

Вакциналардың иммуногенділік қасиеттері (иммундық жауап деңгейі мен ұзақтығы)

- Аталған вакциналардың қай-қайсыларының үш дозасын еккеннен кейін 15-26 жас аралығындағы осы инфекцияны бұрын жұқтырған әйелдердің 100% антиденелер пайда болады.
- Антиденелер титрінің деңгейі осы вирусты бұрын жұқтырғандармен салыстырғанда бірнеше есеге дейін өсетіндігі арнаулы зерттеулерде анықталған.
- Вакцинаның үшінші дозасы енгізілгеннен кейін (яғни 7 айда) кейінгі антиденелер титрі ең жоғарғы деңгейге жетеді, вакцинациядан кейін 18 ай өткеннен соң титр деңгейі біртіндеп төмендейді, бір қалыптанады, соңында жадылы жасушалар белсенділігінің арқасында аздап тағы да көтеріледі. Бұл деңгей 5 жыл бойы сақталады (әзірше байқау мерзімі).
- Бүгінгі күні қорғаушылық қасиеттері ең төменгі титр деңгейі анықталған жоқ, өйткені барлық вакцинацияланған (вируспен бұрын кездеспеген) әйелдерде сақтандыру титрі жоғары болғандықтан, олар жыныстық қатынаста болғандығына қарамастан, ешқандай патологиялық процестер анықталмаған. Болашақта бустерлік (қосымша) дозамен егу немесе екпеу мәселесін шешу үшін бақылау ісі жалғасуда.
- Вакциналардың ең жоғарғы иммуногенділік қасиеті 9-15 жастағы қыздар арасында тіркеледі және олардағы антиденелер титрі де ең жоғары деңгейде анықталып, 5 жыл бойы сақталады. Осы қыз балаларда жыныстық қатынасқа түскеннен кейін ешбір патологиялық процестер туындамаған.
- АПВ-инфекциясы туындататын ЖМО алдын алуды ерте жастан бастау – болашақ аналарды қорғаудың нақты тиімді жолы болып саналады.

Вакцинаның қауіпсіздігі және әлеуметтік-экономикалық тиімділігі

Қолдануға ұсынылған екі вакцина да қауіпсіз, егуден кейін пациентте айтарлықтай жағымсыз оқиға байқалмайды. Кейбір қолайсыз әсерлерге жататындар: вакцина енгізген жердің, бастың ауыруы, қысқа мерзімді дене қызуының көтерілуі, лоқсу, бұлшықеттердегі аурушаңдық. Кейбіреулерінде бас айналу, бөртпе, қышыну сияқты белгілер болуы ықтимал. Осындай жағдайлар егілгендердің 0,1% ғана тіркеледі. Аутоиммундық аурулар, шеткейлі нейропатия, демиелизациялану процестері вакцина қабылдаған және қабылдамаған топтарда бірдей. Олардың болған жағдайлары өте сирек.

Қарсы көрсеткіштер: вакцина компоненттеріне доғарғы сезімталдығы барлар (гиперчувствительность), алдыңғы дозаны енгізгендегі жоғары сезімталдық оқиғасы. Еккеннен кейін 15 мин. бақылауда болуы қажет.

ЖМО алдын алудың әлеуметтік-экономикалық тиімділігі.

ЖМО-мен сырқаттанушылық пен өлім-жітімділік көрсеткіштері бойынша 53 Еуропалық мемлекеттер арасында Қазақстан Республикасы 4 орында тұрғанын жоғарыда атап өткенбіз. Көптеген Еуропалық елдерде, әсіресе Скандинавиялық мемлекеттер тұрғындарын ұйымдасқан скринингтік тексеру нәтижесі бойынша дер кезінде емдеу арқылы аталған көрсеткіштердің төмендегені байқалады. Осы мемлекеттерде скринингтік тексерумен қоса вакцинамен егу арқылы біріншілік профилактика қатар жүргізілгеннен кейін жағдай одан да артық жақсара түсуде. Шындығында скринингтік тексеру арқылы ЖМО алдын алу арзан, бірақ жалпы әйелдер қауымының көпшілік жас топтарын қамту үшін көптеген қиындықтар мен жетіспеушіліктер әсер етеді. Солардың ішінде халықтың ақпараттанбағандығы, БМСК мекемелер жұмысының сылбыр атқарылуы, мамандар біліктілігінің төмен болуы сияқты әртүрлі себептердің салдарынан бұл жұмыс әлі де болса жақсы жолға қойылған жоқ. Оған дәлел ретінде ҚР-да ЖМО асқынған түрі 23,7% тіркелуін, ал кейбір аймақтарда 50% дейін жететінін айтуға болады. Мысал ретінде, Оңтүстік Қазақстан облысы бойынша скринингтік тексеруге қамтылған әйелдер 15-20% аспайды, ал қаралуға шақырылған әйелдердің 50-60% тексерілуге келмейді, сондықтан осы облыста 37,2-47,0% жағдайда ЖМО асқынған (III-IV сатысы) түрлері тіркеледі. Вакцинамен егу арқылы әйелдер популяциясын АПВ жұқтырудан сақтау – экономикалық жағынан қымбаттау болғанымен тиімділігі өте жоғары екені әлемнің көптеген мемлекеттерінде дәлелденген.

Скринингтік тексеру кезінде анықталған патологиялық процестерді емдеу қағидалары

Морфологиялық өзгерістердің сипаттары бағалануға бағытталған диагноз қойылғаннан кейін емделудің іс-шаралар жоспары жасалынуы тиіс. Емдеу қағидалары келесі бағытта атқарылады:

1. Эпителиальдық дисплазия жиі жағдайда қабыну процесімен қабаттасады. Сондықтан қынап флорасын анықтау үшін бактериоскопиялық және бактериологиялық зерттеу жасалады. Егер герпес инфекциясы, хламидиоз, трихомониаз, гарденеллез анықталса этиотроптық терапия жасалады және қынаптағы микробиоценозды қалыпқа келтіруге бағытталған ем қолданылады (лакто- және бифидумбактериялар).

2. Пациентке скринингтік зерттеулер жүргізілгенде жеңіл дисплазия анықталса, динамикалық бақылау мен қоса консервативтік ем қолдану керек. Егер патологиялық процесс бірнеше айда регрессияланбаса, осы процестер бар жатыр мойнының әртүрлі учаскесінде диатермокоагуляция, криодеструкция және лазермен күйдіру сияқты деструктивтік әрекеттер атқарылады.

2.1. *Диатермокоагуляция әдісі* – жоғарғы жиілікті тоқ беру арқылы патологиялық процесс туындаған жерге эндогендік жылу беріп, белокты коагуляциялайды. Бұл әдістің кері әсерлері: аурушаңдық сезім, қынаптан көп бөлінділер шығу, қан кетуі мүмкін, кейбір жағдайда рецидив (қайталану), эндометрит, етеккір циклінің бұзылуы, цервикальдық өзектің тарылуы, созылмалы сальпингоофориттің асқынуы.

2.2. *Криотерапия әдісі* - тиімділігі қоршаған қалыпты тіндер жарақаттанбайды, цервикальдық өзектің тарылуы, қан кету болмайды, етеккір циклі мен репродуктивтік қызмет бұзылмайды. Криоәсерден кейін өлеттенген масса 3-4 аптадан кейін шығарылады.

2.3. *Лазермен әсер ету (күйдіру)* – ең тиімді және қазіргі кезде жиі қолданылатын емдеу әдісі. Бұл әдістің тиімділігі: тікелей жанасусыз ауыртпай күйдіреді және коагуляциялайды. Лазермен әсер ету алдында жатыр мойнын Люголь ерітіндісімен бояу керек. Бұл әдіспен емдеу емханалық жағдайда анестезиясыз, етеккір циклі басталуының 4-7 тәулігінде өткізіледі. Қынаптың коагуляцияланған жерінің толық эпителизациялануы 2-6 апта аралығында қалпына келеді.

2.4. *Ультрадыбыстық скальпель* – лазерлік коагуляция сияқты бұл әдіс те өте тиімді, қансыз және емдеу шығынын төмендетеді.

2.5. *Электрлік хирургиялық әдіс.* Алдыңғы екі әдістегі тиімділіктің бәрі осы әдіске де тән.

2.6. *Электроколонизация әдісі* – ауруханалық жағдайда жасау арқылы атқарылады. Тиімділігі – 95%. Асқынулар: қан кету, етеккір циклінің бұзылуы.

2.7. *Хирургиялық әдіс* – скальпельмен ампутация.

Жоғарыда аталған әдістердің бәрі (жатырды алып тастаудан басқасы) шамалы дисплазия (ЦИН II) анықталған 40 жасқа дейінгі әйелдерге жасалады, ал жатыр мойнының деформациясы бар 40 жастан асқан әйелдерге ампутация және коагуляцияның барлық әдістері қолданылады.

Ауыр эпителиальдық дисплазияда (ЦИН III) міндетті түрде ем-шаралар өткізілуі тиіс. Осы сатыдағы дисплазия кезінде күту (уақыт өткізу), қайталап цитологиялық зерттеу жасау қажет емес. Емдеудің негізгі әдісі – скальпельмен жатыр мойнын алып тастау. Осы мақсатта лазерлік скальпельді, диатермокоагуляциялауды да қолдануға болады. Міндетті түрде алынған биоматериалдармен гистологиялық зерттеу жүргізу керек.

Емдеу қағидасының тағы бір сипаты – мүшені сақтау емін қолдану және диспансерлік бақылау жасау. Бұл жоғарыда аталған диагноз қою әдістерімен атқарылады (айнамен жатыр мойнын қарау, кольпоскопия, цитологиялық, гистологиялық зерттеу). Диспансерлік бақылау кезінде қарапайым эпителиальдық дисплазия (ЦИН I) анықталса 6 айдан кейін 1 рет тексеру керек, дисплазияның орташа (ЦИН II) және ауыр (ЦИН III) сатыларында – тоқсан сайын 1 рет қараған дұрыс. Егер цитологиялық немесе кольпоскопиялық зерттеу кезінде атипия белгілері байқалса, тереңірек зерттеу мен емдеу онкологиялық диспансерде атқарылады.