

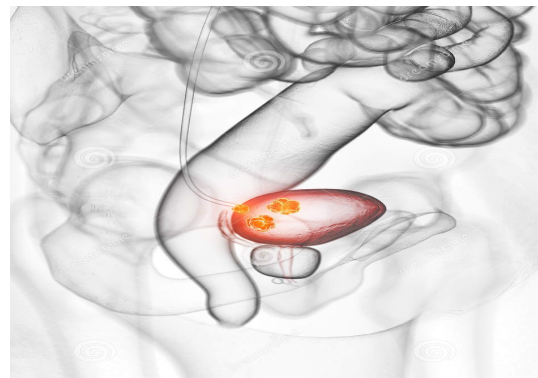
«Астана медицина университеті»АҚ Онкология кафедрасы

Тақырыбы: Бүйрек, қуық және қуықасты безінің ісіктерінің клиникалық көрінісі, диагностикасы, салыстырмалы диагностикасы және емдеу әдістері, ЖПД науқастарды жүргізу тактикасы

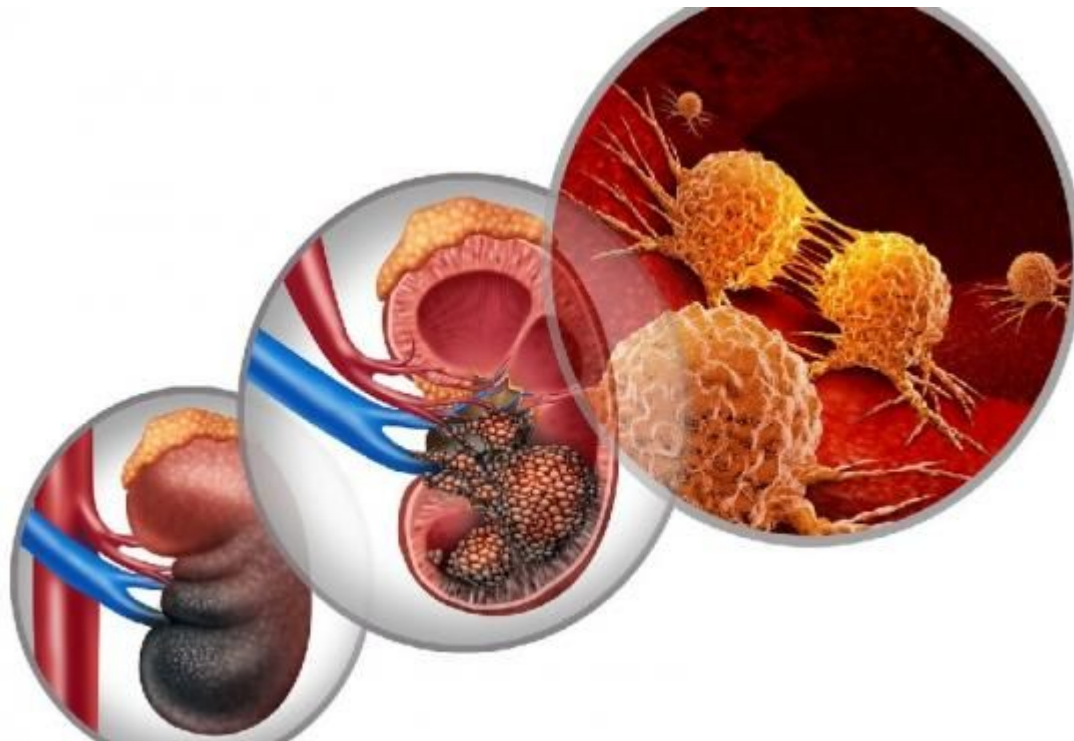


Орындаған: Сиражитдинов Еламан
Тобы: 613 ЖПД
Тексерген: Ниязбаева Куралай

Нұр-Сұлтан 2020ж



Бүйректің қатерлі ісігі – бүйректің қатерлі өспесі , табиғаты карцинома болып келетін, проксималды, жинағыш өзекшелердің эпителийінен, дамиды не тостаған-түбекше жүйесі тіндерінен дамиды.



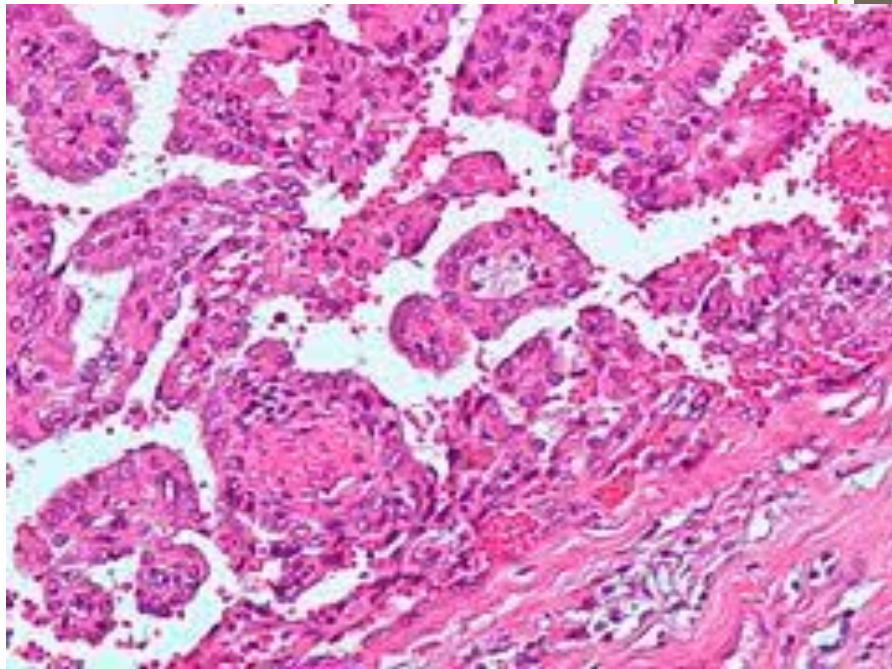
БҮЙРЕК ҚАТЕРЛІ ІСІГІНІҢ ҚАУІП ФАКТОРЛАРЫ

- **Шылым шегу:** Темекі шегу бүйрек обырын дамытатын бірден бір негізгі қауіп факторы болып табылады екен. Көп шылым шегетіндер, шекпейтіндерден қарағанда екі есе бүйрек обырын дамытатын қауіп факторына жатқызылатын көрінеді. Сигара тарту да қауіп факторының қатарында.
- **Артық салмақ:** Семірген немесе тым көп артық салмағы бар адамдар, қалыпты адамдарға қарағанда бүйрек обырын дамытатын факторлардың ішінде ерекше бой көрсетіп тұр.
- **Қан қысымының көтерілуі:** Қан қысымының көтерілуі де бүйрек обырын дамытатын қауіп факторларына жатады.
- **Узақ уақыт бүйрек диализінде жатқандар:** Диализ – бүйрек қызметі бұзылған науқастарды емдеуге арналған әдіс. Диализдің көмегімен қандағы артық заттар жойылады. Көп жылдар бойы диализбен емделіп жүргендер бүйрек обырына шалдығып қалуы да мүмкін екен.
- **Фон Хиппель-Линдау синдромы (ФХЛС)** – бұл сирек кездесетін, тұқым қуалайтын геннің бұзылысын анықтауға негізделген ауру. ФХЛС өзгерген гені бүйрек обырына шалдығу қаупін тудырады. Бұдан өзне бүйрек, мұндай түрі өзгерген ген көз, ми, және басқа да мүшелердің қатерлі ісіктерінің қаупін арттырады. ФХЛС өзгерген гені бар отбасы мүшесінің бойынан аталмыш синдормның туындап қалуы ғажап емес. Ондай гені бар адамдарға бүйрек обырына және басқа да аурулардың алғашқы симптомдарына дейін ертерек диагностика жасатқаны дұрыс болмақ.
- **Кәсіптегі зияндылықтар:** кейбір адамдар бүйрек обырын дамытатын қауіп факторларымен қатысты жұмыс істейді. Мысалы ондай адамдар жұрыста ылғый белгілі бір химиялық заттармен байланыста болуы мүмкін. Айталық, болат құю өндірісіндегі домна ошақтарында жұмыс істейтін қызметкерлер бүйрек обырымен зақымдалып қалуы мүмкін . Басқа да қауіп факторлары болып асбест және кадми есептеледі.
- **Жынысына қатысты:** Бүйрек обырына әйелдерден қарағанда ерлер жиі ұшырайды.

БҮЙРЕК ОБЫРЫНЫҢ ДИАГНОСТИКАСЫ

Егер науқас өңеш обырына күміндену секілді белгілі бір шағыммен емханаға келсе, дәрігер оған диагностика жасау үшін төменде көрсетілгендей зерттеулерді тағайындайды.

- **Жалпы тексеру:** дәрігер аурудың белгілерін анықтау үшін науқасқа тексеру жүргізеді, көбінесе дене қызуының көтерілуі мен қан қысымының жоғарлау себебін анықтауға тырысуы мүмкін. Сондай-ақ ісіктің бар-жоқтығын анықтау мақсатында қарын жақты сипалап қарап шығады.
- **Несеп зерттеуі.** Несеп зертханада тексеріледі, құнамында қан бар ма, әлде басқа белгілер көрініп тұрма оны анықтады.
- **Қан тексеруі.** Зертханада қан құрамын тексеріп, бүйрек қызметін реттейтін заттардың бар-жоқтығын тексереді. Мысалы, бұл мақсатта, қандағы креатин мөлшері анықталуы мүмкін, себебі ол бүйрек тазартқыш функциясының бұзылғандығы жайында ақпарат береді.
- **Вена ішілік пиелография.** Бұл әдіс венаға бояғыштар енгізу арқылы жүзеге асады. Бояғыш қан тамырлық арнаға өтеді және бүйрекке барып тоғытылады. Бояғыш рентгендік сәулеге сіңеді де бүйректің құрылымын рентген кескіндемесінен көрінуіне мүмкіндік туғызады, және көбінесе, бүйректегі бояғыштың жүруімен несептамыр мен қуық та көрінеді.
- **Компьютерлі томография.** Бұл диагностикалау әдісі бүйректің рентгендік кескіндемелерінің компьютерленген түсірілімі сериясына негізделген. Бұл кезде сәуле бүйрек құрылымын көру үшін және ісіне бастаған ісіктерді анықтау үшін рентгенконтрасты зат ішке ендіріледі.
- **Ультрадыбысты зерттеу.** Диагностикалаудың бұл әдісі біз естімейтін дыбыстық толқынға негізделген. Мұндай толқын ультродыбысты аппаратқа бағытталады да бүйрек жаққа және бүйрек тіндеріне шағылыстырылады. Толқындардың шағылысуы тіркеледі және компьютердің көмегімен сонограммалар деп аталатын арнайы суреттер кейпіне өзгереді. Бірақ сонограммадан тек қатты ісіктер мен жылауықтар (киста) көрінуі мүмкін.
- **Биопсия.** Бұл әдіс обыр жасушаларын микроскопиялық зерттеумен анықтау үшін тін бөлшегін кесіп алуға негізделеді. Бүйрек биопсиясын жүргізу үшін тері арқылы бүйрек тініне арнайы ине кіргізіледі, содан бүйрек тінінің кішкентай бөлшегі алынады. Бұл кезде нысанаға дәл түсу үшін бүйрекке ультродыбысты немесе рентгендік сурет қолданылуы мүмкін.



Бүйрек қатері ісігінің сатылары :

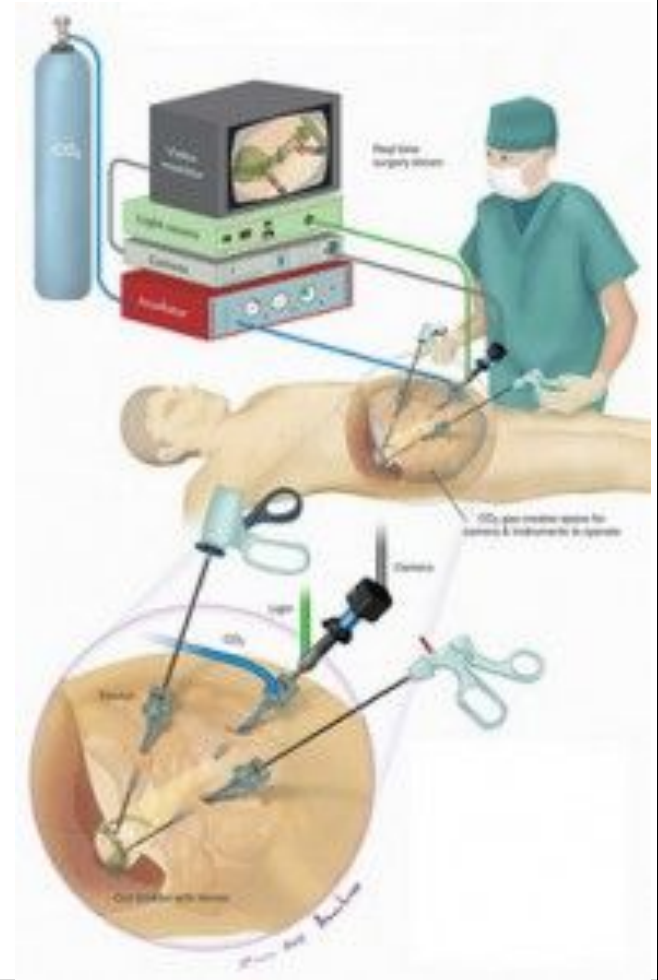
- I сатысы – бүйрек обырының алғашқы сатысы. Бұл сатыда ісік көлемі 7 см-ге дейін (теннис добынан үлкен емес) үлкейеді. Обыр жаушалары тек бүйректе кездеседі.
- II сатысы – бұл да бүйрек обырының алғашқы сатысы болып саналады, бірақ ісік 7 см-ден аса үлкейіп кетеді.
- III сатысы төменде көрсетілген талаптармен қарастырылады:
 - o Ісіктің өзі бүйректің маңына шықпайды, бірақ обыр жасушалары жақын тұрған лимфа түйіндерден табылады; немесе
 - o Ісік ұйқы безінде немесе бүйректің айналасындағы майлы және фиброзды тіндерде пайда болады, бірақ ісік фиброзды тіндерден ары қарай таралмайды.
 - o Обыр жасушалары бір немесе бірнеше лимфа түйіндерден табылады;
 - o Немесе обыр ісігі жақын тұрған қанайналым тамыларына таралады. Обыр жасушасы жақын тұрған лимфа түйіндерде табылады.
- IV сатысы, төменде сараланады:
 - o Ісік ары қарай бүйректі қоршап тұрған фиброзды тіндерге таралады;
 - o Немесе, обыр жасушалары жақын орналасқан бірден көп лимфа түйіндерден табылады;
 - o Немесе, обыр жаушалары өкпе секілді басқа мүшелер мен тіндерге таралады.



Емдеу әдістері

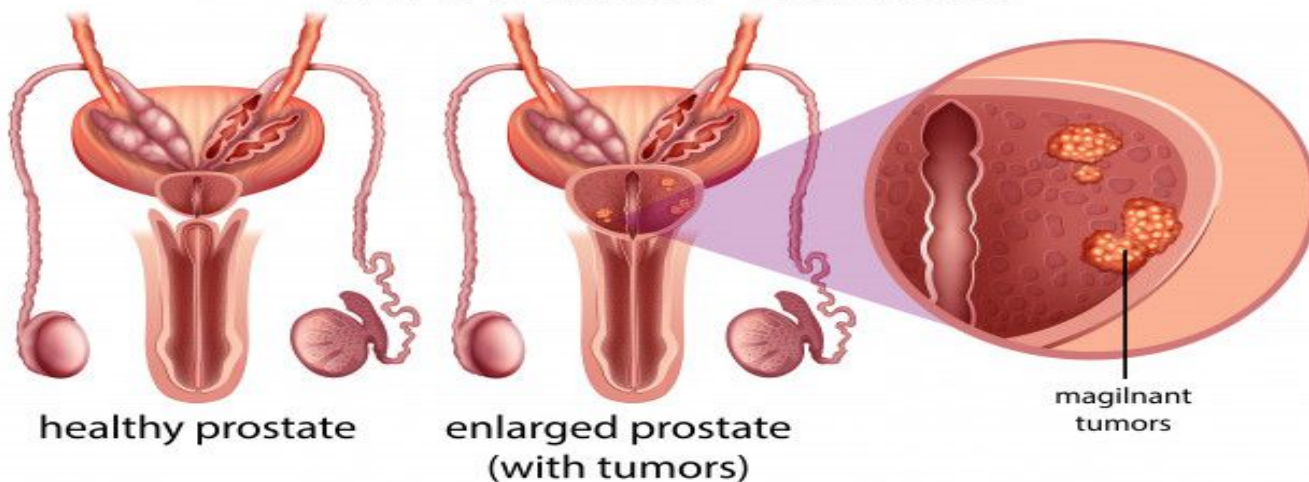
Бүйрек обыры бар ауру адамға емдеудің мынадай түрлері тағайындалуы мүмкін:

- * операция,
- * артериальді эмболизация,
- * радиациялық терапия,
- * химиотерапия және т.б.



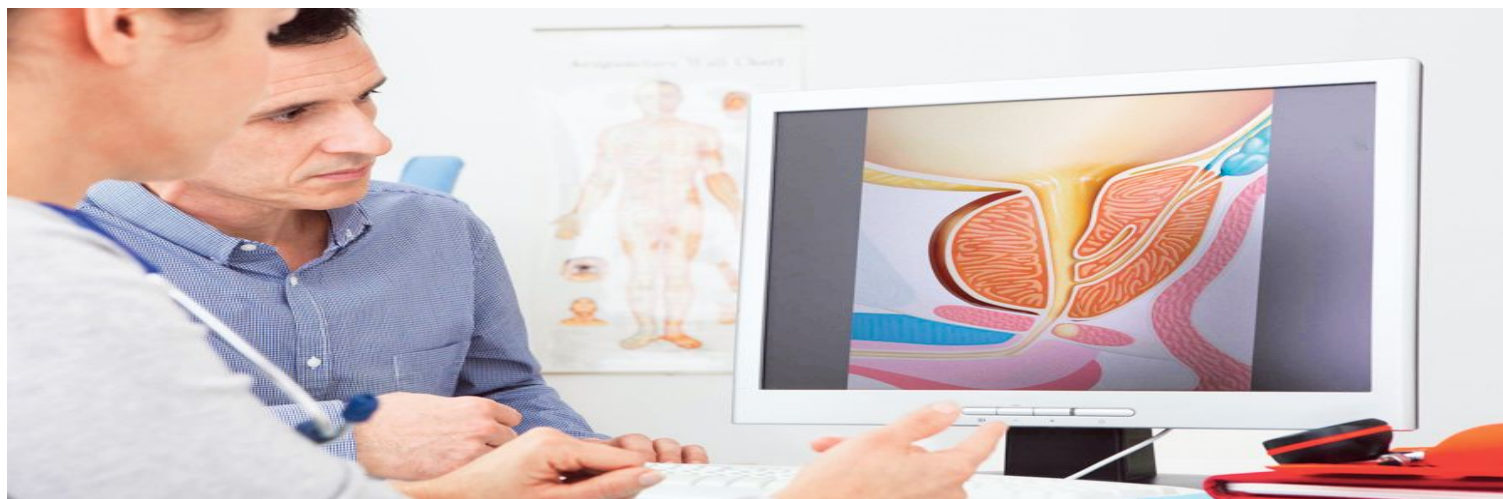
Қуық асты безінің қатерлі ісігі деп – қуық асты безінің тіндерінің қалыптан тыс өсуін айтамыз. Қуық асты без рагы гормонға (тестостерон) байланысты және оған тәуелді. Бұл гормон атабез және бүйрекүсті без арқылы шығарылады. Ісік осы гормондар мөлшері кеміген кезде өніп-өседі. Қалыпты жағдайда гормондардың шығарылған және пайдаланған мөлшерлері тең болады, олар жалпы үлкен ми қыртыстарымен, мишықпен реттеліп отырады. Қуық асты безінің қатерлі ісігі 50 жастан асқан ер адамдарда жиі кездеседі және өлім көрсеткіші жағынан қатерлі ісіктер арасында екінші орынды алады. Қуық асты безі қатерлі ісігінің бастапқы сатыларында, ешқандай симптомдар байқалмайды, клиникалық көріністері осы мүшедегі қауіпсіз ісік ауруларына (аденома, гиперплазия), созылмалы қабыну үрдістеріне (простатит) өте ұқсас келеді, тек оларды арнайы тексеру арқылы ажыратуға болады. Ал егер симптомдар байқалып жатса, олар зәрді өз еркімен шығара алмау немесе зәр ұстамау сияқты, зәр шығару қиындықтары ретінде байқалады. Кей жағдайда, қуық асты безінің қатерлі ісігі бастапқы сатыларында анықталып жатса, ол айтарлықтай емделіп кетеді.

Prostate Cancer



Этиологиясы:

- Көп жағдайда белгісіз;
- Бірақ дамытушы старттық механизмдер де бар:
- Еркек гормондарының(тестостерон) шамадан көп болуы;
- Генетикалық бейімділік;
- Этникалық топқа байланысты(негроидтық нәсілдегілер)



Қуық асты без рагының диагностикасы

Аурудың даму тарихы (анамнез) – ең диагнозды анықтаудың негізгі болып саналады, сол арқылы ісіктің басталу мерзімін, зәр жүру үрдісінің бұзылу деңгейін (дизурия), аурудың әлсірегенін, арықтағанын анықтауға болады. Бұлардың бәрі диагноз қоюға көмектесетін қосымша белігі болып саналады.

Науқастың сырт көрінісі - бозаруы, ағаруы, арықтауы – ісіктің асқынғанын көрсететін белгілер. Көру кезінде, осыларға ерекше мән бере отырып, шет орналасқан лимфа бездеріне, бауырға, бүйрекке, қуыққа қөңіл бөлу керек.

Міндетті түрде кіші дәреттен кейін қуықта қалған зәр мөлшерін (қалдығын) анықтаған жөн.

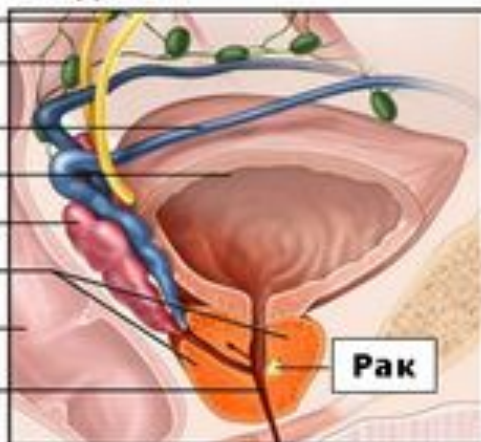
Егер қуық асты без рагына күдік туғанда, мыналарды қолдану қажет: саусақпен тік ішек арқылы қуық асты без көлемін анықтау, қуық асты без антигенін (КАБА) қаннан байқау, ультрадыбыс арқылы зерттеп, соның көмегі арқылы биопсия жасау.



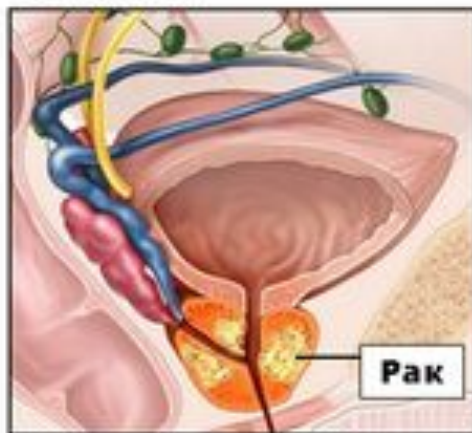
Стадии рака простаты

- Мочеточник
- Лимфоузел
- Семявыносящий проток
- Мочевой пузырь
- Семенной пузырек
- Предстательная железа (простата)
- Прямая кишка
- Уретра

Стадия I



Стадия II



Стадия III



Стадия IV

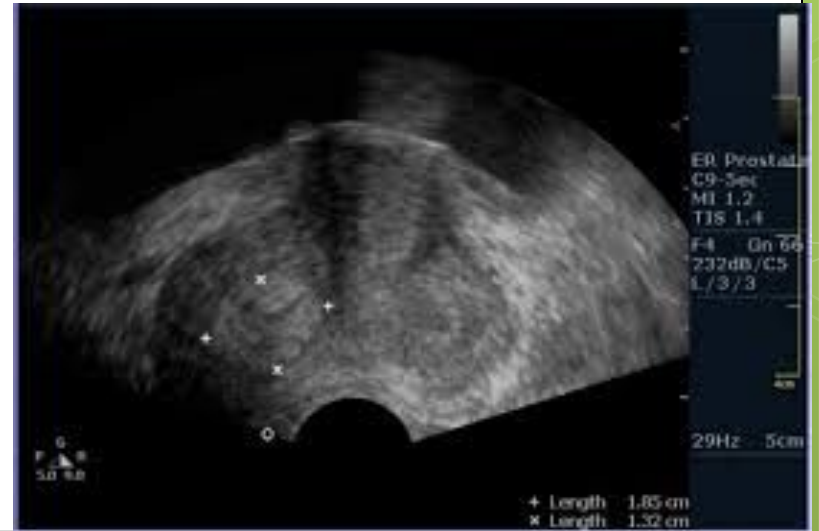
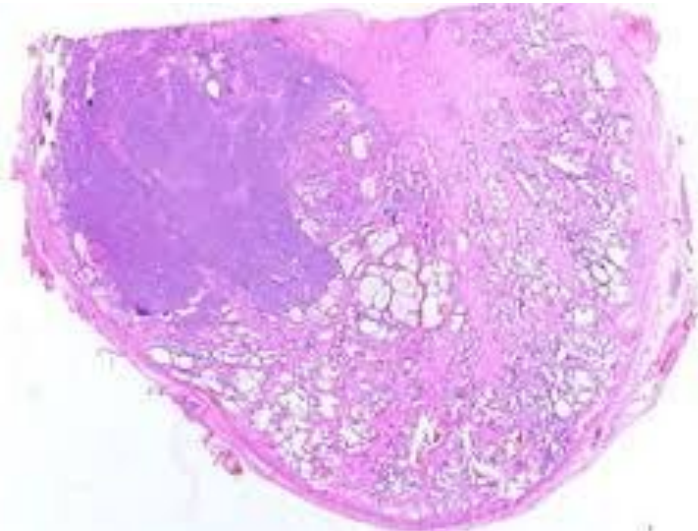
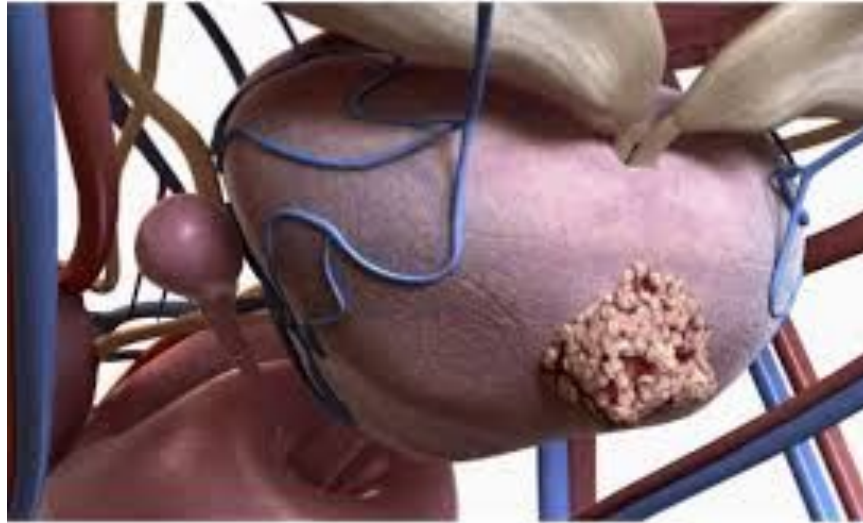


Клиникалық көріністері:

- жиі сүйек сынуы;
- жиі қиындықпен ауырсынулы зәр шығару(күндіз 15,түнде 3 реттен көп);
- Шат ауыруы;
- несеп және шәуетегі қан.

ұқсас шағымдар бар дәрігерге көру үшін жиі простата ісіктері соққы екен. осындай белгілері бар онкологиялық, әдетте, қазірдің өзінде ауыр белгілері бірден емес пайда бастап жұмыс істеп тұр.

қырық кейін әрбір адам жасалуы тиіс, ең бастысы - простата ерекшелігі антигенді туралы венадан қан қабылдау болып табылады. Бұл талдау, оның шығу тегі бұрыннан бар қатерлі ісігі ашады. оны үнемі өтіп, адам өзінің денсаулық пен ұзақ ғұмыр қамтамасыз етеді.



Емі:

1-2 сатыларында толықтай емдеуге болады.

Оперативті емде простатаны алып тастайды және ары қарай қалған рак жасушаларын химиотерапия арқылы жою жүргізледі.

Химиотерапия 3-4 сатыларында да тиімді, 6 айға созылатын емдеу курсы жасалады.

Гормонотерапия: (жасы 70-інен асқан науқастарға тиімді, оперативті араласуларды көтере алмайтындықтан гормонға тәуелді болып табылатын қуықасты тез рагын емдеуде осы әдіс те тиімді болып табылады.)

- **андрогендер** («Касодекс», «Флуцином», «Анандрон»)

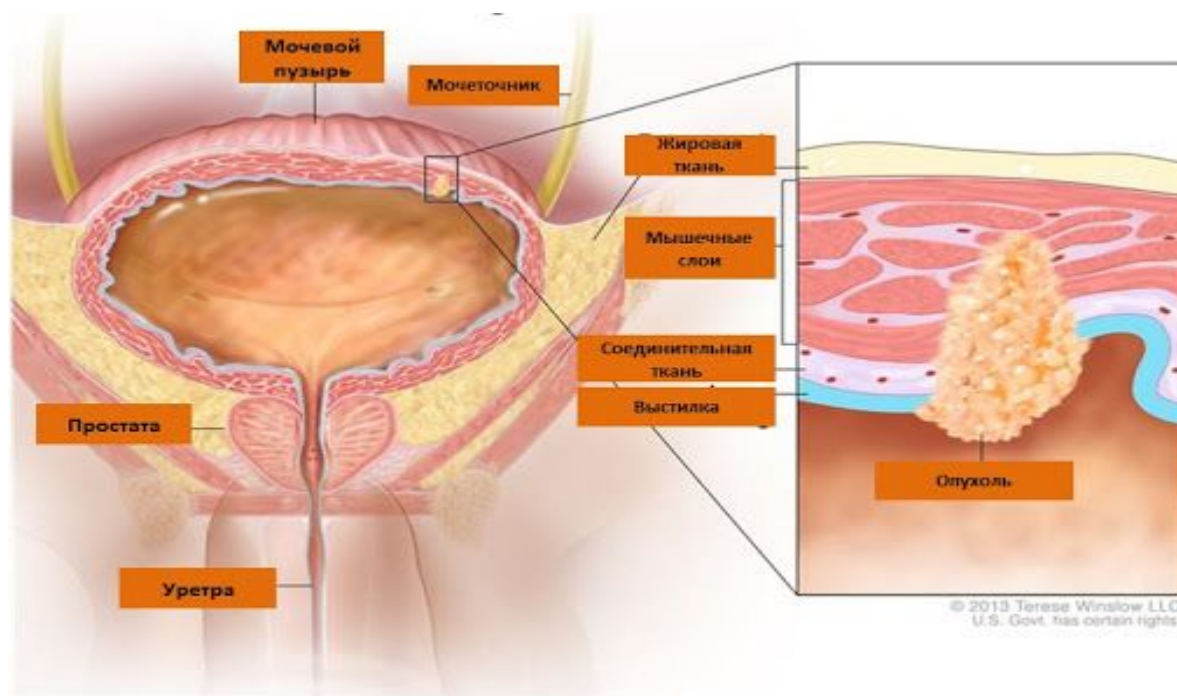
- **гипофиз гормонының аналогы** («Диферелин», «Декапептил», «Люкрин»)

- **гонадотропин-рилизинг гормон антогонистері**, тестостерон деңгейі төмендетіп рак жасушасының өсуін басады («Диэтилстильбэстрол», «Фосфэстрол»)

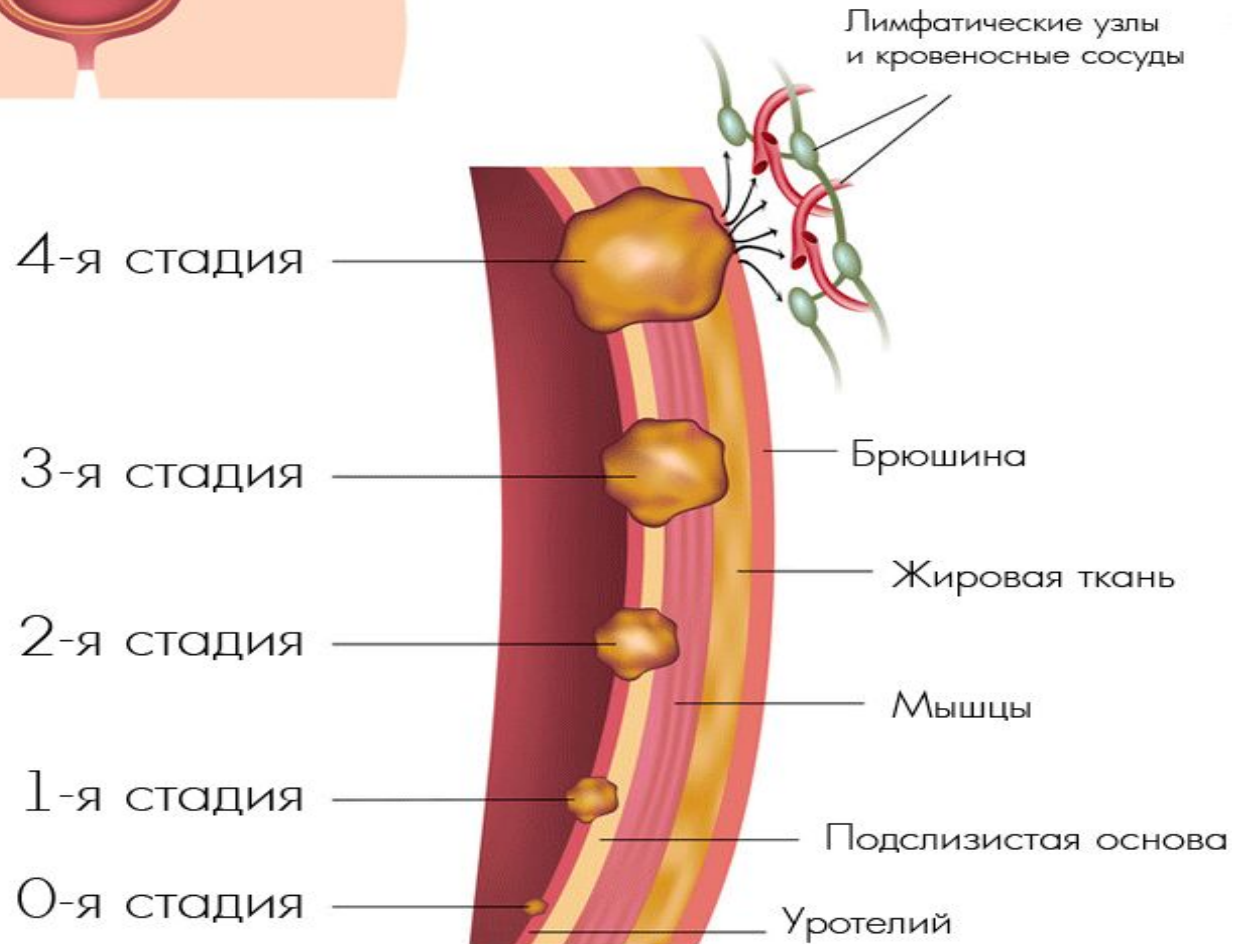
Қуықтың қатерлі ісігі - несеп шығаратын іш қуысындағы қуыс орган болып табылатын қуықтың астындағы бақылаусыз өсетін, қатерлі ісік жасушалары пайда болған кезде пайда болады. Бұл қатерлі ісік жасушалары қуықтың қалыпты жұмысына әсер ете бастайды және қоршаған органдарға таралуы мүмкін. Қуықтың қатерлі ісігі - бұл ерлердегі төртінші кең таралған қатерлі ісік, және ер адамдарда әйелдерге қарағанда үш есе көп кездеседі.



Қуықтың қатерлі ісігінің екі түрі бар: қуықтың бұлшықет емес-инвазивті қатерлі ісігі, сондай-ақ беттік қуықтың қатерлі ісігі деп аталады, ісік жасушалары қуықтың астына кіріп, қуықтың қабырғасына кірмеген кезде пайда болады. Бұл ерте кезең деп саналады және барлық диагноздардың шамамен 70 - 75 пайызын құрайды. Бұлшықет-инвазивті қуықтың қатерлі ісігі қуық қабырғасына түскен кезде пайда болады. Бұл дамыған кезең болып саналады және диагноздардың қалған 25-30 пайызын құрайды. Кейбір жағдайларда бұлшықет-инвазивті қуықтың қатерлі ісігі сонымен қатар қоршаған органдарға немесе дененің басқа бөліктеріне таралуы (метастаздануы) мүмкін.

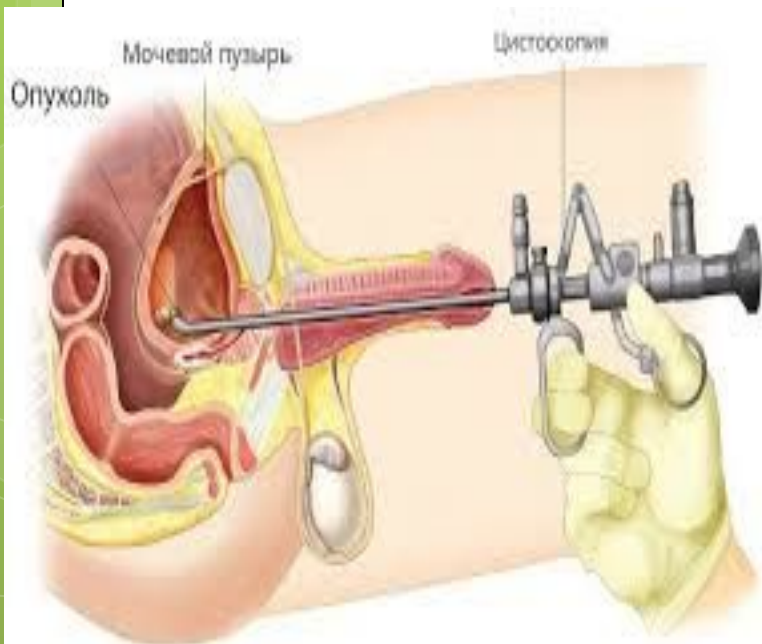


Рак мочевого пузыря



Қуықтың қатерлі ісігінің диагностикасы:

- 1)УЗД(кіші жамбас қуысының және қуықтың)
- 2)Цистоскопия – ең ақпаратты әдіс болып табылады: гистологиялық зерттеу үшін биопсиялық материал алуға болады.
- 3)рак онкомаркерлеріне тест тапсыру
- 4)Жалпы лабораториялық зерттеулер
- 5)анмнез және шағымдарды жинау



Қуықтың қатерлі ісігінің клиникалық көріністері: ең негізгі симптомдары:

- *зәрдегі қан(гематурия) – тот басқан темір не қанық қызыл түсті *зәр ауырсыну белгілерінсіз бөлінсе;
- *қуықты босатуға мәжбүрлік(шын мәнінде қажеттілік болмаса да);
- *қуықты босату барысындағы міжбүрлі күшенулер;
- *қуықты босату кезіндегі ауырсынулар жиі;



Қуықтың қатерлі ісігін емдеу:

1) Хирургиялық ем:

қуықтың трансуретралды резекциясы – зәр шығару каналы арқылы эндоскопиялық әдіспен ісік жасушасы алынып тасталады (рактың ерте сатысында тиімді)

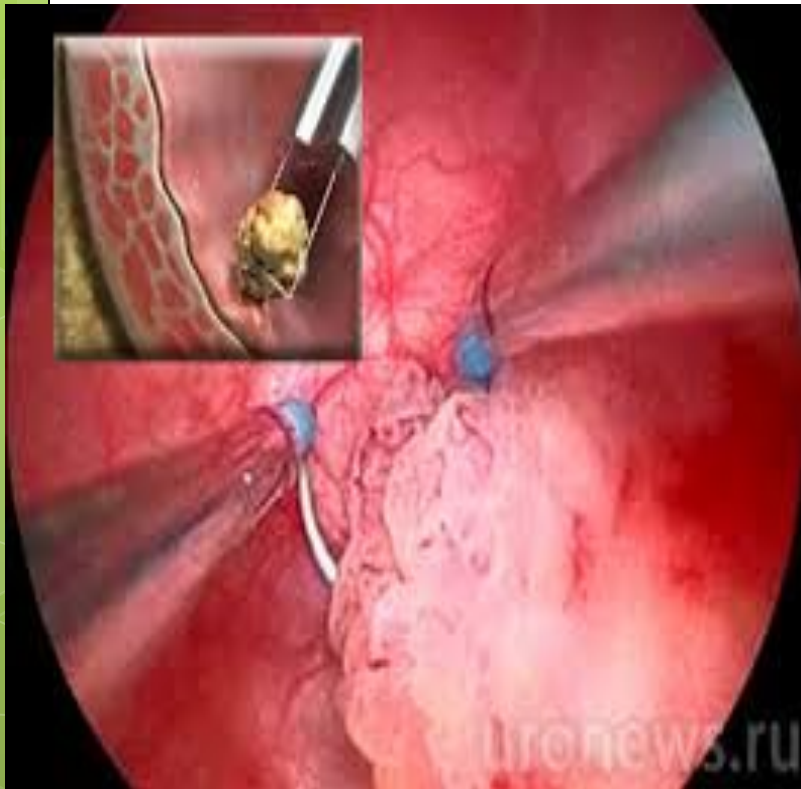
2) қуықтың ашық резекциясы

3) радикалды цистэктомия – қуықты түгелімен алып тастау.

4) иммунотерапия

5) химиотерапия

6) сәулелік терапия



Пайдаланылған әдебиеттер:

1) Лучевая диагностика и терапия в урологии нац. рук. / гл. ред. С. К. Терновой, А. И.

Громов, В. М. Буйлов ; АСМОК. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011.

2) Комяков, Б. К. Урология [Текст] : учебник / Б. К. Комяков. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011

3) Коган, М. И. Стриктуры уретры у мужчин: реконструктивно-восстановительная хирургия М. И. Коган. - Москва : Практическая медицина, 2010.

4) Иванченко, Л. П. Лазерная терапия в урологии Л. П. Иванченко, А. С. Коздоба, С. В. Москвин. - Москва : Триада, 2009.

5) Интернет материалдары) көркем суреттер, иллюстрациялар, лекциялар жиыны)