



Дәріс тақырыбы:

Қатерлі ісік алды аурулар. Жыныс мүшелерінің қатерлі емес және қатерлі ісіктері.

- Әйел жыныс мүшелерінің қатерлі ісік алды ауруларына жататындар: жатыр мойны эрозиясы, вульва және жатыр мойны лейкоплакиясы, жыныс мүшелерінің полиптері.
- Лейкоплакия-дистрофиялық ауру, нәтижесінде шырышты қабаттың өзгеріске ұшырауы және эпителийдің мүйізделуі болады. Яғни сыртқы жыныс мүшелерінде, қынапта, жатыр мойнының қынаптық бөлімінде ақ түсті, әртүрлі пішінді дақтардың пайда болуымен, тіннің тартылып, склероздануымен сипатталады.

- **Жатыр мойнының эрозиясы-жатыр мойнының** шырышты қабатында үлкендеу жаралардың пайда болуы.
- Жатыр мойны каналы көпқабатты цилиндрлік эпителийден құралған, жатыр мойнының қынаптық бөлігі жалпақ эпителийден құралған.
- Эрозия 2 ге бөлінеді: жалған және шынайы.
- **Жалған эрозия**-ішкі жатыр мойнының каналының сыртқа айналып кетуі кезінде болады.
- **Шынайы эрозия** -жатыр мойнының қынаптық бөліміндегі ашық күлгін түсті сау тінде қызыл дақ тәрізді көрінеді.

Әйел жыныс мүшелерінің полиптері-ол қатерсіз ісікке жатады. Пішіні ворсинка және алмұрт тәрізді болады. Шырышты қабатқа полиптер өзінің денесімен немесе ұзын аяқшаларымен бекиді. Полиптер жатырдан қан кетулерге әкелуі мүмкін.

- Қатерсіз және қатерлі ісіктердің сипаттамасы. Әйел жыныс мүшелерінің қатерсіз және қатерлі ісіктерінің ішінді ең жиі кездесетіні жатыр ісігі (80 % дейін). Сирегірек аналық без (15-16 %) сыртқы жыныс мүшелерінің және қынап (2-4 %) ісігі кездеседі.

Әйел жыныс мүшелерінің қатерсіз ісіктері ішінен ең жиі кездесетіні

- **жатыр миомасы** – бұл бірыңғай салалы бұлшықеттен дамитын ісік.

30 – 50 жас аралығындағы гинекологиялық науқас әйелдердің ішінен миома 8 – 14% жиілікте кездеседі. Ісіктің гармонға тәуелді екені анықталды. Жатыр миомасы бар науқас әйелдерде фолликулостилеулдеушігормон секрециясы жоғарылаған, лютеинизирлеуші гормон синтезі төмендеген, менструальды циклдың сары дене фазасы қысқарған және гиперэстрогенемия байқалады.

● **Әйел жыныс мүшелерінің обыралды аурулары.**

Қазіргі кездегі классификациясы бойынша жатыр миомасы сублеукозды, интрамурольды және субсерозды деп бөлінеді. Ісік түйіндері жатырды деформациялауы мүмкін, жақын жатқан мүшелермен (несепағар, қуық, кіші жамбас қан тамырлары) физиологиялық байланысын бұзады.

## Клиникасы

Жатыр миомасының клиникалық көрінісінде негізгі және ең ерте симптомы қан кету болып табылады.

- Гиперполименорея немесе метроррагия типті жатырдан қан кету науқас әйелдердің 40 – 45% кездеседі.
- Әрбір екінші қан кетуі бар науқас әйелдерде екіншілік постгеморрогиялық анемия анықталынады. 18 – 20% ауырсыну синдромы, 12 - 15% көмей – асқазанның функциясының бұзылуы анықталады 30% жағдайда науқас әйелдер ешқандай шағым айтпайды, ісік тек профилактикалық тексеру кезінде ғана анықталады.



## **Сүтбездің қатерсіз ісіктері. Клиникалық белгілері. Диагностикалау принциптері**

Қатерлі ісік аурулары ішінде әйелдерде кездесетін сүт безі обыры соңғы кездері жиілеп кетті. Сүт безі мен жыныс ағзалары жүйке жүйесі мен қандағы гормондар арқылы байланысады және өмір бойы өзгеріске ұшырап тұрады. Мысалы, етеккір алдында сүт безінің көлемі ұлғайса, етеккірден кейін кішірейеді. Мұндай өзгерістер ай сайын қайталаанады. Сүт безі әйелдердің жүкті кезінде де ұлғаяды.

- Бұл ауру көбіне жасанды түсіктің көбеюі және жас нәрестені жасына келгенше емізбеу салдарынан туындайды. Мұның бәрі әйелдердің жыныс ағзаларының ауруына, гормондар тепе-тендігінің бұзылуына, әсіресе ұрық арқылы шығатын эстроген гормонының көбеюіне және емшекте әртүрлі ісіктердің пайда болуына алып келеді. Аталмыш гормонның мол мөлшерде ұзақ уақыт бойы қанмен араласып жүруі ісік алдында болатын аурулардың асқынуына ықпал етеді де, ол сүт безінің қатерлі ісігіне ұласады. Мұндай ісіктің пайда болуына жатырдың ушығып қабынуы, сондай-ақ қалқанша без бен бауыр аурулары да ықпал етеді. Ал бауырдың организмдегі барлық артық гормондарды өңдеп зиянсыздандырып тұратын ағза екені белгілі.

**Жыныс мүшелерінің обырын ерте анықтау және олардың алдын алу үшін жаппай профилактикалық қарап тексеруді ұйымдастыру және оның маңызы.**

Босанудан кейінгі ерте кезеңінде жыртылған орынды дер кезінде қалпына келтіру. Жатыр мойнының барьерлік қорғанысын сақтауда патологиялық жағдайды дер кезінде анықтап, емдеу.

- Абортпен күресу,
- контрацептивті дәрілерді рационалды қолдану.
- Жатыр ішілік операциялар жасалғанда міндетті түрде қынапты санациялау қажет.
- Науқас стационардан шыққан соң, әйелдер кеңесінде бақылауға алынуы керек. Әйелдің қабыну ауруын емдегенде міндетті түрде жыныс партерін емдеу қажет.
- Қабыну үрдістерін адекватты емдеу әйелдің репродуктивті қызметін сақтайды.

- Жатыр мойын обыры (рагы)
- **Жатыр мойны рагы** әйелдердің жыныс мүшелерінің қатерлі ісіктерінің арасында кездесу жиілігі бойынша екінші орын алады.
- Жатыр мойыны рагымен науқастандың ең жоғарғы деңгейі 50-60 жаста байқалады. Ең көп төмендеу деңгейі репродуктивті жаста, бір шама төмендеуі етеккір үзілісіне дейінгі кезеңде байқалады.

## **Жатыр мойны рагының дамуы бойынша қауіпті факторлар:**

- ерте жыныстық жетілу, ерте менархе (12 жасқа дейін);
- жыныстық қатынастың ерте басталуы (18 жасқа дейін);
- 20 жасқа дейін және 40 жастан кейін босану;
- ерте басталатын етеккір үзілісі (45 жасқа дейін);
- анамнездегі жиі аборттар (жүктілікті үзу);
- әйел адамның және оның ерінің жыныстық сыңарын жиі ауыстыруы;
- әйел адамда және оның жыныстық сыңарында папиллома вирусты немесе герпесті (ҚГВ-қарапайым герпес вирусы-2) инфекцияның болуы;
- жыныстық гигиенаның болмауы;
- кәсіптік зияндар: тау-кен, мұнай өңдеуші зауаттар, темекі өндірісі, көмір өнеркәсібі;
- иммунды жетіспеушілік күйлері.

- **Жатыр мойны обырының клиникалы-морфологиялық жіктеуі**
- Бохман Я.В. 1976 жылы жатыр мойнындағы патологиялық процестердің мынадай клиникалы-морфологиялық жіктелуін ұсынды:
- *Фонды процестер*: псевдоэрозия, лейкоплакия, полип, жалпақ кондиломалар.
- *Рак алды процесс – дисплазия*: әлсіз, орташа, ауыр деңгейлі.
- *Преинвазивті рак* (Ca in situ, эпителий ішіндегі рак).
- *Микроинвазивті рак*.
- *Инвазивті рак*: жалпақжасушалы мүйізделетін, жалпақжасушалы мүйізделмейтін, аденкарцинома (безді), диморфты безді-жалпақжасушалық, төмен дифференцияланған.

## Жатыр мойыны обырының сатылар бойынша жіктелуі (1985 ж.)

- 0 сатысы – преинвазивті рак (Ca in situ) – жатыр мойыны эпителийінің барлық қабаттарында рақтың белгілері болады. Мұнда жатыр мойыны эпителийінің «қатпарлығы» және «полярлығы» бұзылған атипиясы, бірақ процеске строма қамтылмайды.
- Ia сатысы – микроинвазивті рак – стромаға 3 мм артық өспеген жатыр мойынымен шектелген ісік (ісіктің диаметрі 1 см артық болмау керек).
- Ib сатысы – стромаға 3 мм артық өскен, жатыр мойынымен шектелген ісік.
- IIa сатысы – қатерлі ісік қынапты, төменгі 1/3 бөлігіне ауыспай, зақымдайды және/немесе жатырдың денесіне жайылады.



- IIб сатысы – қатерлі ісік жамбас қабырғаларына ауыспай бір немесе екі жақтағы параметрийді зақымдайды.
- IIIа сатысы – қатерлі ісік қынаптың төменгі 1/3 бөлігін зақымдайды және/немесе жатыр қосалқыларында метастаздар болады; аймақты метастаздар болмайды.
- IIIб сатысы – қатерлі ісік бір немесе екі жақтағы параметрийді жамбастың қабырғасына дейін зақымдайды және/немесе жамбас қуысының лимфа түйіндерінде аймақты метастаздар болады, және/немесе несеп жолының қысылуына байланысты туындайтын гидронефроз және әрекетсіз бүйрек анықталады.
- IVа сатысы – қатерлі ісік қуықты және/немесе тік ішекті зақымдайды.
- IVб сатысы – алыс метастаздар анықталады.

## **Жатыр мойны қатерлі ісігінің клиникасы**

- Ақ етеккір әртүрлі сипатты болуы мүмкін: сулы, қанмен боялған, иіссіз және нашар иісті.
- Жатыр мойыны рагына жыныстық қатынастан соң, ауыр зат көтергенде, гинекологиялық зерттеулерден кейін және тағы да басқалар барысында пайда болатын қатынастық қанды бөлінулер тән.
- Етеккір үзілісінен кейінгі жастағы әйелдерді жыныстық жолдарынан қанның бөлінуі.
- Қатерлі ісіктің тік ішекке таралуы бастапқыда үлкен дәретте қанның бөлінуіне, сонан кейін саңылаудың пайда болуына ықпал етеді.

## **Жатыр мойны қатерлі ісігінің диагностикасында қазіргі кезде қолданылатын әдістер**

- Шағымдар
- Анамнез
- Жалпы қарау
- Гинекологиялық зерттеу: жатыр мойнын айнамен қарағанда, мөлшерлері және деңгейлері әртүрлі, некрозды жаралы бөліктері бар қатерлі өсінділерді байқауға болады. Сынғыш қатерлі ісікті жаралардың көтерілген шеттері жақсы көрінетін сары түрі болады (Хробак белгісі – түтікті аспап батып кетеді, қанталайды).
- Тік ішекті-қынапты зерттеу жатыр мойнының бейнесін, тығыздығын, қозғалғыштығын, сіңірлі аппаратының және жамбас үлпершесінің күйін анықтауға мүмкіндік береді.

- **Диагноз қоюдың қосымша әдістері**
- *Цитологиялық және гистологиялық әдістер.*
- *Кольпоскопия.*
- Жапсарлас басқа мүшелердің (цистоскопия, ректороманнография), несеп шығару жолдарының (экскреторлы урография, радиоизотопты ренография)

## Жатыр мойны қатерлі ісігінің емдеу қағидалары

- Біріккен сәулелік терапия әдісі;
- Аралас терапия әдісі;
- Хирургиялық емдеу әдісі
- ДЭЭ – диатермоэлектрлі эксцизия
- Конизация
- Химиотерапия