

ირაკლი კოხრიძე: ძუძუს კიბო განაჩენი არ არის, მხოლოდ დიაგნოზი და ჩვენ მას არასოდეს შევკავებთ!



ძუძუს კიბოს დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის თანამედროვე ტენდენციებზე

თსსუ-ის ვიცე-რექტორი, თსსუ-ის პირველი საპროფესორი-კლინიკის ონკოლოგიის მდიარეთუღების ხელმძღვანელი, ასოცირებული პროფესორი, მამოლოგი

ირაკლი კოხრიძე გვმსაუბრება:

– ბატონო ირაკლი, ხომ ვერ გვეტყვი, როგორია დღეს ძუძუს კიბოს სტატისტიკა მთელ მსოფლიოში და მათ შორის საქართველოში? რა ტენდენციებია და რას უნდა ველოდოთ?

– მთელ მსოფლიოში ყოველწლიურად ძუძუს ახალ-გამოვლენილ შემთხვევათა რიცხვი 1 მილიონს აჭარბებს, რაც სრული ციფრებით ახალი ავთვისებიანი სიმსივნეების საერთო რაოდენობის 10%-ს აღემატება. უნდა ითქვას, რომ დასავლეთ ევროპის ქვეყნების ქალთა პოპულაციაში ძუძუს კიბო ყველა ავთვისებიან სიმსივნეთა შორის სიკვდილობის სიხშირის მაჩვენებლით II ადგილზეა, შემთხვევათა 80%-ში დაავადება ვლინდება 50 წელს გადაცილებულ ასაკობრივ პოპულაციაში და ავადობის პიკი 50–70 წეწ-ის პერიოდშია. თუმცა, ჩვენ გვაშფოთებს ის ფაქტი, რომ უკანასკნელი 20 წლის განმავლობაში ვლინდება დაავადების დრამატული „გაახალგაზრდავების“ ტენდენცია; სამწუხაროდ, არც საქართველოა ამ მხრივ გამონაკლისი. მინდა ვისარგებლო შემთხვევით და მადლობა გადავუხადო დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნულ ცენტრს კიბოს პოპულაციური რეგისტრის შექმნისათვის, რომლის მონაცემებით, ჩვენს ქვეყანაში ქალებში კიბოს 5 ყველაზე ხშირ ონკოლოგიურ დაავადებას შორის ძუძუს კიბო სიხშირით პირველ ადგილზეა. ამავდროულად, ძუძუს კიბო ყველაზე ხშირად სწორედ შრომისუნარიან ასაკში ვლინდება, რაც, ცხადია, მას არა მარტო სამედიცინო, არამედ სოციალურ მნიშვნელობას ანიჭებს. ასე მაგალითად, ახალი შემთხვევების რაოდენობა პრევალირებს 50–70 წლამდე ასაკო-



ბრივ ჯგუფებში და ძალიან მოკრძალებულად რომ ვთქვათ, ნამდვილად სამწუხაროა, რომ ჩვენს ქვეყანაში ძუძუს კიბოს ახალი შემთხვევების მხოლოდ დაახლოებით 50%-ია გამოვლენილი დაავადების I და II სტადიაზე.

– რას გვეტყვი ძუძუს კიბოს წარმოშობის რისკფაქტორებზე, რას უნდა მოვერიდოთ?

– უნდა ითქვას, რომ როგორც ნებისმიერი ონკოლოგიური დაავადების, ისე ძუძუს კიბოს შემთხვევაშიც პროცესი იწყება ერთადერთი უჯრედის გენეტიკურ აპარატში შეუქცევადი ცვლილებიდან, რაც ამ უჯრედს, რომელსაც ჩვენ სიმსივნის ლეროვან უჯრედს ვუწოდებთ, ანიჭებს უკონტროლო გამრავლების ავტონომიას. ზოგადად შეიძლება ითქვას, რომ არსებობს პროცესის ორი ძირითადი მექანიზმი: მუტაცია სიმსივნის ე.წ. სუბრესორულ გენებში – ანუ იმ გენებში, რომლებიც ამუხრუჭებენ უჯრედების უკონტროლო გამრავლებას და უჯრედის გენეტიკურ აპარატში არსებული სპეციფიკური გენების, ე.წ. პროტოონკოგენების მუტაცია, რომლის შედეგადაც პროტოონკოგენები გარდაიქმნება ონკოგენებად. ონკოგენებად ტრანსფორმაცია უჯრედებს ავტონომიური და შეუჩერებელი გამრავლების უნარს ანიჭებს. ამდენად, ერთი მხრივ, მუხრუჭის გაუმართაობა, მეორე მხრივ კი, მუდმივი აქსელერაცია პროცესს უფსკრულისაკენ მიმავალი გაუმართავი მანქანის სახეს აძლევს. ამ პროცესში სათანადო ჩარევის – ანუ ადრეული დიაგნოსტიკისა და კვალიფიციურ სამედიცინო დაწესებულებაში მკურნალობის გარეშე დატოვება ფატალური შედეგის მომტანია.

– მაინც რისი უნდა გვეშინოდეს?

– არსებობს რისკფაქტორები, რომლებიც შეგვიძლია პირობითად ცვლად ანუ მოდიფიცირებად და უცვლად, ანუ არამოდიფიცირებად ფაქტორებად დავყოთ. მაგალითად, მდებარეობითი სქესი არამოდიფიცირებადი და გენეტიკურად დეტერმინირებული ფაქტორია. ცნობილია, რომ ქალთა ძუძუს კიბოს წარმოშობის სიხშირე უფრო მაღალია, ვიდრე მამაკაცების.

– ე.ი. მამაკაცებსაც ემართებათ ძუძუს კიბო?

– დიახ, არცთუ ხშირად, საკმაოდ აგრესიული მიმდინარეობითა და ხშირად არასახარბიელო პროგნოზით. ამის მიზეზი კი იმის უცოდინარობაა, რომ ძუძუს კიბო შესაძლოა მამაკაცებსაც განუვითარდეთ.

– რისკფაქტორებზე საუბრობდით, ხომ არ გააგრძელებდით?

– ძუძუს კიბოს წარმოშობის რისკფაქტორები შესაძლოა იყოს ე.წ. ენდოგენური ან ეგზოგენური.

ენდოგენურ ფაქტორებს უპირველესად ასაკი მიეკუთვნება. ცნობილია, რომ ძუძუს კიბოს წარმოშობის რისკი თითქმის ორმაგდება მენოპაუზის დადგომიდან ყოველი 10 წლის შემდეგ. ძუძუს კიბოს რისკს ზრდის ალკოჰოლის, თამბაქოსა და წითელი ხორცის ჭარბი მოხმარება და პირიქით, დაბალანსებული, მცენარეული პროდუქტებითა და თევზებით მდიდარი კვების რაციონი და რაც მთავარია, ფიზიკური აქტივობა მძლავრ პროტექტორულ ფაქტორებს მიეკუთვნება. ძუძუს კიბო

– ჰორმონალური ონკოლოგიური პათოლოგიაა, ამდენად, რაც უფრო ხანგრძლივია ქალის ორგანიზმში სასქესო ჰორმონების აქტივობა, მაგალითად ადრეულ ასაკში დაწყებული მენსტრუალური ციკლისა და გვიან ასაკში მენსტრუალური ფუნქციის შეწყვეტის დროს, მით მაღალია რისკი. ამავდროულად, რეპროდუქციული ფუნქციის ფიზიოლოგიური რეალიზება – მრავალშვილიანობა, ისევე, როგორც ლაქტაცია 8–9 თვემდე, მნიშვნელოვნად ამცირებს დაავადების წარმოშობის რისკს.

– ეგზოგენური რისკის ფაქტორებს მიეკუთვნება რადიაცია, განსაკუთრებით – დასახლების ფაქტი ადრეულ ბავშვობაში.

– და ე.წ. მასტოპათია?

– მასტოპათია კრებითი ტერმინია, რომელიც აერთიანებს ძუძუში კეთილთვისებიანად მიმდინარე სხვადასხვა პროცესს, მათ შორის იმ მდგომარეობებს, როდესაც დაავადების შემადგენელ მორფოლოგიურ სუბსტრატში ვლინდება უჯრედების ატიპური გამრავლება. ამ მდგომარეობას ჩვენ ატიპურ ჰიპერპლაზიას ვუწოდებთ, ასეთ შემთხვევაში აუცილებელია პაციენტმა ჩაიტაროს შესაბამისი გამოკვლევები და ოპერაციული მკურნალობა.

– ანუ მასტოპათიის დროს ყველა შემთხვევაში აუცილებელია ოპერაცია?

– რა თქმა უნდა, არა! მე ხშირად მიწევს იმის გამოჩენა, რომ ქალის თვითგასინჯვით აღმოჩენილი კვანძოვანი წარმონაქმნების 70%-ზე მეტი კეთილთვისებიანი ბუნებისაა. ამ დროს აუცილებელია მხოლოდ ონკოლოგიური სიფიზილის გამოჩენა, ანუ ამ მდგომარეობის მართვა კვალიფიციური ექიმების მიერ კვალიფიციურ დაწესებულებებში. სამწუხაროდ, ამ ბოლოს გახშირდა შემთხვევები, როდესაც ჩემთან მოსული პაციენტები სასწრაფო ვითარებაში მუხრუჭებიან, რომ მათ სხვა სამედიცინო დაწესებულებებში დაუყოვნებლივ ოპერაციის ჩატარება ურჩიეს. ამ დროს, ძალიან ხშირად ჩატარებული განმეორებითი კონსულტაციითა და გამოკვლევებით მათ ოპერაცია საერთოდ არ სჭირდებოდათ. მათ შემთხვევაში კონსერვატიული, მედიკამენტური მკურნალობა აბსოლუტურად ადეკვატური და სასჯებით ეფექტური აღმოჩნდა.

– ეს, რა თქმა უნდა, იწვევს დარგისა და, საზოგადოდ, ქართული მედიცინის დისკრედიტაციას და აათამაგებს პაციენტების ნაკადს მეზობელი ქვეყნების სამედიცინო დაწესებულებებში.

– რას გულისხმობთ?

– პაციენტისათვის მკურნალობის ამა თუ იმ მეთოდის შეთავაზება მეტად საპასუხისმგებლო, მრავალკომპონენტური და შესაბამისად, რთული პროცესია. ის უნდა ეფუძნებოდეს მრავალდარგობრივი ჯგუფის გადაწყვეტილებებს. ხშირად ეს მხოლოდ დიდ, კვალიფიციურ ანუ საუნივერსიტეტო კლინიკებში მიიღწევა, სადაც სწავლის, სწავლებისა და მკურნალობის პროცესი ურთიერთშერწყმული და დაუსრულებელი მოცემულობაა.

„სწავლა სიცოცხლის ბოლომდე“, ალბათ, ყველაზე კარგად სწორედ ონკოლოგიის მიესადაგება, რადგანაც ეს მედიცინის დინამიკური დარგია, მისი ყველა მიმართულებით – ქირურგიით, სხივური და სისტემური თერაპიით. ონკოლოგიაში აუცილებელია უწყვეტი პროფესიული განვითარება. ამ ეტაპების პერმანენტულად გავლის გარეშე დარგის სპეციალისტად ვერ და არ ჩამოყალიბდები. თანამედროვე ტენდენციების, მეთოდების, პრინციპების ათვისება მუდმივი პროცესი უნდა იყოს. ონკოლოგი, განსაკუთრებით კი ონკოქირურგი, დღეს არ უნდა შემოიფარგლოს მხოლოდ ქირურგიული ოპერაციების ტექნიკური ასპექტების სრულყოფით, იგი უნდა იყოს დახელოვებული მედიცინის სხვა, მათ შორის არაქირურგიულ დისციპლინებშიც, რომ საფუძვლიანი ოპო-



ნირება გაუწიოს ნებისმიერ გადაწყვეტილებას.

– აუცილებელია მიმართა მხოლოდ სარწმუნო კვლევათა შედეგებზე დაყრდნობით მსჯელობა, ამ მსჯელობაზე დაფუძნებული გადაწყვეტილებების მიღება და ბუნებრივია, დაუშვებლად ვთვლი ისეთ გადაწყვეტილებებს, რომლებიც მხოლოდ საკუთარ, შესაძლოა მდიდარ გამოცდილებას ეფუძნებოდეს. მაგალითად: მე ეს ვიცი, ასე გამიკეთებია, ყოველთვის ასე ვაკეთებდი და ა.შ.

– მკურნალობა ახსენეთ და ამ მხრივ რა სიახლეებია მამოლოგიაში?

– ძუძუს კიბო კვლავაც რჩება ქირურგიულ პათოლოგიად. ანუ მკურნალობის ერთ-ერთი წამყვანი, თუმცა, არა ერთადერთი მეთოდი – ქირურგიული ოპერაციაა. ამავდროულად, ოპერაციული აგრესიის მასშტაბი მცირდება: ჩვენ ვასრულებთ ონკოპლასტიკურ, ალდგენით-რეკონსტრუქციულ ოპერაციებს, რომელთა დროს ან ვინარჩუნებთ სარძევე ჯირკვალს, ან მისი მოკვეთისას აღვადგენთ ორგანოს მოცულობასა და ფორმას – მის მთლიანობას.

– მცირდება ქირურგიული ჩარევების მასშტაბი ილღის, ანუ რეგიონულ ლიმფურ კვანძებზე. კლინიკური რუტინული შემთხვევებია, როდესაც ჩვენ ამოვკვეთთ მხოლოდ ერთ, ან რამდენიმე, ე.წ. მოსაზღვრე – მოდარაჯე, ანუ სასიგნალო-გუშაგ ლიმფურ კვანძებს და ამით ნაოპერაციები მხარის მედა კიდურს შევუნაჩუნებთ მოტორულ და მგრძობელობით ფუნქციობას.

– პოსტოპერაციულად, შემდგომ მკურნალობას დაავადების გავრცელებისა და რაც მთავარია, მისი მოლეკულური თავისებურებების შესაბამისად ვწყვეტთ. ონკოლოგის არსენალში კვლავაც რჩება ქიმიოთერაპია, თუმცა, უკვე გაცილებით ნაკლებად გამოხატული, პროგნოზირებადი და მართული გართულებებით, აგრეთვე ჰორმონოთერაპია, იმუნოთერაპია. ორგანოს შემანარჩუნებელი მკურნალობის კომპლექსში პაციენტებს უტარდებათ სხივური თერაპია, რომელიც მნიშვნელოვნად ამცირებს დაავადების დაბრუნების რისკს, რაც განსაკუთრებით დიდი პირველი 2 წლის განმავლობაში.

– აღნიშნული ღონისძიებების კომპლექსი ე.წ. ოქროს სტანდარტია და მის მართებულ წარმართვას პაციენტის გამოჯანმრთელება მოჰყვება.

– ე.ი. კიბო განაჩენი არ არის?

– დიახ, კიბო მხოლოდ დიაგნოზია, თუმცა, მას ჩვენ არასდროს შევკავებთ!