



# АНАЛЫҚ БЕЗДІН ҚАТЕРЛІ ІСІГІ

**ОРЫНДАҒАНДАР: ПАНГЕРЕЕВ Б.**

**ТЕКСЕРГЕН: ЫРҒЫНБАЕВА Ш.М.**

# КІРІСПЕ:

Онкологиялық гинекологияның жиі кездесетін ауруларына жатады:

- 1.** Жатыр мойны ісігі
- 2.** Жатыр денесі ісігі
- 3.** Аналық бездің ісігі

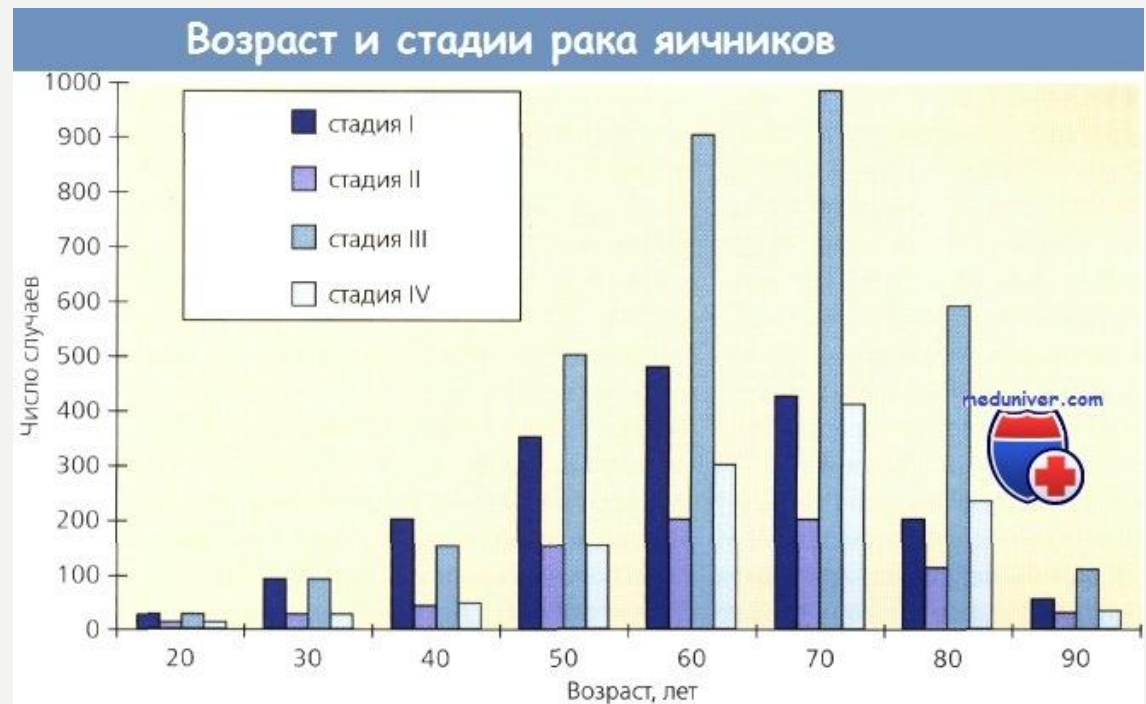
Бұл 3 науқас барлық әйел жынысы мүшелерінің қатерлі ісіктерінің 95% құрайды.

# ЭПИДЕМИОЛОГИЯСЫ:

Әлемде жылына аналық безі қатерлі ісігінің 225 мың саны тіркелген, срның 140 мың ы өлімге алып келуде. Диагностикалаудың жетілгендігіне қарамастан, арудың 75% - ында соңғы сатыларында анықталуда. Ісіктің III сатысында бесжылдық өміршендік - 24%, ал IV сатадияда – 4,6%-ды қамтиды.

Ісікпен ауырған әйелдердің орташа жасы – 63 жас.

Өлім-жітім бойынша гинекологиялық ісік аурулары ішінде I орында.

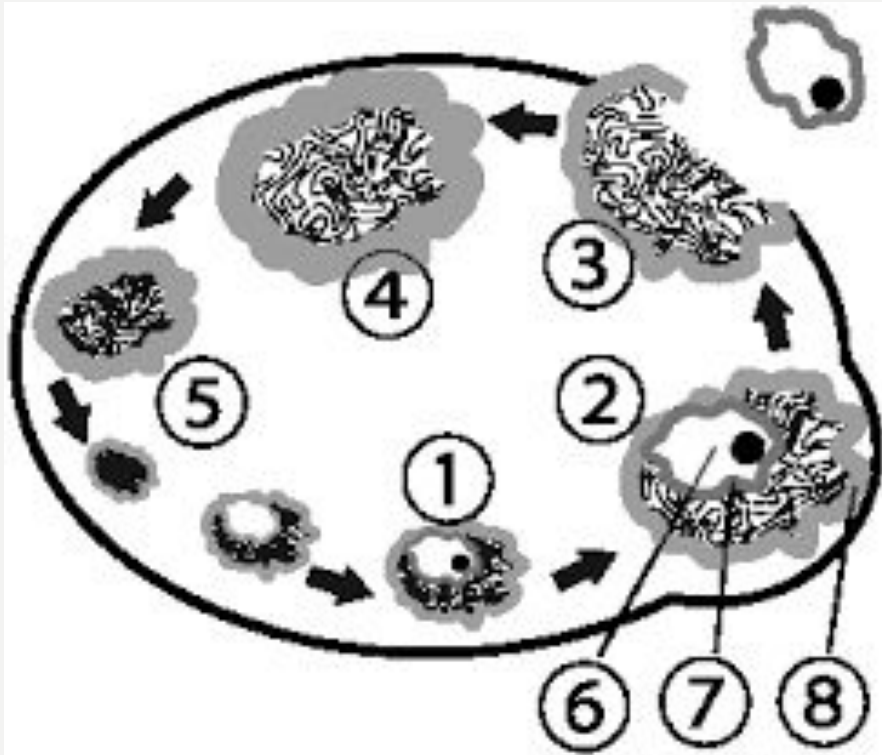


# ЭТИОЛОГИЯСЫ:

Қазіргі таңда аналық безі қатерлі ісігінің дамуында негізгі рольді ГОРМАНАЛЬДІ ЖӘНЕ ГЕНЕТИКАЛЫҚ ФАКТОРЛАР әсер етеді.



Гормональді факторды Фетальдің «овуляторлы» гипотезасымен түсіндірсе болады. Аналық безі ісігінің даму қаупі әйел адамның тіршілігіндегі овуляторлы циклдардың санына тікелей тәуелді. Әрбір овуляторлы циклдарынан кейін аналық бездің жабын эпителийінде пайда болатын көптеген ісіктер пролиферация мен репарацияға шалдығады.



Овуляция саны қаншалықты көп болса, қатерлі трансформацияға алып келетін репаративті процесстердің ауытқуының потенциалыда жоғары.

# ПАТОГЕНЕЗИ

- Аналық бездің барлық қатерлі ісіктерінен эпителиалды қатерлі ісіктер 80-90% құрайды.
- Аналық бездің екіншілік обыры қатерленген целиоэпителиалды кистомалар нәтижесінде, псевдомуцинозды кистомалар, герминогенді ісіктер, жыныс стромасының ісіктері.
- Құрсақ қуысы бойынша ісіктердің жайылуы серозды сұйықтықпен өтеді, жиі құрсақ қуысының ішкі қабырғасы зақымдалады,.
- Сондай-ақ, ісіктердің диссеминациясы парааорталды және паракавалды түйіндерге лимфа жолымен өтеді.
- Лимфалық дренаж және лимфогенді метастаздану, жатырдың кең байламына және жамбастың құрсақ қабырғасында болады, сыртқы мықын, жабылатын және құртасты қосады.

• Ісіктің 5-10% тұқым қуалау арқылы пайда болады. Оның 3 синдромын қарастырсақ:

- 1.** Аналық безі қатерлі ісігі мен Кеуде қатерлі ісігі
- 2.** Отбасылық АБҚІ
- 3.** АБҚІ мен колоректальді ісік (Линч II)

BRCA-1 мутациясынан әсерінен АБҚІ даму қаупі 26%-дан 54%-ға;

BRCA-2 мутациясынан әсерінен АБҚІ даму қаупі 10%-дан 23%-ға жоғарылайды.

# ҚАУІП ФАКТОРЛАР Ы:

Keудe ісігінің  
болуы

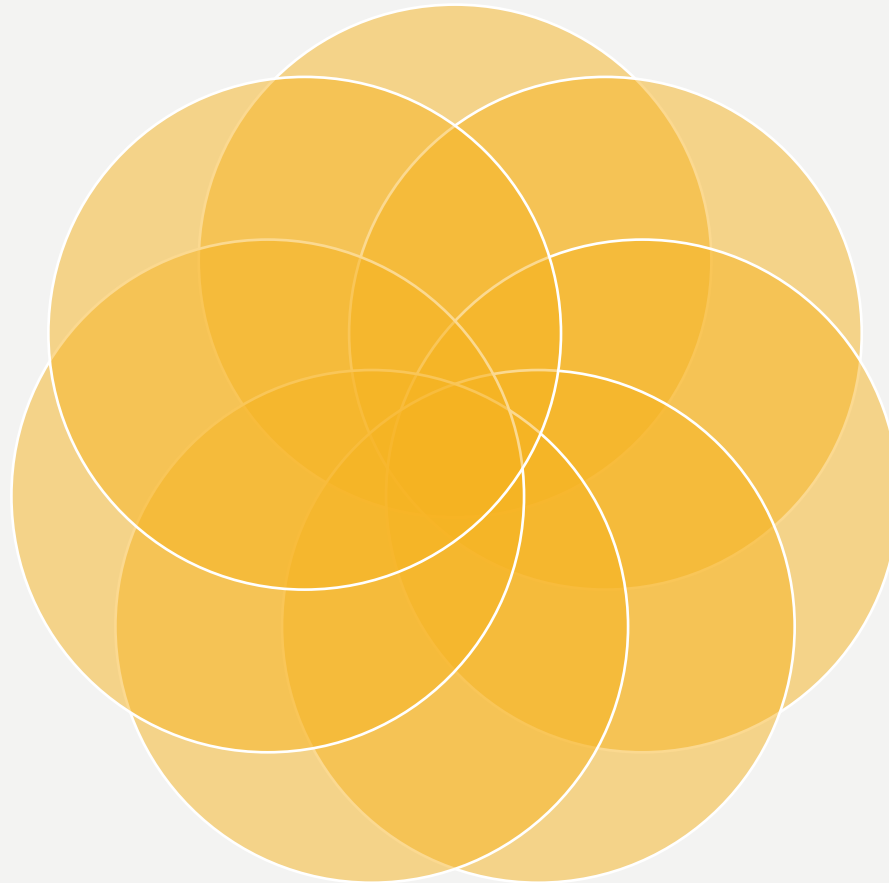
Алғашқы  
жүктілік  
жасының  
үлкендігі

Менопаузаны  
ң кеш келуі

Бедеулік

Лактация  
уақытының  
қысқаруы

Жүктілік  
санының  
төмендеуі





# МОРФОЛОГИЯЛЫҚ МІНЕЗДЕМЕСІ.

- АБҚІ деп биологиялық және клиникалық қасиеттеріне ие, шығу тегі әртүрлі аурулар тобы енеді.
- Ауру тобының барлық түріне универсальді, көпфакторлы жүйелі сатысын құру м
- 90 % жағдайда алғашқы аналық безі қатерлі ісіктерінің шығу тегі эпителиальді (аденокарцинома)
- Аналық безінің эпителийінің беткі қабатынан немесе Мюллер түтікшелерінен пайда болады.

# ІСІК ТҮРЛЕРІ

## Біріншілік

- 5% қамтиды
- Қатерлі ісік
- 60жастан жоғары әйелдерде п.б.
- Аналық безінің жабын эпителийінен дамиды

## Екіншілік

- 80-85 % қамтиды
- Малигнизирленген ісік
- Серозды папиллярлы аналық безі кистомасында дамиды
- Бір не бірнеше түйіндерден құралады

## Метастаздық

- 20 % қамтиды
- Алғашқы ошағы АІЖ п.б..
- Өсуі тез
- Метастаздану жолдары;: гематогенді, лимфогенді, имплатационды.

# КЛАССИФИКАЦИЯСЫ:

Қатерлі серозды ісіктер

- Папиллярлы цистаденокарцинома.
- Беткейлі папиллярлы карцинома.
- Қатерлі аденофиброма, цистаденофиброма.

Қатерлі муцинозды ісіктер.

- Аденокарцинома.
- Цистаденокарцинома.
- Қатерлі аденофиброма, цистаденофиброма

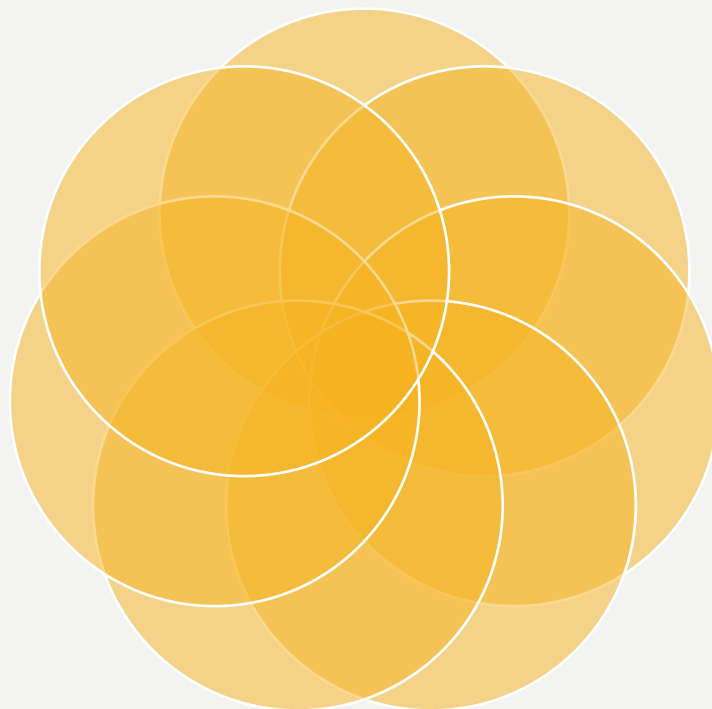
Қатерлі эндометриоидты ісіктер.

# КАРЦИНОМА:

**Ашықжасушалы  
(мезонефроидты)  
ісіктер, қатерлі.  
Карциномалар,  
аденокарциномал  
ар.**

**Мезодермалды  
(мюллеровалар)  
аралас ісіктер,  
гомологитті және  
гетерологитті.**

**Эндометриоидты  
стромалды  
саркомалар.**



**Аденокарцинома.**

**Аденоакантома**

**Қатерлі  
аденофиброма,  
цистаденофиброма**

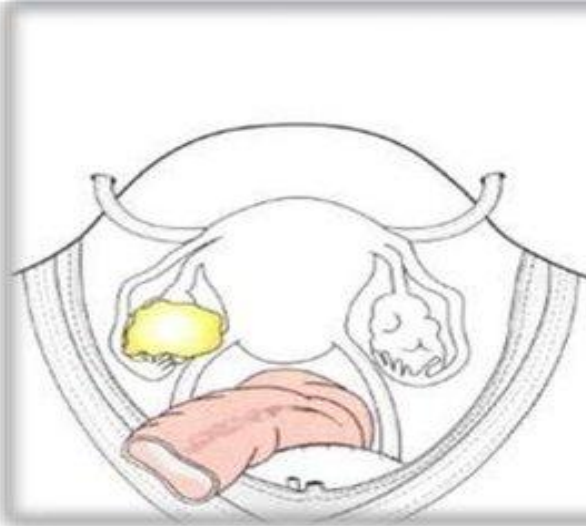
.

# ІСІКТЕР ТИПТЕРІНЕ ҚАРАЙ:

Қатерсіз

Қатерлі

Шекаралық



**Ia стадия** : один яичник, капсула интактна, Нет опухолевых разрастаний на поверхности



**Ib стадия**: оба яичника, капсула интактна, нет опухолевых разрастаний на поверхности

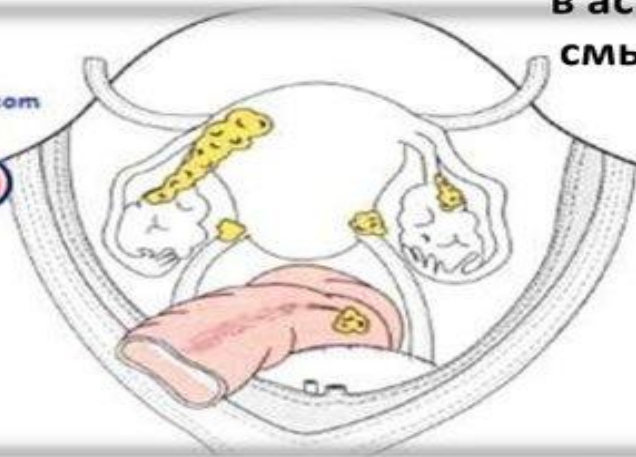


**Ic стадия**: один или оба яичника с разрывом капсулы или разрастаниями опухоли на поверхности яичника; злок. Кл. в асцитической жидкости или смывах из брюшной полости

Злокачественные клетки в асцитической жидкости или смывах из брюшной полости.



**IIa стадия**: распространение и/или метастазирование в матку и/или трубы, придатки



**IIb стадия**: распространение и/или метастазирование в другие структуры таза.

Meduniver.com  
Телемедицина

meduniver.com

# **АНАЛЫҚ БЕЗ ОБЫРЫНЫҢ САТЫЛАРЫ:**

- **I саты** Процесс аналық безде ғана шектелген.
- **IA** Процесс бір аналық безде шектелген, асцитжоқ, сыртқы беткейде ісік жоқ, капсула интактілі.
- **IV** Процесс екі аналық безді қамтыған, асцитжоқ, сыртқы беткейде ісік жоқ, капсула интактілі.
- **IC IA және IV** сатыларындағыдай, біреуінде немесе екеуінің беткейінде ісік анықталады капсуламен, с асциттік сұйықтықта \* ісікті жасушалар бар.

- **I\* I Процесс кіші жамбас бойнша таралған бір немесе екі аналық безді қамтыған.**
- **IIА жатырға немесе жатыр түтікшесіне таралған.**
- **IIВ кіші жамбастың басқа тіндеріне жайылған**
- **IIС IIА және IIВ сатыларындағыдай, біреуінде немесе екеуінің беткейінде ісік анықталады капсуламен, с асциттік сұйықтықта ісікті жасушалар бар.**



- **III ісік бір немесе екі аналық безді қамтыған. Құрсақ қуысына жайылған, бауырға беткейлі метастаз берген және құрсақ қуысы аймағында басқа да мүшелерге метастаз берген, ретроперитонеалды және шап лимфотүйіндері енген.**
- **IIA кіші жамбастан аса ісік визуалды шектелген, но микроскопиялық құрсақтың шөгуі анықталады.**
- **IIIB құрсақ қуысындағы метастаздар диаметрі 2 см дейін, ретроперитонеалды және шап лимфотүйіндері енбеген.**
- **IIIC құрсақ қуысындағы метастаздар диаметрі 2 см асады, ретроперитонеалды және шап лимфотүйіндері енген.**
- **I\* V алыс метастаздар**

# ДИАГНОСТИКАСЫ:

- *Міндетті тексеру:*

- ректо-вагинал зерттеу

- кіші жамбас мүшелерін  
УДЗ

- асқазан мен ішекті  
рентгенологиялық  
зерттеу

- *Қосымша тексеру:*

- диагностикалық  
лапароскопия

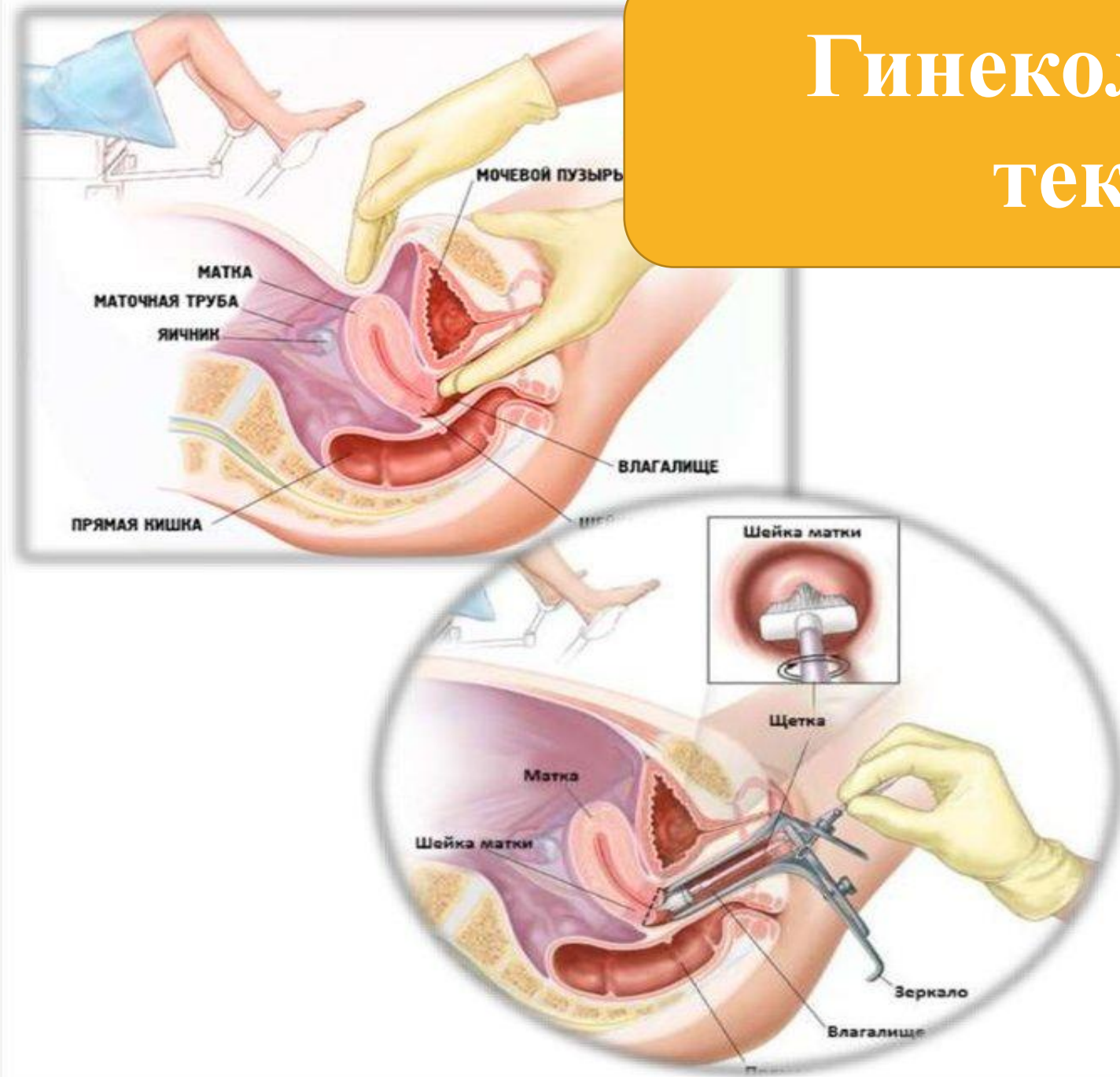
- құрсақ қуысының обзорлы  
рентгенографиясы

- пневмопельвиография

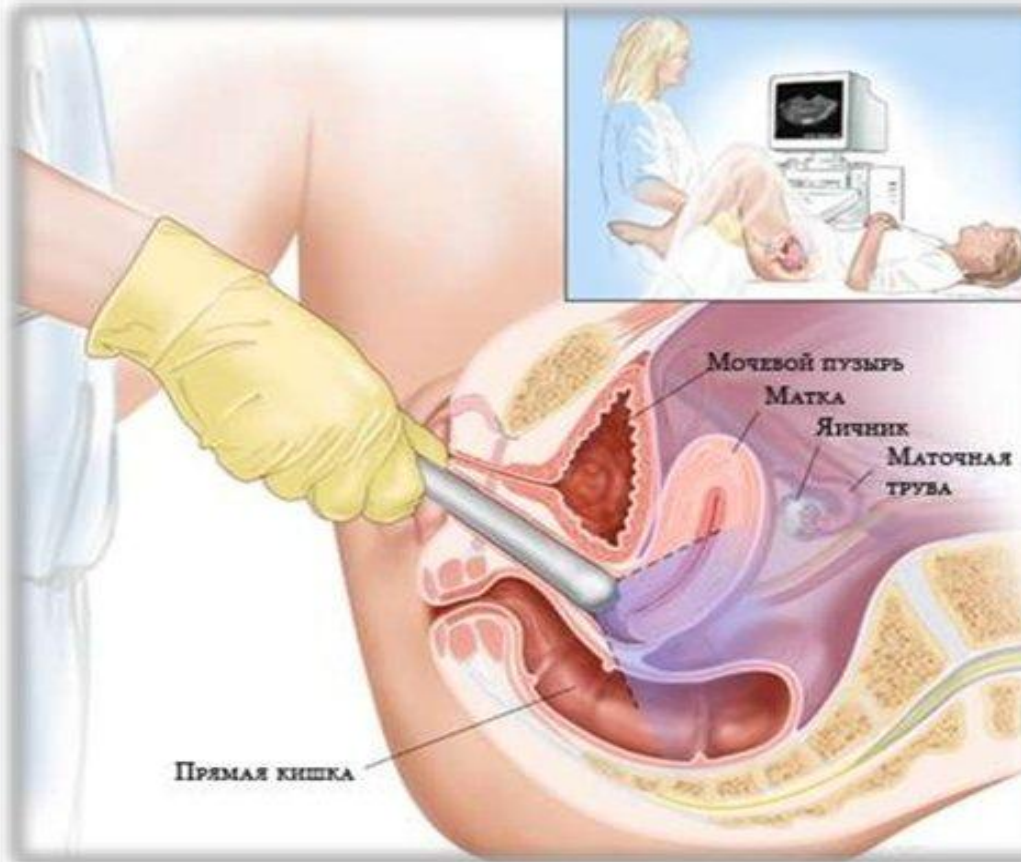
- СА-125

- КТ

# Гинекологиялық тексеру:

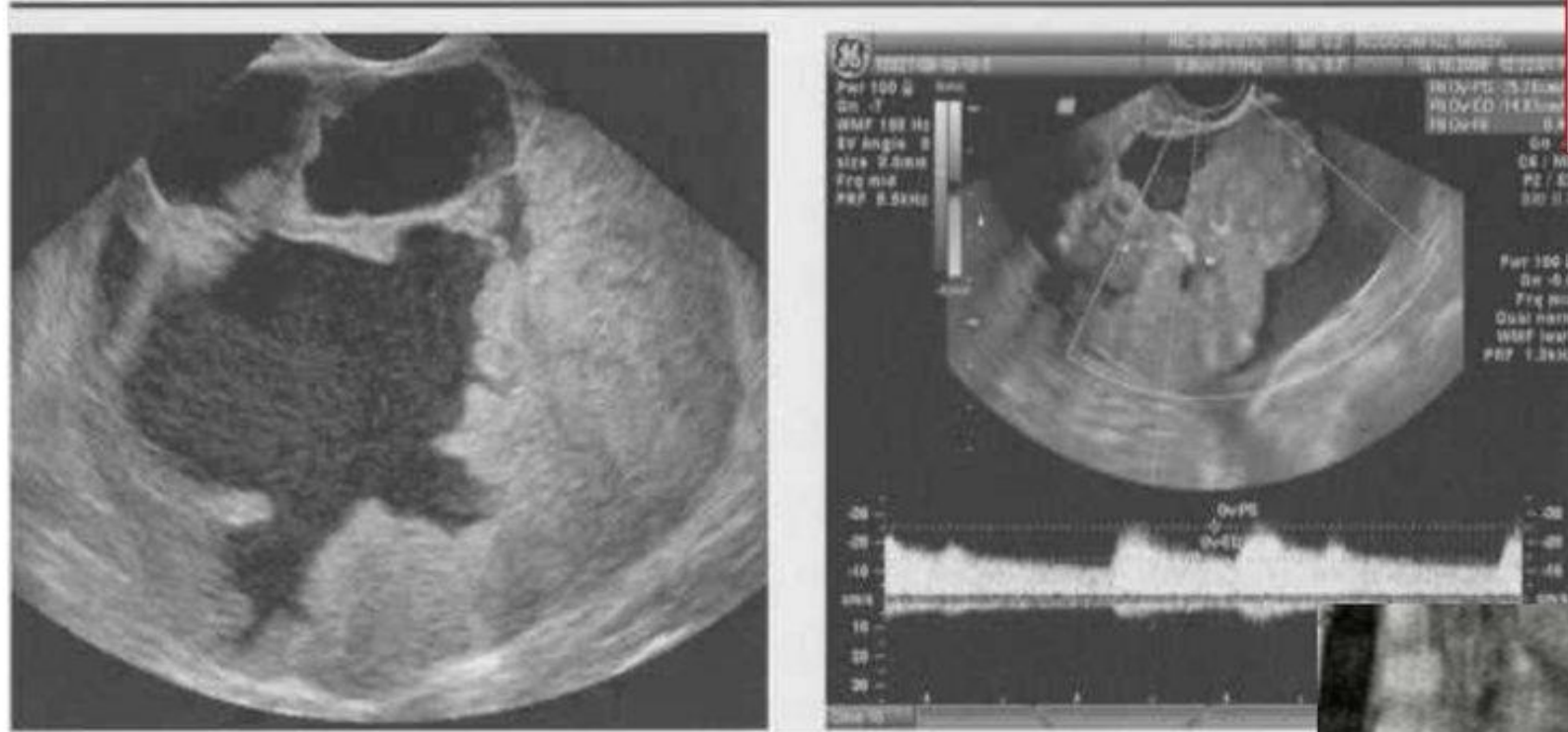


# Қынап пункциясын жүргізу



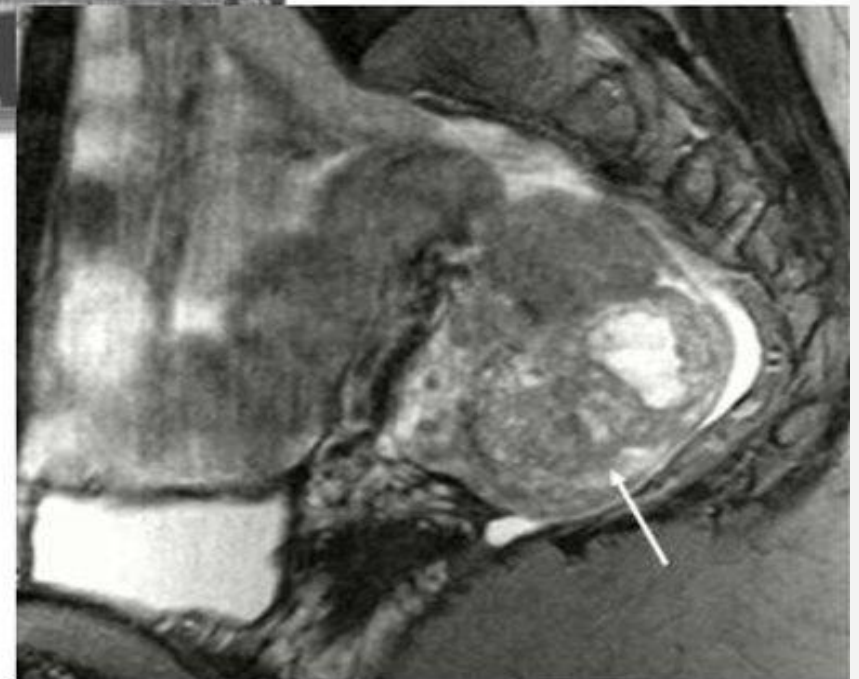
Абдоминальді және  
трансвагинальді УЗИ

1.Рак яичника . ТВ сканирование.



2.Рак яичника:  
низкорезистентный  
кровоток.

3.МРТ таза в сагитальной проекции.  
Рак яичников – определяется  
неправильной формы опухоль с  
бугристыми контурами, дающая МР  
сиг-нал гетерогенной интенсивности  
(стрелка).



# СА-125 және HE4

- СА-125 мен HE4 қан сарысуында анықтау аналық безі ісігін анықтауға қажет маркер ретінде қолданылады.

Таблица 2. Чувствительность HE4 и СА-125 для диагностики рака яичников

	Стадия	Всего пациентов	HE4			СА-125				
			Пациентов с HE4 >150 пмоль/л	Чувствительность, %	95% ДИ	Пациентов с СА-125 >35 МЕ/л	Чувствительность, %	95% ДИ		
с учетом пограничных опухолей	все	109	75	68,8	63	74,7	97	89	86,9	91,1
	I	21	7	33,3	3,6	60	15	71,4	59,2	83,6
	I+II	37	17	45,9	27,4	62,1	29	78,4	71,4	85,3
без пограничных опухолей	все	103	74	71,8	66,4	77,3	94	91,3	89,6	92,9
	I	17	6	35,3	4,5	66,1	12	70,6	56,6	84,6
	I+II	32	16	50	32,7	67,3	25	78,1	70,5	85,7

## ЕМДЕУ



Негізгі ем әдісі болып хирургиялық. Аналық бездің қатерлі ісігі болған кезде жатырдың қынапүсті ампутациясы немесе жатыр экстирпациясы жатырды, қосалқыларымен, үлкен сальникті біруақытта алып тасталынады.



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



*Препараттарды таңдай кезінде келесі факторларды ескеру қажет:*



# ***ГОРМОНАЛДЫ***

## ***ТЕРАПИЯ :***

қосымша мағыналы болады.

Науқастар менопаузадан кейін тестостерон пропионат қабылдайды күніне 50 мг бұлшықет ішіне 2 ай бойы, содан кейін тілдің астына метилтестостерон күніне 30 мг, біртіндеп мөлшерін 10 мг дейін түсіреді.



# **АУРУДЫҢ БОЛЖАМЫН АНЫҚТАЙТЫН НЕГІЗГІ ФАКТОРЛАР БОЛЫП КЕЛЕСІЛЕР ТАБЫЛАДЫ:**

- FIGO бойынша процесстің сатысы.
- Гистологиялық түрі
- Қатерлігінің гистологиялық деңгейі.
- Ісік диссеминациясын көрсететін факторлар.
- Асциттік сұйықтықта немесе құрсақ қуысы қабырғасының жуындысында қатерлі жасушалардың болуы.
- Аналық бездің беткейіне Ісіктің жайылуы.
- Капсуланың енуі.
- Көрші тіндермен тығыз өсуі.