

**С. Ж Афендияров атындағы
Қазақ Ұлттық Медицина
университеті**



**КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
ИМЕНИ С.Д.АСФЕНДИЯРОВА**

Кафедра: Онкология Маммология және Сәулемен емдеу

Тақырыбы: Аналық безі рагі, сүт безі рагы және жүктілік.

Орындаған: Көшербаева М.Е

Факультет: Жалпы медицина

Курс: 4

Тобы: 005-1

Қабылдаған: .

Алматы 2013 оқу жылы

Аналық безінің рагі –

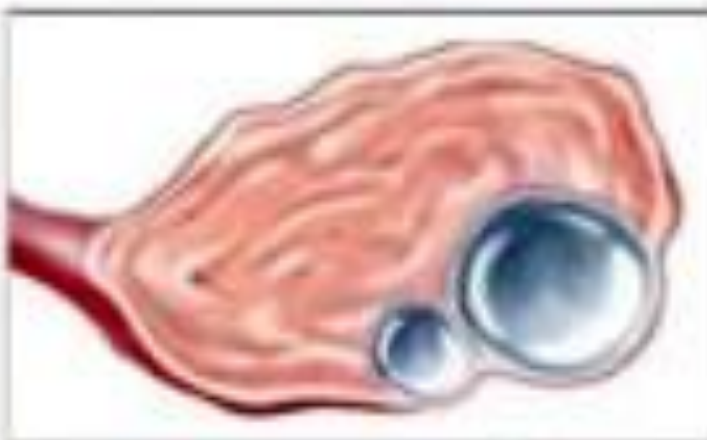
онкогинекологиялық патологияның арасында 3 орынды алады (жатыр мойны мен жатыр денесі рагінен кейін). ҚР 2005 жылы аурушаңдық 100000 тұрғынның 5-ін құраған. 40-50 жастағы әйелдерде жиі кездеседі. Жүкті әйелдерде барлық аналық без рагінің 3 % құрайды. Аурудың күрделілігі оның этиологиясы мен патогенезінің ерекшелігінде және оның көп компонентті құрлысында жатады.



Рак яичника (I стадия)



Доброкачественная киста



Этиологиясы мен патогенезі:

Қазіргі таңда этиологиялық факторлары анықталмаған. Негізделген 3 гипотеза бар. 1. Гипоталамо-гипофизарлы жүйенің гиперактивтілік жағдайында туындайды. Оның нәтижесі созылмалы гиперэстрогения болып табылады.

2. Аяқталмаған овуляция (ерте менархе(45 жасқа дейін) , кеш менопауза (55 жастан кейін), жүктіліктің аз болуы, лактацияның қысқаруы).

3. Генетикалық гипотеза (аналық безінің рагімен ауыратын жанұяда бейімдеушілік).

Сонымен қатар аналық бездің папиллярлы кистомасынан кейін туындайды.

Қауіп топтары:

Пременопауза, менопауза кезеңіндегі әйелдер ісік дамитын әйелдер контигентіне жатады. Аналық безінің қызметі бұзылған, жыныстық өмірде тұрмайтын, жүкті болмаған, анамнезінде ерте менопауза бар әйелдерде 2 есе кездеседі.

Аналық безінің рагінің дамуы бойынша қауіп тобы:

- Аналық безінің қызметі бұзылуы (менструальды, детородты);
- Постменопаузада қан кету;
- Жатыр миомасы, жатыр түтігінде қабыну процестері, аналық бездің қатерсіз ісігі болса;
- Сүт безі рагімен емделген әйелдер;
- Тұқымқуалаушылық.

Таблица 1. Классификации стадий рака яичников TNM и FIGO

TNM	FIGO	
T0	–	опухоль отсутствует
TX	–	недостаточно данных для оценки первичной опухоли
T1	I	опухоль ограничена яичниками
T1A	IA	опухоль ограничена одним яичником, капсула не поражена, нет опухолевого разрастания на поверхности яичника
T1B	IB	опухоль ограничена двумя яичниками, капсула не поражена, нет опухолевого разрастания на поверхности яичника
T1C	IC	опухоль ограничена одним или двумя яичниками, сопровождается разрывом капсулы, наличием опухолевого разрастания на поверхности яичника, наличием злокачественных клеток в асцитической жидкости или смыве из брюшной полости
T2	II	опухоль поражает один или два яичника с вовлечением органов и стенок малого таза
T2A	IIA	распространение и/или метастазирование в матку и/или одну или обе трубы
T2B	IIB	распространение на другие ткани таза
T2C	IIC	опухоль ограничена пределами малого таза (IIA или IIB) с наличием злокачественных клеток в асцитической жидкости или смыве из брюшной полости
T3 и/или N1	III	опухоль поражает один или оба яичника с микроскопически подтвержденными метастазами за пределами таза и/или метастазами в регионарных лимфоузлах
T3A	IIIA	микроскопически подтвержденные внутрибрюшинные метастазы за пределами таза
T3B	IIIB	макроскопические внутрибрюшинные метастазы за пределами таза до 2 см в наибольшем диаметре
T3C и/или N1	IIIC	внутрибрюшинные метастазы за пределами таза более 2 см в наибольшем измерении и/или метастазы в регионарных лимфоузлах
M1	IV	отдаленные метастазы (исключая внутрибрюшинные метастазы)

Примечание: метастазы в капсулу печени классифицируются, как T3/стадия III;

метастазы в паренхиме печени классифицируются, как M1/стадия IV;

позитивные цитологические находки в плевральной жидкости расцениваются, как M1/стадия IV.

Аналық безінің рагінің түрлері:

- Біріншілік рак (4-5%);
- Екіншілік рак (80-88%);
- Метастаздық рак (8 %).

Біріншілік рак деп аналық безді бірінші зақымдайтын қатерлі ісікті айтады. Гистологиялық құрылысы жағынан безді эпителиальды және папилярлы құрылысты ракті ажыратады.

Екіншілік рак (цистаденокарцинома) қатерлі ісіктерді арасында жиі кездеседі. Серозды цистаденомадан кейін дамиды.

Метастаздық рак – АІЖ-ғы, асқазандағы, сүт безіндегі, қалқанша безіндегі, жатырдағы бірінші ошақ. Ісік 40 жастан төмендегілерде жиі кездеседі.

Екі классификацияны қолданады: TNM, FIGO.

Клиникалық көрінісі:

Аналық без рагі ерте сатысында симптомсыз жүреді. Клиникалық симптомдар таралған процестің сатысына байланысты көрінеді. **Іштің төменгі жағындағы ауыру сезімі** (48 %) болады. Ол ісік аяқшасының айналуына және капсуласының перфорациясына байланысты туындайды.

Егер ісік процесі ары қарай таралса симптоматикасында:

- Жалпы әлсіздік;
- Тәбеттің төмендеуі;
- Дене температурасының көтерілуі;
- АІЖ қызметінің бұзылуы.

Іш асцит әсеріне ұлғаяды.

- Диагностика.
- 1. Анамнез.
 - Аналық без рагі жүктілікпен қосылған науқастар гинекологиялық стационарға жүктілікті көтере алмаушылықпен және ісіктің аяқшасының айналуымен туындайтын асқынудымен түседі. АІЖ, сүт безі, онкологиялық аурулардың анамнезін жинайды.
- 2. Арнайы гинекологиялық зерттеу.
 - Жатырдың бір немесе екі жағынан әртүрлі көлемдегі, тығыз консистенциялы, дұрыс емес формадағы, қозғалмалығы шектелген жаңа түзілісті анықтайды. Бұл түзілістің пальпациясы ауру сезіммен жүреді. Ректовагинальды зерттеу жүргізіледі.

3. Лабораториялық зерттеу.

ЖҚА: лейкоцитоз ($10 \times 10^9/\text{л}$ дейін), капсула жарылғанда, ісіктің аяқшасы айналғанда - $15 \times 10^9/\text{л}$; ЭТЖ – 27-40мм/с; анемияның жеңіл сатысы.

Коагулограмма: гиперкоагуляция (фибриоген ≥ 4 мкмоль/л, протромбин 0,8-1,05 мкмоль/л, парциальды тромбопластинді уақыттың активтілігі 24-39 с).

Қанның биохимиялық анализі: гипопропротеинемия 60г/л төмен.

Ісік маркерлерінің мөлшері СА-125, СА-19-9 (35МЕ/мл), СА-72-4 (18МЕ/мл) көрсеткіштері нормадан 3-10 есе жоғарлайды.

4. Инструментальді зерттеу:

- Кіші жамбас қуысының және құрсақ қуысының УДЗ-і;
- Түсті доплерлік суреттеу;
- КТ, МРТ;
- Лапароскопия;
- ЭГДС, колоноскопия, Сүт безінің УДЗ, маммография,
- Кеуде торының рентгенографиясы.
- Биоптатты цитологиялық зерттеу.

Дифференциальды диагностика:

- Аналық бездің қатерсіз ісіктері;
- Жатыр миомасы;
- Тоқ ішек ісігі.

Жүктілік кезінде аналық безі рагіне күмән туса дифференциальды диагностиканы және емді акушер-гинекологпен бірге жүргізіледі. Ісік таралғанда терапевт, кардиолог, химиотерапевт, радиолог консультациясы жүргізіледі.

Емі:

Хирургиялық емдеу.

Қатерлі ісік жүктілікте кездессе жүктілік мерзіміне байланыссыз операция көрсетілген. Хирургиялық араласуды орындауға оптимальды уақыт жүктіліктің 12 аптасынан (14-16 апта) кейін орындалады. Іа сатысында мүшесактайтын хирургиялық араласу (қосалқылардың біржақты алынуы, екінші аналық бездің резекциясы) керек. Цистаденокарциномада мүше сақтайтын операция көрсетілмеген.

Босануға рұқсат мерзімдері мен әдістері.

- I үшайлықтың I сатысында мүше сақтайтын операция орындалады. Қалған гистологиялық тип пен сатыларда комбинирленген ем (жатыр экстирпациясы қосалқылармен және қынапүстілік ампутация, үлкен шарбы май резекциясы және химиотерапия).
- II үшайлықта операция көлемі нақты клиникалық ситуацияға және әйелдің қалауына байланысты. III үшайлығында ұрықты сақтау үшін 35-36 аптада Кесар тілігі жасалады, кейін жатырдың экстирпациясын және химиотерапия жүргізіледі.

Жүктілік кезінде операцияға көрсеткіш:

- Түзілістің шектен тыс қозғалмалығы;
- Қатты ауыру сезімі болса;
- Ісіктің көлемі 7-8 см асса.

Аналық без рагінің асқынулары:

- Жүктілікті ұзу;
- Ішектің, қуықтың, несеппағардың зақымдалуы;
- Ісіктің аяқшасының зақымдалуы;
- Ісіктің капсуласының жыртылуы;
- Тромбоэмболия.

Операциядан кейінгі кезеңде науқастарды жүргізудің ерекшеліктері:

Жүктілікті пролонгирлеуге бағытталған терапия:

- Көрсеткіш бойынша антиагрегантты (пентоксифиллин, дипиридам);
- Қантамырды тарылтатын препараттар (дротаверин, теофиллин);
- Жатыр тонусын төмендететін, венозды қанағысты жақсартатын препараттар: токолитиктер, магний сульфат;
- Метаболикалық терапия (актовегин);
- Көрсеткіш бойынша антиоксиданттар;
- Кең спектрлі антибиотиктер.

Сүт безінің рагі.

Сүт безінің рагі – жүктілік кезінде жиі кездесетін қатерлі ісік. ҚР 2005 жылы 100000 тұрғынның 19-да кездескен. Онкологиялық аурулардың ішінде 3 орынды алады. Көбінесе 40-60 жастағы әйелдерде, сирек 30 жасқа дейінгілерде кездеседі. 32- 38 жастағы әйелдерде көптеп кездеседі. Сүт безі рагы 300 жүктіліктің 1- еуінде анықталады. 3% жағдайда сүт безі рагы жүктілік кезінде анықталады 25% жағдайда 45 жас аралығындағы әйелдерде кездеседі

Сүт безінің рагінің қауіп факторлары:

- Репродуктивті қызметіне байланысты (ерте менархе, кеш менопауза, ретсіз менструальды цикл, жүктіліктің болмауы, лактацияның 1 айдан аз болуы);
- Тұқымқуалаушылық факторлар (BRCA1, BRCA2 мутациялық генінің болуы);
- Сүт безінің ауруларының болуы (көтерсіз ісік, жарақат, операцияланбаған лактационды мастит);
- Генитальды қауіп факторы (эндометрий рагі, аналық без рагі, прогестинді қабылдау);
- Қоршаған орта факторлары (темекі шегу, алкоголь, семіздік, радиация).

Клиникалық көрінісі.

- Сүт безінің гипертрофиясы, ісінуі;
- Консистенциясының өзгеруі, васкуляризациясының күшеюі.

Жүкті және лактация кезінде мастит, галактоцеле дамыса қарап тексеруді қиындатады және дамып келе жатқан ісікті маскирлейді. Шағымының 95%-ын сүт безіндегі ауырмайтын түйінтәрізді ісік массаларын анықтайды. Емізік айналысында дискомфортпен (ауыру сезімі, ісіну,); сүт безіндегі ассиметриялық ісіну, тығыздану; біржақты лимфа түйіндерінің ұлғаюы.

Науқас 25 жаста, Жүктіліктің
24 аптасы, Сүт безінің
рагы



Науқас 25 жаста, Жүктіліктің
12 аптасы, сүт безінің
рагы



Диагностика.

Анамнез.

Анамнезінде жүкті кезінде сүт безінде фиброзды-кистозды ауру, қатерсіз ісік, алдыңғы жүктілігінде лактационды маститті өткізген, жанұясында СБР болса осыған назар аудару керек.

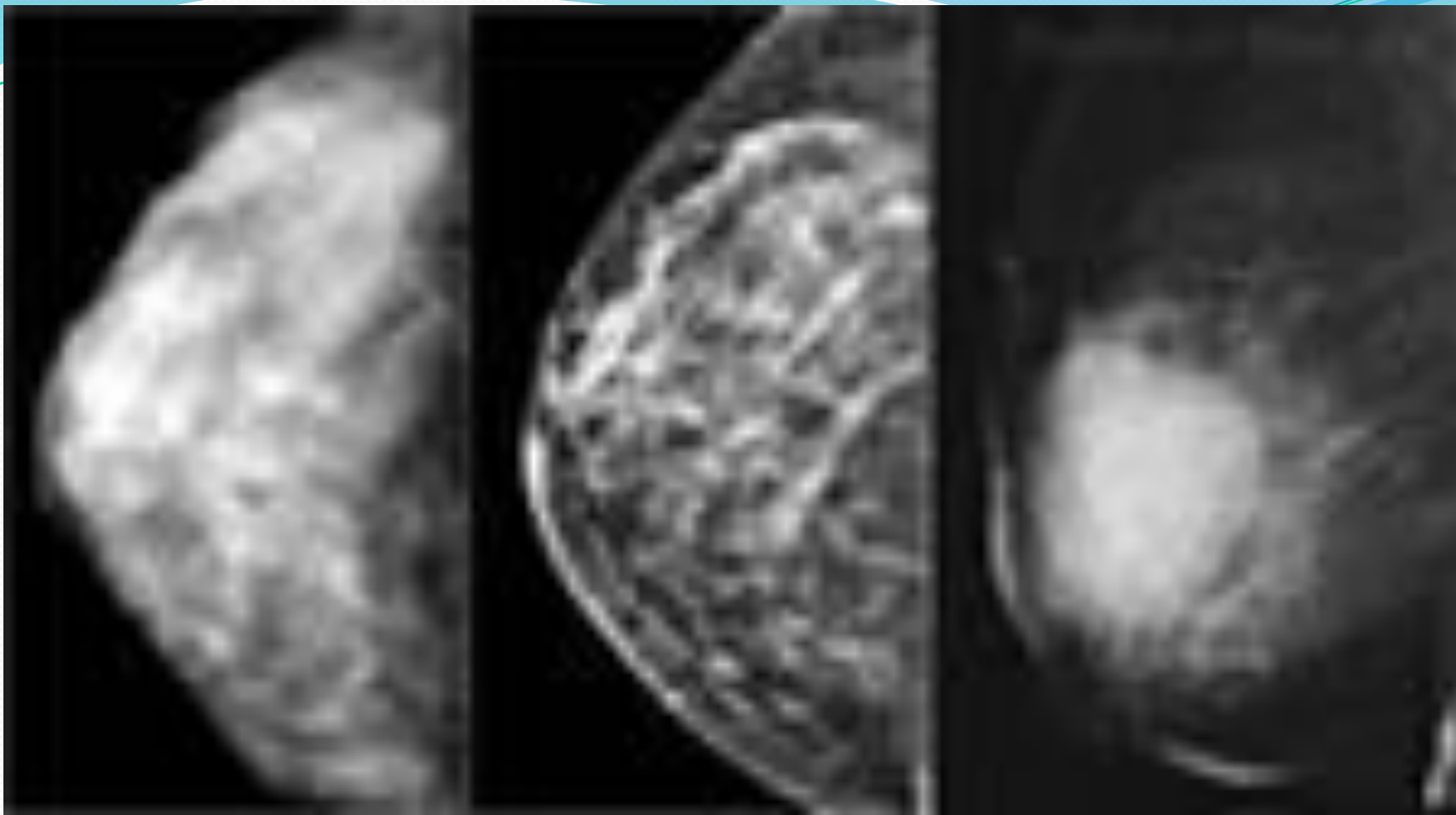
Физикальды зерттеу.

Физиологиялық гипертрофия, консистенциясының өзгеруі, ісіну, күшейген васкуляризация қарап тексеруді қиындатады. Стандартты пальпаторлы тексерудің эффективтілігі аз.

Инструментальды зерттеу.

- УДЗ;
- Маммография- рентгенмен сәулеленудің ұрыққа зиянды әсері минималды түрде;
- МРТ;
- Сүт безінің пуктатын және биоптатын цитологиялық, гистологиялық зерттеу.
- Эксцизинді биопсия.
- Биопсия үшін қолданатын аспап:



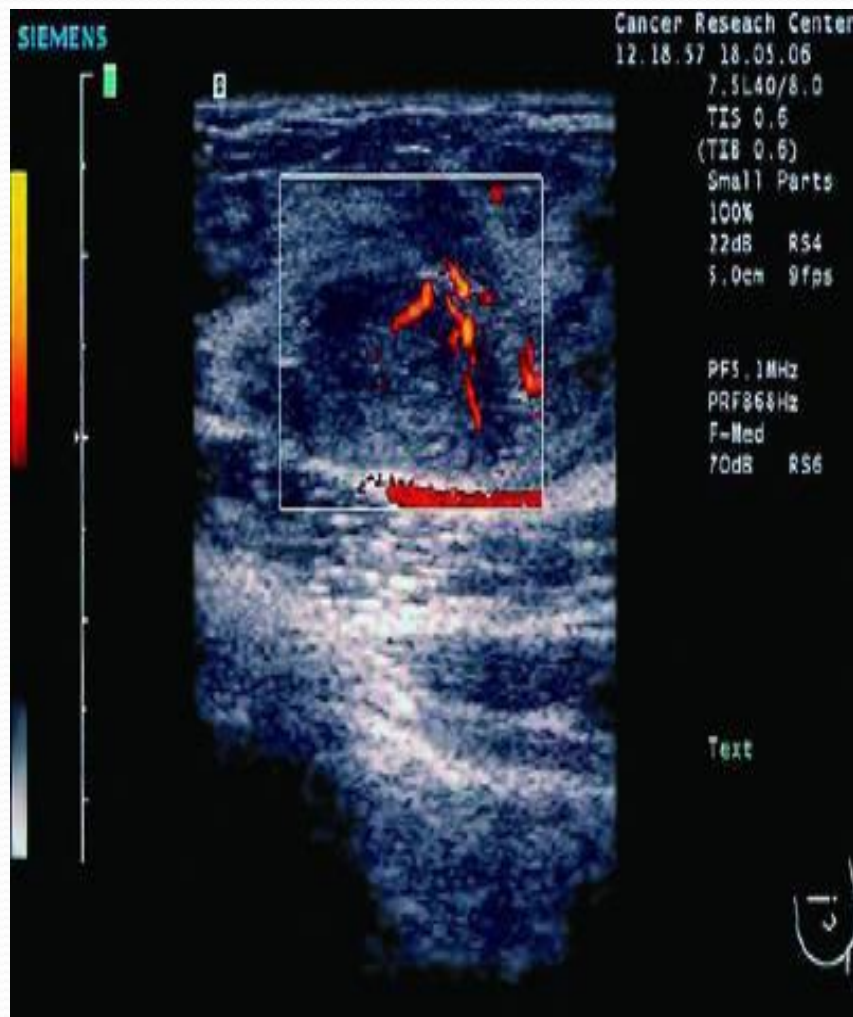


Маммография. Сүт безі рагы.

Сүт безі рагының Рентгенограммасы



Сүт безі рагының Сонограммасы



Дифференциальды диагностика:

- Мастит;
- Фиброаденома;
- Галактоцеле;
- Липомо;
- Лимфома;
- Саркома;
- Туберкулез.

Емі.

Емді жүргізу аурудың сатысына, сүт безі рагының типіне, ісіктің көлеміне, ұрықтың мерзіміне, науқастың жалпы жағдайына байланысты. Соңғы 20 жыл әшінде әлемдік практикада жүктілікті үзбей емді жалғасру қолданылып келеді.

Медикаментозды ем.

Химиотерапияны I триместрде жүргізбейді. II, III триместрде жүргізсе ерте босануға, нәрестеде миелосупрессия, қанағу және инфекциялық ауру, бойының өсуінің тоқтауы, төмен дене салмақ, өлі туылу дамиды. Әйелді аталған асқынулармен ақпарттандырғанда келісімі бойынша, нәрестені сақтап, полихимиотерапияны (доксорубин, циклофосфамид) жүргізеді.

Хирургиялық емдеу.

Әйел жүктілікті сақтағысы келсе І триместрде бастапқы сатыларында (І, ІІ) радикальды мастэктомия жүргізеді. Мастэктомияны өткізген науқастар сәулелі терапияны жүргізбейді. Егер диагноз ІІ триместрде қойылса радикальды резекция жүргізіледі. Жүктілік аяқталған соң дистанционды сәулелі терапия жүргізіледі.

Босануға рұқсат мерзімдері мен әдістері.

Жергілікті таралған СБР (ІІА, ІІВ, ІІС) және ІV сатысында химиотерапия және әйел келісімін берсе жүктілікті ұзу (22-27 аптада – ерте мерзімінен бұрын босану). Диагноз ІІІ триместрде қойылса 34 аптада босандыру жүргізіледі.

Әйелдердің екіқабат кезі мен бала емізіп жүрген кездегі пайда болатын сүт безі рагінің мынандай ерекшеліктері:

1. Ауру көп бала тауып, оларды емізген әйелдердің 40 жасқа дейінгілерде кездеседі.
2. Сүт безінің бөліктері сүт жолдарына қарағанда өте жиі (10 есе көп) жарақаттанады.
3. Сүт безіндегі кез-келген түйінді рак ауруының белгісі екен деп қарау және оны неше түрлі әдіспен емдеу дұрыс емес. Бұлардың бәрі ауруды асқындырып жібереді.

Профилактикасы:

1. Міндетті түрде айына 1 рет сүт безін өз қолыңызбен тексертіңіз.
2. Дене салмағын арттырудан, температура әсерінен тексертіңіз.
3. Бірнеше жүктілікті міндетті түрде сақтап, баланы 1 жасқа дейін емшек сүтімен қоректендіріңіз.
4. Гинекологиялық ауруларды уақытылы емдетіңіз.
5. Көкөністер мен жемістерді күнделікті жегеніңіз жөн.
6. Жыныстық қатынас тұрақтылығын және тазалығын сақтаған жөн.
7. Жағымсыз әдеттен бас тарту.
8. Міндетті түрде 6 айда 1 рет маммологқа қаралу

Пайдаланылган әдебиеттер:

1. Полякова В.А. Онкогинекология. Москва: Академия, 2001 г.
2. Чиссова В.И. Онкология. М: ГЭОТАР-Медиа, 2009 г.
3. Абисатов Хайржан. Клиническая онкология. Алматы: Арыс, 2007 г.
4. Давыдова М.И. Маммология. Москва, 2007 г.
5. Савельва Г.М. Акушерство. М: ГЭОТАР-Медиа, 2009 г.
6. www.yandex.ru