

**ՀԱՅԱՍՏԱՆԻ ՀԱՆՐԱՊԵՏՈՒԹՅԱՆ
ԱՌՈՂՋԱՊԱՀՈՒԹՅԱՆ ՆԱԽԱՐԱՐՈՒԹՅՈՒՆ**

**ԱՐԳԱՆԴԻ ՊԱՐԱՆՈՑԻ ՆԱԽԱՔԱՂՑԿԵՂԱՅԻՆ
ՎԻՃԱԿՆԵՐԻ ՎԱՂ ՀԱՅՏՆԱԲԵՐՈՒՄ, ՎԱՐՈՒՄ ԵՎ
ՔԱՂՑԿԵՂԻ ԿԱՆԽԱՐԳԵԼՈՒՄ**

**ԱԶԳԱՅԻՆ ՈՒՂԵՑՈՒՅՑ
ԱՌՈՂՋՈՒԹՅԱՆ ԱՌԱՋՆԱՅԻՆ ՊԱՀՊԱՆՄԱՆ ՕՂԱԿԻ
ԲՈՒԺԱՇԽԱՏՈՂՆԵՐԻ ՀԱՄԱՐ**

ԵՐԵՎԱՆ

2014

Ա 857 Արգանդի պարանոցի նախաքաղցկեղային վիճակների վաղ հայտնաբերում, վարում և քաղցկեղի կանխարգելում: Ազգային ուղեցույց առողջության առաջնային պահպանման օղակի բուժաշխատողների համար Կ. Սարիբեկյան, Գ. Ավագյան, Գ. Փանաջյան, Ա. Օհանյան - եր.: ՀՀ ԱՆ «ԱԾԻԳ» ՊՀ, 2014.թ - 75 էջ

Գրախոսներ՝ ՀՀ ԱՆ գլխավոր մանկաբարձ-գինեկոլոգ, բ.գ.դ., պրոֆեսոր, ՀՀ ԳԱԱ թղթակից անդամ Ռ. Աբրահամյան
ՀՀ ԱՆ լաբորատոր գծով գլխավոր մասնագետ, բջջաբան, բ.գ.դ., Տ. Ալիխանյան

Հաստատված է ՀՀ ԱՆ առողջապահության նախարար, բ.գ.դ., պրոֆեսոր Դ. Դումանյանի 16.04.2014թ-ի N 810-Ա հրամանով

Ուղեցույցի պատրաստումը համակարգվել է ՀՀ ԱԾԻԳ տնօրեն Ն. Զուլոյանի, ԸԲԶԲ համակարգող Ե. Էլիբեկյանի, մոնիթորինգի և գնահատման մասնագետ Մ. Կոշկակարյանի կողմից

Արգանդի պարանոցի նախաքաղցկեղային վիճակների վաղ հայտնաբերման, վարման և քաղցկեղի կանխարգելման ազգային ուղեցույցը նախատեսված է առողջության առաջնային պահպանման (ԱԱՊ) օղակի բուժաշխատողների՝ մանկաբարձ-գինեկոլոգների, ընտանեկան բժիշկների և մանկաբարձուհիների համար: Ազգային ուղեցույցում զետեղված թեմաները վերաբերում են արգանդի պարանոցի նախաքաղցկեղային վիճակների վաղ հայտնաբերմանը, վարմանը և քաղցկեղի կանխարգելման սկզբունքներին, ինչպես նաև այն հիմնական գործառնություններին, որոնք պետք է իրականացվեն ԱԱՊ օղակի բուժաշխատողների կողմից: Ազգային ուղեցույցի նյութերը հիմնավորված են ապացուցողական բժշկության նորագույն տվյալներով, ինչպես նաև նյութերը մշակողների փորձագիտական տեսակետներով: Սույն ուղեցույցը կարող է նպաստել ԱԱՊ օղակի բուժաշխատողների հետդիպլոմային և շարունակական բժշկական կրթության գործընթացին, ինչպես նաև՝ առողջության առաջնային պահպանման օղակում արգանդի պարանոցի նախաքաղցկեղային վիճակների և քաղցկեղի ախտորոշիչ, կանխարգելիչ և բուժական միջոցառումների առավել արդյունավետ կազմակերպմանը:

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

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

ԲՈՎԱՆԴԱԿՈՒԹՅՈՒՆ

Հապավումներ	5
Նախաբան	7
ԳԼՈՒԽ I. ԻՐԱՎԻՃԱԿԱՅԻՆ ՎԵՐԼՈՒԾՈՒԹՅՈՒՆ	7
1. Արգանդի պարանոցի քաղցկեղի տարածվածությունն աշխարհում և ներկա իրավիճակը Հայաստանում	7
2. Արգանդի պարանոցի քաղցկեղի կանխարգելման և սրբինինգի ժամանակակից մոտեցումները, հաջողված փորձը աշխարհում	8
ԳԼՈՒԽ II. ԱՐԳԱՆԴԻ ՊԱՐԱՆՈՑԻ ՔԱՂՑԿԵՂԻ ԿԱՆԽԱՐԳԵԼՈՒՄ	10
1. Արգանդի պարանոցի քաղցկեղի առաջնային կանխարգելում	10
2. Արգանդի պարանոցի քաղցկեղի երկրորդային կանխարգելում	10
ԳԼՈՒԽ III. ԱՐԳԱՆԴԻ ՊԱՐԱՆՈՑԻ ՔԱՂՑԿԵՂ	12
1. Արգանդի պարանոցի քաղցկեղի պատճառաախտաձագումը	12
2. Արգանդի պարանոցի քաղցկեղի առաջացման ռիսկի գործոններ	14
3. Արգանդի պարանոցի քաղցկեղի կլինիկական նշաններ	17
ԳԼՈՒԽ IV. ԱՐԳԱՆԴԻ ՊԱՐԱՆՈՑԻ ՔԱՂՑԿԵՂԻ ՍՔՐԻՆԻՆԳԻ ԻՐԱԿԱՆԱՑՄԱՆ ԸՆԹԱՑԱԿԱՐԳ	19
1. Արգանդի պարանոցի քաղցկեղի կանխարգելման և վաղ հայտնաբերման գործընթացի կազմակերպման հիմնական սկզբունքներ	19
2. Պապանիկոլաուի մեթոդով (ՊԱՊ թեսթ) արգանդի պարանոցի քսուկի բջջաբանական հետազոտության նկարագիր	20
3. ՊԱՊ մեթոդով քսուկի բջջաբանական հետազոտությունն իրականացվում է փուլային մեթոդով	20
ԳԼՈՒԽ V. ԱՐԳԱՆԴԻ ՊԱՐԱՆՈՑԻ ՆԱԽԱՔԱՂՑԿԵՂԱՅԻՆ ՎԻՃԱԿՆԵՐ ԵՎ ՔԱՂՑԿԵՂԻ ԲՋՋԱԲԱՆԱԿԱՆ ԴԱՍԱԿԱՐԳՈՒՄ	24
ԳԼՈՒԽ VI. ԿՈԼՊՈՍԿՈՊԻԱՅԻ ԻՐԱԿԱՆԱՑՄԱՆ ԿԱՐԳ ԵՎ ՑՈՒՑՈՒՄՆԵՐ	27
ԳԼՈՒԽ VII. ԱՐԳԱՆԴԻ ՊԱՐԱՆՈՑԻ ՆԱԽԱՔԱՂՑԿԵՂԱՅԻՆ ՎԻՃԱԿՆԵՐԻ ՎԱՐՈՒՄ ԵՎ ՀՍԿՈՂՈՒԹՅՈՒՆ	36
Ա. Էպիթելը նորմայում	36
Բ. Բորբոքային փոփոխություններ կամ էպիթելի ռեակտիվ փոփոխություններ	36
Գ. Անորոշ նշանակության ատիպիկ տափակ բջիջներ	37
Դ. Տափակ բջջային ներէպիթելային ախտահարումներ	38
ԳԼՈՒԽ VIII. ԿՐԹԱԿԱՆ ՆՅՈՒԹԵՐ	43
Հավելվածներ	49
Հավելված 1. Վարման և հսկման ալգորիթմ՝ արգանդի պարանոցի բջջաբանական տարբեր ախտաբանությունների դեպքում	49
Հավելված 2. Ախտաբանական ՊԱՊ քսուկներով հիվանդների վարում	50

Հավելված 3. Ընտանեկան բժշկի գործառույթի շրջանակները՝ արգանդի պարանոցի նախաքաղցկեղային վիճակները վարելու գործում	51
Հավելված 4. Արգանդի պարանոցի քաղցկեղի սքրինինգի տարբեր մեթոդների համեմատական վերլուծություն	52
Հավելված 5. ՊԱՊ թեսթի իրականացման ցուցումներ	62
Հավելված 6. ՊԱՊ հետազոտության քարտ	63
Հավելված 7. Արգանդի պարանոցի բջջաբանական հետազոտության քարտ (ՊԱՊ թեսթ)	64
Հավելված 8. Սքրինինգային այցերի գրանցամատյանի ձևաթերթ	66
Հավելված 9. Բջջաբանական լաբորատորիայում նմուշների գրանցամատյանի ձևաթերթ	67
Հավելված 10. Ուղեգրվող բուժհաստատությունում պացիենտի հետագա հսկողության ձևաթերթ	68
Հավելված 11. Մերժման ուղեգիր	69
ԳՐԱԿԱՆՈՒԹՅՈՒՆ	70

ՀԱՊԱՎՈՒՄՆԵՐ

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

ՏԶ ԱՅՔԹ	Տեսողական զննում՝ ացետաքացախաթթվով ներկելով (VIA)
ՏԶ ԼՅԼ	Տեսողական զննում՝ Լյուգոլի յոդային լուծույթով ներկելով (VILLI)
ՑԱՏԲՆԱ	Ցածր աստիճանի տափակ բջջային ներէպիթելային ախտահարում (LGSIL)

ՆԱԽԱԲԱՆ

Հայտնի է, որ արգանդի պարանոցի քաղցկեղը (ԱՊՔ) միակ քաղցկեղային հիվանդությունն է, որը կարելի է կանխարգելել և բուժել: Այն զարգանում է մոտավորապես 5-10 տարվա ընթացքում: Հետևաբար, առողջապահական համապատասխան ծառայությունների միջոցով լայնածավալ սքրինինգային հետազոտությունների իրականացումը հնարավորություն կընձեռի կանխարգելել քաղցկեղը կամ ախտորոշել այն զարգացման վաղ փուլում, կազմակերպել արդյունավետ բուժում և պահպանել կնոջ կյանքը:

Ազգային ուղեցույցի նպատակն է նվազեցնել արգանդի պարանոցի քաղցկեղի հիվանդացությունն ու մահացությունը՝ նախաքաղցկեղային հիվանդությունների վաղ հայտնաբերման և արդյունավետ վարման ճանապարհով:

ԳԼՈՒԽ I. ԻՐԱՎԻՃԱԿԱՅԻՆ ՎԵՐԼՈՒԾՈՒԹՅՈՒՆ

Վերջին տասնամյակի ընթացքում արգանդի պարանոցի քաղցկեղի վերահսկման համապարփակ ծրագրերի շնորհիվ աշխարհի մի շարք զարգացող երկրներում քաղցկեղի այս տեսակի նոր դեպքերի թիվն ու մահացությունն իջել է 80%:

1. Արգանդի պարանոցի քաղցկեղի տարածվածությունն աշխարհում և ներկա իրավիճակը Հայաստանում

Արգանդի պարանոցի քաղցկեղը կանանց քաղցկեղային հիվանդությունների կառուցվածքում գրավում է երկրորդ տեղը: Այն առավել հաճախ հանդիպում է միջին տարիքի կանանց մոտ, որոնց շուրջ կեսի մոտ քաղցկեղը ախտորոշվում է 35-55 տարեկանում: 20 տարեկանից ցածր տարիքի կանանց մոտ արգանդի պարանոցի քաղցկեղ հազվադեպ է հանդիպում, իսկ դեպքերի մոտավորապես 20% արձանագրվում է 65-ից բարձր տարիքի կանանց շրջանում:

Համաշխարհային ցուցանիշների առումով արգանդի պարանոցի քաղցկեղի համաճարակաբանական պատկերը հետևյալն է. տարեկան գրանցվում են քաղցկեղի հիվանդացության 464 000 նոր և մահացության շուրջ 234 000 դեպք, որոնցից 8% բաժին է ընկնում տնտեսապես զարգացած երկրներին (ԱՀԿ, 2010): Քաղցկեղի ամերիկյան

ասոցիացիայի կանխատեսմամբ առաջիկա տարիների ընթացքում ԱՄՆ-ում 12 200 կնոջ մոտ կախտորոշվի ինվազիվ քաղցկեղ, իսկ 4 210 կին կմահանա այդ հիվանդությունից:

Աշխարհում տարեկան գրանցվող նոր դեպքերի մոտ 80% բաժին է ընկնում զարգացող երկրներին, ընդ որում՝ դեպքերի 60-80% հիվանդությունն ախտորոշվում է արդեն առաջացած III և IV փուլերում, երբ արդեն ցածր են ապրելիության ցուցանիշները: Այս իրավիճակը համահունչ է Հայաստանի ցուցանիշների համատեքստին. համաձայն 2012 թվականի ՀՀ ԱՆ Ուռուցքաբանության ազգային կենտրոնի տվյալների արգանդի պարանոցի քաղցկեղի դեպքերի 57% գրանցվել են հիվանդության զարգացման III և IV փուլերում (255 հիվանդացության դեպքից 146-ը): Ընդ որում, հիվանդության ախտորոշումից հետո 5-6 տարվա ապրելիության ցուցանիշը 2007-2012 թթ. համար կազմել է 44,2%: Հարկ է նշել, որ այն նվազել է 2004-2009 թթ. (50,4%), 2005-2010 թթ.(46,8%) միջին ցուցանիշների համեմատությամբ:

Համաձայն ՀՀ ԱՆ առողջապահության ազգային ինստիտուտի (ԱԱԻ) Առողջապահության տեղեկատվական վերլուծական կենտրոնի տվյալների (ԱՏՎԿ), 2012 թվականին արգանդի պարանոցի քաղցկեղի նոր դեպքերը 25 տարեկանից բարձր տարիքի կանանց շրջանում կազմել են 260 (15,4՝ 100 000 բնակչի հաշվով), 2011 թվականին՝ 288 (17,1/100 000): Մահացության ցուցանիշը 2012 թվականին կազմել է 154 (9,1/100 000 բնակչի հաշվով), 2011 թվականին՝ 147 (8,7/100 000 բնակչի հաշվով):

Համաձայն Առողջապահության համակարգի գործունեության գնահատման զանգվածային հետազոտության տվյալների, Հայաստանում 2012 թվականին արգանդի պարանոցի հետազոտություն է անցել կանանց 10,2%, որը դեռևս լրջորեն զիջում է բջջաբանական սքրինինգի միջազգային ցուցանիշներին:

2. Արգանդի պարանոցի քաղցկեղի կանխարգելման և սքրինինգի ժամանակակից մոտեցումների հաջողված փորձն աշխարհում

Աշխարհում իրականացվել են մի շարք հետազոտություններ՝ գնահատելու արգանդի պարանոցի քաղցկեղի սքրինինգի այլընտրանքային, ավելի իրատեսական և ճկուն սքրինինգային ծրագրերի ներդրումը բջջաբանական հետազոտության համեմատ:

Սքրինինգը համարվում է օպտիմալ այն դեպքում, երբ ռեսուրսների նվազագույն քանակ է օգտագործվում առավելագույն ազդեցության հասնելու նպատակով:

Ներկայում արգանդի պարանոցի քաղցկեղի ամենացածր հաճախականությունը արձանագրվում է Ֆինլանդիայում՝ 1 դեպք 100 000 կին բնակչության հաշվով, ինչը հաջողվել է սքրինինգային գործընթացի կազմակերպված մոդելի իրականացման շնորհիվ: Այդ ծրագիրը մեկնարկել է 1960 թվականին. 5 տարին մեկ 30-64 տարիքային խմբի կանայք ընդգրկվել են սքրինինգային հետազոտության ծրագրում բնակչության ազգային ռեգիստրի միջոցով: Մեծ ուշադրություն է դարձվել ազգաբնակչության կրթմանը, սքրինինգի արդյունքների վերաբերյալ կանանց իրազեկմանը, ախտաբանություններին, հյուսվածքաբանական հաստատման գործընթացին և որակի շարունակական վերահսկման ոլորտներին: Վերջին հետազոտությունները ցույց են տալիս, որ ի տարբերություն օպորտունիստական սքրինինգի, կազմակերպված ծրագրերով իրականացված հետազոտությունների վերջնարդյունքներն առավել գոհացուցիչ են:

Արգանդի պարանոցի քաղցկեղի սքրինինգի և վաղ հայտնաբերման տարբեր մեթոդների համեմատական վերլուծությունը (տե՛ս հավելված 4-ում):

ԳԼՈՒԽ II. ԱՐԳԱՆԴԻ ՊԱՐԱՆՈՑԻ ՔԱՂՑԿԵՂԻ ԿԱՆԽԱՐԳԵԼՈՒՄ

Արգանդի պարանոցի քաղցկեղը համարվում է կանխարգելվող հիվանդություն: Այսօր արդեն իսկ առկա բազմաթիվ սքրինինգային թեստերի միջոցով հնարավոր է կանխարգելել արգանդի պարանոցի քաղցկեղը կամ հայտնաբերել այն վաղ փուլերում, որը էականորեն բարելավում է առողջական վերջնարդյունքները: Արգանդի պարանոցի սքրինինգային թեստին ներկայացվող պահանջներից ամենակարևորը զգայունության և սպեցիֆիկության միջև եղած հավասարակշռությունն է՝ հավաստիանալու, որ այն կանայք, ովքեր իրականում ունեն հիվանդություն, ճիշտ կերպով ախտորոշվում են որպես հիվանդներ (զգայունություն), իսկ նրանք ովքեր հիվանդություն չունեն, որպես հիվանդներ չեն ախտորոշվում (սպեցիֆիկություն):

Քանի որ արգանդի պարանոցի նախաքաղցկեղի և քաղցկեղի վաղ փուլերը որևէ կլինիկական դրսևորում չունեն, ախտորոշումն իրականացվում է մորֆոլոգիապես (ՊԱՊ թեստ և բիոպսիա) և էնդոսկոպիկ միջոցներով (կոլպոսկոպիա):

1. Արգանդի պարանոցի քաղցկեղի առաջնային կանխարգելում

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

2. Արգանդի պարանոցի քաղցկեղի երկրորդային կանխարգելումն իրականացվում է սքրինինգների և նախաքաղցկեղային վիճակների բուժման ճանապարհով:

Սքրինինգը նպատակաուղղված է հայտնաբերելու նախաքաղցկեղային ախտաբանությունները, նախքան դրանց կազմափոխումը քաղցկեղի:

Սքրինինգը ենթադրում է.

- Առողջ կանանց հետազոտություն:
- Քաղցկեղի ռիսկի գործոնների հայտնաբերում:
- Ռիսկի խմբերի ձևավորում:
- Ֆոնային և նախաքաղցկեղային հիվանդությունների հայտնաբերում:

Արգանդի պարանոցի սքինինգային հետազոտության մեթոդներն են.

- Բջջաբանական հետազոտություն՝ ՊԱՊ թեսթ:
- ՄՊՎ ԴՆԹ թեսթավորում:
- Տեսողական (վիզուալ) զննման մեթոդները ացետաքացախաթթվի (VIA) կամ Լյուգոլի յոդային լուծույթների (VILLI) կիրառմամբ:

ԳԼՈՒԽ III. ԱՐԳԱՆԴԻ ՊԱՐԱՆՈՑԻ ՔԱՂՑԿԵՂ

Արգանդի պարանոցի քաղցկեղի զարգացումը սովորաբար դանդաղ է ընթանում և տեղի է ունենում որոշակի տարիների ընթացքում: Մինչև արգանդի պարանոցի քաղցկեղի առաջացումը նորմալ բջիջներում սկսվում են նախաքաղցկեղային փոփոխություններ, որոնք տևում են տարիներ:

1. Արգանդի պարանոցի քաղցկեղի պատճառաբանություններ

Արգանդի պարանոցի քաղցկեղի պատճառը ՄՊՎ վարակի բարձր ուռուցքածին հատկություններով օժտված մեկ կամ մի քանի տեսակներով պերսիստենցիան կամ քրոնիկական վարակն է:

1983թ. գերմանացի գիտնական Հարոլդ զուր Հաուսենը հայտնաբերեց ՄՊՎ-ի ԴՆԹ-ն ԱՊԲ բիոպտատներում: Նրա հետազոտությունները հիմք հանդիսացան ՄՊՎ-ով պայմանավորված կանցերոգենեզի բացահայտմանը:

1996թ. ԱՀԿ, Սեռավարակների և Նեոպլազիայի հետազոտման Եվրոպական կազմակերպությունը, ինչպես նաև ԱՄՆ առողջապահության ինստիտուտը ՄՊՎ-ն որակել են որպես արգանդի պարանոցի քաղցկեղի հիմնական պատճառ, քանզի համաշխարհային տվյալներով տափակ բջջային քաղցկեղի բիոպտատների 99,7% հայտնաբերվել է ՄՊՎ:

2008թ. Հարոլդ զուր Հաուսենը ֆիզիոլոգիայի և բժշկության բնագավառում Նոբելյան մրցանակի դափնեկիր դարձավ ԱՊԲ վիրուսային ծագման մեխանիզմների բացահայտման համար:

2013թ. HERACLES/SCALE Study Group բազմակենտրոն եվրոպական հետազոտությունների արդյունքում (որոնց մասնակցել է 6000 կին 17 եվրոպական երկրներից, այդ թվում 3103 կին ԲԱՏԲՆԱ և 3162 կին՝ արգանդի պարանոցի քաղցկեղ ԱՊԲ ախտորոշմամբ), հետազոտության մեջ ներգրավված կանանց 90% մոտ հայտնաբերվել է ՄՊՎ և հաստատվել է արգանդի պարանոցի քաղցկեղի զուգակցումը ՄՊՎ 16 և 18-րդ տեսակների հետ:

ՄՊՎ արդեն հայտնի տեսակներից 15-ը դասակարգվում են որպես բարձր ռիսկի տեսակներ (16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 68, 73 և 82), 3-ը՝ որպես

հնարավոր բարձր ռիսկի տեսակներ (26, 53 և 66), և 12-ը՝ ցածր ռիսկի տեսակներ (6, 11, 40, 42, 43, 44, 54, 61, 70, 72, 81 և CP 6108):

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

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

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

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

Մարդու պապիլոմավիրուսային վարակը բարձրացնում է նեոպլաստիկ կազմափոխման նկատմամբ բջիջների ընկալունակությունը կամ էլ ախտահարված էպիթելային բջիջներում ուղղակիորեն նպաստում է նեոպլաստիկ կազմափոխմանը: Բջիջների նեոպլաստիկ կազմափոխումը սովորաբար սկսվում է արգանդի պարանոցի տափակ և գլանաձև էպիթելների միացման հատվածում:

2. Արգանդի պարանոցի քաղցկեղի առաջացման ռիսկի գործոններ

Հայտնի են արգանդի պարանոցի քաղցկեղի առաջացման մի շարք ռիսկի գործոններ, որոնք ինչպես գենետիկ ծագման են, այնպես էլ կապակցված են շրջակա միջավայրի որոշակի վտանգների հետ: Դրանցից են՝

1. Արգանդի պարանոցի քաղցկեղի ընտանեկան անամնեզը (պատմություն):
2. Տարիքը:
3. Սեռական և վերարտադրողական պատմությունը:
4. Սոցիալ-տնտեսական վիճակը:
5. Ծխախոտի օգտագործում:
6. ՄԻԱՎ վարակը:
7. Ներարգանդային կյանքում դիէթիլստիլբեստրոլի (ԴԷՍ) ներգործությանը ենթարկվելը:

1) Արգանդի պարանոցի քաղցկեղի ընտանեկան անամնեզ.

Ընտանեկան անամնեզում արգանդի պարանոցի քաղցկեղ ունեցած կանայք /հատկապես՝ հիվանդ մայր կամ քույր/ ունեն արգանդի պարանոցի քաղցկեղի առաջացման մոտ կրկնակի վտանգ, որը հիմք է տալիս մտածելու ժառանգական նախատրամադրվածության մասին: Այնուամենայնիվ, չկա համեմատական կապ քաղցկեղի այլ տեսակների ընտանեկան անամնեզի (օրինակ՝ աղու քաղցկեղ) և արգանդի պարանոցի քաղցկեղի միջև:

2) Տարիք.

20 տարեկանից ցածր կանանց մոտ հազվադեպ է ախտորոշվում արգանդի պարանոցի քաղցկեղ: Ախտորոշվածների կեսից ավելին գտնվում են 35-55 տարիքային խմբում: Հիվանդության վտանգը նվազում է 55 տարեկանից հետո, սակայն դեպքերի 20% հանդիպում է 65 տարեկանից բարձր տարիքի կանանց մոտ: Այս նկարագրվող գործընթացները պայմանավորված են մի շարք գործոններով, մասնավորապես՝ սեռական վարքագծի փոփոխություններով, գենետիկ մուտացիաների միտումներով, որոնք դիտարկվում են տարիքի հետ:

3) Սեռական և վերարտադրողական պատմություն.

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

Սեռական զուգընկերների թվի ավելացումը և սեռական կյանքի վաղ սկիզբը մեծացնում են ՄՊՎ վարակի ձեռքբերման վտանգը: Այն կանայք, ովքեր ունեցել են բազմակի հղիություններ և առաջին ժամկետային ծննդաբերության ժամանակ երիտասարդ տարիք, ևս գտնվում են արգանդի պարանոցի քաղցկեղի ձեռք բերման տեսանկյունից առավել բարձր վտանգի խմբում: Օրալ հակաբեղմնավորիչ միջոցների երկարատև գործածումը որոշ հետազոտություններում ևս նշվում է որպես քաղցկեղի այս տեսակով հիվանդանալու վտանգը մեծացնող գործոն, սակայն այս փաստարկը դեռևս հակասական է:

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

4) Սոցիալ-տնտեսական մակարդակ.

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

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

5) Ծխախոտի գործածում.

Ծխելը արգանդի պարանոցի քաղցկեղի զարգացման ռիսկի գործոն է, ի հաշիվ այն փաստի, որ ծխախոտի ծխի մեջ պարունակվող կանցերոգենները ԴՆԹ առաջացնում են որոշակի մուտացիաներ: Իրականացված համաճարակաբանական հետազոտություններում ծխելը կապակցվում է արգանդի պարանոցի եղջրացող բջջային կարցինոմայի առաջացման առավել բարձր վտանգի հետ, սակայն ոչ ադենոկարցինոմայի:

6) Մարդու իմունային անբավարարության վիրուս (ՄԻԱՎ).

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

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

7) Դիէթիլստիրիլբեստրոլի (ԴԷՍ) ներգործությանը ենթարկվելը.

ԴԷՍ սինթետիկ էստրոգեն է, որը կիրառվել է 1930 թվականից մինչև 1970 թվականներին հղիության ընթացքում դիտվող բարդությունների տոկոսը նվազեցնելու նպատակով: Այս դեղամիջոցի ազդեցությունը դադարեցվեց այն բանից հետո երբ պարզվեց, որ այն կարող էր վնասել զարգացող սաղմին: Դեռևս ներարգանդային կյանքում այս դեղամիջոցի ազդեցությանը ենթարկված դեռահաս աղջիկների մոտ առկա է արգանդի պարանոցի քաղցկեղի, ինչպես նաև վերարտադրողական համակարգի այլ տեսակի քաղցկեղների, անպտղության և հղիության ընթացքում դիտվող մի շարք բարդությունների առաջացման առավել մեծ վտանգ:

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

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

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

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

3. Արգանդի պարանոցի քաղցկեղի կլինիկական նշաններ.

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

Արգանդի պարանոցի քաղցկեղի հիմնական պատճառը՝ ՄՊՎ վարակը, սովորաբար չի դրսևորվում հատուկ կլինիկական նշաններով: ՄՊՎ վարակի որոշ տեսակներ կարող են առաջացնել սեռական գորտնուկներ, սակայն ՄՊՎ այս տեսակները (ցածր օնկոգենությամբ օժտված ՄՊՎ տեսակներ), արգանդի պարանոցի քաղցկեղ չեն առաջացնում, նույնիսկ եթե դրանք չեն բուժվում:

ՄՊՎ վարակի բարձր ուռուցքաձին հատկություններով օժտված տեսակները կարող են օրգանիզմում մնալ երկար տարիներ՝ առանց որևէ կլինիկական դրսևորման:

Արգանդի պարանոցի քաղցկեղի կլինիկական նշաններն են՝

➤ Անկանոն բնույթի հեշտոցային արյունահոսություն

Արգանդի պարանոցի քաղցկեղի դեպքում հիմնական կլինիկական դրսևորումը անկանոն հեշտոցային արյունահոսությունն է:

➤ Սեռական հարաբերությունից հետո քսվող բնույթի արյունային արտադրություն

Պոստկոիտալ (սեռական հարաբերությանը հաջորդող) քսվող բնույթի արյունային արտադրությունը ևս համարվում է վտանգի նշան:

➤ Շճաարյունային կամ դեղին գույնի արտադրություն

Որոշ պացիենտների մոտ առկա է շճաարյունային կամ դեղին գույնի արտադրություն, որը հաճախ ունենում է տհաճ հոտ:

➤ Որովայնի ստորին հատվածի, կոնքի կամ գոտկային հատվածի ցավ

Արգանդի պարանոցի քաղցկեղի զարգացած փուլերում դիտվող հաջորդ ախտանիշը որովայնի ստորին հատվածի, կոնքի կամ գոտկային հատվածի ցավն է:

➤ Հեմատուրիա կամ ուղիղ աղիքից դիտվող արյունահոսություն

Հեմատուրիան կամ ուղիղ աղիքից դիտվող արյունահոսությունը կարող է նկատվել այն դեպքում, եթե առկա է ինվազիա՝ դեպի միզապարկ կամ ուղիղ աղիք:

ԳԼՈՒԽ IV. ԱՐԳԱՆԴԻ ՊԱՐԱՆՈՑԻ ՔԱՂՑԿԵՂԻ ՍՔՐԻՆԻՆԳԻ ԻՐԱԿԱՆԱՑՄԱՆ ԸՆԹԱՑԱԿԱՐԳ

Հաշվի առնելով աշխարհում արգանդի պարանոցի քաղցկեղի սքրինինգի ընդունված գործելակարգերը, գրականության վերլուծության տվյալները, ինչպես նաև Հայաստանում արգանդի պարանոցի քաղցկեղի սքրինինգային ծրագրի ներդրման պատմությունը, հիվանդացության տարածվածությունը, առաջարկվում է արգանդի պարանոցի քաղցկեղի կանխարգելման նպատակով սքրինինգն իրականացնել բջջաբանական՝ ՊԱՊ Թեսթի մեթոդով (ՊԱՊ Թեսթ):

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

- 1) Ծրագրային հիմնական շեշտադրումը դրվում է արգանդի պարանոցի բջջաբանական հետազոտության վրա ՊԱՊ Թեսթի միջոցով, քանզի միջազգային բազմաթիվ աղբյուրներով փաստվում է, բջջաբանական հետազոտության բարձր սպեցիֆիկությունն ու արդյունավետությունն առողջ ազգաբնակչության շրջանում այս ախտաբանությունը հայտնաբերելու առումով:
- 2) 30-60 տարեկան բոլոր կանայք 3 տարին մեկ ենթակա են արգանդի պարանոցի բջջաբանական սքրինինգի իրականացման՝ ՊԱՊ Թեսթի մեթոդով:
- 3) ՊԱՊ Թեսթային սքրինինգն իրականացվում է պլանավորված ընթացակարգով՝ կանանց ակտիվ ներգրավման ճանապարհով:
- 4) ՊԱՊ Թեսթային սքրինինգն իրականացվում է
 - ա) գյուղական բնակավայրերում՝ ԱԱՊ բժշկական հաստատությունների մասնագետների (ընտանեկան բժիշկ կամ վերապատրաստված մանկաբարձուհի) կողմից,
 - բ) քաղաքային բնակավայրերում՝ տարածաշրջանային, մարզային կամ քաղաքային բժշկական հաստատությունների կանանց կոնսուլտացիաների մասնագետների (մանկաբարձ-գինեկոլոգ կամ վերապատրաստված մանկաբարձուհի) կողմից,
 - գ) ընտանեկան բժիշկների անհատական և խմբային անկախ պրակտիկաներում՝ մասնագիտացում անցած ընտանեկան բժշկի կամ վերապատրաստված մանկաբարձուհու կողմից,

դ) բոլոր այն դեպքերում, երբ գյուղական ԱԱՊ հաստատությունում կամ ընտանեկան բժիշկների անհատական և խմբային անկախ պրակտիկաներում սքրինինգի իրականացումը հնարավոր չէ, այն կազմակերպվում է տարածաշրջանային բժշկական կազմակերպության կանանց կոնսուլտացիայի կողմից կցագրված մանկաբարձ-գինեկոլոգի կողմից:

***Պարզաբանում.**

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

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

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

3. ՊԱՊ մեթոդով քսուկի բջջաբանական հետազոտությունն իրականացվում է փուլային մեթոդով.

Փուլ 1. Պացիենտների նախապատրաստումը բջջաբանական հետազոտության.

- Նախընտրելի է նմուշառում դաշտանային ցիկլի մեջտեղում
- Նմուշառումից 48 ժամ առաջ խուսափել հեշտոցային հակաբեղմնավորիչների, քսուկների, մոմիկների օգտագործումից

- Նմուշառումից 12 ժամ առաջ չունենալ սեռական հարաբերություն
- Նմուշառումը ցանկալի է ծննդաբերությունից 6-8 շաբաթ անց:

Փուլ 2. Իդենտիֆիկացիոն և կլինիկական տեղեկությունների հավաքագրում.

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

1) Իդենտիֆիկացիոն տեղեկություն.

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

2) Կլինիկական տեղեկություն.

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

Փուլ 3. Նմուշառման գործընթաց.

Օպտիմալ քսուկի ստացումը ներառում է նմուշառում էկտոցերվիքսից, էնդոցերվիքսից, ընդգրկելով տրանսֆորմացիոն գոտին: Անհրաժեշտ է մաքրել արգանդի պարանոցը լորձի և այլ արտադրության մեծ քանակության դեպքում՝ թանգիֆե տամպոնի միջոցով:

- Տեղադրել հեշտոցային հայելին առանց խոնավեցնող միջոցների օգտագործման:

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

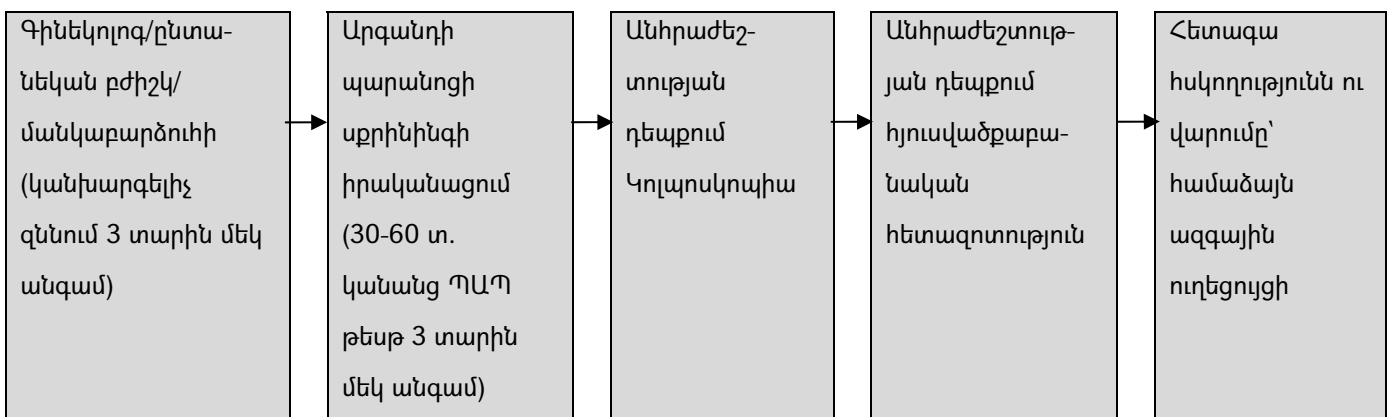
1) ՊԱՊ թեսթի արդյունքների հիման վրա ձևավորվում են կանանց հետևյալ խմբերը.

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

2) Արգանդի պարանոցի ախտաբանությունների հայտնաբերման դեպքում հիվանդների ուղեգրման կարգը

1. ՊԱՊ թեսթի մեթոդով արգանդի պարանոցի բջջաբանական սքրինինգ իրականացնող ԱԱՊ օղակի ընտանեկան բժիշկը որևէ կարգի ախտաբանություն ի հայտ բերելու դեպքում պետք է կիրառի հավելված 3-ում սահմանված գործելակարգը.
2. ԱԱՊ օղակի (կանանց կոնսուլտացիաներ, առողջության առաջնային պահպանման կենտրոններ) մանկաբարձ-գինեկոլոգները ԱԱՊ օղակում կարող են իրականացնել հետևյալ գործառույթները.
 - ա) Բուժել սեռական ճանապարհով փոխանցվող վարակը
 - բ) Բուժել ԱՊՆՆ I (CIN I) ախտաբանությունները
3. ԱՊՆՆ II (CIN II) և ԱՊՆՆ III (CIN III) քաղցկեղ in situ (CIS) հայտնաբերման դեպքում ԱԱՊ օղակի մանկաբարձ-գինեկոլոգի կողմից պացիենտը պետք է ուղղորդվի համապատասխան նեղ մասնագիտական բժշկական ծառայության:

Նկար 1 Արգանդի պարանոցի քաղցկեղի սքրինինգի և վարման ալգորիթմ



ԳԼՈՒԽ V. ԱՐԳԱՆԴԻ ՊԱՐԱՆՈՑԻ ՆԱԽԱՔԱՂՑԿԵՂԱՅԻՆ ՎԻՃԱԿՆԵՐ ԵՎ ՔԱՂՑԿԵՂԻ ԲՋՋԱԲԱՆԱԿԱՆ ԴԱՍԱԿԱՐԳՈՒՄ

Ներկայում արգանդի պարանոցի նախաքաղցկեղային վիճակների և քաղցկեղի բջջաբանական դասակարգումը տրվում է ըստ Բեթեսդա համակարգի (ԲՀ 2001, TBS 2001), որի նպատակն ախտորոշիչ տերմինաբանության, մորֆոլոգիական չափանիշների միօրինակացումն է, ուստի և պացիենտների վարման բարելավումը: Առաջին անգամ այս դասակարգումը ներկայացվել է 1988 թ-ին ԱՄՆ քաղցկեղի ազգային ինստիտուտի կողմից, այնուհետև վերանայվել՝ 1991 թ-ին, իսկ վերջնականորեն մշակվել է 2001 թվականին Բեթեսդա քաղաքում կազմակերպված գիտաժողովի ժամանակ, որին մասնակցել են ավելի քան 400 բժիշկ: ԲՀ 2001 թ. առաջարկել է արգանդի պարանոցի նախաքաղցկեղային վիճակների և քաղցկեղի բջջաբանական արդյունքների դասակարգման հատուկ ձև, որը ներառում է նմուշի որակի գնահատումը, հիմնական կարգերը և նկարագրական ախտորոշումներ: Պետք է նշել, որ հիմնական կարգերը բացարձակ կերպով չեն փոխարինում նկարագրական ախտորոշմանը: Այդ պատճառով հիմնական կարգերի ընդգրկումը բջջաբանական եզրակացությունների մեջ պետք է լինի կամայական և որն օգտագործվում է հիմնականում վիճակագրական վերլուծությունների նպատակով:

Դասակարգումն ըստ ԲՀ ընդգրկում է.

- **Նմուշի որակի գնահատում.**
 - ✓ Բավարար գնահատման համար
 - ✓ Անբավարար գնահատման համար:
- **Հիմնական կարգեր (կամայական).**
 - ✓ Բացասական (նեգատիվ) ներէպիթելային ախտահարումների և չարորակացման համար
 - ✓ Էպիթելային բջիջների անկանոնություններ
 - ✓ Այլ (տեսնել նկարագրական ախտորոշումները, օրինակ էնդոմետրիալ բջիջներ՝ 40 տարեկանից բարձր տարիքի կանանց մոտ):
- **Նկարագրական մեկնաբանություններ/ախտորոշումներ.**
 - ✓ Բացասական (նեգատիվ) ներէպիթելային ախտահարումների և չարորակացման համար

- ✓ Օրգանիզմներ
 - Հեշտոցային տրիքոմոնադ
 - Սնկեր, որոնք մորֆոլոգիապես համապատասխանում են Կանդիդա սնկին
 - Շեղում միկրոֆլորայում, որը համապատասխանում է բակտերիալ վագինոզին
 - Բակտերիաներ, որոնք մորֆոլոգիապես համապատասխանում են Ակտինոմիցետին
 - Բջջային փոփոխություններ, որոնք համապատասխանում են հասարակ հերպեսի վիրուսին
- ✓ Այլ ոչ նեոպլաստիկ արդյունքներ
 - Բջիջների ռեակտիվ/ռեպարատիվ փոփոխություններ՝ պայմանավորված բորբոքումով, տրավմայով, հորմոնալ շեղումներով, ճառագայթումով, ներարգանդային պարույրով
 - Գեղձային բջիջների առկայություն հիստերէկտոմիայից հետո
 - Ատրոֆիա
- ✓ Այլ
 - Էնդոմետրիալ բջիջներ՝ 40 տարեկանից բարձր տարիքի կանանց մոտ:

• **Էպիթելային բջիջների անկանոնություններ.**

- ✓ **Տափակ բջիջներ**
 - Անորոշ նշանակության ատիպիկ տափակ բջիջներ
 - Ատիպիկ տափակ բջիջներ, չի բացառվում ԲԱՏԲՆԱ
 - Ցածր աստիճանի տափակ բջջային ներէպիթելային ախտահարում, որն ընդգրկում է ՄՊՎ /թեթև դիսպլազիա/ ԱՊՆՆ 1 (CIN I)
 - Բարձր աստիճանի տափակ բջջային ներէպիթելային ախտահարում, որն ընդգրկում է միջին և ծանր դիսպլազիաները /քաղցկեղ in situ/ ԱՊՆՆ 2 (CIN II) և ԱՊՆՆ 3 (CIN III)
 - ԲԱՏԲՆԱ՝ ինվազիայի կասկածի նշաններով
 - Տափակ բջջային քաղցկեղ

✓ **Գեղձային բջիջներ.**

- Ատիպիկ գեղձային բջիջներ

- Էնդոցերվիկալ
- Էնդոմետրիալ
- Չտարբերակվող
- Ատիպիկ գեղձային բջիջներ, որոնք հավանաբար նեոպլաստիկ են
 - Էնդոցերվիկալ
 - Չտարբերակվող
- Էնդոցերվիկալ ադենոկարցինոմա in situ
- Ադենոկարցինոմա
 - Էնդոցերվիկալ
 - Էնդոմետրիալ
 - Արգանդից դուրս
 - Չտարբերակվող
- ✓ Այլ
 - Էնդոմետրիալ բջիջներ՝ 40 տարեկանից բարձր տարիքի կանանց մոտ:

Արգանդի պարանոցի քաղցկեղի վաղ հայտնաբերման հետազոտությունների շարքում կոլպոսկոպիան կարևոր օղակ է: Այն բարձր տեղեկատվությամբ և մատչելի հետազոտման մեթոդ է, առանց որի ներկայում անհնար է արգանդի պարանոցի քաղցկեղի ախտաբանության հավաստի ախտորոշման իրականացումը:

Կոլպոսկոպիայի իրականացման նպատակը փոփոխված, այդ թվում դիսպլաստիկ, օջախի տեղակայման և չափերի ճշգրտումն է, ինչպես նաև կասկածելի փոփոխված տեղամասերի առանձնացումը: Կոլպոսկոպիան, որպես կանոն, ավարտվում է նշանակիր բիոպսիայով:

Կոլպոսկոպիական հետազոտություն կատարելիս պարտադիր պետք է զննել երկու էպիթելների միջև միաձուլման գիծը և տրանսֆորմացիայի գոտին (SԳ, TZ): Եթե այն տեսանելի չէ կամ մասամբ է երևում, ապա անհրաժեշտ է կատարել էնդոցերվիկալ կյուրետաժ:

1. Պացիենտի նախապատրաստումը կոլպոսկոպիական հետազոտությանը

Սպասվող կոլպոսկոպիական հետազոտությունը սովորաբար վախեցնում է հիվանդին: Այս պատճառով նախքան կոլպոսկոպիական հետազոտման անցկացումը բժիշկը պետք է գրուցի հիվանդի հետ հետևյալի մասին.

- ✓ Բացատրի, որ արգանդի պարանոցի քաղցկեղի հավանականությունը փոքր է:
- ✓ Արգանդի պարանոցի բիոպսիայի կատարման ժամանակ կանանց մեծ մասի մոտ հայտնաբերվում է դիսպլազիա:
- ✓ Արգանդի պարանոցի դիսպլազիան քաղցկեղ չէ:
- ✓ Արգանդի պարանոցի դիսպլազիան կարելի է բուժել անգամ ամբուլատոր պայմաններում՝ չկատարելով մեծ վիրահատություն:
- ✓ Հիվանդին անհրաժեշտ է տեղեկատվություն տրամադրել սպասվող հետազոտության ընթացքի մասին: Անհրաժեշտ է բացատրել, որ արգանդի պարանոցի խողովակի քերման և արգանդի պարանոցի բիոպսիայի կատարման ժամանակ ցավը նման է դաշտանի ցավերին: Անհրաժեշտության դեպքում նշանակում են ոչ ստերոիդ

հակաբորբոքային միջոցներ: Անզգայացման անհրաժեշտության կարիք հիմնականում չի լինում, սակայն խիստ զգայուն կանանց համար անզգայացման հարցը կարող է լուծվել անհատականորեն:

2. Կոլպոսկոպիայի անցկացման տեխնիկան

- 1) Հիվանդին անհրաժեշտ է պառկեցնել գինեկոլոգիական բազկաթռոժի վրա, ոտքերը ծածկել սավանով:
- 2) Միացնում են կոլպոսկոպը, մանրակրկիտ ձևով հետազոտում վուլվան, սկզբում առանց սարքավորման, այնուհետև թեթև խոշորացմամբ (վուլվոսկոպիա): Անհրաժեշտ է ուշադրություն դարձնել դերմատիտների դրսևորումների, խոցերի, կոնդիլոմների և այլ փոփոխությունների վրա:
- 3) Կատարում են արգանդի պարանոցի հայելային զննում: Հայելին մտցնում են զգուշորեն, չվնասելով լորձաթաղանթը:
- 4) Հեշտոցային հայելիով զննումը կատարում են նվազեցված խոշորացումով: Նշում են արտադրության առկայությունը և բնույթը, բորբոքումների նշանները, խոցերը, կոնդիլոմները և այլ փոփոխությունները:
- 5) Բջջաբանական հետազոտության կատարման անհրաժեշտության դեպքում քսուկը կրկնակի են վերցնում, դա թույլ է տալիս կատարել բջջաբանական և հյուսվածքաբանական հետազոտությունները նույն լաբորատորիայում: Եթե բջջաբանական հետազոտման համար քսուկները առկա են, քսուկի վերցնելը չեն կրկնում:
- 6) Արտադրությունը հեռացնում են բամբակե վիրախծուծներով՝ նախապես թրջելով դրանք ֆիզիոլոգիական լուծույթում:
- 7) Սկզբում զննում են արգանդի վզիկը փոքր խոշորացմամբ: Գնահատում են լորձաթաղանթի գույնը և փոփոխված հատվածների տեղագրությունը (տոպոգրաֆիան): Ուշադրություն են դարձնում խոցերի, արյունահոսունակության, ծավալուն գոյացությունների վրա:

- 8) Որոշում են տափակ և գլանաձև էպիթելների տեղակայումը: Եթե զննման ընթացքում քաղցրահամություն է սպիտակ վահանակ (թիթեղ), ախտորոշվում է լեյկոպլակիա: Անոթները զննում են խոշորացված եղանակով:
- 9) Արգանդի պարանոցի հեշտոցային մասի և հեշտոցի կամարների լորձաթաղանթը մշակում են 3-5% քաղախաթթվում թրջած տամպոնով, առնվազն 30 վրկ. ընթացքում: Որքան քաղախաթթուն ավելի երկար է շփման մեջ լինում լորձաթաղանթի հետ, այնքան ավելի լավ են երևում փոփոխությունները: Արգանդի պարանոցի հեշտոցային մասը զննում են կոլպոսկոպի փոքր խոշորացմամբ:
- 10) Գնահատում են գլանաձև էպիթելի վիճակը: Քաղախաթթվի ազդեցության տակ թավիկները սկզբում ուռչում են, այնուհետև թթվի կրկնակի քսելուց հետո՝ գունատվում, հարթվում և դառնում պինդ: Կոլպոսկոպիական հետազոտման ժամանակ անհրաժեշտ է զննել ամբողջ անցումային գոտին:
- 11) Հետազոտության դիսպլազիայի ենթարկված հատվածները քաղախաթթվով մշակելուց հետո սպիտակում են (դրական փորձ): Ներկումը այնքան ավելի վառ է, որքան խորն է անցնում քաղախաթթուն և որքան ավելի շատ է կոագուլացվում սպիտակուցը:
- 12) Քաղցրահամություն են էպիթելի բժավորումը ու խճանկարը:
- 13) Քաղախաթթվով մշակելուց հետո նշում են սպիտակ բծերի (լաքաների) արտաքին և ներքին սահմանները: Դրանց ներքին սահմանը համընկնում է անցումային ակտիվ գոտու հետ:
- 14) Արգանդի վզիկը զննում են կանաչ ֆիլտրով: Քաղախաթթվով մշակելուց հետո սպիտակ բծերը (լաքաները) ու ախտաբանական անոթներն ավելի հստակ են երևում:
- 15) Կոլպոսկոպիա իրականացնողը պարտավոր է պատասխանել հետևյալ հարցերին.
- առկա՞ է արդյոք որևէ ախտաբանություն
 - ամբողջությամբ են արդյոք զննվել անցումային գոտիները և բոլոր ախտաբանական օջախները (միայն այս ժամանակ հետազոտությունը կարելի է ավարտված համարել)

- որտեղի՞ց կատարել բիոպսիան:

3. Կոլպոսկոպիային հաջորդող քայլեր.

- 1) Կոլպոսկոպիայի հսկողության տակ քերում են արգանդի պարանոցի խողովակը: Կյուրետը պարտադիր մտցնում են անցումային գոտուց ավելի խոր: Արգանդի պարանոցի խողովակի երկարությունը սովորաբար մոտ 2 սմ է: Ստացված նյութը (ներառյալ լորձը, արյան մակարդուկները և արգանդի պարանոցի խողովակի էպիթելը) ուղարկում են հյուսվածքաբանական հետազոտության:
- 2) Արգանդի պարանոցի հեշտոցային մասը չորացնում են վիրախճուծներով՝ կրկնակի մշակելով քացախաթթվով: Կատարում են նշանակիր կասկածելի հատվածներից բիոպսիա (անհրաժեշտության դեպքում՝ մի քանիսից):
- 3) Կենսանյութը (բիոմատերիալը) պետք է ստացվի բավարար չափով, բայց պետք է այնպես վերցնել, որպեսզի զերծ մնալ արյունահոսությունից: Փաստորեն, պաթոհիստոլոգիական պատասխանը կախված է բիոպսիայի որակից:
- 4) Արյունահոսությունները կանգնեցնում են երկաթի սուլֆատի (III) կամ արծաթի նիտրատի լուծույթներում թրջած տամպոնների օգնությամբ: Տամպոնները սեղմում են անմիջապես արյունահոսող հատվածներին:
- 5) Կատարում են գրառումներ կոլպոսկոպիական հետազոտության վերաբերյալ ամբուլատոր քարտում կամ հիվանդության պատմության մեջ: Անցումային գոտու տեղակայումը և բացահայտված փոփոխությունները նշում են սխեմայով: Բիոպսիայի հատվածները նշում են խաչով:
- 6) Նշանակիր կոլպոսկոպիայի ժամանակ կարող են հայտնաբերվել ֆոնային, նախաքաղցկեղային հիվանդությունների և քաղցկեղի ախտաբանական ախտանշաններ:

4. Կոլպոսկոպիական տերմինաբանություն.

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

1) Կոլպոսկոպիական նորմալ պատկեր

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

2) Կոլպոսկոպիական ոչ նորմալ պատկեր

ա. Տրանսֆորմացիայի գոտին ընդգրկող

- ացետասպիտակ էպիթել.
 - ա) հարթ
 - բ) միկրոպապիլյար
- պունկտուացիա (նուրբ և կոպիտ)
- մոզաիկա (նուրբ և կոպիտ)
- լեյկոպլակիա (բարակ և հաստ)
- յոդ-նեգատիվ գոտի
- ատիպիկ անոթներ

բ. Տրանսֆորմացիայի գոտու սահմաններից դուրս (հեշտոց, էկզոցերվիքս)

- ացետասպիտակ էպիթել
 - ա) հարթ
 - բ) միկրոպապիլյար
- պունկտուացիա (նուրբ և կոպիտ)
- մոզաիկա (նուրբ և կոպիտ)
- լեյկոպլակիա (բարակ և հաստ)
- յոդ-նեգատիվ գոտի
- ատիպիկ անոթներ

գ. Կոլպոսկոպիական պատկերը ինվազիվ կարցինոմայի կասկածի դեպքում

- ացետասպիտակ էպիթել
- պունկտուացիա

- մոզաիցիզմ
- արտահայտված անոթային ցանց

3) Անբավարար կոլպոսկոպիա

- էպիթելի սահմանը չի վիզուալիզացվում
- արտահայտված բորբոքում կամ ատրոֆիա
- արգանդի պարանոցը չի վիզուալիզացվում
- վնասվածքը ամբողջությամբ չի վիզուալիզացվում

4) Այլ պատկերներ

- ոչ սպիտակ միկրոպապիլյար մակերես
- էկզոֆիտ կոնդիլոմա
- բորբոքում
- ատրոֆիա
- խոց

Տարբերում են նորմալ և ատիպիկ տրանսֆորմացիոն գոտիներ

Ա. Նորմալ տրանսֆորմացիոն գոտին բնորոշվում է հետևյալ դրսևորումներով.

- ✓ **Նաբոտյան կիստաներ.** գոյանում են գեղձաձորանների փակվելու և դրանց մեջ լորձի կուտակման արդյունքում: Արտաքինապես դրանք կիստոզ գոյացություններ են, մակերեսի վրա անոթները լայնացած են, սակայն ունեն ճիշտ տեղակայում:
- ✓ **Գեղձերի բաց ձորաններ.** էնդոցերվիկալ գեղձերի ձորաններ են, որոնք հասնում են մինչև տրանսֆորմացիոն գոտի:
- ✓ **Եղջերացած մետապլազիայի օջախներ.** եղջերացած էպիթելի խիստ ընդգծված օջախներ են՝ գլանաձև էպիթելի ֆոնի վրա:

Բ. Ատիպիկ տրանսֆորմացիոն գոտին բնորոշվում է հետևյալ դրսևորումներով.

- ✓ **Լեյկոպլակիա.** արգանդի պարանոցի մակերեսի վրա գտնվող ատիպիկ թիթեղներ են, որոնք երևում են առանց կոլպոսկոպի ուժեղացված լուսավորության պայմաններում և առանց քացախաթթվով մշակելու, ինչով և դրանք տարբերվում են ացետասպիտակ հատվածից:

Լեյկոպլակիայի ախտորոշման նշանակությունը մեծանում է, եթե այն գտնվում է տրանսֆորմացիայի գոտում: Այս դեպքում բիոպսիայի կատարումն անհրաժեշտ է: Եթե լեյկոպլակիան տրանսֆորմացիոն գոտուց դուրս է գտնվում, սակայն վաղեմությունն արդեն մեկ տարուց ավելի է, ապա այս դեպքում նույնպես պետք է կատարել բիոպսիա: Լեյկոպլակիայի հատվածները յոդ բացասական են:

- ✓ **Ացետասպիտակ (քաղախաթթվից սպիտակ) հատվածներ.** հայտնաբերվում են արգանդի վզիկը քաղախաթթվով մշակելուց հետո: Ի տարբերություն լեյկոպլակիայի՝ դրանք երևում են միայն կոլպոսկոպի օգնությամբ: Ախտորոշումը կայացնելու համար նշանակություն ունի սպիտակելու ուժգնությունը (ինտենսիվությունը) և ացետասպիտակ հատվածների անհետացման արագությունը:

✓ **Պունկտուացիա և մոզաիցիզմ**

Պարզվում է, որ ատիպիկ մետապլազիայի ժամանակ սկսում է ազդել մի գործոն, որը կոչվում է անոթային ուռուցքային գործոն (TAF՝ Tumor angiogenesis factor), որի ազդեցության տակ արգանդի պարանոցի միկրոանոթային ցանցը փոփոխվում է և հայտնվում է այնտեղ, որտեղ նորմալում այն չպետք է լինի:

Պունկտուացիան վիճակ է, երբ առանձին անոթները հասնում են արգանդի պարանոցի մակերեսին և տեսանելի են դառնում կարմիր կետերի տեսքով, անոթները կապված են միմյանց հետ կազմելով խճանկարային ցանց: Դրանք ներառում են իրենց մեջ նաև անհաս բջջային խմբեր: Արտաքինապես երևում են խճանկարի պատկերով:

- ✓ **Ատիպիկ արյունատար անոթներ.** նորմալ անոթային պատկերի դեպքում բնորոշ են ճյուղավորվող անոթներ:

TAF-ի երկարատև ազդեցության տակ արգանդի վզիկում ձևավորվում են նոր տեսակի անոթներ, որոնք զուգահեռ են միմյանց, չեն ճյուղավորվում, փխրուն են: Տեսարանը կոչվում է «սպագետիի» ֆենոմեն: Այսպիսի անոթների առկայությունը խոսում է ինվազիվ գործընթացի մասին:

5. **Կոլպոսկոպիայի արդյունքում հայտնաբերված ախտահարումների ծանրության աստիճանի դասակարգում**

Կոլպոսկոպիայով ի հայտ բերված ախտահարումը բնորոշելու համար հաշվի են առնում էպիթելի գույնը, մակերեսի եզրերը, հայտնաբերման արագությունը և ացետասպիտակության տևողությունը, անոթային պատկերը, միջնազանոթային տարածությունը, ատիպիկ արյունատար անոթների առկայությունը կամ բացակայությունը (Աղյուսակ 3):

Աղյուսակ 3

Կոլպոսկոպիայի արդյունքում հայտնաբերված ախտահարումների ծանրության աստիճանի դասակարգում

Ախտահարման աստիճան	Մակերես	Եզրեր	Գույն	Ժամանակ	Անոթներ	Հյուսվածքաբանական պատասխան	Ռեգրեսիայի հաճախակի նություն
				Տևողություն			
I°	հարթ	անորոշ	չափավոր սպիտակ	դանդաղ կարճ	լավ, MCP-միջանոթային տարածություն	ինֆեկցիա ռեպարացիա HVP	40% I
II °	հարթ	որոշակի	սպիտակ	միջին միջին	լայնացած, պունկտուացիա, խճանկար, MCP-ի աննշան մեծացում	ՄՊՎ ԱՊՆԱ I ԱՊՆԱ II	40% I
III°	անհարթ	սուր	շատ սպիտակ	արագ երկար	վատ, MCP-ի շատ մեծացած, ատիպիկ արյունատար անոթներ	միկրոինվազիվ, ինվազիվ քաղցկեղ ԱՊՆԱ	20%

I° ախտահարում. էպիթելի գույնը նորմալ կամ բաց սպիտակ է, հատկապես կանաչ ֆիլտրով զննելիս, մակերեսը՝ հարթ, եզրերն՝ անորոշ, դիֆուզ: Ախտահարումները դանդաղ են դրսևորվում և շատ արագ անցնում են, բնորոշ չեն անոթային փոփոխությունները, եթե անգամ արտահայտվում են: Սա օրինաչափ պունկտուացիա է, միջնազանոթային տարածությունների մեծացում չկա: Կարող է լինել ՄՊՎ վարակի ժամանակ, մետապլազիայի, բորբոքման, վերականգնման, ռեպարացիայի և հղիության շրջանում:

II° ախտահարում. էպիթելի սպիտակությունը լավ արտահատված է: Հայտնաբերվում է միջին արագությամբ և նույն արագությամբ անհետանում, եզրերը սովորաբար սուր են, ընդգծված: Առկա է որոշակի անոթային պատկեր, անկանոն խճանկար կամ պունկտուացիա, միջնազանոթային տարածությունների փոքր մեծացում: Կարող է արտահայտվել ԱՊՆ I (CIN I) կամ ԱՊՆ II (CIN II), ինչպես նաև ՄՊՎ-ի դեպքում:

III° ախտահարում. մակերեսն անհարթ է, եզրերը սուր, հստակ ընդգծված, ինտենսիվ սպիտակ: Հայտնաբերվում է արագ, մնում է շատ երկար: Առկա է նկատելի միջմազանոթային տարածությունների մեծացում: Կարող են լինել ատիպիկ անոթներ: Այսպիսի ախտահարումների դեպքում քաղախաթթվով մշակելուց հետո ախտահարված հատվածի եզրերը կլորանում են սիգարետի թղթի նման, ինչը վկայում է միջբջջային կապի կորստի մասին:

ԳԼՈՒԽ VII. ԱՐԳԱՆԴԻ ՊԱՐԱՆՈՑԻ ՆԱԽԱՔԱՐՑԿԵՂԱՅԻՆ ՎԻՃԱԿՆԵՐԻ ՎԱՐՈՒՄ ԵՎ ՀՍԿՈՂՈՒԹՅՈՒՆ

Բջջաբանական քսուկի պատասխանից կախված կնոջ վարումն իրականացվում է տարբեր գործելակարգերով:

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

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

Բ. Բորբոքային փոփոխություններ կամ էպիթելի ռեակտիվ փոփոխություններ

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

Էպիթելի ռեակտիվ փոփոխությունները կարող են պայմանավորված լինել բորբոքումներով (քլամիդիաներ, տրիխոմոնիազ, գոնորեա, վիրուսային, այլ ոչ սպեցիֆիկ վարակներ), մեխանիկական (ծննդաբերական վնասվածք, ներարգանդային պարույր), քիմիական, ճառագայթային ազդեցությամբ: Հաճախ բորբոքման պատճառ հանդիսացող միկրոօրգանիզմը հայտնաբերվում է անմիջապես քսուկում:

Վարում.

1. Հիմնական սկզբունքը ազդող գործոնի վերացումն է, վարակի բուժումը: Այնուհետև 3 ամիս անց բուժման արդյունքի գնահատում՝ հեշտոցային քսուկի հետազոտությամբ:
2. Եթե բջջաբանական պատկերը վերականգնված է, ապա ՊԱՊ հետազոտությունը կրկնել 6 ամիս անց: Նեգատիվ/բացասական պատասխանի դեպքում հետագա վարումն, ըստ սահմանված հավելված 1-ի՝ ՊԱՊ քսուկ 3 տարին մեկ անգամ:
3. Եթե բուժումից հետո բջջաբանական հետազոտությունների արդյունքները չեն փոխվում կամ վատանում են կատարվում է կոլպոսկոպիա:

Հատուկ իրավիճակներ.

Ատրոֆիա. Դաշտանադադարում գտնվող ոչ բոլոր կանանց բջջաբանական քսուկներն ունեն ատրոֆիկ պատկեր: Եթե ատրոֆիկ քսուկում առկա են դիսպլազիայի նշաններ, կնոջը նշանակվում են ներհեշտոցային եղանակով տրվող էստրոգենային դեղամիջոցներ, 7-10 օրերի ընթացքում, այնուհետև կրկնվում է ՊԱՊ թեսթը: Հետագա վարումն իրականացվում է ըստ բջջաբանական ախտորոշման:

Ախտաբանական արդյունքով ՊԱՊ քսուկների դեպքում կնոջ վարումն իրականացվում է համաձայն հավելված 1-ով սահմանված գործելակարգի:

Գ. Անորոշ նշանակության ատրիպիկ տափակ բջիջներ/ԱՆԱՏԲ (ASCUS).

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

Վարում.

ա) ԱՆԱՏԲ (ASCUS)՝ ՄՊՎ բացասական պատասխանով, ՊԱՊ թեսթը պետք է կրկնել 6 ամիս անց:

բ) ԱՆԱՏԲ (ASCUS)՝ ՄՊՎ դրական պատասխանով, կատարվում է կոլպոսկոպիա՝

- Եթե ախտաբանություն չի հայտնաբերվում, ՊԱՊ թեսթը կրկնվում է 1 տարի անց:
- Ոչ բավարար արդյունքների դեպքում կրկնում են կոլպոսկոպիան, զուգորդող հիվանդությունները բուժելուց հետո /վագինոզ, վագինիտ/:
- Եթե կոլպոսկոպիական ախտաբանություն է հայտնաբերվում, կատարվում է բիոպսիա:

Կոլպոսկոպիա և բիոպսիա ցուցված է նաև, եթե.

- ԱՆԱՏԲ-ը (ASCUS) հայտնաբերվել է ուռուցքաբանական բարձր ռիսկի խմբին պատկանող կնոջ մոտ:
- Մեկ տարում երկու անգամ հայտնաբերվում է ԱՆԱՏԲ:

- Դժվար է սահմանել հսկողություն (կինը ապրում է շրջանում կամ ունի ընտանեկան խնդիրներ):

Մեկ տարվա ընթացքում 3 նեգատիվ (բացասական) պատասխանի դեպքում, կնոջ հետագա վարումն իրականացվում է համաձայն հավելված 1-ի՝ ՊԱՊ քսուկ 3 տարին մեկ անգամ:

գ) Որոշ դեպքերում բջջաբանական փոփոխությունները ենթադրում են բարձր աստիճանի տափակ բջջային ներէպիթելային ախտահարում, սակայն քանակապես կամ որակապես անբավարար են եզրակացության համար, ուստի դրվում է ատիպիկ տափակ բջիջներ (USP/ASC)՝ հնարավոր է բարձր աստիճանի ախտահարմամբ (PUSP/ASC-H):

Վարումը՝ կատարվում է կոլպոսկոպիա և նշակիր բիոպսիա բոլոր կասկածելի օջախներից:

Դ. Տափակ բջջային ներէպիթելային ախտահարումներ (SP/IL/SIL)

Տափակ բջջային ներէպիթելային ախտահարումները կարող են լինել.

1. Ցածր աստիճանի տափակ բջջային ներէպիթելային ախտահարումներ (LSUSP/IL, LGSIL)

- 1) Ներառում է թեթև դիսպլազիա (ԱՊԼՆ1, CIN I), ինչպես նաև ախտորոշված ՄՊՎ:
- 2) Դեպքերի կեսից ավելին ենթարկվում է ինքնաբուժման, այդ դեպքում հաջորդ քսուկը կրկնվում է 6 ամսից, երեք նորմալ պատասխանից հետո վարումն՝ ըստ սահմանված հավելված 1-ի՝ ՊԱՊ քսուկ 3 տարին մեկ անգամ:
- 3) Որոշ դեպքերում ախտաբանությունը պահպանվում է կամ պրոգրեսիվում, այդ դեպքում անհրաժեշտ է իրականացնել կոլպոսկոպիա:

Կոլպոսկոպիական պատկեր

Ացետասպիտակ հատվածներն ի հայտ են գալիս դանդաղ, կարճ ժամանակահատվածում և արագ անհետանում են: Ախտահարված հատվածն ունի հարթ մակերես, եզրերը դիֆուզ միաձուլված են առողջ հյուսվածքի մակերեսի հետ: Անոթային պատկերը սովորաբար բացակայում է: Բիոպսիա կատարելու անհրաժեշտությունը որոշում է

բժիշկը, որը կատարել է կոլպոսկոպիա՝ հիմնվելով բջջաբանական հետազոտության արդյունքների և կլինիկական տվյալների վրա:

Հյուսվածքաբանական պատկեր

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

Վարում և բուժում

Թեթև դիսպլազիայի (ԱՊՆՆ I, CIN I) դեպքում առաջարկվում է սահմանել հսկողություն հետևյալ ընթացակարգով՝

- ա) Եթե այն չի համակցվում ՄՊՎ-ի հետ, ՊԱՊ թեսթն իրականացնում են 3 ամիսը մեկ անգամ և եթե 6 ամսվա ընթացքում ստացվում է ԱՊՆՆ I երկու պատասխան, ապա կատարում են կոլպոսկոպիա և բիոպսիա:
- բ) Եթե ԱՊՆՆ I համակցվում է ՄՊՎ-ի հետ, ապա ուռուցքաբանական զգուշավորությունից ելնելով անմիջապես կատարում են կոլպոսկոպիա, պաթոլոգիկ օջախ հայտնաբերելու դեպքում կատարվում է նշակիր բիոպսիա:
- գ) Հետագա վարումը իրականացվում է ըստ հիստոլոգիական ախտորոշման:
- դ) Տարիներ հետո նորից ի հայտ եկած ախտահարումը վարվում է որպես նոր դրվագ:

2) Բարձր աստիճանի տափակ բջջային ներէպիթելային ախտահարումների վարում

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

- 1) Բոլոր այս դեպքերը ուղեգրվում են կոլպոսկոպիական քննության և բիոպսիայի:
- 2) Եթե կոլպոսկոպիայի և հյուսվածքաբանական քննության ժամանակ ախտահարում չի հայտնաբերվում, ապա վերանայվում է վերցված բջջաբանական նմուշը հնարավոր սխալը գտնելու միտումով, եթե վերանայման ընթացքում հաստատվում է ԲԱՏԲՆԱ (HGSIL) անհրաժեշտ է պարանոցի վիրաբուժական էքսցիզիա՝ բուժական և դիագնոստիկ նպատակով:

Կոլպոսկոպիական պատկեր

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

Հյուսվածքաբանական պատկեր

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

Վարում և բուժում

- ա) Կանանց այս խմբում պարբերաբար հսկողության սահմանումն իրեն չի արդարացրել:
- բ) Հյուսվածքաբանական հետազոտությամբ ախտորոշման հաստատումից հետո անհրաժեշտ է ախտահարված հատվածն ամբողջությամբ հեռացնել: Ժամանակակից և արդյունավետ միջոցներից է Լարային էլեկտրավիրահատությունը՝ LEEP (Loop electrosurgical excision procedure), որի ընթացքում ստացված նյութը հիանալի նմուշ է հյուսվածքաբանական քննության համար:

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

Հեմոստազի ապահովման նպատակով կիրառում են Մոնսելի մածուկ (երկաթի սուբսուլֆատ), որով մշակում են վերքային մակերեսը:

- գ) Բուժման արդյունավետությունը 90-98% է, կարելի է կիրառել պոլիկլինիկական պայմաններում: Վիրահատությունը չի ազդում վերարտադրողական ֆունկցիայի

վրա և վզիկային խողովակի հետվիրահատական ստենոզի զարգացման հավանականությունը կազմում է 1%:

Քաղցկեղ in situ-ի վարման առանձնահատկություններ

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

Այս դեպքերում պարտադիր պետք է կատարել կոլպոսկոպիա:

Հետազոտման ընթացքում ճշտվում են նախաքաղցկեղային ախտահարումներով տեղամասերի և հնարավոր է արդեն քաղցկեղային փոփոխությունների օջախների սահմանները:

Կոլպոսկոպիական պատկեր

Ախտահարված մակերեսը անհարթ է, կտրուկ ընդգծված եզրագծերով, միջմազանոթային կապերի կորստի պատճառով եզրերը կարող են շրջված լինել դեպի դուրս: Սպիտակումը ինտենսիվ է, արագ գոյանում է, երկար պահպանվում, միշտ առկա է անոթային պատկերը՝ ցածր պունկտուացիա, անկանոն խճանկար, ատիպիկ անոթներ: Կատարվում է ախտահարված բոլոր հատվածների բիոպսիա, ինչպես նաև էնդոցերվիկալ կյուրետաժ:

Վարում և բուժում

Հյուսվածքաբանական հետազոտության արդյունքների հիման վրա կատարում են կոնիզացիա կամ LEEP:

Եթե կինը գտնվում է վերարտադրողական տարիքում, ապա նախապատվությունը տրվում է LEEP-ին, 40 տարեկանից բարձր տարիքի կանանց ավելի նախընտրելի է կատարել արգանդի պարանոցի կոնիզացում:

Ե. Գեղձային ախտահարումներ

1. Ատիպիկ գեղձային բջիջներ. սա միջանկյալ վիճակ է գեղձային բջիջների ռեակտիվ փոփոխությունների և ադենոկարցինոմա in situ (ԱԿ in situ, AIS) միջև: Այն վերաբերում է ներվզիկային կամ ներարգանդային գեղձային բջիջներին:

Վարումը՝ կոլպոսկոպիան պետք է ուղեկցվի ցերվիկալ խողովակի բիոպսիայով:

Համապատասխան ախտանիշներ ունեցող և 35 տարեկանից բարձր կանանց շրջանում անհրաժեշտ է իրականացնել նաև արգանդի խոռոչից վերցված կենսանյութի (բիոմատերիալ) հյուսվածքաբանական քննություն:

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

3. Ադենոկարցինոմա

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

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

**ԻՆՉ Է ԱՆՀՐԱԺԵՇՏ ԻՄԱՆԱԼ ԿՆՈՋԸ ԱՐԳԱՆԴԻ ՊԱՐԱՆՈՑԻ ՔԱՂՑԿԵՂԻ
ԿԱՆԽԱՐԳԵԼՄԱՆ ՎԵՐԱԲԵՐՅԱԼ**

Ի՞նչ է արգանդի պարանոցի քաղցկեղը

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

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

Արգանդի պարանոցի քաղցկեղի վաղ հայտնաբերումը ՊԱՊ թեսթ

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

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

Կինը չպետք է սպասի որևէ ախտանշանի ի հայտ գալուն:

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

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

Համաձայն վիճակագրության՝ արգանդի պարանոցի քաղցկեղ ունեցող հայ կանանց գերակշռող մասը մասնագետին դիմում է հիվանդության վերջին կամ նախավերջին փուլերում, ինչը նշանակում է, որ նրանք գինեկոլոգի մոտ չեն եղել նվազագույնը 5-10 տարի,

քանի որ արգանդի պարանոցի քաղցկեղի զարգացման գաղտնի շրջանն այդքան ժամանակահատված է ընդգրկում:

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

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

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

Ախտանիշներն ու կլինիկական պատկերը

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

Որո՞նք են արգանդի պարանոցի քաղցկեղի առաջացման վտանգի նշանները

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

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

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

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

Ովքե՞ր են գտնվում ՄՊՎ վարակի բարձր վտանգի խմբում

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

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

Արգանդի պարանոցի քաղցկեղի առաջացմանը նպաստող պատճառներ

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

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

Ո՞ր տարիքում է անհրաժեշտ հետազոտվել

Արգանդի պարանոցի քաղցկեղը ավելի հաճախ հանդիպում է 30-60 տարեկան կանանց շրջանում, սակայն վերջին տարիներին այն ցուցաբերում է երիտասարդացման միտում և հանդիպում է նաև մինչև 30 տարեկան կանանց մոտ, ովքեր ունեցել են հղիություն:

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

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

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

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

Արգանդի պարանոցի քաղցկեղի ախտորոշում կատարվում է հետևյալ հետազոտությունների միջոցով

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

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

Ի՞նչ է ՊԱՊ թեսթը

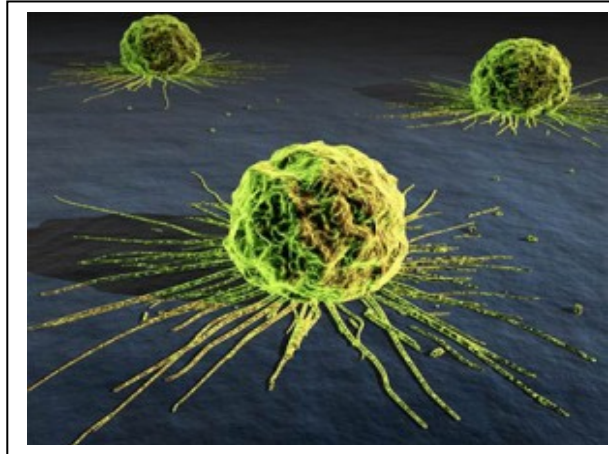
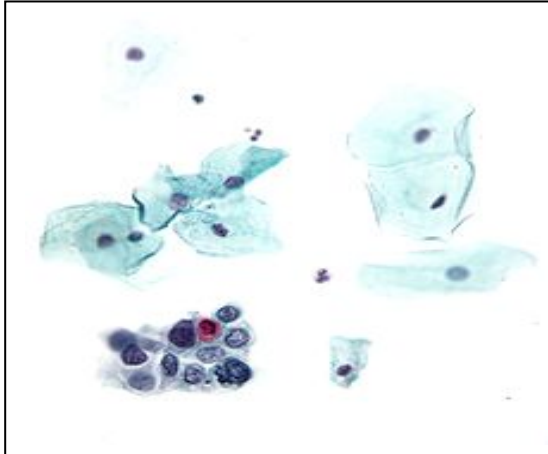
ՊԱՊ թեսթ (նաև ՊԱՊ քսուկ, Պապանիկոլաուի թեսթ). *գինեկոլոգիայում* հետազոտման հայտնի թեսթ է, որն օգտագործվում է արգանդի պարանոցի նախազարորակ և չարորակ (քաղցկեղային) գործընթացները հայտնաբերելու համար:

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

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

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

ՊԱՊ թեսթի միկրոդիագրամ



Ներքևի ձախ կողմում կարելի է տեսնել ոչ բնականոն բջիջներ:

ՊԱՊ թեսթի հետազոտություն

Պացիենտների նախապատրաստումը ՊԱՊ թեսթի հետազոտությանը

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

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

ՊԱՊ թեսթի հետազոտությունը բավական պարզ է և անցավ

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

ՊԱՊ թեսթով հետազոտման արդյունավետությունը

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

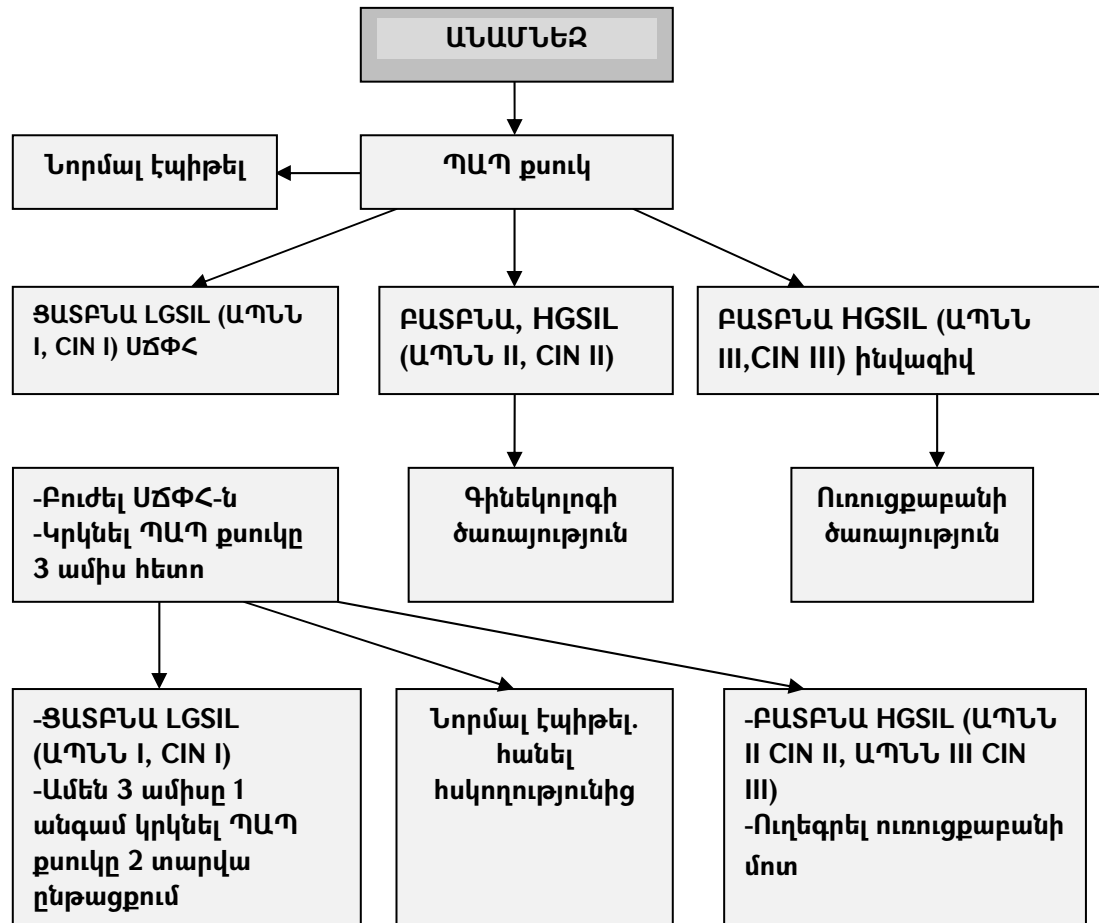
Վարման և հսկման ալգորիթմ՝ արգանդի պարանոցի բջջաբանական տարբեր ախտաբանությունների դեպքում (ԱՀԿ)



Հավելված 2



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



Արգանդի պարանոցի քաղցկեղի սքրինինգի տարբեր մեթոդների համեմատական վերլուծություն

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

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

	նմուշը տեղադրվում էր հեղուկ միջավայրով լցված անոթի մեջ, որի շնորհիվ պահպանվում էին բջիջները: Երկու տեսակներն են՝ Sure-Path (TriPath Imaging) և Thin-Prep (Cytoc corp): Կիրառվող հեղուկ միջավայրերն են՝ էթանոլը և մեթանոլը՝ ThinPrep-համար: Տեղադրվելով սրվակի մեջ փորձանմուշը մշակվում է լաբորատորիայում մինչև բջիջների մեկ բարակ շերտը, ներկվում է և հետազոտվում է լուսային մանրադիտակով: Հեղուկ նմուշն ունի այն առավելությունը, որ հարմար է բարձր վտանգավորության ՄՊՎ թեսթավորման համար, որով հնարավոր է նվազեցնել որակապես անբավարար նմուշների առկայությունը՝ 4.1% 2.6%. Նմուշի	վաճքից կամ օղից՝ կիրառելով էյլաբերիի շպատելը: Էնդոցերվիկալ խոզանակը պատեցվում է պարանոցի կենտրոնական բացվածքում /պարանոցային խողովակում: Հեղուկի վրա հիմնված ցիտոլոգիայի դեպքում ՊԱՊ քսուկը ընկղմվում է ապակե անոթի մեջ, որը լցված է հատուկ պահպանիչ հեղուկով, որը պահպանում է բջիջները մինչև դրա բջջաբանական լաբորատորիա տեղափոխումը, որտեղ այն արդեն տեղադրվում է առարկայական ապակու վրա՝ հետագա հետազոտությունն իրականացնելու նպատակով:		
--	--	---	--	--

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

		հետազոտություն, ՊԱՊ թեսթ և ՄՊՎ տիպավորում: նոցից վերցնում է բջջաբանական նմուշը, այն տեղադրում է առարկայական ապակու վրա և ֆիքսում է հատուկ ֆիքսատորով, որից հետո այն ուղարկվում է լաբորատորիա, որտեղ համապատասխան գունանյութերով ներկելուց հետո այն տեղադրվում է լուսային մանրադիտակի տակ և հետազոտվում: Լավագույն արդյունքներ ստանալու համար ՊԱՊ թեսթը չպետք է իրականացվի կնոջ դաշտանի ժամանակ, հատկապես երբ առկա է առատ արյունային արտադրություն, քանզի էնդոմետրիալ /արգանդի լորձաթաղանթի շերտից սերվող/ բջիջները կարող են ծածկել պարանոցային բջիջները: ՊԱՊ թեսթի վերցնումը չպետք է ուղեկցվի ցավով, սակայն ցավ		
--	--	---	--	--

			կարող է լինել, եթե պացիենտի մոտ կան չբուժված մի շարք հիվանդություններ /պարանոցի նեղացում, վագինիզմ և այլն/ կամ առկա են կատարման տեխնիկայի հետ կապված խնդիրներ: Թեսթի իրականացումից հետո շատ կանայք կարող են ունենալ թեթև քսվող բնույթի արյունահոսություն կամ փորլուծություն: Կարիք չկա կիրառել ստերիլ ջուր, կարելի է գործածել լուբրիկացնող որևէ հեղուկ/գել՝ հեշտոցային հայելիների մակերեսին քսելու համար, որով կարելի է մեղմել տեղադրման ժամանակ ի հայտ եկող ցավը և, որը չի անդրադառնա ՊԱՊ քսուկի որակի վրա:		
4.	VIA մեթոդ	Հետազոտման տեսողական մեթոդները արգանդի պարանոցի քաղցկեղի ախտաբանության	Քացախաթթվով վիզուալ զննման ժամանակ (VIA), պարանոցի վրա բամբակյա վիրախծուծով տեղա-	Ձգայունություն՝ 74% Ցածր ռեսուրսներով երկրներում VIA մեթոդը ՊԱՊ	Սպեցիֆիկություն՝ 94% (Sankaranarayanan et al, 2003)

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

	ռումը թույլ է տալիս ի հայտ բերել նախաքաղցկեղային ախտահարումները այնպես, որպեսզի նրանք տեսանելի լինեն անզեն աչքով: Այս մեթոդի կիրառումը հնարավորություն է ընձեռում նախաքաղցկեղային վիճակների հայտնաբերումը լաբորատորիայից տեղափոխել կլինիկա: Որպես սքրինինգային թեսթ՝ VIA-ն ևս կարող է լավ սքրինինգային գործիք հանդիսանալ, երբեմն ավելի ճշգրիտ՝ արգանդի պարանոցի նախաքաղցկեղային ախտաբանությունները հայտնաբերելու գործում: Սա ցույց է տրվել մի շարք հետազոտություններում, որտեղ վերապատրաստված բժիշկները և միջին բուժաշխատողները ճշգրիտ ախտորոշում են իրականացրել արգանդի	անցնելուց հետո:		
--	--	-----------------	--	--

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

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

Հավելված 5
ՊԱՊ թեսթի իրականացման ցուցումներ

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

(լրացվում է ԱԱՊ օղակի ընտանեկան բժշկի/մանկաբարձ-գինեկոլոգի կողմից)

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

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

Այլ կլինիկական տեղեկություններ՝ _____

Բժիշկ՝ _____ Ամսաթիվ ____/____/____/

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

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

Բավարար (ընդգծել) - Առկա է էԶԲ - ԷԶԲ սակավ է կամ բացակայում է - ԷԶԲ ոչ ադեկվատ է (ատրոֆիա, հիստերեկտոմիա) - Ծածկված է արյունով (50-75%) - Ծածկված է բորբոքային տարրերով (50-75%) - Սակավ տափակ բջիջներ - Օդում չորացած/վատ պահպանված - Որոշ հատվածներում բջիջների մեծ խտություն	Անբավարար (ընդգծել) - Ծածկված է բորբոքային տարրերով (>75%) - Ծածկված է արյունով (>75%) - Անբավարար էպիթելային բջիջներ - Անբավարար տափակ էպիթել - Օդում չորացած/վատ պահպանված - Խիտ բջջայնություն
Առաջնային մեկնաբանություն (ընդգծել) - Նեգատիվ - Նեգատիվ SIL-ի համար, առկա են էնդոմետրիալ բջիջներ - Նեգատիվ-ռեակտիվ/ռեպարատիվ - Նեգատիվ-ՆԱՊ-ի փոփոխություններ - Նեգատիվ-քիմիո/ճառագայթ. փոփոխ. - ԱՆԱՏԲ (ASCUS)	Այլ մեկնաբանություն (ընդգծել) - Բազմաթիվ բորբոքային էլեմենտներ - Մեծ քանակությամբ արյուն - Եղջերացած բջիջներ - Կանդիդա սուռնկ - Սնկի սպորներ - Հեշտոցային տրիքոմոնադ - Ակտինոմիցետ

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

Հավելված 8

Սքրինինգային այցերի գրանցամատյանի ձևաթերթ (ԱԱՊ օղակի բուժաշխատողի համար)

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

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

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

*** Նշել, եթե պատասխանը տրվել է պացիենտին

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

Հավելված 9

Բջջաբանական լաբորատորիայում նմուշների գրանցամատյանի ձևաթերթ

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

Հավելված 10

Ուղեգրվող բուժհաստատությունում պացիենտի հետագա հսկողության ձևաթերթ

Ուղեգրվող բուժհաստատությունում պացիենտի հետագա հսկողության ձևաթերթ

№	Օր/ամիս/ տարի	Ուղեգրման կենտրոն	Պացիենտի քարտի նույնական ացման համարը	Պացիենտի Ա.Ա.Հ., տարիք		Պացիենտի հասցեն	Սքրինինգային թեսթի արդյունքը*	Բուժաշխատողի Ա.Ա.Հ.	Ախտորոշումը	Պատասխանը տրվել է պացիենտին/Նշա նակված հաջորդ այցի օրը
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										

Հաշվառումը կատարվել է սքրինինգ կենտրոնի կողմից

Ում է հասցեագրված _____ ամսաթիվ ____/____/____/

Սույն նմուշը մերժվել է հետևյալ պատճառներով՝

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

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

Շնորհակալություն

Լաբորատորիայի անվանումը _____

Հասցեն, հեռախոսներ _____

Պատասխանատու անձի անունը, ազգանունը _____

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

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

23. Lina Villa L., Denny L. Methods for detection of the HPV infection and its clinical utility; Cervical International Journal of Gynecology and Obstetrics, 2006 Issue 94, Supplement 1, S71-S80; [www.http://screening.iarc.fr/doc/](http://screening.iarc.fr/doc/)
24. Linder J., Zainiser D. ThinPrep Pap testing to reduce false negative cervical cytology, Abstract, 45th Annual Scientific Meeting of the American Society of Cytopathologists, Boston, Mass., Nov. 4-8, 1997, Acta Cytology, 1997;41(5):1577-8.
25. Livasy C., Moore D., Van Le L. The clinical significance of a negative loop electrosurgical cone biopsy for high-grade dysplasia, Obstet Gynecolgy, 2004;104(2):250-4.
26. Mayrand M.-H., Duarte-Franco E. Human Papillomavirus DNA versus Papanicolaou Screening Tests for Cervical Cancer, New England Journal of Medicine; New England Journal of Medicine 2007. p.1579-88.
27. Mayrand, M-H., Duarte-Franco E. Human Papillomavirus DNA versus Papanicolaou Screening Tests for Cervical Cancer, New England Journal of Medicine; N Engl J Med 2007; 357:1579-88.
28. Miller A. Cervical cancer screening programmes: managerial guidelines; World Health Organization, Geneva, 1992.
29. Morabia A, Zhang FF. History of medical screening: from concepts to action, Postgrad Med J. 2004;80(946):463-9.
30. Nelson R. Cervical Cancer Screening With Vinegar Reduces Mortality, June 3, 2013.
31. Planning and Implementing cervical cancer prevention and control programs: A Manual for Managers, Seattle: ACCP; 2004.
32. Pretorius R., Zhang W., Belinson J., et al. Colposcopically directed biopsy, random cervical biopsy, and endocervical curettage in the diagnosis of cervical intraepithelial neoplasia II or worse, American Journal of Obstetrics and Gynecology, 2004;191(2):430.
33. Protecting Women and Preserving the Family Core: Cervical Cancer Prevention in Thailand, Arogya World: Changing the Course of Chronic Disease; Case Study 3, September 2011.

34. Rayz P. HPV et cancer du col: Dans un contexte nouveau, *Gynecology and Obstetrics*, 1997; 372:8-9.
35. Richardson C. Cervical cancer screening among women without a cervix. *JAMA*, 2004;292(13).
36. Richart R., Masood Sh. et al. Human Papillomavirus: IAC Task Force summary, *Acta cytology*, 1998;42(1):50-8.
37. Rogers A. Cervical cancer screening – an alternative viewpoint, *West England Medical Journal*, 1996;105:77-9.
38. Sankaranarayanan R., Rajkumar R., Arrossi S., et al. Determinants of participation of women in a cervical cancer visual screening trial in rural south India, *Cancer Detection and Prevention* November-December 2003;27(6):415-523
39. Sankaranarayanan R., Rajkumar R., Arrossi S., et al. Determinants of participation of women in a cervical cancer visual screening trial in rural south India. *Cancer Detection and Prevention*. 2003;27(6):415-523.
40. Sankaranarayanan R., Wesley R., Thara S., et al. Test characteristics of visual inspection with 4% acetic acid (VIA) and Lugol's iodine (VILI) in cervical cancer screening in Kerala, India. *International Journal of Cancer*, 2003;106(3):404-8.
41. Sankaranarayanan R., Wesley R., Thara S., et al. Test characteristics of visual inspection with 4% acetic acid (VIA) and Lugol's iodine (VILI) in cervical cancer screening in Kerala, India, *International Journal of Cancer*, 2003;106(3):404-8.
42. Saul H. Cervical cancer screening «effective everywhere», *European Journal of Cancer*, 2004;40(10):1459.
43. Sekiya S. Human papillomavirus and cervical cancer, *Asian Medical Journal*, 1996;39(12):652-6.
44. Shaffer M. Papilloma test may be useful to signal cervical cancer recurrence, *Biotechnology Newswatch*, 1995. p.12-3.

45. Sherris J., Wittet S., et al. Special Report, Evidence-Based, Alternative Cervical Cancer Screening Approaches in Low-Resource Settings; International Perspectives on Sexual and Reproductive Health; Volume 35, Number 3, September 2009; DOI:10.1363/3514709
46. Single-Visit Approach to Cervical Cancer Prevention: Clinical Standards of Practice and Counseling Guide. Single-Visit Approach to Cervical Cancer Prevention; May 2012.
47. Sturgis C., Isoe C., et al. Automated PAPNET screening for detection of glandular elements in cervicovaginal smears: A review of 61 cases: Abstract, 45th Annual. Scientific. Meeting of the American Society of Cytopathologists, Boston, Mass., Nov. 4-8, Acta cytology, 1997;41(5):1575.
48. The International Academy of Cytology, www.cytology-iac.org
49. Torchin D. Col ute'rin: augmentation des cancers de l'intervalle, Journal of Internal Medicine, 1992;221:25-6.
50. Van Knebel Docberitz, M. Pathogenese des Zervixkarzinoms und Bedeutung der Virustypisierung Organerhalten und-rekonstrukt. Therapieerfahr gynkol. Onkol: Beitr. Expert-Workshops. Heidelberg, 12-14 Okt., 1995 Teil I., Zbl. Gynkol., 1996;118(6):338.
51. Vet J., Kooijman J., et al. Single-visit approach of cervical cancer screening: See and Treat in Indonesia; British Journal of Cancer, 2012, p. 1-6 & 2012 Cancer Research UK; All rights reserved 0007, September, 2012; www.bjcancer.com
52. VIA method of cervical cancer prevention. Prevention International: No cervical cancer, PINCC; <http://www.pincc.org/cervical-cancer/prevention>; 2012.
53. Wesley Y. Naritoku, The proposed Bethesda system 2001 (Bethesda III)
54. What you need to know about the cancer of the cervix, Information about detection and treatment of cervical cancer, NIH publication No 05-2047, National Cancer Institute. <http://www.cancer.gov/cancertopics/wyntk/cervix/page4>.
55. WHO guidelines for screening and treatment of precancerous lesions for cervical cancer prevention; Guidelines, World Health Organization, 2013.

56. Արգանդի վզիկի քաղցկեղի վաղ ախտորոշման, բուժման և կանխարգելման ժամանակակից սկզբունքներ (մոդուլ, ուղեցույց, ազգային ծրագիր), Երևան, 2005:
57. Հաշվետվություն. Հայաստանում առողջության առաջնային պահպանման (ԱԱՊ) մակարդակում կրծքագեղձի քաղցկեղի վաղ հայտնաբերման և արգանդի վզիկի քաղցկեղի սքրինինգի կատարողականի վրա ազդող գործոնների ուսումնասիրության: ԱՄՆ ՄԶԳ ՀԱՀՀ ծրագիր: Երևան, 2012:
58. Бохман Я.В. Руководство по онкогинекологии. Л.: Медицина; 1989.
59. Прилепская В.Н. Заболевания шейки матки, влагалища и вульвы (клинические лекции). М.: МЕДпресс; 1999. с.432.
60. Сурьянен К. Массовый скрининг рака шейки матки в Финляндии. Докл. на конф. «Новые методы и разработки в онкоморфологии», проведенной в ОНЦ им. Н.Н.Блохина в янв. 1996.
61. Чарквиани Л.И., Кобилкова И.Г., Бохман Я.В. Микроинвазивный рак шейки матки.- Тбилиси: Ганатлеба; 1988. с.154.