

«Астана медицина университеті» АҚ
Онкология кафедрасы

Қалқанша бездің обыры. Бүйрек
обыры. Қуық асты без обыры.

Орындаған: Тоқтарбек Ө.Б.

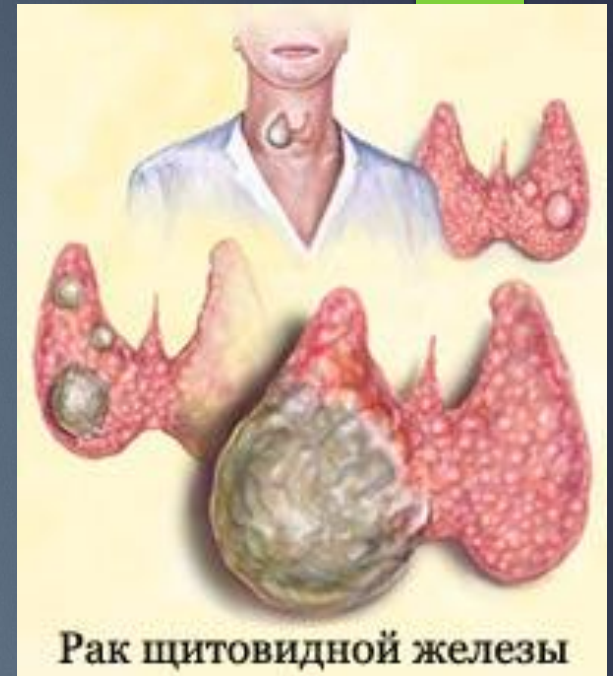
Топ: 621 ІА

Тексерген: Жакипбаев К.А.

Астана-2018

Қалқанша бездің обыры

- ▶ ҚБ қатерлі ісігі тиреоидты эпителий жасушаларынан дамиды (фолликулярлы, парафолликулярлы). Қалқанша бездің обыры (ҚБО) өте сирек сырқат болып табылады. Басым жағдайда жоғары дифференцирленген ҚБО жөнінде айтылады, оның кешенді емі салыстырмалы түрде кеш сатылардың өзінде науқастардың жоғарғы өлім көрсеткіші мен қанағатты өмір сапасын қамтамасыз етеді.



ЭТИОЛОГИЯСЫ

- ▶ Басым жағдайда белгісіз. Жиі радиациялы түрткі талқыланады. Сыртқы радиацияның ҚБО тудыруы жөніндегі мәліметтер нақты емес. ^{131}I -ТЗ4 диагностикалық және терапевтік мөлшері ҚБО индуцирлеуі жөніндегі мәліметтер жоқ. Жас балалар мен 20 жастан төмен жастарда сыртқы сәулелену ҚБО шақыратыны сәл шындыққа жанасады (әдетте папиллярлы). Чернобыль атом станциясында болған жарылыстан кейін 1985-1993 жылдар аралығында балаларда ҚБО жиілігі 34 есе жоғарылаған. Ал жалпылама йод профилактикасы іске асырылған көрші Польша мемлекетінде мұндай жағдай орнамаған. Осыған орай радиактивті йодтың канцерогенді әсері йод тапшылығы болғанда ғана ҚБ-дің изотопты белсенді сіңіруі нәтижесінде байқалады деген қорытынды жасауға болады.
- ▶ Йод тапшылығы немесе оны артық мөлшерде қабылдау ҚБО сырқаттанудың абсолютті жоғарылауына әкелмейді, бірақ йод мөлшері қалыпты аймақтарда ҚБО-ның агрессивті фолликулярлы түрі салыстырмалы түрде сирек кездеседі.
- ▶ 2 типті көптеген эндокринді неоплазия синдромы (КЭН-2: ҚБМО+ феохромоцитома; 9.2 бөлімді қараңыз) шеңберінде медуллярлы обырдың (ҚБМО) даму себебі 10-хромосоманың ұзын иығында RET-протоонкогенінің мутациясы болып табылады. Осындай мутациялар ҚБО папиллярлы әсіресе, радиация индуцирлеген түрінде кездеседі (5–30%). Сонымен қатар, жоғары дифференцирленген ҚБО кезінде p53 ісігінің супрессоры мутациясы, ras-онкогенінің гиперэкспрессиясы және бірқатар басқа да генетикалық өзгерістер дамиды. ҚБМО үш түрде кездеседі: спорадикалық (75%), шектелген отбасылық (5%), отбасылық КЭН-2 шеңберінде (20 %).

Патогенезі

- ▶ ЖДҚБО жасушалары (папиллярлы және фолликулярлы) қалыпты тироциттер секілді йодты сіңіре алады. Оған баяу өсу мен кеш метастаз беру тән. Ісіктік прогресстің кеш сатыларында метастаз жасушалары дифференцировкасын, йодты сіңіру қабілетін жоғалтуы мүмкін. Сирек дамитын ҚБ медулярлы обыры кальцитонин өндіретін С-жасушалардан дамиды, бұл обыр ерте метастаз берумен және нашар болжаммен сипатталады. Ең нашар болжамға казуистикалық сирек көрініс беретін дифференцирленбейтін анапластикалық ҚБО ие болады

Эпидемиологиясы

- ▶ Жалпы ҚБО өте сирек дамиды сырқат. Оған барлық локализациялы обирдың 1%-ы және обирдан дамиды өлім көрсеткішінің 0,5%-ы тиесілі. ҚБО жаңа жағдайлар жиілігі жылына 100 000 адамға 0,5–10 жағдайды құрайды. АҚШ-та жыл сайын ҚБО-ның жаңа 18 000 жағдайы тіркеліп, жылына 1200 адам дүниеден өтеді. ҚБО көптеген кездерде түйінде жемсаумен сырқаттанған науқастарды диагностикалау барысында анықталады (3.8 бөлімді қараңыз). Жоғарыда көрсетілгендей түйінді жемсау құрылымында ҚБР-ына 1–4 % жағдай тиесілі болады. Басқа сырқаттар әсерінен алынған ҚБ тінін гистологиялық тексеру барысында кездейсоқ анықталған ҚБО жағдайларының жиілігі 10–20%, бірақ мұндай ісіктердің клиникалық маңыздылығы шектеледі. ҚБО жиі 40–50 жас аралығында анықталады, сирек балалар мен жасөспірімдерде дамиды. Жалпы алғанда әйел адамдарда жиі дамиды (2:1 — 3:1), бірақ егде жаста сырқаттанған ерлер саны салыстырмалы жоғары болады.

ҚБО ЭПИДЕМИОЛОГИЯСЫ

ҚБО	ҚБО-ның жалпылама сырқаттануы ішіндегі тиесілі бөлігі	Манифестация жасы
Папиллярлы	70-80%	30-50 жас
Фолликулярлы	15%	40-50 жас
Медуллярлы	5%	Спорадикалық: 50–60 жас Отбасылық: 40–50 жас КЭН-2 кезінде: 10–30 жас
Анапластикалық	<5%	60-80 жас

ҚБО	Клиникалық ерекшеліктері
Папиллярлы	Баяу дамиды, бір сатыда он жылдан астам дамуы мүмкін. Мультифокальды 30 % жағдайда. Науқастардың 95 % жағдайында зақымдану мойын шекарасынан асып өтпейді, науқастардың 15–20% мойын лимфа түйіндеріне метастаз береді. Лимфогенді метастаз беру тән.
Фолликулярлы	Агрессивті, жиі өкпеге гематогенді метастаз береді.
Медулярлы	ҚБ С-жасушаларының мультифокальды гиперплазиясы тән. Үдемелі дамиды; метастаз беру сатысында жиі дамиды симптом — диарея (30 %). Кальцитонин деңгейі жоғарылайды (гипокальциемия дамымайды), басқа гормондар сирек жағдайда жоғарылайды (эктопирленген Кушинг синдромының дамуымен АКТГ).
Анапластикалық	Тез инфильтративті өседі, кеңірдек, ірі қантамырларды қоршап, респираторлы симптоматиканың дамуына жол ашады.

- ▶ Түйінді жемсаумен сырқаттанған науқастардың анамнезін және клиникалық көрінісін зерттеу барысында анықталған түйіннің қатер қаупін жоғарылататын төмендегі белгілерге ерекше назар аудару қажет:
 - ▶ • анамнезінде бас пен мойынның сәулененуі;
 - ▶ • туыстарында дамыған медулярлы обыр немесе ҚЭН-2;
 - ▶ • 20 жастан кіші немесе 70 жастан жоғары жас шамасы;
 - ▶ • ер адамдар;
 - ▶ • түйінді түзілістің жылдам өсуі;
 - ▶ • түйіннің тығыз немесе қатты консистенциясы;
 - ▶ • мойын лимфаденопатиясы;
 - ▶ • түйінді түзіліс ығысуының болмауы;
 - ▶ • үнемі дауыстың қарлығыуы, дисфония, дисфагия немесе ендікпе.
- ▶ Сирек жағдайда ҚБО, әсіресе жоғары дифференцирленген ҚБО кеш метастаз берумен манифестацияланады, әдетте алдымен мойын лифаденопатиясы дамып, кейіннен УДЗ бойынша ҚБО анықталады.

Диагностикасы

- ▶ ҚБО алғашқы диагностикалаудың басты әдісі жіңішке инелі аспирациялы биопсия (ЖИАБ) және ҚБ УДЗ-сі болып табылады. ҚБ обырының басым көпшілігіне нақты цитологиялық диагностика қағидалары тән. Тек фолликулярлы обырдан басқасы, себебі оның цитологиялық көрінісін фолликулярлы аденомадан ажырату мүмкін емес. ҚБМО диагностикасы ЖИАБ-дан басқа базальды және ынталандырылған (пентагастрин, кальций глюконатын енгізу көрінісінде) кальцитонин мөлшерін анықтауға негізделеді. Осы ынталандырушыларды енгізгенде ҚБМО кезінде кальцитонин мөлшері айтарлықтай артады. ҚБО кезінде ҚБ қызметі көптеген жағдайларда өзгермейді.

ЖДҚБО емі төрт басты қағидаларға негізделеді

- ▶ 1. Үрдістің таралуына байланысты лимфа түйіндерімен бірге мойын шелмайын алып тастайтын тиреоидэктомия.
- ▶ 2. Тиреоидэктомиядан кейін — потенциалды мүмкін метастаздар мен ҚБ барлық жасушаларын ликвидациялауға (қалыпты, қатерлі) бағытталған радиоактивті ^{131}I -пен терапия.
- ▶ 3. Тироциттердің пролиферациясы мен өсуін ынталандыратын ТТГ деңгейін төмен мөлшерде ұстап тұруға бағытталған L-T4-мен супрессивті терапия.
- ▶ 4. ЖДҚБО рецидивінің басты маркерін динамикалық бағалау- қалыпты және ісік жасушаларымен бөлінетін тиреоглобулин.

Тотальная тиреоидэктомия

Препараты тиреоидных гормонов не назначаются

Аблативная терапия I^{131} через 3-6 недель

Супрессивная терапия L-T4

Через 6 месяцев клиническое обследование, сцинтиграфия всего тела с I^{131} ,
УЗИ шеи, определение уровня тиреоглобулина

Подозрение на рецидив и/или
метастазы

Сцинтиграфия всего тела с I^{131} ,
определение уровня тиреоглобулина после
отмены L-T4, УЗИ

При рецидиве повторная
терапия I^{131}

Данных за рецидив и/или
метастазы нет

Наблюдение и клиническое обследование,
определение уровня тиреоглобулина (на фоне
терапии L-T4), УЗИ шеи

Каждые 5 лет - сцинтиграфия всего тела с I^{131}

Через 10 лет - увеличение интервалов между обследованиями

Б ү й р е к о б ы р ы

- ▶ Бүйрек ісіктері жалпы ісіктердің 3%-ын құрайды. Ісіктердің бастапқы кезені ешқандай белгісіз өтетіндіктен, ерте диагноз қою осы күнге дейін қиын мәселе болып отыр. Ісіктің негізгі белгілері бар науқастардың 50%-да ісік метастаздары кездеседі. Бүйрек ісігі әйелдерге қарағанда еркектерде екі есе жиі кездеседі. Бүйректің қатерсіз ісіктері өте сирек кездеседі. Олардың ішінде аденома, лиома, фиброма, ангиомиолиптома және гемангиомалар негізгі орын алады. Бүйректің қатерлі ісігіне жататындар рак (аденокарцинома), фибросаркома, липосаркома, ангиосаркома, Вильмс ісігі

Бүйрек рагы



- ▶ Этиологиясы
- ▶ Көптеген көгорттық зерттеулер нәтижелері бойынша зәршығару жолдарының ісігінің дамуы сыртқы орта факторлары, тамақтану және кейбір медициналық препараттарға байланысты екені дәлелденді.
- ▶ Табакокурение
- ▶ Алкоголь
- ▶ Бензин әсері
- ▶ Дәрілік препараттар (анальгетиктер, фенацетин, рентгенконтрастық заттар)
- ▶ Кәсіби байланыс кадмий және асбестпен.

Патологиялық анатомия

- ▶ Қыртысты қабат аймағында дамиды
- ▶ Макроскопиялық көрінісі – алғашында дөңгелек тәрізді, айқын шекараланған. Әрі қарай іріленіп, көбіне бөліктіге айналады, айналасында кіші сателиттер п.б. БҚР экспансивті немесе инфильтративті өсуімен сипатталады, процеске миы қабат, капсула енеді, түбекшеге, бүйрек айналасындағы жасушаларға еніп, көлемін ұлғайтады және ол оңай пальпацияланады.
- ▶ Лимфогенді және гематогенді метастазадалады
- ▶ БҚР тән сипаты ісікті тромб түзеді, көбіне ол бүйрек және қақпа венасының бітелуіне алып келеді
- ▶ Микроскопиялық зерттеуде біріншілікті ісікте көптеген каналы, қантамырлары, некроз аймақтары және қан құйылу аймақтары анықталады

Клиникасы

- ▶ Бүйрек рагы көптеген уақыт асимптомды өтеді
- ▶ Клиникалық симптомдар триадасының пайда болуы - гематурия, ұлғайған бүйрек пальпациялануы, бел аймағындағы ауырсыну процесс айқындылығын көрсетеді
- ▶ Бірақ осы симптомдардың барлығының болуы көп кездеспейді
- ▶ Пранеопластикалық синдром көрінуі мүмкін: гиперкальцемия, полицитемия, гипертензия, бүйректік дисфункция

Классификация почечно-клеточного рака по системе TNM (рис. 30)

- T — первичная опухоль.
- T₁ — опухоль <2,5 см, ограниченная одной почкой.
- T₂ — опухоль >2,5 см в пределах одной почки.
- T_{3a} — опухоль прорастает надпочечник, околопочечную клетчатку.
- T_{3b} — имеются опухолевые тромбы в почечной и полых венах.
- T₄ — опухоль выходит за пределы фасции Герота.
- N — лимфатические узлы.
- N₁ — единичные лимфатические узлы <2 см.
- N₂ — единичные лимфатические узлы >2 см и <5 см.
- N₃ — некоторые узлы более 5 см.
- M — отдаленные метастазы.
- M₁ — наличие отдаленных метастазов.

Классическая радикальная операция, включающая нефрэктомия с адреналэктомией и удаление всей фасции Герота, является основным методом лечения. Может быть проведена регионарная лимфаденэктомия. При распространении процесса или тромбозе нижней полой вены в настоящее время выполняют ее резекцию до правого предсердия. Хирургическое лечение первичной опухоли показано и тогда, когда есть единичные отдаленные метастазы, так как имеются доказательства их ремиссии и уменьшения болезненных проявлений. При наличии метастазов паллиативная нефрэктомия является методом выбора и применяется с целью ликвидации гематурии, компрессионных и болевых синдромов.

При латентно протекающем опухолевом процессе может быть выполнено прецизионное удаление изолированных метастатических опухолей мозга, легких, костей.

Лучевая терапия. ПКР является относительно радиорезистентным, и потому применение радиотерапии ограничено. Пред- и послеоперационная лучевая терапия незначительно влияет на повышение выживаемости.

Телегамматерапия применяется в рамках паллиативного и симптоматического лечения метастазов в кости, мозг, а также в качестве адъювантной терапии при паллиативном удалении опухоли.

Ангиоэмболизация. Сильная васкуляризация ПКР обуславливает необходимость использования метода селективной ангиоэмболизации. Этот метод, примененный до операции, позволяет уменьшить до минимума кровотечение, размеры увеличенной почки и опухоли. Он может быть использован и в качестве самостоятельной паллиативной терапии.

Системная терапия. К числу системных методов воздействия относят гормоно-, химио- и иммунотерапию.

Қуық асты без рагының эпидемиологиясы

- ▶ Жер шары бойынша (2000 ж) қуық асты без рагының аурушандық көрсеткіші 21,2‰ болса, оның өлім-жітім көрсеткіші 7,9‰ тең болған. Қуық асты без рагы әр жерде әртүрлі жиілікте кездеседі. Оның ең көп тараған жерлеріне: АҚШ (104,3‰), Жаңа Зеландия (101,1‰), Канада (83,9‰), Австрия (76,0‰), Исландия (74,6‰), Швеция (70‰) жатады. Ең сирек ауыратындар аспан асты елі – Қытай (1,7‰), Вьетнам (2,3‰), Афганистан (4,5‰), Египет (5,6‰) жатады.
- ▶ Қазақстанда қуық асты без рагының орташа (2006-2012 жж.) аурушандық көрсеткіші 4,0‰ (№2- сурет), ал оның таралуы біркелкі емес. Республикалық орташа көрсеткіштен қуық асты без рагының ең жоғарғы аурушандығы Батыс Қазақстан (6,0‰), Павлодар (6,1‰), Шығыс Қазақстан (6,9‰), Қостанай (7,7‰) облыстары мен Алматы (6,5‰) қаласында тіркелген. Сонымен қатар бұл рақтың ең сирек кездесетін жері Қызылорда (1,2‰), Маңғыстау (1,3‰), Оңтүстік Қазақстан (1,4‰) Жамбыл (1,6‰), Атырау (1,7‰) және Ақтөбе (1,6‰) облыстарында анықталған. Бұл айырмашылық осы көрсетілген облыстардағы этностық топтардың үлесіне байланыстылығы, және де жергілікті қазақтардың үлесі басым облыстарда қуық асты без рагының, басқа облыстарға қарағанда, өте сирек кездесетіндігі мәлім болып отыр.

Қуық асты без рагының пайда болу себептері, даму механизмдері

- ▶ Қуық асты без рагының негізгі пайда болу себептері әлі белгісіз, толық шешілмеген. Бірақта, бұл мүше ағзадағы гормондармен күрделі жолмен реттелінетін ішкі секретті без болғандықтан, сол гормондардың қатынасына байланысты өзгерістерден пайда болатындығы даусыз. Себебі бұл бездің қызметі үлкен ми қыртысы, мишық және ағзаның өз ішіндегі клеткаларды реттеп отыратын факторларға байланысты. Қалыпты жағдайда осы мүшелердің гормондары бір деңгейде тұрады. Егер олар өсіп немесе кеміп кетсе, қуық асты безде қауіпті жағдай пайда болады. Бездің сырт жағына орналасқан клеткаларда өніп-өсу үрдісі жылдамырақ жүреді; ортасында орналасқан тіндерде орташа, ал зәр жүргішке жақын жатқан жерлерде тым баяу жүріп, бұл жерде физиологиялық апоптоз (өлу) басым қалыптасады. Осылардың бәрін реттейтін ағзадағы ең негізгі гормондар – андрогендер болып саналады.

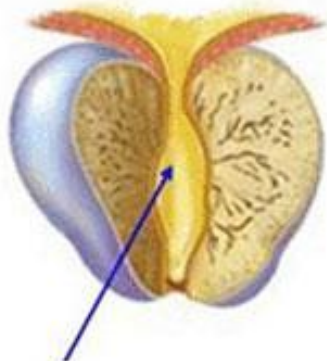
- ▶ Қазір қуық асты бездегі рақтың пайда болу және даму механизмін былай түсіндіреді: жайылмалы қауіпті ісік клеткасы, қалыпты без клеткасында гормондардың әсерінен мутация арқылы ДНК мен РНК-сы өзгеріп, гендері бөлектенген жаңа клетка пайда болады. Бұларға дамылсыз өніп-өсу тән қасиет болғандықтан, осы қасиет басқа да клеткаларға беріліп, бір жерден екінші бір жерге көшіп бөгелме ісік береді. Сонымен қуық асты бездегі рак клеткасы андрогендерге сезімтал болмай қалады. Бұлай болуға бірнеше себептер бар:
- ▶ адамның қартайуына байланысты, бұл ісік 50 жастан асқан адамдарда жиі кездеседі. 50 мен 60 жастың аралығындағы адамдардың қуық асты безін микроскоп арқылы зерттегенде, олардың 30%-да көзге көрінбейтін рақты байқауға болатындығы анықталған.
- ▶ гормондық өзгерістер, рақтың гормон арқылы пайда болатындығын дәлелдейтін болжамға жатады. Оған дәлел ісік эстроген бергенде кері қайтып отыруы. Бірақ осыларға қарамастан қазіргі таңда гормондардың тікелей рак туғызатындығына біржақты пікір жоқ. Тек қуық асты бездің қызметі қалыпты болуы үшін тестостерон мен дегидротестостеронның мөлшері қалыпты болуы қажет.
- ▶ тағамданудың ролі маңызды, себебі қуық асты бездегі рақтың пайда болуына майлы тағамдардың әсері анықталған. Осыған байланысты қуық асты без рагы салмағы артық, дене қозғалысы шектелген семіз адамдарда жиі байқалған. Сонымен майлы тағам витамин А-ны және сол сияқты бета-каротинді кемітеді, ал бета-каротин көптеген ісіктерден ағзаны қорғайды. Азия елдеріндегі қуық асты без рагы өте аз кездеседі, себебі бұл жердегі адамдар витамин А және эстрогендерге бай өсімдіктерді тағамға көп қосады. Бұлар андрогендердің қуық асты безге зиянды әсерлерін кемітеді, әсіресе, эстрогенге бай тағамдар, артық андрогендерді тежеп отырады.
- ▶ генетикалық фактор да қуық асты без рагының пайда болуына ықпал етеді. Тұқымында қуық асты без рагымен ауырғандардың ұрпақтарында 2-3 есе бұл ісік жиі кездеседі. Қазіргі кезде, қуық асты без рагы, 9,0% жағдайда тұқым қуалайтындығы мәлім. Бірақ қандай генде қандай кемістік бар, ол неге рак туғызатындығына тікелей дәлел әлі анықталған емес.
- ▶ **жұқпаның әсері** эпидемиологиялық зерттеу кезінде, қуық асты без рагында, соз және жыныстық әрекет арқылы таралатын басқа да жұқпалармен байланыстығы дәлелдеген. Бірақ тікелей осы аурулар рақты қоздыратындығына нақты мәлімет жоқ.
- ▶ қуық асты бездің гиперплазиясы мен қатерсіз ісік - аденомасы 1,5-24,0% жағдайда, қуық асты без рагымен қосарланып келетіндігі тәжірибеде жиі кездеседі (№ 4- сурет).

Қуық асты без

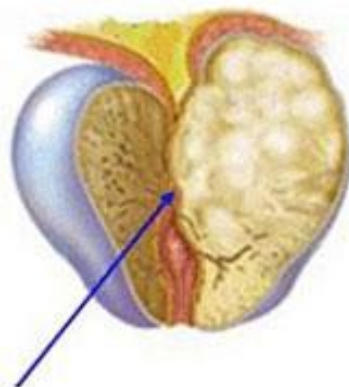
рагының патологиялық анатомиясы

- ▶ Қуық асты без рагының нөлдік өсу сатысы (рак in situ) облигатты ісік алды болып саналады, ол 7-10 жыл ішінде, 40 жасқа жуық кездерде, міндетті түрде жайылмалы раққа айналады. Қуық асты без рагы 70,0% жағдайда оның шет жағынан, 10-15,0% - ортасынан, ал қалған 15,0% тіндердің ауыспалы жерлерінен өнеді. Ауруға жиі ұшырайтын жас 50-ден асқандар. Бірақ мәйттерді тексергенде 30-40 жастағылардың 20,0%-нан микроскопиялық рақты анықтауға болады. Бұл кезде ауру адамда ешқандай клиникалық белгілер кездеспейді. Кейіннен ісік 0,5-1,0 см-ге жеткенде барып аурудың клиникалық белгілері біліне бастайды.

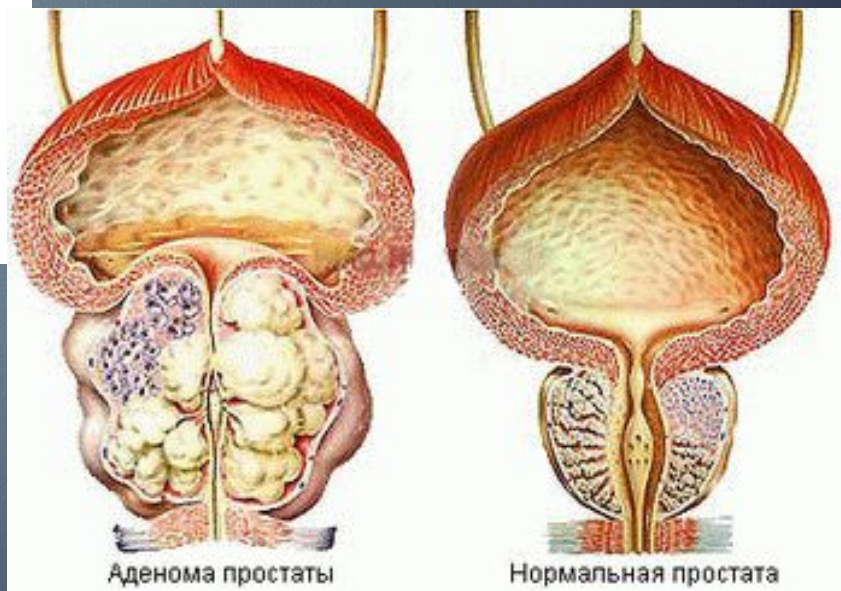
Қуық асты безінің аденомасы



Уретра



Аденома,
сдавливающая уретру




Аденома простаты

Нормальная простата

Қуық асты без рагының жіктеліуі

- ▶ Қуық асты без рагының гистологиялық жіктелуі әртүрлі болады.
- ▶ Олар:
- ▶ безді,
- ▶ ауыспалы-клеткалы,
- ▶ жайылма клеткалы,
- ▶ пісіп жетілмеген түрі.

- 
- ▶ Осылардың ішінде өте жиі кездесетіні безді рак (90%). Ісіктің қатерлі зияндылық деңгейі морфологиялық тексеру кезінде бірден анықталады. Ол үшін клетканың пісіп - жетілу деңгейі анықталады.
 - ▶ Олар::
 - ▶ G_1 -жоғары деңгейде пісіп, жетілген,
 - ▶ G_2 -орташа деңгейде пісіп, жетілген,
 - ▶ G_{3-4} -төменгі деңгейде пісіп, жетілген, немесе піспеген, жетілмеген клетка.

Қуық асты без рагының TNM жүйесі бойынша жіктелуі

- ▶ **T – алғашқы ісік:**
- ▶ T_x – ісік көзі белгісіз,
- ▶ T_0 – ісік көзі анықталынбаған,
- ▶ T_1 – ісік, бездің жартысынан кем қамтыған және сипағанда қалыпты тіндермен қоршалған,
- ▶ T_{1a} – ісік, кездейсоқ морфологиялық зерттеу кезінде анықталып, ол сылынған ұлпаның 5,0% құрайды,
- ▶ T_{1b} – ісік, кездейсоқ морфологиялық зерттеу кезінде анықталып, ол сылынған ұлпаның 5,0%-дан артығын құрайды,
- ▶ T_{1c} – қуық асты антигені қанда анықталынғаннан соң, жіңішке инемен биопсия жасағанда ісік клеткасы табылған,
- ▶ T_2 – ісік, бездің жартысын, немесе одан көп бөлігін алып, бірақоның көлемін ұлғайтпаған, немесе пішінін өзгертпеген,
- ▶ T_{2a} – ісік, бездің бір бөлігін, немесе одан да аз бөлігін зақымдаған,
- ▶ T_{2b} – ісік, бездің бір бөлік көлемінен асып түседі, бірақ екі бөлікке дейін жетпейді
- ▶ T_{2c} – ісік, бездің екі бөлігін де қамтыған.

▶ **Ескерту:** егер биопсия кезінде цитологиялық диагноз екі бөлімде бар екенін дәлелдеп, бірақ ол сипауға келмесе немесе басқаша диагностикалық тәсілдерде көрінбесе, онда ол T_{1c} – деп қаралады

▶ T_3 – ісік, без қабығының сыртына шығып кеткен,

▶ T_{3a} – ісік, бір жағынан, немесе екі жағынан да ісіктің сыртқы қабықтан шығып кеткен,

▶ T_{3b} – ісік, ұрық көпіршіктеріне, өзектеріне тараған,

▶ **Ескерту:** егер ісік бездің төбесіне жетіп, одан асып түспесе (сыртқы қабық сау), онда ол T_2 деп қарастырылады

▶ T_4 – ісік, көрші мүшелерге (тік ішек, қуықтың мойнына, сыртқы үрпіге, жамбас бұлшық еттеріне) тараған.

▶ **N – аймақтық лимфа бездері**

▶ Бұларға жамбас қуысындағы, жамбас артериясындағы лимфа бездері жамбас артериясының бөлінген жердегі деңгейден төменгі жерлер жатады

▶ N_x – аймақтық лимфа бездері белгісіз,

▶ N_0 – бөгелме ісік аймақтық лимфа бездерінде жоқ,

▶ N_1 – бөгелме ісік, алысқы мүшелерде бар

▶ **Ескерту:** егер бөгелме ісік көлемі 0,2 см-ден аспаса, онда pN_1min -деп белгіленеді

▶ **M – алыстағы метастаздар**

▶ M_x – алыстағы бөгелме ісіктерді анықтау мүмкін емес,

▶ M_0 – бөгелме ісік жоқ

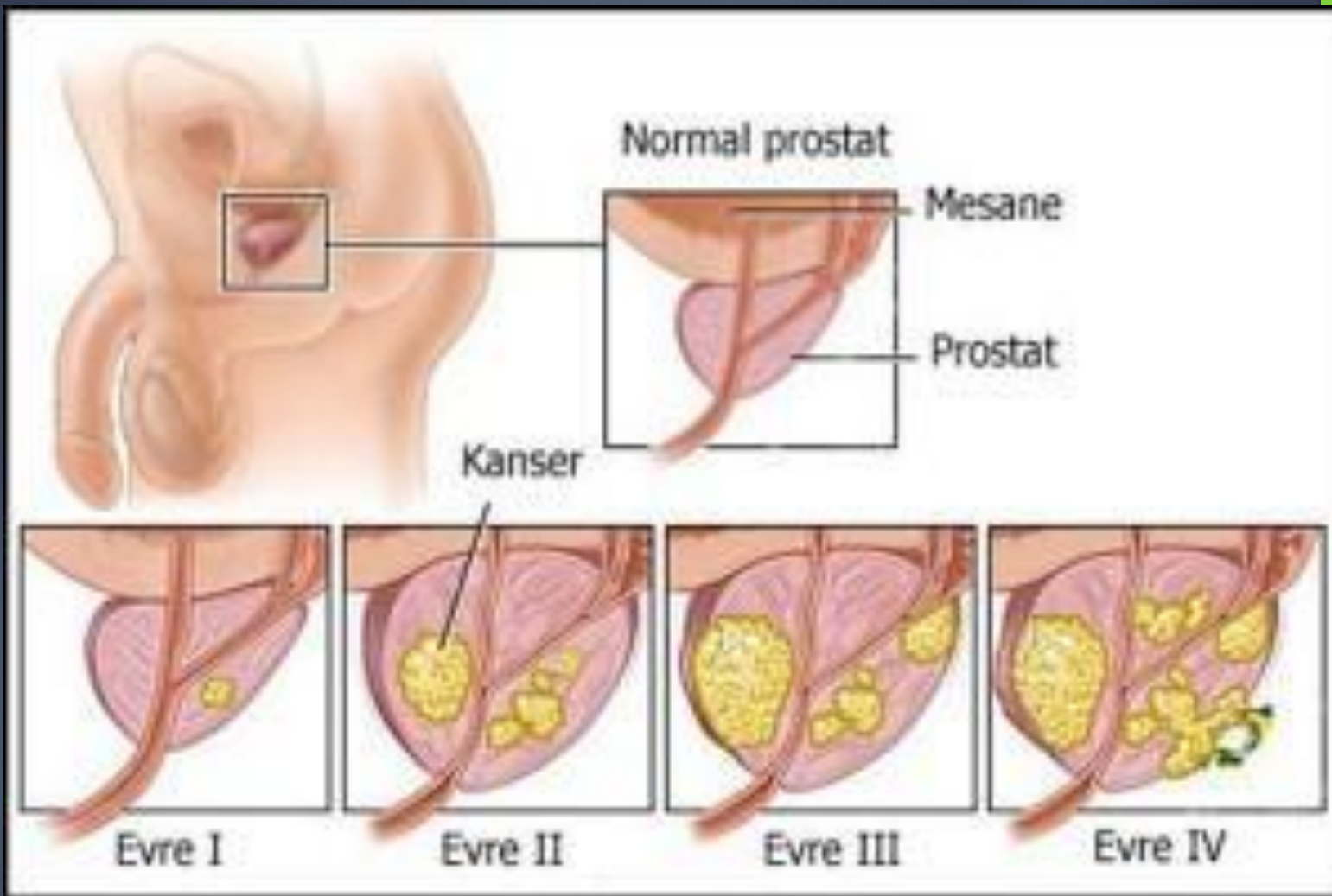
▶ M_1 – бөгелме ісік бар

▶ N_{1a} – аймақтық бөгелме ісік жоқ,

▶ N_{1b} – сүйекте бөгелме ісік бар,

▶ N_{1c} басқа алыстағы бөгелме ісік бар.

▶ Патоморфологиялық зерттеудің қорытындысында клетканың пісіп жетілуін, TNM жүйесіне G деген әріп қосылып белгіленеді. Мысалы, G_T , G_N , G_M , бірақ G_{T1} деген жоқ.



Қуық асты без рагының өсу сатылары

Қуық асты без рагы



Қуық асты без

рагының клиникалық белгілері

- ▶ Қуық асты без рагының алғашқы өсу сатысында ешқандай белгілер болмайды. Тек, қатерсіз аурулар туралы тек ТУР операциясы кезінде табылса, ол 5-10,0% адамдардан рак анықталынады. Осылардың 2/3-інде ісік клеткаларының пісіп жетілген түрлері байқалады, осы өзгерістер сылынған без ұлпасының 5,0% құрайды.
- ▶ Клиникалық белгілері ісіктің екі көріністерімен білінеді:
- ▶ **біріншіден**, зәр аз-аздан жиі-жиі шығып, тамшылап ағып, ауырсыну сезімнің болуы.
- ▶ **екіншіден**, ісіктің өршуі, асқынуы кезінде көрші тіндерге, мүшелерге тарап, зәрмен қан кету, ауырсыну сезімнің ұлғайуы.

- ▶ Шартты түрде қуық асты без рагын жергілікті асқынбаған және асқынған ісік деп бөлуге болады.
- ▶ Асқынбаған ракта ісік тек қуық жағынан білінеді және көбінесе бұлар 60-тан асқандарда сезіледі. Ағзада бұл кезде көптеген тағы да қосарланып жүретін аурулар болады (без аденомасы, гиперплазиясы т.б.). Осылардың да клиникалық белгілері алдыңғы қатарда болады. Үлкейген қуық асты без қуықты қысады, тітіркендіреді, міне, осыдан кейін науқас жиі-жиі кіші дәретке отырады. Егер зәр жүретін жолдар қысылса, онда зәрдің тоқталуы байқалады, бұл қосымша пиелонефрит, нефрит ауруларын туғызады. Ісік өсе келіп, жүйке талшықтарына және көрші сау мүшелерге зиянды әсерін тигізеді, осының салдарынан зәрді ұстай алмау белгісі пайда болады. Қуыққа сәл зәр жиналса, адамды кіші дәрет тартып тұрады, бірақ зәр жүретін жол қысылып тарылғаннан, ол толық зәрден босай алмайды, зәр ағарда жұқпа пайда болып, асқынады.
- ▶ Ал рак клеткаларының алыстағы мүшелерде бөгелме ісік боп орналасуы иммунитетті төмендетеді, қосымша ағзаны уыттандырады, науқас арықтайды. Қуық асты без рагында бөгелме ісік сүйектерде өте жиі орналасады, ал олар омыртқаларда болса, онда бұларда ауырсыну сезімі күшейіп, қосымша нәжіс пен зәр жүру бұзылады, ал сан сүйегін жарақаттаса, патологиялық сынықтар байқалады. Ісік асқынғанда ауырсыну сезімі үдей түседі, ауру жүдейді, зәр шығуы толығынан бұзылып, қан азаяды.

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 көңіл 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.

- ▶ I. Қуық асты безді саусақпен көру кезінде, науқасты еңкейтіп немесе оң жақ бүйіріне жатқызу арқылы жүргізіп, ісіктің көлемін, өсу сатысын, орналасқан жерін, тығыздығын анықтайды. Қуық асты без рагын қолмен тексергенде мынадай өзгерістерді анықтауға болады.
- ▶ без көлемінің ассиметриясын,
- ▶ бездің тығыздығын, ол өте қатты болуы,
- ▶ көрші мүшемен байланыста болса, бездің қозғалысы өте нашар, не оның қозғалмайтынын,
- ▶ ұрық көпіршіктерін сипап анықтауды.



Қуық асты безді саусақпен тесеру

- ▶ 2. Қуық асты без антигенін анықтау - өте маңызды, оған қарап тек ісікті анықтап қоймайды, сонымен қатар болжам жасауға болады.
- ▶ Халықты жаппай тексеру кезінде (скрининг) барлық жастағы адамдарға қалыпты деңгей ретінде 4нг/мл қанның сарысуындағы без антигенінің көрсеткіші алынады. Бұл мөлшер мынадай жағдайларда ұлғаяды:
 - ▶ рақта,
 - ▶ қатерсіз ауруда (без гиперплазиясында),
 - ▶ қабыну ауруында,
 - ▶ без ишемиясында немесе инфаркт ауруында,
 - ▶ зерттеу алдында ұрық сұйығы көрінсе,

- ▶ Қуық асты без рагын анықтаумен қатар, қуық асты без антигенін (ҚАБА) әдісі мына жағдайларда қолданады:
 - ▶ Без толығынан сылынған кезде оның мөлшері 0,1 нг/мл, немесе тіпті анықталмай қалады. Ол көтерілсе, онда ісіктің қайта қозғанын көрсетеді. Егер ҚАБА мөлшері 0,1 нг/мл болып, клиникалық көрініс жоқ болса, онда басқа диагностикалық тәсілдерді қолданудың қажеті жоқ болып саналады.
 - ▶ Науқас адам сәулемен емделсе, онда оның нәтижесін осы әдіс арқылы қадағалауға болады. Ем нәтижелі болса, онда көрсеткіш төмендейді, ал ол көтерілсе, онда ісіктің асқынғанын көрсетеді. Емге дейін науқаста ҚАБА 2,0 нг/мл ден аспаса, онда болжам 82,0% жағдайда қалыпты деңгейде болады, ал одан да жоғары болғандарда (40-50 нг/мг), бұл көрсеткіш аурудың 30,0% ғана байқалады. Сонымен емнен кейін бұл көрсеткіш төмен болып тұрса, онда айығу мерізімі 3-5 жылға созылады.
 - ▶ Ісік асқынған ауруларда да, ҚАБА көрсеткіші болжам ретінде қолданады. Ол көтерілсе, онда ісіктің одан әрі асқынуы байқалады. Мұндайда емдік тәсіл міндетті түрде өзгертілуі қажет.