

*Қ. А. Ясауи атындағы
Халықаралық
Қазақ – Түрік Университеті*

*Тақырып: Жатыр түтігінің және
аналық безінің ісіктері . Емдеу
әдістері мен негіздері. Алдын-алу.*

Орындаған:

Тажиметов Д

Қабылдаған: Жантеев М

Әйел жыныс мүшесінің ісіктерінің арасында аналық без ісіктері 2 орын алады және барлық гинекологиялық аурулар арасында 6-8 % құрайды. Ол көбіне 40-50 жастағы әйелдерде жиі кездеседі.

Аналық жыныс без рагы гормондарға тәуелді және соған байланысты туатын дерт, яғни ағзаның репродуктивті функциясы ең шешуші рөл атқарады.

1-климакстың ерте келуі

2-етеккірдің кеш бітуі

3-бедеулік

4 бала табудың саны азаюы

5-жатыр миомасымен ауыру

Патогенезінде ең негізгі себептердің бірі-ол гипоталамус-гипофиз-аналық без жүйесіндегі бұзылыстар

-эндометриоздың болуы

*-эндометрийдә гиперпластикалық
үрдістердің қалыптасуы*

*-мишықтағы гонадотропты гормонның
көбеюі және соған байланысты эстроген
мөлшерінің ұлғаюы, прогестеронның
азаяуы*

*- бір мезетте немесе дер кезеңде аналық
жыныс безімен эндометрийді, сүт безі
және тоқ ішектегі ісік ауруларының
қабаттасуы (сау әйелдерге қарағанда бұл
үш ісік ауруына ұшырау мүмкіншілігі 12-18
есе жиі)*

*-тұқымқуалаушылықтың маңыздылығы
(ісік тугызатын геннің қатысуы)*

Барлық ісіктер ішінде кілегейлі қабықтан шыққан ісіктер өте жиі, ал сары сулы ісіктер 70% кездеседі. Өніп-өсу заңдылығына сәйкес аналық жыныс без рагы бірінші, екінші болып кездеседі. Біріншісінде ешқандай алдын ала сары су (киста) болмайды. Екінші аналық жыныс без рагында кистаның ішкі қабығынан қатерсіз ісік қатерліге ауысады және дерт бірнеше қуысты келіп, үлкен деңгейге жетеді.

*Қатерсіз ісіктер Кисталар жәй
сары сулы және кистома ретінде
болады.*

*Біріншісінде жасушаларда өніп-өсу
үрдісі жылдамдатылмайды
(пролиферация жоқ), ал екіншісінде
(кистома) пролиферация кездеседі.
Кейінгілер - нақты ісік ауруына
жатады, ал рак алды өзгерістерді
барлық қатерсіз ісіктер және
кистомалар қалыптастырады.
Кистоманы қатерлі, қатерсіз деп
екіге бөлген өте орынды.*



የዋ ልብ ልብ (Uterus)



የዋ ልብ ልብ ውስጥ ክፍል



Кистомалар-аналық
бездердің нағыз ісіктері, олар
бластоматозды өсе алады
Кистомаладың бөлінуі:
-фолликулярлы кисталар
-сары дененің кисталары
-параовариалды кисталар,
байламдар арасында
орналасқан
-эндометриоидті кисталар
-түтік-аналық бездік
кисталар

Аналық бездердің кистомаларының жіктелуі:

-эпителиалды(аналық бездің эпителиінің қабықшасынан өсетін ісік)

а)Цилиоэпителиалды

б)Жалған муцинозды

-Гормон өндіруші

а)Феминизациялайтын

б)Макулинизациялайтын

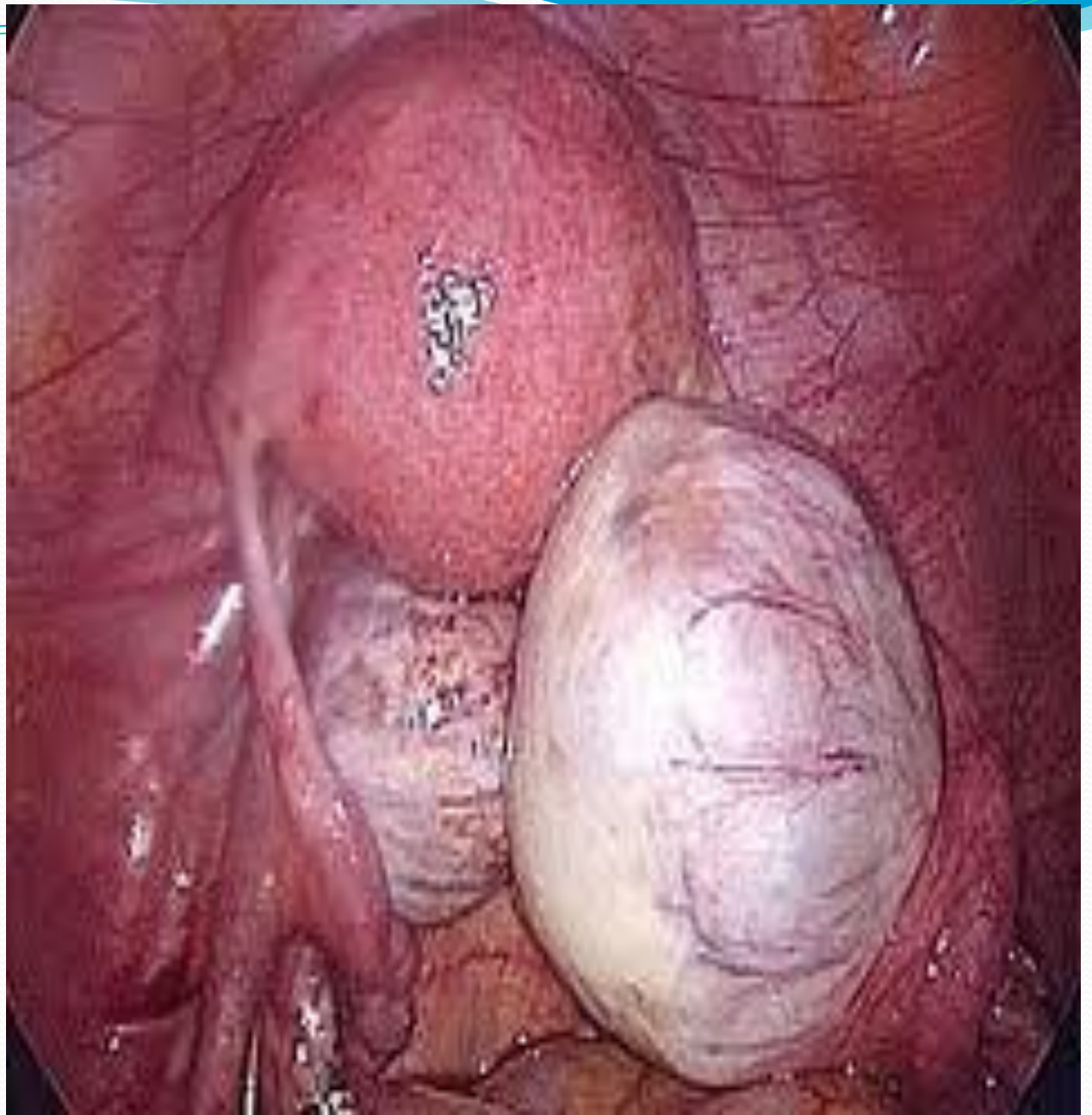
-Герминогенді (аралас) –ұрық жапырақтарының элементтерінен пайда болады

Қатерсіз кистомаларды емдеу
Кез келген аналық жыныс
бездеріндегі ісік түйіні
хирургиялық жолмен алынып
тасталуы керек. Қазіргі таңда ол -
лапароскопиялық әдіспен
орындалады. Операция адам
жасына, шағымына, ісік көлеміне
байланыссыз. Қатерсіз ісіктерді
қатерлі ісіктерден ажырату оңай
емес, әрі ол - өте күрделі, тек
гистологиялық тексеру арқылы
орындалады.

Операция кезінде сылынған ісік көзбен, қолмен тексеріліп, пышақпен екіге бөлініп, морфологиялық зерттеу жүргізіледі. Егер іш қуысында сұйық болса, онда ол мұқият зерттеуге түседі. Кистома диагнозы қойылған жағдайда аурудың жасына байланысты операция көлемі шешіледі.



Жыныс бездеріндегі қатерлі ісіктерге шаққанда олардың 8% осы метастазды ісіктерді құрайды. Аурулардың орташа жасы 40-тан аспайды. Айта кететін бір жайт - ол бірінші жыныс без рагымен метастазды ісіктердің бір-бірінен клиникалық тұрғыдан еш айырмашылықтары болмайды. Бірақ бұл дертте көбінесе етеккірі тоқталып қалады (себебі метастазды ісікте лютеин жасушалары көп болады). Екінші бір клиникалық көрініске - дерттің екі жақты болып келуі жатады. Асқазан-ішек рактарынан жыныс бездеріне жиі метастаз беретін асқазан рагы, оны Крукенберг ісігі деп атайды.



Клиникалық белгілері

ішке сары су жиналуына және жиналмауынан тікелей байланысты. Дерттің алғашқы өсу кезеңдерінде ешқандай клиникалық белгілер болмайды. Аурулар дерт асқынған кезде ғана шағымдана бастайды, оларға мыналар жатады:

- 1-ағзада бір қолайсыздықты сезіну және*
- 2- іштің төменгі бөлігінде ауру сезімі пайда болу*

Кейінгі белгі дерттің көрші сау ұлпаларға, мүшелерге көшуінен туады.

*Бұл кезде тамаққа тәбет шаппайды,
салмақ түсе бастайды, тері
«құрғақтанады», ағза әлсірейді.*

*Үш негізгі клиникалық белгілер
шемендік кезде негізделінеді:*

*-кеуде қуысында су жиналу
(гидроторакс - ентігу)*

*-жамбас қуысында немесе іштің
төменгі бөлігінен ісік түйінін аңғару*

-шемендік

*Егер ісік қуықты қысса, онда кіші
дәретке отыру жиіленіп кетеді. Кейде
ретсіз ағзада етеккір келеді.*

Әрине, бұл кезде міндетті түрде жатыр қуысы қырылады, бірақ, кейде бірнеше рет қайталанған осындай қырындыдан ісік жасушасын табу қиынға соғады. Бұл көрініс ісіктің асқынуына әкеледі. Рентген арқылы (гистеросальпингография) кейде диагнозды қоюға болады. Бұдан басқа эндоскопиялық тәсіл қолданады. Әрине, қорытынды шешім тек операция кезінде (лапароскопия немесе лапаротомия) ғана орындалады.

*Метастазды ісіктер
Аналық жыныс бездеріне
кез келген қатерлі ісік
метастаз бере алады. Бірақ
солардың ішінде жиі беретіні:*

1-сүт безі рагы

2-жатыр рагы

3-асқазан-ішек рагы

4-қатерлі лимфомалар

Диагностикасы

Кәзіргі таңда аналық жыныс без рагын пәрменді ерте анықтайтын тәсіл жоқтың қасы. Дерттің асқынуы, өршуі шынайы келгенде іш қуысынын қабығы арқылы жүреді, содан кейін барып қан арқылы алыстағы мүшелерден метастаз шыға бастайды. Әрине, бұл кезде дерт 80% жағдайда дәл анықталынады.

*Дегенмен бұлардың бәрі
қорытынды диагнозды бермеуі
мүмкін; шешуші рөлді
морфологиялық зерттеу
анықтап береді - ол үшін
ісіктен зат кесіп алу жөн
(эндоскопиялық зерттеу
немесе лапаротомия жасап,
тікелей биопсия жасау).*



Ультрадыбыс арқылы тексеру қазіргі таңда шешуші рөл атқарады. Оның залалсыздығы, қарапайымдылығы, диагностикалық құндылығы практикалық медицинада бірнеше рет дәлелденді. Қиындау жағдайда бұл әдістің компьютер жүйесіне қосылуы немесе магнитты-резонансты томографтың бірлесуі диагноз қоюды анағұрлым жеңілдетті. Егер жамбас қуысында ісік табылса, онда ол мынадай аурулардан, өзгерістерден ажыратылуы керек:

1-екіқабаттылықтан;

2-без кистасының, кистомасынан;

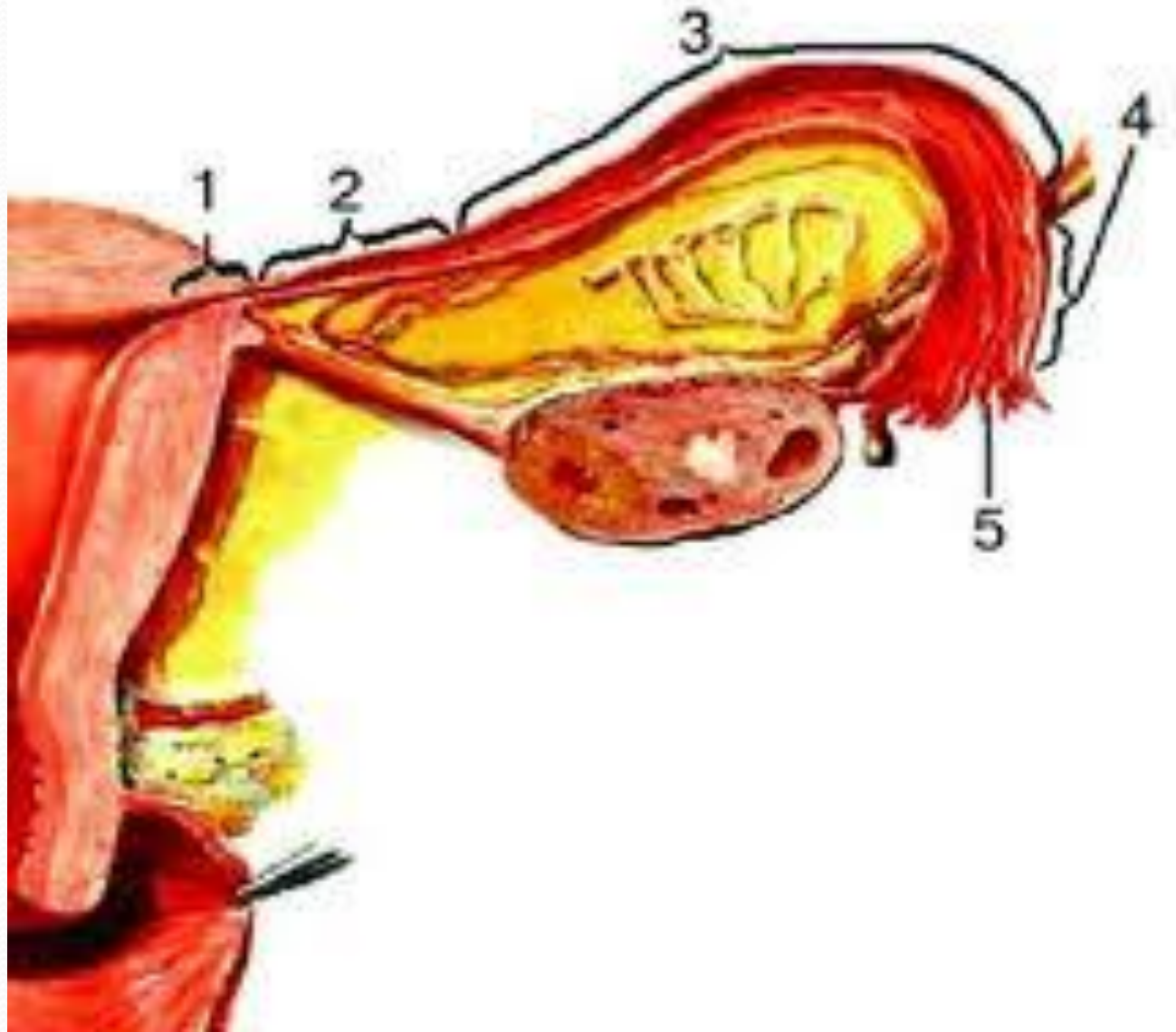
3- жатыр миомасынан;

4- эндометриоздан.





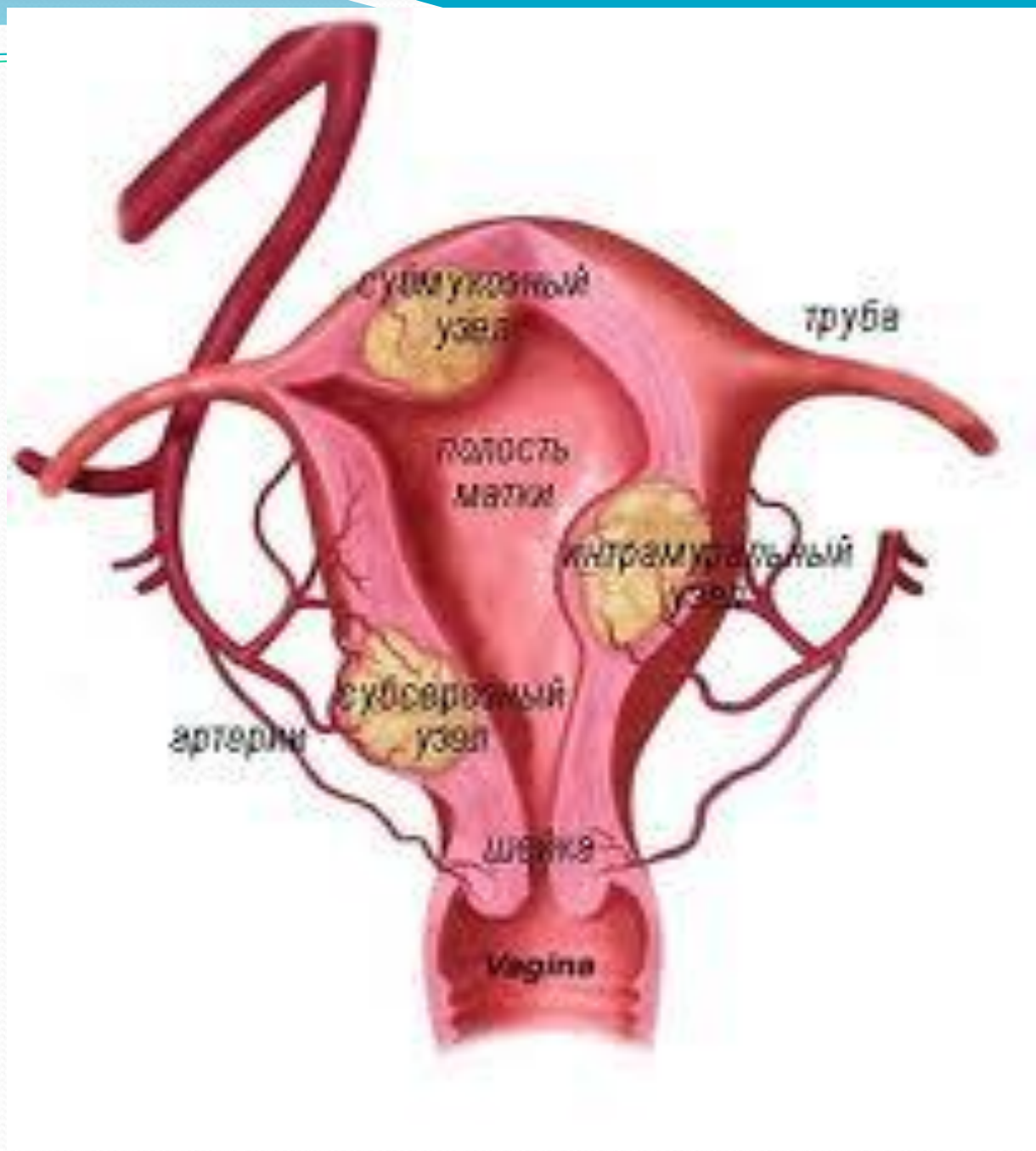
Жатыр түтікшелерінің рагы
Бұл дерт 0,3-тен 1,8%-ге
дейін барлық гинекологиялық
ісіктер арасында тұр. Сырқат
гормондар мөлшері бұзылғанда
байқалады. Аурулардың
орташа жасы 55,7.

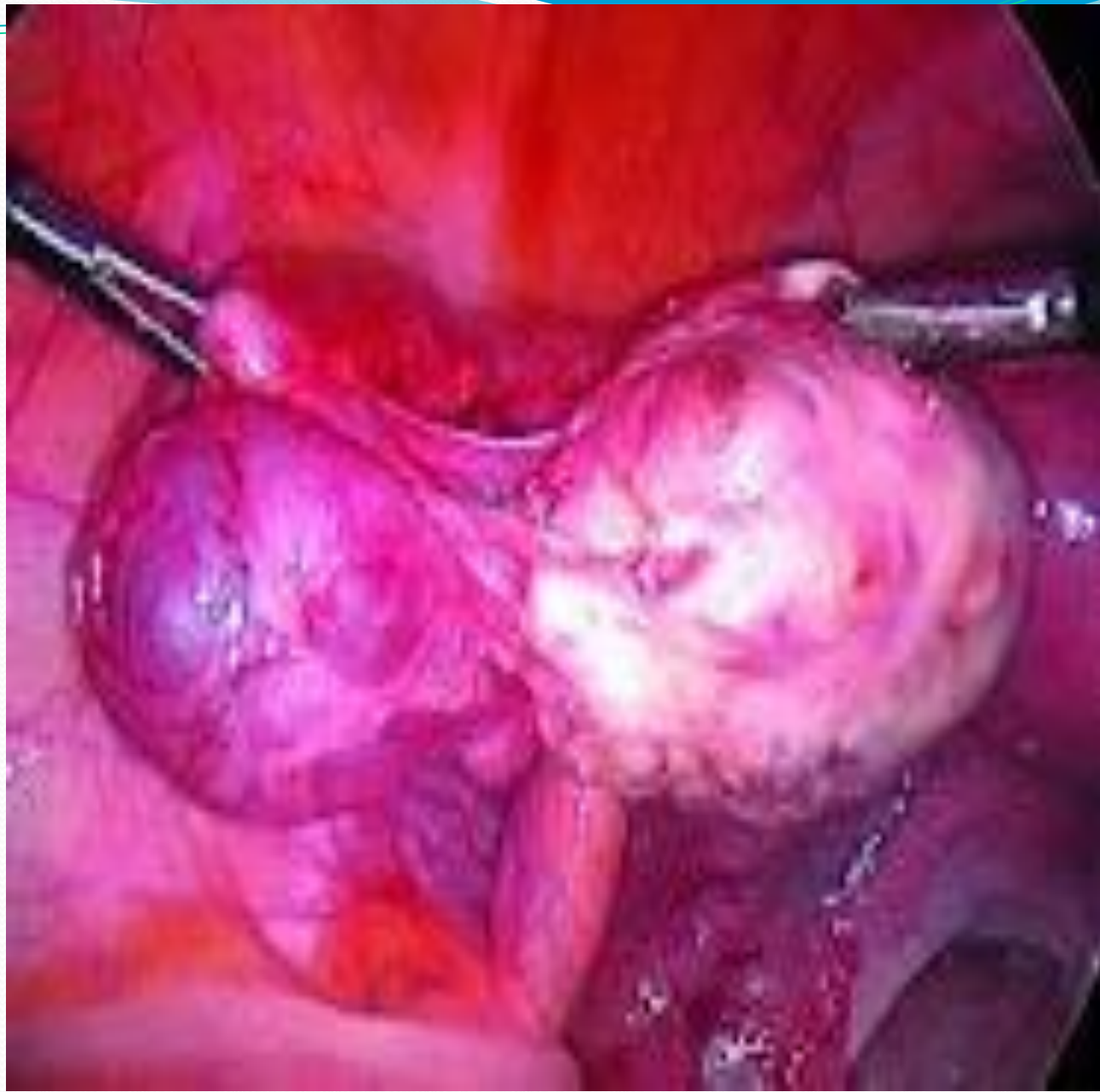


Клиникасы, диагностикасы.

Клиникалық тұрғыдан операцияға дейін диагнозды дәл қою өте қиын. Аурулардың шағымы сан-алуан; көбісі жыныс мүшелерінен неше түрлі-түсті (қанды, сары сулы, іріңді т.б.) ағындылардың барын айтады немесе оқтын-оқтын іштің төменгі бөлігінде қайталанып тұратын ауру сезімін білдіреді.

Гинекологиялық тексеріс кезінде (тік ішек арқылы) кіші жамбас қуысында көлденең орналасқан ісік түйінін табуға болады. Жыныс мүшелерінен сұйық ағынды менопауза кезінде жиі сезіледі.







*Макро және микроскопиялық
құрылымы.*

*Көбінесе ісік түтікшенің орта
жерінде немесе ампулярлы
жағында орналасады.*

*Қолға ол сарысулы түйін ретінде
сезіледі, алғашқыда беті тегіс,
кейіннен беті одыр-бұдырланады;
ол жарылып немесе жарылмай-ақ
көрші сау ұлпаларға ауысады. Бұл
кезде ісік қозғалмай қалады.*



*Гистологиялық құрылысы
Бірнеше түрлі келеді;
аденокарцинома,
эндометриодты деп
аденокарцинома,-шырышты-
сіңірлі рак. Пісіп жетілмеген
рак. Метастаздар жыныс без
рагындай пайда болады, оның
өніп-өсуінде, дамуында
ешқандай айырмашылық жоқ.*



Емі - қабаттасқан немесе

кешенді түрде жүреді; жалпы ол жыныс без рагындай болады, ешқандай айырмашылық жоқ.

Хирургиялық әдіс - жатыр экстирпациясы; бұған қоса қосалқы мүшелер және үлкен шарбы да қоса сылынады. Егер ісік жамбас қуысынан шығып кетпесе, онда операциядан кейін сәуле беріледі, оның мөлшері және химиотерапия аналық жыныс без рагындай тәртіпте орындалады.

*Жатыр, Фаллопиев
түтікшесіндегі қатерлі
ісіктер.*

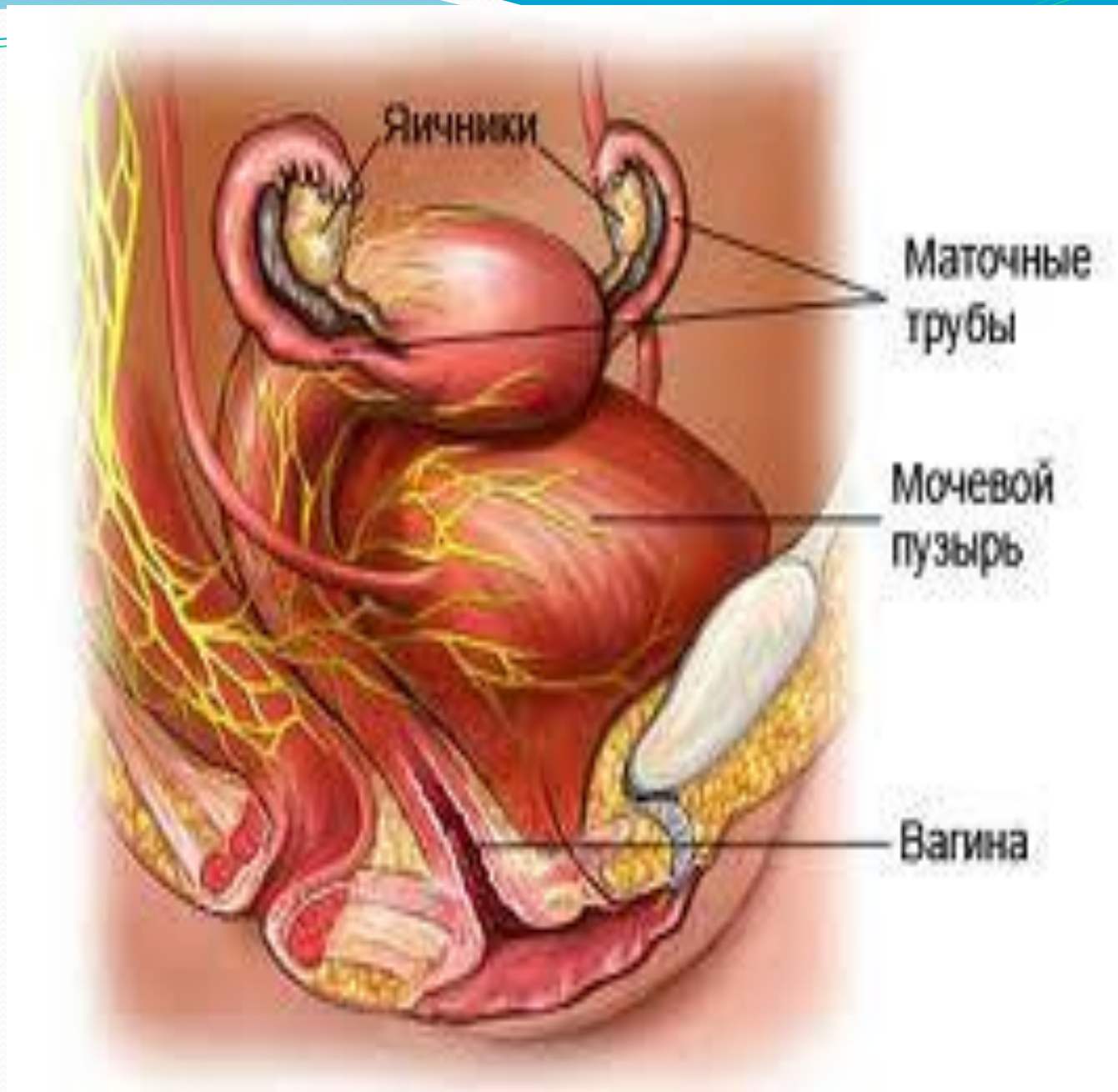
*Бұл дерт, әсіресе саркома
сирек кездеседі (жыныс
мүшелеріндегі қатерлі
ісіктердің 0,5—1%-ін
құрайды). Әстінде кездейсоқ
жағдайда табылып,
анықталынады.*

Ісік- жатыр түтікшесінің ортаңғы және сыртқы жағында орналасады яғни сопақ, бүйен тәріздес болады. Алғашқы өсу кезеңінде ісіктің беті тегіс келеді де кейін бұдырланады. Қөп уақыт өтпей, түтік жарылып, құрсақтың жедел қабынуына немесе маңайындағы сау ұлпаларға көшіп, оларды да зақымдайды.



*Клиникалық көріністері-
айқын болмайды, тек үштен
екінің бірінде іштің төменгі
тұсы ауырып, жыныс
мүшелерінен қанды су көрінеді,
содан кейін кішкене де болса
жеңілдік байқалады. Мұны
hydropstibal protluens яғни
«түтікшенін құсығы» деп
атайды.*

Диагностикасы — тек операция үстінде дәлелденіп, қойылады. Дегенмен бұл ауруға күдік туғызуға болады: егер 40-55 жастағы әйелден гинекологиялық тексеріс кезінде жатыр түтікшелері аймағынан «колбаса» тәріздес ісік табылса, әрі дене кызуы болмай, анамнезінде қабыну аурулары кездессе, бедеулік байқалса, ісікке күмәнданамыз. Жыныс мүшелерінен көрінген ағынды суды цитологиялық тексеріске салып, одан ісік жасушаларынан іздеудік қосымша пайдасы тиеді. Күдікті жағдайда «ішті ашу» операциясы кеңінен пайдаланған жөн.



Емі — ішкі жыныс мүшелерін түгелімен сылу. Операциядан кейін сәуле шоктарын немесе химиялық дәрілер қолданады (ісіктің морфологиялық түріне сәйкес).

Саркома әдетте ракқа қарағанда сирек байқалады. Тек жас адамдарды ғана дертке шалдықтырады. Клиникалық көріністері түтікшелердегі рак ауруындай. Емі — хирургиялық тәсіл.

MedUniver.com

ВСЕ ПО МЕДИЦИНЕ...



Кейінгі кездерде ісік іздерін - таңбаларын (маркеры) ағзадан іздеу - өте қызықты әрі маңызды бір мәселе болып отыр. Бұл әдіс теоретикалық және практикалық тұрғыдан келешекте жан-жақты өз пайдасын беретіндігіне кәміл сенуге болады. Бұл жөнінен қазір де мынаны нақты айтуға болады:

- сарысулы киста, кистомаларда ісік маркерін (антиген Ca 125) қаннан анықтау; әдіс 88,8% жағдайда өте пайдалы келеді.

Паллиативты операция

аурудың ауыр хал-жағдайын жеңілдету мақсатында, мысалы, дерттің өршуінен, асқынуынан іш жүрмей, «қатып» қалса қолданады.

Химиотерапия жыл сайын дамуда және пәрменді дәрілердің саны, сапасы ұлғаяуда. Осыған байланысты келешекте жыныс без рагы тек дәрі-дәрмекпен емделінетін шығар деген үміт көп.



Химиотерапия қазіргі таңда жыныс без рагында кеңінен қолданыс тапты, сондықтан ол стандарттық ем болып саналады. Тиімді дәрілер қатарына жататындар: цисплатиндер. Бұрын емделінген ауруларда емнің күші 30% жағдайда кездеседі; ал енді бірінші рет қабылдап отырғандарда нәтиже 60-70% ауруларда тіркеледі; осылардың 15-20% толық нәтиже байқалып, 16%-ы бес жылға дейін өмір сүреді; цисплатин айына бір реттен 50мг/м² есеппен беріледі.

Жалпы емдік курс 6 ай шамасында; егер ол басқа платиндермен (мысалы, карбоплатин) қабаттасса, онда курстың саны кемиді - 3-4-ке шейін. Қарт адамдарға мелфалан беріледі (0,2 мг/кг 15 күн ішінде; 28 күнде қайталанып, 6 курс беріледі). Платин дәрілерін циклофосфанмен де қабаттасып береді. Қазір платиннің оксалиплатин деген жаңа түрі қолданыста жүр, бұл алдыңғыларға қарағанда анағұрлым тиімді және ағзаны ұландыру қасиеті өте төмен.



Тиімді дәрілердің саны жыл сайын көбеюде, мысалы, таксин тобына жататындар - доцетаксел, топотекан (гикамтин), этопозид, геминтабин. Гормонрецепторы белгілі жағдайда тамоксифеннің пәрменділігі анықталды. Жаңа дәрілерден герцептиннің де жағымды әсері байқалып жүр.

Пайдаланган әдебиеттер:


1. “Акушерия және гинекология”

А.Т.Раисова, Нұрқасимова Р.Г

2. “Онкогинекология” Василевский”

3. “Ісіктер”

4. www.Goooooogle.kz



*Назар
аударғандарыңыз
үшін рахмет*