

Ахмет Ясауи атындағы Халықаралық Қазақ-Түрік Университеті



СӨЖ

Тақырыбы: Сыртқы жыныс мүшелерінің рак алды аурулары және қатерлі ісіктері.

Орындаған: Тілеубай Л.Қ
Сәбит І.

Тобы: ЖМ-525 а

Қабылдаған: Юсунова С

Түркістан 2018

Жоспары:

I.Кіріспе

Сыртқы жыныс мүшелері туралы жалпы түсінік.

II.Негізгі бөлім

1)Обыр алды аурулары

2)Вульва рагы

III.Қорытынды

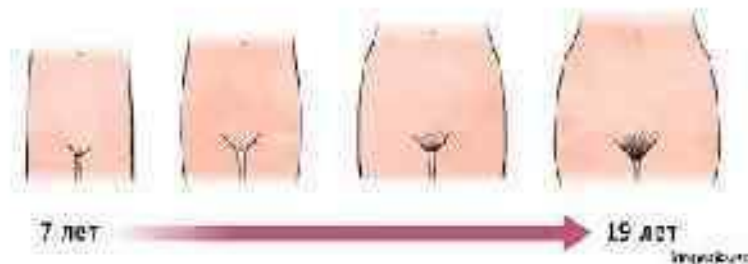
IV.Пайдаланылған әдебиеттер

Кіріспе

Жалпы әйелдің жыныс мүшелері сыртқы және ішкі болып екіге бөлінеді. Сыртқы жыныс мүшелері жыныс сезімдері үшін; ал ішкі ағзалары-ұрпақ дамыту мен бала табуға және әйел гормондарын өндіру қызметін атқаруға жаралған. Әйелдің сыртқы жыныс мүшелері :

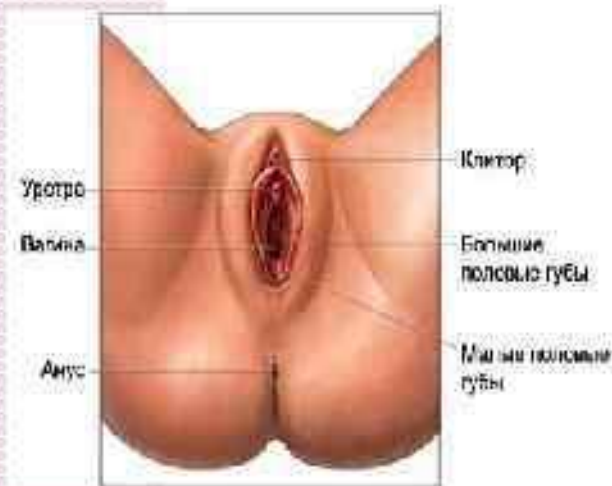
- *Қасаға төмпешігі*
- *үлкен және кіші жыныс ернеулері*
- *Шошақай*
- *Қынапқа кіші кіреберіс, үлкен кіреберіс бездері*
- *аралық*
- *сүт бездері.*

Қасаға – тері асты май қабатына бай шат сүйегінің қосылған жерінен жоғары орналасқан. Қасағаның жоғары шекарасы болып көлденең тері қатпары - қасаға үстіндегі қатпар, оң және сол жағынан шат қатпарлары орналасқан. Қасаға түкпен қапталған.



Кіші жыныс ернеулері - үлкен жыныс ернеулерінің астында орналасқан. Кіші жыныс ернеулері қан тамырларына және жүйке тамырларына өте бай. Сондықтан оларды **жыныстық сезім мүшелері** деп те атайды.

Үлкен жыныс ернеулері – май ұшпасына бай, жұп орналасқан тері қатпарларынан тұрады. Ернеулер жыныстық саңылауды қоршап тұрады. Үлкен жыныс ернеулерінде Бартолин бездері мен қан тамырлары, нерв жүйелері бар. Бұл бездер қынапты үнемі дымқылдандырып тұратын сұйық зат бөлініп тұрады.



Қынап кіреберісі -

алдыңғы жағынан шошақаймен, артқы және төменгі жағынан үлкен жыныс ернеулерімен қоршалған кеңістік, қынап кіреберісінің түбін қыздық құрайды.

Шошақай – кішірек конус тәрізді томпақ. Басы, денесі және екі аяқшасы бар. Осы екі аяқшасы арқылы шат сүйегіне бекиді. Шошақай жүйке талшықтарына өте бай.

Аралық – тері, шандыр мен бұлшықеттен тұрады. Ол үлкен жыныс ернеуінің артқы жабысқан жері мен құйымшақ арасында. Аралықтың шандыры мен бұлшықеттері жамбас түбін құрайды.



Аралық



Эпидемиологиясы

Сыртқы жыныс мүшелерінің рагы- әйел жыныс мүшелерінің ісікті ауруларының құрамында жатыр мойнының, жатыр денесінің және аналық бездердің рагінен кейінгі 4 -ші орында, 3-8% құрайды. Көбінесе 60-70 жастағы әйелдерде кездеседі, қант диабетімен, семіздікпен және басқа эндокринді бұзылыстармен қосарланады. Қазақстанда бұл ауру кейінгі 20 жыл ішінде орташа есеппен екі есе өсті. Ресейде, дамыған Еуропа, Солтүстік америка жерлерінде бірқалыпты деңгейде. Қара нәсіл мен ақ нәсіл арасында біршама айырмашылық бар, жиі қара нәсілділерде кездеседі.

Даму себептері:



Біріншісі- секретті бездер мен зат алмасу үрдістерінің бұзылыстары; (краукоз, лейкопия)



Екіншісі-вирустық фактор; (папилломалар)

Сүйірүшты кондиломалар

- * **Этиологиясы - адам папиллома вирусы (HPV)**
- * **Жастарда жиі кездеседі**
- * **Жүктілік кезінде бірінші рет байқалып жылдам өсе бастайды**
- * **Сүйел тәрізді өсінділер**
- * **Қатерлі ісікке айналуы ықтимал**





Крауроз - сыртқы жыныс мүшелерінің созылмалы инволютивті жағдайы

- * **Симптомдары:** қышыну (әсіресе клитор және аралықта), түнгі мезгілде күшееді
- * **Тері және шырышты қабат жұқарады, түсі кетіп құрғақ болады (пергамент тәрізді)**
- * **Аралық, санның ішкі аймақтарына және шапқа таралуы мүмкін. Көбіне екі жақты болады.**

Лейкоплакия кейде өзі, кейді -
краурозбен бірге байқалады.



- * Екі аурудың симптомдары бірдей.
- * Гиперкератоздың дамуына байланысты келесі түрлеріне бөлінеді:
 - * Жазық (жайпақ)
 - * Гипертрофиялық (теріден жоғарырақ болып дамиды)
 - * Сүйел тәрізді (веррукозды) .

Крауроз және лейкоплакияны бір дистрофиялық процестің клиникалық көрінісі деп санау керек.

Емдеу әдісі

- * **Ұзақ консервативті емнің нәтижесі жоқ**
- * **Консервативті ем нәтижесіз болып, немесе дисплазия дамыған жағдайда вульва обырын алдын алу үшін хирургиялық немесе криохирургиялық, лазер СО2 әдісін қолдану қажет**



Вульва обыры

Сыртқы жыныс ағзаларының рагі (вульва рагі) – әйелдердің жыныс ағзаларының ең сирек кездесетін қатерлі ісігі.

Сырқат жиілігі 2,2-8%. Жиі жасы үлкен әйелдерде болады. Зерттеу нәтижелері бойынша көп бөлігі 70 жас және одан үлкен жастағы әйелдерде (55%). Рақтың локализациясы бойынша 1-ші орында – үлкен ернеу және және клитор, 2-ші – кіші ернеулер, 3-ші – бартолин бездері және зәр шығару өзегі.

Патогенезі:

Экзофитті формасы (ракты ісік түйін секілді).

Эндофитті формасы – тығыз шеттері бар кратер тәрізді жара.

Диффузды формасы – тығыз диффузды инфильтрат.

Вульва рагінің таралуының 4 сатысы бар:

I сатысы – ісік 2см-ге дейін диаметрі, вульва шектелген

II сатысы – ісік диаметрі 2см-ден көп, вульвамен шектелген

III сатысы – ісік кез келген өлшемде, қынапқа немесе уретраның төменгі 1/3 бөлігі және анусқа таралған. Шап-сан лимфа түйіндерінде метастаздар бар.

IV сатысы – кез келген дәрежеде таралған ісік, алшақтатылған метастаздарымен.

Белгілері:

Бастапқы сатысында

-Сыртқы жыныс ағзаларының маңында қышу, қыжылдау

-Жиі сырқат: жиі вульва беткейінде кондилома түзілуден басталады.

-Сонымен қатар біріншілік ісік – тығыз түйін ретінде және ошақты тіндердің тығыздануы.

Өсуіне қарай ісіктер қатты, жеңіл қансыраған жара біркелкі емес тығыз шекаралы және некротикалық түбі бар.

Ашық-қызыл ісінген тіні бар беткейлі рак жағдайы кездеседі, бірақ жиі қант диабетімен бірге болады.

Ракты анықтауда күмәндәнған аймақтан биопсия алады
– морфологиялы зерттейді. Ауырсынулар кеш басталады
– алға үдейтін болса, клитор аймағына таралатын болса.

TNM и FIGO система бойынша вульва обырының халықаралық жіктеуі

* T0 - біріншілік ісік байқалмайды.

- * Tis - преинвазивная карцинома.
- * T1 - опухоль ограничена вульвой, не более 2 см в наибольшем измерении.
- * T2 - опухоль ограничена вульвой, более 2 см в наибольшем измерении.
- * T3 - опухоль, распространяющаяся на любую из следующих структур: уретру, влагалище, промежность, анальное кольцо.
- * T4 - опухоль, распространяющаяся на любую из следующих структур: слизистая мочевого пузыря, верхней части уретры, прямой кишки, или опухоль фиксирована к кости.

* N - регионарлық лимфатикалық түйіндер

- * NX - недостаточно данных для оценки состояния регионарных лимфатических узлов.
- * N0 - нет признаков поражения метастазами регионарных лимфатических узлов.
- * N1 - пальпируются смещаемые, неувеличенные паховые лимфатические узлы (поражение).
- * N2 - пальпируются увеличенные, плотные, но смещаемые паховые лимфатические узлы (поражение).
- * N3 - несмещаемые или изъязвленные лимфатические узлы.

* M - алшақты метастаздар.

- * MX - недостаточно данных для определения отдаленных метастазов.
- * M0 - нет клинических признаков отдаленных метастазов.
- * M1a - пальпируются глубокие тазовые лимфатические узлы.
- * M1b - другие отдаленные метастазы.

* G - гистопатологиялық айырмашылы

- * GX - степень дифференцировки не может быть установлена.
- * G1 - высокая степень дифференцировки.
- * G2 - средняя степень дифференцировки.
- * G3 - низкая степень дифференцировки.
- * G4 - недифференцированные опухоли.

* Клиникалық сатылары

- * Стадия 0 Tis N0 M0
- * Стадия 1 T1 N0, N1 M0
- * Стадия 2 T2 N0, N1 M0
- * Стадия 3 T1 N2 M0
- * T2 N2 M0
- * T3 N0, N1, N2 M0
- * Стадия 4 T4 любая N M0 любая T N3 M0 любая T любая N M1a, b



Клиникасы

- * Алдында **нейродистрофиялық өзгерістер болмаса** сәл қышыну, кейіннен жара пайда болады.
- * Ауру дамыған сайын белгілері күшееді.
- * Астыңғы тіндерінде инфильтрация басталған жағдайда ауырусезімі, зәрі шыққан кезде дызылдау, шаншу науқасты қинайды.
- * Ісік өскен сайын көп мөлшерде, жағымсыз иісі бар бөлінділер, қан кету байқалады.

Дистрофиялық өзгеріс (крауроз, лейкоплакия) фонында дамыған обырдың симптомдары: түнде күшеетін, ұстамалы қышыну.

Лейкоплакия ошақтары жайылып, астында орналасқан терінің қабаты қатаяды.

Лейкоплакия аймағында айналасы қатты жара пайда болады.

диагностика

Сыртқы жыныс ағзаларын тексеру.

Бимануалды және ректовагиналды тексеру (метастаз, шап, сан, параметрий лимфобездердің жағдайын анықтау үшін).

- * Вульвоскопия
- * Ісіктен тікелей әйнекпен жағынды алып цитологиялық зерттеу
- * Тін биопсиясын гистологиялық зерттеу
- * Шап, сан, мықын лимфобездерін УДЗ арқылы тексеру
- * Керекті жағдайда - цистоскопия, экскреторная урография, кеуде қуысына рентгенография жүргізу, пункция әдісімен лимфобездерінен алынған тіндерді цитологиялық зерттеу.

Емдеу

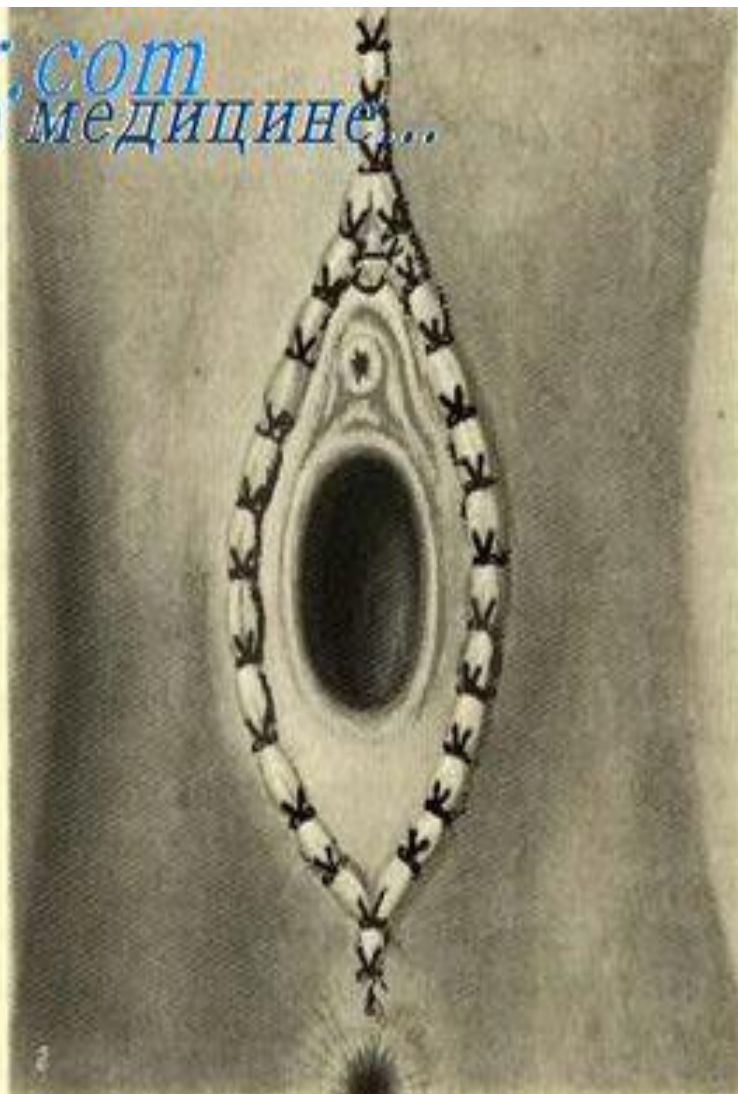
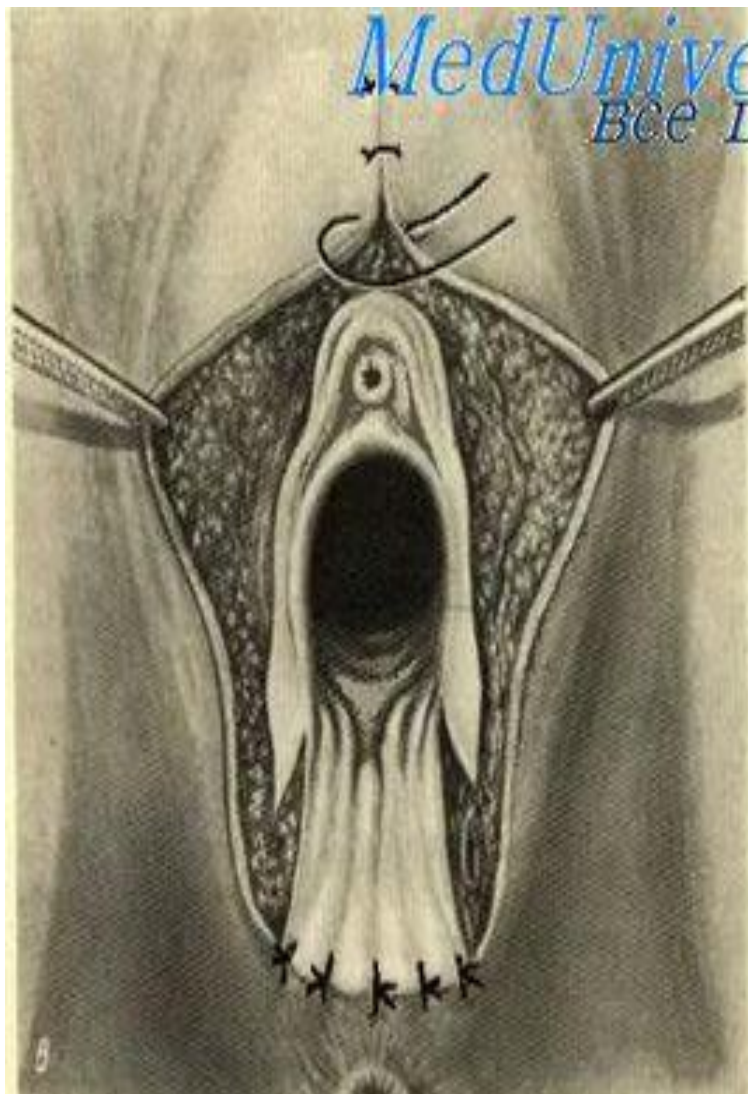
1 саты – вульвэктомия, радикалды вульвэктомия (клитор алынады), керекті жағдайда – лимфаденэктомия, жақын фокусты/жылдам электронды рентгенотерапия, телегамма-терапия, тінішілік гамма-терапия.

- * II саты - радикалды вульвэктомия и шап және санының лимфаденэктомиясы.
- * Хирургиялық емнен кейін – ота жасалған аймаққа – жылдам электронды немесе телегамма-терапия (толығымен 40-50 Гр).
- * Ота жасауға жағдай болмаса – радикалдық қосарласқан сәулелі терапия.

III саты - радикалды вульвэктомия и шап және санының лимфаденэктомиясы.

- * Хирургиялық емнен кейін – ота жасалған аймаққа – жылдам электронды немесе телегамма-терапия (толығымен 40-50 Гр).
- * Ота жасауға жағдай болмаса – радикалдық қосарласқан сәулелі терапия.

MedUniver.com
все по медицине...



- * IV стадия – әдейі жоспар бойынша емдеу схемасын қолданады
- * Келесі препараттармен полихимиотерапия жүргізіледі:
 - * 5-фторурацил
 - * Винкристин
 - * Блеомицин
 - * Метотрексат

Өмір сүру жиілігі:

- * 5-жылдық өмір сүру - 54,0%.
- * I саты - 81,4%
- * II саты - 56,6%
- * III саты - 37,6%
- * IV стадия - 14,6%

(Бохман Я.В., 1989ж.).

Қорытынды



«...Әйел денсаулығы, немесе дені сау әйел – бұл дені сау жанұя, бүкіл ұлт денсаулығы» деп қорытындылай келе, әйел сыртқы жыныс мүшелерінің қатерлі ісіктерінің алдын алу өте маңызды. Ол үшін біріншілік және екіншілік сақтандыру шаралары қолданылуы тиіс. Осыларды орындау арқылы рақтың ерте кезеңінде диагнозды анықтап, рақпен күресу шараларын жасауға болады. Ауырып ем іздегенше, ауырмайтын жол іздейік, ағайын...

Пайдаланылған әдебиеттер:

- 1.Онкологиядан таңдамалы дәрістер. Есенқұлов Ә.С , Игісінов С.И Алматы 2010
- 2.www.kazmedic.kz сайты
- 3.www.stud.kz сайты
- 4.www.anamenbala.kz сайты