

С.Ж.АСФЕНДИЯРОВ  
АТЫНДАҒЫ  
ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА  
УНИВЕРСИТЕТІ



КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ  
МЕДИЦИНСКИЙ  
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ С.Д.  
АСФЕНДИЯРОВА

Кафедра:

# СӨЖ

Тақырыбы: **Аналық бездің  
рагы және жүктілік**



Орындаған : Торалиев Н Т  
Курс : 4  
Факультет : Жалпы медицина  
Тобы : 10-003-1  
Тексерген : Садыкова Т Т

*Алматы 2013*

# Жоспар

**I. Кіріспе**

**II. Негізгі бөлім**

- **Анатомиясы**
- **Физиологиясы**
- **Патологиялық анатомиясы**
- **Этиологиясы**
- **Клиникасы**
- **Анықтау жолдары**
- **Емі**
- **Болжамы**

**III. Қорытынды**

# Кіріспе

Онкологиялық гинекологияның жиі кездесетін ауруларына - жатыр мойынының, жатыр денесінің және аналық бездің қатерлі ісіктері жатады. Бұл үш науқас барлық әйел жыныс мүшелерінің қатерлі ісіктерінің 95% құрайды.

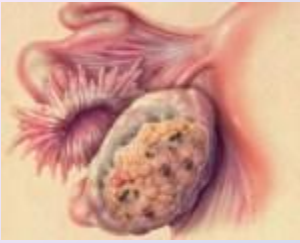
# Аналық бездің қатерлі ісігі

- Аналық бездің қатерлі ісігі онкогинекологиялық аурулардың ішінде ІІІ-ші орында. 80% жағдайда науқастар асқынған сатыларында (ІІІ – ІV) келіп түседі , бұл жағдайда түбегейлі емдеп жіберу мүмкін емес. Сол себепті аналық бездің қатерлі ісігі өлім бойынша І-ші орында. 5-жылдық өмір сүру ұзақтығы 15 – 25%.

- Аналық бездің қатерлі ісігі 40 жастан 80 жас аралығында жиі кездеседі . Аурудың өршуі менопаузадан кейін байқалады.
- Аналық бездің ішінде (70–80) жағдайда қатерсіз ісіктер, 20 – 30% жағдайда қатерлі ісіктер кездеседі.

# Аналық жыныс безі (яичник)

- (лат. *ovarium* - жұмыртқалық) — аналық жыныс жасушасы ( овоцит ) пісіп жетілетін және аналық жынысгормондары түзілетін ұрғашы жануарлардың негізгі жыныс безі. Аналық жыныс безі (жұмыртқалық) — жануарлар организмінде құрсақ қуысында орналасады. Ол пішіні сопақ не дөңгелекше келген паренхималы мүше. Жұмыртқалық сыртынан сірлі қабық тың жалғасы — бастама эпителиймен (бір қабатты текше тәрізді эпителий) қапталған. Бастама эпителийдің астында тығыз дәнекер ұлпасынан құралған ақшыл қабық болады. Аналық жыныс безінің кесіндісінде құрылысы бір-бірінен ерекше ажыратылатын екі аймақ көрінеді. Олар: сыртқы — фолликулалы аймақ және ішкі — тамырлы аймақ (бие жұмыртқалығында аталған аймақтар керісінше орналасады). Фолликулалы аймақ паренхимасын әртүрлі даму сатасындағы алғашқы (примордиальды) фолликулдар, өсуші фолликулдар, көпіршікті фолликулдар, жетілген фолликулдар, сары дене, ақ дене, ыңырама (атреттік) дене және олардың аралығындағы дәнекер ұлпасында орналасқан интерстицициттер (паренхимааралық жасушалар) кұрайды. Тамырлы аймақта аналық жыныс безін қоректендіретін ірі қан және лимфа тамырлары мен бездің қызметін реттейтін жүйкелер орналасады. Аналық жыныс безінің стромасы фибробласттарға бай борпылдақ дәнекер ұлпасынан тұрады. Фолликулалы аймақта аналық жыныс жасушаларының даму процесі — "овогенез" жүреді.



# Қандандырылуы

- *a. ovarica* (*aorta abdominalis*), *rr. ovarici* (*a. uterina*). Венозная кровь оттекает по *v. ovarica*, образующей *plexus pampiniformis*, и затем в *v. cava inferior* и *v. renalis sinistra*. Лимфатические сосуды отводят лимфу к *nodi lymphatici lumbales*.

# ПАТОГЕНЕЗИ

- Қазіргі уақытта аналық бездің қатерлі ісігінің неден пайда болатын себептері толығымен зерттелмеген. Аналық бездің қатерлі ісігінің гистогенезі әртүрлі.
- Эмбриональды даму кезінде аналық безіне тән емес тіндердің пайда болуы кейін ісік клеткаларының пайда болуына әкеп соқтырады. Соған байланысты , пісіп жетілмеген мезенхимальды элементтер аналық безінде ерте эмбриогенез кезінде қалып қояды. Әйел адамның дамуы кезінде басқа гормональды және басқада факторлардың әсерінен мезенхималды клеткалардың патологиялық өзгерістері малигнизацияға алып келеді. Аналық клетканың пролиферациясын гонадотропты гормондар күшейтеді. Аналық безіне тән емес эмбриональды жетілмеген тіндік элементтер гонадотропты гормонның әсеріне тез жауап береді , бірақ бұл механизм толығымен зерттелмеген.



- Маңызды теорияның бірі дисгормональды бұзылыстан пайда болған ісіктер, өйткені аналық безі жыныстық гормондарды бөліп шығаратын негізгі орталық, ол гипоталамо-гипофизарлы-аналық без комплексімен реттеледі. Бұл теорияда аналық бездің гиперстимуляциясы болады. Жасқа байланысты қанда гонадотропиннің көбеюіне байланысты аналық бездің ісіктерінің өсуі жоғарлайды, эстроген-гестагенді контрацептивті препаратты көп пайдалану, гонадотропиннің секрециясын төмендетеді, осыған байланысты аналық бездің ісігінің дамуы 2 – 3 есе төмендейді.
- Аналық бездің қатерлі ісігі гормональды бұзылыстармен тікелей байланысты (етеккір и генеративті функцияның бұзылысы (ерте менарха, ерте немесе кеш менопауза, бала көтеру функциясының төмендеуі), Аналық безіне тән – бұл біріншілік-көптік ісіктердің қатар кездесуі ол жатырдың, тоқ ішектің, сүт безінің қатерлі ісіктері. Сонымен қатар аналық бездің қатерлі ісігін гормон-тәуелді ісіктерге жатқызамыз. Аналық бездің қатерлі ісігінің дамуында тұқымқуалаушылық ерекше орын алады.

# Аналық бездің қатерлі ісігі

- **Қауіп қатер топтары.**
- (етеккір и генеративті функцияның бұзылысы (ерте менарха, ерте немесе кеш менопауза, бала көтеру функциясының төмендеуі).
- Жыныстық қатынас құрмаған, бала көтермеген, бала босанбаған.
- Менопаузадан кейінгі қан кету.
- науқастар:
  - Ұзақ уақыт бойы жатыр миомасымен есепте тұрғандар.
  - Қатерсіз ісіктер және кисталары бар .
  - Кіші жамбас қуысында табиғаты белгісіз түзілімдердің болуы.
  - Жатырдың және қосалқылардың қабыну процестері бар.
- Менопауза алдында аналық безінің қатерсіз ісіктерімен операция жасалғандар.
- Сүт безінің қатерлі ісігімен емделгендер.
- Тұқымқуалаушылық.
- Жуктіліктің асқынулары(гестоз, инфекция) антенатальды зақымдануға әкеліп, ұрықтың аналық безінң фолликулярлы аппаратының бұзылысына соқтырып, қатерлі ісіктің дамуына әкеледі

# *Эпидемиология*

- Аналық бездің рагымен аурушылдық пен өлім көптеген дамыған елдерде тіркелген – Европа, АҚШ, Сингапур, Япония, Англия, Испания, Украина. Жалпы есептегенде жыл сайын орта есеппен 100000 әйелге шаққанда 15 жаңа жағдай тіркеліп отырады.

# TNM жүйесі б/ша жіктелуі

- **I сатысы** - аналық бездерімен шектелген.
- **II стадия** - ісік аналық бездерін зақымдап, кіші жамбас қуысына таралған.
- **III сатысы** - ісік аналық бездерін зақымдап, кіші жамбас қуысындағы лимфа түйіндеріне метастаз берген.
- **IV сатысы** -; ісік аналық бездерін зақымдап, кіші жамбас қуысындағы лимфа түйіндеріне метастаз беріп, плевра қуысында сұйықтықта цитологиялық жолмен MTS табылса, бауырға MTS

# Аналық бездің қатерлі ісігінің диагностикасы

- Шағымдары әлсіздік, ауру сезімі , іштің улкеюі асцит, ішектің қызметінің бұзылысы, жыныс жолдарынан қан кету.
- Объективті қарау (status praesens, status genitalis)
- УЗИ, КТ, МРТ, асқазан-ішек жолдарының рентгенографиясы.

# Аналық бездің қатерлі ісігінің емі

- Комбинациаланған
  - хирургиялық –жатырдың қосалқыларымен бірге экстирпациясы және оментэктомия.
  - химиотерапия – «алтынды стандарт» платина и паклитаксел.

# Аналық бездің рагы және жүктілік

Жүктілік кезіндегі аналық бездің рагы – әйелдер арасында сирек кездесетін патология. Кездесу жиілігі нақты мәліметтер бойынша жүктілік кезінде 0,015 – 0,5% , ал жалпы әйелдер арасында 1,5-нан 3-5,5% дейін. Жүктілік кезіндегі аналық бездің рагы 9000-25000 жүктіліктің бірінде ғана кездеседі.

- Оңт. Калифорния Университетінің ғалымдарының АБР жүздеген әйелдерге жүргізген зерттеулерінің қорытындысы - әрбір әйелде жүктілік саны көп болса рақтың даму қауіпі де азаяды. 25 жасқа дейін 1 бала туған әйелдерде 16%, 25-35 жас аралығында 45 %- ға қаіп- қатер факторлары азаяды. Ал 35-48 жас аралығында алдыңғы екі жас аралығымен салыстырғанда керісінше қаіп- қатер факторлары жоғарылайды.



- Әдебиеттерде келтірілген анализдерді қорыта келгенде ісіктік процеске жүтіліктің әсеріне қатысты бағалауы бойынша, ктік процеске жүктіліктің ешқандай жағымсыз әсері көрсетпейтіндігі анықталған. Сонымен қатар бірнеше авторлардың айтуы бойынша жүктілік кезіндегі ісіктік зақымданудың өршитіндігі дәлелденген. Жүктілік кезіндегі АБР –на адекватты ем кезінде ісіктік жасушалардың өсуі байқалмаған.

- Жүктілік кезіндегі АБР ауру синдромы 48% жағдайда кездеседі. Жүктіліктің ерте кезеңінде қарап тексеру кезінде ісік 25 % да кездеседі. Ісік аяқшаларының айналуы 29% да жүкті емес әйелдермен салыстырғанда жүктілікте кездеседі. АБР жасалған оперативті емнен кейінгі түсік тастау жиілігі I триместрде 35%, II триместрде 20%.

# СКРИНИНГ

- Скринингтік әдіс бойынша АБ рагы УДЗ арқылы зерттейді. Белгілері:
- АБ көлеміні ұлғаяуы;
- дұрыс тегіс емес контур;
- бөліктік қабаттардың қалыңдауы;
- кистозды құрылымның болуы;
- АБ ісіктің ультрадыбысты құрылымының күрделі болуы, оның қатерлі екеніне қауіпті жоғарылатады;
- Ісік жасушасы мен қуықтың шекарасының әртүрлі қашықтықта болуы. Ісіктің инфилтративті өсуі қиын анықталады.

# Хирургиялық ем

- Жүктілік кезінде анықталған АБР операциялық ем жүргізіледі. Хирургиялық емнің тиімділігі 12 аптадан асқан жүктілікте, сонымен қатар қатерлі ісіктің нақты белгілері болғанда барлық триместрде де хирургиялық ем қолданылады.

# Операциялық ем:

- Операция науқастың жалпы амандығын сақтай отырып онкогинекологиялық стационарда жүргізіледі, сонымен қатар алынып тасталған тін жедел гистологиялық зерттеуге жіберіледі. Операциядан кейінгі ем акушерлік стационарда ұзартылған (пролонгирование беременности) жүктілік деген жолдамамен жүргізіледі.

# Жансыздандыру әдісі

- Оперативті ем эндотрахеальды наркозбен жүргізіледі.

# Операцияның техникасы

- АБР ІА стадиясында FIGO классификациясы бойынша жас әйелдердегі дисгерминомада немесе муцинозды цистаденокарциномада мүше сақтаушы операция жүргізіледі. Ал серозды цистаденокарциномада мүшені сақтап алып қалу мүмкіндігі жоқ.

- В I триметре при I стадии дисгерминомы возможно выполнение органосохраняющих операций. При остальных гистологических типах и стадиях необходимо выполнение стандартного комбинированного лечения (экстрипация или надвлагалищная ампутация матки с придатками, резекция большого сальника с последующей химиотерапией).



- Ал ІІ триместрде операцияның көлеміне байланысты жек күтім нақты клиникалық ситуацияға және ананың қалауына тәуелді болады.
- ІІІ триместрде ұрықтың өмір сүру қабілетіне байланысты кесерво жасалынады, бұл стадия үшін оперативті ем стандартты болып табылады.

- При наиболее частой злокачественной опухоли яичников, сочетающейся с беременностью, — дисгерминоме IA стадии, частота рецидивов после хирургического лечения не превышает 20%. В связи с этим такие больные могут быть успешно лечены только хирургическим методом. При развитии рецидива эффективна химиотерапия на базе платины в комбинации с блеомицином и этопозидом.



- За исключением «чистых» дисгермином и «чистых» незрелых тератом IA стадии, все другие случаи герминогенных карцином, диагностированных в период беременности, необходимо подвергать адъювантной химиотерапии на базе препаратов платины в связи с агрессивностью этих опухолей.

# Асқынулары

- жүктіліктің тоқтауы ;
- ішектің, қуықтың, несепардың зақымдануы;
- перекрут ножки опухоли;
- капсуласының жарылуы;
- тромбоземболия.

# Қорытынды

- Жүктілікті жоспарлаудың алдында толық клиникалабораторлық зерттеулермен қоса кіші жамбас астауының УДЗ, онкомаркерларға СА-125, СА- 19-9 тексеруден өту қажет.
- Жүктілік кезінде АБКІ І стадиясына жүргізілген емнен кейін қауіп факторы жойылмайды.
- АБР алып тастағаннан кейін бірінші 2-3 жылда рецидив беру қауіпі жоғары болуына байланысты, келесі жүктілікті жоспарламаған дұрыс.
- При локализации злокачественной опухоли в одном яичнике у молодых женщин, желающих иметь в будущем детей, рекомендуют выполнять одностороннее удаление придатков матки, резекцию второго яичника и большого сальника, а в дальнейшем — химиотерапию. Частота рецидивов при таком лечении начальных форм рака яичников составляет 9,1%; в популяции — 23,4–27,0%.

# Әдебиеттер

- Бохман Я.В. Руководство по онкогинекологии. — Л.: Медицина, 1989. — 463 с.  
Дамиров М.М., Бакулева Л.П., Слюсарь Н.Н. и др. Дифференциальная диагностика доброкачественных и злокачественных опухолей яичников // Акуш. и гинек. — 1996. — № 3. — С. 49–50.  
Избранные лекции по клинической онкологии / Под ред. В.И. Чиссова, С.Л. Дарьяловой. — М., 2000. — 736 с.  
Митьков В.В., Медведев М.В. Клиническое руководство по ультразвуковой диагностике. — М.: Видар. — Т. 3. — 1997. — 320 с.  
Новикова Е.Г., Чиссов В.И., Чулкова О.В. и др. Органосохраняющее лечение в онкогинекологии. — М.: Видар, 2000. — 112 с.  
Стручкова Н.Ю., Медведев М.В., Зыкин Б.И. Возможности доплерографии в дифференциальной диагностике злокачественных и доброкачественных опухолей яичников: обзор современной литературы // Ультразвук. диагн. — 1998. — № 3. — С. 5–16.
-