

# Тақырып: Өңеш ісіктері. Өңешті стендтеу

---

Қабылдаған Оразбақов Ж. Б.

Орындаған Дусенов О. А.

ЖМ -212

# Өңештің қатерсіз ісіктері

- Өңештің қатерсіз ісіктері - Гистологиялық гетерогенді эпителий өскін және intraluminal немесе күндізгі өсуіне өңеш қабырға периталные. Өңештің қатерсіз ісігі дисфагия, кеуде ауыруы, жүрек айну, регургитация, салмақ жоғалту белгілері көрінеді. Қатерлі ісік диагнозы контраст өңеш рентгенография, esophagoscopus, эндоскопиялық биопсиясы, КТ, биопсия гистологиялық сараптама негізінде құрылды. өңеш қауіпсіз ісіктерді емдеу эндоскопия немесе тереңдетілген араласу (өңештің ісік резекции туралы ТУРП), олардың жою болып табылады.

# Өңеш қауіпсіз ісіктерді жіктеу

Эпителиальды және резидент емес эпителий гистологиялық құрылымы туралы өңеш ісік ажырата. Ісік эпителий түрі папилломасы, аденома және өңештің цистит (және т.б. ұстап қалу, enterogenous, bronchogenic, reduplikatsionnye, кистоза эзофагит,) кіреді. Емес Эпителиалдық ісіктерімен арасында fibroma, leiomyoma, lipoma, капилляр және үңгір тектес гемангиомы, lymphangioma, neurofibroma, neurinoma, osteochondromas, тератома, мухома, және басқалар жатады. Сирек нысаны.

- Өңеш қауіпсіз ісіктерді өсу жолымен (polypoid) intraluminal болуы, және (күндізгі) күндізгі мүмкін. Intraluminal ісіктерді бойынша папиллом, аденомасын, полипов тиесілі; . күндізгі үшін - өңештің қауіпсіз ісіктерінің қылқалам, leiomyomas, және т.б. Басқа түрлері сирек кездеседі.

# Өңеш қауіпсіз ісіктерді сипаттамасы

- Аденомалар және полипы өңештің кез келген бөлігінде орналасқан болуы мүмкін; көбінесе олар жатыр мойны немесе іш бөлімінде табылды. Бұл ісіктер кең негізде, немесе ұзақ аяғы өсе алады; соңғы жағдайда ол тиісті белгілері жүреді, жүрек бөлімінде қолқаны немесе құнсыздану ішіне өңеш құлап оларды жоққа шығарылмайды. Эндоскопиялық аутозоидов және аденомасын барысында қызылдау ретінде айқындалады анық өңеш ісіктер қабырғалары бөлінген, кейде лопастные құрылымы. Үсті қан тамырларының пікірінше, ісіктер байланыста оңай қан.



- Ісіктерімен пишевода шынайы кистасы; олардың білім эмбриогенездің бұза шырышты бездерінің окклюзия байланысты. Жиі өңеш төменгі үштен қалыптасқан цисталары. Олар жұқа қабырғалы мөлдір толтырылған түзілімдер, жылтырақ, сарғыш немесе геморрагиялық сұйықтық болып табылады. қылқалам мазмұны, шырышты серозды, желатинді, seropurulent болуы мүмкін. жылауық қабырғалары тегіс бұлшық тыс қалыптасады, немесе ішінен талшықты ұлпа, қабыршақты кірпікшелі және бағаналы эпителийдің төселген отыр. Қылқалам кейде, қабыққа микробтық флора бар жұқтырған бола алады - ozlokachestvlyatsya

- Өңештің емес эпителиалды құрылымдардың арасында (70-95%), ең өңеш немесе оның шырышты бұлшық элементтерінің тегіс бұлшық қабаты шыққан leiomyoma болып табылады. Бір түйінде өседі және полициклді контурын болып Әдетте leiomyomas; аз білімді бірнеше түйіндер өзара. Leiomyoma созылу және қабырғалардың жұқарады жетекші, өңеш бұлшық қабаттағы терең дамыту.
- Мойын бөлігінде - жағдайларды 7% кеуде өңеш жылы leiomyoma қалыптастыру жағдайларды 90%. Оның тарылту құбылысты мен дисфагия тудыратын өңеш қуысына ісік пролапс. Микроскопиялық leiomyoma талшықты дәнекер тіні секциялар кезектесті жатыр тегіс бұлшық талшықтарының шоғырын қалыптастырды. Ісік дәнекер тінінің құрылымында басым, ісік миома болып саналады.

- Өңеш қауіпсіз ісіктерінің кездеседі түрлерінің қатарында fibroma, lipoma, neurinoma, lymphangioma, гемангиомы орын. Neuromas және миома неғұрлым тығыз құрылымды болып табылады; тығыз өңеш қабырға балқытылған, нейрондық құрылымдардың немесе paraesophageal талшықты пайда аралас құрылымын болуы мүмкін - neurofibromas.
- Тамырлы (lymphangiomas, Гемангиом) және майлы ісіктері (lipomas), әдетте консистенциясы жұмсақ бар, әрқашан айқын шекара өңеш қабырғаға және қоршаған мата бөлінуі мүмкін жоқ.

# Өңеш қауіпсіз ісіктерді белгілері

- Өсу, орналасқан жері мен мөлшерін түрі туындаған өңештің қатерсіз ісіктерін көріністеріне ерекшеліктері; симптоматика аз дәрежеде гистологиялық құрылымын әсер етеді.
- Қатты тағамды жұтып қиындық, кеуде кесек сезімін: өңеш арқылы азық-түлік өту жаппай бұзу - ісіктер дисфагия құбылысты тудыратын, өңеш қуысына өсіп. Қарқындылығы дисфагия арттыру қатерлі ісік бар арттырады. Жиі intraluminal өңеш ісігі кезінде Тамақты күшейтті төстің немесе спастикалық сипаттағы артта бірқалыпты түтіккен ауруы, тамақтың немесе кеуде ыңғайсыздық сезімін, байқалады кезде.



- өңеш қауіпсіз ісіктерінің белгілері слюнотечение, жүрек айнуы, отрыжка, регургитация туындауы мүмкін. Intraluminal ісік үлкен мөлшері жиі науқастар тез салмағын жоғалтады тудыратын, құсу тудыруы. , Өңеш жылғы анемия қан сүйемелдеуімен Intraluminal ісік жиі жарақат азық-түлік, қабыққа,. Өңеш қатерсіз ісік толық обструкция әдетте байқалмайды. Кейде өлімге салдары, асфиксия жетекші, көмейдің қуысында қалта құсу ұзақ паяда Кейде intraluminal ісік.

- Күндізгі ісік өсу жиі дистальді өңеш орналасқан және ұзақ мерзімді симптомдары дамытады. Ісіктер қалыпты қарқындылығы дисфагия, жүрек айнуы, іштің кеуде, тәбеті жоғалуына себеп, айтарлықтай пропорцияларын жетті. Ekstraesofagealnogo ісік өсу көкірек (кезбе нервтердің, бронхит, ірі веналардың) және қысу туындаған қысу синдромы дамуы мүмкін болса. Қарлығы бар Бұл жағдайда, төстің артта құрғақ жөтел, тахикардия, аритмия көрінісін ауырсыну күшееді. Өңештің цисталары кезде пайда болуы мүмкін, олар шиеленісіп, перфорациясы.
- Өңештің қатерлі ісігі дамуына қатерсіз ісіктерді сирек жағдайларда, мүмкін қатерлі.

# Өңеш қауіпсіз ісіктерді диагностикалау

- Өңеш жетекші рөлін қатерсіз ісіктердің диагностикасы тергеу радиологиялық және эндоскопиялық әдістерін тиесілі.
- Өңеш Контраст рентгенография оның орналасқан жерін, өңеш тарылуына ауырлығын және оның қабырғаларының деформациясы білу үшін, ісік қалыптасуын анықтай алады.  
Күрт очерчен ақауды толтыру анықтау сипатталады intraparietal ісіктері рентген сурет, қатпарлардың ісік сайтында өңеш қабырға тегістейтін, өңеш қуысының, өңеш suprastenoticheskim кеңейтімін өтелді. Intraluminal ісіктер, тегіс, айқын контуры ақау толтыру өңеш қабырға «ұтымды» Контраст тоқтата тұру және өзгерістер анықталады кезде. Ісік орналасқан жері бойынша өңеш қабырғаларының перистальтикасын сақталады.

- Esophagoscopy (esophagogastroscope) өткізу өсуі мен білім беру сипаты, оның мөлшері мен орналасқан жері түрін анықтау қажет. Өңеш қабырғаға өзгерістер жақсы визуализация үшін chromoscopy пишевода жұмыс істейді. Esophagoscopy кезінде intraluminal ісіктер кейіннен цитологиялық және ісік тіндердің морфологиялық зерттеу үшін мүмкіндік беретін, эндоскопиялық биопсия жүзеге кезде. Ісік биопсиясы кезінде күндізгі өсуі, өйткені өңеш қабырғасында терең ісіктерді, шырышты жарақат және жұқтыру тәуекел қарсы.
- Ekstraesophagealnom ісік өсу және көкірекорта өзара әрекеттесуі кезінде кеуде рентгенография және pneumomediastinografi жүгінген. Күмәнді жағдайларда СТ сканерлеу немесе көкірекорта МРТ.

# Өңеш қауіпсіз ісіктерді емдеу

- Байланысты өңеш ісігі жиі көзқарасы бұл ойық, қан, нагноения, қатерлі, күрделене фактісі хирургиялық тактика көрсетеді.
- Эпителиалдық ісіктерімен ұзақ тар аяқ эндоскоптарды арқылы электрохирургическим жоюға болады бар intraluminal. Акциздік орынды ашық esophagotomy процесінде кең негізінде ісіктері. Ол қатерлі немесе егер ісік елеулі сомалар алып тастау мүмкін емес жағдайларда өңеш резекциясы курортының үшін.
- Өңештің күндізгі ісік thoracotomy, ісік ТУРП талап және өңеш қабырғасының тұтастығын қалпына келтіру. Оның Икемділік асқазан, ішек немесе токішек пара немесе панельдің ezofagogastroanastomoza бар өңеш резекцией бұлшық қабырғасының елеулі жоюға.

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

# Өңеш рагының классификациясы (жіктелуі):

## ● I. Ісіктік процестің таралуына байланысты:

- Өңеш-жұтқыншақтық.
- Мойындық.
- Жоғары кеуделік бөлім.
- Ретро-бифуркациялық.
- Субаортальды.
- Ортаңғы кеуделік бөлім
- Диафрагамаүсті бөлім
- Диафрагмальды бөлім.
- Абдоминальды бөлім.

## ● II. Макроскопиялық белгісі бойынша:

- рак Жаралы рак
- Түйінді рак
- III. Гистологиялық көрінісі бойынша:
- Жалпақжасушалы (түлейтін, түлемейтін)
- Аденокарцинома
- IV. Таралуы бойынша:
- Лимфогенді
- Гематогенді

# Өңеш рагының даму сатысы

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



# Клиникалық белгілері

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

- IV кезең – өңештен тек сұйықтық ғана өтеді.
- V кезең –толық өңеш өтімсіздігі. Науқас жұтыну барысында сілекей өтпейді. Тағамды қабылдау кезінде регургитация байқалады, ауыздан жағымсыз иістің шығуы. Гиперсаливация, сілекейдің көп бөлінуі.
- Екіншілік клиникалық белгілер: Дауыстың өзгеріп, қарлығыуы. Горнер триадасы (миоз, пседоптоз, эндофтальм). Жергілікті лимфа түйіндерінің ұлғаюы. Брадикардия. Жөтел ұстамалары, ентігу. Құсу.

# Диагностикалау

- ЖҚА БХА. ЖЗА
- **Инструментальды зертеу әдісі**
- Рентгенологиялық тексеру Эзофагоскопия биопсиямен бірге.
- **Қосымша зерттеу әдісі**
- Копьютерлік томография
- Бронхоскопия
- Іш қуысының УДЗ
- Лапароскопия

05684578  
M 70

3391 20900

2003/08/28  
10:41:08

SCV-----2  
CVP----A2/4  
D.F-----2



4 03A5521

05684578  
M 70

3391 20900

2003/08/28  
10:41:18

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



4 03A5521

05684578  
M 70

3391 20900

2003/08/28  
10:41:25

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



4 03A5521

05684578  
M 70

3391 20900

2003/08/28  
10:42:07

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



**KazMedic.kz**

# Емі:

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

- Гарлок әдісі: солжақтың VII қабырға аралығынан кеуде қуысы жарылады, өңештің ортаңғы бөлігіжарақаттанған жержен сылынады да , қалған өңеш қалдығы және диафрагма тесігі арқылы жоғары көтерілген асқазан бір-бірімен тігіледі.
- Савиных әдісі: іш қуысы жарылады, диафрагма кесіледі. Өңештің ортаңғы бөлігі іш қуысыарқылы жолмен сылынады да жоғарғы бөлігі мойын арқылы ортаңғы кеуде қуысында жіңішке ішекпен жалғасады.