

Қожа Ахмет Ясауи атындағы Халықаралық қазақ-түрік университеті

**Бархыбаева Назира Алышеровна
Утепова Райхан Яхудаевна
Саркулова Ирода Сабиржановна**

**«Әйел жыныс ағзаларының
онкологиялық аурулары»**

Оқу құралы

ШЫМКЕНТ, 2022

ОӘК: 618.1-006(075.8)
КБЖ: 57.1/55.6 я73
Б25

РЕЦЕНЗЕНТТЕР:

Якубова М.Б.— м.ғ.к., аға оқытушысы, Қожа Ахмет Ясауи атындағы Халықаралық қазақ-түрік университеті, Шымкент кампусы, Жоғары медициналық білімінен кейінгі білім беру факультеті, Акушерлік-гинекология кафедрасы

М.Е. Жантеев - м.ғ.к. доцент, Акционерлік қоғам Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы №1 Хирургия кафедрасы

Бархыбаева Н.А., Утепова Р.Я., Саркулова И.С.

«Әйел жыныс ағзаларының онкологиялық аурулары»/ Бархыбаева Н.А., Утепова Р.Я., Саркулова И.С. Қожа Ахмет Ясауи атындағы Халықаралық қазақ-түрік университеті, Шымкент кампусы, Шымкент, 2022 жыл – 106 б.

ISBN 978-601-339-199-1

Оқу құралы әйелдердің ұрпақты болу жүйесінің онкологиялық ауруларымен өз жұмысында кездесетін басқа мамандықтағы дәрігер гинекологтар үшін ақпарат бар. Оқу құралында әйел жыныс ағзаларының қатерлі ісіктерін диагностикалаудың, емдеудің және алдын-алудың заманауи әдістері туралы ақпарат берілген.

Бұл оқу құралында соңғы медициналық әдебиеттердің мәліметтері ұсынылған, авторлардың жеке бақылаулары мен зерттеулерінің көпжылдық тәжірибесі жинақталған.

Осы оқу құралы медициналық жоғары оқу орындарының студенттеріне, интерндерге, резиденттерге, біліктілікті арттыру курстарының тыңдаушыларына және тәжірибелік дәрігерлерге арналған.

ОӘК: 618.1-006(075.8)
КБЖ: 57.1/55.6 я73
Б25



Қожа Ахмет Ясауи атындағы Халықаралық қазақ-түрік университетінің Сенат отырысында қаралды және мақұлданды
Хаттама № 10 «25» 05.2022ж.

© Бархыбаева Н. А., Утепова Р.Я., Саркулова И.С., 2022
© «Жебе»баспасы, 2022

МАЗМҰНЫ

Қысқартулар тізімі.....	4
Кіріспе.....	5
1.Әйел жыныс ағзаларының қатерлі ісіктерінің даму қауіп факторлары.....	6
Тақырып бойынша тесттік тапсырмалар мен ситуациялық есептер.....	10
2.Жатыр мойнының ісігі.....	15
2.1.Маңыздылығы мен таралуы.....	15
2.2.Этиологиясы.....	17
2.3.Клиникалық көрінісі.....	17
2.4.Диагностикасы.....	18
2.5.Емі.....	19
2.6.Алдын алу.....	20
2.7.Болжамы.....	21
Тақырып бойынша тесттік тапсырмалар мен ситуациялық есептер.....	22
3.Жатырдың қатерлі ісігі.....	28
3.1.Этиологиясы.....	28
3.2.Клиникалық көрінісі.....	30
3.3.Диагностикасы.....	30
3.4.Геномдық кіші топтары.....	31
3.5.Стадирленуі.....	32
3.6.Болжамы.....	33
3.7.Емі.....	33
Тақырып бойынша тесттік тапсырмалар мен ситуациялық есептер.....	37
4.Жатыр саркомасы.....	42
4.1.Себептері.....	42
4.2.Жіктелуі.....	43
4.3.Кезеңдері.....	43
4.4.Клиникалық көрінісі.....	44
4.5.Диагностикасы.....	44
4.6.Емі.....	45
4.7.Болжамы.....	46
Тақырып бойынша тесттік тапсырмалар мен ситуациялық есептер	46
5.Аналық без ісіктері.....	50
5.1.Эпидемиологиясы.....	50
5.2.Этиологиясы.....	51
5.3.Морфологиялық жіктелуі және клиникалық көрінісі.....	54
5.4.Диагностикасы.....	61
5.5.Скрининг.....	66
5.6.Емі.....	69
5.7.Жүктілік кезіндегі аналық без ісіктері.....	92
Тақырып бойынша тесттік тапсырмалар мен ситуациялық есептер.....	96
Қорытынды.....	100
Әдебиеттер.....	101
Қосымша №1 Тесттік тапсырмалар мен ситуациялық есептер жауаптарының эталоны.....	102

ҚЫСҚАРТУЛАР ТІЗІМІ

ЖМІ - жатыр мойнының ісігі
ЭІ - эндометрийдің ісігі
АИТВ - адамның иммун тапшылығы вирусы
ЖДІ - жатыр денесінің ісігі
ЖЖБА - жыныстық жолмен берілетін аурулар
АПВ - адамның папиллома вирусы
ДДҰ - Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымы
ЭТЖ - эритроциттердің тұну жылдамдығы
УДЗ - ультрадыбыстық зерттеу
КТ - компьютерлік томография
МРТ - магнитті -резонансты томография
ПЭТ - позитронды -эмиссиялық томография
ПАП - Папаниколау сынамасы
ЭКГ - электрокардиография
ҚІЗХА - Қатерлі ісікті зерттейтін Халықаралық агенттік
АФП - альфафетопротеин
ХГ - хорионды гонадотропин
ЛДГ - лактатдегидрогеназа
ОФА - онкофеталді антигендер
ЭКҰ - экстракорпоралді ұрықтандыру
ХБ - халықаралық бірлік
ПЛД - пегирленген липосомалық доксорубицин
СТЖ - сигналдық лимфа түйіні
ЖИЦ - жасыл индоцианин

КІРІСПЕ

Онкогинекология - әйелдердің репродукциялық саласының ісік ауруларының себептерін анықтаумен, диагностикамен, емдеуімен және алдын алуымен айналысатын медицина саласы.

Ісік ауруларының даму қаупі: жасына қарай жоғарылайды (жағдайлардың ең көп саны 40 жастан кейін диагноз қойылады, аурудың максималды деңгейі 40-60 жас аралығында болады).

Әдетте, ерте кезеңдерде ауру симптомсыз немесе спецификалық емес көріністермен жүреді (іштің төменгі бөлігіндегі жайсыздық пен өтпелі ауырсыну, бөлінді – қынаптан қан аралас бөліндінің болуы, етеккір циклінің бұзылуы да байқалуы мүмкін).

Жамбас ағзаларының ісіктері қатерсіз және қатерлі ісіктердің өте гетерогенді тобы болып табылады. Әйелдердің ұрпақты болу саласының ісік ауруларының әртүрлі нұсқаларында диагностика және емдеу бойынша зерттеулердің нәтижелеріне ұсынылған заманауи шолу тәжірбиелік дәрігерлерге әр нақты клиникалық жағдайда жеке көзқарасы бар пациенттердің осы санаттарындағы оңтайлы диагностикалық және емдік тактиканы анықтауға мүмкіндік береді[1,56].

Аналық без ісіктері сияқты жамбас ағзаларының ісіктерін диагностикалау және емдеу проблемасы онкогинекологиядағы ең қиын мәселелердің бірі болып табылады. Әйел жыныс ағзаларының қатерлі ісіктерімен ауыратын науқастардың көпшілігінде ауру кеш сатыларда анықталады және оларды емдеу нәтижелері қанағаттанарлықсыз болып қалады. Көптеген заманауи диагностикалық әдістердің жоғары сезімталдығына қарамастан, олардың ерекшелігі қатерсіз және қатерлі процестерді саралау үшін жеткіліксіз, бұл қатерлі ісіктерді ерте анықтау үшін тиімді скринингті қамтамасыз ете алмайды[2,46].

Бұл оқу құралы клиникалық көріністің ерекшеліктері, соңғы халықаралық жіктеулерді ескере отырып, қатерлі ісіктерді емдеудің нұсқалары көрсетілген. Диагностика және емдеу кезеңдеріндегі мүмкін қателер талқыланды. Оңалту және паллиативтік көмек мәселелеріне ерекше назар аударылды. Осы оқу құралында онкогинекология проблемасының қазіргі жағдайын көрсетеді.

Оқу құралы онкологтарға, гинекологтарға, хирургтарға, байланысты мамандықтағы дәрігерлерге, сондай-ақ медициналық жоғары оқу орындарының жоғары курс студенттеріне, интерндерге, резиденттерге арналған.

1.ӘЙЕЛ ЖЫНЫС АҒЗАЛАРЫНЫҢ ҚАТЕРЛІ ІСІКТЕРІНІҢ ДАМУЫНЫҢ ҚАУІП ФАКТОРЛАРЫ

Қауіп топтарына бірқатар факторлардың (жас, кәсіби, эндокриндік генетикалық, метаболизмдік немесе олардың комбинациясы) салдарынан қатерлі ісіктердің пайда болу қауіпі популяцияға қарағанда едәуір жоғары әйелдер жатады.

Бірден айта кету керек, фондық және қатерлі ісікке дейінгі аурулар ұғымдарын қауіп-қатер топтарымен шаттастырмау керек, өйткені олар тәуелсіз нозологиялық бірліктер болып табылады және іс жүзінде міндетті емес немесе міндетті емес ісікке дейінгі аурулар болып табылады. Сонымен қатар, аурудың кез-келген белгілерінің пайда болуы науқасты дереу терең тексерудің көрсеткіші болып табылады[1-76].

Жасы

Жасы-жыныс ағзаларының қатерлі ісіктерінің даму қауіпінің әмбебап факторы, ал жас санаты неғұрлым жоғары болса, қатерлі ісіктің пайда болу қауіпі соғұрлым жоғары болады.

Скринингтік тексерулер жүргізу керек шекті жас-40 жас. Алайда, бұл ЖМІ-ге қатысты емес, мұнда аурудың дамуы, біріншіден, жасына байланысты емес, екіншіден, жеткілікті қол жетімді цитологиялық зерттеу инвазивті қатерлі ісікті ғана емес, сонымен қатар дисплазия мен преинвазиялық қатерлі ісік кезеңіндегі процесті де анықтауға мүмкіндік береді. Жоғарыда айтылғандардың бәрі жыныстық өмірдің басталуымен әйелдерде цитологиялық зерттеудің орындылығын талап етеді.(кесте 1.)

Кесте 1.

Әйел жыныс ағзаларының фондық және қатерлі ісіктерінің жасқа байланысты таралуы

Жасы	Ауру
20-30 жас	Жатыр мойнының эндоцервикоздары және лейкоплакиясы Көпіршікті сырғанау және хорионэпителиома Жатыр мойны дисплазиясы Рабдомиосаркома қынаптың және вульвы
30-39 жас	Преинвазивті ЖМІ Инвазивті ЖМІ
40-49 жаста	Безді және атипті эндометрийдің гиперплазиясы Жатырдың лейомиосаркомасы
50-59 жас	Аралас мезодермальды жатырдың ісіктері Аналық бездің қатерлі ісіктері Эндометрийдің ісігі (ЭІ)
60-80 жас	Қынаптың қатерлі ісігі Вульваның ісігі

Жыныстық және репродукциялық мінез-құлық

Біздің жасөспірімдерге қауіп төніп тұр. Олар кездесетін қауіптерге жыныстық жолмен берілетін инфекциялар, қалаусыз жүктілік, түсік түсіру жататындығын білмейді. Мүмкін, ересектер өздерін осы қауіптерден қалай қорғауға болатынын біледі, ал егер бұл жасөспірімдер инфекцияларды, соның ішінде АИТВ-дан қорғау туралы сенімді ақпаратты, алдағы уақытта ерте жүктіліктің, бедеуліктің және денсаулыққа байланысты басқа да мағлұматтарды білсе проблемалардың алдын алуға болады.

Репродукциялық денсаулық ерте жаста қалыптасатынын және өмір бойы адамның репродукциялық денсаулығын одан әрі анықтайтынын түсіну керек. Репродукциялық жүйенің жетілмегендігі, қауіпті мінез-құлықтың, оның ішінде жыныстық мінез-құлықтың таралуы, сондай-ақ жасөспірімге тән сынақтар мен қателіктер жолындағы дұрыс емес қадамдар. Сондықтан болашақ ересектер отбасын құрып, дені сау балаларды дүниеге әкелуі үшін бүгін жастардың репродуктивті денсаулығын сақтау үшін жағдай жасау өте маңызды[1-86].

Н. А. Семашко атындағы ғылыми-зерттеу институтының мәліметтері бойынша жасөспірім қыздардың 40-50%-ы 15,5 жасында жыныстық өмірді бастайды. Жыныстық жолмен берілетін аурулармен (ЖЖБА) ауыратын науқастар арасында жыныстық өмірдің басталуының орташа жасы — 14,3 жас. Соңғы жылдары жасөспірім қыздар арасында шамамен бірдей қарқынмен мерезбен ауыру 74 есе, ал ұлдар арасында 117 есе өсті.

ЖЖБА саны артуда. Бұл ақпарат өте маңызды, өйткені бұл аурулардың қоздырғыштары жатыр мойнының ісікалды және ісік ауруларының пайда болуына әсер етуі мүмкін.

Жатыр мойнының қатерлі ісіктерін индукциялауда адам папилломасы вирусы (АПВ) жетекші рөл атқарады. Қазіргі уақытта АПВ-ге қарсы емдік және профилактикалық вакциналар жасалды (Гардасил, Церварикс). Алайда халықты вакцинациялаудың тиімділігін 40-45 жылдан кейін бағалауға болады. Жыныстық мінез-құлықтың керісінше-жыныстық өмірдің болмауы. Бұл қауіп факторы бұрыннан белгілі және дене қатерлі ісігінің дамуына ықпал етеді. (кесте 2).

Кесте 2.

Жыныстық және репродукциялық мінез-құлықтың, әйел жыныс ағзаларының қатерлі ісіктерінің пайда болуына ықпал ететін ерекшеліктері

Тәуекел факторлары	Жыныстық мінез-құлық			Репродукциялық мінез-құлық	
	Жыныстық өмірдің ерте басталуы	Жыныстық серіктестердің жиі өзгеруі	Жыныстық өмірдің болмауы	Ерте босану	Жүктіліктің болмауы
Локализациясы	ЖМІ	ЖМІ Вульва ісігі	ЖДІ АБІ	ЖМІ	ЖДІ АБІ

Артық салмақ

Қазіргі уақытта әлемдегі әрбір екінші тұрғынның артық салмағы бар. Әйелдерде артық салмақ жиі кездеседі. Бұл патология жастарда: 15-20 жас аралығындағы адамдардың 20% - ында артық дене салмағы бар. Семіздік-ауыр аурумен байланысты ауру метаболикалық процестер мен эндокриндік функциялардың бұзылуы. Май тінінде андрогендер (андростендион) эстрогенге (эстрогенге) айналады. Бұл гиперэстрогенияны және сүт бездері мен жатыр денесінің дисгормональды ауруларының дамуын анықтайды.

Бар майлы тіндердің маңызы мен таралуы: іштің семіздік түрі әртүрлі патологияның даму қаупімен байланысты. Артық салмақ бірқатар онкологиялық аурулардың пайда болуына ықпал етеді: тоқ ішек, бүйрек, өңеш, сүт безі қатерлі ісігі, ЖДІ, сондай-ақ көптеген созылмалы инфекциялық емес аурулар. Бұл қауіп факторын жою келесі элементтерді қамтиды: белсенді өмір салты, дұрыс тамақтану және жеткілікті физикалық белсенділік қажеттілігін түсіну[1-86].

Тамақтану ерекшеліктері

Рационалды тамақтану мәселесі жоғарыда қарастырылған әйел жыныс ағзаларының қатерлі ісіктерінің қауіп факторларымен тікелей байланысты. Жалпы алғанда, соңғы онжылдықтарда тұжырымдалған тиімді тамақтану бойынша ұсыныстар келесідей:

- жалпы май тұтынуды шектеу;
- жемістер мен көкөністерді, сондай-ақ бұршақ дақылдарын тұтынуды ұлғайту,
- тамыржемістілер мен тұтас астықтан жасалған өнімдер;
- қант пен тұзды тұтынуды шектеу;
- витаминдер мен провитаминдерді профилактикалық қолдану.

Темекі шегу

Әлемде ерлердің 66,5%-ы, әйелдердің 25%-ы, оның ішінде жасөспірімдердің 50%- ы темекі шегеді, олардың арасында қыздар да аз емес. Темекі шегу әр түрлі локализациядағы қатерлі ісіктердің, соның ішінде ЖМІ-нің пайда болу қаупі факторы ретінде танылады. Қатерлі ісікпен ауыратын темекі шегушілердің жатыр мойны шырышында 100% жағдайда никотин табылды. Темекі шегу тек сквамозды жасушалық ЖМІ даму қаупін арттырады. Темекі шегу мүмкін АПВ тудыратын инфекциямен байланысты жатыр мойны патологиясы болған кезде ЖМІ дамуын жеделдетеді[1-96].

Генетикалық бейімділік

Қазіргі уақытта әйелдің жыныс ағзаларының қатерлі ісік болуы тұқым қуалаушылыққа бейімділік аналық безінің ісігі және жатыр денесі ісігінде кездесетіні дәлелденген.

Қатерлі ісіктерге тұқым қуалайтын бейімділік туралы келесі клиникалық және генеалогиялық белгілер болған кезде ойлану керек— - ауыр отбасы

тарихы (1-ші дәрежелі туыстарда қатерлі ісіктердің үш жағдайы және одан да көп);

- отбасында аурудың тікелей берілуі (анасы — қызы немесе анасы — қарындасы — жиені және т. б.);

- отбасында жұптасқан мүшелердің екі жақты зақымдануын қоса алғанда, бастапқы-көптеген ісіктері бар науқастардың болуы;

- ауру туыстарының кем дегенде біреуінде қатерлі ісіктің пайда болу жасы популяциямен салыстырғанда анағұрлым жас;

- тіпті асқынған жағдайларда да онкологиялық аурудың қолайлы ағымы[1-106].

Жоғарыда айтылғандардың бәрі науқастың отбасы мүшелеріне медициналық-генетикалық кеңес беруді және онкогенетикалық қауіп тобын қалыптастыруды қажет етеді.

Осыған байланысты оның таза түрінде генетикалық бейімділік туралы айтқанда, конституциялық және эндокриндік метаболикалық сипаттамалардың рецессивті түрі бойынша мұрагерлік туралы есте сақтау керек (овуляцияның бұзылуы, стероидты гормондардың метаболизмі, семіздік, қант диабеті және т.б.). Бұл аурулар бірінші патогенетикалық нұсқа бойынша ЭІ дамуының қауіп тобын қалыптастыруда өте маңызды. Қатерлі ісікке шалдыққан науқастардың тікелей туыстары арасында сүт безі, жатырдың, аналық бездердің және тоқ ішектің қатерлі ісігінің даму жиілігі жоғары, бұл отбасылық синдромның бір түрін ұсынады (Линч II синдромы).

Ионизациялаушы радиация

Диагностикалық мақсатта рентгенологиялық және радиоизотоптық зерттеулерге бірнеше рет ұшыраған адамдарда, жол берілетін сәулелік жүктемелер сақталмаған кезде онкологиялық аурулардың даму қаупі едәуір жоғары. Радиогендік ісіктері бар науқастардың, яғни 10-30 жыл бұрын жатыр мойны мен денесінің қатерлі ісігі үшін бұрын радиациялық емделген науқастардың көбеюі ерекше маңызды. Бұл ісіктердің локализациясы-қынап, жатыр денесі және тік ішек[1-106].

Кәсіби факторлар

Жұмыспен қамтудың ең жоғары деңгейі 25-44 жас аралығындағы жасқа келеді. Көптеген кәсіби аурулар мен созылмалы интоксикация кезінде эндокриндік жүйе патологиялық процеске қатысады-жыныс ағзаларының функцияларын негізгі реттегіштердің бірі. Резеңке, пластмасса, тігін бұйымдары және электр техникалық жабдықтар өндіретін кәсіпорындардың жұмысшыларында жатыр денесінің қатерлі ісігімен сырқаттанушылықтың жоғарылауы анықталды.

Кәсіби байланыс, цитостатиктерді өндіру және пайдалану кезінде қатерлі ісік ауруының қаупі жоғары.

Тақырып бойынша тесттік тапсырмалар мен ситуациялық есептер

Тесттік тапсырмалар

1. Гормондық терапияны емдеу элементтерінің бірі ретінде жүргізуге болады

- A. лейомиосаркома кезінде
- B. эндометрийлік саркомамен
- C. эндометриоидты саркома
- D. дұрыс жауаптар A) және B)
- E. эндометрий обырында

2. Метастаздың табиғаты (лимфагендік немесе гематогендік) көбіне байланысты

- A. ауру жастан бастап
- B. ісік локализациясы
- C. ісіктің гистологиялық құрылымы
- D. қатар жүретін жыныс патологиясы
- E. барлық аталғандар

3. 65 жастағы науқаста ісіктің жоғарғы үштен бірінде локализациясы бар II сатыдағы вагинальды қатерлі ісік анықталды. Оған неғұрлым орынды

- A. жақын фокустық рентген терапиясы
- B. ішкі сәулелік терапия
- C. қашықтан G-терапия
- D. аралас сәулелік терапия
- E. дұрыс жауаптар A) және B)

4. 60 жастағы науқаста вульваның меланомасы анықталды. Диаметрі 0,5 см болатын ісік үлкен жыныстық еріннің аймағында орналасқан. Оған қажет

- A. ісікті кесу
- B. қарапайым вульвэктомия
- C. кеңейтілген вульвэктомия + химиотерапия
- D. кеңейтілген вульвэктомия + лимфаденэктомия
- E. бақылау

5. Метастаздың кезеңділігі байланысты қатерлі ісіктерге тән емес

- A. жатыр денесі
- B. жатыр мойны
- C. аналық бездер
- D. қынаптың
- E. вульва

6.Қынаптың ісікалды ауруларына жоғарыда аталғандардың барлығы жатады, мынадан басқа:

- А. лейкоплакия
- В. полиптер
- С. папиллома
- Д. дисплазия
- Е. кольпит

7.Қынапта метастазы болуы мүмкін : 1) жатыр мойны обырының 2) жатыр денесі қатерлі ісігінің 3) хориокарциноманың 4) жатыр саркомасының 5) асқазан қатерлі ісігінің 6) қалқанша безінің қатерлі ісігінің

- А. барлық аталғандар
- В. 6-дан басқа барлық аталғандар
- С. 5 және 6-дан басқа барлық аталғандар
- Д. 3 және 4-тен басқа барлық аталғандар
- Е. 1 және 2-ден басқа барлық аталғандар

8.Вульваның ісіктерін диагностикалауда шешуші зерттеу болып табылады:

- А. гинекологиялық тексеру
- В. цитологиялық зерттеу
- С. гистологиялық зерттеу
- Д. 32р бар радиоизотопты
- Е. термография

9.Көпіршікті тығын (пузырный занос)диагнозымен жатыр қуысын қырғаннан кейін полихимиотерапияны қай кезде жүргізген тиімді:

- 1) жатырдың денесі 6 аптаға дейін үлкейген, ХГ титрі - 5000 (зәрде)
- 2)лютенді кисталар 10 см - ге дейін, ХГ титрі - 1000 (зәрде)
- 3)жатырдың денесі 10 аптаға дейін үлкейген, ХГ титрі -10000 (зәрде)
- 4)өкпеде метастаздар бар кезінде

- А. барлық аталғандар дұрыс
- В. 1-ден басқа бәрі дұрыс
- С. 1 және 2-ден басқа барлығы дұрыс
- Д. 2 және 3-тен басқа барлығы дұрыс
- Е. 3 және 4-тен басқа барлығы дұрыс

10.Фаллопийлік түтіктің қатерлі ісігінде қатерлі ісіктің келесі морфологиялық түрі жиі кездеседі:

- А. сквамозды жасушалық карцинома
- В. папиллярлы аденокарцинома
- С. аденокарцинома
- Д. безді қатты қатерлі ісік

Е. бөлінбеген қатерлі ісік

11. Жатырдың қосалқыларымен кеңейтілген экстирпациясы кезінде аталған барлық лимфа түйіндері алынып тасталады

- А. параметрлік
- В. жапқыш артериялар
- С. сыртқы және ішкі мықын артерияларымен
- Д. жалпы мықын бар
- Е. парааорталық

12.ІІІ сатыдағы вульва обырын емдеуде (T2N2M0) таңдау әдісі болып табылады.

- А. кеңейтілген вульвэктомия
- В. кеңейтілген вульвэктомия + отадан кейінгі сәулелену
- С. сәулелік емдеу + кеңейтілген вульвэктомия
- Д. кеңейтілген вульвэктомия + ішек-аналық лимфаденэктомия + отадан кейінгі сәулелік емдеу
- Е. сәулелік емдеу + кеңейтілген вульвэктомия + ішек-аналық лимфаденэктомия

13.Вагинальды қатерлі ісік кезіндегі лимфогендік метастаздың топографиясы байланысты

- А. жасына
- В. ісік орналасуына
- С. инвазия тереңдігіне
- Д. нейробласттық бұзылулардың ауырлығына
- Е. дұрыс жауаптар В) және С)

14.Қынапқа метастаз береді : 1) жатыр мойны обыры; 2) жатыр денесінің қатерлі ісігі; 3) хориокарцинома; 4) жатыр саркомасы; 5) асқазан қатерлі ісігі; 6) қалқанша безінің қатерлі ісігі;

- А. барлық аталғандар
- В. 6-дан басқа барлық аталғандар
- С. 5 және 6-дан басқа барлық аталғандар
- Д. 3 және 4-тен басқа барлық аталғандар
- Е. 1 және 2-ден басқа барлық аталғандар

15.Гормондық емдеуге қарсы көрсеткіштер:

- А. сүт безі ісігі
- В. тромбфлебит және тромбэмболия
- С. гепатит
- Д. ойық жара ауруы
- Е. барлық аталғандар

16.Тұқым қуалайтын фактор қатерлі ісіктің пайда болуына үлкен әсер етеді:

- A. жатыр мойнының
- B. жатыр денесінің
- C. аналық бездің
- D. вульваның
- E. дұрыс жауаптар A) және B)

17.Вульваның қатерлі ісіктерінде жиі кездеседі

- A. сквамозды жасушалық карцинома
- B. төмен сараланған қатерлі ісік
- C. аденокарцинома
- D. жеңіл жасушалы қатерлі ісік
- E. қалыпты қатерлі ісік

18.Жатырдың трофобласттық ісіктерінің клиникалық ағымы:

- A. қан кету
- B. ауырсыну
- C. жатырдың ұлғаюы
- D. лютеин кисталарының пайда болуы
- E. барлық анықталғандар

19. Сыртқы жыныс ағзаларының ісік алды ауруларына жатады?

- A. кондилома
- B. невус
- C. дисплазиясыз лейкоплакия
- D. дисплазиясыз крауроз
- E. дисплазиясы бар крауроз

20.75 жастағы науқаста төменгі үштен бірінде орналасқан бар вагиналды I сатыдағы қатерлі ісік анықталды . Ең қолайлы емін таңдаңыз:

- A. жақын фокустық рентген терапиясы
- B. ішкі сәулелік терапия
- C. қашықтан G-терапия
- D. аралас сәулелік терапия
- E. дұрыс жауаптар A) және B)

21.Гистогенездің және морфологиялық формалардың әртүрлілігі қатерлі ісіктермен ерекшеленеді

- A. жатыр
- B. жатыр мойны
- C. аналық бездер
- D. қынаптың
- E. Вульваның

Ситуациялық есептер

Есеп №1

Клиникаға 22 жастағы науқас елтігу, дененің t -нің 38°C -ке дейін жоғарылауы, түнгі терлеу, терінің қышуы туралы шағымдармен келеді. Кеуде қуысының рентгенографиясында-медиастинаның көлеңкесін 10 см-ге дейін кеңейту. Қарап тексеру және пальпациялау кезінде 2 см-ге дейін үлкейтілген, сол жақтағы супраклавикулярлы лимфа түйіні анықталады, оның жұқа инелі аспирациялық биопсиясы жасалады. Цитологиялық зерттеу кезінде пунктатта полиморфты жасушалармен қатар Березовский-Рид-Штернбергтің алып көп ядролы жасушалары табылды. Диагноз?

Есеп №2

Науқас 40 жаста. Лапаротомияда оң жақ аналық бездің цистикалық ісігі анықталды капсуланың сыртқы бетіндегі папиллярлық өсінділермен байланысты емес қоршаған ұлпалармен. Екінші аналық без бұзылмайды. 2 литр Асцит (шөгінді Цитологиясы: жасушалар аденокарциномы). Интраоперациялық шұғыл гистологиялық зерттеу нәтижесі: серозды аденокарцинома. Кейінгі жоспарлы гистологиялық зерттеу кезінде операция кезінде жойылған басқа мүшелер мен ұлпаларда ісік өсуі табылған жоқ. Сұрақтар:

1. TNM классификациясы бойынша қандай кезеңді белгілеу керек?
2. FIGO классификациясы бойынша қандай кезеңді белгілеу керек?
3. Қандай операцияны орындау керек?
4. Әрі қарай емдеу жоспары?
5. Науқасты бақылау кезінде қандай ісік маркерлерін қолдану керек адьювантты емнің аяқталуы?

Есеп №3

Науқас 50 жаста. Лапаротомияда оң жақ аналық бездің цистикалық ісігі анықталды капсуланың сыртқы бетіндегі папиллярлық өсінділермен байланысты емес қоршаған ұлпалармен. Екінші аналық без бұзылмайды. 2 литр Асцит (шөгінді Цитологиясы: жасушалар мезотелия). Интраоперациялық шұғыл және кейінгі жоспарлы нәтиже гистологиялық зерттеу: мукинозды аденокарцинома. Басқа қашықтан кезінде ісік өсуінің мүшелері мен тіндеріне операция жасалмайды. Сұрақтар:

1. TNM классификациясы бойынша қандай кезеңді белгілеу керек?
2. FIGO классификациясы бойынша қандай кезеңді белгілеу керек?
3. Қандай операцияны орындау керек?
4. Әрі қарай емдеу жоспары?
5. Науқасты бақылау кезінде қандай ісік маркерлерін қолдану керек адьювантты емнің аяқталуы?

2.ЖАТЫР МОЙНЫНЫҢ ІСІГІ

Жатыр мойны қатерлі ісігі-бұл жатыр мойны аймағында пайда болатын қатерлі ісік. Гистологиялық тұрғыдан оның екі негізгі түрлері бар: аденокарцинома және жалпақжасушалы карцинома. Қазіргі уақытта адамның папилломавирусымен және жатыр мойны ісігінің даму қаупімен байланысы дәлелденген болып саналады.

Жатыр мойын ісігі қатерсіз және қатерлі ісік, ісікалды процестер болатындығын білу керек.

Қатерсіз ісіктерге мыналар жатады:

- * қарапайым эктопия;
- * эндоцервикоз;
- * лейкоплакия;
- * эндометриоз;
- * жатыр мойнының тыртықты деформациясы және т. б.

Ісікалды процестерге - дисплазия жатыр мойнының ауырлық дәрежесі әр түрлі.

2.1.Маңыздылығы мен таралуы

Жатыр мойны ісігімен ауыру мәселесін зерттеу XIX ғасырда жүргізілді, алынған нәтижелер жыныстық өмір белсенділігі мен қатерлі ісік ауруының жиілігі арасындағы байланысты көрсетті. Қазіргі зерттеулер бұл деректерді растайды, жыныстық серіктестердің өзгеру жиілігі мен жатыр мойны ісігінің қаупі арасында байланыс бар[1-156]. Бұл ауру орта жастағы әйелдерде жиі кездеседі (35-55 жас), 20% жағдайда ол 65 жастан асқан, ерте жастағыларда салыстырмалы түрде сирек кездеседі. Жатыр мойны ісігіменмен ауыру әйел жыныс жүйесінің басқа ісіктерімен сырқаттанушылықтан едәуір асып түседі. ХХІ ғасырдың басында жатыр мойны ісігімен мен ауыратындардың кеш сатыларында өсуі байқалады: IV сатыдағы ісіктің үлесі, түрлі деректер бойынша 37,1 % — 47,3% құрайды.

Статистикаға сәйкес, онкологияның бұл түрімен ауыру жылдан жылға азайып келеді.

Жатыр мойны ісігі жалпы әйелдердің онкологиялық ауруларының еуропалық тізімінде 7-ші орында,Ресейде — 5-ші орында. 2018 жылы сарапшылардың пікірінше, 570 000 Жаңа жағдай әйелдер арасындағы қатерлі ісік ауруының 6,6% құрайды. Жатыр мойны ісігінен қайтыс болғандардың шамамен 90% - ы табысы төмен және орташа елдерде болған.

Экономика деңгейі дамыған елдерде адамның папилломавирусына ерте скрининг пен вакцинация жүргізудің арқасында аурудың пайызы төмен-шамамен 3,8%. АҚШ-та 1980 жылдан бастап ол 45% - ға төмендеді. Шығыс Еуропа елдерінде ауру деңгейі жоғары. ХХІ ғасырдың басында жатыр мойнының қатерлі зақымдануының IV сатысы анықталған науқастардың пайызы 37,1 — ден 47,3-ке дейін өсті.

30-35 жасқа дейін ауру өте сирек кездеседі. Тәуекел тобы-35 жастан 55 жасқа дейінгі әйелдер. Тек 20% жағдайда әйелдерге 65-тен кейін "жатыр мойны обыры" диагнозы қойылады. Емдеу және өмір сүру болжамы дәрігерге уақтылы баруға және ауруды ерте анықтауға байланысты.

Онкология ерте анықталған жағдайда науқастардың 92% - ы 5 жыл және одан да көп өмір сүреді.

Жіктелуі

Жатыр мойны ісігін жіктеуде стандартты TNM қолданылады-қатерлі ісіктердің жіктелуі.

* **Tx**-ісікті бағалау үшін деректер жеткіліксіз.

* **T0** - бастапқы ісік анықталмайды.

* **Tis** - карцинома преинвазивті. FIGO 0 сатысы

***T1**-жатыр мойнының шектелген қатерлі ісік (Жатыр денесін қоспағанда). FIGO 1 кезеңі:

* T1a-инвазивті ісік, тек микроскопиялық жолмен анықталады. FIGO 1A кезеңі

* T1a1- строма инвазиясына тереңдігі 3,0 мм-ге дейін және беті 5,0 мм-ге дейін. FIGO 1a 1 сатысы

* T1a2- строма инвазиясына тереңдігі 5,0 мм-ге дейін және беті бойынша 7,0 мм-ге дейін . FIGO 1a 2 бойынша кезең

* T1b-жатыр мойнымен шектелген клиникалық анықталған зақымдану немесе T1A/1A2-ге қарағанда микроскопиялық анықталған үлкен зақым. FIGO 1B кезеңі

* T1b1-клиникалық анықталатын зақымдану ошағы ең үлкен өлшемде 5,0 мм-ден 4,0 см-ге дейін. FIGO 1b1 кезеңі

* T1b2-4,0 см-ден астам клиникалық анықталған зақымдану ошағы, Figo 1b1 сатысы

* **T2**-жатыр мойнының ісігі, жатырдан тыс таралады, бірақ жамбас қабырғасы немесе қынаптың төменгі үштен бір бөлігі өспейді. FIGO 2 кезеңі

* T2a-параметрийге инвазиясыз. FIGO 2A кезеңі

* T2b-параметрияға инвазиямен. FIGO 2B кезеңі.

* **T3**-жатыр мойнының қатерлі ісігі, жамбас қабырғасына таралуы, қынаптың төменгі үштен бір бөлігінің зақымдануы, бүйрек функциясының бұзылуы. FIGO 3 кезеңі.

* T3a-ісік қынаптың төменгі үштен біріне әсер етеді, бірақ жамбас қабырғасына таралмайды және бүйрекке зақым келтірмейді. FIGO 3A кезеңі.

* T3b-ісік жамбас қабырғасына таралады және / немесе гидронефрозға және жұмыс істемейтін бүйрекке әкеледі. FIGO 3B кезеңі.

* T4-ісік қуықтың немесе тік ішектің шырышты қабығына таралады және / немесе жамбас шеңберінен шығады. FIGO 4A кезеңі.

* M1-алыс метастаздар. FIGO 4B кезеңі[1-176].

FIGO – the International Federation of Gynecology and Obstetrics.

2.2.Этиологиясы

Қазіргі уақытта жатыр мойны ісігінің қаупін арттыратын факторлар анықталды. Оларға мыналар жатады:

- * Жыныстық өмірдің ерте басталуы (16 жасқа дейін).
- * Жыныстық серіктестердің жиі өзгеруі (жылына 2-3-тен көп).
- * Темекі шегу.
- * Адам папилломасы вирусын жұқтыру.

Көп жағдайда қатерлі ісік ауруының қауіп факторы 16-шы және 18-ші серотиптердің адам папилломавирусы болып табылады. Бұл серотиптердің вирустары жатыр мойны ісігінің 65-75% жағдайына жауап береді. Адамның папилломавирусымен инфекция негізінен жыныстық жолмен жүреді, ал контрацепцияның тосқауыл құралдары көбінесе АПВ инфекциясынан қорғаудың жеткіліксіз тиімділігіне ие.

АПВ тасымалдаушысымен жыныстық қатынас кезінде инфекция 75% - ға жетсе де, 90% жағдайда вирус иммундық жүйемен тез жойылады, ал егер вирус иммундық қорғанысты жеңе алса, жатыр мойны эпителийіндегі өзгерістермен бірге аурудың тұрақты ағымы дамиды[1-186].

ДДҰ зерттеулері көрсеткендей, өмір бойы 10-нан астам жыныстық серіктес болған әйелдің жатыр мойны обырына шалдығу қаупі 3 есе көп. Сондай-ақ, АПВ-мен ауыратын әйелдерде олардың тұрақты жыныстық серіктестері басқа популяциядағы еркектерге қарағанда 5 есе жиі 20-дан астам жыныстық серіктестерге ие болды.

2.3.Клиникалық көрінісі

Ерте сатылардағы симптомдар болмауы немесе қиын дифференциаланған түрінде көрінуі мүмкін. Аурудың дамуының кейінгі кезеңдерінде келесі клиникалық белгілер пайда болуы мүмкін[1-206].

- * Патологиялық қынаптан қан кету.
- * Жыныстық қатынастан кейін, жыныс мүшелерін шаюдан немесе гинекологтың қынаптық қарауынан кейінгі қан кету.
- * Менструацияның сипаты мен ұзақтығының өзгеруі.
- * Менопауза басталғаннан кейін қынапта қанды бөлінудің пайда болуы.
- * Жамбас аймағындағы ауырсыну.
- * Жыныстық қатынас кезінде ауырсыну.

Жоғарыда аталған барлық клиникалық белгілердің бәрі арнайы емес. Сондай-ақ, жатыр мойны ісігінің дамуы жүйелік әсерлермен бірге жүруі мүмкін, мысалы:

- Үдемелі әлсіздік, шаршағыштық.
- * Тез салмақ жоғалту.
- * Ұзақ сақталатын субфебрильді температура 37,5° С аспайды.
- * Анемия және ЭТЖ жоғарылауы.

Тән клиникалық белгілердің болмауы және аурудың дебютінде шағымдардың болмауы ерте диагнозды едәуір қиындатады және тұрақты гинекологиялық тексеру болмаған кезде аурудың кеш диагнозына әкеледі, бұл қалпына келтіру болжамын едәуір нашарлатады.

2.4.Диагностикасы

Клиникалық көріністердің жасырын және нақты клиниканың болмауына байланысты диагностиканың ең тиімді әдісі қатерлі ісіктердің ерте кезеңдерін анықтау жүйелі гинекологиялық тексерулер болып табылады.

Жатыр мойны ісігі дамудың әртүрлі кезеңдерінде анықтауға мүмкіндік беретін скринингтік әдіс цитологиялық зерттеу болып табылады. Салыстырмалы талдау деректері тиімділік пен еңбек шығындары бойынша оңтайлы 2-3 жылда бір рет тексеру болып табылатынын көрсетеді. Жыл сайынғы тексерулер еңбек шығындарын 3 есе арттырады, ал ісіктерді анықтау жиілігі тек 2% - ға артады. Көбінесе кеш диагностикада пациенттердің өздері кінәлі болады, егер олар асимптоматикалық жатыр мойны ісігін анықтаса, емдеуді уақтылы бастамайды және терапияның тиімділігі ерте кезеңдерге қарағанда бірнеше есе төмен болған кезде медициналық көмекке жүгінеді[1-236].

Диагностиканың негізгі әдісі-кольпоскопия, ол қажет болған жағдайда әртүрлі қосымша манипуляциялар жүргізіледі. Скрининг жағдайында таңбалардың жағындыларын цитологиялық зерттеу жүргізіледі. Сондай-ақ, жатыр мойнын сірке қышқылымен өңдеуге болады, олар қалыпты мойынның бетінде басқа түсті дақтар ретінде көрінетін тегіс кондилаларды анықтайды. Атипті жасушалардың болуына күдік туған жағдайда биопсиямен кольпоскопия жасалады. Қатерлі ісікке дейінгі жағдайлардың белгісі цитологиялық тексеру кезінде анықталған пойкилоцитоз болып табылады. Қатерлі ісікке дейінгі жағдайлар әрдайым қатерлі ісіктердің дамуына әкелмейді, бірақ олардың болуы жатыр мойны ісігінің пайда болу қаупіне қатысты нашар болжамдық белгі болып табылады.

Жатыр мойны ісігін диагностикалауға келесі зерттеулер кіреді:

- * УДЗ
- * Контрастпен МРТ
- * КТ немесе ПЭТ КТ контрастымен

- * Ректо-қынаптық зерттеу
- * Кольпоскопия
- * Цитологияға жағынды.
- * SCC маркеріне қан алу (жалпақжасушалық карцинома кезінде).

Сондай-ақ, емдеуді бастамас бұрын дәрігердің нұсқауы бойынша келесі зерттеулерді жүргізу керек:

- * Кіші жамбас ағзаларының УДЗ
- * Аяқ көктамырларын УДЗ
- * ФКС (гастроскопия)
- * Колоноскопия
- * АИТВ, мерез, гепатитке қан талдауы
- * Қанның жалпы талдауы
- * Жалпы зәр анализі
- * Биохимиялық қан анализі
- * Биопсия.
- * Бөлек-диагностикалық қырнау.

2.5.Емі

Жатыр мойны ісігін емдеу күрделі, ол хирургиялық емдеуді, сәулелік терапияны және химиотерапияны біріктіре алады. Бұрын жатыр мойны ісігін емдеуде ең тиімді хирургиялық және сәулелік емдеу әдісі деп есептелген. 1999-2000 жылдары жүргізілген бірқатар зерттеулер химиотерапияны қосу сәулелік терапияның тиімділігін едәуір арттыратынын көрсетті. 2005-2020 жылдар аралығында радикалды операция жасау алдында неоадьювантты химиотерапияны қолдануға негізделген жатыр мойны ісігін емдеу тактикасы қалыптасты[1-256].

Сондай-ақ, Батыс Еуропада жатыр мойны ісігімен ауыратын науқастарды емдеу тәжірибесі операция+неоадьювантты немесе адьювантты химиотерапияны қолдануға негізделген, ал АҚШ-та аурудың бірінші кезеңінен бастап қолданылатын химиялық-сәулелік емдеу негіз болып табылады.

Аралас емдеу аймақтық метастаздың барлық жағдайларында көрсетілген.

Бірқатар ірі авторлар болашақ жатыр мойны ісігін емдеуде әр науқасты емдеудің жеке тәсілінің артында деп санайды. 2016 жылдан бастап мақсатты препараттарды және иммунотерапияны пайдалану бойынша клиникалық зерттеулер, атап айтқанда, операциялық материалды иммуногистологиялық зерттеу нәтижесімен байланыстыра отырып жүргізіледі.

Хирургиялық емдеу

Жатыр мойны ісігінің кең таралған инвазивті формаларында Вертгейм—Мейгс әдісіне сәйкес кеңейтілген гистерэктомия қолданылады, оның мәні жамбас талшықтарын лимфа түйіндерімен бір уақытта алып тастау, жатырдың қосымшаларымен алып тастау және қынап түтігінің кем дегенде үштен бірі.

Кейбір жағдайларда жамбас экзентациясы жасалады, бірақ қазіргі уақытта бұл әдіс пациенттің жоғары жарақатына және гистерэктомиядан сәл жоғары тиімділігіне байланысты сирек қолданылады.

Сондай - ақ, бірқатар елдерде жалпы мезометрэктомия сияқты операция қолданылады – аймақтық лимфа түйіндерін терапевтік алып тастау кезінде және мезометрия міндетті түрде толығымен шығарылады-тік ішектің үстінен өтетін жатырдың кең байламы (неміс профессоры М.Хокел мезометрэктомияда жақсы өмір сүру деңгейіне қол жеткізді)[1-266].

Сәулелік терапия

Радиациялық терапия жатыр мойны ісігін емдеудің жетекші әдісі болып табылады және көбінесе химиотерапиямен бірге хирургиялық араласудың мүмкін еместігіне байланысты 3-4 сатыда мүмкін болады. Қашықтан гамма-терапия қолданылады. Әсер ету аймағына берілетін бір реттік доза 2 грей құрайды. Әдетте, қашықтық гамма терапиясы жатыр мойнының ішкі сәулеленуімен біріктіріледі.

Иммунотерапия

Қазіргі уақытта дененің ісікке қарсы механизмдерін қолдана алу мүмкіндігін қамтамасыз ету үшін радиациялық және химиотерапиядағы иммунитетті сақтау мәселесі белсенді зерттелуде. Интерферондарды енгізу салыстырмалы түрде тиімді деп саналады; ғылыми ортадағы препараттардың дозасына қатысты белсенді пікірталастар жүріп жатыр және қазіргі уақытта консенсус жоқ.

2015 жылдан 2020 жылға дейін жатыр мойны ісігінің иммунотерапиясы бойынша көпфазалы клиникалық зерттеулер жүргізілуде, бұл науқастарды емдеудің жаңа тиімді әдістерінің пайда болуына үміт береді.

Мақсатты терапия

* Моноклоналды антиденелер: пембролизумаб.

* Конъюгаттар антидене-препарат: тизотумаб ведотин.

2.6.Алдын алу

30 жастан бастап әйелдер үшін жатыр мойны ісігінің қатерлі ісігі және қатерлі ісік процесін анықтау үшін скрининг ұсынылады. Тұрақты скрининг жатыр мойны эпителийіндегі қатерлі ісікке дейінгі өзгерістердің дамуын анықтауға және уақтылы профилактикалық терапияны жүргізуге мүмкіндік береді (қайта туылатын жасушаларды алып тастау үшін криокоагуляция, электрокоагуляция немесе басқа әдіс қолданылады)

Сондай-ақ, жатыр мойны ісігінің алдын алу үшін АПВ вакцинациясы қолданылады. 2020 жылы үш вакцина бар, біреуі тек АПВ16 және АПВ18 — ге қарсы, олар жатыр мойны ісігінің 70% - ын тудырады, екіншісі АПВ6 және АПВ11-ге қарсы тиімді, олар кондиломаны тудырады, үшіншісі онкогенді

АПВ-нің жеті түріне қарсы бағытталған (16 және 18-ден басқа, жатыр мойны ісігінің белгілі жағдайларының шамамен 20% - ын тудыратын АПВ-нің тағы бес түрі белгілі) және екі кондиломогенді АПВ. 9-14 жас аралығындағы, жыныстық өмірдің басталуына дейінгі қыздарды вакцинациялау ең тиімді болып табылады-мұндай вакцинация АПВ және жатыр мойны ісігінің алдын алады.

АПВ вакцинациясы скрининг қажет емес дегенді білдірмейді. Вакцинадан қорғау скринингті толықтырады, бұл вакцинацияны қорғай алмайтын жағдайларды анықтауға көмектеседі.

Жатыр мойны ісігінің алдын-алуда адамның папиллома вирусын жұқтырудың алдын-алу маңызды рөл атқарады. Қазіргі уақытта 13-15 жастағы қыздарға папилломавирустық инфекцияның вакцинопрофилактикасы ұсынылады. Кейбір елдерде папиллома вирусының айналымын азайту үшін босануға дейінгі жастағы ұлдар да егіледі. Вакцинация 0-2-6 аралықпен Гардасил немесе 0-1-6 аралықпен Церварикс вакциналарымен жүргізіледі. Кейбір авторлар жатыр мойны ісігінің дамуын болдырмау үшін вакцинацияның рөліне қарсы. Негізінен, жатыр мойны ісігінің скринингін (ПАП-тест, кольпоскопия және т.б.) үнемі жүргізу, салауатты өмір салтын ұстану (темекі шегуден және алкогольден бас тарту, жылжымалы өмір салты және т. б.) маңызды екендігімен келіседі.

Жатыр мойны ісігімен ауыру мәселесі бұрынғыдан да өзекті. Ауру жақсарып келеді, ол 25-35 жастағы әйелдерде жиі анықталады. Сондай-ақ, аурудың айтарлықтай өсуі байқалады.

Айта кету керек, жатыр мойны ісігінің диагностика үшін жергілікті аудандық консультациялар деңгейінде оңай қол жетімді. Жатыр мойны ісігінің дамуының алдын-алудағы ең бастысы-гинеколог пен пациенттің онкологиялық сергектігі. Әйел цитологияға жағынды алу үшін гинекологқа үнемі бару керектігін білуі керек, өйткені айналарда жатыр мойны қатерлі ісігі дамыған кезеңдерде байқалады (эпителийдің тамырлануы көзге көрінетін кезде, мойын бөшке тәрізді болады, экзофиттік түзілімдер көрінеді), орган сақтау операциялары жиі қол жетімді болмайды. Әйел контактілі қан кетулер (мысалы, жыныстық қатынастан кейін), дефекация кезінде шиеленіскен кезде қынаптан қанның шығуы, бұрын тән емес секрециялардың пайда болуы (шырышты, шырышты) сияқты мазасыз белгілерді жіберіп алмауы керек - бұл көбінесе судың тұрақты сары түсуі. Әсіресе, егер бұл тұрақты емес циклмен, шаршаумен, көңіл-күйдің жиі өзгеруімен бірге жүреді.

2.7.Болжамы

Болжамы шартты түрде қолайлы және ауру анықталған кезеңге байланысты. Ерте кезеңдерде салыстырмалы түрде бес жылдық өмір сүру деңгейі шамамен 92% құрайды. Аурудың кеш кезеңдерін қоса алғанда, жалпы өмір сүру деңгейі 72% құрайды. Басқа ақпарат көздеріне сүйенсек, бірінші кезеңде 5 жылдық өмір сүру деңгейі 78,1%, екінші кезеңде — 57%, үшінші

кезеңде — 31%, төртінші кезеңде — 7,8% құрайды. Бұл жағдайда емдеудің тиімділігі пациенттің көңіл-күйіне, оның жаман әдеттерден бас тартуына, сауатты диагноз қоюға, хирург/радиотерапевт/химиотерапевтің кәсібилігіне және медициналық мекемені қажетті жабдықтармен қамтамасыз етуге байланысты[1-276].

Тақырып бойынша тесттік тапсырмалар мен ситуациялық есептер

Тесттік тапсырмалар

1. 29 жастағы науқаста айнада қарау кезінде жатыр мойны эрозияға ұшыраған эктропионмен босанғаннан кейінгі үзілістермен деформацияланған. Цитологиялық тұрғыдан: пролиферация құбылыстары бар эпителийдің аралық және парабазальды қабатының жасушалары. Кольпоскопиялық: иоднегативті учаскелер, конверсия аймағы. Тактика мыналарды қамтиды

- A. бақылау
- B. Диатермокоагуляция
- C. жатыр мойны криодеструкциясы
- D. жатыр мойнының конизациясы
- E. барлық аталғандар

2. Жатыр мойны обырын радиациялық емдеуден кейін пайда болуы мүмкін

- A. эпителиит
- B. фиброз
- C. цистит
- D. проктит
- E. аталғандардың барлығы

3. Жатыр мойнының диатермокоагуляциясын жасауға болады

- A. фондық процесте
- B. әлсіз дисплазиямен
- C. айқын дисплазиямен
- D. интраэпителийлік қатерлі ісікпен
- E. дұрыс жауаптар A) және B)

4. Айқын дисплазияны және қынаптың преинвазиялық обырын емдеу үшін мынадай емдеу әдістерін қолданған жөн: 1) цитостатиктерді жақпа түрінде пайдалану 2) криодеструкция 3) CO₂ лазерімен емдеу 4) кең кесу 5) эндовагинальді g-терапия

- A. барлық аталғандар
- B. 5-тен басқа барлық аталғандар
- C. 4 және 5-тен басқа барлық аталғандар
- D. 1 және 3-тен басқа барлық аталғандар

Е. 2 және 4-тен басқа барлық аталғандар

5. Жатыр мойны обырының ерте формаларына мыналар жатады

- A. дисплазия
- B. интерэпителийлік қатерлі ісік
- C. Ia сатысы
- D. Ib кезеңі
- E. дұрыс жауаптар B) және C)

6. 30 жастағы науқаста жатыр мойнының нәзік лейкоплакиясы анықталды. Екі жыл бұрын жатыр мойны эрозиясына электрокоагуляция жүргізілген. Цитологиялық тұрғыдан: орташа пролиферациясы бар эпителийдің беткі және аралық қабаттарының қабыршақтары, жасушалары. Тактика мыналарды қамтиды

- A. кесу
- B. бақылау
- C. электрокоагуляция
- D. криодеструкция
- E. жатыр мойны конизациясы

7. Жатыр мойнының фондық қабыну процестеріне мыналар жатады

- A. дисплазия
- B. шынайы эрозия
- C. эктопия
- D. лейкоплакия
- E. Эндометриоз

8. Жатыр мойны обырының пайда болуы үшін ең үлкен мән беріледі

- A. адам папилломасы вирусына
- B. босану кезіндегі жатыр мойнының жарылуына
- C. темекі шегуге
- D. барлық жауаптар дұрыс
- E. дұрыс жауаптар A) және B)

8. Жатыр мойны обырының IIIa сатысы келесі белгілермен сипатталады:

1) қынаптың төменгі үштен бір бөлігінің зақымдануы 2) қынаптың зақымдануы жоқ 3) жамбас қабырғаларына дейінгі параметрлерде инфильтраттар бар 4) параметрлерде инфильтраттар жоқ 5) аймақтық метастаздар бар 6) аймақтық метастаздар жоқ

- A. дұрыс 2, 4 және 5
- B. дұрыс 2, 3 және 6
- C. Дұрыс 1, 3 және 5
- D. дұрыс 1, 4 және 6
- E. дұрыс 2, 4 және 6

9.Эндо метрий обырымен ауыратын науқастарды емдеу тұрғысынан химиотерапия жүргізіледі

- A. терең ісік инвазиясы бар болса
- B. лимфа түйіндерінде метастаздар болған кезде
- C. аналық бездегі метастаздарда
- D. барлық аталғандарда
- E. жоғарыда айтылғандардың ешқайсысы емес

10.Эндо метрий қатерлі ісігін емдеуде келесі емдеу әдістері қолданылады

- A. хирургиялық
- B. хирургиялық + гормондық терапия
- C. аралас
- D. кешенді, соның ішінде ота, сәулелік емдеу, гормондық терапия және химиотерапия
- E. барлық аталғандар

11.Жатырдың хорионкарциномасындағы қан кету қарқындылығы байланысты

- A. ауру жасына
- B. ісік түйінінің мөлшеріне
- C. ісіктің орналасуына
- D. алыс метастаздардың болуына
- E. барлығы дұрыс

12.Эндо метрий обырының дифференциалды диагностикасы: 1)жатыр миомасымен; 2)эндо метриозбен; 3)эндо метрий гиперплазиясымен; 4)жатыр саркомасымен; 5)жатыр мойны каналының қатерлі ісігімен жүргізіледі:

- A. барлық аталғандар
- B. 5-тен басқа барлық аталғандар
- C. 1 және 5-тен басқа барлық аталғандар
- D. 2, 4 және 5-тен басқа барлық аталғандар
- E. 1, 4 және 5-тен басқа барлық аталғандар

13.Жатыр денесінің қатерлі ісігінде оның келесі морфологиялық формалары жиі кездеседі:

- A. аденокарцинома
- B. сквамозды жасушалық карцинома
- C. жеңіл жасушалы аденокарцинома
- D. безді сквамозды жасушалық карцинома
- E. бөлінбеген қатерлі ісік

14. Жатыр мойны обырында ісік өсуінің келесі анатомиялық формалары мүмкін:

- A. экзофитті
- B. эндофитті
- C. аралас
- D. барлық жауаптар дұрыс
- E. дұрыс жауаптар A) және B)

15. Жатыр мойны обырындағы алыстағы лимфогендік метастаздарға келесі лимфа түйіндеріндегі метастаздар жатады:

- A. құлыптау
- B. ішкі мықындық
- C. сыртқы мықындық
- D. жалпы мықындық
- E. парааорталық

16. Жатыр мойны обырының IIIa сатысы келесі белгілермен сипатталады:

1) қынаптың төменгі үштен бір бөлігінің зақымдануы; 2) қынаптың зақымдануы жоқ; 3) жамбас қабырғаларына дейінгі параметрлерде инфильтраттар бар; 4) параметрлерде инфильтраттар жоқ; 5) аймақтық метастаздар бар 6) аймақтық метастаздар жоқ;

- A. дұрыс 2, 4 және 5
- B. дұрыс 2, 3 және 6
- C. Дұрыс 1, 3 және 5
- D. Дұрыс 1, 4 және 6
- E. дұрыс 2, 4 және 6

17. Жатыр мойны обырын диагностикалау әдістері:

- A. гинекологиялық тексеру
- B. лимфография
- C. экскреторлық урография және цистоскопия
- D. ректороманоскопия
- E. барлық аталғандар

18. 23 жастағы әйелде жатыр мойны эктопиясы анықталды. Цитологиялық зерттеуде-жалпақ және аралық қабаттардың жасушалары. Кольпоскопия кезінде-эктопиялық ошақ анықталады. Сіздің тактикаңыз.

- A. бақылау
- B. криодеструкция
- C. кесу
- D. электрокоагуляция
- E. электрконизация

19. Жатыр мойнының фондық процестеріне мыналар жатады:

- A. дисплазия
- B. карцинома in situ
- C. эндоцервикоз
- D. эритроплакия
- E. атипиямен лейкоплакия

20. Жатыр мойны обырының Ia сатысы келесі белгілермен сипатталады:

1) ісік диаметрі 7 мм-ге дейін; 2) 1 см-ден астам; 3) ісік инвазиясы 5 мм-ге дейін; 4) 5 мм-ден астам; 5) аймақтық метастаздар жоқ; 6) аймақтық метастаздар бар;

- A. Дұрыс 1, 2 және 6
- B. Дұрыс 1, 3 және 5
- C. дұрыс 2, 3 және 6
- D. дұрыс 2, 4 және 6
- E. дұрыс 2, 3 және 5

21. Жатыр мойнының обыры кезіндегі үдерістің таралу дәрежесін анықтау үшін Iб, II, III сатыларды ең жоғары диагностикалық құндылығы бар әдіс:

- A. айнамен тексеру кезінде
- B. экскрециялық урография
- C. тікелей лимфография
- D. ангиография
- E. кеуде қуысының рентгенографиясы

22. 45 жастағы науқаста III сатыдағы жатыр мойны обыры және аналық без ісігі анықталды. Емдеу тактикасы мыналарды қамтиды

- A. отаға дейінгі сәулелік терапиямен Вертгеймдік ота
- B. отадан кейінгі сәулелік терапиямен Вертгеймдік ота
- C. аралас сәулелік терапия
- D. ісікті алып тастау + біріктірілген сәулелік терапия
- E. аталған әдістердің кез-келгені

23. Жатыр мойнының интраэпителиалды қатерлі ісігінің ерекшелігі:

- A. жатыр мойны безіне таралуы
- B. инвазияның болмауы
- C. атипті жасушалардың болуы
- D. патологиялық митоздардың санының көп болуы
- E. барлық аталғандар

24. Айқын дисплазия жатады

- A. гормондық бұзылулармен байланысты фондық процестерге
- B. қабынумен байланысты фондық процестерге
- C. қатерлі ісікке

- D. ерте қатерлі ісікке
E. дұрыс жауаптар A) және B)

25. Жатыр мойны каналына ауыса отырып, жатырдың қосалқыларымен кеңейтілген экстирпациясы кезінде: 1) несеппағарларды бөліп алу 2) параметрлік лимфа түйіндерін алып тастау 3) бітеуіш лимфа түйіндерін алып тастау 3) сыртқы және ішкі артериялардан лимфа түйіндерін алып тастау 5) жалпы мықын артериясынан лимфа түйіндерін алып тастау:

- A. жоғарыда аталғандардың барлығы дұрыс
B. 1-ден басқа барлығы дұрыс
C. 1 және 5-тен басқа барлығы дұрыс
D. 2 және 5-тен басқа барлығы дұрыс
E. 1 және 3-тен басқа барлығы дұрыс

Ситуациялық есептер

Есеп №1

Дәрігерге 28 жастағы әйел қынаптан шырышты-ірінді сипаттағы бөлінділердің аздап бөлінетініне шағымданып қаралған. Объективті: жатыр мойныны ісінген, гиперемиялы, сыртқы жыныс тесігінің айналасында аздаған эрозия. Романовский — Гимзе бойынша боялған жағындыдан микроскопиялық зерттеуде күлгін түсті цитоплазмалық қосындылар анықталған. Сіздің болжамды диагнозыңыз, тактикасы.

Есеп №2

48 жастағы науқаста жатыр мойнының интраэпителиалды қатерлі ісігі және 8 апталық жүктілік бар. Ең қолайлы тактика.

Есеп №3

50 жастағы науқаста жатыр мойнының интраэпителиалды қатерлі ісігі және аналық без кистасы анықталды. Оған орынды қолдану әдісі?

Есеп №4

55 жастағы науқаста жатыр мойны каналының интраэпителиалды қатерлі ісігі бар. Ілеспе аурулардан науқаста жүректің ишемиялық ауруы және III дәрежелі семіздік анықталды. Ең қолайлы тактика.

3.ЖАТЫРДЫҢ ҚАТЕРЛІ ІСІГІ

Жатырдың қатерлі ісігі -бұл жатыр денесінің эпителийінен (жасуша қабатынан) пайда болатын қатерлі ісік. Жатыр ісігі-әйелдерде жиі кездесетін қатерлі ісіктердің бірі. Жатырдың қатерлі ісігі әйелдерге әсер етеді, негізінен 50 жастан 65 жасқа дейін, 50 жасқа дейінгі әйелдер арасында аз кездеседі. Жатырдың қатерлі ісігінің екі негізгі түрі бар. Гормонға тәуелді жатырдың қатерлі ісігі поликистозды аналық синдром, бедеулік, семіздік, гипергликемия, қант диабеті, жатырдан қан кету тарихы бар 45 пен 50 жас аралығындағы әйелдерде жиі кездеседі. Қатерлі ісікке дейінгі көптеген жағдайлар жатыр қатерлі ісігінің дамуында маңызды рөл атқарады. Бұл туа біткен жарақаттан кейін қалған тыртықтар, жаралар, эрозия, лейкоплакия, эпителийдің өсуі (полиптер, кондиломалар), қабыну процестері (эндометриттер және эндоцервициттер)[1-286].

Жатыр денесінің қатерлі ісігінің фондық ауруы безді-кистозды эндометрийдің гиперплазия болуы мүмкін. "Автономды" жатырдың қатерлі ісігі 50 жастан кейін әйелдерде жиі диагноз қойылады. Эндокриндік-метаболикалық бұзылулардың болмауы және гормондарға төмен сезімталдық тән.

Жатырдың қатерлі ісігі дамыған елдерде көп тараған көптеген алкогольді тағамды жоғары құрамында майлар мен, өйткені артады таралуы метаболизмдік синдромды, ол сондай-ақ неғұрлым кең тараған.

Жатырдың қатерлі ісігі негізінен менопаузадан кейінгі кезеңде әйелдерде дамиды. Диагноз қойылған кездегі пациенттердің орташа жасы - 61 жас. Көптеген жағдайларда 50 жастан 60 жасқа дейінгі әйелдерде диагноз қойылады; 92% жағдайда 50 жастан асқан әйелдерде кездеседі.

3.1.Этиологиясы

Жатырдың қатерлі ісігінің негізгі факторлары:

- * Теңгерілмеген эстрогендер
- * 50 жастан асқан
- * Семіздік
- * Қант диабеті;

Басқа қауіп факторларына мыналар жатады:

- * Тамоксифенді > 5 жыл ішінде қолдану
- * Жамбас ағзаларының алдыңғы сәулелік терапиясы
- * Жеке немесе отбасылық анамнезінде сүт безі ісігінің немесе аналық без ісігінің болуы
- * Отбасылық сыртартқысында тұқым қуалайтын полипоздық емес колоректальді обырдың болуы немесе туыстық 1-дәрежелі туыстарда жатыр ісігінің болуы
- * Артериялық гипертензия

Теңгерілмеген эстрогендер (прогестеронның төмен деңгейінде немесе ол болмаған кезде эстрогендердің жоғары деңгейі) байланысты болуы мүмкін[1-306].

- * Семіздік
- * Поликистозды аналық без синдром
- * Анамнезде босанудың болмауы
- * Етеккірдің ерте басталуы
- * Кеш менопауза
- * Эстроген өндіретін ісіктер
- * Ановуляция (овуляциялық дисфункция)
- * Прогестеронсыз эстрогендік терапия

Эндометрия қатерлі ісігінің көптеген жағдайлары спорадикалық мутациядан туындайды. Алайда, пациенттердің шамамен 5% - ында жатырдың қатерлі ісігі мұрагерлік мутацияны тудырады; мұрагерлік мутация нәтижесінде жатырдың қатерлі ісігі ертерек пайда болады және көбінесе спорадикалық қатерлі ісікке қарағанда 10-20 жыл бұрын диагноз қойылады. Тұқым қуалаушылыққа байланысты жағдайлардың жартысына жуығы тұқым қуалайтын полипоз емес колоректальды қатерлі ісік (HNPCC; Линч синдромы) бар отбасыларда кездеседі. Тұқым қуалайтын полипоздық емес колоректальды қатерлі ісік (HNPCC) белгілері бар пациенттерде екінші қатерлі ісіктің даму қаупі жоғары (мысалы, колоректальды қатерлі ісік, аналық без қатерлі ісігі).

Патология

Жатыр қатерлі ісігінің дамуына әдетте эндометриялық гиперплазия жатады. Эндометриялық карциномалар әдетте 2 түрге бөлінеді.

I типті ісіктер жиі кездеседі, олар әдетте эстрогенге сезімтал және әдетте семіздікке шалдыққан жас әйелдерде немесе менопаузальды әйелдерде диагноз қойылады. Олардың алдында эндометриялық гиперплазия болады. Бұл ісіктер әдетте төмен қатерлі; болжам жақсы. Гистологиялық зерттеудің ең көп таралған нәтижесі-эндометрийлік аденокарцинома (1 және 2 кезеңдер). Бұл ісіктерде микросателиттік локустардың тұрақсыздығы байқалуы мүмкін және PTEN, PIK3CA, KRAS және CTNNB1 гендерінде хромосомалық мутация пайда болуы мүмкін.

II типті ісіктер, әдетте, жоғары сараланған және 3 дәрежелі эндометриодты карциномалар мен эндометриодты емес гистологиясы бар ісіктерді қамтиды (мысалы, серозды, жеңіл жасушалы, аралас жасуша, бөлінбеген, карциносаркома). Бұл ісіктер әдетте егде жастағы әйелдерде кездеседі. Шамамен 10-дан 30% - ға дейін p53 мутациясы бар. 10% - ға дейін эндометрий карциномасы II типке жатады. Болжамы нашар.

Эндометриодты аденокарцинома эндометрия қатерлі ісігінің шамамен 75-80% құрайды.

Жатыр папиллярлы серозды карциномалар (10%), жеңіл жасушалы карциномалар (<5%) және карциносаркомалар (<5%) неғұрлым агрессивті

болып саналады, жоғары гистологиялық қауіпі бар және түзілу кезінде эктопиялық аурудың жоғары таралуымен байланысты.

Әдетте, мукинозды карциномалардың қатерлі ісік деңгейі төмен; болжам жақсы. Бұл ісіктерде KRAS генінің мутациясы жиі кездеседі[1,326].

Жатырдың қатерлі ісігі келесі жолдармен таралуы мүмкін:

- * Жатыр қуысының беткейінен жатыр мойны каналына дейін

- * Миометрия арқылы серозды қабыққа және іш қуысына

- * Фаллопиялық түтіктің люмені арқылы аналық безге, кең байламға және перитонийдің бетіне

- * Қан ағымы арқылы, бұл алыс метастаздардың дамуына әкеледі

- * Лимфа тамырлары арқылы

Ісіктің қатерлі дәрежесі неғұрлым жоғары болса (ол аз сараланады), миометрияның терең енуі, жамбас немесе параортальды лимфа түйіндерінің зақымдануы немесе ісіктің жатырдан тыс таралуы ықтималдығы соғұрлым жоғары болады.

3.2.Клиникалық көрінісі

Жатырдың қатерлі ісігі бар әйелдердің көпшілігі (>90%) патологиялық жатырдан қан кетеді (постменопаузадан кейінгі қан кету, периодты менопаузадан кейінгі метроррагия); постменопаузадан кейінгі қан кететін әйелдердің үштен бірінде эндометрийдің қатерлі ісік диагнозы қойылған. Қынаптан ағып кету менопаузадан кейінгі қан кетуден бір апта немесе бір ай бұрын байқалуы мүмкін[1-336].

3.3.Диагностикасы

- * Эндометрий биопсиясы

- * Аурудың сатысын хирургиялық анықтау

Эндометрия қатерлі ісігінің белгілері:

- * Менопаузадан кейінгі қан кету

- * Менопауза алдындағы әйелдерде қалыптан тыс қан кету

- * Постменопаузадан кейінгі кезеңдегі әйелдерде эндометриалды жасушаларды анықтайтын міндетті Папаниколау сынағы (Пап-тест)

- * Барлық әйелдерде атипті эндометриальды жасушаларды анықтайтын міндетті Пап тесті

Эндометриялық қатерлі ісікке күдік болған кезде эндометриялық биопсия амбулаториялық негізде жасалады; бұл зерттеудің дәлдігі >90%. Эндометриялық Биопсия патологиялық қан кететін әйелдерге де, әсіресе егер олар 40 жастан асқан болса ұсынылады.

Егер зерттеу нәтижелері бір мәнді болмаса немесе қатерлі ісіктің болуы болжам жасалса (мысалы, күрделі атиптік гиперплазия), амбулаториялық пациенттерге гистероскопиямен бөліктік дилатация және куретаж жүргізіледі.

Альтернативті трансвагинальды ультрадыбыстық зерттеу болып табылады; бұл жағдайда гистологиялық зерттеу қажет.

Егер эндометриялық қатерлі ісік диагнозы қойылса, қан плазмасындағы электролиттер деңгейін өлшеу, бүйрек пен бауыр функцияларын анықтау үшін тесттер, жалпы қан анализі, кеуде қуысының рентгенографиясы және ЭКГ жүргізіледі[1-356].

Эндометриялық қатерлі ісік кейде тұқымқуалаушылық мутацияға байланысты пайда болғандықтан, егер пациенттер < 50 жаста болса немесе эндометриялық қатерлі ісік және/немесе тұқым қуалайтын полипоз емес колоректальды қатерлі ісік (HNPCC) отбасылық тарихы болса, генетикалық кеңес беруді және/немесе тестілеуді қарастырған жөн.

Сондай-ақ, келесі ауытқулардың кез-келгені бар пациенттерде эктопиялық немесе метастатикалық қатерлі ісік ауруын анықтау үшін жамбас және іш қуысының компьютерлік томографиясы (КТ) жүргізіледі:

- * Физикалық тексеру кезінде анықталған іш қуысындағы түзілістер немесе гепатомегалия

- * Бауыр функциясын талдаудың қалыптан тыс нәтижелері

- * Қатерлі ісіктің топтары жоғары гистологиялық қауіп(мысалы, папиллярлы серозды карцинома, ашық жасушалы карцинома, карциносаркома).

3.4.Геномдық кіші топтары:

Эндометриялық карциноманың төрт негізгі геномдық кіші топтары бар:

- * Ультра мутацияланған POLE ісіктері тобы (ДНК полимераза эпсилон): бұл эндометриодты ісіктер POLE экзонуклеаза доменінде көптеген мутацияларға ие. Олар төмен сараланған 6% және эндометриодты карциномалардың 17% құрайды. POLE генінің мутациясы бар ісіктер жас кезінде жаста (< 60 жас) пайда болады. Бұл ісіктері бар әйелдер үшін неғұрлым қолайлы болжам туралы есептер бір - біріне қайшы келеді[1-366].

- * Гипермутат / микросателлит тұрақсыз (MSI) тобы: бұл ісіктерде RTK (рецепторлық тирозин киназасы)/Ras/бета катенин жолдары мен PIK3CA/PIK3R1-PTEN жолдары және MLH1 промоторының жиі метилизациясы және MLH1 генінің төмендеуі байқалады. Бұл топта 29% төмен сараланған және 54% жоғары сараланған эндометриодты карциномалар бар.

- * Көшірме саны аз/микросателлиттік тұрақтылық тобы: бұл топта PI3K жолында және RTK/RUS/бета-Катенин жолында мутациялар, сондай-ақ CTNNB1-де соматикалық мутациялар бар. Бұл топқа 60% төмен сараланған эндометриодты ісіктер, шамамен 9% жоғары сараланған эндометриодты ісіктер, шамамен 2% серозды карциномалар және аралас гистологиялық нұсқасы бар 25% карциномалар кіреді.

- * Жоғары дәрежелі көшірудің бұзылу тобы (сероз тәрізді): бұл ісіктерде p53MYCиERBB2 (HER2) онкогендерінің мутациясы мен амплификациясы жиі кездеседі. Бұл топқа серозды карциномалардың шамамен 98% - ы, аралас гистологиялық көрінісі бар карциномалардың 75%-ы, төмен сараланған

эндометриоидты карциномалардың 5%-ы және 3 дәрежелі эндометриоидты ісіктердің шамамен 20%-ы кіреді. Аурудың өршуінсіз өмір сүру басқа түрлері бар әйелдерге қарағанда ісіктің осы түрі бар әйелдерде ауыр өтеді.

Геномдық типті анықтау агрессивті ісіктері бар әйелдерді операциядан кейінгі адьювантты емдеудеу кезінде ақпараттанған болуы керек[1-366].

3.5.Стадирленуі

Эндометриялық карцинома сатысын анықтау гистологиялық дифференциацияға негізделген (1-ші дәрежеден [ең аз агрессивті ағым] 3-ке дейін [ең агрессивті]) және аурудың таралуы, оның ішінде инвазия тереңдігі, жатыр мойны өзегінің қатысуы және жатырдан тыс метастаздардың болуы туралы мәліметтер FIGO [Figo Staging of Endometrial Carcinoma].

Стадирлену хирургиялық болып табылады және іш қуысы мен жамбасты зерттеуді, биопсияны немесе күдікті эктопиялық зақымдануды алып тастауды, іштің жалпы гистерэктомиясын, сондай-ақ жоғары қауіп белгілері бар пациенттерде (1 немесе 2 дәрежелі қатерлі ісік және миометрияға терең ену, 3 дәрежелі қатерлі ісік, жоғары қауіпті гистологиясы бар барлық ісік) жамбас және параортальды лимфаденэктомияны қамтиды. Кезеңді анықтау лапаротомия, лапароскопия немесе роботты хирургия арқылы жүзеге асырылады. Егер қатерлі ісік жатырмен шектелгендей көрінсе, онда жамбас және параортальды лимфаденэктомияға балама-бұл лимфа түйіндерін картирлеу[3,846].

Эндометрия ісігі кезінде сигналдық лимфа түйінін картирлеу.

Сигналдық лимфа түйінінің картирлеу жатырмен шектелген қатерлі ісіктің хирургиялық сатысында қарастыруға болады (I кезең). Көптеген орталықтарда СЛН картирлеу қазіргі уақытта жоғары қауіпті гистологиясы бар қатерлі ісік үшін стандарт болып табылады (папиллярлы серозды карцинома, ашық жасушалы карцинома, карциносаркомалар).

Қазіргі уақытта эндометрия ісігіндегі СЛТ карталаудың рөлі бірнеше зерттеулерде бағаланады. FIRC зерттеуі эндометриялық қатерлі ісіктің I клиникалық сатысы бар пациенттерде жасыл индоцианмен СЛТ картасын жасау (ЖИЦ) эндометриялық қатерлі ісік метастаздарын диагностикалаудың жоғары дәлдіктегі әдісі екенін көрсетті; ол толық лимфаденэктомияның орнына ұсынылады. Сигналдық лимфа түйінін картирлеу жатыр мойны ісігінде сияқты, сол индикаторларды (көк бояғыш, жасыл индоциан (ЖИЦ), технециймен таңбаланған-99 [99tc]) қолдана отырып орындалады[5,1136].

Эндометрий карциномасы бар пациенттерде индикаторды енгізу орны даулы болып қалды. Соңғы деректер эндометрия қатерлі ісігі кезінде жатыр мойнына ЖИЦ инъекциясы түйіндерде ұқсас анатомиялық таралуы бар гистероскопиялық инъекцияға қарағанда жоғары анықтау жиілігіне әкелетінін көрсетеді. Бояғыш әдетте жатыр мойнына 3 және 9 сағат аймағына үстірт (1-ден 3 мм-ге дейін) және терең (1-ден 2 см-ге дейін) енгізіледі. Бұл технологияның

көмегімен бояғыш жатырдың лимфа түйіндеріне енеді (параметрде пайда болады) және жамбас және кейде параортальды сигналдық лимфа түйіндеріне әкелетін кең байламда пайда болады.

Егер сигналдық лимфа түйіндері билатеральды түрде анықталса, ісіктің сипаттамаларына қарамастан лимфаденэктомия жасалмайды. Егер бір жағында (немесе екеуінде де) анықталған сигналдық түйін болмаса, онда осы жағында толық лимфаденэктомия қажет. Параортальды түйіндерді алып тастау қажеттілігі хирургтың шешіміне байланысты[3-706].

Жамбас қуысының ең көп таралған орындары

- * Сыртқы мықын қан тамырларына қатысты медиальді түрде

- * Ішкі мықын қан тамырларына қатысты вентральды

- * Жауыптұрушы бұлшықетінің жоғарғы бөлігінде

Аз кездесетін жерлер-бұл илиум және / немесе пресакральды аймақтар.

Жамбас аймағының толық лимфаденэктомиясын кез-келген келесі жағдайларда жүргізу керек:

- Картирлеу қауіпі жоғары ісіктері бар пациенттерде сигналдық лимфа түйіндерін анықтамайды.

- Гемипельвисті картирлеу мүмкін емес.

- Оларды картирлеу нәтижелеріне қарамастан күдікті немесе өте кеңейтілген түйіндердің болуы.

3.6.Болжамы

Болжамы жоғары қатерлі ісіктерде, кең таралған және егде жастағы науқастарда болжамдау қиынға түседі.

Эндометрия ісігімен ауыратын науқастарда 5 жылдық өмір сүрудің орташа көрсеткіштері

I немесе II кезең: 70-95%

III немесе IV кезең: 10-60%

Жалпы, пациенттердің 63% емдеуден кейін ≥ 5 жыл бойы қатерлі ісіктен босатылады.

3.7. Емі

- * Әдетте жалпы гистерэктомия және екі жақты салпингоофорэктомия жасалады.

- * 1-ші немесе 2-ші дәрежелі жамбас және параортальды лимфа түйіндерін терең инвазия кезінде ($>50\%$ миометрия) миометрияға, кез келген 3-ші дәрежелі және жоғары қауіпті гистологиясы бар қатерлі ісіктің барлық түрлері үшін алып тастау

- * Жамбас аймағына радиациялық әсер, мүмкін II немесе III кезеңдер үшін химиотерапиямен бірге

* Әдетте IV кезең үшін ұсынылатын мультимодальды терапия

Эндо метрийдің қатерлі ісігін блокпен, әдетте жалпы гистерэктомия және екі жақты сальпингоофорэктомия арқылы алып тастау керек. Іштегі ісіктің фрагментациясы немесе морцеллезінен аулақ болу керек[8,2346].

Хирургия кез-келген қол жетімділіктен (вагинальды, ашық, лапароскопиялық немесе роботты платформаны қолдана отырып) жасалуы мүмкін. Жатырмен шектелген ісіктері бар пациенттер үшін минималды инвазивті хирургиялық араласу ұсынылады, өйткені периперитонеальдық және операциядан кейінгі асқынулардың жиілігі төмен, ауруханада болу мерзімі қысқа, онкологиялық нәтижелер салыстырмалы төмен.

Деректерде, әдетте, лапароскопиялық хирургия мен лапаротомияның салыстырмалы онкологиялық нәтижелерін растайды. Гинекологиялық онкологиялық топтың LAP2 зерттеуінде I-ден IIА-ға дейінгі жатыр қатерлі ісігінің клиникалық сатысы бар әйелдерге лапароскопиялық операция немесе лапаротомия 2-ден 1-ге дейін тағайындалды. Зерттеу лапароскопиялық қол жетімділіктің статистикалық тиімсіздігін көрсеткен жоқ. Алайда, 59 айлық орташа бақылау кезеңінен кейін екі емдеудің де өмір сүру деңгейі ұқсас болды; 5 жылдық өмір сүру деңгейі екі топта да 90% құрады. 5 жылдық қайталану жиілігі де ұқсас болды (14% қарсы 12%). 1-ші немесе 2-ші дәрежелі эндо метрийдің қатерлі ісігі және < 50% инвазиясы бар пациенттерде лимфа түйіндерінде метастаздардың болу ықтималдығы < 2% құрайды. Мұндай пациенттерде емдеу әдетте жалпы гистерэктомияны және лапаротомиялық немесе лапароскопиялық жолмен екі жақты сальпингоофорэктомияны немесе роботты хирургияны қамтиды. Алайда, іа аденокарцинома немесе IV сатысы бар жас әйелдерде аналық безді сақтау әдетте қауіпсіз және аналық бездің жұмысын сақтау үшін ұсынылады[8-3006].

Егер пациентте мынадай белгілердің кез келгені болса (егер СЛТ картирлеу екі жақты СЛТ-ны сәйкестендірмесе), жамбас және параортальды лимфа түйіндерін толық алып тастау орындалады:

Мио метрийге терең (> 50%) инвазиясы бар 1 немесе 2 дәрежелі қатерлі ісік

* Кез-келген 3 дәрежелі қатерлі ісік

* Жоғары қауіпті гистологиясы бар қатерлі ісіктің барлық түрлері (папиллярлы серозды карцинома, ашық жасушалы хондросаркома, карциносаркома)

* Оларды картирлеу нәтижелеріне қарамастан күдікті немесе өте кеңейтілген түйіндердің болуы.

Егер СЛТ билатеральды түрде анықталса, ісіктің сипаттамаларына қарамастан лимфаденэктомия көрсетілмейді. Егер сигналдық лимфа түйіні бір жағынан анықталмаса, сол жағында толық лимфаденэктомия жасау керек.

II немесе III сатыдағы эндометрия ісігі кезінде жамбас аймағының мүшелеріне сәулелік терапия жүргізу қажет, мүмкін химиотерапиямен бірге. III сатыдағы қатерлі ісікті емдеу жеке болуы керек, хирургиялық араласу-бұл нұсқалардың бірі; әдетте радиациялық терапиямен бірге хирургиялық емделген

пациенттер үшін болжам неғұрлым қолайлы. Үлкен параметрлік ісіктер жағдайларын қоспағанда, іштің жалпы гистерэктомиясы және екі жақты сальпингоофорэктомия ұсынылады.

IV сатыдағы эндометрийдің қатерлі ісігін емдеу әр түрлі болады және науқасқа байланысты, бірақ, әдетте, сәулелік терапия мен химиотерапиямен бірге хирургияны қамтиды. Кейде гормондық терапия да ұсынылады.

Ісіктер пациенттердің 20-25% - ында прогестинмен гормондық терапияға жауап береді.

Кейбір цитотоксикалық препараттар да тиімді(әсіресе Карбоплатин паклитакселмен бірге). Әдетте метастатикалық немесе қайталанатын қатерлі ісігі бар науқастарға тағайындалады. Тағы бір нұсқа-доксорубин.

Қатерлі ісіктің кейінгі кезеңдерінде стандартты әдіс-Карбоплатин мен Паклитаксел химиотерапиясы. Дегенмен, соңғы деректер VEGF рецепторларының (тамырлы эндотелийдің өсу факторы) белсенділігін басатын көп мақсатты тирозинкиназ ингибиторы ленватинибті және бағдарламаланатын жасуша өлімі-1 (PD-1) рецепторларының белсенділігін тежейтін моноклоналды антидене пембролизумабты қолдануды растайды. Жақында II фазалық зерттеу көрсеткендей, осы комбинацияны қабылдаған пациенттерде объективті жауап жиілігі 39,6% құрайды[4,276б].

Қайталанатын қатерлі ісік

Жақында жүргізілген бірқатар зерттеулер стандартты химиотерапияға (әдетте Карбоплатин мен паклитакселге) балама ретінде қайталанатын қатерлі ісік үшін мақсатты терапияның артықшылығын көрсетті. Эндометрийдің қайталанатын қатерлі ісігі бар науқастарда II фазаның жақында жүргізілген зерттеуінде эверолимус (mTOR ингибиторы) және Летрозол (ароматаза ингибиторы) комбинациясы 40% клиникалық тиімділігін және 32% объективті жауап жиілігін көрсетті.

Қайталанатын папиллярлы серозды карциномасы бар пациенттер үшін карбоплатинмен және паклитакселмен стандартты химиотерапия әдеттегі ұсыныс болып табылады. Дегенмен, II фазаның перспективалық зерттеуінің соңғы деректері трастузумабтың қосылуы қосымша қолайлы әсер беретіндігін көрсетеді. Бұл зерттеуде жатырдың серозды карциномасы бар және адамның эпидермалды өсу факторының 2 типті рецепторы (HER2)/neu оң пациенттері кездейсоқ келесі топтарға бөлінді: карбоплатин плюс паклитаксел (бақылау тобы) 6 циклге немесе Карбоплатин плюс паклитаксел плюс трастузумаб көктамыр ішіне (эксперименттік топ). Трастузумабтың қосылуы аурудың өршуінсіз өмір сүру деңгейін 8 айдан 12,6 айға дейін арттырды[3-243б].

Эндометрийдің гиперплазиясында және эндометрийлік қатерлі ісіктің алғашқы кезеңдерінде фертильдікті сақтау

Күрделі гиперплазия және эндометрийдің атипиясы бар емделушілерде 50%-ға дейін қатар жүретін эндометрия ісігінің болу қаупі бар. Эндометрийлік гиперплазияны емдеу зақымданудың ауырлығына және науқастың

құнарлылығын сақтауға деген ниетіне байланысты прогестиндерді немесе радикалды хирургиялық операцияны қамтиды.

Егер миометрияға инвазиясыз (МРТ сәйкес) 1-ші сатыдағы ісігі бар жас пациент репродукциялық функцияны сақтағысы келсе, тек прогестинмен терапиямен шектеуге болады. Пациенттердің шамамен 46-80% - ында терапия басталғаннан кейін 3 ай ішінде толық жауап дамиды. 3 айдан кейін кеңейту және куретаж (ДиК) жасау керек, бұл эндометрийлік биопсияға қарағанда жақсырақ.

Балама ретінде левоноргестрел-кешенді атипті гиперплазиясы және 1-сатыдағы эндометрийдің ісігі бар пациенттерді емдеу үшін жатырішілік босататын спиральдар (ЖІС) жиі пайдаланылады.

Консервативті емдеу тиімсіз болған жағдайда (эндометрийлік қатерлі ісік 6-9 айлық емдеуден кейін де болады) немесе пациенттер жүктілікті жоспарламаған жағдайда хирургиялық араласу ұсынылады. Құнарлылықты сақтау мақсатында емдеу жоғары дәрежелі эндометриоидты аденокарцинома, жатыр папиллярлы серозды карцинома, ашық жасушалы карцинома немесе карциносаркомасы бар пациенттерге қарсы.

Эндометриоидты аденокарцинома Ia немесе Ib сатысы бар жас әйелдерде аналық безді сақтау қауіпсіз және ұсынылатын қадам болып табылады.

Жалпы іс-шаралар

Семіздік пен гипертензия эндометрийдің қатерлі ісік ауруының пайда болу қаупін арттыратындықтан және деректер белгілі бір өмір салты эндометриоидты қатерлі ісік ауруының алдын алуға көмектесетінін көрсететіндіктен, пациенттерге жаттығулар жасаудың, салмақ жоғалтудың және дұрыс тамақтанудың маңыздылығы туралы хабарлау керек.

Жоғары қауіпті гистология

Жатырдың папиллярлы серозды карциномасы, ашықжасушалы карциномалар және карциносаркомалар жоғары қауіпті топтағы гистологиялық агрессивті қатерлі ісік болып саналады, сондықтан емдеу кезінде жатырдан тыс жерлерде таралуы мүмкін.

Бұл гистологиялық агрессивті эндометрийлік ісіктермен әдетте аралас емдеу ұсынылады. Алғашқы емдеуге іштің гистерэктомиясы, жамбас және параортальды лимфа түйіндерін кесу арқылы екі жақты сальпингоофорэктомия және сальник пен перитонеальді биопсия жатады.

Клиникалық айқын эктопиялық ісік ошағы бар пациенттерге қалдық ісік өсімінің болмауына дейін ісік көлемін азайту үшін циторедукция жүргізу қажет[8-4586].

Папиллярлы серозды және ашықжасушалы карциномамен адъювантты терапия кезеңге байланысты:

* * Ia сатысы миометрия инвазиясынсыз және гистерэктомия кезінде алынған үлгіде аурудың қалдықты процестердің болмауы: бақылау және мұқият бақылау (қолайлы тәсіл)

* Ia және IV немесе II сатыдағы қатерлі ісіктің басқа кезеңдері: әдетте карбоплатинмен және паклитаксельмен жүйелі химиотерапиямен вагинальды брахитерапия

* Кейінгі кезеңдердегі ауру: Карбоплатин мен паклитакселмен стандартты химиотерапия

Карциносаркоманың адъювантты терапиясы да кезеңге байланысты:

* * Ia сатысы миометрия инвазиясынсыз және гистерэктомия кезінде алынған үлгіде аурудың қалдық құбылыстарынсыз: бақылау және мұқият бақылау (қолайлы тәсіл)

* Барлық басқа кезеңдер: әдетте жүйелі химиотерапия ифосфамидпен плюс паклитаксел.

Тақырып бойынша тесттік тапсырмалар мен ситуациялық есептер

Тесттік тапсырмалар

1. Эндометриялық гиперплазия дамуының негізгі патогенетикалық механизмдері:

- A. Гонадотропиндер өндірісін арттыру.
- B. Пролактин өндірісін арттыру.
- C. Ановуляция және эндометрияның рецептивтілігінің бұзылуы.
- D. Қанның коагуляциялық потенциалының бұзылуы.
- E. Қанның коагуляциялық потенциалының өзгерісі жоқ.

2. Жатыр миомасы операциясы кезінде жатырдың артқы қабырғасында орналасқан миоматозды түйін аяқшасының неврозы анықталды. FIGO (2011г.) бойынша осы миоматозды түйін қай типке жатады?

- A. 0 тип
- B. 1 тип
- C. 3 тип
- D. 5 тип
- E. 7 тип

3. Жатырдың диагностикалық куретажы-бұл диагноз және сонымен бірге келесі гиперплазиялық процестерде емдік процедура (гормоналды емдеуді қоспай)

- A. айқын аденоматозда
- B. айқын емес аденоматозда
- C. безді эндометриялық гиперплазиясында
- D. безді полипте
- E. дұрыс жауаптар C) және D)

4.Эндометрий обырының TNM жүйесі бойынша III кезең үшін тән

- A. серозды қабықтың инфильтрациясы
- B. жатыр қосалқыларындағы метастаздар
- C. аймақтық лимфа түйіндеріндегі метастаздар
- D. метастаздар қынапқа
- E. жоғарыда айтылғандардың бәрі дұрыс

5. 56 жастағы науқаста эндометрий обырына байланысты біріктірілген емнен кейін 2 жылдан кейін өкпеде бірлі-жарым метастаздар анықталды. Жамбас аймағында рецидив жоқ. Сіздің тактикаңыз?

- A. химиотерапия
- B. гормондық терапия
- C. ота
- D. дұрыс жауаптар A) және B)
- E. дұрыс жауаптар B) және C)

6.Эндометрийдің қатерлі ісікпен ауыратын науқастарды гормоналды емдеуде келесі гормоналды препараттар қолданылады

- A. 17-ҚӨК
- B. депостат
- C. норколут
- D. тестостерон пропионаты
- E. тек A) және B)

7.Жатыр саркомасының даму көздері:

- A. шажырақай
- B. дәнекер тінінің туындылары
- C. эпителий
- D. дұрыс жауаптар A) және B)
- E. дұрыс жауаптар A) және C)

8.Жатыр саркомасының клиникасы (ауырсыну, қан кету) байланысты

- A. науқастың жасына
- B. ісік орналасуына
- C. процестің таралу дәрежесіне байланысты
- D. дұрыс жауаптар A) және B)
- E. дұрыс жауаптар B) және C)

9.Эндометрий обырымен ауыратын науқастарға отадан кейінгі кезеңде гормондық терапияны тағайындау үшін шешуші сәт?

- A. науқастардың жасы
- B. инвазия тереңдігі
- C. ісікте эстрогендер мен прогестерон рецепторларының болуы
- D. қатар жүретін аурулар

Е. дұрыс жауаптар В) және С)

10. Науқас 36 жаста, 9 апталық мерзімде жасалған медициналық түсік тастаудан кейін етеккір циклі аралығында жыныс жолдарынан қанды бөлінулердің болуына шағымданады. Ж-3,Б-1, Т -2. Етеккірі жүйелі келеді, ауру сезімдері жоқ, 5-7 куннен, көптеп келеді. Айнада: жатыр мойыны таза, бөліну жағылмалы, қан араласқан. PV: жатыры шар тәрізді пішінде, артқа ауытқыған, қалыпты шамадан аздап үлкейген, пальпацияда сезімтал, жатыр мойыны сақталған, сыртқы тесіктен саусақ ұшы өте алады, жатыр қосалқылары ерекшеліктерсіз. ҚР ДСМ 04.07.2014 жылғы "Етеккір циклінің бұзылысы" хаттамасына сәйкес жатырдан аномальды қан кетудің осы себебі қандай жіктемелік категорияға жатады

- А.жатырдан аномальды қан кету- Р
- В. жатырдан аномальды қан кету- Е
- С.жатырдан аномальды қан кету- М
- Д.жатырдан аномальды қан кету-А
- Е.жатырдан аномальды қан кету-1

11.Транскынаптық тексеруде жатыр құрылымының өзгерісі қандай патологияға сәйкес келеді? Әйелде етеккірден кейінгі үзіліс, шағымы жоқ.

- А. Эндометрияның безді гиперплазиясы.
- В. Эндометриядағы полип.
- С. Жатырдың субмукозды миомасы.
- Д. Эндометриядағы қатерлі ісік миометрияға қарай өскен

12.Жатырдың экстирпациясы кезінде жатыр артериясын байлаған кезде оң жақ несепәғар зақымдалды, несепәғар мен жатыр артериясының өзара қарым қатынасы:

- А.Кіші жамбасқа кіреберісте несепәғар жатыр артериясының алдында, жатыр мойны деңгейінде жатыр артериясы несепәғардың алдында орналасқан.
- В. Жатыр мойны аймағында жатыр артериясы несепәғардың тереңінде орналасқан
- С.Жатыр артериясы несепәғардың алдында орналасқан
- Д.Жатыр артериясы несепәғардың артында орналасқан
- Е. Жатыр артериясы несепәғар айналасында спираль тәрізді орналасқан.

13. Жатырмаңылық кеңістік тіндерінің іріндеуіне байланысты операция барысында құрсақалдылық кеңістікте шап өзегінің ішкі кеңістігінде іріннің жиналуы анықталды.іріндік үрдіс қай анатомиялық түзілімнің бойымен жүргенін анықтаңыз:

- А.жатырдың жұмыр байламымен
- В.төменгі құрсақастылық артерия бойымен
- С.Қуық және қуықалды кеңістігімен
- Д.жатырдың жалпақ байламымен

Е.жатырдың кардинальды байламы

14. №4 09.06.2016ж "Жатырдың қабынулы емес аурулары"диагностикалау және емдеу клиникалықхаттамасына сай климактерлік жастағы әйелдерде эндометрийдің атипті гиперплазиясын емдеу әрекетін көрсетіңіз:

- A. Лапароскопиялықгистерэктомия
- B.Лапароскопиялықгистерэктомия, лимфаденэктомия
- C.жатыр қосалқыларымен тотальды гистерэктомия, лимфаденэктомия, оменэктомия
- D.жатыр қосалқыларымен тотальды гистерэктомия, лимфаденэктомия
- E.жатыр қосалқыларымен тотальды гистерэктомия

15.Гинекологиялық бөлімшеде жатырға операция барысында несеп ағар зақымдалды. Несеп ағарға тігіс салу принциптері:

- A. шырышты қабығын тікпей, кетгутпен түйінді тігіс салу;
- B. шырышты қабығымен бірге кетгутты тігіс салу;
- C. шырыс асты қабығын тікпей жібекті тігіс салу;
- D. Барлық кабаттарын қосып үздіксіз тігіс салу;
- E. Мультановаскийдың айналдыра тігісін салу;

16.35 жастағы науқаста жоспарлы гистерэктомиядан кейін цианоз, кеудесінің жағында қатты ауырсыну, синусты тахикардия және гипотензия дамыды. Ең мүмкін себеп?

- A.миокард инфарктісі
- B.өкпе артериялары тромбоэмболиясы
- C.гипостатикалық пневмония
- D.жіті панкреатит
- E.пневмоторакс

Ситуациялық есептер

Есеп №1

ҚР ДСМ 04.07.2014 жылғы "әйелдердегі менопауза және климактериялық жағдай" № 10 хаттамаға сәйкес жатыр миомасы және аденомиозы бар әйелге пременопауза кезінде климактериялық синдромның көрінуімен хирургиялық емдеу жасауға болмайтын әйелге толықтырғыш гормоналдық терапия түрін көрсетіңіз:

Есеп №2

Науқаста жатырды алып тастағаннан кейін бір жыл өткен соң (тез өсіп келе жатқан миомаға байланысты жатырдың қосалқылары бар ұлпа ампутациясы) кіші жамбаста жамбас қабырғасына дейін инфильтраттар анықталды. Гистологиялық препараттарды қайта қарау кезінде жатырдың лейомиосаркома анықталды. Оған неғұрлым мақсатқа сай.

Есеп №3

57 жастағы науқас ішінің төменгі бөлігінің үнемі тартып ауырсынуына, зәр шығарудың қиындауына шағымданып түсті. Анамнезінде ірі ұрық босану, аралықтың II дәрежелі жыртылуы. Соматикалық анамнез қолайлы. Постменопауза 4 жыл. Гинекологиялық анамнез: жыныс саңылауы ашық, күшенген кезде вульварлы сақина сыртында жатыр денесі, элогирленген және гипертрофияланған жатыр мойны анықталады. Жатыр денесі ұлғаймаған, қосалқылары анықталмаған. Анағұрлым керекті әрекет.

Есеп №4

Науқас 47 жаста. Ішінің ауық-ауық ауыратынына шағымданады. Етеккірі жүйелі, бірақ аз келеді. Ж- 3, Б- 2, Т -1. Жатыр миомасымен ауырғанына 8 жыл. Соңғы УДЗ-де: Жатыр антефлексио, өлшемі 118x100x118мм. Миометрия құрылымы біртекті емес. Сол жак бүйір қабырғасында дұрыс емес пішінде, контуры анық, жоғары эхогенді түзіліс анықталған, өлшемі 100x82x100 мм. ТДК-да (ЦДК) васкуляризация артқан. Артқы қабырғаны толығымен алып жатқанына қарамастан түзіліс эндометрий тармағына 3-4 мм жетпейді. ҚР ДСМ 09.06.16 жылғы "Жатыр миомасы" № 9 хаттамасына сәйкес Сіздің әрекетіңіз:

Есеп №5

56 жастағы науқаста жатырдың қосымшалары мен лимфаденэктомиясы бар эндометриальды саркома жамбас лимфа түйіндерінде метастаздармен анықталды. Әрі қарай емдеу кіреді.

4.ЖАТЫР САРКОМАСЫ

Жатыр саркомасы-бұл эпителиалды емес жасушалардан пайда болатын қатерлі ісік (ал қатерлі ісік, керісінше, эпителий жасушаларынан пайда болады). Аурудың морфологиялық субстраты болуы мүмкін:

- шырышты қабықтың стромасы;
- миометрия ұлпасы (бұлшықет және дәнекер);
- жетілмеген жасуша элементтері;
- мезенхималық жасушалар;
- гетеротопиялық эмбриональды рудименттер.

Жатыр саркомалары барлық қатерлі ісіктердің ішінде 2-ден 6% - ға дейін және жыныс мүшелерінің қатерлі ісіктерінің 1% - дан кемін алады. Статистикаға сәйкес, тегіс бұлшықет ісіктері басым — лейомиосаркомалар (жағдайлардың 40% - дан астамы). Эндометриялық стромальды саркомалар шамамен 15% құрайды. Бұл ауру көбінесе вагинальды саркомамен бірге жүреді. Сонымен қатар, саркома бар фиброматозды түйіндерде пайда болуы мүмкін (қатерсіз ісік, онкологиямен тікелей байланысы жоқ). Ауру кез-келген жастағы әйелдерде кездеседі. Көбінесе саркома менопаузаға дейінгі және постменопаузадан кейінгі кезеңде анықталады. Бірақ қыздарда жатыр саркомасының жағдайлары белгілі, бұл ұрықтың қалыптасу патологиясымен байланысты (дизэмбриогенез). Көптеген жағдайларда ісіктің локализациясы жатырдың денесі болып табылады (жатыр мойнына қарағанда шамамен 10 есе жиі)[1-386].

4.1.Себептері

Жатыр саркомасының даму себептері аурудың алдындағы бірқатар патологиялық жағдайлармен байланысты. Көбінесе (51-57%) ісіктер фибромалардың ішінде немесе жақын жерде байқалады. Бұл аурулардың жалпы этиопатогенезі жоқ. Бірақ қосымша теріс факторлардың жиынтығымен дененің немесе жатыр мойнының қатерлі ісіктерінің болуы саркоманың даму қаупін арттырады. Жатыр саркомасының дамуында қауіп факторлары маңызды рөл атқарады.

Қауіп факторлары:

Гинекология қауіп факторларының қатарына жатыр саркомасы бар пациенттердің көпшілігінде байқалатын патологиялардың тізіміне жатады:

- ұрықтың эмбриональды дамуының бұзылуы;
- босану кезіндегі жарақаттар;
- жүктілікті хирургиялық жолмен ұзу салдарынан болған зақымданулар;
- диагностикалық куртаж кезіндегі жарақаттар;
- кеш босану (30 жастан кейін) және етеккір;
- кеш менопауза;

- пролиферативті өзгерістері бар патологиялар (эндометрия полиптері, эндометриоз).

Жатыр саркомасының дамуында созылмалы интоксикация да әсер етеді. Олар:

- спирттік ішімдіктерді ішу;
- темекі шегу;
- ұзақ мерзімді дәрі-дәрмекпен емдеу;
- есірткі заттарды қабылдау;
- өте ластанған орта;
- химия өнеркәсібі кәсіпорындарындағы жұмыс;
- жатыр мойны обырын емдеуде кіші жамбас органдарын радиациялық сәулелендіру.

Жатыр саркомасы ановуляция мен гиперэстрогенияға байланысты дами бастайды (эстроген гормонының жоғарылауы). Менопауза кезінде көрінетін нейроэндокринді бұзылулар да теріс әсер етеді[3-2676].

4.2.Жіктелуі

Саркомалардың жіктелуі қысқа мерзімде тиісті емдеуді тағайындауға және бастапқы болжам жасауға мүмкіндік береді. Қабылданған жіктеу жатырдың саркомаларын 6 негізгі түрге бөледі:

1. Эндометриялық стромальды ісіктер.
2. Лейомиосаркома.
3. Қатерлі сипаттағы тегіс бұлшықет ісіктері.
4. Жоғарыда аталған екі ісік түрін біріктіретін аралас мезодермальды тип.
5. Дифференцирленбеген эндометриялық саркома.
6. Карциносаркома.

Көптеген басқа сирек кездесетін түрлері "жатырдың жұмсақ тіндерінің басқа ісіктері"деп аталады. Сондай-ақ, неоплазмалардың дифференциация дәрежесі мен жасушалық құрамы бойынша жіктелуі бар:

-Төмен дифференцирленген. Олар жетілмеген жасушалардан тұрады, көптеген тамырлар стромада кездеседі. Бұл санатқа верентен-, гигант, дөңгелек, полиморфты жасушалық саркома және сирек кездесетін ауру түрлері кіреді: альвеолярлы саркома, меланосаркома, лимфосаркома.

- Орташа дифференцирленген.

-Жоғары дифференцирленген. Олар жетілген жасушалардан тұрады. Бұл фибропластикалық және бұлшықет-жасушалық саркомалар.

4.3.Кезеңдері

Жатырдың саркомасында аурудың 4 кезеңі, сондай-ақ басқа онкологиялық ауруларбайқалады.

I кезең: ісіктің таралуы жатыр денесімен шектеледі.

II кезең: ісік денеге және жатыр мойнына өтеді.

III кезең: жатыр денесінен тыс қатерлі процесс, бірақ жамбас мүшелерімен шектеледі. Аймақтық лимфа түйіндерінде метастаздар пайда болады.

IV кезең: неоплазмалар жамбас шеңберінен, тік ішектің немесе қуықтың шырышты қабығына енеді. Алыс метастаздар бар.

4.4. Клиникалық көрінісі.

Жатыр саркомасының белгілері жаңа түзілістің орналасуына, ісіктің сатысы мен түріне байланысты. Бастапқы кезеңде жатыр саркомасы симптомсыз өтеді. Егер ісік фиброматозды түйіндермен бірге дамитын болса, онда фибромаға тән белгілерден басқа қосымша белгілер пайда болмайды. Жаңа түзілістің даму процесінде етеккір циклінің бұзылуы байқалады (метроррагия, меноррагия), жағымсыз өткір иісі бар ақ түстің көп ағуы (қосымша инфекция болған кезде). Ауырсыну жамбас пен жыныс мүшелерінің әртүрлі аймақтарына таралады[5-1856].

Саркомада субмукозды түйіндердің (жатыр қуысында ісіктің өсуі) және эндометрияда айқын белгілері байқалады. Симптомдарға қан кету және тіпті қан кету қосылады. Іштің төменгі бөлігінде ауырлық сезімі және өткір ауырсыну бар, оның себебі түйіндердің тез өсуі, некроз, түйіннің аяқтарын бұралуы. Түйіндердің ұлғаюна ауырсыну тән. Ісіктің өсуі мен дамуы кезінде құрсақ қуысының іргелес мүшелеріде процеске қатысады. Тік ішектің қабырғасы енгенде толық емес дефекация сезімі пайда болады. Қуыққа ісік қысымымен зәр шығару проблемалары басталады (жиілеу, ыңғайсыздық).

3 және 4 сатылардағы жатырдың саркомасында анемия, асцит (іш қуысында бос сұйықтықтың жиналуы), интоксикация, кахексия, ұзаққа созылған субфебрилит, жалпы әлсіздікпен сипатталады.

Гематогенді жолмен немесе лимфа жүйесінің тамырлары арқылы таралатын метастаздардың нысаны:

- * өкпе (плеврит дамуымен көрінеді);
- * бауыр (сарғаю);
- * омыртқа (оның кез-келген бөлігіндегі ауырсыну).

Жатыр саркомасы симптомдарының негізгі проблемасы (әсіресе ерте кезеңдерде) белгілердің қатерсіз сипаттағы ісіктермен толық сәйкес келуі болып табылады. Мысалы, фибромиома-бұл әйел жыныс мүшелерінің барлық ісіктері арасында бірінші орын алатын жаңа түзіліс.

4.5. Диагностикасы

Бастапқы диагноздың негізгі мақсаты-жатырдың саркомасын қатерсіз ісіктерден (фибромиома, лейомиома) ажырату. Фиброматозды түйіндер болған жағдайда саркоманың бастапқы белгілері, әдетте, олардың тез өсуі, циклдік емес қан кету, қан жоғалтуға сәйкес келмейтін айқын анемия болып табылады. Сондай-ақ, ЭТЖ жоғарылайды, хирургиялық араласу арқылы полиптерді немесе субмукозды түйіндерді алып тастағаннан кейін белгілер пайда болады.

Бұған жатырдың резекциясынан кейін культтегі ісік түйіндерін диагностикалау және онкомаркерді талдаудың оң нәтижесі жатады.

Қынапты гинекологиялық тексеру кезінде жатыр мойнының түсіне назар аудару керек. Саркома кезінде цианотикалық реңкке ие болады. Оның ісінуі және гипертрофиясы да мүмкін. Сирек жағдайларда саркоматозды түйін қалыптасу сатысында анықталады. Бимануалды және ректалды-вагинальды зерттеу арқылы мамандар түзілістің нақты локализациясын анықтайды. Сондай-ақ, түйіндердің мөлшерін, консистенциясын, жылжуын және қатерлі дәрежесін, инфильтраттардың болуын, жақын жерде орналасқан үлкейген лимфа түйіндерін, сондай-ақ қосымшалардың жағдайын ерте анықтау маңызды рөл атқарады[5-1936].

Трансвагинальды және трансабдоминальды ультрадыбыстық диагноз жатырдың өзгеруін, гетерогенді экзогенділікті, некротикалық түйіндердің және патологиялық қан ағымының болуын көрсетеді.

Цитологиялық жағынды-іздер зерттеумен аспирациялық биопсия атипті полиморфты жасушалардың болуын анықтауға мүмкіндік береді. Толығырақ ақпаратты жатыр қуысының куретажы және эндометриялық қырынуды кейінгі гистологиялық зерттеу арқылы алуға болады. Жатыр саркомасына күдік туындаған кезде диагноздың ең дәл әдістері:

- * гистероскопия;
- * ангиография;
- * лапароскопия;
- * гистероцервикография;
- * лимфография.

Жатырдың саркомасы анықталған барлық науқастарға зәр шығару жолдары (урография, ренография, хромоцистоскопия), ішек (ирригоскопия, ректороманоскопия), бауыр (ультрадыбыстық), өкпе (кеуде қуысының рентгенографиясы) тағайындалады. Сыни тұрғыдан маңызды барысында диагностикалау жатырдың саркомасын фибромиомадан (лейомиомалар) эндометрия полипін, аналық бездің, түзілісті аралас орналасуларын ажырата білу.

4.6. Емі

ТОМОСCLINIC-ТЕГІ ИННОВАЦИЯЛЫҚ ШЕШІМДЕР

Заманауи радиациялық терапияның артықшылығы-ісік айналасындағы тіндерге ең аз зиян келтіретін жоғары дәлдіктегі жұмыс режимі. Жатырдың саркомасын емдеуде сәулелік терапия тек химиотерапия мен хирургиямен бірге қолданылады.

Сәулелік терапиямен емдеу

Иондалған сәулеленудің негізгі мақсаты жамбас аймағының әртүрлі аймақтарында орналасқан қалдық жұмыс істемейтін саркоматозды түйіндер болады. Операция алдындағы сәулелік терапия саркоманың түйіндерін қоршаған тіндерден оқшаулауға көмектеседі, бұл метастаздың ықтималдығын

азайтады. Сондай-ақ, қазірдің өзінде таралған метастаздар сәулеленуге ұшырайды. Классикалық сәулелік терапия үшін TomoClinic-те Elekta Synergy® сызықтық үдеткіші бар озық жүйе қолданылады[8-2766].

Химиотерапия

Химиялық белсенді препараттар кешенін қолдану жатырдың саркомасын емдеудің негізгі әдісі емес, оның тиімділігі 2, 3 және 4 сатыларда, әдетте, осы ауру анықталады. Химиотерапия дәрігерлер консилиумының шешімдеріне сәйкес адьювантты терапия ретінде қолданылады.

TomoClinic емдеу

Украинада алғаш рет TomoClinic tomotherapy® HD орнатылған радиотерапиялық жүйесінің арқасында Томотерапия әдісін қолданады. Сондай-ақ емдеу үшін классикалық сызықтық үдеткіш Elekta Synergy® қолданылады. Осы немесе басқа жабдықты таңдау толығымен дәрігердің бақылауында болады.

Томотерапия бір сеанста ісіктердің орналасуының 3D картасын пайдалана отырып, барлық зардап шеккен аймақтарды сәулелендіруге мүмкіндік береді. Бұл жағдайда жүйе тұрақты қозғалыстағы органдардың ығысуын автоматты түрде ескереді және сәулелену сәулесін тек зардап шеккен аймаққа бағыттайды.

Саркоманы емдеу жоспарын дайындауға бірқатар мамандар қатысады — онкологтар, рентгенологтар және басқа мамандықтар дәрігерлері. Томотерапия өкпеде, бауырда, омыртқада және басқа мүшелерде метастаздар болған кезде жоғары тиімділікті көрсетеді. Ісіктердің барлық ошақтарына бір мезгілде әсер ету максималды оң нәтижелерге қол жеткізуге мүмкіндік береді[8-3046].

4.7.Болжамы

Жатыр денесінің саркомасы туралы бөлек болжам жасау алмаймыз. Метастаздар болмаған кезде фиброматозды түйіндерде дамитын жатыр саркомасын емдеуде ең қолайлы нәтиже мүмкін. Ең нашар болжам эндометриялық саркомаларға қойылады. Үнемі профилактикалық тексерулер, фиброманы уақтылы емдеу, түсік түсірмеу саркоманың дамуының алдын алады.

Тақырып бойынша тесттік тапсырмалар мен ситуациялық есептер

Тесттік тапсырмалар

1Жатырдың карциносаркомасын емдеуде келесі емдеу әдістерін қолданған дұрыс:

- A. ота
- B. ота + сәулелендіру
- C. ота + химиотерапия

- D. ота + радиация + химиотерапия
E. дұрыс жауаптар A) және D)

2. 32 жастағы науқаста өкпеде метастаздары бар жатырдың хориокарциномасы анықталды. Жатырдың денесі жүктіліктің 9 аптасында сәйкесінше үлкейген, қынапта метастаздар жоқ. Аурудың кезеңі қандай?

- A. I
B. II
C. IIIa
D. IIIb
E. Iva

3. Жатырдың хориокарциномасы жыныс мүшелерінің барлық басқа қатерлі ісіктерінен ерекшеленеді

- A. науқастардың жас жасы
B. аурудың агрессиялығы
C. жүктілікке байланысты
D. ХГ (хориондық гонадотропин) және ТБГ (трофобласттық В-глобулин) көрсеткіштерінің жоғарылауы)
E. дұрыс жауаптар C) және D)

4. Жатыр саркомасына тән метастаз

- A. лимфогендік
B. гематогенді
C. имплантациялық
D. дұрыс жауаптар A) және B)
E. дұрыс жауаптары жоқ

5. Эндометрий қатерлі ісігіне хирургиялық араласу көлемі байланысты:

- A. жастан бастап
B. ісіктің гистологиялық құрылымынан
C. инвазия тереңдігінен
D. экстрагенитальды патологиядан
E. барлық аталғандар ден

6. Эндометрий обырының TNM жүйесі бойынша III кезең үшін тән:

- A. сірнелі қабықтың инфильтрациясы
B. жатыр қосалқыларындағы метастаздар
C. аймақтық лимфа түйіндеріндегі метастаздар
D. қынаптағы метастаздар
E. жоғарыда айтылғандардың бәрі дұрыс

7. Жатыр саркомасының клиникасы (ауырсыну, қан кету) байланысты

- A. науқастың жасына

- В. ісік орналасуына
- С. процестің таралу дәрежесіне байланысты
- Д. дұрыс жауаптар А) және В)
- Е. дұрыс жауаптар В) және С)

8.Эндо метрийлік қатерлі ісік диагнозын қою үшін шешуші болып табылады

- А. айнамен қарау тексеру
- В. пальпация
- С. жамбасты ультрадыбыстық тексеру
- Д. 32р радиоизотопты зерттеу
- Е. диагностикалық куретаж

9.Карциносаркоманы және эндо метрийлі саркоманы емдеу кезінде отаны көлемде жасаған дұрыс

- А. қосалқылармен жатырдың экстирпациясы
- В. қосымшаларсыз жатырдың экстирпациясы
- С. қосалқылармен жатырдың экстирпациясы + лимфаденэктомия
- Д. қосалқылармен жатырдың кеңейтілген экстирпациясы
- Е. дұрыс жауаптар С) және D)

10.Жатырдың диагностикалық куретажы-бұл диагноз және сонымен бірге келесі гиперплазиялық процестерде емдік процедура (гормоналды емдеуді қоспай)

- А. айқын аденоматозда
- В. айқын емес аденоматозда
- С. безді эндо метриялық гиперплазиясында
- Д. безді полипте
- Е. дұрыс жауаптар С) және D)

11.Эндо метрий обырының TNM жүйесі бойынша III кезең үшін тән

- А. серозды қабықтың инфильтрациясы
- В. жатыр қосалқыларындағы метастаздар
- С. аймақтық лимфа түйіндеріндегі метастаздар
- Д. метастаздар қынапқа
- Е. жоғарыда айтылғандардың бәрі дұрыс

12. 56 жастағы науқаста эндо метрий обырына байланысты біріктірілген емнен кейін 2 жылдан кейін өкпеде бірлі-жарым метастаздар анықталды. Жамбас аймағында рецидив жоқ. Сіздің тактикаңыз?

- А. химиотерапия
- В. гормондық терапия
- С. ота
- Д. дұрыс жауаптар А) және С)
- Е. дұрыс жауаптар В) және С)

Е. барлық жауаптар дұрыс

Ситуациялық тапсырмалар

Есеп №1

35 жастағы науқаста өкпеде метастаздары бар жатырдың хориокарциномасы анықталды. Жатырдың денесі жүктіліктің 9 аптасында сәйкесінше үлкейген, қынапта метастаздар жоқ. Аурудың кезеңі қандай? Дәрігердин тактикасы

Есеп №2

55 жастағы науқаста эндометрий обырына байланысты біріктірілген емнен кейін 2 жылдан кейін өкпеде бірлі-жарым метастаздар анықталды. Жамбас аймағында рецидив жоқ. Сіздің тактикаңыз?

Есеп №3

Науқас 35 жаста, 10апталық мерзімде жасалған медициналық түсік тастаудан кейін етеккір циклі аралығында жыныс жолдарынан қанды бөлінулердің болуына шағымданады. Ж-4, Б-2, Т-2. Етеккірі жүйелі келеді, ауру сезімдері жоқ, 6-7 куннен, көптеп келеді. Айнада: жатыр мойыны таза, бөліну жағылмалы, қан араласқан. PV: жатыры шар тәрізді пішінде, артқа ауытқыған, қалыпты шамадан аздап үлкейген, пальпацияда сезімтал, жатыр мойыны сақталған, сыртқы тесіктен саусақ ұшы өте алады, жатыр қосалқылары ерекшеліктерсіз. Жатырдан аномальды қан кетудің осы себебі қандай жіктемелік категорияға жатады? Тактикасы.

Есеп №4

59 жастағы науқас ішінің төменгі бөлігінің үнемі тартып ауырсынуына, зәр шығарудың қиындауына шағымданып түсті. Анамнезінде ірі ұрық босану, аралықтың II дәрежелі жыртылуы. Соматикалық анамнез қолайлы. Постменопауза 3 жыл. Гинекологиялық анамнез: жыныс саңылауы ашық, күшенген кезде вульварлы сақина сыртында жатыр денесі, элогирленген және гипертрофияланған жатыр мойны анықталады. Жатыр денесі ұлғаймаған, қосалқылары анықталмаған. Анағұрлым керекті әрекет.

5.АНАЛЫҚ БЕЗДІҢ ІСІКТЕРІ

Аналық бездердің ісіктерін диагностикалау және емдеу мәселесі онкогинекологиядағы ең қиын мәселелердің бірі болып табылады. Аналық бездердің қатерлі ісіктері бар науқастардың көпшілігінде ауру кейінгі кезеңдерде анықталады және оларды емдеудің нәтижелері көңіл көншітпейді. Көптеген заманауи әдістердің жоғары сезімталдығына қарамастан диагностика, олардың ерекшелігі аналық бездердегі қатерсіз және қатерлі процестерді саралау үшін жеткіліксіз, бұл қатерлі ісіктерді ерте анықтау үшін тиімді скринингті қамтамасыз ете алмайды. Аналық без обыры бар науқастардың жалпы бес жылдық өмір сүру деңгейі 35-40% аспайды[2-26].

5.1.Эпидемиологиясы.

Ауру, өлім және өмір сүру деңгейі.

Аналық без ісіктерінің көпшілігі эпителийлік болып табылады. Барлық ісіктерді қатерсіз және қатерлі деп бөлуге болады. Әйелдер популяциясындағы аналық без ісіктерінің жиілігі туралы статистикалық ақпарат олардың қатерлі түрлеріне ғана қатысты. Әйел жыныс мүшелерінің қатерлі ісіктерінің ішінде аналық бездердің ісіктері (карциномалар, стромальды жасушалық және герминогенді ісіктер) жатыр мойны мен денесінің қатерлі ісігінен кейін үшінші орын алады, олардың үлесі 30% жетеді. Әйелдердегі барлық қатерлі ісіктердің ішінде аналық бездің қатерлі ісігі жиілігі бойынша жетінші орында, 4-6% құрайды. Қатерлі ісік ауруын зерттеу жөніндегі халықаралық агенттіктің (ҚІЗХА) мәліметтері бойынша, әлемде жыл сайын 200-ден астам аналық без обырының жаңа жағдайлары тіркеледі және 100 мыңнан астам әйел аналық бездің қатерлі ісіктерінен қайтыс болады. Егер аналық без ісігінің үлес салмағы (%) әлемнің барлық елдерінде әйелдердің онкологиялық аурушандығында шамамен бірдей болса, онда 100 000 әйел тұрғынға шаққандағы аурушандық жиілігі айтарлықтай ауытқиды. Егер аналық без обырының үлес салмағы (%) әлемнің барлық елдерінде әйелдердің онкологиялық аурушандығында шамамен бірдей болса, онда 100 000 әйел тұрғынға шаққандағы аурушандық жиілігі айтарлықтай ауытқиды. Еуропада, әсіресе батыс елдерінде және Ұлыбританияда, сондай-ақ Солтүстік Америкада стандартталған ауру деңгейі ең жоғары (100 000-ға 10 және одан да көп). Орталық және Оңтүстік Америкада, Африка мен Азияда, соның ішінде Жапония сияқты индустриалды елдерде, бірақ Израильді қоспағанда, бұл көрсеткіштер айтарлықтай төмен (7 және 100 000-нан аз). Соңғы 20 жыл ішінде аналық без қатерлі ісігінің деңгейі жоғары елдердің көпшілігінде (Скандинавия, Ұлыбритания, АҚШ, Канада) тұрақты болып келеді және тіпті біршама төмендейді. Сонымен қатар, Жапония, Үндістан, Сингапур сияқты қауіпті елдерде, сондай-ақ оңтүстік және Шығыс Еуропаның кейбір елдерінде (Португалия, Испания, Югославия, Польша) аурудың жоғарылауы байқалды. Ресейде Жыл сайын 11000 – нан астам әйелде аналық без қатерлі ісігі анықталады (100000-ға 10), жалпы

онкологиялық ауру құрылымында жетінші орын алады (5 %) және жатыр денесі мен жатыр мойны ісігінен кейінгі гинекологиялық ісіктер арасында үшінші орын алады. Соңғы 10 жылда елімізде сырқаттанушылық 8,5% - ға өсті[2-46].

Аналық бездің қатерлі ісігі ауруының интерпретация жасай түсіндіру, әсіресе экономикалық дамыған елдерде өте қиын. Бір жағынан, босану және лактация әсеріне ұқсас протективті әсері бар ауызша контрацептивтерді кеңінен қолдануды ескеру қажет. Екінші жағынан, өркениетті елдерде "үздіксіз овуляцияға" әкелетін жүктілік пен босану санының азаюы аналық бездегі неоплазия қаупінің жоғарылауына, сондай-ақ бедеулікті емдеуде овуляцияны ынталандыратын препараттарды және менопаузальдық бұзылуларды емдеуде эстрогендерді қолдануға ықпал етуі мүмкін. Сонымен қатар, тамақтану факторын да ескермеуге болмайды. Тамақтанудағы жануарлардың ақуыздарын тұтынудың жоғарылауы аналық без қатерлі ісігі қаупінің жоғарылауын жоққа шығармайды.

Өлім деңгейі бойынша аналық бездің қатерлі ісігі дене мен жатыр мойны ісігінен озып, әйелдердегі барлық ісіктерден болатын өлім себептерінің арасында 5-ші орынды алады. Әлемнің көптеген индустриалды елдерінде аналық без қатерлі ісігі аурудың кеш диагнозымен байланысты барлық гинекологиялық ісіктердің өлім-жітімінің ең жоғары деңгейіне ие. Диагноз қойылғаннан кейінгі бірінші жылы аналық бездің қатерлі ісігі бар науқастардың өлімі 35% құрайды. Еуропа елдерінің популяциялық Обыр регистрлерінің жиынтық деректері бойынша аналық без ісігімен ауыратын науқастардың бір жылдық өмір сүру деңгейі 63% – ды, үш жылдық – 41% - ды, бес жылдық-35% - ды құрайды. Соңғы онжылдықта Еуропада бес жылдық өмір сүрудің өсуі байқалды

Соңғы онжылдықта Еуропада аналық бездің қатерлі ісіктерімен ауыратын науқастардың бес жылдық өмір сүруінің 3% – ға (32% - дан 35% - ға дейін), ал АҚШ-та 4% - ға (36% - дан 40% - ға дейін) өсуі диагноздың жақсаруымен емес, аналық бездің және герминогенді ісіктердің таралған түрлерін емдеуде платина химиотерапиясын тиімді қолданумен түсіндіріледі. Өмір бойы аналық бездің қатерлі ісігі қаупі 1,5% құрайды және 100 әйелдің 1-і осы аурудан қайтыс болуы мүмкін.

5.2.Этиологиясы.

Аналық без ісіктерінің көпшілігінің себептері белгісіз болып қалады. Эпидемиологиялық зерттеулерге шолу Жапониядан басқа индустриалды елдерде аналық без қатерлі ісігінің жоғары жиілігін көрсетеді. Мүмкін, бұл диеталық факторларға, атап айтқанда жануарлардың майларының көп тұтынылуына байланысты шығар, дегенмен соңғы зерттеулер аналық без қатерлі ісігінің жоғары калориялы тамақпен, алкогольмен, кофеинмен және никотинмен байланысын растамайды[2-56]. Диагностикалық және емдік мақсаттарда, аналық без қатерлі ісігінің дамуында қолданылатын радиацияның мүмкін канцерогендік әсері туралы нақты дәлелдер жоқ, дегенмен

экспериментте аналық без ісіктерінің модельдер рентген сәулелерімен сәулелендіру арқылы немесе аналық без тіндерін көкбауырға немесе портал жүйесінің басқа мүшелеріне трансплантациялау арқылы жасалған. Бірнеше зерттеулерде аналық бездің карциномасының дамуына талықты гигиеналық мақсаттарда қолданумен байланыстырады.

Аналық без ісігінің дамуындағы ең үлкен рөл қазіргі уақытта гормоналды және генетикалық факторларға байланысты. Көптеген эпидемиологиялық зерттеулерде жүктілік аналық бездің қатерлі ісігі қаупін төмендететіні және жүктіліктің көп мөлшері айтарлықтай қорғаныс әсеріне ие екендігі көрсетеді. Бедеулік аналық без қатерлі ісігінің даму қаупін арттырады, ал 12 циклден астам овуляцияны ынталандыратын дәрілер бұл қауіпті 2-3 есе арттырады. Сонымен қатар, оральді контрацептивті препараттарды қолдану қатерлі ісіктің осы түрінің пайда болу қаупін азайтады. ДДҰ ұйымдастырылуымен жүргізілген үлкен зерттеуде оральді контрацептивтерді қабылдаған әйелдерде аналық без қатерлі ісігінің даму қаупі 0,75 болды. Босанбаған әйелдерде 5 жыл ішінде оральді контрацептивтерді қабылдау қауіпті босану деңгейіне дейін төмендетеді. Менопауза кезінде ұзақ эстрогендерді қабылдау да қатерлі ісік қаупін артуымен байланыстырылады. Сүт безі қатерлі ісігінің тарихы аналық без қатерлі ісігі қаупін 2-4 есе арттырады, сонымен қатар аналық без қатерлі ісігі бар науқастарда сүт безі қатерлі ісігінің даму қаупі артады. Көптеген эпидемиологиялық зерттеулерде анықталған гормоналды факторларға түсіндірмелерді Фаталдың "овуляциялық" гипотезасынан табуға болады, бұл аналық без қатерлі ісігінің даму қаупі әйелдің өмір бойы овуляциялық циклдердің санына тікелей байланысты деп тұжырымдайды. Аналық бездің жабынды эпителий пролиферациясы мен репарации кейін әрбір овуляторного цикл көптеген ісіктерді дамытады. Овуляция саны неғұрлым көп болса, қалпына келтіру процестеріндегі ауытқулардың ықтимал қаупі соғұрлым жоғары болады, бұл қатерлі трансформацияға әкеледі.

Тұқым қуалайтын фактор аналық без қатерлі ісігінің дамуындағы маңызды қауіп факторларының бірі болып табылады, дегенмен аналық без карциномаларының көпшілігі (95 %) табиғатта сирек кездеседі және олардың популяциядағы даму қаупі 1,5% - дан аспайды, яғни 100 әйелдің 1-і ауырады. Аналық без қатерлі ісігінің тек 5% - ы тұқым қуалайтын формаларға жатқызылуы мүмкін, аурудың даму қаупі 50% - ға дейін артуы мүмкін, яғни әр екінші адам ауырады. Қазіргі уақытта аналық без қатерлі ісігінің пайда болуына тұқым қуалайтын бейімділіктің үш синдромы сипатталған: аналық бездің отбасылық қатерлі ісігі, Сүт безі / аналық бездің отбасылық қатерлі ісігі, Линч II синдромы[2-56].

Отбасылық аналық без қатерлі ісігі. Аурудың даму қаупі бұрын аналық бездің қатерлі ісігімен ауыратын жақын туыстарының санына байланысты. Туыстықтың 1-ші дәрежелі туысында (анасы, қызы немесе әпкесі) аналық без қатерлі ісігінің бір жағдайы тіркелген отбасыларда ауруға шалдығу қаупі популяцияға қарағанда 2-3 есе жоғары және 4-5% құрайды. Туыстық 1-ші дәрежелі бір туыста және туыстық 2-ші дәрежелі бір туыста (әжесі, немересі,

немере ағасы, тәтесі немесе жиенінде) аналық без қатерлі ісігі анықталған отбасыларда қауіп популяцияға қарағанда 4-5 есе артады және 7% құрайды. Туыстықтың 1-ші дәрежесіндегі екі туысы аналық без обырымен ауыратын отбасыларда әр екіншісі ауырып қалу қаупі бар, яғни.қауіп 50% құрайды. Сондықтан медициналық-генетикалық кеңес беру кезінде отбасы тарихын мұқият жинау өте маңызды.

Отбасылық сүт безі /аналық без ісігі. Мұндай отбасыларда жақын туыстары жасы (50 жасқа дейін) және аналық бездің қатерлі ісігімен ауырады. Бұл локализацияның қатерлі ісігі қаупінің дәрежесі әр түрлі туыстық деңгейдегі ауру туыстарының санымен де анықталады. Сонымен қатар, жоғарыда айтылғандай, бұрын сүт безі немесе аналық без қатерлі ісігі ауруымен ауыратын әйелдерде екінші ісіктің пайда болу қаупі популяцияға қарағанда 2-4 есе жоғары.

Линч синдромы II. Бұл синдроммен жақын туыстарының арасында отбасыларда әртүрлі локализацияның аденокарциномалары, негізінен колоректальды қатерлі ісік, сүт безі және эндометрия, аналық без қатерлі ісігі байқалады. Отбасы мүшелерінің арасында аденокарцинома қаупі ауру туыстарының санына да байланысты және ол кез-келген жағдайда популяцияға қарағанда 2 есе жоғары.

17 q12–21 хромосомасындағы BRCA2 және 13 q12 хромосомасындағы BRCA2 гендері сүт безі қатерлі ісігі мен аналық без қатерлі ісігінің тұқым қуалайтын түрлерінің пайда болуына жауап береді. Осы гендерде сипатталған отбасылық синдромдардағы мутацияны анықтау қатерлі ісіктің тұқым қуалайтын берілуін көрсетеді. Алайда, күнделікті генетикалық тестілеу бірнеше себептерге байланысты шектеулі. Біріншіден, науқас пен оның туыстарындағы геннің 100-ден астам негіздері бойынша мүмкін болатын нүктелік мутацияны анықтау отбасылық синдроммен өте ауыр болып қала береді және қазіргі генетикалық зертханаларда да әрдайым тиімді бола бермейді. Екіншіден, аналық без бен сүт безі қатерлі ісігінің тұқым қуалайтын түрлерін генетикалық тестілеу этикалық және әлеуметтік проблемаларды тудырады. Зерттелетін пациентте BRCA1 және BRCA2 гендерінің мутациясының болмауы осы қатерлі ісіктердің спорадикалық формаларының дамуын жоққа шығармайды. Дені сау тасымалдаушыларда BRCA1 және BRCA2 гендерінің мутацияларын анықтау аурудың ерте диагностикасы мен алдын-алу бойынша ұсыныстар жасайды, олар көбінесе аналық без қатерлі ісігін скринингке қатысты шешілмейді.

Тұқым қуалайтын аналық без қатерлі ісігінің орташа қауіп критерийлері анықталған.

Тұқым қуалайтын аналық без қатерлі ісігінің орташа қауіп:

1. Анамнезінде аналық без ісігінің болуымен туыстықтың 1-ші дәрежесіндегі екі туысы.

2. Аналық без қатерлі ісігі диагнозымен 1-дәрежелі туыс және 50 жасқа дейінгі сүт безі қатерлі ісігі диагнозымен 1 – дәрежелі туыс.

3. Аналық без қатерлі ісігі диагнозымен 1-ші дәрежелі туыс және 60 жастан кіші сүт безі қатерлі ісігі диагнозымен 1-ші және/немесе 2-ші дәрежелі екі туыс.

4. BRCA1 немесе BRCA2 генінің мутациясының болуы аналық без қатерлі ісігінің пайда болуына жауап береді.

5. Тоқ ішек қатерлі ісігі диагнозымен 1-ші және/немесе 2-ші дәрежелі үш туыс және аналық без қатерлі ісігінің бір жағдайы.

* Туыстықтың 1-ші дәрежесіндегі туыстар-анасы, қызы, әпкесі.

*Туыстықтың 2-ші дәрежесіндегі туыстар – әже, немересі, немере, тәтесі, жиені.

Ұсынылған эпидемиологиялық деректер эпителиалды қатерлі ісіктерге, яғни аналық без ісігіне қатысты. Негізінен жас әйелдер мен балаларға әсер ететін эпителиалды емес ісіктердің (стромальды жасушалық және герминогендік) пайда болуында эмбриогенез кезеңіндегі қолайсыз факторларға негізгі рөл беріледі. Түйіршікті-жасушалық ісіктердің дамуында бедеулікті емдеуде аналық бездердің гиперстимуляциясымен кломифенцитратпен немесе гонадотропиндермен байланыс байқалды. Гиперстимуляция бұрыннан бар ісіктің өсуіне ықпал етуі мүмкін немесе фолликуланы ынталандыратын гормонның жоғарылауы түйіршікті жасушаның канцерогенезін тудырады, дегенмен кездейсоқ сәйкестік жоққа шығарылмайды[1-476].

5.3.Морфологиялық жіктелуі және клиникалық көрінісі.

ДДҰ және халықаралық акушер-гинекологтар Федерациясы (FIGO) жасаған аналық без ісіктерінің морфологиялық жіктелуі 3-кестеде келтірілген. Барлық аналық без ісіктерін эпителиалды (80-90 %) және эпителиалды емес деп бөлуге болады. Өз кезегінде, эпителиалды емес ісіктерге стромальды жасушалық, липидті жасушалық, герминогенді ісіктер және гонадобластомалар жатады[2-76].

Кесте 3.

Аналық без ісіктерінің морфологиялық жіктелуі (ДДҰ, 2003)

<i>I.Эпителиалды</i>	<i>IV.Герминогенді ісіктер</i>
1.Сірнелі	1.Дисгерминомалар
2.Муцинозды	2.Басқа герминогенді ісіктер(дисгерминогенді емес)
3.Эндометриоидты	3.Сары дене ісігі
4.Мезонефроидты	4.Тератома
5.Бреннер ісігі	1)Жетілген
6.Аралас	-Дермоидты киста
7.Дифференциацияланбаған	-Элементтері бар дермоидты киста
Қатерсіз, шекаралық(төмен дәрежелі қауіптілік), қатерлі(жоғары, орташа және төмен дәрежелі	-Қатерлі трансформациямен
	2)Жетілмеген I,II,III дәрежелі(G I,II,III)
	5.Эмбриональды карцинома

дифференциацияланған) II.Стромажасушалы(жыныс тартпа стромасының ісігі) 1.Түйіршікжасушалы 2.Текомалар 3.Фибромалар 4.Андробластомалар(Сертоли-Лейдиг ісіктері) • Жоғары дифференциацияланған • Аралық(өтпелі) • Төмен дифференцирленген 5.Гинандробластомалар III.Майжасушалы ісіктер	6.Хориокарцинома 7.Аралас 8.Функционалды кисталар(Фолликулярлы және лютеинді) 9.Аналық без және гипертекоздың стромасының гиперплазиясы 10.Эндо метриоз 11. Қабыну процесі 12.Параовариалды кисталар V. Гонадобластомалар VI.Ісіктер,аналық безге спецификалық емес(мезенхимальды, гемопоэтикалық, невrogenді және т.б.) VII.Классикалық емес ісіктер VIII.Екіншілік(Метастатикалық)ісіктер IX.Ісік тәрізді түзілістер
---	--

Сонымен қатар, аналық бездер көбінесе асқазан-ішек жолдарының, сүт бездерінің, жатырдың (қайталама немесе метастатикалық ісіктер) метастаздарының локализацияланған жері болып табылады. Жеке топ функционалды кисталар (фолликулярлық және лютеин), қабыну процестері сияқты аналық бездің ісік тәрізді түзілімдерінен тұрады.

Эпителийлік ісіктер

Эпителиалды ісіктерінің номенклатурасында гистотипті көрсетуден басқа (сірнелі, мукинозды, эндо метриоидты, мезонефроидты, Бреннер ісігі, аралас) ісік түрі анықталды (қатерсіз, шекаралық – қатерлі және қатерлі).

Аналық бездің барлық дерлік эпителийлік ісіктерінің көзі инвагинацияланған мезотелийдің қабыршақтануы нәтижесінде пайда болатын инклюзиялық кисталар (инклюзиялық) болып саналады.

Қатерсіз ісік кезінде эпителийдің атипия белгілері жоқ және базалды мембраналар бұзылуымен жүреді. Қатерсіз эпителиалды ісіктері кистозды тегіс қабырғалы түзілімдер (цистаденомалар) түрінде болады, олардың құрамы гистотиппен анықталады. Кисталардың мөлшері, әсіресе муцинозда, кейде үлкен мөлшерге жетеді, 20-30 см-ден асады.пациенттердің жасы әртүрлі болуы мүмкін, бірақ көбінесе 40 жаста. Егде жастағы және кәрілік жастағы әйелдерде фиброэпителиалды құрылымның сирек кездесетін Бреннер ісігі анықталады.

Шекаралық ісікте (қатерлі ісіктің төмен дәрежесі) эпителийдің көбеюі байқалады, папиллярлық құрылымдардың пайда болуы, митоздық белсенділігі жоғары жасушалық және ядролық атипияның болуы, бірақ стромада инвазия жоқ.

Аналық бездердің қатерлі ісіктері арасындағы шекаралық ісіктердің үлесі 5% - дан 15% - ға дейін өзгеріп тұрады. Шекаралық ісіктері бар әйелдердің орташа жасы 40 жасты құрайды, бұл аналық без карциномасы бар науқастардан 20 жасқа кіші. Алғаш рет 1929 жылы Тейлор сипаттаған төмен дәрежелі қатерлі ісіктер салыстырмалы түрде қолайлы, тек аналық бездің зақымдалуымен шектеледі. Алайда, перитонеальды имплантаттардың 10% табылуы мүмкін екенін есте ұстаған жөн. Шекаралық ісіктердің көпшілігінде серозды немесе муцинозды гистотип бар. Сірнелі шекаралық ісіктер көбінесе екі аналық безге де әсер етеді, әр түрлі мәліметтер бойынша 38-ден 75% - ға дейін. Муцинозды шекаралық ісіктер айтарлықтай мөлшерге жетуі мүмкін және перитонийдің псевдомиксомасымен байланысты болуы мүмкін. Бреннер мен эндометриодтің шекаралық ісіктері өте сирек кездеседі[2-86].

Қатерлі аналық эпителий ісіктері (аденокарциномалар) гистотиппен және жасушалық дифференциация дәрежесімен сипатталады.

Аналық без қатерлі ісігінің ең көп таралған гистотипі-серозды аденокарцинома, екінші орында – эндометриодты аденокарцинома. Сирек гистотиптерге жеңіл жасушалы карцинома (мезонефроидты қатерлі ісік), муцинозды карцинома және Бреннер ісіктерінің қатерлі нұсқасы кіреді, олар алғашқы екі гистотиптен айырмашылығы химиотерапияға аз сезімтал. Аналық без карциномасының гистологиялық түрі ісіктің жасушалық дифференциация деңгейімен салыстырғанда онша маңызды емес, бұл аурудың алғашқы кезеңдерінде өте маңызды. Broders 1976 ж. ол ісіктің дифференциация дәрежесін төмен сараланған жасушалардың үлесі бойынша бағалауды ұсынды. Дифференциацияланудың жоғары дәрежесіне (G1) құрамында 25% – дан аспайтын төмен сараланған элементтері бар ісіктер, орташа дәрежеге (G2) – 26 – дан 50% - ға дейін, төмен дәрежеге (G3) - 51-ден 75% - ға дейін, дифференцияланбаған (G4) - 76-дан 100% - ға дейін жатқызылған. Аналық бездің таралған ісіктің ісік процесінің клиникалық таралу дәрежесі, яғни ауру сатысы ең үлкен болжамдық мәнге ие болады.

Аналық без қатерлі ісігінің белгілері

Аналық без ісігімен ауыратын науқастардың орташа жасы - 60 жас.

Аурудың ерте кезеңінде қатерсіз, шекаралық және қатерлі эпителиалды ісіктерінде патогенді белгілер болмайды. Клиникалық белгілерден іштің төменгі және төменгі бөлігіндегі ауырсыну, диспепсиялық немесе дизуриялық құбылыстар байқалуы мүмкін. Кезінде ісік аяқшаларының бұралуы кезінде өткір ауырсынумен басталады. Менструальдық бұзылулар салыстырмалы түрде сирек кездеседі. Бұл ісіктердің гормоналды белсенділігі жоқ. Аналық без ісігімен ауыратын науқастардың көпшілігінде (70%-ға дейін) диагноз қойылған кезде аурудың III немесе IV сатысы болады. Жалпы әлсіздік, тәбеттің жоғалуы, асцит, гидроторакс салдарынан іштің ұлғаюы туралы шағымдар бұрыннан таралған қатерлі процесте пайда болады.

Эпителийлік емес ісіктер

Стромажасушалы (жыныстық стромасының ісіктері): түйікшікті-жасушалы, текомалар, фибромалар, андробластомалар, гинандробластомалар

Түйіршікті-жасушалық ісіктер салыстырмалы түрде сирек кездеседі және барлық аналық бездердің ісіктері арасында 2-5% құрайды. Бұл ісіктердің дамуының ең ықтимал көзі-аналық бездің примордиальды фолликулаларының гранулозы. Түйіршік тәрізді жасушалар әртүрлі құрылымдарды құрайды, соның ішінде фолликулалық, трабекулярлық және диффузды (саркоматоидты). Жасуша цитоплазмасында липидтердің мөлшері көп кездеседі. Қатерлі ісіктің төмен дәрежесі бар ісіктерде инфильтративті өсу белгілері жоқ және клиникалық тұрғыдан қолайлы. Қатерлі түйіршікті-жасушалық ісіктерде митоздық белсенділігі, инвазивті ісік өсуі бар полиморфты және анапластикалық жасушалардың көп мөлшері бар. Макроскопиялық тұрғыдан түйіршікті-жасушалық ісіктер сары түсті кесіндіде қатты, цистикалық-қатты түзілімдер болып табылады; қатерлі ісіктерде геморрагиялық құрамы бар некроздың көптеген ошақтарын байқауға болады. Аналық бездің түйіршікті-жасушалық ісіктері гормоналды белсенді болады[2-96].

R. E. Scully 1977 жылы түйіршікті жасушалық ісіктердің екі нұсқасын анықтады: ересек және кәмелетке толмаған. Ересек типтегі түйіршікті жасушалық ісіктер 95% құрайды және пери- немесе постменопаузадан кейінгі әйелдерде пайда болады, стероидты (эстрогендер, сирек – прогестерон және андрогендер) және гликопротеидті (ингибин, Мюллер ингибиторлық субстанциясы) гормондардың өндірілуіне байланысты "дисгормональды" жасару белгілерінің дамуымен бірге жүреді, бұл аурудың айқын клиникалық көрінісін анықтайды. Бала туу жасындағы әйелдерде мено немесе метроррагия дамиды. Кейбір егде жастағы науқастар өз жасынан жас көрінеді. Гиперэстрогенизмнің көріністері кольпоцитологиялық реакцияның эстрогендік түріне, эндометриялық гиперплазияға және тіпті постменопаузадағы әйелдерде эндометриялық қатерлі ісіктің дамуына байланысты. түйіршіктіжасушалық ісіктің қатерлі ағымында жасуша дифференциациясының төмендеуіне байланысты гормоналды белсенділіктің клиникалық көрінісі төмендейді. Аурудың тағы бір жиі кездесетін симптомы - ауырсыну және іштің төменгі бөлігінде ісік түзілуін анықтау. Ісіктің жылдам өсуі оның жарылуын тудыруы мүмкін, оның дамуымен интраперитонеальді қан кету. Ісіктердің көпшілігі І сатысында диагноз қойылады. Ісік маркері – қан сарысуында анықталған ингибин және антимюллер гормоны немесе Мюллер ингибиторы (AMH/IM, AMH/MIS), ал ісік тінінде иммуногистохимиялық сынақтар арқылы анықталған ингибині (ісік маркерлерін қараңыз). Ісіктердің қайталануы ісік жойылғаннан кейін 5-10 жылдан кейін пайда болуы мүмкін, негізінен іш қуысы мүшелерінің серозды қабықшасы аймағында және пациенттердің 20-40% -ында. Болжам салыстырмалы түрде қолайлы - бес және он жылдық өмір сүру 85-70% құрайды.

Жасөспірімдер типіндегі түйіршікті-жасушалық ісіктер қыздар мен әйелдерде өмірдің алғашқы үш онжылдығында дамиды (өмірдің алғашқы 10

жылындағы аурудың шыңы) және ерте жыныстық жетілудің клиникалық көрінісі, ісіктің тез өсуі, оның жыртылуы мен бұралуы мүмкін. Көптеген науқастарда ауру І сатысында анықталады. Аурудың қайталануы хирургиялық емдеуден кейінгі алғашқы 3 жылда пациенттердің 10% - дан азында пайда болады. Болжам қолайлы-бес және он жылдық өмір сүру деңгейі 90% - дан асады.

Текома - фолликулалардың ішкі қабатындағы тека жасушаларына ұқсайтын жасушалардан тұратын липидтерге бай стромальды ісік. Макроскопиялық тұрғыдан текомалар қатты құрылымды, капсулада. Кесілген жерде ісік сарғыш-қызғылт сары түсті, қатерлі ағымды, көптеген некроз және қан кету ошақтары анықталады. Текомдар да, гранулоза жасушаларының ісіктері сияқты, олар эстроген шығаратын ісіктер тобына жатады. Дегенмен, текомалар, гранулозды жасуша ісіктерінен айырмашылығы, постменопаузадағы егде жастағы әйелдерге әсер етеді.

Фибромалар-бұл әр түрлі жетілу дәрежесі бар фибробласттардан тұратын, коллагеннің көп мөлшерін шығаратын қатерлі ісіктер. Макроскопиялық тұрғыдан, ақшылкүлгін түсті тығыз талшықты құрылымының ісігі, капсулада, кальцификация ошақтары болуы мүмкін. Фибромалардың гормоналды белсенділігі жоқ, олар негізінен егде жастағы әйелдерге әсер етеді, оларда ісік полисерозиттермен (Мейгс синдромы) бірге жүруі мүмкін.

Андробластомалар (Сертоли-Лейдиг ісіктері) гормондық белсенді ісіктерге жатады, олар жасартатын (вирилизациялайтын) әсерге ие. Ісіктер әр түрлі жетілу дәрежесіндегі Сертоли-Лейдиг жасушаларынан тұрады және тестикулярлық ұлпаның даму сатысының жетілмеген түрінде қайталанатын. Морфологиялық дифференцирлену дәрежесін көрсету ұсынылады. Тубулярлық құрылымның жоғары сараланған ісіктері эмбриональды ұрық түтікшелерінің аденомасына ұқсайды және ең аз гормоналды белсенділігі бар басқа нұсқаларға қарағанда аз кездеседі. Аралық (өтпелі) дифференцирленген ісіктерінде түтіктермен қатар жетілмеген жасушалар болады. Бұл ісіктердің гормоналды әсері вирустық немесе аралас болуы мүмкін. Төмен дифференцирленген андробластомаларда түтіктер жоқ, саркоматозды құрылымның жіптерізді жасушаларының көптігі байқалады. Вирилизация синдромы ісіктің осы нұсқасында ең айқын. Макроскопиялық тұрғыдан, диаметрі 10 см – ге дейін қатты құрылымның ісіктері, бөлімде-сұр-сары немесе қызғылт-қоңыр. Ісік түйіндері әдетте жалғыз және бір жақты, ал қарама-қарсы аналық без жиі атрофиялық болады. Андробластомалар басқа стромальды ісіктерге қарағанда аз кездеседі және негізінен 25-30 жастағы жас әйелдер мен балаларға әсер етеді. Андробласттың гормоналды белсенділігінің клиникалық көріністері әдеттегі жағдайларда дефеминизация мен маскулинизациядан тұрады. Ауру әдетте аменореядан басталады, содан кейін сүт бездерінің атрофиясы, клитор гипертрофиясы, либидо жоқ. Кейінірек фигура әйел пішінін жоғалтады, шаштың өсуі еркек түрінде байқалады. Көптеген андробластомалар жақсы жүреді және оларды алып тастағаннан кейін науқастың әйел көрінісі қалпына келеді.

Гинандробластома-бұл сирек кездесетін ісік, онда андробластома және гранулозоклеточной ісік құрылымдары ұсынылған.

Липидті жасушалық ісіктер казуистика санатына жатады. Бұл ісіктердің гистогенезі анықталмаған. Ісік жасушалары лютеин жасушалары мен бүйрек үсті қыртыстыс жасушаларына ұқсайды. Ісіктер вирилизациялық әсері бар гормоналды белсенді болуы мүмкін[2-116].

Герминогенді ісіктер

Целомдық эпителийден пайда болатын эпителий ісіктерінен айырмашылығы, герминогендік ісіктердің пайда болуы эмбриогенездің 6-шы аптасында гонадты түйнекке көшетін бастапқы герминогенді (ұрық) жасушалардан алынады. Герминогенді ісіктердің жиілігі аналық бездің қатерлі ісіктері арасында 5% - дан аспайды. Герминогенді ісіктері бар науқастар негізінен жас және бала. Барлық ісіктерді қатерлі және қатерлі деп бөлуге болады. Жетілген тератомалар қатерлі ісіктер тобына жатады, барлық басқа герминогенді ісіктер қатерлі сипатқа ие.

Тератомалар. Ісіктер бір немесе барлық үш ұрық жапырағының элементтерінен дамиды (экто-, мезо– және эндодерма). Жетілген (қатерсіз) тератомалар гистологиялық тұрғыдан эмбрионның ұлпалары мен мүшелерінің жетілген құрылымдарынан тұрады (тері, тістер, қалқанша без, ішек түтігі, шеміршек және т.б.). Жетілген тератомалар қатты және кистозды болып бөлінеді. Кистозды жетілген тератомаларға дермоидты кисталар, соның ішінде эпидермис және оның қосымшалары кіреді. Аналық бездің барлық қатерлі ісіктерінің 1/4-1/3 бөлігін құрайтын дермоидты кисталар жас әйелдерде жиі кездеседі, бірақ балалар мен егде жастағы әйелдерге әсер етуі мүмкін. Дермоидты кистаның элементтерінен пайда болатын қатерлі ісіктер негізінен аналық бездің карциномалары арасында 2-3% құрайтын сквамозды жасушалық карциномадан тұрады, ал пациенттердің жасы аналық бездің эпителийінен дамитын карциномалармен (аденокарциномалармен) бірдей[2-116]. Струма мен карциноидты қалқанша безінің тіндеріне және ішек карциноидтеріне ұқсас. Жетілмеген (қатерлі) тератомаларда жетілудің әртүрлі дәрежесіндегі жетілмеген эмбриональды құрылымдар болады(G1,2, 3).

Аналық бездің қатерлі ісігі ауруының үлесі 2% - дан 3% - ға дейін болатын қатерлі гермогендік ісіктер әрдайым жас әйелдерде 20 жасқа дейін анықталады. Герминогенді ісіктер гормоналды белсенді емес. Аурудың негізгі симптомы-іштің төменгі бөлігіндегі ауырсыну, көбінесе зақымданған аналық бездің қатты ісікпен бұралуына байланысты өткір, қынаптан қан кету әлдеқайда аз. Жедел ауырсыну синдромының пайда болуына байланысты аденокарциномамен салыстырғанда герминогенді қатерлі ісіктер негізінен аурудың I сатысында анықталады.

Герминогенді ісіктер қанда анықталуы мүмкін ісікпен байланысты антигендерді шығарады. Қатерлі герминогендік ісіктердің нақты ісік белгілері-альфа-фетопротеин (АФП) және хорионикалық гонадотропин (ХГ). АФП жиі көтерілетін ісігі кезінде желточного қапты, бірақ сондай-ақ анықталуы кезінде

жетілмеген тератома және эмбрионалды ісік. ХГ көбінесе хориокарцинома, эмбрионалды қатерлі ісік және полиэмбриомада жоғарылайды. Дисгерминома кезінде ХГ деңгейінің жоғарылауы сцинтиотрофобласт жасушаларының топтарын тудыруы мүмкін. Лактатдегидрогеназа (ЛДГ) герминогенді ісіктерге тән емес, бірақ оның деңгейін анықтау герминогенді аналық без ісіктерін, АХГ және АФП теріс, әсіресе дисгермин жағдайында бақылау кезінде пайдалы болуы мүмкін.

Клиникалық тұрғыдан маңызды болып қатерлі герминогендік ісіктерді дисгерминомалар мен дисгерминомалар емес бөлу болып табылады, олар өз кезегінде сары дене қабының ісіктері, эмбрионалды карцинома, хориокарцинома және әртүрлі жетілу деңгейіндегі тератома болып бөлінеді.

Дисгерминома қатерлі герминогендік ісіктердің жартысынан көбін құрайды. Ісік дифференцирленбеген ұрық жасушаларынан дамиды. Гистологиялық құрылымы бойынша ол ұрықтың семиномасына ұқсас. Микроскопиялық құрылымда "соңғы көпірге" ұқсайтын тән сурет бар, өйткені ісік диффузиялық түрде орналастырылған дөңгелек Жарық жасушаларының монотонды түрінен тұрады. Макроскопиялық тұрғыдан ісік қатты құрылымға ие, капсулада орналасқан, үлкен мөлшерге жетуі мүмкін, мөлшерінде – ақ түсті. Ісік гормоналды белсенділікке ие емес.

Дисгерминомалар басқа герминогенді ісіктерге қарағанда қатерсіз жүреді. Дисгерминомамен ауыратын науқастардың көпшілігінде бір аналық безге зақым келген локализацияланған ісік процесі бар, бірақ екеуіне де зақым келуі мүмкін (10% дейін). Дисгерминомамен метастаздаудың негізгі жолы – лимфогенді, сирек жағдайларда – гематогенді. III кезеңде ісік 30%–дан аз жағдайда анықталады, II-IV-өте сирек[2-126].

Аналық бездің дисгерминомаға жатпайтын ісіктеріне сары дене қабығының ісігі, жетілмеген тератома, хорионкарцинома, эмбрионалды қатерлі ісік және полиэмбриома және аралас герминогенді ісіктер жатады. *Сары дененің қабығының ісігі* аналық бездің герминогенді ісігінің ең жиі кездесетін дисгерминомаларандан кейінгі түрі, барлық жағдайлардың 25% құрайды. Олар ісік маркері ретінде АФП шығарады және өте тез өсетін ісіктер болып табылады; пациенттердің 70% – ында ауру IA сатысында, 6% – II сатысында, 23% - III сатысында диагноз қойылады. Шамамен 5% жағдайда ісік процесіне контралатералды аналық бездің қатысы бар.

Бұрын айтылған *жетілмеген тератомалар* үшінші жиі кездесетін герминогендік ісік болып табылады, 5% жағдайда ісік процесіне қатысатын контралатеральды аналық бездерде кисталық жетілген тератома болады.

Аралас герминогенді ісіктер аналық бездердің барлық герминогенді ісіктерінің шамамен 20% құрайды. Дисгерминома және сары дене қабығының ісігі-ең көп кездесетін комбинация. Эмбрионалды қатерлі ісік, хорионкарцинома және полиэмбриома таза формаларда өте сирек кездеседі және әдетте аралас герминогенді ісіктерде компоненттер ретінде кездеседі.

Альфа-фетопротеин (АФП), хорионды гонадотропин (ХГ) және лактат дегидрогеназа (ЛДГ) – дисгерминды емес ісік белгілері[2-126].

Дисгерминома емес ісік-бұл дисгерминге қарағанда жағымсыз болжаммен қатерлі ісіктер.

Гонадобластомалар сирек кездесетін ісіктерге жатады. Гистологиялық тұрғыдан алғанда, ісік ұрықтың дамуының ерте сатысында эмбриональды ұрыққа ұқсайды. Әдетте гонадобластома дисгерминомамен біріктіріледі. Ісіктер қыздар мен қыздарда сипатталған. Клиникалық түрде ісік ерте жыныстық жетілу немесе маскулинизация арқылы пайда болуы мүмкін. Гонадобластома ерте метастаздың мүмкін болуына байланысты қатерлі ісіктерге жатады.

5.4.Диагностикасы

Жоғарыда айтылғандай, аналық без ісіктерінің көпшілігінде эпителий құрылымы бар, олардың қатерсіз және қатерлі нұсқалары аурудың бастапқы кезеңдерінде патогенді клиникалық белгілерді бермейді. Ауырсыну кисталардың едәуір мөлшерімен пайда болады, тіпті іш қуысында қатерлі эпителий ісіктерінің (қатерлі ісік) метастаздарының таралуы болған кезде де, аурудың клиникасы асқазан-ішек жолдарының "ыңғайсыздығында", асциттің әсерінен іштің көлемінің ұлғаюында көрінеді. Диагноз қойылған кезде аналық без ісігімен ауыратын науқастардың шамамен 70% - ында аурудың ІІІ немесе ІV кезеңдері болады, ал эпителиалды емес ісіктері бар пациенттерде (стромальды жасушалық, герминогенді) жағдайлардың 70% - ында аурудың І сатысы диагноз қойылады. Аналық бездің эпителиалды ісіктерінен айырмашылығы, герминогендік ісіктер қатты құрылымға ие, сондықтан ауырсыну ісік дамуының бастапқы кезеңдерінде ұстаптұрушы байламның немесе оның бұралуының кернеуіне байланысты пайда болады. Жыныстық стромадан пайда болатын ісіктер гормондарды шығарады және аурудың белгілері эстроген немесе андроген гиперпродукциясының көрінісі болуы мүмкін. Пременархедағы қыздардағы аналық бездің түйіршікті-жасушалық ісіктері ерте жыныстық жетілуді ынталандырады, ұрпақты болу жасындағы әйелдерде аменорея пайда болады, ал постменопаузадан кейінгі жатырдан қан кетеді. Аналық бездердің андрогендік ісіктері (Сертоли-Лейдиг ісіктері) вирилизациямен бірге жүреді.

Кіші жамбасты клиникалық ректовагинальды тексеру көбінесе аналық бездің ісігін анықтауға мүмкіндік береді. 1970 жылдардан бастап ультрадыбыстық технологияны енгізу арқылы аналық без ісіктерін диагностикалауда жаңа дәуір басталды. Кіші жамбасты ультрадыбыстық әдісімен зерттеу әйелдер ісікке сезіктенген жағдайда рутинді тексеруге тиімді болып табылады. Кіші жамбастың кішігірім ісіктерде трансвагинальды эхография ең маңызды ақпаратқа ие, 6-7 см-ден асатын түзілімдерде трансабдоминальды эхографияның рөлі артады. Репродуктивті жастағы сау әйелдерді ультрадыбыстық зерттеу кезінде аналық безде көлденең қимасы 3-4 см-ге дейін дамыған фолликулалық аппараты бар гетерогенді құрылым бар. Репродуктивті жастағы әйелдерде аналық бездің ұлғаюы ісік тәрізді түзілімдерден, фолликуладан немесе лютеальды кисталардан туындауы мүмкін.

Бұл түзілімдердің функционалды сипаты олардың бірнеше етеккір цикліндегі өздігінен регрессиясымен немесе екі-үш айға оральді контрацептивтерді тағайындау арқылы дәлелденеді[2-13]. Постменопаузадан кейінгі әйелдерде аналық бездер біркелкі гипоехогендік құрылымға ие және олардың өлшемдері 2 см-ден аспайды. осы жастағы әйелдерді ультрадыбыстық зерттеу кезінде аналық бездердің кішкентай (1,5-тен 3 см-ге дейін) тегіс қабырғалы кисталарын анықтауға болады. Осы кисталардың қатерлі ісігін болдырмау үшін қандағы СА125 концентрациясын анықтау ұсынылады, оның қалыпты көрсеткіштері кезінде егде және кәрілік жастағы пациенттерді динамикалық бақылау мүмкін болады. СА125 деңгейі жоғарылаған жағдайда жедел хирургиялық араласу көрсетіледі. Жас жастағы әйелдерде СА125 ісік маркері соншалықты ерекше емес және оның концентрациясы етеккір циклі кезінде және неонкологиялық ауруларда өзгеруі мүмкін.

Қатерсіз және қатерлі ісіктердің дифференциалды диагнозында бірқатар клиникалық белгілерді ескеру ұсынылады. Цистаденомалар (серозды, муцинозды), әдетте, тек бір жағында кездеседі, кішкентай, бірақ муцинозды кисталар үлкен болуы мүмкін және бүкіл іш қуысын алады. Кисталардың қалың тегіс қабырғалары, біртекті эхонегативті құрылымы бар (муцинозда – гиперехогенді суспензиямен). Қатерсіз сірнелі-папиллярлық кисталар капсула аумағындағы гиперехогендік аймақтардың айқын контурлары бар қосымша бірлі-жарым болып сипатталады, бұл ірі түзілімдерге сәйкес келеді. Эндометриодты кисталар-көбінесе бір жақты бір камералы түзілімдер, қан ұйындыларының ішастарға жиналуына байланысты біркелкі қалыңдатылған капсула, көптеген эхопозитивті қосындылары бар гетерогенді құрылымды кисталардың құрамы. Эндометриодты кисталарды диагностикалауда эндометриоздың жеткілікті тән клиникасын ескеру қажет[2-146].

Қатерсіз гермогендік ісіктер жетілген тератомалармен, көбінесе дермоидты кисталар түрінде болады. Соңғысының эхографиялық көрінісі май элементтері, кальцинаттар, сүйек тіндері кіретін гетерогенді ішкі құрамы бар бір жақты кистамен көрінеді. Типтік эхографиялық критерий деп аталатындардың болуы болып табылады. Дөңгелек пішіндегі гиперехогендік форма " төбе "болып табылады. Қалған герминогенді ісіктер (негізінен балаларда кездеседі) біркелкі гиперехогендік құрылымға ие, түзілістің құрылымына байланысты. Егер оларда некрозды көрсететін эхонегативті қоспалар анықталса, ісік процесінің жоғары қатерлі ісігі туралы ойлауға болады.

Аналық бездің қатерлі ісігі (қатерлі эпителиалды ісіктері) аурудың алғашқы кезеңдерінде, атап айтқанда ІА және ІВ, эхографиялық түрде, бұлыңғыр контурлары бар бір папиллярлы түзілімдері бар кисталық форма болып табылады, ал ІС және ІІ сатыларда киста капсуласының тұтастығын бұза отырып, папиллярлы кеңею кезінде көрінеді және сұйықтықтың аз мөлшері (асцит) байқалады. Ісік процесінің қатерсіз және қатерлілігін дифференциалды диагностикалауда бірқатар авторлар түрлі-түсті доплеросонографияны қолдана отырып, ісік аймағындағы қан ағымын зерттеуді ұсынады. Белгілі бір

доплерографиялық құрылымдар және резистенттілік индекстерінің төмендеуі (0,6-дан аз) және пульсация (1,0-ден аз) процестің қатерлі екенін көрсетуі мүмкін. Алайда, аналық бездердің ісіктерін эхографиялық диагностикалаудың бұл бөлімі оның сезімталдығы мен ерекшелігінің шегін одан әрі нақтылауды қажет етеді[1-526].

Аналық без ісігінің жайылған сатылары үшін (III және IV) сыртқы контур бойынша бұлдыр шекаралары және өсуі бар кисталық-қатты құрылымды ісік конгломератының дұрыс емес формасының болуы эхографиялық тұрғыдан сипатталады. Асцит бақылаулардың 70-80% - ында анықталады. Ісіктің жатырға, Дуглас талшығындағы метастаздарға қатты гипоехогендік түйіндер түрінде, үлкен бездің, аймақтық лимфа түйіндерінің, іш қуысының зақымдалуын анықтауға болады. Бауырдағы эхографиялық метастаздар анехогендік жиекпен қоршалған жалғыз немесе бірнеше гипо–немесе изоэхогендік ошақтарға ұқсайды, өлшемдері 0,5-тен 10 см-ге дейін және одан да көп, үлкен түйіндердің ортасында некроз ошақтары байқалады. Түсті Доплерлік картирленуді қолдану бауырдағы метастаздарды анықтауға қосымша мүмкіндіктер береді. Ол үшін бауырдың тамырлы үлгісін зерттеңіз, тамырлардың орналасуын және олардың санын 1 см² бағалаңыз. Метастаздардың ультрадыбыстық суреттерінің екі нұсқасы сипатталған: гиперваскулярлық және гиповаскулярлық. Кіші метастатикалық түйіндерді (0,5 см-ден аз) үлкен майлы безде және жамбас қуысына, әсіресе ішек пен семіздікте газ тәрізді ілмектерінде диагноз қою әлдеқайда қиын. Ретроперитонеальді лимфа түйіндеріндегі метастаздарды анықтау адгезия-инфильтративті процестің салдарынан да қиын. 4-кестеде ісік процесінің таралу дәрежесіне байланысты аналық без ісігінің эхографиялық параметрлері берілген.

Кесте 4.

Аналық без ісігінің эхографиялық параметрлері

<i>IA, IB кезеңдері</i>	<i>IC, II кезеңдері</i>	<i>III, IV кезеңдері</i>
Капсуланың ішкі қабырғасы бойымен анық емес контурлары бар бір папиллярлы түзілімдері бар кистозды түзілу	Капсуланың тұтастығы бұзылған папиллярлы кеңею, аз мөлшерде асцит	Дұрыс емес шекаралары бар кистозды қатты ісік конгломераты, бірнеше метастатикалық ошақтар, асцит
Қатерсіз түзілісті дифференциалды диагностикалау кезінде түрлі түсті доплерлік картирлеу жасалады(резистенттілік индексі <0,6, пульсация индексі<1,0), СА 125 анықтау(>35 ЕД/мл) Бауыр метастазын анықтау үшін доплерлік картирлеу жасалады		

Аналық бездерде және одан тыс жерлерде ісік процесінің қатерлі ісігінің эхографиялық белгілерін анықтаған кезде аналық бездердің

зақымдануының біріншілігі мен қайталануын дифференцирлеу қажет. Аналық бездердің қайталама (метастатикалық) ісіктері айқын түтікшелі контурлары бар, кішкентай, жатырға жабыспайтын, сирек асцитпен бірге жүретін қатты ісіктердің екі жақты зақымдалуымен сипатталады.

Аналық без ісіктерін диагностикалаудағы ультрадыбыстық әдістің артықшылығы-оның жоғары ақпараттылығы (сезімталдық, ерекшелігі мен дәлдігі 80-90% жетеді), қарапайымдылығы, жылдамдығы, зиянсыздығы, ауыртпалықсыз, объективті құжаттау және бірнеше рет жүргізу мүмкіндігі.

Аналық бездің қатерлі ісіктерін терең диагностикалаудың келесі кезеңі ретінде рентгендік компьютерлік томография деп атауға болады, егер эхография ісіктің зақымдану дәрежесі туралы нақты түсінік бермейді. Бұл әдіс рентген сәулелеріне қатысты тіндердің сіңіру қабілеті туралы мәліметтерді математикалық өңдеуге негізделген, бұл тіндердің көлденең бейнесін, "Пирогов бөлімін" алады[4-2716]. Жоғары ықтималдығы бар сериялық зерттеулердің арқасында (сезімталдық 80-85%) бауырда, үлкен сальникте, ішек мезентериясында, ретроперитонеальді лимфа түйіндерінде метастаздарды анықтауға болады. Қазіргі уақытта компьютерлік томография қатерлі ісік ісіктері бар пациенттерде ісік процесінің таралу дәрежесі туралы толық ақпарат алу үшін диагностиканың міндетті құрамдас бөлігі болып табылады.

Кесте 5.

Аналық бездің бастапқы және метастатикалық ісігін дифференциалды диагностикалаудың эхографиялық критерийлері

<i>Критерийлері</i>	<i>Біріншілік аналық без ісігі</i>	<i>Аналық бездің метастаздық ісігі</i>
Зақымдану аймағы	Жиі екіжақты болады	Әрдайым-екіжақты
Құрылысы	Кистозды-солидті, кисталы	Солидті, сирек орталықты некроз болады
Ісіктің көлемі	10 см жоғары	10см дейін
Ісіктің контуры	анық емес, біркелкі емес	Тегіс, түйінді
Жатырмен байланысы	Жатырмен бірге конгломерат	Жатырмен байланысты

Магнитті-резонанстық томография қатерлі ісік процесінің таралу дәрежесін бағалау үшін сәулелік диагностиканың тағы бір әдісі болып табылады. Бұл әдіс электромагниттік сәулеленудің әртүрлі тіндерінің селективті сіңуіне негізделген. Компьютерлік томографиядан айырмашылығы, кескіндерді әртүрлі проекцияларда алуға болады, бұл ісіктің көрші органдарға – тік ішекке, қуыққа өнуін анықтау үшін маңызды.

Позитронды-эмиссиялық томография (ПЭТ) – ядролық медицинаның салыстырмалы түрде жаңа диагностикалық әдісі. Бұл әдіс позитрон шығаратын радиоизотоптармен (радиофармпрепараттармен) белгіленген биологиялық

белсенді қосылыстардың ағзадағы таралуын бақылау үшін арнайы анықтайтын жабдықты (ПЭТ сканерін) қолдана алады. Қазіргі уақытта аурудың таралу дәрежесін нақтылау үшін әртүрлі қатерлі ісіктері бар науқастарды, оның ішінде аналық без ісіктерін тексеру үшін ¹⁸P-флюоридоксиглюкозалы ПЭТ қолдану бойынша зерттеулер жүргізілуде[5-2966].

Аналық бездің қатерлі ісіктерін диагностикалауда *ісік маркерлерін* – биохимиялық немесе иммунологиялық әдістермен анықтауға болатын ісік шығаратын нақты биологиялық заттарды іздеуге үлкен мән беріледі. Қазіргі уақытта ісік маркерлерінің екі тобы белгілі: онкофетальды антигендер (альфа-фетопротейн және хорионикалық гонадотропин) және ісікке байланысты антигендер (CA125, CA19-9, CA72-4, HE4).

Аналық бездерде қатты құрылымның ісік түзілімдері бар жас пациенттерде қандағы *онкофетальды антигендерді* (ОФА және ХГ) анықтау герминогенді ісіктің болуын көрсетеді. ОФА және ХГ жоғары деңгейлері аурудың нашар болжамын, ең алдымен, недисгерминнің болуы туралы айтады. АФП жиі көтерілетін ісігі кезінде сары дене қабығы, бірақ сондай-ақ анықталуы кезінде жетілмеген тератома және эмбрионалды ісік анықталады. ХГ көбінесе хориокарцинома, эмбрионалды қатерлі ісік және полиоэмбриомада жоғарылайды. Дисгерминома кезінде ХГ деңгейінің жоғарылауы сцинтиотрофобласт жасушаларының топтарын тудыруы мүмкін[2-156].

Лактатдегидрогеназа (ЛДГ) герминогенді ісіктерге тән емес, бірақ оның деңгейін анықтау герминогенді аналық без ісіктерін, АХГ және АФП теріс, әсіресе дисгермин жағдайында бақылау кезінде пайдалы болуы мүмкін.

Емдеу процесінде және оны аяқтағаннан кейін онкофетальды антигендердің деңгейін анықтау терапияның тиімділігін бағалауға мүмкіндік береді.

Соңғы жылдары В ингибинінің және Мюллерге қарсы гормонның немесе Мюллердің ингибиторлық затының (АМГ/ИВМ, АМН/МІС) эстроген шығаратын түйіршікті-жасушалық ісіктерге арналған ісік маркерлері ретінде маңызы туралы хабарламалар пайда болды.

Ацсоцирленген ісік антигендердің ішінен CA125 ең көп зерттелген. Бұл ісік маркері-аналық бездердің серозды қатерлі ісіктерінің жасушалары шығаратын және моноклоналды антиденелермен анықталатын гликопротеин антигені. CA125 тек аналық бездің қатерлі ісігіне ғана тән емес, бауыр циррозы, жедел панкреатит, эндометриоз, жатыр миомасы, жүктілік кезінде оның деңгейі жоғарылауы мүмкін. Жас әйелдерде оның етеккір цикліндегі концентрациясы да өзгеруі мүмкін. Алайда, CA125 мөлшері 35 Е/мл-ден жоғары, аналық без қатерлі ісігі бар науқастардың 80% - ында анықталады: аналық бездің жалпы қатерлі ісігі бар 90% және ерте кезеңдері бар 50%. Бұл ісік емес патологиялық жағдайларға (5-10 %) немесе сау әйелдерге (1% дейін) қарағанда әлдеқайда жиі кездеседі. Сондықтан CA125 стандарты тексеруге әйелдер кезінде анықталған ісіктің көпшілігі кіші жамбаста, ісікке күдік туғанда деректері бойынша клиникалық-эхографических зерттеулер болып табылады. Бұл ретте тексерілетіндердің дені сау контингенті арасында жалған оң нәтижелер алу

мүмкіндігі аналық без ісігін ерте анықтау мақсатында скринингтік бағдарламалар үшін ісік маркері ретінде СА125 пайдалануға мүмкіндік бермейді. Аналық бездің қатерлі ісігін емдеу динамикасындағы СА125 деңгейін анықтау және аурудың қайталануын анықтау үшін науқастарды одан әрі бақылау маңызды[2-166].

Соңғы жылдары СА125 басқа ісік маркерімен HE4 комбинациясы зерттелуде. Ақуыздың суперэкспрессиясы HE4 серозды және эндометриодты аналық без ісігінің көптеген үлгілерінде анықталмайды, жағдайлардың жартысында ашық жасушалы және іс жүзінде аналық бездің муцинозды қатерлі ісігінде болмайды. HE4 қанға бөлінбейді және оның жоғарылаған деңгейі аналық без қатерлі ісігі бар науқастардың 67% – ында және эндометрия қатерлі ісігінің едәуір жағдайларында, ал сау адамдарда және қатерлі ісіктері бар пациенттерде-тек 4 %. Сондай-ақ, эндометриозда және аналық бездің кисталарында HE4 деңгейінің жоғарылауы байқалмады. R.M.Moore және басқалар ((2007) HE4 деңгейі СА125 көрсетпейтін аналық без қатерлі ісігінің 50% - дан астамында жоғарыламағанын анықтады. СА125-пен EMEC4 комбинациясы аналық бездегі қатерлі және қатерсіз процестің дифференциалды диагнозында ең жақсы сезімталдықты (76 %) және ерекшелікті (95 %) берді және зерттеушілердің пікірінше, әйелде жамбас аймағында түзілімдер болған кезде қатерлі процестің дәл болжауға болады.

Аналық бездің қатерлі ісігіне күдікті пациенттерді тексерудің соңында метастатикалық плевритті болдырмау үшін кеуде қуысын рентгендік зерттеу көрсетілген. Асқазан-ішек жолын рентгенологиялық немесе эндоскопиялық тексеру аналық бездің қайталама зақымдануымен немесе аналық бездің ісігімен ішектің ректо-сигмоидты бөлігінің өнуімен асқазанның қатерлі ісігін болдырмау үшін тиісті белгілер болған кезде ұсынылады.

Жоғарыда аталған барлық диагностикалық әдістер ісік процесінің қатерсіз немесе қатерлі екенін көрсетуі мүмкін. Соңғы диагнозды морфологическом зерттеу кезде ғана қоюға болады. Асцит болған жағдайда цитологиялық зерттеуге лапароцентез немесе қынаптың артқы күмбезінің пункциясы кезінде алынған центрифугаланған асциттік сұйықтық тұнбасынан жағындылар тартылуы мүмкін. Аденокарцинома жасушаларын анықтау қатерлі процесті көрсетеді, бірақ олардың болмауы аналық бездің қатерлі ісігін жоққа шығармайды.

Жоғарыда аталған әдістермен тексеруден кейін күмән туындаған жағдайда, түпкілікті диагноз қою үшін лапароскопия немесе лапаротомияның хирургиялық процедурасы туралы мәселе туындайды.

5.5.Скрининг

Аналық без ісігін ерте диагностикалау онкогинекологиядағы негізгі шешілмеген мәселе болып қала береді.

Скрининг (ағылш. Screening-елеу) клиникалық симптомдары болмаған кезде белгілі бір ауруы бар адамдарды анықтау мақсатында халықты жаппай тексеру ретінде қаралады.

Онкологиялық аурулардың ерте нысандарын анықтау мақсатында халықты жаппай тексеру (скрининг) олардан сырқаттанушылық пен өлім-жітімді азайтуға бағытталған. Қатерлі ісікті анықтауға бағытталған кез-келген ұсынылған скрининг ДДҰ сарапшылары ұсынған белгілі бір талаптарға сай болуы керек:

- 1) аурудың клиникаға дейінгі фазасын тіркейтін сенімді скрининг-тест болуы тиіс,
- 2) аурудың клиникалық фазаға дейін дамуы жеткілікті ұзақ болуы тиіс,
- 3) ауруды морфологиялық тексеру үшін мүмкіндіктер болуы тиіс,
- 4) тексеру әдістері халық үшін қолайлы болуы керек (қол жетімді, сезімтал және нақты, асқынулардың алдын алу керек),
- 5) анықталған науқастарды емдеудің жалпыға бірдей қабылданған стратегиясы қажет,
- 6) анықталған ауруды емдеу тиімді болуы керек,
- 7) диагнозды нақтылауды және емдеуді қоса алғанда, науқастарды скринингке арналған шығындар ұлттық денсаулық сақтаудың жалпы шығындарына қатысты экономикалық жағынан ақталуы тиіс[2-176].

Өкінішке орай, аналық бездің қатерлі ісігін анықтауға арналған скринингтік бағдарламалар ДДҰ сарапшыларының онкологиядағы күнделікті скринингтерге қойылатын көптеген талаптарына жауап бермейді. Біріншіден, осы уақытқа дейін аурудың патогенезі туралы мәселелер шешілген жоқ, атап айтқанда, аналық бездің қатерсіз кистасының шекараға, ал бұл өз кезегінде инвазивті карциномаға өту мәселесі түсініксіз болып қалады. Екіншіден, ұсынылған диагностикалық сынақтар аналық бездің қатерлі ісігін анықтауға қатаң тән емес, әсіресе ерте кезеңдерде, өйткені олар жалған оң нәтижелердің жоғары пайызын береді. Үшіншіден, ісік процесінің таралуының әртүрлі дәрежесіндегі емдеу тактикасы түпкілікті анықталмаған, ал аналық без ісігін емдеу нәтижелері қанағаттанарлықсыз болып қалады.

Скринингтің бірде-бір нұсқасын аналық бездің қатерлі ісігін диагностикалау үшін ұсынуға болмайтын аталған үш себептердің бірі үш негізгі диагностикалық әдістердің сезімталдығы мен ерекшелігі болып қала береді: пальпация, жамбас қуысының вагиналды ультрадыбыстық зерттеуі және қандағы СА125 концентрациясын анықтау. Осы әдістерді қолдана отырып скрининг түпкілікті диагноз қоюға мүмкіндік бермейді, бірақ аналық без қатерлі ісігінің даму қаупі жоғары науқастарды анықтауға көмектеседі. Егер скрининг кезінде күдік туындаса, онда нақты диагноз қою үшін хирургиялық процедура қажет, атап айтқанда лапароскопия немесе лапаротомия[2-186].

Пальпация (ректовагиналды) аналық бездің қатерлі ісігін диагностикалауда әдеттегі процедура болып қалғанымен, аурудың клиникаға дейінгі сатыларын анықтау үшін қазіргі скринингтік бағдарламаларда тиімді деп санауға болмайды. Ұсынылған скринингте негізгі назар ісік маркерін анықтауға және трансвагинальды ультрадыбыстық зерттеуге аударылады. Сонымен қатар, аналық без қатерлі ісігі жағдайынан басқа, СА125 деңгейінің жоғарылауы, жоғарыда айтылғандай, цирроз, панкреатит, эндометриоз, жатыр

миомасы, аналық бездің кисталарымен байланысты болуы мүмкін. Швециядағы популяциялық зерттеуде (1992) 40 жастан асқан 5550 әйелді жыл сайынғы тексеру кезінде СА125-тің 35 Е/мл-ден жоғары көтерілуі тіркелді, бұл кейіннен СА125-ті 3 айда бір рет динамикалық анықтауды талап етеді. және трансабдоминальды ультрадыбыстық зерттеу 6 айда бір рет. Алты әйелде аналық без қатерлі ісігі анықталды, ал 3 әйелде қалыпты СА 125 деңгейі бар аналық без қатерлі ісігі анықталды. Трансвагалиялық зерттеу аналық без қатерлі ісігін скринингте анағұрлым ерекше, бұл АҚШ-тағы менопаузадан кейінгі 5000 әйелдің (1989) зерттеу мәліметтерімен расталады. Жалған оң нәтижелер санын азайту үшін аналық бездердің қан айналымының жағдайын бағалауға мүмкіндік беретін бір мезгілде түсті доплерометрияның мүмкіндіктерін зерттеу жалғасуда, бірақ кең ауқымды скринингтерде бұл әдістің мәні әлі де белгісіз. Англиядағы популяциялық зерттеуге (2009) постменопаузадан кейінгі 101 279 әйел кірді, олар жыл сайынғы тексеруден өткен 2 скринингтік топқа бөлінді: біріншісінде СА125 деңгейі анықталды, 30 Е/мл – ден жоғары көтерілген жағдайда трансвагинальды ультрадыбыстық зерттеу жүргізілді; екіншісінде-тек трансвагинальды ультрадыбыс. Осы скрининг әдістерімен аналық бездегі өзгерістер бақылау динамикасында эхографиялық түрде анықталған әйелдер хирургияға ұшырады: бірінші топта 97 (0,2 %) және екінші топта 845 (1,8%). Бірінші топтағы 42 – де және екінші топтағы 45-те аналық бездің немесе фаллопиялық түтіктің қатерлі ісігі анықталды, оның ішінде 8 және 20 шекаралық ісік сәйкесінше 58 науқастың ішінен I/II инвазивті қатерлі ісік 8-де (48,3 %), ал қалған бөлігінде жергілікті таралған қатерлі ісік болды. Скрининг аяқталғаннан кейін бір жылдан кейін аналық без ісігінің 13 жағдайы анықталды (тиісінше екі топта 5 және 8). Зерттеу көрсеткендей, СА125 анықтамасын қамтитын скринингтік тексеру, содан кейін трансвагинальды ультрадыбыс (мультимодалды скрининг) тек ультрадыбысты жасаудан гөрі нақты әдіс болып табылады.

Алайда, аналық без ісігін диагностикалауда бар әдістердің жеткіліксіз сезімталдығы мен ерекшелігіне байланысты қазіргі уақытта ДДҰ сарапшылары перспективалық рандомизацияланған зерттеулер аяқталғанға дейін тиімділігінің төмендігіне байланысты бүкіл халықты скринингтен өткізуді ұсынбайды. Шешім жиі байқалатын жалған оң нәтижелер қажетсіз қымбат тексеруге және лапаротомияға әкеледі, бұл тіпті өлімге әкелуі мүмкін асқынуларға әкелуі мүмкін. Ерте сатыдағы аурумен анықталған науқастардың аз саны асқыну қаупі мен осы скринингтердің құнынан асып кете алмайды. Ерекшелік тұқым қуалайтын отбасылық синдромы бар науқастар болуы мүмкін. Қазіргі уақытта Ұлыбританияда тұқым қуалайтын аналық без қатерлі ісігінің оңтайлы скринингтік стратегиясы бойынша зерттеулер жүргізілуде. 5 жылға созылатын зерттеуге 25-64 жас аралығындағы аналық без қатерлі ісігінің орташа қаупі бар 3000 әйелді қосу жоспарлануда (кестені қараңыз. 1) трансвагинальды ультрадыбыстық зерттеуді орындаумен және СА125 айқындаумен жыл сайын тексеру ұсынылады. Аналық без қатерлі ісігінің пайда болуына тұқым қуалайтын бейімділігі бар әйелдерге арналған скринингтік

бағдарламадан басқа, АҚШ-та бұл науқастарға босанғаннан кейін немесе 35 жастан кейін профилактикалық овариэктомия ұсынылады. Аурудың алдын алуда аналық бездің тұқым қуалайтын қатерлі ісігінің даму қаупі жоғары әйелдерде овариэктомияның рөлі дискутабелді болып қалады, өйткені бұл әйелдерде және овариэктомиядан кейін экстрагонады перитонеалді карциноманың даму қаупі жоғары болып қалады.

5.6.Емі

Қатерлі ісіктерді емдеу

Функциялық (ретенциялық) кисталар түрінде ісік тәрізді түзілімдерді алып тастағаннан кейін аналық бездердің барлық қатерсіз ісіктері хирургиялық емдеуге жатады. Себебі, операциясыз қатерлі процесті толығымен алып тастау мүмкін емес, сонымен қатар келесі кезеңде қатерлі ісіктің "мінез-құлқын" болжау мүмкін емес. Тәжірибеге кез келген жастағы әйелдерде аналық бездің қатерсіз ісіктерін емдеуде жаңа аз инвазивті әдістердің енгізілуіне байланысты бірінші орынға эндовидеохирургия ұсынылады. Жас пациенттерде қатерсіз ісікті алып тастағанда аналық бездің өзгермеген тінін (кистаның энуклеациясы) сақтауға ұмтылу қажет. Егде жастағы әйелдерде аднексэктомиядан басқа жатырдың аралас патологиясы бар жатырдың экстирпациясын жасамас бұрын операция көлемін кеңейту қажет болуы мүмкін[2-196]. Аналық бездің қатерсіз кистозды немесе қатты ісігін лапароскопиялық жолмен алып тастағанда, мүмкін болатын малигнизация жағдайында ісіктің таралуын болдырмау үшін ісік капсуласын сақтауға тырысу керек, оның ішіндегісін іш қуысына эвакуациялаудан аулақ болу керек. Кистадағы барлық күдікті папиллярлық өсулерді жедел гистологиялық зерттеу міндетті болып табылады. Аналық бездің қатерлі ісіктеріне лапароскопиялық қол жеткізу операцияларын жоғары білікті гинекологтар жүргізуі керек, олар эндовидеохирургиялық операциялардың техникасын жақсы меңгерумен қатар, аналық бездегі қатерлі ісік процесін анықтаған кезде лапаротомиялық қол жетімділіктен тиісті операция жасай алады, аурудың таралу дәрежесін дұрыс бағалайды, бұл одан әрі емдеу жоспарын таңдау үшін маңызды.

Қатерлі ісіктерді емдеу

Қатерлі эпителийлік ісіктерді (қатерлі ісік)емдеу

Аналық бездің қатерлі ісігі диагнозы қойылған немесе оған күдік туындаған пациенттер онкогинеколог мамандарға жіберілуі тиіс. Көптеген зерттеулер мамандандырылған клиникаларда аналық без обырымен ауыратын науқастарды емдеудің жоғары нәтижелерін көрсетеді, бұл көбінесе емдеу басталғанға дейін ісік процесінің таралу дәрежесін тура бағалауға (кезең-кезеңмен) және тиісті аралас химиотерапияны тағайындаумен қатерлі ісіктің таралған түрлеріне үлкен хирургиялық араласуға байланысты[2-206].

Стадирлену

Аналық без ісігі-диагнозы хирургиялық және морфологиялық негізінде белгіленетін ауру. Дәрігерлер үшін аналық без қатерлі ісігінің сатыларын жіктеуді білу өте маңызды. 5-кестеде FIGO (2009) және TNM жүйесі (6-шы басылым, 2002) классификациясы берілген.

Кезең аналық без қатерлі ісігінің метастаз кезеңдерін білуге негізделген. Жоғарыда айтылғандай, аналық без ісігінің таралуының негізгі жолы-париеталды және висцералды ішастарға имплантация, сонымен қатар ретроперитонеалді лимфа түйіндеріне (параорталды және жамбас) біршама аз. Хирургиялық кезең аналық без қатерлі ісігінің метастазының барлық мүмкін жерлерін ескеруі керек. *Орташа лапаротомия* (кіндіктен шығатын) іш қуысына толық шолу жасайды. Минималды инвазивті хирургиялық техниканың пайда болуымен лапароскопиялық немесе роботты техниканың көмегімен ішастар арты лимфаденэктомия мен оментэктомияны қоса алғанда, күрделі сатыға хирургиялық араласудың жеткілікті көлемін жасауға болады. Іш қуысын ашқаннан кейін асциттік сұйықтық цитологиялық зерттеу үшін жіберіледі, сұйықтық болмаған кезде физиологиялық ерітіндімен жуылады немесе париеталды перитонеум мен диафрагмадан жағынды-іздер алынады. Капсуланың өнуінсіз бір ғана аналық без зақымданғанда және жас пациенттерде құрсақ қуысының канцероматозы болмаған кезде шекаралық және жоғары дифференцияланған карциномалар кезінде науқас бір жақты аднексэктомиядан кейін құнарлылығын сақтауға табанды ықыласпен екінші аналық бездің биопсиясы шұғыл гистологиялық зерттеумен орындалады. Аналық бездегі локализацияланған ісік процесінде параорталды және жамбас лимфа түйіндерінің биопсиясын алу мәселесі ашық күйінде қалады, дегенмен бұл клиникалық жағдайларда аналық бездің қатерлі ісігі бар науқастардың 20% - ында параорталды түйіндерде метастаздар болуы мүмкін. Көлденең-тоқ ішек деңгейіндегі оментэктомия міндетті болып табылады. 16% - да көзбен өзгермейтін үлкен майлы безде аналық без ісігінің микрометастаздары анықталады.

Кесте 6.

Аналық без ісігін аурудың кезеңдері бойынша жіктеу (FIGO 2009 және TNM 2002)

FIGO	TNM	Сипаттамасы
X	TX	Ісік процесін бағалау үшін мәліметтер жеткіліксіз
I	T1	ісік аналық бездермен шектелген
IA	T1A	Бір аналық безбен ғана шектеледі/капсуласына таралмаған
IB	T1B	Екі аналық безде де ғана шектеледі/капсуласына таралмаған
IC	T1C	капсуланың таралуы/іш қуысындағы асцитте/ шаюда қатерлі жасушалардың болуы бар бір/ екі аналық безмен

		шектелген
II	T2	жамбас қабырғаларының мүшелерін тарта отырып, бір / екі аналық бездің зақымдануы
IIA	T2A	Таралуы/жатырдың метастаздалуы/түтіктер
IIB	T2B	Жамбастың басқа тіндеріне таралуы
IIC	T2C	кұрсақ қуысынан асцит/ шайындыда қатерлі жасушалардың болуымен кіші жамбас шегінде таралуы
III	T3 / N1	кұрсақ қуысында/ретроперитонеалді/шап лимфа түйіндерінде метастаздармен бір / екі аналық бездің зақымдануы
IIIA	T3A	микроскопиялық құрсақішілік метастаздар
IIIB	T3B	Макроскопиялық 2 см дей2 см дейнгі құрсақішілік метастаздар
IIIC	T3C/N1	макроскопиялық 2 см-ден астам құрсақішілік метастаздар/ішперде артында/шап лимфа түйіндеріндегі метастаздар
IV	T4/M1	іштегі метастаздарды қоспағанда, алыс метастаздар
-Бауыр капсуласындағы метастаздар келесідей жіктеледі IIIC T3. Бауыр паренхимасындағы метастаздар / плевралық сұйықтықта қатерлі жасушалардың болуы IV / M1 ретінде жіктеледі. Ісік жасушаларының саралау дәрежесі (G): GX-орнату мүмкін емес GB-шекаралық (қатерлі ісіктің төмен дәрежесі) G1-саралаудың жоғары дәрежесі G2-орташа саралау дәрежесі G3-G4-дифференциацияның төмен дәрежесі / бөлінбеген ісіктер		

Көптеген онкогинекологтардың пікірінше, үлкен безге метастаздары бар аналық бездің қатерлі ісігі кезінде оментэктомия асқазанның үлкен қисықтық деңгейінде жасалуы керек. Бауыр, көкбауыр, диафрагманың оң және сол жақ жартысы, ішек ілмектері және оның шажырқай мұқият тексеруден өтуі керек. Барлық күдікті аймақтардан гистологиялық зерттеу үшін тіндік биопсия жасау керек. Сірнелік немесе фаллопиялық түтіктер арқылы мүмкін болатын метастазаны ескере отырып, жатырдың экстирпация көлемінде алынуы әдеттегі болып табылады. Аналық бездің кең таралған қатерлі ісігі кезінде параорталды лимфаденэктомия қажеттілігі туралы әлі де мәселе шешілмеген[2-206].

Аналық без қатерлі ісігінің сатысын дұрыс анықтамау емдеу тактикасын таңдауда қателікке әкелуі мүмкін және болжамның нашарлауына әкелуі мүмкін. Аналық бездің болжамды қатерсіз ісігіне байланысты негізінен лапароскопиялық қол жеткізу арқылы орындалатын жеткіліксіз хирургиялық араласулардан кейін лапаротомдық немесе лапароскопиялық қол жеткізудің қайталанған операциясы көрсетіледі, өйткені пациенттердің 30-40%-ында іш қуысында метастаздар анықталуы мүмкін.

Аналық без қатерлі ісігінің болжамды факторлары

Лапаротомия кезінде мұқият тексеру кезінде клиникалық және морфологиялық табылулар маңызды болжамды факторлар болып табылады. Клиникалық-морфологиялық болжамдық факторларға мыналар жатқызылуы мүмкін: FIGO клиникалық жіктемесі бойынша аурудың сатысы, ісіктің гистологиялық типі және саралануы, сондай-ақ циторедуктивті операциялар кезінде анықталмаған ісік массаларының көлемі, бұдан басқа науқастардың жасы да ескеріледі.

Қатерлі ісіктің таралу кезеңі негізгі болжамды фактор болып табылады. Жоғары және орташа сараланған формалардың (G1 және G2) аналық бездің ерте сатыларындағы (IA және IB сатылары) бес жылдық өмір сүру деңгейі 90%–дан асады. Ерте сатыдағы аналық без обырымен ауыратын науқастардың бес жылдық өмір сүру деңгейі, бірақ болжамды қолайсыз факторлармен ол 40% - ға дейін төмендейді[8-4326]. Көптеген клиниктердің пікірінше, киста капсуласының ісігі немесе асциттік сұйықтықта ісік жасушаларының болуы (1C сатысы) ғана емес, сонымен қатар хирургиялық манипуляциялар кезінде ісік капсуласының ашылуы, ісіктердің қоршаған тіндермен жаппай араласуы және адгезиясы, сондай-ақ төмен дифференциация (G3) ісік, жеңіл жасушалы гистоструктура (мезонефроидты қатерлі ісік), жоғары митоздық белсенділік, анеуплоидия, жоғары экспрессия және т.б. p53 генінің мутациясы, ісік өсуінің супрессоры. Клиникалық тәжірибеде аналық без ісігінің ерте сатылары үшін аталған барлық болжамды факторлардың ішінен аурудың қайталану қаупі төмен, аралық және жоғары топтарды бөліп алу ұсынылады. Төмен қауіп тобына: IA-IB сатысы, ісіктің жоғары саралануы (G1); аралық қауіп – IA-IB сатысы және G2 кіреді. Жоғары тәуекел тобына саралаудың кез келген дәрежесімен 1B, 1C немесе 1C және G2-G3, ашық жасушалы ісік (кесте 7).

Кесте 7.

Аналық без ісігінің ерте сатыларының болжамдық факторлары. Операциядан кейін адъювантты химиотерапияға көрсеткіштер.

<i>Рецидивтің төмен қаупі</i>	<i>Аралық қауіп</i>	<i>Жоғары қауіп</i>
Ia-IB сатысы- bG1	Ia-IB сатысы және G2	ICbG, ашық жасушалық карцинома IA-IB b G3, ашық жасушалық карцинома
Адъювантты химиотерапия жүргізілмейді	Карбоплатинмен адъювантты химиотерапия AUC 5. Әр 3 апта сайын, цикл саны 3	Паклитакселі 175мг / м ² бар AUC 5 карбоплатинмен адъювантты біріктірілген химиотерапия. Әр 3 апта сайын 6 цикл саны

III сатыдағы аналық без ісігімен ауыратын науқастардың бес жылдық өмір сүру деңгейі 15-тен 20% - ға дейін, ал IV сатысында ол 5% - ға дейін немесе одан да аз төмендейді. Аналық бездің кең таралған ісігіндегі циторедукциялық операциялардан кейін қалған ісік массаларының көлемі ең маңызды болжамды фактор болып қала береді. III сатыдағы аналық без ісігімен ауыратын науқастардың бес жылдық өмір сүру деңгейі оңтайлы циторедукциялық операциядан кейін 35% - ға жетеді (қалған ісік массаларының көлемі диаметрі 1-2 см-ден аспайды), содан кейін платина препараттарымен біріктірілген химиотерапия. Ісіктің гистологиялық түрі және оның аналық бездің кең таралған қатерлі ісігіндегі дифференциациясы аурудың алғашқы сатыларынан айырмашылығы үлкен болжамға ие емес, дегенмен кейбір клиниктер аналық бездің жеңіл жасушалы және муцинозды карциномалары үшін ең нашар болжамды атап өтеді. Науқастардың жасы, әсіресе аналық бездің қатерлі ісігі кезінде, болжамды мәнге ие. 65 жастан асқан аналық бездің қатерлі ісігі бар науқастардың өмір сүру медианасы 65 жастан асқан науқастарға қарағанда 2 жылға көп.

Аналық без ісігін біріктірілген емдеу нұсқасын таңдау көбінесе аурудың анықталған клиникалық және морфологиялық болжамдық факторларына байланысты.

Ерте сатыдағы аналық без ісігін емдеу

Шамамен 20 % науқастарда аналық бездің қатерлі ісігі ерте сатысында анықталады.(IA, B, C сатысында).

I сатыдағы аналық без ісігіне арналған операцияның стандартты көлемі қосалқыларды екі жақты алып тастай отырып, жатырды экстирпациялау болып табылады және медианалық лапаротомдық қол жеткізуден көлденең тоқ ішек деңгейіндегі оментэктомия. Іш қуысын мұқият тексеру сұйықтықтар немесе шаюды цитологиялық зерттеумен және ішастарда күдікті аймақтарынан биоптаттарды гистологиялық зерттеумен толықтырылады. Жамбас және параортальды лимфаденэктомияны орындау қажеттілігі туралы мәселе түпкілікті шешілген жоқ[6,456].

IA сатыдағы аналық без ісігімен ауыратын жас пациенттерде тек шекаралық ісік (GB) немесе жоғары дифференциацияланған аденокарцинома (G1) болған кезде, егер пациент фертильдікті сақтауға табанды түрде ниет білдірсе, басқа аналық бездің міндетті биопсиясымен жатырдың экстирпациясынсыз бір жақты аднексэктомия көлемінде ағзаны сақтау операциясын орындауға болады.

Қазіргі уақытта шекаралық ісіктерде (GB) және аналық бездің жоғары сараланған қатерлі ісігінде (G1) IA/IB операциядан кейін адъювантты (қосымша) емдеу кезеңдері қажет емес деп санауға болады. Қазіргі заманғы канондарға сәйкес жасалған хирургиялық емдеу, жоғарыда айтылғандай, пациенттердің 90%-дан астамында 5 жылдық өмір сүруге қол жеткізуге мүмкіндік береді. Өкінішке орай, хирургиялық араласудың қажетті көлемі пациенттердің аз ғана санына, негізінен толық емес ретроперитонеалді лимфа

түйіндерінің биопсиясының орындалмауына байланысты жасалатынын мойындау керек.

Операциядан кейінгі адъювантты терапияның маңызы аналық бездің қатерлі ісігі ауруының ерте сатысында (аралық және қайталану қаупі жоғары). 800-ден астам науқасты қамтитын action және ICON1 екі ауқымды рандомизацияланған зерттеулер жарияланғаннан кейін айқын болды. Адъювантты платина терапиясы тағайындалған науқастар тобында өмір сүру ұзақтығы жоғары болды ($p < 0,05$). Айта кету керек, лимфаденэктомияны қосқанда тиісті кезең орындалған жағдайда нәтижелер екі топта бірдей болды. Бірақ аналық без ісігімен ауыратын науқастардың көпшілігінде тиісті кезең орындалмайтындықтан, яғни ісік зақымдану дәрежесін нақтылау үшін гистологиялық зерттеу үшін жамбас және параорталды түйіндер жойылмайтындықтан, химиотерапияны қосымша тағайындау қажеттілігі түсінікті болады. ESMO және ESGO (Еуропалық медициналық онкологтар мен онкогинекологтар қоғамы) ұсынысы бойынша ерте сатыдағы аналық бездің қатерлі ісігі бар, аралық және қайталану қаупі жоғары. Платина препараттарын қоса отырып, адъювантты химиотерапия алуы тиіс. Химиотерапия курстарының саны толық анықталмаған және 3-тен 6-ға дейін ауытқиды. Монорежимді (цисплатин немесе карбоплатин) немесе платина препараттарының (цисплатин немесе Карбоплатин) паклитакселмен үйлесімін таңдау да түпкілікті орындалмаған.

Аналық бездің кең таралған ісігін емдеу (II-IV сатысы)

Біріктірілген емдеудегі хирургиялық кезеңнің маңыздылығы аналық бездің қатерлі ісігі проблемасына арналған барлық зерттеулерде көрсетілген. Циторедукциялық операцияның мақсаты-іш қуысында бастапқы ісік пен диссеминатты барынша жою. Орындалған циторедукциялық операцияның сапасы көбінесе аурудың кейінгі болжамын анықтайды. Барлық көрінетін ісік ошақтары жойылған жағдайда немесе қалдық ісіктің мөлшері диаметрі 1 см-ден аспаған жағдайда циторедукциялық операцияны оңтайлы деп атауға болады. Оңтайлы циторедукциялық орындау науқастардың өмір сүру ұзақтығын екі есеге арттырады (субоптималды циторедукциядан кейін 17 айдан 39 айға дейін, кейбір зерттеулерге сәйкес). Оңтайлы циторедукцияға көбінесе білікті онкогинеколог хирургтары жасай алатын максималды хирургиялық араласулар арқылы қол жеткізіледі. Бастапқы циторедукциялық хирургия аналық без қатерлі ісігінің III кезеңіндегі стандарт болып табылады және оны кейбір клиникалық жағдайларда IV сатыда да жасауға болады[6-63]. Оңтайлы бастапқы циторедукция мүмкін болмаған кезде аналық бездің қатерлі ісігі бар науқастарда химиотерапияның 3 курсынан кейін кешіктірілген хирургия балама болуы мүмкін. Емдеудің осы түрінің тиімділігі EORTC-тің рандомизацияланған халықаралық еуропалық зерттеулерінің бірінде байқалды. Бастапқы субоптималды циторедукциялық операциялардан кейін және ісік процесінің дамуымен химиотерапияның кейінгі курстарынан кейін қайталанатын операциялар өте сирек орындалады, өйткені олар аурудың болжамын

жақсартпайды. Мұндай операциялардың көрсеткіші солитарлы ісік түйіні, науқастың жас жасы, химиотерапия аяқталғаннан кейін 12 айдан асатын рецидивсіз кезеңнің ұзақтығы болуы мүмкін.

Жалпы аналық без обырымен ауыратын науқастардың шамамен 50-60% - ында циторедукциялық хирургия жеткілікті көлемде жасалуы мүмкін, бірақ бір ғана хирургиялық процедура осы науқастардың өмір сүруін арттыруға үлкен үлес қоса алмайды. Ісік массаларының циторедукциясы аурудың симптомдарын азайтады, науқастардың өмір сүру сапасын жақсартады және химиотерапияның сәтті өтуіне жағдай жасайды.

Циторедукциялық операциялардың радикалды емес сипатына байланысты аналық бездің қатерлі ісігі бар барлық науқастарға платина препараттарын қолдану арқылы жүйелі химиотерапия көрсетілген. Егер 1980-ші жылдарға дейін III–IV сатыдағы аналық без ісігімен ауыратын науқастардың тек 5% - ы химиотерапия тағайындаған кезде 5 жылдан астам өмір сүрсе, онда платина туындыларының препараттарын енгізгеннен кейін бұл сан 20% - ға дейін өсті.

1996 жылдан бастап Еуропа мен Солтүстік Америка елдерінде операциядан кейінгі 1-ші жолдағы химиотерапия стандарты платина препараттарының паклитакселмен үйлесуі болды. GOG111 рандомизацияланған зерттеуі циклофосфамидпен салыстырғанда цисплатинді паклитакселмен біріктірудің артықшылығын көрсетті. GOG114 зерттеуінде цисплатинді карбоплатинмен алмастыру осы біріктірілген химиотерапияның нәтижелеріне әсер етпеді, бірақ уыттылықты төмендетіп, енгізу режимінің қарапайымдылығына артықшылық берді. SCOTROC зерттеуінде паклитакселді 2-ші буынды таксанмен біріктірілген платина терапиясындағы доцетаксельмен алмастыру емдеу нәтижелеріне де әсер етпеді, бірақ нейротоксикалық жиілік төмендеді және миелосупрессия жоғарылады[2-236].

Біріктірілген платина-таксаналық химиотерапияның тиімділігіне қарамастан, GOG111 және OVIO мәліметтері бойынша III және IV сатыдағы аналық без ісігімен ауыратын науқастардың 6 жылдық өмір сүру деңгейі тек 18% құрады. Сондықтан 1-ші жолды тиісті химиотерапияны таңдау жалғасуда. Алайда, үшінші препаратты (триплеттер) қосу туралы ауқымды халықаралық зерттеудің (GCIG) нәтижелері ешқандай пайда таппады және бүгінгі күнге дейін таксан дуплеті мен платина препараты 1-ші қатардағы химиотерапия стандарты болып қала береді. Курстар санын ESMO сарапшылары алтауы (6) анықтайды, өйткені ұзақ терапияны тағайындау өмір сүрудің медианасын өзгертпеді, бірақ уыттылықты арттырды.

Іш қуысының ішкі химиотерапиясы туралы мәселе әлі де талқылануда. Жергілікті (i/i) жүйелік (к/i) - ге қарағанда аз уытты, химиотерапияны тағайындау үшін дәлел-бұл аналық без ісігінің құрсақ ішіндегі ішастар бетіне метастаздалуы. 2006 жылы АҚШ Ұлттық қатерлі ісік институты (NCI) GOG182 зерттеу нәтижелерін жариялады, бұл 6-шы жүйелі химиотерапиямен бірге тағайындау оңтайлы циторецептивті операциядан кейін пациенттердің өмір сүру ұзақтығын 49,7 айлық жүйелі химиотерапиямен салыстырғанда

арттырады. 65,6 айға дейін. Алайда, 1-ші қатардағы химиотерапияның бұл түрі жоғары уыттылық пен нашар төзімділікке байланысты пациенттердің жартысынан азын (42 %) ала алды[20246].

8-кестеде аналық без ісігі химиотерапиясының заманауи схемалары көрсетілген.

Кесте 8.

Циторедукциялық операциялардан кейін аналық без ісігі кезіндегі 1-ші қатардағы химиотерапияның сызбасы

<i>Сызбасы</i>	<i>Бір реттік мөлшері к/і</i>	<i>Енгізілу күндері</i>
ТсвСР Карбоплатин Паклитоксел (Таксол TM)	AUC 5 175мг/м ²	1дн. 1дн. 6 циклов, каждые 3 недели.
ТР Цисплатин- Паклитоксел (Таксол TM)	75 мг/м ² 175 мг/м ²	«-»
ТахР Карбоплатин Паклитоксел (Таксол TM)	AUC 5 175мг/м ²	«-»
СР Цисплатин Циклофосфан	75 мг/м ² 175 мг/м ²	«-»
СсвР Карбоплатин Циклофосфан	AUC 5 175мг/м ²	«-»

Аналық без ісігін бастапқы емдеуден кейінгі бақылау (мониторинг)

Бастапқы емдеу аяқталғаннан кейін аналық без ісігін ауыратын науқастар онкогинекологтың тұрақты бақылауында болуы керек. Бақылау процесінде алғашқы екі жыл ішінде әрбір 3 айда, үшінші жыл ішінде 4 айда 1 рет, 4 және 5 жыл ішінде 6 айда 1 рет немесе аурудың өршуіне дейін клиникалық және ультрадыбыстық зерттеуден басқа СА125 ісік маркерінің қандағы концентрациясын анықтау ұсынылады. СА125 деңгейінің жоғарылауы аурудың қайталануының алғашқы сигналы болуы мүмкін (4-5 айда), бұл кейіннен диагностикалық сәулелік әдістермен (эхография, компьютерлік томография) және клиникалық түрде расталады. Көптеген клиниктердің пікірінше, аурудың қайталануының басқа дәлелдері болмаса да, СА125 деңгейінің жоғарылауы химиотерапияның қайта басталуының көрсеткіші болып табылады. Осы көзқарастың қарсыластары клиникалық ремиссия кезеңінде қайталанатын химиотерапия аурудың болжамын айтарлықтай өзгертпестен пациенттердің өмір сүру сапасын нашарлатады деп санайды. 2009 жылы MRC OV05/TOTC

55955-тің үлкен қосарланған соқыр рандомизацияланған зерттеуінің нәтижелері тек CA125-ті көтеруге негізделген химиотерапияның ерте басталуының клиникалық пайдасын бағалау үшін ұсынылды. Зерттеуге 527 толық ремиссия және CA125 қалыпты мәні бар науқастар кірді. CA125 жоғарылауы бойынша жедел емдеу тобына түскен емделушілерге CA125 жоғарылауы кезінде клиникалық рецидив белгілері пайда болғанға дейін бақылауда қалған топпен салыстырғанда екінші желінің химиотерапиясы 4,8 ай бұрын және үшінші желі 4,6 айға тағайындалды. 4-5 жыл бойы бақылау кезінде (медиана 49 ай.) науқастардың өмір сүру ұзақтығында айырмашылықтар анықталған жоқ, бірақ аурудың клиникалық белгілеріне дейін емдеуді бастаған науқастар тобында өмір сүру сапасы нашар болды, бұл емдеу қарқындылығына байланысты. ESMO қорытындысы бойынша қайталануды анықтау үшін CA125 ісік маркерін ерте анықтаудың артықшылығы жоқ. Маркердің өсуі анықталса да, химиотерапияны аурудың клиникалық белгілері пайда болған кезде ғана бастау керек[2-246].

Компьютерлік томографияны клиникалық және зертханалық (CA 125 жоғарылауы) аурудың өршу белгілері болған кезде орындау керек. ПЭТ-КТ ауруды, әсіресе лимфа түйіндерінің зақымдануын, ішастар метастаздарын және бауыр капсуласындағы ошақтарды анықтау үшін ақпараттандыруы мүмкін.

Аналық без ісігінің қайталануын емдеу

Аналық без ісігінің қайталануының тиісті терапиясын таңдау көбінесе бастапқы емдеуден және ісік ошағының таралуынан кейін аурудың өршуінің уақыт аралығымен анықталады. Терапияның бірінші жолындағы платина препараттарының тиімділігіне байланысты аурудың қайталануы бөлінеді: платина сезімтал (12 айдан астам.), ықтимал платина сезімтал (6-12 ай.) және платинонорезистентті (6 айдан аз.).

Кеш рецидивтері бар пациенттерге (24 айдан астам)), әсіресе, бірлі-жарым ісік түйіндері болғанда және жалпы жағдайы жақсы болғанда, кейіннен химиотерапиямен қайталанатын циторедукциялық операция ұсынылуы мүмкін.

Аналық без ісігінің қайталануының химиотерапиясы

Платина препараттарымен қайта емдеуге жауап алу жиілігі платинсіз аралықтың ұзақтығына тікелей байланысты, ал бұл терапия тек платина сезімтал және ықтимал платина сезімтал науқастарда ғана негізделген (Кесте 9).

Кесте 9.

Аналық без ісігінің қайталануы

<i>Бастапқы емдеуден кейінгі платинасыз интервал</i>	<i>Платинаға сезімталдық</i>	<i>Платинамен қайталама емге жауап беру жиілігі</i>
12 айдан астам.	Платина сезімтал	30-60%

6-12 ай.	Ықтимал платина сезімтал	15-30%
6 айдан аз.	платинорезистентті	10% аз

Өкінішке орай, аурудың платинорезистентті немесе платина рефрактерлі түрімен ауыратын науқастарды емдеу айтарлықтай қиын міндет болып табылады.

Платина сезімтал рецидивтерді емдеу (интервалы 12 айдан астам.).

Қазіргі уақытта ICON4 және OVAR2/2 рандомизацияланған екі зерттеудің нәтижелері жарияланды, оның ішінде платина сезімтал рецидивтері бар 802 науқас бар және паклитакселсіз платина химиотерапиясымен салыстырғанда карбоплатинмен паклитакселмен біріктірілген химиотерапияның артықшылығы бар. Сонымен қатар, алғашқы емдеу кезінде пациенттердің жартысы карбоплатинмен паклитакселмен біріктірілген ем алды[2-256].

Платина препараттарымен және паклитакселмен химиотерапия кумулятивті нейротоксикалықты тудыратынын атап өту қажет, сондықтан паклитакселді карбоплатинмен біріктіруді қайталаған кезде жалғастыру әрдайым мүмкін емес.

Нейротоксикалықты болдырмау үшін платина химиотерапиясының басқа комбинацияларын іздеу CALYPSO зерттеуі негізінде липосомалық доксорубицинмен карбоплатин схемасын ұсынуға мүмкіндік берді, оған 976 науқас кірді: липосомалық доксорубицинмен карбоплатин және паклитакселмен карбоплатин. Емдеу тиімділігі бойынша (рецидивсіз өмір сүру) екі топтағы көрсеткіштер бірдей болды, бірақ бірінші топта уыттылық аз болды. Сондықтан карбоплатиннің липосомалық доксорубицинмен үйлесуі карбоплатиннің паклитакселмен үйлесуіне балама бола алады, платина сезімтал рецидивтері бар науқастарды емдеу стандарты ретінде. Сондай-ақ, карбоплатиннің гемцитабинмен үйлесуі қарастырылады AGO-OVAR мәліметтері бойынша.

Кесте 10.

Аналық без ісігінің платина сезгіш қайталанулары кезінде 2-ші қатардағы химиотерапия препараттары (12 айдан астам).

<i>Препараттар</i>	<i>Бір реттік мөлшері к/і</i>	<i>Енгізу мерзімі</i>
Карбоплатин+Паклитаксел(Таксол [™])	AUC4 175 мг/м ²	1 күн 1 күн Әр 3 апта сайын
Карбоплатин+Пегилирленген липосомалды доксорубицин ПЛД (Келикс [™])	AUC4 30 мг/м ²	1 күн 1 күн Әр 3 апта сайын
Карбоплатин+Гемцитабин(Гемзар [™])	AUC4 1000 мг/м ²	1 күн 1+8 күн

		Әр 3 апта сайын
Оксалиплатин(Элоксатин [™])+Паклитаксел(Таксол [™])	130 мг/м ² 175 мг/м ²	1 күн 1 күн Әр 3 апта сайын

Паклитакселмен үшінші буын оксалиплатинмен схема тиімді болды. 10-кестеде платина сезімтал қайталанулар кезіндегі химиотерапия режимдері келтірілген.

Ықтимал платинаға сезімтал рецидивтерді емдеу (6-12 ай).

Бұрын ықтимал платинаға сезімтал рецидивтері бар пациенттерге (6-12 ай). химиотерапия платинаға сезімтал қайталанулар сияқты тағайындалды, яғни платина терапиясы. Қазіргі уақытта платина емес препараттарды тағайындау арқылы осы аралықты ұзартудың орындылығы туралы болжам бар, осылайша одан әрі платина терапиясына жауап алу ықтималдығын арттырады. Платина емес препараттарды таңдағанда, олардың платинаға сезімтал рецидивтері бар рандомизацияланған зерттеулердегі тиімділігі ескеріледі. Бүгінгі таңда екі рандомизацияланған зерттеулердің нәтижелері жарияланды: паклитакселді топотеканмен (226 науқас) және липосомалық доксорубинді топотеканмен (474 науқас) салыстырғанда. Бірінші хаттамада объективті жауаптың жиілігі топотеканмен жоғары болды, бірақ статистикалық маңыздылығы жоқ, ал паклитаксельде өмір сүру ұзақтығы ұзағырақ болды. Миелосупрессия екеуінде де жиі кездесетін жанама көрініс болды топтар, бірақ көбінесе топотеканмен. Екінші зерттеуде пегирленген липосомалық доксорубинмен (ПЛД) және топотеканмен жауап беру жиілігі шамамен бірдей болды, бірақ пегилденген липосомалық доксорубинмен өмір сүру ұзақтығы едәуір болды. Топотеканға айқын гематологиялық уыттылық тән болды, пегилденген липосомальді доксорубин үшін – стоматиттер, алақан-табан синдромы[2-266].

2008 жылы OVA301 рандомизацияланған зерттеу нәтижелері жарияланды, онда екі платинасыз трабектидин препараттарының пегилденген липосо-кіші доксорубинмен ПЛД монотерапиясымен салыстырылды. Өлім қаупін 41% төмендету және 6 айлық өмір сүру медианасын арттыру үшін комбинацияның артықшылықтары атап өтілді.

Тегін аралықты моно– немесе платиналық емес препараттармен біріктірілген терапиямен жасанды түрде ұзартудың орындылығы одан әрі зерттеуді қажет етеді.

11-кестеде ықтимал платина сезімтал қайталанулар үшін химиотерапия режимдері көрсетілген.

Платинорезистенттік рецидивтерді емдеу (6 айдан кем)[2-276].

Платинорезистентті пациенттерді емдеу кезінде II фазаның зерттеу нәтижелері бойынша паклитаксел, доцетаксел, гемцитабин, оксалиплатин, пегилденген липосомальді доксорубин және топотекан тиімділігі көрсетілді. Объективті жауаптардың жиілігі 15-25% құрады. Платинорезистентті науқастарды емдеуге ұсынылатын бірқатар Платиналық

емес препараттар салыстырмалы белсенділікке ие, бірақ әртүрлі уытты бейінге ие.

Кесте 11.

Аналық без ісігінің ықтимал платина сезімтал қайталануында 2-ші қатардағы химиотерапия препараттары (6-12 ай).

<i>Платиналық емес препараттар</i>	<i>Бір реттік доза, кг / м²</i>	<i>Енгізу режимі</i>
Паклитаксел	175 мг/м ²	1 Әр 3 апта сайын
Топотекан	1,5 мг/м ²	1,2,3,4,5 күндей Әр 3 апта сайын
Пегилирленген липосомалды доксорубицин ПЛД (Келикс TM)	40-50 мг/м ²	1 Әр 4 апта сайын
Трабектидин (Йонделис TM)	1,1 мг/м ²	1
Пегилирленген липосомалды доксорубицин ПЛД (Келикс TM)	30 мг/м ²	1 Әр 3 апта сайын
Платиналық емес терапиядан кейін платина терапиясы тағайындалады		

Жанама әсерлер өте тиімді тоқтатылса да, олар өмір сүру деңгейіне айтарлықтай теріс әсер етуі мүмкін. Барлық осы фактілер науқастың назарына жеткізілуі тиіс. 2008 жылы NSGO-OC-0101 рандомизацияланған зерттеу нәтижелері жарияланды, онда химиотерапияның екі режимі салыстырылды: паклитаксел аптасына 80 мг/м² немесе пегилденген липосомалық доксорубицин 40 мг/м² әр 4 апта сайын – таксано-платинорезистентті науқастарда күн сайын 40 мг Тамоксифен гормондық терапиясымен. Цитостатиктердің тағайындалуы тамоксифенмен салыстырғанда (тиісінше 99,84 және 62 күн, $p = 0,04$) агрессивті емес өмір сүрудің медианасын шамалы, бірақ статистикалық тұрғыдан сенімді арттырды, бірақ жалпы өмір сүруге әсер етпеді. Терапияның барлық режимдері төзімді болды, бірақ пегилденген липосомалды доксорубицинге үлкен уыттылық болды. Әлсіреген науқастарға, сондай-ақ уыттылығы төмен циклофосфамидпен циклофосфамидпен метрономдық ем тағайындау мүмкіндігі қарастырылады, бұл оны ұзақ уақыт жүргізуге мүмкіндік береді[2-286].

Кесте 12.

Аналық без ісігінің платинарезистенттік қайталануы кезіндегі дәрілік терапия (6 айдан кем)

<i>Препарат</i>	<i>Бір реттік доза, кг / м²</i>	<i>Енгізу режимі</i>
Паклитаксел (Таксол TM)	175 мг/м ²	1 рет әр 3 апта сайын

Паклитаксел (Таксол TM)	50 мг/м ²	Апта сайын
Доцетаксел (Таксотер TM)	75 мг/м ²	1 рет әр 3 апта сайын
Пегилирленген липосомалды доксорубицин ПЛД (Келикс TM)	40-50 мг/м ²	1 Әр 4 апта сайын
Топотекан (Гикамптин TM)	1,5 мг/м ²	1,2,3,4,5күндері аралығы 3 апта
Оксалиплатин (Элоксатин TM)	130 мг/м ²	1 аптасына 1 рет
Этопозид (Вепезид TM)	100 мг/м ²	1,2,3,4,5 күндері аралығы 4 апта
Гемцитабин (Гемзар TM)	800-1250 мг/м ²	1,8,15 күндері аралығы 4 апта
Бевацизумаб(Авастин TM)	15 мг/м ²	3 аптада 1 рет
Винорельбин (Навельбин TM)	25 мг/м ²	Аптасына 1рет
Метрономды терапия Циклофосфамид Метотрексат	Тәулігіне 50 мг Тәулігіне 2,5мг 2 рет	Күн сайын, ұзақ уақытқа Аптаның 1-ші, 2-ші күндері, ұзақ уақытқа
Тамоксифен	40-60 мг таб	Күн сайын

Химиотерапияға төзімді аналық без ісігінің қайталануын алдын алу мақсатында емдеу

Химиотерапия процесінде цитостатиктерге төзімділік пайда болады. Аналық бездің қатерлі ісігін емдеу стратегиясында мақсатты терапия негізінен өзін-өзі емдеу ретінде емес, оңтайлы химиотерапиямен үйлесу ретінде қарастырылады. Қазіргі уақытта I,II, III фазаларда аналық без ісігімен ауыратын науқастарда әртүрлі биологиялық агенттерді клиникалық пайдалану бойынша зерттеулер жүргізуге мүмкіндік береді: интерферон а, у, IL2+LAK, CA-125 моноклоналды антиденелерді (Оварекс және т.б.), VEGF тамыр эндотелий өсу факторына моноклоналды антиденелерді (Бевацизумаб), к HER-2/neu (Транстузумаб). Қазіргі уақытта таргеттік препараттарды цитостатиктерге қосу бойынша жүргізілген рандомизацияланған зерттеулер негізінен демеуші еммен 1-ші желінің химиотерапиясына қатысты. ICON7/GOG218 халықаралық рандомизацияланған зерттеуі *бевацизумабты (АвастинTM)* 1-ші желінің стандартты химиотерапиясына келесі 15 демеуші Бевацизумаб циклімен (әр 3 апта сайын 15 мг/кг) қосудың тиімділігін зерттейді.). Алынған алғашқы алдын ала нәтижелері 2009 ж жарияланған. Басқа да зерттеу EORTC-GINECO

жіберілді Эрлотиинибтің (Тарцева) тиімділігін зерттеу және қолдаушы терапия зерттеуге бағытталған[6-556].

Қайталанатын аналық без ісігіне қатысты клиникалық тәжірибеде ең көп зерттелетіні-Бевацизумаб (*Авастин*TM), VEGF лигандына рекомбинантты гуманизацияланған моноклоналды антидене. Цитостатиктермен моно және аралас режимдердегі толық және ішінара регрессиялардың жиілігі 15% – дан 46% - ға дейін, ал агрессивті емес өмір сүру медианалары 4-тен 9 айға дейін. Бевацизумабты қабылдау кезіндегі сирек кездесетін асқынулардың бірі-асқазан-ішек фистулалары екенін есте ұстаған жөн. Қазіргі уақытта аналық без қатерлі ісігінің қайталануында бевацизумабты бағалау бойынша екі рандомизацияланған зерттеулер жүргізілуде. Осеанс зерттеуінде науқастардың бірінші тобында гемцитабині бар карбоплатин, екіншісінде – карбоплатин, гемцитабин және бевацизумаб тағайындалады. Американдық GOG зерттеуінде 213 пациент карбоплатин/паклитаксел тобына, екіншісі – карбоплатин/паклитаксел/бевацизумаб тобына рандомизацияланған.

12-кестеде аналық без ісігінің платинорезистенттік рецидивтерін дәрілік емдеу режимдері ұсынылған.

13-кестеде аналық без қатерлі ісігінің қайталануында қолданылатын цитостатиктердің тиімділігі мен уыттылығы көрсетілген.

Кесте 13.

Платинарезистентті науқастарда екінші қатардағы химиотерапия ретінде әртүрлі препараттардың тиімділігі мен уыттылығы

<i>Препараттар</i>	<i>Объективті жауабы бар науқастардың саны (%)</i>	<i>Уыттылығы</i>
Паклитаксел (Таксол TM)	20	Алопеция, шеткергі нейропатия, артралгия / миалгия
Топотекан (Гикамπτин TM)	12	Астения, алопеция
Гемцитабин	15	Бауыр уыттылығы, диспноэ
Пегилирленген липосомалды доксорубин ПЛД (Келикс TM)	12	Мукозит, алақан-табан синдромы
Этопозид (Вепезид TM)	26	Алопеция, асқазан-ішек уыттылығы
Винорельбин (Навельбин TM)	15	Іш қату, жүрек айну, перифериялық нейропатия
Доцитоксел	22	Жоғары сезімталдық, диарея, перифериялық нейропатия

Прогрессиялық аналық без ісігін паллиативті дәрі-дәрмекпен емдеудің ұсынылған нұсқаларына қарамастан, емдеу нәтижелері нәтижесіз болып қалады. Кейбір клиникалық жағдайларда науқастың ауырлық жағдайын жеңілдету, өмір сүру сапасын жақсарту және одан әрі химиотерапияны жалғастыру мүмкіндігін жақсарту мақсатында ауыр клиникалық симптомдары бар науқастарға паллиативті операциялар (мысалы, ішек өтімсіздігі) жасалуы мүмкін[6-476].

Осылайша, аналық без қатерлі ісігінің биологиялық ерекшеліктерін ескере отырып, бұл ісікті емдеу стандарттарын қалыптастыру өте қиын болып көрінеді. Жетекші онкологиялық клиникалардың тәжірибесін талдай отырып, ESGO және ESMO сарапшылары әзірлеген және жыл сайын қайта қарастыратын негізгі болжамды факторларды (сатысы, ісіктің гистологиялық түрі, оның саралану дәрежесі және т.б.) ескере отырып, емдеудің минималды стандарттарын ғана тұжырымдауға болады. Аналық без ісігімен ауыратын науқастарды емдеудің заманауи стандарттары 14-кестеде келтірілген.

Аналық без ісігін диагностикалау мен емдеуде қол жеткізілген жетістіктерге қарамастан, аурудың болжамы нашар болып қалуда, аналық без ісігімен ауыратын науқастардың бес жылдық өмір сүру деңгейі 35-40% - дан аспайды. 15-кестеде аналық без ісігімен ауыратын науқастардың аурудың сатысына және тиісінше емдеу нәтижелеріне байланысты анықтау жиілігі бойынша таралуы туралы жиынтық деректер берілген.

Кесте 14.

Аналық без ісігін емдеудің заманауи стандарттары

Ерте кезеңдер (IA, B, C кезеңдері) Хирургиялық емдеу өзіндік әдіс немесе аралас емдеу кезеңі ретінде - Стандартты операция-жатырдың қосымшаларымен экстирпациясы, оментэктомия. Перитонеалді сұйықтықты цитологиялық зерттеу және ісік зақымдануына күдікті перитонеалді барлық учаскелердің биопсиясы міндетті түрде орындалуы тиіс - Биопсия және жамбас және параорталды лимфа түйіндерін алып тастау мәселелері әлі	Жергілікті таралған және диссеминацияланған формасы (II iv кезең) II және III кезеңдер 1.ХИРУРГИЯЛЫҚ ЕМДЕУ Әрқашан циторедукциялық сипатқа ие және аралас емдеу кезеңі болып табылады -Бастапқы циторедукциялық операция-химиотерапия алдында ісік массаларын алып тастау -- Аралық циторедуктивті операция-индукциялық химиотерапияның қысқа курсынан кейінгі операция (әдетте 3 цикл). 2.Химиотерапия
--	---

күнге дейін шешілмеген - Жас емделушілерге фертильдігін сақтағысы келген жағдайда ІА сатыдағы шекаралық және жоғары дифференцияланған карциномалар кезінде екінші аналық безді міндетті биопсиямен бір жақты алып тастауға болады. АДЬЮВАНТТЫ ХИМИОТЕРАПИЯ ІА сатыдағы шекаралық және жоғары сараланған карциномалар кезінде жүргізілмейді (қайталану қаупі төмен) - Рецидивтің аралық және жоғары қаупі кезінде көрсетілім Химиотерапияның негізгі ережелері: -- платина препараттарымен біріктірілген немесе монокимиотерапия -- Қайталанудың аралық қаупі кезінде 3 апта аралығымен Карбоплатинді АUC 5, 3 цикл - - Қайталану қаупі жоғары болған кезде Паклитаксел 175 мг/м² бар АUC 5 Карбоплатин 3 апта аралығымен 6 цикл	- Комбинирленген химиотерапия 1 – ші қатардағы-Карбоплатин АUC5с Паклитаксел 3 апта аралығымен 175мг/м². - 3 апта аралығымен 6 курс саны. IV кезең 1.ХИРРЕГИЯЛЫҚ ЕМДЕУ - Алыс метастаздарда плевраға сұйықтық жиналумен, бұғанаастылық лимфа түйіндерінің зақымдалуымен және терінің бөліктік зақымдануымен көрінетін науқастарға бастапқы немесе аралық цитородукциялық хирургия мүмкін. - Бауыр мен өкпедегі метастаздары бар науқастар үшін циторедукциялық хирургия жарамсыз. -Полиативтік хирургияны ауыр клиникалық белгілері бар науқастарға (мысалы, ішек өтімсіздігі) науқастың жағдайын, өмір сүру сапасын жақсарту және болашақта химиотерапияны жалғастыру мүмкіндігін арттыру мақсатында жасауға болады. Химиотерапия -Біріктірілген химиотерапия 1-ші қатар
МОНИТОРИНГ Алғашқы 2 жылда 1 рет 3 айда, үшінші жылы 1 рет 4 айда, содан кейін 6 айда 1 рет, көрсетілімдер бойынша кіші жамбас пен құрсақ қуысының клиникалық тексеруі мен эхографиясы, СА 125, КТ және ПЭТ тағайындалады. Аурудың клиникалық көрінісінің немесе радиациялық диагностикалық әдістермен қайталануын растаусыз СА 125 жоғарылағанда ғана емдеуді қайта бастау үшін ең бастысы емес. РЕЦИДИВТЕР 1 ХИРУРГИЯЛЫҚ ЕМДЕУ Кеш рецидивтері бар (24 айдан астам) пациенттерге, әсіресе бірлі-жарым ісік түйіндері және жақсы жалпы мәртебесі болған кезде кейіннен	

химиотерапиямен қайталанатын циторедукциялық операция ұсынылуы мүмкін 2.ХИМИОТЕРАПИЯ 2 қатардағы Платина сезімтал қайталанулар кезінде (12 айдан астам)-комбинирленген химиотерапия -Ықтимал платинаға сезімтал қайталанулармен (6-12 ай) платина емес препарат , содан кейін платина терапиясы. - Платинорезистенттік қайталанулар кезінде (6 айдан кем емес) – Платиналық емес препараттар, мақсатты терапия. - ПАЛЛИАТИВТІК ТЕРАПИЯ

Кесте 15.

Аналық без қатерлі ісігі: FIGO ауруының кезеңдері, анықтау жиілігі және 5 жылдық өмір сүру деңгейі

<i>Кезеңдері</i>	<i>Сипаттамасы</i>	<i>Анықтау жиілігі %</i>	<i>5 жыл өмір сүру , %</i>
I	Аналық без маңындағы ісік	20	73
II	Кіші жамбас маңындағы таралуы	5	45
III	Іш қуысы мен ретроперитонеальді лимфа түйіндерінің зақымдануы	58	21
IV	Алыс метастаздар	17	5

Қатерлі эпителийлік емес ісіктерді емдеу

Герминогенді ісіктерді емдеу

Герминогенді ісіктер аналық бездің қатерлі ісіктері арасында 2-3% құрайтын аналық бездің қатерлі ісіктеріне қарағанда әлдеқайда аз кездеседі және негізінен жас әйелдер мен балаларға әсер етеді.

Аналық без ісігінің айырмашылығы, пациенттердің 60-70 % – ында аурудың I сатысы, 25-30% – III сатысы, өте сирек-II және IV сатысы байқалады. Герминогенді аналық без ісіктерін ретроперитонеальді түйіндерге және гематогенді жолмен метастаздау аналық бездің қатерлі ісігіне қарағанда тән. Екінші жағынан, ерлердегі ұқсас құрылымдық аналық без ісіктерінен

(Семинома) айырмашылығы, аналық бездердің герминогенді ісіктері іш қуысына имплантация арқылы жиі таралады, ал гематогенді жолмен сирек кездеседі. Екінші аналық бездің ісік зақымдануы сирек кездеседі, тіпті жалпы ісік процесінде. Ерекшелік-бұл дисгерминомалар, онда аналық бездердегі екі жақты ісік процесі 10-15% анықталады. Аналық без аймағында пальпацияланған қатты түзілімдері бар жас әйелдерде қатерлі процеске күдік туындаған кезде, сонографиядан басқа, іш қуысының компьютерлік томографиясы, кеуде қуысының рентгенографиясы және ісік маркерлерінің анықтамасы (альфа-фетопротеин және хориондық гонадотропин) көрсетілген[2-316].

Хирургиялық емдеу

Хирургиялық кезең-герминогенді ісіктермен ауыратын науқастарды емдеудегі маңызды кезең; ол аналық бездің қатерлі ісігі жағдайындағыдай бірдей ережелерге сәйкес жасалады. Іш қуысын тексеру кезінде аналық бездің күйін бағалау қажет. Егер контрлатеральді аналық без макроскопиялық тұрғыдан өзгеріссіз болып көрінсе, қалған аналық бездің фолликулалық резервінің бір бөлігінің жоғалуын болдырмау үшін биопсия жүргізілмейді. Қарама-қарсы аналық бездің ұлғаюымен оның биопсиясын немесе резекциясын жүргізу қажет. Егер шұғыл гистологиялық зерттеу кезінде қатерлі ісік немесе гонад дисгенезиясы анықталса, екі жақты сальпинго-овариэктомия көрсетіледі. Қатерсіз кистозды жетілген тератома анықталған кезде (5-10% жағдайда) аналық бездің қалыпты тінін барынша сақтай отырып, тек аналық без кистасын алып тастау ұсынылады. Сондай-ақ, көрінетін метастаздар болмаған кезде, кеңейтілген параортальды түйіндердің биопсиясымен ретроперитонеалді лимфа түйіндерін мұқият пальпациялау қажет.

I сатыдағы қатерлі герминогенді ісіктердің барлық гистотиптеріндегі (дисгерминомдар және дисгерминомалар) операция көлемі жас пациенттердің құнарлылығын сақтау үшін бір жақты аднексэктомиямен шектеледі.

Жалпы ісік процесінде циторедукциялық операциялар жасалады. Герминогенді ісіктер, әсіресе дисгерминомалар, аналық без ісігінен айырмашылығы, химиотерапияға айтарлықтай сезімтал. Сондықтан кеңейтілген метастаз кезінде кеңейтілген циторедукциялық операциялар туралы мәселе дискутабельді болып қала береді. Мысалы, метастатикалық түйіндердің жүйелік лимфаденэктомиясы болжамды өзгертпейді. Жалпы ісік процесінде де, аналық безге қарсы зақым болмаса да, оны жас пациенттерде сақтау керек[2-326].

Субоптималды циторедукциялық операциялардан және кейінгі химиотерапиядан кейін жетілмеген тератомасы бар кейбір науқастарда қайталанатын хирургиялық араласулар жоққа шығарылмайды, өйткені ісіктің қалған жетілген элементтері жүргізілген химиотерапияға сезімтал болмауы мүмкін.

Химиотерапия

1940 жылға дейін қатерлі герминогенді ісіктерді емдеу тек хирургиялық әдіспен шектелді және метастатикалық формалардың нәтижелері төмен болды. 1940 жылдардан бастап операциядан кейінгі сәулелік терапия дисгерминнің кең таралған түрлерімен ауыратын науқастардың өмір сүруін арттырды, бірақ бұл радиорезистентті болып қалған басқа герминогенді ісіктерді (дисгерминді емес) емдеу мәселесіндегі жағдайды өзгертпеді. Дисгерминомасыз ауыратын науқастар үшін болжам 1970 жылдарға дейін өзгерген жоқ. 1975 жылы М. д. Смит пен Рутлидж АҚШ Техас штатының Хьюстон қаласындағы Андерсон ауруханасы VAC схемасы бойынша аралас химиотерапия (винкристин+актиномицин-Д+циклофосфамид) арқылы дисгерминомасыз бар 20 науқастың 15-і сәтті емделгені туралы хабарлады. Бұдан әрі 2 жылға созылатын VAC схемасы бойынша адъювантты полихимиотерапия аналық бездердің герминогенді ісіктерін емдеуде ерте сатыларда да, ұзақ ремиссиялардың 75% - ына дейін, сондай-ақ 50% нәтижелері бар жалпы ісіктерде кеңінен қолданылды. Винкристинмен және актиномицинмен ұзақ емдеу-д шеткергі нейропатиялармен және миелосупрессиямен, ал циклофосфанмен емдеу – геморрагиялық цистит дамуының және стерилизацияның ықтимал қаупімен асқынған[2-336].

Герминогенді аналық без ісіктерін жүйелі химиотерапиядағы эволюция морфологиялық жағынан аналық без ісіктеріне ұқсас ерлердегі тестикулярлық ісіктерді (Семина) емдеуде алынған жетістіктермен қатар жүрді. АҚШ Индианаполис университетінің тестикулярлық ісіктерді емдеуге арналған Einhorn және Donahue еңбектерінде pvb схемасы бойынша химиотерапияның жоғары тиімділігі байқалды (цисплатин+винбластин+блеомицин) бірнеше қысқа курстарда (5 күн) 3 апта аралықпен. Емдеу тиімділігінің артуы препараттың схемасына платинаның қосылуымен байланысты болды. 1980 жылдардың басынан бастап химиотерапияның бұл схемасы герминогенді аналық без ісіктерін емдеуде кеңінен қолданыла бастады. Сонымен қатар, VAC-пен салыстырғанда PVB схемасының артықшылығы емдеу курсы қысқарту болды (4 айға дейін.), бірақ сонымен бірге винбластиннің цисплатинмен үйлесуі миелосупрессиялар мен перифериялық нейропатиялардың санын көбейтті, ал 2% жағдайда блеомициннің қосылуы өкпе фиброзын тудырды. Сол жылдары герминогенді ісіктерді емдеуде этопозидтің оң әсері байқалды, ол полихимиотерапия схемаларында винбластинді алмастырды, осылайша асқынулар санын біршама азайтты.

Қазіргі уақытта хирургиялық емдеуден кейін адъювантты химиотерапия тек дисгерминома және I дәрежелі жетілмеген тератома (GI) IA сатысы бар науқастарға тағайындалмайды. I сатыдағы дисгерминомасы жоқ қалған науқастарға және IB-IV сатыдағы герминогенді ісіктері бар барлық науқастарға операциядан кейінгі аралас химиотерапия BEP схемалары бойынша көрсетілген. 2-ші жолдағы химиотерапия ретінде VelP, VIP, TIP схемалары

ұсынылады. Герминогенді аналық без ісіктерінің химиотерапия режимдері 15-кестеде келтірілген.

Бұдан әрі науқасты бақылау кезінде әрбір 3 ай сайын клиникалық эхографиялық тексеруден басқа ісік маркерлерінің анықтамасы көрсетіледі (ісік маркерлерін қараңыз). Аналық бездердің герминогенді ісіктері негізінен жас және бала жастағы пациенттерде анықталатынын ескере отырып, 16-кестеде ісік процесінің таралу дәрежесіне байланысты қыздарда аналық бездердің герминогенді ісіктерін емдеудің нұсқалары берілген[2-336].

Болжамы

Платина препараттарының аналық бездің герминогенді ісіктерін емдеуге қосылуының арқасында пациенттердің 5 және 10 жылдық өмір сүру деңгейі 93%-ға жетті, бұл емдеу тиімділігі бойынша трофобластикалық ауруды емдеудегі жетістіктермен салыстыруға болады. Денені сақтайтын операциялардан және адъювантты химиотерапиядан кейін әйелдерде етеккір және репродукциялық функция сақталады. Ретроспективті зерттеулерде осы пациенттердің балаларындағы ақаулар мен ісіктер санының өсуі байқалмады.

Кесте 16.

Герминогенді аналық без ісіктерінің химиотерапиясы

<i>Сызба</i>	<i>Бір реттік доза, мг/м²</i>	<i>Енгізу күндері</i>
VAS	1,4мг/м ²	1-15
Винкристин	0,3мг/м ² (0,5мг)	1-3
Дактиномицин	50мг/м ²	1-5
Циклофосфан		Аралығы 4 апта
PVB	100мг/м ²	1
Цисплатин	8мг/м ²	1
Винбластин	15мг	1-4
Блеомоцин		Аралығы 3-4 апта
ВЕР	15мг/м ² (30мг)	1,3,5
Блеомоцин	100мг/м ²	1,5
Этопозид	20мг/м ²	1-5
Цисплатин		Аралығы 3 апта
VeIP	011мг/кг	1,2
Винбластин	1200мг/м ²	1-5
Ифосфамид		1-5
Цисплатин	20мг/м ²	Аралығы 4 апта
VIP	80мг/м ²	1-4
Этопозид(Вепезид [™])	1800мг/м ²	1-4
Ифосфамид	20мг/м ²	1-4
Цисплатин		Аралығы 3 апта
TIP	175мг/м ²	1-3
Паклитаксел(Таксол [™])	1200мг/м ²	1

Ифосфамид Цисплатин	20мг/м ²	1 Аралығы 4 апта
------------------------	---------------------	---------------------

Стромалды жасушалық ісіктерді емдеу(жыныстық стромалар)

Стромалды жасушалық ісіктер аналық бездің барлық қатерлі ісіктерінің ішінде 5% құрайды. Аналық бездердің стромалды жасушалық ісіктерінің көпшілігі аурудың І сатысында анықталады. Түйіршікті-жасушалық ісіктер эндометрийдің гиперплазиямен және эндометрийдің қатерлі ісікпен біріктірілуі мүмкін екенін есте ұстаған жөн.

Кесте 17.

Герминогенді аналық без ісіктерінің емдік тактикасы

<i>Дисгерминома ІА кезеңі</i>	<i>Ағзаны сақтаушы оталар</i>
Дисгерминома ІВ-ІV кезеңі	Ағзаны сақтаушы немесе циторедукциялық оталар+химиотерапия ВЕР сызбасы бойынша, 4 курс алады, қосымша сәулелену алуы мүмкін. Рецидивтері -2 қатардағы химиотерапия(VEIP, VIP,TIP), сәулелену алуы мүмкін
Басқа қатерлі дисгерминогенді ісіктер	
ІА кезеңі	Ағзаны сақтаушы +химиотерапия ВЕР сызбасы бойынша, 3 курс алады
ІВ-ІV кезеңі	Ағзаны сақтаушы немесе циторедукциялық оталар+химиотерапия ВЕР сызбасы бойынша, 4 курс алады Рецидивтері -2 қатардағы химиотерапия(VEIP, VIP,TIP)
<i>Мониторинг</i> емдеу біткеннен соң жүргізіледі(клиникалық қарау, кіші жамбасты және іш қуысына эхография жасау, АФП, ХГ,ЛДГ анықтау): 1-ші жылы- ай сайын, 2-ші жылы – әр 2 ай сайын, 3-ші жылы – әр 3-6 ай сайын, әрі қарай – жыл сайын	

Хирургиялық емдеу

Хирургия емдеудің бірінші және негізгі кезеңі болып табылады. Түйіршікті-жасушалық ісіктердегі хирургиялық кезең аналық бездің қатерлі ісігімен бірдей көлемде жасалады (аналық бездің қатерлі ісігі кезеңін қараңыз).

Операция көлемі аурудың сатысына да, науқастың жасына да байланысты. Аурудың I сатысында түйіршікті-жасушалық ісіктері бар науқастарға пременоархта (кәмелетке толмаған түрі) немесе жас ұрпақты болу жасында, әдетте, аналық бездің контрлатеральды тексерісі бар бір жақты аднексэктомия көлемінде орган сақтайтын операция жасалады, егер ол көбейсе немесе ісік өсуіне күдік болса, оның биопсиясы жасалады. Бала тууды аяқтаған әйелдерде операция көлемі жатырдың экстирпациясы және оментэктомиясы бар екі жақты аднексэктомияға дейін кеңейтілуі тиіс. Жалпы ісік процесінде біріктірілген операцияларды орындай отырып, ісік массаларын барынша алып тастай отырып, циторедукциялық операциялар жасалады. Қайталанатын және метастатикалық түйіршікті-жасушалық ісіктерде олардың баяу қарсыласу өсуіне бейімділігін ескере отырып, ұзақ ремиссияға қол жеткізуге мүмкіндік беретін қайталама операциялар жасалады[2-356].

Химиотерапия

I сатыдағы түйіршікті жасушалық ісіктерді хирургиялық емдеуден кейінгі адьювантты химиотерапияның рөлі анықталмаған. Ювенилді типтегі түйіршікті-жасушалық ісіктерде, қолайлы болжамы бар ісіктерде адьювантты химиотерапия тағайындалмайды. 40 жастан асқан әйелдерде түйіршікті жасушалық ісіктер қайталанудың дамуына бейім, көбінесе уақыт өте келе кешіктіріледі. Бұл адьювантты химиотерапияны тағайындаудағы дәлелдердің бірі (3 цикл ВЕР) егде жастағы пациенттердің бір бөлігі, әсіресе ісіктің митотикалық белсенділігі жоғары, бірақ адьювантты химиотерапияның артықшылықтары туралы нақты мәліметтер жоқ.

Кең таралған ісік процесі (II–IV сатысы) бар пациенттерге циторедукциялық операциялардан кейін 1-ші қатардағы химиотерапия көрсетілген. Платина препараттарымен аралас химиотерапияға артықшылық беріледі. Түйіршікті жасушалық ісіктердің химиотерапиясының тиімділігін бағалауға арналған жұмыстардың көпшілігі бақылаулардың аз санына негізделген.

Науқастарға оңтайлы циторедукциялық операциялардан кейін (барлық ісік ошақтары немесе 1 см-ден кем қалдық ісік алынып тасталды) әрбір 3 апта сайын 3 ВЕР циклын жүргізу көрсетіледі. Субоптималды циторедукциялық операциялардан кейін науқастарға (1 см-ден асатын қалдық ісік) әр 3 апта сайын 4 ВЕР циклі тағайындалады. Аурудың қайталануында 2-ші жолды химиотерапия ұсынылады: АТС немесе ТР[2-356].

Сәулелік терапия

Радиациялық терапия хирургиялық жолмен алып тастауға болмайтын түйіршікті жасушалық ісіктердің локализацияланған рецидивтері немесе метастаздары үшін емдеу әдісі болып табылады. Сәулелік әдіс жергілікті рецидивті немесе солитарлық метастазды адьювантты алып тастағаннан кейін, қалдық ісік болған кезде немесе химиотерапия жүргізуге қарсы көрсетілімдер

болған кезде де қолданылуы мүмкін. Радиациялық терапияның тиімділігі кейбір жағдайларда 50% жетеді.

Гормондық терапия

Түйіршікті-жасушалық ісіктердің едәуір бөлігі митоздық белсенділігі төмен оң стероидты рецепторлық мәртебеге ие, бұл прогестогендерді, гонадотропин шығаратын гормондардың агонистерін, ароматаза ингибиторларын рецидивті емдеуде де, адъювантты мақсатта да қолдануға қызығушылық тудырады. Алайда, бұл салада клиникалық зерттеулер өте аз.

17, 18-кестелерде аналық бездің түйіршікті-жасушалық ісіктерінің емдік тактикасы келтірілген.

Болжамы

Түйіршікті жасушалық ісіктері бар пациенттердің жалпы бес жылдық өмір сүру деңгейі 85-тен 90% - ға дейін, I сатысында 95% - ға жетеді. Одан әрі бақылау кезінде науқастарға ісік маркерлері қолданылуы мүмкін ингибин және антимиюллер гормоны немесе ингибиторлық зат Мюллер (АМГ/ИВМ, АМН/МIS), бірақ олар қайталануды анықтауда әрдайым ерекше бола бермейді.

Кесте 18.

Қыздардағы ювенилді типтегі аналық бездердің түйіршікті-жасушалық ісіктерінің емдік тактикасы

<i>Кезеңдері</i>	<i>Емдеу тактикасы</i>
IA	Ағзаны сақтаушы оталар (бір жакты овариэктомия)
IB	Ағзаны сақтаушы оталар (екі жакты овариэктомия)+ ВЕР сызбасы бойынша адъювантты терапия, 3 цикл алады.
IC	Ағзаны сақтаушы оталар (бір/екі жакты овариэктомия)+ ВЕР сызбасы бойынша адъювантты терапия, 3 курс алады.
II- IV	Циторедуктивті оталар+ химиотерапия ВЕР сызбасы бойынша, 4 курс алады, қосымша кіші жамбас қуысындағы қалдық ісіктерді сәулелендіруі мүмкін
Рецидивтері	Қайта ота, 2 қатардағы химиотерапия (САР, ТР), сәулеленуі алуы мүмкін.

Кесте 19.

Ересек типтегі аналық бездің түйіршікті-жасушалық ісіктері үшін терапиялық тактикасы

<i>Кезеңдері</i>	<i>Емдеу тактикасы</i>
IA	Жастарға ағзаны сақтаушы оталар)+ ВЕР сызбасы бойынша адъювантты терапия, 3 цикл алады; жасы 40 асқандар-

	пангистерэктомия оментэктомиямен бірге + ВЕР сызбасы бойынша адьювантты терапия, 3 цикл алады
IB, IC, IIA	Пангистерэктомия оментэктомиямен бірге + ВЕР сызбасы бойынша адьювантты терапия, 3 цикл алады
IIIB- IV	Максималды көлемде циторедуктивті оталар+ химиотерапия ВЕР сызбасы бойынша, 4 курс алады
Рецидивтері	Қайта ота, 2 қатардағы химиотерапия (САР, ТР), сәулеленуіді алуы мүмкін.
Гиперпластикалық процестерді, соның ішінде эндометрий ісігін болдырмау үшін міндетті эндометрийді тексеру керек. Емдеу аяқталғаннан кейін науқастарды мониторингілеу (клиникалық тексеру, іш қуысы мен кіші жамбас эхографиясы, ингибинді, Мюллерге қарсы гормонды анықтау, КТ-көрсетілімдер бойынша): 1-ші жыл-әрбір 3 ай сайын, 2-ші жыл - әрбір 4 ай сайын, 3-ші жыл - әрбір 6 ай сайын, әрі қарай-жыл сайын.	

Андробластомалар (Сертоли-Лейдиг ісіктері) және малигнизацияланған текомалар өте сирек кездеседі және түйіршікті-жасушалы ісіктерді емдеу схемасы бойынша емделуге жатады.

5.7.Жүктілік кезіндегі аналық без ісіктері

Пренаталды ультрадыбыстық диагностиканың кеңінен енгізілуіне байланысты жатыр қосымшаларындағы ісік түзілімдері барлық жүктіліктің 1-2% - ында анықталады. Көп жағдайда бұл асимптоматикалық түзілімдер. Бұрын аналық бездердің асимптоматикалық ісіктері тек кесарь кезінде немесе босанғаннан кейін анықталды. Көптеген кішкентай кисталар (5 см-ге дейін) функционалды (фолликулалық кисталар, корпус лютеумінің кисталары) және бірінші, екінші триместрде өздігінен регрессияға ұшырайды және жүктілікке қауіп төндірмейді. Жүктілік кезінде регрессияға ұшырамайтын жатырдың Қосымшаларының ісік массалары көп жағдайда жақсы сипатқа ие. Процестің жақсы болуына қарамастан, кейбір жағдайларда (бұралу, кистаның жарылуы, қан кету) түсік түсіру қаупі болуы мүмкін[7,1106].

Қатерлі ісіктердің жиілігі жүктілікпен байланыстырылуы, әр түрлі әдебиеттерде ауытқып көрсетіледі, 1-10 000-нан, 1- 50 000 жүктілік кезінде анықталады. Жас пациенттерде бұл көбінесе герминогенді ісіктер, үлкен жаста-эпителиалды қатерлі ісіктері, негізінен төмен қатерлі ісік түрлері кездеседі.

Жүктілік кезіндегі аналық бездің қатерлі ісіктері көбінесе асимптоматикалық болып табылады немесе жүктіліктің өтуіне ұқсас белгілерді тудырады, іштің кеңеюі, іштің ауыруы, жүрек айну, құсу. Диагноз әдетте жүктіліктің бірінші немесе екінші триместрінде ультрадыбыстық пренаталды диагнозбен жасалады. Науқастардың көпшілігінде аурудың ерте кезеңі бар. Герминогендік және эпителиалды ісіктері басым.

Сондықтан жатырдың қосымшаларында анықталған барлық түзілімдер уақтылы хирургиялық араласу үшін мұқият дифференциалды диагнозды және бақылауды қажет етеді[3-3646].

Диагностикасы.

Жоғарыда айтылғандай, диагноздың алғашқы және ең ақпараттық әдісі-жүктіліктің ерте кезеңдерінде вагиналды ультрадыбыстық зерттеу. Ультрадыбыстық зерттеу аналық бездің кисталық түзілістің архитектурасын бағалауға, қатерлі және қатерлі процесс арасында дифференциалды диагноз қоюға мүмкіндік береді. Бұл әдіс қауіпсіз, өйткені ол иондаушы сәулеленуді өткізбейді және жүктілік кезінде бірнеше рет қолдануға болады.

Магнитті-резонансты томография, ісіктерді диагностикалауда қосымша иондамайтын әдіс ретінде жүктіліктің екінші, үшінші триместрінен бастап қолданылады. Жүктіліктің ерте кезеңдеріндегі магнит өрістерінің тератогендік әсерінен қорқуына байланысты қолданыла алады.

Рентгенография және компьютерлік томография жүкті әйелді тексеруден иондаушы радиацияны алып жүретін әдістер ретінде алып тасталуы тиіс.

Жүктілік кезінде ісік маркерлерін қолдану дилемма болып табылады, өйткені физиологиялық жүктілік кезінде олардың көпшілігінің деңгейі айтарлықтай өзгереді.

Са 125 серологиялық деңгейі, аналық без ісігінің ісік маркері, жүктіліктің бірінші триместрінде 10-шы аптада – 1250 ХБ/мл дейін шыңына жетеді, содан кейін босанғанға дейін – 35 ХБ/мл дейін төмендейді. Босану кезінде көрсеткіштердің өтпелі жоғарылауы байқалады, содан кейін қалыпты сандарға дейін төмендейді. Демек, жүктіліктің бірінші триместріндегі СА 125 деңгейі бұзылған процесс туралы ақпарат бермейді, бірақ екінші және үшінші триместрдегі жоғары көрсеткіштер кезінде ескерілуі мүмкін[3-3736].

Лактатдегидрогеназа (ЛДГ) – дисгерминоманың ісік белгісі – жүктілік кезінде сирек жоғарылайды, тек преэклампсия жағдайында.

Альфафетопротеин (АФП) және хориондық гонадотропин (ХГ) – басқа герминогенді ісіктердің ісік маркерлері – жүктілік кезінде ісіктерді диагностикалауда қолданыла алмайды, өйткені олардың деңгейі жүктілік кезінде өте өзгереді. Ісік сынақтарының диагностикалық мәні 19-кестеде келтірілген.

Емдеу тактикасы.

Аналық бездің қатерсіз түзілімдеріндегі емдік тактика

Аналық бездерде анықталған ісік түзілімдерінің емдік тактикасы консервативті болып қалады, өйткені олардың кейбіреулері жүктіліктің екінші триместрінде қалпына келетін ісік тәрізді түзілімдер (фолликулалық кисталар мен сары дененің кисталары) болып табылады[2-376].

Кесте 20.

Жүктілік кезіндегі ісік маркерлерінің диагностикалық мәні

Диагностикалық тест	I триместр	II триместр	III триместр
УЗИ	+	+	+
МРТ	Тағайындалмайды	+	+
Рентген, КТ	Тағайындалмайды	Тағайындалмайды	Тағайындалмайды
Ca 125	1250МЕ/мл дейін ↑	35 МЕ/мл дейін ↓	35 МЕ/мл дейін ↓
ЛДГ	+	+	+
АФТ	өзгермелі емес	өзгермелі емес	өзгермелі емес
ХГ	өзгермелі емес	өзгермелі емес	өзгермелі емес

Қатерсіз эпителиалды кисталары (серозды, муцинозды және эндометриоидты), сондай-ақ кішкентай, симптомсыз (дермоидты кисталар) белсенді хирургиялық араласуды қажет етпейді. Хирургиялық емдеу асқыну жағдайларында, кистаның бұралуы, капсуланың жарылуы, қан кету түрінде көрсетіледі, бұл көбінесе алғашқы 16 аптада, өсіп келе жатқан жатыр жамбас шеңберінен шыққан кезде немесе босану кезінде, жатыр тез инволюцияланған кезде пайда болады. Мұндай клиникалық жағдайларда лапаротомиялық кесуден жедел хирургиялық араласу көрсетіледі. Қазіргі уақытта жүктіліктің екінші триместрінде лапароскопиялық қол жетімділік мәселесі талқылануда. Лапароскопиялық операциялардан кейінгі жүктіліктің қолайлы нәтижелері сипатталған. Жүктілік кезінде кистаның тез өсуімен немесе қатерлі процесске күдікпен жоспарлы аналық безді операцияларды жүргізудің оңтайлы уақыты-екінші триместр (18 апта), өйткені осы уақытқа дейін мүмкін функционалды кисталар регрессияға ұшырайды, ал аналық без алынып тасталған жағдайда плацента 12-ші аптадан бастап корпус лютеумінің гормоналды функциясын орындайды. Егер қатерлі ісіктің пайда болуы жүктіліктің үшінші триместрінде анықталса, онда операция вагинальды босанғаннан кейін кешіктіріледі немесе кистаны алып тастау арқылы кесарь жасалады[2-386].

Емдік көмек көрсету кезінде қатерлі ісігі

Аналық бездерде ісік пайда болған жүкті әйелдер арасында қатерлі ісіктердің жиілігі 2% - дан 6% - ға дейін.

Жүкті әйелде аналық бездің қатерлі ісігін анықтауға арналған хирургиялық емдеу жүкті емес әйелдердегідей болуы керек. Жедел операция жүктілік мерзіміне қарамастан көрсетіледі. Ісік негізінен жүктіліктің ерте кезеңдерінде диагноз қойылғандықтан, жас әйелге зардап шеккен аналық безді бір жақты алып тастау көлемінде мұқият хирургиялық сатымен (эпителий ісігі үшін – үлкен бездің резекциясы, герминогендік ісік үшін – ретроперитонеалді

лимфа түйіндерін қайта қарау) және жүктілікті сақтай отырып, орган сақтау операциясы жасалуы мүмкін. Егер әйел жүктілікті сақтағысы келмесе, онда іштің хирургиясына дейін медициналық түсік жасалады.

Таралған ісік процесінде емдеу жатырдың ұрықпен жойылуымен максималды циторедукция көлемінде операциядан басталады. Таралған ісік процесі бойынша циторедуктивті операциялардан кейін аналық без обырымен ауыратын науқастарға бірінші қатардағы стандартты химиотерапия тағайындалады – таксанасы бар немесе онсыз платина туындылары CA125 мен 6 цикл, эпителий емес ісіктермен ауыратын науқастарға – этопозид пен блеомицинмен біріктірілген цисплатинмен 4 цикл[2-396].

Жүкті әйелдерде ағзаны сақтайтын операциялардан кейін қайталану қаупі жоғары аналық бездің қатерлі ісіктерінің ерте кезеңдерінде адьювантты химиотерапияны тағайындау дилемма болып қала береді. Кейбір клиниктердің пікірінше, жүктілік кезінде адьювантты платина химиотерапиясын тағайындау, тіпті екінші жартысында, ұрықта тератогендік әсер немесе химиотерапияның жанама әсерлерін тудыруы мүмкін. Қазіргі уақытта жүктілік кезінде аналық бездің қатерлі ісіктерін сәтті химиотерапиялық емдеу туралы платина препараттары мен ұрықтың дамуында асқынулар тудырмайтын таксандарды енгізу туралы жарияланымдар пайда болды.

Жүкті әйелдерде анықталған аналық бездің қатерлі ісіктерінің болжамы жүкті емес әйелдермен бірдей және аурудың сатысына байланысты.

Аналық бездің қатерлі ісіктерін емдеуден кейінгі фертильділік

Орнықталған сатыдағы аналық бездің қатерлі ісігіне қатысты ағза сақтау операциясын жасау жас әйелге фертильдікті сақтауға мүмкіндік береді. Осындай емдеуден кейін өздігінен жүктіліктің жиілігі 30-дан 60% - ға дейін. Қазіргі уақытта басқа әйелдердің фертильдігін қалпына келтіру қазіргі заманғы репродуктивті технологиялардың (ЭКҰ) көмегімен мүмкін. Алайда, бұл жағдайларда қажет болған жағдайда, қалған аналық безді ынталандыру теориялық тұрғыдан қатерлі процестің қайталануын тудыруы мүмкін, бұл шекаралық ісіктердің кейбір клиникалық жағдайларында тіркелген. Аналық бездің қатерлі ісігі бар науқастарда өзгермеген аналық безді криоконсервациялау да пікірталас тудырады, өйткені өзгермеген аналық безде жасырын қатерлі ісік бар екенін жоққа шығаруға болмайды. Фертильдікті қалпына келтірудің тағы бір нұсқасы екі аналық безді де алып тастаған кезде мүмкін, бірақ донорлық жұмыртқаны пайдаланған кезде сақталған жатыр[2-406].

Тақырып бойынша тесттік тапсырмалар мен ситуациялық есептер

Тесттік тапсырмалар

1. 40 жастағы науқаста аналық без ісігі туралы қосымшалар + оментэктомиямен жатырдың экстирпациясы жасалды. Гистологиялық зерттеу кезінде жасуша атипиясы бар шекаралық типтегі сірнелі цистаденома анықталды. Ол отадан кейін талап етеді

- A. бақылауды
- B. алдын алу сәулеленуді
- C. алдын алу химиотерапияны
- D. сәулелендіру + химиотерапияны
- E. иммунотерапияны

2. Аналық бездің қатерлі ісігін емдеу әдісін тандау байланысты

- A. ауру жастан бастап
- B. процестің таралу дәрежесіне
- C. ісіктің гистологиялық құрылымына
- D. ісіктердің саралану дәрежесіне
- E. барлық аталғандарға

3. 16 жастағы науқас оң жақ аналық бездің ісіктерінің аяғының бұралуына байланысты жатырдың оң жақ қосымшалары алынып тасталды. Гистологиялық таза дисгерминома. Әрі қарай тактика мыналарды қамтиды?

- A. релапаротомия жатырдың және сол жақ қосымшаларының алынып тасталуымен
- B. сәулелендіру + химиотерапия
- C. монокимиотерапия
- D. бақылау
- E. дұрыс жауаптар A) және C)

4. Сірнелі цистаденокарциноманы дәрілік емдеу кезінде: 1) платидиам 2) адриамицин 3) циклофосфан 4) 5-фторурацил 5) тио-ТЭФ 6) дактиномицин қолдану орынды:

- A. барлық аталғандар
- B. 6-дан басқа барлық аталғандар
- C. 5 және 6-дан басқа барлық аталғандар
- D. 1 және 2-ден басқа барлық аталғандар
- E. 3 және 4-тен басқа барлық аталғандар

5. Тек аналық бездің қатерлі ісігіне тән

- A. эпигастрий аймағында немесе төменгі іште ауырсыну
- B. қан кету
- C. жүрек айнуы
- D. жоғарыда айтылғандардың бәрі
- E. жоғарыда аталғандардың еш қайсысы емес

6. Аналық без ісіктерінің дифференциалды диагностикасын жүргізу керек

- A. жатыр миомасымен
- B. шажырқайлық ісікпен
- C. үлкен шажырқайлық без ісігімен
- D. ретроперитонеалді ісіктермен
- E. барлық аталғандармен

7. Аналық бездің дисгерминомасы мен семиномасы бір-біріне ұқсас:

- A. гистогенезі бойынша
- B. гистологиялық құрылымы бойынша
- C. кездесу жиілігіне байланысты
- D. барлық аталған факторлар бойынша
- E. тек A) және B)

8. Аналық бездің қатерлі ісігін емдеу әдісін тандау байланысты:

- A. науқастың жасына
- B. процестің таралу дәрежесіне
- C. ісіктің гистологиялық құрылымына
- D. ісіктің саралану дәрежесіне
- E. барлық аталғандар

9. 28 жастағы науқаста етеккірінің 2 аптаға кешеуілдеуіне шағымданады. УДЗ: жатыр қуысында ұрық жұмыртқасы. СВД -11 мм, жатыр көпкамералы кистамен солға ығысқан, кистаның өлшемі 150x110 мм. кистаның сыртқы контуры анық толқынды. Қуысында көптеген "аналық" кисталар, бір кистаішілік дұрыс емес пішінді әртүрлі калибрлі сұйықтықты кангломератқа топталған. Диагнозды нақтылау үшін бірінші кезекте НЕ тұруы мумкін?

- A. тазалық деңгейін анықтауға жұғынды
- B. кіші жамбас астау мушелерінің МРТ
- C. кеуде клеткасының рентгенографиясы
- D. қанның биохимиялық анализі
- E. құрсақ қуысының УДЗ

10. Аналық бездің ісігі бар науқасқа овариэктомия жасалды. Гистологиялық зерттеуде метастаздық зақымданулар туралы қорытынды жасалды. Қай жерде орналасқан қатерлі ісік аналық безге жиі метастаз береді?

- A. Сүт безінің қатерлі ісігі
- B. Ұйқы безінің қатерлі ісігі
- C. Асқазанның қатерлі ісігі
- D. Өкпенің қатерлі ісігі
- E. Бауырдың қатерлі ісігі

11. Аналық бездеріндегі өзгерістері , артық эстрогендік эндометриялық ынталандыруға әкеледі: 1) фолликул персистенциясы 2) фолликул атрезиясы 3) фолликуларлық кисталар 4) склерокистозды аналық бездер

- A. Дұрыс 1, 2, 3
- B. Дұрыс 1, 2
- C. Жоғарыда аталғандардың барлығы
- D. Дұрыс 4
- E. Аталғаннан ештеңе жоқ

12. Аналық бездің қатерлі ісігі үшін биогендік стимуляторларды қолдану:

1) науқастың жағдайын қысқа мерзімге жақсартуға 2) зат алмасуды күшейтуге 3) пролиферативті процестерді жандандыру 4) ісік көлемін азайту

- A. Дұрыс 1, 2, 3
- B. Дұрыс 1, 2
- C. барлық аталған өзгерістер
- D. Дұрыс 4
- E. аталғаннан ештеңе жоқ

13. Аналық без ісіктерін тану үшін келесі диагностикалық әдістер қолданылады: 1) цитологиялық 2) эндоскопиялық 3) ультрадыбыстық 4) гистологиялық

- A. Дұрыс 1, 2, 3
- B. Дұрыс 1, 2
- C. барлық аталған әдістер
- D. Дұрыс 4
- E. аталған әдістердің ешқайсысы

14. Аналық бездің қатерлі ісіктеріне мыналар жатады: 1) серозды цистаденома 2) мукинозды цистаденома 3) эндометриоидты цистаденома 4) ашық жасушалы ісік

- A. Дұрыс 1, 2, 3
- B. Дұрыс 1, 2
- C. Жоғарыда аталғандардың барлығы
- D. Дұрыс 4
- E. Аталғаннан ештеңе жоқ

Ситуациялық есептер

Есеп №1

24 жастағы науқаста етеккірінің 2 аптаға кешеуілдеуіне шағымданады. УДЗ: жатыр қуысында ұрық жұмыртқасы. СВД -11 мм, жатыр көпкамералы кистамен солға ығысқан, кистаның өлшемі 150x110 мм. кистаның сыртқы контуры анық толқынды. Қуысында көптеген "аналық" кисталар, бір кистаішілік дұрыс емес пішінді әртүрлі калибрлі сұйықтықты кангломератқа топталған. Диагнозды нақтылау үшін бірінші кезекте не тұруы мүмкін?

Есеп №2

Аналық бездің ісігі бар науқаска овариозэктомия жасалды. Гистологиялық зерттеуде метастаздық зақымданулар туралы қорытынды жасалды. Қай жерде орналасқан қатерлі ісік аналық безге жиі метастаз береді?

Есеп №3

75 жастағы науқас ауруханаға ішінің төменгі бөлігіндегі ауырсынуларға, дімкастікке шағымданып келді. Анамнезінен: постменопауза 22 жыл. 20 жыл бойы гинекологқа қаралмаған. Сонғы жылы 15 кг арықтауына, кейде болатын алсіздікке, дімкастікке, тәбеттің төмендеуіне шағымданады. Бимануальды зерттеуде: жатырдың екі жағынан да дұрыс емес пішінді, тас тәрізді тығыз, айналасындағы тіндермен жабысқан, пальпацияда ауырсынады. Тексеру жоспарынан ең бірінші кезекте нені жүргізу керек?

Есеп №4

40 жастағы науқаста аналық без ісігі туралы қосымшалар + оментэктомиямен жатырдың экстирпациясы жасалды. Гистологиялық зерттеу кезінде жасуша атипиясы бар шекаралық типтегі сірнелі цистаденома анықталды. Ол отадан кейін талап етеді

Есеп №5

Науқас 30 жаста. Лапаротомияда оң жақ аналық бездің цистикалық ісігі анықталды капсуланың сыртқы бетіндегі папиллярлық өсінділермен байланысты емес қоршаған ұлпалармен. Екінші аналық без бұзылмайды. 2 литр Асцит (шөгінді Цитологиясы: жасушалар аденокарциномы). Интраоперациялық шұғыл және кейінгі жоспарлы нәтиже гистологиялық зерттеу: ашық жасушалы аденокарцинома. Басқа қашықтан ісік өсуінің мүшелері мен тіндеріне операция жасау уақыты табылған жоқ. Сұрақтар:

1. TNM классификациясы бойынша қандай кезеңді белгілеу керек?
2. FIGO классификациясы бойынша қандай кезеңді белгілеу керек?
3. Қандай операцияны орындау керек?
4. Әрі қарай емдеу жоспары?
5. Науқасты бақылау кезінде қандай ісік маркерлерін қолдану керек адьювантты емнің аяқталуы?

ҚОРЫТЫНДЫ

Әйел жыныс ағзаларының ісіктерін диагностикалау және емдеу мәселесі онкологиядағы ең қиын мәселелердің бірі болып табылады. Жамбас ағзаларының қатерлі ісіктерімен ауыратын науқастардың көпшілігінде ауру кеш сатыларда анықталады және оларды емдеу нәтижелері қанағаттанарлықсыз болып қалады. Көптеген заманауи әдістердің жоғары сезімталдығына қарамастан диагностика, олардың ерекшелігі әйел жыныс ағзаларының қатерсіз және қатерлі процестерді саралау үшін жеткіліксіз, ең тиімді скринингтік зерттеулер де қатерлі ісіктерді ерте анықтай алмайды.

Әйел жыныс ағзаларының ісіктері қатерсіз және қатерлі ісіктердің өте гетерогенді тобы болып табылады. Жамбас ағзаларының ісіктерінің әртүрлі нұсқаларында диагностика және емдеу бойынша зерттеу нәтижелеріне ұсынылған заманауи шолу клиниктерге әр нақты клиникалық жағдайда жеке көзқарасы бар пациенттердің осы санаттарындағы оңтайлы диагностикалық және емдік тактиканы анықтауға мүмкіндік береді[5-3466].

ӘДЕБИЕТТЕР

1. Основы онкогинекологии: практическое руководство / Н. Э. Бондарев, А. А. Шмидт, Д. И. Гайворонских, Е. А. Силаева. — Санкт-Петербург: СпецЛит, 2019. — 63 с.
2. «Опухоли яичника (клиника, диагностика и лечение) / А. Ф. Урманчеева, Г. Ф. Кутушева, Е. А. Ульрих»: Н-Л; Санкт-Петербург; 2012-43с.
3. Онкогинекология: национальное руководство / под ред. Каприна А. Д., Ашрафяна Л. А., Стилиди И. С. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 384 с.
4. Онкогинекология в практике гинеколога / М. Г. Венедиктова, Ю. Э. Доброхотова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 288 с.
5. Клиническая онкогинекология Т. 3/ под ред. Ф. Дж. Дисаи, У. Т. Крисмана; пер. с англ. Е. Г. Новиковой. - М.: Практическая медицина, 2012. — 346 с.
6. Лекарственная терапия злокачественных опухолей. Учебное пособие. Авторы: И.В. Высоцкая, Б.И. Поляков, С.Б. Поликарпова. Издатель: Специальное Издательство Медицинских Книг (СИМК), 2012.-72с
7. Эндокриночувствительные опухоли репродуктивной системы. Рук-во для врачей. Авторы: Высоцкая И.В. Издатель: Специальное Издательство Медицинских Книг (СИМК), 2014.-128с.
8. Клиническая онкология. Избранные лекции: учебное пособие. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014.- 496 с.

Ақпараттық-библиографиялық құралдар:

1. www.labirint.ru
2. www.studmedlib.ru
3. www.booksmed.com

Тесттік тапсырмалар мен ситуациялық есептердің жауаптарының эталоны

Тесттік тапсырмалар жауаптарының эталоны

1	2	3	4	5	6	7
Е	С	Д	А	С	В	С
8	9	10	11	12	13	14
С	В	Д	Е	Д	Е	С
15	16	17	18	19	20	21
Е	Е	А	Е	Е	Е	С

Ситуациялық есептер жауаптарының эталоны

Есеп №1

Жауап: Лимфома Ходжкина

Есеп №2

Жауап:

1. T1cNxMo
2. Ic2
3. Жатырды қосалқыларымен гистерэктомия (жатырды экстирпациялау), кеңейтілген гистерэктомия
4. Адьювантты химиотерапия
5. CA125 немесе СА125 бірге емес4

Есеп №3

Жауап:

1. T1cNxMo
2. Ic2
3. Жатырды қосалқыларымен гистерэктомия (жатырды экстирпациялау), кеңейтілген гистерэктомия
4. Адьювантты химиотерапия
5. CA125 немесе СА125 бірге емес4

Тесттік тапсырмалар жауаптарының эталоны

1	2	3	4	5	6	7
D	E	C	A	E	B	B
8	9	10	11	12	13	14
E	D	E	C	A	C	D
15	16	17	18	19	20	21
E	D	E	A	C	B	C
22	23	24	25			
D	E	C	A			

Ситуациялық есептер жауаптарының эталоны

Есеп №1

Жауап :Хламидиялық эндоцервицит.

Емхананың гинекологі емдейді; макролид, қынапты санация жасау

Есеп №2

Жауап : Жатырдың қосалқыларымен экстирпациясы

Есеп №3

Жауап : Жатырдың қосалқыларымен кеңейтілген экстирпациясы

Есеп №4

Жауап : Жатырдың қосалқыларымен экстирпациясы

Тесттік тапсырмалар жауаптарының эталоны

1	2	3	4	5	6	7
B	E	E	E	B	E	D
8	9	10	11	12	13	14
E	C	B	C	B	A	E
15	16					
E	A					

Ситуациялық есептер жауаптарының эталоны

Есеп №1

Жауап: Гестагендермен монотерапия

Есеп №2

Жауап: сәулелену

Есеп №3

Жауап: Гистерэктомия, алдыңғы және артқы кольпорафия, леваторопластика.

Есеп № 4

Жауап: лапароскопиялық гистерэктомия

Есеп №5

Жауап: Сәулелену+ химиотерапия

Тесттік тапсырмалар жауаптарының эталоны

1	2	3	4	5	6	7
Г	С	Е	Д	Е	Е	Е
8	9	10	11	12		
Е	Е	Е	Е	В		

Ситуациялық есептер жауаптарының эталоны

Есеп №1

Жауап: IIIa, тактикасы; онкогинекологтың бақылауда болу керек, операция+сәулелі терапия жасау

Есеп №2

Жауап: Гормоналды ем

Есеп №3

Жауап: Жатырдан аномальды кан кету

Тактикасы: Утеротоникалық терапия жасау.

Есеп №4

Жауап: Гистерэктомия, алдыңғы және артқы кольпорафия, леваторопластика.

Тесттік тапсырмалар жауаптарының эталоны

1	2	3	4	5	6	7
C	E	C	B	E	B	D
8	9	10	11	12	13	14
E	B	C	B	A	B	A

Ситуациялық есептер жауаптарының эталоны

Есеп №1

Жауап: кіші жамбас астау мүшелерінің МРТ

Есеп №2

Жауап: Асқазанның қатерлі ісігі

Есеп №3

Жауап: Фиброэзофагогастроскопия

Есеп №4

Жауап: Алдын алу химиотерапиясы

Есеп №5

Жауап: 1. T1cNxMo

2. Ic2

3. Жатыр қосалқыларымен гистерэктомия (жатырды экстирпациялау), кеңейтілген гистерэктомия

4. Адьювантты химиотерапия

5. CA125 немесе СА125 бірге емес

**Бархыбаева Назира Алышеровна
Утепова Райхан Яхудаевна
Саркулова Ирода Сабиржановна**

**«Әйел жыныс ағзаларының
онкологиялық аурулары»**

Оқу құралы

Шығаруға қол қойылған күн 01.06.2022ж

Форматы 60х90 1/16

Офсеттік басылым

Көлемі 6,625 шартты баспа табақ

Тираж 50 дана

«Жебе» баспасы, 2022

Мекен жайы : Шымкент қаласы, Айбергенова көшесі, 3/1