

## **№10- сабақ. Тоқ ішек рагы**

**Кіріспе.** Бүкіл Дүниежүзілік Денсаулық сақтау ұйымының жіктеуі бойынша тоқ ішекті рақты - жиекті және тік ішекті деп бөлінеді. Жалпы бұларды колоректальді рак дейді. Бұларды тоқ ішектің негізгі бөліктері ретінде, бөлек-бөлек қарап, олардың диагностикалық анықтау жолдары мен емдік шараларында жеке дара жүргізіледі.

Ас қорыту жолдарындағы қатерлі ісіктердің ішінде тоқ ішектің жиекті бөлігінің рагы төртінші орынды алады. Бұл рақпен аурған адамдардың саны соңғы 15-20 жылдың ішінде біршама ұлғайып, оның шын мәнінде өскенін көрсететеді. Бұл рақтың өсуінің бір себебі, ол егде адамдар санының өсуіне байланысты болып отыр. Тоқ ішектің жиекті бөлігінің рагы ересек адамдарда, соның ішінде әйелдерде, әсіресе өндірістері дамыған жерлерде, тағамдану ерекшеліктеріне байланысты өте жиі кездеседі.

Әрбір үшінші ауруда ісік асқынып кетеді, себебі ауру адамдар бұл мүшенің қызметіне көп көңіл бөлмейді және дәрігерлерге кеш көрінеді, ал дәрігерлер аурудың шағымын дұрыс түсінбей тиісті диагностикалық тәсілдердің барлығын түгел қолданбайды.

Жалпы тоқ ішектегі рақта клиникалық белгі түйнек пен уыттану белгілерімен сипатталады. Оң жақ бөлігінде, қан аздық, жалған қабыну мен уыттану белгілері басым болса, ал сол жақ бөлігінде орналасқан ісікте бөгелмелі түйнек (обтурация) және ісіктің ыдырау белгісі байқалады.

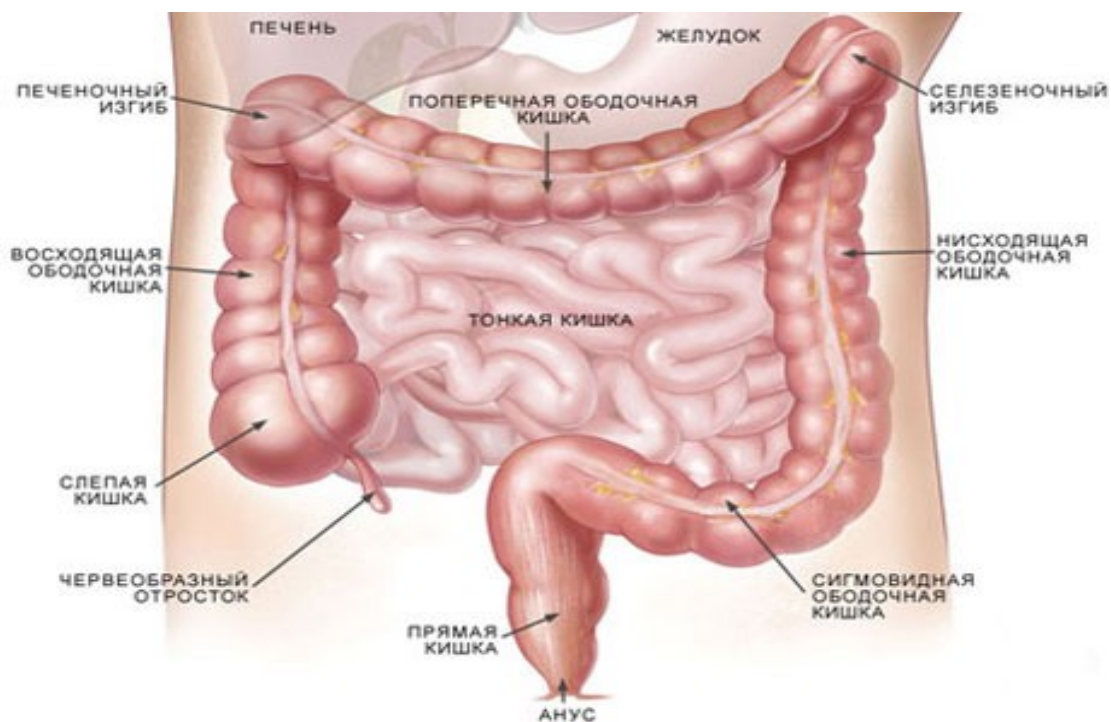
**Иновациялық тәжірибелік** сабақтың негізгі мақсаттары - **тоқ ішек** қатерлі ісіктерін анықтауда, олардың анатомиялық қатнастарын, физиологиялық ерекшеліктерін, патанатомиялық, эпидемиологиялық таралуын, клиникалық белгілерін, оларды анықтау мен емін, болжамдық көрсеткіштерін және сақтандыру жолдары мен шараларын оқушылардың жетік білуін қамтамасыз ету болып саналады.

Студент бұл ағзаның рагын анықтау кезінде жұмыстарының нәтижелерін бір-бірімен салыстыра отырып, басқа аурулардан ажырата біліп, клиникалық диагнозды нақты қойып, емдеу жоспарын жасап, оның тиімділігін нақты дәлелдеп, ісіктердің ерте өсу кезеңдерін анықтау үшін тәжірибелік дағдылықтарды меңгеруі керек.

### **Тоқ ішектің жиекті бөлігінің анатомиясы мен физиологиялық ерекшеліктері.**

Тоқ ішектің жалпы ұзындығы 1 метрден 2 метрге дейін барады. Оның қуысының көлемі оң жағында кеңдеу (8 см.) болып, сол жағында тарыла бастайды (4см.). Бұл анатомиялық ерекшеліктері ісіктің клиникалық белгілеріне тікелей ықпалын тигізеді. Тоқ ішектің жиекті бөлігінің оң жағында негізінде су мен минералды заттар ағзаға сіңеді де, нәжіс қалыптасады. ал сол жақ бөлігінде нәжіс сақталып, тік ішекке қарай жылжиды. Тоқ ішектің анатомиялық өзгешілігіне, оның бұлшық еттерінің ерекшелігі жатады. Осыған байланысты, олар тоқ ішек таспалары мен ішек кампаймаларын (гаустраларын) түзейді және майлы алқалары ішек бойымен салбырап тұрады, ал ішек тербелісі маятник тәрізді болады. Тоқ ішек ішпердемен біркелкі жабылмаған, әр бөлігі іш пердеге қатынасты әр түрде

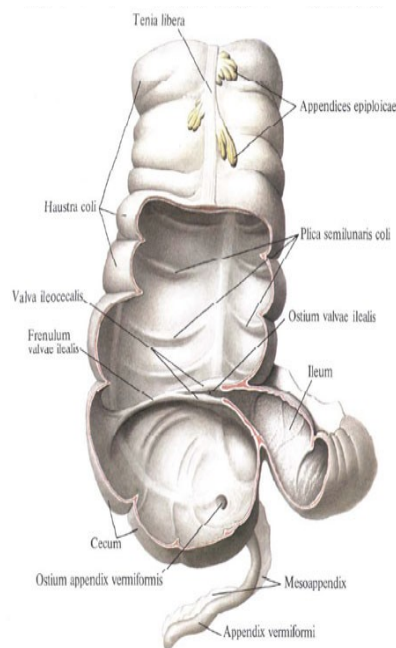
орналасқан. Соқыр ішек бөлігі іш пердемен үш жағынан, өрмелі және төмендеген бөлігі іш перде артында, көлденең мен сигма тәрізді бөліктері түгел жабылған (№1- сурет).



№1- сурет. Тоқ ішектің анатомиясы

Оң жақ тоқ ішекте - су мен минералды тұздар сіңіп, қорытылады. Кейбір ферменттер және тағы басқа заттар, зат алмасу үрдісіне ұшырап, ыдырап, ағзаға сіңеді. Ал сол жақ бөлігі зат алмасу үрдісіне қатыспай, тек нәжістің құралуы мен оны сыртқа шығару қызметін орындайды. Осыған байланысты оң жақ тоқ ішектің қызметі бұзылса, онда сұйық заттар сіңбей, іш өтеді және ағзаның уытттану үрдісі күшейеді. Ал енді сол жақ тоқ ішектің қызметі бұзылса, онда «іш қатып» түйнек дамиды. Тоқ ішек рагындағы клиникалық көріністер осылармен тығыз байланыста болып келеді.

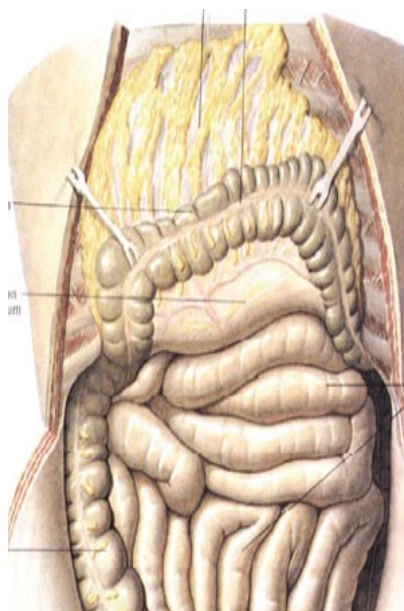
Келесі № 2 – суретте жиекті тоқ ішек бөлімдерінің кескіні көрсетілен: А- соқыр ішек, Б- өрмелеуші, В- көлденең, С – төмендеуші.



А



Б



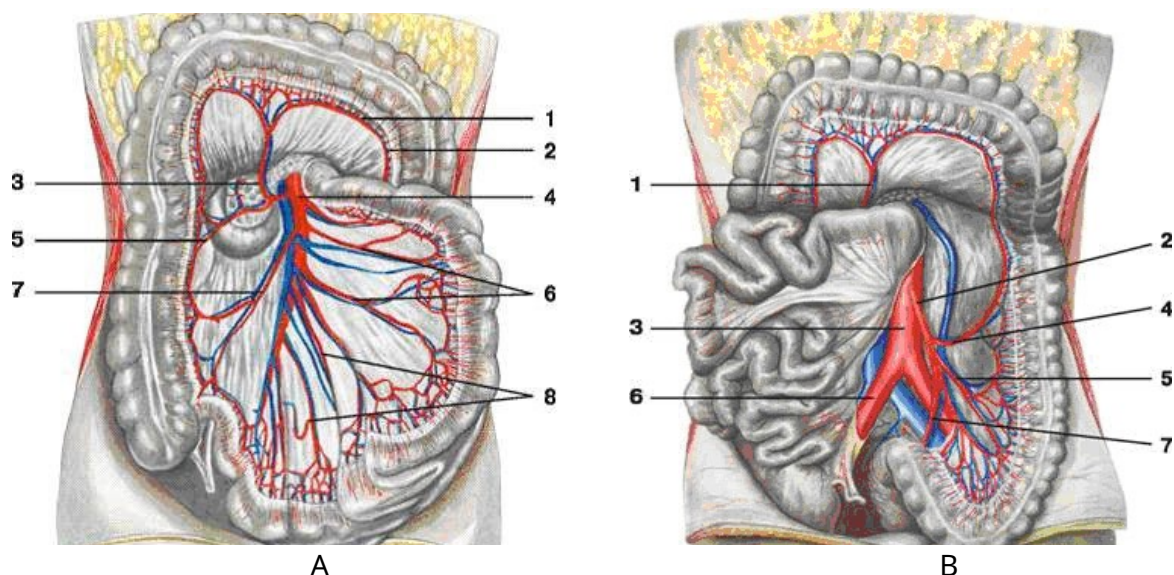
В



С

№ 2 – сурет. Жиекті тоқ ішек бөлімдерінің кескіні.

**Қан мен лимфа жүйелері.** Тоқ ішек жоғары және төменгі ішек артерияларымен қоректенеді (№3- сурет). Жоғарғысынан (А) мықынды (7), оң жақ (5) және ортаңғы (3) тоқ ішек артериялары шығады. Бұлар оң жақ жамбас қуысын, тоқ ішектің жоғарғы және көлденең бөлімдерін қамтамасыз етеді. Ал төменгі ішек артериясынан (В) сол жақ тоқ ішек (4), 2-3 сигма(5) және жоғарғы тік ішек артериялары (7) шығып. олар, көлденең бөліктің сол жаққа бұрылатын бұрышынан бастап, бүкіл сол жақ тоқ ішекті, сигманы және тік ішектің жоғары бөліктерін қоректендіреді.



№3- сурет. Тоқ ішектің жоғарғы (А) және төменгі (В) шарбы май артериясы.

Бұлар бір-бірімен байланысып, аймақтық тамыр жүйесін құрайды. Аймақтық тамыр ішектің алдын және артын қамтамасыз етеді. Әр аймақтық қан тамыр ішектің әр бөлігіне тән, оң және сол жақ бөліктерге арналған жүйелерді құрайды, осыған байланысты тоқ ішектің әр бөлігіне тән резекция жасалынады. Көк қантамыр тамырлары осы көрсетілген артерияға сәйкес келеді, де бәрі жиналып бауырға құйылады. Міне, осыған байланысты бөгелме ісіктердің ең көп орналасатын жері осы бауырда болады.

Лимфа тамырлары тоқ ішек қабырғаларынан басталып, сыртқы жолдары көк қан тамырларының бойымен жүреді. Аймақтық лимфа бездері ішек байламының түбінде орналасады (№4- сурет).

#### **Тоқ ішектің жиекті бөлік рагының эпидемиологиясы**

2000ж. жер шарында 940-950 мың адам тоқ ішек рагымен тіркелген. Бұл барлық қатерлі ісіктердің 9,4% құрайды. Ауру деңгейі әр жерде әртүрлі, ең жиі кездесетін жерлерге Шығыс Еуропа елдері, Австралия, Солтүстік Америка, Израиль, Жапония жатады. Оңтүстік, Орталық Америкада, Африка және Азия елдерінде бұл ісік сирек кездеседі.

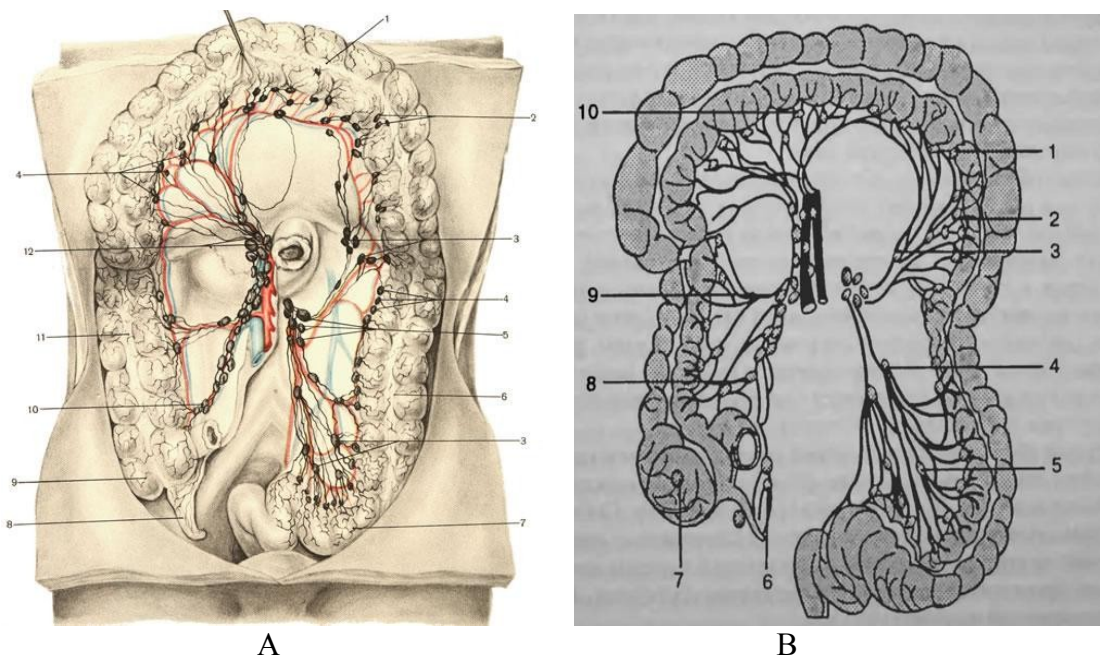
Ресейде тоқ ішек рагы реттік саны бойынша 5-орында тұр, ал 2002 жылы оның өзіндік үлесі жалпы қатерлік ішінде 6,0% тең де, ал аурушандық көрсеткіші еркектер ішінде 16,9%ооо, ал әйелдер арасында - 15,9%ооо болған.

Қазақстанда 2006 жылы ауырғандардың абсолюттік саны 1190 адам болса 2011 жылы 1389 адамға өскен. Еркектердің өзіндік үлесі 4,1% құраса, әйелдер арасында - 4,3% болды. Барлық қатерлі ісіктер ішінде тоқ ішектің жиекті бөлік рагы әйелдерде 7, ал еркектерде 8 орынды алады.

Жалпы Қазақстан бойынша тоқ ішектің жиекті бөлік рагының аурушандық орташа (2006-2012 жж.) көрсеткіші 7,6%ооо-ке тең болса, ал оның әрбір облыстарында бір қалыпты тарамған (№5- сурет), ең жоғарғы



аурушандық көрсеткіші Батыс Қазақстан (10,5‰), Қарағанды (11,6‰), Шығыс-Қазақстан (11,8‰), Қостанай (12,1‰), Солтүстік Қазақстан (12,1‰), Павлодар (14,3‰) және Ақмола (14,3‰) облыстарында тіркелген, сонымен қатар ең төменгі көрсеткіш Оңтүстік Қазақстанда (2,3‰), Қызылорда (2,4‰), Алматы (3,3‰), Жамбыл (3,6‰), Атырау (4,2‰), Маңғыстау (4,2‰) облыстарында және Астана қаласында (7,5‰) анықталған.



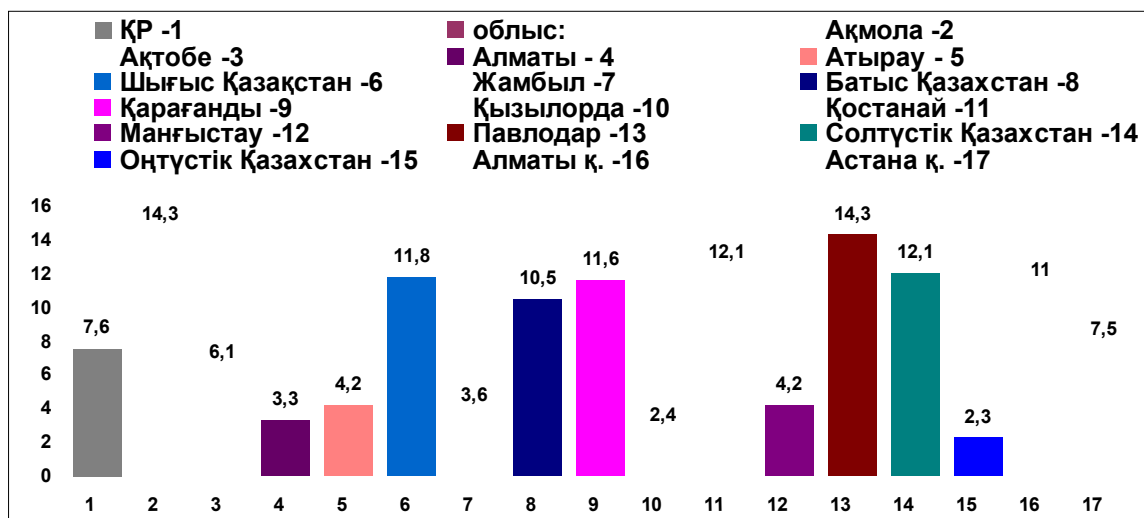
№4- сурет. Тоқ ішектің жиекті бөлігінің лимфа жүйесімен түйіндерінің орналасуы:

**А:** 1- көлденең бөлігі, 2- көлденең бөлігінің үстіндегі түйіндері, 3-аралық лимфа түйіндері, 4- тоқ ішек айналасындағы түйіндері, 5- a. mesentericae inferior –бойындағы басты лимфа түйіндері, 6- төмендеуші бөлігі, 7- сигма тәрізді бөлігі, 8 –құрт тәрәздә өсіндісі, 9- соқыр ішек, 10- мықын-соқыр ішек аймағындағы түйіндері, 11- өрмелеуші бөлігі, 12- ортаңғы тоқ ішек түбіріндегі басты түйіндері;

**В:** 1-шарбы май- жиекті лимфа түйіндері, 2- жиекті ішек айналасындағы түйіндер, 3- сол жақ жиекті бөлігінің түйіндері, 4- төменгі шарбы май түйіндері, 5- сигма тәрізді бөлігінің түйіндері, 6- соқыр ішектік түйіндері, 7- соқыр ішек алдындағы түйіндері, 8- мықын- жиекті бөлігінің түйіндері, 9- оң жақ жиекті бөлігінің түйіндері, 10- ортаңғы жиекті бөлігінің түйіндері.

Тоқ ішектің жиекті бөлік рагының Қазақстанның аймақтары бойынша аурушандық ерекшелігі (№6- сурет), жоғарыдағы заңдылыққа сәйкес келеді. Тоқ ішектің жиекті бөлік рагының ең жоғарғы аурушандық көрсеткіші Қазақстанның Шығыс (13,0‰), Орталық (10,3‰) және Солтүстік (12,1‰) өңірінде және Алматы (11,0‰) мен Астана (7,5‰) қалаларында анықталса, ең төменгі көрсеткіші Оңтүстік (2,9‰) пен Батыс (6,3‰) аймақтарда тіркелген. Тоқ ішектің жиекті бөлік рагының Шығыс аймақтағы аурушандық көрсеткіші, Оңтүстік өңірмен салыстырғанда 4,5 есе артық болған. Бұл айырмашылық сол өлкелердегі этностардың құрамы мен тағамдану ерекшелігіне байланыстығы даусыз, себебі Шығыс,

Орталық және Солтүстік аймақтарда жергілікті ұлтың өзіндік салмағы, Оңтүстік және Батыс аймақпен салыстырғанда 2 есеге жуық аз, ал керісінше аурушандық көрсеткіші жоғары аймақтарда басқа еуропалық ұлтар басым болып отыр. Осыған байланысты тағам түрлерінің рөлі айқын көрініп тұр.



№5- сурет. Тоқ ішектің жиекті бөлік рагының Қазақстан облыстары бойынша орташа аурушандық көрсеткіші (2006-2012 жж.).

Көптеген елдерде тоқ ішектің жиекті бөлік рагы соңғы 10 жыл ішінде ол 15,0% өссе, ал Қазақстанда - бір деңгейде кездесуде. Бұл рақпен 40 жасқа дейінгілер 60-70 жастағыларға қарағанда 2-3 есе сирек ауырады. Сондықтан бұл ісікті - кәрілікке тән ауру деп санауға болады.



№6- сурет. Тоқ ішектің жиекті бөлік рагының Қазақстан аймақтары бойынша орташа аурушандық көрсеткіші (2006-2008 жж.)

### Тоқ ішектің жиекті бөлік рагының қоздырушы себептері

Тоқ ішектің жиекті бөлік рагының қоздырушы себептеріне тағам құрамы мен түрлері жатады.

Олар:

- дөрекі тамақтар ауруды төмендетеді,
- майлы тамақтар, аурудың жиілігін жылдамдатады,

Батыс елдері жоғары калориялы тағамдарды жиі пайдаланылады. Сондықтан тоқ ішек қызметі жиі бұзылады, бұл нәрсек - ісікке қолайлы жағдай болып есептеледі.

Қала тұрғындары ауыл тұрғындарына қарағанда, тоқ ішектің жиекті бөлік рагымен жиі аурады. Оның пайда болуына өттің ролі ерекше саналады, себебі майлы тағамның сіңуі, ыдырауы, тек өтке байланысты. Майлы тағам көбейсе бауыр өтті көбірек шығарады, сонда бірінші өт қышқылдары (холді және оксихолді), екіншілік литохолды мен дезоксихолды өт қышқылына айналады. Өзінің химиялық құрылысы жөнінен бұлар канцерогендік химиялық заттарға өте ұқсас келеді.

Екіншілік өт қышқылдары канцерогенезді жылдамдатады, тіндерге мутагендік, канцерогендік ықпал жасайды. Бастапқы өт қышқылының екіншілік түріне ауысуы, фермент - холаноин-7-дегидрооксилаза арқылы жүреді. Бұл фермент тек анаэробты микробтардан қатысуын қажет етеді, ішек ішіндегі нәжіс бактерияларға өте бай, олардың 400-ден астам түрлері кездеседі. Кейде бұлар миллиардқа дейін барады. Олар өндірген ферменттер белокты, май қышқылдарын, холестериндерді реттейді.

Эпидемиологиялық зерттеу жұмыстары тоқ ішек рагын екіншілік өт қышқылдармен туғызалатындығын анық дәлелдеді. Ішекте екіншілік өт қышқылының көбейуі, тек майлы тағамға әсіресе, мал майларын қабылдағанда пайда болады екен. Тоқ ішектің жиекті бөлігінде нәжістің қатуы, тұрып қалып, уақтылы жүрмеуі ісіктің пайда болуына мүмкіндік тудырады.- Сондықтан көп тұрып қалған нәжіс, әуелі зиянды әсерін тоқ ішектің жиекті бөлігіне тигізеді. Ал тұқым қуалаушылықтың ерекше мәні бар. Бұл фактор тоқ ішектің жиекті бөлік рагында үш есе жиі кездеседі, ол жас адамда кездесіп, бірден бірнеше жерден шығады және оң жақ бөлігінде орналасады. Бұған себеп ДНК-нің құрылысындағы өзгерістер. RAS генінің өзгерген түрі ішекте бірнеше түймешіктерді туғызады, сондықтанда оны түймешік туғызғыш ген (ras гені) деп атайды.

### **Тоқ ішектің жиекті бөлігіндегі ісік алды аурулар**

Тоқ ішектің жиекті бөліміндегі рак 90-95% жағдайда осы мүшедегі түймешіктерден пайда болады. Бұл түймешіктер қабыну үрдісінің нәтижесінде гиперпластикалы түймешіктерге айналады. Олардың безді түймешіктері қатерсіз ісіктер тобын құрайды, бірақ раққа сирек ауысады.

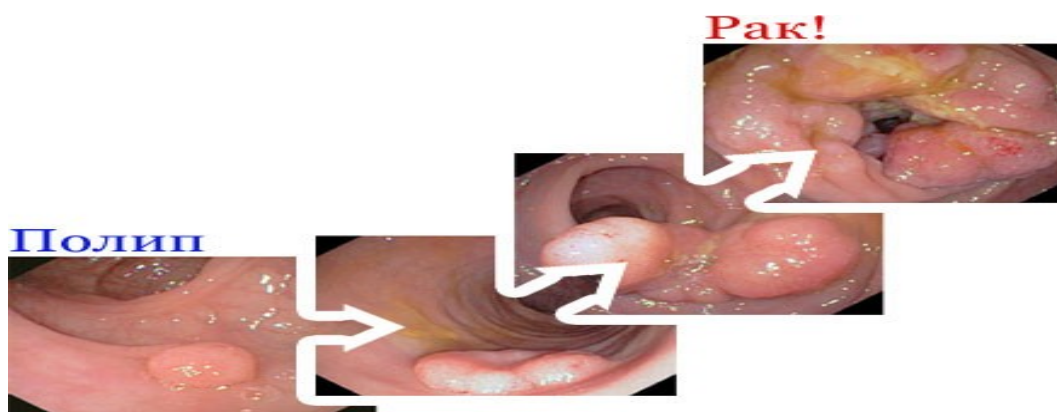
**Безді түймешіктер** ісік алды аурулар болып саналады (№7- сурет), безді эпителийдің шырышты қабаттынан пайда болып өсуі. Олар морфологиялық тұрғыдан безді клеткалардың артық өсуінен болады, себебі олар өте белсенді болып, пісіп жетілмеген түрде кездеседі.

Түстері қызғылт, әрі жұмсақтау, ал беттері тегіс, бархат тәріздес болады. Аденоматозды (безді) түймешіктер жиілігі тік ішектен басталып, одан соң сигма тәрізді мен соқыр ішек бөлігінде азайады. Түймешік көлемі 3-4 см-ге дейін жетеді және өскен сайын қауіпті. Сонымен, 2-см-ге жеткен

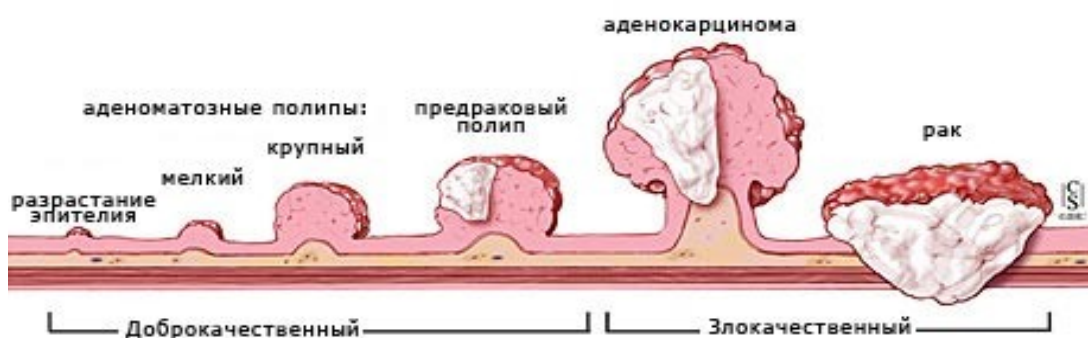
түймешік 40-50,0% жағдайда раққа айналады (№8- сурет), оның рақа айналу жобалық кестесі № 9- суретте көрсетілген. Түймешіктер жеке дара болып, немесе бірден бірнеше жерден пайда болады, ал олардың ең көп тараған түрі - тұқым қуалаушы жан-ұялы түймешіктер (№ 10- сурет).



№ 7- сурет. Тоқ ішектің жиекті бөлігінің безді түймешіктері:  
 А- негізі жайылмалы түрі, В- аяқты түрі, С- бүрлі ісік түрі



№8- сурет. Тоқ ішек түмешігінің раққа айналу үрдісі



№ 9- сурет. Тоқ ішек түймешіктерінің раққа айналу үрдісінің жобалық кестесі.

Ісік алды ауру болып безді түймешіктер ойық жаралы колиттер және Крона ауруы саналады. Түймешік біреу, немесе, біреше болса да, олардың көлемі өскен сайын, соғұрлым нақты ісік алды өзгерістерді туғызады. Бұлар жалпы тұқым қуалайды және жас адамдарда қатерлі ісіктерге жиі ауысады.

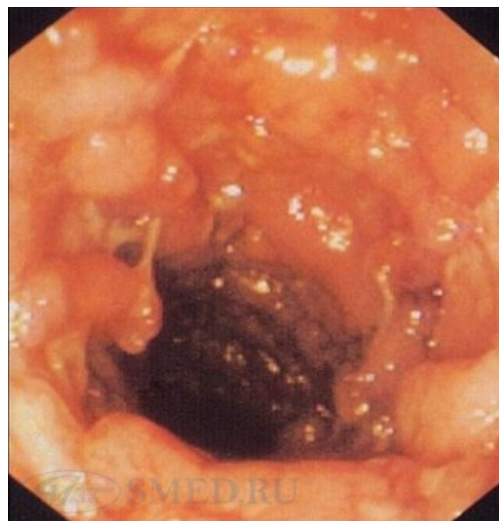
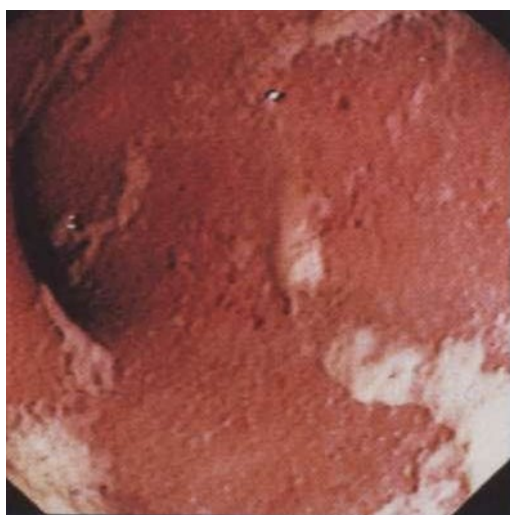


Емі- резекция, не колэктомия жасап, содан кейін науқас әрбір 6- ай сайын, эндоскопиялық бақылаудан өтіп тұрады, егер түймешік қайта пайда болса, онда оны электртогымен күйдіреді.

**Ойық жаралы колитте** (№11- сурет) тоқ ішек рагына көшуі мүмкіндігі 6 есе жоғарлайды. Бұл ауру созылмалы қабыну үрдісінің нәтижесінен пайда болып, нәжіс тоқтап, біраз уақыттан кейін, іш жиі-жиі өтеді, сол кезде қан, шырышты сірне бірге шығады. Осы уақытта рак дәлелденсе, онда ол пісіп жетілмеген қатерлі ісік болады.



№ 10- сурет. Тоқ ішектің тұқым қуалаушы жан-ұялы түймешіктері.

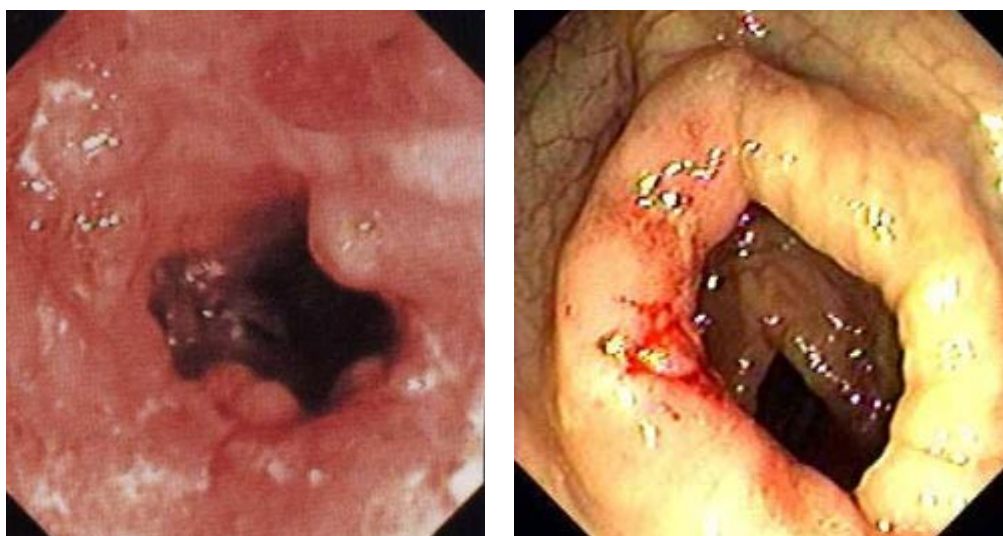


№11- сурет. Ойық жаралы тоқ ішектің қабынуы

**Крон ауруы** тоқ ішектің жиекті бөлігінің соқыр ішек бөлігіне енетін ащы ішектің мықын бөлігін зақымдап, жамбас пен соқыр ішек аймағында орналасады. Ащы ішектің шырышты қабаты жиі зақымдалып, тесілуге дейін барады және оның асты, қабыну үрдісіне шалдығады (№12- сурет).

Сақтандыру шаралары дұрыс тағамдану мен ішектің қызметін қалыптастыру және ісік алды ауруларды толық емдеу болып саналады.

Тоқ ішек канцерогенезін баяулататын нәрсе өсімдік тағамдары, оның ішінде витаминдер А мен С, сонымен бірге талшықты тағамдар (су өсімдіктері, пектиндер, целлюлозалар), олар зат алмасу үрдісіне қатыспайды. Бұлар клетка құрамына кіріп, қорғаныс қабілетін күшейтіп, ұйқы безі сөлінің әсерінен олар қорытылмағандықтан нәжістің көлемі көбейеді, сөйтіп ішек рецепторларын тітркендіріп, белсенділігін арттырады, соның нәтижесінде нәжісті, оған қоса екінші өт қышқылдарын ағзадағы ас қорыту жолдарынан тез шығарады, және уытты заттарды өзіне сіңіріп, зақымданған жердің тез арада жазылуына қолайлы жағдай туғызады. Сонымен, талшықты тағамдар тек өсімдіктерде ғана болғандықтан, ағзаға 20-25 г тәулігіне түсіп туруы қажет. Талшықты тағамдар ірі тартылған ұнда, кебекте, кепкен алмада, кереңқұлақтарда өте бай келеді. Витамин Д-нің мөлшері қанда 20 нг/мл кем болмау керек, оның мөлшері төмендегенде, тоқ ішек рагына қауіп 3 есе өседі.



№12- сурет. Крон ауруы.

Қорыта айтқанда, тоқ ішек рагына қауіп-қатерлі топтарды анықтап, емдеп отырса, сақтану шаралары өте тиімді келеді.

Қауіп- қатер топтарына жататындар:

1. Жайылмалы түймешіктер,
2. Безді түймешіктер,
3. Ойық жаралы колиттер,
4. Крон ауруы,
5. Жыныс, сүт бездеріндегі және жатыр рактарынан емделіп шыққандар,
6. Жамбас қуысына сәуле алғандар,
7. Тұқымында тоқ ішек рагы барлар.

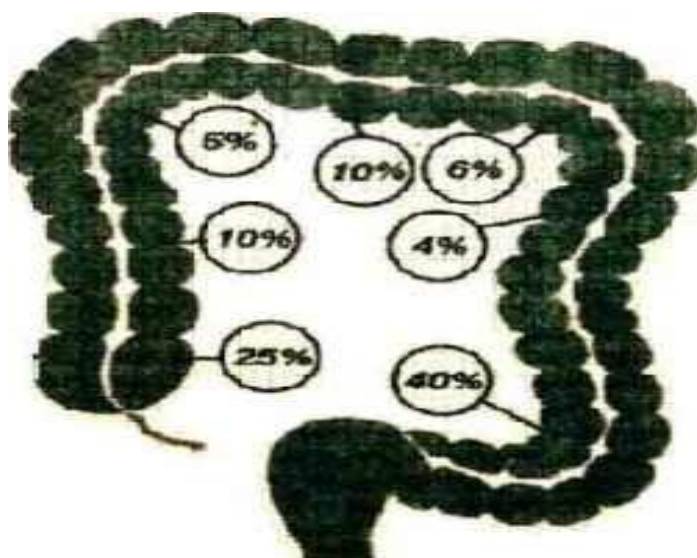
#### **Тоқ ішектің жиекті бөлік рагының патологиялық анатомиясы**

Тоқ ішектің жиекті бөлімінде, нәжістің жиі тұрып қалатын соқыр ішек пен сигма тәрізді бөлігінде ісік жиі байқалады. Соқыр ішек бөлігінде -20-25% ал сигмада 35-40% жағдайларда қатерлі ісіктер анықталынады да, 4-8%

жағдайда оның бірнеше бөлімдерінде, бір мезгілде, бірнеше ісік пайда болуы мүмкін (№13- сурет).

Тоқ ішектің жиікті бөліміндегі рак сырт көрінісіне сәйкес экзофитті, эндофитті болып кездеседі. Экзофитті түрінде ісік ішек қуысына қарай өседі (№14- сурет) - түйіннің беті тегіс емес, қырыққабат сияқты келеді. Ісік тіндері ыдырап, ойылған кезде, орны табақша тәрізді болып қалады, оның түбі қатты, жағалары көтеріңкі болып, тез арада қуыстанады.

Эндофитті ісікте ішектің қабырғасымен жанамалай жайылып өседі (№15- сурет), сөйтіп сақина тәріздес мүшені қысып, қатайтады да, соның салдарынан ішек қуысы тарылады. Оң жақ ішекте көбінесе ісік экзофитті, ал сол жақта - эндофитті түрі кездеседі. 70-75,0% жағдайда морфологиялық құрылысы жөнінен безді рак, сирек жағдайда ол тінді және сірнелі рак боп келеді де, ағымдары - өте қатерлі болады.



№13- сурет. Тоқ ішектің жиікті бөлігінде кездесетін рақтың меншікті үлесі

Қан тамырлары арқылы бауырға бөгелме ісік береді. Жалпы тоқ ішекте алыста орналасқан бөгелме ісік аз кездеседі, **себебі бұл мүшеде артериялық тамырлар нашар дамыған**. Дегенмен, операция кезінде ісіктің асқынуы жиі байқалады, ол жергілікті жерден асып кетпейді, оның өзі де тек сол жақ бөлігінде орналасқан ісікте (20-25% жағдайда). Бөгелме ісіктің көбісі іш перде артындағы аймақта, бауырда болса, ал ол өте сирек- өкпеде, бүйрек үсті бездерде және іш қабатында кездеседі.

Тоқ ішектің жиікті бөліміндегі рақтың өсу дәрежелеріне қарай олар төртке бөлініп, олар әріптермен белгіленеді:

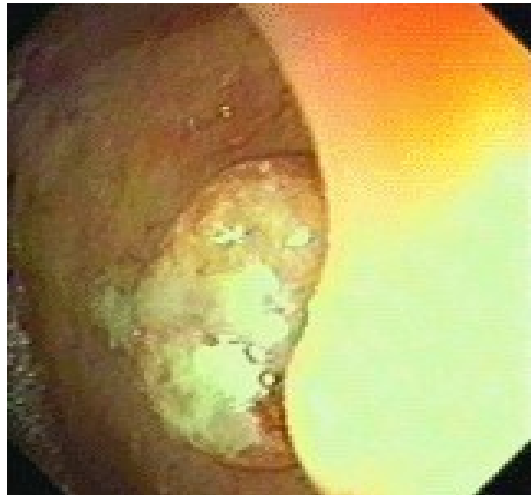
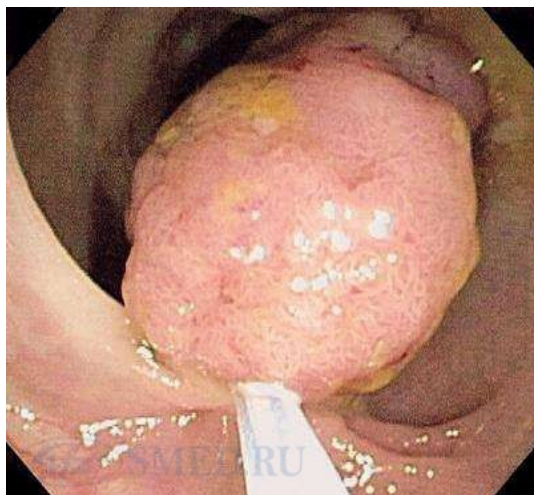
- А- ісік, ішек айналымының жартысынан аспаған, шырышты қабаттың астында орналасқан, бөгелме ісік жоқ,
- В- ісік, мүшенің түгел қабырғасын зақымдаған, бөгелме ісік жоқ,
- С- ісік, мүше қабырғасын түгел зақымдаған, бөгелме ісік бар,
- Д- алыста орналасқан мүшелерде бөгелме ісік бар.



Қан тамырлары арқылы бауырға бөгелме ісік береді. Жалпы тоқ ішекте алыста орналасқан бөгелме ісік аз кездеседі, **себебі бұл мүшеде артериялық тамырлар нашар дамыған**. Дегенмен, операция кезінде ісіктің асқынуы жиі байқалады, ол жергілікті жерден асып кетпейді, оның өзі де тек сол жақ бөлігінде орналасқан ісікте (20-25% жағдайда). Бөгелме ісіктің көбісі іш перде артындағы аймақта, бауырда болса, ал ол өте сирек- өкпеде, бүйрек үсті бездерде және іш қабатында кездеседі.

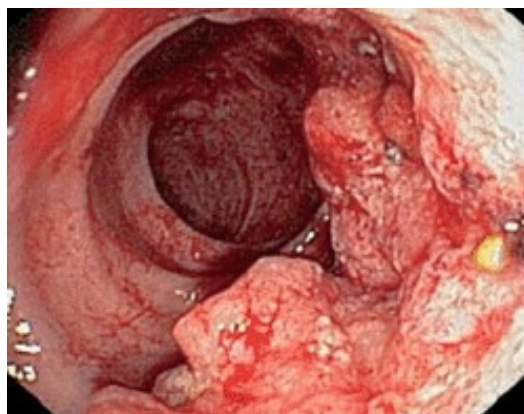
Тоқ ішектің жиекті бөліміндегі рақтың өсу дәрежелеріне қарай олар төртке бөлініп, олар әріптермен белгіленеді:

- А- ісік, ішек айналымының жартысынан аспаған, шырышты қабаттың астында орналасқан, бөгелме ісік жоқ,
- В- ісік, мүшенің түгел қабырғасын зақымдаған, бөгелме ісік жоқ,
- С- ісік, мүше қабырғасын түгел зақымдаған, бөгелме ісік бар,
- Д- алыста орналасқан мүшелерде бөгелме ісік бар.



№14- сурет. Тоқ ішектің жиекті бөлігінің экзофитті рагы





№15- сурет. Тоқ ішектің жиекті бөлігінің эндофитті рагы

Қан тамырлары арқылы бауырға бөгелме ісік береді. Жалпы тоқ ішекте алыста орналасқан бөгелме ісік аз кездеседі, **себебі бұл мүшеде артериялық тамырлар нашар дамыған**. Дегенмен, операция кезінде ісіктің асқынуы жиі байқалады, ол жергілікті жерден асып кетпейді, оның өзі де тек сол жақ бөлігінде орналасқан ісікте (20-25% жағдайда). Бөгелме ісіктің көбісі іш перде артындағы аймақта, бауырда болса, ал ол өте сирек- өкпеде, бүйрек үсті бездерде және іш қабатында кездеседі.

Тоқ ішектің жиекті бөліміндегі рақтың өсу дәрежелеріне қарай олар төртке бөлініп, олар әріптермен белгіленеді:

- А-** ісік, ішек айналымының жартысынан аспаған, шырышты қабаттың астында орналасқан, бөгелме ісік жоқ,
- В-** ісік, мүшенің түгел қабырғасын зақымдаған, бөгелме ісік жоқ,
- С-** ісік, мүше қабырғасын түгел зақымдаған, бөгелме ісік бар,
- Д-** алыста орналасқан мүшелерде бөгелме ісік бар.

#### **Халықаралық Т N M жүйесі бойынша жіктелуі**

Бұл жүйені бағалау үшін мына тексеру әдістері қажет: физикалық (көру, сипау), эндоскопиялық және хирургиялық.

**TNM** жүйесі тек морфологиялық тұрғыда дәлелденген рақта ғана таңбаланады.

#### **T- бірінші ісік көзі.**

**T<sub>x</sub>** - бірінші ісік көзін сипаттау мүмкін емес,

**T<sub>0</sub>** - бірінші ісік көзі табылмаған,

**T<sub>is</sub>** - тек ғана шырышты қабатынан шықпаған рак,

**T<sub>1</sub>** - шырышты қабат астына жеткен рак,

**T<sub>2</sub>** - ісік бұлшық ет қабатына жеткен,

**T<sub>3</sub>** - ісік серозды қабатқа, немесе тоқ ішектің басқа бір бөлігіне шейін (тік ішекке) жетуі,

**T<sub>4</sub>** - ісіктің көрші жатқан мүшелерге макроскопиялық тұрғыдан көшуі (мысалы: сигмаға, соқыр ішекке), ал ол микроскопиялық әдіспен дәлелденбесе, онда ол **T<sub>3</sub>**.

**N** - аймақтық лимфа бездері.

**N<sub>x</sub>** - аймақтық лимфа бездерді сипаттау жеткіліксіз,

**N<sub>0</sub>** - аймақтық лимфа бездерінде бөгелме ісік жоқ,

$N_1$  - 1-3 лимфа бездерінде бөгелме ісік бар,

$N_2$  - 4 тен астам бездерде бөгелме ісік бар,

$M$  – алыстағы бөгелме ісік.

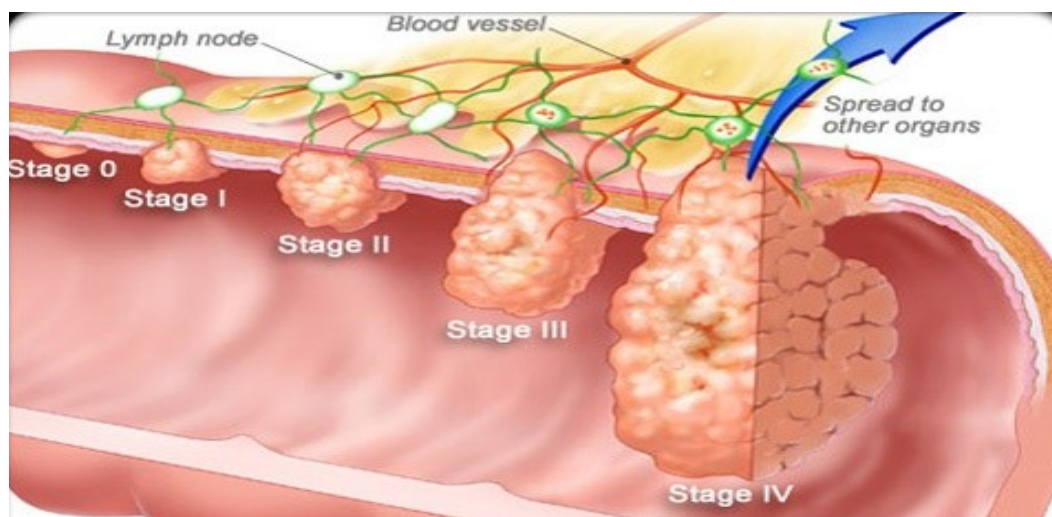
$M_x$  - алыстағы бөгелме ісікті дәлелдеу мүмкін емес,

$M_0$  - алыстағы бөгелме ісігі жоқ,

$M_1$  - алыстағы бөгелме ісігі бар

**Тоқ ішек рагын таралу сатысына байланысты клиникалық топтау (№16- сурет):**

1. 0 - сатысы - эпителий ішіндегі рак, тек шырышты қабатты зақымдаған, жайылмаған, бөгелме ісігі жоқ.
2. I - сатысы – шамалы ісік ( $T_1, T_2$ ), шырышты қабат пен шырыш асты қабатының ішінде орналасқан, аймақтық және алыста бөгелме ісігі жоқ ( $N_0, M_0$ ).
3. II - сатысы – ісік, ішек қуысы қабырғасының жартысынан асық емес зақымдауы ( $T_3, T_4$ ), шеңберінен шықпаған, көрші мүшелерге өтпеген, ( $N_0, M_0$ ) (лимфа түйінінде бірен саран бөгелме ісік болуы мүмкін).
4. III - сатысы – ісік, ішек қуысы қабырғасының жартысынан асық, ішек қабырғаларын түгел зақымдаған, көрші мүшелердің іш перде қабатына өткен (кезкелген  $T$ , бөгелме ісігі жоқ ( $N_0$ ) немесе кезкелген  $T$ , көптеген бөгелме ісіктері лимфа түйіндерінде ( $N_1, N_2$ ), алыста бөгелме ісігі жоқ ( $M_0$ )).
5. IV - сатысы – үлкен көлемдегі ісік (кезкелген  $T$ ), көрші мүшелерге өткен, көптеген аймақтық бөгелме ісіктері бар (кезкелген  $N$ ), алыста бөгелме ісігі бар ( $M_1$ ).



№16- сурет. Тоқ ішек рагының сатысына байланысты клиникалық топтастырудың жобалық кестесі.

Өсу сатысын топтастыру:

**0 - дік сатысы** -  $T_{is}N_0M_0$ ,

**1- сатысы** -  $T_{1-2}N_0M_0$ ,

**2- а сатысы** -  $T_3N_0M_0$ ,

**2- в сатысы** -  $T_4N_0M_0$ ,

**3- а сатысы** -  $T_{1-2}N_1M_0$ ,

**3- в сатысы** -  $T_{3-4} N_1 M_0$ ,

**3- с сатысы** - кезкелген  $T N_2 M_0$ ,

**4 - сатысы** - кезкелген  $T$  кезкелген  $N M_1$ .

**Тоқ ішек рагын ХАЖ-10 бойынша таңбалануы:**

**C18-** Тоқ ішектің жиекті бөлігінің қатерлі ісігі

**C18.0** - Соқыр ішегі

**C18.1-** Құрт тәрізді өсіндісі (аппендикс)

**C18.2-** Тоқ ішектің өрмелеуші бөлігі

**C18.3-** Тоқ ішектің бауыр иіні

**C18.4** -Тоқ ішектің көлденең бөлігі

**C18.5** -Көкбауыр иіні

**C18.6** -Тоқ ішектің төмендеуші бөлігі

**C18.7** -Сигма тәрізді бөлігі

Бұған кірмегені: ректосигмоидты бөлігі (C19)

**C18.8** - Жиекті ішектің, бір не бірнеше бөлімдеріннен асып

зақымдағаны

**C18.9** - Жиекті ішектің зақымданған бөлімдері анықталмағаны

**C19** -Ректосигмоидты бөлімнің қатерлі ісікпен зақымдануы

Тоқ ішектің жиекті бөліміндегі рақтың асқынулары өте жиі байқалады.

Олар:

1. Түйнек болуы (ішек қуысын толық не жартылай бітеуі),
2. Қан кетуі,
3. Қабынуы,
4. Тесілуі.

Асқынған тоқ ішектің жиекті бөліміндегі рақта, клиникалық белгілері мүлдем өзгереді, ол кезде арнайы әдіс - жедел емдеу тәсілдері қолданады.

Клиникалық көріністер бірнеше белгілерден тұрады және олар біркелкі болмайды.

Оң жақ тоқ ішектің жиекті бөлім рагының жалпы бес белгілері болады:

- ауырсыну сезімі,
- қан азайуы,
- тәбеттің жоқтығы,
- әлсіздік,
- ісік түйіні.

**Ауырсыну сезімі-** өте ерте жиі кездеседі. Көбінесе ол жанға батпайтын, іштің оң жағында орналасатын белгі. Ол қабыну үрдісінің пайда болуынан, немесе басқа көрші сау мүшелерге ісіктің таралуынан пайда болады. Кейде ауырсыну табан астында болады, оның себебі- ішек ішіндегі нәжіс тұрып қалып, ол ащы ішекке қарай қайта, тез ағып, ауырсыну сезімін туғызады.

**Қан кету** - науқастардың 70,0%- кездеседі, соның салдарынан гипохромды анемия пайда болады. Бұл белгі ісік кезінде, тек жалғыз, ерте байқалатын болуы мүмкін. Сонымен бұл кезде, көзге көрінетін қан кету байқалмаса да, тері бозарып, қан азайғанын сезу қиынға соқпайды.

**Уыттану** - ағзадағы негізгі көріністің бірі. Міндетті түрде ол әлсіздікпен, тез шаршаумен және тамаққа тәбеттің төмендеуімен білінеді. Бұлар кейде

жалғыз ғана ісіктің ең негізгі көрінісі болады, бірақ ауру адам бұған мән бермейді. Осыларға қарамастан дене салмағы көпке дейін түспейді.

**Қолмен сипау кезінде ісік түйінінің анықталуы (70-80,0%).**- негізгі белгілерінің бірі болуы мүмкін. Бұл белгі экзофитті қатерлі ісіктерде анықталса, ал эндофитті ісіктерде бұл белгіні табу қиынға соғады. Ісік түйіні өте қатты, шекарасы тегіс, беті адыр-бұдыр, қозғалысы шектелген, ауырмайды, түртіп тексергенде – дыбыс тұйықталады.

**Ісік түйінінің қозғалысы** ішек бөлігінің іш пердеге қатынасына және оның көрші мүшені зақымдануына байланысты болады. Ісік тоқ ішектің көлденең бөлігін мен сигмада орналасса, оның қозғалмалы белгісін анықтауға болады, ал соқыр ішек бөлігінде және оның бұрылыстарында орналасқан ісіктерде, түйін аз қозғалады, тіпті мүлдем қозғалмуы да мүмкін.

**Жалпы клиникалық белгілеріне** - «жүрек айну» мен қыжылдау және кекіру, іштің жоғары бөлігінде толықсу сезімінің болуы, сирек жағдайда-құсу, ауызда жағымсыз иістің болуы жатады. Бұлардың бәрін «ішек дискомфорта» деп атайды; осылар тамақтанған соң біраз уақыттан кейін пайда болады.

Науқастардың бестен бір бөлігінде, дене қызуының көтерілгенін аңғаруға болады; кейде бұл ұзақ уақытқа созылып, дене қызу көрсеткіші тым жоғары болып, ал кейде осы көрініс, тіпті, жалғыз өзі болуы мүмкін. Бұл кезде, дене қызуының себебі айқын білінбесе де, науқасты рентгенге түсіру міндетті түрде орындалуы қажет.

Сол жақтан болған тоқ ішек рагында ең негізгі белгілеріне ісікпен бітеліп түйнектің пайда болуы, ісік ыдырап, өліеттеніп патологиялық шығындылардың сыртқа шығуы жатады. Ішектің бұл бөлігіндегі ісік іш жүруінің біртіндеп бұзылуымен, немесе жедел іш қабынуымен білінеді және нәжісте қан көрінеді.

Нәжістің сұйық боп, іш өтуі, немесе оның құмалақтанып қатайуы ең негізгі белгілердің бірі боп саналады. Науқаста нәжістің жүруі дұрыс орындалмай, іш тоқтап қатып қалады. Бұл емдәмге, немесе іш өткізетін дәрілердің көмегіне байланысты әсер болмайды. Іш кеуіп, шұрылдайды, толықсиды. Егер іш өтсе бұлардың бәрі кетіп қалады. Іш өту қабыну үрдісінің қосылып, қосарланғанын сездіреді. Кейде іш өтудің қабаттасып келуі және жиі болуы (10-12,0%) патогенетикалық белгісін - нәжістің бұзылып, өзгергенін көрсетеді. Сұйық нәжіс шықпай ішекте жиналады, кейіннен бұл белгі іш өтумен аяқталады, сөйтіп осы екі үрдіс «іш өту мен іш қату», жиі қайталанып отырады. Егер ішек қуысы бітелсе, онда созылмалы түрде нәжіс жүрмейді, қатаяды; бұл іштің кебуіне, ауырсынуына әкеледі. Кейде іш мүлдем жүрмесе, онда газ жиналып, іш кеуіп, қатты түйіліп ауырады. Сипаған кезде ішек қозғалысы, ауырсыну сезімі анықталынады, Щеткин-Блюмерг белгісі оң болады. Іш жүрмеу, қату - ісік көлемі ұлғайғанда, сөйтіп оның қуысы тарылғанда байқалатын белгі. Іш жүрмеуі ісіктің сигма бөлігінде орналасқанда жиі кездеседі, ал соқыр ішек бөлігінде - ісік түйіні сирек білінеді.



Тоқ ішектің жиекті бөлігіндегі рақтың тағы бір ерекшелігі- одан қан кетуі жатады. Ең алғаш ол көзге көрінбейтін «жасырын қан»кету болып, кейіннен нәжісте ол анық байқалады. Сондықтан, жасырын қан қалдығын нәжістен анықтауға ерекше мән берген жөн. Жалпы науқастардың үштен бір бөлігінде аталмыш белгі байқалады. Қанмен бірге тағы да шырышты сірне ағады, ал бұған жұқпа қосылса, онда ол ірінді, қанды,сірнелі болады.

Тоқ ішектің жиекті бөлігіндегі рақта, ауырсыну сезімі ісіктің орналасқан жерінде болады, оны сипаған кезде, оң жақ бөлігіндегі ісіктерден айырмашылығы, ісік түйіні табылмауы мүмкін. 30% жағдайда іш кеуіп, іш толысуының сезілуі мүмкін. Бұл газдың жиналғанын білдіреді және іш қатудың алдын-ала кездесетін белгі. Оң жақтағы ісіктерден тағы бір айырмашылығы, жалпы ішек дискомфорта сезілмеуі де мүмкін.

Тоқ ішектің жиекті бөліміндегі рақтың клиникалық ағымы әр түрлі болып кездеседі. Оң жақтағы ісікте, клиникалық белгілер бірінен соң бірі біртіндеп байқалса, сол жақтағы ісікте бұлай болмайды- ешбір белгісіз табан астында ішек түйнек болып, нәжіс пен жел шықпай іш қатады, сөйтіп жедел- медициналық көмек қажет болады, міне, сол кезде ішті жарып ашқан мезгілде (лапоратомия) ғана тоқ ішектің сол жағында орналасқан ісікті көруге болады.

Тоқ ішектің жиекті бөліміндегі рақтың клиникалық түрлері сан алуан және олар біркелкі келмейді. Жалпы дерттің 6 клиникалық түрі кездеседі.

Олар:

1. Қан аздық- уыттану,
2. Энтероколитті (тек ішекке байланысты) түрі,
3. Жалған қабынулы,
4. Ісікті.
5. Түйнекті,
6. Диспепсиялы,

Сонымен, тоқ ішектің жиекті бөлімінің оң жағында, жоғарыда көрсетілгендердің алғашқы тқрт түрі, ал қалғандары оның сол жақ бөлігіне тән ісіктер болып саналады (№ 17- сурет)..



№ 17- сурет. Тоқ ішектің жиекті бөлігінің сол жағындағы ісігі

### **Тоқ ішектің жиікті бөлік рагын басқа аурулардан ажырату**

Тоқ ішектің жиікті бөлік рагының клиникалық белгілеріне сәйкес, оны қызметі бұзылса, онда созылмалы қантышқақтан ажырату керек. Қатерлі ісікке күдік туғанда, жан-жақты тез арада, рентген және эндоскопия жасау қажет.

Іш қуысындағы ағзалардың созылмалы қабыну аурулары бар болса, анамнезінде «іш дискомфорты» орын алса, мұндай жағдайды, созылмалы холециститтен ажырату үшін, міндетті түрде **ирригоскопияны** жасау керек. Ал енді ағзада уыттану мен қан аздық белгі болса, онда қан ауруларынан, созылмалы іріңлі сепсистен, эндокардиттен ажырату үшін, **ирригоскопия** қажет.

Сипау кезінде ісік түйіні анықталса, онда соқыр ішектің құрт тәрізді өсіндісінің созылмалы қабынған түрінен, туберкулез, актиномикоз, мерез ауруларынан және ішкі мүшелердегі басқа ісік ауруларынан ажырата білу керек. Соқыр ішектің құрт тәрізді өсіндісі қабынып, жайылмалы түріне айналса, онда оның айналасына сұйық шығынды жиналып, ісік сезіледі, мұндай өзгеріс туберкулезде де кездеседі, осылардан ажырату үшін салыстырмалы анықтама жүргізу керек (№1-кесте).

№1- кесте. Оң жақтағы тоқ ішек рагынан жайылмалы аппендицит пен іш қуысындағы мүше туберкулезін ажырату белгілері.

Р/с	Клиникалық белгілер	Рак	Жайылмалы аппендицит	Туберкулез
1	Ісіктің тығыздығы	қатты	жұмсақ	жұмсақтау
2	Беті	тегіс емес	тегіс	тегіс
3	Ауырсыну сезімі	жоқ	бар	бар, бірақ бәсеңдеу
4	Қозғалуы	шектелген	қозғалмайды	қозғалмайды, не аз қозғалады
5	Қабынуға қарсы емнің нәтижесі	жоқ	бар	бар

Рак ауруында үрдіс біртіндеп басталады, науқастың жалпы жағдайы жақсармайды, қан азайу үдей түседі, нәжісте қан қалдықтары табылады.

Туберкулезден айырмашылығы - рак көбінесе, 40-тан асқандарда кездеседі, іші жүрмей, ол іш өтумен жиі алмасады, қанда лейкоцитоз, қан азайу болады. Туберкулез жас адамдарда жиі тіркеледі - өкпе зақымданады, қанда лейкопения, лимфоцитоз, нәжіс сұйықтау әрі жиі байқалады.

### **Тоқ ішектің жиікті бөлік рагының диагностикасы**

Тоқ ішектің бұл бөлігінің рагында әртүрлі тәсілдер қолданады.

Оларға:

1. Сыртатпаны терең, жан-жақты жинау,
2. Лабораториялық тексерулер,
3. Рентгенологиялық тәсілдер,
4. Эндоскопиялық зерттеулер (ректороманоскопия, колоноскопия),
5. УДЗ.

**Науқастың сыртатпасын** (анамнез) жинағанда белгілер қашан пайда болды, олар қалай дамыды, үдеді ме, жоқ кері кетті ме? Қай жерлерде алғашқы тексеру жүргізілді, қортындылары немен бітті, ем болды ма? Оның нәтижесі сияқты мәселелерді тиянақты тексеру қажет.

Клиникалық белгілерді ескергенде, олардың басқа да қосарланып келетін аурулардан болатындығын ескерген жөн.

**Тоқ ішектің жиекті бөлім рагына, мына жағдайларда күдік туады.**

Олар:

1. Іштің кебуі, белгісіз біртіндеп сыздап ауруы,
2. Іште нәжістің тоқтауы, кебуі және су жиналуы,
3. Нәжісте қан, немесе оның қалдықтарының көрінуі,
4. Қан азайуы,
5. Себепсіз дене қызуының көтерілуі,
6. Іш қуысынан ісік түйінін табу,
7. Нәжістің қатып қалуы,
8. Ішек қуысының бітелуі.

Осылардың біреуі оң болса, онда міндетті түрде арнайы бағытталған тексерулерді жүргізу қажет.

**Тоқ ішектің жиекті бөлігін физикалды тексерулері**

**Көру** кезінде -оң жағында орналасқан ісікте қан азайу мен уыттану, дене қызуы көтерілетіндіктен, терінің бозаруына, сұрланғанына көңіл бөлу керек, Осының бәрін науқастың бет- әлпетінен, терісінің сұрғылт түсінен, көз жанарынан аңғару қиын емес. Кейде ішек түйнек болған жердің үстінен, ішектің жыбырлаған тербелісін аңғаруға болады. Іштің алдыңғы қабаты бастау келсе, онда саусақпен тоқылдатқанда, дыбыстың тұйықталып, әрі іште сұйық бары анықталады. Іш қуысын тыңдағанда, бұл жерлерде ішек тербелісін және су деңгейінің шуы естіледі.

**Сипау** кезінде тоқ **ішектің** өрмелеуші және төмендеуші бөліктерінен ісікті табуға болады, ал көлденең және сигма бөлігінде ісік қозғалыста болғандықтан дәл анықтау қиынға соғады.

**Тік ішекті саусақпен көру**- міндетті түрде орындалуы жөн, себебі тоқ ішек көп жерден зақымдануы мүмкін.

**Тоқ ішектің жиекті бөлігінде қолданылатын лабораториялық зерттеулер**

Қанды жалпы тексеруде, гипохромды қан азайуды, ЭТЖ өзгергенін анықтайды. Егер лейкоцитоз болса, онда қабыну үрдісті байқауға болады.

Қандағы рак ұрық антигенін (РҰА) анықтау- ісіктің асқынған сатысында оң болатындықтан, оны аурудың алғашқы өсу кезеңдерінде жиі қолданбайды. Ал енді тоқ ішек рагы емнен кейін қайталанса (операциядан соң) онда бұл тәсіл- өте құнды, әсіресе оны маркерлерді (ТИ М<sub>2</sub>-РК) анықтаумен қоса, қосымша анықтаса өте тиімді.

Нәжістегі қанды анықтау тоқ ішек рагында құнды тәсіл. Бұл реакцияның мәні- нәжістің, егер онда қан болса, түсі өзгереді; гемоглобин және көміртегінің қос тотығы (Н<sub>2</sub>О<sub>2</sub>) бензидин тұрған жерде (Греггерсен әдісі) жасыл-көк түске, ал Гваяков тас майы (смола) қан тұрған жерде ол көк сия

түске (Вебер әдісі) айналады. Бұл тәсіл халықты жаппай тексеру кезінде қолдануға болады, мұны гемокульт –тест дейді. Оның пайдасы, жасырын қан қалдықтары нәжісте болғанда өте тиімді.

**Рентгенмен тексеру** - тоқ ішектегі рақты анықтайтын ең негізгі әдіс. Тәжірибеде **ирригоскопия** жиі қолданады, ол екі орындау тәсілімен орындалады. Ол үшін, ауыз арқылы – per os (пассажды әдіс), немесе тік ішек арқылы – per rectum (ретроградты ирригоскопия) барий тұзын енгізеді (№18-сурет).

**Ирригоскопия** жасар алдында тоқ ішектің жиекті бөлігін тазалау қажет, ол үшін ауру адам көкөністерді көп қолданбай, көбінде күріш ботқасын қабылдау керек, бұл әдісті қолданар алдында науқасқа кешінде (21 сағатта), таңертең екі сағат бұрын тазалау клизмасы (1,5-2,0 л), дене температурасындай жылылықта жасалынады. Науқас тексеруге келгенде жайма (сейсеп), не орамал ала келуі тиіс.

Ирригоскопия кезінде - ішекті екі рет көреді: алдымен ішектің ішкі көрінісі мен қуысының мөлшерін анықтау үшін, оны барий тұзымен (1:4 қатнаста) толық толтырып болған соң қарайды, содан кейін оны босатып (әжетханаға барып), бос қуыстағы шырышты қабаттың өзгерістерін анықтайды. Ішек босағаннан кейінгі көріністі, алдыңғысымен салыстырады.



№18- сурет. Ирригоскопия

Рентгендік көрінісінде тоқ ішек рагының 3 белгілері болады:

1. толу кемістігі (тіннің + белгісі), оның пішіні (бейнесі) тіс тәрізді иректелген болып келеді,
2. ішек қуысының сақина тәріздес тарылуы және осы жерде ішек қабырғасының қатайуы және оның жоғарғы бөлігінің кеңейуі,
3. толу кемістігінің ортасында барий тұзы қалдығының қалуы.

Ирригограммадағы көріністерді айқындауға, өзгерістерді анық көру үшін, барий тұзы мен бірге, газ пайда болатын қоспа заттарды (лимон қышқылы + гидрокарбонат натрий), немесе ауа тік ішек арқылы енгізеді, сол кезде ішек қуысы газға толып, оны кернеп, кеңейтеді. Сол кезде, ішек қабырға бедері (рельефі) керіліп, беттеріндегі өзгерістері айқындалады.



Тәжірибеде, бұл әдіс «қоспалы көлеңкелеу» - деп аталынады; осы тәсілдің көмегімен, тіпті 0,5-1,0 см көлемдегі түймешіктерді де анықтауға болады.

**Ректороманоскопия** – арнайы тік және сигма тәрізді ішекті көретін аспап. Сол арқылы тік ішек және сигманы көзбен көруге болады. Бұл әдіске де алдын ала ішек қуысы тазалануы керек (емдәм және клизма). Көру кезінде, тік ішектен бастап сигмаға шейінгі ішек қуысының шырышты қабатындағы экзофитты, эндофитты ісікті көруге болады және көріп қана қоймай, одан биопсия алуға мүмкіншілік туады. Кейде ішек қуысы қысылғаны соншалықты оны қанша желмен үрлеп кеңейткенмен, аспап ұшын әрі қарай енгізуге болмайды, сондықтан мұндайда күш салмау керек.

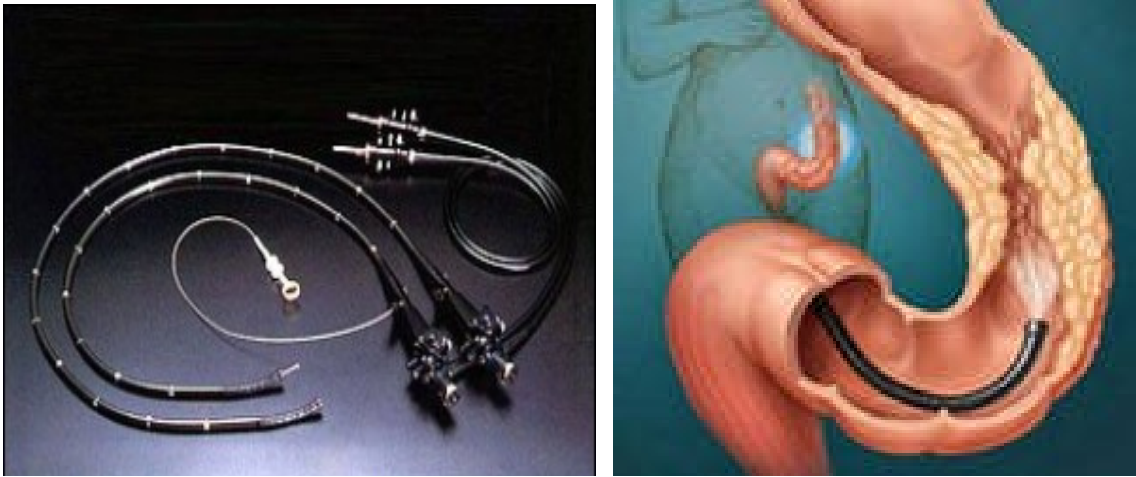
**Колоноскопия** – арнайы аспап колоноскоп арқылы тоқ ішек қуысын көру (№19- сурет). Алдын ала ішек қуысын тазалау жоғарыда айтылғандай орындалады. Колоноскоп жұмсақ иілгіш келетін нәзік аспап, ол жоғары қарай ішек бойымен қозғалу үшін, алдымен арнайы тесігі арқылы ішекке жел үрлеу қажет, сол кезде ішек қуысы кеңейеді, сонда ғана аспапты емін-еркін енгізіп, оны әрі қарай жоғары жүргізуге болады. Біртіндеп аспапты енгізу кезінде, көзбен бақылай отырып, бүкіл тоқ ішек қуысын көріп, бақылауға мүмкіншілік туады да, онда экзофитты, эндофитты ісіктерді және түймешіктерді т.б. өсінділердің барлығын анықтап, өсінділерден ет кесіп алады (биопсия), сөйтіп алған затты цитологиялық, гистологиялық зерттеуге жібереді.

**Ультрадыбыс арқылы зерттеудің** нәтижесінде ісіктің 3-4- сатысын дәл анықтауға болады. Тоқ ішекті УДЗ-ман көру (сканирлеу) кезінде, ондағы (тік ішектен басқа) өзгерістерді толық тексеру мүмкіншілігі арта түседі. .

Тоқ ішектің жиекті бөлім рагын ерте анықтау жүйесіне – **скрининг** тәсілі кіреді.

Оны орындау үшін:

1. анықтаушы сұрақтаманы алдын ала дайындау,
2. оны тарату,
3. оны толтыру,
4. содан соң оларды сараптау.
5. гемокульт-тесттің жүргізу,
6. тік ішекті саусақпен тексеру,
7. УДЗ



№19- сурет. Колонофиброскоп арқылы тоқ ішекті зерттеу

Жалпы скринингтың мақсаты – қауіп-қатерлі топтарды анықтау және адам нәжисіндегі жасырын қанды табу. Тексеруге 50 жастан асқандар жатады, олар 2 жылда бір рет осы зерттеуден өтеді. Ал қауіп-қатерлі топтардағы адамдар жыл сайын тексеріліп, міндетті түрде, үш жылда бір рет колоноскопиядан өтуі керек.

Скринингтегі ең негізгі әдісі – **гемокульт-тест**. Ол Вебер және Грегерсен тәсілдерімен жүргізіледі. Вебер әдісі өте қарапайым және әр үйде қолдануға болады, ол үшін фильтрлі қағазға нәжістің кішкене бір бөлігін салады да, арнайы конверт арқылы емханаға жіберіледі. Емханада сол фильтрлі қағазға, конверттің басқа жағында арнайы тесігі арқылы 2 тамшы реактивті (гваяк смоласы) тамызады. Егер нәжісте жасырын қан болса, онда фильтрлі қағаз 30 секундтан кейін көгілдір сия түске боялады. Осындай оң реакция болған адамды жан-жақты терең тексеру керек.

Қазіргі таңда нәжістегі жасырын қанды анықтау тәсілдеріне **криптогем** және **фекатест** сияқты өте сезімтал әдістер жатады.

**Криптогем** әдісі – гемокульт-тесттің жетілдірілген түрі, ол тек бөлектенген эритроциттен ажыраған гемоглобинді анықтайды. Көтеуде және тік ішек жарығында да, нәжісте қан болады, бұларда эритроцит бұзылмаған (гемоглобин ажырамаған) таза күйінде, кездеседі, сондықтан бұл реакция теріс болады.

**Фекатест әдісінде** гемоглобинді иммунологиялық жолмен анықтайды, гемокульт-тестке қарағанда бұл әдіс екі есе өте сезімтал келеді.

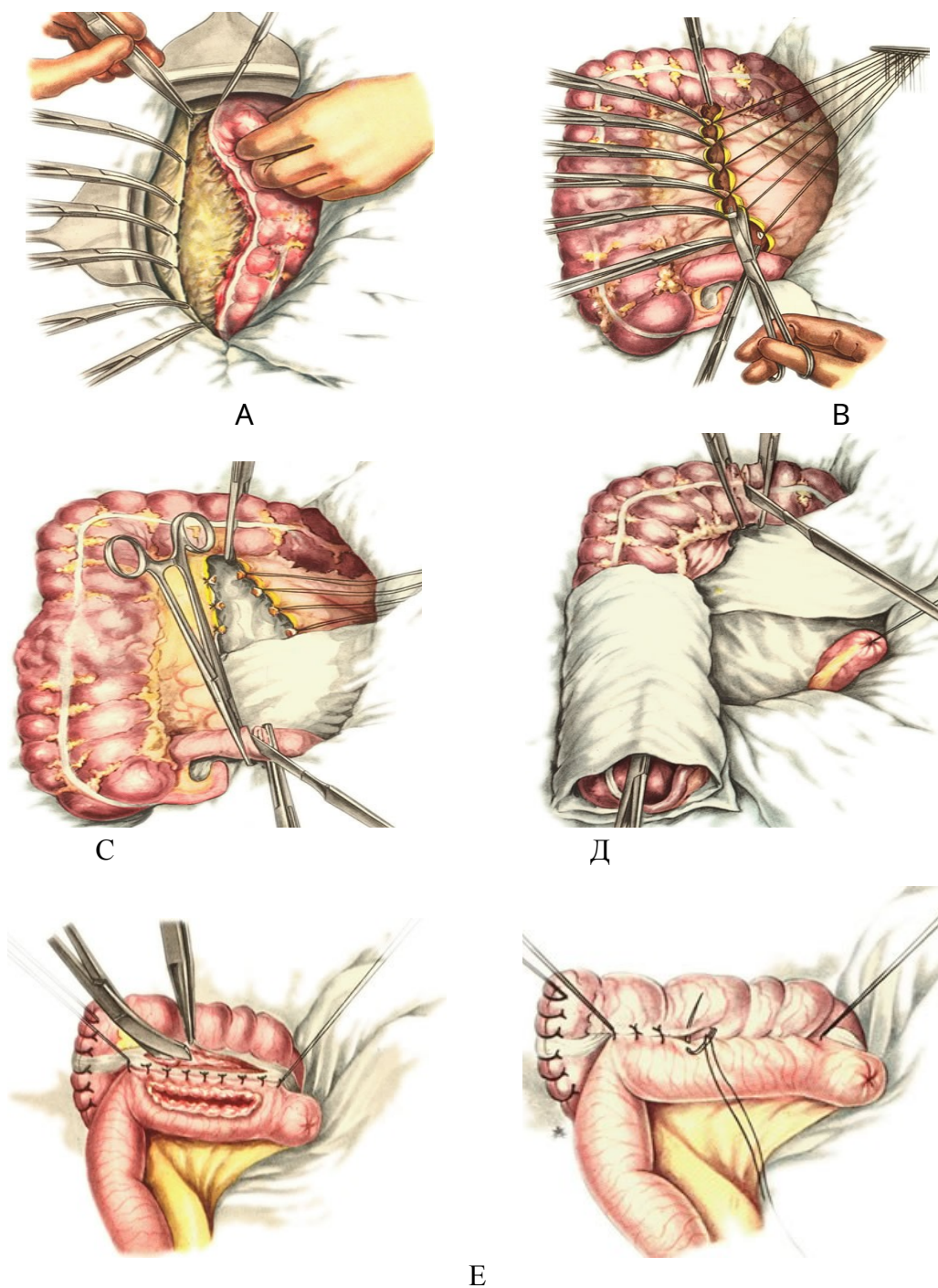
**Жаңа тәсілдердің біріне** – компьютер арқылы зерттеу жатады. Мұнда арнайы импульс беретін қондырғы (датчик) түймедақта орналасады. Түймедақты адам ауыз арқылы қабылдаған соң, оның жүрген жерін компьютер арқылы бақылап отырады. Бұл жаңа тәсіл әлі тәжірибеде кең қолданыста жоқ, бірақта келешекте ол бұдан әрі толығырақ зерттеліп, жетілдіріліп, тәжірибелік медицинада қолданылуы мүмкін.

### **Тоқ ішектің жиекті бөлік рагын емдеу жолдары Хирургиялық емдеу әдісі**

Тоқ ішектің жиекті бөлік рагының **радикальды** еміне, тек хирургиялық әдіс жатады.

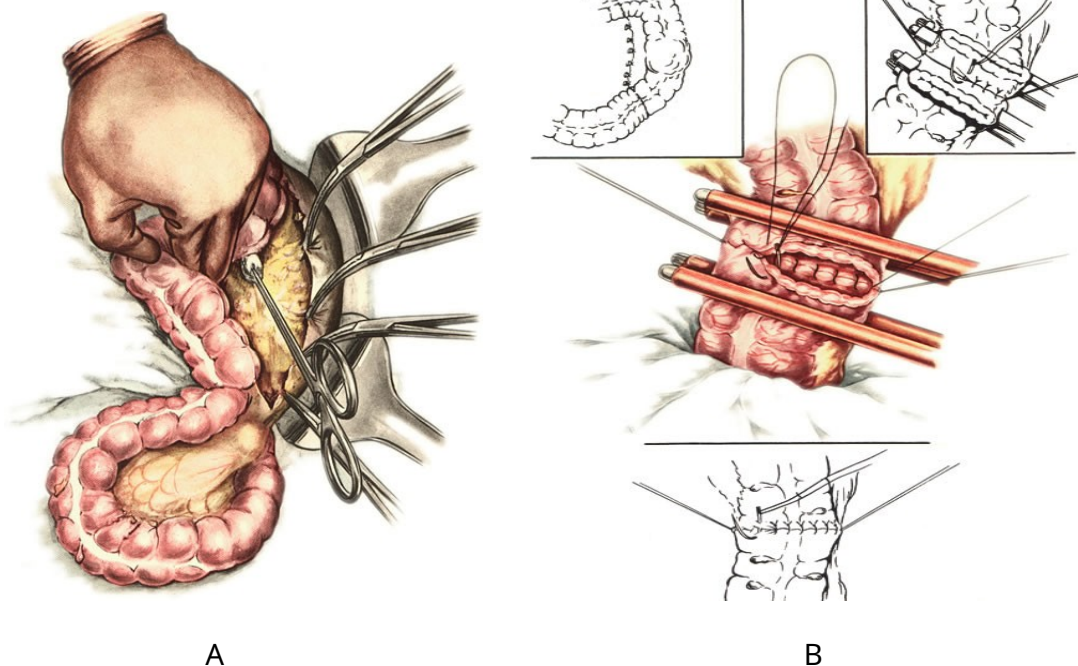
Оң жақ, сол жақ тоқ ішек рагында гемиколэктомия (тоқ ішектің жартысын), ал сигма және көлденең бөлігіндегі ракта резекция жасалынады. Егер рак, не түймедақтар тоқ ішектің бірнеше бөлігінде орналасса, одна колоэктомия жасалынады.

Соқыр ішек пен өрмелеуші бөліктегі және оң жақ бауыр иіріміндегі ракта бүкіл оң жақтағы тоқ ішек көлденең бөліктің үштен біріне дейін тұтас сылынады, оны оң жақты гемиколоэктомия дейджі (№20- сурет), ал сол жақтағы ракта көлденең бөліктің ортасынан бастап сигманың үстіне шейін ішек тұтас сылынады, оны сол жақты гемиколоэктомия (№21- сурет).



№20- сурет. Оң жақты гемиколоэктомияны орындау кезеңдері  
А- соқыр ішек пен өрмелеуші бөлікті ажырату, В- іш пердені кесіп ажырату,

С- мықын ішекті кесу, Д- көлденең ішекті кесу, Е- Тоқ ішек пен мықын ішек арасына қырынан анастомоз салу жолдары.



№21- сурет. Сол жақты гемиколоэктомияны орындау кезеңдері

**А- төмендеуші бөлігін ажырату, В- көлденең ішек пен сигма бөлігін бір-біріне тік анастомоз салудың жобалы кестесі**

Көлденең бөлік пен сигманың ортаңғы және тік ішектің үстіңгі бөлігіндегі ракта резекция жасалынады (№22- сурет). Бұлай болу себептері қан айналымының анатомиялық ерекшеліктеріне байланысты, алдын-ала қан тамырлар байланып кесіледі.

Кейбір кездерде (көбінесе түймешіктерде) эндоскопия арқылы түймешіктер алынады, бірақ бұл операциялар радикалды болмайды. Бұлардан кейін өте жиі рецидив болатындықтан, оларды дер кезінде анықтау мақсатында, ауруларға диспансерлік бақылау қажет.

**Асқынған тоқ ішек рагы** көбінесе жедел-тез медициналық көмекті қажет етеді.

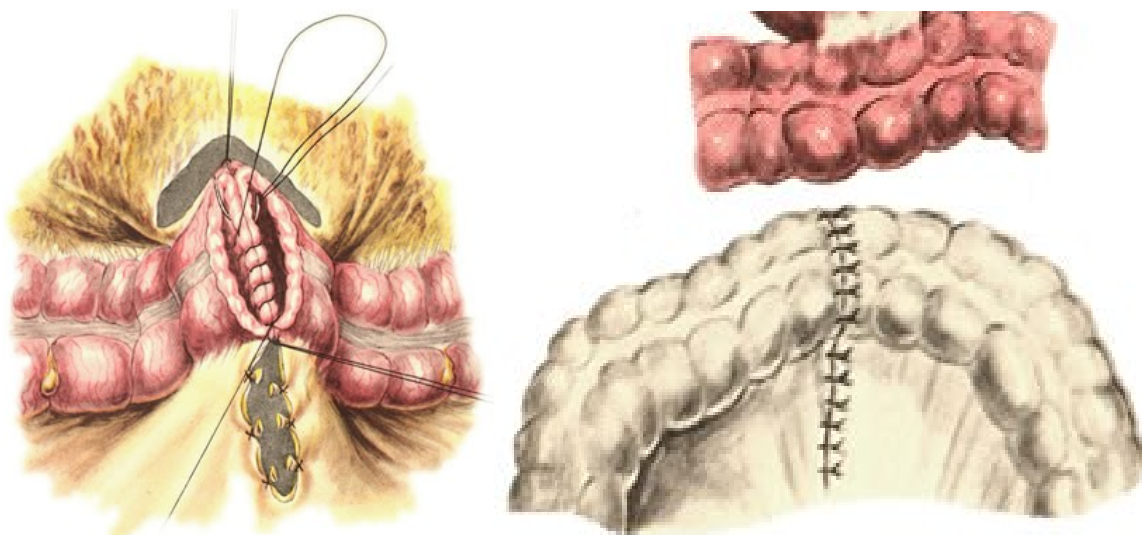
Бұларға жататындар:

1. нәжіс қатып, жүрмей қалуы – тек ішек қуысы бітеліп түйнек болған кезде болады
2. ішектің тесілуі – іш перденің қабынуы қалыптасып, дамуы,
3. ішектен қан кетуі.

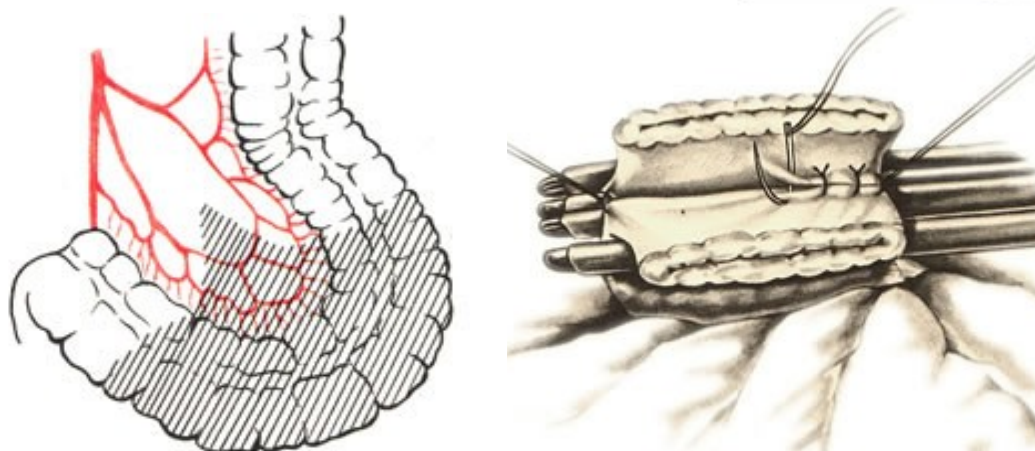
**Нәжіс қату** кезінде хирургиялық әдістің орындалу ережелері өзгереді. Бұл 12-20,0% ауруларда кездеседі. Бұрын мұндай ауруларға екі деңгейдегі операциялар жасалынатын – әуелі тоқ ішектің бітелген жерінің жоғары бөлігіне, көбінде соқыр ішекке, жасанды жыланкөз (цекостома) жасалып, содан соң науқастың жағдайы жасарған кезде ғана операция жасалынатын. Қазіргі кезде бұл тәсіл өзгерді, алдымен 6 сағатқа шейін нәжістің қатуын жойатын консервативті тәсілдер қолданады (клизма, спазмолитиктер,



сусыздық пен уыттанумен күрес – сұйық ерітінділерді ағзаға енгізу, жүрек-қан тамыр, бауыр, бүйрек жүйелерінің жұмыстарын жақсарту т.б.). Егер бұл шаралар көмектеспеген жағдайда (нәжіс жүрмесе) тек сонда ғана операция жасалынады. Сол жақ тоқ ішек рагы асқынса, онда **Гартман операциясына**, ал оң жақтағы ісікте бүкіл ішектің осы бөлігін (гемиколэктомия) алу керек.



A



B

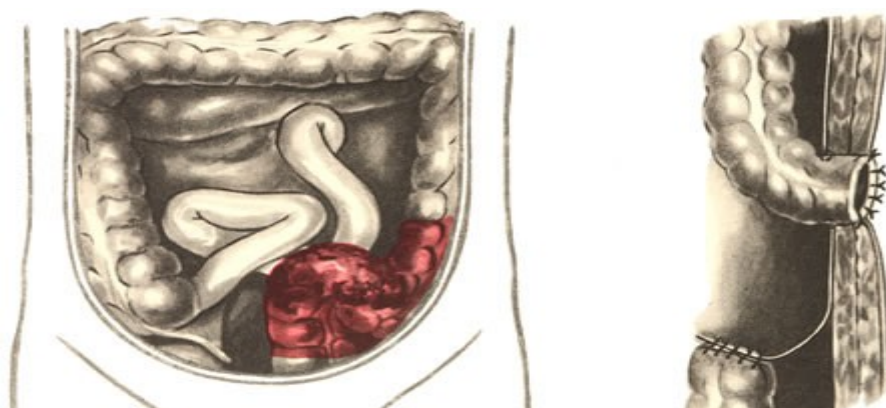
№22- сурет. Тоқ ішекке резекция жасау

A- көлденең ішектің резекциясы B- сигма тәрізді бөлігінің резекциясы

**Гартман операциясы** деп, ісік жатқан ішек бөлігін кесіп алып, төменгі (дистальды) ішек бөлігін жауып, іш қуысында қалдырады да, ал жөғарғы (проксимальды) ішек бөлігін сыртқа шығарып, жасанды жыланкөз (колостома) жасауды айтады (№23- сурет). Қабыну үрдістері толығынан кетіп, аурудың хал-жағдайы жақсарғанан соң, ішек қуысын қайтадан қалыптастыру үшін, проксимальды және дистальды бөлімдерін қайта бір-біріне қосады.

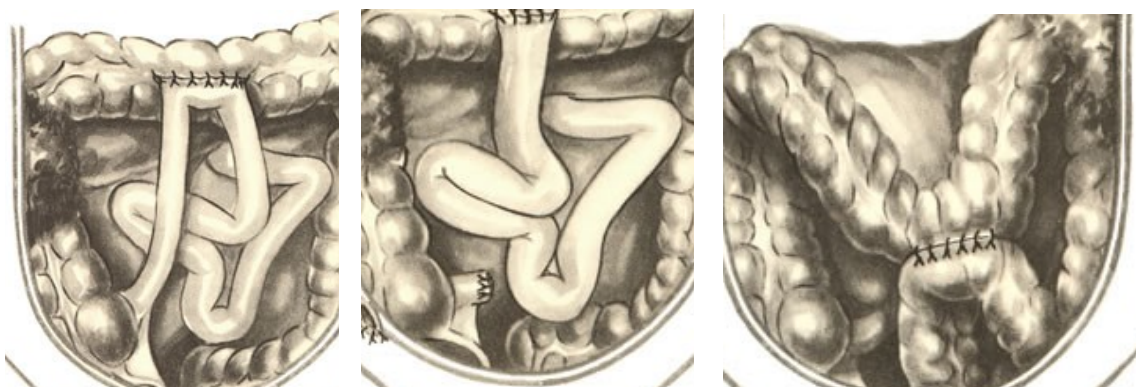
Егер оң жақтағы тоқ ішек рагы асқынса (тесіліп, перитонит болса), онда жеңілдік жасау үшін, жасанды жыланкөз қарастырылады. Оны орындау

кезінде тоқ ішектің проксимальды және дистальды бөліктері бірдей сыртқа шығарылып, біраз мезгілден кейін, аурудың хал-жағдайы жақсарса, сонда ғана олар бірімен-бірі жалғанады.



№23- сурет. Гартман (Hartmann) операциясы

**Паллиативті операциялар** тек ісік асқынып, аурудың хал-жағдайы мүлдем нашарлағанда қолданады. Егер, тіпті, алыстан метастаздар табылып, бірақ ісікті алуға болатын жағдай болса, онда резекция жасалынып (зақымданған жері ғана алынып), кейіннен химиотерапия жүргізіледі. Егер резекцияға жағдай келмесе, онда жасанды жыланкөз жасалынады. Ал кейде, ісік орналасқан тоқ ішектің, жоғарғы және төменгі бөліктері арасына қосушы айналмалы анастомоз салады (№24- сурет), сөйтіп нәжістің ішек ішінде қатырмауды осылай қарастырады.



А

В

С

№24- сурет. Тоқ ішекке жасалынатын паллиативті операциялар  
Илеотрансверзостомия: А- қырынан, В- қырына тік, С- трансверзосигмостомия

**Тоқ ішектің жиекті бөлік рагын сәуле мен химия әдістерін қолдану**

Сәуле әдісі тоқ ішек рагында жеке ем ретінде қолданбайды. Егер ісікке радикалды операция жасау мүмкіншілігі болмаған кездерде (операцияның алдында ісіктің көлемін кішірейту мақсатында немесе рак клеткаларының өсу қабілетін төмендету ретінде және кішкене ұялаған қосымша рак ошақтарын жойу үшін) аталмыш әдіс пайдалануы мүмкін.

Осы мақсатпен қолданған сәуле әдісінен кейін, операция да нәтижелі болады - ісіктің қайталану санын кемиді, сөйтіп бұл іс-әрекет науқастың өмір сүру көрсеткіштерін жақсартады.

**Химиотерапия** дерт асқынған кездерде қолданады немесе операциядан кейін, ісік қайталанған кезде және бөгелме ісіктер пайда болғанда орындалады. Дәрілерден тек 5-фторурацил 20% ауруларға нәтиже береді. Ол лейковоринмен немесе левамизолмен бірге қолданады.

#### **Химиотерапия үлгісі:**

1- вариант.

- 5-фторурацил 425 мг/м<sup>2</sup> қан тамыры арқылы 1-5- күндері,
- Лейковорин 20 мг/м<sup>2</sup> қан тамыры арқылы 1-5- күндері.

Курс бір айдан кейін қайталанып, жарты жыл бойынша жүргізіледі.

2- вариант:

- 5-фторурацил 450 мг/м<sup>2</sup> қан тамыры арқылы 1-5- күндері,
- Лейковорин 50 мг/м<sup>2</sup> қан тамыры арқылы, 3 рет күнге беріледі және 1-3- күндері ішінде орындалады

Курс бір айдан кейін қайталанып (левамизол), ем операциядан кейін бір жыл бойы жүргізіледі.

10-15% ауруларда митомицин-С, платин және нитрозомочевиннің емдік қасиеті байқалады. Кейінгі кездерде жаңа дәрілер: ИФТ, S-1, капецитабин, кампто, томудекс, оксалиплатин қолданылады. Алдыңғы үш дәрілерде емдік көрсеткіш 5-фторурацилге байланысты, осы үшеуі негізгі емдік дәрілерге кіреді.

Химиотерапия ісіктің көлемін кішірейтеді, өмір сүру мерзімді сәл де болса да ұлғайтады, әсіресе, бұл операциямен қосарланып қолданғанда нәтиже жақсарады.

**Биотерапияның** мәні өзіндік вакцина мен моноклональды денелерді (антитела) пайдалануда. Радикальды операциядан кейін сылынған ісіктен **вакцина** жасайды. Әрине, бұл әдіс өте күрделі, әрі өте қымбатқа түседі. Бұдан гөрі тышқандардан алынған моноклональды антителалар (панорекс, эдрекломаб) жеңіл орындалады, бірақ бұл анафилаксиялық реакциясын көп береді. Сондықтан тәжірибеде әлі кеңінен қолданбайды.

#### **Тоқ ішектің бауырдағы бөгелме ісіктерін емдеу**

Тоқ ішек рагы бауырға өте жиі бөгелме ісік береді (№25- сурет), оны ультрадыбыс арқылы анықтауға болады. Тәжірибеде операция үстінде, хирург қолмен, көзбен бауырдағы бөгелме ісіктерді анықтайды, бірақ бұл тоқ ішекке резекция жасауға кедергі болмайды. Кейде, бауырдағы екінші ісік жалғыз болса да, оны сылады. Операциядан кейін ауруға міндетті түрде 5-фторурацил беріледі.

Егер бөгелме ісік ошағы сылуға келмесе, химиотерапия ұсынылады. Кейде бауыр артериясына осы химиялық дәрілер тері арқылы жүргізілуі мүмкін. Бұдан басқа криодеструкция жасалынады, немесе ісікке операция кезінде спиртті енгізеді.

#### **Тоқ ішек рагын емдеу әдістерінің нәтижелері**

Ісік ерте, алғашқы өсу сатысында тыбылып, радикальды операция қолданса, нәтижесі өте жақсы, науқастың 85-100% бес жылдық өмір сүруі мүмкін. Ал, екінші сатысында - тек 30% аурудың өмірін сақтап қалуға болады. Операция жасалынбаған жағдайда емдік нәтиже болмайды; ауру адам жақын арада бөгелме ісіктен немесе асқынудан өлімге ұшырайды. Сәуле, химия әдістері азда болса да, аурудың өмірін ұзартады.



№25- сурет. Тоқ ішек рагының бауырдағы бөгелме ісігі

### **Еңбекке қабілеттілік және реабилитация шаралары**

Еңбекке жарамдылық ісіктің өсу сатысына, қолданған ем әдістеріне, оның нәтижелеріне тікелей байланысты келеді. Жалпы радикальды операциядан кейін ауруларға 1-2 жылға дейін 3-топтық мүгедектік беріледі. Бөгелме ісік пайда болып, ісік қайталанғанда, оларға 2- топтық мүгедектікке, не 1-топқа жатқызылады.

Химиотерапия берілгендерге (ем кезінде) еңбекке жарамсыз болып саналады.

Егер аурудың хал-жағдайы жақсы болса, бөгелме ісік жоқ болып, ісік қайталанбаған жағдайда, онда науқас жеңіл-желпі жұмыстар, кейде тіпті физикалық еңбекте істеуге болады.

**Диспансерлік бақылау** жалпы онкология ережеге сәйкес келеді. Әр 6, 12, 24, 36 айдан кейін ультрадыбыс, колоноскопия, ирригоскопия қажет. Егер мезгілсіз аурудың хал-жағдайы нашарласа, онда диспансерлік тексеру уақытын күтпей ауруды жан-жақты тексеру керек.

Науқаста шағым болмаса, арнайы реабилитациялық шаралар жүргізілмейді. Санаториялық-курорттық емдер асқазан рагына сәйкес болады.

### **Сабак қортындысы:**

1. Тоқ ішектің жиекті бөлік рагы барлық қатерлі ісіктер ішінде Қазақстанда сегізінші орында тұр.
2. Жалпы Қазақстан бойынша тоқ ішектің жиекті бөлік рагының аурушандық орташа көрсеткіші 7,6‰-ке тең болса, ал оның әрбір облыстарында бір қалыпты тармаған.



3. Тоқ ішектің жиекті бөлік рагының ең жоғарғы аурушандық көрсеткіші Қазақстанның Шығыс (13,0%000), Орталық (10,3%000) және Солтүстік (12,1%000) өңірінде және Алматы (11,0%000) мен Астана (7,5%000) қалаларында анықталса, ең төменгі көрсеткіші Оңтүстік (2,9%000) пен Батыс (6,3%000) аймақтарда тіркелген.
4. Тоқ ішектің жиекті бөлік рагының Шығыс аймақтағы аурушандық көрсеткіші, Оңтүстік өңірмен салыстырғанда 4,5 есе артық болған.
5. Бұл айырмашылық сол өлкелердегі этностардың құрамы мен тағамдану ерекшелігіне байланысты.
6. Шығыс, Орталық және Солтүстік аймақтарда жергілікті ұлтың өзіндік салмағы, Оңтүстік және Батыс аймақпен салыстырғанда 2 есеге жуық аз болса, керісінше аурушандық көрсеткіші жоғары аймақтарда басқа еуропалық ұлттар басым болып отыр.
7. Осыған байланысты тағам түрлерінің рөлі айқын көрініп тұр.
8. Бұдан 5-6 жылғымен салыстырғанда тоқ ішектің жиекті бөлік рагының аурушандық көрсеткіші сәлде болса өсуде. Бұл заңдылық еркектерде де, әйелдерде де бірдей сақталады. Әр 10 жасқа өскен сайын ісік 2-3 есе жиіленеді.
9. Жанұясы аурғандардың ішінде, тұқымқуалаушылық үш есе жиі байқалады.
10. Әлеуметтік мәселе де маңызды. Қала тұрғындары ауыл тұрғандарына қарағанда жиі аурады. Бұл мәселе тағамдану ережесіне байланысты.
11. Ісіктің пайда болу себептерінің ішінде, өт қышқылы ерекше орын алады. Нәжісте екінші өт қышқылы мал-жануарлардың майын көп қолданғандықтан болуы мүмкін.
12. Қабылдаған тағамда, дөрекі талшықтар неғұрлым көп болса, ішекті тітіркендіреді, қоздырады, тербелісін жылдамдатады, сондықтан нәжіс тоқтаусыз жүріп, екіншілік өт қышқылының жиналмауына себеп болады да, ісіктің пайда болуына мүмкіншілік туғызбайды.
13. Нақты ісік алды ауруы болып жанұялы түймешіктер саналады, ал нақты емес ісік алды ауруға - жеке дара түрдегі түймешік, ойық жаралы қабыну мен Крон ауруы жатады.
14. Тоқ ішектің жиекті бөлік рагы 90-95% жағдайда түймешіктерден пайда болады.
15. Қауіп-қатерлі топтарға жататындар: ісік алды ауруы барлар, жыныс және сүт бездеріндегі, жатырдағы рак ауруынан емделіп шыққандар, тұқымында тоқ ішек рагы барлар, жамбас қуысына сәуле алғандар, өт қабын алып тастағандар.
16. Тоқ ішектің жиекті бөлік ішінде соқыр және тік ішек жиі рак ауруына шалдығады.
17. Тоқ ішектің жиекті бөлігінің оң жағында көбінесе экзофитті, ал сол жағында-эндофитті ісіктер кездеседі.
18. Тоқ ішектің жиекті бөлігінің оң жағында біткен рагына 5 ең негізгі клиникалық белгілер: ауырсыну сезімі, қан азайуы, тәбеттің жоқтығы, әлсіздік және сипаған кезде анықталынатын ісік түйіні.

19. Сол жақтағы тоқ ішек рагының белгісі негізінде мүше қуысының біртіндеп бітеліп, түйнек белгісімен білінеді және соған байланысты нәжістің жүруі нашарлайды, онда қан көрінеді
20. Тоқ ішектің жиекті бөлігінің рагын анықтаудың негізгі әдісінің бірі рентгенологиялық тексеру, ол кездегі белгілері: ішек қабырғасындағы толу кемістігі, сақина тәріздес мүше қуысының тарылуы және осы жерде ішек қабырғасының қатайуы, толу кемістігі көрінген жердің ортасында барий тұзының қалдығының қалып қойуы және осы жердегі жара жиектерінің бұлтиып шығып тұруы.
21. Тоқ ішектің жиекті бөлігінің рагын тек хирургиялық жолмен толық жазылып шығады: оң жақ және сол жақ орналасуында ішек толығымен сылынады- **гемиколэктомия**, ал сигма және көлденең бөлігіндегі ракта - **резекция** жасалынады
22. Тоқ ішектің жиекті бөлігінің рагында мынадай асқынулар кездеседі: «нәжіс» жүрмей түйнек болуы, қан кетуі, ісік жатқан жердің қабынуы және ішектің тесілуі.
23. Асқынған тоқ ішектің жиекті бөлігінің рагы - оң жағында болса, гемиколэктомия жасалынып, сол жағында болса-Гартман операциясы орындалады.
24. Тоқ ішектің жиекті бөлігінің рагында химиотерапия - 5-фторурацил левамизолмен немесе лейковоринмен қосарланып, қолданады.
25. Тоқ ішектің жиекті бөлігінің рагына радикалды операция жасалса. ісіктің I- сатысында 85-100%, II- сатысында- 70%, ал III-сатысында 30% 5-жыл өмір сүре алады.
26. Операция жасамағандардың санаулысы ғана 5 жыл өмір сүруі мүмкін, бірақ олардың көбісі жақын арада ісіктің асқынуынан қайтыс болады.
27. Тоқ ішектің жиекті бөлігінің рагында алысқы бөгелме ісік өте сирек кездеседі.

### **№11- сабақ -Тік ішек рагы**

**Кіріспе.** Тік ішек көбен көруге қолмен сипауға келетін сыртқы мүшелерге жатады. Оны тексеру оңай, ісік ауруын анықтау үшін сұқ саусақпен тік ішекті көруге болады. Алайда бұл мүше көзбен көруге болатын ағзаларға жатсада, оның қатерлі ісігі 30 % жағдайларда IV-сатысында анықталады. Оның осындай болуында тек екі себеп бар:

- 1- тік ішегі аурған адамдар, ісік ұятты жерде орналасатындығынан дәрігерге кеш көрінеді және оның қызметінің бұзылуына көп көңіл бөле бермейді,
- 2- дәрігерлер тік ішекті саусақпен тексермейді және осының салдарынан, ол тек аурудың мәліметі бойынша басқа хирургиялық аурудың (көтеу) диагноздарын қойып, ұзақ мезгіл емдеуінде.

Тік ішекті хирургиялық емдеу ең күрделі емдеу жолына жатады. Радикальды ем, ісіктің көлеміне, орналасқан жеріне, сатысына және ісіктің көтен қыспағына салыстырмалы (5 см-ден жоғары) қашықтықта пайда болуына тікелей байланысты. Сонымен ісік аз көлемде және ішектің жоғары бөлігінде табылса, онда көтен қыспағы сақталады да, оларды психологиялық,

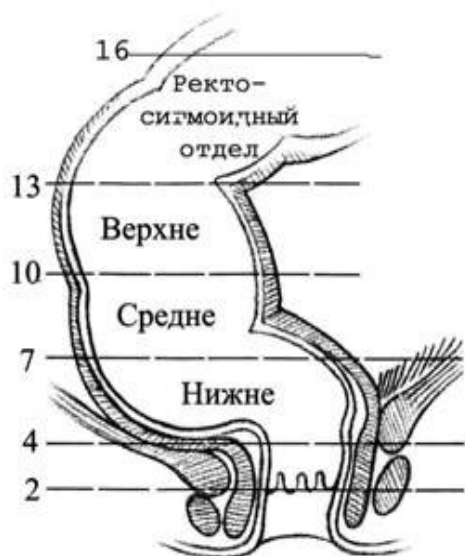
физикалық күйзелістерге аз әкеледі. Ал, ісік ішектің төменгі бөлігінде орналасса және III-өсу сатысында болса және ісік тік ішек қыспағынан 5 см-ден кем жерде орналасса, онда тік ішек түгел сылынып (экстирпация), сол жақ мықын аймағына жасанды жыланкөз салынады. Науқас осындай операциядан кейін, өте ыңғайсыз психологиялық, әлеуметтік күйзелістерге ұшырайды, мәңгі бақи мүгедектікке айналады. Мұндайда туған - туыстарынан үлкен сабырлы шынайы таза көңіл-ой, көмек қажет және жыланкөзді күту, асқындырудан сақтануды және оған дұрыс қарау ережелерін дәрігер науқасқа көрсетіп, бұған қосымша тағамдану ережесін де үйрету керек.

**Иновациялық тәжірибелік** сабақтың негізгі мақсаттары - Тік ішек рагын анықтау үшін, олардың анатомиялық орналасу ерекшеліктерін, физиологиялық қызметтерін, патанатомиялық өзгерістерін, эпидемиологиялық таралуын, клиникалық белгілерінің айырмашылығын, оларды анықтау мен емін, болжамдық көрсеткіштерін және сақтандыру жолдары мен шараларын оқушылардың жетік білуін қамтамасыз ету негізгі мақсат болып саналады.

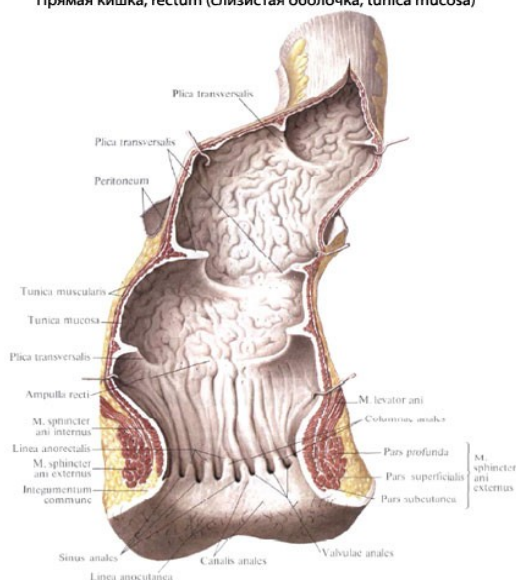
Студент бұл қатерлі ісіктерді анықтау кезінде жұмыстарының нәтижелерін бір-бірімен салыстыра отырып, басқа аурулардан ажырата біліп, клиникалық диагнозды нақты қойып, емдеу жоспарын жасап, оның тиімділігін нақты дәлелдеп, ісіктердің ерте өсу кезеңдерін анықтау үшін тәжірибелік дағдылықтарды меңгеруі керек.

#### **Тік ішектің клиникалық анатомиясы**

Жалпы тік ішектің ұзындығы 15-17 см., жоғары шеті сегізкөздің 3-омыртқасының тұсында орналасқан. Ішекте үш бөлім бар: төменгісі тік ішек каналы (2-3 см), үстіңгісі тікішексигма (ректосигмоид) бөлігі (2-3 см) және ортаңғысы жамбас қуысының кең жері (ампуласы) - 10-13 см-дей. Тік ішектің ампуласы да үшке бөлінеді: жоғарғысы 2-3 см, ортаңғысы - 4-5 см және төменгі -4-5 см. бөліктері болып. Ректосигмоид және анальды (көтен) жағы тар боп келеді (№1- сурет).



Прямая кишка, rectum (слизистая оболочка, tunica mucosa)



№1- сурет. Тік ішектің клиникалық анатомиясы.

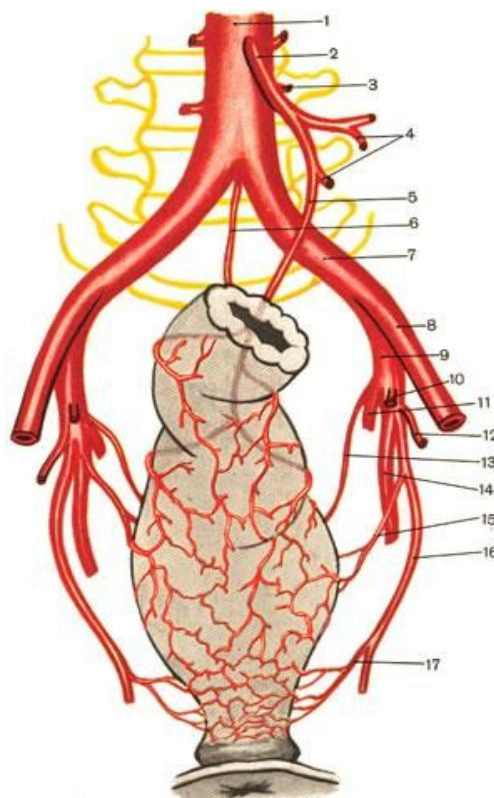
Көтен және сигма жағында орналасқан ісіктер ішек қуысын одан бетер тарылтады, осыған байланысты бұл жерден нәжіс күш түсіріп өтеді.

Ішектің үлкен қуысы (ампула)-кең болғандықтан, көпке дейін ісіктен тарылуы байқалмайды. Ампула бөліктерінің ісікпен зақымдану дәрежесі, болашақ операцияның түріне және көлеміне әсерін тигізеді.

Ректосимойдты бөлім барлық жағынан іш пердемен жабылған, ортаңғы бөлік үш жағынан – алдынан, екі жандарынан; ал төменгі бөлік түгелімен іш пердесінің астында орналасқан.

Қан айналымы әр бөлікте әртүрлі (№2- сурет): жоғары және ортаңғы бөліктері үстіңгі және ортаңғы тік ішек артериясынан қан алады; ал төменгі бөлік (көтен)- төменгі тік ішек артериясынан қан бөледі. Вена тамырлары жоғары жағынан тікелей бауыр қақпасына, ал төменгі бөлікте - төменгі көк тамыр қақпасына құйылады.





№ 2- сурет. Тік ішек қан айналым жүйесінің жобалы кестесі:

1 — aorta abdominalis; 2 — a. mesenterica inferior; 3 — a. colica sinistra; 4 — aa. sigmoideae; 5 — a. rectalis superior; 6 — a. sacralis media; 7 — a. iliaca communis; 8 — a. iliaca externa; 9 — a. iliaca interna; 10 — a. umbilicalis; 11 — a. glutaea superior; 12 — a. obturatoria; 13 — a. sacralis lateralis; 14 — a. glutaea inferior; 15 — a. Tectalis media; 16 — a. pudenda interna; 17 — a. rectalis inferior.

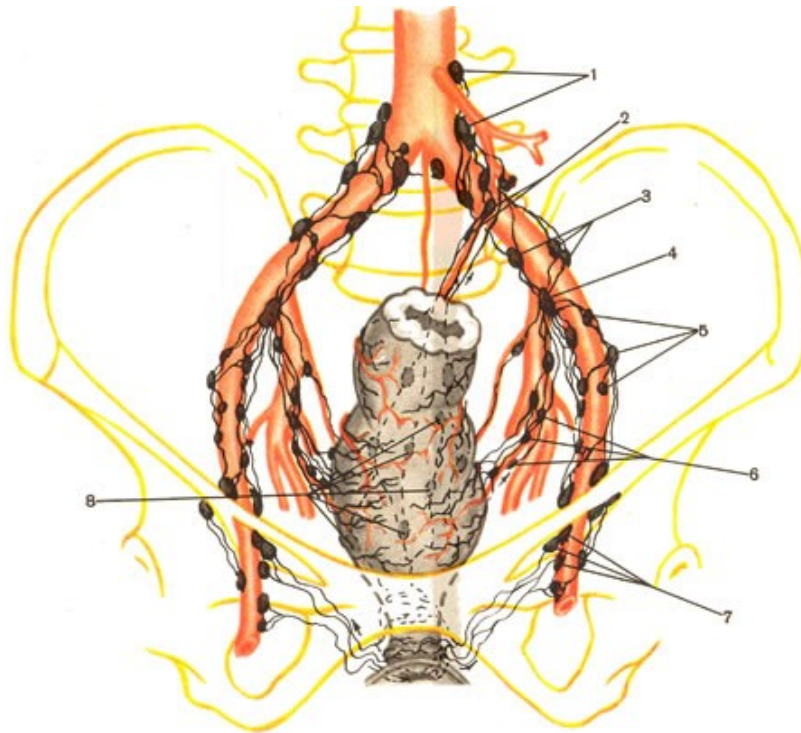
**Лимфа айналымына** тік ішек өте бай (№3- сурет). Лимфа сұйығы екі бағытта жүреді - ампуладан жоғары бағытта іш қуысының артындағы лимфа бездеріне (1-2), ал аналды жағы – іш қуысының артында (3-5), тік ішек айналасына (6) және шап аймағында (7), орналасқан бездерге келеді.

Егер шап бездері үлкейсе міндетті түрде саусақпен тік ішекті көру керек. Ректосигмоидты және ампуладағы рак тік ішек айналасындағы май қабаттары мен іш қуысының артындағы лимфа бездеріне бөгелме ісік берсе, көтендегі рак осы жерлерге және қосымша шап бездеріне де бөгелме ісік береді. Сондықтан тік ішектің төменгі бөлігіндегі рақта міндетті түрде шап бездерін тексерген жөн.

«Тік ішек» деген ат анатомиялық тұрғыдан сәйкес емес, ол негізінде тік емес, қисық боп келеді, Ол сегізкөзбен құймышақтың пішініне қарай, әуелі артқа, ал оның ең ұшында - алдыңғы жаққа иілген. Бұларды ректороманоскопия жасағанда ескеру керек.

#### **Тік ішек рагының эпидемиологиясы.**

Тік ішек рагы - жер шарында көп тараған ісік ауруы, оның жиі кездесетін жерлері Австралия, АҚШ, Канада, Израиль, кейбір Еуропа елдері, соның ішінде Ресейде де бар. Тік ішек рагы, Ресейде барлық қатерлі ісіктердің 6,0% құрайды. Еркектерде 1,5 есе жиі байқалады. Жалпы Орта Азия елдері бұл аурумен сирек зақымданады.



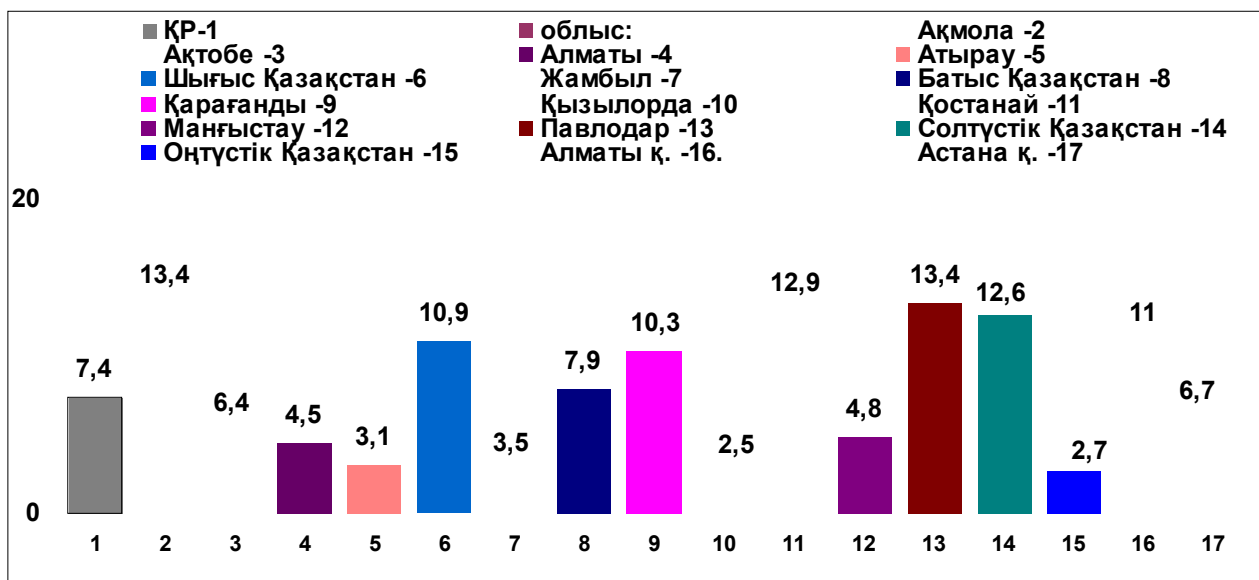
№ 3- сурет. Тік ішек лимфа айналым жүйесінің жобалы кестесі.

Республика бойынша (№4-сурет) орта есеппен (2006-2012 жж.) тік ішек рагының аурушандық көрсеткіші – 7,4‰ тең болса, бұл деңгейден асып түсетін облыстарға: Қарағанды (10,3‰), Шығыс Қазақстан (10,9‰), Солтүстік Қазақстан (12,6‰), Қостанай (12,9‰), Ақмола (13,4‰) және Павлодар (13,4‰) облыстары жатады.

Төменгі деңгейдегі көрсеткіштерді Қызылорда (2,5‰), Оңтүстік Қазақстан (2,7‰), Жамбыл (3,5‰), Алматы (4,5‰) және Маңғыстау (4,8‰) облыстары қалыптастырады. Сонымен қатар Алматы қалаласындағы тік ішек рагының орташа аурушандық көрсеткіші 11,0‰ тең болса, ол – Астанамен (6,7‰) салыстырғанда 1,6 есе жоғары болған.

Қазақстан аймақтары бойынша тік ішек рагының орташа аурушандық көрсеткіші де біркелкі емес (№5-сурет). Ең жоғарғы аурушандық көрсеткіш Орталық (9,4‰), Шығыс (12,2‰) және Солтүстік (12,7‰) аймақтарда анықталса, ал ең төменгі көрсеткіші Оңтүстік өңірде (3,3‰) тіркелген. Оңтүстік өңірдегі елдердің тік ішек рагымен аурушандық көрсеткіші, басқа Қазақстан аймақтарымен салыстырғанда 3 есе аз. Ресейде де, Қазақстанда да тік ішек рагымен ауырған адам саны кейінгі жылдарда сәл де болса өсуде.

Сонымен жоғарғыда көрсетілген тік ішектің Қазақстанда таралу өзгешілігіне сүйене отырып, жергілікті қазақтар көп орналасқан аймақта тік ішек рагы, басқа өңірімен салыстырғанда сирек кездесетіні анықталып отыр. Бұл жерде Қазақстан аумағында тұратын әрбір этносты топтардың тағам ерекшелігіне байланыстығы күмән тудырмайды. Бұл мәселе терең ғылыми зерттеуді қажет етеді.



№4- сурет. Тік ішек рагының Қазақстан облыстары бойынша орташа аурушаңдық көрсеткіші (2006-2012 жж.)



№5- сурет. Тік ішек рагының Қазақстан аймақтары бойынша орташа аурушаңдық көрсеткіші (2006-2012 жж.)

Тік ішек рагы адам жас өскен сайын, оның меншікті үлесімен аурушаңдық көрсеткіші де өседі. 70-тен асқандарда, 40-49-дағыларға карағанда, ісік 10 есе сирек анықталынады.

Тік ішектің өлім-жітім көрсеткіші Қазақстанда 2011 жылы - 4,5%ооо-ке тең болса, аурушаңдық көрсеткіші -7,5%ооо болды. Тік ішек рагы, барлық қатерлі ісіктен өлген адамдардың ішінде 7- орнында алып тұр. Өлімнің ең көбі Солтүстік, Орталық және Шығыс аймақтарында орналасқан облыстарда кездеседі. Өлім-жітім деңгейі 2000 жылмен салыстырғанда (5,2%ооо) барлық қатерлі ісіктердегі өлім жөнінен 5-орыннан 7-орынға (2011ж) көшті. Тік ішек рагын қоздырғыш себептер тоқ ішектің жиекті бөлігінен айырмашылық жоқ.

Нақты ісік алды ауруына жанұялы **түймешіктер** жатса, нақты емеске безді **түймешік** жатады. Ойық жаралы тоқ ішектің қабынуы, Крон ауруы, ірінді жыланкөздер, рак ауруына сирек ұшыратады.

Сақтандыру шараларына- дұрыс тағамдану, соның ішінде, майлы, талшықтары көп тағам, нәжістің дұрыс жүруіне ықпал етеді.

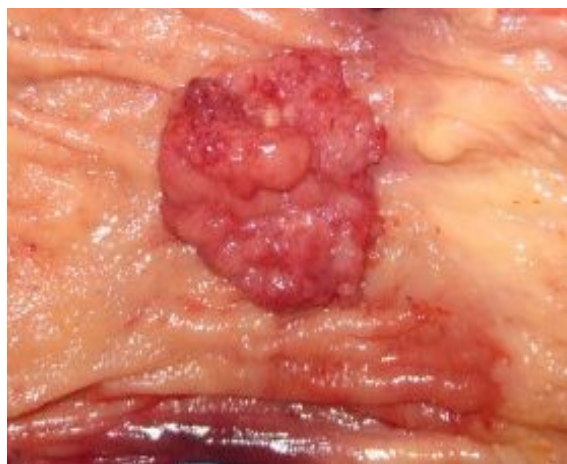
#### **Тік ішек рагының патологиялық анатомиясы**

**Тік ішектің рагы** 80-85,0% жағдайда ампуласында орналасады да, оның ортасында-30-35,0%; төменгі бөлігінде- 25-35,0%, ал жоғарғысында-20-25,0% және ректосигмоидты жерінде-10-15,0%. Көтен аймағында-3-4,0% кездесе, -2-12,0% ауруларда бірден тік ішектің бірнеше жерінде пайда болады.

Патанатомиялық түріне сәйкес экзофитті (№6 суреттер), эндофитті (№7- сурет), және аралас (№8- сурет), болып келеді. Көбінесе экзофитті түрде, сақина сияқты қуысты қысып қалады, немесе ойық жаралы болады - оның жағалары білеуленіп тұрады.

Тік ішектегі ісік жиі ыдырайды, ол кезде оның ортасы терең ойық жараға айналады («табақша тәрізді рак»). Ал жайылмалы ойық жара көтен маңайында жиі болады.

Морфологиялық түрлерінде 90,0% ісік безді рак, оның клеткасы әртүрлі деңгейде пісіп- жетілген, ал 10,0% жағдайда ісік тінді, шырышты, жайылма клеткалы, пісіп-жетілмеген және дәнекер тінді болып келеді. Жайылма клеткалы түрі көтен аймағында орналасады.



А



Б

№6- сурет. Тік ішектің экзофитті түмешік (А) және табақша (Б) тәрізді рагы

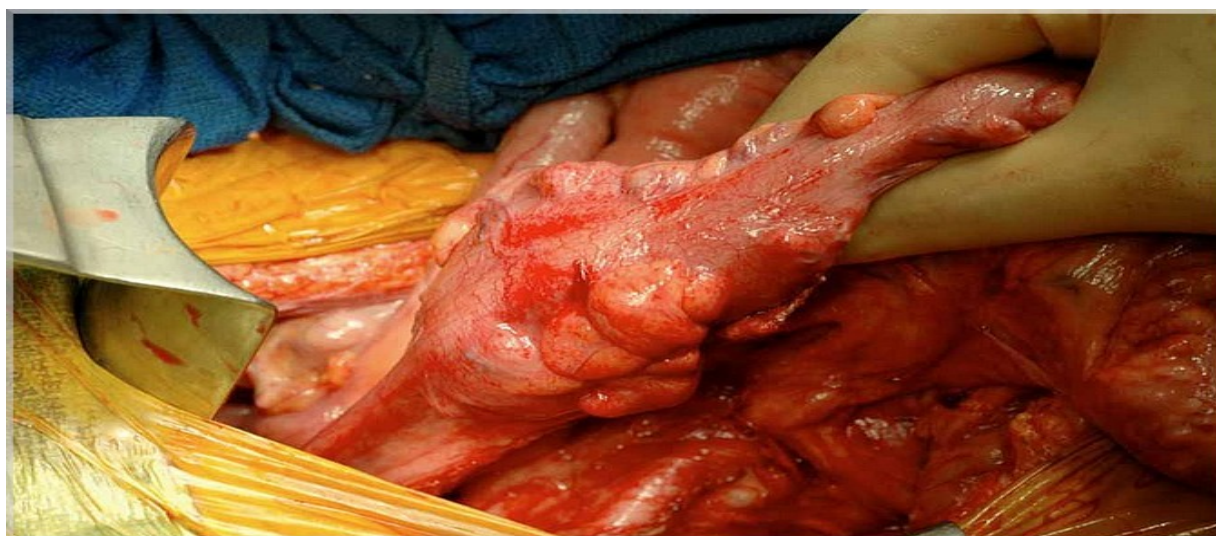
**Тік ішектің** ампуласының жоғарғы жағы және ректосигмоидты бөлігінде орналасқан рак ішек қабырғасымен көлденең бағытта өседі. Осылай өсудің нәтижесінде эндофитті ісіктер ректосигмоидты бөлімде сақина тәріздес қысып, ішек қуысын бітеп, нәжістің қатуына мүмкіндік тудырады, ал ісік түйінінің көрініп тұрған шекарасынан ісік клеткалары 2-4 см-ге дейін арақашықтыққа тарайды. Рак эндофитті өскен кезде және ішектің барлық қабаттары түгел зақымданған кезде оның клеткалары бұдан да қашық жерге жайылуы мүмкін. Тікелей көрші сау ұлпаға (тінге) көшу



жолымен ісік тік ішектен шығып, оның айналасындағы май қабатын, не көрші мүшеге өтеді. Сонымен ісік тік ішектің алдыңғы жағында орналасса, әйелдерде қынаптың артына, еркектерде - қуықасты безге, ұрық жолдарына, ал жоғарғы бөлігінде орналасқан ісікте - қуық, жатыр, іш пердені зақымдайды.



№7- сурет. Тік ішектің эндофитті жайылмалы рагы



№ 8- сурет. Тік ішектің аралас рагы

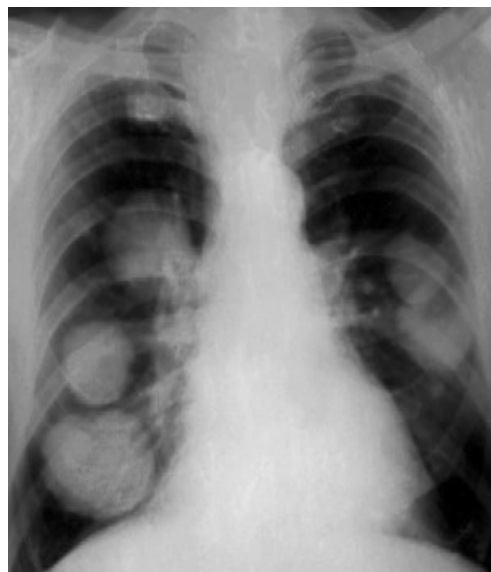
Ісік мүшенің ортасында, не жоғары жағында жатса, лимфа арқылы бөгелме ісік, жоғарғы тік ішек артериясының бойымен жоғарғы тік ішек лимфа бездеріне тарап, одан әрі қарай - іш перденің артындағы лимфа бездеріне жетеді. Төменгі бөлікте орналасқан ісікте, ортаңғы тік ішек артериясының бойымен жоғары жамбас лимфа жүйесі мен, жамбас қуысындағы бездерге таралады, немесе төменгі тік ішек артериясы арқылы шап бездеріне жетеді.

Бөгелме ісіктердің жиілігі ісік түйінінің түріне, морфологиялық құрылысына, ісіктің дамуына тікелей байланысты. Жалпы бөгелме ісіктер науқастардың 30-60,0% анықталады.

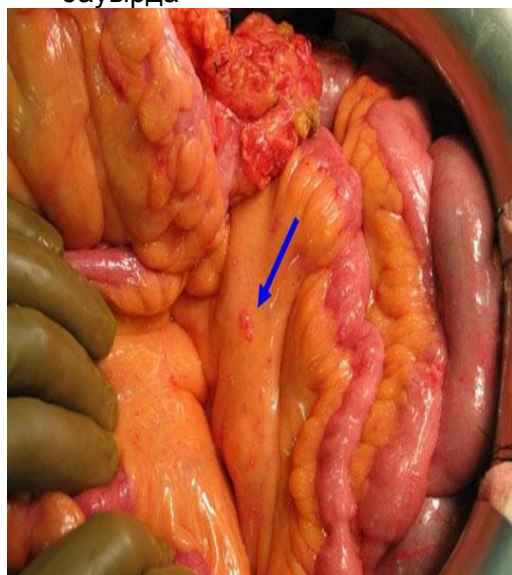
Қан арқылы бөгелме ісіктер бауырда жиі кездесіп, сирек жағдайда іш қабатында, өкпеде, сүйекте т.б. мүшелерде байқалады (№9- сурет).



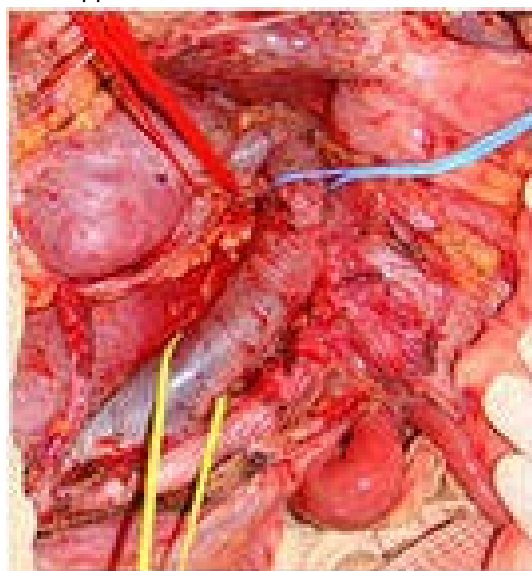
бауырда



өкпеде



іш перде де (стрелка)



қолқа айналасында

№ 9- сурет. Тік ішек рагының алысқы бөгелме ісіктері

### Тік ішек рагының өсу сатысы (№10- сурет).

I- сатысы, ісік, шырышты қабатының беті мен астында, ішек шеңберінің жартысын қамтиды, бөгелме ісігі жоқ.

II- сатысы, ісік, шырышты қабатынан бұлшық етке жеткен, ішектің жартысынан артық жер зақымданған, бөгелме ісігі жоқ (II-а), немесе осындай ісік, аймақтық бір-екі лимфа бездері зақымдалған (II-б).

III- сатысы, ісік, мүшені тұтас зақымдаған, көрші мүшелермен байланыста болып, көптеген лимфа бездерінде бөгелме ісік бар.

IV- сатысы, үлкен қозғалмайтын ісік, көрші мүшелерде ісіктің екінші ұясы бар және осындай жағдай басқа да мүшелерден анықталынады.

Шет елдерде қазір Dukes жіктеуі қабылданған, ол бойынша:

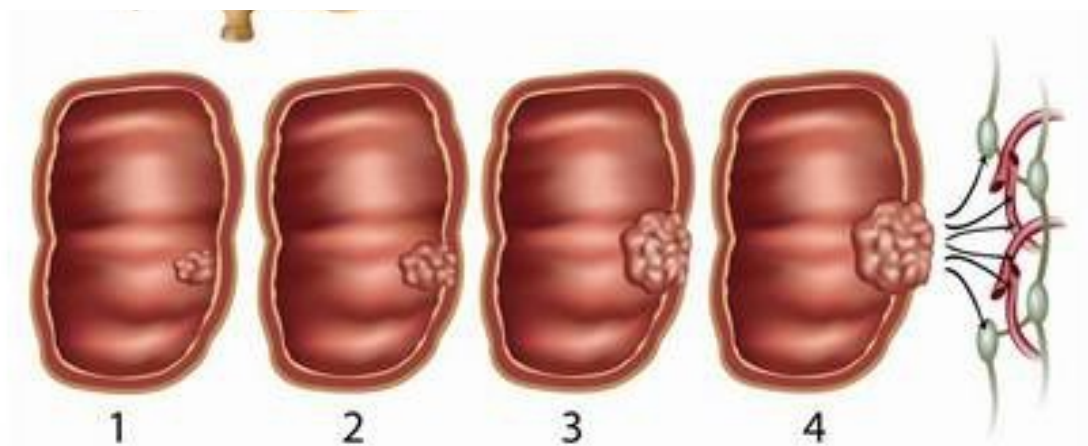
**А өсу дәрежесі** - ісік мүшеден тыс шықпаған, шырышты қабатта, немесе оның астында орналасқан, бөгелме ісік жоқ,

**В өсу дәрежесі** - ісік мүшенің барлық қабаттарын зақымдаған, бірақ бөгелме ісік жоқ,

**С өсу дәрежесі** - ішектің қабырғаларынан тыс, лимфа бездерінде бөгелме ісік бар,

**Д өсу өсу дәрежесі** - алыстағы мүшелерде бөгелме ісік бар.

Қазіргі таңда бұлардан басқа халықаралық жіктеу қабылданған (TNM) ол түгел тоқ ішектің жиекті бөлігінің рагындай.



№11- сурет. Тік ішек рагының даму сатысы.

### **Тік ішек рагының ХАЖ-10 бойынша таңбалануы:**

**C20** -Тік ішектің қатерлі ісігі

**C21** - Тік ішектің артқы тесігінің қатерлі ісігі [анустың] және анальды түтіктің

**C21.0** -Артқы тесікте орналасуы анықталмаған

Бұған жатпайтындар:

Анальды түтік:

- терісі (C43.5, C44.5)
- шеті (C43.5, C44.5)
- анальды тесік айналасындағы терісі (C43.5, C44.5)

**C21.1** - Анальды түтік

**C21.2** - Клоаколық аймақ

**C21.8** - Тік ішектің зақымдануы, артқы тесік [анус] және анальды түтік, осы көрсетілген бір не бірнеше аймақ шекарасынан асық зақымдануы

### **Тік ішек рагының клиникалық белгілері**

Тік ішек рагының жалпы клиникалық белгілері төрт топқа бөлінеді:

1. **Патологиялық шығынды** - қан, шырышты сірне және ірің. Бұлар экзофитті ісіктерде басымырақ көрінеді. Ең негізгісі- **қанның** (85,0%) нәжісте болуы. Қанның көптігі соншалықты ол қан кетуге әкеліп соғады. Алғашқыда, қан үлкен дәреттің алдында тамшылап, оның түсі алқызыл

нәжіспен араласпайды. Ал кейде, шырышты сулы сірнеме араласады, өте сирек жағдайда ірінді қан болуы мүмкін, ол кезде жағымсыз сасық иіс пайда болады.

Сонымен нәжістегі бір рет көрінген қан, әр уақытта тік ішек ісігіне күдік туғызады. Ал ісік көзі ішектің жоғары бөлігінде болған сайын, қаннан бөлек шырышты сірнелі жиі кездесіп, 30% ауруларда анықталады.

Рак жарасынын ыдырауынан, тік ішек шығындысы, әр уақытта жағымсыз иісті **ірің-** болып келеді.

**Мүше қызметінің бұзылуы** рак ауруында біркелкі келмейді. Ол ішектен шыққан нәжістің ретсіз жүруімен және оның пішінінің өзгеруімен анықталса, 20,0% ауруларда нәжістің тоқтауы байқалады. Сонымен ұзақ уақыт тоқталып, жиналып қалған нәжіс, сыртқа көп мөдшерде шығады және өте жағымсыз иісті болады. Кейбір кезде ішек нәжістен толық босамайды, адам үлкен дәретке отырғысы келіп тұрғанмен, нәжіс толық сыртқа шықпайды.

Ісік ректосигмоидты бөлікте орналасса. іштегі нәжістің қатуы 2-4,0% жағдайда кездеседі. Тік ішек рагында іш өту, іш қатудан гөрі сирек байқалынады, оны тоқтату өте қиын болады. Кейде іш өту, іш қатумен қосарланып жүреді. Науқасты үлкен дәрет тартып тұрғандықтан, көбінесе «жалған іш өту» сезімі болып, шығындыда қан мен шырышты сұйық сірне өте аз кездеседі.

Нәжістің жалпы пішіні тік ішек рагында сирек өзгереді, ол жан-жағынан қысылған, жуан жіп, немесе бөлек-бөлек құмалақ сияқты болуы мүмкін. Сирек болса да осындай нәжістің ұзақ уақыттағы көрінісі, әр уақытта, раққа күдік туғызуы мүмкіндігін ескерген жөн. Сондықтан себепсіз іш өту, немесе қату және нәжістегі өзгерістер міндетті түрде арнайы тексерулерді қажет етеді.

Тік ішек рагында ауырсыну сезімі, ол ішектің барлық қабаты зақымданғанда білініп, өте кеш байқалады,. Бұл кезде ауырсыну нақты, тиянақты сезіледі және ол үлкен дәрет кезінде күшейіп, құймышақ пен «сегіз көзге», немесе іштің төменгі жақтарына беріледі. Аналды рақтың алғашқы өсу кезеңдерінде бірінші ауырсыну сезімі білінеді, ол үлкен дәрет кезінде қатты мазалайды. Науқастың хал-ахуалы ісіктің алғашқы кезеңдерінде еш уақытта өзгермейді, тек кейіннен барып, 20% аурулардың дене салмағы төмендеп, қан азайу да білінеді.

Тік ішек рагын басқа аурулардан ажырату онша қиын емес.

Біріншіден нәжістегі қанның көрінуі – көтеуде, ішек жарылғанда, жарақаттанғанда да пайда болады.

Екіншіден қабыну аурулары да (тышқак, ойық жаралы проктит) осы белгіні береді.

Үшіншіден қатерсіз ісік- тік ішек түймешіктері – тітіркеніп, жараланған кезде нәжісте қанның көрінуі байқалады.

Көтеу кезінде нәжісте қан үлкен дәреттің соңында көрінеді, бірақ ол рак ауруымен қосарланып жүруі мүмкін. Мұндайда оларды ажырату қиынға соғады.



Тік ішектің жарылуы, зақымдануы үлкен дәрет кезінде қатты, «күйдіргі ауырсыну сезімін» туғызады.

Жедел проктит пен тышқақта – іш өту, шырышты сірне шығу, кейде азырақ қан кетуі, үлкен дәретке жиі-жиі отыру белгілері байқалып, олар науқасты жиі мазалайды. Бірақ осылардың бәрі рак ауруында болатындықтан арнайы онкологиялық бағытта тексеруді: ректороманоскопия, саусақпен тік ішекті көру, ирригоскопияны жасау диагнозды дәл анықтауға негізгі себеп болады.

### **Тік ішек рагының диагностикасы**

Тік ішек рагына күдік туғанда ең алдымен мына тексерулерді орындау керек.

Олар:

- сыртартқысын жинау,
- қанды жалпы сараптау,
- өкпені рентгенге түсіру (флюорография),
- тік ішекті саусақпен көру,
- ректороманоскопияны жүргізу,
- ирригоскопия жасау.
- ұрықтық-рак-антигенін тексеру міндетті емес.

**Сыртартқысын жинау.** Аурудың даму тарихымен таныс қанда ерекше көңілді «қауіп-қатерлі» белгілерге бөлу қажет, олардың біліну мезгілдеріне, тұрақтылығына, реттілігіне маңызды сипат беру керек. Тік ішек рагына клиникалық көріністердің ұзақ уақыт (апта, ай санап) болуы тән, тіпті, олардың бір-ақ рет болып, содан кейін көрінбей кетсе де.

Көтеу және басқа да қабыну аурулары қосарланып келсе, онда аурудың шағымы, өтініші өзгеретіндігіне күмән келтіруге болмайды, тек мұқият анықтау керек.

**Тік ішек рагына қауіп-қатерлі белгілерге мыналар жатады:**

- нәжісте қанның болуы, тіпті, ол бір-ақ рет көрінсе де,
- тұрақты іш тоқтап, немесе оның іш өтумен алмасуы, сол кезде өте жағымсыз иісті нәжістің шығуы,
- үлкен дәреттің толық емес жартылай орындалуы,
- нәжістің көлемі мен пішінінің өзгеруі,
- жамбас қуысында ауырсыну сезімнің қалыптасуы.

Осы көрсетілгендердің біреуі болса, онда тік ішек міндетті түрде саусақпен тексерілу қажет. Тік ішекті саусақпен көру, оның кез келген ауруында қолданатын ең керекті дәрігерлік іс-әрекет. Оны орындау үшін тік ішекті бес бағытта қарау керек: адамды шалқасына, оң және сол қырына жатқызып, одан соң төрт тағандатып (шынтак пен тізені тіреп) және жартылай отырғызып саусақпен көру керек.. Кейінгі жағдайда тік ішектегі ісік сәл де болса төмендеп, көтеннен 8-9 см қашықтықта орналасуы мүмкін.

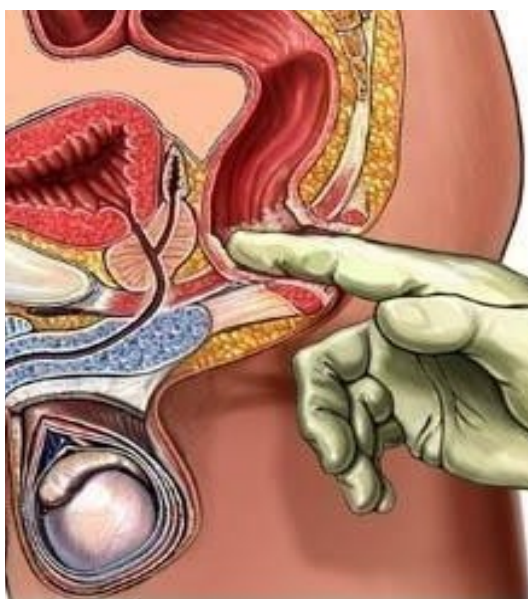
Саусақпен көру кезінде (11- сурет), резенке қолғап киіп, сұқ саусаққа май жағылады да, ол тік ішекке артқы тесіктен енгізіледі. Саусақты айналдырып ішектің ішкі қабырғасын сипайды. Қалыпты жағдайда ол



жұмсақ келеді, еш жерде қатайған түйін немесе қуысқа қарай шығып тұрған өсінді болмайды.

Тексеру кезінде саусақпен қатты бір өспе, не түйін анықталса, онда бірден тік ішек ісігіне күдіктену керек. Ісік түйіні ауырмайды, қозғалысы тежелген, тегіс емес, жағалары бұлтылып білеуленіп тұрады. Тексерудің соңында, сұқ саусақта міндетті түрде қан болады. Сондықтан осы тәсіл тік ішектің кез келген ауруында қолданылады. Бұл тәсілсіз, тек сыртартқы арқылы диагноз қою - мүлдем қате болып саналады.

**Ректороманоскопия** - тік ішек ауруларында қолданатын ең негізгі диагностикалық тәсіл (№12- сурет А,Б). Аспапты қолданар алдында ауру адам екі рет тазалау клизмасы (кешке және ертеңмен тексеруден 1,5-2 сағат бұрын) жасалынады.



№11- сурет. Тік ішекті саусақпен тексеру.



тік ішек айнасы

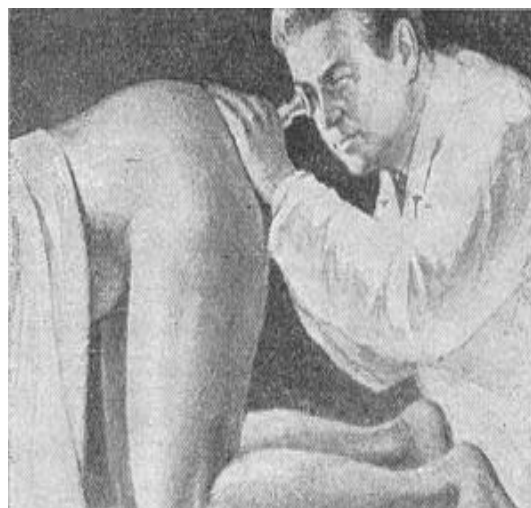
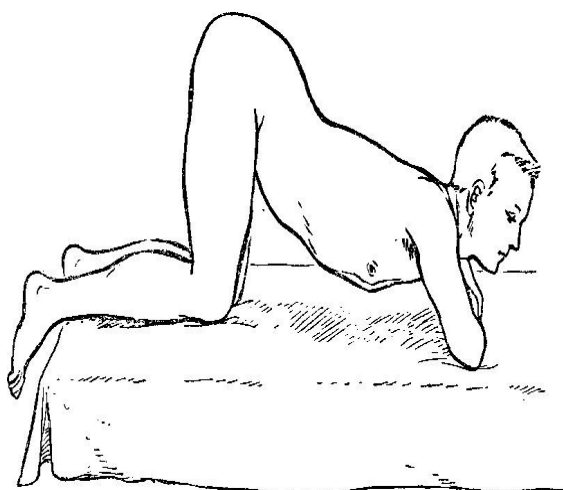


ректоскоп

№12- сурет А. Тік ішекті тексеретін негізгі аппараттар

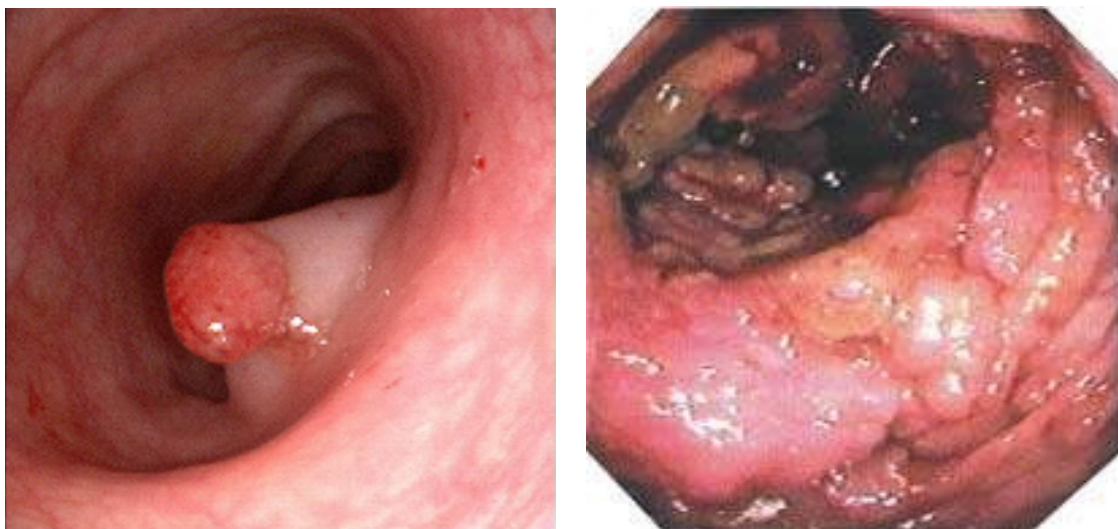
Науқасты екбетімен тізе мен шынтақты тіреп, сәл белін бүгіп жатқызады. Аспаптың ішекке кіретін жағын (тубусын) вазелинмен майлап, артқы тесік арқылы 5-6 см жерге кіргізеді. Осыдан кейін тубустың ішіндегі бітегіш (обураторды) алынып, оған көзбен қарайтын әйнек (окуляр) кіргізіледі; аспапты жарық көзіне қосып, жарық беріліп, көзбен бақылай отырып, оны ақырын жәйлап, 25-30 см-ге дейін ішек қуысына енгізеді. Аспапты ішек ішімен зақымдамай жоғары енгізу кезінде, әуелі резенке балон арқылы, ішек қуысына жел жіберіп, оның қабырғаларын керіп, бақылауға мүмкіндік тудырады. Аспаптың түтігі тік ішектің иірімдеріне сәйкес алдымен аналды бөлімнен өткен соң, сәл жоғары көтеріліп, көлденең бағытқа жетіп, 15-17 см-ден кейін, солға қарай бұрып, қарағанда ректосигмоид бөлімі көрінеді.

Тік ішек қуысы - аспапты жоғары енгізу кезінде және оны ішектен шығарарда - екі рет көріледі.



№12- сурет Б. Тік ішекті ректоскоппен қарау.

Ректороманоскопия кезінде көзге ішек қуысында экзофитті немесе эндофитті ісік байқалса (№13- сурет), ол ақшыл - қызғылт түсті, ыдыраған ұлпасы болса- жұмсақтау, ал ыдырамаса - қатты ойық жара, беті іріңді қабықпен жабылған, түрткен кезде тез қанайды. Ойық жара, табақша тәріздес келіп, жағалары тегіс емес, беті адыр-бұдыр болады. Ойық жарадан арнайы тістегіш құралмен (хонкотом) ет кесіп, немесе щеткамен оның бетінен жақпа алынады. Кесілген жер қанаса, оны тоқтату үшін, сол жерді ұзын қысқышпен ұсталған дәкемен біраз басу керек, ал қан тоқтамаса, электр тогымен ол жер күйдіріледі.



№13- сурет. Тік ішек рагының эндоскопиялық көрінісі.

Жараның ортасынан ет кесіп алуға болмайды, себебі ісіктің ортасы өліеттеніп, ыдырайды, оны зерттегенде еш нәрсе табылмайды, сондықтан биопсияны жараның шеткі жағасынан алу керек. Кесілген заттың көлемі 1,0 см-ден кем болмауы керек (хонкотомның қасығы толу керек), одан төмен болса, онда зерттеу кезінде одан ісікке тән клеткаларды табу мүмкін болмайды. Кейде ісіктің бірнеше жерінен биопсия алуға тұра келеді.

**Ирригоскопия**- тік ішекті рентгенмен тексеру, ол ішек қуысына барий тұзын енгізу арқылы орындалады. Рентгенограммада ішек қабырғасында толу кемістігі, немесе оның тегістігінің бұзылғаны көрінеді.

**Қосымша диагностикалық әдістерге** ультрадыбыстық тексеру және компьютерлік томография кіреді. Бұлар ісіктің өсу сатысын анықтау және сол арқылы нәтижелі емдік жоспар жасау үшін қажет.

Тік ішек рагын ерте анықтау жүйесіне скринингті тәсіл жатады, соның ішінде, тік ішекті саусақпен қарау мен гемокулт-тестті жүргізу. Тік ішекті саусақпен қарау емханалардың көру бөлмесінде, 45 жастан асқан және қауіп-қатерлі топтағы адамдар арасында жүргізіледі.

Қауіп-қатерлі топтарға: тұқымында тоқ ішек рагымен ауырып, емделгендер, ішектерінде түймешіктері барлар жатады. Оларды әр жылда бір рет саусақпен тік ішекті тексерумен қатар, әр 5 жылда бір рет колоноскопия жасап отыру керек.

Жоспарлы түрде скрининг тәсілі, гемокульттест арқылы жүргізіліп отырылса, әр 1000 адамның 2-4 нен қатерлі ісіктің алғашқы сатылары табылуы мүмкін.

### **Тік ішек рагын емдеу әдістері** **Хирургиялық әдіс**

Тік ішек рагында жалғыз радикалды ем қатарына хирургиялық әдіс жатады. Сәуле және химия әдістері паллиативті әсер етеді, сондықтан олар операцияға қосымша ем ретінде қолданылады. Тік ішектің аналды бөлік рагының I-II өсу сатысында сәулемен емдеу ең тиімді болып саналады.

Радикалды операциялардың түрлері көп, оларды жоспарлау ісіктің сатысына және орналасқан жеріне байланысты. Жалпы операция жасауды

жоспарлау кезінде, тік ішектің қыспағынан ісік шеті 5 см-ден жоғары болуы тиіс, бұл қағида қыспақты сақтап, не оны сылып тастауға негіз болады.

Сонымен, тік ішек рагы ертерек анықталып және ол неғұрлым жоғары орналасқан кезде, физиологиялық тұрғыдан өте тиімді, 3 түрлі операциялар қолданылуы мүмкін.

Олар:

1. алдыңғы резекция,
2. тік ішекті төмен түсіріп жасайтын іш-аналды резекциясы,
3. іш-аралық экстирпациясы

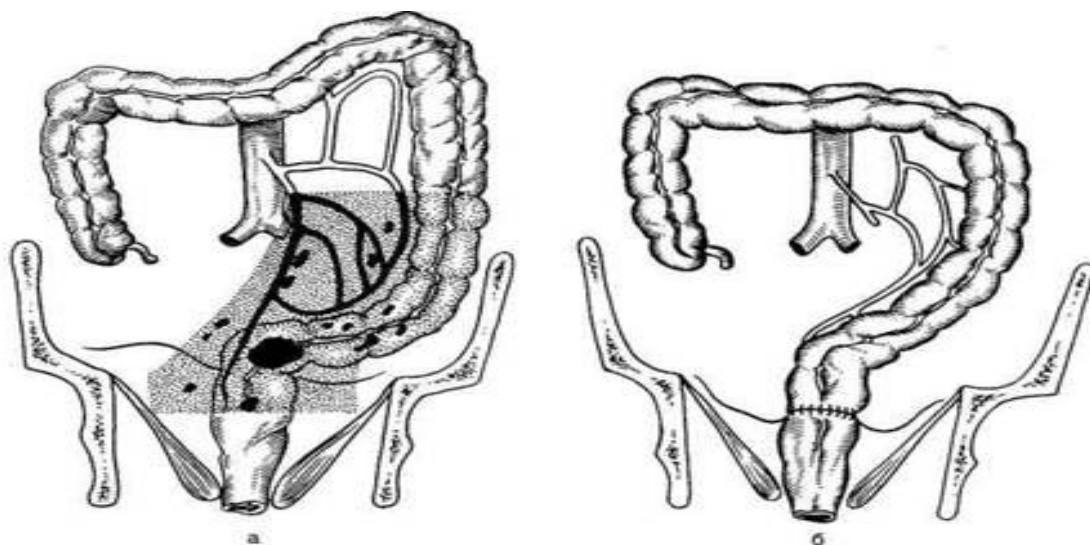
Бұл операциялардың барлығына ең керекті көрсеткіш - ісіктің орналасқан жері және алдын-ала ішті жарып тексеру, тік ішекті және сигманы даярлау

1- **тік ішекке алдыңғы резекция жасаудың мәні** – анықталған ісік шекарасынан санағанда, зақымдаған жерден жоғары және төмен 5 см қашықтықта кесіп, ісікті алу, қалған проксималды және дисталды бөліктерді бір-бірімен қосып, тік анастомоз салу. Бұл операция, ісік аналды тесіктің қыспағынан ең азы 10-12см-жоғары орналасқанда орындалады (№14- сурет).

2- **тік ішекті төмен түсіріп жасайтын іш-аналды резекциясы.** Оны орындау үшін, ісік аналды тесіктен 4-12 см қашықтықта болуы шарт.

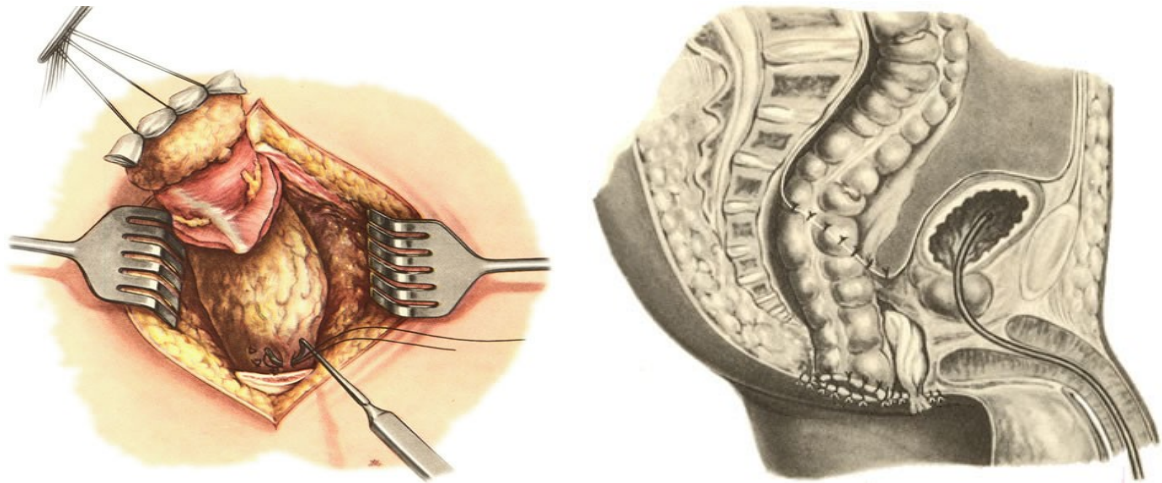
1- кезеңде, іш қуысы жағынан, сигма мен тік ішек орналасқан жерінен босатылып, төмен түсіріледі, содан соң іш қуысы іш пердемен бітеледі.

2- кезеңде, операция аралық аймақта жүргізіледі. Көтен қыспағын саусақтармен созып, кеңейтеді, бірақ қыспақ кесілмей сақталады, содан соң осы кеңіген қыспақ арқылы сигма мен тік ішек жоғарыдан төмен түсіріліп, сыртқа шығарылады. Ісіктің жоғарғы шекарасынан 5-6 см қашықтықта ішек кесіліп, ісікпен бірге алынады, сөйтіп кесілген жер көтен қыспағына тігіледі (№15- сурет).



№14- сурет. Тік ішекке алдыңғы резекция жасау жобалық кестесі:  
а- резекция көлемі, б –тік ішекпен сигма аралық анастомоз.



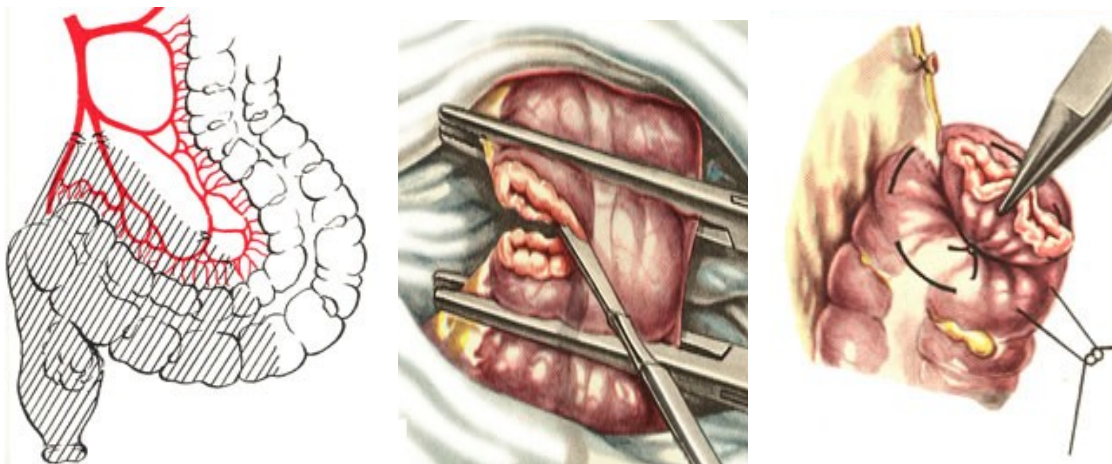


№15- сурет. Тік ішекке шап аралық ампутациясы, сигма тәрізді ішекті төмен түсіру әдісі.

3- **іш-аралық экстирпациясы**, ісік аналды қыспақтан 4 см-ден жоғары орналасқанда орындалады.

1- кезеңде, операцияның іш қуыс жағында - сигма кесіліп, проксималды жағы іштің сол жақ мықынның алдыңғы қабатына шығарылып, жасасанды жыланкөз (колостома) салынады. Содан соң оның дисталды жағы бітелінеді де, жамбас қуысына қарай төмен түсіріледі, іш қуысы іш пердемен тігіліп жабылады (№16- сурет, В,С).

2- кезеңде, аралық аймақта – тік ішек қыспағының айналасын дөңгелектеп ойып, тік ішек ісікпен бірге толық сылынады (№17- сурет).



А

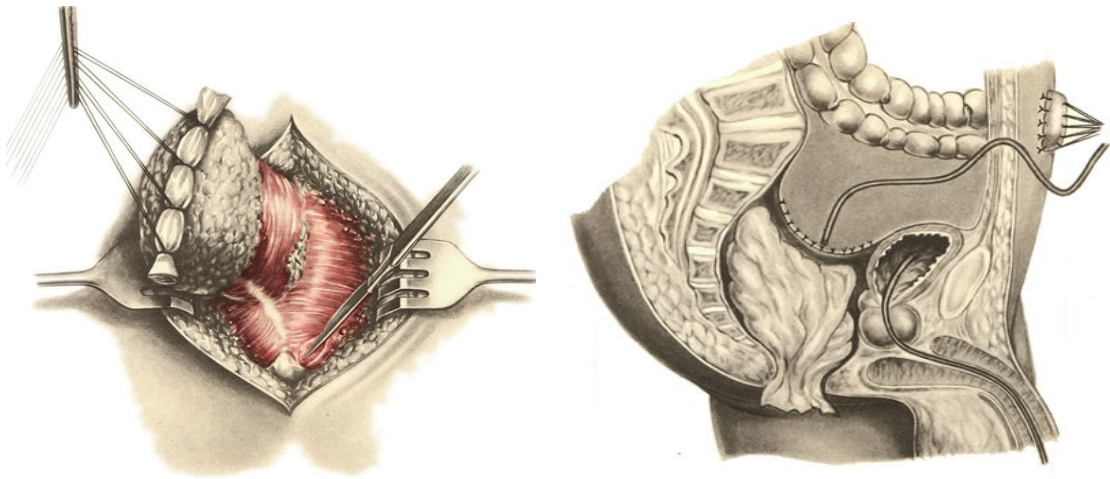
В

С

№16- сурет. Бір мезгілде жасалатын іш - аралық тік ішек экстирпациясы, іш қуыс кезеңі:

А- тік ішекті сылудың көлемі, В- тік ішекті сигмадан кесіп бөлу, С- Тік ішек тұқылын кистетті тігіспен жабу.





А

В

№17- сурет. Бір мезгілде жасалатын іш-шап аралық тік ішекті экстирпациясы:

А- бұт аралық кезеңі, тік ішекті көтеретін етті кесу, В- операцияны біткен кезеңдегі жобалы кестесі

Кейде аурудың жағдайы ауыр болса, ісіктің төменгі шекарасы ең азында 10 см-дей аналды қыспақтан қашықтықта орналасса, нәжістің қатуы болса т.б. асқынулары кездессе, онда Гартман операциясы жасалынады. Оның мәні - ісіктің орналасқан жерін ішекпен бірге кесіп алады. Дисталды жақты тігіп тастайды да, проксималды жақты колостомаға айналдырады, кейін аурудың хал-жағдайы жақсарғанда екінші кезеңде операция жасап, ішек түтіктерін бір-бірімен қосады.

Гартман операциясы 1921 жылдан пайдаланып келеді, оның мәні: ісікпен зақымданған ішек, үстінен және астынын кесіліп алынады да, үстіңгі жағы іш қабырғасына сол жақ мықын аймағынан сыртқа шығарылады, ал ішектің төменгі бөлігі - жабылып жамбас қуысына орналасады.

Бұл әдіс мына жағдайларда қолданылады:

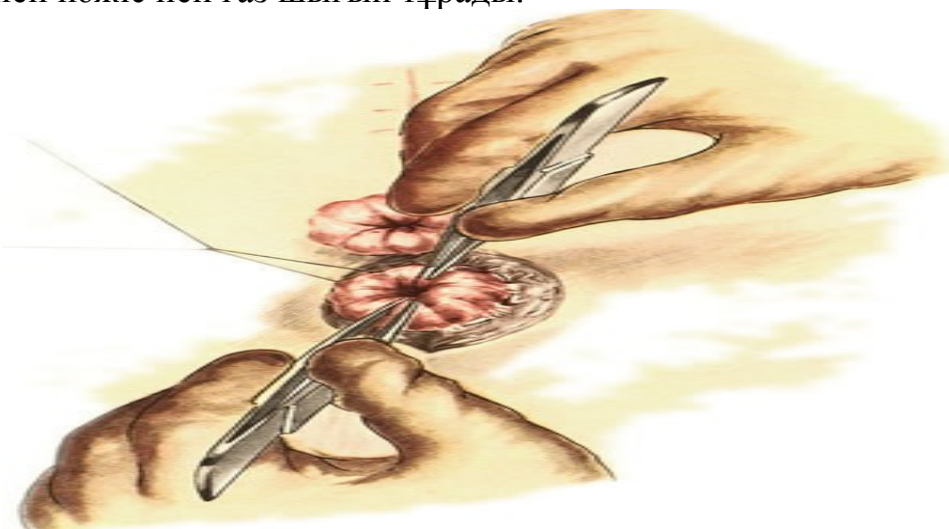
- сигма рагында, ішек қуысы ісікпен толық жабылып, нәжіс қатса,
- асқынған сигма рагында,
- сигма рагы жарылып перитонит дамыса,
- операция кезінде асқынулар орын алса,
- тік ішекке ампутация жоспарланып, ол орындалмай қалса,
- кәрілік, немесе аурудың халі нашар болса,
- операция үстінде жоспардан тыс, кенеттен асқынулар кездессе.

Бұл операциялар кезінде, салынған жасанды жылан көз, науқасты үлкен психологиялық күйзеліске ұшыратады, оның күтімі, және де нәжіс пен газдың еріксіз шығуы, ерекше мейірбикелік көмекті қажет етеді.

**Көлемі шектелген (экономды) операциялар** - анальды тесік арқылы ісікті кесіп, алып тастау жатады. Операцияны жергілікті жансыздандыру арқылы, қарт кісілерге, ісіктің кішкентай көлемі кезінде жасайды. Мұндай операцияны түймешіктерге де жасауға болады. Бұл кездегі ең негізгі талап –

ісік көлемі 4 см-ден аспауы керек, ол тек шырышты қабатта орналасуы шарт. Егер ісік бұлшық етке өтсе, онда оны орындау қиын. Орындалған жағдайда операция радикалды емес болып саналады, ісіктің қайта пайда болуы мүмкіндігі болатындықтан міндетті түрде осыдан кейін сәуле не химия әдістері қажет болады.

**Паллиативті операциялар** қос ауызды жыланкөздер (anus prenaturalis) асқынған ісіктерде және жоғарыдағы көрсетілген операцияларды орындау мүмкіншіліктері болмағанда жасалады (№18- сурет). Оның орындалуы өте оңай, ол үшін сигма тәрізді тік ішек бөлігін, сол жақ мықын аймағын тесіп, сыртқа шығарады, келесі күні шығарылған ішектің алдыңғы беті көлденеңінен кесіліп, қос ауызды жыланкөз жасалынады, жоғарғы тесігінен нәжіс пен газ шығып тұрады.

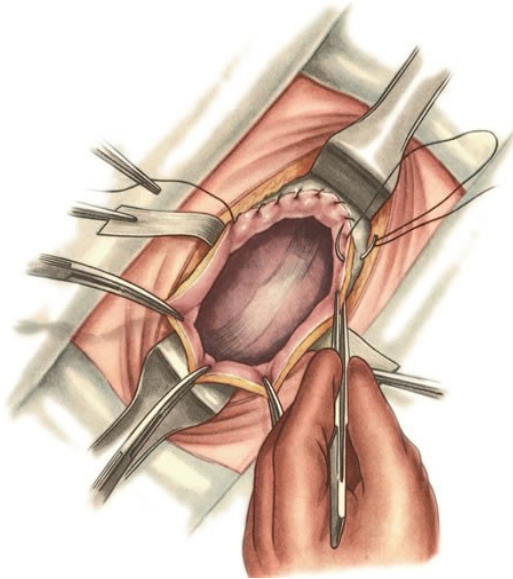


№18- сурет. Қос ауызды жыланкөздер (anus prenaturalis).

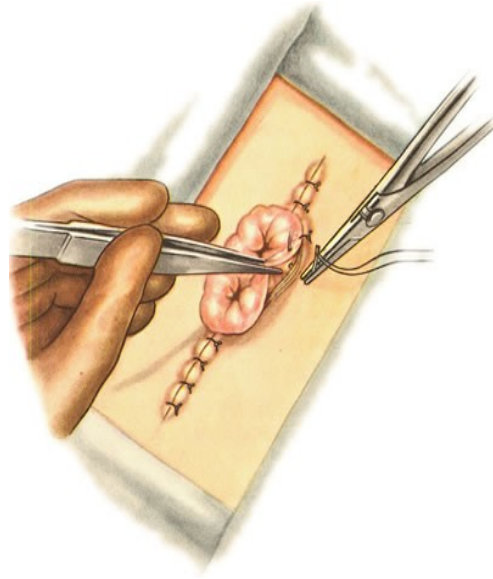
Паллиативті операциялар ісікке радикалды операция жасау мүмкін болмаса, немесе ісіктен асқинулар болған кезде және әлсіреген, хал-ахуалдары нашарлаған адамдарға жоспарланады. Мұндай операцияларда ащы ішек тікелей тоқ ішектің көлденең бөліміне қосады, немесе ісік жатқан жерге дейін ащы ішектің кезкелген бөліміне стома салып, оны тікелей іштің алдыңғы қабырғасына сыртқа қарай шығарылады

Кейбір кезде тік ішекке радикалды операция жасар алдында тоқ ішекке уақытша жыланкөз (колостома) (№ 19- сурет), не соқыр ішекке уақытша трубкалы жыланкөз (№20- сурет), немесе тұрақты тоқ ішектен ерін тәрізді (№21- сурет) және Ламбре тәсілімен жыланкөз (№22- сурет) салынады.

Паллиативті операциялардың да әжептіреу көмегі бар, олар науқастардың бесжылға дейін өмірін 15,0 % ұзартуы мүмкін.

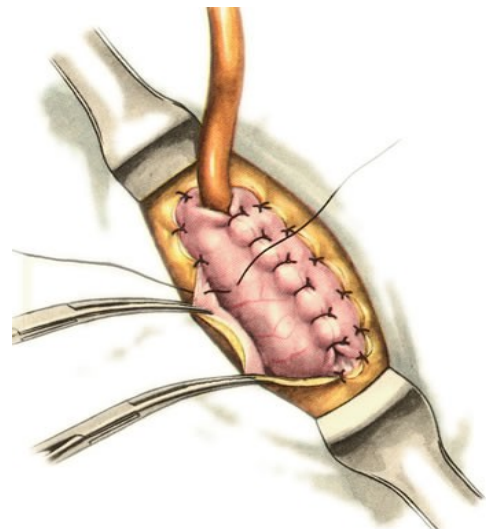
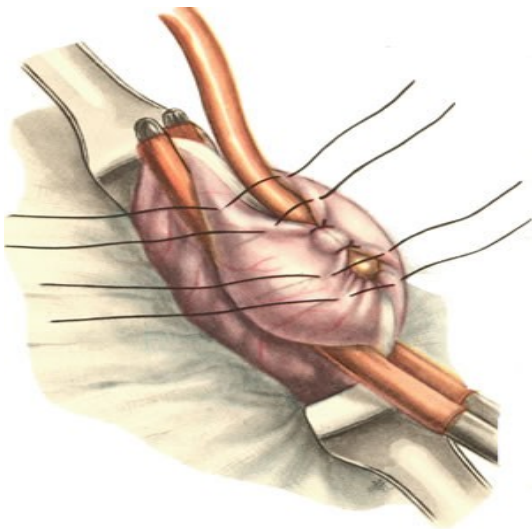


A



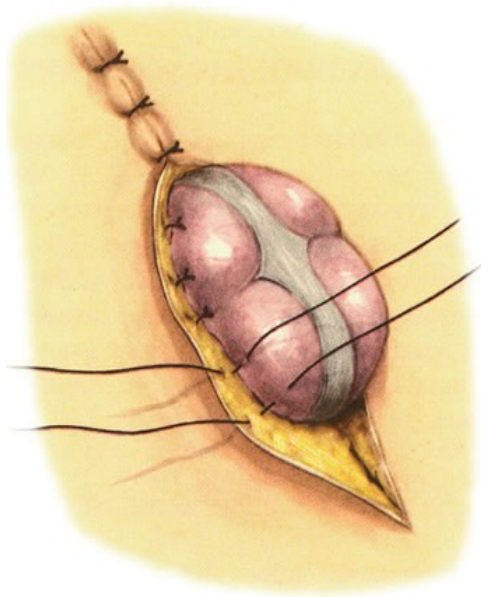
B

№ 19- сурет. Тік ішекке уақытша жыланкөз салу (колостома):  
 А- ішектің іш перделік қабатын сыртқы қисық бұлшық ет апоневрозына тігі, В-  
 ішектің шырышты қабатын теріге тігу.

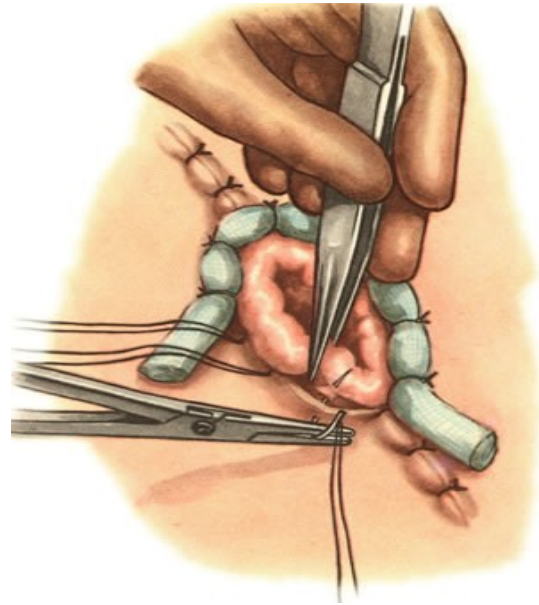


№ 20- сурет. Соқыр ішекке уақытша трубкалы жыланкөз салу.



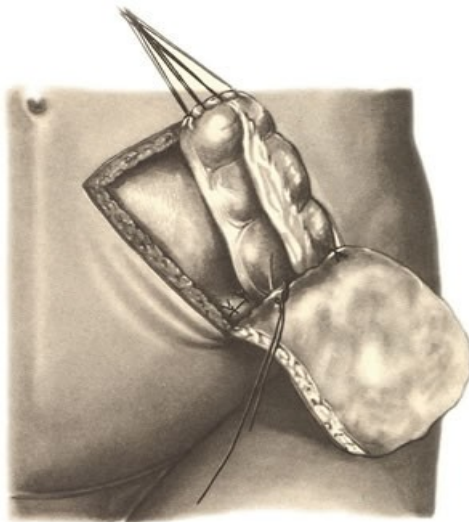


А

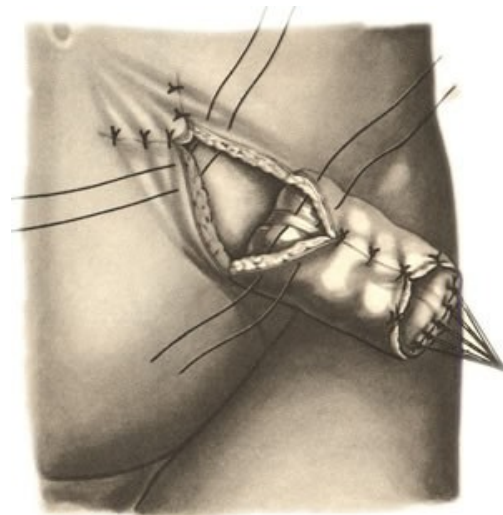


В

№ 21- сурет. Тоқ ішке ерін тәрізді жыланкөз салу; А- ішекті іш пердеге тігу, В – ішектің шырышты қабатын теріге тігіп, айналасына буылтық (валик) салып, оны алғашқы салынған тігіс жіпке байлау.



А



В

№ 22- сурет. Тоқ ішектен тұрақты **Ламбре** тәсілімен жыланкөз салу: А- сигма тәрізді ішекті тері астындағы клетчаткаға тігу, В- теріден жасалған кескінді ішек айналасына қынап тәрізді етіп тігіп, теріге тігіс салу.

**Сәулемен емдеу әдісі** анальды рақтың I-II өсу дәрежесінде, ең негізгі ем болып, ал қалған жағдайдың барлығында бұл қосымша әдіс ретінде гамма сәулесі қолданылады. Ол жеке әдіс ретінде болса, онда 2,0 Гр, 2 немесе 4 жақты алаңнан беріледі. Курстық мөлшері 50-60 Гр. Сәуле операция алдында қолданса, онда ол ірі көлемде, әрі тез арада 4,5-6,5 Гр-ден алаңға, жалпы мөлшері 20-30 Гр беріледі де, 1-2 күннен кейін науқас операцияға алынады. Осылай емдеу кезінде ісіктің қайта пайда болуы азайып, нәтиже жақсарады, оған қосымша гипертермия әдісі қолданса. Операциядан кейін, әсіресе, ісіктің III сатысында және операция радикалды болмаса, онда сәуленің

емдік қасиеті өте төмен болады. Сәуле мұндайда кіші көлеммен (2,0-2,5 Гр) беріліп, жалпы көлемі 45-55 Гр-ден аспайды.

### **Тік ішек рагын химиотерапиямен емдеу жолдары**

Бұл әдіс қосымша ем болып саналады, оны жеке дара, өз бетінше, тек хирургия мен сәуле әдістері қолданбаса, орындалады. Көбінде 5-фторурацил, фторафур пайдаланады. Кейінгі кезде, жаңа дәрілерден ИФТ,S-1, капецитабин, томудекс, кампто, оксалиплатин тәжірибеде орын алып жүр. Жиі қолдананатын үлгілер: ЕАР (этопозид, адриамицин, цисплатин), FM (фторафур, митомицин-С), FAM (фторурацил, адриамицин, митомицин), оксалиплатин + фторурацил; кампто + фторурацил т.б. химиодәрілері сәулемен қосарланып берілсе, ол кезде нәтиже жоғарырақ болады.

**Адьювантты химиотерапия**, операциядан кейін жиі пайдаланады, әрі онда қосымша тағы сәуле қосарланып беріледі. Бұл кезде 5-фторурацил + лейковорин, немесе 5-фторурацил + левамизол үлгілері қолданылады.

**Басқа емдік әдістерге** лазер сәулесі жатады. Ол неоадьюванты ем деген түрінде, экономды операциядан кейін, немесе ісік асқынғанда қосарланып қолданылады. Сәуле көзі ректороманоскопия жасаған кезінде түсіріледі. Бұл әдіс қан кеткен уақыттарда, немесе ішек қуысы тарылған сәттерде өте пайдалы. Осындай әдіспен 85-89,0% ауруларда қан кетуі тоқтатылады және 80,0% кісілерде ішектің қуысы қалпына келеді. Кемістігі – ішек тесіліп, іш перде қабынып, іріңдейді.

**Емдік әдістерді таңдау** – ісіктің өсу сатысына, асқынуларына және аурудың хал-ахуалына тікелей байланысты. Түймешіктерде – оны кесіп алу нәтижелі келеді, әрі оңай орындалады. Қалған жағдайлардың барлығында стандартты хирургиялық әдіс қолайлы, әрі тиімді. Егер ісіктің өсуі шырышты қабатынан, немесе оның астынан тыс аспаса, 5 сеанс сәуледен кейін операция жасадынады, немесе операциядан кейін химиотерапия (5-фторурацил) және сәулені (50 Гр) қолданады. Ал ісік өршісе, онда химиотерапия (5-фторурацил + оксалиплатин, немесе иринотекан) қолданады. Бауырдағы жалғыз орналасқан бөгелме ісік ошағына операция жасауға да болады, егер ісіктің одан басқа көздері анықталмаса.

### **Тік ішек рагы емінің нәтижелері**

Радикальды емнен кейін, науқастардың 5 жылдық өмір сүру көрсеткіші 45-65%, ал ісіктің I- сатысында - 85-88% тең болады. Ісік шырышты қабаттан аспаса, онда 95% ауру жазылып кетеді. Тік ішектің айналасындағы лимфа бездерінде бөгелме ісіктер анықталса, бұл көрсеткіш 65-70% құрайды, ал басқа аймақтық бөгелме ісік табылса – 35-40%-ға дейін болжам нашарлайды.

**Медициналық реабилитацияға** - анальды қыспақ сақталған адамдар өте тәуелді. Ол үшін арнайы емдәмді тағайындау, дисбактериоз бен ішек қабынуын емдеу, ішек әлсіздігін жойып, нәжісті жүргізу т.б. шараларды ұйымдастыруды қажет етеді. Жасанды жыланкөздері бар адамдарды психологиялық тұрғыдан емдеу өте қиын. Олар газды көбейтетін тамақты, бұдан басқа сарымсақ пен сыраны аз қолдануы керек, себебі олар жағымсыз



иістерді көбейтеді. Оны азайту мақсатында жыланкөз арқылы ішекті 600-800 мл фурациллин, немесе 1% сода ерітіндісін енгізу пайдалы.

**Диспансерлік бақылау** операциядан кейін, жалпы ереже бойынша жүргізіледі. Диспансерлік бақылау кезінде науқаста ісік қайта пайда болғандығын анықтау үшін, төмендегі белгілердің болуын бақылау керек.

**Олар:**

- нәжісте қан көрінсе,
- үлкен дәрет бұзылса,
- іші кепсе,
- іште ауырсыну сезімі болса,
- аралықта ауырсыну сезімі, немесе түйіндер пайда болса,
- оң жақ бүйір ауырса,
- әлсіздік үдесе.

**Диспансерлік бақылау кезінде, науқас міндетті түрде, тиісті тексерулерден өтіп тұру қажет.**

**Олар:**

- саусақпен тік ішекті (жыланкөзді) көру,
- іш қуыс ағзаларын сипап қарау,
- ультрадыбысты қолдану
- нәжістегі жасырын қанды анықтау,
- жалпы қан мен зәрді тексеру,
- өкпесін рентгенге түсіру,
- тік ішек орнын ректоскоппен көру,
- әйелдерді гинекологиялық тексеру
- ұрықтық – рак антигенін анықтау

**Сабақ қорытындысы:**

1. Тік ішек рагы өзінің жиілігі жөнінен Қазақстанда 8-орынды алып, ал ерлер арасында 7-орында, әйелдер арасында 11 орында тұр. Ер азаматтар 1,5 есе жиі ауруға шалдығады.
2. Республика бойынша орта есеппен тік ішек рагының аурушаңдық көрсеткіші — 7,4‰ тең болса, бұл деңгейден асып түсетін облыстарға: Қарағанды (10,3‰), Шығыс Қазақстан (10,9‰), Солтүстік Қазақстан (12,6‰), Қостанай (12,9‰), Ақмола (13,4‰) және Павлодар (13,4‰) облыстары жатады.
3. Төменгі деңгейдегі көрсеткіштерді Қызылорда (2,5‰), Оңтүстік Қазақстан (2,7‰), Жамбыл (3,5‰), Алматы (4,5‰) және Маңғыстау (4,8‰) облыстары қалыптастырады.
4. Алматы қалаласындағы тік ішек рагының орташа аурушаңдық көрсеткіші 11,0‰ тең болса, ол – Астанамен (6,7‰) салыстырғанда 1,6 есе жоғары болған.
5. Ең жоғарғы аурушаңдық көрсеткіш Орталық (9,4‰), Шығыс (12,2‰) және Солтүстік (12,7‰) аймақтарда анықталған,
6. Ең төменгі көрсеткіші Оңтүстік өңірде (3,3‰) тіркелген.

7. Оңтүстік өңірдегі елдердің тік ішек рагымен аурушандық көрсеткіші, басқа Қазақстан аймақтарымен салыстырғанда 3 есе аз.
8. Ресейде де, Қазақстанда да тік ішек рагымен ауырған адам саны кейінгі жылдарда сәл де болса өсуде.
9. Ауру қоздырғыш себептер тоқ ішегіндегі рак ауруындай.
10. Ісік алды ауруларға түймешіктер жатады.
11. Ісік өте жиі ішектің ортаңғы және төменгі бөліктерінде орналасады.
12. Ісіктің 90%-ы аденокарцинома, ал мүшенің төменгі бөліктерінде жайылма клеткалы рак кездеседі.
13. Тік ішек рагы жамбас және іш перде артындағы лимфа бездерге, бауырға. ал көтен айналасындағы ісіктерде - шап бездеріне бөгелме ісік береді.
14. Тік ішек рагы оның қуысын бітеп, нәжіс пен желдің шығуы қиындалады.
15. Нәжісте қан көріну - негізгі белгі.
16. Рентгенмен тексерген кездегі белгілерге жататындар:
  - ішек қабырғасындағы толу кемістігі, оның шекарасы теп-тегіс болмауы,
  - толу кемістігінің ортасында барий тұзының қалдығы, айналасының бұлттыып шығып тұруы.
17. Ректороманоскопияны - міндетті түрде жасап, ісіктен ет кесіп алу.
18. Тік ішек рагы тек хирургиялық жолмен жазылады.
19. Үш түрлі операция қолданады: **резекция** (алдыңғы немесе іш қуысының ішіндегі), іш қуысы және көтен арқылы **резекция мүшенің төмен түсуімен бітеді**; іш қуысы және көтен айналасымен бірге болатын **экстирпация**.
20. Ерте анықталған және жоғары бөліктен табылған ісік хирургиялық жолмен емделеді, мұндай әдіс физиологиялық қағидаға сәйкес келіп, нәтижесі жақсы және реабилитациялық шараларды жүргізу оңай болады.
21. Гартман операциясы тек ісік көтеннен 10 см-дей биіктікте орналасса орындалатын хирургиялық әдіс.
22. Көлемі өте кішкентай операциялар - ісікті кесу, немесе оны электр тогымен күйдіру көтен қуысы арқылы орындалады.
23. Сәуле әдісі - көтен аймағындағы ісіктің I-II өсу сатысында және паллиативті ем ретінде асқынған ісіктерде және рақтың III-IV сатысында қолданылады.
24. Химиялық әдіс **томудекспен** және **5-фторурацилмен** қосарланып жүргізіледі.
25. Лазерлі әдіс асқынған ісікте және көлемі кіші операцияларда ұсынылады.

**26.** Радикалды хирургиялық емнен кейін 45-65%-ға жуық аурулар 5 жылдық өмір сүруі мүмкін.

**27.** Тік ішектің жоғары бөлігінде орналасқан ісікте, бөгелме ісіктер болмаса, болжам нәтижелі болады.

«Тоқ және тік ішек рагы» бойынша тесттер.

1- нұсқа

- 1. Республика бойынша орта есеппен тік ішек рагының жоғарғы көрсеткіші қайсы облыста кездеседі ?**
  2. Жамбыл
  3. Ақтобе
  4. Павлодар
  5. Қызылорда
  6. Маңғыстау
- 1. Тоқ ішектің жиекті бөлігінің оң және сол жақ бөліктерінің клиникалық көріністерінің айырмашылығы мына факторларға байланысты?**
  1. Қантамыр жүйесінің ерекшелігіне
  2. Ісіктердің морфологиялық жетілуіне
  3. Нәжістің тығыздығы мен ішектің көлеміне
  4. Ісіктің гистологиялық түріне
  5. Ішектің тербеліс қызметіне
- 3. Қандай қышқыл тоқ ішек канцерогенезін жылдамдатады?**
  1. Біріншілік өт қышқылы
  2. Тұз қышқылы
  3. Екіншілік өт қышқылы
  4. Азот қышқылы
  5. Сілті қышқылы
- 4. Тоқ ішектің қай бөлігі мезоперитониальды орналасқан?**
  1. Өрмелеуші
  2. Көлденеңі
  3. Соқыр ішегі
  4. Төмендеушісі
  5. Рекосигмоидты
- 5. Тік ішек рагына тән белгілердің ішінен, тән емес белгіні анықта?**
  1. Ішек қызметінің бұзылысы
  2. Нәжістегі патологиялық қоспа
  3. Ауырсыну сезімі
  4. Нәжіс формасының өзгеруі
  5. Сұйық затты қайта лоқсып құсу
- 6. Жиекті ішектің өрмелеуші бөлігінде рак, орта дәрежелі жетілген аденокарцинома, қай жерде әуелі жиі бөгелме ісік пайда болуы мүмкін?:**
  1. Сүйекте
  2. Аймақтық лимфа түйіндерінде
  3. Өкпеде
  4. Бүйректерде
  5. Дуглас кеңістігінде
- 7. Тік ішек рагына күдік туғандағы қауіпті емес белгі?**
  1. Бір рет болса да нәжістегі қан қоспалары,
  2. Тұрақты нәжіс тоқтап, оның іштің өтуімен жалғасуы
  3. Дәретке отырғаннан кейінгі қанағаттық сезімнің болмауы
  4. Анорексия (тәбетсіздік)
  5. Нәжіс бағаналарының пішінінің өзгеруі.
- 7. Тік ішектің пайда болуына рак алды ауруына мүмкіндігі бойынша пайда**

**болатын ең төменгісі қайсы патология?**

1. Анальды каналының тілінуі
2. Спецификалық емес ойық жаралы проктит
3. Көтеудің асқынған түрі
4. Түймешіктер
5. Гиршпрунг ауруы

**8. ХАЖ-10 бойынша С18.2 тоқ ішек рагының қайсы бөлігі?**

1. Тоқ ішектің жиекті бөлігінің қатерлі ісігі,
2. Соқыр ішегі
3. Құрт тәрізді өсіндісі (аппендикс)
4. Тоқ ішектің өрмелеуші бөлігі
5. Тоқ ішектің бауыр иіні

**9. Ампулярлы бөліктің ең жиі кездесетін гистологиялық түрі?**

1. Жайылма клеткалы түлегіш рак
2. Аденокарцинома
3. Жайылма клеткалы түлемейтін рак
4. Жетілуі төмен жайылма клеткалы рак
5. Ұсақ клеткалы рак

**10. Тік ішектің анальды бөлігіне тән белгі?**

1. Нәжіс тоқтап, оның іштің өтуімен жалғасуы
2. Газдың өз бетінше шығуы
3. Оң мығын аймағындағы ауырсыну сезімі
4. Күшенуден қан мен сірненің шығуы
5. Нәжіс бағанасының пішінінің өзгеруі

**11. Тоқ ішек қуысы жайылмалы рақпен тарылғанда қайсы аурудан ажырату керек?**

1. Крон ауруынан
2. тоқ ішектің тыртықтан бітелуінен
3. тоқ ішектің сыртынан қысылуынан
4. сәулелік емнен кейінгі тоқ ішектің қабынуынан (колит)
5. тәндік емес ойық жаралы колиттен

**12. Тоқ ішектің оң жақ бөлігі рагының негізгі белгісі?**

1. Ауырсыну сезімі
2. Нәжістәң бұзылу
3. Қан аздық
4. Салмағының жоғалуы
5. Тәбетінің төмендеуі

**13. TNM жүйесі бойынша T<sub>3</sub>N<sub>0</sub>M<sub>0</sub> тоқ ішек рагының қайсы сатысы?**

1. 1-а сатысы
2. 1- сатысы
3. 2-а сатысы
4. 3-а сатысы
5. 4- сатысы

2- нұсқа

**1. Республика бойынша орта есеппен тік ішек рагының төменгі көрсеткіші қайсы облыста кездеседі ?**

1. Қарағанды
2. Шығыс Қазақстан
3. Солтүстік Қазақстан
4. Оңтүстік Қазақстан
5. Ақмола

**2. ХАЖ-10 бойынша С18.1 тоқ ішек рагының қайсы бөлігі?**

1. Тоқ ішектің жиекті бөлігінің қатерлі ісігі,

2. Соқыр ішегі
  3. Құрт тәрізді өсіндісі (аппендикс)
  4. Тоқ ішектің өрмелеуші бөлігі
  5. Тоқ ішектің бауыр иіні
2. **Жжиекті ішектің сол жағында рак асқытуда қандай процесс өте сирек кездесуі мүмкін?**
1. Ішек түйнегі
  2. Тесілуі
  3. Қан кетуі
  4. Жұқпа түсіп, қабынуы
  5. Ұытты панкреатит
4. **Науқас дәретке отырғанда қан аралас шығынды шығатынына, ауырсыну сезіміне шағымданады,тік ішектің қайсы бөлігіндегі ісік туралы ойлануға болады?**
1. Ректосигмоидты бөлігіндегі
  2. Жоғарғы ампулярлық бөлігіндегі.
  3. Ортаңғы ампулярлық бөлігіндегі.
  4. Аналды бөлігіндегі
  5. Төменгі ампулярлық бөлігіндегі.
5. **Тоқ ішектің қай бөлігі экстрперитониялды орналасқан?**
1. **Өрмелеуші**
  2. **Соқыр ішегі**
  3. **Көлденеңі**
  4. **Сигма тәріздісі**
6. **Тік ішектің төменгі ампулалық бөлігі рагына тән белгі қайсысы?**
1. Көп күшенгендіктен, тік ішектен қан мен сірненің шығуы
  2. Тұрақты нәжіс тоқтап, іштің өтуімен жалғасуы
  3. Газдың өз бетінше шығуы
  4. Оң жақ мығын мен қасаба үстіндегі ауырсыну сезімі.
  5. Нәжіс бағаналарының пішінінің өзгеруі.
7. **Жиекті ішектің төмендеуші бөлігіндегі пісіп-жетілмеген аденокарциномалы рак қайсы ағзаға жиі бөгелме ісік береді?**
1. Сүйектерге
  2. Бас миына
  3. Ұйқы безіне
  4. Іш перде артына
  5. Өкпеге
8. **Жиекті ішек рагын қоздыруға мүкіндік жасайтын негізгі факторы?**
1. Ионды радиация
  2. Темекі тарту
  3. Тағамдағы заттардың құрамы
  4. Көгерген тағамдарды қолданғанда
  5. Насыбай атуда
9. **Тік ішек ісікпен бітелгенде зақымдалған ұзындығын қандай әдіспен анықтауға болады?**
1. Қолмен қарау
  2. Ректороманоскопия
  3. Ирригография
  4. Екі жақты төменгі лимфография
  5. Лапароскопия
10. **Саусақпен анықтау кезінде тік ішектің қайсы бөлігіндегі ісікті анықтау мүмкіндігі төмен?**
1. Анальды каналдағы



2. Төменгі ампулырлы бөлігіндегі
3. Ортаңғы ампулырлы бөлігіндегі
4. Жоғарғы ампулырлы бөлігіндегі
5. Ректосигмойдты бөлігіндегі.

**11. Жиекті бөлік рагының пайда болуына ең аз әсер ететін фактор қайсысы?**

1. Тағамдағы өсімдік талшықтарының жетіспеушілігі
2. Аз қозғалыста өмір сүруі
3. Ішектің ахаулары
4. Жануарлар майын жиі қабылдағанда
5. Вегетерианды емдәм

**12. Тоқ ішек қуысы жұмырлана 3-5 мм-ге шейін қысылған, ісік шеті тегістеу және тығыз, ол қандай рак?**

1. табақша тәрізді рак
2. скирр
3. жайылмалы
4. түйінді

5. түймешік тәрізді

**13. TNM жүйесі бойынша T<sub>1-2</sub> N<sub>1</sub> M<sub>0</sub>, тоқ ішек рагының қайсы сатысы?**

1. 1-а сатысы
2. 1- сатысы
3. 2-а сатысы
4. 3-а сатысы
5. 4- сатысы

3- нұсқа

**1. Қазақстанның қайсы қаласында тік ішек рагының аурушаңдық көрсеткіші жоғары?**

1. Қарағанды
2. Ақтау
3. Алматы
4. Атырау
5. Астана

**2. Тік ішек рагында өте сирек кездесетін белгісіне жататыны қайсысы?**

1. Нәжістегі қан қоспасы
2. Тік ішектегі қолайсыз сезімі
3. Құсу
4. Нәжістің қатуы
5. Дерттік күшену

**3. Тоқ ішектің қай бөлігі интраперитонеальды орналасқан?**

1. Өрмелеуші
2. Соқыр ішегі
3. Төмендеушісі
4. Сигма тәріздісі
5. Тік ішекті

**4. Тік ішек рагын анықтауда өте сирек қолданылатын әдіс?**

1. Саусақпен тексеруді
2. Ректороманоскопия
3. Ирригоскопия
4. Лапароскопия
5. Колоноскопия

**5. ХАЖ-10 бойынша С18.3 тоқ ішек рагының қайсы бөлігі?**

1. Тоқ ішектің жиекті бөлігінің қатерлі ісігі,

2. Соқыр ішегі
  3. Құрт тәрізді өсіндісі (аппендикс)
  4. Тоқ ішектің өрмелеуші бөлігі
  5. Тоқ ішектің бауыр иіні
- 6. Тік ішектің қайсы бөлігіндегі рақты саусақпен анықтауға болмайды?**
1. Анальды каналдағы
  2. Төменгі ампулырлы бөлігіндегі
  3. Ортаңғы ампулырлы бөлігіндегі
  4. Жоғарғы ампулырлы бөлігіндегі
  5. Ректосигмойдты бөлігіндегі
- 7. Жиікті тоқ ішектің қай бөлігі раққа жиі шалдығады?**
1. Соқыр ішегі
  2. Өрмелеуші бөлігі
  3. Көлденең бөлігі
  4. Бауыр бұрышы
  5. Сигма тәрізді бөлігі
- 8. ХАЖ-10 бойынша С18.0 тоқ ішек рагының қайсы бөлігі?**
1. Тоқ ішектің жиікті бөлігінің қатерлі ісігі,
  2. Соқыр ішегі
  3. Құрт тәрізді өсіндісі (аппендикс),
  4. Тоқ ішектің өрмелеуші бөлігі
  5. Тоқ ішектің бауыр иіні
- 9. Науқасты қандай жағдайда саусақпен тік ішекті тексергенде дәйекті мәлімет алуға болады?**
1. Төрт тағандап (тіземен шынтағына тіреліп тұрғанда)
  2. Сол жақ қырына жатқанда
  3. Тізесін бүгіп жартылай отырғанда
  4. Шалқасынан жатқанда
  5. Оң жақ қырына жатқанда
- 10. Тік ішектің анальды бөлігіндегі раққа тән белгілер?**
1. Іштің кебуі
  2. Сезімдік синдром
  3. Оң мығын аймағындағы ауырсыну сезімі
  4. Дәретке отырғанда ауырсыну сезімі мен қан шығу
  5. Көп мөлшердегі сірнелі шығындымен аралас сұйық нәжіс
- 11. Тоқ ішектің үлкен көлемдегі кезкелген ісігі, көрші мүшелерге өткен, көптеген аймақтық және алыста бөгелме ісіктері бар, ол қандай сатысы?**
1. I - сатысы
  2. 0 - сатысы
  3. II – сатысы
  4. III - сатысы
  5. IV – сатысы
- 12. Тоқ ішектің эндофитті рагына жататыны қайсысы?**
1. түйінді
  2. түймешік тәрізді
  3. жайылмалы және скirrosды
  4. бүртікше тәрізді
  5. табакша тәрізді
- 13. TNM жүйесі бойынша кезкелген T N<sub>2</sub>M<sub>0</sub>, тоқ ішек рагының қайсы сатысы?**
1. 1-а сатысы
  2. 1- сатысы

3. 2-а сатысы
4. 3-с сатысы
5. 4- сатысы

4- нұсқа

**1.Қазақстандағы ең жоғарғы аурушандық көрсеткіш қайсы аймағында кездеседі?**

1. Оңтүстік
2. Солтүстік
3. Батыс
4. Орталық
5. Шығыс

**2. Науқастың, нәжісінде қан пайда болса, емханалық дәрігердің іс-әрекеті қандай?**

1. Амбулаториялық жағдайда бақылау
2. Жергілікті қан тоқтатуды жүргізу
3. Ішекті жан-жақты кешенді тексеру әдістерді қолдану
4. Жұқпа ауруына маман дәрігерге консультацияға жіберу
5. Бас дәрігермен ақылдасу

**3. Нәжістің тоқтап, одан соң сұйық боп өтуі жиі ішек рагының қандай клинико-анатомиялық түріне тән болуы мүмкін?**

1. Түйнекті
2. диспепсиялық
3. Ісікті
4. Жалған қабынулы
5. Уытты-анемиялық

**4. Тік ішек айналасында бөгелме ісік барын дәлелдеу үшін қандай әдісті қолдану керек?**

1. Саусақпен тексеру
2. Ректороманоскопия
3. Екі жақты төменгі лимфография
4. Жамбас қуысындағы мүшелерге ангиография
5. Ирригография жасау

**5. Жиі бөліктің қандай түрлері раққа көшу бейімділігі сирек кездеседі?**

1. Гиперпластикалысы
2. Бүрлі түрі
3. Аденоматозды
4. Көп санды аденоматозды
5. Барлық жағдайда раққа көшу пайызы бірдей

**6. Тік ішектің облигатты рақ алды ауруына жататыны қайсысы?**

1. Крон ауруы
2. Парапроктит
3. Көтеу
4. Жайылмалы аденоматозды түрлер
5. Параректальды жыланкөздер

**7. Жиі бөліктің рагын ел арасында жаппай анықтау кезінде, көрсетілген әдістердің қайсысы жиі қолданылады?**

1. Колоноскопия
2. Жасырын қанды анықтау (гемокультест)
3. Асқазанмен ішекті рентгенмен тексеру
4. Ирригография
5. Альфафетопротеинді анықтау( Абелев-Татаринов реакциясы)

**8. ХАЖ-10 бойынша С18.4 тоқ ішек рагының қайсы бөлігі?**

1. Тоқ ішектің көлденең бөлігі,

2. Көкбауыр иіні,
3. Тоқ ішектің төмендеуші бөлігі
4. Тоқ ішектің өрмелеуші бөлігі
5. Сигма тәрізді бөлігі

**9. Тік ішектің ортаңғы ампулярлы бөлігіндегі раққа тән белгі?**

1. Нәжіс тоқтап, оның іштің өтуімен жалғасуы
2. Газдың өз бетінше шығуы
3. Оң мығын аймағындағы ауырсыну сезімі
4. Күшенуден қан мен сірненің шығуы
5. Нәжіс бағанасының пішінінің өзгеруі

**10. Ісік, тоқ ішек қуысы қабырғасының жартысынан асық, ішек қабырғаларын түгел зақымдаған, көрші мүшелердің іш перде қабатына өткен, алыста бөгелме ісігі жоқ, ол қандай сатысы?**

1. I - сатысы
2. 0 - сатысы
3. II – сатысы
4. III - сатысы
5. IV – сатысы

**11. Жиекті ішек түймешіктерінің ішіндегі раққа жиі көшу мүмкіншілігі қайсысына жатады?**

1. Аденоматоздысы
2. Гиперпластикалысы
3. Бүрлі түрі
4. Жасөспірімдердегі
5. Жіңішке қысқа аяқты түймешікте

**12. Тоқ ішектің экзофитті рагына жататыны қайсысы?**

1. түйінді және бүртікті
2. жайылмалы
3. скirrosды
4. ойық жаралы
5. жайылмалы ойық жаралы

**13. TNM жүйесі бойынша кезкелген T мен N M<sub>1</sub> тоқ ішек рагының қайсы сатысы?**

1. 1-а сатысы
2. 1- сатысы
3. 2-а сатысы
4. 3-а сатысы
5. 4- сатысы

**5- нұсқа**

**1. Тік ішектің Қазақстандағы ең төменгі аурушандық көрсеткіш қайсы аймағында кездеседі?**

1. Оңтүстік
2. Солтүстік
3. Батыс
4. Орталық
5. Шығыс

**2. Ісік, тоқ ішек қуысы қабырғасының жартысынан асық емес зақымдаған, шеңберінен шықпаған, көрші мүшелерге өтпеген, ол қандай сатысы?**

1. I - сатысы
2. 0 - сатысы
3. II – сатысы
4. III - сатысы
5. IV – сатысы

**3. Жедел тоқ ішек түйнектің негізгі себебі?**

1. Ісікпен бітелуі
2. Тоқ ішектің қабынуы
3. Өттің тас ауруы
4. Сигма тәрізді ішектің қабынуы
5. Майда түймешіктерде

**4. ХАЖ-10 бойынша С18.5 тоқ ішек рагының қайсы бөлігі?**

1. Тоқ ішектің көлденең бөлігі,
2. Көкбауыр иіні,
3. Тоқ ішектің төмендеуші бөлігі
4. Тоқ ішектің өрмелеуші бөлігі
5. Сигма тәрізді бөлігі

**5. Жиікті ішек рагының пайда болу мүмкіндігінің артуына әсер ететін жағдай қайсысы?**

1. Өсімдік клетчаткалары жеткілікті рационалды тағамдану
2. Қозғалысты өмір салты
3. Тағамдағы жайлы тамақтың басым болуы
4. Созылмалы ішек ауруларын жүйелі түрде емделуі
5. Жыл сайын алдына ала тексеруден өтуі

**6. Оң жақ мықын аймағында тығыз, ауырмайтын шеттері тегіс емес түзіліс анықталған, . бұл қандай ауруға күдік туғызуы мүмкін?**

1. . Аппендикулярлы жайылмаға
2. Жанұйалы түймешіктерге
3. Крон ауруына
4. Соқыр ішек рагына
5. Ойық жаралы колитке

**7. Науқасты тексергенде гипохромды анемиясы анықталған, бұл жиікті ішектің қайсы клинико-анатомиялық түріне жатуы мүмкін?**

1. Энтероколитті
2. Түйнекті
3. Ісікті
4. Жалған қабынулы
5. Уытты-анемиялық

**8. Тоқ ішектің қай бөлігінде үлкен шарбы май бар?**

1. Өрмелеушісінде
2. Көлденеңінде
3. Соқыр ішегінде
4. Төмендеушісінде
5. Сигма тәріздісінде

**9. Тоқ ішектің сигма тәрізді бөлігі қандай артериямен қоректенеді?**

1. Сол жақ асқазан артериясымен
2. Оң жақ асқазан артериясымен
3. Тік ішек-сигма артериясымен
4. Жоғарғы шарбы май артериясымен
5. Төменгі шарбы май артериясымен

**10. Тоқ ішектің оң жақ бөлігінің негізгі лима түйіндері қай жерге жиналады?**

1. Сол жақ асқазан артериясында
2. Оң жақ асқазан артериясында
3. Тік ішек-сигма артериясында
4. Жоғарғы шарбы май артериясында
5. Төменгі шарбы май артериясында

**11. Аяқты ірі түймешіктер тоқ ішектің қайсы бөлімінде жиі кездеседі?**



1. Оң жағында
2. Көлденең бөлігінде
3. Сол жағында
4. Сигма бөлігінде
5. Тік ішекте

**12. Тоқ ішектің рак алды ауруына жатпайтыны қайсысы?**

1. Аденомасы
2. Бүртікті түймешігі
3. нақты тоқ ішектің қабынуы
4. Крон ауру
5. Жайылмалы жанұйалы түймешіктері

**13. TNM жүйесі бойынша T<sub>3-4</sub> N<sub>1</sub> M<sub>0</sub> тоқ ішек рагының қайсы сатысы?**

1. 1-а сатысы
2. 1- сатысы
3. 2-а сатысы
4. 3-в сатысы
5. 4- сатысы

6- нұсқа

**1. Қайсы өңірдегі елдердің тік ішек рагымен аурушандық көрсеткіші, басқа Қазақстан аймақтарымен салыстырғанда 3 есе аз?**

1. Солтүстік
2. Батыс
3. Оңтүстік
4. Орталық
5. Шығыс

**2. Тік ішектің қандай түмешігі раққа айналуы мүмкін?**

1. Түймешіктің үлкен көлемде болуынан
2. Түмешік аяғының ұзын болуынан
3. Түмешіктің аяғымен жиі айналуынан
4. Түмешіктің жаңа пайда болу кезінде
5. диаметрі 0.5 см жоғары болғанда

**3. Тоқ ішектің қай бөлігінде шажырқайы бар?**

1. Өрмелеушісінде
2. Көлденеңінде
3. Соқыр ішегінде
4. Төмендеушісінде
5. Сигма тәріздісінде

**4. Тоқ ішектің оң жағы қандай артериямен көректенеді?**

1. Сол жақ асқазан артериясымен
2. Оң жақ асқазан артериясымен
3. Өкпе артериясымен
4. Жоғарғы шарбы май артериясымен
5. Төменгі шарбы май артериясымен

**5. Тоқ ішектің сол жақ бөлігінің негізгі лима түйіндері қай жерге жиналады?**

1. Сол жақ асқазан артериясында
2. Оң жақ асқазан артериясында
3. Тік ішек-сигма артериясында
4. Жоғарғы шарбы май артериясында
5. Төменгі шарбы май артериясында

**6. Морфологиялық құрылысы жөнінен тоқ ішекте жиі кездесетін рак түрі?**

1. Жайылмалы клеткалы түлегіш
2. Безді

3. Жайылмалы клеткалы түлөмөйтін
4. Гипернефройдты
5. Меланоцитті
7. Рактың ең төмөнгі меншікті үлесі кездесетін тоқ ішек бөлігі?
  1. Өрмөлеушісінде
  2. Көлденеңінде
  3. Соқыр ішегінде
  4. Төмөндөушісінде
  5. Сигма тәріздісінде
8. **TNM жүйесі бойынша**  $T_{is}N_0M_0$ , тоқ ішек рагының қайсы сатысы?
  1. 0 - дік сатысы
  2. 1- сатысы
  3. 1-а сатысы
  4. 2-а сатысы
  5. 3-а сатысы
9. **ХАЖ-10 бойынша** C18.6 тоқ ішек рагының қайсы бөлігі?
  1. Тоқ ішектің көлденең бөлігі,
  2. Көкбауыр иіні,
  3. Тоқ ішектің төмөндөуші бөлігі
  4. Тоқ ішектің өрмөлеуші бөлігі
  5. Сигма тәрізді бөлігі
10. **Тоқ ішектің шағын ісігі, шырышты қабат пен шырыш асты қабатының ішінде орналасқан, аймақтық және алыста бөгелме ісігі жоқ, ол қандай сатысы?**
  1. I - сатысы
  2. 0 - сатысы
  3. II – сатысы
  4. III - сатысы
  5. IV – сатысы
11. **Тоқ ішектің шырышты қабат айналасынан түсі бойынша ажыратылмайтын түймешік көлемі?**
  1. диаметрі 0.5 см жоғары
  2. диаметрі 0.5 см дейін
  3. диаметрі 1.0 см
  4. диаметрі 1.0 см аса
  5. диаметрі 0.5тен 1.0 см дейін
12. **Тік ішек рагының бөгелме ісігінің ең жиі орналасатын жері?**
  1. Сүйектерде
  2. Лимфа түйіндерде
  3. Бауырда
  4. Бүйректе
  5. Дуглас кеңістігінде
13. **Жиекті ішектің рак алды аурына жатпайтыны қайсысы?**
  1. Созылмалы ойық жаралы колит
  2. Бүрлі түмешік
  3. Аденоматозды түймешік
  4. Спастикалы колит
  5. Жанұялы жайылмалы түймешіктер

7- нұсқа

1. **Тік ішек рагының жер шарында көп тараған жері?**
  1. Австралия,
  2. Ресей
  3. Қырғызстан

4. Қазақстан
5. Өзбекстан
- 2. Тоқ ішекте жиі кездесетін түймешіктер?**
  1. Кең түбірлі майда көп түймешіктер
  2. Кең түбірлі үлкен бір түймешік
  3. Аяқты майда түймешіктер
  4. Аяқты үлкен түймешіктер
  5. Майда бүртікті түймешіктер
- 3. Тоқ ішектің сол жағы қандай артериямен қоректенеді?**
  1. Сол жақ асқазан артериясымен
  2. Оң жақ асқазан артериясымен
  3. Тік ішек-сигма артериясымен
  4. Жоғарғы шарбы май артериясымен
  5. Төменгі шарбы май артериясымен
- 4. Рактың ең жоғарғы меншікті үлесі кездесетін тоқ ішек бөлігі?**
  1. Өрмелеушісінде
  2. Көлденеңінде
  3. Соқыр ішегінде
  4. Төмендеушісінде
  5. Сигма тәріздісінде
- 5. TNM жүйесі бойынша T<sub>1-2</sub>N<sub>0</sub>M<sub>0</sub>, тоқ ішек рагының қайсы сатысы?**
  1. 1-а сатысы
  2. 1- сатысы
  3. 2-а сатысы
  4. 3-а сатысы
  5. 4- сатысы
- 6. Тоқ ішектің эпителий ішіндегі рагы, тек шырышты қабатты зақымдаған, жайылмаған, бөгелме ісігі жоқ, ол қандай сатысы?**
  1. I - сатысы
  2. 0 - сатысы
  3. II – сатысы
  4. III - сатысы
  5. IV – сатысы
- 7. ХАЖ-10 бойынша C18 тоқ ішек рагының қайсы бөлігі?**
  1. Тоқ ішектің жиекті бөлігінің қатерлі ісігі,
  2. Соқыр ішегі
  3. Құрт тәрізді өсіндісі (аппендикс),
  4. Тоқ ішектің өрмелеуші бөлігі
  5. Тоқ ішектің бауыр иіні
- 8. Жиекті ішектің рагын анықтаудағы ең тиімді әдісі?**
  1. Лапароскопии
  2. Селективті ангиография
  3. Ректороманоскопия
  4. Колоноскопия
  5. Ирригография
- 9. Тік ішек рагында төмендегі белгілер пайда болғанда арнайы анықтау әдісі қолданылмайды?**
  1. Нәжіс қатқанда
  2. Дәретке отырғаннан кейінгі ішектің толық емес босансынуын сезінуі
  3. Ас ішкен соң тос астындағы тоқтық сезінуі
  4. Сірнелі көп мөлшерде сұйық нәжіс шығу кезінде
  5. Мезгіл-мезгіл нәжісінде қан мен сірне болғанда

**10. Қайсы жас тобында жиекті ішек рагы жиі кездеседі?**

1. 20-29 жаста
2. 30-39 жаста
3. 40-49 жаста
4. 50-59 жаста
5. 70+ жаста

**11. Өрмелеуші бөліктің ұйты-анемиялы түрінде қайсы анықтау әдісі жеткіліксіз мәлімет береді?**

1. Жалпы қанның анализі
2. Ирригография
3. Фиброколоноскопия
4. Ректороманоскопия
5. Цито-морфологиялық зерттеу

**12. Тоқ ішек рагының қандай түрі көрші өріміне өтуге бейімді?**

1. Түйінді түрі,
2. Түймешік тәрізді түрі
3. Жайылмалы түрі
4. Скиррозды түрі
5. Табақша тәрізді түрі

**13. Тоқ ішектен қан кетуі қандай ауруда кездеспейді?**

1. Рақта
2. Нақты емес ойық жаралы колитте
3. Жедел аппендицитте
4. Дивертикулезде
5. Крон ауруында

**Тесттік сұрақтардың эталонды жауабы**

Сұрақ №с	Нұсқалар						
	1	II	III	IV	V	VI	VII
1	4	4	3	5	1	3	1
2	3	5	3	3	3	1	1
3	3	5	4	1	1	3	5
4	3	5	4	3	2	4	5
5	5	1	5	3	3	5	2
6	2	1	5	4	4	1	2
7	4	5	2	2	5	4	1
8	4	4	2	1	2	1	2
9	2	3	3	4	3	3	3
10	5	5	4	4	4	1	3
11	1	5	5	3	3	2	1
12	3	2	3	1	3	3	1
13	3	4	4	5	4	4	3

**Жауапты бағалау**

**Жалпы 91 сұрақ. Студент барлық тесттік нұсқаларды шешу керек.**

р/с	Дұрыс жауабы	%	балл
1	87-91	95-100	=% x 0,4
2	73-86	80-94	=% x 0,4
3	64-72	70-79	=% x 0,4
4	55-63	60-69	=% x 0,4

5	46-54	50-59	=% x 0,4
6	36-45	40-49	=% x 0,4

**Есептеу жолы: мысалы студент 74 сұраққа дұрыс жауап берсе, оны былай бағалайды:**  
 $X_{74} = 74 * 100 / 91 = 81,3\%$ .

### Ситуациялық есептер.

**1- есеп.** 60 жастағы науқас әлсіздікке, тәбетінің жоқтығына, дене қызуының көтерілуіне, үлкен дәреттің тұрақсыздығына, іштің оң жақ бөлігінде ауырсыну сезіміне шағымданады. Тексеру кезінде: флюорография, эзофагодуоденоскопия, және ультрадыбыстық, ЭКГ зерттеулерде патологиялық өзгерістер анықталмаған, зәрінде де өзгеріс жоқ, ал қанында гемоглобині төмендеген.

**Сұрақтар:**

1. Алғашқы жорамал диагноз?
2. Қандай қосымша тексеру қажет?
3. Қандай ауруға тән белгі және оның қандай түрі?
4. Емнің қандай түрін қолдану керек?
5. Егер операция жоспарланса оның көлемі қандай болмақ?

**2-есеп.** Науқас үлкен дәреттің тұрақсыздығына, іштің сол жақ бөлігінде ауырсыну сезіміне, ішінің кебетіндігіне, оқта-текте іш өтетіндігіне және нәжісте қанның барына шағымданады. Тексеру кезінде: флюорография, эзофагодуоденоскопия, және ЭКГ зерттеулерде патологиялық өзгерістер анықталмаған, зәрінде де өзгеріс жоқ, УДЗ-да бауырында жалпы өзгерісі бар, ал қанында –гемоглобині 100 гр/л, ЭТЖ -30 мм/сағ.

**Сұрақтар:**

1. Алғашқы жорамал диагноз?
2. Қандай қосымша тексеру қажет?
3. Патологияның қандай түрі?
4. Қандай ем керек?
5. Қандай көлемде операция жоспарлау керек?

**3- есеп.** Науқас үлкен дәретінің бұзылғанына, ішінің ауыратынына және кебетініне шағымданады.

Тексеру кезінде: төсасты мен кіндік айналасындағы аймақта жайылмасы бар, шамалы қозғалады, флюорография, эзофагодуоденоскопия және ЭКГ зерттеулерде патологиялық өзгерістер анықталмаған, зәрі мен қанында да өзгеріс жоқ, УДЗ-да бауырында жалпы өзгерісі бар.

**Сұрақтар:**

1. Алғашқы жорамал диагноз?
2. Рентгенмен зерттеу клиникалық көріністі толықтырама?
3. Қандай қосымша тексеру қажет?
4. Қандай ем қажет?
5. Операция қандай көлемде жүргізілмек?

**4- есеп.** Науқас көптен бері іші жүрмей нәжісі қатып, үлкен дәреттен кейін нәжісінде қан көрінеді және дәретке қайта-қайта отырғысы келіп, күшене береді. Тексеру қортындысы: флюорография, эзофагодуоденоскопия және ЭКГ зерттеулерде патологиялық өзгерістер анықталмаған, зәрі мен қанында да өзгеріс жоқ, УДЗ-да бауырында жалпы өзгерісі бар.

**Сұрақтар:**

1. Алғашқы диагноз?
2. Қандай қосымша тексерулер қажет?
3. Қандай тексерулер амбулаториялық жағдайда жүргізіледі?



4. Қандай ем қолданасыз?
5. Егер асқынулар болмаса қандай ем қолдану керек?

**Ситуациялық есептердің жауаптары:**

**1- есеп:**

1. Тоқ ішектің оң жақ бөлігіндегі рак.
2. Колонскопия.
3. Токсико-анемиялық түрі.
4. Операция.
5. Оң жақ гемиколэктомия

**2- есеп:**

1. Тоқ ішектің жиекті бөлігінің сол жақ рагы.
2. Колонскопия.
3. Энтеро-колитті түрі.
4. Операция.
5. Тоқ ішектің жиекті бөлігіне - сол жақты гемиколэктомия жоспарлау.

**3-есеп.**

1. Тоқ ішектің жиекті бөлігінің көлденең бөліміндегі рак.
2. Ирригоскопия - диагнозды анықтауға мүмкіндік береді.
3. Колонофиброскопия.
4. Операция.
5. Тоқ ішектің жиекті бөлігінің көлденең бөліміне резекция жасау мүмкін.

**4- есеп:**

1. Тік ішек рагы.
2. Саусақпен тік ішекті көріп, ректоскопия жасау.
3. Тік ішекті саусақпен тексеру қажет.
4. Қосарланған ем - әуелі сәулені қолданып, операция жасау керек
5. Қыспақ сақтайтын операция жасалынып, ішек қуысын қалпына келтіре жалғау.