



## ТЕОРИЯЛЫҚ САБАҚҚА АРНАЛҒАН ӘДІСТЕМЕЛІК ӘЗІРЛЕМЕ

**Пәні:** «Акушерия және гинекологиядағы мейіргер ісі»

**Тақырыбы:** «Қатерлі ісік алды аурулары. Жыныс мүшелерінің қатерлі және қатерлі емес ісіктері.».

**Мамандығы:** 0302000 «Мейіргер ісі»

**Біліктілігі:** 0302033 «Жалпы практика мейіргері»

**Семестр 6**

Алматы.

Тақырып атауы	Сағат саны	Білуі керек	Ресурстар
Тақырып: Қатерлі ісік алды аурулары. Жыныс мүшелерінің қатерлі және қатерлі емес ісіктері.	2	№12 дәріс Сыртқы және ішкі жыныс мүшелердің фонды және рак алды аурулары. Ретенциалды құрылымдар пайда болуы, ағым ерекшеліктері, диагностика. Емдеу. Аналық без ісіктері, жатыр миомасы. Қатерлі ісіктер (жатыр мойны мен аналық без ). Сүт бездерінің дисгормоналды аурулары. . Білім алушының түсінігі болу керек: - онкологиялық аурулардың диагностика емдеу, алдын алу, реабилитация әдістерін; Білу керек: - жыныс мүшелердегі қатерлі, қатерсіз ісіктердің белгілерін; - қатерлі, қатерсіз ісіктерді ерте анықтау әдістері; -гинекологиялық ауруларды күту ерекшеліктері.	-№13 дәріс -слайдтар -тесттер

**Сабақтың тақырыбы:** «Қатерлі ісік алды аурулары. Жыныс мүшелерінің қатерлі және қатерлі емес ісіктері.».

**Сабақтың мақсаты:**

**А). Оқыту:**

- Ең жиі кездесетін патология түрлерімен таныстыру;
- Клиникалық сипаттамаларды ажырата білуді үйрету
- әйел жыныс мүшелерінің ісік алды ауруларының себептерін;
- ісіктердің клиникасын, диагностикасын, емін, профилактикасын;
- қатерлі және қатерсіз ісіктердің сипаттамасын;
- нағыз ісіктер және ісік тәрізді түзілістер туралы;
- жатырдың, аналық бездердің, жатыр мойнының қатерлі ісіктерін;
- ісіктердің ерте сатыларын анықтау және олардың алдын алу үшін скринингті тексеруді ұйымдастыруды;
- сүт бездерінің қатерсіз ісіктері, клиникалық белгілері.
- Емдеу әдістемелеріне түсініктеме беру;
- Берілген тақырыпты толық игеруін қамтамасыз ету;

**Б). Жетілдіру:**

1. Оқушылардың бұрынғы өткен тақырыпмен кейінгісінің сабақтастығына көзқарасын қалыптастыру;
2. Оқушылардың өз бетімен жұмыс істеуін, ықыласын ой - өрісін дамыту;
3. Алға қойған міндеттерді шешу арқылы оқушылардың белсенділігін, жауапкершілік сезімін арттыру.

**В). Тәрбие:**

1. Мейіргер маманы ретінде жауапкершілікке, ұқыптылыққа, мейірімділікке, білімділікке тәрбиелеу;
2. Жүкті әйелдерге жанашырлыққа үйрету;
3. Медицинаға қызықтыра білу;

Сабақтың ұзақтығы: теориялық сабақ – 90 мин.

Сабақтың түрі : теориялық сабақ.

Оқыту әдісі : Түсіндіріп көрсету , қайта түсіндіру, слайд көру, тесттер шешу , графструктуралар құрастыру.

Өткізілетін орны: Оқу бөлмесі.

**Ресурстар:** 1). Фантом , жыныс мүшелердің муляждары, гинекологиялық айна , тігіс заттары , антисептиктер , дәке салфеткалар , шариктер , латок , плакаттар , суреттер , видеофильм , электронды кітап.

2) Тірек конспекті, бақылау жұмысының сұрақтары , тесттер , графструктуралар.

**Пән аралық байланыстар:**

- Анатомия.
- Мейігер ісі негіздері.
- Хирургия
- Зертханалық зерттеу.
- Фармакология.
- Латын тілі
- Ішкі аурулар

**Пән ішілік байланыс:**

- Жыныс мүшелерінің анатомиясы және физиологиясы.
- Жыныс мүшелердің қабыну аурулары.
- Гинекологиялық оталар.
- Гинекологиялық ауруларды зерттеу әдістемелері.
- Гинекологиялық ауруларды жалпы емдеу.

**Сабақтың уақыт көрсеткіші:**

- |  |         |
|--|---------|
| 1. Ұйымдастыру   | 2 мин.  |
| 2. Бастау деңгейін бақылау   |         |
| - тесттік бақылау  | 15 мин. |
| - төте сұрақтар т. б.  | 10 мин. |
| 3. Сабақтың салдары  | 3 мин.  |
| 4. Жаңа тақырыпты түсіндіру  | 45 мин. |
| 5. Оқушылардың түсінігін бекіту үшін әр түрлі қосымша және туындаған жағдайлар пайдалану | 10 мин. |
| 6. Қорытынды шығару  | 3 мин.  |
| 7. Үйге тапсырма   | 2 мин.  |

**Сабақтың барысы:**

1. Ұйымдастыру: қатысушыларды , оқу орнын және оқушылардың сабаққа дайындығын тексеру.
2. Бастау деңгейін бақылау : тесттер , төте сұрақтар.
- 3 . Тақырыпты дәлелдеу : оқытылған тақырыпқа анықтама беру , оның мейірбикенің жұмысында алатын орны.
4. Жаңа тақырыпты баяндау :
  - Студенттерге тақырыптың мазмұнын түсіндіру ;
  - Әйел жыныс ағзаларының обыралды ауруларын, диагностика әдістерін, емін, алдын алуды;
  - Жатырдың, аналық бездердің қатерсіз ісіктерін, клиникасын, диагностикасын, емін;

- **Аналық бездердің ісіктері.**

Әйел жыныс мүшелерінің ісіктерінің арасында аналық бездердің ісіктері 2 орынды алады және барлық

гинекологиялық аурулардың 6 – 8% құрайды. Аналық бездердің ісіктері көбінесе 40-50 жастағы әйелдерде жиі кездеседі.

Аналық бездердің ісіктерінің пайда болуына келесі себептер әкеледі.

1. Етеккір – овариалды циклдың бұзылыстары;
2. Созылмалы сальпингоофориттің жиі асқынулары;
3. Бедеулік;
4. Асқынған тұқым қуалаушылық.

Ісіктер киста және кистома деп ажыратады.

Кисталар(аналық бездердің жалған ісіктері) – аналық бездердегі бар қуыстардың ішіне секрет жиналып,

- Жатырдың , жатыр мойнының , аналық бездердің қатерлі ісіктерін , ерте диагностикалау әдістерін , клиникасын , емін ;

1. **Жатыр миомасы** – тегіс бұлшық етті және фиброзды дәнекер ұлпадан тұратын қатерсіз ісік. Олар жеке дара кейде көптеген өскіндерден тұрады.

Барлық әйелдер арасында – 4-11%  
30 – жастан жоғары - 20%  
50 – жастан жоғары – 40% кездеседі.

Жаңа басталған ісік жатыр қабаттарының арасында пайда болады, кейіннен өсу бағытына қарай бірнеше түрлі болады:

А) интрамуральды – жатыр қабатында;

Б) субмукозды - жатырдың шырышты қабатына қарай өсуі;

В) субсерозды - жатырдың сір қабатына қарай өсуі.

- сүт бездерінің қатерсіз ісіктері;

- Онкологиялық аурулардың ерте сатыларын анықтаудағы профилактикалық тексерудің рөлін;

- «Саламатты Қазақстан» бағдарламасын жүзеге асыруда обыр алды аурулармен күресуде мейіргердің рөлін.

5. Теориялық сабақты есте сақтау үшін, оқушылардың өздігінен ойлауын жетілдіру мақсатында пән аралық байланыста туындаған сұрақтарды қойып, оған жауап беруді үйрету.

Дәрі – дәрмектерге рецептер жазу, тесттер шешу.

6. Қорытындылау: тест, бақылау сұрақтары, графструктуралар шешулерін тексеріп баға беру.

7. Үйге тапсырма:

- Оқулықтан конспект жасау

- тест құрастыру

- графструктура құрастыру

- слайдтар жасау.

8. Тақырып оқылып болған соң оқушының тіл деңгейі жауабы бойынша анықталады.

## Тақырыбы: Әйел жыныс ағзаларының ісіктері және ісік тәрізді түзілістері.

Жоспар:

1. Ісіктер және ісік тәрізді түзілістер туралы түсінік

2. Ісіктердің жіктелуі

3. Аналық бездер кисталары

4. Миома матки

5. Эндометриоз

«Саламатты Қазақстан» мемлекеттік бағдарламасының негізгі міндеттерінің бірі обыралды ауруларымен күресу, азаматтардың репродуктивті денсаулығын нығайту және ана мен бала денсаулығын қорғау.

Әйел жыныс ағзаларының ісіктері және ісік тәрізді түзілістері жиі кездесетін патология. Аналық бездердің шын ісіктері академик Г.М.Савельев және профессор Г.В.Бреусенколардың мәліметтері бойынша – 75-87%, ісік тәрізді түзілістер - 70,9% құрайды. Аналық бездердің қатерсіз ісіктері барлық ісіктердің - 85% құрайды. Жатыр миомасы гормон тәуелді қатерсіз ісік, гинекологиялық аурулардың 30% құрайды, ісік тәрізді түзіліс - эндометриоз, 20 – 40 жастағы әйелдерде 7 - 50% кездеседі.

Жыныс мүшелерінің кисталары қуыстарда әр түрлі заттардың жиналуынан пайда болады, олар-

без сәлдері және шын ісіктер болып саналмайды.

### Аналық бездердің ісіктері.

Әйел жыныс мүшелерінің ісіктерінің арасында аналық бездердің ісіктері 2 орынды алады және барлық

гинекологиялық аурулардың 6 – 8% құрайды. Аналық бездердің ісіктері көбінесе 40-50 жастағы әйелдерде жиі кездеседі.

Аналық бездердің ісіктерінің пайда болуына келесі себептер әкеледі.

1. Етеккір – овариалды циклдың бұзылыстары;

2. Созылмалы сальпингоофориттің жиі асқынулары;

3. Бедеулік;

4. Асқынған тұқым қуалаушылық.

Ісіктер киста және кистома деп ажыратады.

Кисталар(аналық бездердің жалған ісіктері) – аналық бездердегі бар қуыстардың ішіне секрет жиналып,

сол қуыстың созылуынан болады. Бұл ісіктер шексіз көлемді болып өсе алмайды.

Ісіктердің дүниежүзілік жіктелуі микроскопиялық сипатына негізделген және әр топ қатерсіз, шекаралық және қатерлі болып бөлінеді.

1. Эпителиді ісіктер:
  - А) серозды
  - Ә) муцинозды
  - Б) эндометриодті
2. Екіншілік (метастазалық) ісіктер
3. Ісік тәрізді түзілістер

*Ісік – тіндердің патологиялық өскіндері, сапасы өзгерген, пішінін және функциясын жоғалтқан клеткалардан тұрады. Ісік тәрізді түзілістер патологиялық өсіп және көбейген, сапасы өзгерген тіндерден пайда болған өскіндер емес.*

Шын ісіктер құрамы әр түрлі, бір реттік және еөп реттік болуы мүмкін.



**Кистомалар** – аналық бездердің нағыз ісіктері.

**Кисталардың бөлінуі:**

- А) фолликулярлы кисталар;
- Б) сары дененің (лютеинді) кисталары;
- В) параовариалды кисталар, байламдар арасында орналасқан;
- Г) түтіктік-аналық бездік кисталар.

**Анықтау:** клиникалық белгілеріне қарап және УДЗ.

**Емі:** 4-6 апта бойы кең көлемде қабынуға қарсы терапия жүргізеді, емнің нәтижесіздігі кезінде оталы ем (аднексэктомия-аналық безді алып тастау, кистэктомия т.б.) жүргізіледі.

**Жатыр ісіктері.**

**2. Жатыр миомасы** – тегіс бұлшық етті және фиброзды дәнекер ұлпадан тұратын қатерсіз ісік.

Олар жеке дара кейде көптеген өскіндерден тұрады.

Барлық әйелдер арасында – 4-11%

30 – жастан жоғары - 20%

50 – жастан жоғары – 40% кездеседі.

Жаңа басталған ісік жатыр қабаттарының арасында пайда болады, кейіннен өсу бағытына қарай бірнеше түрлі болады:

- А) интрамуральды – жатыр қабатында;
- Б) субмукозды - жатырдың шырышты қабатына қарай өсуі;
- В) субсерозды - жатырдың сір қабатына қарай өсуі.



**Жатыр миомасы** – жыныс мүшелерінің дамуына дейінгі кезеңде және менопауза кезінде сирек кездеседі. Ісіктің жылдам өсуі жүктілік кезінде болады.

Миома қапшықшасын кесіп көргенде – тегіс, тығыз, ақшыл-күлгін түсті дәнекер ткань мен элементтерден тұрады.

**Клиникалық белгілері:** Гиперменорея болғандықтан қан аздыққа әкеледі. Қан кету эндометрияның

некрозға ұшырауынан болады. Әйелде тартып, сыздап ауру сезімі байқалады, етеккір кезінде ауыру

ұлғаяды. Ісіктердің көлемі әр түрлі болады.

**Анықтау:** PV: жатырды екі қолмен зерттегенде – жатыр үлкейген, пішіні ассиметриялық өзгерген(томпаяды). Субсерозды миома қозғалғыш болады. Қосымша зерттеу әдістерімен УДЗ,МРТ.

**Емі:** Егер әйелді 2 – 3 айда бір бақылағанда ісік көлемі ұлғаймаса консервативті ем қолданылады.

Гемостатикалық терапия, антианемиялық ем, ауырған кезде – спазмолитиктер, аналгетиктер. Егер қан

көп мөлшерде кетіп, ісік көлемі 12 аптадағы жүктіліктен ұлғайса көрші ағзалардың қызыметін бұзады.

Хирургиялық ем жасайды.

**Эндометриоз** - (эндометриозды ауру) – эндометридің құрылысымен, функциясымен ұқсас, бірақ жатыр қуысынан тыс орналасқан қатерсіз тіннің өсуімен жүретін дисгормоналды, иммунитетке және генетикалық негізделген ауру. Эндометриоз 20-40 жастағы әйелдердің репродуктивті жүйе органдарының кең таралған ауруы. Негізгі бөлігін:

- генитальды эндометриоз (92—94%),
- сирек экстрагенитальды эндометриоз (6—8%).
- ЭТИОЛОГИЯ – іскер әйелдер ауруы, бизнесмен және т.б.

Локализациясы бойынша: Сыртқы. Ішкі .

Ағымы бойынша: Асқынған. Асқынбаған .

Сонымен генитальды эндометриоз: ішкі және сыртқы болып бөлінеді:

*Ішкіге:* Жатырдың бұлшық етті қабаты (аденомиоз), Жатыр мойнағы, Жатыр мойнындағы процестер жатады.

*Сыртқыға:* Түтікшелер, Аналық без, Сегізкөз-жатырлық және кең байлам, іш астар, Жатыр-тікішектік шұңқырындағы өзгерістер.

**НЕГІЗГІ КЛИНИЧЕСКАЛЫҚ СИМПТОМДАР БЕДЕУЛІК АУЫРСЫНУЛАР МЕНСТРУАЛЬДЫ ЦИКЛ БҰЗЫЛЫСТАРЫ** Эндометриоздың арнайы белгілері жоқ. Клиникасы локализацияға байланысты болады. Жатыр денесінің эндометриозы (аденомиоз). Аденомиоз – эндометриозды тін миометриде анықталатын генитальды эндометриоз формасы. Сырт көзбен қарағанда жатыр денесі ұлғайған. Жатыр денесі мен мойнағы эндометриозы (аденомиоз) диффузды, ошақты, түйінді сипатта болады. Аденомиоз классификациясы:

*I саты* — шырышты қабаттың миометриге дейінгі зақымдалуы.

*II саты* – миометрий қалыңдығы ортасына дейін зақымдалуы

*III саты* – эндометридің серозды қабыққа дейін зақымдалуы

*IV саты* – париетальды ішастардың зақымдалуы Ішкі

эндометриоз клиникасы

*I-II кезең* — жатырдың үлкеюі жүктіліктің 5-6 аптасында. II-III кезең – Аденомиоз *I кезең* – менструальды цикл екі фазалы, предменструальды қан кету (менструациядан 2-4 күн бұрын). Айлық көлемі көп.

*II кезең* – Пре — және постменструальды қан кету. Айлық көлемі көп. Циклдың екінші фазасында жатыр үлкейген.

*III кезең* – Пре — және постменструальды қан кету. (5-7 күн). Айлық көлемі көп. Жатыр үлкейген. Зерттеу кезіндегі ауырсынулар . Анемия.

*Ретроцервикальды эндометриоз*

*I — кезең* Ошақтар ретроцервикальды клетчатка аймағында.

*II — кезең* Жатыр мойны мен қынапқа өсу.

*III — кезең* Жақын жатқан органдарға өсу үдеген + сегізкөз-жатыр байламы және ішастардың серозды қабаттары

*IV – кезең* Кіші жамбастағы тік ішек-жатыр шұңқыры ішастарында спайка. Аналық без эндометриозы

*I — кезең* Без беткейіндегі ұсақ нүктелі гетеротопиялар, кей кезде басқа локализациялармен бірегеді.

*II кезең* Бір жақтағы аналық безіндегі ұсақ және орташа көлемдегі кисталар + кіші жамбас ішастары, спайкалар, ішекпен бірге.

*III — кезең* Екі аналық бездегі диаметрі 5-6 см дейінгі кисталар. Жатырда, түтікшелерде, қабырғалық ішастарда гетеротопиялар. Айқын спайкалық процесс. Ішекпен бірге.

*IV — кезең* Үлкен көлемдегі кисталардың көрші органдарға жайылуы. Эндометриозбен ауыратын науқастардың 0,65% — да эндометриодты рак дамиды

**ДИАГНОСТИКА:** Шағымдар мен симптомдар Клиникалық тексеру УЗИ ( генитальды) гистеросальпингография, гистероскопия (ішкі) лапароскопия, лапаротомия

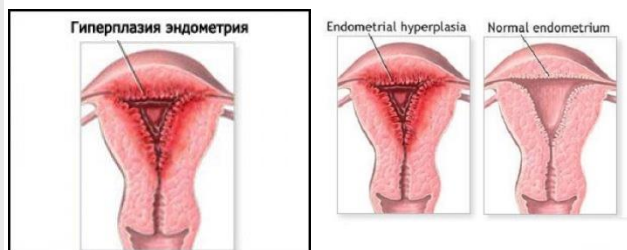
**Жатыр эндометриясының гиперплазиясы** - әр жастағы әйелдерде жатырдың шырыштарының пролиферативті өзгеруі. Гормональды бұзылыстардан дамиды. Овуляцияның бұзылуынан прогестеронның деңгейі төмендейді және жатыр шырыштарында пролиферация жүреді.

Гипертония және қант диабетінде дамиды.

**Жіктелуі:**

1. Эндометрияның безді гиперплазиясы.
2. Эндометрияның безді – кисталық гиперплазиясы.
3. Эндометрия полиптері.

**Эндометрияның безді және безді – кисталық гиперплазиясында** жатырдың эндометриясы шырыштарының базальды және функциональды болып бөлінуі жойылады. Бездердің бөліктері кист пішінде болады.



**Эндометрия полиптері** - эпителидің безді қабатының астындағы тінмен қосылып өсуімен сипатталады. Полиптер жеке дара және топталған болуы мүмкін. Көп жағдайда - жатыр түбінде болады, денсі домалақ және аяқтары болады.

**Клиникасы:** циклдық және циклға байланыссыз қан кетумен сипатталатын етеккір циклының бұзылыстары болады.

**Диагностика.** Анамнез, шағымдары, объективті зерттеу, арнайы гинекологиялық зерттеу, УДЗ, гистероскопия, бөлшектеп диагностикалық қыру.

**Емі:**

1. Схема бойынша гормональды гемостазбен қанды тоқтату
2. Утеротониктер, іштің төменгі жағына суық қою
3. Анемияны және қосымша ауруларды емдеу
4. Диспансерлік бақылау
5. Репродуктивті жастағы әйелдерде қан кетсе диагностикалық қыру

**Тақырып: Әйел жыныс мүшелерінің обыр (рак) алды аурулары.**

**Жоспар:**

1. Крауроз: клиникасы, диагностикасы, медбикелік үрдіс
2. Лейкоплакия: клиникасы, диагностикасы, медбикелік үрдіс
3. Жатыр мойны аурулары

Обыр алды ауруларына созылмалы дистрофиялық процесстер жатады, 20 – 50% менопаузада кездеседі, соңы обырға әкеледі.

**Крауроз** - Біртіндеп үлкен және кіші жыныс еріндерінің атрофиясы дамиды, ол сыртқы жыныс

мүшелерінің шырышты қабықтарының қатпарланып, тырысуына әкеледі. Үлкен жыныс еріндерінде түктер болмайды. Терісі мыжылған пергаментті жапыраққа ұқсайды. Түнгі уақытта

қышыну қинайды. *Диагностика:* клиникасы негіздері бойынша, кольпоскопия, Шиллер сынамасы,

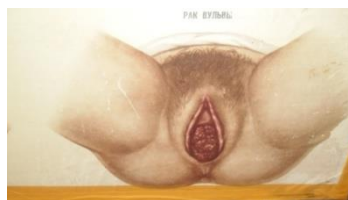
биопсия. *Емі:* үлкен терапияны талап етеді. *Мейірбикелік үрдіс:*

- сыртқы жыныс мүшелерін тәулігіне бірнеше рет календула немесе ромашка тұнбаларымен жуу;
- сүтті - өсімдік диетасы;
- жақпалар және балауыздар түрінде гормонотерапия;
- седативті терапия.



**Лейкоплакия** - бұл вульваның терісінең немесе шырышының ақ түсті дақ тәрізді мүйізденуі.

Жиі краурозбен ұқсас келеді. Симптомсыз өтеді. *Диагностикасы және емі краурозбен бірдей.*



### Жатыр мойнының аурулары:

**1. шын эрозия (шырышты қабаттың зақымдануы)** – жатыр мойнының көп қабатты жалпақ эпителиін және дәнекер ұлпаларын зақымдайды.

**Себептері:** қабыну аурулары (эндоцервицит, кольпит) және зақымдаушы әсерлер (айнамен қарау,

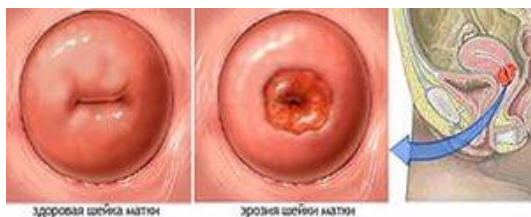
жағынды алғанда, биопсия, үнемі зақымдану – жатырдың түсіп кетуі).

**Анықтау:** Айнамен қарағанда эрозия қызыл түсті болып көрініп тұрады.

**Шиллер сынағы:** люголь ерітіндісімен бояймыз – қызарып тұрған тінді байқаймыз. 3% сірке қышқылын

жағып кольпоскоппен қарағанда тегіс немесе ұсақ төмпешікті қызыл түсті эрозияны көреміз.

**Әйелдің шағымы:** арнайы белгілі шағымы болмайды, профилактикалық тексеру кезінде анықталады.



**2. Псевдоэрозия** – барлық патологиялардың 40% қамтиды, цилиндрлі эпителиін зақымдайды.

**Себептері:** Бастапқыда шын эрозия дамиды, яғни кольпит, эндоцервицит.



Кейбір теориялардың дәлелдеуінше псевдоэрозия өздігінен дамиды. Жас әйелдерде жиі кездеседі, ал егде әйелдерде сирек кездеседі. Қорыта айтқанда жалған эрозия шын эрозиямен байланыссыз жеке дамиды.

*Шиллер сынағы* кезінде жалған эрозия аз уақытқа ашық қоңыр түске боялып тұрады, содан кейін

бастапқы қалпына келеді. 3% сірке қышқылын жаққанда қан тамырларының тырысуынан аз уақытқа ісік пайда болады.

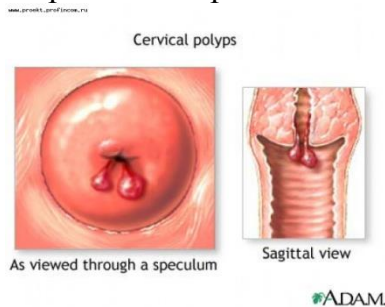


**3. Полиптер** – барлық жатыр мойны ауруларының 5 – 6 % қамтиды. Полип деп – жатыр мойнының қынаптық бөлігінің және өзегінің шырышты қабатының өскіндері. Полиптер жеке дара және топталып өсуі мүмкін. Олардың пішіні – домалақ, кейде төмпешік тәрізді болады.

**Анықтау:** 3% сірке қышқылын жаққанда анық көрінеді.

**Себептері:** гормональды бұзылыстар және қабыну процестері.

Клиникалық белгілері: шырышты бөлінулер, қатынас кезінде қан ағулар. Аурудың қайталануы қатерлі процестің белгісі болуы мүмкін. Сол үшін гистологиялық зерттеу жүргізу міндет.



**4. Лейкоплакия** – жатыр мойнының көп қабатты эпителиінің қалыңдауы. Жиілігі 6% , көп жағдайда

40 жастан асқан әйелдерде жиі кездеседі , басқа жастағы әйелдерде де кездесуі мүмкін.

**Анықтау:** айнамен қарағанда – ақ түсті немесе ақ сұр түсті кейде жылтырауық түсті , пішіндері әр

түрлі болады , шекарасы анық көрінеді. Лейкоплакия – жатыр мойнында ғана емес , кейде қынап

күмбездерінде де болуы мүмкін.

*Шиллер сынағында* – зақымданған тін боялмай , ақ түсті болып көрінеді. Лейкоплакияның көлемі

кіші болса , тек кольпоскоппен ғана көреміз.

**Белгілері:** арнайы шағымдары болмайды , тек профилактикалық тексеруде анықталады.



**5. Кондиломалар** – ұзын және қалың болып өскен дәнекер тіннің өскіндері, беті көп қабатты эпителимен жабылған.

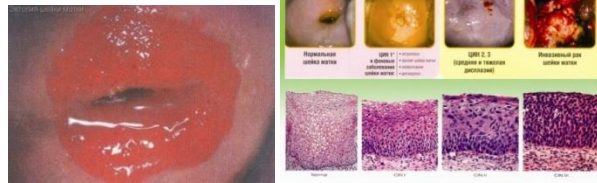
**Анықтау:** айнамен қарағанда – жапырақ тәрізді жиегі үшкір өскіндерді (тауық айдары тәрізді) көреміз. Кейде кондиломалар тегіс болып та кездеседі.

3% сірке қышқылын жағып, айнамен қарағанда - ақ сұр түсті емес , маржан түсті, ақ ашық түсті өскіндерді көреміз.

## Жатыр мойнының рак алды аурулары.

**1. Дисплазия** – оны тек цитологиялық және гистологиялық зерттеулердің көмегімен анықтайды. **Дисплазия** – жатыр мойнын жауып тұратын көп қабатты эпителидің дамуының жаңаруының бұзылуы.

**Емі:** Жатыр мойнын алып тастау.

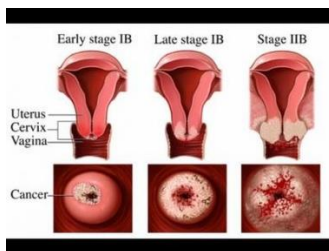


## 2. Жатыр мойны рагы.

Қатерлі ісіктердің алдыңғы орындарының бірінде тұр, 50 – 60 жастағы әйелдерде жиі кездеседі алайда бүгінгі таңда репродуктивті жастағы (15 – 45) әйелдерде де кездеседі.

**Себептері:** Соңғы жылдары жатыр мойын рагының дамуын жыныстық қатынас арқылы жұғатын жұқпалы аурулармен байланыстырады.

**Дамуы.** Бастапқы дәрежесі жасырын өтеді, бастапқыда кішкене жара немесе ісік пайда болады.



### Сатылары:

- 0 – саты: эпителийді зақымдайды ;
- A – саты: карцинома 5-7мм. терең емес;
- 1A - саты: ісік 5мм. терең;
- 2A - саты: жатырдың сір қабатына жетеді;
- 2B – саты: қынапқа тарап, төменгі 3/1 бөлігіне жетпейді;
- 3A – саты: жамбас қабатына жетеді;
- 3Б – саты: қынаптың 3/1 қамтиды;
- 3B – саты: кіші жамбас қуысынан шықпаған метастазалар береді;
- 4A – саты: кіші жамбас қуысын қамтып, қуықты зақымдайды;
- 4Б – саты: тік ішекке өтеді;
- 4B – саты: алыс жатқан ағзаларға метастаза береді.

**Клиникалық белгілері:** ақ кір аздап қан аралас, етеккір циклы арасында. Ісік үлкейген сайын

қан кету, кейде жыныстық қатынас кезінде т.б. тиісу кезінде ұлғаяды. Ауыру сезімі көңіл аударарлықтай болмайды.

### Анықтау:

- шағымдары
- шиллер сынағы
- кольпоскопия
- биопсия
- гистологиялық зерттеу.

**Емі:** Аурудың даму сатысына байланысты.

**Алдын алу:** - жыныстық қатынас арқылы жұғатын ауруларды болдырмау;

- барлық әйелдерді әрбір 6 ай сайын тексеруден өткізу.

**Жатыр мойны рагының аяқталуы:**

- 1 сатыда – 70 -80%
- 2 сатыда – 40-60%
- 3 сатыда – 30%
- 4 сатыда - 10 %

**2. Жатыр саркомасы.**

**Саркома** – қатерлі ісік. Көп жағдайда жатыр денесін зақымдайды. Ол 20 жастан 95 жасқа дейін кездеседі. Саркома миомамен бірге жиілігі 57%.

**Клиникалық белгісі:** Циклдық және циклға байланыссыз қан кету. Іштің төменгі жағының ауыруы ,

шірік тәрізді иісті бөлінулер.

**Анықтау:** көп жағдайда миома қойылады, қорытынды диагноз гистологиялық зерттеу кезінде немесе

отамен ісікті алғаннан кейін қойылады.

**Емі:** Консервативті және оталы. Жазылуы ісік сатысына байланысты 20 – 25%.

**Алдын алу:** Жылына 2 рет тексерілуден өту, қабыну ауруларын дер кезінде емдеу, нейро және эндокринді бұзылыстарды болдырмау , қалпына келтіру.

**Сүт безінің ҚАТЕРСІЗ ісіктері.**

Адамда сүт бездері 15 – 20 безді бөліктерден тұрады. Сүт бездерінің жағдайына эндокриндік жүйенің аурулары үлкен әсер етеді. Мысалы, қыздар мен әйелдерде жыныс органдарының (аналық жұмыртқаның) жұмысы бұзылса, Сүт бездерінде қатерсіз ісіктер пайда болады. Сүт безінің рагы жасушалардың қалыпты өсу және олардың көбеюінің бұзылуы нәтижесінде безді тіндердің өсуімен сипатталады. —Омырау бездерінің қатерсіз ісіктері- полиэтиологиялық ауру болып табылады. Оның пайда болуына бір немесе бірнеше этиологиялық факторлар әсер етуі мүмкін. —дисгормоналды өзгерістер —аналық бездер ,сүт безінің, гипофиздің , қалқанша без, эстрогендердің функциясының бұзылысы —организмның гормон регуляциясының қайта құруы — коректенудің тәртібі —Тұқым қуалаушылық фактор —Нейроэндокринді бұзылыстар —психикалық стресс эндокрин бездерінің секреторлық функциясының өзгерісіне алып келуі мүмкін. Омырау бездерінің қатерсіз ісіктері 30 жасқа дейінгі әрбір 4 әйел адамда кездеседі, ал 40 жастан асқан әйелдерде 60% пайызында кездесе, ал 75 жастан асқан әйелдерде 80% омырау бездерінің қатерсіз ісіктері кездеседі. Омырау бездерінің қатерсіз ісіктерінің түрлері: Фиброаденома Папилломалар Липомалар Мастопатиялар Фиброаденома — сүт безінің қатерсіз ісігі, дәнекрлеуші тіндері мен эпителиальды элементтерден тұратын қатерсіз ісік.

Мастопатиясының формаларының бірі, гормон дисбалансының фондында пайда болады. Формасы дөңгелек , шар тәрізді тығыз түйін болады. Фиброаденома қатерлі ісіктерге қарағанда қозғалмалы болады. Өлшемі 2 мм ден 5-7 см дейін кездеседі. Фиброаденома эстрогендер ықпалына байланысты, менустралды циклда және жүктілік кезінде оның өлшемі өседі. Менопаузадан кейін эстрогендердің деңгейі төмендеу нәтижесінде фиброаденоманың көлемі кішірейеді, ал гормон алмастырушы терапия ағзада эстрогендер деңгейін көтере отырып , сүт безінің фиброаденомасының өз көлемін сақтап қалуға жағдай туғызады. Түтік іші папилломалар сүт безінің тармақтарының эпителииында пайда болады. Олар кез келген жас шамасында дами алады — постменопаузаға пубертат мерзімінен. Макроскопиялық қарағанда сүт безінің түтік іші папилломасы киста сияқты еміздік тәрізді болып көрінеді. Клиникасы ісіктің төңірегіндегі қан құйылу және некроздар болуы мүмкін. Қатерсіз папиллома (өзекше ішіндегі диффуздық папилломатоз) сүт бездерінің сот жолдарында орналасатын түйіндеме болып табылады. Папилломалар әдетте жалғыз және көпше түрде болады. Клиникалық белгісіне жүктілік немесе емізу кезеңінен тыс емшек ұшынан бөліністердің шығуын жатқызуға болады. Бөліністердің түсі мен сипаты қан аралас немесе мөлдір сары болады. Емшек ұшынан бөлінетін сұйықтықтың мұндай сипаты фиброзды-кистозды өзгерістер мен өзектер кеңеюі кезінде кездеседі.

Өзек ішіндегі өсімділерді анықтаудың жалғыз жолы дуктография (сүт безі өзегінің контрасты затқа толтыру) болып табылады. Липома – май тіндерінен туындайтын қатерсіз ісік. Сүт безінің липомасы өсімтал май ұлпасынан және сыртын қоршаған капсуладан тұрады. Сүт безінің барлық қатерсіз ісіктерінде 9% жағдайларында кездеседі.

**Диагностикасы** УДЗ ,маммография, термомаммография , окоцитология.

**Емі** хирургиялық жолмен алып тастау. Хирургиялық жолмен алып тастаудан кейін :

Қабынуға қарсы препараттар Иммуномодярылы препараты (циклоферон, иммунал) Витаминді препараттар (А,В,С,Е) Гомеопатикалық заттар (мастодинон, эдас ) **Мастоптия:** Эстероген гормонының кобею салдарынан сүт безінде ісік алды аурулар пайда болады. Қазіргі кезде оларды мастопатия деп атайды. Мастопатия өте жиі кездесетін ауру. Оған дәнекер және шырышты қабаттағы клеткалардың пролиферациялы гиперплазисы мен дисплазиясы жатады. Ол үш сатыдан тұрады: 1-дәрежелік гиперпазиясы мен дисплазиясы. 2-дәрежелік гиперпазиясы мен дисплазиясы. 3-дәрежелік гиперпазиясы мен дисплазиясы. Бұлардың 1-ші дәрежелік гиперпазиясы, нақты ісік алды емес, ал кейінгі 2-ші,3-ші дірежедегілері нақты ісік алды аурулар болып саналады. Гиперплпазия 1-2 осу дәрежесі дәрі дәрмектермен емделеді, ал 3-ші өсу дәрежесінде операция қолданылады.

**Клиникасы:** Омырау безінде тығыз түйіннің пайда болуы. Омырау безі аумағындағы терінің өзгеруі( терінің қалындауы, түсінің өзгеруі, емізікше немесе ареола маңында жараның пайда болуы) Қолтық асты аймақтағы лимфа түйіндерінің үлкеюі.Үлкейген лимфа түйіндерінде пальпация кезінде ауырсыну байқалады. Емізікшені қысқан кезде бөліністің шығуы. Бөлініс мөлдір немесе қан аралас болуы мүмкін. Сонымен қатар температураның жоғарлауы , омырау безінің ауырсынуы байқалады. Диагностика жасау: Фибраденоманын диагностикасында пальпациялау, маммография, УДЗ жасап, биопсия алынады. Биопсияда атипиялық клеткалар табылады. Ақырғы диагноз ісіктің алып тастаудан кейін гистология зерттеу негізінде қойылады . Түтік іші папиллома диагностикасы тексеру арқылы жүргізіледі, қолмен басып қарау, маммография, УДЗ, цитологиялық зерттеу. Наукас дәрігерге ауырсыну сезімі . Оның сипаты және емшектен болінетін боліністерге шағымданады. Пальпация кезінде Ірі тармақтардағы емшек жанындағы аймағындағы дөңгелек тығыздауды бар болу және оларды қолмен басқанда емізікшеден бөліністер шығады. Дуктография — жалғыз және түтік іші папилломасын диагностикасын ақпарат беретін әдіс, бұл әдіс контрасты заты енгізу арқылы ренгенографиялау. **Емі:** Омырау безінің қатерсіз ісіктерін емдеу асқынусыз өтеді, егер де әйел адам уақытында қаралса. Мастопатия аурудың ауырлығына байланысты медикоментозды немесе оперативті емделуі мүмкін. Фибраденома және түтікшілік папиллома тек қана оперативті емделеді. Қатерсіз ісіктердің басқа түрлері наукастын индивидуальді жағдайына және аурудың асқину дәрежесіне байланысты емделеді. Сонымен қатар СҮТ БЕЗІНІҢ ҚАТЕРЛІ ісігі жайлы осы сілтемеден оқыңыз.

## 1 – Нұсқа

1. Жатыр миомасы , бұл

А) жатырдың бұлшық етінен өсетін, қатерсіз, гормонға тәуелді ісік

Б) қатерлі ісік

В) жатырдың қабынуы

Г) жатырдың қосалқыларының қабынуы

2. Кистома бұл:

А) жатыр мойнының ісігі

Б) бартолин безінің ісігі

В) гистерорезектоскопия

Г) аналық бездердің шын ісігі

3. Жатыр миомасын қашан хирургиялық жолмен емдейміз?

А) түйіннің субмукозды өсуі

Б) миома көлемінің 12 – 14апта жүктіліктен асуы

В) миома түйінінің некроздануы

- Г) аталғандардың барлығы
4. Жатыр миомасының даму себептеріне не жатады?
- А) тұқым қуалаушылық  
Б) эндокринді аурулар  
В) бауыр аурулары  
Г) аталғандардың барлығы
5. Жатыр миомасында ауыру симптомның себебі?
- А) ісіктің некрозға ұшырауы  
Б) ісіктің жиырылуы  
В) жатыр байламдарының созылуы  
Г) аталғандардың барлығы

### 2 – Нұсқа

1. Кистома бұл:
- А) жатыр мойнының ісігі  
Б) бартолин безінің ісігі  
В) гистерорезектоскопия  
Г) аналық бездердің шын ісігі
2. Жатыр миомасының даму себептеріне не жатады?
- А) тұқым қуалаушылық  
Б) эндокринді аурулар  
В) бауыр аурулары  
Г) аталғандардың барлығы
3. Жатыр миомасы , бұл
- А) жатырдың бұлшық етінен өсетін, қатерсіз, гормонға тәуелді ісік  
Б) қатерлі ісік  
В) жатырдың қабынуы  
Г) жатырдың қосалқыларының қабынуы
4. Жатыр денесінің қатерлі ісігінде негізгі клиникалық симптомды атаңыз.
- А) іштің төменгі жағының ауыруы  
Б) ацикылды қан кету  
В) гистероскопия  
Г) аталғандардың барлығы
5. Аналық бездердің қатерсіз ісіктерінде қандай асқынулар кездеседі?
- А) ісіктің іріндеп кетуі  
Б) ісік капсуласының жарылуы  
В) киста аяғының бұралып қалуы  
Г) аталғандардың барлығы

### 3 – Нұсқа

1. Жатыр миомасын қашан хирургиялық жолмен емдейміз?
- А) түйіннің субмукозды өсуі  
Б) миома көлемінің 12 – 14апта жүктіліктен асуы  
В) миома түйінінің некроздануы  
Г) аталғандардың барлығы
2. Жатыр миомасы , бұл
- А) жатырдың бұлшық етінен өсетін, қатерсіз, гормонға тәуелді ісік  
Б) қатерлі ісік  
В) жатырдың қабынуы  
Г) жатырдың қосалқыларының қабынуы
3. Жатыр миомасын анықтау үшін ең жиі қолданылатын зерттеу әдісі?
- А) қынап арқылы қарау  
Б) УДЗ  
В) гистероскопия

- Г) лапароскопия
4. Кистома бұл:
- А) жатыр мойнының ісігі
  - Б) бартолин безінің ісігі
  - В) гистерорезектоскопия
  - Г) аналық бездердің шын ісігі
5. Аналық бездердің қатерсіз ісіктерінде қандай асқынулар кездеседі?
- А) ісіктің іріңдеп кетуі
  - Б) ісік капсуласының жарылуы
  - В) киста аяғының бұралып қалуы
  - Г) аталғандардың барлығы

**Тест жауаптары:**

**1 – нұсқа.**

**2 – нұсқа.**

**3 – нұсқа.**

- |    |    |       |       |
|----|----|-------|-------|
| 1. | А. | 1. Г. | 1. Б. |
| 2. | Г. | 2. Г. | 2. А. |
| 3. | Г. | 3. А. | 3. Б. |
| 4. | Г. | 4. Г. | 4. Г. |
| 5. | Г. | 5. Г. | 5. Г. |

**Бақылау сұрақтары.**

1. Ісіктер және ісік тәрізді түзілістер туралы түсінік
2. Ісіктердің жіктелуі
3. Аналық бездер кисталары
4. Миома матки
5. Эндоиетриоз
6. Крауроз: клиникасы, диагностикасы, медбикелік үрдіс
7. Лейкоплакия: клиникасы, диагностикасы, медбикелік үрдіс
8. Жатыр мойны аурулары