

С.Д. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық  
Медицина Университеті  
№2

Акушерлік іс және гинекология кафедрасы

*Жатыр мойны және денесінің обыры  
тақырыбына презентация*

- Жатыр мойнының обыры қатерлі ісіктердің ішінде 7 ші орынды алады.
- Жатыр мойнының обыры әйелдер арасындағы аурулардың ішінен 9,8 % құрап, 2 орында тұр.
- Қазақстан Республикасында 2014 жылы 10 000-нан астам әйелдер онкологтардың қарауында.
- Жыл сайын 1200 әйел жатыр мойнының обырына шалдығады және 600-і қайтыс болады
- 2013 жылдан бастап Қазақстанда 11-12 жас аралығындағы қыздар үшін ВПЧ –на қарсы (АПВ) тегін ерікті вакцинация жүргізіледі.

# Этиологиясы

- Вирусты теория.
- Химиялық теория
- Тұқымқуалаушылық теория.

# TNM бойынша жіктелу

- Біріншілік ісік анықталуы мүмкін емес - Tx
- Біріншілік ісіктің көріністері жоқ- T0
- Преинвазивті обыр (карцинома in situ)- Tis
- Ісік жатырмен шектелген (жатыр денесінде таралуы ескерілмейді) -T1
- Инвазивті обыр тек микроскопиялық анықталады (макроскопиялық көрінетін барлық, беткей инвазиясы да зақымданулар 1В дәрежесіне жатады) -T1a
- Тереңдігі 3 мм ден аспайтын және көлденең тарауы 7 мм ден аспайтын стромальды инвазия \* -T1a1
- Тереңдігі 5 мм ден аспайтын және көлденең тарауы 7 мм ден аспайтын стромальды инвазия - T1a2

# TNM бойынша жіктелу

- Жатыр мойнының зақымдалуының клиникалық көрінген немесе микроскопиялық зақымдалуы 1A2/T1A2 -T1b қарағанда артық.
- Ең үлкен өлшемде 4см ден аспайтын клиникалық көрінетін зақымдалу -T1b1
- Үлкен өлшемде 4см ден асатын клиникалық көрінетін зақымдалу -T1b2
- Қынаптың төменгі үштен бір бөлігін және жамбастың қабырғаларын қамтымайтын жатыр денесімен шектелген обыр-T2

# Жатыр мойнының обырының гистологиялық түрі - жалпақжасушалы обыр

- Жоғары деңгейлі сараланған G1 –негізгі жасушалық құрамы –типтік мүйізделген ірі жасушалар. Жасулардың көбісі (>75%) жақсы дифференцияланған. Митотикалық белсенділігі төмен. Ісік папилярлы және ірі экзофитті құрылымдардан тұрады; шекаралары дәнекер тінмен шектелген.
- Орташа деңгейлі сараланған G2 –жасуша негізі – ірі мүйізделмеген . Жасушалардың шамамен 50% жақсы сараланған; кейбір жасушалар мүйізделген. Митотикалық белсенділігі артқан. Ісіктің инфильтрленген шекарасы бар; атипиялық қабынулар жиі кездеседі.

## Жатыр мойнының обырының гистологиялық түрі – жалпақжасушалы обыр

- Төмен саралаған G3 – незігі жасуша құрамы – ұсақ жасушалар. Жасушалардың ядро-цитоплазмалық қатынасынан тұратын үлкен базофильды цитопламасы бар. Жасуша және ядро өлшемдері бірдей. Жасушалардың 25% тен азы сараланған. Митоздардың үлкен көлемі патологиялық митоздалған. Ісік әдетте инфильтрленген, шекарасында қатерлі жасушалар болады.

## Жатыр мойнының обырының

### гистологиялық түрі - аденокарциномы

- Жоғары дәрежелі сараланған G1 –ісік емізікшелері бар жақсы қалыптасқан бездерден құралған. Жасушасы кеңейтілген, біркелкі сопақша ядросы болады; минимальды стратификация (тереңдігінде кем дегенде үш қабатты жасушалар). Митоздар жиі емес.
- Орташа сараланған G2 –крибр және күпіршелерден жиі қалыптасатын күрделі бездерден тұртатын ісік. Толық аймақтар жиі кездеседі, бірақ әлі ісіктің жартысынан азын қамтиды. Ядросы шамалы дөңгеленген әжне біркелкі емес; микронуклеолалары болады. Митоз жиіленеді.



## Аденокарциноманың патоморфологиялық сипаттамасы

- Төмен сараланған G3 –ісік қатерлі жасушалы алаңнан құралады; бездер сирек (<50%) көрінеді. Жасушалар ірі және плеоморфты ядросы бар біркелкі емес. Кездейсоқ сақиналы жасушалар кездеседі. Митоздар көп, сонымен қатар аномальды митоздар болады. Айқын десмоплазия және жиі некроздар болады.

# Клиникасы

- Алғашқы белгілері: мол, көп ақкір, қанаралас бөлінділер, ауру сезімі



# Клиникасы

- Екіншілік симптомдар: жалпы әлсіздік, шаршағыштық, жұмысқа қабілетінің төмендеуі.



# Диагностикасы

- Кольпоскопия
- ПАП–сынамаға жағынды алу. Бетесд жүйесі бойныша жағындыны бағалау

Матка  
(вид спереди)



Шейка матки  
в норме  
(вид снизу)

Карцинома  
шейки матки



# Диагностикасы

## Пап-тест (мазок Папаниколау)

Пап-тест помогает выявить различные изменения строения клеток шейки матки, которые могут приводить к развитию рака шейки матки.



Образец клеток из шейки матки собирают с помощью небольшой конусообразной кисти и крошечного деревянного шпателя, а затем направляют в лабораторию для исследований.

# Диагностикасы

Қосымша зерттеу әдістері:

- Цисторектография
- Экскреторлы урография
- Кеуде қуысы ағзаларының рентгенологиялық зерттеу.
- Кіші жамбас ағзаларның УДЗ-і (жатыр денесіне, қынапқа, қуыққа немес тік ішекке таралуы мүмкін жатыр мойнының жоғары васкуляризацияланған түзілімі бар ісіктің көлемін анықтау)
- Кіші жамбас мүшелернің МРТ-сы: жатыр денесіне, қынапқа, қуыққа немес тік ішекке таралуы мүмкін жатыр мойнының ісік тәрізді құрылымын анықтау; аймақтық лимфа бездерінің (жамбастық, параортальды) қаншалықты зақымдалғанын бағалау.

# Емі

1. Хирургиялық
  - конустәрізді электроэксцизия
  - Жатыр экстирпациясы
  - Вертгейм бойынша жатырдың кеңейтілген экстирпациясы
2. Сәулелі терапия
3. Кешенді ем.

# Жатыр денесінің обыры

- Қазақстан Республикасында 1979 -2005 жылдар аралығында эндометрий обыры 2,3 есе өсті.
- ҚР-да әйелдер ішінде жатыр денесі обыры таралуы бойынша 5-орында тұрады.
- Қатерлі ісік салдарынан өлуі бойынша 17-орында.
- ҚР –да 2005ж. аурушандық 5,7 %, өлім 2,1% кұрады.
- 1 және 2 дәрежедегі науқастардың салыстырмалы тығыздығы 78,3% болды.



# Этиопатогенез

- **Жатыр денесі обыры** гормонтәуелді ісіктерге жатады, себебі эндометрий жыныстық гормондарға «тін-нысана» болып табылады, эстерогеннің әсеріне аса сезімтал. Соңғысы қалыпты жағдайда эндометрийде пролиферативті өзгерістер шақыра отырып, прогестеронның физиологиялық әсері болмағандықтан онда гиперпластикалық үдерістер дамиды. Бірақ осы жағдайларға қарамастан жатыр денесінің обыры және обыралды ауруларының дамуының себебі осы уақытқа дейін түсініксі.
- Екі патогенетикалық нұсқау бар:
  - гормонтәуелді
  - гормонтәуелсіз

## Қауіп-қатер факторлары:

- Фондық үдерістер: безді гиперплазия, эндометриалды полиптер
- Обыралды аурулар: Эндометридің атипиялық гиперплазиясы.

# Жатыр денесі обырының патологиялық анатомиясы және гистологиясы

- ЖДО-ң шектелген және диффузды түрлерін ажыратады. Шектелген түрінде ісік жатырдың шырышты қабатынан зақымданбаған тінінен айқын оқшауланып, полип түрінде өседі, ал диффузды түрінде обыр инфильтрациясы бүкіл эндометриге таралады. Ісік жиі жатыр денесінің түбінде және түтіктерінің бұрышында дамиды.
- Шамамен 80% науқастардың әртүрлі дәрежеде сараланған [аденокарцинома](#) , ал 8-12% - болжамы қолайлы аденоакантома (аденокарцинома қатерсіз жалпақжасушалы саралау түрімен) анықталады.
- Жалпақжасушалы, айқынжасушалы обыр жатыр мойнының обырына тән ұқсастықтары көп, агрессивті ағыммен ерекшелінетін егде жастағы әйелдерде туындайды.

# Морфологиялық нұсқаулар

- Гистологиялық түзілімі бойынша ісіктің келесі түрлерін ажыратады:
- аденокарцинома
- ашықжасушалы (мезонефроидты) аденокарцинома
- муцинозды аденокарцинома
- Жалпақжасушалы обыр
- Безді-жалпақжасушалы обыр
- Сараланбаган обыр.

# Клиникасы

- Негізгі симптом- жатырдан ацилды қанкету, меноррагиялар немесе метроррагиялар, менопаузадан кейін қан кетулер.
- Ауру сезім- жиі мазаламайды.
- Жалпы белгілері: семіздік немесе арықтау, диабет, гипертония.
- Ісік басқа мүшелерді зақымдаған жағдайда сол мүшенің қызметі бұзылуы мүмкін.

# Диагностикасы

- Скрининг әдіс- эндометрийдің аспирациялық биопсиясы.
- Жатыр мойны мен денесінің бөлектеп диагностикалық кұру.
- Гистероскопия и гистерография
- УДЗ,КТ,МРТ.
- Іш қуысы мен кеуде қуысының рентгенографияс.

# Жатыр мойны мен денесінің УДЗ

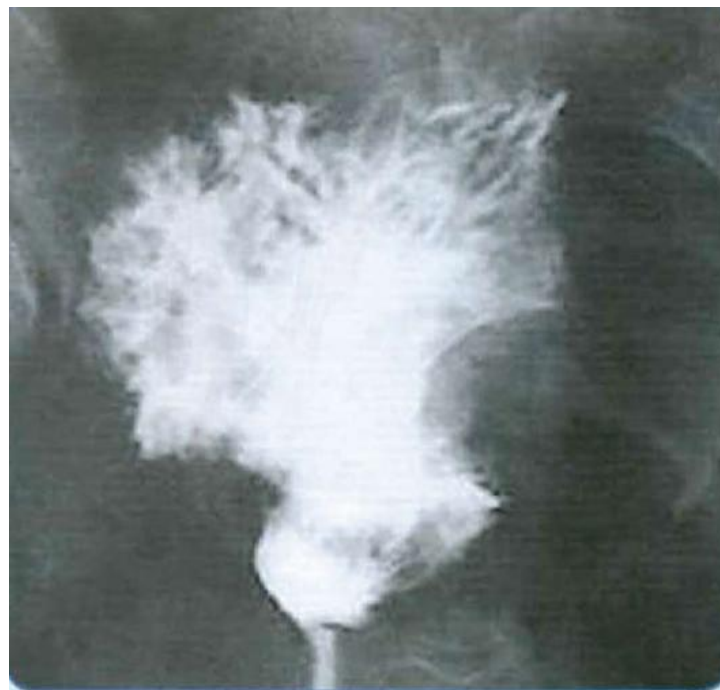


**Рис. 12.5.** Эхография. Полиповидная форма рака эндометрия — опухоль, имеющая четкие неровные контуры, за исключением зоны своего основания

# Гистерография мен МРТ-дағы эндометрийдің обыры



**Рис. 12.7.** МРТ. Рак эндометрия



**Рис. 12.6.** Гистерография. Характерные признаки диффузно-инфильтративного типа роста рака эндометрия



# Емі

- I дәреже- Жатыр қосалқыларымен экстирпациясы (G1) немесе мықын бездері лимфаденоэктомиясымен жатыр қосалқыларымен экстирпациясы+ прогестинмен гормонотерапия (G2), G3- кезінде операциядан кейінгі дистанционды ЛТ.
- II дәрежея- кешенді, қосарланған сәулелік.
- III дәреже - қосарланған, біргескен сәулелік, кешенді ем.
- IV дәреже- паллиативті ЛТ, химиогормонотерапия.