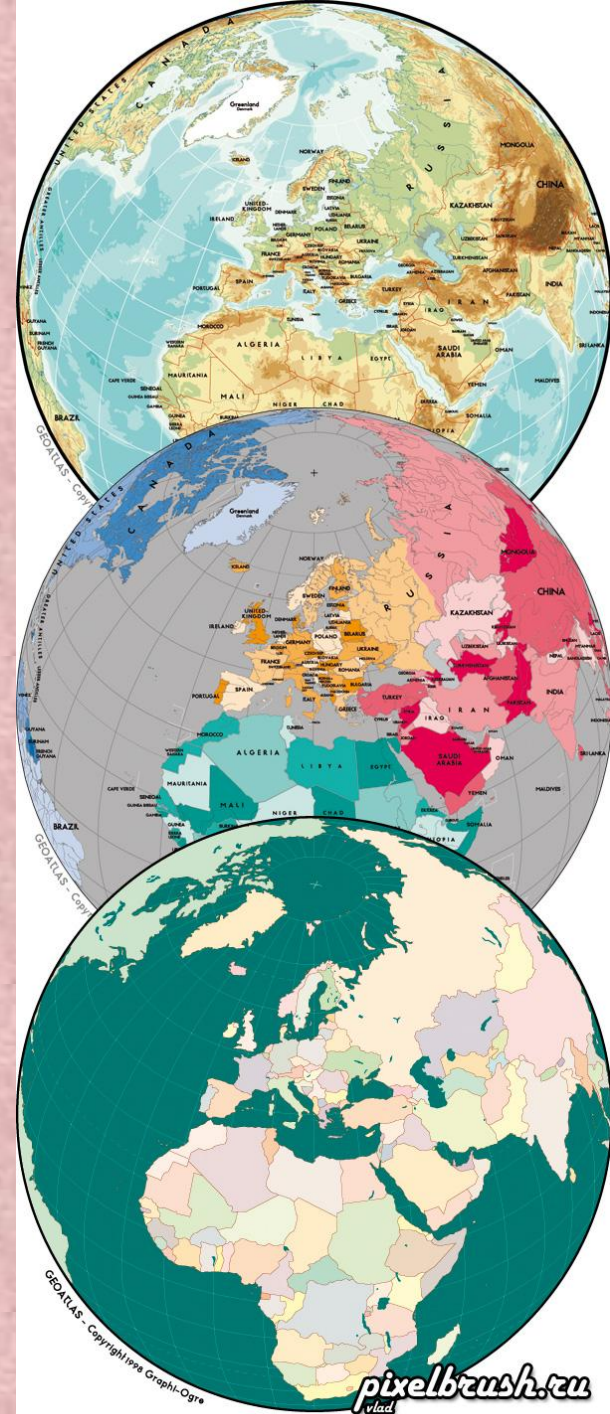


**Жатыр
МОЙЫНЫНЫҢ
қатерлі ісігі**

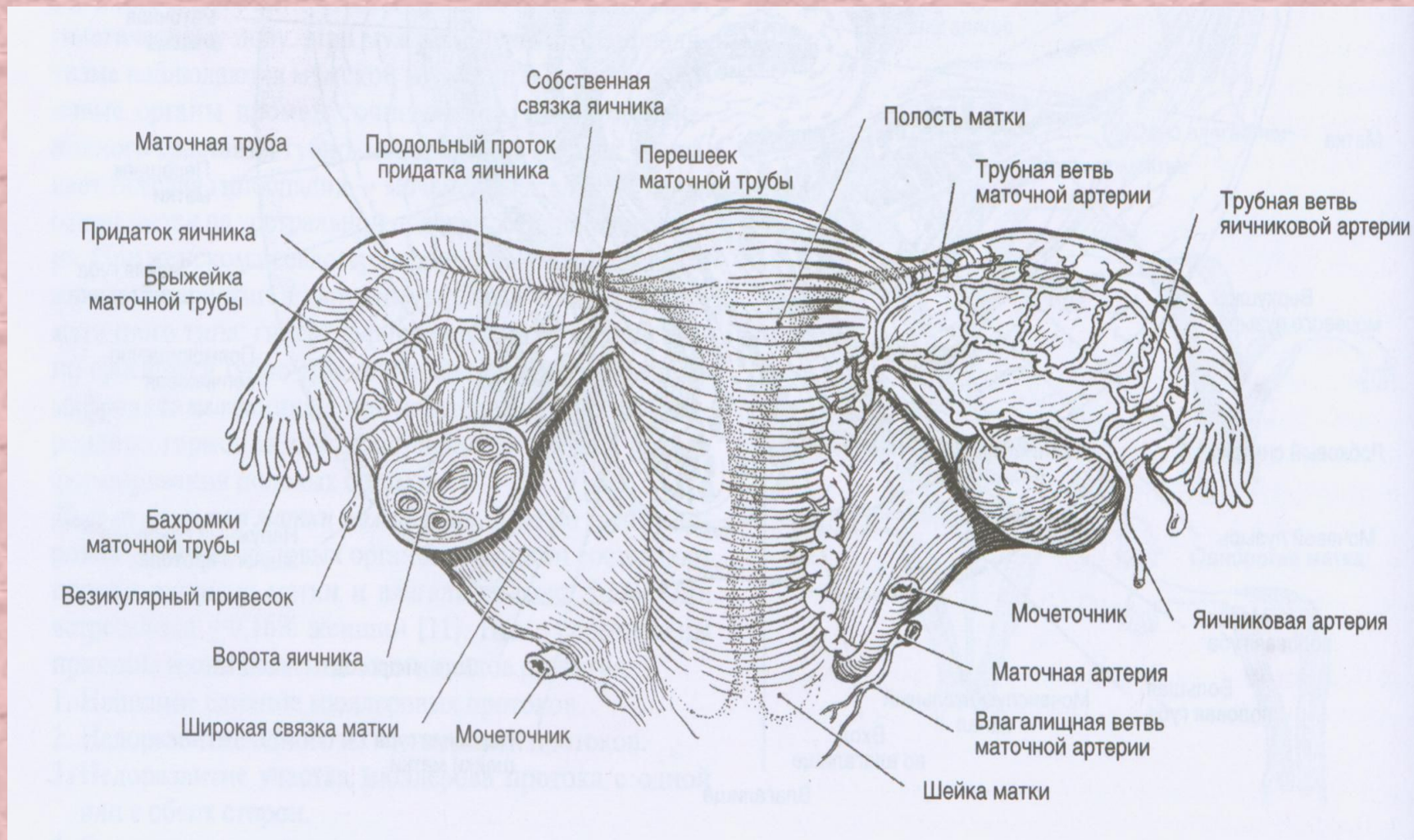
**Балтабаева Құндыз
Тоғайқызы**

Жатыр мойынының қатерлі ісігі

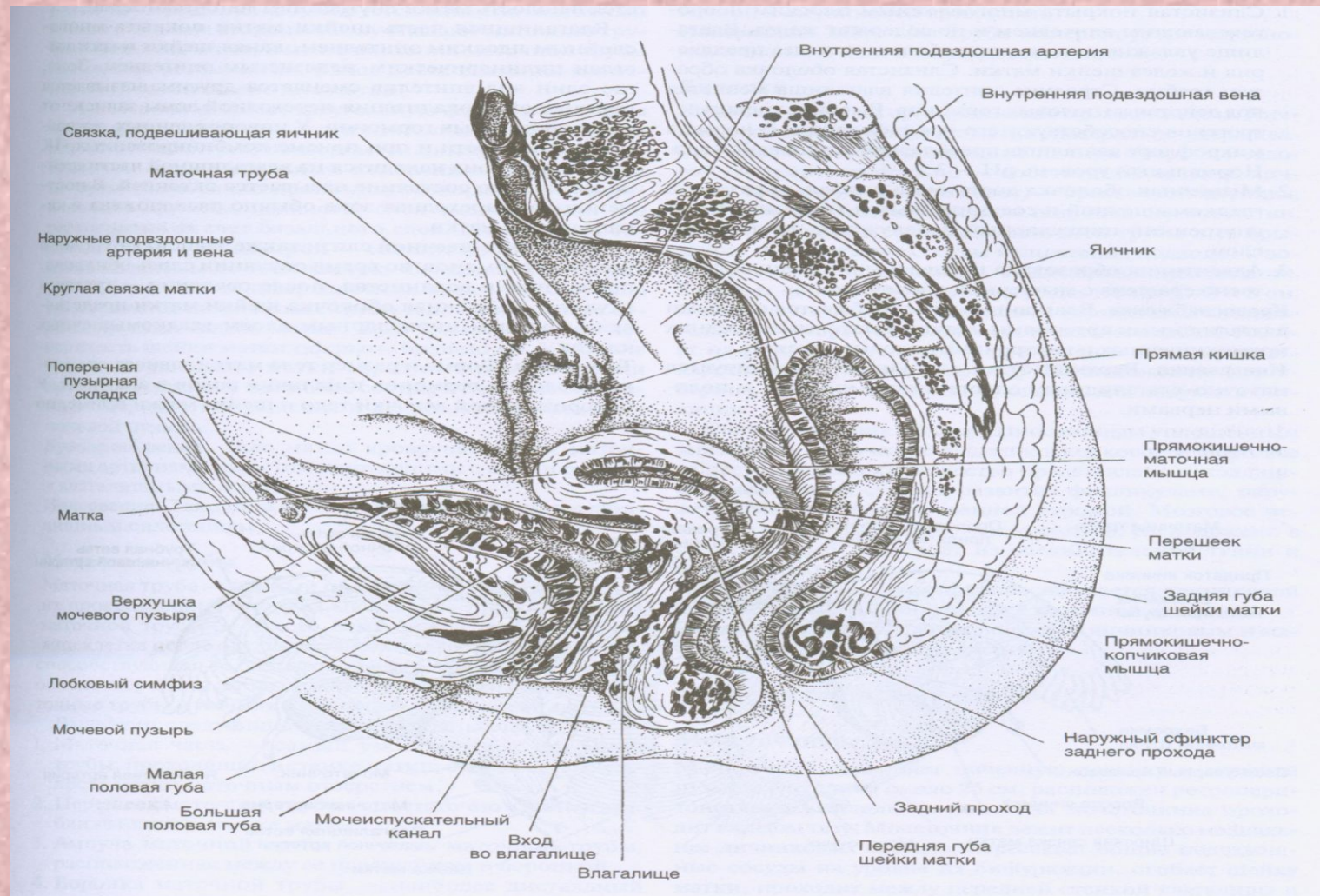
- Жатыр мойынының қатерлі ісігі онкогинекологиялық аурулардың ішінде бастапқы орында. Бұл дертпен әлемде 100000 әйелге шаққанда 20-сы науқастанады. Осы аурудың емін толық қанағаттанарлық деп айта алмаймыз, өйткені 5 жылдық өмір сүру ұзақтығы 65-70%.
- Жыл сайын әлемде жатыр мойынының қатерлі ісігімен 600 000 әйел ауырады
- 270 000 әйел кайтыс болады



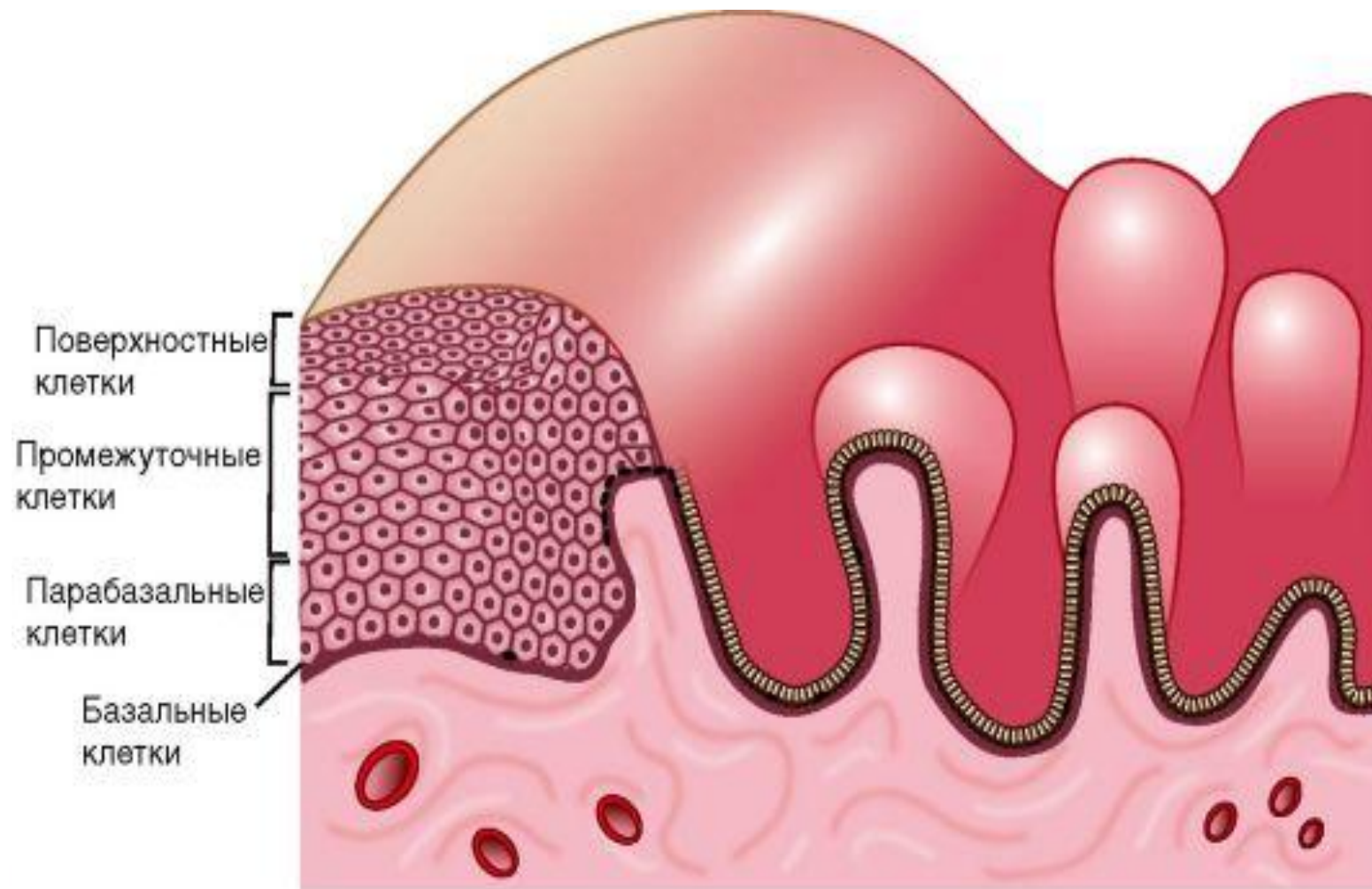
Әйел жыныс мүшелерінің анатомиялық құрылысы (фронтальды кесінді)



Әйел жыныс мүшелерінің анатомиялық құрылысы сагитальды кесінді



Жатыр мойнының ГИСТОЛОГИЯЛЫҚ ҚҰРЫЛЫСЫ



Жатыр мойынының қатерлі ісігі

бұл:

- әйел жыныс мүшелерінің қатерлі ісіктерінің 12 % құрайды. 48 бен 50 жас арасындағы әйелдер жиі ауырады
- Аурудың жиілігі – Қазақстан бойынша
- 100мың.әйелге 7,1.
- Жатыр мойынының қатерлі ісігі мәселесінің і бағыттары;
- ерте анықтау және алдын алу шаралары
- дисплазиялар мен преинвазивті қатерлі ісікті дер кезінде анықтап, емдеу тәсілдерін күшейту. инвазивті рақтың алдын алу;
- инвазивті рақты емдеу тәсілдерін күшейту

Қауіп қатерлі себептері:

- *Жыныстық қатынасқа ерте түсу (15 жастан)*
- *Жыныстық қатынасты әртүрлі адамдармен жүргізу*
- *Ерте жүктілік пен босанулар (18 жасқа дейін)*
- *Кеш тұрмыс құру және кеш босану*
- *Ерте басталатын етеккір үзілісі(45 жасқа дейін)*
- *жүктілік пен босанулар көп болған жағдайда*
- *Анамнезінде жиі аборттар*
- *Босанудан кейінгі тыртықтар*
- *Әйел адамда және оның жыныстық сыңарында папиллома вирустың немесе герпестік инфекцияның болуы*
- *патологиялық процестер(факультативті ісік алды ауруы)*
- *Жатыр мойынының ісік алды ауруы дисплазиялар (облигатты ісік алды ауруы) гормондық тепе-теңдіктің бұзылысы, иммундытәуелді жүйелердің қызметінің төмендеуі кезінде фондық аурулардың қатерлі ісікке айналу мүмкіндігі туады.*
- *Қауіп тобындағы науқастар 6 айда 1рет ауқымды кольпоскопия,жағындыны цитологиялық зерттеу,керек болған жағдайда зерттеудің инвазивті әдістерін қолдану қажет.*

ВПЧ инфекциясы анықталған әрбір 1 млн әйелде:

- 100 000 әйелде жатыр мойнының ісікалды ауруы
- 8000 әйелде жатыр мойны рагының алғашқы сатысы
- **1600** әйелде жатыр мойны рагының инвазивты сатысы анықталады

Сатысына байланысты жіктелуі

- **Ca in situ** – преинвазивті рак
- **I сатысы**-ісік жатыр мойынымен шектелген
- **II сатысы** -ісік жатырдың денесіне , қынаптың жоғарғы бөлігіне параметрийге инфильтрация береді.
- **III сатысы** - қынаптың төменгі бөлігіне, инфильтрация параметрийден жамбас сүйектеріне дейін жетеді іш пердеден тыс лимфатүйіндеріне таралады
- **IV сатысы** - рак көрші ағзаларға таралып, алшақ метастаздар береді

Өсу түрі

- Эндофитті(ішке қарай өседі)Бұл өте жиі кездеседі-52%. Жатыр мойны бөшке тәріздес ұлғайып,өсіп кетеді, қолға қатты сезіліп, қою көк түсті болып мүше өзгереді, майда қантамырларға өте бай келеді.
- Экзофитті(сыртқа қарай өседі)-32 % Ерте клиникалық белгі білдіреді. Теңіз қырыққабаты сияқты пішінге айналады, тез қанайды, сөйтіп қара түсті қабықпен жабылады
- Аралас 16% төбе төбе сияқты мойында өсінді өзгерістер пайда болады, олар өте қанағыш келеді.
- Жаралы-жайылмалы түрі эндофитты дерт асқынғанда, өршігенде пайда болады.

Гистологиялық түрлері

1. жалпақклеткалы , мүйізденген,
мүйізденбеген,
2. *аденокарцинома,*
3. *диморфты безді- жалпақклеткалы*
(мукоэпидермоидты),
4. *Төмен жасушалы*

- 0 сатысы – CaInSitu жалпақ эпителидің ішінде, базальды мембранаға өтпейді.
- I A сатысы: базальды мембранаға өтіп, стромаға 3 м енеді.
- I B сатысы: ісік стромадан өтіп кетеді.
- II A сатысы Жатыр денесіне қынапқа өтеді.
- II B сатысы параметриге енеді.
- III A сатысы қынаптың төменгі бөлігіне өтеді.
- III B сатысы ісік жамбас сүйекке дейін өтеді.
- IV сатысы қасында жатқан ағзаларға өтеді

- **TNM бойынша жіктелуі:**
- T0 дәреже - обыр *in situ*.
- T1 – Жатыр мойнымен шектелген обыр.
 - T1a – микроинвазивті жатыр мойны обыры, ол бөлінеді:
 - T1a₁ – инвазия тереңдігі 3 мм дейін, диаметрі 7 мм дейін;
 - T1a₂ – инвазия тереңдігі 3 тен 5 мм дейін, диаметрі 7мм;
 - T1b – инвазивті обыр
- **T2** - дерт жатыр денесіне және қынаптың жоғарғы бөлігіне таралады. Бірақ жамбас сүйектеріне әлі жетпеген
 - T2a – тек жатыр денесімен немесе қынаппен білінуі.
 - T2b - параметрииге көшкен кезі
- T3 - ісік жамбас сүйегіне дейін өседі немесе қынаптың төменгі бөлігін жарақаттауы.
- T4 – қуыққа және тік ішекке дерттің таралуы.

- **N – регионарлы лимфатикалық түйіндер**
- **NX –лимфа бездерін сипаттау қиын.**
- **N0 – метастаз жоқ кез**
- **N1 – метастаз бар кез**

- **M – алыс метастаздар**
- **M0 – алыстан метастаздар жоқ**
- **M1 – алыстан метастаз бар**
- **Mx – алыстағы метастазды анықтау қиынға соғады**

Клиникалық көрінісі

- Жатыр мойнының рагы алғашқы өсу кезеңдерінде ауруды ешқандай мазаламайды, яғни әйелдерде шағым жоқ. Дәрігерге өтініш айтып келгенде, өтінішке орай дерт нақты қалыптасып, асқынған кезін білдіреді. Аурулардың шағымдары мынадай болады:
- Жыныс мүшелерінен көп мөлшерде ағынды көрінеді, ол ақ түсті сұйық болады немесе қоймалжың келеді. Егер қабыну аурулары қабатасса, онда ол көбіктеніп, қышыма туғызады. Кейде ағынды қан аралас іріңді болады.
- Белде және іштің төменгі бөлігінде ауру сезімінің пайда болуы



Рис. 13.1. Подозрение на рак шейки матки. (Из: Бауэр Х.-К. Цветной атлас кольпоскопии. М., 2002. – С. 219).

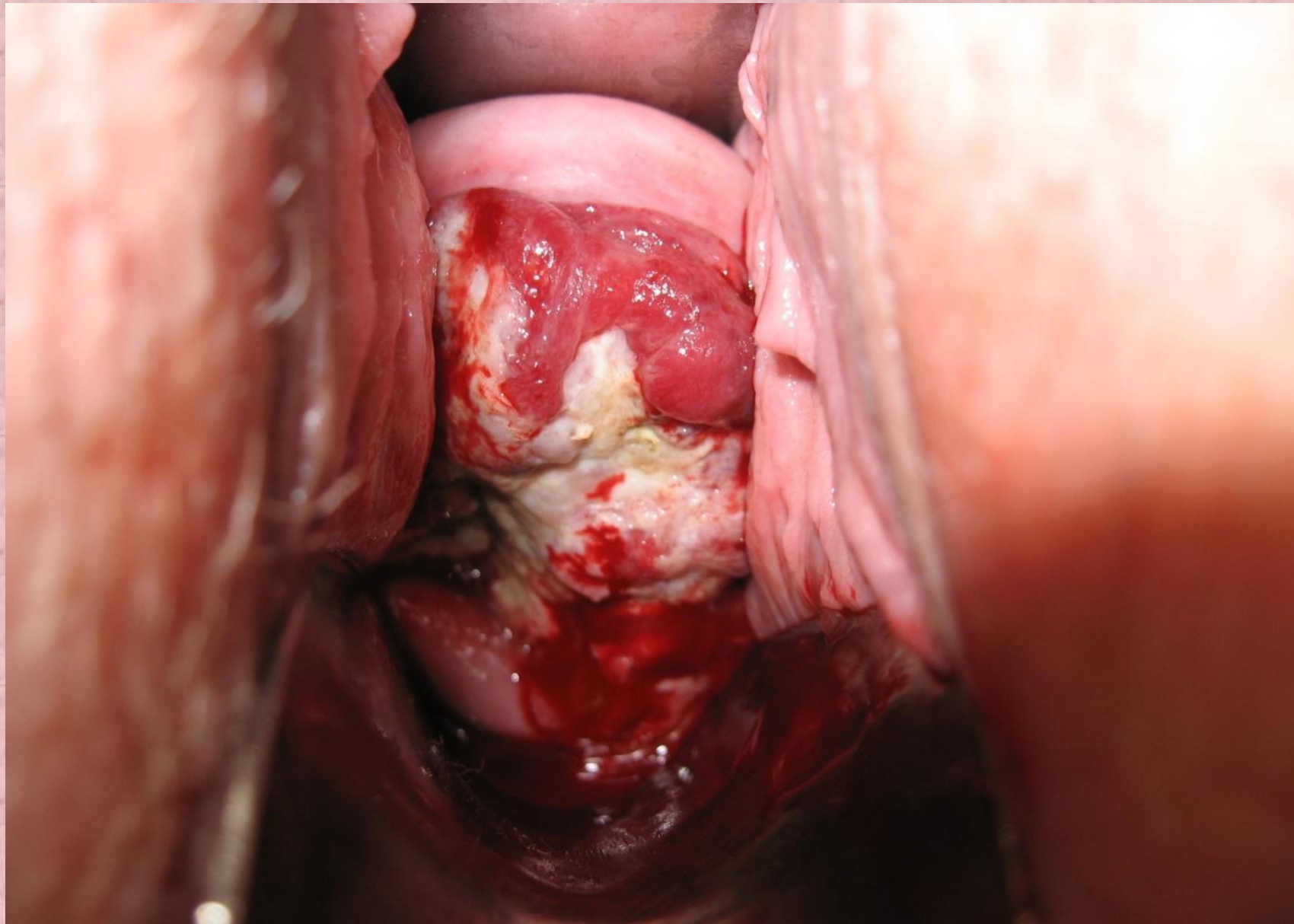
Екінші белгілері- бұл дерт асқынып, көрші сау мүшелерге ауысса немесе қабыну ауруы қабатасса болады

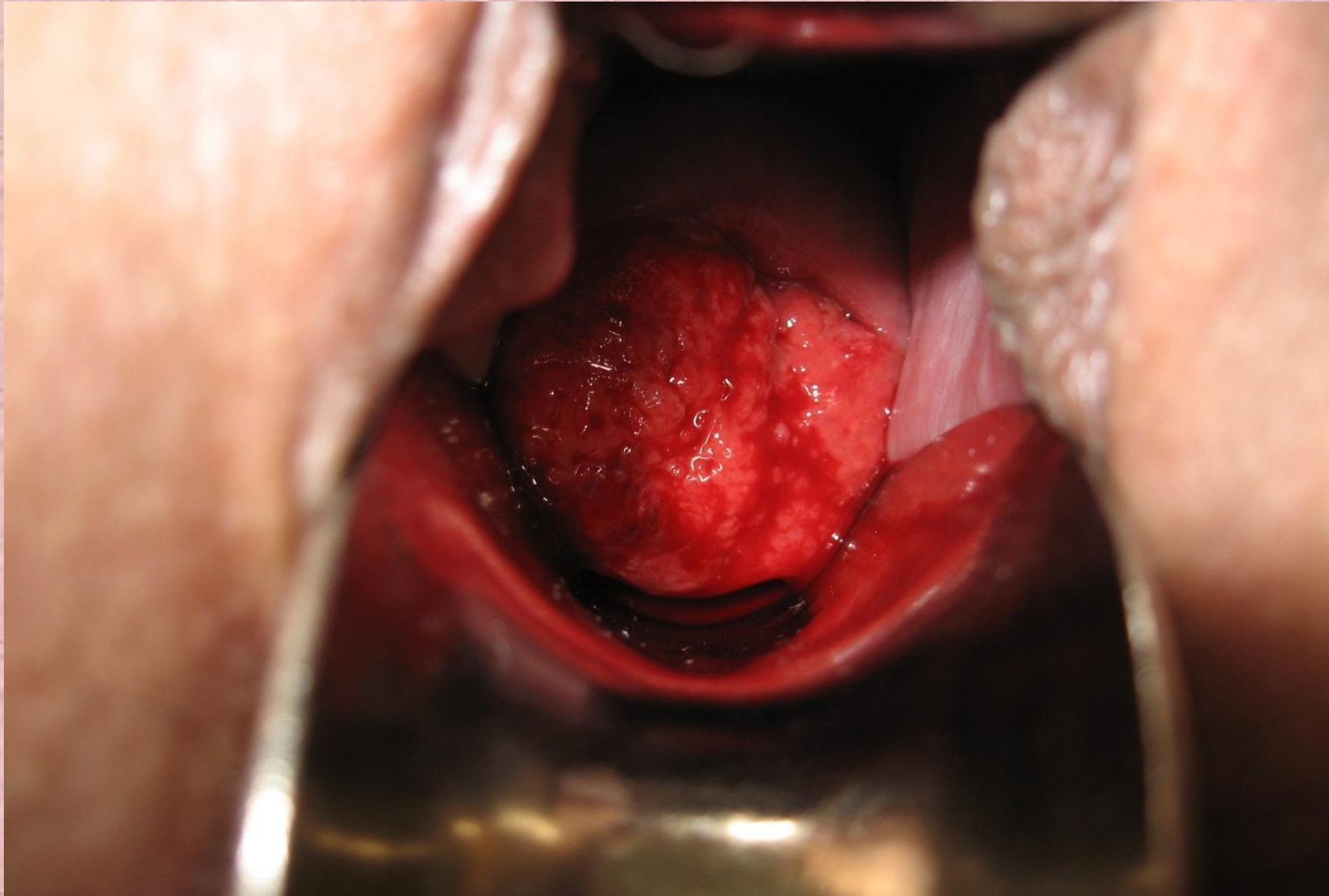
- Ауру сезімінің күшеюі, оның тұрақты көрініске айналуы
- Дене қызуының көтерілуі
- Аяқтың ісінуі
- Қуық және тік ішек функциясының бұзылуы
- Жалпы әлсіздік, тез шаршау, жұмысқа қабілеттің жоқтығы
- Терінің бозаруы, қанның азаюы
- Кіндіктегі метастаздың болуы, ішке су жиналуы
шемендіктің қалыптасуы

Жатыр мойынының қатерлі ісігі

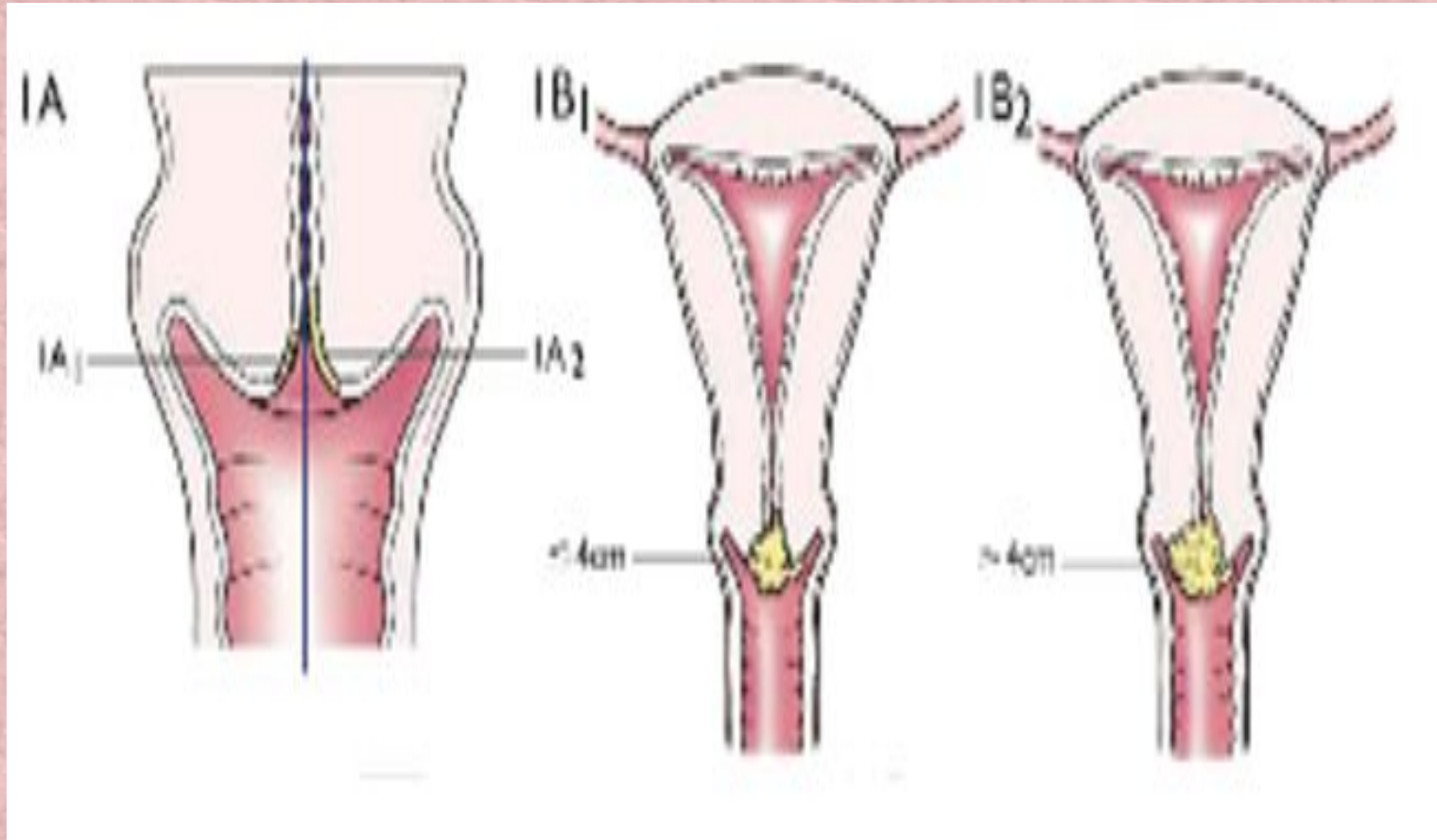




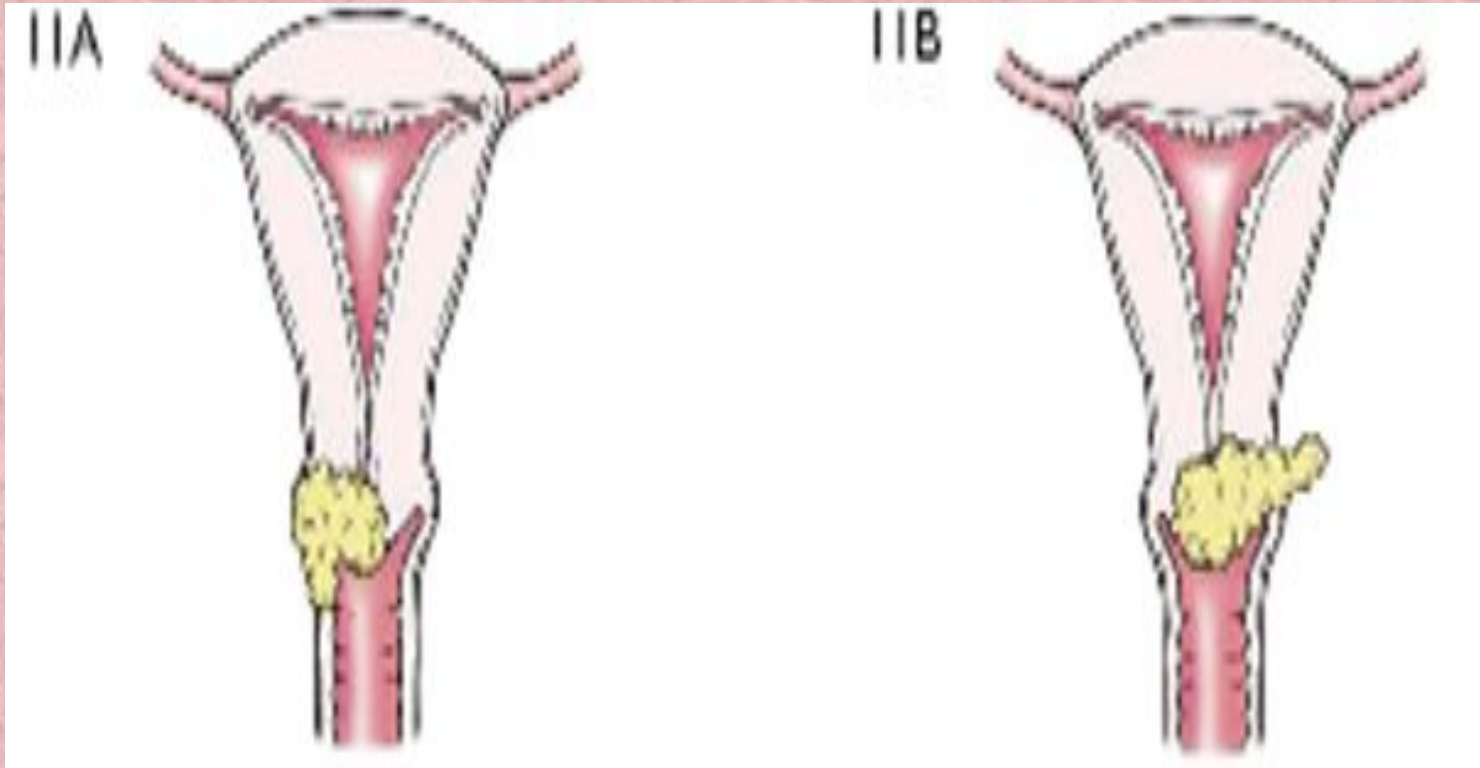




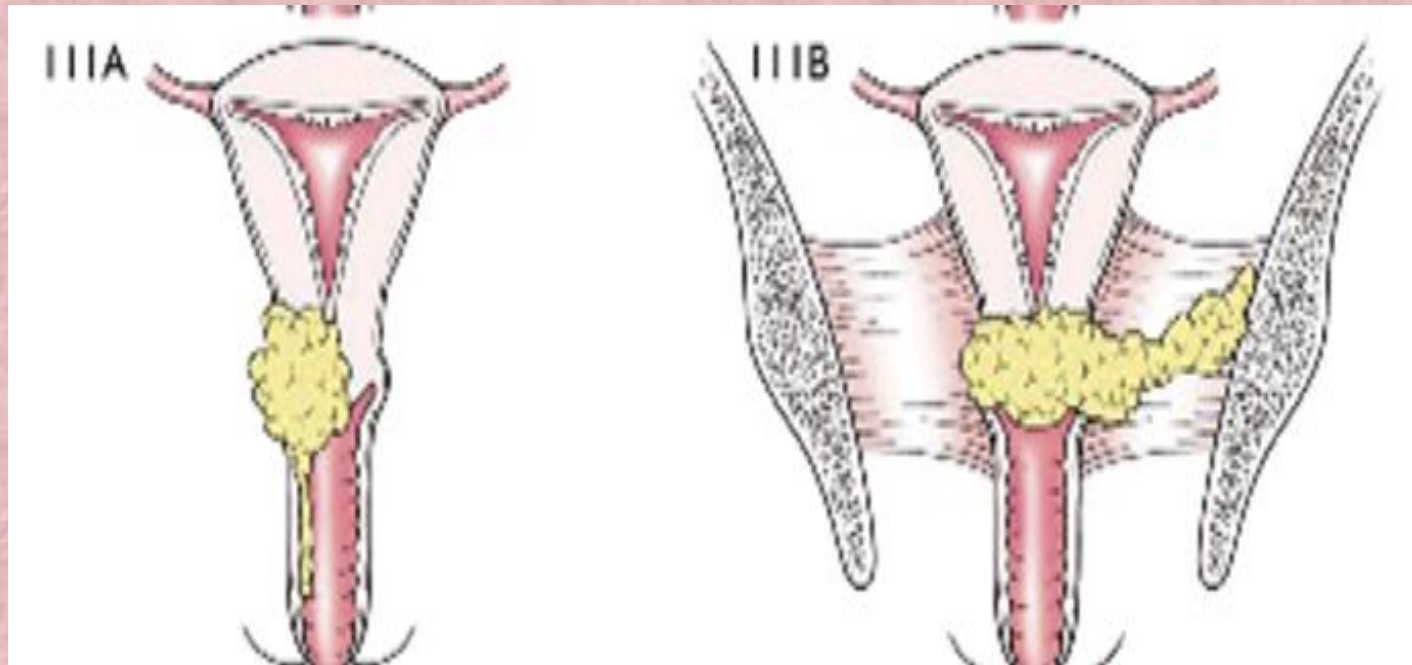
Жатыр мойынының қатерлі ісігінің I сатысы



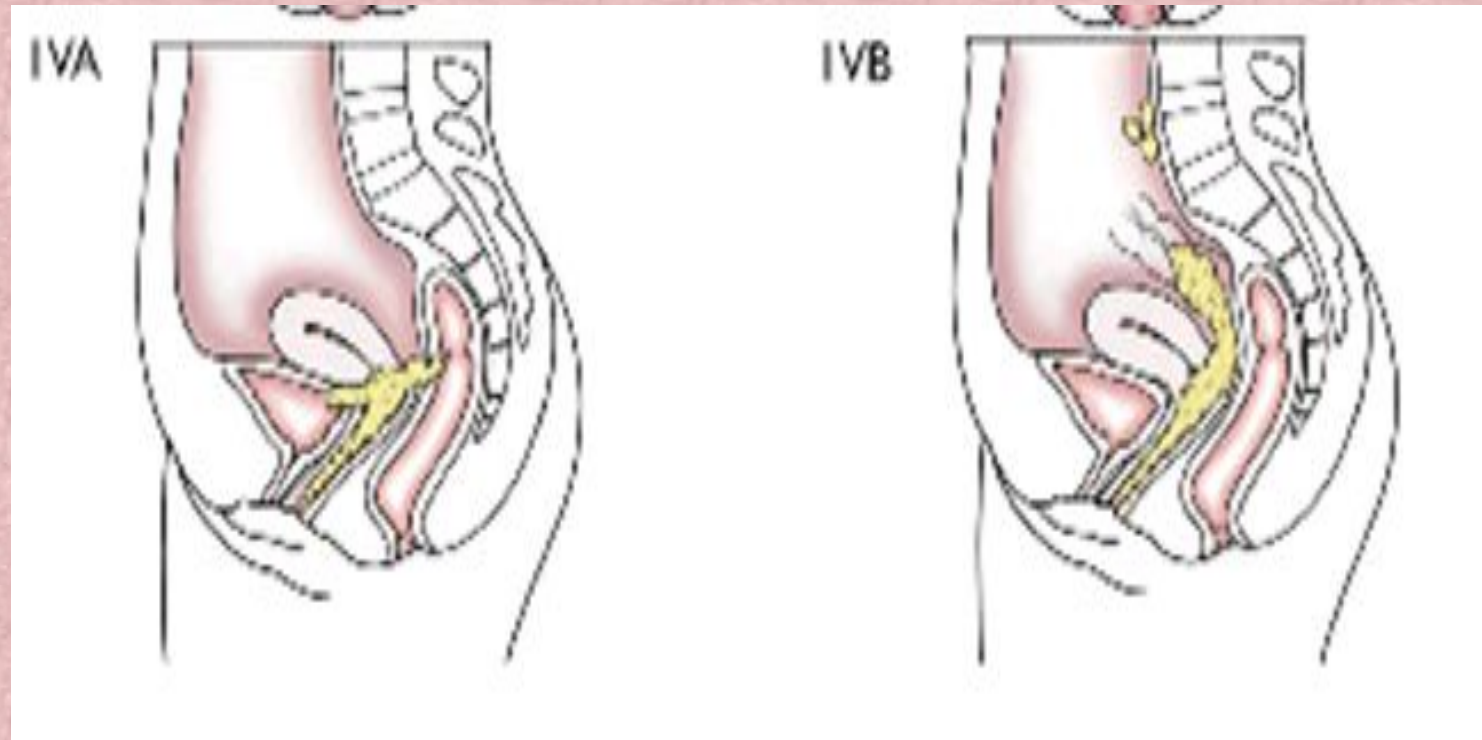
Жатыр мойынының қатерлі ісігінің II сатысы



Жатыр мойынының қатерлі ісігінің III сатысы



Жатыр мойынының қатерлі ісігінің IV сатысы



Диагностика

- Қынаптық айнамен визуальды карау
 - Қынаптық зерттеулер
 - Ректальді-құрсақтық зерттеу
 - Цитологиялық зерттеу
- Қосымша зерттеулер

- колькоскопия
- Биопсия
- Эхография
- УДЗ



Кольпоскопия

I -Топтағыларда ақшыл немесе ақшыл сарғыш түсті заттар көрінеді, олар майда төмпешіктермен сипатталынады және неше түрлі көлемдегі қысқа қысқа жылан сияқты қантамырларды байқалады.

Жарақаттанған жердің шеттерінде қантамырлары қысқарады және ұсақталады. Бұл жалған немесе шынайы жолақтар (эрозия)

II- Топтағылар дәл жоғарыдағыдай келеді, бірақ бұған қосымша бұлардың бәрі сәл көтеріңкі орналасады.

III- Топтағылар дәл жоғарыдағы айтылғандар қайталаанады,бірақ бұлар әр жерден арал сияқты орналасып,оқшауланады.Қан ағу жиі негізделінеді.

Гистологиялық өзгеріс бұл кезде кішкене рак ошақтарын немесе карцинома in situ түрлерін анықтайды.

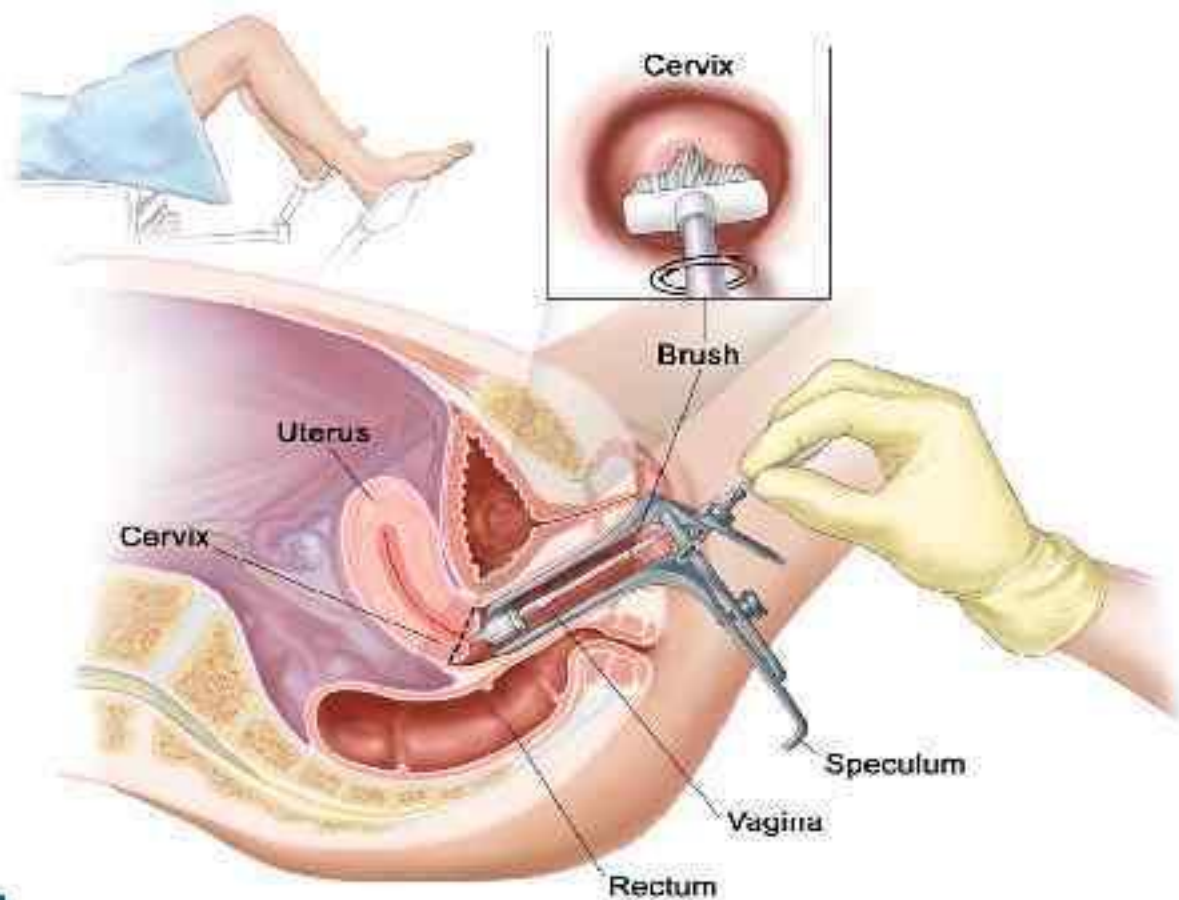
IV -Топ жарамен білінеді,ол әлі терең емес, түбінде сарғыш қабық бар, жағасы көмескіл келіп, көтеріңкі қалыптасады. «Атипті» қан тамырлары жараның түбінде де, жағасында да байқалынады.

- Диагностикасындағы тиімді әдіс **Шиллер** (1928) сынамасы. Ол жатыр мойнына люголь ертіндісіне батырылған дәкелі тампонада қою. Бұл кезде қалыпты жағдайда шырышты эпителий қою қоңыр түске боялады, ал эрозия, лейкоплакия, гиперкератоз, карциноматозды эпителий бояуды қабылдамай айқын шекаралы, бозғылт дақ түрінде, қою қоңыр түсте қалады. Шиллер сынамасын мақсатты түрде биопсия алдында жасау керек, ал биопсияны йод негативті аймақтан алу керек.

Проба Шиллера



Онкоцитологияға жағыңды алу



Морфологиялық, цитологиялық қорытынды раранісolau бойынша бес баллды жүйемен бағаланады:

- Атипті жасушалар жоқ
- Атипті жасушалар ракқа ұқсамайды
- Ракқа күдік туса
- Рақтың кейбір белгілері бар
- Рак

Қосымша диагностикалау әдістері

- ▶ диагностическое удаление зоны трансформации (при подозрении на микроинвазивную карциному)
- ▶ цистоскопия
- ▶ ректоскопия
- ▶ кюретаж/ гистероскопия
- ▶ Кеуде қуысы мүшелерінің 2 проекцияда рентген жасау
- ▶ МРТ (таралуың анықтау)
- ▶ КТ (құрсақ ішілік лимфа түйіндерінің үлкеюін анықтау)
- ▶ сцинтиграфия (сүйектердің метастазды зақымдануын қарау)
- ▶ позитро–эмиссионды томография
- ▶ Құрсақ ішілік мүшелердің және құрсақ аралығының УДЗ (Құрсақ ішілік мүшелердің және құрсақ аралығының патологияларын шектеу)

Емі

Жатыр мойнының қатерлі ісігін емдеудегі мақсаты ісіктің жайылу дәрежесіне байланысты:

- ▶ Аурудың ерте және жергілікті түрлерінде негізгі тапсырма болып ісіктің иррадиациясына қарай максимальді терапиялық және экономикалық тиімділігін ескере отырып, асқынудың минимальды болуын қадағалап, өмірлік сапаның сақталуын бақылаймыз.
- ▶ Жергілікті жайылмалы және метастазды түрлерінде терапиялық әсерлердің интенсивтілігінде және өмірінің ұзақтығын сақтауда балансты білу, күтілген бойынша рецидивсіз тірі қалуына, өмірінің сапасының жақсаруына көңіл бөлеміз.

Емі:

- Негізгі 3 бағыты бар:
- - қабаттасқан сәуле әдісі
- - қабаттасқан ем
- -хирургиялық жол

- Преинвазивті обыр (Ca in situ): конусты электроэксцизия (жм конизациясы), пышақты ампутация,криодеструкция,лазерлі деструкция,лазерлі эксцизия
- I дәр: жатыр қосалқыларымен ауқымды экстирпация (Вертгейма операциясы) + адьювантты дистанционды гамма терапия.
- II дәр. және III дәр. Тек қана қабаттасқан сәуле әдісі(қуыстық және дистанционды гамма терапия)
- IV дәр. Паллиативті сәулелі терапия.

Комбинированное лечение

- Комбинированное лечение, включающее операцию и лучевую терапию в разной последовательности, проводят при раке шейки матки IB-IIA стадии. Некоторые авторы допускают его применение при раке шейки матки IIB стадии.

Предоперационная лучевая терапия

- Предоперационное облучение снижает риск диссеминации опухоли и местных рецидивов заболевания.
- Предоперационная лучевая терапия показана при:
 - раке шейки матки IB²-IIA стадии;
 - раке шейки матки IB¹ клинической стадии при наличии эхографических признаков поражения тазовых лимфатических узлов;
 - раке шейки матки IIB стадии при наличии небольшого пришеечного инфильтрата.

Послеоперационная лучевая терапия

- Основная цель — девитализация опухолевых клеток в зоне удаления первичной опухоли и регионарных лимфатических узлов.
- Послеоперационное облучение проводят:
 - больным, имеющим противопоказания к предоперационной лучевой терапии (беременность, воспалительный процесс или объемные образования придатков матки);

- при наличии факторов риска:
 - метастазы в тазовых лимфатических узлах;
 - глубокая инвазия опухоли;
 - низкая степень дифференцировки;
 - патоморфоз I-III степени;
 - наличие опухолевых эмболов в лимфатических сосудах;
 - поражение параметриев;
 - наличие опухоли в краях резекции;
- больным раком шейки начальных клинических стадий, у которых при послеоперационном гистологическом исследовании выявлена более глубокая инвазия, чем предполагалось до операции.

Органосохраняющие операции на шейке матки в репродуктивном периоде

- конусовидная электроэксцизия,
- ножевая конизация или ампутация,
- лазерная конусовидная эксцизия,
- ультразвуковая конусовидная эксцизия,
- радиохирургический метод («Сургитрон»)

Конизация шейки матки выполняма при преинвазивном и микроинвазивном РШМ.

1. Минимальная инвазия опухоли в строму (до 2-3 мм).
2. Отсутствие опухоли по краю резекции.
3. Плоскоклеточный (высоко- или умеренно дифференцированный рак).
4. Расположение опухоли в эктоцервиксе.
5. Возраст до 40 лет.

6. Наличие опытного морфолога.
7. Возможность динамического наблюдения.
8. Наличие специализированной клиники, располагающей диагностической и терапевтической аппаратурой и возможностью для объективного анализа результатов лечения с учетом абсолютных критериев его эффективности.

Радикальная абдоминальная трахелэктомия

органосохраняющее оперативное вмешательство применяемое при инвазивном раке шейки матки у пациенток репродуктивного возраста, заключающееся в полном удалении шейки матки с околошеечной клетчаткой, верхней третью влагалища и тазовыми лимфатическими узлами. При этом сохраняются яичники, маточные трубы, тело матки с внутренним зевом и маточные сосуды

ТРАХЕЛЭКТОМИЯ. ОБЪЕМ УДАЛЯЕМЫХ ТКАНЕЙ



ПОКАЗАНИЯ К ТРАХЕЛЭКТОМИИ

- Желание пациентки репродуктивного возраста (18-40);
- Злокачественная опухоль шейки матки Ia1 стадией с неблагоприятными факторами прогноза (сосудистая эмболия), Ia2, Ib1, Ib2, IIa ст.

Показания к экстирпации матки при преинвазивном раке.

1. Возраст старше 45 лет.
2. Преимущественная локализация опухоли в цервикальном канале.
3. Распространенный анапластический вариант с врастанием в железы.
4. Отсутствие в препарате после произведенной ранее конизации участков, свободных от преинвазивного рака (особенно по линии пересечения).

Показания к экстирпации матки при преинвазивном раке.

5. Техническая невозможность проведения широкой конизации из-за конической (у нерожавшей) или укороченной шейки матки при сглаженных влагалищных сводах, рубцовые изменения в/з влагалища.
6. Сочетание преинвазивного рака с миомой матки (или опухолями придатков).
7. Распространение преинвазивного рака на влагалищные своды.
8. Рецидивы после предыдущего лечения (крио- или лазерная деструкция, электроконизация).

Емнің нәтижелерінің көрсеткіші

- ▶ **Толық әсер** – зақымдалған ошақтардың жойылуы 4 аптадан кем емес
- ▶ **Толық емес әсер** – басқа ошақтардың прогрессінің болмауы, барлық немесе жеке ісіктердің 50% азаюы.
- ▶ **Стабилизация** – (өзгеріссіз) жаңа зақымдалу ошақтарының болмаған жағдайында 50% ға дейін төмендеуі немесе 25% үлкеюі.
- ▶ **Прогрессирленуі** – бір немесе одан да көп ісіктердің көлемінің 25% ға үлкеюі немесе жаңа зақымдалу ошақтарының пайда болуы.

Жатыр мойнының қатерлі ісігінің алдың алу

Біріншілік алдың алу:

Жатыр мойнының қатерлі ісігі алдын алуға болатын ауруға жатады. Біріншілік патогенетикалық профилактика әдістеріне жоғары онкогенді қатерлі АПВ ге қарсы ету. Екіншілік патогенетикалық профилактика әдістеріне Қазақстанда барлық халыққа тегің жүргізілетің Ұлттық скринингті бағдарлама жатады .

Екіншілік алдың алу:

2008 жылы ҚР ДСМ № 607 « Ересек адамдарды жеке категорияларына қарай профилактикалық қарауларды жүргізу » бұйрығы шығарылған. №685 бұйрығы 10 қарашада 2009 жылы «Халықтың нысаналы топтарының арасында профилактикалық медициналық тексеру ережелерің бекіту» қабылданған, өзгерістері мен қосымшалары 29.12.2014ж №361. 2008 жылдан бастап , жатыр мойнының қатерлі ісігің ПАП тесті арқылы Бетезд классификациясын қолдана отырып бағалауға скринингтік ұлттық бағдарлама бар. Зерттеулер 30 дан 60 жас аралығындағы әйелдерге арасы 5 жыл интервалмен жүргізіледі. 2011 жылдан бастап белсеңді түрде сұйықты цитология әдісі еңгізіле бастады, ол әдеттегі әдіске қарағанда бірнеше тиімділеу.

Үшіншілік алдың алу:

Ісікке қарсы емнен кейің иммунды жүйені қалпына келтіруде дәрілік препараттарды қолдану (антиоксиданттар, полидәрумеңді жүйелер), толыққамды нәруызға, дәрумеңге бай тамақтану тәртібін қолдану, зияңды әдеттерден арылу (темекі тарту, ішімдік ішу), тұрақты түрде онкологта тексерістер мен диагностикалық емшараларың өту.

Болжамы

- Жатыр мойнының обыры кезінде болжам ауру дәрежесіне байланысты.
- 1 дәрежесінде науқастардың көбі ауру белгілерісіз 5 немесе одан көп өмір сүреді.
- Ал 4 дәрежесінде науқастардың көбі жылдық бақылаудан 5-ти летнего рубежа, умирая от распространения опухоли или осложнений, которые она вызвала.

***Назарларыңызға
рахмет!***