



МАРАТ ОСПАНОВ АТЫНДАҒЫ БАТЫС ҚАЗАҚСТАН
МЕМЛЕКЕТТІК МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТІ

*Мамандығы: Жалпы дәрігерлік тәжірибе
Пәні: Акушерия және Гинекология ЖТД*

ИНТЕРННИҢ ӨЗІНДІК ЖҰМЫСЫ

*Тақырыбы: Жатыр мойнының фондық және ісік алды
аурулары.*

706 ТОП

Орындаған: *Жарылқасын Г.С*
Тексерген: *Кунаков Н.Н*

Ақтөбе, 2016ж

ЖОСПАРЫ:

I. Кіріспе

II. Негізгі бөлім:

- ❖ Жатыр мойны ісігінің этиопатогенезі.
- ❖ Жатыр мойны ісігінің клиникалы-морфологиялық жіктеуі
- ❖ Жатыр мойны ісігінің клиникасы.
- ❖ Жатыр мойны ісігінің диагностикасы
- ❖ Жатыр мойны ісігінің емі

III. Қорытынды

IV. Қолданылған әдебиеттер



КІРІСПЕ

Елімізде жатыр мойны ісігі - гинекологиялық қатерлі ісіктердің ішінде бірінші орында. Жатыр мойны ісігі әйелдің жыныс мүшелерінде кездесетін қатерсіз және қатерлі ісіктерінің ішінде ең жиі кездесетіні (80%-ға дейін). Сирек кездесетіні аналық без (15-16%), сыртқы жыныс мүшелерінде және қынап ісігі (2-4 %). Әлемде жыл сайын жатыр мойнының қатерлі ісігіне шалдыққан жарты миллион адам анықталып, аталмыш науқастан 240 мың адам көз жұмады. Ісіктердің ішінде әйелдерде кездесетін барлық қатерлі ісіктердің 30 пайызы - жатыр ісігі, соның 85 пайызы жатыр мойнында кездеседі. ДДСҰ деректерінше, қатерлі ісік дертінің 80 пайызы полиэтиологиялық факторлардың, яғни жұқпалы инфекциялық дерттердің салдарынан туындайды. Жалпы жатыр мойны қатерлі ісік дертінің пайда болуының бірнеше қауіпті факторлары бар. Жыныстық қатынасты ерте бастағаннан, жыныстық қатынастарда жиі болғаннан, ерте босану, шылым шегу, иммунитеттің әлсіреуі әсер етеді.

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).



Этиопатогенезі

Ағзаның иммунды жүйесінің қанағаттанарлық жағдайында антиген болып есептелетін вирус антиденелермен байланысып жойылады. Ерекше жағдайларда вирус жасушаға өтеді және онда интерферонның және басқа да қорғаныс факторларының әсерінен лизиске ұшырайды. Егер лизис толық орындалмайтын болса вирустар және олардың бөлшектері жасушада ұзақ уақыт латенттік күйде сақталады. Ағза үшін қолайсыз жағдайларда жасушаның генетикалық аппараты бұзылып, қатерлі ісікті трансформация үшін тиімді жағдай туындайды. Вирустың әсер ету кезеңінен бастап ағзада қатерлі ісікті жасуша пайда болғанша көп жылдар өтуі мүмкін.



TNM бойынша жіктелуі:

T0 дәреже - обыр *in situ*.

T1 – Жатыр мойнымен шектелген обыр.

T1a – микроинвазивті жатыр мойны обыры, ол бөлінеді:

T1a₁ – инвазия тереңдігі 3 мм дейін, диаметрі 7 мм дейін

T1a₂ – 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



Жатыр мойнының фондық және рак алды аурулары қауіп қатер факторлары:

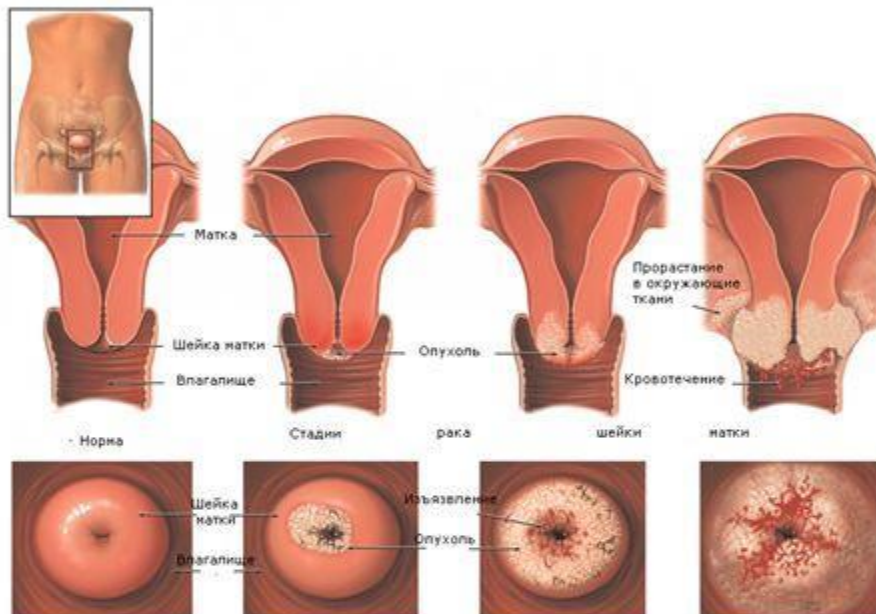
- ❑ Әйел ағзасының індеттенуі (кокктар, таяқшалар, хламидиялар, микоплазмалар, гарднәреллалар, трихомонияздар).
- ❑ Етеккір қызметінің ағымы мен қалыптасуының ерекшеліктері. Менархенің ерте келуінде және жыныстық жетілуінде, жатыр мойны ауруларының дамуы 5-7,5 есе жоғарылайды, ановуляторлық цикл.
- ❑ Сексуалдық анамнез – ерте жыныстық қатынас, жоғары сексуалды белсендік, ретсіз жыныстық қатынас.
- ❑ Әйелдің репродуктивті қызметі:
- ❑ Репродуктивті жастағы әйелдерге (көп жүктілік пен түсіктер болғанда) және менопаузаның ерте (жасы 45- ке дейін) жатыр мойны рагіне әкелуі мүмкін.
- ❑ Горманальдық гемеостаз.
- ❑ Аборттан және кейінгі жатыр мойнының жарақаттары. Өндірістік зияндылықтар мен генетикалық (тұқым қуалаушылық) факторлары.

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

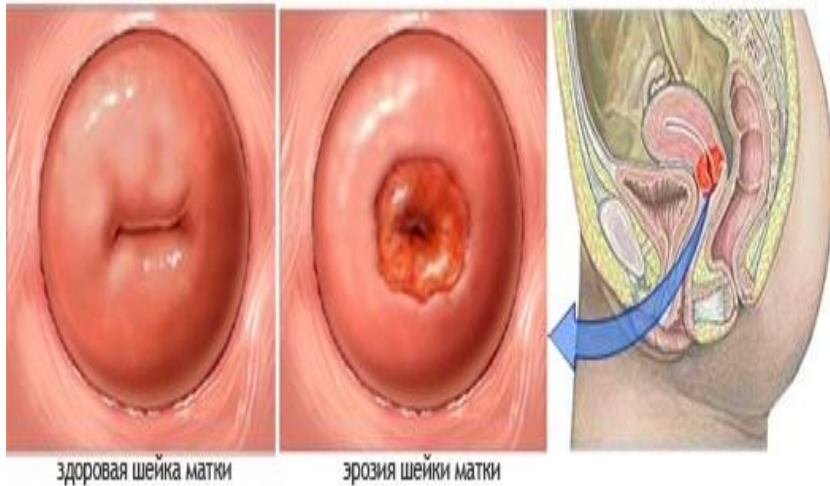


Фонды процестер — жатыр мойнының қатерсіз аурулары, олар жатыр мойнының қатерлі ісіктеріне әкелуі:

- шынайы эрозия ;
- жалған эрозия(эктопия);
- цервикальды канал полипі;
- лейкоплакия;
- папиллома.
- эктропион



Шынайы эрозия

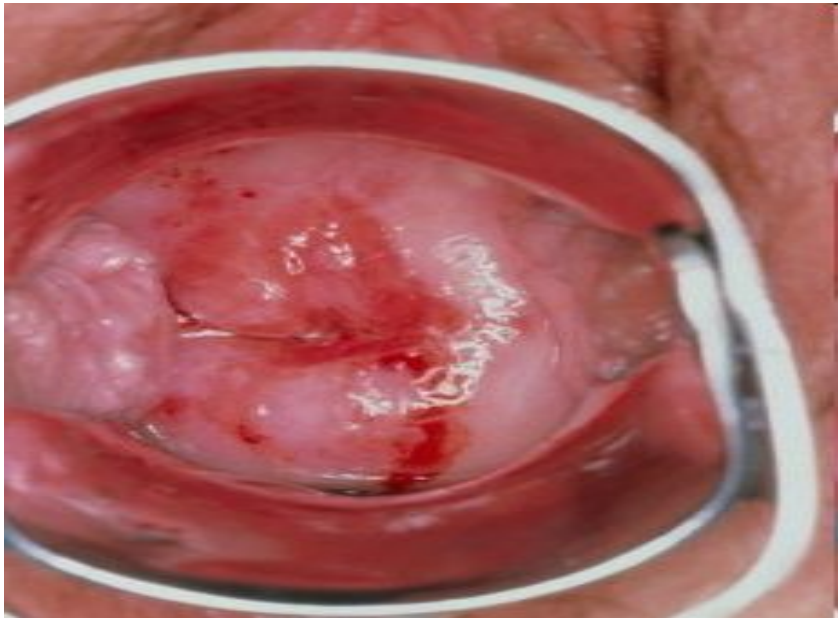


Шынайы эрозия бұл эктоцервикстің ауқымды аймағында жоқ болуымен және дәнекер тінді строманың жалаңаштануымен сипатталатын эпителий ақауы.

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.

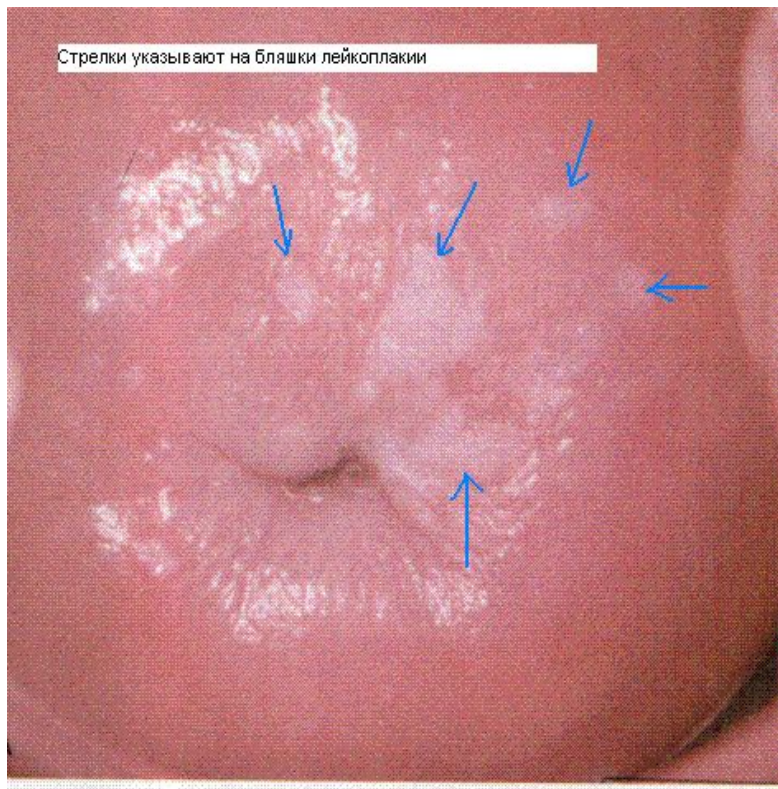
Кольпоскопияда: эктопия, сыртқы аңқа ақауы.

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.



Папиломалар



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.



Рак алды аурулары — ұзаққа созылатын, консервативті емнің нәтижесіздігімен сипатталған, қайталанған жатыр мойнының патологиялық процестері.

Жіктелуі:

Эпителій дисплазиясы (жеңіл, орташа, ауыр).

Дискератоздар — көп қабатты жалпы эпителийдің жетілуінің бұзылыстарымен сипатталатын а-процесс. Оларға: лейкоплакия, эритроплакия жатады.

Лейкоплакия - ақшылдау, күміс түстес салпыншақ, олар тегіс немесе сол ғана қоршаған тіндерден жоғары тұрады. Эритроплакия— салпыншақты құрылымдар, қызғылт түсті, себебі қан тамырлары көрініп тұрады. Ваша кожа снова будет чисто-белой! Доход для сайтов

Безді-бұлшық етті гиперплазия - олар фолликулярлы және папиллярлы эрозияларға бөлінеді (жалған эрозия). Егер цилиндрлік эпителий тіндердің ішінде дамыса фолликулярлы эрозия. Егер жатыр мойнының үстінде папиллярлы өсінділер болса —папиллярлы эрозия. Жатыр мойнының каналының, қынаптық бөлігінің полиптері-цилиндрлік эпителийдің гиперпластикалық өсіндісі.



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:

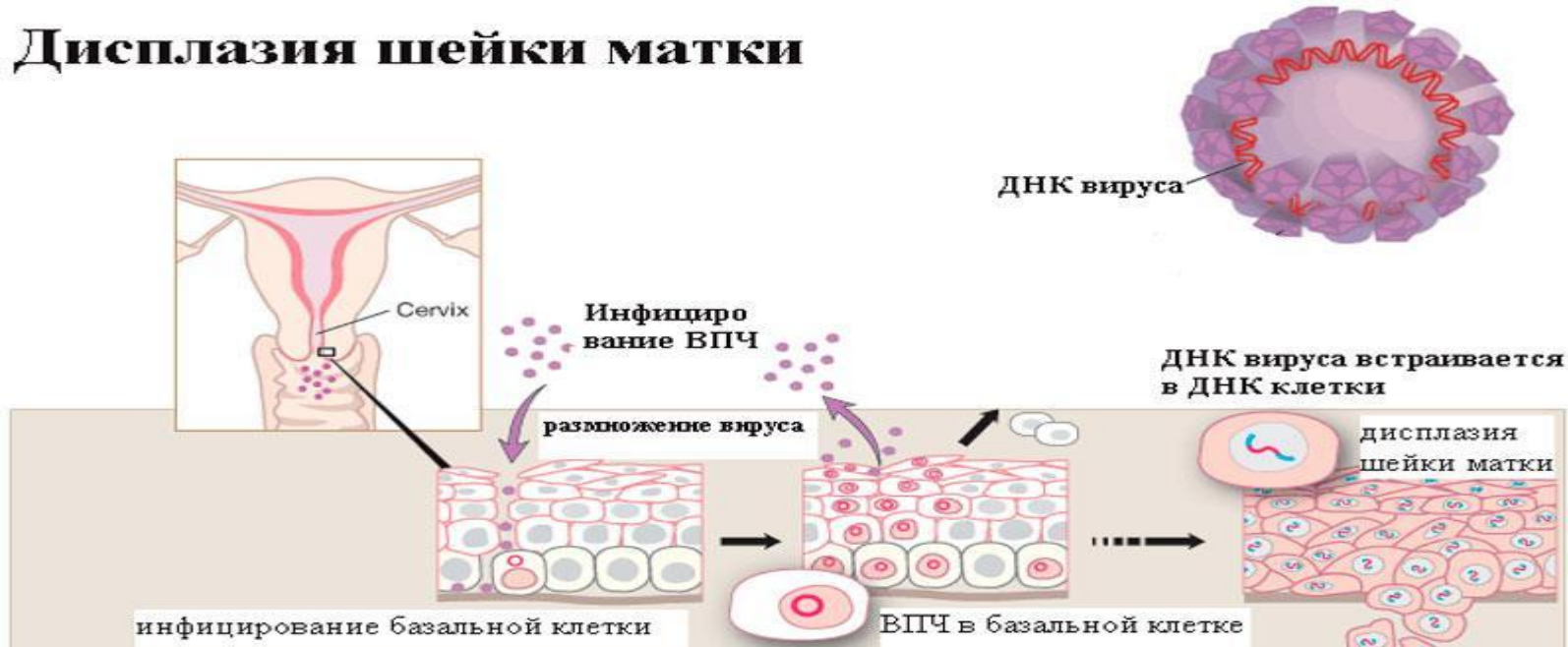
әлсіз дисплазия (I дәр.),

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 шейки матки



Клиникасы. 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, ірінді де болады және спецификалық иіс те болады.

Жатыр мойыны рагының клиникалық ағымы үш белгімен сипатталады: ақ етеккір, жыныстық жолдардан қанды бөлінулер, ауырсыну.

Ақ етеккір әртүрлі сипатты болуы мүмкін: сулы, қанмен боялған, иіссіз және нашар иісті. Олардың пайда болуы қатерлі ісіктің некроздалған бөліктерінің бөлінуі барысында ұлпа аралық лимфа саңылауларының және лимфалық тамырлардың ашылуымен түсіндіріледі. Мұндай бөлінулердің қынапта жиналуы және оларға инфекцияның қосылуы нашар иістің пайда болуына ықпал етеді. Қан қоспасы оларға «ет жуындарына» тән түр береді. Бөлінулер көлемі үлкен емес немесе көлемді қан ағуымен сипатталуы мүмкін.



Диагностикасы:

Қынаптық айнамен визуальды қарау

Қынаптық зерттеулер

Ректальді-құрсақтық зерттеу

Цитологиялық зерттеу

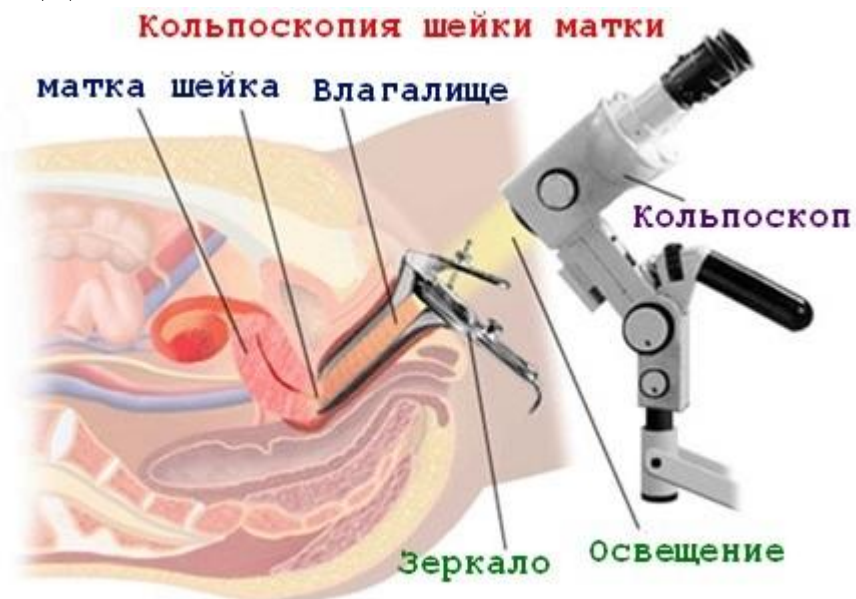
Гистологиялық зерттеу

Кольпоцитологиялық, цервикоскопиялық зерттеулер

Биопсия

Эхография

УДЗ



Диагностикасындағы тиімді әдіс **Шиллер** (1928) сынамасы. 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.



Емі

Консервативті

Жатыр мойнының қынаптық қабынуы анықталғанда жүргізіледі. Эндоцервициттерді өзгерістерде және шынайы эрозияларда Декубиталдық өзгерістердің жатырдың төмен түсуімен үйлескенде, малигнизацияны жоққа шығару керек. Сонымен қатар консервативті емге лейкоплакиялық жеңіл түрі, дисплазияның жеңіл сатысы эрозиялы, полиптері және айқын қабыну белгілері және папилломалары бар науқастар жатады. **Фармакотерапия құрамына кіреді:**

Қабынуға қарсы ем (антибиотиктер жергілікті және жалпы антибиотиктер) .

Гормоналды ем

Иммунотерапиялық ем (левомизил-жасушалық иммундық тапшылықты реттеу)

Биостимуляторлар

Химиялық коагуляция

Ваготил (36%-ті ерітіндісі 50мг) тумаған әйелдердегі кіші көлемдегі эктопиялар. Солковогин жалпақ эпителиді тандап күйдіреді, оның псевдоэрозияға жай лейкоплакияда,эктропионда және жатыр мойнының шынайы эрозиясында қолданылады. Шірік қабыршық 3-ші, 4-ші күндері сылынады, 6-9 күнде кольпоскоп арқылы байқалады және аралығында 2 апталық үзіліспен 3-4 рет аппликациялар қолданылады.



Хирургиялық:

- ✓ Диатермоэлектрокоагуляция-диатермоэлектрореканализация эксцизия.
- ✓ Диатермокриодеструкция
- ✓ Лазерлі деструкция. Көмірқышқылдық лазер. Жатыр мойнының едәуір деформациясында-жатыр мойнының ампутациясы жасалынады.



Хирургиялық емге көрсеткіш:

- Егер рецидивті безді -кистозды гиперплазия ішкі секреция бездерінің ауруында, семіздікте, гиперплазиялық ауруда, бауыр және көк тамырдардың (веналардың) ауруларында кездесетін болса;
- Рак алды ауру (аденоматоз, аденоматозды полиптер) эндометриозбен, жатыр миомасымен бездердің патологиясымен бірге кездесетін болса;
- Эндометридің атрофиясы кезінде аденоматозды полиптің рецидивті болса
- Алғаш рет анықталған аденоматозды полиптер немесе ошақты аденоматозды полиптермен қоса эндометридің гиперплазиясы немесе басқа гинекологиялық патология кездесетін болады;



ҚОРЫТЫНДЫ

Сонымен, жатыр мойыны рагы әйелдердің жыныс мүшелерінің қатерлі ісіктерінің арасында кездесу жиілігі бойынша екінші орын алады. Кейінгі онжылдықтарда жатыр мойынының инвазивтік рагымен науқастанудың айқын төмендеу кұбылысы байқалады. 2006 жылы қатерлі ісік дертіне шалдықтыратын ең көп таралып жүрген адамның папиллома вирусына қарсы профилактикалық шаралар ретінде алғашқы вакцинаға қол жеткізілді. Қазақстанда да аталған вакцинаның жоғары тиімділігін көрсетті. Оның үстіне, жас мөлшерге қатысты ешқандай шектеу жоқ. Дәрігерлер, алайда, бұны қағида бойынша еккізуді ұсынады. Егуді неғұрлым ерте бастасаң, соғұрлым жақсы дегенді айтады. Вакцинацияның ең тиімді кезеңі - 9 бен 15 жас аралығы. Осы кезде жатыр мойны қатерлі ісігінен 100 пайыз сақтануға мүмкіндік болады.

Ана мен бала өлімінің көрсеткішін азайту - мемлекеттің алдына қойған басымды міндеті. Қазақстан Республикасының 2011-2015 жылдарға арналған «Саламатты Қазақстан» денсаулық сақтау саласын дамыту мемлекеттік бағдарламасына сәйкес, ана мен бала денсаулығын арттыру бағдарламаның басты мақсаттарының бірі екені анық.



ӘДЕБИЕТТЕР:

1. Есенқұлов С.Е., Арзықұлов Ж.С., Әбисатов Қ.С., Есенқұлова С.Ә. Ісік аурулары: Оқулық. – Алматы, 2009». – Том I. – С. 391-411.
- 2.
3. Полякова В. А. Онкогинекология. Руководство для врачей. – М.: Медицинская книга, 2001.
4. Шакирова А.Ф., Байназарова А.А. Онкогинекология бойынша дәрістер циклы (оқулық құрал). – Қарағанды, 2007. – 66 б.
5. Клинические рекомендации. Акушерство и гинекология. Вып.2. Под ред. В.И.Кулакова. – М., ГЭОТАР-Медиа, 2008.
6. Л.А. Лысак. Сестринское дело в акушерстве и гинекологии. Ростов на Дону, Феникс, 2004.-С 191-217.
7. И.К.Славянова Сестринское дело в акушерстве и гинекологии. Ростов на Дону, Феникс, 2004.-С 6-41, 251-316. 183-207.



НАЗАРЫҢЫЗГА РАХМЕТ!

