

С. Ж. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық Медицина Университеті



СӨЖ

Тақырып:

Жатыр денесінің рагы.



Орындаған: Закір Айдана
Факультет: жалпы медицина.
Топ: 30-2
Тексерген: Садыкова Т.Т

ЖОСПАР.

1.Кіріспе.

1.Эпидемиологиясы.

3.Қауіп қатер топтары.

4.Жіктелуі және деңгейлері.

5.Клиникасы.

6.Диагностикасы.

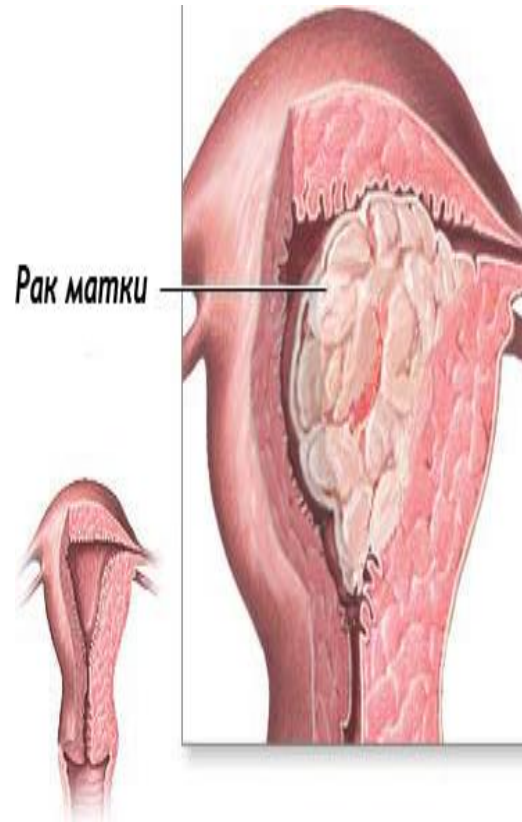
7.Емі.

Қолданылған әдебиеттер.



КІРІСПЕ:

- Жатыр денесінің рак ауруымен көбінесе қарт әйелдер ауырады – 50–60 жастың арасындағылар. Бұл көрсеткіш жатыр мойыншасындағы рақта едәуір төмен, яғни кейінгі дерт етеккірі тоқталар кездегі уақытта байқалса, онда алдыңғы ауру тек етеккірі тоқталып, егде тартқан әжелерімізді жиі жарақаттайды



ЭПИДЕМИОЛОГИЯСЫ.

Кейінгі 10-20 жыл ішінде жатыр денесіндегі рак өсуде, оған:

Ағзаның бала табу қызметіне сай дертке шалдығу себептерін қарастырсақ, онда жатыр денесіндегі рақта тұрмысқа шықпаған (16—20%), немесе екіқабатты болып көрмеген (бедеулік 25—30%), бала таппаған (20—25%) және қыздығы сақталған (26—29%) әйелдер жиі байқалады. Орташа есеппен әрбір жатыр денесіндегі рак ауруымен сырқаттанған адамда 1—3 екіқабаттылық кездессе, ал жатыр мойыншасындағы рақта аталмыш көрсеткіш 5—6-ға жетелі.

ДЕРТТІҢ ПАЙДА БОЛУ СЕБЕПТЕРІ.

- Көптеген біздің отандас және шетелдік ғалымдар сырқатты жыныс (эстрогендер) және мышық (гонадотропиндер) гормондарымен байланыстырады. Тәжірибе жұмыстарының қорытындылары ішкі және сыртқы зиянды әрекеттердің салдарынан ағзада эстроген гормондарының мөлшері тым ұлғайып кететіндігін көрсетті. Бұған клиникалық бақылаулар дәлел бола алады – дертпен жарақаттанған адамдарда эстроген гормоны бар дәрілерді жиі пайдаланды және етеккірі кеш тоқталды және жыныс мүшелерінен басқа да аурулар қабаттасып келді, мысалы, бездерді, жатыр бұлшық еттеріндегі қатерсіз ісіктер.

ЭТИОПАТОГЕНЕЗІ.

Жатыр эндометрийдөгi- жатыр қуысының iшкi кiлегей қабыршағындағы рак нерв алмасу үрдiсiнiң бұзылуынан және солардың салдарынан iшкi секреттi бездердiң функциялары өзгергеннен болады. Дерт гормондарға тәуелдi және тiкелей солардың бұылыстарынан болады.

Гормондарға байланысты рак ауру (60-70% кездеседi), жасуша жоғары деңгейде пiсiп жетiледi, гиперэстрогеномия май және көмiр су алмасу үрдiсiмен қабаттасады, клиникалық белгiлерi өте көп және қатарсiз жүредi, тек тiндерде гиперплазия болып, гормондарға тәуелдi бiр неше аурулармен қосарланып жүредi.

ҚАУІП ҚАТЕР ТОПТАРЫ.

Эндо метрий рагын дамытатын себептер 1-ші потогенетикалық түрінде:

- Менопаузенің кеш көрінуі.
- Анамнезінде: бедеуліктің көрінуі; ановуляторлы қан ағуы; жатық қуысын жиі-жиі қыру; гиперплазияның қант диабетімен немесе семіздікпен қабаттасуы; аналық безінде полекистоздың болуы, Иценко-Кушенко ауруы, бауыр ауруы, нейроэндокринді синдромдар және т.б. Аурулардың болуы.

Эндо метрий рагын дамытатын себептер 2-ші потогенетикалық түрінде:

- Етеккір, жыныстық қатынас функцияларының бұзылуы;
- Аналық безіне операция жасау;
- Депрессия;
- Гипотиреоз;
- Андрогенизация;
- гиперхолестеринемия;
- Тұқым қуалаушылық.

КЛИНИКАСЫ

- ❖ Сарысудың көрінуі.
- ❖ Егер мойын каналы тарылып, бітелсе қан мен сарысу жатырға жиналады, ал бұл іштің төменгі бөлігінде ауру сезімін туғызады.
- ❖ Семіздік, қант диабеті және қан қысымының көтерілуі.
- ❖ Егер дерт қуыққа, тік ішекке көшсе, олардың функциялары бұзылады.



БІРІНШІ, ЕКІНШІ ,ҮШІНШІ КЛИНИКАЛЫҚ ДЕҢГЕЙЛЕР.

- 1.Өсудің бірінші деңгейінде инвазивті емес дерт инвазивтіге айналады. Бұл кезде морфологиялық өзгерістер бола бастайды.
- 2.Екінші деңгейде миометрийдің терең қабаттарында өсіп-өніп, дамып тарайды, сүйтіп лимфа бездерге және ары таралады.
- 3.Үшінші деңгейде-асқынған, өршіген кез; көрші сау тіндерге, мүшелерге дерт таралып лимфа қан тамырлар арқылы таралып бүкіл ағзаға ауысады.

КЛАССИФИКАЦИЯ РАКА ТЕЛА МАТКИ (МИНЗДРАВ СССР, 1985 Г.)

- **0 стадия** - преинвазивная карцинома (синоним: атипическая гиперплазия эндометрия).
- **I стадия** - опухоль ограничена телом матки, регионарные метастазы не определяются.
 - **Ia стадия** - опухоль ограничена эндометрием.
 - **Iб стадия** - инвазия в миометрий до 1 см.
 - **Iв стадия** - инвазия в миометрий более 1 см, но нет прорастания серозной оболочки.
- **II стадия** - опухоль поражает тело и шейку матки, регионарные метастазы не определяются.

ДИАГНОСТИКАСЫ

Жатыр қуысынан шыққан ағындыға
цитологиялық зерттеу.

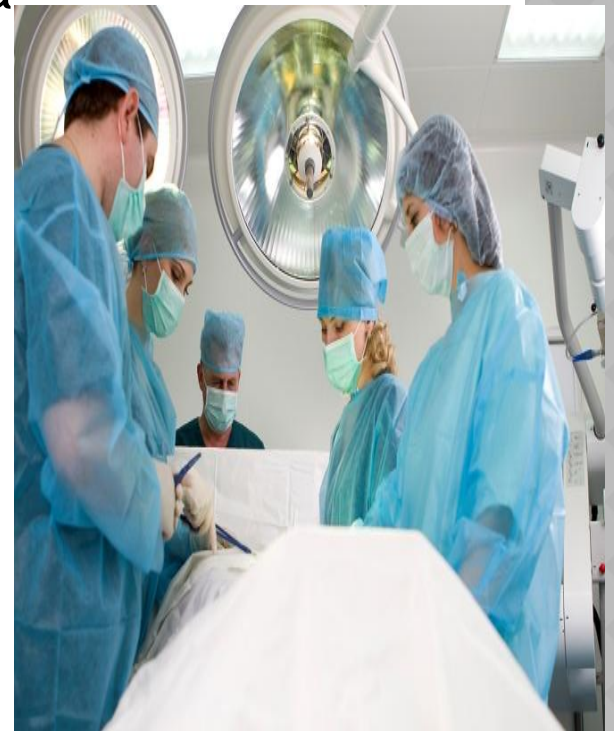
Диагностикалық қыру. Бұл әдіс
жатыр қуысына және цервикалды
каналға бөлектеніп қолданылады.

Гистероскопия және
Гистерография. Ісік көлемін,
миометрийге таралу деңгейін,
емнен кейін өзгерістерді
анықтайды.

УДЗ.

КТ және МРТ.

Рентген.



КЛАССИФИКАЦИЯ РАКА ТЕЛА МАТКИ ПО СИСТЕМЕ TNM (1985.)

- **T - первичная опухоль**

- Tis - преинвазивная карцинома (Ca in situ)

- 0 - первичная опухоль не определяется

- T1 - карцинома ограничена телом матки.

- T1a - полость матки до 8 см;

- T1b - полость матки более 8 см.

-

- T2 - карцинома распространяется на шейку матки, но не за пределы матки.

-

- T3 - карцинома распространяется за пределы матки, включая влагалище, но остается в пределах малого таза.

-

- T4 - карцинома распространяется на слизистую оболочку мочевого пузыря или прямой кишки и/или выходит за пределы малого таза.

EMİ

1-ші өсу сатысында, егер ісік жасушасы әбден пісіп-жетілген болса, онда жатыр экстирпациясы жасалынады. Операция кезінде

2-ші өсу сатысында. Қабаттасқан, кешенді емдеу қажет. Кеңейтілген хирургиялық, яғни экстирпация жасалынады. Кейін сәуле әдісі жасалынып, көлемі 70-75 грейден аспауы керек. Ал операция болмаса , онда қабаттасқан сәуле+гормон әдістері пайдаланады.

3-ші сатысында дәл жоғарыда айтып кеткендей ем, тек операция кезінде үлкен шарбы сылынуы мүмкін және міндетті түрде химиотерапия қолданылады. Ал операция болмаса , онда қабаттасқан сәуле+гормон әдістері пайдаланады.

4-ші сатысы кезінде паллиативті сәуле шоқтары сырттан беріледі+гормон+химия әдістері болады немесе симптоматикалық ем жүргізіледі.

Рак тела матки

- После излечения показано обследование женщин (УЗИ ОМТ, УЗИ ОБП, онкоцитология) каждые 3 месяца в течение первых 2х лет, затем 1 раз в год.



ЕМДЕУ ӘДІСТЕРІ

- ◎ **Хирургиялық әдіс**-бұрыннан келе жатқан әдіс. Сонымен қоса лапароскопия, эндоскопиялық әдәстер де жандануда.
- ◎ **Сәуле әдісі**-операциядан кейін қолданады. Жатыр қуысынан беру тиімді әрі қолайлы болып келеді.
- ◎ **Химиотерапия** паллиативті мақсатпен ұсынылады. Қолданыста доксорубицин, цисплатин және карбоплатин.
- ◎ **Гормон әдісі** ішінде тиімді пайдаланып жүргендері 17-оксипрогестерон капронат, провера, депостат, тамоксифен қолданылады.

ҚОЛДАНЫЛҒАН ӘДЕБИЕТТЕР:

“Ісік аурулары” Есенқұлов.Ә.Е

- 1. “Гинекология” под редакцией
акад.РАМН, проф. Г.М.
Савельевой, проф. В.Г. Бреусенко***
- 2. Лекция***

***НАЗАР
АУДАРҒАНДАРЫҢЫЗ
ҒА РАХМЕТ!***