სახეობა. როგორც კლინიკური გამოცდილება ადასტურებს, სიმსივნის ენდოფიტური ფორმა ხასიათდება დიფუზური ზრდით. აქვს უფრო მეტად ავთვისებიანი მიმდინარეობა, ვიდრე ეგზოფიტურ ფორმას. სიმსივნეების ენდოფიტურ ტიპს მიაკუთვნებენ ახალ წარმონაქმნებს, რომელთა ინფილტრაციული კომპონენტის გავრცელების სიღრმე აღემატება 1,5სმ-ს.

პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის ავთვისებიანი სიმსივნეთა მიკროსკოპიული შენება 90% წარმოდგენილია ბრტყელუჯრედოვანი კიბოს სახით, რომელიც თავისი შენებით არ განსხვავდება კანის და სხვა ორგანოების ლორწოვანი გარსის ანალოგიური პროცესებისაგან. დანარჩენ 10 %-ს კი შეადგენს ისეთი ავთვისებიანი სიმსივნეები, როგორიცაა:

ფიბროსარკომა, ლიპოსარკომა, ლეიომიოსარკომა, ხონდროსარკომა, ჰემანგიონდოთელიომა, ჰემანგიოპერიციტომა, ლიმფანგიონდოთელიომა, რაბდომიოსარკომა, მელანომა, კაპოშის სარკომა და სხვა. პირის ღრუში ასევე გვხვდება ჯირკვლევანი ეპითელიდან წარმოქმნილი სიმსივნეები, რომლებიც მცირე სანერწყვე ჯირკვლებში ვითარდება და ჰისტოლოგიური სტრუქტურით დიდი სანერწყვე ჯირკვლების სიმსივნეების ანალოგიურნი არიან. საერთაშორისო კლასიფიკაციის მიხედვით გამოყოფენ მუკოეპიდერმოიდულ კარცინომას, ადენოკისტოზურ კარცინომას, (ცილინდრომა), ადენოკარცინომას, ეპიდერმოიდულ კარცინომას, არადიფერენცირებულ კარცინომას და სხვა.

მორფოლოგიურად ეპითელურ სიმსივნეებს აქვს ბრტყელ-უჯრედოვანი კიბოს შენება. მათგან 95% გვხვდება მაღალდიფერენცირებული გარქოვანებული კიბო, უფრო იშვიათია — დაბალდიფერენცირებული ფორმები. ჰისტოლოგიური გრადაციის (G) მიხედვით განარჩევენ, მაღალდიფერენცირებულ ( $G_1$ ), საშუალოდ დიფერენცირებულ ( $G_2$ ), დაბალდიფერენცირებულ ( $G_3$ ) და არადიფერენცირებულ ( $G_4$ ) ფორმებს. სიმსივნის მიკროსკოპიული აგებულების თავისებურებების მიხედვით გამოიყოფა:

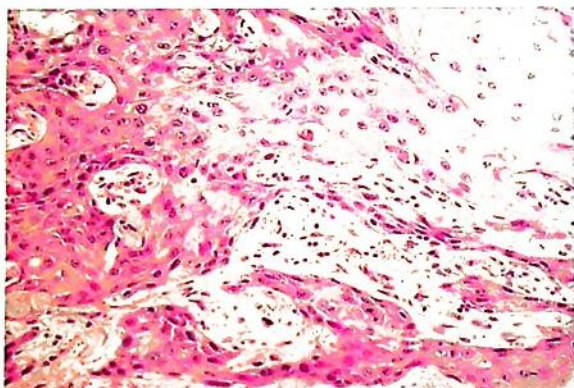
1. ინტრაეპითელიალური კარცინომა (carcinoma in situ). იგი ხასიათდება შენარჩუნებული ბაზალური მემბრანის



სურათი №12

(სურათი № 12) ფონზე მალიგნიზირებული ეპითელური უჯრედების არსებობით და გამოხატული უჯრედული პოლიმორფიზმით. დაავადების აღნიშნული ფორმა იშვიათია.

2. ბრტყელუჯრედოვანი კიბო – წარმოდგენილია მალიგნიზირებული ეპითელიალური უჯრედებით, რომლებიც მოგვაგონებენ მრავალშრიან ეპითელს და განლაგებულნი არიან არასწორი ფორმის გროვებად. ხშირად აღინიშნება მათი გავრცელება ქვეშედაბარე შემაერთებელ ქსოვილში (სურათი №13).



სურათი №13

### 1. ბრტყელუჯრედოვანი კიბოს სახეობებია:

ა) ვერიკოზული კარცინომა – მიკროსკოპულად წარმოდგენილია მაღალდიფერენცირებული ბრტყელი უჯრედებით, რომლებიც განლაგებული არიან დიდ ფენებად და უკავშირდებიან ერთმანეთს პაპილომატოზური ნანაზარდებით. იგი დაავადების სხვა ფორმებისაგან გამოირჩევა ავთვისებიანობის აშკარა ნიშნების ნაკლებობით და იშვიათი მიტოზებით. სიმსივნის ზედაპირი დაფარულია კერატინის შრის ინვაგინაციური ნაოჭებით.

ბ) კარცინომის თითისტარისებული ვარიანტი, რომლის სინონიმებია ფსევდოსარკომა, პლეომორფული კარცინომა, მეტაპლაზიური კარცინომა, ეპიდერმოიდული კარცინომა. მორფოლოგიურად იგი წარმოდგენილია თითისტარისებური სიმსივნური უჯრედებით, რომლებიც განლაგებულნი არიან

ცალ-ცალკე ან გროვებად და ხასიათებიან გამოხატული პოლიმორფიზმით. მხედველობის ველში იშვიათად გვხვდება გარქოვანების კერები. სამაგიეროდ, ხშირია მიტოზების არსებობა. აღნიშნული ფორმა ხასიათდება აგრესიული მიმდინარეობით.

გ) ლიმფოეპითელიომა — ძირითადად გვხვდება პირის ღრუს უკანა მესამედში. სიმსივნურ უჯრედებს აქვთ სხვადასხვა ფორმა, არამკვეთრი კონტურები, მკრთალი ციტოპლაზმა, მრგვალი ან ოვალური ფორმის მსხვილი, ნათელი ბირთვები. მისთვის დამახასათებელია გარქოვანებული ბრტყელუჯრედოვანი დიფერენცირების მქონე ერთეული უჯრედების გარშემო ლიმფოიდური უჯრედების მასიური განლაგება.

პირის ღრუს ორგანოთა კიბო ადრე მეტასტაზირებს კისრის ლიმფურ კვანძებში. რეგიონული მეტასტაზირება ვარირებს 40-დან 76%-მდე კიბოს განვითარების ყველა სტადიაში. რეგიონალური მეტასტაზირება, უპირველეს ყოვლისა, დამოკიდებულია სანყისი სიმსივნის ლოკალიზაციაზე პირის ღრუში და ორგანოს ლიმფური დინების თავისებურებებზე. ენის კიბოს (შუა-გვერდითი ზედაპირი და ენის წვერი) მეტასტაზირების ზონებია ყბისქვეშა, კისრის შუა და ღრმა ლიმფური კვანძები. ენის უკანა ნაწილის კიბო უფრო სწრაფად მეტასტაზირებს, ვიდრე წინა ნაწილის. მეტასტაზები ლოკალიზდება კისრის ზედა ლიმფურ კვანძებში. ლოყის ლორწოვანი გარსის კიბო, პირის ღრუს ფსკერის და ქვედა ყბის ალვეოლური მორჩის ლორწოვანი გარსის კიბო მეტასტაზირებს ყბისქვეშა ლიმფურ ჯირკვლებში, იშვიათად ნიკაპქვეშა ლიმფურ კვანძებში. უკანა ნაწილის ავთვისებიანი სიმსივნეები მეტასტაზირებენ ხშირად შუა და ზედა საუღლე ლიმფურ კვანძებში. სიმსივნეები, რომლებიც განლაგებულნი არიან ალვეოლური მორჩის ლორწოვანი გარსის უკანა მესამედში მეტასტაზირებენ ხახის გვერდით ლიმფურ კვანძებში.

უკანასკნელ წლებში ბრტყელუჯრედოვანი კიბოს მიმდინარეობის თავისებურებების და მკურნალობის ეფექტურობის პროგნოზირებისათვის დიდი მნიშვნელობა ენიჭება სიმსივნის ავთვისებიანობის ხარისხის განსაზღვრას, რომლის მთავარ

მახასიათებლებად ითვლება უჯრედული პროლიფერაცია (a) და დიფერენციაცია(b). ამ მონაცემთა საფუძველზე გამოყოფენ მალიგნიზაციის სამ ხარისხს:

მალიგნიზაციის I ხარისხის მქონე კიბოსთვის დამახასიათებელია მრავალრიცხოვანი ეპითელური მარგალიტების მსგავსი უჯრედების და მათ შორის უჯრედთაშორისი ხიდაკების არსებობა. უჯრედული გარქოვანება გამოხატულია კარგად, ხოლო მიტოზური ფიგურები იშვიათია. ბირთვული და უჯრედული პოლიმორფიზმი, ატიპიური მიტოზები და მრავალბირთვიანი გიგანტური უჯრედები პრაქტიკულად არ გვხვდება.

მალიგნიზაციის II ხარისხის დროს ეპითელური მარგალიტები იშვიათია ან საერთოდ არ გვხვდება. აღინიშნება უმნიშვნელო უჯრედული გარქოვანება და უჯრედთა შორის ხიდაკების დისკომპლექტაცია. მხედველობის არეში გვხვდება 2-4 მიტოზური ფიგურა. გამოხატულია უჯრედების და ბირთვების პოლიმორფიზმი, ხოლო ერთეულ შემთხვევებში აღინიშნება მრავალბირთვიანი გიგანტური უჯრედების არსებობა.

მალიგნიზაციის III ხარისხის შემთხვევაში ეპითელური მარგალიტები პრაქტიკულად არ გვხვდება. უჯრედების გარქოვანება და უჯრედშორისი ხიდაკების არსებობა არ აღინიშნება, ატიპიური მიტოზები ხშირია. უჯრედული და ბირთვული პოლიმორფიზმი მკვეთრად არის გამოხატული. ხშირია მრავალბირთვიანი გიგანტური უჯრედების არსებობა.

მაგრამ, როგორც კლინიკურმა დაკვირვებებმა გვიჩვენა, პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის ბრტყელუჯრედოვანი კიბოს ინდივიდუალური პროგნოზირებისათვის მნიშვნელოვანია არა მარტო სიმსივნის პროლიფერაციის (a) და დიფერენციაციის(b) ხარისხის დადგენა, არამედ სიმსივნისა და ორგანიზმის ურთიერთდამოკიდებულების თავისებურების განსაზღვრა. (კ.მარდალეიშვილი 1985წ.) სიმსივნის ავთვისებიანობის ხარისხის შესახებ ობიექტური ინფორმაციის მისაღებად ავტორი მიზანშეწონილად მიიჩნევს ისეთი მახასიათებლების მონაცემთა ერთობლიობის ანალიზს, როგორიცაა:

1. სიმსივნის სტრუქტურა: 1) უჯრედები განლაგებულია ჯგუფებად და განცალკევებით; 2) უჯრედები განლაგებულია ჯგუფებად და კომპლექსებად; 3) უჯრედები განლაგებულია განცალკევებით; 4) გამომხატულია უჯრედული დისოციაცია;
2. დიფერენციაცია: 1) მაღალი კერატინიზაცია; 2) გამომხატული კერატინიზაცია; 3) სუსტი კერატინიზაცია; 4) კერატინიზაციის გარეშე;
3. ბირთვული პოლიმორფიზმი: 1) გადიდებული ბირთვების მცირე რაოდენობა; 2) გადიდებული ბირთვების ზომიერი რაოდენობა; 3) გადიდებული ბირთვების დიდი რაოდენობა; 4) გამომხატული ბირთვული ანაპლაზია;
4. მიტოზები: 1) გვხვდება ერთეული მიტოზები; 2) მიტოზები მცირე რაოდენობით; 3) მიტოზები ზომიერი რაოდენობით; 4) მიტოზები დიდი რაოდენობით;
5. ინვაზიის ტიპი: 1) საზღვარი კარგადაა გამომხატული; 2) საზღვარი მცირედაა გამომხატული; 3) საზღვარი გამომხატული არ არის; 4) აღინიშნება დიფუზური ზრდა;
6. ინვაზიის სტადია: 1) ირგვლივ მყოფ ქსოვილებში ინვაზია არ აღინიშნება; 2) მიკროინვაზია; 3) სიმსივნური კერების არსებობა შემაერთებელ ქსოვილში; 4) მასიური ზრდა;
7. სისხლძარღვოვანი ინვაზია: 1) სისხლძარღვის ინვაზია არ აღინიშნება; 2) სისხლძარღვის ინვაზია შესაძლებელია; 3) სისხლძარღვის ინვაზია გვხვდება; 4) ადგილი აქვს სისხლძარღვის მნიშვნელოვან ინვაზიას;
8. ლიმფოპლაზმოციტარული რეაქცია: 1) გამოხატულია; 2) ზომიერია; 3) უმნიშვნელოა; 4) არ აღინიშნება.

წარმოდგენილი მონაცემების დეტალური ანალიზი, პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის ავთვისებიანი სიმსივნეების შესახებ სრულყოფილი მორფოლოგიური ინფორმაციის მიღების საშუალებას იძლევა და აზუსტებს მისი ავთვისებიანობის ხარისხს. თუმცა, მკურნალობის სწორი სტრატეგიის შემუშავებისათვის გარდა მორფოლოგიური მონაცემებისა აუცილებელია გათვალისწინებული



იქნეს დაავადების ისეთი კლინიკური მახასიათებლები, როგორცაა სიმსივნის ზომა, ლოკალიზაცია, გავრცელება და რეგიონული ლიმფური კოლექტორის მდგომარეობა. ამ მონაცემთა ობიექტურად წარმოჩენის მიზნით მოწოდებულია საერთაშორისო TNM კლინიკური კლასიფიკაცია.

### TNM კლინიკური კლასიფიკაციის მიხედვით

T – პირველადი სიმსივნე;

T<sub>x</sub> – პირველადი სიმსივნის შესაფასებლად საკმარისი მონაცემები არ არის;

T<sub>0</sub> – პირველადი სიმსივნის არსებობის ნიშნები არ არის;

T<sub>is</sub> – პრეინვაზიური კარცინომა (carcinoma in situ) ;

T<sub>1</sub> 2 სმ-მდე ზომის სიმსივნე;

T<sub>2</sub> 2 სმ-იდან 4 სმ-მდე ზომის სიმსივნე;

T<sub>3</sub> 4 სმ-ზე მეტი ზომის სიმსივნე;

T<sub>4a</sub> სიმსივნე გავრცელებულია ძვლის კორტიკალურ შრეზე, ენის ღრმა გარეთა (ნიკაპ-ენის, ენა-ინის, ენა-სასის, სადგის-ენის) კუნთებზე, ზედაყბის ნიაღზე, სახის კანზე.

T<sub>4b</sub> სიმსივნე ჩაზრდილია სალექ კუნთში, ძირითადი ძვლის ფრთისებურ ფირფიტაში, ქალას ფუძეში ან ვრცელდება საძილე არტერიაში.

### N – რეგიონული ლიმფური კვანძები

N<sub>x</sub> რეგიონული ლიმფური კვანძების შესაფასებლად საკმარისი მონაცემები არ არის;

N<sub>0</sub> რეგიონული ლიმფური კვანძების მეტასტაზური დაზიანების ნიშნები არ არის;

N<sub>1</sub> 3სმ-მდე ზომის მეტასტაზი ერთ ლიმფურ კვანძში დაზიანების მხარეს;

$N_2$  3სმ-დან 6სმ-მდე ზომის მეტასტაზი ერთ ლიმფურ კვანძში, დაზიანების მხარეს; ან 6 სმ-მდე ზომის მეტასტაზი რამდენიმე ლიმფურ კვანძში დაზიანების მხარეს; ან 6 სმ-მდე ზომის მეტასტაზი ლიმფურ კვანძებში, ორმხრივად ან დაზიანების მოპირდაპირე მხარეს;

$N_{2(a)}$  3სმ-დან 6სმ-მდე ზომის მეტასტაზი ერთ ლიმფურ კვანძში, დაზიანების მხარეს;

$N_{2(b)}$  6სმ-მდე ზომის მეტასტაზი რამდენიმე ლიმფურ კვანძში, დაზიანების მხარეს;

$N_2$   $c$  6სმ-მდე ზომის მეტასტაზი ლიმფურ კვანძებში, ორმხრივად ან დაზიანების მოპირდაპირე მხარეს;

$N_3$  6სმ-ზე მეტი ზომის მეტასტაზი რეგიონულ ლიმფურ კვანძში.

შენიშვნა: შუა ხაზის ლიმფური კვანძი უნდა შეფასდეს, როგორც დაზიანების მხარეს მდებარე ლიმფური კვანძი.

## M – შორეული მეტასტაზები

$M_x$  შორეული მეტასტაზის შესაფასებლად საკმარისი მონაცემები არ არის;

$M_0$  შორეული მეტასტაზის არსებობის ნიშნები არ არის;

$M_1$  აღინიშნება შორეული მეტასტაზი.

ჩატარებული ქირურგიული მკურნალობის შემდეგ მიღებული მასალის მორფოლოგიური კვლევა საშუალებას იძლევა დაზუსტდეს, როგორც პირველადი სიმსივნის, ასევე რეგიონული ლიმფური კვანძების მდგომარეობა, მისი გავრცელების საზღვრები, რაც მეტად მნიშვნელოვანია დაავადების მიმდინარეობის პროგნოზირებისა და დამატებითი მკურნალობის ჩატარების აუცილებლობის განსაზღვრისათვის. ამ მიზნით ბოლო წლებში შეიქმნა პოსტოპერაციული მასალის PTNM პათოპისტოლოგიური კლასიფიკაცია სადაც pT1, pT2, pT3, pT4 – გამოხატავს პირველადი

სიმსივნის ზომას ან ადგილობრივი გავრცელების ხარისხს, რომელიც ჰისტოლოგიურად დასტურდება;

pN – აღნიშნავს ოპერაციის შედეგად ამოღებული რეგიონული ლიმფური კვანძების მდგომარეობას;

pNx — რეგიონული ლიმფური კვანძების შესაფასებლად საკმარისი მონაცემები არ არის;

pN<sub>0</sub> — რეგიონული ლიმფური კვანძების მეტასტაზური დაზიანების ნიშნები არ არის;

pN<sub>1</sub>; pN<sub>2</sub>; pN<sub>3</sub> — გამოხატავენ რეგიონული ლიმფური კვანძების მეტასტაზური დაზიანების რაოდენობას და ხარისხს;

pT, pN, pM კატეგორიები შეესაბამება TNM კატეგორიებს.

pN<sub>0</sub> ჰისტოლოგიური გამოკვლევისთვის კისრის ნაწილობრივი ლიმფოდისექციით მიღებული მასალა, როგორც წესი, უნდა შეიცავდეს არანაკლებ 6 ლიმფურ კვანძს, ხოლო რადიკალური ან მოდიფიცირებული რადიკალური დისექციით მიღებული მასალა — არანაკლებ 10 ლიმფურ კვანძს. იმ შემთხვევაში, თუ ლიმფურ კვანძებში სიმსივნური უჯრედები არ აღმოჩნდა, მაგრამ გამოკვლეული ლიმფური კვანძების რაოდენობა შესაბამისად 6-ზე და 10-ზე ნაკლებია, ეს უკანასკნელი კლასიფიცირდება pN<sub>0</sub> კატეგორიით. როცა მეტასტაზურად დაზიანებულ ლიმფურ კვანძს ვაფასებთ pN კატეგორიით, უნდა გაიზომოს მეტასტაზი და არა მთლიანად ლიმფური კვანძი.

TNM საერთაშორისო კლასიფიკაციის მონაცემების მეშვეობით განისაზღვრება სიმსივნური პროცესის სტადიურობა, რომელიც პირის ღრუს ლორწოვანი გარსისათვის წარმოდგენილია ცხრილში №1.

**პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის კიბოს დაჯგუფება  
სტადიების მიხედვით**

0 სტადია	T <sub>is</sub>	No	Mo
I სტადია	T <sub>1</sub>	No	Mo
II სტადია	T <sub>2</sub>	No	Mo
III სტადია	T <sub>1</sub> , T <sub>2</sub>	N1	Mo
	T <sub>3</sub>	N0, N1	Mo
IVA სტადია	T <sub>1</sub> , T <sub>2</sub> , T <sub>3</sub>	N2	Mo
	T <sub>4a</sub>	N0 N1 N2	Mo
IVB სტადია	ნებისმიერი T	N3	Mo
	T <sub>4b</sub>	ნებისმიერი N	Mo
IVC სტადია	ნებისმიერი T	ნებისმიერი N	M <sub>1</sub>

წარმოდგენილი საერთაშორისო კლინიკური და მორფოლოგიური კლასიფიკაციები, რომელთა შექმნაში მონაწილეობდნენ მსოფლიოს წამყვანი სამეცნიერო ონკოლოგიური ცენტრები, მიზნად ისახავს ისეთი უნიფიცირებული სისტემის შექმნას, რომლის კლინიკურ პრაქტიკაში გამოყენება საშუალებას მისცემს სპეციალისტს სწორად განსაზღვროს დაავადების მიმდინარეობის თავისებურებები, მკურნალობის სტრატეგია და შეძლოს დაავადების გამოსავლის პროგნოზირება. აქედან გამომდინარე, შეიმუშაოს რეაბილიტაციურ ღონისძიებათა კომპლექსი ავადმყოფთა სოციალური და ფსიქოლოგიური რეაბილიტაციისათვის.

პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის კიბოს მკურნალობის მეთოდები მრავალრიცხოვანია და მათი გამოყენება დამოკიდებულია სიმსივნის ზომაზე, ლოკალიზაციაზე, გავრცელებაზე, მორფოლოგიურ შენებაზე, რეგიონული მეტასტაზების არსებობაზე და ავადმყოფის ზოგად მდგომარეობაზე.

მცირე ზომის სიმსივნეების არსებობის შემთხვევაში, რომელთაც

მორფოლოგიურად აღენიშნებათ მაღალდიფერენცირებული ბრტყელუჯრედოვანი კიბოს შენება, შესაძლოა გამოყენებული იქნეს მკურნალობის ისეთი ფიზიკური მეთოდები, როგორცაა კრიო და ლაზერო ქირურგია (B.B.Шенталь 1984, ო.თაფლაძე, ე.ხვედელიძე, 2006) ან სიმსივნის ელექტრო რეზექცია. დაბალდიფერენცირებული სიმსივნეების დროს ეფექტურია სხივური თერაპია, რომელიც მიზანშეწონილია ჩატარდეს რადიკალური პროგრამით.

პირის ღრუს ორგანოების უფრო მეტი გავრცელების მქონე ავთვისებიანი პროცესების შემთხვევაში ხორციელდება შერწყმული, კომბინირებული ან კომპლექსური მკურნალობა. შერწყმული მკურნალობიდან ყველაზე ხშირად გამოიყენება ქიმიო - სხივური მკურნალობა ან ქსოვილშიდა დასხივება დისტანციურ გამა თერაპიასთან ერთად. კომბინირებული მკურნალობა ხორციელდება, როგორც წესი, სხივური თერაპიისა და ქირურგიული მეთოდების თანმიმდევრული გამოყენებით. კომპლექსური მკურნალობა აერთიანებს სიმსივნის სანინაალმდეგო ისეთი მეთოდების გამოყენებას, როგორცაა ქიმიო, სხივური და ქირურგიული მეთოდები. განსაკუთრებით უნდა აღინიშნოს, რომ სხივური თერაპიის დროს აუცილებელია დასხივების ველში მოხვდეს არა მარტო პირველადი სიმსივნე, არამედ რეგიონული მეტასტაზირების კოლექტორი, რადგან პირის ღრუს ავთვისებიანი სიმსივნეების შემთხვევაში მეტასტაზირების მაჩვენებელი მეტად მაღალია. ქირურგიული მეთოდის გამოყენების შემთხვევაში ასევე მიზანშეწონილია პირველად სიმსივნესთან ერთად განხორციელდეს რეგიონული მეტასტაზირების ზონების ამოკვეთა სამკურნალო ან პროფილაქტიკური მიზნით.

პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის კიბოს მკურნალობის მეთოდები და მათი გამოყენების ჩვენებები დეტალურადაა წარმოდგენილი სიმსივნეების ლოკალიზაციის შესაბამისად.

## ენის კიბო

ენის კიბო პირის ღრუს ონკოლოგიურ დაავადებათა 26%-ს შეადგენს და იკავებს პირველ ადგილს პირის ღრუს ორგანოების ავთვისებიან სიმსივნეებს შორის. მამაკაცები სამჯერ უფრო ხშირად ავადდებიან ვიდრე ქალები და აღნიშნული დაავადება, როგორც წესი 40-დან 70 ასაკის პაციენტების ხვედრია ( T.T. Кондратьева 1992, E.Г. Матякин Г.В. Голубенко, Ю.С. Воробьев1995, Klug C, Neumburg J, Glaser C, Milllesi W. Quality 2002).

ენა დაფარულია ბრტყელი ეპითელით, რომელსაც დიფერენცირების სხვადასხვა ხარისხი გააჩნია. მასზე განარჩევენ ენის წვერს, გვერდით კიდეებს, ზურგს და ქვედა ზედაპირს. ენის დვრილების უკან არსებული სივრცე პირ-ხახას ეკუთვნის. მისი კუნთოვანი მასა წარმოდგენილია 3 წყვილი შიდა და 3 წყვილი გარე კუნთთა ჯგუფისაგან. ენის შიგნითა ჯგუფის კუნთებს მიეკუთვნება: ენის ქვედა, ვერტიკალური და ენის განივი კუნთები, ისინი ენის სისქეში მდებარეობენ და პასუხისმგებელი არიან ენის ფორმის ცვლილებაზე მეტყველების, ლეჭვისა და ყლაპვის დროს. გარე ჯგუფის კუნთებში გაერთიანებულია: ნიკაპ-ენის, ენა-ინის, სადგის-ინის, კუნთები. ისინი განსაზღვრავენ ენის ფორმასა და მდებარეობას.

ენის კიბოს განვითარებას შესაძლოა წინ უძღოდეს ისეთი კიბოსწინარე დაავადებების არსებობა, როგორიცაა

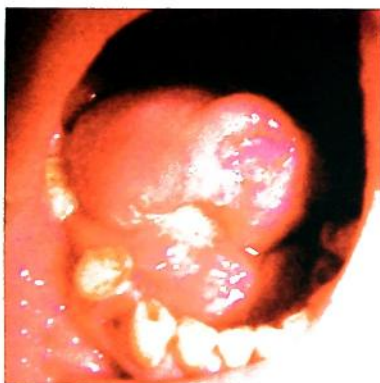


სურათი №14

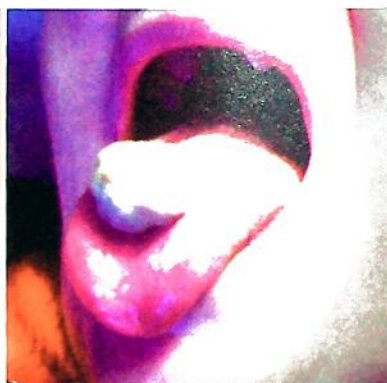


სურათი №15

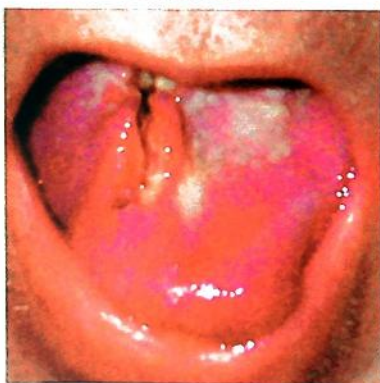
ჰიპერკერატოზი, ეროზიული (სურათი №14) ან ვერიკოზული ლეიკოპლაკია, ქრონიკული ტრავმა, ქრონიკული ნახეთქი (სურათი №15) და სხვა. ბრტყელუჯრედოვანი კიბოს გარდა ენაში შესაძლოა შეგვხვდეს, ლიმფომები (სურათი №16), მელანომები და სარკომები, მცირე სანერწყვე ჯირკვლიდან განვითარებული სხვადასხვა სახის ადენოკარცინომები. თუმცა, ეს უკანასკნელი მეტად იშვიათია და მათი განვითარების ალბათობა არ აღემატება 3%-ს. ენის უკანა მესამედში ხშირია ლიმფოსარკომა. ენის სისქეში შეიძლება ასევე შეგვხვდეს ფილტვის, სარძევე ჯირკვლის, თირკმლის (სურათი №17) და თირკმელზედა ჯირკვლების სიმსივნეების მეტასტაზები.



სურათი №16



სურათი №17



სურათი №18

ენის კიბოს 75% ლოკალიზდება მისი შუა მესამედის გვერდით ზედაპირზე. ენის ზურგზე, მწვერვალზე და ვენტრალურ ნაწილზე კიბო იშვიათია. ადრეულ სტადიაში სიმსივნე წარმოდგენილია ქსოვილების გამკვრივებით, ზედაპირული წყლულით ან ნაპრალით (სურათი №18).

ავადმყოფი უჩივის ტკივილს

გამკვრივებული ინფილტრატის მიდამოში, რომელიც ძლიერდება ლექვის და მეტყველების დროს. ინფილტრატი საკმაოდ სწრაფად წყლულდება და ასევე სწრაფად წარმოიქმნება მეტასტაზები რეგიონულ ლიმფურ კვანძებში.

ენის კიბოს მანიფესტაცია ხდება მას შემდეგ, როდესაც მისი ზომა 2 სმ-ს აღწევს. პაციენტი ხშირად აღნიშნავს მეტყველებისა და ყლაპვის დისფუნქციას. როგორც წესი, აღინიშნება გემოვნების გაუკუღმართება ან სრული გაქრობა. ამ დროს ენის ზომებმა შეიძლება მნიშვნელოვნად მოიმატოს, რადგან სიმსივნე სწრაფად ვრცელდება ენის მუსკულატურაში და ხელს უშლის მის მოძრაობას. სიმსივნე იწვევს ენის ნერვის გაღიზიანებას და ტკივილი გადაეცემა ყურის და საფეთქლის საპროექციო არეში.

ენის ძირის კიბო შემთხვევათა 20% გვხვდება. ცუდი ვიზუალიზაციის გამო ხშირია დიაგნოსტიკური შეცდომები, რაც განაპირობებს სიმსივნის გავრცელებას ენის მნიშვნელოვან ნაწილზე. არსებული სიმსივნეები ვითარდება გარდამავალი ეპითელიდან, რომელსაც მორფოლოგიურად არადიფერენცირებული ან დაბალდიფერენცირებული შენება აქვს. ერთეულ შემთხვევებში გვხვდება ცილინდრომა და მუკოეპიდერმოიდული სიმსივნეები. ენის ძირის კიბო მეტასტაზირებს როგორც ლიმფოგენური, ასევე ჰემატოგენური გზით, უპირატესად ხახის გვერდით და კისრის ღრმა ლიმფურ კვანძებში. 75%-მდე მეტასტაზები წარმოიქმნება მკერდ-ლაინ-დვრილისებური კუნთის ქვეშ. ენის უკანა ნაწილის კიბო უფრო სწრაფად მეტასტაზირებს, ვიდრე წინა ნაწილის. მეტასტაზები ლოკალიზდება კისრის ზედა ლიმფურ კვანძებში.

ენის კიბოს დროს ზოგჯერ აღინიშნება კონტრალატერალური და ორმხრივი კისრის მეტასტაზები. განსაკუთრებით იმ შემთხვევებში, როცა სიმსივნის გავრცელება სცდება ენის შუა ხაზს. პირის ღრუს ორგანოთა კიბოს შორეული მეტასტაზირება იშვიათია (1-5%) ძირითადად ფილტვში, ღვიძლში, ტვინში, პერიკარდში (M.M. Константинова 2003, Mead G.M, 2002, Klug C, Neumburg J, Glaser C, Millisi W. Quality 2002, Eida S, Nakamura 2003).

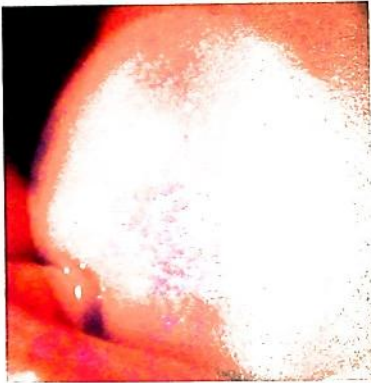


ენის კიბოს მქონე პაციენტის გამოკვლევა იწყება დეტალური ანამნეზის შეკრებით. ყურადღება უნდა გამახვილდეს ალკოჰოლისა და თამბაქოს მოხმარებაზე, მისი გამოყენების სიხშირეზე. ასევე გასათვალისწინებელია წონაში კლება, დისფაგია, ოდინოფაგია, გადაცმითი ოტალგია, ჰემოპტოზი, ხმის ჩახლეჩა, არტიკულაციური სირთულეები. თავისა და კისრის შემონმებისას ყურადღება უნდა გამახვილდეს სიმსივნის ლოკალიზაციაზე, ზომაზე, ინფილტრატის ხასიათზე. საჭიროა ბიმანუალურად შემონმდეს ენა, გაისინჯოს პირის ღრუს ფსკერი, ყბისქვეშა სამკუთხედები. კვანძების ადენოპათია მოწმდება კისრის მანუალური გამოკვლევით (Suntharalingam M. 2003, Ding M, Newman F, Raben D. 2005, Robbins KT. 2005 ).

სიმსივნური პროცესის ძვლოვან სტრუქტურებში ინვაზიის დასადგენად აუცილებელია განხორციელდეს ყბების ორთოპანტომოგრაფიული კვლევა და კომპიუტერული ტომოგრაფია.

დაავადების საწყის სტადიაში ენის კიბოს დიფერენციალური დიაგნოსტიკა საკმაოდ რთულია, განსაკუთრებით, როცა აღინიშნება მხოლოდ ზედაპირული დაწყულეობა, ან მკვრივი კვანძი (იშვიათად) რამდენადმე წამოწეული ფუძით. ენის კიბოს სიმულაცია შეიძლება გამოიწვიოს ქორისტომამ, რომელიც წარმოადგენს დიზონტოგენური წარმოშობის კვანძოვან სიმსივნისმგვარ წარმონაქმნს. კიბოს პაპილარული ან ინფილტრაციული ფორმის დიფერენციალური დიაგნოსტიკა საჭიროა გატარდეს ეპითელიარული, შემეართებელქსოვილოვანი, მოოგენური, ნევროგენული შენების კეთილთვისებიან სიმსივნეებთან. ენის კიბოს დიფერენცირება ასევე საჭიროა აქტინომიკოზური დაზიანებისაგან, ტუბერკულოზური, ტრავმული და გუმოზური წყულულებისაგან.

აქტინომიკოზის დროს აღინიშნება ერთი ან რამდენიმე მრგვალი მკვრივი კვანძის არსებობა მკვეთრი საზღვრების გარეშე. ისინი წყულულებიან, იძლევიან ხვრელარხებს გამონაყოფით, რომელშიც აღმოვაჩნეთ სხივისებური სოკოს მიცელიუმს ან



სურათი №19

დრუზებს. თუ აქტინომიკოზური კვანძი დაწყულდა, მას აქვს მარცვლოვანი ფსკერი და დაფარულია მოყვითალო წერტილებით (სურათი №19).

ტუბერკულოზური წყლული განსხვავდება კიბოსწყლულისაგან რბილი, ნამონეული, დაკბილული კიდეების არსებობით. იგი განლაგებულია არც თუ ისე მკვრივ ინფილტრატზე. ხშირად ლოკალიზდება ენის ზურგზე,

იშვიათად გვერდით ზედაპირებზე. წყლულის ფსკერი არ არის ღრმა. აქვს მოყვითალო მონაცრისფრო შეფერილობა, მის ზედაპირზე მოჩანს ადვილად სისხლმდენი წვრილი გრანულაციები. წყლულის ირგვლივ აღინიშნება ანთებითი სარტყელი, რომლის შეხება მკვეთრად მტკივნეულია.

ტრავმული წყლული ძირითადად ლოკალიზდება ენის კიდეზე. იგი უკავშირდება კბილის, პროტეზის ან კლამერის მახვილი კიდის არსებობას. წყლული მკვეთრად შემოსაზღვრულია, აქვს უსწორმასწორო ფომა და რბილი ინფილტრაციითაა გარშემორტყმული. იგი არ არის ღრმა, აქვს მოყვითალო, მოვარდისფრო ფსკერი. მატრავმირებელი წყაროს მოხსნის შემდეგ ხორცდება რამდენიმე დღეში და ტოვებს შეუმჩნეველ უმტკივნეულო ნაწიბურს.

გუმოზური წყლული – გუმის დაშლის შემდეგ წარმოიქმნება. გლუვი კიდეების მქონე წყლულია, იგი ლოკალიზდება ძირითადად ენის წვერზე. მას აქვს ცხიმოვანი ფსკერი და სრულიად უმტკივნეულოა, წყლულის გამოკვლევისას აღმოჩნდება მკრთალი სპიროქეტა.

დიაგნოზის დასაზუსტებლად აუცილებელია განხორციელდეს ციტოლოგიური, ჰისტოლოგიური კვლევა და განისაზღვროს დაავადების სტადია. მიღებული ინფორმაციის საფუძველზე წყდება მკურნალობის სტრატეგია. ენის კიბოს მკურნალობას

აუცილებლად წინ უნდა უძღოდეს პირის ღრუს სანაცია.

სიმსივნის I სტადიის ( $T_1N_0M_0$  გავრცელების) შემთხვევაში შესაძლებელია გამოყენებული იქნეს ფიზიკური მეთოდები ან ჩატარდეს სხივური თერაპია დისტანციური გამა თერაპიის სახით, რომლის დოზა არ აღემატება 60-70 გრეის. ერთეულ შემთხვევებში შესაძლოა განხორციელდეს სიმსივნის ფართო ამოკვეთა. ავადმყოფთა გამოჯანმრთელების მაჩვენებელი 74-82% ვარირებს.

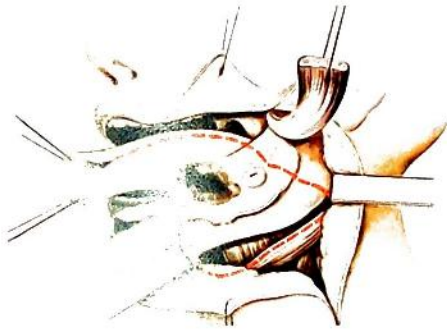
სიმსივნის II სტადიის ( $T_2N_0M_0$  გავრცელების) შემთხვევაში. ფიზიკური მეთოდები (კრიო და ლაზერო ქირურგია) ნაკლებად გამოიყენება. მკურნალობა ძირითადად ხორციელდება შერწყმული კონსერვატიული თერაპიის გამოყენებით ქიმიო-სხივური ან



სურათი №20

ქსოვილშიდა და დისტანციური გამათერაპიის მეშვეობით. ქირურგიული ეტაპის განხორციელების აუცილებლობის საკითხი ნყდება კონსერვატიული თერაპიის შედეგის გათვალისწინებით. ნარჩენი სიმსივნის არსებობის შემთხვევაში ხორციელდება ენის ნახევრის რეზექცია (სურათი №20) და პროფილაქტიკური ლიმფოდისექცია. ავადმყოფთა გამოჯანსაღების მაჩვენებელი 64%-ს არ აღემატება.

სიმსივნის III სტადიის ( $T_3N_0M_0$  გავრცელების) დროს მკურნალობა კომპლექსურია. მკურნალობის I ეტაპზე, როგორც წესი, ხორციელდება პოლიქიმიოთერაპია — სისტემური ქიმიოთერაპიის გზით, BFM, BMP, BMV, IPO, FP, სქემების გამოყენებით, რომელიც ხორციელდება სამ კვირიანი ინტერვალებით 3-4 კურსის ოდენობით.



### სურათი №21

კონსერვატიული მკურნალობის მეთოდის შერჩევასა ზოგიერთი ონკოლოგიური კლინიკა უპირატესობას ანიჭებს ქსოვილში და დასხივებას შემდგომი დისტანციური გამა თერაპიის გამოყენებით. დასხივების ზონაში აუცილებელია მოხვდეს პირველადი სიმსივნე და რეგიონული ბარიერი. დასხივება ხორციელდება ორი შემხვედრი ველით, რეგიონული ლიმფური კვანძების ჩათვლით. კონსერვატიული თერაპიის ეფექტურობა, რაც გამოიხატება სიმსივნის სრულ ელიმინაციაში მერყეობს 30-42%-ით. ნარჩენი სიმსივნის არსებობის შემთხვევაში აუცილებელია განხორციელდეს ოპერაცია, რომელიც მოიცავს ენის ნახევრის, პირის ღრუს ფსკერის, ყბისქვეშა და კისრის რეგიონული ლიმფური კვანძების ამოკვეთას (სურათი №21). პროფილაქტიკური ლიმფოდისექციის ჩატარების აუცილებლობას განაპირობებს პოსტოპერაციულ მასალაში (37-41%) სუბკლინიკური მეტასტაზების არსებობის მაღალი სიხშირე.  $T_3N_0M_0$  გავრცელების მქონე ავადმყოფთა გამოჯანსაღების მაჩვენებელი 38-47%-მდე მერყეობს. ვერიფიცირებული რეგიონული მეტასტაზის არსებობის შემთხვევაში ( $T_{1-2,3}N_1M_0$  გავრცელებისას) კონსერვატიული თერაპიის შემდეგ ხორციელდება გაფართოებული კომბინირებული ოპერაცია, რომლის გამოჯანსაღების მაჩვენებელი არ აღემატება 28%-ს.

სიმსივნის IV A და IV B სტადიის ( $T_{1-2,3}N_{0-1}M_1$  გავრცელების) დროს მკურნალობა პირობით რადიკალურია. იგი ხორციელდება მხოლოდ გამონაკლის შემთხვევაში, როდესაც ადგილი აქვს შორეული სოლიტარული მეტასტაზის არსებობას ისეთ ორგანოში, რომელიც ექვემდებარება რეზექტაბელობას. ამ დროს ხორციელდება



სურათი №22

კომბინირებული მკურნალობა — პირველ ეტაპზე ქიმიო, სხივური ან ქიმიო-სხივური თერაპია, ხოლო მეორეზე გაფართოებულ — კომბინირებული ოპერაცია, რომელიც გულისხმობს პირის ღრუს ფსკერის, ენის ნახევრის და ქვედა ყბის ფრაგმენტის რეზექციას (სურათი №22), კისრის ლიმფური კვანძების ამოკვეთასთან ერთად. ორკვირიანი შესვენების შემდეგ საკითხი დგება შორეული მეტასტაზის ამოკვეთის შესახებ.

მრავლობითი შორეული მეტასტაზის არსებობის დროს მკურნალობა ატარებს პალიატიურ ხასიათს, რისთვისაც გამოიყენება სხივური, ქიმიო ან ქიმიო-სხივური მკურნალობა. ავადმყოფთა გამოჯანსაღება აღინიშნება ერთეულ შემთხვევებში, რომელიც მერყეობს 0-დან 4%-მდე.

სიმსივნის IV C სტადიის ( $T_{1-2,3}N_{0-1}M_{1-2,3}$ ) დროს ტარდება მხოლოდ სიმპტომური მკურნალობა. ავადმყოფთა გამოჯანსაღება პრაქტიკულად 0%-ია.

ენის კიბოს ქირურგიული მკურნალობის ეტაპები და მასშტაბი მოიცავს: 1) ენის რეზექციას; 2) პირის ღრუს ფსკერის, ქვედა ყბის ფრაგმენტის რეზექციას და ფასციალურ ფუტლიარულ დისექციას ან კრაილის ოპერაციას, ხოლო ჩამოყალიბებული დეფექტების აღდგენისათვის გამოიყენება სხვადასხვა სახის პლასტიკურ-რეკონსტრუქციული ოპერაციები.

პირის ღრუს ფსკერის კიბო პირის ღრუს ორგანოების ყველა ბრტყელუჯრედოვანი სიმსივნეების 20%-ს შეადგენს. შემთხვევათა 3 % ეს უკანასკნელი ვითარდება მცირე სანერწყვე ჯირკვლებიდან,

რომელიც უხვად არის განლაგებული პირის ღრუს ლორწოვან გარსში. აღნიშნული ლოკალიზაციის სიმსივნეები ხასიათდება ინფილტრაციული ზრდით და ადრეული დაწყებულებით. უფრო ხშირად იგი ლოკალიზებულია პირის ღრუს წინა მესამედში, მას აქვს კრატერისებური ფორმა, რომელიც ამოვსებულია ნერწყვით ან საკვების ნარჩენებით. ხშირად პირის ღრუს ფსკერის არეში სიმსივნის არსებობა ენის კიბოს, ალვეოლური მორჩის ლორწოვანი გარსის, ქვედა ყბის ავთვისებიანი სიმსივნეების გავრცელების შედეგია. პირის ღრუს ფსკერის კიბოს მქონე პაციენტები კლინიკაში ხვდებიან არა დაავადების საწყის სტადიაში, არამედ მაშინ როდესაც, სიმსივნური პროცესი ვრცელდება ქვედა ყბასა და პირის ღრუს ფსკერის კუნთებში, რომელსაც თან ერთვის მეორადი ინფექცია და ადგილი აქვს რეგიონულ მეტასტაზირებას. პირის ღრუს ფსკერის კიბო ყველაზე ხშირად მეტასტაზირებს ნიკაპქვეშა და ყბისქვეშა ლიმფურ კვანძებში, ხოლო მისი სიხშირე იდენტურია ენის კიბოს მეტასტაზირების სიხშირისა.

სიმსივნის I სტადიის ( $T_1N_0M_0$  გავრცელების) შემთხვევაში შესაძლებელია გამოყენებული იქნეს ფიზიკური მეთოდები ან ჩატარდეს სხივური თერაპია დისტანციური გამა თერაპიის სახით, რომლის დოზა არ აღემატება 60-70 გრეის. ერთეულ შემთხვევებში შესაძლოა განხორციელდეს სიმსივნის ფართო ამოკვეთა. ავადმყოფთა გამოჯანმრთელების მაჩვენებელი 80-85% ვარირებს.

სიმსივნის II სტადიის ( $T_2N_0M_0$  გავრცელების) შემთხვევაში, ფიზიკური მეთოდები (კრიო და ლაზერო ქირურგია) ნაკლებად გამოიყენება. მკურნალობა ძირითადად ხორციელდება შერწყმული კონსერვატიული თერაპიის გამოყენებით ქიმიო-სხივური ან ქსოვილშიდა და დისტანციური გამა თერაპიის მეშვეობით. ქირურგიული ეტაპის განხორციელების აუცილებლობის საკითხი წყდება კონსერვატიული თერაპიის შედეგის გათვალისწინებით. ნარჩენი სიმსივნის არსებობის შემთხვევაში წარმოებს პირის ღრუს ფსკერის რეზექცია ქვეშემდებარე კუნთებთან ერთად ინის ძვლემდე და ხორციელდება პროფილაქტიკური ლიმფოდისექცია. ავადმყოფთა გამოჯანსაღების მაჩვენებელი 70%-ს არ აღემატება.

III სტადიის დროს ( $T_3N_0M_0$ ) ხორციელდება ქიმიოთერაპია ან

ქსოვილშიდა სხივური მკურნალობა. ქსოვილშიდა დასხივება გულისხმობს დასხივების წყაროს შეყვანას სიმსივნურ ქსოვილში რადიუმის ხსნარის ინტრატუმორალური ინექციით ან რადიუმის მარილების შემცველი, ოქროს, პლატინის, ან სპილენძის ცილინდრების მეშვეობით. დღეისათვის ასევე გამოიყენება დასხივება ტიტანის ნემსებით ან სხვადასხვა იზოტოპებით  $Sr^{90}$   $Ir^{127}$ . ამ იზოტოპების შეყვანა ქსოვილშიგნით ხდება ტროაკარის ან ნემსების მეშვეობით, რომლებიც ასხივებენ მცირე დოზით. II ეტაპზე ხორციელდება სხივური თერაპია დისტანციური გამა თერაპიის სახით, რომლის დოზა არ აღემატება 60-70 გრეის. ნარჩენი სიმსივნის არსებობის შემთხვევაში ხორციელდება ქირურგიული მკურნალობა.

პირის ღრუს ფსკერის კიბოს ქირურგიული მკურნალობა განსხვავდება ენის კიბოს მკურნალობისაგან მასშტაბითა და ამოკვეთილ ქსოვილთა ოდენობით. კერძოდ, თუ სიმსივნური პროცესი არ ვრცელდება ენაზე, იკვეთება პირის ღრუს ფსკერის ლორწოვანი გარსი ქვეშეშებარე კუნთებთან ერთად ინის ძვლამდე და ხორციელდება ლიმფადენექტომია. თუ სიმსივნური პროცესი ვრცელდება ალვეოლარული მორჩის ლორწოვან გარსზე ან ენაზე, ამოსაკვეთ ბლოკში პირის ღრუს ფსკერის ლორწოვანსა და ქვეშეშებარე კუნთებთან ერთად უნდა ჩაერთოს ენის და ქვედა ყბის ფრაგმენტი. ავადმყოფთა გამოჯანსაღების მაჩვენებელი არ აღემატება 35%-ს. IV A, IV B, IV C სტადიების არსებობისას მკურნალობის სტრატეგია ენის კიბოს სათანადო გავრცელების მკურნალობის იდენტურია.

**ლოყის ლორწოვანი გარსის** კიბო პირის ღრუს ორგანოების ყველა ბრტყელუჯრედოვანი სიმსივნეების 18%-ს შეადგენს. იგი ძირითადად ბრტყელუჯრედოვანი შენებისაა. იშვიათად გვხვდება ჯირკვლოვანი კიბო. სიმსივნის განვითარებას ხშირად წინ უსწრებს ისეთი სიმსივნისწინარე დაავადებების არსებობა, როგორიცაა ლეიკოპლაკია, ბრტყელი ნითელი ლიქენი, სისტემური ნითელი მგლურა. ერთეულ შემთხვევებში დაავადება ვითარდება ბჟენის მახვილი კიდეების, არასწორად დამზადებული კბილის გვირგვინის ან პროტეზის ზემოქმედების შედეგად წარმოქმნილი ქრონიკული

ტრავმის ფონზე. ხშირად ლოყის ლორწოვანი გარსის დაზიანება მეორადია. ტუჩის ან კანის კიბოს გავრცელებული ფორმების არსებობის გამო. ლოყის ლორწოვანი გარსის კიბო ხასიათდება რა ენდოფიტური, ინფილტრაციული ზრდით, საკმაოდ სწრაფად ვრცელდება ქვეშემდებარე სტრუქტურებში — ლოყის ან სალექს კუნთებში და კანზე, რის შედეგადაც ვითარდება პირის გაღების შეზღუდვა — ტრიზმი ან კონტრაქტურა. ერთეულ შემთხვევებში შესაძლოა ადგილი ჰქონდეს სიმსივნის გავრცელებას ზედა და ქვედა ყბის ძვლოვან სტრუქტურებზე. ლოყის ლორწოვანი გარსის კიბოსათვის დამახასიათებელია რეგიონული მეტასტაზების განვითარება ყბისქვეშა და კისრის ღრმა ლიმფურ კვანძებში.

ლოყის ლორწოვანი გარსის I-II სტადიების ( $T_1N_0M_0$  -  $T_2N_0M_0$  გავრცელების) კიბოს დროს მკურნალობა ტარდება ფიზიკური, სხივური ან ქიმიო-სხივური მეთოდების გამოყენებით. ნარჩენი სიმსივნის არსებობის შემთხვევაში ხორციელდება სიმსივნის ფართე ამოკვეთა ან კრიოდესტრუქცია. ოპერაცია, როგორც წესი, კომბინირებულია და მოიცავს ლორწოვანი გარსის ამოკვეთას ქვეშემდებარე კუნთებთან ერთად სალი ქსოვილების ფარგლებში.

III სტადიის ( $T_3N_0M_0$  გავრცელების) დროს მკურნალობა კომბინირებულია. რომლის ეტაპზე, როგორც წესი, ხორციელდება პოლიქიმიოთერაპია — სისტემური ქიმიოთერაპიის გზით BFM, BMP, BMV, IPO, FP, სქემების გამოყენებით, რომელიც ხორციელდება სამ კვირიანი ინტერვალებით 3-4 კურსის ოდენობით. სხივური თერაპია ტარდება დისტანციური გამა თერაპიის სახით, რომლის დოზა არ აღემატება 60-70 გრეის. შესაძლებელია გამოყენებული იქნეს ორივე მეთოდი ერთდროულად ან თანმიმდევრულად. მეორე ეტაპზე კი სწარმოებს ქირურგიული მკურნალობა, რომლის მასშტაბი მოიცავს ლოყის ლორწოვანი გარსის ამოკვეთას ქვეშემდებარე კუნთებთან ერთად სალი ქსოვილების ფარგლებში. სიმსივნის ალვეოლურ მორჩზე გავრცელების შემთხვევაში საჭირო ხდება მისი რეზექცია კისრის ლიმფური კვანძების ფასციულურ ფუტილიარულ ამოკვეთასთან ერთად ყბისქვეშა და ნიკაპქვეშა ლიმფური კვანძების ჩართვით. ავადმყოფთა გამოჯანსაღება ვარირებს 37-45%-მდე. IV A, IV B, IV C სტადიების არსებობისას



მკურნალობის სტრატეგია ენის კიბოს სათანადო გავრცელების მკურნალობის იდენტურია.

მაგარი და რბილი სასის ლორწოვანი გარსის კიბო პირის ღრუს ორგანოების ყველა ბრტყელუჯრედოვანი სიმსივნეების 14%-ს შეადგენს. მაგარ სასაზე ბრტყელუჯრედოვანი კიბო იშვიათია (სურათი №24), მაშინ როდესაც რბილ სასაზე (სურათი №23) განვითარებული სიმსივნეები ძირითადად



სურათი №23



სურათი №24

ბრტყელუჯრედოვანი შენებისაა. იგი სწრაფად წყლულდება და ახასიათებს როგორც ჰორიზონტალური, ასევე ვერტიკალური გავრცელება. მაგარი სასის ჯირკვლოვანი კიბო ყველაზე ხშირად ლოკალიზდება მაგარი და რბილი სასის საზღვარზე, სასისა და ალვეოლური მორჩის გადაკვეთის ადგილზე, ხოლო რბილი სასის ბრტყელუჯრედოვანი კიბო ძირითადად ლოკალიზებულია ნაქის, სასის ფარდის ან რბილ სასასა და ნუშურა ჯირკვლებს შორის არსებულ ლორწოვან გარსზე. რბილ სასაზე მცირე სანერწყვე ჯირკვლებიდან წარმოქმნილი სიმსივნეები იშვიათია. მას ახასიათებს ადრეული და ხშირი მეტასტაზირება ხახის გვერდით და კისრის ღრმა ლიმფურ კვანძებში.

მაგარ სასაზე ძირითადად გვხვდება მცირე სანერწყვე ჯირკვლებიდან განვითარებული ავთვისებიანი სიმსივნური წარმონაქმნები, ისეთი როგორიცაა ადენოკისტოზური კარცინომა

— ცილინდრომა, მუკოეპიდერმოიდული კიბო და ადენოკარცინომა. ასევე ხშირია გაავთვისებიანებული შერეული სიმსივნეების — (პოლიმორფული ადენომა) არსებობა. არაიშვიათად გვხვდება სისხლძარღვოვანი სიმსივნეებიც.

მცირე სანერწყვე ჯირკვლებიდან განვითარებული სიმსივნური წარმონაქმნები ხანგრძლივი დროის განმავლობაში ინარჩუნებენ ინკაფსულირებული ზრდის ტენდენციას. იზრდება რა ზომებში, ძლიერდება მისი ზენოლა ლორწოვან გარსზე და ვითარდება ატროფია, ხოლო შემდგომ წარმოიქმნება დანყლულების ზონა, რომელსაც თან ერთვის ინფექცია და ტკივილი. ტკივილის სინდრომი ყალიბდება მას შემდეგ, როდესაც სიმსივნური პროცესი გადადის ძვლის საზრდელაზე. სწორედ ამ პერიოდში აღინიშნება სიმსივნური პროცესის ჩაზრდა ქვეშეშებარე ძვლოვან სტრუქტურებში, რაც გამოიხატება მის დესტრუქციაში. ძვლოვანი სტრუქტურების დაზიანების დროს ადგილი აქვს ხვრელარხის ჩამოყალიბებას (ლოკალიზაციის შესაბამისად) პირის ღრუსა და ჰაიმორის ან ცხვირის ღრუს შორის, რაც განაპირობებს თხევადი საკვების გადასვლას აღნიშნულ ორგანოებში და ძლიერ დისკომფორტს საკვების მიღებისას. მცირე სანერწყვე ჯირკვლებიდან წარმოქმნილი სიმსივნეების მეტასტაზირება შესაძლოა განხორციელდეს როგორც ლიმფოგენური, ან ასევე ჰემატოგენური გზით. ამიტომ აღნიშნული ფორმის დაავადების შემთხვევაში პროფილაქტიკურ ლიმფოდისექციას არ მიმართავენ.

მკურნალობის სტრატეგიის შემუშავება სასის ავთვისებიანი სიმსივნეების დროს ძირითადად განისაზღვრება სიმსივნის მორფოლოგიური შენების თავისებურებებით ლოკალიზაციის და გავრცელების მიხედვით. ყველა ჯირკვლოვანი კიბოს არსებობის შემთხვევაში გამოიყენება ქირურგიული მკურნალობა, რადგან აღნიშნული გენეზის სიმსივნეები კონსერვატიული მკურნალობის მიმართ ნაკლებად მგრძობობიარენი არიან.

I სტადიის (სიმსივნის  $T_1N_0M_0$  გავრცელების) შემთხვევაში გამოიყენება ფიზიკური მეთოდები ან სხივური თერაპია დისტანციური გამა თერაპიის სახით, რომლის დოზა არ აღემატება 60-70 გრეის. ერთეულ შემთხვევებში შესაძლოა განხორციელდეს

სიმსივნის ფართო ამოკვეთა. ავადმყოფთა გამოჯანმრთელების მაჩვენებელი 82-89% ვარირებს.

სიმსივნის II სტადიის ( $T_2N_0M_0$  გავრცელების) შემთხვევაში ფიზიკური მეთოდები (კრიო და ლაზერო ქირურგია) ნაკლებად გამოიყენება. მკურნალობა ძირითადად ხორციელდება შერწყმული კონსერვატიული თერაპიის, ქიმიო-სხივური ან ქსოვილშიდა და დისტანციური გამა თერაპიის მეშვეობით. ქირურგიული ეტაპის განხორციელების აუცილებლობის საკითხი წყდება კონსერვატიული თერაპიის შედეგის გათვალისწინებით. ნარჩენი სიმსივნის არსებობის შემთხვევაში წარმოებს სიმსივნის ფართო ამოკვეთა ქვეშემდებარე სტრუქტურებთან ერთად. ავადმყოფთა გამოჯანსაღების მაჩვენებელი 72%-ს არ აღემატება.

სიმსივნის III სტადიის ( $T_3N_1M_0$  გავრცელების) დროს ხორციელდება კომბინირებული მკურნალობა - სხივური თერაპიის შემდეგ, სიმსივნის ფართო ამოკვეთა მაგარი სასის ძვალოვან სტრუქტურებთან ერთად. დაავადების უფრო ღრმა გავრცელებისას აუცილებელი ხდება ზედა ყბის რეზექცია. ბრტყელუჯრედოვანი სიმსივნეების დროს მკურნალობა იწყება ქიმიოთერაპიით, ხოლო ჯირკვლოვანი კიბოს არსებობის შემთხვევაში დისტანციური გამა თერაპიით, რომელიც ხორციელდება დინამიკური ფრაქციონირებით დღიური დოზით 3 გრეი, 36-40 გრეი ჯამურ კეროვან დოზამდე.

ზედა და ქვედა ყბის ალვეოლური მორჩის ლორწოვანი გარსის კიბო პირის ღრუს ორგანოების ყველა ბრტყელუჯრედოვანი სიმსივნეების 16%-ს შეადგენს. აღნიშნული სიმსივნეები ყოველთვის ბრტყელუჯრედოვანი შენებისაა. საწყის პერიოდში სიმსივნე ხასიათდება ეგზოფიტური ზრდით, იგი ვიზუალურად წვრილმარცვლოვანი შენებისაა, დაფარულია მოთეთრო-მორუხო ნადებით, შეხებით სისხლმდენია და მოგვაგონებს ეპულისს. როგორც წესი, ლოკალიზდება ალვეოლური მორჩის ლორწოვანზე პირის კარიბჭის მხრიდან. საკვების მიღებისას მტკივნეული და სისხლმდენია. იგი შესაძლოა გავრცელდეს ლოყის ლორწოვან გარსზე, პირის ღრუს ფსკერზე ან რეტრომოდარულ მიდამოში (სურათი №25), რასაც თან ახლავს მისი ჩაზრდა შიგნითა ან



სურათი №25

გარეთა ფრთისებურ კუნთებში და ტრიზმის განვითარება. გარკვეული დროის შემდეგ წარმოიქმნება ტკივილის შეგრძნება, რაც სიმსივნური პროცესის ალვეოლაში ან ძვლოვან სტრუქტურებში ინფილტრირებაზე მიუთითებს. აღნიშნული ჩივილების გამო ავადმყოფი მიმართავს სტომატოლოგს. რეგიონული მეტასტაზირება ადრეულია და დიაგნოსტიკა ავადმყოფთა

მესამედში. სიმსივნეები, რომლებიც განლაგებულნი არიან ალვეოლური მორჩის უკანა მესამედში, მეტასტაზირებენ ხახის გვერდით და კისრის ღრმა ლიმფურ კვანძებში. პათოლოგიური პროცესის ლოკალიზაციისას ალვეოლური მორჩის შუა მესამედში – მეტასტაზები ვითარდება ყბისქვეშა ლიმფურ კვანძში. ხოლო სიმსივნის წინა მესამედში განლაგებისას კი - ნიკაპქვეშა არეში.

როგორც ქვედა, ასევე ზედა ყბის I სტადიის ( $T_1N_0M_0$ ) კიბოს დროს წარმოებს ჰორიზონტალური რეზექცია კბილის ფესვების მწვერვალის დონემდე.

II სტადიის ( $T_2N_0M_0$ ) დროს ხორციელდება ჰორიზონტალური რეზექცია ალვეოლურ მორჩთან ერთად.

ქვედაყბის კობოს III სტადიის ( $T_3N_1M_0$ ) დროს ნაჩვენებია მისი ფრაგმენტის ან ნახევრის რეზექცია კისრის ფაშარი შემაერთებელი ქსოვილების ამოკვეთასთან ერთად. ზედაყბის ალვეოლური მორჩის ლორწოვანი გარსის კიბოს დროს კი წარმოებს ზედაყბის ელექტრო-რეზექცია ჰაიმოროტომიასთან ერთად.

პირის ღრუს ორგანოების ლორწოვანი გარსის IV A, IV B, IV C სტადიების არსებობისას მკურნალობის სტრატეგია ენის კიბოს სათანადო გავრცელების მკურნალობის იდენტიურია.

პირის ღრუს ორგანოების ლორწოვანი გარსის სიმსივნური პროცესების გამო ჩატარებული ოპერაციების

შემდეგ, ვითარდება როგორც რბილი ქსოვილების, ასევე ძვლოვანი სტრუქტურების მნიშვნელოვანი დეფექტები, რაც განაპირობებს სახის დეფორმაციას და ისეთი სასიცოცხლო მნიშვნელობის ფუნქციონალურ დარღვევებს, როგორიცაა ლეჩვა, მეტყველება, ყლაპვა, სუნთქვა და სხვა. რაც მკვეთრად ზღუდავს პაციენტის ურთიერთობას ოჯახის წევრებთან და საზოგადოებასთან. აღნიშნული კოსმეტიკური და ფუნქციური დარღვევების ლიკვიდაციის მიზნით, პირის ღრუს ორგანოებზე განხორციელებული ოპერაციების შემდეგ აუცილებელი ხდება სხვადასხვა სახის პლასტიკურ-რეკონსტრუქციული ოპერაციების განხორციელება. ამ უკანასკნელის წარმოება დამოკიდებულია ჩამოყალიბებული დეფექტის ზომაზე, ლოკალიზაციასა და დაკარგული ქსოვილების რაოდენობაზე.

პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის დეფექტების აღდგენისათვის იყენებენ წვრილი ნაწლავის და ჯორჯლის ტრანსპლანტანტებს, ვინაიდან აღნიშნული ტრანსპლანტანტები მობილურია, ფიზიოლოგიურად უახლოვდება პირის ღრუს ლორწოვან გარსს, ნაკლებად ახასიათებს ნაწიბურების განვითარება. მისი გამოყენება აღნიშნული ჯგუფის პაციენტებში მნიშვნელოვნად აუმჯობესებს მეტყველების და ყლაპვის ფუნქციებს. კუნთოვანი მასის აღსადგენად გამოიყენება სხვადასხვა კან-კუნთოვანი როტირებული არათავისუფალი ნაფლეთები მკვებავ სისხლძარღვოვან ფეხზე მიკროქირურგიული ტექნიკის გამოყენებით. როტირებული ნაფლეთებიდან შეიძლება გამოყენებული იქნეს კისრის კან-კუნთოვანი, დელტო-პექტორალური და თორაკო-დორზალური ტრანსპლანტანტები. რაც შეეხება თავისუფალ ტრანსპლანტანტებს, ამ მიზნით შესაძლოა გამოყენებული იქნეს ნებისმიერი კან-კუნთოვანი ნაფლეთი, რომელსაც გააჩნია მკვებავი სისხლძარღვი. ამ უკანასკნელის ანატსომოზირება ხდება გარეთა საძილე არტერიის ტოტებთან მიკროქირურგიული ტექნიკის გამოყენებით, რაც საშუალებას იძლევა აღვადგინოთ ნაფლეთის სისხლით მომარაგება და შესაბამისად ხელი შევუწყოთ გადანერგილი ქსოვილის სიცოცხლის უნარიანობას.

ძვლოვანი ფრაგმენტის აღსადგენად შესაძლებელია

გამოიყენოთ სხვადასხვა სახის აუტოტრანსპლანტანტები: თეძოს ძვალი, ნეკნი, ბეჭის ძვალი, წვივის და წინა მხრის ძვლოვანი არტერიალიზებული თავისუფალი ტრანსპლანტანტები. კომბინირებული დეფექტების არსებობის შემთხვევაში საჭიროა გამოყენებული იქნეს კან-კუნთოვან-ძვლოვანი ტრანსპლანტანტები მკვებავ სისხლძარღვზე.

პაციენტთა სრული სოციალური და ფუნქციური რეაბილიტაციისათვის ბოლო წლებში საკმაოდ ხშირად მიმართავენ ძვლოვან სტრუქტურებში ინპლანტანტების ჩანერგვას, რათა აღდგენილი იქნეს კბილთა მწკრივის მთლიანობა და ლეჭვის ფუნქცია. ამ მიზნით წარმატებით გამოიყენება ტიტანის ინპლანტანტები. იგი ბიოლოგიურად ინერტულია, რაც შესაძლებლობას იძლევა ხანგრძლივი დროის განმავლობაში ინპლანტანტის ზედაპირსა და ძვლოვან ქსოვილს შორის მოხდეს ოსტეო-ინტეგრაცია ან ფიბრო-ოსტეო-ინტეგრირება, ანუ ჩამოყალიბდეს უშუალო კონტაქტი ძვლოვანი ქსოვილის სტრუქტურულ ელემენტებს და ინპლანტანტის ზედაპირს შორის, რაც კბილთა მწკრივის მთლიანობის აღდგენის საშუალებას იძლევა (ნ.შენგელია 2005).

რაც შეეხება ზედა ყბის ელექტრო-რეზექციის შემდეგ ჩამოყალიბებულ დეფექტებს, აქ პლასტიკურ-რეკონსტრუქციული ოპერაციები ნაკლებად ეფექტურია და გამოიყენება სხვადასხვა სახის პროტეზები, რომელიც განაპირობებს სახის სიმეტრიის და ლეჭვის ფუნქციის აღდგენას.

## ტუჩის კიბო

ტუჩის კიბო ავთვისებიანი სიმსივნეების 3-8% შეადგენს. ძირითადად ავადდება ხანდაზმული მამაკაცები 50 წელს ზევით. აღნიშნული დაავადებით უპირატესად ზიანდება ქვედა ტუჩი. ზედა ტუჩის კიბო იშვიათია და ტუჩის ყველა ავთვისებიანი სიმსივნის მხოლოდ 2-5% გვხვდება (Diaz EM, Austin JR, Burke LI, Goepfert H 2006).

ტუჩი დაფარულია კანით, პირის ღრუს მხრიდან – ლორწოვანი გარსით, მათ შორის წითელი ყაეთანია. ქვედა ტუჩის მასას ქმნის პირის ირგვლივი *m. orbicularis oris*, და ქვედა კვადრატული კუნთები *m. quadratus labii superioris*, *mm. quadratus labii inferioris et tria*. ისინი განაპირობებენ ტუჩის მოძრაობას.



სურათი №1

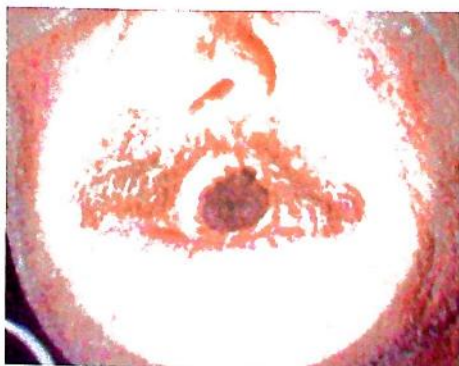
ტუჩის კიბო 86,5% ვითარდება წითელ ყაეთანზე არსებული კიბოსწინარე დაავადებების ფონზე, რომელსაც მიეკუთვნება მანგანოტის ხელიტი, ვერუკოზული ლეიკოპლაკია, კერატოაკანტომა, კანის რქა, პაპილომა, წითელი მგლურა (სურათი №1), ჰიპერკერატოზი (სურათი №2) და ბრტყელი წითელი ლიქენის ეროზიულ-წყლულოვანი და ჰიპერკერატოზული ფორმები. ამ დაავადების განვითარებაში, ასევე, მნიშვნელოვანია ისეთი მავნე ფაქტორების ხანგრძლივი ზემოქმედება, როგორიცაა მზის სხივთა ინსოლაცია, არახელსაყრელი მეტეოროლოგიური პირობები, ქრონიკული ტრავმა (მექანიკური, ქიმიური, თერმული),



სურათი №2

რომელიც შესაძლებელია განპირობებული იყოს კარიესული კბილების, კბილის ფესვების მახვილი კიდეების, კბილის ქვის, არასწორად მორგებული ხიდების და პროტეზების ხანგრძლივი ზემოქმედებით.

ტუჩის კიბო, ჩვეულებრივ, ლოკალიზდება შუახაზიდან ოდნავ მოშორებით. ზრდის ფორმების მიხედვით მისი კლინიკური გამოვლინება მრავალფეროვანია. არჩევენ პაპილურ, შერეულ და წლულოვან-ინფილტრაციულ ფორმებს. სანყის სტადიაში დაავადება თითქმის უსიმპტომოდ მიმდინარეობს. იგი შესაძლოა წარმოდგენილი იქნეს თანდაყოლილი ლაქის ან ტუჩის ნახეთქის სახით. პათოლოგიურად შეცვლილი ტუჩის კიდეზე წარმოიქმნება ფუფხით დაფარული ხორკლიანი გამკვრივება, რომელიც



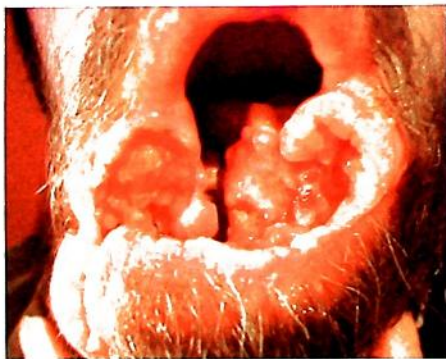
სურათი №3



თანდათან მატულობს ზომებში (სურათი №3). ტუჩის ზედაპირზე არსებული გარქოვანებული მასების მოშორების შემდეგ მოჩანს ვარდისფერი სისხლმდენი ქსოვილი, რომელიც რამდენიმე ხნის შემდეგ კვლავ იფარება ფუფხით (Т.Д. Таболиновская 1993 А.И.Пачес 2002. Gavilan J 2002).

ტუჩის კიბოს პაპილარული ფორმის დროს აღინიშნება სხვადასხვა ზომის ეგზოფიტური წარმონაქმნების არსებობა, რომლებიც გაერთიანების შემდეგ მოგვაგონებენ ყვავილოვან კომბოსტოს. იგი, როგორც წესი, განლაგებულია ზედაპირულად, აქვს მკვეთრი საზღვრები და არ ახასიათებს ქვეშმდებარე ქსოვილების ინფილტრაცია. ზრდის ტემპი ნელი და დინამიურია.

ტუჩის კიბოს წყლულოვან-ეროზიული ფორმა წარმოდგენილია ზედაპირული, შემოსაზღვრული ეროზიული უბნის სახით, რომელიც აქტიური ზრდის შედეგად წყლულდება. მკვეთრი

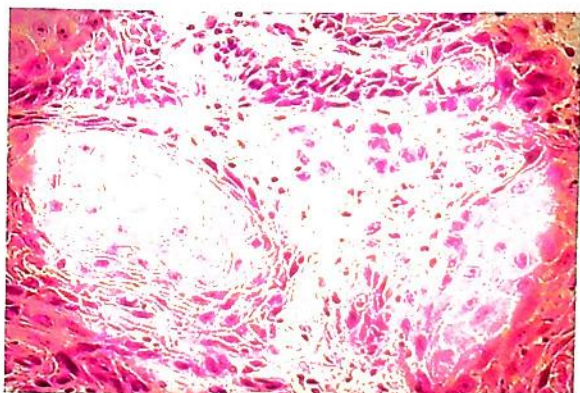


სურათი №4

საზღვრების მქონე წყლულის ჩამოყალიბებას ხელს უწყობს სიმსივნის ცენტრალური და ზედაპირული უბნის ნეკროზი. ტუჩის კიბოს წყლულოვან-ინფილტრაციული ფორმის დროს წყლულის კიდეები წამოწეულია ტუჩის ზედაპირიდან. აქვს უსწორმასწორო ფორმა და ხისმაგვარი კონსისტენცია. შეხებით იგი მტკივნეულია, მისი ფსკერი მკვრივია, საზღვრები ინფილტრირების გამო დაკარგულია (სურათი №4). როცა სიმსივნის არსებობას თან ერთვის ანთებითი მოვლენები, იწყება ტკივილი. ამ დროს

სიმსივნური ინფილტრატის საზღვრები მნიშვნელოვნად აღემატება წყლულის ზომებს. დაავადების გავრცელების შემთხვევაში წყლულის ფსკერი აღწევს კუნთოვან შრეს, წყლული ვრცელდება კანზე, პირის ღრუს ლორწოვან გარსზე და იწვევს მათ რღვევას. ჩამოყალიბებული დეფექტიდან აღინიშნება ნერწყვის დენა, კანი ამ მიდამოში მაცერირებულია. პროცესი ვრცელდება ქვედა ყბაზე და ლოყის ლორწოვან გარსზე. ამ დროს ყბისქვეშა ან ნიკაპქვეშა არეში შესაძლოა აღმოჩენილი იქნეს მეტასტაზური ლიმფური კვანძები, რაც დაავადების შორსნასულ ფორმაზე მიუთითებს.

მორფოლოგიურად ტუჩის კიბოს აქვს ბრტყელუჯრედოვანი შენება. 95% გვხვდება მალალდიფერენცირებული გარქოვანებული კიბო, მისთვის დამახასიათებელია მრავალრიცხოვანი ეპი-



სურათი №5

თელური მარგალიტების მსგავსი უჯრედების და, მათ შორის, უჯრედთაშორისი ხიდაკების არსებობა. უჯრედული გარქოვანება გამოხატულია კარგად, ხოლო მიტოზური ფიგურები იშვიათია. ბირთვული და უჯრედული პოლიმორფიზმი, ატიპიური მიტოზები და მრავალბირთვიანი გიგანტური უჯრედები პრაქტიკულად არ გვხვდება (სურათი №5). კლინიკურად დამახასიათებელია შედარებით ნელი ზრდა, ზედაპირული გავრცელება და გვიანი მეტასტაზირება.

ქვედა ტუჩის ბრტყელუჯრედოვანი კიბოს დაბალ-

დიფერენცირებული ფორმები იშვიათია (5%). მისთვის დამახასიათებელია სწრაფი დანყლულება, ინფილტრაციული ზრდა და ადრეული რეგიონალური მეტასტაზირების განვითარება. საერთაშორისო ჰისტოლოგიური გრადაციის (G) მიხედვით განარჩევენ მაღალდიფერენცირებულ ( $G_1$ ), საშუალოდ დიფერენცირებულ ( $G_2$ ) დაბალდიფერენცირებულ ( $G_3$ ) და არადიფერენცირებულ ( $G_4$ ) ფორმებს;

სიმსივნის მიკროსკოპიული აგებულების თავისებურებების მიხედვით, ისევე როგორც პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის კიბოს შემთხვევაში, გამოყოფენ: ინტრაეპითელურ კარცინომას და ბრტყელუჯრედოვან კიბოს, რომლის სახეობებია: ვერიკოზული კარცინომა და კარცინომის თითისტარისებური ვარიანტი.

ქვედა ტუჩის კიბოს მეტასტაზირება ძირითადად ლიმფოგენურია. მის რეგიონულ ლიმფურ კოლექტორს წარმოადგენს ყბისქვეშა და ნიკაპქვეშა ლიმფური კვანძები. ვინაიდან, ტუჩის მარჯვენა და მარცხენა ნახევრის ლიმფურ სადინრებს შორის არსებობს მრავალრიცხოვანი ანასტომოზები, მეტასტაზები შესაძლებელია განვითარდეს არა მარტო ნიკაპქვეშა არეში, არამედ ორმხრივად, ორივე



სურათი №6

ყბისქვეშა ლიმფურ კვანძებში. რაც შეეხება ზედა ტუჩის კიბოს მეტასტაზირებას, მის ლიმფურ კოლექტორს წარმოადგენს ყბისქვეშა და კისრის ღრმა ლიმფური კვანძები (სურათი № 6).

ტუჩის კიბოს მეტასტაზირების სიხშირე არაერთგვაროვანია და დამოკიდებულია დაავადების არსებობის ხანგრძლივობაზე, სიმსივნის დიფერენცირების ხარისხზე, ავადმყოფის ასაკზე და სხვა ფაქტორებზე. ზოგჯერ, არცთუ დიდი ზომის სიმსივნის დროს, ვითარდება მრავლობითი მეტასტაზები რეგიონულ ლიმფურ კვანძებში და, პირიქით, ქვედა ტუჩის გავრცელებული ავთვისებიანი სიმსივნის არსებობა, ყოველთვის არ განაპირობებს მეტასტაზური კვანძების წარმოქმნას (Robbins KT 2001).

ტუჩის კიბოთი დაავადებულ ავადმყოფთა სრულყოფილი დიაგნოსტიკისათვის საჭიროა, განისაზღვროს სიმსივნური პროცესის მორფოლოგიური შენება, კლინიკური გამოვლინება და თავისებურება, დაავადების გავრცელება და ლიმფური კვანძების მდგომარეობა. ამისათვის საჭიროა კლინიკურ-მორფოლოგიურ კვლევათა კომპლექსის წარმოება, რაც იძლევა საშუალებას, დადგინდეს სიმსივნის ზუსტი ლოკალიზაცია, მისი ზომა, კონსისტენცია, გავრცელების საზღვრები, ზრდის ტიპი. გარდა ამისა, მნიშვნელოვანია განხორციელდეს ციტოლოგიური და მორფოლოგიური კვლევა. ერთეულ შემთხვევებში ტარდება ექსციზური ბიოფსია, მასალის ჰისტოლოგიური და იმუნოჰისტოქიმიური გამოკვლევით. ამ დროს მიზანშეწონილია, სიმსივნურ ქსოვილთან ერთად ბიოფსიური მასალა შეიცავდეს ირგვლივ მყოფ ჯანსაღ ქსოვილებსაც, რათა დაზუსტდეს სიმსივნის ზრდის ტიპი და ინვაზიის ხარისხი. მორფოლოგიური კვლევით დგინდება წარმონაქმნის სტრუქტურა, დიფერენცირების ხარისხი, ბირთვული პოლიმორფიზმი, მიტოზური აქტივობა, მისი გავრცელება ირგვლივმდებარე ქსოვილებში (ინვაზია), სისხლძარღვებში და ლიმფოპლაზმოციტური რეაქციის ხარისხი.

ტუჩის კიბოს დროს ასევე საჭიროა ჩატარდეს რეგიონული ლიმფური კვანძების ექოსკოპიური გამოკვლევა, რომლის მეშვეობით შესაძლებელია დადგინდეს არა მარტო რეალიზებული, არამედ სუბკლინიკური მეტასტაზების არსებობა.

აღნიშნულ მონაცემთა ობიექტურად წარმოჩენის მიზნით მონოდებულია საერთაშორისო TNM კლინიკური კლასიფიკაცია, რომლის მიხედვით:

- T - პირველად სიმსივნეს შეიძლება გააჩნდეს შემდეგი გრადაციები;
- T<sub>x</sub> - პირველადი სიმსივნის შესაფასებლად საკმარისი მონაცემები არ არის;
- T<sub>0</sub> - პირველადი სიმსივნის არსებობის ნიშნები არ არის;
- T<sub>is</sub> - პრენევაზიური კარცინომა (carcinoma in situ);
- T<sub>1</sub> - 2 სმ-მდე ზომის სიმსივნე;
- T<sub>2</sub> - 2 დან 4 სმ-მდე ზომის სიმსივნე;
- T<sub>3</sub> - 4 სმ-ზე მეტი ზომის სიმსივნე;
- T<sub>4a</sub> - სიმსივნე გავრცელებულია ძვლის კორტიკულ შრეზე, ქვედა ალვეოლურ ნერვზე, პირის ღრუს ფსკერზე, ნიკაპის ან ცხვირის კანზე;
- T<sub>4b</sub> - სიმსივნე ჩაზრდილია სალექ კუნთში, ძირითადი ძვლის ფრთისებრ ფირფიტაში, ქალას ფუძეში, ან გავრცელებულია შიგნითა საძილე არტერიის გარსზე.

#### N — რეგიონული ლიმფური კვანძები

- N<sub>x</sub> - რეგიონული ლიმფური კვანძების შესაფასებლად საკმარისი მონაცემები არ არის;
- N<sub>0</sub> - რეგიონული ლიმფური კვანძების მეტასტაზური დაზიანების ნიშნები არ არის;
- N<sub>1</sub> - 3სმ-მდე ზომის მეტასტაზი ერთ ლიმფურ კვანძში დაზიანების მხარეს;
- N<sub>2</sub> - 3სმ-დან 6სმ-მდე ზომის მეტასტაზი ერთ ლიმფურ კვანძში, დაზიანების მხარეს; ან 6 სმ-მდე ზომის მეტასტაზი რამდენიმე ლიმფურ კვანძში; ან 6 სმ-მდე ზომის მეტასტაზი ლიმფურ კვანძებში, ორმხრივად ან დაზიანების მოპირდაპირე მხარეს;
- N<sub>2(a)</sub> - 3სმ-დან 6სმ-მდე ზომის მეტასტაზი ერთ ლიმფურ კვანძში, დაზიანების მხარეს;
- N<sub>2 (b)</sub> - 6სმ-მდე ზომის მეტასტაზი რამდენიმე ლიმფურ კვანძში, დაზიანების მხარეს;
- N<sub>2 c</sub> - 6სმ-მდე ზომის მეტასტაზი ლიმფურ კვანძებში, ორმხრივად ან დაზიანების მოპირდაპირე მხარეს;

$N_3$  - ნსმ-ზე მეტი ზომის მეტასტაზი რეგიონულ ლიმფურ კვანძში.

შენიშვნა: შუა საზის ლიმფური კვანძი უნდა შეფასდეს როგორც დაზიანების მხარეს მდებარე ლიმფური კვანძი.

### M — შორეული მეტასტაზები

$M_x$  - შორეული მეტასტაზის შესაფასებლად საკმარისი მონაცემები არ არის;

$M_0$  - შორეული მეტასტაზის არსებობის ნიშნები არ არის;

$M_1$  - აღინიშნება შორეული მეტასტაზები.

TNM საერთაშორისო კლასიფიკაციის მონაცემების მეშვეობით განისაზღვრება სიმსივნური პროცესის სტადიურობა.

### ტუჩის კიბოს დაჯგუფება სტადიების მიხედვით

0 სტადია	Tis	No	Mo
I სტადია	T <sub>1</sub>	No	Mo
II სტადია	T <sub>2</sub>	No	Mo
III სტადია	T <sub>1</sub> , T <sub>2</sub>	N1	Mo
	T <sub>3</sub>	N0, N1	Mo
IVA სტადია	T <sub>1</sub> , T <sub>2</sub> , T <sub>3</sub>	N2	Mo
	T <sub>4a</sub>	N0 N1 N2	Mo
IVB სტადია	ნებისმიერი T	N3	Mo
	T <sub>4b</sub>	ნებისმიერი N	Mo
IVC სტადია	ნებისმიერი T	ნებისმიერი N	M <sub>1</sub>

ჩატარებული ქირურგიული მკურნალობის შემდეგ მიღებული მასალის მორფოლოგიური კვლევა საშუალებას იძლევა დაზუსტდეს როგორც პირველადი სიმსივნის, ასევე რეგიონული

ლიმფური კვანძების მდგომარეობა, მისი გავრცელების საზღვრები, რაც მეტად მნიშვნელოვანია, დაავადების მიმდინარეობის პროგნოზირებისთვის. ამ მიზნით ბოლო წლებში შეიქმნა პოსტოპერაციული მასალის PTNM პათოჰისტოლოგიური კლასიფიკაცია სადაც pT1, pT2, pT3, pT4 – გამოხატავს პირველადი სიმსივნის ზომას ან ადგილობრივი გავრცელების ხარისხს, რომელიც ჰისტოლოგიურად . დასტურდება; ხოლო pN-ით აღინიშნება რეგიონული ლიმფური კვანძების მდგომარეობა, რომლის გრადაციებია:

pNx — რეგიონული ლიმფური კვანძების შესაფასებლად საკმარისი მონაცემები არ არის;

pN<sub>0</sub> — რეგიონული ლიმფური კვანძების მეტასტაზური დაზიანების ნიშნები არ არის;

pN<sub>1</sub>, pN<sub>2</sub>, pN<sub>3</sub> — გამოხატავენ რეგიონული ლიმფური კვანძების მეტასტაზური დაზიანების რაოდენობას და ხარისხს.

ჰისტოლოგიური გამოკვლევისთვის კისრის ნაწილობრივი ლიმფოდისექციით მიღებული მასალა, როგორც წესი, უნდა შეიცავდეს არანაკლებ 6 ლიმფურ კვანძს, ხოლო რადიკალური ან მოდიფიცირებული რადიკალური დისექციით მიღებული მასალა — არანაკლებ 10 ლიმფურ კვანძს. იმ შემთხვევაში, თუ ლიმფურ კვანძებში სიმსივნური უჯრედები არ აღმოჩნდა, მაგრამ გამოკვლეული ლიმფური კვანძების რაოდენობა შესაბამისად 6-ზე და 10-ზე ნაკლებია, ეს უკანასკნელი კლასიფიცირდება pN<sub>0</sub> კატეგორიით. როცა მეტასტაზურად დაზიანებულ ლიმფურ კვანძს ვაფასებთ pN კატეგორიით, უნდა გაიზომოს მეტასტაზი და არა მთლიანად ლიმფური კვანძი.

ტუჩის კიბოთი დაავადებულ ავადმყოფთა კლინიკური, ციტოლოგიური, ჰისტოლოგიური კვლევის შედეგების და დაავადების სტადიის განსაზღვრის შემდეგ წყდება მკურნალობის სტრატეგია. ტუჩის კიბოს მკურნალობას აუცილებლად წინ უნდა უძღოდეს პირის ღრუს სანაცია.

სიმსივნის I სტადიის (T<sub>1</sub>N<sub>0</sub>M<sub>0</sub> გავრცელების) შემთხვევაში შესაძლებელია გამოყენებული იქნეს ფიზიკური მეთოდები



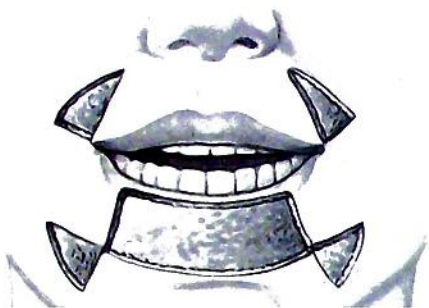
#### სურათი №7

(კრიო და ლაზერული დესტრუქცია), ან ჩატარდეს სხივური თერაპია ახლოფოკუსური გამა თერაპიის სახით, რომლის დოზა არ აღემატება 60-70 გრეის. ერთეულ შემთხვევებში შესაძლოა განხორციელდეს სიმსივნის ფართო ამოკვეთა სოლისებური რეზექციის სახით (სურათი №7). ავადმყოფთა გამოჯანმრთელების მაჩვენებელი 90% აღწევს.

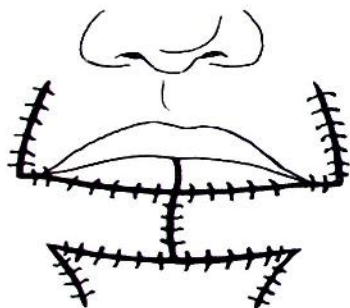
სიმსივნის II სტადიის ( $T_2N_0M_0$  გავრცელების) შემთხვევაში ფიზიკური მეთოდების (კრიო და ლაზერო ქირურგია) გამოყენება შეზღუდულია და განისაზღვრება სიმსივნის ზრდის ფორმებით. სხივური მკურნალობა ძირითადად ხორციელდება შერწყმული მეთოდით ახლოფოკუსური და დისტანციური გამათერაპიის ერთდროული გამოყენებით. ქირურგიული ეტაპის განხორციელების აუცილებლობის საკითხი ნყდება კონსერვატიული თერაპიის შედეგის გათვალისწინებით. ნარჩენი სიმსივნის არსებობის შემთხვევაში ხორციელდება ტუჩის სოლისებური ან კვადრატული რეზექცია. ავადმყოფთა გამოჯანსაღების მაჩვენებელი 74%-ს არ აღემატება.

სიმსივნის III სტადიის ( $T_3N_0M_0$ ,  $T_{1-2,3}N_{0-1}M_0$  გავრცელების) დროს მკურნალობა კომბინირებულია. მკურნალობის I ეტაპზე ხორციელდება სხივური თერაპია — დისტანციური გამა თერაპიის სახით. დასხივების ზონაში აუცილებელია მოხვდეს პირველადი სიმსივნე და რეგიონული ბარიერი. დასხივება ხორციელდება ორი შემხვედრი ველით, რეგიონული ლიმფური კვანძების ჩართვით. ნარჩენი სიმსივნის არსებობის შემთხვევაში





სურათი №8



სურათი №9

აუცილებელია განხორციელდეს ოპერაცია, რომელიც მოიცავს ქვედა ტუჩის რეზექციას და კისრის რეგიონული ლიმფური კვანძების ამოკვეთას. აღნიშნული ქირურგიული ჩარევის შემდეგ ქვედა ტუჩის მთლიანობის აღდგენის მიზნით აუცილებელი ხდება პლასტიკურ — რეკონსტრუქციული ოპერაციების ჩატარება, რომელიც წარმოებს ლოყიდან მობილიზებული კან-კუნთოვან-ლორწოვანი ნაფლეთების გამოყენებით (სურათი №8,9).  $T_3N_0M_0$  გავრცელების მქონე ავადმყოფთა გამოჯანსაღების მაჩვენებელი აღწევს 47%-მდე, ხოლო სიმსივნის  $T_{1,2,3}N_1M_0$  გავრცელებისას იგი არ აღემატება 30%-ს.

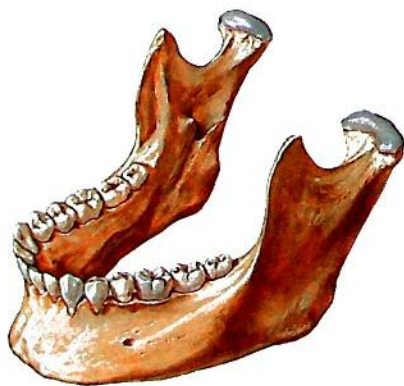
სიმსივნის IV A ( $T_{1-2,3}N_2M_0$ ;  $T_{4a}N_{0,1,2}M_0$ ; ) და IV B ( $T_{1-2,3-4a}N_3M_0$ ) სტადიის დროს მკურნალობა ასევე კომბინირებულია. პირველ ეტაპზე ტარდება სხივური თერაპია, ხოლო მეორეზე გაფართოებულ — კომბინირებული ოპერაცია, რომელიც გულისხმობს ტუჩის,

ქვედა ყბის, პირის ღრუს ფსკერის რეზექციას, კისრის ლიმფური კვანძების ფასციულურ ფულტლიარულ ამოკვეთას, ან კრაილის ოპერაციის განხორციელებას. ამ ოპერაციების შემდეგ ყალიბდება გამოხატული კოსმეტიკური დეფექტი და მნიშვნელოვანი ფუნქციური დარღვევები, რის გამოც ავადმყოფებს ესაჭიროებათ სხვადასხვა სახის პლასტიკურ-რეკონსტრუქციული ოპერაციების წარმოება. ძირითადად სრულდება კომბინირებული პლასტიკა, რომელიც მოიცავს როტირებული თორაკო-დორსალური ან დელტო-პექტორალური და კანის თავისუფალი ნაფლეთის ერთდროულ გამოყენებას. ხოლო ქვედა ყბის მთლიანობის აღდგენა ხდება თეძოს ძვლის ფრთის ფრაგმენტის თავისუფალი პლასტიკით მისი მკვებავი სისხლძარღვების ანასტომოზირებით კისრის მაგისტრალურ სისხლძარღვებთან, მიკროქირურგიული ტექნიკის გამოყენებით. ამ მეთოდებით აღდგენილი ქვედა ტუჩი მოქმედუნარიანია, ქმნის პირის ღრუს საკმარის ჰერმეტიულობას, განაპირობებს გასაგები მეტყველების და საკვების ფიზიოლოგიური გზით მიღების შესაძლებლობას. ავადმყოფთა 5 წლიანი გამოჯანსაღება არ აღემატება 16%-ს.

სიმსივნის IV C სტადიის ( $T_{1-2,3}N_{0-1}M_{1-2,3}$ ) დროს ტარდება მხოლოდ სიმპტომური მკურნალობა, რისთვისაც გამოიყენება სხივური, ქიმიო ან ქიმიო-სხივური მკურნალობა.

## ქვედა ყბის ავთვისებიანი სიმსივნეები

ონკოლოგიურ დაავადებათა შორის ქვედა ყბის კიბო 2%-ს შეადგენს. ძირითადად ავადდებიან 40-60 ასაკის მამაკაცები. დაავადების განვითარებაში მნიშვნელოვან ფაქტორად მიიჩნევენ ალვეოლარული მორჩის ლორწოვან გარსზე სხადასხვა მექანიკური, ქიმიური და თერმული ფაქტორების სანგრძლივ ზემოქმედებას. ასევე მნიშვნელოვანია ისეთი ქრონიკული ანთებითი პროცესების არსებობა, როგორც არის პაროდონტიტი, ოსტეომიელიტი, აქტინომიკოზი და დაჩირქებული კისტა. ხშირად ქვედა ყბის სიმსივნეები ვითარდება კეთილთვისებიანი პროცესების ტრანსფორმაციის შედეგად (Gluckman JL, Pavelic ZP, Welkoborsky HJ, et al: 1997, Kleist B, Bankau A, Lorenz G, et al: 2004. Eida S 2003, Rhodus NL 2005.).



სურათი №1

აღსანიშნავია, რომ ქვედა ყბა Mandibula — კენტი ძვალია. იგი შედგება სხეულისაგან და ორი ტოტისაგან, რომელიც ბოლოვდება სასახსრე და გვირგვინოვანი მორჩებით (სურათი №1).

ქვედა ყბის ზედა კიდე წარმოდგენილია ალვეოლარული მორჩით, რომელშიც განლაგებულია კბილბუდეები. ქვედა ყბის ტოტის შიგნითა ზედაპირზე იხსნება ქვედა ყბის ხვრელი, რომელიც გადადის ქვედა ყბის არხში. მასში მოთავსებულია სისხლძრღოვან-

ნერვული წნული, რომლის საშუალებითაც ხდება სათანადო მხარეზე არსებული კბილებისა და ქვედა ტუჩის ნახევრის ინერვაცია. ქვედა ყბის ძვალი შედგება მის სისქეში განლაგებული ღრუბლოვანი ნივთიერებისა და კორტიკალური შრისაგან, რომელიც დაფარულია ძვალსაზრდელათი. მას უმაგრდება საღეჭი კუნთები, რაც უზრუნველყოფს მის მოძრაობას.

ამრიგად, როგორც მოკლე ანატომიური აღწერილობიდან ჩანს, ქვედა ყბა, გარდა ძვლოვანი სტრუქტურისა, წარმოდგენილია სხვადასხვა ქსოვილოვანი კომპონენტებით, რომელთაგან შეიძლება განვითარდეს სხვადასხვა გენეზის ავთვისებიანი სიმსივნეები.

სიმსივნური პროცესის საწყისი ლოკალიზაციის მიხედვით გამოყოფენ ქვედა ყბის პირველად და მეორად სიმსივნეებს. სიმსივნე პირველადია, როდესაც ეს უკანასკნელი ვითარდება საკუთრივ ქვედა ყბის სხვადასხვა სტრუქტურებიდან. სიმსივნე მეორადია, როდესაც იგი აღმოცენდება ქვედა ყბის გარეთ არსებული ქსოვილებიდან და შემდგომ ვრცელდება ქვედა ყბაზე. სიმსივნური პროცესის გენეზის მიხედვით განარჩევენ ეპითელურ და არაეპითელურ სიმსივნეებს. ქვედა ყბის პირველადი ეპითელური სიმსივნეები ყველაზე ხშირად ვითარდება პერიოდონტიში არსებული ეპითელის ნარჩენებიდან ან ქვედა ყბის სისქეში არსებული კისტის ამომფენი ეპითელიდან. ქვედა ყბის მეორადი ეპითელური სიმსივნეები წარმოიქმნება ალვეოლარული მორჩის მფარავი ლორწოვანის ეპითელიდან (გერტვიგის მემბრანიდან) ან პირის ღრუს ლორწოვანი გარსიდან განვითარებული სიმსივნეების გავრცელების შედეგად ქვედა ყბაზე (A.A. Колесова, 1996 H.H. Мазалова 1998).

ქვედა ყბის პირველადი სიმსივნეები თავის მხრივ შესაძლოა იყოს ოდონტოგენური ან არაოდონტოგენური, ხოლო სიმსივნის ლოკალიზაციის მიხედვით ცენტრალური ან პერიფერიული. სიმსივნე ცენტრალურია, თუ იგი ვითარდება ქვედა ყბის სისქეში არსებული სტრუქტურებიდან. ხოლო პერიფერიულია, თუ ეს უკანასკნელი წარმოიქმნება კორტიკალური შრიდან, ძვალსაზრდელადან ან მფარავი ლორწოვანი გარსიდან. ქვედა ყბაში

განვითარებულ სიმსივნეთა მრავალფეროვნება მნიშვნელოვნად განაპირობებს მათი მიმდინარეობის თავისებურებებს და ქმნის გარკვეულ დიაგნოსტიკურ სირთულეებს, განსაკუთრებით იმ შემთხვევებში, როდესაც აღინიშნება სიმსივნური პროცესებით როგორც ძვლოვანი, ასევე რბილქსოვილოვანი კომპონენტების ერთდროული დაზიანება. ქვედა ყბის პირველადი სიმსივნეებიდან ყველაზე ხშირად გვხვდება კიბო და სარკომა (Piedbois P et al, 1991).



სურათი №2

ქვედა ყბის პირველადი ცენტრალური კიბო ვითარდება ქვედა ყბის ძვლის სისქეში ნარჩენი ონდონტოგენური ეპითელიიდან. იგი უფრო ხშირად აზიანებს ქვედა ყბას ძირითადი კბილების არეში (სურათი №2), სადაც საკმაო რაოდენობითაა ლუბლოვანი ნივთიერება (Mendenhall WM, Parsons JT, Stringer SP, et al 1998, Bailey BJ, Calhoun KH 2002).

ქვედა ყბის ცენტრალურ კიბოს ნელი, ხანგრძლივი და ფარული მიმდინარეობა აქვს. ხშირად გამოხატულია უმიზეზო ტკივილები ქვედა ყბის არეში, რომელიც მოგვაგონებს პულპიტს. აღინიშნება კბილების პათოლოგიური მორყევა. მორყეული კბილის ექსტრაქციის შემდეგ მის სარეცელში შეიძლება ნანახი იქნეს გრანულაციური ქსოვილის მსგავსი წარმონაქმნის არსებობა. ქვედა ყბის პალპაციით დაზიანების მხარეს აღინიშნება ძვლის შებერილობა. არაიშვიათად ადგილი აქვს ქვედა ტუჩის ნახევრის

პარესთეზიას, რაც განპირობებულია სიმსივნური პროცესის ჩაზრდით ქვედა ყბის ნერვში. დაავადების გავრცელებული პროცესის არსებობის შემთხვევაში არ არის გამორიცხული ქვედა ყბის პათოლოგიური მოტეხილობის განვითარება.



სურათი №3

ქვედა ყბის პერიფერიული კიბო ძირითადად ვითარდება გერტივიგის მემბრანიდან. მისთვის დამახასიათებელია ალვეოლარული მორჩის ლორწოვან გარსზე მცირე ზომის წყლულის ან წვრილმარცვლოვანი ეგზოფიტური სიმსივნის არსებობა, რომელიც კლინიკურად შედარებით ნელა იზრდება, თუმცა მისი ენდოფიტური კომპონენტი იწვევს ძვლოვანი სტრუქტურის სწრაფ რღვევას (სურათი № 3). დაავადების პროგრესირების შემთხვევაში აღინიშნება სიმსივნის გავრცელება პირის ღრუს სხადსხვა ანატომიურ სტრუქტურებზე, რის შედეგადაც ვითარდება სახის გამოხატული დეფორმაცია. მოგვიანებით სიმსივნის ზრდასთან ერთად მატულობს პერიფოკალური ანთებითი მოვლენები, ძლიერდება ტკივილი,

პროცესში ერთვება საღეჭი და შიგნითა ფრთისებური კუნთები, რის შედეგადაც ვითარდება ტრიზმი. ავადმყოფს უჭირს ლეჭვა, ყლაპვა და მეტყველება.

აღსანიშნავია, რომ ქვედა ყბის კიბოს, როგორც ცენტრალური ასევე პერიფერიული ფორმები მორფოლოგიურად იმეორებენ

ლორწოვანი გარსის ბრტყელუჯრედოვანი სიმსივნეებისათვის დამახასიათებელ შენებას და მიკროსკოპულად მნიშვნელოვნად არ განსხვავდებიან მათგან (Olsen KD, et al 1994).

ქვედა ყბის პირველადი კიბოსათვის დამახასიათებელია ლიმფოგენური რეგიონული მეტასტაზირება ყბისქვეშა, ნიკაპქვეშა და კისრის ღრმა ლიმფურ კვანძებში. გავრცელებული სიმსივნეების დროს ადგილი აქვს შორეული მეტასტაზების განვითარებას ღვიძლში, ფილტვებში და სხვა ორგანოებში.

ქვედა ყბის მეორადი კიბო შეიძლება წარმოდგენილი იყოს პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის კიბოს ჩაზრდით ქვედა ყბის ძვალში. მისი ნაადრევი სიმპტომია ნეკროზული ფსკერის და მკვრივი, წამოწეული კიდეების მქონე წყლულის არსებობა. პალპაციით წყლული მკვეთრად მტკივნეულია, შეხებით სისხლმდენია. რომელსაც ახასიათებს მზარდი ტკივილი და პერიოდული სისხლდენა. მეორადი ინფექციის თანხვედნის დროს



სურათი №4

სიმსივნური წარმონაქმნის რღვევას თან ახლავს ცუდი სუნის არსებობა. პროცესის შემდგომი განვითარებისას იწყება კბილების მორყევა. ასეთი ავადმყოფები ძირითადად ხვდებიან სტომატოლოგთან. სწორედ მათი ვალია პირის ღრუს სიმსივნური პროცესის ადრეული დიაგნოსტიკა.

სიმსივნის ლოკალიზაციისას რეტრომოლარულ მიდამოში პროცესში ერთვება შიგნითა ფრთისებური და საღეჭი კუნთები და გამობატულია ტრიზმი. სიმსივნე ვრცელდება ქვედა ყბის სხეულსა და ტოტზე,

პირის ღრუს ფსკერზე, ენაზე, ტუჩზე, ლოყაზე (სურათი №4).

ავადმყოფი უჩივის ძლიერ ყრუ, პულსირებადი ხასიათის ტკივილს, არ შეუძლია ლეჭვა და ყლაპვა. ადგილი აქვს რეგიონალურ მეტასტაზირებას ყბისქვეშა და კისრის ლიმფურ კვანძებში.

ქვედა ყბის **ოსტეოგენური სარკომა** ძვლის ერთ-ერთი ყველაზე ავთვისებიანი სიმსივნეა, ძირითადად გვხვდება ახალგაზრდა და საშუალო ასაკის მამაკაცებში. ძვლის ტვინის ღრუბლოვანი ნივთიერებიდან განვითარებულ სიმსივნეს ცენტრალური სარკომა ეწოდება, ხოლო ძვლისსაზრდელისაგან ან კორტიკალური შრისაგან განვითარებულ სიმსივნეს – პერიფერიულ სარკომას უწოდებენ. ქვედა ყბის სარკომა ასეე შესაძლოა განვითარდეს ოდონტოგენური სტრუქტურებისაგან და მათ ამელობლასტური ფიბროსარკომა და ამელობლასტური ოდონტოსარკომა ეწოდება (Million RR, Cassisi NJ, Stringer SP, et al:2002).

ცენტრალური სარკომის არსებობისას, ღრუბლოვანი ნივთიერება ივსება სიმსივნით, ძვალი თანდათან მსხვილდება და მის სისქეში წარმოიქმნება რღვევის უბნები. სიმსივნური პროცესის მორფოლოგიური შენების თავისებურებების მიხედვით განარჩევენ ოსტეოლიტურ, ოსტეოპლასტურ და შერეულ ტიპებს. ოსტეოგენური სარკომის რენტგენოლოგიური სურათი დამოკიდებულია მის მორფოლოგიური შენების ვარიანტზე, ზრდის ტიპზე და ლოკალიზაციაზე. დაზიანებული ძვლის უბანს რენტგენოლოგიურად არ გააჩნია მკვეთრი საზღვრები, თუმცა ეს უკანასნელი ვლინდება მას შემდეგ, როდესაც სიმსივნე არღვევს ძვლის კორტიკალურ შრეს და წარმოიქმნება ექსტრაოსალური კომპონენტი. ამ დროს მისთვის დამახასიათებელია ძვალსაზრდელას აშრეების სიმპტომი (Ojiri H, Mendenhall WM, Stringer SP, et al,2002).

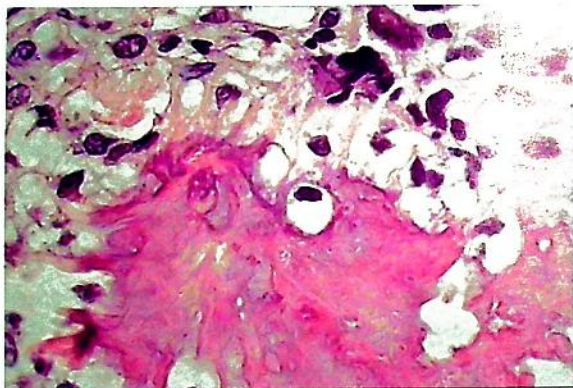
მაკროსკოპულად სიმსივნის რბილქსოვილოვანი კომპონენტი მოთეთრო ფერისაა, მასში აღინიშნება კისტოზური ჩანართების და სისხლჩაქცევის უბნების არსებობა. მიკროსკოპიულად სიმსივნური ძვლისათვის დამახასიათებელია უჯრედების გამოხატული ატიპიზმი, ძვლოვანი ნივთიერებისა და ძვლის ხარიხების არქიტექტონიკის დარღვევა.

**პარაოსტალური, პერიოსტალური, ანუ პერიფერიული** ოსტეოგენური სარკომა, როგორც წესი ვითარდება ძვლის-საზრდელასგან. იგი ხასიათდება შედარებით ნელი ზრდით. მისთვის არ არის დამახასიათებელი ძვლის კორტიკალური შრის



დაზიანება. ერთეულ შემთხვევებში აღინიშნება ძვლის ხაოიანობა და უმნიშვნელო გასქელება.

მაკროსკოპულად სიმსივნე წარმოდგენილია ძვლის მკვრივი მასით, რომლის სისქეში აღინიშნება რბილი ჩანართების არსებობა, რომელიც მჭიდროდ არის დაკავშირებული პერიოსტთან. იგი ხშირად ცირკულალურად შემოეხვევა ძვალს.



სურათი №5

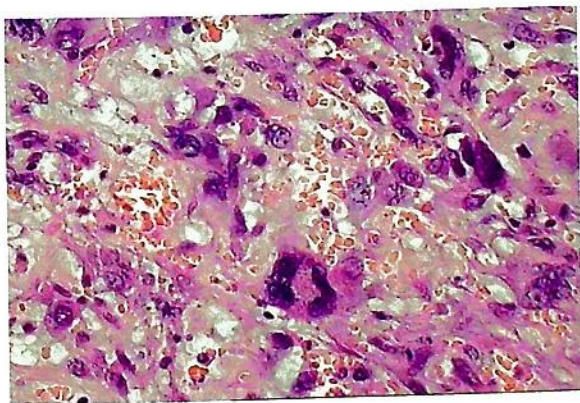
მიკროსკოპულად სიმსივნე გამოიყურება მოუმნიფებელი ძვლოვანი ქსოვილის სახით. ძვლოვან ხიდაკებს შორის არსებული სივრცე ამოვსებულია ოსტეოგენური სიმსივნური ქსოვილით, რომელიც მოგვაგონებს ფიბრომას ან ფიბროსარკომას (სურათი №5).

კლინიკურად ქვედა ყბის სარკომა გაცილებით სწრაფად ვითარდება, ვიდრე ცენტრალური კიბო. იგი იზრდება გარეთ, გადაანაცვლებს რა რბილ ქსოვილებს, იწვევს სახის დეფორმაციის განვითარებას. ავადმყოფი ადრეულად მიმართავს კლინიკას ქვედა ყბის შესიების და სახის დეფორმაციის გამო. სიმსივნის სწრაფი ზრდის პარალელურად მატულობს ტკივილი, მოგვიანებით ტკივილი სიმსივნის ქვედა ალვეოლურ ნერვზე ზენოლის ან მასში ჩაზრდის გამო იცვლება ქვედა ტუჩის და ნიკაპის ნახევრის პარესეთეზიით. სიმსივნური პროცესის ადრეული გამოვლინებაა კბილების პათოლოგიური მორყევა. მოგვიანებით ვითარდება

ლორწოვანი გარსის დანყლულება. ქვედა ყბის ოსტეოგენური სარკომა ხასიათდება შორეული მეტასტაზების განვითარებით.

ქვედა ყბაში ასევე გვხვდება სარკომის ისეთი სახეები როგორცაა - ქონდროსარკომა ან ქონდრომოსარკომა. კიბოსგან განსხვავებით ქონდროსარკომა მკვეთრად ანაპლაზიური სიმსივნეა და ხასიათდება სწრაფი აგრესიული ზრდით. მისი ცენტრალური ლოკალიზაციისას რენტგენოლოგიურად აღინიშნება არასწორი კონტურების მქონე ძვლის კეროვანი დესტრუქცია, რომელიც შეიცავს მკვრივ ჩანართებს. მაკროსკოპულად იგი მკვრივი ელასტიური კონსისტენციის კვანძოვანი სიმსივნური წარმონაქმნია, რომელსაც გააჩნია წილაკოვანი შენება. ერთეულ შემთხვევებში სიმსივნის კონსისტენცია შესაძლოა შეესაბამებოდეს ძვლოვან ქსოვილსაც. განაკვეთზე მას აქვს მოცისფერო, ნახევრად გამჭვირვალე ქსოვილის სახე, რომელიც შეიცავს მოყვითალო ელფერის ნეკროზულ უბნებს. მის სისქეში ასევე გვხვდება სისხლჩაქცევები და გაკირული უბნები.

მიკროსკოპულად სიმსივნეს აქვს წილაკოვანი აგებულება, რომლის პერიფერიაზე განლაგებულია უჯრედების დიდი



სურათი №6

რაოდენობა. მათ გააჩნიათ გამოხატული პოლიმორფიზმი. მხედველობის არეში ასევე გვხვდება ატიპიური მიტოზები. უჯრედშორისი სივრცეები ამოვსებულია ქონდროიდული მასებით,

რომელშიც აღინიშნება მიქსოიდური ტრანსფორმაცია და ნეკროზული უბნების არსებობა (სურათი №6).

იუქსტაკორტიკალური, ანუ პარაოსტალური ქონდროსარკომა იშვიათი სიმსივნეა და მიეკუთვნება პერიფერიული სარკომების რიგს. მიკროსკოპულად იგი ხასიათდება კარგად დიფერენცირებული ხრტილოვანი ქსოვილის არსებობით, რომელშიც მოჩანს ოსტეოგენეზის გამოხატული ზონები.

რენტგენოგრამაზე პეროსტალური სარკომის დროს აღინიშნება სხივისებური შენების ძვლოვანი გამონაზარდების არსებობა.

ქვედა ყბის ავთვისებიანი სიმსივნეების დიაგნოსტიკება რთულია. მათი რიცხვი 20.5%-ს აღემატება. სწორედ ამიტომ, ქვედა ყბის ავთვისებიან სიმსივნეზე ეჭვის მიტანის შემთხვევაში აუცილებელია თანმიმდევრულ კლინიკო-მორფოლოგიურ კვლევათა კომპლექსის წარმოება, რომელიც იწყება პირის ღრუს ვიზუალური დათვალიერებით, კისრის ლიმფური კვანძების პალპაციით და დაავადების ანამნეზის დეტალური შესწავლით. თუმცა, ქვედა ყბის ავთვისებიანი სიმსივნეების შესახებ სრული ინფორმაციის მოპოვების მიზნით აუცილებელია განხორციელდეს რენტგენოლოგიური (ორთოპანტომოგრაფია) და მორფოლოგიური კვლევა.

რენტგენოლოგიური კვლევა საშუალებას იძლევა დროულად აღმოვაჩინოთ ყბის ძვლის არეში განვითარებული დესტრუქციული ცვლილებები. ქვედა ყბის ცენტრალური კიბოს ან სარკომის დროს რენტგენოგრამაზე აღინიშნება გადარეცხილი, არამკვეთრი საზღვრების მქონე დაზიანებული მიდამოს არსებობა, ხოლო ალვეოლის ან ქვედა ყბის ძვლის კორტიკალური ფირფიტის მიდამოში სიმსივნური პროცესის ლოკალიზაციისას მისი კედლები წაშლილია და სიმსივნის ირგვლივ ფიქსირდება ღრუბლოვანი ნივთიერების რღვევის ფართო ზონა. გავრცელებული პროცესის დროს რენტგენოგრამაზე შესაძლოა აღმოვაჩინოთ ძვლის ამა თუ იმ უბნის სრული დესტრუქცია, რომელიც ოსტეოლიტურ, ოსტეობლასტურ ან შერეულ ხასიათს ატარებს.

რენტგენოგრამაზე ქონდროსარკომისთვის დამახასიათებელია

მკვრივი ჩანართების არსებობა დაზიანებული ძვლის არეში. თუ მკვრივ ჩანართებს მრგვალი ფორმა აქვს, იგი პარაოსალურ სარკომაზე მიუთითებს.

ქვედა ყბის ავთვისებიანი სიმსივნეების დიაგნოზის დასაზუსტებლად აუცილებელია ჩატარდეს სიმსივნის ციტოლოგიური კვლევა ან ბიოფსია. მორყეული კბილების ექსტრაქციისას საჭიროა ზუსტად განისაზღვროს კბილების მორყევის მიზეზი და წარმოებული იქნეს ამოღებული კბილების ფესვის ზედაპირიდან აღებული მასალის ციტოლოგიური ან მორფოლოგიური კვლევა. დიაგნოზის ვერიფიკაციის შემთხვევაში მიზანშეწონილია განხორციელდეს კომპიუტერული ტომოგრაფია, ხოლო რბილქსოვილოვანი კომპონენტის არსებობის დროს ბირთვულ-მაგნიტური რეზონანსული ტომოგრაფია.

კომპიუტერული ტომოგრაფიის მეშვეობით შესაძლებელია განისაზღვროს კორტიკალური ფირფიტის შიგნითა და გარეთა შრის დესტრუქციის ხარისხი, სიმსივნის რბილქსოვილოვანი კომპონენტების ზუსტი საზღვრები. მაგნიტო-რეზონანსული გამოკვლევა კი იძლევა ქვედა ყბის ძვალ-ტვინოვან არხში სიმსივნის გავრცელების საზღვრების დადგენის საშუალებას და ავლენს სიმსივნის ძვალ-ტვინოვანი კომპონენტის დამოკიდებულებას ირგვლივმყოფ სტრუქტურებთან.

ვინაიდან ქვედა ყბის ავთვისებიანი სიმსივნეებისათვის დამახასიათებელია კლინიკურ სიმპტომთა მრავალფეროვნება და ხშირია მისი გამოვლინების მსგავსება ქრონიკულად მიმდინარე ანთებით პროცესებთან და კეთილთვისებიან სიმსივნეებთან წარმოქმნება დიფერენციალური დიაგნოსტიკის განხორციელების აუცილებლობა. ქვედა ყბის ავთვისებიანი პროცესების დიფერენცირება საჭიროა ისეთ დაავადებებთან, როგორცაა: ქრონიკული ოსტეომიელიტი, აქტინომიკოზი, რადიკულური და ფოლიკულური კისტა, ამელობლასტომა, ოდონტომა, გიგანტურუჯრედოვანი სიმსივნე (ოსტეობლასტოკლასტომა და გიგანტურუჯრედოვანი ეპულისი) და სხვა.

ქვედა ყბის ქრონიკული ოსტეომიელიტისათვის დამახა-

სიათებელია დაავადების ხანგრძლივი მიმდინარეობა, ყრუ ხასიათის ტკივილი და ხვრელ-არხების განვითარება ქვედა ყბის საპროექციო არეში. რენტგენოლოგიურად აღინიშნება ძვლოვანი ქსოვილების რეზორბცია ან სეკვესტრების არსებობა. ამ დაავადების დროს ლექვის, ყლაპვის გაძნელებას ან პირის გაღების შეზღუდვას ადგილი არ აქვს.

**აქტინომიკოზისათვის** დამახასიათებელია პირის ღრუს ლორწოვან გარსზე ან სახის კანზე ხისმაგვარი კონსისტენციის მზრდი ინფილტრატის არსებობა, რომლის ზედაპირზე აღინიშნება ერთი ან რამდენიმე ხვრელ-არხი, საიდანაც გამოიყოფა მღვრიე სითხე გაჯერებული ხაჭოსმაგვარი მასებით. დიაგნოზი ზუსტდება ციტოლოგიური კვლევით და სეროლოგიური სინჯებით.

**ეპულისი** ეგზოფიტურად მზარდი სიმსივნური წარმონაქმნის სახითაა წარმოდგენილი. უფრო ხშირად გვხვდება 30-40 წლის ქალებში და, როგორც წესი, განლაგებულია ეშვებისა და პრემოლარების არეში. სიმსივნე ლოკალიზდება ალვეოლური მორჩის ლორწოვან გარსზე, ძირითადად ლოყის მხარეს, კბილის ირგვლივ არსებულ ქსოვილებში. მაკროსკოპულად იგი მუქი მოწითალო ან ღია ყავისფერია და ინიცირებულია მრავალრიცხოვანი კაპილარებით. მისი ზედაპირი წერილმარცვლოვანია და შეხებისას სისხლმდენია. დიაგნოზი ზუსტდება ციტოლოგიური ან მორფოლოგიური კვლევით. მიკროსკოპულად პრეპარატში შესაძლოა ნანახი იქნეს მრავალბირთვიანი გიგანტური და მცირე ზომის განელილი უჯრედები, რომლებიც განლაგებულნი არიან კოლაგენური ბოჭკოების შემცველ სტრომაში.

ქვედა ყბის **ოდონტოგენური რადიკულური კისტისათვის** დამახასიათებელია ნელი დინამიური ზრდა. იგი ვითარდება პერიოდონტის ეპითელიური ქსოვილიდან, ძირითადად ქრონიკული ანთებითი პროცესის შედეგად. ძვალი ამ მიდამოში შებერილია, მისი პალპაციით აღინიშნება პერგამენტის მაგვარი ხმიანობა, ერთეულ შემთხვევებში ადგილი აქვს სახის მნიშვნელოვან დეფორმაციას. რენტგენოგრაფიაზე მოსჩანს მკვეთრად შემოსაზღვრული ჰო-



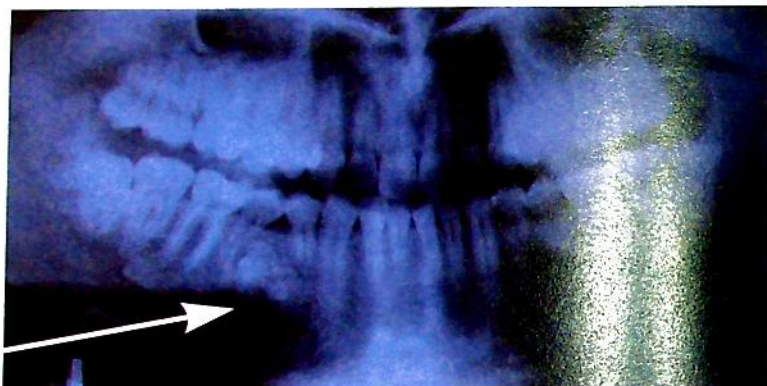
#### სურათი №7

მოგენური ჩრდილი, რომელიც უშუალოდაა დაკავშირებული კბილის ფესვთან (სურათი №7), მიკროსკოპულად ოდონტოგენური კისტის კედელი შემაერთებელქსოვილოვანია, რომელიც ამოფენილია პრიზმული, კუბური ან ბრტყელი ეპითელით.

ქვედა ყბის ავთვისებიანი სიმსივნეების დიფერენციალური დიაგნოსტიკა განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია კეთილთვისებიან სიმსივნეებთან.

**ოდონტომა** მიეკუთვნება კეთილთვისებიან სიმსივნეს, რომელიც შედგება ერთი ან რამდენიმე კბილის ქსოვისაგან და განლაგებულია ძვლის შიგნით. ძირითადად იგი გვხვდება 20 წლამდე ასაკის პაციენტებში და ლოკალიზდება პრემოლარებისა და მოლარების არეში. დაავადების კლინიკური გამოვლინების მიხედვით განარჩევენ რბილ და მაგარ ოდონტომას. რბილი ოდონტომისათვის დამახასიათებელია ძვლის კორტიკალური ფირფიტის რღვევა და სიმსივნის გავრცელება ირგვლივმდებარე რბილ ქსოვილებში. პალაპაციით მას აქვს ელასტიკური კონსისტენცია, ხშირად წყლულდება, რის გამოც შეხებისას სისხლმდენია. რენტგენოლოგიურად ძვალში აღინიშნება ოსტეოპოროზული უბნის არსებობა, რომელიც შეიცავს სხვადასხვა ინტენსივობის გაკირულ უბნებს.

მარტივი, ანუ მაგარი ოდონტომა ვითარდება კბილის ჩანასახის ქსოვილებისაგან (სურათი №8), რომელშიც მინანქრის, დენტინის



### სურათი №8

და ცემენტის სტრუქტურები ქაოტურადაა განლაგებული. მას ახასიათებს ნელი ექსპანსიური ზრდა და გამოვლინდება ქვედა ყბის ძვალზე განლაგებული მკვრივი, უსწორმასწორო ზედაპირის მქონე, უმტკივნეულო წარმონაქმნის სახით. იზრდება რა ზომებში, სიმსივნე არღვევს ყბის ძვლოვან ქსოვილს, ვრცელდება ლორწოვან გარსზე და იწვევს მის დეფორმაციას. შესაძლოა ჩამოყალიბდეს კბილის ჩანასახების შემცველი ფსკერის მქონე დეკუბიტური ნყლული.

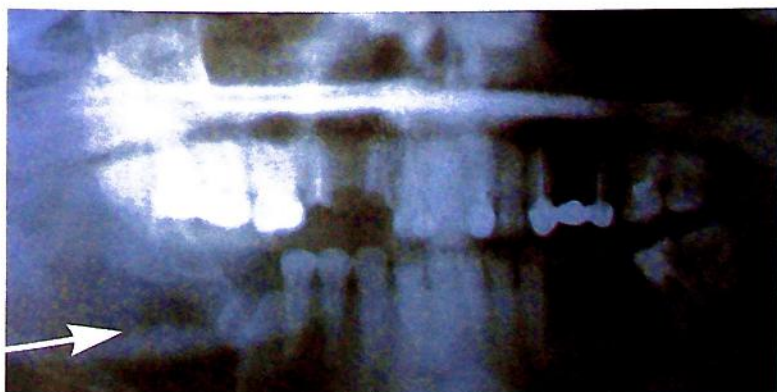
**ამელობლასტომა**, ანუ ადამანტინომა კეთილთვისებიანი სიმსივნეა, რომელიც ვითრდება ოდონტოგენური ეპითელიიდან და ხასიათდება ინფილტრაციული ზრდით. დაავადება ძირითადად გვხვდება 20-50 წლის ასაკის პაციენტებში. ზედა ყბაზე არსებობისას სიმსივნე ხშირად ვრცელდება ჰაიმორის წიაღში, ორბიტაში და ცხვირ-ხახაში. ქვედა ყბის ამელობლასტომის კლინიკური მიმდინარეობა ხასიათდება ძვლის თანდათანობითი შებერილობით (სურათი №9) და სახის დეფორმაციით. მისთვის დამახასიათებელია ნელი და უმტკივნეულო მიმდინარეობა. ძირითადად ლოკალიზდება ქვედა ყბის კუთხის მიდამოში. სიმსივნური პროცესის პროგრესირებისას იმატებს სახის დეფორმაცია, ირღვევა მოძრაობა სახსარში და წარმოიქმნება ტკივილი. დიდი ზომის ადამანტინომის დროს მოსალოდნელია, სიმსივნის მფარავი დანყლულებული ლორწოვანი გარსიდან



სურათი №9

სისხლის დენა, სუნთქვის დარღვევა და ქვედა ყბის პათოლოგიური მოტეხილობა. მაკროსკოპულად იგი წარმოდგენილია კაფსულის მქონე ერთეული სოლიტარული კისტოზური წარმონაქმნის ან პოლიკისტომის სახით. კისტოზური ღრუები დაკავშირებულია ერთმანეთთან და ამოვსებულია კოლოიდური მასებით. სიმსივნე რბილია, აქვს ნაცრისფერი შეფერილობა და მის ირგვლივმყოფი ძვალი განლუულია.

მიკროსკოპულად სიმსივნე წარმოდგენილია პოლიგონალური ეპითელური უჯრედების გროვებით, რომლებიც ქმნიან ფოლიკულურ სტრუქტურებს. ეს უკანასკნელი ძალიან წააგავს



სურათი №10



კბილის პულპის ქსოვილს. სიმსივნის შენების მიხედვით არჩევენ ფოლიკულურ, პექსიფორმულ, აკანტომატოზურ, ბაზალურუჯრედოვან და გრანულარულ ტიპებს.

ამელობლასტომის მიმდინარეობა ყოველთვის არ არის კეთილთვისებიანი, 3-8% იგი განიცდის მალიგნიზაციას, ამ დროს მისთვის დამახასიათებელია სიმსივნური ზრდის დაჩქარება და ჩაზრდა ირგვლივ მყოფ ქსოვილებში.

მეტასტაზირება იშვიათია და მხოლოდ ლიმფოგენურია. რენტგენოლოგიურად ვლინდება ერთი ან მრავალკისტოზური შემოსაზღვრული ჩრდილის არსებობა, ძვლოვანი ქსოვილის



სურათი №11



სურათი №12

განლევა და შებერილობა (სურათი №10).

ოსტეობლასტოკლასტომა – ანუ გიგანტურუჯრედოვანი სიმსივნე, ძირითადად გვხვდება ახალგაზრდა ასაკის პაციენტებში. იგი უფრო ხშირად ლოკალიზდება ქვედა ყბის არეში და ხასიათდება ნელი ზრდით. რენტგენოლოგიურად ძვალში აღინიშნება მკრთალი ფერის ჩრდილის არსებობა, რომლის გარშემო ძვლის კოტიკალური შრე მკვეთრად განლეულია. ზოგჯერ ძვალი შებერილია და მის სისქეში მოსჩანს გამჭვირვალე სფერული წარმონაქმნები (სურათი №11,12). სიმსივნის გავრცელებული ფორმების დროს შესაძლოა აღინიშნოს მისი მოტეხილობა.

აღნიშნული დაავადების რენტგენოლოგიურად აღმოჩენისას საჭირო ხდება რადიოიზოტოპური გამოკვლევის ჩატარება, რადგან შესაძლოა ადგილი ჰქონდეს ძვლების მრავლობით



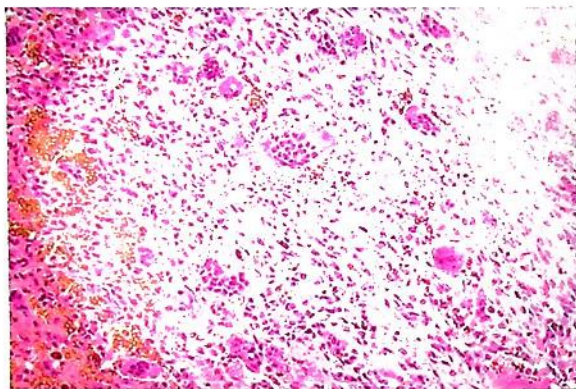
სურათი №13

დაზიანებას (სურათი №13). სცინტიგრამაზე წარმოდგენილია ოსტეობლასტოკლასტომის გავრცელებული ფორმა. სიმსივნური პროცესით დაზიანებულია ქვედა ყბის მარცხენა ნახევარი, შუბლისა და თავის ქალას ფუძის ძვლები, დაავადების გავრცელება ასევე აღინიშნება ლავინისა და კეფის ძვლის მიდამოში.

მაკროსკოპულად სიმსივნე რბილი კონსისტენციისაა, რომლის სისქეში აღინიშნება გამკვრივების უბნები. განაკვეთზე იგი ჭრელია, რაც განპირობებულია მუქი წითელი კერების მონაცვლეობით მონაცრისფერო უბნებთან და კისტოზურ წარმონაქმნებთან,

რომელიც შეიცავს გამჭვირვალე თეთრ ან სისხლნარევი სითხეს.

მიკროსკოპულად სიმსივნე შედგება ორი სახის უჯრედებისაგან. უპირატესად გვხვდება ოვალური ან პოლიგონალური უჯრედები, რომელიც შეიცავს მრგვალ ბირთვებს. მათ შორის განლაგებულია ოსტეოკლასტების მაგვარი მრავალბირთვიანი გიგანტური უჯრედები. ამ უჯრედებში ბირთვების რაოდენობა შესაძლოა რამდენიმე ათეულსაც აღწევდეს (50-80). ერთბირთვიან



სურათი №14

უჯრედებში შესაძლოა შეგვხვდეს მიტოზის ფიგურები (სურათი №14). აღნიშნული სიმსივნეებისათვის დამახასიათებელია ინტერსტიციალური სისხლის მიმოქცევა, რაც გამოიხატება სისხლის ცირკულაციაში ქსოვილშიდა ნაპრალებში. მიკროსკოპული სურათის მიხედვით გიგანტურუჯრედოვანი სიმსივნეები შეიძლება დაიყოს – გიგანტურუჯრედოვან, ფიბრომატოზულ და ქსანტომატოზურ ტიპებად. თუმცა ეს დაყოფა პირობითია, რადგან ერთი და იგივე სიმსივნეში შესაძლოა შეგვხვდეს სამივე ტიპის სიმსივნური კერები. ოსტეობლასტოკლასტომა შესაძლოა (12-18%) ტრანსფორმირდეს ავთვისებიან სიმსივნედ.

ოდონტოგენური კეთილთვისებიანი და ავთვისებიანი სიმსივნეები საერთაშორისო ჰისტოლოგიური კლასიფიკაციის მიხედვით იყოფა შემდეგ ჯგუფებად:

ა) კეთილთვისებიანი:

1. ამელობლასტომა;

2. ეპითელური ოდონტოგენური სიმსივნე – ადენოამელობლასტომა;
3. ამელობლასტური ფიბრომა;
4. ადენომატოიდური ოდონტოგენური სიმსივნე – ადენოამელობლასტომა;
5. ოდონტოგენური კისტა;
6. დენტინომა;
7. ამელობლასტური ფიბროოდონტომა;
8. ოდონტო-ამელობლასტომა;
9. რთული ოდონტომა;
10. შერეული ოდონტომა;
11. ფიბრომა – ოდონტოგენური ფიბრომა;
12. მიქსომა – მიქსოფიბრომა;
13. ცემენტომები:
  - ა) კეთილთვისებიანი ცემენტობლასტომა – ნამდვილი ცემენტომა;
  - ბ) მაცემენტირებელი ფიბრომა;
  - გ) პერიაპიკალური ცემენტური დისპლაზია;
  - დ) გიგანტურუჯრედოვანი ცემენტომა;
14. მელანოზური ნეიროექტოდერმალური ახალშობილთა სიმსივნეები;

**ბ) ავთვისებიანი:**

1. ოდონტოგენური კიბო:
  - ა) ავთვისებიანი ამელობლასტომა;
  - ბ) პირველადი ძვალშიდა კიბო;
  - გ) ოდონტოგენური ეპითელიდან განვითარებული სხვა კარცინომები, მათ შორის ოდონტოგენური კისტებიდან.
2. ოდონტოგენური სარკომები:
  - ა) ამელობლასტური ფიბროსარკომა – ამელობლასტური სარკომა;
  - ბ) ამელობლასტური ოდონტოსარკომა;

**II ნეოპლაზმები და ძვალთან დაკავშირებული სხვა სიმსივნეები;**

- ა. ოსტეოგენური ნეოპლაზმები;
  1. მათი ფიცირებელი ფიბრომა — ფიბროოსტეომა;

- ბ. არასიმსივნური ძვლოვანი დაზიანებები:
  1. ფიბროზული დისპლაზია;
  2. ხერუვიზმი;
  3. ცენტრალური გიგანტურუჯრედოვანი გრანულომა – გიგანტურუჯრედოვანი რეპარაციული გრანულომა;
  4. ანევრიზმული ძვლოვანი კისტა;
  5. უბრალო ძვლოვანი კისტა (ტრავმული, ჰემორაგიულ-ძვლოვანი კისტა).

### III ეპითელური კისტები:

- ა. განვითარებადი
  1. ოდონტოგენური:
    - ა) კერატოკისტა;
    - ბ) გინგივალური კისტა;
    - გ) დენტალური – ფოლიკულური კისტა;
  2. არაოდონტოგენური:
    - ა) ცხვირ-სასის არხის კისტა;
    - ბ) გლობულომაქსილარული კისტა;
    - გ) ცხვირ-ტუჩის (ცხვირ-ალვეოლური) კისტა;
    - ბ. ანთებადი
      1. რადიკულარული კისტა;

### IV არაკლასიფიცირებადი დაზიანებები.

ქვედა ყბის ავთვისებიან ეპითელურ სიმსივნეთა შორის ყველაზე ხშირად გვხვდება კიბო, ხოლო არაეპითელურ სიმსივნეთაგან სარკომა.

ქვედა ყბის არაოდონტოგენური სიმსივნეები – პირველადი სიმსივნეები ჰისტოლოგიური კლასიფიკაციის მიხედვით იყოფა ძვალწარმომქმნელ და ხრტილწარმომქმნელ კეთილთვისებიან და ავთვისებიან სიმსივნეებად.

#### I. ძვალწარმომქმნელი სიმსივნეები:

- ა. კეთილთვისებიანი:
  1. ოსტეომა;
  2. ოსტეოიდური ოსტეომა და ოსტეობლასტომა (კეთილთვისებიანი ოსტეობლასტომა).
- ბ. ავთვისებიანი:
  1. ოსტეოსარკომა — ოსტეოგენური სარკომა;

2. იუკსტაკორტიკალური ოსტეოსარკომა — პარაოსალური ოსტეოსარკომა;

## II ხრტილ-ნარმომქმნელი სიმსივნეები:

- ა. კეთილთვისებიანი:
  1. ქონდრომა;
  2. ოსტეოქონდრომა — ძვალ-ხრტლოვანი ეგზოსტოზი;
  3. ქონდრობლასტომა (კეთილთვისებიანი ქონდრობლასტომა, ეპიფიზური ქონდრობლასტომა);
  4. ქონდრომიქსოიდური ფიბრომა.
- ბ. ავთვისებიანი:
  1. ქონდროსარკომა;
  2. იუკსტაკორტიკალური ქონდროსარკომა;
  3. მეზენქიმალური ქონდროსარკომა.

## III გიგანტურუჯრედოვანი სიმსივნე (ოსტეოკლასტომა).

## IV ძვალ-ტვინოვანი სიმსივნეები:

1. იუნგის სარკომა;
2. ძვლის რეტიკულოსარკომა;
3. ძვლის ლიმფოსარკომა;
4. მიელომა.

## V სისხლძარღვოვანი სიმსივნეები:

- ა. კეთილთვისებიანი:
  1. ჰემანგიომა;
  2. ლიმფანგიომა;
  3. გლომუსური სიმსივნე (გლომანგიომა).
- ბ. შუალედური:
  1. ჰემანგოიენდოთელიომა;
  2. ჰემანგიოპერიციტომა.
- გ. ავთვისებიანი
  1. ანგიოსარკომა.

## VI სხვა შემაერთებელ ქსოვილოვანი სიმსივნეები:

- ა. კეთილთვისებიანი:
  1. დესმობლასტიური ფიბრომა;
  2. ლიპომა.
- ბ. ავთვისებიანი:
  1. ფიბროსარკომა;

2. ლიპოსარკომა;
3. ავთვისებიანი მეზენქიმომა;
4. არადიფერენცირებული სარკომა.

VII სხვა სიმსივნეები:

1. ქონდრომა;
2. ადამანტინომა;
3. ნევრილეიმიომა (შვანომა, ნევრინომა);
4. ნეიროფიბრომა.

VIII არაკლასიფიცირებადი სიმსივნეები.

IX სიმსივნისმაგვარი წარმონაქმნები:

1. სოლიტარული ძვლოვანი კისტა (უბრალო ან ერთკამერიანი ძვლოვანი კისტა);
2. ანევრიზმული ძვლოვანი კისტა;
3. იუქსტარტიკულარული ძვლოვანი კისტა (ძვალშიგა განგლიონი);
4. მეტაფიზარული ძვლოვანი დეფექტი (არაოსტეოგენური ფიბრომა);
5. ეოზინოფილური გრანულომა;
6. ფიბროზული დისპლაზია;
7. მალსიფიცირებელი მიოზიტი;
8. ჰიპერპარათირეოიდიზმის დროს განვითარებული ნაცრისფერი სიმსივნე.

მეორადი (მეტასტაზური) სიმსივნეები ქვედა ყბაში იშვიათია, თუმცა შედარებით უფრო ხშირია ქალებში. ქვედა ყბაში მეტასტაზირებს ძუძუს, თირკმლის, ფილტვის, ღვიძლის, კუჭის, ფარისებრი ჯირკვლის, წინამდებარე ჯირკვლის, სწორი ნაწლავის კიბო და სხვა.

უნდა აღინიშნოს, რომ ქვედა ყბისათვის TNM საერთაშორისო კლასიფიკაცია არ არსებობს. TNM კლასიფიკაცია არსებობს ძვლების ყველა პირველადი ავთვისებიანი სიმსივნებისათვის, მიელომის, იუქსტორტიკალური ოსტეოსარკომის და იუქსტორტიკალური ქონდროსარკომის გარდა. ამისათვის მკურნალობის დაწყებამდე აუცილებელია სიმსივნის მორფოლოგიური ტიპის ჰისტოლოგიური დადასტურება.

### TNM კლინიკური კლასიფიკაცია

T – პირველადი სიმსივნე;

T<sub>x</sub> – პირველადი სიმსივნის შესაფასებლად საკმარისი მონაცემები არ არის;

T<sub>0</sub> – პირველადი სიმსივნე არ აღინიშნება;

T<sub>1</sub> სიმსივნე შემოსაზღვრულია ძვლის კორტიკალური შრით;

T<sub>2</sub> სიმსივნე გავრცელებულია ძვლის კორტიკალური შრის მიღმა;

### N – რეგიონული ლიმფური კვანძები

N<sub>x</sub> რეგიონული ლიმფური კვანძების შესაფასებლად საკმარისი მაცემები არ არის;

N<sub>0</sub> რეგიონული ლიმფური კვანძების მეტასტაზური დაზიანების ნიშნები არ არის;

N<sub>1</sub> რეგიონული ლიმფური კვანძების მეტასტაზური დაზიანება;

M – შორეული მეტასტაზები.

### G ჰისტოპათოლოგიური დიფერენცირება

G<sub>x</sub> დიფერენციაციის ხარისხი არ დგინდება;

G<sub>1</sub> მაღალდიფერენცირებული;

G<sub>2</sub> საშუალოდ დიფერენცირებული;

G<sub>3</sub> დაბალდიფერენცირებული;

G<sub>4</sub> არადიფერენცირებული.

ძვლების სიმსივნეების სტადიების მიხედვით დაჯგუფება ხორციელდება სიმსივნური პროცესის დიფერენცირების ხარისხის, პირველადი სიმსივნის გავრცელების ხარისხის და რეგიონალური მეტასტაზების გამოვლინების მიხედვით.

0 სტადია T<sub>is</sub> N<sub>0</sub>M<sub>0</sub>;

1 A სტადია G 1,2 T<sub>1</sub> N<sub>0</sub>M<sub>0</sub>;

1 B სტადია G 1,2 T<sub>2</sub>N<sub>0</sub>M<sub>0</sub>;

2 A სტადია G 3,4 T<sub>1</sub>N<sub>0</sub>M<sub>0</sub>;

2 B სტადია G 3,4 T<sub>2</sub>N<sub>0</sub>M<sub>0</sub>;

3 სტადია არ დგინდება;



4<sub>A</sub> სტადია ნებისმიერი G ნებისმიერი T N<sub>1</sub>M<sub>0</sub>.

4 B სტადია ნებისმიერი G ნებისმიერი T ნებისმიერი NM<sub>1</sub>.

**ქვედა ყბის ავთვისებიანი სიმსივნის მკურნალობის** სტრატეგიის შემუშავებისათვის საჭიროა გათვალისწინებული იქნეს სიმსივნის მორფოლოგიური შენება, დაავადების ლოკალიზაცია და გავრცელება, მეტასტაზების რაოდენობა, ლოკალიზაცია და ზომები. მკურნალობის მეთოდები მიზანშეწონილად ჩავთვალეთ განგვეხილა დაავადების სტადიების მიხედვით. ხაზგასმით უნდა აღინიშნოს, რომ ქვედა ყბის ავთვისებიანი სიმსივნეების მკურნალობას წინ უნდა უსწრებდეს პირის ღრუს სანაცია, რაც გამოიხატება კბილის ფესვებისა და მორყეული კბილების ექსტრაქციაში. ხოლო სხივური თერაპიის დაწყების წინ საჭიროა მოცილებული იქნეს მეტალის გვირგვინები, რათა თავიდან ავიცილოთ პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის დამწვრობა. დასხივება ტარდება ყოველდღიურად დისტანციური გამა აპარატის გამოყენებით, რომლის ჯამური დოზა არ აღემატება 50 გრეის. დასხივების ველის ზომები დგინდება პირველადი სიმსივნის ზომების და რეგიონული მეტასტაზირების გათვალისწინებით. მკურნალობის მეორე ეტაპზე ტარდება ქირურგიული მკურნალობა. რაც შეეხება ქვედა ყბის მეორადი კიბოს მკურნალობას, იგი ხორციელდება ისევე, როგორც პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის კიბოს დროს.

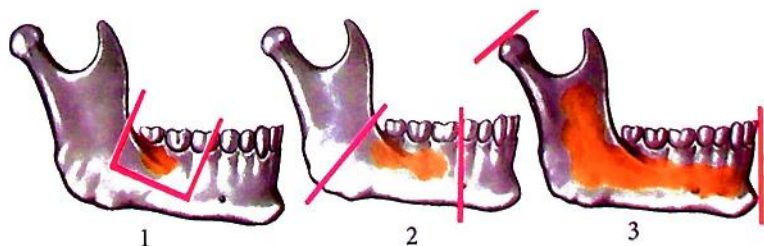
ქვედა ყბის კიბოს I სტადიის დროს მკურნალობა კომბინირებულია. პირველ ეტაპზე პაციენტი სხივდება 50 გრეის ოდენობით. ხოლო ორკვირიანი შესვენების შემდეგ, როცა ალაგებულია კანის და ლორწოვანი გარსის სხივური რეაქცია, საკითხი დგება ქირურგიული მკურნალობის შესახებ, რომლის მასშტაბი შემოიფარგლება ქვედა ყბის ნაწილობრივი რეზექციით. ოპერაციამდე საჭიროა მომზადდეს არტაშანი ან მონყობილობა ქვედა ყბის ფრაგმენტების სწორ მდგომარეობაში ფიქსაციისათვის. პროცესის გავრცელებიდან გამომდინარე აუცილებელია განისაზღვროს ირგვლივმყოფი ქსოვილების ამოკვეთის საზღვრები და აუცილებლობის შემთხვევაში დაიგეგმოს ამოკვეთილი ძვლოვანი ფრაგმენტის აღდგენის მეთოდი. ავადმყოფთა 5 წლიანი გამოჯანმრთელება ვარირებს 60-71%-მდე.

ქვედა ყბის კიბოს II სტადიის დროს მკურნალობა ასევე კომბინირებულია. სხივური თერაპიის პირველი ეტაპის დამთავრებიდან, სამკვირიანი ინტერვალის შემდეგ, ხორციელდება ქირურგიული მკურნალობა. რომლის მასშტაბი შემოიფარგლება ქვედა ყბის რეზექციით და ნიკაპქვეშა და ყბისქვეშა ლიმფური კვანძების ერთდროული ამოკვეთით. ავადმყოფთა 5 წლიანი გამოჯანმრთელება 35-41%-ს შეადგენს. აუცილებლობის შემთხვევაში ხორციელდება ქვედა ყბის ერთმომენტიანი პლასტიკა.

ქვედა ყბის კიბოს IVa სტადიის დროს მკურნალობა ასევე იწყება სხივური თერაპიით, რომლის ჯამური დოზა აღწევს 50 გრის, ხოლო მეორე ეტაპზე ხორციელდება გაფართოებულ-კომბინირებული ოპერაცია. იგი მოიცავს ქვედა ყბის ერთი ნახევრის რეზექციას ეგზარტიკულაციით, მიმდებარე ქსოვილებისა და კისრის ლიმფური კვანძების ამოკვეთით ერთ ბლოკში. დაკარგული ქსოვილების აღდგენა სრულდება კან-კუნთოვან-ძვლოვანი არტერიალიზირებული ნაფლეთების მეშვეობით, მიკროქირურგიული ტექნიკის გამოყენებით. ავადმყოფთა 5 წლიანი გამოჯანმრთელება 21-29%-ს შეადგენს.

ქვედა ყბის კიბოს IVb სტადიის მკურნალობა სიმპტომურია და, როგორც წესი, ხორციელდება ქიმიო, სხივური ან ქიმიო-სხივური თერაპიის გამოყენებით. მკურნალობის ეფექტურობა არ აღემატება 3%-ს.

ქვედა ყბის რეზექციის ვარიანტები სქემატურად წარმოდგენილია სურათზე №15



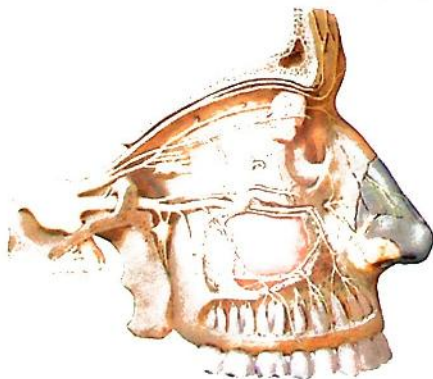
სურათი №15

## ზედა ყბის ავთვისებიანი სიმსივნეები

ონკოლოგიურ დაავადებათა შორის ზედა ყბის ავთვისებიანი სიმსივნეები 2-4%-ს შეადგენს. ეს პათოლოგია თანაბრად გვხვდება როგორც მამაკაცებში, ასევე ქალებში. ძირითადად ავადდებიან 40 წლის და მეტი ასაკის პაციენტები. თუმცა შესაძლოა იგი შეგვხვდეს ბავშვებში და ახალგაზრდა ასაკში. ყველაზე ხშირად სიმსივნური პროცესი ვითარდება ზედა ყბის წიაღის ამომფენი ეპითელიდან, მეორე ადგილზეა ცხავის ლაბირინთში განვითარებული სიმსივნეები და მესამე ადგილზე ცხვირის ღრუში არსებული ქსოვილებიდან წარმოქმნილი სიმსივნეები.

ვინაიდან ცხვირის ღრუ თავისუფლად უკავშირდება ირგვლივ მყოფ წიაღებს და იმყოფება მათთან მჭიდრო ანატომიურ ურთიერთკავშირში, ხშირად გაძნელებულია სიმსივნური წარმონაქმნის სანყისი ლოკალიზაციის დადგენა. განსაკუთრებით იმ შემთხვევებში, როდესაც სიმსივნე სწრაფად ვრცელდება ირგვლივმყოფ მეზობელ სტრუქტურებზე და გამოვლენისას უკვე მოიცავს რამდენიმე ანატომიურ წარმონაქმნს (ფ.თოდუა, დ.მიმინოშვილი, მ.ბერაია, ხ. გორდელაძე. 2001).

უნდა აღინიშნოს, რომ ზედა ყბა (maxilla) წყვილი ორგანოა. იგი განლაგებულია სახის ძვლოვანი ჩონჩხის წინა ზედა ნაწილში და უერთდება ერთმანეთს სახის მორჩის მეშვეობით (sutura palatina media). ზედა ყბის სისქეში მდებარეობს წიაღი (sinus maxillaris)



სურათი №1

(სურათი №1), რომლის შიგნითა ზედაპირი ლორწოვანი გარსითაა დაფარული და დაკავშირებულია ძვლისაზრდელასთან ლორწქვეშა შრის გარეშე. ზედა ყბისა და სახის ლიმფური სადინრები თავს იყრის ყბაყურა სანერწყვე ჯირკვლის, ყბისქვეშა და კისრის ღრმა ლიმფური კვანძების კოლექტორებში.

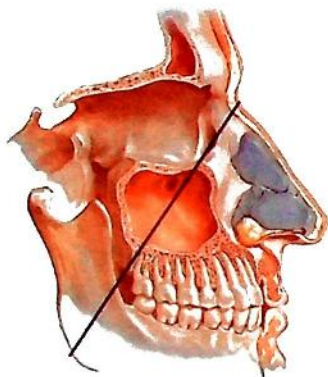
ზედა ყბის ავთვისებიანი სიმსივნის განვითარების ერთ-ერთ ეტიოლოგიურ ფაქტორად მიიჩნევენ ჰაიმორის წიაღის ქრონიკულ ანთებას, ტრავმას და სხვა. დაავადების აღმოცენების მიხედვით ზედა ყბაზე, ისევე როგორც ქვედა ყბაზე განარჩევენ პირველად და მეორად ავთვისებიან სიმსივნეებს. პირველადი სიმსივნეები ვითარდებიან საკუთრივ ძვლოვანი ქსოვილებიდან, ან ეპითელიური ოდონტოგენური კომპლექსებისგან (მალასეს კუნძულები), რომლებიც ძვალში რჩება მისი ემბრიონალური განვითარების პერიოდიდან. ხოლო მეორად ავთვისებიან სიმსივნეებს მიეკუთვნება ზედა ყბის ეთმოიდური წიაღის, მაგარი და რბილი სახის, ალვეოლური მორჩის ლორწოვანი გარსიდან განვითარებული სიმსივნეები (Авотин А.Я. 1974. Антонив В.Ф., Рабкин И.Х., Машарипов Р.Р. 1990).

ზედა ყბის კიბოსთვის დამახასიათებელია მრავალფეროვანი სიმპტომოკომპლექსი - ყრუ, შემანუხებელი, მუდმივი ხასიათის ტკივილი, ცხვირიდან სუნთქვის გაძნელება, ან ცხვირიდან ჩირქოვან-სისხლიანი გამონადენი, ცრემლდენა, ეგზოფთალმი და სახის რბილი ქსოვილების შეშუპება. ზედა ყბის კიბოს დროს ყველა სიმპტომი ერთდროულად არ არის გამოხატული, რაც მისი რთული ტოპოგრაფიულ-ანატომიური თავისებურებებით აიხსნება.

სწორედ ამიტომ, ავადმყოფთა უმრავლესობა, დაავადების პირველი სიმპტომების გამოვლენის შემდეგ მიმართავს ისეთი დარგის სპეციალისტებს, როგორცაა ლარინგოლოგი, სტომატოლოგი, ნევროპათოლოგი, ოფთალმოლოგი და სხვა. რის გამოც, ხანგრძლივი დროის განმავლობაში, ავადმყოფებს უტარდებათ ანთების საწინააღმდეგო ან ფიზიოთერაპიული მკურნალობა, ჰაიმორის წიაღის გამორეცხვა, კბილების ექსტრაქცია, რბილი ქსოვილების არეში არსებული სიმსივნური წარმონაქმნის გაკვეთა და სხვა. თუმცა ყოველი ჩატარებული მკურნალობა უშედეგოა და ავადმყოფი 3-6 თვის დაგვიანებით

მიმართავს სპეციალიზირებულ ონკოლოგიურ კლინიკას (Молоткова Н.Г. 1995, Joroisen M. 1996).

როგორც კლინიკურმა დაკვირვებებმა გვიჩვენა, ცხვირით სუნთქვის გაძნელება ავადმყოფთა 21%-ს, ტკივილი 20,4%, სახის დეფორმაცია კი ავადმყოფთა 23%-ს აღენიშნებათ. ჩირქოვანი ცუდი სუნის სისხლიანი გამონადენის არსებობას აღნიშნავს ავადმყოფთა 14,3%, რაც მიუთითებს სიმსივნის დაშლის პროცესზე. ცხვირიდან სისხლდენას 5-33%, კბილების მორყევას, გადანაცვლებას 3.5%. ავადმყოფთა 6,3%-ს აღენიშნებათ მხედველობის დარღვევა თვალის კაკლის წინ წამოწევის (ეგზოფთალმი) და მისი მოძრაობაში შეზღუდვის გამო.

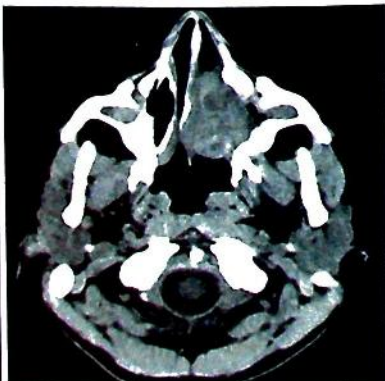


სურათი №2

ყველა ზემოთ ჩამოთვლილი სიმპტომების გამოვლენის ინტენსივობა დამოკიდებულია სიმსივნის ლოკალიზაციაზე და მისი ზრდის მიმართულებაზე. ზედა ყბის სიმსივნეების და მათი სიმპტომატიკის უკეთ წარმოჩენის მიზნით შვედი მეცნიერის Ohngren - მიერ ჰაიმორის წიაღი დაიყო ოთხ სეგმენტად - ორი პირობითად გატარებული ხაზის მეშვეობით,



სურათი №3



სურათი №4

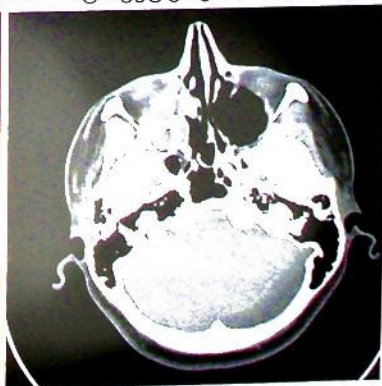
რომელთაგან ერთი მიმართულია ქვედა ყბის კუთხიდან თვალის მედიალურ კუთხემდე, ხოლო მეორე საგიტალური მიმართულებით. ესენია (სურათი №2) : 1. წინა ქვედა შიგნითა სეგმენტი. 2. წინა ქვედა გარეთა სეგმენტი. 3. ზედა შიგნითა სეგმენტი. 4. ზედა გარეთა სეგმენტი. დაავადების სიმპტომოკომპლექსის გამოვლინება უშუალოდ დამოკიდებულია სიმსივნის არსებობაზე ამა თუ იმ სეგმენტში.

სიმსივნის ლოკალიზაციისას ზედა ყბის წიაღის ქვედა შიგნითა სეგმენტში ადგილი აქვს ცხვირის გვერდითი კედლის დეფორმაციას და რღვევას. რის გამოც პროცესი ვრცელდება ცხვირის სავალში და ყალიბდება ცალმხრივი ჩირქოვანი რინიტის კლინიკური სურათი. ამ დროს აღინიშნება ცხვირიდან ცუდი სუნის მქონე გამონადენის არსებობა, თუმცა ყნოსვა შენარჩუნებულია. იწვევს რა, სიმსივნე ალვეოლური მორჩის წინა ნაწილის დესრტუქციას, ადგილი აქვს ძვლის შებერილობას (სურათი №4), კბილების პროგრესულ მორყევას და გადანაცვლებას; რომელთა ექსტაქციის შემდეგ ალვეოლა ამოივსება სიმსივნური ქსოვილით, რომელსაც სწრაფად მზარდი გრანულაციის სახე აქვს. ჰაიმორის ღრუს წინა კედლის დაზიანების შემთხვევაში გამოხატულია ლოყის შეშუპება, რაც განაპირობებს სახის ასიმეტრიას (სურათი №3).

სიმსივნის ლოკალიზაციისას ჰაიმორის წიაღის ქვედა გარეთა სეგმენტში დაავადება, როგორც წესი, უსიმპტომოდ მიმდინარეობს. ირღვევა რა, წიაღის ძვლოვანი სტრუქტურები, შესაძლოა



სურათი №5



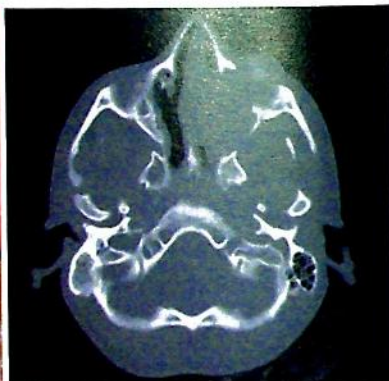
სურათი №6

აღინიშნოს სიმსივნის გავრცელება საფეთქლის ქვედა ფოსოში, პირის ღრუში, ცხვირის სავალში ან ლოყის არეში (სურათი №5,6). პროცესის პროგრესირებისას ადგილი აქვს სიმსივნის ზეწოლას ნერვულ სტრუქტურებზე, რაც განაპირობებს ქვედა ტუჩის პარესთეზიას, ხოლო მისი გავრცელებისას შიგნითა ფრთისებურ კუნთზე – ტრიზმის ჩამოყალიბებას.

სიმსივნის ლიკალიზაციისას ჰაიმორის ნიალის ზედა შიგნითა სეგმენტში იგი მოგვაგონებს ცხავის ლაბირინთიდან ყბის



სურათი №7

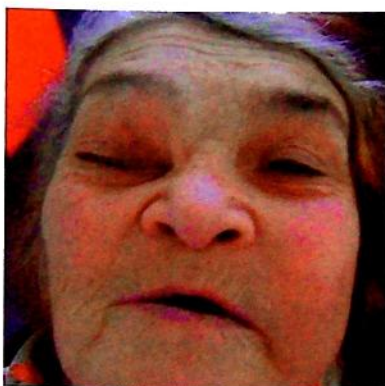


სურათი №8

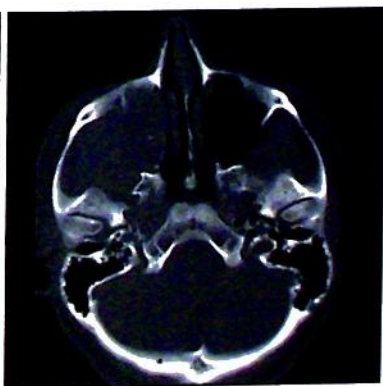
ძვალში ჩაზრდილი სიმსივნის კლინიკურ სურათს. საწყის ეტაპზე დაზიანების მხარეს ადგილი აქვს ცრემლ- დენას და ცხვირის სავალიდან ჩირქოვან-სისხლიანი გამონადენის არსებობას. რინოსკოპიით ცხვირის ღრუს ზედა ნაწილში აღინიშნება ჩირქოვანი ნადებით დაფარული სისხლმდენი გრანულაციები. დაავადების გამოვლინების პირველი ნიშანია ყნოსვის შეგრძნების დაქვეითება ან სრული დაკარგვა, რაც ყნოსვის ნერვის რეცეპტორების დაზიანების შედეგია. ამ ლოკალიზაციის სიმსივნეებს დაავადების გამოვლინებისთანავე ახასიათებს ტკივილისა და პარესთეზიის არსებობა სამწვერა ნერვის მეორე ტოტის არეში. სიმსივნური პროცესის შემდგომი ზრდა, იწვევს მის გავრცელებას თვალბუდეში, რომელიც

19,2-23% გვხვდება. ამის შედეგად აღინიშნება თვალის შიგნითა კუთხესთან არსებული რბილი ქსოვილების შეშუპება, ჰიპერემია და მეორადად განვითარებული დაკრიოციისტიტი. სიმსივნის საცრემლე პარკსა და არხში ჩაზრდის გამო, ადგილი აქვს თვალის კაკლის გადანაცვლებას, მისი მოძრაობის შეზღუდვას, სიელმეს, დიპლოპიას, მხედველობის დაქვეითებას, თვალბუდის ქვედა ნერვის ნევრალგიის სიმპტომების წარმოქმნას (სურათი №7,8).

ჰაიმორის წიაღის ზედა გარეთა სეგმენტის დაზიანებისას ავადმყოფები უჩივიან თავის ტკივილს, რაც განპირობებულია სიმსივნის ჩაზრდით წიაღის ძვლოვან სტრუქტურებში და მისი გავრცელებით ფრთა-სასის და საფეთქლის ქვედა ფოსოებში. ეს უკანასკნელი იწვევს ზეწოლას ვენოზურ წნულზე, რის გამოც ირღვევა სისხლის მიმოქცევა და ვითარდება რეტრობულბალური არის ლიმფოსტაზი, რაც გამოიხატება ქუთუთოების შეშუპებით და ქემოზის განვითარებით. (სურათი №9,10)



სურათი №9



სურათი №10

სიმსივნის ლოკალიზაციისას ზედა ყბის ალვეოლურ მორჩსა და მაგარი სასის ლორწოვან გარსზე დამახასიათებელია წვრილ-მარცვლოვანი, თეთრი ნადებით დაფარული ეროზიული და წყლულოვანი ზედაპირის მქონე სიმსივნური წარმონაქმნის





სურათი №11

არსებობა (სურათი №11), რომელსაც ახასიათებს ნელი, პროგრესული ინფილტრაციული ზრდა. სიმსივნე ვრცელდება რა რბილ სასაზე, გადადის მეორე მხარეზეც და იკავებს სასას და ალვეოლურ მორჩს მთლიანად.

ამრიგად, წარმოდგენილი მასალიდან ჩანს, რომ ზედა ყბის ავთვისებიანი სიმსივნეები ხასიათდებიან კლინიკური გამოვლინების მრავალფეროვნებით, რომლებიც შეიძლება გავაერთიანოთ ოთხ ძირითად ჯგუფში. პირველი

ჯგუფის სიმპტომები ოტორინოლარინგოლოგიურია, ესენია: ცხვირით სუნთქვის გაძნელება, სისხლიან-სეროზული გამონადენი, ყნოსვის დაქვეითება, ტკივილი წიაღის მიდამოში. მეორე – ნევროლოგიური, რომლის დროსაც აღინიშნება თავის ტკივილი, ნიროპათია, პარესთეზია და მგრძნობელობის მოშლა სახის არეში. მესამე – სტომატოლოგიური ამ დროს ადგილი აქვს კბილების ტკივილს და მორყევას, ტრიზმს და მეოთხე ოფთალმოლოგიური – რაც გამოიხატება მხედველობის დაქვეითებაში, გაორებაში და ეგზოფთალმის არსებობაში. ხშირად აღინიშნება ამ სიმპტომთა ორი ან სამი ჯგუფის ერთდროული, გადამკვეთი გამოვლინება (გ. ლოლელიანი, 1998 Markola A.T., Aronen H.J., Paavonen T. et al, 1996, Mukerij S.K., Castelijns J.A. et al. 2000.).

ზედა ყბის კიბოს დიაგნოსტიკა საკმაოდ რთულია. დიაგნოსტიკური შეცდომები 25.8%-ს აღემატება. ამიტომ ზედა ყბის ავთვისებიან სიმსივნეზე ეჭვის მიტანის შემთხვევაში საჭიროა განხორციელდეს თანმიმდევრული კლინიკო-მორფოლოგიური კვლევა, რომელიც იწყება სახის ვიზუალური დათვალიერებით, გარდამავალი ნაოჭის მდგომარეობის შეფასებით, დაავადებულ მხარეზე ცხვირის სავალიდან სუნთქვის ხარისხის განსაზღვრით. ამისთვის კი აუცილებელია პალპაციისა და რინოსკოპიის წარმოება.

წინა რინოსკოპია საშუალებას გვაძლევს მივიღოთ ინფორმაცია სიმსივნის გავრცელების შესახებ ჰაიმორის ღრუდან ცხვირის სავალში, დავადგინოთ მისი ზომები, აგებულება, ზრდის ფორმა და დამოკიდებულება ირგვლივ მდებარე ქსოვილებთან. ხოლო უკანა რინოსკოპიით ფასდება ცხვირ-ხახისა და ცხვირის ნიჟარების უკან არსებული სივრცის მდგომარეობა (დ.მიმინოშვილი, ხ. გორდელაძე. 2002, Ballenger J.J. Snow).B 1996).

ფიბროსკოპიის მეშვეობით შესაძლებელია ჰაიმორის ღრუს კიბოს ცხვირის სავალში და ცხვირ-ხახაში გავრცელების დადგენა. აღნიშნული მეთოდის გამოყენება ასევე იძლევა საშუალებას, ჩატარდეს ჰაიმოროსკოპია და შეფასდეს წიაღის დაზიანების მოცულობა. განისაზღვროს სიმსივნის ზრდის ფორმა და მისი დამოკიდებულება ირგვლივ მდებარე ქსოვილებთან. და რაც მთავარია, შესრულდეს დამიზნებითი ბიოფსია.

ზემოთ ჩამოთვლილი მეთოდები გავრცელებული სიმსივნეების შემთხვევაში ცხვირის სავალის სრული ობტურაციის გამო კარგავს აქტუალობას. ამ დროს განსაკუთრებით მნიშვნელობას იძენს რენტგენოლოგიური კვლევის მეთოდი (ნიკაპ-ცხვირის, გვერდითი და ნახევრადაქსიალური პროექციები). ფრონტალურ პროექციაში გადაღებული ტომოგრამა იძლევა საშუალებას, შევაფასოთ ძვლოვანი სტრუქტურების მდგომარეობა, განვსაზღვროთ ჰაიმორის წიაღის დაჩრდილვის ინტენსივობა და ირგვლივ მდებარე სტრუქტურებზე გავრცელება.

რადიოიზოტოპური დიაგნოსტიკის მეთოდი ემყარება რადიოაქტიური იზოტოპის თვისებას, დაგროვდეს დიდი რაოდენობით სიმსივნურ ქსოვილში, რაც მეტად მნიშვნელოვანია დაავადების ლოკალიზაციის და გავრცელების განსაზღვრისათვის (კ. გიორგაძე, 1986, — Барамидзе Т.Г. 1973, Колесникова Е.К.1995).

კომპიუტერული ტომოგრაფია იძლევა საშუალებას მივიღოთ ხრტილოვანი, კუნთოვანი, ცხიმოვანი და ა.შ. ქსოვილების ზუსტი გამოსახულება, დავადგინოთ სიმსივნის ზრდის ტენდენცია და განვსაზღვროთ ძვლოვანი სტრუქტურების დესტრუქციის ხარისხი. აღნიშნული მეთოდი უზრუნველყოფს გამოსახულების მიღებას სხვადასხვა ჭრილში, პათოლოგიური კერების ზომების

დადგენას და აუცილებლობის შემთხვევაში მისი სტრუქტურული თავისებურებების განსაზღვრას (Лопатин А.С., Арцыбашева М.В.1996).

მაგნიტურ-რეზონანსული კვლევით შესაძლებელია დაზუსტდეს სიმსივნური ქოვილის საზღვრები და სიმსივნის დამოკიდებულება როგორც რბილ ასევე ძვალოვან სტრუქტურებთან. უფრო მეტიც, მისი გამოყენებით შესაძლებელია კისრის ლიმფური კვანძების მდგომარეობის და მათი მაგისტრალურ სისხლძაღვებთან დამოკიდებულების შეფასება (Овчинников Ю.М., Добротин В.Е. 1997).

მკურნალობის სტრატეგიის დაგეგმარებაში გადამწყვეტ როლს ციტოლოგიურ და მორფოლოგიურ კვლევებს ანიჭებენ. ციტოლოგიური შესწავლისათვის მასალა შესაძლებელია მიღებულ იქნეს წიაღის პუნქციით, ტრეპანაციით ან ოპერაციის მეშვეობით. ერთეულ შემთხვევებში ციტოლოგიურ კვლევას აწარმოებენ წიაღიდან ჩამონარეცხი წყლების ანალიზის საფუძველზე.

ზედა ყბის ავთვისებიანი პროცესებისათვის დამახასიათებელი სიმპტომო კომპლექსის მრავალფეროვნება და მისი მსგავსება ქრონიკულად მიმდინარე ანთებით პროცესებთან და კეთილთვისებიან სიმსივნებთან წარმოქმნის დიფერენციალური დიაგნოსტიკის განხორციელების აუცილებლობას. აქედან გამომდინარე ზედა ყბის ავთვისებიანი პროცესების დიფერენცირება საჭიროა ისეთ დაავადებებთან, როგორცაა ქრონიკული ჰაიმორიტი, ქრონიკული ოდონტოგენური ოსტეომიელიტი, კისტა, ეოზინოფილური გრანულომა, ეპულისი, ოსტეომა, ადამანტინომა, ოსტეობლასტოკლასტომა.

კლინიკურად ქრონიკული ჰაიმორიტი გამოირჩევა ინტენსიური ჩირქოვანი გამონადენით, რომელიც ძლიერდება დილით. ამ დროს ზედა ყბის წიაღის წინა კედელი არ განიცდის დეფორმაციას, არ აღინიშნება კბილების მორყევა, ხოლო წიაღის პუნქციის შედეგად მიიღება ჩირქი.

ქრონიკული ოსტეომიელიტისათვის დამახასიათებელია ზედა ყბის საპროექციო არეში ერთი ან რამდენიმე ხვრელ-არხის არსებობა, ყრუ ხასიათის ტკივილი, რაც დაავადების ხანგრძლივ

მიმდინარეობაზე მიუთითებს. რენტგენოლოგიურად შესაძლოა ნანახი იქნეს ძვლოვანი ქსოვილის რეზორბცია ან სეკვესტრების არსებობა. აღნიშნული დაავადების დროს ყნოსვის გაძნელება ან დაქვეითება არ ვლინდება.

**ტუბერკულოზური და სიფილისური წყლულისათვის** დამახასიათებელია მკვეთრი მტკივნეულობა. კბილების მორყევა არ აღინიშნება, რენტგენოლოგიურად ძვლის რეზორბცია არ გვხვდება. უფრო მეტიც, რენტგენოლოგიურად დესტრუქციის ნაცვლად ძვლის გასქელებაა გამოხატული პერიოსტალური რეაქციის ხარჯზე. ციტოლოგიური კვლევით პრეპარატში მოჩანს ეპითელიოიდური გრანულომატოზური ანთების სურათი, რის გამოც საჭიროა სპეციფიური ბაქტერიოლოგიური კვლევის ჩატარება.

**ზედა ყბის აქტინომიკოზისათვის** დამახასიათებელია ხის კონსისტენციის ინფილტრატის არსებობა პირის ღრუს ლორწოვანზე ან კანზე, რომელსაც ციანოზური ელფერი აქვს. მისი გავრცელებისას რბილ ქსოვილებში წარმოიქმნება ხვრელ-არხები, რომლის შიგთავსის ციტოლოგიური კვლევით ვლინდება დრუზების არსებობა და დადებითი სეროლოგიური სინჯები.

**ეპულისი** წარმოდგენილია ეგზოფიტურად მზარდი სიმსივნური წარმონაქმნის სახით, რომელიც განლაგებულია ალვეოლური მორჩის ლორწოვან გარსზე, ძირითადად კბილის ირგვლივ არსებულ რბილ ქსოვილებში. პალპაციით უმტიკვნეულოა, შეხებით სისხლმდენია და დაფარულია თხელი თეთრი ფერის ნადებით. დიფერენციალური დიაგნოზი ეყრდნობა ანამნეზის მონაცემებსა და ციტოლოგიური კვლევის შედეგებს. სურათ №12-ზე წარმოდგენილია გიგანტურუჯრედოვანი ეპულისი.



სურათი №12

ჰაიმორის წიაღის ოსტეომა ხასიათდება ბავშვობიდან არს-

ებული სახის ასიმეტრიით, ამ დროს კბილების მორყევა არ აღინიშნება. სიმსივნის მფარავი ლორწოვანი გარსი შეუცვლელია, რენტგენოლოგიურად ფიქსირდება მკვეთრი კონტურების მქონე ჰომოგენური ჩრდილის არსებობა.

**ადამანტინომა** ხასიათდება ნელი, უმტკივნეულო ზრდით, რაც განაპირობებს ალვეოლური მორჩის დეფორმაციას. რენტგენოგრაფიაზე აღინიშნება ერთეული კეროვანი განათებული და მკვეთრად გამოხატული საზღვრების მქონე უსტრუქტურო ჩრდილის ან მრავლობითი კისტების არსებობა, რომლებიც ერთმანეთისაგან გამოყოფილი არიან სხვადასხვა სისქის ძვლოვანი ხიდაკებით. კბილთა მწკრივის დაზიანებას ადგილი არ აქვს.

ზედა ყბის კისტა ხასიათდება ალვეოლური მორჩის შებერილობით, რომელსაც ძვლის გამოხატული პერგამენტული ხმიანობა აქვს. საცდელი პუნქციის შედეგად მიიღება ქარვისებური სითხე, რომელიც გაჯერებულია ქოლესტერინის მარცვლებით. რენტგენოგრაფიაზე კისტოზურ ღრუს მკვეთრი კონტურები აქვს. რადიკულური კისტის დროს ღრუსკენ მიმართულია კბილის ფესვი, ხოლო ფოლიკულურის დროს – კისტის ღრუში მოჩანს რამდენიმე კბილის გვირგვინი.

ზედა ყბის ავთვისებიანი სიმსივნეებიდან ყველაზე ხშირად 68.9-82.8% გვხვდება ბრტყელუჯრედოვანი კიბო გარქოვანებით, რომელსაც დიფერენცირების ხარისხის მიხედვით ყოვენ მალალ, საშუალო და დაბალდიფერენცირებულ ფორმებად (Краевский Н.А., Смольяникова А.В., Саркисова Д.С 1993). იგი, როგორც წესი, ჰაიმორის წიაღის ამომფენი ლორწოვანი გარსის მეტაპლაზიის შედეგია, როდესაც ცილინდრული ეპითელი გარდაიქმნება ბრტყელუჯრედოვანად. ზედა ყბის წიაღში ასევე შესაძლოა განვითარდეს მუკოეპიდერმოიდული სიმსივნე, ცილინდრულუჯრედოვანი კიბო ან ადენოკარცინომა, რომელიც წარმოიქმნება ლორწქვეშა შრეში არსებული მცირე სანერწყვე ჯირკვლების ეპითელიდან. აღნიშნულ მიდამოში ასევე შესაძლებელია დიაგნოსტირებული იქნეს ლიმფოსარკომა, ოსტეოსარკომა, ქონდროსარკომა, ანგიოსარკომა და სხვა. ზედა ყბის ალვეოლარულ მორჩზე ან მაგარ სასაზე უფრო ხშირია

ბრტყელუჯრედოვანი კიბო გარქოვანებით და მცირე სანერწყვე ჯირკვლებიდან განვითარებული ადენოკარცინომა, ცილინდრომა, მუკოეპიდერმოიდული და მალიგნიზირებული შერეული სიმსივნეები. აღნიშნული სიმსივნეები კლასიფიცირდება ეპითელურ და არაეპითელურ სიმსივნეებად:

#### I ეპითელური სიმსივნეებია:

1. ბრტყელუჯრედოვანი კარცინომა;
2. ადენოკარცინომა;
3. მუცინოზური ადენოკარცინომა;
4. ადენოკისტოზური კარცინომა;
5. ცილინდრომა;
6. მუკოეპიდერმოიდული კარცინომა;
7. არადიფერენცირებული კიბო.

#### II არაეპითელური სიმსივნეებია:

1. ლიმფოსარკომა;
2. ოსტეოსარკომა;
3. ქონდროსარკომა;
4. ანგიოსარკომა;
5. რაბდომიოსარკომა;
6. ნეიროსარკომა;
7. შვანომა;
8. მიქსომა;
9. ესთეზიონეირობლასტომა;
10. მელანომა.

ზედა ყბაში შესაძლოა ადგილი ჰქონდეს სხვადასხვა ორგანოებიდან კერძოდ, სათესლე ჯირკვლის ან ფილტვის ავთვისებიანი სიმსივნეებიდან განვითარებული მეტასტაზების არსებობას (Phillips C.D., Fütterer S.F., Lipper M.H. et al.1997).

ზედა ყბის ეპითელური ავთვისებიანი სიმსივნის მეტასტაზირება რეგიონალურ ლიმფურ კვანძებში საშუალოდ 15-30%-ს შეადგენს, შორეულ ორგანოებში შედარებით იშვიათია, 3,4-9%-ია. რეგიონული მეტასტაზების 90-95%-ი აღენიშნებათ ბრტყელუჯრედოვანი

კიბოს მქონე პაციენტებს. შორეული მეტასტაზირება ძირითადად ახასიათებს აცინოზურუჯრედოვან კიბოს (ცილინდრომა) და არაეპითელური წარმოშობის სიმსივნეებს (Вороных Ю.И., Саранцева И.П 1982).

ზედა ყბის ავთვისებიანი სიმსივნეების კლინიკური სტადიები განისაზღვრება სიმსივნის ზომის, მისი გავრცელების და რეგიონული ლიმფური კვანძების მდგომარეობის მიხედვით.

I სტადია — მცირე ზომის სიმსივნე (2სმ-მდე), შემოსაზღვრული ჰაიმორის ნიალის ფარგლებში, ძვლოვანი კედლების დესტრუქციის გარეშე, მეტასტაზები კისრის ლიმფურ კვანძებში არ აღინიშნება.

II სტადია — სიმსივნე (4სმ-მდე) განლაგებულია ჰაიმორის ნიალში, გადადის მის ძვლოვან კედლებზე, იწვევს რა მათ კეროვან დესტრუქციას. თუმცა, არ სცილდება მისი ძვლოვანი სტრუქტურის საზღვრებს. მეტასტაზები კისრის ლიმფურ კვანძებში არ აღინიშნება.

III სტადია - იყოფა A და B ქვესტადიებად. A) სიმსივნე (4სმ მეტი) არღვევს ჰაიმორის ნიალის ძვლოვან კედლებს და გამოდის მისი საზღვრებიდან. ვრცელდება პირის და ცხვირის ღრუში, ცხავის ლაბირინთში, თვალბუდეში ან ფრთა-სასის ფოსოში. რეგიონალურ მეტასტაზირებას ადგილი არ აქვს. B) სტადია სიმსივნე არ სცილდება ჰაიმორის ნიალის საზღვრებს, მაგრამ აღინიშნება ერთეული მეტასტაზები რეგიონულ ლიმფურ კვანძებში (ხახის უკანა და გვერდით, ყბის ქვეშა და კისრის ლიმფურ კვანძებში).

IV სტადია - იყოფა A და B ქვესტადიებად. A) სიმსივნე ვრცელდება ზედა ყბის საზღვრებს გარეთ, ჩაზრდილია სახის კანში, ყვრიმალის ძვალში, საღეჭ კუნთებში, ცხვირის ღრუში, ორბიტაში ან ფრთა-სასის ფოსოში და ადგილი აქვს უძრავი მეტასტაზების არსებობას ყბისქვეშა და კისრის ლიმფურ კვანძებში. B) სტადია სიმსივნე არ სცილდება ჰაიმორის ნიალის საზღვრებს და აღინიშნება უძრავი, ფიქსირებული რეგიონული ან შორეული მეტასტაზების არსებობა.

ზედა ყბის ავთვისებიანი სიმსივნის მკურნალობის სტრატეგიის შემუშავებისათვის საჭიროა გათვალისწინებული იქნეს სიმსივნის მორფოლოგიური შენება, მისი დიფერენცირება,

დაავადების ლოკალიზაცია და გავრცელება, ძვლოვანი კედლების დესტრუქციის ხარისხი, მეტასტაზების რაოდენობა, ლოკალიზაცია და ზომები. ვინაიდან ზედა ყბის სიმსივნეების 86%-ს წარმოადგენს ბრტყელუჯრედოვანი კიბო, მიზანშეწონილად ჩავთვალეთ განგვეხილა ბრტყელუჯრედოვანი კიბოს მქონე პაციენტთა მკურნალობის მეთოდები დაავადების სტადიების მიხედვით. ხაზგასმით უნდა აღინიშნოს, რომ მკურნალობის წინ აუცილებელია ჩატარდეს პირის ღრუს სანაცია. ოპერაციის წინ კი დამზადდეს ობტურაციული პროტეზი, რომელიც საშუალებას იძლევა პირის ღრუ გავმიჯნოთ ზედა სასუნთქი გზებისაგან.

ზედა ყბის კიბოს I სტადიის დროს მკურნალობის სტრატეგია განისაზღვრება სიმსივნის დიფერენცირებით ხარისხით. დაბალდიფერენცირებული სიმსივნეების შემთხვევაში მკურნალობა იწყება პოლიქიმიოთერაპიით – პლატინამის, მეტოტრექსატის, 5 — FU და ვინბლასტინის გამოყენებით, რომელიც ხორციელდება სამი კურსის ოდენობით. დადებითი შედეგის მიღწევის შემდეგ მკურნალობა გრძელდება სხივური თერაპიის მეშვეობით. მაღალდიფერენცირებული სიმსივნეების დროს ნაჩვენებია სხივური თერაპიის ჩატარება წყვეტილი კურსით. პირველ ეტაპზე პაციენტი სხივდება 40 გრეის ოდენობით, ხოლო მეორეზე ორკვირიანი შესვენების შემდეგ 30 გრეის ოდენობით. დასხივების დღიური დოზა შეადგენს 2 გრეის, ხოლო ჯამური დოზა არ აღემატება 70 გრეის. სხივური თერაპიის პირველი ეტაპის დამთავრებიდან სამკვირიანი ინტერვალის შემდეგ ხდება მკურნალობის შედეგების შეფასება, რომელიც ეფუძნება სუბიექტური და ობიექტური მონაცემების ანალიზს. კონსერვატიული თერაპიის არაეფექტურობის შემთხვევაში საკითხი დგება ქირურგიული მკურნალობის შესახებ, რომლის მასშტაბი შემოიფარგლება ჰაიმოროტომიით. ავადმყოფთა 5 წლიანი გამოჯანმრთელების მაჩვენებელი 65%-დან 71%-მდე ვარიირებს.

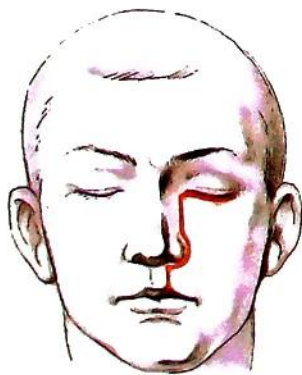
ზედა ყბის კიბოს II სტადიის დროს მკურნალობის სტრატეგია ანალოგიურია. იგი კომბინირებული ან კომპლექსურია, რაც დამოკიდებულია სიმსივნის დიფერენცირების ხარისხზე და მის რადიომგრძნობელობაზე. დაბალ-დიფერენცირებული



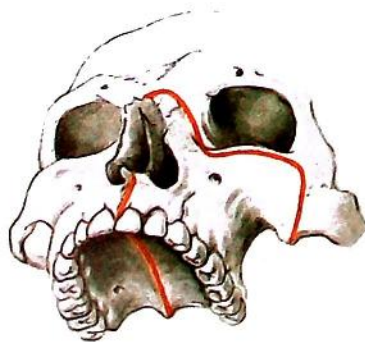
სიმსივნეების დროს მკურნალობა იწყება პოლიქიმიოთერაპიით, ზემოთ წარმოდგენილი სქემის მიხედვით, რომელიც შემდგომში გრძელდება სხივური თერაპიით. მაღალდიფერენცირებული სიმსივნეების შემთხვევაში მკურნალობა იწყება სხივური თერაპიით, კონსერვატიული თერაპიის პირველი ეტაპის დამთავრებისთანავე ხდება მკურნალობის შედეგების შეფასება, რომელიც ეფუძნება სუბიექტური, ობიექტური, ფიბროსკოპიული, რენტგენოლოგიური და კომპიუტერული ტომოგრაფიის მონაცემების ანალიზს. სიმსივნის რეგრესიისას 70 და მეტი პროცენტით მეორე ეტაპზე გრძელდება სხივური თერაპია რადიკალური პროგრამით — 70 გრემდე. ხოლო კონსერვატიული თერაპიის ნაკლებად ეფექტურობის შემთხვევაში ხორციელდება ქირურგიული მკურნალობა. რომლის მასშტაბი შემოიფარგლება ჰაიმოროტომიით, სიმსივნის ფართო ამოკვეთით, ზედა ყბის ერთი ან რამდენიმე კედლის ელექტრორეზექციით. ავადმყოფთა 5 წლიანი გამოჯანმრთელება 54%-დან 59%-მდეა.

ზედა ყბის კიბოს III A სტადიის დროს მკურნალობა კომბინირებულია. დაბალდიფერენცირებული სიმსივნეების დროს მკურნალობა იწყება პოლიქიმიოთერაპიით, რომელიც შემდგომში გრძელდება სხივური თერაპიით.

მაღალდიფერენცირებული სიმსივნეების შემთხვევაში მკურნალობა იწყება სხივური თერაპიით. პირველ ეტაპზე



სურათი №13



სურათი №14

სხივური თერაპიის ჩატარების შემდეგ ტარდება მეორე ეტაპი ქირურგიული მკურნალობა, რომლის მასშტაბი მოიცავს ზედა ყბის ელექტრორეზექციას მიმდებარე ქსოვილებთან ერთად. სურათზე №13 წარმოდგენილია განაკვეთი ზედა ყბის რეზექციის დროს, ხოლო სურათზე №14 მონიშნულია ზედა ყბის ამოსაკვეთი ძვლოვანი სტრუქტურების მასივი. ზედა ყბის ავთვისებიანი სიმსივნეების შემთხვევაში პროფილაქტიკური ლიმფოდისექცია არ ხორციელდება. ავადმყოფთა 5 წლიანი გამოჯანმრთელება 41%-დან 52%-მდეა.

III B სტადიის დროს დაბალდიფერენცირებული სიმსივნეების შემთხვევაში მკურნალობა იწყება პოლიქიმიოთერაპიით, რომელიც შემდგომში გრძელდება სხივური თერაპიით. მაღალდიფერენცირებული სიმსივნეების შემთხვევაში მკურნალობა იწყება სხივური თერაპიით, რომლის ჩატარების შემდეგ სრულდება მეორე ეტაპი – ქირურგიული მკურნალობა. ოპერაციის მასშტაბი მოიცავს ზედა ყბის ელექტრორეზექციას მიმდებარე ქსოვილების და კისრის ლიმფური კვანძების ამოკვეთას. ავადმყოფთა 5 წლიანი გამოჯანმრთელება 30.6%-დან 33.9%-მდეა.

ზედა ყბის კიბოს IV A სტადიის დროს მკურნალობა კომპლექსურია. დაბალდიფერენცირებული სიმსივნეების შემთხვევაში მკურნალობა იწყება პოლიქიმიოთერაპიით, რომელიც შემდგომში გრძელდება სხივური თერაპიით. მაღალდიფერენცირებული სიმსივნეების შემთხვევაში მკურნალობა იწყება სხივური თერაპიით, რომლის ჩატარების შემდეგ სრულდება მეორე-ეტაპი ქირურგიული მკურნალობა. ოპერაციის მასშტაბი მოიცავს ზედა ყბის და მიმდებარე ორგანოების ელექტრორეზექციას და კისრის ლიმფური კვანძების ერთდროულ ამოკვეთას. ავადმყოფთა 5 წლიანი გამოჯანმრთელება 7%-ს არ აღემატება.

ზედა ყბის კიბოს IV B სტადიის მკურნალობა სიმპტომურია, რომლისთვისაც გამოიყენება ქიმიო, სხივური თერაპია ან მათი კომბინაცია.

ზედა ყბაზე არსებული სიმსივნური პროცესების გამო ჩატარებული ოპერაციის შემდეგ აუცილებელი ხდება ზედა ყბის პროტეზირება – იგი რთული პროტეზირების ერთ-ერთი სახეა. მისი დანიშნულებაა მნიშვნელოვნად შეამციროს პოსტოპერაციულ პერიოდში განვითარებული სახის დეფორმაცია, აღადგინოს კბილთა მწკრივის მთლიანობა და გამიჯნოს პირის ღრუ ზედა სასუნთქი ორგანოებისაგან (Ольшанский В.О., Габрибов Г.А., Сдвижков А.М. и др.1991).

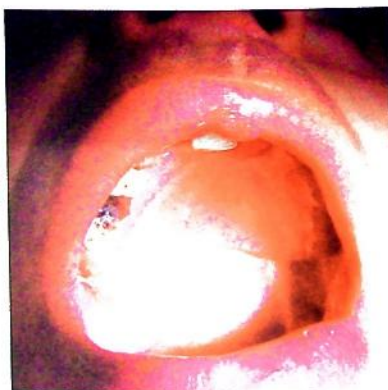


სურათი №15

სურათზე №15 წარმოდგენილია ზედა ყბაზე არსებული სიმსივნური წარმონაქმნის გამო ჩატარებული ოპერაციის შემდგომი დეფექტი. სურათი №16 - ობტურაციული პროტეზი. სურათი №17 - ობტურაციული პროტეზის მეშვეობით პირის ღრუ გამიჯნულია ზედა სასუნთქი ორგანოებისაგან.



სურათი №16



სურათი №17

## სანერწყვე ჯირკვლის სიმსივნეები

სანერწყვე ჯირკვლის ავთვისებიანი სიმსივნეები ყველა ავთვისებიანი სიმსივნის 0.5-1.5%-ს შეადგენს. თავისა და კისრის ონკოლოგიურ დაავადებებს შორის მისი ხვედრითი წონა 43%-ს აღწევს. აღნიშნული სიმსივნეების ძირითადი ნაწილი (88%-ი) ლოკალიზდება ყბაყურა, ყბისქვეშა და ენის ქვეშა წყვილ სანერწყვე ჯირკვლებში. რომელთაგან 95%-ს აქვს ეპითელური ბუნება. რაც შეეხება არაეპითელურ სიმსივნეებს, მათი სიხშირე 3%-ს არ აღემატება.

კეთილთვისებიან ეპითელურ სიმსივნეებს მიეკუთვნება სხვადასხვა სახის ადენომები, არაეპითელურს – ჰემანგიომა, ლიმფანგიომა, ხოლო ავთვისებიან სიმსივნეებს – ეპითელიდან წარმოქმნილი კარცინომები და შემაერთებული ქსოვილიდან განვითარებული სიმსივნეები ანუ სარკომები. დიდ სანერწყვე ჯირკვლებში უფრო ხშირად გვხვდება კეთილთვისებიანი სიმსივნეები (60%) მაშინ, როცა მცირე სანერწყვე ჯირკვლებში პრევალირებს ავთვისებიანი პროცესების არსებობა (Белоус Т.А.1978, Абдулин Д.А. 1986).

ყბაყურა სანერწყვე ჯირკვალი ძირითადად მდებარეობს ქვედა ყბის უკანა ფოსოში, ნაწილობრივ ვრცელდება მკერდ-ლავინ-დვრილისებრი კუნთის წინა კიდეზე და ქვედა ყბის ასწვრივი ტოტის გარეთა ზედაპირზე (სურათი №1). იგი ყველა მხრიდან ნაზი კაფსულითაა დაფარული, რომელიც ყოფს ჯირკვალს



სურათი №1

ცალკეულ წილაკებად. მასში განარჩევენ ზედა, ქვედა, წინა და უკანა პოლუსებს და ხახის მორჩს. ყბაყურა სანერწყვე ჯირკვლის სისქეში განლაგებულია გარეთა საძილე არტერია, გარეთა საულლე ვენა და სახის ნერვი, რომელიც წარმოქმნის ყბაყურა წნულს და სახის მიმიკური კუნთების ინერვაციას განაპირობებს. ჯირკვლის სადინარი იხსნება პირის ღრუში ზედა მეორე მოლარის საპროექციოდ, რომლის დიამეტრი 3მმ-ს არ აღემატება.

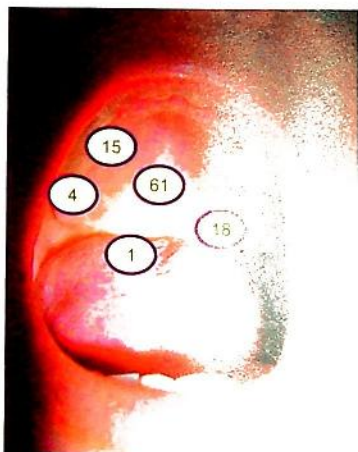
ყბისქვეშა სანერწყვე ჯირკვალი განლაგებულია ყბისქვეშა სამკუთხედში, რომელიც შექმნილია ქვედა ყბის კიდიტ და ორმუცელა კუნთის მედიალური და ლატელარული ფეხებით. მისი სადინარი იწყება ჯირკვლის მედიალურ ზედაპირზე და იხსნება პირის ღრუს ლორწოვან გარსზე არსებულ ენისქვეშა კორძზე.

ენისქვეშა სანერწყვე ჯირკვალი ლოკალიზებულია უშუალოდ პირის ღრუს ფსკერის ლორწოვანი გარსის ქვეშ, ქვედა ყბის, ნიკაპ-ენის, ნიკაპ-ინის და ყბა-ინის კუნთებს შორის. მისი სადინარი ასევე იხსნება პირის ღრუს ლორწოვან გარსზე არსებულ ენისქვეშა კორძზე.

მცირე ანუ პატარა სანერწყვე ჯირკვლების სიმსივნეების სიხშირე არ აღემატება 12%-ს, ისინი მრავლადაა განლაგებული პირის ღრუს, პირ-ხახის, ზედა სასუნთქი გზების, მაგარი და რბილი სასის უკანა მესამედის, რბილი სასის, ლოყის და ცხვირის ირგვლივ არსებული წიაღების ლორწოვანი გარსის სისქეში. მცირე სანერწყვე ჯირკვლების პარენქიმას აქვს წილაკოვანი შენება. იგი წარმოდგენილია უჯრედთა გროვებით, რომლებიც ერთმანეთისგან შემაერთებულქსოვილოვანი ტიხრებითაა გამოყოფილი. მათი გამომტანი სადინრები პერფორირებენ ლორწოვან გარსს და იხსნებიან მის ზედაპირზე.

ალსანიშნავია, რომ დიდი სანერწყვე ჯირკვლების სიმსივნეები თითქმის თანაბარი სიხშირით გვხვდება 30-60 ასაკის ქალებსა და მამაკაცებში და ერთეულ შემთხვევაში ახალშობილებშიც კი. როგორც წესი, ეს სიმსივნეები წარმოიქმნება მხოლოდ ცალმხრივად, თანაბრად მარჯვნივ და მარცხნივ.

რაც შეეხება მცირე სანერწყვე ჯირკვლების სიმსივნეებს, იგი შეიძლება განვითარდეს პირის ღრუს ნებისმიერ ანატომიურ ნაწილში. თუმცა ყველაზე ხშირად გვხვდება მაგარ სასაზე (61%), მაგარი და რბილი სასის საზღვარზე (18%), ზედა ყბის ალვეოლურ მორჩსა და მაგარ სასას შორის არსებულ ლორწოვანზე (15%),



სურათი №2

იშვიათად ენაზე და ზედა სასუნთქი გზების ლორწოვან გარსზე – ცხვირის ღრუში, ცხვირ-ხახაში, პირ-ხახაში და ხორხში (სურათი №2).

სანერწყვე ჯირკვლების სიმსივნეების დიაგნოსტიკაში შეცდომები ხშირია (40%), რადგან ავადმყოფები მიმართავენ სხვადასხვა დარგის სპეციალისტებს – ქირურგებს, სტომატოლოგებს, ნევროპათოლოგებს, თერაპევტებს, ოტორინოლარინგოლოგებს, იშვიათად ონკოლოგებს. არასწორი დიაგნოზის დადგენა ხშირად გაპირობებულია არა-

სრულფასოვნად შეკრებილი ანამნეზით, სხვადასხვა სიმსივნეების კლინიკური მიმდინარეობის მსგავსებით და თანამედროვე კვლევის მეთოდების იგნორირებით (Иосава В.О. 1967).

სანერწყვე ჯირკვლების სიმსივნეების დიფერენციარული დიაგნოსტიკა საჭიროა გატარდეს კისტეტან, ანთებით პროცესებთან და ისეთ სპეციფიურ დაავადებასთან, როგორც არის ტუბერკულოზი. ყბაყურა სანერწყვე ჯირკვალში არსებული ლიმფური კვანძის ტუბერკულოზური დაზიანება, უპირატესად მისი ინკაფსულირებული ფორმა, კლინიკურად და რენტგენოლოგიურად არ განსხვავდება კეთილთვისებიანი სიმსივნეებისაგან. მისი დიფერენცირება შესაძლებელია მხოლოდ ციტოლოგიური მეთოდის გამოყენებით (Кондратьевы Т.Т., Петрова А.С. 1977, Ромачева И.Ф., Юдин Л.А. Афональев В.В.1983, Кондратьева Т.Т.1988.).

სანერწყვე ჯირკვლების სიმსივნეების დიაგნოსტიკა ეფუძნება როგორც რუტინული, ასევე სპეციფიური კვლევის მეთოდების ანალიზს. აღსანიშნავია, რომ დეტალურად შეკრებილი ანამნეზი დაავადების წარმოშობის, სიმსივნის ზრდის, არსებობის ხანგრძლივობისა და მიმდინარეობის თავისებურების შესახებ, ხშირად იძლევა ობიექტურ ინფორმაციას ახალწარმონაქმნის ტიპზე. პალპაციით დგინდება სიმსივნის კონსისტენცია, ზომები, გავრცელების სიღრმე და საზღვრები, მისი მოძრაობის ხარისხი,

ურთიერთობა ირგვლივ მყოფ ქსოვილებთან. ისაზღვრება სიმსივნის დამოკიდებულება კანთან, ყურის ნიჟარასთან, დვრილისებურ მორჩთან, ქვედა ყბასთან. დიდი სანერწყვე ჯირკვლების სიმსივნეების არსებობის შემთხვევაში ასევე საჭიროა დათვალეირდეს პირის ღრუ, შეფასდეს პირის გალების ხარისხი და სახის ნერვის მდგომარეობა. კლინიკური დიაგნოზი ეფუძნება ყველა სუბიექტური და ობიექტური მონაცემების და ციტოლოგიური კვლევის ანალიზს. აღნიშნული მეთოდი ონკოლოგიური თვალსაზრისით უსაფრთხოა, არ იწვევს სიმსივნის ზრდის ტემპის მატებას ან მის გენერალიზაციას (Краевский Н.А., Белоус Т.А., Литвинова Л.В. 1982, Morinaga Sh., Nakajima T., Shimasato I. 1997 Tonelli L 1996).

დაავადების გავრცელების, შენების და ირგვლივ მდებარე ქსოვილებთან ურთიერთობის შესახებ ინფორმაციის მისაღებად მნიშვნელოვანია ულტრაბგერითი კვლევის წარმოება. მისი მეშვეობით შესაძლებელია განისაზღვროს არა მარტო პირველადი სიმსივნის და რეგიონული მეტასტაზების მდგომარეობა, არამედ დადგინდეს სუბკლინიკური და რეალიზებული მეტასტაზების ლოკალიზაცია, ზომები და რაოდენობა (Мальчикова Л.И.1984).

უახლესი სამედიცინო ტექნოლოგიის დანერგვამ შექმნა ახალი პერსპექტივები სანერწყვე ჯირკვლის სიმსივნური დაავადებების დიაგნოსტიკაში. კერძოდ, კომპიუტერული ტომოგრაფიის და მაგნიტურ-რეზონანსული გამოკვლევის მეშვეობით შესაძლებელი გახდა დიდი სიზუსტით დადგინდეს სიმსივნის ზომა, მდებარეობა, კაფსულის მდგომარეობა, ხოლო მისი მთლიანობის დარღვევის შემთხვევაში, განისაზღვროს ურთიერთობა ირგვლივ მდებარე ქსოვილებთან და სხვა ანატომიურ სტრუქტურებთან, საღეჭ კუნთთან, ქვედა ყბის ძვალთან, გარეთა სასმენ მილთან და სხვა (Morinaga Sh., Nakajima T., Shimasato I. 1997, Shirikhande S.S., Talvalkar G.V.1995 Mundnich K.,1998).

დღეისათვის საერთაშორისო ჰისტოლოგიური კლასიფიკაციით (Seifert) გამოყოფენ შემდეგ კეთილთვისებიან და ავთვისებიან სიმსივნეებს - ადენომებს, კარცინომებს, არაეპითელიურ სიმსივნეებს, ავთვისებიან ლიმფომებს, არაკლასიფიცირებად სიმსივნეებს, მეორად სიმსივნეებს. ხოლო მორფოლოგიური შენების მიხედვით განარჩევენ მათ შემდეგ სახესხვაობებს:

## 1. ადენომები:

- 1) პლემორფული ადენომა;
- 2) მონომორფული ადენომა;
  - ა) მიოეპითელიომა;
  - ბ) ადენოლიმფომა;
  - გ) ონკოციტომა;
  - დ) კანალიკულარული ადენომა;
  - ე) ცხიმოვანი ადენომა;
  - ვ) სადინრის ადენომა;
  - ზ) სადინრის ინველტრირებული ადენომა;
  - თ) სიალოადენომა;
  - ი) ცისტადენომა;
  - კ) პაპილარული ცისტადენომა;
  - ლ) მუცინოზური ცისტადენომა.

## 2. კარცინომები :

1. აცინოზურ უჯრედოვანი კარცინომა;
2. მუკოეპიდერმოიდული კარცინომა;
3. ადენოკისტოზური კარცინომა;
4. პოლიმორფული დაბალდიფერენცირებული ადენოკარცინომა;
5. ეპითელიალურმიოეპითელიარული კარცინომა;
6. ბაზალურუჯრედოვანი ადენოკარცინომა;
7. პაპილარული ადენოკარცინომა;
8. მუცინოზური ადენოკარცინომა;
9. ონკოციტარული ადენოკარცინომა;
10. სანერწყვე სადინრის კარცინომა;
11. ადენოკარცინომა;
12. ავთვისებიანი მიოეპითელიომა;
13. კარცინომა პლემორფულ ადენომაში;
14. ქერცლოვან უჯრედოვანი კარცინომა;
15. წვრილუჯრედოვანი კარცინომა;
16. არადიფერენცირებული კარცინომა.

გარდა ზემოთ წარმოდგენილი კეთილთვისებიანი და ავთვისებიანი სიმსივნეებისა სანერწყვე ჯირკვლებში ასევე გვხვდება:



## სიმსივნისმაგვარი დაზიანებები:

1. სიალოდენოზი;
2. ონკოციტოზი;
3. ნეკროზული მეტაპლაზია;
4. კეთილთვისებიანი ლიმფოეპითელიარული დაზიანება;
5. სანერწყვე ჯირკვლის კისტა;
6. ყბისქვეშა ჯირკვლის ქრონიკული მასკულეოზირებელი სიალოდენიტი; (კიუტნერის სიმსივნე);
7. AIDS კისტოზურ-ლიმფოიდური ჰიპერპლაზია.

მკურნალობის სწორი სტრატეგიის შემუშავებისათვის, გარდა მორფოლოგიური მონაცემებისა, აუცილებელია გათვალისწინებული იქნეს დაავადების ისეთი კლინიკური მახასიათებლები, როგორიცაა სიმსივნის ზომა, ლოკალიზაცია, გავრცელება და რეგიონული ლიმფური კოლექტორის მდგომარეობა. აღნიშნულ მონაცემთა ობიექტურად წარმოჩენის მიზნით 2002 წელს მოწოდებული იქნა საერთაშორისო TNM კლინიკური კლასიფიკაცია, რომლის თანახმად:

T – აღნიშნავს პირველად სიმსივნეს;

T<sub>x</sub> – პირველადი სიმსივნის შესაფასებლად საკმარისი მონაცემები არ არის;

T<sub>0</sub> – პირველადი სიმსივნის არსებობის ნიშნები არ არის;

T<sub>1</sub> 2 სმ-მდე ზომის სიმსივნე ექსტრაპარენქიმული გავრცელების გარეშე;

T<sub>2</sub> 2 - დან 4 სმ-მდე ზომის სიმსივნე ექსტრაპარენქიმული გავრცელების გარეშე;

T<sub>3</sub> 4-დან 6-სმ.-დე ზომის სიმსივნე და /ან ექსტრაპარენქიმული გავრცელების სიმსივნე;

T<sub>4a</sub> სიმსივნე ჩაზრდილია კანში, ქვედა ყბაში, გარეთა სასმენ ხვრელში ან სახის ნერვში;

T<sub>4b</sub> სიმსივნე ჩაზრდილია ქალას ფუძეში, ძირითადი ძვლის ფრთისებრ ფირფიტაში ან საძილე არტერიის გარსში.

შენიშვნა: სიმსივნის ექსტრაპარენქიმული გავრცელება გულისხმობს კლინიკურად ან მაკროსკოპულად დადგენილ ინვაზიას რბილ ქსოვილებში, ან ნერვში, გარდა T<sub>4a</sub> და

T4b პუნქტებში ჩამოთვლილი ანატომიური ნაწილებისა. მხოლოდ მიკროსკოპულად დადგენილი ექსტრაპარენქიმული გავრცელება არ არის საკმარისი სიმსივნის T3 კატეგორიით კლასიფიკაციისათვის.

#### N - რეგიონული ლიმფური კვანძები

$N_x$  რეგიონული ლიმფური კვანძების შესაფასებლად საკმარისი მონაცემები არ არის;

$N_0$  რეგიონული ლიმფური კვანძების მეტასტაზური დაზიანების ნიშნები არ არის;

$N_1$  ვსმ-მდე ზომის მეტასტაზი ერთ ლიმფურ კვანძში დაზიანების მხარეს;

$N_2$  ვსმ-დან 6სმ-მდე ზომის მეტასტაზი ერთ ლიმფურ კვანძში, დაზიანების მხარეს; ან 6 სმ-მდე ზომის მეტასტაზი რამდენიმე ლიმფურ კვანძში დაზიანების მხარეს; ან 6 სმ-მდე ზომის მეტასტაზი ლიმფურ კვანძებში, ორმხრივად ან კონტრლატერალურად;

$N_{2(a)}$  ვსმ-დან 6სმ-მდე ზომის მეტასტაზი ერთ ლიმფურ კვანძში, დაზიანების მხარეს;

$N_{2(b)}$  6სმ-მდე ზომის მეტასტაზი რამდენიმე ლიმფურ კვანძში, დაზიანების მხარეს;

$N_2$  6 სმ-მდე ზომის მეტასტაზი ლიმფურ კვანძებში, ორმხრივად ან კონტრლატერალურად;

$N_3$  6სმ-ზე მეტი ზომის მეტასტაზი რეგიონულ ლიმფურ კვანძში.

შენიშვნა: შუა ხაზის ლიმფური კვანძი უნდა შეფასდეს, როგორც დაზიანების მხარეს მდებარე ლიმფური კვანძი.

#### M - შორეული მეტასტაზები

$M_x$  შორეული მეტასტაზის შესაფასებლად საკმარისი მონაცემები არ არის;

$M_0$  შორეული მეტასტაზის არსებობის ნიშნები არ არის;

$M_1$  აღინიშნება შორეული მეტასტაზი.

ზემოთ წარმოდგენილი კლასიფიკაციების გარდა, სიმსივნის

ავთვისებიანობის ხარისხის განსაზღვრის მიზნით, რომელიც მნიშვნელოვნად განაპირობებს დაავადების მიმდინარეობის პროგნოზს და მკურნალობის სწორი სტრატეგიის შერჩევას, შემუშავებულია პირველადი სიმსივნის G ჰისტოლოგიური კლასიფიკაცია, რომელიც დაფუძნებულია მისი დიფერენცირების ხარისხის განსაზღვრაზე (Тэкрай А.К.1976, Barsakis J1994 Bienengraber V.1999).

Gx სიმსივნის დიფერენცირების ხარისხის შესაფასებლად საკმარისი მონაცემები არ არის;

G<sub>1</sub> მაღალდიფერენცირებული;

G<sub>2</sub> საშუალოდ დიფერენცირებული;

G<sub>3</sub> დაბალდიფერენცირებული;

G<sub>4</sub> არადიფერენცირებული.

წარმოდგენილი საერთაშორისო კლინიკური და მორფოლოგიური კლასიფიკაციები, რომელთა შექმნაში მონაწილეობდნენ მსოფლიოს წამყვანი სამეცნიერო ონკოლოგიური ცენტრები, მიზნად ისახავს ისეთი უნიფიცირებული სისტემის შექმნას, რომლის კლინიკურ პრაქტიკაში გამოყენება საშუალებას მისცემს სპეციალისტს სწორად განსაზღვროს მკურნალობის სტრატეგია და შეძლოს დაავადების გამოსავლის პროგნოზირება.

საწარმოზე ჯირკვლების TNM საერთაშორისო კლასიფიკაციის მონაცემების საფუძველზე განისაზღვრება სიმსივნური პროცესის სტადიურობა.

#### დაჯგუფება სტადიების მიხედვით

I სტადია	T <sub>1</sub> N <sub>0</sub> M <sub>0</sub>
II სტადია	T <sub>2</sub> N <sub>0</sub> M <sub>0</sub>
III სტადია	T <sub>3</sub> N <sub>0</sub> M <sub>0</sub>
	T <sub>1</sub> T <sub>2</sub> T <sub>3</sub> N <sub>1</sub> M <sub>0</sub>
IV A სტადია	T <sub>1</sub> T <sub>2</sub> T <sub>3</sub> N <sub>2</sub> M <sub>0</sub>
	T <sub>4a</sub> N <sub>0-1-2</sub> M <sub>0</sub>
IV B სტადია	T <sub>4b</sub> ნებისმიერი N M <sub>0</sub>
	ნებისმიერი T N <sub>3</sub> M <sub>0</sub>
IV C სტადია	ნებისმიერი T ნებისმიერი N M <sub>1</sub>

სანერწყვე ჯირკვლების პირველადი სიმსივნის (T) და რეგიონული მეტასტაზების (N) მახასიათებლების განსაზღვრება

$T_1$	$\leq 2$ სმ. ექსტრაპარენქიმული გავრცელების გარეშე;
$T_2$	2 სმ<სიმსივნე<4სმ, ექსტრაპარენქიმული გავრცელების გარეშე;
$T_3$	>4სმ და/ან ექსტრაპარენქიმული გავრცელება;
$T_{4a}$	სიმსივნის ჩაზრდა კანში, ქვედა ყბაში, გარეთა სასმენ ხვრელში ან სახის ნერვში;
$T_{4b}$	სიმსივნის ჩაზრდა ქალას ფუძეში, ძირითადი ძვლის ფრთისებრ ფირფიტაში ან საძილე არტერიის გარსში;
$N_1$	ერთი ლიმფური კვანძი, დაზიანების მხარეს, $\leq 3$ სმ;
$N_2$	(a) ერთი ლიმფური კვანძი, დაზიანების მხარეს  >3სმ და <6სმ; (b) დაზიანების მხარეს, მრავლობითი, $\leq 6$ სმ; (c) ორმხრივად, კონტრალატერალურად, $\leq 6$ სმ;
$N_3$	>6სმ.

სანერწყვე ჯირკვლების კეთილთვისებიანი სიმსივნეები ძირითადად გვხვდება დიდ სანერწყვე ჯირკვლებში. მათგან (80%-ი) ლოკალიზებულია ყბაყურა, ხოლო (15%-ი) ყბისქვეშა და ენისქვეშა ჯირკვლებში. მცირე სანერწყვე ჯირკვლებში აღნიშნული დაავადება იშვიათია. ვინაიდან კეთილთვისებიანი სიმსივნეებიდან ძირითადად გვხვდება პლეომორფული ადენომა

(ანუ შერეული სიმსივნე) და მონომორფულიდან – ადენოლიმფომა. მიზანშეწონილად მივიჩნით განგვეხილა მხოლოდ აღნიშნული დაავადებების მიმდინარეობისა და მკურნალობის თავისებურებები.

**ადენოლიმფომა** სანერწყვე ჯირკვლების ყველა ეპითელური სიმსივნის 4.5%-ს შეადგენს და ძირითადად უვითარდებათ 40 და მეტი ასაკის მამაკაცებს. მიაჩნიათ, რომ აღნიშნული დაავადება ვითარდება ორგანიზმში აუტოიმუნური პროცესების დარღვევის შედეგად, განსაკუთრებით გამოსატყული სიმსუქნის მქონე პაციენტებში.

ადენოლიმფომა შესაძლოა იყოს პირველად მრავლობითი და ორმხრივი, იშვიათად რეციდივირებს. ადენოლიმფომა მცირე სანერწყვე ჯირკვლებში პრაქტიკულად არ გვხვდება. იგი ჩვეულებრივ ლოკალიზდება ყბაყურა ჯირკვლის სისქეში, ყურის სარქველის ქვემოთ. ამიტომ მას ჯირკვალშიდა სიმსივნესაც უწოდებენ. რბილი კონსისტენციისაა, აქვს მკვეთრი საზღვრები და არასოდეს არ ახასიათებს ქვეშემდებარე სტრუქტურებში ჩაზრდა, მიუხედავად ხანგრძლივი დინამიური ზრდისა. განაკვეთზე მკრთალი მოყვითალო ფერისაა, რომელშიც აღინიშნება მცირე კისტების არსებობა.

ადენოლიმფომის ჰისტოგრამა წარმოდგენილია ჯირკვლოვანი, კისტოზური სტრუქტურებით, რომელიც ამოვსებულია ეოზინოფილური შიგთავსით და დისტროფიულად შეცვლილი ეპითელური უჯრედების ნარჩენებით, ლეიკოციტებით და ლიმფოციტებით. მიაჩნიათ, რომ ადენოლიმფომა ვითარდება სანერწყვე ჯირკვლის ნილაკთაშორისი სადინრების ეპითელიდან.

მორფოლოგიურად გამოყოფენ ადენოლიმფომის რამდენიმე ვარიანტს. მაგრამ ყოველთვის მის აუცილებელ კომპონენტად მიიჩნევენ ლიმფოიდური და ეპითელური ქსოვილის თანაარსებობას.

ადენოლიმფომის მკურნალობა მხოლოდ ქირურგიულია. მცირე ზომის სიმსივნის დროს ნაჩვენებია ენუკლეაცია. ჯირკვლის ექსტირპაციის აუცილებლობის საკითხი დგინდება სიმსივნის გავრცელებისა და ლოკალიზაციის მიხედვით.

**პლეომორფული ადენომა**, ანუ შერეული სიმსივნე ყველაზე



სურათი №3

სურათი №4

ხშირ კეთილთვისებიან დაავადებას წარმოადგენს. იგი 76%–82% ვითარდება ყბაყურა ჯირკვალში, ხოლო დანარჩენ შემთხვევებში შეიძლება გამოვლინდეს ყბისქვეშა და მცირე სანერწყვე ჯირკვლებში (21.4%-ი). აღწერილია თანდაყოლილი პლეომორფული ადენომის არსებობის შემთხვევები. აღნიშნული დაავადება უპირატესად გვხვდება ქალებში 55%, ვიდრე მამაკაცებში 45%.

შერეული სიმსივნეები, როგორც წესი, ლოკალიზდება ყურის სარქველის წინ (სურათი №3). მისი განვითარება ჯირკვლის ქვედა პოლუსში იშვიათია (სურათი №4), უმეტესად ცალმხრივია. კლინიკურად წარმოდგენილია მკვრივი ელასტიური წარმონაქმნის სახით, რომელსაც გლუვი ზედაპირი აქვს, პალპაციით მოძრავია. მის ზედაპირზე არსებული კანი პრაქტიკულად ცვლილებებს არ განიცდის და თავისუფლად იკეთებს ნაოჭს. ახასიათებს, რა, დინამიური და ნელი ზრდა, ხანგრძლივი დროის განმავლობაში შესაძლოა მიაღწიოს მნიშვნელოვან ზომებს, მაგრამ მიუხედავად ამისა, მაინც არ იწვევს სახის ნერვის დაზიანებას (Петрова А.С. 1985, Panicker K.N.S., Patdar G.I. 1997).

აღსანიშნავია, რომ შერეული სიმსივნე (6-8%-ი) შესაძლოა აღმოცენდეს ყბაყურა სანერწყვე ჯირკვლის ხახის მორჩიდან. სანყის პერიოდში დაავადება მიმდინარეობს უსიმპტომოდ, ნელა, სახის ნერვი პროცესში არ ერთვება ხანგრძლივი დროის

განმავლობაში. ავადმყოფი უჩივის მხოლოდ უსიამოვნო შეგრძნებას ყლაპვის დროს. ამ დროს ლარინგოსკოპულად აღინიშნება პარაფარინგეალური არის შესიება და ხახის კედლის დეფორმაცია. დეფორმაციის ხარისხი დამოკიდებულია სიმსივნის ზომაზე, იგი იზრდება პირის ღრუს და ხორხის მხარეს, რადგან მის გარეთ გავრცელებას ხელს უშლის ქვედა ყბა (Максимова О.М 1978 Eneroth C.M., Blank C, Inkobson P. 1997).

დაავადების ხანგრძლივი პერიოდის არსებობისას, აღწევს რა, მნიშვნელოვან ზომებს (სურათი №5) შერეული სიმსივნე შესაძლოა ჩაეზარდოს საღეჭი კუნთის ფასციიში ან კანში,



სურათი №5

კარგავს მოძრაობის უნარს, ქმნის უხერხულობას თავის მოძრაობის დროს, იწვევს ტკივილს. აღნიშნული სიმპტომები ირიბად მიუთითებს პროცესის გაავთვისებიანობაზე, რაც 28-33% გვხვდება (Rosenfeld L.D.1996.).

ყბისქვეშა ან ენისქვეშა სანერწყვე ჯირკვლების დაზიანების დროს სიმსივნე განლაგებულია ჯირკვლის პარენქიმაში. ერთეულ შემთხვევებში ნერწყვის გამომტან სადინარზე ზენოლის გამო შესაძლებელია ადგილი ჰქონდეს შეგუბებითი პროცესების განვითარებას და მეორადი ინფექციის ხარჯზე პერიფოკალური ანთების ჩამოაყალიბებას. რაც შეეხება მცირე სანერწყვე ჯირკვლებს აქ პლეომორფული ადენომა იშვიათია. პალპაციით

მკვრივია და ყბაყურა ჯირკვლის სიმსივნესთან შედარებით ნაკლებად მოძრავია. აღნიშნული სიმსივნეები ძირითადად გვხვდება მაგარი და რბილი სასის საზღვარზე, ტუჩის სისქეში, პირის ღრუს ფსკერზე. პირის ღრუში არსებული სიმსივნეები, როგორც წესი, ვერ აღწევენ დიდ ზომებს, რადგან სწრაფად იწვევენ სხვადასხვა ფუნქციურ დარღვევებს, რაც გამოიხატება ლეჭვისა და ყლაპვის ფუნქციის ნაწილობრივ მოშლაში (Srensen M., Baunsgaard P., Frederiksen P., Haahr P.A.1996).

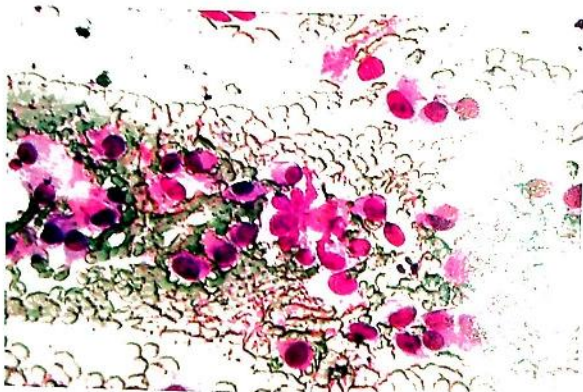


სურათი №6

მაკროსკოპულად სანერწყვე ჯირკვლის პლეომორფულ ადენომას განაკვეთზე აქვს მოთეთრო პომოგენური კრიალა ფერი (სურათი №6), რომელიც შეიცავს ნახევრად გამჭირვალე კისტოზურ ან გაკირულ უბნებს. სიმსივნეს აქვს გლუვი ან მსხვილმარცვლოვანი ზედაპირი. მისი კაფსულა, როგორც წესი, მკვრივია, მაგრამ ზოგ ადგილებში მთლიანობა დარღვეულია, რის გამოც სიმსივნური ქსოვილის კერები შესაძლოა აღმოვაჩინოთ სანერწყვე ჯირკვლის პარენქიმის სხვა უბნებშიც.

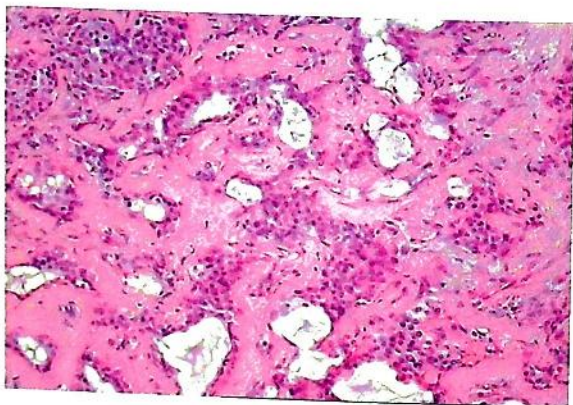
ციტოლოგიურად სიმსივნისათვის დამახასიათებელია პოლიმორფულობა, რაც გამოიხატება ეპითელური, მუკოიდური, მიქსოიდური ან ქონდროიდული კომპონენტის არსებობაში. მისი სტრომა უჯრედულია და მკვეთრად ჰიალინიზირებული (სურათი №7). ზოგ შემთხვევაში სჭარბობს იზოლირებულად განლაგებული უჯრედები, მათი ბირთვები დეფორმირებულია.





სურათი №7

უჯრედებში ნაკლებად არის გამოხატული ატიპიზმი, მიტოზები იშვიათია. უჯრედული შენების მიხედვით გამოყოფენ: სოლიდურ, ტრაბეკულურ, კისტოზურ, პაპილალურ, აცინურ და ბაზალურ ვარიანტებს.



სურათი №8

მორფოლოგიურად ვლინდება ეპითელური და შემაერთებულიქსოვილოვანი სტრუქტურების არსებობა. ეპითელური კომპონენტი შედგება ეპითელური და მოიეპითელური უჯრედებისგან. იგი, როგორც წესი, განლაგებულია გარკვეულ უბნებად, რომლებიც ერთმანეთს უკავშირდებიან ანასტომოზებით და

ქმნიან ჯირკვლოვან და ტუბულურ ორშრიან სტრუქტურებს. ამ უჯრედებს აქვთ მცირე ზომა, კუბური ფორმა და მათში შეინიშნება ციტოპლაზმის მცირე რაოდენობა, ხოლო შედარებით დიდი ზომის ცილინდრული ფორმის უჯრედები კი ძალიან ჰგავს ბრტყელ უბითელს, რომელთა შორის არც თუ ისე იშვიათად გვხვდება მიქსომატო-ზური, ქონდროიდული და მეზენქიმისმაგვარი კომპონენტები (სურათი №8).

პლეომორფული ადენომის მკურნალობა ძირითადად ქირურგიულია, ხოლო სიმსივნის გაავთვისებიანობის დროს კომბინირებული. ქირურგიული ჩარევის მასშტაბი დამოკიდებულია სიმსივნის ზომაზე, ლოკალიზაციაზე და გავრცელებაზე (ლ.რამიშვილი 2003, Panicker K.N.S., Patdar G.I., 1997).

მცირე სანერწყვე ჯირკვლის შერეული სიმსივნის არსებობის შემთხვევაში სრულდება სიმსივნის ენუკლეაცია, ან მისი ფართე ამოკვეთა, ხოლო ყბისქვეშა, ან ენისქვეშა სანერწყვე ჯირკვლების სიმსივნეების დროს ხორციელდება მათი ექსტირპაცია. რაც შეეხება ყბაყურა სანერწყვე ჯირკვლის ქირურგიულ მკურნალობას, მას გარკვეული თავისებურებები ახასიათებს. კერძოდ, მცირე ზომის სიმსივნის ლოკალიზაციისას ყბაყურა ჯირკვლის ქვედა პოლუსში სრულდება ყბაყურა ჯირკვლის ქვედა პოლუსის რეზექცია სიმსივნესთან ერთად.

სიმსივნის ლოკალიზაციისას ყბაყურა ჯირკვლის შუა მესამედში ან ზედა პოლუსში ტარდება ყბაყურა ჯირკვლის სუბტოტალური რეზექცია. ხოლო გავრცელებული შერეული სიმსივნის არსებობის ან მისი ლოკალიზაციისას ხახისკენა მორჩში, ხორციელდება პაროტიდექტომია სახის ნერვის შენარჩუნებით. აღსანიშნავია, რომ სახის ნერვის დაზიანების შემთხვევაში ვითარდება მიმიკური კუნთების დამბლა, რაც განაპირობებს მნიშვნელოვანი კოსმეტიკური დეფექტების ჩამოყალიბებას.

სანერწყვე ჯირკვლების ავთვისებიანი სიმსივნეები გამოირჩევა ჰისტოგენეტიკური შენების მრავალფეროვნებით. აღნიშნული სიმსივნეები, როგორც წესი, ვითარდება სეკრეტის მაპროდუცირებელი უჯრედებისგან, ჯირკვლის სადინრის

ამომფენი ეპითელიდან ან სტრომიდან. რაც მნიშვნელოვნად განაპირობებს დაავადების მიმდინარეობის თავისებურებას.

**მუკოეპიდერმოიდული სიმსივნე** შედაგენს სანერწყვე ჯირკვლების სიმსივნეთა 10.2%-ს, ხშირია ქალებში 40-60 წლამდე. 6 ჯერ უფრო ხშირად ლოკალიზდება ყბაყურა სანერწყვე ჯირკვალში, ვიდრე სხვა ჯირკვლებში. დიდი სანერწყვე ჯირკვლების მუკოეპიდერმოიდული სიმსივნე წარმოქმნილია წილაკთა შორისი სადინრების ეპითელიდან, მათი კლინიკური მიმდინარეობა ვარიაბელურია და დამოკიდებულია სიმსივნის ლოკალიზაციაზე, ჰისტოლოგიურ შენებაზე, დაავადების არსებობის ხანგრძლივობაზე (Thorud E., Rolstad E.A., 1998.).

დიდი სანერწყვე ჯირკვლების მუკოეპიდერმოიდული სიმსივნე კლინიკურად არის სოლიდური წარმონაქმნი, რომელსაც ახასიათებს ინფილტრაციული ზრდა, რის გამოც იგი ხშირად დაფარულია ციანოზური კანით. პალპაციით სიმსივნის სხვადასხვა უბანში აღინიშნება ფლუქტუაციის მსგავსი დარბილება (Ferlito A., Donati Fiore L 1997).

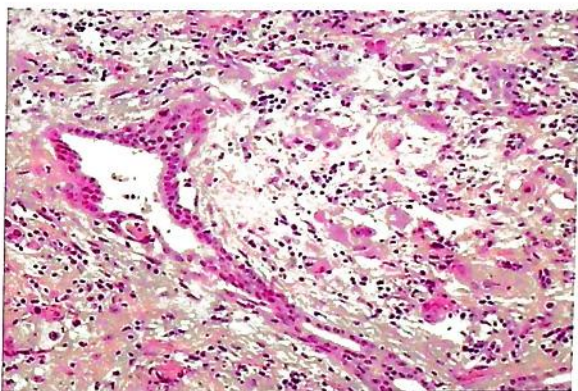


სურათი №9

მაკროსკოპულად მუკოეპიდერმოიდული სიმსივნე წარმოდგენილია მკვრივი მოთეთრო ფერის კვანძის სახით, რომელსაც განაკვეთზე ლორწოთი დაფარული ზედაპირი გააჩნია, ხოლო მის სისქეში აღინიშნება წვრილი და მსხვილი კისტოზური ღრუების არსებობა. სიმსივნესა და ირგვლივმყოფ ქსოვილს შორის საზღვარი პრაქტიკულად წაშლილია (სურათი № 9).

მცირე სანერწყვე ჯირკვლების მუკოეპიდერმოიდული სიმსივნე სანერწყვე ჯირკვლების ავთვისებიან სიმსივნეთა 6-31%-ს შეადგენს. მისი ზრდა შესაძლოა იყოს ეგზოფიტური, კვანძოვანი ან ნელულოვანი. სიმსივნის მფარავი ლორწოვანი გარსი, როგორც წესი, პათოლოგიურად შეცვლილია, ინიცირებულია სისხლძარღვებით, ჰიპერემიულია, მოლურჯო ელფერისაა. მორფოლოგიური შენების მიხედვით განარჩევენ მაღალი, საშუალო და დაბალი დიფერენცირების სიმსივნეებს. სიმსივნის დიფერენცირების ხარისხი ძირითადად განისაზღვრება პრეპარატში ლორწოს მაპროდუცირებელი უჯრედების რაოდენობით (Iensen Ole J., Poulsen T., Shidt T. 1998, Gnepp D.R., Barnnou R.B., 1998).

მაღალ დიფერენცირებული მუკოეპიდერმოიდული სიმსივნის მორფოლოგიურ პრეპარატში აღინიშნება ლორწოს მაპროდუცირებელი უჯრედების სიჭარბე, რომელთაც კოლ-



სურათი №10

ბისებური ფორმა აქვთ და გაჯერებულია კისტოზური ჩანართებით. ხშირად შესაძლებელია პრეპარატში აღმოვაჩინოთ თავისუფალი ლორწო, პერიფოკალური მრგვალუჯრედოვანი ინფილტრაციით (სურათი № 10).

საშუალო დიფერენცირებული მუკოეპიდერმოიდული სიმსივნის მიკროსკოპიული სურათისათვის დამახასიათებელია ეპიდერმოიდული და ლორწოსმაპროდუცირებელი უჯრედების თანარსებობა. ეპიდერმოიდული უჯრედები მოგვავიწყებს ბრტყელ ეპითელს,

შეიძლება იყოს მცირე ან დიდი ზომის ნათელი ციტოპლაზმით. ხშირად დიდი უჯრედები ცენტრალურადაა განლაგებული და ქმნის სოლიდურ კომპლექსებს.

დაბალ დიფერენცირებულ ფორმებს ახასიათებს სოლიდური შენება, ეპითელური უჯრედების მნიშვნელოვანი პრევალირებით. კისტოზურ ჩანართებს პრაქტიკულად ვერ ვხვდებით. აღინიშნება პროცესის გავრცელება ქვეშემდებარე ქსოვილებში. მას აქვს უნარი ჩაიზარდოს არა მარტო რბილ ქსოვილებში, არამედ ძვლოვან სტრუქტურებშიც, ზოგჯერ კანზე ვითარდება ხვრელ-არხებიც.

მუკოეპიდერმოიდული სიმსივნით დაავადებულ ავადმყოფთა 30%-ს მიუხედავად მორფოლოგიური ტიპისა, პირველადი გასინჯვისას აღენიშნება მეტასტაზირების არსებობა უახლოეს რეგიონალურ ლიმფურ კვანძებში. მათი ლოკალიზაცია და სიხშირე დამოკიდებულია დაავადების არსებობის ხანგძლივობაზე, პირველადი სიმსივნის დიფერენცირებისა და გავრცელების ხარისხზე. ყბაყურა სანერწყვე ჯირკვლის სიმსივნეებისათვის რეგიონული ლიმფური კოლექტორია კისრის ზედაპირული და ღრმა ლიმფური კვანძები. ყბისქვეშა და ენისქვეშა სანერწყვე ჯირკვლებისათვის კი – ყბისქვეშა, ნიკაპქვეშა და კისრის ღრმა ლიმფური კვანძები. ხოლო მცირე სანერწყვე ჯირკვლის მუკოეპიდერმოიდული სიმსივნის ლოკალიზაციიდან გამომდინარე – კისრის ნებისმიერი ლიმფური კვანძი. ერთეულ შემთხვევებში შესაძლოა გამოვლენილი იქნეს შორეული მეტასტაზის არსებობა.

**აღნოკისტოზური კარცინომა** – ცილინდრომა ვითარდება, როგორც დიდ, ასევე მცირე სანერწყვე ჯირკვლებში ერთნაირად

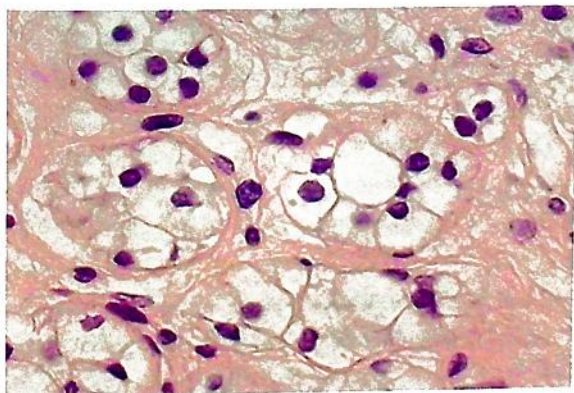


სურათი №11

თანაბრად ქალებსა და მამაკაცებში. დიდ სანერწყვე ჯირკვლებში ცილინდრომის არსებობის დროს ავადმყოფები უჩივიან ტკივილს, ხოლო გავრცელებული პროცესების შემთხვევაში მიმიკური კუნთების დამბლას, რადგან მას ახასიათებს ენდონევრალური ზრდა. სიმსივნეს აქვს მაკროსკოპულად მკვრივი კონსისტენცია, შეზრდილია ირგვლივ მყოფ ქსოვილებთან, რის გამოც მისი საზღვრები ნაშლილია (სურათი №11). განაკვეთზე მოთეთრო-მორუხო შეფერილობისაა და შედგება ერთი ან რამდენიმე კვანძისაგან.

მცირე სანერწყვე ჯირკვლების ადენოკისტოზური კარცინომა აეთვისებიან სიმსენთა 39.5%-ს შეადგენს. სიმსივნე განლაგებულია ლორწქევა შრეში მკვრივი ინფილტრატის სახით, რომელიც შედგება 2-3 კვანძისაგან ან დიფუზურადაა გავრცელებული. ახასიათებს რა ინვაზიური ზრდა, ხშირად ნყლულდება. მისი ლოკალიზაციისას ენის ძირის მიდამოში ავადმყოფი უჩივის ტკივილს, რომელიც ძლიერდება ყლაპვის დროს და ირადირდება ყურის ან საფეთქლის არეში. ზოგჯერ დაზიანების მხარეს აღინიშნება ენის კუნთების პარეზი (Rigolato P., Pizzoli G., 1998, Максимова О.М. 1978).

მორფოლოგიურად ცილინდრომა ხასიათდება უჯრედთა ორი ტიპის არსებობით, მათგან ერთნი სადინრის ამომფენნი, ხოლო მეორენი მიოეპითელური უჯრედებია. გარდა ამისა, შესაძლოა

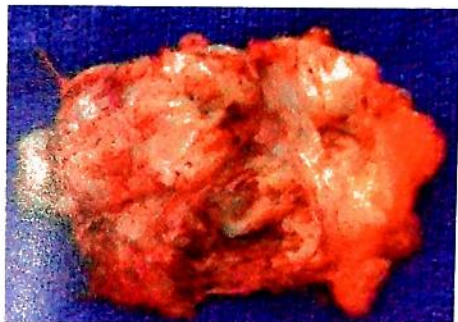


სურათი №12

შეგვხვდეს წვრილი მონომორფული უჯრედების სოლიდური ფენები. ჰისტოლოგიური შენების მიხედვით გამოყოფენ კრიბროზურ, სოლიდურ და შერეულ ვარიანტებს. ადენოკისტოზური კარცინომის მიკროსკოპული სურათისათვის დამახასიათებელია სოლიდურ – ალვეოლური შენება, რომელიც წარმოდგენილია მონომორფული უჯრედებით (სურათი № 12). მათ შორის სეკრეტის დაგროვება იწვევს კრიბროზული სტრუქტურის ჩამოყალიბებას. სიმსივნური უჯრედების ძირითადი მასა მიოეპითელურია. უჯრედების რაოდენობრივ ზრდასთან ერთად მატულობს მათ შორის არსებული ნათელი სივრცეების რაოდენობა, რომელიც ცილინდრებს მოგვაგონებს. სწორედ მას უკავშირდება სიმსივნის სახელწოდებაც (Краевский Н.А., 1983).

ცილინდრომა ძირითადად ხასიათდება ჰემატოგენური მეტასტაზირებით (34%-ი), მეტასტაზები ვითარდება ფილტვებში, ძვლებში, ზოგჯერ მათი წარმოქმნა ადრეულია და დომინირებს კლინიკურ მიმდინარეობაში. რეგიონული მეტასტაზების განვითარება შედარებით იშვიათია და შეადგენს 6-9%-ს.

**ადენოკარცინომა** მეტად ავთვისებიანი სიმსივნეა, იგი სანერწყვე ჯირკვლების სიმსივნეთა 5.9%-ს შეადგენს. გვხვდება როგორც დიდ, ასევე მცირე სანერწყვე ჯირკვლებში. უფრო ხშირია 30 და მეტი ასაკის მამაკაცებში, უპირატესად აზიანებს ყბაყურა და შედარებით იშვიათად ყბისქვეშა სანერწყვე ჯირკვლებს. როგორც წესი, ვითარდება ჯირკვლის სადინრის ამომფენი ეპითელიდან. კლინიკურად ადენოკარცინომა წარმოდგენილია მკვრივი, მტკივნეული ინფილტრატის სახით, რომელსაც არ გააჩნია ნათელი საზღვრები, მისი მოძრაობა მკვეთრად შეზღუდულია. ყველა ზემოთ წარმოდგენილი სიმსივნეებისაგან განსხვავებით ხასიათდება სწრაფი და აგრესიული ზრდით. ჩაიზრდება რა ქვეშმდებარე სტრუქტურებში, იწვევს სახის ნერვის დაზიანებას, რასაც თან სდევს მიმიკური კუნთების დამბლა. ზოგჯერ სიმსივნის მფარავი კანი ღებულობს მოყვითალო ციანოზურ შეფერილობას. შემთხვევათა მესამედში ავადმყოფის პირველადი გასინჯვისას აღინიშნება რეგიონული ლიმფური კვანძის მეტასტაზური დაზიანება (Azumi Norio, Battifora Hector 1993).



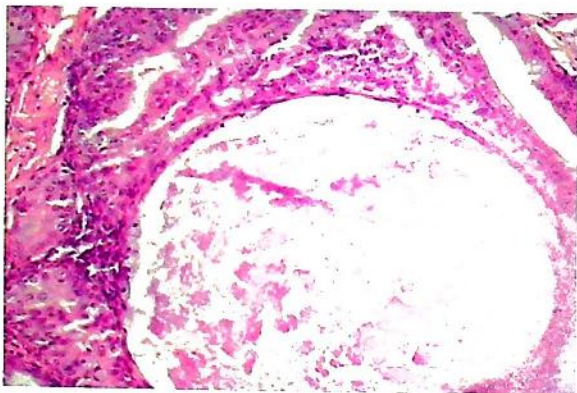
სურათი №13

მაკროსკოპულად მას აქვს მკვერივი ელასტიური კონსისტენცია და ხასიათდება ინფილტრაციული ზრდით. განაკვეთზე მოთეთრო-მოყვითალო შეფერილობისაა და შედგება სოლიდური კისტოზური სტრუქტურებისაგან (სურათი №13).

მცირე სანერწყვე ჯირკვლების ადენოკარცინომა ყველაზე ხშირად გვხვდება პირის ღრუში, ენის ძირზე და სასაზე. იგი მიდრეკილია ეგზოფიტური ზრდისკენ, აქვს რბილი ელასტიური კონსისტენცია, წვრილ და მსხვილ მარცვლოვანი ზედაპირი, ადვილად ტრავმირდება და სისხლმდენია. როგორც წესი, პალპაციით მტკივნეულია. ადენოკარცინომის ენის ძირზე ლოკალიზაციის შემთხვევაში ნამყვან სინდრომად გვევლინება ტკივილი და უხერხულობის შეგრძნება საკვების მიღებისა და ყლაპვის დროს. პალპაციით შეიგრძნობა სიმსივნის ირგვლივ მყოფი ქსოვილების ინფილტრაცია. მცირე სანერწყვე ჯირკვლის ადენოკარცინომისათვის დამახასიათებელია როგორც რეგიონული (28%-ი), ასევე ჰემატოგენური შორეული მეტასტაზების განვითარება (30%-ი), ძირითადად ფილტვებში.

ადენოკარცინომის ჰისტოლოგიურ პრეპარატში აღინიშნება კისტო-ზურად გაფართოებული სადინრების არსებობა, რომელთა ამომფენი ეპითელი მკვეთრად პროლიფერირებულია და ქმნის პაპილარულ, კრიბროზულ, ტუბულარულ სტრუქტურებს. უჯრედები საშუალო ზომისაა, აქვთ ჰიპერქრომიული ბირთვები და დიდი ეოზინოფილური ციტოპლაზმა (სურათი № 14).





სურათი №14

**ეპიდერმოიდული კარცინომა** სანერწყვე ჯირკვლების ეპითელური სიმსივნეების 2%-ს შეადგენს, დაავადება უპირატესად ლოკალიზდება ყბაყურა და ყბისქვეშა სანერწყვე ჯირკვლებში. უფრო ხშირია 40 წელს გადაცილებულ ასაკის ქალებში. როგორც წესი, დაავადების მიმდინარეობას აგრესიული ხასიათი აქვს და იმეორებს ბრტყელუჯრედოვანი კიბოსათვის დამახასათებელ ყველა მორფოლოგიურ ნიშანს.

**არადიფერენცირებული კარცინომა** სანერწყვე ჯირკვლის სიმსივნეების 3.9%-ს შეადგენს. ძირითადად ლოკალიზდება დიდ სანერწყვე ჯირკვლებში და უფრო ხშირად ავადდებიან ქალები 50 წელს ზევით. ახასიათებს კვანძოვანი ან დიფუზური ზრდა. ეს სიმსივნე ყბაყურა ჯირკვალში არსებობისას იწვევს სახის ნერვის ინფილტრაციას, რასაც მოჰყვება მიმიკური კუნთების დამბლა. ერთეულ შემთხვევებში ადგილი აქვს სიმსივნის ჩაზრდას კანში და ყურის სავალში. მისი ლიკალიზაციისას ყბისქვეშა სანერწყვე ჯირკვალში ხშირად ადგილი აქვს ენის ჰემიანესთეზიას, ჰემიატროფიას და გემოვნების მგრძნობელობის გაქრობას.

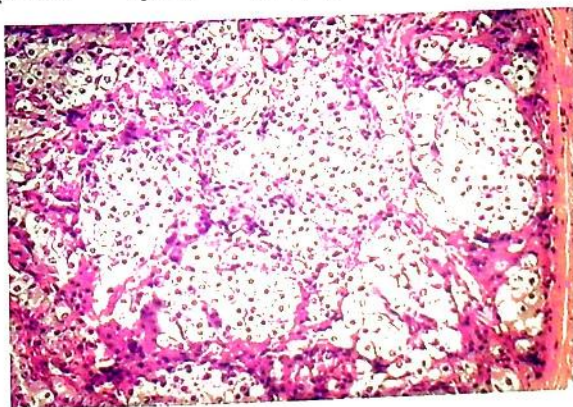
მცირე სანერწყვე ჯირკვლებში არადიფერენცირებული კარცინომა შედარებით იშვიათია. ხასიათდება გამოხატული ინფილტრაციული ზრდით, რაც განაპირობებს მისი მფარავი ლორწოვანი გარსის ნაადრევ დაწყლულებას. ხშირად აღინიშნება სხვადასხვა ინტენსივობის ტკივილი სიმსივნის ზრდის ტენდენციის

მიხედვით. მეტასტაზირებას ადგილი აქვს როგორც ლიმფოგენური, ასევე ჰემატოგენური გზით. მეტასტაზირების ინტენსივობა არაერთგვაროვანია.

მიკროსკოპულად არადიფერენცირებული კიბო გამოირჩევა სიმსივნური უჯრედების დიფერენცირების დაბალი ხარისხით. ეს უჯრედები შესაძლოა იყოს სფერული ან თითისტარისებური ფორმის, რომელთაც გააჩნიათ ბუშტისებური ბირთვები და არშიისმაგვარი ციტოპლაზმა. ერთეულ შემთხვევებში შესაძლოა სტრომაში ნანახი იქნეს ლიმფოციდური ინფილტრაცია.

აცინოზურ უჯრედოვანი კარცინომა შეადგენს სანერწყვე ჯირკვლების ავთვისებიანი სიმსივნეების 1.5%-ს. გვხვდება მხოლოდ 40 და მეტი ასაკის ქალებში და მხოლოდ ყბაყურა სანერწყვე ჯირკვალში, ახასიათებს ნელი, დინამიური ზრდა, მაკროსკოპულად სიმსივნე წარმოდგენილია კვანძის სახით, რომელსაც განაკვეთზე აქვს წილაკოვანი, მარცვლოვანი შენება. იგი მკვეთრად არის შემოსაზღვრული ირგვლივ მყოფი ქსოვილებისგან, თუმცა ერთეულ შემთხვევებში მიკროსკოპიულად გამოხატულია ინფილტრაციული ზრდის ნიშნები. მიაჩნიათ, რომ აღნიშნული სიმსივნე ვითარდება სანერწყვე ჯირკვლების აცინოზების სეროზულ-სეკრეტორული უჯრედებიდან.

მორფოლოგიურად ვლინდება ბაზოფილური მარცვლოვანი ციტოპლაზმის მქონე უჯრედები, მუქი ბირთვებით,



სურათი №15

რომლებიც ქმნიან სოლიდურ ველებს და კრიბროზულ სტუქტურებს სეკრეტის დაგროვების ხარჯზე (სურათი № 15).

აცინოზურ უჯრედოვან კარცინომას აქვს მიდრეკილება მეტასტაზირებისაკენ.

კარცინომა პლეომორფულ ადენომაში შერეული სიმსივნის ხანგრძლივი არსებობისა და მისი ავთვისებიან სიმსივნედ გადაგვარების შედეგია, რომელიც გვხვდება შემთხვევათა 28-33%. შერეული სიმსივნის კიბოდ გადაგვარების პერიოდი 10 წელს აღემატება. რაც უფრო მეტია შერეული სიმსივნის არსებობის ხანგრძლივობა, მით მაღალია მისი მალიგნიზირების ალბათობა. აღწევს რა, მნიშვნელოვან ზომებს, სიმსივნე შესაძლოა ჩაეზარდოს საღეჭი კუნთის ფასციის ან კანში, კარგავს მოძრაობის უნარს, ინვევს ტკივილს, რაც მიუთითებს პროცესის გაავთვისებიანობაზე. ერთეულ შემთხვევებში ადგილი აქვს სიმსივნის გავრცელებას კუნთებში, დვრილისებურ მორჩში, გარეთა სასმენ მილში, საფეთქლისა და ქვედა ყბის ძვალში და ქალას ფუძეზეც. ამ სიმპტომთა აღმოცენება, როგორც წესი, დროის მცირე მონაკვეთში ხდება, რაც აიძულებს პაციენტს მიმართოს ექიმს. მიმიკური კუნთების ცალმხრივი დამბლა და ტკივილის არსებობა პირდაპირ მიუთითებს კიბოს ჩაზრდაზე სახის ნერვის ერთ ან რამდენიმე ტოტში. ზოგ შემთხვევაში აღინიშნება კისრის რეგიონული მეტასტაზების არსებობა.

მცირე სანერწყვე ჯირკვლებში არსებულ პლეომორფულ ადენომაში კარცინომის განვითარების სიხშირე არ აღემატება 2,3%-ს. ძირითადად გვხვდება მაგარ სასაზე ან მაგარი და რბილი სასის საზღვარზე არსებულ მცირე სანერწყვე ჯირკვლებში. აღნიშნული სიმსივნე მკვრივი კონსისტენციისა, ახასიათებს ინფილტრაციული ზრდა, რის გამოც მისი მფარავი ლორწოვანი გარსი დაწყლულებულია, ადვილად ტრავმირდება და სისხლმდენია. გავრცელებული სიმსივნის არსებობის შემთხვევაში ადგილი აქვს მის ჩაზრდას ზედა ყბის ალვეოლურ მორჩში ან ჰაიმორის ნიაღში.

დაავადების აღნიშნულ ფორმას ყველა შემთხვევაში ახასიათებს როგორც რეგიონული, ასევე ჰემატოგენური მეტასტაზირება შემთხვევათა 52%.

მალიგნიზირებული შერეული სიმსივნის მიკროსკოპიული სურათი წარმოდგენილია როგორც პოლიმორფული ადენომის, ასევე ნებისმიერი კარცინომის დამახასიათებელი უჯრედული ელემენტებით. ხშირად პრეპარატში გვხვდება ეპითელური, მუკოიდური, მიქსოიდური და ქონდროიდული სტრუქტურები, რომლის ფონზე აღინიშნება ლორწოს მაპროდუცირებელი უჯრედების არსებობა, მათ აქვთ კოლბისებური ფორმა, მუქი ბირთვები და ჰიალინიზირებული სტრომა.

მეტასტაზური სიმსივნეები ყბაყურა სანერწყვე ჯირკვალში ვითარდება აღნიშნული ჯირკვლის პარენქიმის შიგნით ან ჯირკვლის ირგვლივ განლაგებულ ლიმფურ კვანძებში, რადგან თვითონ ყბაყურა სანერწყვე ჯირკვალის წარმოადგენს თავის კანის თმისანი საფარველის, შუბლის, საფეთქლის, ყურის ნიჟარის, ქუთუთოს, ცხვირის კანის ლიმფურ კოლექტორს. ყბაყურა ჯირკვლის ლიმფურ კვანძებში შეიძლება შევხვდეთ ისეთი ავთვისებიანი სიმსივნეების მეტასტაზებს, როგორიცაა კანის კიბო, მელანომა, სარკომა და კანის დერივატებიდან განვითარებული ავთვისებიანი სიმსივნეები. ერთეულ შემთხვევებში, ყბაყურა ჯირკვალში შესაძლოა განვითარდეს თირკმლის ან სარძევე ჯირკვლის მეტასტაზები. ყბისქვეშა სანერწყვე ჯირკვლებში ყველაზე ხშირად ვითარდება ტუჩის და პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის ბრტყელუჯრედოვანი კიბოს მეტასტაზები. ამიტომ სიმსივნური წარმონაქმნის არსებობისას დიდ სანერწყვე ჯირკვლებში აუცილებელია განხორციელდეს ციტოლოგიური კვლევა. ეს კი საშუალებას იძლევა თავიდან ავიცილოთ დიაგნოსტიკური შეცდომები.

სანერწყვე ჯირკვლების ავთვისებიანი სიმსივნეების მკურნალობის ტაქტიკას განაპირობებს სიმსივნის დიფერენცირების ხარისხი, ლოკალიზაცია და გავრცელება.

სანერწყვე ჯირკვლის სიმსივნის I სტადიის ( $T_1N_0M_0$  გავრცელების) მაღალდიფერენცირებული ფორმის შემთხვევაში სრულდება ქირურგიული მკურნალობა, კერძოდ: მცირე სანერწყვე ჯირკვლების ავთვისებიანი პროცესების დროს ტარდება სიმსივნის ფართო ამოკვეთა კაფსულის მილიანობის დარღვევის გარეშე.

ყბისქვეშა და ენისქვეშა სანერწყვე ჯირკვლების ავთვისებიანი პროცესების დროს – ექსტირპაცია, ხოლო ყბაყურა სანერწყვე ჯირკვალში ავთვისებიანი პროცესების დროს სუბტოტალური რეზექცია ან პაროტიდექტომია. ავადმყოფთა ხუთ წლიანი გამოჯანმრთელების მაჩვენებელი 88-90% ვარირებს.

საშუალო, დაბალდიფერენცირებული და არადიფერენცირებული სიმსივნის შემთხვევაში მკურნალობა, როგორც წესი, ატარებს კომბინირებულ ხასიათს. პირველ ეტაპზე ხორციელდება დისტანციური გამა თერაპია, ჯამური დოზით 50 გრეი, რომლის შედეგები ფასდება სამ კვირიანი ინტერვალის შემდეგ. სიმსივნის 70% და მეტი პროცენტით რეგრესიის შემთხვევაში სხივური თერაპია გრძელდება რადიკალური პროგრამით, ანუ დასხივების დოზა აღწევს 70 გრეის, აღნიშნული ფორმის სიმსივნეების შემთხვევაში სხივური მკურნალობის ეფექტურობა საშუალოდ მერყეობს 38-43%. სხივური თერაპიისადმი რეზისტენტული სიმსივნეების შემთხვევაში ხორციელდება ქირურგიული მკურნალობა, რომლის მასშტაბი მაღალდიფერენცირებული სიმსივნეების ქირურგიული მკურნალობის იდენტურია. ავადმყოფთა ხუთ წლიანი გამოჯანმრთელების მაჩვენებელი 79%-ს არ აღემატება.

სიმსივნის II სტადიის ( $T_2N_0M_0$  გავრცელების) დროს, როგორც წესი, ტარდება კომბინირებული მკურნალობა როგორც მაღალდიფერენცირებული, ასევე საშუალო, დაბალდიფერენცირებული და არადიფერენცირებული სიმსივნეების შემთხვევაში. პირველ ეტაპზე ავადმყოფები ექვემდებარებიან სხივური თერაპიის ჩატარებას. მეორე ეტაპზე – სრულდება ქირურგიული მკურნალობა. რადიომგრძობიარე სიმსივნეების შემთხვევაში სხივური თერაპია გრძელდება რადიკალური პროგრამით. ეს საშუალებას იძლევა მივალნიოთ სრულ ელიმინაციას 18-25%-ში. სხვა შემთხვევაში - ხორციელდება ქირურგიული მკურნალობა. ისევე როგორც I სტადიის სიმსივნეების შემთხვევაში-მცირე სანერწყვე ჯირკვლების ავთვისებიანი პროცესების დროს ტარდება სიმსივნის ფართო ამოკვეთა კაფსულის მთლიანობის დარღვევის გარეშე. ყბისქვეშა და ენისქვეშა სანერწყვე ჯირკვლების ავთვისებიანი პროცესების



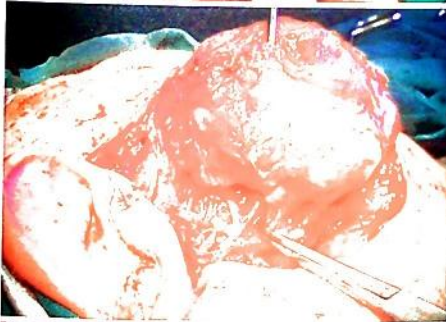
განაკვეთი ტარდება  
რედონის მიხედვით.

სურათი №16



კანის ნაფლეთები  
მობილიზებულია და  
გაშიშვლებულია ყბაყურა  
სანერწყვე ჯირკვლის  
გარეთა ზედაპირი.

სურათი №17



დვრილისებური მორჩის  
მწვერვალიდან 1 სმ-  
ით ზემოთ წარმოებს  
სახის ნერვის ძირითადი  
ტოტისა და მისგან  
გამომავალი ხუთივე  
ტოტის თანმიმდევრული  
გამოყოფა.

სურათი №18



რეზეცირებულია ყბაყურა  
სანერწყვე ჯირკვალი  
სიმსივნესთან ერთად.  
საოპერაციო ველში  
მოჩანს ჯირკვლის  
დარჩენილი ნაწილი  
სახის ნერვთან ერთად.  
ჭრილობა იხურება  
შრეობრივად.

სურათი №19

დროს - ექსტირპაცია, ხოლო ყბაყურა სანერწყვე ჯირკვალში ავთვისებიანი პროცესების დროს სუბტოტალური რეზექცია ან პაროტიდექტომია.

ყბაყურა სანერწყვე ჯირკვლის სუბტოტალური რეზექციის ეტაპები წარმოდგენილია სურათზე №16,17,18,19,20.

ავადმყოფთა ხუთ წლიანი გამოჯანმრთელების მაჩვენებელი მაღალდიფერენცირებული სიმსივნეების დროს 70%-ს აღწევს, ხოლო საშუალო, დაბალდიფერენცირებული და არადიფერენცირებული სიმსივნეების არსებობისას არ აღემატება 52-58%-ს.

სანერწყვე ჯირკვლის სიმსივნის III სტადიის ( $T_3N_0M_0$  გავცელების) დროს ასევე ხორციელდება კომბინირებული მკურნალობა - I ეტაპზე სხივური თერაპია, მეორე ეტაპზე ქირურგიული მკურნალობა, რომელიც მოიცავს: მცირე სანერწყვე ჯირკვლების ავთვისებიანი პროცესების დროს სიმსივნის ფართო ამოკვეთას ირგვლივ მდებარე ქსოვილებთან ერთად ერთ ბლოკში. სიმსივნური პროცესების ლოკალიზაციისას ყბისქვეშა და ენისქვეშა სანერწყვე ჯირკვლებში ხორციელდება აღნიშნული ორგანოების ექსტირპაცია მიმდებარე რბილ ქსოვილებთან და ლიმფურ კვანძებთან ერთად. სიმსივნური პროცესების არსებობისას ყბაყურა სანერწყვე ჯირკვალში წარმოებული უნდა იქნეს პაროტიდექტომია მიმდებარე ლიმფურ კვანძებთან ერთად სახის ნერვის ტოტების შენარჩუნებით ან მის გარეშე, რასაც განაპირობებს სიმსივნის ურთიერთობა სახის ნერვის ტოტებთან. ავადმყოფთა ხუთ წლიანი გამოჯანმრთელების მაჩვენებელი მაღალდიფერენცირებული სიმსივნეების შემთხვევაში 50%-ს აღწევს, ხოლო საშუალო, დაბალდიფერენცირებული და არადიფერენცირებული სიმსივნეების დროს არ აღემატება 36-40%-ს.

სანერწყვე ჯირკვლის სიმსივნის III სტადიის ( $T_1T_2T_3 N_1M_0$  გავრცელების) შემთხვევაში მკურნალობა ასევე კომბინირებულია. პირველ ეტაპზე წარმოებს სხივური თერაპია, ხოლო მეორეზე ქირურგიული. მაგრამ, როდესაც ადგილი აქვს რეალიზებული რეგიონული მეტასტაზების არსებობას, საჭირო ხდება დისტანციური გამა თერაპია ჩატარდეს დოზით 50-60 გრის

ოდენობით და დასხივების ზონაში ჩაირთოს არა მარტო პირველადი სიმსივნე, არამედ კისრის ლიმფური კოლექტორი დაზიანების მხარეს. მეორე ეტაპზე წარმოებს ქირურგიული მკურნალობა – გაფართოებული ოპერაცია, რომლის მასშტაბი მოიცავს პირველადი სიმსივნისა და კისრის ლიმფური კვანძების ერთდროულ ამოკვეთას. ავადმყოფთა ხუთ წლიანი გამოჯანმრთელების მაჩვენებელი 30%-ს აღწევს მალალდიფერენცირებული სიმსივნეების შემთხვევაში, ხოლო საშუალო, დაბალდიფერენცირებული და არადიფერენცირებული სიმსივნეების დროს არ აღემატება 18%-ს.

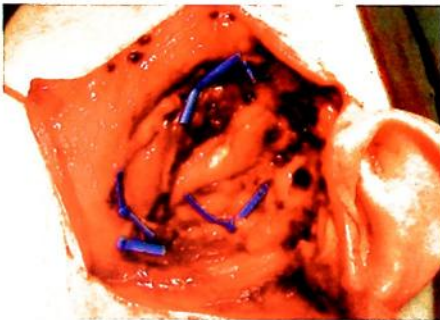
სანერწყვე ჯირკვლების სიმსივნის IV სტადიის ( $T_1 T_2 T_3 N_2 M_0 T_{4+} N_{0-1} M_0$  გავრცელების) შემთხვევაში მკურნალობა კომბინირებულია პირველ ეტაპზე სხივური თერაპია, რომლის დროსაც სხივდება არა მარტო პირველადი სიმსივნე, არამედ კისრის ლიმფური კოლექტორი დაზიანების მხარეს. მეორე ეტაპზე სრულდება ქირურგიული მკურნალობა გაფართოებული მასშტაბით. მცირე სანერწყვე ჯირკვლების ათვისებიანი პროცესების დროს სრულდება ორგანოს ელექტორეზექცია სიმსივნის მიმდებარე ქსოვილებთან ერთად. ყბისქვეშა და ენისქვეშა სანერწყვე ჯირკვლების სიმსივნური პროცესების დროს, როგორც წესი, ხორციელდება ამ ორგანოების ექსტირპაცია პირის ღრუს ფსკერის და ქვედა ყბის ფრაგმენტის რეზექციასთან ერთად. ყბაყურა სანერწყვე ჯირკვლის სიმსივნური პროცესების არსებობის დროს წარმოებს პაროტიდექტომია სახის ნერვის ტოტების შენარჩუნების გარეშე და იმ მიმდებარე ორგანოების რეზექცია, სადაც ჩაზრდილია სიმსივნე. რეალიზებული რეგიონული მეტასტაზის არსებობის შემთხვევაში აღნიშნულ მასშტაბს ემატება კისრის ლიმფური კოლექტორის ერთდროული ამოკვეთა.

ავადმყოფთა ხუთ წლიანი გამოჯანმრთელების მაჩვენებელი 12%-ს აღწევს მალალდიფერენცირებული სიმსივნეების შემთხვევაში, ხოლო საშუალო, დაბალდიფერენცირებული და არადიფერენცირებული სიმსივნეების დროს არ აღემატება 7%-ს.

სანერწყვე ჯირკვლების სიმსივნის IV<sub>B</sub>, IV<sub>C</sub> სტადიის დროს მკურნალობა ატარებს მხოლოდ პალიატიურ ხასიათს, რისთვისაც გამოიყენება ქიმიო, სხივური თერაპია ან მათი კომბინაცია.



ამრიგად, როგორც წარმოდგენილი მასალიდან ჩანს, ავადმყოფთა მნიშვნელოვან ნაწილს ყბაყურა სენერწყვე ჯირკვლის ავთვისებიანი სიმსივნის არსებობისას ესაჭიროება პაროტიდექტომიის ჩატარება სახის ნერვის შენარჩუნების გარეშე, რაც განაპირობებს მიმიკური კუნთების ფუნქციის მოშლასა და სახის გამოხატულ დეფორმაციას. ამის შედეგად ვითარდება მნიშვნელოვანი ფუნქციური და კოსმეტიკური დეფექტები, ირღვევა სახის სიმეტრია და გამომეტყველება, წარმოიქმნება ლაგოფტალმი, რომლის ფონზეც ვითარდება კერატოკონიუქტივიტი და მხედველობის დაკარგვა. ამ პრობლემის გადაჭრა შესაძლებელი გახდა მას შემდეგ, რაც კლინიკურ პრაქტიკაში დაინერგა სახის ნერვის ერთმომენტიანი პლასტიკა მიკროქირურგიული ტექნიკის გამოყენებით. ამ მიზნით ფართოდ გამოიყენება სხვადასხვა მამოძრავებელი ნერვები, (ენისქვეშა, დიაფრაგმალური, აქცესორული და სხვა) და თავისუფალი ნერვული აუტოტრანსპლანტანტები (წინამხრის კანის ნერვი, კისრის წნულის ტოტები და სხვა). დღეისათვის საუკეთესო დონორულ მასალად ითვლება კანჭის ნერვი, რომლის ცენტრალური ღერო შედგება 4-6 ფასციკულარული ბოჭკოებისაგან და მათი გამოყოფის შემდეგ ვიღებთ სახის ნერვის ანატომიური აგებულების იდენტურ ტრანსპლანტანტს. სურათზე №20,21,22,23,24 წარმოდგენილია სახის ნერვის აღდგენითი ოპერაციების ეტაპები. მას შემდეგ რაც შესრულებულია სახის ნერვის ტოტების რეზექცია და სანერწყვე ჯირკვლის ექსტირპაცია სიმსივნესთან ერთად.



საოპერაციო ველი პაროტიდექტომიის შემდეგ. მოჩანს რეზეცირებული სახის ნერვის ცენტრალური და პერიფერიული ტოტები (მონიშნული ლურჯი მარკერებით).

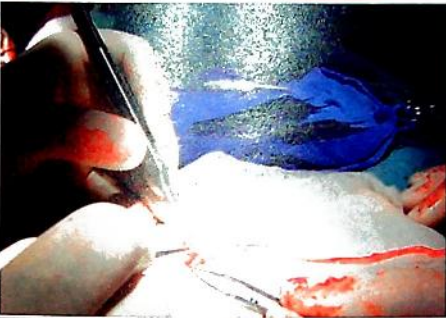
სურათი №20



ხორციელდება  
კანჭის ნერვის  
აუტოტრანსპლანტაციის  
აღება წვივის მიდამოდან.

**სურათი №21**

წარმოებს კანჭის ნერვის  
ფასციკულებად დაყოფა.



**სურათი №22**

მიღებულია სახის  
ნერვის მსგავსი  
ანატომიური აგებულების  
ტრანსპლანტატი.



**სურათი №23**

ტრანსპლანტანტი  
გადატანილია ჭრილობის  
სარეცელში და  
ინტრაფასციკულარული  
ნაკერების მეშვეობით  
აღდგენილია სახის  
ნერვის ცენტრალური და  
პერიფერიული ტოტების  
მთლიანობა.



**სურათი №24**

სახის ნერვის აღდგენითი ოპერაციები ფართოდ გამოიყენება ჩვენს კლინიკაში. სახის ნერვის გამტარებლობის აღდგენის პირველი ნიშნები იწყება 3 თვიდან და სრულდება 1,5-2 წლის შემდეგ. ეს უკანასკნელი დამოკიდებულია სიმსივნის სანინაალმეგო ადრე ჩატარებულ მკურნალობაზე, გადანერგილი ნერვის ზომებზე და პაციენტის ასაკზე. ეს საშუალებას იძლევა მოვახდინოთ ამ კონტიგენტის ავადმყოფთა დროული სამედიცინო, ფსიქოლოგიური და სოციალური რეაბილიტაცია.

## გამოყენებული ლიტერატურა

1. ბაქრაძე ი., იზრაელაშვილი, ე. შავდია მ „დამხმარე სახელმძღვანელო ონკოლოგიაში“ 1988 თბილისი
2. ბარამიძე თ „თავისა და კისრის მიდამოს კანის ადგილობრივად გავრცელებული ავთვისებიანი სიმსივნეების ქირურგიული მკურნალობა“ დისერტაციის ავტორეფერატი 2003
3. ბარამიძე თ, დისერტაციის ავტორეფერატი 2003
4. გიორგაძე კ; სამედიცინო რადიოლოგია; თბილისი 1986.
5. გორდელაძე ხ, მიმინოშვილი დ, „კომპიუტერული ტომოგრაფიის როლი პარანაზალური წიაღების ოსტეომების დიაგნოსტიკაში.“ რენტგენოლოგიის და რადიოლოგიის მაცნე.(თბილისი 2002)
6. მაღიჩი კ. “კანის კიბო საქართველოში” თბილისი 1989.
7. მარდალეიშვილი კ დისერტაციის ავტორეფერატი 2005
8. ნადირაძე “ზოგადი ონკოლოგია” 1996წ. თბილისი.
9. რამიშვილი ლ. დიდ სანერწყვე ჯირკვლების შერეული სიმსივნეების დიაგნოსტიკა და მკურნალობა. დისერტაციის ავტორაფერატი 2003წ
10. ლოღელიანი გ. ჰაიმორის წიაღის კიბო (კლინიკა, დიაგნოსტიკა, მკურნალობა). თბილისი, 1998
11. შენგელია ნ. „პირის ღრუს ბრტყელუჯრედოვანი კიბოთი დაავადებულთა ქირურგიული რეაბილიტაცია ოსტეო ინტეგრირებული იმპლანტანტების გამოყენებით“. დისერტაციის ავტორეფერატი 2005
12. სობინი ლ. უიტკინდი ხ. „ავთვისებიანი სიმსივნეების TNM კლასიფიკაცია“ 2002
13. თაფლაძე ო. დისერტაციის ავტორეფერატი 1985
14. თოდუა ფ, გორდელაძე ხ, — პარანაზალური წიაღების სიმსივნეების ინტრაკრანიალური გავრცელების კომპიუტერულ-

ტომოგრაფიული შეფასება. რენტგენოლოგიის და რადიოლოგიის მაცნე.(თბილისი 2001)

15. თოდუა ფ, მიმინოშვილი დ, ბერაია მ; გორდელაძე ხ, — „კომპიუტერული და მაგნიტურ-რეზონანსული ტომოგრაფიის როლი პარანაზალური წიაღების ავთვისებიანი სიმსივნეების დიაგნოსტიკაში.“ რენტგენოლოგიის და რადიოლოგიის მაცნე.(თბილისი 2001)
16. ტყეშელაშვილი ვ 2001
17. ვეფხვაძე კ. ონკოლოგია 1975 წ. თბილისი.
18. ხვედელიძე ე. დისერტაციის ავტორეფერატი 2006
19. ზარქუა ზ. „ოფიციალური მითითებები, დებულებები, მეთოდური რეკომენდაციები დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის ალგორითმები ონკოლოგიაში“. 2005
20. А.А. Уваров. Органосохраняющие методы лечения местнораспространенного рака орофарингеальной области. Автореф. Дис. Д-ра мед. наук – М 1997
21. А.И. Пачес Опухоли головы и шеи. Москва, «Медицина» 2000г.
22. А.И. Пачес: Опухоли головы и шеи Москва “ Медицина “ 2002;
23. Абдулин Д.А. Опухоли малых слюнных желез (клиника, диагностика, лечение) //Автореф. дис. ... канд. мед. наук – М. 1986. – 27ст
24. Авотин А.Я. О диагностических и лечебных ошибках при злокачественных новообразованиях придаточных пазух носа. Ж.У.Н.Гб.№3,1974.
25. Антонив В.Ф., Рабкин И.Х., Машарипов Р.Р. Компьютерная томография при заболеваниях лобных пазух // Вестник оториноларин. 1990 №3 , с 7-11
26. Барамидзе Т.Г. Радиоизотопная диагностика злокачественных опухолей различных органов. Автореферат диссер. док.мед.наук,

Тбилиси,1973.

27. Белоус Т.А. Эпителиальные опухоли слюнных желез. //Автореф. дис. ...канд. мед. наук. М., 1978. - С.16
28. Березкин Д.П. «Принципы и методы постановки индивидуального прогноза у больных основными формами злокачественных опухолей». Дисс. докт. Ленинград 1999.
29. Быков В.Л. Анализ результатов лучевого лечения и продолжительности жизни больных со злокачественными опухолями полости носа и околоносовых пазух // ЖУНГБ-1991.№ 1, с.49-50.
30. Воробьев Ю.И., Саранцева И.П. Лучевое лечение с применением метронидазола больных раком слизистой оболочки полости рта в поздних стадиях // Мед.Радиология.-1982. №9, с.9-13./7
- Габуня Р.И., Колесникова Е.К. Компьютерная томография в клинической диагностике, М., 1995, стр.29-35.
31. Втюрин Б. М., Цыбырнэ Г.А.Клим К.И. «Хирургическое лечение рака головы и шеи» - Кишинев : Штиница, 1981.
32. Двоирин В В. „Заболеваемость злокачественными новообразованиями в крупных городах РФ Здравоохранения России“ Москва 1995 №7 19-20
33. Е.Г. Матякин; В.С. Алферов: Химиотерапия опухолей головы и шеи // Мат. 2-и Рос. онкол. конф. “Современные тенденции развития лекарственной терапии опухолей “ 8-10 декабря 1998г. – М. 1998;
34. Е.Г. Матякин; Г.В. Голубенко, Ю.Ч. Воробьев: К проблеме элективного воздействия на путях лимфооттока при раке подвижной части языка. Вестник ОНЦ РАМН №1 -1995 ;
35. И.А.. Гладилина, М.А. Шабанов, М.И.Нечушкин: Современные подходы к терапии рака ротоглотки. Практическая онкология Т4, №1-2003; ст. 45-50;
36. Иванов АюВ. Ацинозноклеточная карцинома мягкого неба //

- Арх.патол.,1986. – Т. 48, №7. – С. 74-76.
37. Иосава В.О. Материалы к изучению гистогенеза опухолей слюнных желез. //Автореф. дис. ... докт. мед. наук. – Тбилиси. – 1967.
  38. Кондратьева Т.Т. Цитологические аспекты в диагностике новообразований слюнных желез. // Опухоли головы и шеию С. научн. трудов. 1988 – Вып. УШ. – С. 111-113.
  39. Кондратьевы Т.Т., Петрова А.С. Цитологическая диагностика опухолей слюнных желез. // Вопр. онкол. 1977. - №9. – 25-32.
  40. Копадзе Т. Ш. „ Возможности применения торакодорзального лоскута в реконструктивно-пдасической хирургии “. Автореф. дисс.канд. Тбилиси 1989.
  41. Краевский Н.А., Белоус Т.А., Литвинова Л.В. Некоторые вопросы гистогенеза и морфогенеза плеоморфной аденомы слюнных желез. // Арх. патол., 1982. - № 4. – С. 9-17.
  42. Краевский Н.А., Смольяникова А.В., Саркисова Д.С. Цитологическое исследование в диагностике опухолей. Патологоанатомическая диагностика опухолей человека. Рук.для врачей, том 1, М., Медицина, 1993.
  43. Лопатин А.С., Арцыбашева М.В. МРТ в исследовании полости носа и околоносовых пазух // Российск. ринология.-1996.- №5.-С. 3-14.
  44. М. А. Кропотов: Общие принципы лечения больных первичным раком головы и шеи. Практическая онкология Т4, №1-2003; ст. 1-8;
  45. М. А. Кропотов: Общие принципы лечения больных первичным раком головы и шеи. Практическая онкология Т4, №1-2003; ст. 1-8;
  46. М.М. Константинова: Химиотерапия плоскоклеточного рака головы и шеи. Практическая онкология Т.4, №1-2003. ст. 25-3
  47. М.М. Соловьев: Рак слизистой оболочки полости рта и языка

- (резервы улучшения результатов лечения). Практическая онкология Т4, №1-2003; ст. 31-37;
48. Максимова О.М. Клиника и лечение цистаденоидной карциномы (цилиндромы) слюнных желез // Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М. 1978. - С. 20.
  49. Мальчикова Л.И. Клиника, диагностика, лечение опухолей околоушной слюнной железы // Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М. 1974. - С. 48.
  50. Матакин Г.Г. «Первичная кожная пластика шейным лоскутом на ножке при лечении местно распространенных злокачественных опухолей полости рта, лица и шеи». автореф. дисс. канд. Москва – 1977
  51. Молоткова Н.Г. Лучевое и комбинированное лечение злокачественных опухолей верхней челюсти и полости носа // Диссерт. канд.мед. наук. Обнинск.-1995.с.147
  52. Н.А. Зимица: Клинико-морфологические особенности первичной опухоли и регионарных лимфатических узлов в прогнозе лечения рака органов полости рта. Автореф. дис. канд. мед. наук, 1998;
  53. Н.И. Переводчикова: Противоопухолевая химиотерапия – М. 1996;
  54. Неробеев А.И., Нудельман Л.И. «Оценка результатов первичной пластики больных после расширенных операции удаления злокачественных опухолей в области головы и шеи». Под ред. Г.В, Фалилеева и А. И. Пачеса - Кишинев , 1982 – Вып. 5. – С. 163-167.
  55. Общее руководство по радиологии / Под ред. Н. Peterson: Пер. с англ. Л. С. Розенштраух. – М.: Спас, 1996. – 700с.
  56. Овчинников Ю.М., Добротин В.Е. Компьютерная томография при заболеваниях полости носа, околоносовых пазух, носоглотки и уха. Атлас. Т1. М., 1997.



57. Ольшанский В.О., Габибов Г.А., Сдвижков А.М. и др. Комбинированные и краниофациальные резекции при злокачественных опухолях верхней челюсти. Метод. рекоменд. МНИОИ им. П.А. Герцена.- М, 1991, С.3-9.
58. Петрова А.С. Цитологическая диагностика опухолей и предопухолевых процессов. М. Медицина. 1985. – С. 304.
59. Ромачева И.Ф., Юдин Л.А. Афональев В.В. Диагностика заболеваний слюнных желез // Сов. мед. 1983. - №9. – С. 42-46.
60. С.В. Канаев: Лучевая терапия злокачественных опухолей головы и шеи. Практическая онкология Т4, №1-2003; ст. 15-24;
61. Сигал М., Володина Г. «Комбинированное лечение некоторых злокачественных новообразований» . Казань, 1982.
62. Т.Т. Кондратьева: Цитологическая диагностика новообразований полости рта: Автореф. дис. канд. мед. наук – М. 1977;
63. Т.Т. Кондратьева: Цитологические аспекты дифференциальной диагностики новообразований в области головы и шеи Автореф. дис.д-ра. мед. наук, 1992;
64. Таболиновская Т.Д. «Криогенный метод лечения рака нижней губы». Автореф. дисс. канд. Москва – 1979.
65. Трапезников Н.Н., Аббасов А.Т., Журавский С.С. ~Предварительные данные по лечению злокачественных меланом кожи методом регионарной инфузии сарколизина в комбинации с хирургическим вмешательством.~ Вопросы экспериментальной хирургии и морфологии. М., 1985, с.102-110.
66. Тэкрай А.К. Гистологическая классификация опухолей слюнных желез №7. Пер. с англ. М.: Медицина – 1976. – С. 29.
67. Чуприк – Малиновская Т.П., Матякин Г.Г. «Комбинированное и комплексное лечение злокачественных опухолей». Российский онкологический научный центр им. Н.Н. Блохина, РАМН Европейское общество медицинской онкологии (ESMO) Москва 2000 года.

68. Шенталь В.В. «Криодеструкции опухолей головы и шеи». 1974, М. Автореф. докт дисс. с. 36.
69. Marandas P, Caren C. // Bull. Cancer. – 1989. – V. 76, N 2-c. – P. 133-143.
70. Azumi Norio, Battifora Hector. The cellular composition of adenoid cystic carcinoma. An immunohistochemical study //Cancer.-1993.-v.60. N 7.-P. 1589-1598.
71. Ballenger J.J. Snow J.B., Jr Otorhinolaryngology: Head and Neck Surgery. 15 Ed.1996.
72. Barsakis J. Carcinoma ex limphoepithelial lesion //Am. Otol. Rhinol. and Laryngol. – 1994. – V. 92, N 6. – P. 657-658.
73. Barsakis J. Carcinoma ex limphoepithelial lesion //Am. Otol. Rhinol. and Laryngol. – 1994. – V. 92, N 6. – P. 657-658.
74. Beck JC, McClatchey KD, Lesperanse MM, Esclamado RM, Carey TE, Bredford CR. Human papillomavirus types important in progresion of inverted papilloma. Otolaryngol Head Neck Surg 1995;113:558-563.
75. Bienengraber V. Volker. Ultrastrukturnalne bedania guza mieszanego //Craz. Stomatol. – 1999. – V. 35. N 1. – P. 43-48.
76. Cachin Y., Eschwege F. combination of radiotherapy and surgery in the treatment of head and neck cancer Treat.Rev., 1995, 2, 177-19.
77. Chong V.F.H., Fun Y. Detection of recurrent nasopharyngeal carcinoma: MR imaging Versus CT// Radiology. 1997.V.202.P.463-470.
78. Diaz EM, Austin JR, Burke LI, Goepfert H: The posterolateral neck dissection. Technique and results. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 1996 May; 122(5): 477-80.
79. Ding M, Newman F, Raben D: New radiation therapy techniques for the treatment of head and neck cancer. Otolaryngol Clin North Am 2005 Apr; 38(2): 371-95, vii-viii.
80. Eida S, Nakamura Combination of helical CT and Doppler

- sonographi in the follow-up of patients with clinical NO stage neck disease and oral cancer // AJNR Am J Neuroradiol. 2003 Mar; 24(3):312-8;
81. Eneroth C.M., Blank C., und Inkobson P. Carcinoma in pleomorphic adenoma of parotid gland // Acta Oto-Laring. - 1997. N 66. P. 477-485.
  82. Ferlito A, Rinaldo A, Robbins KT, Silver CE: Neck dissection: past, present and future?. J Laryngol Otol 2006 Feb; 120(2): 87-92.
  83. Ferlito A., Donati Fiore L. Malignant lymphoepithelial lesions // J. Laryngol. and Otol. - 1997. - V. 91, N10. - P. 869-885.
  84. Fernandez -Bussy R et al. T cell subsets and clinical oncology, 1983, 19:907 -13.
  85. Friedman RJ et al. Cancer of the skin. London, WB Saunders Company, 1991: 35-73.
  86. Gavilan J, Herranz J, DeSanto L W, Gavilan C: Functional and Selective Neck Dissection, Thieme Medical Publishers, Inc. 2002; 1-143.
  87. Gnepp D.R., Cario Russel L., Barnnou R.B., Small cell carcinoma of the major salivary glands // Cancer. - 1998. - V. 58, N3. - P. 705-714.
  88. Grigolato Piergiovanni, Pizzoli Gabrielle, Valutazioni istologiche ed ultrastrutturali sul carcinoma indifferenziato della parotide // Morgagni. - 1998, - N3. - P. 45-52.
  89. Hirano M. Kramer Combined therapy of carcinoma of the head and neck. Jap. Cancer Clin., 1989, 25,5, 522-525.
  90. Hirsch R. J., Yousem D.M., Loevner LA. et al. Synovial sarcomas of the head and neck: MR findings // A.J.R.1997. V.169.P.1185-1188.
  91. Jensen Ole J., Poulsen T., Shidt T. Mucoepidermoid tumours of salivary gland. A long term follow up study// APMIS. - 1998. - V. 96, N 5. - P. 421-427.
  92. Jorosen M. Recent trends in the diagnosis and treatment of sinusitis

// Europ. Radiol.-1996.-Vol.6, N 2.-P. 170-176.

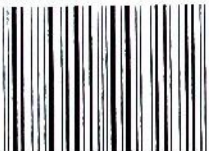
93. Kini Sunda R., Abrash M.P., Jonson T.L., Gaba A.R. Aspiration biopsy of salivary glands. A five year experience// Acta Cytol. – 1998. – V. 32. N 5. – P. 752-760.
94. Klug C, Neumburg J, Glaser C, Millesi W. Quality of life 2-10 years after combined treatment for advanced oral and oropharyngeal cancer //Int. J. Oral Maxillofac. Surg – 2002 – 31 – pp. 664-669;
95. Markola A.T., Aronen H.J., Paavonen T. et al. Spin lock and magnetization transfer imaging of head and neck tumors// Radiology 1996. v.200. p 369-375.
96. Mead G.M, Management of oral mucositis associated with cancer chemotherapy, Lancer 359 (2002), pp. 815-816;
97. Morinaga Sh., Nakajima T., Shimasato I. Normal and neoplastic myoepithelial cells in salivary glands: An immunohistochemical study // Hum. Pathol. – 1997.- V. 18, N 12. – P. 1218-1226.
98. Mozota Sagardia, Jose Romon. The mores mixtos de parotia // Acta otorrinolarungol asp. – 1998.- V. 32, N 6. – P. 964-969.
99. Mukerij S.K., Castelijn J.A. et al. Modern Head and Neck Imaging. Ny.: Springer,2000.
100. Mundnich K., Schwellungen der Ohrspeicheldrüse // Therapiewoche. – 1998. – N 23. – P. 2178-2185.
101. Nochomovitz L.E., Kahn L.B. A histological review of 358 salivary gland tumours // S.Afr.Med. J. – 1997. – V. 51, N 25. – P. 945-946.
102. Panicker K.N.S., Patdar G.I. Ultrastructural study of mixed tumour of the salivary gland // Indian J. Cancer. – 1997. – V. 13, N 4. – P. 333-340.
103. Panicker K.N.S., Patdar G.I., Sirsat Satyavati M. Ultrastructural study of malignant mucoepidermoid tumor of the human salivary gland // Indian J. Cancer. – 1997. – V. 13, N 3. – P. 227-233.
104. Phillips C.D., Futterer S.F., Lipper M.H. et al. Sinonasal undifferentiated carcinoma: CT and MR imaging of an uncommon

- neoplasm of the nasal cavity// Radiology 1997.V 202, P.477-480.
105. Rhodus NL, Oral cancer: leukoplakia and squamous cell carcinoma. Dent Clin North Am. 2005 Jan; 49 (1) :143-65,ix. Review;
  106. Robbins KT: Neck Dissection, chapter 116 in Cummings Otolaryngology Head and Neck Surgery, Fourth Edition. Fourth Edition 2005; Volume Three: 2614-2645.
  107. Robbins KT: Pocket Guide to Neck Dissection and Classification and TNM Staging of Head and Neck Cancer, American Academy of Otolaryngology-Head and Neck Surgery Foundation, Inc. 2001; 8-38.
  108. Rosenfeld L.D.G. Sessions, B. Mc Svain and H. Graves. Malignant tumours of salivary gland. 37 year review of 184 cases // Ann.Surg. – 1996. – N 163. – P. 726.
  109. Rossman K. Combined radiation therapy and surgery in the treatment of advanced head and neck cancer. Ariz. Med., 1995, 32,11, 869-872.
  110. Schwab W., feurbach St., Schmid L. et al. korf- hali-kazinome. Larning.Rhinol.Otol., 1982, 61, 417-437.
  111. Schwab W., feurbach St., Schmid L. et al. korf-hali-karzinome. Laring.Rhinol.Otol., 1982, 61, 417-437.
  112. Shirikhande S.S., Talvalkar G.V. Malignant mixed salivary gland tumours. A clinico-pathological study of 48 cases // Indin J. Cancer. – 1995. – V. 16, N1. – P. 9-12.
  113. Srensen M., Baunsgaard P, Frederiksen P, Haahr P.A. Multifocal adenomatous oncocytic hiperplasia of the parotid gland // Pathol. Res. and Ract. – 1996. – V. 181, N 2. – P. 254-257.
  114. Suntharalingam M: The role of concurrent chemotherapy and radiation in the management of patients with squamous cell carcinomas of the head and neck. Semin Oncol 2003 Aug; 30(4 Suppl 9): 37-45.
  115. Thorud E., Rolstad E.A., Lexow P. Malignancy in plepmorpphoc adenoma of the parotid gland // Acta pathol. et microbiol. Scand. –

1997. – A89. – Suppl. N 274. – P. 458-463.
116. Tonelli L. I tumore di oncociti e gli oncociti nei tumori delle glandole salivari // Arch. Vecchi anat. pat. – 1996. – N 11. – P. 413-420.
117. Wanebo H. Chougule P& oth., Surgical Resection Is Necessary to Maximize Tumor Control in Function Preserving Aggressive Chemoradiation Protocols for advanced Squamous Cancer of the head and Neck (stage III&IV). Brown University Oncology Group and Roger Williams Center, Providence, RI. -1999. www.asco.org.
118. Ward G.E., Hendrick J.W. Diagnosis and treatment of tumors of the head and neck. Baltimore, Williams&Wilkins Company, 1990.
119. Weiss M, Sailer S, Pillsbury H, Simultaneous chemoradiation in the treatment of advanced head and neck cancer // Arch. Otolaryngol. Head and Neck Surg – 2001- 8 – pp. 644-650;
120. Yomoto R.H., Ching P.H. T., Byron K.L., Riihimaki D.U. The composite Arch. Surg., 1982, 104, No 6, 809-813.
121. Zyada MM. Human lymphocyte antigen HLA-DR expression on basal cell carcinoma of the head and neck region [Thesis]. Mansoura, Egypt, Mansoura University, 1994.

UDC (33) 616.716-008-08  
616.716-008-07  
616.716-008-089  
3-255

ISBN 978 9941-0-0317-2



9 789941 003172 >