

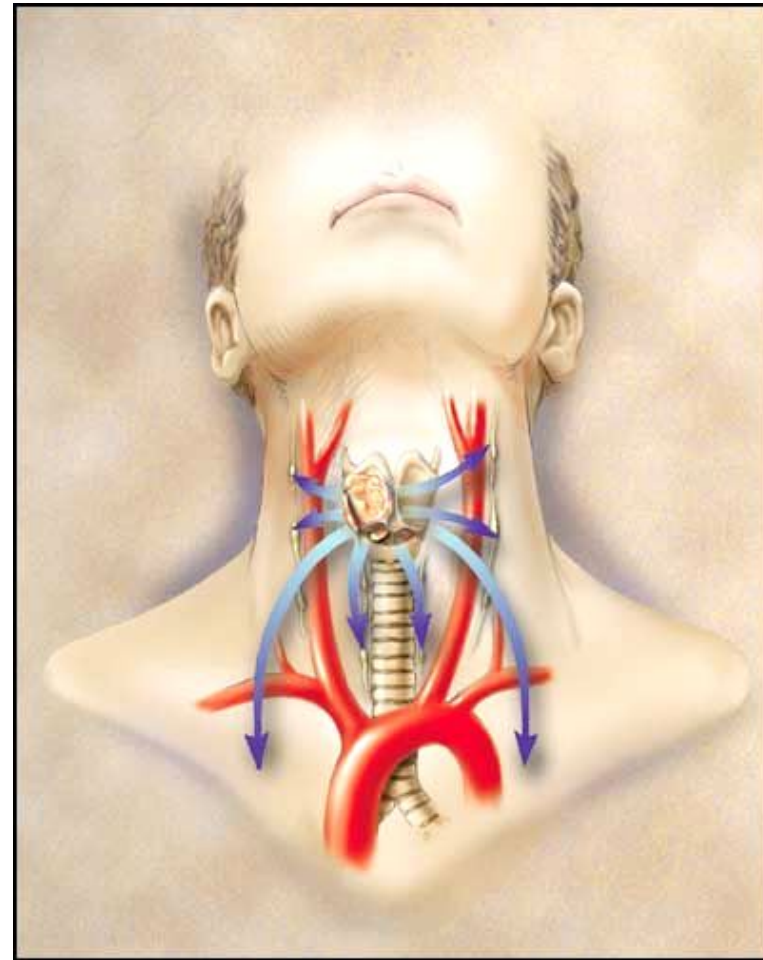


**ӘЛ - ФАРАБИ АТЫНДАҒЫ ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ УНИВЕРСИТЕТІ  
БИОЛОГИЯ ЖӘНЕ БИОТЕХНОЛОГИЯ ФАУЛЬТЕТІ  
БИОАЛУАНТҮРЛІЛІК ЖӘНЕ БИОРЕСУРСТАР КАФЕДРАСЫ**



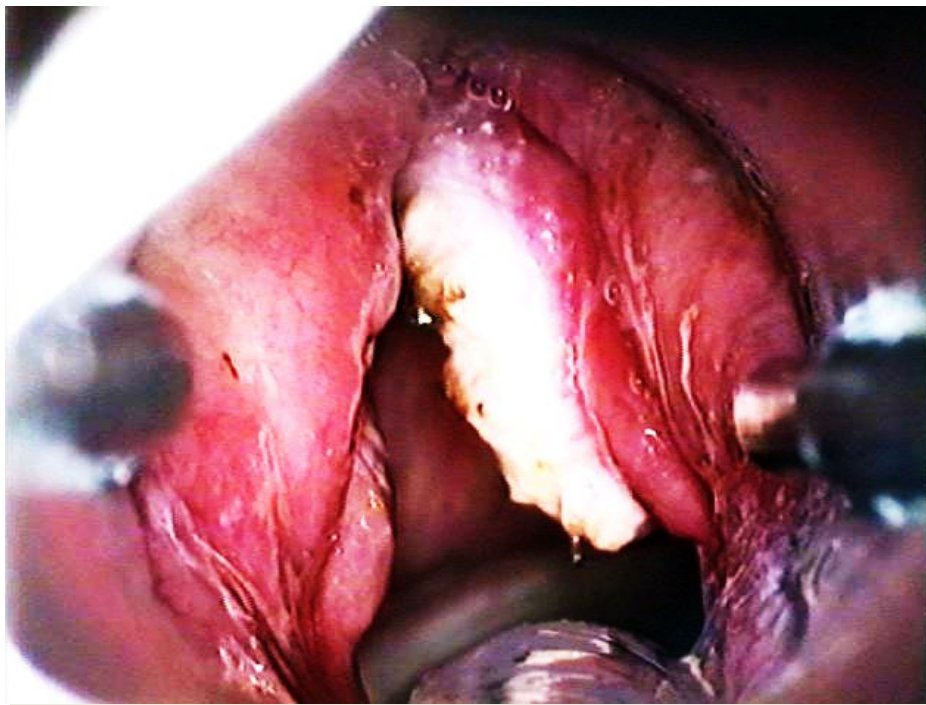
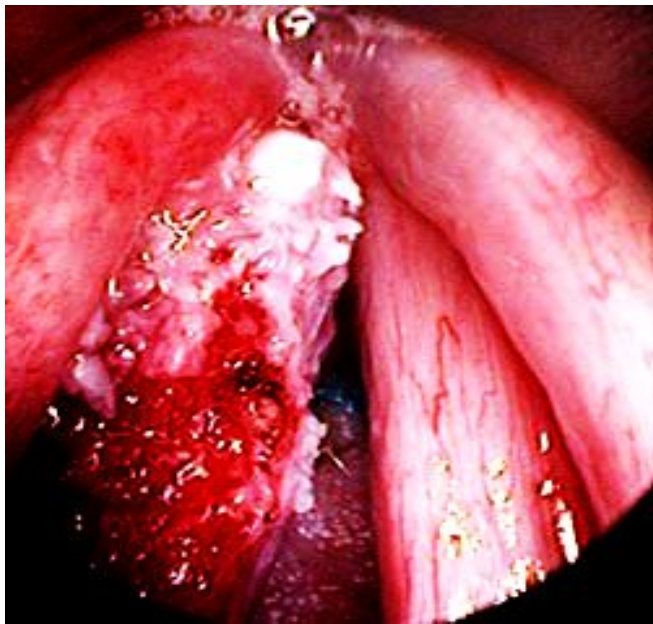
## **Көмей обыры**

**Орындаған: Пангереев Б. С.  
Қабылдаған: Ырғынбаева Ш.М.**



# АНЫҚТАМАСЫ

- **Көмей обыры** – негізінен жалпақ жасушалы сипаттағы эпителиалды тіндерден болатын көмейдің қатерлі ісігі



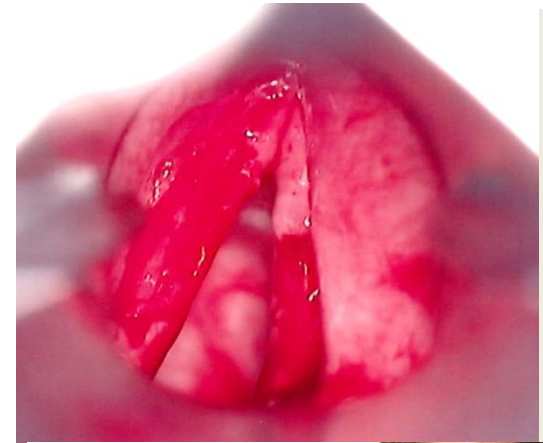
# Эпидемиологиясы

- Көмей обыры бас пен мойынның қатерлі ісіктері арасында бірінші орынды алады, адамның қатерлі ісіктерімен аурушандықтың жалпы құрылымында 2,6% құрайды. Көбінесе 40-60 жастағы ерлерде кездеседі, ол науқастардың 80-95% құрайды.

## ***2015 жылғы мәліметтер бойынша:***

Көмей обыры 7001 науқасқа диагноз қойылды. Пациенттердің 32,4% – ы аурудың I және II сатысында; 49,6% – ы-III сатыда; 15,5% - ы-IV сатыда болды. Науқастардың 96% ерлер болды.

Аурушандық деңгейі 65-74 жастағы ерлерде, 70-79 жастағы әйелдерде тіркелген. Диагноз қойылғаннан кейін бірінші жыл ішінде науқастардың 32,8% - ы қайтыс болды, бұл тек кеш диагностикамен ғана емес, сонымен қатар дауыстық функциясының жоғалуына алып келетін ларингэктомиядан науқастардың бас тартуымен де байланысты.



# Негізгі факторлар

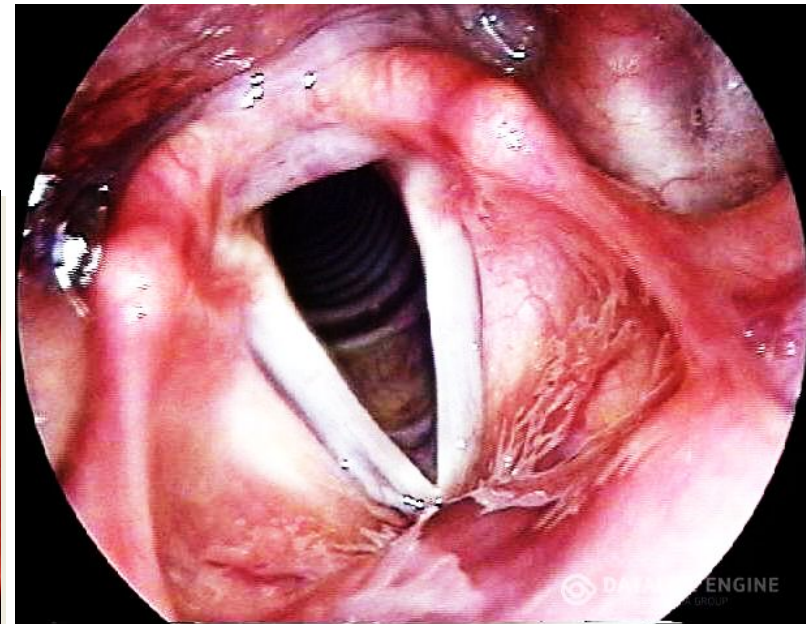
- Ең басты фактор – **ТЕМЕКІ ШЕГУ !!!**
- ДДҰ мәліметтері бойынша, темекіні пайдалану науқастардың 85% - ында көмей обырының себебі болды. Соңғы онжылдықта әйелдер мен жас адамдар арасында темекі шегетіндер саны өсуде.
- *Көптеген науқастарда анамнезде атап өтуге болады:*
  - ✓ Алкогольді тұтынудың ұзақ кезеңі;
  - ✓ Жоғары тозандану жағдайында (әсіресе құрамында радиоактивті немесе зиянды химиялық заттар бар шаңмен, металл шаңмен);
  - ✓ Жоғары температурамен және т. б. жұмыс істеу.
- Темекі шегу мен алкогольді асыра пайдаланудың жоғары синергиялық канцерогендік белсенділігі дәлелденген.



# Рак туындатушы аурулар

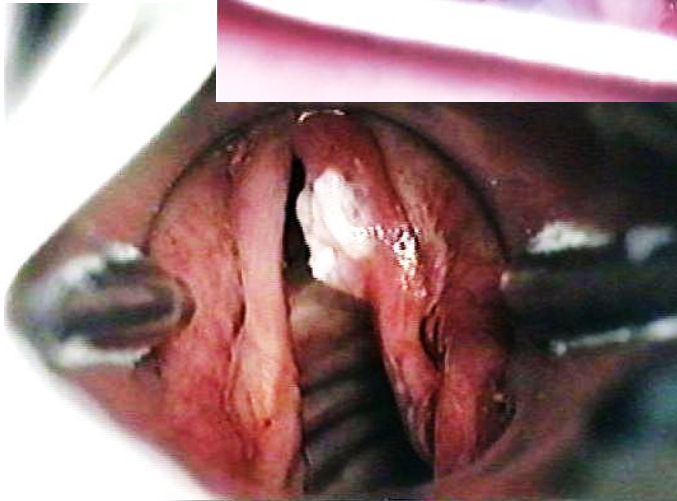
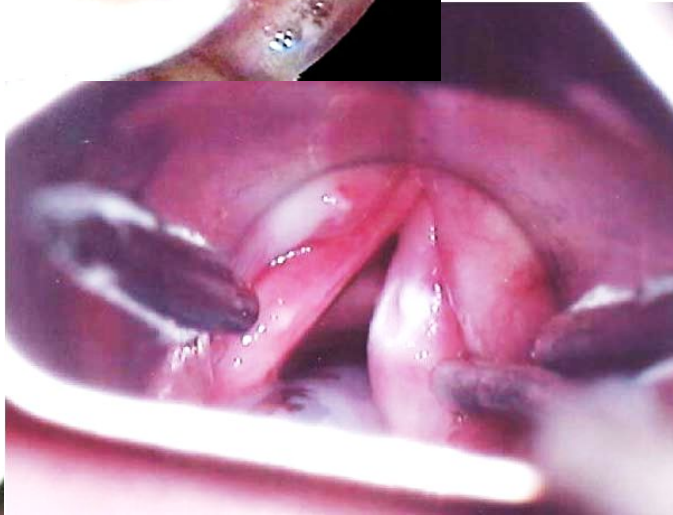
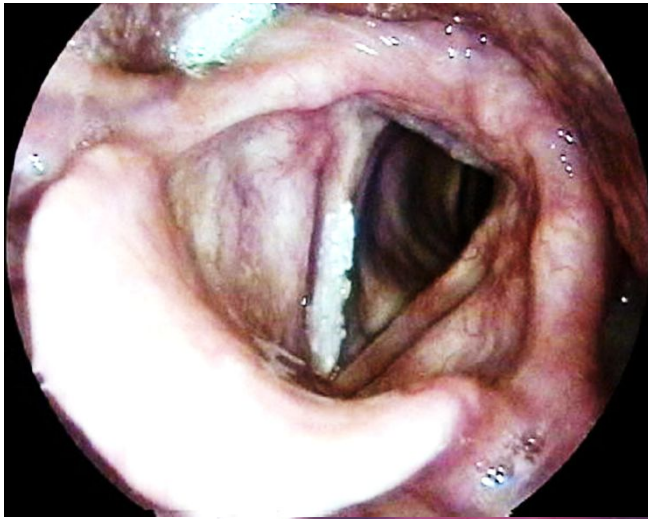
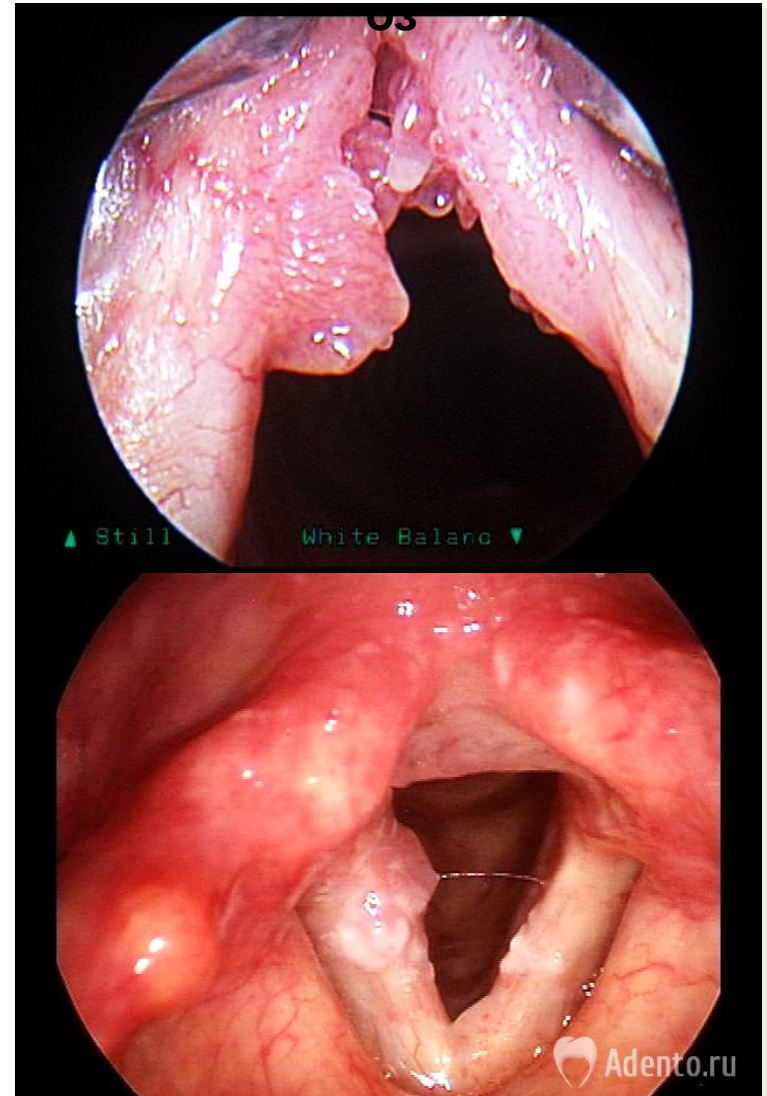
- Көмей обыры жиі созылмалы көп жылдық ларингиттің асқынуымен туындау қаупі бар.
  - Қатерлі ісіктің туындауында ерекше маңызы бар:
  - ұзақ мерзімді папиллома;
  - көмейдің шырышты қабығының лейкоплакиясы;
  - Дискератоздар;
  - Пахидермия;
  - фиброма кең негізде;
  - көмей қарыншаларының кистасы
- созылмалы қабыну процестері

**Ларингит**



# Рак туындатушы аурулар

Папилломат

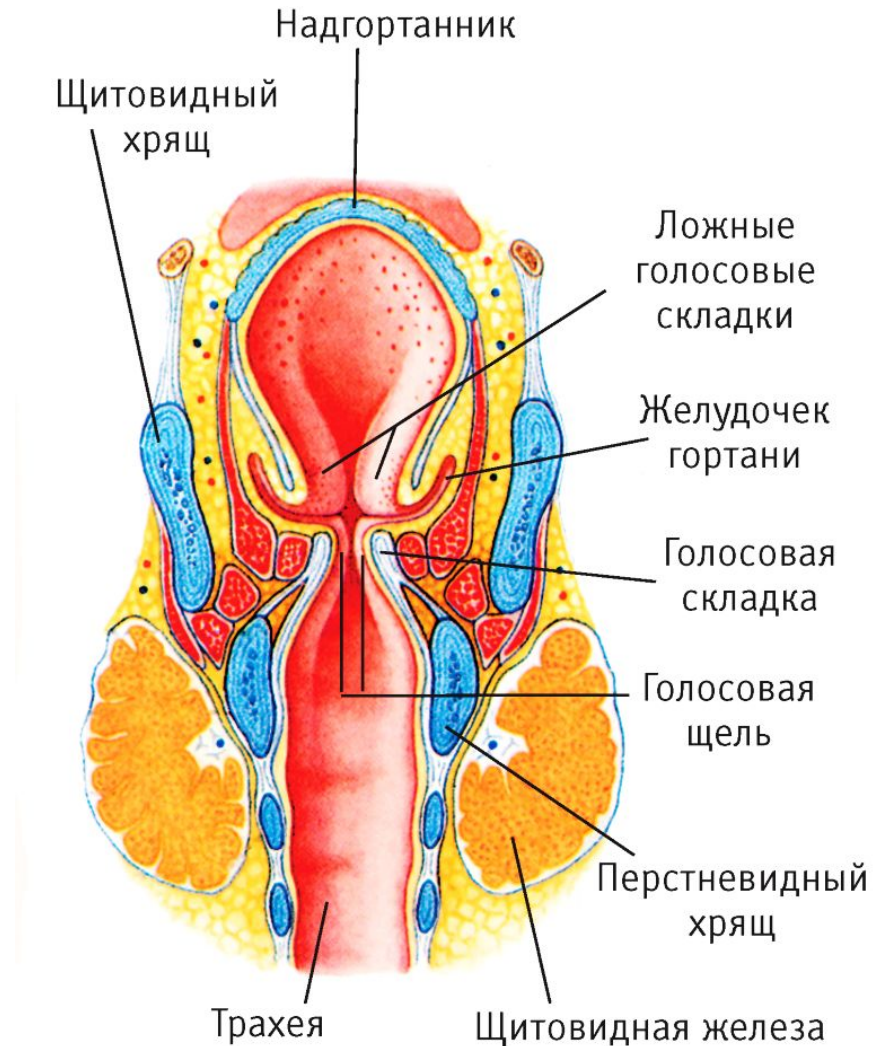


Лейкоплакия

# TNM жүйесі бойынша көмей обырын халықаралық жіктеу (6-шы басылым, 2002)

- **Көмей 3 бөлімге бөлінеді:**

1. Байлам үсті ( вестибулярлы);
2. Дауыс байламдарының аймағы (ортаңғы);
3. Байлам асты.



# T – бірінші реттік ісік

- $T_x$  – бастапқы ісікті бағалау үшін деректер жеткіліксіз
- $T_0$  – бастапқы ісік анықталмайды
- $T_{is}$  – преинвазиялық карцинома (карцинома in situ)

## Морфологиялық формалары:

- Қалыпты жағдайдағы - жалпақ жасушалы мүйіз денген обыр.
- Сирек – саркомалар (көмейдің барлық қатерлі ісіктерінің 0,9-3,2%)
- 30-50 жастағы ерлерде жиі дамиды.
- Тегіс беті бар , сирек зақымданады, баяу өсумен және сирек метастазданумен сипатталады
- Түрлері: домалақ клеткалы саркома, карциносаркома, лимфосаркома, фибросаркома, хондросаркома, миосаркома



# Байламүсті аймағы

- **T<sub>1</sub>** – ісік байлау үстіндегі бір анатомиялық облысымен шектелген, дауыстық байламдардың қозғалысы сақталған
- **T<sub>2</sub>** – ісік шырышты қабықты немесе бірнеше анатомиялық бөліктерді зақымдайды немесе байлау үсті аймағының бір бөлігін және дауыстық байламдардың бір немесе бірнеше бөлігін зақымдайды, дауыстық байламдардың қозғалысы сақталған
- **T<sub>3</sub>** – ісік дауыстық байламдарды бекіту және/немесе қуыс тәрізді аймаққа немесе алдын ала сұрыпталған ұлпаларға таралуы бар көмеймен шектелген
- **T<sub>4a</sub>** – ісік қалқанша шеміршек және/немесе көмейге жақын басқа да тіндерге таралады: кеңірдек, қалқанша безі, өңеш, мойынның жұмсақ тіндері, соның ішінде терең бұлшық ет
- **T<sub>4b</sub>** – ісік превертебральды кеңістікке, медиастинальды құрылымдарға таралады немесе ұйқы артериясын қамтиды

# Дыбыс байламдары аймағы

- **T1** – ісік қозғалыс бұзылусыз дауыстық байламдармен шектелген
  - **T1a** – ісік бір байламмен шектелген
  - **T1b** – ісік екі буынға таралады
- **T2** – сік байланыс үстіндегі және/немесе байланыс астындағы облыстарға таралады және/немесе дауыстық байламдар қозғалысының бұзылуы бар
- **T3** – ісік дауыс байламдарын бекітумен және/немесе байланыс жанындағы кеңістікті және/немесе қалқанша шеміршекті (ішкі пластина)
- **T4a** – ісік қалқанша шеміршекке және/немесе көмейге жататын тіндерге таралады: трахея, қалқанша безі, өңеш, мойынның жұмсақ тіндері, тіл бұлшықеттері, жұтқыншақ T4b-ісік превертебральды кеңістікке, медиастинальды
- **T4b** – ісік превертебральды кеңістікке, медиастинальды құрылымдарға таралады немесе ұйқы артериясын қамтиды

# Байламасты аймақ

- ***T<sub>1</sub>*** – ісік байланыс аймағында шектелген
- ***T<sub>2</sub>*** – ісік бір немесе екі дауыстық байламдарға еркін немесе шектеулі қозғалыспен таралады .
- ***T<sub>3</sub>*** – ісік дауыс бай ламының бек ітуімен көмеймен шектелген
- ***T<sub>4a</sub>*** – ісік перстневидті немесе қалқанша тәрізді шеміршекке және/немесе көмейге жататын тіндерге: кеңірдек, қалқанша безге, өңешке, мойынның жұмсақ тіндеріне таралады
- ***T<sub>4b</sub>*** – ісік превертебральды кеңістікке, медиастинальды құрылымдарға таралады немесе ұйқы артериясын қамтиды

# N – регионалдық лимфа түйіндері

- **$N_x$**  – аймақтық лимфа түйіндерін бағалау үшін деректер жеткіліксіз
- **$N_0$**  – аймақтық лимфа түйіндерінің зақымдану белгілері жоқ
- **$N_1$**  – бір лимфа түйініндегі зақымдану жағында ең үлкен өлшемдегі мөлшері 3 см-ге дейінгі метастазалар
- **$N_2$**  – зақымдану жағындағы бір немесе бірнеше лимфа түйіндеріндегі метастазалар ең үлкен өлшемде 6 см дейін немесе мойынның лимфа түйіндеріндегі метастазалар екі жағынан немесе қарама-қарсы жағынан 6 см дейін ең үлкен өлшемде
  - **$N_{2a}$**  – метастазалар бір лимфа түйінінде зақымдану жағында 6 см дейін ең үлкен өлшемде
  - **$N_{2b}$**  – метастазалар бірнеше лимфа түйіндерінде зақымдану жағында 6 см дейін ең үлкен өлшемде
- **$N_3$**  – ең үлкен өлшемде мөлшері 6 см артық лимфа түйіндеріндегі метастазалар

# Көмей вестибулярлық бөлімінің клиникалық ағымы

- Обырдың ең жиі орналасуы (60-65% науқастар)
- Жиі агрессивті ағыммен пайда болатын ісіктің эндофитті өсуін анықтайды
- Ісік қоршаған тіндер мен органдарға тез таралады: алдын ала сұрыпталған кеңістік, алмұрт тәрізді синус, тілдік валлекулдар
- Метастаздау жиілігі-35-45%
- Әсіресе жиі метастазалар жалпы бет және ішкі яремалық көктамырлардың бірігу аймағында орналасқан, кейінірек терең ярем тізбегінің ортаңғы және төменгі үштен бір бөлігінің лимфа түйіндері, мойынның бүйір үшбұрышы зақымданады

# Дыбыстық байламдар аймағының клиникалық ағымы

- Көмейдің жиналмалы бөлімінің зақымдану жиілігі-30-35%
- Симптомдары: жылылық (тіпті ісіктің аз мөлшерде), ісіктің экзофит бөлігі саңылауының стенозынан туындаған тыныс алудың қиындауы, көмей жартысының бірінің қозғалмауы. Ісік көбінесе алдыңғы немесе орта дауыс қабаттарының зақымдайды.
- Осы бөлімнің қатерлі ісігінің клиникалық ағымы ең қолайлы.
- Метастазалар сирек – 0,4–5,0%, метастазалар терең ярем тізбегінің лимфа түйіндерінде орналасады

# Көмейасты аймағының клиникалық ағымы

- Науқастардың 3-5% диагностикалайды
- Әдетте, эндофитті өсу нысаны
- Стеноз саңылауы көмей → қиындық тыныс алу дем алуда
- Дауыс қатпарларына тарату, оның инфильтрациясы → дауыс беру, басқа өсу бағыты-кеңірдектің жоғарғы сақиналары
- Метастаздау 15-20 % құрайды
- Метастаздармен сынаралды және прахеалды лимфа түйіндері, терең ярем тізбегінің және алдыңғы ішкі ортасының түйіндері зақымданады
- Алыстағы метастазалар сирек (1,3–8,4%) анықталады, өкпеде, омыртқада және басқа органдарда окшауланады

# Диагностика

- Аурудың алғашқы симптомдарының сипаты бойынша ісіктің бастапқы орналасуы туралы айтуға болады, бұл ісіктің өршуін және радиосезімділігін болжау үшін маңызды
- Парестезияға шағым, тамақтың бөгде денесінің сезімі және жұту кезінде ыңғайсыздық сезінуі → көмейдің төсегі бөлімінің ісік зақымдануын болдырмау
- Бұл симптомдарға жұтыну кезінде, зақымдану жағында құлаққа иррадиирлейтін ауырсыну - вестибулярлық бөлім ісігі үшін дерлік патогенді белгі
- Охричность шағым → гортани бөлімінің обырын шығарамыз
- Өршуіне қарай көмейдің стенозымен байланысты ауырсыну, тыныс алудың қиындауы пайда болады
- Баяу үдемелі салқындау аясында стеноздың біртіндеп ұлғаюы → кеңес бөлімінің жеңілуі

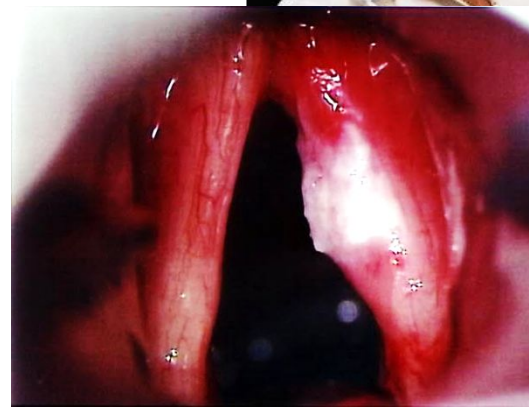
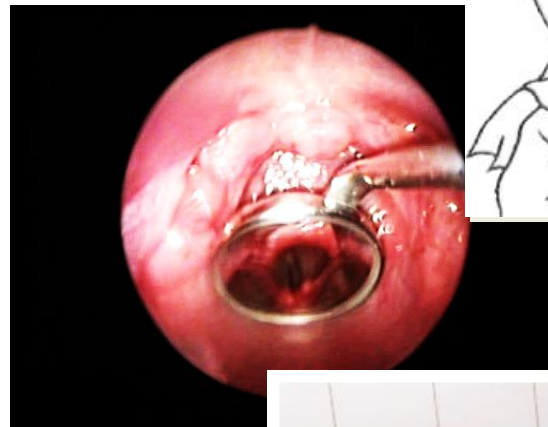


# Науқасты қарау және пальпация

- Қарау кезінде – терінің жағдайын, мойын пішінін және контурын, көмейдің белсенді қозғалысының дәрежесін, оның конфигурациясын зерттеу  
Пальпация кезінде – көлемін, конфигурациясын, көмейдің ығысуын, бекітілуін, мойынның лимфа түйіндерінің жағдайын нақтылау
- Көмей стенозының және дисфонияның белгілерін жіберіп алмау үшін бір мезгілде науқастың тыныс алуы мен дауысын тыңдау керек

# Ларингоскопия

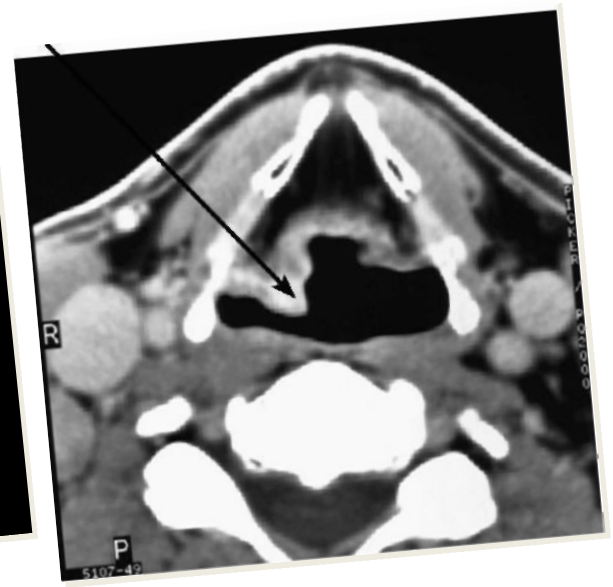
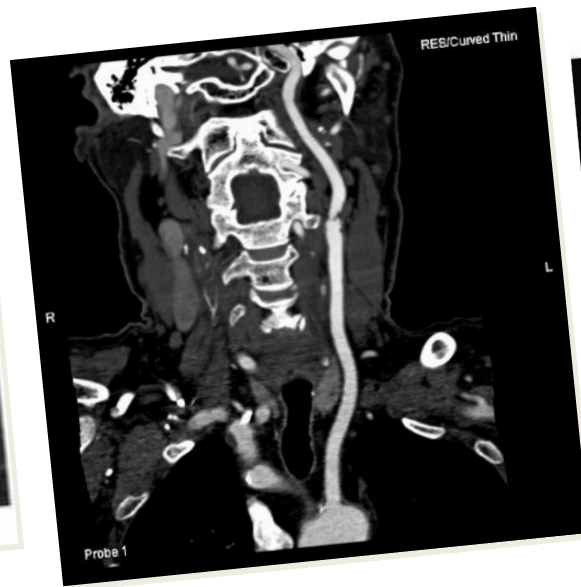
- **Тікелей емес ларингоскопия:**
- Ісіктің орналасуын және шекараларын, өсу нысанын, шырышты қабықтың бояуын, оның тұтастығын, дауыс саңылауының шамасын, дауыс қатпарларының қозғалу дәрежесін, хондроперихондриттің болуын анықтау
- **Фиброларингоскопия:**
- Тікелей емес ларингоскопия үшін қол жетпейтін көмей бөліктерін қарау (көмей желдочки, портанниктің бекітілген бөлімі, кеңес беру бөлімі, алдыңғы комиссура)
- Тризмада таңдау әдісі
- Мақсатты биопсияны орындау



# Рентгенологиялық зерттеу әдістері

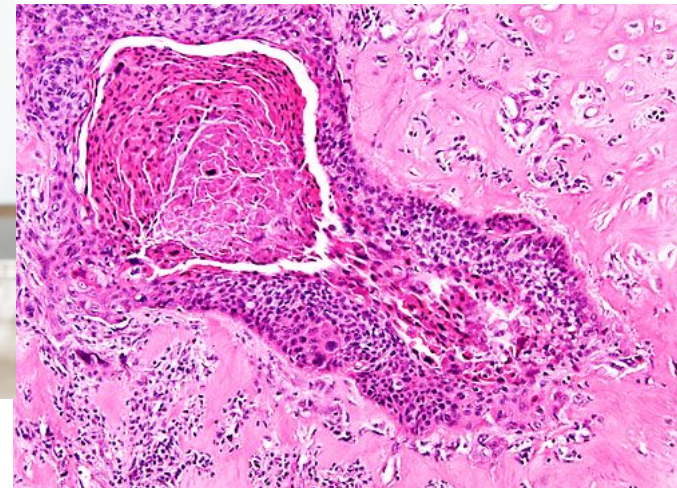
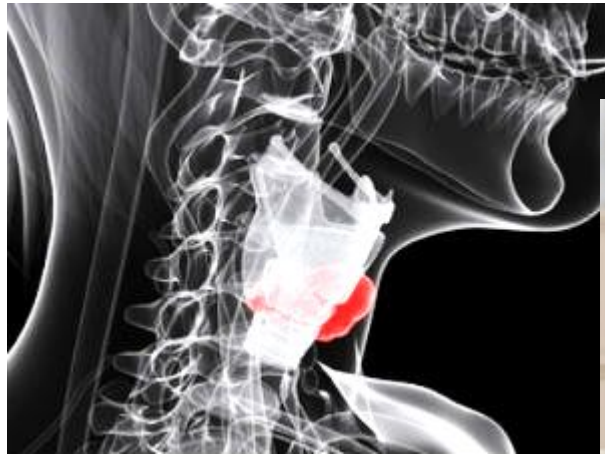


- Бүйірлік проекциядағы Рентгенография → алдын ала сұрыпталған кеңістіктің ісігінің зақымдануы, бекітілген тұмсық асты бөлігінің, көмей шеміршек қаңқасының және қоршаған жұмсақ тіндердің зақымдануы туралы мәліметтер
- Компьютерлік томография көмей асқазанға және кеңес бөліміне ісік үрдісінің таралуын анықтауға мүмкіндік береді
- Міндетті түрде-кеуде қуысы мүшелерін рентгенологиялық зерттеу



# Гистологиялық зерттеу

- **Диагностикалаудың қорытынды бөлімі** (міндетті түрде!!!)
- Қайталама биопсия ісікті анықтамаса, ал клиникалық көрініс обырға тән болса, интраоперациялық диагностикаға жүгініңіз және жедел гистологиялық зерттеумен тирео - немесе ларингофиссураны жүргізу қажет.



# Регионарлық метастаздарды зерттеу

- Мойында метастаздаудың аймақтық аймақтарын пальпациялау (терең ярем тізбегінің жоғарғы, орта және төменгі түйіндері, преларингеалдық, претрахеалдық, бұғана үстіндегі лимфа түйіндері)
- Мойын УДЗ
- Лимфа түйінінің пункциясы (гальпацияланбайтын түйіндерде – УДЗ бақылауымен)
- Цитологиялық зерттеу



# Емделуі

- Көмей обырын емдеудің ерекшелігі-науқасты емдеуге ғана емес, органның дауыстық, тыныс алу және қорғау қызметін қалпына келтіруге ұмтылу.
- Көмей обырының ерте сатысында толық сауығуға сәулелік терапия, хирургиялық араласу немесе олардың үйлесімі арқылы қол жеткізуге болады  
Сәулелік емдеу барысында ісіктің ең маңызды белгілерінің бірі-оның радиосезімталдығын анықтайды

*"Медицинаның мақсаты-күту емес, әрекет. Диагнозда қателесу қаупі әрдайым жоғары, бірақ емделусіз қалдыра отырып, науқастың өмірін тәуекел ету қауіпті".*

◆Клод Бернар



НАЗАРЛАРЫҢЫЗҒА  
РАХМЕТ!