

**Pap-ტესტზე დაფუძნებული
საშვილოსნოს ყელის კიბოს
სკრინინგი და დიაგნოსტიკა**

კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაცია / კლინიკური
მდგომარეობის მართვის სახელმწიფო სტანდარტი

(gaidlaini/protokoli)

კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაცია (გაიდლაინი) „**Pap-ტესტზე დაფუძნებული საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგი და დიაგნოსტიკა**“ მიღებულია კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაციების (გაიდლაინები) და დაავადებათა მართვის სახელმწიფო სტანდარტების (პროტოკოლები) შემუშავების, შეფასების და დანერგვის ეროვნული საბჭოს 2009 წლის 30 დეკემბრის №2 სხდომაზე და დამტკიცებულია საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2010 წლის 14 მაისის №131/ო ბრძანებით.

PAP-ტექსტზე დაფუძნებული საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგი და დიაგნოსტიკა

საშვილოსნოს ყელის კიბო არის ერთ-ერთი ყველაზე გავრცელებული ონკოლოგიური დაავადება, როგორც საქართველოში, ისე მთელს მსოფლიოში. ის მნიშვნელოვან პრობლემას უქმნის, ერთი მხრივ, ქალთა ჯანმრთელობას და სიცოცხლეს, ხოლო მეორე მხრივ, სახელწიფოს, რომელსაც ასეთი პაციენტების სამკურნალოდ მნიშვნელოვანი ფინანსური რეზერვები ესაჭიროება.

საბედნიეროდ, საშვილოსნოს ყელის კიბო განეკუთვნება ისეთ დაავადებათა რიცხვს, რომელიც ექვემდებარება პრევენციას, ადრეულ დიაგნოსტიკასა და მკურნალობას. ამ გარემოებას უკვე ოთხი ათეული წელია წარმატებით იყენებენ სხვადასხვა ქვეყნები საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგის პროგრამების შემუშავებასა და დანერგვისათვის. ამ გამოცდილების საფუძველზე ბევრ ქვეყანაში შეიქმნა ეროვნული სახელმძღვანელო /გაიდლაინები, ხოლო 2003 წელს ევროპის 13 ქვეყანამ შეთანხმებულად შეიმუშავა “საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგის ხარისხის უზრუნველყოფის ევროპული გაიდლაინი”. ამ გაიდლაინის მეორე, შესწორებული და შევსებული გამოცემა 2008 წელს ევროპის საბჭომ დაამტკიცა სარეკომენდაციოდ წევრი ქვეყნებისათვის.

საქართველოში საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგი ორგანიზებული სახელწიფო პროგრამის სახით 2008 წელს დაიწყო ქ. თბილისში. ამ პროგრამისათვის სპეციალურად შექმნილმა “ეროვნულმა სკრინინგ ცენტრმა” (დირექტორი პროფესორი რ. ღვამიჩავა), გაეროს მოსახლეობის ფონდის საქართველოს ოფისმა (UNFPA, ხელმძღვანელი თ. ხომასურიძე) და “საქართველოს საშვილოსნოს ყელის პათოლოგიის და კოლპოსკოპიის საზოგადოებამ”, საქართველოს პირველი ლედის – სანდრა ე. რულოვსის პატრონაჟით გასწია დიდი მოსამზადებელი სამუშაო სამედიცინო პერსონალის შერჩევის, მომზადების და ტრენინგის მიზნით. სპეციალურად იქნა მომზადებული საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგის თითოეული ეტაპის ამსახველი სახელმძღვანელო მასალები. მაქსიმალურად იქნა გაზიარებული UNFPA-ს თანადაფინანსებით ჩატარებული “კიბოს კვლევის საერთაშორისო სააგენტოს” IARC-ის (ლიონი, საფრანგეთი), “ალექსანდრე ნათიშვილის მორფოლოგიის ინსტიტუტის” და “ონკოლოგიის ნაციონალური ცენტრის” 2007 წ. კვლევის “ადამიანის პაპილომავირუსის გავრცელება თბილისი მოსახლეობაში” შედეგები.

საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგის ეროვნული პროგრამის ერთი წლის შედეგების ანალიზმა და პროგრამის საქართველოში გავრცობის გადაწყვეტილებამ უჩვენა ისეთი დეტალური გაიდლაინის შედგენის მიზანშეწონილობა, სადაც გათვალისწინებული იქნებოდა არამარტო ზემოთ ხსენებული ევროპის ე.წ. “კონსენსუს გაიდლაინი”, არამედ ცალკეული ქვეყნების, მათ შორის აშშ-ის შესაბამისი გაიდლაინებიც.

ბამოყენებულ შიმოკლებები

AGC – ატიპიური ჯირკვლოვანი უჯრედები (ეპითელიოციტები)

AGUS – ატიპიური ჯირკვლოვანი ეპითელიოციტები განუსაზღვრელი (უცნობი, დაუზუსტებელი) მნიშვნელობის ატიპიით

AIS – აღენოცარციომა ინ სიტუ

ASC – ატიპიური ბრტყელი უჯრედები (ეპითელიოციტები)

ASC-H – ატიპიური ბრტყელი ეპითელიოციტები HSIL-ის გამორიცხვის შეუძლებლობით

ASC-US – ატიპიური ბრტყელი ეპითელიოციტები განუსაზღვრელი (უცნობი, დაუზუსტებელი) მნიშვნელობის ატიპიით

CGIN – ცერვიქსული ჯირკვლოვანი ინტრაეპითელიური ნეოპლაზია

CIN – ცერვიქსული ინტრაეპითელიური ნეოპლაზია

CIS – კარცინომა ინ სიტუ

ECC – ენდოცერვიქსული გამოფხეკა, კიურეტაჟი

HPV – ადამიანის პაპილომავირუსი

HSIL – მაღალი ხარისხის ბრტყელუჯრედოვანი ინტრაეპითელიური დაზიანება

LEEP – მარყუქით ელექტროქირურგიული ექსციზიის პროცედურა

LLETZ – მარყუქით ტრანსფორმაციის ზონის ფართე ექსციზიო

LSIL – დაბალი ხარისხის ბრტყელუჯრედოვანი ინტრაეპითელიური დაზიანება

Pap-testi – საშვილოსნოს ყელის პათოლოგიათა ციტოლოგიური დიაგნოსტიკა დაფუძნებული პაპანიკოლაუს მეთოდზე

SCJ – საზღვარი საშვილოსნოს ყელის ლორწოვანი გარსის ბრტყელ და ცილინდრულ ეპითელიუმებს შორის – გარდამავალი ზონა

SIL – ბრტყელუჯრედოვანი ინტრაეპითელიური დაზიანება

TBS – ბეტესდას სისტემა, საშვილოსნოს ყელის ლორწოვანი გარსის ცვლილებების ციტოლოგიური შეფასების სისტემა (კლასიფიკაცია)

TZ – ტრანსფორმაციის ზონა

WHO – მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაცია

შესავალი

სკრინინგი არის ინგლისური სიტყვა, რომელიც “გამოხშირვას” ნიშნავს. ზოგადად სკრინინგი არის ჯანდაცვის სისტემის სტრატეგია, რომლის დროსაც გარკვეული ასაკის კლინიკურად ჯანმრთელ მოსახლეობაში ხდება რისკ ჯგუფის გამოვლენა, და ამ ჯგუფის გადრმავებული გამოკვლევა ამა თუ იმ ავადმყოფობის აღმოსაჩენად. კიბოს სკრინინგის მთავარ მიზანს წარმოადგენს აღნიშნული დაავადების სიკვდილობის მაჩვენებლის შემცირება. საშვილოსნოს ყელის სკრინინგის მიზანს წარმოადგენს აგრეთვე ინვაზიური დაზიანების ავადობის მაჩვენებლის შემცირება, ვინაიდან სკრინინგით შესაძლებელია კიბოსწინარე დაზიანებათა აღმოჩენა და მკურნალობა.

ამჟამად დაგროვილია საკმარის მასალა, რომელიც მიუთითებს, რომ საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგს შეუძლია შეამციროს ავადობისა და სიკვდილობის მაჩვენებლები (Hakama, 1982; Hakama et al., 1986; Laara et al., 1987; Sankila et al., 2000; IARC, 2005).

მაღალი ეფექტურობის მისაღწევად სკრინინგი სასურველია ტარდებოდეს მხოლოდ ორგანიზებულ პირობებში (European Commission, 2003; Council of the European Union, 2003). საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგ-პროგრამა უნდა ეფუძნებოდეს განსაზღვრულ მეთოდს – სკრინინგ ტესტს, სამიზნე ასაკობრივი ჯგუფების გამოყოფას და პათოლოგიის არარსებობის სკრინინგ-ნეგატიურ შემთხვევაში სკრინინგ-ინტერვალის განსაზღვრას; სკრინინგ-პოზიტიური ქალებისთვის განსაზღვრული გადრმავებული კვლევის, სამომავლო დაკვირვებისა და სამკურნალო სტრატეგიის არსებობას. სკრინინგის მეთოდი სასურველია, ითვალისწინებდეს სამიზნე პოპულაციაში არსებულ სხვადასხვა რისკს, დაავადების ეტიოლოგიის და მიმდინარეობის თავისებურებებს, რომელიც ხასიათდება საკმარის გახანგრძლივებული პრეკლინიკური პერიოდითა და კიბოსწინარე დაზიანებების უკუგანვითარების რეალური შესაძლებლობით. გარდა ამისა, სრულყოფილად დაგეგმილ სკრინინგ-პროგრამა ყველა ეტაპზე უნდა იყოს უზრუნველყოფილი ხარისხის კონტროლით.

სკრინინგის პროცესის ეფექტურობის მაჩვენებლების უწყვეტი მონიტორინგისათვის აუცილებელია პოპულაციაზე დაფუძნებული საინფორმაციო სისტემა, რომელიც უზრუნველყოფს ინდივიდუალური მონაცემების რეგისტრაციისა და ურთიერთკავშირის დამყარებას პოპულაციის მონაცემთა ბაზას, სკრინინგის კარტოტეკასა და კიბოთი გამოწვეული სიკვდილობის შემთხვევებს შორის. ასეთი კომპიუტერიზებული საინფორმაციო სისტემა მნიშვნელოვან ინსტრუმენტს წარმოადგენს სკრინინგ პროგრამის მართვისა და მისი ეფექტურობისა და შედეგების მეცნიერული შეფასებისათვის. ასეთი პროგრამა საშუალებას აძლევს პროცესში მონაწილე და/ან დაინტერესებულ პირებს – ჯანდაცვის პროფესიონალებს და მმართველ სტრუქტურებს – აწარმოონ სკრინინგის მონიტორინგი, იქონიონ დაზუსტებული ინფორმაცია სკრინინგის მსვლელობაში ან მოგვიანებით (სკრინინგის შემდეგ) აღმოჩენილი ინვაზიური კიბოს შესახებ.

1. ზოგადი ნაწილი

უკანასკნელი 60 წლის განმავლობაში პაპანიკოლაუს ტესტი (Pap ტესტი) გამოიყენება საშვილოსნოს ყელის კიბოსწინარე დაზიანებებისა და ბრტყელი ეპითელიუმის ინვაზიური კიბოს ადრეული გამოვლენის მიზნით, ჩივილების არმქონე ქალებში. აღნიშნული ტესტი გულისხმობს საშვილოსნოს ყელის ეპითელიუმის უჯრედების ნიმუშის აღებას და მიკროსკოპის ქვეშ მათ მორფოლოგიურ გამოკვლევას პათოლოგიის აღმოსაჩენად. გამოვლენილი ციტოლოგიური პათოლოგიის სიმძიმედან გამომდინარე, ქალი საჭიროებს შემდგომში განმეორებით ციტოლოგიურ და/ან კოლპოსკოპიურ და ჰისტოლოგიურ გამოკვლევას, რის შედეგადაც, შესაძლოა, სავალდებულო გახდეს მკურნალობა.

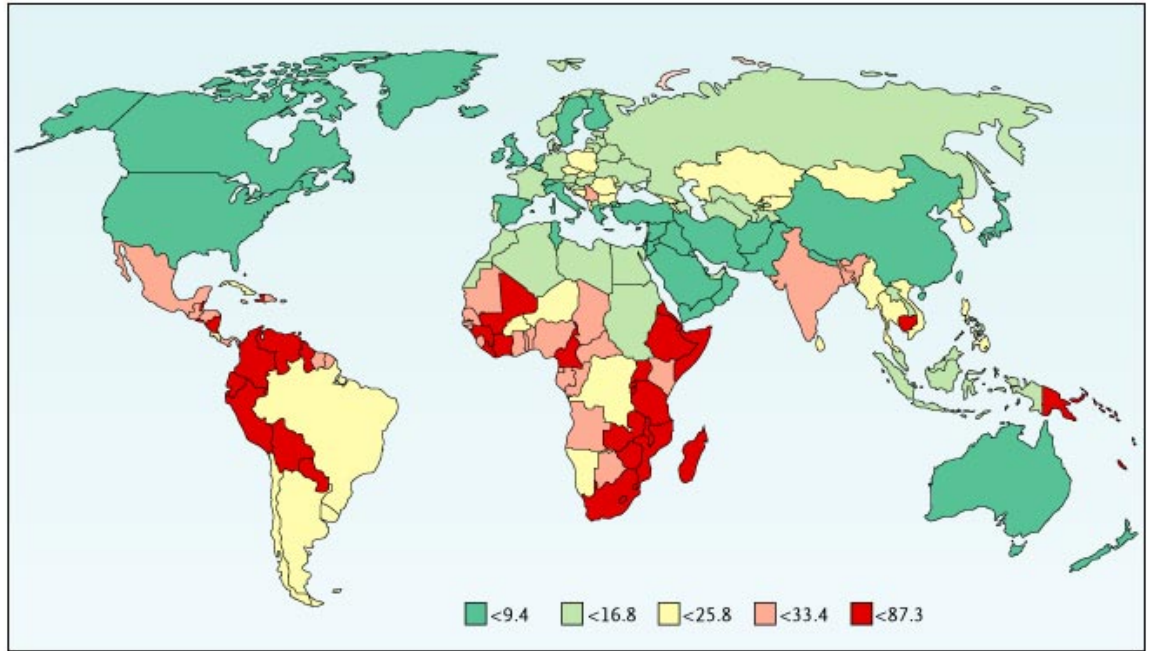
საშვილოსნოს ყელის კიბოს ორგანიზებული სკრინინგ-პროგრამები არსებობს მსოფლიოს მრავალ ქვეყანაში. თუმცა სკრინინგის დაგეგმვისა და განხორციელების მეთოდები განსხვავდება სხვადასხვა ქვეყნებში (Linos & Riza, 2000; Anttila et al, 2004; IARC, 2005). ისინი ემსახურებიან დაავადების ადრეული გამოვლენის გაუმჯობესებას და ჯანდაცვის ხარჯთეფექტურობის გაზრდას. (van Bailegoijen et al., 2000; Miller, 2002).

სკრინინგის არაეფექტურობის მიზეზი შეიძლება იყოს: (1) სკრინინგ-ტესტების ფსევდო-ოპტიმალური გავრცელება, როდესაც მაღალია შეფარდება აბსოლუტურად გამოუკვლევად და რეგულარულად დაკვირვების ქვეშ მყოფ ქალებს შორის (იმ შემთხვევების ჩათვლით, როდესაც გამოკვლევა ტარდება უსარგებლოდ მოკლე ინტერვალებში, მაგალითად, მაშინაც, როდესაც დასმულია დიაგნოზი – ჯანმრთელი) და (2) სკრინინგის ფსევდო-ოპტიმალური პროფესიონალური ხარისხი და ნორმები.

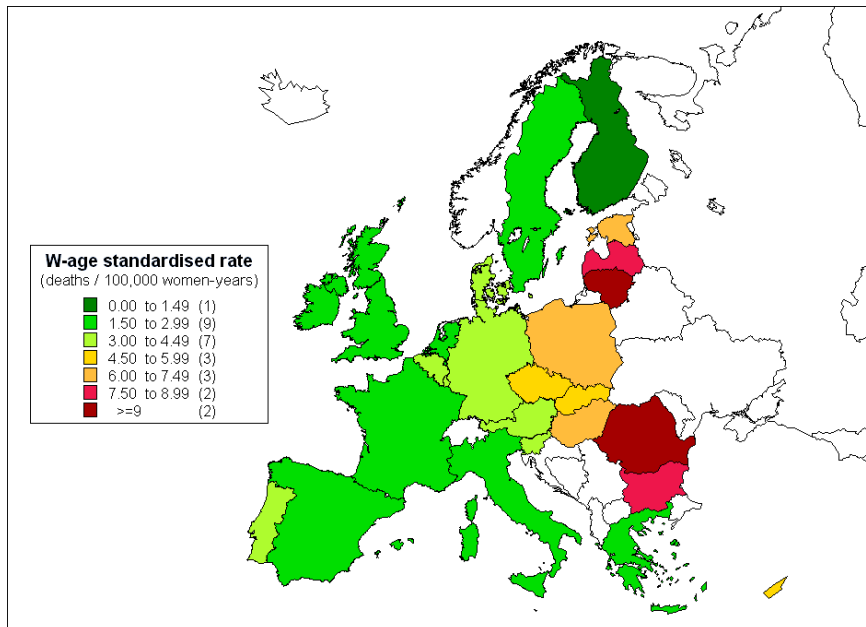
1.1. საშვილოსნოს ყელის კიბოთი გამოწვეული ავადობა და სიკვდილობა

საშვილოსნოს ყელის კიბო არის ქალებში ერთ-ერთი ყველაზე გავრცელებული დაავადება მსოფლიოში და იკავებს მეორე ადგილს ძუძუს კიბოს შემდეგ, როგორც ავადობის, ისე სიკვდილობის მაჩვენებლებით. ყოველწლიურად მსოფლიოში 450 000 ქალი ავადდება საშვილოსნოს ყელის კიბოთი და მათი 80% განვითარებადი ქვეყნების მაცხოვრებელია.

საშვილოსნოს ყელის კიბო სერიოზული პრობლემაა ევროპისთვისაც სადაც ყოველწლიურად დიაგნოსტირებულია საშვილოსნოს ყელის კიბოს დაახლოებით 52 000 ახალი შემთხვევა, ხოლო 27 000 ქალი კვდება აღნიშნული დაავადებით (Artyn et al., 2007a & b; Boyle & Ferlay 2005);



ნახატი 1. საშვილოსნოს ყელის კიბოს ავადობის მაჩვენებელი მსოფლიოში
(Schiffman and Castle, NEJM, 2005)



ნახატი 2. საშვილოსნოს ყელის კიბოს სიკვდილობის მაჩვენებელი.
(Arbyn et al., 2007)

12. რისკ-ფაქტორები

საშილოსნოს ყელის კიბოს შემთხვევათა 99%, ისევე როგორც მისი კიბოსწინარე დაავადებები დაკავშირებულია ადამიანის პაპილომავირუსულ ინფექციასთან (HPV), რომელიც მიეკუთვნება ასიმპტომურ, სქესობრივი გზით გადამდებ ყველაზე უფრო გავრცელებულ ინფექციებს (Walboomers et al 1999). სექსუალურად აქტიური ქალების 50-75% სიცოცხლეში ერთხელ მაინც ინფიცირდება HPV-ით (Koutsky 1997, Crum et al 2003). ინფექციის პიკი მოდის მოზარდებზე და ადრეული რეპროდუქციული ასაკის ქალებზე (16-30 წელი). კიბოს განვითარების რისკი HPV-ინფექციის პირობებში 15-150 ჯერ მეტია არაინფიცირებულ პოპულაციასთან შედარებით (IARC, 2005). საშილოსნოს ყელის კიბო წარმოადგენს ამ ინფექციის იშვიათ (2-5%) და მოგვიანებით გართულებას.

ამჟამად იდენტიფიცირებულია HPV-ის 100-მდე ტიპი, მათ შორის 30-მდე არის ტროპული გენიტალური ტრაქტის მიმართ. საშილოსნოს ყელის კიბოს შესაძლო განვითარების გათვალისწინებით ანსხვავებენ HPV ვირუსის მაღალი და დაბალი რისკის ტიპებს. დაბალი რისკის ტიპებია: HPV 6, 11, 42, 43, 44 და სხვა რომელთაც შეუძლიათ გამოიწვიონ გენიტალური კონდილომების და CIN 1 განვითარება. მაღალი რისკის ტიპებს მიეკუთვნება 13 ტიპი – HPV 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 66, 68. მათ შორის ყველაზე უფრო ონკოაგრესიულია HPV 16 და HPV 18 ტიპები. მათი ხანგრძლივი პერსისტენციის დროს შესაძლოა განვითარდეს CIN1, CIN2,3 და საშილოსნოს ყელის კიბო.

არსებობს აგრეთვე მთელი რიგი სხვა რისკ-ფაქტორებისა ან კო-ფაქტორებისა, როგორცაა ნიკოტინის მოხმარება (რაც მეტ სიგარეტს მოიხმარს დღეში ქალი, მით მაღალია საშილოსნოს ყელის კიბოს განვითარების რისკი) (IARC press 2004), ჰორმონული კონტრაცეპცია (რაც უფრო ხანგრძლივად გამოიყენება ჰორმონული კონტრაცეპცია, მით უფრო მაღალია რისკი; მაგალითად, მისი 10-წლიანი გამოყენება აორმაგებს საშილოსნოს ყელის კიბოს განვითარების რისკს) (Congliano et al 2005), მშობიარობათა რაოდენობა (თუ აღემატება 5-ს) (რაც მეტი დროული მშობიარობა აქვს ქალს და რაც მცირეა ასაკი პირველი მშობიარობის დროს, მით უფრო მომატებულია რისკი.) (Int J Cancer 2006;119); გენიტალური ინფექციები, როგორცაა მარტივი ჰერპესვირუსის ტიპი 2, ქლამიდიოზი (Chlamydia trachomatis) (Smith et al 2004, Castle et al 2003), იმუნოსუპრესული მდგომარეობა – ორგანოთა ტრანსპლანტაცია და HIV (ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსი) ინფექცია (Palefsky et al 2003).

ეპიდემიოლოგიურ და ვირუსოლოგიურ კვლევათა საფუძველზე გამოვლინდა, რომ HPV-ინფექცია ხასიათდება როგორც შექმნის, ისე სპონტანური განკურნების საკმაოდ მაღალი ალბათობით (IARC, 2005). HPV-ის შექმნის ყველაზე მნიშვნელოვან ფაქტორებს წარმოადგენს სქესობრივი ცხოვრების დაწყების ასაკი და სიცოცხლის განმავლობაში ქალის ან მასთან კავშირში მყოფი მამაკაცის სქესობრივი პარტნიორების რაოდენობა. ზოგიერთ კვლევაში ნახვენებია HPV-ინფიცირების მიმართ ”კონდომის” პროტექტორული უნარი, თუმცა კვლევათა უმრავლესობა ვერ ავლენს აღნიშნული მეთოდის მნიშვნელოვან დამცავ ფუნქციას. არსებობს სხვადასხვა მიზეზი, რომლებიც აბათილებს ”კონდომის” დამცავ ფუნქციას, მათ შორის, არასწორი და/ან არათანმიმდევრული გამოყენება, ასევე ის ფაქტიც, რომ

HPV-ინფექცია შეიძლება არსებობდეს გენიტალური ეპითელიუმის გაცილებით უფრო ფართო უბნებში, ვიდრე დაფარულია კონდომით (Rousseau et al., 2003).

1.3. საშვილოსნოს ყელის კიბოს განვითარების შესახებ

გადაწყვეტილება სკრინინგის ასაკობრივი ჯგუფისა და სკრინინგის ინტერვალის თაობაზე მოითხოვს ინფორმაციას სპეციფიკური ასაკობრივი პერიოდისა და ინვაზიის გამოვლენისათვის საჭირო დროის იმ მონაკვეთის თაობაზე, რომლის განმავლობაშიც ხდება კიბოსწინარე დაზიანებათა აღმოჩენა. ამჟამად ცხადია, რომ აღნიშნულ დაზიანებათა დიდი ნაწილი, განსაკუთრებით მსუბუქი დისპლაზია (CIN 1), როგორც წესი არ პროგრესირებს და სპონტანურად განიცდის რეგრესს. Östör-ის (1993) მიერ ჩატარებულ კვლევაში გამოვლინდა, რომ CIN 1 და CIN 2 დაზიანების მხოლოდ ძალზე მცირე ნაწილმა (შესაბამისად 1% და 5%) შეიძლება მიადწიოს ინვაზიური კიბოს მდგომარეობას არანამკურნალებ შემთხვევებში, მაშინ როდესაც CIN 3 დაზიანების შემთხვევაში ეს მაჩვენებელი შეადგენს 12%-ზე მეტს (იხ. ცხრილი №1).

ბრიტანული კოლუმბიის (კანადა) სკრინინგ პროგრამის მონაცემების კვლევამ უჩვენა, რომ კიბოსწინარე დაზიანებათა რეგრესის სიხშირე კლებულობს ასაკის მატებასთან ერთად: 84%-დან 18-34 წლის ასაკობრივი ჯგუფისთვის 40%-მდე 35 წელზე უფროსი ასაკობრივი ჯგუფისთვის (van Oortmanssen & Habbema, 1991). პროგრესირების სავარაუდო მაჩვენებელი შეადგენდა, შესაბამისად, 16% და 60%. განსხვავება დაბალი და მაღალი ხარისხის დაზიანებებს შორის დაფიქსირებული არ ყოფილა. იგივე პროვინციაში შედარებით ადრე ჩატარებული კვლევის მონაცემებით, ნებისმიერი ხარისხის დისპლაზიის პროგრესირების მოსალოდნელი სიხშირე მერყეობს 19-38% ფარგლებში (Boyes et al., 1982; IARC, 2005). ფინეთში ჩატარებულ კვლევაში მაღალი ხარისხის დისპლაზიისა და კარცინომა in situ-ს კომბინაციის ინვაზიურ კიბოში პროგრესირების მოსალოდნელი სიხშირე შეადგენს 28-39%-ს (Hakama & Räsänen-Virtanen, 1976). აღნიშნული ეფუძნებოდა 30-50 წლის ასაკობრივ ჯგუფში 3,5 წლის განმავლობაში რეგულარული დაკვირვების პირობებში დაგროვილი შემთხვევების შედარებით ანალიზს.

ცერვიქსული ინტრაეპითელიური დაზიანების აღმოჩენის შემდგომ კიბოს განვითარების თაობაზე Gustafsson & Adami-სა (1989) და van Oortmanssen & Habbema-ს (1991) მიერ ერთმანეთისაგან დამოუკიდებლად ჩატარებული სკრინინგების მონაცემების საფუძველზე ნავარაუდევია, რომ ინტრაეპითელიური დაზიანებიდან ინვაზიური კიბოს ჩამოყალიბებამდე არსებული პერიოდის ხანგრძლივობა საშუალოდ შეადგენს 12 წელს. ამასთანავე, კიბოსწინარე დაზიანების ინვაზიურ დაზიანებაში გადაზრდის საშუალო ხანგრძლივობად მკურნალობის არარსებობის პირობებში მიჩნეულია 10 წელი (ვარიაციით 5-დან 15 წლამდე ფარგლებში) (Luthra et al., 1987; Syrjänen, 1996). თუმცა პროგრესის პერიოდი ზოგჯერ შეიძლება აღემატებოდეს 50 წელსაც კი. სწორედ ამგვარად ხდება კიბოს გამოვლენა საკმაოდ ასაკოვან ქალებში (75 წელს ზემოთ).

კიბოსწინარე დაზიანებების საგარეო უკუგანვითარება / პერსისტენცია / პროგრესირების მონაცემები

დაზიანების სიმძიმე	უკუგანვითარება	პროგრესირება	პროგრესირება CIN 3-მდე	პროგრესირება ინვაზიურ კიბომდე
CIN 1	60%	30%	10%	1%
CIN 2	40%	40%	20%	5%
CIN 3	33%	< 55%	–	> 12%

ციტოლოგიური სკრინინგის ქმედითუნარიანობისა და ეფექტურობის მტკიცებულებები

Pap-ტესტით სკრინინგი არასოდეს ყოფილა შეფასებული რანდომიზებულ კვლევებში. მიუხედავად ამისა, კვლევებიდან მიღებული მტკიცებულებები მისი ეფექტურობის თაობაზე ეჭვს არ ბადებს (Hakama & Räsänen-Virtanen, 1976; Johannesson et al., 1982; Berrino et al., 1984; Hakama et al., 1986; Lynge, 2000; IARC, 2005, (Clarke & Anderson, 1979; Nieminen et al., 1999; Zappa & Ciatto, 2000).

ყველაზე სარწმუნო მტკიცებულებებიდან ნაწილი ეფუძნება IARC-ის მულტიცენტრულ კვლევას, სადაც ინდივიდუალური სკრინინგული ანამნეზი დაკავშირებული იყო კიბოს დაფიქსირების მონაცემებთან (Hakama et al., 1986). კვლევის მასალა მოიცავს როგორც კოჰორტული, ასევე შემთხვევა-კონტროლის კვლევებს.

14. სამიზნე ასაკობრივი ჯგუფები

პროგრესირებადი დაზიანების გამოვლენის თვალსაზრისით Pap-ტესტის აღება უფრო ეფექტურია 35-დან 64 წლამდე ასაკობრივ ჯგუფში (იხ. ცხრილი №2).

ახალი პროგრამის დაგეგმვისას მნიშვნელოვანია სკრინინგის დაწყება 5 წლით ადრე იმ ასაკთან შედარებით, როდესაც საშვილოსნოს ყელის კიბოს ავადობის მრუდი პიკს აღწევს (WHO, 1986). როგორც სკანდინავიის ქვეყნებში კიბოს სისშირის მატების ფონზე გამოიკვეთა, ყველა ასაკობრივი ჯგუფი როდი საჭიროებს დაუყოვნებლივ დაფარვას; პროგრამა შეიძლება დაწყებული იყოს ასიმეტრიულად საკმაოდ მცირე ასაკობრივ ჯგუფში. მაღალი დაფარვა სასურველია განხორციელდეს ძირითად სამიზნე ჯგუფებში (იხ. ცხრილი №2).

არ არსებობს ჩამოყალიბებული მტკიცებულება სკრინინგის შეწყვეტის ასაკობრივი პერიოდის თაობაზე. სხვადასხვა კვლევები აჩვენებს მაღალი ხარისხის დაზიანებათა გამოვლენის დაბალ მაჩვენებელს სკრინინგში ხანგრძლივად მონაწილე 40 წლის ზევით ასაკობრივ ჯგუფში. რეკომენდებულია კვლევების ჩატარება სიკვდილიანობის მაჩვენებელთა გამოყენებით. თუმცა, რუტინული სკრინინგის ასაკს გადაცილებულ ქალებს, ვისაც არასოდეს მიუღია მონაწილეობა სკრინინგში, სასურველია, მიეცეთ სკრინინგში მონაწილეობის უფლება მინიმუმ 2 ნეგატიური შედეგის მიღებამდე.

*დიფერენცირებული სკრინინგის პოლიტიკის ეფექტურობა
საშვილოსნოს ყელის ბრტყელუჯრდოვანი ინვაზიური კარცინომის სისშირის
შემცირების პროცენტული მაჩვენებელი (IARC, 1986).
(ცხრილი მოიცავს ქალებს რომლებსაც სკრინინგით გამოუვლინდათ ნეგატიური
შედეგი და რომელთაც წარსულში ჰქონდათ სულ მცირე ერთი ნეგატიური შედეგი).*

სკრინინგის ჯერადობა	ასაკობრივი ჯგუფები	შემთხვევების შემცირება (%)	Pap-ტესტების რაოდენობა ერთ ქალზე
წელიწადში ერთხელ	20-64	93	45
3 წელიწადში ერთხელ	20-64	91	15
3 წელიწადში ერთხელ	25-64	90	13
3 წელიწადში ერთხელ	35-64	78	10
5 წელიწადში ერთხელ	20-64	84	9
5 წელიწადში ერთხელ	25-64	82	8
5 წელიწადში ერთხელ	35-64	70	6
10 წელიწადში ერთხელ	25-64	64	5

1.5. სკრინინგ ინტერვალი

IARC-ის მიერ ჩატარებული კლინიკური მულტიცენტრული კვლევების (1986) მონაცემებზე დაყრდნობით, ბრტყელუჯრდოვანი კარცინომის 93% შეიძლება იყოს თავიდან აცილებული ყოველწლიური სკრინინგით, 91% – სკრინინგით ყოველ 3 წელიწადში ერთხელ, და 84% – სკრინინგით ყოველ 5 წელიწადში ერთხელ (იხ. ცხრილი №2).

ცხრილში №3-ში წარმოდგენილია ნიდერლანდებში (van den Akker-van Marle et al., 2003) და ბრიტანეთში (Sasieni et al., 2003) ჩატარებული ბოლოდროინდელი 2 კვლევის შედეგები საშვილოსნოს ყელის ინვაზიური კიბოს რისკის თაობაზე სკრინინგულად ნეგატიურ ქალთა შორის. Sasieni-ს მონაცემებზე დაყრდნობით ბრიტანეთში შემუშავებულ იქნა რეკომენდაციები 25-49 წლის ასაკობრივ ჯგუფში 3-წლიანი შუალედებით, ხოლო 50-64 წლის ასაკობრივ ჯგუფში 5-წლიანი შუალედებით სკრინინგის თაობაზე, რომელიც დღემდე სრულდება.

1.6. სკრინინგის მონაცემები

საშვილოსნოს ყელის კიბოს ავადობისა და სიკვდილიანობის მაჩვენებელთა გამოყენებით წარმოებულმა კვლევებმა გამოავლინა ორგანიზებული სკრინინგული აქტივობის ეფექტურობა საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის შემცირების თვალსაზრისით (Hakama Rsnen-irtanen, 1976; Johannesson et al., 1982; Magnus et al., 1987; Lynge, 2002). ბრიტანეთში კვლევების საფუძველზე ასევე ნახვენები იყო ორგანიზებული სკრინინგის ეფექტურობა. იქ ციტოლოგიური სკრინინგი დანერგილი იყო 1960 წლიდან, მაგრამ ორგანიზებული სახე გამოძახების სისტემის და ხარისხის კონტროლის შექმნით მიიღო 1988 წელს. წინა წლებში ყოველწლიური შემცირება საშვილოსნოს ყელის კიბოს ავადობის და სიკვდილობის მაჩვენებლების

არ აღემატებოდა 1-2%-ს, მაშინ, როდესაც 1988 წლიდან ამ მაჩვენებლების შეცირება 7%-ს აღწევს. (Sasieni et al., 1995; Quinn et al., 1999; Sasieni & Adams, 1999; Peto et al., 2004; Bray et al., 2005; IARC, 2005).

ფინეთში ჩატარებულმა კვლევამ გამოავლინა, რომ ორგანიზებულ სკრინინგ-პროგრამაში მონაწილეობის პირობებში ეფექტი თითქმის 2-ჯერ აღემატება ოპორტუნისტულ (სპონტანურ) სკრინინგში მონაწილეობის ეფექტურობას (შესაბამისად, 75% და 43% – Nieminen et 1999).

თუმცა არსებობს ზოგიერთი ქვეყნის გამოცდილება, სადაც ოპორტუნისტული სკრინინგის პირობებში, აგრეთვე გამოვლინდა საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის და სიკვდილობის მაჩვენებლების მნიშვნელოვანი – 10-60%-იანი – შემცირება (Anttila & Laara, 2000; IARC,2005).

ცხრილი №3

საშვილოსნოს ყელის ინვაზიური კარცინომის განვითარების შედარებითი რისკი სკრინინგულად ნეგატიურ და სკრინინგის გარეშე შემთხვევებში ნიდერლანდებისა (van den Akker-van Marle et al., 2003) და ბრიტანეთში (Sasieni et al., 2003) ჩატარებული კვლევების მაგალითზე

დრო სკრინინგის დაწყებიდან	ქვეყნები და კვლევები ნიდერლანდები (van den Akker-van Marle ME et al., 2003)		
	35-64 წლის ასაკობრივი ჯგუფი RR (95% CI)		
0-6 თვე	0,12 (0,08-0,17)		
7-12 თვე	0,06 (0,93-0,10)		
1-2 წელი	0,08 (0,06-0,12)		
2-4 წელი	0,15 (0,11-0,19)		
4-6 წელი	0,20 (0,14-0,29)		
6-10 წელი	0,18 (0,11-0,30)		
	გაერთიანებული სამეფო (Sasieni et al., 2003)		
	20-29 წლის ასაკობრივი ჯგუფი RO (95% CI)	40-59 წლის ასაკობრივი ჯგუფი RO (95% CI)	55-69 წლის ასაკობრივი ჯგუფი RO (95% CI)
0-18 თვე	0,24 (0,16-0,37)	0,12 (0,08-0,18)	0,13 (0,08-0,22)
18-30 თვე	0,33 (0,21-0,51)	0,14 (0,08-0,22)	0,13 (0,07-0,23)
30-42 თვე	0,67 (0,43-1,04)	0,25 (0,16-0,40)	0,15 (0,08-0,26)
42-54 თვე	1,06 (0,65-1,72)	0,30 (0,18-0,50)	0,18 (0,09-0,34)
54-66 თვე	1,40 (0,75-2,62)	0,61 (0,34-1,09)	0,28 (0,14-0,57)
66-78 თვე	1,86 (0,88-3,93)	0,72 (0,36-1,43)	0,33 (0,14-0,79)
> 6 წელი	2,37 (1,16-4,85)	0,69 (0,36-1,34)	0,55 (0,27-1,10)

2. საშვილოსნოს ყელის სკრინინგის ორგანიზება

2.1. სკრინინგის პოლიტიკის განმსაზღვრელი პრინციპები

ბალაწყვილილება სკრინინგ-პროგრამის ჩატარების თაობაზე

საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგის დაგეგმვისათვის სასურველია არსებობდეს შესაბამისი კულტურული (ეროვნული) გარემო და სახელწიფოს პოლიტიკური ნება (Miller., 1992; WHO, 2002). პროგრამა საჭიროებს სათანადო სახსრებით უზრუნველყოფას, და რაც მნიშვნელოვანია, ინტეგრაციას ჯანდაცვის სისტემაში.

მრავალ ევროპულ ქვეყანაში საშვილოსნოს ყელის კიბოს და კიბოსწინა დაავადებების ადრეული გამოვლენა ხორციელდება სხვადასხვა გზით, ასე მაგალითად: ქალის პირადი სურვილით ჩატარებული ტესტირებით (ოპორტუნისტული სკრინინგი) ან დედათა ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამის ან ჯანდაცვის სხვა პროგრამების კომპონენტის სახით. ნაკლებად სარწმუნოა მარტივი ფონდების საშუალებით სრულყოფილი სკრინინგის პოლიტიკის და პროგრამის ქმედითუნარიანობის უზრუნველყოფა. ორგანიზებული სკრინინგის ზოგადი პრინციპების შემოღების პარალელურად მთავრობამ მინიმუმამდე უნდა დაიყვანოს არასაჭირო (უსარგებლო) Pap-ტესტების დანიშნის შესაძლებლობა.

2.2. საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგის ევროპული პოლიტიკა

საშვილოსნოს ყელის კიბოს ორგანიზებული სკრინინგ პროგრამების განხორციელება რეკომენდებულია ევროპის საბჭოს (2003) მიერ. საბჭოს რეკომენდაციებზე დაყრდნობით, საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგ პროგრამების სისტემატური განხორციელება მოითხოვს მოწვევა/გამოძახების სისტემის ორგანიზებას სკრინინგის ყველა დონის ხარისხის კონტროლით, ასევე დიაგნოსტიკის, მკურნალობისა და გამოჯანმრთელების შემდგომი დაკვირვების მტკიცებულებებზე დაფუძნებული გაიდლაინებით უზრუნველყოფას. ორგანიზებული სკრინინგ პროგრამის ჩატარებისათვის ასევე საჭიროა ცენტრალიზებული მონაცემთა ბაზის არსებობა. ევროპის საბჭოს რეკომენდაციები მოიცავს კონკრეტულ მითითებებს რეგისტრაციის, მონიტორინგისა და შეფასების, ტრენინგის, სკრინინგში მონაწილე პირთა ინფორმირებისა და ახალი სკრინინგ ტესტების დანერგვის საკითხებზე. მრავალ ქვეყანაში ევროპული რეკომენდაციები დღემდე არ არის გატარებული (Anttila et al., 2004; IARC, 2005).

საშვილოსნოს ყელის სკრინინგი რეკომენდებულია 25 ან 30 წლის ასაკიდან 60 ან 65 წლის ასაკამდე (Advisory Committee on Cancer Prevention, 2000; Coleman et al., 1993); საბჭოს რეკომენდაციით, სკრინინგი დაწყებული უნდა იყოს არაუადრეს 20 წლის და არაუგვიანეს 30 წლის ასაკისა. აღნიშნულ რეკომენდაციებში არ არსებობს კონკრეტული მითითება სკრინინგის შეწყვეტის ასაკის თაობაზე. პროგრამის “ევროპა კიბოს წინააღმდეგ” საკონსულტაციო კომიტეტის (Advisory Committee) რეკომენდაციებზე დაყრდნობით, ზედა ასაკობრივი საზღვარი არ უნდა ჩამოუვარდებოდეს 60 წელს. საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგის ევროპის ხარისხის უზრუნველყოფის გაიდლაინების პირველ გამოცემაში სკრინინგ პროგრამის ჩასატარებლად ოპტიმალურ პოპულაციად რეკომენდებული იყო 25-დან

65 წლამდე ასაკობრივი ჯგუფი (Coleman et al., 1993). IARC-ის თანახმად, ტესტირებით მუდმივად უარყოფითი შედეგის მქონე ქალებში სკრინინგი უნდა შეწყდეს 65 წლის ასაკში (IARC, 2005). ევროპულმა ქვეყნებმა აჩვენა გამოხატული ვარიაციულობა სამიზნე ჯგუფებში სკრინინგ ინტერვალებისა და ასაკობრივი საზღვრების თვალსაზრისით (იხ. ცხრილი №4). ყოველ 3 წელიწადზე უფრო ხანმოკლე ინტერვალებით სკრინინგი არ არის მიზანშეწონილი მხოლოდ შედარებით მაღალი ეფექტურობისა და ეკონომიურობის მოტივით. (IARC, 2005). არ არსებობს აშკარა მტკიცებულება სკრინინგის დაწყების ოპტიმალურ ასაკთან დაკავშირებით. ადრეული დასაწყისი გამოიწვევს საშვილოსნოს ყელის ლისპლაზიის ბევრი ისეთი მდგომარეობის მკურნალობას, რომელიც მკურნალობის გარეშე არ გადადის საშვილოსნოს ყელის ინვაზიურ კიბოში. საკმაოდ გვიანმა დასაწყისმა გარდაუვლად შეიძლება განაპირობოს ადრეული ინვაზიური კიბოს შემთხვევების “გაპარვა”.

საკონსულტაციო კომიტეტის რეკომენდაციებში მითითებულია, რომ საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგი სასურველია ტარდებოდეს 3-5 წელიწადში ერთხელ ქვეყნის მატერიალური და ადამიანური რესურსებიდან გამომდინარე. სიცოცხლის მანძილზე აღებული Pap-ტესტების დიდი რაოდენობის შემთხვევაში მატულობს არასაჭირო (უსარგებლო) მკურნალობათა რიცხვი. შეზღუდული პირობების შემთხვევაში 5 წელიწადში ერთხელ ჩატარებულ მაღალხარისხიან, სრულფასოვან სკრინინგს უპირატესობა ენიჭება 3 წელიწადში ერთხელ მცირე პოპულაციის დაფარვით ჩატარებულ სკრინინგთან შედარებით.

ცხრილი №4

ევროპის ზოგიერთ ქვეყანაში 1995 წელს საშვილოსნოს ყელის კიბოს რეკომენდირებული სკრინინგ პოლიტიკის ფარგლებში 100000 მოსახლეზე სიკვდილიანობის საშუალო მაჩვენებელი ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით

	საშვილოსნოს ყელის კიბოთი გამოწვეული სიკვდილიანობა (1995)	სამიზნე ასაკობრივი ჯგუფები	სკრინინგ ინტერვალი (წლებში)	Pap-ტესტების რაოდენობა სიცოცხლის მანძილზე	სახელწიფო პროგრამაში მონაწილე პოპულაციის რაოდენობა (%)	3- ან 5-წლიანი შუალედით სკრინინგ გავლილი ქალთა რაოდენობა (%)
ავსტრია	6,3	20+	1	50+		
ბელგია	4,6	25-64	3	14	58	78
დანია	6,3	23-59	3	13	90	75
ფინეთი	1,7	30-60	5	7	100	93
საფრანგეთი	4,6	25-64	3	14	< 5	
გერმანია	5,5	20+	1	50+	90	80
საბერძნეთი	3,0	25-64	3	14		
ირლანდია	4,6	25-60	5	8		
იტალია	3,2	25-64	3	14	13	50
ლუქსენბურგი	1,6	15+	1	55+		
ნიდერლანდები	2,7	30-60	5	7	100	77
პორტუგალია	6,3	20-64	3	16		
ესპანეთი	3,5	25-65	3	14		
შვედეთი	3,7	23-60	3(e)	14	100	82
ბრიტანეთი	5,0	20-64	3 ან 5	10-16	100	61

2.3. ჯანდაცვის სისტემაში ინტეგრაცია

საშეიღოსნოს ყელის კიბოს ორგანიზებული სკრინინგი წარმოადგენს მრავალსაფეხურიან პროცესს, რომელიც მოიცავს შემდეგ საფეხურებს:

- სამიზნე პოპულაციის განსაზღვრა;
- სათანადო კონტიგენტის მოზიდვა;
- Pap-ნაცხის აღება, შეგროვება და ლაბორატორიაში გადაგზავნა;
- Pap-ნაცხის შესწავლა და დასკვნის გაფორმება;
- ნორმალური შედეგების მქონე ქალების ინფორმირება შემდგომი ტესტირების თარიღთან დაკავშირებით;
- არადამაკმაყოფილებელი/არაადეკვატური შედეგის მქონე ქალების ხელმეორედ გამოძახება;
- პათოლოგიის მქონე ქალებზე შემდგომი დაკვირვება (დიაგნოსტიკური პროცედურები და მკურნალობა საჭიროებისამებრ);
- პროგრამის ყველა ეტაპის სრულყოფილი რეგისტრაცია, მონიტორინგი და შეფასება.

2.4. ევროპის ზოგიერთი ქვეყნების სკრინინგის ორგანიზების სისტემები

ფინეთსა და იტალიის ზოგიერთ რეგიონებში გამოიყენება ქალების მოწვევა/გამოძახების სისტემა (Anttila & Nieminen, 2000; Segnan et al., 2000). ფინეთში პროგრამა შემოღებული იყო როდესაც ოპორტუნისტული (თვითღინებითი) სკრინინგ აქტივობა არ იყო გამოხატული. სამიზნე პოპულაციის ყველა ქალი პროგრამის ფარგლებში მოწვეულია Pap-ტესტის ასაღებად შეთანხმებულ ინტერვალებში. Pap-ტესტები დამუშავებული და გაანალიზებულია განსაზღვრულ ლაბორატორიებში, ხარისხის კონტროლის პირობებში. პათოლოგიური Pap-ტესტის მქონე ქალების მართვა ხდება გაიდლაინის შესაბამისად. მიმდინარეობს სკრინინგის ყველა ეპიზოდის მონიტორინგი. შედეგები აისახება კიბოს რეგისტრში. მოდელის უპირატესობას წარმოადგენს ის, რომ ორგანიზებული სკრინინგ სისტემა ხელმისაწვდომია ყველა ქლისათვის, ხოლო ამ სისტემის ნაკლოვანება არის ის, რომ იკარგება ინფორმაცია ოპორტუნისტული სკრინინგისა.

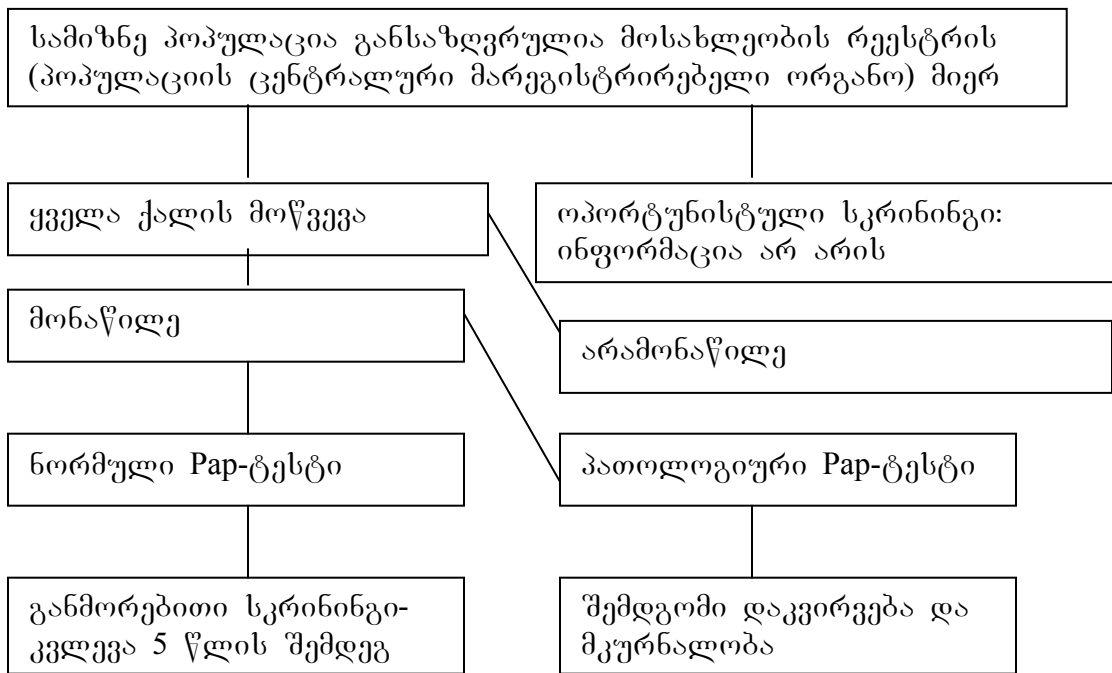
ორგანიზებული სკრინინგის ფარგლებში წარმოებული Pap-ტესტების, კოლპოსკოპიური და ჰისტოლოგიური გამოკვლევების ყველა შედეგი, ასევე ინფორმაცია მკურნალობის შესახებ რეგისტრირებულია.

ორგანიზებული სკრინინგ პროგრამები შეიძლება დაგეგმილი იყოს ნიდერლანდებისა (van Ballegooijen & Hermens, 2000) და ბრიტანეთის (Patrick, 2000) მსგავსად, სადაც გათვალისწინებულია აგრეთვე სპონტანურად (ოპორტუნისტულად) აღებული Pap-ტესტების ინფორმაციაც. აღნიშნულ ქვეყნებში ხდება სამიზნე ასაკობრივი ჯგუფის ნებისმიერი ქალის მოწვევა დროის შეთანხმებულ პერიოდებში პროგრამის ფარგლებში უფასო Pap-ტესტის ასაღებად (იხ. ნახატი №4). არამონაწილე ქალების გამოვლენას ერთიანი კომპიუტერული ბაზის დახმარებით ახორციელებენ ლაბორატორიები და ხდება შეხსენება. ხორციელდება სკრინინგ პროცესის ყველა საფეხურის ხარისხის კონტროლი. ნიდერლანდებში ქვეყანაში აღებული ნებისმიერი Pap-ტესტი რეგისტრირებულია PALGA-სისტემაში (ჰოლანდიის

პათოლოგიის მონაცემთა ეროვნული ბაზა) Pap-ტესტის აღების მიზეზის (სკრინინგ პროგრამის ფარგლებში, ოპორტუნისტული Pap-ტესტი, განმეორებითი Pap-ტესტი), შედეგის, და შემდგომ დაკვირვებაზე რეკომენდაციების მითითებით. ყველა აღნიშნული Pap-ტესტი წარმოადგენს ლაბორატორიის ხარისხის კონტროლის ობიექტს. ოპორტუნისტული Pap-ტესტები არ არის გადახდით უზრუნველყოფილი და აქედან გამომდინარე, მათი სისშირე კლებულობს.

ნახატი №3

საშეილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგი ფინეთის მაგლითზე



ბრიტანეთის ლაბორატორიებში მოითხოვენ ჯანდაცვის მართვის ადგილობრივი ორგანიზაციის ინფორმირებას ყველა Pap-ტესტის შედეგების თაობაზე: რათა შემდგომში შესწორდეს (შეიცვალოს) მორიგი გამოძახების თარიღი. ბრიტანეთში ოპორტუნისტული სკრინინგი მაქსიმალურადაა შეზღუდული.

ზოგიერთ ქვეყანაში, სადაც ოპორტუნისტული სკრინინგი უკვე ფართოდ არის გავრცელებული, იწვევენ ყველა იმ ქალს, ვისაც არ ჰქონია აღებული Pap-ტესტი განსაზღვრულ სკრინინგ ინტერვალებში ხარჯების დაზოგვის გამო. დანიაში (Coleman et al., 1993) (იხ. ნახატი №5) და შვედეთში (Dillner, 2000) მიმართავენ ასეთ მოწვევა/გამოძახების სისტემას. სკრინინგის ორგანიზაციის აღნიშნული ტიპი მისაღებია იმ შემთხვევაში, თუ ოპორტუნისტული Pap-ტესტები ექვემდებარება სისტემატურ ხარისხის კონტროლს; წინააღმდეგ შემთხვევაში ის არაეფექტურია. ინფორმაცია სკრინინგის ასაკობრივ ჯგუფებსა და სკრინინგ ინტერვალების თაობაზე ეფექტურად უნდა იქნას მიწოდებული ყველა ქალისათვის (არა მხოლოდ მოწვეული ქალებისათვის) და Pap-ტესტის ამდები პირებისათვის, რათა შეიზღუდოს Pap-ტესტების გადაჭარბებული აღება. უნდა ხორციელდებოდეს პროგრამის სრულფასოვანი შეფასება.

საფრანგეთის ზოგიერთ რეგიონებში მოწვევა/გამოძახების სისტემა არსებითად რჩება ოპორტუნისტული (იხ. ნახატი №6) (Schaffer et al., 2000). Pap-ტესტების ამდები პირები მოქმედებენ ერთიანი ეროვნული საბჭოს მიერ შემუშავებული სკრინინგ პოლიტიკის ფარგლებში. ყველა Pap-ტესტი რეგისტრირებულია – პაციენტისა და პაპ-ტესტის ამდები პირის ვინაობის, მასალის აღების თარიღისა და შედეგის მითითებით. ყველა ლაბორატორია მუშაობს ხარისხის დაზღვევით და ნებისმიერი Pap-ტესტის შესახებ აგზავნის მონაცემებს კომპიუტერიზებულ ბაზაში. ლაბორატორიები აღჭურვილია რეგისტრაციის კომპიუტერული სისტემებით. Pap-ტესტის ღირებულება განსაზღვრულია კანონით. Pap-ტესტების და შემდგომი დაკვირვების შედეგები ექვემდებარება მონიტორინგს. პერსონალური წერილები ეგზავნება ყველა იმ ქალს, ვისაც Pap-ტესტი არ ჰქონია აღებული ჯანდაცვის სადაზღვევო სისტემის დაფინანსების (რომელიც ფარავს პოპულაციის 80%-ს) ფარგლებში 3 წლის განმავლობაში. არამონაწილეებს შეხსენება არ ეგზავნებათ. ვინაიდან აღნიშნული სისტემა დაფუძნებულია Pap-ტესტების ამდები პირთა სკრინინგ ინტერვალების დაცვის სუბიექტურ (ვოლუნტარისტულ) გადაწყვეტილებაზე, დღემდე ხდება საკმაოდ დიდი რაოდენობით არასაჭირო ნაცხის აღება. თუმცა ყველა აღებული Pap-ტესტის ხარისხი და შემდგომი დაკვირვება კონტროლდება: მონაწილეები იმყოფებიან მონიტორინგის ქვეშ, ამასთანავე ხორციელდება ღონისძიებები სამიზნე პოპულაციის სკრინინგში მაქსიმალურად ჩართვისათვის.

2.5. სამიზნე პოპულაციის, ჯანდაცვის სფეროს შესაბამისი პროფესიონალებისა და კვლევის მეთოდების ბანსაზღვრა

პროგრამის განხორციელებამდე სავალდებულოა სამიზნე პოპულაციის სწორად შერჩევა. აუცილებელია სამიზნე პოპულაციის აღწერა და მასში მიმდინარე სკრინინგ აქტივობის მიმოხილვა. წარმატებული პროგრამის გასახორციელებლად სავალდებულოა ადეკვატური რესურსებით, როგორც მომსახურე პერსონალით, ასევე კვლევის მეთოდებით უზრუნველყოფა, აგრეთვე სათანადო ინფრასტრუქტურის არსებობა.

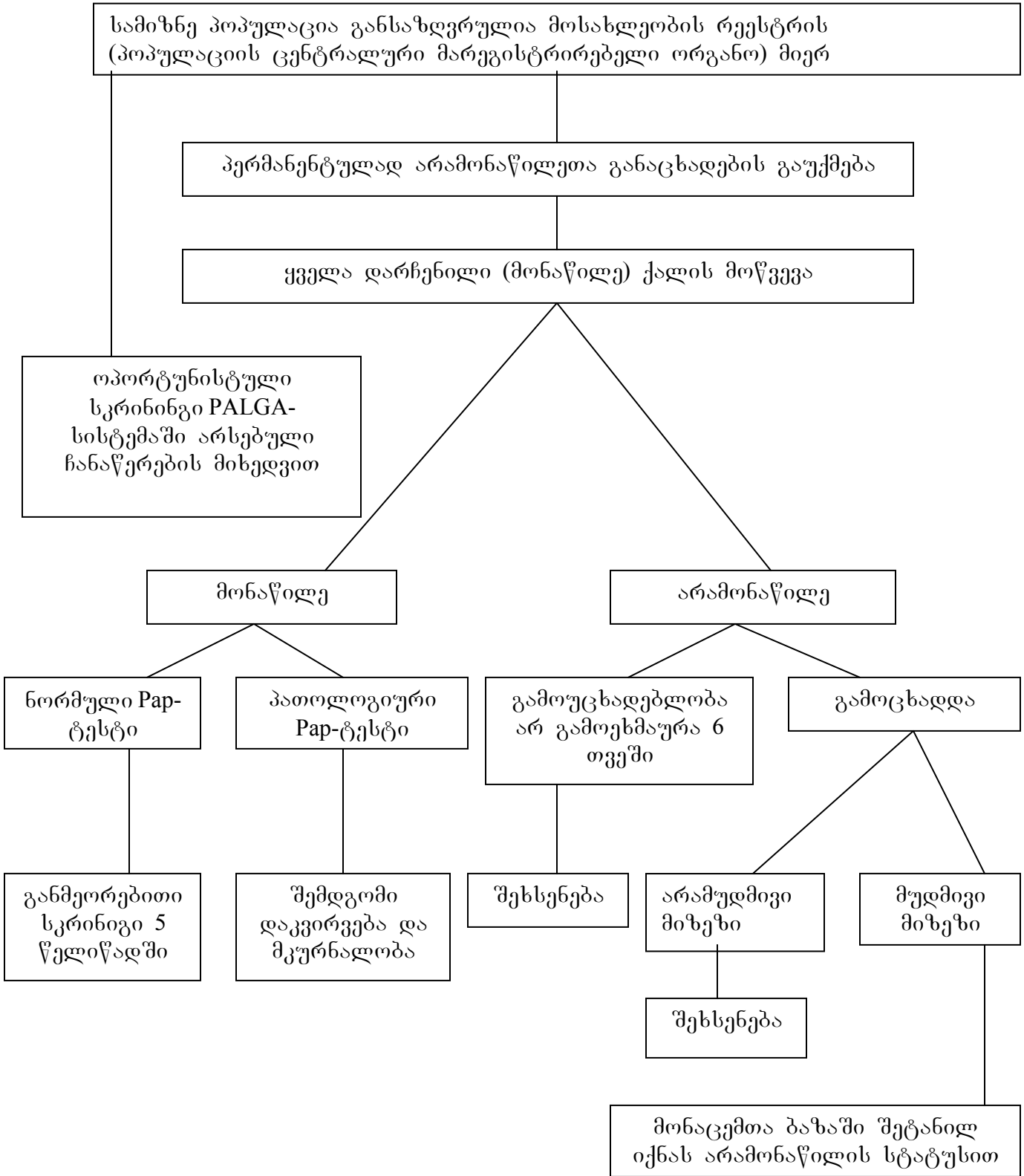
ჯანდაცვის სისტემების მრავალფეროვნებისა და ცალკეულ ქვეყნებში სპეციფიურ გარემოებათა არსებობის გამო, არარეალურია ევროპის ქვეყნებში ხარისხიანი სკრინინგის ორგანიზების ერთიანი გეგმის შემუშავება, თუმცა მიღებულია ე.წ. შეთანხმებული გაიდლაინები (Consensus guidelines) ზოგიერთ საკვანძო საკითხებზე. საზოგადოდ მნიშვნელოვანია ყველა ქვეყანაში ხორციელდებოდეს სკრინინგ პროგრამა, მაგრამ ნაციონალური მართვის პრინციპების შემუშავებით.

2.6. სამიზნე პოპულაციის ბანსაზღვრა და აღწერა

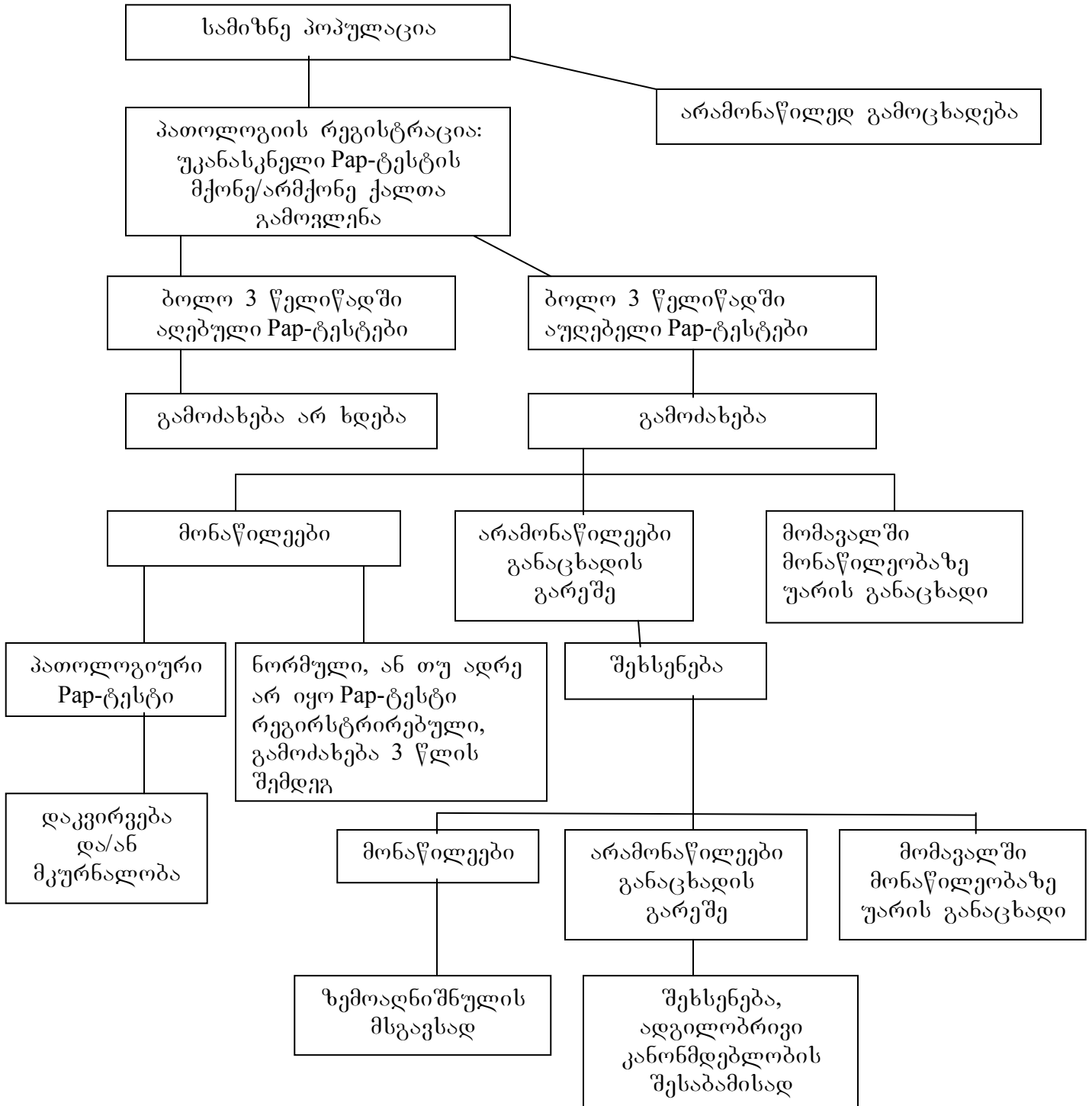
როგორც ზემოთ აღინიშნა, სავალდებულოა ზუსტად განისაზღვროს სამიზნე პოპულაცია და პროგრამის განხორციელების არეალი. ადმინისტრაციული ცენტრის მიერ უნდა განისაზღვროს ერთიანი სკრინინგ პროცესისთვის აუცილებელი ყველა რესურსი. იმ შემთხვევებში, როდესაც სარესურსო ბაზა არ არის სრულყოფილი ცალკეულ კონკრეტულ უბნებში, სრულყოფილი დიაგნოსტიკებისა და მკურნალობის მიზნით დიდი ცენტრები შეიძლება მოემსახუროს რამოდენიმე უბანს ადაპტირებული საკომუნიკაციო სისტემის საშუალებით. ძნელია ადეკვატური

შეფასების უზრუნველყოფა, როდესაც Pap-ტესტები აღებულია ან მოწოდებულია დიდი რაოდენობით, ან ბიოფსიური მასალა აღებულია განსაზღვრული სამიზნე გეოგრაფიული არეალის ფარგლებს გარეთ. მიგრაციის მაღალი სიხშირე გარკვეულ პრობლემებს უქმნის სრულყოფილი სტატისტიკის წარმოებას. ამის გამო სასურველია პოპულაციის მდგრადობა. სასურველია მოხდეს მიგრაციის დოკუმენტაცია და ახალი მისამართების მუდმივი ხელახალი რეგისტრაცია. ოპტიმალური ადმინისტრაციული ეფექტურობისა და სტატისტიკური სტაბილურობის მისაღწევად ტერიტორიული ერთეულები დაკომპლექტებული უნდა იყოს არანაკლებ 250000 მუდმივი მცხოვრებით.

საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგი ნიდერლანდების მაგალითზე

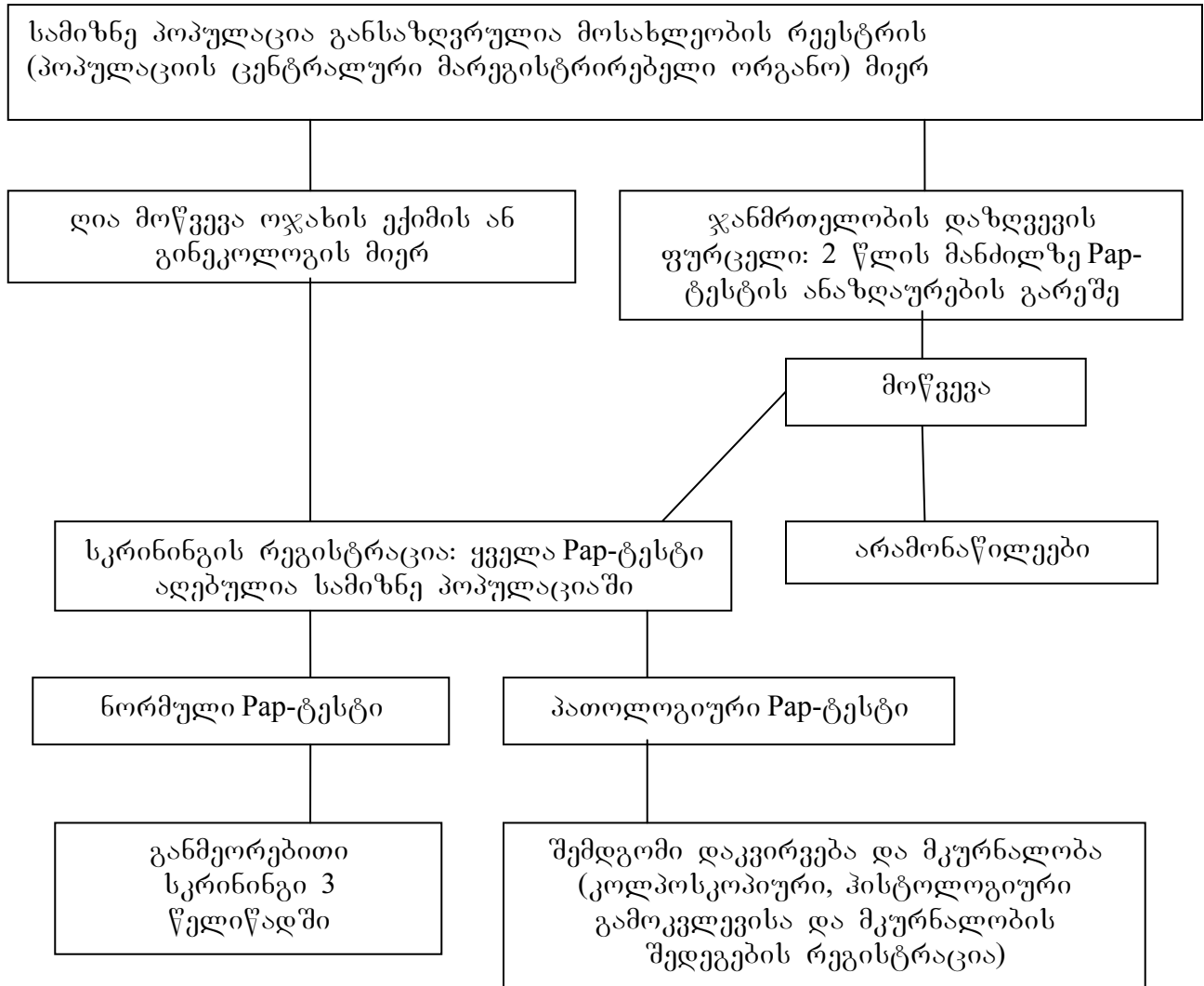


საშეიღოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგი დანიის მაგალითზე



საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგი ელზასის რეგიონის (საფრანგეთი)

მაგალითზე



2.7. ჯანდაცვის სფეროს სათანადო პროფესიული კადრებისა და აღჭურვილობის ბანსაზღვრა

ჯანდაცვის მენეჯმენტის სპეციალისტები

ჯანდაცვის სფეროს სპეციალისტები უნდა დარწმუნებული იყონ იმაში, რომ პროგრამა უზრუნველყოფილი იქნება პოპულაციაზე დაფუძნებული საინფორმაციო სისტემით და იწარმოებს სკრინინგ პროცესის თითოეული საფეხურის მონიტორინგი. ისინი უნდა იყვნენ პასუხისმგებლები, როგორც მონაცემთა შეგროვებაზე და მონიტორინგზე, ისე სკრინინგის პროცესში აღმოცენებული პრობლემის გადაწყვეტის უზრუნველყოფაზე. საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სპეციალისტები უნდა ფლობდნენ ეპიდემიოლოგიის, სტატისტიკისა და კომუნიკაციის საფუძვლებს. სასურველია გათვალისწინებული იყოს სკრინინგ პროგრამების მონიტორინგისა და შეფასების ევროპული სასწავლო კურსების მოთხოვნები.

Pap-ტესტის ამღები პირები და აღების პირობები

თითოეული ქვეყნის ჯანდაცვის სისტემისა და კულტურის თავისებურებებიდან გამომდინარე, Pap-ტესტის აღების პროცესში შესაძლებელია ჩართული იყვნენ ჯანდაცვის სხვადასხვა პროფესიონალები, ასე მაგალითად ექიმები, ექთნები ან ლაბორანტები. ამჟამად დანიაში და ნიდერლანდებში Pap-ტესტის ამღებ ძირითად პირებს წარმოადგენენ ზოგადი პროფილის ექიმები. ფინეთში, შვედეთში, იტალიასა და საბერძნეთში ზოგიერთ პილოტურ პროექტში მსგავს საქმიანობას ახორციელებენ ბებია-ქალები ან ლაბორატორიის ექთნები. დიდი ბრიტანეთის გამოცდილება ადასტურებს, რომ ექთნებს შეუძლიათ საკმაოდ კარგად განახორციელონ აღნიშნული მანიპულაცია. ავსტრიაში, ბელგიაში, გერმანიასა და საფრანგეთში Pap-ტესტის აღება უმეტესწილად ხდება გინეკოლოგების მიერ.

თითოეულ ქვეყანაში სასურველია ჩატარდეს Pap-ტესტის ამღები პერსონალის მინიმალური ტრენინგი – ევროპული გაიდლაინების შესაბამისად. Pap-ტესტის ამღებმა პირებმა უნდა იცოდნენ ქალის გენიტალური სისტემის ანატომია, Pap-ტესტის პათოლოგიური შედეგის შემთხვევაში პათოლოგიის მართვისა და პოპულაციის მასიური სკრინინგის ძირითადი ასპექტები; სავალდებულოდ უნდა ფლობდნენ საშოში სარკის ჩადგმის ტექნიკას (საშივილოსნოს ყელის ვიზუალიზაციის მიზნით) და გაცნობიერებული ჰქონდეთ ტრანსფორმაციის ზონის ტიპის განსაზღვრის მნიშვნელობა. ასევე სასურველია, შეეძლოს საშივილოსნოს ყელის ნაცხის აღწერილობის სწორი ინტერპრეტაცია.

მნიშვნელოვანია, რომ ქალები კმაყოფილებას გამოთქვამდნენ შეთავაზებულ მომსახურებაზე. Pap-ტესტის აღებამდე სასურველია სათანადო პირობების – მყუდრო გარემოს, თბილი და დამამშვიდებელი ატმოსფეროს უზრუნველყოფა, რათა ქალებმა თავი იგრძნონ მაქსიმალურად კომფორტულად.

ციტოლოგიური დიაგნოსტიკის ლაბორატორიები

ციტოლოგიური დიაგნოსტიკის გაიდლაინები საშივილოსნოს ყელის სკრინინგისა და მომსახურე პერსონალისთვის (ციტოტექნიკოსები და ციტოპათოლოგები) პროფესიული უზრუნველყოფის საკითხებზე აღწერილია მე-6-ე თავში.

დიაგნოსტიკური და სამკურნალო ცენტრები

მნიშვნელოვანია, რომ გადრმავეებული გამოკვლევა – კოლპოსკოპია ტარდებოდეს პროფესიონალი კოლპოსკოპისტის მიერ. სკრინინგი არ იქნება ეფექტური, თუ პათოლოგიური Pap-ტესტის შემდეგ არ მოხდება საშვილოსნოს ყელის დაზიანებათა სათანადო შეფასება და მართვა. კოლპოსკოპიის ეროვნულ კოლპოსკოპიურ ასოციაციას სასურველია ჰქონდეს მოწოდებული გაიდლაინების შესაბამისი სასწავლო კურსი კოლპოსკოპიაში.

საინფორმაციო სამსახურისა და ოფისის მომსახურე პერსონალი

საინფორმაციო სამსახურისა და ოფისის მომსახურე პერსონალს უნდა ჰქონდეთ გაცნობიერებული კონფიდენციალობისა და პაციენტების დეტალური მონაცემების სწორად რეგისტრაციის მნიშვნელობა.

ზოგადი პროფილის ექიმების მონაწილეობა

ზოგადი პროფილის ექიმებმა რომც არ აწარმოონ Pap-ტესტების აღება, ისინი მაინც მნიშვნელოვან როლს თამაშობენ სკრინინგ პროგრამაში და ამდენად, უნდა იცოდნენ პროგრამის სტრუქტურა, კერძოდ, გამოძახების სქემის ნიუანსები. მათ შეუძლიათ კონსულტაცია გაუწიონ სკრინინგის თაობაზე იმ ქალებს, რომელთაც აღარ აქვთ კავშირი ქალთა კონსულტაციებთან და ოჯახის დაგეგმვის სამსახურებთან. ნიდერლანდებისა და ბრიტანეთის გამოცდილება უჩვენებს ზემოაღნიშნული კუთხით ზოგადი პროფილის ექიმების მუშაობის ეფექტურობას. ზოგადი პროფილის ექიმებმა თითოეულ შემთხვევაში უნდა მოითხოვონ ინფორმაცია წინა Pap-ტესტის ჩატარების თარიღისა და შედეგების თაობაზე, რათა განისაზღვროს მორიგი Pap-ტესტის აღების ვადები. ზოგადი პროფილის ექიმებმა სასურველია შეინახონ მათი პაციენტების Pap-ტესტების ყველა შედეგის ასლები.

ზოგადი პროფილის ექიმებს ასევე გაცნობიერებული უნდა ჰქონდეთ, რომ სიკვდილობის მაჩვენებელი წარმოადგენს სკრინინგ პროგრამების შეფასების ერთ-ერთ მნიშვნელოვან კრიტერიუმს. მათ უნდა იცოდნენ, რომ საჭიროა გარდაცვალების მიზეზის სწორად დოკუმენტირება: არ შეიძლება იყოს დაფიქსირებული ტერმინი “საშვილოსნოს კიბო”, ყოველთვის უნდა იყოს მითითებული კიბოს სპეციფიური ლოკალიზაცია – ენდომეტრიუმის ან საშვილოსნოს ყელის.

2.8. პროგრამის კოორდინაცია

სკრინინგი წარმოადგენს პროცესს ექთნების, ბებიაქალების, ციტოლოგების, პათოლოგების, გინეკოლოგების, ზოგადი პროფილის ექიმებისა, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სპეციალისტების და საინფორმაციო სამსახურის მონაწილეობით. ყველა ეს სპეციალისტი საჭიროებს ურთიერთშეთანხმებულ მუშაობას. უნდა შეიქმნას კომიტეტი, რომელიც იქნება დაკომპლექტებული ყველა აღნიშნული სპეციალისტით, რომელიც უნდა აწარმოებდეს სკრინინგის მონიტორინგს ეროვნული პოლიტიკის და გაიდლაინების შესაბამისად. კომიტეტის თავმჯდომარედ უნდა იქნას დანიშნული პროგრამის პასუხისმგებელი მენეჯერი.

თამჯდომარეს ეკისრება პროფესიული პასუხისმგებლობა ორგანიზაციულ, ხარისხის დაცვის, შეფასების, მასმედიასთან ურთიერთობის და მისთ. საკითხებში; მას შეიძლება ესაჭიროებოდეს დამხმარე პირები თავისი ფუნქციების სრულყოფილად განსახორციელებლად. პროგრამის მენეჯერი უნდა ფლობდეს აუცილებელ რესურსებს და ავტორიტეტს პროგრამაში მონაწილე ყველა პროფესიონალის კოორდინირებული მუშაობისა და კომიტეტის გადაწყვეტილებათა რეალიზაციის უზრუნველსაყოფად. ნებისმიერ შემთხვევაში სასურველია კონსენსუსის მიღწევა სკრინინგ პროცესის ყველა მონაწილეს შორის.

2.9. ინფორმაციის უზრუნველყოფა

საჭიროა ადეკვატური საინფორმაციო სისტემის არსებობა. პირველად აუცილებლობას წარმოადგენს სამიზნე პოპულაციის თითოეულ წევრზე მონაცემთა განახლების ფურცლის არსებობა.

2.10. მოწვევა/გამოკახების სისტემა

საჭიროა ადმინისტრაციულ მონაცემთა ბაზის შექმნა, რომელშიც შეყვანილ იქნება დეტალური ინფორმაცია სამიზნე პოპულაციის თითოეული ქალის შესახებ, მათ შორის სახელი და გვარი, დაბადების თარიღი, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის ღონისძიებათა გატარების შემთხვევები, პირადი ექიმის მონაცემები (ასეთის არსებობის შემთხვევაში) და საკონტაქტო მისამართი.

პოპულაციის რეგისტრაცია სავალდებულოა, რომ მუდმივად ახლდებოდეს მოსახლეობის მიგრაციის, პირადი მონაცემების დეტალების ცვლილებათა გათვალისწინებით. იმ ქვეყნებში, სადაც პოპულაციის აღმწერი სამსახური დაფუძნებულია მცირე ზომის ადმინისტრაციულ უბნებზე, მნიშვნელოვანია ურთიერთკავშირი აღმწერ პირთა შორის.

შრომისუუნარო ქალები სასურველია, არ იყვნენ გამორიცხულნი საშვილოსნოს ყელის სკრინინგიდან, ვინაიდან ისინი ხასიათდებიან თანაბარი რისკით პოპულაციის დანარჩენ ნაწილთან მიმართებაში. მნიშვნელოვანია სამიზნე პოპულაციაში ისეთი სუბპოპულაციების სპეციალური საჭიროებების შეფასება, როგორცაა ეთნიკური და ემიგრანტთა უმცირესობები, განსხვავებული კულტურისა და რელიგიის თავისებურებები.

მიზანშეწონილია, გამოყოფილი იყოს შემდეგი სპეციფიური ჯგუფები:

- ქალები, ვისაც არასოდეს ჰქონიათ სქესობრივი აქტივობა, ხასიათდებიან საშვილოსნოს ყელის კიბოს განვითარების დაბალი რისკით. თუმცა, განსაკუთრებით ახალგაზრდა ქალთა შორის, აღნიშნულმა მდგომარეობამ შესაძლოა განიცადოს ცვლილება. ამდენად, უმჯობესია ყველა ქალის მოწვევა სკრინინგ პროგრამაში, მათი სექსუალური გამოცდილებისგან დამოუკიდებლად.
- ჰისტერექტომიის შემდეგ ქალები შესაძლოა გამოეთიშონ სკრინინგს, თუ ქირურგიული ჩარევა არ უკავშირდებოდა საშვილოსნოს ყელის ნეოპლაზიას. ამასთანავე ქალები, ვისაც ნაწარმოები ჰქონდათ სუბტოტალური ჰისტერექტომია (საშვილოსნოს სუპრავაგინური ამპუტაცია საშვილოსნოს ყელის ამოკვეთის გარეშე), უნდა აგრძელებდნენ მონაწილეობას სკრინინგ პროგრამაში.

2.11. როგორ უნდა განისაზღვროს სამიზნე პოპულაცია და მოხდეს მისი დაფარვის უზრუნველყოფა

სკრინინგ პროგრამის წარმატების ძირითად წინაპირობას წარმოადგენს სამიზნე პოპულაციაში შეყვანილ ქალთა რეალური სკრინინგის უზრუნველყოფა. თუმცა, განსაკუთრებული ძალისხმევაა საჭირო სკრინინგში ისეთი ქალების მოსაწვევად, რომელთაც არასოდეს მიუღიათ მონაწილეობა მსგავს ღონისძიებებში.

2.12. წინააღმდეგობები (ბარიერები)

სკრინინგში მონაწილე ქალთა კონტიგენტის განსაზღვრა ასოცირდება ისეთ პარამეტრებთან, როგორიცაა ასაკი, სოციალურ-ეკონომიკური და ოჯახური მდგომარეობა. ადგილობრივ პირობებზე დაყრდნობით, მარტოხელა ქალები, ეთნიკურ უმცირესობათა წარმომადგენლები, და დაბალი სოციალ-ეკონომიკური სტატუსის მქონე ქალები შეიძლება ნაკლებად აღმოჩნდნენ ჩართულნი სკრინინგ პროგრამაში (Arbyn et al., 1997; IARC, 2005). ხშირად მათ წარსულში არ ჩატარებიათ Pap-ტესტი, თუმცა უარიც არ განუცხადებიათ ჯანდაცვის სტრუქტურებთან ურთიერთობაზე. პერსონალური გამოძახების სამსახური აღმოჩნდა მაღალეფექტური ასეთი ჯგუფების დაფარვის თვალსაზრისით (Ronca et al., 1991; IARC, 2005).

სკრინინგში არამონაწილე პირები ხასიათდებიან ავადობისა და სიკვდილობის შედარებით მაღალი რისკით. შრომისუუნარო ქალები ხშირად ეთიშებიან საშეიღოსნოს ყელის სკრინინგს, როდესაც ჯერ კიდევ გააჩნიათ პოპულაციის დარჩენილი ნაწილისთვის დამახასიათებელი ტოლფასი რისკის. ასე, მაგალითად, პარაპლევგის მქონე ქალები ხშირად სექსუალურად უფრო აქტიურები არიან მათი ინვალიდობის გამომწვევი ტრავმის წინამორბედ პერიოდთან შედარებით, ხოლო სხვადასხვა ფსიქიური დარღვევების მქონე ქალები ზოგჯერ, შესაძლოა, ინტენსიურ მოწვევას უხამებდნენ სექსუალურ აქტივობას.

შიში გინეკოლოგიური გამოკვლევების მიმართ, შიში კიბოს მიმართ, სოციალური წარმომავლობა, ნერვიულობა Pap-ტესტის ამღები პირის სქესის გამო, მეთოდისადმი უნდობლობა, სკრინინგ მომსახურების ადრეულ გამოცდილებასთან, და საზოგადოდ, ჯანდაცვის სისტემასთან დაკავშირებული დისკომფორტი – ეს არის ის წინააღმდეგობები, რომელთა შეცვლაც რთულია და რომლებიც განპირობებულია ქვეყნის ეთნოკულტურითა და სოციალური თავისებურებებით. ამ უკანასკნელთა დაძლევისათვის საჭიროა პირადი კონტაქტი, მსჯელობა, ახსნა, გარჩევა ინდივიდუალურ შეხვედრებზე. იგივე შეიძლება ითქვას პოტენციურ დაბრკოლებებზე, როგორებიცაა მანძილი კლინიკებამდე და ლოდინის ხანგრძლივობა, რაც ასევე აქვეითებს მომსახურების ხელმისაწვდომობას. ტესტისა და/ან კონსულტაციის თანხა ასევე შეიძლება წარმოადგენს დამატებით დაბრკოლებას.

2.13. თანხმობის მოპოვების გაზრდის მეთოდები

რეკომენდებულია მიღწეულ იქნას სრულყოფილი საშუალო რისკის მქონე პოპულაციის მონაწილეობა სკრინინგში. ნაჩვენებია, რომ საკმაოდ ეფექტურია ინდივიდუალური მოსაწვევების სისტემა. ქალების პირადი ექიმების სახელით გაგზავნილი მოსაწვევებმა შეიძლება განაპირობებოს თანხმობის შედარებით

მაღალი სისწიერე (Ronco et al., 1997; Segnan et al., 1998). არსებობს უტყუარი მტკიცებულებები, რომ ქალთა უმრავლესობაში Pap-ტესტის პათოლოგიური შედეგი იწვევს უარყოფით ფსიქოლოგიურ ეფექტს, რამაც შეიძლება გამოიწვიოს უარყოფითი დამოკიდებულება სკრინინგის გაგრძელებისა და შემდგომი დაკვირვების მიმართ (IARC, 2005).

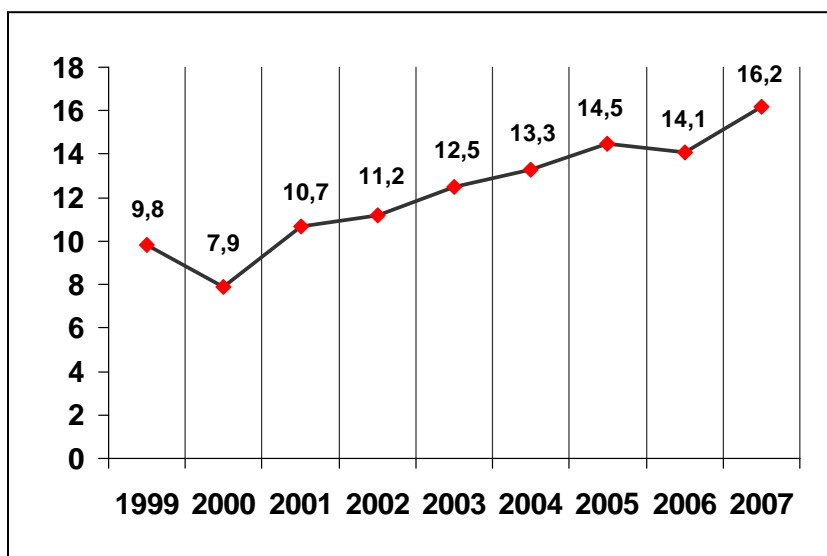
ბრიტანეთში, 1988 წელთან შედარებით, როდესაც პოპულაციის დაფარვა შეადგენდა 25% და წარმოებდა მიზნობრივი გადახდა, გამოძახება-გამოცხადების კომპიუტერიზებული სისტემის შემოღების კვალდაკვალ, 1993 წლიდან პოპულაციის დაფარვა გაიზარდა და ნარჩუნდება 80%-ზე მაღალი მაჩვენებლით.

2.14. სკრინინგის ღირებულება

ევროპის ქვეყნებში, ორგანიზებული სკრინინგი, ჩვეულებრივ უფასოა (Anttia et al., 2004). ოპორტუნისტული სკრინინგის ღირებულება სრულად ან ნაწილობრივ იფარება ჯანდაცვის ინდივიდუალურად დაზღვევის ხარჯზე. თუ სკრინინგი არ არის უფასო, ან სრულყოფილად დაფარული სადაზღვევო ორგანიზაციის მიერ, სასურველია გადახდისუნარო ქალებს გაეწიოს დახმარება. მნიშვნელოვანია, რომ ოპორტუნისტული სკრინინგი ქალებისათვის არ არის პოპულაციაზე დაფუძნებულ პროგრამებთან შედარებით უფრო იაფი, რაც გათვალისწინებული უნდა იყოს სადაზღვევო კომპანიების მიერ.

2.15. სკრინინგი საქართველოში

საქართველოში, ისევე როგორც მსოფლიოს სხვა ქვეყნებში, საშვილოსნოს ყელის კიბო იკავებს ქალებში მეორე ადგილს ავადობის და სიკვდილობის მაჩვენებლებით ძუძუს კიბოს შემდეგ. ამასთანავე უკანასკნელ წლებში ეს მაჩვენებლები მატულობს.



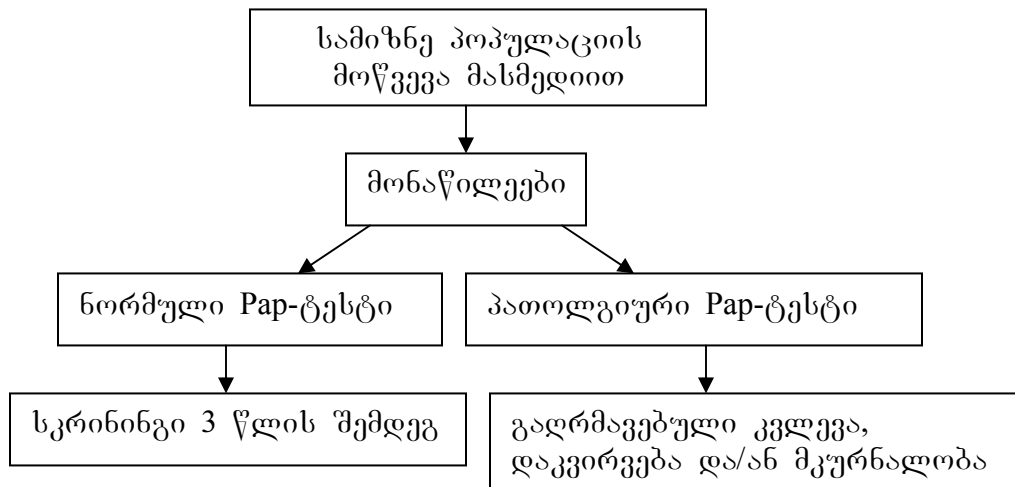
ნახატი №7. საშვილოსნოს ყელის კიბოს ავადობის მაჩვენებელი (n/100 000) საქართველოში (1999-2006 წლის მაჩვენებლები ეყრდნობა სახელმწიფო სტატისტიკის დეპარტამენტის მონაცემებს, 2007 წლის მაჩვენებელი – ეროვნული ონკოლოგიური ცენტრის სტატისტიკის მონაცემებს)

აღსანიშნავია, რომ საშვილოსნოს ყელის კიბოს ახლადგამოვლენილი შემთხვევების თითქმის 50% წარმოადგენს დაავადების II-IV სტადიას, როდესაც მკურნალობის ეფექტურობა მცირეა და პროგნოზულად ძალზედ არაკეთილსაიმედო.

საქართველოში, კერძოდ თბილისში 2008 წლიდან საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგის პილოტური პროგრამის იმპლემენტაცია ეფუძნება გამართული Pap-ლაბორატორიების და Pap-დიაგნოსტიკის გამოცდილების, გარკვეული ადამიანური და მატერიალური რესურსების და, რაც მთავარია, პოლიტიკური ნების არსებობას.

ნახატი №8

საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგი საქართველოში (თბილისი)



საქართველოში სკრინინგი ამჟამად ემყარება მასშედითა და რეკლამით მოწვეულ ქალთა მომართვიანობას. განსაზღვრულია სამიზნე პოპულაცია – 25-60 წ. ასაკობრივი ჯგუფით, ხოლო სკრინინგ ინტერვალად მიღებულია 3 წელი, Pap ტესტირება და ატიპიური Pap ტესტის მქონე ქალების გალრმავებული გამოკვლევა (კოლპოსკოპია, ბიოფსია, ჰისტოლოგიური გამოკვლევა) მოსახლეობისათვის უფასოა (იფარება მუნიციპალური ბიუჯეტით და UNFPA ფონდიდან). მწირი მატერიალური რესურსის გამო ჯერჯერობით ვერ იფარება გამოვლენილი კიბოსწინარე დაავადებების მკურნალობის ხარჯები.

მომავალში, დაგეგმილია სკრინინგის ორგანიზებულ მეთოდზე გადასვლა, რაც ითვალისწინებს მოსახლეობის რეესტრის ბაზაზე დაფუძნებულ კომპიუტერიზებულ მოწვევა/გამომძახებას.

ბამოყენებული ლიტერატურა

1. Clarke E.A. & Anderson T.W. (1979). Does screening by "Pap" smears help prevent cervical cancer? A case-control study. Lancet 2: 1-4.
2. 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.

3. 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.
4. 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.
5. Davies P., Arbyn M., Dillner J., Kitchener H., Ronco G., & Hakama M. (2006). A report on the current status of European research on the use of human papillomavirus testing for primary cervical cancer screening. *Int. J. Cancer* 118: 791-796.
6. Dickman P.W., Hakulinen T., Luostarinen T., Pukkala E., Sankila R., Soderman B., & Teppo L. (1999). Survival of cancer patients in Finland 1955-1994. *Acta Oncol.* 38 Suppl. 12: 1-103.
7. Dillner J. (2000). Cervical cancer screening in Sweden. *Eur J Cancer* 36: 2255-2259.
8. Engeland A., Haldorsen T., Tretli S., Hakulinen T., Hürte L.G., Luostarinen T., Magnus K., Schou G., Sigvaldason H., Storm H.H., Tulinius H., & Vaithinen P. (1993). Prediction of cancer incidence in the Nordic countries up to the years 2000 and 2010. A collaborative study of the Five Nordic Cancer Registries. *APMIS Suppl* 38: 1-124.
9. 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.
10. Goldie S.J. (2002). Health economics and cervical cancer prevention: a global perspective. *Virus Res.* 89: 301-309.
11. Gornall R.J., Boyd I.E., Manolitsas T., & Herbert A. (2000). Interval cervical cancer following treatment for cervical intraepithelial neoplasia. *Int. J. Gynecol. Cancer* 10: 198-202.
12. 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.
13. Hristova L. & Hakama M. (1997). Effect of screening for cancer in the Nordic countries on deaths, cost and quality of life up to the year 2017. *Acta Oncol.* 36 Suppl 9: 1-60.
14. IARC (2005). Cervix Cancer Screening. *IARC Handbooks of Cancer Prevention*. Vol. 10. IARC Press, Lyon
15. Insinga R.P., Glass A.G., & Brenda B.R. (2004). Diagnoses and outcomes in cervical cancer screening: a population-based study. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 191: 105-113.
16. Nieminen P., Kallio M., Anttila A., & Hakama M. (1999). Organised vs. spontaneous Pap-smear screening for cervical cancer: A case-control study. *Int. J. Cancer* 83: 55-58.
17. Nieminen P., Kotaniemi L., Hakama M., Tarkkanen J., Martikainen J., Toivonen T., Ikkala J., Luostarinen T., & Anttila A. (2005). A randomised public-health trial on automation-assisted screening for cervical cancer in Finland: performance with 470,000 invitations. *Int. J. Cancer* 115: 307-311.
18. Nygard J.F., Skare G.B., & Thoresen S.O. (2002). The cervical cancer screening programme in Norway, 1992-2000: changes in Pap smear coverage and incidence of cervical cancer. *J Med Screen.* 9: 86-91.
19. Ostor A.G. (1993). Natural history of cervical intraepithelial neoplasia: a critical review. *Int. J. Gynecol. Pathol.* 12: 186-192.
20. Parkin DM, Bray F, Ferlay J, Pisani P. (2005) Global cancer statistics 2002. *CA Cancer J. Clin.* 55:74- 108.
21. Patnick J. (2000). Cervical cancer screening in England. *Eur J Cancer* 36: 2205-2208.
22. Peto J., Gilham C., Fletcher O., & Matthews F.E. (2004). The cervical cancer epidemic that screening has prevented in the UK. *Lancet* 364: 249-256.
23. Quinn M., Babb P., & Jones J. (1999). Effect of Screening on Incidence and Mortality from Cancer of the Cervix in England: Evaluation Based on Routinely Collected Statistics. *BMJ* 318: 904-908.

24. Ronco G., Pilutti S., Patriarca S., Montanari G., Ghiringhello B., Volante R., Giordano L., Zanetti R., Mancini E., & Segnan N. (2005). Impact of the introduction of organised screening for cervical cancer in Turin, Italy: cancer incidence by screening history 1992-98. *Br. J. Cancer* 93: 376-378.
25. 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.
26. Rousseau A., Bohet P., Merlière J., Treppoz H., Heules-Bernin B., & Ancelle-Park R. (2002). Evaluation du dépistage organisé, et du dépistage individuel du cancer du col de l'utérus: utilité, des données de l'Assurance maladie. *Bull. Epidemiol. Hebdom.* 19: 81-84.
27. Salomon J.A., Weinstein M.C., & Goldie S.J. (2004). Taking account of future technology in cost effectiveness analysis. *BMJ* 329: 733-736.
28. 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.
29. 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.,
30. Roazzi P., & Lisi D. (2003). EUROCORE-3: survival of cancer patients diagnosed 1990-94- results and commentary. *Ann.Oncol.* 14 Suppl. 5: V61-V118.
31. Sasieni P. & Adams J. (1999). Effect of screening on cervical cancer mortality in England and Wales: analysis of trends with an age period cohort model. *BMJ* 318: 1244-1245.
32. Sasieni P., Adams J., & Cuzick J. (2003). Benefit of cervical screening at different ages: evidence from the UK audit of screening histories. *Br. J. Cancer* 89: 88-93.
33. Sasieni P.D., Cuzick J., Lynch-Farmery E.L., & National Co-ordinating Network for Cervical Screening Working Group (1996). Estimating the efficacy of screening by auditing smear histories of women with and without cervical cancer. *Br. J. Cancer* 73: 1001-1005.
34. Schaffer P., Sancho-Garnier H., Fender M., Dellenbach P., Carbillet J.P., Monnet E., Gauthier G.P., & Garnier A. (2000). Cervical cancer screening in France. *Eur J Cancer* 2215-2220.
35. Segnan N., Ronco G., & Ciatto S. (2000). Cervical cancer screening in Italy. *Eur J Cancer* 36: 2235- 2239.
36. Sherlaw-Johnson C. & Philips Z. (2004). An evaluation of liquid-based cytology and human papillomavirus testing within the UK cervical cancer screening programme. *Br. J. Cancer* 91: 84-91.
37. Sigurdsson K. (1995). Quality assurance in cervical cancer screening: The Icelandic experience 1964-1993. *Eur J Cancer* 31 A: 728-734.
38. Storm H., Buiatti E., Hakulinen T., & Ziegler H. (2004). Guidelines on confidentiality in populationbased cancer registration in the European Union. Lyon 1-20.
39. Syrj nen 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.
40. Tyczynski, J.E., Demaret, E., and Parkin, D.M. (2003) Standards and Guidelines for Cancer Registration in Europe. IARC Technical Publications, no.40. Lyon: IARCPress.
41. Verdecchia A, Francisci S, Brenner H, Gatta G, Micheli A, Mangone L, Kunkler I, and the EUROCORE-4 Working Group. Recent cancer survival in Europe: a 2000-02 period analysis of EUROCORE-4 data. *Lancet Oncology*; published on-line August 21, 2007 (DOI:10.1016/S1470- 2045(07)70246-2).
42. van Ballegooijen M., Habbema J.D., van Oortmarssen G.J., Koopmanschap M.A., Lubbe J.T., & van Agt H.M. (1992). Preventive Pap-smears: balancing costs, risks and benefits. *Br. J. Cancer* 65: 930- 933.

43. van Ballegooijen M. & Hermens R. (2000). Cervical cancer screening in the Netherlands. *Eur J Cancer* 36: 2244-2246.
44. 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
45. van Ballegooijen M., van den Akker van Marle M.E., Patnick J., Lynge E., Arbyn M., Anttila A., Ronco G., & Habbema D.F. (2000). Overview of important cervical cancer screening process values in EU countries, and tentative predictions of the corresponding effectiveness and cost-effectiveness. *Eur J Cancer* 36: 2177-2188.
46. van den Akker van Marle M.E., van Ballegooijen M., van Oortmarssen G.J., Boer R., & Habbema J.D.F. (2002). Cost-effectiveness of cervical cancer screening: comparison of screening policies. *J. Natl. Cancer Inst.* 94: 193-204.
47. van den Akker-van Marle ME, van Ballegooijen M., & Habbema J.D. (2003a). Low risk of cervical cancer during a long period after negative screening in the Netherlands. *Br. J. Cancer* 88: 1054- 1057.
48. van Oortmarssen G.J. & Habbema J.D. (1991). Epidemiological evidence for age-dependent regression of pre- invasive cervical cancer. *Br. J. Cancer* 64: 559-565.
49. Walter S.D., Clarke E.A., Hatcher J., & Stitt L.W. (1988). A comparison of physician and patient reports of Pap smear histories. *J Clin Epidemiol* 41: 401-410.
50. WHO (1986). Control of cancer of the cervix uteri. A WHO meeting. *Bull WHO* 64: 607-618.
51. WHO (2002). National Cancer Control Programmes. Policies and Managerial Guidelines, 2nd edition. World Health Organization, Geneva.
52. 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.

3. საშვილოსნოს ყელის რუტინული ციტოლოგიური გამოკვლევა – Pap ტესტირება

3.1. 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.

შეუიარაღებელი ნორმალური თვალის ოპტიკური გარჩევისუნარიანობაა 100 μ m, ხოლო ბირთვის საშუალო ზომა კი 10 μ m. ამგვარად, ბირთვის ვიზუალიზაციისათვის საჭირო მინიმალური გადიდებაა X10, თუმცა ამ გადიდებაზე შეუძლებელია ბირთვის დეტალების გარჩევა. სკრინინგული მიზნით გამოიყენება 10 ჯერ გამაღივებელი ობიექტივი და 10-იანი ოკულარი. ამ გადიდებაზე შესაძლებელია ბირთვის ძირითადი მახასიათებლების (ზომა და კონტრასტულობა) გარჩევა,

თუმცა სტრუქტურული გარჩევისუნარიანობა საკმაოდ დაბალია. მხედველობის ცენტრში დაფიქსირების შემდეგაც კი. გინეკოლოგიურ ციტოლოგიაში მცირე გადიდება გამოიყენება მხოლოდ ორიენტაციისათვის, და არა გამოსაკვლევი მიზნით. ობიექტების დეტალური შესწავლა ხდება უფრო დიდ (25x და 40x) გადიდებაზე.

მინის დათვალიერება იწყება მისი კიდიდან. ერთი მხედველობის ველის დათვალიერების შემდეგ დამთვალიერებელი გადადის შემდეგ მხედველობის ველზე სასასაგნე მაგიდის სწრაფი მოძრაობით. ეს პროცესი - მონაცვლეობითი მოძრაობა და შეჩერება გრძელდება ერთი და იმავე მიმართულებით სანამ არ მივალწევთ საფარი მინის მოპირდაპირე კიდე. შემდეგ დამკვირვებელი გადადის მომიჯნავე პარალელურ ხაზზე და მიჰყვება მას მოპირდაპირე მიმართულებით, სანამ არ მოხდება მთელი მინის დათვალიერება. ეს არის მინის დათვალიერების ე.წ. "შეანდრისეული" ფორმა.

მინის მოძრაობისას ერთი მხედველობის ველიდან მეორეში გადასვლა ხდება დაახლოებით 180 მლწმ-ში. ამ დროის განმავლობაში არ ხდება გამოსახულების ფოკუსირება ცენტრალური მხედველობით. ახალი მხედველობის ველის აღქმა ხდება ლატენტური პერიოდის დროს პერიფერიული მხედველობით. თუ საექვო უბნის აღმოჩენა არ მოხდება დაახლოებით 230 მლწმ-ში, სასაგნე მაგიდის მოძრაობით გადავდივართ შემდეგ მხედველობის ველში. საექვო უბნის აღმოჩენისას ხდება მისი ფოკუსირება ცენტრალური მხედველობით (თვალის ე.წ. საკადური (ნახტომისებური) მოძრაობით). შემდეგ ისევ ვამოძრავებთ სასაგნე მაგიდას და ვათვალიერებთ შემდეგე მხედველობის ველს.

ციტოტექნოლოგი, რომელსაც სჭირდება საშუალოდ 5 წუთი ერთ მინაზე და ერთი წუთი დოკუმენტაციაზე, შეძლებს ნახოს 10 შემთხვევა ერთ საათში და 60 შემთხვევა დღეში, თუ 6 საათს გაატარებს მიკროსკოპთან. ამ დროიდან ერთი საათი ეთმობა პაციენტის დოკუმენტების წაკითხვასა და ფორმების შევსებას.

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 Pap დიაგნოსტიკის ძირითად კომპონენტს.

3.2. 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 გათხაპნა, როგორც რუტინული ციტოლოგიური ნაცხის შემთხვევაში. მასალის ასაღები ინსტრუმენტი აღებულ მასალასთან ერთად გადაიტანება სპეციალურ კონტეინერში, რომელიც შეიცავს ასევე სპეციალურ სატრანსპორტო სითხეს. კონტეინერი შემდეგ იზავენება შესაბამისად აღჭურვილ ლაბორატორიაში. 50-იან წლებში განვითარდა რამოდენიმე კომერციული სისტემა, მათ შორის ThinPrep(Cytec,

Boxborough, MA, USA) და BD SurePath™ B(formerly, AutoCyte PREP, BD Diagnostics, Diagnostic Systems - TriPath USA) სისტემები ყველაზე კარგადაა ცნობილი. ThinPrep-2000 ან უფრო მეტად ავტომატიზებული ThinPrep -3000 პროცესორით, ხდება სითხის ასპირაცია სპეციალური მემბრანის გავლით რომელიც აკავებს უჯრედულ მასალას. ეს უჯრედული მასალა შემდეგ გადაიტანება მინაზე უჯრედების ძალიან თხელი ფენის სახით, რომელსაც ხშირად უჯრედების მონოშრეს უწოდებენ. BD SurePath™-ით შეგროვებული უჯრედული მასალა გაივლის ე.წ. Cell Enrichment™ - უჯრედების გამდიდრების პროცესს. ამ დროს ხდება გადამფარავი უჯრედული მასალის და დეტრიტის (სისხლი, ლორწო და ანთებითი უჯრედები) მოშორება. ამერიკის FDA-ს მიერ რეკომენდებულია მხოლოდ ThinPrep და BD SurePath™. თუმცა ხდება სხვა სითხეზე დაფუძნებული ისეთი ტექნოლოგიების გამოყენებაც, როგორცაა: CYTOscreen System (Seroa), Turbitec (Labonord), PapSpin (Shandon), Cytoslide (Menarini), და SpinThin® (Shandon). ბოლო დრომდე FDA-ს მიერ რეკომენდებული იყო მხოლოდ ThinPrep, LSIL და HSIL -ის გამოვლენის უფრო მაღალი ალბათობის გამო, რაც რუტინულ ციტოლოგიასთან შედარებით ამცირებდა არაადექვატური ნაცხების რიცხვს, 2003 წელს FDA-მ გამოსცა რეკომენდაცია BD SurePath გამოყენებაზე HSIL-ის მაღალი ალბათობით გამოვლენის მიზნით.

3.3. სითხეზე დაფუძნებული ციტოლოგიის გამოყენების მიხანშეწონილობა

სითხეზე დაფუძნებული ციტოლოგიური მეთოდების პირველი უპირატესობაა, რომ ამ დროს თითქმის ყველა უჯრედი გადაიტანება სითხეში, მაშინ როდესაც რუტინული ნაცხის ნაწილი რჩება მასალის ასაღებ ინსტრუმენტზე (Rubio, 1977). უჯრედების სითხეში გადატანა ზრდის ნაცხის რეპრეზენტატულობას (Hutchinson et al., 1994). ThinPrep და SurePath სისტემების მიერ ხდება უჯრედების წრიული ფენის შექმნა რომელიც შეიცავს საშუალოდ 50,000 - 75,000 უჯრედს, მაშინ როდესაც რუტინული ნაცხი ჩვეულებრივ შეიცავს 100,000 - 250,000 უჯრედს. სითხეზე დაფუძნებული ციტოლოგიური მასალის დროს აღინიშნება ოპტიმალური ფიქსაცია. მეორეს მხრივ შეცვლილი ფონი საჭიროებს ციტოპათოლოგის შესაბამის მომზადებას და ადაპტაციას (Austin & Ramzy, 1998). ერთროციტები, ლორწოს დიდი ნაწილი იშლება და ლეიკოციტები უფრო თანაბრად განაწილებული. ეპითელიური ფრაგმენტები რომელთა ინტერპრეტაცია გაძნელებულია რუტინულ ნაცხში, სითხეზე დაფუძნებული ციტოლოგიის დროს ჩვეულებრივ ექვედებარება დაშლას, მაშინ როდესაც დიაგნოსტიკურად ღირებული ცილინდრული ან მეტაპლაზიური უჯრედების ჯგუფები რჩება თითქმის უცვლელი სახით. ასეთი სახის ნაცხის დათვალიერება მიკროსკოპში გაცილებით კომფორტულია და შესაბამისად აადვილებს ციტოლოგიური სტრუქტურების შეფასებას (Linder & Zahniser, 1997; Austin & Ramzy, 1998). გარდა ამისა, დარჩენილი სითხიდან შესაძლებელია დამატებითი ნაცხის მომზადება დამატებითი გამოკვლევებისთვის (მაგ: ადამიანის პაპილომავირუსის დნმ-ის ან ქლამიდიის გამოვლენა), ნაცხის ასაღებად ქალის განმეორებითი მოყვანის გარეშე (Sherman et al., 1997; Ferenczy & Franco, 1997). თხელნაცხიანი ციტოლოგია უფრო მოსახერხებელია ავტომატიზებული სკრინინგისათვის. მნიშვნელოვანი დაბრკოლებაა მეთოდის მაღალი თვითღირებულება. სხვადასხვა კვლევებით ნაჩვენებია რომ HSIL-ის გამოვლენის ალბათობა ერთი და იგივეა, როგორც სითხეზე დაფუძნებული, ისე რუტინული ციტოლოგიური მეთოდების დროს, თუმცა ზოგიერთი კვლევის მიხედვით ნაჩვენებია

LSIL და HSIL ის გამოვლენის უფრო მაღალი ალბათობა სითხეზე დაფუძნებული ციტოლოგიით. საერთო ჯამში არ არსებობს მაღალი სარწმუნოების მტკიცებულება სითხეზე დაფუძნებული ციტოლოგიის უფრო მაღალი ეფექტურობის თაობაზე მაღალი ხარისხის ინტრაეპითელური დაზიანებების გამოვლენისათვის.

3.4. 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 ვალდებული იყო აეღო განმეორებითი 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" (Solomon & Nayer, 2004). მწირია მტკიცებულებითი მედიცინის მონაცემები ადექვატური რუტინული Pap ნაცხის შესახებ. დიდი ბრიტანეთის ორგანიზებული სკრინინგული პროგრამა ემყარებოდა კონცეფციას, რომ ცერვიქსის ნაცხი უნდა შეიცავდეს კარგად ვიზუალიზებად უჯრედულ მასალას, რომელიც ფარავს სასაგნე მინის ერთ მესამედს მაინც. (BSCC Editorial, 1990). TBS-ის კრიტერიუმით სითხეზე დაფუძნებული ციტოლოგიური ნაცხი უნდა შეიცავდეს სულ მცირე 5,000 უჯრედს (Solomon et al., 2002). რეკომენდებულია უჯრედულობის განსაზღვრა პრეპარატის ცენტრალური ნაწილის 10 დიდი გადიდების მხედველობის ველის შეფასებით. ცნობისთვის 5000 უჯრედი უთანაბრდება დაახლოებით 3,8 უჯრედს 40X გადიდებაზე Thin prep-ისათვის და 9.0-ს (40X) Sure path-ისათვის. ამ გამოთვლების დეტალები და ილუსტრაციები მოცემულია "The Bethesda System for Reporting Cervical Cytology: Definitions, Criteria and Explanatory Notes" (Solomon & Nayer 2004). მინიმალური

უჯრედულობის კრიტერიუმად მიღებულია ნაცხში 5000 უჯრედის არსებობა (Geyer et al., 2000; Studeman et al., 2003). Solomon-ისა და თანაავტორთა მიხედვით საჭიროა ახალი კვლევები უჯრედულობის განსაზღვრის და მისი მგრძობელობის შესწავლის მიზნით ნებისმიერი ტიპის პრეპარატისათვის. დიდ ბრიტანეთში, სითხეზე დაფუძნებული ციტოლოგიის გამოყენებამ შეამცირა არაადექვატური ნაცხების რაოდენობა, თუმცა ჯერ კიდევ არ არსებობს საბოლოოდ შეთანხმებული კრიტერიუმები მასალის ადექვატურობის განსაზღვრისათვის (National Institute for Clinical Excellence (NICE), 2003).

ე.წ. გადამფარავი ფაქტორები და სხვა კრიტერიუმები

სხვა მიზეზები, რის გამოც შეუძლებელია ნაცხის ინტერპრეტაცია მოცემულია 1991 გამოცემულ TBS-ში (Luff & et al, 1992). 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.

მასალის აღება ტრანსფორმაციის ზონიდან

მიუხედავად იმისა, რომ ჯვარედინი კვლევები მუდმივად უჩვენებენ ციტოლოგიური პათოლოგიების გამოვლენის უფრო მაღალ ალბათობას იმ რუტინულ ნაცხებში, რომლებიც შეიცავს ტრანსფორმაციული ზონის კომპონენტს, (Elias et al., 1983; Vooijs et al., 1985; Killough et al., 1988; Boon & Suurmeijer, 1993), გრძელვადიანი კვლევებით არ არის დადასტურებული მაღალი ხარისხის ავთვისებიანი დაზიანებების გამოვლენის უფრო მაღალი ალბათობა ანალოგიური ტიპის ნაცხებში (Elias et al., 1983; Vooijs et al., 1985; Killough et al., 1988; Boon & Suurmeijer, 1993). ამ მიზეზის გამო ტრანსფორმაციული ზონის კომპონენტის არ არსებობა არ შეიძლება გამოყენებული იქნას ერთადერთ კრიტერიუმად ნაცხის არადამაკმაყოფილებლად მიჩნევისათვის.

ნაჩვენებია, რომ ქალები არადამაკმაყოფილებელი ნაცხებით, იმყოფებიან მაღალი ხარისხის დაზიანების გამოვლენის უფრო მაღალი რისკის ქვეშ, ვიდრე ნეგატიური ნაცხის მქონე ქალები (Ransdell et al., 1997; Nygard et al., 2004). უჯრედული პრეპარატები არ მიიჩნევა "არადამაკმაყოფილებლად", როდესაც შესაძლებელია ეპითელიურ უჯრედოვანი პათოლოგიის ამოცნობა, იმ შემთხვევაშიც კი როდესაც ნაცხის ხარისხი დაბალია (Luff et al., 1992).

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.

3.5. საშიფლოსნოს ყელიდან მასალის აღება და აღმშავატიური Pap-ნაცხის მომზადება

საშიფლოსნოს 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 ერთეუბიან 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. საშიფლოსნოს ყელის დათვალიერება უნდა ხდებოდეს მართვადი შუქის 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 თავდია 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 სიხშირით), 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, მადეზინფექციები 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 საგარაუდოდ 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 საშილოსნოს ყელიდან

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

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.

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

სარკის თბილ წყალში ან ხელში გათბობის შემდეგ, მას ვდგამთ საშოში ვულვის 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 საშილოსნოს ყელი, რამდენადაც მან შეიძლება დააზიანოს მასალის ხარისხი. ყელი ისე უნდა იქნას დასათვალიერებლად ახლოს მოტანილი, რომ არ შეწუხდეს პაციენტი. უნდა აღწეროს საშილოსნოს 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.

საშილოსნოს 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.

საშვილოსნოს ყელის სკრინინგი ყოველთვის მოითხოვს შესაბამისი ინსტრუმენტებით აღებულ ენდო- და ექტოცერვიქსულ მასალას. ტრანსფორმაციული ზონიდან მასალის ასაღებად გამოიყენება სხვადასხვა ტიპის ხის ან პლასტიკური შპადელები (ნახატი №9). 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.

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)



ნახატი №9

დაუშვებელია მხოლოდ ენდოცერვიქსული ფუნჯის გამოყენება (b).

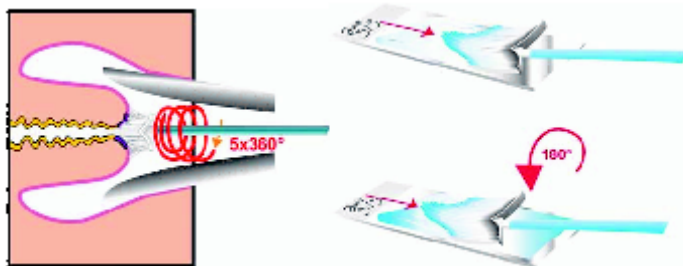
ცერვიკსული ფუნჯი საუკეთესოა თუ პაციენტი ფეხმძიმეა და აქვს ადვილად სისხლმდენი საშვილოსნოს ყელი. კომბინირებული მეთოდი, ენდოცერვიკსული ფუნჯის გამოყენებით, საუკეთესოა თუ ცილინდრულ და ბრტყელ ეპითელიუმებს შორის საზღვარი განლაგებულია ენდოცერვიკსულ არხში (ხშირად პოსტმენოპაუზურ ქალებში), ასევე საშვილოსნოს ყელის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

რუტინული ნაცხის აღება და დამუშავება

• ცერვიკსული ფუნჯი

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

1. ფუნჯის გრძელი ბუსუსები თავსდება ენდოცერვიკსულ არხში;
2. ფუნჯს ვაბრუნებთ 360⁰-ით ხუთჯერ, საათის ისრის მიმართულებით, ცერათითსა და საჩვენებელ თითს შორის, მსუბუქი ზეწოლით. შემდეგ ცერვიკსული ფუნჯის ორივე მხარეს ცალცალკე მინის გასწვრივ გადავუსვამთ მინას;
3. ნაცხს ვაფიქსირებთ დაუყოვნებლივ.



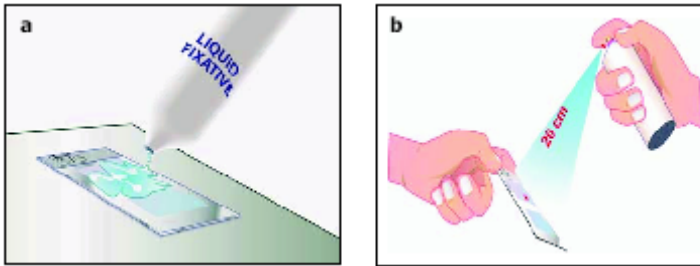
ნახატი №10

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 შევინახოთ 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 იქნეს კრიტიკულ მნიშვნელობას, რომ პრეპარატის თუნდაც ნაწილობრივი გაშრობა ამახინჯებს და ცვლის უჯრედულ კომპონენტებს. უნდა აღინიშნოს, რომ პოსტმენოპაუზური ქალების ნაცხი და სისხლიანი ნაცხები განსაკუთრებით სწრაფად შრება.



ნახატი №11

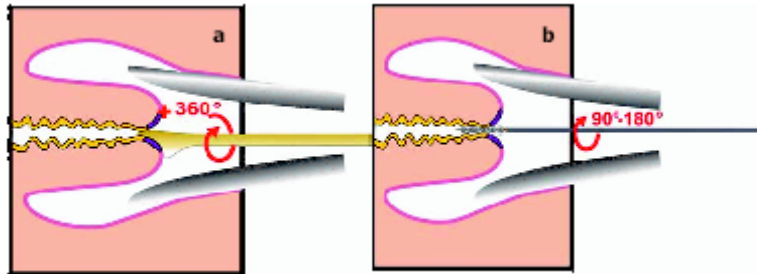
- **შპადელისა და ენდოცერვიქსული ფუნჯის კომბინაცია**

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 ბრუნვი. საათის ისრის მიმართულებით დატრიალებისას ვაჩერებთ 9 საათის პოზიციაზე, თუ საწინააღმდეგო მიმართულებით ვაბრუნებთ, მაშინ ვაჩერებთ 3 საათის პოზიციაზე, რომ აფხეკილი მასალა დარჩეს კორიზონტალურად 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 გამოხატული 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 თვალის უნდა ჩანდეს. შემდეგ ფუნჯი უნდა დავატრიალოთ $90^\circ - 180^\circ$ -ით.



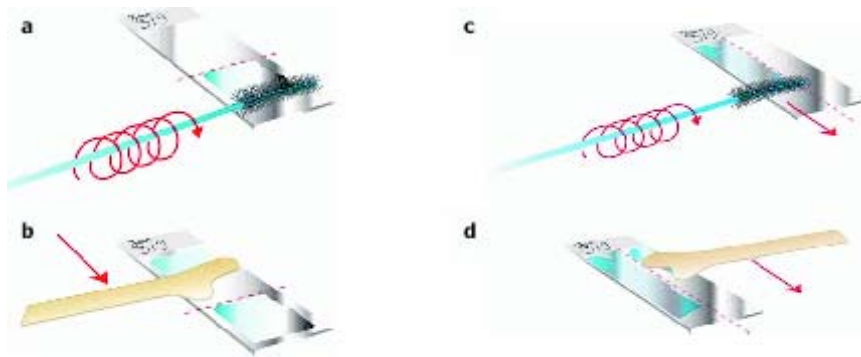
ნახატი №12

• უჯრედული მასალის გადატანა სასაგნე მინაზე

ენდოცერვიქსული ბრაში ყელის არხიდან ამოღებისთანავე, დაუყოვნებლივ უნდა გადავაგოროთ (და არა წავუსვათ) 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 წავუსვათ 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.



ნახატი №13

თუ ნაცხის ამღები გამოუცდელია, მისთვის სირთულეს წარმოადგენს ორი ნაცხის

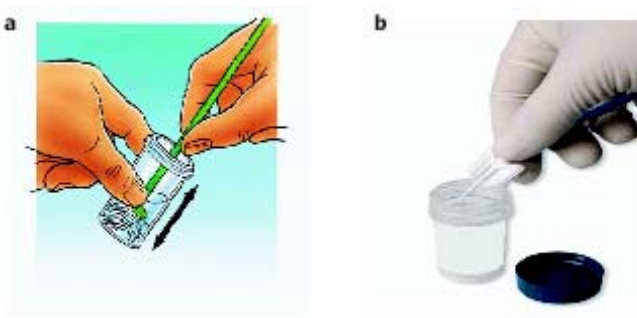
განთავსება ერთ მინაზე და ორივე მასალის ადექვატური ფიქსაცია პირველი მასალის გამოშრობამდე. ასეთ სიტუაციაში უფრო ადვილია ენდოცერვიქსული და ექტოცერვიქსული მასალის წასმა 2 მინაზე ცალ-ცალკე, ასეთ შემთხვევაში ჯერ ფიქსირდება შპადელის მასალა და მხოლოდ ამის შემდეგ გადავდივართ ფუნჯით მასალის აღებაზე.

- **მასალის აღება მხოლოდ გრძელ ბოლოიანი შპადელით**

მესამე არჩევანი არის უჯრედების აღება ექტო- და ენდოცერვიქსიდან მხოლოდ გრძელთავიანი 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.



ნახატი №14

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.

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 აღების 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.

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 არადამაკმაყოფილებელია, მიზეზი უნდა იყოს განსაზღვრული.

ყველა პრაქტიკოსს, რომელიც იღებს ციტოლოგიურ მასალას, პერიოდულად უნდა მიეწოდებოდეს მონაცემები მის მიერ აღებული მასალის ხარისხის შესახებ.

ბამოყენებული ლიტერატურა

1. Arbyn M. & Flemish Working Party Sampling. A technical guideline: collection of adequate Pap smears of the uterine cervix. Scientific Institute of Public Health 2000; IPH/EPI-REPORTS 4, 1-53. Available from: http://www.iph.fgov.be/epidemiology/epinl/cervixnl/s_eng1.pdf
2. Boon M.E. & Suurmeijer A.J.H. (1993). The Pap Smear, second edition edn. Coulomb Press Leyden. Bos A.B., van Ballegooijen M., van den Akker van Marle M.E., Hanselaar A.G., van Oortmarssen G.J., & Habbema J.D. (2001). Endocervical status is not predictive of the incidence of cervical cancer in the years after negative smears. *Am. J. Clin. Pathol.* 115: 851-855.
3. BSCC. How to take a cervical smear, 3rd edition (2003). Uxbridge, British Society of Clinical Cytology. Video and booklet available from www.clinicalcytology.co.uk
4. Buntinx F. & Brouwers M. (1996). Relation between sampling device and detection of abnormality in cervical smears: a meta-analysis of randomised and quasi-randomised studies. *BMJ* 313: 1285-1290.
5. Buntinx F., Knottnerus J.A., Crebolder H., Essed G., & Schouten H. (1992). Relation between quality of cervical smears and probability of abnormal results. *BMJ* 304: 1224.
6. Burghardt E. (1970). Latest aspects of precancerous lesions in squamous and columnar epithelium of the cervix. *Int. J. Gynecol. Obstet.* 8: 573-580.
7. Burghardt E., Pickel H., & Girardi F. (1998). *Colposcopy Cervical Pathology*, 3rd revised and enlarged edition. Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag: 1-323.
8. Herbert A., Bergeron C., Wiener H., Schenck U., Klinkhamer P.J., Bulten J., & Arbyn M. (2007). European guidelines for quality assurance in cervical cancer screening: recommendations for cervical cytology terminology. *Cytopathology* 18: 213-219.
9. Martin-Hirsch P., Lilford R., Jarvis G., & Kitchener H.C. (1999). Efficacy of cervical-smear collection devices: a systematic review and meta-analysis. *Lancet* 354: 1763-1770.
10. Mitchell H.S. (2001). Longitudinal Analysis of Histologic High-Grade Disease after Negative Cervical Cytology According to Endocervical Status. *Cancer* 93: 237-240.
11. NCCLS (1994). Papanicolaou technique; approved guideline. Pennsylvania: National Comity for Clinical Laboratory Standards, NCCLS Document GP15-A, vol 14 N 8 (video).

12. NHSCSP (2006). Taking Samples for Cervical Screening a Resource Pack for Trainers. Sheffield: National Health Service Cervical Screening Programme, NHSCSP Publication N°23: 1-47. Available from www.cancerscreening.nhs.uk
13. Siebers A.G., de Leeuw H., Verbeek A.L., & Hanselaar A.G. (2003). Prevalence of squamous abnormalities in women with a recent smear without endocervical cells is lower as compared to women with smears with endocervical cells. *Cytopathology* 14: 58-65.
14. Solomon D., Davey D., Kurman R., Moriarty A., O'Connor D., Prey M., Raab S., Sherman M.E., Wilbur D., Wright T.C., & Young N. (2002). The 2001 Bethesda System: terminology for reporting
15. Solomon D. & Nayar R. (2004). The Bethesda system for reporting cervical cytology: definitions, criteria and explanatory notes. 2nd edition. New York: Springer, 1-191.
16. Vooijs P.G., Elias A., van der Graaf Y., & Veling S. (1985). Relationship between the diagnosis of epithelial abnormalities and the composition of cervical smears. *Acta Cytol.* 29: 323-328. results of cervical cytology. *JAMA* 287: 2114-2119.

4. საშვილოსნოს ყელის ციტოლოგიურ დიაგნოსტიკაში ბამოყენებულ ტერმინთა თაობაზე

ციტოლოგიური დიაგნოზი შეიძლება შეიცავდეს ტექსტურ ნაწილს, თუმცა სასურველია, რომ ის იყოს მოკლე. ყველა დიაგნოზი უნდა ასახავდეს დღეისათვის აღიარებულ კლასიფიკაციას (იხ. ნახატი №15). The Bethesda system (TBS) პირველად მოწოდებულ იქნა 1988 წელს როგორც საშვილოსნოს ყელის უჯრედების მდგომარეობის ინტერპრეტაციის მოდელი. მისი მიზანი იყო მოეხდინა ტერმინოლოგიის უნიფიკაცია (ნახატი №15) 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 (იხ. ნახატი №16). ევროპული გაიდლაინებით მტკიცედ რეკომენდებულია, რომ ყველა ტერმინოლოგიური სისტემა შესაბამისობაში იქნას მოყვანილი TBS-ის კატეგორიებთან.

WHO,CIN,NHSCSP კლასიფიკაციები

	ატიპური/მოსაზღვრე ცვლილებები		ბრტყელ უჯრედებში-ეპითელიოციტებში		
ნორმა	HPV ინფექცია	მსუბუქი /CIN1	ზომიერი / CIN 2	მძიმე / CIN 3/CIS	კიბო
			ჯირკვლოვანი ნეოპლაზია / AIS		
	ატიპური/მოსაზღვრე ცვლილებები		ჯირკვლოვან უჯრედებში		

ბეტესდას სისტემა

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

ნახატი № 15

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

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

ნახატი №16. სხვადასხვა ციტოლოგიური კლასიფიკაციების შეთავსება

4.1. ბეტესდას კლასიფიკაცია (2001 წელი)

პრეპარატის ხარისხის შეფასება

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

ზოგადი კატეგორიზაცია

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

აღწერიითი ინტერპრეტაცია/დიაგნოზი

არასიმსივნური პროცესები

ინტრაეპითელიური დაზიანება ან აეთვისებიანი პროცესი არ აღინიშნება (NLM)

მიკროორგანიზმები

- *Trichomonas vaginalis*
- 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 in situ
 - ინვაზიაზე საეჭვო 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

5. Pap-ტიპის ინტერპრეტაცია

5.1. ნეგატიური 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.

5.2. უჯრედები რომელიც ბანსაზღვრავს ბრტყელუჯრედულ ინტრაეპითელიურ დაზიანებას (ნეოპლაზია, დისპლაზია)

პრეკანცერული უჯრედული ცვლილებების სპექტრის აღსაწერად გამოყენებულ სისტემაში 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-CIN3 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 როგორიცაა 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 ეხლა იყენებს ჯანმო, LSIL-ს შეესაბამება HPV/მსუბუქი დისპლაზია/CIN1. ხოლო HSIL-ს შეესაბამება ზომიერი/CIN 2 და მძიმე დისპლაზია/კარცინომა in-situ/CIN3. (ნახატი №16)

5.3. 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).

5.4. 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).

5.5. 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.

5.6. 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.

5.7. 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 სიხშირე დამოკიდებული იქნება LSIL და HSIL-ის ადგილობრივ სიხშირეზე (Herbert, 2004).

5.8. ASC-H ატიპიური ბრტყელი უჯრედები (ეპითელიოციტები) – მაღალი ხარისხის ინტრაეპითელიური დაზიანების (HSIL) ბამორიცხვის 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 (Sherman et al., 1999; Quddus et al., 2001; Sherman, Solomon & Schiffman, 2001).

5.9. ჯირკვლოვანუჯრედოვანი პათოლოგიები

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

5.10. AIS ენდოგენური ადენოკარცინომა in-situ.

ბევრ სისტემაში, მათ შორის ბეტესდას კლასიფიკაციაში AIS განისაზღვრება როგორც დიაგნოსტიკური 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.

5.11. ადენოკარცინომა

როგორც ბრტყელუჯრედოვანი კარცინომის შემთვევაში, ადენოკარცინომული ინვაზიის დიაგნოსტიკისთვისაც აუცილებელი ბიოფტატის ჰისტოლოგიური გამოკვლევაა. თუმცა, ზოგ შემთხვევებში არის ისეთი ციტოლოგიური ცვლილებები, რომელთა საფუძველზეც შესაძლებელია ინვაზიურ ადენოკარცინომის დიაგნოსტიკა.

5.12. 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 (Lee et al., 1991; Biscotti et al., 1997; Soofer & Sidawy, 2000).

5.13. სხვა უჯრედული ცვლილებები

საშვილოსნოს ყელის ციტოლოგია არ არის კარგი დიაგნოსტიკური ტესტი ენდომეტრიუმის კიბოსათვის. მორფოლოგიურად კეთილთვისებიანი ენდომეტრიული 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 კეთილთვისებიანი ენდომეტრიული უჯრედები, 40 წლის ასაკს გადაცილებულ ქალებში (Montz,

2001; Fadare et al. , 2005). ამ უჯრედების არსებობა განსაზღვრავს ენდომეტრიუმის კიბოს განვითარების მაღალ რისკს, ამდენად საჭიროებს ენდომეტრიუმის გამოკვლევას (Tambouret et al., 1998).

ბამოყენებული ლიტერატურა

1. Arbyn M., Buntinx F., Van Ranst M., Paraskevaidis E., Martin-Hirsch P., Dillner J. (2004). Virologic versus cytologic triage of women with equivocal Pap smears: a meta-analysis of the accuracy to detect high-grade intraepithelial neoplasia. *J. Natl. Cancer Inst.*; 96: 280-293.
2. Biscotti C.V., Gero M.A., Toddy S.M., Fischler D.F., Easley K.A. (1997). Endocervical adenocarcinoma in situ: an analysis of cellular features. *Diagn. Cytopathol.*;17: 326-332.
3. Davey D.D., Woodhouse S., Styer P.E., Stastny J., Mody D. (2000). Atypical epithelial cells and specimen adequacy: current laboratory practices of participants in the College of American Pathologists Interlaboratory Comparison Program in Cervicovaginal Cytology. *Arch. Pathol. Lab. Med.*;124: 203-211.
4. European Commission (in press). European Guidelines for Quality Assurance in Cervical Cancer Screening. Eds: Arbyn M., Anttila A., Jordan J., Ronco G., Schenck U., Segnan N., Weiner H. Luxembourg: Office of Official Publ. EU.Fadare O., Ghofrani M., Chacho M.S., Parkash V. (2005). The significance of benign endometrial cells in cervicovaginal smears. *Adv. Anat. Pathol.*; 12:274-87.
5. Herbert A.(2004). BSCC terminology for cervical cytology: two or three tiers? Why not five, seven or even 14? *Cytopathology*; 15: 245-251.
6. Herbert A. (2005). Terms without borders: An international approach to terminology. *Diagn. Cytopathol*; 33: 352-355.
7. Kocjan G., Priollet B.C., Desai M. et al. (2005). BSCC, Bethesda or other? Terminology in cervical cytology European panel discussion. *Cytopathology*; 16: 113-119.
8. Lee K.R., Manna E.A., Jones M.A. (1991). Comparative cytologic features of adenocarcinoma in situ of the uterine cervix. *Acta Cytol.*; 35: 117-126.
9. Luff R.D. (Chairman) (1992). The revised Bethesda system for reporting cervical/vaginal cytological diagnoses. Report of the 1991 Bethesda Workshop. *Acta Cytol.*;36: 273-276.
10. Lundberg G.D., National Cancer Institute (1989). The 1988 Bethesda System for Reporting Cervical/Vaginal Cytologic Diagnoses. *JAMA*; 262: 931-934.
11. Montz F.J. (2001). Significance of "normal" endometrial cells in cervical cytology from asymptomatic postmenopausal women receiving hormone replacement therapy. *Gynecol. Oncol.*; 81: 33-39.
12. National Health Service Cervical Screening Programme (2000). Achievable standards, benchmarks for reporting, and criteria for evaluating cervical cytopathology. Second edition including revised performance indicators (2nd edition). NHSCSP publication 1, 1-36. Sheffield, NHS Cancer Screening Programmes.
13. Quality Assurance Reference Centre for the Trent NHSCSP (2002). Do borderline nuclear changes in gynaecological cytology constitute a reliable reporting category? *Cytopathology*; 13: 220-231.
14. Qudus M.R., Sung C.J., Steinhoff M.M., Lauchlan S.C., Singer D.B., Hutchinson M.L. (2001). Atypical squamous metaplastic cells: Reproducibility, outcome, and diagnostic features on ThinPrep Pap test. *Cancer*;93: 16-22..
15. Riotton G., Christopherson W.M., Lunt R. (1973). Cytology of the Female Genital Tract. International Histological Classification of Tumours No. 8. World Health Organisation, Geneva.

16. Sherman M.E., Solomon D., Schiffman M.A. (2001). Qualification of ASCUS. A comparison of equivocal LSIL and equivocal HSIL cervical cytology in the ASCUS LSIL Triage study. *Am. J. Clin. Pathol.*; 116: 386-394.
17. Sherman M.E., Tabbara S.O., Scott D.R. et al. (1999). "ASCUS, rule out HSIL": cytologic features, histologic correlates, and human papillomavirus detection. *Mod. Pathol.*; 12: 335-342.
18. Solomon D., Davey D., Kurman R. et al. (2002). The 2001 Bethesda System: terminology for reporting results of cervical cytology. *JAMA*; 287: 2114-2119.
19. Solomon D., Nayar R. (2004). *The Bethesda system for reporting cervical cytology: definitions, criteria and explanatory notes*, 2nd edn. Springer, New York.
20. Soofer S.B., Sidawy M.K. (2000). Atypical glandular cells of undetermined significance: clinically significant lesions and means of patient follow-up. *Cancer*; 90: 207-214.
21. Tambouret R., Pitman M., Bell D.A. (1998). Benign glandular cells in posthysterectomy vaginal smears. *Acta Cytol.*; 42:1403-8.
22. Tavassoli F.A., Devilee P. (Eds) (2003). *World Health Organization Classification of Tumours. Pathology and genetics of tumours of the breast and female genital organs*. IARC Press. Lyon.

6. ლაბორატორიული სახელმძღვანელო

საშიფლოსნოს ყელის გამოკვლევის ციტოლოგიური ლაბორატორიის მუშაობის ხარისხი დამოკიდებულია მასალის ადექვატურ აღებასა და შეღებვაზე, ციტოლოგიური ნაცხის გამოკვლევასა და სწორ ინტერპრეტაციაზე, ასევე შედეგების დაფიქსირებაზე შესაბამის დიაგნოზის ფორმაში.

ციტოლოგიური მასალის მიკროსკოპული შესწავლა და შედეგების ინტერპრეტაცია სუბიექტური პროცედურებია და მნიშვნელოვნად არის დამოკიდებული მასალის გამომკვლევი პირის პროფესიულ მომზადებასა და გამოცდილებაზე, ასევე იმ დროზე, რომელსაც მასალის გამომკვლევი პირი უთმობს ციტოლოგიური/ჰისტოლოგიური მასალის დათვალიერებას (Klinkhamer et al., 1988; Koss, 1989; O'Sullivan et al., 1996). ლიტერატურაში აღწერილი სხვაობები ერთი და იმავე, თუ სხვადასხვა ლაბორატორიის მიერ გაცემულ დიაგნოზებს შორის წარმოადგენს სწორედ ზემოთ აღნიშნულის ლოგიკურ შედეგს (Grenko et al., 2000; Stoler & Schiffman, 2001; Stoler, 2002).

ხარისხის კონტროლის ძირითადი მიზანია პაციენტისათვის საუკეთესო სამედიცინო მომსახურების შეთავაზება. საშიფლოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგული პროგრამისათვის მნიშვნელოვანია, ხარჯები არ “ხმარდებოდეს” მცდარ დიაგნოსტიკას.

6.1. ლაბორატორიის მომსახურე პერსონალი. ლაბორატორიის მოწყობა

ციტოტექნიკოსი

საშივილოვნოს ყელის კიბოს სკრინინგულ პროგრამაში ციტოტექნიკოსის მთავარი მოვალეობაა ასიმპტომური ქალის ნაცხის პირველადი დათვალიერება, სიმსივნისწინა დაზიანებების გამოვლენა, ორგანიზაციული და ლაბორატორიული პროცედურების ტექნიკური შესრულება, შემდგომი შედეგების მონიტორინგი, აგრეთვე ხარისხის კონტროლთან და მასალებისა და შედეგების დაარქივებასთან დაკავშირებული პროცედურები. ციტოტექნიკოსი მუშაობს მასზე პასუხისმგებელი პირის მეთვალყურეობის ქვეშ.

- ორგანიზაციული სამუშაო მოიცავს პაციენტებთან, ნაცხის ამღებ პირებთან, ზოგადი პრაქტიკის ექიმებთან, გინეკოლოგებთან, ლაბორატორიებთან და საავადმყოფოებთან კავშირის დამყარებას;
- ტექნიკური ლაბორატორიული პროცედურები გულისხმობს მასალის მიღებას, შესაბამისი ლაბორატორიული ტექნოლოგიით დამუშავებას და უსაფრთხოების პროცედურების დაცვას;
- ყველა ციტოტექნიკოსისათვის სავალდებულოა მონაწილეობა უწყვეტი განათლების და ხარისხის კონტროლის პროგრამებში.

ციტოტექნიკოსმა მუშაობის პრინციპები და პრაქტიკული უნარ-ჩვევები უნდა აითვისოს ლაბორატორიაში რუტინული სამუშაოების შესრულების დაწყებამდე.

მთხოვნები ციტოპათოლოგებისათვის

ციტოპათოლოგი პასუხისმგებელია საშივილოვნოს ყელიდან აღებული ნაცხის საბოლოო დიაგნოსტიკაზე.

ციტოპათოლოგის მოვალეობები საშივილოვნოს ყელის ციტოლოგიურ გამოკვლევასთან დაკავშირებით:

- ყველა იმ შემთხვევის შეფასება, რომელიც ეგზავნება კლინიცისტს შემდგომი მეთვალყურეობის ან მკურნალობის მიზნით;
- ციტოტექნიკოსის დიაგნოზებს შორის შეუთანხმებლობის გადაწყვეტა, იმ შემთხვევაში, თუ ეს დიაგნოზები კლინიცისტის მიერ საჭიროებს განსხვავებულ მეთვალყურეობას;
- მეთვალყურეობა იმ შემთხვევების განხილვაზე, რომლებიც უჩვენებენ მნიშვნელოვან განსხვავებას ციტოლოგიურ და/ან ჰისტოლოგიური დიაგნოზებს შორის;
- კავშირი გინეკოლოგებთან და ნაცხის ამღებ სხვა პირებთან, რაც გულისხმობს ნაცხის ამღები პირებისათვის პერიოდულად მოხსენებების გაკეთებას მასალის აღების და ხარისხის კონტროლის თაობაზე;
- მუდმივი კავშირი ციტოტექნიკოსებთან, მათი განათლება და დახმარება რთულ დიაგნოსტიკურ შემთხვევებში, აგრეთვე იმ შემთხვევებში როდესაც ციტოლოგიური და ჰისტოლოგიური დიაგნოზები არ ეთანხმება ერთმანეთს;
- მეთვალყურეობა ციტოტექნოლოგების და უმცროსი სამედიცინო პერსონალის აღქვადი უწყვეტი განათლების მიღებაზე;

- ხარისხის კონტროლის პროგრამებში მონაწილეობა, მათ შორის ყოველწლიური ანგარიშის მომზადება, რომელიც შეეხება ციტოლოგიური და ჰისტოლოგიური დიაგნოსტიკის შედეგებს.

მოთხოვნები ადმინისტრაციული პერსონალისთვის

სამდივნო და ადმინისტრაციული პერსონალი უნდა:

- ერკვეოდეს შესაბამის სამედიცინო ტერმინოლოგიაში;
- ფლობდეს თანამედროვე კომპიუტერულ და აუტომატიზებულ მონაცემთა ბაზასთან მუშაობის ცოდნას და ჩვევებს;
- იცავდეს პაციენტების უფლებებს და კონფიდენციალობას.

6.2. მატერიალური და ტექნიკური უზრუნველყოფა

შენობა, ოთახი, ავეჯი

შენობები, ოთახები და ავეჯი უნდა აკმაყოფილებდეს ფედერალური და/ან რეგიონალური ნორმატივების მოთხოვნებს და უსაფრთხოების სტანდარტებს.

- ლაბორატორია ისე უნდა იყოს განთავსებული და აღჭურვილი, რომ მაქსიმალური ეფექტით ასრულებდეს დაკისრებულ ფუნქციებს. მთელი ფართობი უნდა იყოს კარგად განათებული და ვენტილირებული;
- ცალკე უნდა იყოს გამოყოფილი ოთახები დიაგნოსტიკისათვის, მასალის მომზადებისათვის და სამდივნოსათვის;
- ის ტერიტორია, სადაც ხდება პრეპარატის მომზადება, აღჭურვილი უნდა იყოს ეფექტური გამწოვი სისტემებით და აგრეთვე ბიონაგავის უტილიზაციის ყუთებით;
- ლაბორატორიას უნდა გააჩნდეს აალებადი და მომწამლავი ნივთიერებების შესანახი სპეციალური კონტეინერები;
- ციტოტექნოლოგიის სკამი უნდა იყოს კომფორტული, მოხერხებული საზურგით და აგრეთვე მაგიდაზე უნდა იყოს საკმარისი ფართობი მიკროსკოპული დიაგნოსტიკისა და ჩანაწერების გაკეთებისათვის;
- მთელი პერსონალი გარკვეული უნდა იყოს უსაფრთხოების და საგანგებო შემთხვევებში მოქცევის წესებში.

მასალის შეღებვისათვის საჭირო მოწყობილობა, მიკროსკოპები

საშვილოსნოს ყელის ციტოლოგიური გამოკვლევისათვის რეკომენდებულია პაპანიკოლაუს ორიგინალური ან მოდიფიცირებული მეთოდით შეღებვა (Papanicolaou, 1942; Gill et al., 1974)

- საჭირო აღჭურვილობა დამოკიდებულია შეღებვის ტექნოლოგიაზე (ავტომატიზებული ან მანუალური). შეღებვის შემდეგ ციტოლოგიურ მასალაში შესაძლებელი უნდა იყოს ქრომატინის, ასევე, ციტოპლაზმის, სხვადასხვა გამჭვირვალობის და ფერის უჯრედების გამოვლენა;
- აუცილებელია მაღალი ხარისხის ბინოკულარული მიკროსკოპი, რომელიც

ექვემდებარება მუდმივ ტექნიკურ შემოწმებას;

- რუტინული ციტოლოგიისათვის გამოიყენება 4X, 10X და 40X გადიდების ობიექტივი. სითხეზე დაფუძნებული ციტოლოგიისათვის საჭიროა 20X გადიდების ობიექტივი.

6.3. საშვილოსნოს ყელიდან აღებული მასალის დამუშავება და ანალიზი

ლაბორატორიული დამუშავება

ყველა ლაბორატორიული პროცედურა უნდა იყოს რეგისტრირებული და განპიროვნებული შესაბამის თანამშრომელზე. მთელი პერსონალი ინფორმირებული უნდა იყოს უსაფრთხოების ზომების თაობაზე საგანგებო შემთხვევებისათვის.

- ლაბორატორიაში შემოსულ მასალას (მინა, შუშის ბოთლი) უნდა ახლდეს შესაბამისი ფორმა, რომელშიც, როგორც მინიმუმ, მითითებული უნდა იყოს პაციენტის საიდენტიფიკაციო მონაცემები, მონაცემები მკურნალი ექიმის შესახებ და კლინიკური ინფორმაცია საშვილოსნოს ყელის მდგომარეობის, კონტრაცეპციის მეთოდების და მენსტრუაციული ციკლის დროის შესახებ;
- ციტოლოგიურ მასალასთან და/ან თანდართულ ფორმასთან დაკავშირებული ნებისმიერი გაურკვევლობა უნდა იქნას წერილობით ფიქსირებული და თუ შესაძლებელია, მოიხსნას მასალის გამომგზავნ პირთან დაკავშირების გზით;
- მასალის და თანმხლები ფურცელის სწორი ვერიფიკაციის შემდეგ ორივე მათგანის უნდა მიენიჭოს უნიკალური საიდენტიფიკაციო ნომერი;
- მასალის გამოკვლევამდე აუცილებელია ლაბორატორიის ლოკალურ და/ან სკრინინგული პროგრამის მონაცემთა ბაზაში მოვიძიოთ პაციენტის გამოკვლევების ისტორია და გავაცნოთ ციტოტექნიკოსს;
- სითხეზე დაფუძნებული ციტოლოგიური მასალა უნდა დამუშავდეს მწარმოებლის ინსტრუქციის მიხედვით;
- მინები უნდა შეიღებოს სტანდარტული პაპანიკოლაუს მეთოდით შეღებვის პროტოკოლით (შეღებვის კონტროლის ჩათვლით);
- აუცილებელია საფარი მინა ფარავდეს მთელ უჯრედულ მასალას (ჩვეულებრივ 50X24მმ).

პირველადი შეფასება

ნაცხის პირველადი შეფასება ხდება ციტოტექნიკოსის მიერ

- მინა უნდა მოთავსდეს მიკროსკოპის სასაგნე მაგიდაზე, მონიშნული მხარე ყოველთვის ერთ მხარეს უნდა მდებარეობდეს;
- რუტინული ნაცხის შემთხვევაში, საფარი მინის მთელი არე უნდა დათვალიერდეს მთლიანად, ჰორიზონტალური ან ვერტიკალური მიმართულებით, ურთიერთგადაშვარავი ტიპით. სითხეზე დაფუძნებულ პრეპარატებში უნდა მოხდეს მთელი "წრის" დათვალიერება. ხარისხის კონტროლის პროცესში შესაძლოა დაგვეხმაროს მიკროსკოპული დამუშავების სისტემები, რომელიც აღჭურვილია ელექტრონული მონიშვნის შესაძლებლობით;

- უნდა მოხდეს უზრუნველყოფა და/ან პათოლოგიური უჯრედების მონიშვნა (ხელით ან კომპიუტერულად);
- განმეორებითი ნაცხები უნდა შედარდეს იმ ნაცხებთან, რომელთა გამოც მოცემული იყო რეკომენდაცია განმეორებითი ნაცხის აღებაზე;
- შედეგების გაფორმება სადიაგნოზო ფორმაში უნდა მოხდეს ეროვნული კლასიფიკაციის სისტემის მიხედვით. უნდა იყოს მითითებული მასალის აღქვატურობა. არაღამაკმაყოფილებელი ნაცხის შემთხვევაში აუცილებელია განმეორებითი ნაცხის აღება;
- დასკვნები და რეკომენდაციები, მათ შორის განმეორებითი ნაცხის აღებისა და გინეკოლოგთან მიმართვის ჩათვლით, გაცემული უნდა იყოს შესაბამისი გაიდლაინის მიხედვით;
- დიაგნოზში მითითებული უნდა იყოს დასკვნასა და რეკომენდაციაზე პასუხისმგებელი ციტოტექნიკოსის/ციტოპათოლოგის საიდენტიფიკაციო მონაცემები.

მასალა, რომელიც ექვემდებარება მეორად შეფასებას

მეორე პირის მიერ უნდა გადაიხედოს:

- არააღქვატური/არაღამაკმაყოფილებელი მასალა;
- ნებისმიერი უჯრედული პათოლოგია, რომელიც საჭიროებს სპეციფიკურ რეკომენდაციას;
- მასალა რეკომენდაციით განმეორებით ნაცხზე ან მიმართვაზე გინეკოლოგთან, კოლპოსკოპიურ და ჰისტოლოგიურ გამოკვლევაზე;
- სხვა, სავარაუდოდ მაღალი რისკის ნაცხი კლინიკური ინფორმაციის ან პაციენტის ისტორიის მიხედვით, მათ შორის:
 - პირველი ნორმული ციტოლოგია, პათოლოგიური ციტოლოგიის ან ჰისტოლოგიის შემდეგ;
 - კლინიკურად საეჭვო შემთხვევები (პათოლოგიური გამონადენი, პოსტმენოპაუზური სისხლდენა, პათოლოგიური ან საეჭვო ცერვიქსი);
 - ნეგატიური მასალა, რომელიც კლასიფიცირებული იყო როგორც პათოლოგიური და, რის საფუძველზეც გაიცა რეკომენდაცია შემდგომ კლინიკურ მკურნალობაზე;
 - პოსტმენოპაუზური ქალის მასალა (ატროფიული, ძნელი საკლასიფიკაციო, სავარაუდოდ პათოლოგიური უჯრედებით) როდესაც გაიცა რეკომენდაცია განმეორებითი ნაცხის აღებაზე ესტროგენებით მოკლევადიანი დატვირთვის შემგომ;
- ხარისხის კონტროლთან დაკავშირებული მინები.

ეროვნული პროგრამის მიხედვით ეს პროცედურები შეიძლება ჩატარდეს ერთი ციტოტექნოლოგის და ერთი ციტოპათოლოგის მიერ.

მაქსიმალურ სამუშაო დატვირთვას, გამოსაკვლევი მინების რაოდენობის შესაბამისად, ადგენს ლაბორატორია. ის დამოკიდებულია მასალის მომზადების მეთოდზე (რუტინული თუ სითხეზე დაფუძნებული ციტოლოგია). გათვალისწინებული უნდა იყოს ციტოტექნიკოსის მიერ შესრულებული დამატებითი სამუშაო - შეღებვის, ხარისხის კონტროლის პროცედურების და სხვათა ჩათვლით. ევროპის ქვეყნებში ციტოტექნიკოსის დღიური დატვირთვა ცვალებადობს 25-დან 80

შემთხვევამდე. ზოგიერთ ქვეყანაში მაქსიმალური დატვირთვა განისაზღვრება საათობრივად. მაგ. გერმანიაში ის შეადგენს 10 შემთხვევას ერთ საათში).

რეკომენდაცია:

- მინების უწყვეტი დათვალიერება არ უნდა გრძელდებოდეს 2 საათზე მეტ ხანს შესვენების გარეშე;
- ნაცხების პირველადი შეფასების ხანგრძლივობა არ უნდა აღარაბედეს დღეში 6 საათს. როგორც პირველადი შეფასების ასევე საბოლოოდ ხელმოწერილი შედეგები შენახული და ხელმისაწვდომი უნდა იყოს ხარისხის კონტროლის პროცედურებისათვის;
- მინების თანმხლები ფორმები და/ან მათი ელექტრონული ვერსიები შენახული უნდა იყოს მინიმუმ სამი თვის მანძილზე;
- ყველა მინა შენახული უნდა იყოს მინიმუმ 10 წლის მანძილზე შესაბამის შენახვის პირობებში. ეს მნიშვნელოვანია როგორც პაციენტების მენეჯმენტის, ისე ხარისხის კონტროლისათვის;
- დიაგნოზების ხელნაწერი და კომპიუტერული ვერსიები შენახვის წესი დამოკიდებულია ეროვნულ ნორმატივებზე. რეკომენდებულია დიაგნოზების შენახვა სულ მცირე 10 წლის მანძილზე. მოსახერხებელია ციტოლოგიური შედეგების კოდირებული ჩანაწერების სახით შენახვა იმის შემდეგაც როდესაც მინები უკვე აღარაა ხელმისაწვდომი.

დაარქივებული Pap ნაცხები და ცერვიქსიდან აღებული მასალის ჰისტოლოგიური ბლოკები წარმოადგენს ქვეყნის ბიო-ბანკის მნიშვნელოვან რესურსს.

ლაბორატორიის ინფორმაციული სისტემა

უნდა არსებობდეს ჩანაწერების შენახვის ადექვატური სისტემა, უმჯობესია კომპიუტერიზებული, რომელიც ადვილად მისაწვდომი და მისაღებია ლაბორატორიული პერსონალისათვის.

ჩანაწერების სისტემა უნდა შეიცავდეს, სულ მცირე:

- პაციენტის საიდენტიფიკაციო მონაცემებს;
- ლაბორატორიის დასახელებას და მისამართს;
- ლაბორატორიის ID ნომერს;
- ნაცხის ლაბორატორიაში შემოსვლის თარიღს;
- გამოკვლევის ჩვენებას: სკრინინგი, შემდგომი მეთვალყურეობა ან სხვა კლინიკური გამოკვლევების ჩვენება;
- გამოკვლევის ტიპის ჩვენებას (ციტოლოგია ან ჰისტოლოგია);
- რჩევას განმეორებით ნაცხზე ან გინეკოლოგთან მიმართვაზე;
- საბოლოო დიაგნოზს;
- იმ პიროვნებ(ებ)ის გვარს, რომელმაც შეაფასა მასალა.

ლაბორატორიული გამოკვლევის შედეგები შესაბამისობაში უნდა იქნას მოყვანილი მიმდინარე სტანდარტული კლასიფიკაციის სისტემასთან და მონაცემების ფორმატთან, ხარისხის/ადექვატურობის შეფასების ჩათვლით.

ევროპული გზამკვლევის მიერ რეკომენდებულია ციტოლოგიური გამოკვლევის

შედგების დიაგნოზში გადატანა შეთანხმებული ეროვნული ტერმინოლოგიით ან სულ მცირე ბეტესდას სისტემასთან შესაბამისობით.

ინფორმაციული სისტემა:

- უნდა აკავშირებდეს ერთი და იმავე პაციენტის მრავლობითი გამოკვლევის შედეგებს;
- ადვილად მისაწვდომს უნდა ხდიდეს წინა ციტოლოგიური და ჰისტოლოგიური გამოკვლევების შედეგებს, აგრეთვე კოლპოსკოპიურ და ბიოფსიურ გამოკვლევის ან ბიოფსიის არ აღების მიზეზებს;
- უნდა იძლეოდეს მნიშვნელოვან ინფორმაციას პოპულაციის სკრინინგული პროგრამის შეფასებისათვის.

ყველა ზემოთ აღნიშნული მონაცემი უნდა ინახებოდეს აგრეთვე კიბოს ეროვნულ რეგისტრშიც.

ყველა დიაგნოზი ავტორიზაციამდე უნდა შემოწმდეს უზუსტობის გამორიცხვის მიზნით და მხოლოდ ამის შემდეგ უნდა მოხდეს ელექტრონული ან მანუალური ავტორიზაცია ეროვნული ნორმატივების მოთხოვნების მიხედვით. ციტოლოგიური დიაგნოზები ხელმოწერილი უნდა იყოს როგორც ციტოტექნიკოსის, ისე პასუხისმგებელი ციტოპათოლოგის მიერაც.

ყველა ზომა უნდა იქნას მიღებული, რომ საბოლოო დიაგნოზი დაიწეროს და გაიცეს 10 სამუშაო დღის ვადაში (ლაბორატორიაში მასალის შემოსვლის დღის ჩათვლით). თუ დიაგნოზის გაცემა ვერ ესწრება აღნიშნულ ვადაში, აუცილებელია მასალის გამომგზავნი ექიმის ინფორმირება, მიზეზის განმარტებით.

6.4. ხარისხის შიდა კონტროლი

ლაბორატორიული ხარისხის კონტროლი (ხარისხის პრენალიტიკური კონტროლი)

ლაბორატორიამ უნდა გამოყოს ერთი პიროვნება, რომელიც, სკრინინგულ პროგრამაში, გარდა ყოველდღიური სამუშაოსა, პასუხისმგებელია მართვის რეკომენდაციების შეგროვებაზე და მათ საფუძველზე სახელმძღვანელო დოკუმენტების (მითითებების) მომზადებაზე. ის აგრეთვე მომზადებული უნდა იყოს, როგორც ხარისხის კონტროლის მენეჯერი, და შეეძლოს სხვა მენეჯერებთან ურთიერთობა. ლაბორატორის ხარისხის კონტროლისათვის მოსახერხებელია პრაქტიკული გზამკვლევის გამოყენება.

მათში მოცემული პროცესის დეტალური აღწერილობა უნდა შეიცავდეს:

- მინების საფეხურებივი გამოკვლევის პროტოკოლებს;
- პერსონალის პასუხისმგებლობას სპეციფიკურ პროცესებზე;
- მეთოდებს, შეცდომების გამოვლენისა და მინიმიზაციისათვის.

პროტოკოლები უნდა გადაიხედოს ყოველწლიურად და წესრიგში იქნას დამუშავდეს უწყვეტი სამედიცინო განათლებისათვის.

ხარისხის ანალიტიკური კონტროლი (ციტოლოგია)

სკრინინგის ეფექტურობის გაუმჯობესება უნდა ხდებოდეს წინასწარ შეთანხმებული პროტოკოლების მიხედვით.

ციტოლოგიური ხარისხის შიდა კონტროლისათვის არსებობს სამი ძირითადი მეთოდი:

- მინების რესკრინინგი;
- სკრინინგით გამოვლენილი შედეგების თანაფარდობა;
- კორელაციის შეფასება ციტოლოგიურ და კლინიკურ/ჰისტოლოგიურ შედეგებს შორის.

ციტოლოგიური სამსახურის ხარისხის შიდა კონტროლი დიდადაა დამოკიდებული იმ მინების რე-სკრინინგზე, რომლებიც პირველად შეფასებული იყო როგორც ნეგატიური ან არაადექვატური. პროცედურები იმგვარად უნდა იყოს დაგეგმილი, რომ ხდებოდეს სკრინინგის საბოლოო შედეგების მგრძობელობის და სპეციფიკურობის გაზომვა და ციტოლოგიური პათოლოგიების გამოვლენის ხარისხის მონიტორინგი.

რე-სკრინინგის ქვემოთ ჩამოთვლილი პროცედურები მოწოდებულია ციტოლოგიური გამოკვლევის მგრძობელობის შესამოწმებლად, ან ზოგადი ხარისხის კონტროლისათვის:

- იმ მინების სწრაფი გადახედვა, რომლებიც თავდაპირველად მიჩნეული იყო "ნეგატიურად" ან "არაადექვატურად";
- ნაცხების სწრაფი წინასწარი გადახედვა/პრესკრინინგი;
- რანდომიზებული რე-სკრინინგი (სრული რესკრინინგი რანდომულად აღებული ნაცხების 10%-ისა რომლებიც შეფასებული იყო როგორც "ნეგატიური" ან "არადამაკმაყოფილებელი");
- პაციენტთა ცალკე ჯგუფების მიზნობრივი რე-სკრინინგი;
- პათოლოგიური შემთხვევების რე-სკრინინგი;
- ცერვიქსის ნეგატიური ციტოლოგიის რეტროსპექტული რე-სკრინინგი იმ პაციენტებში, რომელთაც აქვთ მაღალი ხარისხის დაზიანება (მიზნობრივი გადახედვა);
- იმ ნაცხების ავტომატიზებული რესკრინინგი, რომლებიც თავდაპირველად მიჩნეული იყო ნეგატიურად.

სწრაფი გადახედვა (RR - Rapid review) გულისხმობს სწრაფ რესკრინინგს, როდესაც თითოეული მინის შეფასებაზე იხარჯება 30-დან 120 წამამდე. მას ექვემდებარება ყველა მინა, რომელიც თავდაპირველად ჩათვლილი იყო ნორმულად ან არაადექვატურად, შეუმჩნეველი პათოლოგიების იდენტიფიკაციის მიზნით. შემდეგ ხდება საექვო ნაცხების სრული დათვალიერება გამოცდილი ციტოტექნიკოსის, ან ციტოპათოლოგის მიერ, რომელიც წერს საბოლოო დიაგნოზს.

ყველა ნაცხის სწრაფი წინასწარი გადახედვა/პრესკრინინგი (RP-pre-screening)

სწრაფი პრესკრინინგი გულისხმობს მინის ნაწილობრივ მიკროსკოპულ დათვალიერებას ხანმოკლე პერიოდში (მაქსიმუმ 120 წამი) – სრულ რუტინულ დათვალიერებამდე.

ძირითადი განსხვავება სწრაფ რესკრინინგსა და სწრაფ წინასწარ გადახედვას შორის არის ის, რომ სწრაფი რესკრინინგის დროს ხდება ყველა მინის სწრაფი ნაწილობრივი დათვალიერება ციტოტექნიქოსის მიერ, ხოლო სწრაფი გადახედვა ხდება მხოლოდ იმ მინებისა, რომელიც პირველად ჩათვლილი იყო ნეგატიურად (Arbyn et al., 2003).

სწრაფი პრესკრინინგის ორგანიზაციული უპირატესობაა ის, რომ მისი მეშვეობით ხდება პათოლოგიური შემთხვევების უმეტესობის სწრაფი გამოვლენა. აღსანიშნავია, რომ პროცესზე ზეგავლენას არ ახდენს მინაზე მანამდე გაკეთებული აღნიშვნები. სწრაფი პრესკრინინგი წარმოადგენს მნიშვნელოვან ხარისხის კონტროლის პროცედურას, რომელიც მგრძობელობით დაახლოებით უტოლდება სწრაფ გადახედვას, და აღემატება 10%-იან სრულ რე-სკრინინგს.

რანდომიზებულად აღებული ნეგატიურად შეფასებული მინების ფრაქციის რანდომიზებული რესკრინინგი

რანდომული რესკრინინგი ფართოდ გამოიყენება აშშ-ში, აგრეთვე ზოგიერთ ევროპულ ქვეყნებში. CLIA'88-ის რეკომენდაციით უნდა მოხდეს ნეგატიურად შეფასებული ნაცხების სულ მცირე 10%-ის რესკრინინგი.

ნაცხები, რომელიც შეირჩევა რესკრინინგისათვის შეიძლება იყოს:

- პათოლოგიური სისხლდენის/გამონადენის (მაგ.: ინტერმენსტრუაციული, პოსტკოიტუსური, პოსტმენოპაუზური) ანამნეზის შენთხვევები;
- განმეორებითი ცერვიქსული/ვაგინური ინფექციების შემთხვევები;
- წინა კვლევისას პათოლოგიურად შეფასებული შემთხვევები
- კოლპოსკოპიური კვლევისას ცერვიქსის პათოლოგიურ მდგომარეობად შეფასებული შემთხვევები.

დამიზნებითი რე-სკრინინგი არ არის სტანდარტიზებული და მისი შესაძლებლობა, გამოავლინოს დამატებითი დაზიანებები, არ არის შედარებული სხვა მეთოდებთან, როგორცაა რანდომიზებული ან სწრაფი რესკრინინგი ან პრერესკრინინგი.

ხარისხის შიდა კონტროლი ციტოლოგიური და კლინიკურ/ჰისტოლოგიური კვლევების შედეგების კორელაციაზე დაყრდნობით

ციტოლოგიური გამოკვლევის შედეგების კორელაცია კლინიკურ მიმდინარეობასთან ქმნის მნიშვნელოვან ასპექტს ხარისხის კონტროლისათვის.

ციტო-კლინიკური კორელაციისათვის. მნიშვნელოვანია კონტაქტი კლინიციისტებთან, ასევე კიბოს რეგისტრში არსებული ინფორმაციის ხელმისაწვდომობა.

ლაბორატორიას უნდა ქონდეს იმ პაციენტებზე ზედამხედველობის მექანიზმი, რომელთა ციტოლოგიაც საეჭვოა მაღალი ხარისხის ინტრაეპითელურ დაზიანებაზე ან ინვაზიურ კარცინომაზე. ციტო-ჰისტოლოგიური კორელაციის შეფასება წარმოადგენს როგორც ციტოლოგის, ისე ჰისტოლოგისათვის უწყვეტი განათლებისა და პროფესიული განვითარების მნიშვნელოვან ბერკეტს.

ლაბორატორიაში უნდა მოხდეს ყველა პათოლოგიური ციტოლოგიური შედეგის შედარება შემდგომი ჰისტოპათოლოგიური კვლევის შედეგთან და გარკვეული უნდა

იყოს შეუსაბამობის ყველა მიზეზი. კორექციის პროცესი დოკუმენტირებული უნდა იყოს ლაბორატორიის ხარისხის კონტროლის პროგრამაში. მაღალი კორექცია წარმოადგენს ციტოლოგიური დიაგნოსტიკის პოზიტიური პროგნოზის საფუძველს.

ციტოლოგიურ-ვირუსოლოგიური კვლევის შედეგების კორექცია: HPV ტესტირება გამოიყენება წინასწარ შერჩეული სამიზნე პოპულაციის გამოკვლევის მიზნით. იმ პაციენტებისათვის, რომელთაც დაუდგინდათ ASCUS - ის დიაგნოზი, HPV პოზიტიურობა უნდა აღინიშნოს სულ მცირე, შემთხვევათა 30%-ში.

უწყვეტი შიდა განათლება

რთული დიაგნოსტიკური შემთხვევების ერთობლივი განხილვა ციტოტექნიკოსების და/ან ციტოპათოლოგების მიერ, მნიშვნელოვნად უწყობს ხელს ინდივიდუური ცოდნის ხარისხის ამაღლებას. ამასთანავე, მნიშვნელოვანია:

- ბოლო გამოშვების ციტოლოგიური ლიტერატურით კარგი მომარაგება;
- ხელმისაწვდომი ერთი ან მეტი ონ-ლაინ ციტოლოგიური ჟურნალის არსებობა;
- ციტოტექნოლოგებისა და ციტოპათოლოგების მონაწილეობა რეგულარულ შეხვედრებში და შემთხვევების განხილვაში.

6.5. ხარისხის ბარე კონტროლი

უწყვეტი გარე განათლება

მიუხედავად იმის, რომ ქვეყნების უმეტესობაში სავალდებულო არაა უწყვეტი განათლების სისტემაში მონაწილეობა, ის უნდა წარმოადგენდეს ნებისმიერი ხარისხის კონტროლის პროგრამის მნიშვნელოვან ნაწილს. უწყვეტი განათლება წარმოადგენს მნიშვნელოვან კომპონენტს ციტოლოგიური დიაგნოსტიკის პროფესიონალიზმის ამაღლებისათვის მასში მონაწილეობა შეიძლება:

- სამუშაო შეხვედრებსა და სიმპოზიუმებზე დასწრებით;
- შემთხვევების რეგიონული ინტერლაბორატორიული განხილვით;
- პროფესიულ ტესტირებაში მონაწილეობით;
- ციტოტექნოლოგიის სწავლებით სტუდენტებისათვის, კლინიკური პათოლოგიის სპეციალობის რეზიდენტებისათვის.

რეგიონული, ეროვნული ან საერთაშორისო საზოგადოებების წევრობაც უნდა ჩაითვალოს გარე უწყვეტი განათლების მიღების ერთ-ერთ ფორმად. სხვა ლაბორატორიების პროფესიონალ ციტოტექნიკოსებთან და ციტოპათოლოგებთან კოოპერაცია აძლიერებს პროფესიული ზრდის მოტივაციას.

ხარისხის გარე კონტროლი სკრინინგის უნარჩვევები

პროფესიული ტესტირება სავალდებულოა ზოგიერთ, (თუმცა არა ყველა) ევროპულ ქვეყანაში. ციტოლოგიის საერთაშორისო აკადემიის მიერ მოწოდებულია პროფესიული ტესტირება და რესერტიფიკაცია უწყვეტი განათლებისათვის

(www.cytology-iac.org). ციტოლოგიური საზოგადოებების ევროპული ფედერაციის EFCS მიერ მოწოდებულია ე.წ. QUATE ტესტი. ეს ტესტი ემყარება პროფესიულ ტესტირების სისტემას, რომელიც გამოიყენება დიდ ბირტანეთსა და ფართოდაა მიღებული დანიაში და იტალიაში (www.cytology-efcs.org). ტესტირებისათვის გამოყენებული მინების დიზაინი არ უნდა განსხვავდებოდეს ჩვეულებრივისაგან. მათ უნდა ახლდეს დიაგნოზი მოსახერხებელი ფორმით და თუ შესაძლებელია, თან შესაბამისი ჰისტოლოგიური პრეპარატებიც.

6.6. ლაბორატორიული ერთეულის აკრედიტაცია

წინასწარ განსაზღვრული სტანდარტების მიხედვით, გარეშე ორგანიზაცია ამოწმებს (Cooper & Hewison, 2002) და საბოლოო გამოკვლევის შემდეგ უზრუნველყოფს ციტოლოგიური ლაბორატორიის სერტიფიცირებას. სტანდარტები წარმოადგენს შეთანხმებულ დოკუმენტებს, რომლებიც შეიცავენ ტექნიკურ და სხვა კრიტერიუმებს, რომლებიც დაცული უნდა იქნას ყოველდღიური მუშობის დროს. გარე სტანდარტები უნდა განსხვავდებოდეს შიდა სტანდარტებისაგან. სხვადასხვა საერთაშორისო/ეროვნული სააკრედიტაციო სააგენტოები სთავაზობენ სერტიფიცირებას ლაბორატორიების გარე შემოწმების გზით. აკრედიტაციის შემთხვევაში განისაზღვრება ციტოლოგიური განყოფილების მინიმალური სტანდარტი. კერძოდ, სკრინინგის პროცესში უნდა მონაწილეობდეს სულ მცირე ოთხი პირი და წელიწადში უნდა ხდებოდეს, მინიმუმ, 1500 ნაცხის შეფასება. რე-სერტიფიკაცია აუცილებელია ყოველ სამ წელიწადში ერთხელ.

აკრედიტირებულმა ლაბორატორიამ ხელმისაწვდომი უნდა გახადოს შესაბამისი კლინიკური ინფორმაცია და შემოწმების მონაცემები სკრინინგულ პროგრამაში მონაწილე სხვა ლაბორატორიებისათვის.

6.7 ზოგადი პრაქტიკის ექიმები, ბინეკოლოგები და ნაცხის ამღები სხვა პირები

მასალის ამღები პირი ინფორმირებული უნდა იყოს ყოველწლიურად მათ მიერ აღებული არადამაკმაყოფილებელი 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.

ბამოყენებული ლიტერატურა

1. Amaral R.G., Zeferino L.C., Hardy E., Westin M.C., Martinez E.Z., & Montemor E.B. (2005). Quality assurance in cervical smears: 100% rapid re-screening vs. 10% random re-screening. *Acta Cytol.*49: 244-248.
2. Arbyn M. & Schenck U. (2000). Detection of false negative Pap smears by rapid reviewing: a metaanalysis. *Acta Cytol.* 44: 949-957.
3. Arbyn M., Schenck U., Ellison E., & Hanselaar A. (2003). Metaanalysis of the accuracy of rapid prescreening relative to full screening of pap smears. *Cancer* 99: 9-16.
4. Arcelay A., Sanchez E., Hernandez L., Inclan G., Bacigalupe M., Letona J., Gonzalez R.M., & Martinez-Conde A.E. (1999). Self-assessment of all the health centres of a public health

- service through the European Model of total quality management. *Int J Health Care Qual Assur Inc Leadersh Health Serv* 12: 54-58.
5. Baker A. & Melcher D.H. (1991). Rapid cervical cytology screening. *Cytopathology* 2: 299-301. Baker R.W., Wadsworth J., Brugal G., & Coleman D.V. (1997). An evaluation of 'rapid review' as a method of quality control of cervical smears using the AxioHOME microscope. *Cytopathology* 8: 85- 95.
 6. Bekova A. & Kobilkova J. (2005). Cytopathology in the Czech Republic. *Cytopathology* 16: 147-149.
 7. Breitenecker G., Dinges H.P., Regitnig P., Wiener H., & Vutuc C. (2004). Cytopathology in Austria. *Cytopathology* 15: 113-118.
 8. Burnett D., Blair C., Haeney M.R., Jeffcoate S.L., Scott K.W., & Williams D.L. (2002). Clinical pathology accreditation: standards for the medical laboratory. *J Clin Pathol* 55: 729-733.
 9. Cochand-Priollet B., Vincent S., & Vielh P. (2004). Cytopathology in France. *Cytopathology* 15: 163- 166.
 10. Cooper J. & Hewison A. (2002). Implementing audit in palliative care: an action research approach. *J Adv Nurs* 39: 360-369.
 11. Council of Europe (2001). Developing a methodology for drawing up guidelines on best medical practice (recommendation (2001) 13 and explanatory memorandum).
 12. Drijkoningen M., Bogers J.P., Bourgain C., Cuvelier C., Delvenne P., Gompel C., Saerens L., Thienpont L., Van Damme B., Van Eycken L., Verhest A., & Weynand B. (2005). Cytopathology in Belgium. *Cytopathology* 16: 100-104.
 13. Faraker C.A. & Boxer M.E. (1996). Rapid review (partial re-screening) of cervical cytology. Four years experience and quality assurance implications. *J Clin Pathol* 49: 587-591.
 14. Gill G.W., Frost J.K., & Miller K.A. (1974). A new formula for a half-oxidized hematoxylin solution that neither overstains nor requires differentiation. *Acta Cytol.* 18: 300-311
 15. Grenko R.T., Abendroth C.S., Frauenhoffer E.E., Ruggiero F.M., & Zaino R.J. (2000). Variance in the interpretation of cervical biopsy specimens obtained for atypical squamous cells of undetermined significance. *Am.J.Clin.Pathol.* 114: 735-740.
 16. Houlston D.C., Boyd C.M., Nicholas D.S., & Smith J.A. (1998). Personal performance profiles: a useful adjunct to quality assurance in cervical cytology. *Cytopathology* 9: 162-170.
 17. Hutchinson M.L. (1996). Assessing the costs and benefits of alternative re-screening strategies. *Acta Cytol.* 40: 4-8.
 18. Kaminsky F.C., Benneyan J.C., & Mullins D.L. (1997). Automated re-screening in cervical cytology. Mathematical models for evaluating overall process sensitivity, specificity and cost. *Acta Cytol.* 41: 209-223.
 19. Klabunde C.N., Sancho-Garnier H., Taplin S., Thoresen S., Ohuchi N., & Ballard-Barbash R. (2002). Quality assurance in follow-up and initial treatment for screening mammography programs in 22 countries. *Int J Qual Health Care* 14: 449-461.
 20. Klazinga N. (2000). Re-engineering trust: the adoption and adaption of four models for external quality assurance of health care services in western European health care systems. *Int J Qual Health Care* 12: 183-189.
 21. Klinkhamer P.J., Vooijs G.P., & De Haan A.F. (1988). Intraobserver and interobserver variability in the diagnosis of epithelial abnormalities in cervical smears. *Acta Cytol.* 32: 794-800.
 22. Koss L.G. (1989). The Papanicolaou test for cervical cancer detection. A triumph and a tragedy. *JAMA* 261: 737-743.
 23. Koss L.G. (1992) *Diagnostic Cytology and its histopathologic basis.*, 4th edn.

24. Melamed M.R. (1996). Re-screening for quality control in cytology. *Acta Cytol.* 40: 12-13.
25. Mitchell H. & Medley G. (1995). Differences between Papanicolaou smears with correct and incorrect diagnoses. *Cytopathology* 6: 368-375.
26. Mody D.R., Davey D.D., Branca M., Raab S.S., Schenck U., Stanley M.W., Wright R.G., Arbyn M., Beccati D., Bishop J.W., Collaço L.M., Cramer S.F., Fitzgerald P., Heinrich J., Jhala N.C., Montanari G., Kapila K., Naryshkin S., & Suprun H.Z. (2000). Quality assurance and risk reduction guidelines. *Acta Cytol.* 44: 496-507.
27. Moeller J., Breinlinger-O'Reilly J., & Elser J. (2000). Quality management in German health care-- the EFQM Excellence Model. *Int J Health Care Qual Assur Inc Leadersh Health Serv* 13: 254-258.
28. NHSCSP. Achievable standards, benchmarks for reporting, and criteria for evaluating cervical cytopathology. Second edition including revised performance indicators (2nd edition). NHSCSP publication 1, 1-36. 2000. Sheffield, NHS Cancer Screening Programmes
29. O'Sullivan J.P., A'Hern R.P., Chapman P.A., Jenkins L., Smith R., Al-Nafussi A., Brett M.T., Herbert A., McKean M.E., & Waddell C.A. (1998). A case-control study of true positive versus false negative cervical smears in women with cervical intraepithelial neoplasia (CIN) III. *Cytopathology* 9: 155- 161.
30. O'Sullivan J.P., Ismail S.M., Barnes W.S., Deery A.R., Gradwell E., Harvey J.A., Husain O.A., Kocjan G., McKee G., Olafsdottir R., Ratcliffe N.A., & Newcombe R.G. (1996). Inter- and intra-observer variation in the reporting of cervical smears: specialist cytopathologists versus histopathologists. *Cytopathology* 7: 78-89.
31. Papanicolaou G.N. (1942). A new procedure for staining vaginal smears. *Science* 95: 438-439.
32. Patten S.F., Lee J.S.J., Wilbur D.C., Bonfiglio T.A., Colgan T.J., Richart R.M., & Moinuddin S. (1997).
33. The Autopap 300 QC system multicenter clinical trials for use in quality control re-screening of cervical smears. I. A prospective intended use study. *Cancer* 81: 337-342.
34. Ronco G., Montanari G., Confortini M., Parisio F., Berardengo E., Delpiano A.M., Arnaud S., Campione D., Baldini D., Poll P., Lynge E., Mancini E., & Segnan N. (2003). Effect of circulation and discussion of cervical smears on agreement between laboratories. *Cytopathology* 14: 115-120.
35. Schenck U., Engelhardt W., Hinrichs F., Jordan B., Müller-Wallraf R., Tenberken K., & Witting C. (1998). Leitlinie zur Zertifizierung von zytologisch tätigen Assistenten/innen in der Gynäkologischen Zytologie durch die Deutsche Gesellschaft Für Zytologie (DGZ).
36. Schenck U. & Planding W. (1996). Quality assurance by continuous recording of the microscope status. *Acta Cytol.* 40: 73-80.
37. Smith P.A. & Hewer E.M. (2003). Examination for the Certificate in Advanced Practice in Cervical Cytology--the first year's experience. *Cytopathology* 14: 101-104.
38. Stoler M.H. (2002). Toward objective quality assurance: the eyes don't have it. *Am.J.Clin.Pathol.* 117: 520-522.
39. Stoler M.H. & Schiffman M.A. (2001). Interobserver reproducibility of cervical cytologic and histologic interpretations. *JAMA* 285: 1500-1505.
40. Tarkkanen J., Geagea A., Nieminen P., & Anttila A. (2003). Quality improvement project in cervical cancer screening: practical measures for monitoring laboratory performance. *Acta Obstet Gynecol Scand* 82: 82-88.
41. Valkov I., Zlatkov V., & Kostova P. (2004). Cytopathology in Bulgaria. *Cytopathology* 15: 228-232.

7 ხარისხის კონტროლის გზამკვლევი საშვილოსნოს ყელის ჰისტოპათოლოგიური გამოკვლევისათვის

გამოკვლევის ჰისტოპათოლოგიური მეთოდი უზრუნველყოფს დაზიანებათა საბოლოო დიაგნოსტიკას, რის საფუძველზეც ხდება შესაბამისი მეურნეობის შერჩევა. იგი წარმოადგენს ოქროს სტანდარტს ციტოლოგიური და კოლპოსკოპიური გამოკვლევის ხარისხის კონტროლისათვის. გარდა ამისა, დიაგნოსტიკური ინფორმაციის ძირითადი ნაწილი, რომელიც ინახება "კიბოს რეგისტრში" და გამოიყენება სკრინინგული პროგრამების მონიტორინგის მიზნით, მიღებულია სწორედ ჰისტოპათოლოგიური გამოკვლევის შედეგად. ჰისტოპათოლოგიური გამოკვლევის ჩვენებას წარმოადგენს პერსისტული დაბალი ხარისხის დაზიანებები, HPV ასოცირებული დაზიანებების ჩათვლით, ასევე, მაღალი ხარისხის დაზიანებები. ციტოპათოლოგიური გამოკვლევით შესაძლებელია დაისვას როგორც ჯირკვლოვანი პათოლოგიების, ისე მაღალი ხარისხის CIN, AIS ან ინვაზიური კარცინომის სავარაუდო დიაგნოზი. ჰისტოპათოლოგი კარგად უნდა ერკვეოდეს იმ ციტოლოგიური ცვლილებების ტიპებში, რომელიც შეიძლება შეესაბამებოდეს ჰისტოპათოლოგიურ დიაგნოზს. ჰისტოპათოლოგიური დიაგნოზის სიზუსტე პირველ რიგში დამოკიდებულია აღებული მასალის ადექვატურობაზე. ეს შეიძლება იყოს კოლპოსკოპის კონტროლით ჩატარებული დამიზნებითი ბიოფსიით (საჭიროების შემთხვევაში ენდოცერვიქსული კიურეტაჟით), ტრანსფორმაციული ზონის მოკვეთით (ექსციზიო), ან კონიზაციით მიღებული მასალა. შემდეგ, დიაგნოზის სიზუსტეს განსაზღვრავს შესაბამისი მაკროსკოპული აღწერილობა, ტექნიკური დამუშავება, მიკროსკოპიული ინტერპრეტაცია და ხარისხის კონტროლი ციტოლოგიური და ჰისტოლოგიური დიაგნოზის შედარების გზით.

საშვილოსნოს ყელის ციტოლოგიური გამოკვლევა წარმოადგენს პირველად სკრინინგულ მეთოდს, მაგრამ ამ მეთოდით არ ხდება საბოლოო დიაგნოსტიკა. ციტოლოგიურ ნაცხში პათოლოგიის აღმოჩენის შემთხვევაში ტარდება კოლპოსკოპიური გამოკვლევა და ხდება საშვილოსნოს ყელიდან აღებული ქსოვილის მიკროსკოპიული შესწავლა. ადექვატური კოლპოსკოპიური დათვალიერების მიზანია საშვილოსნოს ყელის პათოლოგიური უბნების მონიშვნა ბიოფსიისათვის. ჰისტოპათოლოგიური დიაგნოზის სარწმუნოობა დამოკიდებულია ბიოფსიური მასალის ადექვატურობაზე. ბიოფსიით აღებული ქსოვილი, მცირე ზომის გამო (ხშირად მილიმეტრების ფარგლებში), საჭიროებს ზედმიწევნით ფრთხილ დამუშავებას. თუ ციტოლოგიური დიაგნოზი არ დასტურდება ჰისტოლოგიური გამოკვლევით, პათოლოგმა უნდა ჩათვალოს რომ დისპლაზიური დაზიანების ინტერპრეტაცია ვერ მოხერხდა მისი მცირე ზომის, ან ენდოცერვიქსული ლოკალიზაციის გამო. ამგვარად, ცალკეულ შემთხვევებში გარკვევის მიზნით, აუცილებელია ციტოლოგიური და ჰისტოლოგიური გამოკვლევის მჭიდრო კორელაცია.

ექსციზიური ბიოფსია წარმოადგენს ქსოვილოვანი მასალის აღების სპეციალურ სახეს. ამ დროს ხდება ციტოლოგიურად, კოლპოსკოპიურად ან ბიოფსიური მასალის გამოკვლევით აღმოჩენილი დისპლაზიური დაზიანებების სრული ამოკვეთა. ექსციზიური ბიოფსიური მასალის შესწავლისას, ჰისტოპათოლოგიურ დიაგნოზში ნათლად უნდა იყოს აღნიშნული პირველადი დაზიანების დიაგნოზი და რეზექციული კიდების აღწერილობა, რადგან მიკროინვაზიის არსებობა მნიშვნელოვან და ძირითად ზეგავლენას ახდენს პაციენტების შემდგომ მენეჯმენტზე. რეკომენდებულია ამოკვეთილი ქსოვილის დაჭრა თანმიმდევრულ

სერიულ ნაჭრებად – სრული შესწავლის მიზნით. დამატებითი იმუნოჰისტოქიმიური გამოკვლევით ხდება შესაძლო მიკროინვაზიის ან პროცესში სისხლძარღვების მონაწილეობის განსაზღვრა, აგრეთვე ბრტყელუჯრედოვანი და ჯირკვლოვანი ნეოპლაზიების დიფერენციაცია (Obermair et al., 1998; Birner et al., 2001).

7.1. დამიზნებითი ბიოფსია

დამიზნებითი ბიოფსია წარმოადგენს რამდენიმე მილიმეტრი დიამეტრის ქსოვილის მცირე ზომის ფრაგმენტებს, რომელიც მოშორებულია ცერვიქსის ლორწოვანიდან ბიოფსიური მასით.

დამაკმაყოფილებელი კოლპოსკოპიის შემთხვევაში, თუ კოლპოსკოპიით შესაძლებელია CIN-ის აშკარა უბნ(ებ)ის ვიზუალიზაცია, დამიზნებითი ბიოფსიური მასალის ჰისტოლოგიური შესწავლა საკმარისია საბოლოო დიაგნოსტიკისათვის.

აუცილებელია მასალის მასის, დიამეტრის, ფერის, კონსისტენციის დოკუმენტაცია.

საშვილოსნოს ყელის მრავლობითი ბიოფსიის შემთხვევაში, აუცილებელია ცერვიქსის ყველა იმ უბნის ცალკე ინტერპრეტაცია, საიდანაც აღებული იყო მასალა. მასალა ფიქსირდება 4%-იან ბუფერულ ფორმალინში ოთახის ტემპერატურაზე, შემდეგ ხდება პარაფინში ჩაყალიბება რუტინული ტექნოლოგიით. 4-მიკრონიანი პარაფინული ანათლები იღებება ჰემატოქსილინ-ეოზინით და/ან მუშავდება სპეციალური შეღების მეთოდებისათვის და საჭიროების შემთხვევაში იმუნოჰისტოქიმიური გამოკვლევებისათვის.

ჰისტოპათოლოგიური დიაგნოზი:

ჰისტოპათოლოგიურ დიაგნოზში უნდა აღინიშნოს:

- ქსოვილის ტიპი;
- ნეოპლაზიური დაზიანების არსებობა/არარსებობა და დაზიანების ტიპი;
- იდენტიფიცირებული დაზიანების ხარისხი (ავთვისებიანობის ხარისხი);
- ბრტყელუჯრედოვანი დაზიანებები: ცერვიქსული ინტრაეპითელიური ნეოპლაზია 1-3 (CIN 1-3), ინვაზიური კიბო;
- ჯირკვლოვანი დაზიანებები: მაღალი და დაბალი ხარისხის ცერვიქსული ჯირკვლოვანი ინტრაეპითელიური ნეოპლაზია (CGIN), ინვაზიური ადენოკარცინომა ან ადენოსქვამოზური კარცინომა;
- HPV –სთან ასოცირებული ცვლილებები (კოილოციტები, დისკერატოზი);
- დაზიანების ზომა (მმ);
- არანეოპლაზიური დაზიანებების აღწერილობა;
- სტრომული რეაქცია: ანთების ან დესმოპლაზიური რეაქციის არსებობა და გავრცელება;
- ინვაზიური კიბოს არსებობის შემთხვევაში აღნიშნული უნდა იყოს: ინვაზიის სიღრმე, ლიმფოვასკულური სისტემის მონაწილეობა პროცესში და დიფერენციაციის ხარისხი.

ამ გაიდლაინის მკაცრი მოთხოვნაა CIN-ის ჰისტოლოგიური კლასიფიკაცია. ყურადღება უნდა იქნას გამახვილებული სამი ხარისხის CIN-ის დიაგნოსტიკის

კრიტერიუმებზე (CIN 1-3) (WHO, 2003). CIS როგორც წესი გვხვდება CIN3-თან კომბინაციაში (დიდი ბრიტანეთის ეროვნულ კიბოს რეგისტრში ორივე მათგანი იწერება როგორც "საშვილოსნოს ყელის in situ კარცინომა"). ცნობილია რომ ფართოდ გავრცელებული CIN1/კოილოციტოზისათვის (შეესაბამება LSIL-ს) დამახასიათებელია სპონტანური უკუგანვითარება და ასოცირდება HPV-ის პროდუქციულ ინფექციასთან. CIN2 და CIN3/კარცინომა in situ (შეესაბამება HSIL-ს) უფრო მეტადაა მიდრეკილი პერსისტენციისა და პროგრესისაკენ, თუ არ მოხდება მათი მკურნალობა. ამ დაზიანებებში არსებობს HPV-ის გენომში ინტეგრაციის მაღალი ალბათობა. სხვადასხვა კვლევებით ნაჩვენებია CIN2-ის რეგრესის უფრო მაღალი ალბათობა პროგრესის ალბათობასთან შედარებით, განსხვავებით CIN3-ისაგან, სადაც პირიქით, პროგრესის ალბათობა სჭარბობს რეგრესიას. მცირე ზომის ბიოფსიურ მასალაში, ზოგჯერ საჭიროა CIN-ის მითითება როგორც "დაუდგენელი ხარისხის", თუმცა მსგავს ინტერპრეტაციას უნდა მოვერიდოთ, სადაც დიაგნოზის დასმა შესაძლებელია. მოუძწიფებელი ბრტყელუჯრედოვანი მეტაპლაზია და ატროფიული ბრტყელუჯრედოვანი ეპითელიუმი შეიძლება გახდეს მცდარი ინტერპრეტაციის მიზეზი და შეცდომით მიჩნეულ იქნას CIN1-2-ად. მსგავს შემთხვევებში საბოლოო დიაგნოზის დასმაში გვეხმარება p16-ზე პოზიტიურობის გამოვლენა და განმეორებითი ბიოფსია ესტროგენით დატვირთვის შემდეგ. CGIN-ის ხარისხის ზუსტი განსაზღვრა შეუძლებელია. (WHO, 2003). მაღალი ხარისხის ავთვისებიანობის CGIN, რომელიც უთანაბრდება ადენოკარცინომა *in situ*-ს, და დაბალი ხარისხის CGIN ექვემდებარება ერთსა და იმავე მენეჯმენტს. დაბალი ხარისხის ავთვისებიანობის CGIN-ის გამოტანა დიაგნოზში იშვიათად ხდება, ამასთანავე, სიფრთხილვა საჭირო მისი დიფერენცირებისას კეთილთვისებიანი დაზიანებებისგან, რომელიც შეიძლება მას გაეღვას. იგივე შენიშვნები შეეხება ჯირკვლოვანი დისპლაზიის და ატიპიის დიაგნოსტიკასაც (WHO, 2003).

1. CIN1 (ბრტყელი კონდილომა; კოილოციტები; მსუბუქი დისპლაზია): ნეოპლაზიური, ბაზალური უჯრედები და მიტოზური ფიგურები იკავებს ეპითელიუმის ქვედა ერთ მესამედს. ამ დაზიანების დროს ხშირად აღინიშნება გამოსატული HPV ციტოპათიური ეფექტები პერინუკლეური სიცარიელების, მრავალბირთვიანობის, ბირთვების მემბრანების არარეგულარობის და ჰიპერქრომაზიის (ე.წ. კოილოციტოზი) ჩათვლით.

CIN2 (ზომიერი დისპლაზია): ნეოპლაზიური ბაზალური უჯრედები და მიტოზური ფიგურები იკავებს ეპითელიუმის ქვედა ორ მესამედს. ამ უჯრედების ბირთვულ-ციტოპლაზმური ინდექსი მაღალია, ციტოპლაზმა ღარიბი, ბირთვი მკვრივი, ჰიპერქრომული, არასწორი კიდევით; ქრომატინი უხეში გრანულური ბელტების სახით განაწილებული.

CIN3 (მძიმე დისპლაზია/კარცინომა in situ): ნეოპლაზიური ბაზალური უჯრედები და მიტოზური ფიგურები იკავებს ეპითელიუმის მთელ სისქეს. ამ უჯრედების ბირთვ-ციტოპლაზმური ინდექსი მაღალია, ციტოპლაზმა ღარიბი, ბირთვი მკვრივი, ჰიპერქრომული, არასწორი კიდევით; ქრომატინი უხეში გრანულური ბელტების სახით განაწილებული (IARC, 2005).

2. CGIN-ის ჰისტოლოგიური ინტერპრეტაცია ემყარება არქიტექტურული და ციტოლოგიური პათოლოგიების კომბინაციას, თუმცა მუდმივი მახასიათებელია ბირთვული პათოლოგიის არსებობა. ყოველთვის ყველა მახასიათებელი არ აღინიშნება. არქიტექტურული მახასიათებლებია: ჯირკვლების დაჯგუფება და,

განტოტებები. სადინრებში შიდა პაპილური გამონაზარდები, ზრდის კრიბრიფორმული (“დაცხრილული”) ტიპი. ციტოლოგიური მახასიათებლებია: მკვეთრი გადასვლა ნორმულ და პათოლოგიურ ეპითელიუმებს შორის; ინტესტინური/ფიალისებურუჯრედოვანი მეტაპლაზია; მიტოზური ფიგურების არსებობა, რომელთაგან ზოგი პათოლოგიურია; კარგად გამოხატული ბირთვაკები; აპოპტოზი. მიკროინვაზიური ადენოკარცინომისაგან სადიფერენციაციო ძირითადი ნიშანია პროცესში მხოლოდ ჯირკვლოვანი ქსოვილის მონაწილეობა, აგრეთვე ნორმული და პათოლოგიური ჯირკვლების ერთმანეთში შერევა; არ აღინიშნება სტრომული რეაქცია და მიკროინვაზიური ადენოკარცინომისათვის დამახასიათებელი ციტოლოგიური ცვლილებები (გაზრდილი პოლიმორფიზმი, უფრო მეტად უხვი და ეოზინოფილური ციტოპლაზმა).

7.2. ექსციზიური ბიოფსია

ექსციზიური ბიოფსიური მასალა წარმოადგენს დაახლოებით ცილინდრული ფორმის ქსოვილს საშვილოსნის ყელიდან, რომელიც შეიცავს ენდოცერვიქსული არხის ქვედა ნაწილს და ექტოცერვიქსის ნაწილს. ექსციზიური ბიოფსიის სახეებია: ცივი დანით (სკალპელით) ჩატარებული კონიზაცია, ლაზერული კონიზაცია და ტრანსფორმაციული ზონის ექსციზიო მარყუქით (cold knife conisation (CKC), laser conisation (LC) and Large Loop Excision of the Transformation Zone (LLETZ)/ Loop Electrosurgical Excisional Procedure (LEEP)). ცივი დანით და ლაზერით კონიზაციით მიღებული ბიოფსიური მასალა წარმოადგენს ცილინდრული ფორმის ქსოვილს, მაშინ როდესაც LLETZ/LEEP-მასალა შემთხვევათა უმეტესობაში წარმოდგენილია უფრო მეტად დისკისებური ფორმის, ექტოცერვიქსის ნაწილით, ზოგჯერ დამატებითი ქსოვილით, რომელიც მიიღება ენდოცერვიქსის არხის შუა ნაწილიდან.

დიაგნოსტიკური მიზნები

ექსციზიური ბიოფსიის მიზანია მთელი პათოლოგიური ქსოვილის (რომელიც გამოვლინდა კოლპოსკოპიით) ამოკვეთა ენდოცერვიქსის არხის და ტრანსფორმაციული ზონის ჩათვლით. პროცედურა უნდა იყოს დიაგნოსტიკურად (უნდა გვაძლევდეს ზუსტ პისტოლოგიური დიაგნოზის დადგენის საშუალებას) და თერაპიულად (უნდა ახდენდეს დაზიანების მოცილებას მთლიანად).


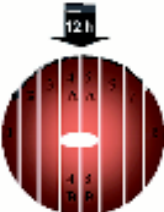
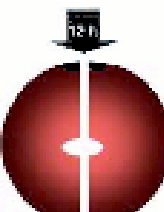
მაკროსკოპიული აღწერილობა

მაკროსკოპიული აღწერილობა მოიცავს მასალის ზომის (სიგრძე და დიამეტრი), ცერვიქსულ არხში ლოკალიზაციის (ცენტრული, პარაცენტრული ან მარგინული), ნებისმიერი ხილული დაზიანების, აგრეთვე ნებისმიერი საორიენტაციო აღნიშვნის/ნაკერის მდებარეობის შეფასებას (Horn et al., 1999).

ტექნოლოგია

ექსციზიური ბიოფსიით, როგორც წესი, ხდება მთელი ტრანსფორმაციული ზონის მოცილება, ენდოცერვიქსის არხის ქვედა ნაწილის ჩათვლით. აუცილებელია ბიოფსიური მასალის გარკვევით მონიშვნა (მაგ: ფერით ან ძაფებით 12 საათზე), რათა შემდგომი დამუშავებისას შესაძლებელი იყოს ადექვატური ორიენტაცია

(Robboy et al., 1994; Robboy et al., 2002). ცერვიქსის არხის მთლიანობა შენარჩუნებული უნდა იყოს და არ უნდა შეიცვალოს წინასწარი დილატაციით. არსებობს ექსციზიური ბიოფსიით მიღებული მასალის დაჭრის სხვადასხვა მეთოდი. პრაქტიკაში იყენებენ: ქინძისთავით დაფიქსირებული ნედლი მასალის რადიალურ დაჭრას ან დაფიქსირებული მასალის სერიულ დაჭრას სწორი კუთხით საშვილოსნოს ყელის გარეთა პირის მიმართ. მარტივი და ადვილად განსახორციელებელი მეთოდია ქსოვილის გაყოფა ორ თანაბარ ნახევრად, საშვილოსნოს ყელის არხის სიგრძივი ღერძის პარალელურად. ამ გზით დამუშავებული მასალა ადვილია საორიენტაციოდ და საინტერპრეტაციოდ, ასევე, რეჟექციის კიდეების სწორად შეფასებისათვის (ნახატი №17 და №18).

	<p>1. რადიალური კვეთა მოიცავს მასალის სიგრძივად გახნას და რადიალურ ნაჭრებად დაყოფას. თითოეული ნაჭრის თანმიმდევრული იდენტიფიკაცია გვაძლევს დაზიანების მდებარეობის და გავრცელების ზუსტი განსაზღვრის საშუალებას.</p>
	<p>2. პარალელური კვეთა უნდა მოხდეს მასალის მინიმუმ ერთი კიდის მონიშვნა მელნით. მრავალფეროვანი მელნის გამოყენება აადვილებს სხვადასხვა კიდეების სწორ ორიენტაციას. თუ მასალა დაიყოფა წინა და უკანა ნაწილებად, უკანა ნაწილის დანომვრა უნდა მოხდეს იგივე წესით, როგორც წინა ნაწილის.</p>
	<p>3. ორ ნაწილად დაყოფა მასალის საშვილოსნოს ყელის არხის სიგრძივი ღერძის პარალელურად. თითოეული ნახევარი უნდა მონიშნოს ფერადი მელნით სულ მცირე ერთ კიდეზე. უნდა განხორციელდეს თითოეული ნაწილის 0,1 მმ-იანი ბიჯით სერიული კვეთა.</p>

ნახატი №17

ჰისტოპათოლოგიური დიაგნოზი

ექსციზიური ბიოფსიური მასალის ჰისტოპათოლოგიური გამოკვლევის დიაგნოზის ფორმა უნდა გვაძლევდეს სრულყოფილ ინფორმაციას დაზიანების შესახებ. დიაგნოზი ასევე შესაბამისობაში უნდა იყოს საშვილოსნოს ყელის სიმსივნეების **ჯანმო-ს** ჰისტოლოგიურ კლასიფიკაციასთან (თავი 7.8). გარდა დაზიანების ჰისტოლოგიური ტიპის ზუსტი აღწერილობისა, დიაგნოზში აღნიშნული უნდა იყოს შემდეგი ინფორმაცია:

- ნეოპლაზიური დაზიანების ავთვისებიანობის ხარისხი;
- დაზიანების ლოკალიზაცია ექსციზიურ ბიფსიურ მასალაში;

- დაზიანების უნი/მულტიფოკალურობა;
- დაზიანების გავრცელება (მიკროინვაზიური და ინვაზიური კიბოს შემთხვევაში, სტადიურობის ადექვატური შეფასება ხდება ვერტიკალური და ჰორიზონტალური ღიაძებების გაზომვით);
- სტრომული რეაქცია;
- მიკროსისხლძარღვების ჩართულობა დაზიანების პროცესში;
- სიმსივნური ქსოვილის კავშირი რეზექციის ყველა კიდესთან (დაშორება კიდებიდან);
- დამატებითი არანეოპლაზიური ცვლილებების აღწერილობა და დახასიათება (ტუბულოენდომეტრიოიდული მეტაპლაზია, მიკროგლანდულური ჰიპერპლაზია, ენდომეტრიოზი, რეგენერაციული და რეპარაციული ცვლილებები);
- ტერმინი "მიკროინვაზიური კარცინომა" შეიძლება ეხებოდეს როგორც ბრტყელუჯრედოვან კარცინომებს, ისე ადენოკარცინომებს. ეს ტერმინი გამოიყენება მხოლოდ იმ შემთხვევაში, როდესაც დიაგნოზში აღნიშნულია სადი ქსოვილის ფარგლებში ამოჭრილი დაზიანების სიღრმის და ლატერალური გავრცელების დეტალური გაზომვის შედეგები. დიაგნოზის დაზუსტება ხდება FIGO-ს დეფინიციების მიხედვით – 1A1 თუ 1A2 სტადია (თავი 7.7). ინვაზიის სიღრმე უნდა გაიზომოს ეპითელიუმის ბაზალური მემბრანიდან, ხოლო დაზიანების ლატერალური გავრცელება – უნდა გაიზომოს ყველაზე ფართო ნაჭერში. 1A1 სტადიის დაზიანებების დროს ინვაზიის სიღრმეა 3 მმ-ზე ნაკლები და სიგანე ნაკლებია 7 მმ-ზე. ხოლო 1A2 სტადიის დაზიანებების დროს ინვაზიის სიღრმეა 3 – 5 მმ, და სიგანე ნაკლებია 7 მმ-ზე. ადენოკარცინომები უნდა გაიზომოს და ჩაიწეროს იმავე სახით, მაგრამ არ არსებობს 1A1 და 1A2 სიმსივნეების განმასხვავებელი სარწმუნო კრიტერიუმები. თუ არ ხერხდება ინვაზიური დაზიანების გაზომვა ისე, როგორც ნაჩვენებია ზემოთ, იგი აღწერილი უნდა იქნას როგორც მცირე ზომის ინვაზიური კარცინომა და კლასიფიცირდეს როგორც 1B1. ლიმფოვასკულური ინვაზია უნდა ჩაიწეროს, მაგრამ იგი არ ცვლის FIGO-ს სტადიას.

7.3. ენდოცერვიქსული კიურეტაჟი (ECC)

ენდოცერვიქსული კიურეტაჟით ხდება ქსოვილის აღება ენდოცერვიქსიდან.

დიაგნოსტიკური მიზანი

ენდოცერვიქსული კიურეტაჟის მიზანია:

- ექტოცერვიქსის ნებისმიერი ბრტყელუჯრედოვანი დაზიანების შეფასება, რომელიც ვრცელდება ენდოცერვიქსის არხში;
- ენდოცერვიქსის ადენოკარცინომის და მისი წინარე დაზიანებების გამოვლენა;
- ნებისმიერი ცერვიქსგარეთა ავთვისებიანი პროცესის გამოვლენა, რომელიც ვრცელდება საშვილოსნოს ყელზეც.

ენდოცერვიქსული კიურეტაჟი დამიზნებითი ბიოფსიასთან კომბინაციაში გვაძლევს საშუალებას ჰისტოლოგიურად შევაფასოთ როგორც ექტო-, ისე ენდოცერვიქსი, საშილოსნოს ყელიდან ქსოვილის მნიშვნელოვანი ნაწილის ამოჭრის გარეშე. მიუხედავად ამისა, მხედველობაში უნდა იქნას მიღებული, რომ ენდოცერვიქსული კიურეტაჟი ხასიათდება შეზღუდული მგრძობელობით CIN-ის და CGIN-ის მიმართ. მეტიც, ენდოცერვიქსული კიურეტაჟი ცვლის ენდოცერვიქსის არხის არქიტექტურას, რაც გასათვალისწინებელია შემდგომი კონიზებული მასალის გამოკვლევისას (Hoffman et al., 1993; Mogensen et al., 1997; Boardman et al., 2003).

მაკროსკოპული აღწერილობა

უნდა აღინიშნოს მასალის ფრაგმენტების რაოდენობა, დიამეტრი, ფერი და კონსისტენცია.

ტექნოლოგია

ენდოცერვიქსული კიურეტის გამოყენებით ხდება ქსოვილის აღება ენდოცერვიქსის არხის ყველა კედლიდან.

რეკომენდებულია ბიოფსიური მასალის სერიული დაჭრა.

ჰისტოპათოლოგიური დიაგნოზი

კიურეტაჟით მიღებული ქსოვილის აღწერისას უნდა შეფასდეს:

- ენდოცერვიქსის ჯირკვლების არსებობა, ენდომეტრიული ქსოვილის და ბრტყელი ეპითელიუმის არსებობა;
- ჯირკვლოვანი ან ბრტყელუჯრედოვანი ინტრაეპითელიური ნეოპლაზიური და არანეოპლაზიური ცვლილებები;
- ინვაზიის არსებობის ნიშნები;
- ნეოპლაზიური და არანეოპლაზიური სტრომული ცვლილებები;
- ანთებითი პროცესის არსებობა და ტიპი.

7.4. იმუნოჰისტოქიმია

იმუნოჰისტოქიმია წარმოადგენს დამხმარე მეთოდს იმ შემთხვევაში, როდესაც ჰემატოქსილინითა და ეოზინით შეღებილი ანათლებით ვერ ხერხდება საკმარისი დიაგნოსტიკური ინფორმაციის მიღება (მაგ. ინტრაეპითელიური ინვაზიური ნეოპლაზიის დადასტურება ან გამორიცხვა). საშილოსნოს ყელის დისპლაზიური დაზიანების შესწავლა იმუნოჰისტოქიმიური მეთოდით, უჯრედთან ასოცირებული ცილების საწინაღმდეგო სხვადასხვა ანტისხეულებით, გვაძლევს დამატებით ინფორმაციას რთულად სადიაგნოსტიკო შემთხვევების დროს.

საკმაოდ ხშირად გამოიყენება პროლიფერაციული მარკერები ფორმალინში დაფიქსირებული და პარაფინში ჩაყალიბებული მასალის კვლევისას:

- Ki67 ანტიგენი წარმოადგენს არაჰისტონურ ცილას, რომელიც ექსპრესირდება ბირთვში უჯრედის ციკლის ყველა ფაზის დროს გარდა G0-ისა. პარაფინულ

ანათლებლებზე Ki67 ანტიგენის გამოსავლენად ყველაზე ხშირად გამოიყენება მონოკლონური ანტისხეული MIB1. Ki67 იმუნოპოზიტიურობის მატება, ჩვეულებრივ, კორელაციაშია დისპლაზიის ხარისხის მატებასთან (Bulten et al., 1996). მეტიც, Ki67-ის ექსპრესია გვაძლევს საშვილოსნოს ყელის ატროფიული ეპითელიუმის (ნეგატიურია Ki67-ზე) და ნეოპლაზიური ან დისპლაზიური ეპითელიუმის (პოზიტიურია Ki67-ზე) დიფერენციაციის საშუალებას (Bulten et al., 2000).

- პროლიფერაციული ბირთვული ანტიგენი (PCNA), რომელიც წარმოადგენს პოლიმერაზა-ასოცირებულ ცილას და სინთეზირდება უჯრედის ციკლის ადრეულ G1 და S ფაზებში, ასევე შეიძლება წარმოადგენდეს დამხმარე მარკერს (Smela et al., 1996).

საშვილოსნოს ყელის ნეოპლაზიის დროს აღინიშნება p16-ს ჭარბი ექსპრესია, რაც საშუალებას გვაძლევს მოვახდინოთ ცერვიქსის ნამდვილი CIN/დისპლაზიის დიფერენციაცია მოუმწიფებელი მეტაპლაზიის ან ცერვიქსის სხვა არანეოპლაზიური ცვლილებებისგან (Obermair et al., 1998; Birner et al., 2001).

7.5. მონაცემების შეგროვება

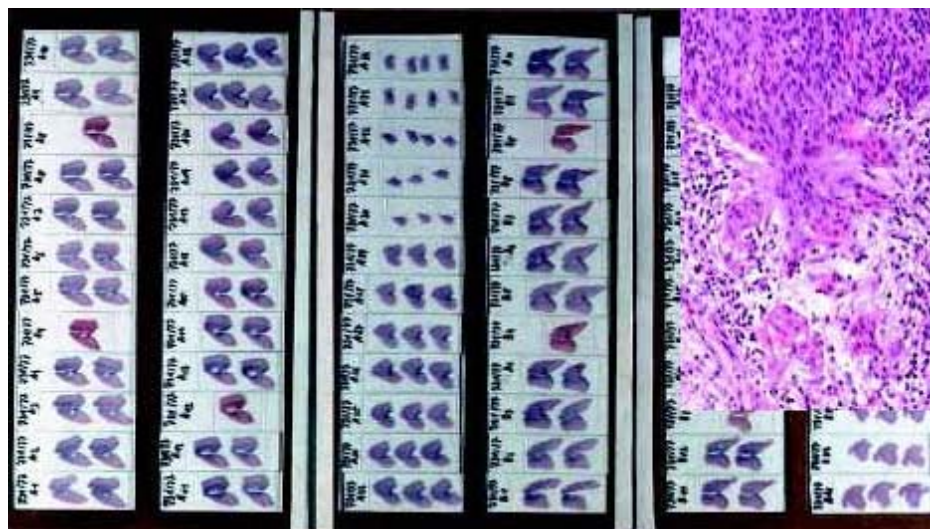
ლაბორატორიას უნდა ქონდეს სტანდარტული მოთხოვნის ფორმა გინეკოლოგებისათვის, რომელიც შეიცავს პაციენტის ადმინისტრაციულ მონაცემებს, ინფორმაციას წინა ციტოლოგიური, კოლპოსკოპიური და საშვილოსნოს ყელის/საშვილოსნოს/საშოს/ვულვის ჰისტოლოგიური კვლევის შესახებ. გარკვევით უნდა იყოს მითითებული ბიოფსიის ტიპი და შემდგომი ჩარევის ჩვენებები. პათოჰისტოლოგიური დიაგნოზის გაფორმების შემდეგ პარაფინის ბლოკები და მინები ინახება განუსაზღვრელი დროის განმავლობაში, პრინციპულად ისინი უნდა შეინახოს სულ მცირე პაციენტის სიცოცხლის მანძილზე.

პათოჰისტოლოგიური დიაგნოზის ფორმა, როგორც მინიმუმი, უნდა შეიცავდეს:

- პაციენტის ძირითად მონაცემებს;
- მომართვის თარიღს;
- მასალის სპეციფიკურობის აღწერას;
- დეტალურად შეჯამებულ პათოჰისტოლოგიურ დიაგნოზს, რომელიც კოდირებულია ჰისტოლოგიური კლასიფიკაციის საერთო სტანდარტების მიხედვით.

7.6. ხარისხის კონტროლი

ყველა მომსახურე პერსონალი, რომელიც მუშაობს საშვილოსნოს ყელის სკრინინგის ჰისტოლოგიურ ნაწილში, კარგად უნდა იყოს გარკვეული მთელი მუშაობის პროცესში. ხარისხის შიდა კონტროლი მოიცავს ლაბორატორიის სამუშაო წიგნის ჩანაწერების კონტროლს, უსაფრთხოების ინსტრუქციებს და პროტოკოლებს (Vutuc et al.). მნიშვნელოვანია რეგულარული შიდა შეხვედრები ტექნიკური საკითხების გარკვევის, ტრენინგების ორგანიზებისა და დიაგნოსტიკური პრობლემების გარჩევის მიზნით. რეკომენდებულია პათოლოგიების, ციტოტექნიკოსების და გინეკოლოგების ინტერდისციპლინური შეხვედრების მოწყობა.



ნახატი №18

7.7. საშვილოსნოს 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 საშვილოსნოს ყელის საზღვრებს (საშვილოსნოს ტანის ინვაზია არ მიიღება მხედველობაში);
- IA სტადია – მიკროინვაზიური კიბო, რომელიც კლინიკურად არ ვლინდება, დიაგნოზი ისმევა მიკროსკოპიური კვლევით;
- 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 საშვილოსნოს 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 საშვილოსნოს ყელის საზღვრებს (საშვილოსნოს ტანის ინვაზია არ მიიღება მხედველობაში);
- II A – კიბო სცილდება საშვილოსნოს ყელის საზღვრებს, აღინიშნება საშოს ზედა ორი მესამედის ინვაზია, მაგრამ პარამეტრიუმი თავისუფალია (ოპტიმალური მკურნალობის პირობებში სიცოცხლის 5 წლიანი ხანგრძლივობა აღინიშნება შემთხვევათა 75 %-ში);
- II B – 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 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).

7.8. საშვილოსნოს ყელის ავთვისებიანი სიმსივნეების ჯანმრთელობის მდგომარეობის კლასიფიკაცია

ეპითელიური სიმსივნეები

- ბრტყელუჯრედოვანი სიმსივნეები და მათი წინამორბედები
 - ბრტყელუჯრედოვანი კარცინომა არასპეციფიური ტიპის
 - კერატინიზებული
 - არაკერატინიზებული
 - ბაზალიდური
 - ვერუკოზული
 - კონდილომატოზური
 - პაპილური
 - ლიმფოეპითელიომის მსგავსი
 - ბრტყელუჯრედოვანი - გარდამავალი
 - მიკროინვაზიური ბრტყელუჯრედოვანი კარცინომა
 - ბრტყელუჯრედოვანი ინტრაეპითელიური ნეოპლაზია
 - საშვილოსნოს ყელის ინტრაეპითელიური ნეოპლაზია
 - CIN 3/ბრტყელუჯრედოვანი კარცინომა in situ
 - ეპითელიუმის ბრტყელუჯრედოვანი დაზიანებები
 - წვეტიანი კონდილომა
 - ბრტყელუჯრედოვანი პაპილომა
 - ფიბროეპითელიური პოლიპი

ჯირკვლოვანი სიმსივნეები და მათი წინამორბედი დაზიანებები
ადენოკარცინომა

- მუცინური კარცინომა
 - ენდოცერვიქსული
 - ინტესტინური
 - ბეჭდისებურუჯრედოვანი
 - მინიმალური ცვლილებებით
 - ვილოგლანდულური
- ენდომეტრიოიდული ადენოკარცინომა
- ნათელუჯრედოვანი კარცინომა
- სეროზული ადენოკარცინომა
- მეზონეფრული ადენოკარცინომა

მიკროინვაზიური ადენოკარცინომა
ადენოკარცინომა in situ
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
ატიპური 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 ალვეოლური სარკომა
ანგიოსარკომა
პერიფერიული ნერვების ავთვისებიანი სიმსივნე
ლეიომიომა
გენიტალური რაბდომიომა
პოსტოპერაციული თითისტარა უჯრედების კვანძი

შერეული ეპითელიური და მეზენქიმური სიმსივნეები

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

მელანოციტური სიმსივნეები

ავთვისებიანი მელანომა
ნევუსუჯრედოვანი ნევუსი

შერეული სიმსივნეები

გერმინაციული ხაზის სიმსივნეები
ყვიტორის პარკის სიმსივნეები
დერმოიდული ცისტა
მწიფე ცისტური ტერატომა

ლიმფოიდური და ჰემატოპოეზური სიმსივნეები

ავთვისებიანი ლიმფომა
ლეიკემია

მეორადი სიმსივნეები

ბამოყენებული ლიტერატურა

1. Birner P., Obermair A., Schindl M., Kowalski H., Breiteneker G., & Oberhuber G. (2001). Selective immunohistochemical staining of blood and lymphatic vessels reveals independent prognostic influence of blood and lymphatic vessel invasion in early-stage cervical cancer. *Clin Cancer Res.* 7: 93-97.
2. Boardman L.A., Meinz H., Steinhoff M.M., Heber W.W., & Blume J. (2003). A randomized trial of the sleeved cytobrush and the endocervical curette. *Obstet. Gynecol.* 101: 426-430.
3. Bulten J., de Wilde P.C., Schijf C., van der Laak J.A., Wienk S., Poddighe P.J., & Hanselaar A.G. (2000). Decreased expression of Ki-67 in atrophic cervical epithelium of post-menopausal women. *J. Pathol.* 190: 545-553.
4. Bulten J., van der Laak J.A., Gemmink J.H., Pahlplatz M.M., de Wilde P.C., & Hanselaar A.G. (1996). MIB1, a promising marker for the classification of cervical intraepithelial neoplasia. *J. Pathol.* 178: 268-273.
5. Costa M.J., Grimes C., Tackett E., & Naib Z.M. (1991). Cervicovaginal cytology in an indigent population. Comparison of results for 1964, 1981 and 1989. *Acta Cytol.* 35: 51-56.
6. Crum C.P., Egawa K., Fu Y.S., Lancaster W.D., Barron B., Levine R.U., Fenoglio C.M., & Richart R.M. (1983). Atypical immature metaplasia (AIM). A subset of human papilloma virus infection of the cervix. *Cancer* 51: 2214-2219.
7. Goldstein N.S., Ahmad E., Hussain M., Hankin R.C., Perez-Reyes N. (1998). Endocervical glandular atypia: does a preneoplastic lesion of adenocarcinoma in situ exist? *Am. J. Clin. Pathol.* 110:200-209.
8. Heatley M.K. (2001). How many histological levels should be examined from tissue blocks originating in cone biopsy and large loop excision of the transformation zone specimens of cervix? *J Clin Pathol* 54: 650-651.
9. Hoffman M.S., Sterghos S.Jr., Gordy L.W., & Gunasekar D. (1993). Evaluation of the cervical canal with the endocervical brush. *Obstet. Gynecol.* 82: 573-577.
10. Horn L.C., Riethdorf L., & Loning T. (1999). Leitfaden für die Präparation uteriner Operationspräparate. *Pathologe* 20: 9-14.
11. IARC (2005). Cervix Cancer Screening. IARC Handbooks of Cancer Prevention. Vol. 10. IARC Press, Lyon.
12. Ismail S.M., Colclough A.B., Dinnen J.S., Eakins D., Evans D.M., Gradwell E., O'Sullivan J.P., Summerell J.M., & Newcombe R.G. (1989). Observer variation in histopathological diagnosis and grading of cervical intraepithelial neoplasia [see comments]. *BMJ* 298: 707-710.

13. Klaes R., Benner A., Friedrich T., Ridder R., Herrington S., Jenkins D., Kurman R.J., Schmidt D., Stoler M., & von Knebel D.M. (2002). p16INK4A immunohistochemistry improves interobserver agreement in the diagnosis of cervical intraepithelial neoplasia. *Am. J. Surg. Pathol.* 26: 1389-1399.
14. Klaes R., Friedrich T., Spitkovsky D., Ridder R., Rudy W., Petry U., Dallenbach-Hellweg G., Schmidt D., & von Knebel D.M. (2001). Overexpression of p16(INK4A) as a specific marker for dysplastic and neoplastic epithelial cells of the cervix uteri. *Int. J. Cancer* 92: 276-284.
15. Kobak W.H., Roman L.D., Felix J.C., Muderspach L.I., Schlaerth J.B., & Morrow C.P. (1995). The role of endocervical curettage at cervical conization for high-grade dysplasia. *Obstet. Gynecol.* 85: 197-201.
16. Melnikow J., Nuovo J., Willan A.R., Chan B.K.S., Howell L.P. (1998). Natural history of cervical squamous intraepithelial lesions: a meta-analysis. *Obstet. Gynecol.* 92:727-35.
17. Mitchell M.F., Tortolero-Luna G., Wright T., Sarkar A., Richards-Kortum R., Hong W.K., Schottenfeld D. (1996). Cervical human papillomavirus infection and intraepithelial neoplasia: a review. *J Natl Cancer Inst Monog* 21:17-25.
18. Mogensen S.T., Bak M., Dueholm M., Frost L., Knoblauch N.O., Praest J., & Svanholm H. (1997). Cytobrush and endocervical curettage in the diagnosis of dysplasia and malignancy of the uterine cervix. *Acta Obstet Gynecol Scand* 76: 69-73.
19. National Health Service Cervical Screening Programme (1999). Histopathology Reporting in Cervical Screening. Working Party of the Royal College of Pathologists and the NHS Cervical Screening Programme. NHSCSP publication 10, 16 pp. Sheffield, NHS Cancer Screening Programmes. Available at: www.cancerscreening.nhs.uk
20. Obermair A., Wanner C., Bilgi S., Speiser P., Reisenberger K., Kaider A., Kainz C., Leodolter S., Breitenacker G., & Gitsch G. (1998). The influence of vascular space involvement on the prognosis of patients with stage IB cervical carcinoma: correlation of results from hematoxylin and eosin staining with results from immunostaining for factor VIII-related antigen. *Cancer* 82: 689-696.
21. Ostor A.G. (1993). Natural history of cervical intraepithelial neoplasia: a critical review. *Int J Gynecol Pathol* 12:186-92
22. Pathology and Genetics of Tumours of the Breast and Female Genital Organs (2003). World Health Organization Classification of Tumours, IARC Press, Lyon
23. Pretorius R.G., Zhang W.H., Belinson J.L., Huang M.N., Wu L.Y., Zhang X., & Qiao Y.L. (2004). Colposcopically directed biopsy, random cervical biopsy, and endocervical curettage in the diagnosis of cervical intraepithelial neoplasia II or worse. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 191: 430-434.
24. Robboy S.J., Kraus F.T. & Kurman R.J. (1994). Gross description: processing and reporting of gynecologic and obstetric specimens. In: Blaustein's pathology of the female genital tract. (ed Kurman R.J.), 4 edn, pp. 1225-1240. Springer-Verlag.
25. Robboy S.J., Russell P., Anderson M.C., & Bentley R.C. (2002). Cutup - the gross description, processing and reporting of specimens. *Pathology of the Female Reproductive Tract* 861-877.
26. Singer A. & Monaghan J.M. (2000). Lower Genital Tract Precancer: Colposcopy, Pathology and Treatment., 2nd edn, Blackwell Science Ltd, Oxford.
27. Smela M., Chosia M., & Domagala W. (1996). Proliferation cell nuclear antigen (PCNA) expression in cervical intraepithelial neoplasia (CIN). An immunohistochemical study. *Pol J Pathol* 47: 171-174.
28. Sobin L.H., Wittekind Ch. (eds.) (2002). TNM Classification of Malignant Tumours. 6th edition, Wiley-Liss, Inc. and WHO 2003.

29. Stoler M.H. & Schiffman M.A. (2001). Interobserver reproducibility of cervical cytologic and histologic interpretations. JAMA 285: 1500-1505.
30. Vutuc C., Haidinger G., Waldhoer T., Ahmad F., & Breitenecker G. (1999). Prevalence of self-reported cervical cancer screening and impact on cervical cancer mortality in Austria. Wien. Klin. Wochenschr. 111: 354-359.

8. ატიპიური Pap-ტიმის მართვა

8.1. ატიპიური ბრტყელი უჯრედების (ეპითელიოციტების) ციტოლოგიური დიაგნოზის მქონე ქალების მართვა

ASC – ატიპიური ბრტყელი უჯრედები - ეპითელიოციტები იყოფა ორ კატეგორიად: ატიპიური ბრტყელი ეპითელიოციტები განუსაზღვრელი (უცნობი, დაუზუსტებელი) მნიშვნელობის ატიპიით (ASC-US) და ატიპიური ბრტყელი ეპითელიოციტები HSIL-ის გამორიცხვის შეუძლებლობით (ASC-H). არსებობს სხვადასხვა ფაქტორები, რომლებიც უნდა იყოს გათვალისწინებული ASC-ის მქონე ქალთა მართვისას. პირველ რიგში ის, რომ ASC-ის ციტოლოგიური დიაგნოზი მოიცავს ძალზე მცირე ინფორმაციას ყველა სხვა ციტოლოგიურ კატეგორიასთან შედარებით (Stoler MH, 2001, Confortini M et al. 2003, Gatscha RM et al 2001). მეორე მხრივ, ინვაზიური კიბოს გავრცელება დაბალია ASC-ის მქონე ქალებში (< 0,1-0,2%) (Jones BA et al. 2001). და ბოლოს, მნიშვნელოვანია ის ფაქტიც, რომ CIN2,3-ის გავრცელება უფრო მაღალია ASC-H-ის მქონე ქალებში ASC-US-ის მქონე ჯგუფთან შედარებით. ამის გამო, ASC-H-ის მართვა უნდა ხდებოდეს HSIL-ის ანალოგიურად (NCCN Cervical Cancer Screening V.I.2009).

ALTS-ს და სხვა კვლევების კლინიკური მონაცემები აჩვენებს, რომ 6-თვიანი ინტერვალით ჩატარებული 2-ჯერადი ციტოლოგიური გამოკვლევა, ან HPV დნმ ტესტირება, ან ერთჯერადი კოლპოსკოპიური გამოკვლევა წარმოადგენს, ტოლფასს, უსაფრთხო და ეფექტურ მიდგომას ASC-US-ის მქონე ქალთა მართვისას (ASCUS-LSIL Triage Study (ALTS) Group 2003). პირდაპირი კოლპოსკოპიური კვლევა მიზანშეწონილია იმ შემთხვევაში, როდესაც დაკვირვების რეჟიმიდან ქალის ამოვარდნის ალბათობა დიდია. ვინაიდან ერთჯერადი კოლპოსკოპიური გამოკვლევით შეიძლება გამორჩენილ იქნას მნიშვნელოვანი დაზიანება, კოლპოსკოპიაზე გამოგზავნილი ქალები, ვისაც არ აღმოაჩნდათ CIN2,3, საჭიროებენ დამატებით დაკვირვებას.

8.2. დაბალი ხარისხის ბრტყელუჯრედოვანი ინტრაეპითელიური დაზიანების LSIL-ის ციტოლოგიური დიაგნოზის მქონე ქალების მართვა

მეტაანალიზის მონაცემებით, მაღალი (ონკოგენური) რისკის HPV დნმ დადებითი ტესტი აღმოაჩნდა LSIL-ის მქონე ქალთა 76,6%-ს (Arbyn M et al 2006). LSIL-ის მქონე ქალთა შორის კოლპოსკოპიური გამოკვლევით, CIN 2 ან უფრო მძიმე პათოლოგია აღინიშნება შემთხვევათა 12-16%-ში (Alvarez RD, et al 2007, Chute DJ et al 2006, ASCUS-LSIL Triage Study (ALTS) Group 2003). სამი შრომის მიხედვით LSIL-ის და ნორმული კოლპოსკოპიის დროს დაავადების განვითარების რისკი არის მინიმალური (Hellberg

D et al 1994, Milne DS et al 1999, Teale GR et al 2000). LSIL-ის მქონე ქალების განმეორებითი PAP ტესტი უბრუნდება ნორმას შემთხვევათა 50%-ში (Teale GR et al 2000).

ALTS-ის მონაცემებით, CIN2,3-ის რისკი LSIL-ის მქონე ქალებში მსგავსია ASC-US-ის მქონე ქალებისა. ეს საშუალებას იძლევა, აღნიშნული ორივე ჯგუფის მართვა მოხდეს ერთნაირად.

8.3. ASC-US-ის და LSIL-ის მქონე ქალთა მართვის რეკომენდაციები

ASC-US და LSIL მქონე ქალებისათვის რეკომენდებულია კოლპოსკოპიური გამოკვლევა (რეკომენდაციის ხარისხი A, მტკიცებულების დონე I) (ნახატი №19).

თუ კოლპოსკოპიური კვლევით გამოვლენილი იქნა CIN, მაშინ მისი ხარისხიდან გამომდინარე, ის უნდა იყოს მართული შესაბამისი გაიდლაინის მიხედვით. CIN-ის ხარისხის დასადგენად საჭიროებისამებრ უნდა ჩატარდეს დამიზნებითი ბიოფსია.

თუ ცერვიქსული ინტრაეპითელიური დაზიანება (CIN) არ იქნა გამოვლენილი, მაშინ Pap ტესტი უნდა ჩატარდეს 12 თვის შემდეგ (რეკომენდაციის ხარისხი B, მტკიცებულების დონე II). თუ კლინიკურად ვლინდება ატროფიის ნიშნები, მაშინ განმეორებითი ციტოლოგიური კვლევის წინ უნდა ჩატარდეს ადგილობრივი ესტროგენთერაპია. ასევე, თუ სახეზეა ინფექციური ფაქტორით გამოწვეული მწვავე ანთება, მაშინ წინდაწინ უნდა ჩატარდეს ეტიოლოგიური ანტიმიკრობული მკურნალობა (European Guidelines for Quality Assurance in Cervical Cancer Screening 2008).

არადამაკმაყოფილებელი კოლპოსკოპიის პირობებში, როდესაც SCJ-ის საზღვარი არ ვიზუალიზდება მისი ცერვიქსულ არხში განლაგების გამო, თუ 12-თვიანი ინტერვალის შემდეგ ისევ გამოვლინდა ატიპიური Pap დიაგნოზი, ნორმული კოლპოსკოპიის მიუხედავად უნდა ჩატარდეს ცერვიქსული არხის კიურეტაჟი (ASCUS-ის ან LSIL-ის შემთხვევაში), ხოლო ASC-H-ის ან HSIL-ის შემთხვევაში მართვა უნდა გაგრძელდეს შესაბამისი გაიდლაინის მიხედვით (რეკომენდაციის ხარისხი B, მტკიცებულების დონე II) (Thomas C. et al 2006. ASCCP guideline for the management of women with abnormal cervical cancer screening tests). თუ 12 თვის შემდეგ Pap ტესტი იქნება ნეგატიური, მაშინ რეკომენდებულია დაბრუნება რუტინული ციტოლოგიური ტესტირების რეჟიმში (European Guidelines for Quality Assurance in Cervical Cancer Screening 2008).

8.4. ASC-H-ის მქონე ქალთა მართვის რეკომენდაციები

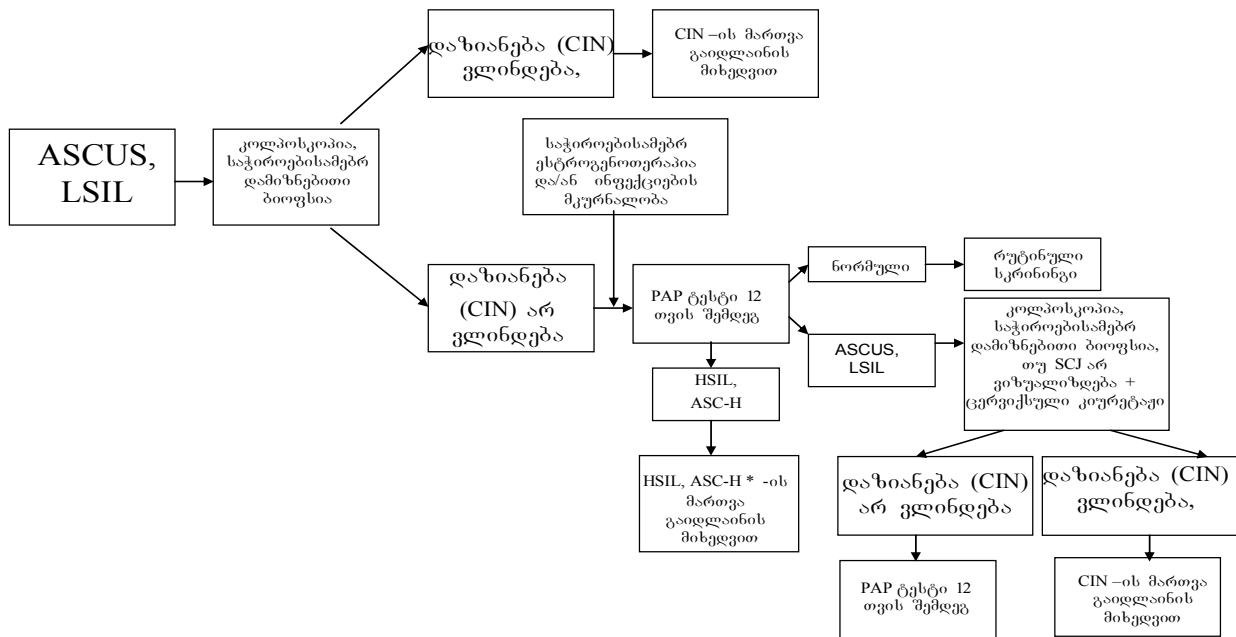
ASC-H-ის მქონე ქალებისათვის რეკომენდებულია კოლპოსკოპიური გამოკვლევა (რეკომენდაციის ხარისხი A, მტკიცებულების დონე II) (NCCN Cervical Cancer Screening V.I.2009; Thomas C. et al 2006). (ნახატი №20).

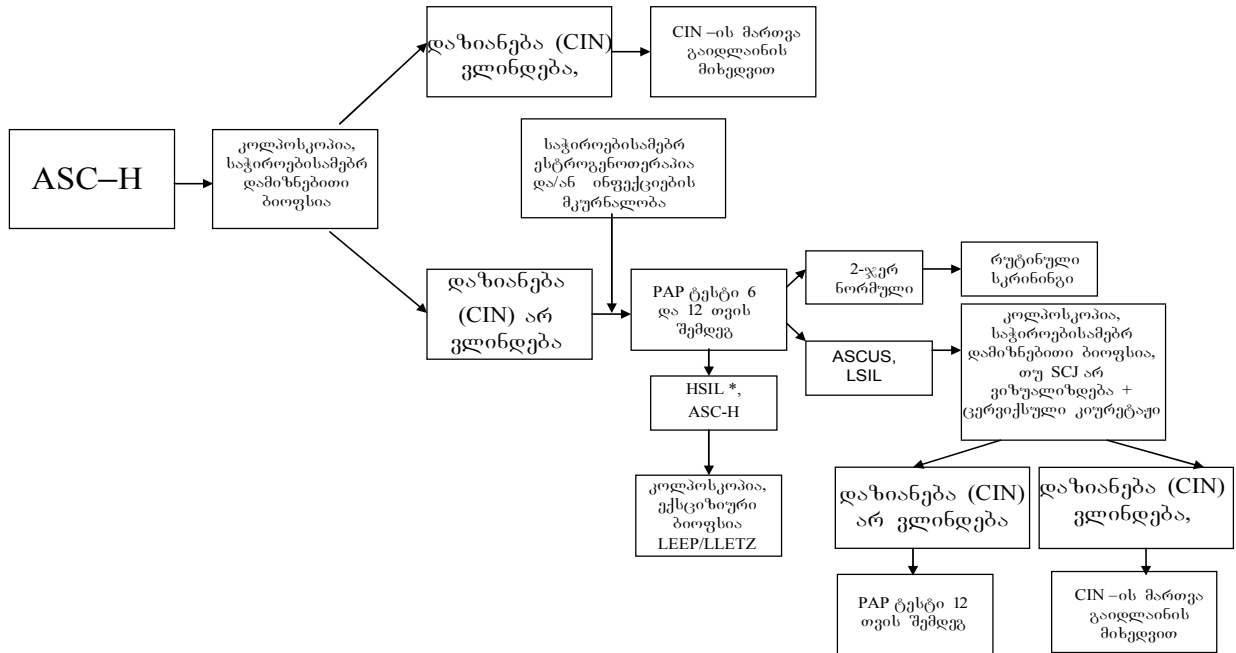
თუ დაზიანება ვლინდება, ცერვიქსული ინტრაეპითელიური დაზიანების ხარისხიდან გამომდინარე ის უნდა იყოს მართული შესაბამისი გაიდლაინის მიხედვით.

თუ კოლპოსკოპიური კვლევით დაზიანება არ ვლინდება, განმეორებითი Pap ტესტი უნდა ჩატარდეს 6 თვის შემდეგ (NCCN Cervical Cancer Screening V.I.2009). ისევე

როგორც ASCUS/LSIL-ის შემთხვევაში, ატროფიის და ინფექციის არსებობის დროს წინდაწინ უნდა ჩატარდეს შესაბამისი მკურნალობა (European Guidelines for Quality Assurance in Cervical Cancer Screening 2008). თუ 6 თვის შემდეგ ისევ ვლინდება ციტოლოგიური ატიპია, ხოლო კოლპოსკოპია არის ისევ ნეგატიური, უნდა ჩატარდეს ცერვიქსული არხის კიურეტაჟი (ASCUS-ის ან LSIL-ის შემთხვევაში) (რეკომენდაციის ხარისხი B, მტკიცებულების დონე II) (Thomas C. et al 2006. ASCCP guideline for the management of women with abnormal cervical cancer screening tests), ან დიაგნოსტიკური ექსციზიო (LEEP/LLETZ) (ASC-H-ის ან HSIL-ის შემთხვევაში)(NCCN Cervical Cancer Screening V.I.2009).

თუ 6-თვიანი ინტერვალით ჩატარებულ ორ თანამიმდევრულ ციტოლოგიურ ტესტში არ იქნა აღმოჩენილი ინტრაეპითელიური დაზიანება ან მალიგნიზაციის ნიშნები, რეკომენდებულია დაბრუნება რუტინული ციტოლოგიური ტესტირების რეჟიმში (რეკომენდაციის ხარისხი A, მტკიცებულების დონე I) (Thomas C. et al 2006. ASCCP guideline for the management of women with abnormal cervical cancer screening tests).





ნახატი № 20

8.5. მაღალი ხარისხის ბრტყელუჯრედოვანი ინტრაეპითელური დაზიანების HSIL-ის ციტოლოგიური დიაგნოზის მქონე ქალების მართვა

HSIL-ის ციტოლოგიური დიაგნოზი მიანიშნებს ცერვიკსული დაზიანების მაღალი რისკის არსებობაზე.

ერთჯერადი კოლპოსკოპიური გამოკვლევა CIN2-ს ან უფრო მძიმე პათოლოგიას აუღენს HSIL-ის მქონე ქალთა 53-66%-ში. ამასთანავე, CIN2 ან უფრო მძიმე დაზიანება აღმოჩენილია იმ ქალთა 84-97%-ში, ვისაც ჩაუტარდა მარყუპით ელექტროქირურგიული ექსციზიის პროცედურა (Alvarez RD, Wright TC., 2007. Massad LS et al., 2001, Dunn TS at al., 2003). HSIL-ის მქონე ქალთა დაახლოებით 2%-ს აქვს ინვაზიური კიბო (.Jones BA, Davey DD 2000).

HSIL-ის მქონე ქალებში არსებობს CIN2-ის ან უფრო მძიმე დაზიანებების A და HPV დნმ ტესტის პოზიტიური შედეგების მაღალი სიხშირე. ამგვარად, HPV ან ციტოლოგიური ტესტირების განმეორებითი გამოყენება არ არის მიზანშეწონილი (Evans MF et al 2006).

ვინაიდან კოლპოსკოპიით შეიძლება გამოჩენილ იქნას CIN2,3 დაზიანების მნიშვნელოვანი რაოდენობა, HSIL-ის მქონე ქალებში კოლპოსკოპიურად CIN2,3-ის გამოუვლინებლობა არ წარმოადგენს CIN2,3 დაზიანების არარსებობის უტყუარ დასტურს. სისტემურმა და რეტროსპექტულმა ანალიზმა უჩვენა, რომ მიკროინვაზიის 56% და ინვაზიური დაზიანების 30% გამორჩენილი იქნა

კოლპოსკოპიური კვლევის დროს (Hopman EH et al., 1998). გამორჩენილი კიბოს ორი მესამედი არის კოლპოსკოპისტის შეცდომის, ხოლო ერთი მესამედი თვითონ კვლევის ტექნიკური შეზღუდული შესაძლებლობების შედეგი (Benedet JL et al., 1985, Liu WM et al 1989). დადგენილია, რომ არადამაკმაყოფილებელი კოლპოსკოპია უფრო ხშირად ვლინდება ინვაზიის დროს (მიკროინვაზიის 61%-ში და ინვაზიის 71%-ში), ვიდრე CIN –ის შემთხვევაში (14%-ში) (Hopman EH et al., 1998).

შედეგად, HSIL-ის მქონე ქალთა უმეტესობას საბოლოოდ უტარდება დიაგნოსტიკური ექსციზიის პროცედურა (Prendiville W. 2003). აქედან გამომდინარე, HSIL-ის მქონე ქალთა მართვისას ბევრი ექსპერტი სადიაგნოსტიკო და სამკურნალო სახით გამართლებულად მიიჩნევს მიდგომას “აღმოაჩინე და უმკურნალე” – საწყის გამოკვლევად მარყუებით ელექტროქირურგიული ექსციზიის ჩატარებას (Holschneider CH. et al, 1999, Numnum TM, et al. 2005). თუმცა, გაცნობიერებული უნდა იქნეს ისიც, რომ მიუხედავად ზემოაღნიშნულისა, CIN2,3 დაზიანებათა უმეტესობა უშუალოდ მოხარდებსა და ახალგაზრდებში რეგრესირებს სპონტანურად (Melnikow J et al 1998, Peto J et al 2004).

8.6. HSIL-ის მქონე ქალთა მართვის რეკომენდაციები

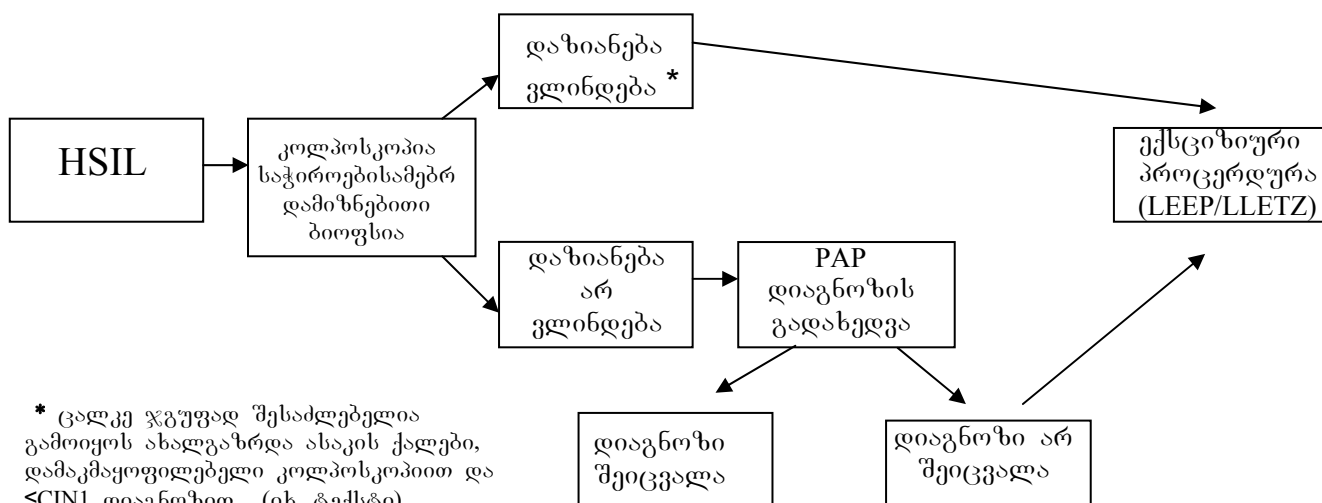
HSIL-ის მქონე ქალებისათვის რეკომენდებულია კოლპოსკოპიური გამოკვლევა (რეკომენდაციის ხარისხი **A**, მტკიცებულების დონე **I**) (NCCN Cervical Cancer Screening V.I.2009; Thomas C. et al 2006; European Guidelines for Quality Assurance in Cervical Cancer Screening 2008) (ნახატი №21).

თუ დაზიანება ვლინდება, ცერვიქსული ინტრაეპითელიური დაზიანების ხარისხის მიუხედავად უნდა ჩატარდეს ექსციზიური პროცედურა (LEEP/LLETZ) (რეკომენდაციის ხარისხი **B**, მტკიცებულების დონე **II**) (NCCN Cervical Cancer Screening V.I.2009; Thomas C. et al 2006; European Guidelines for Quality Assurance in Cervical Cancer Screening 2008).

თუ კოლპოსკოპიური კვლევით დაზიანება არ ვლინდება, უნდა გადაიხედოს Pap დიაგნოზი, რაც იმას ნიშნავს, რომ იგივე პრეპარატი უნდა იქნას შეფასებული ორი სხვა ციტოპათოლოგის მიერ** (რეკომენდაციის ხარისხი **C**, მტკიცებულების დონე **III**). ამავე დროს, უნდა იქნას აღებული ახალი ნაცხი განმეორებითი ციტოლოგიური კვლევისათვის (European Guidelines for Quality Assurance in Cervical Cancer Screening 2008). თუ განმეორებითი შეფასებისას შეცვლილი იქნება საბოლოო დიაგნოზი, მართვა უნდა გაგრძელდეს ამ უკანასკნელისათვის შემუშავებული გაიდლაინების შესაბამისად (რეკომენდაციის ხარისხი **B**, მტკიცებულების დონე **II**) ხოლო თუ Pap დიაგნოზი არ შეიცვალა, მიუხედავად იმისა, რომ კოლპოსკოპიურად დაზიანება არ იქნა გამოვლენილი, უნდა ჩატარდეს დიაგნოსტიკური ექსციზიური პროცედურა (LEEP/LLETZ) (რეკომენდაციის ხარისხი **B**, მტკიცებულების დონე **II**).

** - ქართველ ექსპერტთა კონსენსუსი

ცალკე ჯგუფს წარმოადგენენ ახალგაზრდა ასაკის ქალები, ვისთვისაც აქტუალურია ფერტილობის საკითხი. ამ შემთხვევაში, დამაკმაყოფილებელი კოლპოსკოპიის პირობებში და დამიზნებითი ბიოფსიით და ცერვიქსული არხის კიურეტაჟით მიღებული მასალის ჰისტოლოგიური კვლევით დადასტურებული მაქსიმუმ CIN1-ის (\leq CIN1) დიაგნოზის დროს, შესაძლებელია გამოვიყენოთ დაკვირვების ტაქტიკა. Pap ტესტი და კოლპოსკოპია უნდა ჩატარდეს 6-თვიანი ინტერვალით 1 წლის განმავლობაში (რეკომენდაციის ხარისხი B, მტკიცებულების დონე III). თუ ან Pap, ან კოლპოსკოპიური დიაგნოზი შენარჩუნდა, ან განიცდის პროგრესს, მაშინ უნდა ჩატარდეს ექსციზიური პროცედურა (LEEP/LLETZ). დაკვირვების 1 წლის თავზე, თუ ქალს ზედიზედ 2-ჯერ აღენიშნა ნორმული, როგორც კოლპოსკოპიური დიაგნოზი, ისე PAP ტესტი, მაშინ ის უბრუნდება რუტინული სკრინინგის რეჟიმს (რეკომენდაციის ხარისხი B, მტკიცებულების დონე II) (Thomas C et al 2006).



ნახატი № 21

8.7. ატიპიური ჯირკვლოვანი ეპითელიოციტების AGC-ის ციტოლოგიური დიაგნოზის მქონე ქალების მართვა

AGC-ის გამოვლენის სიხშირე შედარებით დაბალია. მაგალითად, აშშ-ის 2003 წლის მონაცემებით AGC-ის სიხშირე შეადგენს მხოლოდ 0,4%-ს (Davey DD et al. 2004). თუმცა AGC ხშირად განპირობებულია კეთილთვისებიანი პათოლოგიებით, როგორცაა ანთებითი ცვლილებები და პოლიპები, კლინიციკტებს გააზრებული უნდა ჰქონდეთ, რომ AGC არაიშვიათად ასოცირდება მნიშვნელოვან ნეოპლაზიურ მდგომარეობებთან, მათ შორის საშვილოსნოს ყელის, ენდომეტრიუმის, საკვერცხის და ფალოპის მილების ადენოკარცინომასთან. ბოლო კვლევებმა უჩვენა, რომ AGC-ის მქონე ქალთა 9-38%-ს აღენიშნება მძიმე ნეოპლაზია (CIN2,3, AIS), ხოლო 3-17%-ს – ინვაზიური კიბო (Sharpless KE et al 2005, De Simone CP et al 2006, Tam KF et al 2003, Derchain SF et al 2004).

AGC-ის მქონე ქალთა შორის საყურადღებო პათოლოგიათა ხარისხი და ტიპები ვარიაციობს ასაკთან ერთად. მიუხედავად იმისა, რომ სხვადასხვა ჯირკვლოვანი დაზიანება, მალიგნიზაციის ჩათვლით, ასოცირდება AGC-სთან, ძალზე ხშირია AGC-ის მქონე ქალებში ბტყელუჯრედული დაზიანების (CIN) არსებობა. გინეკოლოგიური ავთვისებიანი პროცესი, 35 წლამდე ასაკის ქალებში, უფროს ასაკობრივ ჯგუფთან შედარებით ნაკლებად გვხვდება. ორსულობა არ ცვლის შეფარდებას AGC-სა და გინეკოლოგიურ ნეოპლაზიას შორის. AGC-ის პროგნოზული ღირებულება გაცილებით მაღალია, ვიდრე ASC-ის და LSIL-ის დიაგნოზების შემთხვევაში. ამიტომ, ის ქალები რომლებსაც აღენიშნებათ AGS დიაგნოზი, საჭიროებენ ყურადღებით გამოკვლევას. ამ უკანასკნელთა შორის უნდა იყოს კოლპოსკოპია, ენდოცერვიქსის და ენდომეტრიუმის გამოკვლევა. საშვილოსნოს ყელის განმეორებითი ციტოლოგიური გამოკვლევა არ ხასიათდება საკმარისი მგრძობელობით იმისათვის, რომ გამოყენებული იქნას AGC-ის მქონე ქალების საწყისი კვლევის ტესტად (Krane JF et al 2004, Fetterman B et al 2006).

8.8. AGC-ის მქონე ქალთა მართვის რეკომენდაციები

თუ ქალის ასაკი არ აღემატება 35 წელს და ენდომეტრიუმის კიბოს რისკ ფაქტორების არსებობა არ აღინიშნება, უნდა ჩატარდეს კოლპოსკოპიური კვლევა და მხოლოდ ცერვიქსული არხის კიურეტაჟი (**რეკომენდაციის ხარისხი A, მტკიცებულების დონე II**). ენდომეტრიუმის კიბოს რისკ ფაქტორებს მიეკუთვნება: გაცხიმოვნება, ესტროგენის მიღება გესტაგენური კომპონენტის გარეშე, პოლიციტური საკვერცხის სინდრომი, ქრონიკული ანოვულაცია, ტამოქსიფენით თერაპია. თუ ქალის ასაკი აღემატება 35 წელს, ან მას აღენიშნება გაურკვეველი ეტიოლოგიის სისხლდენა საშოდან, ან Pap ტესტში ვლინდება ატიპიური ენდომეტრიული უჯრედები, ან სახეზეა ენდომეტრიუმის კიბოს განვითარების სხვა რისკ-ფაქტორები, მაშინ დამატებით უნდა ჩატარდეს ენდომეტრიუმის ბიოფსია (**რეკომენდაციის ხარისხი B, მტკიცებულების დონე II**) (NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. Cervical Cancer Screening. V.I.2009).

ჯირკვლოვან პათოლოგიას სპეციფიური კოლპოსკოპიური მახასიათებელი არ აქვს. შესაძლებელია არსებობდეს მარცვლების შერწყმა და ძმარმეავა-თეთრებადი ცვლილებები ტრანსფორმაციის ზონის პროქსიმალურად. კოლპოსკოპიურ კვლევას და დამიზნებით ბიოფსიას ჯირკვლოვანი პათოლოგიის გამოვლენის მიმართ აღენიშნებათ დაბალი მგრძობელობა. ჯირკვლოვანი ატიპიის გამო კოლპოსკოპიური კვლევა საჭიროა თანდართული CIN-ის გამოსავლენად, რომელიც შემთხვევათა 50%-ში გვხვდება, აგრეთვე ბიოფსიის ადექვატური მეთოდის და მასშტაბის განსაზღვრისათვის. (Luesley DM et al 1987, Cullimore JE et al 1992, Bertrand M et al 1987.)

თუ კოლპოსკოპია დამაკმაყოფილებელია, ხოლო დაზიანების ხარისხი \leq CIN1 და ცერვიქსული კიურეტაჟის შედეგი ნორმულია, შესაძლებელია შემთხვევის კონსერვატიული მართვა (Pap ტესტი და კოლპოსკოპია 6-თვიანი ინტერვალებით 2 წლის განმავლობაში) (**რეკომენდაციის ხარისხი B, მტკიცებულების დონე II**). ყველა დანარჩენ შემთხვევაში უნდა ჩატარდეს დიაგნოსტიკური ექსციზიური პროცედურა (**რეკომენდაციის ხარისხი B, მტკიცებულების დონე II**) (Guidelines for the NHS Cervical

Screening Programme. 2004, European Guidelines for Quality Assurance in Cervical Cancer Screening 2008).

შესაძლებელია ელექტრომარყუქით ექსციზიური კვეთა (LEEP/LLETZ), თუმცა უპირატესობა ენიჭება საშვილოსნოს ყელის სკალპელით კონიზაციის პროცედურას, მოკვეთილი ქსოვილის კიდეების თერმული დაზიანების თავიდან აცილების მიზნით. ასევე, დიაგნოსტიკური ექსციზიის პროცედურა, მიუხედავად უარყოფითი ტესტისა (კოლპოსკოპია, ენდოცერვიქსის და ენდომეტრიუმის გამოკვლევა), შესაძლოა სავალდებულო იყოს იმ ქალებში, ვისაც აღენიშნებათ AGC-ნეოპლაზიისკენ მიდრეკილებით (ნეოპლაზიის შესაბამისი ატიპიური ჯირკვლოვანი უჯრედები), AIS-ის (ადენოცარცინომა ინ სიტუ) ან AGC-ის დიაგნოზი განმეორებითი ციტოლოგიური ტესტირებით.

ახალგაზრდა ასაკის ქალებში, როდესაც ფერტილობის საკითხი აქტუალურია და კოლპოსკოპია დამაკმყოფილებელია, მთლიანი ტრანსფორმაციის ზონის ექსციზიის შემთხვევაში უნდა იქნას მოკვეთილი ცერვიქსული არხი 1-სმ-ის სიღრმეზე (Nicklin JL, et al 1991). უფროსი ასაკის ქალებში, ან როდესაც კოლპოსკოპია არ არის დამაკმყოფილებელი, ბიოფსიის სიღრმემ უნდა მიაღწიოს 2-2,5 სმ-ს (Guidelines for the NHS Cervical Screening Programme 2004).

ამოკვეთილ ქსოვილის კიდეების პოზიტიურობის შემთხვევაში, საჭიროა განმეორებითი კვეთის ჩატარება ნეგატიური კიდეების მიღებამდე რათა გამორიცხულ იქნეს ინვაზიის არსებობა (Guidelines for the NHS Cervical Screening Programme, 2004).

მკურნალობის შემდეგ საჭიროა ყურადღებით დაკვირვება. მომდევნო ოთხი წლის განმავლობაში რეკურენტული დაავადება გამოვლენილია 15%-ში. დაკვირვება უნდა განხორციელდეს Pap ტესტით, ნაცხში აუცილებლად უნდა იყოს ენდოცერვიქსული უჯრედები.

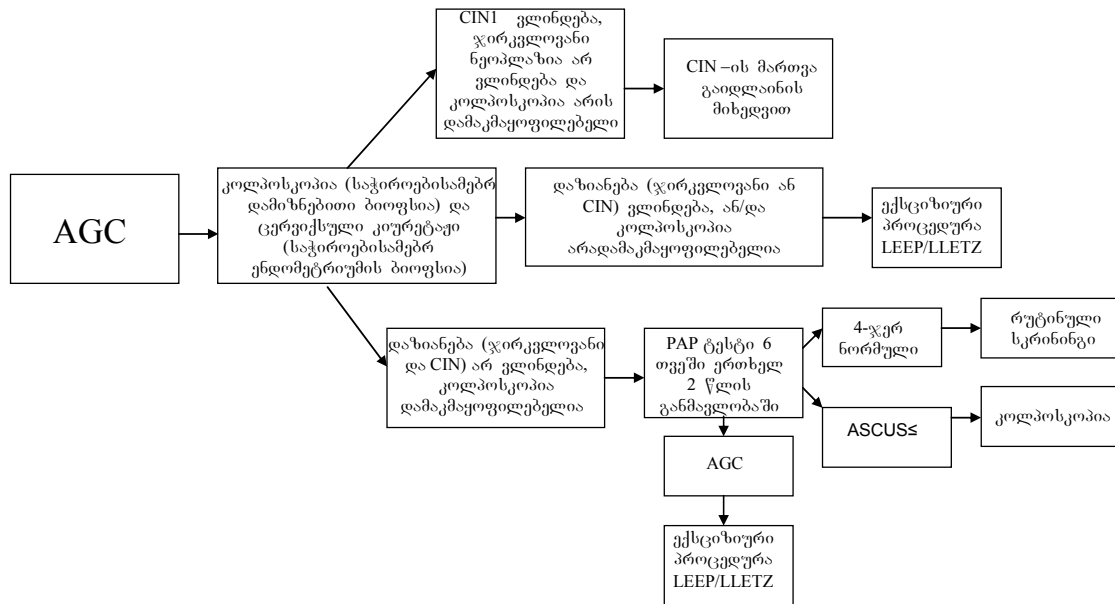
ჰისტერექტომიის ჩატარება დასაშვებია:

- თუ ორსულობა არ არის სასურველი;
- ექსციზიური ბიოფსიის შემდეგ პოზიტიური კიდეების შემთხვევაში;
- თუ კონიზაციის შემდეგ გამოვლინდა მაღალი ხარისხის ციტოლოგიური ატიპია;
- თუ ქალს არ აქვს კონსერვატიული მკურნალობის ჩატარების სურვილი;
- თუ განვითარდა ცერვიქსული სტენოზი, რომელიც ხალს უშლის ადექვატურ დაკვირვებას;
- თუ არსებობს ამ ოპერაციის სხვა კლინიკური ჩვენება, როდესაც ინვაზიური დაავადების არსებობა გამორიცხულია;
- თუ მიუხედავად ადექვატურად ჩატარებული ექსციზიური ბიოფსიისა, სახეზეა მოპერსისტენციე ჯირკვლოვანი ციტოლოგიური პათოლოგიის არსებობა (Guidelines for the NHS Cervical Screening Programme, 2004).

8.9. Pap ტესტში ენდომეტრიული უჯრედების მქონე ქალების მართვა

ცერვიქსული სკრინინგის ამოცანას არ წარმოადგენს ენდომეტრიუმის კიბოს გამოვლენა, თუმცა იშვიათად, როგორც ნორმული, ისე ატიპიური ენდომეტრიული უჯრედები გვხვდება ციტოლოგიურ ნაცხში და ეს ხელს უწყობს ენდომეტრიუმის კიბოს ადრეულ დიაგნოსტიკას. ციტოპათოლოგმა ასეთი ნაცხის ინტერპრეტაციის დროს, გარდა მორფოლოგიისა, უნდა გაითვალისწინოს ქალის ასაკი, მენსტრუაციული ციკლის დღე, ჰორმონული თერაპიის და საშვილოსნოს შიდა კონტრაცეპციის მოხმარება. ყველა ზემოხსენებული ფაქტორის გათვალისწინებით რეკომენდირებულია:

- თუ ენდომეტრიული უჯრედები შეესაბამება მენსტრუაციული ციკლის ფაზას, მაშინ შემდგომი გამოკვლევები საჭირო არ არის.
- თუ ენდომეტრიული უჯრედები არ შეესაბამება მენსტრუაციული ციკლის ფაზას, მაშინ შემდგომი გამოკვლევები საჭირო არ არის ახალგაზრდა ასაკის ქალებში, ხოლო უფროს ასაკოვან ჯგუფში საჭიროა დამატებითი გამოკვლევა.



1. თუ ენდომეტრიული უჯრედები ვლინდება იმ ქალებში, რომლებსაც აქვთ საშვილოსნოს შიდა კონტრაცეპტივი (“სპირალი”), მაშინ შემდგომი გამოკვლევები საჭირო არ არის;
2. თუ ნორმული ენდომეტრიული უჯრედები ვლინდება პოსტმენოპაუზური ასაკის ქალებში (მიუხედავად იმისა, ისინი ღებულობენ თუ არა ესტროგენულ თერაპიას), საჭიროა შემდგომი გამოკვლევა. უნდა იქნას ჩატარებული საშოსმხრივი ულტრაბგერითი კვლევა ენდომეტრიუმის სისქის განსაზღვრისათვის. თუ ეს მაჩვენებელი არ აღემატება 4 მმ-ს, მაშინ დამატებითი გამოკვლევა აღარ არის საჭირო, ხოლო თუ ენდომეტრიუმის სისქე აღემატება 4 მმ-ს უნდა ჩატარდეს ან ენდომეტრიუმის ბიოფსია, ან კიურეტაჟი, ან ჰისტეროსკოპია კიურეტაჟით;
3. ატიპური ენდომეტრიული უჯრედების გამოვლენის შემთხვევაში, ასევე უნდა ჩატარდეს ულტრაბგერითი კვლევა, ჰისტეროსკოპია და/ან კიურეტაჟი.

ბამოყენებული ლიტერატურა

1. Arbyn M, Sasieni P, Meijer CJ, Clavel C, Koliopoulos G, Dillner J. Chapter 9: clinical applications of HPV testing: a summary of meta-analyses. *Vaccine* 2006;24(Suppl 3):S78-89
2. Alvarez RD, Wright TC. Effective cervical neoplasia detection with a novel optical detection system: a randomized trial. *Gynecol Oncol* 2007;104:281-9.
3. A randomized trial on the management of low-grade squamous intraepithelial lesion cytology interpretations. ASCUS-LSIL Triage Study (ALTS) Group. *Am J Obstet Gynecol* 2003;188:1393-400.
4. Benedet JL, Anderson GH, Boyes DA. Colposcopic accuracy in the diagnosis of microinvasive and occult invasive carcinoma of the cervix. *Obstetrics and Gynecology*, 1985, 65: 557–662.
5. Bertrand M, Lickrish GM, Colgan TJ. The anatomic distribution of cervical adenocarcinoma in situ: implications for treatment. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1987, 157(1): 21–25
6. Chute DJ, Covell J, Pambuccian SE, Stelow EB. Cytologic-histologic correlation of screening and diagnostic Papanicolaou tests. *Diagn Cytopathol* 2006;34:503-6.
7. Colposcopy and Programme Management .Guidelines for the NHS Cervical Screening Programme. 2004
8. Confortini M, Carozzi F, Dalla Palma P, et al. Interlaboratory reproducibility of atypical squamous cells of undetermined significance report: a national survey. *Cytopathology* 2003;14 263-8.
9. Cullimore JE, Luesley DM, Rollason TP et al. A prospective study of conization of the cervix in the management of cervical intraepithelial glandular neoplasia (CIGN): a preliminary report. *British Journal Obstetrics and Gynaecology*, 1992, 99: 314–318
10. Davey DD, Neal MH, Wilbur DC, Colgan TJ, Styer PE, Mody DR. Bethesda 2001 implementation and reporting rates: 2003 practices of participants in the College of American Pathologists Interlaboratory Comparison Program in Cervicovaginal Cytology. *Arch Pathol Lab Med* 2004;128:1224-9.
11. Derchain SF, Rabelo-Santos SH, Sarian LO, et al. Human papillomavirus DNA detection and histological findings in women referred for atypical glandular cells or adenocarcinoma in situ in their Pap smears. *Gynecol Oncol* 2004;95:618-23.

12. DeSimone CP, Day ME, Tovar MM, Dietrich CS 3rd, Eastham ML, Modesitt SC. Rate of pathology from atypical glandular cell Pap tests classified by the Bethesda 2001 nomenclature. *Obstet Gynecol* 2006;107:1285-91.
13. Dunn TS, Burke M, Shwayder J. A "see and treat" management for high-grade squamous intraepithelial lesion pap smears. *J Low Genit Tract Dis* 2003;7:104-6.
14. Evans MF, Adamson CS, Papillo JL, St John TL, Leiman G, Cooper K. Distribution of human papillomavirus types in ThinPrep Papanicolaou tests classified according to the Bethesda 2001 terminology and correlations with patient age and biopsy outcomes. *Cancer* 2006;106:1054-64.
15. European Guidelines for Quality Assurance in Cervical Cancer Screening 2008
16. Fetterman B, Shaber R, Pawlick G, Kinney W. Human papillomavirus DNA testing in routine clinical practice for prediction of underlying cervical intraepithelial neoplasia 2,3_ at initial evaluation and in follow-up of women with atypical glandular cell Papanicolaou tests. *J Low Genit Tract Dis* 2006;3:179
17. Gatscha RM, Abadi M, Babore S, Chhieng D, Miller MJ, Saigo PE. Smears diagnosed as ASCUS: interobserver variation and follow-up. *Diagn Cytopathol* 2001;25:138-40.
18. Hellberg D, Nilsson S, Valentin J. Positive cervical smear with subsequent normal colposcopy and histology: frequency of CIN in a long-term follow-up. *Gynecologic Oncology*, 1994, 53(2): 148–151
19. Holschneider CH, Ghosh K, Montz FJ. See-and-treat in the management of high-grade squamous intraepithelial lesions of the cervix: a resource utilization analysis. *Obstet gynecol* 1999;94:377-85.
20. Hopman EH, Kenemans P, Helmerhorst TJ. Positive predictive rate of colposcopic examination of the cervix uteri: an overview of literature. *Obstetrics and Gynecology Survey*, 1998, 53: 97–106.
21. Krane JF, Lee KR, Sun D, Yuan L, Crum CP. Atypical glandular cells of undetermined significance. Outcome predictions based on human papillomavirus testing. *Am J Clin Pathol* 2004;121:87-92.
22. Liu WM, Chao KC, Wang KI et al. Colposcopic assessment in microinvasive carcinoma of the cervix. *Chung Hua I Hsueh Tsa Chih (Taipei)*, 1989, 43: 171–176.
23. Luesley DM, Shafi MI, Jordan JA. Handbook of Colposcopy ,2002
24. Luesley DM, Jordan JA, Woodman CB et al. A retrospective review of adenocarcinoma-in-situ and glandular atypia of the uterine cervix. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 1987, 94: 699–703.
25. Massad LS, Collins YC, Meyer PM. Biopsy correlates of abnormal cervical cytology classified using the Bethesda system. *Gynecol Oncol* 2001;82:516-22.
26. Melnikow J, Nuovo J, Willan AR, Chan BK, Howell LP. Natural history of cervical squamous intraepithelial lesions: a meta-analysis. *Obstet Gynecol* 1998;92:727-35
27. Milne DS, Wadehra V, Mennim D et al. A prospective follow up study of women with colposcopically unconfirmed positive cervical smears. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 1999, 106: 38–41.
28. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. Cervical Cancer Screening. V.I.2009
29. Nicklin JL, Wright RG, Bell JR et al. A clinicopathological study of adenocarcinoma in situ of the cervix. The influence of cervical HPV infection and other factors, and the role of conservative surgery. *Australia and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 1991, 31: 179–183.
30. Numnum TM, Kirby TO, Leath CA 3rd, Huh WK, Alvarez RD, Straughn JM Jr. A prospective evaluation of "see and treat" in women with HSIL Pap smear results: is this an appropriate strategy? *J Low Genit Tract Dis* 2005;9:2-6

31. Peto J, Gilham C, Deacon J, et al. Cervical HPV infection and neoplasia in a large population-based prospective study: the Manchester cohort. *Br J Cancer* 2004;91:942-53.
32. Prendiville W. (2003a). LLETZ: theoretical rationale, practical aspects, clinical experience, optimizing the technique. In: *Colposcopy: Management Options* (eds Prendiville W., Ritter J., Tatti S. & Twiggs L.), pp. 75-89.
33. Saunders, Edinburgh Results of a randomized trial on the management of cytology interpretations of atypical squamous cells of undetermined significance ASCUS-LSIL Triage Study (ALTS) Group. *Am J Obstet Gynecol* 2003;188:1383-92.
34. Sharpless KE, Schnatz PF, Mandavilli S, Greene JF, Sorosky JI. Dysplasia associated with atypical glandular cells on cervical cytology. *Obstet Gynecol* 2005;105:494-500 Stoler MH, Schiffman M. Interobserver reproducibility of cervical cytologic and histologic interpretations: realistic estimates from the ASCUS-LSIL Triage Study. *JAMA* 2001;285:1500-5.
35. Tam KF, Cheung AN, Liu KL, et al. A retrospective review on atypical glandular cells of undetermined significance (AGUS) using the Bethesda 2001 classification. *Gynecol Oncol* 2003;91:603-7
36. Thomas C. Wright Jr, MD; L. Stewart Massad, MD; Charles J. Dunton, MD; Mark Spitzer, MD; Edward J. Wilkinson, MD; Diane Solomon, MD, for the 2006 American Society for Colposcopy and Cervical Pathology–sponsored Consensus Conference . 2006 consensus guidelines for the management of women with abnormal cervical cancer screening tests. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*. October 2007 346-355
37. Teale GR, Moffitt DD, Mann CH et al. Management guidelines for women with normal colposcopy after low grade cervical abnormalities: population study. *British Medical Journal*, 2000, 320: 1693–1696.
38. Jones BA, Davey DD. Quality management in gynecologic cytology using nterlaboratory comparison. *Arch Pathol Lab Med* 2000; 124:672-81
39. Jones BA, Novis DA. Follow-up of abnormal gynecologic cytology: a college of American pathologists Q-probes study of 16132 cases from 306 laboratories. *Arch Pathol Lab Med* 2000;124:665-71.

9 საშვილოსნოს ყელის ბალრმავებული გამოკვლევის მეთოდები

9.1. კოლპოსკოპიური კვლევა

კოლპოსკოპი პირველად შექმნილი იყო ჰაინზელმანის მიერ (Hinselmann, 1925). ის წარმოადგენს ოპტიკურ ხელსაწყოს, რომელიც იძლევა ოპტიმალური განათების პირობებში საშვილოსნოს ყელისა და საშოს გამოკვლევის საშუალებას 6-40-ჯერადი გადიდების პირობებში. კოლპოსკოპი გამოიყენება:

1. საშვილოსნოს ყელის პათოლოგიური ციტოლოგიური პასუხის მქონე ქალთა შეფასებისათვის;
2. საშვილოსნოს ყელის კლინიკურად საეჭვო მდგომარეობის მქონე ქალთა შეფასებისათვის.

შენიშვნა: ჰაინზელმანის თანახმად კოლპოსკოპის დანიშნულება არის მისი გამოყენება ძირითადი სკრინინგ-მეთოდის სახით გინეკოლოგიური გამოკვლევის

დროს. ის ამჟამადაც გამოიყენება მსგავსი დანიშნულებით ევროპისა და ლათინური ამერიკის ზოგიერთ ქვეყნებში, საშიველოსნოს ყელის ციტოლოგიურ გამოკვლევასთან კომბინაციაში. აღნიშნული მიზნით კოლპოსკოპის გამოყენება ხასიათდება კიბოსწინარე დაზიანებების გამოვლენის შედარებით მაღალი მგრძობელობით, მაგრამ მისი სპეციფიკურობა საკმაოდ დაბალია პოპულაციის სკრინინგის თვალსაზრისით (იხ. ქვევით).

პათოლოგიური Pap-ტესტის მქონე ქალებში კოლპოსკოპიის მიზანს წარმოადგენს:

1. ტრანსფორმაციის ზონის ზუსტი ტოპოგრაფიის განსაზღვრა;
2. ციტოლოგიური კვლევის შედეგად CIN-ის არსებობაზე ეჭვის დადასტურება ან გამორიცხვა;
3. ინვაზიური კიბოს დადასტურება ან გამორიცხვა;
4. ჯირკვლოვანი დაზიანების დადასტურება ან გამორიცხვა;
5. მკურნალობის ხელშეწყობა და CIN-ის პროგრესის ან უკუგანვითარების მონიტორინგი.

ტრანსფორმაციის ზონა

ტრანსფორმაციის ზონა წარმოადგენს საშიველოსნოს ყელის ნაწილს, რომელიც ემბრიონულ პერიოდში დაფარულია ცილინდრული ეპითელიუმით და რომელიც შემდგომი მეტაპლაზიის პროცესის შედეგად ხდება ბრტყელი. ეს ნორმული მოვლენაა და აღინიშნება ყველა ქალში. ცილინდრული ეპითელიუმის უბანი, რომელიც მეტაპლაზიის პროცესის შედეგად გარდაიქმნება ბრტყელ ეპითელიუმად იწოდება ტრანსფორმაციის ზონად. მეტაპლაზიის პროცესის სტიმულატორს წარმოადგენს საშოს pH. დედის ესტროგენების ზემოქმედებით, დაბადებამდე და დაბადების შემდეგ მოკლე პერიოდში იწყება მეტაპლაზიის პროცესი. შემდეგ ეს პროცესი ფერხდება ვიდრე ქალი მიაღწევს პუბერტულ ასაკს, როდესაც საკუთარი ესტროგენების ზემოქმედებით საშოს pH კვლავ ხდება მუავე და ცილინდრული ეპითელიუმი საშოს მუავიანობის პირობებში მეტაპლაზიის შედეგად ტრანსფორმირდება ბრტყელ ეპითელიუმად. ტრანსფორმაციის ზონა მნიშვნელოვანია იმის გამო, რომ სწორედ აქ არის შესაძლებელი დისპლაზიის (CIN) განვითარება. თუ ეს უკანასკნელი არ იქნება აღმოჩენილი და მოცილებული, მან შესაძლებელია პროგრესირება განიცადოს და გადაიზარდოს ბრტყელი ეპითელიუმის ინვაზიურ კარცინომაში.

კოლპოსკოპიის მეთოდის აღწერა (ტექნიკა)

სათანადო კონსულტაციის შემდეგ ქალი თავსდება სავარძელზე. ვულვის მაკროსკოპიული (შეუიარაღებელი თვალით) დათვალიერების შემდეგ საშოში იღვმება სარკე საშიველოსნოს ყელის ვიზუალიზაციის მიზნით. გამოყენებული სარკის ზომა დამოკიდებულია საშოს ანატომიაზე. ხდება საშიველოსნოს ყელის ჩამორეცხვა ფიზიოლოგიური ხსნარით, ამგვარად საშიველოსნოს ყელს ცილდება ლორწო, სისხლი და საშოს გამონადენი. ამ სტადიაზე მწვანე ფილტრის

გამოყენება აძლიერებს კაპილართა არქიტექტონიკის ვიზუალიზაციას (Jordan, 1985; Sellors & Sankaranarayanan, 2003).

საშვილოსნოს ყელის დამუშავება ძმარმუავის 3- ან 5%-იანი ხსნარით „ძმარმუავა-თეთრებადი“ უბნების სახით ავლენს კიბოსწინარე დაზიანებებს. ძმარმუავა-თეთრებადობის ხარისხობრივი შეფასება შესაძლებელია დამუშავებიდან მინიმუმ 20 წამის შემდეგ. ძმარმუავა იწვევს ქსოვილთა შეშუპებას და უჯრედშიდა პროტეინების კოაგულაციას, რის შედეგადაც მცირდება ეპითელიუმის გამჭვირვალობა (ტრანსპარენტობა). ამ უკანასკნელის ფონზე ვერ ხერხდება ეპითელიუმქვეშა კაპილარების ვიზუალიზაცია და თავად ეპითელიუმიც ფერმკრთალდება. კოლპოსკოპია ხასიათდება დაბალი სპეციფიკურობით, ვინაიდან ძმარმუავა-თეთრებადი უბნები ყველა შემთხვევაში როდი ნიშნავს კიბოსწინარე დაზიანებას.

ძმარმუავა-თეთრებადი ეპითელიუმით ასევე შეიძლება ხასიათდებოდეს:

1. უმწიფარი ბრტყელუჯრედოვანი მეტაპლაზია;
2. რეგენერირებადი ეპითელიუმი;
3. თანდაყოლილი ტრანსფორმაციის ზონა;
4. ადამიანის პაპილომავირუსული ინფექცია;
5. საშვილოსნოს ყელის ინტრაეპითელიური ნეოპლაზია (CIN);
6. ჯირკვლოვანი ინტრაეპითელიური ნეოპლაზია;
7. ინვაზიური ბრტყელუჯრედოვანი კარცინომა;
8. ადენოკარცინომა.

კოლპოსკოპისტს უნდა შეეძლოს ორიგინალური ბრტყელი ეპითელიუმის, ცილინდრული ეპითელიუმის, ბრტყელი და ცილინდრული ეპითელიუმის საზღვრის (SCJ) და ტრანსფორმაციის ზონის ამოცნობა. ტრანსფორმაციის ზონა წარმოადგენს უბანს, სადაც ვითარდება კიბოსწინარე დაზიანებები. მნიშვნელოვანია, კოლპოსკოპისტმა სწორად განსაზღვროს და შეაფასოს ტრანსფორმაციის ზონა და გადაწყვიტოს, ეს უკანასკნელი შეესაბამება ნორმას თუ არა. თანდაყოლილი ტრანსფორმაციის ზონა (CTZ) წარმოადგენს საშვილოსნოს ყელის (ზოგჯერ კი – საშოს) იმ ნაწილს, რომელიც მუცლადყოფნის პერიოდში წარმოდგენილი იყო ცილინდრული ეპითელიუმით, მაგრამ მუცლადყოფნის პერიოდშივე და უშუალოდ დაბადების შემდეგ მეტაპლაზიის პროცესის შედეგად ტრანსფორმაცია განიცადა ბრტყელ ეპითელიუმად. ზოგჯერ რთულია თანდაყოლილი ტრანსფორმაციის ზონის აღმოჩენა, მაგრამ მის მახასიათებელ თავისებურებას წარმოადგენს ის, რომ იგი სუსტად ძმარმუავა-თეთრებადია, არ იღებება ლუგოლის ხსნარით. ეს ზონა არაპროფესიონალის მიერ, შეიძლება შეცდომით მიჩნეულ იყოს CIN 1, ან VAIN-ად.

თუ შეუძლებელია ბრტყელი და ცილინდრული ეპითელიუმის საზღვრის ვიზუალიზაცია ენდოცერვიქსულ არხში ტრანსფორმაციის ზონის გადანაცვლების შედეგად, სასურველია არხის ქვედა ნაწილის დათვალიერება ენდოცერვიქსული სარკის მეშვეობით. იმ შემთხვევაში, როდესაც შესაძლებელია ტრანსფორმაციის ზონის სრულყოფილად დათვალიერება, კოლპოსკოპია ფასდება დამაკმაყოფილებლად. როდესაც ტრანსფორმაციის ზონის სრულყოფილად დანახვა შეუძლებელია ბრტყელი და ცილინდრული ეპითელიუმის შეერთების ადგილის ენდოცერვიქსულ არხში ღრმად გადანაცვლების გამო, კოლპოსკოპია ითვლება არადამაკმაყოფილებლად.

საშეიღოსნოს ყელის დამუშავება ლუგოლის ხსნარით (შილერის ტესტი) იძლევა ბრტყელი ეპითელიუმის ჰომოგენურ მუქ ყავისფერ შეფერილობას. აღნიშნულს საფუძვლად უდევს ის ფაქტი, რომ ნორმული ბრტყელი ეპითელიუმი მდიდარია გლიკოგენით, რომელიც იოდთან ურთირეტქმედებისას იღებება ყავისფრად. კიბოსწინარე უჯრედები გაღარიბებული არიან გლიკოგენით და, ცხადია, ნაკლებად იღებებიან იოდით. შილერის ტესტი შესაძლებელია გამოყენებულ იქნას პათოლოგიური უბნების სადემარკაციოდ მკურნალობის წინ. ამასთანავე, არ უნდა დაგვავიწყდეს, რომ გლიკოგენით ღარიბი ყველა ეპითელიური უჯრედი როდია პათოლოგიური: უმწიფარი ბრტყელუჯრედოვანი მეტაპლაზია, რეგენერირებადი ეპითელიუმი, თანდაყოლილი ტრანსფორმაციის ზონა და ადამიანის პაპილომავირუსით ინფიცირებული ნორმული ეპითელიუმი შესაძლებელია, ასევე იყოს გლიკოგენით ღარიბი და, შესაბამისად, არ შეიღებოს ლუგოლის ხსნარით.

შენიშვნა: შილერის ტესტი დადებითია იმ შემთხვევაში, როდესაც უბნები არ იღებება ლუგოლის ხსნარით.

ცერვიქსული ინტრაეპითელიური ნეოპლაზიისათვის (CIN) დამახასიათებელი კოლპოსკოპიური თავისებურებები

არსებობს ეპითელიუმქვეშა ანგიოარქიტექტონიკის ცვლილებები, რომლებიც მიუთითებს კიბოსწინარე დაზიანებაზე. ისინი შეჯამებულია შემდეგ პათოლოგიებად:

1. პუნქტაცია (ლაქოვანება): ნაზი ან უხეში – გამომდინარე დაზიანების სიმძიმიდან;
2. მოზაიკა: ნაზი ან უხეში – გამომდინარე დაზიანების სიმძიმიდან;
3. ატიპიური სისხლძარღვები: საეჭვო კარცინომაზე;
4. ძმარმჟავა-თეთრებადობის ხარისხი: მაღალი ხარისხის დაზიანება დაბალი ხარისხის დაზიანებასთან შედარებით უფრო ინტენსიურად თეთრებადია;
5. დაზიანების საზღვრები: დაბალი ხარისხის დაზიანებას ახასიათებს არამკვეთრი ან დაკბილული ბოლოები, მაშინ როდესაც მაღალი ხარისხის დაზიანება ხასიათდება მკვეთრი სწორი კონტურებით.

დაბალი ხარისხის დაზიანებისათვის დამახასიათებელ კოლპოსკოპიურ თავისებურებებს წარმოადგენს დაზიანების არის სუსტი, მკრთალი ძმარმჟავა-თეთრებადობა. აღნიშნულ შემთხვევაში, შესაძლოა, ვერ მოხერხდეს ეპითელიუმქვეშა სისხლძარღვთა ვიზუალიზაცია, მაგრამ თუ სისხლძარღვები ხილვადია, ისინი ღებულობენ ნაზი პუნქტაციის ან მოზაიკის ფორმას. დაზიანება არ იღებება ლუგოლის ხსნარით.

მაღალი ხარისხის დაზიანებისათვის დამახასიათებელ კოლპოსკოპიურ თავისებურებებს წარმოადგენს ინტენსიური ძმარმჟავა-თეთრებადი ცვლილებები, დაზიანებულ არეში იოდის ჩართვის არარსებობა, უხეში პუნქტაცია ან მოზაიკა, ატიპიური სისხლძარღვების არსებობა. თუ ატიპიური სისხლძარღვები მკვეთრადაა გამოხატული ან არათანაბარზომიერია, საეჭვოა მალიგნიზაციის არსებობა.

კოლპოსკოპიური ტერმინოლოგია

საშივილოსნოს ყელის პათოლოგიისა და კოლპოსკოპიის საერთაშორისო ფედერაციამ (IFCPC) 2002 წელს მიიღო შესწორებული კოლპოსკოპიური კლასიფიკაცია და საბაზისო კოლპოსკოპიური ტერმინოლოგია (იხ. ცხრილი 5) IFCPC-ის მიერ რეკომენდებულია, რომ აღნიშნული ახალი ფორმატი იქნას გამოყენებული საშივილოსნოს ყელის კიბოს კვლევის, კლინიკური დიაგნოსტიკის და მკურნალობის პროცესში (Walker et al., 2003).

ცხრილი №5

კოლპოსკოპიური მახასიათებლების კლასიფიკაცია, მოწოდებული საშივილოსნოს ყელის პათოლოგიისა და კოლპოსკოპიის საერთაშორისო ფედერაციის (IFCPC) მიერ 2002წ.

I.	ნორმული მდგომარეობის კოლპოსკოპიური მახასიათებლები ორიგინალური (პირველადი) ბრტყელი ეპითელიუმი ცილინდრული ეპითელიუმი ტრანსფორმაციის ზონა
II.	პათოლოგიური მდგომარეობის კოლპოსკოპიური მახასიათებლები სუსტად გამოხატული ძმარმუჯავა-თეთრებადი (აცეტო-თეთრი) ეპითელიუმი ინტენსიურად გამოხატული ძმარმუჯავა-თეთრებადი (აცეტო-თეთრი) ეპითელიუმი ნაზი მოზაიკა უხეში მოზაიკა ნაზი პუნქტაცია (ლაქოვანება) უხეში პუნქტაცია (ლაქოვანება) ნაწილობრივი იოდდადებითობა იოდნეგატიურობა ატიპიური სისხლძარღვები
III.	ინვაზიურ კარცინომაზე საეჭვო კოლპოსკოპიური მახასიათებლები
IV.	არადამაკმაყოფილებელი კოლპოსკოპია ბრტყელი და ცილინდრული ეპითელიუმის საზღვარი (SCJ) არ ვიზუალიზდება ძლიერი ანთება, ძლიერი ატროფია, ტრავმა საშივილოსნოს ყელი არ ვიზუალიზდება
V.	სხვა პათოლოგია კონდილომები კერატოზი (ლეიკოპლაკია) ეროზია ანთება ატროფია დეციდუოზი პოლიპები

ტრანსფორმაციის ზონის ახალი კლასიფიკაცია

IFCPC-ის მიერ მოწოდებულ ახალ კლასიფიკაციაში ერთ-ერთ ყველაზე მნიშვნელოვან რეკომენდაციას წარმოადგენს ტრანსფორმაციის ზონის სამი ტიპის განსაზღვრა (Walker et al., 2003; Prendiville et al., 2003). ტრანსფორმაციის ზონის კლასიფიკაცია დაფუძნებულია 3 მაჩვენებელზე:

1. ტრანსფორმაციის ზონის ექტოცერვიქსული კომპონენტის სიდიდე;
2. ტრანსფორმაციის ზონის ზედა (პროქსიმალური) საზღვრის მდებარეობა;
3. ტრანსფორმაციის ზონის ზედა (პროქსიმალური) საზღვრის ხილვადობა.

გამოყოფენ ტრანსფორმაციის ზონის სამ ტიპს: მთლიანად ექტოცერვიქსზე განთავსებულს, ან როდესაც აღინიშნება ექტოცერვიქსული და სრულად ვიზუალიზებული ენდოცერვიქსული კონპონენტის თანაარსებობა, ან როდესაც უპირატესად ენდოცერვიქსული განლაგების გამო არასრულყოფილი ვიზუალიზაციაა (იხ. ნახატი №23). ტრანსფორმაციის ზონის ექტოცერვიქსული კომპონენტი განსაზღვრავს დიდია თუ პატარა ტრანსფორმაციის ზონა. „დიდი“ ნინშავს იმას, რომ ტრანსფორმაციის ზონა მოიცავს ექტოცერვიქსის ნახევარზე მეტს.

ტრანსფორმაციის ზონის აღნიშნული სამი განსხვავებული ტიპი განსაზღვრავს ინდივიდურ თერაპიულ მიდგომას. მიუხედავად იმისა, რომ ხშირად სამკურნალოდ მხოლოდ ექსციზიური პროცედურა გამოიყენება, მარყუჟის ზომის და ფორმის შერჩევის დროს უნდა იყოს გათვალისწინებული ტრანსფორმაციის ზონის ტიპი.

ცხრილი №6

ტრანსფორმაციის ზონის TZ ტოპოგრაფიული კლასიფიკაცია (Prendiville, 2003b)

TZ-ის ტიპი	სიდიდე	მდებარეობა	ხილვადობა	კოლპოსკოპიის ადეკვატურობა
I ტიპი	პატარა	მთლიანად ექტოცერვიქსზე	ვიზუალიზდება სრულად	დამაკმაყოფილებელი
I ტიპი	დიდი	მთლიანად ექტოცერვიქსზე	ვიზუალიზდება სრულად	დამაკმაყოფილებელი
II ტიპი	პატარა	ნაწილობრივ ენდოცერვიქსში	ვიზუალიზდება სრულად	დამაკმაყოფილებელი
II ტიპი	დიდი	ნაწილობრივ ენდოცერვიქსში	ვიზუალიზდება სრულად	დამაკმაყოფილებელი
III ტიპი	–	მთლიანად ენდოცერვიქსში	არ ვიზუალიზდება სრულად	არადამაკმაყოფილებელი
III ტიპი	პატარა	ნაწილობრივ ენდოცერვიქსში	არ ვიზუალიზდება სრულად	არადამაკმაყოფილებელი
III ტიპი	დიდი	ნაწილობრივ ენდოცერვიქსში	არ ვიზუალიზდება სრულად	არადამაკმაყოფილებელი

ტრანსფორმაციის ზონა – I ტიპი სავსებით მისაღებია მკურნალობის როგორც ექსციზიური, ისე დესტრუქციული მეთოდის გამოყენება ტრანსფორმაციის ზონის I ტიპის წარმატებული მკურნალობის მიზნით. პატარა ზომის ტრანსფორმაციის ზონის შემთხვევაში შესაძლებელია 2 × 1,5 სმ ზომის მარყუჟის გამოყენება, მაშინ, როდესაც დიდი ზომის ტრანსფორმაციის ზონის შემთხვევაში შერჩეული უნდა იყოს შედარებით ფართო მარყუჟი ან მარყუჟთა კომბინაცია.

ტრანსფორმაციის ზონა – II ტიპი

ტრანსფორმაციის ზონის II ტიპის შემთხვევაში შესაძლებელია დესტრუქციული მეთოდის გამოყენებაც, მაგრამ მეტი მომხრე ყავს ექსციზიურ პროცედურას: 2×2 სმ ზომის მარყუჟის გამოყენება პატარა ზომის ტრანსფორმაციის ზონის შემთხვევაში, მარყუჟთა კომბინაცია კი – დიდი ზომის ტრანსფორმაციის ზონის შემთხვევაში.

ტრანსფორმაციის ზონა – III ტიპი

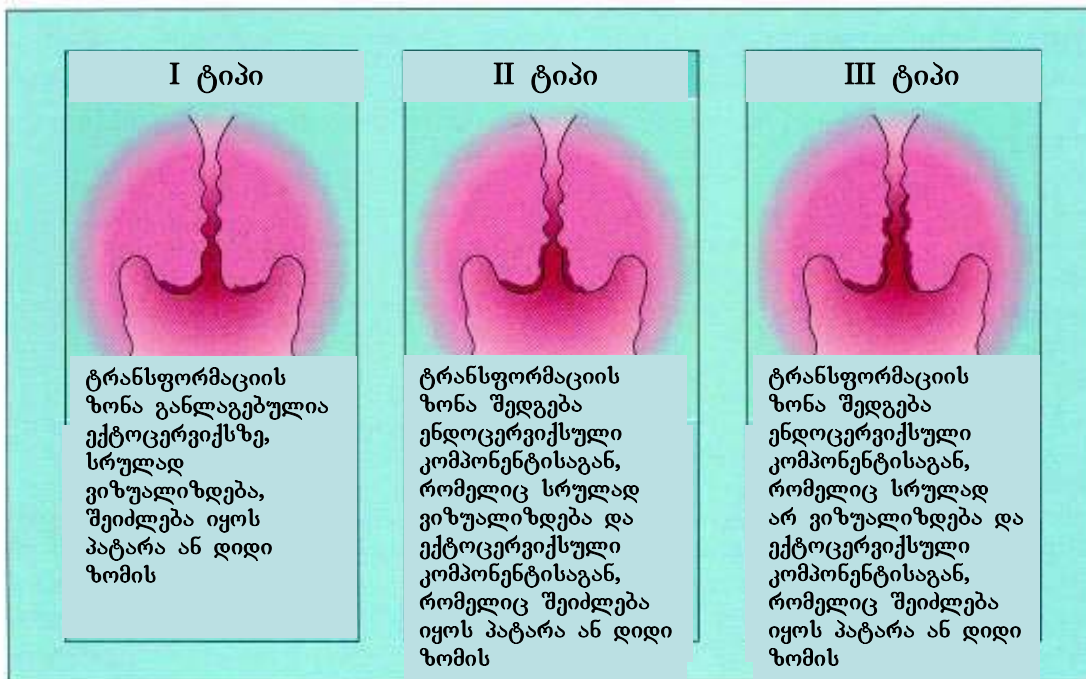
ექსციზიური პროცედურა სავალდებულოა ტრანსფორმაციის ზონის III ტიპის ნებისმიერ შემთხვევაში. ტრანსფორმაციის ზონის III ტიპი ხასიათდება არასრულყოფილი ექსციზიოს მაღალი რისკით. ამ შემთხვევაში შეიძლება მიზანშეწონილი იყოს LEEP/LLETZ-ის ალტერნატიულ მეთოდზე ფიქრი. ასეთ ალტერნატივას წარმოადგენს როგორც მავთულით ელექტროექსციზიო, ისე სკალპელით ან ქირურგიული ლაზერით ჩატარებული ექსციზიო (Mor-Yosef et al., 1990).

კოლპოსკოპიური კვლევის სარწმუნოება

კოლპოსკოპია მოითხოვს მრავალწლიან გამოცდილებას, რათა გამომუშავდეს კოლპოსკოპიური სურათის აღქმისა და შეფასების უნარი. გამოცდილ კოლპოსკოპისტს შესაძლოა შესწევდეს ზუსტი ჰისტოლოგიური დიაგნოზის განჭვრეტის უნარი, მაგრამ საზოგადოდ, კოლპოსკოპიურ-ჰისტოლოგიური კორელაციის მაჩვენებელი არ არის მაღალი. (Hopman et al., 1995; Etherington et al., 1997).

ტესტის სარწმუნობის ობიექტური შეფასება მოითხოვს დამოუკიდებელ შემოწმებას ოქროს სტანდარტის მიხედვით, რომელიც, ჩვეულებრივ, დაფუძნებულია ჰისტოლოგიური კვლევის შედეგებზე. რამდენადაც საბიოფსიო უბნის შერჩევა ხდება კოლპოსკოპის მეშვეობით, კოლპოსკოპიის მგრძობელობის შეფასება გაზვიადებულია. უარყოფითი, ანუ ნორმული კოლპოსკოპიური შემთხვევები საკმაოდ ხშირად მიიჩნევა ჭეშმარიტად “ნეგატიურად” ჰისტოლოგიური დასაბუთების გარეშე. მეტიც, საშვილოსნოს ყელის ჯირკვლოვანი პათოლოგიის არსებობის ან SCJ-ის ენდოცერვიქსული ლოკალიზაციის შემთხვევაში კოლპოსკოპია შეიძლება იყოს ცრუ უარყოფითი.

ცხრა კვლევის შედეგების მეტაანალიზმა აჩვენა, რომ კოლპოსკოპიის მგრძობელობა და სპეციფიურობა CIN2+-ს აღმოჩენის თვალსაზრისით შეადგენდა შესაბამისად 85-96 % და 48-69 %-ს (Mitchell et al., 1998). თუმცა ამ კვლევათა უმრავლესობა მოიცავს ამა-თუ-იმ გადხრას. ჩინეთში ჩატარებულ ერთ-ერთ დეტალურ კვლევაში საშვილოსნოს ყელის ბიოფსია ნაწარმოები იყო არა მხოლოდ კოლპოსკოპიურად საეჭვო უბნებიდან, არამედ



ნახატი №23

კოლპოსკოპიურად ნეგატიურ შემთხვევებშიც, ტრანსფორმაციის ზონის ოთხივე კვადრანტიდან (Pretorius et al., 2001; Pretorius et al., 2004; Pretorius et al., 2006). დამაკმაყოფილებელი კოლპოსკოპიის პირობებში CIN2 და მეტი დაზიანების მქონე ქალებში კოლპოსკოპიურად განსაზღვრული ბიოფსიის მგრძობელობამ შეადგინა 57% (Pretorius et al., 2004). ALTS კვლევაშიც ასევე ASCUS-ისა და LSIL-ის მქონე ქალებში კოლპოსკოპიურად 2 წლის განმავლობაში კუმულირებული CIN3-ის გამოვლენამ, შესაბამისად, შეადგინა მხოლოდ 54% და 56% (ASCUS-LSIL Triage Study Group, 2003a; ASCUS-LSIL Triage Study Group, 2003b). სხვა ლიტერატურული წყაროების მიხედვით დამაკმაყოფილებელი კოლპოსკოპიის მქონე პირებში კოლპოსკოპიური დიაგნოსტიკის სიზუსტის პროგნოზული მაჩვენებელი მაღალი ხარისხის დაზიანებებთან მიმართებაში შეადგენს მინიმუმ 65%-ს (Guidelines for the NHS Cervical Screening Programme 2004).

ამგვარად, დაბალი სპეციფიკურობიდან გამომდინარე, კოლპოსკოპია არ არის რეკომენდებული სკრინინგ-მეთოდად. ბოლო მონაცემები უჩვენებს, რომ კოლპოსკოპიის მგრძობელობა საშვილოსნოს ყელის არსებული ან დაწყებითი მაღალი ხარისხის ინტრაეპითელიური ნეოპლაზიის შემთხვევაში საგრძობლად ჩამოუვარდება მოსალოდნელს.

კოლპოსკოპია წარმოადგენს მნიშვნელოვან გადასარჩევ (გადასახარისხებელ) მეთოდს პათოლოგიური ციტოლოგიური შედეგების მქონე ქალების მართვისას.

საშოსა და ვულვის კოლპოსკოპიური გამოკვლევა

თავდაპირველად, სასურველია ვულვის მაკროსკოპიული დათვალიერება. საშოს კედლების გამოკვლევა წარმოადგენს კოლპოსკოპიური გამოკვლევის ნაწილს. საშვილოსნოს ყელის კოლპოსკოპიური შეფასების შემდეგ საშოს სარკის გამოტანის კვალდაკვალ შესაძლებელია საშოს კედლების დათვალიერება. შესაძლებელია პათოლოგიური პროცესების (წარმონაქმნების) იდენტიფიკაცია და სათანადო მართვა. თუ საშვილოსნოს ან საშოს ზედაპირი არ შეესაბამება ნორმას, სასურველია ვულვის კოლპოსკოპიური გამოკვლევა.

საშვილოსნოს ყელის კოლპოსკოპიური გამოკვლევა პოსტმენოპაუზურ ასაკში

პოსტმენოპაუზური ასაკის ქალებში, რომლებიც არ ღებულობენ ჩანაცვლებით ესტროგენულ თერაპიას, საშვილოსნოს ყელი შეიძლება იყოს ატროფიული. საშვილოსნოს ყელისა და საშოს ეპითელიუმი თხელდება, ასე რომ შესაძლებელი ხდება ეპითელიუმქვეშა კაპილარული ქსელის ვიზუალიზაცია, რომელიც თავის მხრივ, შეიძლება გამოიყურებოდეს წითლად და ატიპიურად. აღნიშნულ შემთხვევებში ძმარმუკავას სინჯის გამოყენება კიბოსწინარე დაზიანების აღმოჩენის მიზნით ნაკლებ ეფექტურია. თუ პოსტმენოპაუზური ასაკის ქალებში საშვილოსნოს ყელის შეფასებისას წავაწყდებით სირთულეებს, სასარგებლო იქნება ესტროგენშემცველი ინტრავაგინალური მალამოს მოკლე (3-4 კვირიანი) კურსის დანიშვნა.

კოლპოსკოპია ორსულობისა და მშობიარობის შემდგომ პერიოდში

ორსულობის დროს კოლპოსკოპიური გამოკვლევის ჩვენებას წარმოადგენს საშვილოსნოს ყელის პათოლოგიური Pap-ტესტი. ორსული ქალის საშვილოსნოს ყელის კოლპოსკოპიური შეფასება გაცილებით რთულია, ვინაიდან საშვილოსნოს ყელი ჰიპერტროფირებულია, შეშუპებულია და ხასიათდება გაძლიერებული ვასკულარიზაციით. ამიტომ, აღნიშნულ შემთხვევებში, გამოკვლევისთვის სასურველია შედარებით დიდი ზომის სარკის გამოყენება. საშვილოსნოს ყელი ჩვეულებრივ დაფარულია ლორწოთი, რომელიც ძნელად ცილდება. განსაკუთრებით პირველად მშობიარეებში, შესაძლებელია, იყოს უმწიფარი მეტაპლაზია, რომელიც შეიძლება გახდეს მცდარი დიაგნოზის მიზეზი. საშვილოსნოს ყელის ეპითელიუმი დეციდუალური ცვლილებების შედეგად შეიძლება დაემსგავსოს სიმსივნურ ეპითელიუმს. ყველა აღნიშნულ ფაქტორთან ერთად პათოლოგიასთან ასოცირებულმა სისხლძარღვოვანმა ცვლილებებმა გამოუცდელი კოლპოსკოპისტი შეიძლება შეიყვანოს შეცდომაში, რის შედეგადაც მივიღებთ რეალურთან შედარებით გაცილებით უფრო მძიმე დიაგნოზს.

პათოლოგიური Pap-ტესტის მქონე ორსული ქალები შეფასებული უნდა იყვნენ გამოცდილი კოლპოსკოპისტის მიერ. თუ კოლპოსკოპისტი გრძნობს, რომ ადგილი აქვს მალიგნიზაციის ციტოლოგიურ ან კოლპოსკოპიურ ნიშნებს, სასურველია ბიოფსიის წარმოება ან ბიოფტატების აღება. მაგრამ მალიგნიზაციის ნიშნების არარსებობის შემთხვევაში ბიოფსიის წარმოება გადავადებული უნდა იქნას

მშობიარობის შემდგომი პერიოდისთვის. ორსულობის დროს ჩატარებულ ბიოფსიას ხშირად ახლავს სისხლდენა და ნიმუში ხშირად გამოუსადეგარი ხდება სრულფასოვანი ჰისტოლოგიური შეფასებისათვის.

უშუალოდ მშობიარობის შემდგომ პერიოდშიც ძნელია საშილოსნოს ყელის მდგომარეობის შეფასება. მშობიარობის შემდგომ პირველ ოველაციამდე, განსაკუთრებით იმ ქალებში, ვისაც ჯერ კიდევ ლაქტაციის პერიოდი აქვთ, საშილოსნოს ყელი შეიძლება გამოიყურებოდეს ატროფიულად, რაც კიდევ უფრო ართულებს ციტოლოგიურ და კოლპოსკოპიურ გამოკვლევას. თუ ზემოაღნიშნული ქმნის დიაგნოსტიკურ პრობლემებს, სასარგებლო იქნება ინტრავაგინალური ესტროგენოთერაპიის მოკლე კურსის ჩატარება. იმ შემთხვევებში, როდესაც არ არსებობს ეჭვი მალიგნიზაციაზე, მიზანშეწონილია მოცდა და კოლპოსკოპიისა და/ან მკურნალობის გადადება იმ პერიოდამდე, როდესაც ესტროგენების შემცველობა დაუბრუნდება ნორმას.

დასკვნები

1. კოლპოსკოპია იძლევა საშილოსნოს ყელის, საშოსა და ვულვის კიბოსწინარე დაზიანებების იდენტიფიკაციის, ლოკალიზაციისა, ასევე ბიოფსიის ადგილის განსაზღვრის საშუალებას;
2. ზოგიერთ ქვეყანაში, კოლპოსკოპია გამოიყენება სკრინინგ-მეთოდად, მაგრამ გამომდინარე მისი დაბალი სპეციფიკურობიდან, სასურველი არ არის მისი გამოყენება პირველადი სკრინინგისათვის. იგი უნდა იქნას გამოყენებული იმ ქალების გამოკვლევებისათვის, რომელთაც გამოუვლინდათ საშილოსნოს ყელის პათოლოგიური ციტოლოგიური შედეგი;
3. კოლპოსკოპიური გამოკვლევის ჩატარება სავალდებულოა საშილოსნოს ყელის ინტრაეპითელიური ნეოპლაზიის მკურნალობის წინ;
4. კოლპოსკოპიური გამოკვლევა სასურველია ჩაატაროს მხოლოდ კარგად მომზადებულმა და გამოცდილმა კოლპოსკოპისტმა (NHSCSP, 1996a; NHSCSP, 1996b; NHSCSP, 1997; NHSCSP, 2004a);
5. კოლპოსკოპისტები უნდა ახორციელებდნენ თავიანთი მუშაობის აუდიტს (კრიტიკული შეფასება), რათა დაადასტურონ, რომ მათი კოლპოსკოპიური დიაგნოზები და მკურნალობის შედეგები შესაბამისობაშია საერთაშორისო დონეზე შეთანხმებულ სტანდარტებთან;
6. კოლპოსკოპიური კვლევის შედეგები დაფიქსირებული უნდა იყოს პაციენტის ისტორიაში.

9.2. საშვილოსნოს ყელის ბიოფსია

საშვილოსნოს ყელიდან ბიოფსიური მასალის აღება უნდა წარმოებდეს კოლპოსკოპიური კონტროლის ქვეშ, პათოლოგიაზე საექვო ყველაზე მკვეთრად გამოხატული ცვლილებების მქონე უბნიდან.

მცირე ზომის ქსოვილის აღება შესაძლებელია სხვადასხვა სპეციალური მაშის (კოლხოტომის) საშუალებით. კოლპოსკოპისტმა უნდა უზრუნველყოს საუკეთესო ნიმუშის გაგზავნა პათოლოგიურ გამოკვლევაზე. სავალდებულოა, რომ ბიოფტატი მოიცავდეს როგორც ზედაპირულ ეპითელიუმს, ასევე ეპითელიუმქვეშა სტრომას, რათა განისაზღვროს დაზიანების ლოკალიზაცია. სავალდებულოა, რომ ბიოფტატი მოიცავდეს ანალიზისათვის საკმარის მასალას. არ შეიცავდეს თერმოკოაგულაციის უბნებს და სწრაფად იყოს დაფიქსირებული ფორმალინის ხსნარში. დამიზნებითი ბიოფსია ხშირად არ ხასიათდება საკმარისი სიღრმით, რის გამოც შესაძლოა ვერ მოხდეს მიკროინვაზიური დაზიანებების დიაგნოსტიკა. ჩვეულებრივ, ადგილობრივი ანესთეზია არ არის სავალდებულო, თუმცა აშკარაა, რომ ადგილობრივი ანესთეზიას შეუძლია დამიზნებით ბიოფსიასთან დაკავშირებული დისკომფორტის შემცირება (Martin & Prendiville, 2004). აუცილებლობის შემთხვევაში შესაძლებელია ერთზე მეტი ბიოფსიური მასალის აღება. მცირე ბიოფსიის წარმოება შესაძლებელია აგრეთვე მცირე დიამეტრის მარყუჟის გამოყენებით. ამ დროს, სასურველია, მასალის აღებამდე ადგილობრივი ანესთეზიის ჩატარება. ამ მეთოდს უპირატესობა გააჩნია სრულყოფილი ნიმუშის აღების თვალსაზრისით, რომელშიც იქნება სტრომის შესაფერისი მოცულობა ქსოვილების დეფორმაციის გარეშე (Cartier & Cartier, 1993; Abdel-Hady et al, 2001). მიკროინვაზიური კიბოს აღმოჩენის ან გამორიცხვის თვალსაზრისით, უპირატესობა ენიჭება მცირე ზომის მარყუჟით აღებულ ბიოფსიას, დამიზნებით კოლხოტომით აღებულ ბიოფსიასთან შედარებით (Prendiville et al., 1986). თუ დამიზნებითი ბიოფსიის შედეგად ვღებულობთ არაადეკვატურ ჰისტოლოგიურ დიაგნოზს, სასურველია განმეორებითი გამოკვლევა ნარჩენი კოლპოსკოპიური დაზიანების გამოვლენის მიზნით.

ბიოფსიური მასალის აღების დროს სისხლდენის განვითარების შემთხვევაში, მისი შეჩერება შესაძლებელია როგორც დიათერმიის, ისე მონსელის ხსნარით სისხლმდენი ზედაპირის დამუშავების გზით (Anderson et al., 1996).

ბიოფსიური მასალის ჰისტოლოგიური გამოკვლევა დიაგნოსტიკური თვალსაზრისით შესაძლოა ხასიათდებოდეს გარკვეული ნაკლოვანებებით. ერთი მხრივ, არასწორად აღებული ნიმუში წარმოადგენს დაზიანების არასწორი შეფასების ძირითად მიზეზს, მეორე მხრივ, ჰისტოლოგიური შეფასების სუბიექტურობა ამცირებს მის სარწმუნოებას (Ismail et al., 1989; Stoler & Schiffman, 2001).

დამიზნებითმა ბიოფსიამ ყველაზე მეტად დაზიანებული უბნიდან, შეიძლება მოგვცეს მხოლოდ მინიმუმითი ჰისტოლოგიური დიაგნოზი. დამიზნებითი ბიოფსიის შემდეგ ჩატარებული კონიზაციისა და ჰისტერექტომიის შედეგად მიღებული მასალის ჰისტოლოგიური კვლევის შედეგებითმა ანალიზმა უჩვენა, რომ დამიზნებითმა ბიოფსიამ ხშირად შეიძლება სრულყოფილად ვერ შეაფასოს არსებული დაზიანების სიმძიმე. მაღალი ხარისხის CIN-ის არასრულყოფილი შეფასება ხდება შემთხვევათა 4,3-57,1%-ში. CIN 3-ის მსგავსად შეიძლება ვერ მოხერხდეს ადრეული ინვაზიური დაზიანების დიაგნოსტიკაც.

9.3. ენდოცერვიქსული ბამოფხეპა (კიურეტაჟი)

ენდოცერვიქსული კიურეტაჟის (ECC) მიზანია ენდოცერვიქსის ბრტყელუჯრედოვანი ან ჯირკვლოვანი დაზიანების გამოვლენა, რომელიც ვერ იქნა მოხვედრილი კოლპოსკოპიური კონტროლით აღებულ ბიოფსიურ მასალაში.

ამ მანიპულაციის შედეგად, რთულია ინვაზიური დაზიანების არსებობა-არაარსებობის დადასტურება, ვინაიდან ნიმუში ხშირად ზედაპირულია. გარდა ამისა, ენდოცერვიქსული კიურეტაჟი აზიანებს ადგილობრივ არქიტექტონიკას, რის გამოც ისპობა სხვაობა ადენოკარცინომა in situ-სა და ინვაზიურ ადენოკარცინომას შორის. ენდოცერვიქსული მასალის აღება ენდოცერვიქსული ჯაგრისის მეშვეობით, დიაგნოსტიკური თვალსაზრისით ხასიათდება შედარებით დაბალი ცრუ-უარყოფითი შედეგებით, ვიდრე ენდოცერვიქსული კიურეტაჟი (Andersen et al., 1988; Weitzman et al., 1988; Hoffman et al., 1993; Mogensen et al., 1997).

აშშ-ში ენდოცერვიქსული კიურეტაჟი ხშირად გამოიყენება საშვილოსნოს ყელის ბიოფსიასთან ერთად. ევროპის ქვეყნებში კი აღნიშნულ კომბინაციას ნაკლებად მიმართავენ. აქ ენდოცერვიქსული დაზიანების გამოსარიცხად უპირატესობას ანიჭებენ დიაგნოსტიკურ კონიზაციას (Gath et al., 1995). დაუშვებელია ენდოცერვიქსული კიურეტაჟის გამოყენება ორსულობის პერიოდში (Wright et al., 2002).

10. ცერვიქსული ინტრაეპითელიური ნეოპლაზიის მართვა

10.1 კოლპოსკოპიურად/ჰისტოლოგიურად ბამოვლენილი CIN1-ის მართვა

CIN1, დროთა განმავლობაში, შემთხვევათა 60-70%-ში უბრუნდება ნორმას, 15%-ში განიცდის პერსისტენციას, ხოლო 0-30%-ში არის შესაძლებელი მისი CIN2,3-ში, 1%-ში კი ინვაზიურ კიბოში გადასვლა (Soutter et al., 1986; Bolger & Lewis, 1988; Anderson et al., 1992). კოლპოსკოპისტმა უნდა იცოდეს, რომ CIN1-ის დიაგნოზი ყოველთვის არ არის სარწმუნო. ეს ნაჩვენებია ASCUS/LSIL კვლევაში (2001), როდესაც დამიზნებითი ბიოფსიით მიღებული მასალის ჰისტოლოგიური კვლევით დადგენილი CIN1-ის შემთხვევაში პრეპარატების განმეორებითი შეფასების დროს დიაგნოზი დადასტურდა მხოლოდ 43%-ში, 41%-ში შეფასდა როგორც ნორმა, ხოლო შემთხვევათა 13%-ში დიაგნოზი დამძიმდა CIN2,3-მდე. სხვა კვლევის დროს, როდესაც CIN1-ის დიაგნოზის გამო ჩატარდა ექსციზიური მკურნალობა (LEEP/LLETZ), მოკვეთილი ქსოვილის ჰისტოლოგიური ანალიზით დადგინდა, რომ შემთხვევების 23-55%-ში ადგილი ჰქონდა CIN2,3-ს (Massad et al., 1996).

მნიშვნელოვანია ის ფაქტი, რომ გამოუვლენელი (ფარული) CIN2,3-ის ან კარცინომა ინ სიტუ-ს არსებობის რისკი უფრო მაღალია CIN1-ის მქონე იმ ქალებში, რომლებსაც მანამდე ციტოლოგიურად გამოუვლინდათ HSIL ან ატიპიური ჯირკვლოვანი უჯრედები (AGC), CIN1-ის მქონე იმ ქალებთან შედარებით, რომელთაც წინ უძღოდა ციტოლოგიურად ASC (ატიპიური ბრტყელი

ეპითელიოციტების) ან LSIL შედეგები. CIN2,3 გამოვლენილია HSIL-ის მქონე ქალთა 84-97%-ში, ვისთანაც გამოყენებული იყო მარყუქით ელექტროქირურგიული ექსციზიის პროცედურა (Massad LS et al. 2001, Alvarez RD et al. 2007, Dunn TS et al. 2003). ამიტომ, ცალკეა გამოყოფილი რეკომენდაციები CIN1-ის მქონე ქალებისათვის, რომელსაც ციტოლოგიურად მანამდე აღენიშნათ HSIL ან AGC.

დაბალი ხარისხის დაზიანების მართვის დროს, ერთი მხრივ, უნდა იყოს დაცული ბალანსი დაზიანების თავისთავად უკუგანვითარებასა და, მეორე მხრივ, მკურნალობის გარეშე დაზიანების უფრო მაღალი ხარისხის “გაპარვას” შორის.

10.2. CIN1-ის მქონე ქალების მართვის რეკომენდაციები

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

1. კოლპოსკოპია არის დამაკმაყოფილებელი:

ამ დროს შესაძლებელია როგორც დაკვირვება, ისე მკურნალობა. დაკვირვების დროს უნდა ჩატარდეს განმეორებითი Pap ტესტი და კოლპოსკოპია 12 და 24 თვის შემდეგ (**რეკომენდაციის ხარისხი B, მტკიცებულების დონე II**). ეს მიდგომა განსაკუთრებით მიზანშეწონილია ახალგაზრდა ასაკის ქალებისათვის (Moscicki et al., 2004). თუ დაზიანება შენარჩუნებული იქნება 2 წლის განმავლობაში, მაშინ უნდა იყოს განხილული მკურნალობის ესა თუ ის მეთოდი (**რეკომენდაციის ხარისხი C, მტკიცებულების დონე II**). მკურნალობის მეთოდი განსაზღვრული უნდა იყოს კლინიციისტიის მიერ, პაციენტის ანამნეზის, კლინიკური მდგომარეობის და მატერიალურ-ტექნიკური შესაძლებლობების გათვალისწინებით (**რეკომენდაციის ხარისხი A, მტკიცებულების დონე I**).

მკურნალობის შემთხვევაში შესაძლებელია გამოყენებული იყოს როგორც აბლაციური, ისე ექსციზიური მეთოდები (**რეკომენდაციის ხარისხი A, მტკიცებულების დონე I**). რეკურენტული (განმეორებითი) CIN1-ის შემთხვევაში უპირატესობა ენიჭება მკურნალობის ექსციზიურ მეთოდს (LEEP/LLETZ).

ცალკე ჯგუფად უნდა გამოიყოს CIN1-დიაგნოზის მქონე ის ქალები ვისთანაც წინმსწრები ციტოლოგიური დიაგნოზი იყო HSIL ან AGC. ასეთ ვითარებაში მისაღებია როგორც დიაგნოსტიკური ექსციზიო, ისე დაკვირვება კოლპოსკოპიური და ციტოლოგიური გამოკვლევის გზით 6-თვიანი ინტერვალით, 1 წლის განმავლობაში (იხ. HSIL-ის მართვის გაიდლაინი).

2. კოლპოსკოპია არის არადამაკმაყოფილებელი:

ფარული მაღალი ხარისხის დაზიანების (HGGIN) გამორიცხვის მიზნით უპირატესობა ენიჭება ექსციზიურ მკურნალობას (LEEP /LLETZ) (**რეკომენდაციის ხარისხი A, მტკიცებულების დონე III**) (Spitzer et al., 1998).

CIN1-ის მკურნალობის მიუღებელი მიდგომა:

1. “აღმოაჩინე და უმკურნალე”, როდესაც კოლპოსკოპიის, როგორც პირველადი ტესტის, ჩატარების დროს აღმოჩენილი ძმარმეავა-თეთრებადი ეპითელიუმის გამო ტარდება ელექტრომარყუქით ექსციზიური პროცედურა. ასეთ ვითარებაში ხშირია გადამეტებული მკურნალობა;

2. ადგილობრივი დესტრუქციული (აბლაციური) მკურნალობა არადაამაყოფილებელი კოლპოსკოპიის დროს **(რეკომენდაციის ხარისხი E, მტკიცებულების დონე I)** (Spitzer et al., 1998);
3. პოდოფილინის და მისი მსგავსი ნივთიერებების აპლიკაცია საშოს და საშვილოსნოს ყელის ლორწოვანზე **(რეკომენდაციის ხარისხი E, მტკიცებულების დონე II)**;
4. ჰისტერექტომია, როგორც სამკურნალო მეთოდი ჰისტოლოგიურად დადასტურებული CIN1-ის დროს მიუღებელია **(რეკომენდაციის ხარისხი E, მტკიცებულების დონე II)**, თუ არ არსებობს სხვა გინეკოლოგიური პათოლოგიაც (მაგ. საშვილოსნოს მიომა) (European Guidelines for Quality Assurance in Cervical Cancer Screening 2008).

ცალკე უნდა იყოს გამოყოფილი HPV დნმ ტესტირების გამოყენება CIN1-ის მქონე ქალებში. თუ HPV დნმ ტესტირებით დადგინდა მაღალი რისკის V ვირუსის არსებობა, მაშინ უნდა ჩატარდეს სამკურნალო ღონისძიებები, ხოლო თუ HPV დნმ ტესტირებით გამოვლინდა მხოლოდ დაბალი რისკის HPV ვირუსის არსებობა, შესაძლებელია დაკვირვებითი ტაქტიკის გამოყენება.

10.3. კოლპოსკოპიურად/ჰისტოლოგიურად გამოვლენილი CIN2,3-ის მართვა

CIN2,3 მოიცავს დაზიანებებს, რომლებიც თავიდანვე განსაზღვრულია, როგორც ზომიერი (საშუალო ხარისხის) დისპლაზია (CIN2) და მძიმე დისპლაზია/კარცინომა in situ (CIN3). თუმცა CIN2 დაზიანება CIN3-თან შედარებით არის უფრო ჰეტეროგენული და ხანგრძლივი დაკვირვების პირობებში ხასიათდება რეგრესის შედარებით მეტი ალბათობით, ჰისტოლოგიური სხვაობა CIN2-სა და CIN3-ს შორის მცირეა (Melnikow J et al, 1998, Robertson AJ et al. 1989, Mitchell MF et al 1996). შესაბამისად, დამატებითი უსაფრთხოების უზრუნველსაყოფად, CIN2-სა და CIN3-ის ჰისტოლოგიური დიაგნოზის მქონე ქალთა მართვის რეკომენდაციები გაერთიანებულია ერთ გაიდლაინში.

CIN2,3-ის პროგრესის სიხშირე carcinoma in situ-ში ან კიბოში შეადგენს 20%-ს (სხვადასხვა კვლევების თანახმად აღწევს 53%-ს). პერსისტენციის სიხშირე 50%-ს (15-96%), ხოლო რეგრესი შეინიშნება შემთხვევათა 29%-ში (4-67%) (Galvin et al., 1955; Fu et al., 1981).

10.4 CIN 2,3-ის მქონე ქალების მართვის რეკომენდაციები

CIN2,3-ის ჰისტოლოგიური დიაგნოზისა და დამამაყოფილებელი კოლპოსკოპური გამოკვლევის მქონე ქალებისათვის როგორც ექსციზიო, ასევე აბლაცია ითვლება მკურნალობის ადექვატურ მეთოდებად **(რეკომენდაციის ხარისხი A, მტკიცებულების დონე I)**. უპირატესობა ენიჭება ექსციზიურ პროცედურას (LEEP /LLETZ) კვეთის სიღრმის რეგულაციისა და მოკვეთილი ქსოვილის ჰისტოლოგიური შეფასების

შესაძლებლობის გამო. დიაგნოსტიკური ექსციზიოს პროცედურა რეკომენდებულია რეციდიული CIN2,3-ის მქონე ქალებისათვის. (რეკომენდაციის ხარისხი A, მტკიცებულების დონე II) (Wright et al., 2003;Prendiville, 2003a) CIN2,3-ის ჰისტოლოგიური დიაგნოზისა და არადამაკმაყოფილებელი კოლპოსკოპიური გამოკვლევის პირობებში აბლაცია არ არის მისაღები, რეკომენდებულია დიაგნოსტიკური ექსციზიოს პროცედურა (რეკომენდაციის ხარისხი A, მტკიცებულების დონე II). CIN2,3-ის შემთხვევაში საწყისი თერაპიის სახით არ არის მისაღები ჰისტერექტომია (რეკომენდაციის ხარისხი E, მტკიცებულების დონე II) (NCCN Cervical Cancer Screening V.I.2009; Thomas C. et al 2006; European Guidelines for Quality Assurance in Cervical Cancer Screening 2008).

10.5. მიკროინვაზიური კიბო

იმ შემთხვევაში, როდესაც ინვაზიის ხარისხი არ აღემატება ადრეულ სტრომულ ინვაზიას, ადგილობრივი ექსციზიური მკურნალობა ითვლება მკურნალობის ადეკვატურ მათოდად.

ადგილობრივი ექსციზიური პროცედურით (LEEP /LLETZ) შესაძლებელია მიკროინვაზიური ბრტყელუჯრედული კარცინომის (FIGO 1A1) მკურნალობა იმ შემთხვევაში, თუ:

1. მოკვეთილი ქსოვილის კიდეები თავისუფალია CIN-ის ან ინვაზიური პროცესისაგან;
2. მულტიდისციპლინარული საბჭოს გადაწყვეტილებით ინვაზიის სტადია არ აღემატება 1A1.

თუ მიკროინვაზიური კიბო იქნა ამოკვეთილი, მაგრამ აღმოჩნდა, რომ CIN სცდება მოკვეთის საზღვრებს (ექტო- ან ენდოცერვიქსულ საზღვრებს), საჭიროა ჩატარდეს დამატებითი ექსციზიური პროცედურა CIN-ის ბოლომდე მოსაშორებლად, რათა გამოირიცხოს იყოს სხვა სატელიტური ინვაზიური დაზიანების კერის არსებობა. ეს მანიპულაცია უნდა ჩატარდეს მიუხედავად იმისა, დაგეგმილია თუ არა ჰისტერექტომია, მაკროინვაზიის გამოსარიცხად (European Guidelines for Quality Assurance in Cervical Cancer Screening 2008).

10.6. CIN-ის მკურნალობის უსაძლო ბართულებები

კონსერვატიული მკურნალობის გართულებები ძალზედ იშვიათია. ადრეულ გართულებებს მიეკუთვნება სისხლისდენა, ინფექცია და გაძლიერებული თეთრადშლა. შორეულ გართულებებს მიეკუთვნება ცერვიქსული სტენოზი და ორსულობის დროს ყელის უკმარისობა, რომელიც შესაძლოა II ტრიმესტრის თვითნებური აბორტით დამთავრდეს. ეს უკანასკნელი ძირითადად გვხვდება სკალპელით ჩატარებული კონიზაციის დროს (Luesley D.M., et al 1985). თუმცა სისტემური ანალიზი უჩვენებს, რომ ყველა ექსციზიური პროცედურის შემდეგ მომატებულია როგორც მცირე მასის ნაყოფით, ისე ნაადრევი მშობიარობის სისშირე (Kyrgiou M et a. 2006). სტენოზი და არადამაკმაყოფილებელი კოლპოსკოპია

და ციტოლოგია, როგორც წესი, გამოწვეულია ჰემოსტაზის მიზნით ყელზე ნაკერის დადებით (Martin-Hirsch P et.al 2000). იშვიათად, საშილოსნოს ყელის სტენოზის გამო პროემნოპაუზურ ქალებში შესაძლებელია ჰემატომეტრას განვითარება. პოსტემნოპაუზურ ასაკში სტენოზის გამო შესაძლოა არ გამოვლინდეს საშილოსნოს ტანის კიბოს ისეთი პირველი ინდიკატორი, როგორც არის პოსტემნოპაუზური სისხლისდენა. სტენოზი აგრეთვე პრობლემაა ჩანაცვლებითი ჰორმონული თერაპიის მიმდები ქალებისათვის, რომლებსაც აუცილებლად დასჭირდებათ ყოველდღიური გესტაგენი – ესტროგენული კომპონენტით გამოწვეული ენდომეტრიუმის პროლიფერაციის დასათრგუნად.

10.7. დაკვირვება მკურნალობის უმჯობეს

ყველა ქალი, რომელსაც ჩატარებული აქვს მკურნალობა ნებისმიერი ხარისხის CIN-ის გამო (CIN1, 2 თუ 3) საჭიროებს დაკვირვებას მკურნალობის შემდეგ (Martin-Hirsch et al., 2000). მკურნალობის ექსციზიურ მეთოდებს აქვთ ის უპირატესობა, რომ იძლევა მოკვეთილი ქსოვილის ჰისტოლოგიური გამოკვლევის საშუალებას, რის დროსაც ფასდება მოკვეთილი ქსოვილის კიდეების მდგომარეობა: რამდენად თავისუფალია ისინი CIN ან მეტი დაზიანებისაგან. ფასდება აგრეთვე, მიკროინვაზიის და ჯირკვლოვანი პათოლოგიის არსებობა. ნარჩენი ან რეკურენტული დაავადების რისკის მქონე ქალები საჭიროებენ უფრო ინტენსიურ დაკვირვებას მკურნალობის შემდეგ. დაკვირვების ინტენსივობის, სისშირის და ხანგრძლივობის განსაზღვრაზე მოქმედებენ შემდეგი ფაქტორები:

1. 40 წელზე უფროს ქალებში მეტია რეკურენტული და პერსისტული დაავადების რისკი;
2. დაზიანების ტიპი: ჯირკვლოვანი პათოლოგია საჭიროებს ყურადღებით პოსტოპერაციულ დაკვირვებას ცერვიქსის არხის შეფასებით (ცერვიქსული ბრამის გამოყენება ციტოლოგიური კვლევისათვის);
3. დაზიანების ხარისხი: მაღალი ხარისხის დაზიანება უფრო მიდრეკილია პერსისტენციისაკენ და განმეორებისაკენ;
4. ექსციზიური მასალის კიდეების ჰისტოლოგიური კვლევა (არასრული კვეთის გამოსავლენად).

მაღალი ხარისხის დაზიანების (CIN2,3,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 (Guidelines for the NHS Cervical Screening Programme 2004; Nieminen et al., 2006). პერსისტული და რეკურენტული დაავადებების უმეტესობა ვლინდება მკურნალობიდან პირველი 24 თვის განმავლობაში (Chew et al., 1999; Flannelly et al., 2001). თუმცა, არსებობს მონაცემები, რომ რისკის შენარჩუნება ხდება 10 წლის განმავლობაში (Soutter et al., 1997).

დაბალი ხარისხის დაზიანების (CIN1) გამო ნამკურნალები ქალები საჭიროებენ დაკვირვებას 6, 12 და 24 თვის შემდეგ Pap ტესტირებით. მკურნალობიდან 6 თვის შემდეგ აგრეთვე კეთდება კოლპოსკოპია (Guidelines for the NHS Cervical Screening

Programme 2004; Nieminen et al., 2006). ნორმული მანევრებლების შემთხვევაში ქალი უბრუნდება რუტინული სკრინინგის რეჟიმს (Guidelines for the NHS Cervical Screening Programme 2004).

AIS-ის გამო ნამკურნალებ ქალებში რეკურენტული დაავადების განვითარების რისკი გაცილებით მაღალია, ვიდრე CIN2,3-ის შემთხვევაში (Soutter et al., 2001)

10.6. ექსციზიურ მასალაში კიდეების მდგომარეობის მნიშვნელობა

თუ ექსციზიური მასალის კიდეები თავისუფალია CIN-ისა და მეტი დაზიანებისაგან, ნარჩენი დაავადების სისშირე ექსციზიური პროცედურის ჩატარების შემდეგ საკმაოდ მცირეა (Andersen et al., 1990; Murdoch et al., 1992; Lopes et al., 1993; Majeed et al., 1994; Moore et al., 1995; Chang et al., 1996; Gold et al., 1996; Gardeil et al., 1997; Dobbs et al., 2000; Flannelly et al., 2001). კვლევების საფუძველზე დადგინდა, რომ ექსციზიური ქსოვილის ექტოცერვიქსულ კიდეებთან შედარებით, ენდოცერვიქსულ კიდეში გამოვლენილი დაზიანება წარმოადგენს უფრო მაღალ რისკს ნარჩენი დაავადების განვითარების (Ostergard, 1980; Walton et al., 1980; Schantz & Thormann, 1984; Boonstra et al., 1990; Murdoch et al., 1992; Lapaquette et al., 1993; Lopes et al., 1993; Gardeil et al., 1997; Flannelly et al., 2001). 40 წლის და უფროსი ასაკის ქალებში რეკურენტული და პერსისტული დაავადების რისკი უფრო მაღალია (Paraskevaidis et al., 2000; Flannelly et al., 2001).

50 წლის და უფროსი ასაკის ქალები, რომლებსაც აღმოაჩნდათ CIN3 ექსციზიური მასალის ენდოცერვიქსულ კიდეში, და ვისთანაც დამაკმაყოფილებელი ციტოლოგიური და კოლპოსკოპიური კვლევა არ არის გარანტირებული, საჭიროებენ განმეორებით ექსციზიურ პროცედურას სუფთა კიდეების მისაღებად.

ბამოყენებული ლიტერატურა

1. Alvarez RD, Wright TC. Effective cervical neoplasia detection with a novel optical detection system: A randomized trial. *Gynecol Oncol* 2007;104:281-9.
2. Anderson D.J., Strachan F., & Parkin D.E. (1992). Cone biopsy: Has endocervical sampling a role? *Br J Obstet Gynaecol* 99: 668-670
3. Bolger B.S. & Lewis B.V. (1988). A prospective study of colposcopy in women with mild dyskariosis or koilocytosis. *Br J Obstet Gynaecol* 95: 1117-1119
4. Chew G.K., Jandial L., Paraskevaidis E., & Kitchener H.C. (1999). Pattern of CIN recurrence following laser ablation treatment: long-term follow-up. *Int. J. Gynecol. Cancer* 9: 487-490
5. Dobbs S.P., Asmussen T., Nunns D., Hollingworth D., Brown L.J., & Ireland D. (2000). Does histological incomplete excision of cervical intraepithelial neoplasia following large loop excision of transformation zone increase recurrence rates? A six year cytological follow-up. *BJOG* 107: 1298-1301
6. Dunn TS, Burke M, Shwayder J. A “see and treat” management for high-grade squamous intraepithelial lesion pap smears. *J Low Genit Tract Dis* 2003;7:104-6.

7. Flannelly G., Bolger B., Fawzi H., De Lopes A.B., & Monaghan J.M. (2001). Follow-up after LLETZ: could schedules be modified according to risk of recurrence? *BJOG* 108: 1025-1030.
8. Fu Y.S., Reagan J.W., & Richart R.M. (1981). Definition of precursors. *Gynecol. Oncol.* 12: 220-231.
9. Galvin G.A., Jones H.W., & Te Linde R.W. (1955). The significance of basal-cell hyperactivity in cervical biopsies. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 70: 808-817
10. Gardeil F., Barry-Walsh C., Prendiville W., Clinch J., & Turner M.J. (1997). Persistent intraepithelial neoplasia after excision for cervical intraepithelial neoplasia grade III. *Obstet. Gynecol.* 89: 419-422
11. Gold M., Dunton C.J., Murray J., Macones G., Hanau C., & Carlson J.A., Jr. (1996). Loop electrocautery excisional procedure: therapeutic effectiveness as an ablation and a conization equivalent. *Gynecol. Oncol.* 61: 241-4
12. Kyrgiou M., Koliopoulos G., Martin-Hirsch P., Arbyn M., Prendiville W., & Paraskevidis E. (2006). Obstetric outcomes after conservative treatment for intra-epithelial or early invasive cervical lesions: a systematic review and meta-analysis of the literature. *Lancet* 367: 489-498
13. Lopes A., Morgan P., Murdoch J., Piura B., & Monaghan J.M. (1993). The case for conservative management of "incomplete excision" of CIN after laser conization. *Gynecol. Oncol.* 49: 247-9
14. Luesley D.M., McCrum A., Terry P.B., Wade Evans T., Nicholson H.O., Mylotte M.J., Emens J.M., & Jordan J.A. (1985). Complications of cone biopsy related to the dimensions of the cone and the influence of prior colposcopic assessment. *Br J Obstet Gynaecol* 92: 158-164.
15. Martin-Hirsch P., Paraskevidis E., & Kitchener H. (2000). Surgery for cervical intraepithelial neoplasia. *Cochrane Database Syst Rev*
16. Massad L.S., Halperin C.J., & Bitterman P. (1996). Correlation between colposcopically directed biopsy and cervical loop excision. *Gynecol. Oncol.* 60: 400-403
17. Melnikow J, Nuovo J, Willan AR, Chan BK, Howell LP. Natural history of cervical squamous intraepithelial lesions: a meta-analysis. *Obstet Gynecol* 1998;92:727-35.
18. Mitchell MF, Tortolero-Luna G, Wright T, et al. Cervical human papillomavirus infection and intraepithelial neoplasia: a review. *J Natl Cancer Inst Monogr* 1996;21:17-25
19. Moscicki A.B., Shiboski S., Hills N.K., Powell K.J., Jay N., Hanson E.N., Miller S., Canjura-Clayton K.L., Farhat S., Broering J.M., & Darragh T.M. (2004). Regression of low-grade squamous intraepithelial lesions in young women. *Lancet* 364: 1678-1683.
20. Murdoch J.B., Morgan P.R., Lopes A., & Monaghan J.M. (1992). Histological incomplete excision of CIN after large loop excision of the transformation zone (LLETZ) merits careful follow-up, not retreatment. *Br. J. Obstet. Gynaecol.* 99: 990-993
21. NHSCSP (2004a). Colposcopy and programme management: guidelines for the NHS Cervical Screening Programme. Luesley, D. and Leeson, S. NHSCSP publication 20, 1-80. Sheffield, Manor House. NHS Cancer Screening Programmes
22. Nieminen P, Anttila A, Bützow R, Heikkilä E, Hiltunen-Back E, Puistola U, Rantanen V, Räisänen I, Santalahti A, Talvensaari-Mattila A, Vartiainen J, Vuento M, Yliskoski M. (2006). Guideline for the diagnosis and treatment of pre-cancerous lesions of the cervix uteri, vulva, and vagina. Duodecim & the Finnish Association of Colposcopists
23. Ostergard D.R. (1980). Cryosurgical treatment of cervical intraepithelial neoplasia. *Obstet. Gynecol.* 56: 231-233.

24. Paraskevaidis E., Lolis E.D., Koliopoulos G., Alamanos Y., Fotiou S., & Kitchener H.C. (2000). Cervical intraepithelial neoplasia outcomes after large loop excision with clear margins. *Obstet. Gynecol.* 95: 828-831.
25. Prendiville W. (2003a). LLETZ: theoretical rationale, practical aspects, clinical experience, optimizing the technique. In: *Colposcopy: Management Options* (eds Prendiville W., Ritter J., Tatti S. & Twiggs L.), pp. 75-89. Saunders, Edinburgh
26. Robertson AJ, Anderson JM, Beck JS, et al. Observer variability in histopathological reporting of cervical biopsy specimens. *J Clin Pathol* 1989;42:231-8
27. Soutter W.P., de Barros Lopes A., Fletcher A., Monaghan J.M., Duncan I.D., Paraskevaidis E., & Kitchener H.C. (1997). Invasive cervical cancer after conservative therapy for cervical intraepithelial neoplasia [see comments]. *Lancet* 349: 978-980
28. Soutter W.P., Haidopoulos D., Gornall R.J., McIndoe G.A., Fox J., Mason W.P., Flanagan A., Nicholas N., Barker F., Abrahams J., Lampert I., & Sarhanis P. (2001). Is conservative treatment for adenocarcinoma in situ of the cervix safe? *BJOG* 108: 1184-1189
29. Soutter W.P., Wisdom S., Brough A.K., & Monaghan J.M. (1986). Should patients with mild atypia in a cervical smear be referred for colposcopy? *Br J Obstet Gynaecol* 93: 70-74.
30. Spitzer M., Chernys A.E., Shifrin A., & Ryskin M. (1998). Indications for cone biopsy: pathologic correlation. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 178: 74-9.
31. Stoler M.H. & Schiffman M.A. (2001). Interobserver Reproducibility of Cervical Cytologic and Histologic Interpretations. *JAMA* 285: 1500-1505
32. Walton L.A., Edelman D.A., Fowler W.C., Jr., & Photopoulos G.J. (1980). Cryosurgery for the treatment of cervical intraepithelial neoplasia during the reproductive years. *Obstet. Gynecol.* 55: 353-7
33. Wright T.C., Cox J.T., Massad L.S., Carlson J., Twiggs L.B., & Wilkinson E.J. (2003). 2001 consensus guidelines for the management of women with cervical intraepithelial neoplasia. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 189: 295-304.

11. ცერვიკსული სკრინინგი ბანსაკუთრებულ შემთხვევებში

11.1 ცერვიკსული სკრინინგი და ორსულობა

თუ ქალს ორსულობამდე ცერვიკსული პათოლოგია არ ჰქონდა გამოვლენილი, მისთვის Pap ტესტის ჩატარება არ არის აუცილებელი ორსულობის დროს. თუ რუტინულ სკრინინგზე მოსული ქალი აღმოჩნდა ორსულად, მაშინ შესაძლებელია ტესტის ჩატარება გადაიდოს მშობიარობის შემდგომი პერიოდისათვის. თუ ორსულობამდე ქალს ჰქონდა ცერვიკსული პათოლოგია, მაშინ მომდევნო Pap ტესტის ჩატარება შესაძლებელია ორსულობის მეორე ტრიმესტრში, თუ არ არსებობს რაიმე კლინიკური უკუჩვენება.

ატიპიური Pap ტესტის პირობებში კოლპოსკოპიის ჩატარება შესაძლებელია ორსულობის პერიოდში. ორსულობის დროს ჩატარებული კოლპოსკოპიის მთავარი დანიშნულება არის ინვაზიური დაზიანების არსებობის გამორიცხვა. თუ ორსულს აღენიშნა ციტოლოგიური დიაგნოზი \leq LSIL და კოლპოსკოპიური კვლევით მაღალი ხარისხის დაზიანების არსებობა გამოირიცხა, მაშინ განმეორებითი ციტოლოგიური

და კოლპოსკოპიური კვლევა უნდა ჩატარდეს მშობიარობიდან 3-4 თვის შემდეგ. თუ ქალს აღენიშნა მაღალი ხარისხის დაზიანება CIN2,3, მაშინ განმეორებითი კოლპოსკოპიური კვლევა უნდა ჩატარდეს 3-თვიანი ინტერვალით ორსულობის განმავლობაში, ხოლო დასკვნითი გამოკვლევა უნდა ჩატარდეს მშობიარობიდან 3-4 თვის შემდეგ. ამ დროს უკვე უნდა ზუსტად განისაზღვროს მკურნალობის აუცილებლობა.

ორსულ ქალში მკურნალობის გადავადების უსაფრთხოება დასტურდება კოპორტული და რეტროსპექტული არაკონტროლირებადი კვლევებით (Coppola et al., 1997). საშვილოსნოს ყელის კიბოს სისშირე ორსულებს შორის არის დაბალი და თვითონ ორსულობის პროცესს არ აქვს პროგნოზულად უარყოფითი ეფექტი (Woodrow N et.al 1998). CIN3-ის პროგრესის რისკი ორსულობის პერიოდში არის დაბალი, ხოლო მშობიარობის შემდეგ განვითარებული სპონტანური უკურნებრების სისშირე არის მაღალი. ერთ კვლევაში უკუგანვითარება დაფიქსირდა შემთხვევათა 69%-ში (Yost et al., 1999).

თუ კლინიკურად ან კოლპოსკოპიურად საეჭვო ინვაზიური დაავადების არსებობა, მაშინ მნიშვნელოვანია ადეკვატური ბიოფსიის ჩატარება. ვინაიდან ორსულობის პერიოდში ჩატარებული ექსციზიური პროცედურა (LEEP/LLETZ) შემთხვევათა 25%-ში შეიცავს სისხლისდენის განვითარების რისკს (Robinson WR et al 1997), ეს მანიპულაცია უნდა ჩატარდეს სპეციალიზირებულ დაწესებულებაში. ორსულობის დროს არ ტარდება ცერვიქსული არხის კიურეტაჟი (Thomas C. et. al 2006).

ბამოყენებელი ლიტერატურა

1. Coppola A., Sorosky J., Casper R., Anderson B., & Buller R.E. (1997). The clinical course of cervical carcinoma in situ diagnosed during pregnancy. *Gynecol.Oncol.* 67: 162-165.
2. Robinson WR, Webb S, Tirpack J et al. Management of cervical intraepithelial neoplasia during pregnancy with loop excision. *Gynecologic Oncology*, 1997, 64(1): 153–155
3. Thomas C. Wright Jr, MD; L. Stewart Massad, MD; Charles J. Dunton, MD; Mark Spitzer, MD; Edward J. Wilkinson, MD; Diane Solomon, MD, for the 2006 American Society for Colposcopy and Cervical Pathology–sponsored Consensus Conference 2006 consensus guidelines for the management of women with abnormal cervical cancer screening tests.
4. Woodrow N, Permezel M, Butterfield L et al. Abnormal cytology in pregnancy. *Australia and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 1998, 38: 161–165.
5. Yost N.P., Santoso J.T., McIntire D.D., & Iliya F.A. (1999). Postpartum regression rates of antepartum cervical intraepithelial neoplasia II and III lesions. *Obstet. Gynecol.* 93: 359-362.

11.2. ცერვიქსული სკრინინგი ჰისტორიის შემთხვევაში

ჰისტორიულად ქალებში, ვისაც აღენიშნებოდათ CIN დაზიანება, შენარჩუნებულია საშოს ინტრაეპითელიური დაზიანების (VAIN) და კიბოს განვითარების რისკი. სხვადასხვა კვლევებში VAIN-ის სისშირე ჰისტორიული შემდეგ მერყეობს 1-4%-მდე ფარგლებში (Gemmell et al., 1990, Burghardt & Holzer, 1980). შორეული შედეგების მეტაანალიზით დადგინდა, რომ თუ რეკურენტული CIN-ის განვითარება ჰისტორიული შემდეგ უფრო იშვიათია, ვიდრე ექსციზიური

მკურნალობის შემდეგ, კიბოს განვითარების სიხშირე ორივე შემთხვევაში ერთნაირია (50-60 შემთხვევა 100 000 ქალზე წლიურად) (Soutter W.P et al).

გასათვალისწინებელია შემდეგი:

1. თუ ქალი, რომელსაც ჩაუტარდა ჰისტერექტომია, 10 წლის განმავლობაში იმყოფებოდა რუტინული სკრინინგის რეჟიმში და მას არ აღენიშნებოდა CIN დაზიანება, ის არ საჭიროებს შემდგომ დაკვირვებას;
2. თუ ქალი, რომელსაც ჩაუტარდა ჰისტერექტომია, 10 წელზე ნაკლები დროის განმავლობაში იმყოფებოდა რუტინული სკრინინგის რეჟიმში და მას არ აღენიშნებოდა CIN დაზიანება ის საჭიროებს საშოს ტაკვის Pap ტესტს ოპერაციიდან 6 და 18 თვის შემდეგ. ნორმული Pap დიაგნოზის შემთხვევაში შემდგომი დაკვირვება არ არის საჭირო;
3. თუ ქალს, რომელსაც ჩაუტარდა ჰისტერექტომია, აღენიშნებოდა CIN და ეს დაზიანება მთლიანად იქნა მოცილებული, მაშინ ის საჭიროებს საშოს ტაკვის Pap ტესტს ოპერაციიდან 6 და 18 თვის შემდეგ. ნორმული Pap დიაგნოზის შემთხვევაში შემდგომი დაკვირვება არ არის საჭირო;
4. თუ CIN დაზიანება მთლიანად არ იქნა მოშორებული, მაშინ ქალს სჭირდება ისეთივე დაკვირვება, როგორც იმ ქალებს ვისაც შენარჩუნებული აქვთ საშვილოსნოს ყელი (European guidelines for quality assurance in cervical cancer screening. Second Edition 2008).

თუ ქალს აღენიშნება ჰისტოლოგიურად დადასტურებული CIN და ისეთი გინეკოლოგიური პათოლოგია, რომლის მკურნალობა შესაძლებელია ჰისტერექტომიით, მაშინ ჰისტერექტომია აღიარებულია მკურნალობის მისაღებ მეთოდად (Guidelines for the NHS Cervical Screening Programme, 2004).

ბამოყენებული ლიტერატურა

1. Burghardt E. & Holzer E. (1980). Treatment of carcinoma in situ: evaluation of 1609 cases. *Obstet. Gynecol.* 55: 539-45
2. Gemmell J., Holmes D.M., & Duncan I.D. (1990). How frequently need vaginal smears be taken after hysterectomy for cervical intraepithelial neoplasia? *Br J Obstet Gynaecol* 97: 58-61
3. Guidelines for the NHS Cervical Screening Programme. 2004
4. European guidelines for quality assurance in cervical cancer screening (Second Edition 2008)
5. Soutter W.P., Sasieni P., & Panoskaltis T. (2005). Long-term risk of invasive cervical cancer after treatment of squamous cervical intraepithelial neoplasia. *Int. J. Cancer* 118: 2048-2055.

11.3. იმუნოდეფიციტის ქალების ცერვიკალური სკრინინგი

იმუნოდეფიციტის მქონე ქალებში CIN დაავადების რისკი მაღალია. ასევე მაღალია რისკი ამ დაავადების კიბოში პროგრესის, ხოლო წარმატებული მკურნალობის სისშირე – ნაკლებია. მაგალითად, იმ ქალებს, ვისაც ჩატარებული აქვთ თირკმლის ტრანსპლანტაცია, 5 წერ უფრო ხშირად აღენიშნებათ ატიპური Pap დიაგნოზი, ზოგად პოპულაციასთან შედარებით (ter Haar-van Eck S.A et al 1995). ასევე მომატებული CIN-ის სისშირე სისტემური წითელი მგლურათი დაავადებულ ქალებში (Dhar J.P., et al 2001). HIV დადებით ქალებში სხვადასხვა კვლევების მონაცემებით CIN-ის სისშირე მერყეობს 20-40%-მდე ფარგლებში (Mandelblatt J.S., et.al 1992)

ასეთი ქალები საჭიროებენ ყოველწლიურ როგორც ციტოლოგიურ, ისე კოლპოსკოპიურ დაკვირვებას.

ბამოყენებული ლიტერატურა

1. Dhar J.P., Kmak D., Bhan R., Pishorodi L., Ager J., & Sokol R.J. (2001). Abnormal cervicovaginal cytology in women with lupus: a retrospective cohort study. *Gynecol. Oncol.* 82: 4-6.
2. Mandelblatt J.S., Fahs M., Garibaldi K., Senie R.T., & Peterson H.B. (1992). Association between HIV infection and cervical neoplasia: implications for clinical care of women at risk for both conditions. *AIDS* 6: 173-178.
3. ter Haar-van Eck S.A., Rischen-Vos J., Chadha-Ajwani S., & Huikeshoven F.J. (1995). The incidence of cervical intraepithelial neoplasia among women with renal transplant in relation to cyclosporine. *Br J Obstet Gynaecol* 102: 58-61.

11.4. ციტოლოგიური და კოლპოსკოპიური კვლევების შედეგების უთანხმოების (შეუთავსებლობის) შემთხვევების მართვა

გვხვდება ისეთი შემთხვევები, როდესაც მაღალი ხარისხის უჯრედული ატიპიის დროს კოლპოსკოპია არის ნორმული. ასეთ ქალებში CIN2 და მეტი დაზიანების განვითარების რისკი მაღალია. ასეთ შემთხვევაში სანამ იქნება გამოტანილი Pap ტესტის ცრუ დადებითობის დასკვნა, ან სანამ ჩატარდება სადიაგნოსტიკო ექსციზიური პროცედურა დიაგნოზის დასაზუსტებლად, უნდა იქნას თავიდან გაანალიზებული პირველადი ციტოლოგიური პრეპარატი**, ამასთანავე აღებული უნდა იქნას თავიდან ახალი ნაცხი განმეორებითი ციტოლოგიური კვლევისათვის.

თუ ციტოლოგიური ატიპია იქნება დადასტურებული, განმეორებითი კოლპოსკოპიური კვლევა უნდა ჩატარდეს. ეს კვლევა სასურველია ჩატარდეს ოპტიმალურ პირობებში: თუ სახეუა ქვემო გენიტალური ტრაქტის ინფექციების არსებობა, ან ჰიპოესტროგენია პოსტმენოპაუზური ასაკის ქალებში, წინდაწინ უნდა ჩატარდეს შესაბამისი მკურნალობა.

** - ქართულ ექსპერტთა კონსენსუსი

განსაკუთრებული ყურადღება უნდა მიექცეს SCJ-ის საზღვრის შეფასებას. თუ SCJ ვიზუალიზდება და კოლპოსკოპიურად ატიპია არ ვლინდება, მაშინ ყურადღებით უნდა იქნას შეფასებული საშოს კედლები. თუ დაზიანება ვერ იქნა აღმოჩენილი, უნდა ჩატარდეს ტრანსფორმაციის ზონის ექსციზიო ცერვიქსული არხის ქვედა მესამედის კვეთით.

თუ SCJ არ ვიზუალიზდება და დაზიანება არ ვლინდება არც საშილონსოს ყელზე, არც საშოს კედლებზე, ასეთ შემთხვევაშიც უნდა ჩატარდეს ტრანსფორმაციის ზონის ექსციზიო ცერვიქსული არხის ქვედა მესამედის კვეთით.

სასურველია ყველა შემთხვევა, რომელშიც ადგილი აქვს ციტოლოგიური, კოლპოსკოპიური და ჰისტოლოგიური კვლევების შედეგების შეუთავსებლობას, განხილულ იქნას მულტიდისციპლინარულ საბჭოზე (European guidelines for quality assurance in cervical cancer screening (Second Edition 2008)

12. სამკურნალო პროცედურები

კოლპოსკოპიურად დადგენილი დაზიანების მართვა შესაძლებელია აღნიშნული უბნის აბლაციური (ადგილობრივი დესტრუქციული) და ექსციზიური მეთოდებით, ხოლო ზოგიერთ შემთხვევაში დაკვირვების გზით. ტრანსფორმაციის ზონის ჰისტოლოგიური შეფასების თვალსაზრისით უპირატესობა ენიჭება მკურნალობის ექსციზიურ მეთოდებს (აბლაციასთან შედარებით), ამოკვეთილი ქსოვილების ჰისტოლოგიური გამოკვლევა პათოლოგს აძლევს მიკროინვაზიური კიბოს, ჯირკვლოვანი დაზიანების დადასტურებისა ან გამორცხვის, ამოკვეთილი ქსოვილის კიდების მდგომარეობის დადგენისა და ექსციზიოს სიღრმის განსაზღვრის საშუალებას. ასევე ზემოაღნიშნულის საფუძველზე კოლპოსკოპისტს შეუძლია ჩაატაროს დიაგნოსტიკური თვალსაზრისით საკუთარი უნარ-ჩვევების აუდიტი.

12.1 დაზიანებული უბნის ამოკვეთა

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

ტრანსფორმაციის ზონის ექსციზიო არ უნდა იყოს ნაწარმოები CIN 1-ის დროს, გარდა იმ შემთხვევისა, როდესაც აღნიშნული დიაგნოზი პერსისტირებს ერთ წელიწადზე ხანგრძლივი დროის მონაკვეთში. მაღალი ხარისხის ინტრაეპითელიურ ნეოპლაზიაზე, ადრეულ სტრომულ ინვაზიაზე და მიკროინვაზიაზე ეჭვის არსებობის შემთხვევაში აღნიშნული მეთოდის გამოყენება აუცილებელია დაუყოვნებლივ ტრანსფორმაციის ზონის მოსაკვეთად გამოიყენება შემდეგი მეთოდები: LEEP (მარყუქით ელექტროქირურგიული ექსციზიოს პროცედურა) LLETZ (მარყუქით ტრანსფორმაციის ზონის ფართე ექსციზიო) მეთოდი, სკალპელით კონიზაცია, ლაზერული ექსციზიო და NETZ (ნემსით ტრანსფორმაციის ზონის ექსციზიო). LLETZ მდგომარეობს საშილონსოს ყელის ქსოვილების მოცილებაში

დიათერმული მარყუჟის გამოყენებით. LEEP წარმოადგენს ჩრდილო-ამერიკულ ტერმინს LLETZ-ის ანალოგიური მეთოდის აღწერისათვის. ტერმინები LLETZ და LEEP წარმოადგენს სინონიმებს. საშვილოსნოს ყელის ქსოვილების სკალპელით კონიზაცია წარმოადგენს ქსოვილთა მოკვეთას ქირურგიული დანის გამოყენებით. ამ დროს მიღებული ქსოვილის ნიმუში კონუსისებური ფორმისაა. ლაზერული ექსციზიური კონიზაცია ნიშნავს, რომ საშვილოსნოს ყელის ქსოვილები მოცილებულია CO₂ ლაზერის გამოყენებით – კვეთის რეჟიმში. NETZ გულისხმობს, რომ ტრანსფორმაციის ზონა ამოღებულია არადრეკადი დიათერმული მავთულის გამოყენებით. SWETZ (ტრანსფორმაციის ზონის ექსციზიო არადრეკადი მავთულით) და NETZ წარმოადგენს ერთსა და იმავე მეთოდს.

ექსციზიოს წარმოების დროს რეკომენდებულია შემდეგი მომენტების გათვალისწინება:

1. პროცედურა უნდა ტარდებოდეს კოლპოსკოპიური კონტროლის ქვეშ;
2. დაზიანების არე ამოღებულ უნდა იქნას მთლიან ტრანსფორმაციის ზონასთან ერთად;
3. სასარგებლოა, ამოსაკვეთი უბნის მარკირება ციფერბლატის 12 სთ-ის პოზიციის მითითებით, რათა ჰისტოპათოლოგს გაუადვილდეს ორიენტაცია;
4. სასურველია, ქირურგმა არ დააზიანოს ექტოცერვიქსული ეპითელიუმი და/ან ენდოცერვიქსული არხი;
5. უსარგებლოა ორიენტაციის მიზნით საშვილოსნოს ყელის გამაფართოებლის გამოყენება;
6. ამოსაკვეთი ნიმუშის ზომა და ფორმა განსაზღვრული უნდა იყოს დაზიანების კოლპოსკოპიური სურათის მიხედვით;
7. ექსციზიო სავალდებულოა, თუ დაზიანება ვრცელდება ენდოცერვიქსულ არხში;
8. თუ დაზიანება ვრცელდება ენდოცერვიქსულ არხში, ექსციზიოს შემდეგ უნდა ჩატარდეს საშვილოსნოს ყელის არხის გამოკვლევა;
9. ჰისტოპათოლოგიური კვლევა უნდა ჩატარდეს გამოცდილი პათოლოგის მიერ;
10. ჰისტოპათოლოგი ინფორმირებული უნდა იყოს ციტოლოგიური და კოლპოსკოპიური ცვლილებების თაობაზე;
11. სკალპელით ჩატარებული კონიზაციის პირობებში მიღებული ქსოვილის კიდები თავისუფალია თერმული არტეფაქტებისაგან მაშინ, როდესაც ლაზერული ექსციზიოს ან დიათერმული მარყუჟით ექსციზიოს შემთხვევაში შესაძლებელია კიდების დაზიანება. გამოცდილი ოპერატორის მიერ ჩატარებული კვეთის შემთხვევაში თერმული არტეფაქტების საერთო ჯამი მინიმუმამდეა დაყვანილი. Martin-Hirsch-ისა და თანაავტორების (2000) მიერ ჩატარებულმა მეტა-ანალიზმა უჩვენა, რომ კიდების დაზიანებლობის თვალსაზრისით, სკალპელით კონუსურ ბიოფსიას უპირატესობა ენიჭება ლაზერულ ან LLETZ მეთოდებთან შედარებით;
12. ტრანსფორმაციის ზონის ექსციზიომ რამოდენიმე ფრაგმენტად შესაძლოა გაართულოს ჰისტოპათოლოგიური შეფასება. მიკროინვაზიის არსებობის შემთხვევაში, მისი ფრაგმენტულად ამოკვეთის პირობებში გაძნელებულია პათოჰისტოლოგიური შეფასება. LLETZ მეთოდის გამოყენებისას, ყელის არხის გარეთა პირი და არხის ქვედა ნაწილი ამოღებული უნდა იქნას ერთ ბლოკად.

ცენტრიდან დაშორებული, ლატერალურად არსებული დაზიანებული უბანი, შესაძლებელია, მოცილებულ იქნას ცალკე ნიმუშის სახით;

13. თუ ნაწარმოებია სკალპელით კონიზაცია, მაქსიმალური სიფრთხილგა საჭირო ისეთი გვერდითი ეფექტების მინიმუმამდე დასაყვანად, როგორცაა სისხლისდენა და საშვილოსნოს ყელის სტენოზი. სისხლდენისაგან თავის დასაღწევად, სასურველია, ოპერაციული ჩარევის წინ საშვილოსნოს ყელში ადრენალინის (1 : 200 000 განზავებით) შეყვანა. სისხლდენის კონტროლის მიზნით დიათერმიის და მონსელის ხსნარის გამოყენების (Anderson et al., 1996) შემდეგ ცერვიქსული სტენოზის განვითარების შესაძლებლობა გაცილებით დაბალია, ვიდრე იმ შემთხვევებში, როდესაც კონიზაციის დროს განვითარებული სისხლდენის შესაჩერებლად მიმართავენ საშვილოსნოს ყელზე ნაკერების დადებას.

12.2. 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 ჩარევის მიზანს წარმოადგენს ქსოვილთა დესტრუქცია დაახლოებით 1 სმ სიღრმეზე.

დიათერმოკოაგულაცია წარმოადგენს მეთოდს, სადაც საშვილოსნოს ყელის ეპითელიუმის დესტრუქციისათვის გამოიყენება სითბური ზემოქმედება 2-3 მმ სიღრმეზე. დესტრუქცია საკმაოდ ზედაპირულია, იმისათვის რომ იგი რეკომენდებული იყოს CIN-ის სამკურნალოდ.

ლაზერული ვაპორიზაციის დროს გამოიყენება CO₂-ლაზერი მაღალი სიმძლავრის რეჟიმში: კოლპოსკოპიური კონტროლის ქვეშ ლაზერის სხივი ახდენს ქსოვილების მოცილებას.

კრიოთერაპია (ან კრიოკაუტერიზაცია) წარმოებს კრიოზონდის მეშვეობით, რომელიც ეხება დასაშლელ ქსოვილებს და ახორციელებს მათ გაყინვას: დესტრუქციის სიღრმეა 3-4 მმ.

ცივი კოაგულაციის შემთხვევაში გამოიყენება კრიოთერაპიის მაგვარი ზონდი, მხოლოდ ქსოვილების დესტრუქცია წარმოებს 100°C-მდე მათი გაცხელების გზით.

ყველა ზემოჩამოთვლილი მეთოდის გამოყენება შესაძლებელია ამბულატორიულ პირობებში. დილემას ქმნის მხოლოდ ის, რომ ხდება ქსოვილების დესტრუქცია *in vivo*, და არ ხდება ქსოვილის ჰისტოპათოლოგიური გამოკვლევა. ამის გამო არსებობს რისკი იმისა, რომ ზოგჯერ ჯირკვლევანი პათოლოგია, AIS ან ადრეული ინვაზიური კარცინომა დარჩეს აღმოუჩენელი. ცხადია, ასეთ შემთხვევებში შემდგომი მკურნალობა წარიმართება არაადექვატურად. ეს წარმოადგენს ერთ-ერთ იმ მიზეზთაგანს, რის გამოც უპირატესობა ენიჭება ექსციზიურ მეთოდს. თუმცა, შესაბამის პირობებში სხვა მეთოდებიც შეიძლება იყოს უსაფრთხოდ და ეფექტურად გამოყენებული.

დესტრუქციული მკურნალობის შესარჩევი კრიტერიუმები:

1. სავალდებულოა სრული ტრანსფორმაციის ზონის ვიზუალიზაცია;
2. სავალდებულოა ერთი ან მეტი ბიოფსიური მასალის აღება კოლპოსკოპიურად გამოსატული ცვლილებების მქონე უბნიდან ან უბნებიდან;
3. ბიოფსიის დასკვნა ცნობილი უნდა იქნას დესტრუქციული მკურნალობის დაწყებამდე;
4. კრიოთერაპია არ უნდა იქნას შეთავაზებული ქალებისათვის, ვისაც აქვს ისეთი დაზიანება, რომელიც მოიცავს ექტოცერვიქსის 75%-ზე მეტს, ვრცელდება საშოს კედლებზე ან სცილდება კრიოზონდის კიდეებს 2 მმ-ზე მეტად (Gaffkin et al., 2003; Denny et al., 2005). აღნიშნული ეხება ასევე ცივ კოაგულაციას, მაგრამ არა რადიკალურ დიათერმიას;
5. ციტოლოგიური, კოლპოსკოპიური ან ბიოფსიური მასალის ჰისტოპათოლოგიური კვლევის დროს არ უნდა იყოს გამოვლენილი ინვაზიური დაზიანება;
6. Pap-ტესტში არ უნდა იყოს ჯირკვლოვანი ატიპიური უჯრედები;
7. დესტრუქციული მკურნალობა უნდა ტარდებოდეს კოლპოსკოპიური კონტროლის ქვეშ, გამოცდილი კოლპოსკოპისტის მიერ;
8. სავალდებულოა ადექვატური დაკვირვება დინამიკაში.

როდესაც გამოიყენება მკურნალობის აბლაციური მეთოდი, ტრანსფორმაციის ზონის დესტრუქცია უნდა წარმოებდეს მინიმუმ 4 მმ სიღრმემდე (უფრო უსაფრთხოა ქსოვილთა დაშლა 7 მმ სიღრმემდე). დესტრუქცია უნდა სცილდებოდეს დაზიანების ექტო- და ენდოცერვიქსულ საზღვრებს (Anderson & Hartley, 1980; Boonstra et al., 1990).

ლიტერატურის სისტემატური მიმოხილვის საფუძველზე აშკარაა, რომ გაწაფული ოპერატორის მიერ წარმოებული ცივი კოაგულაცია და ლაზერული აბლაცია ეფექტურია CIN-ის ყველა ხარისხის შემთხვევაში (Martin-Hirsch et al., 2000). რადიკალური დიათერმია შეიძლება საკმაოდ ეფექტური იყოს; ასე, მაგალითად, Chanen & Rome-ს მონაცემებით, განკურნების მაჩვენებელი შეადგენდა 98%-ს – ერთჯერადი ჩარევის პირობებში (Chanen & Rome, 1983). კრიოთერაპია გამოყენებული უნდა იქნას მხოლოდ ტრანსფორმაციის ზონის I ტიპის შემთხვევაში და უმჯობესია, განხორციელდეს ორჯერადი მოყინვის მეთოდით (Schantz & Thormann, 1984).

აბლაციური მკურნალობა მიზნად უნდა ისახავდეს ტრანსფორმაციის ზონის სრულყოფილ დესტრუქციას, ვინაიდან თავიდან იქნას აცილებული რეციდივების მაღალი სიხშირე (Burke et al., 1980).

13. საშვილოსნოს ყელის ინტრაეპითელიური ნეოპლაზიის (CIN) მკურნალობის ევროპული სტანდარტი

1. გამომდინარე იქიდან, რომ საშვილოსნოს ყელის ინტრაეპითელიური ნეოპლაზიის (CIN) მკურნალობისა და ერადიკაციისას კონსერვატიულ ქირურგიულ ჩარევას (აბლაციურ ტექნიკას) არ აქვს დადასტურებული უპირატესობა; სრულყოფილი ჰისტოპათოლოგიური შეფასებისათვის უპირატესობა ენიჭება ექსციზიურ (მოკვეთის) პროცედურას;
2. აბლაცია რეკომენდებულია სიტუაციებში, როდესაც:
 - ხდება ტრანსფორმაციის ზონის სრული ვიზუალიზაცია;
 - არ არის ჯირკვლოვანი პათოლოგია;
 - არ არის ინვაზია;
 - არ არის სხვაობა ციტოლოგიურ და ჰისტოლოგიურ დიაგნოზებს შორის.
3. კრიოთერაპია უნდა გამოიყენებოდეს მხოლოდ დაბალი ხარისხის საშვილოსნოს ყელის ინტრაეპითელიური ნეოპლაზიის (CIN 1) შემთხვევაში და აუცილებლად ორჯერადი მოყინვის ტექნიკით;
4. როდესაც ექსციზიური პროცედურა გამოიყენება სამკურნალო მიზნით, ყველა ჩარევა მიმართული უნდა იყოს იქითკენ, რომ დაზიანების უბნის მოცილება მოხდეს ერთ ნიმუშად. ჰისტოლოგიურ დასკვნაში მითითებული უნდა იყოს ნიმუშის ზომები და ამოკვეთილი ქსოვილის კიდეების მდგომარეობა ინტრაეპითელიური ან ინვაზიური დაზიანების არსებობის თვალსაზრისით;
5. ექტოცერვიქსის დაზიანების შემთხვევაში სამკურნალო ჩარევის მიზანია 6 მმ-ის სიღრმეზე არსებული ქსოვილების მოცილება;
6. «აღმოაჩინე და უმკურნალე» მიდგომა პირველი ვიზიტისას შეიძლება განახორციელოს იმ სპეციალისტმა, რომლის მიერ ამოკვეთილ ნიმუშების უმეტეს ნაწილში (90%-სა და მეტში) გამოვლინდა CIN. ASCUS-ის და LSIL-ის გამო მკურნალობა პირველ ვიზიტზე გამოყენებული უნდა იქნას მხოლოდ გამონაკლის შემთხვევებში, რათა მინიმუმამდე იქნას დაყვანილი არასაჭირო სამკურნალო ჩარევების რიცხვი;
7. CIN-ის არასრულყოფილი ამოკვეთის პირობებში (LEEP/LLETZ ექსციზიის პროცედურით მიღებული ქსოვილის კიდეებში CIN-ის გავრცელების შემთხვევაში) არსებობს მისი რეციდივის მაღალი ალბათობა, მაგრამ გაუმართლებელია განმეორებითი ექსციზიის პროცედურის რუტინულად გამოყენება იმ შემთხვევაში, როდესაც:
 - ტრანსფორმაციის ზონა ვიზუალიზდება სრულყოფილად;
 - არ არის ჯირკვლოვანი პათოლოგია;
 - არ არის ინვაზია;
 - ქალის ასაკი არ აღემატება 50 წელს.
8. 50 წელზე უფროსი ასაკის ქალები, ვისაც ნაწარმოები აქვთ არასრულყოფილი ექსციზიო და CIN გავრცელებულია ენდოცერვიქსში, წარმოადგენენ რეციდივის განვითარების მაღალი რისკის ჯგუფს. ასეთ შემთხვევებში აუცილებელია მინიმუმ ყურადღებიანი და ადეკვატური დაკვირვება დინამიკაში ენდოცერვიქსის ციტოლოგიური ტესტირების გზით. ალტერნატიულ მიდგომას წარმოადგენს განმეორებითი ექსციზიური პროცედურის წარმოება;

9. ადენოკარცინომა *in situ*/CGIN-ის მქონე ქალების მართვისას, იმ შემთხვევაში, როდესაც ქალს სურს ფერტილობის შენარჩუნება, შესაძლებელია ლოკალური ექსციზიის გამოყენება. ამასთანავე, არასრულყოფილი ექსციზიო მოითხოვს მომავალში სრულყოფილ ამოკვეთას სუფთა კიდების არემდე და ფარული ინვაზიური დაზიანების გამორიცხვას;
10. მიკროინვაზიური ბრტყელუჯრედოვანი კიბოს – FIGO-ის კლასიფიკაციით IA1 სტადია – მქონე ქალთა მართვა გულისხმობს ექსციზიის გამოყენებას, თუ:
 - ამოკვეთილი ქსოვილის კიდები თავისუფალია CIN-ისა და ინვაზიისაგან;
 - თუ ინვაზიის კერა ამოკვეთილია, მარგამ CIN ვრცელდება ამოკვეთილი ქსოვილის ფარგლებს გარეთ. განმეორებითა ექსციზიის პროცედურამ უნდა უზრუნველყოს CIN-ის მოცილება და გამორიცხოს მომავალში ინვაზიური დაზიანება;
 - პათოჰისტოლოგიური გამოკვლევა უნდა ჩაატაროს გინეკოლოგიურ პათოლოგიაში სპეციალიზაციებულმა პათოლოგმა.

გამოყენებული ლიტერატურა

1. Andersen W., Frierson H., Barber S., Tabbarah S., Taylor P., & Underwood P. (1988). Sensitivity and specificity of endocervical curettage and the endocervical brush for the evaluation of the endocervical canal. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 159: 702-707.
2. Anderson M.C. & Hartley R.B. (1980). Cervical crypt involvement by intraepithelial neoplasia. *Obstet. Gynecol.* 55: 546-50.
3. Anderson M.C., Jordan J.A., Morse A.R., & Sharpe F. (1996). *Integrated Colposcopy*, 2nd edn.
4. ASCUS-LSIL Triage Study Group (2003a). A randomized trial on the management of low-grade squamous intraepithelial lesion cytology interpretations. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 188: 1393-1400.
5. ASCUS-LSIL Triage Study Group (2003b). Results of a randomized trial on the management of cytology interpretations of atypical squamous cells of undetermined significance. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 188: 1383-1392.
6. Chapman and Hall. Boonstra H., Aalders J.G., Koudstaal J., Oosterhuis J.W., & Janssens J. (1990). Minimum extension and appropriate topographic position of tissue destruction for treatment of cervical intraepithelial neoplasia. *Obstet. Gynecol.* 75: 227-231.
7. Burke L., Covell L., & Antonioli D. (1980). Carbon dioxide laser therapy of cervical intraepithelial neoplasia: factors determining success rate. *Lasers Surg. Med.* 1: 113-22.
8. Chanen W. & Rome R.M. (1983). Electrocoagulation diathermy for cervical dysplasia and carcinoma *in situ*: a 15-year survey. *Obstet. Gynecol.* 61: 673-679
9. Denny L., Kuhn L., De Souza M., Pollack A.E., Dupree W., & Wright T.C., Jr. (2005). Screen-and-treat approaches for cervical cancer prevention in low-resource settings: a randomized controlled trial. *JAMA* 294: 2173-2181.
10. Etherington I.J., Luesley D.M., Shafi M.I., Dunn J., Hiller L., & Jordan J.A. (1997). Observer variability among colposcopists from the West Midlands region. *Br. J. Obstet. Gynaecol.* 104: 1380-4.
11. Gaffikin L., Blumenthal P.D., Emerson M., & Limpaphayom K. (2003). Safety, acceptability, and feasibility of a single-visit approach to cervical-cancer prevention in rural Thailand: a demonstration project. *Lancet* 361: 814-820.

12. Gath D.H., Hallam N., Mynors-Wallis L., Day A., & Bond S.A.K. (1995). Emotional reactions in women attending a UK colposcopic clinic. *J. Epidemiol. Community Health* 49: 79-83.
13. Hinselmann H. (1925). Verbesserung der Inspektionsmöglichkeiten von Vulva, Vagina und Portio. *Munchner Med. Wochenschr.* 72: 1733-1742.
14. Hoffman M.S., Sterghos S.Jr., Gordy L.W., & Gunasekar D. (1993). Evaluation of the cervical canal with the endocervical brush. *Obstet. Gynecol.* 82: 573-577.
15. Hopman E.H., Voorhorst F.J., Kenemans P., Meyer C.J.L.M., & Helmerhorst T.J.M. (1995). Observer agreement on interpreting colposcopic images of CIN. *Gynecol. Oncol.* 58: 206-209.
16. Ismail S.M., Colclough A.B., Dinnen J.S., Eakins D., Evans D.M., Gradwell E., O'Sullivan J.P., Summerell J.M., & Newcombe R.G. (1989). Observer variation in histopathological diagnosis and grading of cervical intraepithelial neoplasia [see comments]. *BMJ* 298: 707-710.
17. Jordan J.A. (1985). Colposcopy in the diagnosis of cervical cancer and precancer. *Clin. Obstet. Gynecol.* 12: 67-76.
18. Martin M. & Prendiville W. (2004). Is local anaesthetic infiltration less painful than cervical punch biopsy. A study comparing the amount of pain felt by women attending a colposcopy clinic who required a cervical punch biopsy. *British Society of Colposcopy and Cervical Pathology. Edinburgh. Annual Meeting.*
19. Martin-Hirsch P., Paraskeva E., & Kitchener H. (2000). Surgery for cervical intraepithelial neoplasia. *Cochrane Database Syst Rev*. Mogensen S.T., Bak M., Dueholm M., Frost L., Knoblauch N.O., Praest J., & Svanholm H. (1997).
20. Mitchell H. & Medley G. (1991). Longitudinal study of women with negative cervical smears according to endocervical status. *Lancet* 337: 265-267.
21. Mitchell M.F., Schottenfeld D., Tortolero-Luna G., Cantor S.B., & Richards Kortum R. (1998). Colposcopy for the diagnosis of squamous intraepithelial lesions : a meta-analysis. *Obstet. Gynecol.* 91: 626-631.
22. Cytobrush and endocervical curettage in the diagnosis of dysplasia and malignancy of the uterine cervix. *Acta Obstet Gynecol Scand* 76: 69-73.
23. Mor-Yosef S., Lopes A., Pearson S., & Monaghan M. (1990). Loop diathermy cone biopsy. *Obstet. Gynecol.* 73: 884-886.
24. NHSCSP (1996a). Standards and quality in colposcopy. Luesley, D. 2, 1-27. Sheffield, NHS Cancer Screening Programmes. NHSCSP Publications.
25. NHSCSP (1996b). The Colposcopy Examination. Cancer Research UK.
26. NHSCSP (1997). Guidance notes on the safe use of diathermy loop excision for the treatment of cervical intraepithelial neoplasia. Hancock, C. W. NHSCSP publication 4, 1-10. Sheffield, NHS Cancer Screening Programmes. NHSCSP Publications.
27. NHSCSP (2004a). Colposcopy and programme management: guidelines for the NHS Cervical Screening Programme. Luesley, D. and Leeson, S. NHSCSP publication 20, 1-80. Sheffield, Manor House. NHS Cancer Screening Programmes.
28. Prendiville W., Davies R., & Berry P.J. (1986). A low voltage diathermy loop for taking cervical biopsies. A qualitative comparison with punch biopsy forceps. *Br. J. Obstet. Gynaecol.* 93: 773-776.
29. Prendiville W., Ritter J., Tatti S., & Twiggs L. (2003). Colposcopy: management options. Saunders. Schantz A. & Thormann L. (1984). Cryosurgery for dysplasia of the uterine ectocervix. A randomized study of the efficacy of the single- and double-freeze techniques. *Acta Obstet Gynecol Scand* 63: 417-420.

30. Pretorius R.G., Belinson J.L., Zhang W.H., Burchette R.J., Elson P., & Qiao Y.L. (2001). The colposcopic impression. Is it influenced by the colposcopist's knowledge of the findings on the referral Papanicolaou smear? *J. Reprod. Med.* 46: 724-728.
31. Pretorius R.G., Kim R.J., Belinson J.L., Elson P., & Qiao Y.L. (2006). Inflation of sensitivity of cervical cancer screening tests secondary to correlated error in colposcopy. *J. Low Genit. Tract. Dis.* 10: 5-9.
32. Pretorius R.G., Zhang W.H., Belinson J.L., Huang M.N., Wu L.Y., Zhang X., & Qiao Y.L. (2004). Colposcopically directed biopsy, random cervical biopsy, and endocervical curettage in the diagnosis of cervical intraepithelial neoplasia II or worse. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 191: 430-434.
33. Sellors JW and Sankaranarayanan R. (2003). *Colposcopy and Treatment of Cervical Intraepithelial Neoplasia: A Beginners' Manual*. IARC Non serial publication, Lyon
34. Stoler M.H. & Schiffman M.A. (2001). Interobserver Reproducibility of Cervical Cytologic and Histologic Interpretations. *JAMA* 285: 1500-1505.
35. Walker P., Dexeus S., De Palo G., Barrasso R., Campion M., Girardi F., Jakob C., & Roy M. (2003). International terminology of colposcopy: an updated report from the International Federation for Cervical Pathology and Colposcopy. *Obstet. Gynecol.* 101: 175-177.

14. სკრინინგ პროგრამის შეფასების ძირითადი ინდიკატორები

ქვემოთ ჩამოთვლილია ის ინდიკატორები, რომელიც პროგრამის მუშაობის შეფასების და შესაძლო პრობლემების ადრეულ პერიოდში გამოვლენის საშუალებას იძლევა, რათა მოხდეს მათი ეფექტურად გადაჭრა. ინდიკატორები იყოფა 3 ძირითად ჯგუფად:

- ა. სკრინინგ პროგრამის ინტენსივობის შეფასების ინდიკატორები;
- ბ. სკრინინგული ტესტების ეფექტურობის შეფასების ინდიკატორები და
- გ. დიაგნოსტიკების უნარის და მკურნალობის ეფექტურობის შეფასების ინდიკატორები.

ა) სკრინინგის ინტენსივობა

1. პროგრამის გავრცელება

- პროგრამის გავრცელებას ანგარიშობენ რეგიონისთვის ან ქვეყნისთვის
- თუ სკრინინგ პროგრამის მომსახურების არეალი წარმოადგენს მთელს რეგიონს ან ქვეყანას, მაშინ პროგრამის გავრცელება შეადგენს 100%-ს.

ფორმულა:

$$\frac{\text{პროგრამის მომსახურების არეალში მცხოვრები სამიზნე ქალების რაოდენობა}}{\text{შესაბამის რეგიონში ან ქვეყანაში მცხოვრები სამიზნე ქალების რაოდენობა}}$$

2. სამიზნე პოპულაციის დაფარვა ნაცხის ციტოლოგიური კვლევით

ფორმულა:

$$\frac{\text{განსაზღვრულ ინტერვალში ერთხელ მაინც გამოკვლეული ქალების რაოდენობა}}{\text{სამიზნე პოპულაციის შემადგენელი ქალების რაოდენობა}}$$

3. მოწვეული ქალების დამყოლობა (ითვლება იმ შემთხვევაში როდესაც სკრინინგი ეფუძნება მოწვევა/გამოძახების სისტემას)

- მოიცავს იმ მოწვეულ ქალებს რომელთაც გაიარეს სკრინინგი
- დამყოლობა იანგარიშეთ მოპატიუების პერიოდიდან 6 თვის განმავლობაში

ფორმულა:

$$\frac{\text{განსაზღვრულ ინტერვალში მოწვეული ქალების რაოდენობა რომელთაც გაიარეს გამოკვლევა}}{\text{განსაზღვრულ ინტერვალში მოწვეული ქალების რაოდენობა}}$$

ბ) სკრინინგული ტესტების მუშაობა

1. გამოკვლეული ქალების განაწილება ციტოლოგიური დიაგნოზის მიხედვით

ფორმულა:
$$\frac{\text{ციტოლოგიური დიაგნოზის მქონე გამოკვლეული ქალების რაოდენობა}}{\text{გამოკვლეული ქალების რაოდენობა}}$$

2. განმეორებითი ციტოლოგიური კვლევისთვის დაბარება

ფორმულა:
$$\frac{\text{განმეორებით ტესტირებაზე რეგულარულ ინტერვალზე ნაკლებ დროში დაბარებული ქალების რაოდენობა}}{\text{გამოკვლეული ქალების რაოდენობა}}$$

3. ქალების დამყოლობა განმეორებით ციტოლოგიურ კვლევაზე

ფორმულა:
$$\frac{\text{განმეორებით ტესტირებაზე რეგულარულ ინტერვალზე ნაკლებ დროში გამოკვლეული ქალების რაოდენობა}}{\text{რეგულარულ ინტერვალზე ნაკლებ დროში დაბარებული ქალების რაოდენობა}}$$

4. კოლპოსკოპიურ კვლევაზე მიმართვის სიხშირე

ფორმულა:
$$\frac{\text{კოლპოსკოპიაზე მიმართული ქალების რაოდენობა}}{\text{გამოკვლეული ქალების რაოდენობა}}$$

5. კოლპოსკოპიურ კვლევაზე მიმართვიანობის დადებითი პროგნოზული ღირებულება

- შესაძლებელია გამოთვლილი იქნას როგორც მთლიანად, ისე ცალკე CIN1-ის, CIN2,3-ის და კიბოსათვის.
- შესაძლებელია გამოთვლილი იქნას ციტოლოგიური დიაგნოზების შესაბამისად (ASCUS, LSIL, HSIL)

ფორმულა:
$$\frac{\text{კოლპოსკოპიურად/ჰისტოლოგიურად დადასტურებული CIN-ის მქონე ქალების რაოდენობა}}{\text{კოლპოსკოპიურად გამოკვლეული ქალების რაოდენობა}}$$

6. სხვადასხვა ჰისტოლოგიური დიაგნოზების გამოვლენის სიხშირე (ითვლება ცალკე CIN1-ის, CIN2,3-ის და კიბოსათვის)

ფორმულა:
$$\frac{\text{ჰისტოლოგიურად დადასტურებული CIN-ის მქონე ქალების რაოდენობა}}{\text{გამოკვლეული ქალების რაოდენობა}}$$

7. კიბოთი ავადობის მაჩვენებელი ნორმული ციტოლოგიის მქონე ქალებში

ფორმულა:
$$\frac{\text{უკანასკნელი 3 წლის განმავლობაში ნორმული ციტოლოგიის მქონე ქალების რაოდენობა რომელთაც განუვითარდათ კიბო}}{\text{უკანასკნელი 3 წლის განმავლობაში ნორმული ციტოლოგიის მქონე ქალების რაოდენობა}}$$

გ) დიაგნოსტიკური შეფასება და მკურნალობა

8. კოლპოსკოპიურ კვლევაზე მიმართვისადმი ქალების დამყოლობა

ფორმულა:
$$\frac{\text{კოლპოსკოპიურად გამოკვლეული ქალების რაოდენობა}}{\text{კოლპოსკოპიურ კვლევაზე მიმართული ქალების რაოდენობა}}$$

9. მაღალი ხარისხის ინტრაეპითელიური დაზიანების მკურნალობა

ფორმულა:
$$\frac{\text{სკრინინგით გამოვლენილი ნამკურნალევი CIN2,3-ის მქონე ქალების რაოდენობა}}{\text{სკრინინგით გამოვლენილი CIN2,3-ის მქონე ქალების რაოდენობა}}$$

10. დაბალი ხარისხის ინტრაეპითელიური დაზიანების მკურნალობა

ფორმულა:
$$\frac{\text{სკრინინგით გამოვლენილი ნამკურნალევი CIN1-ის მქონე ქალების რაოდენობა}}{\text{სკრინინგით გამოვლენილი CIN1-ის მქონე ქალების რაოდენობა}}$$

11. სკრინინგით გამოვლენილი ინტრაეპითელიარული დაზიანებების მქონე ქალებში ჰისტერექტომიის პროცენტი

ფორმულა:
$$\frac{\text{CIN-ის მქონე ჰისტერექტომია ჩატარებული ქალების რაოდენობა}}{\text{ჰისტოლოგიური CIN-ის მქონე ქალების რაოდენობა}}$$

12. მკურნალობიდან 6 თვის შემდეგ უარყოფითი ციტოლოგიური შედეგის მქონე ქალების პროცენტი

ფორმულა:

$$\frac{\text{მკურნალობიდან 6 თვის შემდეგ უარყოფითი ციტოლოგიური შედეგის მქონე ქალების რაოდენობა}}{\text{მკურნალობიდან 6 თვის შემდეგ ციტოლოგიურად გამოკვლეული ქალების რაოდენობა}}$$

15. ბაიდლაინის ბადასინჯვისა და ბანახლების ვადა – 3 წელი

16. ბაიდლაინის მიღების ხერხი/წყარო

გაიდლაინის შემუშავების მეთოდოლოგია

მეთოდური სახელმძღვანელო შექმნილია ”საქართველოს საშვილოსნოს ყელის პათოლოგიის და კოლპოსკოპიის საზოგადოების”, რომელიც ძირითადად შედგენილია “European Guidelines for Quality Assurance in Cervical Cancer Screening”-ის (2008 second edition); “Cervical Cancer Screening”-ის (2009, National Comprehensive Cancer Network Clinical Practice Guidelines in Oncology (USA); “2006 Consensus Guidelines for the management of women with abnormal cervical cancer screening tests”-ის (American Society for Colposcopy and Cervical Pathology); “2006 Consensus Guidelines for the management of women with cervical intraepithelial neoplasia and adenocarcinoma in situ”-s (American Society for Colposcopy and Cervical Pathology); “Colposcopy and Programme Management; Guidelines for the NHS Cervical Screening Programme 2004”-ს (Great Britain) საფუძველზე.

მტკიცებულებათა დონეებისა და რეკომენდაციების ხარისხის სქემა

მონაცემები, რომლებიც ამ სახელმძღვანელოში იქნა გამოყენებული, კლასიფიცირებულია ქვემოთ მოყვანილი სქემის მიხედვით, ხოლო რეკომენდაციები ფორმულირებულია იგივე წესით, სტანდარტული კლასიფიკაციის მიხედვით.

რეკომენდაციების ხარისხი	მტკიცებულების დონე
A. კარგად გამოხატული ეფექტურობის და კლინიკური სარგებლობის მქონე რეკომენდაცია	I მინიმუმ 1 რანდომიზებული, კონტროლირებადი კვლევის მონაცემები
B. საშუალოდ გამოხატული ეფექტურობის და შეზღუდული სარგებლობის მქონე რეკომენდაცია	II. მინიმუმ 1 კლინიკური არარანდომიზებული კვლევის მონაცემები - კოჰორტული ან შემთხვევა-კონტროლირებადი მეთოდით ჩატარებული კვლევიდან (უპირატესად ერთზე მეტი ცენტრის მონაცემები), ან
C. რეკომენდაციის ეფექტურობის	

<p>მტკიცებულება არ არის საკმარისი იმისათვის რომ გადაწყდეს მისი გამოყენების ან არ გამოყენების საკითხი; მაგრამ რეკომენდაცია შესაძლებელია გამოყენებული იყოს სხვა მოსაზრებებზე დაყრდნობით</p> <p>D. რეკომენდაციის ეფექტურობის არ არსებობის საშუალოდ გამოსატული მტკიცებულება</p> <p>E. რეკომენდაციის ეფექტურობის არ არსებობის კარგად გამოსატული მტკიცებულება</p>	<p>მრავალრიცხოვანი სერიული კვლევებიდან, ან მნიშვნელოვანი შედეგები არაკონტროლირებადი ექსპერიმენტებიდან.</p> <p>III. მონაცემები აღიარებული ავტორების შეხედულებებიდან გამომდინარე, რომლებიც ეფუძნება კლინიკურ გამოცდილებას, აღწერილობით შესწავლას, ან ექსპერტთა კომიტეტების ანგარიშს</p>
---	--

17. ალტერნატიული ბაიოლოგიური არ არსებობს

18. ავტორთა ჯგუფი

საქართველოს საშვილოსნოს ყელის პათოლოგიის და კოლპოსკოპიის საზოგადოება, ეროვნული სკრინინგ ცენტრი

- ⇒ თამარ ალიბეგაშვილი – მეან-გინეკოლოგი, მედიცინის მეცნიერებათა კანდიდატი, საქართველოს საშვილოსნოს ყელის პათოლოგიის და კოლპოსკოპიის საზოგადოების გამგეობის თავმჯდომარე, ეროვნული სკრინინგ ცენტრის გინეკოლოგიური სამსახურის კოორდინატორი;
- ⇒ გიორგი ბურკაძე – კლინიკური პათოლოგი, მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი, პროფესორი, საქართველოს საშვილოსნოს ყელის პათოლოგიის და კოლპოსკოპიის საზოგადოების გამგეობის წევრი, ნ. ყიფშიძის სახ. საუნივერსიტეტო კლინიკის პათოლოგიური ანატომიის დეპარტამენტის ხელმძღვანელი, ეროვნული სკრინინგ ცენტრის ციტოლოგიური დიაგნოსტიკის სამსახურის ხელმძღვანელი;
- ⇒ ეკა დათუნაშვილი – მეან-გინეკოლოგი, საქართველოს საშვილოსნოს ყელის პათოლოგიის და კოლპოსკოპიის საზოგადოების გამგეობის წევრი.

ექსპერტები:

- ⇒ თენგიზ ჩარკვიანი – ონკოლოგი, მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი, პროფესორი, “საქართველოს ონკოგინეკოლოგთა საზოგადოების” ვიცეპრეზიდენტი;
- ⇒ თენგიზ ასათიანი – მეან-გინეკოლოგი, თსსუ პოსტდოქტორული სამედიცინო განათლების და უწყვეტი პროფესიონალური განვითარების ინსტიტუტის რეპროდუქციული ჯანმრთელობის

დეპარტამენტის ხელმძღვანელი, ასოცირებული პროფესორი, საქართველოს მეან-გინეკოლოგთა ასოციაციის პრეზიდენტი;

- ⇒ ნიკოლოზ კინტრია – მეან-გინეკოლოგი, მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი, სრული პროფესორი, თსუ მეანობა გინეკოლოგიის დეპარტამენტის ხელმძღვანელი, ს/ს აკად. კ. ჩაჩავას სახ. მეანობა გინეკოლოგიისა და პერინატალური მედიცინის ს/კ ინსტიტუტის გინეკოლოგიური სექტორის ხელმძღვანელი;
- ⇒ ლიანა გოგიაშვილი – კლინიკური პათოლოგი, მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი, პროფესორი. ალექსანდრე ნათიშვილის მორფოლოგიის ინსტიტუტის კლინიკური და ექსპერიმენტული პათოლოგიის დეპარტამენტის ხელმძღვანელი;
- ⇒ ზურაბ ცაგარელი – კლინიკური პათოლოგი, მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი, პროფესორი. ალექსანდრე ნათიშვილის მორფოლოგიის ინსტიტუტის ციტოლოგიის ლაბორატორიის ხელმძღვანელი, მეცნიერების დამსახურებული მოღვაწე;
- ⇒ მიხეილ ჯანჯალია – ონკოლოგი, “ალიანსი კიბოს წინააღმდეგ” პრეზიდენტი;
- ⇒ ლელა წოწორია – საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ჯანმრთელობის დაცვის დეპარტამენტი;
- ⇒ თეა თავიდაშვილი – საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ჯანმრთელობის დაცვის დეპარტამენტი.