**Vulvanın və uşaqlıq boynunun fon və xərçəngönü xəstəlikləri**

**Vulvanın və uşaqlıq yolunun xərçəngönü xəstəlikləri.**

Vulvanın və uşaqlıq yolunun əsas xərçəngönü xəstəliklərinə aiddir leykoplakiya və krauroz.

Leykoplakiya (yunanca – “ağ ləkə”) əsasını çoxqatlı yastı epitelinin funksiyalarının pozulması – qlikoqenin əmələ qəlməməsi, buynuzlaşmasının lokal prosesləri və onun altında olan stromanın damarlarının ətrafında limfohistiositar infiltratların formalaşmasından (parakeratoz, hiperkeratoz, akantoz) ibarət olan patoloji prosesdir.

Klitor nahiyəsidə, kiçik cinsiyyət dodaqlarında, bəzən aralıq nahiyəsində, anus ətrafında, eləcə də uşaqlıq yolunda və uşaqlıq boynunun uşaqlıq yolu hissəsində müşahidə olunur. O, makoskopi olaraq, müxtəlif diametrdə ağ ləkələrin aşkar olması ilə , mikroskoik olaraq akantozu, parakeratozu, və xüsusilə də dərinin örtük epitelinin hiperkeratozunu xatırladır. Leykoplakiyanın piqment mübadiləsinin xəstəliyi olan vitiliqodan differensiasiya etmək lazımdır. Leykoplakiyada ağ ləkələrin sərhəddləri aydın deyil, vitiliqo da piqmentləşmiş sahələr kəskin məhduddur, onlar bədənin başqa hissəsində də aşkar oluna bilər.

Krauroz əsasən yaşlı qadınlarda baş verir. Makroskopik olaraq xarici cinsiyyət orqanları əzilmiş perqament kağızını xatırladır. Uşaqlıq yolunun girəcəyi büzüşmə, skleroz və atrofiya nəticəsində kəskin daralmışdır. Böyük cinsiyyət dodaqları üzərində tüklər yoxdur, cinsiyyət dodaqlarının dərisinin rəngi sədəf və ya süd kimi ağdır. Toxumalar kövrəkdir, asan qanayır. Koitus son dərəcə çətinləşmiş və ya hətta mümkün deyil. Histoloji olaraq, dəri məməcikərinin tamamilə yox olunması qeyd olunur. Elastiki liflər, piy və tər vəziləri arofiyalaşır.

**Proqnoz**. Leykolakiyada ( o ndadir hallara xərçəngə çevrildiyinə görə) proqnoz nisbətən qənaətbəxşdir. Kraurozda proqnoz az əlverişlidir. Ona görə ki müalicə üsulları tamamilə yaxşılaşma vermir. Kraurozun xərçəngə keçmə ehtimalı leykoplakiya ilə müqayisədə daha yüksəkdir.

***Müalicə.***. leykoplakiya və krauroz çətin müalicə olunan xəstəliklərə aiddir. Müasir dövrdə ən effektiv müalicə üsulu azintensi lazer şüalanması hesab olunur. Zədələnmiş sahənin bir neçə nöqtəsinidüz lazer şüası ilə şüalandırırlar (10—15 seans). Lazer teraöiyasının 4-5 seansından sonra artıq xəstənin vəziyyəti bir qədər yaxşılaşır, qaşınma azalır. Sonrakl günlərdə isə dəri və selikli qişanın xüsusiyyətləri bərpa olunur.

Lazer terapiyanı aparmaq mümkün olmadıqda vulvanın kraurozunun müalicəsi məqsədilə xarici cinsiyyət üzvlərinin gigiyeasını gözləmək, pəhriz, sedativ preparatlar (valeriana və s.), antihistamin preparatlar (dimedrol, supastin, tavegil), hormon terapiya (estrogen tərkibl məlhəm - ovestin), qlükokortikoid məlhəmlər, vitamin terapiya (vit.C, E ,A, B qrupu), cinsiyyət sinirinin novokainlə blokadası,cərrəhi denervasiya tövsiyyə olunur. Konservativ müalicə nəticə vermədikdə zədələnmiş sahələrin cərrahi müalicəsi aparılır.

Vulvanın leykoplakiyasında destruktiv müalicə üsullarından (krio, elektrodestruksiya, lazer şüalanma) istifadə olunur.

**Uşaqlıq boynunun fon və xərçəngönü xəstəlikləri**

Uşaqlıq boynunun fon və xərçəngönü proseslərinin rastgəlmə tezliyi gənc qadınlar arasında yüksək olmaqla onların reproduktiv sağlamlığına ciddi mənfi təsir qöstərir. Uşaqlıq boynunun xərçəngi cinsiyyət üzvlərinin bədxassəli şişləri arasında tezliyinə görə 3-cü yeri tutur və xəstələnmənin risk dərəcəsi geniş həddlərdə dəyişməklə, bilavasitə, yaşdan, cografi zonadan, sosial statusdan asılı olur.

**Etiologiya və patogenez.**

Uşaqlıq boynunun **fon, xərçəngönü və bədxassəli xəstəlikləri** müxtəlif etiologiyaya və patogenezə malikdir və indiyə qədər tam axıra qədər öyrənilməmişdir. Burada yoluxucu, virus, immun, hormonal, irsi, mexaniki zədələnmələr kimi bir neçə etioloji amil ayırd edilir. Lakin sübut olunmuşdur ki, uşaqlıq boynunun xərçəngönü xəstəlikləri və xərçəngi çoxqatlı yastı epitelin xoşxassəli dəyişiklikləri fonunda əmələ gəlir. Uşaqlıq boynu xəstəliklərinin patogenezi bəzi hallarda uşaqlıq boynunun morfofunksional xüsusiyyələri ilə müəyyənləşdirilir. Uşaqlıq boynu 2 növ epitellə örtülmüşdür. Uşaqlıq boynunun ektoserviks hissəsi çoxqatlı yastı epitellə, servikal kanal (endoserviks) isə bircərgəli prizmatik epitellə örtülmüşdür. Epitelin hüceyrələrini stromadan tərkibində retikulin, argirofil liflər, kollagen, neytral mukopolisaxaridlər olan bazal membran ayırır. Stroma çarpazlaşmış elastik, kollagen lifli dəstələrdən təskil olunmuşdur, tərkibi isə qan damarlarından və limfatik damarlardan ibarətdir.

Çoxqatlı yaslı epitel həcminə, formasına, nüvə-sitoplazmatik nisbətinə, nüvə və funksional xüsusiyyətlərinə görə fərqlənən hüceyrələrdən ibarətdir və bazal, parabazal, aralıq və səthi qatlara ayrılır. Aralıq hüceyrələrin qatlarının miqdarı və qlikogen yığımının fəallığı estrogenlərdən asılıdır və ən çox reproduktiv yaş dövründə olur, qızlarda (neytral dövrdə hipoestrogeniya zamanı) və postmenopauza dövründə isə minimaldır. Postmenopauza dövründə uşaqlıq yolu və uşaqlıq boynunun çoxqatlı yastı epiteli normada bazal və parabazal hüceyrələrə malik olur. Soyulma prosesi menstrual siklin lyutein (ikinci) fazasında daha intensivdir. Uşaqlıq boynunun ektoserviks hissəsinin çoxqatlı yastı epiteli buynuzlaşmır, lakin genitalinin prolapsı zamanı, selikli qişa ətraf mühitin quruducu təsirinə məruz qaldıqda səthi hücerələr buynuzlaşa bilər.

Servikal kanalın örtük epiteli bir cərgəli prizmatik və ya bazal yerləşmiş girdə nüvəli qədəhşəkilli hüceyrələrdən ibarətdir. Servikal kanalın hüceyrələri və kriptləri mukopolisaxaridlər ifraz edir. Nəticədə endoserviksdə selikli tıxacın formalaşması baş verir. Məhz silindrik və yastı epitelin sərhədində uşaqlıq boynu patologiyalarının 90%-i (“fırtına zonası”) baş verir. Müxtəlif yaş dövrlərində bu sərhəd uşaqlıq boynunun müxtəlif nahiyələrində - qızlarda və pubertat dövrdə (bəzən gənc qadınlarda) uşaqlıq boynunun uşaqlıq yolu hissəsində (ektoserviks) - xarici dəliyin ətrafında, reproduktiv yaşda daxili dəlik nahiyəsində, postmenopauzada isə servikal kanalda müxtəlif səviyyələrdə yerləşə bilər və bunu pasiyentlərin müayinəsi zamanı nəzərə almaq lazımdır.

Uşaqlıq boynu xəstəliklərinin diaqnostikası üçün ginekoloji, kolposkopiya, kolpomikroskopiya, servikoskopiya, sitoloji və histoloji müayinələrdən istifadə olunmaqla yanaşı. PZR metodu ilə insan papillomasının virusunun müəyyənləşdirilməsi zəruridir.

Onkoginekologiyada uşaqlıq boynunun xərçəngi zamanı prosesin mərhələsini dəqiqləşdirmək üçün MRT, KT, angio- və limfoqrafiyadan istifadə olunur.

**Terminologiya və təsnifat**

Uşaqlıq boynu xəstəliklərinin müxtəlif illərdə müxtəlif terminologiyası və təsnifatı mövcud olmuşdur və bir sıra modifakasiyalara uğramışdır. İ.A. Yakovlevaya görə fon prosesləri, xərçəngönü vəziyyətlər və uşaqlıq boynunun xərçəngi ayırd edilir, (cədvəl 1). Xəstəliyin etiologiyasından asılı olaraq fon prosesləri 3 qrupa bölunür (dishormonal, iltihabi, posttravmatik), xərçəngönü vəziyyətlərə isə displaziya ilə yanaşı hüceyrə atipiyalı leykoplakiya da aid edilir. Bu təsnifat “histoloji” prinsiplərə uyğun qurulmasına baxmayaraq, klinik praktikada istifadəsi tamamilə münasibdir. Lakin bu təsnifatın bir sıra aspektləri, xüsusilə, “ eritroplakiya” və uşaqlıq boynunun adenomatozu” terminlərinin, eləcə də onların xərçəngönü vəziyyətlərə münasibəti bir qədər dəqiq deyil.

**Cədvəl 1**

**Uşaqlıq boynu xəstəliklərinin morfoloji təsnifatı (İ.A.Yakovleva,1969)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Fon prosesləri** | **Xərçəngönü** | **Uşaqlıq boynunun xərçəngi** |
| A. Dishormonal proseslər.  1. Ektopiya (endoservikoz, vəzili eroziya, psevdo-eroziya):  a) sadə;  b) proliferasiyaedici;  v) epidermizasiyalaşan.  2. Polip:  a) sadə;  b) proliferasiyaedici;  v) epidermizasiyalaşan  3. Papilloma.  4. Leykoplakiya (sadə)  5. Endometrioz | A. Müxtəlif ağırlıq dərəcəli displaziya | A. Klinikaqabağı formalar:  1. “İn situ” xərçəng (epitelialdaxili, O mərhələsi)  2. Mikrokarsinoma (1A mərhələsi) |
| B. İltihabi proseslər.  1. Həqiqi eroziya  2. Servisitlər (kəskin və xroniki | B. Hüceyrə atipiyalı leykoplakiya | B. Klinik formalar: IB, II, III, IV mərhələlər |
| V. Posttravmatik proseslər.  1. Cırıqlar  2. Ektropion  3. Çapıqlı dəyişikliklər  4. Uşaqlıq yolu-boynu fistulası |  |  |

Son dövrlərdə ədəbiyyatda “ servikal intraepitelial neoplaziya” (cervical intraepithelial neoplasia – CİN) termini geniş istifadə olunur. Bu termin müxtəlif ağırlıq dərəcəli displastik dəyişikləri və uşaqlıq boynunun preinvaziv karsinomasını birləşdirir. I ağırlıq dərəcəsi olan CİN zəif displaziyaya uyğun gəlir, II dərəcəsi orta displaziyanın sinonimidir, III dərəcəyə həm ağır displaziya, həm də xərçəng “in situ” (cədvəl 2) aiddir.

**Cədvəl 2**

**Uşaqlıq boynu xəstəliklərinin morfoloji təsnifatı (servikal intraepitelial neoplaziya; Reid R., 1966)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| CİN I | CİN II | CİN III | |
| Zəif displaziya | Orta displaziya | Ağır displaziya | Xərçəng “in situ” |

Uşaqlıq boynunun intraepitelial zədələnmələrinin unifikasiyası məqsədilə qəbul edilmişdir. CİN terminologiyasının tərəfdarları hesab edirlər ki, zəif displaziya belə potensial olaraq bədxassəli prosesə çevrilə bilər. Preinvaziv karsinoma və displaziya morfogenezin eyni mexanizmlərinə malik olmasına görə, digər tərəfdən xərçəng “in situ” və ağır displaziyanı ultrastruktur və sitogenetik xüsusiyyətlərin oxşarlığı birləşdirdiyinə görə vahid proses kimi nəzərdən keçirilməlidir. Odur ki, onların işarə edilməsi üçün universal təsnifat tələb olunur. Bir sıra müəliflər isə CİN təsnifatını bir sıra səbəblərə görə uğurlu saymırlar və bunu belə əsaslandırırlar ki, deontoloji nöqteyi-nəzərdən “intraepitelial neoplaziya” termini ilə təkcə pasiyentləri deyil, eləcə də gənc mütəxəssisləri çaşdırmaq olar, klinik nöqteyi-nəzərdən displaziyanı (çox zəif və orta dərəcəli) preinvaziv karsinoma ilə birləşdirmək yolverilməzdir və nəhayət, ağır displaziyanın və xərçəng “in situ”nun ultrastruktur və sitogenetik xüsusiyyətlərinin oxşarlığına, eləcə də ağır displaziyalı və preinvaziv karsinomalı xəstələrin müalicəsində ümumi konsepsiyalara baxmayaraq, xərçəngönü dəyişikliklər və bədxassəli prosses morfoloji baxımdan müxtəlif qütblü nozologiyalardır. Lakin CİN abreviaturası termin dəqiqləşdirən kimi ÜST-nin Xəstəliklərin Beynəlxalq təsnifatçisi siyahısına daxil edilmişdir.

**Fon prosesləri**

“Fon prosesləri” termini altında müxtəlif etioloji və morfoloji şəklinə görə xəstəliklər birləşdirilir ki, onların fonunda uşaqlıq boynunun xərçəngönü xəstəliklərinin və xərçənginin inkişaf etdiyi fon prosesləri üçün yeni vəzilərin yaranmasına, poliplərin, endoservikozların, endometriozun, papillomanın və leykoplakiya ocaqlarının əmələ gəlməsinə gətirib çıxaran epitelial hüceyrələrin hiperplaziyası xarakterikdir.

**Ektopiya (sinonimləri psevdoeroziya, endoservikoz)**

Uşaqlıq boynunu örtən çoxqatlı yastı epitelin patoloji dəyişikliklərinin birinci mərhələsi sayılan ektopiya prizmatik epitelin uşaqlıq boynunun uşaqlıq yolu hissəsinə yerdəyişməsi nəticəsində əmələ gəlir. Ektopiyanın (sinonimləri: psevdoeroziya, endoservikoz) qazanılmış və anadangəlmə növləri vardır. (Şəkil...)

Qazanılmış ektopiya polietioloji xəstəlikdir, genezində iltihabi, mexaniki, hormonal amillər yer tutur. İltihabi dəyişikliklər nəticəsində çoxqatlı yastı epitelinin xəfif yerləşmiş zərif əlaqəli layları mexaniki təsir zamanı müəyyən sahədə zədələnə və soyula bilər. Sonra infeksion təsirlər nəticəsində dishormonal fonda ehtiyat hüceyrələrdən çoxqatlı yastı epiteli əvəz edən prizmatik epitel formalaşa bilər. Ektopiya, menstrual sikli pozulmuş qadınlarda menstrual sikli normal olan qadınlara nisbətən 5-6 dəfə çox rast gəlinir.

Ektopiyalı pasiyentlərin bir qayda olaraq şikayətləri olmur, onları adətən yanaşı gedən ekzo- və endoservisitlərlə əlaqədar ağlı ifrazatlar, kontakt qanlı ifrazatlar narahat edə bilər. Ginekoloji müayinə zamanı makroskopik olaraq yalançı eroziya ektoserviksin solğun selikli qişası fonunda uşaqlıq boynunun ön və arxa dodağında assimmetrik yerləşən al qırmızı qeyri-düzgün formalı sahə kimi görünür.

Ektopiya zamanı yüksək regenerativlik qabiliyyətinə malik olan silindrik epitel uşaqlıq boynunun dərinliklərinə sirayət edərək burada açıq vəzilər adlanan şaxələnən yollar əmələ gətirir. Bu vəzilər selik hasil edirlər ki, bu da açıq çıxarıcı axacaqlar vasitəsilə ifraz olunur. Epidermizasiya prosesində çoxqatlı yastı epitel axacaqların girəcəyini qapayır, vəzilər onun hüceyrələri ilə sekresiya olunan seliklə genişlənir və retension nabot (ovulae Nabothi) kistaları əmələ gəlir.

Ektopiyanın kolposkopik mənzərəsi çoxsaylı girdə və ya uzunsov qırmızı məməciklərlə üstü örtülmüş məxməri səthli sahələrdən ibarət görüntülərdir. Al qırmızı rəng təksıralı silindrik hüceyrələrdən görünən altdakı stromanın damarları ilə şərtlənmişdir. Bəzən bu görünüş “transformasiya zonası” – ektopiya zonasında metaplazmalı açıq və qapalı axacaqlı vəziləri yetişməmiş çoxqatlı yastı epiteli tamamlayır. “Transformasiya zonası” ektopiyanın prizmatik epitelini çoxqatlı yastı epitel ilə əvəzetmə proseslərini əks etdirir.

Ektopiyalı xəstələrin aparılma taktikası fərdi olmalıdır, fəsadlaşmamış psevdoeroziyaları müntəzəm olaraq kolposkopik və sitoloji nəzarət şərti ilə müşahidə altında saxlamaq mümkündür. Ektopiyanı müalicə edərkən kriodestruksiya, lazerokoaqulyasiya, diatermoelektrokoaqulyasiya tətbiq olunur. Məhdud hallarda kimyəvi koaqulyasiyadan (solkovagin) istifadə oluna bilər.

Anadangəlmə ektopiyanın inkişafı antenatal dövrdə ana organizminin hormonal təsiri ilə əlaqələndirilir. Yeni doğulmuş qızların 50%-də prizmatik (silindrik) epitelin ektopiyası mövcud olur. Cinsi yetkinliyin başlaması ilə ektopiyanın ölçüləri kiçilir və normada epitellərin sərhədinin yerdəyişməsi baş verir, qadının 21-23 yaşlarında yastı və silindrik epitellərin qovuşma nahiyəsi tipik yerdə, uşaqlıq boynunun xarici dəliyinin proyeksiyasında yerləşir. Bu proseslərin pozulması zamanı sanki çoxqatlı yastı epitelinin inkişafının ləngiməsi baş verir və ektoserviksdə silindrik epiteli qala bilər. Histogenez nöqteyi-nəzərindən anadangəlmə ektopiyaya fizioloji normanın variantı kimi baxmaq olar.

**Eroziya.** Uşaqlıq boynunun ektoserviks nahiyəsində çoxqatlı yastı epitelin defekti həqiqi eroziya adlanır. Hesab olunur ki, uşaqlıq yolunun turş mühitində iltihabi proseslərin təsiri ilə nekrobioza uğramış çoxqatlı yastı epiteli mexaniki travma nəticəsində aid olduğu membrandan soyulur və həqiqi eroziya əmələ gəlir. Bu zaman hüceyrələrin bazal qatı və bununla sağalma imkanı qismən də olsa saxlanılır. Həqiqi eroziya spesifik klinikaya malik deyildir və buna görə də çox vaxt pasiyent həkimə müraciət etmir. Ağlı ifrazat, yaxud başqa patoloji ifrazatlar, qaşınma, bir qayda olaraq, endoservisitlə, kolpitlə şərtlənmişdir.(Şəkil...) Həqiqi eroziya 2-3 gündən 1-2 həftəyə qədər mövcud olur və uşaqlıq boynunun selikli qışasında al qırmızı rəngdə, epitel örtukdən məhrum qeyri-düzgün formalı defekt sahəsi kimi görünür. Müalicə sanasiya, antibakterial terapiya, məlhəmli tamponlar və antibiotik tərkibli şamların tətbiqindən ibarətdir. Uşaqlıq yolunun mikroflorasının normallaşmasına – eybiotiklərin-laktobakterinlərin və s. tətbiqi və regenerasiyanın stimulyasiyasına (solkoseril, çaytikanı yağından) istifadə ilə nail olmaq olar. Hormonal pozulmalarda və müvafiq müalicə aparılmadıqda eroziyanın epitelizasiyası uşaqlıq boynunun prizmatik epitelilə örtülməsi – ektopiyanın formalaşması ilə başa catir.

Servikal kanalın selikli qişasının uşaqlıq boynunun uşaqlıq yolu hissəsinə çevrilməsi ektopion adlanır. Bir qayda olaraq, doğuş travması nəticəsində uşaqlıq boynunun şirkulyar əzələ liflərinin cırıqları bərpa olunmazsa və qeyri-qənaətbəxş bərpa olunarsa baş verir. Bir sıra hallarda süni abortlar zamanı uşaqlıq boynunun travmatik genişləndirilməsi zamanı əmələ gəlir və yalançı eroziyanın uşaqlıq boynunun çapıqlı deformasiyası ilə müştərəkliyini göstərir. Uşaqlıq boynunun müayinəsi zamanı xarici dəliyin yarıqşəkilli və ya deformasiyalaşmış silindrik epitelin qırmızı rəngli sahələri çox hallarda transformasiya zonası ilə görünür. Uşaqlıq boynunun deformasiya dərəcəsindən asılı olaraq xəstənin yaşını və reproduktiv funksiyasınn vəziyyətini nəzərə alaraq, bu və ya digər cərahi müalicə metodu – uşaqlıq boynunun pazvarı və ya konusvari amputasiyası və ya kriodestruksiya, lazerokoaqulyasiya, diatermoelektrokonizasiya tətbiq olunur.

Leykoplakiya makroskopik olaraq dəyişilməmiş epitelial örtük fonunda yerləşən ağımtıl rəngli, müxtəlif formalı və həcmli düyünlər şəklində identifikasiya olunur. Çoxqatlı yasti epitelin və dərinin ümumi ontogenetik mənşəyi ekodermadır. Yastı epitel insanın dəri örtüyündən fərqli olaraq inkişafın daha erkən pilləsində dayanır və buynuzlaşma qabiliyyəti olmur, lakin yastı epiteldə bu qabiliyyət saxlanılır və hormonal disbalansa və ya selikli qişanın trofikasının pozulmasına gətirib çıxaran xoşagəlməz ekzo- və endogen amillərin təsiri altında rellaşır. Ona görə də yastı epitelin buynuzlaşmasına epitelin normal həyat fəaliyyət şəraitində olmayan epitelial hüceyrlərinin funksional fəallığının artmasının nəticəsi kimi baxılır. Sadə leykoplakiya (fon prosesi) və hüceyrə atipiyalı proliferasiya edən leykoplakiya ayırd edilir. Hüceyrə atipiyalı leykoplakiya uşaqlıq boynunun xərçəngönü xəstəliklərinə aid edilir və atipiyanın dərəcəsindən asılı olaraq təsnif edilir. Hal-hazırda hesab olunur ki, endokrin, immun, yoluxucu (xlamidiya, viruslar) amillər, travmalar leykoplakiyanın meydana gəlməsində əsas rol oynayır.

Bu patologiya hər hansı bir simptomatika ilə müşahidə olunmur. Ginekoloji baxış zamanı leykoplakiya ektoserviksdə adi gözlə görünən qabarıq ağ düyünlər şəklində və yaxud yalnız kolposkopik müayinədə aşkar oluna bilər. Leykoplakiyanın kolposkopik görünüşü epitelin buynuz qatının inkişafı nəticəsində hamar və ya kələ-kötür səthli, ağımtıl, parlaq pərdə şəklində, yod neqativ zona kimi görünə bilər. Leykoplakiyanın (punktasiya) və xətlərin əsasında olan leykoplakiya sahələrində (mozaika) çoxbucaqlılar yaradan çoxsaylı qırmızı nöqtələr, birləşdirici toxuma məməciklərində və çıxıntılarda leykoplakiya zamanı epitelial qatlara girən qan damarları ilə şərtlənmişdir. Leykoplakiya sahələrində qlikogen toplayan aralıq hüceyrələri olmur, bu da Şiller sinağı zamanı yodneqativ sahələr görüntüsü yaradır. Hüceyrlər keratin toplayır. Sitoloji müayinə sadə leykoplakiyanı və atipiyalı leykoplakiyanı fərləndirməyə imkan vermir, çünki epitelin üst səthindən götürülən hüceyrələr bazal qatlarda baş verən prosesləri əks etdirə bilmir. Bu halda uşaqlıq boynunun histoloji müayinə üçün biopsiyası vacibdir.

Leykoplakiyanın histoloji mənzərəsi çoxqatlı yastı epitel hüceyrələrinin proliferasiyası, aralıq hüceyrələrin (tikanlı) miqdarının xeyli dərəcədə artması nəticəsində onun qeyri-bərabər qalınlaşması, akantoz, epitelin tam və ya natamam buynuzlaşması( parakeratoz), srtomanın dağınıq və ya ocaqlı infiltasiyası ilə səciyyələnir.

Onkoloji sayıqlıq nöqteyi-nəzərindən mövcud leykoplakiya üçün çoxqatlı yastı epitelin alt qatlarında hüceyrə atipizminin aşkar olunması vacibdir. Sadə leykoplakiya fon proseslərinə, atipiyalı leykoplakiya isə xərçəngönü xəstəliklərə aiddir və atipizmin ifadəlilik dərəcəsindən asılı olaraq displaziya kimi təsnif olunur.

Leykoplakiya və papilloma uşaqlıq boynu xəstəliklərinin xüsusi formasını-diskeratozu təşkil edir. Leykoplakiyanın müalicəsi onun növündən, ölçülərindən, eləcə də xəstənin yaşından və reproduktiv funksiyasından asılı olaraq fərdi şəkildə aparılır. Atipiyalı leykoplakiyada uşaqlıq boynunun biopsiyası və histoloji müayinəsindən sonra diatermoelektrokonizasiya və ya cərrahi konizasiya üsullarına üstünlük verilir. Sadə leykoplakiyası olan gənc qadınlarda uşaqlıq boynunda çapıq dəyişikliklərinə yol verməmək üçün kriodestruksiya və yaxud lazer buxarlanması tətbiq olunur.

**Eritroplakiya** (yunanca qırmızı ləkə) lokal atrofiya proseslərini və ektoserviksin digər sahələrində normal epitelial örtüyü saxlanılmaqla coxqatlı yastı epitelin bir neçə qata qədər kəskin nazikləşməsi ilə (aralıq hüceyrələri olmur) diskeratozuna deyilir. (Şəkil...) Eritroplakiya sahələri ektoserviksdə nazikləşmiş epiteldən srtoma damarlarının görünən qırmızı ləkələri kimi müəyyənləşdirilir. İndiyə qədər az təsadüf olunan bu patologiyanın etiologiyası, potogenezi və proqnozu dəqiq müəyyənləşdirilməmişdir. Eritroplakiyanın müalicəsi diatermokoaqulyasiya, konizasiya, kriodestruksiya yolu ilə ocağın (mənbəyin) yox edilməsidir.

**Polip.** Uşaqlıq boynunun polipi endoserviksin epitellə örtülmüş birləşdirici toxuma törəmələrinin ocaqlı proliferasiyasına deyilir ki, bu zaman silindrik epitellə örtülmuş birləşdirici toxumanın ağacşəkilli çıxıntıları uşaqlıq boynu kanalı mənfəzindən kənar yönəlir.

Makroskopik olaraq poliplər yarpaqşəkilli, uzunsov və ya dairəvi formalı, hamar səthli, açıq çəhrayı və ya tünd qırmızı rənglı, nazik əsaslı, uşaqlıq yoluna doğru sallanmış kiçik ölçülü (diametri 2 mm-dən 40 mm-ə qədər) törəmələrdir. Poliplərin qırmızı və çəhrayı çalara malik olması örtük silindrik epiteldən damarların görünməsi ilə əlaqədardır, poliplər tərkibində fibroz toxumanın olmasına görə yumşaq və ya sərt konsistensiyalı ola bilər. (Şəkil...)

Morfotipinə görə uşaqlıq boynunun polipləri sadə, proliferasiyalaşan, epidermizasiyalaşan poliplərə bölünür və ektopiyaya müvafiq təsəvvürlərə uyğun gəlir. Poliplərin yastı epiteli ilə epidermizasiyası yastıhüceyrəli metaplaziya prinsipinə əsasən baş verir ki, onun buraxıcı amili estrogenin yüksək qatılıq dərəcəsidir. Histoloji quruluşundan asılı olaraq (vəzi və ya fibroz toxumanın üstünlüyü) uşaqlıq boynunun polipləri vəzili, vəzili-fibrozlu və fibroz formalarla təsnif olunur. Uşaqlıq boynunun polipləri çoxsaylı ola bilər, onların əsası nazik və ya enli birləşdirici toxumalı “ayaqcıqlardan” ibatərdir.

Uşaqlıq boynunun polipləri ilə endometriumun böyük ölçülü polipləri arasında differensial diaqnostika aparılmalıdır, odur ki, polipektomiyanın yerinə yetirilməsi histeroservikoskopiyanın nəzarəti altında aparılması daha məqsədəuyğundur. Müasir ultrasəs aparatları xarici dəliyin hüdudundan kənara çıxmayan kiçik ölçülü polipləri diaqnozlaşdırmağa imkan verir. Onlar servikal kanalda yüksək və ya orta exogenli artımlar kimi görünürlər. Servikal kanalın selikli qişasının polipi diaqnozu qoyulduqdan sonra pasiyentin yaşından asılı olmayaraq, polip ayaqcığı ilə birlikdə çıxarılır (polipektomiya) və ya endoskopik nəzarət altında onun ayaqcığının koaqulyasıyası aparılır.

**Papilloma** uşaqlıq boynunun fon xəstəliklərinin nadir formasına aid olub, stromanın və buynuzlaşmış çoxqatlı yastı epitelin ocaqlı artması ilə xarakterizə olunur, insan papillomavirusu ilə əmələ gəlir. Papillomanın əmələ gəlməsində xlamidiya və trixomanad infeksiyası müəyyən rol oynayır.

Uşaqlıq boynunun papillomavirus zədələnmələrinin 3 növü mövcuddur:

1. klassik iti uclu kondilomalar ( ekzofit tip);
2. yastı kondilomalar;
3. inversiya olunmuş (çevrilmiş) kondilomalar (endofit tipli).

Makroskopik olaraq klassik papilloma rozetka formasında yerləşmiş çəhrayı və ya ağımtıl rəngli ziyilli artımlar şəklində təyin edilir. (Şəkil...) Papillomanın histoloji quruluşu onun inkişaf xüsusiyyətləri ilə əlaqədardır: papilloma yastı epitelin sürətlə ocaqlı çoxalması nəticəsində formalaşır; bu zaman epitelin səthi qatları selikli qişa üzərində yüksələn birləşdirici toxuma və damarlara sirayət etmiş və papillomanın “ayaqcığı”nın əsasını əmələ gətirən kiçik büküş şəklində görünür.

Uşaqlıq boynunun papillomaviruslu zədələnmələrinin klassik formaları üçün papillomatoz, akantoz, məməciklərin uzanması və qalınlaşması, parakeratoz və koylositoz (koylositlər – insan papilloması virusu üçün spesifik növlü olub, nüvənin müxtəlif dağılma dərəcəsi və perinuklear vaskulyarizasiyalı hüceyrələrdir) tipik sayılır.

Yastı kondilomalar akantoz sahələrinin uzanmış dəri məməcikləri ilə təqdim olunur. Endofit kondilomalar çox hallarda yastı kondilomalarla oxşardır, lakin onlardan fərqli olaraq endofit kondilomalar stromaya və vəzilərin çıxarıcı kanalına və yaxud yalnız vəzilərin çıxarıcı kanalına daxil olmaq qabiliyyətinə malikdir (epitelialdaxili xərçəng xüsusiyyəti).

Uşaqlıq boynunun xərçəngönü və xərçəng xəstəlikləri ümumi etiologiyaya və patogenezə malikdir.

Hesab olunur ki, kanserogenlər uşaqlıq boynuna cinsi əlaqə zamanı düşür. Bir çox ənənəvi kanserogenlərə və yoluxucu agentlərə (trixomonadlar, xlamidiyalar, herpes viruslar, sperma, smeqma və s.) cüzi rol ayrılır. Yalnız insan papilloma virusu hazırda xərçəngönü və uşaqlıq boynunun xərçənginin real səbəbi hesab olunur. Virus uşaqlıq boynunun orta, ağır displaziyası və xərçəngi olan xəstələrin 90%-də müşahidə olunur. İnsan papilloması virusunun 60-dan çox növü məlumdur, onlardan 20-si cinsiyyət üzvlərini zədələyə bilər: 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58 serotipləri onkogen xassəyə malikdir. 16 və 18 serotipləri daha çox təsadüf olunur (70%-dən çox), qalan serotiplər isə 30% müşahidələrdə aşkar olunur.

Papillomaviruslu infeksiya latent (daşıyıcılıq), subklinik (sitoloji dəyişiklik) və kliniki ifadəli (endofit, ekzofit kondilomalar) ola bilər. Bir çox hallarda insan papilloması virusu ilə yoluxma nəzərə çarpmır, infeksiya simptomsuzdur və virusun eliminasiyası baş verir. Uşaqlıq boynunun xərçənginə görə fəsadlaşmış ailə anamnezi və ya irsi meyilliyi olan xəstələrin bir qismində uşaqlıq boynunun displaziyası əmələ gəlir. 16 və 18 serotiplərin virusu aradan götürülmədikdə, virus hüceyrəni yoluxdurur, sonra 80% hallarda displaziya və xərçəng inkişaf edir.

Prizmatik epitelin yastı epitellə örtülməsi prosesində çox vaxt proliferasiyaedici hüceyrə elementlərinin differensiallaşması pozulur, bu isə xərçəngönü (displaziya) xəstəliyin formalaşmasına gətirib çıxarır.

Ümumiyyətlə uşaqlıq boynunun xərçəngönü və xərçəng xəstəlikləri ümumi etiologiyaya və patogenezə malikdir və xəstəliyin əmələ gəlməsində sərait yaradan bir sıra amillər ayırd edilir:

1. cinsi əlaqənin erkən başlaması;
2. degenerativ dəyişikliklərlə müşayiət olunan xroniki iltihabi proseslər;
3. hormonal pozulmalar: qonadotrop funksiyanın artması, estrogenlərin metabolizmində estradiolun üstünlüyü ilə dəyişikliklər, 17 ketosteroidlərin oksigenləşmiş formalarının çoxalması;
4. uşaqlıq boynunun doğuşlardan, abortlardan və ya digər manipulyasiyalardan sonra yaranan travmatik zədələnmələri (toxumaların trofikasının və innervasiayasının pozulması).
5. cinsi yolla yayılan infeksion xəstəliklər (CYYİX): xlamidioz, trixomonioz (trixomonadlar herpes virusunun daşıyıcıları sayılırlar);
6. herpes virusunun 2-ci tipi və insan papilloması virusunun əmələ gətirdiyi xəstəliklər;
7. Irsi amil: ümumi populyasiyadan fərqli olaraq fəsadlaşmış ailə anamnezi olan qadınlarda uşaqlıq boynunun xərçənginin əmələ gəlmə təhlükəsi 1,6 dəfə yüksəkdir.

**Uşaqlıq boynunun xərçəngönü xəstəlikləri**

Displaziyanı morfoloqların və klinisistlərin əksəriyyəti uşaqlıq boynunun fakultativ xərçəngönü xəstəliklərinə aid edirlər. Displaziya kanserogenez prosesində keçid mərhələsi adlanan sırf histoloji anlayışdır, belə ki, patoloji proses ya “in situ” karsinomaya invaziv xərçəngə çevrilir və ya sağalma baş verir. Displaziya uşaqlıq boynunun uşaqlıq yolu hissəsinin çoxqatlı yastı epitelində, uşaqlıq boynu kanalının selikli qişasının yastıhüceyrəli metaplaziyası sahələrində və uşaqlıq boynu vəzilərində əmələ gələ bilər. Displaziya termini altında bazal membran cəlb olunmadan epitelin qatlarınının arasında nizamın pozulması, struktur və hüceyrə atipiyası (hüceyrə diferensasiyasının pozulması) prosesləri nəzərdə tutulur. Displaziyanın formalaşması 2 istiqamətdə baş verə bilər: 1) ehtiyat hüceyrələrinin yastı hüceyrəli metaplaziyası prosesində 2) çoxqatlı yastı epiteldə hipotalamo-hipofizar-yumurtalıq sisteminin təsiri altında baş verən fizioloji dəyişikliklərin əmələ gəlməsinin pozulması fonunda.

Patoloji prosesin – epitelin quruluşunun pozulmaları, hüceyrələrin polimorfizmi, nüvə-sitoplazmatik nisbətlərin nüvə tərəfə dəyişikliyi, mitozların artımı, nüvələrin diskariozu yastı epitelin müxtəlif qatlarına yayılmasından (strafikasiyanın – qatlar arasında nizamın pozulma dərəcəsindən) asılı olaraq displaziyanın yüngül, orta və ağır (kəskin) formaları ayırd edilir.

Displaziyanın yüngül formasında (CİN I) epitelial layın daha dərin –bazal və parabazal qatlarının – yəni yastı epitelin təxminən üçdə bir hissəsini təşkil edən hüceyrələrinin proliferasiyası qeyd olunur. Təbəqənin üst hissəsinin hüceyrələri (səthi və aralıq qatların) yetişmiş və differensiallaşmışdır, normal quruluşu və yerləşmə qütbülüyünü saxlayır.

Orta ağır dərəcəli (CİN II) displaziya epitelial layın aşağı yarısının patoloji prosesə cəlb olunması ilə xarakterizə olunur.

Displaziyanın ağır forması (CİN III) yastı epitelin yalnız üst qatında hüceyrələrin yetişməsi və differensiallaşmasının qorunub saxlanılması, həmçinin onun hüceyrələrinin kəskin atipiyası (nüvələrin artması və hiperxromiyası) ilə səciyyələnir. Displaziyanın və uşaqlıq boynunun xərçənginin əmələ gəlməsində müdafiə mexanizminin defektlərinin irsi səbəbi, epitelin həssaslığı böyük rol oynaya bilər. Ağır displaziya ilə preinvaziv xərçəngin şərti səddi prosesə epitelin səthi təbəqəsinin cəlb olunmasından ibarətdir.

Displaziyanın gedişi simptomsuzdur və vizual dəyişikliyə uğramamış uşaqlıq boynunda (10%) və mövcud fon proseslərində də (90%) əmələ gələ bilər.

Makroskopik olaraq displaziya (CİN) ektopiya, ektropion, leykoplakiya görünüşünə malikdir, lakin kolposkopik müayinə zamanı leykoplakiya, atipik damarların, mozaikanın, punktasiyanın, transformasiyanın atipik zonası müşahidə oluna bilər.

Displaziyanın kolposkopik şəklinə çevrilmə zonasında patoloji damarlar (genişlənmiş, qeyri-düzgün şaxələnən), punktasiyalar, mozaikalar, ağımtıl rəngli epitel aid ola bilər. Displaziyalarda sirkə turşusu testi zamanı epitel lokal olaraq ağarır, Şiller sınağında isə yodneqativ zonalar əmələ gəlir. Sitoloji müayinə 60-90% hallarda informativ sayılır. Lakin nə kolposkopiya, nə də sitologiya displaziyanın dərəcəsini müəyyənləşdirməyə, həmçinin preinvaziv və mikroinvaziv xərçəngi istisna etməyə əsas vermir. Diaqnoz histoloji nəticələrə əsaslanaraq qoyulur. Servikal kanalın diaqnostik qaşınması və uşaqlıq boynunun məqsədyönlü skalpellə biopsiyası histoloji müayinə üçün material almağa imkan verir. Konxotomla (xüsusi maşalar) bioptatın götürülməsi altdakı stromanı qiymətləndirməyə imkan vermədiyi üçün bu usul ilə biopsiya aparılması məsləhət görülmür. Elektroilgək biopsiyası da toxumaların koaqulyasiyon zədələnməsinə səbəb olur və patoloji dəyişiklikləri sildiyinə görə münasib sayılmır. Biopsiya zamanı epitelin bazal membranının bütövlüyü pozulduğu və xərçəngin növbəti mərhələyə keçməsi ehtimalı olduğu üçün uşaqlıq boynunun lüzumsuz biopsiyalarından çəkinmək və patoloji oçağı sağlam toxuma çərçivəsində tamamilə aradan götürməklə histoloji müayinə aparılmalıdır.

**Müalicə.** Xəstənin müalicə taktikası seçilərkən displastik dəyişikliklərin kəskinliyi, yaş, reproduktiv funksiyalar nəzərə alınır. 50-60% hallarda yüngül displaziya müstəqil olaraq geriyə inkişafa məruz qalır, qalan hallarda isə stabilləşir və inkişaf edir. Yüngül displaziyalarda dinamik müşahidələr və urogenital infeksiyalar aşkar olunduqda spesifik müalicə aparılmalıdır. 1-2 il ərzində patologiya reqressiyaya uğramırsa və ya ağırlaşma baş verirsə uşaqlıq boynunun konizasiyası aparılır. Orta və ağır displaziya zamanı uşaqlıq boynunun konizasiyası (bıçaq, lazer və ya elektrokonizasiya) göstərişdir. “İn situ” xərçəngi zamanı reproduktiv yaşlı qadınlarda uşaqlıq boynunun konusşəkilli konizasiyası və histoloji müayinəsi həyata keçirilir. Bu, prosesin mərhələsini dəqiq müəyyənləşdirməyə və uşaqlıq boynunu maksimum dərəcədə saxlamağa imkan verir. Servikal kanalda keçid zonasında yerləşmiş “in situ” xərçəng zamanı postmenopauzal dövrdə uşaqlığın ekstirpasiyası əməliyyatının aparılması seçim metodudur.

**Uşaqlıq boynunun fon və xərçəngönü xəstəliklərinin diaqnostikası**

Uşaqlıq boynunun fon və xərçəngönü proseslərində morfoloji dəyişikliklər klinik simptomatikanı üstələdiyi üçün xəstələrin spesifik şikayətləri (ağrılar, ağ ifrazatlar, cinsiyyət yollarından qanaxmalar) olmur.

Uşaqlıq boynunun xəstəliklərinin diaqnostikasında müəyyən müayinə üsullarından ardıcıllıqla istifadə olunur: simptomların klinik qiymətləndirilməsi; servikal kanalın yaxmalarının sitoloji müayinəsi; uşaqlıq yolunun, servikal kanalın və uretranın ifrazatlarının bakterioskopik və bakterioloji müayinələri, virusoloji müayinələr; kolposkopiya; histoloji müayinə.

**Kolposkopiya.** Uşaqlıq boynunun bir çox patoloji prosesləri, eləcə də xərçəngin başlanğıc formaları simptomsuz keçdiyi üçün genişləndirilmiş kolposkopiya qadınların kompleks ginekoloji müayinəsində vacib üsul sayılır. Kolposkopiya zamanı uşaqlıq boynunun selikli qişasının rəngi, damarların vəziyyəti, çoxqatlı yastı epitelin səthi səviyyəsi, epitellərin qovuşduğu yer, vəzilərin forması və xüsusiyyətləri, sirkə turşusu və Şiller sınağına epitelin reaksiyası qiymətləndirilir.

**Sirkə turşusu sınağı.**  Sirkə turşusu (3 və ya 5 %-li məhlul) pambıq

kürəcik vasitəsilə ektoserviksə (uşaqlıq boynunun uşaqlıq yolu hissəsinə) eyni bərabərdə çəkilir. Sirkə turşusunun təsiri altında örtük epiteldə qısamüddətli şişkinlik (ödem), tikanabənzər qatın hüceyrələrinin şişkinləşməsi, epitelialaltı damarların yığılması, toxumaların qan təchizatının zəifləməsi prosesləri baş verir.

Sirkə turşusu sınağı normal və patologiyaya uğramış epitellər arasında sərhədi təyin etməyə imkan verir. Patoloji epitel ağ ləkə şəklində (asetoağ epitel) və normal selikli qişadan demarkasiya xətti ilə məhdudlaşır. Epitelaltı kapilyarlar göründüyünə görə dəyişilməmiş epitel ağ-çəhrayı çalara malik olur.

Sirkə turşusunun təsirinin vizual effekti selikli qişanın toxumasında nüvə zülalının miqdarından və səciyyəvi sitokeratindən asılıdır. Nüvənin sıxlığı, eləcə də onun zülal doyumluluğu nə qədər yüksək olarsa, toxumanın kimyəvi koaqulyasiya reaksiyası o qədər qabarıq olur və bu da epitelaltı damarların vizualizasiyasını daha da çətinləşdirir. Buna görə də selikli qişanın sirkə turşusunun təsirinə cavab olaraq ağ rənginin intensivliyi toxumalarda patoloji dəyişikliyi bildirir və bu hüceyrələrdə zülal konsentrasiyasından birbaşa asılı olur.

Qeyd etmək lazımdır ki, selikli qişanın ödemləşməsi fonunda dəyişilməmiş damarlar sıxılır, lakin atipik damarlar isə əksinə daha qabarıq və aydın nəzərə çarpır.

Sirkə turşusu məhlulu ilə epitelin aplikasiyasından və kolposkopik mənzərənin öyrənilməsindən sonra Şiller sınağı tətbiq olunur.

**Şiller sınağı (Shillers iodine test).** Bu üsul zamanı qlikogenlə zəngin yetişmiş yastı epitel yod kristalları ilə qarışır, uşaqlıq boynunun selikli qişası tünd-qəhvəyi (qonur) rəngə boyanır (müsbət yod sınağı), bu zaman tərkibində qlikogenin konsentrasiyası kasad olan silindrik və ya patoloji yastı epitel yod məhlulu (yod-mənfi sınaq) ilə işlənərkən görüntü dəyişmir.

Şiller sınağı üçün 3%-li Lüqol məhlulu aplikasiyasından (1 q yod, 2q kalium yodid, 300 q distillə olunmuş su) istifadə olunur.

Təcrübəli həkim-kolposkopistlər, bir qayda olaraq, Şiller sınağından az istifadə edirlər. Bununla belə, bu test selikli qişanın patoloji dəyişikliyini kifayət qədər dəqiq aşkar etməyə və zədələnmə sərhədlərini ayırmağa imkan verdiyinə görə yeni başlayan mütəxəssislər üçün zəruridir. Lakin nəzərə almaq lazımdır ki, mənfi Şiller sınağı nəinki xərçəngönü və xərçəng proseslərində, eləcə də yastı epitelin nazikləşməsi, əvvəllər aparılmış diatermokoaqulyasiyadan sonra, anadangəlmə ektopiyada, selikli qişanın iltihabı olarkən də müşahidə oluna bilər.

**Orijinal (əsl) skvamoz - epitel (normal selikli qişa)**  açıq çəhrayı rəngli, hamar parlaq səthə malikdir, epitelaltı damarlar 10 dəfə böyüdüldükdə təyin olunmur. 3%-li sirkə turşusu məhlulu ilə işləndikdən sonra dəyişilməmiş epitel solğun rəng alır, Lüqol məhlulu ilə silindikdən sonra (Şiller sınağı) uşaqlıq boynunun uşaqlıq yolu hissəsi eyni bərabərdə tünd-qəhvəyi rəngə boyanır. Çoxqatlı yastı və təkqatlı prizmatik epitellər arasındakı sərhəd hamar aydın xətt üzrə yerləşir və reproduktiv sistemin funksional vəziyyətindən asılı olaraq cinsi yetkinlik dövründə xarici dəliyin xaricinə doğru dəyişir: reproduktiv dövrdə - xarici dəlik nahiyəsində, pre və postmenopauza dövründə isə uşaqlıq boynu kanalının aşağı üçdə bir proyeksiyasında yerləşir.

**Prizmatik epitel (ektopiya)** açıq qırmızı, girdə və ya uzunsov salxımaoxşar məməciklər, yığıntılar şəklində təyin edilir; ektopiyanın açıq-qırmızı rəngi nazik prizmatik epiteldən çoxsaylı kapilyarların görünməsi ilə şərtlənir. Ektopiyanın səthinə 3%-li sirkə turşusu çəkilərkən məməciklər solğunlaşır (kapilyarlar spazmlaşır), şüşəvari şəkil alır və üzüm salxımını xatırladır.

**Sitoloji müayinə.** Yaxmaların Papanikolauyaya (Pap yaxma, Pap-test) görə sitoloji müayinəsi çoxqatlı yastı epitelin xərçəngönü proseslərinin əsas skrininq metodudur. Uşaqlıq boynunun uşaqlıq yolu hissəsinin səthindən , transformasiya zonasından (çoxqatlı yastı və prizmatik epitellərin qovuşma yeri), eləcə də servikal kanalın aşağı üçdə bir hissəsindən Eyr qaşığı ilə alınan yaxma-izlər sitoloji müayinəyə aiddir.

Normada uşaqlıq boynunun müxtəlif hissələrindən alınan yaxmaların sitoloji müayinəsində çoxqatlı yastı epitelin dəyişilməmiş hüceyrələri, eləcə də servikal kanalı örtən prizmatik epitelin hüceyrələri təyin olunur.

**Fon proseslərinin müalicəsi.** Uşaqlıq boynunun fon proseslərinin müalicəsində medikamentoz və qeyri-medikamentoz üsullar mövcuddur. Konservativ müalicə iltihabi prosesi aradan götürmək, toxumaların trofikasikasini bərpa eləməkdən ibarətdir. Müalicə üsulunu seçərkən aşağıdakı müddəalara əsaslanmaq lazımdır:

* kiçik ölçülü ektopiyalar (diametri 10 mm-ə qədər) infeksiya prosesi və ya hüceyrə atipizmi olmadıqda sitoloji müayinələrin göstəricilərinə əsasən müvəqqəti proses kimi baxılır və xüsusi müalicə tələb etmir;
* Ektopiya gənc doğmamış qadınlarda (21-22 yaşa qədər) 30% hallarda müalicə tələb etməyən fizioloji prosesdən ibarətdir (yanaşı gedən infeksion xəstəliklər və ya disharmonal genez olmadıqda);
* “atipik” kolposkopik şəkil aşkar olunarkən (asetoağ epitel, punktasiya, mozaika, leykoplakiya, yodneqativ epitel, atipik damarlar) , eləcə də invaziv karsinomaya şübhə zamanı məqsədli biopsiya aparılmalıdır;
* “atipik” dəyişikliklərin kolposkopik əlamətləri olmadıqda sitoloji diaqnostika ilə kifayətlənilir;
* Konservativ müalicənin müddəti 4 həftədən çox olmamalıdır;
* Uşaqlıq boynunun fon proseslərinin müalicəsinin uğurunun vacib şərti iltihabi proseslər, dishormonal pozulmalar kimi patoloji prosesi yaradan və davam etdirən səbəbləri aradan qaldırmaqdan ibarətdir.

**Medikamentoz metod** uşaqlıq boynunun patoloji dəyişikliyə uğramış epitelinə dərman vasitələrinin ümumi və ya lokal təsirinə əsaslanmışdır. Medakamentoz terapiya dərman preparatlarının lokal applikasiyaları şəklində həyata keçirilir.

Solkovagin (“Solko”, İsveçrə) – şəffaf maye olub üzvi və qeyri-üzvi turşuların qarışığından ibarətdir. O, prizmatik epitelə seçici koaqulyasiyaedici təsirə malikdir. Preparat patoloji ocağa pambıq tamponla çəkilir, bu sağlam toxumalara dəymədən yalnız zədələnmə zonalarını işləməyə imkan verir. Solkovaginlə müalicə ağrısızdır, yan təsirsizdir, uzaqlıq boynunda çapıq dəyişikliklər əmələ gətirmir və preparatın kifayət qədər dərinə sirayət etməsinə görə patoloji ocağın tamamilə dağılmasını təmin edir.

Fon proseslərinin **qeyri-medikamentoz müalicəsinə** yüksək və aşağı intensivlikli lazer təsirləri, kriodestruksiya, cərrahi müdaxilə daxildir.

**Aşağıtezlikli lazer terapiyası (infraqırmızı və ya helium-neon şüalanma).** Aşağıintensivlikli lazer şüalanmanın bioloji təsirinin mexanizmi orqanizmin toxumalarının və hüceyrələrinin elektromaqnit sahələri ilə lazer şüasının elektrik sahəsinin qarşılıqlı təsirinə əsaslanmışdır. İnfraqırmızı lazer şüalanması zəruri bioenergetik enzimlərin – dehidrigenaza və sinxromoksidazaların, katalazaların, eləcə də hüceyrə metabolizminin digər fermentlərinin fəallığını stimullaşdırır. Aşağıintensivlikli lazer epitelial toxumaların regenerativ proseslərini sürətləndirir, qan dövranını və qan yaranmanı stimullaşdırır, eləcə də iltihab əleyhinə, analgetik və bakterisid effektlərə malikdir. Aşağıintensivlikli lazer terapiyası 3 həftədən çox aparılmır, müsbət effekt olmadıqda destruktiv müalicə metodlarından istifadə olunur.

**NO-terapiya.** 1980-ci illərin ortalarında müəyyənləşdirilmişdir ki, endogen NO fermentativ yolla NO-sintazın köməyilə orqanizmin hüceyrələrində fasiləsiz olaraq istehsal olunur və universal (polifunksional) tənzimləyici messencerlərdən birinin funksiyasını yerinə yetirir: qaz bir hüceyrədə (endotelial, sinir və s.) istehsal olunur, membrandan keçərək digər hüceyrələrin funksiyalarını tənzimləyir. Hazırda məlumdur ki, NO insan orqanizmində vacib bioloji funksiyaları: damarların tonusunu (vazodilatasiya), immuniteti, hüceyrələrin apoptozunu, yaddaşın və rabitənin neyronlarını, qanın laxtalanmasını, bronxların və həzm traktının saya əzələlərinin realaksiyasını, hormonal funksiyaları tənzimləyir; mikrob və şiş əleyhinə müdafiəni təmin edir.

Uşaqlıq boynunun fon xəstəliklərinin müalicəsi üçün (servisitlər, ektopiyalar) “Plazon” aparatından istifadə olunur. Bu aparat atmosfer havasından plazmokimyəvi yolla ekzogen azot monooksidini generasiya edir. Eksperimental və klinik tədqiqatlarla müəyyənləşdirilmişdir ki, ekzogen NO mikrosirkulyasiyanı tənzimləyir, antibakterial və iltihabəleyhinə təsir göstərir, toxumaların regenerasiyasını stimullaşdırır. NO-terapiya metodu uşaqlıq boynunun zədələnmiş nahiyəsinin 60 saniyə ərzində qazla “üfürülüb təmizlənməsidir”.

**Yüksəkintensivlikli lazer təsiri.** Uşaqlıq boynunun xəstəliklərinin müalicəsi üçün karbon qazı (CO2) şüasindan istifadə olunur. CO2 –lazerin təsir mexanizmi kogerent şüalanmanın bioloji toxumalarla kifayət qədər güclü şəkildə udulmasına əsaslanır, bunun nəticəsində sürətli qızma və lazer şüasının təsir zonasında biotoxumanın dağılması baş verir. Bu zaman lazer şüasının başlanğıc mərhələsində buxarlanma vasitəsilə biotoxumanın mayenin sərt fazaların karbonlaşması ilə dağılması müşahidə olunur, sonra isə temperaturun artması zamanı toxumanın karbonlaşdırılmış karkası yanır.

Uşaqlıq boynunun epitelial örtüyünün CO2 lazer vaporizasiyası ağrısızdır, qartmaq əmələ gətirmir, kanalın srenozu olmur, bu zaman toxumaların nekrozu minimaldır, sağalma müddəti isə diğər fiziki destruksiya metodlarından fərqli olaraq qısadır.

**Kriodestruksiya.** Aşağı temperaturlu təsir toxumaların kriokonservasiyasından kriokonstruksiyalarına qədər geniş spektrli bioloji effektə malikdir. Toxumaların zədələnmə biomexanizmində aşağı temperaturlu təsirin 5 əsas istiqaməti ayırd edilir:

Kriokaqulyasiya kontakt yolla həyata keçirilir, soyuducu agent qismində maye qazlardan – azot və azot oksidi, freon, karbon qazı, eləcə də krioeffekti potensiyallaşdıran fiziki amillər – elektromaqnit şüalanma, ultrasəs, radioaktiv izotoplarla təsir və s. istifadə olunur. Krioapplikasiyanın uzun müddətliliyi patoloji prosesin xarakteri və yayılması ilə müəyyənləşdirilir və orta hesabla 3-4 dəqiqə təşkil edir.

Kriodestruksiyanın üstün cəhətlərinə ətraf toxumaların cüzi zədələnmələri ilə məhdud zonada nekrozun formalaşması, birləşdirici toxumanın sklerozlaşmaması, proseduranın ağrısız olması, çatışmayan cəhətlərinə isə yastı epitelin regenerasiyasının uzun müddət ərzində baş verməsi və toxumaların ekssudasiyası, dondurmanın həm dərinlikdə, həm də səthdə natamam olması aiddir. Bu bütün patoloji dəyişmiş hüceyrələrin məhvini təchiz etmir və beləliklə, kriotəsir uşaqlıq boynu xəstəliklərinin residiv ehtimalını artırır (rastgəlmə tezliyi 42%).

Uşaqlıq boynu xəstəliklərinin posttravmatik fon xəstəlikləri – cırılmalar, ektropion, çapıq deformasiyası, uşaqlıq boynu – uşaqlıq yolu svişləri cərrahi yolla müalicə olunur. Bu məqsədlə rekonstruktiv-plastik əməliyyatların müxtəlif növləri (pazvari və konusvari amputasiya, uşaqlıq boynunun plastikası, uşaqlıq boynu-uşaqlıq yolu svişlərinin tikilməsi) tətbiq olunur.

**Xərçəngönü xəstəliklərin müalicəsi.** Uşaqlıq boynunun xərçəngönü xəstəliyi olan xəstələrin müalicə taktikası tamamilə fərdidir və kolposkopiyanın nəticələrinə, morfoloji dəyişikliklərin ağırlıq dərəcələrinə, xəstələrin yaşına, onun reproduktiv funksiyasının vəziyyətinə, uşaqlıq boynunda əvvəldən müdaxilələrin olmasına, displastik proseslərin lokalizasiyasına görə təyin edilir. Uşaqlıq boynunun xərçəngönü xəstəliklərini müalicə edərkən kriodestruksiya, CO2 lazer vaporizasiyası, elektrokonizasiya, uşaqlıq boynunun amputasiyası tətbiq olunur.

I dərəcəli displaziya zamanı iltihab əleyhinə müalicə, yüksəkintensivlikli lazer, kriodestruksiya aparıla bilər.

II dərəcəli displaziya zamanı uşaqlıq boynunun elektrokonizasiyası müalicə metodu kimi qəbul olunur. Elektrokonizasiya (konusşəkilli elektroekssiziya) uşaqlıq boynunun patoloji dəyişikliyə uğramış toxumalarının konusşəkilli (konusun zirvəsi daxili dəliyə yönəlmiş olur) kəsilməsi elektrocərrahi aparat vasitəsilə birləşdirilmiş xüsusi elektrod-konizatorun köməyilə həyata keçirilir. Onun fırlanması zamanı servikal kanalın 2/3 hissəsi kəsilib çıxarılır. Elektroekssiziyanın müsbət cəhətlərinə uşaqlıq boynunun patoloji dəyişilmiş toxumalarının radikal çıxarılması, fəsadların az olması aiddir, lakin çıxarılan preparatın koaqulyasion zədələnməsinə səbəb olduğuna görə cərrahi konizasiya aparılması daha məqsədə uyğundur.

Ağır displaziyalı xəstələrdə isə ağır displaziya epitel daxili xərçəng (“ca in situ”)və ya mikrokarsinoma ilə müştərək rast gəlinə bildiyi üçün cərrahi müdaxilə metodu histereektomiyadır. Uşaqlıq boynunun geniş ekssiziyası aşağıdakı göstəricilərin məcmusu zamanı tətbiq oluna bilər: yaşın 40-dan aşağı olması, bioptatın distal sahələrində displastik komponentlərin və invaziya əlamətlərinin olmaması, dinamik, klinik, sitoloji və kolposkopik nəzarətin mövcud olması. Uşaqlıq boynunun xərçəngönü xəstəliklərinin cərrahi müalicə üsullarına uşaqlıq boynunun amputasiyası (Ştrumdort metodu ilə konusabənzər; Şreder üsulu ilə pazabənzər; yüksək), Emmet, Yelsov Strelkov üsulları ilə aparılan rekonstruktiv plastik əməliyyatlar aiddir.