

ЖЫНЫС МҮШЕЛЕРІНІҢ ІСІКТЕРІ ЖӘНЕ ІСІК ТӘРІЗДІ ТҮЗІЛІСТЕРІ

Әдебиеттерде берілген мәліметтерге сүйенетін болсақ, балалар мен жасөспірімдердегі жыныс мүшелерінің ісіктері мен ісік тәрізді түзілістері сирек емес және де 18 жасқа дейінгі науқастардың 4-11% анықталады (3, 44, 45, 46, 47). Балалар мен жасөспірімдерде әр түрлі ісіктер мен ісік тәрізді түзілістер кездеседі және де олар жиі жатыр қосалқыларында пайда болады; 90% дейінгі жағдайда ісіктер қатерсіз және әдетте жыныстық жетілу кезеңінде анықталады. Балаларда аналық бездің қатерсіз ісіктері тез өсуімен ерекшеленеді, бұл қубылыс өсіп келе жатқан ағзада зат алмасу үрдісінің белсенді жүруімен байланысты болар. Кейде жатыр қосалқыларының ісіктері мен ісік тәрізді түзілістері аппендицитпен қосарланып кездеседі. Вульва, қынап, жатыр ісіктері балалар мен жасөспірімдерде сирек кездеседі (балалардағы барлық жатыр қосалқыларының ісіктері мен ісік тәрізді түзілістерінің 8% қурайды) және әдетте қатерлі болып келеді. Балалар мен жасөспірімдерде жиі кездесетін аналық бездердің ісіктері мен ісік тәрізді түзілістері:

Аналық бездердің ісік тәрізді құрылымдары:

- фолликулярлы киста;
- сары дене кистасы;
- эндометриоидты киста;
- параовариальды киста.

Герминогендік аналық бездердің ісіктері:

- дисгерминома;
- тератома (жетілген және жетілмеген);
- гонадобластома.

Эпителиальдік ісіктер:

- серозды цистаденомалар;
- муцинозды цистаденомалар.

Жыныстық жолақ және аналық без стромасының ісіктері:

- гранулезді жасушалық ісіктер;
- андробластома: Сертоли мен Лейдиг жасушаларының ісігі.

Ісіктердің әр түрлілігі олардың аналық бездердің барлық ұлпаларынан, сондай-ақ, бар сараланбаған эмбриональдік элементтерден пайда болу мүмкіншілігімен байланысты. Аналық без ісіктерінің патогенезі жеткіліксіз зерттелген және көптеген дауларды тудырады. Аналық бездердің ісік тәрізді түзілістерінің пайда болуында гормоналдык бұзылыстармен мен қабынудың маңызы зор деп есептеледі. Белгілі дәрежеде аш ішектің тосқауылдық қызметінің бұзылысымен және осыған байланысты эндотоксинемияның маңызы дәлелденген. Аналық бездің эпителиальдік ісіктерінің жабынды эпителийден пайда болу теориясы кеңінен таралған. Жыныстық жолақ ісіктері және строма-жасушалық ісіктер гипергонадотропинемия фонында эмбриональдік ұлпалардан дамиды, бұл жыныстық жетілу кезеңінде аналық бездің осы ісіктерінің жасқа байланысты жиілігінің күрт жоғарылауын тусіндіреді. Гонадотропиндер секрециясының ұзақ уақыт жоғарылауы жағдайында, әсіресе ФСГ, аналық бездерде алдымен таралған, артынша ошақтық гиперплазия және жасуша элементтерінің пролиферациясы пайда болады, және де ол ісікке айналуы мүмкін.

Асқыну болмаған жағдайда (ісік аяқшасының бұралуы, функционалдык киста қуысына қан құйылу, іріңдеу, көлемді ісіктер капсуласының жарылуы, ісіктің аналық бездер шегінен таралуы) балаларда аналық бездерінің қатерсіз ісіктерінің ағымы ересектерге қарағанда жеңіл өтеді. Іштің ауырсыну сезімі жоғарыда аталған асқынулардың пайда

болуына байланысты. Ересектердегі аналық без ісіктерімен қоса жүретін кіші жамбастағы қабыну өзгерістері қыздарда болмайды, сондықтан жабысу үрдісі балалардың кіші жамбасында өте сирек кездеседі. Кіші көлемдегі аналық бездердің функционалдық ісіктері әдетте анықталмай қалады.

Қатерлі ісіктердің дамуы кезінде жыныстық жолдардан жағымсыз иісі бар қанды бөлінулер пайда болады, олар аурудың негізгі белгісі болып табылады, артынша оларға белсенділігі әр түрлі ауырсыну сезімі қосылады.

Жыныстық жетілу кезеңіне дейінгі жас қыздарда қынаптан қанды бөлінулер пайда болған кезде, әдетте, ата-аналары дереу дәрігерге қаралады. Жасөспірімдерде ювенильді қан кетулер болған кезде міндетті түрде ішкі жыныс мүшелерінің ісікпен зақымдалуына тексеру қажет. Есте сақтайтын жағдай, жас қыздардың жатыры мен қосалқылары жоғарырек орналасады, тек жыныстық жетілудің соңына қарай ғана кіші жамбасқа түсіп, ересек әйелдердегідей орналасады. Осыған байланысты ісік те жоғары орналасуы мүмкін, кіші көлемдегілерінің өзі кіші жамбас шегінен асады, сондықтан қолмен күрсақ қабырғасы арқылы анықталады. Сонымен қатар кіші жамбастың шектеулі мөлшері кіші көлемдегі овариальдік ісіктің өзіне қуысында орналасуына мүмкіндік бермейді. Бұл анатомиялық ерекшеліктер қуық пен тік ішектің қысып сығылу белгілерінің болмайтындығын түсіндіреді.

Қыздардың жатыр қосалқыларының ісіктерін және ісік тәрізді түзілістерін бірінші кезекте аппендициттен саралауға тура келеді, әсіресе ісіктің аяқшасының бұралуы кезінде. Аналық бездер ісігінің аппендицитпен қосарлануы – жиі болатын құбылыс, әр бесінші операция жасалынған науқаста кездеседі (47). Аналық без ісігіне ұқсас белгілерді дистопирленген бүйрек немесе оның ісігі, зәрге шектен тыс толған қуық беруі мүмкін.

Ісік және ісік тәрізді түзілістердің диагнозын анықтау үшін қыздарға вагиноскопия, мүмкіндігінше түрлі-түсті доп-

плер картирлеуімен УДЗ жүргізу қажет. Қажет болған жағдайда КТ мен МРТ, аналық без биопсиясымен лапароскопия, урологиялық зерттеулер (экскреторлық урография) қолдану керек. Онкологиялық қауіптілік туралы ұмытпаған абзал. Аналық бездердің ісік және ісік тәрізді түзілістеріне күдік туған жағдайда барлық қыздарға онкомаркерлерге қан тексеру көрсетілген (чХГ, АФП, СА-125).

Аналық без ісігімен ересек пациенттерді емдеу кезіндегі ұстаным – дереу операция жасау – толық көлемде балаларға да қолданылады. Жыныстық мүшелер ісігі бойынша балалар мен жасөспірімдерде жасалатын оперативтік емдеу барынша консервативті болуы керек (аналық бездер резекциясы сау ұлпалар шегінде немесе ісік қабығын аршып алу). Мүмкіндігінше лапароскопиялық әдісті қолдану қажет.

Операция кезінде ісіктің таралуын анықтау және аналық бездің қатерлі үрдісімен науқастарды емдеу тактикасын ары карай дұрыс бағытта жүргізу үшін күрсақ қуысы мүшелерін мұқият тексеру қажет. Операция кезінде қыздардың күрт тәрізді өсіндісін, ал аппендэктомия кезінде – жатыр қосалқыларын тексеру қажет.

Операция көлеміне жыныстық бездердің функциясы тәуелді екенін есте сақтау қажет, одан әрі соматикалық дамуы мен қыздың репродуктивтік әлеуеті байланысты. Балаларда радикалдық операция ісіктің гистологиялық зерттеумен дәлелденген қатерлілігімен негізделуі керек.

Аналық бездердің ісік тәрізді (ретенционды) түзілістері. Аналық бездердегі ісік тәрізді үрдістер пролиферацияға қабілетсіз, қалыптасқан қуыстарда артық сұйықтықтың тежелу нәтижесінде пайда болады. Аналық бездердің ісік тәрізді түзілістері ешқандай клиникалық белгілер бермейді. Оның өсуіне байланысты іштің төменгі жағында ауырсынулар пайда болуы мүмкін. Асқыну кезінде (ісік аяқшасының

бұралуы, ісік қуысына қан кету) жедел іш ауруының клиникалық белгілері дамиды.

Диагностика анамнез мәліметтеріне, клиникалық, ультрадыбыстық, доплерлік зерттеулеріне негізделеді. Жоғарыда айтылғандай, функционалдық (фолликулярлы, сары дене кисталары), аналық бездердің асқынбаған кисталары көбіне өздері регрессиялап, оперативтік емді қажет етпейді.

Параовариальдік киста – ретенциялық түзіліс, жатырдың кең байламдарының жапырақтары арасында орналасады, мезонефральдік түтік қалдығынан дамиды, әдетте симптомсыз өтеді. Асқынулардың алдын алу үшін параовариальдік киста эндоскопиялық операция жасауды талап етеді – интралигаментарлы кеңістіктен кистаның энуклеациясы.

Эндометриодты киста – аналық бездердегі көк немесе қара қоңыр түсті құрылым, диаметрі 2-10 мм, қоңыр түсті затқа толған. Эндометриоз ошақтарының бірігуі салдарынан эндометриома пайда болады («шоколадты киста») ақ қапсуламен, қара көк реңкімен, беті тегіс, айналасындағы ұлпаларға жабысқан.

Аналық бездің эндометриодты кистасы белгілі бір уақытқа дейін белгі бермейді, бірақ микроперфорациялар пайда болған жағдайда патологиялық үрдіс ішпердеге таралады, эндометриоз ошақтарының таралуы жабысу үрдісін қалыптастырады. Етеккір кезінде күшейетін іштің төменгі жағында ауырсыну сезімі пайда болады, тік ішекке, бұтқа беріледі. Науқастардың 70% дисменорея байқалады.

Диагностика. Қаралып отырған патологияның өзіне тән ерекшелігі аналық бездің екі жақты зақымдалуы, олардың қозғалғыштығының шектелуі, қолмен басып қарағанда ауырсыну болып табылады. Кіші жамбас мүшелерінің динамикалық УДЗ кезінде циклдің 1 және 2 фазаларында киста өлшемінің өзгеруі байқалады.

Емдеу. Науқастарға құрамдастырылған ем жүргізіледі: эндометриоз ошақтарын алып тастау (коагуляция немесе

лазермен алу), артынша прогестагендер, антигонадотропиндер немесе гонадолиберин агонисттері тағайындалып гормоналды терапия 6-12 ай бойы жүргізіледі.

Цистаденома аналық бездің қатерсіз эпителиальдік ісіктерінің басым тобын құрайды. Эпителиальдік төсеніш пен цистаденоманың ішкі құрамының құрылымына қарай серозды және муцинозды деп бөледі. Бұрынғы «кистома», «псевдомуцинозды ісік» терминдері қолданылмайтынын айта кеткен жөн. Көрсетілген ісіктерден қыздар мен жасөспірімдерде жай сероздық цистаденома жиі кездеседі. Әдетте ол бір жақты, бір камералы, тығыз эластикалық консистенциялы, жылжымалы, ауырсындырмайтын ісік. Ісік құрамында сабан түсті (ақшыл сары) мөлдір сероздық сұйықтық бар. Көп жағдайда цистаденома кезінде симптомдар болмайды.

Муциноздық цистаденома барлық кезде дерлік көп камералы. Камералар дірілдек тәрізді құрамымен, муцин (гликопротеид) түрінде, жиі бір жақты, қозғалысы шектеулі, көп камералы болғандықтан беті тегіс емес. Муцинозды цистаденома, ерте балалық кезеңде кездесетін аналық бездің стромасынан дамитын фиброэпителиальды ісік, Бреннер ісігімен бірге жиі кездеседі. Оның пролиферативтік түрлерінің даму мүмкіншілігі жоққа шығарылмайды.

Диагностика: клиникалық, түрлі-түсті доплерлік картау мен ультрадыбыстық зерттеу.

Емі оперативтік. Лапароскопия әдісін қолданған дұрыс. Жасөспірім қыздарда жай серозды және муцинозды цистаденома кезінде аналық бездер резекциясымен немесе сау ұлпалар шегінде ісікті қырнап алумен шектелген жөн. Алынған препаратқа гистологиялық зерттеу жүргізіледі.

Жыныстық жолақ және аналық без стромасының ісіктері

Жыныстық жолақ және аналық без стромасының ісіктеріне гранулездік-строма жасушалы ісіктер, текомалар-фибромалар тобы және андробластомалар жатады. Бұл топтың көптеген ісіктері аналық бездің құрамындағы жасушалардан тұрады (гранулездік-строма жасушалы ісіктер) және аз бөлігі тестикулярлық типтегі жасушалардың туындысы ретінде болады. Бұл ісіктерді гормон өндіруші ісіктер деп те атайды. Клиникалық ағымы бойынша гормоналды-белсенді ісіктерді феминдеуші (гранулезді жасушалы және текома) және маскулиндеуші (андробластома) деп бөледі. Гранулезді жасушалы ісіктер балаларда және жас кезде жиі кездеседі. Сондықтан әдебиеттерде ересектер және ювенильдік гранулезажасушалы ісіктер деп бөледі (48).

Гранулезажасушалы ісік (фолликулома) гранулезді тіннен дамиды, құрылымы бойынша жетілуші фолликулдың түйіршікті эпителиіне ұқсас. Жілігі бойынша гранулезді жасушалы ісіктер аналық бездердің барлық ісіктерінің 2-3% құрайды. Бұл ісіктердің 30% жуығы гормоналды белсенділікке ие емес, 10% жағдайда қатерлі ісікке айналуы мүмкін. Малигнизация кезінде ювенильді ісіктер ересектердікіне қарағанда жайлы ағымда өтеді.

Патологияның клиникалық көрінісі ісіктің гормоналды белсенділігіне байланысты. Ювенильді гранулеза жасушалы ісік мезгілінен бұрын жыныстық жетілумен білінеді, овуляция болмауына байланысты оны жалған деп санаған дұрыс. Екіншілік жыныстық белгілердің толық дамымауына қарамастан, қыздардың жыныстық жолдарынан жүйесіз қанды бөліністер пайда болады. Эстрогендік әсер белгілері анықталады – «қарашық» симптомы, цианозды, «сәлді» вульва, қынап қатпарлығы, жатыр көлемінің өсуі. Сонымен қатар соматикалық дамудың жылдамдауы байқалмайды. Сүйек

жасы, дене салмағы және бойы хронологиялық жасқа сәйкес келеді. Ісік біржақты, тығыз, жылжымалы, ауырсынусыз, кіші көлемді. Капсуласы айқын, ісік беті тегіс немесе бұдыр болып келеді. Макроскопиялық гранулездік жасушалық ісікке айқын бөліктерге бөлінуі, сары түс, ошақтық қан қуйылулармен мен некроз ошақтарының болуы тән. Ісік кейде аналық бездердің кистасымен, цистаденомасымен қосарланып жүреді, баяу өсуімен ерекшеленеді.

Аналық бездің гормоналды-белсенді ісігі диагнозын клиникалық белгілері, тексеру мәліметтері, ректо-абдоминальдік зерттеу, функционалды диагностика тестілері, гормондар деңгейін анықтау, түрлі-түсті доплерлік карталау мен ультрадыбыстық зерттеу арқылы қояды. Эхограммада гранулезді жасушалы ісік ішкі құрылымы басым түрде эхопозитивті, эхонегативті қосылымдары бар (кейде көптеген), домалақ біржақты түзіліс болып келеді. Ісіктің кистозды түрлері болуы мүмкін және бұл жағдайда аналық без цистаденомасынан айырмашылығы болмайды. Доплерлік зерттеу кезінде феминдеуші ісіктерге ала мозайка түріндегі ісіктің өзінде және перифериясы бойынша көптеген васкуляризация аймақтары тән. Ісіктің қатерлілігі метастаздар мен рецидивтерінің болуымен анықталады. Метастаздар құрсақ қуысы мүшелерінің серозды қабаты, париетальді ішперде мен іштік аймақтарында пайда болады. Жиі қатерлі ағым гранулеза жасушалық ісік жағдайында анықталады.

Феминдеуші ісіктердің емі тек оперативті. Гранулеза жасушалық ісік кезінде, қыздарда лимфа түйіндері зақымдалмаса, тек зақымдалған аналық безді алып тастайды. Қыз бала мұқият бақылауға алынуы керек, екінші аналық безі сәл үлкейсе оны алып тастау қажет.

Андробластома – маскулиндеуші гормон өндіруші ісік, құрамында Сертоли және Лейдиг (хилюсты және арқаулы жасушалар) жасушалары бар. Бұл жағдайда жоғары деңгейде түзілетін андрогендер гипофиз қызметін тежейді, сондықтан

ағзада эстрогендердің өндірілуі төмендейді. Ісік 20 жастан асқан әйелдерде жиі кездеседі, бірақ қыздарда да болуы мүмкін. Негізгі клиникалық белгісі – дефеминизация және вирилизация. Жыныстық жетілу жасына дейін ісікті анықтау біраз қиындықтар тудырады, себебі дефеминизация белгілерін анықтау мүмкін емес, дәрігерге жүгіну себебі іштің төменгі жағының ауыруы болып табылады. Қыздарда мезгілінен бұрын изосексуальді жыныстық жетілу байқалуы мүмкін.

Лейдинг жасушаларының ісіктері хилюстік (жаға) және хилюстік емес түрдегі болып бөлінеді. Ісік барлық жас топтарында кездеседі, соның ішінде жасөспірім қыздарда да кездеседі. Гирсутизм мен вирилизацияның дамуымен жүреді – дауыс жуандайды, ерлерге тән түктену байқалады (гирсутизм), дене мен бет контурлары ерлер сипатын алады, аменорея байқалады, сүт бездері өспейді, клитор гипертрофиясы байқалады. Ауру бірте-бірте дамиды, сирек жағдайларда тез дамуы мүмкін.

Диагностика. Ректо-абдоминальдік, ультрадыбыстық және доплерлік зерттеулер кезінде анықталатын аналық бездің бір жақты ұлғаюының вирилизация белгілерімен қосарлануы дұрыс диагноз қоюға мүмкіндік береді. Ісік әдетте жатырдың бүйір жағында орналасады, бір жақты, сопақ, тығыз, көлемі кішкене, жылжымалы, ауырсынбайды. Капсуласы айқын, бөліктік құрылымды. Тілікте тығыз, сары, қызғылт түсті майда қуыстық құрылымдар. Вирилиздеуші ісіктердің ультрадыбыстық белгілері гранулезді-текажасушалық ісіктерге ұқсас. Диагноз қоюға дексаметазонмен сынамаға дейін және кейін зәрде 17-кетостероид және қанда андрогендер (Т, ДЭА, ДЭА-С) деңгейін анықтау ықпал етеді. Вирилиздеуші ісік болған жағдайда препаратты қабылдағаннан кейін қан мен зәрдегі көрсетілген гормондардың деңгейі өзгермейді.

Вирилиздеуші ісіктердің емі оперативті. Ісік зақымдалған аналық безбен бірге алынады. Қатерлі ісікке күмән туылған жағдайда іштік резекциясымен пангистерэктомия көрсетілген. Ісік алынғаннан кейін науқастың ағзасының қызметтері қалпына келеді, сыртқы келбеті тез өзереді, етеккір қызметі қалпына келеді.

Аналық бездердің герминогендік ісіктеріне эмбриональдік гонадалардың бастапқы жыныстық жасушаларынан және олардың туындыларынан пайда болатын ісіктер жатады.

Дисгерминома (семинома) сәйкес тестикулярлық ісікке ұқсайды, қатерлі ісіктерге жатады.

Дисгерминома морфологиялық тұрғыдан примордиальды жыныстық жасушаларға ұқсайтын жасушалардан тұрады. Сирек кездеседі, біріншілік аналық без ісіктерінің 1-2% құрайды (26). Жасөспірім қыздар мен жас әйелдерде жалпы және генитальдік инфантилизм фонында, алғашқы етеккір кеш келген кезде дамиды. Сыртқы жыныс мүшелерінің дамуының аномалиясы байқалуы мүмкін. Ісік жиі біржақты болады, екіжақты локализация кейде гонадобластомамен қосарланып жүреді. Дисгерминома – домалақ немесе сопақ пішінді тығыз ісік, беті тегіс ақшыл фиброзды капсуласымен. Тілігінде ұлпа сарғыш, қызғылт реңкімен боз-қоңыр. Некроз ошақтары болғандықтан және қан құйылуына байланысты үлкен ісіктер әдетте шұбар болады.

Клиникалық өзгешелігі жоқ. Науқастар іштің төмен жағының батып, тартып ауырсынуына, жалпы дерттілікке, дизурияға, әлсіздікке, ұйқышылдыққа, шаршағыштыққа шағымданады. Аменорея ювенильдік жатырдан қанаулармен ауысуы мүмкін. Аурудың клиникалық ағымы дисгерминоманың тез өсуге бейімділігімен, метастатикалық таралуымен және қасындағы мүшелерге өсумен сипатталады. Метастаздар бауырда, өкпе мен сүйектерде жиі кездеседі. Асқынбаған жағдайларда ісік жатырдың артында орналасады,

біржақты, домалақ пішінді, тығыз, кедір, көлемі өзгермелі (жиі үлкен көлемді болады). Дамуының бастапқы кезеңінде ісік жылжымалы, ауырсынусыз.

Диагнозды аурудың клиникалық ағымына, ультрадыбыстық және доплерометриялық зерттеу нәтижелеріне қарай қояды. Эхограммада ісіктің құрылымы жиі бөліктік. Ісіктің ішінде жиі дегенеративтік өзгеріс аймақтары кездеседі, ісік контурлары біркелкі емес, пішіні дұрыс емес. Допплерометриялық зерттеу кезінде периферия бойынша, сондай-ақ ісіктің орталық құрылымында көптеген васкуляризация аймақтары анықталады.

Ем – хирургиялық, артынша сәулелі терапия жүргізіледі. Жайсыз болжамды факторлар қатарына метастаздар және ісіктің аналық без сыртына өсуі, үлкен көлемдері мен екі жақты локализация жатады. Ісіктің біржақты локализациясы кезінде жасөспірім қыздарда, ісіктің зақымдалған аналық без аясынан таралу белгілері болмаса, зақымдалған жақта жатыр қосалқыларын алып тастаумен контралатералдық аналық без биопсиясымен шектелуге болады. Операция кезінде ісік капсуласының тұтастығының бұзылуы аурудың болжамын айтарлықтай нашарлатады.

Бір аналық без аясынан ісіктің таралуы жатырдың қосалқыларымен берге экстирпациясына көрсеткіш болып есептеледі және ары қарай рентгенотерапия жасалады.

Тератома герминогендік ісіктер қатарына жатады. Аналық бездердің барлық ісіктері мен ісік тәрізді түзілістерінің 10-20% құрайды. Ұлпаның саралану дәрежесіне қарай тератомалар жетілген (дермоидты киста) және жетілмеген (тератобластома) болып бөлінеді.

Дермоидты киста (жетілген кистозды тератома) эктодермальдік элементтер басымдылығымен жақсы сараланған барлық үш перде туындысынан тұрады. Дермоидты киста барлық жаста кездеседі. Жетілген тератома барлық кезде қатерсіз болып табылады. Ісік біржақты орналасады, өлшемі

әр түрлі болады: алша дәнегінен батсап ересек адамның басының көлеміндей. Ісік пішіні әдетте домалақ, беті тегіс, сұрғылт, жылтыр. Кистаның ұзын аяқшасы бар, жатырдың алдында орналасады, жылжымалылығымен ерекшеленеді, ауырсынусыз. Дермоид біркамералы киста болып табылады. Дермоидты киста құрылымының тән компоненті – «дермоидты бұдыр». Ол жетілген ұлпалардан тұрады: тіс, сіңір, шаш. Кей жағдайларда ішек түтігінің ұлпалары, қалқанша без, ОЖЖ глиальді ұлпалары анықталады. Дермоидты киста капсуласы тығыз, фиброзды, қалыңдығы әр түрлі. Тілікте тератома ішінде маймен шаштан құралған кою затқа толы қап секілді, жиі жақсы жетілген тістерде анықталады.

Клиника. Дермоидты киста кезіндегі симптомдар аналық бездердің қатерсіз ісіктері кезіндегі белгілерден айырмашылығы аз. Дермоидты киста гормоналды белсенді емес. Шағымдар сирек кездеседі, кейде дизуриялық белгілер, іштің төмен жағындағы ауырлық сезімдері пайда болады. Дермоидты кистаның аяқшасының бұралуы мен артынша іріндеуі жиі кездеседі. Кистаның бұратылуы кезінде ұлпа трофикасының бұзылуымен байланысты жедел ауырсыну сезімі туындайды, бұл жедел оперативтік ем жүргізуді қажет етеді. Жетілген тератоманың сирек аутоиммундық асқынуы анемия болып табылады. Анемияның дамуын ісік құрамында антигенді өзгертілген эритроциттерді өндіруші қан өндіретін ұлпалардың болуымен байланыстырады. Бұндай жағдайларда ісік алынғаннан кейін науқас сауығады. Дермоидты кистаның ағымы жайлы. Кейде аналық бездің басқа ісіктері мен ісік тәрізді түзілістермен қосарланып кездеседі.

Жетілген солидты тератома– негізінен балалар мен жас әйелдерде кездесетін аналық бездердің сирек кездесетін ісігі. Жетілген тератомалардың көбінің құрамы жетілген ұлпалардың элементтерінен тұрады, осы белгілері бойынша олар қатерсіз ісіктерге жатады. Қатерсіз солидты тератомалар үшін біржақты локализация, баяу ауру ағымы тән. Ісіктің сыртқы

түрі оның құрамына кіретін жетілген ұлпалық компоненттерге байланысты. Гистологиялық зерттеу кезінде үш ұрық жапырақшаларынан пайда болатын әр түрлі жетілген ұлпалар анықталады.

Диагноз аурудың клиникалық ағымына және ультрадыбыстық және түрлі-түсті доплер зерттеулерінің мәліметтеріне негізделіп қойылады. Түрлі-түсті доплер зерттеуі кезінде жетілген тератомада васкуляризация болмайды.

Емі хирургиялық. Жасөспірімдер мен қыздарда сау ұлпа шегінде аналық бездің резекциясымен шектелу қажет. Лапароскопиялық әдісті қолданған дұрыс.

Тератобластома (жетілмеген тератома) – қатерлі құрылымдар тобына жататын ісік, саралану дәрежесі мүлдем төмен ісік. Жасөспірімдер мен қыздардың қатерлі ісіктерінің арасында бірінші орын алады. Тератобластома негізінен эпителиальдік және стромалық компоненттерден тұрады. Эмбрионалды безді эпителий индифференттілігімен, строма – мезенхимальдік архитектурасымен ерекшеленеді, іркілдек, ісінулі. Сондықтан бұндай ісік бұрын эмбрионалды аденокарцинома деп аталған.

Ісік жатырдың бүйір жағында орналасады, бір жақты, дұрыс емес сопақ пішінді, үлкен көлемге дейін өседі, біркелкі жұмсақ емес, кейбір жерлері тығыз, қатты қозғалмайды, ауырсынусыз. Ісік түсі ақшыл, тілігінде кистоздық қуыстар әр түрлі көлемді, тығыз аймақтарымен.

Макроскопиялық зерттеуде ісікте сүйек, сіңір, тіс, май тіндері, сирек шаштар болуы мүмкін. Микроскопиялық жетілудің әр түрлі дәрежесіндегі эмбрионалды ұлпалар анықталады. Жетілмеген тератома жылдам өседі, жиі қайталанатын және лимфа ағымы бойынша және гематогенді метастаздар береді. Ісік капсулаға өсіп, ішпердеге қарай өседі, ми, бауыр, өкпе, ішперде, іштің артқы кеңістігіндегі лимфа түйіндеріне метастаздар береді.

Клиника. Науқастардың негізгі шағымдары – іштің төмен жағындағы ауырсынулар, жалпы әлсіздік, тез шаршау, жұмыс қабілетінің төмендеуі, нашар көңіл-күй. Етеккір қызметі жиі бұзылмайды. Ісік дамуының соңғы сатыларында кахексия, асцит, дене қызуының көтерілуі байқалады. Қан құрамы жағынан аналық бездердің қатерлі ісіктеріне тән өзгерістер байқалады.

Диагностика аурудың клиникалық ағымына және ультрадыбыстық, түрлі-түсті доплерлік зерттеулерінің, компьютерлік және магнитті-резонансты томография мәліметтеріне негізделген. Эхограммада жетілмеген тератоманың аралас кистозды-көлемді құрылымы бар, контурлары тегіс емес және анық емес, ретсіз ішкі құрылымымен сипатталады. Доплерлік зерттеу кезінде периферия және орталық құрылымдарында васкуляризацияның көптеген ошақтары анықталады.

Емі хирургиялық. Оперативтік манипуляция көлемі – жатырдың қосалқыларымен бірге қынап үстілік ампутациясы немесе экстирпациясы. Болжамы жайсыз.