

«АМУ» АҚ

Онкология кафедрасы

Жатыр мойны және денесінің  
фондық, обыр алды аурулары.  
Жатыр мойны және жатыр денесі  
обыры.

Доцент Иманбаев Х.А.

Астана 2016

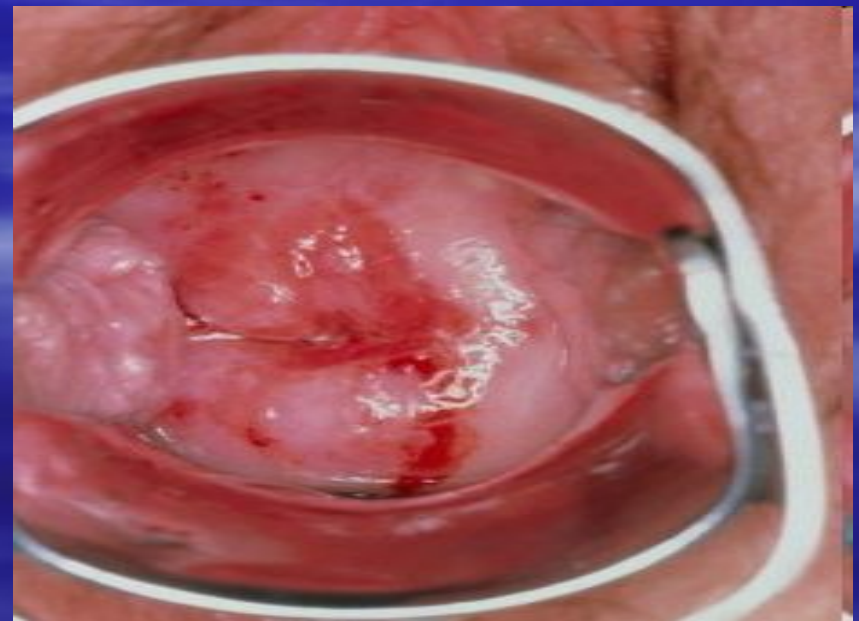
- Жатыр мойнының фондық ауруларына жатады:
- -шынайы эрозия ;
- - жалған эрозия(эктопия);
- - цервикальды канал полипі;
- - лейкоплакия;
- - папиллома.
- - эктропион

Жатыр мойнының обыр алды процестеріне жатады:

- - эпителий дисплазиясы (жеңіл, орташа, ауыр).

# Шынайы эрозия

- Шынайы эрозия бұл экзоцервикстің ауқымды аймағында жоқ болуымен және дәнекер тінді строманың жалаңаштануымен сипатталатын эпителий ақауы.
- Айнамен қарауда: оңай қансырайтын гиперемия аймағы.
- Кольпоскопияда: иоднегативті эпителисіз қызыл түсті аймақ.
- Емі: этиотропты жергілікті қабынуға қарсы терапия.



# Жалған эрозия

- Бұл қалыптыда көп қабатты жалпақ эпителиймен қапталған мойын каналының бір қабатты цилиндрлі эпителийінің сыртқы аңқадан эктоцервикске тарауы.
- Айнамен қарауда: сыртқы аңқа айналасында оңай зақымдалатын, алқызыл, дәнді немесе тегіс беткей.
- Цитологиялық көрініс: пролифирацияланатын көп мөлшердегі цилиндрлі эпителий.
- Емі: асқынбаған түрінде ем қажет емес, асқынған түрінде - антибиотикотерапия + ДЭК (диатермоэлектрокоагуляция)



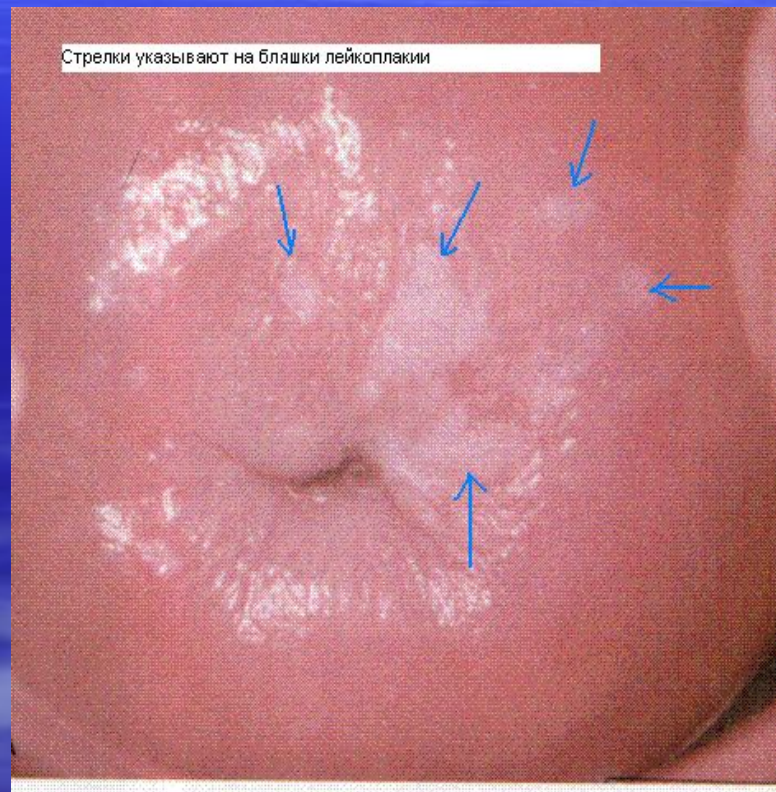
# Эррозивті эктропион

- Цервикальді каналдың шырышты қабатының сыртқа айналуы.
- Айнамен қарауда: аңқа айналасындағы күмбез гиперемиясы жалған эрозияға қарағанда жатыр мойнының алдыңғы және артқы еріндерінің жақындасуында жойылады.
- Кольпоскопияда: эктопия, сыртқы аңқа ақауы.
- Цитологиялық көрінісі жалған эрозияға сәйкес келеді.
- Емі: жатыр мойнын конизациялау, сына тәрізді немесе конусты ампутациясы.



# Лейкоплакия

- Қабыршықтың асық деңгейде түлеуі. (греч. Leukos placia – белая бляшка)
- Айнамен қарауда кішкене келген ақ таңбалар байқалады. Олар мақтамен, дәкемен алынбайды.
- Кольпоскопияда: йоднегативті, дәнді беткейлі ақ дақтар.
- Емі: криодеструкция, конизация, сына тәрізді немесе конусты ампутациясы. биожігерлендірентін әсері бар жақпа майларды қолдануға болмайды.



# Папилломалар

- Папилломавирусты инфекциямен жұқтырылған қатерсіз түзіліс.
- Айнамен қарауда: розетка тәрізді алқызыл түсті сүйел тәрізді өсінділер.
- Кольпоскопия: бөлек бүртікшелерден тұратын папилломатозды өсінділер.
- Папилломаны криодиструкция әдісімен, лазерлі және электрохирургиялық кесіп алу.



# Эритроплакия

- Көп қабатты жалпақ эпителийдің пластының функционалды және аралық атрофиясы себебіне болатын жұқаруы.
- Айнамен қарауда: жеңіл қансырайтын дұрыс емес пішінді гиперемия аймағы.
- Емі лейкоплакиядағыдай.

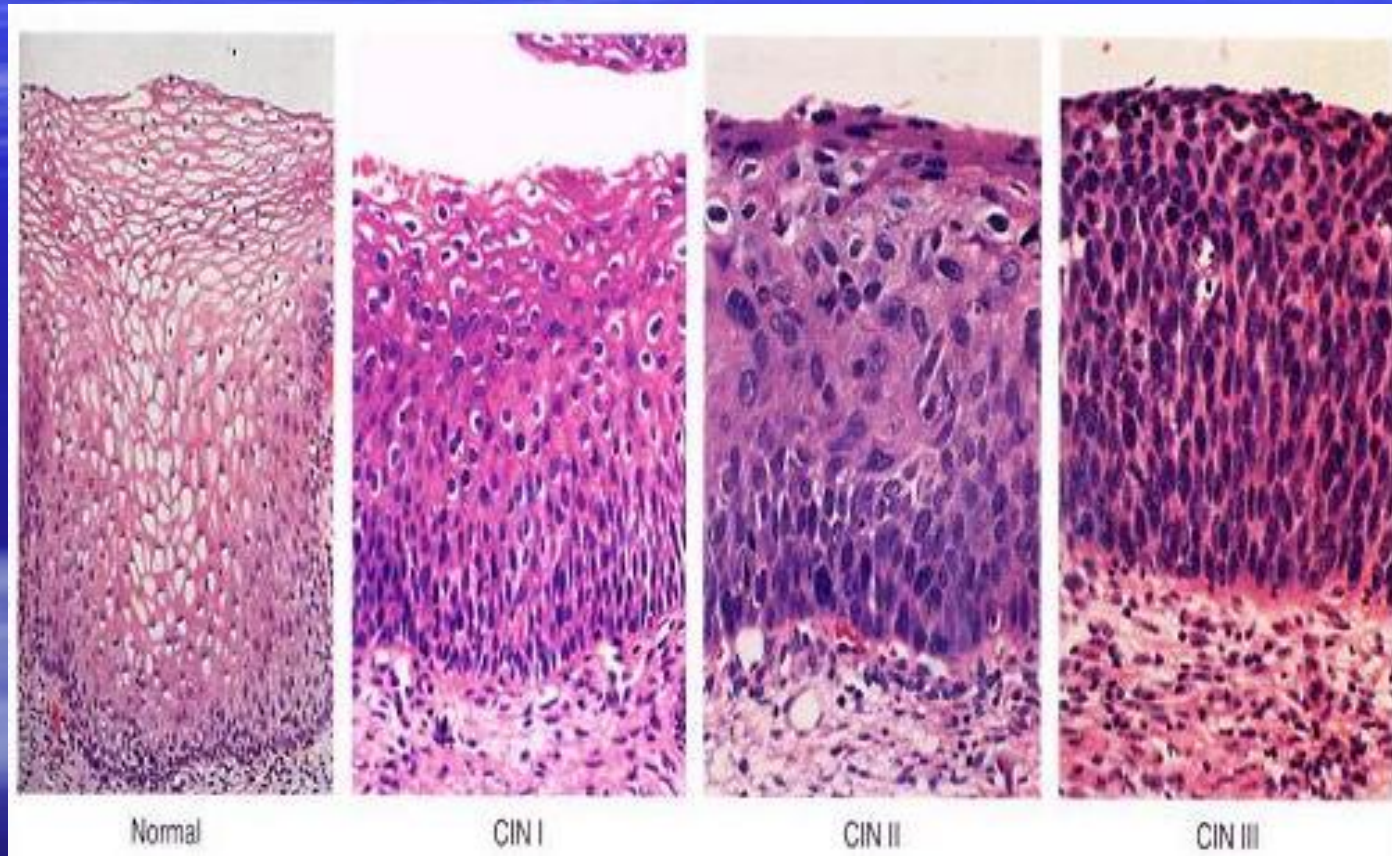




# Дисплазия

- Дисплазия бұл морфологиялық түсінік, ол нақты клиникалық көрініс бермейді және айнамен көрген кезде көрінбейді. Бұл диагноз тек қана гистологиялық және цитологиялық зерттеу нәтижесінде қойылады.
- Жіктелуі: әлсіз дисплазия (I дәр.),  
Орташа дисплазия (II дәр.)  
Ауыр дисплазия (III дәр.) немесе инвазивті обыралды.
- Емі: Әлсіз дисплазия (I дәр.), орташа дисплазия (II дәр.) диатермокоагуляция, криодеструкция (40 жасқа дейін), жатыр мойнын конизациялау (40 жастан жоғары.) Ауыр дисплазия (III дәр.) жатыр мойны ампутациялау және жатыр экстирпациясы.

# Дисплазия дәрәжелері



- **Жатыр мойны обыры** – ол қатерлі ісік болып келеді, оның алдында ұзақ уақытты обыр алды процесстер болуына байланысты онын алдын алуға болады.

- **Обырдың гистологиялық түрі:**

- Жалпақ жасушалы(85-95%):
  - - мүйізденген
  - - мүйізденбеген
- аденокарцинома (5-15%).

- **Макроскопиялық жіктелуі:**

- **Экзофитті түрі**
- **Эндофитті түрі (болжамы жағымсыз).**

## ■ **Жатыр мойны обырының қауып факторлары:**

- Ерте жыныстық қатынасқа түсу;
- Ерте бірінші жүктілік;
- Жыныстық партнерларының көп болуы;
- Адам папилломасы вирусымен жұқтырылуы;
- Анамнезінде венерологиялық аурулар;
- Науқастың және оның партнерінің әлеуметтік-тұрмыстық жағдайының төмен болуы;
- Оральды контрацептивтерді ұзақ қолдану;
- Шылым шегу.

Қауіп тобындағы науқастар 6 айда 1рет ауқымды кольпоскопия, жағындыны цитологиялық зерттеу, керек болған жағдайда зерттеудің инвазивті әдістерін қолдану қажет.

- **TNM бойынша жіктелуі:**
- T0 дәреже - обыр *in situ*.
- T1 – Жатыр мойнымен шектелген обыр.
  - T1a – микроинвазивті жатыр мойны обыры, ол бөлінеді:
    - T1a<sub>1</sub> – инвазия тереңдігі 3 мм дейін, диаметрі 7 мм дейін;
    - T1a<sub>2</sub> – 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

# Клиникалық көрінісі

- 6-16,4% жағдайда ауру тіпті ешқандай симптомсыз өтеді. Аурудың алғашқы симптомдары болып әр түрлі интенсивті қанды бөліністердің болуы жатады. Ол науқастардың 55-60% кездеседі. Екінші себебі болып ақ бөліністердің болуы жатады, бұл науқастардың 25-35% кездеседі. Олар өте сұйық, яғни су тәрізді болып келеді. Сонымен қатар шырышты, іріңді де болады және спецификалық иіс те болады.



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

# Диагностика

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

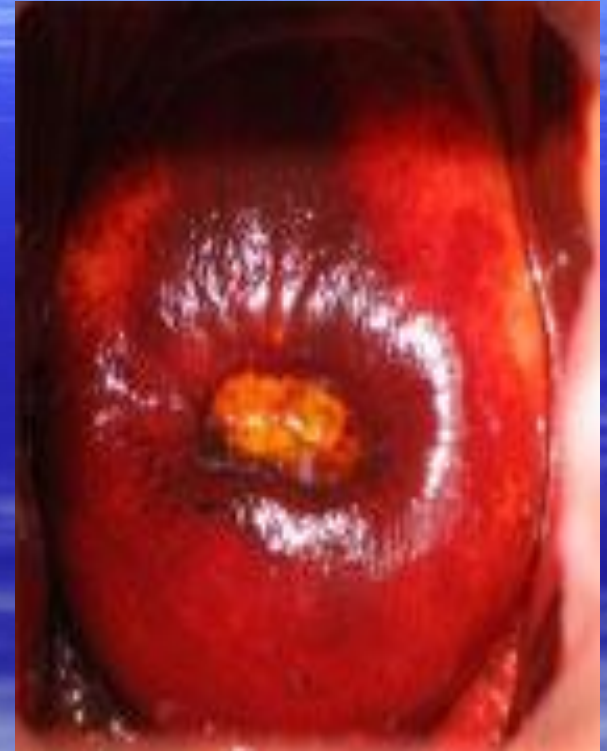
- колькоскопия
- Биопсия
- Эхография
- УДЗ





- Диагностикасындағы тиімді әдіс **Шиллер** (1928) сынаması. 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



# Емі:

- Негізгі 3 бағыты бар:
  - - қабаттасқан сәуле әдісі
  - - қабаттасқан ем
  - -хирургиялық жол
- Преинвазивті обыр (Ca in situ): конусты эксцизия ( жм конизациясы )
- 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.

# 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.

# ЖАТЫР ДЕНЕСІНІҢ ОБЫРЫ

# ЖДӨ эпидемиологиясы

- Солтүстік және Батыс Европада, Солтүстік Америкада көрсеткіштер Азияға қарағанда жоғары.
- Қазақстанда жоғары көрсеткіштер Алматы қаласында Павлодар, Ақмола областы, Карағанды, Солтүстік-Қазақстан облыстарында, төмен көрсеткіштер Оңтүстік-Қазақстан, Қызыл-Орда, Манғыстау облыстарында.

- Фондық аурулар:

- - эндометридың шырышты гиперплазиясы;
- - эндометридың шырышты-кистозды гиперплазиясы;
- - эндометридың полиптері;

- Обыр алды аурулары:

- - эндометридың атипиялық гиперплазиясы



# Патогенетикалық түрлері

- **1. Гормонға байланысты патогенетикалық түр:**  
Майлар және көмірсулар алмасуының бұзылуымен қалыптасқан созылмалы гиперэстрогениямен байқалады
- 2. Гормонға байланыссыз патогенетикалық түр:**  
эндокриндық – алмасу бұзылыстары жоқ немесе байқалмайды.

# Классификация

- T – первичная опухоль
- Tx Недостаточно данных для оценки первичной опухоли
- T0 Первичная опухоль не определяется
- Tis 0 Преинвазивная карцинома (carcinoma in situ)
- T1 I Опухоль ограничена телом матки\*
- T1a Ia Опухоль ограничена эндометрием или врастающая на глубину до половины миометрия
- T1b Ib Опухоль, врастающая на глубину более половины миометрия
- \* Поражение только желез эндоцервикса следует расценивать как I стадию
- T2 II Опухоль распространяется на шейку матки, но не выходит за пределы матки
- T3 или N1 Локальное и/или местное распространение опухоли за пределы матки, соответствующее T3a,b, N1 и FIGO IIIa,в,с
- T3a IIIa Опухоль распространяется на серозную оболочку и/или придатки



- **T3a IIIa** Опухоль распространяется на серозную оболочку и/или придатки
- матки (непосредственное распространение или метастатическое поражение)
- **T3b IIIb** Поражение влагалища (непосредственное распространение или метастатическое поражение)
- **T4 IVa** Опухоль распространяется на слизистую оболочку мочевого пузыря и/или кишки\*\* или распространяется далеко за пределами таза
- **N** - метастазы в регионарные лимфатические узлы
- **Nx** Невозможно оценить регионарные лимфоузлы \*\*\*
- **N0** Метастазы в регионарных лимфатических узлах не выявляются
- **N1 IIIc** Метастазы в тазовых и/или парааортальных лимфатических узлах
- **M** - отдаленные метастазы
- **M0** Отдаленные метастазы не определяются

# Клиникасы

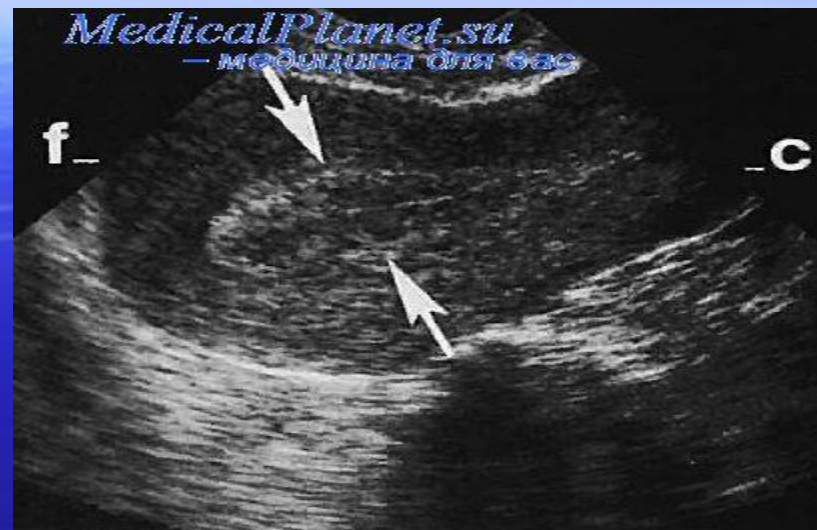
- Қынаптан қанды бөліністер.
- Сарысудың көрінуі: обыр кезінде сұйық, серозды, іріңді, немесе қанды болуы мүмкін.
- Ауырсыну сезімі
- Егер дерт қуыққа, тік ішекке көшсе олардың функциясының бұзылуы

# Диагностикасы

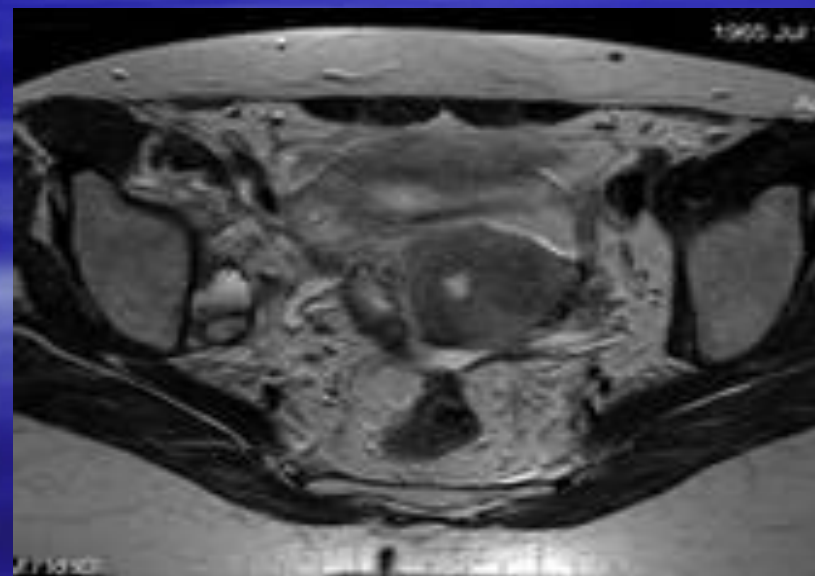
- Анамнез: менструалдық және бала туу функциясына, эндокриндық бұзылыстарына назар аудару керек.
- Жалпы қарау: ісіктің локализациясын, көлемін, консистенциясын, жылжымасын, асцит белгілерін байқау
- Тік ішектік – қынаптық зерттеу

# Сәулелік диагностика

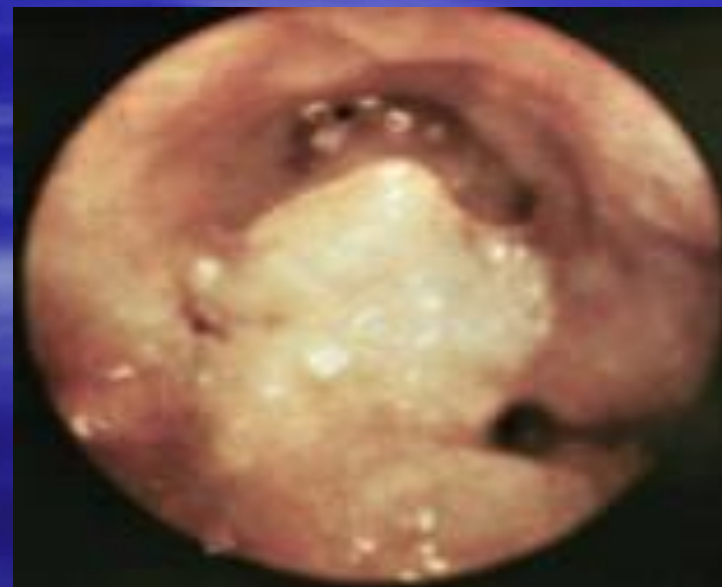
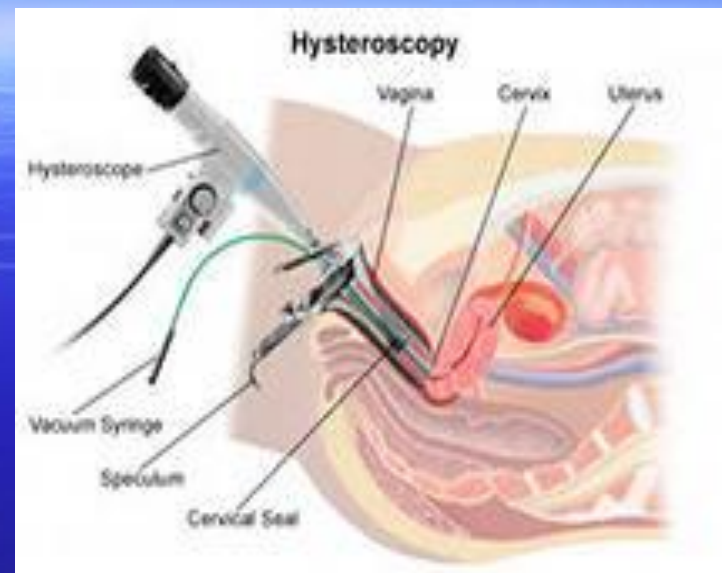
**УДЗ: Қатерлі ісік кезінде  
эндометрийдың қалаңдығы  
үлкейеді. Шеттері тегіс емес.**



**Кіші жамбас иінінің КТ :  
ісіктің локализациясын,  
көлемін, тығыздығын және  
басқа ағзаларды басуын,  
оларға өсуін,  
лимфатүйіндердің  
зақымдануын көруге мүмкіндік  
береді.**



- Гистероскопия – бұл эндоскопиялық зерттеудің түрі. Жатырдың шырышты қабатын зерттеуде және биопсия өткізуде қолданады.



# Гистоцитологиялық зерттеу

- Эндометрий жуындысының цитологиялық зерттеуі.
- Эндометрий тінінің гистологиялық зерттеуі.

# Емдеуі

- I сатысында: жоғары дифференцияланған ісіктерде – қосалқыларымен жатардың экстирпациясы.  
төмендифференцияланған ісіктерде – қосалқыларымен жатардың экстирпациясы + мықындық лимфодиссекция+ адьюванттық сәулелік ем.
- II сатысында: қосалқыларымен жатардың кеңейтілген экстирпациясы + мықындық лимфодиссекция+ адьюванттық калыптасқан сәулелік ем.
- III сатысында: қосалқыларымен жатардың кеңейтілген экстирпациясы + мықындық лимфодиссекция+ адьюванттық калыптасқан сәулелік ем. + гормонотерапия+ химиотерапия.
- IV сатысында: паллиативтық сәулелік ем + гормонохимиотерапия немесе симптоматикалық ем

# Ауру болжамы

- Болжам сатысына, пісіп-жету дәрежесіне және гистологиялық түріне, инвазия тереңдігіне, науқастың жасына байланысты.
- Бесжылдық өмір сүру: I сат. – 82%, II сат. – 65%, III сат.- 44%, IV сат. – 15%. құрайды