

ადამიანის პაპილომა ვირუსის როლი საშვილოსნოს ყელის პათოლოგიების განვითარებაში და ცერვიკალური კიბოს პრევენცია

თამუნა გოგოლაძე¹, ვასილ ტყემელაშვილი²

საქართველოს უნივერსიტეტი, ჯანმრთელობის მეცნიერებათა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სკოლა
¹დოქტორანტი, საზოგადოებრივი ჯანდაცვა; ²ხელმძღვანელი, მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი, პროფესორი

საშვილოსნოს ყელის კიბო ერთ ერთი ყველაზე გავრცელებული კიბოა მსოფლიოში. მსოფლიოში ყოველწლიურად 528,000 ახალი შემთხვევის გამოვლენა ხდება და დაახლოებით 260,000 ქალი იღუპება აღნიშნული დიაგნოზით. გარდაცვლილთა 80 % განვითარებადი ქვეყნების მაცხოვრებელია. საშვილოსნოს ყელის კიბო შემთხვევათა 99% ისევე როგორც კიბოსწინა დაავადებები დაკავშირებულია ადამიანის პაპილომა ვირუსთან. ონკოლოგიური თვალსაზრისით საშიში HPV-ს მაღალი რისკის გენოტიპებია: 16, 18, 31, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 66, 68 .მათი ხარგმლივი პერსისტენციის შემთხვევაში შესაძლოა განვითარდეს საშვილოსნოს ყელის დისპლაზიები, ინტრაეპითელიალური და ინვაზიური კიბო. საშვილოსნოს ყელის კიბოს განვითარების რისკის ფაქტორებიდან მნიშვნელოვანია სქესობრივი ცხოვრების ადრეულ ასაკში დაწყება, სქესობრივი პარტნიორების ხშირი ცვლა და შემთხვევითი კონტაქტები, ნიკოტინის მოხმარება, ჰორმონული კონტრაცეფცია, იმუნოსუპრესიული მდგომარეობა, აბორტებისა და მშობიარობების დიდი რაოდენობა. საშვილოსნოს ყელის კიბო მიეკუთვნება იმ დაავადებათა რიცხვს, რომლის პრევენცია შემთხვევათა 90%-ში შესაძლებელია. საშვილოსნოს ყელის კიბოს პირველადი პრევენცია გულისხმობს ვაქცინაციას. დღეისათვის უკვე არსებობს ახალი ცხრა ვალენტური ვაქცინა , რომელიც გაცილებით ეფექტურად იცავს HPV-სგან, ვიდრე მისი წინამორბედი ორ ვალენტური და ოთხ ვალენტური ვაქცინები. საშვილოსნოს ყელის კიბოს მეორადი პროფილაქტიკა გულისხმობს უსიმპტომო ქალების სკრინინგს HPV-ს მიერ გამოწვეული დაზიანებების გამოსავლენად. საშვილოსნოს ყელის კიბოს პრეკლინიკური ფაზა რამოდენიმე წელი გრძელდება. ფონური და კიბოსწინა დაზიანების აღმოჩენა შესაძლებელია სკრინინგული ტესტებით, ხოლო მკურნალობა შესაძლებელია ამბულატორიულ პირობებში. საშვილოსნოს ყელის კიბოს ახლად გამოვლენილი შემთხვევების თითქმის 50% წარმოადგენს სიმსივნის II-IV სტადიას, როდესაც მკურნალობის ეფექტიანობა დაბალია. ქ. თბილისში 2008 წლიდან მოქმედებს სკრინინგის სახელმწიფო პროგრამა, სკრინინგი საქართველოში ოპორტუნისტულია, რაც ემყარება ქალების თავისი სურვილით მომართვიანობას. სამიზნე პოპულაცია არის 25 დან 60 წლამდე ქალები, სკრინინგის ინტერვალი არის 3 წელი, პირველად ტესტად წარმოდგენილია PAP ტესტი, ატიპიური PAP ტესტის მქონე ქალების მართვა ხდება ეროვნული გაიდლაინის მიხედვით საჭიროების შემთხვევაში სრულდება კოლპოსკოპიური კვლევა და დამიზნებითი ბიოფსია შემდგომი მორფოლოგიური კვლევით. WHO-ის მონაცემებით ევროპის რიგ ქვეყნებში, როგორცაა დიდი ბრიტანეთი, ნიდერლანდები, ნორვეგია და ფინეთი, სადაც მოქმედებს სკრინინგის ორგანიზებული მოდელი შესაძლებელი გახდა მიზნობრივი ჯგუფის 70% ით მოცვა. სკრინინგის ორგანიზებული მოდელი გულისხმობს ყველა სამიზნე ასაკობრივ ჯგუფში რეგისტრირებული ქალის მოწვევა-გამოძახების სისტემას. ევროპის რამოდენიმე ქვეყნის მაგალითზე ნაჩვენებია იქნა, რომ ეფექტური სკრინინგისთვის მნიშვნელოვანია პირველად ტესტად წარმოდგენილი იყოს ზუსტი, ხარჯთ-ეფექტიანი, მაღალი მგრძობელობის ტესტი. ყველა ამ კრიტერიუმს აკმაყოფილებს HPV დნმ. აღნიშნული ტესტის დანერგვა შესაძლებელს ხდის პირველივე რაუნდში გამოვლისნდეს პრობლემა და გაიზარდოს სკრინინგის ინტერვალი, რაც თავის მხრივ განაპირობებს სამიზნე პოპულაციის მეტი პროცენტით მოცვას და სკრინინგის ხარჯ-ეფექტიანობის გაზრდას.

აბრევიატურა: WHO-ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია, HPV-ადამიანის პაპილომა ვირუსის, CIS-ინტრაეპითელიალური კარცინომა, CIN-საშვილოსნოს ყელის დისპლაზია, PAP-პაპანიკოლაუს ტესტი.
საკვანძო სიტყვები: ადამიანის პაპილომა ვირუსის, საშვილოსნოს ყელის კიბო, ინტრაეპითელიალური კარცინომა, ცერვიკალური დისპლაზია, სკრინინგი, ვაქცინაცია.