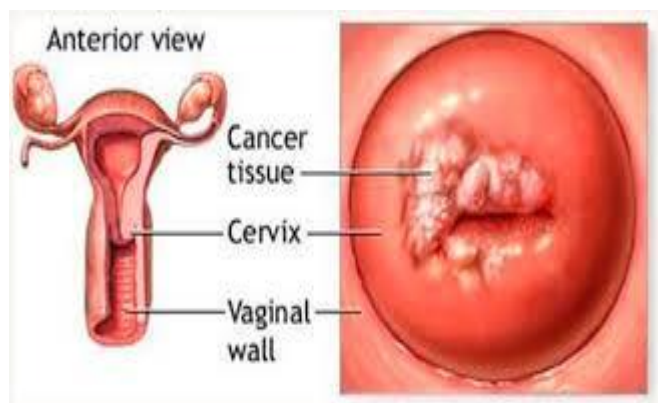


ІСІКТЕР. ІСІК АЛДЫ
АУРУЛАР.

ҚАТЕРЛІ ЖӘНЕ
ҚАТЕРСІЗ ІСІКТЕР



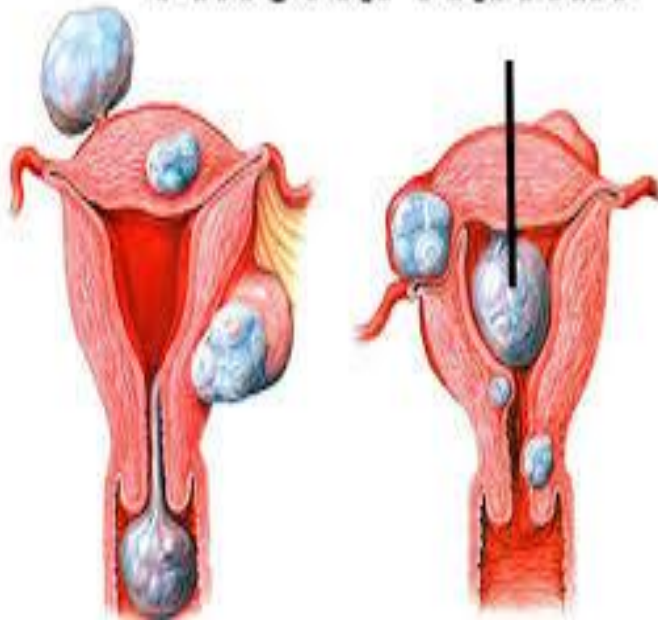
Әйел жыныс мүшелерінің қатерсіз және қатерлі ісіктерінің ішінді ең жиі кездесетіні жатыр ісігі (80 % дейін). Сирегіре аналық без (15-16 %) сыртқы жыныс мүшелерінің және қынап (2-4 %) ісігі кездеседі.



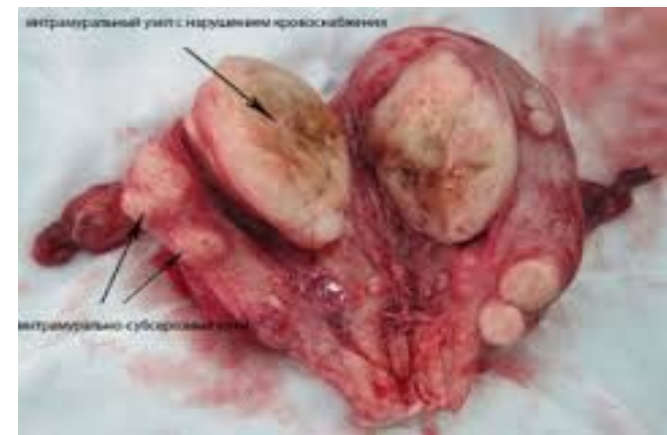
Жатыр миомасы

Әйел жыныс мүшелерінің қатерсіз ісіктері ішінен ең жиі кездесетіні жатыр миомасы – бұл бірыңғай салалы бұлшықеттен дамитын ісік.

Миома матки



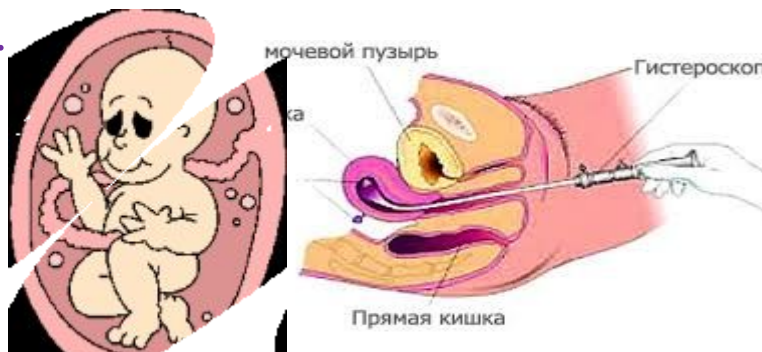
Ісіктің гармонға тәуелді екені анықталды. Жатыр миомасы бар науқас әйелдерде фолликулостилеулдеуші гормон секрециясы жоғарылаған, лютеинизирлеуші гормон синтезі төмендеген, менструальды циклдың сары дене фазасы қысқарған және гиперэстрогенемия байқалады. Қазіргі кездегі классификациясы бойынша жатыр миомасы сублеукозды, интрамурольды және субсерозды деп бөлінеді. Ісік түйіндері жатырды деформациялауы мүмкін, жақын жатқан мүшелермен (несепағар, қуық, кіші жамбас қан тамырлары) физиологиялық байланысын бұзады.



Клиникасы

Жатыр миомасының клиникалық көрінісінде негізгі және ең ерте симптомы қан кету болып табылады. Гиперполименорея немесе метроррагия типті жатырдан қан кету науқас әйелдердің 40 – 45% кездеседі. Әрбір екінші қан кетуі бар науқас әйелдерде екіншілік постгеморрогиялық анемия анықталынады. 18 – 20% ауырсыну синдромы, 12 - 15% көмей ас залалдың функциясының бұзылуы анықталады. 30% жағдайда науқас әйелдер ешқандай шағым айтпайды, ісік тек профилактикалық тексеру кезінде ғана анықталады.

Диагностикасы клиникалық көріністері мен арнайы гинекологиялық тексерулерге негізделеді. Сублюкозды миоматозды түйінді анықтау үшін қосымша зерттеу әдістері қолданылады – гистеросальпингография және гистероскопия.



Емі

Жатыр миомасының емі клиникалық көрінісінің айқындылығына, түйіндердің локализациясына, ісік көлеміне және науқас әйелдің жасына байланысты шұғыл операцияға көрсеткіш: түйіндердің қысылып қалуы, некрозы, субмукозды миоманың «тууы», екіншілік операцияның анық болумен жүретін шамадан тыс қан кетулер, миоманың инфицирленуі, зәр шығару мен нәжіс шығарудың айқын бұзылыстары, ісіктің қатерлі ісікке айналу күдігі.



Үлкен көлемді субмукозды орналасқан ісіктерде (жүктіліктің 14-15 аптасы және одан жоғары) әрқашанда оперативті ем тағайындалады. Ал көлемі кіші субсерозды және интромуральды орналасқан ісіктерде, клиникасы айқын болмаған жағдайда күту тактикасы (кварталына 1 рет қаралу) қолданылады. Себебі менопауза кезінде ісіктің өсуі тоқтайды да кері дамуы жүреді. Жатыр миомасы кезіндегі консервативті ем кең таралмаған. Андрогенмен емдеу айқын нәтиже бермейді, ал сәулелі кострация қазіргі кезде қолданылмайды. Болжамы жағымды.

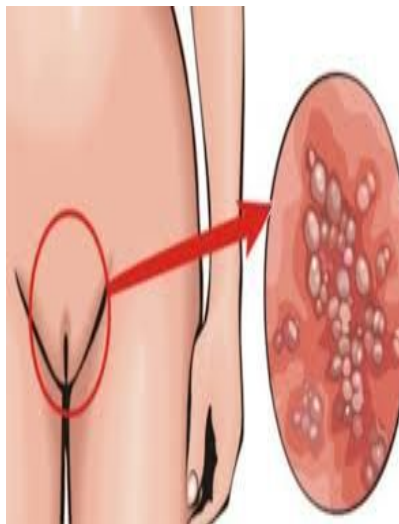
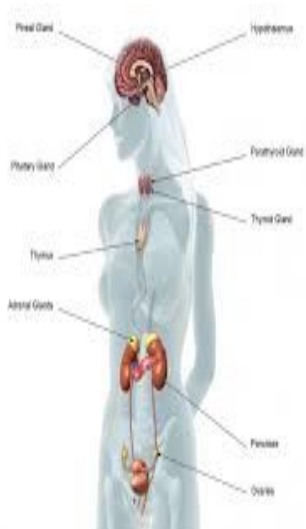


Жатыр мойын эрозиясы

Жатыр мойны эрозиясы (орыс.: эрозия шейки матки) — жатыр мойнының шырышты қабықшасының тұтастығының бұзылуы немесе шырышты қабат ұлпаларының зақымдалуынан пай болатын кішігірім жаралар (эрозиялар). Бұл ауру әйелдерде ең жиі кездесетін гинекологиялық аурулардың бірі болып саналады. Жатыр мойны дегеніміз қынап пен жатырды жалғап тұратын, қоймалжың сұйықтыққа толы, цилиндрлік пішіндегі қуыс. Жатыр мойны эрозиясының екі түрі бар: шынайы (эндоцервикоз) және жалпы эрозиялар (эктопия, псевдоэрозия). Шынайы эрозия сирек кездеседі, ол жатыр немесе қынапта вирусты немесе бактериалы инфекцияның пайда болуынан, механикалық немесе химиялық бұзылыстардан (зақымдалудан) туындайды. Тексеру кезінде ол жатырдың сыртқы бетінде қызарып, жара секілді болып көрінеді.

Жатыр мойны эрозиясының пайда болу себептері

Эрозия туа біткен болуы мүмкін (псевдоэрозия немесе эктопия) және жүре пайда болған (жарақат алу немесе инфекция салдарынан) болуы мүмкін. Әдетте, жатыр мойны эрозиясы жасанды түсік жасатқан, гормоналды бұзылыстары бар, жыныстық инфекциялары бар және қынап дисбактериозы бар әйелдерде жиі кездеседі.



Жыныстық қатынас арқылы берілетін аурулар: урогенитальды хламидиоз, трихомониаз, микроплазмоз және уреоплазмоз, гонорея, папиллома вирусты инфекциясы, екінші типті герпес вирусы немесе генитальды герпес. Әйелдердің жыныс мүшелерінің басқа да қабынушы аурулары. Қынаптың қабынбалы аурулары (вагиниттер, кольпиттер, бактериалды вагиноз, молочница). Жатыр мойнының шырышты қабықшасының механикалық зақымдалуы (бала босану, жасанды түсік тастау, дөрекі жыныстық қатынас).

Эрозияның дамуына келесі факторлар әсер етеді:

Гормоналды бұзылыстар; Етеккір циклының бұзылуы; Жыныстық өмірді ерте бастау және серігін жиі ауыстыру; Иммунитеттің төмендеп кетуі. Жатыр мойны эрозиясы белгілері (симптомдары) Жатыр мойны эрозиясының ешқандай клиникалық белгілері болмайды: ауруды тек гинеколог маманға тексерілу арқылы білуге болады. Алайда, кей жағдайда, эрозия бар екендігін, жыныстық қатынастан соң қынаптан қызғылт немесе қоңыр түсті сұйық бөлінулердің болуы арқылы білуге болады. Сонымен қатар жыныстық қатынас кезінде ауырсынулар сезілуі мүмкін. Қуықтың асты ауырады.



Жатыр мойны эрозиясының диагностикасы

Гинеколог дәрігер жатыр мойнын айнамен тексеру арқылы аурудың бар екенін анықтай алады. Бірақ эрозия оптикалық жабдық — колькоскоп — арқылы тексеріледі. Тексеру кезінде дәрігер сараптама үшін жағынды немесе патологиялық өзгеріске ұшыраған жерден (биопсия) кішкентай тері үлгісін алады. Бұл тері үлгісі микроскоп арқылы толық тексеріледі. Диагнозды растағанда типтік емес жасушалардың болмауына аса көңіл бөлу керек. Өйткені бұл — онкологиялық процестің белгілерінің бірі.



Жатыр мойны эрозиясын емдеу

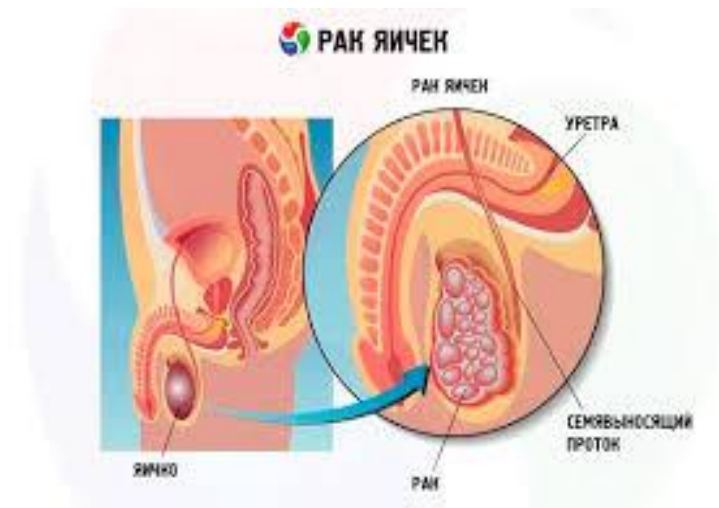
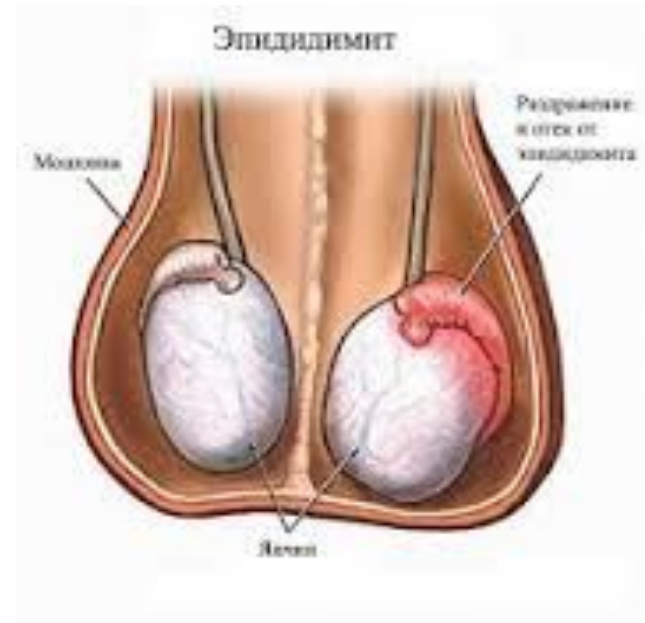
Эрозияны дәрі-дәрмек арқылы және дәрі-дәрмектің көмегінсіз (Мысалы: термиялық күйдіру, лазер, сұйық азот және т.б. арқылы) емдеуге болады. Жатыр мойны эрозиясын дәрі-дәрмектер арқылы емдеу. Дәрі-дәрмек арқылы емделгенде қабынуға қарсы дәрілер қолданылады. Олар эрозияның пайда болу себептеріне әсер ету арқылы, зақымдалған жасушаларды қайта қалпына келтіруге септігін тигізеді. Егер де эрозия қынаптың инфекциялық ауруының (хламидиоз, микоплазмоз) салдарынан пайда болса, алдымен осы ауруларды емдеп болып, кейін эрозияны емдеуге кірісу арқылы жақсы нәтижелерге қол жеткізуге болады. Зақымдалған жасушаларды жылдам қалпына келтіру үшін вагиналды шамдар, ерітінділер, жакпа майлар белгіленуі мүмкін. Бұл дәрі-дәрмектер микробтарға қарсы әрекет етіп, жатыр мойнының шырышты қабықшасы жасушаларының жылдам қалыпқа келуіне септігін тигізеді. Жатыр мойны эрозиясының бетіне жағылатын дәрі-дәрмектер зақымдалған жасушаларды сау жасушаларға алмастыру арқылы әсер етеді. Бұны химиялық коагуляция деп атайды. Алайда тек дәрігер ғана алынған сараптама көрсеткіштері бойынша дұрыс ем қабылдау жолы мен керекті дәрі-дәрмектерді белгілей алады.



Аналық безі обыры (ісік) - эпителиалды дамитын аналық бездердің қатерлі ісігі.

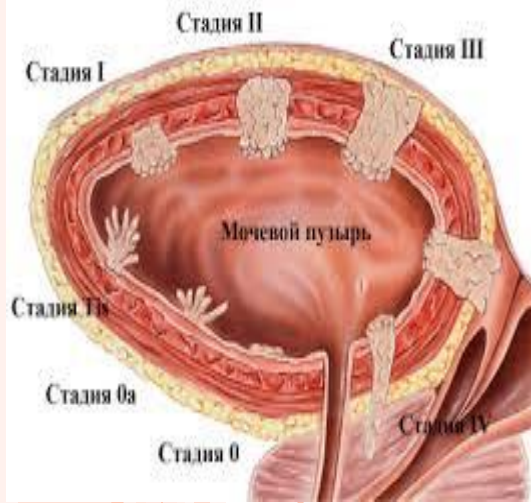
Аналық бездің барлық қатерлі ісіктерінен эпителиалды қатерлі ісіктер 80-90% құрайды. Эпителиалды ісіктердің көзі болып аналық бездің тері эпителиі.

Аналық бездің екіншілік обыры қатерленген целиоэпителиалды кистомалар нәтижесінде дамиды (онкология институтының мәліметтері бойынша, барлық целиоэпителиалды кистомалардың 45,8% қатерленеді), псевдомуцинозды кистомалар, герминогенді ісіктер (дермоидты кисталар), жыныс стромасының ісіктері (гранулезожасушалы ісіктер, андробластомалар, текомалар).



Құрсақ қуысы бойынша ісіктердің жайылуы серозды сұйықтықпен өтеді, жиі құрсақ қуысының ішкі қабырғасы зақымдалады, әсіресе оң жақ диафрагмаасты кеңістік, сонымен қатар, имплантациянды жолмен зақымдалатын үлкен сальник. Сондай-ақ, ісіктердің диссеминациясы парааорталды және паракавалды түйіндерге лимфа жолымен өтеді.

Лимфалық дренаж және лимфогенді метастаздану, жатырдың кең байламына және жамбастың құрсақ қабырғасында болады, сыртқы мықын, жабылатын және құртасты қосады. Ісік сирек жатырдың дөңгелек айналымы жолымен түйіндерге жайылады, кейіннен шап лимфа түйіндері қосылады. Көптеген жағдайда асқынған кезде науқастарда ретроперитонеалды лимфотүйіндер де анықталады.



Гистологиялық жіктелуі

Аналық бездің эпителиалды қатерлі ісіктерінің негізгі жіктелуін БДҰ және FIGO өндеген. Номенклатура жасушаның түрін, ісіктің орналасуын, қатерлену деңгейін көрсетеді.

Эпителиалды жүретін аналық бездің қатерлі ісіктері:

Қатерлі серозды ісіктер, аденокарцинома, папиллярлы аденокарцинома, папиллярлы цистаденокарцинома, беткейлі папиллярлы карцинома, қатерлі аденофиброма, цистаденофиброма.

Қатерлі муцинозды ісіктер.

Аденокарцинома, цистаденокарцинома, қатерлі аденофиброма, цистаденофиброма.

Қатерлі эндометриоидты ісіктер.

Карцинома:

Аденокарцинома.

Аденоакантома

Қатерлі аденофиброма, цистаденофиброма.

Эндометриоидты стромалды саркомалар.

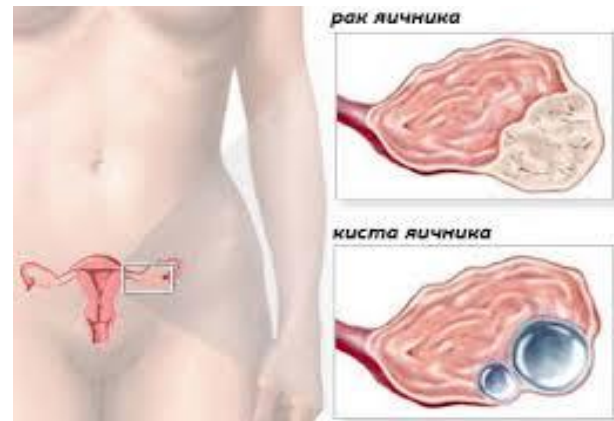
Мезодермалды (мюллеровалар) аралас ісіктер, гомологитті және гетерологитті.

Ашықжасушалы (мезонефроидты) ісіктер, қатерлі. Карциномалар, аденокарциномалар.



Клиникасы

Жиі симптомдары болып іштегі, белдегі ауырсынулар, іштің кебуі, асцит, гидроторакс табылады. Бірақта бұл симптомдар аналық бездің қатерсіз ісіктеріне де жатады. Тек кеш сатысында ғана жалпы астенизация, жалпы дефекацияның және зәршығарудың бұзылуы байқалады.



Диагностикасы

Міндетті тексеру:

ректо-вагинал зерттеу

кіші жамбас мүшелерін УДЗ

асқазан мен ішекті рентгенологиялық зерттеу

Қосымша тексеру:

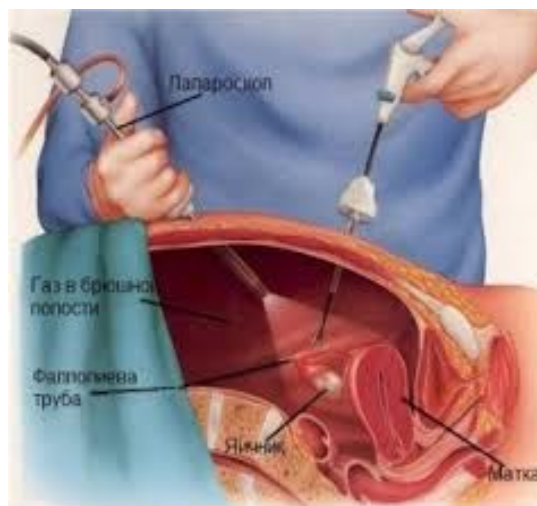
диагностикалық лапароскопия

құрсақ қуысының обзорлы рентгенографиясы

пневмопельвиография

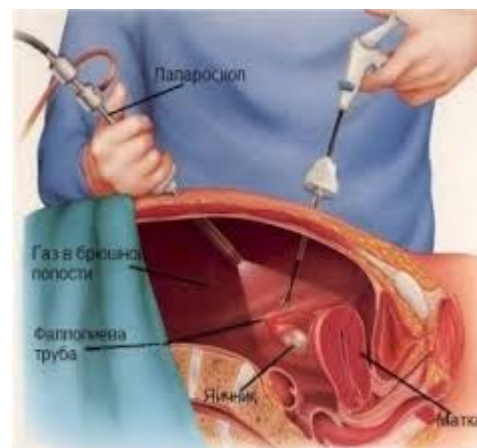
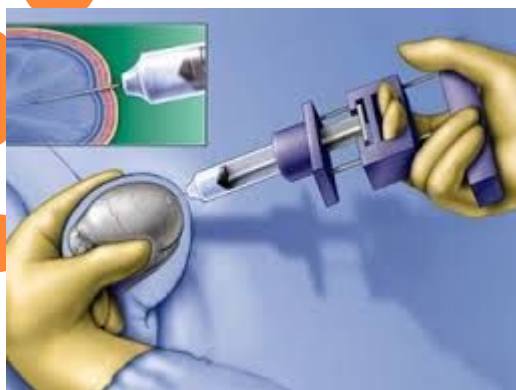
СА-125

КТ



Емдеу

Негізгі ем әдісі болып хирургиялық табылады. Аналық бездің қатерлі ісігі болған кезде жатырдың қынапүсті ампутациясы немесе жатыр экстирпациясы жатырды, қосалқыларымен, үлкен сальникті біруақытта алып тасталынады. Жатырды толығымен алып тастау жатыр мойнының қынапты бөлігіне қосымша процесстер енген кезде жасалынады. Жатыр қосалқыларын екі жақты алып тастау ерте ме кеш пе процесс екі аналық безі зақымданғанда болады. Аналық безі обырының метастаз беруінің негізгі көзі болғандықтан сальник резекциясы міндетті түрде жасалынады. Хирургиялық ота кезінде экспресс-биопсия міндетті және негізгі болып табылады, өйткені ісіктің құрылымы мен сипаты жайлы нақты ақпарат береді.



Аналық без обырын емдеуде химиотерапияда маңызды рөл атқарады және оперативті еммен бірге жүргізіледі. Аналық без обыры кезінде жиі платиналар, циклофосфан, таксол, метотрексат, лофенал, фторурацил және басқа да цитостатикалық препараттар қолданылады.

Препараттарды таңдай кезінде келесі факторларды ескеру қажет:

Науқастың жалпы жағдайы.

Қантүзу жүйесінің жағдайы.

Дене салмағы.

Асциттің болуы.

Ісіктің гистологиялық түрі және әртүрлі препараттарға оның сезімталдығы.

Гормоналды терапия қосымша мағыналы болады. Науқастар менопаузадан кейін тестостерон пропионат қабылдайды күніне 50 мг бұлшықет ішіне 2 ай бойы, содан кейін тілдің астына метилтестостерон күніне 30 мг, біртіндеп мөлшерін 10 мг дейін түсіреді.



