



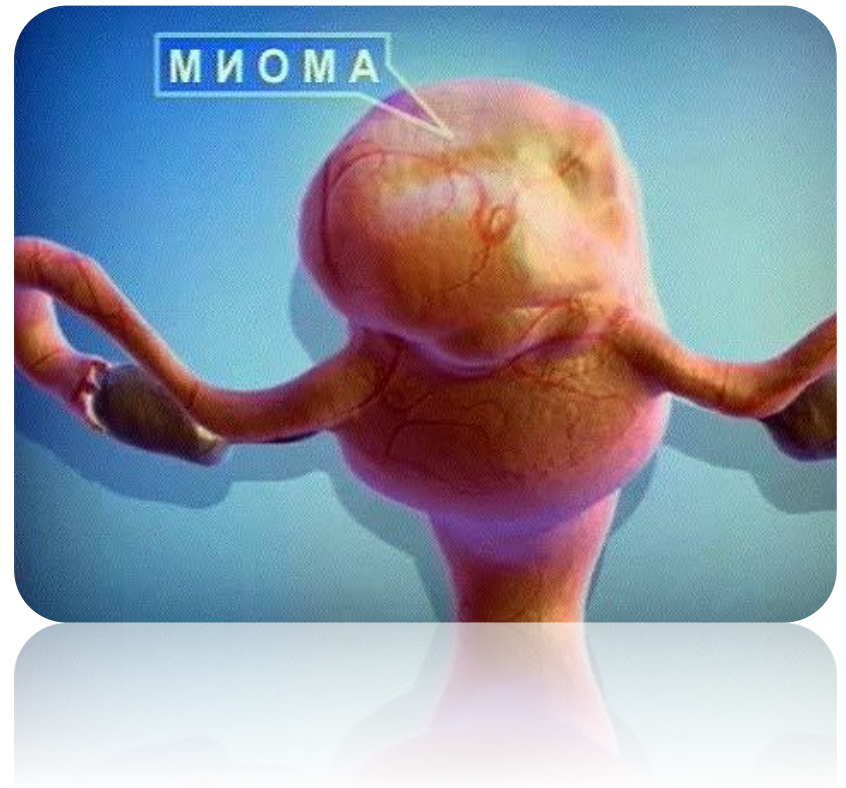
СӨЖ

ТАҚЫРЫБЫ: ЖАТЫР МИОМАСЫ

Орындаған: Дүйсен Арайлым
Группа: 301 «А»

Миома

- ❑ **Жатырдың миомасы-миометрия** жасушаларынан (жатыр қабырғасының бұлшық ет қабығынан) шығатын қатерсіз гормонға тәуелді ісік.
- ❑ Репродуктивті жастағы әйелдерде дамиды.



Таралуы

- Пікірталас мәселесі;
- 35 жасқа қарай миомамен сырқаттанушылық жиілігі барлық әйелдер арасында 35-45% құрайды (ҚР Денсаулық сақтау және әлеуметтік даму министрлігінің және Акушерлік, гинекология және перинатология деректері бойынша);
- аурушандық шыңы 35-50 жас тобына келеді.

Миоманың этиопатогенезі соңына дейін зерттелмеген

- Генетикалық аспекті;
- гормональдық аспекті;
- иммундық жүйенің ролі;
- миометрияның зақымдануына жауап ретінде ЖМ дамуы (қабыну, механикалық факторлар).

Генетикалық аспекті

- ❑ Егіз жұптарын зерттеу (монозиготаларда дизиготтарға қарағанда жиі кездеседі);
- ❑ Отбасылық анамнез (1 дәрежелі туыстарында кездеседі);
- ❑ Тұқым қуалаушылық аурулармен байланыс;
- ❑ Рид синдромы (тері мен жатырдың көптеген лейомиомалары).

Гормональді аспектілер

Патогенездегі стероидты гормондардың мәні расталады:

- Жатыр миомасы менархқа дейін кездеспейді;
- Менопауза кезінде миоматозды түйіндер мөлшерінің азаюы байқалады;
- Жүктілік кезінде түйіндердің өсуі;
- Семіздік кезінде жатыр миомасы даму қаупі артады;

Гормональные аспекты

эстрогены

Увеличение массы миометрия за счет гиперплазии

Увеличивают число прогестероновых рецепторов

**прогестеро
н**

Увеличивает индукцию факторов роста, их рецепторы и митотическую активность лейомиомы

Участвует в процессах дифф-ки ГМК

Увеличение массы миометрия за счет гиперплазии

Иммундық жауап

- Табиғи киллер деңгейін арттыру;
- Т-лимфоциттер деңгейінің төмендеуі;
- Перифериялық Т-Хелпер деңгейін арттыру;
- Иммундық бұзылулардың ауырлығы миоматозды түйіндермен корреляцияланады;
- Миоматозды түйіндердің саны жоғарылаған кезде В-лимфоциттердің деңгейі төмендейді



**Иммуносупрессивті компоненттің күшеюі аясында
туа біткен және гуморальдық иммунитетті
белсендіру процестері басым**

Факторы риска

```
graph TD; A[Факторы риска] --> B[Повышение риска:]; A --> C[Снижение риска:];
```

Повышение риска:

1. Раннее менархе
2. Отсутствие родов в анамнезе
3. Поздний репродуктивный возраст
4. Ожирение
5. Алкоголь

Снижение риска:

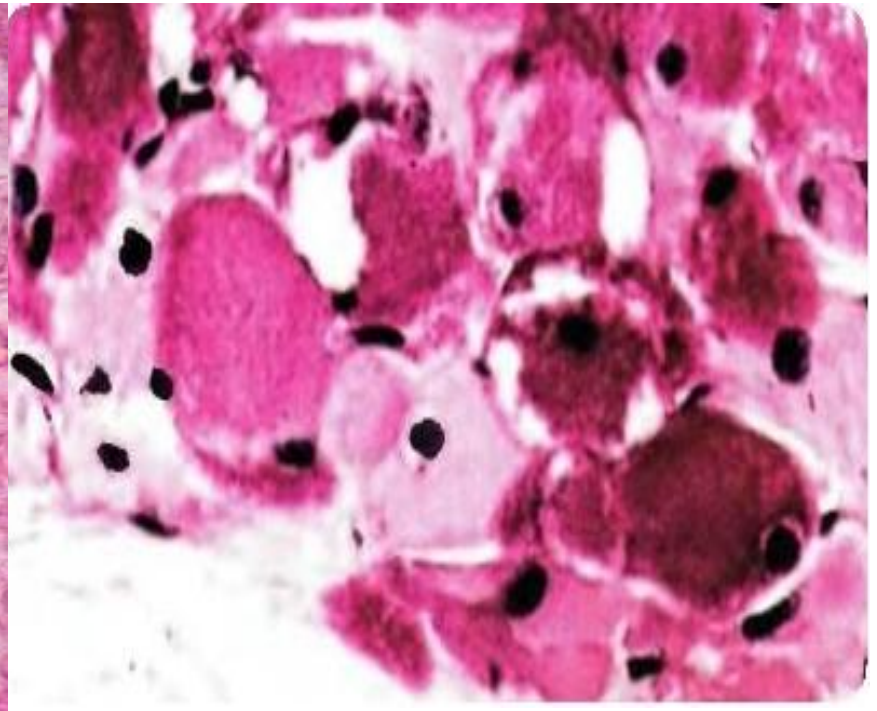
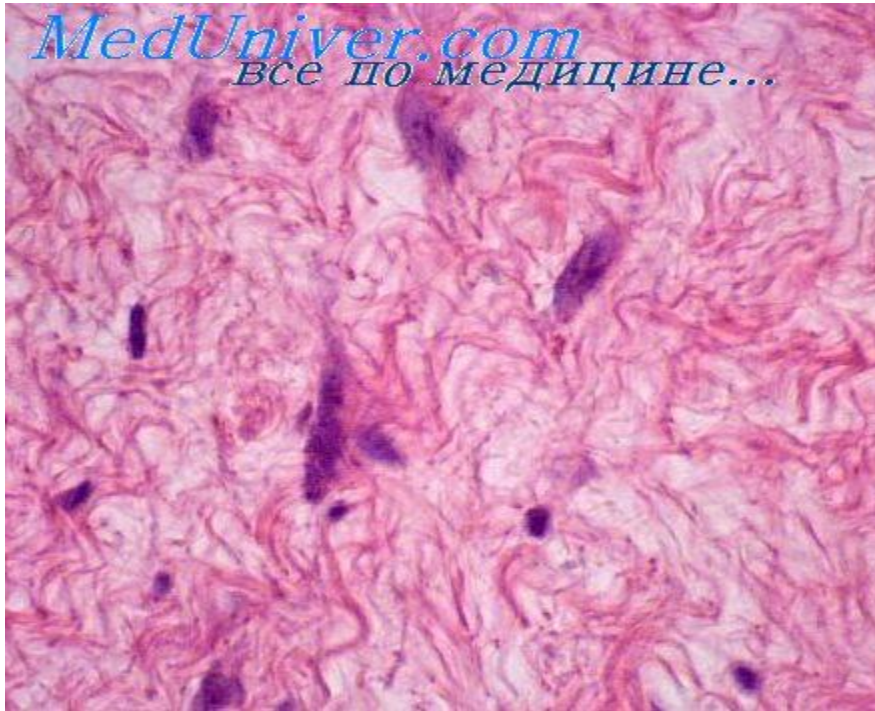
1. Прием КОК
2. Физическая активность
3. Курение
4. Более 3 родов в анамнезе

Жатыр миомасы дамуының үш сатысы:

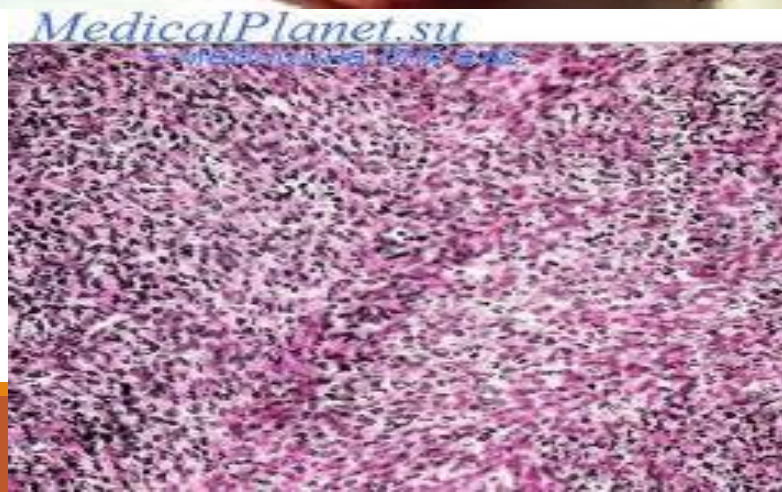
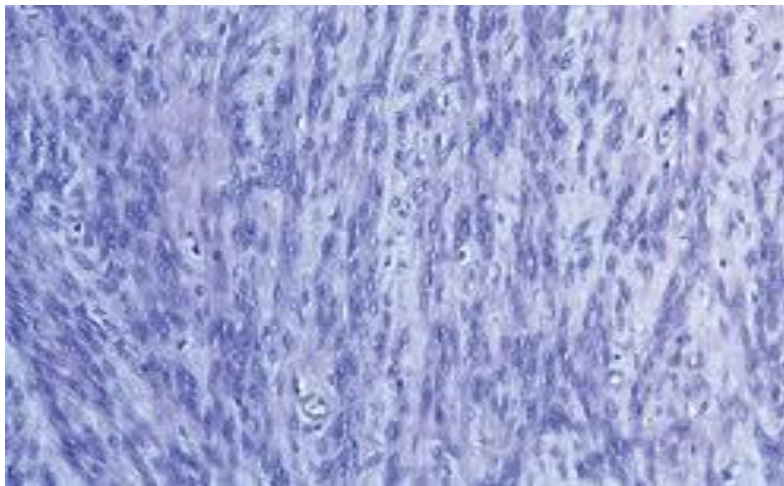
1. Белсенді жасушалық метаболизмі бар тегіс бұлшықет жасушаларының пролиферациясы күшейтілген периваскулярлық муфталар түрінде миометрияда белсенді өсу аймағының пайда болуы.
2. Дифференциалану белгілерінсіз ісіктердің өсуі.
3. Дифференцировкамен, жетілумен және біртіндеп фиброзбен ісіктің өсуі.

Классификация Ісіктің формалық элементтерінің арақатынасы бойынша:

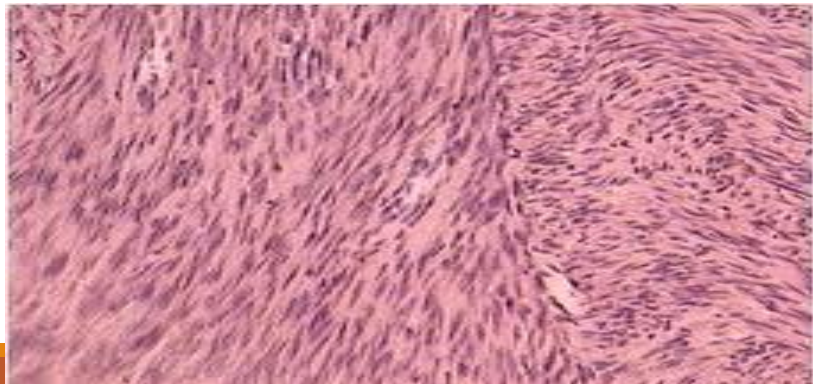
Рабдомиома – көлденең жолақ бұлшық ет жасушаларынан тұратын ісік.



Лейомиома - миометрия тегіс бұлшықет жасушаларынан тұратын ісік;



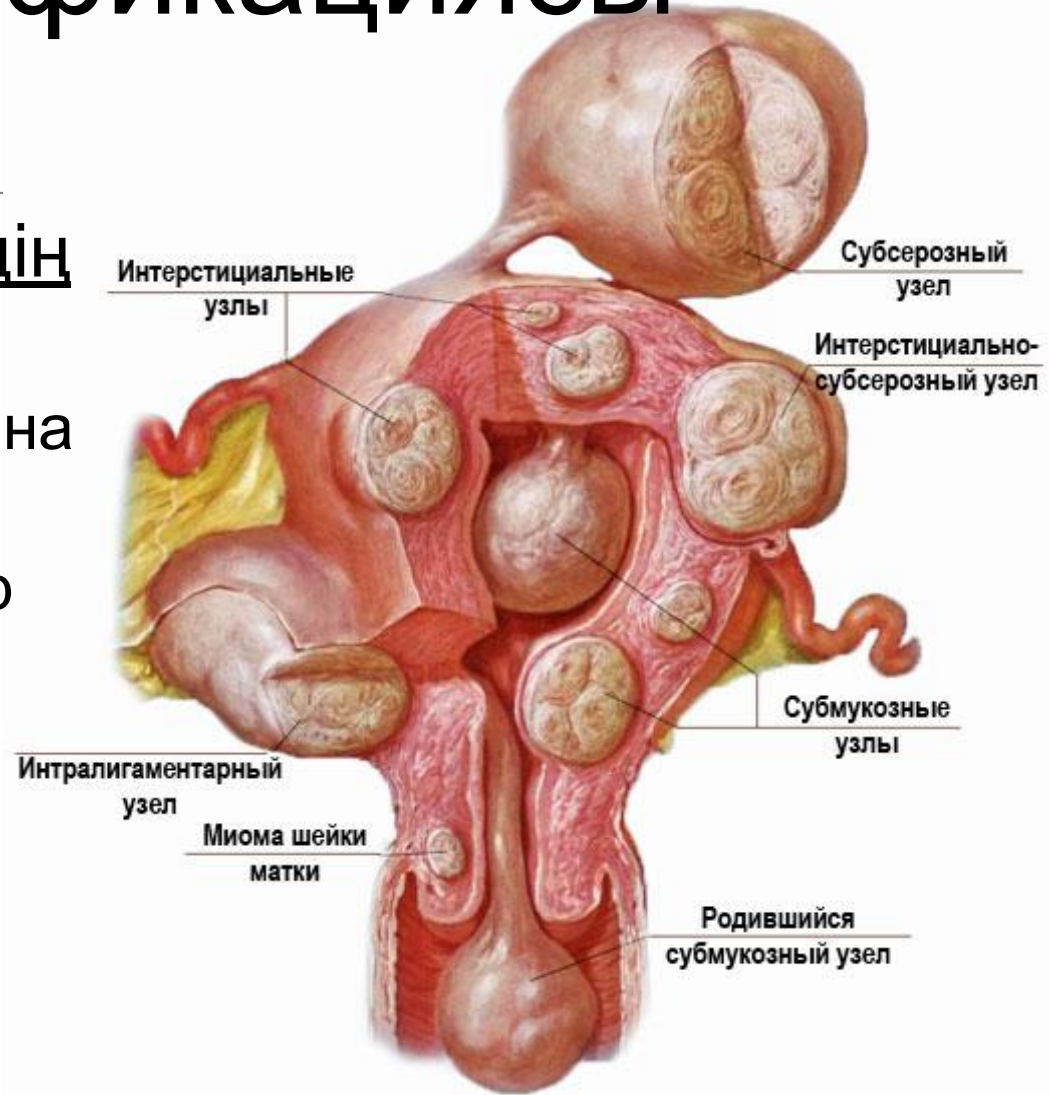
Фибромиома- дәнекер тінінің басым болуы



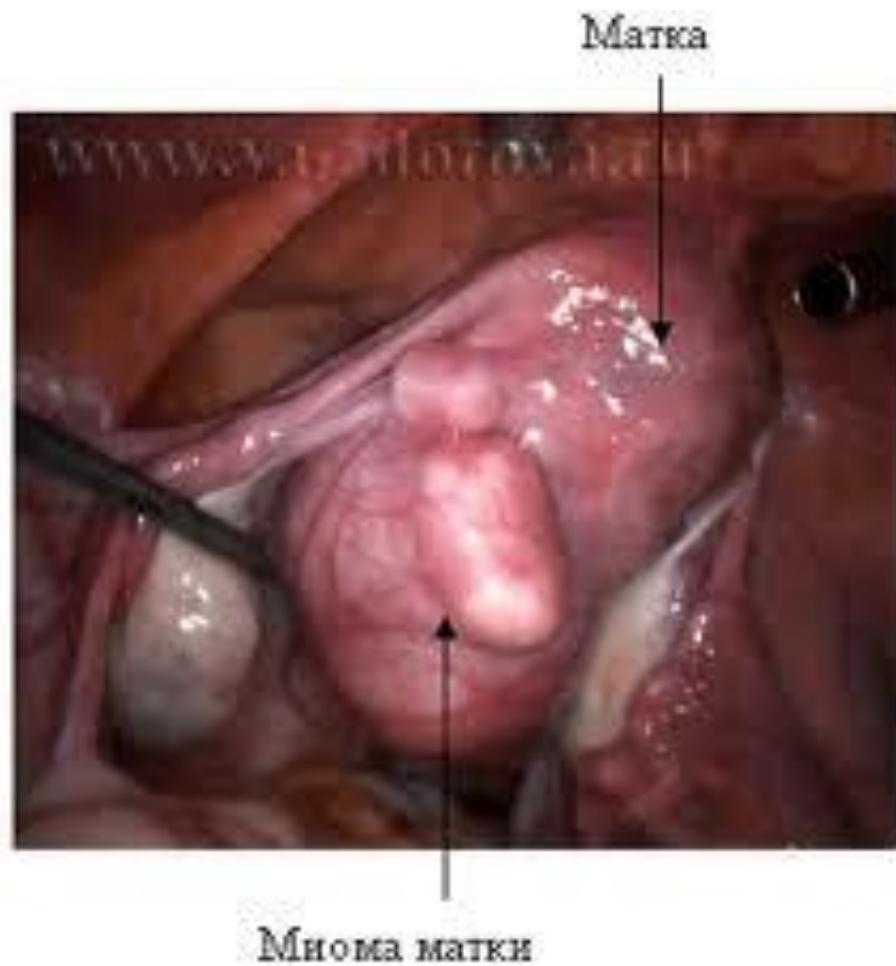
Классификациясы

Миоматоздық түйіндердің түрлері:

- **Субсерозды-құрсақ қуысына қарай өседі (құрсақ асты);**
- **Субмукозды-миома жатыр қуысына қарай өседі (шырышты);**
- **Жатырдың интерстициальді-бұлшықетаралық миомасы (интрамуральды);**
- **Интралигаментарлық-жатыр миомасының байланысаралығы**



Субсерозная миома

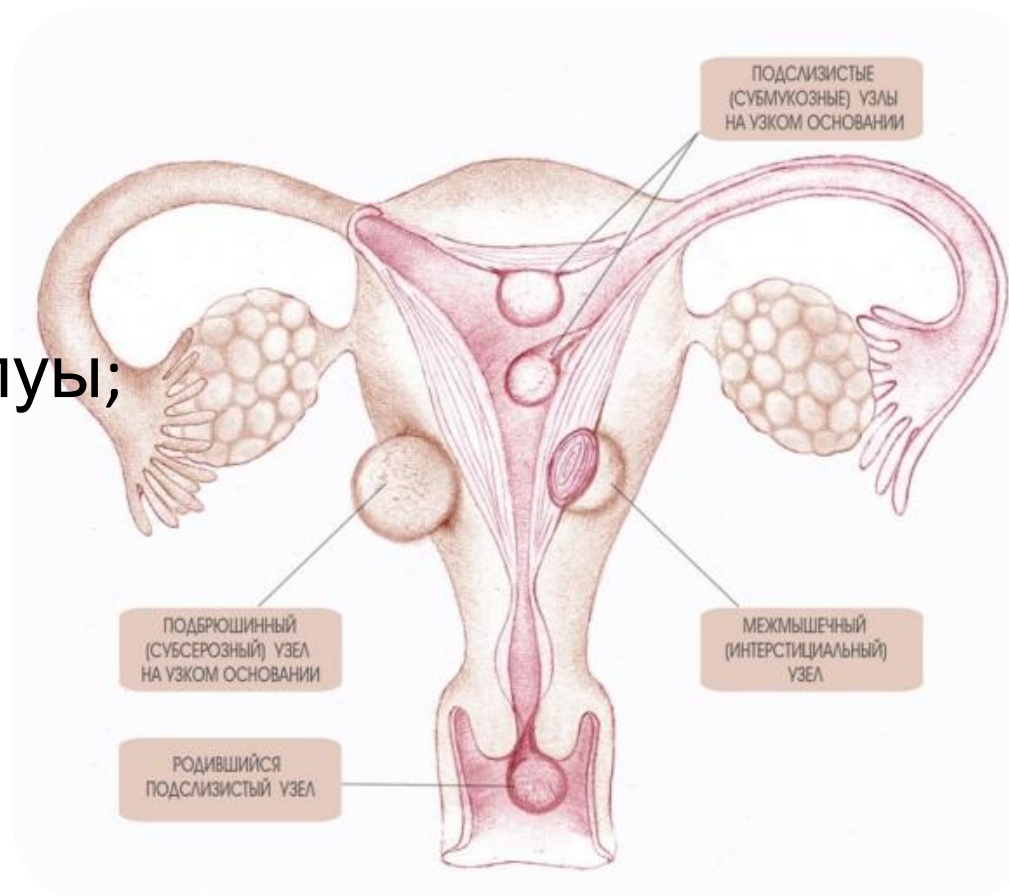


Множественный рост узлов



Клиникалық белгілері

- Ауырсыну синдромы;
- Меноррагия
- Көрші органдар функцияларының бұзылуы;
- Жүктілікті көтермеу;
- Белсіздік;
- Іштің көлемді ұлғаюы.



Меноррагиялар (мол етеккір)

- ❑ Тәулігіне 80 мл астам, ұзақтығы 7 күннен астам мол ациклді қан кетулер;
- ❑ Жатыр миомасы бар әйелдердің 50-70% байқалады;
- ❑ Анемияның дамуына алып келеді.

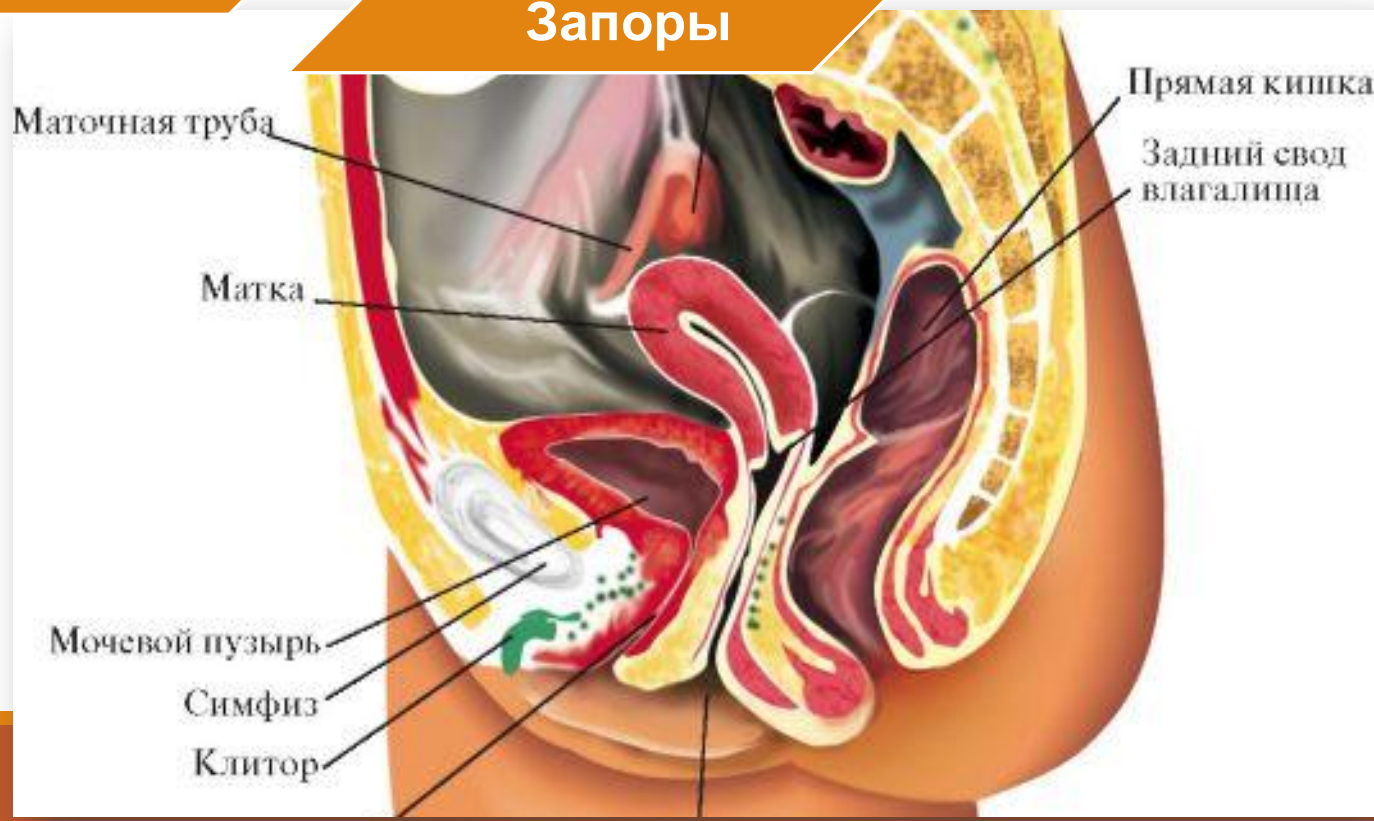


Көрші органдар функцияларының бұзылуы

Сдавление
смежных
органов

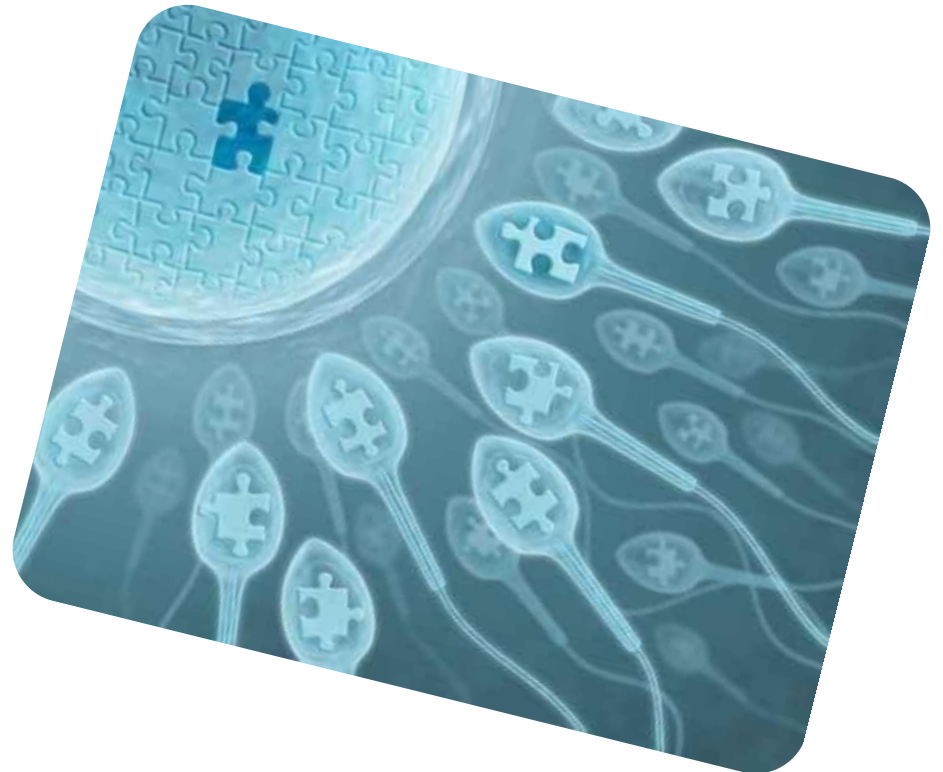
Нарушение
функций

Учащенное
мочеиспускание
Запоры



Белсіздік

Бедеулік кезінде
жатыр миомасы
24% - да
анықталады.
Миома түйіндерін
алып тастағаннан
кейін бедеулік
33-69%
бақыланады.



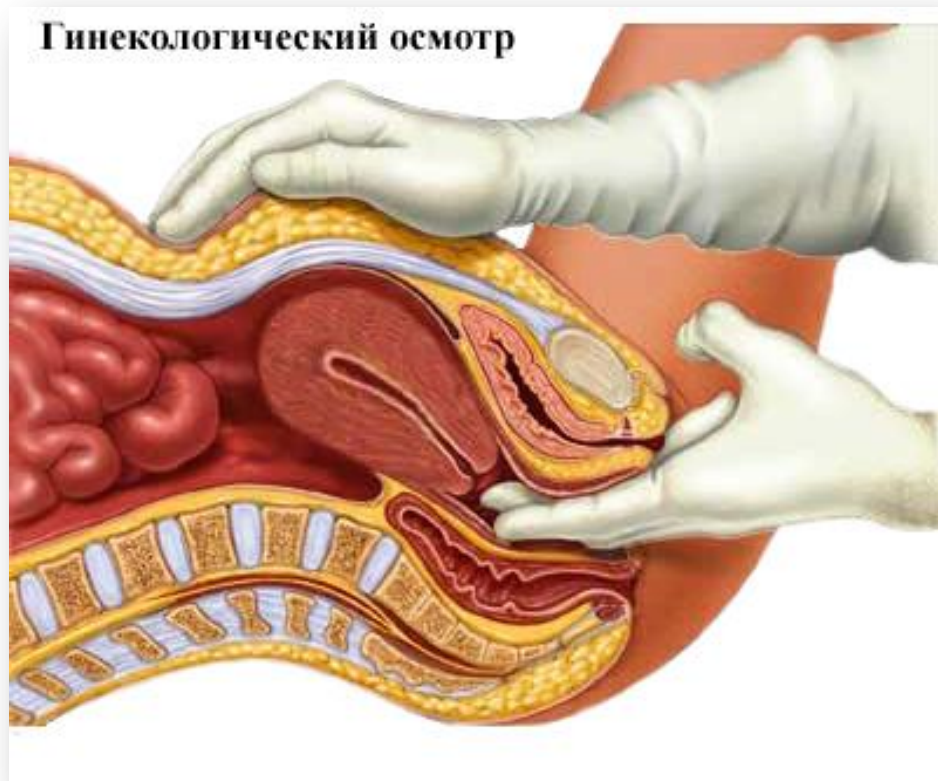
Диагностика әдістері

- Анамнез жинау;
- Гинекологиялық тексерулер;
- УДЗ;
- КТ;
- МРТ;
- Диагностикалық лапароскопия

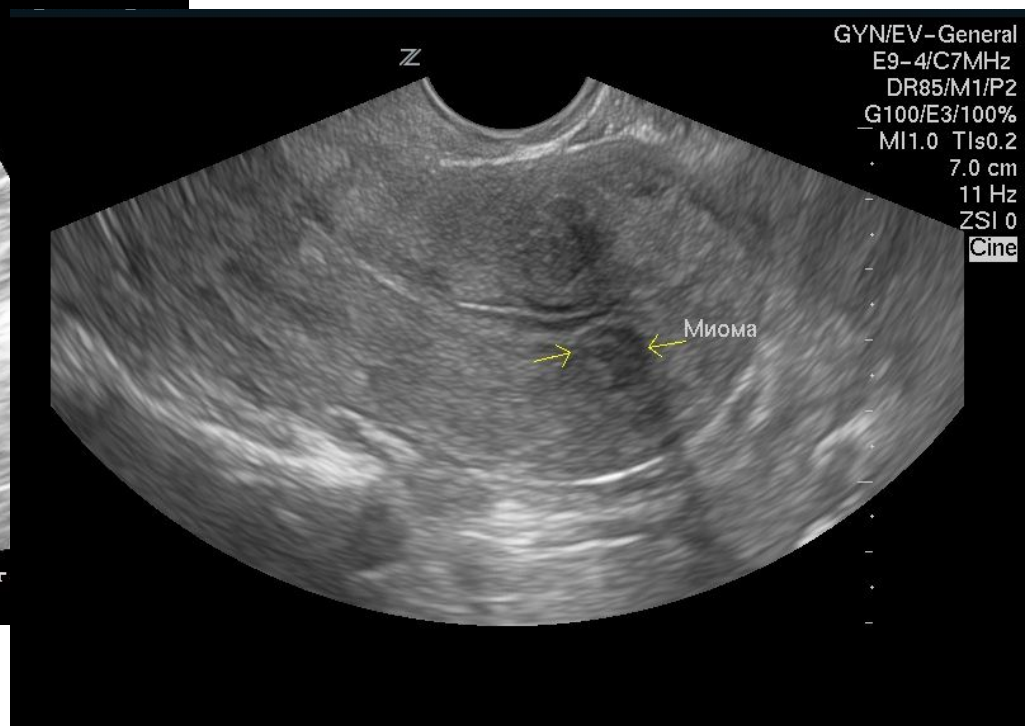
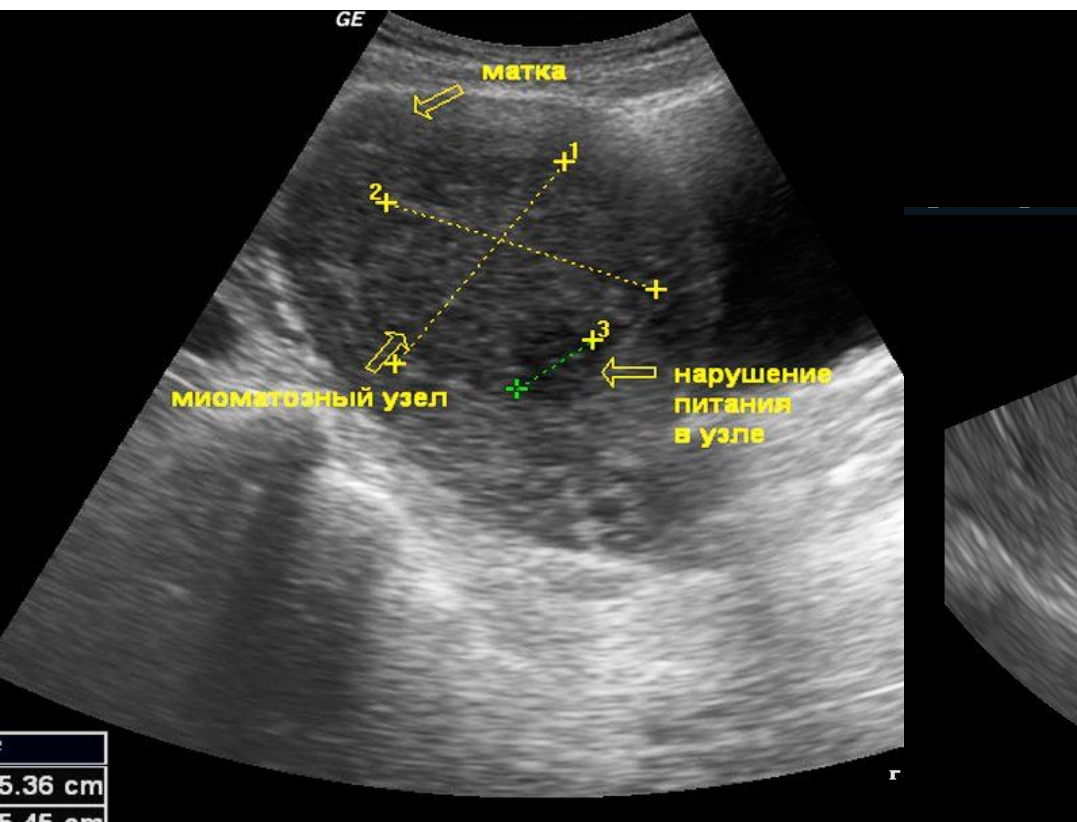


Гинекологиялық қарау

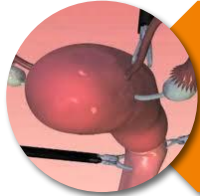
- Жатырдың ұлғаюы;
- Формасының өзгеруі;
- төбешік беті



УДЗ



Жатыр миомасын емдеу тәсілдері



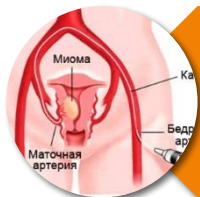
Радикальный (гистерэктомия)



Консервативно-пластический
(миомэктомия)



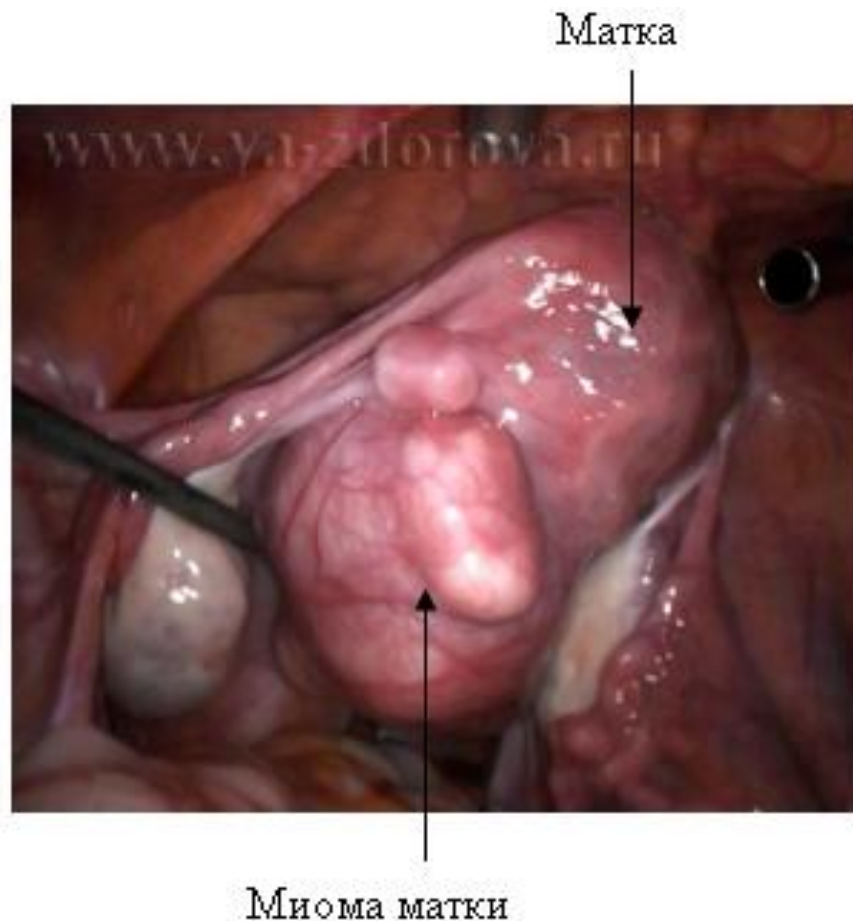
Временно-регрессионный
(агонисты ГнРГ, блокаторы рецепторов
прогестерона)



Стабильно-регрессионный
(эмболизация маточных артерий)

Жатыр миомасының лапроскопиялық көрінісі

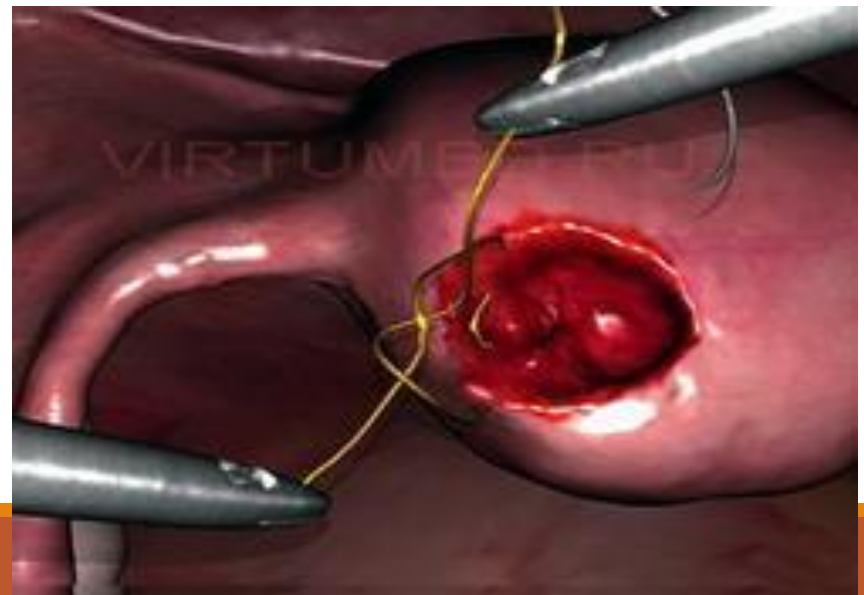
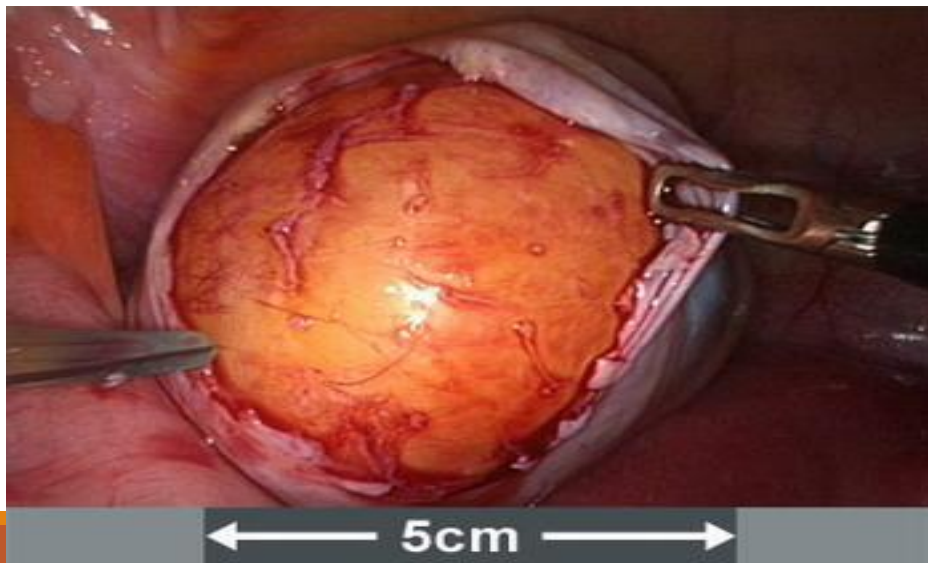
Субсерозды -
интрамуральды формада
тегіс емес беті бар
жатырдың өлшемінде
үлкейтілген және / немесе
жатырдың серозды бетінен
жоғары тұрған "Аяқта"
дөңгелектелген түзілу.



Лапароскопиялық қол жетімділік МИОМЭКТОМИЯСЫ

Миомэктомия тиімділігінің негізгі критерийі толыққанды тыртықты қалыптастыру болып есептеледі, ол келесі жүктілік кезінде тиімді болады

Мұқият тігілу тиісті



Показания к оперативному лечению:

Жатырдың үлкен өлшемдері (13-14 аптадан астам);

Жылдам өсу (жылына 4 аптадан астам);

Консервативті терапияға төзімділігі;

Ауырсынудың, қан кетудің болуы, көрші органдар қызметінің бұзылуы;

Түйін трофикасының бұзылу белгілері, миоматозды түйіннің некрозы;

Ұзақ және мол етеккірмен жүретін шырышты миома. "Туған" миоматоздық түйін;

Қосалқы түйіннің " аяқтағы бұралу белгілері»;

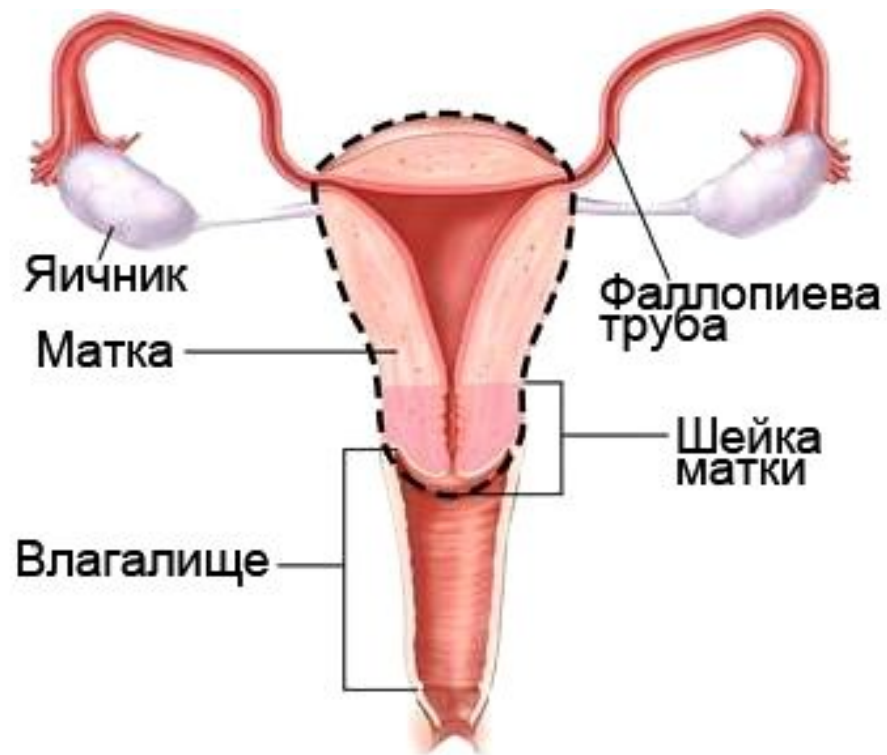
Жатыр мойны миомасы;

Жатыр миомасы басқа жерде орналасқан жыныс мүшелерінің ісіктерімен, аденомиозбен, эндометрия гиперплазиясы.

Радикальді - гистерэкомия

Ең жиі көрсеткіштер:

- ❑ Консервативті терапияға келмейтін жатырдан қан кету;
- ❑ Үлкен мөлшердегі жатыр миомасы;
- ❑ Басқа әдістердің тиімсіздігі



Субсерозная миома

межмышечная миграция
наблюдение

I тип

формирование ножки
узла

4-5 мес.

лапароскопическая
МИОМЭКТОМИЯ



II тип

уменьшение глубины
мышечного ложа узла

3-24 мес.

лапаротомическая
МИОМЭКТОМИЯ



Консервативті- пластикалық- миомэктомия

Мақсаты: әйелдің репродуктивті қызметін қалпына келтіру

**Жүктілікті жоспарлайтын
әйелдердің көрсеткіштері:**

- ❑ Әдеттегі жүктілікті көтермеу;
- ❑ Миома бедеуліктің болжамды себебі ретінде;
- ❑ Кейінгі репродуктивті жас



Уақытша - регрессиялық (ГнРГ антогонистері, блокаторы рецепторов прогестерона)

- Кішкентай миоматозды түйіндерде қолданылады;
- Көбінесе әйелдер перименопаузада
- Миомэктомиядан кейінгі рецидивтердің алдын алу



Тұрақты-регрессиялық (ЭМА)

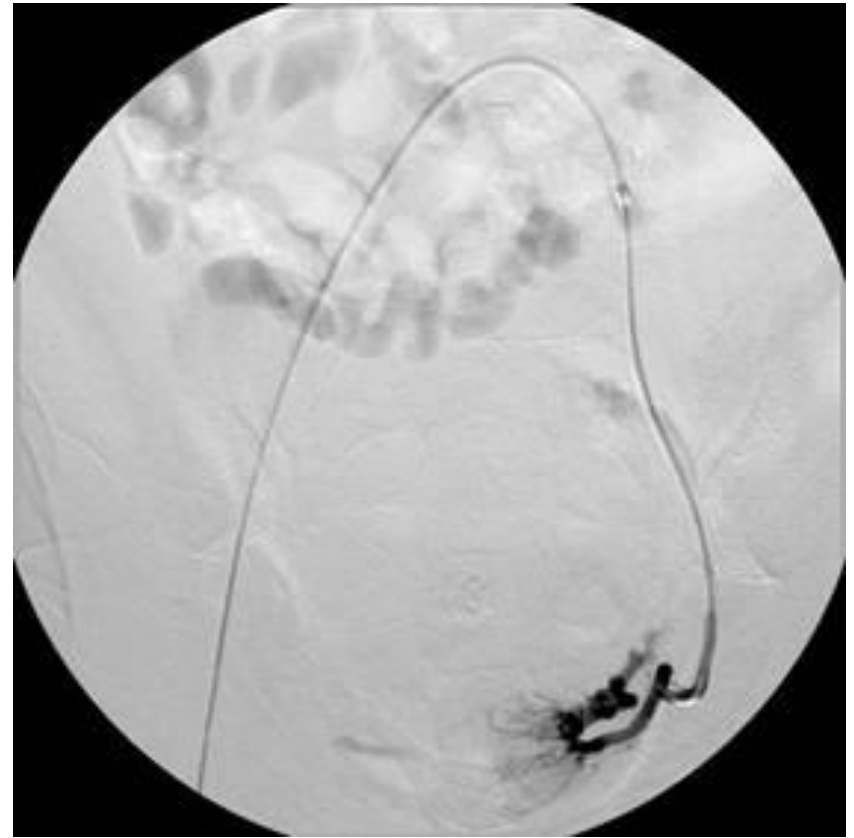
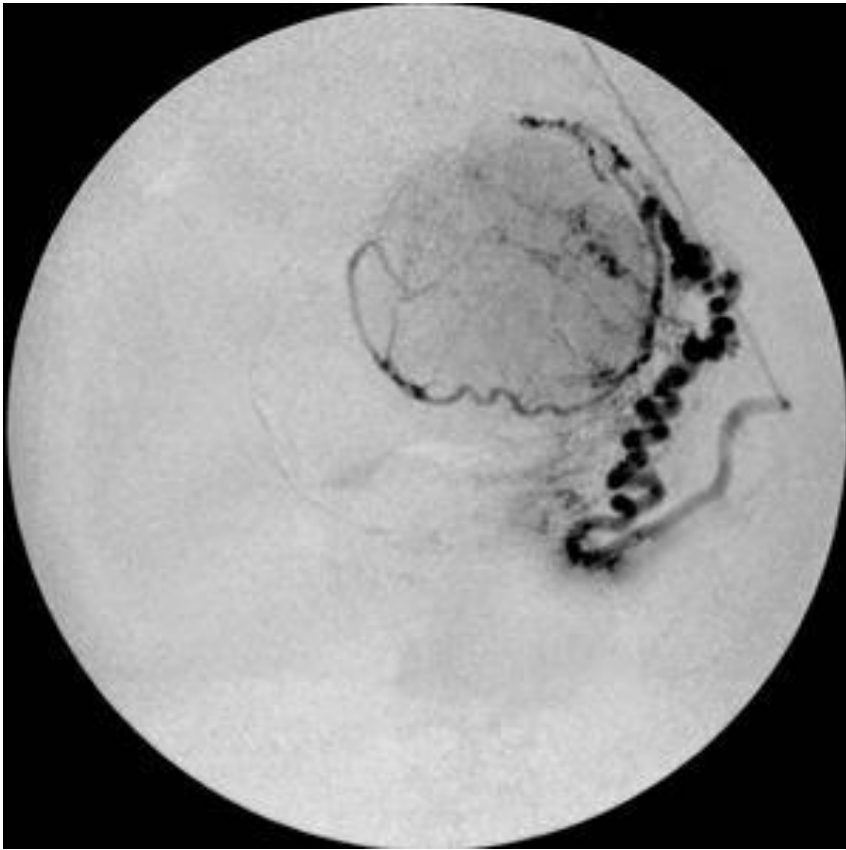
Показания:

- Субмукозды және интерстициальды миоматозды түйіндер;
- Түйін өлшемі 2 см артық;
- Консервативті емдеудің сәтсіздігі;
- Өз қалауымен және діни наным-сенімдерге байланысты органын жоғалтқысы келмеуі;
- Жалпы наркозға қарсы көрсетілімдер;

NB! Мөлшері 8 см астам ісік емдеу тиімсіздігіне байланысты қарсы көрсеткіш болып табылады!



ЭМА



Спасибо за

ВНИМАНИЕ

