

**«ҚАЗАҚСТАН-  
РЕСЕЙ  
МЕДИЦИНАЛЫҚ  
УНИВЕРСИТЕТІ»  
МЕББМ**



**НУО  
«ҚАЗАХСТАНСКО-  
РОССИЙСКИЙ  
МЕДИЦИНСКИЙ  
УНИВЕРСИТЕТ»**

**Тақырыбы: ӨНЕС РАГЫ**

**ОРЫНДАҒАН: ЕСЕНБАЕВ АСҚАТ**

**ТОП: 504Б ОМ**

2020- ЖЫЛ

# ЖОСПАР

- ▶ 1. Анықтамасы, этиологиясы
- ▶ 2. Жіктелуі
- ▶ 3. Даму сатылары
- ▶ 4. Клиникалық белгілері
- ▶ 5. Диагностикасы
- ▶ 6.Емі

- ▶ **Өңеш рагы** — қатерлі, тіндер мен мүшелерді бұзып-жарып өсетін, өңешті тарылтатын, ыдырататын, метастаз беретін, ауыр интоксикация және прогрессивті түрде қахексиямен көрінеді.
- ▶ **Өңеш рагының этиологиясы:**
  - ▶ Шылым шегу және алкогольді ішімдіктерді пайдалану
  - ▶ Сүйегі майда балықтарды және мұздалған қатты еттерді жиі қабылдау
  - ▶ Өте ыстық сусындар мен тағамдарды қабылдау кезінде;
  - ▶ Баррет өңеш
  - ▶ Химилық фактор әсері;
  - ▶ Физикалық фактор әсері- иондалған сәуле.
  - ▶ Созылмалы өңеш аурулары химиялық күйіктен кейінгі тыртықтану, кардии ахалазиясында, рефлюксті-эзофагит;
  - ▶ Теміржетіспеушілік анемия;
  - ▶ Пламмер –Винсон ауруында



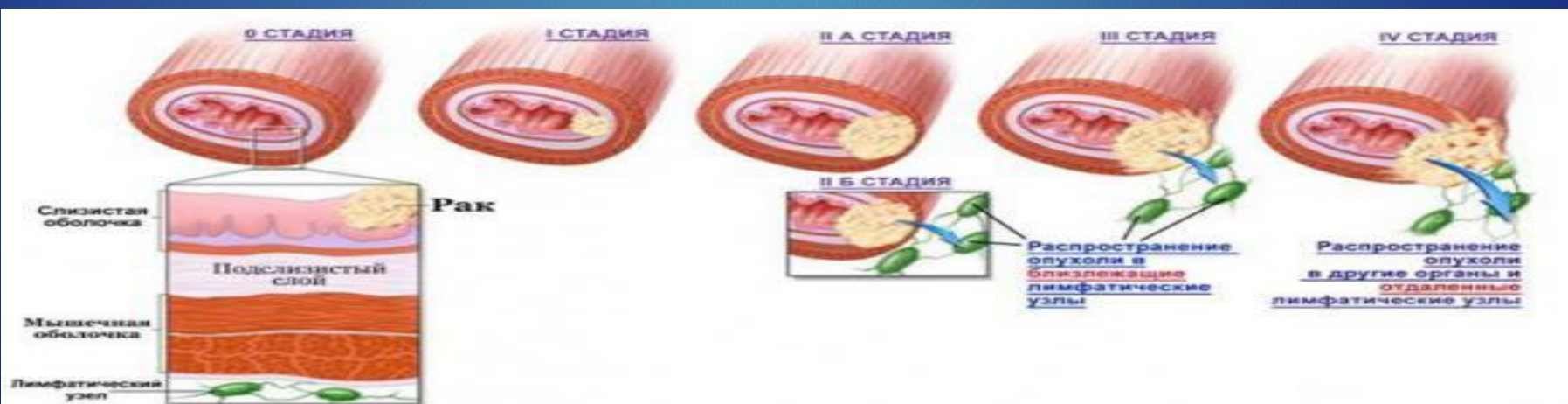
# Өңеш рагының классификациясы

## (жіктелуі):

- ▶ **I.Ісіктік процестің таралуына байланысты:**
  - ▶ Өңеш-жүтқыншақтық.
  - ▶ Мойындық.
  - ▶ Жоғары кеуделік бөлім.
  - ▶ Ретро-бифуркациялық.
  - ▶ Субаортальды.
  - ▶ Ортаңғы кеуделік бөлім
  - ▶ Диафрагама үсті бөлім
  - ▶ Диафрагмальды бөлім.
  - ▶ Абдоминальды бөлім.
- ▶ **II. Макроскопиялық белгісі бойынша:**
  - ▶ Жаралы рак
  - ▶ Түйінді рак
- ▶ **III. Гистологиялық көрінісі бойынша:**
  - ▶ Жалпақжасушалы (түлейтін, түлемейтін)
  - ▶ Аденокарцинома
- ▶ **IV. Таралуы бойынша:**
  - ▶ Лимфогенді
  - ▶ Гематогенді

# Өңеш рагының даму сатысы

- ▶ I Өсу кезінде түйіннің көлемі 3 см-ден аспайды, сырқат кілегейлі қабықшада дамиды, лимфа түйіндерінде метастаз жоқ.
- ▶ II Өсу сатысы. Ісік бұлшық етке жетеді де метастаздар бермейді (II A), көлемі 5 см-ге дейін барады. Лимфа бездерінің бір-екеуінде метастаздар бар (II B)
- ▶ III Өсу сатысы. Ісіктің көлемі 5 см-ден асып, мүше қабырғасының түгел жарақаттануы, лимфа бездерінің метастазы көп болуы III .
- ▶ IV Өсу сатысы. Ісік сау мүшелерге тараса (4A) лимфа бездерінің метастаздан қозғалмай қалуы, алыс мүшелердің жарақаттануы.



# Клиникалық белгілері



- ▶ **Жалпы клиникалық белгілері:**
- ▶ Салмақ жоғалту, кахексия. Жалпыәлсіздік, Анемия.
- ▶ **Негізгі клиникалық белгілері:**
- ▶ Дисфагия – тағамның өңештен қиналып жүруі. Дисфагияның бес сатысын ажыратамыз:
- ▶ I кезең – барлық тағам өтеді, бірақ қатты тағамды жұту жағымсыз сезімдер байқалады(қыжылдау, жырылулар, кейде ауырсыну).
- ▶ II кезең – қатты тағамдар өңештен өтпей тұрып қалатындықтан сумен бірге ішеді.
- ▶ III кезең –қатты тағам өтпейді.Науқас сұйық және жартылай сұйық тағаммен қоректенеді.

- ▶ IV кезең – өңештен тек сұйықтық ғана өтеді.
- ▶ V кезең –толық өңеш өтімсіздігі. Науқас жұтыну барысында сілекей өтпейді. Тағамды қабылдау кезінде регургитация байқалады, ауыздан жағымсыз иістің шығуы. Гиперсаливация, сілекейдің көп бөлінуі.
- ▶ Одинофагия- тамақтың өңештен өту кезіндегі ауру сезімі
- ▶ Жергілікті ауру сезімі,ауыздан сасық иістің шығуы,сілекейдің көбеюі, тағамның кері шығуы,күйдіру,тәбеттің төмендеуі
- ▶ **Екіншілік клиникалық белгілер:** Дауыстың өзгеріп,қарлығыуы. Горнер триадасы (миоз, псевдоптоз, эндофтальм). Жергілікті лимфа түйіндерінің ұлғаюы. Брадикардия. Жөтел ұстамалары, ентігу. Құсу.



# Диагностикалау

- ▶ ЖҚА БХА. ЖЗА.
- ▶ **Инструментальды зертеу әдісі.**
- ▶ Эзофагогастродуоденоскопия.
- ▶ Эндосонография (Эндо-УЗИ).
- ▶ Өңешті Рентгенологиялық зерттеу.
- ▶ Өңеш биопсиясы.
- ▶ **Қосымша зерттеу әдісі.**
- ▶ Компьютерлік томография.
- ▶ Лапароскопия
- ▶ Фибробронхоскопия.
- ▶ Іш қуысы УДЗ - сы



05684579  
M 70

3791 ✓20900

2003/08/28  
10:41:04

SCV-----3  
CVP----A2/4  
D.F-----3



4 03A5521

05684579  
M 70

3791 ✓20900

2003/08/28  
10:41:16

SCV-----5  
CVP----A4/4  
D.F-----5



4 03A5521

05684579  
M 70

3791 ✓20900

2003/08/28  
10:41:25

SCV-----6  
CVP----A1/4  
D.F-----6



05684579  
M 70

3791 ✓20900

2003/08/28  
10:42:07

SCV-----10  
CVP----B1/4  
D.F-----10

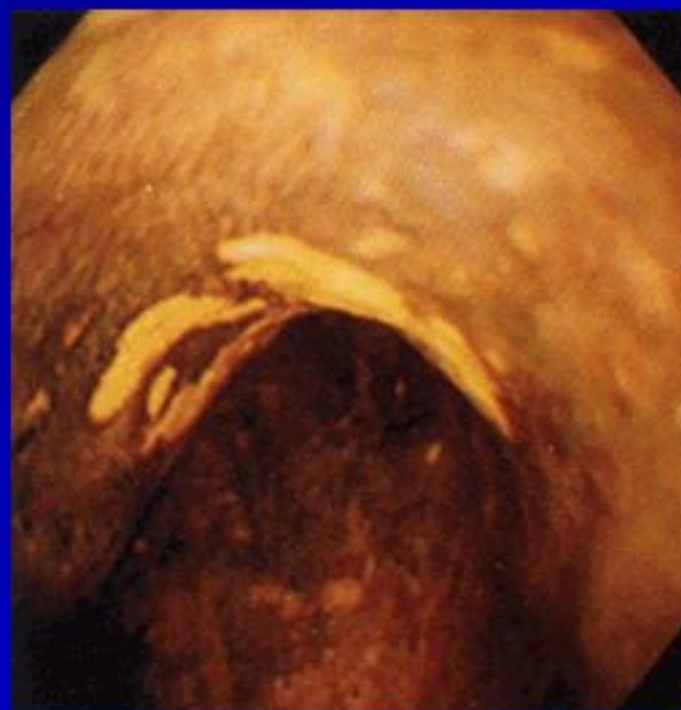


# Хромозофагоскопия

До окраски

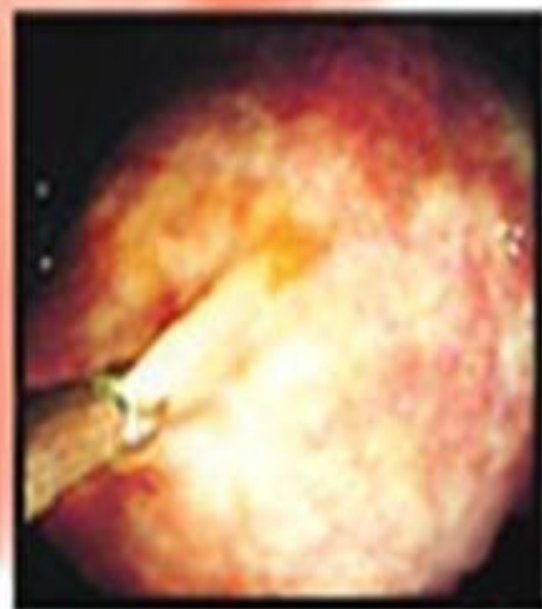
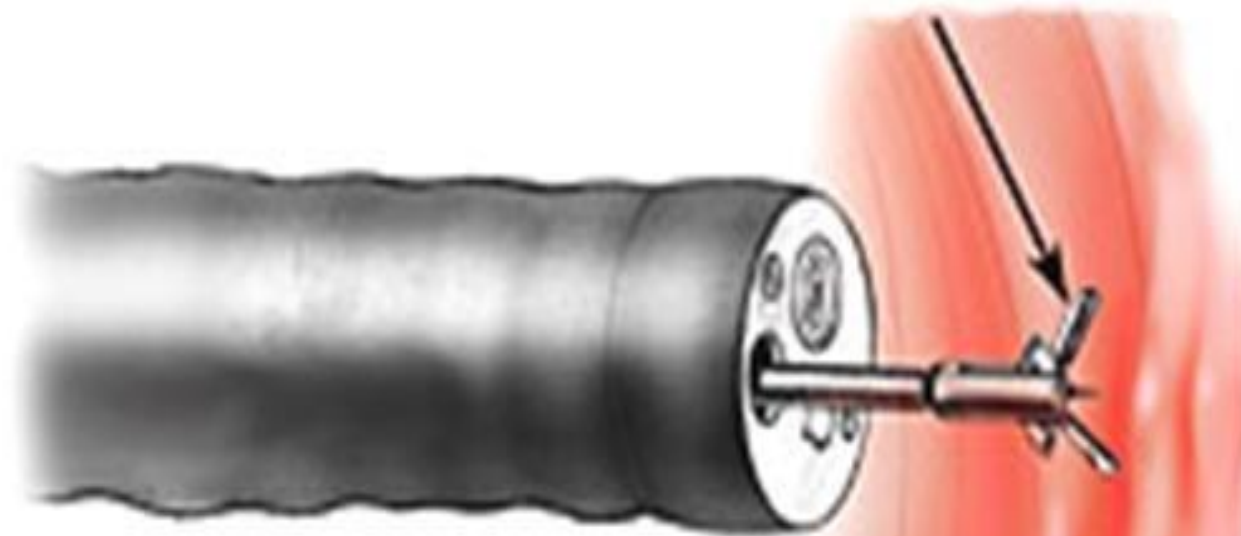


После окраски  
раствором Люголя 3%

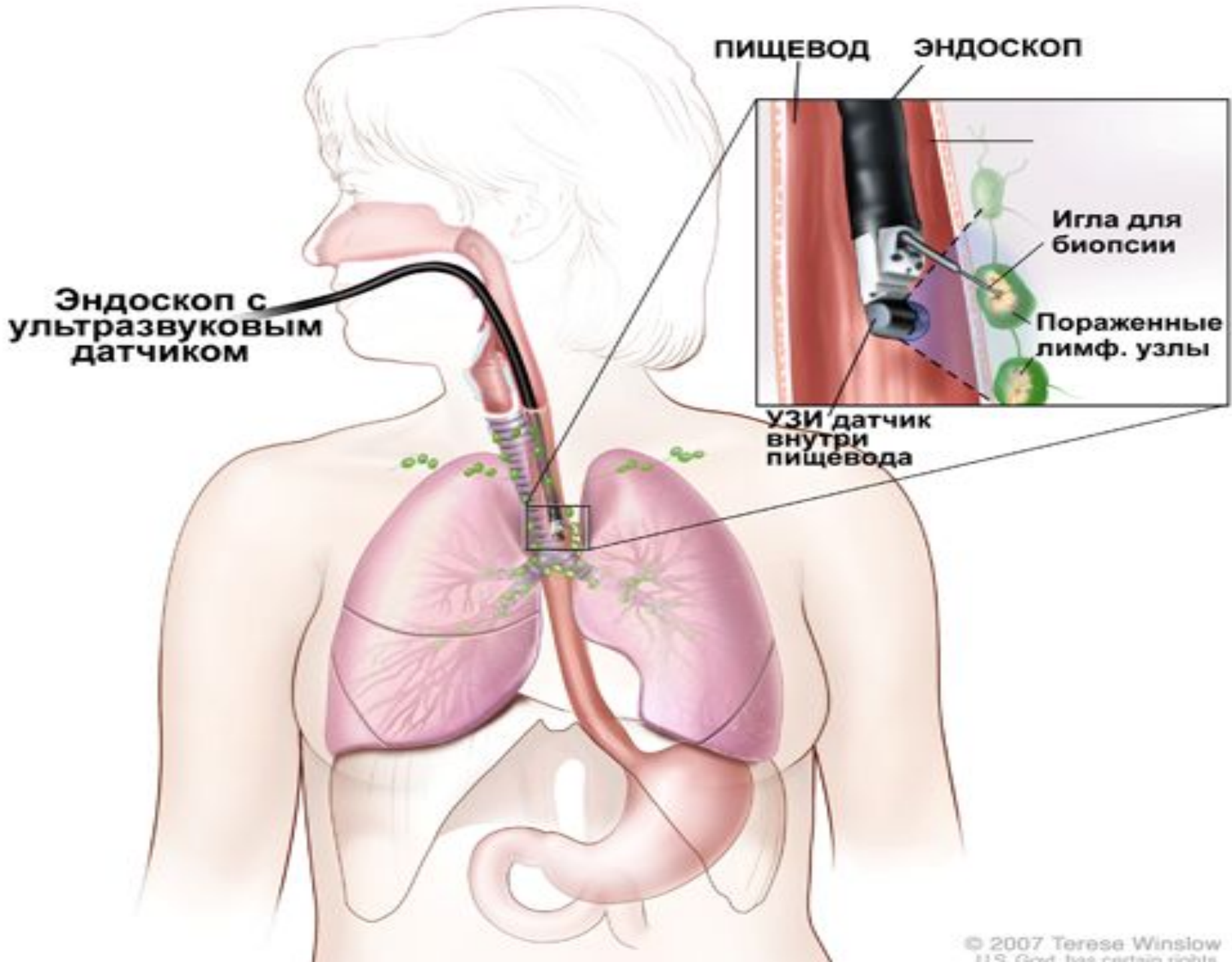


Ранний рак пищевода

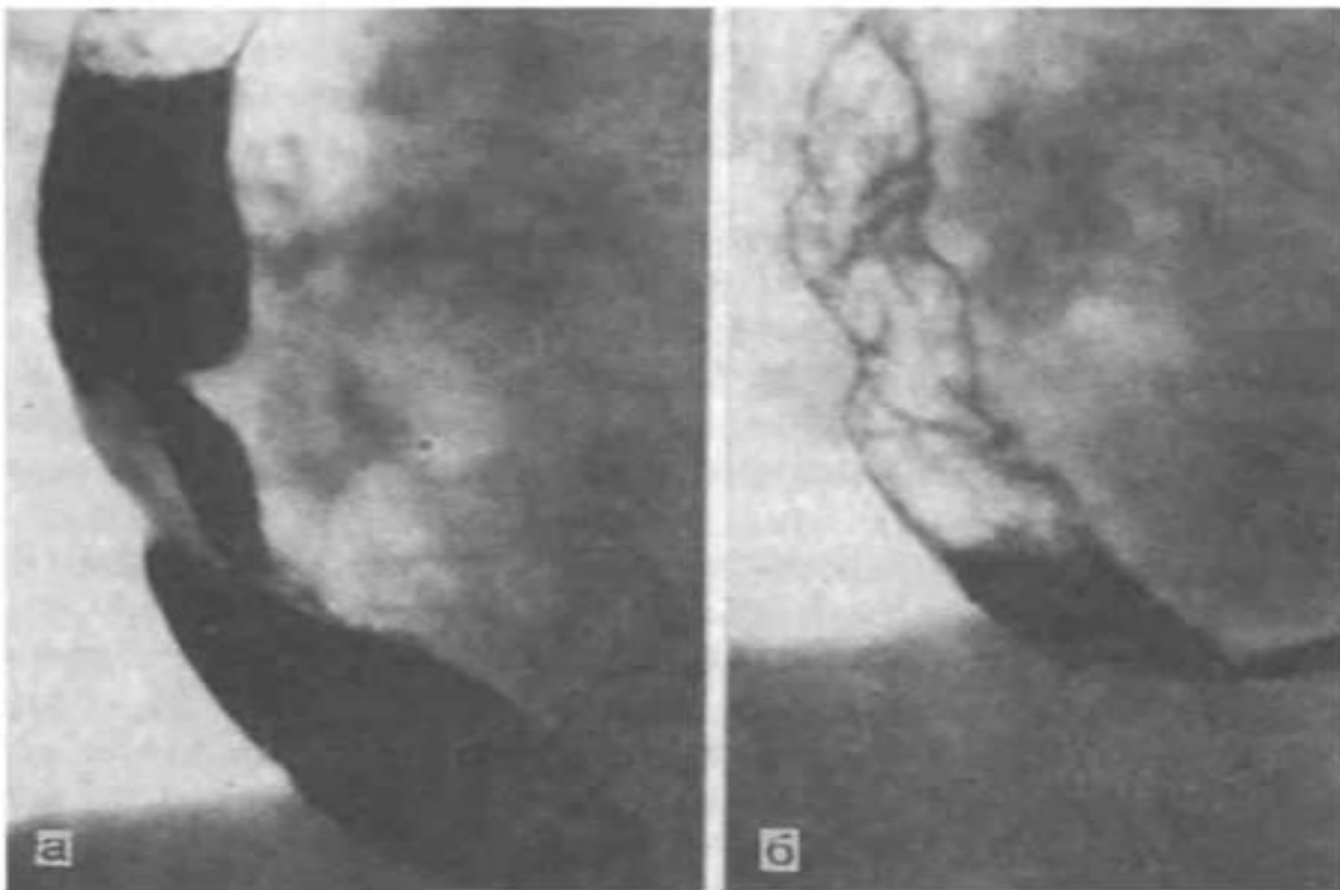
# Биопсийная цапка



Взятие материала  
для морфологического  
исследования



# Өңешті Рентгенологиялық зерттеу



**Рис. 28** Экзофитный рак пищевода при тугом наполнении контрастным веществом (а) и в фазе пневморельефа (б) Складки слизистой оболочки в области опухоли разрушены. Контуры пищевода неровные

# Өңештің Эндофитті ісігі



# Асқынулары

- ▶ Қан кету
- ▶ Өңеш бронхтағы және өңеш кеңірдектегі тесіктер
- ▶ Орталық кеуде қуысы қабынады немесе сығылады,қысылады



# Емі:

- ▶ Хирургиялық ем –эзофагэктомия (Льюис әдісі)
- ▶ Сәулелі терапия
- ▶ **Оперативті ем жолдары:**
- ▶ **Льюис әдісі:** Ішті жарады,іш қуысындағы мүшелердің жағдайын тексереді.
- ▶ Асқазанды жоғары кеуде қуысына көтереді,олүшін диафрагмадағы өңеш тесігін кеңейтіп,сол жерден өткізге даярлайды.

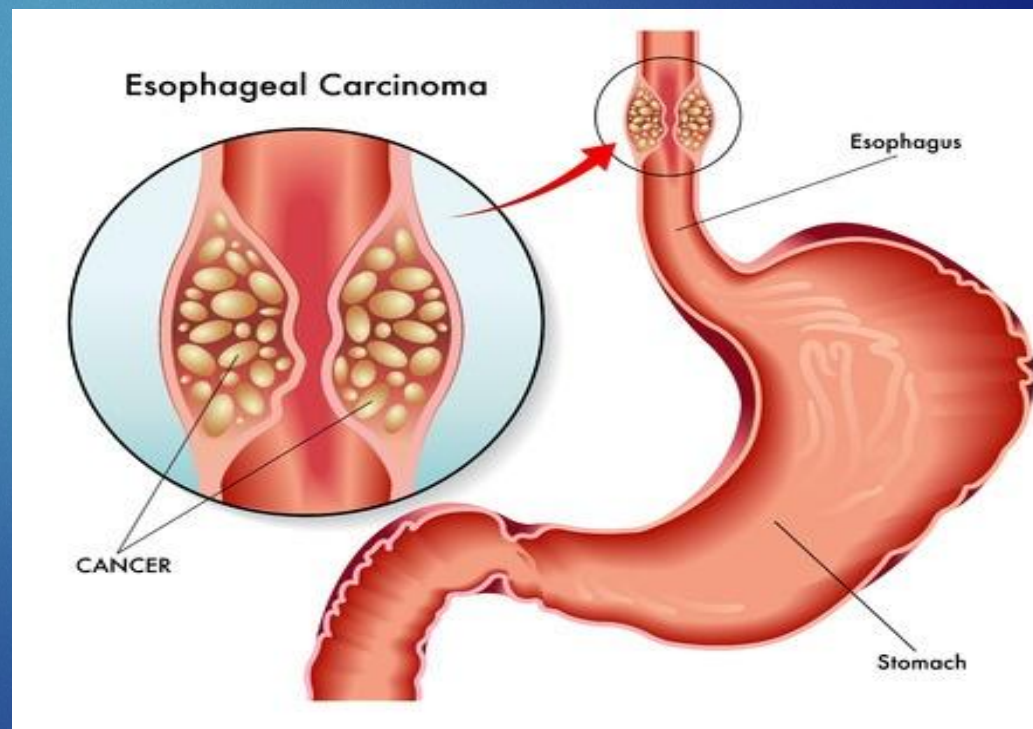


**Гарлок әдісі:** солжақтың VII қабырға аралығынан кеуде қуысы жарылады, өңештің ортаңғы бөлігіжарақаттанған жержен сылынады да , қалған өңеш қалдығы және диафрагма тесігі арқылы жоғары көтерілген асқазан бір-бірімен тігіледі.

- ▶ **Савиних әдісі:** іш қуысы жарылады,диафрагма кесіледі.Өңештің ортаңғы бөлігі іш қуысыарқылы жолмен сылынады да жоғарғы бөлігі мойын арқылы ортаңғы кеуде қуысында жіңішке ішекпен жалғасады.
- ▶ **Гаврилиу әдісі:** асқазанның үлкен иінінен түтікше жасалынады. (ұзындығы кардий аймағынан басталып асқазан түбіне дейін, яғни пилорусқа сәл жетпей қалады) сөйтіп асқазанның қашық жері диафрагма тесігі арқылы өткізіп, өңеш қалдығымен бір-бірімен қосылады.
- ▶ **Өңеш экстрипациясы:** (сылынуы) екі кезеңге созылуы мүмкін; бірінші кезеңде іш қуысы жарылып, ондағы мүшелердің барлығы тексеріліп, асқазанды өңешпен қосуға даярлайды, сөйтіп 7-10 күннен соң екінші кезеңде оң жақтан кеуде қуысы жарылып, өңеш сылынады, содан кейін асқазан-өңеш немесе өңеш-ішек пластикасы орындалады.
- ▶ **Саулелі әдісі:** қазіргі таңда да кеңінен қолданыс тауып жүр.Емнің нәтижесі жеткіліксіз.

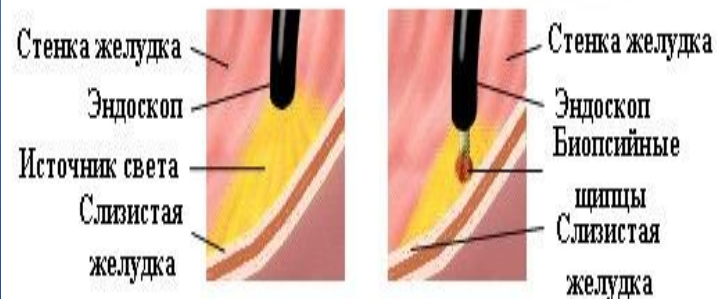
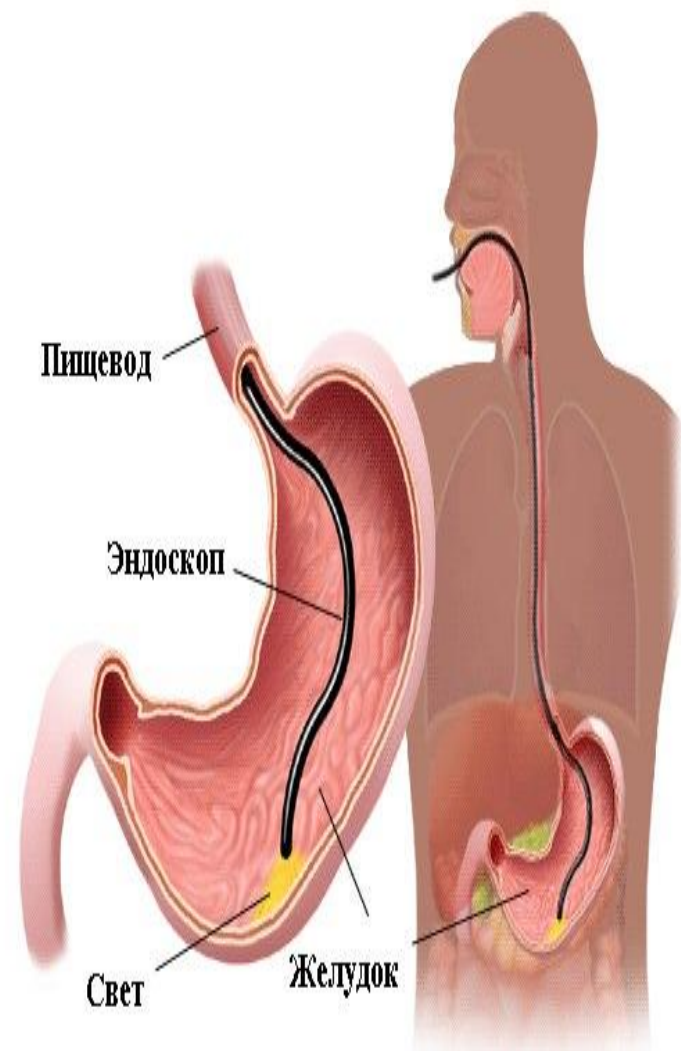
# Сәулелендіру тәсілдері

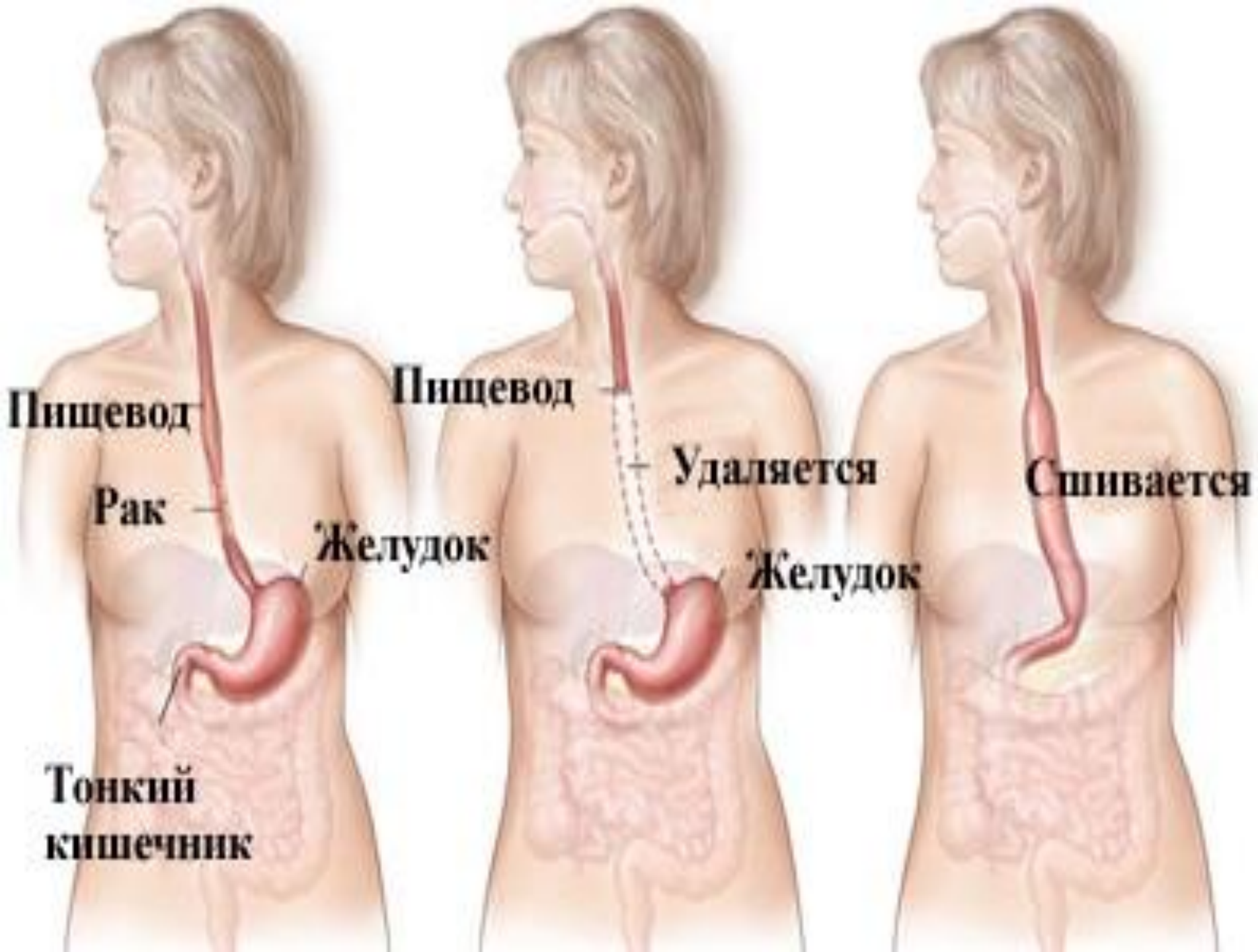
- ▶ Дистационды – тері арқылы
- ▶ Жанаспалы – брахитерапия – сәуле көзі өңеш қуысымен байланысады және ісікке тікелей әсер етеді
- ▶ Аралас



# Хирургиялық

- ▶ Резекция – өңештің ісікпен зақымдалған жері алынады.
- ▶ Экстирпация – зақымдалған мүшені (өңешті) толығымен алып тастау.
- ▶ Өңеш қуысының реканализациясы – лазер арқылы іскті алып тастап өңеш қуысын қалпына келтіру.
- ▶ Өңешті стендтеу – дисфагияның дамуын тоқтатады.
- ▶ Трансхитиальды алып тастау – мойынның сол жағынан және эпигастриден тесу арқылы өңешті алып тастау





# Қорытынды

- ▶ Өңеш рагы ісік аурулардың ішіндегі ең өзекті әлемдік мәселерлердің бірі. Осы аурумен ауырған науқастардың 70-80% өліммен аяқталады. Бастапқы сатысында анықталған жағдайда ем нәтижелі. «Ауырып ем іздегенше, ауырмайтын жол ізде» дегендей Салауатты өмір салтын сақтаңыздар.

# Асқазан рагы

АСҚАЗАН – көкет астында колба тәрізді түбі кең, ұлтабарға шығар жері тарлау, 2/3 бөлігі бел омыртқаның сол жағында орналасқан дене мүшесі.

Асқазан үш бөліктен тұрады:

1) ПРОКСИМАЛДЫҚ

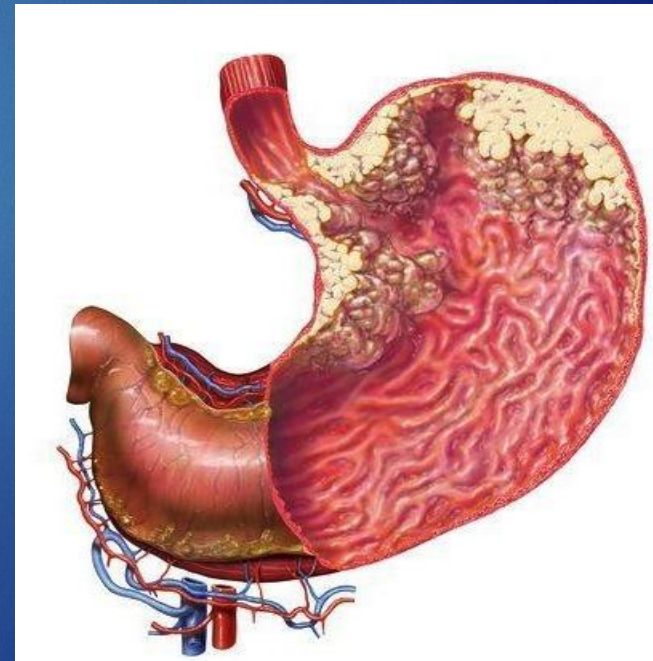
өңештің асқазанға қосылған бөлікшесі

асқазан кумбезі

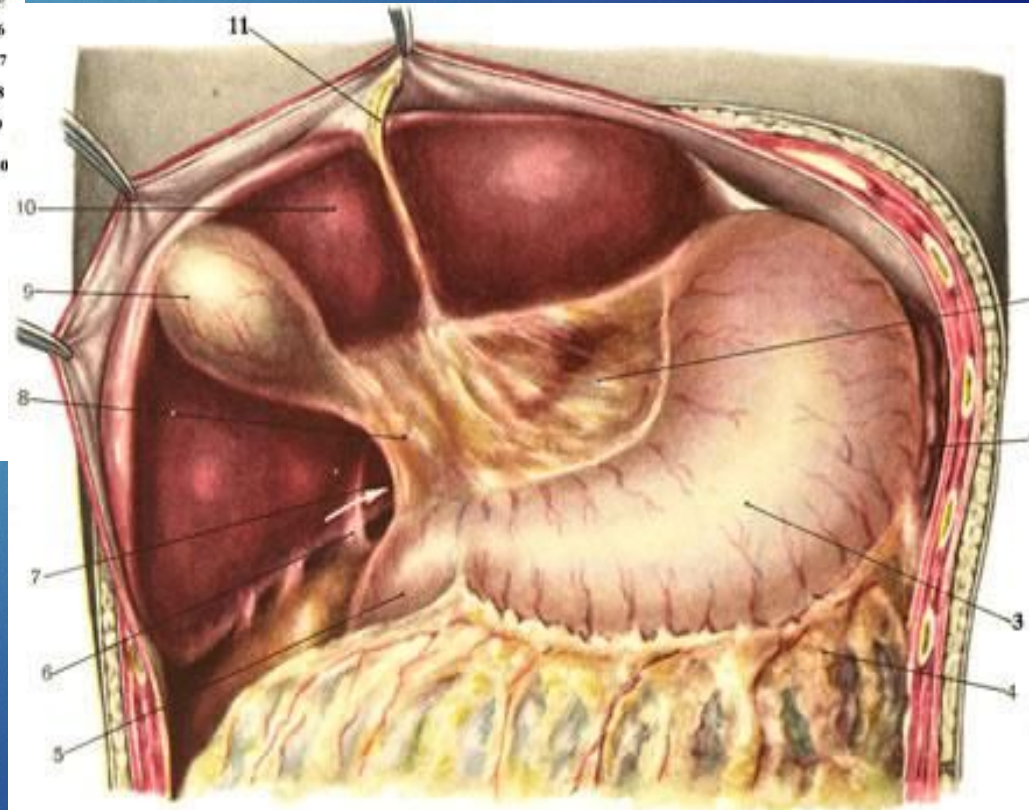
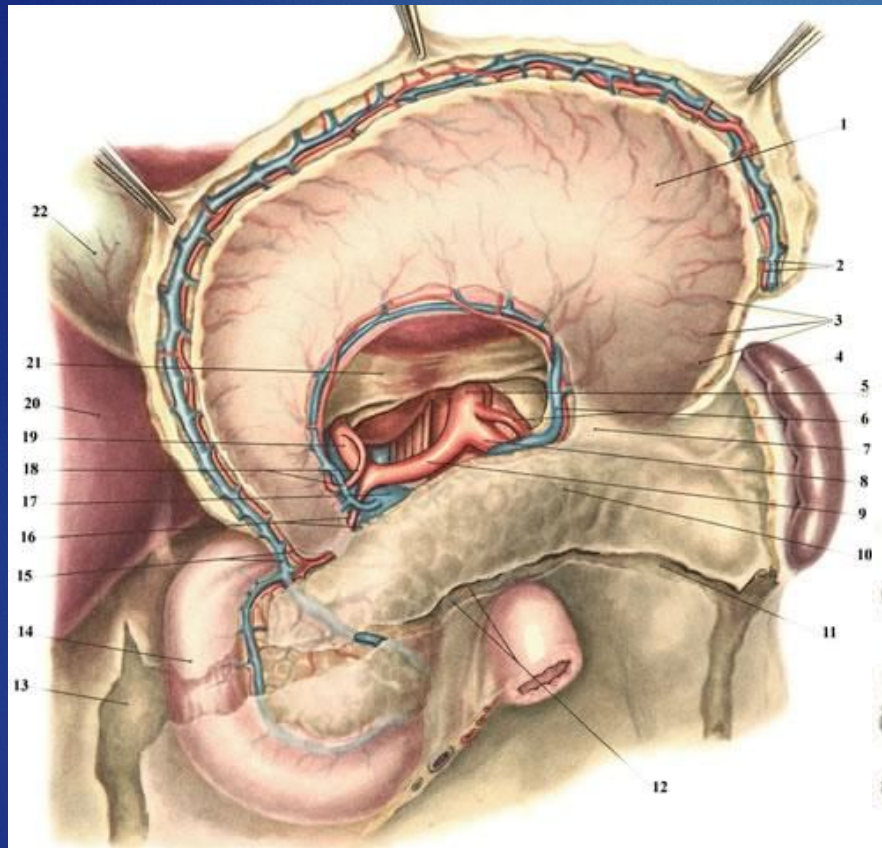
субкардиалдық болікше

2) Асқазан денесі

3) Дистальды немесе антральды бөлігі



# Асқазан анатомиясы



# АСҚАЗАН РАГЫНЫҢ ЖИІЛІГІ

ҚР-да асқазан рагы онкологиялық сырқаттанушылық және өлімдік көрсеткіште екінші орында тұр.

Әйелдерге қарағанда ерлер арасында сырқаттанушылық 2 есе жоғары.

Жоғарғы ауырлық көрсеткіш: Павлодар  
(22.5)

Ақмола(22,1)

Қостанай(19,9)

Қарағанды(20,2)



# АСҚАЗАН РАҒЫНЫҢ ПАЙДА БОЛУЫНА СЕПТІГІН ТИГІЗЕТІН ФАКТОРЛАР:

Дурыс тамактанбау.

Темеки шегу

Хеликобактер пилори

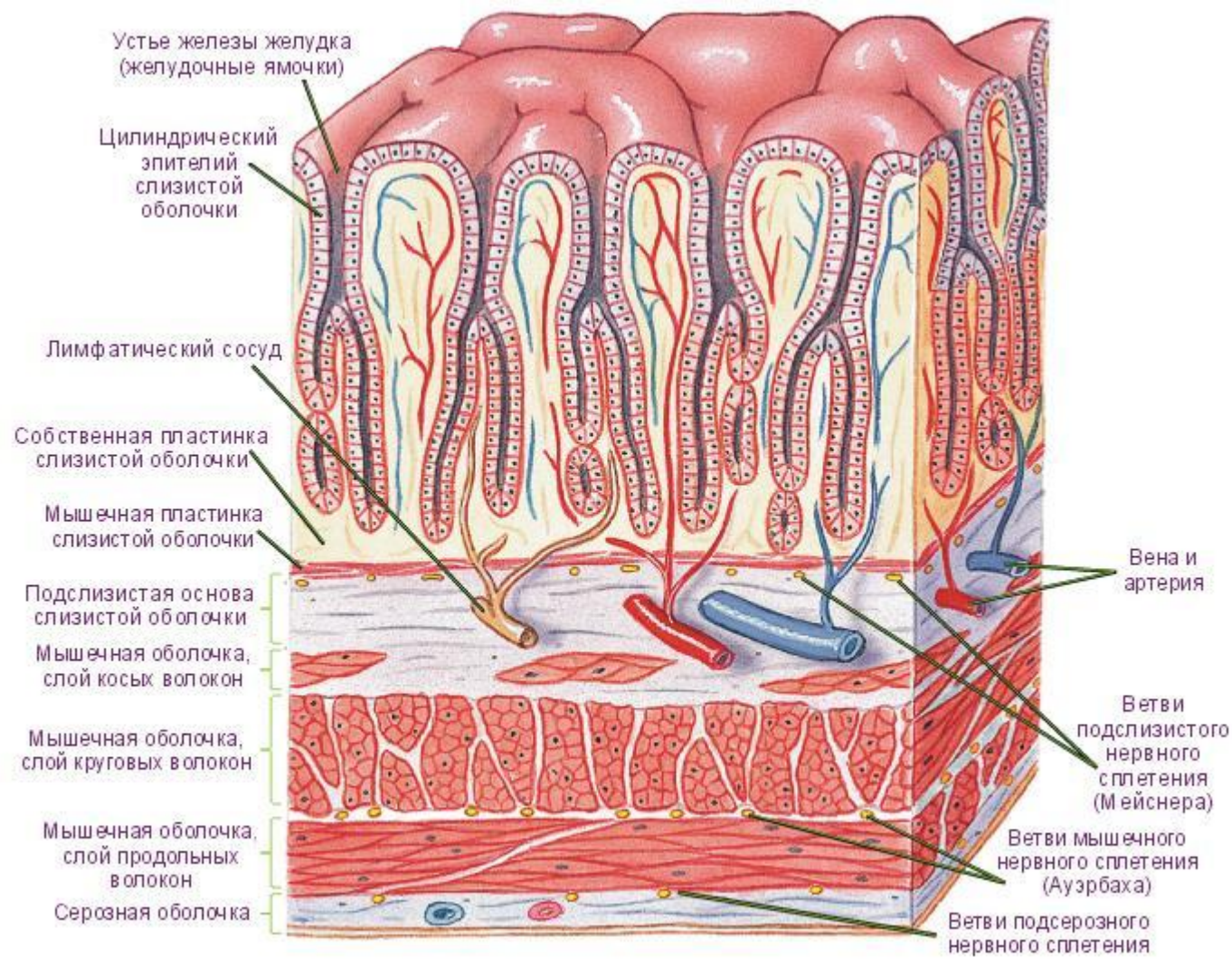
Эпштейн – Барр            2-16%

Тұқым қуалаушылық    10%

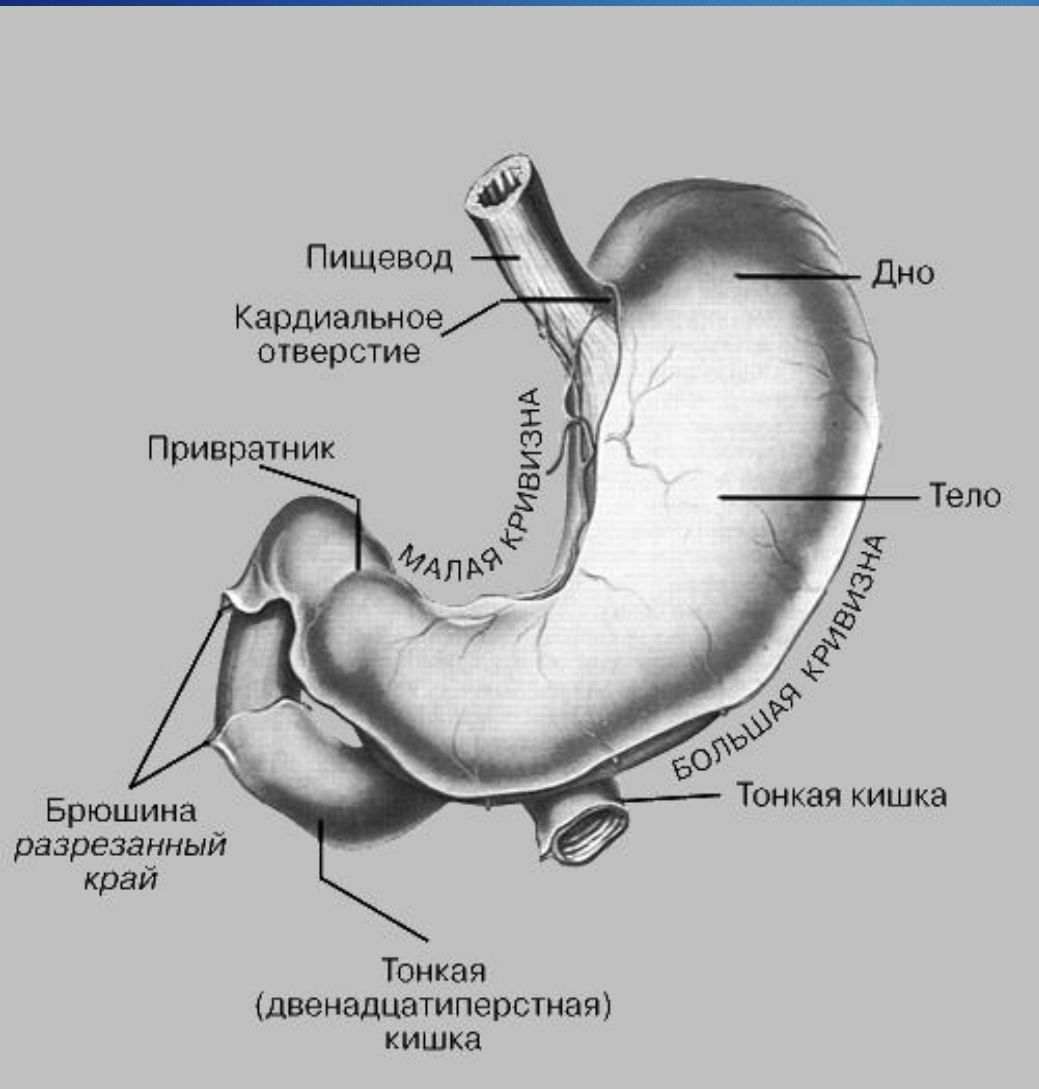
Геогидрохимиялық жағдайлар

Радиация т.б.

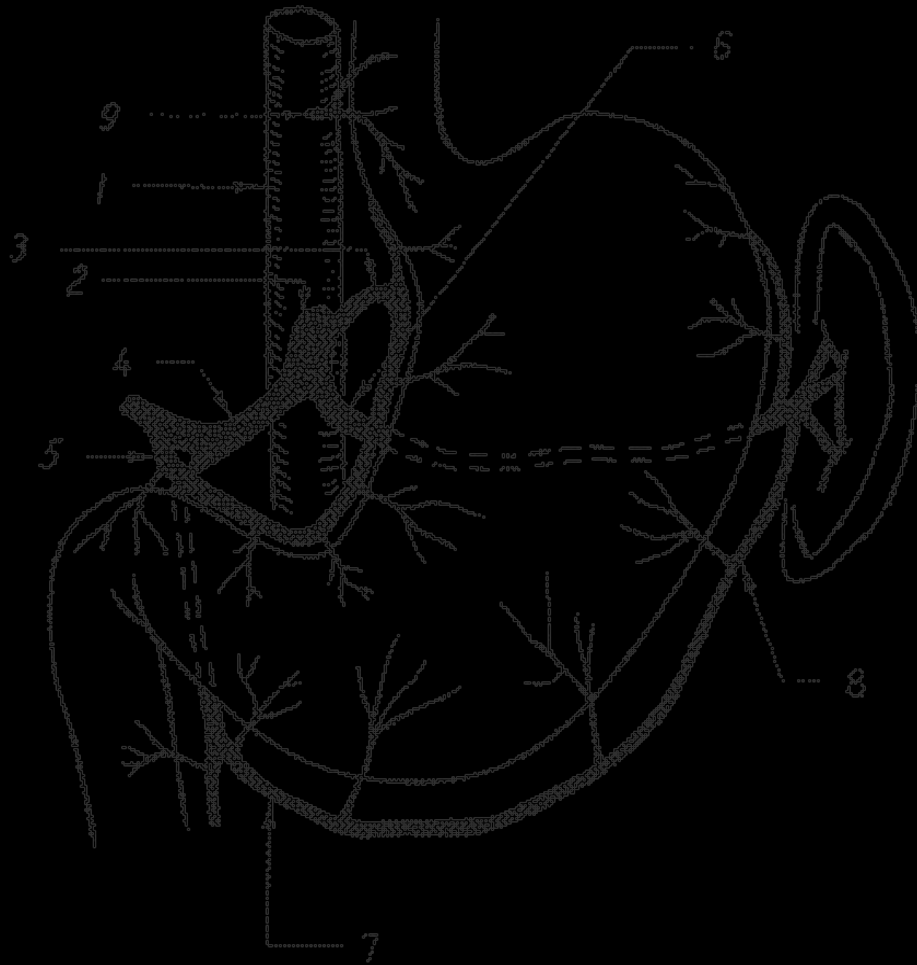
# Асқазанның гистологиялық құрылымы



# Асқазанның құрылымы

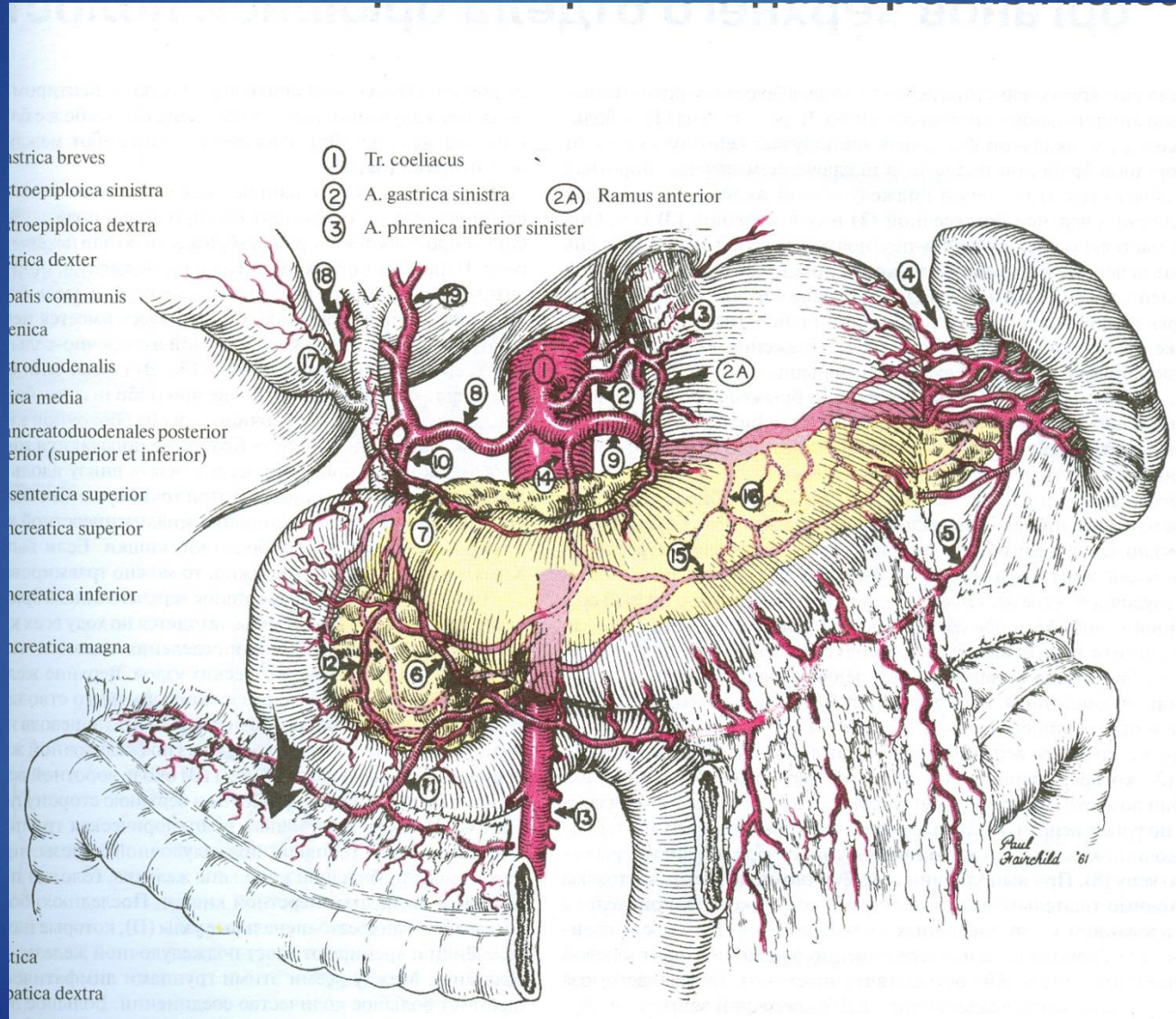


# Асқазанның қандануы:

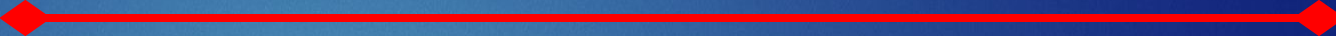


- 1 - Aorta abdominalis, 2 - Tr. coeliacus, 3 - A. gastrica sin., 4 - A. hepatica communis, 5 - A. gastrica dext., 6 - A. lienalis, 7 - A. gastroepiploica dext., 8 - A. gastroepiploica sin., 9 - A. phrenica inf.

# КРОВΟΣНАБЖЕНИЕ ЖЕЛУДКА

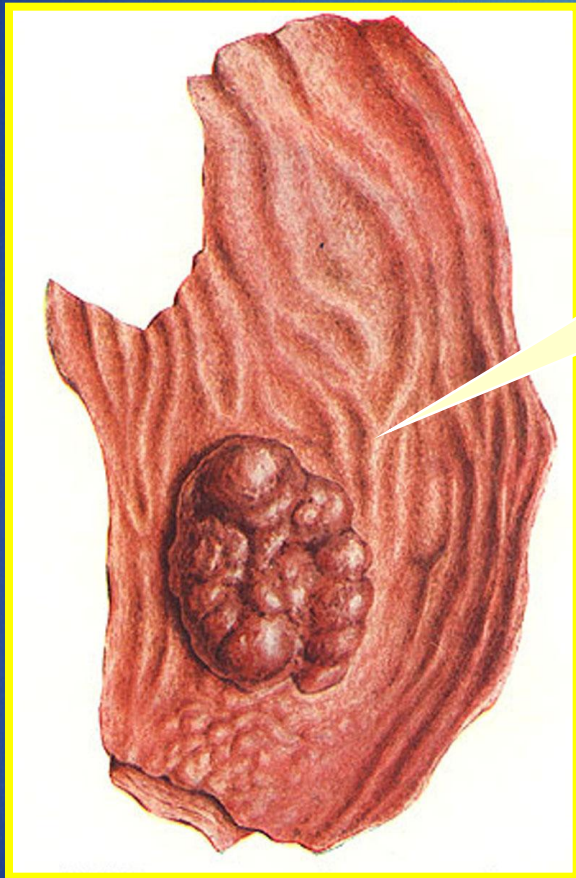


# АСҚАЗАН РАК АЛДЫ АУРУЛАРЫ:

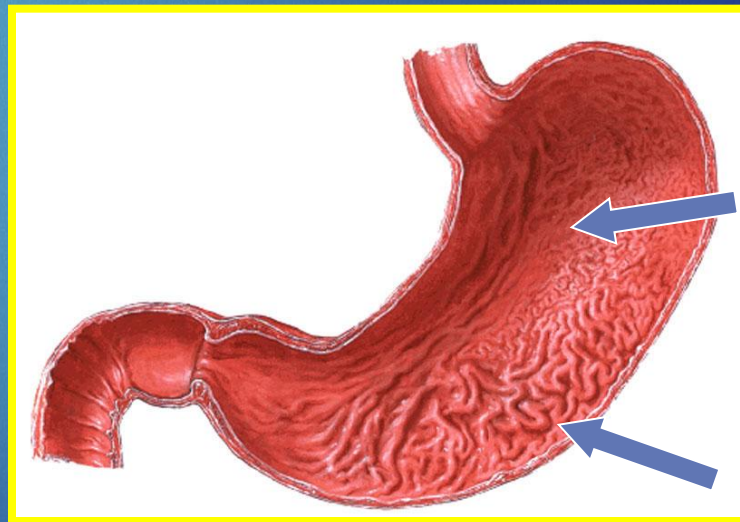
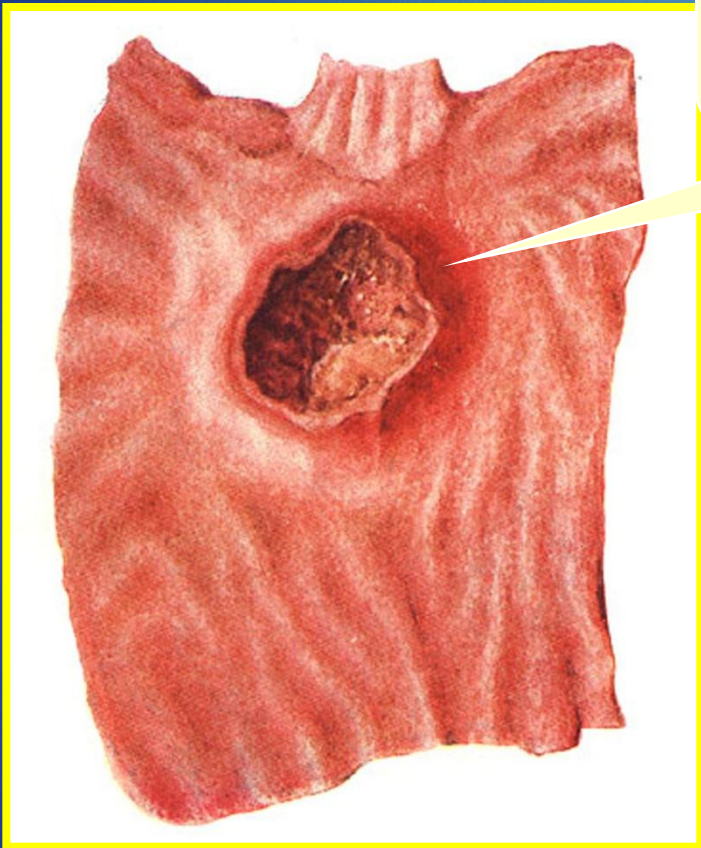


атрофиялық гастрит  
ахлоргидрия ( 4-5 рет жиілікте)  
гипертрофиялық гастрит  
ішектік метаплазия  
аденоматозды полиптер (10-20%)  
пернициоздық анемия  
созылмалы ойық жара  
резекцияланған асқазан қалдығындағы  
гастрит

**Грибовидный  
(полипозный) рак**

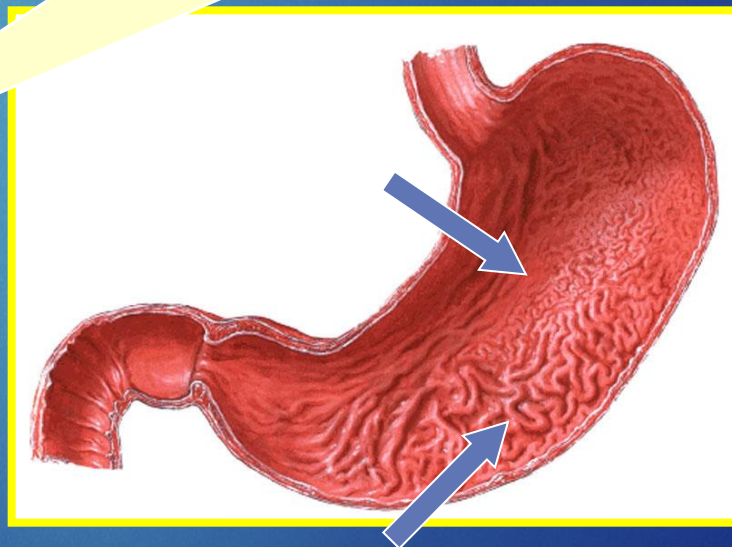
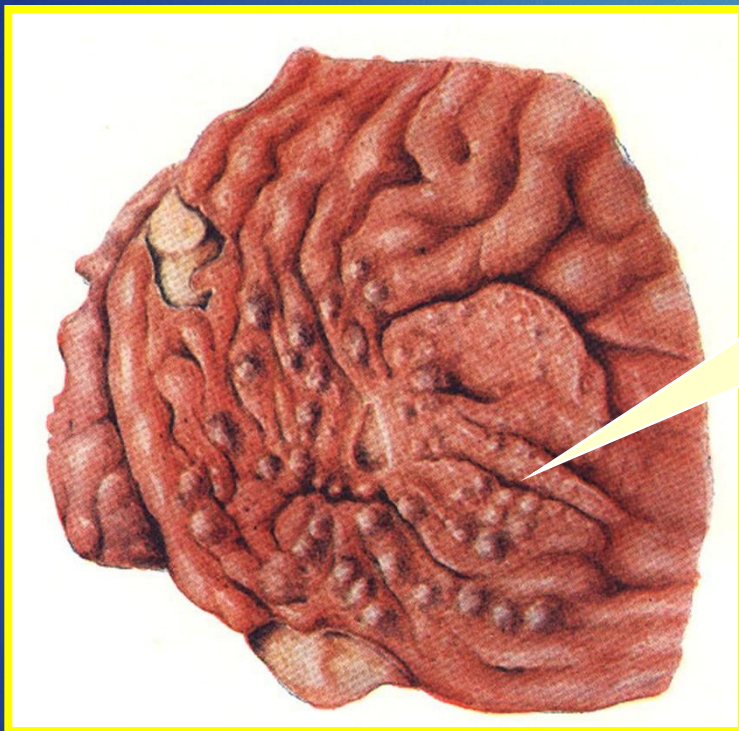


**Блюдцеобразный  
рак (15-20%)**

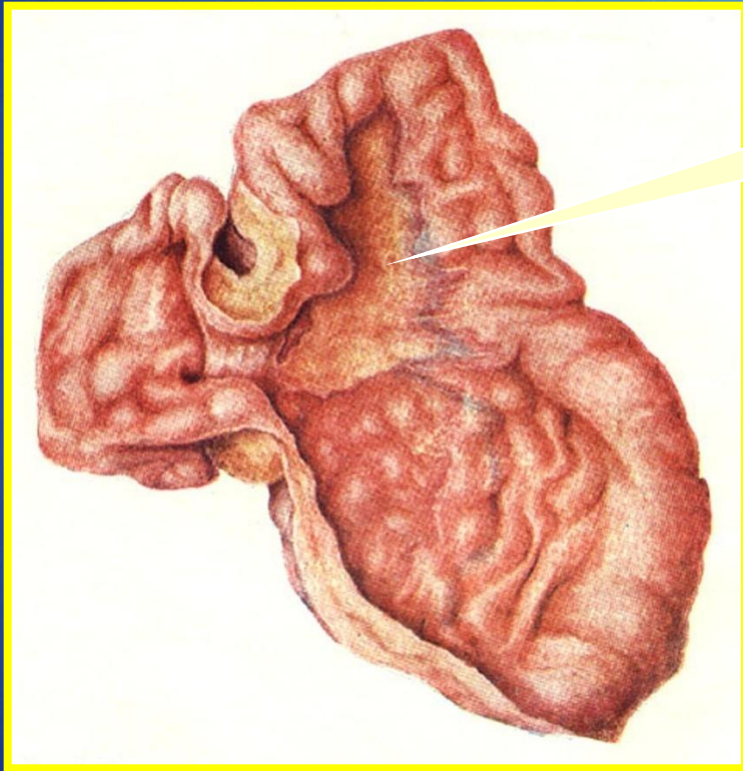




**Язвенно-  
инфильтративный рак  
(53,8%)**

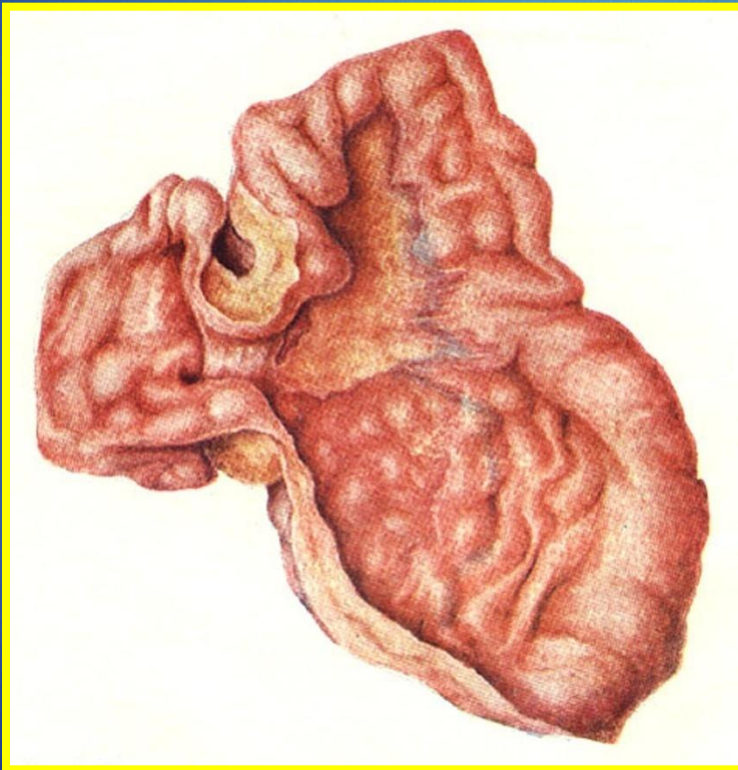


**Диффузный рак  
(5-10%)**



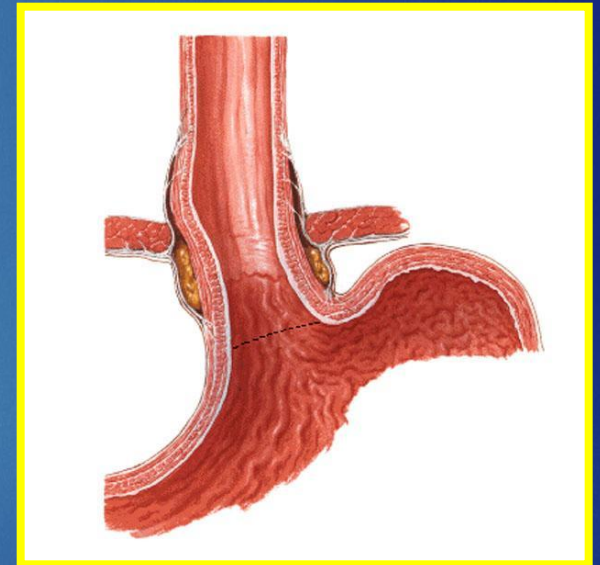
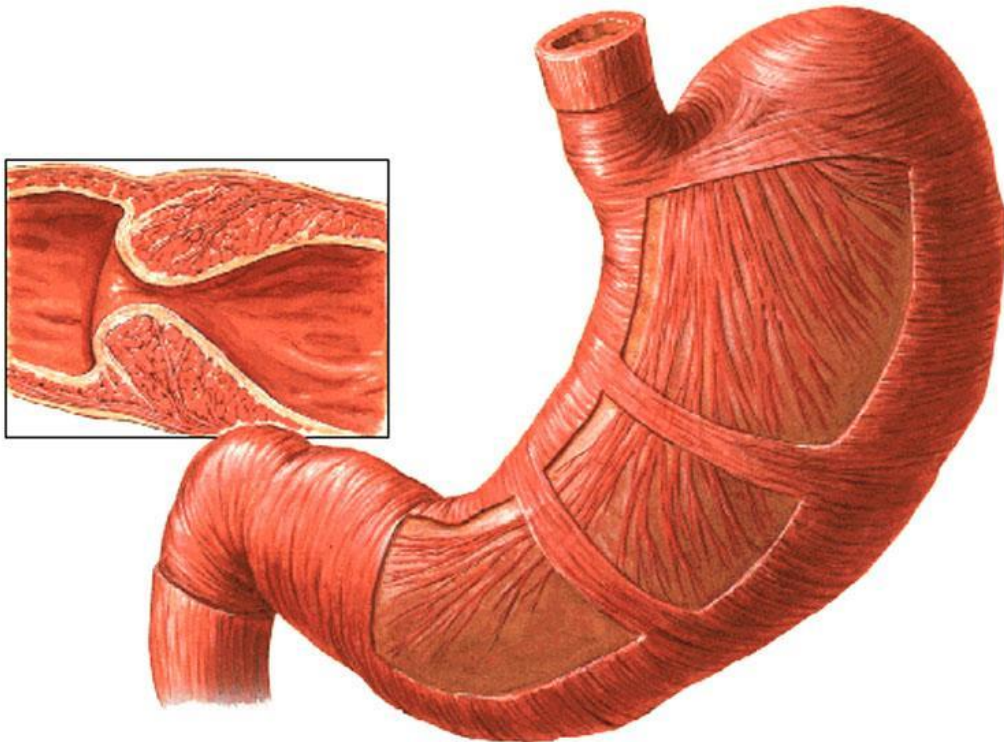
## ЭКЗОФИТТИ ӨСҮІ

## ЭНДОФИТНЫЙ РОСТ



# ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ

## ДИФFUЗНЫЙ ИНТРАМУРАЛЬНЫЙ РОСТ



# ГИСТОЛОГИЯЛЫҚ ТҮРЛЕРІ:



**АДЕНОКАРЦИНОМА:** (папиллярлық, тубулярлық, коллоидтық, муциноздық)


**Сақина тәрізді жасушалы рак**

**Безді-жалпақ жасушалы рак**

**Пісіп-жетілмеген рак**

**Жіктелінбейтін рак**

# РАКТЫҢ ПІСІП ЖЕТІЛУ ДӘРЕЖЕСІ



**Gx** - ісіктің пісіп-жетілу дәрежесі анықталмаған.

**G1** - жоғары дәрежеде пісіп-жетілген.

**G2** - орта дәрежеде пісіп-етілген.

**G3** - төмен дәрежеде пісіп-жетілген.

**G4** - пісіп-жетілмеген анапластикалық рак.

# АСҚАЗАН РАГЫНЫҢ ДАМУ САТЫСЫН TNM ЖҮЙЕСІМЕН ЖІКТЕЛУІ (2002)

0 даму сатысы – Tis N0 M0 (carcinoma in situ); аймақтық лимфалық түйіндерде метастаз жоқ).

I “А” даму сатысы – T1 N0 M0 – ісік шырышты, шырыш асты қабатын зақымдаған, аймақтық лимфа түйіндерде метастаз жоқ.

I “B” даму сатысы - T1 N1 M0 – ісік шырышты, шырыш асты қабатын зақымдаған, аймақтық 1-6 лимфалық түйіндерде метастаз бар.

- T2a N0 M0 – ісік бұлшық еттік қабатты зақымдаған, аймақтық лимфа түйіндерде метастаз жоқ.

- T2b N0 M0 – ісік сірлі қабаттың астына жабысқан, аймақтық лимфа түйіндерде метастаз жоқ.

# Асқазан рагының даму сатысын TNM жүйесімен жіктелуі (2002)

II “А” даму сатысы – T2 N0 M0 – ісік шырышты, шырыш асты, бұлшық етті қабатын зақымдаған, аймақтық лимфа түйіндерде метастаз жоқ.

II “В” даму сатысы – T1 N2 M0 – ісік шырышты, шырыш асты қабатын зақымдаған, аймақтық 7-15 лимфалық түйіндерде метастаз бар.

- T2a/b N1 M0 – ісік шырышты, шырыш асты, бұлшық еттен өтіп сірлі қабатының астына жабысқан, аймақтық 1-6 лимфа түйіндерде метастаз бар.

- T3 N0 M0 – ісік асқазанның барлық қабаттарын зақымдаған, аймақтық лимфа түйіндерде метастаз жоқ.



# Асқазан рагының даму сатысын TNM жүйесімен жіктелуі (2002)

**III “А” даму сатысы** – T2a/b N2 M0 – ісік шырышты, шырыш асты, бұлшық еттен өтіп сірлі қабатының астына жабысқан, аймақтық 7-15 лимфа түйіндерде метастаз бар.

- T3 N1 M0 – ісік асқазанның барлық қабаттарын зақымдаған, аймақтық 1-6 лимфа түйіндерде метастаз бар.
- T4 N0 M0 – ісік асқазанмен іргелес ағзалар мен тіндерді зақымдаған, аймақтық лимфа түйіндерде метастаз жоқ.

**III “В” даму сатысы** - T3 N2 M0 – ісік асқазанның барлық қабаттарын зақымдаған, аймақтық 7-15 лимфа түйіндерде метастаз бар.

**IV даму сатысы** – кез келген T, кез келген N, алшақ дене мүшелерінде метастаз бар.

# Асқазан рагының клиникалық белгілері;

- ▶ Жалпы симптомдар - немесе А.И. Савскийдің «кішірігім белгілері» - әлсіздік, жабырқау, жүдеу, тәбетсіздік.
- ▶ Жергілікті симптомдар: семсер тәрізді өскін аймағындағы ауру сезімі, диспептикалық синдромдар, функциялық бұзылыс синдромы (іштің кебуі, дисфагия, нәжістің сұйықталуы), терінің сарғаюы, кофе тәрізді құсық, мелена.

# Диагностика

- ▶ Шағымы
- ▶ Анамнез жинау
- ▶ Жалпы қарап тексеру
- ▶ Ер адамдарды – тік ішек арқылы, әйелдерді – қынапты саусақпен қарап тексеру.

Зертханалық зерттеу:

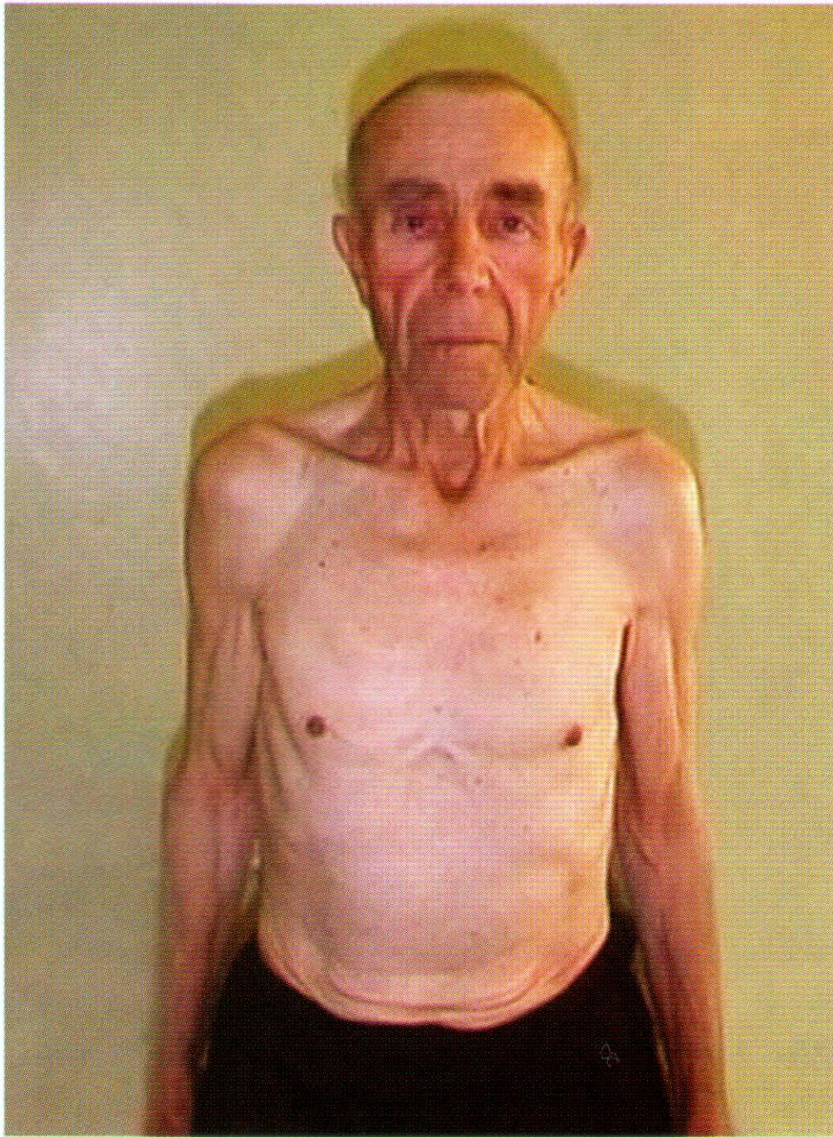
ЖҚА, ЖЗА, БХА, нәжістен жасырынды қанды зерттеу.

Аспаптық зерттеу әдісі;

- ▶ Асқазанды Рентгендік зерттеу
- ▶ Эндоскопиялық анықтау әдісі
- ▶ УЗИ (құрсақ кұысы ағзаларына)
- ▶ Кеуде клеткасына рентгенография
- ▶ Компьютерлік томография (көрсеткіш бойынша)

# ДИАГНОСТИКА

- ▶ Гистологиялық, цитологиялық зерттеу әдістері.
- ▶ Онкомаркеры РЭА, СА 72-4, СА 19-9, СА-125
- ▶ Анализ биоптата опухоли на HER2-neu, если диагностированы или заподозрены отдаленные метастазы.
- ▶ Диагностическая лапароскопия



Общий вид больного, страдающего раком желудка



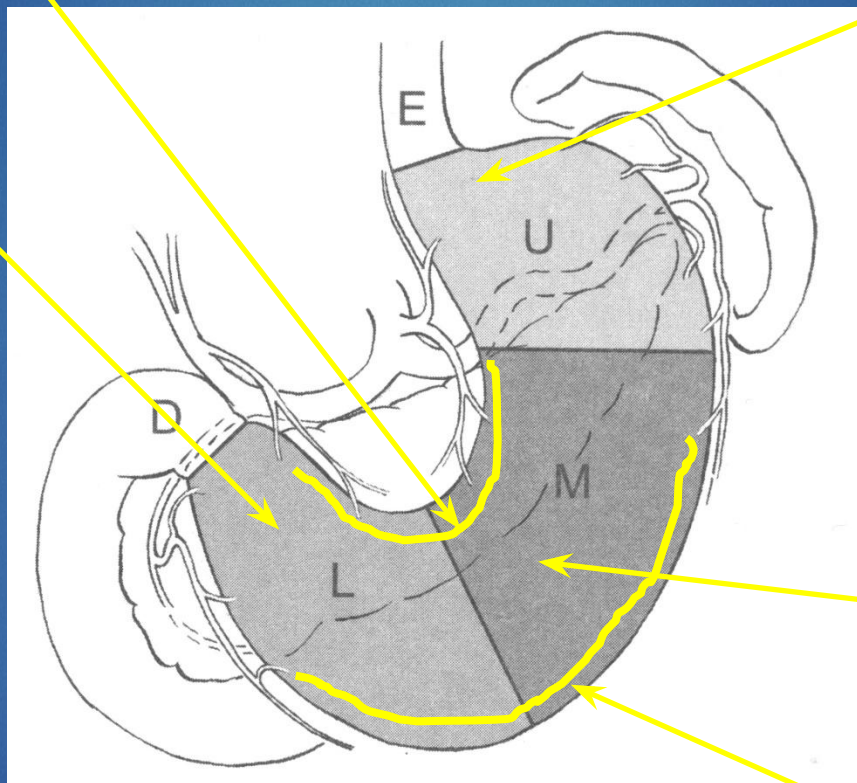
Метастазы рака желудка в кожу и мягкие ткани

# Асқазан рагының орналасуы

Кіші иіні – 25%

Проксимальды бөлік – 20%

Антральды бөлік және пилорикалық канал – 40%



денесі және антральды бөлік – 30%

Улкен иіні – 3%

# АСПАПТЫҚ ЗЕРТТЕУ АДІСІ

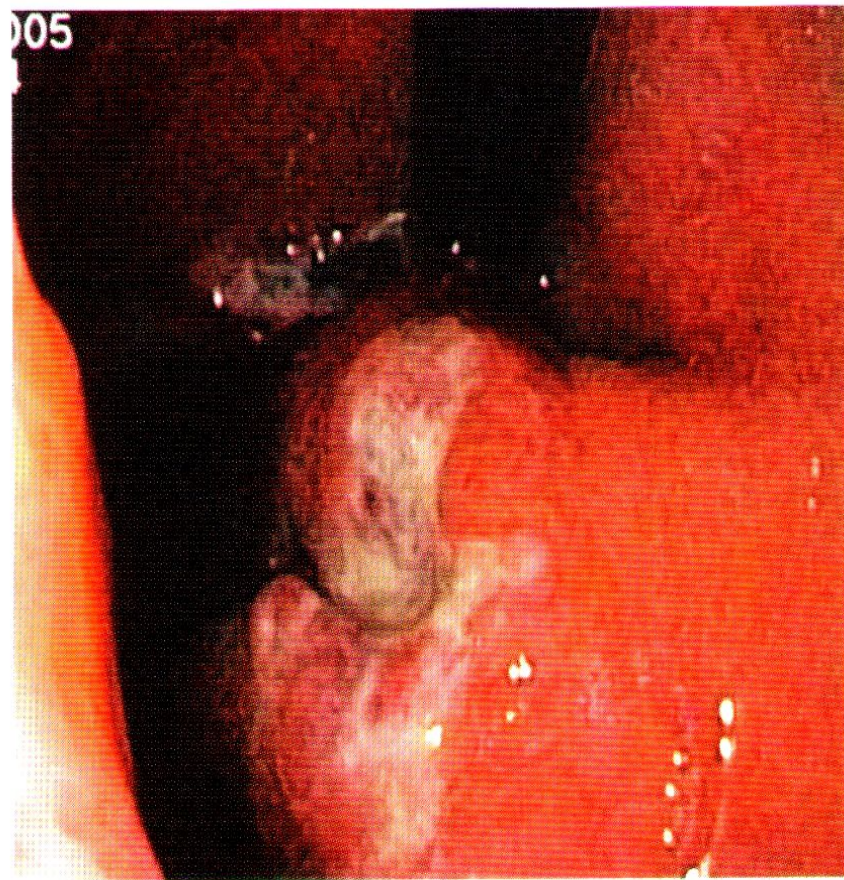
## КОНТРАСТНАЯ РЕНТГЕНОСКОПИЯ ЖЕЛУДКА



# ФГДС



Эндофото. Рак кардии и абдоминального сегмента пищевода



Эндофото. Инфильтративно-язвенный рак субкардиального отдела желудка



# Емі:

Негізгі емі хирургиялық ем

Химиотерапия, сәулелік ем

Лимфодиссекция

Таргентті терапия

Радиотерапия

# Хирургиялық ем

## Радикальды операциялар:

- ▶ Проксимальная субтотальная резекция желудка
- ▶ Дистальная субтотальная резекция желудка
- ▶ Гастрэктомия

## Паллиативті операциялар:

- ▶ Паллиативная резекция желудка
- ▶ Обходной гастроэнтероанастомоз
- ▶ Реканализация кардии
- ▶ Гастростомия



## **ХИМИОТЕРАПИЯ**

- 1) Цисплат -40 мг/м<sup>2</sup> вена арқылы
- 2) Эпирубицин -30 мг/м<sup>2</sup> вена арқылы
- 3) Фторурацил – 300 мг/м<sup>2</sup> вена арқылы
- 4) Лейковарин - 100мг/м<sup>2</sup> вена арқылы
- 5) Иринотекан - 60 мг/м<sup>2</sup> вена арқылы
- 6) Оксалиплатин -85мг/м<sup>2</sup> вена арқылы

# Пайдаланылған әдбиеттер

- ▶ [kazMedic.kz](http://kazMedic.kz)
- ▶ Клиникалық протокол МКБ 10 .2015 ж
- ▶ «Ісік аурулары» I – том. Ә. Е. Есенқұлов, Ж. Ә. Арзықұлов, Қ. Ә. Әбисатов, С. Ә. Есенқұлова, Алматы 2009ж. 203-215 бет