

აბულაძე თ., გოგიაშვილი ლ., ტურიაშვილი ნ.,
კვაშილაძე ჯ., ჩაჩანიძე ნ., კუკულაძე ნ.

სკრინინგის პერიოდიტიზაცია კოლორექტული პათოლოგიის ადრეულ დიაგნოსტიკაში

თსსუ ძირუბაძის დეპარტამენტი, პროგრამული
მიმართულება პროქტოლოგია; რ.იაშვილის
თბილისის პროქტოლოგიური ცენტრი, სპ.
მაცნეარაგეთა აკადემიის ალ.ნათიშვილის
სახ.მეცნიერებათა დოქტორის ინსტიტუტი,
ახალგაზრდა მედიკოსთა, რეზიდენტთა და თსსუ-ის
სტუდენტთა ჯგუფი.

საქართველოში, მსგავსად მსოფლიოს მრავალი ქვეყნისა, კოლორექტოლოგიურ დაავადებათა გავრცელების მაჩვენებელი მეტად მაღალია და ჯერჯერობით, კვების ნიშნები არ აღინიშნება. მნიშვნელოვნად იმატა ნაწლავური სიმსივნების, არასპეციფიური კოლიტების, დივერტიკულოზის დაავადების, მეგაკოლონის, პოლიპების და პოლიპოზის, ჰემოროიდული დაავადების, ანალური ნაპრალის (ნახეთქის), რექტული პროლაფსის და სხვა შემთხვევებმა. საგრძნობლად მოიმატა ფუნქციურმა კოლოპათიებმა — გალიზიანებული ნაწლავის სინდრომმა, დისბაქტერიოზმა, ქრ.ყაბზობამ, ფუნქციურმა დიარეამ. ხშირია შერწყმული ანთებითი, არასიმსივნური და სიმსივნური დაზიანებები, რომელთა უმრავლესობა პათოგენეტიკურად კავშირშია ერთმანეთთან.

მსგავსი მდგომარეობა გამოიკვეთა ჩვენი მონაცემებითაც (თსსუ კოლორექტოლოგიური კლინიკა) 2004-2007 წ. კლინიკური მკურნალობის კურსი გაიარა 1648 კოლორექტოლოგიურმა პაციენტმა — წლების მიხედვით მზარდი პროცენტით (შესაბამისად 28, 34, 38, 40%) მათგან მხოლოდ 3% ჩაუტარდა მედიკამენტური (კონსერვატიული) მკურნალობა, დანარჩენს (97%) - სხვადასხვა სახის ქირურგიული კორექცია.

მკვლევართა აბსოლუტური უმრავლესობა სამართლიანად მიიჩნევს, რომ კოლორექტული კიბო ძირითადად წინასიმსივნური პროცესებისაგან, (სინ. precancer) კეთილთვისებიან პოლიპებისგან (ადენომებისგან), ოჯახურ დიფუზურ პოლიპოზიდან, სხვადასხვა გენეტიკურ - ტიურკოს, გარდნერის, პეიც-ეგერსის სინდრომებისგან წარმოიშობება (T. Imperiale et al, 2000, D. Liberman et al, 2000).

მეორეს მხრივ, კიბოს განვითარება ასევე შესაძლებელია ხანგრძლივად მიმდინარე ქრონიკული პროცესების ფონზე - არასპეციფიური წყლულოვანი კოლიტის (ანკ) და კრონის დაავადების შედეგად (Marion J.F., et al. 2000, Veress B., et al, 1995).

Butt J.H., et al (1980) მონაცემებით ორი ათეული წლის მანძილზე ქრონიკულად მიმდინარე წყლულოვანი კოლიტით დაავადებულებს კოლორექტული კიბო, შემთხვევათა 3%-ში უვითარდება ხოლო 30 წლის მატარებელ პაციენტებში 30%-ს უახლოვდება.

აღნიშნულიდან ნათელია კოლოპროქტოლოგიურ პაციენტთათვის კვალიფიციური დახმარების სისტემის სრულყოფის აუცილებლობა.

სიმსივნურ და არასიმსივნური პათოლოგიის ადრეული დიაგნოსტიკის უნიფიცირებული ალგორითმი და, რაც მთავარია, სკრინინგი დღესაც განსაკუთრებით აქტუალურ პრობლემას წარმოადგენს, მასიური პროფილაქტიკური გასინჯვები, ერთადერთი ქმედითი გზაა მსხვილი ნაწლავის დაავადებათა ადრეული დიაგნოსტიკისათვის.

სკრინინგი მიმართულია დაავადების წარმოშობის საწინააღმდეგოდ, მისი წარმოება მიზანშეწონილია მანამდე სანამ გაჩნდება ავადმყოფობა. იგი გამოიყენება რისკ-ჯგუფებში როგორც მეორედი პროფილაქტიკური მეთოდი დაავადების აღმოსაჩენად, ადრეულ, ჯერ კიდევ უსიმპტომო, სტადიაზე.

აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ სკრინინგის ორგანიზირებას სირთულეები გააჩნია. უპირველესად ეს დაკავშირებულია პროგრამის მონიტორინგის ძვირადღირებულებასთან (ფინანსური მხარეები), სახელმწიფო პროგრამების დაუზენებლობასთან, მოსახლეობისათვის (სკრინინგის თაობაზე) ინფორმაციის მიწოდების სიმწირესთან, თვით სკრინინგული პროგრამის ტექნოლოგიების უქონლობასთან, ექიმ-სპეციალისტების სიმწირესთან და სხვა.

ამიტომ, გამომდინარე სიტუაციიდან უნდა განხორციელდეს სთანადო რისკ-ჯგუფების ჩამოყალიბება და შესაბამისი მონიტორინგის წარმოება. მხოლოდ ასეთ ვითარებაში შესაძლებელი იქნება სრულყოფილი სკრინინგის წარმართვა.

კვლევის მიზანია: რეალურად შეფასდეს სხვადასხვა სკრინინგული ტესტების გამოყენების ეფექტურობა კოლორექტული პათოლოგიის ადრეულ დიაგნოსტიკაში, რისკ-ჯგუფების ჩამოყალიბების და სწორად არჩეული სადიაგნოსტიკო ალგორითმის საფუძველზე.

სკრინინგის იდეალური მეთოდიკა უნდა გამოირჩეოდეს მაღალი მგრძნობელობით და სპეციფიურობით, იგი უნდა იყოს ფართოდ მისაწვდომი და იაფფასიანი.

სკრინინგული პროგრამის ალგორითმის საწყისი ღონისძიება (ანკეტური მონაცემების შემდეგ) არის იდენტიფიკაციური ტესტი ფარულ სისხლდენაზე, რომელიც ძალზე პოპულარულია მთელს მსოფლიოში. იგი ჩასატარებლად მარტივი და იაფია, ეფექტურია ფონური და კიბოსწინა პროცესების და კოლორექტული კიბოს საწყისი ფორმების აღმოსაჩენად.

Marks R.D., et al. 1997. Maudel Z. et al, 1993; Winower S. et al, 1997. და სხვათა მონაცემებით რეგულარული ტესტირება ფარულ სისხლდენაზე (ნელინადმი ორჯერ) ამცირებს კოლორექტული კიბოთი სიკვდილიანობის მაჩვენებელს. თუმცა აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ წარმოდგენილი მეთოდი თავის სპეციფიურობით დაბალია სხვა ტესტებთან შედარებით და ხშირად იძლევა ცრუ დადებით შედეგებს. მაგრამ თავისი მასიურობით და მოხმარების სიმარტივით იგი უცვლელია კოლორექტული პათოლოგიის სკრინინგში.

ჩვენმა კლინიკამ 2004 წელს გერმანელი კოლეგები-სგან უსასყიდლოდ მიიღო ფირმა „Beckman Coulter“-ის მიერ წარმოებული ჰემოკულტესტის (ტესტი ფარულ სისხლდენაზე) ნიმუშები რომლებიც შემდგომ გამოყენებულ იქნა მეცნიერული კვლევებისათვის.

გარდა ფარული სისხლდენის ტესტირებისა გამოყენებული იქნა თანამედროვე სკრინინგის სხვა მეთოდებიც: 1. სპეციალური ანკეტური გამოკითხვა, ცხოვრების ხარისხის შეფასება. 2. თითო რევიზია და სიგმოიდოსკოპია. 3. მსხვილი ნაწლავის ენდოსკოპიური გამოკვლევა - კოლონოსკოპია ენდობიოპტატების ჰისტოპათოლოგია. 4. ირიგოსკოპია (ირიგოგრაფია). 5. ბაქტერიოლოგიური გამოკვლევები - მიკროფლორის დადგენა. 6. სხვადასხვა არაინვაზიური გამოკვლევები: ულტრაბგერითი სონოგრაფია (უს), კომპიუტერული ტომოგრაფია (კტ), ბირთვულ-მაგნიტურ რეზონანსული ტომოგრაფია (ბმრტ).

სკრინინგის კომპლექსური მეთოდების შეფასებისას (ძირითადად მგრძნობელობა) ვსარგებლობდით ცნობილი ფორმულით — მგრძნობელობა (სენ) ასახვს ჭეშმარიტად დადებით შედეგების გამოვლენის უნარს და გამოითვლება ფორმულით:

$$\text{Sen} = A : (A+C) \times 100\%, \text{ სადაც } A - \text{ ჭეშმარიტად დადებითი შედეგია, } C - \text{ ცრუ უარყოფითი.}$$

ანკეტური გამოკითხვის დროს ყურადღება ექცოდა ცხოვრების ხარისხის შესწავლას, სადაც ფასდებოდა ემოციური სფერო და ფსიქიური ჯანმრთელობა, რაც განსაკუთრებულად მნიშვნელოვანია ფუნქციური კოლოპათიების დიაგნოსტიკის დროს. ვსარგებლობთ Thompson W. 1999 მიერ მოწოდებული უნივერსალური კითხვარით.

თსუ ახალგაზრდა კურსდამთავრებულმა ექიმებმა, რეზიდენტებმა და სტუდენტებმა 2004-2007 წლებში ჩვენი პროექტის მიხედვით ჰემოკულტესტის გამოყენებით აწარმოეს გამოკვლევა 370 პიროვნებაზე, რომლებიც გადანაწილებულია კვლევის სხვადასხვა ჯგუფში.

მსხვილი ნაწლავის ენდოსკოპიური გამოკვლევა (სიგმოიდოსკოპია, კოლონოსკოპია) სკრინინგული პროგრამის ძირითადი ნაწყვენი ტესტია. იგი შესაძლებლობას იძლევა რეალურ ვიზუალიზაციას მსხვილი ნაწლავის ნებისმიერი ადგილიდან ჰისტოპათოლოგიური კვლევისათვის ბიოპტატის აღებას, ასევე მცირეინვაზიური პროცედურების ჩატარებას დაწყებული გაფართოებული ბიოფსიით დამტავრებული სხვადასხვა ზომების ახლწარმონაქმნების ელექტროოქსციზიით. მასალა იღებებოდა ჰემატოქსილინით და ეოზინით. ელექტრონული მიკროსკოპისათვის, ფიქსაცია ხდებოდა 2,5% გლუტარალდეჰიდის და 1% ოსმიუმის ოთხჟანგის ხსნარებში (p-7,34). ულტრაბგერითი ანათლების შესწავლა ხდებოდა ელექტრონული მიკროსკოპით - TESLA BS-500 ამარქარებული ძაბვის 70-90 კვტ პირობებში.

ძალზედ მნიშვნელოვანია მსხვილი ნაწლავის რეტროგრადული კონტრასტირება ბარიუმით - ირიგოსკოპია, განსაკუთრებით მაშინ როდესაც შეფერხებულია ან დაუშვებელია კოლონოსკოპია და საჭიროა

დამატებითი ინფორმაცია. დიაგნოსტიკურ ალგორითმში ირიგოსკოპიას ორმაგი კონტრასტირებით ჩვენ ვიყენებდით ენდოსკოპიის წარმოების ან მისი უკუჩვენების შედეგად.

მთლიანად ჩვენი მასალა მოიცავს 572 დაკვირვებას იმ პირებზე, რომლებიც სხვადასხვა მონაცემების მიხედვით დაყოფილი იყვნენ 3 ჯგუფად.

I ჯგუფი - 118 დაკვირვების ობიექტი იყო 50 წელს გადაშორებული პიროვნებები ძირითადად (მოხალისეები) ე.წ. „უსიმპტომო“ კონტიგენტი, მამაკაცი იყო - 29, ქალი - 89.

II ჯგუფი 251 დაკვირვება, 50-წელს გადაცილებული პირები (მამაკაცი-112, ქალი 139) კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის მხრივ სხვადასხვა ჩივილებით (ტკივილი, მეტეორიზმი, ქრ. ყაბზობა, დიარეა, გამონადენი სწორი ნაწლავიდან) ძირითადად თერაპიულ და გასტროენტეროლოგიური სტაციონარების, ასევე ამბულატორიული პაციენტები. წარმოდგენილი კონტიგენტი საშუალო რისკ-ჯგუფს მიეკუთვნება.

III ჯგუფი 203 დაკვირვება (მამაკაცი-132, ქალი-71), რომელთაგანაც ოჯახურ ანამნეზში აღენიშნებოდა: მსხვილი ნაწლავის, პოლიპი და პოლიპოზი 98 (48,3%), კოლორექტული კიბო - 28 (13,7%)-ს, ეროზიულ-წულულოვანი პროცესები 46 (24,1%)-ს, ხოლო 31 პირს (28,6%)-ს გადატანილი ჰქონდათ სხვადასხვა კოლოპროქტოლოგიური ოპერაციები (მსხვილი ნაწლავის რეზექცია, ჰემოროიდექტომია, ფისტულექტომია, პოლიპების და კონდილომების ექსციზია). ეს ჯგუფი მომატებული და მაღალი რისკ-ფაქტორების კონტიგენტს მიეკუთვნება.

I ჯგუფში ანკეტური გამოკითხვა, თითო ინსპექცია და ტესტი ფარულ სისხლდენაზე ჩატარდა ყველა გამოკვლეულს ($n=118$), სიგმოიდოსკოპია 29-ს, ტოტალური კოლონოსკოპია - 49 შემთხვევაში, ირიგოსკოპია 8-ჯერ, ჰისტოპათოლოგიური გამოკვლევა გაკეთდა მხოლოდ 7-ჯერ (25 ენდობიოპტატი) ჩვენებების მიხედვით.

მიღებულია ჰემოკულტ-ტესტის 12 დადებითი პასუხი. შემდგომი ენდოსკოპიური გამოკვლევით აღმოჩნდა სხვადასხვა ლოკალიზაციის ადენომატოზური პოლიპი - 7 შემთხვევა, (ერთეული - 3, მრავლობითი - 4-ჯერ). 5 - ტესტი მიჩნეულია ცრუ დადებითად, 5 - ცრუ უარყოფითად, მსხვილი ნაწლავის უსიმპტომოდ მიმდინარე დივერტიკულოზი - 6-ჯერ რომელიც დადგინდა ირიგოსკოპიით, 1 - ცრუ უარყოფითი შედეგით. ჰემოკულტესტის მგრძნობელობამ შეადგინა — 53.8%, ენდოსკოპია - 91.6%.

II ჯგუფში ანკეტური გამოკითხვა და თითო რევიზია ჩატარდა ყველა შემთხვევაში ($n=251$) ჰემოკულტესტის წარმოებულია 102-ჯერ (დადებითი პასუხი დაფიქსირდა 36-ჯერ), სიგმოიდოსკოპია - 46-ს, ტოტალური კოლონოსკოპია 205-ჯერ, ირიგოსკოპია - 45-ჯერ, ულტრასონოგრაფია - 37-ჯერ ენდობიოპტატის ჰისტოპათოლოგიური გამოკვლევა - 29-ჯერ.

ჰემოკულტესტი 6-ჯერ აღმოჩნდა ცრუ დადებითი, 10 - ცრუ უარყოფითი; როგორც შემდგომ დადას-

ტურდა, გამოწვეული, რკინის პრეპარატების და ასკორბინის მჟავის მიღებასთან დაკავშირებით.

ენდოსკოპიური კვლევით 23 შემთხვევაში აღმოჩნდა სხვადასხვა ლოკალიზაციის პოლიპი (ერთეული 23, მრავლობითი - 10), სიგმოიდურ კოლინჯის კიბო - 2 შემთხვევა (რომელიც დადასტურებულია მორფოლოგიურად), დივერტიკულოზი და დივერტიკულიტი - 10-ჯერ, ცრუ უარყოფითი 4 შემთხვევა, ყველა შემთხვევაში დადასტურდა ირიგოსკოპიით პროქტოსიგმოიდულიტი - 46. ჰემოკულტესტის მგრძნობელობამ 78.9% შეადგინა, ენდოსკოპიურმა კვლევამ - 88.2%.

III ჯგუფში, ანკეტური გამოკითხვა და თითო რევიზია ჩაუტარდა ყველას. ჰემოკულტ-ტესტი გაკეთდა 150-ჯერ. დადებითი პასუხი აღმოჩნდა 58 შემთხვევაში, სიგმოიდოსკოპია გაკეთდა 38 შემთხვევაში, ტოტალური კოლონოსკოპია - 165, ირიგოსკოპია - 81-ჯერ, ბიოპტატების ჰისტოპათოლოგიური გამოკვლევა - 70 შემთხვევაში, მუცლის ღრუს უს - 83, ბაქტერიოლოგიური გამოკვლევა ჩაუტარდა 189 პაციენტს, კტ - 2-ს, ცრუ დადებითი ჰემოკულტესტი აღმოჩნდა 12-ჯერ, ცრუ უარყოფითი - 9-ჯერ.

კოლორექტული კიბოს ოპერაციის შემდგომი რეციდვი აღმოჩენილია 8 შემთხვევაში, ერთეული პოლიპი - 30-ჯერ, ჯგუფური და მრავლობითი პოლიპები - 28-ჯერ. ეროზიულ-ნეკროზული პროცესები 23-ჯერ, მეგაკოლონი - 10, დივერტიკულოზი - 27, ფუნქციური კოლოპათიები - გაღიზიანებული ნაწლავის სინდრომი დიაგნოსტირებულია - 68 შემთხვევაში, პროქტოსიგმოიდულიტი - 48. ბაქტერიოლოგიური გამოკვლევებით უმრავლეს შემთხვევაში დადასტურდა სხვადასხვა ხარისხის დისბაქტერიოზი. ჰემოკულტესტის მგრძნობელობამ ამ ჯგუფში შეადგინა 83.6%, ხოლო ენდოსკოპიურმა კვლევამ - 94%.

გაღიზიანებული ნაწლავის სინდრომის (გნს) დროს აღებული ბიოპტატების ელექტრონულ მიკროსკოპიულმა ანალიზმა გვიჩვენა: ეპითელური უჯრედების მკვეთრად შეცვლილი ულტრასტრუქტურა, რაც გამოიხატება ბაზალური მემბრანის დეფორმაციით, ეპითელური უჯრედების ცვლილებათა მოზაიკური სურათით - შეუცვლელი და დეფორმული ბირთვის მქონე გამორეცხილი ენტეროციტების არსებობით.

ნეკროზული პროცესების გამწვავების დროს ჰისტოლოგიური სურათი წარმოდგენილია სტრომის მკვეთრი ნეიტროფილური და ეოზინოფილური ინფილტრაციით, გრანულოციტების მიგრაციით ეპითელური საფარის სისქეში ამ უკანასკნელის დისპლაზიური ცვლილებების გარეშე.

ახალწარმოქმნების პათოჰისტოლოგიური დიაგნოზი და სტრუქტურა განისაზღვრებოდა როგორც ენდობიოპტატების, ასევე ენდოსკოპიური პოლიპექტომიის მასალის შესწავლის შედეგად.

მცირე ზომის პოლიპის 71 შემთხვევიდან მორფოლოგიური ვერიფიკაცია წარმოებულა 58-ჯერ, არცერთ მათგანში დისპლაზია არ იყო აღმოჩენილი.

საშუალო ზომის 22 ახალწარმოქმნიდან (0,6-2,0 სმ) ჰისტოლოგიური სტრუქტურა შესწავლილია 18-შემთხვევაში, სხვადასხვა ხარისხის დისპლაზია

დადგენილია 10-ჯერ, პოლიპის მაღლიგნიზაცია აღმოჩენილია - 2 შემთხვევაში.

დიდი ზომის წარმონაქმნების (2 სმ-ზე მეტი) ყველა 16 შემთხვევის ენდობიოპტატური მასალის შესწავლით დადგინდა: ტუბულურ-ადენომატოზური ფორმა - 10, (დისპლაზიის 6 შემთხვევით), ტუბულურ-ხაოიანი ფორმა თანმხედრი დისპლაზიით - 4, მაღლიგნიზირებული პოლიპი - მაღალი დიფერენციაციის ადენოკარცინომა - 2.

ყველა პაციენტს ჩაუტარდა რადიკალური კორექცია სხვადასხვა მეთოდით. მათ შორის, ორ პაციენტს მსხვილი ნაწლავის ადენოკარცინომით - ტრანსაბდომინური ოპერაცია. დანარჩენ 14 პაციენტს - ენდოსკოპიური პოლიპექტომია.

In Situ ინვაზიური ადენოკარცინომის დროს აღინიშნება სიმსივნური ქსოვილის ჩაზრდა პოლიპის ლორწვევა ფუძეში.

დიდი ზომის ტუბულო-ვილოზური ტიპის პოლიპის შემთხვევებში მაღლიგნიზაციის რისკის მარკერის - III ხარისხის დისპლაზიის სიხშირე მერყეობდა - შემთხვევათა 58-64% და წარმოდგენილი იყო ეპითელური უჯრედების ბირთვ-ციტოპლაზმური ურთიერთობების ღრმა ტიპებით, ნუკლეოლების გამოვლენით და ბირთვების ზომის ზრდით.

ჩატარებულმა სკრინინგულმა კვლევებმა წარმოაჩინა მრავალი საინტერესო თავისებურება, როგორც თვით სკრინინგის პრინციპების, ასევე საკუთრივ მეთოდების გამოყენების მხრივ.

მნიშვნელოვანია რამდენიმე მომენტის გათვალისწინება: სახელდობრ, 50 წელს გადაცილებულ პირებში ე.წ. „უსიმპტომო კონტიგენტი“ დეტალური გამოკითხვა (ანკეტური სკრინინგი) და აქტიური პროპაგანდა ფარულ სისხლდენაზე ტესტის ჩასატარებლად. ფარული სისხლდენის იდენტიფიკაციის საშუალოდ 3 ჯგუფში ჭეშმარიტად დადებითი პასუხი (დამტკიცებული შემდგომ კოლონოსკოპიით, ბიოფსიით, ირიგოსკოპიით) აღმოჩნდა - 58-ჯერ, მათ შორის ახალწარმოქმნით 51, დივერტიკულოზი, ეროზიული კოლიტი - 7-ჯერ.

კოლონოსკოპია სკრინინგულ პროგრამაში ყველაზე მგრძნობიარე და ინფორმაციული ტესტია, როგორც კიბოსწინა პროცესების, კოლორექტული კიბოს, ფუნქციური კოლოპათიების დიაგნოსტიკაში, ასევე მცირე ინვაზიური ღონისძიებების (ბიოფსია, ექსციზია) წარმოების დროს. მარტო ენდოსკოპიური მეთოდით საშუალებით დადასტურებულია მრავალი ახალწარმოქმნი, მათ შორის კოლორექტული კიბოს როგორც პირველადი ასევე, რეციდიულ შემთხვევები, ხოლო ფუნქციური კოლოპათიების დროს კოლონოსკოპიის საშუალებით აისახა ამ პროცესის ენდოსემიოტიკაც.

სკრინინგში მნიშვნელოვანი როლი რენტგენოლოგიური გამოკვლევას - ირიგოსკოპიას ენიჭება, ზოგჯერ კოლონოსკოპია ვერ უზრუნველყოფს ვიზუალიზაციას. ისეთი პათოლოგიის დროს, როგორცაა, მაგალითად მეგაკოლონი ან დივერტიკულოზი. ასევე ზოგჯერ, ნაკლებ სარწმუნოა რენტგენოლოგიური დიაგნოსტიკა

მცირე ზომის კიბოს და ეროზიების შემთხვევაში. ამიტომ, მნიშვნელოვანია ამ ორი მეთოდის შეთავსება.

დანარჩენი არაინვაზიური მეთოდები - უს, კტ, ბმრტ ნაჩვენებია მხოლოდ განსაკუთრებულ რთული პროცესების ვერიფიკაციისათვის.

მთლიანობაში სკრინინგული პროგრამის ღონისძიებების ძვირადღირებულებამ და მასიური პროფილაქტიკური ღონისძიებების სირთულეებმა განსაზღვრა რისკ-ჯგუფების ჩამოყალიბების აუცილებლობა სამი ძირითადი ფენომენის გათვალისწინებით — ასაკი, კლინიკური ნიშნები, სავარაუდოდ დატვირთული ოჯახური გენეზი და მათი ტესტირება ჩვენების მიხედვით, რაც მოსახლეობისთვის ნაკლებად ღირებული და შედარებით მისწრაფი ღონისძიებებად იქნება მიჩნეული.

ჩატარებულმა სამუშაოებმა ნათლად დაგვანახა ცალკეული ტესტის ინფორმაციულობა და გამოყენების ადექვატურობა, განსაკუთრებით მასობრივი ტესტირება ფარულ სისხლდენაზე და ენდოსკოპიური სკრინინგი. ამიტომ კიბოს პროფილაქტიკის ძირითად ელემენტს წარმოადგენს სწორედ უსიმიტომოდ მიმდინარე კიბოსწინა და სხვა ქრონიკული პროცესების დადგენა ამ მეთოდების გამოყენებით.

სკრინინგის შედეგების მტკიცებულება აუცილებლად შედარებული უნდა იყოს საკონტროლო მონაცემებთან და დადასტურებული ჰისტოპათოლოგიური კვლევით.

ლიტერატურა:

1. Butt J.H., Lennard-Jones J.E., Richie J.K. A practical approach to the risk of cancer in inflammatory bowel disease: reassure, watch, or act? // Med. Clin. North Amer. - 1980. - Vol. 64. - P.1203-1220.
2. Imperiale T., Wagner D., Lin Ch. et al. Risk of advanced proximal neoplasms in asymptomatic adults according to the distal colorectal findings. New Engl. J. Med., 2000, 343, 3:169.
3. Liberman D., Weiss D., Bond J. et al. use of colonoscopy to screen asymptomatic adults for colorectal cancer. New Eng. J. Med., 2000, 343, 3:1.
4. Marks R.D., Hall G., Veerapalli R. et al. Fecal occult blood testing. Gastroenterol., 1997, 112, 4:A28.
5. Mandel J.S., Bond J.H., Church T.R. et al. Reducing mortality from fecal occult blood // New Engl. J. Med. - 1993. - Vol. 328 - P. 1365-1371.
6. Thompson W.G., Longstreth G.F., Drossman D.A. et al. functional bowel disorders and Functional abdominal pain // Gut. - 1999. - vol.45, suppl.2.-p.43-47.

Abuladze T., Gogiashvili L., Turiashvili N., Kvashilava L., Chachanidze N., Kukulava N.

PRIORITIES OF SCREENING IN EARLY DIAGNOSTICS OF COLORECTAL PATHOLOGY

Proctology Division of TSMU Surgery Department, Tbilisi Iashvili Proctologic Centre, Natishvili Experimental Morphology Institute of National Scientific Academy, Young Medical Servants, Residents and TSMU Student Group

The early diagnostic unified algorithm and screenings represent an issue in current coloproctology. The mass-scale prophylaxis examinations play the most important role in early diagnostics of colon pathology today.

The purpose of our research was to evaluate the efficacy of various screening tests on correctly chosen diagnostic algorithmic grounds in early diagnostics of colorectal pathology.

The modern screening tests used were as follows:

1. specific questionnaires on the quality of living;
2. tests on occult hemorrhages;
3. finger revision and sygmoidoscopy;
4. colonoscopy;
5. endobiopic histology;
6. Irrigoscopy (irrigography)
7. bacteriologic examinations;
8. various non-invasive examinations;

The screening testing was performed on 572 subjects, divided into 3 groups.

The several important points need to be mentioned: priorities in aged group (over 50), the so called "nonsymptomatic group" were detailed questionnaires and active propagation of occult hemorrhage testing revealing 58 positive cases. Comprehensiveness of each testing and their adequate application is essential. Endoscopic screenings, in particular, helped in early diagnostics of numerous neoplasms and differentiation of tumors (e.g. colorectal cancer) or functional colopathies.

ანჯვერელი ლ., გვენეტაძე ზ., დანელია თ.

ცხვირის ანატომიური რეკონსტრუქციისა და ესთეტიკური კორექციის ერთმომენტური მეთოდი, როგორც პროლაპსის გადაწყვეტის ოპტიმალური გზა

თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის ქირურგიული სტომატოლოგიისა და ყბა-სახის ქირურგიის დეპარტამენტი

ცხვირის შეძენილი დეფორმაციის უზშირეს მიზეზს ტრავმული დაზიანება წარმოადგენს. შედარებით იშვიათად ცხვირის დეფორმაციები ან დეფექტები შეიძლება განვითარდეს ანთებითი ან სიმსივნური პროცესების შედეგად. ცხვირის შეძენილი დეფორმაციები, გამომდინარე მიყენებული ძალის სიდიდიდან და მიმართულებიდან, შეიძლება დაიყოს ხუთ ძირითად ჯგუფად: