

ՀԱՅԱՍՏԱՆԻ ՀԱՆՐԱՊԵՏՈՒԹՅԱՆ ԱՌՈՂՋԱՊԱՀՈՒԹՅԱՆ ՆԱԽԱՐԱՐՈՒԹՅՈՒՆ

**ԱՐԳԱՆԴԻ ՊԱՐԱՆՈՑԻ ՆԱԽԱՔԱՂՑԿԵՂԱՅԻՆ ՎԻՃԱԿՆԵՐԻ ՎԱՂ
ՀԱՅՏՆԱԲԵՐՄԱՆ, ՎԱՐՄԱՆ ԵՎ ՔԱՂՑԿԵՂԻ ԿԱՆԽԱՐԳԵԼՄԱՆ ՍԿԶԲՈՒՆՔՆԵՐԸ**

**ՈՒՍՈՒՄՆԱԿԱՆ ՁԵՌՆԱՐԿ
ԱՌՈՂՋՈՒԹՅԱՆ ԱՌԱՋՆԱՅԻՆ ՊԱՀՊԱՆՄԱՆ ՕՂԱԿԻ ԲՈՒԺԱՇԽԱՏՈՂՆԵՐԻ
ՀԱՄԱՐ**



ԵՐԵՎԱՆ

2014

Կ. Սարիբեկյան, Գ. Ավագյան, Գ. Փանաջյան, Ա. Օհանյան

Արգանդի պարանոցի նախաքաղցկեղային վիճակների վաղ հայտնաբերման, վարման և քաղցկեղի կանխարգելման սկզբունքներ:

Ուսումնական ձեռնարկ առողջության առաջնային պահպանման օղակի բուժաշխատողների համար

- Եր.: 2014. - 124 էջ:

Գրախոսներ՝ ՀՀ ԱՆ գլխավոր մանկաբարձ-գինեկոլոգ, բ.գ.դ., պրոֆեսոր, ՀՀ ԳԱԱ թղթակից անդամ Ռազմիկ Աբրահամյան

ՀՀ ԱՆ լաբորատոր գծով գլխավոր մասնագետ՝ բջջաբան, բ.գ.դ., պրոֆեսոր, Տիգրանուհի Ալիխանյան.

Սույն ուսումնական ձեռնարկը նախատեսված է առողջության առաջնային պահպանման (ԱԱՊ) օղակի բուժաշխատողների՝ մանկաբարձ-գինեկոլոգների, ընտանեկան բժիշկների և մանկաբարձուհիների համար: Ուսումնական ձեռնարկում զետեղված թեմաները վերաբերվում են արգանդի պարանոցի նախաքաղցկեղային վիճակների վաղ հայտնաբերմանը, վարմանը և քաղցկեղի կանխարգելման սկզբունքներին, ինչպես նաև այն հիմնական գործառույթներին, որոնք պետք է իրականացվեն ԱԱՊ օղակի բուժաշխատողների կողմից: Ուսումնական ձեռնարկի նյութերը հիմնավորված են ապացուցողական բժշկության նորագույն տվյալներով, ինչպես նաև նյութը մշակողների փորձագիտական տեսակետներով: Ուսումնական ձեռնարկը կարող է նպաստել ԱԱՊ օղակի բուժաշխատողների հետդիպլոմային և շարունակական բժշկական կրթության գործընթացին, ինչպես նաև՝ առողջության առաջնային պահպանման օղակում արգանդի պարանոցի նախաքաղցկեղային վիճակների և քաղցկեղի ախտորոշիչ, կանխարգելիչ ու բուժական միջոցառումների առավել արդյունավետ կազմակերպմանը:

Ուսումնական ձեռնարկը հետաքրքրություն է ներկայացնում տարբեր բժշկական մասնագիտությունների, հատկապես աշխատող մանկաբարձ-գինեկոլոգների, ընտանեկան բժիշկների, ինչպես նաև՝ հետազոտողների և ուսանողների համար:

Ձեռնարկը մշակվել է ՀՀ ԱՆ Ակադեմիկոս Ս. Ավդալբեկյանի անվան առողջապահության ազգային ինստիտուտ ՓԲ Ընկերության կողմից, աշխատանքները ղեկավարվել և համակարգվել են ՀՀ առողջապահության նախարարության ՀՀ կառավարության և Համաշխարհային բանկի կողմից: Ուղեցույցներում նշված մոտեցումները կիրառվելու են «Հիվանդությունների կանխարգելում և վերահսկում» վարկային ծրագրի շրջանակներում նախատեսված սքրինինգային ծրագրերի իրականացման ընթացքում

© ՀՀ ԱՆ Առողջապահական ԾԻԳ, 2014

© ՀՀ ԱՆ ակադեմիկոս Ս. Ավդալբեկյանի անվան առողջապահության ազգային ինստիտուտ

ԲՈՎԱՆԴԱԿՈՒԹՅՈՒՆ

ՀԱՊԱՎՈՒՄՆԵՐ	6
ԳԼՈՒԽ 1. ԸՆԴՀԱՆՈՒՐ ԴՐՈՒՅԹՆԵՐ	8
1.1. Ներածություն	8
1.2. Արգանդի պարանոցի քաղցկեղի տարածվածությունը	9
1.3. Արգանդի պարանոցի քաղցկեղի կանխարգելման և սքրինինգի ժամանակակից մոտեցումների, սքրինինգային տարբեր մոդելների ներդրումն աշխարհում	10
1.4. Քացախաթթվով արգանդի պարանոցի ներկման և տեսողական զննման մեթոդի ներդրումն աշխարհում	12
1.5. Արգանդի պարանոցի քաղցկեղի առաջնային և երկրորդային կանխարգելում	13
1.6. Արգանդի պարանոցի քաղցկեղի առաջնային կանխարգելում	13
1.7. Արգանդի պարանոցի քաղցկեղի երկրորդային կանխարգելում	13
1.8. Արգանդի պարանոցի սքրինինգային թեսթավորմանը ներկայացվող պահանջներ	14
ԳԼՈՒԽ 2. ԱՐԳԱՆԴԻ ՊԱՐԱՆՈՑԻ ԱՆԱՏՈՄԻԱՀՅՈՒՍՎԱԾՔԱԲԱՆԱԿԱՆ ԵՎ ԲՋՋԱԲԱՆԱԿԱՆ ԱՌԱՆՁՆԱՀԱՏԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ	16
2.1. Էկտոցերվիքս	16
2.2. Էնդոցերվիքս	19
2.3. Տափակ և գլանաձև էպիթելների միացման հատվածը, տրանսֆորմացիոն գոտի	20
2.4. Տափակ բջջային մետապլազիա	20
2.5. Տուբալ մետապլազիա	21
2.6. Էնդոմետրիալ բջիջներ	22
2.7. Արգանդի ստորին սեզմենտ	24
ԳԼՈՒԽ 3. ԱՐԳԱՆԴԻ ՊԱՐԱՆՈՑԻ ՔԱՂՑԿԵՂԻ ՊԱՏՃԱՌԱԳԻՏՈՒԹՅՈՒՆՆ ՈՒ ԱԽՏԱԾԱԳՈՒՄԸ	26
3.1. Արգանդի պարանոցի քաղցկեղի առաջացման պատճառը և ռիսկային գործոնները	26
ԳԼՈՒԽ 4. ԱՐԳԱՆԴԻ ՊԱՐԱՆՈՑԻ ՔԱՂՑԿԵՂԻ ԿԼԻՆԻԿԱԿԱՆ ՆՇԱՆՆԵՐ	34
ԳԼՈՒԽ 5. ԱՐԳԱՆԴԻ ՊԱՐԱՆՈՑԻ ՔԱՂՑԿԵՂԻ ՍՔՐԻՆԻՆԳԻ ԻՐԱԿԱՆԱՑՄԱՆ ԸՆԹԱՑԱԿԱՐԳ	35
1. Արգանդի պարանոցի քաղցկեղի կանխարգելման և վաղ հայտնաբերման գործընթացի կազմակերպման հիմնական սկզբունքները.	35
2. Պապանիկոլաուի մեթոդով (ՊԱՊ թեսթ) արգանդի պարանոցի քսուկի բջջաբանական հետազոտության նկարագիրը	36
3. Քացախաթթվով ներկման և տեսողական զննման (VIA թեսթ) գործելակարգ	39
4. Արգանդի պարանոցի քաղցկեղի ախտաբանությունների հայտնաբերման դեպքում հիվանդների ուղեգրման կարգը	40
ԳԼՈՒԽ 6. ԱՐԳԱՆԴԻ ՊԱՐԱՆՈՑԻ ՆԱԽԱՔԱՂՑԿԵՂԱՅԻՆ ՎԻՃԱԿՆԵՐԻ ԵՎ ՔԱՂՑԿԵՂԻ ԲՋՋԱԲԱՆԱԿԱՆ ԴԱՍԱԿԱՐԳՈՒՄ	42
6.1. Արգանդի պարանոցի նախաքաղցկեղային վիճակների և քաղցկեղի բջջաբանական դասակարգումը ըստ Բեթեսդա համակարգի	42

6.2. Արգանդի պարանոցի քսուկի բջջաբանական հետազոտության սահմանումներն ըստ ԱՀԿ-ի	45
6.3. Քսուկների բջջաբանական հետազոտության արդյունքների մեկնաբանումն ըստ Պապանիկոլաուի	46
6.4. Դասակարգում ըստ ԱՊՆՆ-ի՝ առաջարկված Ռիչարդի կողմից	46
6.5. Արգանդի պարանոցի նախաքաղցկեղային վիճակների կանխատեսում	47
ԳԼՈՒԽ 7. ԱՐԳԱՆԴԻ ՊԱՐԱՆՈՑԻ ՆԱԽԱՔԱՂՑԿԵՂԱՅԻՆ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԱԽՏՈՐՈՇՈՒՄԸ	50
7.1. Արգանդի պարանոցի ախտորոշման ժամանակակից մեթոդներ	50
7.2. Ախտաբանության բջջաբանական ախտորոշումը	51
7.3. Արգանդի պարանոցի նախաքաղցկեղային վիճակների և քաղցկեղի սքրինինգ՝ հիմնված տեսողական զննման և ներկման մեթոդների վրա	53
7.4. Կոլպոսկոպիա	54
7.5. Արգանդի պարանոցի բիոպսիա (կենսազննում)	63
7.6. Մարդու պապիլոմավիրուսի տիպավորումը	63
7.7. Կոլպոֆոտոգրաֆիա	64
ԳԼՈՒԽ 8. ԱՐԳԱՆԴԻ ՊԱՐԱՆՈՑԻ ՔԱՂՑԿԵՂԻ ԵՎ ՆԱԽԱՔԱՂՑԿԵՂԱՅԻՆ ՎԻՃԱԿՆԵՐԻ ԱՌԱՋՆԱՅԻՆ ԿԱՆԽԱՐԳԵԼՈՒՄ	65
8.1. Արգանդի պարանոցի քաղցկեղի և նախաքաղցկեղային վիճակների կանխարգելման նպատակով կիրառվող պատվաստանյութեր	65
8.1.1. Գարդասիլ՝ արգանդի պարանոցի քաղցկեղի կանխարգելման քառավալենտ (կվադրիվալենտ) պատվաստանյութ	66
8.1.2. Ցերվարիքս (ՄՊՎ երկվալենտ պատվաստանյութ)	68
ԳԼՈՒԽ 9. ԱՐԳԱՆԴԻ ՊԱՐԱՆՈՑԻ ՆԱԽԱՔԱՂՑԿԵՂԱՅԻՆ ՎԻՃԱԿՆԵՐԻ ՎԱՐՈՒՄԸ ԵՎ ՀՍԿՈՂՈՒԹՅՈՒՆԸ	71
Ա. Էպիթելը նորմալում	71
Բ. Բորբոքային փոփոխություններ կամ էպիթելի ռեակտիվ փոփոխություններ	71
Գ. Անորոշ նշանակության ատիպիկ տափակ բջիջներ	72
Դ. Տափակ բջջային ներէպիթելային ախտահարումներ	73
Ե. Գեղձային ախտահարումներ	77
ԳԼՈՒԽ 10. ԱՐԳԱՆԴԻ ՊԱՐԱՆՈՑԻ ԱԽՏԱԲԱՆՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՎԱՐՄԱՆ ԺԱՄԱՆԱԿԱԿԻՑ ՍԿՋԲՈՒՆՔՆԵՐԸ	78
10.1. Կրիոդեստրուկցիա	78
10.2. Լազերային վիրաբուժություն	79
10.3. Արգանդի պարանոցի օղակային (աղեղնային) էլեկտրաէքսցիզիա	84
10.4. Արգանդի պարանոցի կոնացում	86
10.5. Արգանդի էքստիրպացիա	87
10.6. Գեղձային էպիթելի ախտաբանության բուժումը	87
ԳԼՈՒԽ 11. ԱՌՈՂՋԱՊԱՀԱԿԱՆ ԿՐԹՄԱՆ ՆՅՈՒԹԵՐ ԲՈՒԺԱՇԽԱՏՈՂԻ ՀԱՄԱՐ	91

Հավելված 1. Քացախաթթվով ներկման և տեսողական զննման մեթոդի իրականացումից առաջ անհրաժեշտ պայմանները	97
Հավելված 2. Վարման և հսկման ալգորիթմ՝ արգանդի պարանոցի բջջաբանական տարբեր ախտաբանությունների դեպքում	98
Հավելված 3. Ախտաբանական արդյունքով ՊԱՊ քսուկների վարման ալգորիթմ	99
Հավելված 4. Ընտանեկան բժշկի գործառույթի շրջանակները՝ արգանդի պարանոցի նախաքաղցկեղային վիճակները վարելու գործում	100
Հավելված 5. Արգանդի պարանոցի քաղցկեղի սքրինինգի տարբեր մեթոդների համեմատական վերլուծություն	101
Հավելված 6. ՊԱՊ թեսթի իրականացման ցուցումներ	111
Հավելված 7. ՊԱՊ հետազոտության քարտ	112
Հավելված 8. Արգանդի պարանոցի բջջաբանական հետազոտության քարտ(ՊԱՊ թեսթ)	113
Հավելված 9. Սքրինինգային այցերի գրանցամատյանի ձևաթերթ (ԱԱՊ օղակի բուժաշխատողի համար)	115
Հավելված 10. Բջջաբանական լաբորատորիայում նմուշների գրանցամատյանի ձևաթերթ	116
Հավելված 11. Ուղեգրվող բուժհաստատությունում պացիենտի հետագա հսկողության ձևաթերթ	117
Հավելված 12. Մերժման ուղեգիր	118
ԳՐԱԿԱՆՈՒԹՅՈՒՆ	119

ՀԱՊԱՎՈՒՄՆԵՐ

ԱԱՊ	Առողջության առաջնային պահպանում
ԱԱԻ	Առողջապահության ազգային ինստիտուտ
ԱՆ	Առողջապահության նախարարություն
ԱՀԿ	Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպություն
ԱՏՎՀԿ	Առողջապահության տեղեկատվական վերլուծական հանրապետական կենտրոն
ԱՈՒԳ	Անոթային ուռուցքային գործոն (Tumor angiogenesis factor)
ԱՍՍ	Արգանդի ստորին սեգմենտ (LUS)
ԱՊՔ	Արգանդի պարանոցի քաղցկեղ
ԴՆԹ	Դեզօքսիռիբոնուկլեինաթթու
ԴԷՍ	Դիէթիլստիլբեստրոլ
ԸԲ	Ընտանեկան բժիշկ
ԷՄ	Էնդոմետրիալ բջիջներ
ՊԱՊ թեսթ	Արգանդի պարանոցի քսուկի բջջաբանական հետազոտություն՝ ըստ Պապանիկոլաուի
ՄՔՊ	Մոնոցիտային քիմիա ներգրավող պրոտեին (Monocyte chemoattractant protein-MCP)
ՄՊՎ	Մարդու Պապիլոմավիրուսային վարակ (HPV)
ՄԻԱՎ	Մարդու իմունային անբավարարության վարակ
ԱԿ in situ	Ոչ ինվազիվ ադենոկարցինոմա (AIS in situ)
ԱՆԱՏԲ	Անորոշ նշանակության ատիպիկ տափակ բջիջներ (ASCUS)
ԱԳԲ	Ատիպիկ գեղձային բջիջներ (AGC)
ԱՊՆՆ	Արգանդի պարանոցի ներէպիթելային նեոպլազիա (CIN)
ՑԱՏԲՆԱ	Ցածր աստիճանի տափակ բջջային ներէպիթելային ախտահարում (LGSIL)
ԲԱՏԲՆԱ	Բարձր աստիճանի տափակ բջջային ներէպիթելային ախտահարում (HGSIL)
ԼԷՎՀ	Լարային էլեկտրավիրաբուժական հեռացում (Loop electrosurgical excision procedure LEEP)
ՏԲՆԱ	Տափակ բջջային ներէպիթելային ախտահարում (SIL)
ՏԳՄՀ	Տափակ և գլանաձև էպիթելների միացման հատված (SCJ)
ՏԳ	Տրանսֆորմացիոն գոտի (TZ)
ԲՀ	Բեթեսդա համակարգ (TBS)

- ԷՑԱԿ in situ Ոչ ինվազիվ էնդոցերվիկալ ադենոկարցինոմա (AIS in situ)
- ՆԱՊ Ներարգանդային պարույր (IUD)
- ՏՁ ԱՅՔԹ Տեսողական զննում ացետաքացախաթթվով ներկելով (Visual inspection via acetic acid VIA)
- ՏՁ ԼՅԼ Տեսողական զննում Լյուգոլի յոդային լուծույթով ներկելով (Visual inspection via Lugol's iodine VILLI)

ԳԼՈՒԽ 1. ԸՆԴՀԱՆՈՒՐ ԴՐՈՒՅԹՆԵՐ

1.1. Ներածություն

Համաձայն Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպության (ԱՀԿ) տվյալների, արգանդի պարանոցի քաղցկեղը (ԱՊՔ) կանանց չարորակ նորագոյացությունների հիվանդացության կառուցվածքում զբաղեցնում է չորրորդ տեղը (կրծքագեղձի, մաշկի և ստամոքսի քաղցկեղից հետո), իսկ մահացության կառուցվածքում հանդիսանում է մահացության երկրորդ հիմնական պատճառը՝ կազմելով 12%:

Վերջին տասնամյակում, համաշխարհային ցուցանիշների առումով, արգանդի պարանոցի քաղցկեղի համաճարակաբանական պատկերը հետևյալն է. տարեկան կտրվածքով ախտորոշվում են 464 000 նոր հիվանդացության և 234 000-ից ավելի՝ մահվան դեպքեր (ԱՀԿ, 2010): Ընդ որում, կյանքում առանցին անգամ արձանագրված դեպքերի մոտ 80% բաժին է ընկնում զարգացող երկրներին և միայն 8%՝ տնտեսապես զարգացած երկրներին: Այս ցուցանիշը պետք է տազնապալի ազդանշան լինի նաև Հայաստանի համար:

Արգանդի պարանոցի քաղցկեղն ավելի հաճախ հանդիպում է 40-60 տարիքի կանանց շրջանում, սակայն վերջին տարիներին այն բնութագրվում է երիտասարդացման միտումով և զարգանում է մինչև 35 տարեկան կանանց մոտ, որոնք նախկինում ունեցել են հղիություն:

Հաշվի առնելով արգանդի պարանոցի քաղցկեղի և նախաքաղցկեղային վիճակների դեպքերի ամենամյա աճի միտումը, 2005թ. ՀՀ առողջապահության նախարարությունը հաստատեց «Արգանդի պարանոցի քաղցկեղի կանխարգելման ռազմավարությունը և ազգային ծրագիրը», որտեղ հաշվի են առնված ԱՀԿ վերջին առաջարկներն արգանդի պարանոցի քաղցկեղի սքրինինգի և վաղ հայտնաբերման վերաբերյալ: Համաձայն հաստատված ազգային ծրագրի նախատեսված է ՊԱՊ քսուկի հետազոտությունն իրականացնել 30-60 տարեկան կանանց շրջանում առնվազն 3 տարին մեկ անգամ մանկաբարձ-գինեկոլոգի և/կամ մանկաբարձուհու կողմից:

1.2. Արգանդի պարանոցի քաղցկեղի տարածվածություն

Համաձայն 2012թ. ՀՀ Առողջապահության ազգային ինստիտուտի (ԱԱԻ) առողջապահության տեղեկատվական-վերլուծական կենտրոնի (ԱՏՎԿ) տվյալների, արգանդի պարանոցի քաղցկեղի նոր դեպքերի թիվը 25 և բարձր տարիքի կանանց շրջանում կազմել է 260 (15.4՝ 100 000 բնակչի հաշվով), որը 2011թ. (288 դեպք, 7.1/100 000) համեմատությամբ աճել է 1,1 անգամ: Մահացության ցուցանիշը 2012 թվականին կազմել է 154 (9,1/100 000 բնակչի հաշվով), 2011 թվականին՝ 147 (8,7/100 000 բնակչի հաշվով):

Զարգացող երկրներում արգանդի պարանոցի քաղցկեղի հիվանդությունների դեպքերն 60-80% ախտորոշվում են III և IV փուլերում, երբ ցածր է ապրելիության ցուցանիշը: Այս իրավիճակը համահունչ է Հայաստանի ցուցանիշների համատեքստին: Հարկ է նշել, որ հանրապետությունում վերջին տարիների ընթացքում բարձրացել է նաև արգանդի պարանոցի քաղցկեղի բարձիթողի դեպքերի ցուցանիշը: Զանգվածային զննումների համակարգը (նախկին ԽՍՀՄ-ում և Հայաստանում դիսպանսերիզացիան) թույլ էր տալիս հայտնաբերել հիվանդների 8-10%-ին:

2007-2012թթ. առողջապահության համակարգի գործունեության գնահատման (ԱՀԳԳ) ծրագրի շրջանակում և իրականացված այլ զանգվածային հետազոտություններով փաստվեց, որ սքրինինգային հետազոտություններում Հայաստանի 30-60 տարեկան կանանց ընդգրկվածության ցուցանիշը չի հասնում ծրագրով նախատեսված սանդղակին և 2012թ. այն կազմել է մոտ 10,2% (ԱՀԳԳ), նախատեսված 50%-ի համեմատ: Սակայն հարկ է նաև նշել, որ նախորդ 2007 և 2009 տարիների համեմատ՝ ՊԱՊ քսուկի հետազոտություն անցած կանանց ցուցանիշը բնութագրվում է մոտ 2 անգամ աճով (5,6%-2007թ., 8,5%-2009թ., 10,2%-2012թ.)¹:

Այդուհանդերձ, ՊԱՊ թեսթով սքրինինգային հետազոտություն երբեք չանցած կանանց ցուցանիշը շարունակում է մնալ բարձր և դեռևս լրջորեն զիջում է բջջաբանական սքրինինգի համար միջազգայնորեն երաշխավորվող ցուցանիշներին²:

2011թ. «Ոչ վարակիչ հիվանդությունների ու մոր և մանկան առողջության գործելակերպերի գնահատումը Հայաստանում» նույնպես ցույց տվեց, որ ՊԱՊ քսուկի

¹ Armenia Health System Performance Assessment Report 2009, World Health Organization 2009, Yerevan, Armenia

² Armenia Health System Performance Assessment Report 2009, World Health Organization 2009, Yerevan, Armenia

կատարողականն ԱԱՊ մակարդակում դեռևս բավական ցածր է (9%՝ համաձայն բժշկական քարտերի, 2%՝ համաձայն բուժաշխատողների զեկույցների և 14%՝ ըստ այցելուներից ստացված տեղեկատվության³):

ԱՄՆ Միջազգային զարգացման գործակալության Հայաստանի առողջապահական համակարգի հզորացում (ՀԱՀՀ, HS-STAR) ծրագրի կողմից 2012թ. իրականացված հետազոտությամբ պարզվեց, որ ՊԱՊ թեսթով արգանդի պարանոցի սքրինինգը (համաձայն բուժաշխատողների հարցման տվյալների) իրականացվել է ԱԱՊ օղակի 17 բուժհաստատությունում հարցված մանկաբարձ-գինեկոլոգների 44,2%-ի կողմից⁴:

1.3. Արգանդի պարանոցի քաղցկեղի կանխարգելման և սքրինինգային հետազոտության ժամանակակից մոտեցումների և մոդելների ներդրումն աշխարհում

Միջազգային փորձն ապացուցել է, որ գինեկոլոգիական ծառայության ճիշտ կազմակերպումը և սքրինինգային հետազոտությունների իրականացումը հնարավորություն է ընձեռում արգանդի պարանոցի քաղցկեղի հիվանդության զարգացման վաղ փուլերում այն ախտորոշելու ճանապարհով կանխարգելելու քաղցկեղի զարգացումը:

Աշխարհի մի շարք երկրներում, ինչպիսիք են Բրազիլիան, Չիլիին, Ֆինլանդիան, Հնդկաստանը, Իրանը, Հարավային Աֆրիկան, Թունիսը և այլն, արգանդի պարանոցի քաղցկեղի կանխարգելման և սքրինինգի ծրագրերը գտնվում են ներդրման տարբեր փուլերում (փորձնական ծրագրերից ընդհուպ մինչև ազգային մակարդակում հաջողված, բարձր արդյունավետությամբ ծրագրերը), որոնք տարբերվում են կյանքում առաջին անգամ ախտորոշված հիվանդացության ցուցանիշներով և տնտեսական զարգացման մակարդակով:

Ֆինլանդիայի ծրագիրը մոդել ծրագիր է ողջ աշխարհում արգանդի պարանոցի քաղցկեղի կազմակերպված բջջաբանական սքրինինգային հետազոտության

³ Hill K., Chitashvili T., Panajyan G., Assessment of Non-Communicable Disease Prevention, Screening and Care Best Practices For Women of Reproductive Age in Armenia; USAID/HCI project, 2011.

⁴ Հաշվետվություն. Հայաստանում առողջության առաջնային պահպանման (ԱԱՊ) մակարդակում կրճազեղծի քաղցկեղի վաղ հայտնաբերման և արգանդի պարանոցի քաղցկեղի սքրինինգի կատարողականի վրա ազդող գործոնների ուսումնասիրության ԱՄՆ ՄԶԳ ՀԱՀՀ ծրագիր; 2012

ներդրման առումով: Այն մեկնարկեց 1960 թվականին՝ 5 տարին մեկ 30-39 տարիքային խմբի կանանց սքրինինգային ծրագրում ընդգրկելու ճանապարհով, որոնք ներգրավվում էին ծրագրում բնակչության ազգային ռեգիստրի միջոցով: Ծրագրի իրականացման շրջանակում մեծ ուշադրություն է դարձվել ազգաբնակչության կրթմանը, սքրինինգի արդյունքների վերաբերյալ կանանց իրազեկմանը, ախտաբանություններին, հյուսվածքաբանական հաստատման և որակի շարունակական վերահսկման ոլորտներին (Syrjänen, 1995; Hristova and Hakama, 1997): Վերջին հետազոտությունները ցույց են տալիս, որ, օպորտունիստական սքրինինգի համեմատ՝ կազմակերպված ծրագրերով իրականացված հետազոտությունների վերջնարդյունքներն առավել գոհացուցիչ են:

Թունիսում, որտեղ արգանդի պարանոցի քաղցկեղը կանանց շրջանում երկրորդ ամենահաճախ հանդիպող քաղցկեղի տեսակն է, մշակվում է 35 տարեկանից բարձր կանանց սքրինինգային ծրագիր:

Իրանում սքրինինգային ծրագրի շրջանակում առաջարկվել է հետազոտել 20-ից 65 տարեկան բոլոր ամուսնացած կանանց յուրաքանչյուր 3 տարին մեկ: Այս ծրագրի շնորհիվ 1997թ-ին քաղաքային բնակավայրերում սքրինինգային հետազոտություններում ընդգրկվածության ծածկույթը կազմեց 61%, իսկ գյուղական վայրերում՝ 16%:

Արգանդի պարանոցի քաղցկեղի հիվանդացության բարձր ցուցանիշներով երկրներում ինչպես, օրինակ՝ **Հարավային Աֆրիկայում**, անհրաժեշտություն է դառնում ռիսկի խմբին պատկանող կանանց ներգրավումը սքրինինգային ծրագրերում և սքրինինգային գործընթացների այլընտրանքային տեսակների ներդրումը: Ներկայում այս երկրում գնահատվում է արգանդի պարանոցի քաղցկեղի սքրինինգի այնպիսի այլընտրանքային մոտեցումը, ինչպիսին է ացետաքացախաթթվով ներկումն ու տեսողական զննումը (VIA մեթոդ), սպեկուլոսկոպիան և մարդու ՄՊՎ վարակի ԴՆԹ-ի թեստավորումը: Այնուամենայնիվ, Հարավային Աֆրիկայում կատարված հետազոտությունները ցույց են տալիս, որ VIA-ն ունի ավելի ցածր զգայունություն, քան բջջաբանական հետազոտությունը (Chirenje *et al.*, 1999; Sankaranarayanan *et al.*, 1998, Sankaranarayanan *et al.*, 1999):

Չիլի Հարավային Ամերիկայի երկրներից միակն է, որտեղ արձանագրվել է արգանդի պարանոցի քաղցկեղից մահացության նվազում շնորհիվ կազմակերպված

սքրինինգային ծրագրերի ներդրման, որտեղ հիմնական ուշադրությունը կենտրոնացված էր քաղաքային բնակավայրերի վրա և քաղաժ դասերը տարածվեցին երկրի այլ հատվածների վրա:

1.4. Քացախաթթվով արգանդի պարանոցի ներկման և տեսողական զննման (VIA) մեթոդի ներդրումն աշխարհում

Վերջին տարիներին ՊԱՊ թեսթի միջոցով արգանդի պարանոցի բջջաբանական սքրինինգի մեթոդն աշխարհի մի շարք զարգացող երկրներում (ինչպես, օրինակ՝ ԱՄՆ, Կանադա, Ֆինլանդիա և այլն) հաստատված են որպես արգանդի պարանոցի քաղցկեղի կանխարգելման արդյունավետ եղանակ: Այնուամենայնիվ, ցածր ռեսուրսներով երկրներում բարձր որակի բջջաբանական հետազոտության ծրագրերի ապահովումը բավական լուրջ հիմնախնդիր է հանդիսանում:

Արգանդի պարանոցի բջջաբանական հետազոտության իրականացումն ենթադրում է բժշկի կամ բուժքրոջ ներկայություն, բուժսարքավորումների և պարագաների ցանկ քունկները համապատասխանաբար մշակելու և ներկելու նպատակով, բջջաբան (հնարավորության դեպքում ախտահյուսվածքաբան)՝ դրական արդյունքները հաստատելու, պատահական հիմունքներով ընտրված բացասական արդյունքները մեկնաբանելու, լաբորատոր հետազոտման գործընթացը վերահսկելու և վերջնական եզրահանգում ներկայացնելու համար:

Ցածր կենսամակարդակ ունեցող երկրներում արգանդի պարանոցի քաղցկեղի կանխարգելման և վաղ հայտնաբերման արդյունավետ և քիչ ծախսատար մեթոդներից են համարվում նաև ացետոքացախաթթվով ներկումն ու տեսողական զննումը (VIA) կամ ՄՊՎ ԴԼԹ-ի տիպավորումը, որին հաջորդում է կրիոթերապիան (հեղուկ ազոտով սառեցումը):

2013 թվականին հրապարակվեցին Հնդկաստանում իրականացված լայնածավալ, պատահական վերահսկվող մի հետազոտության տվյալներ, համաձայն որի համապատասխան վերապատրաստում անցած անձնակազմի կողմից (4-ամսյա վերապատրաստում անցած պարամեդիկներ) քացախաթթվով ներկելու, տեսողական

զննմամբ և նախաքաղցկեղային դեպքերի պատշաճ վարելու դեպքում արգանդի պարանոցի քաղցկեղից մահացությունը նվազել էր 31%-ով⁵:

1.5. Արգանդի պարանոցի քաղցկեղի առաջնային և երկրորդային կանխարգելում

Քաղցկեղի դեմ պայքարի համաշխարհային փորձն ամբողջ աշխարհում վկայում է, որ չարորակ նորագոյացությունների բուժման գործընթացում հաջողությունները ձեռք են բերվել հիվանդության հայտնաբերման սկզբնական փուլի շնորհիվ ավելի շատ և ավելի սակավ բուժման մեթոդների կատարելագործման միջոցով:

Արգանդի պարանոցի քաղցկեղի ախտորոշումը սկզբնական շրջանում նպաստում է մահացության նվազեցմանը: Հիվանդացության նվազումը կապված է նախաքաղցկեղային վիճակների բուժման հետ (կանանց չարորակ նորագոյացությունների կառուցվածքում արգանդի պարանոցի քաղցկեղի հիվանդացության հաճախականությունը ներկայում 2-րդ տեղից իջել է 4-րդ տեղը):

Տարբերում են արգանդի պարանոցի քաղցկեղի առաջնային և երկրորդային կանխարգելում:

1.6. Արգանդի պարանոցի քաղցկեղի առաջնային կանխարգելում

Առաջնային կանխարգելումն ընդգրկում է քաղցկեղածին գործոնների ազդեցության բացառում, ՄՊՎ վարակի դեմ պատվաստանյութերի կիրառում (Գարդասիլ և Յերվարիքս), սեռական դաստիարակություն, ազգաբնակչության շրջանում քարոզչություն և լուսաբանում:

1.7. Արգանդի պարանոցի քաղցկեղի երկրորդային կանխարգելում

Արգանդի պարանոցի քաղցկեղի երկրորդային կանխարգելումն իրականացվում է սքրինինգների և նախաքաղցկեղային վիճակների **համապատասխան բուժման** ճանապարհով:

1. ⁵ Nelson R., Cervical Cancer Screening With Vinegar Reduces Mortality, June 3, 2013

Աբրինինգն իրենից ներկայացնում է հիվանդության առկայության ստուգում, երբ բացակայում է հիվանդության որևէ ախտանիշ: Աբրինինգը նպատակաուղղված է հայտնաբերելու նախաքաղցկեղային ախտաբանությունները՝ նախքան դրանց կազմափոխումը քաղցկեղի:

Վերջին մի քանի տարիների ընթացքում զարգացող երկրներում ընդարձակվել է այլընտրանքային սբրինինգային ապացուցողական հետազոտությունների ցանկը: Այս հետազոտությունների առանցքակետում են եղել տեսողական գնահատման մոտեցումները, և ցուցումների առկայության դեպքում միայն՝ ՄՊՎ-ի ԴՆԹ թեստավորումը և կրիոթերապիան:

1.8. Արգանդի պարանոցի սբրինինգային թեստավորման պահանջներ

Արգանդի պարանոցի սբրինինգային թեստավորման պահանջներից ամենակարևորը զգայունության և սպեցիֆիկության միջև եղած հավասարակշռությունն է՝ հավաստիանալու, որ այն կանայք, ովքեր իրականում ունեն հիվանդություն, ճիշտ կերպով ախտորոշվում են որպես հիվանդներ և առանձնացվում են այն կանայք, ովքեր իրականում չունեն հիվանդություն:

Աբրինինգը ենթադրում է

- Ազգաբնակչության առողջ կանանց հետազոտություն
- Քաղցկեղի ռիսկի գործոնների հայտնաբերում
- Ռիսկի խմբերի ձևավորում
- Ֆոնային և նախաքաղցկեղային հիվանդությունների հայտնաբերում
- Ուռուցքային գործընթացի կասկածի դեպքում բարձր արդյունավետությամբ ախտաբանական լայնածավալ հետազոտությունների կազմակերպում ախտորոշման ճշգրտման, վարման և հետագա հսկողության նպատակով:

Արգանդի պարանոցի սբրինինգային հետազոտության մեթոդները

- Բջջաբանական հետազոտություն՝ ՊԱՊ թեսթ
- Ստանդարտ ՊԱՊ թեսթ կամ հեղուկի վրա հիմնված բջջաբանական հետազոտություն. անհրաժեշտ է հավաքել նմուշ՝ արգանդի պարանոցից,

որից հետո մշակել պատրաստուկը, կարդալ այն և հաշվետվություն կազմել արդյունքների վերաբերյալ

- ՄՊՎ ԴՆԹ թեսթավորում
- Տեսողական զննման մեթոդներն ացետաքացախաթթվի (VIA) կամ Լյուգոլի յոդային լուծույթների (VILLI) կիրառում

Ներկայում Հայաստանի համար առաջարկվում է արգանդի պարանոցի ախտաբանությունների հայտնաբերման բջջաբանական սքրինինգի համակարգը՝ ըստ Պապանիկոլաուի (ՊԱՊ թեսթ):

Արգանդի պարանոցի քաղցկեղի սքրինինգային տարբեր մոտեցումների համեմատական վերլուծությունը (Հավելված 5):

Վերջին մի քանի տարիների ընթացքում ընդարձակվել է այլընտրանքային սքրինինգային հետազոտությունների ապացուցողականության հիմքն աջակցող հետազոտությունների ցանկը, հատկապես Հնդկաստանում, Աֆրիկայում, Լատինական Ամերիկայի երկրներում, Թաիլանդում և Չինաստանում, որտեղ հետազոտությունների առանցքում եղել են տեսողական գնահատման մոտեցումները, ՄՊՎ-ի ԴՆԹ-ի թեսթավորումը և կրիոթերապիան:

Իրականացված հետազոտությունների տվյալները վկայում են, որ սքրինինգի նպատակով VIA կամ VILI մեթոդների կիրառությունն ունի բավական բարձր զգայունություն:

ՄՊՎ վարակի նկատմամբ դրական թեսթավորված կանայք պետք է անցնեն հետագա զննում որոշելու վարման լավագույն գործելակերպը: Զարգացած երկրներում համեմատաբար հեշտ է իրականացնել կոլպոսկոպիա այն կանանց մոտ, ովքեր ՄՊՎ-ով դրական են, և այնուհետև բուժել նրանց, ովքեր ունեն ցերվիկալ ներէպիթելային նեոպլազիայի հյուսվածքաբանական հաստատում: Սակայն այս ախտորոշիչ քայլը դժվար է իրականացնել ռեսուրսներից աղքատ երկրներում, որտեղ բացակայում են համապատասխան վերապատրաստված կադրերը, ինչպես և անհրաժեշտ պարագաներն ու սարքավորումները:

ԳԼՈՒԽ 2. ԱՐԳԱՆԴԻ ՊԱՐԱՆՈՑԻ ԱՆԱՏՈՄԻԱԿՅՈՒՍՎԱԾՔԱԲԱՆԱԿԱՆ և ԲՋՋԱԲԱՆԱԿԱՆ ԱՌԱՆՁՆԱՀԱՏԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ

Արգանդի պարանոցի ախտաբանությունը խստորեն կապակցված է նրա անատոմիա-հյուսվածքաբանական, բջջաբանական և ֆիզիոլոգիական առանձնահատկությունների հետ, ուստի հարկ ենք համարում մինչև դիսպլազիա ներկայացնելն անդրադառնալ արգանդի պարանոցի անատոմիային, բջջաբանությանը և հյուսվածքաբանությանը:

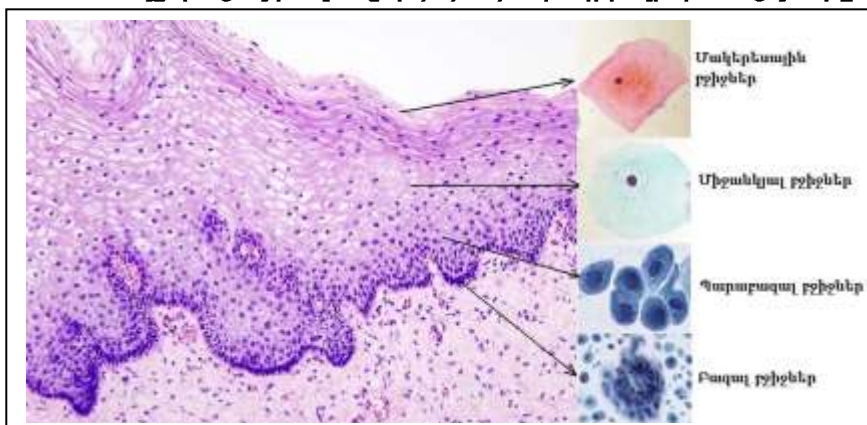
Արգանդի պարանոցը ֆիբրոզ-մկանային օրգան է, որը ծածկված է լորձաթաղանթով և ունի 3 սմ երկարություն և 2,5 սմ տրամագիծ: Հիմնական անատոմիական հատվածներն են՝ էկտոցերվիքսը, էնդոցերվիքսը, տափակ և գլանաձև էպիթելների միացման հատվածը և տրանսֆորմացիոն գոտին:

2.1. Էկտոցերվիքս

Էկտոցերվիքսը արգանդի պարանոցի հեշտոցային մասն է, որը ծածկված է պաշտպանիչ դեր ունեցող չեղջերացող բազմաշերտ տափակ էպիթելով: Նրա հաստությունը 0,5 մմ է և կարող է փոխվել ելնելով տարիքից և դաշտանային ցիկլից: Էստրոգենների ազդեցության տակ այն լիովին հասունանում է, իսկ պրոգեստերոնի՝ կիսով չափ: Դաշտանադադարի ժամանակ, երբ զգալիորեն նվազում է այս հորմոնների ազդեցությունը, լորձաթաղանթի հաստությունը բավականաչափ նվազում է: Էպիթելը հարակից ստրոմայից բաժանվում է բազալ թաղանթի միջոցով և կազմված է 4 շերտից՝ մակերեսային, միջանկյալ, պարաբազալ և բազալ (տե՛ս նկար 1):

Նկար 1

Չեղջերացող բազմաշերտ տափակ էպիթելի կառուցվածքը

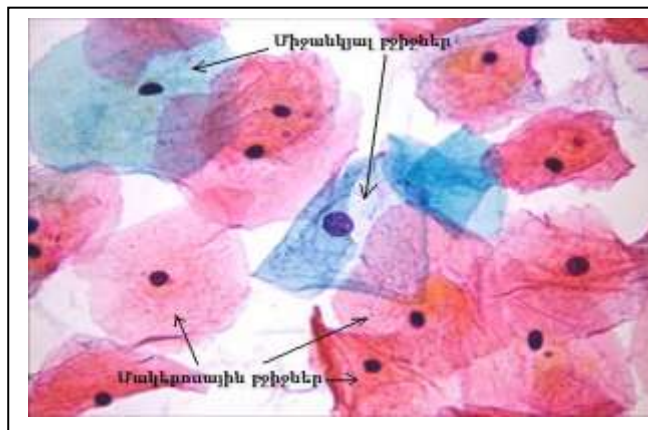


Մակերեսային շերտի բջիջներ

Մակերեսային շերտի բջիջները 40-50 մկմ տրամագիծ ունեցող պոլիգոնալ բջիջներ են, որոնց կորիզը պիկնոտիկ է և ունի 5-6 մկմ տրամագիծ, ցիտոպլազման էոզինոֆիլ է և հարուստ է կերատոհիալինի և գլիկոգենի գրանուլներով, որոնք ապահովում են լորձաթաղանթի պաշտպանողական ֆունկցիան:

Մակերեսային բջիջները հանդիսանում են տափակ էպիթելի հասունացման վերջին փուլի բջիջներ և ենթարկվում են էքսֆոլիացիայի պլաստերի տեսքով կամ առանձին (տե՛ս նկար 2):

Նկար 2
Մակերեսային շերտի բջիջներ



Միջանկյալ շերտի բջիջներ

Միջանկյալ շերտի բջիջները 30-45 մկմ տրամագծով պոլիգոնալ, օվալաձև բջիջներ են, ունեն 8 մկմ տրամագծով նուրբ հատիկավոր քրոմատինով կորիզ: Ցիտոպլազման ներկվում է բաց երկնագույն կամ կանաչ, պարունակում է մեծ քանակությամբ գլիկոգեն: Բջիջները արեպարատում դասավորված են պլաստերով կամ առանձին:

Հղիության ընթացքում բջիջները ձեռք են բերում նավակների տեսք (navicular cells), ցիտոպլազման շուրջկորիզային հատվածներում հարստանում է գլիկոգենով, որը ներկվում է դեղնաշագանակագույն, իսկ բջջի եզրային հատվածներում մնում է բազոֆիլ (տե՛ս նկար 3):



Պարաբազալ շերտի բջիջներ

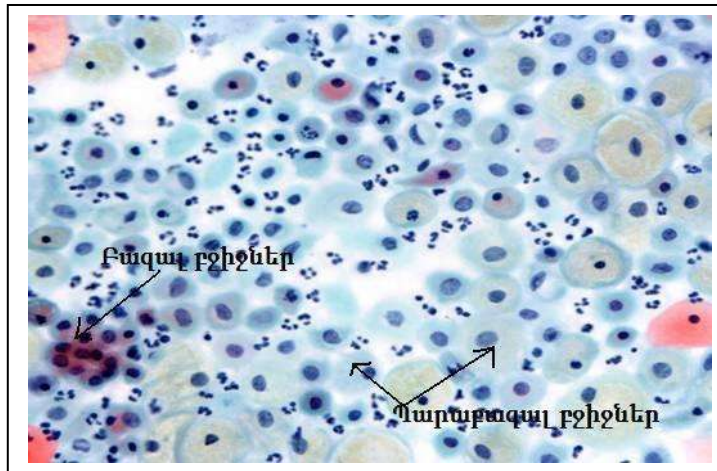
Պարաբազալ շերտի բջիջները 15-30 մկմ տրամագծով օվալաձև կամ կլոր բջիջներ են, որոնց կորիզը (մոտ 8,5 մկմ տրամագծով) զբաղեցնում է բջջի գրեթե կեսը: Քրոմատինը նուրբ հատիկավոր է, երբեմն տեսանելի են կորիզակներ, ցիտոպլազման կապտականաչավուն է, որը գործնականում չի պարունակում գլիկոգեն: Պրեպարատում դասավորված են պլաստերով և առանձին: Հիմնականում հանդիպում են հետդաշտանադադարային տարիքի կանանց մոտ (ատրոֆիկ քսուկներում), հետծննդաբերական շրջանում, նորածնային շրջանից (2 ամսականից սկսած) մինչև հասունացում, ինչպես նաև բորբոքման ժամանակ (տե՛ս նկար 4): Պարաբազալ շերտի բջիջներն ունեն բավական բարձր միտոտիկ ակտիվություն և ապահովում են բազմաշերտ տափակ էպիթելի վերականգնումը, մասնակցում նրա տարբերակմանն ու հասունացմանը:

Բազալ շերտի բջիջներ

Բազալ շերտի բջիջները հազվադեպ են հանդիպում պրեպարատներում լորձաթաղանթում խորը տեղակայման պատճառով: Հանդիպում են կոմպակտ կուտակումների, կարճ շղթաների տեսքով կամ առանձին դասավորված: Բազալ շերտի բջիջները մանր են և ունեն բարձր կորիզ, ցիտոպլազմատիկ (կ/ց) հարաբերություն: Կորիզները կլոր են կամ օվալաձև՝ կենտրոնական տեղակայմամբ, ունեն հստակ կորիզային ուրվագծեր և հատիկավոր քրոմատին, առկա են կորիզակներ,

ցիտոպլազման ներկվում է բազոֆիլ (տե՛ս նկար 4): Բազալ բջիջները, որոնք ապահովում են նորմալ բազմաշերտ էպիթելի աճն ու վերականգնումը (ռեգեներացիան), ախտաբանության ժամանակ ախտաբանական պրոլիֆերացիայի աղբյուր են:

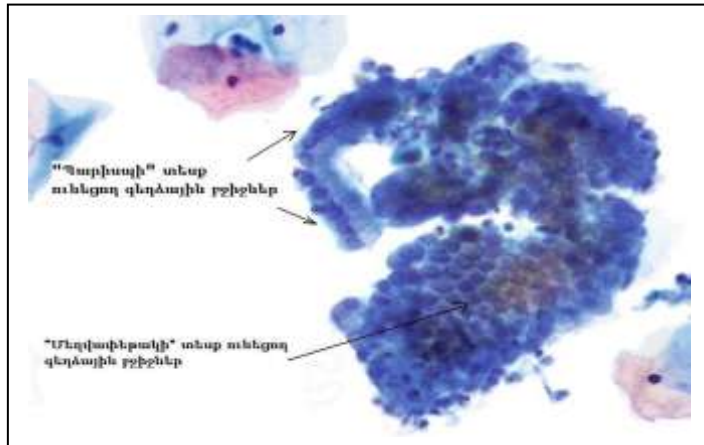
Նկար 4
Պարաբազալ և բազալ շերտերի բջիջներ



2.2. Էնդոցերվիքս

Կազմված է էնդոցերվիկալ խողովակից՝ ծածկված լորձ արտադրող միաշերտ գեղձային էպիթելով: Տարբերակվում են 3 տիպի բջիջներ՝ սեկրետոր գլանաձև բջիջներ (արտադրում են լորձ), թարթիչավոր գլանաձև բջիջներ (նպաստում են լորձի տեղափոխմանը) և պահուստային (reserve) բջիջներ: Պահուստային բջիջները փոքր չդիֆերենցված պոլիպոտենտ բջիջներ են՝ տեղակայված գլանաձև բջիջների տակ, մասնակցում են մետապլազիայի գործընթացին: Պրեպարատներում գլանաձև բջիջներն ավելի հաճախ հանդիպում են խմբերով, որոնք ունեն մեղվափեթակի կամ «պարիսպի» տեսք: Կորիզները ունեն էքսցենտրիկ դասավորություն, քրոմատինը նուրբ հատիկավոր է (տե՛ս նկար 5): Երբեմն դիտվում են կորիզների պտկիկավոր արտաճուկներ, հաճախ առկա են 2-3 մանր կորիզակներ, ցիտոպլազման բաց երկնագույն է և պարունակում է մանր վակուոլներ: Ստանդարտ մեթոդով պատրաստված քուկներում հաճախ հանդիպում են «մերկ» կորիզներ՝ պայմանավորված էնդոցերվիկալ բջիջների քայքայումով: Հազվադեպ հանդիպում են միտոզներ, որոնք չպետք է կասկած առաջացնեն նեոպլազիայի վերաբերյալ:

Նկար 5
Գլանաձև բջիջներ



2.3. Տափակ և գլանաձև էպիթելների միացման հատված (ՏԳՄՀ), տրանսֆորմացիոն գոտի

Տափակ և գլանաձև էպիթելների միացման հատվածը փոխվում է կնոջ կյանքի ընթացքում պայմանավորված մետապլազիայի գործընթացով: Մինչև սեռական հասունացումը ՏԳՄՀ (SCJ) գտնվում է արգանդի պարանոցի արտաքին օղում, սեռական հասունացման և հղիության ժամանակ այն կարող է լինել էկտոցերվիքսի վրա, իսկ դաշտանադարի ժամանակ՝ էնդոցերվիկալ խողովակում: Արգանդի պարանոցի այն հատվածը, որտեղ տեղի է ունենում մետապլազիան, կոչվում է տրանսֆորմացիոն գոտի: Բազմաթիվ հետազոտություններ ցույց են տվել, որ ոչ հասուն մետապլաստիկ էպիթելային բջիջները ավելի զգայուն են կանցերոգենների նկատմամբ և որ հիմնականում, եթե ոչ միշտ, ցերվիկալ քաղցկեղը առաջանում է տրանսֆորմացիոն գոտում:

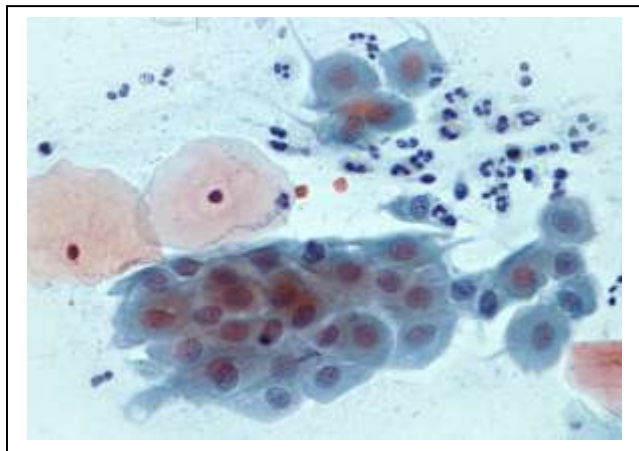
2.4. Տափակ բջջային մետապլազիա

Տափակ բջջային մետապլազիան (սկվամոզ մետապլազիա) գործընթաց է, որի ժամանակ տեղի է ունենում էնդոցերվիկալ էպիթելի փոխակերպում բազմաշերտ տափակ էպիթելի: Սեռական հասունացման և հղիության ժամանակ հորմոնների ազդեցության տակ տեղի է ունենում էնդոցերվիքսի արտանկում (էկտրոպիոն): Հիմնային pH ունեցող էնդոցերվիկալ էպիթելը հայտնվում է հեշտոցի թթվային միջավայրում, տեղի է ունենում պահուստային բջիջների պրոլիֆերացիա, որոնք ոչ

հասուն մետապլաստիկ էպիթելից հասունանում են մինչև բազմաշերտ տափակ էպիթել: Սկզբնական մետապլազիայի ժամանակ պրեպարատներում երևում են ոչ հասուն տափակ էպիթելային բջիջներ, որոնք մորֆոլոգիապես նման են բազալ և պարաբազալ շերտերի բջիջներին: Հասունացման աստիճանից կախված՝ մետապլաստիկ բջիջները կարող են ունենալ էնդոցերվիկալ և տափակ բջիջների նշաններ (տե՛ս նկար 6):

Այսպես կոչված, հասուն մետապլազիան հյուսվածքաբանական տերմին է, որը նկարագրվում է որպես էնդոցերվիկալ գեղձը ծածկող հասուն տափակ էպիթել և բջջաբանորեն չի տարբերակվում:

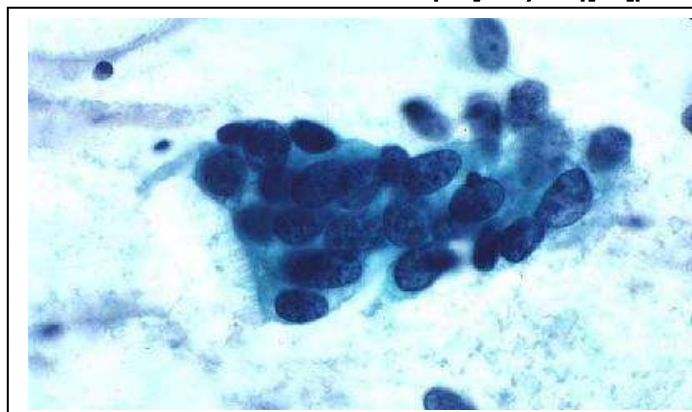
Նկար 6
Տափակ բջջային մետապլազիա



2.5. Տուբալ մետապլազիա

Արգանդի պարանոցի վիրաբուժական միջամտություններից հետո 30% դեպքերում կարող է նկատվել ռեգեներատիվ մետապլազիա, որի արդյունքում էնդոցերվիկալ բջիջները փոխակերպվում են փողաէնդոմետրիալ բջիջներով (նորմալում վերջիններս հանդիպում են արգանդափողերում և էնդոմետրիումում) (տե՛ս նկար 7):

Նկար 7
Տուբալ մետապլազիա



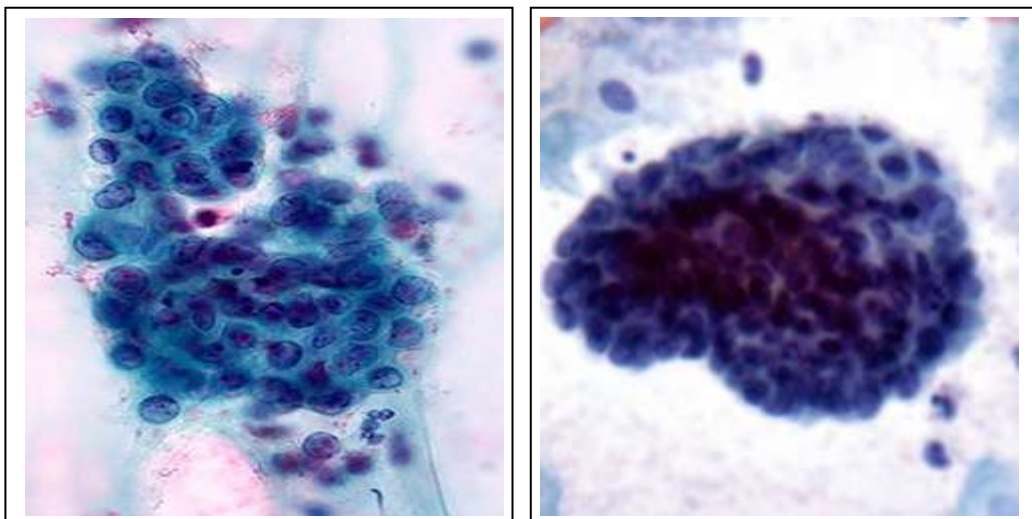
2.6. Էնդոմետրիալ բջիջներ

Կլինիկական նշանակություն ունեն 40 տարեկանից հետո ինքնուրույն պոկված Էնդոմետրիալ գեղձային բջիջները: Էնդոմետրիալ բջիջները նորմալում հանդիպում են դաշտանի ընթացքում, ընդհուպ մինչև դաշտանային ցիկլի 12-րդ օրը: Որոշ դեպքերում (ՆԱՊ, Էնդոմետրիտ, Էնդոմետրիոզ, Էնդոմետրիալ պոլիպ, արգանդի միոմա և այլն) ԷՄ բջիջներ երևում են նաև 12-րդ օրվանից հետո: 40 տարեկանից հետո Էնդոմետրիումի հիպերպլազիայի և ադենոկարցինոմայի հավանականությունը մեծանում է, ուստի ԷՄ բջիջների դաշտանային ցիկլից դուրս, ինչպես նաև դաշտանադադարի ժամանակ հայտնաբերումը արժանանում է հատուկ ուշադրության: Կանանց 12%-ը, որոնց բջջաբանական պրեպարատներում հայտնաբերվում են բարորակ տեսք ունեցող ԷՄ բջիջներ ունեն, ԷՄ հիպերպլազիա, իսկ 6%-ը՝ ադենոկարցինոմա:

2.6.1. Էնդոմետրիալ գեղձային բջիջներ

ԷՄ գեղձային բջիջները պրեպարատներում հանդիպում են հիմնականում փոքր 3D խմբերով: Կորիզները մուգ են, փոքր և կլոր (չափով համապատասխանում են միջանկյալ շերտի տափակ բջիջների կորիզներին), նկատվում է «molding» (կորիզները սեղմում են միմյանց), կորիզակները աննկատ են: Ցիտոպլազման սակավ է, ներկվում է բազոֆիլ, երբեմն հանդիպում են վակուոլներ, բջջային սահմանները հստակ չեն (տե՛ս նկար 8):

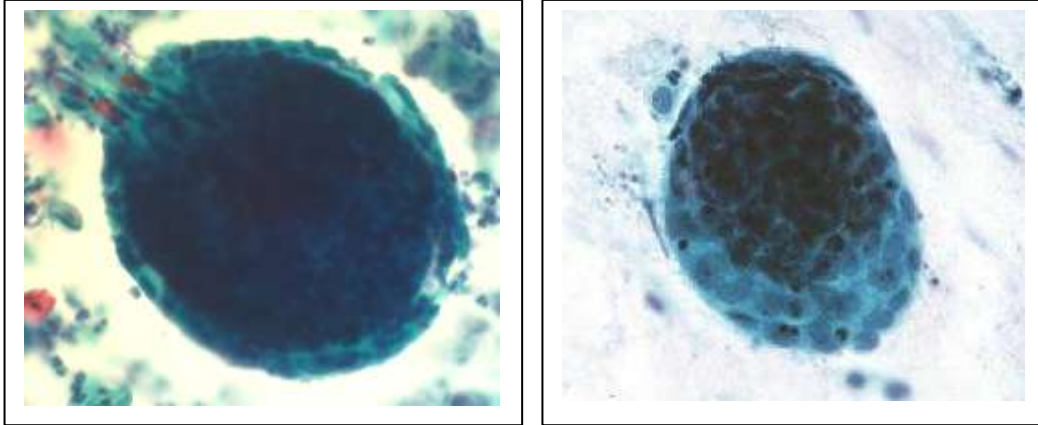
Նկար 8
Էնդոմետրիալ գեղձային բջիջներ



Դաշտանի ընթացքում տեսնում ենք գնդաձև կառուցվածքներ (exodus), որոնց կենտրոնական հատվածը բաղկացած է ԷՄ շարակցական (ստրոմա) բջիջներից, իսկ պերիֆերիան կազմում են ԷՄ գեղձային բջիջները (տե՛ս նկար 9):

Նկար 9

Exodus



2.6.2. Էնդոմետրիալ ստրոմալ բջիջներ

Էնդոմետրիալ ստրոմալ բջիջները չունեն կլինիկական նշանակություն:

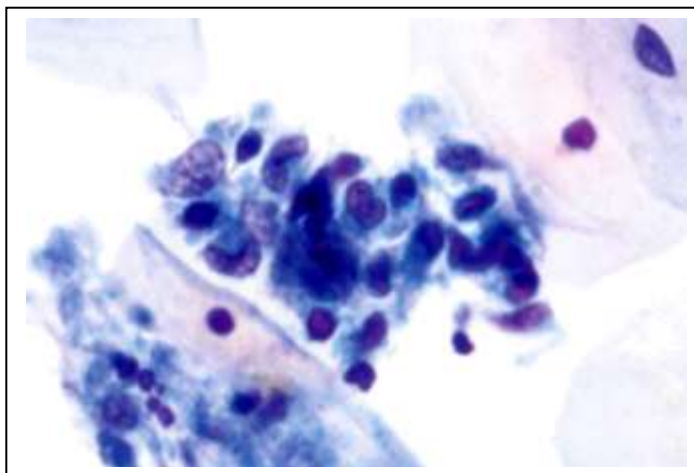
Լինում են խորը և մակերեսային տեղակայմամբ:

- Խորը տեղակայմամբ էնդոմետրիալ ստրոմալ բջիջներ

Պրեպարատներում տեսնում ենք մանր բջիջներ, կլոր, օվալ և իլիկաձև կորիզներով՝ էքսցենտրիկ դասավորությամբ, քրոմատինը կոպիտ հատիկավոր է, ցիտոպլազման սակավ է և ներկվում է բազոֆիլ (տե՛ս նկար 10):

Նկար 10

Խորը տեղակայմամբ էնդոմետրիալ ստրոմալ բջիջներ

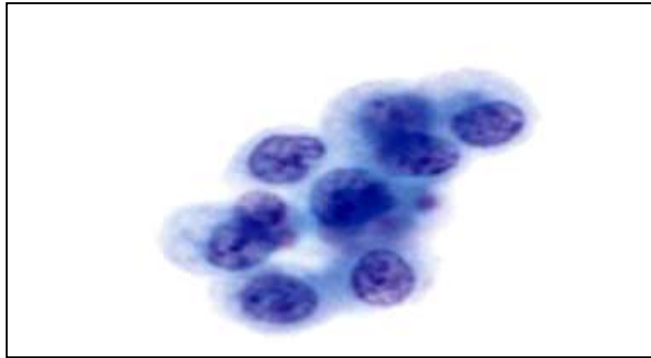


- Մակերեսային տեղակայմամբ էնդոմետրիալ ստրոմալ բջիջներ

Մորֆոլոգիապես նման են հիստիոցիտներին, ունեն վակուոլիզացված ցիտոպլազմա (տե՛ս նկար 11):

Նկար 11

Մակերեսային տեղակայմամբ էնդոմետրիալ ստրոմալ բջիջներ



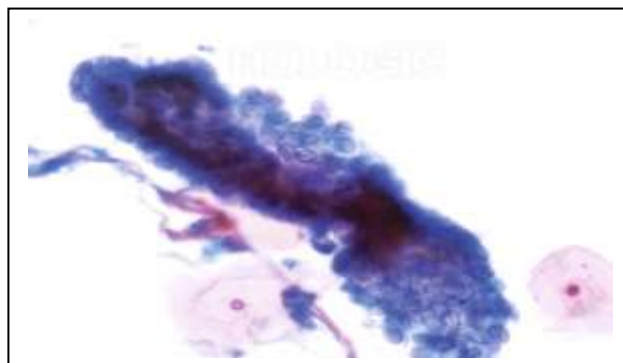
2.7. Արգանդի ստորին սեգմենտ

Արգանդի պարանոցի վրա վիրաբուժական միջամտությունները (կոնիզացիա, ամպուտացիա) կարող են բերել պարանոցի խողովակի կարճեցմանը, որի արդյունքում քսուկի վերցման ժամանակ տեղի է ունենում ԱՍՍ (LUS) ականա նմուշառում: ԱՍՍ բջիջները չունեն ինքնուրույն կլինիկական նշանակություն: Պրեպարատներում տեսնում ենք գեղձային և ստրոմալ բաղադրիչների մեծ և փոքր ֆրագմենտներ՝ կոմբինացված կամ առանձին:

ԱՍՍ գեղձային բաղադրիչը հանդիպում է տուբուլյար, ճյուղավորված կամ չճյուղավորված կառուցվածքների և «պարիսպի» տեսքով: Նկատվում է խիստ արտահայտված կորիզների «overlapping» (կորիզները ընկած են միմյանց վրա), քրոմատինը նուրբ հատիկավոր է, ցիտոպլազման՝ սակավ, երբեմն հանդիպում են միտոզներ, կորիզակները արտահայտված չեն (տե՛ս նկար 12):

Նկար 12

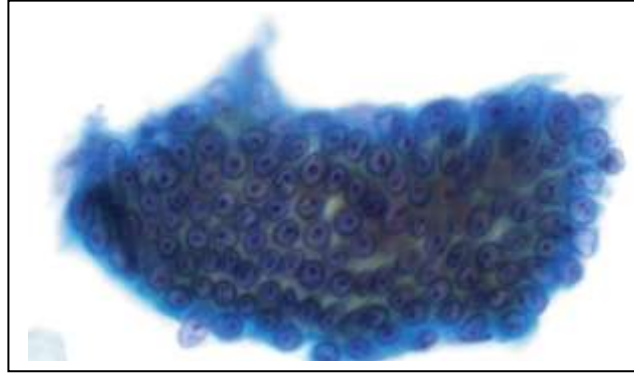
Արգանդի ստորին սեգմենտի գեղձային բաղադրիչ



ԱՍՍ ստրոմալ բջիջները մոնոմորֆ են՝ կլոր, օվալաձև կամ լրբաձև կորիզներով, նուրբ հատիկավոր քրոմատինով, կարող են հանդիպել մեծ ստրոմալ ֆրագմենտներ՝ հատող կապիլյարներով, հազվադեպ միտոզներ (տե՛ս նկար 13):

Նկար 13

ԱՍՍ ստրոմալ բաղադրիչ



ԳԼՈՒԽ 3. ԱՐԳԱՆՂԻ ՊԱՐԱՆՈՑԻ ՔԱՂՑԿԵՂԻ ՊԱՏՃԱՌԱԳԻՏՈՒԹՅՈՒՆՆ ՈՒ ԱԽՏԱԾԱԳՈՒՄԸ

Արգանդի պարանոցի քաղցկեղը սովորաբար դանդաղ է զարգանում: Մինչև արգանդի պարանոցի քաղցկեղի առաջացումը նորմալ բջիջներում սկսվում են նախաքաղցկեղային փոփոխություններ, որոնք տևում են տարիներ:

Արգանդի պարանոցի քաղցկեղն առավել հաճախ ի հայտ է գալիս միջին տարիքի կանանց մոտ, որոնցից կեսի մոտ այն ախտորոշվում է 35-ից 55 տարեկան հասակում: 20 տարեկանից ցածր տարիքի կանանց մոտ արգանդի պարանոցի քաղցկեղ քիչ է հանդիպում, սակայն դեպքերի մոտավորապես 20%-ը դիտվում է 65-ից բարձր տարիքի կանանց շրջանում, որը մեկ անգամ ևս փաստում է շարունակական սքրինինգային ծրագրերի ներդրման անհրաժեշտությունը: Ինվազիվ քաղցկեղի դեպքում հնգամյա ապրելիության ժամկետը ներկայում կազմում է 71%:

Վերջին տարիներին արգանդի պարանոցի քաղցկեղի ախտաճնությունը աշխարհում շատ մեծ ուշադրության է արժանացել: Մոլեկուլյար հետազոտության մեթոդներով հաստատվել է, որ մեծահասակ կանանց մոտ հիվանդության պատճառաճնությունը նման է երիտասարդ կանանց մոտ հիվանդության պատճառաճնության հետ:

3.1. Արգանդի պարանոցի քաղցկեղի առաջացման պատճառը և ռիսկային գործոնները

1996թ ԱՀԿ-ն, Սեռավարակների և նեոպլազիայի հետազոտման եվրոպական կազմակերպությունը, ինչպես նաև ԱՄՆ Առողջապահության ազգային ինստիտուտը որակել են ՄՊՎ-ն որպես արգանդի պարանոցի քաղցկեղի հիմնական պատճառ:

2013թ HERACLES/SCALE Study Group բազմակենտրոն եվրոպական հետազոտությունների արդյունքում հաստատվել է արգանդի պարանոցի քաղցկեղի զուգակցումը ՄՊՎ 16 և 18-րդ տեսակների հետ:

Համաձայն ապացուցողական բժշկության տվյալների, հայտնի են արգանդի պարանոցի քաղցկեղի առաջացման մի շարք ռիսկային գործոններ, որոնք ինչպես

գենետիկ ծագման են, այնպես էլ կապված են շրջակա միջավայրի որոշակի վտանգների հետ: Դրանցից են՝

1. Արգանդի պարանոցի քաղցկեղի ընտանեկան անամնեզը
2. Տարիքը
3. Սեռական և վերարտադրողական պատմությունը
4. Սոցիալ-տնտեսական վիճակը
5. Ծխախոտի օգտագործումը
6. ՄԻԱՎ վարակը
7. Ներարգանդային կյանքում դիէթիլսուլբեստրոլի ազդեցությանը ենթարկվելը:

3.1.1. Մարդու պապիլոմավիրուսային վարակ

Հաստատված է, որ ՄՊՎ-ն այն հիմնական գործոնն է, որը բարձրացնում է նեոպլաստիկ փոխակերպման նկատմամբ բջիջների ընկալունակությունը կամ էլ ախտահարված էպիթելիալ բջիջներում ուղղակիորեն նպաստում է նեոպլաստիկ փոփոխությունների առաջացմանը: Բջիջների նեոպլաստիկ փոխակերպումը սովորաբար սկսվում է արգանդի պարանոցի **տափակ և գլանաձև էպիթելների միացման հատվածում**:

Ներէպիթելային ախտահարումից մինչև ինվազիվ քաղցկեղի զարգացումը տևում է մոտ 10 տարի:

Վաղ ինվազիվ քաղցկեղ ունեցող կանայք կարող են ունենալ անզեն աչքի համար արգանդի նորմալ տեսքով պարանոց կամ կարող են ունենալ փոքր, խոցոտված ախտահարումներ, որոնք հաճախ թողնում են բարորակ բորբոքային գործընթացի տեսք:

Այսպիսի դեպքերում, հատկապես, կարևոր նշանակություն կարող է ունենալ արգանդի պարանոցի բջջաբանական հետազոտությունը՝ ի հայտ բերելու նախաինվազիվ կամ վաղ փուլերում գտնվող քաղցկեղը:

Կանանց մեծամասնության մոտ ախտանշանները բացակայում են և դրանք սովորաբար դրսևորվում են ուշ փուլերում:

Արգանդի պարանոցի քաղցկեղի հիմնական պատճառը մարդու պապիլոմավիրուսային վարակի բարձր ուռուցքաձին հատկություններով օժտված մեկ կամ մի քանի տեսակներով պերսիստենցվող կամ քրոնիկական վարակն է:

1983թ. գերմանացի գիտնական Հարոլդ զուր Հաուսենը ԱՊՔ բիոպատատներում հայտնաբերեց ՄՊՎ-ի ԴՆԹ-ն: Նրա հետազոտությունները հիմք հանդիսացան ՄՊՎ-ով պայմանավորված կանզերոգենեզի բացահայտման գործում: 2008թ-ին Հարոլդ զուր Հաուսենը ԱՊՔ վիրուսային ծագման մեխանիզմների բացահայտման համար դարձավ Ֆիզիոլոգիայի և բժշկության բնագավառում Նոբելյան մրցանակի դափնեկիր:

Մարդու պապիլոմավիրուսային վարակը արգանդի պարանոցի քաղցկեղի հիմնական դեպքերի պատճառն է: Արգանդի պարանոցի քաղցկեղի դեպքերի առաջացման 75%-ի պատճառը ՄՊՎ-ի բարձր օնկոգենությամբ օժտված տարատեսակներն են (ՄՊՎ 16, 18), 10%-ը պայմանավորված է ՄՊՎ 31 և 45 տեսակներով:

ՄՊՎ վարակը կանանց շրջանում ամենահաճախ հանդիպող սեռավարակն է և կանանց մեծամասնության մոտ վարակն անհետանում է երկու տարվա ընթացքում առանց լուրջ բարդությունների: Վարակի երկարատև պերսիստենցիան ՄՊՎ-ի վիրուսի բարձր ուռուցքաձին հատկություններ ունեցող տեսակներով կարող է հանգեցնել պարանոցային դիսպլազիայի և քաղցկեղի զարգացմանը⁽¹⁾:

ՄՊՎ վարակի բարձր ուռուցքաձին հատկանիշներով օժտված տեսակների և արգանդի պարանոցի քաղցկեղի միջև առկա է բարձր կախվածություն:

Մարդու պապիլոմային վիրուսի բնութագիրը

Այն իրենից ներկայացնում է սեռական ճանապարհով փոխանցվող վարակ, որը կազմված է վիրուսային շտամների մոտավորապես 100 տեսակից, որից 40-ը հավաստիորեն ախտահարում են մարդու սեռական օրգանները, որոնցից 15-ը իրենց հերթին կապակցվում են արգանդի պարանոցի քաղցկեղի առաջացման հետ և դասակարգվում են որպես բարձր ռիսկի տեսակներ (16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 68, 73 և 82), 3-ը՝ որպես հնարավոր բարձր ռիսկի տեսակներ (26, 53 և 66), և 12-ը՝ ցածր ռիսկի տեսակներ (6, 11, 40, 42, 43, 44, 54, 61, 70, 72, 81 և CP6108):

Ընդ որում.

- ՄՊՎ-ի 6 և 11 տեսակները/շտամները հարուցում են սեռական գորտնուկների մոտ 90%-ը:
- ՄՊՎ-ի 16 և 18 տեսակները հարուցում են արգանդի պարանոցի քաղցկեղի դեպքերի մոտ 70%-ը և արգանդի պարանոցի դիսպլազիաների 90%-ը:

Վարակների մեծամասնությունը ընթանում են անախտանիշ, սակայն ՄՊՎ-ի որոշ տեսակներ կարող են հանգեցնել սեռական գորտնուկների առաջացման:

Ցածր վտանգավորության խմբի ՄՊՎ-ի տեսակները սովորաբար առաջացնում են բարորակ ախտահարումներ և այս պարագայում շատ ցածր է դիսպլազիայի և քաղցկեղի վերաճելու հավանականությունը: Այնուամենայնիվ, բարձր օնկոգենությամբ օժտված ՄՊՎ-ի տեսակները պատասխանատու են ՄՊՎ-ով ախտորոշված դեպքերի 99%-ի համար:

ՄՊՎ վարակից հետո դիսպլազիայի կամ քաղցկեղի առաջացման վտանգը կախված է վարակի ընթացքում առկա վիրուսից և այն ժամանակահատվածից, որն անհրաժեշտ է վարակից ազատվելու համար:

Վիրուսն ախտահարում է էպիթելային բջիջները: Ախտահարումից հետո վիրուսը սկսում է բազմանալ հյուրընկալող բջջի ներսում և երբ բջիջը մահանում է, որպես բջջի կենսաշրջանի մի մաս նոր վիրուսային մասնիկները (վիրիոնները) սկսում են ախտահարել այլ բջիջներ: ՄՊՎ-ի ցածր ռիսկի խմբին դասվող ԴՆԹ-ն առանձին է մնում ախտահարված բջջի ԴՆԹ-ից, մինչդեռ բարձր օնկոգենությամբ օժտված ՄՊՎ-ի տեսակներն ի վիճակի են զուգորդվելու (միանալու) ախտահարված բջջի ԴՆԹ-ի հետ:

Մարդու պապիլոմավիրուսի ազդեցության տակ բջիջների փոփոխությունները նկարագրվել են 1956թ. և կոչվում են կոյլոցիտոզ: Դրանց նշանակությունն անհայտ էր մինչև 70-ական թվականները, այնուհետև բացահայտվեց, որ արգանդի պարանոցի դիսպլազիան զուգորդվում է կոյլոցիտոզով :

Հետագա հետազոտություններն էպիթելային բջիջներում բացահայտեցին ԴՆԹ-ի բարձր մակարդակ և մարդու պապիլոմավիրուսի կապսիդային անտիգեն, ինչը վկայում էր վիրուսի բարձր վերարտադրողականության մասին: Մարդու պապիլոմավիրուսային ԴՆԹ-ն հայտնաբերվում է ցանկացած ծանրության աստիճանի դիսպլազիայի դեպքում, ինչը փաստում է, որ քաղցկեղի առաջացման հիմնական պատճառը ՄՊՎ-ի բարձր օնկոգենության շտամներն են:

Սակայն դիսպլազիայի առաջընթացի դեպքում կոյլոցիտոզն ավելի քիչ է հանդիպում, կապսիդային անտիգենն անհետանում է, վիրուսային մակարդակը ԴՆԹ-ի նվազում է, այն ինտեգրվում է տիրոջ բջջի գենոմի մեջ: Հավանաբար դա պայմանավորված է նրանով, որ մարդու պապիլոմավիրուսը չի կարող բազմանալ ցածր դիֆերենցված բջիջներում:

3.1.2. Արգանդի պարանոցի քաղցկեղի ընտանեկան պատմություն

Ընտանեկան անամնեզում արգանդի պարանոցի քաղցկեղ ունեցած կանանց մոտ (հատկապես հիվանդ մայր կամ քույր ունեցող) արգանդի պարանոցի քաղցկեղի առաջացման վտանգը կրկնակի բարձր է, որը հիմք է տալիս մտածելու ժառանգական նախատրամադրվածության մասին:

3.1.3. Տարիք

20 տարեկանից ցածր կանանց մոտ հազվադեպ է ախտորոշվում արգանդի պարանոցի քաղցկեղ: Ախտորոշվածների կեսից ավելին գտնվում են 35-ից 55 տարեկան տարիքային խմբում: Հիվանդության վտանգը նվազում է 55 տարեկանից հետո, սակայն դեպքերի 20%-ը հանդիպում է 60 տարեկանից բարձր տարիքի կանանց մոտ: Այս նկարագրվող գործընթացները պայմանավորված են մի շարք գործոններով, մասնավորապես՝

- սեռական վարքագծի փոփոխություններով,
- գենետիկ մուտացիաների միտումներով, որոնք դիտարկվում են տարիքի հետ:

3.1.4. Սեռական և վերարտադրողական պատմություն

Համաճարակաբանական հետազոտությունները ցույց են տվել, որ ինվազիվ քաղցկեղի վտանգը հիմնականում վերագրվում է սեռական և վերարտադրողական վարքագծին:

Սեռական զուգընկերների թվի ավելացումը և սեռական կյանքի վաղ սկիզբը կապակցվում են արգանդի պարանոցի քաղցկեղի մեծացած վտանգի հետ:

Այն կանայք, ովքեր ունեն բազմաթիվ սեռական զուգընկերներ (կամ սեռական հարաբերություն այն տղամարդու հետ, ով ունի բազմաթիվ սեռական զուգընկերներ), գտնվում են ՄՊՎ ձեռք բերելու առումով ամենաբարձր վտանգի խմբում:

Այն կանայք, ովքեր ունեցել են բազմակի հղիություններ և առաջին ժամկետային ծննդաբերություն երիտասարդ տարիքում, ևս գտնվում են արգանդի պարանոցի քաղցկեղի զարգացման բարձր ռիսկային խմբում:

Օրալ հակաբեղմնավորիչ միջոցների երկարատև գործածումը որոշ հետազոտությունների համաձայն, ևս նշվում է որպես քաղցկեղի այս տեսակով հիվանդանալու վտանգը մեծացնող գործոն, սակայն այս փաստարկը դեռևս հիմնավորված չէ:

Քանի որ ՄՊՎ վարակը սեռական ճանապարհով փոխանցվող հիվանդություն է, բոլոր այն վարքագծերը, որոնք մեծացնում են սեռական շփումը, համարվում են վտանգի գործոններ:

3.1.5. Սոցիալ-տնտեսական մակարդակ

Ցածր սոցիալ-տնտեսական մակարդակը համարվում է պարանոցի ինվազիվ քաղցկեղի առաջացման վտանգի էական գործոն՝ ելնելով կրթության և առողջապահական ռեսուրսների վրա դրա ունեցած հսկայական ազդեցությունից: Մի շարք լայնածավալ համաճարակաբանական հետազոտությունների արդյունքները փաստում են, որ իսպանալեզու և աֆրո-ամերիկյան ծագմամբ կանայք ունեն արգանդի պարանոցի քաղցկեղի առաջացման առավել բարձր վտանգ՝ կովկասյան ծագմամբ կանանց համեմատ:

Ավելի նվազ վտանգը կապված է առավել բարձր կրթական մակարդակի հետ. միջին մասնագիտական կրթություն չունեցող կանայք ունեն արգանդի պարանոցի քաղցկեղի առաջացման առավել բարձր վտանգ՝ անկախ էթնիկ պատկանելիությունից: Ցածր սոցիալ-տնտեսական մակարդակը կապակցվում է սքրինինգային ծրագրերի և նախաքաղցկեղային վիճակների սքրինինգի անլիարժեքության, ինչպես նաև ՄՊՎ վարակի կանխարգելման վերաբերյալ գիտելիքների պակասի հետ:

3.1.6. Ծխախոտի օգտագործում

Ծխախոտի օգտագործումն արգանդի պարանոցի քաղցկեղի զարգացման ռիսկային գործոն է, քանի որ ծխախոտի ծխի մեջ պարունակվող քաղցկեղածին նյութերը (կանցերոգենները) ԴՆԹ-ում առաջացնում են որոշակի մուտացիաներ: Իրականացված համաճարակաբանական հետազոտություններում ծխելը կապակցվում և ասոցացվում է արգանդի պարանոցի տափակ բջջային կարցինոմայի առաջացման առավել բարձր վտանգի հետ, սակայն ոչ ադենոկարցինոմայի:

3.1.7. Մարդու իմունային անբավարարության վիրուս (ՄԻԱՎ)

Ապացուցված է, որ ՄԻԱՎ վարակով ախտահարված կանայք ունեն արգանդի պարանոցի քաղցկեղի առաջացման հնգապատիկ անգամ ավելի բարձր վտանգ:

ՄԻԱՎ վարակը թուլացնում է իմունային համակարգը, այսպիսով թուլացնելով օրգանիզմի պաշտպանական ունակությունները պայքարելու վարակի դեմ, այդ իսկ պատճառով ՄՊՎ վարակները առավել մեծ հավանականություն ունեն կայունանալու և դիմակայելու օրգանիզմում (վիրուսային պերսիստենցիա): ՄԻԱՎ և ՄՊՎ վարակների միջև եղած կապը մասամբ նաև պայմանավորված է այն հանգամանքով, որ երկու վարակներն էլ փոխանցվում են սեռական ճանապարհով և այն վարքագծերը, որոնք կանանց վտանգում են մեկ վարակի նկատմամբ, վտանգում են նաև մյուս վարակի նկատմամբ:

3.1.8. Ներարգանդային կյանքում դիէթիլստիլբեստրոլի (ԴԷՍ) ներգործություն

ԴԷՍ-ը սինթետիկ էստրոգեն է, որը կիրառվել է 1930-ից 1970 թվականներին հղիության ընթացքում դիտվող բարդությունների տոկոսը նվազեցնելու նպատակով: Այս դեղամիջոցի ազդեցությունը դադարեցվեց այն բանից հետո, երբ պարզվեց, որ այն կարող էր վնասել զարգացող սաղմին: Արգանդի պարանոցի քաղցկեղի առաջացման մեծացած վտանգը այն հնարավոր բարդություններից է, որին կարող են ենթարկված լինել աղջիկ երեխաները դեռևս ներարգանդային կյանքի ընթացքում, ի թիվս վերարտադրողական համակարգի այլ տեսակի քաղցկեղների, անպտղության և հղիության ընթացքում դիտվող մի շարք բարդությունների:

Ստորև բերված աղյուսակում ներկայացված են վտանգի տարբեր գործոնների ազդեցությունը արգանդի պարանոցի քաղցկեղի առաջացման վրա:

Աղյուսակ 1
Ռիսկի տարբեր գործոնների ազդեցությունն արգանդի պարանոցի քաղցկեղի առաջացման վրա (ԱՀԿ)

Ռիսկի գործոն	Գնահատված ազդեցություն
Վաղ մենարխե	0
Ուշ մենարխե	0
Սեռական կյանքի վաղ սկիզբ (<15) և վաղ առաջին հղիություն (<18)	+
Ծխելը	+
ՄԻԱՎ վարակ	+
Դիէթիլստիլբեստրոլի ազդեցություն	+
Զուգընկերների հաճախակի փոխելը	+
Խոշոր պտղով ծննդաբերություն (>4)	Հետազոտություններն ընթացքի մեջ են
Ծննդաբերությունների քանակը (>3)	Հետազոտություններն ընթացքի մեջ են
Սեռական կյանքի բացակայություն	-
Առաջնային չբերություն	-
Հորմոնալ հակաբեղմնավորման մեթոդներ	0
Անօվուլյատոր արյունահոսություն՝ նախադաշտանադադարում	0
Վաղ դաշտանադադար (< 45տ)	0
Ուշ դաշտանադադար	0
Արգանդի միոմա, էնդոմետրիոզ (> 50տ)	0
Էստրոգենների ընդունում հետդաշտանադադարում	0
Վերարտադրողական օրգանների քաղցկեղի ժառանգականություն	0
Ճարպակալում, հիպերլիպիդեմիա, շաքարային դիաբետ	0

Նշում՝ +-բարձր ռիսկ, - ցածր ռիսկ, 0- ազդեցության բացակայություն

ԳԼՈՒԽ 4. ԱՐԳԱՆԴԻ ՊԱՐԱՆՈՑԻ ՔԱՂՑԿԵՂԻ ԿԼԻՆԻԿԱԿԱՆ ՆՇԱՆՆԵՐ

Արգանդի պարանոցի քաղցկեղի դեպքում հաճախ առաջին կլինիկական նշաններն ի հայտ են գալիս այն դեպքում, երբ հիվանդությունն արդեն ձեռք է բերել առաջացած ընթացք: Ներէպիթելային ախտահարումների նախնական փուլերում հիվանդության ախտանիշներ հազվադեպ են հանդիպում:

ՄՊՎ-ի վարակը սովորաբար չի դրսևորվում կլինիկական նշաններով և վերանում է ինքնուրույն կերպով: ՄՊՎ-ի վարակի որոշ տեսակներ կարող են առաջացնել սեռական գորտնուկներ, սակայն այս ՄՊՎ-ի տեսակները արգանդի պարանոցի քաղցկեղ չեն առաջացնում: Հարկ է նշել, որ սեռական գորտնուկները, որոնք հարուցվում են ցածր օնկոգենությամբ օժտված ՄՊՎ-ի տեսակներով, քաղցկեղի չեն վերածվում, նույնիսկ եթե նրանք չեն բուժվում:

ՄՊՎ-ի վարակի բարձր ուռուցքածին հատկություններով օժտված տեսակները կարող են օրգանիզմում մնալ երկար տարիներ առանց որևէ կլինիկական դրսևորման:

- **Անկանոն բնույթի հեշտոցային արյունահոսություն:** Արգանդի պարանոցի քաղցկեղի դեպքում հիմնական կլինիկական դրսևորումը անկանոն հեշտոցային արյունահոսությունն է:
- **Սեռական հարաբերությունից հետո քսվող բնույթի արյունային արտադրություն:** Պոստկոիտալ (սեռական հարաբերությանը հաջորդող) քսվող բնույթի արյունային արտադրությունը ևս համարվում է վտանգի նշան:
- **Շճաարյունային կամ դեղին գույնի արտադրություն:** Որոշ պացիենտների մոտ առկա է շճաարյունային կամ դեղին գույնի արտադրություն, որը հաճախ ունի տհաճ հոտ:
- **Որովայնի ստորին հատվածի, կոնքի կամ գոտկային հատվածի ցավ:** Արգանդի պարանոցի առաջացած փուլերում քաղցկեղի հաջորդ ախտանիշը որովայնի ստորին հատվածի, կոնքի կամ գոտկային հատվածի ցավն է:
- **Հեմատուրիա կամ ուղիղ աղիքից դիտվող արյունահոսություն:** Հեմատուրիան կամ ուղիղ աղիքից դիտվող արյունահոսությունը կարող է դիտվել այն ժամանակ, եթե առկա է ինվազիա դեպի միզապարկ կամ ուղիղ աղիք:

ԳԼՈՒԽ 5. ԱՐԳԱՆԴԻ ՊԱՐԱՆՈՑԻ ՔԱՂՑԿԵՂԻ ԱՔՐԻՆԻՆԳԻ ԻՐԱԿԱՆԱՑՄԱՆ ԸՆԹԱՑԱԿԱՐԳ

Հաշվի առնելով աշխարհում արգանդի պարանոցի քաղցկեղի սքրինինգի ընդունված գործելակարգերը, բժշկագիտական գրականության մեջ վերլուծության տվյալները, ինչպես նաև հաշվի առնելով Հայաստանում արգանդի պարանոցի քաղցկեղի սքրինինգային ծրագրի ներդրման պատմությունը, հիվանդացության տարածվածությունը, առաջարկվում է արգանդի պարանոցի քաղցկեղի կանխարգելման նպատակով իրականացնել բջջաբանական սքրինինգ՝ ըստ Պապանիկոլաուի ներկյալ մեթոդով (ՊԱՊ թեսթ):

1. Արգանդի պարանոցի քաղցկեղի կանխարգելման և վաղ հայտնաբերման գործընթացի կազմակերպման հիմնական սկզբունքները.

- 1) Ծրագրային հիմնական շեշտադրումը դրվում է արգանդի պարանոցի բջջաբանական սքրինինգի վրա ՊԱՊ թեսթի միջոցով, քանզի միջազգային բազմաթիվ աղբյուրներով փաստվում է բջջաբանական հետազոտության բարձր սպեցիֆիկությունն ու արդյունավետությունը առողջ ազգաբնակչության շրջանում, այս ախտաբանությունը հայտնաբերելու առումով:
- 2) 30-60 տարեկան բոլոր կանայք 3 տարին մեկ անգամ ենթակա են արգանդի պարանոցի բջջաբանական սքրինինգի իրականացման՝ ՊԱՊ թեսթի մեթոդով:
- 3) ՊԱՊ թեսթային սքրինինգն իրականացվում է պլանավորված ընթացակարգով՝ կանանց ակտիվ ներգրավման ճանապարհով:
- 4) ՊԱՊ թեսթային սքրինինգն իրականացվում է.
 - ա) գյուղական բնակավայրերում ԱԱՊ բժշկական հաստատությունների մասնագետների (ընտանեկան բժիշկ կամ վերապատրաստված մանկաբարձուհի) կողմից
 - բ) քաղաքային բնակավայրերում տարածաշրջանային, մարզային կամ քաղաքային բժշկական հաստատությունների կանանց կոնսուլտացաների մասնագետների (մանկաբարձ-գինեկոլոգ կամ վերապատրաստված մանկաբարձուհի) կողմից

գ) բոլոր այն դեպքերում, երբ գյուղական ԱԱՊ հաստատությունում սքրինինգի իրականացումը հնարավոր չէ, այն կազմակերպվում է տարածաշրջանային բժշկական կազմակերպության կանաց կոնսուլտացիայի կողմից՝ կցագրված մանկաբարձ-գինեկոլոգի միջոցով:

***Պարզաբանում**

- Քանի որ արգանդի պարանոցի քաղցկեղը հաճախ զարգանում է 30 տարեկանից բարձր տարիքի կանանց մոտ և նախաքաղցկեղը (դիսպլազիան), հնարավոր է հայտնաբերել քաղցկեղի զարգացումից դեռևս 5-8 տարի առաջ, ապա 30-60 տարեկան տարիքի կանայք կազմում են այն խումբը, որոնք պետք է ենթարկվեն սքրինինգի:
- Քաղցկեղի հետագա զարգացումը դանդաղ է ընթանում. յուրաքանչյուր 3 տարին մեկ անգամ իրականացվող սքրինինգը նույնքան արդյունավետ է, որքան ամեն տարի նվազեցնելով պարանոցի քաղցկեղը 90,8%, 93,5%-ի դիմաց:

2. Պապանիկոլաուի մեթոդով (ՊԱՊ թեսթ) արգանդի պարանոցի քսուկի բջջաբանական հետազոտության նկարագիրը.

- 1) ՊԱՊ թեսթի իրականացման նպատակով արգանդի պարանոցի արտաքին մակերեսից (էկտոցերվիքսից) և պարանոցային խողովակից (էնդոցերվիքսից) վերցվում է բջջաբանական քսուկ (ՊԱՊ թեսթ):
- 2) Արգանդի պարանոցի քաղցկեղի սքրինինգը քաղցկեղի նկատմամբ թեսթ չէ, որը թույլ է տալիս բջջային մակարդակով որոշել պարանոցի վիճակը, առանձնացնել առողջներին, ինչպես նաև առանձնացնել նրանց, ովքեր կարիք ունեն անհրաժեշտ լրացուցիչ հետազոտության, ախտորոշման ճշտման, ադեկվատ վարման և նրանց նկատմամբ սահմանել հետագա հսկողություն՝ ըստ ազգային ուղեցույցի դրույթների (Գլուխ 6):
- 3) ՊԱՊ մեթոդով քսուկի բջջաբանական հետազոտությունն իրականացվում է փուլային մեթոդով.

Փուլ 1. Պացիենտների նախապատրաստումը բջջաբանական հետազոտության

- Նախընտրելի է նմուշառում դաշտանային ցիկլի մեջտեղում
- Նմուշառումից 48 ժամ առաջ խուսափել հեշտոցային հակաբեղմնավորիչների, քսուկների, մոմիկների օգտագործումից
- Նմուշառումից 12 ժամ առաջ չունենալ սեռական հարաբերություն
- Նմուշառումը ցանկալի է ծննդաբերությունից 6-8 շաբաթ անց:

Փուլ 2. Իդենտիֆիկացիոն և կլինիկական տեղեկությունների ստացում

Նմուշառում կատարելուց առաջ անհրաժեշտ է գրառել պացիենտի իդենտիֆիկացիոն և կլինիկական տեղեկությունները:

Իդենտիֆիկացիոն տեղեկություններ

- Պացիենտի անուն ազգանուն/հերթական համար
- Տարիք
- Նմուշառման ամսաթիվ
- Նմուշառման գոտին (էկտոցերվիքս, էնդոցերվիքս, հեշտոց)
- Ապակիների քանակը
- Բուժ. ծառայությունը իրականացնողի տվյալները:

Կլինիկական տեղեկություններ

- Վերջին դաշտան
- Հորմոնալ կարգավիճակ (օր` հղիություն, դաշտանադադար)
- Հորմոնալ թերապիա
- Ներարգանդային պարույրի առկայություն
- Տեղեկություն արգանդի պարանոցի, հեշտոցի ներէպիթելային ախտահարումների, չարորակ ուռուցքների վերաբերյալ
- Նախորդ ՊԱՊ թեսթի արդյունք
- Ռիսկի գործոններ արգանդի քաղցկեղի վերաբերյալ:

Փուլ 3. Նմուշառման գործընթաց

Օպտիմալ քսուկի ստացումը ներառում է նմուշառում էկտոցերվիքսից, էնդոցերվիքսից` ընդգրկելով տրանսֆորմացիոն գոտին: Անհրաժեշտ է մաքրել պարանոցը լորձի և այլ արտադրության մեծ քանակության դեպքում թանձրֆե վիրախճուծի միջոցով:

- Տեղադրել հեշտոցային հայելին` առանց խոնավեցնող միջոցների օգտագործման:
- Նմուշառման համար անհրաժեշտ են թիակ, խոզանակ (cytobrush) և ապակի` փայլատ հատվածով:

- Ապակու փայլատ հատվածին մատիտով գրվում է պացիենտի անուն ազգանունը/հղենտիֆիկացնող համարը: Եթե օգտագործվում է մեկից ավելի ապակի, պարտադիր նշվում է արձանագրության մեջ:
- Էկտոցերվիքսից նմուշառում կատարելու համար թիակը ֆիքսվում է արտաքին օղում և պտտեցվում առանցքի շուրջ՝ 360 աստիճան:
- Էնդոցերվիքսից նմուշ ստանալու համար խոզանակը տեղադրվում է խողովակում և պտտեցվում առանցքի շուրջ 90-180 աստիճան:
- Նմուշների տեղափոխումը ապակուն կատարվում է հետևյալ հերթականությամբ: Առաջին հերթին տեղափոխվում է խոզանակով ստացված նմուշը գլորելով այն ապակուն, այնուհետև ապակու մակերեսին քսվում է թիակով ստացված նմուշը:
- Նյութերն ապակուն տեղափոխելուց հետո անհրաժեշտ է անմիջապես ֆիքսել 96% էթանոլով կամ աէրոզոլային ֆիքսատորներով: Աէրոզոլային ֆիքսումը կատարվում է ապակուց 20-25 սմ հեռավորության վրա:
- Ապակիների տեղափոխում բջջաբանական լաբորատորիա:

1) ***ՊԱՊ թեսթի արդյունքների հիման վրա ձևավորվում են կանանց հետևյալ խմբերը.***

- ✓ Գործնականում առողջ 30-60 տարեկան կանանց խումբը, որոնք ենթակա են հերթական հետազոտման և հսկողության՝ 3 տարին մեկ անգամ:
- ✓ Օնկոլոգիական բարձր ռիսկի խումբ, որոնց մոտ հայտնաբերվել է ՊԱՊ քսուկի ախտաբանական պատասխան կամ բջջաբանական հետազոտության արդյունքները բավարար չեն վերջնական ախտորոշումը կայացնելու համար: Նրանք ենթակա են լրացուցիչ հետազոտման, բուժման և հսկողության կախված ախտաբանության բնույթից:
- ✓ Ախտաբանություն ունեցող կանանց խումբ, որոնց հետագա վարումն իրականացվում է սույն ուղեցույցով սահմանված ընթացակարգով:
- ✓ Հետազոտության, այդ թվում բջջաբանական քննության տվյալները, ինչպես նաև ճշտված ախտորոշումը պետք է գրառվի կնոջ անհատական քարտում և տեղեկատվությունը կհաղորդվի քաղցկեղի ազգային ռեգիստրին:

3. Քացախաթթվով ներկման և տեսողական զննման (VIA թեսթ) գործելակարգ

1. Քացախաթթվով ներկման և տեսողական զննման մեթոդի վերաբերյալ իրականացվում է խորհրդատվություն, այդ թվում կնոջը բացատրվում է իրականացվող միջամտության նպատակն ու անհրաժեշտությունը:
2. Թեթևակի կամ թունամեծ ազդի ներսային մակերեսը մինչև սեռական օրգանների հատվածի զննումը սկսելը:
3. Շոշափվում է որովայնը, զննվում են արտաքին սեռական օրգաններն ու ստուգվում է միզուկային բացվածքը: Շոշափվում են բարթոլինյան գեղձերը:
4. Կնոջը տեղեկացվում է, որ տեղադրվում է հեշտոցային հայելին և այն տեղադրվում է հեշտոցում մինչև դիմադրություն զգալը: Այնուհետև բացվում են հայելու թևերը պարանոցը զննելու նպատակով:
5. Կատարվում է արգանդի պարանոցի հայելային զննում՝ արգանդի պարանոցն ավելի հստակ դիտելու համար:
6. Տեղաշարժվում է լույսի աղբյուրը՝ ամբողջովին դիտելու արգանդի պարանոցը:
7. Կատարվում է արգանդի պարանոցի հայելային զննում՝ ցերվիցիտի, էկտրոպիոնի (էկտոպիա)՝ ուռուցքի, սպիների կամ նաբոտյան գեղձերի առկայությունը հայտնաբերելու նպատակով:
8. Օգտագործվում է մաքուր բամբակյա վիրախճուձ՝ լորձը, արյունը և պաթոլոգիկ արտադրությունը արգանդի պարանոցից հեռացնելու համար: Օգտագործած վիրախճուձը տեղադրվում է պլաստիկ տարայում:
9. Տեսանելի է դարձվում արգանդի պարանոցը և եղջերազլանաձև միացումը /տրանսսֆրոմացիոն գոտին/:
10. Բամբակյա վիրախճուձը թրջվում է քացախաթթվի 3-5%-անոց լուծույթի մեջ:
11. Արգանդի պարանոցին վիրախճուձով զետեղվում է քացախաթթվի 3-5%-անոց լուծույթը և այնուհետև նետվում օգտագործած վիրախճուձը:
12. Սպասում են առնվազն մեկ րոպե, որպեսզի քացախաթթուն ներծծվի և դիտվում են արգանդի պարանոցի վրա ի հայտ եկող գունային փոփոխությունները (քացախաթթվից սպիտակած տեղամասերը):
13. Ստուգվում է արգանդի պարանոցը:

14. Դիտարկվում են արգանդի պարանոցի վրա ի հայտ եկող գունային փոփոխությունները, քացախաթթվից սպիտակ տեղամասի առկայությունը: Դրանք ունեն հստակ ուրվագծեր և ծագում են տրասֆորմացիոն գոտուն շատ մոտ:

15. Դիտարկվում են նաև արգանդի պարանոցի ցանկացած կարգի հաստացում կամ բարձրացած թիթեղիկ:

16. Օգտագործվում է նոր մաքուր վիրախճուճ՝ քացախաթթվի մնացորդները հեռացնելու համար:

17. Զգուշությամբ հեռացվում են հայելիները, և դրանք տեղադրվում են քլորամինի 0,5%-անոց լուծույթում՝ 10 րոպե, մինչև դրանց վարակազերծումը:

18. Իրականացվում է արգանդի երկձեռքային (բիմանուալ), ինչպես նաև ուղիղաղիքահեշտոցային (ռեկտո-վագինալ) երկձեռքային (երկմանուալ) հետազոտություն (եթե այն ցուցված է):

19. Հետազատության արդյուքները քննարկվում են կնոջ հետ:

4. Արգանդի պարանոցի քաղցկեղի ախտաբանությունների հայտնաբերման դեպքում հիվանդների ուղեգրման կարգը

ՊԱՊ թեսթի կամ քացախաթթվով ներկման և տեսողական զննման ճանապարհով սքրինինգ իրականացնող ԱԱՊ օղակի ընտանեկան բժիշկը որևէ կարգի ախտաբանության ի հայտ գալու դեպքում պետք է կիրառի հավելված 4-ում սահմանված գործելակարգը.

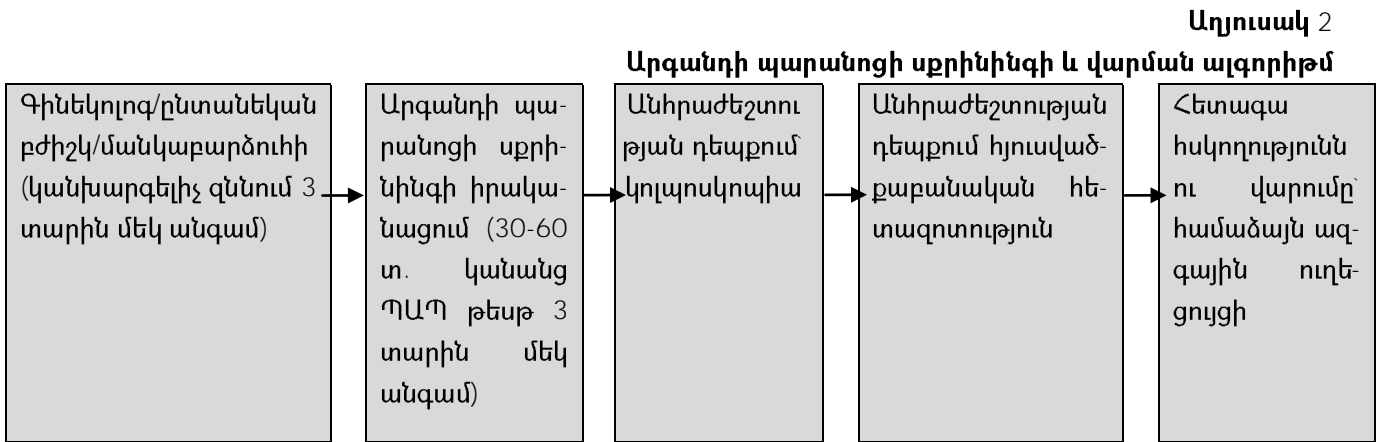
I. Ընտանեկան բժիշկը, ցանկացած ախտաբանության հայտնաբերման դեպքում պացիենտին պետք է ուղղորդի ԱԱՊ օղակում աշխատող մանկաբարձ-գինեկոլոգին:

II. ԱԱՊ օղակի (կանանց կոնսուլտացիաներ, առողջության առաջնային պահպանման կենտրոններ) մանկաբարձ-գինեկոլոգները ԱԱՊ օղակում կարող են իրականացնել հետևյալ գործառույթները.

1) Բուժել սեռական ճանապարհով փոխանցվող վարակը

2) Բուժել ԱՊՆՆ I (CIN I) ախտաբանությունները

III. ԱՊՆՆ II (CIN II) և ԱՊՆՆ III (CIN III) Քաղցկեղ in situ (CIS) հայտնաբերման դեպքում ԱԱՊ օղակի մանկաբարձ-գինեկոլոգի կողմից պացիենտը պետք է ուղղորդվի համապատասխան նեղ մասնագիտական բժշկական ծառայություն:



ԳԼՈՒԽ 6. ԱՐԳԱՆԴԻ ՊԱՐԱՆՈՑԻ ՆԱԽԱՔԱՂՑԿԵՂԱՅԻՆ ՎԻՃԱԿՆԵՐԻ ԵՎ ՔԱՂՑԿԵՂԻ ԲՋՋԱՔԱՆԱԿԱՆ ԴԱՍԱԿԱՐԳՈՒՄ

Արգանդի պարանոցի նախաքաղցկեղային վիճակների և քաղցկեղի սքրինինգի համար հիմքային հետազոտություն է համարվում ՊԱՊ թեսթը, որն առաջին անգամ առաջարկել է Գեորգի Պապանիկոլաուն: Նրա կողմից 1954 թվականին մշակվել է բջջաբանական դասակարգման համակարգ, որը տարիների ընթացքում ենթարկվել է մի շարք փոխակերպումների: 1968 թվականին ԱՀԿ փոքր-ինչ փոփոխել է այդ դասակարգումը: 1978 թվականին Ռիչարդը առաջարկել է ևս մեկ դասակարգում և ԱՊՆՆ (CIN) (արգանդի պարանոցի ներէպիթելային նեոպլազիա) տերմինը: Ներկայում արգանդի պարանոցի նախաքաղցկեղային վիճակների և քաղցկեղի բջջաբանական դասակարգումը տրվում է ըստ *Բեթեսդա համակարգ 2001-ի* (ԲՀ 2001, TBS 2001):

6.1. Արգանդի պարանոցի նախաքաղցկեղային վիճակների և քաղցկեղի բջջաբանական դասակարգումն ըստ Բեթեսդա համակարգի

ԲՀ 2001-ի նպատակն ախտորոշիչ տերմինաբանության, մորֆոլոգիական չափանիշների միօրինակացումն է, ուստի և պացիենտների վարման բարելավումը:

Այս դասակարգումն առաջին անգամ ներկայացվել է 1988թ-ին ԱՄՆ-ի քաղցկեղի ազգային ինստիտուտի կողմից, այնուհետև վերանայվել 1991թ-ին, իսկ վերջնականորեն մշակվել է 2001 թվականին Բեթեսդա քաղաքում կազմակերպված գիտաժողովի ժամանակ, որին մասնակցել է ավելի քան 400 բժիշկ: 2001 թվականին առաջարկվել է արգանդի պարանոցի նախաքաղցկեղային վիճակների և քաղցկեղի բջջաբանական արդյունքների դասակարգման հատուկ ձև՝ Բեթեսդա համակարգը, որը ներառում է նմուշի որակի գնահատումը, հիմնական կարգերը և նկարագրական ախտորոշումները: Պետք է նշել, որ հիմնական կարգերը բացարձակ կերպով չեն փոխարինում նկարագրական ախտորոշումներին: Այդ պատճառով հիմնական կարգերի ընդգրկումը բջջաբանական եզրակացությունների մեջ պետք է լինի կամայական և այն օգտագործվում է հիմնականում վիճակագրական վերլուծությունների նպատակով:

Դասակարգումն ըստ ԲՀ-ի ընդգրկում է.

- **Նմուշի որակի գնահատում**

- ✓ Բավարար գնահատման համար
- ✓ Անբավարար գնահատման համար

- **Հիմնական կարգեր (կամայական)**

- ✓ Բացասական (նեգատիվ) ներէպիթելային ախտահարումների և չարորակացման համար
- ✓ Էպիթելային բջիջների անկանոնություններ
- ✓ Այլ (տեսնել նկարագրական ախտորոշումները, օրինակ՝ էնդոմետրիալ բջիջներ՝ 40 տարեկանից բարձր տարիքի կանանց մոտ:

- **Նկարագրական մեկնաբանություններ/ախտորոշումներ**

- ✓ Բացասական (նեգատիվ) ներէպիթելային ախտահարումների և չարորակացման համար
- ✓ Օրգանիզմներ
 - Հեշտոցային տրիքոմոնադ
 - Սնկեր, որոնք մորֆոլոգիապես համապատասխանում են Կանդիդա սնկին
 - Շեղում միկրոֆլորայում, որը համապատասխանում է բակտերիալ վագինոզին
 - Բակտերիաներ, որոնք մորֆոլոգիապես համապատասխանում են Ակտինոմիցետին
 - Բջջային փոփոխություններ, որոնք համապատասխանում են հասարակ հերպեսի վիրուսին
- ✓ Այլ ոչ նեոպլաստիկ արդյունքներ
 - Բջիջների ռեակտիվ/ռեպարատիվ փոփոխություններ՝ պամանավորված բորբոքումով, տրավմայով, հորմոնալ շեղումներով, ճառագայթումով, ներարգանդային պարույրով
 - Գեղձային բջիջների առկայություն հիստերէկտոմիայից հետո

- Ատրոֆիա
- ✓ Այլ
 - Էնդոմետրիալ բջիջներ՝ 40 տարեկանից բարձր տարիքի կանանց մոտ

• **Էպիթելային բջիջների անկանոնություններ**

✓ **Տափակ բջիջներ**

- Անորոշ նշանակության ատիպիկ տափակ բջիջներ
- Ատիպիկ տափակ բջիջներ, չի բացառվում ԲԱՏԲՆԱ
- Ցածր աստիճանի տափակ բջջային ներէպիթելային ախտահարում, որն ընդգրկում է ՄՊՎ /թերթն դիսպլազիա/ ԱՊՆՆ1 (CIN I)
- Բարձր աստիճանի տափակ բջջային ներէպիթելային ախտահարում, որն ընդգրկում է միջին և ծանր դիսպլազիաները /Քաղցկեղ in situ/ ԱՊՆՆ 2 (CIN II) և ԱՊՆՆ 3 (CIN III)
- ԲԱՏԲՆԱ՝ ինվազիայի կասկածի նշաններով
- Տափակ բջջային քաղցկեղ

✓ **Գեղձային բջիջներ**

- Ատիպիկ գեղձային բջիջներ
 - Էնդոցերվիկալ
 - Էնդոմետրիալ
 - Չտարբերակվող
- Ատիպիկ գեղձային բջիջներ, որոնք հավանաբար նեոպլաստիկ են
 - Էնդոցերվիկալ
 - Չտարբերակվող
- Էնդոցերվիկալ ադենոկարցինոմա in situ
- Ադենոկարցինոմա
 - Էնդոցերվիկալ
 - Էնդոմետրիալ
 - Արգանդից դուրս
 - Չտարբերակվող

- Այլ

- ✓ Էնդոմետրիալ բջիջներ 40 տարեկանից բարձր տարիքի կանանց մոտ

6.2. Արգանդի պարանոցի քսուկի բջջաբանական հետազոտության սահմանումներն ըստ ԱՀԿ-ի

1. Բջջաբանական պատկերը նորմայի սահմաններում է
2. Բորբոքումով կամ ուռուցքով պայմանավորված ատիպիա
3. ՄՊՎ
4. ՄՊՎ-ով պայմանավորված ատիպիա
5. Թեթև դիսպլազիա
6. Միջին ծանրության դիսպլազիա
7. Ծանր դիսպլազիա
8. Քաղցկեղ in situ
9. Ինվազիվ քաղցկեղ

Արգանդի պարանոցի դիսպլազիա

Սահմանում

Դիսպլազիա (հուն. dys-խանգարում և plasis-ձևավորում) – արգանդի պարանոցի բազմաշերտ տափակ չեղջերացող և ցիլինդրիկ էպիթելների բջիջների տարբերակման խախտումն է, որը բնորոշվում է բջջի և կորիզի ատիպիայի զարգացմամբ:

Դիսպլազիայով հիվանդների միջին տարիքը 35-40 տարեկանն է:

Դիսպլազիայի քաղցկեղ in situ-ի վերափոխման հաճախականությունը տատանվում է 40-60% սահմաններում, 15% հիվանդների մոտ զարգանում են միկրոինվազիվ քաղցկեղ:

Դիսպլազիայի զարգացման հիմքում ընկած է բազմաշերտ տափակ էպիթելի բազալ շերտի բջիջների հիպերպլազիայի գործընթացը՝ հասունացման խանգարմամբ և ատիպիայի առաջացմամբ: Էպիթելային բջիջների տարբերակման խախտում դիտվում է նաև մետապլաստիկ և էնդոցերվիքսի գեղձային էպիթելներում:

Թեթև դիսպլազիայի ժամանակ տեղի է ունենում բազալ շերտի պրոլիֆերացիա, որը ընդգրկում է էպիթելի հաստության ստորին 1/3-ը, իսկ չափավոր և ծանր դիսպլազիաների ժամանակ՝ էպիթելի հաստության ստորին 2/3-ից մինչև ամբողջ հաստությունը: Բազալ թաղանթը ինտակտ է (ինվազիա նշանները բացակայում են):

6.3. Քսուկների բջջաբանական հետազոտության արդյունքների մեկնաբանումն ըստ Պապանիկոլաուի

Այն ներառում է 5 դաս.

1. **1-ին դաս.** ատիպիկ բջիջները բացակայում են, նորմալի սահմաններում բջջաբանական պատկեր:
2. **2-րդ դաս.** բջջային տարրերի մորֆոլոգիական փոփոխություններ՝ պայմանավորված հեշտոցի և (կամ) արգանդի պարանոցի բորբոքումով:
3. **3-րդ դաս.** առկա են եզակի բջիջներ կորիզի և ցիտոպլազմայի անկանոնություններով: Վերջնական ախտորոշման համար պահանջվում է կրկնակի բջջաբանական հետազոտություն կամ արգանդի պարանոցի բիոպտատի հյուսվածքաբանական հետազոտություն:
4. **4-րդ դաս.** առկա են առանձին բջիջներ՝ չարորակացման նշաններով (կ/ց հարաբերության մեծացում, քրոմատինի անհավասարաչափ բաշխում):
5. **5-րդ դաս.** առկա են բազմաթիվ չարորակ բջիջներ:

6.4. Դասակարգում ըստ ԱՊՆՆ-ի (CIN) առաջարկված Ռիչարդի կողմից

1. Բջջաբանական պատկերը նորմալի սահմաններում է
2. Բորբոքումով կամ ուռուցքով պայմանավորված ատիպիա
3. ՄՊՎ
4. Կոնդիլոմատոզ և կոյլոցիտոզային ատիպիա
5. ԱՊՆՆ I 6. ԱՊՆՆ II 7. ԱՊՆՆ III 8. Քաղցկեղ in situ
9. Ինվազիվ քաղցկեղ

6.5. Արգանդի պարանոցի նախաքաղցկեղային վիճակների կանխատեսում

Դիսպլազիայի սկզբնական փուլը արգանդի պարանոցի էպիթելի նվազագույն դիսպլազիան է, որի դեպքում էպիթելի ստորին 1/3-ում տեղի է ունենում էպիթելային բջիջների ոչ բնականոն պրոլիֆերացիա:

Այսպիսի փոփոխությունները դեպքերի մեծամասնությունում հետադարձ ինքնաբերաբար բնույթի են և էպիթելը կարող է իր նորմալ վիճակին վերադառնալ, սակայն անոմալ պրոլիֆերացիայով ավելի արտահայտված դիսպլազիան, որը գրավում է էպիթելի խորության 2/3-ը, հաճախ դառնում է քաղցկեղ in situ, որտեղ բջիջների բոլոր շերտերը անկանոն կառուցվածքով են: Երբ քաղցկեղային բջիջներն անցնում են բազալ թաղանթը և սկսվում է պրոլիֆերացիան, օրգանի ստրոմայում սկսվում է քաղցկեղի ինվազիվ փուլը:

Աղյուսակ 3
Ախտաբանական ՊԱՊ քսուկների զարգացումն ու հետաճը

Դաս	Ռեգրեսիա	Աճը 24 ամսվա ընթացքում	Աճը դեպի ինվազիվ քաղցկեղը 24 ամսվա ընթացքում
ԱՆԱՏԲ (ASCUS)	68%	7%	0,25%
ՑԱՏԲՆԱ (LGSIL)	47%	21%	0,15%
ԲԱՏԲՆԱ(HGSIL)	35%	23%	1,44%

Նախաքաղցկեղային հիվանդություններին հատկանշական են հյուսվածքի տարրերի ասիպիկ պրոլիֆերացիան, քրոնիկական ընթացքը, ախտանիշների մշտական առկայությունը, կայունությունը, կոնսերվատիվ բուժումների նկատմամբ օպերատիվ հատումից հետո կրկնվելը:

Ապացուցողական բժշկության տվյալների համաձայն, բջջաբանական բացասական պատասխանի դեպքում արգանդի պարանոցի քաղցկեղի ինվազիվ ձևերի առաջացման վտանգը խիստ փոքր է, այն դառնում է գործնականում համարյա անհնարին 2 անգամվա արգանդի պարանոցի բջջաբանական բացասական

պատասխանի դեպքում, ուստի անգամ անսահմանափակ ռեսուրսների դեպքում օպտիմալը 3-5 տարին մեկ իրականացվող բջջաբանական սքրինինգն է:

Աղյուսակ 4

Արգանդի պարանոցի բջջաբանական դասակարգումների արդյունքների գնահատման տարբեր համակարգերի համեմատություն

Դասակարգում ըստ Պապանիկոլաուի (1954)	ԱՀԿ դասակարգում (1968)	Բեթեսդա համակարգ 2001
Դաս 1 (բջջաբանական պատկերը նորմալի սահմանում է)	Բջջաբանական պատկերը նորմալի սահմանում է	Նեգատիվ ներէպիթելային ախտահարումների և չարորակացման վերաբերյալ
Դաս 2 (բջջային տարրերի մորֆոլոգիական փոփոխություններ՝ պայմանավորված հեշտոցի և (կամ) արգանդի պարանոցի բորբոքումով)	Բորբոքումով կամ ուռուցքով պայմանավորված ատիպիա	Անորոշ նշանակության ատիպիկ տափակ բջիջներ (<u>ԱՆԱՏԲ</u> , <u>ASCUS</u>)
Դաս 2	ՄՊՎ	Ցածր աստիճանի տափակ բջջային ներէպիթելային ախտահարում (<u>ՑԱՏԲՆԱ</u> , <u>LGSIL</u>)
Դաս 2	ՄՊՎ-ով պայմանավորված ատիպիա	Ցածր աստիճանի տափակ բջջային ներէպիթելային ախտահարում (<u>ՑԱՏԲՆԱ</u> , <u>LGSIL</u>)
Դաս 3 (առկա են եզակի բջիջներ կորիզի և ցիտոպլազմայի անկանոնություններով: Վերջնական ախտորոշման համար պահանջվում է կրկնակի բջջաբանական հետազոտություն կամ արգանդի պարանոցի բիոպտատի հյուս-	Թեթև դիսպլազիա	Ցածր աստիճանի տափակ բջջային ներէպիթելային ախտահարում (<u>ՑԱՏԲՆԱ</u> , <u>LSIL</u>)

վաճաբանական հետազոտություն)		
Դաս 3	Միջին ծանրության դիսպլազիա	Բարձր աստիճանի տափակ բջջային ներէպիթելային ախտահարում (ԲԱՏԲՆԱ, HGSIL)
Դաս 3	Ծանր դիսպլազիա	Բարձր աստիճանի տափակ բջջային ներէպիթելային ախտահարում (ԲԱՏԲՆԱ, HGSIL)
Դաս 4 (առկա են առանձին բջիջներ՝ չարորակացման նշաններով (կ/ց հարաբերության մեծացում, քրոմատինի անհավասարաչափ բաշխում)	Քաղցկեղ in situ (CIS)	Բարձր աստիճանի տափակ բջջային ներէպիթելային ախտահարում (ԲԱՏԲՆԱ, HGSIL)
Դաս 5 (առկա են բազմաթիվ չարորակ բջիջներ)	Քաղցկեղ	Քաղցկեղ

ԳԼՈՒԽ 7. ԱՐԳԱՆԴԻ ՊԱՐԱՆՈՑԻ ՆԱԽԱՔԱՂՑԿԵՂԱՅԻՆ

ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԱԽՏՈՐՈՇՈՒՄԸ

Ներկայում արգանդի պարանոցի նախաքաղցկեղային հիվանդությունների ախտորոշման համար կիրառվում են հետազոտության մի շարք միջոցներ:

7.1. Արգանդի պարանոցի ախտորոշման ժամանակակից մեթոդներ

1. Տեսողական զննման մեթոդներ

Զննում հայելիներով, քացախաթթվով կամ Լյուգոլի յոդային լուծույթով մշակելուց հետո (VIA և VILI-քացախաթթվային և Լյուգոլի լուծույթով մշակում/քացախաթթվային կամ Լյուգոլային թեսթ):

2. Արգանդի պարանոցից վերցված քսուկների բջջաբանական հետազոտության մեթոդներ.

- Հեղուկի վրա հիմնված բջջաբանական հետազոտություն
- Բջջաբանական հետազոտություն՝ ըստ Պապանիկոլաուի
- Մարդու պապիլոմավիրուսային վարակի (ՄՊՎ) ԴՆԹ-ի տիպավորում

3. Կոլպոսկոպիա և արգանդի պարանոցի բիոպսիա

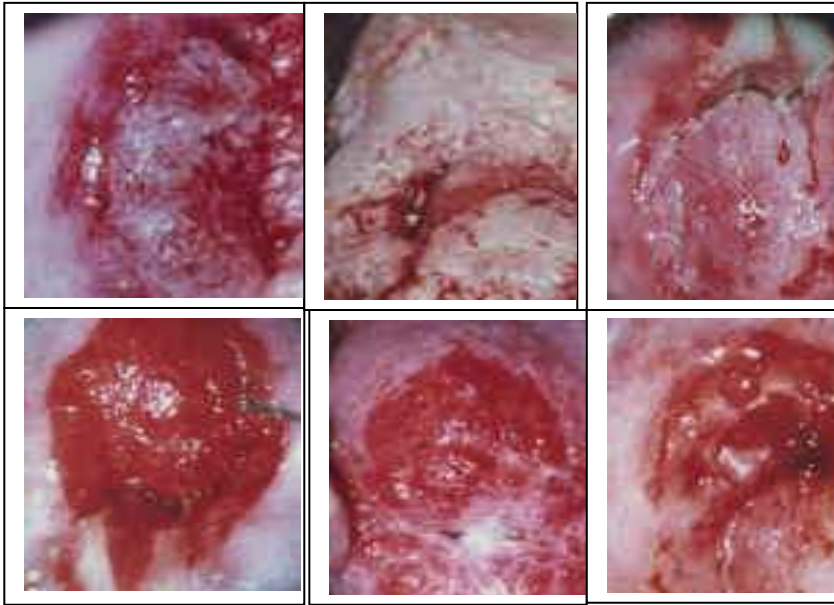
4. Կոլպոֆոտոգրաֆիա:

Նկար 14

Արգանդի պարանոցի նորմալ պատկերը



Արգանդի պարանոցի քաղցկեղի կասկածելի ախտաբանական փոփոխությունների կոլպոսկոպիական պատկերը



7.2. Ախտաբանության բջջաբանական ախտորոշումը

Բերետդա համակարգի միջոցով արգանդի պարանոցի բջջաբանական հետազոտությունների արդյունքների համակարգումը հեշտացնում է դրանց համեմատումը և փոքրացնում սխալի հավանականությունը: Համաձայն այս համակարգի արգանդի պարանոցի նախաքաղցկեղային հիվանդությունների դեպքում կարող են հայտնաբերվել ցածր և բարձր աստիճանի անորոշ նշանակության ատիպիկ տափակ բջիջներ և տափակ բջջային ներէպիթելային ախտահարումներ: Ցածր աստիճանի տափակ բջջային ներէպիթելային ախտահարումը ընդգրկում է ՄՊՎ/թեթև դիսպլազիա/ԱՊՆՆ 1 (CIN I), իսկ բարձր աստիճանի տափակ բջջային ներէպիթելային ախտահարումը ընդգրկում է միջին և ծանր դիսպլազիաները /քաղցկեղ in situ-ն/ ԱՊՆՆ 2 (CIN II) և ԱՊՆՆ 3 (CIN III): ՄՊՎ-ի ցիտոպաթիկ էֆեկտը անվանում են կոյլոցիտոզ:

Կոյլոցիտոզի և թեթև դիսպլազիայի միավորումը բացատրվում է նրանով, որ դրանք առաջանում են մարդու պապիլոմավիրուսի միևնույն տեսակի ազդեցության ներքո և բնորոշվում են նույն ընթացքով:

Կոյլոցիտոզով հիվանդների երկարատև հսկողությունը ցույց տվեց, որ տափակ էպիթելի բարձր աստիճանի ներէպիթելային ախտահարումները առաջանում են 14% դեպքերում: Թեթև դիսպլազիայի դեպքում այս ցուցանիշը կազմում է 16%: Նախկինում ենթադրվում էր, որ կոյլոցիտոզը և դիսպլազիան առաջացնում են մարդու պապիլոմավիրուսի տարբեր տեսակները: Այսպես, համարում էին, որ կոյլոցիտոզը կապված է մարդու պապիլոմավիրուսի 6-րդ և 11-րդ տեսակների, իսկ դիսպլազիան և in situ քաղցկեղը՝ 16-րդ և 18-րդ տեսակների հետ: Սակայն հետազայում կատարված բջջաբանական և վիրուսաբանական հետազոտությունները ցույց տվեցին, որ կոյլոցիտոզն ու արգանդի պարանոցի թեթև դիսպլազիան առաջացնում են մարդու պապիլոմավիրուսի տարբեր տեսակները, ընդ որում ցածր և բարձր օնկոգենությամբ վիրուսների բաշխումը մոտավորապես հավասարաչափ է: Կլինիկական ընթացքի նմանությունը, մոլեկուլակենսաբանական և բջջաբանական հետազոտությունների արդյունքները, ինչպես նաև բուժման միևնույն մոտեցումները բազմաթիվ հեղինակներին թույլ տվեցին եզրակացնելու, որ կոյլոցիտոզն ու արգանդի պարանոցի թեթև դիսպլազիան միևնույն հիվանդությունն է՝ միավորելով դրանք ցածր աստիճանի տափակ բջջային ներէպիթելային ախտահարում բջջաբանական ախտորոշմամբ: Նույն պատճառներով էլ միջին և ծանր աստիճանի դիսպլազիաները, ինչպես նաև in situ քաղցկեղը ստացան մեկ ախտորոշում՝ բարձր աստիճանի տափակ բջջային ներէպիթելային ախտահարում:

7.2.1. Ատիպիկ տափակ բջիջներ

USP-ը (ASC) ներառում է երկու կատեգորիա՝ անորոշ նշանակության ատիպիկ տափակ բջիջներ (ԱՆԱՏՔ, ASCUS) և ատիպիկ տափակ բջիջներ, չի բացառվում ԲԱՏՔՆԱ (HGSIL) (USP-Բ, ASC-H):

Անորոշ նշանակության ատիպիկ տափակ բջիջներ

Այս ախտորոշումը դրվում է այն դեպքերում, երբ բջջաբանական փոփոխությունները ենթադրում են ցածր աստիճանի տափակ բջջային ներէպիթելիալ ախտահարում, սակայն քանակապես կամ որակապես անբավարար են

հաստատական եզրակացության համար: ԱՆԱՏԲ (ASCUS) ախտորոշումը չպետք է գերազանցի տրվող եզրակացությունների 5%-ը:

Ատիպիկ տափակ բջիջներ չի բացառվում ԲԱՏԲՆԱ

Այս ախտորոշումը դրվում է այն դեպքերում, երբ բջջաբանական փոփոխությունները ենթադրում են բարձր աստիճանի տափակ բջջային ներէպիթելյալ ախտահարում, սակայն քանակապես կամ որակապես անբավարար են հաստատական եզրակացության համար: **ԱՏԲ-Բ** (ASC-H) ախտորոշումը չպետք է գերազանցի տրվող ԱՏԲ եզրակացությունների 5-10%-ը:

7.3. Արգանդի պարանոցի նախաքաղցկեղային վիճակների և քաղցկեղի սրիինինգ՝ հիմնված տեսողական զննման և ներկման մեթոդների վրա

VIA թեսթի ընդհանուր նկարագրությունը

VIA մեթոդն իրենից ներկայացնում է անզեն աչքով արգանդի պարանոցի զննում, /այսինքն առանց խոշորացման/ պարանոցին ավելացնելով քացախաթթվի նոսր՝ 4%-անոց լուծույթ, որը սովորաբար գտնվում է կենցաղային քացախաթթվի մեջ:

Քացախաթթուն փոխազդում է ախտահարված բջիջների հետ՝ էպիթելիալ ախտահարումները դարձնելով սպիտակ: Այս հակազդեցությունը հայտնի է «քացախաթթվից-սպիտակ տեղամասեր» անվանմամբ:

VIA մեթոդով հետազոտման ենթակա խմբերը

- 30-45 տարեկան կանայք, ովքեր դաշտանադադարի տարիքում չեն
- ՄԻԱՎ-ով դրական և բացասական կանայք:

VIA թեսթի օգուտները

- VIA թեսթն ի հայտ է բերում ոչ նորմալ բջիջները /նախաքաղցկեղային վիճակները այն փուլում, երբ հնարավոր է այն բուժել՝ մինչ դրանց վերածվելը քաղցկեղի/: Ոչ նորմալ բջիջների հայտնաբերումն ու բուժումը կարող է կանխարգելել արգանդի պարանոցի քաղցկեղի դեպքերի մեծ մասը:

- Այն համեմատաբար պարզ է, էժան և պահանջում է նվազագույն սարքավորումներ:
- VIA թեսթի արդյունքները կարելի է միանգամից ստանալ, որը հնարավորություն է տալիս անմիջական բուժում ապահովել /օրինակ՝ կրիոթերապիա, որի միջոցով հեռացվում են պարանոցի վրա եղած նախաքաղցկեղային ախտահարումները՝ դրանք սառեցնելու ճանապարհով/ կամ ուղեգրում բուժման այլ մեթոդների:
- VIA թեսթը կարող են իրականացնել մի շարք բուժաշխատողներ՝ համապատասխան վերապատրաստում անցնելուց հետո:
- Բջջաբանական քննության համեմատ՝ VIA թեսթն ունի համադրելի կամ ավելի բարձր զգայունություն /իսկական դրական պատասխանները, որոնք բնորոշվում են որպես իսկապես դրական դեպքեր կամ «հիվանդություն»/:

7.4. Կոլպոսկոպիա

7.4.1. Կոլպոսկոպիայի հնարավոր կիրառման ցուցումներ

Վերջին տարիներին կոլպոսկոպիայի վերաբերյալ իրականացված հետազոտությունների տվյալները փաստում են, որ ԱՊՆՆ 2-3 ախտորոշելու առումով կոլպոսկոպիայի զգայունությունը կազմում է մոտավորապես 70-80%: Այսպիսով, եթե բուժաշխատողները վստահում են հիվանդության կոլպոսկոպիկ հայտնաբերմանը՝ մինչ բուժումը նշանակելը, կանանց մոտավորապես 30%-ը այդպես էլ բուժում չի ստանա:

Եթե չկա արգանդի պարանոցի քաղցկեղի կասկած, ապա միջանկյալ այս ախտորոշիչ հետազոտության կիրառումը սքրինինգի և բուժման մեջտեղում, սովորաբար արդյունավետ չէ և կարող է հանգեցնել ծրագրային արդյունավետության նվազման և մեծացած արժեքի:

Նաև ախտորոշիչ կոլպոսկոպիայի և բիոպսիայի իրականացումը շրջանցող մյուս փաստարկն այն է, որ կոլպոսկոպիայով ուղղորդված բիոպսիայի զգայունությունը բարձր չէ:

Այնուամենայնիվ, կոլպոսկոպիան բավական տեղեկացված և ոչ թանկ հետազոտման մեթոդ է, որը ներկայում կիրառվում է արգանդի պարանոցի ախտաբանությունների ախտորոշման ժամանակ:

Ներկայում օգտագործվում է արգանդի պարանոցի ախտաբանության և կոլպոսկոպիային նվիրված 1990թ Հռոմում կայացած 7-րդ համաշխարհային կոնգրեսում ընդունված կոլպոսկոպիական տերմինաբանությունը:

7.4.2. *Կոլպոսկոպիական նորմալ պատկեր*

- օրիգինալ չեղջերացող էպիթել
- գլանաձև էպիթել
- տրանսֆորմացիայի նորմալ զոնա
- տրանսֆորմացիա տափակ և գլանաձև էպիթելի միջև ծայրակցում
- տափակաբջջային մետապլազիա

7.4.3. *Կոլպոսկոպիական ոչ բնականոն պատկեր*

ա. տրանսֆորմացիայի գոտին ընդգրկող

- քաղցախաթթվից-սպիտակ էպիթել ա/ հարթ բ/ միկրոպապիլյար
- պունկտուացիա /նուրբ և կոպիտ/
- խճանկար /նուրբ և կոպիտ/
- լեյկոպլակիա /բարակ և հաստ/
- յոդ-նեգատիվ գոտի
- ատիպիկ անոթներ

7.4.4. *տրանսֆորմացիայի գոտու սահմաններից դուրս ընդգրկող (հեշվոոց, էկտոցերվիքս)*

- քաղցախաթթվից-սպիտակ էպիթել ա/ հարթ բ/ միկրոպապիլյար
- պունկտուացիա /նուրբ և կոպիտ/
- խճանկար /նուրբ և կոպիտ/
- լեյկոպլակիա /բարակ և հաստ/
- յոդ-նեգատիվ գոտի
- ատիպիկ անոթներ:

7.4.5. *Կոլպոսկոպիական պատկերը ինվազիվ կարցինոմայի կասկածի դեպքում*

7.4.6. **Անբավարար կոլպոսկոպիա**

- էպիթելի սահմանը չի վիզուալիզացվում
- արտահայտված բորբոքում կամ ատրոֆիա
- պարանոցը չի վիզուալիզացվում
- վնասվածն ամբողջությամբ չի վիզուալիզացվում:

7.4.7. **Այլ պատկերներ**

- ոչ սպիտակ միկրոպապիլյար մակերես
- էկզոֆիտ գոնդիլոմա
- բորբոքում
- ատրոֆիա
- խոց:

7.4.8. **Պացիենտի նախապատրաստումը հետազոտման**

Սպասվող կոլպոսկոպիական հետազոտությունը սովորաբար վախեցնում է հիվանդին: Նա համարում է, որ բժիշկն այն դեպքում է նշանակում այս հետազոտությունը, երբ քաղցկեղի կասկած կա: Այս պատճառով նախքան կոլպոսկոպիական հետազոտման անցկացումը բժիշկը պետք է զրուցի հիվանդի հետ հետևյալի մասին.

1. Բացատրի, որ արգանդի պարանոցի քաղցկեղի հավանականությունը փոքր է:
2. Արգանդի պարանոցի բիոպսիայի կատարման ժամանակ կանանց մեծ մասի մոտ հայտնաբերվում է դիսպլազիա:
3. Արգանդի պարանոցի դիսպլազիան քաղցկեղ չէ:
4. Արգանդի պարանոցի դիսպլազիան կարելի է բուժել անգամ ամբուլատոր պայմաններում՝ չկատարելով մեծ վիրահատություն:

Հիվանդին անհրաժեշտ է տեղեկատվություն տրամադրել սպասվող հետազոտության ընթացքի մասին: Անհրաժեշտ է բացատրել հիվանդին, որ արգանդի պարանոցի խողովակի քերման և արգանդի պարանոցի բիոպսիայի կատարման ժամանակ ցավը նման է դաշտանի ցավերին: Անհրաժեշտության դեպքում նշանակում են ոչ ստերոիդ հակաբորբոքային միջոցներ: Անզգայացման անհրաժեշտության կարիք հիմնականում չի լինում:

7.4.9. **Կոլպոսկոպիայի անցկացման տեխնիկան**

- Հիվանդին անհրաժեշտ է պառկեցնել գինեկոլոգիական բազմոցի վրա, ոտքերը ծածկել սավանով:
- Միացնում են կոլպոսկոպը, մանրակրկիտ ձևով հետազոտում վուլվան. սկզբում առանց սարքավորման, այնուհետև թեթև խոշորացմամբ (վուլվոսկոպիա): Անհրաժեշտ է ուշադրություն դարձնել դերմատիտների դրսևորումների, խոցերի կոնդիլոմների և այլ փոփոխությունների վրա:
- Կատարում են արգանդի պարանոցի հայելային զննում: Հայելին մտցնում են զգուշորեն՝ չվնասելով լորձաթաղանթը:
- Հեշտոցային հայելիով զննումը կատարում են նվազեցված խոշորացումով: Նշում են արտադրության առկայությունը և բնույթը, բորբոքումների նշանները, խոցերը, կոնդիլոմները և այլ փոփոխություններ:
- Բջջաբանական հետազոտության կատարման անհրաժեշտության դեպքում քսուկը կրկնակի են վերցնում, որը թույլ է տալիս կատարել բջջաբանական և հյուսվածքաբանական հետազոտությունները նույն լաբորատորիայում: Եթե բջջաբանական հետազոտման համար քսուկները առկա են, քսուկի վերցնումը չեն կրկնում:
- Արտադրությունը հեռացնում են բամբակե վիրախճուծներով՝ նախապես թրջելով դրանք ֆիզլուծույթում:
- Սկզբում զննում են արգանդի պարանոցը փոքր խոշորացմամբ: Գնահատում են լորձաթաղանթի գույնը և փոփոխված հատվածների տոպոգրաֆիան: Ուշադրություն են դարձնում խոցերի, արյունահոսունակության, ծավալուն գոյացությունների վրա:
- Որոշում են տափակ և գլանաձև էպիթելների տեղակայումը: Եթե զննման ընթացքում բացահայտվում է սպիտակ վահանակ /թիթեղ/, ախտորոշվում է լեյկոպլակիա: Անոթները զննում են խոշորացված եղանակով:
- Արգանդի պարանոցի հեշտոցային մասի և հեշտոցի կամարների լորձաթաղանթը մշակում են 3-5% քացախաթթվում թրջած վիրախճուծով առնվազն 30 վրկ. ընթացքում: Որքան քացախաթթուն ավելի երկար է շփման մեջ լինում լորձաթաղանթի հետ, այնքան ավելի լավ են երևում

փոփոխությունները: Արգանդի պարանոցի հեշտոցային մասը զննում են կոլպոսկոպի փոքր խոշորացմամբ:

- Գնահատում են գլանաձև էպիթելի վիճակը: Քացախաթթվի ազդեցության տակ թավիկները սկզբում ուռչում են, այնուհետև, հատկապես թթվի կրկնակի քսելուց հետո, գունատվում, հարթվում և դառնում պինդ: Կոլպոսկոպիական հետազոտման ժամանակ անհրաժեշտ է զննել ամբողջ անցումային գոտին:
- Դիսպլազիայի ենթարկված հատվածները քացախաթթվով մշակելուց հետո սպիտակում են (դրական փորձ): Ներկումը ավելի վառ է, խորն է անցնում քացախաթթուն և որքան ավելի շատ է կոագուլացվում սպիտակուց:
- Բացահայտում են էպիթելի բժավորումը ու խճանկարը:
- Քացախաթթվով մշակելուց հետո նշում են սպիտակ բծերի (լաքաների) արտաքին և ներքին սահմանները: Դրանց ներքին սահմանը համընկնում է անցումային ակտիվ գոտու հետ:
- Արգանդի պարանոցը զննում են կանաչ ֆիլտրով: Քացախաթթվով մշակելուց հետո սպիտակ բծերն (լաքաները) ու ախտաբանական անոթներն ավելի հստակ են երևում:
- Կոլպոսկոպիա իրականացնողը պարտավոր է պատասխանել հետևյալ հարցերին.
 - Կա՞րողյոք որևէ ախտաբանություն:
 - Ամբողջությամբ են արողյոք զննվել անցումային գոտիները և բոլոր ախտաբանական օջախները (միայն այս ժամանակ հետազոտությունը կարելի է ավարտված համարել):
 - Որտեղի՞ց կատարել բիոպսիան:
- Անհրաժեշտության դեպքում բացահայտված փոփոխությունները նկարահանում են:
- Կոլպոսկոպիայի հսկողության տակ քերում են արգանդի պարանոցի խողովակը: Կյուրետը պարտադիր մտցնում են անցումային գոտուց ավելի խորը: Արգանդի պարանոցի խողովակի երկարությունը սովորաբար մոտ 2 սմ է: Ստացված նյութը (ներառյալ լորձը, արյան մակարդուկները և արգանդի պարանոցի խողովակի էպիթելը) ուղարկում են հյուսվածքաբանական հետազոտման:

- Արգանդի պարանոցի հեշտոցային մասը չորացնում են վիրախճուծներով կրկնակի մշակելով քացախաթթվով: Կատարում են նշանակիր կասկածելի հատվածներից բիոպսիա (անհրաժեշտության դեպքում՝ մի քանիսից):
- Արյունահոսությունները կանգնեցնում են երկաթի սուլֆատի (III) կամ արծաթի նիտրատի լուծույթներում թրջած վիրախճուծների օգնությամբ: Վիրախճուծները սեղմում են անմիջապես արյունահոսող հատվածներին:
- Կատարում են գրառումներ կոլպոսկոպիական հետազոտման վերաբերյալ ամբուլատոր քարտում կամ հիվանդության պատմության մեջ: Անցումային գոտու տեղակայումը և բացահայտված փոփոխությունները նշում են սխեմայով: Բիոպսիայի հատվածները նշում են խաչով:
- Նշանակիր կոլպոսկոպիայի ժամանակ կարող են հայտնաբերվել ֆոնային նախաքաղցկեղային հիվանդությունների և քաղցկեղի ախտաբանական նշաններ:

7.4.10. **Քացախաթթվային դրական փորձ**

Փորձը համարվում է դրական, եթե արգանդի պարանոցի հեշտոցային մասը մշակելուց հետո սպիտակ բծեր են առաջանում:

Քացախաթթուն կոագուլացնում է սպիտակուցները՝ բջիջները դարձնելով անթափանց: Քացախաթթուն չի թափանցում բազմաշերտ տափակ էպիթելի վերին 1/3-ից ավելի խորը, քանի որ դրա բջիջները մեծ քանակությամբ գլիկոգեն են պարունակում և ունեն փոքր կորիզ: Նորմալ բազմաշերտ տափակ էպիթելը քացախաթթվով մշակելուց հետո մնում է վարդագույն: Դիսպլազիայի հատվածներում բջիջներն ունեն խոշոր կորիզներ և մեծ քանակությամբ սպիտակուց, հետևաբար լավ են ներկվում քացախաթթվով: Գլանաձև էպիթելի թավիկները քացախաթթվով մշակելուց հետո հաստանում են և լավ նկատելի են դառնում: Գլանաձև էպիթելը մի փոքր սպիտակում է, հատկապես մետապլազիայի սկզբնական շրջանում: Մետապլաստիկ էպիթելի բջիջները ունեն մեծ կորիզ, հարուստ են սպիտակուցով, ինչի հետևանքով էլ քացախաթթվով մշակելուց հետո դրական արդյունք են տալիս: Սակայն քանի որ մետապլաստիկ էպիթելը բարակ է, քացախաթթվով մշակելուց հետո այն ոչ թե սպիտակում է, այլ գորշ գույն է ձեռք բերում:

7.4.11. Արգանդի պարանոցի կոլպոսկոպիական պատկերի

առանձնահատկությունները

Օրիգինալ չեղջերացող էպիթել

Համապատասխանում է բազմաշերտ տափակ էպիթելին, բարակ է, պրակտիկորեն անգույն, առանց անոթների, կազմված է բջիջների 4 շարքից: Քաղցախաթթվով մշակելիս ամբողջ լորձաթաղանթը փոքր-ինչ սպիտակում է, իսկ Լյոգոլի լուծույթով մշակելիս համաչափորեն ներկվում է մուգ շականակագույն: Ստրոմայի անոթային ցանցը նորմալում նուրբ է, երկարացած ճյուղերով, ճյուղավորված ծառի, ցանցի տեսք ունի:

Գլանաձև էպիթել

Կոլպոսկոպիայի ժամանակ այն ունի կարմիր պտկիկային մակերես, ավելի հստակ տեսանելի է քաղցախաթթվով մշակելիս, Լյոգոլի լուծույթով համարյա չի ներկվում: Գլանաձև էպիթելի հայտնաբերումը արգանդի պարանոցի արտաքին հատվածում ընդունված է անվանել էկտոպիա: Այն երիտասարդ կանանց մոտ համարվում է որպես ֆիզիոլոգիական գործընթաց և բուժում չի պահանջում:

Նորմալ տրանսֆորմացիայի գոտի

Գոտին բնութագրվում է մետապլաստիկ էպիթելով, բաց և փակ գեղձերով (նաբոտյան կիստաներով), գլանաձև էպիթելի կղզյակներով, ոչ հստակ կոնտուրներով:

Տափակ բջջային մետապլազիա

Կոլպոսկոպիայի ժամանակ այն բարակ էպիթել է տրանսֆորմացիայի գոտու սահմաններում, բաց և փակ գեղձերով, ոչ հստակ կոնտուրներով, Լյուգոլի լուծույթով թույլ է ներկվում:

Սկզբնորոգ մետապլազիայի դեպքում հնարավոր է հայտնաբերել տարբեր տիպի էպիթելներ, այդ է պատճառը, որ մոտավորապես 90% դեպքերում ցերվիկալ նեոպլազիան զարգանում է տրանսֆորմացիայի գոտում:

Բաց անոթներ

Ցերվիկալ խողովակի գլանաձև էպիթելում իսկական գեղձեր չկան: Հիմնական տարրերը ճեղքերն են և կրիպտաները՝ պսևդոգեղձերը: Դրանց ծածկող բջիջները արտադրում են լորձ: Հյուսվածքների վերականգնման ժամանակ կատարվում է դրանց ծածկում և որոշ ժամանակ դրանք մնում են բաց:

Կոլպոսկոպիակայի ժամանակ այդ գեղծերը նման են ձվածն, հստակ բացվածքներով կետավոր ջրհորների:

Նաբոտյան գեղծեր կամ փակ գեղծեր

Երբ այդ պսևդոգեղծերը փակվում են, լորձը կուտակվում է դրանց մեջ, գեղծերը ձգվում են, լայնանում և ենթարկվում պերիֆոկալ բորբոքման:

Սպիտակ (ացետասպիտակ) էպիթել

Դրանք գոտիներ են, որոնք առաջանում են քացախաթթվով մշակելուց հետո և այն չի կարելի խառնել լեյկոպլակիայի հետ: Սպիտակ են դառնում սովորաբար այն գոտիները, որոնք ասոցացվում են դիսպլազիայի հետ, որտեղից պետք է վերցվի բիոպսիայի համար նախատեսված նյութը: Ըստ ինտենսիվության տարբերում են սպիտակավուն, սպիտակ, խիստ սպիտակ, տափակ կամ պապիլյար էպիթել: Որքան ավելի սպիտակ է հյուսվածքը և երկար է պահպանվում էֆեկտը, ավելի խորն է ախտահարումը:

7.4.12. Յոդ-նեգատիվ էպիթել

Ոչ հազվադեպ արգանդի պարանոցը Լյոգոլի լուծույթով մշակելուց հետո, ախտաբանական փոփոխված էպիթելը, որն ունի հստակ եզրագծեր և չի առանձնանում շրջակա մակերեսներից /կերատինիզացված էպիթել/:

Լեյկոպլակիա

Սա հունարեն բառ է, որ թարգմանաբար նշանակում է «սպիտակ վահանիկ»: Այսպես են կոչում օջախները, որոնք գտնվում են էպիթելի վրա, ունեն հստակ եզրագծեր, երևում են նախքան քացախաթթվով մշակելը, անգամ անզեն աչքով: Լեյկոպլակիան առաջանում է էպիթելի եղջերացման հետևանքով: Հեշտոցի և հեշտոցային մասի տափակ էպիթելի անհաս բջիջները կարող են վերափոխվել և դառնալ ինչպես գլիկոգեն, այնպես էլ կերատին սինթեզող բջիջներ: Առաջինը համարվում է նորմա, երկրորդը՝ ախտաբանություն:

Լեյկոպլակիան կարող է դիտվել մարդու պապիլոմավիրուսային վարակման (ամենահաճախ հանդիպող պատճառն է), դիսպլազիաների, տափակաբջջային քաղցկեղի ժամանակ, հեշտոցային դիաֆրագմաների (խտրոցների) արգանդային օղերի երկարատև կիրառման դեպքում, ճառագայթային բուժումից հետո:

Լեյկոպլակիան անհրաժեշտ է տարբերակել կանդիդոզից: Կանդիդոզի ժամանակ նույնպես դիտվում են սպիտակ վահանակներ, սակայն, ի տարբերություն լեյկոպլակիայի, դրանք հեշտությամբ հեռացվում են վիրախճուծների միջոցով: Լեյկոպլակիայի օջախները պարտադիր ենթակա են բիոպսիայի, քանի որ կոլպոսկոպիական հետազոտման ժամանակ դրանցում հնարավոր չէ դիտել անոթները:

Պունկտուացիա

Այն էպիթելիատիպիկ վասկուլյարիզացիայի հետևանք է: Հյուսվածքաբանորեն այն էպիթելի գոտի է՝ երկարացած ստրոմալ պոկիկներով, որտեղ առկա է անոթային օղակը (գալարները), որը հասնում է մակերեսին:

Եթե առկա է բժավորում քաղախաթթվով մշակելուց հետո, ուրեմն ախտաբանության նշան է, հաճախ հատուկ դիսպլազիային: Տափակաբջջային մետապլազիայի դեպքում թավիկների կենտրոնական մազանոթները նորմալում անհետանում են: Դիսպլազիայի դեպքում դրանք պահպանվում և թափանցում են էպիթելի միջով, ինչը և բժի տպավորություն է թողնում:

Խճանկար

Էպիթելին խճանկարի տեսք են տալիս օղակի լայնացած անոթային հանգույցները, դրանց շրջապատող կլորավուն կամ բազմանկյուն սպիտակ հատվածները, որոնք գոյանում են քաղախաթթվով մշակելուց հետո: Անոթները կարծես եզրապատում են փոփոխված էպիթելի հատվածները:

Ախտաբանական անոթներ

Ախտանիշը բնորոշ է արգանդի պարանոցի քաղցկեղին: Ախտաբանական են համարվում անկանոն, ոլորուն (գալարված), կարճ, խցանահանի, ստորակետի տեսքով, տարբեր տրամագծերով անոթներ, որոնք չեն անհետանում քաղախաթթվով մշակելիս:

Ախտորոշումը պարզելու համար պետք է դիմել արգանդի պարանոցի խողովակի քերուկի հյուսվածքաբանական հետազոտության:

Արգանդի պարանոցի խողովակի քերում

Արգանդի պարանոցի խողովակից վերցված քերուկը տեղադրում են թուղթ-ծծանի կամ թղթե սրբիչի վրա (ավելի լավ է ընտրել մատչելին) և մշակում են ֆորմալինի 10%-ոց կամ Բուէնի ֆիքսող լուծույթով: Աբսորբացող թուղթ չեն կիրառում, քանի որ այն շուտ է թրջվում:

7.5. Արգանդի պարանոցի բիոպսիա (կենսազննում)

Արգանդի պարանոցի բիոպտատը նույնպես տեղադրում են թղթե սրբիչի վրա այնպես, որ էպիթելը զուգահեռ լինի թղթին, և նշում են արգանդի պարանոցի որ մասից է վերցվել բիոպտատը: Դա հատկապես կարևոր է բիոպտատի բազմակի վերցման դեպքում: Մի քանի րոպե սպասում են, որպեսզի բիոպտատը կաշի թղթին, դրանից հետո այն մտցնում են ֆիքսող լուծույթի մեջ թուղթ և դեպի վերև: Դա ախտաձևաբանին (պաթոմորֆոլոգին) օգնում է կողմնորոշվել, թե որտեղից է կատարվել բիոպսիան:

Ստացված արդյունքների համադրում

Նախքան բուժումը սկսելը համադրում են ստացված արդյունքները: Դա հատկապես կարևոր է, եթե բժիշկը կոլպոսկոպիայի անցկացման գործընթացում այնքան էլ հմուտ չէ: Պետք է մեկ անգամ ևս նշել, որ բջջաբանական և հյուսվածքաբանական հետազոտությունները պետք է կատարվեն միևնույն լաբորատորիայում: Եթե արդյունքները համընկնում են, ապա կարիք չկա նոր հետազոտություններ կատարել: Եթե բջջաբանական հետազոտության արդյունքների համաձայն ավելի բարդ հիվանդություն է հայտնաբերվել, ապա ցուցված է կրկնակի բիոպսիա:

7.6. Մարդու պապիլոմավիրուսի տիպավորումը

Զանգվածային հետազոտությունների կատարման ժամանակ մարդու պապիլոմավիրուսի տիպավորում չեն կատարում: Այն կատարում են, եթե արգանդի պարանոցի քսուկների բջջաբանական հետազոտությունների ժամանակ բացահայտվում են չարորակության ցածր աստիճանի չդասակարգվող տափակ էպիթելի փոփոխություններ կամ ասիպիկ բջիջներ: Այս դեպքում տիպավորումը

նպատակահարմար է, քանի որ հիվանդների 80%-ը, որոնց մոտ հայտնաբերվում են մարդու պապիլոմավիրուսի 16-րդ և 18-րդ տեսակները, զարգանում է դիսպլազիա կամ արգանդի պարանոցի քաղցկեղ:

Մարդու պապիլոմավիրուսի տիպավորումը չի փոխարինում կոլպոսկոպիային:

7.7. Կոլպոֆոտոգրաֆիա

Կոլպոֆոտոգրաֆիան իրականացվում է հիվանդների հետազոտման առաջին փուլը կազմակերպելու համար, որոնց մոտ ի հայտ են եկել տափակ էպիթելի չդասակարգվող ատիպիկ բջիջներ կամ չարորակության ցածր աստիճանի տափակ էպիթելի փոփոխություններ: Կոլպոֆոտոգրաֆիայի և հյուսվածքաբանական հետազոտությունների արդյունքների համեմատության ժամանակ պարզվեց, որ կոլպոֆոտոնկարման ժամանակ բացահայտվում են արգանդի պարանոցի ախտաբանությունների 90%, որոնք հայտնաբերվում են կոլպոսկոպիայի ժամանակ: Արգանդի պարանոցի քաղցկեղի առկայության դեպքում հետազոտման զգայունությունը հասնում է 100%: Դա ևս մեկ անգամ ապացուցում է, որ արգանդի պարանոցի ախտաբանությունների դեպքում բջջաբանական հետազոտությունների կրկնակի կատարումը նպատակահարմար չէ: Կոլպոֆոտոգրաֆիայի և կոլպոսկոպիայի արդյունքները մոտավորապես նույնն են: Հետազոտման ընտրությունը կախված է հիվանդի ցանկությունից և վճարունակությունից, բժշկի փորձից, համապատասխան սարքավորման առկայությունից: Բջջաբանական հետազոտման ժամանակ տափակ էպիթելի փոփոխությունների հայտնաբերումը դեռևս արգանդի կոնավորում կատարելու համար ցուցում չէ, քանի որ մեծ մասամբ այդ փոփոխությունները բարորակ են: Ախտորոշման սխալներ ծագում են անցումային գոտում ակտիվ մետապլազիայի դեպքում, որը հաճախ դիտվում է երիտասարդ կանանց մոտ: Պետք է հիշել, որ կոլպոսկոպիան հետազոտման սուբյեկտիվ միջոց է, որի արդյունքները զգալի չափով կախված են բժշկի փորձից:

ԳԼՈՒԽ 8. ԱՐԳԱՆԴԻ ՊԱՐԱՆՈՑԻ ՔԱՂՑԿԵՂԻ և ՆԱԽԱՔԱՂՑԿԵՂԱՅԻՆ ՎԻՃԱԿՆԵՐԻ ԱՌԱՋՆԱՅԻՆ ԿԱՆԽԱՐԳԵԼՈՒՄ

8.1. Արգանդի պարանոցի քաղցկեղի և նախաքաղցկեղային վիճակների կանխարգելման նպատակով կիրառվող պատվաստանյութեր

Արգանդի պարանոցի քաղցկեղի դեմ պատվաստանյութերի մշակումը արգանդի պարանոցի քաղցկեղի դեմ մղվող պայքարի կարևոր քայլերից մեկն է:

Ներկայում ՄՊՎ-ի վարակի կանխարգելման նպատակով հաստատված են երկու պատվաստանյութեր՝ **գարդասիլ և ցերվարիքս**:

Կարևոր է նշել, որ այս պատվաստանյութերը կանխարգելիչ պատվաստանյութեր են և արդյունավետ չեն, արդեն իսկ առկա ՄՊՎ-ի վարակի կամ պարանոցի դիսպլազիայի նկատմամբ, այդ իսկ պատճառով կանայք պետք է շարունակեն անցնել կանոնավոր կանխարգելիչ հետազոտություններ, հատկապես որ, պարանոցի քաղցկեղ առաջացնող ՄՊՎ-ի ոչ բոլոր տեսակներն են ընդգրկված պատվաստանյութերի մեջ:

Պատվաստանյութի անվանումը	ՄՊՎ տեսակների թիվը, որի նկատմամբ պատվաստանյութը պաշտպանություն է ցուցաբերում	ՄՊՎ տեսակը/շտամը, որի նկատմամբ պատվաստանյութը պաշտպանություն է ցուցաբերում	Պերսիստենտ/կայուն վարակի դեմ արդյունավետությունը
Ցերվարիքս	Երկվալենտ	16 և 18	100%
Գարդասիլ	Քառավալենտ	6,11,16 և 18	90%

ՄՊՎ-ի քառավալենտ (կվադրիվալենտ) պատվաստանյութը՝ գարդասիլը, հաստատվել է 2006 թվականի հունիսի 8-ին ԱՄՆ Սննդի և դեղանյութերի թողարկման կոմիտեի կողմից: Ամերիկայի Միացյալ Նահանգներում կիրառման համար ցերվարիքսը հաստատվել է 2009 թվականի հոկտեմբերին:

8.1.1. Գարդասիլ՝ արգանդի պարանոցի քաղցկեղի կանխարգելման քառավալենտ (կվադրիվալենտ) պատվաստանյութ

ԱՄՆ Սննդի և դեղանյութերի թողարկման կոմիտեի կողմից գարդասիլը (Մերկ և Ընկ) հաստատվել է 2006 թվականի հունիսի 8-ին: Այն ռեկոմբինացված պատվաստանյութ է և չի պարունակում կենդանի վիրուսներ: Գարդասիլը պաշտպանություն է ապահովում ՄՊՎ-վիրուսի բարձր ուռուցքածին հատկանիշներով օժտված չորս՝ 6,11,16 և 18 տեսակների դեմ՝ պարունակելով այդ տեսակին պատկանող վիրուսների արտաքին թաղանթի պրոտեինները (անտիգեններ):

Գարդասիլի արդյունավետությունն ու անվտանգությունը

9-15 տարեկան աղջիկների և 16-26 տարեկան աղջիկների/կանանց շրջանում իրականացված միջազգային մասշտաբի 6 լայնամասշտաբ հետազոտության արդյունքում հաստատվել է, որ գարդասիլը 100% արդյունավետ է չվարակված անձանց շրջանում պարանոցի, հեշտոցի և վուլվար օղի նախաքաղցկեղային վիճակների և սեռական գորտնուկների զարգացումը կանխարգելելու առումով:

Թեպետ արգանդի պարանոցի քաղցկեղի առաջացման համար անհրաժեշտ է որոշակի ժամանակ, սակայն մեծ է հավանականությունը, որ այն կանխում է նաև ՄՊՎ-ի տվյալ տեսակներով պայմանավորված քաղցկեղի զարգացումը:

Կողմնակի երևույթներ

Գարդասիլի առաջացրած կողմնակի երևույթներից հաղորդագրվում են տեղային թեթև հակազդեցությունը՝ ներարկման տեղում ցավն ու կարմրությունը:

Գարդասիլով պատվաստման ենթակա են 9-26 տարեկան աղջիկներն ու կանայք: Գարդասիլը առավել նպատակահարմար է սկսել 9-12 տարեկան աղջիկների շրջանում (երբ չի ձեռնարկված սեռական ակտիվությունը). այս դեպքում այն առավելագույնս արդյունավետ է:

Տղաների և տղամարդկանց շրջանում գարդասիլի արդյունավետությունը դեռևս հաստատված չէ: Այն հավանաբար կարող է պաշտպանել նրանց մոտ սեռական գորտնուկների, հազվադեպ հանդիպող քաղցկեղի տեսակների (առնանդամի, հետանցքի) առաջացումից:

Պատվաստանյութի ներմուծման եղանակը

Գարդասիլը ներմուծվում է 3 դեղաչափով, որ տրվում են 6 ամսվա ընթացքում, ընդ որում պատվաստանյութի 2-րդ դեղաչափը տրվում է առաջինից 2 ամիս հետո, 3-րդ դեղաչափը՝ առաջինից 6 ամիս հետո: Թողարկման դեղաձևերն են 0,5 մլ 1-դեղաչափի սրվակ կամ նախօրոք 1 դեղաչափով լցված միանգամյա օգտագործման ներարկիչները:

Գարդասիլը ներմուծվում է ներարկման միջոցով՝ միջմկանային (դելտայաձև մկանի հաստության մեջ կամ ազդրի առաջակողմնային մակերես):

Որոշ նկատառումներ

Գարդասիլը սեռական կյանքով ապրող կանանց տալիս է որոշ պաշտպանություն (քանզի նրանք արդեն կարող է ունենան պատվաստանյութում պարունակվող որոշ ՄՊՎ-ի տեսակներ), սակայն այն չի պաշտպանում պատվաստանյութի մեջ չպարունակվող և առավել սակավ հանդիպող վիրուսների դեմ, չի վերացնում ՊԱՊ-ի կատարման անհրաժեշտությունը և պաշտպանություն չի կարող հանդիսանալ.

- արգանդի պարանոցի քաղցկեղի դեպքերի 30% դեմ
- սեռական գորտնուկների 10% դեմ
- չի պաշտպանում սեռական ճանապարհով փոխանցվող այլ վարակներից

Պատվաստումից հետո հարկ կա կանոնավոր անցնել արգանդի պարանոցի քաղցկեղի սքրինինգ, քանի որ

- Պատվաստանյութը չի պաշտպանում ՄՊՎ-ի վարակի բոլոր տեսակներից:
- Որոշ կանայք/աղջիկներ կարող է չստանան պատվաստանյութի բոլոր 3 դեղաչափերը կամ դրանք չստանան ժամանակին:
- Եթե արդեն վարակված են ՄՊՎ-ի պատվաստանյութում եղած ՄՊՎ տեսակներից մեկով, պատվաստումն այդքան արդյունավետ չի կարող լինել:

Այնուամենայնիվ, հետազոտությունները շարունակվում են պարզելու գարդասիլի ընդհանուր անվտանգությունն ու երկարաժամկետ արդյունավետությունը, հղիության վրա ունեցած ազդեցությունը (երբ կինը տեղյակ չի եղել/կամ պատահաբար է հղիացել), ինչպես նաև տղամարդկանց շրջանում պատվաստանյութի անվտանգությունն ու արդյունավետությունը փորձարկելու առումով:



8.1.2. Յերվարիքս (ՄՊՎ երկվալենտ պաշտպանություն)

Յերվարիքսը մարդու պապիլոմավիրուսային վարակի դեմ ուղղված երկվալենտ պատվաստանյութ է: Յերվարիքսը պարունակում է մարդու պապիլոմավիրուսային վարակի բարձր ուռուցքածին հատկություններով օժտված 16-րդ և 18-րդ շտամները, որոնք պատասխանատու են արգանդի պարանոցի քաղցկեղի դեպքերի մոտավորապես 70 տոկոս դեպքերի համար և օրգանիզմը պաշտպանում է վիրուսի այս երկու տեսակներից: Յերվարիքսը որոշակի պաշտպանվածություն է ցուցաբերում նաև ՄՊՎ-ի վարակի 31, 33 և 45-րդ տեսակների դեմ, որոնք կապակցված են արգանդի պարանոցի քաղցկեղի առաջացման վտանգի հետ:

Յերվարիքսը խթանում է մարդու իմունային համակարգը, որոնք վիրուսի այս տեսակի դեմ սկսում են հակամարմիններ արտադրել՝ այսպիսով կանխարգելելով նախաքաղցկեղային վիճակների և արգանդի պարանոցի քաղցկեղի առաջացումը: Հետագայում նմանատիպ վարակի հետ առճակատվելու դեպքում օրգանիզմը սկսում է «ճանաչել» այս վիրուսները:

Յերվարիքսը պաշտպանություն է ցուցաբերում մարդու պապիլոմավիրուսային վարակով (ՄՊՎ) հարուցված հետևյալ հիվանդությունների նկատմամբ.

- արգանդի պարանոցի նախաքաղցկեղային ախտահարումներ (ԱՊՆՆ 2/3, CIN II/CIN III)
- արգանդի պարանոցի քաղցկեղ:

Ներկայում դեռևս գիտական գրականության մեջ քննարկման առարկա է այն հարցը, թե իրականում որքան է տևում պատվաստանյութի պաշտպանական ազդեցությունը: Դեռևս շարունակվում են երկարաժամկետ հետազոտությունները: Վերահսկվող կլինիկական հետազոտություններով մինչ այժմ հաստատված է, որ տվյալ պատվաստանյութի առաջին դեղաչափը մինչև 6.4 տարի պաշտպանություն է ապահովում 15-ից 25 տարիքի կանանց:

Ցերվարիքսը նշանակվում է բազկի վերին երրորդականում իրականացվող միջմկանային ներարկման ճանապարհով: Պատվաստման ամբողջական կուրսն ավարտելու համար անհրաժեշտ է ներմուծել պատվաստանյութի երեք դեղաչափ: Առաջին երկու դեղաչափերը նշանակվում են մեկամսյա ընդմիջմամբ, իսկ երրորդ դեղաչափը նշանակվում է առաջին դեղաչափից վեց ամիս հետո:

Այնուամենայնիվ, պատվաստանյութի նշանակման հետ կապված կան որոշակի սահմանափակումներ.

- Ինչպես բոլոր պատվաստանյութերը, այս պատվաստանյութը պատվաստված բոլոր անձանց կատարելապես չի պաշտպանում ՄՊՎ-ի վարակից: Ի հավելումն, այն չի պաշտպանում ՄՊՎ-ի վարակի բոլոր տեսակներից: Բացի այդ, այն չի պաշտպանում նաև սեռական ճանապարհով փոխանցվող հիվանդություններից: Սա նշանակում է, որ պատվաստվելուց հետո կինը պետք է դրսևորի սեռական անվտանգ վարքագիծ և ՍՃՓՀ-ի կանխարգելման նպատակով օգտագործի պահպանակներ:
- Այս պատվաստանյութը չի կարող կիրառվել որպես այլընտրանք՝ կանոնավոր ՊԱՊ հետազոտության անցկացման համար: Եվ սա այն պատճառով, որ ոչ մի պատվաստանյութ 100% արդյունավետ չէ և չի կարող պաշտպանություն ապահովել ՄՊՎ վարակի բոլոր տեսակների դեմ: Սա նաև չի պաշտպանում նախաքաղցկեղային/քաղցկեղային բնույթի այն փոփոխություններից, որոնք կինն արդեն իսկ ունեցել է՝ մինչև պատվաստում ստանալը՝ առանց դրանց մասին իմանալու: Անհրաժեշտ է պահպանել կանոնավոր ՊԱՊ թեսթի հետազոտություն անցնելու գրաֆիկը:
- Այն անձինք, ովքեր ունեն թույլ իմունային համակարգ (ՄԻԱՎ-ի վարակ, քիմիաթերապիա ընդունողները, բարձր դեղաչափերով կորտիկոստերոիդային պատրաստուկներ, իմունասուպրեսանտներ ընդունողները), հնարավոր է՝ ունակ չլինեն ձևավորելու համապատասխան իմունային պատասխան: Որպես հետևանք՝ այս անձանց մոտ պատվաստանյութը կարող է շատ արդյունավետ չլինել:

Ցերվարիքսը չի կարող կիրառվել երբ.

- Առկա է հանկարծակի տենդով ուղեկցվող հիվանդություն (այս դեպքում պատվաստումը հետաձգվում է մինչև լիակատար լավացումը):

- Պատվաստանյութը խորհուրդ չի տրվում կիրառել այն աղջիկներին, ովքեր 9 տարեկանից փոքր են, քանզի այս տարիքային խմբում պատվաստանյութի անվտանգությունն ու արդյունավետությունը հաստատված չէ:
- Պատվաստանյութը չպետք է օգտագործվի այն անձնաց կողմից, ում մոտ առկա է ալերգիա՝ պատվաստանյութի մեկ կամ մի քանի բաղադրիչի նկատմամբ:

Պատվաստանյութը զգուշությամբ պետք է օգտագործեն այն անձինք, ովքեր ունեն արյան մակարդեղիության հետ կապված խնդիրներ (օրինակ՝ հեմոֆիլիա կամ թրոմբոցիտոպենիա):

- Պատվաստանյութը խորհուրդ չի տրվում կիրառել հղի կանանց, քանի որ, դեռևս լիարժեք պարզաբանված չեն հղիության և կրծքով կերակրման ընթացքում կնոջ, ինչպես նաև կերակրվող նորածնի օրգանիզմների վրա պատվաստանյութի ունեցած ազդեցությունը:

Շատ հաճախ հանդիպող կողմնակի երևույթները

Կարմրություն, ցավ և այտուցվածություն ներարկման տեղում

- գլխացավ
- մկանային ցավեր (միալգիա).
- հոգնածություն և ընդհանուր թուլություն:

Հաճախ հանդիպող կողմնակի երևույթներ

- մարսողության խանգարումներ, ինչպես, օրինակ՝ փորլուծություն, սրտխառնոց և փսխում, որովայնային ցավ
- մաշկի ցան, կարմրածություն, քոր
- տենդ
- հոդացավեր (արթրալգիա)

Ոչ հաճախ հանդիպող կողմնակի երևույթներ

- գլխապտույտ.
- քթի, կոկորդի և շնչափողի վարակներ
- բուշտ կամ ծակծկող զգացողություններ ներարկման տեղում:

ԳԼՈՒԽ 9. ԱՐԳԱՆԴԻ ՊԱՐԱՆՈՑԻ ՆԱԽԱՔԱՂՑԿԵՂԱՅԻՆ ՎԻՃԱԿՆԵՐԻ ՎԱՐՈՒՄԸ ԵՎ ՀՍԿՈՂՈՒԹՅՈՒՆԸ

Բջջաբանական քսուկի պատասխանից կախված՝ կնոջ վարումն իրականացվում է տարբեր գործելակարգերով:

Ա. Էպիթելը նորմայում. 3 տարին մեկ անգամ կատարում են կանխարգելիչ ՊԱՊ հետազոտություն:

Բոլոր այն դեպքերում, երբ ՊԱՊ քսուկով հայտնաբերվում է որևէ ախտաբանություն, կախված վերջինիս բնույթից, հիվանդների հետագա վարումը կատարվում է հետևյալ ընթացակարգով.

Բ. Բորբոքային փոփոխություններ կամ էպիթելի ռեակտիվ փոփոխություններ:

Բորբոքման ժամանակ հնարավոր է մեծ քանակությամբ նեյտրոֆիլներով պայմանավորված սահմանափակ տեղեկատվությամբ քսուկի ստացում:

Բնորոշ է բորբոքումներին (քլամիդիաներ, տրիխոմոնիազ, գոնորեա, վիրուսային, այլ ոչ սպեցիֆիկ վարակներ), մեխանիկական (ծննդաբերական վնասվածք, ներարգանդային պարույր), քիմիական, ճառագայթային ազդեցություն: Հաճախ բորբոքման պատճառ հանդիսացող միկրոօրգանիզմը հայտնաբերվում է անմիջապես քսուկում:

Վարում

1. Հիմնական սկզբունքը ազդող գործոնի վերացումն է, վարակի բուժումը, այնուհետև քսուկի հետազոտություն՝ 3 ամիս անց:
2. Եթե բջջաբանական պատկերը վերականգնված է, ապա քսուկի հետազոտությունը կրկնում են 4-6 ամիս անց, այնուհետև նորմալ արդյունքի դեպքում հետագա քննությունը կատարվում է ըստ ընդունված ալգորիթմի, ինչպես նեգատիվ (բացասական) քսուկի դեպքում 3 տարին մեկ անգամ:
3. Եթե բուժումից հետո բջջաբանական հետազոտությունների արդյունքերը չեն փոխվում կամ վատանում են, կատարում են կոլպոսկոպիա:
4. Որոշ դժվար տարբերակելի դեպքերում կարող է դրվել անորոշ նշանակությամբ ատիպիա, հետագայում հակաբորբոքային բուժումից հետո նեոպլաստիկ և բորբոքային գործընթացների հստակ տարբերակման համար:

Բջջաբանական քսուկի պատասխանից կախված՝ կնոջ վարումը տարբեր ախտաբանական փոփոխությունների դեպքում իրականացվում է համաձայն հավելված 2, 3-ով սահմանված գործելակարգի:

Գ. Անորոշ նշանակության ատիպիկ տափակ բջիջներ

Այս ախտորոշումը դրվում է այն դեպքերում, երբ բջջաբանական փոփոխությունները ենթադրում են ցածր աստիճանի տափակ բջջային ներէպիթելային ախտահարում, սակայն քանակապես կամ որակապես անբավարար են հաստատական եզրակացության համար:

Վարում

Ախտաբանությունը ավելի ծանր է, քան պարզապես ռեակտիվ փոփոխությունները, սակայն հստակ կողմնորոշիչներ ՄՊՎ-ի կամ դիսպլազիայի համար չկան:

Հնարավոր են հետևյալ տարբերակները.

ա. ԱՆԱՏԲ (ASCUS). համակցվում է յուրահատուկ (սպեցիֆիկ) ինֆեկցիայի հետ (քլամիդիա, գոնորեա, տրիխոմոնազ), նշանակվում է ինֆեկցիայի բուժում, ՊԱՊ թեսթը պետք է կրկնել 2 ամիս անց:

բ. ԱՆԱՏԲ-ում (ASCUS) գերակշռում են ռեակտիվ փոփոխությունները

Կոլպոսկոպիա չի կատարվում, ՊԱՊ թեսթը պետք է կրկնել յուրաքանչյուր 4-6 ամիսը մեկ անգամ 2 տարվա ընթացքում: Ախտորոշումը եթե մնում է նույնը, կատարվում է կոլպոսկոպիա և բիոպսիա՝ ըստ անհրաժեշտության, երբեմն կոլպոսկոպիան հայտնաբերում է ՑԱՏԲՆԱ:

Եթե ստացվում է 3 նեգատիվ (բացասական) պատասխան, կնոջը 3 տարին մեկ անգամ հրավիրում են հետազոտման:

գ. ԱՆԱՏԲ՝ հետդաշտանադադարային շրջանում

Եթե հետդաշտանադադարային շրջանում կինը չի ստանում հորմոնային բուժումներ, ապա ատրոֆիայի ենթարկված տափակ բջիջները կարող են նմանվել քաղցկեղային բջիջներին:

Տարբերակման համար նշանակվում է էստրոգենային բուժում 5 օրվա ընթացքում (praemari 0,625 x 1 per or կամ էստրոգեն պարունակող քսուկ, մոմիկ, օրինակ՝ օվեստին):

Եթե բուժումից հետո հայտնաբերվում են նույն ատիպիկ բջիջները, ապա ցուցված է կոլպոսկոպիա:

դ. Որոշ դեպքերում բջջաբանական փոփոխությունները ենթադրում են բարձր աստիճանի տափակ բջջային ներէպիթելային ախտահարում, սակայն քանակապես կամ որակապես անբավարար են հաստատական եզրակացության համար, ուստի դրվում է ԱՏԲ (ASC-H)՝ հնարավոր է ԲԱՏԲՆԱ (HGSIL) ախտորոշումը:

ԱՆԱՏԲ (ASCUS)-ի բնույթից կախված ցուցված է կոլպոսկոպիա և բիոպսիա

- 1) Եթե ԱՆԱՏԲ-ը (ASCUS) հայտնաբերվել են ուռուցքաբանական բարձր ռիսկի խմբին պատկանող կնոջ մոտ:
- 2) Եթե մեկ տարում երկու անգամ հայտնաբերվում է ԱՆԱՏԲ:
- 3) Եթե դժվար է սահմանել հսկողություն (կինը ապրում է շրջանում կամ ունի ընտանեկան խնդիրներ):

Դ. Տափակ բջջային ներէպիթելային ախտահարումներ.

1. Ցածր աստիճանի տափակ բջջային ներէպիթելային ախտահարումների վարում

- 1) Սա ներառում է ԱՊՆՆ I, ինչպես նաև ախտորոշված մարդու Պապիլոմավիրուսային վարակը (ՄՊՎ):
- 2) Միայն բջջաբանական քսուկի հիման վրա դժվար է տարբերակել առանձին ՄՊՎ վարակը և ՄՊՎ-ն ԱՊՆՆ I-ի հետ:
- 3) Կրկնակի քսուկը վերցվում է 6 ամիս անց :
- 4) Դեպքերի կեսից ավելին ենթարկվում է ինքնաբուժման և դառնում է նորմա, այդ դեպքում հաջորդ քսուկը կրկնվում է նորից 6 ամսից, երեք նորմալ պատասխանից հետո անցնում են եռամյա սքրինինգային հետազոտման:
- 5) Որոշ դեպքերում ախտաբանությունը պահպանվում է կամ պրոգրեսիվանում, այդ դեպքում անհրաժեշտ է կոլպոսկոպիա:
- 6) Տարիներ հետո նորից ի հայտ եկած ախտահարումը վարվում է որպես նոր դրվագ:

ԿՈՆՊՈՍԿՈՊԻԱԿԱՆ ՊԱՏԿԵՐ

Ացիդոսպիտակ հատվածներն ի հայտ են գալիս դանդաղ, կարճ ժամանակահատվածում և արագ անհետանում են: Ախտահարված հատվածն ունի հարթ մակերես, եզրերը դիֆուզ միաձուլված են առողջ հյուսվածքի մակերեսի հետ: Անոթային պատկերը սովորաբար բացակայում է: Բիոպսիա կատարելու անհրաժեշտությունը որոշում է բժիշկը, որը կատարել է կոլպոսկոպիա՝ հիմնվելով բջջաբանական հետազոտության արդյունքների և կլինիկական տվյալների վրա:

ՀՅՈՒՍՎԱԾՔԱԲԱՆԱԿԱՆ ՊԱՏԿԵՐ

Ցածր աստիճանի տափակ բջջային ներէպիթելային ախտահարման (ՑԱՏԲՆԱ) ժամանակ տեղի է ունենում բազալ շերտի պրոլիֆերացիա, որն ընդգրկում է էպիթելի հաստության ստորին 1/3-ը:

ՎԱՐՈՒՄ և ԲՈՒԺՈՒՄ

ԱՊՆՆ I (CIN I) առաջանում է ՄՊՎ-ից, բորբոքման ազդեցության տակ, ռեվակցինացիայի, օրալ հակաբեղմնավորիչների ընդունման հետևանքով, հղիության ընթացքում:

Դեպքերի 60% ԱՊՆՆ I-ը (CIN I) ինքնուրույն անցնում է առանց բուժումների, այս դեպքում, եթե հնարավոր է սահմանել պարբերաբար հսկողություն, առաջարկվում է հետևյալը.

- ա). եթե ԱՊՆՆ I-ը չի համակցվում ՄՊՎ-ի հետ, ՊԱՊ թեսթը կատարում են 3 ամիսը մեկ անգամ և եթե 6 ամսվա ընթացքում ստացվում է ԱՊՆՆ I երկու պատասխան, ապա կատարում են կոլպոսկոպիա և բիոպսիա,
- բ) եթե ԱՊՆՆ I համակցվում է ՄՊՎ-ի հետ, ապա ուռուցքաբանական զգուշավորությունից ելնելով անմիջապես կատարում են կոլպոսկոպիա,
- գ) հակամանրէային դեղամիջոցների երկարատև ընդունումը արդյունավետ չէ, քանի որ ԱՊՆԱ I կարող է համակցվել ՄՊՎ-ի հետ բարձր կանցերոզեն շտամների ռիսկով:

2. Բարձր աստիճանի տափակ բջջային ներէպիթելային ախտահարումների վարում

ԸՆԴՀԱՆՈՒՐ ՆԿԱՐԱԳԻՐ

Ներառում է ԱՊՆՆ II (CIN II), ԱՊՆՆ III (CIN III) և քաղցկեղ in situ (CIS):

- 1) Բոլոր այդպիսի դեպքերը ուղեգրվում են կոլպոսկոպիկ քննության:
- 2) Եթե պարանոցի ախտահարում չի հայտնաբերվում, ապա մանրակրկիտ հետազոտվում են սեռական բոլոր օրգանները, դիսպլաստիկ բջիջների աղբյուրը պարզելու համար:
- 3) ԲԱՏԲՆԱ (HGSIL) հյուսվածաբանական հաստատումից և բուժումից հետո պետք է ամեն տարի մինչև 70 տարեկան կինը հանձնի ՊԱՊ քսուկ:
- 4) Որևէ ախտաբանական քսուկի ստացման դեպքում անհրաժեշտ է կոլպոսկոպիա:

ԿՈԼՊՈՍԿՈՊԻԱԿԱՆ ՊԱՏԿԵՐ

Կատարվում է պարտադիր կերպով: Ացիդոսպիտակ հատվածները արագ ի հայտ են գալիս, պահպանվում մի քանի րոպե, այնուհետև հետզհետե անհետանում: Մակերեսն անհարթ է, եզրերը՝ կտրուկ ընդգծված, կա պունկտուացիա կամ մոզաիցիզմ (խճանկար): Կատարվում է այս բոլոր հատվածների բիոպսիա, անհրաժեշտության դեպքում էնդոցերվիկալ խողովակի կյուրետաժ:

ՀՅՈՒՍՎԱԾՔԱԲԱՆԱԿԱՆ ՊԱՏԿԵՐ

Բարձր աստիճանի տափակ բջջային ներէպիթելային ախտահարման ժամանակ տեղի է ունենում բազալ շերտի պրոլիֆերացիա, որն ընդգրկում է էպիթելի հաստության ստորին 2/3-ից մինչև ամբողջ հաստությունը: Բազալ թաղանթը ինտակտ է (ինվազիայի նշանները բացակայում են):

ՎԱՐՈՒՄ և ԲՈՒԺՈՒՄ

ա) Կանանց այս խմբում պարբերաբար հսկողության սահմանումը իրեն չի արդարացրել:

բ) Հյուսվածքաբանական հետազոտությամբ ախտորոշման հաստատումից հետո անհրաժեշտ է ախտահարված հատվածն ամբողջությամբ հեռացնել: Ժամանակակից և արդյունավետ միջոցներից է օղային էլեկտրավիրահատությունը՝ LEEP (Loop electrosurgical excision procedure):

Ցածր վոլտաժով հատուկ էլեկտրոդների միջոցով, բարձր հաճախականության հոսանքով (600Khz), 1-2% լիդոկայինի լուծույթով պարացերվիկալ անզգայացման պայմաններում հեռացվում է ախտահարված հատվածը, այնուհետև գնդային էլեկտրոդով իրականացվում էլեկտրակոագուլյացիա:

Հեմոստազի ապահովման նպատակով կիրառում են Մոնսելի մածուկ (երկաթի սուլֆուֆատ), որով մշակում են վերքային մակերեսը: Կնոջը 3 օր նշանակվում է (peros) լայն սպեկտրի հակաբիոտիկներ, արգելվում է սեռական հարաբերությունները՝ մինչև 10 օր:

գ) Բուժման արդյունավետությունը 90-98% է, կարելի է կիրառել պոլիկլինիկական պայմաններում: Վիրահատությունը չի ազդում վերարտադրողական ֆունկցիայի վրա և պարանոցային խողովակի հետվիրահատական ստենոզի զարգացման հավանականությունը կազմում է 1%:

1) **Քաղցկեղ in situ-ի վարման առանձնահատկությունները**

Քաղցկեղ in situ-ի ժամանակ քսուկում առկա են քիչ քանակությամբ չարորակ բջիջներ, սակայն էպիթելի բազալ թաղանթն ինտակտ է:

Այս դեպքերում պարտադիր պետք է կատարել կոլպոսկոպիա

Հետազոտման ընթացքում ճշտվում են նախաքաղցկեղային և, հնարավոր է, որ արդեն քաղցկեղային փոփոխությունների օջախների սահմանները:

ԿՈՆՊՈՍԿՈՊԻԱԿԱՆ ՊԱՏԿԵՐ

Ախտահարված մակերեսը անհարթ է, կտրուկ ընդգծված եզրագծերով, միջմազանոթային կապերի կորստի պատճառով եզրերը կարող են շրջված լինել դեպի դուրս: Սպիտակումը ինտենսիվ է, արագ գոյանում է, երկար պահպանվում, միշտ առկա է անոթային պատկերը՝ ցածր պունկտուացիա, անկանոն խճանկար, ատիպիկ

անոթներ: Կատարվում է ախտահարված բոլոր հատվածների բիոպսիա, ինչպես նաև էնդոցերվիկալ կյուրետաժ:

ՎԱՐՈՒՄ և ԲՈՒԺՈՒՄ

Հյուսվածքաբանական հետազոտության արդյունքների հիման վրա կատարում են կոնացում կամ LEEP:

Եթե կինը գտնվում է վերարտադրողական հասակում, ապա նախապատվությունը տրվում է LEEP-ին, 40 տարեկանից բարձր տարիքի կանանց ավելի նախընտրելի է կատարել արգանդի պարանոցի կոնացում: Այս դեպքում պետք է նշել, որ նախաքաղցկեղային վիճակների ժամանակ ախտաբանության ընթացքի ծանրության աստիճանը հաշվի չի առնվում և կատարվում է կոնացում, իսկ երբեմն՝ հիստերէկտոմիա: Հակառակ դեպքում այս վիճակը կարող է քաղցկեղի զարգացման և մահացության պատճառ դառնալ:

Ե. Գեղձային ախտահարումներ

1. **Ատիպիկ գեղձային բջիջներ.** սա միջանկյալ վիճակ է գեղձային բջիջների ռեակտիվ փոփոխությունների և ադենոկարցինոմա in situ-ի միջև: Այն վերաբերում է ներպարանոցային կամ ներարգանդային գեղձային բջիջներին:

Վարումը՝ ԱՆԱՏԲ (ASCUS)-ի համար սահմանված գործելակարգին համապատասխան (Հավելված 2-ի):

2. **Ադենոկարցինոմա in situ (ԱԿ in situ, AIS)**

3. **Ադենոկարցինոմա**

Ատիպիկ գեղձային բջիջների, Ադենոկարցինոմա in situ և Ադենոկարցինոմայի դեպքում անհրաժեշտ է իրականացնել բիոպսիա՝ հետագա վարման գործելակարգի ընտրության համար:

Տափակ բջջային քաղցկեղին կամ ադենոկարցինոմային բնորոշ փոփոխությունների դեպքում կինը ուղեգրվում է մասնագիտացված օնկոլոգիական բժշկական կազմակերպություն՝ հետագա վարման և հսկողության նպատակով:

ԳԼՈՒԽ 10. ԱՐԳԱՆՂԻ ՊԱՐԱՆՈՑԻ ԱԽՏԱԲԱՆՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՎԱՐՄԱՆ ԺԱՄԱՆԱԿԱԿԻՑ ՍԿԶԲՈՒՆՔՆԵՐԸ

Բուժումը սկսում են միայն ախտորոշման հյուսվածքաբանական ճշտումից և ախտաբանական օջախի սահմանները որոշելուց հետո: Արգանդի պարանոցի դիսպլազիայի դեպքում կատարում են կրիոդեստրուկցիա, լազերային վապորիզացում, կոնացում, իսկ վերջին ժամանակներս արգանդի պարանոցի լարային էլեկտրաէքսցիզում: Շատ դեպքերում (արգանդի պարանոցի կոնացումից բացի) բուժումը կատարվում է ամբուլատոր պայմաններում: Հիվանդության կրկնումների հաճախականությունը անկախ բուժման ձևից հասնում է 10%: Դրա հետ կապված արգանդի պարանոցից վերցված քսուկների հսկողությունը առաջին տարում կատարում են յուրաքանչյուր 3 ամիսը մեկ անգամ:

Արգանդի պարանոցի դիսպլազիայի կապակցությամբ ամբուլատոր միջամտությունները հնարավոր են հետևյալ դեպքերում.

1. կոլպոսկոպիայի, բջջաբանական և հյուսվածքաբանական տվյալների համաձայն՝ ինվազիայի բացակայություն
2. ախտաբանական օջախի կենտրոնացում արգանդի պարանոցի հեշտոցային մասում
3. արգանդի պարանոցի խողովակի ախտահարման բացակայություն՝ ըստ կոլպոսկոպիայի և հյուսվածքաբանական հետազոտության:

10.1. Կրիոդեստրուկցիա

Կրիոդեստրուկցիան կամ հեղուկ ազոտով սառեցումը հիմնվում է այն երևույթի վրա, որ ցածր ջերմաստիճանի ժամանակ միջբջջային ջուրը սառցակալում և քայքայում է բջիջները: Դա հնարավոր է հեղուկ ազոտի ենթօքսիդի (-89°C) և հեղուկ ածխաթթվային գազի (-79°C) կիրառմամբ: Էպիթելի քայքայման համար բավարար է -20°C - -30°C ջերմաստիճան: Ավելի արդյունավետ է հաջորդաբար սառեցման և հալեցման կիրառումը: Կրիոզոնդի տրամագիծը փոփոխված հատվածի տրամագծից պետք է 5մմ ավելի լինի: Նեկրոզի խորությունը կազմում է 5 մմ: Սառեցման ժամանակը

որոշվում է սառեցնող նյութի ճնշումով. որքան բարձր է ճնշումը, այնքան արագ է սառեցվում հյուսվածքը:

Կրիոդեստրուկցիան բավական արդյունավետ և անվտանգ է: Բարդությունների շարքից պետք է հատուկ նշել արգանդի պարանոցի խողովակի ստենոզը և արյունահոսությունները, որոնք սովորաբար պայմանավորված են երկրորդային վարակումով: Կրիոդեստրուկցիայի արդյունավետությունը կախված է դիսպլազիայի ծանրության աստիճանից, ինչպես նաև ախտաբանական օջախի չափերից: Այսպես, արգանդի պարանոցի ամբողջ հատվածի ախտահարման դեպքում կրիոդեստրուկցիան անարդյունավետ է 42% դեպքերում, իսկ երբ օջախի տրամագիծը փոքր է 1 սմ, ընդամենը՝ դեպքերի 7% (45): Արգանդի պարանոցի խողովակի ներգրավումը նույնպես զգալի նվազեցնում է բուժման արդյունավետությունը: Գեղձերի ծորանների ախտահարման դեպքում կրիոդեստրուկցիան անարդյունավետ է 27% դեպքերում, դրանց ախտահարման բացակայության դեպքում միայն 9% :

Այսպիսով, արգանդի պարանոցի դիսպլազիայի առկայության դեպքում կրիոդեստրուկցիայի անցկացման ցուցումներն են.

1. արգանդի պարանոցի թեթև կամ միջին դիսպլազիա
2. ախտահարման փոքր օջախ
3. միայն արգանդի պարանոցի հեշտոցային մասի ախտահարում:

Կրիոդեստրուկցիայի հիմնական թերությունն այն է, որ բուժումից հետո չկա վերջնական հյուսվածքաբանական քննության համար նյութ:

10.2. Լազերային վիրաբուժություն

Արգանդի պարանոցի դիսպլազիայի դեպքում հաճախ անց է կացվում լազերային վապորիզացում: Արգանդի պարանոցի քաղցկեղի բացառման նպատակով, նախքան գործընթացը պարտադիր է կատարել կասկածելի հատվածների բիոպսիա:

Լազերային վապորիզացիան ցուցված է հետևյալ դեպքերում.

1. Առկա են դիսպլազիայի խոշոր օջախներ, երբ կրիոդեստրուկցիայի կատարումը անհարմար է:
2. Առկա է արգանդի պարանոցի անհարթ մակերես (պատուվածքներ, գեղձերի խոր բացված ծորաններ):

3. Առկա է դիսպլազիայի անցում հեշտոցի կամարների վրա կամ արգանդի պարանոցի և հեշտոցի դիսպլազիայի զուգակցում:

4. Առկա է գեղձերի ծորանների ախտահարում:

Լազերային վապորիզացիայի հիմնական առավելությունն այն է, որ այս դեպքում կարելի է հսկել նեկրոզի լայնությունն ու խորությունը:

Դիսպլազիայի դեպքում հաճախ ախտահարվում են գեղձերի ծորանները (ինչպես կեղծ, այնպես էլ իսկական): Սովորաբար ախտահարման խորությունը չի գերազանցում 5,2 մմ միջինը կազմելով 1,2 մմ, նեկրոզի խորությունը լազերային վապորիզացման ժամանակ պետք է կազմի առնվազն 7 մմ, ինչը համապատասխանում է արգանդի պարանոցի ավելի խոր տեղակայված գեղձերի տեղակայմանը: Չափավոր և ծանր աստիճանի դիսպլազիայի դեպքում գեղձերի ախտահարումն ավելի արտահայտված է: Լազերային վապորիզացման մյուս առավելությունն արագ ապաքինումն է: Էպիթելացումն ավարտվում է 3-4 շաբաթում: Այդ ժամանակ էպիթելը առավելապես բաղկացած է խոշոր բջիջներից, իսկ դրա արտաքին տեսքը չի տարբերվում նորմայից:

Ապաքինվելուց հետո անցումային գոտին սովորաբար գտնվում է արգանդի արտաքին բացվածքի մոտ:

Լազերային վապորիզացիայի թերությունը նույնպես պայմանավորված է վերջնական հյուսվածքաբանական քննության համար նյութի բացակայությամբ:

10.2.1. Լազերի ներգործությունը հյուսվածքների վրա

Լազերի ազդեցության տակ միջբջջային հեղուկը վայրկենապես վեր է ածվում գոլորշու, որը պատռում է բջջային թաղանթները: Սպիտակուցներն ու հանքային նյութերն այրվում են, արդյունքում նեկրոզի հատվածը սևանում է: Նեկրոզի մեծությունը որոշվում է լազերի հզորությամբ, ճառագայթի տրամագծով և ազդեցության տևողությամբ: Խոր նեկրոզից խուսափելու նպատակով ճառագայթը պետք է տեղաշարժել արգանդի պարանոցի մակերեսով: Նեկրոզի հատվածը լազերի կետային մշակման դեպքում ավելի մեծ է, քան ճառագայթի տրամագիծը, ծայրամասերի ջերմաստիճանի բարձրացման հաշվին (ջերմային նեկրոզ): Պետք է ձգտել, որպեսզի տաք նեկրոզի գոտին լինի նվազագույնը. 0,1 մմ-ից ոչ ավելի: Դրա համար անհրաժեշտ է կիրառել հզոր լազեր (մինչև 20 վտ, ճառագայթի 1,5 մմ տրամագծի դեպքում) և

կրճատել նրա համան ժամանակը հյուսվածքի հետ: Տաք նեկրոզի գոտու փոքրացմանը կարելի է հասնել նաև կիրառելով իմպուլսային եղանակով աշխատող լազերներ:

10.2.2. Արգանդի պարանոցի լազերային վապորիզացիա

Լազերային վապորիզացիա կատարող բժիշկը պետք է ծանոթ լինի բուժման այս մեթոդի ֆիզիկական հիմունքների հետ: Սկսնակ բժիշկը կարող է այն կիրառել միայն հատուկ նախապատրաստումից հետո կամ փորձառու մասնագետի հսկողությամբ:

- Արգանդի պարանոցի լազերային վապորիզացիան անց են կացնում դաշտանային ցիկլի 7-8-րդ օրը: Այս շրջանում հյուսվածքների արյունալցումը նվազագույնն է և բացառվում է հղիության հնարավորությունը: Գործընթացը կարելի է կատարել նաև ամբուլատոր պայմաններում: Անհրաժեշտության դեպքում տեղային կամ պարացերվիկալ անզգայացում են կատարում, սակայն շատ դեպքերում այն չի պահանջվում:
- Հիվանդին պառկեցնում են գինեկոլոգիական բազկաթոռին:
- Ախտաբանական օջախների տեղակայման ճշգրտման նպատակով կրկնում են կոլպոսկոպիան: Անհրաժեշտության դեպքում արգանդի պարանոցի մեջ կամ պարացերվիկալ ներմուծում են լիդոկայինի 1% լուծույթ: Հեշտոցի վերին 1/3-ը և արգանդի պարանոցի հեշտոցային մասը մշակում են Լյուգոլի լուծույթով: Այն լավ ներկում է նորմալ էպիթելը և չի ներկում փոփոխված հատվածները: Դա հեշտացնում է լազերային վապորիզացիայի կատարումը:
- ✓ Արգանդի պարանոցի դիսպլազիայի դեպքում սովորաբար կիրառում են ածխաթթվային լազեր: Լազերի հզորությունը պետք է կազմի 20 վտ, ճառագայթի տրամագիծը՝ 1,5 մմ, ֆոկուսային հեռավորությունը պետք է լինի ինչպես կոլպոսկոպին է՝ 300 մմ:
- ✓ Սկզբում լազերի ճառագայթով շրջանցում են ախտաբանական օջախը ներկված գոտուց 2-3 մմ հեռու: Առաջինը սովորաբար մշակում են արգանդի պարանոցի հետին շուրթը: Շատ կարևոր է, որ վապորիզացման ժամանակ քայքայվեն գեղձերի ծորանները: Այդ մասին է վկայում հյուսվածքի դեղին գույնը (այդպիսի տեսք ունի կոլագենային մազաթելիկներով հարուստ ստրոման) և լորձի պղպջակների բացակայությունը:

- ✓ Որպեսզի ժամանակին տեսնեն ստրոման, ածխացած հյուսվածքը անընդմեջ հեռացնում են ֆիզիոլոգիական լուծույթում թրջած բամբակե վիրախճուծի օգնությամբ: Անհրաժեշտության դեպքում դրանով էլ սեղմում են արյունահոսող անոթները: Այսպիսով մշակում են ամբողջ ախտաբանական օջախը մինչև անցումային գոտին:

10.2.3. Հերվիրահարական շրջան և հսկողություն

Լազերային վապորիզացումից հետո 3-6 օրվա ընթացքում հնարավոր է ոչ շատ թափանցիկ արտադրություն հեշտոցից: 2 շաբաթվա ընթացքում հիվանդների 5% մոտ նկատվում է արտադրություն՝ քսվող արյան տեսքով: Առատ դաշտան հիշեցնող արյունային արտադրության դեպքում հիվանդին անհրաժեշտ է զննել: Հեմոստատիկ նպատակով տեղային եղանակով կատարում են երկաթի սուլֆատի (III) հիմնական լուծույթ: Մեկ ամսվա ընթացքում հիվանդները պետք է խուսափեն սեռական հարաբերությունից, ներվլացումներից և հեշտոցային վիրախճուծների օգտագործումից: 3-6 ամիս անց կատարում են արգանդի պարանոցի քսուկի բջջաբանական հետազոտություն և կոլպոսկոպիա կամ կոլպոֆոտոնկարում: Փոփոխությունների բացակայության դեպքում արգանդի պարանոցի քսուկի բջջաբանական հետազոտություն հետագայում անց են կացնում յուրաքանչյուր 6-12 ամիսը մեկ անգամ:

10.2.4. Արգանդի պարանոցի լազերային կոնացում

Եթե հիվանդը կարիք ունի հյուսվածքաբանական հետազոտության, ապա կատարում են արգանդի պարանոցի լազերային կոնացում:

Միջամտությունը կատարվում է հետևյալ կերպ:

- Արգանդի պարանոցը ինֆիլտրացնում են լիդոկայինի և ադրենալինի լուծույթներով: Լազերի հզորությունը պետք է կազմի 20-30 վտ, ճառագայթի տրամագիծը՝ 0,2-0,5 մմ:
- Սկզբում լազերի ճառագայթով շրջափակում են կոնի տրամագիծը: Ճեղքը խորացնում են շրջանաձև հաջորդաբար շարժումներով՝ հետզհետե տեղաշարժվելով արգանդի պարանոցի խողովակի ուղղությամբ: Անհրաժեշտության դեպքում հյուսվածքը բացում են փոքր կեռիկներով:

- Իմպուլսային ռեժիմով աշխատող լազերների կիրառումը նվազեցնում է հյուսվածքի ջերմային նեկրոզը, արգանդի պարանոցի խողովակին հասնելուն պես կոնը հատում են լազերի օգնությամբ կամ սուր գործիքով (մկրատ, նշտար): Որպեսզի արգանդի պարանոցի խողովակի էպիթելի վիճակը հնարավոր լինի գնահատել, կատարում են դրա քերումը:
- Արյունահոսող անոթները կոագուլացնում են լազերով: Լրացուցիչ հեմոստատիկ միջոցառումների կատարում սովորաբար չի պահանջվում:
- Հետվիրահատական և հսկողական շրջանները նույնն են, ինչպես արգանդի պարանոցի վապորիզացման դեպքում: Որքան լայն և խորն է կատարվել կոնացումը, այնքան մեծ է արյունահոսության հավանականությունը:

10.2.5. Լազերային վապորիզացում և արգանդի պարանոցի բիոպսիա

Եթե էպիթելի ավելի արտահայտված փոփոխությունները տեղակայվում են արգանդի պարանոցի խողովակում, իսկ պարանոցի հեշտոցային հատվածում կան լայնակի, սակայն թեթև ծանրության փոփոխություններ, օրինակ՝ թեթև աստիճանի դիսպլազիա, կատարվում է հատվածների կոնաձև բիոպսիա, արգանդի պարանոցի խողովակին հարող և արգանդի պարանոցի լազերային վապորիզացում: Նման միջամտությունը թույլ է տալիս պահպանել արգանդի պարանոցի մեծ մասը՝ կատարելով ամբողջական հյուսվածքաբանական հետազոտություն:

10.2.6. Բուժման արդյունքները

Տարբեր հեղինակների կողմից բերվող լազերային վիրաբուժության արդյունքները զգալիորեն տարբերվում են: Ավելի վաղ կատարված հետազոտությունների արդյունքներն ավելի վատթար են: Հավանաբար դա բացատրվում է նրանով, որ սկզբից լազերային վապորիզացման են ենթարկել միայն ախտաբանական օջախները, այլ ոչ թե ամբողջ վերափոխման գոտին: Հիվանդների ճիշտ ընտրության դեպքում արգանդի պարանոցի լազերային կոնացման արդյունավետությունը գերազանցում է 95%: Արգանդի պարանոցի լազերային կոնացումը զուգակցվում է արյան փոքր կորստով և ավելի սակավ բարդություններով՝ գործիքային կոնացման համեմատությամբ: Լազերային կոնացման անվիճելի առավելությունն այն է, որ կարելի է կատարել ամբուլատոր պայմաններում:

10.3. Արգանդի պարանոցի օղակային (աղեղնային) էլեկտրաէքսցիզիա

Օղակային էլեկտրաէքսցիզիան կիրառում են ինչպես ախտորոշման, այնպես էլ արգանդի պարանոցի դիսպլազիայի բուժման համար: Մեթոդի առավելությունն ամբողջատոր պայմաններում կիրառումն է:

Էլեկտրական հոսանքի ազդեցությունը հյուսվածքների վրա կախված է էլեկտրոդի տրամագծից, հոսանքի հզորությունից և հյուսվածքում պարունակվող ջրի քանակից: Հոսանքի ցածր հզորության և հաստ էլեկտրոդի կիրառման դեպքում տեղի է ունենում հյուսվածքի կոագուլյացիա, նկատվում է զանգվածային ջերմային նեկրոզ: Հակառակը, բարակ էլեկտրոդը (0,5 մմ) հոսանքի բարձր հզորության դեպքում (35-55 վտ) հատում է հյուսվածքները նվազագույն ջերմային նեկրոզով: Էլեկտրոդի և ջրով հարուստ հյուսվածքների շփման ժամանակ տեղի է ունենում գոլորշացում: Գոլորշու և էլեկտրական հոսանքի միաժամանակ ազդեցությունը բերում են հյուսվածքների հատմանը: Արյունահոսության կանգի համար կիրառում են գնդաձև էլեկտրոդ՝ 5 մմ տրամագծով, հոսանքի հզորությունը պետք է կազմի 50 վտ: Էլեկտրոդով սովորաբար չեն կաչում վերքային մակերեսին, բավական է դրան մոտեցնել այնպիսի տարածության վրա, որպեսզի կայծ առաջանա (մեթոդը անվանում են ֆուլգուրացիա): Հեմոստատիկ նպատակով իրականացված կոագուլյացիան բերում է ստրուպի առաջացմանը:

Այս մեթոդը թույլ է տալիս ստանալ հյուսվածքաբանական հետազոտության համար օպտիմալ նյութ, միևնույն ժամանակ հանդիսանում է բուժական գործընթաց:

10.3.1. Մեթոդաբանությունը

- Հեշտոցային հայելիները պետք է լինեն հոսանք չփոխանցող նյութից, հարմար է օգտագործել հայելիներ, որոնց ամրացված է էլեկտրաարտաձծիչը:
- Կատարում են կոլպոսկոպիա և որոշում ախտաբանական օջախի սահմանները:
- Պայմանական ժամանակացույցի 3, 6, 9, 12-ին համապատասխանող կամ անմիջապես ենթադրվող կտրվածքի տեղում ներարկում են 1-2% լիդոկաինի և ադրենալինի լուծույթ:
- Հիվանդի ազդրի վրա տեղադրում են պասիվ էլեկտրոդը:

- Սարքը կարգավորում են այնպես, որ հոսանքի հզորությունը լինի 35-55 վտ: Դրա հետ մեկտեղ միաժամանակ տեղի է ունենում հյուսվածքի հատում և կոագուլյացիա:
- Հեշտոցային հայելիներին ամրացվում է էլեկտրաարտաձայն:
- Ակտիվ էլեկտրոդը ընտրում են ելնելով վերափոխման գոտու չափերից: Ցանկալի է այն հատել մեկ անգամից:
- Արյունահոսող անոթները կոագուլացնում են 5 մմ տրամագիծ ունեցող գնդաձև էլեկտրոդի օգնությամբ: Հոսանքի հզորությունը պետք է լինի 50-60 վտ: Արյունահոսությունը կանգնեցնելու համար պետք է օգտագործել երկաթի սուլֆատի (III) հիմնային լուծույթ:

Օղային էլեկտրաէքսցիզման (հատման) ժամանակ արգանդի պարանոցի բարդություններ ավելի քիչ են հանդիպում, քան լազերային վապորիզացման և կոնացման ժամանակ: Երբեմն նկատվում են ներվիրահատական և հետվիրահատական արյունահոսություններ և արգանդի պարանոցի ստենոզ: Հիվանդների ավելի քան 90% մոտ վիրահատությունից հետո ձևավորվում է նորմալ անցումային գոտի:

Արգանդի պարանոցի օղային էլեկտրաէքսցիզիան առավելություն ունի կրիոդեստրուկցիայի և լազերային վապորիզացման համեմատությամբ, քանի որ թույլ է տալիս ստանալ հյուսվածքաբանական հետազոտության համար նյութեր: Ստորև թվարկվում են արգանդի պարանոցի օղային էլեկտրաէքսցիզիայի մյուս առավելությունները՝ համեմատած լազերային վիրաբուժության հետ.

1. միջամտության կարճատևությունը
2. պարզությունը
3. բժշկի տեսողության համար վնասի բացակայությունը
4. սարքավորման հուսալիությունը
5. որակով բիոպտատների ստացումը
6. շրջակա հյուսվածքների նվազագույն վնասումը
7. հիվանդների կողմից հեշտ տանելիությունը:

Համաձայն կլինիկական հետազոտությունների տվյալների, արգանդի պարանոցի օղային էլեկտրաէքսցիզիան ավելի քիչ ցավոտ է և ավելի քիչ ժամանակ է խլում, քան լազերային կոնացումը: Արգանդի պարանոցի դիսպլազիայի կրկնման դեպքերի

հաճախականությունը արգանդի պարանոցի օղային էլեկտրաէքսցիզիայից հետո կազմում է 4%, ինչը ավելի քիչ է, քան այս հիվանդության այլ մեթոդներով բուժման դեպքում:

Հակացուցումները

1. հիվանդի հրաժարումը տվյալ բուժումից
2. հիվանդի կողմից տեղային անէսթետիկների կամ անոթները սեղմող դեղորայքի անտանելիությունը
3. շատ մեծ չափերի ախտաբանական օջախներ
4. անցում հեշտոցի կամարների վրա
5. արգանդի պարանոցի քաղցկեղ:

10.4. Արգանդի պարանոցի կոնացում

Արգանդի պարանոցի կոնացումը դիսպլազիայի բուժման հիմնական մեթոդներից մեկն է:

Մինչև կոլպոսկոպիայի ի հայտ գալը կոնացումը կիրառվում էր բոլոր հիվանդների համար, որոնց արգանդի պարանոցի քսուկում կար ախտաբանություն: Այս վիրահատությունն ունի ինչպես ախտորոշիչ, այնպես էլ բուժական նշանակություն: Ի տարբերություն կրիոդեստրուկցիայի և լազերային վապորիզացումի այն թույլ է տալիս նյութ ստանալ հյուսվածքաբանական հետազոտման համար: Արգանդի պարանոցի կոնացումը ցուցված է բարձր աստիճանի ծանրության տափակ բջջային ներէպիթելային ախտահարումների բուժման համար հետևյալ դեպքերում.

- Կոլպոսկոպիայի ժամանակ չեն երևում ախտաբանական օջախի սահմանները:
- Կոլպոսկոպիայի ժամանակ ամբողջությամբ չի երևում անցումային գոտին:
- Արգանդի պարանոցի խողովակից քերուկի հյուսվածքաբանական հետազոտման ժամանակ հայտնաբերվում է միջին կամ ծանր աստիճանի դիսպլազիա:
- Կոլպոսկոպիայի, բջջաբանական և հյուսվածքաբանական հետազոտությունների արդյունքները միմյանց չեն համապատասխանում:
- Բջջաբանական և հյուսվածքաբանական հետազոտությունների կամ կոլպոսկոպիայի արդյունքների համաձայն՝ չի բացառվում արգանդի պարանոցի միկրոինվազիվ քաղցկեղը:

Դիսպլազիաների կրկնման հաճախականությունը արգանդի պարանոցի կոնացումից հետո ավելի բարձր է, եթե ախտաբանական օջախն ամբողջությամբ չի հեռացվել: Գեղձերի ծորանների ախտահարումը նույնպես բարձրացնում է կրկնման հաճախականությունը: Այսպես, դրանք ի հայտ են գալիս գեղձերի ծորանների ախտահարումներով հիվանդների 23,6% մոտ և միայն հիվանդների 11,3% մոտ, երբ դրանք ախտահարված չեն:

10.5. Արգանդի էքստիրպացիա

Ներկայում արգանդի էքստիրպացիան արգանդի պարանոցի դիսպլազիայի բուժման նպատակով համարվում է չափազանց արմատական միջամտություն: Ստորև բերվում են արգանդի պարանոցի դիսպլազիայով հիվանդների էքստիրպացիայի ցուցումների ցանկը.

- միկրոինվազիվ քաղցկեղ
- դիսպլազիա և քաղցկեղ in situ արգանդի պարանոցի կոնացման ռեզեկցիայի շրջանում
- հետագա հսկողության անհնարինությունը
- ուղեկցող գինեկոլոգիական հիվանդություններ, որոնց դեպքում ցուցված է արգանդի էքստիրպացիան՝ արգանդի միոմա, արգանդի արտանկում, էնդոմետրիոզ
- կանցերոֆոբիա:

10.6. Գեղձային էպիթելի ախտաբանության բուժումը

Ատիպիկ գեղձային բջիջներ

Համաձայն Բերեսոլա համակարգի, տարբերակում են գեղձային էպիթելի ախտաբանության երկու տարբերակ՝ ատիպիկ գեղձային բջիջներ և ադենոկարցինոմա, որոնց հայտնաբերումը պետք է գրավի բժշկի ուշադրությունը:

Ադենոկարցինոմա in situ

Ադենոկարցինոմա in situ բնորոշվում է արգանդի պարանոցի գեղձերում գլանաձև ատիպիկ էպիթելի ի հայտ գալով: Հայտնաբերվում է ատիպիզմ, հիպերխրոմիա, կորիզների պոլիմորֆիզմ, միտոզների քանակի ավելացում: Էպիթելի ակտիվ

արուիֆերացիայի արդյունքում արգանդի պարանոցի գեղձերը մոտենում են միմյանց, սակայն պահպանում են իրենց բնորոշ ճյուղայնությունը: Ուռուցքային բջիջները սովորաբար պահպանում են արգանդի պարանոցի խողովակի գլանաձև գեղձային էպիթելի նշանները, ավելի քիչ են նմանվում էնդոմետրիումի բջիջներին կամ ստամոքսային էպիթելին: In situ ադենոկարցինոմայով հիվանդների 50% մոտ միևնույն ժամանակ հայտնաբերվում է արգանդի պարանոցի դիսպլազիա: In situ ադենոկարցինոման հաճախ պատահաբար է հայտնաբերվում արգանդի պարանոցի խողովակի քերուկի հետազոտման ժամանակ: Քանի որ այս ուռուցքը տեղակայվում է անցումային գոտուց ավելի արոքսիմալ, ապա այն կարելի է ախտորոշել միայն արգանդի պարանոցի խողովակից քերուկային քսուկների վերցնելու դեպքում: Եթե In situ ադենոկարցինոմայի օջախը փոքր է, փոփոխված բջիջները կարող է չընկնեն քսուկի կամ քերուկի մեջ: Այս դեպքում ախտորոշումը կարելի է դնել միայն արգանդի պարանոցի կոնացումից հետո, որը թույլ է տալիս գնահատել ուռուցքի ինվազիան:

Հատկապես զգուշավորության է կոչում այն փաստը, որ արգանդի պարանոցի քսուկների բջջաբանական քերուկի հյուսվածքաբանական հետազոտությունները 48% հիվանդների մոտ տալիս են կեղծ բացասական արդյունք: Վերը նշված տվյալների հիման վրա կարելի է կատարել հետևյալ եզրակացությունները:

Ինվազիվ ադենոկարցինոման հաճախ զարգանում է in situ ադենոկարցինոմայից: Այն կարող է տեղակայվել արգանդի պարանոցի խողովակի ցանկացած մասում: Բջջաբանական և հյուսվածքաբանական հետազոտությունները հաճախ կեղծ, բացասական արդյունք ունեն: Արգանդի պարանոցի կոնացումից հետո ռեզեկցիայի եզրերում ուռուցքային բջիջների հայտնաբերման դեպքում կատարում են կրկնակոնացում: Եթե կինը հետագայում չի պլանավորում երեխաներ ունենալ, կատարում են արգանդի էքստիրպացիա: Կրկնվելու վտանգը բարձր է անգամ այն դեպքում, երբ ռեզեկցիայի եզրերում ուռուցքային բջիջներ չկան:

Դիսպլազիա կամ քաղցկեղ in situ ախտորոշումը և մորֆոլոգիական փոփոխությունների բնույթը հաստատելուց հետո անհրաժեշտ է ծրագրել բուժման գործողությունների իրականացումը: Բուժումն ընտրվում է անհատական եղանակով կախված ախտաբանության տեսակից, հիվանդի տարիքից և դիսպլաստիկ գործընթացի (էկզոցերվիքս կամ էնդոցերվիքս) տեղակայումից:

Քանի որ էպիթելային դիսպլազիաների դեպքում հաճախ ախտորոշվում են զուգահեռաբար ընթացող տարբեր պատճառագիտության բորբոքային գործընթացներ, բուժման սկզբնական փուլն ուղղվում է դրանց վերացմանը և հեշտոցի միկրոբիոցենոզի կարգավորմանը բիֆիդո և լակտոբակտերիաների բիոպատրաստուկների օգնությամբ:

Թեթև աստիճանի դիսպլազիայով հիվանդները բուժվում են կոնսերվատիվ: Սահմանվում է հսկողություն 3 ամիսը մեկ անգամ պարտադիր (ցիտոլոգիական)՝ պարտադիր հետազոտմամբ: Ախտաբանական գործընթացի վրա բուժման գործընթացի դրական դինամիկայի բացակայության դեպքում, որի հետևանքով առաջացել է դիսպլազիան (էկտոպիա, լեյկոպլակիա, կոնդիլոմատոզ, էրոզիայի ենթարկված էկտրոպիոն), իրականացվում է արմատական (ռադիկալ) ներգործություն:

Կիրառվում է դիաթերմոկոագուլյացիա, կրիոդեստրուկցիա, բարձր ինտենսիվության ածխածնային լազերով գոլորշացում (վապորիզացիա), քիմիական կոագուլյացիա:

Ծանր դիսպլազիայի դեպքում ցուցված են ավելի արմատական ներգործության տեսակներ, որովհետև այդ դեպքերում սպասողական գործելակերպը թույլատրելի չէ:

Որոշ կլինիկաներում արգանդի պարանոցի կոնիզացման համար ծանր դիսպլազիաների և պրեինվազիվ կարցինոմայի դեպքերում օգտագործում են գերձայնային դանակ (սկալպել): Լազերի ազդեցության հատկանշական դրական կողմերից բացի՝ այս մեթոդը գործնականում ապահովում է լրիվ անարյուն վիրահատություն, նվազեցնում է հիվանդների բուժման ծախսերը:

Վերջին տարիների ընթացքում կիրառություն է ստացել նաև հատուկ մետաղյա օղակը, որը նախատեսված է արգանդի պարանոցի ախտաբանորեն փոխված հատվածների էլեկտրավիրաբուժական հատման համար: Արգանդի պարանոցի դիսպլազիաների բուժման մեջ առանձնացնում են մի քանի փուլ.

- 70-ական թվականներին լայնորեն գործածվող մեթոդ է եղել արգանդի պարանոցի կրիոդեստրուկցիան
- 80-ականներին՝ լազերային վիրաբուժությունը
- 90-ականներին՝ էլեկտրավիրաբուժական հատուկ օղակի կիրառումը:

Դիսպլազիաներով, քաղցկեղ *in situ*-ով, միկրոինվազիվ քաղցկեղով հիվանդների բուժման գործընթացում կարևոր դեր ունի արգանդի պարանոցի հեռացումը վիրաբուժական դանակի միջոցով, կոնիզացիայի կամ ամպուտացիայի ծավալով: Դիաթերմո և լազերային կոնիզացիայի նման՝ այն միաժամանակ նաև ախտորոշիչ ու արմատական բուժական ազդեցությամբ մեթոդ է:

Արգանդի պարանոցի դիսպլազիաներով բուժման ենթարկված կանայք պետք է գտնվեն դիսպանսեր հսկողության տակ: Արդյունավետ բուժական միջոցառումներից հետո դրանց անհրաժեշտ է պարբերական բժշկական հսկողություն՝ արգանդի պարանոցի հայելային զննումով, կոլպոսկոպիայի անցկացմամբ, բջջաբանական հետազոտմամբ: Թեթև էպիթելային դիսպլազիայի առկայության դեպքում անհրաժեշտ է այսպիսի զննում անցկացնել 6 ամիսը մեկ անգամ, միջին և ծանր դիսպլազիաների դեպքում՝ 3 ամիսը մեկ անգամ:

Հարկ է նշել, որ ծանր դիսպլազիայով (PUSPՆԱ) հիվանդը պետք է բուժվի և լինի ուռուցքաբանի հսկողության տակ:

**Ի՞նչ է ԱՆՀՐԱԺԵՇՏ ԻՄԱՆԱԼ ԿՆՈՋԸ՝ ԱՐԳԱՆԴԻ ՊԱՐԱՆՈՅԻ ՔԱՂՑԿԵՂԻ
ԿԱՆԽԱՐԳԵԼՄԱՆ ՎԵՐԱԲԵՐՅԱԼ**

Ի՞նչ է արգանդի պարանոցի քաղցկեղը

Արգանդի պարանոցի քաղցկեղը առաջանում է այն ժամանակ, երբ արգանդի պարանոցում սկսում են զարգանալ և տարածվել ոչ նորմալ բջիջներ:

Արգանդի պարանոցի քաղցկեղի առանձնահատկությունն այն է, որ այս հիվանդությունը հարուցվում է հատուկ մի վիրուսի կողմից, որի հետևանքով առաջացրած վարակը հայտնի է որպես մարդու պապիլոմավիրուսային վարակ /ՄՊՎ/:

Արգանդի պարանոցի քաղցկեղի վաղ հայտնաբերումը: ՊԱՊ թեսթ

Հիվանդությունների վաղ հայտնաբերմանն ուղղված միջոցառումների պատմության մեջ ՊԱՊ թեսթը լավագույն հայտնագործություններից է: Արգանդի պարանոցից անցավ եղանակով քսուկ վերցնելը կարող է ի հայտ բերել ախտաբանությունները՝ մինչև դրանց քաղցկեղի վերածվելը:

30-60 տարեկան կանայք պետք է կանոնավոր անցնեն ՊԱՊ թեսթի հետազոտություն՝ յուրաքանչյուր 3 տարին մեկ անգամ նվազեցնելու համար արգանդի պարանոցի քաղցկեղի վտանգը:

Կինը չպետք է որևէ ախտանշանի սպասի:

Արգանդի պարանոցի քաղցկեղը զարգացող երկրներում, այդ թվում Հայաստանում, քաղցկեղի հաճախ հանդիպող տեսակներից է: Աշխարհում այս հիվանդությունն ամեն տարի ախտորոշվում է մոտ 500 հազար կնոջ մոտ. և ավելի քան 80 տոկոսը՝ զարգացող երկրներում: Հայաստանում տարեկան մոտ 300 կնոջ մոտ ախտորոշվում է քաղցկեղի այդ տեսակը, որոնցից 170-180-ը մահանում են:

Մարդկային ցանկացած կորուստ ողբերգական է, առավել ևս այն դեպքերում, երբ այն կարող էր կանխարգելվել :

Համաձայն վիճակագրության՝ արգանդի պարանոցի քաղցկեղ ունեցող հայ կանանց գերակշռող մասը մասնագետին դիմում է հիվանդության վերջին կամ նախավերջին փուլերում, ինչը նշանակում է, որ նրանք գինեկոլոգի մոտ չեն եղել

ամենաքիչը 5-10 տարի, քանի որ արգանդի պարանոցի քաղցկեղի զարգացման գաղտնի շրջանը նույնքան ժամանակահատված է ընդգրկում:

Մենք հորդորում ենք կանանց. «Փոխե՛ք վերաբերմունքը սեփական անձի նկատմամբ, ցուցաբերե՛ք բարյացակամություն և տարին գոնե մեկ անգամ այցելե՛ք Ձեր տեղամասի մանկաբարձ-գինեկոլոգին»:

Ձեր այցելությունները, ինչպես նաև բջջաբանական հետազոտությունները, ընդգրկված են պեղական պատվերի շրջանակում և անվճար են:

Զարգացած երկրներում 1950-ական թվականներից ի վեր հետազոտման և վաղ հայտնաբերման շնորհիվ՝ արգանդի պարանոցի քաղցկեղից մահացությունը զգալիորեն նվազել է, մասնավորապես Ճապոնիայում, Մեծ Բրիտանիայում, ԱՄՆ-ում և մյուս զարգացած երկրներում, հաջողվել է 10 անգամ կրճատել մահացությունն արգանդի պարանոցի քաղցկեղից՝ ՊԱՊ թեսթի շնորհիվ:

Ախտանիշներն ու կլինիկական պատկերը

Հիշեք, որ արգանդի պարանոցի նախաքաղցկեղային վիճակները չունեն որևէ ախտանշան և միայն քաղցկեղի զարգացման ուշ փուլերում կարող է նկատվել արտադրություն մսաջրի տեսքով, արյունային արտադրություն կամ արյունահոսություն սեռական հարաբերության ժամանակ:

Որո՞նք են արգանդի պարանոցի քաղցկեղի առաջացման վտանգի նշանները

Երբ արգանդի պարանոցի բջիջները սկսում են դառնալ ոչ նորմալ, հազվադեպ են ի հայտ գալիս վտանգի նշաններ: Հիվանդության զարգացմանը զուգընթաց սկսում են առաջանալ որոշակի ախտանշաններ.

1. անսովոր հեշտոցային արյունահոսություն
2. միջդաշտանային արյունային արտադրություն
3. արյունահոսություն դաշտանադադարից հետո
4. ցավ կամ արյուն սեռական հարաբերությունից հետո:

Մարդու պապիլոմավիրուսային վարակը հարուցվում է վիրուսների մի մեծ խմբի կողմից: Հայտնի է այս վիրուսների մոտ 100 տեսակ, որի մի մասն ունի բարձր

ուռուցքածին հատկություն: Ամբողջ աշխարհում արգանդի պարանոցի քաղցկեղի դեպքերի 90% ավելին հարուցվում է մարդու պապիլոմավիրուսային (ՄՊՎ) վարակի հետևանքով:

Ովքե՞ր են գտնվում ՄՊՎ վարակի բարձր վտանգի խմբում

ՄՊՎ վարակը շատ տարածված հիվանդություն է և շատ անձինք, ովքեր երբևէ ունեցել են սեռական հարաբերություն՝ կին թե տղամարդ, իրենց կյանքի որևէ ժամանակահատվածում կարող են ձեռք բերել այս վարակը:

Եթե մարդու օրգանիզմում առկա է ՄՊՎ-ի բարձր ուռուցքածին հատկանիշներով օժտված տեսակներից մեկը, ապա այն կարող է առաջացնել արգանդի պարանոցի բջիջների նախաքաղցկեղային ախտահարում, որոնք ժամանակի ընթացքում հնարավոր է վերածվեն քաղցկեղային բջիջների:

Արգանդի պարանոցի քաղցկեղի առաջացմանը նպաստող պատճառները

Համաձայն համաճարակաբանական հետազոտությունների, նախաքաղցկեղի /դիսպլազիայի և քաղցկեղ in situ զարգացմանը նպաստում են նաև հետևյալ գործոնները.

1. վաղ սեռական կյանքը
2. սեռական զուգընկերների մեծ թիվը
3. ծխելը
4. բազմածնությունը
5. սոցիալ-տնտեսական ցածր կարգավիճակը
6. սեռական վտանգավոր վարքագիծը (պահպանակներ չօգտագործելու վարքագիծ)
7. տվյալ երկրում բջջաբանական հետազոտությունների անցկացման հնարավորության բացակայությունը:

Ո՞ր տարիքում է անհրաժեշտ հետազոտվել

Արգանդի պարանոցի քաղցկեղը ավելի հաճախ հանդիպում է 30-60 տարեկան կանանց շրջանում, սակայն վերջին տարիներին այն ցուցաբերում է

երիտասարդացման միտում և հանդիպում է նաև մինչև 30 տարեկան կանանց մոտ, ովքեր ունեցել են հղիություն:

Արգանդի պարանոցի քաղցկեղի վաղ ախտորոշումն ընդունված է համարել ֆոնային և նախաքաղցկեղային վիճակում գտնվող հիվանդների ակտիվ բացահայտումը և բուժումը:

Սովորաբար հետազոտումը սկսվում է սեռական կյանքով ապրող 20-ից 25 տարեկան կանանց մոտ և շարունակվում մինչ 60 կամ 70 տարեկան:

Մեր հանրապետությունում 30-60 տարեկան կանայք կարող են հետազոտվել իր տարածքային պոլիկլինիկայի մանկաբարձ-գինեկոլոգի կողմից պետական պատվերի շրջանակներում:

1. Յուրեղված չէ և օգուտ չկա հետազոտել այն կանանց, ովքեր սեռական հարաբերություն չեն ունեցել:
2. Հետազոտման հաճախականության լավագույն ժամանակահատվածը 3-5 տարին է:
3. Բացասական արդյունք ունեցած կանայք կարող են դադարեցնել իրենց հետազոտությունները 70-ից բարձր տարիքային խմբում, նույնը վերաբերում է նաև արգանդի ամբողջական հեռացման ենթարկված կանանց:
4. Ներկայում արգանդի պարանոցի կանխարգելման նպատակով իրականացվում է պատվաստում, հատուկ գարդասիլ կամ ցերվարիքս պատվաստանյութերով մինչև սեռական կյանքով ապրելը:

Արգանդի պարանոցի քաղցկեղի ախտորոշում կատարվում է հետևյալ հետազոտությունների միջոցով

1. զննում հայելիներով
2. արգանդի պարանոցից վերցված քսուկների բջջաբանական հետազոտություն
3. անհրաժեշտության դեպքում կոլպոսկոպիա, արգանդի պարանոցի բիոպսիա և մարդու պապիլոմավիրուսային վարակի ախտորոշում:

Ամենաարդյունավետ միջոցը հատուկ քսուկի բջջաբանական հետազոտությունն է, որը կոչվում է ՊԱՊ քսուկի քննություն:

Ի՞նչ է ՊԱՊ թեսթը

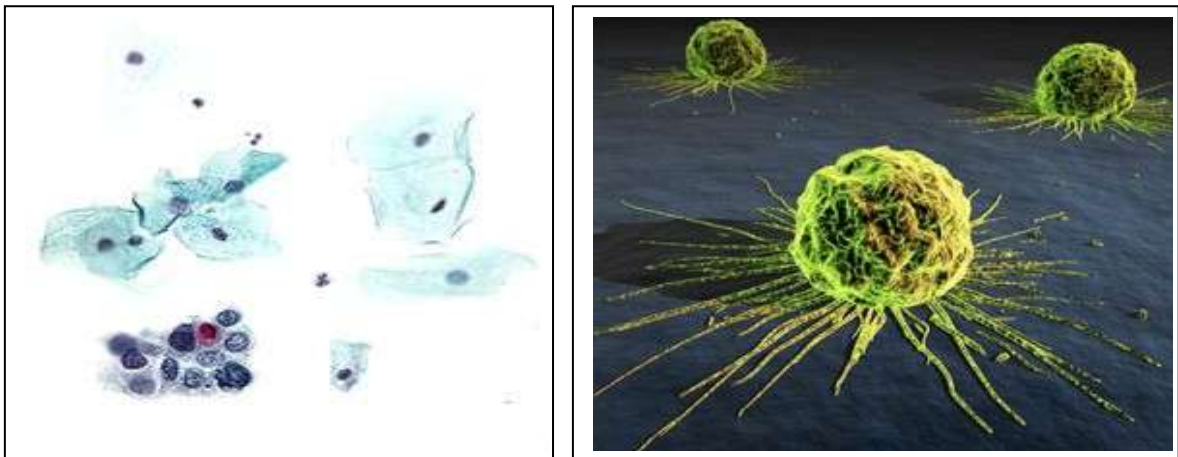
ՊԱՊ թեսթ (նաև ՊԱՊ քսուկ, Պապանիկոլաուի թեսթ). *գինեկոլոգիայում* հետազոտման հայտնի թեսթ է, որն օգտագործվում է արգանդի պարանոցի նախաչարորակ և չարորակ (քաղցկեղային) գործընթացները հայտնաբերելու համար:

Թեսթը կոչվում է այն ստեղծողի՝ հայտնի հույն բժիշկ Յորիոս Պապանիկոլաուի անվամբ:

ՊԱՊ քսուկի ժամանակ հատուկ խոզանակով արգանդի պարանոցից բջիջներ են վերցվում և ստուգվում են մանրադիտակի տակ: Այն անցավ և անվտանգ հետազոտման միջոց է:

ՊԱՊ թեսթը թույլ է տալիս հայտնաբերել փոփոխված, նախաքաղցկեղային բջիջները, ժամանակին բուժել այն, այդպիսով կանխելով արգանդի պարանոցի քաղցկեղի զարգացումը:

Նկար. 16
ՊԱՊ թեսթի միկրոդիագրամ



Ներքևի ձախ կողմում կարելի է տեսնել ոչ բնականոն բջիջներ:

ՊԱՊ թեսթի հետազոտություն

Պացիենտների նախապատրաստումը ՊԱՊ թեսթի հետազոտությանը

Նախքան ՊԱՊ թեսթի հետազոտություն անցնելը կան մի շարք քայլեր, որոնց Դուք պետք է հետևեք:

1. Պացիենտներին առաջարկվում է 2 օրվա ընթացքում չօգտագործել հեշտոցային քսուկներ:
2. 2 օրվա ընթացքում չկատարել ներլվացումներ:
3. 1 օր զերծ մնալ սեռական հարաբերությունից:

ՊԱՊ թեսթի հետազոտությունը բավական պարզ է և անցավ

1. Հետազոտման համար նյութը վերցնում են պարանոցի հեշտոցային մասից և արգանդի պարանոցի խողովակից:
2. Արգանդի պարանոցի խողովակից նյութ վերցնելու համար կիրառում են հատուկ խոզանակ (ցիտոբրաշ):
3. Գործողությունը կարճատև է և անցավ:

ՊԱՊ թեսթով հետազոտման արդյունավետությունը

Նույնիսկ մեկ անգամ կյանքում հանձնելով ՊԱՊ թեսթի քննություն, կինն իր արգանդի պարանոցի քաղցկեղի առաջացման հավանականությունը նվազեցնում է 35%: Ըստ այլ տվյալների բնակչության մակարդակով յուրաքանչյուր 3-5 տարի անցկացվող բջջաբանական հետազոտությունը կարող է արգանդի պարանոցի քաղցկեղի հավանականությունը նվազեցնել 80%, իսկ կյանքում 9 պարբերաբար անգամ հանձնելով այն հավանականությունը նվազում է 99%:

ՀԱՎԵԼՎԱԾՆԵՐ

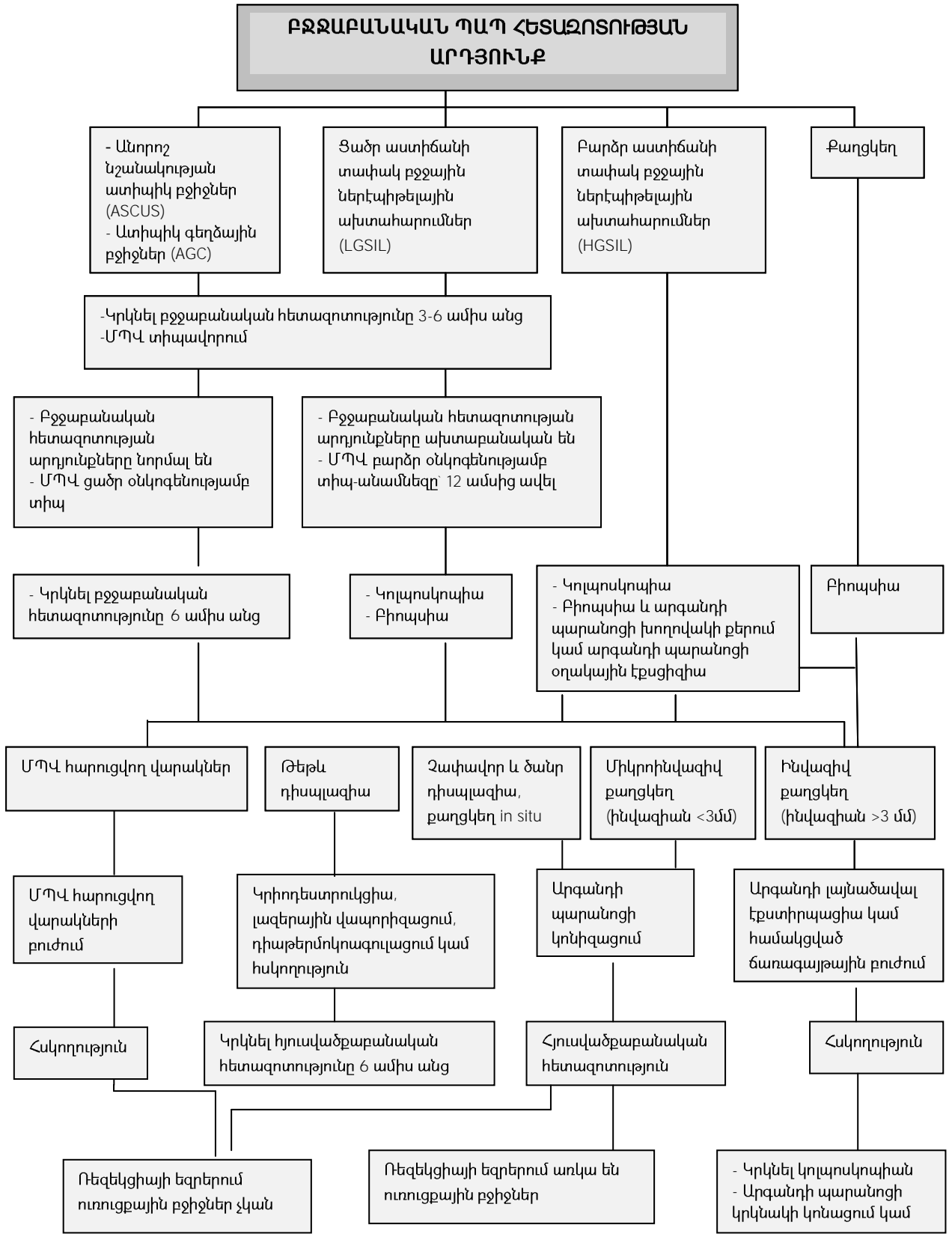
Հավելված 1. ՔԱՅԱԽԱԹԹՎՈՎ ՆԵՐԿՄԱՆ ԵՎ ՏԵՍՈՂԱԿԱՆ ԶՆՆՄԱՆ ՄԵԹՈԴԻ ԻՐԱԿԱՆԱՑՈՒՄԻՑ ԱՌԱՋ ԱՆՀՐԱԺԵՇՏ ՊԱՅՄԱՆՆԵՐԸ

1. Կնոջ հետ անհրաժեշտ է քննարկել միջամտությունը, դրա վարումը, հետագա հսկողության հետ կապված հարցերը:
2. Անհրաժեշտ է հավաստիանալ, որ կնոջ տարիքը համապատասխանում է VIA մեթոդի իրականացման համար նախատեսված թիրախային տարիքին (կինը գտնվում է 30-45 տարեկան հասակում և դաշտանադադարում չէ):
3. Առկա են անհրաժեշտ միջոցներն ու պարագաները՝ VIA մեթոդով հետազոտությունն իրականացնելու համար /տե՛ս ներքևում/:
4. Կինը պետք է դատարկած լինի միզապարկը, ինչպես նաև մանրակրկիտ կերպով լվացած լինի որովայնի և արտաքին սեռական օրգանների հատվածը:

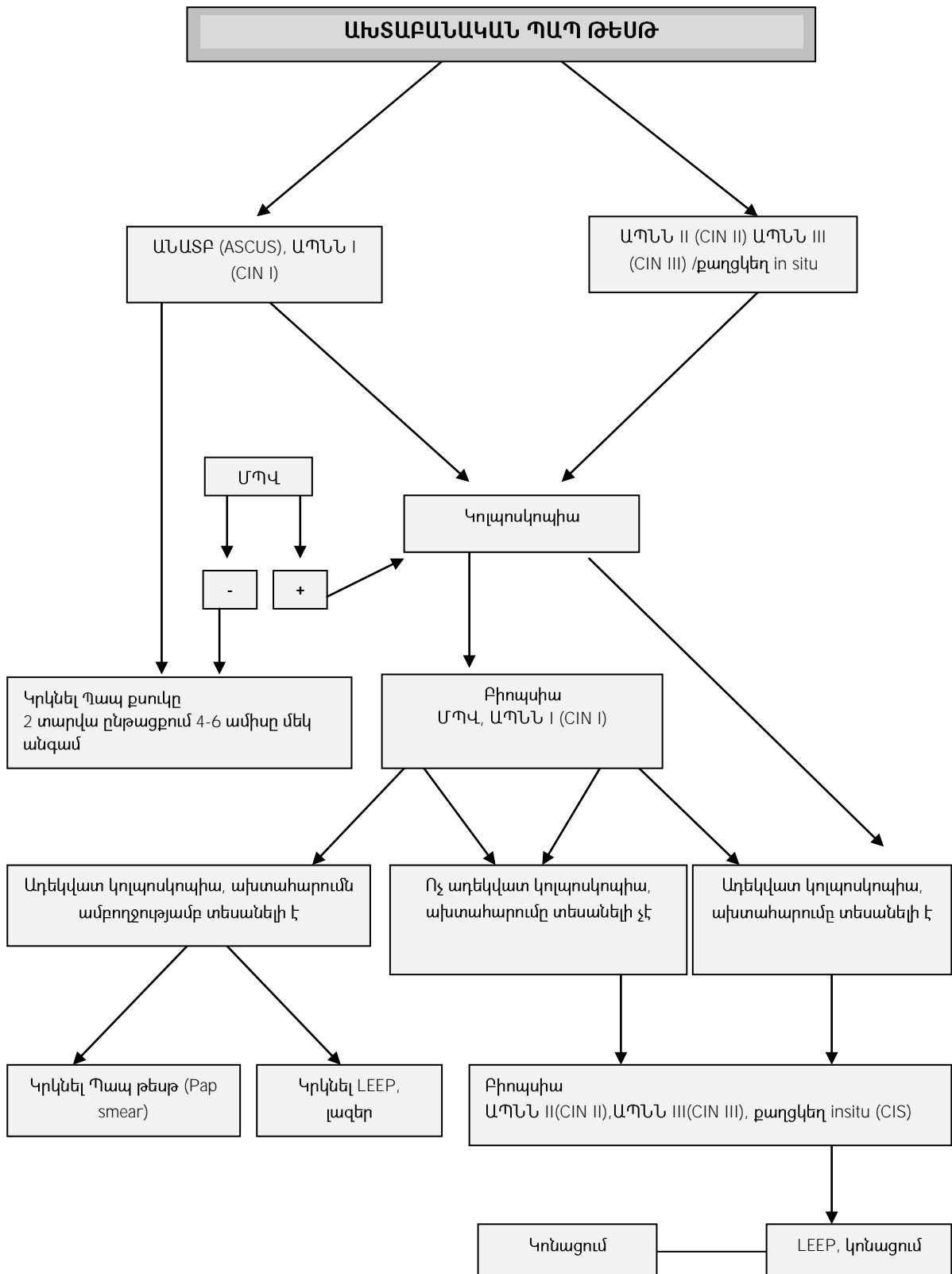
ՔԱՅԱԽԱԹԹՎՈՎ ՆԵՐԿՄԱՆ ԵՎ ՏԵՍՈՂԱԿԱՆ ԶՆՆՄԱՆ ՄԵԹՈԴԻ ԻՐԱԿԱՆԱՑՈՒՄԻՑ ԱՌԱՋ ԱՆՀՐԱԺԵՇՏ ՄԻՋՈՑՆԵՐՆ ՈՒ ՊԱՐԱԳԱՆՆԵՐԸ

1. Լույսի աղբյուր
2. Բժշկական գործիքների համար նախատեսված սկուտեղ
3. Երկփեղկանի գինեկոլոգիական հայելիներ (Կուսկոյի հայելիներ)
4. Բամբակյա խճուժ կամ աքցան՝ բամբակյա խճուժով
5. Խորը ախտահանված վիրաբուժական ձեռնոց կամ հետազոտության համար նոր ձեռնոցներ
6. Քացախաթթվի նոսր լուծույթ (3-5%)
7. 0,5% քլորամինի լուծույթ
8. Քլորամինի լուծույթով տարաներ
9. Ժամացույց
10. VIA մեթոդի համար նախատեսված գրանցաձևեր և հաշվետվության ձևաթերթեր:

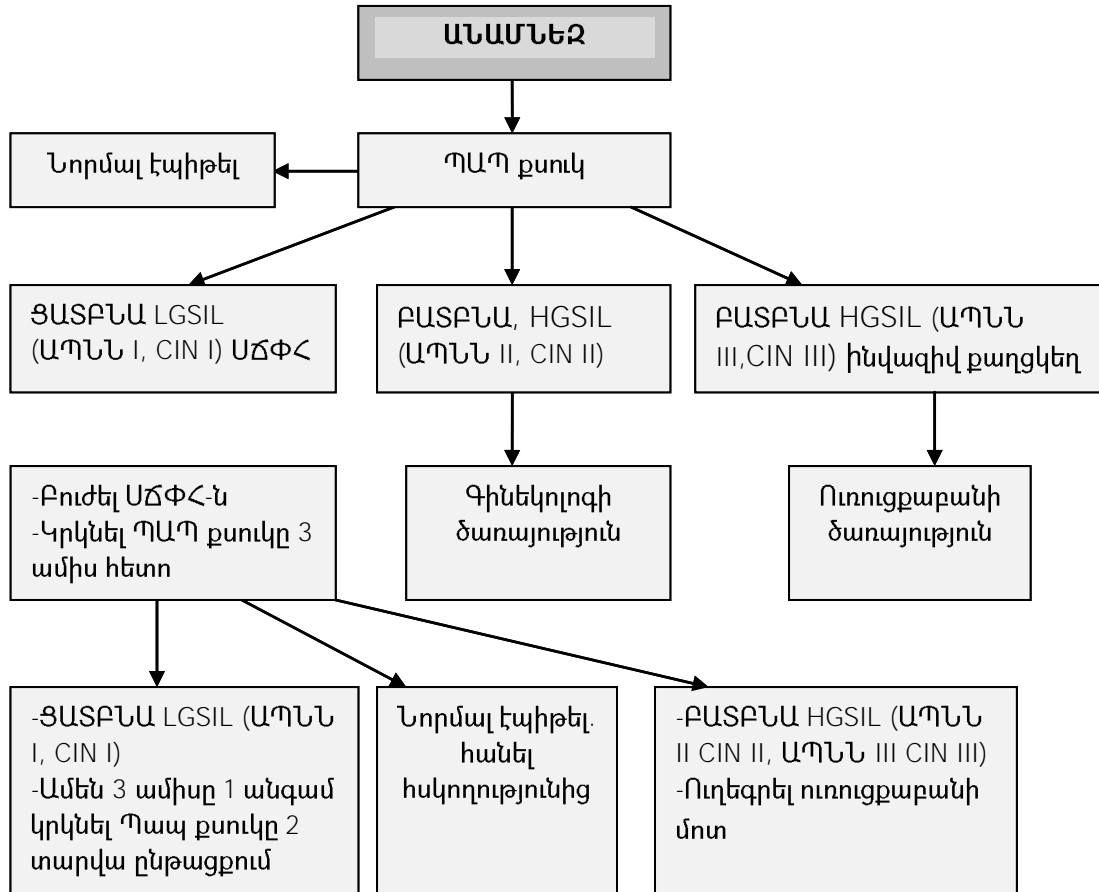
Վարման և հսկման ալգորիթմ արգանդի պարանոցի բջջաբանական տարբեր ախտաբանությունների դեպքում (ԱՀԿ)



Հավելված 3
Ախտաբանական արդյունքով ՊԱՊ քսուկների վարումը (ԱՀԿ)



Ընտանեկան բժշկի գործառույթի շրջանակները՝ արգանդի պարանոցի նախաքաղցկեղային վիճակները վարելու գործում (ԱՀԿ)



Արգանդի պարանոցի քաղցկեղի սքրինինգի տարբեր մեթոդների համեմատական վերլուծություն

	Մեթոդը	Մեթոդի նկարագրությունը	Իրականացման տեխնիկան	Թեսթի զգայունությունը	Թեսթի սպեցիֆիկությունը
1.	ՄՊՎ տիպավորում	<p>ՄՊՎ թեսթը ստուգում է մարդու Պապիլոմավիրուսային վարակի գենետիկ նյութի առկայությունը մարդու օրգանիզմում:</p> <p>ՊԱՊ թեսթի նման, ՄՊՎ թեսթն իրականացվում է արգանդի պարանոցից վերցված քուկից /արգանդի պարանոցից վերցված բջիջներից/:</p> <p>ՄՊՎ հետազոտությամբ ստուգվում է ՄՊՎ վարակի բարձր օնկոգենությամբ օժտված տեսակների առկայությունը այն կանանց մոտ, որոնց ՊԱՊ թեսթի արդյունքները ցույց են տվել աստիպիկ տափակ բջիներ /USP, ASC/:</p> <p>Այս թեսթի միջոցով ի հայտ են</p>	<p>Մինչև ՄՊՎ թեսթի իրականացումից առաջ պետք չէ կատարել ներլվացում, օգտագործել վիրախճուծներ կամ հեշտոցային դեղամիջոցներ, գոնե 48 ժամվա ընթացքում</p> <p>Թեսթի իրականացումից առաջ անհրաժեշտ է դատարկել միզապարկը, ինչպես ավելի հարմարավետության, այնպես էլ հետազոտությունը ավելի ճիշտ կազմակերպելու նպատակով:</p> <p>Թեսթը անցնելուց առաջ անհրաժեշտ է խոսել բժշկի հետ կապված բոլոր այն մտավայրային հետ, որոնք կհանրահան կապված թեսթի իրականացման անհրաժեշտու-</p>	<p>ՄՊՎ թեսթը բարձր զգայունություն ունեցող թեսթ է. այնուամենայնիվ, բարձր զգայունությամբ թեսթի ներդրումը հանգեցնում է թեսթի սպեցիֆիկության իջեցմանը: Եթե սպեցիֆիկությունն իջնում է, մեծանում է կեղծ դրական արդյունքների հավանականություն և շատ կանանց համար ովքեր հիվանդություն չունեն, մեծանում է կոլպոսկոպիայի, ինվազիվ միջամտությունների և չհիմնավորված բուժում ստանալու</p>	<p>ՄՊՎ թեսթի սպեցիֆիկությունը կազմում է 73%-ից 79% (ԱՊՆՆ 3 (CIN III) կամ ավելի բարձր ի հայտ բերելու համար) [5] մինչև 93% (ԱՊՆՆ2-ի (CIN II) հայտնաբերելու նպատակով)</p>

		<p>բերվում ՄՊՎ վարակի մեկ կամ մի քանի բարձր ուռուցքաձին հատկանիշներով օժտված տեսակներ:</p> <p>Եթե ՄՊՎ թեսթը ցույց է տալիս, որ առկա են ՄՊՎ վարակի բարձր վտանգավորության տեսակները /շտամներ/, ցուցված են հետագա հետազոտություններ /օրինակ, կոլպոսկոպիա և արգանդի պարանոցի բիոպսիա/:</p> <p>ՄՊՎ թեսթը կարող է իրականացվել ՊԱՊ թեսթի հետ: Այս թեսթի արդյունքները կարող են օգնել բուժաշխատողին՝ որոշելու, թե արդյոք անհրաժեշտ է իրականացնել այլ թեսթեր, թե ոչ:</p>	<p>թյան, դրա վտանգների, թեսթի բուն իրականացման, ինչպես նաև թեսթի արդյունքների վերաբերյալ:</p> <p>Բուժաշխատողը կնոջ հեշտոցում հայելի է տեղադրում /չի թույլատրվում կիրառել լուբրիկացնող որևէ քսուկ/, որից հետո վերցվում են բջիջներ՝ արգանդի պարանոցի արտաքին բացվածքից կամ օղից՝ կիրառելով պարանոցային շպատելը:</p> <p>Էնդոցերվիկալ խոզանակը պատեցվում է պարանոցի կենտրոնական բացվածքում /պարանոցային խողովակում/ նույն կերպ, ինչպես և ՊԱՊ թեսթի ժամանակ:</p>	<p>հավանականությունը:</p> <p>ՄՊՎ թեսթի զգայունությունը կազմում է 88%-ից 91% (ԱՊՆՆ 3 ,CIN III) և ավելի բարձր աստիճանի ախտահարումները հայտնաբերելու նպատակով մինչև 97% (ԱՊՆՆ2 CIN II) ի հայտ բերելու նպատակով:</p> <p>Համեմատած ՊԱՊ թեսթի հետ, ՄՊՎ թեսթավորումը ավելի մեծ զգայունություննի պարանոցային ներէպիթելային նեոպլազիաների հայտնաբերման մեջ:</p>	
2.	Հեղուկի վրա հիմնված /միաշերտ/ ցիտոլոգիա	<p>Այս մեթոդը սկսեց կիրառվել 1990-ականների կեսերից, երբ սկսեցին կիրառվել հետազոտության մեթոդներ, որի դեպքում</p>	<p>Բուժաշխատողը կնոջ հեշտոցում հայելի է տեղադրում, որից հետո վերցվում են բջիջներ՝ արգանդի պարանոցի արտաքին բաց-</p>	<p>Հեղուկի վրա հիմնված միաշերտ բջջաբանական հետազոտության զգայունությունը կազմում է 61%-66%:</p>	<p>Սպեցիֆիկությունը կազմում է 82%-91%:</p>

	<p>նմուշը տեղադրվում էր հեղուկ միջավայրով լցված անոթի մեջ, որի շնորհիվ պահպանվում էին բջիջները:</p> <p>Երկու տեսակներն են՝ Sure-Path (TriPath Imaging) և Thin-Prep (Cytoc corp). Կիրառվող հեղուկ միջավայրերն են՝ էթանոլը և մեթանոլը՝ ThinPrep-համար:</p> <p>Տեղադրվելով սրվակի մեջ փորձանմուշը մշակվում է լաբորատորիայում մինչև բջիջների մեկ բարակ շերտը, ներկվում է և հետազոտվում է լուսային մանրադիտակով:</p> <p>Հեղուկ նմուշն ունի այն առավելությունը, որ հարմար է բարձր վտանգավորության ՄՊՎ թեսթավորման համար, որով հնարավոր է նվազեցնել որակապես անբավարար նմուշների</p>	<p>վաճքից կամ օդից՝ կիրառելով էլլաբերիի շպատելը:</p> <p>Էնդոցերվիկալ խոզանակը պատեցվում է պարանոցի կենտրոնական բացվածքում /պարանոցային խողովակում/:</p> <p>Հեղուկի վրա հիմնված ցիտոլոգիայի դեպքում ՊԱՊ քսուկը ընկղմվում է ապակե անոթի մեջ, որը լցված է հատուկ պահպանիչ հեղուկով /որը պահպանում է բջիջները/՝ մինչև դրա բջջաբանական լաբորատորիա տեղափոխումը, որտեղ այն արդեն տեղադրվում է առարկայական ապակու վրա՝ հետագա հետազոտությունն իրականացնելու նպատակով:</p>		
--	---	--	--	--

		առկայությունը՝ 4.1% 2.6%: Նմուշի ճիշտ վերցնումն էական է՝ թեսթի ճշգրտության նկատառումներով, քանզի այն բջիջը, որը նմուշի մեջ չէ, չի կարող գնահատվել:			
3.	ՊԱՊ /Pap/ թեսթ	<p>Բջջաբանական հետազոտության ամենաբարձր սպեցիֆիկություն ունեցող մեթոդներից է, որը լայնորեն ներդրվում է աշխարհի շատ զարգացած երկրներում որպես սքրինինգային ծրագրերի մի մաս:</p> <p>Բջիջները ներկվում են՝ հիմնվելով ՊԱՊանիկոլաուի մեթոդի վրա, որի ժամանակ գունանյութերն ու թթուները ընտրողական կարգով պահվում են բջիջների կողմից: Չներկված բջիջները չեն երևում լուսային մանրադիտակով:</p> <p>Ի հավելումն սրա, ՊԱՊ թեսթի ոչ նորմալ արդյունքների դեպքում կարող է իրականացվել ՄՊՎ</p>	<p>Բուժաշխատողը կնոջ հեշտոցում հայելի է տեղադրում /չի թույլատրվում կիրառել լուբրիկացնող որևէ քսուկ/, որից հետո վերցվում են բջիջներ՝ արգանդի պարանոցի արտաքին բացվածքից կամ օղից՝ կիրառելով էյլսբերիի շպատելը:</p> <p>Էնդոցերվիկալ խոզանակը պտտեցվում է պարանոցի կենտրոնական բացվածքում /պարանոցային խողովակում/: Նմուշները տեղադրվում են առարկայական ապակու վրա, ֆիքսվում ֆիքսատորով և տեղափոխվում լաբորատորիա՝ ստուգման:</p> <p>ՊԱՊ թեսթի պարագայում,</p>	Զգայունությունը 72%:	Սպեցիֆիկությունը 94%:

		<p>թեսթ կամ երբ ցուցվում է երկու հետազոտություն, ՊԱՊ թեսթ և ՄՊՎ տիպավորում:</p>	<p>բժիշկը, ով արգանդի պարանոցից վերցնում է բջջաբանական նմուշը, այն տեղադրում է առարկայական ապակու վրա և ֆիքսում է հատուկ ֆիքսատորով, որից հետո այն ուղարկվում է լաբորատորիա, որտեղ համապատասխան գունանյութերով ներկելուց հետո այն տեղադրվում է լուսային մանրադիտակի տակ և հետազոտվում:</p> <p>Լավագույն արդյունքներ ստանալու համար ՊԱՊ թեսթը չպետք է իրականացվի կնոջ դաշտանի ժամանակ, հատկապես երբ առկա է առատ արյունային արտադրություն, քանզի էնդոմետրիալ /արգանդի լորձաթաղանթի շերտից սերվող/ բջիջները կարող են ծածկել պարանոցային բջիջները:</p>		
--	--	---	--	--	--

			<p>ՊԱՊ թեսթի վերցնումը չպետք է ուղեկցվի ցավով, սակայն ցավ կարող է լինել, եթե պացիենտի մոտ կան չբուժված մի շարք հիվանդություններ /պարանոցի նեղացում, վագինիզմ և այլն/ կամ առկա են կատարման տեխնիկայի հետ կապված խնդիրներ:</p> <p>Թեսթի իրականացումից հետո շատ կանայք կարող են ունենալ թեթև քսվող բնույթի արյունահոսություն կամ փորլուծություն:</p> <p>Կարիք չկա կիրառել ստերիլ ջուր կարելի է գործածել լուբրիկացնող որևէ հեղուկ/գել՝ հեշտոցային հայելիների մակերեսին քսելու համար, որով կարելի է մեղմել տեղադրման ժամանակ ի հայտ եկող ցավը և չի անդրադառնում ՊԱՊ քսուկի որակի վրա:</p>		
4.	VIA մեթոդ	Հետազոտման տեսողական մեթոդները արգանդի պարանոցի	Քացախաթթվով վիզուալ զննման ժամանակ (VIA), պարանոցի վրա	Զգայունություն՝ 74%	Սպեցիֆիկություն՝ 94% (Sankaranarayanan et

		<p>ախտաբանության հայտնաբերման մեթոդներից են, որոնք թույլ են տալիս ի հայտ բերելու պարանոցի ախտահարումները՝ առանց բջջաբանական հետազոտության:</p> <p>Տեսողական հետազոտությունն ուղղված է հայտնաբերելու նախաքաղցկեղային վիճակները:</p> <p>Այս միջոցառումներով հնարավոր է շրջանցել հատուկ լաբորատորիաներ ունենալու և նմուշների տեղափոխումն իրականացնելու անհրաժեշտությունը, քանի որ դրանք նվազագույն քանակությամբ սարքավորումներ են պահանջում:</p> <p>Ի թիվս այլ մեթոդների՝ VIA մեթոդը կիրառվում է այն դեպքերում, երբ ՊԱՊ թեսթը մատչելի կամ հասանելի չէ: Քացախաթթվի</p>	<p>բամբակյա վիրախճուճով տեղադրվում է 5% քացախաթթվի լուծույթ և թողնվում է 30-60 վայրկյան, որից հետո պարանոցը սովորաբար հետազոտվում է անզեն աչքով և հետազոտման լամպով:</p> <p>Նախաքաղցկեղային բնույթի ախտահարումները, որոնց դեպքում բարձր է ներբջջային պրոտեինների պարունակությունը, սպիտակ գունավորում են ստանում քացախաթթվով ներկելուց հետո: Առանց նախաքաղցկեղային փոփոխությունների նորմալ պարանոցը չի փոխում իր գունային երանգավորումը:</p> <p>Միջոցառումը կարող են հաջողությամբ իրականացնել բժիշկները, բուժքույրերը, կամ պրոֆեսիոնալ մանկաբարձու-</p>	<p>Ցածր ռեսուրսներով երկրներում VIA մեթոդը ՊԱՊ թեսթի նկատմամբ ունի որոշակի առավելություններ՝ հատկապես կապված ընդգրկման ավելի մեծ ծավալի, հետագա հսկողության և ծրագրի որակական կողմերի հետ:</p>	<p>al, 2003)</p>
--	--	--	---	--	------------------

	<p>/սպիտակ քացախաթթվի/ կամ Լյուգոլի յոդային լուծույթի կիրառումը թույլ է տալիս ի հայտ բերել նախաքաղցկեղային ախտահարումները այնպես, որպեսզի նրանք տեսանելի լինեն մերկ աչքով: Այս մեթոդի կիրառումը հնարավորություն է ընձեռում նախաքաղցկեղային վիճակների հայտնաբերումը լաբորատորիայից տեղափոխել կլինիկա:</p> <p>Որպես սքրինինգային թեսթ՝ VIA-ն ևս կարող է լավ սքրինինգային գործիք հանդիսանալ, երբեմն ավելի ճշգրիտ՝ պարանոցի նախաքաղցկեղային ախտաբանությունները հայտնաբերելու գործում: Սա ցույց է տրվել մի շարք հետազոտություններում, որտեղ վերապատրաստված բժիշկները և միջին բուժաշխատողները ճշգրիտ ախտորոշում են</p>	<p>հիները՝ համապատասխան վերապատրաստման դասընթաց անցնելուց հետո:</p>		
--	--	---	--	--

		իրականացրել՝ պարանոցի քաղցկեղի զարգացման տեսանկյունից վտանգի բարձր խմբում գտնվող կանանց 45%-79% շրջանում:			
5.	VILLI մեթոդ	VILLI մեթոդը տեսողական հետազոտման մեթոդներից է: Այստեղ, արգանդի պարանոցի ներկման համար որպես գունանյութ օգտագործվում է Լյուզոլի յոդային լուծույթը: Արգանդի պարանոցի բազմաշերտ տափակ չեղջերացող էպիթելը պարունակում է գլիկոգեն, մինչդեռ նախաքաղցկեղային ախտահարումները կամ հնվազիվ քաղցկեղը շատ քիչ քանակությամբ գլիկոգեն է պարունակում կամ չի պարունակում ընդհանրապես: Յոդը գլիկոֆիլ է և կլանվում է եղջրացող էպիթելի կողմից	VILLI մեթոդի ժամանակ հեշտոցային հայելիները տեղադրելուց հետո բուժաշխատողը Լյուզոլի յոդային լուծույթ է տեղադրում արգանդի պարանոցի վրա՝ անգեն աչքով դիտելու պարանոցը՝ գունային փոփոխություններ ի հայտ բերելու նպատակով: Պարզելու, թե արդյոք թեսթը դրական/կամ բացասական է՝ հնարավոր նախաքաղցկեղային վիճակների հաստատման /կամ բացառման տեսանկյունից: Նախաքաղցկեղային ախտահարումները և հնվազիվ քաղցկեղը յոդը չեն կլանում (քանզի	Զգայունություն՝ 87.2% Մեթոդի առավելությունները. Հեշտ է իրականացնել, քանզի մեծ հագեցվածություն չի պահանջում: Ցածր գնային արժեք և պահպանման ծախսեր: Բուժաշխատողների տարբեր խմբեր այն կարող են իրականացնել: Ունի բարձր զգայունություն՝ կեղծ բացասական արդյունքների ցածր հարաբերակցությամբ: Արդյունքները պարզ են դառնում անմիջապես:	Սպեցիֆիկություն՝ 84.7% (Sankaranarayanan et al, 2003)

		<p>ներկելով այն կապտամանուշակագույն կամ սև:</p> <p>Գլանաձև էպիթելը չի փոխում գույնը, քանզի այն գլիկոգեն չի պարունակում:</p> <p>Ոչ հասուն մետապլազիան և բորբոքային ախտահարումները լավագույն դեպքում մասնակի են գլիկոգենացված և, ներկման դեպքում, երևում են որպես ցրված, վատ գծագրված կլանման տեղամասեր:</p>	<p>գլիկոգեն չեն պարունակում կամ քիչ են պարունակում) և երևում են որպես լավ սահմանազատված, հաստ, դեղնակաթնագույն կամ բաց դեղին գունավորմամբ տեղամասեր:</p>	<p>Նվազում է հետագա հսկողության կորուստը:</p>	
--	--	--	--	---	--

ՊԱՊ թեսթավորման համար անհրաժեշտ պայմաններ և պահանջներ		
Կնոջ բնութագրիչները	Ցուցումը	Նպատակը
Երբեք սեռական հարաբերություն չեն ունեցել	Դեռևս չունի թեսթն անցնելու անհրաժեշտություն	ՄՊՎ-ն սովորաբար տարածվում է սեռական ճանապարհով
21 տարեկանից ցածր տարիք՝ անկախ սեռական կյանքի պատմությունից	Թեսթ չկա	Ավելի շատ վնաս, քան օգուտ է բերում
20-25 տարեկան հասակ՝ մինչև 50-60 տարեկանը	Թեսթի իրականացում յուրաքանչյուր 3-5 տարին մեկ անգամ, եթե արդյունքները նորմալ են	Առաջարկների լայն շրջանակ
65 տարեկանից բարձր՝ անամենագում թեսթերի նորմալ արդյունքներ	Ոչ մի հետագա թեսթավորման անհրաժեշտություն չկա	Առաջարկվում/երաշխավորվում է արգանդի պարանոցի քաղցկեղի մի շարք առաջատար կազմակերպությունների կողմից արգանդի պարանոցի քաղցկեղի մի շարք միջազգային կազմակերպությունների և կառույցների կողմից /USPSTF, ACOG, ACS և ASCP/
Ունեցել են տոտալ հիստերեկտոմիա ոչ ուռուցքային հիվանդության առիթով պարանոցը հեռացված է	Հետագա թեսթավորման անհրաժեշտություն չկա	Հիստերեկտոմիայի վտանգները սքրինինգից հետո գերազանցում են դրա օգուտները
Ունեցել են մասնակի հիստերեկտոմիա. պարանոցն առկա է	Շարունակել անցնել նորմալ թեսթավորումները	
Ստացել են ՄՊՎ պատվաստանյութ	Շարունակել անցնել նորմալ թեսթավորումները	Պատվաստանյութը չի ծածկում ՄՊՎ-ի քաղցկեղածին բոլոր տեսակները

Պացիենտի տվյալները
Մարզ _____
Շրջան _____
Բուժհաստատության անվանումը _____
Տարի _____
Անհատական կոդ _____
Ա.Ա.Հ. _____
Ծննդյան տարեթիվ ____/____/____ (օր, ամիս, տարի)
Հասցե _____
Հեռախոսահամար _____

Նմուշառման գոտի (ընդգծել)	Դաշտ. ցիկլի պատմություն (ընդգծել)	Նախորդ պատասխան (ընդգծել)	Գինեկոլոգ. թերապիա (ընդգծել)
Էկտոցերվիքս/էնդոցերվիքս Հեշտոց/հեշտոցի կամար Վուլվա Ուրիշ _____	Վերջին դաշտան ____/____/____ Անհայտ Նորմալ դաշտան Խախտված դաշտան Դիսֆունկցիոնալ արգանդային արյունահոսություն Հղիություն _____ շաբ. Հետծննդյան _____ շաբ Դաշտանադադար _____ տարի	Անհայտ Նեգատիվ ԱՆԱՏԲ (ASCUS) ԱԳԲ (AGC) ՑԱՏԲՆԱ (LGSIL) ԲԱՏԲՆԱ (HGSIL) Քաղցկեղ(տեսակ) _____ Պաթոլոգիայի հայտնաբերման օր _____	ՆԱՊ Հակաբեղմնավորիչ հաբեր Հորմոնալ փոխլրացնող բուժում Հիստերեկտոմիա Ամպուտացիա Ճառագայթ/քիմիոթե- րապիա Բիոպսիա/LEEP Ուրիշ _____ Թերապիայի/վիրահատ . օր _____

Այլ կլինիկական տեղեկություններ՝ _____

Բժիշկ _____ Ամսաթիվ ____/____/____/

Հավելված 8
Արգանդի պարանոցի բջջաբանական հետազոտության քարտ(ՊԱՊ թեսթ)
(լրացվում է բջջաբանի կողմից)

Պացիենտի տվյալները
Մարզ _____ Շրջան _____ Բուժհաստատության անվանումը _____ Տարի _____ Անհատական կոդ _____
Ա.Ա.Հ. _____
Ծննդյան տարեթիվ ____/____/____/ (օր, ամիս, տարի)
Հասցե _____ Հեռախոսահամար _____

Բավարար (ընդգծել) 1. Առկա է էԷՑԲ 2. ԷՑԲ սակավ է կամ բացակայում է 3. ԷՑԲ ոչ ադեկվատ է (ատրոֆիա, հիստերէկտոմիա) 4. Ծածկված է արյունով (50-75%) 5. Ծածկված է բորբոքային տարրերով (50-75%) 6. Սակավ տափակ բջիջներ 7. Օդում չորացած/վատ պահպանված 8. Որոշ հատվածներում բջիջների մեծ խտություն	Անբավարար (ընդգծել) 1. Ծածկված է բորբոքային տարրերով (>75%) 2. Ծածկված է արյունով (>75%) 3. Անբավարար էպիթելային բջիջներ 4. Անբավարար տափակ էպիթել 5. Օդում չորացած/վատ պահպանված 6. Խիտ բջջայնություն
Առաջնային մեկնաբանություն (ընդգծել) 1. Նեգատիվ 2. Նեգատիվ SIL-ի համար, առկա են էնդոմետրիալ բջիջներ 3. Նեգատիվ-ռեակտիվ/ռեպարատիվ 4. Նեգատիվ-ՆԱՊ-ի փոփոխություններ 5. Նեգատիվ-քիմիո/ճառագայթ. փոփոխ. 6. ԱՆԱՏԲ (ASCUS) 7. ԱՏԲ-Բ (ASC-H)	Այլ մեկնաբանություն (ընդգծել) 1. Բազմաթիվ բորբոքային էլեմենտներ 2. Մեծ քանակությամբ արյուն 3. Եղջերացած բջիջներ 4. Կանդիդա սունկ 5. Սնկի սպորներ 6. Հեշտոցային տրիքոմոնազ 7. Ակտինոմիցետ 8. Բակտերիալ վագինոզ

<p>8. ՅԱՏԲՆԱ (LGSIL)–CIN I</p> <p>9. ԲԱՏԲՆԱ (HGSIL)–CIN II</p> <p>10. ԲԱՏԲՆԱ (HGSIL)–CIN III</p> <p>11. CIN III՝ ինվազիայի կասկածի նշաններով</p> <p>12. Եղջերացող ՏԲՆԱ (SIL), հավանաբար LGSIL, անհրաժեշտ է հետագա հետազոտություն</p> <p>13. Եղջերացող ՏԲՆԱ (SIL), հավանաբար HGSIL, անհրաժեշտ է հետագա հետազոտություն</p> <p>14. Տափակ բջջային քաղցկեղ</p> <p>15. Ատիպիկ էնդոցերվիկալ բջիջներ</p> <p>16. Բջջային ատիպիա (ԲԱՏԲՆԱ vs ԷՑԲ ախտահարում)</p> <p>17. ԷՑԲ ախտահարում, չի բացառվում ադենոկարցինոմա in situ կամ ադենոկարցինոմա</p> <p>18. Առկա են ատիպիկ բջիջներ</p> <p>19. Ատիպիկ գեղձային բջիջներ</p> <p>20. ԱՆԱՏԲ (ASCUS) vs ԱԳԲ (AGC)</p> <p>21. Էնդոմետրիալ ատիպիա, չի բացառվում ԷՄ ախտահարում</p> <p>22. Էնդոցերվիկալ ադենոկարցինոմա</p> <p>23. Էնդոմետրիալ ադենոկարցինոմա</p> <p>24. Ադենոկարցինոմա (պահանջվում է մեկնաբանություն)</p> <p>25. Առկա են չարորակ բջիջներ (պահանջվում է մեկնաբանություն)</p>	<p>9. Հասարակ հերպես</p> <p>10. Ատրոֆիկ քսուկ</p> <p>11. Բարձր սկվամոզ հասունացում</p> <p>12. Ցածր սկվամոզ հասունացում</p> <p>13. Նախընտրելի է հեշտոցային, քան ցերվիկալ քսուկ</p> <p>14. Անբավարար կլինիկական տվյալները դժվարեցնում են բջջաբանական ախտորոշումը</p> <p>15. Կրկնել քսուկը 6-8 շաբաթում</p> <p>16. Կրկնել քսուկը 3-4 ամսում</p> <p>17. Խորհուրդ է տրվում կրկնել քսուկը</p> <p>18. Կրկնել քսուկը հակաբորբոք. բուժումից հետո</p> <p>19. Հետագա հետազոտություն, եթե կլինիկորեն ցուցված է</p> <p>20. Բիոպսիա՝ ճշգրիտ դասակարգման համար</p> <p>21. Կրկնել քսուկը էստրոգենաթերապիայից հետո, եթե չկան հակացուցումներ</p> <p>22. Հնարավոր են ճառագայթումով պայմանավորված փոփոխություններ, SIL-ը չի բացառվում</p> <p>23. Առկա է պարակերատոզ, հնարավոր է ռեակտիվ փոփոխություն կամ SIL, անհրաժեշտ է կլինիկական կորեկցիա</p>
--	---

Սքրինինգային այցերի գրանցամատյանի ձևաթերթ (ԱԱՊ օղակի բուժաշխատողի համար)										
№	Օր/ամիս/տարի	Պացիենտի Ա.Ա.Հ.	Պացիենտի նույնականացման համարը	Տարիք	Հասցե	Սքրինինգն անցկացնողի Ա.Ա.Հ.	Ուղեգրված լաբորատորիայի անվանումը և նմուշի ուղարկման ամսաթիվը	Թեսթի արդյունքը**	Իրականացված գործողություն ***	Պատասխանը տրվել է պացիենտին/Նշանակված հաջորդ այցի օրը****
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										

* Միայն լաբորատոր հետազոտություն պահանջող թեսթերի համար (ցիտոլոգիա, HPV DNA)

** Նշել (հատուկ գույնով, ընդգծելով) թեսթի դրական արդյունքը

*** Նշել, եթե պատասխանը տրվել է պացիենտին

**** Բոլոր ուղեգրված պացիենտների համար պետք է լրացվի քարտ և դրվի արկղի մեջ

Բջջաբանական լաբորատորիայում նմուշների գրանցամատյանի ձևաթերթ								
№	Լաբորատորիայի անվանումը	Նմուշի ուղարկման ամսաթիվը	Ում կողմից է ուղարկվել	Պացիենտի Ա.Ա.Հ.	Ում կողմից է իրականացվել	Հետազոտության արդյունքը	Արդյունքի ուղարկման ամսաթիվը	Մեկնաբանություն
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								

Ուղեգրվող բուժհաստատությունում պացիենտի հետագա հսկողության ձևաթերթ										
N°	Օր/ամիս/տարի	Ուղեգրման կենտրոն	Պացիենտի նույնականացման համարը	Պացիենտի Ա.Ա.Հ., տարիք		Պացիենտի հասցեն	Սքրինինգային թեստի արդյունքը*	Բուժաշխատողի Ա.Ա.Հ.	Ախտորոշումը	Պատասխանը տրվել է պացիենտին/Նշանակված հաջորդ այցի օրը
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										

Հաշվառումը կատարվել է սքրինինգ կենտրոնի կողմից

Մերժման ուղեգիր

Ում է հասցեագրված _____ ամսաթիվ ____/_____/_____/

Սույն նմուշը մերժվել է հետևյալ պատճառներով՝

1. առարկայական ապակու վրա նշված չէ հիվանդի անունը, ազգանունը
2. առարկայական ապակու վրա և ուղեգրում նշված անունները չեն համընկնում
3. առարկայական ապակին վնասված է և վերականգնման ենթակա չէ
4. նշված չէ հիվանդի հասցեն

Խնդրվում է մտցնել համապատասխան ուղղումներ և դարձյալ ուղարկել նմուշը լաբորատոր ուսումնասիրության համար:

Շնորհակալություն

Լաբորատորիայի անվանումը _____

Հասցեն, հեռախոսներ _____

Պատասխանատու անձի անունը, ազգանունը _____

ԳՐԱԿԱՆՈՒԹՅՈՒՆ

1. ACCP. Visual screening approaches: Promising alternative screening strategies. Cervical Cancer Prevention Fact Sheet, October, 2002.
2. Arbyn M., Antilla A, Jordan J., et al. European Guidelines for quality assurance in cervical cancer screening, Second Edition, International Agency for Research in Cancer, 2008.
3. Arbyn M., Herbert A., Schenck U. European Guidelines for quality assurance in cervical cancer screening: Recommendations for collecting samples for conventional and liquid-based cytology; *Cytopathology* 2007;18: 133-9.
4. Armenia Health System Performance Assessment Report 2009, World Health Organization. Copenhagen. 2009.
5. Armenia Health System Performance Assessment Report 2012, National Institute of Health, Ministry of Health RA, Armenia, Yerevan 2013.
6. Armenia Health System Performance Assessment Report 2013, National Institute of Health, Ministry of Health RA, Armenia, Yerevan, 2013.
7. Baay M., Verhoeven V., et al. The prevalence of the human papillomavirus in cervix and vagina in low-risk and high-risk populations.// *Scand J Infect Diseases*, 2004;36(6-7):456-9.
8. Baldauf J.-J., Dreyfus M., Ritter J., et al. Screening histories of incidence cases of cervical cancer and high grade SIL. A comparison, *Acta Cytol.* 1997;41(5):1431-8.
9. Bayram M., Boyunaga H., Diribas K., et al. The detection of urinal neopterin concentration increases the efficiency of cervical smear in the diagnosis of cervical cancer, *Acta Medica (Hradec Kralove)*, 2004;47(2):125-8.
10. Berg A., Atkins D. Screening for cervical cancer; Recommendations and Rationale; US Preventive Task Force; 2012.

11. Cervical Cancer, causes, risk factors and prevention topics; American Cancer Society; <http://www.cancer.org/cancer/cervicalcancer/detailedguide/cervicalcancer-risk-factors>
12. Cibas E., Ducatman B. Cytology, Diagnostic principles and clinical correlates; 2009.
13. Cytology Stuff.com, A Free Cytology Webinar, Anal Cytology Screening; 2014 Hologic Inc; www.cytologystuff.com
14. Eurocytology; A Multi- national collaboration funded by the Leonardo Da Vinci Foundation., www.eurocytology.eu
15. Gaffikin L., Lauterbach M., et al. Safety, acceptability and feasibility of a single visit approach to cervical cancer prevention: Results from a demonstration project in Ghana; Ridge Hospital, Accra; Ghana Cervicare Group: Adadewoh S., Adu-Amankwah A. et al, JHPIEGO, 2004.
16. Goldman J., Dicker D. Gynaecological oncology, Family Physician, 1994, Issue 22-1, P.5.
17. Gu M., Lin F. Efficacy of cone biopsy of the uterine cervix during frozen section for the evaluation of cervical intraepithelial neoplasia, Grade 3, Am J Clin Pathology, 2004;122(3):383-8.
18. Harrison K.A., Seppala M. Women and market forces, Lancet, 1997, Supplement, P.16.
19. Hill K., Chitashvili T., Panajyan G. Assessment of Non-Communicable Disease Prevention, Screening and Care Best Practices For Women of Reproductive Age in Armenia; USAID/HCI project, 2011.
20. Ishi K., Suzuki F., Yamasaki S., et al. Prevalence of human papillomavirus infection and correlation with cervical lesions in Japanese women, Journal of Obstetrics and Gynaecology, 2004;30(5):380-5.
21. Kjaer S. Epidemiology of HPV infections and cervical cancer: Abstract, 23rd European Congress of Cytologists, Arhus. Sept., 22-25, 1996, Acta Cytology, 1996;40(4):186.
22. Leopold G. Koss. Diagnostic cytology and its histopathologic bases; 2011.

23. Lina Villa L., Denny L. Methods for detection of the HPV infection and its clinical utility; Cervical International Journal of Gynecology and Obstetrics, 2006 Issue 94, Supplement 1, S71-S80; [www.http://screening.iarc.fr/doc/](http://screening.iarc.fr/doc/)
24. Linder J., Zainiser D. ThinPrep Pap testing to reduce false negative cervical cytology, Abstract, 45th Annual Scientific Meeting of the American Society of Cytopathologists, Boston, Mass., Nov. 4-8, 1997, Acta Cytology, 1997;41(5):1577-8.
25. Livasy C., Moore D., Van Le L. The clinical significance of a negative loop electrosurgical cone biopsy for high-grade dysplasia, Obstet Gynecology, 2004;104(2):250-4.
26. Mayrand M.-H., Duarte-Franco E. Human Papillomavirus DNA versus Papanicolaou Screening Tests for Cervical Cancer, New England Journal of Medicine; New England Journal of Medicine 2007. p.1579-88.
27. Mayrand, M-H., Duarte-Franco E. Human Papillomavirus DNA versus Papanicolaou Screening Tests for Cervical Cancer, New England Journal of Medicine; N Engl J Med 2007; 357:1579-88, October 18, 2007.
28. Miller A. Cervical cancer screening programmes: managerial guidelines; World Health Organization, Geneva, 1992.
29. Morabia A, Zhang F. History of medical screening: from concepts to action, Postgrad Med J. 2004;80(946):463-9.
30. Nelson R. Cervical Cancer Screening With Vinegar Reduces Mortality, June 3, 2013.
31. Planning and Implementing cervical cancer prevention and control programs: A Manual for Managers, Seattle: ACCP; 2004.
32. Pretorius R., Zhang W., Belinson J., et al. Colposcopically directed biopsy, random cervical biopsy, and endocervical curettage in the diagnosis of cervical intraepithelial neoplasia II or worse, American Journal of Obstetrics and Gynecology, 2004;191(2):430.

33. Protecting Women and Preserving the Family Core: Cervical Cancer Prevention in Thailand, *Arogya World: Changing the Course of Chronic Disease*; Case Study 3, September 2011.
34. Rayz P. HPV et cancer du col: Dans un contexte nouveau, *Gynecology and Obstetrics*, 199;372:8-9.
35. Richardson C. Cervical cancer screening among women without a cervix. *JAMA*, 2004;292(13).
36. Richart R., Masood Sh. Human Papillomavirus: IAC Task Force summary, *Acta cytology*, 1998;42(1):50-8.
37. Rogers A. Cervical cancer screening—an alternative viewpoint, *West England Medical Journal*, 1996;105:77-9.
38. Sankaranarayanan R., Rajkumar R., Arrossi S. et al. Determinants of participation of women in a cervical cancer visual screening trial in rural south India, *Cancer Detection and Prevention* November-December 2003;27(6):415-523
39. Sankaranarayanan R., Rajkumar R., Arrossi S., et al. Determinants of participation of women in a cervical cancer visual screening trial in rural south India. *Cancer Detection and Prevention* 2003;27(6):415-523.
40. Sankaranarayanan R., Wesley R., Thara S., et al. Test characteristics of visual inspection with 4% acetic acid (VIA) and Lugol's iodine (VILI) in cervical cancer screening in Kerala, India. *International Journal of Cancer* 2003;106(3):404-8.
41. Sankaranarayanan R., Wesley R., Thara S., et al. Test characteristics of visual inspection with 4% acetic acid (VIA) and Lugol's iodine (VILI) in cervical cancer screening in Kerala, India, *International Journal of Cancer*, 2003;106(3):404-8.
42. Saul H. Cervical cancer screening «effective everywhere», *European Journal of Cancer*, 2004;40(10):1459.

43. Sekiya S. Human papillomavirus and cervical cancer, *Asian Medical Journal*, 1996;39(12):652-6.
44. Shaffer M. Papilloma test may be useful to signal cervical cancer recurrence, *Biotechnology Newswatch*, 1995, March, p.12-3.
45. Sherris J., Wittet S. Special Report, Evidence-Based, Alternative Cervical Cancer Screening Approaches in Low-Resource Settings; *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*; 2009;35(3) DOI:10.1363/3514709
46. Single-Visit Approach to Cervical Cancer Prevention: Clinical Standards of Practice and Counseling Guide. *Single-Visit Approach to Cervical Cancer Prevention*; May 2012
47. Sturgis C., Isoe C. Automated PAPNET screening for detection of glandular elements in cervicovaginal smears: A review of 61 cases: Abstract, 45th Annual. Scientific Meeting of the American Society of Cytopathologists, Boston, Mass., Nov. 4-8, *Acta cytology*, 1997;41(5):1575.
48. The International Academy of Cytology, www.cytology-iac.org
49. Torchin D. Col ute'rin: augmentation des cancers de l'intervalle, *Journal of Internal Medicine*, 1992;221:25-6.
50. Van Knebel Doerberitz, M. Pathogenese des Zervixkarzinoms und Bedeutung der Virustypisierung Organerhalten und-rekonstrukt. Therapieerfahr gynecol. Onkol: Beitr. Expert-Workshops. Heidelberg, 12-14 Okt.,1995 Teil I., *Zbl. Gynecol.*,1996;118(6):338.
51. Vet J., Kooijman J. Single-visit approach of cervical cancer screening: See and Treat in Indonesia; *British Journal of Cancer*, 2012, p.1-6 & 2012 *Cancer Research UK*; All rights reserved 0007, September, 2012; www.bjcancer.com
52. VIA method of cervical cancer prevention. *Prevention International: No cervical cancer, PINCC*; <http://www.pincc.org/cervical-cancer/prevention>; 2012.
53. Wesley Y. Naritoku. The proposed Bethesda system 2001 (Bethesda III).

54. What you need to know about the cancer of the cervix, Information about detection and treatment of cervical cancer, NIH publication No 05-2047, National Cancer Institute. <http://www.cancer.gov/cancertopics/wyntk/cervix/page4>.
55. WHO guidelines for screening and treatment of precancerous lesions for cervical cancer prevention; Guidelines, World Health Organization, 2013.
56. Արգանդի վզիկի քաղցկեղի վաղ ախտորոշման, բուժման և կանխարգելման ժամանակակից սկզբունքներ (մոդուլ, ուղեցույց, ազգային ծրագիր), Երևան, 2005:
57. Հաշվետվություն. Հայաստանում առողջության առաջնային պահպանման (ԱԱՊ) մակարդակում կրծքագեղձի քաղցկեղի վաղ հայտնաբերման և արգանդի վզիկի քաղցկեղի սքրինինգի կատարողականի վրա ազդող գործոնների ուսումնասիրության: ԱՄՆ ՄԶԳ ՀԱՀՀ ծրագիր: Երևան, 2012:
58. Бохман Я.В. Руководство по онкогинекологии. Л., Медицина, 1989.
59. Прилепская В.Н. Заболевания шейки матки, влагалища и вульвы (клинические лекции).-М.: «МЕДпресс», 1999, с.432.
60. Сурьянен К. Массовый скрининг рака шейки матки в Финляндии. Докл. на конф. «Новые методы и разработки в онкоморфологии», проведенной в ОНЦ им. Н.Н.Блохина в янв. 1996.
61. Чарквиани Л.И., Кобилкова И.Г., Бохман Я.В. Микроинвазивный рак шейки матки.- Тбилиси: Ганатлеба; 1988, с.154.