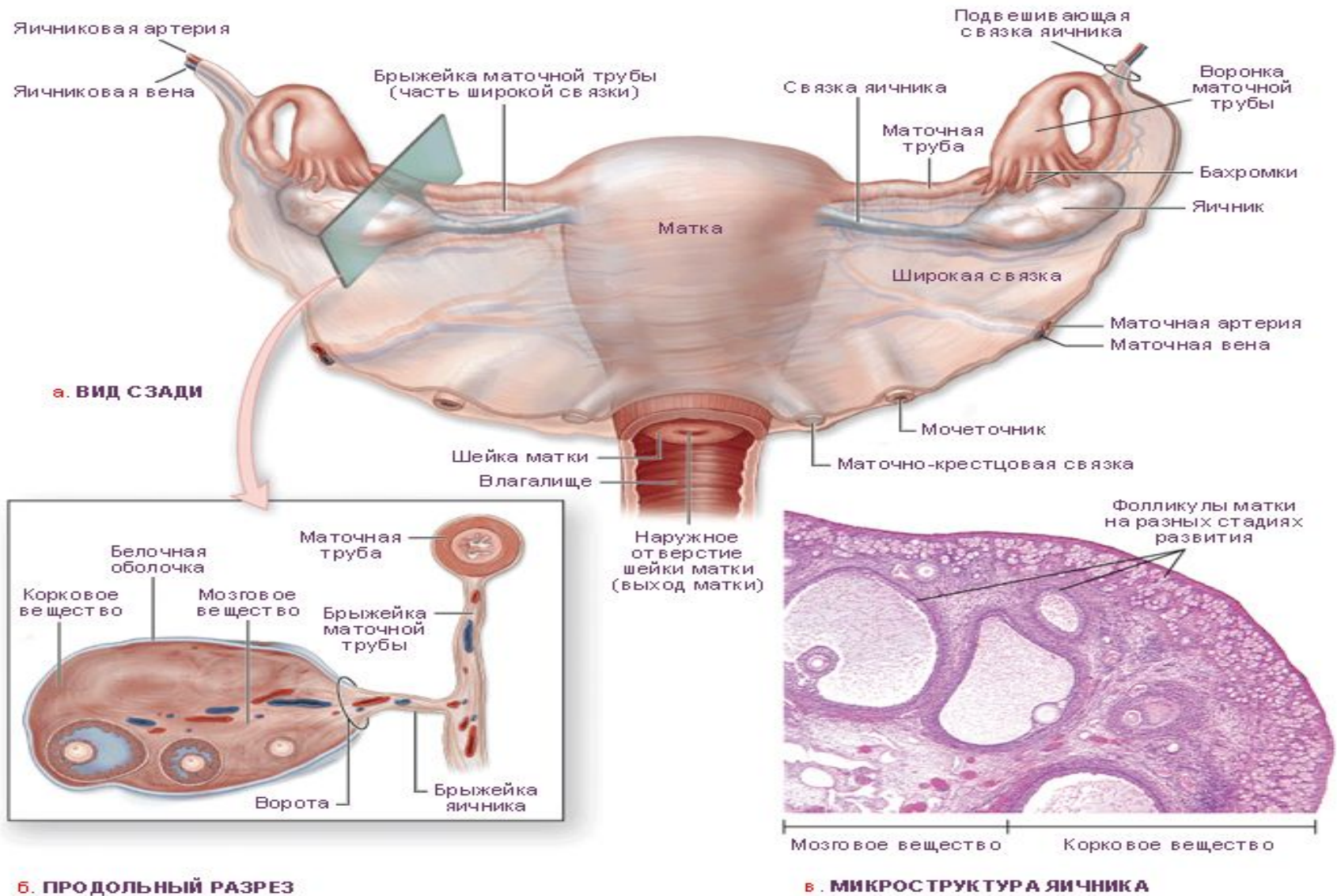


Аналық бездің рагі

- **Аналық бездің қатерлі ісігі онкологияда күрделі проблема болып саналады. Әлемде соңғы жылдары жиілігі жоғарлауда. Жатыр мойны ісігінен кейін 2 орынды алады.**
- **Аналық бездің қатерлі ісігі салдарынан өлім көрсеткіші 1 орында тұр.**

Аналық бездің қалыпты

системасы



Этиопатогенезі. Аналық бездің ісігі гормонтәуелділерге кіреді.

- Қауіп-қатер факторы:
- ерте менархе,
- ерте немесе кеш менапауза,
- бедеулік,
- жатыр миомасы,
- генитальдық эндометриоз,
- эндометридің гиперпластикалық процестері, гипофиздің жоғары гонадотроптық,
- жедел гиперстрогенемия,
- тұқым құалаушылық.

Патогенезі: — Аналық бездің барлық қатерлі ісіктерінен эпителиалды қатерлі ісіктер 80-90% құрайды. Эпителиалды ісіктердің көзі болып аналық бездің тері эпителиі. — Аналық бездің екіншілік обыры қатерленген целиоэпителиалды кистомалар нәтижесінде дамиды (онкология институтының мәліметтері бойынша, барлық целиоэпителиалды кистомалардың 45,8% қатерленеді), псевдомуцинозды кистомалар, герминогенді ісіктер (дермоидты кисталар), жыныс стромасының ісіктері (гранулезожасушалы ісіктер, андробластомалар, текомалар).

Құрсақ қуысы бойынша ісіктердің жайылуы серозды сұйықтықпен өтеді, жиі құрсақ қуысының ішкі қабырғасы зақымдалады, әсіресе оң жақ диафрагмаасты кеңістік, сонымен қатар, имплантационды жолмен зақымдалатын үлкен сальник. 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. Ісік сирек жатырдың дөңгелек айналымы жолымен түйіндерге жайылады, кейіннен шап лимфа түйіндері қосылады. Көптеген жағдайда асқынған кезде науқастарда ретроперитонеалды лимфотүйіндер де анықталады.

- Біріншілік рак деп аналық безді алғаш рет зақымдаған қатерлі ісіктер айтады. Бұл папилярлы немесе безді құрылымының қатерлі эпителильды ісік.
- Екіншілік аналық без рагі қатерсіз және шекаралық ісіктерден пайда болады.

Клиникасы

- Аналық без рагінің алғашқы сатысында клиникалық белгілері білінбейді, ісіктің капсуласы жарылғанда, не аяғына оралғанда іштің төменгі бөлігінде шаншу пайда болады. Процесстің таралуында науқастың жалпы жағдайының бұзылуы және кіші жамбас мүшелері қызметтері бұзылуы байқалады. әлсіздік, терлегіштік, жүдеулік, тез шаршағыштық пайда болады, үнемі іштің төменгі жағы ауырады, іші кернейді, іште сұйықтықтың жиналуына байланысты, кеуде қуысына сарысудың жиналуына сәйкес ендікпе пайда болады, іштің көлемі үлкейеді, іші қатады. Жатырдан ациклды қан кету байқалады.

Диагностика

- Ерте диагностикалау қиын, 80% науқастар диагностикалаудан аурудың кеш сатысында өтеді. Скрининг-әдіс- УДЗ.КТ. Гастро-колькопскопия, маммография, рентенография жасау құрсақ қуысына, асқазан ішек жолдарының рентгенографиясы, экскреторлық урография. Лапароцентезді цитологиялық тексерумен жасау. Лапароскопия-томия. Ісіктердің маркерін анықтау:СА 125 (серозды формасында). Метастазы: лимфогенді(кіші жамбастың лимфа түйіндері, парааорталық, бұғана асты), гематогендік(бауыр, өкпе, сүйек), имплантациялық(үлкен шарбы кіші жамбастың құрсақтық бөлігінде, құрсақ қуысында).

Жіктелуі

- I саты – ісік аналық безбен шектелген
- Ia – бір аналық безбен шектелген, асцит жоқ, ісік капсуласы интактті
- Ib- екі аналық безбен шектелген, асцит жоқ, ісік капсуласы жарылған
- Iv - екі аналық безбен шектелген, асцит бар, шайындайда рак клеткалары бар

- II саты – бір немесе екі аналық без зақымданған және жамбас астауына тараған.
- IIa саты – жатырға және жатыр түтіктеріне метастаз берілген
- IIб – жамбастын басқа мүшелеріне тараған, асцит және ісік клеткалары шайындыда анықталмайды
- IIв - жамбастын басқа мүшелеріне тараған, асцит және ісік клеткалары шайындыда анықталады

Емі

Негізгі ем әдісі болып хирургиялық табылады. Аналық бездің қатерлі ісігі болған кезде жатырдың қынапүсті ампутациясы немесе жатыр экстирпациясы жатырды, қосалқыларымен, үлкен сальникті біруақытта алып тасталынады. Жатырды толығымен алып тастау жатыр мойнының қынапты бөлігіне қосымша процесстер енген кезде жасалынады.

Жатыр қосалқыларын екі жақты алып тастау ерте ме кеш пе процесс екі аналық безі зақымданғанда болады. Аналық безі обырының метастаз беруінің негізгі көзі болғандықтан шарбы резекциясы міндетті түрде жасалынады. Хирургиялық ота кезінде экспресс-биопсия міндетті және негізгі болып табылады, өйткені ісіктің құрылымы мен сипаты жайлы нақты ақпарат береді.

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.

- **Алдын алу.** Қатерлі ісіктің алдын алуда 30 жастан және одан жоғары әйелдерді көпшілік алдын алу қаралуынан өткізудің маңызы зор (жылына 2 рет). Бұл жұмыстар әйелдер консультациясында, өндіріс мекемелерінде, сонымен қатар поликлиниканың қарау кабинеттерінде өткізіледі. Үлкен көлемде жұмысты қарау кабинеттерінде аяжан жүргізеді. Жатыр мойны каналынан алынған жұғындының колькоскопиялық және цитологиялық зерттеуден өткізілуі тиіс. Қарын және емшек бездерінің рагымен ауырған әйелдерді, аналық бездің метастатикалық рагының алдын алу мақсатында міндетті түрде гинеколог дәрігерге көрсету қажет. Әйел жыныс мүшелерінің рагын алдын алуда, рак алдыңғы ауруларда анықтаудың, мезгілінде және дұрыс емдеудің, диспансерлік қадағалаудың маңызы зор. Осыған байланысты әйел жыныс мүшелерінің ісіктерінің дамуының қауіпті тобын бөлу, осы топ ауруларын диспансерлік қадағалау және емдеу көзделген.

Әйел жыныс мүшелерінің рагы 5 топқа бөлінеді:

- 1-ші топ – сыртқы жыныс мүшелері рагының дамуы мүмкін әйелдер (вульва краурозасы, лейкоплакиясы, вульва және қынап эритроплакиясы).

2-ші топ – жатыр мойны рагының дамуы қауіпті топ. Жатыр мойнының эктопиясы, эктропионды эрозиясы, эритроплакиясы, қайталанатын полипі, лейкоплакиясы және дисплазиясы бар әйелдер.

3-ші топ – жатыр денесі рагының дамуы мүмкін әйелдер тобы. Ауыр онкологиялық тұқым қуалаушылығы бар, нейроэндокринді – зат алмасу, овуляция бұзылулары, эндометрийдің гиперпластикалық процестері, жатыр миомасы, аналық бездің гормонды- белсенді ісігі бар әйелдер.

4-ші топ – аналық без рагының дамуы мүмкін әйелдер ауыр онкологиялық тұқым қуалаушылығы бар, аналық безге жасалған операциядан кейінгі, аналық бездің кистасы бар, жатыр қосалқысының созылмалы қабынуы, жатырдың көп миомасы, аналық бездің дисфункциясы, аналық бездің қатерсіз ісігі бар әйелдер.

5-ші топ – жатыр түтікшесі рагының дамуы мүмкін әйелдер (жатыр қосалқысының қайталанатын созылмалы қабынуы бар әйелдер).

