



КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ  
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ  
ИМЕНИ С.Д.АСФЕНДИЯРОВА

С.Д.АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ  
ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА  
УНИВЕРСИТЕТІ

# ИӨЖ

**Тақырыбы: Тік ішектің және артқы өтістің аурулары. Жалпы тәжірбиелік дәрігер тактикасы. Тәжірбиені меңгеру.**

Орындаған: Кулманов Б.С

Қабылдаған: Кудеринова Л.К.

Топ: 708-2

Факультет: ЖТД

# Жоспары:

- Кіріспе
- Негізгі бөлім
- Тік ішек және анус аурулары
- Жалпы тәжірбиелік дәрігер тактикасы
- Тік ішекті ректальді тексеру
- Қорытынды
- Пайдаланылған әдебиеттер



# Тік ішек аурулары

- **Артқы өтістің сызаты (аналдық сызат)** – дефекация кезінде және одан кейінгі айқын ауыру сезімімен, кейде нәжісте аз мөлшерде қанның болуымен көрініс
- табатын артқы өтістік аймақ терісінің көлденең дефекті. Артқы өтіс пен тік ішектен қан кетулер артқы өтістің сызатын, геморрой, дивертикулез, ангиодисплазиялар, ішектің қабыну ауруларында, ісіктер мен ишемиялық колит кезінде дамиды.

-

# Тік ішек аурулары

**Жіктемесі:** клиникалық ағымның сипаты бойынша жедел және созылмалы (сызат 2 айдан ұзақ жазылмаса).

## **ҚАУІП-ҚАТЕРЛІ ФАКТОРЛАР**

**Қауіп-қатерлі факторлар:** жиі іш қатулар, диарея кезінде жиі үлкен дәрет, тағамдық талшықтарды аз мөлшерде қабылдау.

**Шағымдар мен анамнез:** үлкен дәретке барған кезде ауыру, қан кетулер пайда болады. Ауырсынулар үлкен дәреттен соң ашытып, қадалып бірнеше минуттан бірнеше сағаттарға дейін созылады, олардың интенсивтілігі өте маңызды.



# Тік ішек аурулары

- **Физикалық тексеру:** артқы өтістік өзек қабырғасының дефекті сызықтық немесе пішіні үшбұрышты, ұзындығы 1-2 см, Хилтон сызығынан жоғары ауыспалы қатпарға

- жақын орналасқан және тікішек - артқы өтістік сызыққа дейін немесе одан жоғары жайылған сызат; дефекация актінің қиындауы, артқы өтістік қысқыштың спазмы; қан кетулер. Егер сызат орталық сызық бойынша орналаспаса, онда Крон ауруына күдік туады.

Лабораторлық зерттеулер: тән емес.

Инструменталдық зерттеулер: тән емес.



# Тік ішек аурулары

- **Негізгі диагностикалық шаралар тізімі:**
- 1. Қанның жалпы талдауы (гематокрит, гемоглобин, ЭТЖ).
- 2. Мерез және АИВ қан талдауы.
- 3. Нәжістің құрамында жасырын қанды анықтау.
- 4. Ректоскопия.
- 5. Ректороманоскопия.
- 6. Тоқішектік эндоскопия.
- 7. Тік және жиек ішетерді қатар контрасттау.
- 8. Іш қуысының төменгі жағының рентгенографиясы.
- 9. Ирригоскопия.
- 10. Тоқ ішекті рентгеноконтрастты зерттеу.
- **Қосымша диагностикалық шаралар тізімі: жоқ.**



# Тік ішек аурулары

**Дифференциалды диагноз:** тік ішек рагімен, туберкулезбен, мерезбен, ВИЧ, Крон ауруымен жүргізіледі.

**Емдеу тактикасы:** Ісік, ішек аурулары, дивертикулез, көтеу кезінде спецификалық ем қажет.

**Ем мақсаты:** ауыру сезімін басу, ішектің қызметін қалпына келтіру, ішкі қысқыш спазмын жою, артқы өтіс сызаты және геморроидалдық өрім аймағында микроциркуляцияны жақсарты, емдеудің жанама әсерлерін азайту.



# Тік ішек аурулары

- **Дәрі дәрмексіз ем:**

- Консервативті емге диета, басым жағдайда ащы, тұзды тамақтарды шектеумен, қышқылды сүтті-өсімдікті диета. Әлсіз антисептикалық ерітінділермен жылы отырушы ванналар (түймедақ, шалфей, перманганат калий, метилурацилді свеча, проктоседилді, облепиха майымен микроклизма).

- **Дәрі-дәрмектік ем** - Ішектің ісіктері, қабыну аурулары, дивертикулез, геморрой кезінде арнайы ем жүргізіледі.

- Артқы өтістік жарықты емдеудің кешеніне келесі шаралар кіреді:

- - асқорыту жолдарының қызметін қалпына келтіру;
- - ауыру сезімін және ішкі сифнктердің спазмы жою;
- - зақымдалған тіндердің регенерациясын күшейту.

- Абсцесстену (іріндеу) кезеңінде – абсцессті ашу және дренаждау.

- Ангиодисплазиялар кезінде – колоноскопия кезіндегі коагуляция.



# Тік ішек аурулары

**Ем тиімділігінің индикаторлары:** ауыру синдромын басу, ішектің қалыпты функциясын қалпына келтіру, ішкі сфинктер спазмын басу, анальді сызат және геморроидальді өрім зонасында микроциркуляцияны жақсарту, ем жанама әсерін минимизациялау.

- \* – Негізгі (өмірге маңызды) дәрілік заттар тізіміне кіретін препараттар.
- **Госпитализациялау үшін көрсетімдер:** сызаттың қысқыштың айқын спазмымен жүретін, кезекші төмпешігі және пектенозы бар тыртықпен қоршалған жазылмайтын жараға айналғандағы созылмалы ағымы.

**Біріншілік профилактика:** колит, проктит, энтероколит, криптит, көтеуді дер кезінде және тиімді емдеу.



# Тік ішек аурулары

- **Геморрой** — геморрой түйіндерінің патологиялық өзгерістерінің әрқилы клиникалық көріністерін (қан кету, ішкі түйінінің түсуі, сыртқы түйіндердің тромбозы және ісінуі, олардың өлеттенуі, т.б.) атайды. Халық ішінде көтеу ауруы деп те аталып жүр. □ Аурудың негізінде артериалдық веналық қан айналымға ие, тік ішектің соңғы бөлімінің шырышты қабаты астында орналасқан қуысты (эректилбді) денелердің аурулары жатады. Аурудың пайда болуына септігін тигізетін себептер: □ -адамның тік жүруі, □ -тамақтану екекшеліктері, □ -арақ ішу, -отырықты жұмыс, □ -гиподинамия, т.б. □ -дәмді және ащы тағамдарды шектен тыс мол жеу, □ -анальдық аймақтың гигиенасын сақтамау □ -ретсіз жыныстық қатынастарда болу сияқты т.б факторлар әсер етеді. □



# Жіктелуі

- Ағымына қарай: -Жіті -Созылмалы
- Түйіндердің орналасуына қарай: -сыртқы - ішкі -аралас
- Ауырлық дәрежесіне байланысты: -жеңіл - орташа -ауыр –
- Біріншілік -Екіншілік (пайда болуы порталдық гипертензия, ісіктер, кіші жамбас қуысы веналарының флеботромбозы сияқты ауруларға байланысты



# Жіктелуі

- Жеңіл дәрежеде түйіндер шамалы қабынады, тромбозға ұшырап, қан кетуі мүмкін, ауырсыну сезімі айтарлықтай күшті болмайды, сыртқа шығып кеткен түйін өз бетінше орнына келеді.
  - -Орташа дәрежеде перианальдық тері мен түйіндер қабынған және қатты ісінген, шығып кеткен түйіндер өз бетінше қалпына келмейді, тромбозданып қан кетеді. Науқас жағдайы бұзылып, дене қызуы көтеріледі, әлсіздік, мазасыздық пайда болады, тәбеті нашарлайды.
  - -Ауыр дәрежеде — сыртқы шыққан ішкі түйіндер қысылады, өліттенеді немесе іріңдейді. Дене қызуы жоғары көрсеткіштерге дейін көтеріліп, науқас қалшылдайды. Ауырсыну сезімі тек анус аймағында ғана емес, тік ішекте, тіпті іште болуы мүмкін, өздігінен дәрет сындыра алмайды.



# Клиникалық көрінісі

- Науқастың негізгі шағымдары:
- — ауырсыну геморрой түйіннің аурудың асқыну кезінде, қысылып және жіті қабынып анустан шығып тұрғандығымен байланысты болады. — қан кету тамшы түрінде не қан жолағынан бастап құйылып ағуға дейін барады. Бұл шағымдар дефекациямен байланысты болатын тік ішектің керілу, артқы тесіктің қышуы сияқты, қан кетудің алдында болатын симптомдармен бірге кездеседі. Қан кету, әдетте бірнеше ай немесе жылдар бойы ауыратын науқастарда анықталады. Жиі қан кету анемияны дамытады.



# Қарап тексеру

- -Артқы тесік аймағын қарағанда үлкейген, солған немесе қатайған және қабынған геморрой түйіндерін анықтауға болады (3,7 және 11сағаттарда). Бұл тік ішектің қуысты денелерінің диффузды түрде орналасқанын сипаттайды. Геморройдың ішкі және сыртқы түйіндері болады. Ішкі түйіндер тұт ағашының жидегіне ұқсас болып, жеңіл қанағыш келеді. Олар науқас күшенгенде және ұлғайғанда томпайып, сыртқа шығып кетеді. Тік ішектің шырышты қабатының шығуы аурудың келесі, ауырлау сатысына өткендігінің белгісі саналады.



# Аурудың даму сатылары

- Бірінші сатыда анус аймағында солғын түйіндер анықталады, олар дефекация кезде күшенгенде ұлғаяды, тұт жидегіне ұқсайды, қан кету айқын болмайды, анустың қабынуы мен қышуы сирек(жылына 2-3рет), сфинктердің бітегіштік қасиеті бұзылмаған.
- Екінші сатыда — дефекация кезінде шамалы қанап тұрған геморрой түйіндерін сыртқа шығып тұрғанын көруге болады. Тромбоз белгілері анықталады,шыққан түйіндер өздігінше келмейді, белсенді түрде қан кетіп тұрады.Асқыну ай сайын қайталанып тұрады, артқы тесіктің қышуы айқын, сфинктерінің тонусы әлсіреген.
- Үшінші сатыда — күшенгенде, жұмыс істегенде,тік тұрғанда геморрой түйіндері мен тік ішектің шырышты қабатының түсіп кетуі байқалады. Олар өздігінше орнына келмейді, қан кету тұрақты, кейде ауыр анемия дамуы мүмкін, сфинктердің бекіту қызметінің қарқынды түрде нашарлап, газдар мен нәжісті ұстай алмағандықтан науқастың психо-эмоциональдық ой-өрісінің бұзылуын анықтауға болады.

**I**



**II**



**III**



**IV**





# Зерттеу әдістері

- Саусақпен зерттеу кезінде аналық каналда геморрой түйіндерін анықтауға болады.
- Асқыну кезінде олар қатайған және қатты ауыратын болады.
- Ұзақ уақыттан кейін ауырып жүрген науқастарда тік ішектің шырышты қабатының бітегіш аппаратының тонусының әлсіздігі байқалады. -
- Ректоманоскопия жасау керек.
- Ол аурудың түрі мен даму сатысын және тік ішектің басқа ауруларын анықтауға мүмкіндік береді.



# Тік ішекті зерттеу



I стадия



II стадия



III стадия



IV стадия





Пальцево-ректальный осмотр

# Қорытынды

## • Жалпы тәжірбиелік дәрігер тактикасы:

- Егер геморрой терапевтпен анықталса науқасқа аз инвазивті ем немесе хирургиялық ем керек па анықтау керек. Жедел көріністері басылғаннан соң колопроктолог карап тексеріп ректороманоскопия жүргізу керек. Ректороманоскопиясыз карау толық емес болып есептеледі. Инвазивті әдістерге қарсы көрсеткіш болса терапевт консервативті ем тағайындап диспансерлің бақылауға алуына болады. тактики.
- Науқас инвазивті әдістерден бас тартса , түсіндіру керек оның асқынуын және түйіндердің үзілу қаупі немесе қан кету жайлы.
- Аурудың соңғы сатылары болса терапевт дереу калопроктологқа немесе хирургқа жолдама беруі керек.



# Қолданылған әдебиеттер

- Аурулардың диагностикасы және емдеу хаттамалары (Приказы №764 - 2007, №165 - 2012)
  - Хаттаманы дайындау барысында пайдаланылған әдебиеттер: 1. Клинические рекомендации+фармакологический справочник/ Под ред. И.Н. Денисова, Ю.Л. Шевченко. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2004. (Серия «Доказательная медицина»); 2. Доказательная медицина. Ежегодный справочник. Часть 1. Москва, Медиа Сфера, 2003; 3. Prodigy Guidance – Anal Fissure, 2005; 4. EBM Guidelines. Anal fissure, 2005.