

**T.C.
MİLLÎ EĞİTİM BAKANLIĞI**

ALANLAR ORTAK

**SİNDİRİM SİSTEMİ HASTALIKLARI
720S00039**

Ankara, 2011

- Bu modül, mesleki ve teknik eğitim okul/kurumlarında uygulanan Çerçeve Öğretim Programlarında yer alan yeterlikleri kazandırmaya yönelik olarak öğrencilere rehberlik etmek amacıyla hazırlanmış bireysel öğrenme materyalidir.
- Millî Eğitim Bakanlığınca ücretsiz olarak verilmiştir.
- **PARA İLE SATILMAZ.**

İÇİNDEKİLER

AÇIKLAMALAR.....	ii
GİRİŞ.....	1
ÖĞRENME FAALİYETİ-1.....	3
1. ÖZEFAGUS HASTALIKLARI.....	3
1.1. Akalazya (Kardiospazm).....	3
1.2. Kalazya.....	4
1.3. Hiatus Hernisi	5
1.4. Özofajit.....	6
1.5. Özefagus Kanseri.....	7
UYGULAMA FAALİYETİ.....	9
ÖLÇME VE DEĞERLENDİRME	10
ÖĞRENME FAALİYETİ-2.....	11
2. MİDE HASTALIKLARI	11
2.1. Gastrit	11
2.1.1. Akut Gastrit.....	11
2.1.2. Kronik Gastrit	12
2.2. Mide Ülseri	13
2.3. Mide Tümörleri.....	14
UYGULAMA FAALİYETİ.....	16
ÖLÇME VE DEĞERLENDİRME	17
ÖĞRENME FAALİYETİ-3.....	18
3. İNCE VE KALIN BAĞIRSAK HASTALIKLARI	18
3.1. Duedonum Hastalıkları	18
3.1.1. Duedonum Ülserleri	18
3.2. İnce Bağırsak Divertikülü	19
3.3. İnce Bağırsak Tümörleri	21
3.4. Ülseratif Kolit	22
3.5. Apandisit	23
3.6. Akut Batın Tablosu.....	24
3.7. İleus	25
3.8. Hemoroid.....	26
3.9. Rektum Fistülleri	27
3.10. Prolapsus	28
3.11. Herniler	29
UYGULAMA FAALİYETİ.....	31
ÖLÇME VE DEĞERLENDİRME	32
ÖĞRENME FAALİYETİ-4.....	33
4. KARACİĞER VE SAFRA KESESİ HASTALIKLARI	33
4.1. Siroz.....	33
4.2. Kist Hidatik	35
4.3. Kolesistit	36
4.4. Kolelityaz (Kolelithiazis)	38
UYGULAMA FAALİYETİ.....	40
ÖLÇME VE DEĞERLENDİRME	41
MODÜL DEĞERLENDİRME.....	42
CEVAP ANAHTARLARI.....	44
KAYNAKÇA.....	45

AÇIKLAMALAR

KOD	720S00039
ALAN	Alanlar Ortak
DAL/MESLEK	Alanlar Ortak
MODÜLÜN ADI	Sindirim Sistemi Hastalıkları
MODÜLÜN TANIMI	Sindirim sistemi hastalıklarının tanımları, etyolojileri, belirti ve bulguları, komplikasyonları, tanı yöntemleri ve tedavilerinin anlatıldığı öğrenme materyalidir.
SÜRE	40/16
ÖNKOŞUL	
YETERLİK	Sindirim sistemi hastalıklarını ayırt etmek
MODÜLÜN AMACI	Genel Amaç Ders için gerekli ortam ve materyaller hazırlandığında sindirim sistemi hastalıklarının etyolojilerini, belirti ve bulgularını, komplikasyonlarını, tanı yöntemlerini ve tedavilerini doğru olarak ayırt edebileceksiniz. Amaçlar 1. Özefagus hastalıklarını ayırt edebileceksiniz. 2. Mide hastalıklarını ayırt edebileceksiniz. 3. İnce ve kalın bağırsak hastalıklarını ayırt edebileceksiniz. 4. Karaciğer ve safra kesesi hastalıklarını ayırt edebileceksiniz.
EĞİTİM ÖRETİM ORTAMLARI VE DONANIMLARI	Ortam: Ders laboratuvarı, sağlık işletmeleri Donanım: Sindirim sistemi organ ve maketleri, afiş, resim, konuyla ilgili CD, DVD, bilgisayar, tepegöz, projeksiyon cihazı, anatomi ve fizyoloji eğitim posterleri
ÖLÇME VE DEERLENDİRME	Modül içinde yer alan her öğrenme faaliyetinden sonra verilen ölçme araçları ile kendinizi değerlendireceksiniz. Öğretmen modül sonunda ölçme aracı (çoktan seçmeli test, doğru-yanlış testi, boşluk doldurma, eşleştirme vb.) kullanarak modül uygulamaları ile kazandığınız bilgi ve becerileri ölçerek sizi değerlendirecektir.

GİRİŞ

Sevgili Öğrenci,

Bu modülle sindirim sistemi hastalıklarını bu hastalıkların etyolojileri, belirti ve bulguları, komplikasyonları, tanı yöntemleri ve tedavilerini öğreneceksiniz. Öğrendiklerinizle hem kendinizi hemde çevrenizdeki insanları hastalıklardan koruyabilecek ve hasta olanları doğru yönlendirerek yardımcı olacaksınız.

Modülü öğrenirken alacağınız notlardan çok etrafınıza ne kadar yardımcı olabileceğinizi düşünürseniz modülü öğrenmeniz o kadar kolay olacaktır.

ÖĞRENME FAALİYETİ-1

AMAÇ

Özofagus hastalıklarını ayırt edebileceksiniz.

ARAŞTIRMA

- Çevrenizde özofagus hastalığı olan kişiler var mı? Araştırınız.
- Özofagus hastalığı olan kişilerde hangi belirti ve bulguların olduğunu gözlemleyiniz, gözlemlerinizi yazınız.
- Bu kişiler nasıl tedavi olmaktadır? Teşhis için hangi tetkikleri yaptırıyorlar? Araştırınız. Araştırmalarınızı arkadaşlarınızla paylaşınız.

1. ÖZEFAGUS HASTALIKLARI

Özofagus, orofarenksten başlayıp mideye kadar uzanan tüp şeklinde bir organdır. Bu tüp gıdaların ağızdan mideye geçişini sağlar.

Akalazya, kalazya, hiatus hernisi, özafajit ve özofagus kanseri bu organın sık görülen hastalıklarındandır.

1.1. Akalazya (Kardiospazm)

Özofagusun alt ucunda darlık oluşması sonucu ortaya çıkan bir hastalıktır. Oluşan darlık nedeniyle gıdalar mideye geçemez ya da geçişi çok ağrılı ve zor olur.

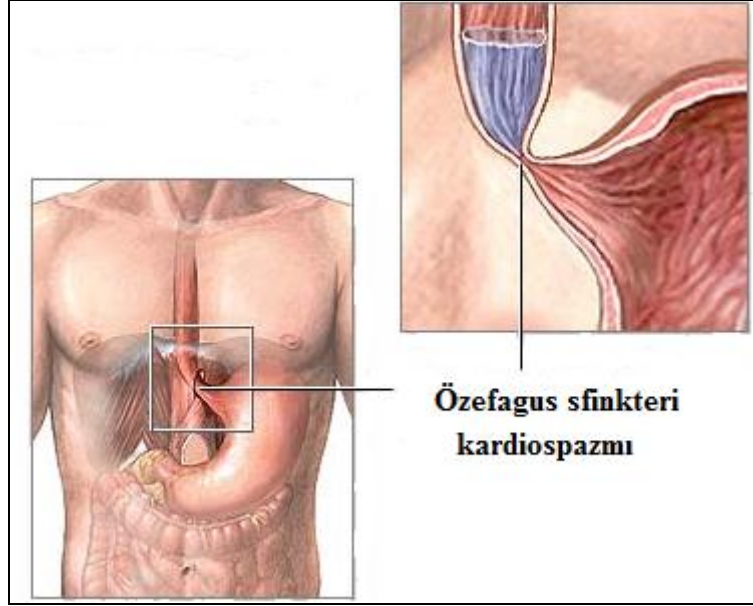
➤ **Etyoloji**

Nedenleri kesin olmamakla birlikte psikolojik faktörler, stres olabileceği gibi miyenterik pleksüsün tahribi sonucuda olabilir.

➤ **Belirtiler ve Bulgular**

- Disfaji
- Halitozis (ağızda kötü tat ve koku olması.)
- Retrosternal ağrı
- Dispne ve öksürük: Kardiadan geçemeyen gıdalar, özofagusta birikir ve özofagusu genişletir. Genişleyen özofagus, trakeaya baskı yaparak nefes darlığına ve öksürüğe neden olur. Genişleyen özofagus, kalp ve büyük damarlara baskı yaparsa kalp ve dolaşım ile ilgili problemler de ortaya çıkabilir.

- Regürjitasyon (mide içeriği özefagusa geri döner ve aspire edilerek aspirasyon pnömonisine yol açabilir. Stres bu semptomların artmasına neden olabilir.)



Resim 1.1: Akalazyza (kardiospazm)

➤ **Komplikasyonlar**

- Özofajit,
- Kanama,
- Perforasyon (delinme),
- Özofageal karsinoma,
- Regürjitasyona bağlı aspirasyon pnömonisi,
- Solunum ve dolaşım problemleri olabilir.

➤ **Tam Yöntemleri**

Baryumlu radyolojik tetkikler ve gerekirse özofagoskopi yapılır. Radyolojik incelemelerde özefagusun üst kısmında genişlemeler, alt ucunda ise daralmalar gözlenir.

➤ **Tedavi**

Özefagusun daralan kısmı dilate edilir (genişletilir). Cerrahi tedavide kardiomyotomi (Özefagusun genişleyen kısmının alınması ve kardianın cerrahi olarak genişletilmesi) yapılır.

1.2. Kalazyza

Kardio-özofageal sfinkterde yetmezliğin olması ve mide içeriği olduğu gibi özofagusa geri dönmesi halidir.

➤ **Etyoloji**

Kesin bilinen bir nedeni olmamakla beraber kardiak sfinkter, gevşek ve daima açık olur. Bu nedenle mide içeriği özofagusa regürjite (geriye kaçış) olmaktadır. Bebeklerde konjenital olarak ortaya çıkabilir.

➤ **Belirtiler ve Bulgular**

Genellikle yeni doğan bebeklerde beslenmeden kısa süre sonra devamlı kusmalar oluyorsa kalazya düşünülmelidir. Beslenmeden sonra bebek, bir müddet dik tutulursa kusması önlenir. Benzer tablolara yetişkinlerde de rastlanır. Ancak yatınca ya da eğilince olan kusmalara ek olarak retrosternal ağrı (sternumun arkasında görülen ağrı), kanama, gecikmiş olgularda peptik özofajite (özofagusun enfeksiyonu) bağlı olarak disfaji (yutma güçlüğü) de bulunur.

➤ **Komplikasyonlar**

- Özofajit,
- Kanama,
- Aspirasyon pnömonisidir.

➤ **Tam Yöntemleri**

Fizik muayene ve hikayeye ilave olarak baryumlu radyolojik inceleme, özofagoskopi ve regürjitasyonun tespit edilmesi yeterli olmaktadır.

➤ **Tedavi**

Hastanın beslenmesi düzenlenir. Tıbbi tedavi verilir.

1.3. Hiatus Hernisi

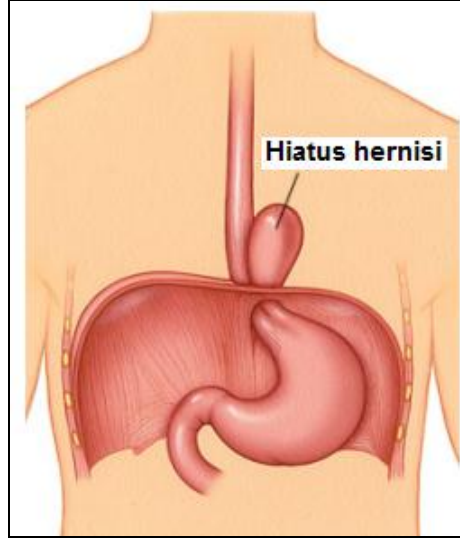
Özofagusun, göğüs boşluğundan karın boşluğuna geçmesini sağlayan diyafragma üzerinde yer alan deliktir (özofageal hiatus). Hiatusun normalden geniş ve gevşek olması durumunda midenin bir bölümünün karın boşluğundan göğüs boşluğuna geçmesi, fıtıklaşması durumudur.

➤ **Etyoloji**

Aşırı zayıflık, travma, yaşlılık gibi kas sisteminin zayıflaması sonucu ortaya çıkabilir.

➤ **Belirtiler ve Bulgular**

- Regürjitasyon (bulantı olmaksızın mide içeriği ağıza gelir.)
- Disfaji vardır.
- Ani pozisyon değişikliklerinde retrosternal ağrı ve yanma görülür.



Resim 1.2: Hiatus hernisi

➤ **Komplikasyonlar**

- Gastroözefageal reflü,
- Peptik özofajit,
- Aspirasyon pnömonisi,
- Akciğer apsesi,
- Solunum ve dolaşım komplikasyonlarıdır.

➤ **Tanı Yöntemleri**

Baryumlu radyolojik tetkikler ve özefagoskopi

➤ **Tedavi**

Öncelikle tıbbi tedavi uygulanır. Şikayetler devam ederse cerrahi tedaviye başvurulur.

1.4. Özofajit

Özefagus dokusunun iltihaplanmasıdır.

➤ **Etyoloji**

Özofajitler viral, kandida özofajitleri, ilaca bağlı özofajitler ve korozif özofajitler olarak görülebilir.



Resim 1.3: Özofajit

➤ **Belirtiler ve Bulgular**

Viral özofajitlerde immün sistem baskılanmışsa odinofaji, (yutma esnasında ağrı oluşması) disfaji, ateş ve kanama görülür. İlaça bağlı özofajitlerde özefagusta anatomik değişiklikler görülür. Korozif özofajitlerde orofarenksten mideye kadar olan bölgedeki mukozada ciddi lezyonlar vardır.

➤ **Komplikasyonlar**

- Kanama,
- Özofajit ilerlerse perforasyon (delinme, yırtılma),
- Karsinoma riskidir.

➤ **Tam Yöntemleri**

Endoskopi, biyopsi, kültür ve sitolojik incelemeler yapılır.

➤ **Tedavi**

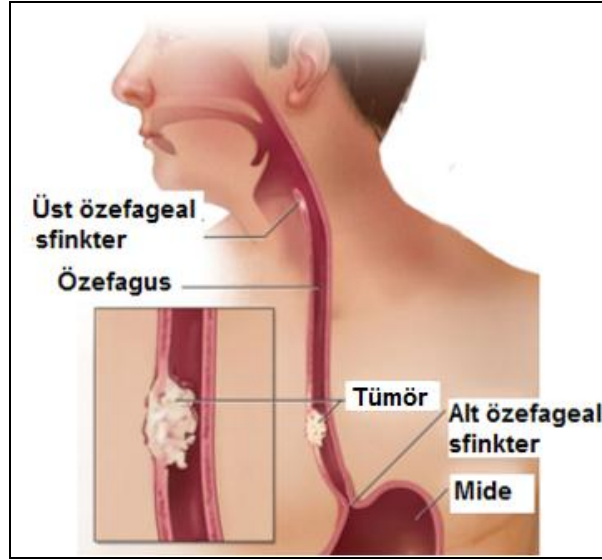
Etkene göre tıbbi tedavi uygulanır. Darlık oluşması halinde cerrahi tedaviye başvurulur.

1.5. Özefagus Kanseri

Dünyada görülen en yaygın kanser türüdür. Türkiye'de en fazla Doğu Anadolu ve Karadeniz bölgesinde görülür.

➤ **Etyoloji**

Nedeni kesin olarak bilinmemektedir. Erkeklerde kadınlara oranla daha fazla görülür. Risk faktörleri olarak alkol, sigara kullanımı, kostik madde alımı, özefageal darlıklar, baş ve boyun kanserleri, sıcak yemek, sıcak çay içimi, A vitamini ve çinko eksikliği gösterilmektedir.



Resim 1.4: Özefagus kanseri

➤ **Belirtiler ve Bulgular**

- Disfaji, (Başlangıçta katı gıdalarla başlayan disfaji, daha sonra sulu gıdalarda da görülmeye başlar.)
- Kilo kaybı,
- Regürjitasyon,
- Öksürük,
- Retrosternal ağrı,
- Odinofaji
- Ses kısıklığı,
- Hepatomegali (karaciğerin büyümesi),
- Kemik hassasiyeti,
- Nadir olarak kanama görülür.

➤ **Tanı Yöntemleri**

Kontrast madde ile çekilen özefagus grafileri, endoskopi ve beraberinde biyopsi, sitolojik inceleme, bilgisayarlı tomografi, ultrasonografi ile tanı konur.

➤ **Tedavi**

Komplikasyonları yüksek olmasına rağmen hastaların % 40'ına rezeksiyon yapılır. Kemoterapi ve radyoterapi uygulanır.

UYGULAMA FAALİYETİ

Özofagus hastalıklarını ayırt ediniz.

İşlem Basamakları	Öneriler
➤ Özofagus hastalıklarının tanımını yapınız.	➤ Özofagusun, anatomi ve fizyolojisini yeniden gözden geçirebilirsiniz.
➤ Özofagus hastalıklarının etyolojisini ayırt ediniz.	➤ Özofagus hastalıklarının etyolojilerini farklı kaynaklardan tekrar edebilirsiniz.
➤ Özofagus hastalıklarının belirti ve bulgularını ayırt ediniz.	➤ Özofagus hastalıklarının belirti ve bulgularını yazarak çalışabilirsiniz.
➤ Özofagus hastalıklarının komplikasyonlarını ayırt ediniz.	➤ Özofagus hastalıklarının komplikasyonlarını birbirleriyle karşılaştırabilirsiniz.
➤ Özofagus hastalıklarının tanı yöntemlerini ayırt ediniz.	➤ Özofagus hastalıklarının tanı yöntemlerini gözlemek üzere bir sağlık kuruluşuna gidebilirsiniz.
➤ Özofagus hastalıklarının tedavi yöntemlerini ayırt ediniz.	➤ Özofagus hastalıklarının tedavi yöntemlerini modül sonundaki kaynaklardan daha ayrıntılı çalışabilirsiniz.

ÖLÇME VE DEĞERLENDİRME

Aşağıdaki soruları dikkatlice okuyarak doğru seçeneği işaretleyiniz.

1. Aşağıdakilerden hangisi, akalazyanın belirtilerindedir?
A) Disfaji
B) Perforasyon
C) Akciğer Apsesi
D) Aspirasyon Pnömonisi
E) Devamlı kusmalar
2. Aşağıdakilerden hangisi, kalazyanın belirtilerindedir?
A) Devamlı kusmalar
B) Odinofaji
C) Ses kısıklığı
D) Hepatomegali
E) Öksürük
3. Aşağıdakilerden hangisi, hiatus hernisinin belirtilerindedir ?
A) Hiperemezis
B) Retrosternal ağrı
C) Apse
D) Solunum zorluğu
E) Pnömoni
4. Aşağıdakilerden hangisi, özafajitin komplikasyonlarındanır?
A) Kanama
B) Aspirasyon pnömonisi
C) Akciğer apsesi
D) Dolaşım bozuklukları
E) Solunum bozuklukları
5. Aşağıdakilerden hangisi, özafagus kanserinin belirtilerinden değildir?
A) Kilo kaybı
B) Regürjitasyon
C) Öksürük
D) Peptik özofajit
E) Retrosternal ağrı

DEĞERLENDİRME

Cevaplarınızı cevap anahtarıyla karşılaştırınız. Yanlış cevap verdiğiniz ya da cevap verirken tereddüt ettiğiniz sorularla ilgili konuları faaliyete geri dönerek tekrarlayınız. Cevaplarınızın tümü doğru ise bir sonraki öğrenme faaliyetine geçiniz.

ÖĞRENME FAALİYETİ-2

AMAÇ

Mide hastalıklarını ayırt edebileceksiniz.

ARAŞTIRMA

- Çevrenizde mide hastalığı olan bireyler var mı? Bu hastalıklar nelerdir, araştırınız.
- Mide hastalığı olan kişilerde hangi belirti ve bulgular vardır, gözlemleyip gözlemlerinizi yazınız.
- Mide hastalığı olan kişiler nasıl bir tedavi alıyorlar, teşhis için hangi tetkikleri yaptırmışlar? Araştırarak, yazınız. Araştırmalarınızı sınıfta arkadaşlarınızla paylaşınız.

2. MİDE HASTALIKLARI

Mide sindirim kanalının özefagus ile ince bağırsaklar arasında kalan en geniş bölümüdür. Sindirime hazırlanan gıdaları depo eder.

Midenin yapısındaki bazı değişiklikler hastalıkların ortaya çıkmasına sebep olur. Mide hastalıklarından toplumda en sık görülenleri gastrit, ülser, mide tümörleridir.

2.1. Gastrit

Midenin inflamasyonlu hastalığıdır. Midenin iç yüzündeki mukoza zarının iltihaplanması sonucu ortaya çıkar.

Gastrit, akut ve kronik olarak iki şekilde görülür.

2.1.1. Akut Gastrit

İlaç, alkol, toksik maddeler (gastrik radyasyon ve soğutulması, stafilokok, salmonella gibi patojenlerle oluşan enfeksiyonlar) asit ve alkali maddelerin içilmesi sonucu oluşan ve mide mukozasında ani gelişen yüzeysel iltihabi hastalık tablosudur.

➤ Etyoloji

Enfeksiyöz veya enfeksiyöz olmayan diye ikiye ayrılır. Enfeksiyöz akut gastrit, helicobacter pylori başta olmak üzere çeşitli bakteriler, virüsler ve parazitlere bağlı olarak gelişebilir. Ani başlayan epigastrik ağrı ile kendini belli eder. Enfeksiyöz olmayan akut gastrit, ilaçlar (aspirin gibi), kimyasal ajanların (safra tuzlar, alkol vs.) ağızdan alınımı, fiziksel stres, üremi (kanda üre oranının artması) ve bunun gibi durumlar sonucunda ortaya çıkar.

➤ **Belirtiler ve Bulgular**

- Bulantı, kusma ve bunlara bağlı olarak dehidratasyon görülür.
- Bazen hemorajilere (kanama) de neden olabilir.
- İştahsızlık,
- Geğirme,
- Elle dokunulduğunda epigastriumda ağrı vardır.

➤ **Tanı Yöntemleri**

Endoskopik inceleme ve endoskop ile mukozadan biyopsi alınarak tanı konulur.

➤ **Tedavi**

Hastalara nedenine yönelik tıbbi tedavi yapılır.

2.1.2. Kronik Gastrit

Mukozanın, kronik yaygın inflamasyonudur. inflamasyon nedeni spesifik (Tbc veya sifiliz vb. gibi) ya da nonspesifik (atrofik gastrit vb. gibi) olabilir.

➤ **Etyoloji**

Asit salgılayan mukozanın otoimmün nedenlerle yok olması ya da helicobacter pylori, safra reflüsü ve çeşitli diyetler nedenleri arasındadır. Kronik gastritte parietal (kenar) hücrelerinin kaybına bağlı olarak intrensek faktör salgılanamaz. Buna bağlı olarak vitamin B 12 emilemez ve megaloblastik anemi ortaya çıkar. Kronik gastriti olan veya total gastrektomi yapılan hastalarda ömür boyu B 12 vitamini enjekte edilir.

➤ **Belirtiler ve Bulgular**

Kronik gastrit genellikle asemptomatiktir.

- Zaman zaman tekrarlayan ağrılar (Ağrılar yemekten sonra olur.),
- Bulantı,
- Hematemez (kusmuşun kanlı olması),
- Hipokloridi (kan klor seviyesinin azalması),
- Pernisiyöz anemi,
- Gaitada gizli kan görülür.

➤ **Komplikasyonlar**

Megaloblastik ve pernisiyöz anemi, karsinomadır.

➤ **Tanı Yöntemleri**

Endoskopik inceleme ve endoskop ile mukozadan biyopsi alınması.

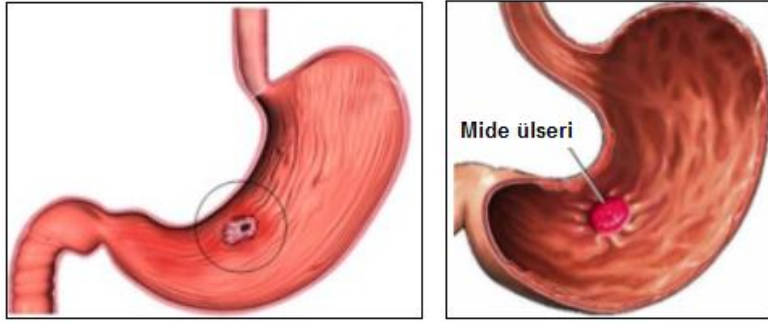
➤ **Tedavi**

Nedene yönelik tıbbi tedavi yapılır.

2.2. Mide Ülseri

Mide mukozasının bir çok faktör tarafından önce yüzeysel bütünlüğünün bozulması ve ülserasyonlar (açık yaralar) oluşması; daha sonra yakın dokuların da etkilenmesidir. Mide mukozasında çeşitli nedenlerle meydana gelen yüzeysel doku defektleri (erozyonlar) olarak da tanımlanır. Defektin, mukozayı aşarak submukoza ve muskularis propia tabakasını da içerecek şekilde ilerlemesiyle peptik ülser oluşur.

Ülserler, bulunduğu organa göre isimlendirilir. Gastrik mukozada ise mide ülseri, duodenumda ise duodenum ülseri denir.



Resim 2.1: Mide ülseri

➤ Etyoloji

Ülserin nedeni, mukozanın bütünlüğünün agresif-koruyucu-onarıcı faktörler arasındaki dengenin değişmesi ve bozulmasıdır. Çeşitli genetik, çevresel ve infeksiyöz ajanlar, mukozanın koruyucu-onarıcı mekanizmalarını bozmakta ve ülser oluşturmaktadır. Buradaki agresif faktörlerin başında asit ve pepsin gelir. Ülser oluşumunda direkt sorumlu etken HP (*helicobacter pylori*) dir. NSAİİ (non-steroit antiinflamatuvar ilaçlar), diyet, alkol ve kortikosteroidler de etkili diğer faktörlerdir.

HP'nin oral-fekal yolla ya da oral-oral yolla bulaştığı düşünülmektedir. Bulaşıcılık önlenemediği oranda hem iyileşme sağlanabilmekte hem de tekrarlar azaltılabilmektedir.

➤ Belirtiler ve Bulgular

- Dispeptik yakınmalar, (iştasızlık, bulantı, kusma, yanma, şişkinlik, geğirme)
- Kanama,
- Hafif epigastrik ağrı,
- Komplike durumlarda, gaitada gizli kan pozitifliği,
- Hematemez ,
- Melena ve perforasyon,
- Ülserde ağrı, ilkbahar ve sonbaharda sıklaşır ve bu ağrı tekrarlayıcıdır, yemek ve antiasitlerle geçer. Mide ülserinde ağrı, yemekten sonraki ilk 2 saat içinde olur.

➤ **Komplikasyonlar**

- Kanama
- Perforasyon
- Karsinoma

➤ **Tanı Yöntemleri**

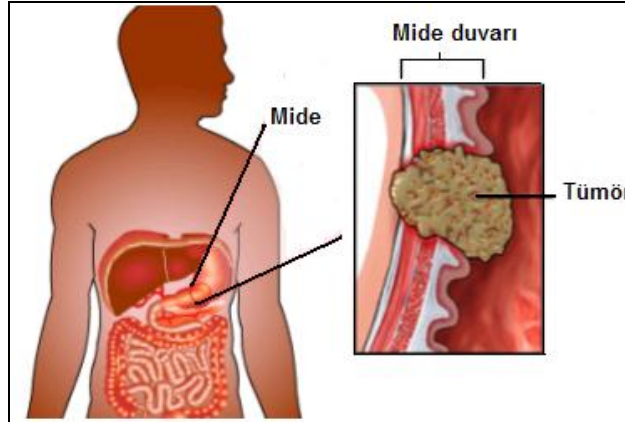
Endoskopi, üre-az testi, kültür, histopatoloji, serolojik ve sitolojik testler, üre-nefes testleri, gaitada antijen ve idrar antijen testleri. Üre-nefes testi, HP tanısında ideal testtir. Ancak maliyeti yüksektir ve çok az merkezde bulunmaktadır. Gastrik ülserde ve komplike duedonal ülserde, biyopsi gereklidir. Ayrıca endoskopik inceleme yapılmalıdır.

➤ **Tedavi**

Hastalara tıbbi tedavi önerilir. Diyet düzenlenir.

2.3. Mide Tümörleri

Gastrik bölgede anormal şekilde gelişen urlardır. Bunlar iyi huylu olabildikleri gibi kötü huylu (malign, habis) da olabilir. Selim (iyi huylu) tümörlerde tedavi cerrahidir. Ancak malign tümörlerde yani mide kanserinde bu şans yoktur. Gizli ilerleyen, geç belirti veren türlerdir. Mide kanserleri, tüm dünyada başta gelen ölüm nedenlerindedir. Erkeklerde kadınlara oranla daha fazla (1/2 oranında) görülür.



Resim 2.2: Mide kanseri

➤ **Etyoloji**

Helicobacter pylori, mide kanseri için etyolojik bir faktördür.

- Ailede mide kanseri olması,
- Sigara içilmesi,
- Parsiel gastrektomi (midenin bir bölümünün cerrahi olarak alınması),

- Pernisiyöz anemi,
- Diyetle alınan nitritler, tuzlar,
- Genetik faktörler etkili olmaktadır.

➤ **Belirtiler ve Bulgular**

Başlangıçta belirti vermeyebilir; belirtiler geç dönemde ortaya çıkar. Başlıca belirtileri;

- İştahsızlık ve buna bağlı gelişen kilo kaybı, (En sık görülen belirtidir.)
- Halsizlik, yorgunluk,
- Hazımsızlık,
- Bulantı, kusma,
- Kanama,
- Disfaji,
- Lenfadenopati (supraklavikular lenf bezlerinde büyüme),
- Ağrı, (Ağrılar, bazen antiasitlerle ve gıda alımıyla azaltılabilir.)
- Batında kitle (karın muayenesinde kitle, elle palpe edilebilir, rektal veya vaginal tuşe ile saptanabilir.) görülebilir.

➤ **Tanı Yöntemleri**

Çift kontrast baryumlu görüntüleme, endoskopik inceleme ve biyopsi, (Endoskopik ultrasonografi ile tümörün derinliği, bilgisayarlı tomografi ile evrelemesi yapılabilir.) tam kan testleri (Karaciğer fonksiyon testleri, sedimantasyon erken dönemde normal olabilir. Ancak sonraki devrede tanı için yeterlidir.) yapılır.

➤ **Tedavi**

Mortalite oranı çok yüksektir. Kanserin türüne ve yerine göre total veya suptotal gastrektomi ve lenfatik diseksiyon yapılır. Ayrıca kemoterapiye başvurulabilir.

UYGULAMA FAALİYETİ

Mide hastalıklarını ayırt ediniz.

İşlem Basamakları	Öneriler
➤ Mide hastalıklarını tanımlayınız.	➤ Mide ve duodenumun anatomi ve fizyolojisini tekrar edebilirsiniz.
➤ Mide hastalıklarının etyolojisini ayırt ediniz.	➤ Mide hastalıklarının etyolojilerini farklı kaynaklardan tekrar edip modülünüzle karşılaştırabilirsiniz.
➤ Mide hastalıklarının belirti ve bulgularını ayırt ediniz.	➤ Mide hastalıklarının belirti ve bulgularını yazarak çalışabilirsiniz.
➤ Mide hastalıklarının komplikasyonlarını ayırt ediniz.	➤ Mide hastalıklarının komplikasyonlarını birbirleriyle karşılaştırabilirsiniz.
➤ Mide hastalıklarının tanı yöntemlerini ayırt ediniz.	➤ Mide hastalıklarının teşhisinde kullanılan tanı yöntemlerini hastanelerde gözlemleyebilirsiniz.
➤ Mide hastalıklarının tedavi yöntemlerini ayırt ediniz.	➤ Çevrenizde ya da bir sağlık kuruluşunda mide hastası olan hastaların nasıl tıbbi yardım aldıklarını gözlemleyebilirsiniz.

ÖLÇME VE DEĞERLENDİRME

Aşağıdaki soruları dikkatlice okuyarak doğru seçeneği işaretleyiniz.

1. Aşağıdakilerden hangisi, mide ülserinin asıl etkenidir?
A) Stafilokoklar
B) Helicobacter pylori
C) Streptokoklar
D) Pnömonokoklar
E) Salmonellalar
2. Mide mukozasının inflamasyonuna ne ad verilir?
A) Ülser
B) Kanser
C) Gastrit
D) Tümör
E) Herni
3. Aşağıdakilerden hangisi, mide ülserinin belirtilerindendir?
A) Epigastrik ağrı
B) Karın ağrısı
C) İshal
D) Sarılık
E) Ateş
4. Aşağıdakilerden hangisi, mide ülserinin belirtisi değildir?
A) Kanama
B) Ağrı
C) Hematemez
D) Melana
E) Murphy belirtisi
5. Aşağıdakilerden hangisi, akut gastrit belirtilerinden değildir?
A) Bulantı
B) Hemoroji
C) Kusma
D) Hipokloridi
E) Geğirme

DEĞERLENDİRME

Cevaplarınızı cevap anahtarıyla karşılaştırınız. Yanlış cevap verdiğiniz ya da cevap verirken tereddüt ettiğiniz sorularla ilgili konuları faaliyete geri dönerek tekrarlayınız. Cevaplarınızın tümü doğru ise bir sonraki öğrenme faaliyetine geçiniz.

ÖĞRENME FAALİYETİ-3

AMAÇ

İnce ve kalın bağırsak hastalıklarını ayırt edebileceksiniz.

ARAŞTIRMA

- Çevrenizde ince ve kalın bağırsak hastalığı olan bireyler var mı, bu hastalıklar nelerdir, araştırınız.
- İnce ve kalın bağırsak hastalığı olan kişilerde hangi belirti ve bulgular vardır, gözlemleyerek, yazınız.
- İnce ve kalın bağırsak hastalığı olan kişiler nasıl bir tedavi alıyorlar, teşhis için hangi tetkikleri yaptırmışlar, araştırınız. Araştırmalarınızı arkadaşlarınızla paylaşınız.

3. İNCE VE KALIN BAĞIRSAK HASTALIKLARI

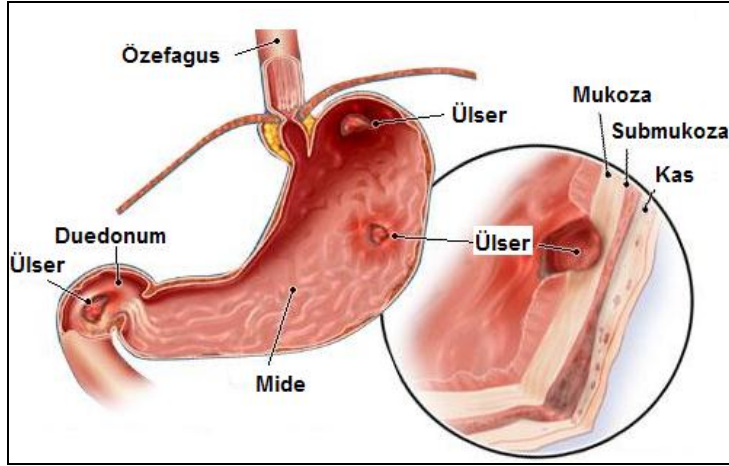
İnce bağırsaklar besinlerin sindiriminin son aşamasının gerçekleştiği ve sindirilen besin maddelerinin emilime uğradığı kısımdır. Kalın bağırsaklar sindirim atıklarını vücuttan atmaya hazır hale getirir ve atılmasını sağlar.

3.1. Duedonum Hastalıkları

Duedonum, oniki parmak barsağı olarak bilinir. Mideden sonra başlar ve ince bağırsakların başlangıç kısmını oluşturur. Sıklıkla görülen duedonum hastalıkları; duedonum ülserleri, duedonum obstrüksiyonları, (tıkanmalar) duedonum divertikülleri, duedonum kanserleridir.

3.1.1. Duedonum Ülserleri

Genellikle, pilordan 3 cm uzaklıkta bulunan bölümde yer alır. Duodenum mukozasının nekrozlu hastalığıdır. Erkeklerde daha çok görülür.



Resim 3.1: Duedonum ülseri

➤ **Etyoloji**

Duedonum ülserinde agresif faktörlerin (asit, pepsin) artması önemlidir. HP duedonal ülserlerin % 80-90'ında etkilidir. NSAİİ alımı da ülser oluşumunda koruyucu faktörleri azaltarak etkili olur.

➤ **Belirtiler ve Bulgular**

Epigastrik bölgede ağrı (Açlık halinde ağrılar vardır. Açlık, ağrının artmasına da yol açar. Ağrılar, bel ve sırta kadar yayılabilir.) Ağrı yemekle ve antiasitlerle hafifler. Yemekten 2 saat sonra tekrar artma gösterir. Ağrıların uzun süre olmaması ve gece ağrıların olması, duedonum ülserinin tipik belirtisidir.

➤ **Tanı Yöntemleri**

Endoskopik inceleme ve biyopsi (eğer komplike bir durum söz konusu değil ise biyopsi ile kontrol gerekmez), kan testleri, sitolojik ve serolojik testler. HP' nin neden olduğu duedonal ülserde, biyopsi gerekmez. Komplike duedonal ülserde biyopsi gerekir.

➤ **Tedavi**

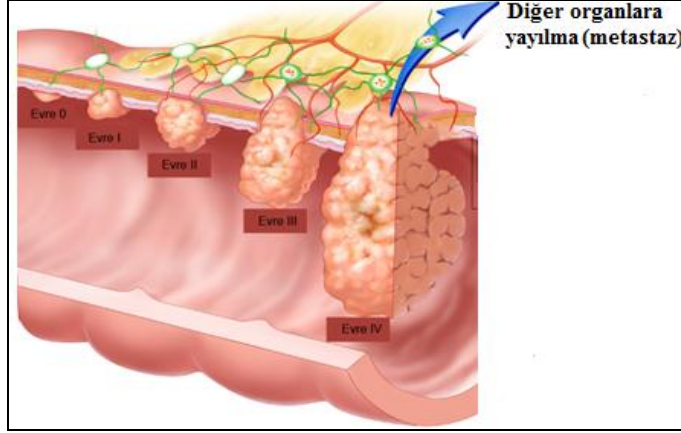
Hastaların diyeti ve tıbbi tedavileri hastalığın nedenine göre düzenlenir.

3.2. İnce Bağırsak Divertikülü

İnce bağırsak mukozasının herhangi bir yerinden kas dokusunu geçerek serozaya doğru cep şeklinde girintiler oluşturmasıdır. Bu cepsi oluşumların içi dolar, bazen çok yavaş boşalır, bazen hiç boşalmaz ve burada enfeksiyon gelişir. Divertiküllerin enfeksiyonuna divertikülit denir. Bazen bu oluşumlar, yakın organlarla birleşerek fistül oluşturur (mesane, vagina, kolon, veya bağırsakların diğer kısımları ile). Buralarda da enfeksiyonlara neden olur. Divertiküllerin bazıları doğuştandır bazıları yaşlılıkla ortaya çıkar. Örneğin, Meckel divertikülü doğuştandır.

3.3. İnce Bağırsak Tümörleri

Bening (iyi huylu) ve malign (kötü huylu) tümörlerdir. Bening tümörler, genellikle belirti vermemelerine rağmen ağrı, kanama ve obstrüksiyona yol açar. Malign tümörler ince bağırsaklarda az görülür. İyi ve kötü huylu tümörler genellikle 40-50 yaş arasında görülür ve erkeklerde kadınlara oranla daha yaygındır.



Resim 3.3: İnce bağırsak tümörünün evreleri

➤ Etyoloji

İnce bağırsaklar, gastrointestinal sistemin % 75'ini oluşturmasına rağmen kanserler bu bölgede az görülür. İncebağırsakta kötü huylu tümörlere az rastlanmasının nedenleri:

- İncebağırsak salgısı asit değil alkali özellikte olduğundan, karsinojenlerin oluşma olasılığı azalmaktadır,
- İncebağırsakta ortamın sıvı, geçişin de hızlı olması bağırsak mukozasıyla kanser yapıcı maddelerin ilişkide olduğu süreyi kısaltır,
- Bağırsakta doğal olarak bulunan bakterilerin incebağırsakta az olması, besinlerle alınan bazı maddelerin bakteriler aracılığıyla kanserojen olduğu kabul edilen başka maddelere dönüşmesini engeller.

➤ Belirtiler ve Bulgular

Bu vakaların çoğunda semptomlar spesifik (özel) değildir. Kesin tanı da ancak % 50'sinde konulabilir.

- Karın ağrısı (Zaman zaman görülür, künttür, sırta vurur, kramp şeklindedir.)
- Bulantı (İleri dönemde görülür.),
- Kusma,
- Zayıflama,
- Sarılık görülür.

➤ **Tanı Yöntemleri**

Endoskopi, ince bağırsak grafileri, bilgisayarlı tomografi ile tanı konulabilir. Kesin tanı, cerrahi müdahale sonucunda konulmaktadır.

➤ **Tedavi**

Tedavi cerrahidir. Ayrıca kemoterapide uygulanır.

3.4. Ülseratif Kolit

Kolonun, (kalın barsağın) mukoza ve mukoza altı dokusunun iltihaplanması ile karakterize hastalıktır. Hastalık oldukça yaygın görülmektedir.

➤ **Etyoloji**

Kesin olmamakla birlikte genetik, psikosomatik, otoimmün faktörler, viral (RNA virüsü) ve bakteriyel etkenler neden olmaktadır. Beyaz ırkta ve Yahudilerde daha sık görülür. En sık, 20-40 yaşları arasında, sigara içenlerde, hafif kilolu kadınlarda daha çok görülür. Ailevi yatkınlık önemlidir (Özellikle ikizlerde fazla olması, genetik yatkınlığı düşündürür).

➤ **Belirtiler ve Bulgular**

- Kanlı ishal (Kan taze, parlak ve kırmızıdır.) tipik bir bulgudur.
- Kramp tarzında ağrı vardır.
- Kilo kaybı vardır.
- Dönem dönem iyileşme ve alevlenmeler vardır.
- Sık ve az miktarda kanlı, müküs içeren ve ağrının eşlik ettiği dışkılama (tenezm) vardır.
- Dışkıyı tutamama (İlerleyen zamanlarda tenezme bağı olarak meydana gelebilir.), hafif vakalar % 90 düzeliirken şiddetli belirti veren vakaların % 50'sinde, iki yıl içinde tıbbi tedaviye cevap alınmazsa cerrahi tedavi (kolektomi) uygulanır.

Ayrıca kolon tutulumundan önce belirtileri de vardır. Bunlar:

- Sık tekrarlayan eklem şikayetleri,
- Oral aftlar,
- Göze ve karaciğere ait şikayetlerdir.

Bu vakalarda özellikle tropikal bölge dışında yaşayanlarda, kanlı ishal şeklinde olması anlamlıdır.

➤ **Komplikasyonlar**

- Anal fissür ,
- Toksik megakolon,
- Kanama,
- Perforasyon,
- Mekanik ileus,
- 10 yıldan uzun süren vakalarda, kanser riski olabilir.

➤ **Tanı Yöntemleri**

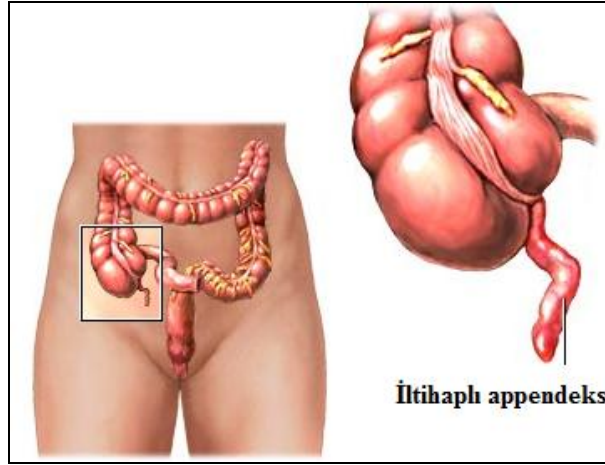
Sedimentasyon (yüksektir), CRP (aktifliği), tam kan sayımı, (anemi, lokositöz) gaitanın mikroskopik tetkiki ve kültürü, serolojik testler. Ayrıca rektosigmoidoskopi ve kolonoskopi ile biyopsi, çift kontrastlı kolon grafisi de tanıda kullanılır.

➤ **Tedavi**

Tedavide amaç, klinik düzelmenin (remisyon) sağlanması, tekrarların (relaps), alevlenmelerin önlenmesidir.

3.5. Apandisit

Appendeksin iltihaplanmasına apandisit denir.



Resim 3.4: Apandisit

➤ **Etyoloji**

Appendeksin çeşitli cisimlerle tıkanması (meyve çekirdeği, minik taşlar, yabancı cisimler vs.) ve bunun sonucunda burada bakterilerin üremesi, paraziter tıkanmalar, bakteriyel enfeksiyonlar, tümöral tıkanmalara bağlı olarak apandisit gelişebilir.

➤ **Belirtiler ve Bulgular**

Hastalar genellikle akut bir tabloyla hastaneye başvururlar. Bu tabloda;

- Karın ağrısı (Ani başlar, önce yaygın , daha sonra göbek çevresinde ya da karnın üst orta hattında yoğunlaşır. Daha sonra ağrı, yaygınlığını kaybederek karnın sağ alt kısmında, sağ inguinal bölgede yoğunlaşır. Ağrı, yürüme ve hareket ile artar; dinlenme ve sağ bacağın bükülmesiyle azalır ve kolik tarzındadır.)
 - Bulantı ve kusma (Ağrıdan sonra başlar. Bu da enteritten ayrı bir bulgudur.)
 - Dil paslıdır, hastada gıdalara karşı isteksizlik vardır.
 - Hafif ateş vardır (Ateş, rektal ve aksiller farklılık gösterir.)
- **Tam Yöntemleri:** Tam kan sayımı (lökositoz görülmesi de en önemli bulgulardandır), fizik muayene ve iyi alınmış bir anamnez yeterli olmaktadır.
- **Tedavi:** Apandisit tanısı konulduktan sonra tedavi cerrahi olarak yapılır.

3.6. Akut Batın Tablosu

Akut batın tablosu, tek bir hastalık tablosunu değil bir klinik tabloyu anlatmak için kullanılmaktadır. Diyafragma ile pelvis arasındaki boşluğa batın (karın) boşluğu denir. Karın boşluğunda yer alan bütün organlarda oluşan patolojik tüm bulgular, akut batın tablosu içine girer.

➤ **Etyoloji**

Appendiksin iltihaplanması, pankreasın iltihaplanması, ince ve kalın bağırsak enfeksiyonları, karın zarının iltihaplanması (peritonit), perforan ülserler, karın içindeki organların tıkanmaları ve kanamaları, safra kesesi ve safra yollarında oluşan enfeksiyonlar akut batın tablosu içinde değerlendirilir.

Akut batın tablosu; trafik kazaları, düşmeler, ezilmeler ve yaralanmalara bağlı olarak da gelişebilir. Travma sonrası dalak, karaciğer, mide, bağırsaklar ve damarlar parçalanabilir. Mide ve bağırsak içeriği, batın dışına veya batın içine sızabilir. Bazen de sırttan alınan darbeler böbreklerde zedelenmelere neden olabilir. Bu durumda idrar kana karışabilir ve akut batın tablosunu oluşturabilir.

➤ **Belirtiler ve Bulgular**

- Batında hassasiyet ve ağrı,
- Bulantı, kusma, iştahsızlık,
- Yüzeysel ve hızlı solunum,
- Batında gerginlik, şişkinlik,
- Defekasyon sayısının azalması ya da olmaması,

- Soğuk soğuk terleme,
- Taşikardi,
- Ateş (enfeksiyonu düşündürür),
- Hastada şok tablosu gelişebilir,

➤ **Tanı Yöntemleri**

Anemnez le ağrının özellikleri değerlendirilir. Akut batın tablosuyla sağlık kuruluşuna gelen hastalara radyolojik incelemeler (akciğer grafisi, ayakta ve yatarak direk batın grafisi, ultrason ve BT) ve laboratuvar (hemogram, idrar vb.) tetkikleriyle tanı konur.

➤ **Tedavi**

Akut batın tablosunda kesin tanı konulana kadar analjezikler verilmez. Genellikle tedavi cerrahi müdahaledir.

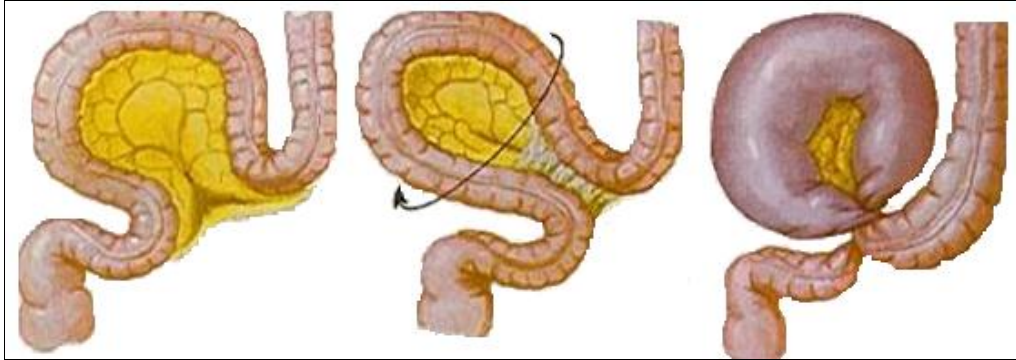
3.7. İleus

Gaz ve gaita çıkışının durması ile karakterize bir tablodur. Bu tablonun nedeni, bağırsak kanalının herhangi bir yerinde tıkanma oluşmasıdır. Gaita ve gaz çıkarılmayınca karında gerginlik, şişkinlik oluşur. Tıkanma başlangıçta ağrısızdır. Ağrı tıkanma arttıkça ve süre uzadıkça oluşur.

➤ **Etyoloji**

İnce bağırsağın veya kalın bağırsağın tıkanmasına yol açan bir çok faktör vardır. Bunlar:

- Yabancı cisimler,
- Parazit kistleri, parazit düğümlenmeleri,
- Safra taşları,
- Tümörler,
- Çeşitli lezyonların oluşturduğu darlıklar (konjenital darlık veya tüberküloz enfeksiyonu sonucu oluşan darlık gibi),
- Sertleşmiş gaita,
- Bağırsak tonüsünün kaybolması,
- Bağırsağın düğümlenmesi, birbirinin içine doğru girmesi (invaginasyon), fıtıklaşarak boğulması gibi nedenlerle barsağın kan dolaşımı bozulur ve ileus oluşabilir.



Resim 3.5: İleusun oluşumu

➤ **Belirtiler ve Bulgular**

- Ağrı,
- Bulantı, kusma ,
- Karında şişkinlik ve gerginlik vardır.
- Gaz ve gaita çıkışı yoktur.

➤ **Komplikasyonlar**

Tıkanma uzun sürerse bağırsakta yırtılmalar (perforasyon), dehidratasyon, kusmalar ve bunların sonucu dolaşım şoku ortaya çıkar. Bu nedenle bağırsak tıkanmaları acil cerrahi müdahale gerektirir.

➤ **Tanı Yöntemleri**

Anemnez alınır, fiziki muayene yapılır ve radyolojik batin grafisi ile tanı konur.

➤ **Tedavi**

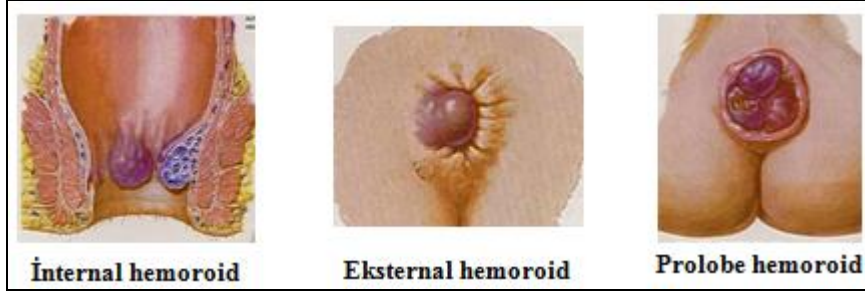
Bu hastalara ağızdan bir şey verilmez ve hastalar derhal ameliyata alınır.

3.8. Hemoroid

Anorektal bölgede bulunan venlerin genişlemesi ile ortaya çıkan bir durumdur. Hemoroidler internal (iç) ve eksternal (dış) olarak meydana gelmektedir. Hemoroidal doku oluşumunda yabancı ya da sonradan gelişen bir oluşum yoktur. Meydana gelen oluşum rektumun anal kanalın normal anatomik bir parçasıdır.

➤ **Etyoloji**

Yapılan araştırmalara göre yetişkinlerin % 50'sinde hemoroid tespit edilmiştir. Hareketsiz bir yaşam, sürekli oturarak çalışmak, Bağırsak alışkanlığında değişiklikler (kabızlık, ishal ve ıkınma), şişmanlık, gebelik, alkol kullanmak, yeterince lifli gıda tüketmemek ve bağırsak bölgesinde oluşan tümörler hemoroid oluşumunda etkilidir.



Resim 3.6: Hemoroid

➤ **Belirtiler ve Bulgular**

Eksternal hemoroidlerde;

- Ağrı ,(Ağrı 48 saat şiddetlidir, gittikçe azalır)
- Kanama,
- Eksternal hemoroidlerde dışa sarkan kısımlar ele gelir, koyu mavi renkli ve ödemlidir.

İnternal hemoroidlerde;

- Ağrı meydana gelmez.
- Rektumdan kırmızı kan gelir.
- Müküs akar.
- Rektal dolgunluk ve rahatsızlık hissi olur.
- Nadiren anal kanala doğru sarkmış nekrozlar ağrı yapabilir.
- Laboratuvar tetkiklerinde kronik kanayan hemoroidlerin neden olduğu anemi görülür.

➤ **Tanı Yöntemleri**

Anoskopi, proktoskopi ya da rektal tuşe. Eksternal hemoroidlerde gözle ve elle muayeneyle tanı konur.

➤ **Tedavi**

1. ve 2. dereceden hemoroidlerde medikal tedaviler uygulanır; 3. ve 4. derece hemoroidlerde cerrahi tedaviler uygulanır.

3.9. Rektum Fistülleri

Anorektal bölgede oluşan enfeksiyonlara bağlı olarak apseler gelişir, bu apselerin özel anatomik yerlerden boğulmaları ile de fistüller oluşur.

➤ **Belirtiler ve Bulgular**

- Fistül ağzından müköpürülen akıntı vardır.

- Ciltte kızarıklık, hassasiyet belirgindir.
- Perianal bölgede eksternal drenaj deliği vardır. Hidrojen peroksit verilerek iç fistül ağzı bulunabilir.

➤ **Tam Yöntemleri**

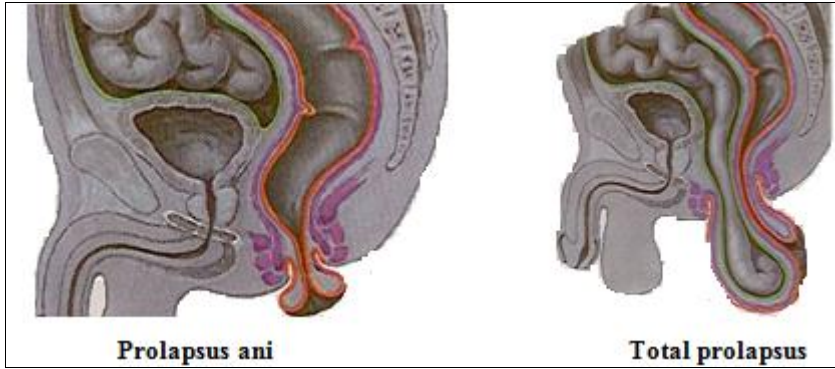
CT, MR ve anorektal ultrasonografi

➤ **Tedavi**

Tedavi cerrahidir.

3.10. Prolapsus

Bir organın yapısındaki yetersizlik veya kendisini tutan bağların gevşemesi sonucu olduğu yerden ayrılarak aşağıya sarkmasıdır. Sarkan organa göre isimlendirilir. Rektum mukozasının ya da rektumun anüsten dışarı çıkmasına rektum prolapsusu denir.



Resim 3.7: Prolapsus

➤ **Etyoloji**

Küçük çocuklarda ve yaşlılarda daha çok görülmektedir. Küçük çocuklarda, (0-2 yaş) mukoza prolapsusu olarak görülmektedir. Nedenleri; henüz kas ve iskelet yapısının yeterince gelişmemiş olması, bunlardaki yetersizlik, öksürük, konstipasyon ve ishal sayılabilir.

Mukoza prolapsusunun yaşlılardaki nedenleri ise prostat hipertrofisi, konstipasyon, kronik öksürükler ve yaşlanmayla birlikte dokularda görülen gevşemidir. Total prolapsus yetişkinlerde, özellikle kadınlarda daha çok görülür. Nedenler arasında karın içi basıncını artıran olaylar, rektumu tutan dokularda görülen yetersizlik, perine ve sfinkter kaslarının zayıflaması, gebelik, doğumlar ve sinirsel bozukluklar sayılabilir.

➤ **Belirtiler ve Bulgular**

Başlangıçta sadece defekasyon sırasında anüsten dışarıya bağırsak sarkması olur. İlerlediği dönemlerde defekasyon olmasa da ıkınma ile veya ayakta dururken bağırsak anüsten çıkar. Çıkan bağırsak kendiliğinden veya elle itilerek kolayca tekrar anüsten içeriye girer.

Sarkan bağırsak bölümünde müküslü bir akıntı ve kanama olabilir. Bazen ağrı olabilir. Uzun süren durumlarda istemsiz gaz ve dışkı kaçıırma (inkontinans) meydana gelir. Tam olmayan boşalma hissi vardır.

➤ **Komplikasyonlar**

Prolabe olan barsağın boğulması, ülserasyonu, kanama ve rektittir.

➤ **Tam Yöntemleri**

Rektal tuşe ve gözle muayene ile prolapsus değerlendirilerek teşhis konur. Kesin tanı rektoskopi ile konur.

➤ **Tedavi**

Prolapsusun durumuna göre cerrahi yöntemler uygulanır.

3.11. Herniler

Herni (fitik), karın içi organlarının karın duvarı kası, fasya ve mezenterlerin çevresindeki bir açıklıktan yer değiştirmeleri şeklinde tanımlanabilir. Bu olay mezenterler (ince periton kıvrımları) ve diyafragmadaki açıklıklarda da gözlenir (örneğin, hiatus herni).

Fıtıklar; kasık fıtıkları (inguinal, femoral), karının ön duvar fıtıkları (ventral, umbilikal) olarak sınıflandırılır.

➤ **Etyoloji**

- İnguinal herniler çocuklarda konjenitaldir. Kollojen sentezi defekti, şişmanlık, öksürük veya karın içi basıncının artması inguinal herni nedenlerindedir.
- Karın ön duvar hernileri; şişmanlık, insizyon şekli, sütür materyali, yara enfeksiyonu, hastanın yaşı, genel vücut zayıflığı, sepsis, ameliyat sonrası öksürüklere bağlı gelişebilir. Çocuklarda konjenital karın duvarı defekti, yetişkinlerde çocuklukta umbilikal herni hikayesi, şişmanlık, kadınlarda çok doğum yapmış olma, siroz ve yaş nedenleri arasındadır.

➤ **Belirtiler ve Bulgular**

- Hasta kasığında şişlik, öksürürken şişlik daha belirgin hal almaktadır. Bazen hastalar yırtılma gibi bir şey hissettiklerini söylerler.
- Ameliyat yerinin altında şişlik tespit edilir. Geç kalınlımsa bağırsak tıkanıklığı oluşabilir.

➤ **Tam Yöntemleri**

Fizik muayene ve radyolojik inceleme ile teşhis konur.

➤ **Tedavi**

Cerrahi tedavi uygulanır. Asemptomatik olanlarda ve çok küçük olanlarda tedavi gerekmez.



Resim 3.8: Inguinal herni

UYGULAMA FAALİYETİ

İnce ve kalın bağırsak hastalıklarını ayırt ediniz.

İşlem Basamakları	Öneriler
➤ İnce ve kalın bağırsak hastalıklarını sınıflandırınız.	➤ İnce ve kalın bağırsakların anatomi ve fizyolojisini tekrar gözden geçirebilirsiniz.
➤ İnce ve kalın bağırsak hastalıklarının etyolojisini ayırt ediniz.	➤ İnce ve kalın bağırsak hastalıklarının etyolojilerini farklı kaynaklardan tekrar edip modülünüzle karşılaştırabilirsiniz.
➤ İnce ve kalın bağırsak hastalıklarının belirti ve bulgularını ayırt ediniz.	➤ İnce ve kalın bağırsak hastalıklarının belirti ve bulgularını hastane ortamında gözlemleyip sınıfta arkadaşlarınızla paylaşabilirsiniz.
➤ İnce ve kalın bağırsak hastalıklarının komplikasyonlarını ayırt ediniz.	➤ İnce ve kalın bağırsak hastalıklarının komplikasyonlarını farklı kaynaklardan çalışıp modülünüzle karşılaştırabilirsiniz.
➤ İnce ve kalın bağırsak hastalıklarının tanı yöntemlerini ayırt ediniz.	➤ İnce ve kalın bağırsak hastalıklarının teşhisinde kullanılan yöntemleri, sağlık işletmelerinde gözlemleyebilirsiniz.
➤ İnce ve kalın bağırsak hastalıklarının tedavi yöntemlerini ayırt ediniz.	➤ Gözlemediğiniz vakaların aldığı tıbbi tedavileri araştırıp sonuçlarını sınıfta arkadaşlarınızla tartışabilirsiniz.

ÖLÇME VE DEĞERLENDİRME

Aşağıdaki soruları dikkatlice okuyarak doğru seçeneği işaretleyiniz.

1. Aşağıdakilerden hangisi, anorektal bölgede bulunan venlerin genişlemesiyle ortaya çıkan bir durumdur?
A) Akut batın tablosu
B) Ülseratif kolit
C) Prolapsus
D) Hemoroid
E) İleus
2. Aşağıdakilerden hangisi, divertikülün komplikasyonlarındanıdır?
A) Fistül
B) Kilo kaybı
C) Distansiyon
D) Ağrı
E) İshal
3. Aşağıdakilerden hangisi, ülseratif kolitin tanımıdır?
A) Mukozanın cepleşmesi
B) Kolonun sarkması
C) Kolonun iltihaplanması
D) Kolonun prolapsusu
E) Kolondan gaz çıkışının durması
4. Aşağıdakilerden hangisi, ileusun berlirtilerinden değildir?
A) Gaz ve gaita çıkışı yoktur.
B) Ağrı
C) Bulantı, kusma
D) Karında şişlik
E) Hepatik konjesyon
5. Aşağıdakilerden hangisi, apandisitinin belirtilerinden değildir?
A) Ağrı
B) Kanama
C) Bulantı
D) Ateş
E) Paslı dil

DEĞERLENDİRME

Cevaplarınızı cevap anahtarıyla karşılaştırınız. Yanlış cevap verdiğiniz ya da cevap verirken tereddüt ettiğiniz sorularla ilgili konuları faaliyete geri dönerek tekrarlayınız. Cevaplarınızın tümü doğru ise bir sonraki öğrenme faaliyetine geçiniz.

ÖĞRENME FAALİYETİ-4

AMAÇ

Karaciğer hastalıklarını ayırt edebileceksiniz.

ARAŞTIRMA

- Bölgenizde bulunan hastanenin dahiliye, gastroenteroloji vb. servislerine giderek sağlık personeliyle görüşünüz. Karaciğer hastalıklarını araştırınız.
- Karaciğer hastalığı olan hastalarda hangi belirti ve bulgular var gözlemlerinizi yazınız.
- Karaciğer hastalığı olan hastalar nasıl bir tedavi alıyorlar? Teşhis için hangi tetkikleri yaptırmışlar? Araştırarak yazınız.

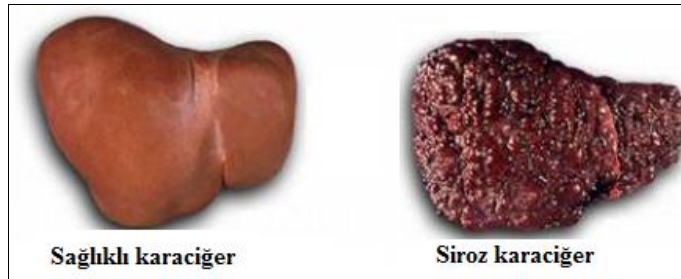
4. KARACİĞER VE SAFRA KESESİ HASTALIKLARI

Karaciğer insan vücudunun en büyük bezi ve organıdır. İnsan için hayati önemi büyüktür. İlerleyici, kronik ve enfeksiyöz hastalıkları vardır.

Bu öğrenme faaliyetinde karaciğer hastalıklarından siroz ve kist hidatik anlatılacaktır. Sık görülen karaciğer hastalıklarından hepatitler ise “Bulaşıcı Hastalıklar” modülünde anlatılmıştır.

4.1. Siroz

Bir çok karaciğer hastalığının sonucu olarak ortaya çıkan kronik ve zamanla ilerleyen bir hastalıktır. Sirozun oluşmasına neden olan hastalıklarda karaciğerin parankim hücrelerinde nekroz, skar ve rejenerasyon söz konusudur. Siroz hastalığı ile beraber birçok komplikasyon gelişir; hastalarda yaşam süresi kısalmır. Görülme sıklığı oldukça fazladır. Ölüm nedenleri arasında, kardiovasküler hastalıklar ve kanserden sonra 3. sırada gelmektedir.



Resim 4.1: Sağlıklı ve sirozlu karaciğer

➤ **Etyoloji**

Sirozun nedenlerinden bazılarını şöyle sıralayabiliriz.

- Alkolizm ,
- Hepatit B, C, D,
- İlaçlar ve toksinler,
- Wilson hastalığı,
- Antitripsin eksikliği gibi metabolik bozukluklar,
- Otoimmün hepatit, biliyer tıkanıklık, venöz kan akımının bozukluğu,
- Kalp yetmezliği,
- Malnütrisyon (beslenme bozukluğu),
- Glikojen depo hastalığı,
- Konjenital sifiliz,
- Kistik fibrozistir.

➤ **Belirtiler ve Bulgular**

Başlangıçta hastalığı teşhis ettirecek bir bulgu olmasa da postnekrotik dönemde bulgular oluşmaya ve çoğalmaya başlar.

- Palmar eritem (avuç içlerinde görülen küçük benekler),
- Jinekomasti (erkeklerde meme başlarının konsantrik olarak büyümesi),
- Testis atrofisi (testislerdeki şekil bozukluğu),
- Splenomegali (dalağın büyümesi),
- Dupuytren kontraktürü (parmaklarda görülen fleksiyon kontraktürü),
- Asit (karın boşluğunda sıvı toplanması) ,
- Özofageal varis,
- Caput medusae (vena portanın tıkanmasıyla göbek çevresinde, normalde olmayıp sonradan oluşan ven ağı),
- Portal hipertansiyon,
- Anemi (çeşitli kanamalar sonrasında görülür),
- Kırınglık, iştahsızlık, güçsüzlük, kilo kaybı, hafif ateş, parotis bezinde genişleme,
- Sirozlu hastaların % 15-30'unda diabetes mellitus görülür.



Resim 4.2: Siroz hastası

➤ **Komplikasyonlar**

- Asit (Periton boşluğunda aşırı sıvı birikmesidir),
- Hepatorenal sendrom (Akut veya kronik ağır karaciğer hastalığında böbrek yetmezliğinin de görülmesi durumudur. Sirozda en çok korkulan komplikasyondur),
- Splenomegali (dalak büyümesi),
- Portal hipertansiyon,
- Hepatosellüler kanser (Sirozun en önemli komplikasyonlarından),
- Hepatik ensefalopati, karaciğerde metbolize edilmesi gereken maddelerin kolletral dolaşım (Normalde yapısında olmayıp sonradan oluşan damarlarla ikinci derecede olan damar dolaşımı.) beyin dokusuna ilerlemeleri sonucu ortaya çıkar.

➤ **Tanı Yöntemleri**

Biyokimyasal testler, ultrasonografi, dopler, MR angiografi kullanılabilir. Kesin tanı karaciğer biyopsisi ile konur.

➤ **Tedavi**

Sirozda semptom ve komplikasyonlara yönelik tıbbi tedavi yapılır. Gerekirse karaciğer nakli yapılır.

4.2. Kist Hidatik

Karaciğerde, ekinokokus granüloza parazitinin neden olduğu enfeksiyondur. İnsan, ara konaktır.

➤ **Etyoloji**

Koyun ve köpekler, hastalığın yayılmasında etkilidir. Enfekte olmuş koyunların organlarının köpekler tarafından yenmesiyle köpeklerin bağırsaklarına geçen parazitler, burada çoğalır. Köpekler dışkılarıyla tarla, çayır, sebze ve bitkileri kirletir. Bunların insanlar tarafından yenilmesiyle hastalık insanlara bulaşır ve hastalık tablosunu oluşturur. Enfekte olmuş gıdalarla mideye gelir, mide sıvısında çözünür ve bağırsaklara yapışma özelliği kazanırlar. Bağırsaklara yapışan parazitler, portal ven yoluyla karaciğer parankim dokusuna ulaşır ve karaciğerde kist oluşturur. Parazitlerin % 70'i karaciğerde kalır, % 30'u karaciğeri geçer ve diğer organlarda kist oluşumuna neden olur. Hastalık, uzun süre hatta yıllarca belirti vermeden kalabilir. Hastanın hikayesinde etkenle karşılaşma, genellikle çocukluk yaşlarında olduğu görülür.

➤ **Belirtiler ve Bulgular**

- Sağ üst kadran ağrısı,
- Karaciğerde büyüme,
- Kistler safra yollarını tıkarsa sarılık,
- Kistler enfekte olmuşsa yaygın ağrı ve ateş vardır.

Fakat çoğunlukla hastalık genel tarama sırasında tespit edilir.

➤ **Komplikasyonlar**

Enfekte kistlerin apseleşmesi, safra yolları ya da diğer organlarda yırtılmalara neden olması en ciddi komplikasyondur. Periton ve toraks boşluğuna olan rüptür, anafilaktik şoka ve ölüme neden olur. Bazen de kistler safra yollarını tıkayarak mekanik sarılığa yol açabilir.

➤ **Tanı Yöntemleri**

Bilgisayarlı tomografi, ultrasonografi, sarılık eşlik ediyor ise ERCP tercih edilen yöntem olabilir. Karaciğer sintigrafisi de yapılabilir.

➤ **Tedavi**

Tıbbi tedavi uygulanır; ancak en etkili tedavi, cerrahi tedavidir.,

4.3. Kolesistit

Safra kesesinin enfeksiyonuna, kolesistit denir. Kolesistitler akut ve kronik olarak gelişir. Akut kolesistitte semptomlar ani başlar. Genellikle, diyetteki değişiklikler, safra akımını artıran yağlı yiyecekler ve ağır bir yemek sonrası şikayetler birden bire başlar. Akut tablo geçtikten sonra kesede ve kese etrafında bir takım sekeller bırakır ve hastalık kronikleşir. Birkaç kez tekrarlayan akut kolesistitten sonra kesede yapışıklık, fonksiyon bozukluğu oluşur. Kese küçülür ve bozulur.

➤ **Etyoloji**

Safra kesesinin ağzının tıkanması, hastalığın en önemli nedenidir. Kolesistit oluşumunda taşların rolü olabildiği gibi taş olmadan da kolesistit gelişebilmektedir. Ancak kolesistitlerin % 90'ı taşa bağlı gelişmektedir. Kolesistitte bakteriyel ajanlar, sekonder nedenler arasındadır. Ailevi yatkınlık söz konusudur. Hastalık özellikle 40 yaşın üzerindeki kadınlarda, erkeklere oranla iki kat daha fazla görülmektedir. Kadınların kilolu olması, yatkınlığı artıran nedenler arasındadır.

➤ **Belirtiler ve Bulgular**

- Bulantı, kusma yemeklere karşı isteksizlik,
- Epigastriumda yemeklerden 3-5 saat sonra ya da sabaha karşı başlayan ve sağ üst kadrana yayılan ağrı (ağrı sağ omuza ve sırta yayılır, kolik olan ağrı çok şiddetli, batıcı ve devamlıdır),
- Ateş 38 °C civarında,
- Sarılık,
- Taşikardi,
- Laboratuvar bulgularında lökositoz,
- Meteorizm (geğirme),
- Murphy belirtisi (sağ kosta altı derin palpe edilirken hastadan bu esnada nefes alması istendiğinde, ani oluşan ağrıdan nefes alamaz),
- Hasta huzursuzdur, ajitedir, çok terler ve renk soluktur.

➤ **Komplikasyonlar**

- Kolanjit,
- Hepatit,
- Gangren,
- Ampiyem,
- Pankreatit,
- Safra kesesinin perforasyonudur.

➤ **Tanı Yöntemleri**

Anemnez alınır, ultrasonografi, direkt batın grafitesi, intravenöz kolanjiyografi ve kolesintigrafilerle tanı konur.

➤ **Tedavi**

Öncelikle tıbbi tedaviye başlanır. 72 saat içerisinde düzelme olmazsa acil cerrahi tedavi uygulanır. Kolesistektomi yapılır.

4.4. Kolelityaz (Kolelithiazis)

Safra kesesinde taş oluşumuna bağlı olarak gelişen bir tablodur. Safra kesesi taşlarını kolesterol ve pigment taşları oluşturur.



Resim 4.3: Safra kesesi taşı

➤ Etyoloji

- Ailevi yatkınlık,
- Yaş, cinsiyet (kadınlarda daha fazla), gebelik, östrojen kullanımı,
- Hızlı kilo değişimleri,
- Hiperlipitemi,
- Çevresel ve diyetle ilgili nedenler,
- Geçirilmiş mide ameliyatları risk faktörleri arasındadır.

➤ Belirtiler ve Bulgular

Safra taşları uzun zaman belirtisiz seyredebilir. Başka amaçlarla doktora başvurulduğunda tespit edilir. Zaman içinde belirti vermeye başlar. Epigastrik bölgede dolgunluk ve hazımsızlık başta olmak üzere dispeptik yakınmalar görülür. Taşın safra kanalını tıkaması, safra akımınının yavaşlamasına böylece safranin enfekte olmasına neden olur.

➤ Tanı Yöntemleri

- Lokosit sayımı,
- Karaciğer fonksiyon testleri,
- Amilaz düzeyi,
- Kan kültürü,
- Ultrasonografi,
- Enfeksiyon erdike edildikten sonra ultrasonografi ile gözlenemeyen vakalarda ERCP yapılır,
- Hem tanı hem de tedavi amacıyla PTK (perkütan transhepatik kolanjiyografi) yapılır.

➤ Kompikasyonlar

Safra taşlarının % 50'sinde komplikasyon gelişir. Bunlar:

- Akut kolesistit,
- Perforasyon,

-
- Peritonit,
 - Fistülizasyon,
 - İntestinal ileus,
 - Tıkanma sarılığı,
 - Kolanjit,
 - Sepsis,
 - Akut pankreatit,
 - Biliyer darlıktır.

➤ **Tedavi**

Cerrahi tedaviler uygulanır.

UYGULAMA FAALİYETİ

Karaciğer ve safra kesesi hastalıklarını ayırt ediniz.

İşlem Basamakları	Öneriler
➤ Karaciğer ve safra kesesi hastalıklarını sınıflandırınız.	➤ Karaciğer ve safra kesesinin anatomi ve fizyolojisini tekrar edebilirsiniz.
➤ Karaciğer ve safra kesesi hastalıklarını tanımlayınız.	➤ Karaciğer ve safra kesesi hastalıklarını modül sonundaki kaynaklardan tekrar edebilirsiniz.
➤ Karaciğer ve safra kesesi hastalıklarının etyolojisini tanımlayınız.	➤ Safra kesesi hastalıklarının nedenleri konusunda, aile ve komşularınız arasında bir araştırma yapabilir ve araştırma sonuçlarınızı öğrenme faaliyetindeki etyoloji bilgileriyle karşılaştırabilirsiniz.
➤ Karaciğer ve safra kesesi hastalıklarının belirti ve bulgularını ayırt ediniz.	➤ Karaciğer ve safra kesesi hastalıklarının belirti ve bulgularını yazarak çalışabilirsiniz.
➤ Karaciğer ve safra kesesi hastalıklarının komplikasyonlarını ayırt ediniz.	➤ Karaciğer ve safra kesesi hastalıklarının komplikasyonlarını modülünüzden tekrar edebilirsiniz.
➤ Karaciğer ve safra kesesi hastalıklarının tanı yöntemlerini, ayırt ediniz.	➤ Karaciğer ve safra kesesi hastalıklarının tanı yöntemlerini arkadaşlarımızla birbirinize sorarak çalışabilirsiniz.
➤ Karaciğer ve safra kesesi hastalıklarının tedavi yöntemlerini ayırt ediniz.	➤ Tedavi yöntemlerini gözlemek için bir sağlık kuruluşuna gidebilirsiniz.

ÖLÇME VE DEĞERLENDİRME

Aşağıdaki soruları dikkatlice okuyarak doğru seçeneği işaretleyiniz.

1. Karaciğer parankim hücrelerinde nekroz skar ve rejenerasyonun bulunduğu hastalık aşağıdakilerden hangisidir?
A) Siroz
B) Hepatomegali
C) Karaciğer tümörü
D) Kisthidatik
E) Hepatit
2. Karaciğerde ekinokokus granuloza parazitinin neden olduğu hastalık aşağıdakilerden hangisidir?
A) Siroz
B) Hepatit
C) Kolesistit
D) Kist hidatik
E) Kolanjit
3. Safra kesesinin enfeksiyonuna verilen ad, aşağıdakilerden hangisidir?
A) Kolelityaz
B) Kolanjit
C) Kolesistit
D) Hepatit
E) Siroz
4. Aşağıdakilerden hangisi, safra kesesinde taş oluşumuna bağlı olarak gelişen tablodur?
A) Siroz
B) Kolelityaz
C) Kisthidatik
D) Kolesistit
E) Kolanjit
5. Aşağıdakilerden hangisi kolesistitin komplikasyonlarından değildir?
A) Siroz
B) Kolanjit
C) Pankreatit
D) Ampiyem
E) Hepatit

DEĞERLENDİRME

Cevaplarınızı cevap anahtarıyla karşılaştırınız. Yanlış cevap verdiğiniz ya da cevap verirken tereddüt ettiğiniz sorularla ilgili konuları faaliyete geri dönerek tekrarlayınız. Cevaplarınızın tümü doğru ise “Modül Değerlendirme”ye geçiniz.

MODÜL DEĞERLENDİRME

Aşağıdaki cümlelerin başında boş bırakılan parantezlere, cümlelerde verilen bilgiler doğru ise D, yanlış ise Y yazınız.

1. () Siroz, bir çok karaciğer hastalığı sonucunda ortaya çıkan kronik ve ilerleyici bir hastalıktır.
2. () Safra kesesi taşları komplikasyon olarak anjine sebep olur.
3. () Rektum prolapsusu rektum yada rektum mukozasının anüsten dışarı çıkmasıdır.

Aşağıdaki soruları dikkatlice okuyarak doğru seçeneği işaretleyiniz.

4. Aşağıdaki hastalıkların hangisi, akut batın tablosu içinde yer almaz?
A) Apandisit
B) Pankreatit
C) Peritonit
D) İnce ve kalın barsak enfeksiyonları
E) Kardit
5. İleusda ağır dolaşım şokunun nedeni, aşağıdakilerden hangisidir?
A) Karında şişkinlik
B) Dehidratasyon ve kusmalar
C) Karında gerginlik
D) Parazitler
E) Barsak tonüsünün azalması
6. Kist hidatikte tabloya sarılıkta eşlik ediyorsa en güvenilir tanı yöntemi, aşağıdakilerden hangisidir?
A) Tomografi
B) Ultrasonografi
C) Anjiyografi
D) ERCP
E) Kolanjiyografi
7. Aşağıdakilerden hangisi, sirozun belirtisi değildir?
A) Jinokomasti
B) Splenomegali
C) Asit
D) Testis atrofisi
E) Meteorizm

8. Aşağıdakilerden hangisi kolesterol taşlarının oluşumunda risk faktörüdür?
A) Yaş
B) Cinsiyet
C) Genetik yatkınlık
D) Hiperlipitemi
E) Hepsi
9. Aşağıdakilerden hangisi, sirozun komplikasyonu değildir?
A) Kolesistit
B) Asit
C) Peritonit
D) Hepatorenal sendrom
E) Hepatoselüler kanser
10. Aşağıdakilerden hangisi, kolesistitin komplikasyonu değildir?
A) Kolanjit
B) Hepatit
C) Fissür
D) Gangren
E) Ampiyem

DEĞERLENDİRME

Cevaplarınızı cevap anahtarıyla karşılaştırınız. Yanlış cevap verdiğiniz ya da cevap verirken tereddüt ettiğiniz sorularla ilgili konuları faaliyete geri dönerek tekrarlayınız. Cevaplarınızın tümü doğru ise bir sonraki modüle geçmek için öğretmeninize başvurunuz.

CEVAP ANAHTARLAR

ÖĞRENME FAALİYETİ 1'İN CEVAP ANAHTARI

1	A
2	A
3	B
4	A
5	D

ÖĞRENME FAALİYETİ 2'NİN CEVAP ANAHTARI

1	B
2	C
3	A
4	E
5	D

ÖĞRENME FAALİYETİ 3'ÜN CEVAP ANAHTARI

1	D
2	A
3	C
4	E
5	B

ÖĞRENME FAALİYETİ 4'ÜN CEVAP ANAHTARI

1	A
2	D
3	C
4	B
5	A

MODÜL DEĞERLENDİRME CEVAP ANAHTARI

1	Doğru
2	Yanlış
3	Doğru
4	E
5	B
6	D
7	E
8	E
9	A
10	C

KAYNAKÇA

- AKDEMİR Nuran, Birol AKDEMİR, **İç hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı**, Leman Vehbi Koç Vakfı, Sanerc Yayın, İstanbul, 2003.
- Editör: AKTAN Hamdi, **Gasroenteroloji**, Marko Yayıncılık, Ankara, 1988.
- Editör: YASAVUL Ünal, **İç Hastalıkları Kitabı**, HÜ: Tıp Fak. Yayınları, Ankara, 2004.
- Guyton, **Tıbbî Fizyoloji**, Nobel Kitabevi, Saunders, 1986.
- Guyton, **Tıbbi Fizyoloji**, Merk Yayıncılık, İstanbul, 1986.
- HÜ IV. **Onkoloji Hemşireliği Eğitimi Kitapçığı**, HÜ Onkoloji Başhekimliği ve HÜ Erişkin.
- KARADAVUT Semra, Seher AHRAZ, **Hastalıklar Bilgisi Ders Kitabı**, M.E.B Devlet Kitapları, 1.Baskı, İhlas Gazetecilik A.Ş, İstanbul, 2006.
- KOCATÜRK Utkan, **Açıklamalı Tıp Terimleri Sözlüğü**, A.Ü. Basımevi, Ankara, 1991.
- ODAR İbrahim Veli, **Anatomi Ders Kitabı**, Hacettepe Taş Kitapçılık, Ankara, 1986.
- ÖZER Fikri, **Sindirim Fizyolojisi**, AÜ Tıp Fak. Yayınları, Ankara, 1981.
- <http://www.pedkard.uludag.edu.tr/cocukkard/kkh%bilgi/pda.htm> Erişim: 20.05.2008
- http://www.med.ege.edu.tr/-gcerrahi/dn_ven%20hast.html Erişim: 28.05.2009
- <http://www.med.ege.edu.tr/%7Eophthal/kitap.html> Erişim: 13.10.2009
- <http://www.medinfo.hacettepe.edu.tr/> Erişim: 12.11.2009
- <http://www.tdk.org.tr/yazim.htm> Erişim: 18.06.2009