

Әл Фараби атындағы Қазақ Ұлттық университеті



Асқазан рагы

Мамандық аты, шифры: 7М05101 –
“Биология”

Орындаған: Пангереев Б. С

Тексерген : б.ғ.к., Ырғынбаева Ш. М.

Жоспар:

1.Кіріспе

1.1 Асқазан құрылысы

2 Негізгі бөлім

2.1 Асқазан рагы

2.2 Асқазан рагы жіктелуі

2.3 Асқазан рагы симптомдары

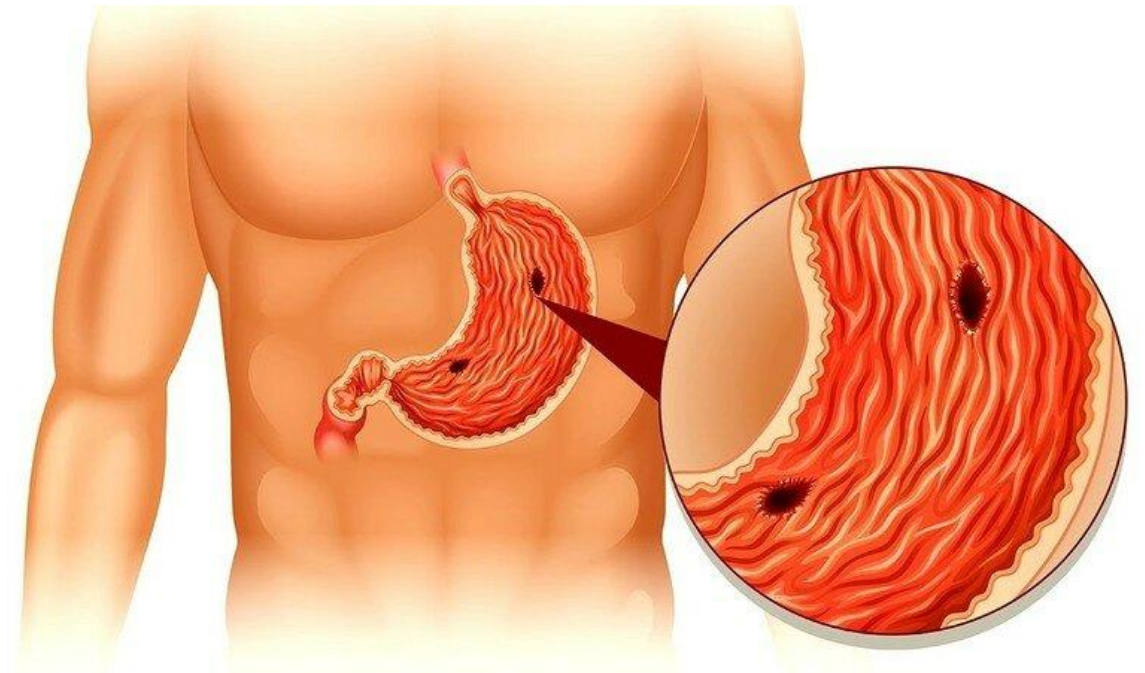
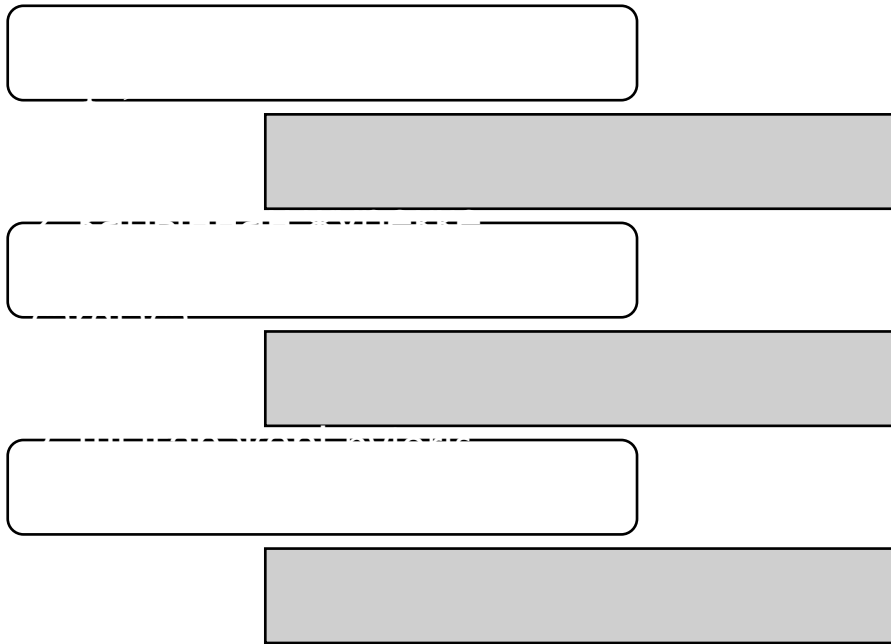
2.4 Асқазан рагының емделу шаралары

Қорытынды

Пайдаланған әдебиеттер

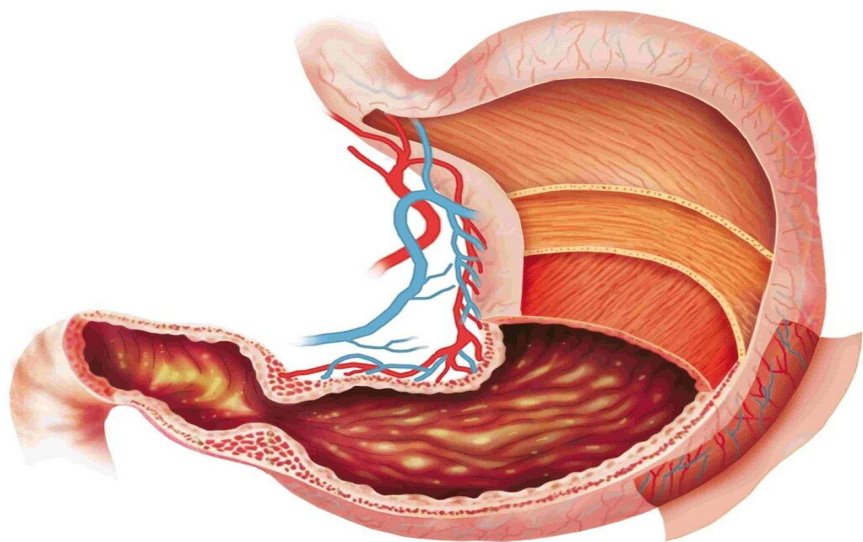
Асқазан

Қарынның жоғары және оңға қараған ойыс жиегінің кіші қисықтығы, *curvature ventriculi minor*, деп, ал төмен және солға қараған дөңес жиегі үлкен қисықтығы, *curvature ventriculi major*, деп аталады. Кіші қисықтығында, кіреберістен гөрі шығаберіске жақындау жерде ойық, *incisura ang.*, байқалады, ол жерде кіші қисықтығының екі учаскесі сүйір бұрыш, *angulus ventriculi*, жасай түйіседі. Қарында мына бөліктерін ажыратады:



Асқазанның клиникалық анатомиясы:

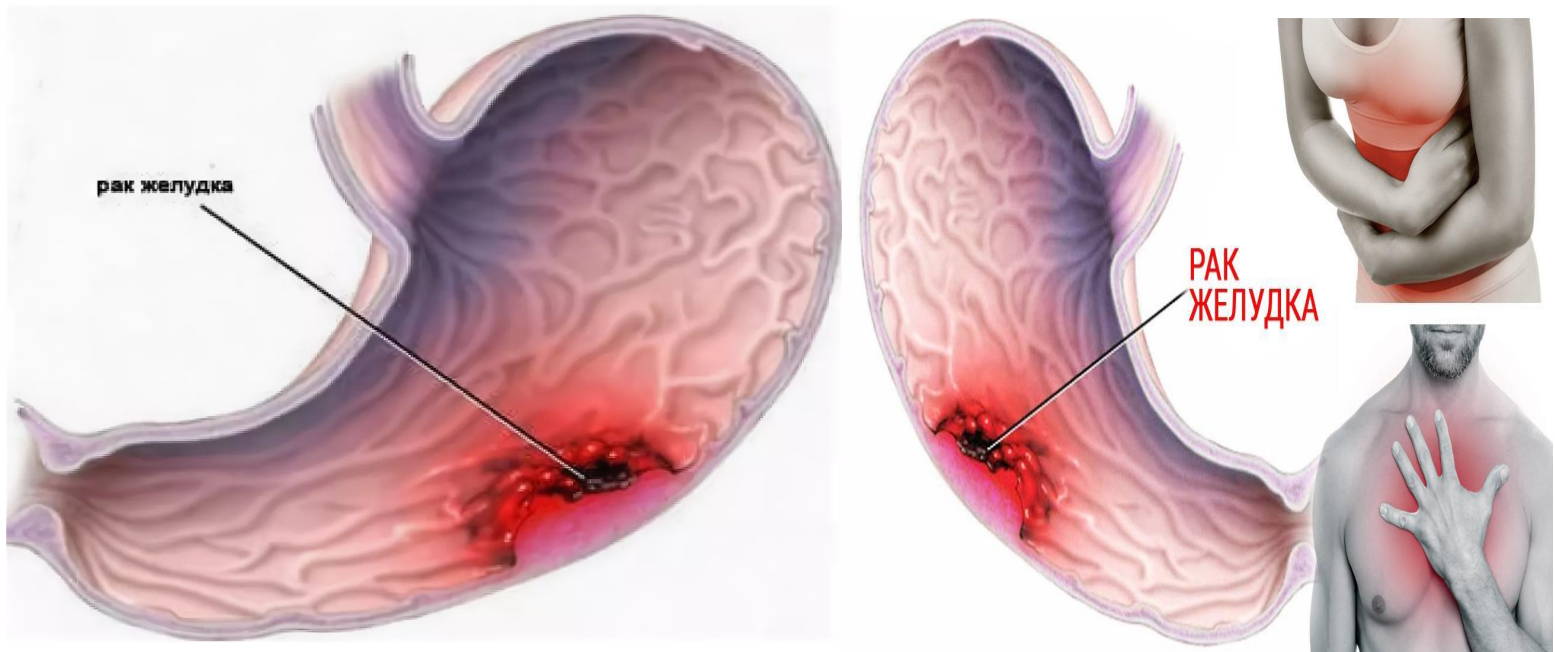
- Асқазан кардий, мүше түбі, дене және привратник деген бөлімдер бар. Кейінгі антральді (кең жері) және привратниктің өзі (тар жері) деп қарастырады. Бұл бөлімдердің әрқайсысы әртүрлі жиіліктегі қатерлі ісіктермен жарақаттанады. Ісік орналасуына сәйкес оның клиникалық көріністері болады. Привратникте немесе осыған жақын жерде жол тарылады, сөйтіп тағамның ішектерге қарай жүрісі нашарлайды.





Асқазан рагы

Асқазан рагы – қатерлі ісік, көбінесе асқазанның мүйізді эпителий жасушаларынан келеді. 95-тен асқазанның қатерлі ісіктері арасында % аденокарциномалар анықталды, жиі емес – басқа гистологиялық формалар – **лимфома, скамозлы жасушалық карцинома, лейомиозаркома, карциноид, аденоакантха**. Еркектерде асқазан қатерлі ісігі бар 1, Әйелдерден 7 есе жиі кездеседі; әдетте ауру 40-70 жасында дамиды (орташа жасы 65 жас). Асқазанның қатерлі ісігі асқазан ағзасына жедел метастазизмге бейім, жиі асқазан қабырғасы арқылы іргелес маталар мен мүшелерге айналады (ұйқы безінде, ұсақ ішек), көбінесе некроз және қан кету арқылы күрделі.



Аденокарцинома құрылысына қарай жіктелуі

Аденокарцинома құрылымына қарай:

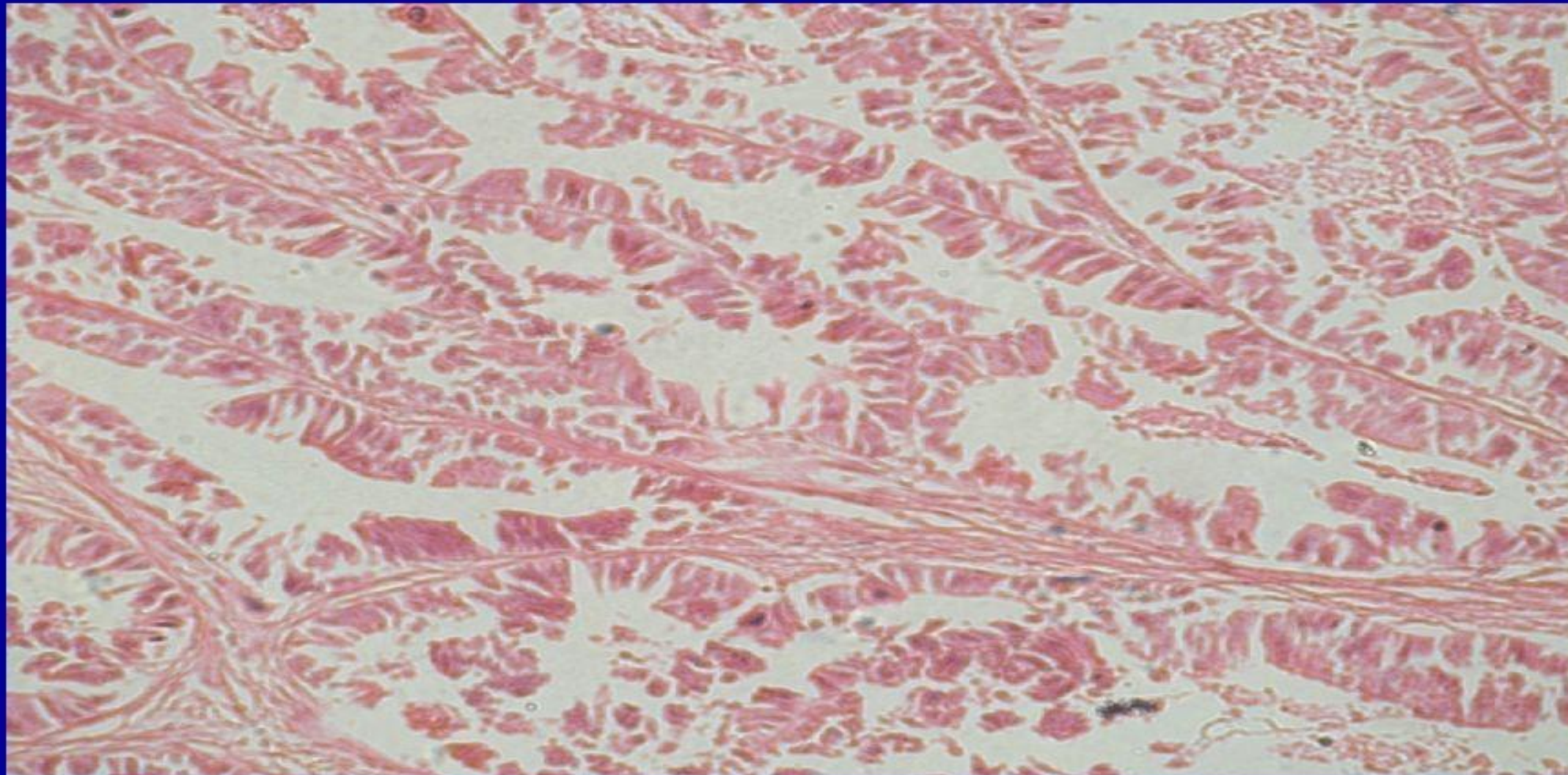
- ацинарлық немесе альволярлық (ісікте ацинарлық құрылымдар басым);
- тубурлярлық (түтіктік құрылымдар басым);
- бүрлік-бүрлік немесе еміздіктік (өсінділер басым);
- шырыштық немесе коллоидтық (торшалары көп) болып 4 түрге бөлінеді.

Аденокарцинома пісіп-жетілуіне байланысты үшке ажыратылады:

- толық пісіп-жетілген бездік рак — ісік құрылымы еміздікті, түтікті, ацинусты құрылымдардан тұрады, шырыш бөлмейді;
- толық пісіп-жетілмеген бездік рак —солидті құрылымда муцин, коллоид араласқан тіндері бар ісік;
- пісіп-жетілмеген бездік рак — құрылымында бездік тіндер аз, шырышы мол, [[сақина]] тәрізді торшалары бар ісік.

Бұлардың ішінде ең қатерлісі — морфологиялық тұрғыдан пісіп-жетілмеген бездік рак болып табылады.

Асқазанның аденокарциномасы



Рак өсу түріне байланысты:

I. Экзофитті экспансивті

- Табақша тәрізді

 Полип тәрізді

- фунгозды

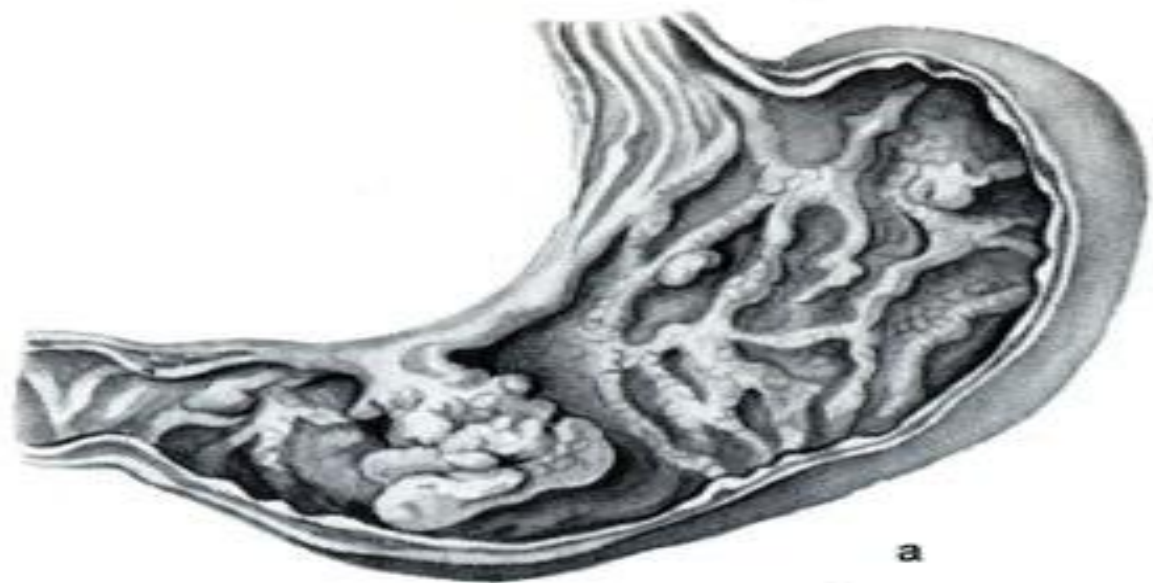
Жараланған рак: біріншілік-жаралы рак,
табақша тәрізді рак.

II. Эндофитті инфильтрациялы өсу

1) Инфильтрациялық жаралы

2) Диффузды

III. Аралас



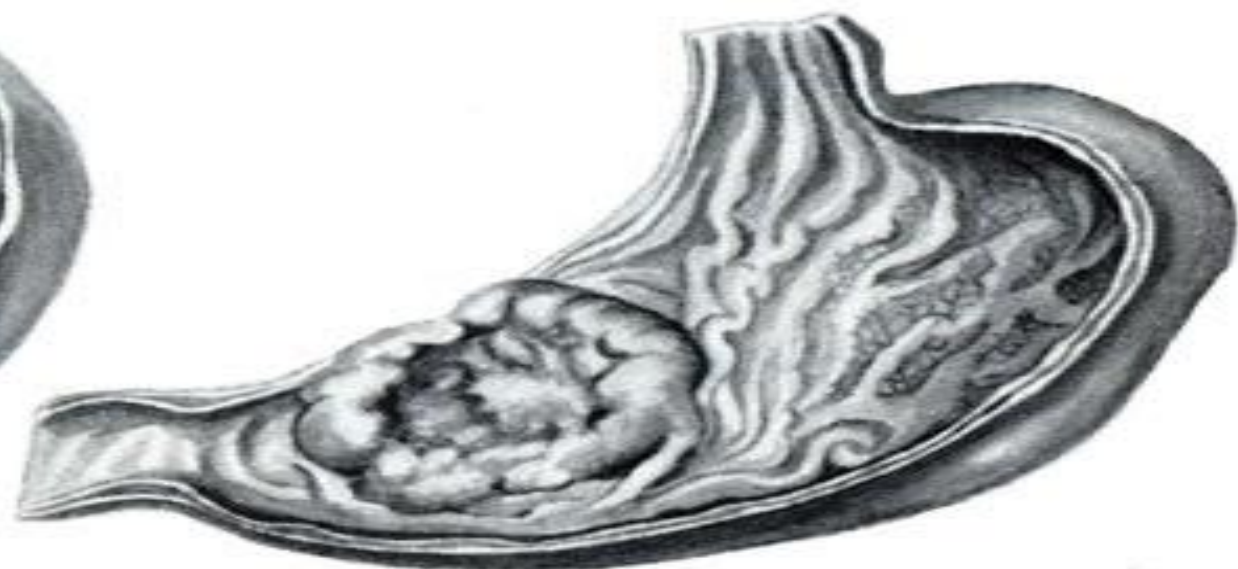
а



б



в



г

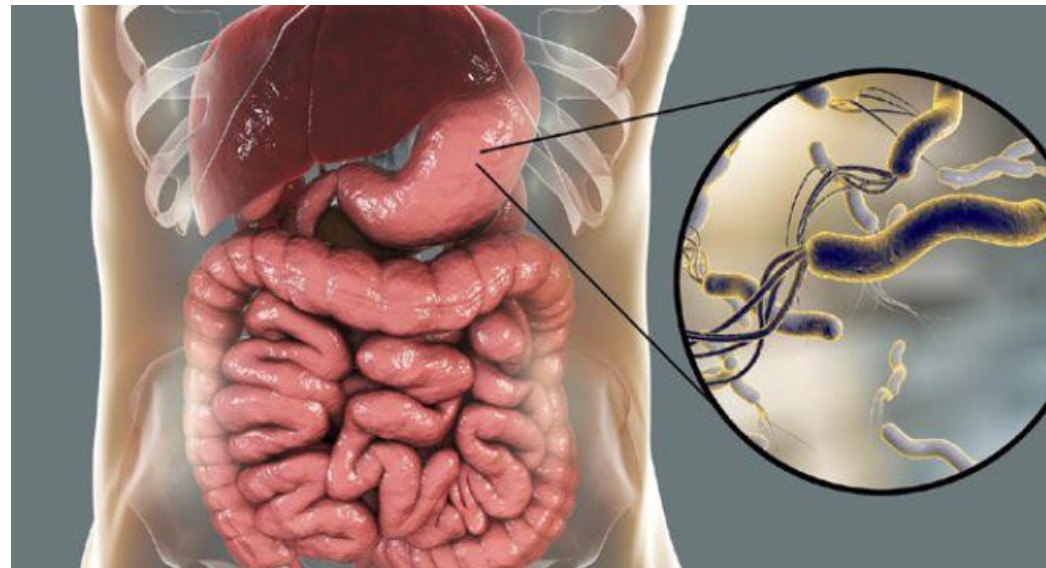
а - полипозная; б - диффузная; в - грибовидная (фунгозная); г - блюдцеобразная (с изъязвлением)

Асқазан рагының себептері

Қазіргі уақытта гастроэнтерологияда асқазан қатерлі ісігінің даму тетіктері мен себептері туралы жеткілікті білмейді. Қазіргі асқазан қатерлі ісігінің теориясы болжайды, **Helicobacter pylori** инфекциясы оның пайда болуында маңызды рөл атқарады. Тәуекелдік факторларының арасында төмендегіні атап өтіңіз:

- шылым шегу,
 - созылмалы гастрит,
 - асқазан операциясы,
 - зиянды анемия,
- гежоқикалық бейімділік.

Онкологиялық аурулардың даму қаупі асқазан аденомасы болып табылады, атрофиялық гастрит, созылмалы асқазан жарасы.



Этиологиясы

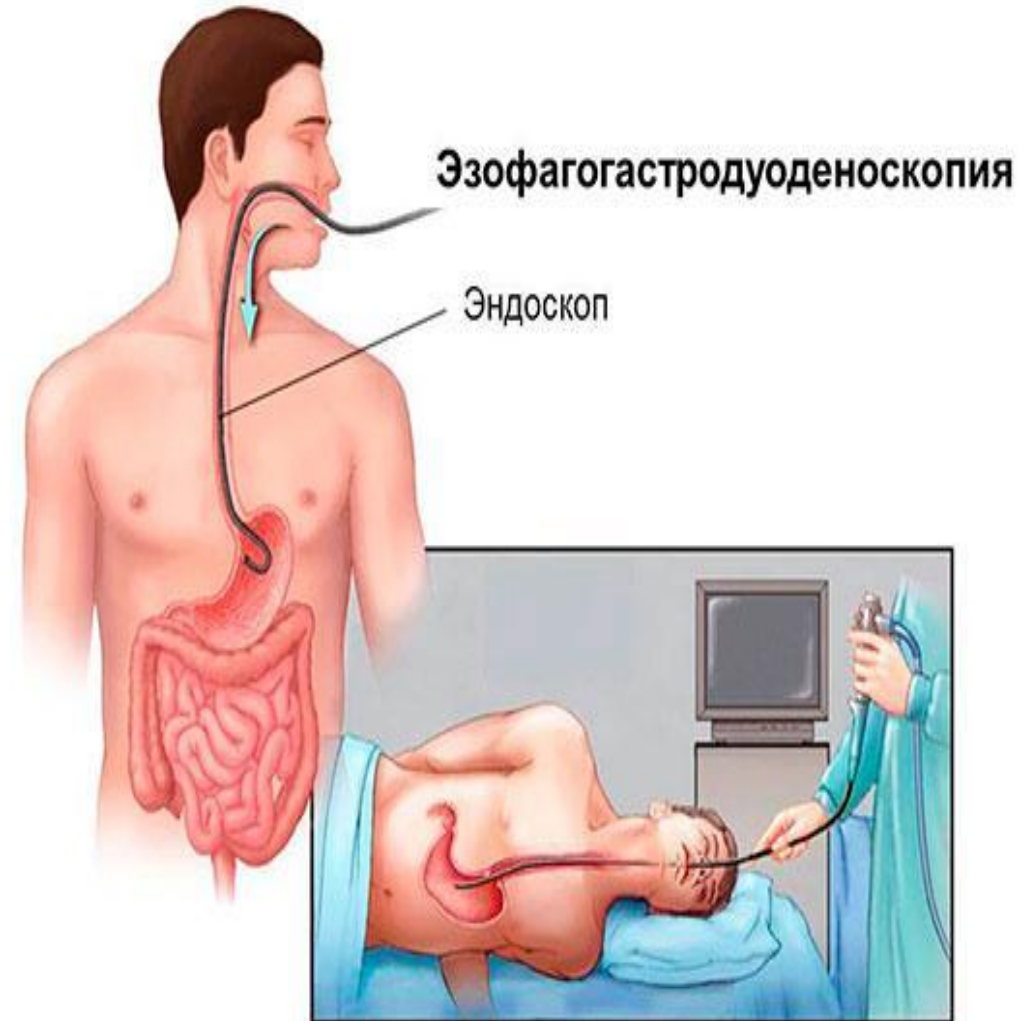
АСҚАЗАН РАҒЫНЫҢ ДАМУЫНДА РАКАЛДЫ
СЫРҚАТТАР-ДЫҢ МАҢЫЗЫ ЗОР. ОЛАРҒА:

- АТРОФИЧЕСКИЙ ГАСТРИТ
- АХЛОРГИДРИЯ (В 4-5 РАЗ ЧАЩЕ)
- ПЕРНИЦИОЗНАЯ АНЕМИЯ (В 18 РАЗ
ЧАЩЕ)
- ГИПЕРТРОФИЧЕСКИЙ ГАСТРИТ
- КИШЕЧНАЯ МЕТАПЛАЗИЯ
- АДЕНОМАТОЗНЫЕ ПОЛИПЫ (РИСК
10-20%) ЖАТАДЫ.

СОНЫМЕН ҚАТАР РАҚ ОСЫ СЫРҚАТТАР
БОЛМАҒАН ЖАҒДАЙДА ДА КЕЗДЕСЕДІ. БҰЛ
ЖЕРДЕ РАҚ ТУДЫРУШЫ ӘРТҮРЛІ
ЗАТТАРДЫҢ ӨСЕРІН ДЕ ЕСЕПКЕ АЛУ
ҚАЖЕТ.

Диагностикасы

- ❑ Диагностика биопсиямен гастроскопиямен қамтамасыз етіледі,
- ❑ Асқазан рентгені,
- ❑ Ішек мүшелерінің ультрадыбысымен,
- ❑ эндосонография,
- ❑ Ісік маркерлерін анықтау,
- ❑ жасырын қан талдау.
- ❑ Асқазан рагының таралуына байланысты, ішінара немесе толық асқазан рецептісі орындалады; химиотерапия және сәулелік терапия мүмкін.



Асқазан рагының жіктелуі



Асқазан рагы қатерлі ісіктердің халықаралық классификациясына сәйкес сатылар бойынша жіктеледі:

TNM классификациясы

t – жағдайы (даму сатысы)

бастапқы ісік (Ішектің іргелес маталар мен органдарда бөрту кезеңінің төртінші сатысына дейін),

N – аймақтық лимфа түйіндеріндегі метастаздардың болуы (N0-дан метастаздардың болмауы, N3-ге дейін – 15-тен астам аймақтық лимфа түйіндерінің метастазу инфекциясы),

M – алыстық органдар мен тіндерде метастаздардың болуы (M0 – нет, M1 – бар).



TNM классификациясы бойынша асқазан рагы

Шырышты
қабаты

Шырыш асты
қабаты

Бұлшық ет
қабаты

Серозды
қабаты

Көрші құрылым



Meduniver.com
Телемедицина

	IA	IB	II	IIIA	IIIB	IV
T	I	I – 2	I – 3	2 – 4	3 – 4	любой
N	0	0 – 1	0 – 2	0 – 2	1 – 2	любой
M	0	0	0	0	0	I

Воррманн бойынша асқазан рагының макроскопиялық жіктелуі

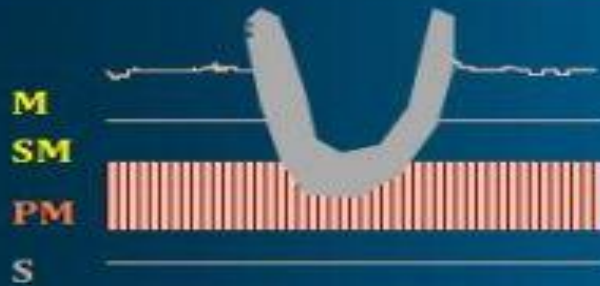
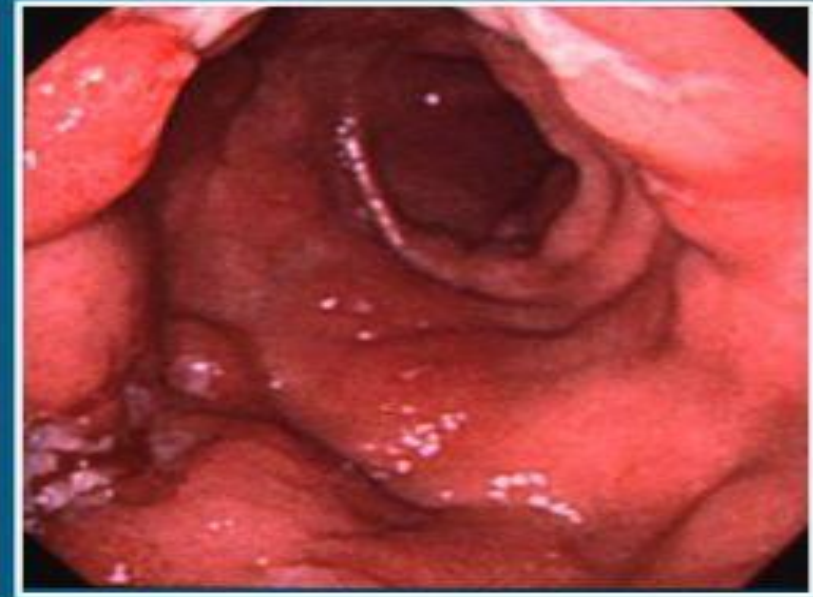
Type 2 T2

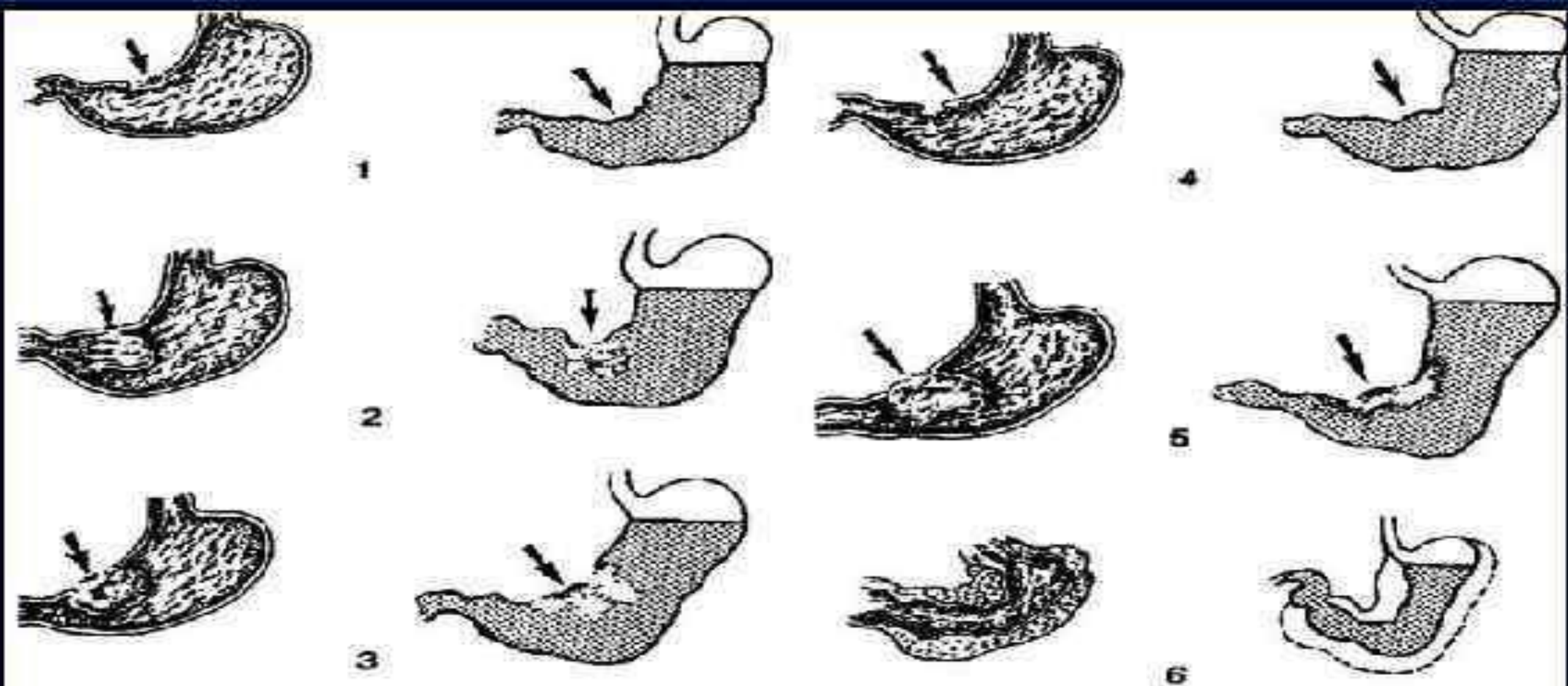


Type 3 T3



Type 4 T3





Асқазан рагының негізгі формалары

1 — бланковидный; 2 — полипозный (грибовидный); 3 — язвенный; 4 — первично-язвенный; 5 — инфильтративно-язвенный; 6 — диффузный. Левый ряд — анатомическая картина, правый — рентгенологическое изображение.

Өсу сатылары (дәрежелері)

- I. Ісік 3см дейін, тек кілегей қабыршақта немесе оның астынан тыс шығып кетпейді;егер жара раққа ауысса, ол да өсу дәрежесінде болып саналады. Ешқандай метастаз болмайды.
- IIа. Ісік 3 см үлкен және бұлшық еттерге көшкен кез, бірақ сырқатқа жетпеген уақыт. Метастаз жоқ.
- IIб. Ісік жоғарыдағы екі өсу дәрежесіндей және аймақтық лимфа бездерінің бір екеуінде метастаз болады.
- IIIа. Кез келген көлемдегі ісік бүкіл асқазан қабаттарын жарақаттап, өңешке немесе ұлтабарға ауысқан мезгіл. Көрші мүшелердің байланыс жүйелеріне дейін жетіп, бірақ оларды әлі жарақаттамаған уақыт.
- IIIб. Кез келген көлемдегі ісік егер ол аймақтық лимфа бездердің бірнешеуін жарақаттаса немесе артерия тамырларының бойындағы лимфа бездеріне көшсе, мәселен, сол жақ асқазан, іш, жалпы бауыр, көк бауыр артериялары.
- IV. Кез келген мөлшердегі ісік көрші мүшелерге көшсе немесе жергілікті жерде өскені соншалықты ол қимылдамайтын, сылуға келмейтін жағдайға келсе: немесе алыстағы мүшелерде метастаздар болса.

Асқазан рагының симптомдары

Асқазан қатерлі ісігінің дамуының бастапқы кезеңі көбінесе клиникалық көріністерсіз жүреді, белгілері дами бастайды, ереже бойынша, қазірдің өзінде **екінші немесе үшінші** сатысы ісіктері бар (субмукализ қабаттарында және одан әрі өсіру).

Аурудың дамуымен келесі белгілер пайда болады:

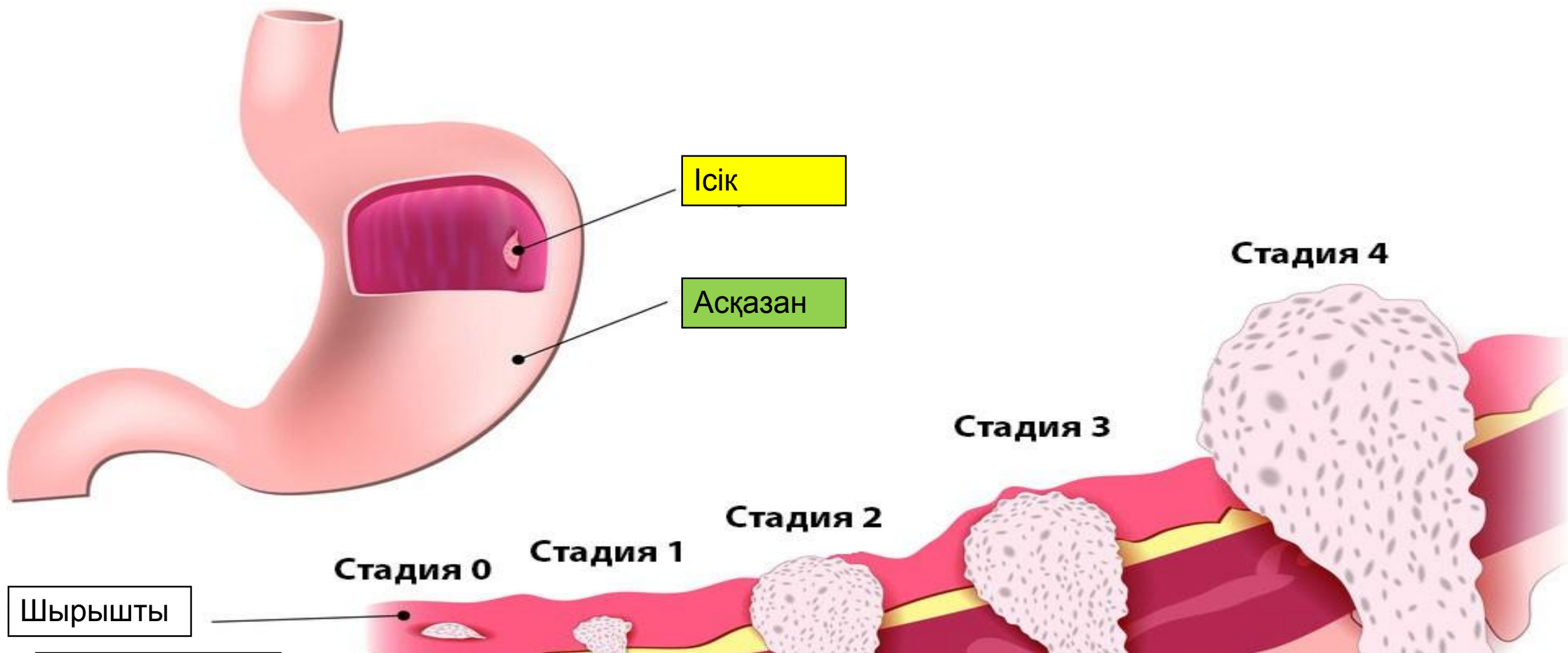
- эпигастр ауруы (бастапқыда қалыпты),
- Асқазанда тамақтанғаннан кейін ауырсыну,
- аппетит пен салмақ жоғалту,
- айнуы,
- құсу (құсу, ереже бойынша, асқазанның ашықтығын азайтады – пилорлық ісіктің оқшаулануы).
- Кардиумда қатерлі ісік дамыған кезде дисфагия мүмкін (жұтылу бұзылуы).

Рақтың үшінші сатысында (Ісік асқазан қабырғасының барлық қабаттарына, бұлшықетке және серозға дейін әсер еткен кезде) ерте саты синдромы пайда болады. Бұл асқазанның бөлінуінің төмендеуіне байланысты.

Қан тамырларында шағылысқан кезде асқазан қан кетуі мүмкін. Рак ауруының әсері: анемия, қуатты азайту, қатерлі ісік аурулары жалпы әлсіздіктің дамуына әкеледі, жоғары шаршау. Жоғарыда көрсетілген белгілердің бар болуы асқазан рагын анықтау үшін жеткіліксіз, Осылайша асқазан мен асқорыту органдарының басқа да аурулары пайда болуы мүмкін. Диагноз «асқазанның қатерлі ісігі» биопсияның деректері негізінде ғана белгіленеді.

Алайда мұндай симптомдарды анықтау дәрігер-гастроэнтерологқа қатерлі ісік ауруы анықталған кезде ерте анықтауды талап етеді.

Асқазан рагының даму сатылары



Асқазан рагы

- 2000 жылғы есеп бойыншы жер шарында 870 000 адам асқазан рагымен ауырады деп тіркелген. Оның үлесіне барлық қатерлі ісіктердің 8,7% кіреді. Ең үлкен ауру көрсеткіші Жапонияда еркектер арасында 69,2%; әйелдерде 28,6% (әр 100 000) адамға шаққанда), ең төменгі көрсеткіш Солтүстік Африкада болды. Қазақстанның Солтүстік облыстарында ол кең көп тараған. Мысалы: Павлодарда, Қостанайда, Қарағандыда. Ең азы Оңтүстік Қазақстанда Жамбыл, Атырау облыстарында. Республика бойынша көрсеткіш 18,9% құрайды. Өлімге келетін болсақ Республика бойынша 15% құрайды. Саны артық жерлер Қарағанды, Павлодар, Шығыс Қазақстанда. Аталмыш көрсеткіштер 2006-2007 жылдық есептен алынған. Бұл дертпен еркектер әйелдерге қарағанда екі есе жиі ауырады. Жас адамдарда ісік сирек кездеседі, бірақ жыл сайын дертке ұшырау мүмкіншілігі едәуір ұлғая түсуде. Жиі ауыратындар 60 пен 65 жас аралығындағылар.

Емдеу әдістері

Емдеу әдісін таңдау ісіктің негізі мен орналасқан жеріне, аурудың сатысына және науқастың жалпы денсаулық жағдайына байланысты жүзеге асырылады. Асқазан қатерлі ісігін емдеу үшін хирургиялық араласулар, химиотерапия немесе радиационды терапия қажет болуы мүмкін. Кейбір ауру жандарға емнің бірнеше түрі бірден қолданылуы мүмкін.

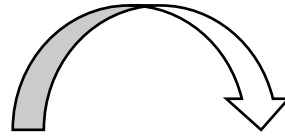
- ❑ **Жергілікті терапия:** Хирургиялық араласулар мен радиациялы терапия жергілікті емдеу түрімен байланысты. Олар асқазанға немесе оған жақын орналасқан рак ісігін бұзуға немесе оны жоюға бағытталады. Тіпті, рак ісігі басқа мүшелерге таралса да, зақымданған ағзадағы ісіну процессін бақылау үшін жергілікті терапия қолданылуы мүмкін.
- ❑ **Жүйелі терапия:** Химиотерапия түрлі жүйелі терапиямен байланысты. Ол үшін қан тамырлық арнаға рак ісігін бұзуға қабілетті және оның басқа ағзаға таралып кетпеуін қадағалайтын арнайы дәрі енгізіледі.



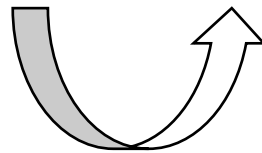
Хирургиялық араласу

Хирургиялық араласу асқазан қатерлі ісігін емдеу түрлерінің ең кең таралған түрі.
Хирургиялық араласу рак сатысының таралу процесіне байланысты жүргізіледі.

Хирургиялық емдеудің 2 негізгі түрі бар:



Ішінара (субтотальді) гастрэктомия: Хирург рак ісігі бар асқазанның бөлігін кесіп алып тастайды. Жойылатын бөліктер өңеш пен аш ішек болуы мүмкін. Оларға жақын лимфа түйіндері және басқа да тіндер жойылады.



Толық (тотальді) гастрэктомия: Хирург асқазанды жақын лимфа түйіндерімен бірге, өңеш пен аш ішектің бөліктерімен бірге, сондай-ақ, басқа да зақымданған тіндерімен бірге алып тастайды. Бұл кезде көкбауыр да алынуы мүмкін. Хирургиялық процесс аяқталғаннан кейін хирург өңеш пен аш ішекті жалғайды және «жаңа асқазан» деп аталатын аш ішектің тіндерін қайта құрады.

Химиотерапия

Химиотерапия – бұл қатерлі ісіктің клеткаларын жоятын, арнайы дәрілерді қолану арқылы жүргізілетін ем шара түрі болып табылады. Мұндай дәрілер қан айналым ағымына түсіп бүкіл ағзадағы қатерлі ісік клеткаларын жойып тұрады.

Көбінесе химиотерапияны хирургиялық операциядан кейінгі жағдайда тағайындайды. Сонымен қатар химиотерапиямен қоса радиотерапияны тағайындауы мүмкін.

Әдетте, асқазан қатерлі ісігін емдейтін дәрілерді тамыр арқылы енгізеді. Алайда, кейбір дәрілерді ішу арқылы қабылдауға болады. Химиотерапия қабылдау үшін, аурухана жағдайында жатып емделеді. Дегенмен шет елдерде күндізгі химиотерапия сеансынан кейін науқасты үйде қарау тәжірибесі жүргізілуде.



Радиациялық терапия



Радиациялық терапия (радиотерапия) – бұл жоғары энергетикалық сәулелер арқылы қатерлі ісіктің клеткаларын жоятын жергілікті қолданатын ем түрі. Радиотерапия тек сәуле түскен жердегі қатерлі ісік клеткаларын жояды. Радиотерапияны жүргізу үшін пациент аптасына 5 күн бірнеше апта бойы емдеу мекемесінде болуы тиіс.

Радиотерапияның жанама әсері қолданған мөлшері мен сәулелендірген дене бөлігіне байланысты болады. радиоактивті сәулелер іш айналасына жасалатын болса, жүрек айну, құсу, диарея сияқты жанама әсерлері туындауы мүмкін. сонымен қатар, радиотерапиядан кейін тері қызарып, құрғайды және серпімділігі азаяды.

Қорытынды бөлім

Асқазан рагымен ауруының алдын алудың негізгі бір шарты — дұрыс тамақтану, тым ыстық не өте суық тамақ ішпеу керек.

Тамақтану режимін сақтаудың үлкен мәні бар.

Тамақтың дәмді, құнды, құрамы әр алуан болуына мән беру керек. Жақсы демалу, дене шынықтырумен айналысу адамның ауруға қарсы тұру күшін молайтып, жүйке жүйесін, зат алмасуын

Ең маңызды шара — жылына бір рет тексеріліп тұрса, рак ауруының алғашқы нышанын тауып, емдеп жазуға болады.

Пайдаланылған әдебиеттер тізімі

1. Злокачественных опухолей. Издание четвертое, дополненное, исправленное.
2. Маржатка. Практическая гастроэнтерология, Прага, 1967 год.
3. Хирургия, руководство для врачей и студентов, под редакцией В.С. Савельева. Геоэтар медицина, 1997 год.
4. Егемен Қазақстан газеті. 11 наурыз 2011. “Темекінің адам денсаулығына әсері”.
5. Ж. Ахметов. Патологиялық анатомия. Алматы “Білім” баспасы, 2008.
6. www.yandex.ru
7. www.referatik.kz