

Қазақ-Ресей медицина университеті

СӨЖ:Рак алды аурулары


Орындаған:Құдайбергенова М. А.

Тексерген:Оразбеков Н.И

Тобы:503Б,ОМ



Жоспар

- Анықтамасы
 - Диагностикасы
 - Диагнозы
 - Емдеу тактикасы
- 

Өңештің рак алды аурулары

□ **Гастроэзофагальды рефлюкстік ауру (ГЭРА; син.: рефлюкс – эзофагит)** – асқазан және/немесе он екі елі ішек құрамының қайта құйылуының (рефлюкс) нәтижесінде пайда болатын өңештің кілегей қабығының қайталамалы, созылмалы қабынуы. ГЭРА түрлері:

1. Гастроэзофагеальды рефлюксті ауру (ГЭРА), эзофагитсіз (немесе эндоскопиялық негативті рефлюкс ауруы, немесе эрозиясыз рефлюксті ауру) – эндоскопияда табылмайтын өңештің кілегей қабығының зақымдануы.
2. Рефлюкс – эзофагит – эндоскопияда көрінетін өңештің кілегей қабығының зақымдануы.

Клиникасы. ГЭРА ең жиі симптомдары – қыжыл, ауыру, регургитация, сілекей ағу, дисфагия, ықылық ату және құсу, өңештен тыс симптомдар.

□ **Диагнозын қою және екшеу-іріктеу диагнозы. ГЭРА диагноз қою критерийлеріне жататын белгілер:**

- 1) гастроэзофагеальды рефлюкс пайда болуына қажет алғы шарттардың болуы: диафрагманың өңеш тесігі жарығының белгілері, төменгі өңеш сфинктерінің гипотониясы;
- 2) өңештің кілегей қабығының созылмалы қабынуының белгілері: эзофагодуоденоскопия, рентгенологиялық тексеру, Бернштейн және Бейкер тестісінің мәліметтері;
- 3) әр түрлі әдістермен анықталған асқазан - өңеш рефлюксінің белгілері: рентгенологиялық тексеру, рН – метрия, метилен көгін пайдаланған зондтау.

Белгілер	ГЭРА	ЖИА
Жас	Кез-келген	Жиі егде жас
Жыныс Ауырғандықтың орны	Еркектер мен әйелдерде бірдей жиілікте кездеседі	Еркектерде жиі кездеседі Әдетте төс арты (жоғарғы үштен бірі), сирек эпигастрий аймағы
Ауырғандықтың иррадиациясы	Жиі эпигастрий және төстің төменгі үштен бірі мен семсерше өскін аймағы; сирек төстің ұзына бойы немесе прекардиальды аймақ немесе жүрек ұшының аймағы	Сол жақ қолға, сол жақ иыққа, сол жақ жауырынға
Ауырғандықтың жұтынумен байланысы	Сирек жүрек ұшы аймағына Байланыс болуы тән	Тән емес
Ауырғандықтың тамақ ішумен байланысы	Көбіне тамақ қабылдау кезінде, сирек – тамақтан кейін Онша тән емес, кейбір науқаста денеге күш түскеннен кейін байқалады	Жиі тамақтан кейін, әсіресе тамақты мол ішкеннен кейін Денеге түскен күш көбейген кезде пайда болу өте тән
Ауырғандықтың денеге күш түсуімен байланысы	Тән	Тән емес
Диспепсиялық бел-гілер (қыжыл, кекі-ру, құсу)	Қалыпты күйде	Ишемиялық өзгерістер (ST төмен горизонтальды ығысуы, теріс мәнді симметриялы Т тішесі)
ЭКГ	Эзофагит, өңештің кілегей қабы-ғының эрозиясы, пептикалық жара болуы мүмкін	Өңештің кілегей қабығы қалыпты күйде
ФГДС (алдында ЭКГ жасау		

□ *Қылтамақ* үдемелі дисфагиямен, оған қоса болатын төс артының және семсерше өскін аймағының ауыруымен, ісіктің көрші органдарға тарау белгілерімен (дауыстың қарлығыуы, медиастит, плеврит, өңеш – бронх жыланкөзі), рақ интоксикациясының белгілерімен сипатталады. Диагнозды рентгенологиялық тексерудің мәліметтеріне (өңеш шетінің тегіс еместігі, толу кемістігі, өңештің деконфигурациясы, кілегей бедерінің өзгеруі), эзофагогастроуденоскопия мен биопсия мәліметтеріне сүйене отырып қояды.

□ *Өңеш ахалазиясы (кардиоспазм)* жұтынған кезде кардияның реффлекторлы ашылуының болмауымен (ол дисфагияның себебі) сипатталады. Өңеш ахалазиясына симптомдар триадасы тән: дисфагия, тамақ регургитациясы және криз түріндегі, көбіне түнде төс артының ауыруы. Ауырғандық өте күшті болады, арқаға, өңеш бойымен жоғары, мойынға, жаққа тарайды. Ауырғандық бірнеше минуттан бірнеше сағатқа созылады. Рентгенологиялық тексергенде өңештің өте кеңігені, кардия бөлігінің тарылуы, тегіс өңеш контурының болуы анықталады. Асқазанның газды қабы болмайды. Екшеу диагнозына нитроглицерин (немесе атропин) қолданған фармакологиялық сынама көмектеседі: кардиальды сфинктер босап, барийдің асқазанға өтуін жеңілдетеді. Мезгілше дисфагия жойылады. Диагноз қоюға фиброэзофагоскопия көмектеседі.

Өңеш дивертикулдары. Дивертикулада болатын дисфагияда тамақ, ауру адам денесінің белгілі бір қалпында жақсы өтеді. Пульсиондық дивертикулдарда тамақ регургитациясы болады, тракциялық дивертикулдарда (өңештің ортаңғы үштен бір бөлігінде орналасады) регургитация сирек болады. Дивертикулдар диагнозы рентгенологиялық және фиброэзофагоскопиялық тексеру әдістері көмегімен дәлелденеді.

- *Истериялық неврозда* төс артында бірдеңе тұрған сияқты болып көрінеді. Аурудың белгілерінің пайда болуы көңіл-күй күйзелістерімен байланысты болады. Истериялық неврозда сұйық тамақ жақсы өтеді, қою тамақ қиналып өтеді. Науқас адам тамақ қабылдаудан қорқады, сондықтан жүдейді. Истерияның басқа белгілері де болуы мүмкін: ларингоспазм, бұлшық еттердің құрысуы. Диагнозды рентгенологиялық тексеру жолымен анықтайды.

Өңештің рак алды аурулары емі асқазан құрамының өңешке қайта құйылуын тоқтатуға, асқазан сөлінің агрессивтілігін төмендетуге және өңештің кілегей қабығының асқазан сөлінің әсерінен қорғану амалын күшейтуге бағытталады. Бұл тапсырмаларды орындау үшін науқас адамның бірнеше жалпы ережелерді сақтауы керек, дәрімен емдеуді және керегіне қарай (көрсетпесіне қарай) хирургиялық ем қолдану керек.

Емдеудің жалпы шараларына жататындары: бөліп қоректену (тәулігіне 4-6 рет), тағамды шамадан тыс қабылдамау керек, тамақты ыссы күйінде ішпеу керек және тамақты соңғы қабылдау ұйқыға кетуден кем дегенде 3 сағат бұрын болуы керек. Шылым шегуге, ішімдік ішуге, кофе, шоколад қолдануға болмайды. Денені алға еңкейтпеуге, қысып тұратын белбеу қолданбауға тырысу керек. Науқас адам басын жоғары салып ұйықтауы керек. Бұл шаралармен қатар, науқас адам артық дене массасын азайтуы керек.

Мына препараттарды қабылдауға болмайды: нитраттар, антихолинергиялық дәрілер, кальций антагонистері, антидепрессанттар, БҚҚП, калий препараттары.

Өңеш рак алды ауруларын емдеуде қолданылатын дәрілер:

1) асқазан секрециясын төмендететін дәрілер:

а) гистаминнің H_2 -рецепторларының блокаторлары: ранитидин (зантак), фамотидин (квamatел, фамосан);

б) протон сорғысының ингибиторлары: омепразол (омез, омезол, омепрол және басқалары), лансопразол (ланзан, ланзоптол);

в) селективті М – холиноблокаторлар: гастроцепин т.б.

2) төменгі өңеш сфинктерінің тонусын көтеретін дәрілер (прокинетиктер): метоклопрамид (реглан, церукал), мотилиум (домперидон), кординакс (цисал, перистил);

3) антацидтер: алмагель, фосфалюгель, маалокс;

4) қабынуға қарсы дәрілер: сукральфат (вентер), висмут субнитраты, күміс нитраты.

4 аптадан кейін диагностикалық бақылау жасалады. Динамика оң мәнді болса, емді 6 аптаға дейін созады. Өзгеріс болмашы болған жағдайда прокинетиктер мен цитопротекторларды (сукральфат) алмаған адамдарға осы дәрілерді береді. Қабыну процессінің I-II дәрежелі активтілігінде емді 6 аптаға дейін, III-IV дәрежелі активтілігінде 8 аптаға дейін созады.

Егер 6-8 аптадан кейін қабыну белгілері жойылып кетсе, онда дәріні тұрақты түрде қабылдауды тоқтату керек.

Науқас адам жоғарыда көрсетілген жалпы ережелерді сақтауы керек және антацидтер немесе H_2 -блокаторларды жартылай дозада қабылдауды жалғас-тыруы керек. Бұл дәрілерді «талапқа» қарай, ауру белгілері пайда болғанда 1-3 күн бойы қабылдауға да болады

Хирургиялық ем көрсетпелері: параэзофагеальды жарық, консервативтік емнің тиімсіздігі және аурудың үдей түсуі, стриктура, қан кетумен асқынуы. Ниссен бойынша фундопликация, оның ішінде лапароскопиялық фундопликация операциясы қолданылады.

Мастопатия –данекер және кілегей қабыршықтағы жасушалардың пролиферациясы, гиперплазиясы, дисплазиясы. мастопатия бірнеше көлемді болып келетін сары сулы өзгерістерден не данекер ұлпасының жайылуынан тұрады.

1. Кистозды мастопатия (аденоз, аденоматоз, Реклю ауруы) кезінде емшекте көп түйіндер табылады, олардың көлемі сан алуан.

2. Фиброзды мастопатияда емшектен бірнеше түйіндер анықталады, олардың шекаралары көмескіл келеді. Егер осы түйіндерге алақанда тигізсе, онда түйіндер жоғалып кеткен сияқты болады.

3. Гинекомастия – еркектерде кеуде бездерінде кездесетін ісік алды аурулар. Түрлері: шынайы және өтірік гинекомастия жайылуынан тұрады

Мастопатия

Фиброно-
кнсточная
мастопатия




Здоровая
молочная
железа



Пальпациялық зерттеуден (пальпация – дененің белгілі бір бөлігін саусақпен басып тексеру әдісі арқылы диагностикалық зерттеу) өту жеткілікті. Пальпация арқылы сүт безіндегі өте үлкен емес түйіндерді анықтауға болады. Сондықтан әйелдердің сүт безін өзіндік тексеру техникасын білуі өте маңызды мәнге ие. Сүт безі обырына ерте диагностика жасаудың келесі маңызды сәті маммография болып табылады. Маммография – бұл сүт безіне рентгенография жасау. Әдетте екі сүт безіне 2 рентген-сурет жасалады – бірі жоғарыдан, екіншісі жанынан. Маммография сүт безі ісігін көрінбей тұрып анықтауға мүмкіндік береді. Маммографияда: Кистозды мастопатия (аденоз, аденоматоз, Реклю ауруы) кезінде емшекте көп түйіндер табылады, олардың көлемі сан алуан. Фиброзды мастопатияда емшектен бірнеше түйіндер анықталады, олардың шекаралары көмескіл келеді. Егер осы түйіндерге алақанды тигізсе, онда түйіндер жоғалып кеткен сияқты болады.

- Фиброаденома - 15-35 жас арасындағы әйелдерде (90%) кездесетін жеке түйіншекті ісік. Ісік дәнекер тіндермен пролиферацияланған эпителиальды элементтерден құралады.
- Ісік дөңгелек, оның беті тегіс, айналасындағы тіндермен байланыссыз, ісік ауырмайды.
- Маммограммада - дөңгелекше ісік анық.. Ісік өте кішкентайдан өте аумақтыға дейін.
- Фиброаденома операциямен емделеді.
- б) Аденома - оны фиброаденомадан айыру өте қиын. Бұл үшін гистологиялық тексеріс қажет.
- в) Сүт тамырлары папилломалары - еміздіктен канды сұйықтың ағуы. Диагнозды анықтау үшін еміздіктен ағатын сұйықты және безден кесіліп алынған тінді цитологиялы және гистологиялы тексерістен өткізу қажет.
- г) Липома - сүт безінің үстінде, көбінесе ретромаммарлы орналасатын майлы ісік.



□ Гормон дәрілерінен қазір жиі қолданатындар:
эстрогенге қарсы препараттар
(тамоксифен, ралоксифен, торемифен)
рилизинг, агонист гормондар
(золодекс, гозерелин, бусерелин)
ароматоza реакциясын тежейтін
дәрілер (аримидекс, ривизор, фемара)

- **Қуықасты безінің қатерсіз гиперплазиясы (ҚБҚГ (ДГПЖ) –** қуықасты безінің периуретралық бөлігінің таралып өсуінен қуықасты безінің периуретралық бөлігінің бітісіп кетуі, төменгі несеп жолында обструкция болуымен сипатталатын жастық инволюциялық ауру. ДГПЖ гистологиялық зерттеу нәтижелері негізінде қойылады.
- Клиникалық аурулар несеп жолдарының инфравезикалдық обструкция симптомдарымен анықталады (жиі несеп шығару, несеп шығаруға императивтік шақырулар, несеп ағынының әлсіреуі және үзік болуы, несеп шығарғанда күшену, несепқуықтың толық босамағаны сияқты әсер алу, никтурия).
- **Шағымдар мен анамнез:** дизурия, никтурия, несеп шығаруға қиналу, несептің әлсіз көлемді ағуы, несепқуықтың толық босамағаны тәрізді сезім, соңында несеп шығарғаннан кейін несеп тамшылап бөлінеді, несептің іркілуі.

□ Негізгі диагностикалық шаралар тізімі:

1. Саусақпен ректалдық тексеру.
- 2. Жалпы қан анализі (6 параметрі).
- 3. Жалпы несеп анализі.
- 4. Қанның биохимиялық анализі.
- 5. Қан сарысуындағы креатинин концентрациясы.
- 6. Қуықасты безінің арнайы антигенінің концентрациясы.
- 7. Қалдық азотты анықтау.
- 8. Трансректалды УДЗ.
- 9. Рентгенография (экскреторлық немесе цистография).
- 10. Несептің бак. себуі.
- 11. Нечипоренко сынағы.
- 12. Қуықасты безін УДЗ.

Дәрі-дәрмектік ем:

Дәрілік препаратты таңдау қуықасты безінің үлкею дәрежесіне байланысты:

- Егер қуықасты безі пальпация кезінде айтарлықтай үлкеймеген немесе УДЗ тексергенде көлемі 40 г-нан аз, таңдалған препарат - β 1-адреноблокаторлар (тамсулозин 0,8 мг-ға дейін тәул., альфузозин 5 мг 2 рет тәул., теразозин тәулігіне 20 мг, празозин);
- Егер қуықасты безі айтарлықтай үлкейсе, 5 β 1 – редуктаза ингибиторларын (финастерид 5 мг/тәул) немесе β 1-адреноблокаторлар қолдануға болады. Кейбір науқастарда термотерапия (микротолқынмен емдеу), сонымен қатар стент немесе спираль қолданылады. Несеп іркілісі бар, хирургиялық емді күтіп отырған науқастарға тері арқылы цистостомия жасайды.

Негізгі және қосымша дәрі-дәрмектер тізімі

Негізгі дәрі-дәрмектер тізімі:

1. Тамсулозин 400 мкг табл.
2. Альфузозин 5 мг табл.
3. Теразозин 5 мг табл.
4. Доксазозин 2 мг, 4 мг, табл.

Созылмалы простатит - қуықасты безінің инфекциялық және іркілу салдарынан болатын қабынуы. **Шағымдар мен анамнез:**

1. Несеп шығарудың жиілеуі, іштің төменгі жағы күйіп ауыруы.
2. Несеп шығарғанда ауырсыну.
3. Несепқуық толық босамаған сияқты сезіну.
4. Шатта, артқы өтісте және оның алдыңғы бөлігінде қысымды сезіну.

Физикалық тексеру: ректальды тексергенде простата ауырсынады, тыртықты фиброзды аймақтар простатаның қабынуымен жүруі мүмкін

Лабораториялық тексеру: лейкоцитурия, несепте шырыш пен бактериялардың болуы.

Инструменталдық зерттеулер: УДЗ-де тыртықтық, фиброздық учаскелердің эхографиялық белгілері, кальцинаттар, гипоэхогенді учаскелер болуы мүмкін, простата көлімі қалыпты. Урофлоуметрияда төменгі зәр жолдарының уродинамика бұзылыстары.



□ Негізгі диагностикалық шаралар тізімі:

- 1. Жалпы қан анализі (6 параметрі).
- 2. Жалпы несептің анализі.
- 3. Биологиялық сұйықтықты егу, сонымен бірге колония бөліп алу.
- 4. Микробтардың антибиотиктерге сезімталдық анализі.
- 5. Несепқуықты УДЗ.

Дәрі-дәрмексіз ем: стол №15, физием, простата массажы, отыру ванналары, биологиялық қайтымды байланысты қалыптастыру (жамбас түбі бұлшықеттерін шынықтыру).

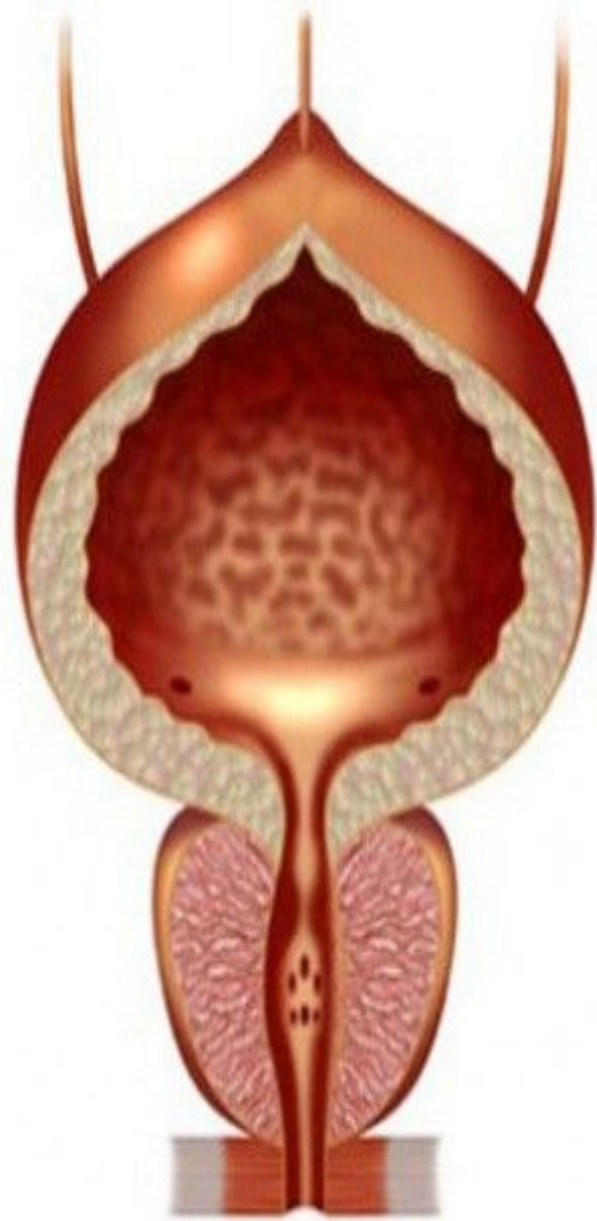
Дәрі-дәрмекті ем:

1. Этиологиялық факторды жою (микрофлораның сезімталдығына байланысты антибиотикотерапия) фторхинолондар (норфлоксацин 400 мг 2 рет күніне, ципрофлоксацин 250-500 мг 2 рет күніне), цефалоспорины 2,3 кезеңдегі, амоксициллин+клавулан қышқылы және клиндамицин, макролидтер (кларитромицин, сумамед, азивок, рокситромицин), тетрациклиндер және т.б.).
2. Ұзақ уақыт күшті антибиотиктермен емдегеннен кейін микоз болмау үшін итраконазол ауыз арқылы берілетін ерітінді 400 мг\тәул. 7 күн бойы.
3. α -блокаторлар (тамсулозин, теразозин 1-2 немесе 2,5 1 рет тәул. немесе альфузозин 2,5 мг 1-2 рет тәул.) антибактериялық препараттармен бірге беріледі (1,2).
4. Органотропты препараттар (простакор, витапрост балауыздары (свеча).
5. Қуықасты безіне массаж жасау, отыру ванналары, биологиялық кері байланыс түзу әдістері (жамбас астауы түбінің бұлшық еттерін жаттықтыру).
6. Иммунотерапия (тимоген, циклоферон).

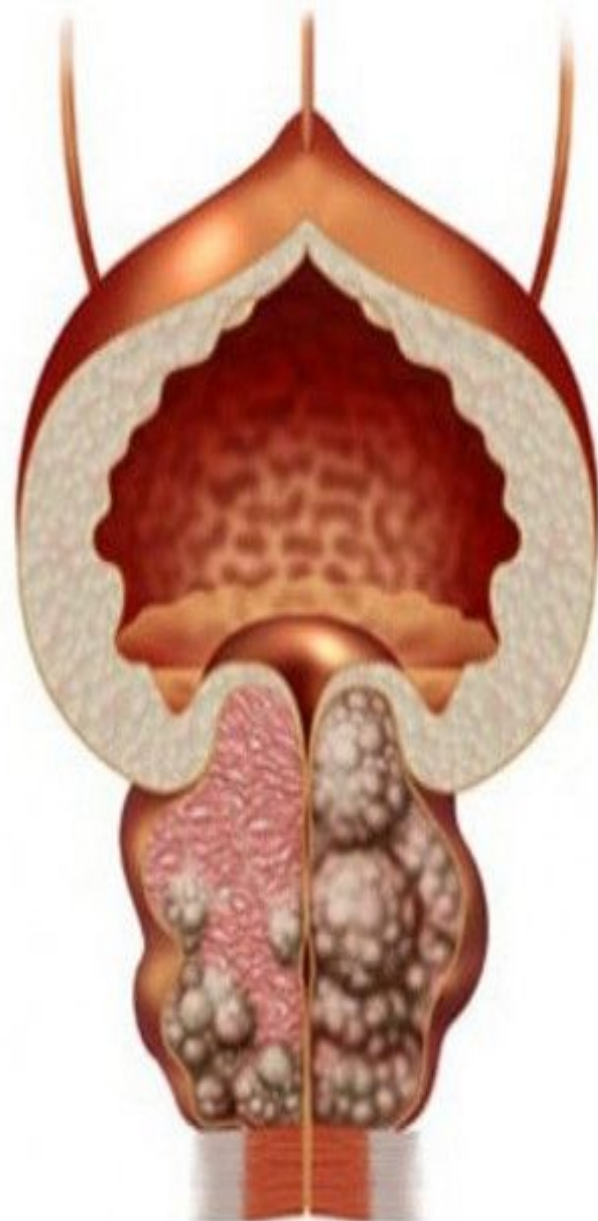


□ Негізгі дәрі-дәрмектер тізімі:

- 1. *Гентамицин инъекцияға арналған ерітінді 40 мг/мл, 80 мг/2 мл ампулада
- 2. *Цефуроксим 250 мг, 500 мг табл.; инъекциялық ерітінді дайындау үшін ұнтақ 750 мг флаконда
- 3. *Амоксициллин+клавулонды қышқыл табл., оның қабықшасын жабу 500 мг/125 мг, 875 мг/125 мг; флаконда 500 мл/100 мг, 1000 мг/200 мг дайындауға арналған ұнтақ
- 3. Итраконазол ауыз арқылы берілетін ерітінді 150 мл – 10 мг\мл
- 4. Нитроксолин 200 мг табл.
- 5. Кетопрофен тік ішек арқылы берілетін балауыз
- 6. *Метронидазол инфузия үшін ерітінді флаконда, 250 мг табл.
- 7. *Ампициллин таблетка 250 мг; капсула 250 мг, 500 мг; инъекциялық ерітінді дайындау үшін ұнтақ 500 мг, 1000 мг; суспензия 125/5 мл флаконда



Нормальная простата



Аденома простаты

