ДӘРІС КЕШЕНІ

Пән: Онкостоматология
Пән коды: OnkoS 5201
ББББ атауы: 6В10103 «Стоматология»
Оқу сағаттарының/кредиттердің көлемі :4
Оқытылатын курс пен семестр : 5курс/X
Дәріс көлемі: 10 сағат

2023-2024 оқу жылы
Шымкент

Дәріс кешені «Онкостоматология» пәнінің жұмыс оқу бағдарламасына (силлабус) сәйкес әзірленді және кафедра отырысында талқыланды.

Хаттама № 11 **«** 06 **»** 06 **202** 3 **ж**

Кафедра меңгерушісі м.ғ.д.,м.а. доцент _____ **А.Б.Шукпаров**

№1 дәріс

1.Тақырыбы: Жақ-бет аймағының ісіктерінің түрлері. Эпидемиологиясы. Ісіктердің халықаралық жіктелуі. Диагностиканың негізгі әдістері. Онкологиялық сақтық. Жақ-бет аймағының ісіктері бар науқастарды медициналық тексерудің негіздері. Жақ сүйектерінің одонтогенді ісіктері. Амелобластома. Одонтома, одонтогендік фиброма, цементома. Клиникасы, диагностикасы, емі**.**

2.Мақсаты: Жақ-бет аймағындағы жаңа пайда болған ісіктер жайлы мәлімет алу, ісіктердің халықаралық жіктелуін, диагностика әдістерін, жақ-бет аймағындағы жаңа пайда болған ісіктері бар науқастарды диспансерлеу ерекшеліктерін зерделеу**.**

3. Дәріс тезистері:

Адамантинома (амелобластома) - одонтогенді эпителиалды ісік, оның паренхимасының гистологиялық құрылымы тіс ұрығының эмаль органы тінінің құрылымына ұқсас, осыған байланысты ісіктің атауы «эмаль» сөзінен шыққан. Адамантиноманың патогенезі адамантинома өсетін эпителий жасушаларының пайда болуымен байланысты. Адамантинома клиникалық тұрғыдан біртіндеп көрінеді, баяу және ауыртпалықсыз дамиды. Көбінесе, алғаш рет рентгенологиялық зерттеу кезінде анықталады. Ісікпен зақымданған сүйек біртіндеп қалыңдайды, беттің деформациясы пайда болады. Қалың сүйектің беті тегіс, бірақ дөңес болуы да мүмкін. Тері қабаттары өзгеріссіз қалады. Төменгі жақтың өзгертілген бөлігінің контурлары әдетте жақсы көрінеді, әсіресе ісік айтарлықтай үлкен дөңес бетке және тығыз консистенцияға ие болғанда. Амелобластомалар кезінде жақ асты аймақтық лимфа түйіндері ұлғаймайды. Ауыз қуысын қарау кезінде төменгі жақтың зақымдану жағында вестибулярлық бағытта альвеолярлық өсіндіні тығыздау (шығару) түрінде өзгерістер байқалады. Кейде ретромолярлық аумақтың жұмсақ тіндерінің ісінуі, тістердің ығысуы мен қозғалуы байқалады. Мұндай жағдайларда альвеолярлық өсіндінің сыртқы кортикалды пластинкасы және төменгі жақтың жоғарғы денесі едәуір жұқарады және саусақпен басқан кезде оңай бүгіледі және серіппеленеді. Жоғарыда айтылғандар пергаменттік сытырдың клиникалық белгісін бөліп көрсетуге мүмкіндік береді. Ісік бөлігіндегі тістер жылжытылған, біршама қозғалатын, перкуссида ауырсынады. Ауыз қуысында серозды немесе іріңді бөлінетін жыланкөздер жиі пайда болады. Сүйектің айтарлықтай жұқаруы кенеттен сынуға және қан кетуге әкеледі. Аймақтық лимфа түйіндері қабыну қосылған кезде ұлғаяды. Диагностика аурудың бастапқы кезеңдерінде қиын. Амелобластома қабыну процесімен асқынған кейбір жағдайларда аурудың жергілікті белгілері төменгі

жақтың жіті остеомиелитіне немесе флегмонға ұқсас болуы мүмкін. Амелобластома диагнозын қоюдың маңызды буыны төменгі жақтың рентгенографиясы және кейіннен жедел ісік жолымен алынған тіндердің гистоструктурасын растай отырып, ісіктің ішіндегісін цитологиялық зерттеу болып табылады. Шолу рентгенограммасында жақтың патологиялық процеспен зақымдану дәрежесі мен мөлшерін анықтайды; төменгі жақ шетінің және жақ бұрышының, тармағының және денесінің латералды бетінің жай-күйі. Бүйірлік проекциядағы рентгенограммалар бойынша ісікпен зақымданған ошақтың құрылымын, альвеолярлық өсіндінің және жақтың төменгі шетінің жай-күйін, сондай-ақ алдыңғы және тік бағыттардағы шекаралардың сипатын зерделейді. Аксиальды проекциядағы төменгі жақтың бүйірден тыс рентгенограммасы шолу болып табылады және ол бойынша латеральды-медиальды бағыттағы ісік қабырғаларының таралуы мен жай-күйін бағалауға болады. Тығыз амелобластома кезінде ұсақ киста тәрізді зақымданулар байқалады. Амелобластомалардың кистозды нысандары кезінде зақымдану учаскесі деструктивті немесе сүйек қалқаларымен бөлінген, ал ісік шекаралары фистонды, кейде тығыз және склерозды, бухта тәрізді шығыңқы болуы мүмкін. Рентгенологиялық төменгі жақтың сүйек тінінің деструкциясы ошақтарының өлшемдері 7,0х5,0х3,0 см-ден 4,0х3,0х2,0 см-ге дейін ауытқуы мүмкін.

Кейбір жағдайларда амелобластома бұрыштан бүкіл тармаққа және төменгі жақтың денесінің үлкен бөлігіне тарайды. Ісік нысаны (амелобластомалар) төменгі жақтың контурын қайталайды. Бұл ретте, «ісіктің» қатар оның қабырғаларының орталық бөлігінде айтарлықтай жұқаруы байқалады, ал жиегінде оның қабырғаларының сүйектің анық айналуы түрінде тығыздалуы байқалады, мұны ісіктің экспансивті өсуімен жақ қабырғасына жылжытылған зақымданған сүйек трабекулаларының қабатталуымен түсіндіруге болады.

Жіктелуі:

Жақ сүйек-бет аумағындағы ісіктер арасында:

а) қатерсіз;

б) қатерлі ісіктер;

в) аралас нысандар (сілекей бездерінің кейбір ісіктері).

Ісіктерді бірінші және екінші рет (метастаздар) ажыратады; сондай-ақ шығу тегіне қарай (дәнекер тіннен, эпителийден, бұлшық еттерден, жүйке және т.б.) бөлінеді.

4.Иллюстрациялық материал:Презентация

5.Әдебиет: Силлабуста көрсетілген.

6.Бақылау сұрақтары (Feedback кері байланысы)

1, Жақ сүйек-бет аумағының анатомиялық құрылымы.

2.Жақ сүйектері мен жақ-бет аумағы тіндерінің эмбриогенезі және гистологиялық құрылымы.

3,Амелобластоманың, одонтоманың, цементтоманың, одонтогенді фиброманың шығу тегі теориясы.

4.Амелобластоманың, одонтоманың, цементтоманың, одонтогенді фиброманың рентгенологиялық жіктелуі.

5, Адамантиноманың, одонтоманың, цементоманың, одонтогенді фиброманың клиникалық көрінісі.

6, Адамантинмен диагностика және сараланған диагностика**.**

№ 2 дәріс

1.Тақырыбы: Жақ сүйектерінің одонтогенді ісік тәрізді құрылымдары-тіс түбірі кистасы,фолликулалы киста,эпулидтер. Жақтың остеогенді ісіктері. Остеобластокластома. Остеома,остеоид-остеома. Жақ сүйегінің ісік тәрізді зақымдануы. Клиникасы, диагностикасы, емі.

2.Мақсаты: Бет скелеті сүйектерінің қатерсіз түзілімдерін диагностикалауда, сүйектердің қатерлі түзілімдерін, жақ сүйек-бет саласының ісік тәрізді түзілімдері мен қабыну ауруларын дифференциалды диагностикалауда білім мен дағдыларды қалыптастыру

3. Дәріс тезистері:

Жақтың одонтогенді кисталары өте кең таралған патология болып табылады. Қазіргі уақытта осы патологияны хирургиялық емдеу неғұрлым тиімді болып табылады, өйткені барлық одонтогенді тіс түбірі маңындағы кисталар организмге қолайсыз әсер ететін инфекцияның созылмалы ошақтары болып табылады.

Одонтогенді кисталар - пайда болуы не тіс фолликулының дамуының бұзылуымен, не мерзімдегі созылмалы қабыну процесімен байланысты болатын сүйек ішіндегі қуыс түзілімдері.

Киста қабықтан, холестерин кристалдары бар опалесцент сұйықтықтан тұратын қуыстан тұрады. Морфо және патогенез, сондай-ақ локализация бойынша кисталардың мынадай түрлері ерекшеленеді:

1. Тіс түзетін пластинканың эпителийінен пайда болатын кисталар (радикулярлық):

- периодонталды

- бүйірлік периодонталды
- резидуалдық (қалдық)

2. Эмаль органынан немесе фолликулдан дамитын кисталар:
-фолликулярлық
-примордиалды
- гингивальды

3. Эмаль органынан немесе Маляссе аралдарынан дамитын кисталар:
- кератокиста.

Остеома - бұл сүйектерде пайда болатын қатерсіз ісіктің түрі. Оның жайлы ағымы бар, баяу өседі, қатерлі болып кетпейді, көршілес тіндерге зақым келтірмейді. Әдетте 5-20 жаста пайда болады.

Пайда болу себептері

Остеомалардың пайда болуының екі теориясы бар: эмбрионалдық шеміршек қалдықтарынан немесе жетілген сүйек периостарынан. Кейбір жағдайларда остеоманың пайда болуын қабыну процесімен немесе жарақатпен байланыстырады.

Остеомның дамуына мыналар да ықпал етеді деп есептеледі:

• жарақаттар;
• артық салқындау;
• қабыну және өткен инфекциялар;
• • кейбір аурулар (ревматизм, подагра, мерез);
• генетикалық бейімділік.

Симптомдар

Ісіктің симптоматикасы оның қай жерде орналасқанына байланысты болады. Бірақ бірқатар клиникалық белгілер ерекшеленеді:

• жазық, түтік тәрізді сүйектерде, омыртқаларда, мұрынның қосалқы қуыстарының қабырғаларында, бас сүйектің бетінде болады;
• қозғалмайды;
• тығыз;
• беті тегіс;
• нақты шекаралары бар;
• басу кезінде ауырмайды.

Остеома ұзақ уақыт бойы байқалмайды және кедергі жасамауы мүмкін, бірақ егер ол тым үлкен болса, онда көршілес тіндер мен сүйектерге қысым жасай бастайды, сол арқылы тиісті симптомдар пайда болады:

• ауырсыну сезімдері;
• егер ісік мұрын астындағы қуыстарда болса, қабақтың түсуі (птоз), көру қабілетінің нашарлауы және т.б.

• есте сақтау проблемалары, эпилепсия (бас сүйектің ішкі бетінде орналасқанда);
• ақсау (аяқ сүйектерінде оқшауланған кезде);
• мұрыннан қан кету, тыныс алуда қиындықтар (егер ісік гаймор қуысы аумағында болса).

4.Иллюстрациялық материал:Презентация
5.Әдебиет: Силлабуста көрсетілген**.**
6.Бақылау сұрақтары (Feedback кері байланысы)
1. Жақ-бет хирургтері мен стоматологтардың практикалық жұмысында пайдаланылатын одонтогенді емес ісіктердің жіктемелерін атаңыз.
2. Бет скелеті сүйектерінің қатерсіз ісіктерін диагностикалаудың неғұрлым ақпараттық әдістерін атап өтіңіз.
3. Диагностикалық мақсатта қолданылатын биопсия түрлерін атап өтіңіз.
4. Қатерсіз ісікке тән белгілерді көрсетіңіз.
5. Қатерлі ісікке тән белгілерді атаңыз.
6. Одонтогенді емес ісік ұғымын беріңіз**.**

№ 3 дәріс

1.Тақырыбы: Терінің қатерсіз ісіктері және терінің ісік тәрізді зақымдануы-гемангиомалар, лимфангиомалар, липомалар, папилломалар, атеромалар. Терінің, еріннің қызыл жиегі, ауыз қуысының шырышты қабаты обыр алды аурулары. Клиникасы, диагностикасы, емі..
2.Мақсаты: Қатерсіз ісіктердің диагностикасы мен дифференциалды диагностикасында, пациентті тексеруде, емдеу жоспарын жасауда білім мен дағдыларды қалыптастыру
3.Дәріс тезистері:
Терінің ісіктері - тіндер жасушаларының патологиялық өсуі нәтижесінде терінің қатерсіз немесе қатерлі ісік зақымданулары. Қатерсіз ісіктерге: сүйелдер, қалдар, невустар, папилломалар, липомалар, ангиомалар, аденомалар және т.б. жатады.
Қатерсіз ісіктер баяу өсумен сипатталады, оның барысында олардың жасушалық элементтері іргелес тіндерге өспей, ісік шегінде қалады. Ісік біркелкі ұлғая отырып, сау тіндерді жылжытады және қысады, нәтижесінде соңғылары капсула рөлін атқарады. Қатерсіз ісіктер қалыпты болмаса да, олардың жасушаларының метастазы жоқ.

Қолайсыз сыртқы немесе ішкі тітіркендіргіштердің әсерінен олар (әсіресе невус) қатерлі ісікке айналуы мүмкін.

Себептері

Жасушаларды бөлудің бақыланбайтын процесін іске қосуға көптеген факторлар себеп болуы мүмкін, бірақ, мүмкін, теріні жарақаттаудың жиі болатын жағдайларына жатқызуға болады, бұл кезде жасушалар жиі және белсенді түрде жаңартылуға мәжбүр болады, нәтижесінде бұл процеске бақылау жоғалады. Бұдан басқа, сәулеленудің кез келген түрі (оның ішінде күн сәулесі) теріде жаңадан өспенің пайда болуына себепші болады. Генетикалық бейімділік және көптеген қалдары бар ақшыл тері де ісік дамуының қоздырушы факторлары болып табылады болашақта жеңіл қатерлі ісікке айналуы мүмкін.

Теріге жиі агрессиялық әсер ету, тері инфекциялары, созылмалы түрдегі тері аурулары сияқты факторлар да теріде түрлі түзілімдердің пайда болу қаупін едәуір арттыруы мүмкін. Сирек жағдайларда қандай да бір басқа ағзадағы қатерлі ісік жасушаларының метастаздары терінің жаңа пайда болуына себеп болуы мүмкін.

Симптомдар

Фиброма - түйін теріде, көбінесе ашылған учаскелерде пайда болады. Ісік дәнекер тіннен басталады. Масалардың тістеуі немесе тері бөлігінің жарақаттануы арандатушылық болуы мүмкін. Түйіндер пигменттелген және әдетте өсуі үдемейді.

Себореялық сүйел – тері бетіндегі шағын өсінді, оның беті дөңес. Ісіктің түсі қоңыр немесе қара. Оларды сондай-ақ егде сүйелдер деп те атайды, себебі олар егде жастағы кісілерде жиі кездеседі.

Пайда болу базальды қабат жасушаларының орналасуының бұзылуынан болады. Бас терісінде, оның түкті бөлігінде және киімнен көрінбейтін жерлерде пайда болады.

Кератоакантома - ісік қолдың буыны және бетте жиі пайда болады. Пайда болған түйін, бір ай ішінде ұлғаяды, диаметрі үш сантиметрге жетуі мүмкін.

Кератоакантома ортасында мөлдір жасушалармен толтырылған ойығы бар бляшкаға ұқсайды. Өспе пайда болғаннан кейін шамамен бір жылдан кейін өздігінен жарылуы мүмкін.

Папиллома - кез келген формада пайда болуы мүмкін, ол сүйелге ұқсас. Неоплазияның беті тегіс емес түкті, шашсыз. Оңай алынатын мүйіз массасы болуы мүмкін. Папиллома эпидермис жасушаларынан тұрады. Түзілу түсі қоңыр немесе сұр. Баяу өсуімен ерекшеленеді.

Пигментті невус - меланоциттерден немесе невустік жасушалардан тұрады. Сыртқы түрі - қара немесе қоңыр түсті пигментті дақтар. Жазық папула теріде кез келген жерде пайда болуы мүмкін.Бұл өсіндінің меланомаға айналуы қауіпті. Мұндай трансформацияға жыныстық мүшелерде, алақандар мен табандықтарда оқшауланған невустар ұшырайды.

Липома - ісік май тінінің жасушалары - липоциттерден пайда болады. Тері түсі өзгермеген , жұмсақ.Өлшемі он сантиметрге дейін өсуі мүмкін. Липома тері астындағы жалғыз немесе көптеген ісік тәріздес болуы мүмкін.

Ангиома - тамырлы ісіктерге жатады. Ісік лимфа немесе қан тамырларында пайда болады. Бұл ерте диагностикалау үшін күрделі жағдайлар. Өйткені неолазия тамырдың құрылысын қайталайды және бастапқыда онша байқалмайды.Мұндай ісіктер ішкі органдарда кездесуі мүмкін, ал теріде олар оның бетіне немесе май қабатына орналасады. Ісік қауіпті, себебі оның тамырда болуы оның қантамыр жұмысын нашарлатады және бұл жалпы денсаулыққа әсер етеді.Ангиомалар бетте жиі пайда болады. Беті жазық немесе дөңес қызғылт, қызыл немесе көгілдір түсті дақтар болады.

Диагностика

Ісікті ерте анықтау мақсатында өзін-өзі бақылап баруға және тұрақты диспансерлік тексерулерге үлкен мән беріледі. Дәрігердің көзбен шолып қарау кезіндегі мұқияттылығы терінің патологиялық жай-күйі мен ісіктерін диагностикалауға және пациентті одан әрі тексеруге жіберуге мүмкіндік береді.

Өз денсаулығына және жақындарыңның денсаулығына назар аудару денсаулықтағы өзгерістерді дер кезінде байқауға мүмкіндік береді.

4.Иллюстрациялық материал:Презентация

5.Әдебиет: Силлабуста көрсетілген**.**

6.Бақылау сұрақтары (Feedback кері байланысы)

1. Липоманың сипатты клиникалық белгісін көрсетіңіз.
2. Ангиоманың рентгенологиялық көрінісін сипаттаңыз
3. Папилломаға тән тіндерді атаңыз
4. Кератоакантома құрылысының ерекше ерекшелігін көрсетіңіз
5. Онкология алдында тұрған профилактикалық міндеттерді жүзеге асырудың неғұрлым тиімді әдісін атаңыз?

№ 4 дәріс

1.Тақырыбы: Факультативті обыр алды жағдайлар.

2.Мақсаты: Жақ сүйек-бет хирургиясы бөлімшесі жағдайында хирургиялық емдеуден өткен пациенттердің жеке клиникалық бақылаулары мен әдебиет деректерін ескере отырып, жиі кездесетін ауыз қуысы шырышты қабығының және еріннің обыр алды ауруларының клиникалық көріністерін зерделеуде білім мен дағдыларды қалыптастыру

3.Дәріс тезистері:

Ауыз қуысы мен еріннің шырышты қабығының қатерлі ісіктерін зерттеудің көптеген тәжірибесі науқастардың көпшілігінде олардың патологиялық өзгерген тіндерде дамитынын көрсетті. Обыр алды ісіктерге жататын алуан түрлі этиологиядағы ұзаққа созылған қабыну процестері мен дискератоздар, сондай-ақ негізінде обыр пайда болатын және ісік ауруының көрінісін бүркемелеп, обырдың клиникалық көріністеріне әсер ететін фондық аурулар.

Ауыз қуысы шырышты қабығының мен еріннің қатерлі ісік алды ауруларының пайда болуына ықпал ететін барлық факторлар екі үлкен топқа бөлінеді: экзогенді (сыртқы ортаның қолайсыз әсері) және эндогенді (бүкіл организмнің жай-күйінің бұзылуы).

Экзогенді факторлар:

Механикалық тітіркендіргіштер: тістеме аномалиясы, жекелеген тістердің дұрыс емес орналасуы, протездерді, пломбаларды сапасыз жасау және қалпына келтіру, тістердің патологиялық қажалуы, зиянды әдеттер (қарындашты, қаламдарды, шегелерді ауызында ұстау) салдарынан ауыз қуысы шырышты қабығын мен еріндерді зақымдау.

Биологиялық факторлар - адам үшін факультативті немесе облигаттық патогенді микроорганизмдер қатары: тілдің шырышты қабығының мүйізін күшейтетін ашытқы тәрізді саңырауқұлақтар, бозғылт спирохета, Кох таяқшасы (ауыз қуысының шырышты қабығындағы туберкулез жаралары және т.б.). Иондаушы сәулелену. Бұл факторды қандай да бір оқшауланған ісіктер бойынша сәулелік терапия алған науқастарда ескеру керек, оны жүргізу кезінде сәулелену аймағына ауыз қуысы мен еріннің айналасындағы шырышты қабығы түседі.

Тұрмыстық химиялық тітіркендіргіштер: дәмдеуіштер, жоғары концентрацияланған этил спирті ерітінділері, темекі (темекі шегу, шайнау), сөндірілмеген әк (бетель). Темекі ауыз қуысының шырышты қабатына қатты тітіркендіргіш әсер етеді. Темекідегі никотин 2-ден 9% -ға дейін құрайды. Темекі шегу кезінде организмге шамамен 20% темекі түтіні түседі, құрамында тітіркендіргіш әсері өте күшті бірқатар өнімдер бар: пиридин негіздері (никотиннің пиридинге өтуі - әсердің ең зиянды жағы), синильқышқылы,

цианисті қосындылар, май қышқылдары, фенол және дегтярлы тұнба. Темекі түтінінде полициклді көмірсутектерден басқа 3-4-бензпирен мен мышьяк бар. Темекі шегудің тітіркендіргіш тұстарының бірі термиялық фактор болып табылады.

Эндогендік факторлар:

Анатомиялық-физиологиялық алғышарттар: ауыз қуысының шырышты қабығының жоғары мөлдірге бейімділігі оның эктодермадан шығуымен түсіндіріледі. Жасушалардың дегидратациялық факторына байланысты жасына байланысты бұдырлық үрдісі күшейеді.

Стресстік жағдайлар. Дискератоздың пайда болуындағы жіті психикалық жарақаттың рөлі қызыл жалпақ теміреткі мысалында байқалады.

Асқазан-ішек жолдарының аурулары. Созылмалы гастриттер, энтериттер, колиттер кезінде пара- немесе гиперкератоздар дамиды.

Қызба жағдайлары. Әртүрлі этиологиядағы ауыз қуысының шырышты қабығының ксеростомиясы. Қызыл жегі, псориаз, ихтиоз.

Облигаттық обыралды жағдай (обыр алдындағы жағдайлар) ұғымына дисплазия (dys - бұзылу, plasis - пайда болу) жатады, ол әрқашан дисрегенераторлық процестің негізінде пайда болады және тіннің дің элементтерінің жеткіліксіз және толық сараланбауымен, пролиферация және жасушалардың жетілу процестері арасындағы үйлесімділіктің бұзылуымен қоса жүреді.

Факультативтік предрак (обыр алдындағы жай-күй) - бұл жасушалардың пролиферация ошақтарының пайда болуына әкелетін регенерациялық механизмдерді, дисрегенераторлық процестер мен метаплазияны қоса отырып, тіндердің дистрофиялық және атрофиялық өзгерістерімен ілесе жүретін әртүрлі созылмалы аурулар, олардың арасында ісік өсу ошағы пайда болуы мүмкін

4.Иллюстрациялық материал:Презентация

5.Әдебиет: Силлабуста көрсетілген**.**

6.Бақылау сұрақтары (Feedback кері байланысы)

1. Онкологиялық сақтық деп..... білуді түсінеді:

а) кәсіби зияндылықтарды;

+ б) рак алдындағы аурулардың белгілердіі;

в) онкологиялық көмекті ұйымдастыруды;

+ г) аурудың ерте белгілерді.

2. Боуэн ауруының гистологиялық көрінісіне тән болуы:

а) акантоз;

+ б) дискератоз;

в) спонгиоз;
г) эпителиалды тіндерге инвазия;
+ д) атипиялық мүйіздену;
+ е) тік тәрізді жасушалардың инфильтрациясы.

3. Қатерлі ісік алдындағы аурулардың дамуына ықпал ететін аурулар:
+ а) сілтінің аэрозолы;
+ б) спирттің буланuы;
+ в) қышқылдың буланuы;
+ г) күн сәулесінің әсері;
д) жұмыс үй-жайындағы ыстық ауа.

4. Манганотти хейлитінің клиникалық белгілері мыналардың болуымен сипатталады:
+ а) ашық қызыл түсті, пішіні дұрыс емес, кейде бетінде қабығы бар;тегіс қанды емес беті бар эрозиялар,
б) демаркациялық сызықпен шекаралы фибриноздық жұғыны бар эрозиялар, әлсіз ауырсыну;
в) қызыл түсті, беті тегіс немесе барқытты, пішіні дұрыс емес;теңбіл-түйінді зақымданулар,
г) беті кедір-бұдырлы, ақ түсті, шекаралары анық, дұрыс емес пішіндегі бүртіктер.

5. Обыр алдындағы науқастарды тексеру әдістері аурулармен:
+ а) сұрау салу;
+ б) тексеру;
+ в) пальпация;
г) пункциялық биопсия;
д) инцизиялық биопсия;
+ е) эксцизиялық биопсия.

6. Қызыл түсті ерін жиектерінің сүйелді обыр алды жағдайының клиникалық белгілері:
а) қансыз, пальпация кезінде ауыртпалықсыз, ашық қызыл түсті эпителиясыз эрозия , ;
б) ортасында, тығыз, пальпация кезінде ауыртпалықсыз, сұр қызыл түсті атрофиялық жазықтығы бар қыртыспен қапталған бүртік
в) жұқа қабыршақтары тығыз отыратын, тығыз, пальпация кезінде ауыртпалықсыз, түсі сұр-ақшыл мүйізденген аймағы
+ г) беті дөңес, қабыршақтармен, анық айқындалған, тығыз, ақшыл-қызғылт түсті, пальпация ауыртпалықсыз жабылған тығыз түйін

№ 5 дәріс

1.Тақырыбы: Сілекей бездерінің қатерсіз ісіктері. Үлкен және кіші сілекей бездерінің кисталары. Жақ-бет аймағының нейрофиброматозы, туа біткен кисталар мен жыланкөздер. Клиникасы, диагностикасы, емдеу әдістері.

2.Мақсаты: Сілекей бездерінің қатерсіз ісіктерін диагностикалауда, емдеу әдістерінде білім мен дағдыларды қалыптастыру. Үлкен және кіші сілекей бездерінің кистасы. Жақ сүйек-бет аймағының нейрофиброматозы, туа біткен кисталар және жыланкөздері**.**

3.Дәріс тезистері:

Сілекей бездері ісіктерінің көпшілігі қатерсіз болып табылады және құлақ маңы безінде пайда болады. Негізгі белгісі сілекей безі аймағында аурудың пайда болуы болып табылады, диагнозды растау үшін пункциялық биопсия талап етіледі. Қосымша КТ және МРТ пайдалануға болады. Қатерлі процесс кезінде хирургиялық емдеу және сәулелік терапия талап етіледі. Түпкілікті нәтиже қатерлі ісік деңгейіне байланысты.

Тұтастай алғанда, үлкен көлемдегі сілекей бездеріне қарағанда сілекей бездері аз болған кезде қатерлі болу қаупі жоғары (мысалы, құлақ маңындағы бездің кіші сілекей бездеріне қарағанда қатерлі болу қаупі аз). Сілекей бездері ісіктерінің шамамен 85% -ы құлақ маңы бездерін, сирек жақ асты және ұсақ сілекей бездерін зақымдайды және шамамен 1% -ы тіласты бездерінде пайда болады. Ісіктердің 75-80% жуығы қатерсіз, бойы баяу, қозғалмалы, ауыртпалықсыз болып табылады, әдетте терінің немесе шырышты қабығының астында тығыз түйіндер анықталады. Кистозды құрылым кезінде түйіндер жұмсақ болуы мүмкін, бірақ көбінесе қатты болады

. Қатерсіз ісіктер

Сілекей бездерінің қатерсіз ісіктерінің көптеген түрлері бар. Плеоморфты аденомалар (аралас типтегі ісіктер ретінде де белгілі) сілекей бездерінің кең таралған қатерсіз ісіктері болып табылады. Басқа қатерсіз ісіктерге папиллярлық лимфоматоздық цистаденома (сондай-ақ Вартин ісігі ретінде белгілі), онкоцитомалар мен аденомалар жатады.

Қатерлі әлеуеті бар қатерсіз ісіктер

Плеоморфты аденомалар (аралас типтегі ісіктер) қабынуы мүмкін, бірақ бұл әдетте қатерсіз ісік 15-20 жыл бойы болғаннан кейін ғана болады. Плеоморфты аденоманы малигнизациясынан кейін бірден ол плеоморфты аденомадан жаралған карцинома деп аталады. Ісіктердегі карциноматоздық элементтер метастазға ұшырайды, бұл емдеуге қарамастан, емдеудің жылдамдығы өте төмен, плеоморфты аденомадан тыс карциноманы жоғары агрессивті ісікке

айналдырады. Қатерсіз цилиндрлер аздап сілекей бездерінің (және кеңірдектің) анағұрлым кең таралған қатерлі ісігі, аденоидты кистозды карциномаларға айналуы мүмкін. Мұндай қатерлі ісіктердің 40-60 жас-тағыларда көп кездеседі және айқын ауырсыну түрінде, жиі бет нервісінің парезі түрінде көрінеді. Бұл ісік патологиялық процестің алғашқы ошақтан көп сантиметрге таралуымен периневрлік инвазияға бейім. Лимфа жолдары бойынша таралуы сирек кездеседі. Өкпеде метастаздар жиі пайда болады, бірақ пациенттер олармен ұзақ уақыт өмір сүре алады

4.Иллюстрациялық материал:Презентация

5.Әдебиет: Силлабуста көрсетілген**.**

6.Бақылау сұрақтары (Feedback кері байланысы)

1.Сілекей бездерінің ісіктерін жіктеу.

2. Сілекей бездерінің плеоморфты аденомасының гистогенезі және морфологиясы.

3. Сілекей бездерінің басқа қатерсіз ісіктерінің гистогенезі және морфологиясы.

4. Сілекей бездерінің қатерлі ісіктерінің гистогенезі және морфологиясы.

5. Сілекей бездерінің ісік тәрізді процестері. Олардың морфологиясы

№ 6 дәріс

1.Тақырыбы: Бет терісінің, ауыз қуысының,тілдің және еріннің қатерлі ісіктері. Жоғарғы және төменгі жақтың қатерлі ісігі. Сілекей бездерінің қатерлі ісіктері. Клиникасы, диагностикасы, емі.

2.Мақсаты Жақ бет аймағының қатерлі ісіктерін диагностикалау және дифференциалды диагностикалауда білім мен дағдыларды қалыптастыру

3.Дәріс тезистері:

Ерін обыры көбінесе қызыл жиектің көп қабатты жалпақ эпителийінен дамиды, тері мен шырышты қабат ісік процесіне екінші рет тартылады. Бас пен мойынның барлық ісіктерінің ішінде қатерлі ісіктің осы түрі 8,4% -ды құрайды. Ерлер мен әйелдердің арақатынасы 2,9: 1,0. Еріннің қатерлі ісігі өзгерген шырышты қабықта дамиды. Малигнацияның жоғары жиілігімен қатерлі ісік алдындағы өзгерістерге шектелген гиперкератоз, бородавкалы предрак және Манганотти хейлиті жатады. Обырлану жиілігі аз процестерге тері мүйізі, кератоакантома, веррукозды лейкоплакия жатады. Созылмалы жаралар, еріннің сызаттары, сондай-ақ жазық лейкоплакиялар қатерлі ісіктің дамуы үшін фондық процестер болып табылады. Қауіп факторларына зиянды

әдеттер, қолайсыз метеорологиялық жағдайлардың және канцерогенді заттардың әсері, вирустық инфекциялар, витаминдердің жеткіліксіздігі жатады**.** Еріннің қызыл жиегіндегі қатерлі ісік құрылымы бойынша жазық жасушалы болып табылады. Қабынатын жазық жасушалы обыр неғұрлым жиі кездеседі және салыстырмалы түрде баяу өседі, ол неғұрлым қатерлі ағыммен және ерте метастаздаумен ерекшеленеді. Төменгі еріннің қызыл жиегінің қатерлі ісігі ауыз қуысының қатерлі ісігіне қарағанда неғұрлым агрессивті болады.

Өсу сипаты бойынша еріннің қызыл жиегі обырының экзофиттік немесе эндофиттік екі нысаны (жарықша, эрозия, жара) бөлінеді. Жаралы және жаралы инфильтративті түрлері қатерлі болады, бұл ретте ісік инфильтрациясының мөлшері жараның өзінің мөлшерінен едәуір асады. Төменгі еріннің қатерлі ісігі кезінде метастаздаудың негізгі жолы - лимфогенді. Аймақтық лимфа түйіндері жақ асты, иек, бет, құлақ маңы және терең мойын түйіндері болып табылады. Алыс метастаздар сирек, көбінесе өкпеде байқалады. Морфологиялық диагностика жүргізу мақсатында ісікті цитологиялық немесе гистологиялық зерттеу орындалады

4.Иллюстрациялық материал:Презентация

5.Әдебиет: Силлабуста көрсетілген.

6.Бақылау сұрақтары (Feedback кері байланысы)

1. Жақ бет аймағының саркомалары.
2. Клиникасы, диагностикасы, диф.диагностиксыа.
3. Қатерлі ісіктердің этиологиясы.
4. Ерін обырының және ауыз қуысының шырышты қабығының обыры TNM жүйесі бойынша жіктелуі (8 басылым).
5. Қатерлі ісіктермен ауыратын науқастарды емдеудің жалпы қағидаттары.