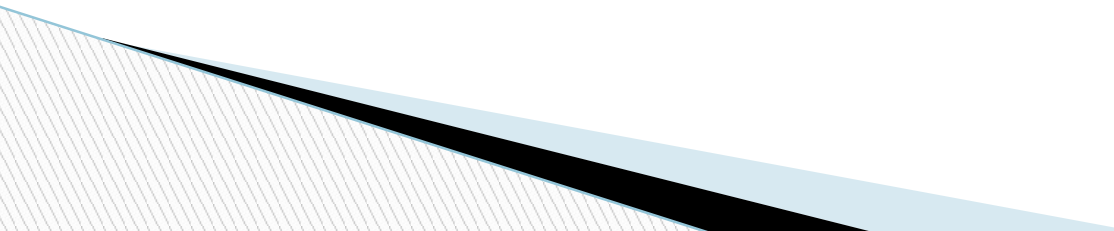


Жатыр мойны мен денесінің қатерлі ісігі

№1 Акушерия және гинекология курсы



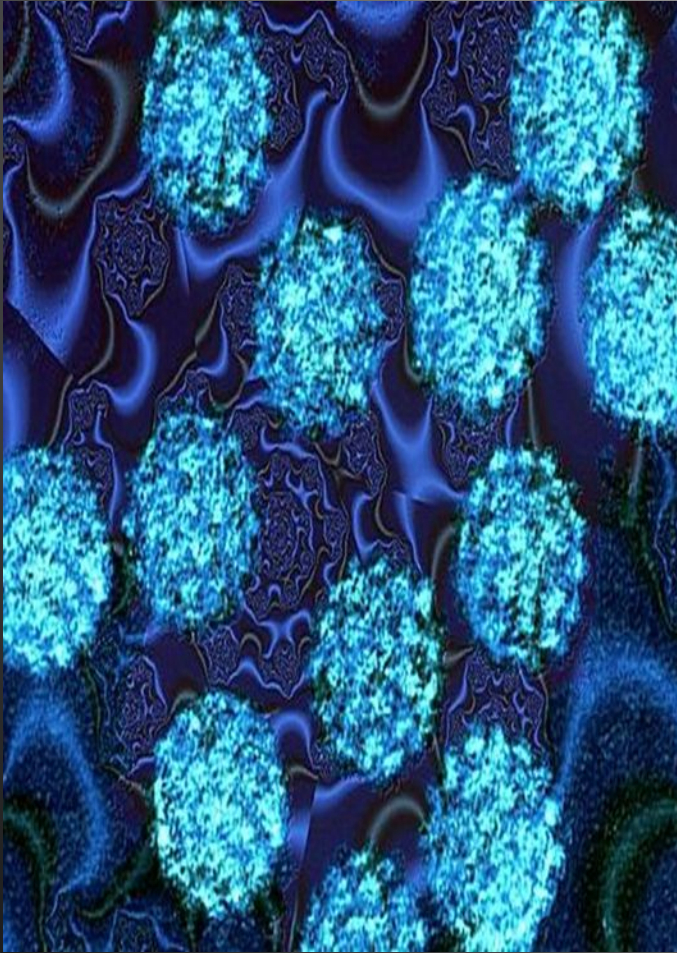
Жоспар

- Актуальділігі
 - Жатыр мойнының қатерлі ісігі. Клиникасы, диагностикасы, емі, алдын алу.
 - Жатыр денесінің қатерлі ісігі. Клиникасы, диагностикасы, емі, алдын алу.
- 

АКТУАЛЬДІЛІГІ

- Жатыр мойнының қатерлі ісігі Дүние жүзі бойынша әйелдерде кездесетін қатерлі ісіктердің ішінде 3ші орын алады, және де мыңнан біржүз әйелдің өлімінің себепкері болып табылады.
- Жыл сайын Қазақстан Республикасында 1500-дей жатыр мойнының қатерлі ісігі тіркеледі және де оның ішінен 650 әйел қайтыс болады.
- Науқастардың ішінен 40% -на жатыр мойнының қатерлі ісігі диагнозы 45 жасқа дейін қойылады.
- Қазіргі кезде жатырдың қатерлі ісігімен ауыратын жас әйелдердің саны эндометрийдің қатерлі ісігіне ұшырау саны арта бастады.

Этиология



- Канцерогенезде басты рөльде адамның папиллома вирусы жүреді (HPV)
- Жоғары онкогенді қауіп бар вирустарға 16, 18, 31, 33 ВПЧ типтері жатады
- «Жоғары» онкогенді қауіп қатер вирустарының
- ЖМҚІ –нің 95–100% да инвазивті және инвазивті емес түрлері кездеседі.

Ісікалды ауруларының және жатыр мойнының қатерлі ісігінің пайда болуының Қауіп қатер факторлары

□ I. Экзогенді әсерлер:

- Жарақаттар
- Вирусной инфекциялармен, Хламидия, Микоплазмамен тудырылған қабыну.
- Емдеу үшін физикалық және химиялық жолмен қолданылатын контрацепция.

□ II. Эндогенді әсерлер:

- Жасына байлаңысты гормональдік ауытқулар
- Ішкі секреция бездерінің аурулары
- Иммунологиялық жағдайының төмендеуі.

□ III. Әлеуметтік әсерлер:

- Жыныстық қатынасты ерте бастау
- 18жасқа дейінгі ерте алғашқы жүктілік
- Жыңыстық серіктесті жиі алмастыру
- Төмен әлеуметтік жағдайда жыңыстық қатынасты ерте бастау және де көп босану.

Жатыр мойнының қатерлі ісігі

- Жалпақжасушалы түрі (85% случаев), оның ішінде: дифференциация дәрежесің ескере отырып, кератиңді қатерлі ісік (жетілген түрі) 20–25% құрайды, кератиңді емес түрі (жетілуінің орта дәрежесі) — 60–65%, төмен дифференциацияланған қатерлі ісік (жетілмеген түрі) — 10–15%.
- аденокарциноманың — 15–20% жиі эндоцервиксте анықталады
- Жатыр мойнының қатерлі ісігінің сирек кездесетің түрлері(ашықжасушалы, мукоэпидермоидты, ұсақжасушалы және т.б.) науқастардың 1–1,5% құрайды.

Жіктелуі

- (FIGO) акушер гинекологтардың халықаралық федерациясының жіктеуі .
- Хирургиялық дәрежелеге ұшыраған жағдайларда TNM бойынша жіктеуі.

FIGO жіктеуі (2009 г.)

- I дәреже - ісік жатыр мойнымен шектелген
- II дәреже – Ісік жатыр денесімен шектелген , жамбас қабырғалары мен қынаптың төмеңгі үштен біріне тарамаған.
- III дәреже – Ісік жамбас сүегіне немесе қынаптың төмеңгі үштен біріне тараған, немесе қызметің атқармайтың бүйрек әлде гидронефроздың болуы
- IV дәреже – Ісіктің қуықтың шырышты қабатына немесе тік ішекке өтуі, кіші жамбас қуысының шектерінең шықпауы (IVA стадия), , шеткері метастаздар беруі (IVB стадия)

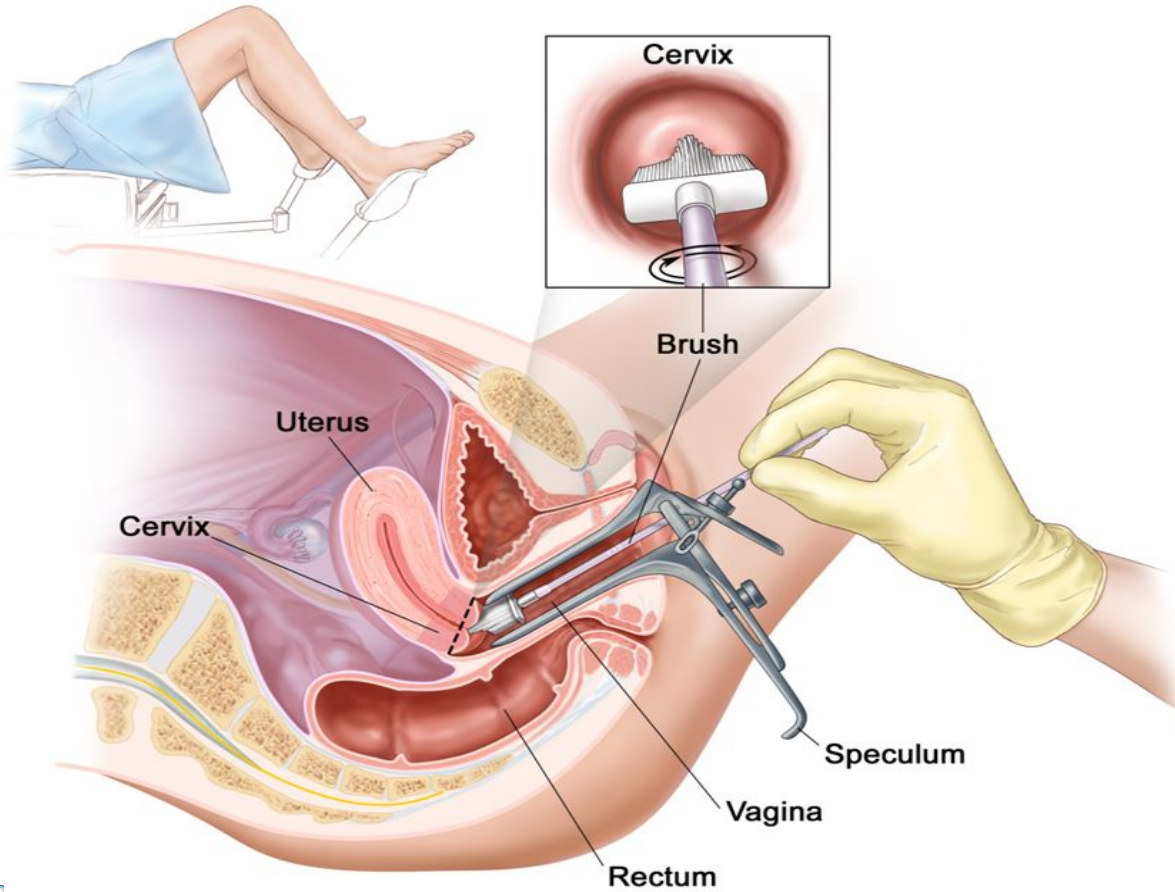
Клиника

- Ұзақ уақыт бойы симптомсыз өтуі
- Қатынасты қан кетулер (жыныстық қатынастан, гинекологиялық қараудан кейін)
- Сулы жұғындылар
- Бел аумағы, сегізкөз, шат аймағында интенсивтілігі әртүрлі болатын ауыру сезімі.
- Метастаздар кезінде ішек жолдарының, зәр шығару жүйесі қызметтерінің
- Жалпы симптомдар (әлсіздік, жоғары шаршағыштық жұмыс істеуге екпінінің болмауы)

Диагностика

- Шағымдары, анамнез
- Жалпы физикалық тексерілуі
- Гинекологиялық қарау
- Цитологиялық зерттеу
- Кольпоскопия
- Жатыр мойнының биопсиясы: күдікті жердің бәрінен биопсия алу.
- Егер CIN III, жатыр мойнының қатерлі ісігі диагнозы расталса науқас онкогинекологқа жолданады.

Онкоцитологияға жағыңды алу



Кольпоскопия (Шиллер сынамасы)

5 % йод ретикулярды тіндісімен
өңдегенде (псевдоэрозия) ақшыл
қызғылт түсті,
басталып келе жатқан
аймақтар сары түсті,
атипиялы процесстер –
ақ түсті болады.



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.

Емдеу әдістері

- Хирургиялық ем (жатыр мойнының кең конизациясы, радикальды гистерэктомия, жамбас қуысындағы лимфааденоэктомиямен гистерэктомия және т.б.)
- Адьювантті сәулелі/химиосәулелі терапия
- Адьювантсыз химиотерапия (платина құрамында платинасы бар препараттармен химиотерапияның 2-3 курсы) одан кейінгі радикальді жамбас қуысының лимфааденоэтомиясымен гистерэктомия ± адьювантті операциядан кейінгі сәулелі немесе конкуретті химиосәулелі терапия

Жатыр мойнының қатерлі ісігі (алыңған жатыр)



Емдеу әдісің таңдау

- Ауру дәрежесі
- Қосарлаңған соматикалық және гинекологиялық ауруларының болуы
- Пациенттің фертильділігің сақтауды тілеуі

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 егу. Екіншілік патогенетикалық профилактика әдістеріне Қазақстанда барлық халыққа тегің жүргізілетін Ұлттық скринингті бағдарлама жатады .

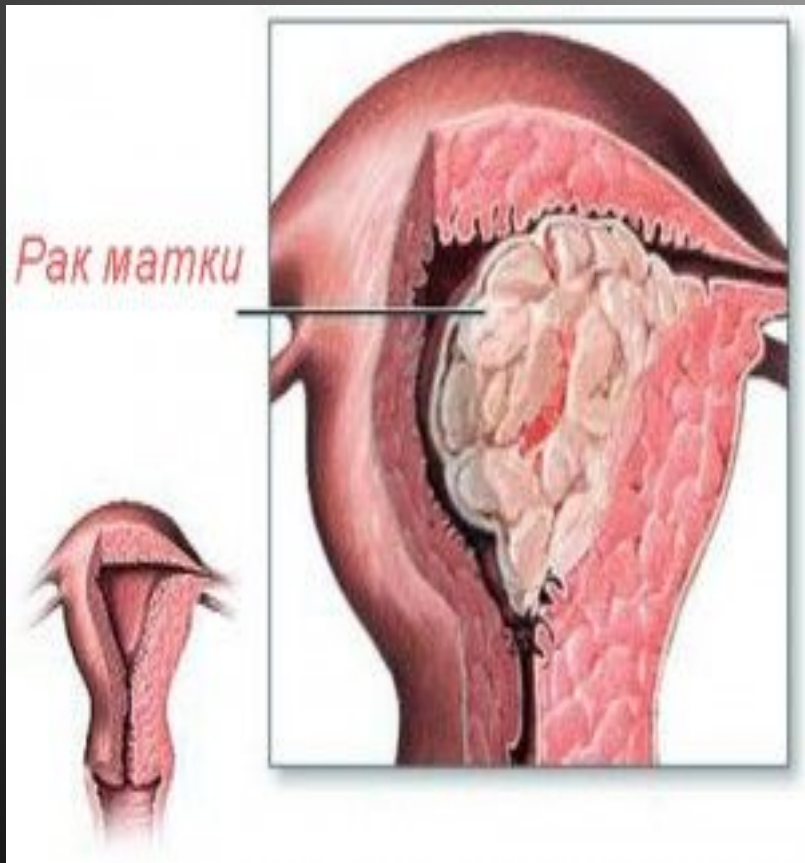
Екіншілік алдың алу:

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 белсенді түрде сұйықты цитология әдісі еңгізіле бастады, ол әдеттегі әдіске қарағанда бірнеше тиімділеу.

Үшіншілік алдың алу:

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

Эндо метрийдің қатерлі ісігі



- Барлық қатерлі ісіктердің ішінен 7,7% құрайды
- Қатерлі ісіктің осы түрі көбіне – 65 жас аралығында кездеседі.
- 40 жасқа дейінгі әйелдерде жиілігі 100 000нан 2 жағдайды құрайды, ал 55 жастан жоғары әйелдерде 100 000 – нан 44 жағдайды құрайды.

Эндо метрийдің қатерлі ісігінің ЭТИОЛОГИЯСЫ

Эндо метрийдің қатерлі ісігінің пайда болуында уш гипотеза бар:

Зат алмасу мен эндокринді жүйенің бұзылыстарымен жүретің гиперэстрогенизм (семіздік, қант диабеті, гипертониялық ауру) - 70% науқасты құрайды.

Жоғары дәрежелі дифференциацияланатын және өсуге прогрессиясы төмен ісіктер.

Эстрогенге тәуелсіз теория - эндокринді зат алмасу бұзылыстары мен овуляцияның бұзылуын меңзейді, оны 30% науқастарда кездестіре аламыз. Ісік атрофияға ұшыраған эндо метрийдің көрінісінде пайда болады, және де төмен дифференциациямен мінезделеді.

- Генетикалық теория

Эндо метрийдің қатерлі ісігінің пайда болуында қауіп қатер әсерлері

- Эндокринді зат алмасу бұзылыстары (мысалы: семіздік, қант диабеті, гипертониялық ауру);
- Әйел жыныс мүшелерінің гормонға тәуелді бұзылыстары (ановуляция, гиперэстрогенизм, бедеулік);
- Аналық бездерінің гормональді белсенді ісіктері.
- Генетикалық тәуелділік;
- Анамнезінде жүктіліктер , босанулардың болмауы;
- Кеш басталған менархе , менопауза (55 жастан жоғары);
- Гормональді ем (тамоксифен).

Эндо метрийдің қатерлі ісігінің морфологиялық түрі

- Аденокарцинома (ең жиі түрі)
- Ашықжасушалы (мезонефроидті) аденокарцинома;
- Жалпақжасушалы қатерлі ісік;
- Жалпақбезді қатерлі ісік;
- Серозды қатерлі ісік;
- Муцинозды қатерлі ісік;
- Дифференциацияланбаған қатерлі ісік.

Аденокарцинома (алыңған жатыр)



Эндо метрийдің қатерлі ісігінің классификациясы FIGO (2009 ж.)

I саты – ісіктің жатыр денесінде орналасуы

II саты – жатырдың денесі мен мойнының
зақымдалуы

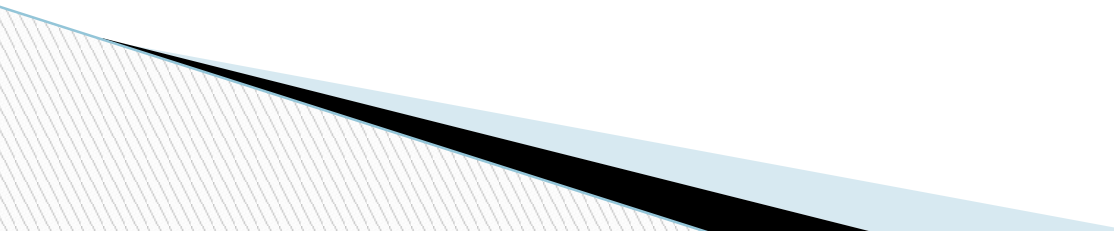
III саты- параметральді тіңге жайылуы немесе
қынапқа метастаз беруі, ісік кіші жамбас қуысымен
шектеледі.

IV саты –кіші жамбас қуысынан шығуы, шеткері
метастаздар беріп (IVB) қуыққа немесе тік ішекке
өтуі (IVA).

Ісікті дифференциациялау сатылары

- G_1 – жоғары дәрежелі дифференциация, жасушалардың әлсіз айқындалатын полиморфизмімен сипатталады.
- G_2 – орта дәрежелі дифференциация полиморфты жасушалармен – қалыптыларға қарағанда патологиялық митозы бар үлкейген гиперхромды өзегіндегі өзекшелермен көрсетіледі.
- G_3 – төмен дәрежелі дифференциация жасушалардың айқын атипиялық интенсивті пролиферациясымен және де көп мөлшердегі митоздармен ерекшеленеді, ол ісікті тіңнің құрамдық өзгерісімен сипатталады.

Эндо метрийдің қатерлі ісігінің метастаз жолдары

- лимфогенді (лимфа тамырларымен)
 - гематогенді (қан тамырларымен)
 - имплантационді (құрсақ қуысында)
- 

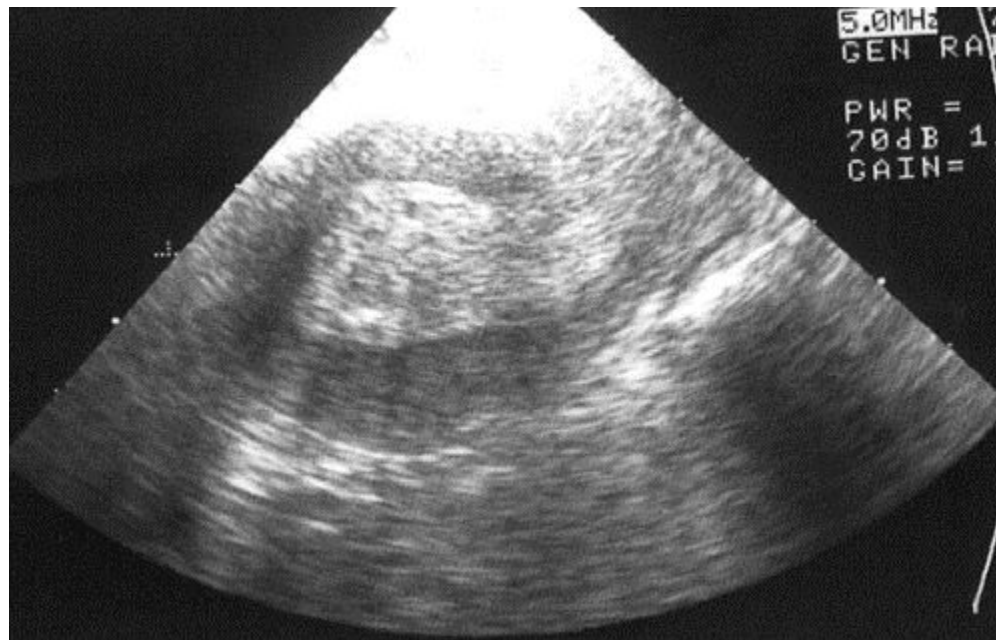
Клиника

- Жатырдан ациклді қан кетулер
- Сулы жұғындылар
- Ауыру сезімі – аурудың кеш симптомы. Жиі іштің төмеңгі бөлігінде, бел сегізкөз аймағында кездесіп көбіңе толғақ тәрізді немесе тұрақты түрде кездеседі.

ДИАГНОСТИКА

- Шағымдары, анамнез
- Жалпы қарау
- Гинекологиялық тексеріс
- УДЗ, ЦДК
- Аспирационды биопсия
- Гистологиялық зерттеу , шырышты қабатты бөлшекті диагностикалық қырумен алынған шырышты зерттеу.
- Жатыр қуысын қырумен гистероскопия
- КТ, МРТ, ПЭТ (үрдістүң жайылуын анықтау)

Эндо метрий гиперплазиясындағы УДЗ



Емі

Емнің мақсаттары:

- Ісікті жою
- Ісіктің рецидиві мен метастазын ескерту.

Эндоментрийдің қатерлі ісігін емдеу

- ▣ Хирургиялық (радикальді гистерэктомия, алғашқы сатыларында эндоментрий абляциясы жасалуы мүмкін)
- ▣ Гормональды ем (гестагендер, антиэстрогендер)
- ▣ Сәулелі ем (ішкі және ішкі сәлелеңдіру)
- ▣ Аурудың жайылмалы сатысында комплексті ем ретінде химиотерапия.

Емдеу әдісін таңдау

- Ауру сатысы
- Гистологиялық құрам
- Ісікті дифференцирлеу
- Миометрийге еңу тереңдігі
- Зақымдалу аумағы
- Қосарласқан соматикалық және гинекологиялық патологияның болуы.

Алдын алу

- Эндометрий гиперплазиясын уақытылы анықтап емдеу.
- Зат алмасу эндокринді бұзылыстарды емдеу (артық салмақтан арылту, бауыр ауруларын, қант диабетің уақытылы емдеу) және де зат алмасу-эндокринді бұзылыстар мен эндометрийдің қатерсіз өзгерістерін айқындап емдеу)
- Тұрақты профилактикалық тексерістер өту.

Қолданылған әдебиет

- МЗСР ҚР № 361 бұйрығы 29 қазан 2014 жыл «О внесении изменений в приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 10 ноября 2009 года № 685 «Об утверждении Правил проведения профилактических медицинских осмотров целевых групп населения»
- Клинический протокол «Рак шейки матки» , утвержден РЦРЗ МЗСР РК от 30.10.2015
- Клинический протокол «Гиперплазия эндометрия », утвержден РЦРЗ МЗСР РК от «9» июня 2016 года
- Лекции по онкогинекологии Бохман Я.В. Медицинское информационное агентство, 2007 г.
- Гинекология. Национальное руководство. Под ред. В.И. Кулакова, Г.М. Савельевой, И.Б. Манухина «ГЭОТАР - Медиа» Издано в 2009 г.