

Жатыр денесі обыры

М.ғ.к. доценттің қ.а. Шакирова А.Ф.
ҚММУ онкология кафедрасы

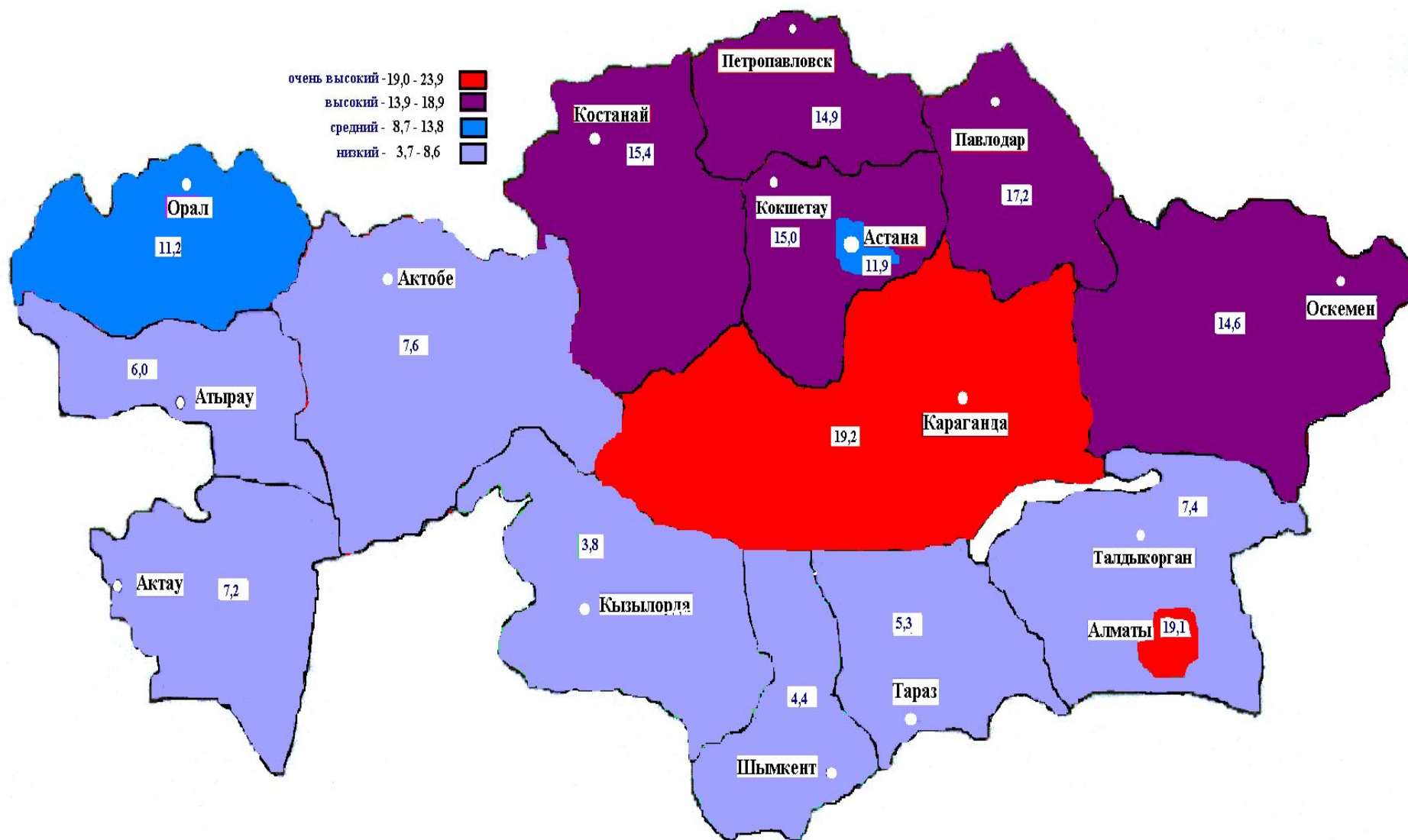
Жатыр денесі обыры

- Әйел жыныс мүшелері қатерлі ісіктерінің арасында аурушандық бойынша 2 орында, әйелдерде кездесетін барлық ісіктердің арасында 5 орында.
- Әйелдерде қатерлі ісіктердің себебінен болатын өлім-жітім арасында 7 орында.

Әлемдегі аурушандық

- Дамыған елдерде әйелдер репродуктивті жүйесінің барлық қатерлі ісіктерінің арасында аурушандық бойынша 2 орында (сүт безі обырынан кейін)
- АҚШ-та – 100 мың тұрғынға шаққанда 25 жағдай
- Ресейде - 100 мың тұрғынға шаққанда 25,2 жағдай

Жатыр денесі обыры



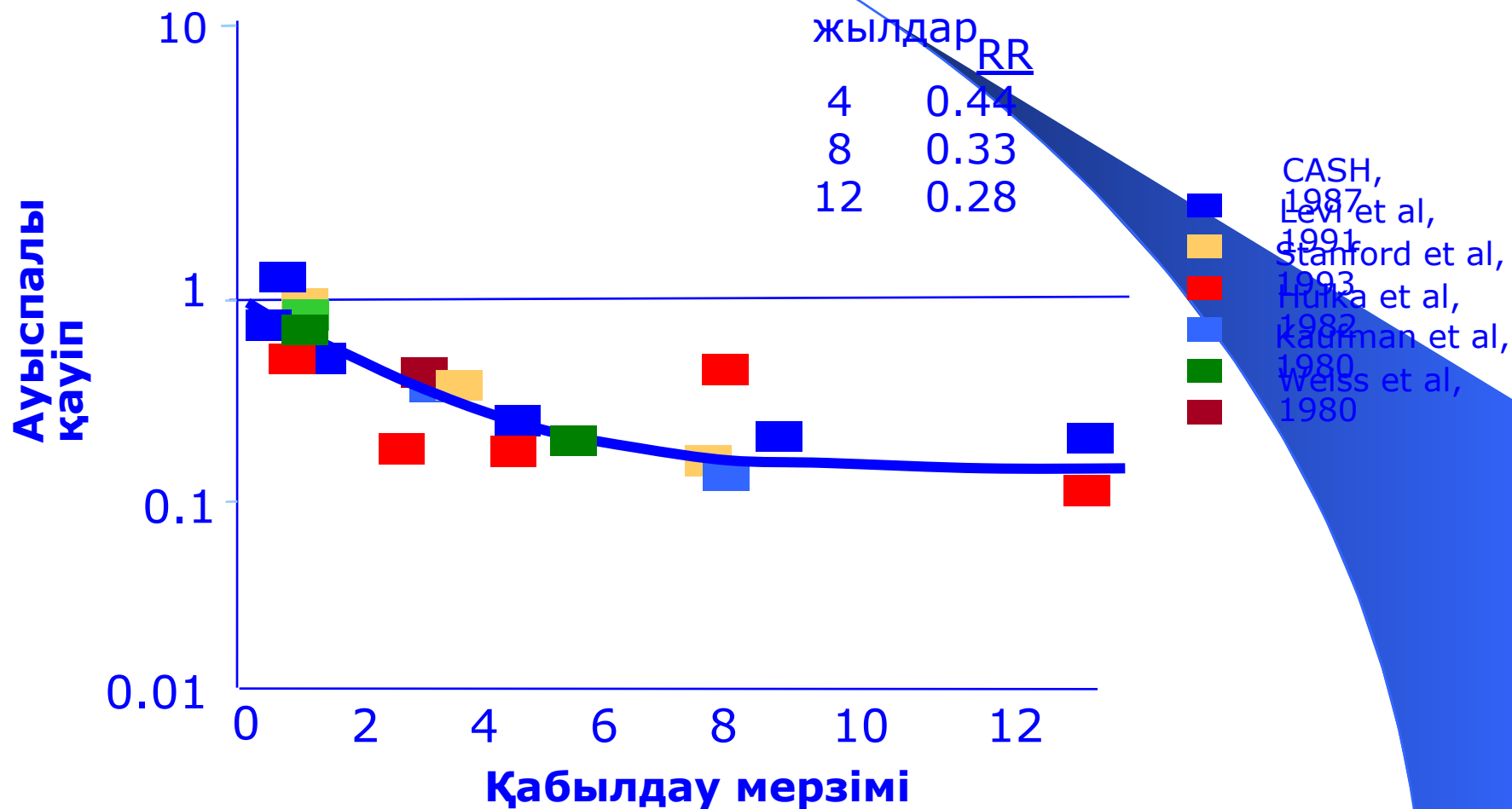
Аурушандықтың өсу себептері

- Әйелдердің өмірінің ұзаруы
- Нейроалмасу-эндокринді бұзылыстарымен әйелдер санының көбеюі (15 кг дейінгі семіздік ЭО қауіпін 3 есе ұлғайтады, 25 кг дейін - 10 есе; қантты диабетте қауіп 3 есе жоғарлайды);

Қауіпті факторлар

- **Жыныстық өмір сүрмеу, бала көтермеу, бала тумау, бедеулік, ановуляция, кеш басталған менопауза, семіздік, аналық бездердің поликистозды синдромы, аналық бездердің эстроген өндіруші ісіктері.**
- **Постменопаузада гестагендерсіз гормонды терапия.**
- **Тамоксифен қабылдау.**
- **Қантты диабет.**
- **Артериальді гипертония.**
- **Гипотиреоз.**
- **Онкологиялық ауруларға отбасылық бейімділік**

КОК қабылдау ұзақтығына байланысты жатыр денесі обырының төмендеуі



Adapted from Schlesselman JJ. *Hum Reprod.* 1997;12:1851-1863.

Гормонды контрацепция және жатыр денесі обыры

- қауіп 50% ↓ (0.5)
- ↓ 2-5 жыл қабылдағанда білінеді және қабылдауды қойғаннан кейін 10 жыл бойы сақталады
- ↓ ↓ прогестиннің дозасын ↑ емес, қабылдау ұзақтығына байланысты (5 жылдан >)

Патогенез

Эндометрий обырының екі патогенетикалық варианты бар:

- **Бірінші вариант — гормонға тәуелді**
- **Екінші вариант — гормонға тәуелсіз (автономды)**

I (гормонға тәуелді) патогенетикалық вариант

- 60-70% науқаста
- Атипиялық гиперплазия аясында
- Ісіктің жоғары жетілген түрлері
- Созылмалы гиперэстрогенияның саналуан көріністерімен сипатталады
- Жиі май және көмір сутек алмасуының бұзылыстарымен жүреді
- Бұл науқастарда тека-ұлпаның гиперплазиясы, гормонды белсенді ісіктер анықталады.

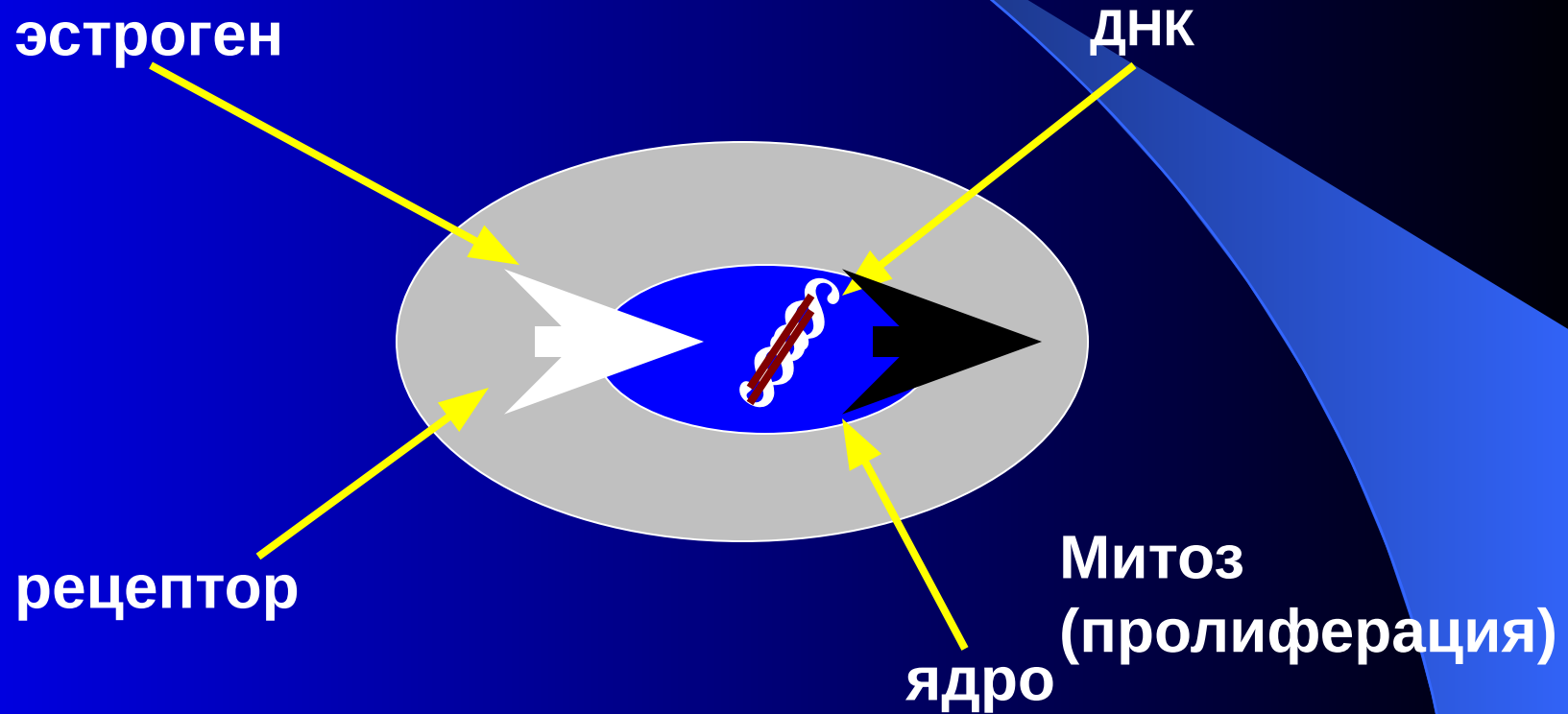
II патогенетикалық вариант

- 30-40% науқаста
- Эндокринді-алмасу бұзылыстар айқын емес
- Ісіктің төмен- және орташа жетілген түрлері басым келеді
- Ісік аналық бездердің стромасының фиброзы мен эндометрий атрофиясы аясында полиптердің, атипиялық гиперплазияның пайда болуымен жүреді
- Лимфогенді метастаз беру қауіпі жоғары
- Гормонтерапияға сезімталдығы болмайды
- Аурудық болжамы қолайсыз

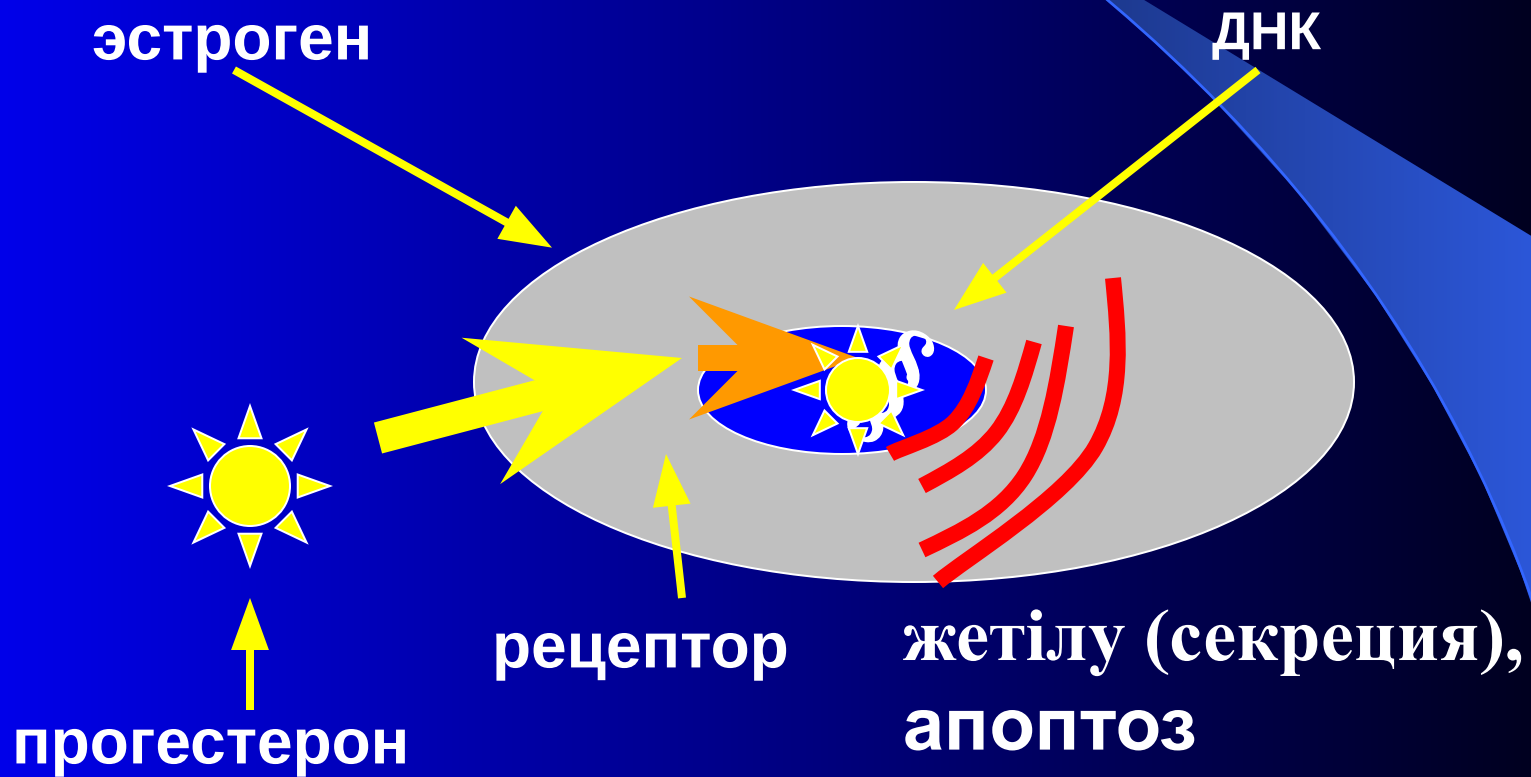
Канцерогенез кезеңдері



ЭСТРОГЕННИҢ ЭНДОМЕТРИЙГЕ ӘСЕРІ (қалыпты және ісікті жасушаға)



ПРОГЕСТЕРОННЫҢ ЭНДОМЕТРИЙГЕ ӘСЕРІ (қалыпты және ісікті жасушаға)



Метастаз беру жодары

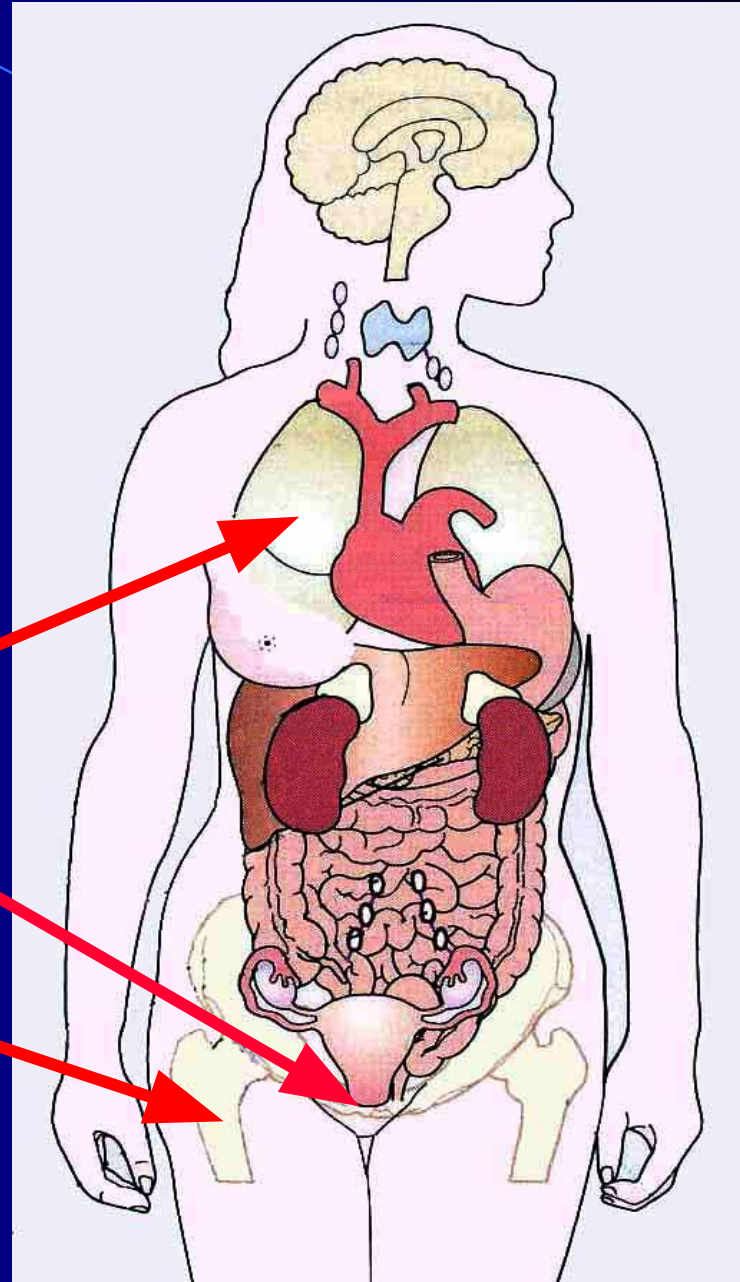
- Лимфогенді
- Гематогенді
- Аралас

Аймақтық лимфа түйіндер

- Негізгі лимфа өзектері жатыр байламдарында орналасқан,
- Олар мықын лимфа түйіндеріне құйылады (жалпы, сыртқы және ішкі мықын лимфа түйіндері),
- Пресакральді және
- парааортальді лимфа түйіндері

Алыс метастаздар

- Жиі алыс метастаз беріледі:
- қынапқа
- өкпеге
- қаңқа сүйектеріне

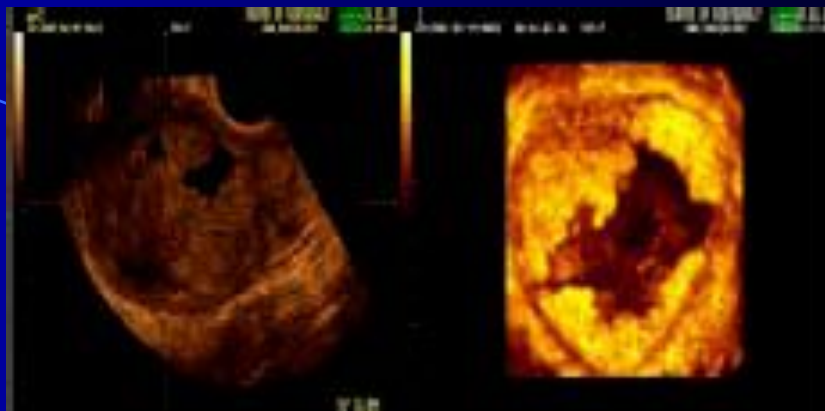


Клиника

- Меноррагия
- Менометроррагия
- Постменопаузада жыныс жолдарынан қан кету

Диагностика

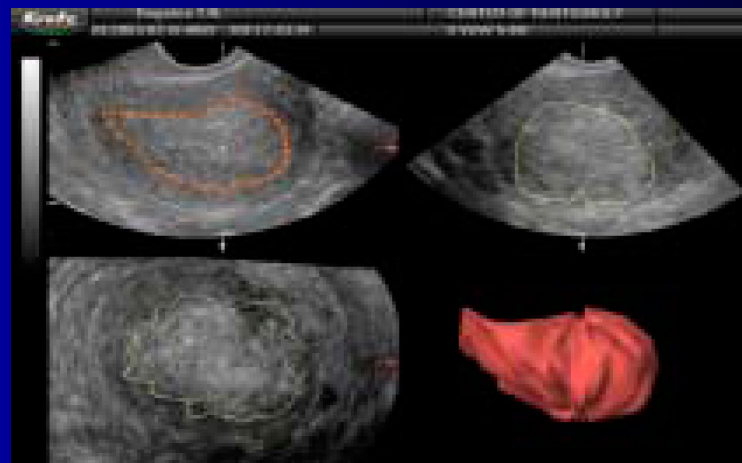
- Шағымдары мен анамнезін жинау
- Гинекологиялық қарау
- УДЗ



Эхограмма.
РЭ стадия
T1cN0M0:
а –
продольное
сканировани
е, б – 3D.



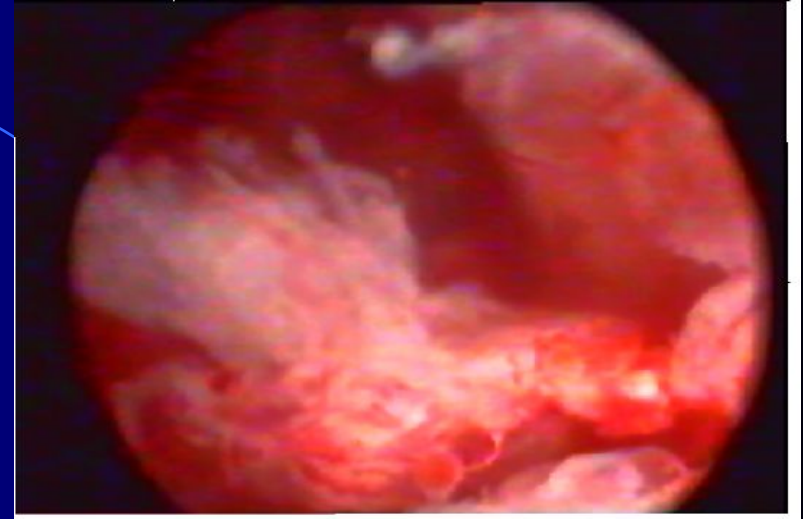
Допплеро-
грамма РЭ
стадия T1c
(режим
ЭДК).



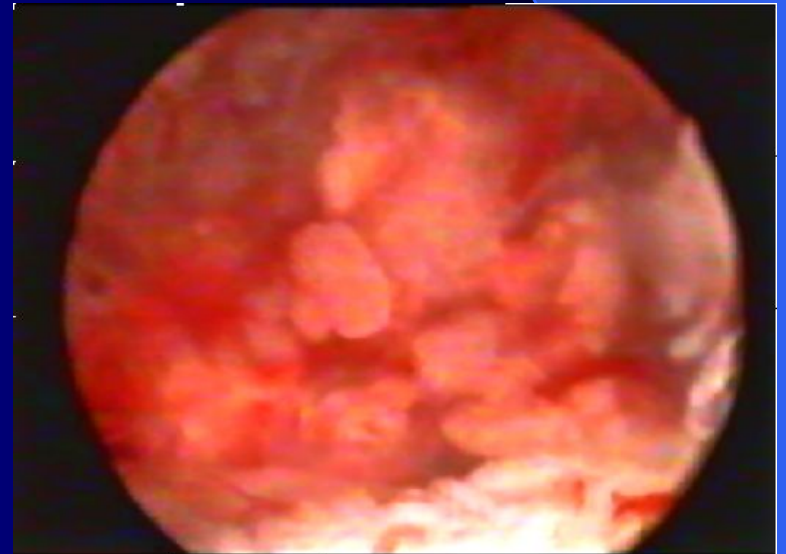
Трехмерная
эхограмма
(мультиплановый
режим
с построением
волнометрической
модели
эндометрия).
РЭ стадия T1b.

Диагностика

- Эндометрийдің диагностикалық қырнауы (биопсия) + цитологиялық, гистологиялық зерттеу
- Гистероскопия.



Экзофитті ісіктің гистероскопиялық суреті



ЖДО гистероскопиялық суреті

Диагностика

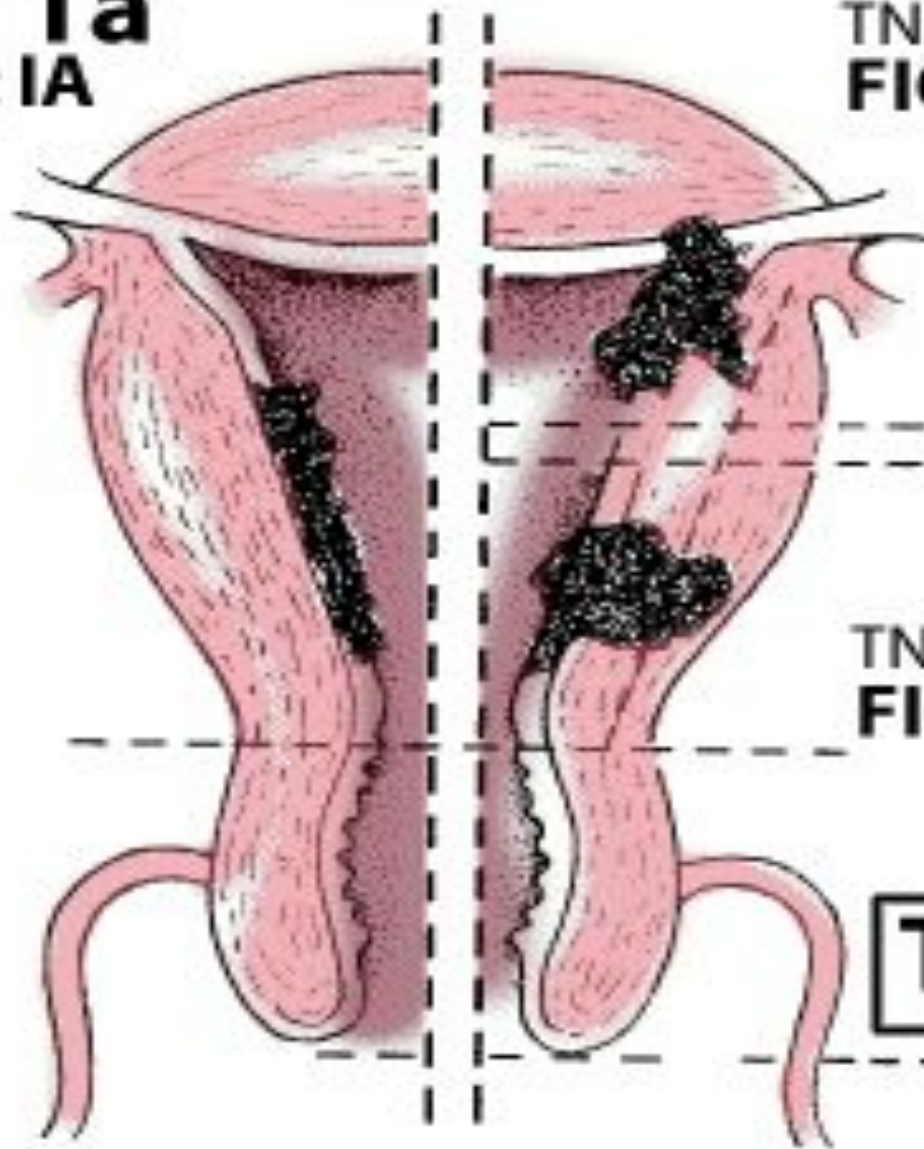
- Кеуде қуысының рентгенографиясы
- Ісіктік процеске қуық пен тік ішектің қатысы болған жағдайда тексеру жоспары *цистоскопия мен ректороманоскопиямен* толықтырылады
- Ісіктің жайылуын нақты анықтау мақсатымен **КТ** и **МРТ** жүргізіледі

TNM: **T1a**
FIGO: **IA**

TNM: **T1b**
FIGO: **IB**

TNM: **T1c**
FIGO: **IC**

T = pT



Гистологиялық түрлері (ДДҰ жіктеуіне сәйкес)

Ісіктің бар-жоғы морфологиялық верификацияға талап етеді.

Гистологиялық типтері:

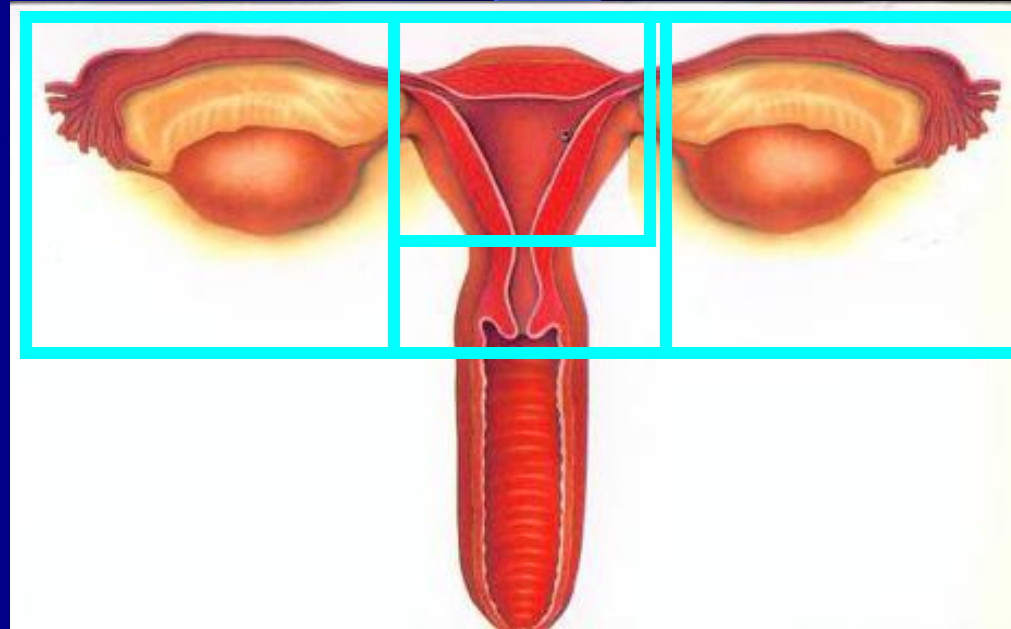
- Эндометриоидты карцинома
 - Аденокарцинома
 - Аденоакантома (аденокарцинома жалпақклеткалы метаплазиямен)
 - Безді-жалпақклеткалы карцинома (аралас аденокарцинома және жалпақклеткалы карцинома)
- Муцинозды аденокарцинома
- Серозды-папиллярлы аденокарцинома
- Ашықклеткалы аденокарцинома
- Жетілмеген аденокарцинома
- Аралас карцинома

Жатыр денесі обырының хирургиялық емі

- Қынаптың үстіңгі 1/3 бөлігімен жатырдың қосалқыларымен экстрафасциальді экстирпациясы;
- Модификацияланған жатырдың қосалқыларымен кеңейтілген экстирпациясы;
- Модификацияланған жатырдың қосалқыларымен кеңейтілген экстирпациясы және оментэктомия

Екіжақты овариэктомия мен гистерэктомия

- Субтотальді гистерэктомия (жатырдың қынапүстілің ампутациясы)
- Тотальді гистерэктомия
- *Пангистерэктомия (тотальная гистерэктомия + аднексэктомия)*





Жатыр денесі обырында сәулелік терапия дербес емдеу әдісі ретінде

- Ауыр қосалқы патологиялары бар 5-15% науқастарды емдеу үшін қолданылады
- 85% науқасқа тек қуысішілік сәулелік терапия қолданылады
- Жатыр денесі обыры І сатысында сәулелік терапиядан кейін 5-жылдық өмірсүрушілің 85% құрайды, ІІ сатысында – 50%.

Прогестинотерапия

Гормональді нәтиже:

- Бүйрекүсті безде зстрадиол мен андростендионның өнімін тежейту;
- Гормон рецепторларымен байланысу

Тікелей цитотоксикалық нәтиже:

гормонға сезімтал клеткалардың өсуін тежеу.

Эндокринологиялық нәтиже:

- Гонадотропты гормондар секрециясының төмендеуі (ФСГ, ЛГ);
- Эстроген деңгейі төмендеуі (көбіне эстрадиолдың);
- Бауырішілік андрогендердің эстрогендерге конверсиясының төмендеуі;
- АКТГ секрециясының төмендеуі, бүйрекүсті безі қызметінің төмендеуі, нәтижесінде кортизол деңгейі төмендейді.

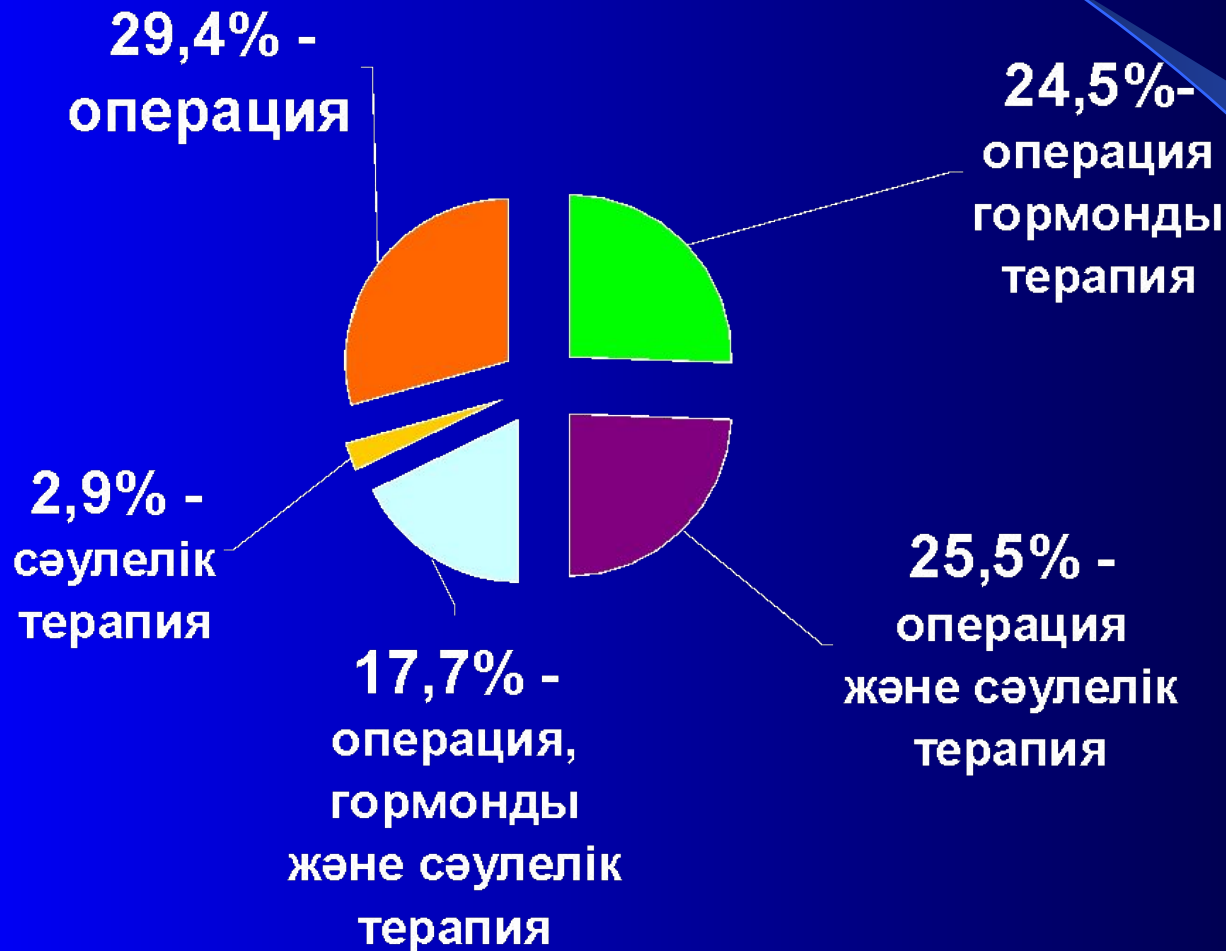
Прогестинотерапия

Қолданылатын **прогестагендер**:

- 17 ОПК 500мг (4мл 12,5%р-ра) в сут
1-3мес, 500мг 2р/нед 4-6мес, 500мг
1р/нед,
- Депо-провера 500 мг 1 г в неделю.
- Провера 200-600 мг в сут
- Депостат 200-400мг еженедельно
- Мегейс 160г в сут

ЖДО емі

(РОНЦ им.Н.Н. Блохина, 2000г)



Назарларыңызға рахмет!