

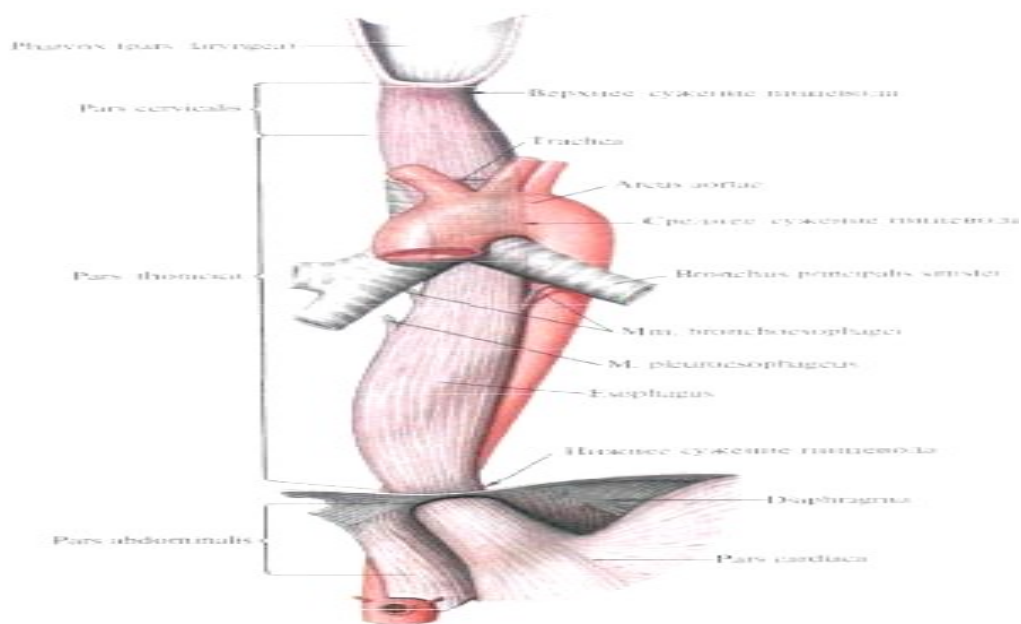
## Өңеш рагы

### Өңеш анатомиясы

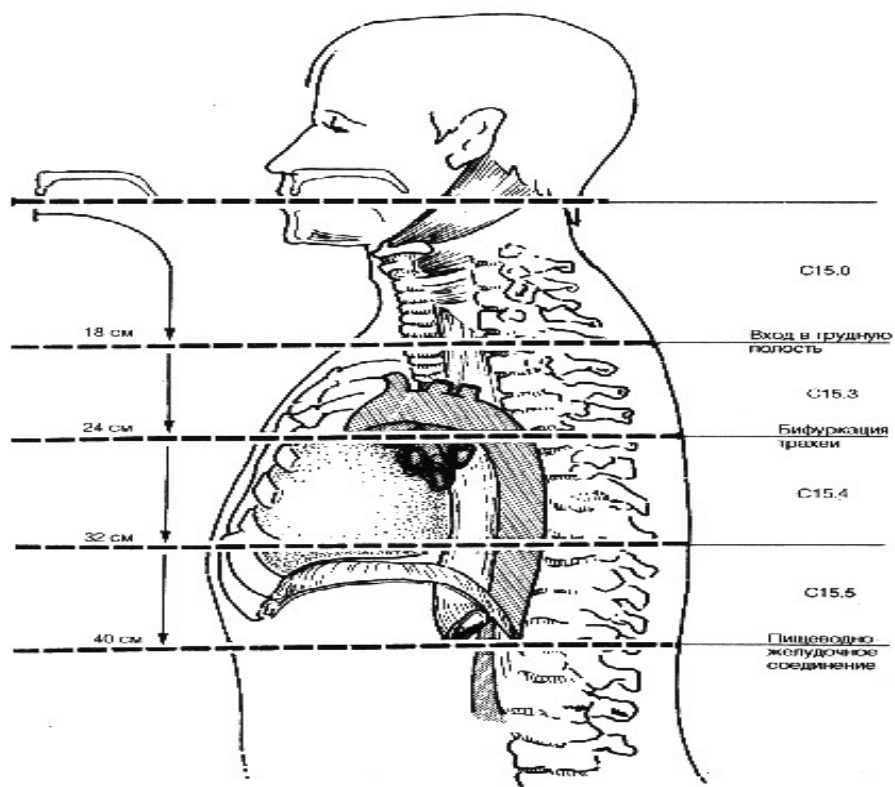
Өңеш-түтікше мүше (№1- сурет), оның ұзындығы 25 см., мойын, кеуде және іш қуыс бөлімдерден тұрады. Кеуде бөлімі үшке бөлінеді: жоғарғы 1/3, ол 2 кеуде омыртқасынан бастап, қолқа доғасының төменгі деңгейіне шейін; ортаңғы 1/3, - ол өкпе қақпасына сәйкес келетін жер; төменгі 1/3, ол өкпе тамырларынан басталып өңештің көк етке кіретін жеріне шейін. Кеуде бөлімі орталық кеуде аралығының артқы бөлігінде орналасады, онымен кеңірдек, сол жақ негізгі бронх, кеуде қолқасы және оның доғасы, кезбе және кері қайтқан көмей жүйкесі жанасады. Үш жерінде өңеш өзегі физиологиялық түрде тарылады: біріншісі – жұтқыншақтың өңешке айналатын жерінде, екіншісі – 4-5 кеуде омыртқаларының тұсында (бұл жерде сол жақ негізгі бронх бар), үшіншісі – көк ет тесігінде. Осы физиологиялық тарылған өңеш бөліктерінде рак ауруы жиі кездеседі.

Өңештің төменгі күрек тіске байланысты ұзындығы №2- суретте көрсетілген.

Өңеш үш қабаттан тұрады, оның ішкісі – шырышты, ортаңғысы – бұлшық еттерден және сыртқысы дәнекер қабаттан. Өңештің сыртқы қабаты қорғаныс қабілетін атқара алмайды, сондықтан рак ауруында ісік айналасындағы көрші ағзалармен сау тіндерге тез тарайды. Осы көрсетілген кейінгі жағдайларда операция жасалынбайды. Өңештің көлденең кесіндісі №3- суретте көрсетілген. Өңештің шырышты қабаты қалың боп келеді, ол жайылмалы клеткалы эпителиймен жабылады да, ол үдемі түлеп отырады, әсіресе егде жастағы адамдарда. Осы қабатта пайда болған рак жайылма клеткалы рак болып саналады.



№1-сурет. Өңеш анатомиясы



№2- сурет. Өңештің төменгі күрек тіске байланысты ұзындығы



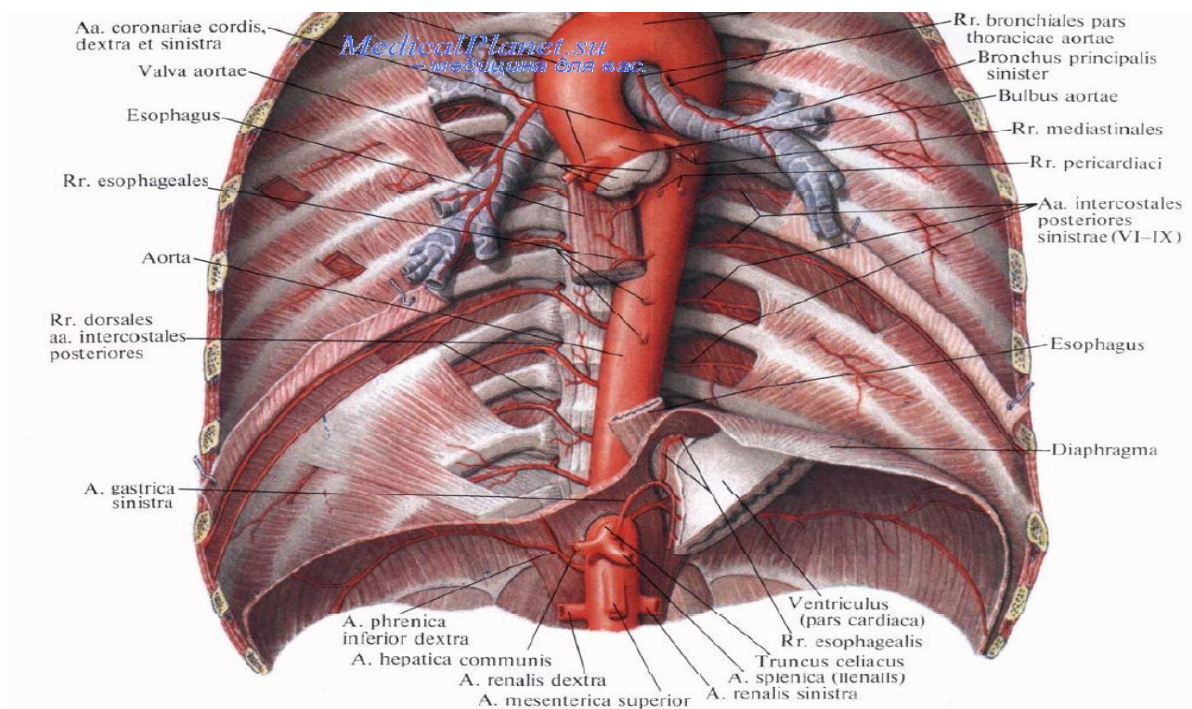
№3- сурет. Өңеш қабатының көлденең кесіндісі:

1 - эпителий; 2- лимфа фолликуласы; 3- ет қабаты; 4 - бездер; 5- шырышты қабаттың бұлшық еттері; 6 - көк қантамырлары; 7- артериялары

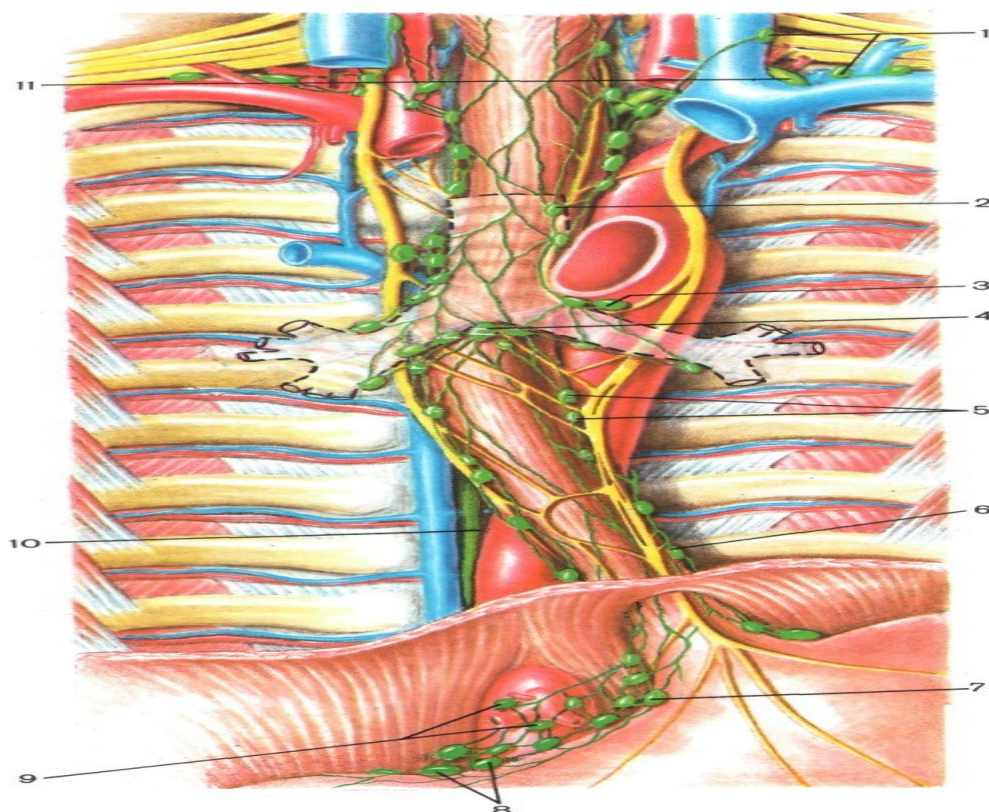
Өңештің шырышты қабаты ішкі бөлігіне жеткен жерінде цилиндрлі эпителиймен жабылып, асқазанға өткенде безді эпителиймен алмасады. Ал егер кардий қыспағы жеткіліксіз болған жағдайда, асқазандағы тұз қышқылы өңешке қарай өтіп, оның цилиндрлі эпителийін зақымдап, оларды безді

эпителийге ауыстырады да, одан безді рак өнеді, ондай рақты аденокарцинома дейді. Өңештің мойын тұсы төменгі қалқанша без артериясы арқылы қоректенеді. Кеуде бөліміне аортаның кеуде бөлімінен өңешке арнайы шығатын қысқа тармағы келеді, ал төменгі бөлімі – сол жақ асқазан және төменгі көк ет артериялармен байланыста болады. Қан шырышты қабат астында орналасқан көк қантамырлары арқылы кері жүреді (№4- сурет).

Лимфа тамырлары өңештің барлық қабаттарында өте бай дамыған, олар арқылы лимфа сұйығы өңештің алдыңғы және артқы жағында орналасқан бұлшық еттері арқылы мойынмен, орталық кеуде аралығымен және іш қуысының жоғарғы бөлімінде орналасқан мүшелермен тікелей байланыста болады. Өңештің мойын бөлігінде: сатылы, ішкі күре тамыр, жоғарғы және төменгі мойын, өңеш айналасындағы (перизофагеальды) және бұғана үстіндегі лимфа түйіндері; кеуде қуыс бөлігінде: жоғарғы өңеш айналасындағы (v.azygos-тан жоғары), кеңірдек айрығындағы (бифуркациялық), төменгі өңеш айналасындағы (v. azygos-тан төменгі), кеуде аралық, асқазан айналасындағы (құрсақтан тыс) лимфа түйіндері орналасады (№5- сурет). Осының нәтижесінде өңеш рагы барлық бағытта дамып, бөгелме ісіктерді береді.



№4- сурет. Өңештің қантамыр жүйесі

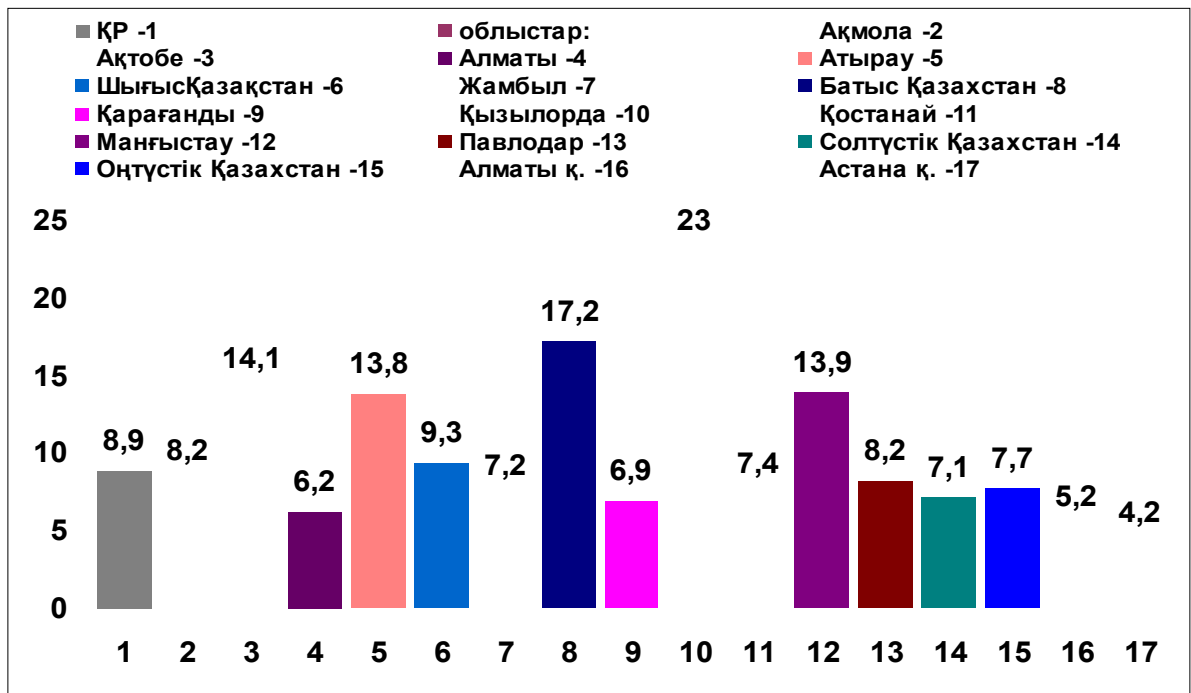


№5- сурет. Өңештің аймақтық лимфа түйіндері.

1- мойынның тереңгі лимфа түйіні; 2- кеңірдек айналасындағы (паратрахеальды) лимфа түйіні; 3-жоғарғы кеңірдек-бронх лимфа түйіні;  
 4- төменгі кеңірдек-бронх лимфа түйіні (бифуркациялық); 5- артқы кеуде аралық лимфа түйіні; 6- жоғарғы көк ет лимфа түйіні; 7- асқазанның сол жақ лимфа түйіні; 8- асқазанның оң жақ лимфа түйіні; 9- құрсақтық лимфа түйіні; 10 – кеуде өзегі; 11- кеуде өзегінің сол жақ көктамыр бұрышына құйылатын жері.

### Өңеш рагының эпидемиологиясы

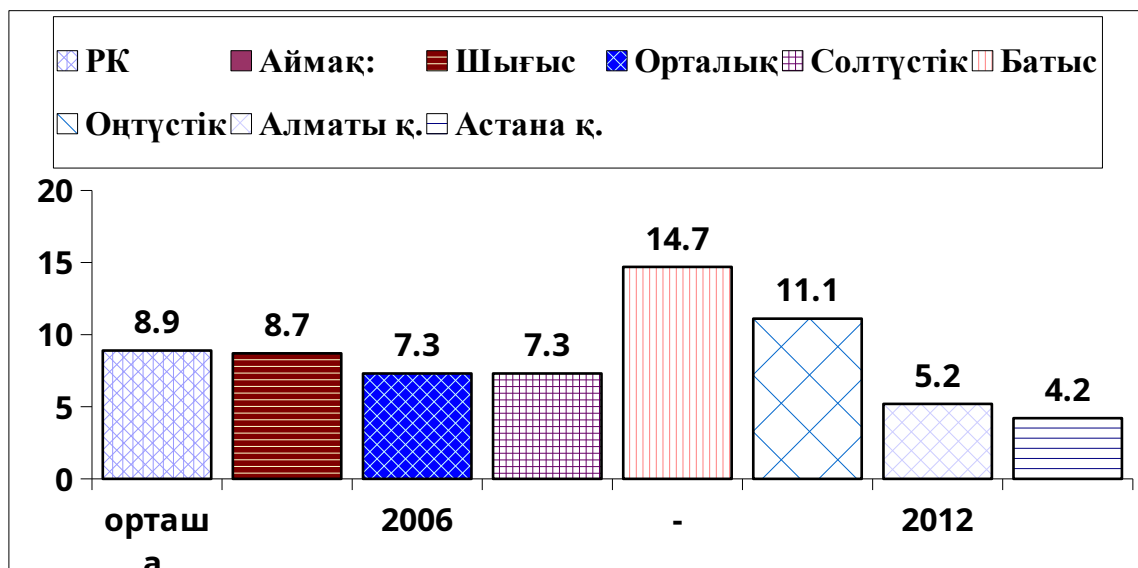
Жер шары бойынша өңеш рагының көп тараған жерлеріне - Солтүстік Иран, Қытайдың кейбір аудандары, Оңтүстік Африка, Түрікменстан және Өзбекстан жатады. Қазақстан бойынша барлық қатерлі ісік ауруларының ішінде өңеш рагының өзіндік салмағы еркектер арасында 5,6% тең болса, ал әйелдерде - бұл көрсеткіш 4,5% құрайды . Қазақстанда өңеш рагы барлық адамдарды қосқанда жиілігі жөнінен 5-орында, өкпе, тері, сүт безі және асқазан рактарынан кейін тұр. Ерлер арасында 4-орынды, ал әйелдер арасында 7-орынды алады. Республика бойынша (2006-2012 жж.) өңеш рагының орташа аурушандық көрсеткіші - 8,9‰ құраса, онда оның өте жиі кездесетін жерлері бар (№6- сурет).



№6- сурет. Өңеш рагының Қазақстан облыстары бойынша орташа аурушандық көрсеткіші (2006-2012 жж.).

Ең жоғарғы аурушандық көрсеткіш - Қызылорда (23,0‰), Батыс Қазақстан (17,2‰), Маңғыстау (13,9‰), Атырау (13,8‰) және Ақтөбе (14,1‰) облыстарында тіркелсе, ал өте сирек кездесетін жерлерге - Алматы (6,2‰), Астана (4,2‰) қалалары мен Жамбыл (7,2‰), Солтүстік Қазақстан (7,1‰) және Оңтүстік Қазақстан (7,7‰) облыстары жатады.

Өңеш рагының Республикамызда жиі тараған аймақтарына - Батыс (14,7‰) пен Оңтүстік (11,1‰) өңірінің тұрғындары орын алады, ал ең төменгі көрсеткіші Орталық (7,3‰) пен Солтүстік (7,3‰) өңір мен Алматы (5,2‰) және Астана (4,2‰) қалалары алды (№7- сурет). Сонымен Қазақстанда жиі кездесетін аймақтардағы қазақ ұлтының тұрғындары, басқа ұлттармен салыстырғанда, өңеш рагымен 5-10 есе жиі ауырады.

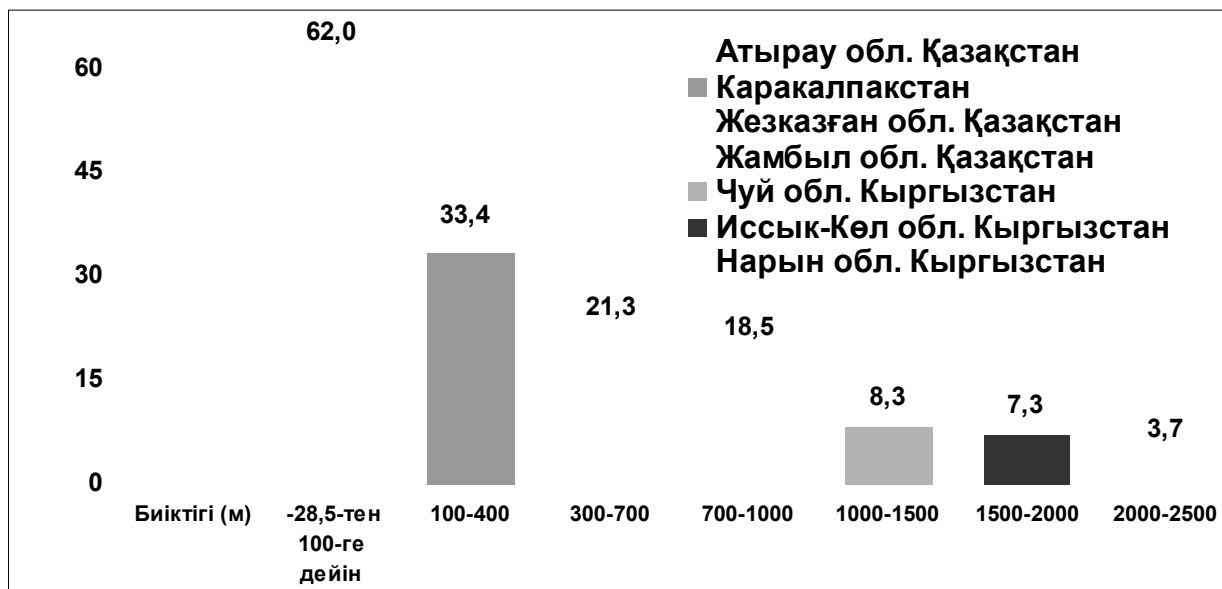


№7- сурет. Өңеш рагының Қазақстан аймақтары бойынша орташа аурушандық көрсеткіші (2006-2012 жж.).

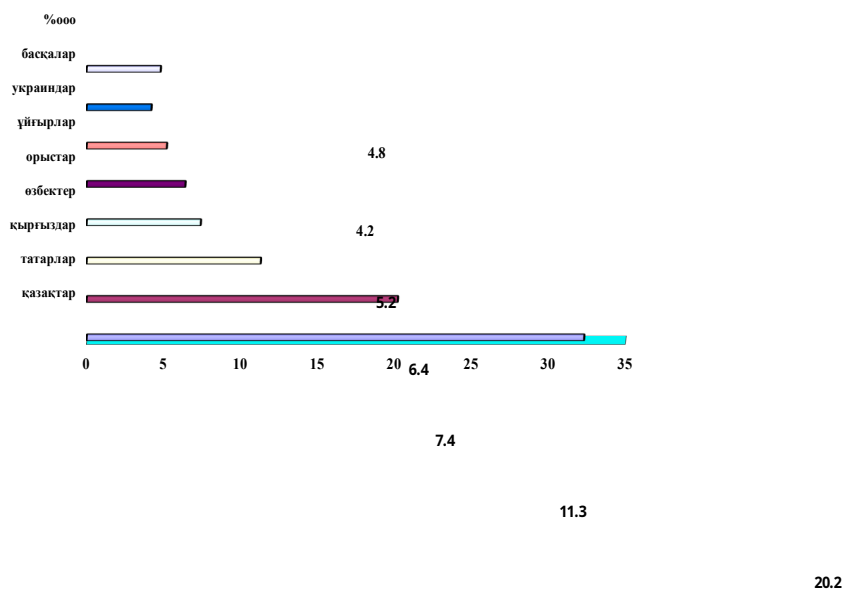
1980 жылдан бастап, (кейінгі 25-26 жылдың ішінде) Қазақстанда өңеш рагының аурушандық көрсеткіші төмендеуде. Бұл көрсеткіш 1989 жылы Қазақстан бойынша 15,5%0000 ке тең болса, ал ол 2003 жылы - 10,3%0000-ке жетіп, 2006-2008 жылдары, орта есеппен - 8,9%0000-ды құрап отыр. Мұндай қарқын республиканың барлық облыстарында да байқалып отыр. Аурушандық көрсеткіші өңеш рагынан жоғары болған Батыс аймағындағы облыстарда – 1989 жылы Атырау (30,1%0000), Ақтөбе (23,1%0000) және Батыс Қазақстан (25,6%0000) облыстарында ең жоғарғы аурушандық көрсеткіш тіркелсе, ал осы баламалы көрсеткіш 2008 жылы – 14,0%0000, 14,5%0000 және 17,5%0000, сәйкестікте, тең болып, шамамен 1,5-2,0 есе төмендеп отыр. Соңғы жылдары онкоэпидемиологиялық зерттеулердің нәтижесінде өңеш рагының таралу ерекшеліктері де анықталып отыр. Соның ішінде көршілес Қырғызстанда жүргізілген ғылыми жұмыс бойынша, өңеш рагының таулы аймақтағы ерекшелігі байқалып, оның аурушандық көрсеткіші теңіз деңгейіне байланыстығы анықталған (№8- сурет). Халықтардың теңіз деңгейінен бастап, одан төмен және биікті жерлерде қоныстануына қарай, өңеш рагының аурушандық көрсеткіші әрбір 200- 500 метрге биіктеген сайын төмендей берген (№ 9- сурет).

Қазақстандағы Атырау облысындағы (-28,5 тен 100 м. дейін) тұрғындардың өңеш рагымен аурушандық көрсеткіші, Қырғызстандағы Нарын облысымен (2500 м биік) салыстырғанда 17 есе, Ыстық-Көл облысымен (1600 м.) - 9 есе, Чуй облысымен (1200 м.) - 8 есе артық кездескен. Сонымен қатар таулы жерде тұратын елдердің этникалық тобына байланысты ерекшелігі анықталған. Жергілікті қырғыздардың өңеш рагымен аурушандығы, сол жерде тұратын қазақтармен салыстырғанда 2-3 есе сирек шалдығатыны, ал Қырғызстанда тұратын қазақтар, тарихи отанында тұратын отандастарымен салыстырғанда 5 есе кем ауратыны анықталған. Бұл көрсетілген өзгешіліктер таулы жердегі гипоксиямен байланыстылығы

дәлелденген. Жалпы қатерлі ісіктер, оның ішінде өңеш рагы, таулы гипоксияға бейімделген адамдарда сирек кездесетіні анықталған.



№8- сурет. Орта Азия мен Қазақстан аймағындағы әртүрлі теңіз деңгейінен биікте тұруына байланысты өңеш рагының орташа аурушандық көрсеткіші (1979- 1981 жж.)



№ 9-сурет. Қырғызстандағы негізгі этностық топтағы адамдардың өңеш рагымен аурушандық орташа көрсеткіші (1959-1983 жж.)

Қазақстандағы өңеш рагымен аурушандық көрсеткішінің динамикасы былай сипаталады: 1980 жылғы көрсеткіші – 20,3‰ болса, 1990 жылы -- 15,0‰, 2000 жылы бұл көрсеткіш - 11,2‰, ал 2005 жылы - 9,3‰-ке дейін төмендеп, соңғы үш жылда 8,9‰-ға тең болған.

Қазақстандағы өңеш рагымен аурушандық көрсеткіші мен өлім-жітім көрсеткіштерінде аса айырмашылық жоқтың қасы. 2006 жылы ауру

көрсеткіші 9,8‰ болса, өлім осы жылда 8,0‰ болған. Бұл көрсеткіштер аурушандық пен өлім-жітім арасында аса алшақтықтың жоқтығын айқындайды. Оның себебі алғаш рет өңешпен аурған адамдардың ішінде соңғы сатысындағы рақтың меншікті үлесі жоғары болуына байланыстығында болып отыр. Сонымен, өңеш рагымен аурғандардың ішінде, олардың бір жылдық өмір сүру көрсеткіші (49,5%) ең жоғары болуы, жоғарыдағы жалпы өлім-жітім көрсеткішімен тікелей байланысты болып отыр.

Өңеш рагының жас пен –жыныс аралық ерекшеліктері әртүрлі болады. Әлемдік стандарт бойынша, анықталған еркектер арасындағы аурушандық көрсеткіш, әйелдерге қарағанда 6 есе жиі болған. Жас ұлғайған сайын аурушандық көбейе береді де, - ең жоғарғы көрсеткіш егде жастағы адамдарда кездеседі, ал 60 жастан асқандар, 40-49 жастағыларға қарағанда 10 есе жиі өңеш рагымен аурады (орташа жас 66 жыл).

Өңеш рагын қоздырғыш себептер әр жерде әртүрлі. Науқастардың жиі кездесетін жерлерінде рак қоздырғыш заттар тағаммен тікелей байланысты келеді.

Солардың ішінде өте зияндысы:

- ыстық сусындар мен тағамдар,
- мұздаған еттер мен ұсақ сүйекті балықтар,

Ал енді, осы ісікпен сирек зақымдалатын жерлерде, зиянды әсерін тигізетіндерге мыналар жатады:

- темекі тарту,
- арақ пен басқа жоғарғы градуустағы ішімдіктер.
- тағамдағы нитрат пен нитрит мөлшерінің көбеюі,
- ішімдік судағы мұнай қалдықтары,
- химиялық канцерогенді микроэлементтер (стронций, молибден, мыс, қалайы т.б.),
- табиғи жер бетінде ағатын, оның астындағы сулардың, топырақтың нитрозаминді құратын заттар мен ыластануы.

Міне ер-азаматтардың әйелдерге қарағанда жиі ауыратындығы осылармен байланысты. Әрине, тағамның біркелкі болуы, әсіресе, көкөністердің кемдігі және асқазан сөлін де нитрозамин құрайтын заттардың көбеюі де, ерекше маңызды орын алады. Үйткені қазіргі кездегі химиялық канцерогенді нитрозаминдер тікелей тек қана өңеш рагын қоздыратыны дәлелденген.

### **Өңештегі ісік алды өзгерістері**

Зиянды әрекеттердің ұзақ уақытқа созылуы міндетті түрде, өңештің созылмалы қабыну ауруларына (**эзофагиттер**) әкеледі. Эзофагиттер өңеш рагының ісік алды ауруы болып саналады. Созылмалы эзофагиттің ішінде асқынған дәрежедегі дисплазия өте қауіпті, бұл ауруда тез арада жазылып кету мүлдем болмайды.

Өңештің төменгі бөлігінде көбінесе эзофагиттер асқазан сөліндегі қышқылдың көбеюі нәтижесінде (қышқылды жоғары гастриттер) - жүрек қыжылының тиянақты қалыптасуынан пайда болады, себебі асқазан сөлі



кері өңешке құйылады, сөйтіп оның ішкі шырышты қабатын күйдіреді. Ұзаққа созылған бұл үрдіс қалыпты жағдайдағы өңеш қабыршығын (жайылма клеткалы ұлпа) басқа түрге – безді қабатқа айналдырады. Мұны **Баррет өңеші** деп атайды, яғни безді шырышты қабатты өңеш деген сөз. Мұндай ісік алды өзгерістері бар адамда, өңеш рагы 30-40 есе жиі анықталады.

Баррет өңеші пайда болу үшін, алдымен өңештің шырышты қабаты қабынып, қызарады, содан кейін жалпақтанады және жараланады, осылайша эзофагит түзеді. Бұл кезде, жүрек қыжылы көтеріліп, төс асты ауырады, әсіресе, ас жүргенде. Осы белгілер ылғи түнде, ішілген тағам қорытылған кезде байқалады. Ауру адам көбінесе жүрек қыжылын басу үшін сілтілі ерітінділерді (сода, минералды сулар) пайдаланады. Ісік алды өзгеріс көпке созылады, сөйтіп жай эзофагит біртіндеп жайылмалы жараланған эзофагиттерге - ісік алды өзгерістің асқынған созылмалы түріне - айналады.

Өңештің шырышты қабатының дисплазиясы басқа да жағдайлардан болуы мүмкін:

- химиялық ерітінділермен өңештің күйіп қалуы (химиялық күйік),
- кардий қыспағының қызметі нашарлап, оның толық жабылмауынан, асқазан қышқылы өңешке кетіп, онда эзофагиттерді туғызады.
- кардий қыспағының қызметінің бұзылуы көк ет тесігінің жарығында да сезіледі,
- кардий ахалазиясында (кемістігі, ақаулығы),
- Пламмер-Винсон ауруында.

**Өңеш ахалазиясы** деп, кардийдің қыспақ бұлшық еттерінің мезгілімен босаңси қоймайтындығын айтады. Өңештің бұлшық еттері қатты жиырылып, одан тағам өту қиындап, бұзылады. Тар тесіктен тағамды жүргізу үшін өңеш бұлшық еттері тұрақты түрде жиырыла бере, қалындап кетеді де, өңеш қуысы кеңейеді. Бұл ауру адамдардың жас кезінде байқалып, ұзаққа созылып, тағамды жұтынған кезде төс асты ауыра бастайды, сонымен бірге ас жүрмей адам құсуға мәжбүр болады.

**Пламмер-Винсон** синдромы - синдромы өңеш рагына эндемия болатын жерлерде жиі кездеседі – оларға Каспий, Арал, Заполярья аймақтары жатады. Онда ауыз қуысындағы шырышты қабат жұқарып, ауыз кебеді. Клиникалық тұрғыдан мұнда витаминдер жетіспегендіктен қан азаюы, ахлоргидрия, атрофия сияқты өзгерістер шырышты қабаттарда орын алады. Бұларға қосымша біркелкі тағамдар, әсіресе, темірдің, витаминдердің жетіспеушілігі ерекше орын алады. Осындай құбылыс көмейде, жұтқыншақта, өңеште де байқалады. Ағзада қан азаюы байқалып, зат алмасу нашарлайды. Теріде, тырнақтарда дистрофиялық өзгерістер сезіліп, адамда дұрыс тағам жүрмейді, жұтыну нашарлайды - сидеропениялық дисфагия сезіледі.

**Липома, фиброма, лейомиомалар** (№10- сурет) өз бетінше қауіп туғызбағанмен өңеш қуысын бітеу арқылы қосымша

өзгерістер тұғызуы әбден мүмкін, міне, осылардың әсері түбінде раққа ұшыратады.

### **Өңештің ісік алды өзгерістерінен сақтану жолдары**

Олар:

- созылмалы эзофагиттерді, гастриттерді емдеу және оларды болдырмау,
- темекі тарту мен арақ ішумен күрес,
- тым ыстық тағам ішпеу және мұздалған етті жемеу,
- әртүрлі тағамды, көкөністерді, витаминдерді (А,В,С) қолдану.



№ 10- сурет. Өңештің лейомиомасы

### **Өңеш рагының патологиялық анатомиясы**

**Өңеш рагы** көбінесе өңештің қуысы тарылған жерлерде жиі кездеседі. Өңештің тарылуы кеуде бөлігінде жиі болғандықтан бұл жерде рақ 40-60% жағдайда анықталынады. Екінші орынды өңештің төменгі бөлігі алып жатыр (25-40%), ал мүшенің жоғарғы мойын бөлігі өте сирек зақымданады себебі олардың тарылуы табиғатта аз кездеседі.

Өңештің рагы патанатомиялық көрінісі бойынша үш түрде кездеседі.

Олар:

- Экзофитті (түйінді),
- Эндофитті (жайылмалы),
- Аралас, түрлері.

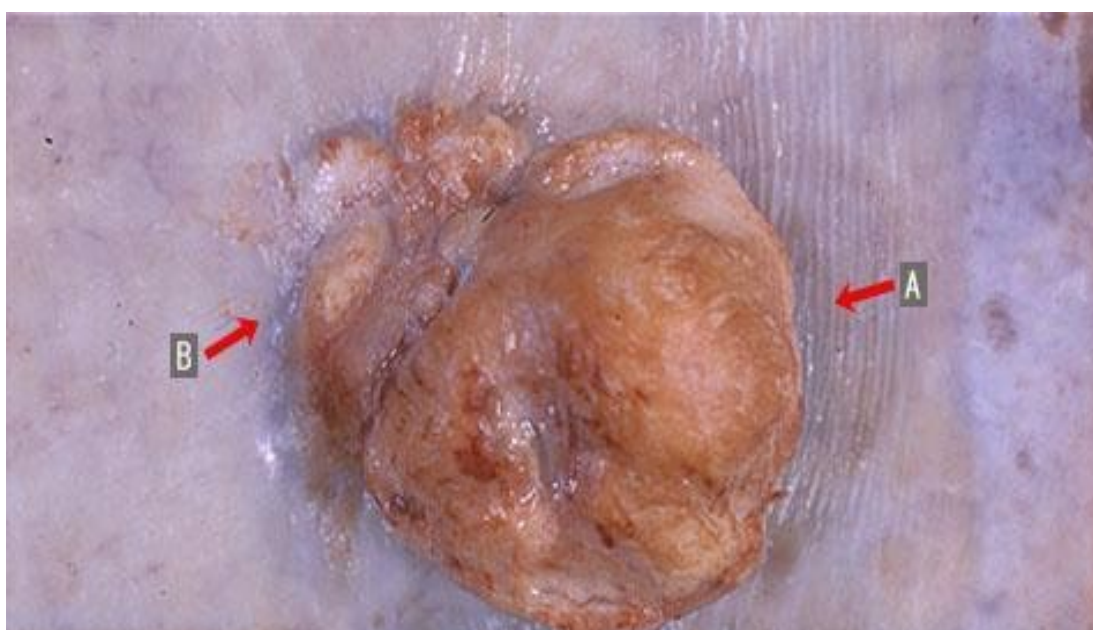
**Экзофитті** (түйінді) түрінде (№11- сурет), ісік өңеш қуысының ішіне қарай өседі, шекарасы көзге тегіс боп келіп, ісік клеткасы тез ыдырап, айналасындағы шырышты қабаттан шығып, білеуленген ойық жара пайда болып, өсе келе өңешті тарылтып, оның жоғарғы бөлігі кеңейеді. Ұлпаның тығыздығы өте жұмсақ келуіне байланысты мұны ісікті ми тәріздес рақ деп те атайды.

**Эндофитті** (жайылмалы) түрінде(№12- сурет), ісік шекарасын көзбен анықтау қиын, ол өңештің шырышты қабатының астымен жайыла өсіп, өсу

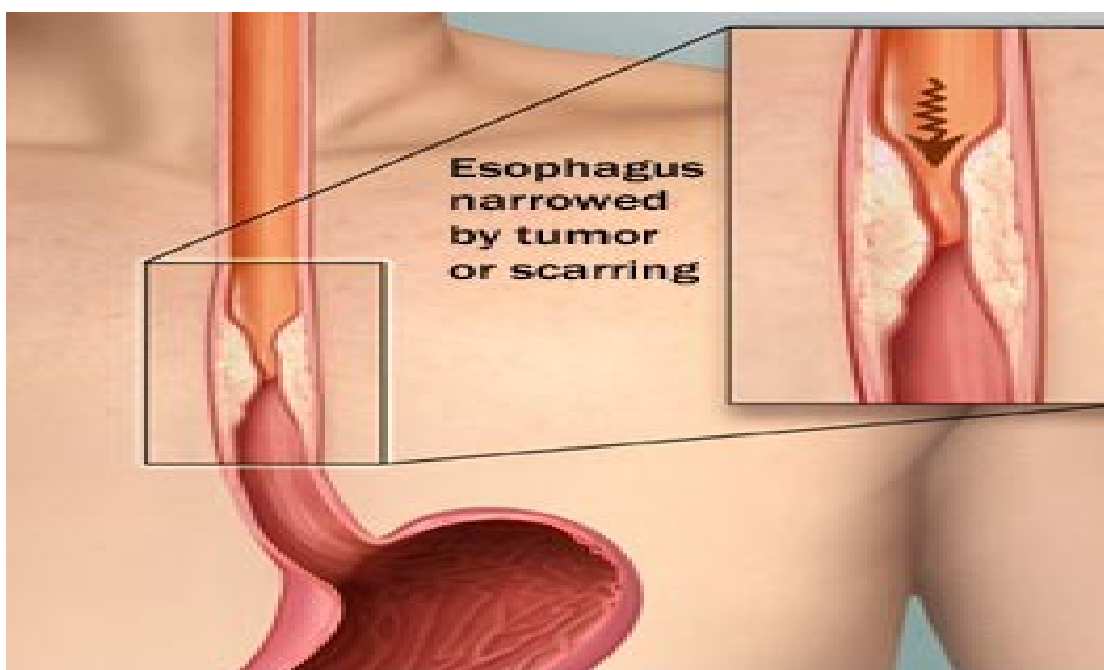
бағыты өңеш бойымен айнала өрбіп, сақина сияқты қысады, ұлпасы өте қатты келеді, Рактың бұл түрінде дәнекер клеткалар басым болғандықтан қатты скиррозды түрі пайда болады.

**Жайылмалы-ойық жаралы** (аралас) түрі өте жиі кездеседі (№13-сурет). Бұл түрінде өңештің шырышты қабатында ойық жара болып, ол көрші сау тіндерге жайылып, оларды тез зақымдайды. Жараның шеттері білеуленіп, көтеріліп тұрады, ол қолға өте қатты сезіледі, шекарасы тегіс келмейді, ағымы өте қатерлі болып, тез өсіп, бөгелме ісік береді.

Өңеш рагының экзофитті түріне - **полип тәріздес ісік жатады, оның болжамы қолайлы**. Мұнда өңеш қуысында өсінді пайда болып, ол жіңішке аяғымен өңеш қабырғасымен байланысады, жайылып кетпейді, тек бір жерде ғана өсіп тұрады.



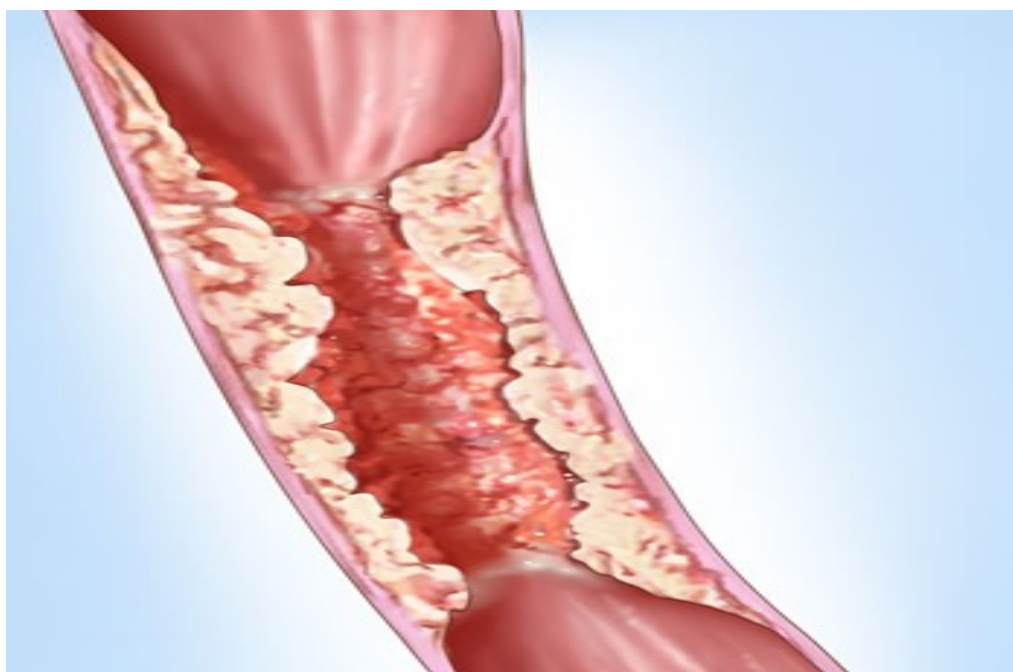
№11- сурет. Өңештің экзофитті рагы



## №12- сурет. Өңештің эндофитті рагы

**Гистологиялық** құрылысы бойынша өңеш рагы негізінде жайылма клеткалы (90-95%) түлейтін және түлемейтін болып кездеседі. Өңештің безді рак түрі (3-5%) және карцино саркомасы өте сирек тіркеледі. Өңештің төменгі іш қуысындағы бөлігінде және Баррет ауруында көбінде безді рак кездеседі.

Өңеш рагының өніп-өсуі мен бөгелме ісік болып жайылуы, көбінесе ол шырышты қабатының астымен тікелей және жалпы лимфа жүйесі арқылы орындалады. Қан жолы арқылы бөгелме ісік бауырда орналасады. Өңештің қабырғасын бойлап, ісік лимфа тамырлары арқылы жоғары бағытта, көрініп тұрған ісік шекарасынан 4-5см-дей қашықтыққа таралып, бөгеме ісік береді. Ал өңештің іш қуысындағы бөлігінен, лимфа жүйесі арқылы асқазанның кардий аймағының, кіші иірім жағына бөгеме ісік тарайды. Ісіктің бұл қасиетін өңешке операция жасағанда ұмытпау керек. Өңеш рагында операциялық емнің тиімділігі және жалпы болжам мүмкіншіліктерінің жақсы болуы, ісік түйінінің көлеміне, патанатомиялық түрінің пішініне, өсу бағытына, мүше қабырғаларының зақымдану үрдісіне тікелей байланысты келеді.



№13- сурет. Өңештің ойық-жаралы жайылмалы рагы

Негізгі таралу жолы лимфа болғандықтан ісік өніп-өскенде біріншіден орталық кеуде аралығындағы лимфа бездерін зақымдайды. Бірақ лимфа тамырлары өңеште тік және көлденең бағытта әрі кең көлемде таралғандықтан бірнеше бөгелме ісіктер болуы мүмкін. Міне, осыған байланысты өңеш рагында алыстан бөгелме ісік - бұғана үсті лимфа бездерінде (**Вирховтың бөгелме ісігі**) және іш қуысындағы ағзаларға (асқазан, бауыр) жәнеде өкпе, қолқа, кеңірдек аймақтарында болуы мүмкін.

Ал кейде бір деңгейдегі ісік клеткасы, басқа деңгейден көрінуі мүмкін, онда алыстағы мүшелер зақымданады. Дегенмен бауырдың, өкпенің өңеш рагында қосымша зақымдануы, тек қан тамырлары арқылы болады.

### Өңеш рагының өсу сатылары

Өңеш рагы жалпы жіктелу бойынша, 4 өсу **сатылары** бар:

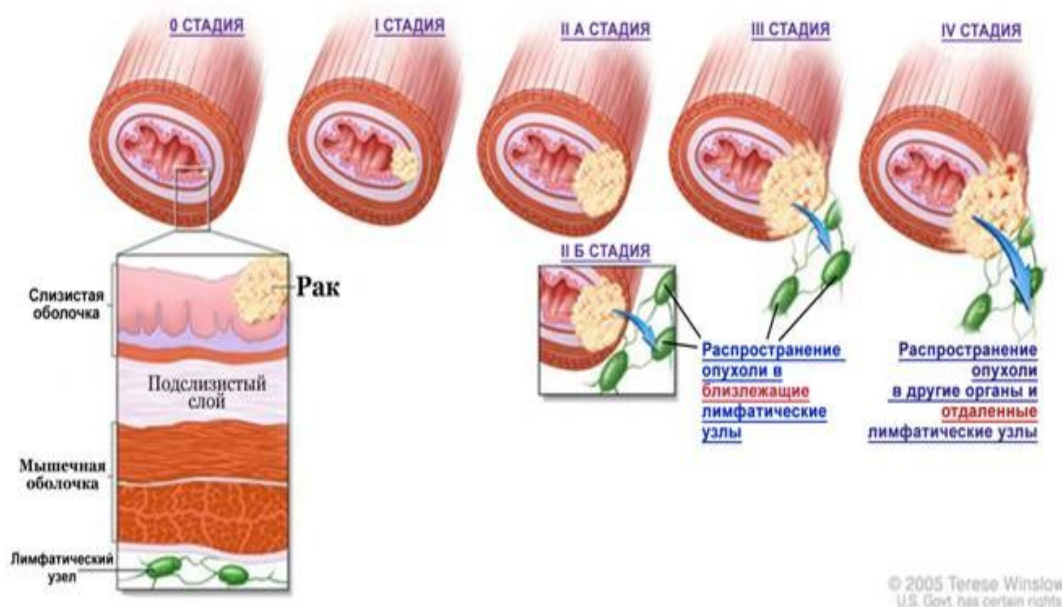
I- сатысы кезінде, ісік түйінінің көлемі 3 см-ден аспайды, шырышты қабаты мен оның астын зақымдаған, Бөгелме ісігі жоқ.

II- сатысында, ісік бұлшық етке жетеді де бөгеме ісік бермейді (IIa), немесе көлемі 3,0см-ден 5 см-ге дейін барады, бірақ лимфа бездерінің біреуін де бөгелме ісік бар (IIб)

III- сатысы кезінде, ісіктің көлемі 5 см-ден асып, өңештің қабырғасының түгел зақымдануы (IIIa), немесе лимфа бездерінде бөгелме ісіктердің көп болуы (IIIб),

IV сатысы, ісік, көрші сау мүшелерге тараса (4a), немесе лимфа бездерінің бөгелме ісіктен қозғалмай қалуы, немесе алыс мүшелердің зақымдануы (4б).

Халықаралық (1997ж) TNM жүйесі бойынша қазір өсу дәрежелерінде өзгешіліктер енгізілген (№14- сурет) - мұнда ісік түйінінің көлемі және лимфа бездерінің саны ешқандай көңілге алынбайды, тек өңеш қабаттары (қабырғалары) есепке алынады (T- сипаттамасы).



№14- сурет. Өңеш рагының T-сипаттамасы бойынша жәктелуі

Мойын және іш қуысындағы асқазан лимфа бездерінің зақымдануы алысқы бөгелме ісік болып саналады.

Ісіктің ыдырауы, немесе көрші сау мүшелерге, ұлпаларға, тінге көшуі, оның **асқынуына** тығыз байланысты.

Өңеш рагының асқыну белгілері:

- қан кетуі,
- орталық кеуде қуыс аралығының қабынуы,

- орталық кеуде қуыс аралығындағы мүшелердің сығылып, қысылуы,
- өңеш пен бронх және өңеш пен –кеңірдек арасындағы жыланкөздердің пайда болуы.

#### **ХАЖ-10 бойынша өңеш рагының (С15) таңбалануы:**

C15.0 - мойын бөлігі

C15.1 - кеуде бөлігі

C15.2- іш қуыс бөлігі

C15.3 - кеуденің жоғарғы 1/3 бөлігі

C15.4 - кеуденің ортаңғы 1/3 бөлігі

C15.5 - кеуденің төменгі 1/3 бөлігі

C15.8 өңештің жоғарыда көрсетілген зақымдануы бір, не бірнеше бөлігінен тыс таралуы

C15.9- орналасуы анықталмаған

#### **Өңеш рагының клиникалық белгілері**

Өңеш рагында болатын негізгі белгілер:

- үдемелі дисфагия – алғаш қою тамақ, одан соң сұйықтықтардың өтпеуі (жұтынған кезде сезіну),
- ісік орналасқан жерде ауырсыну сезімнің болуы, немесе қолайсыздықты сезіну,
- ауыздан жағымсыз иістің шығуы,
- сілекейдің көбейіп, қойуланып, жабысқақ болуы,
- ауру адамның жөтеліп, қақырынуы (өңеш пен бронх жыланкөзінде),
- тағамның кері шығуы, жүрек айнып, құсықтың болуы.

Бұл айтылған белгілердің пайда болуы өңеш қуысының қатерлі ісікпен бітелуімен түсіндіріледі. Ең алғаш қою тағам өңеште тұрып қалып, жүру үрдісі нашарлап, тағам өтпей қояды, не түйіліп өтеді; ауру адам қақалады.

Тағамның өңештен қиналып жүруін **дисфагия** дейді. Бұл белгі өңеш рагында өте жиі (85-95%) байқалады. Егер осы белгі болса, онда дәрігер әуелі өңештің қатерлі ісігіне күдіктенуі керек. Әрине, бұл белгі басқа ауруларда да болады. Соның бірі - өңештің бұлшық еттерінің жиырылуында рефлекторлы реакциядан да тамақ уақытша өтпей қояды, ал кейде бұл органикалық көрініс ретінде де, қалыпты түрде, тиянақты болып кездеседі. Өңеш рагында бұл екі түрі алғашқы кезде болып, содан кейін біраз уақыт өткен соң, рефлекторлы реакция механикалық реакцияға ауысады. Бұл екі кезеңнің ара қашықтығы әртүрлі, ол ісік түйінінің клиникалық, анатомиялық түрлеріне, көлеміне, өсу жылдамдығына тығыз байланысты болады. Тағамның өтуіне, өтпеуіне, ол қою ма, сұйық па соған қарап өңеш қуысының бітелу деңгейін анықтауға болады, әрине, ісік экзофитті болса, ал эндофитті түрі болса, онда дисфагия мүлдем болмайды да, себебі оның қуысы бітелмейді, мұндайда жанама белгілер көрінеді – тағам жүргенде ауырсыну сезімі және өңештегі қолайсыздықты сезуі т.б. Бұл белгілер бәрібір соңында дисфагиялық көрініс береді. Әсіресе, қою тағамның әуелде қиналып өтіп, кейіннен мүлдем жүрмей қалуы, тіпті, судың өзі де, өтпеуі аурудың негізгі

белгісі болады. Әсіресе, науқас адамның өңеш қуысының бітелген жерін дәл саусақпен нақты білдіруі.

Дисфагияның төрт түрлі дәрежесі бар:

- 1-дәрежесінде - қою тағамның өңештен қиналып өтуі;
- 2-дәрежесінде - сұйықтау тағамның өтуі нашарланады;
- 3-дәрежесінде - сұйық тағамның қиналып өтуі;
- 4-дәрежесінде - өңеш қуысы толық бітеліп, ешқандай тағамның жүрмеуі.

Кейде ісіктің бір клиникалық көрінісі, екінші бір көріністерге ауыспай табан астында жедел басталады және аурудың хал-ахуалы бұл кезде кенеттен нашарлап кетеді, себебі ісік көрші мүшеге өңешті тесіп өтеді және ісік ұлпасы жарылып, жараланады; көп қан ағу байқалады да, ауру әлсірейді, немесе дене қызуы өте жоғарлап кетеді. Ал енді кейде ауру адам дәрі қабылдап емделсе, онда жүрмей қалған тағам енді өңештің тарылған жерінен еркін жүруге мәжбүр болады. Кейбір уақыттарда дисфагияның алдында тағам өткен кезде, өңеш қызып, тырналған сияқты көрінеді, кейде төс астында қысым көрсетілген секілді болып білінеді. Ал кейде бұлар, тіпті тағамға еш қатысы да болмауы мүмкін, тек бұл кезде науқас кеудесінде ауырсыну сезімін байқайды, әрине, бұлар ісіктің асқынғанда пайда болатын белгілерін білдіреді.

Негізгі белгілер қатарына сілекейдің көбеюі, ішкен тағамның кері жүруі (регургитация), ауыздан жағымсыз иістің шығуы жатады.

Егер ісік өңештен шығып, кеңірдекті, бронхты, жүйке талшықтарын қысқан кезде, онда соларға сәйкес белгілер көрінеді.

Кезбе жүйкені ісік қысса, жүрек жұмысы өзгереді; симпатикалық жолға көшсе, онда Горнер белгілері: көз сызығы мен қарашықтың кішіреюі, көз алмасының ішке қарай енуі, жоғарғы қабақтың салбырауы пайда болады.

Кері көмей жүйкесі қысылса, онда дауыс өзгеріп, қырылдап, төменгі жиілікте шығады.

Кеңірдек пен бронхқа ісіктің көшуі бірден жөтел туғызады, әсіресе, жөтел тағам ішкенде болады. Бұл белгі өңеш пен бронх, не кеңірдек арасында жылан көз пайда болғанын білдіреді. Жыланкөздің бар, не жоқтығын анықтау үшін, метилен көгін суға араластырып, ішкізу керек, сонда метилен көгі қақырықпен бірге шықса, онда ол жерде тесік бар, ал қақырығы таза болса онда араларында тесігі жоқты білдіреді.

**Ағзаның уыттануы** ісік асқынғанда жиі байқалады; ол кезде дене салмағы күрт төмен түсіп, адам тез арықтайды, әлсіздік пайда болып, адам үдемелі түрде шаршағыштық қасиетке тап болады. Тағамға тәбет шаппай, аурудың терісі құрғақтанып, сұрлана түседі.

Өңеш рагын басқа аурулардан ажырату аса қиын емес. Дегенменде оны, мына аурулар кезінде пайда болатын дисфагиядан ажырату керек. Дисфагия өңеш күйігінен кейінгі тыртықтарда, өңеш ахалазиясы мен оның бүйір қалтасында, эзофагит ауруларында және кейбір қатерсіз ісіктерде кездеседі, міне осы аурулардың бәрінен рак ауруын ажырату керек.

Қатерсіз ісіктер, өңештің шырышты қабатында: түймешік, аденома және бұлшық еттерінде -лейомиома пайда болуы мүмкін. Бұлардың бәрі ұзақ уақыт белгісіз жүреді, кейіннен барып дисфагия, өте сирек жағдайда, ауырсыну сезімін туғызады. Рентгенде дөңгелек көлеңке көрінеді, оның шекарасы теп-тегіс келеді. Эндоскопия (эзофагоскопия) кезінде өсінді жатқан жерінде шырышты қабатында ешқандай өзгеріс байқалмайды. Түймешіктің «жіңішке аяғы» болады, сол арқылы ол өңешпен байланысып, қозғалып тұрады; тиген кезде қанауы мүмкін.

Емі - хирургиялық түймешікті сылу, не өңешке резекция жасау.


Егер түймешіктің «аяғы жіңішке» болса, онда оны эндоскопия арқылы алып тастайды; мұндайда болжам мүмкіншілігі өте жақсы келеді.


### **Өңеш рагының диагностикасы**


Емханалық жағдайда егер өңеш рагына күдік туса, онда ең азында мына диагностикалық шараларды орындау қажет:


- аурудың даму тарихын терең зерттеу (анамнезді жинау),
- физикалық тексеру (көру, сипау),
- қанды, зәрді лабораториялық -зерттеу,
- рентгенге түсіру,
- эндоскопияны (эзофагоскопия) қолдану.

**Сыртарқыны жинау** жалпы ережемен жүргізіледі:

 аурудың жалпы белгісі дисфагияның даму жағдайы, қай уақытта болды және қанша уақытқа созылды,


 адамның өмір тіршілігінде тағамдану ережесі қалай сақталды (ыстық тағам, арақ т.б.),

 бұрын қандай өңеш ауруымен ауырды, ауырса немен емделді, оның нәтижесі; тағамда майда сүйекті балықтар, мұздалған еттер болды ма, болмады ма? Темекі тарту мерзімі, ұзақтылығы?

 міндетті түрде қандай емдеу мекемесінде болды, тексерістің қорытындылары туралы білу керек.


Өңеш рагына мына жағдайлар өте күдікті болып келеді.


 химиялық күйіктен басқаның барлығында, бір рет дисфагия болса,

 тағам түйіндерінің өңештен қиналып өтуі, немесе ас жұтқан кезде өңеште ауырсыну сезімі туса,

 тағам кері жүрсе немесе құсса,

 қойу тағамнан өңеш бітеліп, ол өтпесе,

 себепсіз адам даусы өзгеріп, қырыл пайда болса,

 сұйық ішкенде жөтел болса.

**Физикалды тексеру** (көру, сипау) ісіктің ең алғашқы өсу кезеңдерінде еш нәрсе бермейді. Тек сырқат асқынған, өршіген мезгілдерде бұғана үсті лимфа бездерінің қатайғанын (ұлғайғанын) аңғаруға болады.

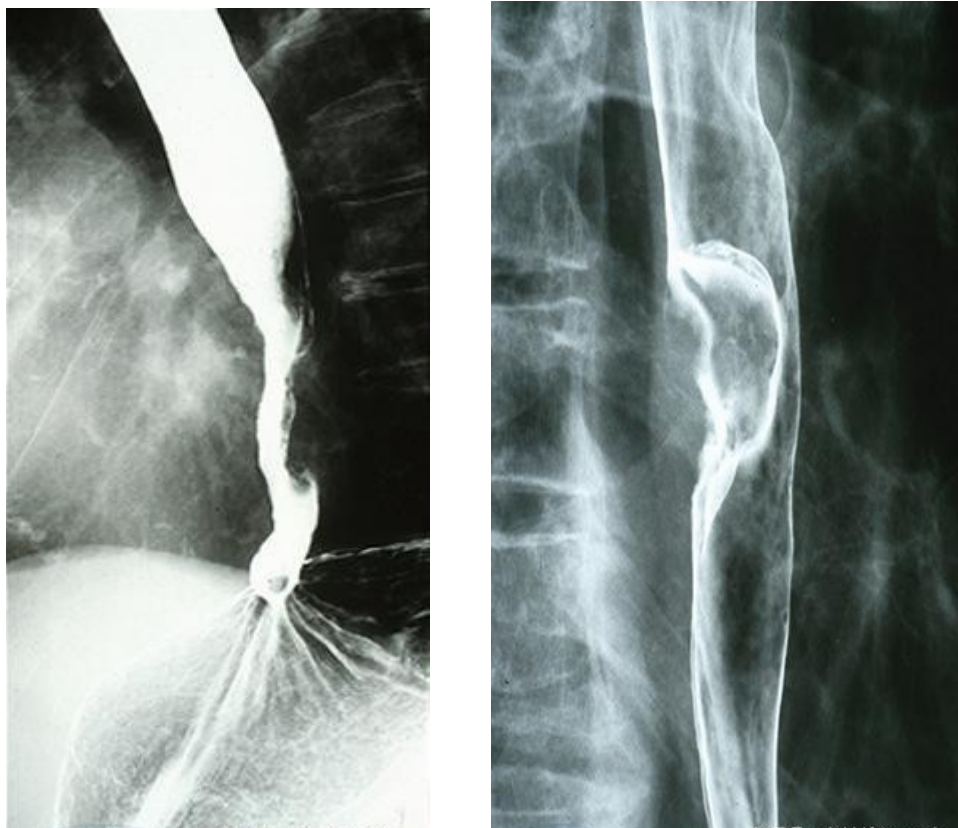
Қанды лабораториялық тексергенде, одан қан азаюын, лимфоциттердің кемуін, қызыл қан түйіршіктерінің отыру реакциясы көтерілгенін білуге болады. Кейде иммундық көрсеткіштер өзгереді; бірақ өкінішке орай бұлардың бәрі ісік асқынғанда орын алады.



**Рентгенмен тексеру** және эндоскопия жасау, өңеш рагын анықтауда ең негізгі тәсілдер болып саналады. Рентгенография кезінде (№15- сурет) алдымен сұйықтау барий тұзын береді, содан кейін егер өңеш қуысы тарылса, онда оның көлеміне сәйкес тұзды қоюландырады.

Рентген көрінісі өңеш рагында нақты келеді, оның айқындығы ісік түйінінің көлеміне, клиникалық түріне, өсу бағытына тікелей байланысты. Ісіктің алғашқы өсу кезеңдерінде өңештің ішкі суретінде негізделген өзгерістер ағзада болса да, тәжірибелі рентгенологқа тез байқалады - өңештің шырышты қабатының тегіс болмауы, ісік жатқан жердің көмескіленуі. Кейіннен бұл жерде контрасты зат жиналып, оның нақты шекарасының айқындалмауы, өңеш шырышты қабатының сызықты жолдарының үзілуі байқалады. Бұл өзгерген жердің сыртқы қабырғасы томпайып ісініп тұрады. Бұл көрініс экзофитті ісікке тән, ал эндофитті ісікте өңеш қуысы жиырылып, бір деңгейде тарылады; шырышты қабатының сызықтары үзіліп, өңеш қабаттары қатайды және бұл жерде шырышты қабатының тербелісі байқалмайды.

**Эзофагоскопия** кезінде (№16- сурет) өңеш қуысында ақшыл-сарғыш түсті өсіндіні көруге болады, оның шекарасы біркелкі (экзофит), кейде қан аққыш іріңді қабыршықпен жабылған жайылмалы ойық жараны аңғаруға болады. Ойық жараның беті тегіс келмеген, жағасы білеуленіп, ісінген және ол тез қанағыш келеді. Эндофитті ісікте өңештің қуысы тарылған, шырышты қабаты бозарған, қабырғалары қатайған және мүше қабырғасы бұл жерде қозғалмайды.



№15- сурет. Өңештің рентгенографиясы



№16- сурет. Өңеш рагының эндоскопиялық көрінісі

Эндоскопия ісік жатқан жерден ет кесіп алумен (биопсия) бітеді немесе шығындыны шыны әйнекке жағып, оны цитологиялық зеттеуге жібереді. Кейде ісік жатқан жерді дәл анықтау мақсатында және одан тексеруге керекті зат алу үшін ол жерге бояу жағады - хромоэзофагоскопия. Бояу үшін индиго кармин, Люголь ерітіндісі, метилен немесе толудиин көкшіл сұйығы қолданады.

Ісіктің өсу қарқынын, дәрежесін анықтау ретінде:

- компьютерлік томография,
- ультрадыбыстық эндоскопия (эндосонография),
- бронхоскопия қолданады.
- іш мүшелеріне ультрадыбыс әдістерін пайдаланады.

Бұл тәсілдердің жиынтығы хирургиялық әдісті қолдануға көмектеседі. Әсіресе, электросонография әдістері ісіктің өңеш қабырғаларына таралу дәрежесін және лимфа бездерінің жағдайларын дәл анықтайды. Ал бронхоскопия (бронхография) ісік кеңірдекті және бронхтарды зақымдаған кездерін анықтауға себеп болады. Ішкі мүшелеріне жасалған ультрадыбыс әдісі олардың өзгерістері мен бөгелме ісік бар-жоғын көрсетеді.

**Скрининг** әдісі өңеш рагында қолданыс тапқан емес, себебі оны жүргізу қиын. Бірақ ісік жиі тараған жерлерде мұның пайдасы тиюі мүмкін. Әсіресе, егер эзофагоскопия қолданса.

### **Өңеш рагын емдеу әдістері**

Өңеш рагын емдеу - өте күрделі. Бұл мақсатта операция, сәуле, қосарланған және кешенді тәсілдер қолданады. Бұл әдістердің қайсысы орынды, ол үшін ісіктің орналасқан жерін, өсу сатысын анықтау - ең негізгі мәселе.

### **Өңеш рагын өсу сатысына байланысты емі**

- 1- 0 сатысында және *in situ* рагында – тек хирургиялық әдіс.
- 2- I - сатысында, оперативті ем. Клиникалық тексеру.
- 3- II - сатысында, нұсқалары:

Хирургиялық ем.

- Химио-сәулелі еммен қосарланған.

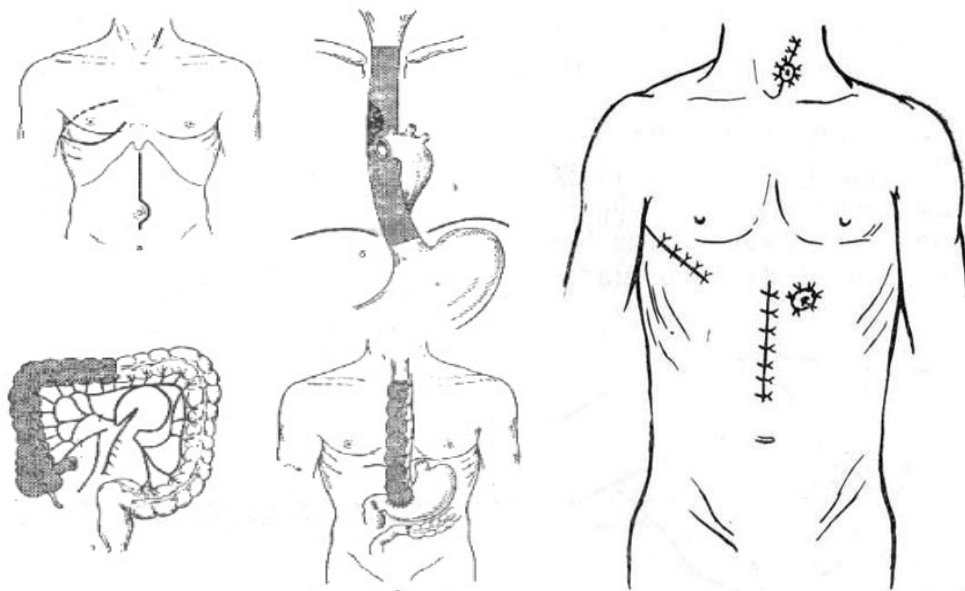
- Химио-сәулелі емнің нәтижесін клиникалық тексеруден соң, операция.
- 4- III- сатысында, нұсқалары:  
Хирургиялық ем.
- Химио-сәулелі еммен қосарланған.
  - Химио-сәулелі емнің нәтижесін клиникалық тексеруден соң операция.
- 5- IV- - сатысында, нұсқалары:
- Стент салу – уақытша науқастың сапалы өмір сүру мен жағдайын жақсарту үшін.
  - Іштен және сыртынан сәулелі ем уақытша науқастың сапалы өмір сүру мен жағдайын жақсарту үшін.
  - Лазерлі хирургия немесе электрокоагуляция, уақытша науқастың сапалы өмір сүру мен жағдайын жақсарту үшін.
  - Химиотерапия - әртүрлі химиотерапиялық схемаларды клиникалық қолдану арқылы тексеру.
  - Өңеш рагының қайта пайда болу кезінде жүргізілетін емдеу нұсқаларының қолдану мүмкіндігі:
  - Уақытша ем ретінде науқастың сапалы өмір сүру мен жағдайын жақсарту үшін, кез келген стандарты емдеу әдістерді қолдану.
  - Клиникалық зерттеулер жүргізу.

#### **Хирургиялық әдіс**

- Операция - зақымдалған өңешті сылып, эзофагэктомия жасау..
- **Эзофагэктомия** жасалған соң, жоғарғы өңеш бөлігін асқазанмен немесе ішекпен қосып, жалғастыру. Бұл кезде науқас тағамды жұта алады. Өңеш бітелген кезде – тағам өту үшін, оны кеңейту мақсатында стент (түтік) салады.
- **Өңешке стент салу.** Асқазанға қою не су өту үшін, оның қуысына (ішіне) арнайы бейімделген (стент) салады, ол өңештің тарылуына уақытша мүмкіндік бермейді

Өңештің іш қуыс және төменгі бөлігінде орналасқан ісікте хирургиялық әдіс тиімді, ал мүшенің ортаңғы бөлігіндегі ісікте хирургиялық және сәуле әдісі де нәтиже жөнінен тең келеді, ал енді ісіктің өңештің жоғарғы бөлігін зақымдағанда тек сәуле әдісі ғана қолданылады.

Өңеш рагының ортаңғы және жоғарғы бөлігінің 1/3 аумағы зақымдағанда Добромислов-Торек операциясы жасалынады (№17- сурет).



17- сурет. Көп этапты Добромыслов—Терек операциясының кестесі және оң жақ тоқ ішек бөлігінен жасанды өңеш жасау тәсілі:

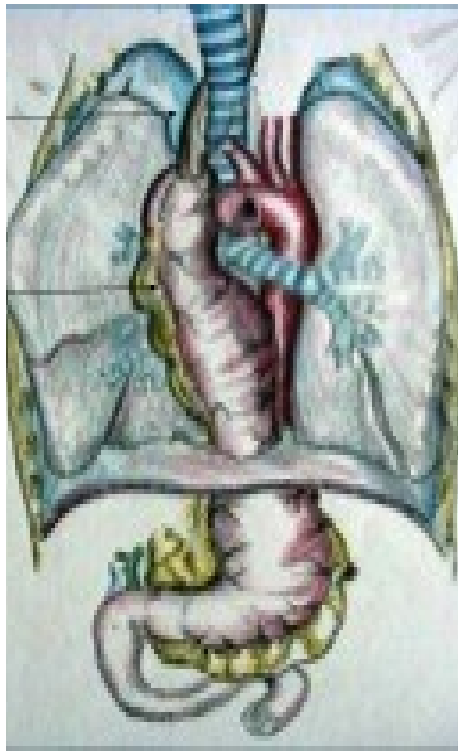
а - операциялық ену жолы; б - өңешті кесу көлемі; в - тоқ ішектен трансплантаты дайындау; г - эзофагопластика жасап, операцияның аяқталуы - өңештің жоғарғы бөлігі мойынға, ал төменгі іш қуыс бөлігі іштің алдыңғы бетінің терісіне шығарылған жыланкөздері

1900 жылы Томскіде В.Д. Добромыслов өңешке кеуде қуысы арқылы енуді алғаш рет ойлап тапқан, ал мұны Терек 1913 ж. іс жүзінде орындаған (өңеш рагын сылығын, бұл адам 13 жыл өмір сүрген). Содан бері операция осы екі автордың атымен аталынады. Осылай өңешті сылуды А.Г. Савиных (1944) іш қуысы мен көк етті кесу арқылы өңешке жететін жолын іске асырған.

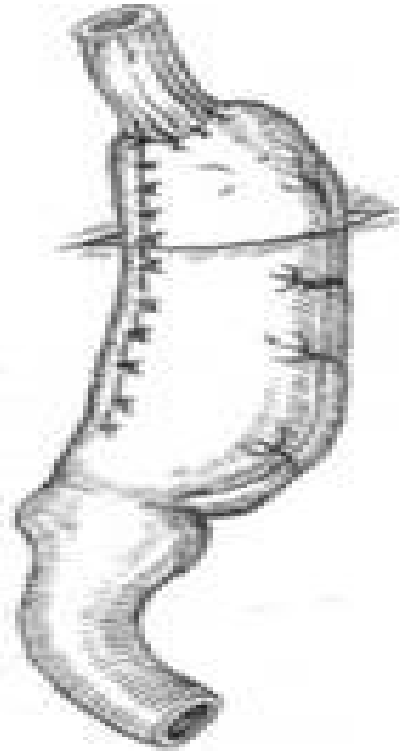
Жағдайы жақсы науқастарға бірден өңешті сылып алып, оны қайта қалыптастыру операциялары соңғы кездерде кең қолдануда. Өңешпен асқазан аралығын қалпына келтіруде, әртүрлі пластикалық операциялар, соның ішінде өңешті - асқазан не ашы ішек бөлігімен алмастыру (Льюис, Гарлок, Савиных тәсілдері), немесе асқазанның үлкен иінінен жіңішке түтік жасап (Гаврилиу әдісі) жалғау арқылы орындалады.

**Льюис әдісі** (№ 18- сурет): ішті жарып, іш қуысындағы мүшелердің жағдайын тексеріп (ревизия), асқазанды, байламдарынан босатып, оң асқазан және асқазан шарбы артериясын сақтай отырып, оны жоғары кеуде қуысына, көк ет тесігін кеңейту арқылы, көтеріп, өңештің жоғарғы кесілген ұшымен жалғастырады.

**Гарлок әдісі** (№ 19- сурет): сол жақтың VII- қабырға аралығынан кеуде қуысы жарылады, өңештің ортаңғы бөлігі зақымданған жерден сылынады, сөйтіп қалған өңеш қалдығы (жоғары бөлігі) және диафрагма тесігі арқылы жоғары көтерілген асқазан, бір-бірімен аортаның доғасы деңгейінде және одан сәл жоғары жерінде жалғанады.



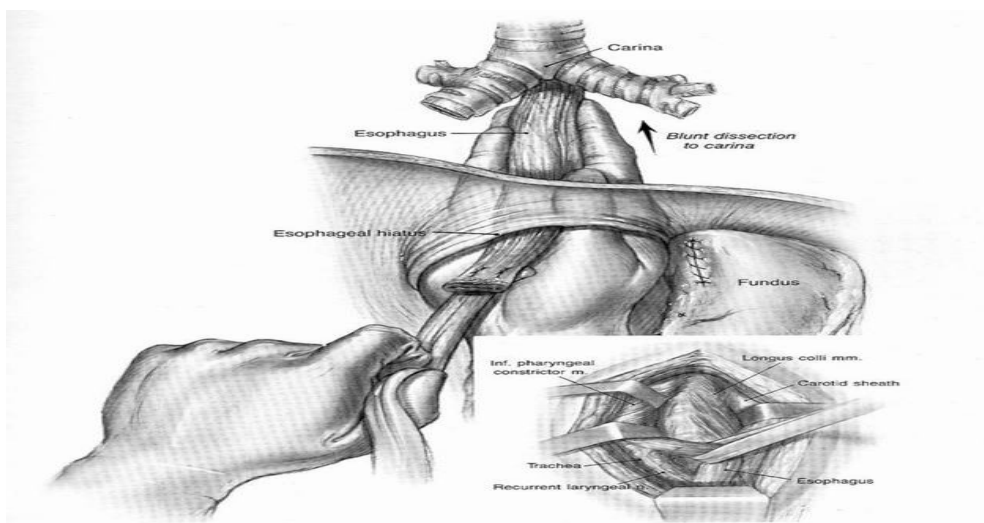
№18- сурет. Льюис әдісі



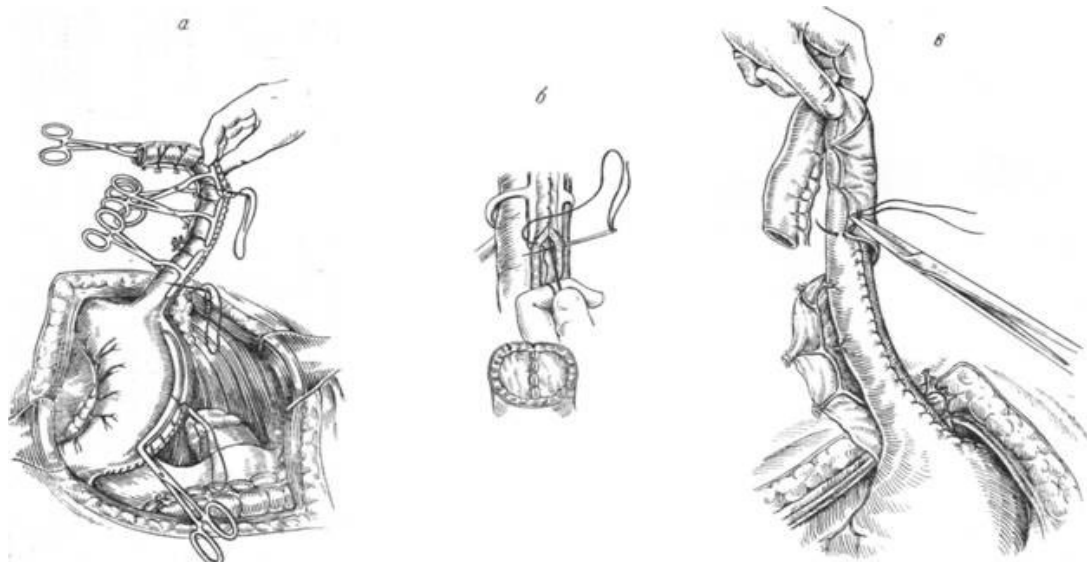
№ 19- сурет. Гарлок әдісі

**Савиных әдісі** (№20- сурет): ішті жарып, көк етті тіке кесіп (дифрагмомия), өңештің ортаңғы бөлігі іш қуысы арқылы жолмен сылынады да, жоғары бөлігі мойын арқылы ортаңғы кеуде аралығында жіңішке ішекпен жалғасады.

**Гаврилиу әдісі** (21- сурет): асқазанның үлкен иінінен түтікше жасалынады Түтікшенің ұзындығы кардий ден басталып, пилорусқа сәл жетпей жасалады да, оны көк ет тесігі арқылы өткізіп, өңеш қалдығымен жалғайды.



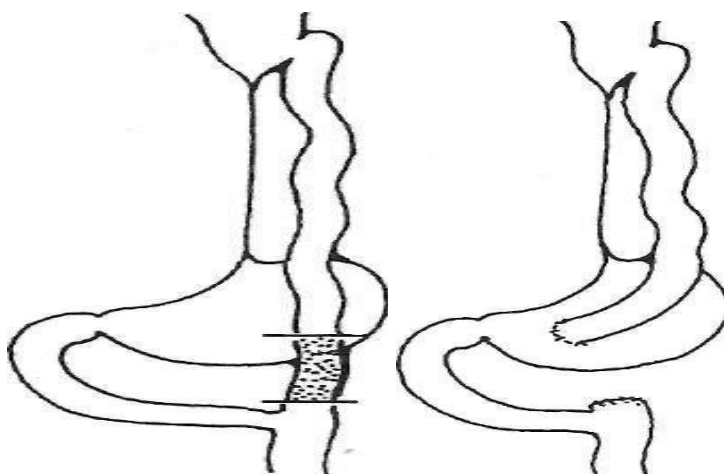
№20- сурет. А.Г. Савиных әдісі



№21- сурет. Гаврилиу әдісімен жасанды өңеш жасау,  
(а, б, в) орындау кезеңдері

**Өңеш экстирпациясы** – рақпен толық зақымдалған өңешті айналасындағы кеңейтілген лимфа түйіндерімен қоса сылып, одан соң оны асқазан, не ащы (№ 22- сурет), немесе тоқ ішек трансплантанымен жалғайды. Өңеш пластикасы бір не екі кезеңмен орындалады, екі кезеңде орындалса, онда асқазанға жыланкөз (гастростома) салынады.

Екі кезеңмен орындалғанда: әуелі іш қуысы жарылып, ондағы мүшелердің бәрі тексеріліп, асқазанды өңешпен қосуға даярлайды, сөйтіп 7-10 күн өткен соң (екінші кезеңде) оң жақтан кеуде қуысы жарылып, өңеш сылынады, содан кейін асқазан-өңеш немесе өңеш-ішек пластикасы орындалады (Ру— Герцен— Юдин операциясы).



№ 22- сурет. Ру— Герцену— Юдин әдісі бойынша ащы ішектен өңеш пластикасы арқылы асқазанды қосу.

Ал кейде өңештің кеуде бөлімін, аралық кеуде лимфа бездерімен қоса сылып, содан соң мойын жағындағы өңештің бөлігін мойынның сол жағына, бұғана үстіне шығарып, жасанды жыланкөз жасалынады, сонымен бірге ішті жарып асқазанға да жыланкөз салады, сөйтіп сол арқылы ауру ас

кабылдайды, 5-6 ай өткен соң егер бөгелме ісік жоқ болса, өңешті пластикалық жолмен (ішек не асқазанмен) қайтадан қалпына келтіреді (Добромыслов-Торек операциясы).

Кейбір хирургтар тіпті операция көлемінің ұлғайғанын қалайды, себебі өңеш рагы лимфа жолдарымен бірнеше бағытта өніп-өседі. Міне, осыны ескеріп академик М.И. Давыдов (Москва, Онкологиялық орталық) өңештің ортаңғы бөлігінде радикалды операцияны тек қана аралық кеуде лимфа бездері мен қоса мойындағы лимфа бездерін де, сылып, алып тастайды.

Дегенмен өңеш рагының I- өсу дәрежесінде стандартты операцияларды өзгертуге болады – тіпті, эндоскопиялық (өңеш ішінен) операция жасайды. Қазіргі таңда лазерлі, фотодинамикалық әдістердің құндылығы жан-жақты тексерілуде.

**Сәуле әдісі** - жоғарғы жиіліктегі рентген немесе басқа сәуле көздерімен емдеу жатады.

Әрине, өңеш хирургиясы, әсіресе, соның ішінде радикалды әдістер оңай тәсіл емес, ол хирургтан үлкен шеберлікті, онкологиялық біліктілікті қажет етеді. Көбінесе, дәрігерлер тәжірибесінде радикалды операциялар барлық жерде, бірдей, әрі түбегейлі жасалынады деу, қате пікір. Осылардың бәрін ескеріп, өңеш рагында сәуле әдісі бұрын да, қазіргі таңда да, кеңінен қолданыс тауып жүр.

Сәуле шоқтары өңеш рагында ісік көлемін елеулі кемітеді, дисфагияны азайтады, ауру адамның өмірін ұзартады; ал кейбір кездерде, тіпті мүлдем жазып жіберуі мүмкін.

Сәулені 6 аптадай жүргізеді, оны ұсақ мөлшерде беріп, бір курста 60-70 Гр. береді. Курсқа кеткен жалпы сәуле мөлшерін бөліп-бөліп беру ыңғайлы. Ол кезде, 30-35 Гр-ден кейін, 2-3 апта демалыс жасап, қайтадан емді қайталайды да, қалған сәуле мөлшерін 70 Гр-ге дейін жеткізеді.

Егер операциядан кейінгі асқынулардың көп екенін ескерсек, сәуле әдісінен кейінгі емдік нәтижелері жақсы көрсеткіштерге жеткізеді. Осындай жоғарғы нәтиже өңештің жоғары бөлігінде, тек сәуле әдісінен қол жеткізіледі.

Егер ісіктің көлемі кішкентай келіп, ол мүшенің қабырғасынан асып кетпейтіндей болса, онда брахитерапия (өңеш ішінен сәуле беру) қолданады, оны сырттан берілетін сәуле көзімен қосарландырады. Тек брахитерапия кезінде өңеш жарылып кетуі мүмкін, соны ескеру керек.

Кейде өңеш рагында сәуле шоқтары операция алдында және одан кейін де қолданады.

**Химиотерапия** - өңеш рагын цитостатикалық препараттармен, ісік клеткаларын жою не олардың өсуін тежеу мақсатында қолданылады. Оның шипалық қасиеті сәулеге қарағанда өте төмен келеді, дегенмен қазір қолданыста платин, блеомицин, адриамицин, фторурацил, метотрексат, гемзар, вепазид (виндездид) сияқты ісікке қарсы дәрілер бар. Бұлардың шипалық әсері ең төменгісі – 15,0%, ал ең жоғарғысы - 35,0% ауруларда тіркелген. Қосарланып қолданатын дәрілердің (цисплатин + 5-

фторурацил) нәтижесі жоғары, осындай жақсы көрсеткішке - гемзар мен вепозидті қосып берген кезде де жетуге болады. Бұлар сәуле және хирургиялық әдістермен қосарланып беріледі, әсіресе, өңештің II өсу сатысында.

**Лазерлі ем** - өңеш рагын лазер сәулесінің ағымы арқылы ем жүргізіледі (фокусталған жоғарғы қарқынды сәуле ағымы).

**Электрокоагуляция** - электр тогымен ісік клеткаларын жою.

#### **Дисфагияны емдеу жолдары**

Тәжірибеде радикалды хирургиялық әдіс көбінесе қолданбайды, сондықтан дисфагиямен күрес өте маңызды.

Бұл мақсатта қолданатындар:

- сәуле,
- лазер,
- фото динамикалық ем,
- паллиативті хирургиялық тәсіл.

Сәуле шоқтары өңеш іші мен және сырттан беріп, сонда ғана өңештен тамақтың жүруі жақсарады. Соның арқасында уақытша болса да дисфагия төмендейді. Дегенмен бұл әдіс ісіктің кеңірдекке, бронхтарға таралғанында және ісік өңештің кеуде бөлігінде, әсіресе, төменгі жағында орналасқанда қолдануға болмайды. .

Дисфагияны кетіру үшін **лазер** сәулесі де қолданады. Сәуле бұл кезде эзофагоскоп арқылы тікелей өңеш ішімен ісікке беріледі. Радиоактивті заттар берілгенде ісік ұлпасы тез арада ыдырап, кішірейеді, бірақ өңеш тесіліп кету қаупі бар, бұл өте қорқынышты асқыну.

Фотодинамикалық ем, лазерге қарағанда асқынуды аз береді, емдік нәтиже ұзақ уақытқа созылады. Бұл әдіс сәуле әдісінен кейін болған дерттің қайта қозу кезінде пәрменді келеді.

#### **Паллиативті хирургиялық әдістер**

##### **Оларға:**

- гастростомия - асқазанға жыланкөз жасап, сол арқылы науқасты коректендіру,
- өңеш қуысын кеңейту (интубация, реканализация, сүңгілеу) арқылы,
- диафрагманы кесіп (диафрагмокруротомия) өңештің сау жерін асқазанмен жалғау,

Кейінгі аталған операциялар өте сирек қолданады, егер ісік кардий немесе өңештің іш қуысындағы бөлімдерінде орналасса.

**Гастростомия** - асқазанды тесіп, жыланкөз салу және сол арқылы түтікшемен коректендіру. Операция ісік асқынып, өңештен мүлдем ас өтпеген жағдайда пайдаланады. Қазіргі таңда бұл операцияның бірнеше әдістері бар:

- қарапайым Витцельдікі (№23- сурет),
- сиясауыт тәрізді Қадердікі (№24- сурет),
- ерін тәрізді Топровердікі (№25- сурет),,

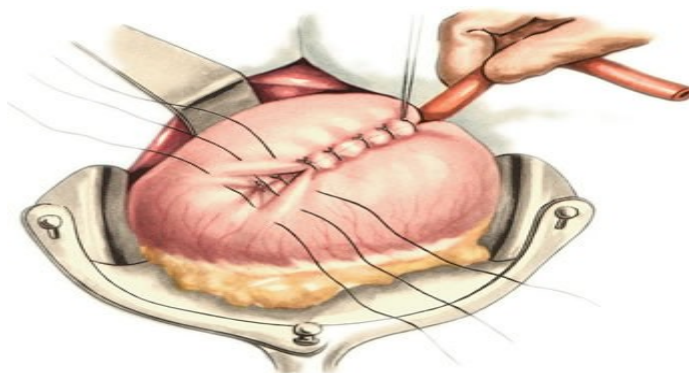


- бұтақша тәрізді Гаврилиудікі (№26- сурет),
- т.б.

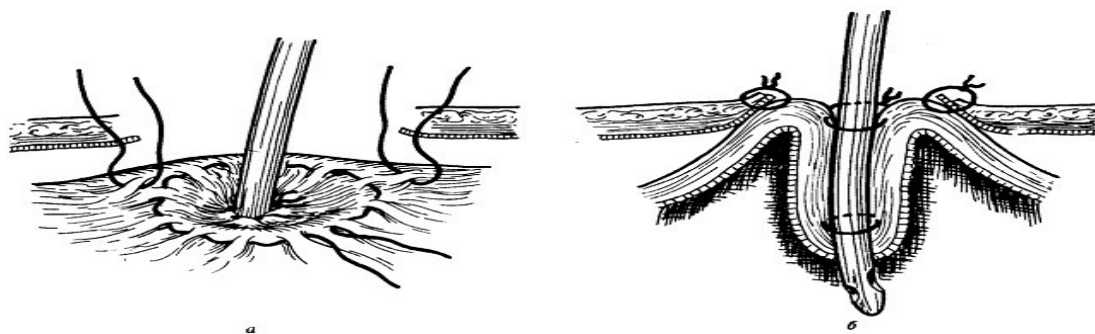
Бұлардың барлығының кемшіліктері - ол түтікше жанынан «ішкен» астың қайтадан шығуы. Осыны ескеріп, кейінгі кезде асқазандағы түтікшелерге клапан орнатады, ол түтікшені асқазанға қатты қысып бекітіп тастайды. Сонда ғана түтікшеге құйылған тағам кері шықпайды. Әрине, аталмыш операцияға аурулардың бәрі көне бермейді, көбінесе науқастың өзі және дәрігерлер де операция мерзімін ұзаққа созып алады. Бұл әбден қажып, әлсіреген адамды одан бетер нашарлатады. Мұндай күйде қолданған кез келген хирургиялық тәсіл көптеген асқынуға әкеледі.

**Гастротомияға қарсы балама әдістер бар, оларға жататындар:**

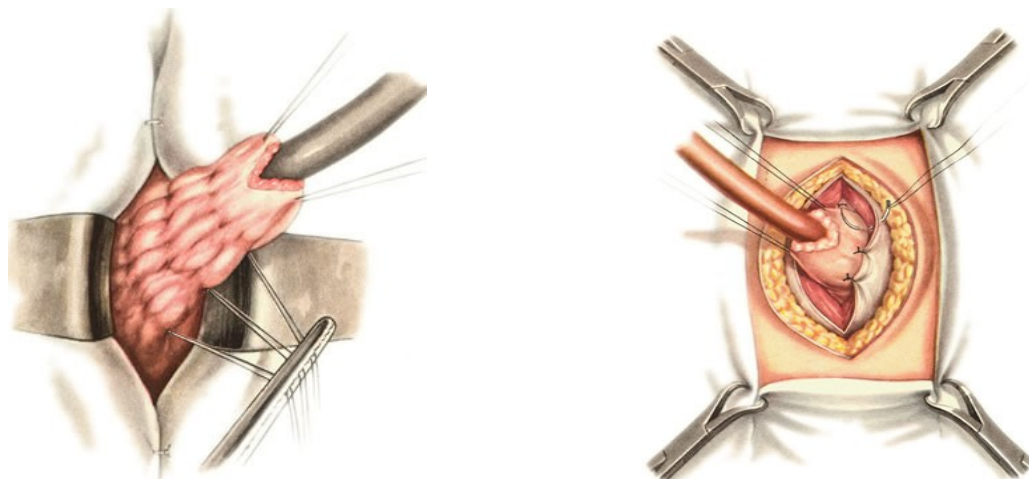
- 1- өңештің қуысын сүңгілеу арқылы кеңейту,
- 2- өңеш қуысын бұрынғы қалпына келтіру (реканализациялау).



№ 23- сурет. Витцел бойынша гастротомия

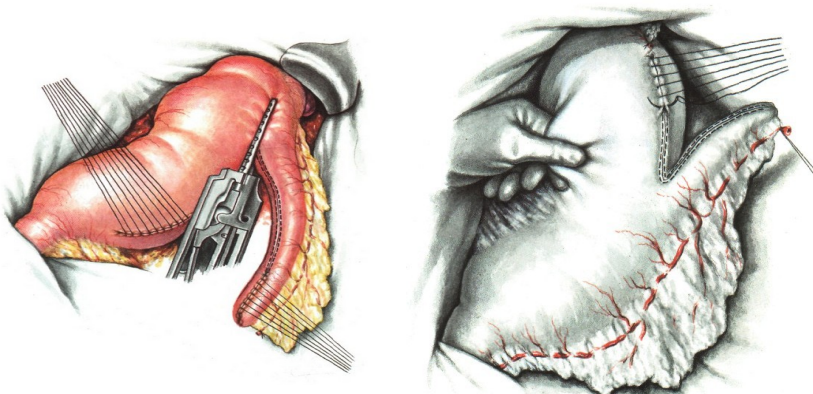


№24- сурет. Кадер бойынша гастротомия. а - асқазанға катетірді бекіту, б- оның операция біткеннен кейінгі көрінісі.

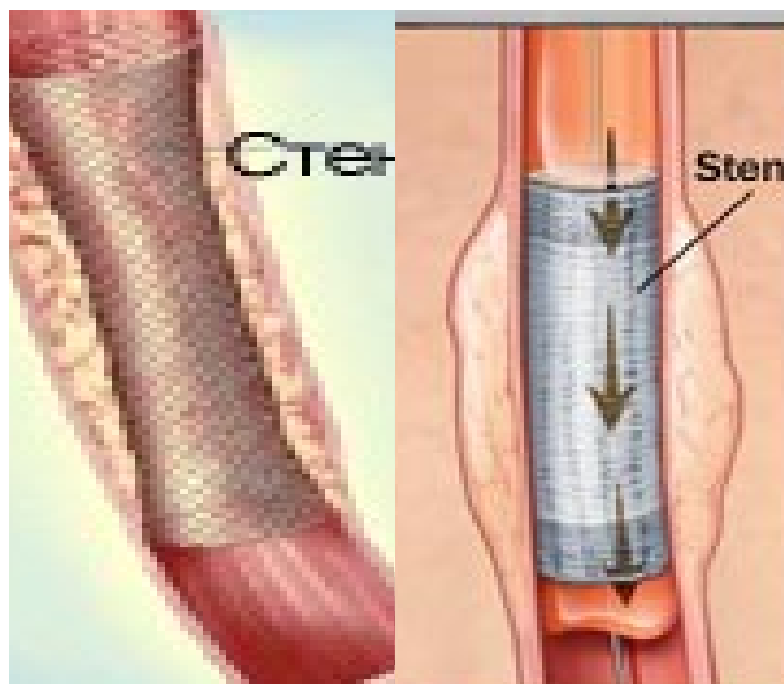


№25- сурет. Г. С. Топровер бойынша гастростомия.

**Өңеш қуысын** сүңгілеп кеңейту. Ол үшін неше түрлі жуандықта болатын, металдан немесе қатты пластмассадан жасалынған жұмыр, әрі тегіс келетін арнайы аспап – сүңгі (буждар) қолданады. Біраз уақыт өткен соң өңеш қуысы қайтадан ісікпен тарылады, бұл кезде тәсіл қайтадан қолданғаны жөн. Әрине әдіс өте мұқияттықты, шеберлікті қажет етеді, себебі сүңгінің жүрісі көзбен қадағаланбайды, сондықтан әдісті қолдану кезінде, көбінесе өңеш тесіліп, неше түрлі асқынулар болып отырады. Осылардың бәрін ескеріп, қазіргі таңда дәрігерлер тәжірибесінде бұл әдіс қолданыста жоқ. Керісінше, екінші тәсіл - өңешті қайта өзектеу (реканализация) көбірек қолдануда, әдістің мәні - ісікпен қысылған, тарылған жерге түтікше (стент) орнатып, сол арқылы тағамдану (№27- сурет). Ол үшін паллиативті операция қолданады - өңеш ашылады (эзофаготомия), немесе ауыз арқылы сүңгі мен тарылған жер кеңейтіліп, түтік өткізіледі.



№26- сурет. Анти,-изоперистальтикалы Гаврилиу гастростомасы



№27- сурет. Өңешке стент салу

**Өңешті** қайта өзектеу (реканализация) ісік өңештің кеуде және төменгі бөліктерінде орналасқанында тиімді келеді. Егер өңеш рагы жоғары бөлікте орналасса, онда протезді (түтікшені) бекіту қиынға соғады, себебі мойын қозғалған сайын түтікше жылжып кетеді. Интубациялық түтікшелер полиэтиленнен жасалынады, немесе өзінше кеңейетін металдар пайдаланады. Полиэтиленнен жасалынған түтікшелердің бір жағы кеңейтіліп бітеді (құйғыш тәріздес), осының нәтижесінде өңешке енгізілген түтікше төмен түсіп кетпейді. Тарылған қуыс алдымен сүңгі арқылы кеңейтіліп, ол жерге түтікше эзофагоскоп арқылы орнатылады.

Әдістің тиімділігін арттыру мақсатында сүмбіге түтікше кигізіліп, сол арқылы жасауға да болады; бұл тәсілдің екі жақты тиімділігі бар: біріншіден сүмбі арқылы тарылған жер кеңейтіледі, екіншіден, кеңейтілген жерге түтікше орнатылады – сүмбіге киілген түтікшені итеру арқылы. Әрине, бұл тәсілде де өңештің тесілу мүмкіншілігі сақталады, ол тек сәл кемиді. Осы асқынуды жою үшін кейінгі кезде, қуысты сүңгілерді пайдалануда, олар бір-бірімен жіп арқылы («бағыттағыш жіп») байланыста орындалады.

Егер өңеш интубациясы шебер орындалса, онда науқастың жағдайы біртіндеп жақсарады, себебі ол тамақтана бастайды. Бірақ, өкінішке орай, науқас адамның жалпы өмір сүру мерзімі бәрібір бұл жағдайда да өзгере қоймайды.

Өңеш рагындағы қолданған емдердің нәтижелігі қазіргі таңда, тым жақсы емес. Тіпті, радикалды хирургиялық әдістің өзінде де 5 жылдық өмір сүру мерзімі 9-15,0%-дан аспайды. Әрине, мұның өзі де ісіктің өсу сатысына тікелей байланысты: I- өсу сатысында емдік көрсеткіш 25,0%, ал ісік өңештің барлық қабаттарын немесе лимфа бездерін зақымдаса, онда бес жылдық өмір сүру 7-10,0% тең болады. Әрине бұл көрсеткіштердің бәрін сәл жақсартуға болады, егер операция химия және сәуле әдістерімен қосарланып жүргізілсе.

Жалғыз сәуле әдісінің өзі 5-6,0% ауруларда пайдалы келеді. Ал химиотерапия болса, ол бұдан да төмен. Паллиативті емдердің кез келгені ауруға жеңілдік әкелгенімен ұзақ өмір сүру мерзімдері байқалынбайды – ол тек бірнеше ғана айларға ұзарады.

### **Еңбекке қабілеттілік және диспансерлік бақылау**

Өңеш рагымен ауырғандардың барлығы еңбекке жарамсыз болып саналады. Тіпті радикальды емнен кейін де, оларға екінші топтық мүгедектік тағайындайды, ал диспансерлік бақылау III – топ ережесіне сай орындалады

#### **Тәжірибелік сабақ қорытындысы:**

1. Өңеш рагының меншікті үлесі, барлық қатерлі ісіктердің ішінде 1,5-2,0% құрайды.
2. Кейінгі жылдары өңеш рагы жалпы қатерлі ісік арасындағы үлесі бойынша Қазақстанда бесінші орында, ал аурушандық көрсеткіші жыл сайын төмендеп, орташа есеппен соңғы жылдары (2006-2008 жж.) - 8,9%000 тең болды.
3. Өңеш рагының аурушандық көрсеткіші Қазақстан аймағында біркелкі емес, жергілікті аборигендер тұратын облыстарда, басқа аймақтарға қарағанда салыстырмалы жиі кездеседі,
4. Еркектер, әйелдерге қарағанда 2 есе жиі аурады. Жас өскен сайын аурудың жиілік үлесі мен аурушандық көрсеткіші жоғарылайды.
5. Өңеш рагын қоздырғыш себептерге:
  - өте ыстық тағамдар, сүйегі майда балықтарды және мұздалған қатты еттерді жиі қабылдау жатады,
  - темекі мен арақты жиі пайдалану сияқты жағымсыз әдеттер,
    - ішетін сумен тағамдағы - нитрат пен нитрит мөлшері мен мұнай қалдықтарының көбейуі,
    - афлотоксиндер,
    - табиғи жер бетінде ағатын, оның астындағы сулардың, топырақтың нитрозаминді құратын заттар мен химиялық канцерогенді микроэлементтермен (стронций, молибден, мыс, қалайы т.б.) және мұнай қалдықтарымен ыластануы.
6. Ісік алды ауруларды өңештің созылмалы қабыну аурулары (эзофагиттер) қалыптастырады.
7. Өңештің ортаңғы бөлігі өте жиі зақымданады, содан кейін - төменгі бөлігі,
8. Ісік көбінде (95,0%) жайылма клеткалы және безді (5,0%) рак болып кездеседі,
9. Лимфа жүйесінің шырышты қабат астында мол боп орналасуы және оның ірілігі лимфа сұйығы арқылы ісіктің тез, әрі жедел өніп-өсуіне қолайлы жағдай туғызып, бөгелме ісіктердің бір аймақтық безден, екінші бір аймаққа өтіп кету мүмкіншілігін жоғарлатады,
10. Клиникалық белгілердің патогенезінде өңеш қуысының бітелуі ерекше орын алады. Аурудың ерте және кеш біліну осы үрдіске байланысты.
11. Өңеш рагын анықтау үшін, рентген және эндоскопияны қолданған жөн.

12. Рентгенологиялық белгілерге өңеш қуысының тарылуы, қабырғаларының қатайып, теп-тегіс болмауы және рентгенконтрасты заттың (барий) зақымданған жердің ортасына тұрып қалуы жатады,
13. Өңеш рагының төменгі бөлігінде өңеш резекциясы жасалынады.
14. Өңештің іш қуыс бөлігінде – Гарлоха, ал кеуде қуыс бөлігінің төменгі 1/3 бөлігінде – Льюс операциялары жасалады.
15. Өңеш рагының ортаңғы бөлігінде хирургиялық, сәуле және қосарлаған әдістер қолданады.
16. Операцияның мәні мүшені түгелімен сылып, пластикалық әдістерді қолдану (өңеш орнына асқазанды немесе жуан ішектерді пайдалану).
17. Өңеш рагының жоғарғы бөлігі мен кеуде бөлігінің жоғарғы 1/3 бөлігінде химио- сәуле әдісін қолданылады,
18. Химиотерапия өңеш рагында нәтижесі төмен. Сондықтан оны тек хирургия және сәулемен қосарланып қолдану керек,
19. Өңештен тамақтың жүруін дұрыс қалыптастыру мақсатында асқынған ісікте паллиативті сәуле немесе операциялар (мүше қуысын кеңейту және асқазанды тесіп, жылан көз салу (гастростома).
20. Радикальды хирургиялық әдістен кейін бес жылдық өмір сүру мерзімі 5-10% тең, ал сәуледен кейін бұл көрсеткіш екі-үш есе төмен (2-3%).

### **Өңеш рагы бойынша сынақ тесттер**

#### **1- нұсқа**

**1. Өңешке төменде көрсетілген ағзалардың ішінде қайсысы трансплантант ретінде өте сирек қолданылады?**

1. асқазан
2. ащы ішек
3. тоқ ішектің оң бөлігі
4. көлденең ішек
5. тоқ ішектің сол бөлігі

**2. Дисфагияға шағымданған науқасқа емхана дәрігерінің дұрыс іс-әрекеті?**

1. антиспастикалық препараттарды тағайындау
2. қабынуға қарсы ем тағайындау
3. өңешті рентгенологиялық зерттеу
4. невропатологтың кеңесі
5. емхана басшысымен кеңесу

**3. Өңеш рагында қайсы морфологиялық түрі ең жиі кездеседі?**

1. жайылма клеткалы
2. безді клеткалы
3. төмен дифференцирленген
4. аралас формалы
5. барлығы

**4. Операция жасауға болмайтын өңеш рагына қандай ем тәсілі қолданылмайды?**

1. гастростомия
2. Добромислов-Торек операциясы
3. сәулелі терапия
4. ісіктің реканализациясы
5. химио-сәулелі терапия

**5. Өңештің мойын және жоғарғы кеуде бөлігі ісігінің 1-3 сатысында қандай ем тиімді?**

- 1.хирургиялық
2. гормонды ем
- 3.иммунды терапиялық
- 4.химиосәулелік
- 5.симптоматикалық

**6.Өңештің рак алды ауруларының ішіндегі ең қауіптісі?**

- 1.катаральды эзофагит
- 2.ошақты атрофиялық эзофагит
- 3.гипертрофиялық эзофагит
- 4.лейкоплакия
- 5.өңештің 3-ші дәрежелі дисплазиясы

**7. Өңеш рагының жиі кездесетін гистологиялық түрі?**

- 1.аденокарцинома
- 2.карциносаркома
3. жайылмалы клеткалы түлегіш рак
- 4.майда клеткалы рак
- 5.аралас клеткалы

**8. Эндофитті өңеш рагына тән рентгенологиялық белгі?**

1. кеудеаралықта қосымша көлеңкенің болуы
- 2.өңеш қуысының тегіс емес тарылуы
- +3.қатпарлардың жыртылуы
- +4.өңеш қабырғаларының регидтілігі
- 5.толу дефектісі

**9. Қазақстанда өңеш рагына тән онкоэпидемиологиялық фактор?**

1. жынысқа байланысты
2. жас тобына байланысты
- 3.тұрақты, жергілікті тұрғындар (аборигендер)
4. көшіп келген этностар
5. онкологиялық көмекке байланысты

**10. Үдемелі дисфаниясы бар асқынған өңеш рагына қандай іс-шара тиімді?**

1. айналып өтетін өңеш-асқазан анастомозын салу
2. асқазанға жасанды жыланкөз салу
3. өңешті сүмбілеу
4. симптоматикалық ем
5. сәулелі терапия

**11. Өңеш рагында химиотерапияның тиімділігі қандай?**

- 1.өте жоғары тиімді
2. басқа да емдеу әдістерімен кешенді қолданғанда
3. тиімділігі орташа
4. тиімділігі анықталмаған
5. тиімді емес

**12. Рефлюкс-эзофагитті рагтан ажырату үшін қайсы анықтау әдісі тиімді?**

1. асқазан сөлінің қышқылдығын зерттеу
2. асқазанды рентгенмен тексеру
3. Эзофагогастроскопия арқылы биопсия алу
4. УДЗ
5. КТ (МРТ)

**13. Өңеш рагы симпатикалық жүйке бағанасын зақымдағанда науқастың көзінде пайда болатын белгі?**

1. көз алмасының шарасынан шығуы
2. жоғарғы қабағының жабылуы (птоз)
3. мөлдір қабығының қабынуы

4. шырышты қабына қан құйылуы
5. ісінген катаракта

## 2- нұсқа

### 1.Қазақстанның қай облысында өңеш рагы бірінші орында?

1. Алматы
2. Қызылорда
3. Ақтөбе
4. Ақмола
5. Шығыс-Қазақстан

### 2. Өңеш рагын кардиоспазмнан бөлетін клиникалық белгі:

1. төс артында ауырсыну сезімі
2. қыжылдау
3. кекіру,
4. үдемелі дисфагия
5. сілекейдің көбейуі

### 3. Өңеш ісікпен бітелгенде кездеспейтін белгі?

1. дисфагия
2. ауыздан жағымсыз иістің шығуы
3. сілекейдің көбейуі
5. қанды құсық

### 4. Операцияға қарсы көрсеткіші бар өңеш рагында қандай операция қолданады?

1. Гэрлоктың
2. Льюистің
3. Добромислов-Торек тің
4. асқазанға жыланкөз салу
5. Геллер бойынша эзофагокардиоластика жасау

### 5. Операцияға қарсы көрсеткіші бар өңеш рагында қандай әрекет қолданады?

1. асқазанға жыланкөз салу
2. өңеш ішіне түтік қойу (салу)
3. көкет тесігін кеңейтудиафрагмокуротомия
4. Добромислов-Торек операциясы
5. Льюис операциясы

### 6. У1- сатысындағы өңеш рагына қайсы ем әдісі қолданады?

1. радикальды операция
2. арнайы сәулелі ем
3. иммунды ем
4. симптоматикалық
5. химиотерпия

### 7. Вирхов метастазы қай жерде орналасады?

1. бауырда
2. тік ішек қуық қатпарында
3. сол жақ бұғана үсті аймағында
4. аталық безде
5. өкпеде

### 8. Өңеш рагының бітелу үрдісінің үдеуі қалай анықталады?

1. радиометриялық тексерумен
2. динамикалық рентгенологиялық зерттеумен
3. тыныстық полирентгенографиясымен
4. бронхоскопиямен
5. УДЗ мен

### 9. Өңештің кеуде бөлігінің төменгі 1/3-інің рагында (T<sub>1</sub>MoNo) емдеу жолы қандай?

1. Гэрлок операциясы

2. өңештің субтотальді резекциясы (Льюис операциясы)
3. сәулелі ем
4. химиотерапия
5. химио-сәулелі ем

**10. Өңештің лимфа жүйесінің өзгешілігіне байланысты бөгелме ісіктердің ерекше пайда болуы?**

1. кеуде лимфа түтігінің жақын орналасуы
2. лимфа түтігінің ағза ішінде бойлап орналасуы
3. лимфа жүйесінің шырышты, шырышты асты және бұлшық ет қабатында орналасуы
4. порто-кавальды байланыста болуы
5. асқазан мен өңеш лимфа жүйелерінің тығыз байланысуы

**11. Өңеш рагына тән емес белгі қайсысы?**

1. дисфагия
2. төс артындағы немесе жауырын аралығындағы ауырсыну сезімі
3. жөтел
4. гиперсаливация
5. дауысының өзгермеуі

**12. Өңеш рагының ортанғы кеуде бөлігінде қандай белгі жиі кездеседі?**

1. лоқсу
2. төс артындағы ауырсыну сезімі
3. еңтігу, жөтел
4. дисфагия
5. сілекей ағуы

**13. Өңеш рагына күдіктену кезінде тән емес белгі?**

1. тамақ жүрудің бұзылуы
2. қан аралас регургитация немесе құсу,
3. тамақ ішкеннен кейін с асты аймағында ауырсыну сезімі
4. өңештің семсер тәрізді өсіндісі тұсында күйдіру сезімі
5. жауырын аралық аймақта ауырсыну сезімі

**3- нұсқа**

**1. Өңештің рак алды аурулары емесі қайсысы?**

1. созылмалы рефлюкс-эзофагит
2. лейкоплакия
3. созылмалы глоссит
4. өңештің бүйірқалтасы
5. химиялық күйіктен кейінгі өңештің тыртықтануы

**2. Өңештен тағамның қиын өтуі рактан басқа қандай ауруда кездеседі?**

1. кардиоспазмда
2. ракта
3. гастритте
4. өттің тас ауруында
5. көтеуде

**3. Ракқа тән дисфагия?**

1. парадоксальды
2. жүйкелі
3. үдемелі
4. кешенді
5. сидеропениялы

**4. Өңештің мойын бөлігінің рагында қандай ем қолданылмайды?**

1. хирургиялық
2. сәулелік
3. химиотерапиялық



4. химио-сәулелік

5. симптоматикалық

**5. Рақты дисфагияның ерекшелігі?**

1. ас жұтқанда жөтелуі

2. қатты тағамның қиын, ал сұйықтың еркін өтуі

3. антиспазматикалық дәрілердің әсерінен жойылуы

4. сұйықтың қиын, ал қатты тағамның еркін өтуі

5. іштің өтуі

**6. Өңештің кеуде бөлігінде рақтың орналасуына қарай, хирургиялық емге қарсы көрсеткіш болып саналады?**

1. ортаңғы-кеуде

2. жоғарғы-кеуде

3. төменгі-кеуде

4. мойын

5. іш қуыс бөлігінде

**7. Өңеш рагының 1-ші сатысындағы көлемі?**

1. шырышты қабатта 3см-ге дейін

2. шырышты қабатта 5см-ге дейін

3. шырыш асты қабатта 5см-ге дейін

4. барлық қабаттарында 2см-ден көп

5. бұлшық етті қабатында 5см-ге дейін

**8. Өңештегі рақтың қозғалмалылығын анықтау жолы?**

1. сұйық барий ерітіндісімен рентгеноскопия

2. өңеш радиометриясы

3. УДЗ мен рентгенологиялық зерттеу

4. бронхоскопия

5. фиброэзофагоскопия

**9. Өңеш рагының кеуде бөлігінің ортаңғы 1/3-дегі радикалды емдеу әдісі:**

1. кешенді химиотерпия

2. сәулелі

3. неадиванты химиотерапия

4. операция алдындағы химиотерапия мен өңеш экстирпациясы

5. өңештің резекциясы

**10. Өңештің қатерлі ісігінің ішінде жиі кездесетіні?**

1. саркома

2. лейомиосаркома

3. меланома

4. рабдомиосаркома

5. рак

**11. Қазақстанның қай өңірінде өңеш рагы жиі кездеседі?**

1. Оңтүстік

2. Батыс

3. Орталық

4. Шығыс

5. Батыс

**12. Өңеш экстирпациясын жасау үшін кеуде қуысына тиімді ену жолын атаңыз?**

1. стернотомия (төсті екіге бөлу арқылы)

2. оң жақты торакотомия арқылы

3. сол жақты торакотомия арқылы

4. лапаротомия және диафрагмокуротомия жасау арқылы

5. тораколапаротомия жасау арқылы

**13. Өңеш рагында қолданыламайтын ем?**

1. хирургиялық
2. сәулемен емдеу
3. химиотерапия
4. химиосәулелі
5. физиотерапия

#### 4- нұсқа

**1.Өңеш рагының жоғары қауіп-қатер тобына қандай ауру белгісі бар адамдар кіреді?**

- 1.Пламер-Винсон синдромы
- 2.Менетрие ауруы
- 3.Базед ауры
4. кеуде аралығының қабынуы
- 5.бронхоаденит

**2. Өңеш рагын рефлюкс-эзофагиттен ажырату үшін қандай диагностикалық әрекет жүргізу керек?**

- 1.асқазанның қышқылдығын зерттеу
- 2.өттің құрамын анықтау
- 3.эзофагоскопия арқылы биопсия алу
4. радиометриялық зерттеуді
- 5.УДЗ , не КТ

**3.Ісік өңештің іш қуыс бөлігінде орналасқандағы емдеу әдісі?**

- 1.хирургиялық
- 2.сәулелік
- 3.химиотерапиялық
- 4.химиосәулелік
- 5.симптоматикалық

**4.Өңештің кеуде бөлігінің қайсысы жиі рақпен зақымдалады?**

- 1.мойын
- 2.жоғарғы
- 3.ортаңғы
- 4.төменгі
- 5.іш қуысты

**5.Өңештің қай бөлігі жиі ісікпен зақымдалады?**

- 1.мойын
- 2.кеуде
3. іш қуысты
- 4.физиологтылық қыспақтарда
- 5.барлық бөлігі

**6. Өңештің шырышты қабаты қандай эпителиимен қапталған?**

- 1.мүйізденгіш көп қабатты жайылмалы эпителиймен
- 2.аралас эпителиймен
3. мүйізделмеген көп қабатты шырышты жайылмалы эпителиймен
4. безді клеткалы эпителиймен
- 5.цилиндрлі эпителиимен

**7. Өңеш рагына күдіктенгенде қай зерттеуден бастау керек?**

- 1.эзофагоманометрия
- 2.биопсиямен эзофагоскопия
- 3.өңеш пен асқазанды рентген контрасты затпен зерттеу
- 4.өңешті электрокимографиялық зерттеу
- 5.КТ

**8.Кеңірдек-өңеш жыланкөзін қалай анықтауға болады?**

1. қою барий ерітіндісімен рентгенологиялық зерттеу

2. йодолипольмен өңешті рентген контрасты зерттеу
3. өңештің тыныстық полирентгенографиясы
4. УДЗ
5. КТ

**9. Сәулемен і емдеу әдісі өңештің қай бөлімінде тиімсіз болып саналады?**

1. мойын бөлігінің рагы
2. кеуде бөлімінің ортаңғы 1/3-інде
3. кеуде бөлімінің төменгі 1/3-інде
4. жоғарғы кеуде бөлігінде
5. іш бөлімінде

**10. Өңештің төменгі кеуде бөлімі рагында қандай радикальді ем қолданылады?**

1. Гэрлок операциясы
2. Добромислов-Торек операциясы
3. өңештің субтотальді резекциясы (Льюис операциясы)
4. Ниссен бойынша эзофагофундоанастомоз
5. гастростомия

**11. Өңеш рагы бойынша қауіп-қатер тобына кіретін адамдар:**

1. Пламмер-Винсон белгісі бар
2. Менетрие ауруы
3. Базед ауруы
4. кеуде аралығының созылмалы қабынуы
5. өкпе ауруы

**12. Ісікпен өңештің бітелу феномені кезінде пайда болатын белгі?**

1. жөтел
2. сілекейдің көп бөлінуі
3. жағымсыз иіс
4. төс асты аймағындағы ауырсыну
5. ентигу

**13. Өңештің кеуделік бөлімінің жоғарғы 1/3дегі рагы кезінде қандай ем түрі тиімдірек?**

1. симптоматикалық
2. сәулемен емдеу
3. хирургиялық
4. иммунотерапиялық
5. химиосәулелік

**5 нұсқа**

**1. Өңештің рак алды және рак ауруының дамуына қай факторлар әсер етпейді?**

1. термиялық күйік
2. тағамда өсімдік талшықтарының көп болуы
3. етті көп пайдалану
4. үй жағдайында сүрленген өнімдер
5. алкогольді ішімдіктер

**2. Өңеш рагын анықтау кезде емханада қандай келесі әдісті қолдануға болмайды?**

1. екі бағыттағы өңеш рентгенографиясын
2. фиброэзофагоскопияны
3. УДЗ-ді
4. Монахов түтігін
5. рентгеноскопияны

**3. Өңештің ортаңғы кеуде бөлігі рагында келесі радикалды операция қолданады:**

1. Гэрлок операциясы
2. Льюис операциясы
3. Добромислов-Торек операциясы

4. Ниссен бойынша эзофагофундоанастомоз

5. гастростомия

**4. Өңеш рагының жоғарғы қауіп-қатер тобына кіретін адамдар:**

1. өңештің ісік алды ауруы барлар

2. ауыз қуысындағы қабынулар

3. асқазанның қышқылы азайғандар

4. Цоллингер-Эллисон синдромы

5. Менетрие ауруы

**5. Өңеш рагын анықтаудағы ең тиімді анықтау жолы?**

1. скайпскопия

2. өңештің контрасты рентгеноскопиясы

3. эзофагофиброскопиямен биопсия алу

4. УДЗ

5. ЭКГ

**6. Өңеш рагының пайда болуына әсер етуші факторлар:**

1. тазаланған ауыз суды ретсіз қолдану

2. экологиялық таза өсімдік тектес тағамдарды жиі пайдалану

3. өте ыстық тағамдарды, ыстық шайды пайдалану

4. емдәмді сақтау

5. мезгілімен дұрыс тамақтану

**7. Өңеш рагын анықтауда қай зерттеулер маңызды?**

1. рентген мен ЭКГ жасау

2. Рентгеноскопия мен эзофагоскопия жасау

3. медиастинография мен томография жасау

4. УДЗ мен КТ жасау

5. МРТ мен ЭКГ жасау

**8. Өңештің шырышты қабатындағы рақтың гистологиялық түрін дәлелдеу үшін нені орындау керек?**

1. бронхоскопияны

2. асқазанның жүрек бөлімінің рентгеноскопиясын

3. радиометриялық зертеуді

4. эзофагоскоп арқылы биопсия алу

5. УДЗ-і

**9. Өңеш рагы кезінде химиотерапияны жүргізу?**

1. өте жоғары тиімді

2. басқа емдеу әдістерін толықтырады

3. тератогенді әсер береді

4. қолданылмайды

5. ешқандай әсер бермейді

**10. Өңеш рагы асқынғанда қандай емдеу әдісі тиімді?**

1. асқазанға жасанды жыланкөз салу

2. Добромислов-Торек операциясын

3. Льюис операциясын

4. Гарлок операциясын

5. химио-сәулелік емді

**11. Өңеш рагының және ісік алды ауруының дамуына келесі факторлар әсер етеді:**

1. термиялық, химиялық күйіктер

2. тағамда өсімдік талшықтарының жоғары мөлшерде болуы

3. қылтықсыз балықты көп қолдану

4. емдәмді дұрыс сақтау

5. экологиялық таза тағамдарды жиі қолдану

**12. Дәрігерге өңеш рагын анықтауға көмектесетін негізгі клиникалық белгісі?**

1. тамақ жұтудың қиналауы
2. сігіперсаливация
3. тағам өткенде ауырсыну сезімінің болмауы
4. парадоксальды дисфагия
5. дауыстың өзгермеуі

**13. Өңеш рагының ортаңғы бөлігінде қолданылатын тиімді операцияны атаңыз?**

1. өңешті сау тіні аймағында резекция жасау
2. өңеш экстирпациясын жасап, содан соң оны пластикалық жолмен жалғау
3. өңешті сүмбілеу арқылы
4. лазер немесе диатермокоагулятормен өңештегі ісікті күйдіріп «түннелдеу»,
5. тұрақты гастростома салу

**6- нұсқа**

**1. Өңеш рагының даму кезіндегі белгісі?**

1. регургитация
2. парадоксальды дисфагия
3. қатты тағамдарға дисфагия
4. сілекейдің қойланып шығуы
5. азу

**2. Өңеш рагы ортаңғы 1/3 бөлігінде, 2- сатылы, бөгелме ісігі жоқ, емдеу тактикасын анықтаңыз?**

- 1) химиотерапия
- 2) сәулелі ем
- 3) хирургиялық ем
- 4) қосарланған - рентгенотерапиядан соң операция
- 5) симптоматикалық консервативті ем

**3. Өңештің төменгі кеуде бөлігі рагында қандай радикалды операция қолданады?**

1. Гэрлок операциясы
2. Льюис операциясы
3. Добромислов-Торек операциясы
4. Ниссен бойынша эзофагофундоанастомоз
5. гастростомия

**4. Өңеш рагының алғашқы белгісі?**

1. парадоксальды дисфагия
2. тағам өткенде ауырсыну сезімі
3. құсу
4. қатты тағамға дисфагия
5. Ешқандай белгісі жоқ

**5. «Дисфагия» белгісін көпшілік жағдайда қалайша атайды?**

1. ас ішкенде шашалуы
2. өңешпен өткен астың қиналып өтуін сезу, қою тамақтың артынан су ішуге мәжбүрлеуі
3. асты жұтқанда төс артында ауырсыну сезімі
4. төс артында тұрақты тойымшылықты сезуі
5. ас ішкенде локсып, құсуы

**6. Өңештің облигатты рак алды аурулары болып табылады:**

1. өңештің 1-ші дәрежелі дисплазиясы
2. созылмалы глоссит
3. кардиоспазм
4. созылмалы катаральды эзофагит
5. өңештің шырышты қабатының лейкоплакиясы

**7. Өңеш рагының ерте сатысын анықтауда ең тиімді диагностикалық әдісі?**

1. өңеш шайындысын цитологиялық зерттеу
2. өңешті рентгенологиялық зерттеу

3. өңешті радиометриялық зертеу
4. биопсиямен өңешті эндоскопиялық зерттеу
5. УДЗ және КТ

**8. Өңештің дистальды бөлігінің аденокарциномасының тиімді емі?**

1. сәулемен емдеу
2. полихимиотерапия
3. химио-сәулелік ем
4. асқазанның және өңештің төменгі үштен бір бөлігінің просимальді субтотальді резекциясы
5. паллиативті гастростома

**9. Өңештің кеуде бөлігінің жоғарғы үштен біріндегі рагына қандай ем тиімді?**

1. химиотерапия
2. сәулелік ем
3. операция алдында сәулелі терапия, немесе химиотерапия
4. асқазанға жыланкөз салу
5. иммунотерапия

**10. Өңеш рагының гематогенді бөгелме ісіктері қай ағзаларда жиі байқалады?**

1. бауырда
2. кеуде аралығында
3. бүйректе
4. сүйекте
5. лимфа түйіндерінде

**11. Өңеш рагына қатнасты белгісі?**

1. сидеропениялық дисфагия
2. парадоксальді дисфагия
3. үдемелі дисфагия
4. гипосаливация
5. рефлексорлы дисфагия

**12. Өңеш рагының қайсы бөлігінде хирургиялық әдіс ең тиімді?**

1. мойын бөлігі
2. жоғарғы 1/3-кеуде бөлігі
3. Ортаңғы 1/3-кеуде бөлігі
4. абдоминальды бөлігі
5. Төменгі 1/3 бөлігі

**13. Өңештің қайсы қабатында рак пайда болады?**

1. шырышты
2. аралас
3. бұлшықетті
4. сірнелі
5. адвентициальды

**7- нұсқа**

**1. Өңеш рагының төменгі 1/3 бөлігінде ең қарапайым, оңай жасалатын паллиативті операциясы?**

1. эзофагофундоанастомоз
2. гастростомия
3. энтеростомия
4. өңеш ісігін эндопротезбен (металл немесе синтетикалы түтік) интубациялау
5. лазер немесе диатермокоагулятормен өңештегі ісікті күйдіріп «түннелдеу»,

**2. Өңеш рагын дәлелдеу үшін қандай диагностикалық әдіс тиімді?:**

1. ацидотест
2. рентгенскопия
3. эзофагофиброскопия арқылы биопсия

4. УДЗ

5. кеуде клеткасының КТ-сы

**3. Өңештің абдоминальды бөлігі рагында қандай радикальды операция қолданады?**

1. Гэрлок операциясы

2. Льюис операциясы

3. Добромислов-Торек операциясы

4. Ниссен бойынша эзофагофундоанастомоз

5. Геллер бойынша эзофагокардиоластика

**4. Емханада өңеш рагын қандай зерттеу әдісімен анықтау тиімді болады?**

1. фиброэзофагоскопия

2. КТ

3. екі проекциялы өңеш рентгенографиясы

4. медиастиноскопия

5. УДЗ

**5. Өңештің ортаңғы кеуде бөлігі рагында операцияның қай түрі бұрын жиі қолданылды?**

1. Гэрлок операциясы

2. Добромислов-Торек операциясы

3. Льюис операциясы

4. Геллер бойынша эзофагокардиоластика операциясы

5. эзофагофундоанастомоз

**6. Өңеште қандай қатерлі ісік сирек кездеседі?**

1. экзофитті (түйінді, сүйелді)

2. 3-ші дәрежелі дисплазия

3. лейомиосаркома

4. эндофиті (ойықжаралы)

5. жалған ісікті түрі

**7. Өңештің жоғарғы 1/3 бөлігінде қандай оптимальды ем жүргізу керек?**

1. химиотерапия

2. сәулелі ем

3. хирургиялық ерте басталатын ем

4. қосарланған химиотерапия мен операция

5. қосарланған сәулелі ем мен операция

**8. Кеуде аралыққа өңеш ісігінің ерте таралуы мынаған байланысты:**

1. шырышты қабаттың жұқа болуынан

2. шырыш асты қабатының болмауынан

3. жеткіліксіз қан тамырмен қамтамасыз етілуінен

4. Сірнелі қабаттың болмауынан

5. бұлшық еттерінің біркелкі болмауынан

**9. Өңештен судың өтуі қиындағанда науқасқа қандай ем көрсетіледі?**

1. сәулелік ем

2. Гэрлок операциясы

3. асқазан жыланкөзін салу

4. химиотерапия

5. симптоматикалық ем

**10. Өңеш рагының орналасуына қарай сәуле емі ең жиі, жеке әдіс ретінде қолданылады?**

1. өңештің мойын бөлігінде

2. өңештің ортаңғы және төменгі кеуде бөлігінде

3. өңештің ортаңғы кеуде бөлігінде

4. өңештің төменгі кеуде бөлігінде

5. өңештің іш бөлімінде

**11. Өңеш рагының ең қауіпті асқынуына не жатады?**

1. қан кету
2. тесілуі (медиастенит, эмпиема)
3. бронх-өңештік жыланкөздің пайда болуы
4. дисфагияның үдеуі
5. гиперсаливация

**12. Өңеш рагының төменгі 1/3 бөлігінде қолданылатын операциялардың қайсысы басқаларға қарағанда тиімді болып саналады?**

1. Өңештің бір мезгілде жасалатын экстирпациясынан соң оны асқазанмен алмастыру
2. Өңеш экстирпациясынан соң оны ащы ішекпен (2 не 3 кезеңді) алмастыру
3. Өңешке бір мезгілде асқазанның проксимальды және өңештің төменгі бөлігімен қоса резекциясын жасау
4. Өңештің төменгі 1/3 бөлігімен қоса гастрэктомия жасап, - эзофагоеюноанастомоз салу
5. айналмалы эзофагофундоанастомоз салу

**13. Өңеш рагында қандай паллиативті хирургиялық операция жасалады?**

1. асқазан жыланкөзін салу
2. өңешті сүмбімен кеңейту
3. Добромыслов – Торек операциясын жасау
4. Льюис операциясы
5. Электрокагуляция жасау

**Тесттік сұрақтардың эталонды жауабы**

Сұрақ №с	Нұсқалар						
	1	II	III	IV	V	VI	VII
1	5	2	3	1	3	3	2
2	3	4	1	3	3	3	3
3	1	3	3	1	3	2	1
4	2	4	1	3	1	5	1
5	4	2	2	2	3	2	2
6	5	4	2	3	3	5	3
7	3	3	1	3	2	4	2
8	2	2	1	2	4	4	4
9	3	2	4	5	2	2	3
10	2	2	5	3	1	1	1
11	2	3	2	1	1	3	1
12	3	2	5	2	1	4	3
13	2	3	5	5	2	1	1

**Жауапты бағалау**

**Жалпы 91 сұрақ. Студент барлық тесттік нұсқаларды шешу керек.**

р/с	Дұрыс жауабы	%	балл
1	87-91	95-100	=% x 0,4
2	73-86	80-94	=% x 0,4
3	64-72	70-79	=% x 0,4
4	55-63	60-69	=% x 0,4
5	46-54	50-59	=% x 0,4
6	36-45	40-49	=% x 0,4



**Есептеу жолы: мысалы студент 74 сұраққа дұрыс жауап берсе, оны былай бағалайды:**

$$X_{74} = 74 * 100 / 91 = 81,3\%$$

**Ситуациялық есептер**

**№1- есеп.**

53 жастағы еркек, шылымқор, соңғы 6 ай ішінде жайлап үдемелі дисфагия пайда болғандықтан, жүдеп, 18 кг. салмақ жоғалтқан және бір ай бұрын даусы қарлығып, жота арасында ауырсыну сезімі пайда болғанына шағымданған.

1. Қандай диагноз болу мүмкіншілігі басым?
2. Қосымша зерттеулер?
3. Гистологиялық қандай түрі болуы мүмкіншілігі жоғары?
4. Даусының қарлығы себебі?
5. Емдеу мүмкіншілігі?

**№2- есеп.**

45 жастағы әйел, артық салмақты және өт-тас ауруы бар, в течение 3 жыл бойы үдемелі жүрек қыжылы, кекіру және анда-санда төс астында ауырсыну сезіміне шағымданады. Соңғы жылдары екі рет төменгі өкпе бөлігінің қабынуымен ауырған.

1. Қандай диагноз болу мүмкіншілігі басым?
2. Эндоскопиялық тексеруден қандай нәтиже күтуге болады?
3. Контрасты рентгенологиялық зерттеуде не жиі анықталуы мүмкін?
4. Өкпекабунудың себебі неде?
5. Бұл ауру тағыда қандай асқынуларды тудыруы мүмкін?

**№3 - есеп.**

60 жастағы әйел 5 жыл бойы тамақ жұтқанда, әсіресе анда-санда сұйық су ішкенде қиналып өтетінін (дисфагияны) сезіп, кейде оның мүлде жойылып кететіндігін байқаған. Кейбір кезде төс асты аймағында жанын тиетін ауырсыну сезімі ас қабылдағанда пайда болатынын байқасада, осы мезгілде салмағы аса төмендемеген (азбаған).

1. Сіздің диагнозыңыз?
2. Бұл ауруға тән дисфагияны қалай атайды?
3. Контрасты рентгенологиялық зерттеуде нені анықтауға болады?
4. Эзофагогастродуоденоскопия жасағанда болжамды нені анықтауыңыз мүмкін?
5. Науқасқа қандай хирургиялық емес емді қолдануды ұсынуға болады?

**№4- есеп.**

Науқас ұлтабар ойық жарасымен ауыратындықтан оны жоспарлы эндоскопиялық тексеруге жіберілген. Зерттеу кезінде науқас мойын бөлігінде ауырсыну сезімі, одан соң ісінуі және тері асты крепитациясы пайда болған.

1. Қандай асқыну туралы ойлану керек?
2. Крепитацияның пайда болу себебі неден?
3. Қандай анатомиялық құрылым жиі зақымданады?
4. Емдеу тактикасын анықтауда не шешуші маңызды?
5. Хирургиясыз ем жасауға болама, онда нені енгізу керек?

**№5- есеп**

76 жасар науқаста - дисфагия, ентігу және даусы өзгерген. Тексеру кезінде: дене салмағы едәуір төмендеген, әлсіздік бар. Тері мен тілі құрғаған. Қан қысымы 110-60 мм., жүрек соғысы 90. Іші жұмсақ, ауырмайды. Рентген және эндоскопиялық зерттеуде: өңеш - асқазан жолы толық бітелген. Гистологиясы: аденокарцинома.

1. Қандай тексерулер жүргізу керек?
2. Емдеу тактикаңыз қалай болмақ?
3. Болжам?

**Ситуациялық есептердің жауабы:**

**№1- есептің:**

1. Өңеш рагы
2. Контрасты рентгенмен зерттеу, эндоскопия мен биопсия алу, кеуде аралығына КТ.
3. Эпидермоидты рак.
4. кеңірдектің қайтарма жүйкесінің зақымдауы.
5. Радикальды ем жасауға болмайды; сондықтан паллиативті операция - гастростомия.

**№2- есептің:**

1. Клиникасы өңештің рефлюксті ауруына сәйкес келеді.
2. Белгілері эзофагит пен жылжымалы жарыққа сәйкес.
3. Өңеш-асқазан рефлюксі мен жылжымалы жарық контрасты анықталады.
4. Аспирациялық пневмония болуы мүмкін.
5. Пептикалық өңештің тарылуы, өңештің шырышты эпителийінің ішек метаплазиясына көшуі (Барретт өңеші) нәтижесінде раққа айналуы.

**№3- есептің:**

1. Кардиоспазм.
2. Интермиттірлі және парадоксальды дисфагия, одинофагия.
3. Диафрагма аймағында өңештің түгел кеңейуі мен тербелісінің бұзылуы.
4. Өңештің дистальды бөлігінен басқа, оның тұтас кеңейуі, өткізгіштілігі тек гастроскопқа ғана.
5. Пневмокардиодилатация.

**№4- есептің:**

1. Жұтқыншақ немесе өңештің аспаппен тесілуі,
2. Жұмсақ тіндерге жұтқыншақ не өңештен енген ауа
3. Алмұрт тәрізді қойнау
4. Суға еритін контрасты затты бергенде ісіктің пайда болуы немесе болмауы.
5. Ауыз арқылы тамақтануды тоқтату, инфузионды және антибактериальды терапия.

**№5- есептің:**

1. Аурудың кеуде қуысына рентгенография, компьютерная томография керек және де іш қуысына, бауырға УЗИ жасау керек.
2. Паллиативті хирургиялық ем.
3. Болжам қолайсыз.