

ГЕНИТАЛДЫ ЭНДОМЕТРИОЗ

Орындаған: Айболтинова Д.И.406 А

Тексерген: Сарсенбаев М.С.



- **Эндометриоз – жатыр қуысынан тыс жерде эндометрийдің құрылысына және қызметіне ұқсас дисгормоналды, иммунотәуелді қатерсіз тіндердің өсіп кетуімен сипатталатын ауру.**
- **Гинекологиялық аурулардың ішінде эндометриоз 8-25%, бедеулі әйелдер арасында 20-47,8% орын алады.**
- **Эндометриоз 25-37 жастағы әйелдердің арасында жиі кездеседі!**



□ **Эндометриоздың пайда болу
“қауіп-қатер” тобы:**

- 1. Конституциялық -тұқым қуалаушылық;**
- 2. Иммунды статустың өзгеруі;**
- 3. Хирургиялық жарақаттар;**
- 4. Стресті жағдайлар;**
- 5. Нейроіндеттер, созылмалы індеттер;**
- 6. Жыныс мүшелерінің аномалиялары;**
- 7. Жыныс мүшелерінің қабыну аурулары**



- **Эндометриозның жіктелуі:**
- **I. Гениталды:**
- **а) ішкі: 1. жатыр денесінің (аденомиоз):**
 - 2. жатыр түтіктерінің интерстициалды бөлігінің:
- **б) сыртқы: 1. Фоллопий түтіктерінің:**
 - 2. аналық бездердің:
 - 3. ретроцервикалды:
 - 4. іш пердесінің жатыр тік ішек ойығының:
 - 5. сегізкөз жатырлық байламдар: қынаптық:
 - 6. сыртқы жыныс мүшерінің:
 - 7. аралықтың:
 - 8. аралықтың:
 - 9. жатыр мойны қынаптық бөлігінің:
 - 10. жатырдың жұмыр байламдарының:

- II. Экстрагениталды: ішектік, қуықтық, тері асты клетчаткасының, өкпенің, операциядан кейінгі тыртықтың, трахеяның, көздің, бүйректің.

- III. Түйінді және диффузды.

- **Эндометриоз – жатыр қуысынан тыс жерде эндометрийдің құрылысына және қызметіне ұқсас дисгормоналды, иммунотәуелді қатерсіз тіндердің өсіп кетуімен сипатталатын ауру.**
- **Гинекологиялық аурулардың ішінде эндометриоз 8-25%, бедеулі әйелдер арасында 20-47,8% орын алады.**
- **Эндометриоз 25-37 жастағы әйелдердің арасында жиі кездеседі!**



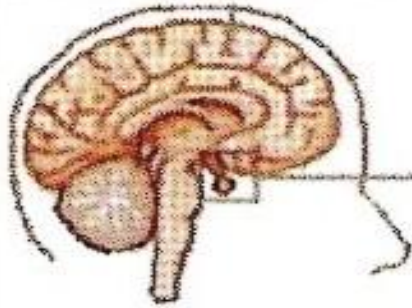
□ **Эндометриоздың себептері мен патогенезі:**

□ **Эндометриоздың дамуының бірнеше теориясы бар:**

1. **Эмбрионалды;**
2. **Метапластикалық;**
3. **Имплантациялық;**
4. **Конституциялық;**
5. **Гипаталамус - гипофиз - аналық бездер - нысана мүшелер жүйелерінің функциясының өзгерістері;**

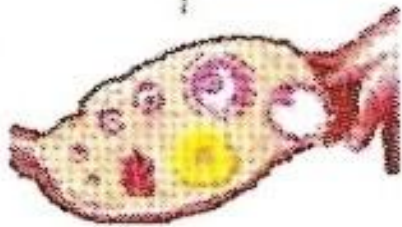


ГОЛОВНОЙ МОЗГ



ФСГ ↓ **ЛГ**

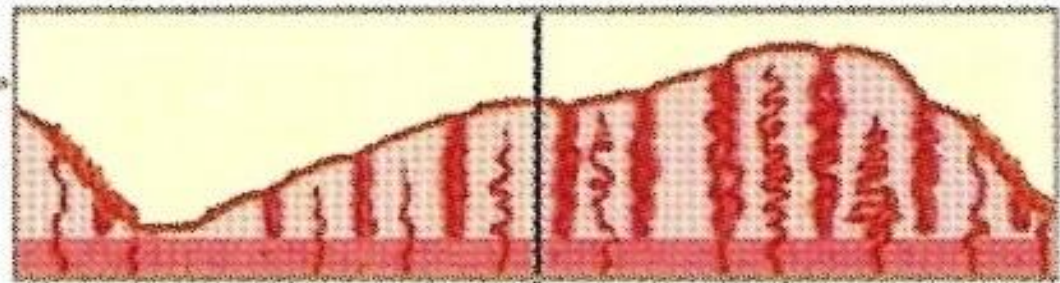
Яичник



↓ **Эстроген**

↓ **Прогестерон**

Эндометрий



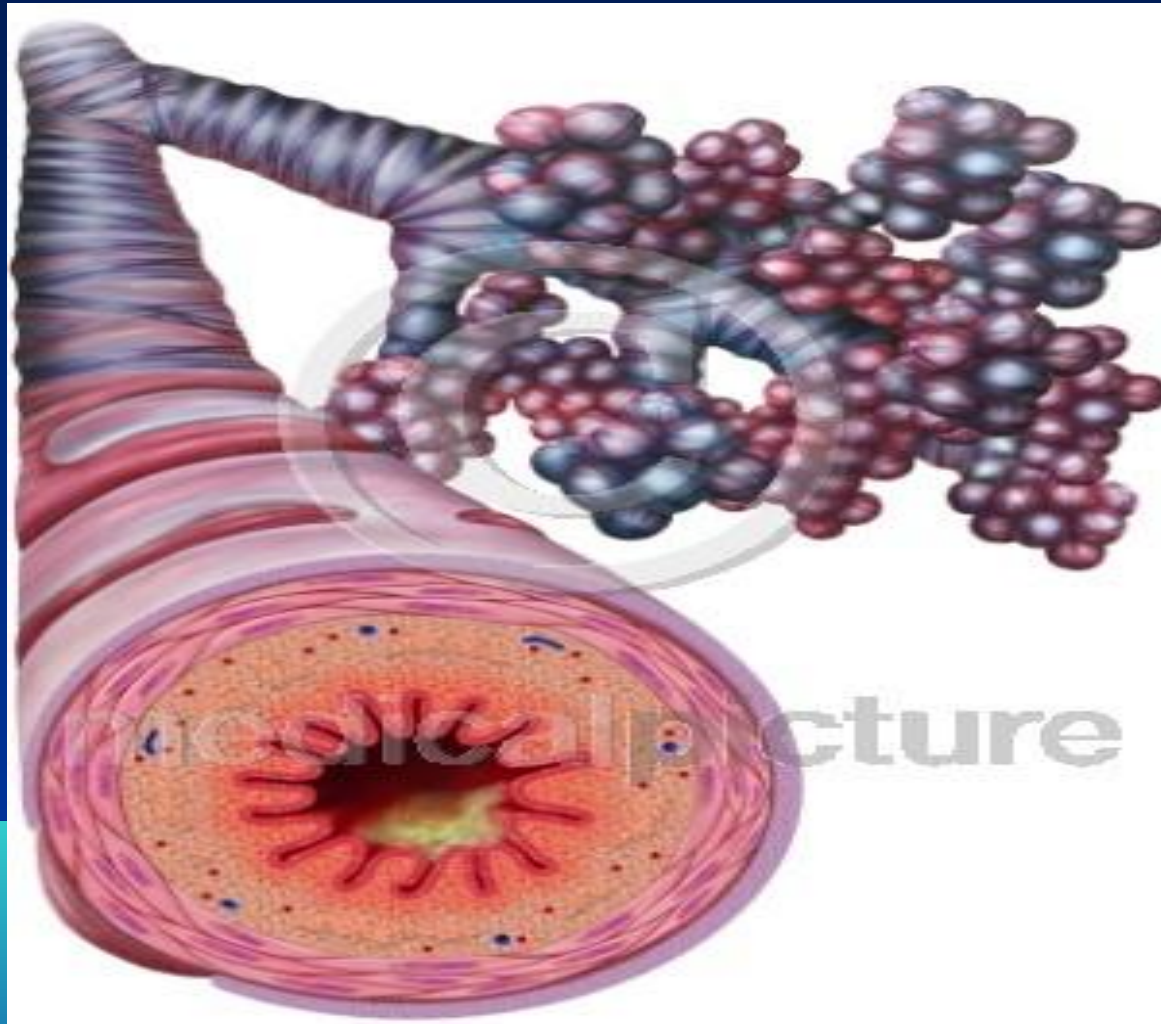
← **I фаза** →

← **II фаза** →

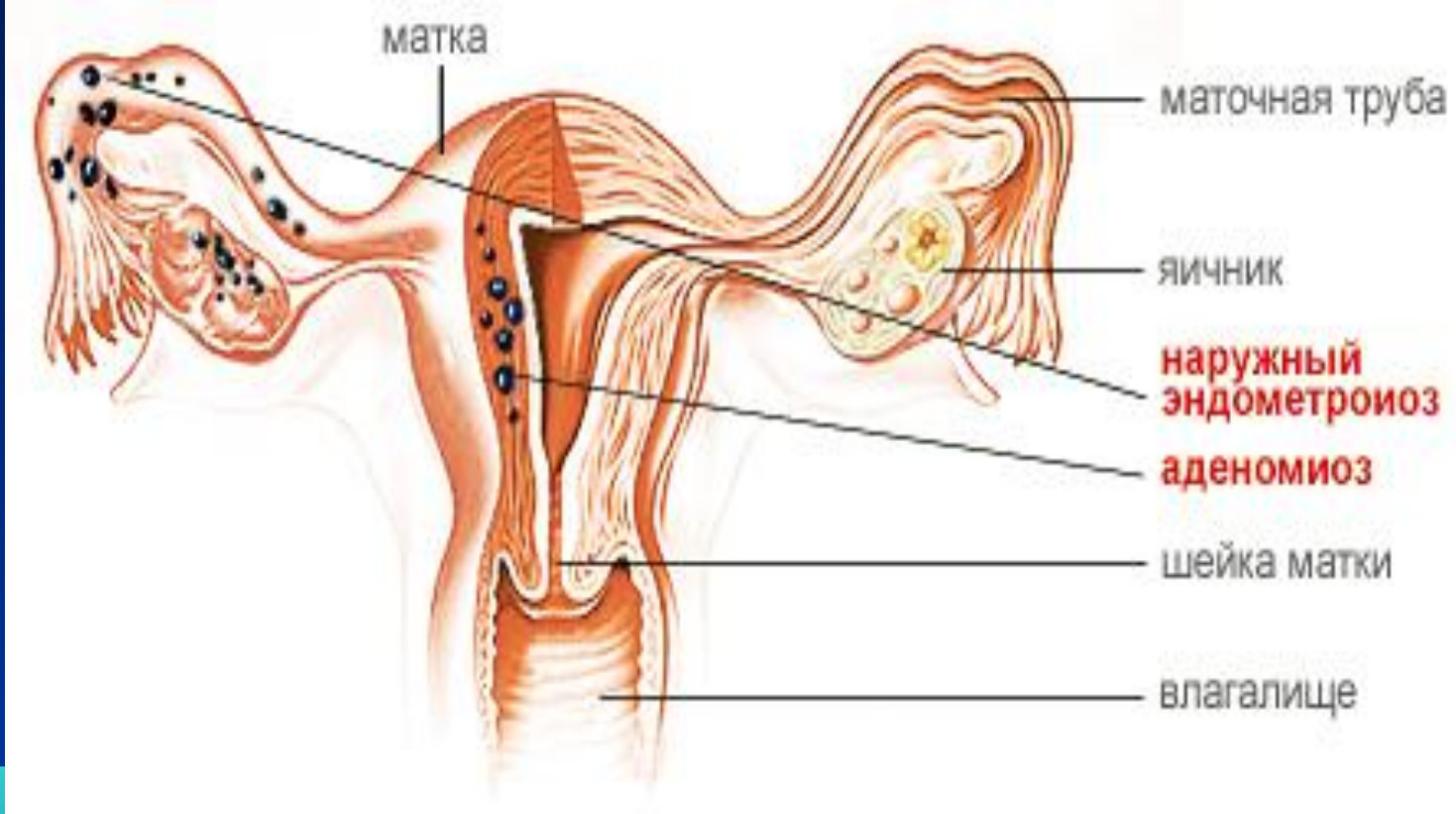
Эндометриоздың клиникалық ерекшеліктері:

- 1. Әртүрлі жиіліктегі ауру сезім;**
- 2. Жыныстық қатынаста ауру сезімінің болуы;**
- 3. Етеккір функциясының бұзылуы;**
- 4. Бедеулік;**
- 5. Жүрек айну, құсу, талып қалу;**
- 6. Анемия;**
- 7. Үлкен жабыспалардың пайда болуы;**
- 8. Инфильтрациялық өсу;**

- Әртүрлі көлемді және формалы, ішіне қан, кілегей және сылынып кеткен эпителийге толған безді өсінділер болады.**







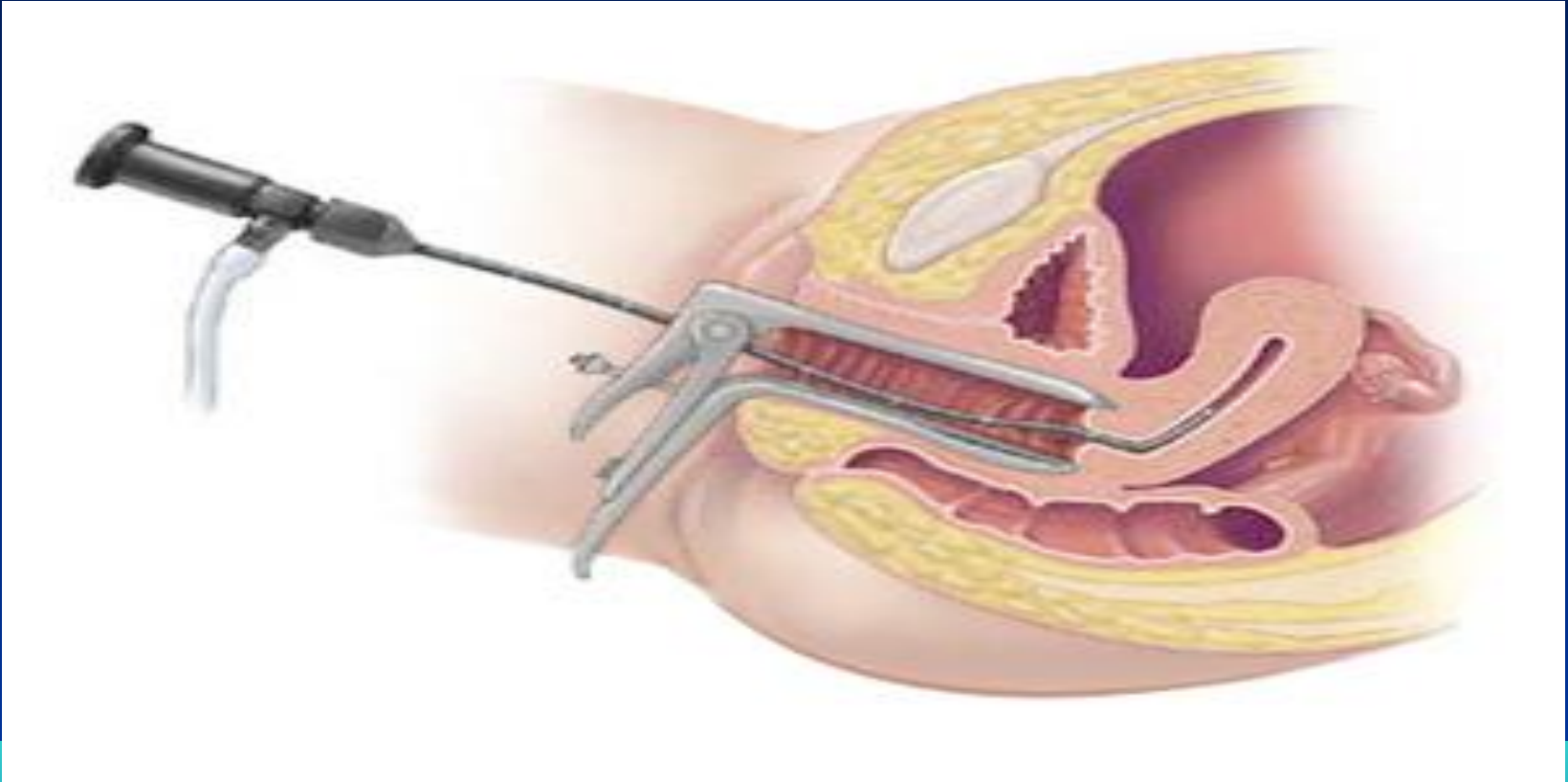




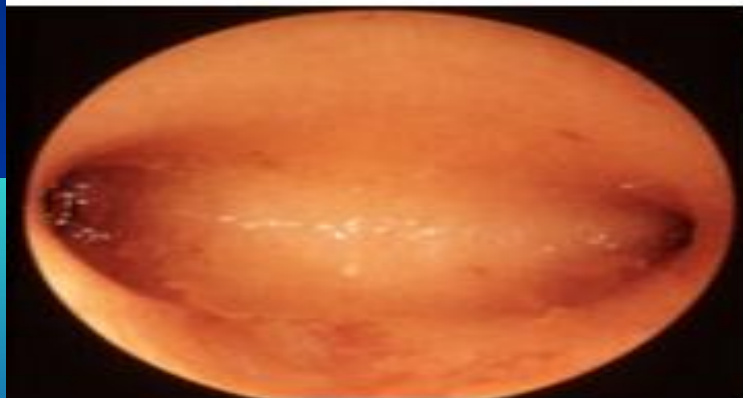
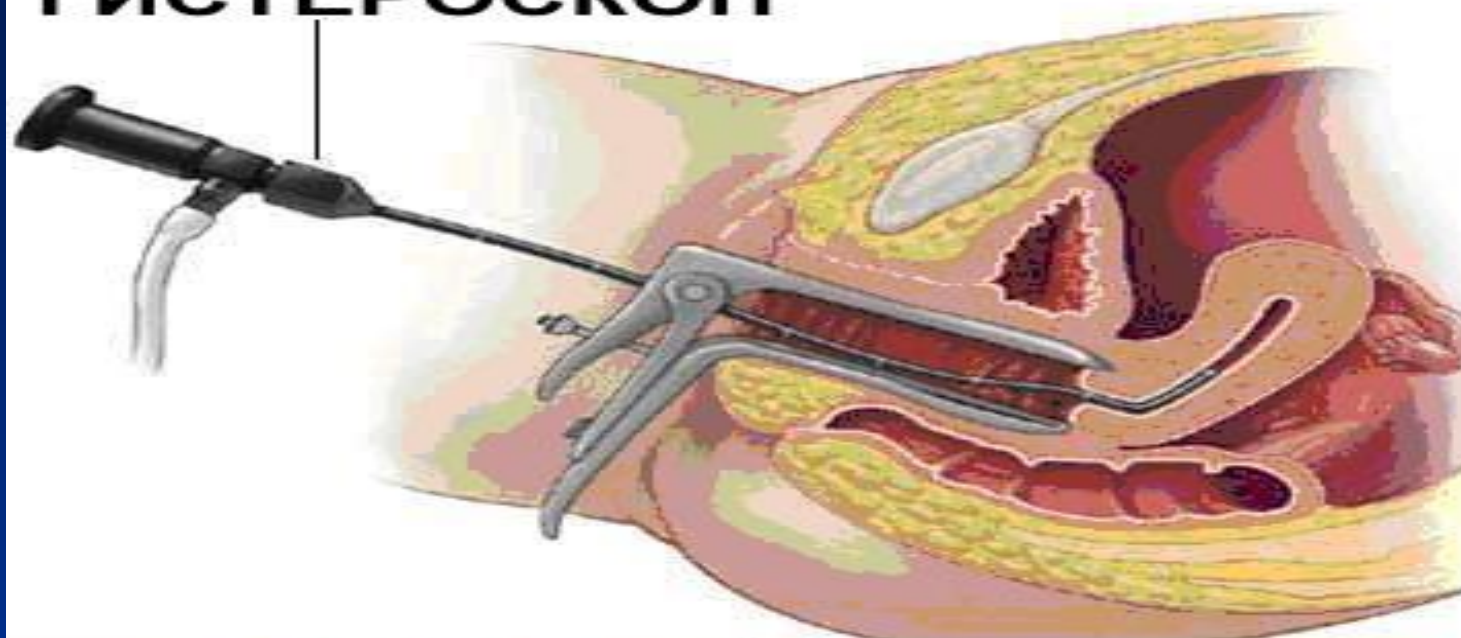
Эндометриоздың диагностикасы:

1. науқастың шағымдары;
2. анамнез;
3. клиника;
4. кіші жамбас қуысының УДЗ;
5. гистеросальпингография;
6. лапароскопия, кольпоскопия, гистероскопия;
7. гистологиялық зерттеулер жасалған биопсия;
8. гормоналды зерттеулер;
9. цистоскопия;
10. компьютерлі томография;
11. ректоманоскопия.

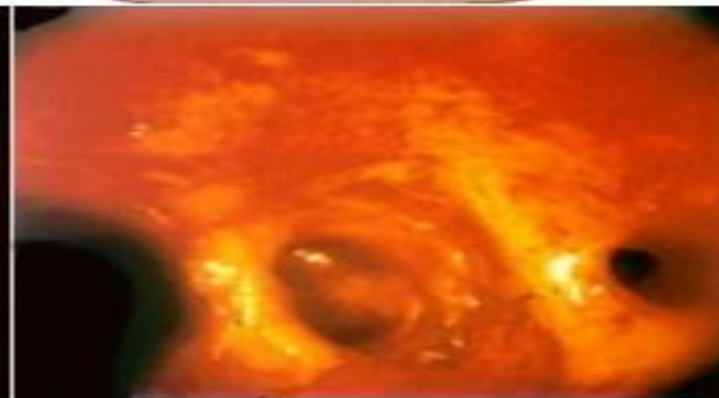




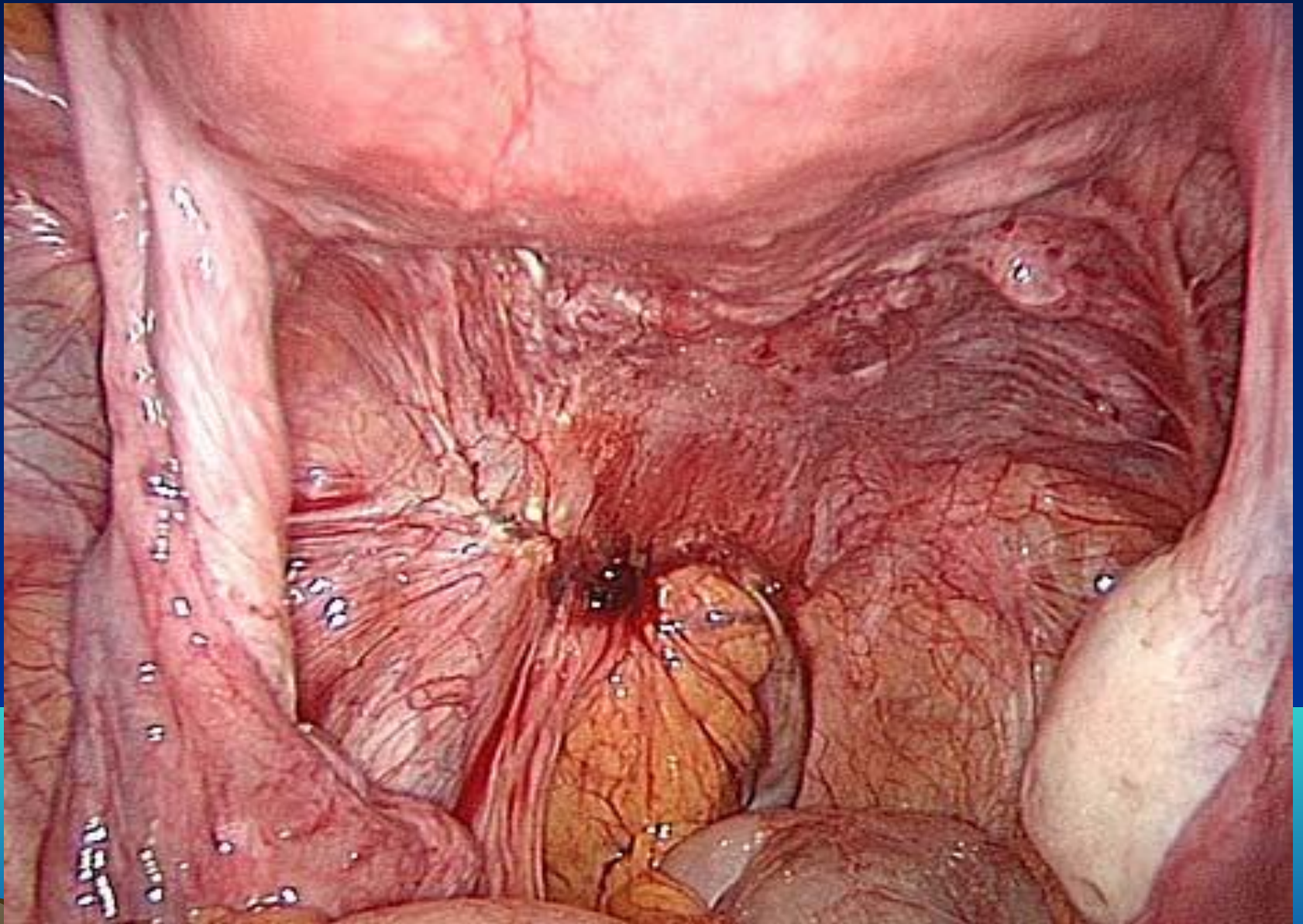
ГИСТЕРОСКОП



Трубы без патологии



Спайки в матке



□ Эндометриозды емдеу:

□ Консервативті: (гормоналды 6 – 12 ай бойы)

1. гонадолибериндердің агонистері (бусерелин, золодекс, декапептил)
2. прогестагендер (депо-провера, дюфастон, норкалут, 17-ОПК және т. б.
3. антипрогестиндер (неместрен, гестрикон)
4. гонадотропиндердің ингибиторлары (даназол)

Гормоналды терапияда қолданылады

- Синтетикалық эстрогенді-гестагенді құрама препараттар-фемоден, микрогинон, ановлар, овидон, марвелон, ригевидон, диане-35
- Эстрогенді компоненті жоқ прогестиндер-дюфастон, примолют-нор, норкулут, оргаметрил, депостат, оксипрогестерон капронат және т.б
- Антигонадотропин-даназол, (дановал, данол, даноген)гестринон

Дюфастон

*Один гестаген
от рождения
до менопаузы*



Эндометриозды хирургиялық емдеуге қарсы көрсеткіштер

- 1 Эндометриоздың операциядан кейінгі тыртықта, кіндікте, аналық бездерде, жатыр мойындағы жалғыз қанталап жатқан ошақта болуы:
- 2 Гормондармен тоқтаусыз емдеген кезде емнің нәтижесіздігі :
- 3 Эндометриоз жатыр лейомиомасымен бірігіп кездесетін болса;
- 4 Эндометриоз жыныс мүшелерінің даму ақауларымен бірге кездесетін болса:



- 5 Гормоналды препараттарды қабылдай алмау:
- 6 Ішектің немесе несеп ағардың түтікшелерінің стенозы кезінде:
- 7 Эндометриозды жатыр қосалқыларының іріңдеп кетуі



Болжамы

- Эндометриоз үдемелі ауру. Қайталамалы жиілігі 1 жылда-20% , кумулятивті асқынуы 5 жылда-40% құрайды.5 жыл ішінде үдеиелі жиілігі 74% дейін өседі.
- Әйелдерде эндометрозды емдеуде пременопауза, постменопауза кезеңдерінде гормоналды препараттармен емдеу қолайлы болып келеді