



Тақырыбы: Аналық без ісігі



Орындаған: Досжанова С.Е.
Идия А.Д.

Факультет: ЖМ

Курс: 4

Топ : 15-019-2

Қабылдаған: Амангелдиевна А.

Жоспар:

жоспар:

I. Кіріспе.

II. Негізгі бөлім.

1. Аналық безінің қатерсіз және қатерлі ісіктерінің анықтамасы мен этиологиясы

2. Клиникасы мен диагностикасы

3. Алдын алу және емі

III. Қорытынды.

Аналық безінің қатерсіз ісігінің ЭТИОЛОГИЯСЫ:

Репродуктивті
қызметтің
бұзылу
синдромы

Гормондық
дисбаланс

Ана бездің жиі
қабыну
аурулары

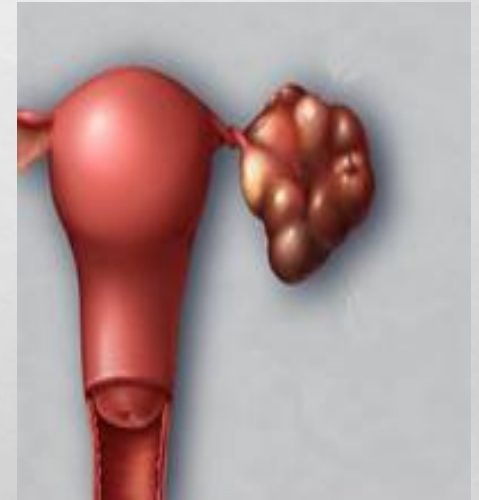
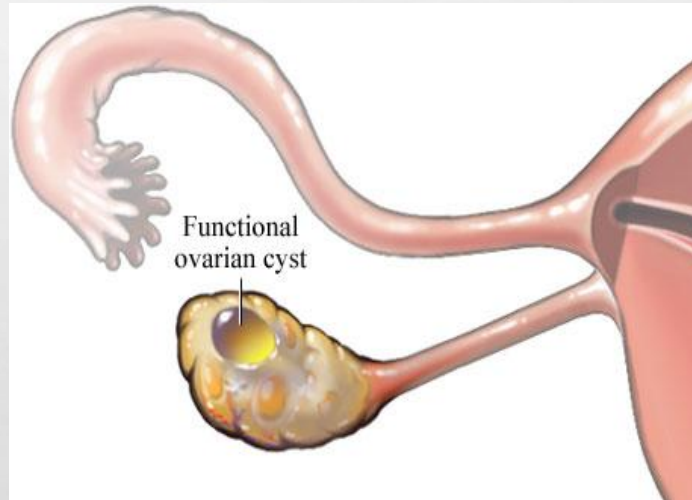
Әлеуметтік
фактор

Тұқымқуалаушы
лық
факторлары

Аналық бездің қатерсіз ісіктері

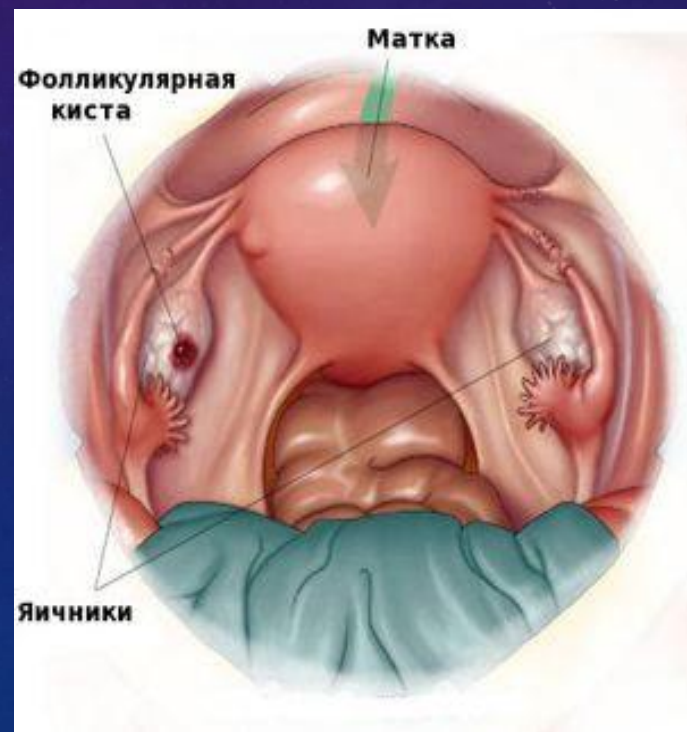
Ретенционді кисталар әйел жыныс мүшелерінің ісік тәрізді түзілістеріне жатады. Киста - бұл сұйықтықтың шамадан тыс көп немесе аз бөлінуіне байланыста пайда болатын іші сұйықтыққа толған түзіліс.

Аналық безде фолликулярлы, сары дене және тека-лютеинді кисталар ажыратады.

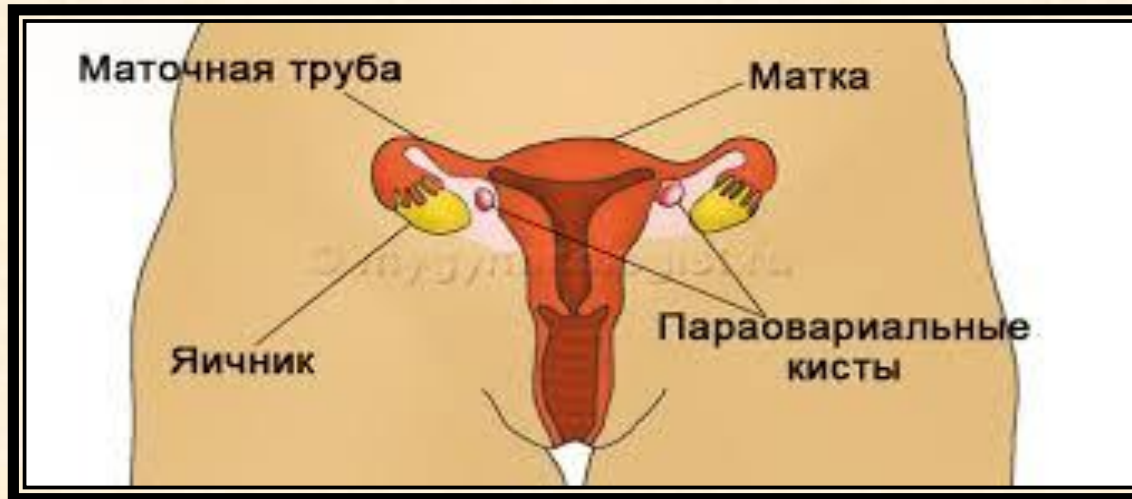


Фолликулярлы киста

Атрезия немесе персистенцияға ұшыраған фолликулада кездеседі. Көбінесе қабыну ауруларынан кейін пайда болады. Диаметр 10-12 см қабырғасы жұқа, қуысында мөлдір немесе сарғыш-қызыл түсті сұйықтық болады. Қозғалмалы, жұмсақ, эластикалық. Кистаның бір полюсінде өзгермеген аналық без тканін байқауға болады. Ішкі қабаты тегіс, жылтыр. Қабырғасы дәнекер тканнен тұрады.



Параовориалды киста



Аналық без үсті кистасы. Жатыр қосалқыларымен аналық без арасында пайда болады.

Параовориалды киста жатыр байламдарының арасында орналасуына байланысты, екі капсуласы болады. Өзіндік байлам, кең байлам.

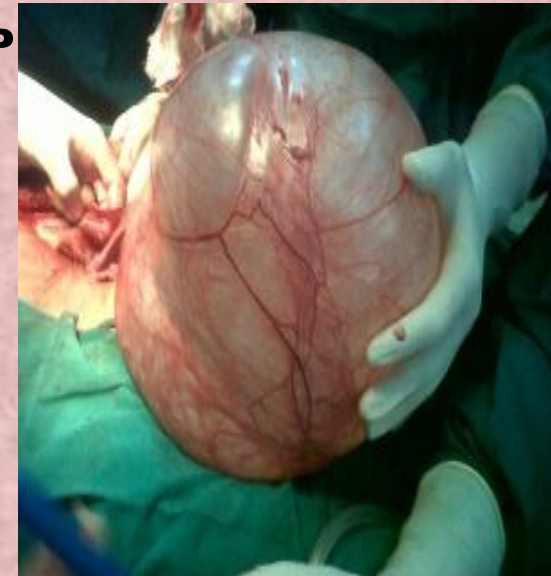
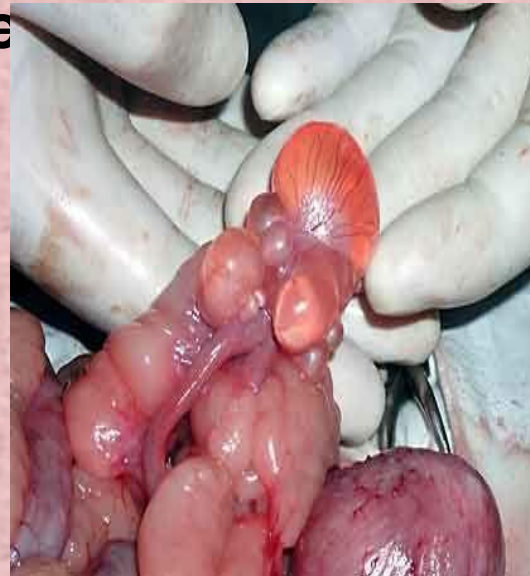
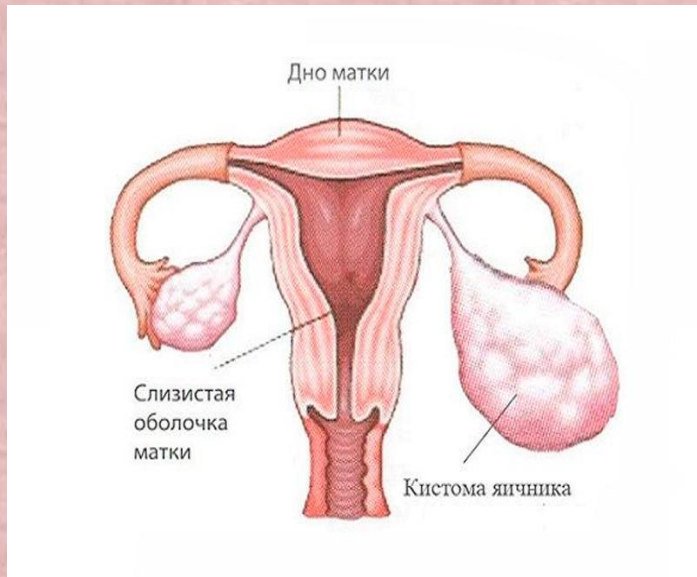
Параовориалды кистаның өлшемі 20 см –ге дейін болуы мүмкін. Қабырғасы жұқа қозғалысы шектелген және қасынан өзгермеген аналық безбен жатыр түтікшесін ажыратуға болады. Кистаның ішкі қабаты тегіс жылтыр және жалпақ цилиндр тәрізді эпителиймен қапталған.

Теколютеинді киста

Бұл ұрық көпіршігінен, хорионэпителиома салдарынан болады. Егерде негізгі ауруды емдесе бұл клеткалардың өздігінен жойылып кету қабілеті бар. Текалютеинді кистаның пайда болуы трофобласттық аурумен немесе овуляцияның медикоментозды гиперстимуляциясымен тығыз байланысты.

Кистомал

Сұйықтық толған кисталарға қарағанда пролифериациялы нағыз аналық бездің ісігі болып табылады. Барлық қатерсіз ісіктер, әсіресе, цилиоэпителиальды кистомалар аналық без қатерлі ісігінің алғы шарттары болып табылады. Аналық без кистомаларын залалсызға және залалдыға бөлу шарттары сипатта. Ісіктердің басым бөлігі белгісіз, кіші де,



Клиникас

Ы.



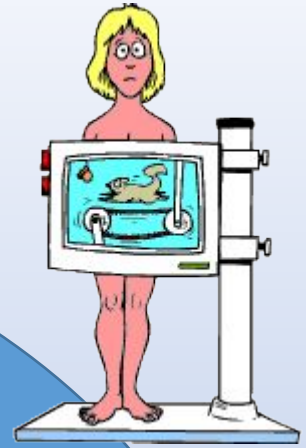
Көбінесе ретенционды киста етеккірдің бұзылуымен жүреді. Кей жағдайларда асқыну болуы мүмкін: Киста аяғының бұралуы және қоректенуінің бұзылысы, яғни жедел іш теспесінің клиникасы.

Диагностикас

ы:

Бимануальды тексеру арқылы жатырдың оң немесе сол жағынан көлемі 10-12 см-ге жақын жұмсақ, қозғалмалы және ауырсыну сезімі аз түзілісті анықтаймыз.

Ересек жастағы әйелдерде ретенционды киста диагнозын қойғанда өте сақтықпен және қатерлі ісіктің жоқ екендігіне көз жеткізіп қойылады.



Ем

i.

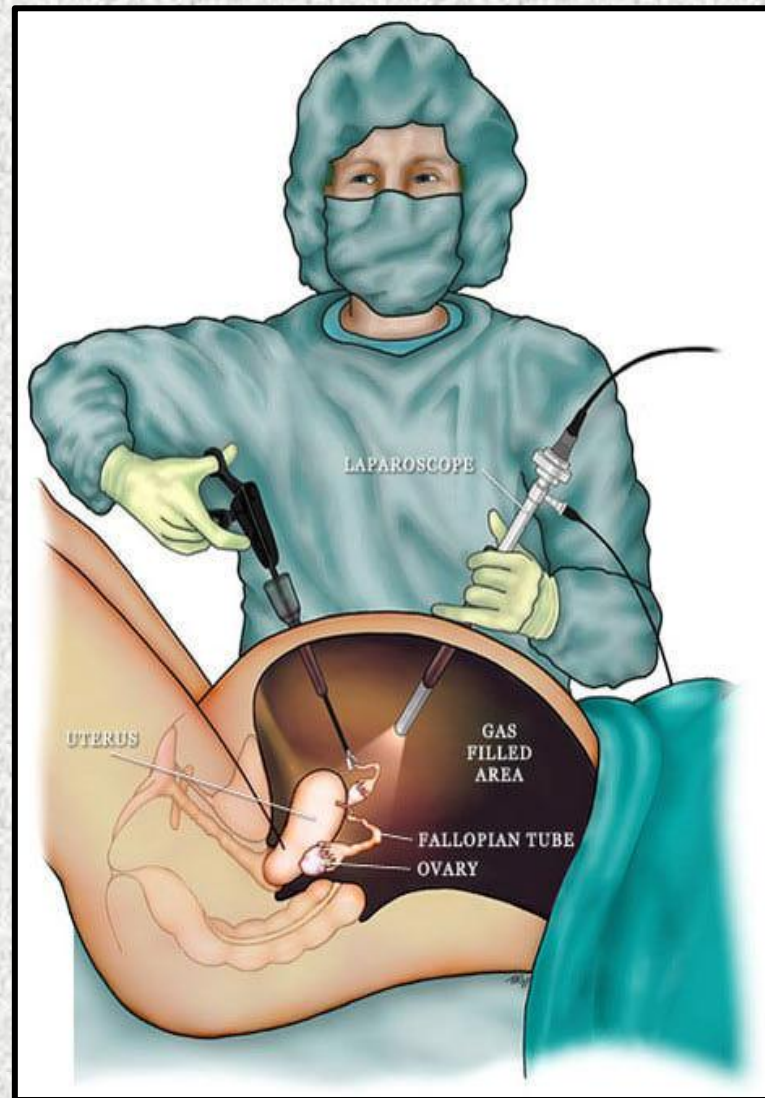
Аса үлкен емес ретенционды кисталар қабынуға қарсы терапия қолданғанда өздігінен жойылып кетеді.

Бұл терапияны 4-6 апта жүргізу қажет.

Егерде жүргізілген ем тиімсіз болса хирургиялық жолмен емдейді.(аналық без резекциясы, кейде аналық безді толығымен алып тастайды).

Егерде параовориалды киста болса жатырдың кең

байламынан сылып алып



Алдын алу

- **Жыныс мүшелерінің жедел қабыну ауруларын дер кезінде емдеу.**
- **Организмдегі гормоналды өзгерістерді зерттеу.**
- **Аналық безде кистасы бар әйелдердің диспансеризациясы.**
- **Ретенционды кистаны дер кезінде анықтап емдеу.**

Этиологиясы

Репродуктивті жүйе бұзылуы, қабыну аурулары

Тұқым қуалаушылық факторы

Гормондар бөлінуінің бұзылысы

Әлеуметтік фактор

Зиянды әдеттер

Аналық бездің қатерлі ісіктері – тіндік құрылымы әр түрлі тез дамидын және барлық ағзаларға метастаз беруімен ерекшеленетін, сонымен қатар, болжамы ерте анықталуы мен емдеу тактикасына байланысты.

Аналық без қатерлі ісігінің жіктелуі

Эпителиальды ісік

Аденокарцинома

- біріншілік
- екіншілік
(кистоманың малигнизациясы)
- Метастаздық
(Крукенберг рагы – АҚЖ ісігінің метастазы)

Стромалы, ДТ
ісіктер

Саркома

Гормон
бөлуші
ісіктер

Андробла
стомалар

Тератомалы,
герминогенді
ісік

- Тератобластома
- Дисгерминома
- Хорионэпителиома

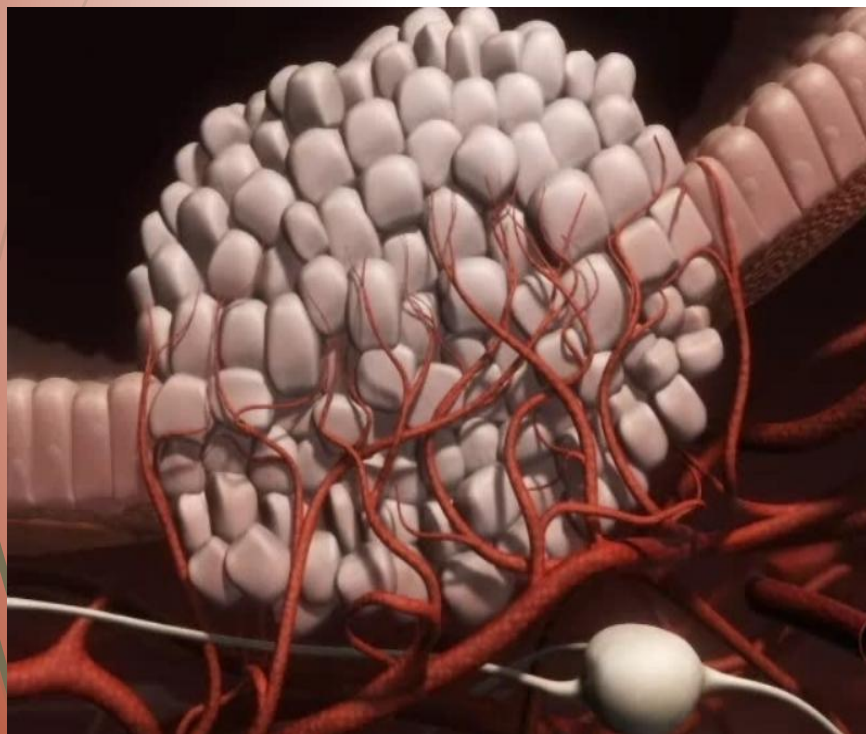
Ана безінің **біріншілік** рагында кистозды өзерістер болмайды, мұндай ісіктерде төмен жасушалы, көлемі кіші жасушалар болады.

Екіншілік рагы кезінде кистомалардың ішкі капсуласының малигнизациялануы нәтижесінде пайда болады. Бұл ісіктер көп камералы, көлемі үлкен келеді.

Метастаздық ісіктер кезінде кез келген ағзаның қатерлі ісігінің метастаз беруі мүмкін.(сүт безі, жатыр, лимфа түйіндер, және т.б.)



Ана без саркомасы – бұл жылдам өсуімен және жоғарғы қауіптілігімен сипатталатын ана бездің қатерлі ісігі. Бұл сирек кездесетін, көп жағдайда екіншілік ісік болып табылады. Бірнеше түрлері бар: дөңгелек жасушалы, кіші жасушалы, веретенклеточная . Ісікте қан құйылу және некроз ошақтары байқалады, ісік дұрыс емес пішінді, жылдам метастаз береді.



Ана безінің андробластомасы – сирек кездесетін, гормондар алмасуының бұзылуынан дамидын ана без ісігі (зақымданған ана бездің аталық жыныс гормонын өндіруі). Андробластома кезінде менструалды цикл болмауы, дене бітімінің еркек тәрізді болып өзгеруі, гирсутизм, дауыстың жуандауы және клитордың үлкеюі, қынаптан қан аралас бөліндінің бөлінуі болады. Ісік көбінесе қыздар мен жас әйелдер арасында жиі кездеседі. Болжамы: жақсы.



- Ана безінің тератобластомасы – сирек кездесетін, дұрыс емес пішінді, хаотикалық құрылымды, жұмсақ консистенциялы, бұдырлы түзіліс. Көлемі үлкейіп капсуласын жарғанда жанындағы ағзаларға метастаз береді. Науқас шаршағыштыққа, еңбекке қабілетінің төмендеуіне, ішінің төменгі бөлігіндегі ауыру сезіміне шағымданады. Жалпы шағымдары ісіктің прогрессиясына байланысты. Диагностикасы түсті эхография жүргізу арқылы қойылады. Емі: Ісік жасушалары сәулеге аса сезімтал емес. Комбинирген химиятерапия немесе хирургиялық ем нәтижесі жақсы. Болжамы қолайсыз.



Клиникалық көрінісі

Аналық без рагінің алғашқы сатысында клиникалық белгілері білінбейді, ісіктің капсуласы жарылғанда, не аяғына оралғанда іштің төменгі бөлігінде шаншу пайда болады. Процесстің таралуында науқастың жалпы жағдайының бұзылуы және кіші жамбас мүшелері қызметтері бұзылуы байқалады. әлсіздік, терлегіштік, жүдеулік, тез шаршағыштық пайда болады, үнемі іштің төменгі жағы ауырады, іші кернейді, іште сұйықтықтың жиналуына байланысты, кеуде қуысына сарысудың жиналуына сәйкес ентікпе пайда болады, іштің көлемі үлкейеді, іші қатады. Жатырдан қан кету байқалады.



Диагностикасы

Ерте диагностикалау қиын, 80% науқастар диагностикалаудан аурудың кеш сатысында өтеді. Скрининг-әдіс- УДЗ, КТ. Гастро-кольпоскопия, маммография, рентенография жасау құрсақ қуысына, асқазан ішек жолдарының рентгенографиясын жүргіземіз. Лапароцентезді цитологиялық тексерумен жасау. Лапароскопия-томия. Ісіктердің маркерін анықтау:СА 125 (серозды формасында). Метастазы: лимфогенді(кіші жамбастың лимфа түйіндері, парааорталық, бұғана асты), гематогендік(бауыр, өкпе, сүйек), имплантациялық(үлкен шарбы кіші жамбастың құрсақтық бөлігінде, құрсақ қуысында).

Негізгі ем әдісі болып хирургиялық табылады. Аналық бездің қатерлі ісігі болған кезде жатырдың қынапүсті ампутациясы немесе жатыр экстирпациясы жатырды, қосалқыларымен, үлкен сальникті біруақытта алып тасталынады. Жатырды толығымен алып тастау жатыр мойнының қынапты бөлігіне қосымша процесстер енген кезде жасалынады.

Жатыр қосалқыларын екі жақты алып тастау ерте ме кеш пе процесс екі аналық безі зақымданғанда болады. Аналық безі обырының метастаз беруінің негізгі көзі болғандықтан шарбы резекциясы міндетті түрде жасалынады. Хирургиялық ота кезінде экспресс-биопсия міндетті және негізгі болып табылады, өйткені ісіктің құрылымы мен сипаты жайлы нақты ақпарат береді.

Аналық без обырын емдеуде **химиотерапияда** маңызды рөл атқарады және оперативті еммен бірге жүргізіледі. Аналық без обыры кезінде жиі платиналар, циклофосфан, таксол, метотрексат, лофенал, фторурацил және басқа да цитостатикалық препараттар қолданылады.

Алдын алу. Қатерлі ісіктің алдын алуда 30 жастан және одан жоғары әйелдерді көпшілік алдын алу қаралуынан өткізудің маңызы зор (жылына 2 рет). Бұл жұмыстар әйелдер консультациясында, өндіріс мекемелерінде, сонымен қатар поликлиниканың қарау кабинеттерінде өткізіледі. Үлкен көлемде жұмысты қарау кабинеттерінде жүргізеді. Жатыр мойны каналынан алынған жұғындының колькоскопиялық және цитологиялық зерттеуден өткізілуі тиіс. Қарын және емшек бездерінің рагымен ауырған әйелдерді, аналық бездің метастатикалық рагының алдын алу мақсатында міндетті түрде гинеколог дәрігерге көрсету қажет. Әйел жыныс мүшелерінің рагын алдын алуда, рак алдыңғы ауруларда анықтаудың, мезгілінде және дұрыс емдеудің, диспансерлік қадағалаудың маңызы зор. Осыған байланысты әйел жыныс мүшелерінің ісіктерінің дамуының қауіпті тобын бөлу, осы топ ауруларын диспансерлік қадағалау және емдеу көзделген.

ПАЙДАЛАНЫЛҒАН ӘДЕБИЕТТЕР:

- 1.Р.С. Бейсембаева, Ә.Т. Раисова, Р.Ғ.
Нұрқасымова Акушерия: 2006 ж 198-204п, 300п-
305 п.
- 2.В.И.Кулакова,В.Н.Прилепской
Практическая гинекология:
Клинические лекции, 3-е изд.доп.-
М.:МЕДпресс-информ,2006.-736с – 30 экз.
3. Акушерство. В.И. Бодяжина, К.Н. Жмакин,
А.П. Кирюшенков М., Медицина, 1995 42с -51 с
- 4.К. Гостищев , Клиническая трансфузиология,
2005ж, 210-214п.

