

ҚР ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ МИНИСТРЛІГІ  
С. Д. АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ  
ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА  
УНИВЕРСИТЕТІ



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РК  
КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ  
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ  
С. Д. АСФЕНДИЯРОВА

# Кафедра: Патологиялық анатомия

## Тақырыбы: *Өкпе ісігі*

Орындаған: Мәмбет Ержан.

Факультет: Жалпы медицина

Тобы: 14-009-1к

Курс:2

Қабылдаған: Анаятова Багдагуль

Алматы-2015

## **Жоспар:**

### **I.Кіріспе**

Өкпе рагы

### **II.Негізгі бөлім**

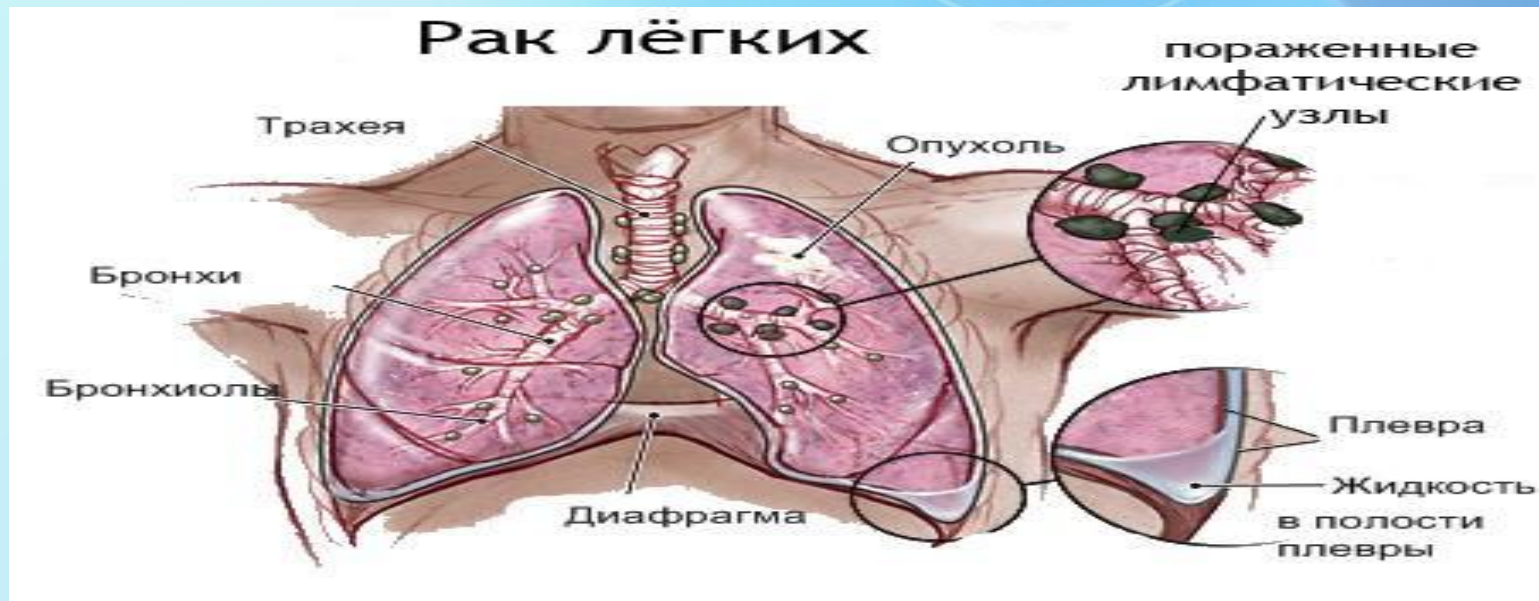
- 1) Эпидемиологиясы мен этиологиясы;
- 2) Классификациясы;
- 3) Патогенезі;
- 4) Клиникалық белгілері;
- 5) Диагностикасы;
- 6) Емі;
- 7) Болжамы мен профилактикасы;

### **III.Қорытынды**

### **IV.Пайдаланылған әдебиеттер**

# Кіріспе

**Өкпе рагы-** бронхтар, бронхиолдар, бронхиальды бездер мен альвеоларлы эпителийлердің кілегейлі қабыршағынан дамидын қатерлі ісік ауруы. Негізінен бронхтарда өсіп шығатын күрделі ісік. Сондықтан оны *бронхогендік карцинома* деп атауға болады. Өкпе альвеолаларының карциномасы осы ісіктік тек 1% ын құрайды



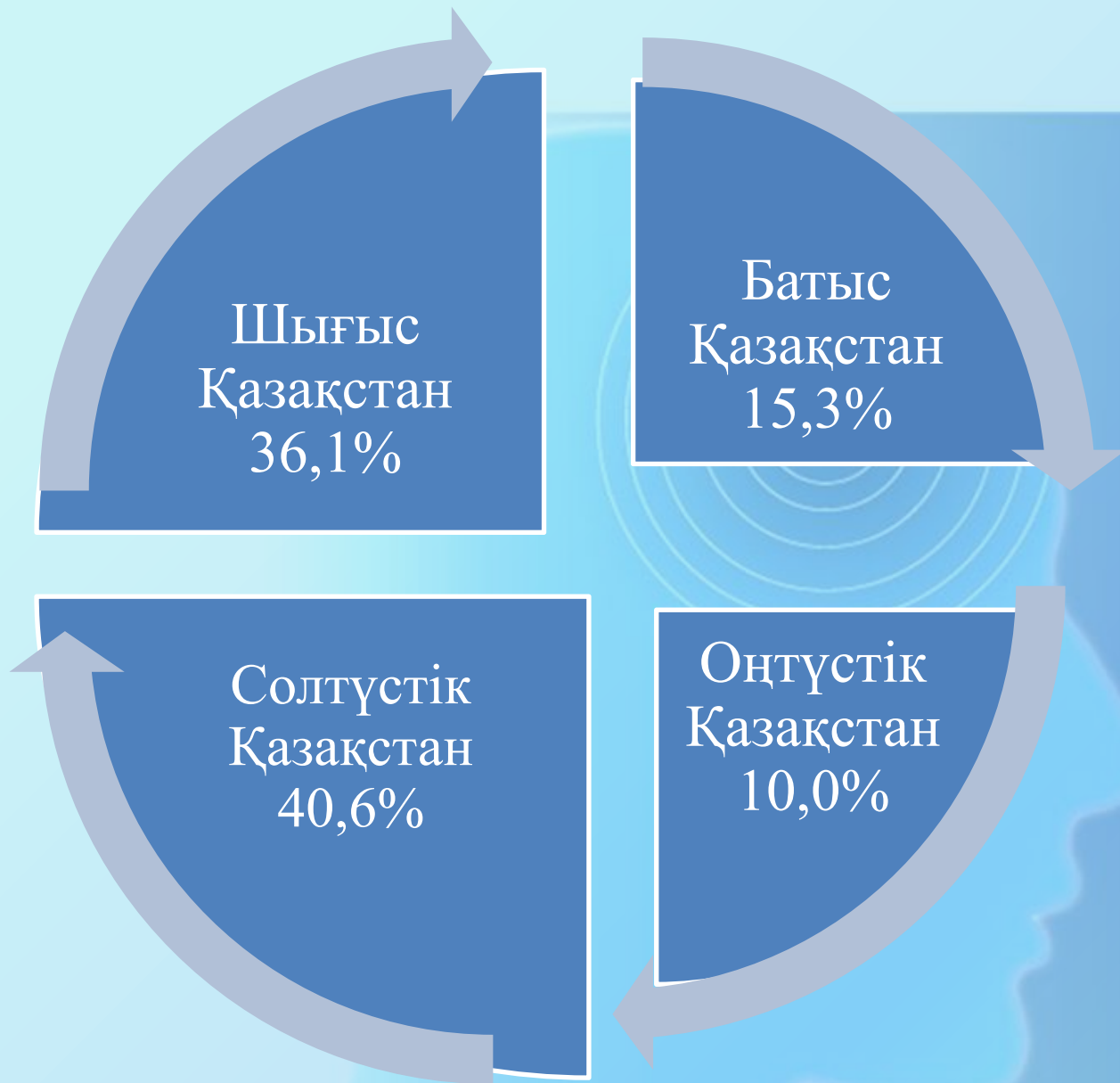
## *Эпидемиология*

Жер шарында 1 миллион 200000 адам осы ауруға шалдыққан. Еуропа мен Солтүстік Америка дерт жоғары деңгейде дамыса, Азия мен Африкада аз тіркелген. Қазақстан дерт бойынша Орта Азия елдері арасында бірінші орында. Ерлер әйелдерге қарағанда 10 есе жиі ауырады. Көп жағдайда қарт кісілер жиі шалдығады. Қазақстанда соңғы деректерге қарағанда жылына 30 000 адам осы дертке шалдыққан.

Халықаралық статистикаға сәйкес, өкпе қатерлі ісіктерді 60% өліммен аяқталады.

Әлемде минут сайын 1 адам осы дерттен қайтыс болады.

# Эпидемиология



## *Этиологиясы:*

- Шылым шегу;
- Ауа кеңістігінің ластануы;
- Иондық радиация;
- Кәсіптік зияндық;
- Бронх және өкпе ұлпасының созылмалы қабыну аурулары;
- Пневмосклероз;
- Туберкулезден кейінгі жазылған жердегі тыртықтар;
- Тұқымқуалаушылық;

- Өкпе ісігінің пайда болуына *сыртқы* және *ішкі* себептер әсер етеді.
- *Сыртқы себептерге*: тыныс алу жолдары мен өкпеге физикалық, химиялық, канцерогендік заттармен ластанған ауаның, зиянды заттардың шаң-тозаң, асбесвт, т.б. енуі, темекіні жиі тарту.
- *Ішкі себептерге*: өкпедеге әр түрлі созылмалы қабынулар, имундық жүйке жүйесінің төмендеуі жатады.
- Өкпе қатерлі ісігі әйелдерге қарағанда 45-60 жас аралығындағы *ер адамдар* жиі шалдығады.
- Дүниежүзі ғалымдарының зертеуінше, негізінде бұл аурудың 90% шылым шегетіндердің үлесіне тиеді екен. Егер шылым шегушілер күніне 20 тал темекі тартса, олардың өкпедегі қатерлі ісікке шалдығу қаупі өзгелерге қарағанда 10-15 есе артады
- Шылым түтінінің құрамында әртүрлі зиянды және канцерогендік заттар бар. Шылым түтінінің канцерогендік әсері эксперимент арқылы да дәлелденген. Осы заттар бронх эпителийіне тікелей әсер етіп, оларды метаплазиялық, дисплазиялық өзгерістерді тудырады. Әрі қарай қарцинома дамиды.

## *Қауіп факторлары:*

- 50-ден асқан тұрақты шылым шегетіндер;
- Жасқа байланыссыз шылым шеккеніне 25 жылдан асса;
- Ұзақ уақыт никель,асбест,мышьяк шаруашылығында жұмыс жасайтындар;
- Созылмалы қабыну аурулары барлар;
- Тағамдану үрдісі;



# Патогенезі:

## 1 этап-инициация

Канцерогенді агенттің өкпеге түсуі, ДНҚ эпителиалды жасушалары мен активация процесінің жүруі, латентті рак жасушасының қалыптасуы.

## 2 этап-промоция

Өкпеге канцерогенді агенттердің немесе промоторлардың қайталап түсуінен жасушада гендік өзгерістер дамып, активті рак гендері жылдам өсіп сау тіндерді зақымдайды.

## 3 этап-прогрессия

Рак жасушаларының тоқтаусыз қарқанды өсуі (атипия, инвазивті өсу, метастаз)

- Никотинге тәуелділік(80-90%)немесе қоршаған ортадан канцерогендік заттардың тыныс жолдарына түсуі (10-20%)



- Канцерогендерді инактивация жасайтын гендердің жеткіліксіздігі (мысалы GSTM1 полиморфизмі)



- ДНҚ канцерогендер әсерінде зақымдануы



- ДНҚ репарациясының (hww1 генінің полиморфизмі), апоптоздық тетік тапшылығы



- Генішілік мутациялар (эпигендік, хромосомалық аномалиялар)

Онкогендердің белсенділігінің артуы және супрессорлық гендердің(RB1, p53) инактивациясы



- Ісік алды өзгерістер



- Ісік (карцинома)

Темекі түтіні яғни канцероген бронхтың шырышты қабатына енеді

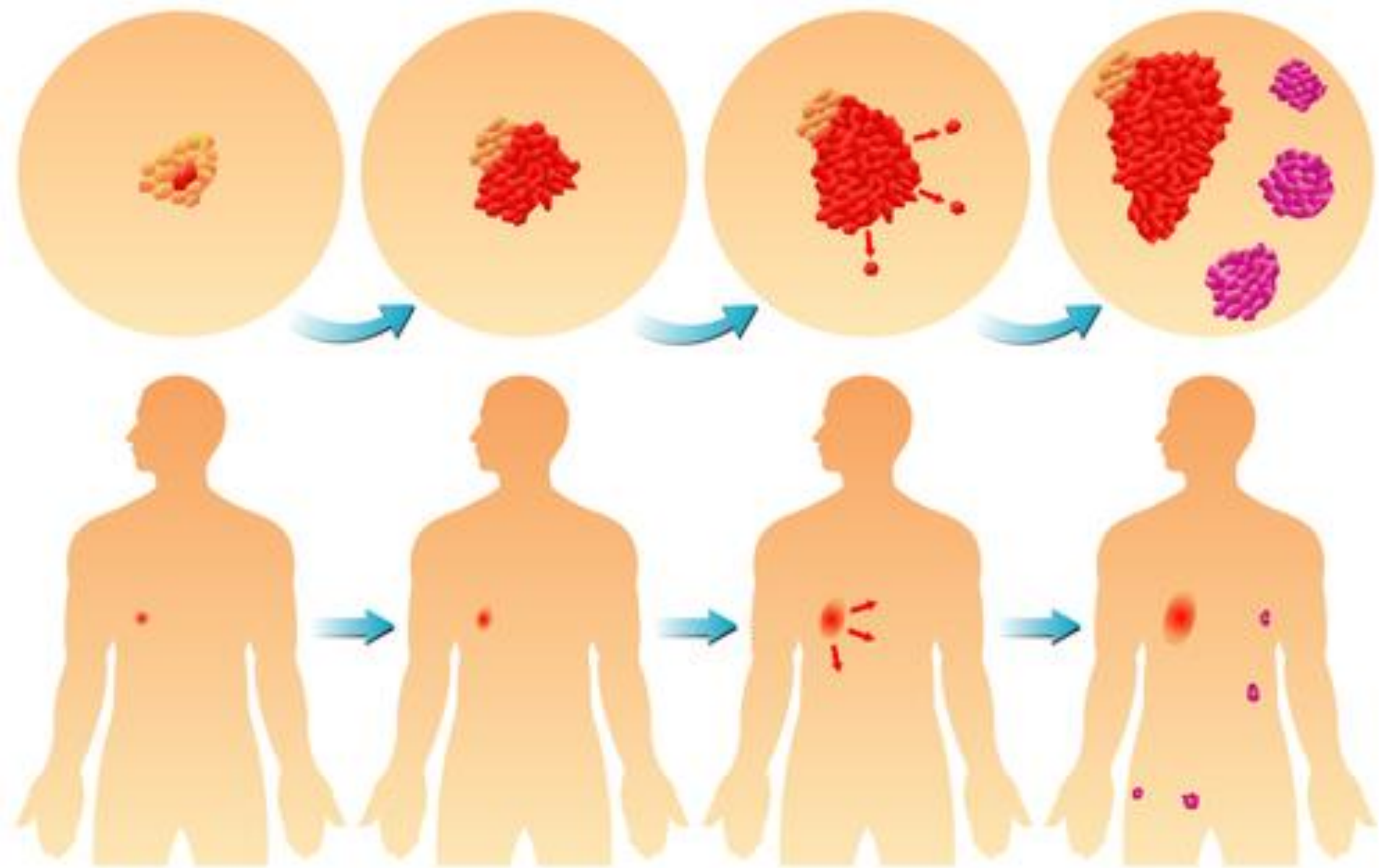
Шырышты қабаттың кірпікшелі эпителийінің функциясын және бронхтың дренаждық функциясын зақымдайды.

Рак дамуының көзі болып табылады.

Канцероген қайталап түседі

Бронх эпителий бұзылады: кірпікшелер жойылады, екі қабатты цилиндрлі эпителий көп қабатты жалпақ эпителийге айналады.

# METASTASIS



## *Өкпе рагының дүние жүзілік TNM жүйесі бойынша жіктелуі:*

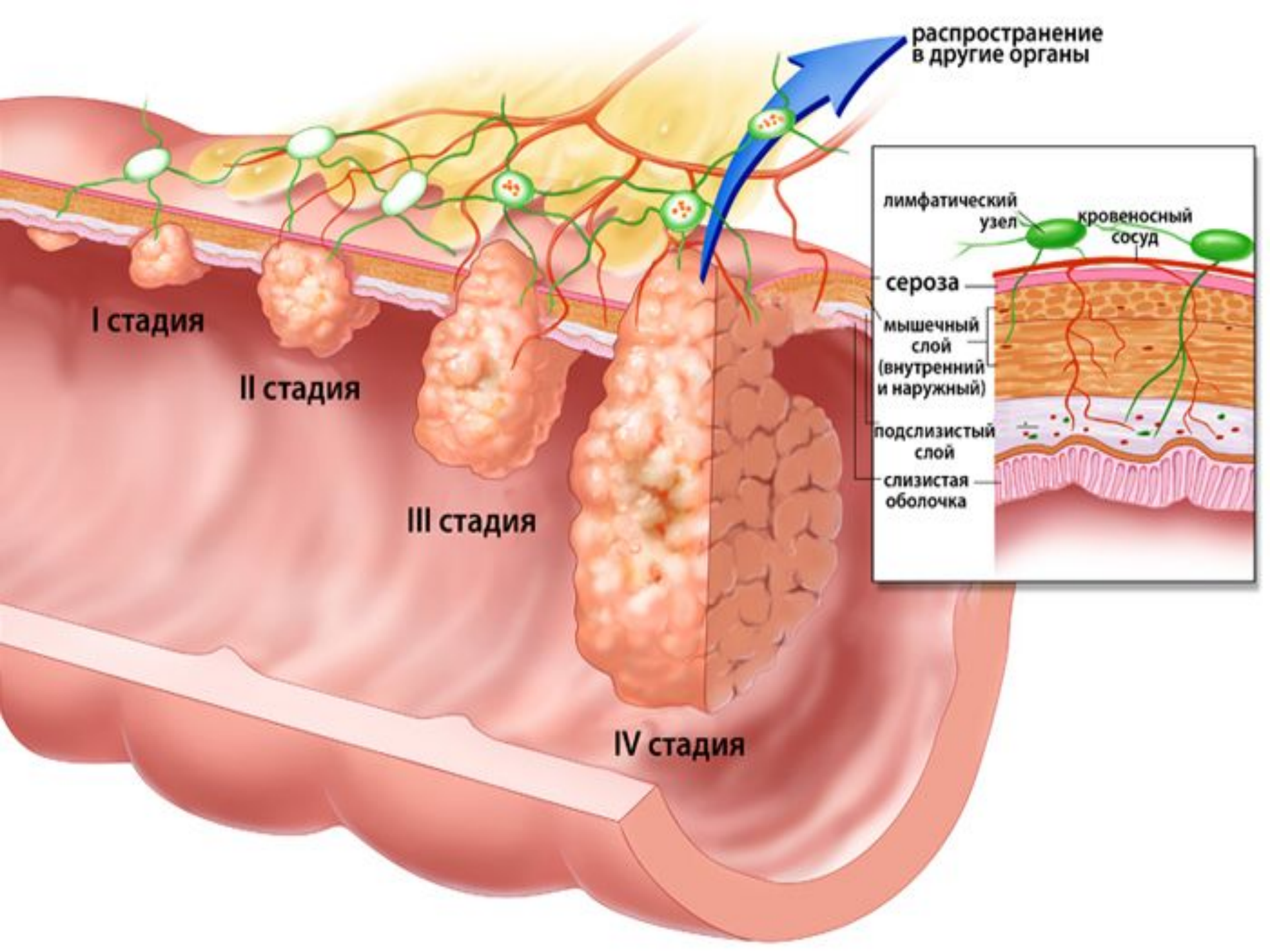
- **Tx**-рактық дамуының бастапқы сатысы, кездейсоқ анықталады, қақырықты цитологиялық зерттегенде анықталады.
- **T0**-біріншілік ісік көріністері жоқ.
- **Tis (tumor in situ )**-инвазивті емес эпителийішілік рак, көлемі шектеулі.
- **T1**-3 см дейінгі өлшемдегі ісік, басты бронх зақымданбаған, бронхоскопияда немесе рентгендиагностикада анықталады,
- **T2** —ісік көлемі 3 см жоғары, өкпе түбіріне дейін өсуі, бірақ барлық өкпе бөліктерін камтымайды, біріншілік көріністер: ентігу, жөтел байқалады.
- **T3**-кез келген көлемдегі тікелей жанындағы органдарға тарауы (диафрагма, кеуде қуысы, ортаңғы бөлік, перикард, плевра).
- **T4**- кез келген көлемдегі рак, басқа органдарға таралуы (бауыр, жүрек, асқазан)

- **$Nx$**  — лимфа түйіндері зақымданбаған немесе диагностикада анықтау қиынға соқтыруда.
- **$N0$**  — ісік анықталған, бірақ жергілікті лимфа түйіндерінде метастаз беру жоқ;
- **$N1$**  — перибронхиальды және өкпе түбірінің лимфа түйіндері зақымданған;
- **$N2$**  — средостениядағы лимфа түйіндері зақымданған, үлкен түйіндердің зақымдана бастауы;
- **$N3$**  — лимфа түйіндерінің толықтай зақымдануы, екінші өкпеге өтуі;
- **$Mx$**  — метастаз беру жоқ;
- **$M0$**  — басқа органдарға метастаз беру жоқ;
- **$M1$**  — басқа бөліктерге метастаз;

Осы формула арқылы аурудың диагноз қойып, процесстің таралу сатысын анықтап жазуға болады.

## ***Өкпе рагының өсу дәрежесі(4 сатысы):***

- I өсу деңгейі-*** ісік 3 см аспайды, ол бронхтың-ішкі қуысынан тыс өспейді, плевраға дейін жетпейді, лимфа бездерінде метастаз жоқ;
- IIa өсу деңгейі-*** ісік көлемі 3 см 5 см-ге дейін, плевраны жарақаттайды, метастаз жоқ;
- IIб-***ісік көлемі 3 см 5 см-ге дейін, бронх-өкпе лимфа бездерінде метастаз береді;
- IIIa-***ісік көлемі 5 см асады, көрші бөлімге ауысады, лимфа бездері зақымдалмаған;
- IIIб-***өсу деңгейінде көптеген бронх-өкпе лимфа бездерінде метастаз болады, тереңде жатқан лимфа бездерін зақымдайды;
- IVa-***кеуде қуысын толық жарақаттайды;
- IVб-***алыста орналасқан мүшелерге метастаз береді.



распространение  
в другие органы

I стадия

II стадия

III стадия

IV стадия

лимфатический  
узел

кровеносный  
сосуд

сероза

мышечный  
слой  
(внутренний  
и наружный)

подслизистый  
слой

слизистая  
оболочка



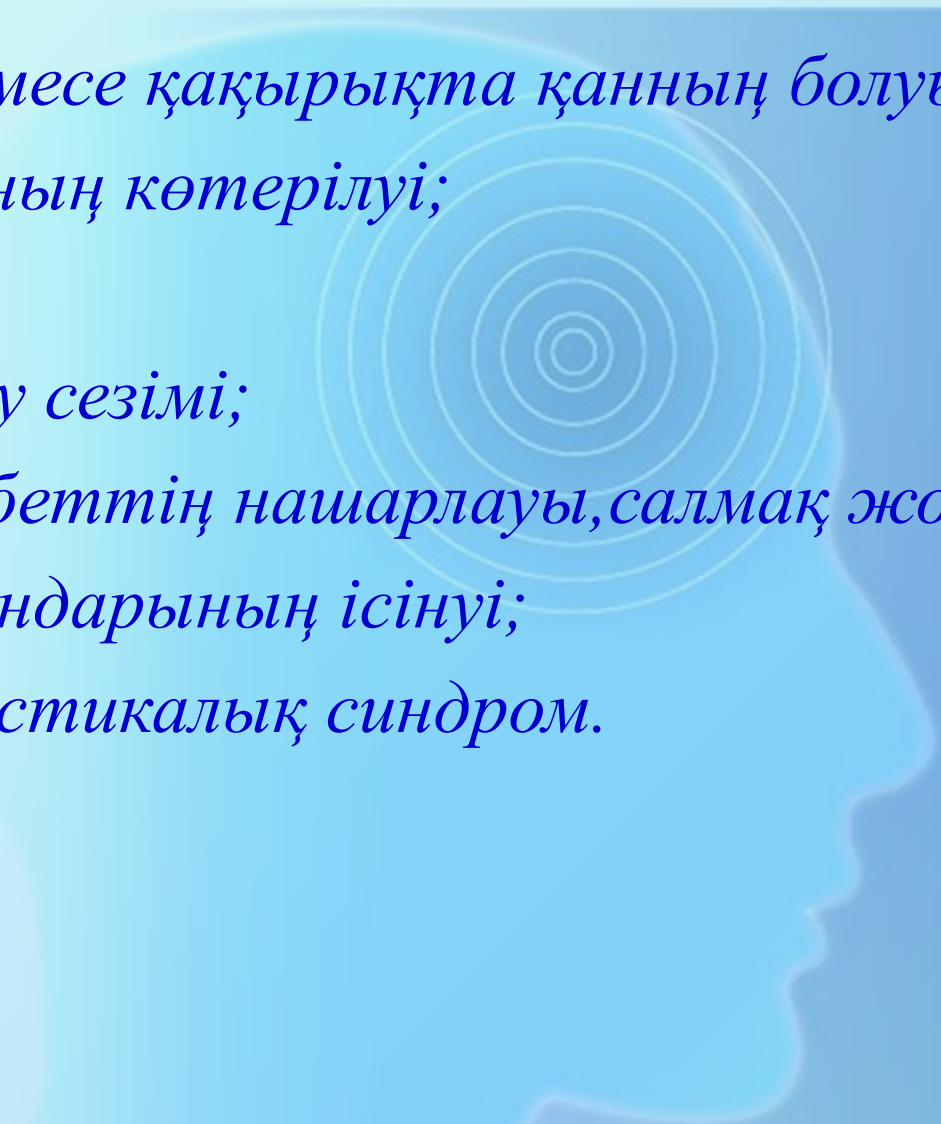
*Өкпе рагының клиникалық және анатомиялық жіктелуі(А.И.Савицкий бойынша):*

- Эндобронхиальды(бронх қуысымен);
- Перибронхиальды(бронх жанымен);
- Тармақталып;

Гистологиялық құрылысы жағынан:

- Жалпақ жасушалы;
- Шырышты (аденокарцинома);
- Ұсақ жасушалар.

## *Клиникалық көрінісі:*

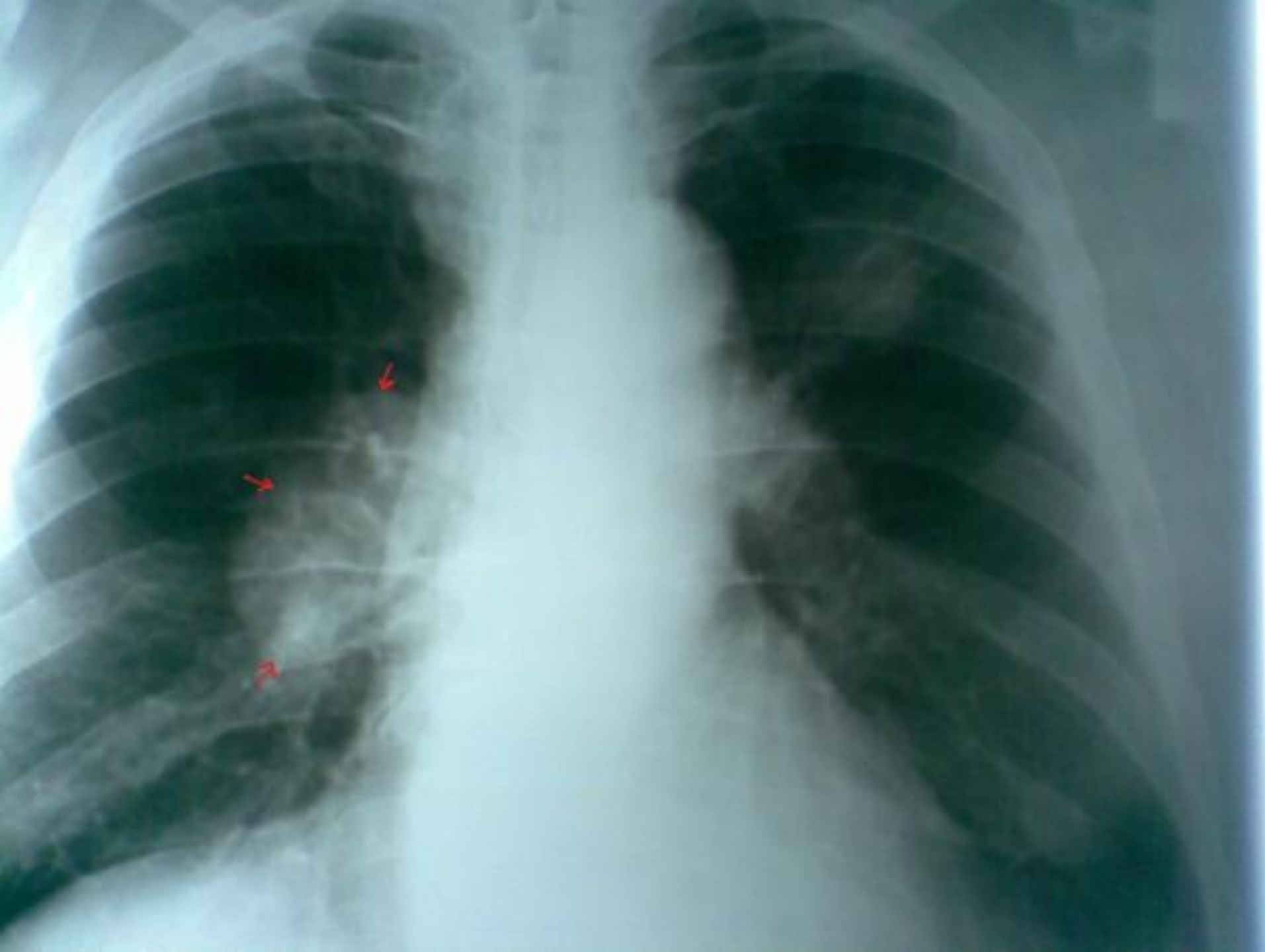
- Жөтел;*
  - Қан құсу немесе қақырықта қанның болуы;*
  - Дене қызуының көтерілуі;*
  - Ентігу;*
  - Кеудеде ауру сезімі;*
  - Әлсіздік, тәбеттің нашарлауы, салмақ жоғалту;*
  - Аяқ-қол буындарының ісінуі;*
  - Паранеопластикалық синдром.*
- 

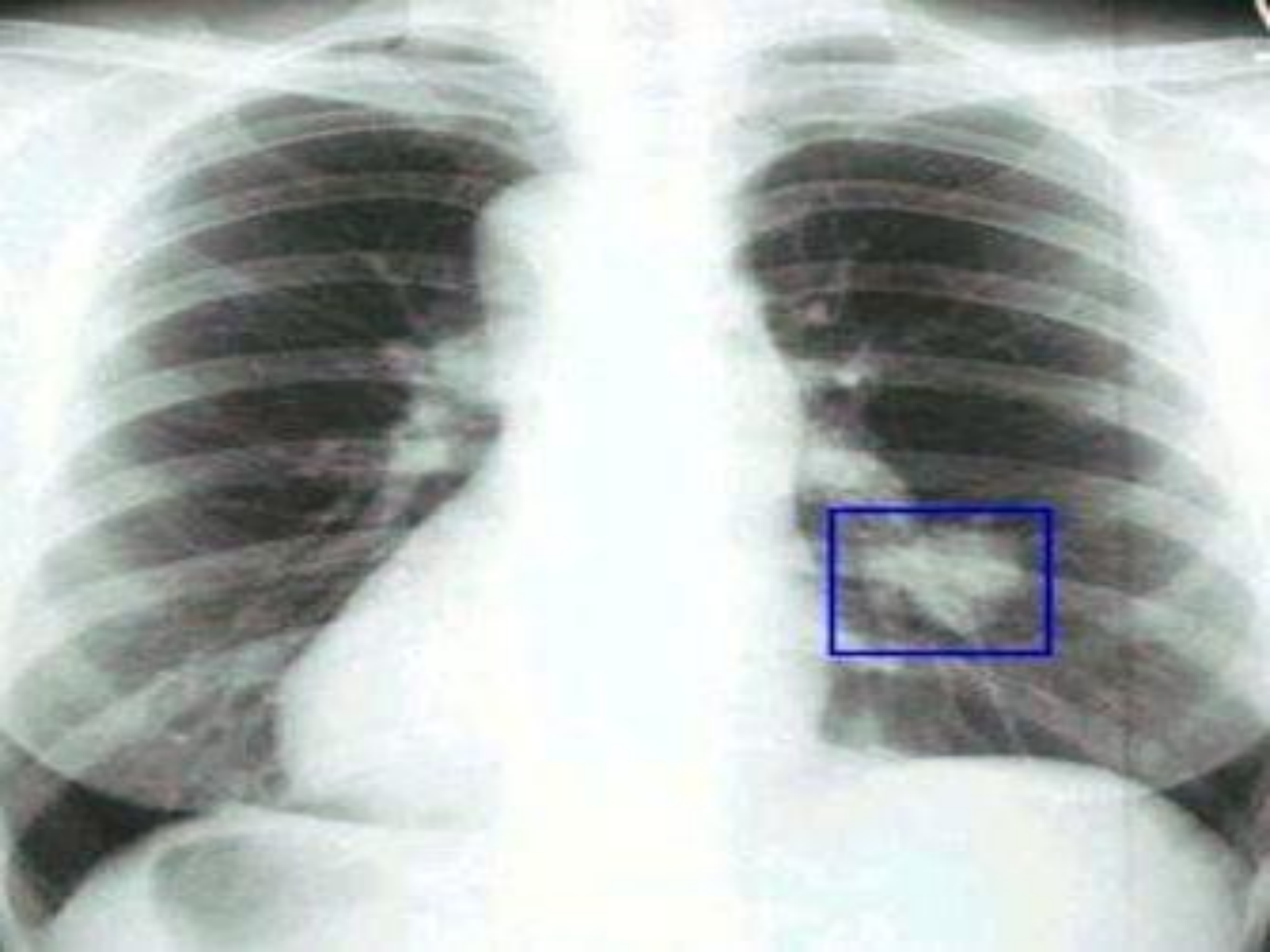
## *Диагностика:*

- Анамнез;*
- Физикалық зерттеу;*
- Пальпацияда:* ауырған бөліктен дыбыс дірілінің әлсірегені байқалады;
- Перкуссияда:* ателектаз болған жерде тыныс дыбысы төмендегені естіледі, кеуде қуысының жарақаттанған жаққа тарылып, кішірейеді.
- Аускультацияда:* өкпеден ысқырған қырылды дыбыс естіледі.
- Лабораторлық зерттеу:* ЭТЖ жоғары, гипохромды анемия, лейкоцитоз.
- Қақырықты цитологиялық зерттеу;*

## *Рентгенологиялық зерттеу:*

- Өкпе суреті көмескіленген, ісік түйіні көлеңке болып көрінеді;
- Сау өкпе кеңейген, ақшыл көрінеді;
- Орталық кеуде қуысының көлеңкесі, өкпе қақпасы мен кеуде, диафрагма жарақаттанған жақта кеңейеді, тыныс алғанда орталық кеуде көлеңкесі жарақаттанған жаққа қимылдайды, ал дем шығарғанда көлеңке сау сау жақ өкпеге тартылады-*Гольцкнехт-Якобсон белгісі* деп аталады.





## *Компьютерлі томография*

Бронхтардың, лимфа бездерінің, ісік түйінінің көлеңкесі айқын көрінеді.



- ***Бронхография***- бронхтарда рентген сәулесін ұстап қалатын дәрілерді жіберіп рентгенге түсіру әдісі:бронх үзілістері байқалады,бронх қуыстары тарылады, қабырғалары теп-тегіс келмейді.
- ***Бронхоскопия***-фиброскоп арқылы бронхтық ішін көру:бронх қуысында ақшыл бөтен зат көрінеді,қанағыш келеді,қуыс қысылып көрінеді.Биопсия алынады.
- ***Изотопты тексеру;***
- ***Магнитті-резонансты томография;***
- ***Ангиопульмонография;***
- ***Медиастиноскопия.***



## *Емі:*

Ұсақ жасушалы өкпе рагында кешенді ем ретінде тек химиотерапия болса, қалған жағдайда радикалды ем ретінде операция жасалынады.

- *Хирургиялық ем* (пневэктомия, лобэктомия, билобэктомия), паллиативті хирургиялық ем;
- *Сәулемен емдеу* (60-65 грейге дейінгі мөлшерде);
- *Химиотерапия:* платиндер, антиметоболиттер (метотрексат), алкилді қоспалар (циклофосфан), өсімдіктен алынған дәрілер (таксол, таксотер), ісікке қарсы антибиотиктер (адриамицин, доксорубицин)
- *Қабаттасқан және кешенді ем* (операция сәулемен+химиотерапия).

## ***Болжамы:***

Өкпе рагы қатерлі ісік болғандықтан болжамы қолайсыз, емсіз 90% науқастар 2 жылда қайтыс болады, комбинацияланған хирургиялық емдеуде 40% науқастар 5 жыл өмір сүреді.

## ***Профилактикасы:***

Ауруды қоздыратын факторлардан аулақ болу!

*Қорытынды:*

*Ауырып ем іздегенше,  
ауырмайтын жол  
іздейік!!!*



## **Пайдаланылган әдебиеттер:**

- *Ісік аурулары, I том, А.Е.Есенкулов, 2010ж.***
- *<http://fitfan.ru/health/bolezni/2357-rak-legkih.html>***
- *<http://medportal.ru/enc/pulmonology/canserpulmones/>***

*Назар салып  
тыңдагандарыңызга  
рахмет!!!*

