



« Әйел жыныс мүшелерінің фонды және рақалды аурулары.

Дәріс жоспары:

- Жатыр мойның фонды және рақалды аурулар. Қауіпті факторлар , клиника, диагностика, ем әдістері.
- Жатырдың фонды және рақалды аурулар. Қауіпті факторлар , клиника, диагностика, ем әдістері.
- Әйел жыныс мүшелерінің қатерлі аурулардың алдын алуында медициналық алдын ала қараудың мақсаты.
- Онкология аурулары бар науқастарды бақылау мен күтуде мейірбикенің мақсаты мен қызметі.

- Жатыр мойынның қатерлі ісігі жоғары назар аударылатын объект болып келеді, себебі осы шектелуінде науқастықты төмендету мүмкіншілігі бар.
- Жатыр мойынның қатерлі ісігінің дамуы тез емес: ВОЗ бойынша **дисплазияның C-r in situ** ауысуына 3-8 жыл, микроинвазивті түріне даму үшін тағы 10-15 жыл өту керек, жайылу түріне даму үшін тағы 10-15 жыл өту керек.

Жатыр мойының патологиялық процестердің клинико-морфологиялық жіктеуі.

- 1.Фонды процесстер:
- - Шынайы эрозия
- - Жалған эрозия;
- - Эрозияланған эктропион;
- - Лейкоплакия;
- - Эритроплакия;
- - Цервикоз – құрамды түсінік, ұлғайтылған (гипертрофияланған), деформацияланған, мүмкін эрозия мен, ретенционды ісіктермен сипатталған жатыр мойыны;
- - Цервикалды каналдың полипы;
- - Созылмалы эндоцервицит – цервикалды каналдың шырышты қабаттың созылмалы қабынуы;
- - Папиллома;
- - Эндометриоз.

- 2. Рақалды процесс – дисплазия: жеңіл(CIN1), орташа(CIN2), ауыр (CIN3).
- 3. Преинвазивты рақ (Ca in situ, эпителий ішіндегі рақ).
- 4. Микроинвазивты рақ.
- 5. Инвазивты рақ: жалпақжелеулі мүйізденген, жалпақжелеулі мүйізденбеген, аденокарцинома, диморфты безді- жалпақжелеулі (мукоэпидермоидты), төмендифференцирленген

Диагностика әдістері

- Қынап әйнектермен жатыр мойын қарау
- Кольпоскопия
- Цитологиялық әдіс
- Гистологиялық әдіс

Кольпоскопияның мақсаты:

- Жатыр мойын және қынаптық эпителийды бағалау;
- патологиялық ошағын табу;
- Қатерлі ісіктерге күмәнді өзгерістерді қатерсіз өзгерістер мен дифференциациясы;
- Хабарландыруы жоғары мақсатымен жағындыны және биопсияны қадалып алу.

Кольпоскопияда бағаланады:

- түсі;
- тамыр көрінісін жағдайы;
- жалпақ эпителийдын беті және деңгейі ;
- эпителидын түйісі (локализациясы және сипаты);
- бездің барлығы және түрі;
- уксус ерітіндісіне реакциясы ;
- Люголь ерітіндісіне реакциясы;
- түйіннің шекарасы (анық немесе ойып кеткен);
- эпителий түрі.

Цитограмма түрі:

- 1- цитограмма ауытқусыз ;
- 2- жалған эрозия, полип, лейкоплакия, қабыну;
- 3- дисплазия, дәрежесі;
- 4- ракқа күдіктену – қатерлі жасуша аз анық қатерлі белгілері жоқ;
- 5- рак, гистологиялық түрі.

Дисплазия

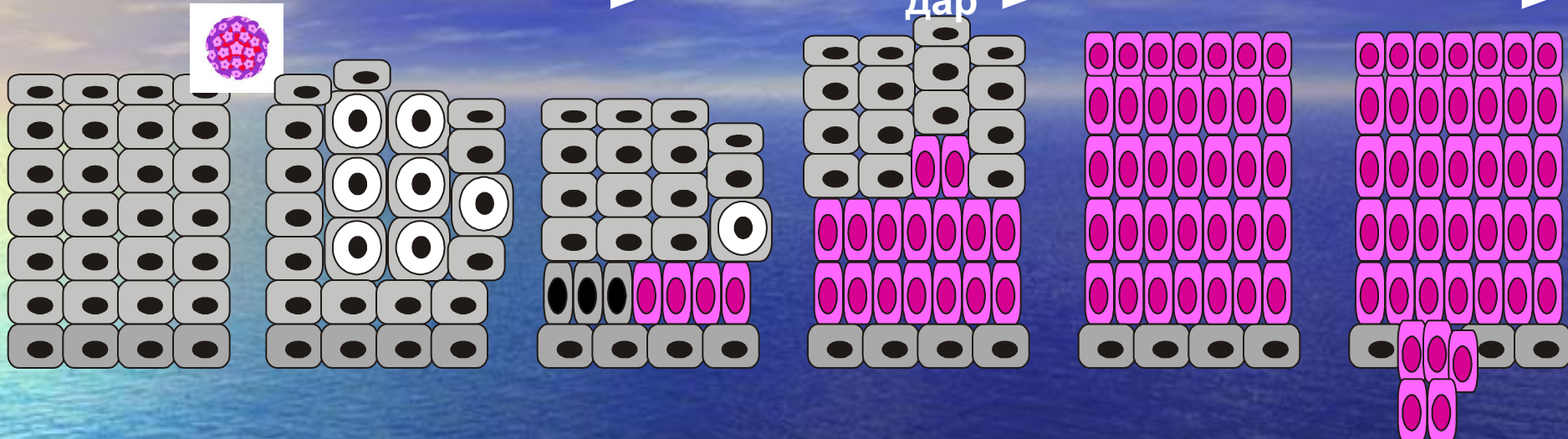
- морфологиялы түсінік, әр түрлі генезды жатыр мойын және қынаптың эпителиның өзгерістерімен сипатталады(Железнов Б.И., 1984). Атипиялы клеткалардын жіті пролиферациясы жатыр мойын эпителий клеткалардын бұзылыстармен жайғастыруы анықталады, бірақ беттегі қабат және сторма қызықтырмаған.

**«Цервикалды
интраэпителиалды неоплазияның»
жіктелуі (CIN), Richart в 1968г**

- **CIN I** - жеңіл дисплазия
- **CIN II** – орташа дисплазия
- **CIN III** – ауыр дисплазия және преинвазивты рак.

Аурудың өрлеуі

Уақыт → Айлар → Жылдар →



Қалыпты
эпителий

HPV
инфицияланған;
койлоцитоз

CIN I
(цервикалды эпителий ішкі дисплазия)

CIN II
(цервикалды эпителий ішкі дисплазия)

CIN III
или
carcinoma-in-situ

Carcinoma

Төмен дәрежелі жалпақ
клеткалы, эпителий ішкі
зақымдау (LSIL)

Жоғары дәрежелі жалпақ
клеткалы, эпителий ішкі
зақымдау (HSIL)

Скрининг
Емі



Емдеудің негізгі принциптары

- Сапалы және нақты диагностика
- Түрлі әдістерді пайдалану
- Тәнік және радикалды ем әдістерді пайдалану
- Мүше сақтау және аяныш нұсқауларды кең қолдану
- Жатыр мойын рақты алдын алу

Жатыр мойының деструктивті ем қолдану шарттары

- мұқиятты цитологиялы, эндоскопиялы және гистологиялы зерттеу;
- трансформация зонасы эктоцервикспен шектелу керек (эндоскопиялы анықталады);
- клинико-цитологиялы бақылау былайғы мүмкіндігі.

- **Дисплазия 1-2 дәреже**, қабынуға қарсы ем жүргізген соң, 40-45 жастағы әйелдерде диатермокоагуляция, криодеструкция немесе лазер вапоризациясы жасалынады. 40 жастан асқан әйелдерде дисплазияның 1-2 дәрежесі мен эктропион, жатыр мойн деформациясы анықталғанда – жатыр мойнның конизациясы жасалынады: пышақты, лазерді немесе электроконизация.
- **Дисплазияның 1-2 дәрежесінде** емді жалпы торабының акушер-гинеколог жүргізеді. Дәреженің аурлығына қарай кольпоскопиялы және цитологиялы бақылау 3-6 айда 1 рет жасалынады. Науқас бақылаудан кольпоскопиялы және цитологиялы зерттеулері 3 рет теріс келгенде алынады, 2 жылдан сон.

- **Дисплазияның 3 дәрежесі:** жатыр мойынның кең және жоғары (CO₂ - лазером) конизациясы немесе ампутациясы жасалынады. 45-50 жастан жоғары әйелдерде қынап күмбездің тегістелінуі, жыныс мүшелердің атрофиясы анықталғанда жатыр экстирпациясы жасалынады.

Вакцинация түрлері

Алдын ала вакцинацияның мақсаты:

- иммунды жүйеге патогенді өзгерістерді пайда болуына дейін анықтап жоюға көмек тесу

Терапиялы вакцинаның мақсаты:

- иммунды жүйеге аурудың салдарынан кері дамуына көмек тесу

- 2006 жылы маусымда FDA папилломавирусты инфекцияның алдын аулу мақсатымен бірінші вакцинаға рұқсат берді – бұл оқиға онкогинекологияда және қатерлі ісіктерді алдын алуда ең маңызды жетістік. **Гардасил** атты вакцина 100% адамның папилома вирусын 16 және 18 түрлермен байланысты жатыр мойының рақалды ауруларды болдырмады. Адамның папилома вирусын бұл түрлері 70% жатыр мойынның қатерлі ісігіне жауапты.
- **Церварикс** – екінші вакцина, клиникалық зерттеулерде дәмелендіру салдарын көрсетті.

- **Сонымен**, жатыр мойнның ракалды аурулары бар науқастарды жүргізудің негізгі шарттары
- Барлық ракалды аурулары бар науқастар міндетті түрде маманның бақылауында қаралу керек.
- Қатерлі ісікке ауысу қауыпы жоғары ракалды аурулары бар науқастар онкологта әрдайым қаралу керек (Іб клиникалық топ).
- Оперативті емнен кейінгі тіндерді міндетті түрде гистологиялық зерттеу керек!
ракалды ауруларды радикалды ем жүргізгеннен кейін міндетті түрде 2 жыл қатан бақылау керек. 2 жылдан кейін рецидив жоқтықта диспансерлі бақылаудан алынады.

Жатырдың фонды және ракалды аурулары

- Орта өмір мерзімінің жоғарлауы, урогениталды бұзылыстардын көбеуі, психологиялық жүктелімнің жоғарлауы гиперпластикалық, ракалды және рақтың саның көбеуіне алып келді.

Қауіп факторлары

- Менопаузаның кеш келуі - 50 жастан кейін.
- Анамнезінде келесі аурулардың барлығы:
- Эндокринды генезді бедеулік немесе соңғы жүктіліктен кейін климакса дейін ұзақ уақыт.
- Ановуляторлы қан ағулар
- Эндометридің гиперпластикалық процесстер немесе жатыр қуысын жиі қыру
- Эндометридің гиперпластикалық процесстер мен семіздіктің және диабеттің тіркестіру
- Аналық бездің поликисозы,Иценко-Кушинг ауруы, гипотоламо-нейроэндокринды синдром
- Аналық бездің феминизді ісіктер (текомалар және гранулезоклеткалы ісіктер). Анамнезда осы аурулардың бары 15-20% эндометрий рагы кездеседі

Эндометрий гиперплазияның жіктеуі(1994)

- 1994 жылы гинекологтардың халықаралық ұйымның эндометрдің гиперплазиясының жаңа жіктеуі ұсынды:
- **Типті гиперплазия**
 - Атипиясыз жәй гиперплазия
 - Атипиясыз күрделі гиперплазия (атипиясыз аденоматоз)
- **Атипиялы гиперплазия**
 - Атипиясыз жәй гиперплазия
 - Күрделі атипиясыз гиперплазия (атипиямен аденоматоз)

- **Эндо метрийдің фонды және рақалды процестардың диагностикасы**

науқастарды 2 этапта комплексті тексеру. 1 этап - әйелдер кенесінде скрининг өткізу, 2 этап – теерң зерттеу өткізу.

- **Эндо метридің фонды және рақалды ауруларды скрининг жасағанда біріншіден ультрадыбыстық зерттеу өткізіледі** трансабдоминалды және трансвагиналды датчиктармен және эндо метриалды аспиратты цитологиялы зерттейді

- Эндо метрий патологиясының дәлелдеу қауыпы жоғары. Диффузды гиперплазия кезінде нақтылығы 90,9%, полипозда - 80,3%, жатыр денесінің рагі - 75% - 79% дейін құрайды. (Медведев М.В. 1995г.).

- Эндометридің патологиялы процестері кезінде ультрадыбысты зерттеу критериялы келесі принциптарға сүйінеді:
- **Репродуктивті және перименопаузальді кезендерде:** зерттеу менструалды циклдың 1 фазасында өткізіледі;
- «қалыпты» эндометридың орташа жатырлық структуралары (М-эхо) 6 мм аспау керек;
- **постменопауза кезінде** негізгі атрофиялық УД белгісі болып эндометридың орташа жатырлық структуралары (М-эхо) 4мм аспау керек.

**Трансвагинальная сканограмма пациентки
К., 38л., диагноз нарушение менструального
цикла по типу гиперполименореи (ПГИ -
железисто-кистозная гиперплазия
эндометрия)**



До лечения



После трех циклов лечения

(дуфастон 20 мг с 5 по 25 день МЦ)

- Эндометридің патологиялық процестердің кезінде цитологиялық зертеу әдістерінің қолдануы жоғары нәтиже көрсетті (75 - 94%)
- Менструациясы бар әйелдерде жатыр қуысының аспираты циклдың 25-26 күндері алынады, у женщин пременопаузальдық кезеңде, ретті еттекірі жоқ жаста – қанды бөлінділерден кейін 25-30 күннен ерте алынбайды.

Цитологиялық қорытындылардың варианттары Варианты (Пучков Ю. Т., 1984)

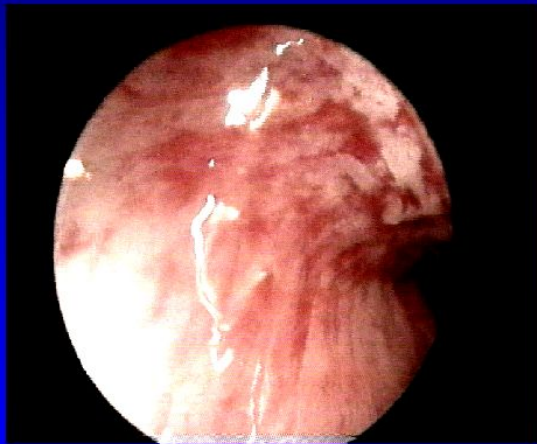
- Эндометридің безді гиперплазиясы;
- Эпителидің атипиясыз пролиферациясы;
- Эндометридің атипиялы безді гиперплазиясы;
- Ракқа айналу қауыпымен эндометридің атипиялы гиперплазиясы.

Гистероскопия

- Бұл әдіс жатыр қуысын ішінен қарауға мүмкіндік береді және ісіктердің локализациясын, таралу дәрежесін мен биопсия жасауға көмектеседі. Гистероскопия эндометрийдің патологиялық өзгерістерін, олардын сипатын көруге көмектеседі және прицелді биопсияның сапасын бақылайды. Панорамалы гистероскопия жатыр қуысын тікелей қарауды және эндометрийге байланысты ақаулардың топографиялық байланыстарын тұрақтандыруды, субмукозды фибромаларды ажыратуды, эндометрийдің региональды қалыңдауы мен полиптерін ажыратуды, тамырлы суретті бағалауды қамтамасыз етеді.



Диффузная гиперплазия эндометрия



- ⊠ Диффузно гиперплазированный эндометрий по всей поверхности матки, преимущественно на дне

Очаговая гиперплазия эндометрия



- ▣ Участок гиперплазированного эндометрия расположен по задней стенке матки

- **Патогенетикалық емі** көптеген факторларға байланысты жүргізіледі— науқастың жасына, гиперплазияның себебі мен осы патологияның сипатына, клиникалық көрінісіне, емдеудің әдісіне қарсы көрсетулер, емдік дәрмектерді жақсы көтеру, қосымша экстрагениталды және гинекологиялық ауруларға байланысты. Науқастарды оптимальды емдеу эндометрийдің әсер ету кешеніне, ановуляцияны болдырмауға, сонымен қатар дене салмағын қалпына келтіруге және бұзылған метаболикалық көрсеткіштердің қалпына келуіне бағытталуы керек. (қант диабетінің компенсациясы, қандағы липидтер деңгейінің төмендеуі).

- Репродуктивті кезеңде – емі ановуляцияны болдырмау мен эндометрийдің циклды секреторлы трансформациясының болдырмауына бағытталады. Бірінші этапта жатыр қуысына әр түрлі диагностикалық қырулар жасалады. Гистологиялық зерттеудің нәтижесі алынғанда – атипиясыз қарапайым гиперплазия болса эстроген-гестагенді препараттармен гормонотерапия қолданылады. (бір - немесе екіфазалы контрацептивтер) немесе гестагендер (норколут, 17-ОПК, дюфастон және т.б.).
- эстроген-гестагенді препараттарды циклдың 5-күнінен 25- күніне дейін, 3-4 ай көлемінде қолданылады.
- Гестагендер (норколут, дюфастон) циклдың 2 фазасында тәулігіне 10-20мг/тәул., 14 күн, 3-ай көлемінде тағайындалады.
- Гистологияның қорытындысы болса – атипиясыз эндометрийдің күрделі гиперплазиясында - эстроген-гестагенді препараттарды циклдың 5-күнінен 25- күніне дейін 6-8 ай көлемінде қолданылады, гестагендер циклдың 2 фазасында тәулігіне 10-20мг/тәул., 14 күн 6-ай көлемінде тағайындалады.

- **46 жастан 50 жасқа дейінгі әйелдерде** гормонотерапия 250 мг гестагендермен аптасына 2 рет, үздіксіз 4-6 ай көлемінде жүргізіледі (препараттың тәуліктік дозасы 15-30 мг-нан 3 ай көлемінде). Гистологияның нәтижесі оң болса емді бастағаннан кейін 3 айдан соң дозасын төмендетіп, емді 6 айға жалғастырады.
- **50 жастан жоғары әйелдерге** андрогенді препараттарды 1мл ден айына 1 рет, 3-4 айға тағайындайды.
- **Постменопауза кезеңінде** ем аменореяны тұрақтандыруға және эндометрийдің атрофиясына бағытталған.

атипиялық гиперплазия

- 17 ОПК, 500 мг-нан аптасына 3 рет, 2 ай; Жатыр қуысын қайталап диагностикалық қыру. Нәтижесі болмаған жағдайда – хирургиялық ем. Қайталап алынған гистологиялық зерттеуде атипия белгілері болмаса – гормонотерапияны жалғастыру, яғни 17-ОПК 500 мг-нан аптасына 2 рет бұлшықетке 2 ай ішінде енгізіледі, сонан соң 2 ай 17-ОПК 500 мг-нан аптасына 1 рет тағайындалады. Науқастар алатын 17- ОПК жалпы курсы 23-28 грамм.
- Қазіргі кезде эндометрийдің атипиялық гиперплазиясының гормонотерапиясына гонадотропты рилизинг-гормондардың агонистері (золадекс, диферелин) қолданылады.

Эндо метрийдің ра к алды аурулары мен гиперплазиясының оперативті еміне көрсеткіш:

- **Репродуктивті кезеңде** –эндо метрийдің аденоматозды атипиялық гиперплазиясы, кешенді емнен 3 ай көлемінде нәтиже болмаса;
- -қарапайым атипиялық және аденоматозды, атипиялық гиперплазия емнен 6 ай көлемінде нәтиже болмаса;
- **Климактериялық кезеңде** – аденоматозды атипиялық гиперплазия–диагнозы қойылған жағдайда;
- -қарапайым атипиялық және аденоматозды, атипиялық гиперплазия емнен 3 ай көлемінде нәтиже болмаса;

Онкологиялық науқастарды қарауда мейірбике міндеттері:

- Науқастың жағдайын бағалай білу;
- Қамқор болу, емдік процедураларды дұрыс жүргізу;
- Төсекте жатқан науқастарға жағдай жасау, ойылулар алдын-алу;
- Науқасты тасымалдау немесе шығарып салу;
- Явка к больному по первому зову
- Науқастың жағдайы нашарлағанда медициналық көмек көрсетуге дайын болу;



- *НАЗАР АУДАРЫП
ТЫҢДАҒАНДАРЫҢЫЗҒА РАХМЕТ!*