

კუძუხ და საზვილოხნოხ ყელიხ კიბოხ
სკრინინბიხა და პროფილაქტიკიხ
ძირითადი ასპექტები



გზამკვლევი პირველადი ჯანდაცვის
სამედიცინო პერსონალისთვის



თბილისის მუნიციპალიტეტი



ეროვნული
სკრინინგ
ცენტრი



გაეროს მოსახლეობის ფონდი

კრებული მომზადებულია გაეროს მოსახლეობის ფონდის საქართველოს ოფისისა და თბილისის მუნიციპალიტეტის მიერ თანადაფინანსებული “ძუძუსა და საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგის” პროგრამის ფარგლებში, რომელიც ხორციელდება ეროვნული სკრინინგ-ცენტრის მიერ.

გაეროს მოსახლეობის ფონდი პასუხს არ აგებს შესაძლო უზუსტობებზე.

კრებულის შედგენაზე იმუშავეს: თამარ ალიბეგაშვილმა, მარიამ ჭიპაშვილმა, ლევან ჯუღელმა, თამარ ჩარკვიანმა, ნინო ქართველიშვილმა.

სარჩევი

წინასიტყვაობა	1
1. ეპიდემიოლოგია	3
2. ავთვისებიან სიმსივნეთა კონტროლის კომპონენტები	5
3. პირველადი ჯანდაცვის რგოლის მნიშვნელობა	5
4. ძუძუს ავთვისებიანი სიმსივნის განვითარების რისკ-ფაქტორები	6
4.1 კიბოს ბიოლოგიური ასპექტები	6
4.2 BRCA 1 და BRCA 2	6
4.3 ოჯახური ანამნეზი	7
4.4 რეპროდუქციული ფაქტორები და ენდოგენური ჰორმონები	7
4.5 ეგზოგენური ჰორმონები	7
4.6 რადიაცია	8
4.7 თამბაქოს მოხმარება	8
4.8 ინფექციები	8
4.9 ალკოჰოლი	8
4.10 დიეტა, სიმსუქნე, ფიზიკური აქტივობა	8
5. ძუძუს ანატომია და ფიზიოლოგია	9
6. ძუძუს ინფექციური დაავადებები	9
6.1 ლაქტაციური მასტიტი	9
6.2 ძუძუს ლაქტაციური აბსცესი	10
6.3 მორეციდივე სუბარეოლური აბსცესი	10
6.4 საოფლე ჯირკვლის კისტები	10
6.5 ძუძუს ტუბერკულოზი	10
7. ძუძუს სიმსივნეები	10
7.1 ძუძუს კეთილთვისებიანი დაავადებები	11
7.2 ძუძუს ავთვისებიანი სიმსივნეები	12
7.2.1 ძუძუს ავთვისებიანი სიმსივნეების მორფოლოგიური ტიპები	15
7.3 ძუძუს კიბოს მკურნალობის ზოგადი პრინციპები	16
8. ძუძუს ავთვისებიანი სიმსივნეების სკრინინგი	16
8.1 სკრინინგის მნიშვნელობა	17
8.2 სკრინინგის პროტოკოლი	17
8.3 ძუძუს სკრინინგის პროგრამა საქართველოში	18
9. ძუძუს კიბოს გამოკვლევის მეთოდები	18
9.1 ძუძუს თვითგასინჯვა	18
9.2 ძუძუს კლინიკური გასინჯვა	19
9.3 მამოგრაფიული გამოკვლევა	21
9.4 ძუძუს გამოსახულების, შეფასებისა და მეთვალყურეობის სისტემა (BIRADS-ACR)	22
9.5 წვრილნემსიანი ასპირაციული ციტოლოგიური კვლევა (FNAC)	23
10. რეკომენდაციები ოჯახის ექიმებისათვის	23
დანართები	26
ხშირად დასმული კითხვები ძუძუს დაავადებების შესახებ	29
გამოყენებული ლიტერატურა	31

11. საშვილოსნოს ყელის კიბოს განვითარების რისკ-ფაქტორები	32
11.1 საშვილოსნოს ყელის კიბოს კარცინოგენეზი (HPV ინფექცია, HPV ტიპები, აგებულობა, ინფექციების მექანიზმი)	32
11.2 ეგზოგენური ჰორმონების როლი	33
12. საშვილოსნოს ყელის ჰისტოლოგია, ანატომია და ფიზიოლოგია	33
13. კიბოსწინა დაავადებები	35
14. საშვილოსნოს ყელის კიბოს ცნება, კლინიკური სიმპტომები, FIGO-ს კლასიფიკაცია	38
14.1 საშვილოსნოს ყელის კიბოს სტადიები FIGO-ს მიხედვით	39
15. საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგი	40
15.1 საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგი საქართველოში	42
15.2 საშვილოსნოს ყელის კიბოს Pap-ტესტზე დაფუძნებული სკრინინგი	42
15.2.1 PAP ტესტი	42
15.2.2 საშვილოსნოს ყელის ციტოლოგიურ დიაგნოსტიკაში გამოყენებულ ტერმინთა თაობაზე	50
15.2.3 ბეტესდას კლასიფიკაცია (2001)	51
15.2.4 Pap-ტესტის ინტერპრეტაცია	53
15.2.5 საშვილოსნოს ყელის კიბოს სტადიები FIGO-ს მიხედვით	56
15.2.6 საშვილოსნოს ყელის ავთვისებიანი სიმსივნეების ჯანმოს (WHO) მიერ მოწოდებული კლასიფიკაცია	57
15.2.7 კოლპოსკოპია	59
15.3 საშვილოსნოს ყელის კიბოს სხვა სკრინინგ ტესტები	60
15.3.1 HPV-ტესტი	60
15.3.2 სკრინინგის ვიზუალური ტესტები (VIA და VILI)	60
16. საშვილოსნოს ყელის კიბოს და კიბოსწინა დაავადებების მკურნალობის მეთოდები	61
16.1 დაზიანებული უბნის ამოკვეთა	61
16.2 ადგილობრივი დესტრუქციული თერაპია (აბლაცია)	62
16.3 CIN 1-ის მართვის რეკომენდაციები	62
16.4 CIN 2, CIN 3-ის მართვის რეკომენდაციები	63
16.5 დაკვირვება მკურნალობის შემდეგ	63
17. HPV ვაქცინაცია	64
<i>ხშირად დასმული კითხვები საშვილოსნოს ყელის დაავადებების შესახებ</i>	<i>65</i>
<i>გამოყენებული ლიტერატურა</i>	<i>67</i>

წინასიტყვაობა

საქართველოში, ისევე როგორც მსოფლიოს სხვა მრავალ ქვეყანაში, ქალთა შორის ძუძუსა და საშვილოსნოს ყელის ავთვისებიანი სიმსივნეები ყველაზე გავრცელებული ონკოლოგიური პათოლოგიებია. დღეისათვის აღნიშნული დაავადებების დროული დიაგნოსტიკა, მკურნალობა და პრევენცია თანამედროვე მედიცინის აქტუალურ პრობლემებს წარმოადგენს. ამ ფაქტის გათვალისწინებით, 2008 წელს UNFPA/საქართველოსა და თბილისის მუნიციპალიტეტთან არსებულ სოციალური დახმარებისა და კულტურის დეპარტამენტის ერთობლივი ინიციატივით და საქართველოს პირველი ლედის პატონაჟით განხორციელება დაიწყო ძუძუსა და საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგის პილოტურმა პროგრამამ. აღნიშნული პროგრამის მიზანს წარმოადგენს: სიკვდილიანობის შემცირება დაავადების ადრეული გამოვლენის გზით; სამიზნე პოპულაციაში ძუძუს კიბოს შემთხვევების ადრეული გამოვლენების მაქსიმალური გაზრდა და სერვისების თანასწორუფლებიანი ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა.

პროგრამის მიზნის მისაღწევად დასახულ ამოცანათა შორის, გარდა დიაგნოსტიკური მეთოდების გაუმჯობესებისა, მნიშვნელოვანია: უზრუნველყოფილ იქნას მიმართვიანობა შესაბამისი სამედიცინო სამსახურებისადმი და მკურნალობის შედეგების შესახებ ინფორმაციის შეგროვება; საზოგადოებისთვის და პირველადი ჯანდაცვის ექიმებისთვის ინფორმაციის მიწოდება ძუძუს და საშვილოსნოს ყელის ავთვისებიანი სიმსივნეების სკრინინგის და მისი მნიშვნელობის შესახებ იოლად გასაგები ფორმით.

აღნიშნული ამოცანების განსახორციელებლად გაეროს მოსახლეობის ფონდის (UNFPA) და ეროვნული სკრინინგ ცენტრის ერთობლივი ინიციატივის საფუძველზე, პირველადი ჯანდაცვის რგოლის ექიმთათვის შეიქმნა **“ძუძუსა და საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგისა და პროფილაქტიკის ძირითადი ასპექტები; გზამკვლევი პირველადი ჯანდაცვის სამედიცინო პერსონალისთვის”** რომლის მიზანია გაიზარდოს პირველადი ჯანდაცვის რგოლის ექიმების როლი სიმსივნური დაავადებების პირველადი და მეორეული პრევენციის საკითხებში. ამ თვალსაზრისით, სასურველია ამაღლდეს ოჯახის/ზოგადი პროფილის ექიმების ცოდნა და უნარ-ჩვევები ძუძუსა და საშვილოსნოს ყელის ავთვისებიანი დაავადებების ეპიდემიოლოგიის, დაავადების განვითარების რისკ - ფაქტორების, გამოვლენების ადრეული სიმპტომების, დროული დიაგნოსტიკის, ძუძუსა და საშვილოსნოს ყელის ავთვისებიანი დაავადებების სკრინინგისა და მისი მნიშვნელობის შესახებ. ვფიქრობთ, ამგვარად უზრუნველყოფილ იქნება პირველადი ჯანდაცვის რგოლის მიერ პაციენტთა დროული მიმართვიანობა სპეციალიზირებულ დაწესებულებებში, რაც შესაბამისად ხელს შეუწყობს სიმსივნური დაავადებების ადრეულ სტადიებზე გამოვლენებასა და შემდგომი მკურნალობის ეფექტურობას. სახელმძღვანელოს შესაბამისი თავი ეთმობა ექიმებისათვის ხშირად დასმულ კითხვებს, რაც ოჯახის/ზოგადი პროფილის ექიმებს გაუადვილებს პაციენტთან ურთიერთობას.

ვფიქრობთ, სახელმძღვანელო დაეხმარება პირველადი ჯანდაცვის რგოლის ექიმებს შეასრულონ მნიშვნელოვანი როლი ძუძუსა და საშვილოსნოს ყელის ავთვისებიანი დაავადებების პრევენციაში, რაც დადებითად აისახება მოსახლეობის ჯანმრთელობის საერთო მდგომარეობის გაუმჯობესებაზე.

1. ეპიდემიოლოგია

ეპიდემიოლოგია წარმოადგენს მედიცინის ერთ-ერთ უძველეს დარგს, რომელიც ფაქტიურად, მასთან ერთად ჩამოყალიბდა. ტერმინი ეპიდემიოლოგია შედგება სამი ბერძნული სიტყვისგან: ეპი – ზე ან შორის; დემოს – ხალხი, მოსახლეობა; ლოგოს - მეცნიერება; თანამედროვე ეპიდემიოლოგია არის მეცნიერება, რომელიც შეისწავლის მოსახლეობაში მასობრივი დაავადებების გავრცელების კანონზომიერებებს, გამომწვევ მიზეზებსა და მათზე დაყრდნობით შეიმუშავებს კონკრეტულ პრევენციულ ღონისძიებებს. განვითარების საწყის ეტაპზე მეცნიერული ეპიდემიოლოგიის ძირითად მიზანს წარმოადგენდა მხოლოდ მასობრივი ინფექციური დაავადებების შესწავლა. ბოლო ათეული წლების განმავლობაში ტერმინი “ეპიდემიოლოგია” გულისხმობს არა მხოლოდ ინფექციურ, არამედ არაინფექციურ სნეულებათა გავრცელებისა და განვითარების გამომწვევ მიზეზთა დეტალურ შესწავლასაც. მსგავს პათოლოგიებს მიეკუთვნებიან ავთვისებიანი სიმსივნეები, გულ-სისხლძარღვთა სისტემის დაავადებები, სხვადასხვა სახის ალერგია და ა.შ.

ავთვისებიანი სიმსივნეების ეტიოლოგიისა და პათოგენეზის დასადგენად, მსოფლიოს ჯანდაცვის ორგანიზაციამ მეცნიერული კვლევების პრიორიტეტულ მიმართულებად ონკოლოგიის დარგში, კიბოს ეპიდემიოლოგიური კვლევა მიიჩნია.

ავთვისებიანი სიმსივნეების ეპიდემიოლოგიური შესწავლის ძირითადი მიზნებია:

- ცალკეულ პოპულაციაში სხვადასხვა ორგანოს ავთვისებიანი სიმსივნის გავრცელების თავისებურებების დადგენა;
- ორგანიზმში სიმსივნური პროცესის განვითარების ხელშემწყობი ან ხელშემშლელი ფაქტორების გამოვლენა;
- პრევენციული ღონისძიებების შემუშავება და დაგეგმვა, კერძოდ:
 - ✧ ონკოლოგიური პათოლოგიის გამომწვევი რისკის-ფაქტორების აღმოფხვრის ან შემცირების (მაგ.: თამბაქოს წვევა) რაციონალური მეთოდების შემუშავება;
 - ✧ მოსახლეობაში და განსაკუთრებით მომატებული რისკის ქვეშ მყოფ კატეგორიაში, ადვილად გასაგები ღექსიკითა და მისაღები მეთოდებით, ავთვისებიანი დაავადებების განვითარების ხელშემშლელი ფაქტორების შესახებ მიზანმიმართული პროპაგანდირება;
 - ✧ კიბოს და კიბოსწინა დაავადებათა ადრეული ფორმების გამოვლენის ახალი მეთოდების შემუშავება, რომლებიც მოსახლეობის მასობრივი სამედიცინო შემოწმების დროს გამოიყენება.

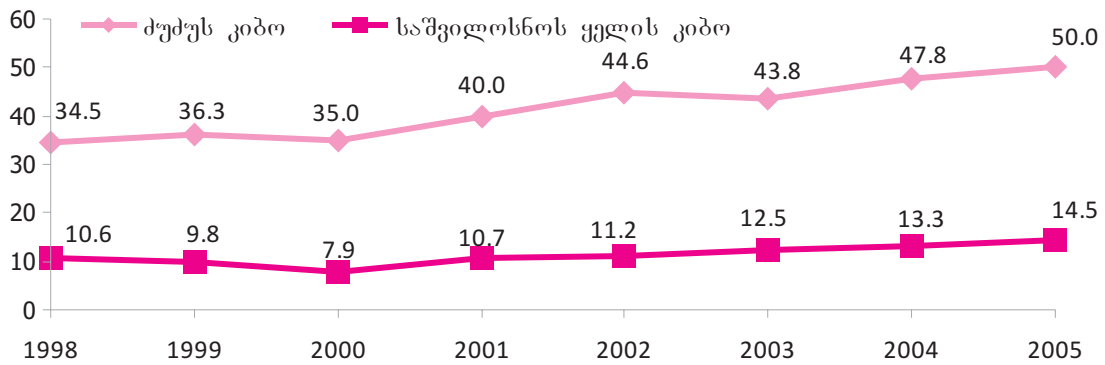
ყოველწლიურად მსოფლიოში, ავთვისებიანი სიმსივნის 10 მილიონი ახალი შემთხვევა ფიქსირდება, ხოლო ამ დაავადებით 6 მილიონი ადამიანი იღუპება. 20 წლის წინ ეს მონაცემები შესაბამისად 6 და 4 მილიონს შეადგენდა. მსოფლიოში მამაკაცთა შორის ყველაზე გავრცელებული ავთვისებიანი სიმსივნეებია ფილტვისა და კუჭის კიბო, ხოლო ზოგიერთ განვითარებულ ქვეყნებში მეტად გავრცელებულია წინამდებარე ჯირკვლის ავთვისებიანი სიმსივნე. მსოფლიოს ქალთა პოპულაციაში, ყველაზე ხშირია ძუძუსა და საშვილოსნოს ყელის ავთვისებიანი სიმსივნეები.

2008 წელს მსოფლიოში დაფიქსირდა 12.4 მილიონი ახალი შემთხვევა, ხოლო სიმსივნით გარდაიცვალა 7.6 მილიონი ადამიანი.

საქართველოში 2007 წლის ბოლოს დაფიქსირდა სიმსივნის 29 065 შემთხვევა, მათ შორის 5 059 (17.4%) კიბოს ახალი შემთხვევა. სქესთა შორის ეს მაჩვენებელი შემდეგნაირად გადანაწილდა: ქალი ახლადდაავადებული - 2 578, ხოლო მამაკაცი - 2 481. მამაკაცებში სიმსივნის ლოკალიზაციის მიხედვით, პირველ ადგილზეა ტრაქეის, ბრონქებისა და ფილტვების ავთვისებიანი სიმსივნეები (603 შემთხვევა), მეორე ადგილზეა – კუჭის კიბო (240 შემთხვევა) და მესამე ადგილზეა – წინამდებარე ჯირკვლის კიბო (186 შემთხვევა), რაც შეეხება ქალებს, აქ პირველ ადგილზეა – ძუძუს კიბო (945 შემთხვევა), მეორე ადგილზე – საშვილოსნოს ყელის კიბო (525 შემთხვევა) და მესამე ადგილზეა – კუჭის კიბო (135 შემთხვევა). 2007 წლის მონაცემებით მთლიან კონტინგენტში, პირველ ადგილზე, ავადობის გავრცელების მიხედვით ქალებში ძუძუს კიბოა – 8 448 შემთხვევა, შემდეგ სასქესო ორგანოების ავთვისებიანი დაავადებები მოდის – 5 206, ხოლო მესამე ადგილზე გავრცელების მიხედვით არის

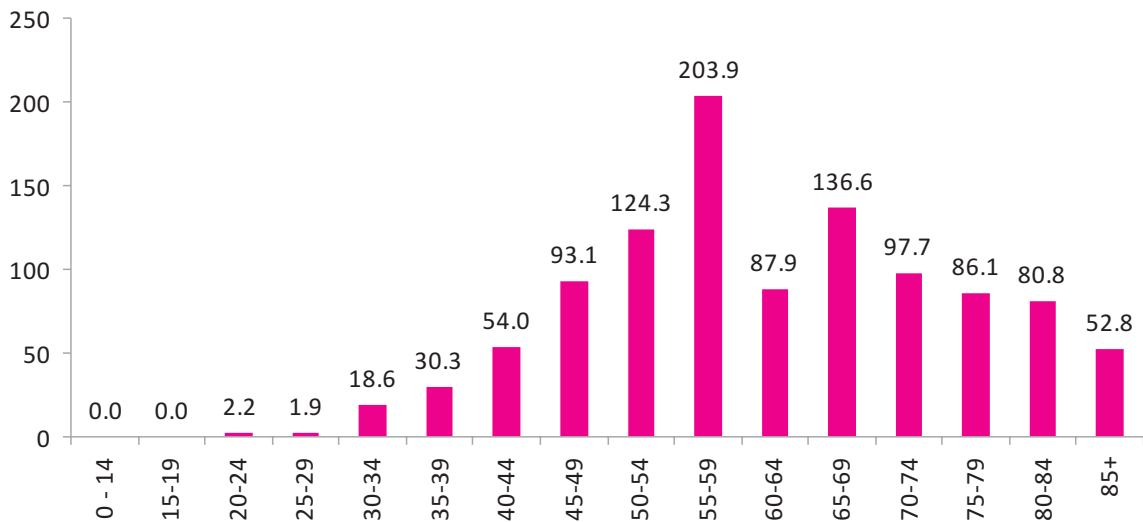
მეზოთელიუმისა და რბილი ქსოვილების სიმსივნეები – 3 241 შემთხვევა.

სიკვდილის მიზეზთა სტრუქტურაში, ავთვისებიანი სიმსივნური დაავადებები გარდაცვალების სიხშირით მეორე ადგილზეა (10.9%), სისხლის მიმოქცევის სისტემის დაავადების მიზეზით გარდაცვალების შემდგომ (66.9%).



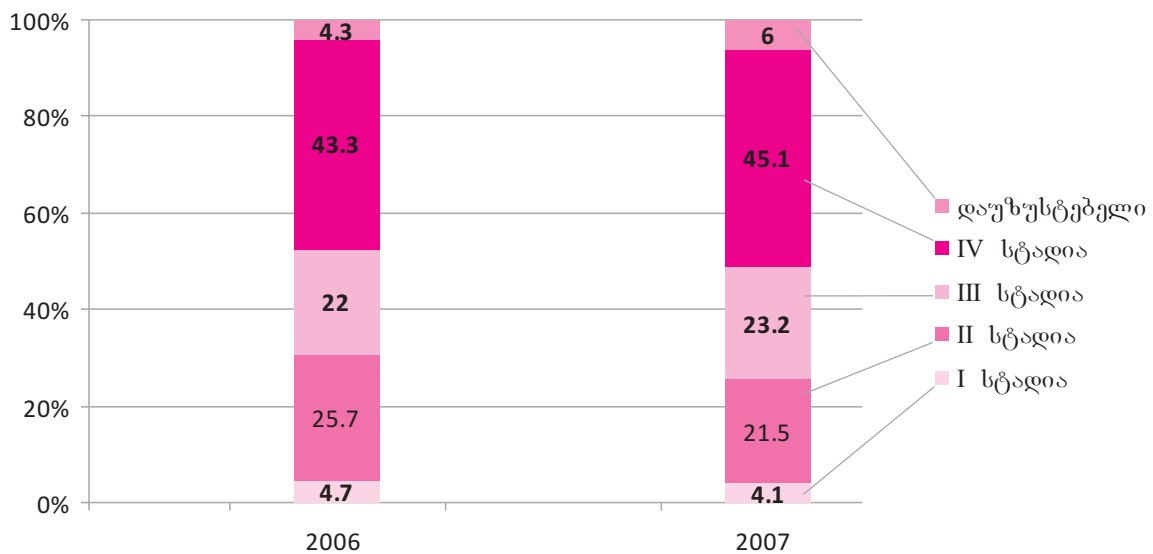
დიაგრამა №1. ბუძუს და საშვილოსნოს ყელის ავთვისებიანი სიმსივნეებით ავადობის მაჩვენებელი. საქართველო, 1998-2005.

წყარო: დაავადებათა კონტროლის და სამედიცინო სტატისტიკის ეროვნული ცენტრი



დიაგრამა №2. ბუძუს ავთვისებიანი სიმსივნეებით ავადობა ქალებში ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით, საქართველო, 2005

წყარო: დაავადებათა კონტროლის და სამედიცინო სტატისტიკის ეროვნული ცენტრი



დიაგრამა №3. ავთვისებიანი სიმსივნეებით ახალი შემთხვევების განაწილება სტადიების მიხედვით (%), საქართველო, 2007

წყარო: დაავადებათა კონტროლის და სამედიცინო სტატისტიკის ეროვნული ცენტრი

2. ავთვისებიან სიმსივნეთა კონტროლის კომპონენტები

მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციის მიერ შემოთავაზებულია ავთვისებიან სიმსივნეთა კონტროლის შემდეგი კომპონენტები:

- **პრევენცია** – ავთვისებიან დაავადებათა კონტროლის ყველაზე ხარჯთეფექტური და ხანგრძლივი მეთოდია. დღეისათვის შესაძლებელია სიმსივნეთა 40%-ის პრევენცია. ავთვისებიან სიმსივნეთა უმრავლესობის განვითარება დაკავშირებულია თამბაქოს მოხმარებასთან, კვების არასწორ რეჟიმთან ან ინფექციურ აგენტებთან. დღეისათვის ძუძუს კიბოს **ადრეულ გამოვლინებასთან** მიმართებაში 2 ძირითადი მიმართულება ჩამოყალიბდა:
 1. ადრეული დიაგნოსტიკა, რომლის მიზანია პოპულაციაში ინფორმირებისა და ცოდნის დონის ამაღლება კიბოს ნიშნებისა და სიმპტომების შესახებ. ასევე, სამედიცინო დაწესებულებებში ადრეული მიმართვიანობის გაზრდა, რაც უზრუნველყოფს პაციენტის დროულ გადაგზავნას სპეციალიზირებულ დაწესებულებებში შესაბამისი დიაგნოსტიკური გამოკვლევებისა და მკურნალობისათვის;
 2. ეროვნული ან რეგიონული სკრინინგი – რომელიც ასიმპტომურ, ჯანმრთელ ადამიანებში გამოავლენს კიბოსწინა დაზიანებებს ან კიბოს ადრეულ სტადიებში, რომლის შედეგადაც შესაძლებელია პაციენტის სპეციალიზირებულ დაწესებულებაში გადაგზავნა, შესაბამისი დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის მიზნით.
- **მკურნალობა** – გულისხმობს სიცოცხლის გახანგრძლივებასა და ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესებას კიბოს დიაგნოზის დადგენის შემთხვევაში. მკურნალობა მეტად ეფექტურია იმ შემთხვევაში, თუ დიაგნოზი დროულად იქნება დადგენილი. მკურნალობის საუკეთესო შედეგია განკურნება ან სიცოცხლის გახანგრძლივება.
- **პალიატიური მოვლა** – გულისხმობს პაციენტისთვის არსებული სიმპტომების შემსუბუქებასა და პაციენტისა და მისი ოჯახის წევრებისათვის ფსიქოსოციალური მხარდაჭერის აღმოჩენას. ემოციური, სულიერი, სოციალური და ეკონომიკური შედეგების გათვალისწინებით, პალიატიურმა მზრუნველობამ, შესაძლოა მნიშვნელოვნად გააუმჯობესოს ცხოვრების ხარისხი.

3. პირველადი ჯანდაცვის რგოლის მნიშვნელობა

პირველადი ჯანდაცვის რგოლის წარმომადგენელთა პროფესიული განათლება ავთვისებიანი სიმსივნეების საკითხებში მეტად მნიშვნელოვანია, ვინაიდან მათი როლი ძირითადად განისაზღვრება ძუძუს კიბოს დროულ გამოვლინებასა და ძუძუს ავთვისებიანი სიმსივნის მქონე პაციენტთა მეთვალყურეობაში. ამდენად აუცილებელია, რომ ზოგადი პროფილის/ოჯახის ექიმებმა იცოდნენ სიმსივნის ადრეული გამოვლინების ნიშნები და სიმპტომები. სიმსივნეთა უმრავლესობის (მაგალითად, საშვილოსნოს ყელი, ძუძუ) დიაგნოსტიკა ხშირად ხდება განვითარების გვიან სტადიებზე (III და IV სტადია). ოჯახის/ზოგადი პროფილის ექიმმა უნდა შეძლოს ადრეული დიაგნოსტიკაზე ინფორმაციის მიწოდება და საეჭვო შემთხვევაში პაციენტი უზრუნველყოს სპეციალიზირებულ ონკოლოგიურ დაწესებულებაში მიმართვით. ადრეულ დიაგნოსტიკას და მკურნალობას უფრო დიდი პროგნოზული მნიშვნელობა აქვს, ვიდრე ძუძუს და საშვილოსნოს ყელის კიბოს მკურნალობას განვითარების გვიან სტადიებზე. ამიტომაც .სიმსივნური დაავადებების დროული გამოვლენის მიზნით, ოჯახის/ზოგადი პროფილის ექიმმა უნდა უზრუნველყოს, შესაბამისი ასაკობრივი და რისკ-ჯგუფის ჯანმრთელი ქალბატონების მიმართვა სკრინინგის პროგრამაში.

ადრეულ სტადიებში გამოვლენილი ძუძუს კიბოს მკურნალობა და ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესება გაცილებით უფრო მარტივია, ვიდრე ეს შესაძლებელია კიბოს შორსწასული ფორმების დროს.

4. ძუძუს ავთვისებიანი სიმსივნის განვითარების რისკ-ფაქტორები:

უკანასკნელი ოცი წლის განმავლობაში, განვითარებულ ქვეყნებში შემცირდა ძუძუს კიბოთი გამოწვეული სიკვდილიანობა, რაც გამოწვეულია დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის მეთოდების გაუმჯობესებით.

ძუძუს ავთვისებიანი სიმსივნეების განვითარების რისკს წარმოადგენს:

- არანამშობიარები ქალები;
- პირველი მშობიარობის გვიანი ასაკი (30 წლის ზემოთ);
- ადრეული მენარხე და გვიანი მენოპაუზა;
- ხანმოკლე ლაქტაცია;
- კონტრაცეპტივების მიღება და ჩანაცვლებითი ჰორმონოთერაპია (რისკი მცირდება მათი მიღების შეწყვეტიდან 5-10 წლის შემდეგ);
- ძუძუს კიბოს ოჯახური ანამნეზი (ძუძუს კიბოს შემთხვევათა მხოლოდ 15%-ია გენეტიკურად განპირობებული);
- მამოგრაფიულად მაღალი სიმკვრივის მქონე ძუძუ;
- თამბაქოს მოხმარება;
- ინფექციური აგენტები.

4.1 კიბოს ბიოლოგიური ასპექტები

ავთვისებიანი პროცესის ერთ-ერთი ძირითადი მახასიათებელი არის პათოლოგიური უჯრედების პროლიფერაცია. ჩვეულებრივ, უჯრედების გამრავლების პროცესი ბიოლოგიური მექანიზმებით იმართება. სიმსივნური დაზიანების დროს დარღვეულია უჯრედების გამრავლების პროცესი. დაზიანებულ ორგანოში იწყება უჯრედთა უკონტროლო ზრდა და შესაძლებელია გავრცელდეს სხვა ორგანოებსა და ქსოვილებში მეტასტაზების სახით. მოლეკულური ბიოლოგიის თანამედროვე მეთოდებით დადგინდა უჯრედების ზრდის ნორმალური მექანიზმი. სიმსივნური პროცესების მოლეკულური საფუძველი მდგომარეობს აბერანტი უჯრედების პროლიფერაციასა და აპოპტოზის პროცესის დარღვევაში. ჯანმრთელ ორგანიზმში უჯრედების ზრდა იმართება პროტო-ონკოგენების ან სუპრესორული გენების მიერ. თუ ქრომოსომებში განვითარდა ტრანსლოკაცია ან რომელიმე გენში მუტაცია, ამ შემთხვევაში პროტოონკოგენმა შესაძლოა დაკარგოს რეგულირების უნარი და გარდაიქმნას ონკოგენად. ავთვისებიანი სიმსივნე წარმოიქმნება ერთი დაზიანებული უჯრედიდან, რომელიც განიცდის პროლიფერაციას წარმოქმნის ადგილზე. ადგილობრივად გავრცელების შემთხვევაში ხდება მეზობელ ორგანოებში ჩაზრდა, ხოლო მეტასტაზირება შესაძლებელია სხვადასხვა გზებით, ლიმფური (ლიმფურ კვანძებში) ან სისხლძარღვოვანი სისტემებით. მეტასტაზები არის ავთვისებიანი სიმსივნით გარდაცვალების ძირითადი მიზეზი.

4.2 BRCA1 და BRCA2

ძუძუს კიბოს ოჯახური ანამნეზის მქონე ქალთა მხოლოდ მცირე ნაწილია მუტაციის მტარებელი. BRCA მუტაცია მნიშვნელოვნად ზრდის ძუძუს კიბოს განვითარების რისკს. 70 წელზე მეტი ასაკის ქალებში, BRCA1 ან BRCA2 მუტაციით, ძუძუს კიბოს განვითარების რისკი 80%-ს შეადგენს. ჩატარებული კლინიკური კვლევის მიხედვით, 2 სმ-ზე ნაკლები დიამეტრის სიმსივნის მამოგრამაზე იდენტიფიცირება შესაძლოა არ მოხდეს მუტაციის მტარებელ ქალბატონებში არამტარებლებთან შედარებით. ამავე კვლევით, BRCA1 მუტაციის მტარებლებში მამოგრამაზე ძუძუს სიმკვრივე მომატებულია, ამავე მუტაციის არამტარებელ ქალბატონებთან შედარებით. აღნიშნული კვლევის მიხედვით ყოველწლიურად BRCA მუტაციის მტარებლები ავადდებიან სიხშირით 33: 1000 ქალზე ყოველწლიურად, 8.4 : 1000 ძუძუს კიბოს განვითარების მაღალი რისკი მქონე ოჯახის წევრების არსებობისას და 3.3 : 1000 იმ ქალებში, რომლებსაც ძუძუს კიბოს განვითარების რისკი გააჩნიათ. აქვე გამოითქვა მოსაზრება, რომ მამოგრაფიული სკრინინგი შესაძლოა არ აღმოჩნდეს ეფექტური სადიაგ-

ნოსტიკო საშუალება BRCA მუტაციის მქონე ინდივიდებში.

4.3 ოჯახური ანამნეზი

ძუძუს კიბოს არსებობა პირველი რიგის ერთ ნათესავში მაინც, ძუძუს კიბოს განვითარების რისკს ზრდის 2-3-ჯერ, ხოლო ერთზე მეტი დაავადებული ნათესავის არსებობის შემთხვევაში რისკი მატულობს 5-6-ჯერ, პოპულაციურ რისკთან შედარებით.

4.4 რეპროდუქციული ფაქტორები და ენდოგენური ჰორმონები

რეპროდუქციულ ფაქტორებს აქვთ მნიშვნელოვანი როლი ძუძუს, ენდომეტრიუმისა და საკვერცხის ავთვისებიანი სიმსივნეების ეტიოლოგიაში.

მენარხეს, პირველი და ბოლო მშობიარობის ასაკი, ორსულობათა რაოდენობა, მენოპაუზის ასაკი, ასოცირებულია ძუძუს ავთვისებიანი სიმსივნის განვითარების რისკთან. რაც უფრო ხანგრძლივია ენდოგენური სასქესო ჰორმონების ზემოქმედება, მით უფრო მეტია ძუძუს და ენდომეტრიუმის ავთვისებიანი სიმსივნეების განვითარების რისკი.

ძუძუს კიბოს განვითარების რისკი ეტაპობრივად მატულობს 15-იდან 45 წლამდე. მენოპაუზის შემდეგ საკვერცხეების მიერ წყდება ესტროგენებისა და პროგესტერონის გამო-მუშავება და შესაბამისად, პრემენოპაუზურ პერიოდთან შედარებით, მცირდება ასაკთან დაკავშირებული ძუძუს კიბოს განვითარების რისკი. ეს ფაქტი მიუთითებს ჰორმონების მნიშვნელობაზე ძუძუს კიბოს ეტიოლოგიაში და განვითარებაში. ინ-ვიტრო ექსპერიმენტებით ნანახი იქნა, რომ ესტროგენები ზრდიან ძუძუში უჯრედების პროლიფერაციას. აქედან გამომდინარე, დადგენილი იქნა კორელაცია ენდოგენურ სტეროიდულ სასქესო ჰორმონებსა და ძუძუს კიბოს განვითარებას შორის: მენარხეს ადრეული ასაკი, გვიანი მენოპაუზა, ჩანაცვლებითი ჰორმონთერაპია პოსტმენოპაუზურ პერიოდში, მნიშვნელოვნად ზრდის ძუძუს კიბოს განვითარების რისკს.

დღეისათვის ეჭვს არ იწვევს, რომ პრემენოპაუზის პერიოდში, ქალებში ძუძუს კიბოს განვითარების რისკის მატება პირდაპირი კავშირშია ესტროგენების კონცენტრაციასთან. ამ რისკის შემცირება შესაძლებელია პროგესტერონის კონცენტრაციის მატებით.

პროლაქტინი - ჰორმონია, რომელიც მონაწილეობს ძუძუს ნორმალური განვითარების პროცესში. ინ-ვიტრო ის ხელს უწყობს უჯრედების პროლიფერაციას და ხელს უწყობს სიმსივნის ვასკულარიზაციას. ინ-ვივო ექსპერიმენტებით ცხოველებზე დადგინდა, რომ პროლაქტინი ხელს უწყობს სიმსივნის ზრდას და მეტასტაზირებას.

ინსულინის მსგავსი ზრდის ფაქტორი პოლიპეპტიდია, რომელიც მონაწილეობს ზოგიერთი უჯრედების ზრდის, დნმ-ის, რნმ-ის და ცილების სინთეზის პროცესში. მას აქვს მიტოგენური და ანტი-აპოპტოზური თვისება და ახდენს ზოგიერთი უჯრედის, მათ შორის ძუძუს ეპითელიუმის პროლიფერაციის თანარეგულირებას.

არსებობს მონაცემები იმის შესახებ, რომ სპონტანური ან ინდუცირებული აბორტები შესაძლოა კავშირში იყოს ძუძუს კიბოს განვითარების რისკთან.

4.5 ეგზოგენური ჰორმონები

ძუძუს კიბოს განვითარების რისკი 12-25%-ით იზრდება იმ ქალთა ჯგუფში, რომლებიც მოიხმარენ ან მოიხმარდნენ ორალურ კონტრაცეპტივებს, იმ ქალებთან შედარებით რომლებსაც აღნიშნული პრეპარატი არ გამოუყენებიათ. ორალური კონტრაცეპტივების მიღების შეწყვეტიდან 10 წლის შემდეგ ძუძუს კიბოს განვითარების რისკი მნიშვნელოვნად მცირდება. ეს ფაქტი მნიშვნელოვანია იმითაც, რომ ქალები, რომლებიც იყენებენ ორალურ კონტრაცეპტივებს, ძირითადად, ახალგაზრდები არიან და მათ ძუძუს კიბოს განვითარების მცირე რისკი აქვთ. ორალური კონტრაცეპტივები ამცირებს საკვერცხისა და ენდომეტრიუმის კიბოს განვითარების რისკს და ეს ეფექტი გრძელდება მათი მიღების შეწყვეტიდან მინიმუმ 20 წლის განმავლობაში. კონტრაცეპტივების მიღების პროცესში ძუძუსა და საშვილოსნოს ყელის კიბოს განვითარების რისკი მცირედ მატულობს, თუმცა სრულიად მცირდება მათი მიღების შეწყვეტის შემდეგ.

ეპიდემიოლოგიური კვლევების შედეგად (კოჰორტული, შემთხვევა - კონტროლის და რანდომიზებული კლინიკური კვლევების შედეგად) გამოვლინდა, რომ ძუძუს, განსაკუთრებით, სადინროვანი კიბოს განვითარების რისკი მომატებულია იმ ქალებში, რომლებიც ჰორმონულ კომბინირებულ ჩანაცვლებით თერაპიას იყენებენ.

4.6 რადიაცია

დადგენილია, რომ ძუძუს კიბოს განვითარებაში რადიაცია ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი რისკ-ფაქტორია. ასევე არსებობს მოსაზრება, რომ ქალებში, ძუძუს კიბოს მიმართ მემკვიდრული წინასწარგანწყობით, რადიაცია შესაძლოა იყოს მნიშვნელოვანი კოფაქტორი ძუძუს კიბოს განვითარებაში.

4.7 თამბაქოს მოხმარება

თამბაქოს კვამლი, შეიცავს ნივთიერებებს, რომელიც კანცეროგენულად მოქმედების ადამიანზე.

4.8 ინფექციები

სიმსივნეთა 15-20% განპირობებულია ინფექციური აგენტებით, თუმცა ძუძუს კიბოს განვითარებაში მისი როლი ზუსტად დადგენილი არ არის.

4.9 ალკოჰოლი

ცნობილია, რომ ალკოჰოლის ჭარბი მოხმარება ზრდის კიბოს განვითარების მომატებულ რისკს. ალკოჰოლის მოხმარების კავშირი ძუძუს კიბოს განვითარების მომატებულ რისკთან, მხოლოდ ბოლო პერიოდში იქნა დადგენილი.

4.10 დიეტა, სიმსუქნე, ფიზიკური აქტივობა

კოჰორტული და რანდომიზებული კვლევებით დადგინდა, რომ ცხიმებით მდიდარი საკვების მიღება მცირედ ზრდის ძუძუს კიბოს განვითარების რისკს. ამასთანავე ჭარბი წონის ქალებში, რომლებიც ჩანაცვლებით ჰორმონოთერაპიას არ იტარებენ პოსტმენოპაუზის პერიოდში, ძუძუს კიბოს განვითარების რისკი 40%-ს შეადგენს. ამის საფუძველია სტეროიდული სასქესო ჰორმონები, რომელთა პროდუქცია პოსტმენოპაუზის დროს ცხიმოვან ქსოვილში ხდება ანდროგენების არომატიზაციით. მსუქან ქალებს აქვთ ესტროგენების მაღალი და სასქესო ჰორმონების შემაკავშირებელი გლობულინის (სჰშგ) დაბალი დონე, ნორმალური მასის მქონე ქალებთან შედარებით, რაც შესაბამისად ზრდის ესტროგენების ბიოშედწევადობისა და სამიზნე ქსოვილებში ესტროგენების კონცენტრაციის მატებას.

ორსულობის ადრეული ასაკი, ხშირი ორსულობა და ხანგრძლივი ძუძუთი კვება მნიშვნელოვნად ამცირებს ძუძუს კიბოს განვითარების რისკს.

5. ძუძუს ანატომია და ფიზიოლოგია

ძუძუ – წყვილი ორგანოა, რომელიც თავისი ფუნქციით შეადგენს ქალის რეპროდუქციული სისტემის ნაწილს და ემბრიონალურად სახეშეცვლილ კანის აპოკრინულ (საოფლე) ჯირკვლებს წარმოადგენს. სარძევე ჯირკვლები ორივე სქესში, პრეპუბერტალურ პერიოდამდე, თანაბრად სუსტად არიან გამოხატული. მამაკაცის ორგანიზმში ისინი ბოლომდე რუდიმენტულ ორგანოდ რჩება, ხოლო ქალის ორგანიზმში სხვადასხვა ასაკობრივ პერიოდში, შესაბამის ცვლილებებს განიცდის.

ძუძუს აქვს კონუსის ფორმა, რომლის ფუძე (წრიული ან ოვოიდური) მიმართულია მკერდის დიდი კუნთისა და წინა დაკბილული კუნთებისაკენ, წინა აქსილარულ და პარასტერნალურ ხაზებს შორის, განლაგებულია III –დან VI-VII ნეკნების დონეზე.

ძუძუს მწვერვალზე, ცენტრში, აღინიშნება კარგად გამოხატული ცილინდრული ფორმის შემადგენელი, ე.წ. ძუძუს დვრილი, რომელსაც გარს აკრავს პიგმენტური, მუქი ფერის არეოლა. არეოლას აქვს ხორკლიანი ზედაპირი და მისი კანი შეიცავს 3 სხვადასხვა ტიპის ჯირკვლებს: საოფლე, სპეციფიკურ ცხიმოვან და რუდიმენტულ სარძევე ჯირკვლებს (მონტგომერის სხეულაკები). მონტგომერის სხეულაკები დიდი ზომისაა და განლაგებულია ზედაპირულად, ხშირად შეინიშნება მცირე კვანძების სახით არეოლას ზედაპირზე. ორსულობისა და ლაქტაციის პერიოდში მისი ზომები იზრდება. მათ მონტგომერის ჯირკვლებს უწოდებენ.

ძუძუ შედგება პარენქიმის ცხიმოვანი და ფიბროზული ქსოვილებისაგან. პარენქიმა წარმოდგენილია ძუძუს 20 ან მეტი წილით. თითოეული მათგანი ბოლოვდება გამომტან სადინარში, რომლებიც დვრილზე იხსნება. წილები დაყოფილია არანაკლებ 10-100 წილაკებად, რომლებიც თავს იყრიან შემკრები გამომტანი სადინარის ირგვლივ. წილაკები ყველაზე დიდი ზომის და მრავალრიცხოვანია ახალგაზრდა ასაკში.

ძირითადი შემკრები სადინრები უერთდებიან დვრილის ფუძეს, ზომაში იზრდებიან და ქმნიან რძის სინუსებს (დაახლოებით 20). დვრილის ქვეშ რძის სინუსები ბოლოვდება კონუსის ფორმის ამპულით, რომელიც ამოფენილია მრავალშრიანი ბრტყელი ეპითელიუმით. არეოლის ქვეშ მიდამოსა და დვრილში ჭარბადაა გლუვი კუნთები, რომელთა ბოჭკოები განლაგებულია, როგორც რგოლებად, ასევე რადიალურად. დვრძის ფუძეში შეღწევის შედეგად ისინი უზრუნველყოფენ არეოლის შეკუმშვას და დვრილის ფუძის კომპრესიას.

სისხლმომარაგება – ხორციელდება ნეკნთაშუა სივრცეების შესაბამისად გულმკერდის შიგნითა არტერიის განმგმირავი ტოტებით, ნეკნთაშუა არტერიებით და ილღის არტერიის ტოტებით.

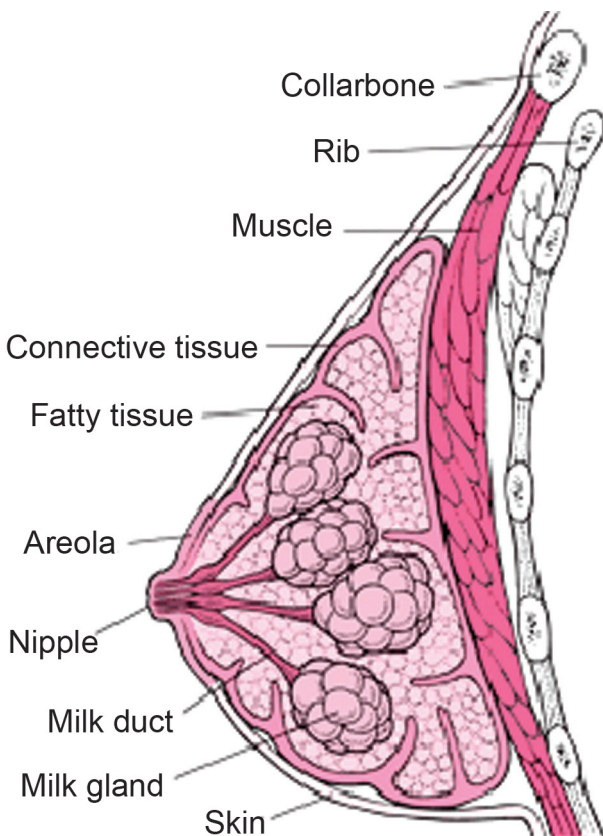
ლიმფური ძარღვების უმეტესობა ჩაერთვის ილღის ლიმფურ კვანძებს, ნაწილი კი – წინა შუასაყრის ლიმფურ კვანძებს.

ინერვაცია – ძუძუს კანის ინერვაცია ხდება ლავიწზედა და ნეკნთაშუა ნერვების ტოტებით, ჯირკვლოვანი ქსოვილის – სისხლძარღვების თანმხლები ვეგეტატიური ბოჭკოებით.

6. ძუძუს ინფექციური დაავადებები

6.1 ლაქტაციური მასტიტი

მეძუძური ქალებში გავრცელებული ინფექციური დაავადებაა, როდესაც ძუძუს შემოსაზღვრულ უბანში ვითარდება ბაქტერიებით გამოწვეული ანთება, მტკივნეულობით, შეშუპებითა და ძუძუს თავის გამკვრივებით. სხეულის ტემპერატურა ზომიერად მომატებულია. მკურნალობა: ძუძუთი კვების შეწყვეტა და ანტიბიოტიკოთერაპია 5-7 დღის განმავლობაში.



6.2 ძუძუს ლაქტაციური აბსცესი

ზოგჯერ ლაქტაციური მასტიტი გადაიზრდება მიმე ჩირქოვან, ანთებით პროცესში, როდესაც კანის მკვეთრი შეშუპება, ჰეპერემია, ფლუქტუაცია და ჰექტიური ცხელება აღინიშნება. აბსცესის ჩამოყალიბების შემთხვევაში ანტიბიოტიკოთერაპია საკმარისი არ არის და საჭიროა ქირურგიული ჩარევა – აბსცესის დრუს გახსნა და დრენირება. მასტიტის ან აბსცესის მსგავსი პროცესები შესაძლოა განუვითარდეს არამეძუძურ ქალებსაც. ეს დაავადებებია: დუქტოექტაზია და ქრონიკული რეციდიული სუბარეოლური ინფექცია, რომლებიც ხშირად ასოცირებულია ძუძუს კიბოსთან.

6.3 მორეციდივე სუბარეოლური აბსცესი

სუბარეოლური რეგიონის მორეციდივე ინფექციური პროცესია, რომელიც ხშირად ვითარდება ახალგაზრდა ქალებში. დაავადება იწყება არეოლას ჰეპერემიით და შეშუპებით, რომელიც შემდგომ მცირე აბსცესში გადაიზრდება. მისი მკურნალობა ანტიბიოტიკებით არაეფექტურია და საჭიროებს ქირურგიულ ჩარევას – გაკვეთას და დრენირებას. ოპერაციის წარმატებით შესრულების შემთხვევაში მოსალოდნელია ძუძუს მინიმალური დაზიანება და სრული განკურნება. პროცესი პერიოდულად მეორდება თვიდან თვემდე, ზოგჯერ წლების განმავლობაშიც. რეციდივის თავიდან აცილების მიზნით სასურველია დერილისქვეშა ტერმინალური სადინრების სრული ამოკვეთა.

6.4 საოფლე ჯირკვლის კისტები

ძუძუს მფარავი კანის ხშირი დაავადებაა. ახასიათებს ზედაპირული მდებარეობა, სფერული ფორმა და გაფართოებული გამომტანი სადინარი კანზე. დამახასიათებელი ლოკალიზაციაა ძუძუს პერიფერია, ხშირად მედიალური კვადრანტები. კისტები ხშირად განიცდიან ინფიცირებას, რის გამოც აუცილებელია მათი ქირურგიული ამოკვეთა.

6.5 ძუძუს ტუბერკულოზი

არსებობს ძუძუს პირველადი და მეორადი ტუბერკულოზი. პირველადი ტუბერკულოზის დროს დაავადება ლოკალიზდება მხოლოდ ძუძუში, მეორადი ტუბერკულოზისას დაზიანების პირველადი კერა სხვა ორგანოებშია. დაავადების ეს ფორმა უფრო ხშირია ახალგაზრდა მეძუძურ ქალებში.

ძუძუს ტუბერკულოზი წარმოდგენილია აბსცესის სახით, რომლისთვისაც დამახასიათებელია ფლუქტუაცია. უმეტეს შემთხვევაში გამოხატულია კანის რეტრაქცია, რაც კლინიკურად მოგვაგონებს ძუძუს კიბოს. ხშირია ძუძუს დერილიდან ჩირქის გამოყოფა. ზოგჯერ კანზე ფისტულა ყალიბდება.

მკურნალობა ხანგრძლივი პერიოდს მოიცავს. ანტიტუბერკულოზურ სისტემურ ქიმიოთერაპიასთან ერთად საჭირო ხდება ადგილობრივად ქირურგიულ მკურნალობა, ზოგ შემთხვევაში აუცილებელი ხდება ძუძუს ამპუტაციის წარმოება.

7. ძუძუს სიმსივნეები

არსებობს ძუძუს კეთილთვისებიანი და ავთვისებიანი პათოლოგიები.

კეთილთვისებიანი დისპლაზია – მასტოპათია წარმოადგენს ჰეტეროგენულ დაავადებათა ჯგუფს, რომლებიც განსხვავდებიან კლინიკური, მორფოლოგიური და ეტიოლოგიური ნიშნებით, ხასიათდებიან ძუძუს ჰისტოსტრუქტურის დარღვევითა და პროლიფერაციული პროცესების აქტიურობით სადინრებსა და აცინუსებში.

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის განსაზღვრებით (1984) მასტოპათია ფიბროზულ-კისტოზური დაავადებაა, რომელიც ხასიათდება ეპითელიალური და შემავსებელქსოვილოვანი კომპონენტების თანაფარდობის დარღვევით, ფართო სპექტრის პროლიფერაციული და რეგრესიული ცვლილებით ძუძუს ქსოვილში.

დღეისათვის მიღებულია, რომ ძუძუს კიბო 3-5-ჯერ უფრო ხშირად ვითარდება მასტოპათიის ფონზე, თუმცა ეს არ ნიშნავს, რომ მასტოპათიის ყველა ფორმა განიხილება, როგორც კიბოსწინა დაავადება. ზოგიერთი კეთილთვისებიანი წარმონაქმნი (ადენომა, ფიბროადენომა) მეტად იშვიათად განიცდის მალიგნიზაციას. მასტოპათიის კვანძოვანი ფორმა ეპითელიუმის პროლიფერაციით და დისპლაზიის მძიმე ფორმებით, 30-40-ჯერ ზრდის ავთვისებიანი სიმსივნის წარმოქმნის რისკს, ხოლო რაც შეეხება სიმსივნის ცალკეულ ფორმას, მაგალითად, როგორცაა ფიბროადენომა – შეიძლება ტრანსფორმირდეს სარკომად.

- ძუძუს პროლიფერაციული პროცესების და სიმსივნეების კლასიფიკაცია:**
- კეთილთვისებიანი დისპლაზიები;
 - კეთილთვისებიანი სიმსივნეები;
 - კარცინომები;
 - სარკომები;
 - კარცინოსარკომები;
 - დაუზუსტებელი სიმსივნეები.

7.1 ძუძუს კეთილთვისებიანი დაავადებები

ფიბროციტური ქსოვილი – ძუძუში სიმსივნის განვითარების ყველაზე ხშირი მიზეზია 50 წლამდე ასაკის ქალებში. მისი წარმოქმნის მექანიზმი ბოლომდე დადგენილი არ არის, თუმცა ვარაუდობენ, რომ შესაძლოა გამოწვეული იყოს ჰორმონების ჭარბი ზემოქმედებით. აღნიშნული განაპირობებს ძუძუში ფიბროზული ქსოვილის ზრდასა და ძუძუში ცისტების და/ან მკვრივი წარმონაქმნის განვითარებას.

ცისტა – ერთეული ან მრავლობითი სითხოვანი წარმონაქმნია, რომელსაც არ ახასიათებს ფიბროზული ქსოვილის ზრდა. ხშირად იწვევს ტკივილს. ცისტის დრენირების შემდგომ ტკივილი ქრება.

ფიბროციტური დაავადება და ფიბროადენომა - ძუძუს კეთილთვისებიანი დაავადებების ყველაზე გავრცელებული ფორმებია, შესაძლოა გამოიწვიოს ძუძუს გამკვრივება, დაჭიმულობა ან ტკივილი. ისინი ძუძუს კიბოს განვითარების რისკს 2-3-ჯერ ზრდიან. ხშირია 35-55 წლის და იშვიათია პოსტმენოპაუზური ასაკის ქალებში, ვინც ღებულობს ჩანაცვლებით ჰორმონოთერაპიას.

ფიბროადენომა – ერთეული, სოლიდური, ოვალური ფორმის წარმონაქმნია დიამეტრით 2-3 სმ, რომელიც წარმოქმნილია ფიბროზული ან ჯირკვლოვანი ქსოვილისგან. ძირითადად კავსულით, მკვეთრად გამოხატული საზღვრებით, ხშირად აქვს სადა, თუმცა შესაძლოა აღინიშნებოდეს უსწორმასწორო ზედაპირიც. ახასიათებს კენიგის დადებითი სიმპტომი (ჰორიზონტალურ მდგომარეობაში და ხელის დაჭერით კვანძი ქრება, მაშინ როდესაც ვერტიკალურად იგი კარგად ისინჯება), ხშირად აღინიშნება 18-35 წლის ასაკის ქალებში. მკურნალობა – ქირურგიული.

ადენოზი -გადიდებულია ძუძუს წილაკები. ძუძუში წარმოდგენილია უფრო მეტი ჯირკვლოვანი ქსოვილი, ვიდრე ეს ნორმაშია.

ადენომა -ხშირად ვითარდება ახალგაზრდა ქალებში. კეთილთვისებიანი სიმსივნეა. ამ დროს ძუძუში აღინიშნება ფორმირებული, მოძრავი, რბილი-ელასტიური წარმონაქმნი. ზოგიერთ შემთხვევაში სიმსივნის შიგნით წარმოიქმნება ცისტა, რომელსაც ცისტადენომა ეწოდება.

სადინარშიგა პაპილომა - ცნობილია მინციის დაავადების სახელწოდებით. იგი მეტეჭისებური წარმონაქმნია, რომელიც ვითარდება სარძევე სადინრების ფიბროზული ქსოვილის ან სისხლძარღვების გასწვრივ. მდებარეობს დვრილის ან არეოლის უკან და ახლოს. ახასიათებს სისხლიანი გამონადენი. პალპაციისას მისი აღმოჩენა შეუძლებელია. ხშირად განიცდის მალიგნიზაციას. მკურნალობა- ქირურგიული.

კეთილთვისებიანი დაზიანების სიმპტომები

ძუძუს სხვადასხვა კეთილთვისებიანი დაავადებების დროს შესაძლოა აღინიშნებოდეს:

- ტკივილი
- წარმონაქმნი
- გამონადენი დვრილიდან
- ძუძუს კანის ცვლილება

ძუძუს ტკივილი (მასტალგია), შესაძლოა გამოწვეული იყოს:

- ჰორმონული ცვლილებით;
- ცისტის არსებობით;
- ინფექციებით;
- ფიბროციტური ცვლილებებით
- ძალიან იშვიათად სიმსივნით (ტკივილი სიმსივნის დროს აღინიშნება პაციენტთა მხოლოდ 7 %-ში)

აღნიშნული სიმპტომები ყოველთვის არ მიუთითებს ავთვისებიანი სიმსივნის არსებობაზე. ნებისმიერ ქალს მენსტრუაციის წინ შესაძლოა აღინიშნებოდეს ძუძუს სიმკვრივის მომატება, რომელიც გამოწვეულია ქალის ორგანიზმში მიმდინარე ჰორმონული ცვლილებებით.

გალაქტორეა - ტერმინი ნიშნავს ძუძუს მიერ რძის პროდუქციას.

გალაქტორეა შეიძლება აღინიშნებოდეს, როგორც ქალებში, ასევე მამაკაცებში

- ორივე სქესში გალაქტორეის მიზეზი შესაძლოა იყოს ან ჰიპოფიზის პროლაქტინ-მასეკრეტირებელი სიმსივნე (პროლაქტინომა), სხვადასხვა პრეპარატების ხანგრძლივი გამოყენება (ჰიპერტენზიის დროს გამოყენებული პრეპარატი - მეთილდოფა, ასევე ოპიოიდები) ან ჰიპოთირეოიდიზმი.
- გალაქტორეის მიზეზი შესაძლოა იყოს ჰიპოფიზის სიმსივნე
- ღიაგნოზის დასადგენად მნიშვნელოვანია სისხლში პროლაქტინის განსაზღვრა

7.2 ძუძუს ავთვისებიანი სიმსივნეები

ავთვისებიანი სიმსივნის განვითარების ფაზები:

- დისპლაზია
- კარცინომა ინ სიტუ (cancer in situ)
- ინვაზიური სიმსივნე
- რეგიონული მეტასტაზირება
- შორეული

TNM კლინიკური კლასიფიკაცია

T - პირველადი სიმსივნე

TX - პირველადი სიმსივნის შესაფასებლად საკმარისი მონაცემები არ არის

T0 - პირველადი სიმსივნის არსებობის ნიშნები არ არის

Tis - პრეინვაზიური კარცინომა (Carcinoma in situ):

T1 - 2 სმ-მდე ზომის სიმსივნე

T1mic - 0,1 სმ-მდე სიღრმის მიკროინვაზია

T2 - 2 სმ-დან 5 სმ-მდე ზომის სიმსივნე

T3 - 5 სმ-ზე მეტი ზომის სიმსივნე

T4 - ნებისმიერი ზომის სიმსივნის უშუალო გავრცელება გულ-მკერდის კედელზე ან მხოლოდ კანზე

N - რეგიონული ლიმფური კვანძები

N0 - რეგიონული ლიმფური კვანძების მეტასტაზური დაზიანების ნიშნები არ არის

- N1 - მეტასტაზი ილღიის მოძრავ ლიმფურ კვანძ(ებ)ში დაზიანებული ძუძუს მხარეს
- N2 - მეტასტაზები ილღიის ლიმფურ კვანძებში დაზიანების მხარეს, ან კლინიკურად ხილული მეტასტაზები ძუძუს შიგნითა ლიმფურ კვანძებში დაზიანებული ძუძუს მხარეს, კლინიკურად ხილული* მეტასტაზური დაზიანების გარეშე ილღიის ლიმფურ კვანძებში.
- N3 - მეტასტაზი ლავიწქვეშა ლიმფურ კვანძ(ებ)ში, დაზიანების მხარეს, ილღიის ლიმფური კვანძების მეტასტაზური დაზიანებით ან მის გარეშე, ან კლინიკურად ხილული მეტასტაზი ძუძუს შიგნითა ლიმფურ კვანძ(ებ)ში, დაზიანებული ძუძუს მხარეს, აღინიშნება კლინიკურად ხილული მეტასტაზი ილღიის ლიმფურ კვანძებში; ან მეტასტაზი ლავიწზედა ლიმფურ კვანძ(ებ)ში დაზიანების მხარეს, ილღიის ან ძუძუს შიგნითა ლიმფური კვანძების მეტასტაზური დაზიანებით ან მის გარეშე
- M - შორეული მეტასტაზები**
- MX - შორეული მეტასტაზების შესაფასებლად საკმარისი მონაცემები არ არის
- M0 - შორეული მეტასტაზის არსებობის ნიშნები არ არის
- M1 - აღინიშნება შორეული მეტასტაზი

0 სტადია	Tis	N0	M0
I სტადია	T1*	N0	M0
IIA სტადია	T0	N1	M0
	T1*	N1	M0
	T2	N0	M0
IIB სტადია	T2	N1	M0
	T3	N0	M0
IIIA სტადია	T0	N2	M0
	T1*	N2	M0
	T2	N2	M0
	T3	N1, N2	M0
IIB სტადია	T4	N0, N1, N2	M0
IIIC სტადია	ნებისმიერი T	N3	M0

ძირითადი ტერმინები:

- **კარცინომა** – აღნიშნავს ეპითელური უჯრედებიდან წარმოქმნილ ავთვისებიან სიმსივნეს. მათ შორის არსებობს სადინაროვანი და წილაკოვანი კარცინომა.
- **კარცინომა ინ-სიტუ** – სიმსივნის ადრეული სტადიის აღსანიშნავად გამოიყენება, როდესაც არ აღინიშნება ინვაზია ირგველივმდებარე ქსოვილებში.
- **ინვაზიური (ინფილტრაციული) კარცინომა** – სიმსივნური პროცესის ზრდა ხდება ირგველივმდებარე ქსოვილში. ძუძუს ავთვისებიან სიმსივნეთა უმრავლესობა ინვაზიურია, მაგალითად: ინვაზიური დუქტური (სადინაროვანი) ან ინვაზიური წილაკოვანი კარცინომა.
- **სარკომა** – ვითარდება შემაერთებული ქსოვილებისგან, როგორცაა კუნთოვანი, ცხიმოვანი ქსოვილი ან სისხლძარღვები. ძუძუს სარკომა

გამოყოფენ ძუძუს კიბოს შემდეგ კლინიკო-ანატომიურ ფორმებს:

- I. კვანძოვანი ფორმა;
- II. ღიფუხური ფორმა:
 - ა) შეშუპებით-ინფილტრაციული;
 - ბ) მასტიტისებური;
 - გ) ერიზიპელოიდური (წითელი ქარისებური);
 - დ) ჯავშნიანი.

III. იშვიათი ფორმები:

- ა) პეჯეტის კიბო;
- ბ) ატიპიური და სხვა ფორმები.

I. ძუძუს კიბოს კლინიკური ვარიანტებიდან ყველაზე ხშირად გვხვდება **კვანძოვანი ფორმა**, რომელიც ძირითადად ვითარდება ძუძუს ზედა გარეთა კვადრანტში ან ცენტრალურად. მედიალურად და ქვედა კვადრანტებში იშვიათად ლოკალიზდება. თავიდან დიდხანს ინარჩუნებს სადაზღვაპირიანი უმტკივნეულო, მოძრავი კვანძის ფორმას. მოგვიანებით ვლინდება მკვრივი, ხორკლიანი წარმონაქმნის სახით, პროცესში კანის ჩათრევისას შეიძლება გამოიხატოს “ლიმონის ქერქის” სიმპტომი. ძუძუს კიბოს კვანძოვანი ფორმა, რომელიც ვრცელდება სადინარების გაყოფებით, შეიძლება იყოს განტოტებული და ორ თითს შუა მოჭყლეტისას განაკვეთზე სადინარებიდან გამოიყოფა ძუძუს სეკრეტი. მცირე ზომის სიმსივნის ცენტრალური ლოკალიზაციის შემთხვევაში ადგილი აქვს დვრილის გვერდზე გადახრას. პროცესის გავრცელების შემთხვევაში ვლინდება დვრილის ჩაბრუნება.

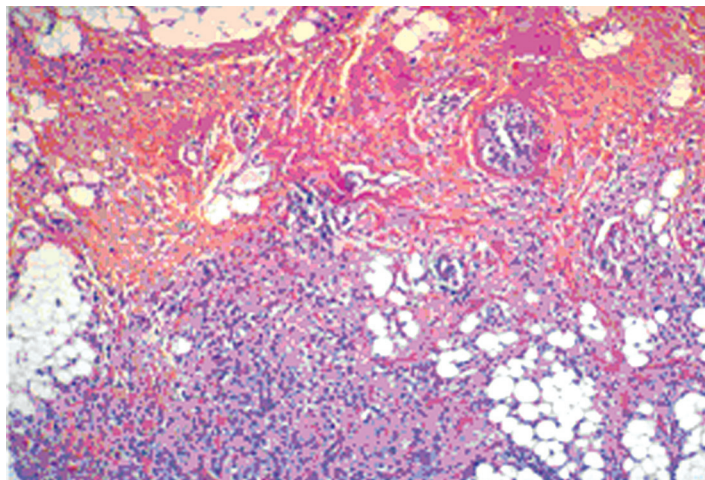
II. დიფუზური კიბოს ფორმები:

- **ძუძუს კიბოს შეშუპებით-ინფილტრაციული ფორმა** - აღინიშნება ძუძუს გადიდება, კანის ინფილტრაცია, “ლიმონის კანის” არსებობა. პალპირებად ინფილტრატს არა აქვს მკაფიო საზღვრები. შეშუპება ვითარდება ლიმფური სადინარების სიმსივნური უჯრედებით ბლოკადის გამო.
- **მასტიტისებური ფორმა (მწვავე კარცინომატოზული მასტიტი)** აერთიანებს შეშუპებით-ინფილტრაციული სიმსივნისა და ანთების სიმპტომებს მეორეული ინფექციის თანდართვის გამო (კანის ჰიპერემია, ადგილობრივად ტემპერატურის მომატება, სწრაფი ზრდა, კანისა და კანქვეშა ქსოვილების ინფილტრაცია). უფრო ხშირად ვითარდება ახალგაზრდა ქალებში ორსულობისა და ლაქტაციის პერიოდში. საჭიროა დიფერენცირება მწვავე ჩირქოვან მასტიტთან. პროგნოზი არაკეთილსაიმედოა.
- **ერიზიპელოიდური (წითელი ქარისებური) ფორმა** - ანთებად-ინფილტრაციული ფორმის ერთ-ერთი სახეა, რომელსაც ახასიათებს სიმსივნის გავრცელება კანშიგა და კანქვეშა ლიმფური სადინარების მეშვეობით და ხდება ამ სადინარების ბლოკადა. გამოხატულია ჰიპერემია, რომელიც გადადის გულმკერდის წინა კედელზე და წითელ ქარს წააგავს.
- **ჯავშნიანი ფორმა** – ადგილობრივად გავრცელებული ინფილტრაციული კიბოს დაგვიანებული სტადია და ინფილტრაცია ძუძუს გარდა, ვრცელდება გულმკერდის ზედაპირზე. კანი გასქელებულია, ფიქსირებულია, გამოხატულია ჭარბი პიგმენტაცია. ძუძუ თანდათან იჭმუხნება, ინფილტრატი ჯავშანივით ეკვრება გულმკერდის კედელს და ავადმყოფს გულმკერდის შებოჭვის გრძნობა აქვს.

III. ძუძუს კიბოს იშვიათი ფორმებიდან გამოყოფენ:

- **პეჯეტის კიბოს** - ვითარდება ძუძუს მსხვილი სადინარების ეპითელიუმიდან. შემდეგ ვრცელდება დვრილზე და ჯირკვლის პარენქიმის სისქეში. დაავადების პირველი გამოვლინება წააგავს “დვრილის ეგზემას”: დვრილი გასქელებულია, ზედაპირი დაფარულია ფუფხით, რომლის ქვეშ აღინიშნება სისველე. თანდათან ჩნდება ეროზიები, შემდეგ – წყლულები. პროცესში ჩაერთვება არეოლა და ჯირკვლის კანი. მოგვიანებით დვრილის ქვეშ ისინჯება სიმსივნე. პროცესი დუნედ მიმდინარეობს და ადგილობრივი გამოვლინებანი სჭარბობს მეტასტაზურს.
- **ატიპიური და სხვა ფორმებიდან** აღსანიშნავია პირველად მრავლობითი ძუძუს კიბო, როცა წარმოიშობა ერთდროულად ორი და მეტი სიმსივნე ერთ ძუძუში ან ორივე ძუძუში. ასევე შეიძლება იყოს შერწყმული ძუძუს კიბო სხვა ორგანოების პირველად კიბოსთან (საშვილოსნოს ტანის, მსხვილი ნაწლავის და ა.შ.).
- **ძუძუს სარკომა** იშვიათი დაავადებაა და მისი დიაგნოსტიკა რთულია. სარკომის განვითარების რისკ-ფაქტორად ითვლება დისჰორმონული დარღვევები, ძუძუში გადატანილი ანთებითი პროცესები და ტრავმები. საწყის ფაზაში სიმსივნეს ახასიათებს სწრაფი ზრდა და დიდ ზომებს აღწევს. კიბოსაგან განსხვავებით, სარკომის დროს თითქმის

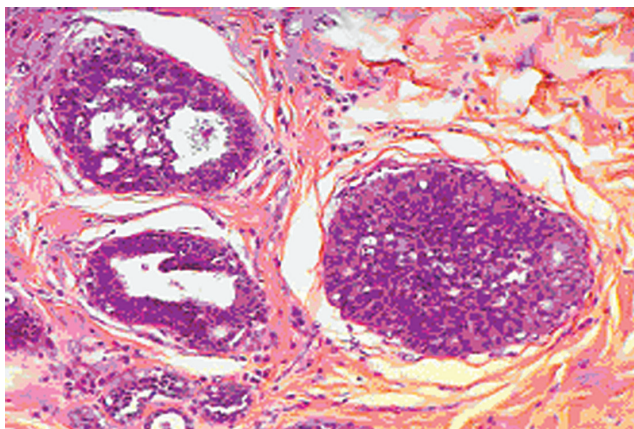
არ გვხვდება დანაოჭების, “უმბილიკაციის”, “ბაქნის”, “ლიმონის კანის” და დვრილის ჩაბრუნების სიმპტომები. განსაკუთრებით ხშირია ფოთლისებური ფიბროადენომიდან განვითარებული სარკომები, რომელთა დიფერენცირებაც პალპაციით რთულია.



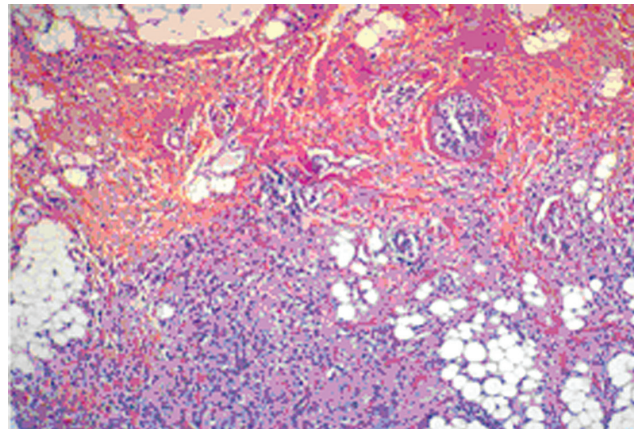
სურათი №1. ძუძუს სარკომა

7.2.1 ძუძუს ავთვისებიანი სიმსივნეების მორფოლოგიური ტიპები

სადინროვანი კარცინომა ინ-სიტუ – ძუძუს კიბოს არაინვაზიური სიმსივნეების ყველაზე გავრცელებული ფორმაა. ამ შემთხვევაში სიმსივნური უჯრედები ლოკალიზებულია სადინარის შიგნით. ძუძუს კიბოს 5 ახალი შემთხვევიდან 1 სადინროვან კარცინომა ინ-სიტუზე მოდის (20-30%). დაავადების ადრეულ სტადიაზე დიაგნოსტიკების შემთხვევაში მკურნალობა ეფექტურია. მამოგრაფია საუკეთესო დიაგნოსტიკური საშუალებაა.



სურათი № 2. კარცინომა ინ-სიტუ



სურათი №3. სადინროვანი კარცინომა

წილაკოვანი კარცინომა ინ-სიტუ – უწოდებენ ლობულურ ნეოპლაზიას. ის ძუძუს კიბოს არაინვაზიური ფორმაა. ვითარდება ძუძუდან, თუმცა არ ახასიათებს წილის კედლებში ჩაზრდა. წილაკოვანი კარცინომა ინ-სიტუ ინვაზიურ სიმსივნედ იშვითად ტრანსფორმირდება, თუმცა ქალები აღნიშნული დაავადებით წარმოადგენენ მაღალი რისკის ჯგუფს და მათთვის რეკომენდებულია რეგულარულად მეთვალყურეობა მამოგრაფიის საშუალებით.

ინვაზიური (ინფილტრაციული) სადინროვანი კარცინომა – ძუძუს კიბოს ყველაზე ხშირი ფორმაა. ვითარდება სარძევე სადინარში და ახასიათებს ძუძუს ცხიმოვან ქსოვილში ჩაზრდა. მას ახასიათებს შორეული მეტასტაზირება სხეულის სხვადასხვა ორგანოებში ლიმფური ან სისხლის მიმოქცევის სისტემების საშუალებით. 10 ინვაზიური ძუძუს კიბოდან 8 - ინფილტრაციულ დუქტურ კარცინომაზე მოდის (65-80%).

ინვაზიური (ინფილტრაციული) წილაკოვანი კარცინომა – ვითარდება რძის მაპროდუცირებელ წილაკებში. შესაძლოა მისი შორეული მეტასტაზირება სხვადასხვა ორგანოებში. 10 სიმსივნიდან 1 – ინვაზიურ ლობულურ კარცინომაზე მოდის (10-15%). მისი დიაგნოსტიკა მამოგრაფიის საშუალებით გართულებულია.

ფილოიდური (ფოთლისებური) სიმსივნე - ძუძუს სტრომის (შემაერთებელი ქსოვილის) იშვიათი სიმსივნეა. ვითარდება სარძევე სადინრისა და ჯირკვლოვანი ქსოვილისგან. ძირითადად კეთილთვისებიანია, თუმცა ზოგიერთ შემთხვევაში (10-20%) შესაძლოა მისი მალიგნიზაცია. მკურნალობა – ქირურგიული

ძუძუს ავთვისებიანი სიმსივნეების სიმპტომები

ძირითადი სიმპტომია ძუძუში წარმონაქმნის არსებობა, რაც შემთხვევათა 80%-ში ქალს შეუძლია თვითგასინჯვით აღმოაჩინოს. დაავადების ადრეულ სტადიებში პალპირებისას შესაძლოა აღინიშნებოდეს მოძრავი წარმონაქმნი, მოგვიანებით სტადიებზე კი- წარმონაქმნი არ არის მოძრავი და რთულია მისი გამოყოფა კანიდან.

უფრო შორსწასულ სტადიებში ავთვისებიანმა სიმსივნემ შესაძლოა გამოიწვიოს კანის დაწყლულება ან დაჩირქება. ამ დროს კანზე შესაძლოა განვითარდეს ჩაღრმავება ან ლიმონის ქერქის მაგვარი კანი.

წარმონაქმნმა შესაძლოა გამოიწვიოს ტკივილი, თუმცა ეს სიმპტომი არ არის პათოგნომური კიბოს დიაგნოსტიკისთვის.

ილღის ლიმფური კვანძები ზომაში მატულობს, შესაძლოა აღინიშნოს კვანძების გაერთიანება (კონგლომერატი), ხშირად მტკივნეულობა.

7.3 ძუძუს კიბოს მკურნალობის ზოგადი პრინციპები

ძუძუს კიბოს მკურნალობის მიზნით გამოიყენება შემდეგი მეთოდები:

- ქირურგიული მიდგომის რამოდენიმე ტიპი: ლამპექტომია – რომლის დროსაც ხდება ძუძუდან მხოლოდ სიმსივნის ამოკვეთა და მასტექტომია, რომლის დროსაც ხდება ძუძუსა და რეგიონული ლიმფური კვანძების ამოკვეთა;
- სხივური თერაპია;
- ქიმიოთერაპია;
- ჰორმონული თერაპია.

8. ძუძუს ავთვისებიანი სიმსივნეების სკრინინგი

სკრინინგი არის ჯანდაცვის სისტემის სტრატეგია, რომლის დროსაც გარკვეული ასაკის, კლინიკურად ჯანმრთელ მოსახლეობაში ხდება რისკ ჯგუფის გამოვლენა და ამ ჯგუფის გაღრმავებული გამოკვლევა ამა თუ იმ დაავადების დასადგენად (დიდი ჯგუფიდან მცირე ჯგუფის გამოყოფა, პათოლოგიისათვის დამახასიათებელი მაჩვენებლებით, რომელიც შემდგომ დიაგნოზის დასაზუსტებლად მოითხოვს უფრო რთულ სპეციფიურ, ხშირად ძვირადღირებულ გამოკვლევებს).

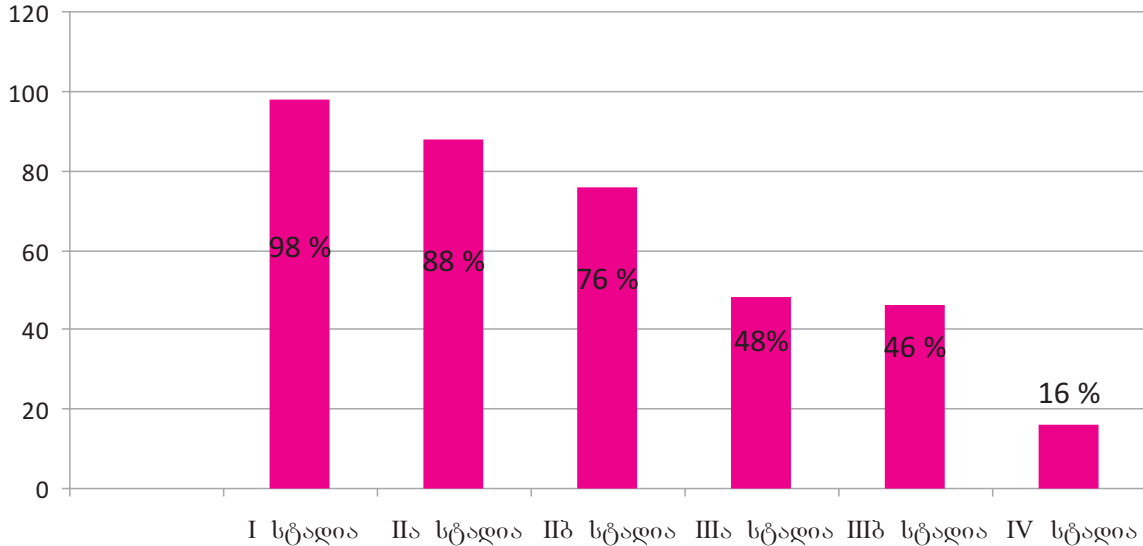
1976-1990 წლებში რანდომიზირებული კვლევებით გამოვლინდა, რომ 50-69 წლის ასაკის ქალებში ძუძუს კიბოს სკრინინგმა მამოგრაფით, 25 %-ით შეამცირა ძუძუს კიბოთი გამოწვეული სიკვდილიანობა, ხოლო უკანასკნელ პერიოდში ჩატარებული კვლევებით დადგინდა, რომ 40-69 წლის ასაკის ქალებში მამოგრაფიის გამოყენებამ სკრინინგის მიზნით, 40-45 %-ით შეამცირა ძუძუს კიბოთი გამოწვეული სიკვდილიანობა. დღეისათვის არ არსებობს ზუსტი მონაცემები, რომ სკრინინგი ძუძუს მხოლოდ კლინიკური გამოკვლევით (ინსტუმენტული გამოკვლევების გარეშე) ამცირებს ძუძუს კიბოთი გამოწვეულ ლეტალობას.

ძუძუს კიბოს ახასიათებს პრეკლინიკური ფაზა, რომელიც გრძელდება 1-7 წელი და დამოკიდებულია დაავადების სხვადასხვა ტიპზე. მამოგრაფიის საშუალებით შესაძლებელია ძუძუს კიბოს პრეკლინიკურ პერიოდში გამოვლენა, როცა იგი არაპალპირებადია და კლინიკური სიმპტომები არ აღინიშნება. ძუძუს ავთვისებიანი სიმსივნეების ადრეული დიაგნოსტიკის შემთხვევაში პროგნოზი კეთილსაიმედოა. ამ დროს შესაძლებელია ძუძუს შემანარჩუნებელი ოპერაციის წარმოება, ნაკლებად აგრესიული ადიუვანტური მკურნალობის ჩატარება და შესაბამისად, ხანგრძლივი მკურნალობით გამოწვეულ გართულებებისა და რეციდივის განვითარების რისკის შემცირება.

8.1. სკრინინგის მნიშვნელობა

უკანასკნელი 50 წლის მანძილზე ძუძუს ავთვისებიანი დაავადებების შემთხვევათა სიხშირის მკვეთრი მატება, განპირობებულია, როგორც შობადობის შემცირებით და პირველი ორსულობის გვიანი ასაკით, ასევე ძუძუს დაავადებათა დიაგნოსტიკაში მაღალტექნოლოგიური მეთოდების გამოყენებით.

ბევრ ქვეყანაში ძუძუს კიბოთი გამოწვეული სიკვდილიანობა ჯერ კიდევ მნიშვნელოვან პრობლემად რჩება, 1980-იან წლებში ევროპაში, ჩრდილოეთ ამერიკასა და ავსტრალიაში აღინიშნა ძუძუს კიბოთი გარდაცვალების მკვეთრი შემცირება, რაც ძუძუს კიბოს ადრეული გამოვლინებისა და ეფექტური, კომბინირებული მკურნალობით იყო გამოწვეული.



დიაგრამა №4. ძუძუს ავთვისებიანი სიმსივნის ადრეული დიაგნოსტიკით განპირობებული სიკვდილიანობის შემცირება (%-ში სტადიების მიხედვით)

წყარო: www.who.org

8.2. სკრინინგის პროტოკოლი

დღეისათვის მსოფლიოს უმრავლეს ქვეყნებში დანერგილია ძუძუს კიბოს მამოგრაფიული სკრინინგი. განსხვავებულია სკრინინგში მონაწილე ქალთა ასაკობრივი კატეგორიები, თუმცა სკრინინგი ძირითადად ქალთა 50-69 წლის ასაკობრივ ჯგუფებს მოიცავს. ზოგიერთ ქვეყანაში სკრინინგი იწყება 40 წლის ასაკიდან. მორიგი სკრინინგული ვიზიტის დრო, ძირითადად 2 წლიანი ინტერვალით განისაზღვრება. ეს პერიოდი 12-18 თვეს შეადგენს 50 წლამდე იმ ქალბატონებისათვის, რომელთაც ანამნეზში ძუძუს კიბო აღენიშნებათ.

ძუძუს კიბოს სკრინინგში ქალები ერთვებიან ან “თვითღინებით” ან ექიმის რჩევის შედეგად. პროცესი იწყება ქალბატონის ინფორმირებით და სკრინინგის ტესტების გაცნობით.

სკრინინგული მამოგრაფია ძირითადად ტარდება ქალებში, რომელთაც არ გააჩნიათ ძუძუს ავთვისებიანი სიმსივნისათვის დამახასიათებელი სიმპტომები. იმ შემთხვევაში თუ მამოგრაფიაზე ნანახი იქნა ცვლილებები, მიზანშეწონილია შემდეგი გამოკვლევები: დამატებითი სურათები – დამიზნებითი მამოგრაფია, მაგნიფიკაცია, კუთხის შეცვლა, ულტრასონოგრაფია და საჭიროებისამებრ ბიოფსია.

ძუძუს კიბოს დიაგნოსტიკის შემდეგ, ქალს უმოკლეს დროში უნდა დაენიშნოს ვიზიტი ქირურგ – მამოლოგთან, რომელიც გადაწყვეტს შემდგომი მოქმედების ტაქტიკას. დღეისათვის მსოფლიოს ბევრ ქვეყანაში არსებობს ძუძუს კიბოს სკრინინგის გაიდლაინები და რეკომენდაციები, რომლებიც უნიფიცირებულს ხდის ქვეყანაში ძუძუს ავთვისებიანი სიმსივნით დაავადებულთა მოვლას.

ევროკომისიის მიერ აღიარებულია ძუძუს კიბოს სკრინინგისა და დიაგნოსტიკის ხარისხის კონტროლის მრავალდარგობრივი გაიდლაინი, სადაც ექსპერტების მიერ შემოთავაზებულია ხარისხის კონტროლის შესაბამისი სტანდარტები.

მამოგრაფიულ სკრინინგ-პროგრამაში “შუალედური” კიბოს გამოვლენის მიზნით გარკვეუ-

ლი მნიშვნელობა ენიჭება კლინიკურ გამოკვლევას (პერიოდული ვიზიტი მამოლოგთან) და ძუძუს თვითგასინჯვის მეთოდებს.

8.3. ძუძუს კიბოს სკრინინგის პროგრამა საქართველოში

საქართველოში ძუძუსა და საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგის პროგრამა წარმოადგენს თანადაფინანსების პრინციპით შემუშავებულ პარტნიორულ ინიციატივას, რომელიც დაიდო UNFPA/საქართველოსა და თბილისის მუნიციპალიტეტთან არსებულ სოციალური დახმარებისა და კულტურის დეპარტამენტს შორის და ხორციელდება საქართველოს პირველი ლედის პატრონაჟით .

2006 – 2007 წლებში რეპროდუქციული ორგანოების ავთვისებიანი სიმსივნეების პრევენციის სფეროში, თბილისის მუნიციპალიტეტისა და UNFPA –ის პარტნიორული პროექტების განხორციელების შედეგად მიღებული მონაცემებისა და გამოცდილების ანალიზის საფუძველზე 2008 წლის დასაწყისში მოხდა პროექტის დიზაინის შეცვლა და მისი ფოკუსირება თბილისის მოსახლეობაზე, რათა განხორციელებულიყო ძუძუს და საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგი. აღნიშნული პროექტის განსახორციელებლად შერჩეული იქნა ეროვნული სკრინინგ ცენტრი.

ძუძუს კიბოს სკრინინგი ტარდება შემდეგი სახით:

- მამოლოგის კონსულტაცია
- მამოგრაფია (მამოგრამას კითხულობს ორი რადიოლოგი ერთმანეთის დამოუკიდებლად). საექვო შემთხვევაში ქალბატონი იგზავნება შემდგომ დამატებით გამოკვლევებზე:
 1. ულტრაბგერითი გამოკვლევა
 2. ბიოფსია – წვრილი ნემსით ასპირაციული ციტოლოგია (FNAC)

საექვო ან ავთვისებიანი პროცესის დადასტურების შემთხვევაში, პაციენტი იგზავნება სპეციალიზირებულ კლინიკაში

2008 წლის მაისიდან – 2008 წლის 18 დეკემბერამდე ძუძუს კიბოს სკრინინგი ჩატარდა თბილისის და თბილისის შემოგარენის მაცხოვრებელ, 40 – 70 წლის ასაკობრივი ჯგუფის 9741 ქალს, საჭიროებისამებრ, ულტრაბგერითი გამოკვლევა ჩატარდა 2005 ქალს (21%), ბიოფსია (FNAC) კი ჩატარდა 307 შემთხვევაში (3.2%); სკრინინგის პროგრამის შედეგად 85 შემთხვევაში გამოვლინდა ძუძუს კიბო ან სიმსივნის ავთვისებიანი ფორმის არსებობის მაღალი ალბათობა და 252 შემთხვევაში - ძუძუს სიმსივნის კეთილთვისებიანი დაზიანება. 78-იდან 47 შემთხვევაში ავთვისებიანი სიმსივნის არსებობა დადგინდა ციტომორფოლოგიური კვლევით, ხოლო დანარჩენ შემთხვევებში საექვო ავთვისებიანი სიმსივნის დიაგნოზი დაისვა. მამოგრამების შეფასებისათვის გამოყენებული იქნა BIRAD – ის სისტემა. თითოეულ ქალს, რომლის მიმართაც წარმოიშვა ავთვისებიანი სიმსივნის არსებობის ეჭვი, მიეცა რჩევა სპეციალიზირებულ კლინიკაში შემდგომი დიაგნოსტიკისა და/ან თერაპიული/ქირურგიული მკურნალობის ჩატარების თაობაზე.

9. ძუძუს კიბოს გამოკვლევის მეთოდები

ძუძუს კიბოს ნაადრევი გამოვლინებისათვის კვლევის სამი მეთოდი გამოიყენება:

- ძუძუს თვითგასინჯვა
- ძუძუს კლინიკური გასინჯვა
- მამოგრაფია

9.1. ძუძუს თვითგასინჯვა

ცნობილია, რომ მოსახლეობის გათვინცობიერება მნიშვნელოვნად ზრდის მიმართვიანობას სპეციალიზირებულ კლინიკებში, შესაბამისად აუმჯობესებს და ზრდის ძუძუს ავთვისებიანი სიმსივნეების ადრეული გამოვლინების და პრევენციის შესაძლებლობებს. სასურველია, ოჯახის ექიმმა თითოეულ ქალს განუმარტოს რატომ, როდის და როგორ უნდა

ჩაიტაროს ძუძუს თვითგასინჯვა.

ძუძუს თვითგასინჯვა უნდა ჩატარდეს თვეში ერთხელ, მენსტრუალური ციკლის პირველ ფაზაში (მენსტრუაციის დაწყებიდან მე-მე-12 დღეს). მენოპაუზის დროს - ყოველი თვის ერთსა და იმავე რიცხვში.

თვითგასინჯვა უნდა ჩატარდეს

ვერტიკალურ მდგომარეობაში სარკის წინ:

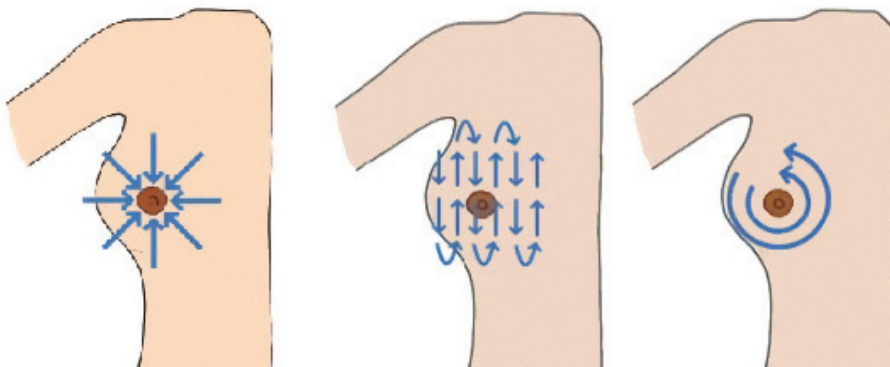
ძუძუს გამოკვლევა წარმოებს სხვადასხვა მდგომარეობებში

- ჩამოშვებული ხელები
- აწეული ხელები

ყურადღება უნდა მიექცეს: ძუძუს ფორმას, ზომას, მდებარეობას.

შხაპის ქვეშ - მარცხენა ხელი აწეულ მდგომარეობაშია, მარჯვენა ხელის გასაპნული თითებით ისინჯება მარცხენა ძუძუ და იდლიის ფოსო, ყურადღება უნდა გამახვილდეს სიმაგრის არსებობაზე. იგივენაირად ისინჯება მარჯვენა ძუძუ და იდლიის ფოსო.

პორიზონტალურ მდგომარეობაში (ზურგზე მწოლიარე) – მარცხენა ძუძუს გასინჯვის დროს ბეჭქვეშ მოთავსებულია ბალიში, მარცხენა ხელის მტევანი დაფიქსირებულია თავქვეშ, მარჯვენა ხელის შუა სამი თითის ბალიშებით ტარდება წრიული და სივრცითი მოძრაობები. ანალოგიურად წარმოებს მარჯვენა ძუძუს გასინჯვაც. უნდა შემოწმდეს იდლიის ფოსოც.



პალპაციის ტექნიკა ძუძუს თვითგასინჯვისას

ყურადღება უნდა მიექცეს:

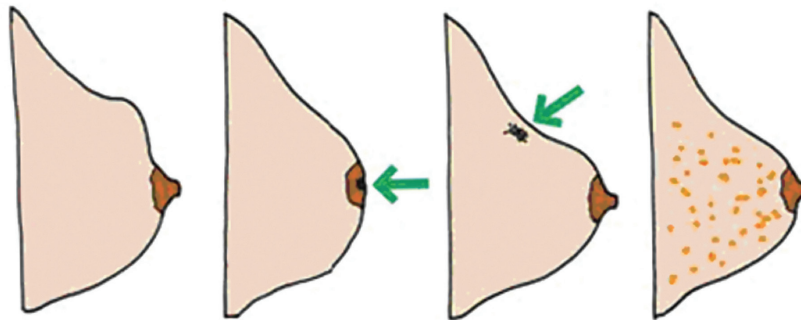
- დერილიდან გამონადენის (სისხლიანი, გამჭვირვალე ან შეფერილი) არსებობას;
- დერილებს – ჩაბრუნების, დაწყლულების და ფერის ცვლილების არსებობას;
- კანს – შეშუპება, შეჭმუსხენა ან ფერის ცვლილება;
- გამკვრივების ან წარმონაქმნის არსებობა.

9.2. ძუძუს კლინიკური გასინჯვა

ანამნეზის შეკრებისას სასურველია ყურადღება მიექცეს:

- პირველი სიმპტომების გაჩენის დროს;
- ტივილს;
- დერილიდან გამონადენის არსებობას;
- ძუძუზე ადრე ჩატარებული მკურნალობას;
- ძუძუზე ჩატარებულ ქირურგიულ მანიპულაციებს;
- ძუძუს ტრამვას;
- ფილტვების, ძვლების ან სხვა ორგანოთა დაავადებების არსებობას (შორეული მეტასტაზების დადგენას);

- მენარხესა და მენოპაუზის ასაკს;
- პირველი და ბოლო ორსულობის ასაკს, ორსულობის, მშობიარობისა და აბორტების რაოდენობას;
- ძუძუთი კვების ხანგრძლივობას;
- კონტრაცეპციის და ჩანაცვლებითი ჰორმონოთერაპიის გამოყენებას;
- გინეკოლოგიური დაავადებების არსებობას;
- უშვილობის შემთხვევაში – მიზეზს;
- სქესობრივ აქტივობას;
- ექსტრაგენიტალური დაავადებების არსებობას (განსაკუთრებით: ფარისებრი ჯირკვლის დაავადებები, დიაბეტი და სხვა);
- ოჯახური ანამნეზს;
- სოციალურ და საყოფაცხოვრებო ფაქტორებს.



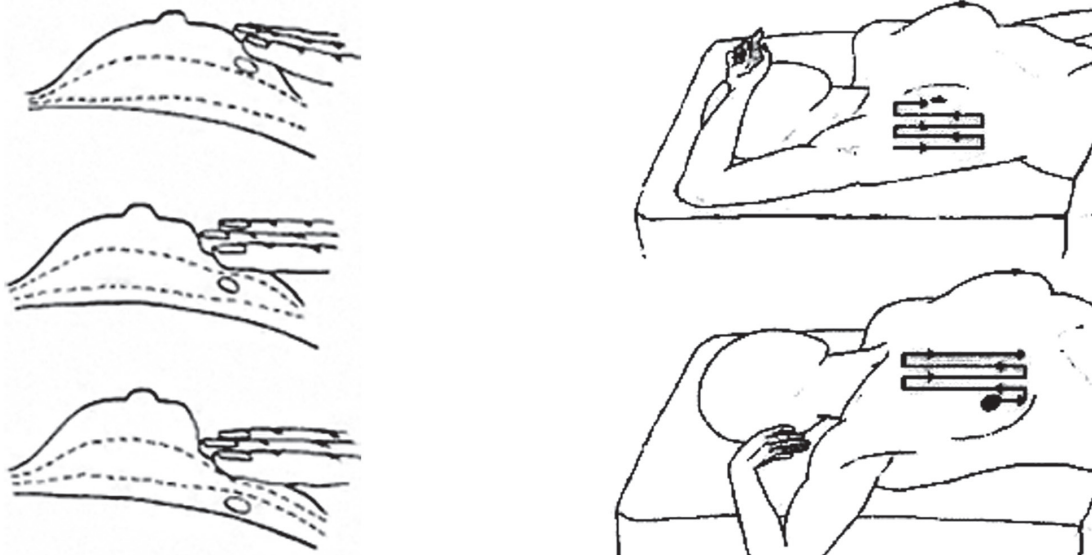
ძუძუს ზედაპირის ცვლილება

ძუძუს დათვალიერება – პაციენტს სთხოვეთ რომ გაიხადოს წელს ზემოთ. გასინჯვა ხორციელდება როგორც ფეხზე მდგომარე, ისე მწოლიარე მდგომარეობაში. როგორც აწეული, ისე ჩამოწეული ზედა კიდურებით. დათვალიერებას ეთმობა არანაკლებ 5 წუთისა. ყურადღება უნდა მიექცეს ძუძუს:

- ზომას;
- ფორმას;
- სიმეტრიულობას;
- კონსისტენციას;
- მდებარეობას;
- კანის ცვლილებას;
- დვრილის და არეოლის მდგომარეობას;
- გამონადენს;
- ლიმფური კვანძების მდგომარეობას.

პალპაცია ხდება პირველი სამი თითის ბალიშებით. ძუძუს დაჭერით თითები გადაადგილდება ცირკულარული მოძრაობით. ძუძუ ღრმა პალპაციითაც უნდა იქნას გამოკვლეული, ვინაიდან შესაძლებელია სიმსივნური წარმონაქმნი ღრმად მდებარეობდეს. ზეწოლისას გამოიყენება სამი დონე – სუსტი, საშუალო და ღრმა.

ძუძუს კლინიკური გასინჯვის ეფექტურობა სხვადასხვა მონაცემებით 70%-ს შეადგენს



9.3. მამოგრაფიული გამოკვლევა

მამოგრაფიულ გამოკვლევაზე მოსულმა ქალბატონმა სასურველია იცოდეს:

- მამოგრაფიული გამოკვლევის ჩასატარებლად საჭირო მოქმედებათა მნიშვნელობის შესახებ, იმის ჩათვლით, თუ რამდენ პროექციაში იქნება გადაღებული და როგორ მდგომარეობაში;
- კომპრესიის მნიშვნელობის შესახებ;
- სკრინინგის შედეგების შეტყობინების ვადების შესახებ.

მამოგრაფიული გამოკვლევის ჩატარების წინ ქალბატონს გამოკითხავენ ძუძუში ადრე არსებული ან ამჟამინდელი პრობლემების შესახებ. გამოკვლევისას უნდა აღინიშნოს ნებისმიერი სიმპტომი, განსაკუთრებით, ძუძუს ქვედა ზედაპირზე კანის მთლიანობის დარღვევა, ანთება, მტკივნეული ადგილი, ნაკაწრი. ქალბატონი სასურველია ინფორმირებული იყოს და თვითონ მიიღოს გამოკვლევის ჩატარების შესახებ გადაწყვეტილება (რიგ გაერთიანებებში, სადაც სკრინინგი ხორციელდება ადგილობრივი პროტოკოლი ითხოვს წერილობით თანხმობას გამოკვლევის გაგრძელებისათვის).

მამოგრაფიული გამოკვლევის ჩატარებისას ქალბატონს განუმარტავენ, რომ გამოკვლევისათვის მნიშვნელობა აქვს პაციენტის სწორი მდგომარეობის შერჩევას, ძუძუს მდებარეობის განსაზღვრას, მისი მოთავსებას ძუძუს დამჭერ მაგიდაზე, მამოგრაფიის კუთხისა და კომპრესიის შერჩევას. პაციენტს დეტალურად აუხსნიან ზეწოლის მნიშვნელობას და მის საჭიროებას. ქალების უმეტესობა თვლის, რომ ზეწოლა არაკომფორტული, ზოგიერთისთვის კი მტკივნეულია. ქალბატონს გამოკვლევის წინ სასურველია ეცნობოს, რომ კომპრესია გრძელდება რამოდენიმე წამის განმავლობაში, რომელიც აუცილებელია მაღალხარისხოვანი გამოსახულების მისაღებად და არავითარ ზიანს არ მიაყენებს ძუძუს. კომპრესიის დროს მცირდება რადიაციის გაფანტვა, რაც გამოსახულების კონტრასტულობას აუმჯობესებს, უკეთესად ხდება ძუძუს ქსოვილის დათვალიერება, მცირდება რადიაციული დოზა. თუ გამოკვლევისას ძუძუ მეტისმეტად მგრძნობიარეა, შეიძლება მამოგრაფიის გადაღება იმ დროისთვის, როცა მგრძნობელობა და მტკივნეულობა ნაკლები იქნება.

მამოგრაფიის სტანდარტული პროექციებია:

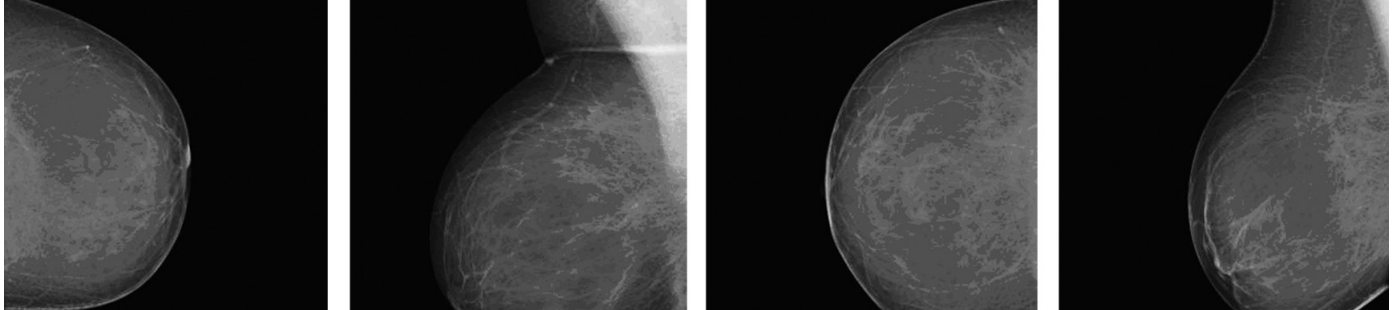
- კრანო-კაუდალური პროექცია
- ირიბი მედიოლატერალური პროექცია

9.4. ძუძუს გამოსახულების, შეფასებისა და მეთვალყურეობის სისტემა (BIRADS-ACR)

რადიოლოგის მოვალეობაა მამოგრამის შეფასება, რომელსაც სასურველია ახორციელებდეს ამერიკის რადიოლოგთა კოლეჯის მიერ შემუშავებული ძუძუს გამოსახულების, შეფასებისა და მეთვალყურეობის საერთაშორისო სისტემით – BIRADS-ACR. ამ სისტემის მიხედვით მამოგრამები შეიძლება ხუთ კლასად დაიყოს:

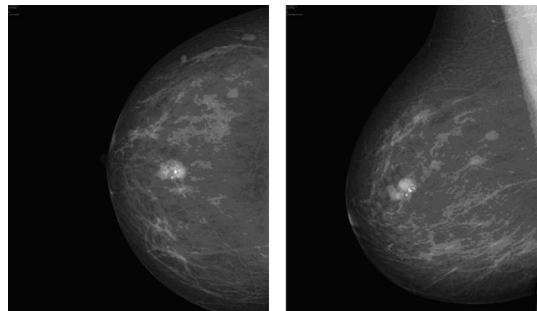
BIRADS – 1 - ნორმა

BIRADS – 2 - კეთილთვისებიანი ცვლილებები, რომლებიც არ საჭიროებენ არც მეთვალყურეობას, არც დამატებით კვლევებს.



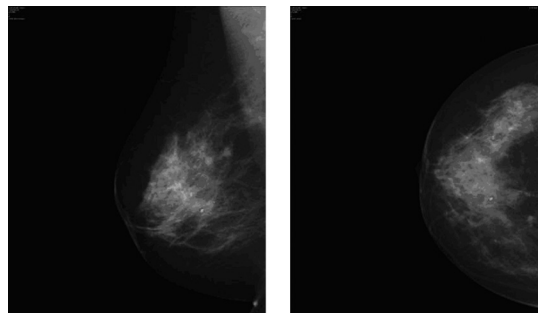
სურათი № 4. პაციენტი, 49 წლის, BIRADS – 2, კრანიო-კაუდალური და მედიო-ლატერალური პროექციები.

BIRADS – 3 - სახეზეა სავარაუდოდ კეთილთვისებიანი ცვლილება. მისი არსებობის შემთხვევაში რეკომენდებულია მონიტორინგი ხანმოკლე ვადებში.



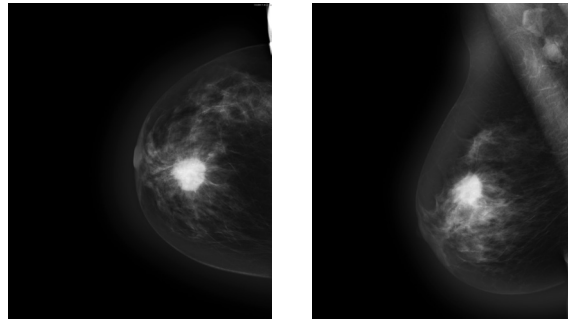
სურათი № 5. პაციენტი, 69 წლის, BIRADS – 3, კრანიო-კაუდალური და მედიო-ლატერალური პროექციები.

BIRADS – 4 - სახეზეა სავარაუდოდ ავთვისებიანი ცვლილება, რომელიც საჭიროებს ჰისტოლოგიურ ვერიფიკაციას



სურათი №6. პაციენტი, 54 წლის, BIRADS – 4, კრანიო-კაუდალური და მედიო-ლატერალური პროექციები.

BIRADS – 5 - სახეზეა ავთვისებიანი ცვლილება.



სურათი № 7. პაციენტი, 48 წლის, BIRADS – 5, კრანო-კაუდალური და მედიო-ლატერალური პროექციები.

BIRADS - 0 - ენიჭება მამოგრამას, რომლის კლასიფიკაცია განსაზღვრული არ არის, რადგან:

- არ ჩატარდა დამატებითი კვლევები
- გამოსახულება არ არის საკმარისი სრულყოფილი განსაზღვრებისათვის და საჭიროა დაზუსტება დამატებითი რენტგენოლოგიური კვლევებით – მაგნიფიკაცია ან დამიზნებითი სურათი, ულტრასონოგრაფია.

ACR-ის მიერ BIRADS-0 - მინიჭება ნიშნავს: - “მამოგრამა ელოდება შეფასებას”

9.5 წერილნემსიანი ასპირაციული ციტოლოგიური კვლევა (FNAC)

FNA-ბიოფსია ტარდება ადგილობრივი გაუტკივარების გარეშე, ექოსკოპიის კონტროლის ქვეშ. ძუძუში არსებული საექვო უბნის მიმდებარედ კანი მუშავდება სპირტით. FNAC ბიოფსია ნაკლებ ხარჯებთან არის დაკავშირებული და სწრაფად იძლევა დიაგნოსტიკის საშუალებას.

10. რეკომენდაციები ოჯახის ექიმისთვის

რა შემთხვევაშია მნიშვნელოვანი ოჯახის/ზოგადი პროფილის ექიმის დახმარება?

- ქალები ძუძუში მოცულობითი წარმონაქმნით და ასიმეტრიული უბნებით.
- ქალები, რომელთაც აღენიშნებათ უმნიშვნელო ან საშუალო სიძლიერის ტკივილი ძუძუს არეში და რომელთაც არ აღენიშნებათ დაზიანება ძუძუში.
- 50 წლამდე ასაკის ქალები, რომელთაც აღენიშნებათ გამონადენი დვრილიდან.
- ჯანმრთელი ქალები, რომელთაც ძუძუს კიბოს განვითარების მინიმალური რისკი აქვთ.

ძუძუს ავთვისებიანი დაავადებაზე საექვო ნიშნის არსებობის შემთხვევაში, პაციენტი სასწრაფოდ იგზავნება სკრინინგ პროგრამაში ან სპეციალიზირებულ დაწესებულებაში. მნიშვნელოვანია, რომ ოჯახის/ზოგადი პროფილის ექიმმა იცოდეს ის სიმპტომები, რომლებიც მიუთითებს ძუძუს კიბოს შესაძლო არსებობაზე. ეს ნიშნებია:

- მოცულობითი წარმონაქმნის არსებობა შესაბამის ასაკობრივ ჯგუფში (40-70 წელი)
- დაწვლულება
- კვანძების არსებობა კანზე
- კანის შეჭმუსხვა
- გამონადენის და ტკივილის არსებობა სიმსივნური კვანძის არარსებობის შემთხვევაში.

ძუძუს პათოლოგიები, რომლის დროსაც აუცილებელია ქირურგ-მამოლოგის ჩარევა:

- სიმსივნე:
 - ძუძუში არსებული მარცვლოვანების ფონზე განვითარებული ახალწარმონაქმნი;
 - ასიმეტრიული კვანძები, რომლებიც არ ქრება მენსტრუაციის შემდგომ;
 - აბსცესი;
 - ცისტა, რომელიც პერიოდულად მეორდება (ცისტის რეციდივი).
- ტკივილი
 - თუ ასოცირებულია სიმსივნესთან;
 - ძლიერი ტკივილი, რომელიც რთულად ექვემდებარება მკურნალობას და არ ქრება სწორად შერჩეული აზღუდის ტარებისას.
- დვრილიდან გამონადენი
 - ორმხრივად არსებული გამონადენი, რომელიც იწვევს ტანსაცმლის დასვრას;
 - სისხლიანი გამონადენი;
 - გამონადენის არსებობა ხანგრძლივი დროის განმავლობაში.
- დვრილის რეტრაქცია ან შეჭმუხვნა, დვრილის ეკზემა
- კანის კონტურების ცვლილება

რა უნდა იცოდეს ოჯახის ექიმმა ძუძუში ასაკობრივად განვითარებული ცვლილებების შესახებ

- **პუბერტატული ანუ სქესობრივი მომწიფების პერიოდი** – იწყება მეორადი სასქესო ნიშნების განვითარებით, რომელთა შორის არის სარძევე ჯირკვლების განვითარება (გაჯირჯვება) ანუ ტელარხე, რომელსაც მოსდევს პირველი მენსტრუაცია ანუ მენარხე. ამ დროს ძუძუ შესაძლოა იყოს რბილი, ან ხშირ შემთხვევაში შესაძლოა აღინიშნებოდეს მტკივნეულობა. ამ პერიოდში ხშირად ვითარდება ძუძუს ასიმეტრია - ერთი ძუძუ შესაძლოა ზომით უფრო დიდი იყოს მეორესთან შედარებით.
- **მენსტრუალური ციკლი** - ზოგჯერ ძუძუ მგრძნობიარეა მენსტრუაციის პერიოდში. ეს განპირობებულია იმით, რომ ესტროგენები განაპირობებენ ძუძუს შეშუპებას. მენსტრუაციის შემდგომ აღნიშნული სიმპტომები ქრება.
- **სხეულის მასის ცვლილება** - სხეულის მასის ცვალებადობის მიხედვით შესაძლოა ძუძუმ ზომაში მოიმატოს ან დაიკლოს ცხიმოვანი ქსოვილის ხარჯზე.
- **ორსულობა** – ორსულობის დროს ძუძუ ზომაში იზრდება ვინაიდან რძის პროდუქცია იწყება, იგი რჩება ზომაში მომატებული მთელი ლაქტაციის პერიოდში. ორსულობის დროს ძუძუდან აღინიშნება თეთრი ფერის გამონადენი.
- **მენოპაუზა** - ძუძუ მენოპაუზის დროს იწყებს ზომაში შემცირებას. ამ დროს ფიბროზული ქსოვილის ჩანაცვლება ხდება რბილი, ცხიმოვანი ქსოვილით.
- **კომბინირებული ორალური კონტრაცეპტივები (კოკ-ი) და ჩანაცვლებითი ჰორმონოთერაპია** – კოკ-ებმა და ჩანაცვლებითმა ჰორმონოთერაპიამ შესაძლოა გამოიწვიოს სარძევე ჯირკვლების მგრძნობელობის გაზრდა და შეშუპება.

ოჯახის ექიმის რეკომენდაციები ქალებისათვის:

20-39 წლის ასაკში:

- თვითგასინჯვა თვეში ერთხელ;
- კონსულტაცია ექიმ-მამოლოგთან მინიმუმ 2 წელიწადში ერთხელ;
- ინსტრუმენტული გამოკვლევა წელიწადში ერთხელ (ულტრასონოგრაფია, მამოგრაფია, მაგნიტურ-რეზონანსული კვლევა მამოლოგის რეკომენდაციის მიხედვით).

40-49 წლის ასაკში

- თვითგასინჯვა თვეში ერთხელ;

- კონსულტაცია ექიმ-მამოლოგთან წელიწადში ერთხელ;
- ინსტრუმენტული გამოკვლევა წელიწადში ერთხელ (ულტრასონოგრაფია, მამოგრაფია, მაგნიტურ-რეზონანსული კვლევა მამოლოგის რეკომენდაციით მიხედვით);
- ქალბატონის ჩართვა სკრინინგ-პროგრამაში (თუ ამგვარი პროგრამა არსებობს).

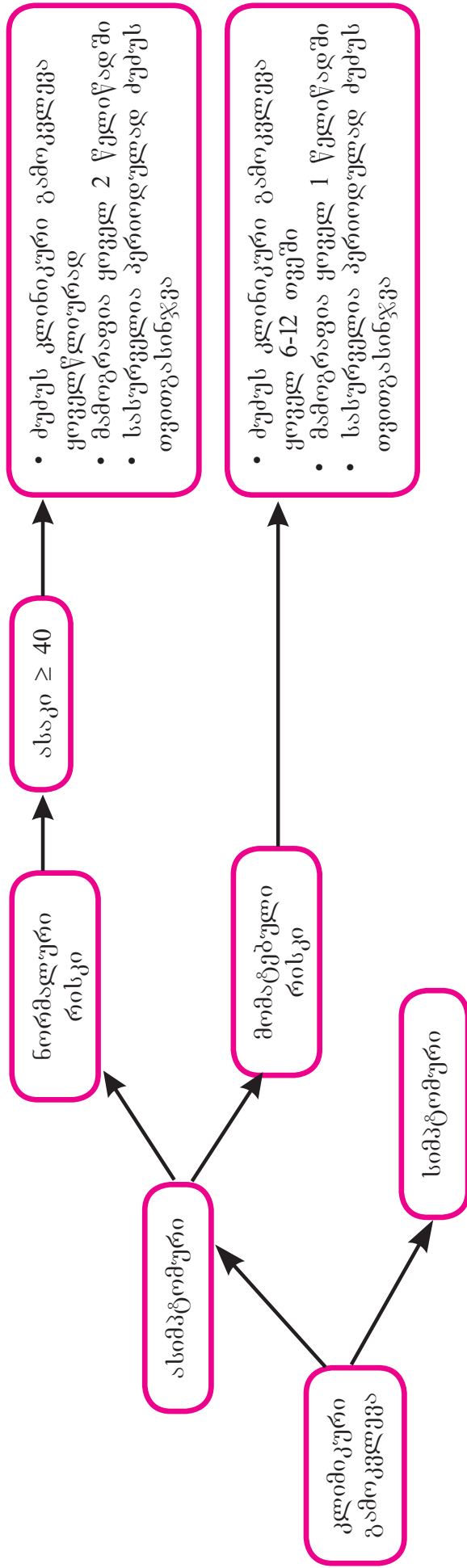
50 წლის ასაკში და ზემოთ

- თვითგასინჯვა თვეში ერთხელ;
- კონსულტაცია ექიმ-მამოლოგთან 6 თვეში ერთხელ;
- ინსტრუმენტული გამოკვლევა 6 თვეში ერთხელ (ულტრასონოგრაფია, მამოგრაფია, მაგნიტურ-რეზონანსული კვლევა მამოლოგის რეკომენდაციით მიხედვით);
- ქალბატონის ჩართვა სკრინინგ-პროგრამაში (თუ ამგვარი პროგრამა არსებობს).

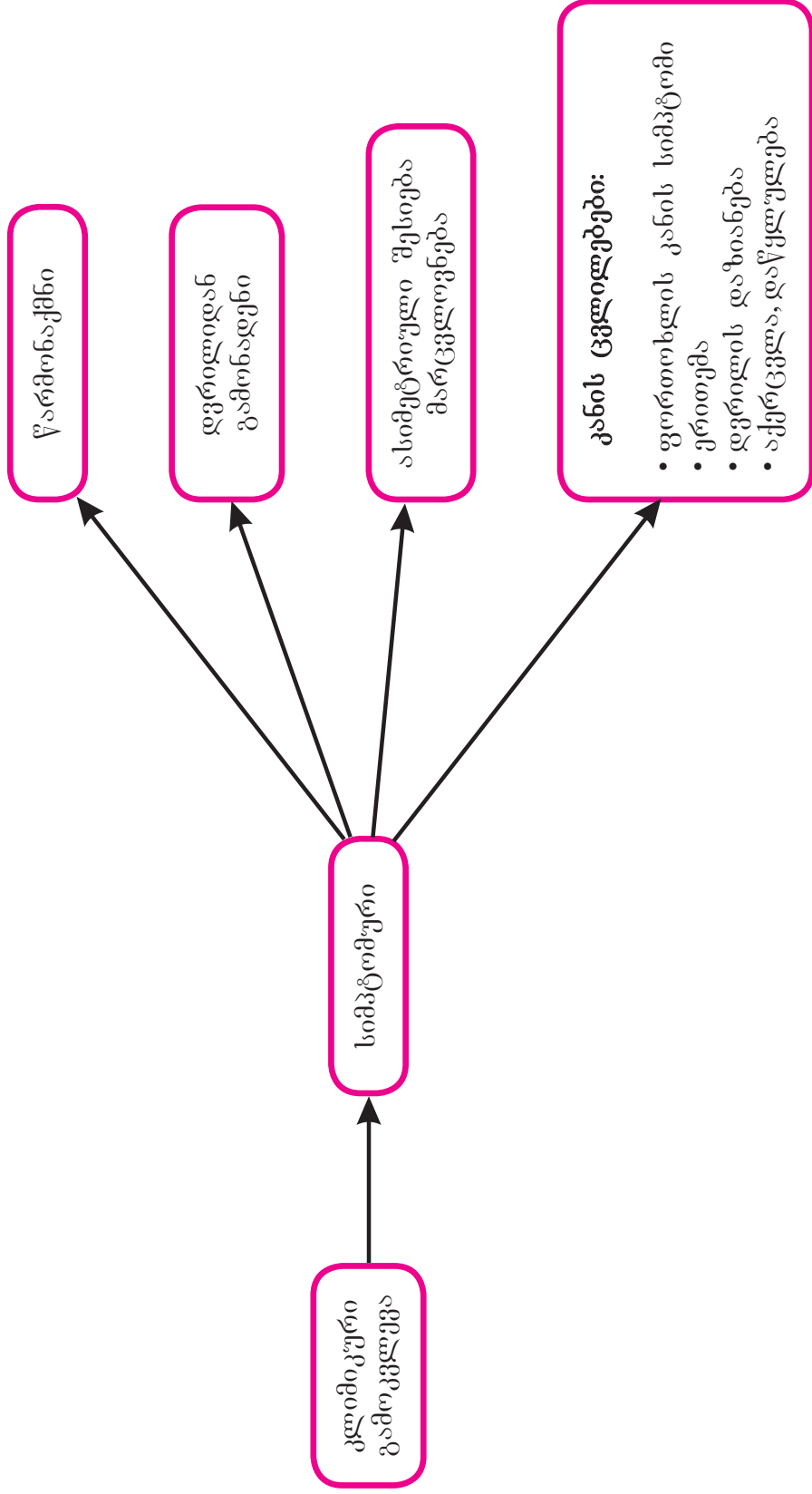
10 ნაბიჯი ცხოვრების ჯანსაღი წესით კიბოს განვითარების რისკის შესამცირებლად აკონტროლეთ სხეულის წონა

- ყოველდღიურად მიიღეთ ხილი და ბოსტნეული, შეამცირეთ ცხოველური ცხიმის მიღება;
- შეეცადეთ ივარჯიშოთ 30 წუთის განმავლობაში კვირაში 5 დღე, ხშირად ისეირნეთ ფეხით;
- დაიცავით ზომიერება ალკოჰოლური სასმელის მიღებისას. ალკოჰოლი ზრდის სიმსივნის და მათ შორის ძუძუს კიბოს განვითარების რისკს;
- კარგად დაფიქრდით სანამ დაიწყებთ/გააგრძელებთ ჩანაცვლებით ჰორმონოთერაპიას. ხანგრძლივმა მკურნალობამ მენოპაუზის შემდგომ შესაძლოა გაზარდოს ძუძუს კიბოს განვითარების რისკი. გადაწყვეტილება მიიღეთ ექიმის რჩევით;
- მუდმივად აკონტროლეთ ქრონიკული დაავადებები, გაეცანით თქვენი ჯანმრთელობისათვის სახიფათო რისკებს;
- აკონტროლეთ საკუთარი ჯანმრთელობა;
- უარი თქვით თამბაქოს მოწევაზე (მოხმარებაზე);
- აკონტროლეთ ემოციები – ემოცია მოქმედების თქვენს ჯანმრთელობაზე;
- ძილს დაუთმეთ საკმარისი დრო.

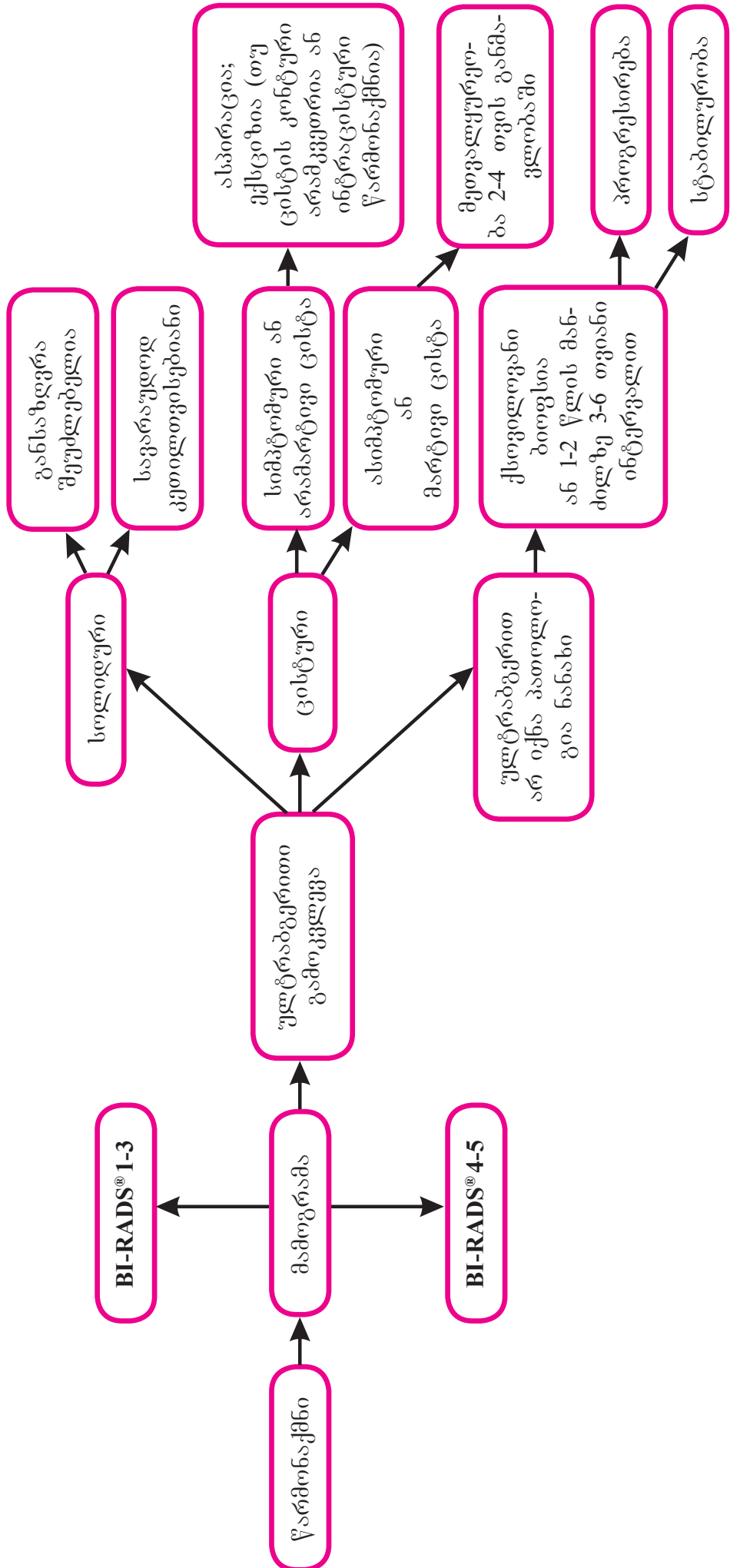
კლინიკური ნიშნებისა და სიმპტომების არსებობა



კლინიკური ნიშნებისა და სიმპტომების არსებობა



კლინიკური ნიშნებისა და სიმპტომების არსებობა



ხშირად დასმული კითხვები

რა პრინციპით ხორციელდება ძუძუს კიბოს სკრინინგი?

- ძუძუს კიბოს სკრინინგი მამოგრაფიული კვლევის საშუალებით წარმოებს;
- ძუძუს მამოგრაფია გულისხმობს რენტგენოლოგიურ კვლევას, რომლის დროსაც ძუძუს ქსოვილის დასხივება ჯანმრთელობისთვის სრულიად უსაფრთხო, მინიმალური დოზით ხდება;
- ძუძუს კიბოს სკრინინგი მეტად ხანმოკლე პროცედურაა.

რატომ არის აუცილებელი ძუძუს კიბოს სკრინინგი?

- ძუძუს კიბოს სკრინინგის საშუალებით შესაძლებელია ავთვისებიანი სიმსივნის გამოვლენა საწყის სტადიაზე, როდესაც მისი თვალთ შემჩნევა, თუნდაც ხელით გასინჯვა შეუძლებელია.
- თუ ძუძუს კიბო საწყის სტადიაზე იქნა აღმოჩენილი, განკურნება სავსებით შესაძლებელია.

საერთაშორისო გამოცდილების თანახმად, პირველ სტადიაზე გამოვლენის შემთხვევაში ძუძუს კიბოსგან სრული განკურნება ასიდან 98 შემთხვევაშია შესაძლებელი!

რა პრინციპით ტარდება მამოგრაფია?

- მამოგრაფია ტარდება შიშველ ძუძუზე, რომელიც კვლევის დროს რამდენიმე წამით მოექცევა სპეციალური აპარატურის ქვეშ.
- პროცედურა მტკივნეული არ არის. მას თან სდევს უმნიშვნელო დისკომფორტი (ამ შეგრძნებას ქალები ხშირად არტერიული წნევის გაზომვას ადარებენ), რომელიც პროცედურის დროს ჯირკვალზე მცირედი ზეწოლით არის განპირობებული და მამოგრაფიული კვლევის დასრულებისთანავე გაივლის.

როდის უნდა ველოდოთ პასუხს?

მამოგრაფიის დასრულების შემდეგ მამოგრაფიას (ფირს, რომელზეც ძუძუს ქსოვილია გამოსახული) ორი ექიმი რადიოლოგი კითხულობს. კვლევის შედეგის მიღებას ქალი 10 სამუშაო დღის შემდეგ შეძლებს.

სტატისტიკის თანახმად, ქვეყნებში, სადაც ფართოდ არის დანერგილი ძუძუს კიბოს სკრინინგის პროგრამა, მამოგრაფიული კვლევის შემდეგ გამოკვლეულთა 95%-ს არავითარი საეჭვო ცვლილება არ უვლინდება.

როდის არის საჭირო განმეორებითი კვლევა?

შესაძლოა, ექიმმა ქალს განმეორებითი გამოკვლევის ჩატარება ურჩიოს, თუ:

- მამოგრაფიამ გამოავლინა ცვლილება, რომელიც დამატებით შესწავლას საჭიროებს;
- ტექნიკური წუნის გამო ფირზე კვლევის შედეგის წაკითხვა შეუძლებელია;
- მამოგრაფიული კვლევით გამოვლინდა საეჭვო ცვლილებები, რაც დამატებითი კვლევის (ექოსკოპიური კვლევის, ბიოფსიის) საჭიროებას მოითხოვს.

თუ სკრინინგმა საეჭვო ცვლილება არ აჩვენა, განმეორებით გამოკვლევა რეკომენდებულია მხოლოდ ორ წელიწადში ერთხელ.

როგორ მოვემზადოთ მამოგრაფიისთვის?

ძუძუს კიბოს სკრინინგისთვის განსაკუთრებული მომზადება საჭირო არ არის, მხოლოდ გამოკვლევის დღეს შხაპის შემდეგ არ გამოიყენოთ კოსმეტიკური საშუალებები: კრემი, მისაყრელი პუდრი და აეროზოლი.

დაიმახსოვრეთ: ძუძუს გამოკვლევის ჩატარება რეკომენდებულია მენსტრუალური ციკლის დაწყებიდან მე-6-12 დღეს.

რას ნიშნავს პასუხი “მკურნალობა გჭირდებათ”?

თუ ექიმმა დაგარწმუნათ, რომ მკურნალობა გჭირდებათ, ნუ შეშფოთდებით. ძუძუს დაავადებათა უმრავლესობას კეთილთვისებიანი მიმდინარეობა ახასიათებს, თუმცა ყოველ მათგანს სჭირდება დროული და სწორი მკურნალობა, რისთვისაც ქალმა სკრინინგის პროგრამაში მომუშავე ექიმის რჩევით უნდა მიმართოს სპეციალიზებულ დაწესებულებას, ვინაიდან დაავადების მკურნალობა სცდება სკრინინგის პროგრამის ფარგლებს. პირველ სტადიაზე გამოვლენილი დაავადების მკურნალობა მეტად ეფექტურია.

რა ნაკლი აქვს ძუძუს კიბოს სკრინინგს?

ისევე, როგორც ყველა სხვა სახის გამოკვლევას, მამოგრაფიასაც აქვს ნაკლი, კერძოდ:

- ავთვისებიან სიმსივნეთა ზოგიერთი სახეობა ცუდად ჩანს ან სრულებით არ ჩანს რენტგენის ფირზე;
-

არის თუ არა სკრინინგი ძუძუს კიბოს პრევენციის საშუალება?

სკრინინგი საშუალებას იძლევა, დროულად იქნეს აღმოჩენილი უკვე არსებული ავთვისებიანი სიმსივნე, მაგრამ სამომავლოდ ძუძუს კიბოსგან დაცვას არ უზრუნველყოფს. ძუძუს კიბო, ისევე როგორც ნებისმიერი სხვა ორგანოს ავთვისებიანი სიმსივნე, შესაძლოა გაჩნდეს გეგმურ მამოგრაფიულ გასინჯვებს შორის (“შუალედური” კიბო).

ეს ყველა ქალმა უნდა იცოდეს!

ძუძუს კიბო რომ არ გამოგეპაროთ:

- რეგულარულად, ყოველთვიურად ჩაიტარეთ ძუძუს თვითგასინჯვა მენსტრუალური ციკლის მე-6-12 დღეს, მენოპაუზის შემთხვევაში – ყოველი თვის ერთსა და იმავე რიცხვში;
- პროფილაქტიკური გასინჯვისთვის რეგულარულად ეწვიეთ მამოლოგს: 18-35 წლის ასაკში – 3 წელიწადში ერთხელ, 35 წლის შემდეგ კი ყოველწლიურად;
- ძუძუს თვითგასინჯვით ნებისმიერი ცვლილების აღმოჩენის შემთხვევაში დაუყოვნებლივ მიმართეთ მამოლოგს;
- გულისყურით მოეკიდეთ ძუძუში პათოლოგიური პროცესების მაუწყებელ ნიშნებს: მაგალითად გამონადენს (მით უფრო – სისხლიანს) დერილიდან, ძუძუს დეფორმაციას და ა.შ;
- რაც მთავარია: თუ 40 წელს უკვე გადააბიჯეთ, ყოველ ორ წელიწადში ერთხელ ჩაიტარეთ ძუძუს კიბოს სკრინინგი.

გამოყენებული ლიტერატურა:

1. ბერძული ნინო, ყატაშვილი ზაზა, დავითულიანი მარინე, გვეტაძე ლალი, პირველადი ჯანდაცვის რგოლის ექიმთა ტრენინგი ძუძუს ჯანმრთელობის პროფილაქტიკაში, JSI Research & Training Institute, კუთაისი 2007
2. ონკოლოგიური სიფხიზლე ოჯახის ექიმის პრაქტიკაში, ქ. თბილისის მერიის სოციალური მომსახურების და კულტურის საქალაქო სამსახურის და გაეროს მოსახლეობის ფონდის (UNFPA) ერთობლივი პროგრამა, 2007
3. ოფიციალური მითითებები, დებულებები, მეთოდური რეკომენდაციები, დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის ალგორითმები ონკოლოგიაში. თბილისი, 2005.
4. ძუძუს კიბოს სკრინინგისა და დიაგნოსტიკის ხარისხის უზრუნველყოფის სახელმძღვანელო/გაიდლაინი, თბილისი 2009
5. Advanced Breast Cancer, Diagnosis and Treatment, Quick Reference Guide, National Health Institute for health and Clinical Excellence, February 2009
6. Breast Screening, a pocket guide, NHS Cancer research Programmes, www.cancerscreening.nhs.uk
7. Early Detection, Cancer Control, WHO Guide for Effective Programmes, World Health Organization 2008
8. Early and locally advanced breast cancer: diagnosis and treatment, Full Guideline , National Collaborating Centre for Cancer, Cardiff, Wales, February 2009
9. Guidelines for the Early Detection and Screening of Breast Cancer, Quick Reference Guide, WHO, <http://www.emro.who.int/ncd/>
10. Guidelines for Referral of Patients with Breast Problems, NHS Cancer research Programmes, 2003
11. Hall James, Knaus John, An Atlas of breast Disease, The Parthenon Publishing Group, 2005
12. INFORMATION AND ADVICE FOR HEALTH PROFESSIONALS IN BREAST SCREENING NHSBSP National Quality Assurance Coordinating Group for Radiography NHSBSP Publication No 53, December 2002
13. International Agency for Research on Cancer, World health Organization, volume 7, IARC Press, 2002
14. Knowledge into Action, Cancer Control, WHO Guide for Effective Programmes, World Health Organization 2008
15. Lai Fong Chiu, Straight Talking: Communicating breast Screening Information in Primary Care, Nuffield Institute for Health, 2002
16. Management of Breast Cancer in Women, a national clinical guideline, Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2005, available on: www.sign.ac.uk
17. Measuring the Quality of Breast Cancer Care in Women, Agency for Healthcare Research and Quality U.S. Department of Health and Human Services, www.ahrq.gov, 2004
18. National Cancer Control Programmes, Policies and Managerial Guidelines, 2nd edition, WHO, 2002
19. Policy and Advocacy, Cancer Control, WHO Guide for Effective Programmes, World Health Organization 2008
20. SCREENING FOR BREAST CANCER IN ENGLAND: PAST AND FUTURE, Advisory Committee on Breast Cancer Screening, NHSBSP Publication No 61, NHS Cancer Screening Programmes February 2006
21. Screening for breast Cancer, U.S. Preventive Services Task Force , 2002
22. Smith Robert A., Cokkinides Vilma and Brawley Otis W., Cancer screening in the United States, 2009: A review of current American Cancer Society guidelines and issues in cancer screening CA Cancer J Clin 2009;59;27-41
23. Women & Breast Health, Capital Breast Care Center, revised in 2007
24. World Cancer Report, WHO International Agency for research on Cancer, 2008
25. www.cdc.gov/cancer/nbccedp

11. საშვილოსნოს ყელის კიბოს განვითარების რისკ-ფაქტორები

საშვილოსნოს ყელის კიბოს განვითარების რისკ-ფაქტორებია:

1. HPV ინფექცია
2. მრავალი სქესობრივი პარტნიორი და ადრეულ ასაკში სქესობრივი ცხოვრების დაწყება;
3. მრავალმშობიარობა;
4. ნიკოტინის მოხმარება;
5. ჰორმონული კონტრაცეპცია;
6. სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებები;
7. დაუცველი სქესობრივი კავშირი (კონდომის გამოუყენლობა);
8. იმუნოსუპრესიული მდგომარეობა.

11.1. საშვილოსნოს ყელის კიბოს კარცინოგენეზი (HPV ინფექცია, HPV ტიპები, აგებულება, ინფიცირების მექანიზმი)

საშვილოსნოს ყელის კიბოს წინა მდგომარეობები და საშვილოსნოს ყელის კიბოს შემთხვევათა 99%, განპირობებულია HPV -ადამიანის პაპილომავირუსული ინფექციით. HPV არის ყველაზე გავრცელებული სქესობრივი გზით გადამდები ინფექცია, ხშირად ახასიათებს უსიმპტომო მიმდინარეობა. სქესობრივად აქტიური ქალების 50-75% სიცოცხლეში ერთხელ მაინც ინფიცირდება HPV -ით. ინფექციის პიკი მოდის მოზარდებზე და ადრეული რეპროდუქციული ასაკის ქალებზე (16-30 წელი). პაპილომავირუსით ინფიცირებულ ადამიანთა 5-30% აქვს ამ ვირუსის ერთდროულად რამდენიმე ტიპი. საშვილოსნოს ყელის კიბო წარმოადგენს ამ ინფექციის იშვიათ (1-5%) და მოგვიანებით გართულებას.

ამჟამად იდენტიფიცირებულია HPV-ს 100 ტიპი, მათ შორის 30-ს ახასიათებს ტროპიზმი გენიტალური ორგანოების მიმართ. საშვილოსნოს ყელის კიბოს განვითარების გათვალისწინებით განსხვავდებიან HPV ვირუსის მაღალი და დაბალი რისკის ტიპებს. დაბალი რისკის ტიპებია: HPV-6, 11, 42, 43, 44 და სხვა, რომელთაც შეუძლიათ გამოიწვიონ გენიტალური კონდილომების და ჩი 1 განვითარება. მაღალი რისკის ტიპებს მიეკუთვნება 15 ტიპი – HPV-16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 66, 68. მათ შორის ყველაზე უფრო ონკოაგრესიულია HPV 16 და 18. მათი ხანგრძლივი პერსისტენციის დროს შესაძლოა განვითარდეს CIN1, CIN2 CIN 3 და საშვილოსნოს ყელის კიბო. მე-16 ტიპზე მოდის საშვილოსნოს ყელის კიბოს შემთხვევათა დაახლოებით ნახევარი, ხოლო მე-18-ე ტიპზე 10-12%.

ამჟამად გამოყოფენ HPV ინფექციის ლატენტურ, მწვავე და ტრანსფორმირებულ ფორმებს. ლატენტური ინფექციის დროს ხდება ვირუსის შეღწევა ბაზალური შრის ეპითელიოციტებში, მაგრამ არ ხდება HPV გენომის ექსპრესია, შესაძლებელია ინფექციის გააქტიურება (მწვავე ფორმაში გადასვლა). ამ დროს ადამიანის პაპილომავირუსი მრავლდება შუამდებარე და ზედაპირული შრის ეპითელიოციტების ციტოპლაზმაში და საბოლოოდ ხდება მათი გამოყოფა, თუმცა ბაზალური და პარაბაზალური უჯრედები აღნიშნულ შემთხვევაში ინტაქტურია. მწვავე ინფექციამ შეიძლება განიცადოს ტრანსფორმაცია, როდესაც ბაზალურ და პარაბაზალურ უჯრედებში ხდება HPV გენომის ექსპრესია უჯრედის გენომში და საბოლოოდ ვითარდება დისპლაზია კიბოში პროგრესირებით. ვირუსული რეპლიკაციის პროცესში ჩართულია 6 და 7 პროტეინები, რომლებიც ერთის მხრივ, იწვევენ უჯრედების პროლიფერაციული პროცესების აქტივაციას და მეორეს მხრივ, უჯრედების აპოპტოზის მოშლას, რაც საბოლოოდ იწვევს უჯრედის ონკოგენურ ტრანსფორმაციას (მუტაციას), უჯრედის გამრავლების პროცესზე კონტროლოს დაკარგვას და საშვილოსნოს ყელის კიბოს განვითარებას.

HPV ინფექციის უმეტესობა არის ტრანზიტორული, რაც გულისხმობს იმას, რომ ადამიანის იმუნური სისტემის ზემოქმედებით ხდება ამ ინფექციის ელიმინაცია. მხოლოდ მაღალი რისკის ტიპების HPV-ით ინფიცირებისას შემთხვევათა 5-10% შესაძლოა ინფექციის პერსისტირება. ამ შემთხვევაში დამახასიათებელია საშვილოსნოს ყელის მაღალი ხარისხ-

ის დაზიანების (CIN2,3) და კიბოს განვითარების მაღალი რისკი.

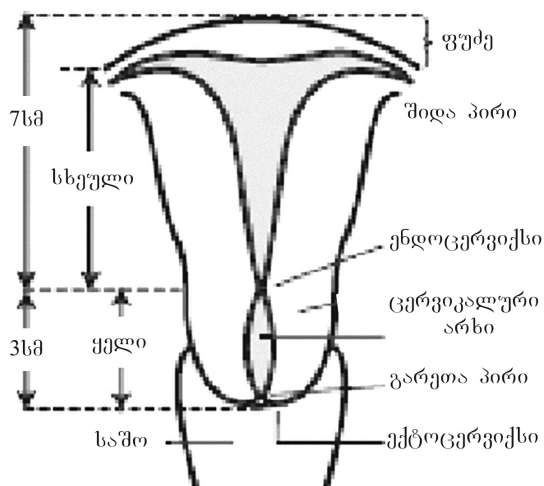
11.2 ეგზოგენური ჰორმონების როლი

საშივილოზნოს ყელის კიბოს განვითარებაში მნიშვნელოვანი როლი აქვს ორალური კონტრაცეპტივების გამოყენებას. სხვადასხვა ეპიდემიოლოგიური კვლევებით დადგენილია, რომ ორალური კონტრაცეპტივები ზრდიან საშივილოზნოს ყელის ინვაზიური კარცინომის განვითარების რისკს. მწირია ინფორმაცია საშივილოზნოს ყელის ადენოკარცინომის განვითარებაში ორალური კონტრაცეპტივების როლის შესახებ. საშივილოზნოს ყელის კიბოს განვითარების რისკი არ მატულობს, თუ ქალი ორალურ კონტრაცეპტივებს ღებულობდა 5 წლამდე ვადით, რისკი საშუალოა იმ შემთხვევაში, თუ ორალური კონტრაცეპტივის მიღება ხდებოდა 5-9 წლის განმავლობაში, ხოლო 10 წელზე ხანგრძლივი გამოყენებისას რისკი ძლიერ მომატებულია. ორალური კონტრაცეპტივები არ არის ასოცირებული ადამიანის პაპილომავირუსით ინფიცირების მომატებულ რისკთან, თუმცა შესაძლოა ხელი შეუწყოს მის პროგრესირებას ნეოპლაზიურ ცერვიკალურ დაზიანებად, თუ ქალი იღებს მხოლოდ ორალურ კონტრაცეპტივს და აღარ იყენებს კონტრაცეპციის ბარიერულ მეთოდს ადამიანის პაპილომავირუსით ინფიცირების რისკი მომატებულია.

ყოველივე ზემოთქმული მიუთითებს, რომ ორალურ კონტრაცეპტივებს მნიშვნელოვანი როლი აქვთ საშივილოზნოს ყელის კარცინოგენეზში, თუმცა უნდა აღინიშნოს, რომ მათი მოხმარების შეწყვეტის შემდეგ რისკი ქვეითდება.

12. საშივილოზნოს ყელის ჰისტოლოგია, ანატომია ფიზიოლოგია

საშივილოზნო ღრუ კუნთოვანი ორგანოა, რომელშიც არჩევენ ფუძეს – ფუნდუსს, სხეულს – ცორპუსს, ყელს – ცერვისს. საშივილოზნოს ყელის სიგრძე რეპროდუქციული ასაკის ქალებში შეადგენს 3-4 სმ-ს. საშივილოზნოს ყელის საშოსმხრივი ნაწილის სიგრძე მთლიანი ყელის სიგრძის ნახევარის ტოლია, მას აქვს ან ცილინდრული ან კონუსური ფორმა, დიამეტრით - 2-2,5 სმ. ნამშობიარები ქალების საშივილოზნოს ყელი ზომაში მომატებულია. საშივილოზნოს ყელის საშოსმხრივი ნაწილის დისტალურად განლაგებული ხერელი – საშივილოზნოს გარეთა პირია. საშივილოზნოს ყელის არხი (ვანალის ცერვიცი უტერი) აერთებს საშივილოზნოს ღრუს საშოს ღრუსთან, ის გრძელდება საშივილოზნოს შიდა პირიდან გარეთა პირამდე. მას აქვს თითისტარის ფორმა, მისი ყველაზე დიდი განივი ზომაა 7-8 მმ.



სურათი №8. საშივილოზნოს ანატომია.

ლიტერატურაში მიღებულია ტერმინები “ექტოცერვიქსი” და “ენდოცერვიქსი”, რაც პირველ შემთხვევაში გულისხმობს საშივილოზნოს ყელის საშოსმიერ ნაწილს, ხოლო მეორე შემთხვევაში ცერვიკალურ არხს.

საშივილოზნოს ყელი ძირითადად შედგება ფიბროზული ქსოვილისაგან, ელასტიური

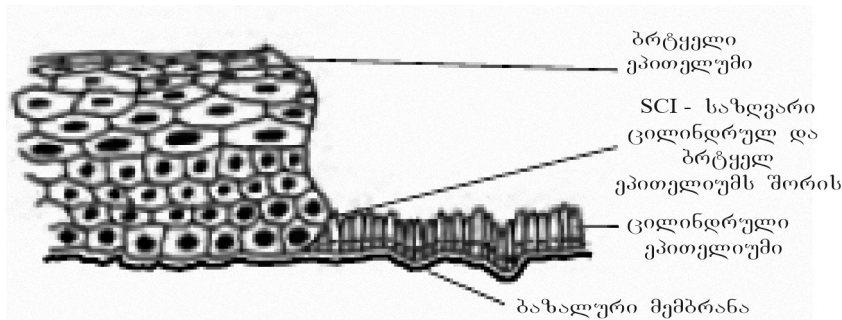
და კუნთოვანი ქსოვილის რაოდენობა მხოლოდ 15%-ს შეადგენს. საშვილოსნოს ყელის ლორწოვანში გამოყოფენ ორი ტიპის ეპითელიუმს: მაღალ ცილინდრულს (ენდოცერვიკალურს) და მრავალშრიან ბრტყელ ეპითელიუმს. 1997 წელს შეღებვით გამოყო აგრეთვე მესამე ტიპი – მეტაპლაზირებული ბრტყელი ეპითელიუმი.

საშვილოსნოს ყელის საშოსმხრივი ნაწილი დაფარულია ბრტყელი ეპითელიუმით, ხოლო ყელის არხი კი ცილინდრული ეპითელიუმით. ამგვარად საშვილოსნოს ყელში თანაარსებობენ ემბრიოლოგიურად სხვადასხვა წარმომავლობის ეპითელიუმები: ბრტყელი ეპითელიუმი ვითარდება ექტოდერმისაგან, ხოლო ცილინდრული მეზოდერმისაგან. ამ ორი ტიპის ეპითელიუმების საზღვრის განლაგება დამოკიდებულია მრავალ ფაქტორზე: ქალის ასაკზე, ჰორმონების სეკრეციაზე, საშოს 3 -ზე და ა.შ.

ექტოცერვიქსი – დაფარულია მრავალშრიანი ბრტყელი ეპითელიუმით, საშოს ეპითელიუმის რომელიც იდენტურია და უჯრედების 15-20 რიგისაგან შედგება; მფრავალშრიანობიდა, გლიკოგენისა და კერატინის შემცველობიდან გამომდინარე, მას აქვს დაცვითი ფუნქცია. მრავალშრიან ბრტყელ ეპითელიუმში განასხვავებენ 4 ტიპის უჯრედებს:

1. ბაზალური უჯრედები, რომლებიც მდებარეობენ ბაზალურ მემბრანაზე. მათი ძირითადი ფუნქციაა – მრავალშრიანი ბრტყელი ეპითელიუმის რეგენერაცია.
2. პარაბაზალური უჯრედები 2-3 რიგადაა განლაგებული ბაზალური უჯრედების თავზე. მათი ფუნქციაა არის რეგენერაციული. ამიტომ მათ, ისევე როგორც ბაზალურ უჯრედებს ახასიათებთ მიტოზური აქტივობა.
3. შუამდებარე უჯრედები მოიცავენ 6-12 რიგს. ესენი უკვე შეიცავენ გლიკოგენს, ზოგიერთში კი კერატინის გრანულებიც ჩნდება.
4. ზედაპირული უჯრედები წარმოადგენენ ბრტყელი ეპითელიუმის ყველაზე უფრო დიფერენცირებულ უჯრედებს, რომლებიც დიდი რაოდენობით შეიცავენ გლიკოგენს და კერატინს. მათი ბირთვი შეჭმუხნულია-პიკნოზური.

ენდოცერვიქსი – დაფარულია ერთშრიანი ცილინდრული ეპითელიუმით, რომელიც განლაგებულია ბაზალურ მემბრანაზე. ლორწოვანი გარსი დანაოჭებულია და ქმნის ცხოვრების ხეს – *plica palmatae* (პალმის ფოთლების მსგავსია). ენდოცერვიქსი არ შეიცავს ჭეშმარიტ ჯირკვლებს, მაგრამ ის მდიდარია კრიპტებით, რომლებიც განლაგებულია ნაოჭებს შორის, გამოფენილია ცილინდრული ეპითელიუმით და პროდუცირებენ ლორწოს. ენდოცერვიქსს არ აქვს სწორი ზედაპირი, ის არის მარცვლოვანი შენების მრავალი დვრილოვანი სტრუქტურის გამო, რის ხარჯზეც ის ემსგავსება ყურძნის მტევანს. ყოველი დვრილი დაფარულია ცილინდრული ეპითელიუმით, ხოლო სტრომა შეიცავს კაპილარის ტერმინალურ მარყუჟს. მაღალი ცილინდრული ეპითელიუმი შედგება სეკრეტორული და მოციმციმე ეპითელიური უჯრედებით. პირველის მთავარი ფუნქციაა ლორწოს წარმოქმნა, ხოლო მეორეს ფუნქციაა ამ სეკრეტის ტრანსპორტირება.



სურათი №9. საშვილოსნოს ყელის მფარავი ბრტყელი და ცილინდრული ეპითელიუმის საზღვარი.

ბრტყელ და ცილინდრულ ეპითელიუმებს შორის ქალის მთელი ცხოვრების განმავლობაში მიმდინარეობს “ბრძოლა არსებობისათვის”, რაზეც მოქმედებენ სასქესო ჰორმონები და ლოკალური ფაქტორები (საშოს pH). საშოს მუავე გარემო განაპირობებს ცილინდრული ეპითელიუმის შენაცვლებას ბრტყელი ეპითელიუმით, რომელიც განპირობებულია ბაზალურ მემბრანასა და ცილინდრულ უჯრედებს შორის განლაგებული რეზერვული უჯრედების ტრანსფორმაციით ბრტყელი ეპითელიუმის უჯრედებად (უჯრედების მეტაპლაზია). ცილინ-

დრული ეპითელიუმის შენაცვლებას ბრტყელი ეპითელიუმით უწოდებენ გარდაქმნის ანუ ტრანსფორმაციის ზონას.

სისხლმომარაგება, ლიმფური სადინრები და კვანძები- საშივლოსნოს და საშივლო-ნოს ყელის სისხლმომარაგება ხორციელდება თეძოს შიგნითა არტერიით და მისი საში-ვილოსნოს, ცერვიკალური (საშივლოსნოს ყელის) და საშოს ტოტებით. ცერვიკალური ტოტი ჩამოდის საშივლოსნოს ყელის მთელ სიგრძეზე 3 და 9 საათის პოზიციებზე, რომლის ცოდ-ნაც მნიშვნელოვანია ადგილობრივი საანესთეზიო საშუალებების ინექციის დროს.

ლიმფური კვანძები და სადინრები განლაგებულია სისხლძარღვების ახლოს და წარმოად-გენს საშივლოსნოს ყელის კიბოს გავრცელების გზას. დიდი ზომის სიმსივნემ, კიბოს გვიან სტადიებზე, შესაძლოა გაართულოს ლიმფური დრენაჟი და გამოიწვიოს ლიმფედემის გან-ვითარება.

ინერვაცია – ექტოცერვიქსში ნერვული დაბოლოებები არ არის, ამიტომ ამ მიდამოში პროცედურების ჩატარებისას (ბიოფსია, კრიოთერაპია), არ არის ანესთეზიის აუცილებლობა. ენდოცერვიქსი მდიდარია მგრძობიარე ნერვების დაბოლოებებით.

13. კიბოსწინა დაავადებები

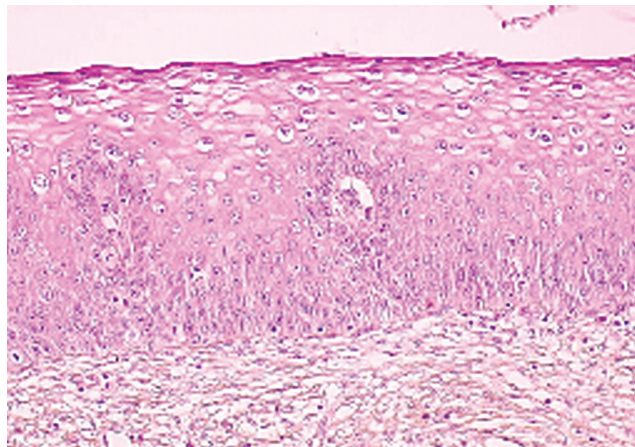
კიბოსწინა პროცესების კრებითი სახელწოდებაა დისპლაზია, რომელიც გულისხმობს საშივლოსნოს ყელის მრავალშრიანი ბრტყელი ეპითელიუმის უჯრედების მომწიფების და ლიფერენციაციის პროცესების დარღვევას.

პათოლოგიური პროცესის ბრტყელი ეპითელიუმის სხვადასხვა შრეებზე გავრცელებ-ის ხარისხიდან გამომდინარე განასხვავებენ მსუბუქი, საშუალო და მძიმე ხარისხის დის-პლაზიას.

ახალი კლასიფიკაციით კიბოსწინა პროცესებს აღნიშნავენ ტერმინით – CIN – Cervi-cal Intraepithelial Neoplasia = ცერვიკალური ინტრაეპითელიური ნეოპლაზია, რაც დისპლაზიის სინონიმი. განსხვავებენ CIN1, CIN2, CIN3 რაც შეესაბამება დისპლაზიის მსუბუქ, საშუალო და მძიმე ხარისხებს. გარდა ამისა CIN 3 მოიცავს აგრეთვე საშივლოსნოს ყელის კიბო ინ სიტუ-ს.

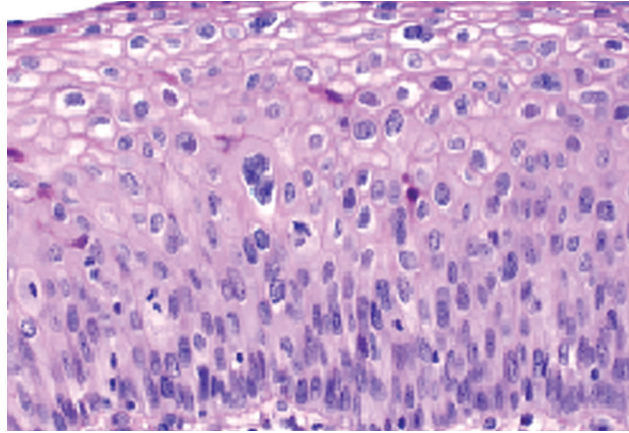
ბეტესდას კლასიფიკაციით (2001 წ) ბრტყელი ეპითელიური უჯრედების ანომალიის ხარისხის აღსანიშნავად შემოდებულია ტერმინები: დაბალი ხარისხის ინტრაეპითელიური დაზიანება (Low-Grade Squamous Intraepithelial Lesion – LSIL), რომელიც მოიცავს მსუბუქ დის-პლაზიას (CIN-I), და მაღალი ხარისხის ინტრაეპითელიური დაზიანება (High-Grade Squamous Intraepithelial Lesion – HSIL) რომელიც მოიცავს ზომიერ დისპლაზიას (CIN-II) მძიმე დისპლა-ზიას (CIN-III) და საშივლოსნოს ყელის კიბო in situ-ს.

მსუბუქი ხარისხის დისპლაზიის დროს (CIN 1) აღინიშნება ბრტყელი ეპითელიუმის ქვედა ფენების, კერძოდ ბაზალური და პარაბაზალური უჯრედების პროლიფერაცია, ხოლო ზედა ფენის უჯრედები ინარჩუნებენ ლიფერენციაციას, ნორმულ მდგომარეობას და გან-ლაგების პოლარობას.



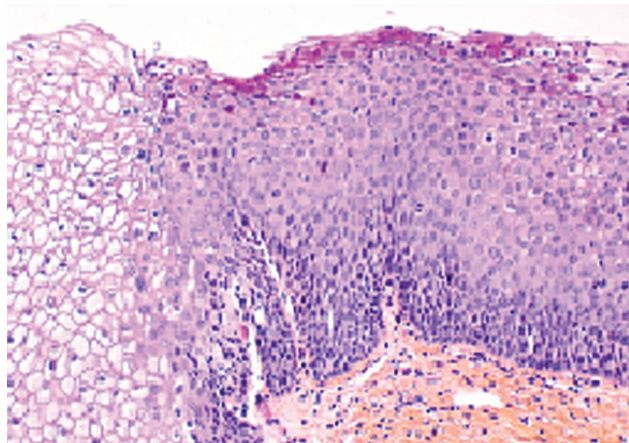
სურათი №10. CIN 1 ჰისტოლოგია, დისპლაზიური უჯრედები განლაგებულია ეპითელიუმის ქვედა მესამედში.

საშუალო ხარისხის დისპლაზიისას (CIN 2) პათოლოგიურ პროცესში ჩათრეულია ეპითელიური პლასტის ქვედა ნახევარი. უჯრედული ატიპია არ ვლინდება



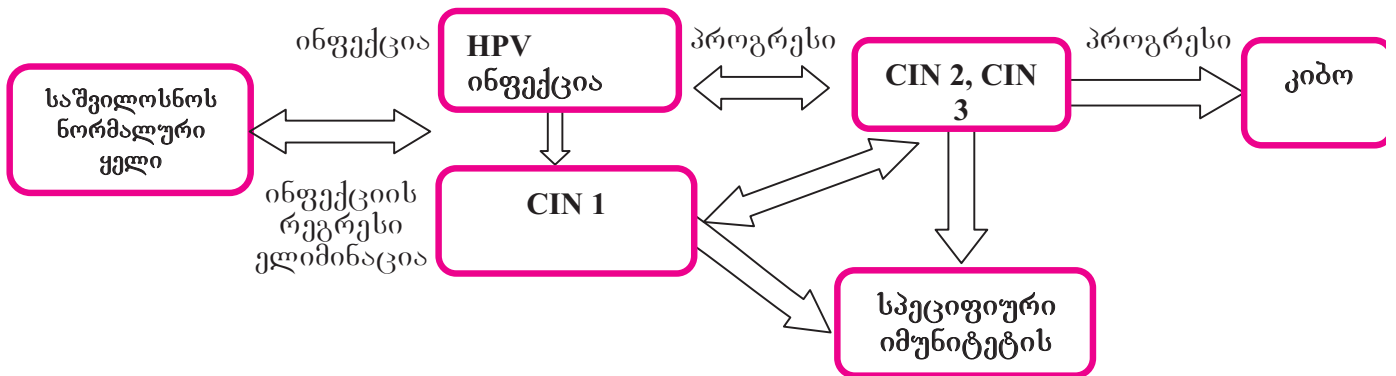
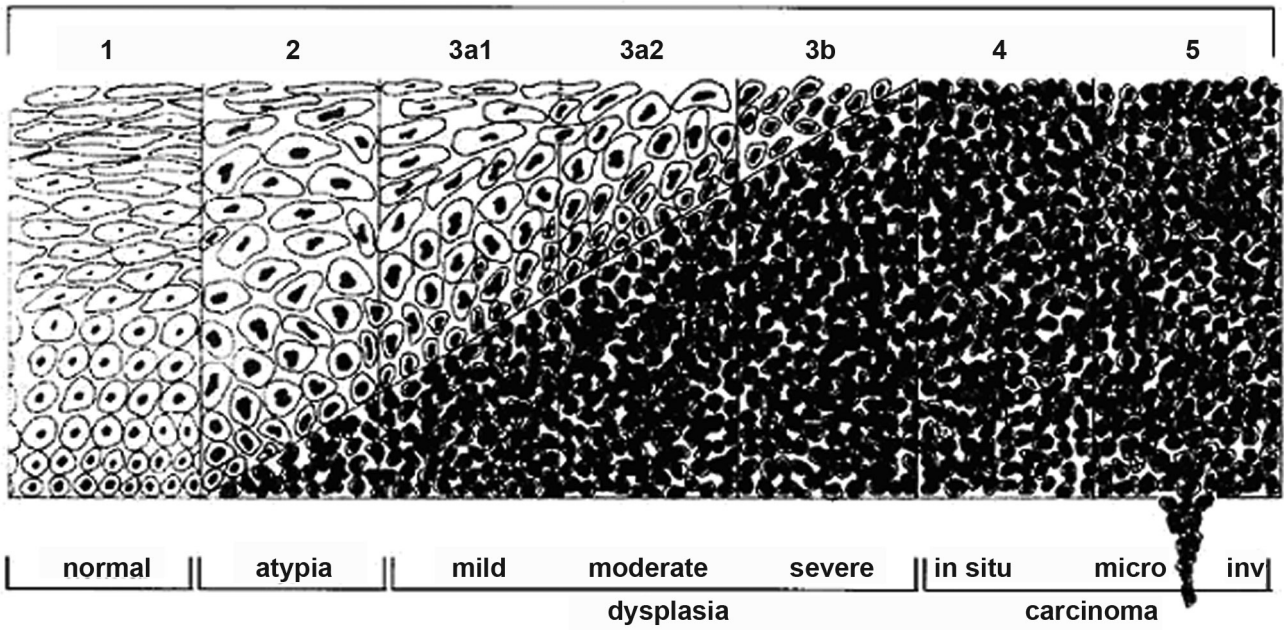
სურათი №11. CIN 2 ჰისტოლოგია, დისპლაზიური უჯრედები განლაგებულია ეპითელიუმის ქვედა ნახევარში.

მძიმე ხარისხის დისპლაზიისას (CIN 3) უჯრედების მომწიფების და დიფერენციაციის პროცესი მიმდინარეობს მხოლოდ ზედაპირულ შრეში, ეპითელიური პლასტის ქვედა ორ მესამედზე მეტი ჩათრეულია პათოლოგიურ პროცესში. აგრეთვე გამოხატულია უჯრედული ატიპია (ბირთვულ-ციტოპლაზმური ინდექსის მატება, ბირთვების პოლიმორფიზმი, ჰიპერქრომულობა, ატიპიური მიტოზები, მრავალბირთვიანობა და ა.შ.).



სურათი №12. CIN 3 ჰისტოლოგია, აღინიშნება დიფერენციაციის დარღვევა, დისპლაზიური უჯრედები წარმოადგენილია ეპითელიუმის მთელ სისქეში.

(Papanicolaou) PAP-classification



სქემა №1. საშიფლოსნოს ყელის კანცეროგენეზის სქემა. Weinstein et al., 2001

საშიფლოსნოს ყელის სხვადასხვა ხარისხის დისპლაზიის პროგნოზი

დისპლაზიის ხარისხი	რეგრესი %	პერსისტენცია %	პროგრესი CIN III-ში გადასვლით %	პროგრესი ინვაზიურ კარცინომაში გადასვლით %
CIN I	60	30	10	1
CIN II	40	40	15	5
CIN III	33	55	-	12

14. საშვილოსნოს ყელის კიბოს ცნება, კლინიკური სიმპტომები, FIGO-ს კლასიფიკაცია

საშვილოსნოს ყელის კიბო არის საშვილოსნოს ყელის ეპითელიური წარმომავლობის ავთვისებიანი სიმსივნე.

მიკროკიბო შეიძლება იყოს ასიმპტომური და გამოვლინდეს ან პაპ-ტესტით, ან კოლპოსკოპიური კვლევით. მაკროკიბოს კი თან ახლავს გარკვეული სიმპტომები. თუ ქალი არ არის სქესობრივა აქტიური, დაავადება დიდი ხნის განმავლობაში მიმდინარეობს უსიმპტომოდ და შესაძლოა გამოვლინდეს კიბოს განვითარების გვიან სტადიებზე.

საშვილოსნოს ყელის კიბოს ადრეული სიმპტომები:

- ვაგინალური გამონადენი, ხშირად ცუდი სუნის მქონე;
- არარეგულარული სისხლისდენა, რეპროდუქციული ასაკის ქალებში;
- პოსტკოიტალური სისხლისდენა, ნებისმიერი ასაკის ქალებში;
- პოსტმენოპაუზური სისხლისდენა;
- პერიმენოპაუზური სისხლდენა, რომელიც არ ექვემდებარება მკურნალობას.

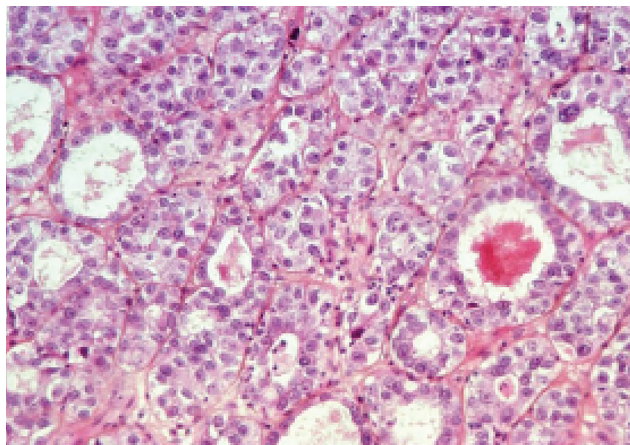
მოგვიანებითი სიმპტომები:

- შარდვის გახშირება და დიზურია;
- წელის ტკივილი;
- მუცლის ქვედა ნაწილის ტკივილი.

ძალზედ გვიანი სიმპტომები:

- ძლიერი წელის ტკივილი;
- წონის დაკლება;
- შემცირებული შარდვა (შარდსაწვეთების ობსტრუქციის და თირკმლის უკმარისობის გამო);
- შარდის და განავლოვანი მასების გამოდინება საშოდან (ფისტულის ჩამოყალიბების გამო);
- ქვედა კიდურების შეშუპება;
- ქოშინი (ანემიის ან ფილტვში მეტასტაზირების გამო).

არსებობს საშვილოსნოს ყელის კიბოს რამოდენიმე კლასიფიკაცია, მაგრამ ყველაზე უფრო გავრცელებული FIGO-ს კლასიფიკაცია, რომელიც ეფუძნება სიმსივნის ზომას და დაავადების გავრცელებას როგორც მენჯის, ისე შორსმდებარე ორგანოებში. გამონაკლისს წარმოადგენს მიკროკიბო, რომლის სტადიურობა განისაზღვრება პათოპისტოლოგიური მახასიათებლებით: ინვაზიური დაზიანების სიღრმით და სიდიდით, ეპითელიური წარმომავლობის გათვალისწინებით (ბრტყელუჯრედული ან ჯირკვლოვანი)



სურათი №13. საშვილოსნოს ყელის ადენოკარცინომა, სტრომის ინფილტრაცია სხვადასხვა ზომის და ფორმის ჯირკვლოვანი უჯრედებით

14.1 საშვილოსნოს ყელის კიბოს სტადიები FIGO-ს მიხედვით

0 სტადია – ცარცინომა ინ სიტუ, ცერვიკალური ინტრაეპითელიური ნეოპლაზია CIN III (დაავადება არ სცილდება ბაზალურ მემბრანას, ინვაზიას ადგილი არ აქვს)

I სტადია – კიბო არ სცილდება საშვილოსნოს ყელის საზღვრებს (საშვილოსნოს ტანის ინვაზია არ მიიღება მხედველობაში)

IA სტადია – მიკროინვაზიური კიბო, რომელიც კლინიკურად არ ვლინდება, დიაგნოზი ისმება მიკროსკოპიური კვლევით.

IB სტადია – კიბო არ ცილდება საშვილოსნოს ყელს და ის ან კლინიკურად ვიზუალიზდება, ან არის მიკროდაზიანება, მაგრამ IA 2 –ზე მეტი ხარისხის.

II სტადია – კიბო სცილდება საშვილოსნოს ყელის საზღვრებს (საშვილოსნოს ტანის ინვაზია არ მიიღება მხედველობაში)

IIA სტადია – კიბო სცილდება საშვილოსნოს ყელის საზღვრებს, აღინიშნება საშოს ზედა ორი მესამედის ინვაზია, მაგრამ პარამეტრიუმი თავისუფალია (ოპტიმალური მკურნალობის პირობებში სიცოცხლის 5 წლიანი ხანგრძლივობა აღინიშნება 75 %-ში)

IIB სტადია – კიბო სცილდება საშვილოსნოს ყელის საზღვრებს, აღინიშნება პარამეტრიუმის ინვაზია, მაგრამ არ ვრცელდება მენჯის კედლამდე და საშოს ქვედა ერთ მესამედზე (ოპტიმალური მკურნალობის პირობებში სიცოცხლის 5 წლიანი ხანგრძლივობა აღინიშნება 65 %-ში)

III სტადია – კიბო ვრცელდება მენჯის კედლამდე, ან საშოს ქვედა მესამედზე, იწვევს ჰიდრონეფროზის და თირკმლის უკმარისობის ჩამოყალიბებას.

IIIA სტადია – კიბო ვრცელდება საშოს ქვედა მესამედზე, მაგრამ არ ვრცელდება მენჯის კედლამდე (ოპტიმალური მკურნალობის პირობებში სიცოცხლის 5 წლიანი ხანგრძლივობა აღინიშნება 30 %-ში)

IIIB სტადია – კიბო ვრცელდება მენჯის კედლამდე, ყალიბდება ჰიდრონეფროზი და თირკმლის უკმარისობა (ოპტიმალური მკურნალობის პირობებში სიცოცხლის 5 წლიანი ხანგრძლივობა აღინიშნება 30 %-ში)

IV სტადია – კიბო ვრცელდება სხვა ორგანოებში

IVA სტადია – შარდის ბუშტის და სწორი ნაწლავის ინვაზია (ოპტიმალური მკურნალობის პირობებში 5 წლიანი ხანგრძლივობა აღინიშნება 10 %-ში)

IVB სტადია – შორეული მატასტაზები (მენჯის გარე მდებარე ლიმფურ კვანძებში, თირკმლებში, ძვლებში, ფილტვებში, ღვიძლში, თავის ტვინში) (ოპტიმალური მკურნალობის პირობებში სიცოცხლის 5 წლიანი ხანგრძლივობა აღინიშნება <5 %-ში).

15. საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგი

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაცია მიიჩნევს რომ საშვილოსნოს ყელის კიბოს პრობლემის გადაწყვეტის ორი გზა არსებობს.

- პრევენცია ვაქცინაციის სახით;
- კიბოს და კიბოსწინარე დაავადებების ადრეული დიაგნოსტიკა, რომლის მიღწევაც შესაძლებელია სკრინინგული პროგრამის განხორციელებით.

საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგის წარმატება განპირობებული შემდეგი ფაქტორებით:

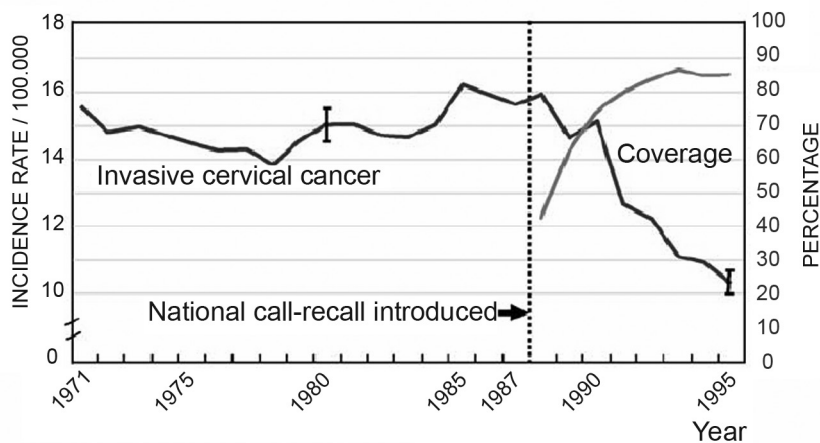
- საშვილოსნოს ყელის ანატომიური მდებარეობა, რომელიც აიოლებს მის ხელმისაწვდომობას;
- კიბოსწინა სტადიის არსებობა, რომლის მკურნალობა არის ეფექტური, უსაფრთხო, ადვილი და გაცილებით იაფი ვიდრე ინვაზიური კიბოსი;
- კიბოსწინა დაზიანების წარმოქმნიდან კიბოს განვითარებამდე ხანგრძლივი პერიოდის არსებობა, რომელიც იძლევა პათოლოგიის დროულად აღმოჩენის და მკურნალობის საშუალებას;
- ვალიდური სკრინინგ ტესტების არსებობა (PAP ტესტი, HPV დნმ ტესტი და ვიზუალური დათვალიერება ძმარმუცავას და ლუგოლის ხსნარ გამოყენებით).

არსებობს სკრინინგის ორი სახეობა: ოპორტუნისტული (ქაოსური) და ორგანიზებული (დაგეგმილი).

ორგანიზებული სკრინინგის დროს არსებობს ქალების “დაძახება-გამოძახების” (ცალლ-რეცალლ) კომპიუტერული სისტემა, რომელიც ეფუძნება მოსახლეობის რეგისტრაციას. განსაზღვრულია როგორც მონაწილეთა ასაკობრივი ჯგუფი, სკრინინგის ინტერვალი, გამოვლენილი პათოლოგიის დაკვირვება დინამიკაში (follow-up) და მკურნალობა, ასევე სკრინინგის ყველა ეტაპის ხარისხის კონტროლის უზრუნველყოფა.

ოპორტუნისტული სკრინინგის დროს ეს პროცესი ქაოსურია და ტარდება ან ქალის მოთხოვნით, ან უტარდებათ მათ, ვინც სხვა მიზეზით მიმართა კლინიკას. ოპორტუნისტული სკრინინგის ნაკლს წარმოადგენს ის ფაქტი, რომ ამ შემთხვევაში გამოკვლევა უტარდება არა რისკის მქონე ჯგუფს, არამედ ძირითადად 30 წელზე ნაკლები ასაკის ქალებს, რომელთაც იშვიათად აღენიშნებათ კიბოსწინა პროცესები, ხოლო გამოვლენილი დაბალი ხარისხის დაზიანებები ხშირად სპონტანურად განიცდის რეგრესს.

ორგანიზებული სკრინინგის უპირატესობა ოპორტუნისტულ სკრინინგთან შედარებით ნათლად ჩანს დიდი ბრიტანეთის მაგალითზე, სადაც მხოლოდ ორგანიზებული სკრინინგის პირობებში მოხდა, როგორც ავადობის, ისე სიკვდილიანობის მკვეთრი შემცირება.



დღეისათვის არ არსებობს ერთიანი აზრი იმაზე, თუ რა ასაკიდან და რა დროის ინტერვალებით უნდა წარმოებდეს საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგი. ცხრილში მოყვანილია სხვადასხვა ქვეყნების გამოცდილება.

ქვეყანა	ასაკობრივი ჯგუფი	დროის ინტერვალი
საფრანგეთი	25-65 წელი	3 წელი
იტალია	25-65 წელი	3 წელი
დიდი ბრიტანეთი	25-65 წელი	3 წელი
	50-65 წელი	5 წელი
პოლანდია	25-60 წელი	5 წელი
აშშ	18 -65 წელი	ყოველწლიურად
	სქესობრივი ცხოვრების დაწყებიდან 3 წლის შემდეგ – 65 წლამდე	
ავსტრალია	18-70 წელი	2 წელი
ახალი ზელანდია	20-70 წელი	3 წელი
ლიტვა	30-60 წელი	3 წელი

ორგანიზაცია “ევროპა კიბოს წინააღმდეგ” (“The Europe Against Cancer“) რეკომენდაციების მიხედვით საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგის დაწყება უნდა მოხდეს 25-30 წლის ასაკში 65 წლამდე 3-5 წლიანი ინტერვალებით.

საშვილოსნოს ყელის კიბოს ავადობის მაჩვენებლის შემცირება (%) სკრინინგის ინტენსივობის მიხედვით

სკრინინგული ინტერვალი წლებში	საშვილოსნოს ყელის კიბოს ავადობის მაჩვენებლის შემცირება %-ში
	25-65 წელი
1	93.5
2	92.5
3	90.8
5	83.6
10	64.1

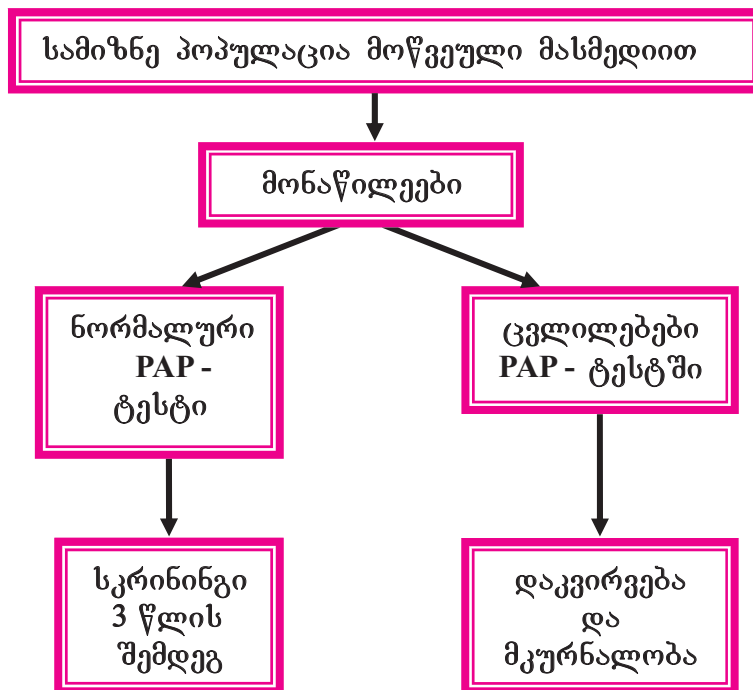
PAP- ტესტზე დაფუძნებული საშვილოსნოს ყელის კიბოს ორგანიზებული სკრინინგი შედგება შემდეგი კომპონენტებისაგან:

- სამიზნე პოპულაციის გამოვლენა;
- ქალების გამოძახების პროცესის (რეკრუტის) ეფექტური ორგანიზება, მაქსიმალური დაფარვის უზრუნველყოფით;
- ციტოლოგიური ნაცხის აღება და ტრანსპორტირება;
- ციტოლოგიური გამოკვლევა და დიაგნოზების აღნუსხვა;
- ნორმული ციტოლოგიური ტესტის მქონე ქალების გამოძახება დროის დადგენილი ინტერვალის შემდეგ;
- არაადეკვატური ციტოლოგიური ნაცხის შემთხვევაში ქალის განმეორებითი გამოძახება;
- ატიპიური ციტოლოგიური ნაცხის მქონე ქალებზე და კვირვება, დიაგნოსტიკა და მკურნალობა;
- საინფორმაციო ბანკის შექმნა, პროგრამის მონიტორინგი და შეფასება.

15.1 საშიფლოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგი საქართველოში

საქართველოში საშიფლოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგის პროგრამას ახორციელებს ეროვნული სკრინინგ ცენტრი თბილისის მუნიციპალიტეტისა და გაეროს მოსახლეობის ფონდის - UNFPA თანადაფინანსებით. სკრინინგი უტარდება ქ. თბილისის 25-60 წლის ასაკის ქალბატონებს, სკრინინგის მიზნით გამოიყენება PAP-ტესტი, სკრინინგი ტარდება 3 წლიანი ინტერვალით.

აღნიშნული სკრინინგ პროგრამის ფარგლებში, 2008 წლის მაისიდან – 2008 წლის 18 დეკემბერამდე, საშიფლოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგი ჩატარდა 25-60 წლის ასაკის 9010 ქალს. გამოკვლევულთაგან ციტოლოგიური კვლევა ჩატარდა 8124 (90%) შემთხვევაში, ხოლო კოლპოსკოპიური კვლევა კი 510 (5,6%) შემთხვევაში. 2008 წელს ჩატარებული 9010 ტესტიდან 8157 (90%) შემთხვევა ნორმის ფარგლებში იყო, დარჩენილი 852 ტესტი კვალიფიცირებული იყო, როგორც არანორმული.



სქემა № 2. საშიფლოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგი საქართველოში

15.2. საშიფლოსნოს ყელის კიბოს Pap-ტესტზე დაფუძნებული სკრინინგი

15.2.1. PAP ტესტი

PAP ტესტი – პაპანიკოლაუს ტესტი წარმოადგენს საშიფლოსნოს ყელის პათოლოგიათა ციტოლოგიურ დიაგნოსტიკას. მისი ავტორია ბერძენი ექიმი ჯორჯ პაპანიკოლაუ (1941 წელი). მეთოდი მაღალსპეციფიკურ სკრინინგულ ტესტს, რომლის სპეციფიკურობაც განისაზღვრება 60– 95% -ით.

რუტინული ციტოლოგიური გამოკვლევა

საშვილოსნოს ყელის ზედაპირიდან (ექტოცერვიქსი) და საშვილოსნოს ყელის არხიდან (ენდოცერვიქსი) უჯრედების აღება ხდება სპეციალური მასალის ასაღები ინსტრუმენტებით. უჯრედების გადატანა სასაგნე მინაზე ხდება პირდაპირ ან სპეციალურ თხევად გარემოში მოთავსების შემდეგ. მიკროსკოპული შეფასებისათვის აუცილებელია უჯრედების შეღებვა, რის შემდეგაც ხდება მათი მიკროსკოპული ანალიზი.

რუტინული ციტოლოგია წარმოადგენს სტანდარტულ მეთოდს საშვილოსნოს ყელის პირველადი გამოკვლევისათვის. განმეორებითი Pap ნაცხი გამოიყენება წინასწარშერჩეული სამიზნე პოპულაციის გამოკვლევის მიზნით, დაბალი ხარისხის ციტოლოგიური პათოლოგიების შემთხვევაში და როგორც შემდგომი მეთვალყურეობის მეთოდი, მკურნალობის შემდეგ ციტოლოგიური ნაცხის ხარისხის შეფასება წარმოადგენს აპ დიაგნოსტიკის ძირითად კომპონენტს.

სითხეზე დაფუძნებული ციტოლოგია

თხელ-ნაცხიანი, იგივე სითხეზე დაფუძნებული ციტოლოგია (LBC - liquid Based Cytology) იყენებს უჯრედული მასალის სასაგნე მინაზე გადატანის ახალ ტექნოლოგიას. მასალის ასაღებად რეკომენდებულია ცერვიქსული ფუნჯი, თუმცა შესაძლებელია ენდოცერვიქსის პლასტიკური წკირის გამოყენება ცაკლე ან ენდოცერვიქსულ ბრაშთან კომბინაციაში. ამ დროს არ ხდება მასალის მინაზე გათხაპვნა, როგორც რუტინული ციტოლოგიური ნაცხის შემთხვევაში. მასალის ასაღები ინსტრუმენტი აღებულ მასალასთან ერთად გადაიტანება სპეციალურ კონტეინერში, რომელიც შეიცავს ასევე სპეციალურ სატრანსპორტო სითხეს. კონტეინერი შემდეგ იგზავნება შესაბამისად აღჭურვილ ლაბორატორიაში. -

სითხეზე დაფუძნებული ციტოლოგიის გამოყენების მიზანშეწონილობა

სითხეზე დაფუძნებული ციტოლოგიური მეთოდების პირველი უპირატესობაა, რომ ამ დროს თითქმის ყველა უჯრედი გადაიტანება სითხეში, მაშინ როდესაც რუტინული ნაცხის ნაწილი რჩება მასალის ასაღები ინსტრუმენტზე. უჯრედების სითხეში გადატანა ზრდის ნაცხის რეპრეზენტატულობას. სითხეზე დაფუძნებული ციტოლოგიური მასალის დროს აღინიშნება ოპტიმალური ფიქსაცია. მეორეს მხრივ შეცვლილი ფონი საჭიროებს ციტოპათოლოგის შესაბამის მომზადებას და ადაპტაციას.

ციტოლოგიური ნაცხის ხარისხი

ადექვატურობის TBS კრიტერიუმი

The Bethesda სისტემის (TBS) (1988წ.) ძირითად ინოვაციას წარმოადგენდა მასალის ადექვატურობის შეფასება. თავდაპირველად მოწოდებული იყო ადექვატურობის სამი კატეგორია: დამაკმაყოფილებელი, დამაკმაყოფილებელი, მაგრამ შეზღუდული დიაგნოსტიკური შესაძლებლობით და არადამაკმაყოფილებელი. მეორე კატეგორია გამოიყენება ძირითადად იმ ნაცხებისათვის რომლებიც არ შეიცავენ ენდოცერვიქსულ ან მეტაპლაზიურ უჯრედებს (ტრანსფორმაციული ზონიდან მასალის აღების მაჩვენებელი), ან ნაწილობრივ ანთებითი ნაცხებისათვის. თუმცა ეს კატეგორია ამოღებულ იქნა ბეტესდას ბოლო კლასიფიკაციაში (2006), რის შემდეგაც კლინიცისტი ვაღდებული იყო ანთებითი ნაცხი. სადღეისოდ, გარდა ძირითადი დიაგნოზისა და მასალის აღწერილობისა, დიაგნოზის ფორმაში უნდა აღინიშნოს 10-ზე ნაკლები ენდოცერვიქსული უჯრედის ან ანთებითი ექსუდატის არსებობა, რომელიც ფარავს უჯრედების 75%-ზე ნაკლებს. არადამაკმაყოფილებლად ითვლება ნაცხი რომელიც შეიცავს მხოლოდ ცილინდრულ უჯრედებს ბრტყელი ეპითელიოციტების გარეშე. ამ შემთხვევაში კლინიცისტმა უნდა მოითხოვოს განმეორებითი ნაცხის

აღება. არადამაკმაყოფილებელი ნაცხის შემთხვევაში, აუცილებელია მიზეზის მითითება, და აგრეთვე აუცილებელია ტრანსფორმაციული ზონიდან მასალის აღების შესახებ ინფორმაციის მითითება.

უჯრედულობა

TBS-ის მიხედვით რუტინული ციტოლოგიური ნაცხი უნდა შეიცავდეს სულ მცირე 8000-12000 ბრტყელ ეპითელიოციტს (Solomon et al., 2002). უჯრედების რაოდენობის განსაზღვრა ხდება ზოგადი პრინციპით და არა თითოეული უჯრედის დათვლის გზით. TBS-სში მოცემულია ცნობილი რაოდენობის უჯრედების შემცველი მხედველობის ველების სურათები ე.წ. “reference images”. ცერვიქსის ნაცხი უნდა შეიცავდეს კარგად ვიზუალიზებად უჯრედულ მასალას, რომელიც ფარავს სასაგნე მინის ერთ მესამედს მაინც. TBS-ის კრიტერიუმით სითხეზე დაფუძნებული ციტოლოგიური ნაცხი უნდა შეიცავდეს სულ მცირე 5,000 უჯრედს. მინიმალური უჯრედულობის კრიტერიუმად მიღებულია ნაცხში 5000 უჯრედის არსებობა

ე.წ. გადამფარავი ფაქტორები და სხვა კრიტერიუმები

სხვა მიზეზები, რის გამოც შეუძლებელია ნაცხის ინტერპრეტაცია მოცემულია 1991 გამომცემულ TBS-ში არადამაკმაყოფილებლად უნდა ჩაითვალოს ნაცხი, რომლის უჯრედების 75%-ზე მეტის ვიზუალიზაცია შეუძლებელია სისხლით გადაფარვის, ანთების ან გაშრობის არტეფაქტის გამო, აგრეთვე ნაცხები რომელიც ლაბორატორიაში მოვიდა გატეხილი მინით ან პაციენტის საიდენტიფიკაციო ნომრის გარეშე.

რეკომენდაცია

როგორც მინიმუმში, TBS კრიტერიუმები რუტინული ნაცხებისათვის და LBC უნდა იქნას გამოყენებული, თუ მასალა ჩაითვლება არაადექვატურად. ამასთანავე, არაადექვატურობის მიზეზი მითითებული უნდა იყოს ციტოლოგიური დიაგნოზის ფორმაში. ქალი არადამაკმაყოფილებელი ნაცხით უნდა იქნას დაბარებული განმეორებით ტესტირებაზე და უნდა მოხდეს შემთხვევის მონიტორინგი. ქალი უნდა მოწვეულ იქნას განმეორებით, თუ ახალი ნაცხის აღება არ მოხდა თავის დროზე. სასურველია, ყოველთვის მიეთითოს ტრანსფორმაციული ზონიდან მასალის აღების თაობაზე.

საშვილოსნოს ყელიდან მასალის აღება და ადექვატური Pap-ნაცხის მომზადება

საშვილოსნოს ყელიდან მასალის სწორად აღება შესაბამისი აღჭურვილობით, მნიშვნელოვნად აადვილებს Pap-ტესტის შეფასებას. არასწორად აღებული ნაცხი ცრუ პოზიტიური და ცრუ ნეგატიური შედეგების ძირითადი მიზეზია.

აღჭურვილობა, შესაძლებლობები

სკრინინგ პროგრამაში ერთგვებიან კლინიკურად ჯანმრთელი ქალები. მნიშვნელოვანია მათი დამოკიდებულება მომსახურეობისადმი: არიან ისინი კმაყოფილები, თუ აღარ ჩაიტარებენ სკრინინგს ან საკონტროლო ტესტს. სანამ ნაცხი აიღება, მასალის აღებისთვის უნდა იყოს კონფიდენციალური, მშვიდი ატმოსფერო. საშვილოსნოს ყელის დათვალიერება უნდა ხდებოდეს მართვადი შეუქის გამოყენებით.

ხელსაწყოები უნდა მომზადდეს გასინჯვამდე, რომ პაციენტმა რაც შეიძლება ნაკლები ხანი დაჰყოს გინეკოლოგიურ სავარძელზე, არაკომფორტულ პოზიციაში. გამოსაყენებელი აღჭურვილობა მოიცავს ხელთათმანებს, სარკეებს, მასალის ასაღებ ნივთებს, სასაგნე მინებს, ფიქსატორს, ფანქარს.

მაქსიმალურად უნდა შემცირდეს დროის ინტერვალი მასალის აღებასა და დაფიქსირებას შორის. ამისათვის ფიქსატორი თავლია და უკვე შემოწმებული უნდა იყოს. სასტერილიზაციო საშუალებების და ნარჩენების გადაყრა უნდა მოხდეს მასალის აღების შემდეგ.

ასევე სასურველია, პაციენტისათვის ხელმისაწვდომი იყოს სადა, სასაუბრო ენით დაწერილი ბროშურები, რათა პაციენტმა მოახერხოს დამოუკიდებლადაც მიიღოს ინფორმაცია სხვადასხვა მოსალოდნელი შედეგების შესახებ. კლინიკური მონაცემების ანკეტა უნდა

შეივსოს სწორად, სათანადოდ.

საშიფლოსნოს ყელის სკრინინგის ჩატარებისათვის უკუჩვენებას წარმოადგენს: ტოტალური ჰისტერექტომია, ყელის ამპუტაცია (თუ ოპერაცია ჩატარდა ცერვიქსის დაზიანების გამო, ვაგინალური ნაცხი უნდა გაკეთდეს რეკომენდებული სისშირით), კიბოზე ეჭვის არსებობა და ყელის არეში მაკროსკოპიულად გამოხატული დაზიანება. ამ უკანასკნელის არსებობის შემთხვევაში სასურველია პაციენტი გაიგზავნოს კოლპოსკოპიურ გამოკვლევაზე და/ან ბიოფსიაზე.

მასალის ადეკვატური უჯრედულობის ხელშემშლელი ფაქტორები:

1. მენსტრუაცია, სისხლისდენა;
2. ვაგინალური ანთება/ინფექცია;
3. სექსუალური ურთიერთობა ნაცხის აღებამდე 24 საათის განმავლობაში;
4. მძიმე გენიტალური ატროფია (გვიანი მენოპაუზა);
5. ორსულობა, მშობიარობის შემდგომი პერიოდი და ლაქტაცია;
6. ფიზიკური მანიპულაციები ან ქიმიური გაღიზიანება, როგორცაა: წინასწარი ვაგინალური გამოკვლევა, მადეზინფექციებელი ნივთიერებების (სითხეების) გამოყენება, ზეთოვანი საშუალებები, ვაგინალური წამლები, გამორეცხვები ან სპერმიციდული საშუალებები (ნაცხის აღებამდე 24 საათის განმავლობაში), წინა ნაცხის აღება 3 კვირამდე დროის ინტერვალში, საშიფლოსნოს ყელის ოპერაცია 3 თვემდე დროის ინტერვალში;
7. რადიოთერაპია.

აუცილებელია ამ ფაქტორების გათვალისწინება და მათი ზეგავლენის მინიმუმამდე დაყვანა. ციტოლოგიური პრეპარატების ხარისხი შეიძლება დაბალი იყოს ორსულობის და მშობიარობის შემდგომ ადრეულ პერიოდში, რეაქციული ანთებითი ცვლილებების გამო. ამდენად, ორსული ქალებისთვის, ნეგატიური სკრინინგ-ისტორიით, ნაცხის აღება სასურველია გადაიდოს მშობიარობიდან 6-8 კვირით იმ შემთხვევაში, თუ ბოლო ნაცხი არ აღებულა 3 წელზე მეტი ხნის წინ და/ან თუ სკრინინგის შედეგები სავარაუდოდ არ იქნება ინფორმაციული. თუ ბოლო ნაცხი აღმოჩნდა პათოლოგიური და შუალედში ქალი დაფეხმძიმდა, მაშინ საკონტროლო ნაცხის აღება არ უნდა გადაიდოს.

ქალის მომზადება მასალის ასაღებად. მასალის აღება საშიფლოსნოს ყელიდან

1. მასალის აღებამდე ქალს უნდა აუხსნათ, თუ რისთვის არის საჭირო ნაცხის აღება და რატანხმლები მოვლენები და/ან გართულებებია მოსალოდნელი. უნდა გამოვეითხოთ ჯანმრთელობის ზოგადი მდგომარეობა, აქვს თუ არა არარეგულარული სისხლდენა, ან გამონადენი. უნდა ჩავნიშნოთ ბოლო მენსტრუაციის თარიღი და ბოლო ორსულობის მონაცემები. უნდა აუხსნათ, რომ ნაცხის არადამაკმაყოფილებელი ხარისხის შემთხვევაში, საჭიროა გამოკვლევის განმეორება 3-6 თვეში. პაციენტს სწორად უნდა გავაგებინოთ ციტოლოგიური კვლევის შედეგები.

2. რუტინული ნაცხისთვის, მინები უნდა დაინიშნოს ფანქრით, გარკვევით, მინის მქრქალ ბოლოზე პაციენტის საიდენტიფიკაციო მონაცემების (სახელი, ნომერი, დაბადების თარიღი) ჩვენებით. სხვა მეთოდებით შესრულებული მონიშვნები მინის დამუშავების დროს შეიძლება წაიშალოს.

3. სავარძელზე პაციენტის მაქსიმალურად კომფორტულად მოათავსების შემდეგ (დორზალურ ან ლატერალურ პოზიციაში), სინათლის წყაროს ისე მივმართავთ, რომ კარგად ჩანდეს საშიფლოსნოს ყელი. მასალის აღებამდე არ შეიძლება ტამპონის გამოყენება.

4. სარკის თბილ წყალში ან ხელში გათბობის შემდეგ, მას ვდგამთ საშოში ვუღვის მწვერვალის გაყოლებაზე, ნახევრად შეყვანის შემდეგ ვატრიალებთ 90 -ით და ვხსნით (ვადებთ) საშოში მთლიანად განთავსების შემდეგ. ლუბრიკანტები ჩვეულებრივ საჭირო არ არის. აუცილებლობის შემთხვევაში გამოიყენება ცოტა თბილი წყალი ან წყალში ხსნადი ლუბრიკანტი ისე, რომ არ დაბინძურდეს საშიფლოსნოს ყელი, რამდენადაც მან შეიძლება დააზიანოს მასალის ხარისხი. ყელი ისე უნდა იქნას დასათვალიერებლად ახლოს მოტანილი, რომ არ შეწუხდეს პაციენტი. უნდა აღწეროს საშიფლოსნოს ყელის გარეგნული

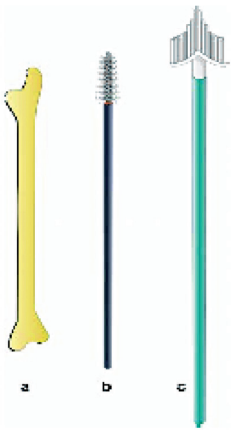
მდგომარეობა, აქვს თუ არა ადგილი სხვადასხვა პათოლოგიურ მდგომარეობას, ან თუ აღინიშნება საექვო სიმპტომები. ნაცხის აღებამდე არ შეიძლება ყელის რუტინულად გაწმენდა ან ტამპონის გამოყენება.

5. საშვილოსნოს ყელის კიბოსწინარე დაავადებები ძირითადად აღმოცენდება ტრანსფორმაციულ ზონაში (TZ), ექტოცერვიქსის მრავალშრიან ბრტყელ ეპითელიუმისა და ენდოცერვიქსის ცილინდრულ ეპითელიუმის მიჯნაზე: ამიტომ, მნიშვნელოვანია უჯრედული მასალა თავდაპირველად ამ ზონიდან იქნეს აღებული. ნაცხში მეტაპლაზიური ბრტყელი უჯრედების და ენდოცერვიქსული უჯრედების თანაარსებობა ნიშნავს, რომ მასალა აღებულია ტრანსფორმაციული ზონიდან, მაგრამ ეს არ გვაძლევს იმის გარანტიას, რომ მასალა აღებულია მთლიანად მისი მიმდებარე ნაწილიდან. წარსულში ენდოცერვიქსული კომპონენტების არარსებობა, ითვლებოდა ნაცხის განმეორებით აღების მიზეზად. ხანგრძლივმა კვლევებმა უჩვენა, რომ პაციენტებს ბოლო ნეგატიური ნაცხით, ენდოცერვიქსული უჯრედების გარეშე არ აქვთ ცერვიქსის შემდგომი დაზიანების მაღალი რისკი, ნეგატიური ნაცხის მქონე ქალებთან შედარებით. მიუხედავად ამისა ენდოცერვიქსული უჯრედების და/ან მეტაპლაზიური უჯრედების არსებობა განსაზღვრავს რომ მასალა აღებულია სამიზნე ზონიდან.

6. საშვილოსნოს ყელის სკრინინგი ყოველთვის შესაბამისი ინსტრუმენტებით აღებულ ენდო- და ექტოცერვიქსულ მასალას. ტრანსფორმაციული ზონიდან მასალის ასაღებად გამოიყენება სხვადასხვა ტიპის ხის ან პლასტიკური შპადელები (სურათი 14). შპადელები წაგრძელებული დაბოლოებებით, ბრაშები (მოკლე ჯაგრისიანი ენდოცერვიქსული ფუნჯები) და ცოცხისებრი ცერვიქსული ფუნჯები წარმოადგენს რეკომენდებულ ინსტრუმენტებს. განიხილეთ შპადელები 2 შესაძლო დაბოლოებით: Ayre (მოკლე) დაბოლოება და Aylesbury (წაგრძელებული) დაბოლოებით. ბამბიანი დაბოლოების აპლიკატორები აღარ გამოიყენება.

7. რეკომენდებულია მასალის აღების 3 მეთოდი:

1. ცერვიქსული ფუნჯით (c)
2. შპადელის და ენდოცერვიქსული ფუნჯის კომბინაციით - ექტოცერვიქსიდან და ენდოცერვიქსიდან მასალის ასაღებად (a და b)
3. მხოლოდ წაგრძელებულბოლოიანი შპადელით (a)



სურათი №14

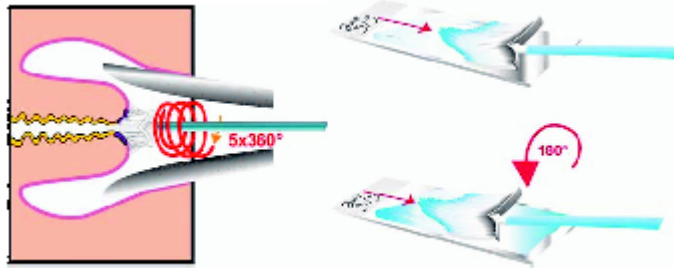
დაუშვებელია მხოლოდ ენდოცერვიქსული ფუნჯის გამოყენება (b).

ცერვიქსული ფუნჯი საუკეთესოა თუ პაციენტი ფეხშიძე და აქვს ადვილად სისხლმდენი საშვილოსნოს ყელი. კომბინირებული მეთოდი, ენდოცერვიქსული ფუნჯის გამოყენებით, საუკეთესოა თუ ცილინდრულ და ბრტყელ ეპითელიუმებს შორის საზღვარი განლაგებულია ენდოცერვიქსულ არხში (ხშირად პოსტმენოპაუზურ ქალებში), ასევე საშვილოსნოს ყელის ოპერაციის შემდეგ, ან თუ არის ცილინდრული ეპითელიუმის დიდი ზომის ექტოპია. ზოგ ქვეყნებში, მაგალითად, დიდ ბრიტანეთში, ხმარობენ მხოლოდ შპადელს.

8. რუტინული ნაცხის აღება და დამუშავება:

ცერვიკსული ფუნჯით ენდო- და ექტოცერვიკსული უჯრედების აღება ხდება ერთდროულად: გრძელი ბუსუსები იღებენ მასალას ენდოცერვიქსიდან, მოკლე ბუსუსები იღებენ მასალას ექტოცერვიქსიდან. ფუნჯი გვერდებზე ჩამოჭრილია ისე, რომ უჯრედები აიღოს მხოლოდ ბრუნვის საათის ისრის მიმართულებით დატრილებისას.

1. ფუნჯის გრძელი ბუსუსები თავსდება ენდოცერვიკსულ არხში;
2. ფუნჯს ვაბრუნებთ 360° ხუთჯერ, საათის ისრის მიმართულებით, ცერა თითსა და საჩვენებელ თითს შორის, მსუბუქი ზეწოლით. შემდეგ ცერვიკსული ფუნჯის ორივე მხარეს ცალცალკე მინის გასწვრივ გადაეუსვამთ მინას;
3. ნაცხს ვაფიქსირებთ დაუყოვნებლივ.

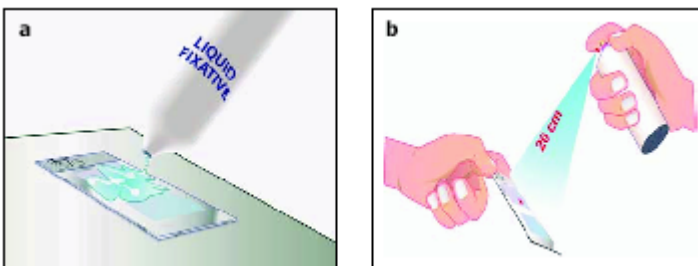


სურათი №15

9. ნაცხი შეიძლება დაფიქსირდეს პიპეტით ან “სპრეის” საშუალებით, ან მთელი მინა უშუალოდ მოთავსდეს ფიქსატორიან კონტეინერში. **არჩეული ფიქსატორი არის 95%-იანი ეთილის სპირტი**, მაგრამ შეიძლება სხვა ფიქსატორების გამოყენებაც. მინა დაფიქსირებული უნდა იყოს სულ მცირე 10 წუთის განმავლობაში. შემდეგ ამოვიღოთ ფიქსატორიდან და შევიწინაბოთ მშრალად სასაგნე მინების ყუთში ტრანსპორტირებისათვის.

თუ გამოიყენება “სპრეით” შესხურებით ფიქსაცია, ფიქსატორის შესხურება უნდა მოხდეს მინიდან 20სმ მოშორებით და სწორი კუთხით. თუ ახლოდან შევასხურებთ ფიქსატორს, მაშინ უჯრედები გადაირეცხება ან გაიყინება, თუ დახრილად მივმართავთ ჭავლს, მასალაზე აგრეგატები წარმოიქმნება. წვეთების წარმოქმნის თავიდან ასაცილებლად არ უნდა გამოვიყენოთ ბევრი ფიქსატორი. The BSCC (ბრიტანული) გაიდლაინით რეკომენდებულია მინის მოთავსება ჰორიზონტალურ ზედაპირზე სპრეით ფიქსაციისთვის, რომ თავიდან ავიცილოთ არათანაბარი ფიქსაცია. უნდა მოხდეს სწრაფი ფიქსაცია, რამდენიმე წამში, რომ არ განვითარდეს ნაცხის გაშრობის არტეფაქტები.

ნაცხის დაუყოვნებელი ფიქსაცია იმიტომ იძენს კრიტიკულ მნიშვნელობას, რომ პრეპარატის თუნდაც ნაწილობრივი გაშრობა ამახინჯებს და ცვლის უჯრედულ კომპონენტებს. უნდა აღინიშნოს, რომ პოსტმენოპაუზური ქალების ნაცხი და სისხლიანი ნაცხები განსაკუთრებით სწრაფად შრება.



სურათი №16

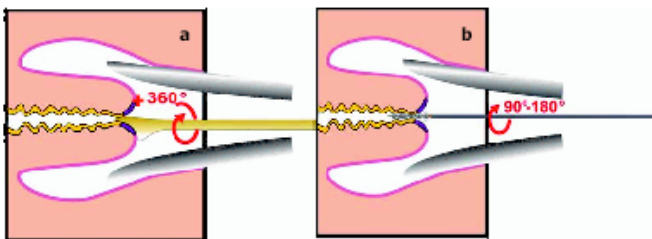
• **შპადელისა და ენდოცერვიქსული ფუნჯის კომბინაცია**

ნაცხის აღება შპადელით

1. შპადელი დაბოლოების ანატომიური თავსებადობის მიხედვით უნდა იქნას შერჩეული. არანამშობიარები ქალისთვის გამოიყენება Aylesbury დაბოლოება, ნამშობიარებისთვის ფართო Ayre დაბოლოება. წაგრძელებული ბოლო შედის საშვილოსნოს ყელის არხში, სანამ შიგნითა მორკალური ზედაპირი არ შეეხება საშვილოსნოს ყელს;
2. კეთდება ერთზე მეტი სრული ბრუნი. საათის ისრის მიმართულებით დატრიალებისას ვაჩერებთ 9 საათის პოზიციაზე, თუ საწინააღმდეგო მიმართულებით ვაბრუნებთ, მაშინ ვაჩერებთ 3 საათის პოზიციაზე, რომ აფხეკილი მასალა დარჩეს ჰორიზონტალურად მდებარე შპადელის ზემო ზედაპირზე;
3. შპადელის წვერი გამოფხეკს ყელის შესავალს, ნაკლებად გამოშვერილი ნაწილი კი – ყელის ზედაპირს. საჭიროა, რომ სქვამოცილინდრული (SCJ) არე აიფხიკოს რამდენადაც შესაძლებელია კარგად. თუ არის ძლიერ გამოსატული ექტოპია, უნდა ჩამოიფხიკოს ყელის გარეთა ნაწილი ცალკე, Ayre შპადელის ბრტყელი ბოლოს საშუალებით;
4. ნაცხის აღების შემდეგ დასაშვებია შპადელის გვერდზე გადადება და ნაცხის აღების პროცედურის გაგრძელება ცერვიქსული ფუნჯით. აღებული უჯრედული მასალის გაშრობის საშიშროება მინიმალურია, თუ ის ლორწოსთან ერთად დარჩება შპადელზე მცირე ხნით.

მასალის აღება ენდოცერვიქსული ფუნჯით

ენდოცერვიქსული ფუნჯის 2/3 თავსდება საშვილოსნოს ყელის არხში, ისე რომ დისტალური ბუსუსები თვალთ უნდა ჩანდეს. შემდეგ ფუნჯი უნდა დავატრიალოთ 90° - 180°-ით.



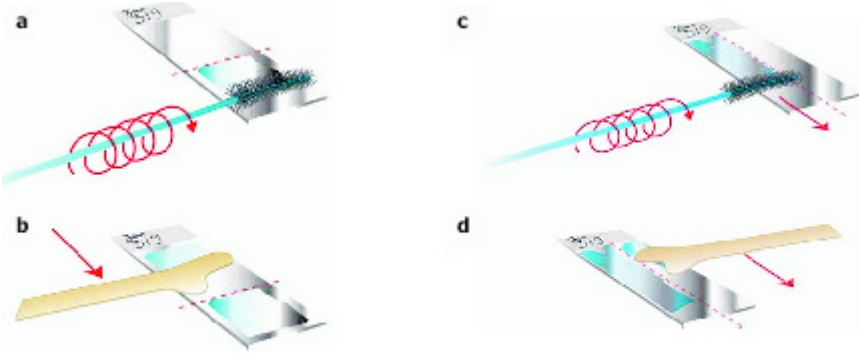
სურათი №17

• **უჯრედული მასალის გადატანა სასაგნე მინაზე**

ენდოცერვიქსული ბრაში ყელის არხიდან ამოღებისთანავე, დაუყოვნებლივ უნდა გადავაგოროთ (და არა წავეუსვათ) მინის გარეთა მესამედზე იმის საპირისპირო მიმართულებით, რა მიმართულებითაც ვატრიალებდით ფუნჯს მასალის აღებისას. ფუნჯის მოძრაობა უნდა მოხდეს ერთი მიმართულებით, (არა ზიგზაგისებურად), ზეწოლის გარეშე, რომ მივიღოთ თხელი და თანაბარი ნაცხი. შემდეგ შპადელით აღებული მასალა რაც შეიძლება სწრაფად უნდა წავეუსვათ მინის შუა მესამედზე. მჭიდრო სიგრძივი მოძრაობა უზრუნველყოფს მასალის გადასვლას შპადელის ორივე ზედაპირიდან სასაგნე მინაზე.

შეიძლება, ფუნჯის მასალა გადავიტანოთ მინის ზედა ნახევარზე სიგრძივად, ხოლო შპადელის მასალა მინის ქვედა ნახევარზე, ასევე სიგრძივად.

შემდეგ ვახდენთ ნაცხის დაუყოვნებელ ფიქსაციას ზემოთ აღწერილი ერთ-ერთი მეთოდით. რადგანაც ენდოცერვიქსული უჯრედები შრება ძალიან სწრაფად, ფიქსატორის დაწვეთება სასაგნე მინაზე უჯრედული მასალის წასმამდე შეიძლება დაგვეხმაროს სწრაფ და ხარისხიან ფიქსაციაში.



სურათი №18

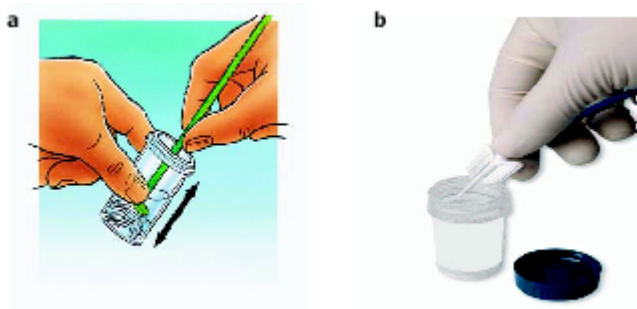
თუ ნაცხის ამღები გამოუცდელია, მისთვის სირთულეს წარმოადგენს ორი ნაცხის განთავსება ერთ მინაზე და ორივე მასალის ადექვატური ფიქსაცია პირველი მასალის გამოშრობამდე. ასეთ სიტუაციაში უფრო ადვილია ენდოცერვიქსული და ექტოცერვიქსული მასალის წასმა 2 მინაზე ცალ-ცალკე, ასეთ შემთხვევაში ჯერ ფიქსირდება შპადელის მასალა და მხოლოდ ამის შემდეგ გადავდივართ ფუნჯით მასალის ადებაზე.

• მასალის ადება მხოლოდ გრძელ ბოლოიანი შპადელით

მესამე არჩევანი არის უჯრედების ადება ექტო- და ენდოცერვიქსიდან მხოლოდ გრძელთაიანი შპადელის საშუალებით. შპადელის ერთი მხარის მასალა გადაიტანება მინის ზედა ნახევარის სიგრძეზე, მეორე მხარის მასალა კი, მინის ქვედა ნახევარის სიგრძეზე. ეს მეთოდი გამოიყენება ინგლისში.

სითხეზე დაფუძნებული ციტოლოგიური ტესტი

სითხეზე დაფუძნებული ციტოლოგიური ტესტისათვის მასალა აიღება ზუსტად ისევე, როგორც ეს ხდება რუტინული Pap-ტესტის დროს, მაგრამ გამოიყენება მხოლოდ პლასტიკური ხელსაწყოები.



სურათი №19

10. ნაცხის სწრაფი ფიქსაციის აუცილებლობის გამო, სარკე რჩება ჩადგმული. ამის მიზეზს წინასწარ უხსნიან პაციენტს, სანამ მინა მომზადდება და დაფიქსირდება. **სარკე უკან გამოგვაქვს** ნელი მოძრაობით, გაშლილ მდგომარეობაში, სანამ ყელი არ განთავისუფლდება. სარკე შეიძლება დაიკეტოს ბოლომდე გამოღების შემდეგ.

11. პროცედურის დამთავრების შემდეგ კლინიკური მონაცემების **ანკეტა უნდა შეივსოს ბოლომდე – პაციენტის სახელის, გვარის, დაბადების თარიღის** და სხვა საიდენტიფიკაციო მონაცემების სრულად ჩვენებით. ასევე უნდა მიეთითოს მინების რაოდენობა და მასალის ადების ტექნიკა, ბოლო მენსტრუაციის თარიღი ან ბოლო ორსულობა და ისეთი კლინიკური მონაცემები, როგორცაა აციკლური სისხლდენა ან საეჭვო შესახედაობის ყელი. მასალის ამღები უნდა დარწმუნდეს რომ ქალმა ზუსტად გაიგო პროცედურის არსი და ისიც, თუ სად და როგორ მიიღოს გამოკვლევის შედეგები. კლინიკური მონაცემების ანკეტაში არსებული ინფორმაცია უნდა იყოს კონფიდენციალური.

12. ფიქსაციის შემდეგ მინა უნდა ბოლომდე გაშრეს. შემდეგ უნდა მოთავსდეს პლასტიკურ კონტეინერში და გადაიგზავნოს ლაბორატორიაში. კონტეინერში არ შეიძლება სველი პრეპარატების მოთავსება, რადგანაც შეიძლება შეეწებოს კონტეინერის შიდა ზედაპირს. კონტეინერი უნდა იყოს მონიშნული პაციენტის საიდენტიფიკაციო დეტალებით, რომელიც ემთხვევა კლინიკური მონაცემების ანკეტაში არსებულ მონაცემებს.

მონაცემები მასალის ხარისხზე

ციტოლოგიურ დასკვნა უნდა მოიცავდეს მსჯელობას მასალის ხარისხზე, ასევე ინფორმაციას TZ-ზონიდან მასალის აღება/ვერ აღების თაობაზე. როდესაც მასალა არაადაამაკმაყოფილებელია, მიზეზი უნდა იყოს განსაზღვრული. ყველა პრაქტიკოსს, რომელიც იღებს ციტოლოგიურ მასალას, პერიოდულად უნდა მიეწოდებოდეს მონაცემები მის მიერ აღებული მასალის ხარისხის შესახებ.

15.2.2 საშილოსნოს ყელის ციტოლოგიურ დიაგნოსტიკაში გამოყენებულ ტერმინთა თაობაზე

ციტოლოგიური დიაგნოზი შეიძლება შეიცავდეს ტექსტურ ნაწილს, თუმცა სასურველია, რომ ის იყოს მოკლე. ყველა დიაგნოზი უნდა ასახავდეს დღეისათვის აღიარებულ კლასიფიკაციას. The Bethesda system (TBS) პირველად მოწოდებულ იქნა 1988 წელს როგორც საშილოსნოს ყელის უჯრედების მდგომარეობის ინტერპრეტაციის მოდელი. მისი მიზანი იყო მოეხდინა ტერმინოლოგიის უნიფიკაცია და ამასთან გაეუმჯობესებინა პაციენტების კონტროლი. რამდენიმე წლიანი გამოკვლევების შემდეგ, 1991 წელს ეს სისტემა გადახედულ იქნა, 2001 წელს კი, ისევ შეიცვალა, და შექმნა ბაზა დღეისათვის მსოფლიოში გამოყენებადი სისტემებისთვის. ევროპული გაიდლაინებით მტკიცედ რეკომენდებულია, რომ ყველა ტერმინოლოგიური სისტემა შესაბამისობაში იქნას მოყვანილი TBS-ის კატეგორიებთან.

WHO, CIN, NHSCSP კლასიფიკაციები

		ატიპური/მოსაზღვრე ცვლილებები		ბრტყელ უჯრედებში-ეპითელიოციტებში	
				ზომიერი / CIN2	მძიმე / CIN2
ნორმა	HPV ინფექცია	მსუბუქი/ CIN1		ჯირკვლოვანი ნეოპლაზია / AIS	
		ატიპური/მოსაზღვრე ცვლილებები		ჯირკვლოვან უჯრედებში	
				კიბო	

ბეტესდას სისტემა

		ASCUS		ASC-H	
ნორმა	LSIL		HSIL		კიბო
				AIS	
		ატიპური ცვლილებები		ჯირკვლოვან უჯრედებში	

გარდაუვალია, რომ ზოგი ციტოლოგიური მასალა იქნება შეფასებისთვის არადაამაკმაყოფილებელი უჯრედების სიმცირის გამო, არასაკმარისი ფიქსაციის ან სისხლით და ექსუდატით უჯრედების დაფარვის გამო. ადექვატურობის შეფასება სუბიექტურია, ამის გამო ციტოლოგმა წერილობით უნდა დააფიქსიროს ნაცხის არადაამაკმაყოფილებლად ჩათვლის მიზეზი.

ლაბორატორიებში ნაცხის ადექვატურობის შეფასებისათვის რეკომენდებულია ბეტესდას კლასიფიკაციის კრიტერიუმები, კერძოდ: უჯრედების რაოდენობა უნდა იყოს სულ მცირე 8 000-12 000 ბრტყელი უჯრედი რუტინულ ნაცხზე და სულ მცირე 5000 უჯრედი LBC პრეპარატზე. შენიშვნები შეიძლება მოცემული იყოს ნაცხში ანთებითი ექსუდატის შესახებ და ტრანსფორმაციული ზონიდან მასალის აღების შესახებ რუტინული ნაცხისათვის და სითხეზე დაფუძნებული პრეპარატებისათვის, ისე რომ ექთნებმა და ექიმებმა ნიმუშის/ანალიზის აღებისას შეძლონ კლინიკური გადაწყვეტილების გაკეთება განმეორდეს თუ არა გამოკვლევა.

სხვადასხვა ციტოლოგიური კლასიფიკაციების შეთავსება:

პაპანიკოლაუს კლასიფიკაცია	WHO	CIN (Richart,1973)	TBC 1991 (Luff,1992)	TBS 2001 (Solomon,Nayer 2003)
I	ნორმა			
II	ატიპია		ინფექცია, რეაქტიული ცვლილებები	ნეგატიური, ეპითელიური უჯრედების ატიპია არ ვლინდება
			ASCUS	ASCUS ASC-H
	ატიპიური ჯირკვლოვანი უჯრედები	AGUS	ატიპიური ჯირკვლოვანი უჯრედები	
III	მსუბუქი დისპლაზია	კონდილომა CIN I	LSIL	LSIL
	ზომიერი დისპლაზია	CIN II		
IV	მძიმე დისპლაზია	CIN III	HSIL	HSIL
	CIS			
	AIS	CGIN	AGUS	AIS
V	ინვაზიური კიბო			

15.2.3 ბეტესდას კლასიფიკაცია (2001 წელი)

პრეპარატის ხარისხის შეფასება

- მასალა დამაკმაყოფილებელია შეფასებისათვის;
- მასალა არადამაკმაყოფილებელია შეფასებისათვის;
- მასალა უვარგისია დიაგნოსტიკისათვის;
- მასალა შეღებილი და გამოკვლეულია, მაგრამ არადამაკმაყოფილებელია ეპითელური მის მდგომარეობის შეფასებისათვის.

ზოგადი კატეგორიზაცია

- ინტრაეპითელიური, ან ავთვისებიანი დაზიანება არ აღინიშნება;
- ეპითელიური უჯრედების ანომალია (დასაზუსტებელია ბრტყელუჯრედოვანი ან ჯირკვლოვანი);
- სხვა – ენდომეტრიული უჯრედები ქალებში 40 წლის ზემოთ.

აღწერითი ინტერპრეტაცია/დიაგნოზი

არასიმსივნური პროცესები

ინტრაეპითელიური დაზიანება ან ავთვისებიანი პროცესი არ აღინიშნება (NLM)

მიკროორგანიზმები

- თრიცპომონას ვაგინალის
- კანდიდას ტიპის სოკო
- ვაგინალური ფლორის სიჭარბე, დამახასიათებელი ბაქტერიული ვაგინოზისათვის
- აქტინომიცეტების ტიპის ბაქტერიები
- მარტივი ჰერპესის ვირუსისთვის დამახასიათებელი უჯრედული ცვლილებები

სხვა არასიმსივნური ცვლილებები

- რეაქტიული უჯრედული ცვლილებები ასოცირებული:
 - ანთებასთან (მათ შორის, ტიპიურ რეპარაციასთან);
 - დასხივებასთან;
 - საშვილოსნოსშიდა კონტრაცეპციასთან;
- ჯირკვლოვანი უჯრედების კეთილთვისებიანი ცვლილებებით ჰისტერექტომიის შემდეგ
 - ატროფიული ცვლილებები;

სხვა

ენდომეტრიული უჯრედები (> 40 ასაკის ქალებში)

ეპითელიური უჯრედების ანომალიები

ბრტყელუჯრედოვანი ეპითელიოციტები

- ატიპიური ბრტყელი ეპითელიოციტები
 - განუსაზღვრელი (უცნობი) მნიშვნელობის ატიპიით (ASC-US)
 - HSIL-ის გამორიცხვა შეუძლებელია (ASC-H)
- დაბალი ხარისხის ინტრაეპითელიური დაზიანება (LSIL)
 - ადამიანის პაპილომავირუსით (HPV) გამოწვეული უჯრედული ცვლილებები / მსუბუქი დისპლაზია/CIN 1
- მაღალი ხარისხის ინტრაეპითელიური დაზიანება (HSIL)
 - ზომიერი (CIN 2) და მძიმე დისპლაზია (CIN 3), კარცინომა ინ სიტუ
 - ინვაზიაზე საექვო ციტოლოგიური ნიშნებით
- ბრტყელუჯრედოვანი კარცინომა

ჯირკვლოვანი ეპითელიოციტები

- ატიპიური არასპეციფიური (NOS)
 - ენდოცერვიქსის უჯრედები;
 - ენდომეტრიული უჯრედები;
 - ჯირკვლოვანი უჯრედები;
- ატიპიური ჯირკვლოვანი/ენდოცერვიქსის უჯრედები, საექვო ავთვისებიანობაზე
- ენდოცერვიქსული ადენოკარცინომა *in situ*
- ადენოკარცინომა
 - ენდოცერვიქსის
 - ენდომეტრიუმის
 - საშვილოსნოსგარე წარმოშობის არაკლასიფიცირებული

15.2.4 Pap-ტესტის ინტერპრეტაცია

ნებატიური ინტრაეპითელიურ დაზიანებებზე ან ავთვისებიანობაზე

ეს კატეგორია ბეტესდას სისტემაში შეესაბამება კატეგორიებს “ნორმული და კეთილთვისებიანი ცვლილებები.”

კეთილთვისებიანი უჯრედული ცვლილებების მრავალი ვარიანტი არის აღწერილი: ესენია ჰორმონული სტატუსით განპირობებული (მშობიარობის შემდგომი ან ატროფიული) თავისებურებები, რეპარაციული ცვლილებები, მიკროგლანდულური ჰიპერპლაზია, ტუბულო-ენდომეტრიოიდული მეტაპლაზია, ტუბულური მეტაპლაზია; ამავე ჯგუფში ერთიანდება ის ცვლილებებიც, რომელიც განპირობებულია უჯრედების აღებით საშვილოსნოს ქვემო სეგმენტიდან, ანთებით, საშვილოსნოსშიდა კონტრაცეპტივების არსებობით, ასევე შემთხვევით ნანახი კეთილთვისებიანი ჯირკვლოვანი უჯრედები ჰისტერექტომიის შემდეგ აღებულ ნაცხებში. ასეთი ტიპის უჯრედული ცვლილებების დაფიქსირება საჭირო არ არის, თუ ის არ გულისხმობს ნეოპლაზიის გაზრდილ რისკს. ამასთანავე, ტრიხამონა ვაგინალის, კანდიდას, აქტინომიცეტების მსგავსი ორგანიზმების, ასევე ჰერპეს ვირუსის მრავალბირთვიანი უჯრედების ნახვა უნდა აღინიშნოს, რამდენადაც მათ აქვთ პოტენციური კლინიკური მნიშვნელობა.

უჯრედები რომელიც განსაზღვრავს ბრტყელუჯრედულ ინტრაეპითელიურ დაზიანებას (ნეოპლაზია, დისპლაზია)

პრეკანცერული უჯრედული ცვლილებების სპექტრის აღსაწერად გამოიყენებულ სისტემებში ბევრი ტერმინოლოგიური განსხვავებებია. ბევრ ქვეყანაში თუ კლინიკაში ისინი ფასდება როგორც მსუბუქი, საშუალო და მძიმე დისპლაზია/კარცინომა *in-situ*, რაც სავსებით ესადაგება საშვილოსნოს ყელის ინტრაეპითელიური ნეოპლაზიის CIN1-CI 3 ხარისხებს. ბეტესდას სისტემაში ეს სპექტრი კლასიფიცირებულია როგორც დაბალი-ხარისხის და მაღალი-ხარისხის ბრტყელი ინტრაეპითელიური დაზიანება: LSIL – Low Grade Squamos Intraepithelial Lesion და HSIL – High Grade Squamos Intraepithelial Lesion.

ნუმერაციული სისტემები (პაპანიკოლაუ I-V) აღარ გამოიყენება: დღესდღეობით უპირატესად რეკომენდებულია ტექსტური დახასიათება როგორცაა დისპლაზია და SIL. იმის გამო, რომ ბევრი ქვეყნისთვის რთულია დამკვიდრებული ტერმინოლოგიის შეცვლა, მკაცრად არის რეკომენდებული, რომ ყველა ადგილობრივი ციტოლოგიური ტერმინოლოგია შესაბამისობაში მოვიდეს ბეტესდას სისტემასთან, რადგანაც ეს უკანასკნელი ძალიან ფართოდ გამოიყენება დღეს მსოფლიოში. მაგალითად, ჯანმო-ს (WHO) ძველი კლასიფიკაცია არჩევს დისპლაზიის 3 ხარისხს (მსუბუქი, ზომიერი და მძიმე/კარცინომა *in-situ*). ბეტესდას კლასიფიკაციაში, რომელსაც ესლა იყენებს ჯანმო, LSIL-ს შეესაბამება HPV/მსუბუქი დისპლაზია/CIN1. ხოლო HSIL-ს შეესაბამება ზომიერი/CIN 2 და მძიმე დისპლაზია/კარცინომა *in-situ*/CIN3.

LSIL-ის და CIN1-ის შესაბამისი უჯრედული ცვლილებები – მსუბუქი დისპლაზია

LSIL მოიცავს ცვლილებებს, რომელიც ცნობილია, რომ დაკავშირებულია ადამიანის პაპილომავირუსულ ინფექციასთან (HPV), რომელიც უმეტესად გამოვლინდება კოილოციტებით. LSIL-ის განსხვავება ტრანზიტორული HPV ინფექციისაგან მხოლოდ ციტოლოგიით შეუძლებელია, რაც განაპირობებს დაკვირვების აუცილებლობას, რომ განისაზღვროს ის კონტინგენტი, რომელშიც LSIL პროგრესირებს მაღალი ხარისხის დაზიანებებში. LSIL ბეტესდას სისტემაში და მსუბუქი დისკარიოზი NHSCSP-ში (National Health Service Cervical Screening Programme) შეესაბამება ჰისტოლოგიურ დიაგნოზს – მსუბუქი დისპლაზია და CIN1 (NHSCSP, 2000).

HSIL-ის და CIN2-ის შესაბამისი უჯრედული ცვლილებები – ზომიერი დისპლაზია

CIN2 არის შუალედური მდგომარეობა, როდესაც უჯრედული ცვლილებები ბოლომდე არ შეესაბამება CIN3/კარცინომა in-situ-ს. CIN2 არის ზომიერი დისპლაზიის, ზომიერი დისკარიოზის ექვივალენტი და მიეკუთვნება HSIL-ს. უმეტეს ტერმინოლოგიურ სისტემებში ზომიერი დისპლაზია დაკავშირებულია მძიმესთან, როგორც მაღალი ხარისხის დაზიანებასთან. მეტიც, ეს კავშირი უკვე მკაცრად რეკომენდებულია. ზომიერი დისპლაზიის კლინიკური მართვა არ განსხვავდება მძიმე დისპლაზიის კლინიკური მართვისაგან (Kocjan et al., 2005). HSIL-ის და CIN3-ის შესაბამისი უჯრედული ცვლილებები – მძიმე დისპლაზია / კარცინომა in-situ

ციტოლოგიაში HSIL, CIN3 არის მძიმე დისპლაზიის და კარცინომა in-situ-ს ექვივალენტი ჰისტოლოგიაში. მართალია HSIL მოიცავს როგორც ზომიერ, ასევე მძიმე დისკარიოზს, მაგრამ დიაგნოზის გაფორმებისას უბჯობესია CIN3 ან მძიმე დისპლაზია ჩაიწეროს.

ინვაზიური ბრტყელუჯრედოვანი კარცინომა

ინვაზიური კიბოს დიაგნოზი მოითხოვს ბიოფტატის ჰისტოლოგიური კვლევით დადასტურებას, მაგრამ არის ისეთი ციტოლოგიური ცვლილებებიც, რომელიც მიუთითებს ინვაზიის შესაძლო არსებობას. უმეტესმა სისტემებმა, ბეტესდას ჩათვლით აღნიშნეს ასეთი ცვლილებების დიაგნოზში ჩაწერის აუცილებლობა და განსაზღვრეს ცალკე კატეგორია ინვაზიური კიბოს ყველაზე ხშირი ტიპისათვის – ბრტყელუჯრედოვანი კიბო.

ASC ატიპიური/მოსაზღვრე ბრტყელი უჯრედები

პრაქტიკაში ხშირად ისმევა ატიპიური/მოსაზღვრე ცვლილებების დიაგნოზი, თუმცა ასეთი ტერმინოლოგია შეიძლება გამოყენებული იყოს იმ შემთხვევებში, როდესაც არსებობს იმის რეალური ეჭვი, ცვლილებები განეკუთვნება რეაქციულს თუ ნეოპლაზიურს. ასეთი ცვლილებების უმეტესი ნაწილი ესაზღვრება LSIL/მსუბუქი დისპლაზიას და ბეტესდას სისტემაში შესულია როგორც ატიპიური ბრტყელი უჯრედები (ეპითელიოციტები) განუსაზღვრელი მნიშვნელობის ატიპიით (ASC-US _ Atypical Squamous Cells of Undetermined Significance). ბიოფსიით დამტკიცდა, რომ ასეთი უჯრედები დაახლოებით 10%-ში ასოცირებულია CIN2,3-თან ბიოფსიის დროს. ნაცხების არაუმეტეს 3%-ს შეიძლება ქონდეს ასეთი სახელწოდება მაგრამ სისშირე დამოკიდებული იქნება LSIL და HSIL-ის ადგილობრივ სისშირეზე

ASC-H ატიპიური ბრტყელი უჯრედები (ეპითელიოციტები) – მაღალი ხარისხის ინტრაეპითელიური დაზიანების (HSIL) გამორიცხვის შეუძლებლობით

ASC-H არის ატიპიური/მოსაზღვრე ცვლილებების ქვეჯგუფი, რომელიც იწვევს HSIL-ის, ზოგჯერ კიბოს ეჭვს. ეს დიაგნოზი ფიქსირდება, როდესაც პათოლოგიური უჯრედები იმდენად ცოტაა, რომ დიაგნოზის უფრო დაზუსტება შეუძლებელია. სისტემების უმეტესობა გვთავაზობს, რომ ასეთი შემთხვევები ჩაიწეროს დიაგნოზში და განისაზღვროს, როგორც

ცალკე კატეგორია. ბრიტანულ კლასიფიკაციაში (BSCC) ამ კატეგორიას უწოდებს “borderline, high-grade not excluded”. ეს ტერმინი უკავშირდება ატიპიური ბრტყელუჯრედოვანი ცვლილებების არაუმეტეს 5-10% და ხშირად ასოცირდება კოლპოსკოპიით და ბიოფსიით დამტკიცებულ CIN2-3-თან. ამასთანავე, ამ ტერმინის გამოყენება უნდა მოხდეს მკაცრი კონტროლით, რათა თავიდან ავიცილოთ მისი გამოყენება ამოცნობადი HSIL-ის შემთხვევაში

ჯირკვლოვანუჯრედოვანი პათოლოგიები

ჯირკვლოვანი დაზიანებები ნაკლებად ხშირია, ვიდრე ბრტყელუჯრედოვანი, მაგრამ ქმნის მნიშვნელოვან ჯგუფს, რამდენადაც რთულია მისი ციტოლოგიური სკრინინგით განსაზღვრა და უფრო რთულია – კოლპოსკოპიით დადასტურება.

AIS ენდოცერვიქსის ადენოკარცინომა in-situ.

ბევრ სისტემაში, მათ შორის ბეტესდას კლასიფიკაციაში AIS განისაზღვრება როგორც დიაგნოსტიკურადი ქვეტიპი, რომელიც შეესაბამება მაღალი ხარისხის CGIN-ს (ცერვიკალური ჯირკვლოვანი ინტრაეპითელიური ნეოპლაზია - NHSCSP კლასიფიკაცია). ვინაიდან არ არსებობს განსხვავების მკაფიო კრიტერიუმები მაღალ და დაბალ CGIN-ს შორის, ნებისმიერი ჯირკვლოვანი პათოლოგია იმართება ერთნაირად.

ადენოკარცინომა

როგორც ბრტყელუჯრედოვანი კარცინომის შემთხვევაში, ადენოკარცინომული ინვაზიის დიაგნოსტიკისთვისაც აუცილებელია ბიოფსიის პისტოლოგიური გამოკვლევა. თუმცა, ზოგ შემთხვევაში არის ისეთი ციტოლოგიური ცვლილებები, რომელთა საფუძველზეც შესაძლებელია ინვაზიურ ადენოკარცინომის დიაგნოსტიკა.

ატიპიური/მოსაზღვრე ჯირკვლოვანი უჯრედები

როგორც ბრტყელუჯრედოვანი ცვლილებების დროს, ამ შემთხვევაშიც არის რამდენიმე მაგალითი, როდესაც “განუსაზღვრელი ჯირკვლოვანი უჯრედული ცვლილებები” ფიქსირდება ციტოლოგიურ დიაგნოზში, თუმცა ჯირკვლოვანი ნეოპლაზია შედარებით იშვიათობაა. ბეტესდას სისტემა არჩევს “ატიპიური ჯირკვლოვანი უჯრედების” ცალკე ჯგუფს და ასევე BSCC გვთავაზობს გამოვეყნოთ “მოსაზღვრე ცვლილებები ჯირკვლოვანი უჯრედებში” ბრტყელ უჯრედებში არსებული მოსაზღვრე ცვლილებების მსგავსად. ჯირკვლოვანი ცვლილებები, საშვილოსნოს ყელის ციტოლოგიურ გამოკვლევისას უფრო ხშირად ენდომეტრიულია, ვიდრე ენდოცერვიქსული. ხანდახან, საშვილოსნოსშიდა კონტრაცეპტივების ხმარებისას ატიპიური/მოსაზღვრე ცვლილებები ჯირკვლოვანი უჯრედებში შეიძლება მიჩნეულ იქნას უფრო კეთილთვისებიანად. ამის გამო რეკომენდებულია ტესტის დროული განმეორება დარწმუნებისთვის. ბეტესდას სისტემა გვთავაზობს კატეგორიას “ნეოპლაზიის შესაბამისი ატიპიური ჯირკვლოვანი უჯრედები” (AGC-ნეოპლაზიისკენ მიდრეკილებით). ეს კატეგორია ცუდად არის განსაზღვრული მორფოლოგიურ საფუძველზე, მაგრამ რამდენადაც ატიპიური უჯრედები ხშირად თანარსებობს ნეოპლაზიასთან ან სიმსივნესთან ერთად, საჭირო ხდება რეკომენდაცია შემდგომი კვლევისათვის

სხვა უჯრედული ცვლილებები

საშვილოსნოს ყელის ციტოლოგია არ არის კარგი დიაგნოსტიკური ტესტი ენდომეტრიუმის კიბოსათვის. მორფოლოგიურად კეთილთვისებიანი ენდომეტრიალური უჯრედები არ არის ნახსენები 1988 წლის ბეტესდას სისტემაში, მხოლოდ მენოპაუზურ ქალებთან დაკავშირებით გაუღერდა. კატეგორია “სხვა” ესლა შემოთავაზებულია მორფოლოგიური გადახრების გარეშე ნაცხების კლასიფიცირებისთვის, მაგრამ რომელთაც აქვთ მკაფიოდ კეთილთვისები-

ანი ენდომეტრიული უჯრედები, 40 წლის ასაკს გადაცილებულ ქალებში. ამ უჯრედების არსებობა განსაზღვრავს ენდომეტრიუმის კიბოს განვითარების მაღალ რისკს, ამდენად საჭიროებს ენდომეტრიუმის გამოკვლევას

ზოგადი პრაქტიკის ექიმები, გინეკოლოგები და ნაცხის ამღები სხვა პირები ინფორმირებული უნდა იყვნენ ყოველწლიურად მათ მიერ აღებული არადაამაკმაყოფილებელი ან არსაკმარისი ხარისხის ნაცხების პროცენტული რაოდენობის შესახებ (ქვეყნის/რეგიონის/ლაბორატორიის საშუალო პროცენტულ მაჩვენებელთან შედარებით). ეს ინფორმაცია უნდა აისახოს შესაბამის ფორმაში და უნდა მიეწოდოს სკრინინგულ პროგრამაში მონაწილე ლაბორატორიას.

15.2.5 საშილოსნოს ყელის კიბოს სტადიები FIGO-ს მიხედვით

- 0 სტადია – carcinoma in situ, ცერვიკალური ინტრაეპითელიური ნეოპლაზია CIN III (დაავადება არ სცილდება ბაზალურ მემბრანას, ინვაზიას ადგილი არ აქვს);
- I სტადია – კიბო არ სცილდება საშილოსნოს ყელის საზღვრებს (საშილოსნოს ტანის ინვაზია არ მიიღება მხედველობაში);
- IA სტადია – მიკროინვაზიური კიბო, რომელიც კლინიკურად არ ვლინდება, დიაგნოზი ისმევა მიკროსკოპიური კვლევიით;
- IA1 – სტრომული ინვაზია არ აღემატება 3 მმ-ს, ხოლო დაზიანების ჰორიზონტალური ზომა არ აღემატება 7 მმ-ს. (ოპტიმალური მკურნალობის პირობებში სიცოცხლის 5 წლიანი ხანგრძლივობა აღინიშნება შემთხვევათა 98%-ში);
- IA 2 – სტრომული ინვაზიის სიღრმეა 3 მმ-დან 5 მმ-მდე, ხოლო დაზიანების ჰორიზონტალური ზომა არ აღემატება 7 მმ-ს. (ოპტიმალური მკურნალობის პირობებში სიცოცხლის 5 წლიანი ხანგრძლივობა აღინიშნება შემთხვევათა 95%-ში);
- IB – კიბო არ სცილდება საშილოსნოს ყელს და ის ან კლინიკურად ვიზუალიზდება, ან აღინიშნება IA2 –ზე მეტი ხარისხის მიკროდაზიანება;
- IB1 – ხილული დაზიანება არ აღემატება 4 სმ-ს (ოპტიმალური მკურნალობის პირობებში სიცოცხლის 5 წლიანი ხანგრძლივობა აღინიშნება შემთხვევათა 85 %-ში);
- IB 2 – ხილული დაზიანება, აღემატება 4 სმ-ს (ოპტიმალური მკურნალობის პირობებში სიცოცხლის 5 წლიანი ხანგრძლივობა აღინიშნება შემთხვევათა 75 %-ში);
- II სტადია – კიბო სცილდება საშილოსნოს ყელის საზღვრებს (საშილოსნოს ტანის ინვაზია არ მიიღება მხედველობაში);
- II – კიბო სცილდება საშილოსნოს ყელის საზღვრებს, აღინიშნება საშოს ზედა ორი მესამედის ინვაზია, მაგრამ პარამეტრიუმი თავისუფალია (ოპტიმალური მკურნალობის პირობებში სიცოცხლის 5 წლიანი ხანგრძლივობა აღინიშნება შემთხვევათა 75 %-ში);
- II – კიბო სცილდება საშილოსნოს ყელის საზღვრებს, აღინიშნება პარამეტრიუმის ინვაზია, მაგრამ არ ვრცელდება მენჯის კედლამდე და საშოს ქვედა ერთ მესამედზე (ოპტიმალური მკურნალობის პირობებში სიცოცხლის 5 წლიანი ხანგრძლივობა აღინიშნება შემთხვევათა 65 %-ში);

- III სტადია – კიბო ვრცელდება მენჯის კედლამდე ან საშოს ქვედა მესამედზე, იწვევს ჰიდრონეფროზის და თირკმლის უკმარისობის ჩამოყალიბებას;
- III A – კიბო ვრცელდება საშოს ქვედა მესამედზე, მაგრამ არ ვრცელდება მენჯის კედლამდე (ოპტიმალური მკურნალობის პირობებში სიცოცხლის 5 წლიანი ხანგრძლივობა აღინიშნება შემთხვევათა 30 %-ში);
- III B – კიბო ვრცელდება მენჯის კედლებამდე და იწვევს ჰიდრონეფროზის და თირკმლის უკმარისობის ჩამოყალიბებას (ოპტიმალური მკურნალობის პირობებში სიცოცხლის 5 წლიანი ხანგრძლივობა აღინიშნება შემთხვევათა 30 %-ში);
- IV სტადია – კიბო ვრცელდება სხვა ორგანოებში;
- IV A – შარდის ბუშტის და სწორი ნაწლავის ინვაზია (ოპტიმალური მკურნალობის პირობებში სიცოცხლის 5 წლიანი ხანგრძლივობა აღინიშნება შემთხვევათა 10 %-ში);
- IV B – შორეული მეტასტაზები (მენჯის გარე მდებარე ლიმფურ კვანძებში, თირკმლებში, ძვლებში, ფილტვებში, ღვიძლში, თავის ტვინში) (ოპტიმალური მკურნალობის პირობებში სიცოცხლის 5 წლიანი ხანგრძლივობა აღინიშნება შემთხვევათა 5 %-ზე ნაკლებში).

15.2.6 საშვილოსნოს ყელის ავთვისებიანი სიმსივნეების ჯანმოს (WHO) მიერ მოწოდებული კლასიფიკაცია

ეპითელიური სიმსივნეები

ბრტყელუჯრედოვანი სიმსივნეები და მათი წინამორბედები

ბრტყელუჯრედოვანი კარცინომა არასპეციფიური ტიპის

კერატინიზებული

არაკერატინიზებული

ბაზალოიდური

ვერუკოზული

კონდილომატოზური

პაპილური

ლიმფოეპითელიომის მსგავსი

ბრტყელუჯრედოვანი - გარდამავალი

მიკროინვაზიური ბრტყელუჯრედოვანი კარცინომა

ბრტყელუჯრედოვანი ინტრაეპითელიური ნეოპლაზია

საშვილოსნოს ყელის ინტრაეპითელიური ნეოპლაზია

CIN 3/ბრტყელუჯრედოვანი კარცინომა ინ სიტუ

კეთილთვისებიანი ბრტყელუჯრედოვანი დაზიანებები

წვეტიანი კონდილომა

ბრტყელუჯრედოვანი პაპილომა

ფიბროეპითელიური პოლიპი

ჯირკვლოვანი სიმსივნეები და მათი წინამორბედი დაზიანებები

ადენოკარცინომა

მუცინური კარცინომა

ენდოცერვიქსული

ინტესტინური

ბეჭდისებურუჯრედოვანი

მინიმალური ცვლილებით

ვილოგლანდულური

ენდომეტრიოიდული ადენოკარცინომა
ნათელუჯრედოვანი კარცინომა
სეროზული ადენოკარცინომა
მეზონეფრული ადენოკარცინომა

მიკროინვაზიური ადენოკარცინომა
ადენოკარცინომა ინ სიტუ
ჯირკვლოვანი დისპლაზია
კეთილთვისებიანი ჯირკვლოვანი დაზიანებები
მიულერული პაპილომა
ენდოცერვიქსული პოლიპი

სხვა ეპითელიური სიმსივნეები
ადენოსქვამოზური კარცინომა
ნათელუჯრედოვანი ვარიანტი
ადენოიდური ცისტური კარცინომა
ადენოიდური ბაზალური კარცინომა
ნეიროენდოკრინული სიმსივნეები
კარცინოიდი
ატიპიური კარცინოიდი
მცირე უჯრედული კარცინომა
დიდუჯრედოვანი ნეიროენდოკრინული კარცინომა
არადიფერენცირებული კარცინომა

მეზენქიმური სიმსივნეები და სიმსივნის მსგავსი პროცესები

ლეიომიოსარკომა
ენდომეტრიული სტრომული სარკომა, დაბალი ხარისხის ავთვისებიანობის
არადიფერენცირებული ენდოცერვიქსული სარკომა
ბოტროიდული სარკომა
რბილი ქსოვილების ალგეოლური სარკომა
ანგიოსარკომა
პერიფერიული ნერვების ავთვისებიანი სიმსივნე
ლეიომიომა
გენიტალური რაბდომიომა
პოსტოპერაციული თითისტარა უჯრედების კვანძი

შერეული ეპითელიური და მეზენქიმური სიმსივნეები

კარცინოსარკომა (ავთვისებიანი მიულერული შერეული სიმსივნე,
მეტაპლაზიური კარცინომა)
ადენოსარკომა
ვილმის სიმსივნე
ადენოფიბრომა
ადენომიომა

მელანოციტური სიმსივნეები

ავთვისებიანი მელანომა
ნევუსუჯრედოვანი ნევუსი

შერეული სიმსივნეები

გერმინაციული ხაზის სიმსივნეები
ყვითრის პარკის სიმსივნეები
დერმოიდული ცისტა
მწიფე ცისტური ტერატომა

ლიმფოიდური და ჰემატოპოეზური სიმსივნეები

ავთვისებიანი ლიმფომა
ლეიკემია

მეორადი სიმსივნეები

15.2.7 კოლპოსკოპია

საშილოსნოს ყელის პათოლოგიების სადიაგნოსტიკოდ გამოიყენება კოლპოსკოპიური კვლევა, რომლის საშუალებით ხდება საშილოსნოს ყელისა და საშოს გამოკვლევა 6-40-ჯერადი გადიდების ქვეშ.



სურათი №20. ნორმალური სააშილოსნოს ყელი, დამუშავებული 4%-იანი ძმარმეაყით

კოლპოსკოპის გამოყენების ჩვენებებია:

- საშილოსნოს ყელის პათოლოგიური ციტოლოგიური პასუხის შეფასება;
- საშილოსნოს ყელის კლინიკურად საეჭვო მდგომარეობის შეფასება.

PAP-ტესტით ცვლილებების შემთხვევაში კოლპოსკოპიის მიზანს წარმოადგენს:

- ტრანსფორმაციის ზონის ზუსტი ტოპოგრაფიული/ანატომიური მდებარეობის განსაზღვრა;
- CIN-ის ციტოლოგიური ეჭვის დადასტურება ან უარყოფა;
- ინვაზიური კიბოს დადასტურება ან გამორიცხვა;
- ჯირკვლოვანი დაზიანების დადასტურება ან გამორიცხვა;
- მკურნალობის ხელშეწყობა და CIN-ის პროგრესირების ან უკუგანვითარების მონიტორინგი

პროცედურის ჩატარების წინ, ხდება საშილოსნოს ყელის გამორეცხვა ფიზიოლოგიური ხსნარით. საშილოსნოს ყელი მუშავდება ძმარმეაყის 3-5%-იანი ხსნარით. ძმარმეაყის ზემოქმედების შედეგად გათეთრებული უბანი კიბოსწინა დაზიანების არსებობაზე მიუთითებს.

კოლპოსკოპიის საშუალებით ხდება ორიგინალური ბრტყელი ეპითელიუმის, ცილინდრული ეპითელიუმის, ბრტყელი და ცილინდრული ეპითელიუმის საზღვრის SCJ და ტრანსფორმაციის ზონის დათვალიერება.

თუ ტრანსფორმაციის ზონის სრულყოფილი დათვალიერება შესაძლებელია, კოლპოსკოპია ფასდება დამაკმაყოფილებლად.

საშილოსნოს ყელის დამუშავება ლუგოლის ხსნარით (შილერის ტესტი) იძლევა ბრტყელი ეპითელიუმის მუქ ყავისფერ ჰომოგენურ შეფერილობას. აღნიშნულს საფუძვლად უდევს ფაქტი, რომ ნორმული ბრტყელი ეპითელიუმი მდიდარია გლიკოგენით, რომელიც იოდთან ურთირეტქმედებისას იღებება ყავისფრად. კიბოსწინა უჯრედები გადარიბებული არიან გლიკოგენით და ნაკლებად იღებებიან იოდით. შილერის ტესტი შესაძლებელია გამოყენებულ იქნას მკურნალობის წინ პათოლოგიური უბნების სადემარკაციოდ.

დღეისათვის გენიტალური პაპილომავირუსული ინფექციის მოლეკულური დიაგნოსტიკის ძირითადი საშუალებებია: მოლეკულური ჰიბრიდის (Hybrid Capture 2) გამოვლენის და პოლიმერაზული ჯაჭვური რეაქციის (პჯრ) მეთოდები.

პაპილომავირუსის მოლეკულური დიაგნოსტიკით გამოვლინისათვის გამოსაკვლევე მასალას წარმოადგენს საშოს ნაცხი.

გლიკოგენით ღარიბი ყველა ეპითელიური უჯრედი პათოლოგიური არ არის! გლიკოგენით ღარიბი შეიძლება იყოს და ლუგოლის ხსნარით არ შეიღებოს:

- უმწიფარი ბრტყელუჯრედოვანი მეტაპლაზია;
- რეგენერირებადი ეპითელიუმი;
- თანდაყოლილი ტრანსფორმაციის ზონა;
- ადამიანის პაპილომავირუსით ინფიცირებული ნორმალური ეპითელიუმი.

15.3. საშილოსნოს ყელის კიბოს სხვა სკრინინგ ტესტები:

15.3.1. HPV-ტესტი

Hybrid Capture 2 მეთოდის საშუალებით შესაძლებელია გამოსაკვლევე მასალაში ადამიანის პაპილომავირუსის 6, 11, 16, 18, 31, 33, 35, 39, 42, 43, 44, 45, 51, 68 გენოტიპების თვისობრივი განსაზღვრა და ასევე დაბალი (6/11/42/43/44) და მაღალი რისკის გენოტიპების (16/18/31/33/35/39/45/51/52/56/58/59/68) ცალ-ცალკე იდენტიფიკაცია. ამ მეთოდის საშუალებით ვერ ხერხდება პაპილომავირუსის კონკრეტული გენოტიპის იდენტიფიკაცია.

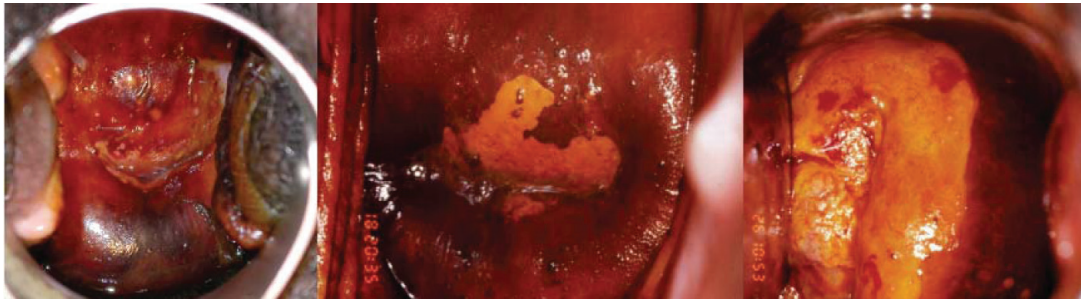
სადღეისოდ ყველაზე მაღალი სიზუსტით და მგრძობელობით გამოირჩევა საშოს ნაცხში პაპილომავირუსის დნმ-დიაგნოსტიკა პოლიმერაზული ჯაჭვური რეაქციის მეთოდით. აღნიშნული მეთოდის უპირატესობა მდგომარეობს ადამიანის პაპილომავირუსის პაპილომავირუსის შემდეგი გენოტიპების 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 68 გამოვლენა.

15.3.2. სკრინინგის ვიზუალური ტესტები (VIA და VILI)

საშილოსნოს ყელის სკრინინგის ახალი მეთოდებია ვიზუალური ტესტები: VIA – ვიზუალური შემოწმება ძმარმუავას ხსნარის გამოყენებით, VILI – ვიზუალური შემოწმება ლუგოლის (იოდის) ხსნარის გამოყენებით.

VIA ცნობილია აგრეთვე როგორც პირდაპირი ვიზუალური შემოწმება (DVI). ამ დროს საშილოსნოს ყელის ღორწოვანს აფასებენ შეუიარაღებელი თვალით, ძლიერი პირდაპირი განათების პირობებში 3-5% ძმარმუავას ხსნარით აპლიკაციის შემდეგ. კარგად გამოხატული ძმარმუავა-თეთრებადი უბნის არსებობა ცილინდრული და ბრტყელი ეპითელიუმების საზღვრის ახლოს ფასდება როგორც დადებითი ტესტი.

VILI –ს დროს ხდება საშილოსნოს ყელის ღორწოვანი გარსის შეფასება შეუიარაღებელი თვალით იოდის შემცველი ლუგოლის ხსნარით აპლიკაციის შემდეგ. ეს სინჯი დაფუძნებულია იმაზე, რომ ნორმული მრავალშრიანი ბრტყელი ეპითელიუმი შეიცავს გლიკოგენს და შესაბამისად იოდის აპლიკაციის შემდეგ იღებება ყავისფრად. დისპლაზიური ეპითელიუმი გლიკოგენს არ შეიცავს და იღებება ან ყვითლედ, ან მღოვკისფრად.



სურათი № 16. საშვილოსნოს ყელის ვიზუალური გამოკვლევა, დამუშავებული ლუგოლის ხსნარით.

ა - VILI ნეგატიური, ბ - VILI პოზიტიური, გ - VILI პოზიტიური, ინვაზიური კიბო

16. საშვილოსნოს ყელის კიბოს და კიბოსწინა დაავადებების მკურნალობის მეთოდები

კოლპოსკოპიურად დადგენილი დაზიანების მართვა შესაძლებელია აღნიშნული უბნის აბლაციური (ადგილობრივი დესტრუქციული) და ექსციზიური მეთოდებით, ხოლო ზოგიერთ შემთხვევებში დაკვირვების გზით. ტრანსფორმაციის ზონის ჰისტოლოგიური შეფასების თვალსაზრისით უპირატესობა ენიჭება მკურნალობის ექსციზიურ მეთოდებს აბლაციასთან შედარებით. ამოკვეთილი ქსოვილების ჰისტოლოგიური გამოკვლევა მორფოლოგს აძლევს მიკროინვაზიური კიბოს, ჯირკვლოვანი დაზიანების დადასტურებისა ან გამორცხვის, დაზიანების კიდების მდგომარეობის დადგენისა და ექსციზიოს სიღრმის განსაზღვრის საშუალებას.

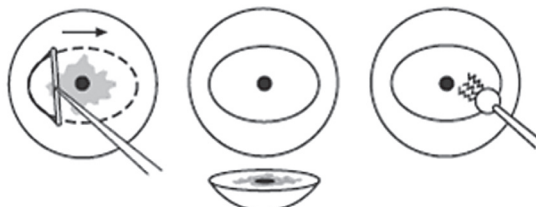
16.1. დაზიანებული უბნის ამოკვეთა

ამოკვეთის (ექსციზიოს) მიზანს წარმოადგენს დაზიანებული უბნის სრულყოფილი მოცილება. სრულად ამოღებული ნიმუში საჭიროებს ჰისტოლოგიურ გამოკვლევას. კოლპოსკოპიური შეფასება და ექსციზიოს დაგეგმვა დასაშვებია ჩატარდეს მხოლოდ გამოცდილი კოლპოსკოპისტის მიერ.

ტრანსფორმაციის ზონის ექსციზიო არ უნდა იყოს ნაწარმოები CIN 1-ის შემთხვევაში, გარდა იმ შემთხვევისა როდესაც აღნიშნული დიაგნოზი დადგენილია ერთ წელიწადზე ხანგრძლივი დროის მონაკვეთში. მაღალი ხარისხის ინტრაეპითელიური ნეოპლაზიის, ან ადრეული სტრომული ინვაზიისა და მიკროინვაზიაზე ეჭვის არსებობის შემთხვევაში აღნიშნული მეთოდის გამოყენება აუცილებელია დაუყოვნებლივ.

ექსციზიოს წარმოების დროს რეკომენდებულია შემდეგი მომენტების გათვალისწინება:

- პროცედურა უნდა ტარდებოდეს კოლპოსკოპიური კონტროლის ქვეშ.
- დაზიანების არე ამოღებულ უნდა იქნას მთლიან ტრანსფორმაციის ზონასთან ერთად.
- ამოსაკვეთი ნიმუშის ზომა და ფორმა განსაზღვრული უნდა იყოს დაზიანების კოლპოსკოპიური სურათის მიხედვით.
- ექსციზიო სავალდებულოა თუ დაზიანება ვრცელდება ენდოცერვიქსულ არხში.
- თუ დაზიანება ვრცელდება ენდოცერვიქსულ არხში, ექსციზიოს შემდეგ უნდა ჩატარდეს ყელის არხის გამოკვლევა.



16.2. ადგილობრივი დესტრუქციული თერაპია (აბლაცია)

ადგილობრივი დესტრუქციული მკურნალობის მიზანს წარმოადგენს CIN-ის ლიკვიდაცია რადიკალური დიათერმიის, ლაზერული ვაპორიზაციის, კრიოთერაპიის ან ცივი კოაგულაციის გამოყენებით.

- **რადიკალური დიათერმიის** (ან ელექტროკოაგულაციის) შემთხვევაში გამოიყენება არადრეკადი ნემსი და ჩარვეის მიზანს წარმოადგენს ქსოვილთა დესტრუქცია დაახლოებით 1 სმ სიღრმეზე.
- **დიათერმოკოაგულაცია** წარმოადგენს მეთოდს, სადაც საშვილოსნოს ყელის ეპითელიუმის დასაშლელად გამოიყენება სითბური ზემოქმედება 2-3 მმ სიღრმეზე. დესტრუქციის სიღრმე საკმაოდ ზედაპირულია, რომ იგი რეკომენდებული იყოს CIN-ის სამკურნალოდ.
- **ლაზერული ვაპორიზაციის** დროს გამოიყენება CO₂-ლაზერი მაღალი სიმძლავრის რეჟიმში: კოლპოსკოპიური კონტროლის ქვეშ ლაზერის სხივის პირდაპირი დანიშნულებაა ქსოვილების მოცილება: მუშაობის პრინციპს წარმოადგენს უჯრედებიდან წყლის აორთქლება სინათლის სიჩქარით.
- **კრიოთერაპია** (ან კრიოკაუტერიზაცია) წარმოებს კრიოზონდის მეშვეობით, რომელიც ედება დასაშლელ ქსოვილებს და ახორციელებს მათ გაყინვას: დესტრუქციის სიღრმეა 3-4 მმ.
- **ცივი კოაგულაციის** შემთხვევაში გამოიყენება კრიოთერაპიის მაგვარი ზონდი, მხოლოდ ქსოვილების დესტრუქცია წარმოებს 1000°C-მდე მათი გაცხელების გზით.

ყველა ზემოაღნიშნული მეთოდის გამოყენება შესაძლებელია ამბულატორიულ პირობებში. დილემას წარმოადგენს მხოლოდ ის ფაქტი, რომ ხდება ქსოვილების დესტრუქცია ინ ვივო და არ ხდება ქსოვილის ჰისტოპათოლოგიური გამოკვლევა, რის გამოც სახიფათოა, რომ ზოგჯერ ჯირკვლოვანი პათოლოგია, AIS ან ადრეული ინვაზიური კარცინომა რჩება დაუდგენელი და შესაბამისად, მკურნალობა მიმდინარეობს არაადეკვატურად – ექსციზიური მეთოდის ნაცვლად, დესტრუქციის გზით. ეს წარმოადგენს ერთ-ერთ მიზეზს, რის გამოც უპირატესობა ენიჭება ექსციზიურ მეთოდს. თუმცა, შესაბამის პირობებში სხვა მეთოდებიც შეიძლება იყოს უსაფრთხო და ეფექტური.

დესტრუქციული მკურნალობის შესარჩევი კრიტერიუმები შემდეგია:

- სავალდებულოა სრული ტრანსფორმაციის ზონის ვიზუალიზაცია;
- სავალდებულოა ერთი ან მეტი ბიოფსიური მასალის აღება კოლპოსკოპიურად გამოხატული ცვლილებების მქონე უბნიდან ან უბნებიდან;
- ბიოფსიის დასკვნა ცნობილი უნდა იქნას დესტრუქციული მკურნალობის დაწყებამდე;
- კრიოთერაპია არ ტარდება ისეთ შემთხვევებში, თუ დაზიანება მოიცავს ექტოცერვიქსის 75%-ზე მეტს, ვრცელდება საშოს კედლებზე ან სცილდება კრიოზონდის კიდეებს 2 მმ-ზე მეტად. აღნიშნული ეხება ასევე ცივი კოაგულაციას, მაგრამ არა რადიკალურ დიათერმიას;
- ციტოლოგიური, კოლპოსკოპიური ან ბიოფსიური მასალის ჰისტოპათოლოგიური კვლევის დროს არ უნდა იყოს გამოვლენილი ინვაზიური დაზიანება;
- PAP -ტესტში არ უნდა იყოს ჯირკვლოვანი ატიპიური უჯრედები;
- დესტრუქციული მკურნალობა უნდა ტარდებოდეს კოლპოსკოპიური კონტროლის ქვეშ გამოცდილი კოლპოსკოპისტის მიერ;
- სავალდებულოა ადეკვატური დაკვირვება დინამიკაში.

16.3. CIN1-ის მართვის რეკომენდაციები

შესაძლებელია ორნაირი მიდგომა დაკვირვება და მკურნალობა. ორივეს აქვს დადებითი და უარყოფითი მხარეები. უნდა იქნას განხილული ორი ვარიანტი:

- **კოლპოსკოპია დამაკმაყოფილებელია** - შესაძლებელია როგორც დაკვირვება, ისე მკურნალობა. დაკვირვების დროს უნდა ჩატარდეს განმეორებითი ტესტი და კოლპოსკოპია 12 და 24 თვის შემდეგ. ეს მიდგომა განსაკუთრებით მიზანშეწონილია ახალ-

გაზრდა ასაკის ქალებისათვის. თუ დაზიანება შენარჩუნებული იქნება 2 წლის განმავლობაში, მაშინ განხილული უნდა იყოს მკურნალობის სხვადასხვა მეთოდი, რომელიც განისაზღვრება კლინიციის დასკვნის შესაბამისად, პაციენტის ანამნეზის და კლინიკური მდგომარეობის გათვალისწინებით.

მკურნალობის შემთხვევაში შესაძლებელია იყოს გამოყენებული როგორც აბლაციური, ისე ექსციზიური მეთოდები. რეკურენტული (განმეორებითი) CIN1-ის შემთხვევაში უპირატესობა ენიჭება მკურნალობის ექსციზიურ მეთოდს (LEEP/LLETZ).

➤ **კოლპოსკოპია არადამაკმაყოფილებელია:**

- ფარული მაღალი ხარისხის დაზიანების (HGCIN) გამორიცხვის მიზნით უპირატესობა ენიჭება ექსციზიურ მკურნალობას (LEEP/LLETZ). CIN1-ის მკურნალობის მიუღებელი მიდგომაა:
- ადგილობრივი დესტრუქციული (აბლაციური) მკურნალობა არადამაკმაყოფილებელი კოლპოსკოპიის დროს;
- პოდოფილინის და მისი მსგავსი ნივთიერებების აპლიკაცია საშოს და საშვილოსნოს ყელის ღორწოვანზე;
- ჰისტერექტომია, როგორც სამკურნალო მეთოდი ჰისტოლოგიურად დადასტურებული CIN1-ის დროს მიუღებელია, თუ არ არსებობს სხვა გინეკოლოგიური პათოლოგია (მაგ. საშვილოსნოს მიომა).

16.4. CIN 2, CIN 3-ის მართვის რეკომენდაციები

CIN2, CIN 3-ის ჰისტოლოგიური დიაგნოზისა და დამაკმაყოფილებელი კოლპოსკოპური გამოკვლევის მქონე ქალებისათვის როგორც ექსციზიო, ასევე აბლაცია ითვლება მისაღებ სამკურნალო მიდგომებად. უპირატესობა ენიჭება ექსციზიურ პროცედურას (LEEP/LLETZ) კვეთის სიღრმის რეგულაციისა და მოკვეთილი ქსოვილის ჰისტოლოგიური შეფასების გამო. დიაგნოსტიკური ექსციზიოს პროცედურა რეკომენდებულია რეციდიული CIN2, CIN 3-ის შემთხვევაში. (Wright et al., 2003;Prendiville, 2003a) CIN2, CIN 3-ის ჰისტოლოგიური დიაგნოზისა და არადამაკმაყოფილებელი კოლპოსკოპიური გამოკვლევის მქონე ქალებისათვის არ არის მისაღები აბლაცია, მათთვის რეკომენდებულია დიაგნოსტიკური ექსციზიოს პროცედურა. CIN2, CIN 3-ის შემთხვევაში საწყისი თერაპიის სახით არ გამოიყენება ჰისტერექტომია.

საშვილოსნოს ყელის კიბოს მკურნალობის მეთოდები:

- **ქირურგიული**
 - კონიზაცია
 - მარტივი და გაფართოებული ჰისტერექტომია
- **სხივური (რადიაციული – ტელე- და ბრაქითერაპია)**
- **ქიმიოთერაპია - ცისპლატინი**

16.5. დაკვირვება მკურნალობის შემდეგ

მაღალი ხარისხის დაზიანების (CIN2, CIN 3,CGN) გამო ნამკურნალები ქალები საჭიროებენ 6, 12 და 24 თვიან დაკვირვებას და შემდეგი 5 წლის განმავლობაში ყოველწლიურ ციტოლოგიურ კვლევას (PAP ტესტს). მკურნალობიდან 6 თვის შემდეგ აგრეთვე კეთდება კოლპოსკოპია პერსისტული და რეკურენტული დაავადებების უმეტესობა ვლინდება მკურნალობიდან პირველი 24 თვის განმავლობაში თუმცა, არსებობს მონაცემები, რომ რისკის შენარჩუნება ხდება 10 წლის განმავლობაში

დაბალი ხარისხის დაზიანების (CIN1) გამო ნამკურნალები ქალები საჭიროებენ დაკვირვებას 6, 12 და 24 თვის შემდეგ PAP ტესტირებით. ნორმული მაჩვენებლების შემთხვევაში ქალი უბრუნდება რუტინული სკრინინგის რეჟიმს.

AIS –ის გამო ნამკურნალებ ქალებში რეკურენტული დაავადების განვითარების რისკი გაცილებით მაღალია ვიდრე CIN2, CIN 3-ს შემთხვევაში. თუ ექსციზიური მასალის (მოკვეთილი ქსოვილის) კიდევები თავისუფალია CIN და მეტი და-

ზიანებისაგან ნარჩენი დაავადების სისშირე ექსციზიური პროცედურის ჩატარების შემდეგ საკმაოდ მცირეა.

17. HPV ვაქცინაცია

HPV ვაქცინის შექმნაზე ფიქრი დაიწყო მას შემდეგ როდესაც დანამდვილებით დადგინდა საშიშროსნოს ყელის კიბოს და პაპილომავირუსის მაღალი რისკის ტიპების ერთმანეთთან მჭიდრო კავშირი.

დღეისათვის შექმნილია ორი ვაქცინა: “გარდასილი” (Merck) და “ცერვარიქსი” (Glaxo Smith Kline). კვადრივალენტური ვაქცინა – “გარდასილი” იცავს HPV მე-6, მე-11, მე-16 და მე-18 ტიპებისაგან, ხოლო ბივალენტური ვაქცინა – “ცერვარიქსი” – HPV მე-16 და მე-18 ტიპებისაგან. ორივე შემთხვევაში ვაქცინა HPV ვირუსის 1 კაპსიდის მსგავსია და შეუძლიათ გამოიწვიონ ტიპობრივი იმუნიტეტის ჩამოყალიბება, არ შეიცავენ ვირუსის გენომის იმ ნაწილს რომელიც პასუხისმგებელია დაავადების ჩამოყალიბებაზე და შესაბამისად არასოდეს არ გამოიწვევენ დაავადების განვითარებას. დამტკიცებულია, რომ ვაქცინაციის შედეგად წარმოქმნილი ანტისხეულები, ხელს უწყობენ უფრო მყარი იმუნიტეტის ჩამოყალიბებას, ვიდრე ბუნებრივი ვირუსით ინფიცირების შემთხვევაში.

კვლევების შედეგების მიხედვით, ვაქცინაციის შედეგად ხდება HPV მე-6, მე-11, მე-16 და მე-18 ტიპებისაგან დაცვა შემთხვევათა 95%-ში.

პრაქტიკაში უფრო ხშირად გამოიყენებენ “გარდასილს”.

იმისათვის, რომ მიხვეული იქნას მაქსიმალური პროფილაქტიკური ეფექტი საუკეთესო შემთხვევაში ვაქცინაცია უნდა ჩატარდეს HPV ინფიცირებამდე, ანუ სქესობრივი ცხოვრების დაწყებამდე (9-26 წლის ასაკში).

ვაქცინის შეყვანა ხდება სამჯერადად ინექციის სახით: პირველად, 2 თვიანი ინტერვალის შემდეგ და 6 თვიანი ინტერვალის შემდეგ (I ინექციიდან). გარდასილი არის უსაფრთხო ვაქცინა. მისი მოხმარების უკუჩვენება არ გასხვავდება სხვა რუტინულად გამოყენებული ვაქცინების უკუჩვენებებისაგან. გვერდითი ეფექტები სხვა ვაქცინების ანალოგიურია.

ვაქცინაცია არ ცვლის საშიშროსნოს ყელის სკრინინგს!

ხშირად დასმული კითხვები

რა პრინციპით ხორციელდება საშივლოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგი?

საშივლოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგის უმთავრესი მეთოდია PAP ტესტი, რომელიც საშივლოსნოს ყელის ნაცხის გამოკვლევას გულისხმობს.

რატომ არის აუცილებელი საშივლოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგი?

საშივლოსნოს ყელის სკრინინგი საშუალებას იძლევა, გამოვლენილ იქნეს ყოველგვარი კიბოსწინარე დაავადება და ინფექცია. ტესტის საშუალებით ვლინდება საშივლოსნოს ყელის კიბოს განვითარების ერთ-ერთ უმთავრესი მიზეზით – ადამიანის პაპილომა ვირუსით გამოწვეული ცვლილებები.

ამდენად, საშივლოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგი ავთვისებიანი სიმსივნისგან თავის დაცვის საუკეთესო საშუალებაა!

რა პრინციპით ტარდება PAP ტესტი?

ტექნიკურად PAP ტესტი შემდგენაირად ხორციელდება: საშივლოსნოს ყელის ე.წ. T (ტრანსფორმაციის, ანუ გარდაქმნის) ზონიდან გინეკოლოგი შპადელით ან ფუნჯით იღებს ნაცხს, რომელიც სათანადო წესების დაცვით თავსდება სასაგნე მინაზე და იგზავნება ლაბორატორიაში მიკროსკოპის ქვეშ გამოსაკვლევად.

პროცედურამ, რომელიც რამდენიმე წუთს გრძელდება, შესაძლოა მცირედი დისკომფორტი გამოიწვიოს, რომელიც ნაცხის აღების დასრულებისთანავე უკვალოდ გაქრება. თუ შპადელის შეხებისას ტკივილი იგრძენით, უთუოდ აცნობეთ გინეკოლოგს.

როდის უნდა ველოდოთ პასუხს?

PAP- ტესტის შედეგს ქალი დაახლოებით ერთი კვირის შემდეგ, სკრინინგის ჩატარების ადგილის მიხედვით შეიტყობს.

როდის არის საჭირო განმეორებითი კვლევა?

სტატისტიკის თანახმად, იმ ქვეყნებში, სადაც ფართოდ არის დანერგილი საშივლოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგის პროგრამა, PAP - ტესტის საშუალებით გამოკვლეულთა 93,5%-ს არავითარი საეჭვო ცვლილება არ უვლინდება. განმეორებითი გამოკვლევა (ანალიზის გადამოწმება) ექიმმა ქალს მაშინ შეიძლება ურჩიოს, როდესაც ნაცხი არაადამაკმაყოფილებელ ინფორმაციას იძლევა, მაგალითად, საკვლევი უჯრედები სისხლით ან ლორწოთია დაფარული, ნაცხი არასათანადოდ არის აღებული და ა.შ.

თუ PAP ტესტის შედეგად განსაზღვრული ცვლილებები (სახეცვლილი უჯრედები) გამოვლინდა, ეს იმას არ ნიშნავს, რომ უთუოდ კიბო გაქვთ - ზოგ შემთხვევაში ასეთი ცვლილება საგანგაშო არ არის, თუმცა დიაგნოზის დასაზუსტებლად გინეკოლოგმა შესაძლოა კოლპოსკოპიური კვლევის ჩატარება გირჩიოთ.

როგორ მოვემზადოთ PAP ტესტისთვის?

საშივლოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგისთვის მომზადებისას გახსოვდეთ:

- დაუშვებელია PAP ტესტის ჩატარება მენსტრუაციის დროს, სკრინინგისთვის საუკეთესოა ციკლის შუა პერიოდი;
- თუ სქესობრივი კონტაქტის დროს დაცვის ბარიერული საშუალება, სპერმიციდი ან ლუბრიკანტი გამოიყენეთ, უახლოესი 24 საათის განმავლობაში PAP - ტესტის ჩატარება რეკომენდებული არ არის – კონტრაცეპტივებში შეძვეალი ქიმიური ნივთიერებები ტესტის შედეგზე გავლენას უთუოდ მოახდენს.

იმ ქვეყნებში, სადაც დანერგილია საშივლოსნოს ყელის სკრინინგი, კიბოთი ავადობის მაჩვენებელი საგრძნობლად შემცირდა!

რა ნაკლი აქვს საშივლოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგს?

ძალზე იშვიათად საშივლოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგისას პათოლოგიური ცვლი-

ლება შესაძლოა არ დაფიქსირდეს, ვინაიდან:

- ზოგჯერ ავთვისებიანი უჯრედები ნორმალურისგან ძნელი გასარჩევია;
- საკვლევი მასალა (ნაცხი) მეტად მცირე რაოდენობის პათოლოგიურ უჯრედს შეიცავს.

იმ ქვეყნების სტატისტიკის მიხედვით, სადაც საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგი ფართოდ არის დანერგილი, ყოველი 10 ანალიზიდან ერთი გადამოწმებას მოითხოვს, რადგან შესაძლოა:

- აღმოგაჩნდეთ ინფექცია, რომლის მკურნალობა აუცილებელია;
- საკვლევი უჯრედები სისხლით ან ლორწოთი იყოს დაფარული;
- ნაცხში საკვლევი უჯრედი ძალიან ცოტა იყოს;
- საკვლევი მასალა არასათანადოდ იყოს მომზადებული;
- საკვლევი მინა, რომელზეც ნაცხია მოთავსებული, გატყდეს.

საშვილოსნოს ყელის პათოლოგიის ადრეული აღმოჩენისა და მკურნალობის შედეგად კიბოს თავიდან აცილება შესაძლებელია 75-100 %-ით!

არის თუ არა საშვილოსნოს ყელის სკრინინგი კიბოს პრევენციის საშუალება?

სკრინინგი საშუალებას იძლევა, გამოვლენილ იქნეს საშვილოსნოს ყელის ქსოვილში განვითარებული პათოლოგიური ცვლილებები.

განსაკუთრებული ყურადღება მართებთ ქალებს, რომლებსაც აღენიშნებათ რისკის ფაქტორები:

- სქესობრივი ცხოვრების ნაადრევი დაწყება;
- სქესობრივ პარტნიორთა სიმრავლე;
- ანამნეზში სქესობრივი გზით გადამდებ დაავადებათა არსებობა;
- რამდენიმე მშობიარობა (დაავადების რისკი ყოველი მშობიარობის შემდეგ იზრდება);
- ადამიანის პაპილომავირუსული ინფექცია;
- მაგნე ჩვევები – მწვეველებს შორის დაავადების რისკი მაღალია.
- განსაკუთრებული ყურადღება მიაქციეთ ქრონიკულ ანთებით, სქესობრივი გზით გადამდებ და კიბოსწინარე დაავადებებს. ნუ გადადებთ მათ მკურნალობას.
- დაუყოვნებლივ მიმართეთ ექიმს, თუ აღგენიშნებათ: სისხლდენა საშვილოსნოდან, პათოლოგიური გამონადენი საშოდან ან მენსტრუალური ციკლის დარღვევა.

ლიტერატურა:

1. Pap-ტესტზე დაფუძნებული საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგი და დიაგნოსტიკა კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაცია / კლინიკური მდგომარეობის მართვის სახელმწიფო სტანდარტი. (გაიდლაინი/პროტოკოლი) - 2010წ. თბილისი
2. ACCP Strategies for Cervical Cancer, Cervical Cancer Prevention Issues in Depth #2, 2004
3. Coleman D., Day N., Douglas G., Farmery E., Lynge E., Philip J., & Segnan N. (1993). European Guidelines for Quality Assurance in Cervical Cancer Screening. Europe against cancer programme. Eur J Cancer 29A Suppl 4: S1-S38.
4. Comber H. & Gavin A. (2004). Recent trends in cervical cancer mortality in Britain and Ireland: the case for population-based cervical cancer screening. Br. J. Cancer 91: 1902-1904.
5. Comprehensive Cervical Cancer Control, A guide to essential control, WHO, 2006
6. Council of the European Union (2003). Council Recommendation of 2 December 2003 on cancer screening (2003/878/EC). Off. J. Eur. Union L 327/34-38.
7. European Guidelines for Quality Assurance in Cervical Cancer Screening 2008
8. European Commission (2003). Proposal for a Council Recommendation on Cancer Screening (presented by the Commission). Brussels, 5.5.2003. COM(2003) 230 final. 2003/0093 (CNS), 1-21.
9. Hakama M., Miller A.B., & Day N.E. (1986). Screening for cancer of the uterine cervix. From the IARC Working Group on Cervical Cancer Screening and the UICC Project Group on the Evaluation of Screening Programmes for Cancer. IARC Sci. Publ. , 1-315.
10. IARC (2005). Cervix Cancer Screening. IARC Handbooks of Cancer Prevention. Vol. 10. IARC Press, Lyon
11. Luesley DM, Shafi MI, Jordan JA. Handbook of Colposcopy ,2002
12. Managing HPV: A New Era in Patient Care, Association of Reproductive Health Professionals, 2009
13. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. Cervical Cancer Screening. V.I.2009
14. Ostor A.G. (1993). Natural history of cervical intraepithelial neoplasia: a critical review. Int. J. Gynecol. Pathol. 12: 186-192.
15. Parkin DM, Bray F, Ferlay J, Pisani P. (2005) Global cancer statistics 2002. CA Cancer J. Clin. 55:74-108.
16. Ronco G., Segnan N., & Ponti A. (1991). Who has Pap tests? Variables associated with the use of Pap tests in absence of screening programmes. Int J Epidemiol 20: 349-353.
17. Sankila R., Demaret E., Hakama M., Lynge E., Schouten L.J., & Parkin D.M. (2000). Evaluation and monitoring of screening programmes, Office for Official Publications of the European Communities edn.
18. Sant M., Aareleid T., Berrino F., Bielska L.M., Carli P.M., Faivre J., Grosclaude P., Hedelin G., Matsuda T., Moller H., Moller T., Verdecchia A., Capocaccia R., Gatta G., Micheli A., Santaquilani M.,
19. Syrjandnen K.J. (1996). Spontaneous evolution of intraepithelial lesions according to the grade and type of the implicated human papillomavirus (HPV). Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol. 65: 45- 53.
20. The Case for Investing in Cervical Cancer Prevention, Cervical Cancer Prevention Issues in Depth #3, 2004
21. van Ballegooijen M., Koopmanschap M.A., van Oortmarssen G.J., Habbema J.D.F., Lubbe Th.N., & van Agt H.M. (1990). Diagnostic and treatment procedures induced by cervical cancer screening. Eur J Cancer 26: 941-945
22. WHO (2002). National Cancer Control Programmes. Policies and Managerial Guidelines, 2nd edition. World Health Organization, Geneva.
23. World Cancer Report, WHO International Agency for research on Cancer, 2008
24. Zappa M. & Ciatto S. (2000). Cervix cancer: Case-control studies on screening. In: Evaluation and Monitoring of Screening Programmes (eds Sankila R., Demaret E., Hakama M., Lynge E., Schouten L.J. & Parkin D.M.), pp. 99-118. Europe Against Cancer Programme, Brussels, Luxemburg.

