

DIT 000
Sh 220

**O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG/LIQNI
SAQLASH VAZIRLIGI**

ROSSIYA FEDERATSIYASI SO'GLIQNI VAZIRLIGI

SAMARKAND DAVLAT TIBBIYOT UNIVERSITETI

BOSHQIRDISTON DAVLAT TIBBIYOT UNIVERSITETI

BOLALARDA KOLONOSKOPIYA

Amaliy ko'rsatma



Тошкент - 2023

Tuzuvchilar:

- Shamsiyev J.A.,** t.f.d., professor. SamDTU DKTF Bolalar xirurgiya, anesteziologiya va reanimatologiya kafedrası mudiri.
- Sataev V.U.** t.f.d. professor Boshqirdiston Davlat Tibbiyot Universiteti qoshidagi qo'shimcha kasb-hunar ta'limi instituti kursi bilan bolalar jarrohligi kafedrası.
- Babayarov Q.R.,** SamDTU DKTF bolalar xirurgiya, anesteziologiya va reanimatologiya kafedrası katta o'qituvchisi
- Maxmudov Z.M.,** t.f.n. SamDTU DKTF bolalar xirurgiyasi, anesteziologiya va reanimatologiya kafedrası o'qituvchisi.
- Sagitov R.B.** t.f.d, Boshqirdiston davlat tibbiyot universiteti IDPO ning endoskopiya kursi bilan jarrohlik kafedrası professori, Boshqirdiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligining Klinik shoshilinch shifoxonasining endoskopiya bo'limi boshlig'i.

Taqrizchilar:

- Abdusamadov B.Z.** Bolalar yoshidagi minimal invaziv va endoskopik jarrohlik Respublika ilmiy-amaliy markazi direktori, tibbiyot fanlari doktori.
- Narzullaev S.I.** SamDTU DKTF xirurgiya, endoskopiya va anesteziologiya-reanimatologiya kafedrası dotsenti.

Uslubiy tavsiyalar Samarqand davlat tibbiyot universiteti Markaziy o'quv-uslubiy komissiyasi yig'ilishida ko'rib chiqildi.

№ 3 bayonnoma " 25 " mart 2023 yil.

Uslubiy tavsiyalar Samarqand davlat tibbiyot universiteti Ilmiy kengashida ko'rib chiqildi va tasdiqlandi.

№ 8 bayonnoma " 29 " mart 2023 yil.

SamDTU 2023-yil 29-mart kuni bo'lib o'tgan

8-son Ilmiy Kengash bayonnomasidan

KO'CHIRMA

Qatnashganlar: Ilmiy kengash majlisi raisi universitet rektori, professor J.A. Rizayev. Ilmiy Kengash a'zolari, barcha kafedra mudirlari va kurs rahbarlari (jami 244 kishi).

KUN TARTIBI:

5. Har xil masalalar.

Samarqand davlat tibbiyot universiteti DKTF Bolalar xirurgiyasi, anesteziologiya va reanimatsiya kafedrasini xodimlari t.f.d., professor J.A. Shamsiev, t.f.d., professor V.U. Sataev, K.R. Babayarov, Z.M. Maxmudov, R.B. Sagitovlar tomonidan tayyorlangan «Bolalarda kolonoskopiya» nomli amaliy ko'rsatmani tasdiqlash va chop etishga ruxsat berishi.

Taqrizchilar: t.f.n., dotsent B.Z. Abdusamatov, t.f.n., dotsent S.I. Narzullayev.

ILMIY KENGASH QARORI:

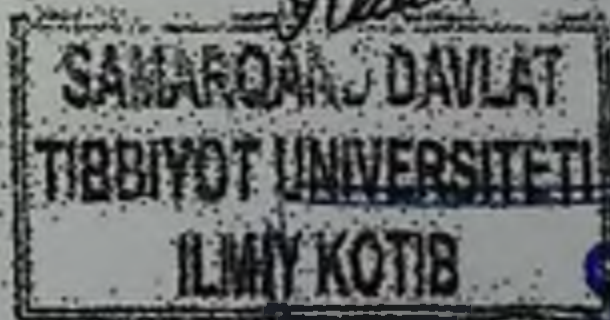
Samarqand davlat tibbiyot universiteti DKTF Bolalar xirurgiyasi, anesteziologiya va reanimatsiya kafedrasini xodimlari t.f.d., professor J.A. Shamsiev, t.f.d., professor V.U. Sataev, K.R. Babayarov, Z.M. Maxmudov, R.B. Sagitovlar tomonidan tayyorlangan «Bolalarda kolonoskopiya» nomli amaliy ko'rsatma tasdiqlansin va chop etishga ruxsat berilsin.

Ilmiy kengash raisi, professor

J.A. RIZAYEV

Ilmiy kengash kotibi, dotsent

U.G. OCHILOV



SamDTU

axborot-resurs markazi

94736P

	Kirish	5
1.	Yo'g'on ichak fiziologiyasi	5
2.	Ichak devorining morfologik tuzilishi	11
3.	Yo'g'on ichakning endoskopik anatomiyasi	13
4.	Kolonoskopiyaning tashkiliy-uslubiy tamoyillari	20
5.	Diagnostik kolonoskopiya uchun xabardor qilingan rozilik	36
6.	Kashida bo'yicha kolonoskopiya texnikasi	40
7.	Qisqartmalar ro'yxati	47
	Vaziyat vazifalari	48
	Test topshiriqlari	50
	Tavsiya etilgan adabiyotlar ro'yxati	57

Kirish

So'nggi o'n yilliklarda tadqiqot usuli sifatida kolonoskopiya kolorektal kasalliklarni tashxislashda yetakchi va hal qiluvchi rol o'ynadi. Avvalo, bu kolorektal saraton (CRC) va neoplaziya diagnostikasi, yo'g'on ichakning yallig'lanish kasalliklari diagnostikasi va boshqalar. CRC muammosiga haddan tashqari qiziqish tasodifiy emas. Bugungi kunda CRC bilan kasallanish darajasi har 100 ming aholiga 85-90 holatni tashkil etadi, bu 50 yoshgacha bo'lgan guruhdagi 24,9 dan 60 yoshdan oshgan bemorlarda 249,7 gacha ko'tariladi. So'nggi o'n yilliklarda kasallanish va o'lim ko'rsatkichlari, ayniqsa, Yevropada, AQSh va Yaponiyada yo'g'on ichak saratoni skrining dasturlari keng qo'llaniladigan mamlakatlarda pasaymoqda. Barcha skrining usullaridan yo'g'on ichakning yuqori malakali endoskopik tekshiruvini - kolonoskopiya - o'simta jarayonining rivojlanishining dastlabki bosqichlarida prekanserov patologiya va saratonni tashxislashda eng samarali hisoblanadi. Zamonaviy mutaxassis tibbiy muassasada kolonoskopiyani tashkil etishning barcha bosqichlarini, shuningdek, poliplarni va saratonni skrining qilish maqsadida amalga oshiriladigan yo'g'on ichakni endoskopik tekshirish sifatini baholash mezonlarini hisobga olgan holda aniq ko'rsatmalarga muhtoj.

1. Yo'g'on ichak fiziologiyasi

Yo'g'on ichak ovqat hazm qilish jarayonida faol ishtirok etmaydigan oshqozon-ichak traktining bir qismidir. Uning yetakchi fiziologik roli najasning shakllanishi, ko'tarilishi, to'planishi, saqlanishi va tanadan chiqarilishidir. Shu bilan birga, yo'g'on ichak passiv to'planish organi emas, balki asosiy funktsiyani bajarib, tananing suv va elektrolitlari muvozanatini saqlaydi, uning immun holatini shakllantiradi. Mikroorganizmlarning ferment tizimlaridan foydalanib, u yog' kislotalari, xolesterin, safro kislotalari va bilirubin almashinuvida ishtirok etadi. Ichak mikroflorasi vakillari vitamin K va B vitaminlarini sintez qiladi. Bunday funksional xilma-xillik yo'g'on ichakda sodir bo'ladigan bir qator murakkab fiziologik jarayonlar bilan ta'minlanadi.

Bularga quyidagilar kiradi:

- Suyuqlik va elektrolitlarning so'rilishi.
- Ichak shirasining ajralishi.
- Ichak mikroflorasining harakatchan muvozanatini saqlash.
- Mahalliy immunitetni shakllantirish.
- Motor faoliyati.

1.1. Suyuqlik va elektrolitlarning so'rilishi

Voyaga yetgan odamda kuniga ovqatlanish xususiyatiga qarab ileotsekal qopqoq orqali 1500-2000 dan 4000 ml gacha ximus o'tadi, undan 80-90% gacha suv, 300-400 mg natriy, 460 mg xloridlar, 45 mg kaliy va 250 mg gacha bikarbonatlardir. Bu ko'rsatkichlar potentsialdan 3-4 baravar past. Maksimal ichak daqiqada 2-3 ml suyuqlikni o'zlashtirishga qodir, bu kuniga 6 litrga teng (Brownwald E. va boshqalar, 1993; Henderson J.M., 1997). Suyuqlik va elektrolitlarning asosiy qismi yo'g'on ichakning o'ng yarmida so'riladi. Chap yarmida suvning qolgan qismi va kaliy ionlari so'riladi, buning evaziga kaltsiy ionlari sigmasimon va to'g'ri ichakning bo'shligiga chiqariladi. Suv va elektrolitlardan tashqari, yo'g'on ichak glyukoza, yog' kislotalari, aminokislotalar, monosaxaridlar, karotinoidlar va barcha yog'da eriydigan vitaminlarni o'zlashtiradi. Fekal massalarning shakllanishi to'g'ri ichakda tugaydi, kunlik axlatning og'irligi o'rtacha 150-200 g. Odatda uning suv bilan ifodalangan suyuq qismi taxminan 70% ni tashkil qiladi.

Najas bilan elektrolitlarning yo'qolishi ko'p hollarda 6-8 mg dan oshmaydi (Mikhailov V.V., 1988; Polak J.M. va boshqalar, 1989).

1.2. Yo'g'on ichakning sekretor funksiyasi

Yo'g'on ichakning shilliq qavati intensiv ravishda ichak shirasini ishlab chiqarishga qodir, ammo uning hajmi va ferment tarkibi ingichka ichakka qaraganda ancha kam (6-7 marta). Ichak shirasining tarkibi suyuq va quruq tarkibiy qismlarni o'z ichiga oladi. Shiraning suyuq qismida fermentlar kam, bikarbonatlar hisobiga ishqoriy reaksiyaga ega (pH 8,5-9,0), ular kaliy bilan birga ichak bezlarining epitelial hujayralari tomonidan faol ravishda ajralib chiqadi. Shiraning quruq qismi shilliq bo'laklar bilan ifodalanadi, ular ham fermentlarni o'z ichiga oladi: ketapsin gidroksidi fosfataza, peptidazalar, lipaza, amilaza va nukleazalar. Shira ichak kriptalarining o'rta uchdan bir qismida joylashgan goblet hujayralari tomonidan ishlab chiqariladi. Ichak bezlarining epitelial hujayralarida ham fermentlar hosil bo'ladi, ular to'planishi bilan kriptalarning og'ziga o'tadi va u yerda ajratiladi. Epiteliya hujayralarining parchalanishi paytida fermentlar chiqariladi, ular shilliq bilan birga yo'g'on ichakning bo'shligiga o'tadi. Ichak shirasi yo'g'on ichak mikroorganizmlarining fermentlari bilan birga oqsil va yog' qoldiqlarini hazm qilishda ishtirok etadi. Shiraning suyuq qismi ichak tarkibining zarur pH darajasini saqlab turishda rol o'ynaydi. Bundan tashqari, ichak shirasi bilan birga kriptalar yog' kislotalarini, xolesterinni chiqaradi, ular ichak bo'shlig'ida yanada parchalanadi. Og'ir metall tuzlari ham ichak devori tomonidan chiqariladi va najas bilan birga tanadan chiqariladi. Mahalliy immunitetni shakllantirishda ichak shirasida mavjud bo'lgan sekretor immunoglobulin A (IgA) katta rol o'ynaydi. IgA ni limfoid follikullardan kripta lyuminasiga, u yerdan ichak bo'shlig'iga o'tishida ichak kriptalarining bir qismi bo'lgan M-hujayralar ishtirok etadi.

1.3. Ichak mikroflorasining harakatchan muvozanatini saqlash

Yo'g'on ichak mikroflorasining tarkibi va uning faoliyatini tartibga soluvchi omillar majmuasi juda xilma-xildir. Hozirgi vaqtda oshqozon-ichak traktida 500 dan ortiq turdagi mikroorganizmlar yashashi ma'lum. Shu bilan birga, mikroorganizmlarning bir qismi ichak bo'shligida to'plangan, bir qismi esa yopishqoq xususiyatlari tufayli shilliq qavatiga mahkam o'rnatiladi. Ulardan 90-95% mikroblar anaeroblar (bifidobakteriyalar, bakteroidlar) va faqat 5-10% mikroblar qattiq aerob flora (sut kislotali tayoqchalari, E. coli, enterokokklar, zamburug'lar, proteuslar) hisoblanadi. Odatda, yo'g'on ichak mikroorganizmlarining nisbatan doimiy tarkibi ularning bir-biri bilan ham, makroorganizm bilan ham o'zaro ta'siri bilan ta'minlanadi. Defekatsiya paytida mikroblarning bir qismi va ularning metabolik mahsulotlari najas bilan birga chiqariladi. Uning mikrobiologik tekshiruvi mikrofloraning tarkibi haqida xulosa beradi (1-jadval).

I-jadval

Yo'g'on ichak mikroflorasi normada

Mikroorganizm nomi	1 mm kubikdagi miqdori
bifidobakteriyalar	10 ⁸⁻⁹
laktobakteriyalar	10 ⁶⁻⁷
bakteroidlar	10 ⁸⁻⁹
Anaerob kokklar	10 ⁸⁻⁹
clostridia	10 ⁵⁻⁹
Staphylococcus saprophyticus epidermid	10 ³
Enterokokklar	10 ⁶⁻⁷
Eschirichia tipik	10 ⁶⁻⁷
oqsil	10 ³
Shartli patogen bakteriyalar	10 ³
Candida	10 ⁴

Odatda yo'g'on ichakning bo'shlig'ida mavjud bo'lgan deyarli barcha mikroorganizmlar fermentativ, vitamin sintezlovchi va himoya xususiyatlariga ega. Uning proksimal bo'limlarida bakteriyalarning fermentlari va ingichka ichakda hazm bo'lmaydigan ozuqa moddalarining makroorganizmlari tomonidan yakuniy parchalanish amalga oshiriladi. Ichaklarda har kuni 70 g gacha uglevodlar va 20 g gacha oqsillar fermentlanadi. Ichak mikroflorasi yog' kislotalarini ham metabolaydi, xolesterin, bilirubin va o't kislotalari almashinuvida ishtirok etadi. Mikroblarning hayotiy faoliyati natijasida hosil bo'lgan metabolik mahsulotlar normal mikroflora biotsenozini ta'minlaydi, ichak tarkibidagi ma'lum bir pH darajasini saqlaydi. Bu jarayonlar butun organizmning ovqat hazm qilish faoliyatiga bilvosita ta'sir qiladi. Yo'g'on ichakda sodir bo'ladigan metabolik jarayonlar va mikrofloraning faolligi o'rtasidagi nomutanosiblik ichak tarkibiy qismining kimyoviy tarkibidagi sezilarli o'zgarishlar bilan birga keladigan makroorganizmning patologik holati bo'lgan disbiyozning rivojlanishiga olib keladi. Odatda yo'g'on ichakning bo'shlig'ida mavjud bo'lgan mikroorganizmlar B, K va C guruhlarini vitaminlarini sintez qiladi. Mikrofloraning himoya funksiyasi patogen va chirituvchi mikroblarning hayotiy faoliyatini bostirish qobiliyatida ifodalanadi. Odatiy ichak sharoitida ichak tayoqchasi, enterokokklar va bifidobakteriyalar "muhit" ning begona mikroorganizmlar tomonidan kolonizatsiya qilinishini oldini olishga qodir. Ichak tayoqchasining dizenteriya tayoqchalari, tif-paratif patogenlari, stafilokokklar va vabo vibrionlariga nisbatan antagonistik faolligi aniqlangan. Bifidobakteriyalar va laktobakteriyalar patogen mikroblarning o'sishini ham to'xtatishi mumkin va bakterioidlar bilan birgalikda ular disbiyozning og'ir shakllarida eubiozni tiklashga yordam beradi.

1.4. Mahalliy immunitetni shakllantirish

Yo'g'on ichak shilliq qavatı ko'plab patogenlar uchun kirish eshigidir. Bu bakterial va oziq-ovqat antigenlarining doimiy ta'siri ostida bo'ladi tananing mudofaa tizimiga katta yuklamasi bo'ladi. Shilliq qavat bilan bog'langan limfoid to'qima (MALT) tananing mahalliy va tizimli himoyasi bilan bog'liq funksiyalarni bajaradigan juda muhim immunitet organidir. MALT tizimining limfotsitlari sekretor immunoglobulin A (IgA) sintezida faol ishtirok etadi, u bo'g'inlardan biri sifatida tananing mahalliy immunitet reaksiyasini shakllantirishda ishtirok etadi: u bakteriyalar va viruslarni kuchsizlantiradi, erimaydigan yuqumli bo'lmaganlarni allergenlarni bloklaydi. Bu toksik va allergik reaksiyalar paydo bo'lishining oldini oladi. Immunitetning rivojlanishida normal mikroflora ham ishtirok etadi. Uning tarkibini tashkil etuvchi ko'pgina grammusbat bakteriyalarning hayot siklida, ular o'lganda, antigen xususiyatlarga ega bo'lgan, immunitet tanalarining sintezini rag'batlantiradigan hujayra membranalarining "parchalari" hosil bo'ladi. Makroorganizmning tegishli patogen mikroblar bilan bakterial infeksiyasi tufayli antitanalar miqdori keskin ortadi. Ko'pgina tadqiqotlar, shuningdek, oshqozon-ichak

traktining immun tizimining disfunktsiyalari (ichak bilan bog'liq limfoid to'qima - GALT), ayniqsa disbiyoz bilan birgalikda, o'sma va surunkali nonspesifik yallig'lanishli ichak kasalliklarining patogenezida muhim rol o'ynashini tasdiqlaydi.

1.5. Yo'g'on ichakning motor faolligi

Motor faolligi - bu organ devorining turli xil mushaklar qisqarishi kombinatsiyasi orqali yo'g'on ichakning asosiy funksiyasini amalga oshirishni ta'minlaydigan asosiy mexanizm.

Yo'g'on ichakda harakatlarning to'rt turi mavjud:

- Segmentatsiya – aylana mushak tolalarining mahalliy sekin qisqarishi, lūmenning pasayishi va ichak ichidagi bosimning 5-40 mm Hg oralig'ida oshishi bilan birga keladi. Ular qo'zg'aluvchan emas, tarkibiy qismning o'tishi bilan birga kelmaydi, lekin ximusning aralashishiga hissa qo'shadi, bu esa uning assimilyatsiya yuzasi bilan aloqa qilish maydonining oshishiga va siqilishiga olib keladi.
- Peristaltik - harakatlantiruvchi faollikka ega bo'lgan va ichak tarkibiy mahsulotlarining o'tishini osonlashtiradigan aylana mushak tolalarining muvofiqlashtirilgan qisqarishi.
- Antiperistaltik - ximusning retrograd harakatiga olib keladigan harakatlar, bu ximusning aralashishi va qalinlashishi jarayonini yaxshilaydi. Segmentli qisqarishlar bilan birgalikda ular yutilish uchun optimal sharoitlarni ta'minlaydigan mayatniksimon harakatlarini hosil qiladi.
- Ommaviy qisqarishlar (propulsiv) - chuqur, ritmik qisqarishlar, ichakning katta qismini egallab, uning muhim bo'limlarini bo'shatishni ta'minlaydi. Ular kamdan-kam hollarda, kuniga 3-4 marta paydo bo'ladi va tarkibni o'ng bo'limlardan chapga yoki chapdan distal sigmasimon va to'g'ri ichakka o'tkazadi. Ommaviy qisqarishlar yoki peristaltik to'lqinlar proksimal bo'limlarning tarkibi ma'lum bir mustahkamlikka erishganda paydo bo'ladi. Oshqozon va gastroileal reflekslar tufayli ovqatlanish paytida "katta" ichak harakatlari ham faollashadi.

Yo'g'on ichakning turli anatomik bo'limlarining motor faolligi ular bajaradigan funksiyalar bilan belgilanadi (G.L Vorobyov, 2001; Parfenova., 2002). Ko'r ichak va ko'tarilgan yo'g'on ichakda so'rilish jarayonlarini rag'batlantiradigan harakatlar ustunlik qiladi. Ichak devorining segmentlanishi va mayatniksimon qisqarishi ximusni aralashtirib, vaqtni uzaytiradi va uning shilliq qavat bilan aloqa qilish maydonini oshiradi, bu esa so'rilish sharoitlarini yaxshilaydi. Endokrin, asab va neyropeptid tizimlari bilan bir qatorda ileotsekal qopqoq va ingichka ichakning funksional holati ham yo'g'on ichakning o'ng yarmining motor faolligiga ta'sir qiladi. R.C.Hawker va L.A. Turnberg (1983), suyuqlik miqdori ortadi va hazm qilinmagan ximusdagi ozuqa moddalari yoki ingichka ichak tarkibining ko'r ichakka tez kirishi (6

ml / min dan ortiq) yo'g'on ichakning kontraktil faolligining sekinlashishiga olib keladi.

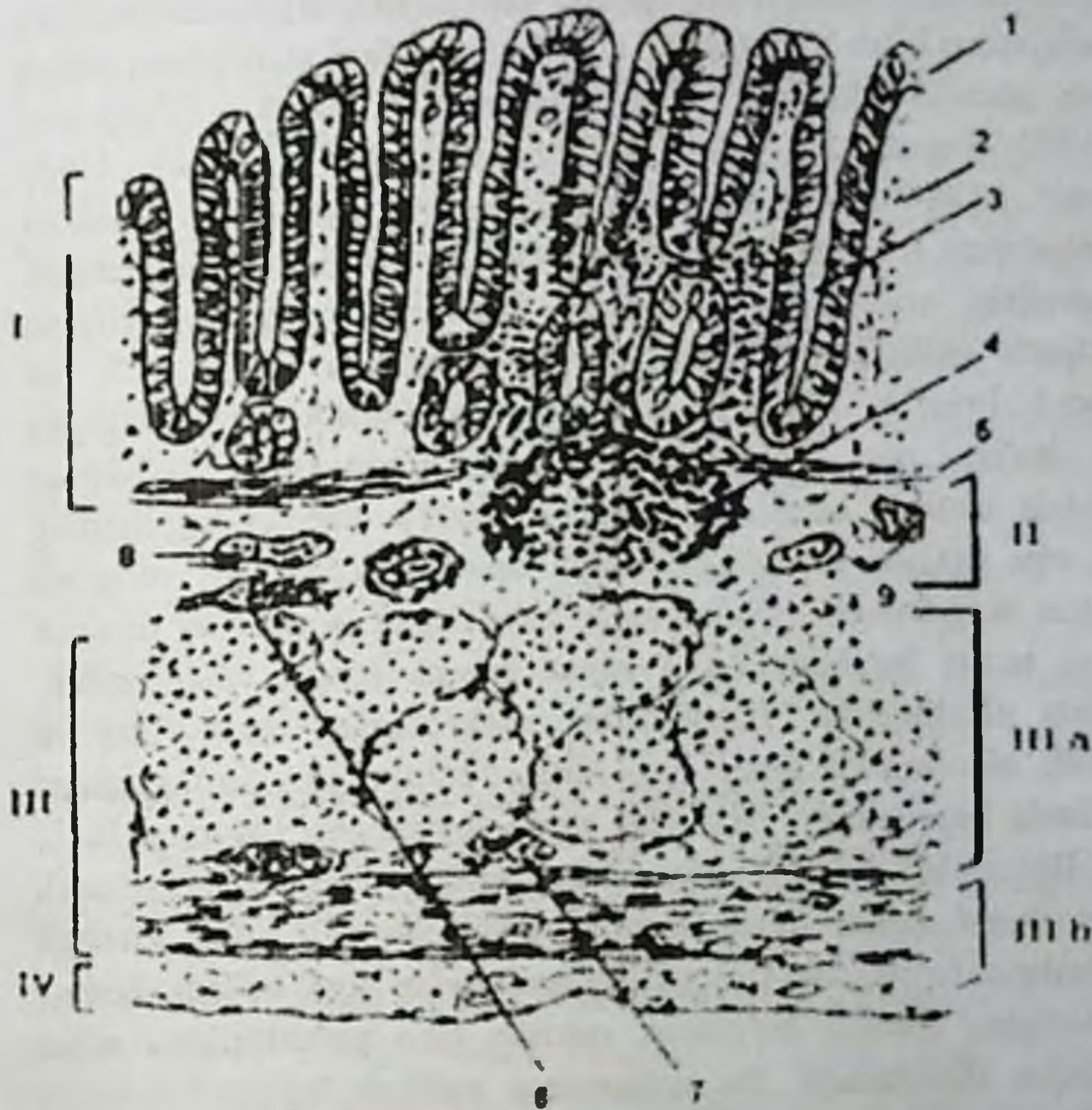
Ko'ndalang yo'g'on ichak tranzit segment bo'lib, unda najasning yanada siqilishiga hissa qo'shadigan kamdan-kam sekin bo'linish harakatlari fonida najasni distal yo'g'on ichakka siljitadigan qo'zg'atuvchi qisqarishlar sodir bo'ladi. Najasning yakuniy shakllanishi va uning to'planishi sodir bo'lgan yo'g'on ichakning chap yarmi organ devorlarining turli xil qisqarishlarining kombinatsiyasi bilan tavsiflanadi. Kiruvchi tarkibning tarkibiga qarab, turli kuch, uzunlik va yo'nalishdagi tonik yoki peristaltik harakatlar ustunlik qiladi. Najasdagi suyuqlikning ko'payishi antiperistaltik qisqarishlar sonining ko'payishi bilan birga keladi, bu shilliq qavat bilan aloqa qilish vaqtining uzayishi tufayli ularning siqilishiga olib keladi. Tarkibni ma'lum darajada to'plash bilan bog'liq bo'lgan ichak ichidagi bosimning oshishi uning sigmasimon va to'g'ri ichakka harakatlanishini rag'batlantiradi. To'g'ri ichak rezervuar va evakuatsiya funksiyasini bajaradi. Najasni ushlab turishning ikki bosqichi mavjud: ichak va anal, bu ichakni bo'shatishning yagona mexanizmining ketma-ket bosqichlari (Lenyushkin A.I., 1990; Beart R.V. va boshqalar, 1985). Yo'g'on ichakning anatomik va funksional xususiyatlari (uning shakli, bo'shashishi, muvofiqlashtirilgan antiperistaltik harakatlar va boshqalar) tufayli ichak tutilishi najasning distal yo'nalishda sekin harakatlanishini ta'minlaydi. Miya yarim korteksining ta'siri bu fazaga ta'sir qilmaydi. Bu jarayon beixtiyor, rektal va orqa miya markazlari nazorati ostida amalga oshiriladi. Anal ushlab turish miya yarim korteksining ishtirokida sodir bo'ladi va to'g'ri ichakning obturator apparatining tonusi, refleks ta'siri va ixtiyoriy qisqarishi tufayli amalga oshiriladi. To'g'ridan-to'g'ri bu funktsiyani ichki va tashqi sfinkterlar bajaradi. Bunday holda, ichki sfinkter doimiy, passiv kontaktor rolini o'ynaydi, anal kanal devorlarining tonik yopilishini ta'minlaydi va tashqi sfinkter yordamida yopish apparatining faol qisqarishiga erishiladi. Defekatsiya murakkab harakat bo'lib, qorin old devori mushaklarining qisqarishi va kuchanish jarayonida diafragmaning tushishi natijasida qorin bo'shlig'i bosimining oshishi bilan ta'minlanadi. Shu bilan birga, ushlab turishni ta'minlaydigan mexanizmlar faollikdan chiqariladi. Defekatsiya akti tugagandan so'ng, tashqi anal sfinkter va tos bo'shlig'i faolligining tez o'sishi kuzatiladi. Natijada, tos bo'shlig'i ko'tariladi va anorektal burchak to'g'rilanadi. Tashqi anal sfinkterning ixtiyoriy qisqarishi natijasida tos bo'shlig'i ko'tariladi, anorektal burchak oshadi va najas rektal ampulaga qaytishga majbur bo'ladi. Defekatsiyani muntazam ravishda to'xtatish mexanoreseptorlarni ortib borayotgan intrarektal bosimga moslashtirishi mumkin. Natijada, defekatsiya refleksi va shuning uchun defekatsiya qilish istagi faqat to'g'ri ichakning bo'shligida yuqori bosimda paydo bo'ladi, bu defekatsiya aktining buzilishiga olib keladi va inert to'g'ri ichakni hosil qiladi. Shunday qilib, yo'g'on ichakning motor funktsiyasi, xususan, motor-evakuatsiya funktsiyasi, barcha turdagi qisqarishlarning muvofiqlashtirilishi tufayli amalga oshiriladi, bu ko'plab omillar, shu jumladan hissiy va aqliy omillar bilan ta'minlanadi.

2. Ichak devorining morfologik tuzilishi.

Yo'g'on ichakning qon ta'minoti va innervatsiyasi

2.1. Ichak devorining morfologik tuzilishi

Yo'g'on ichakning mikroskopik tuzilishi uning funksiyalarini to'liq ta'minlaydi. To'g'ri ichakning distal qismidan tashqari butun yo'g'on ichak devori bir xil morfologik tuzilishga ega (1-rasm).



1-rasm. Yo'g'on ichak devorining morfologik tuzilishi I – yo'g'on ichakning shilliq qavati, II – shilliq osti, III – mushak pardasi, III a – ichki (aylana) mushak qavati, III b – tashqi (bo'ylama) mushak qavati, IV – seroz membrana. 1. Epiteliy hujayralari. 2. Shilliq qavatning o'z plastinkasi. 3. Kripta. 4. Limfoid follikula. 5. Shilliq qavatning mushak plastinkasi. 6. Submukoz (Meissner) pleksusning nerv hujayralari. 7. Mushaklararo (Auerbax) pleksusning nerv hujayralari. 8. Qon va limfa tomirlari. 9. Yog' hujayralari.

U to'rt qavatdan iborat: I - shilliq qavat, II - shilliq osti, III - mushak pardasi, IV - seroz membrana. Yo'g'on ichakning shilliq qavati bir qavatli prizmatik epiteliy bilan qoplangan bo'lib, u bazal membranada joylashgan bo'lib, retikulin va kollagen tolalari bilan ifodalanadi. So'rish yuzasini oshirish uchun u ichak kriptlarini yoki

bezlarni hosil qiladi. Ingichka ichakdan farqli o'laroq, ularda villi yo'q. Har bir ichak bezida epiteliy hujayralarining bir necha turi ajralib chiqadi. Kriptalarning pastki qismlarida shilliq qavatning barcha epiteliy hujayralarining manbai bo'lgan o'zak hujayralar guruhi joylashgan. Kriptalarning devorlarida turli darajadagi yetuklikdagi goblet hujayralarining eng ko'p to'planishi qayd etilgan. Yetuk goblet hujayralari kriptalarning o'rta uchdan bir qismida aniqlanadi va shilimshiq hosil qiladi va ularning soni so'rg'ich hujayralari sonidan 4 marta oshadi (Neutra M., Paducula H., 1984). Kriptalarning pastki uchdan bir qismidagi epiteliy hujayralari orasida joylashgan endokrin hujayralar (Kulchitskiy hujayralari, APUD hujayralari, argentaffinotsitlar) asosan EK va ECL hujayralari bilan ifodalanadi. Ular biologik faol moddalarni ishlab chiqaradilar: serotonin, gistamin, kininlar, prostaglandinlar, P moddasi (Kurguzov O.P. va boshqalar, 1989; Simonenko V.B., 2000; Sokolski K. va boshq., 1984; Gledhill A. va boshqalar., 1986) [2-jadvalga qarang.]. Panet hujayralari ko'richak va ko'tarilgan yo'g'on ichakning alohida kriptalarining pastki qismlarida joylashgan. Ularning lizotsim ajralishi aniqlangan. Ularning sonining ko'payishi yo'g'on ichakning uzoq muddatli yallig'lanish kasalliklarida kuzatiladi (Arvin L.L va boshqalar, 1998; Tolbot I., Price A., 1987). M-hujayralar limfa follikullari joylashgan hududda joylashgan bo'lib, ular antigenlarni ichak bo'shlig'idan follikullar limfotsitlariga o'tkazishda ishtirok etadilar (Adler G., 2001). Asosan kriptalarning yuqori qismlarida va ular orasida joylashgan yetuk epiteliy hujayralari so'rg'ich hisoblanadi. Bo'shashgan biriktiruvchi to'qima bilan to'ldirilgan kriptalar va mushak shilliq qavati orasidagi butun bo'shliq shilliq qavat lamina propria deb ataladi. Odatda, uning tarkibida plazmositlar, fibroblastlar, makrofaglar, eozinofillar va limfotsitlar mavjud bo'lib, ularning klasterlari bitta limfoid follikullar yoki tugunlarni hosil qiladi. Qon va limfa kapillyarlari ham shu yerda joylashgan (Morson B.C., Douson I M.P., 1972; Bykov V.L., 1997). Muscularis mukoza ikki yupqa qatlamli mushak hujayralaridan iborat. Ichki qavat zichroq bo'lib, asosan silliq mushak tolalarining aylana joylashgan to'plamlari (miotsitlar) tomonidan hosil bo'ladi. Tashqi qatlam ichak o'qiga nisbatan qisman bo'ylama, qisman qiya yo'naltirilgan silliq miotsitlar to'plamlari bilan ifodalanadi. Bu qatlamdagi mushak hujayralari ichki qismga qaraganda ancha erkin joylashgan. Submukoza qavat biriktiruvchi to'qima bilan ifodalanadi, unda kollagen va elastik tolalar, ko'plab yog' hujayralari, kichik va o'rta kalibrli va limfa tomirlarining ko'p sonli arteriyalari va tomirlari aniqlanadi. Bu yerda limfoid to'qimalarning kattaroq to'planishi, shuningdek, shilliq osti nervlari (Meysner) pleksuslari ham uchraydi. Mushak qoplami silliq mushak tolalarining ikki qatlamidan iborat: ichki - aylana va tashqi - bo'ylama. Yo'g'on ichakda tashqi mushak qavati uchta lenta - teniya bilan ifodalanadi. Ularning kengligi 6 dan 10 mm gacha. Mushaklarning ikki qavati orasidan ichak-mushak (Auerbax) nerv pleksuslari va tomirlar o'tadi. Katta ichakni qoplaydigan seroz membrana ko'p sonli tomirlar bilan bo'shashgan biriktiruvchi to'qimalarning yupqa qatlami bilan ifodalanadi. Uning tashqi yuzasi mezoteliy bilan qoplangan. Sigmasimon ichakning hududida yaxshi

rivojlangan yog' to'qimalari o'simtalar yoki yog'li suspenziyalarni hosil qiladi. To'g'ri ichakning morfologik tuzilishi bir qator xususiyatlarga ega:

1. To'g'ri ichak va anus kanalining chegarasida silindrsimon epiteliyning asta-sekin qatlamli yassi epiteliyga o'tishi kuzatiladi.
2. Tashqi mushak qavatini tashkil etuvchi bo'ylama silliq mushak tolalari dumaloq tarzda to'g'ri ichakning barcha devorlarini qoplaydi va uning ramkasini hosil qiladi.
3. Distal rektum ekstraperitoneal joylashgan bo'lib, seroz qoplamadan mahrum.

2.2. Yo'g'on ichakning qon ta'minoti va innervatsiyasi

Yo'g'on ichak yuqori tutqich arteriyasidan, pastki tutqich arteriyasidan va ichki yonbosh arteriya shoxlaridan qon bilan ta'minlanadi. Yuqori tutqich arteriyasi yo'g'on ichakni taloq bukilishini ta'minlaydi, pastki tutqich arteriyasi esa chap yo'g'on ichakni qon bilan ta'minlaydi. To'g'ri ichakni qon bilan ta'minlash asosan ichki yonbosh arteriya tizimidan amalga oshiriladi. Yo'g'on ichakni qon bilan ta'minlashning o'ziga xos xususiyati kollaterallar va uning butun tutqich cheti bo'ylab parallel yoki chekka tomirning mavjudligi. Parallel tomir - bu yuqori va pastki tutqich arteriyalari tizimini ta'minlovchi uzluksiz anastomozlar zanjiri. Bu yo'g'on ichakning asosiy tarqatuvchi tomir yo'lidir. Yo'g'on ichakni oziqlantiradigan arteriyalar bir xil nomdagi venalar va limfa tomirlariga hamroh bo'ladi. Yo'g'on ichakning innervatsiyasi simpatik (plexus mesentericus superior et inferior) va parasimpatik (n.vagus) tizimlar tomonidan amalga oshiriladi.

3. Yo'g'on ichakning endoskopik anatomiyasi

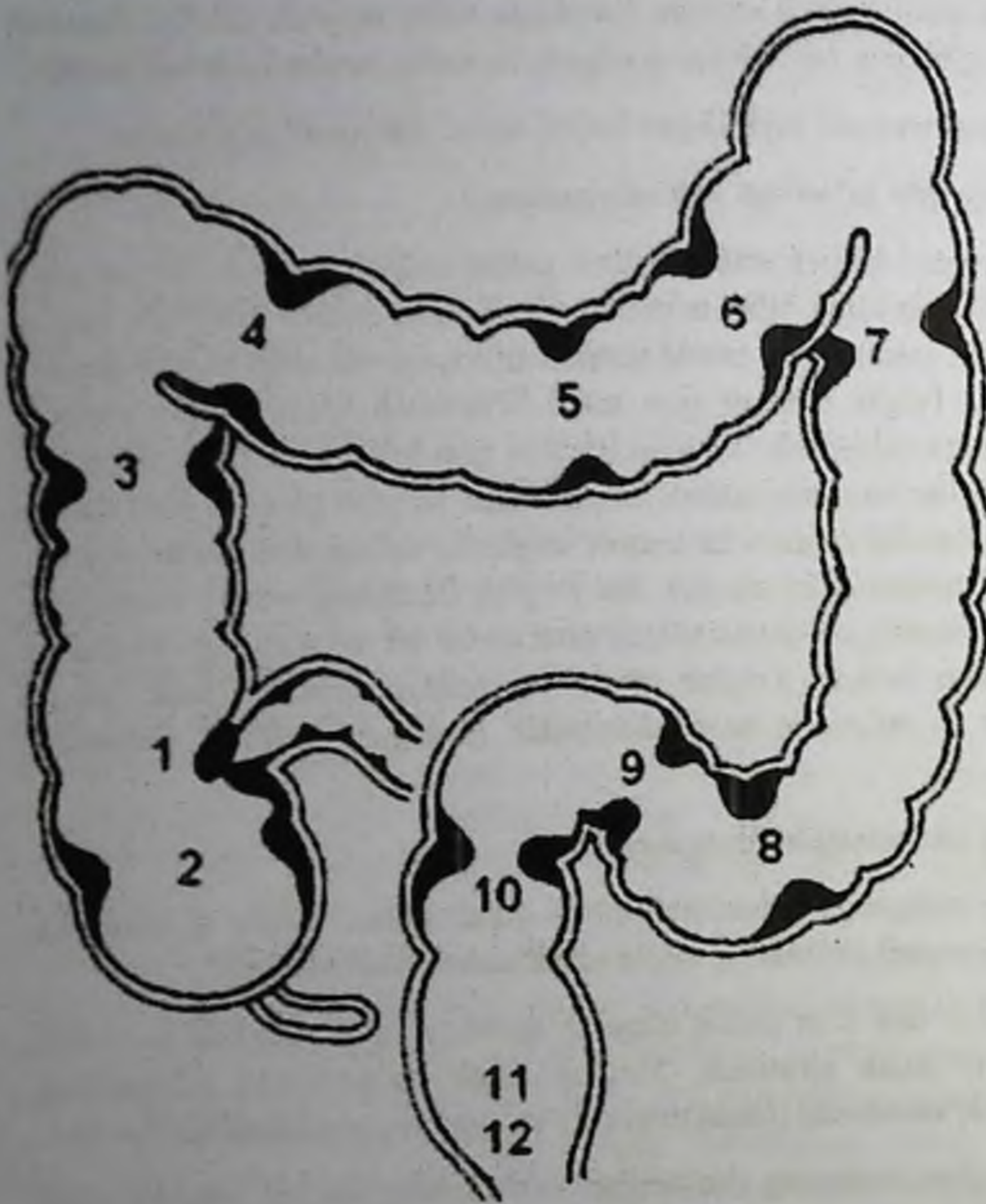
Yo'g'on ichak - oshqozon-ichak traktining distal qismi bo'lib, u ileotsekal qopqoqdan (Bauhinii qopqoq) boshlanib, to'g'ri ichak anusi bilan tugaydi.

Uning uzunligi 1,5 dan 2 m gacha o'zgarib turadi. Yo'g'on ichakda ko'richak, yo'g'on ichak va to'g'ri ichak ajratiladi. Yo'g'on ichak ko'tariluvchi (chiquvchi), ko'ndalang yo'g'on ichak, tushuvchi (pasaytiruvchi) va sigmasimon ichakdan iborat.

Ko'tariluvchi yo'g'on ichakning (ko'tarilgan) ko'ndalang yo'g'on ichakka o'tish joyi o'ng yo'g'on ichak yoki jigar egilishi sifatida ajralib turadi. Ko'ndalang yo'g'on ichakning tushuvchi yo'g'on ichakka (pastga tushadigan) o'tish joyi chap yo'g'on ichak yoki taloq egilishi sifatida ajralib turadi. Yo'g'on ichakning diametri ingichka ichaknikidan kattaroq va proksimal yo'nalishda asta-sekin o'sib boradi.

Yo'g'on ichakdagi tashqi bo'ylama mushak tolalari notekis ifodalangan bo'lib, uchta chiziq hosil qiladi (teniae: erkin, omental, tutqich), ular dafnaga o'xshash o'simtalar - haustra hosil qiladi. Ular shilliq qavatning sirtini oshiradi va bundan tashqari, kamaytirilganda, ular ichak tarkibini targ'ib qilishga hissa qo'shadilar.

Yo'g'on ichak bo'ylab uning bo'shlig'ining fiziologik torayishi kuzatiladi, chunki bu joylarda sfinkterlar - ichak devorining ichki dumaloq mushak qatlamining mahalliy gipertrofiyalangan joylari mavjud. Ularning soni va joylashuvi o'zgaruvchan bo'lib, asosan organning funktsional holatiga (tonus, kinetika) bog'liq. Eng doimiy sfinkterlar 2-rasmda ko'rsatilgan.



2-rasm. Yo'g'on ichak sfinkterlari 1. Varolius sfinkteri yoki Bauxin amortizatori. 2. Busi sfinkter. 3. Xirsh sfinkteri. 4. Cannon-Behm sfinkteri yoki o'ng Cannon sfinkteri. 5. Horst sfinkteri. 6. Cannonning chap sfinkteri. 7. Payr-Straus sfinkteri. 8. Balli sfinkteri. 9. Rossi-Moutier sfinkteri. 10. Auburn-Pirogov-Moutier sfinkteri. 11. Ichki anal sfinkteri. 12. Anusning tashqi sfinkteri (Internetdan rasm)

Kolonoskopni kiritishning retrograd usulini hisobga olgan holda, yo'g'on ichakning anatomik bo'limlarining izchil tavsifi to'g'ri ichakdan boshlanadi. To'g'ri ichak - tos bo'shlig'ida joylashgan va yo'g'on ichakning chiqish qismi perineum bilan tugaydi. Uning uzunligi 15-18 sm. To'g'ri ichakda anal (anal) kanal, ampulalar (rektal

ampula) va ampula usti bo'limlar farqlanadi. Anal kanal uzunligi 2-4 sm uzunlikdagi silindrsimon shaklga ega bo'lib, u bo'ylama burmalar - anal ustunlar hosil bo'lish zonasi bilan tugaydi. Ularning orasida anal sinuslar joylashgan. To'g'ri ichak ampulasining ko'p qismi tos bo'shlig'ida ekstraperitoneal joylashgan va tos bo'shlig'i mushaklari tomonidan mahkamlangan, faqat uning yuqori qismi uch tomondan qorin parda bilan qoplangan. Ampulaning uzunligi 11-12 sm, bo'shlig'i keng, yumaloq, diametri taxminan 68 sm. To'g'ri ichakning bu qismida (frontal tekislikka nisbatan), old, orqa va lateral (chap va o'ng ajralib turadilar) devorlari mavjud. Yon devorlarda uchta yarim oysimon burmalar mavjud - pastki, o'rta va yuqori, ular shartli ravishda rektal ampulani uchta qismga bo'linadi - pastki ampulalar, o'rta ampulalar va yuqori ampulalar. Prostata bezi erkaklarda o'rta ampulalar mintaqasida old devorga, ayollarda esa qinning orqa devoriga tutashgan. Bu darajadan yuqori rektal ampulaning yuqori ampulasining old devori erkaklarda siydik pufagining orqa yuzasi bilan, ayollarda esa bachadon bilan aloqa qiladi. To'g'ri ichakning lateral yuzalaridan tashqarida siydik yo'llari va ichki yonbosh tomirlarining shoxlari joylashgan. To'g'ri ichakning ampula usti bo'limi qorin bo'shlig'ida joylashgan bo'lib, uning uzunligi 4 sm dan oshmaydi. To'g'ri ichakning ampulasi bilan solishtirganda uning diametri torroq va taxminan 4 sm. To'g'ri ichakning yo'l bo'ylab uchta egilishi bor. Kichik tos bo'shlig'ida u sagittal tekislikda ikkita yoy hosil qiladi: - uning pastki qismi, koksiksin yuqori qismiga egilib, perine yoyi hosil qiladi; - uning sakrum shakliga mos keladigan yuqori qismi sakral kamarni hosil qiladi. Qorin bo'shlig'ida joylashgan ampula usti bo'lim frontal tekislikda egilib, chappa siljigan. To'g'ri ichakning shilliq qavati pushti, silliq, yorqin. Ba'zi hollarda, odatda, pastki va o'rta ampulali hududlarda u o'choqli nozik taneli xususiyatga ega bo'ladi, bu shilliq qavat qalinligida limfoid follikullarning mahalliy ko'payishi bilan izohlanadi. Qon tomir naqshlari to'rsimon ko'rinishga ega, submukozaning ingichka venoz novdalari kamdan-kam hollarda konturlangan. Sigmasimon ichak yuqori to'g'ri ichakning davomi hisoblanadi. O'tish joyi rektosigmoid bo'lim sifatida ajralib turadi - yo'g'on ichakning eng tor qismi, diametri taxminan 3-3,5 sm. Bu zonada ichak devorining mushak skeletining tuzilishi ham o'zgaradi: tashqi mushak qavati to'g'ri ichakdagi barcha devorlar bo'ylab teng ravishda rivojlangan, uchta bo'ylama soyalar bilan almashtiriladi. Sigmasimon ichakning barcha devorlari qorin parda bilan qoplangan. U yaxshi aniqlangan tutqichga ega, harakatchan. Uning uzunligi va qorin bo'shlig'idagi holati o'zgaruvchan va har bir holatda "tabiatning injiqligi" dir. P.A. Romanovning so'zlariga ko'ra. (1987), yo'g'on ichakning bu qismining uzunligi 12 dan 84 sm gacha. Ko'pincha sigmasimon ichak chap yonbosh va suprapubik mintaqalarda joylashgan. Qo'shimcha halqa va uzun tutqich bilan u tos bo'shlig'ida joylashgan bo'lishi mumkin, o'ng yonbosh mintaqasi, yuqori qorin bo'shlig'iga ko'tariladi (o'ng gipoxondrium, chap gipoxondrium, epigastral mintaqasi). Ko'pgina hollarda sigmasimon ichakning bo'shlig'i bo'ylab oval bo'lib, uning diametri

taxminan 4 sm. Silliq qavat pushti, tomir naqshlari aniq daraxtga o'xshash xarakterga ega.

Sigmasimon ichakda endoskopik ravishda burmalarning ko'rinishi, zo'riqishi va lokalizatsiyasi bo'yicha uchta segment ajratiladi:

1. Pastki uchinchi - bu segmentda burmalar faqat chizilgan, kichik, yarim oy shaklida, yon devorlar bo'ylab joylashgan. Shu bilan birga, ichakning tutqich va antimezenterik qirralari erkin qoladi.
2. O'rta uchinchi - bu segmentda lateral yarim oy burmalar aniqroq: baland, o'tkir. Yarim oy past burmalar tutqich va antimezenterik qirralarning bo'ylab paydo bo'ladi.
3. Yuqori uchinchi - bu segmentda yarim oy burmalar ichakning barcha devorlari bo'ylab yaxshi konturlangan.

Ba'zi bemorlarda, qoida tariqasida, cho'zilgan sigmasimon ichak bilan quyidagi xususiyatlar qayd etiladi:

- Shilliq qavat yanada qizg'ish, nam, pushti yoki qizg'ish-pushti rangga ega.
- Qon tomir naqshlari, ayniqsa uning pastki va o'rta uchdan bir qismi aniq ifodalanmagan va joylarda xiralashgan. Bunday o'zgarishlar yallig'lanish emas va oddiy variantlardir.
- Sigmasimon ichakning bo'shlig'i, ko'pincha yuqori uchdan birida, endoskop darajasini aniqlashda hisobga olinishi kerak bo'lgan uchburchak xarakterga ega bo'ladi.

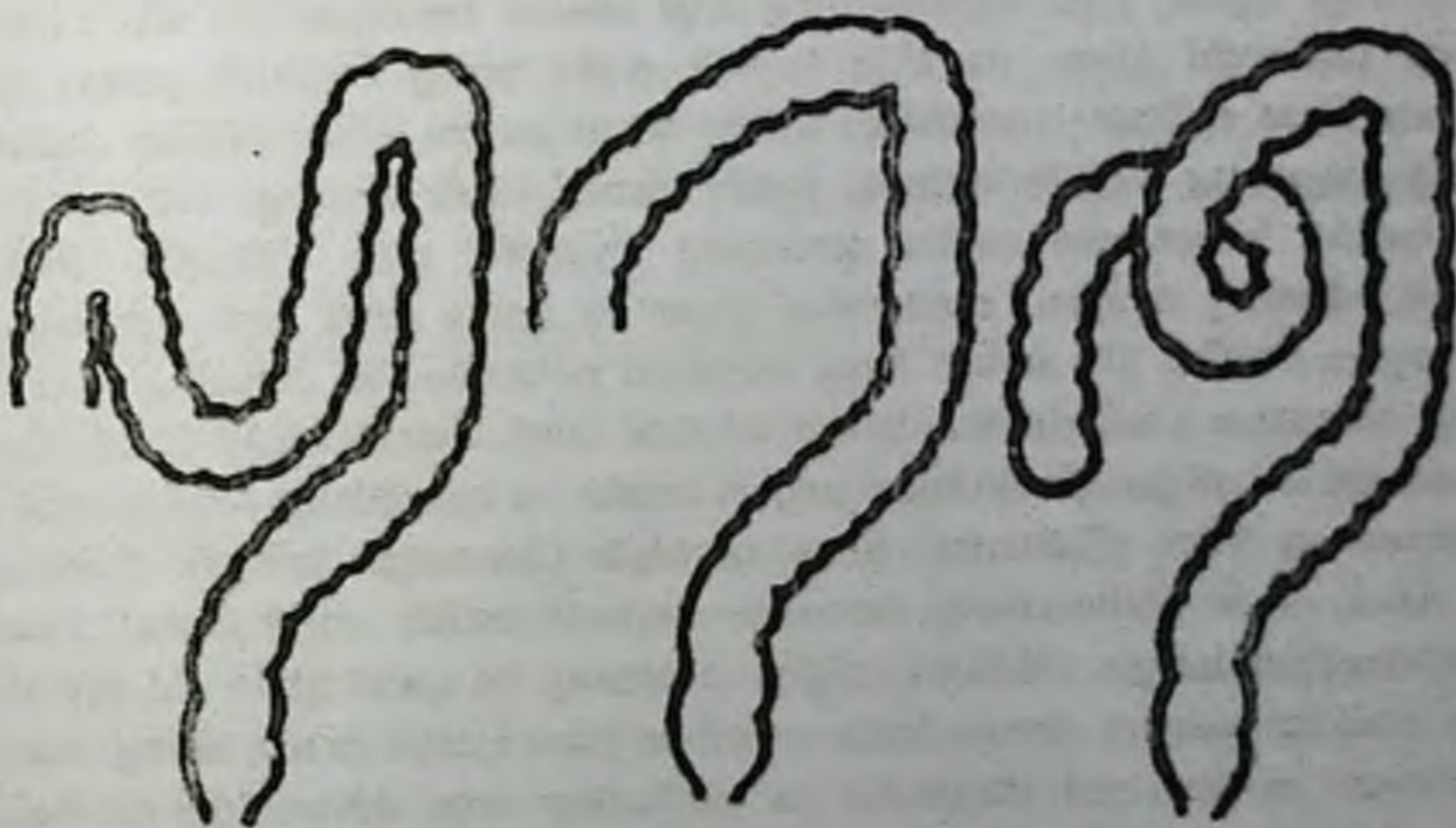
Qorin bo'shlig'idagi qo'shimcha halqalarning joylashishidan qat'i nazar, sigmasimon ichakning tushayotgan yo'g'on ichakka o'tishi chap yonbosh mintaqasida lokalizatsiyalanadi. 2-rasmdan ko'rinib turibdiki, sigmasimon ichak bo'ylab uchta fiziologik sfinkter aniqlanadi. Kolonoskopik tadqiqotlar natijalariga ko'ra, sigmasimon ichakning tushuvchi yo'g'on ichakka tutashgan joyida joylashgan Balli sfinkteri ko'p hollarda aniq tasvirlangan. Pastga tushadigan yo'g'on ichak topografik jihatdan qorin bo'shlig'ining chap yarmida va retroperitoneal bo'shliqda joylashgan bo'lib, chap lateral kanalning tashqi devorini hosil qiladi. To'g'ridan-to'g'ri ichakka o'z fastsiyasi bilan qoplangan oz miqdordagi tolalar kiradi. Ko'pgina hollarda, yo'g'on ichakning bu qismi mezoperitoneal, harakatsiz joylashgan. Uning uzunligi 15-25 sm, bo'shliqning kengligi 4,5-5 sm. Lumen yumaloq burchakli uchburchak shakliga ega, gaustra yaxshi ifodalangan. Tushuvchi yo'g'on ichakda o'rtacha 6-8 gaustra aniqlanadi. Shilliq qavat pushti, silliq, porloq. Qon tomir naqshlari aniq, yo'g'on ichakka xos bo'lgan shoxlanadigan daraxt tuzilishini saqlaydi. Odatda II-III darajali tomirlar yaxshi konturlangan. Yo'g'on ichakning bu qismida tutqich teniasi ko'rinadi. Yo'g'on ichakning taloq egilishi qorin bo'shlig'ida, chap gipoxondriyada joylashgan bo'lib, uning fiksatsiyasi chap diafragma-yo'g'on ichak ligamenti tomonidan ta'minlanadi. Yuqori qismida taloq egilishi taloqning pastki qutbiga yaqinlashadi va

uning orqasida chap buyrak bilan tutashadi. Bemorlarning 70 foizida kolonoskopiya o'tkazilganda, taloqning ichak devori bilan aloqa qilish maydoni ko'k rangda ko'rinadi, uning hajmi va shakli organlarning aloqa maydoniga bog'liq. Bu sohada ichak bo'shlig'i biroz torayadi va o'rtacha 3,5-4 sm ni tashkil qiladi. Taloq egilishi tushuvchi va ko'ndalang yo'g'on ichakdan Payr-Straus sfinkterlari va chap Cannon sfinkteri bilan ajralib turadi (2-rasm). Ko'ndalang yo'g'on ichak taloq egilishining davomi bo'lib, qorin bo'shlig'ida joylashgan, yaxshi aniqlangan tutqichga ega. Uning uzunligi 25 dan 100 sm gacha o'zgarib turadi, bo'shlig'ining kengligi butun ichak bo'ylab bir xil va 5-5,5 sm.

Qorin bo'shlig'idagi ko'ndalang yo'g'on ichakning topografiyasi uning anatomik shakliga bog'liq.

- 90-92% hollarda kuzatiladigan ko'ndalang (U shaklidagi) shakl bilan ko'ndalang yo'g'on ichak epigastral hududda lokalizatsiya qilinadi. Yuqoridan turli sohalarda u taloq, oshqozonning katta egriligi, jigar va o't pufagi bilan, pastdan - ingichka ichakning qovuzloqlari bilan, orqada - oshqozon osti bezi va o'n ikki barmoqli ichak bilan chegaradosh.

- Osilgan shakli yo'g'on ichakning ushbu qismining prolaps darajasiga qarab, u kindik mintaqasida yoki pastda, tos bo'shlig'iga kirishgacha joylashgan bo'lishi mumkin. Osilish U va W tipidagi bo'lishi mumkin (3-rasm).



U simon shakl

II simon shakl

W simon shakl

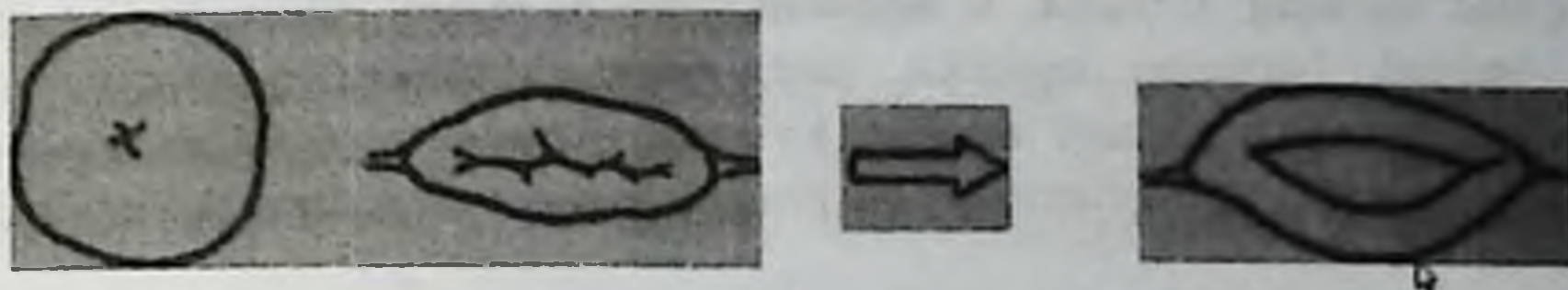
3-rasm. Ko'ndalang yo'g'on ichakning anatomik shakli

Ko'ndalang yo'g'on ichakning ushbu shaklining U shaklidagi II shaklidagi W shaklidagi shakli va uzunligining o'zgaruvchanligini nisobga olingan holda, uning yon

tomonlari nisbatan doimiy anatomik belgilar: jigar va taloq burmalari hisoblanadi. Ko'ndalang yo'g'on ichakning o'rta qismi bachadonning yuqori yuzasi, siydik pufagi va ingichka ichakning ilmoqlari bilan chegaralanishi mumkin. Uzunligiga qarab, ko'ndalang yo'g'on ichak bo'ylab 12-24 gaustra mavjud. Uning bo'shlig'i teng qirrali uchburchak shakliga ega, shilliq qavati marvarid oq, silliq, porloq. Qon tomir shakli yaxshi aniqlangan. Qoida tariqasida, bu bo'limda omental teniya aniq konturlangan. Ko'ndalang yo'g'on ichak bo'ylab uchta sfinkter mavjud. Horst sfinkteri eng katta ahamiyatga ega, chunki yo'g'on ichakning o'ng va chap yarmining funksional va anatomik chegarasi. Shuni ta'kidlash kerakki, odatda, ba'zi hollarda ko'ndalang yo'g'on ichakning shilliq qavati och pushti yoki pushti rangga ega bo'lishi mumkin, uning joylashgan joyining balandligi va jigarning ikkala bo'lagining kattaligiga qarab o'choqli ko'k ham bo'lishi mumkin, ko'ndalang yo'g'on ichakning o'rta qismida aniqlanadi. Bundan tashqari, uning o'rta uchdan biri osilgan bo'lganda, bo'shliq shaklining o'zgarishi ko'pincha kuzatiladi: dumaloq burmalar isossellar yoki tartibsiz uchburchak shaklini oladi. Jigar egilmasi ko'ndalang yo'g'on ichakning o'ng qanoti bo'lib, u ham ichki, ham mezoperitoneal joylashishi mumkin, o'ng gipoxondriyunda joylashgan bo'lib, bu bo'limning yo'g'on ichakning ko'tarilish qismiga (ko'tarilgan yo'g'on ichak) o'tish segmentini ifodalaydi. Jigar egilmasi o'ng frenik-kolik ligament tomonidan o'rnatiladi, qoida tariqasida, u taloq ligamentining ostida joylashgan bo'lib, ko'p hollarda u to'g'ridan-to'g'ri mo'rt shakliga ega, orqa tomondan biroz og'ishgan. Oldinda va yuqorida u jigarning o'ng bo'lagining pastki yuzasiga va o't pufagining pastki qismiga tegadi, jigar egilmasining orqa medial tomonida o'n ikki barmoqli ichakning tushuvchi qismi va o'ng buyrak qutbi uning orqasida pastki qismi joylashgan. Jigar egilmasi zonasidagi shilliq qavat pushti, silliq, porloq. Jigarning ko'k rangi (jigarning o'ng bo'lagining pastki yuzasi ichak devoriga tutashgan joy) deyarli barcha bemorlarda shilliq qavatning siyanotik tusli o'choqlari shaklida aniqlanadi, ularning darajasi, parenximal organ va uning ichak devoriga yaqinligi uning rangiga bog'liq. O't pufagi faqat mahkam to'ldirilganda dumaloq yoki oval shakldagi o'simtaga o'xshash shakllanish sifatida ichak devori orqali konturlanadi. Jigar burchagi ko'tarilgan (ko'tarilgan yo'g'on ichak) va ko'ndalang yo'g'on ichakdan o'ng Cannon va Hirsh sfinkterlari bilan ajratiladi (2-rasmga qarang). Ko'tarilgan yo'g'on ichak jigar egilmasining bevosita davomi bo'lib, o'ng lateral kanalda mezoperitoneal joylashgan. Oldinda yo'g'on ichakning bu qismi qorin old devoridan ingichka ichak halqalari va qisman katta omentum bilan ajralib turadi, uning orqasida retroperitoneal va perirenal to'qimalar va qorinning orqa devorining mushaklari tutashadi. Ko'tarilgan yo'g'on ichakning uzunligi 20-25 sm, bo'shliqning kengligi taxminan 6-7 sm. Lumen yassilangan uchburchak shakliga ega, aniq mushak skeleti tufayli burmalar qalinlashgan va ajinlangan. Ushbu bo'lim davomida 10-12 ta aniq belgilangan xaustalar aniqlanadi. Ko'tarilgan yo'g'on ichakning shilliq qavati o'choqli, ho'l qip-qizil rangga ega, qon tomir naqshlari joylarda bulg'angan. Yo'g'on ichakning bu qismida omental va tutqich teniasi aniq ko'rinadi. Bauhin qopqog'i

ko'tarilgan yo'g'on ichakning medial devorida joylashgan fiziologik sfinkter bo'lib, ingichka ichak tarkibining yo'g'on ichak bo'shlig'iga bir tomonlama qisman oqishini tartibga soladi. Bundan tashqari, ileotsekal qopqoq ko'tarilgan va ko'r ichak o'rtasidagi chegara bo'lib xizmat qiladi va kolonoskopiyaning eng muhim belgisidir. Ingichka ichakning qo'shilish burchagiga qarab, Bauxin qopqog'i ichakning bo'shlig'i ichiga yoki pastga qarab yo'naltirilishi mumkin.

Makroskopik jihatdan ileotsekal sfinkterning quyidagi shakllari ajralib turadi (4-rasm):



So'rg'ichsimon shakl

oraliq shakl

dudoqsimon shakl

4-rasm. Bauxin amortizatorining anatomik shakllari (Internetdan rasm)

- Dudoqsimon (labial) - eng keng tarqalgan shakl, unda yuqori va pastki lablar aniq ajralib turadi, ular orasida lateral komissuralar joylashgan. Kolonoskopiya o'tkazilayotganda to'g'ridan-to'g'ri tekshirish uchun faqat yuqori labda bo'ladi.
- So'rg'ichsimon (papiller) - tashqi ko'rinishi bo'yicha so'rg'ichga o'xshaydi, uning markazida og'iz aniq farqlanadi. Polipoid shakli bauxin qopqog'ining papiller shaklining bir turi bo'lib, uning dumaloq mushak tolalari gipertrofiyasi bilan kuzatiladi.
- Oraliq - labial va papiller shakllar orasida o'rta pozitsiyani egallaydi.

Ushbu shaklning navlaridan biri endoskopik jihatdan farqlash qiyin bo'lgan tekis Bauhinian damperi hisoblanadi. Shuni ta'kidlash kerakki, bu bo'linish shartli, chunki Bauxin amortizatorining shakli uning funktsional holatiga ham ta'sir qiladi, bu har qanday vaqtda ingichka va yo'g'on ichakning bo'shlig'idagi bosim darajasiga, shuningdek, bu bosimning gradientiga bog'liq (Polak J.M. et al., 1989; Henderson J.M., 1997). Bauxin qopqog'ini qoplaydigan shilliq qavat pushti, silliq, porloq, qon tomir naqshlari ko'pincha kuzatilmaydi. Ko'r ichak yo'g'on ichakning ileotsekal qopqoq ostidagi qismidir. 97% hollarda ko'richak o'ng yonbosh mintaqasida joylashgan bo'lib, har tomondan qorin parda bilan qoplangan, keskin qisqargan tutqichga ega, bu uning zaif harakatchanligini tushuntiradi. Ingichka ichak bilan umumiy tutqich mavjud bo'lganda, ko'richak paradoksal ravishda harakatchan bo'ladi (ko'r ichak harakatchan). Uning o'lchamlari o'zgaruvchan: uzunligi 1 dan 13 sm gacha, kengligi - 5 dan 11 sm gacha. Past joylashganda (kichik tos bo'shlig'ida) ayollarda o'ng bachadoni va ortiqlari, erkaklarda siydik pufagi devori bilan

chegaralanishi mumkin. Ko'r ichak gumbaz bilan tugaydi, konfiguratsiyasiga ko'ra konussimon va qopsimon bo'lishi mumkin. Gumbazning markazida uchburchak platforma aniq ko'rinadi, bu yerda uchta teniya birlashadi (erkin, omental, tutqich). Ushbu zonada appendiksning yo'g'on ichakka kiradigan joyi mavjud bo'lib, u divertikulga o'xshash xalqa sifatida aniqlanadi. Uning diametri, qoida tariqasida, 1 sm dan oshmaydi. Ko'r ichak gumbazida dumaloq burmalar yo'q, shilliq qavati oq rangga ega, qon tomir naqshi aniq ifodalangan. Ba'zi hollarda submukoz qavatning tomirlari aniq konturlangan. Yon ichakning terminali ingichka ichakning bir qismi bo'lib, qorin bo'shlig'ida joylashgan, yaxshi aniqlangan tutqichga ega va harakatchan. Terminal yonbosh ichakning bo'shlig'i yumaloq yoki oval bo'lib, yo'g'on ichakning bo'shlig'idan torroqdir. O'rtacha, u taxminan 3 sm ni tashkil qiladi. Shilliq qavat pushti, baxmal, burmalari ingichka, past, aylana shaklida joylashgan. Ichak to'g'rilanganda, mayda ilmoqli tomirlar ko'rinadi. Bolalar va o'smirlarda normal shilliq qavat limfoid follikullarning giperplaziyasi tufayli aniq donador ko'rinishga ega.

Shunday qilib, bautin qopqog'i, jigar va taloq burmalari yo'g'on ichakning doimiy anatomik shakllanishlari bo'lib, ular kolonoskopiyaning asosiy belgilaridir. Bo'shliqning kengligi, uning shakli, burmalarning tabiati ma'lum darajada aniqlik bilan endoskop darajasini aniqlash yoki patologik jarayonning lokalizatsiyasini ko'rsatish imkonini beruvchi mezonlardir.

4. Kolonoskopiyaning uslubiy tamoyillari

1970-yillardan boshlab kolonoskopiya klinik amaliyotda keng qo'llanila boshlandi. Yo'g'on ichakni endoskopik tekshirishning maqsadlari va vaqtiga qarab, u rejalashtirilgan yoki shoshilinch ravishda diagnostik yoki terapevtik tadqiqot sifatida amalga oshirilishi mumkin. Kolonoskopiyaning har bir turining imkoniyatlarini to'liq amalga oshirish uchun yuqori diagnostika ma'lumotlari, terapevtik ta'sir va nisbiy xavfsizlikni saqlab qolish uchun uni amalga oshirishning asosiy tamoyillariga rioya qilish kerak. Bularga quyidagilar kiradi: • Usulning ko'rsatmalari, qarshiko'rsatmasi va cheklovlarini baholash. • Bemorni tadqiqotga yetarli darajada tayyorlash. • Tadqiqot metodologiyasiga muvofiqligi.

4.1. Rejalashtirilgan diagnostik kolonoskopiya

4.1.1. Ko'rsatmalar

Rejalashtirilgan diagnostik kolonoskopiya - bu endoskopistning bemorning sog'lig'i haqida to'liq xabardorligi sharoitida amalga oshiriladigan tadqiqot. Qoida tariqasida, tekshiruv vaqti bemorni oldindan tekshirishga, agar kerak bo'lsa, hayotiy organlarning funktsiyalarida aniqlangan buzilishlarni tuzatishga, shuningdek umumiy qabul qilingan usullardan biri bilan yo'g'on ichakni etarli darajada mahalliy tayyorlashga imkon beradi. Kolonoskopik ma'lumotlarni retrospektiv tahlil qilish

bilan birgalikda foydalanishning uzoq tajribasi shuni ko'rsatadiki, hozirgi vaqtda ushbu turdagi endoskopik tekshiruv uchun barcha mumkin bo'lgan ko'rsatkichlar aniqlangan va klinik jihatdan oqlangan (Bat L., 1992; Liberman D.A. va boshqalar, 2000; Winawer S.J. va boshqalar, 2000; Rex D.R. va boshqalar, 2002). Rejalashtirilgan kolonoskopiya uchun ko'rsatmalarning to'rtta asosiy guruhi mavjud.

I guruh - yo'g'on ichakning rentgenologik tekshiruvi natijalari.

1. Rentgen yordamida aniqlangan yo'g'on ichak saratoni tashxisi o'simtaning morfologik tuzilishini aniqlash uchun yo'g'on ichakni endoskopik tekshirishni talab qiladi. Ushbu ma'lumotlar bemorni kompleks davolash usulini tanlashda katta ahamiyatga ega (Berkowitz I. va boshq., 1993).

2. Noaniq yoki shubhali rentgenologik tashxis bariyli ho'qna qilingan bemorlarning 6-7 foizida yo'g'on ichakni endoskopik tekshirish uchun ko'rsatma hisoblanadi (Eu K.V. va boshq., 1994). Adabiyotlarga ko'ra, diagnostik qiyinchiliklar ko'pincha yo'g'on ichakning maksimal motor faolligi sohalarida - bautin qopqog'i sohasida, sigmasimon ichakda rentgenologik jihatdan aniqlangan o'zgarishlarni talqin qilishda yuzaga keladi (Brady A.P. va boshqalar, 1994; Winawer S.J. va boshq., 2000). Bunday hollarda kolonoskopiya ichak devorining shubhali joylarini vizual baholash bilan bir qatorda qo'shimcha usullardan (forseps biopsiyasi, bo'yoqlardan) foydalanishga imkon beradi, tashxisni aniqlashtirish yoki tekshirish imkoniyatlarini kengaytiradi.

3. Irrigoskopiya ma'lumotlari va kasallikning klinik ko'rinishi o'rtasidagi nomuvofiqlik. Irrigoskopiyaning yuqori diagnostik ma'lumotlariga qaramasdan, 2-3% hollarda klinik va radiologik ma'lumotlar bir-biriga ziddir. Kolonoskopiya qo'shimcha tekshirish usuli sifatida bemorlarning 1-1,5 foizida yo'g'on ichakning yallig'lanishli yoki o'smali shikastlanishining noto'g'ri musbat rentgen tashxisini istisno qiladi. Shu bilan birga, yo'g'on ichak patologiyasining klinik belgilari va irrigoskopiyaning salbiy natijalari bo'lgan bemorlarni endoskopik tekshirishda 0,8% hollarda aniqlanmagan poliplar va saraton aniqlanadi (Anderson N. va boshq., 1991; Rex D.K. va boshqalar, 1995, 1997; Norfleet R.G. va boshqalar, 2001).

II guruh - yo'g'on ichakning qoshma yoki ikkilamchi patologiyasini aniqlash uchun kolonoskopiya.

1. Yuqori oshqozon-ichak traktining poliplari, ilgari ezofagogastroduodenoskopiya paytida aniqlangan, yo'g'on ichak shilliq qavatini qayta ko'rib chiqishni talab qiladi, chunki 9-11% hollarda shikastlanish birlashgan xarakterga ega.

2. Sigmoidoskopiya paytida aniqlangan distal yo'g'on ichakning poliplari kolonoskopiya ko'rsatma bo'lib, uning ustida joylashgan bo'limlari shilliq qavatining holatini aniqlash imkonini beradi.

3. Qo'shni organlarning patologiyasi (endometrioz, tos a'zolarining o'smalari, retroperitoneal bo'shliq va ba'zan qorin bo'shlig'i organlari) yo'g'on ichakni endoskopik tekshirish uchun ko'rsatma hisoblanadi.

Bunday hollarda kolonoskopiya yakuniy tekshirish usuli sifatida yo'g'on ichakning holatini aniqlashga imkon beradi va uning ikkilamchi shikastlanishi bo'lsa, ichak devorining patologik jarayonda ishtirok etish darajasini baholashga imkon beradi (Miller E.S. va boshqalar., 1990; Bozdech J.M. va boshqalar, 1992; Sivak M., 2000). 4. Tizimli kasalliklar (kollagenozlar, amiloidozlar, vaskulitlar, limfoproliferativ kasalliklar). Bunday hollarda kolonoskopiya zarurati yo'g'on ichakning kombinatsiyalangan shikastlanishi bilan izohlanadi, bu patologiyaning tabiatiga qarab, bemorlarning 2-50 foizida kuzatiladi (Grebenev L.A., Myagkova L.P., 1994; Parfenov A.I., 2002).

III guruh - yo'g'on ichakning shikastlanishiga xos bo'lgan shikoyatlar va klinik belgilar.

1. Meteorizm va qorin og'rig'i bilan kechadigan defekatsiya aktining buzilishi (ich qotishi, diareya, beqaror najas) kolonoskopiya qilishning eng keng tarqalgan sababidir. Ko'pgina hollarda ichak dispepsiyasining belgilari yo'g'on ichakning funktsional buzilishlari, birlamchi (disbioz, irritabiy ichak sindromi) yoki ikkilamchi (surunkali pankreatit, Axilles gastrit va boshqalar) bilan bog'liq.

Biroq, yuqorida ko'rsatilgan shikoyatlari bo'lgan bemorlarning 7-13% endoskopik tekshiruv vaqtida yo'g'on ichakning organik kasalligiga tashxis qo'yilgan (Berkowitz I va boshq., 1993; Neugut AL. va boshq., 1993; Aldridge M.C., 1996; Waye J.D. va boshq., 2003).

2. Defekatsiya harakati paytida qonni izolyatsiya qilish - yo'g'on ichakning chap yarmi patologiyasida eng ko'p uchraydigan alomat. Anorektal zona kasalliklarida (gemorroj, anal yoriqlar) va yo'g'on ichakning ustki bo'limlari patologiyasida (yirik poliplar, saraton, o'ziga xos bo'lmagan yallig'lanish kasalliklari) kuzatiladigan surunkali epizodik yoki intervalgacha, aniq yo'g'on ichakdan qon ketish haqida gapiramiz. Sigmoidoskopiya paytida tashxis qo'yilgan kengaygan gemorroj yoki anal yoriqlar endoskopik tekshiruvdan bosh tortish uchun sabab emas. Adabiyotlarga ko'ra, 7% hollarda bu o'zgarishlar ikkilamchi bo'lib, distal yo'g'on ichakning organik shikastlanishi fonida rivojlanadi (Acosta J.A. va boshqalar, 1994; Zucherman G.R., Prakash C, 1999). Bundan tashqari, skrining tekshiruvi paytida aniqlangan yashirin qon ketish ham uning manbasini aniqlash uchun kolonoskopiyaning talab qiladi (Yen S.J. va boshq., 1994; Sivak M., 2000).

3. Najasdagi patologik aralashmalar (shilliq, yiring) ko'p hollarda qonning chiqishi bilan birlashtiriladi, lekin mustaqil bo'lishi mumkin. Statistik ma'lumotlarga ko'ra, nospetsifik yallig'lanish kasalliklari va yo'g'on ichakning villoz o'smalari ularning

paydo bo'lishining eng keng tarqalgan sabablaridan biridir (Zucherman G.R., Prakash C, 1999; Waye J.D. va boshqalar, 2003).

4. Anemiya surunkali qon yo'qotish belgisi sifatida (postemorragik) 50% hollarda gemorroy, anal yoriqlari va katta yo'g'on ichak poliplari kabi kasalliklarga hamroh bo'ladi. Kamdan kam hollarda gipoxrom anemiyaning sababi yo'g'on ichakning o'ng yarmining saratonidir. Gemoglobin miqdorining pasayishi kasallikning rivojlanishining dastlabki bosqichlarida ham, uning asosiy klinik belgilari yo'q bo'lganda va gemostimulyatsion terapiyaning qisqa muddatli ta'siri mumkin bo'lganda kuzatiladi (Van Dam J. va boshq., 1995).

IV guruh - xavf guruhlariga mansub bemorlarni o'rganish.

1. Yo'g'on ichakning nonspesifik yallig'lanish kasalliklari bilan og'riqan bemorlar tashxisni aniqlashtirish (differensial diagnostika zarur bo'lsa, ileoskopiya o'tkaziladi), kasallikning bosqichini (o'tkirlashishi, remissiyasi), zararlanish darajasini va ichak devoridagi o'zgarishlar tabiatini aniqlash uchun endoskopik tekshiruvni talab qiladi. Konservativ terapiya davomida takroriy tekshiruvlar uning samaradorligini baholashga imkon beradi (D'Haens G., Rutgeerts R., 2003). Nonspesifik yarali kolit yoki Kron kasalligining uzoq davom etishi bilan kolonoskopiya displaziya va saraton o'zgarishlarini erta aniqlash usuli sifatida qo'llaniladi (Waye J.D. va boshq., 2003).

2. Oilaviy adenomatozli bemorlar xavf ostida, chunki bu irsiy kasallik bo'lib, uning natijasi ko'p hollarda yo'g'on ichak saratonidir. Kolonoskopiya ileoskopiya bilan birgalikda polipoz shaklini tashxislash, uning rivojlanishini dinamik kuzatish, shuningdek davolash usullarini tanlash masalalarini hal qiladigan universal usuldir (Vorobiev G.I. va boshqalar, 2001; Jass J.R. va boshqalar, 1994). ; Magga G., Boland C.R., 1995; Giardiello F.V. va boshqalar, 2001).

3. Ilgari aniqlangan kichik yo'g'on ichak poliplari bo'lgan bemorlar avval aniqlangan o'sish dinamikasini aniqlash va yangi paydo bo'lgan poliplarni aniqlash uchun yiliga kamida bir marta endoskopik tekshiruvdan o'tkaziladi (Wong R.F., Burt R.W., 2003).

4. Endoskopik polipektomiya yoki epiteliy bo'lmagan o'simtaning elektroeksiziyasini o'tkazgan bemorlar ham dinamik monitoringni talab qiladi, uning muddati olib tashlangan o'simtaning morfologik tuzilishiga qarab belgilanadi (Sivak M., 2000; Giardiello F.V. va boshqalar, 2001).

5. Yo'g'on ichakda jarrohlik amaliyotini o'tkazgan bemorlar (yomon sifatli neoplazmalar, nonspesifik kolitlar va boshqalar uchun) kasallikning mavjud nozologik shakliga muvofiq belgilangan vaqtda keyingi tekshiruvdan o'tadilar (Lautenbach E. va boshqalar, 1994). Muller A. va boshqalar, 1995; Waye J. D. va boshqalar, 2003). Kolostomiya mavjud bo'lganda, dinamik kuzatuv bilan birga, uni yopish uchun operatsiyadan oldin, yo'g'on ichakning ishlashi va "ajratilgan" bo'limlari holatini baholashga imkon beradigan nazorat kolonoskopiyasi talab

qilinadi. Xavf ostida bo'lgan kasalliklar haqida batafsilroq ma'lumot "Yo'g'on ichak o'smalari" bo'limida keltirilgan.

4.1.2. Qo'llash mumkin bo'lmagan holatlar

Kolonoskopiya xavfini kamaytirish va yuzaga kelishi mumkin bo'lgan asoratlarni oldini olish uchun muntazam diagnostik kolonoskopiyaga qarshi ko'rsatmalar ham ishlab chiqilgan. Endoskopik usullarning faol rivojlanishi va tekshirish usullarini takomillashtirish tabiiy ravishda kolonoskopiyadan foydalanish imkoniyatlarini kengaytirish bilan birga keladi. Ba'zi mualliflarning fikriga ko'ra, hozirgi bosqichda yo'g'on ichakni endoskopik tekshirishning yagona mutlaq qarshi ko'rsatmasi bemorning protsedurani rad etishidir va barcha qiyin klinik vaziyatlar nisbiy qarshi ko'rsatmalar sifatida tasniflanishi kerak (Nazarov V.E. va boshqalar, 2002; Sivak M.V. , 2000). Bizning fikrimizcha, bu masalaga bunday radikal yondashuv to'liq oqlanmaydi, chunki oxir-oqibat, bu murakkabliklar sonining ko'payishiga va usulning obro'sizlanishiga olib keladi. Biz qarshi ko'rsatmalarni aniqlashda endoskopist umumiy qabul qilingan printsiplarga amal qilishi kerak, deb asosli ta'kidlaydigan ko'pchilik mutaxassislarning pozitsiyasini baham ko'ramiz, ularga ko'ra rejalashtirilgan diagnostik kolonoskopiyaga mutlaq va nisbiy qarshi ko'rsatmalar ajratiladi (Bat L. va boshq., 1992; Liberman D.A. va boshqalar, 2000; Habr-Gama A., Alves P.R.A., Rex D.K., 2003).

Mutlaq qarshi ko'rsatmalar barcha patologik sharoitlarni o'z ichiga oladi, bunda tekshirish xavfi uning diagnostik qiymatidan oshadi va tadqiqot natijalari bemorni davolash taktikasini tanlash uchun fundamental ahamiyatga ega emas.

Bularga quyidagilar kiradi:

1. Serebrovaskulyar buzilishlarning o'tkir bosqichi.
2. Miokard infarktining o'tkir davri.
3. Yurak-qon tomir, o'pka va aralash yetishmovchilikning og'ir darajalari, ular bilan kuzatiladi:
 - yurak ishemik kasalligi (dekompensatsiya bosqichi);
 - yurak nuqsonlari (dekompensatsiya bosqichi);
 - massiv pulmonar emboliya.
4. Yurak aritmiyalari: (beqaror sharoitlar ayniqsa xavfli)
 - paroksizmal bradiaritmiya;m
 - bo'lmachalar fibrilatsiyasi yoki bo'lmachalar fibrilatsiyaning paroksizmlari;
 - katta yoki trigemeniya ko'rinishidagi guruh qorincha ekstrasistoliyalari;

- ko'ndalang yurak blokining og'ir darajalari.

Yuqoridagi holatlarning deyarli barchasida bemorlarning ahvolining yomonlashishi yo'g'on ichakning kichik pnevmatozi fonida rivojlanadi, bu miokard va o'pka faoliyati sharoitlariga salbiy ta'sir qiladi (Sieg A. va boshq., 2001; Church J., 2003). Tadqiqot davomida yo'g'on ichak halqalarining cho'zilishi natijasida "Mezenterik og'riq" vazo-vagal reflekslarning qo'shilishi uchun qo'zg'atuvchi omil bo'lib, natijada yurak aritmiyasining yanada og'ir shakllarini (braditaritmiya, atriyal flutter va boshqalar) keltirib chiqarishi mumkin. (DiSario J.A. va boshq., 1991; Tompson A. V. va boshqalar, 1992; Herman L.L. va boshqalar, 1993; Jentschura D. va boshq., 1994; Wexner S.D. va boshq., 2001).

5. Yo'g'on ichakning yallig'lanish kasalliklarining og'ir klinik shakllari (fulminant):

- nonspesifik yarali kolit;
- Kron kasalligi;
- ishemik kolit;
- radiatsion kolit;
- divertikulit.

Odatda kolit yoki divertikulitning og'ir klinik shakllarida kuzatiladigan ichak devoridagi aniq patologik o'zgarishlar bilan kolonoskopiya yo'g'on ichakning toksik kengayishi yoki teshilishining rivojlanishiga olib kelishi mumkin (Sivak M.V., 2000; Habr-Gama F. va boshqalar., 2003).

6. Aorta yoki yurakning anevrizmasi. Anevrizmaning parchalanishi yoki yorilishi endoskopik tekshiruv bilan qo'zg'atilishi mumkin bo'lgan eng dahshatli asoratdir (Sivak M.V., 2000; Habr-Gama F. va boshq., 2003).

7. Qorin bo'shlig'ining o'tkir yallig'lanish infiltratlari (shu jumladan divertikulit).

8. Qorin bo'shlig'i abssesiga shubha. Ushbu guruhlardagi bemorlarda kolonoskopiya xavfi ichak devoriga zarar yetkazishi yoki abssesning erkin qorin bo'shlig'iga tushishi bilan bog'liq, chunki 47% hollarda yo'g'on ichak qovuzloqlari patologik jarayonda ishtirok etadi (Kavic S.V., Basson M.D., 2001).

Nisbiy qarshi ko'rsatmalar bemorning ahvolining og'irligiga qaramasdan, o'rganish hayotiy ko'rsatkichlar bo'yicha amalga oshiriladigan kasalliklarni o'z ichiga oladi, chunki uning natijalari to'g'ri tashxis qo'yish va optimal davolash taktikasini

tanlashda muhim rol o'ynaydi (Jentschura D. va boshq., 1994; Wexner S.D. va boshqalar, 2001).

1. Anorektal zonaning o'tkir yallig'lanish kasalliklari (anal yoriqlari, o'tkir bosqichdagi gemorroy, gemorroy trombozi, paraproktit). Bunday bemorlarda kolonoskopiya aniq og'riq sindromi bilan birga keladi, bu esa yo'g'on ichakni to'liq tekshirishga imkon bermaydi. Ko'rsatkichlarga qarab, lokal anesteziyani (malhamlar va gellar) qo'llash bilan endoskopik tekshirish mumkin. Boshqa hollarda kolonoskopiya o'tkir yallig'lanish o'zgarishlari pasayganidan va og'riqni yo'q qilgandan keyin amalga oshiriladi.

2. Peritonit. Agar oldingi tadqiqotlar natijalari (laparoskopiya) kolonoskopiyani talab qilsa, ikkinchisi faqat umumiy behushlik ostida mumkin. Qorin bo'shlig'idagi "falokat" bilan birga keladigan og'riq sindromi, tekshiruv vaqtida keskin kuchayib, og'riq shokining rivojlanishiga olib keladi.

3. Operatsiyadan keyingi erta davr (qorin bo'shlig'i va kichik tos a'zolarining organlariga jarrohlik aralashuvi). Bemorlarning ushbu guruhida endoskopik tekshiruvni o'tkazishdan bosh tortishning asosiy sababi (yo'g'on ichakdagi operatsiyalar bundan mustasno) jarrohlik aralashuvi sohasidagi kuchli og'riqdir. Yo'g'on ichakda operatsiya qilingan bemorlarda operatsiyadan keyingi asoratsiz kurs bilan kolonoskopiya uchun optimal vaqt operatsiya qilingan paytdan boshlab 14 kun (Chatrenet P. va boshq., 1991; Cappell M.S. va boshqalar, 1995).

4. Homiladorlik (ikkinchi - uchinchi trimestr). Homiladorlikning ushbu davrida o'tkazilgan yo'g'on ichakning endoskopik tekshiruvi abort yoki erta tug'ilishga olib kelishi mumkin. Homilador ayolning hayotiga tahdid soladigan va kolonoskopiyani talab qiladigan kasalliklarda mumkin bo'lgan asoratlarni rivojlanish xavfi odatda e'tiborga olinmaydi (Sivak M., 2000; Habr-Gama F. va boshq., 2003).

5. Gepatosplenomegaliya. Parenximal organlarning yengil yoki o'rtacha darajada kattalashishi, qoida tariqasida, yo'g'on ichakni endoskopik tekshirishda muammo tug'dirmaydi. Parenximali organlarning sezilarli darajada ko'payishi ichak devoriga qattiq yopishgan joylarda shikastlanishi natijasida qorin bo'shlig'i qon

ketishining mumkin bo'lgan rivojlanishi tufayli kolonoskopiya xavfini oshiradi (Shrake P.D. va boshq., 1989; Church J., 2003).).

6. Tense astsitrari.

7. Hidrotoraks, gidroperikard. Dastlab yuqori qorin bo'shlig'i yoki intratorasik bosim bilan endoskopik tekshiruv paytida ichak bo'shlig'iga havo quyilishi o'limga qadar o'tkir nafas olish yoki yurak-o'pka yetishmovchiligining rivojlanishiga olib kelishi mumkin. Kolonoskopik tekshiruv boshqa qarshi ko'rsatmalar bo'lmasa, ko'krak va qorin bo'shlig'idan suyuqlik evakuatsiya qilinganidan keyin amalga oshiriladi (Christ A.D. va boshqalar, 1993; Waye J.D. va boshqalar, 1996).

8. Qon ivish tizimining og'ir buzilishlari.

9. Gemorragik vaskulyit.

Yuqoridagi kasalliklar bilan og'rigan bemorlarda kolonoskopiya xavfi endoskopik tekshiruv paytida, ayniqsa, "loop stretch" texnikasidan foydalanganda qon ketish ehtimoli keskin oshadi.

(Shiffman M.L. et al., 1994). Shuni ta'kidlash kerakki, nisbiy qarshi ko'rsatmalar mavjud bo'lganda, har bir alohida holatda kolonoskopiya o'tkazish imkoniyati masalasi ko'rsatmalarning asosiligi (ahamiyat darajasi), bemor umumiy holatning og'irligini tekshiruvning ehtimoliy xavfi va agar u rivojlansa, asoratning kutilgan natijasi hisobga olgan holda birgalikda hal qilinadi. (Church J., 2003).

4.1.3. Cheklovlar

Ko'rsatmalar va qarshi ko'rsatmalar bilan bir qatorda, rejalashtirilgan diagnostik kolonoskopiya, har qanday instrumental tadqiqot usuli kabi, endoskopik tekshiruvni o'tkazish uchun texnik shartlar (ichakning yomon tayyorlanishi, endoskopning yetarli emasligi) yoki kasallikning tabiati, bemorda mavjud bo'lgan patologiya bilan bog'liq bo'lgan ma'lum cheklovlarga ega. Bitishma kasalligi (yopishqoq jarayon), jarrohlik aralashuvlar, qorin bo'shlig'i yoki kichik tos a'zolarining yallig'lanish kasalliklari, nur terapiyasi va boshqalar natijasida 17-78% hollarda harakatlanuvchi ilmoqlarning fiksatsiyasi, yo'g'on ichakning almashinadigan burmalari o'tkir bo'lmagan shakllanishlar paydo bo'lishi bilan birga keladi. (Hant R.H., Waye J.D., 1981; Bernard D. va boshqalar, 1985; Babb R.R., 1996; Sivak M., 2000). Qoida tariqasida, endoskopni ushbu hududlardan o'tkazishga urinishlar kuchli og'riqlarga olib keladi va ularni bartaraf etishda ichak bo'shlig'ini doimiy nazorat qilishning mumkin emasligi ichak devorining teshilish xavfini oshiradi. Bilvosita endoskopik belgi, shuningdek, yo'g'on ichakning ilmoqlari manfaatdor bo'lgan yopishqoq jarayonni ko'rsatadi, ularni "tortish" ga harakat qilganda og'riqning kuchayishi hisoblanadi. Kolonoskopiya

vaqtida yuqoridagi belgilarning mavjudligi tekshiruvni to'xtatishga dalolat beradi, chunki bu bemorlarda har qanday endoskopik muolajalar bitishmalar yorilishi yoki yirilishi va qorin bo'shlig'i qon ketishiga olib kelishi mumkin. Irritabiy ichak sindromi, klinik ko'rinishga ega divertikulyar kasallik ham yo'g'on ichakni umumiy tekshirishni rad etishga olib kelishi mumkin (Parfenov A.I., 2002). Kolonoskopiya paytida ichak devorining aniq gipertonikligi va uning motor faolligining diskoordinatsiyasi fonida havo insuflatsiyasi segmentatsiyaning kuchayishiga yoki yo'g'on ichakning doimiy spazmini rivojlanishiga olib keladi, bu esa ichak pnevmatozi va kuchli qorin og'rig'iga sabab bo'ladi. Bundan tashqari, diametrlari 2-2,5 sm dan ortiq divertikulyar teshigi bo'lgan ba'zi bemorlar tadqiqot davomida ichak bo'shlig'ini yo'naltirish va topishda qiyinchiliklarga duch kelishadi. Bunday hollarda kolonoskopiyaning to'xtatish organ devoriga (divertikul) mexanik yoki pnevmatik shikastlanishning oldini oladi, shuningdek vazovagal reflekslarning rivojlanishiga to'sqinlik qiladi (bradikardiya, gipotenziya, sovuq ter, kollaps).

Divertikulyar kasallikning eng keng tarqalgan asoratlaridan biri bo'lgan divertikulit odatda ma'lum klinik belgilarga ega, ko'pincha qorin bo'shlig'i infiltratining shakllanishi bilan kechadi va kolonoskopiya mutlaq qarshi ko'rsatmadir. Biroq, yengil yallig'lanishli bemorlarning 1-3% da endoskopik tekshiruv hali ham amalga oshiriladi, chunki uning klinik ko'rinishlari o'chiriladi yoki asosiy kasallikning belgilari bilan maskalanadi (Imperiali G., 2000; Noyer CM. va boshq., 2002). Divertikulitning makroskopik belgilarini tekshirish vaqtida aniqlash tadqiqotni to'xtatishni talab qiladi. Qayta tekshirish faqat yallig'lanishga qarshi terapiya kursidan so'ng mumkin. Ventral churralar, qisqartiriladigan, kichik o'lchamli, qoida tariqasida, kolonoskopiyaning bajarishda qiyinchiliklarga olib kelmaydi. Hernial protrusionning kattaligi va churra teshigi o'rtasidagi aniq tafovutga ega bo'lgan katta shakllanishlar tadqiqot davomida diqqat bilan e'tibor berishni talab qiladi (Koltun W.A., Coller J.A., 1991). Buzilishning rivojlanishiga yo'l qo'ymaslik uchun, agar ichak bo'shlig'iga havo kirishi churra chiqishi hajmining oshishi bilan birga bo'lsa yoki ichak intubatsiyasi paytida endoskop churra qopchasida bo'lsa, kolonoskopiyaning to'xtatish kerak. Yo'g'on ichakning patologik o'zgargan qismlari diametri 15 sm ga yetganda, subkompensatsiya va dekompensatsiya bosqichidagi Girshsprung kasalligi ham cheklovlar guruhiga kiradi. Xalta yoki sharchalar shaklida cho'zilgan, yo'g'on ichakning ta'sirlangan segmentlarining keskin cho'zilgan ilmoqlari kolonoskopiyaning texnik jihatdan amalga oshirish mumkin bo'lmagan sharoitlarni yaratadi, chunki bo'shliqda hech qanday orientatsiya yo'q va uni qidirish qiyin (Doletsky S.Ya. va boshqalar, 1984; Hunt R.H., Wayne J.D., 1981; Sivak M.V., 2000).

4.2. Shoshilinch diagnostik kolonoskopiya

4.2.1. Ko'rsatmalar

Bugungi kunga qadar shoshilinch diagnostik kolonoskopiya amaliy tibbiyotda yo'g'on ichakni muntazam tekshirish kabi keng qo'llanilmagan. Ko'pgina hollarda, bu qisqa vaqt ichida yetarli darajada mahalliy tayyorgarlikning qiyinchiliklari va tekshirilgan bemorlarning ahvolining og'irligi bilan bog'liq (Hunt R.H., Waye J.D., 1981). Ushbu turdagi endoskopik tekshiruv uchun ko'rsatmalar:

1. Qisman yoki to'liq obstruktiv ichak tutilishining klinik ko'rinishi. Bunday bemorlarda shoshilinch kolonoskopiya zarurligi haqidagi savol ochiq qolmoqda. Qisqa vaqt ichida tekshiruv o'tkazishning maqsadga muvofiqligi yo'g'on ichak tutilishining shaklini (dinamik, mexanik) aniqlash, agar boshliqning obturatsiyasi aniqlansa, uning torayish darajasini baholash va patologik jarayon lokalizatsiya darajasini aniqlash imkoniyati bilan izohlanadi.
2. Yo'g'on ichakdan qon ketishining klinik ko'rinishi. Ushbu guruhdagi bemorlarni davolash taktikasini tanlash shoshilinch jarrohlikning eng qiyin muammosi bo'lib, uni hal qilish bevosita tashxisning to'g'riligiga va uni belgilash vaqtiga bog'liq. Favqulodda kolonoskopiya natijalari - qon ketishining sababini, uning tabiatini (kapillyar, arterial, venoz, aralash) aniqlash, manbani lokalizatsiya qilish va qaytalanish xavfini baholash - bemorlarni davolashning jarrohlik usuliga ko'rsatmalarni aniqlashda yetakchi rol o'ynaydi. (Jensen D.A., Machicado G.A., 2003).
3. Ishemik kolit. Kasallikning asosiy belgisi defekatsiya paytida qonning oqishi bo'lishiga qaramay, ishemik kolitni alohida bo'lim sifatida olib tashlash to'g'ri tashxis qo'yishda tekshirish vaqtining muhimligini ta'kidlaydi ("Yallig'lanish-degenerativ yo'g'on ichak kasalliklari " bo'limiga qarang ").
4. Oshqozon-ichak traktining begona jismlari. Bunday hollarda kolonoskopiya rentgenologik tekshirish usuli ma'lumotlarini (qorin bo'shlig'i organlarining oddiy rentgenografiyasi) to'ldiradi, yo'g'on ichakning bo'shlig'i begona jism mavjudligini va uning lokalizatsiyasini aniqlaydi. Bundan tashqari, endoskopik tekshiruv begona jismni endoskopik olib tashlash uchun ko'rsatmalarni aniqlashga yoki jarrohlik davolash foydasiga bu manipulyatsiyani rad etishga imkon beradi.

4.2.2. Qo'llash mumkin bo'lmagan holatlar

Ko'p hollarda shoshilinch diagnostik kolonoskopiyaga qarshi ko'rsatmalar nisbiydir.

Bularga quyidagilar kiradi:

1. Insultning o'tkir bosqichi, miokard infarktining o'tkir bosqichi, yurak-qon tomir va o'pka yetishmovchiligining og'ir darajalari tufayli bemorning og'ir ahvoli.

2. Gemorragik shok. Og'ir darajadagi qon yo'qotilishi almashtirish infuzion terapiyasi bilan birgalikda yetarli qon quyishni talab qiladi. Ba'zi hollarda endoskopik tekshiruv operatsiyadan oldin yoki operatsiya vaqtida operatsiya xonasida o'tkazilishi mumkin.

3. Peritonitning klinik ko'rinishi. Qoida tariqasida, bunday vaziyatda tanlov usuli favqulodda operatsiyadan oldin amalga oshirilishi mumkin bo'lgan laparoskopik tekshiruv hisoblanadi.

4. Ingichka ichak tutilishining klinik va rentgenologik alomatlari. Ingichka ichak tutilishi sharoitida yo'g'on ichakni tekshirish faqat bemorning ahvolini yomonlashtiradi. Shu bilan birga, usulning diagnostik informativligi juda shubhali.

4.3. Diagnostik kolonoskopiyaning asoratlari

Xulosa ma'lumotlarga ko'ra, yo'g'on ichakni muntazam tekshiruvdan o'tkazishda hayot uchun xavfli asoratlar 0,020,06% hollarda uchraydi (Sivak M.D., 2000; Church J., 2003). Diagnostik kolonoskopiya asoratlarining tabiati ko'p hollarda uning turiga (rejalashtirilgan yoki favqulodda) bog'liq emas, ammo favqulodda tekshiruv vaqtida ularning rivojlanish chastotasi rejalashtirilgan tadqiqotga qaraganda 4-6 baravar yuqori.

Asoratlarning asosiy sabablari:

- Kolonoskopiya uchun ko'rsatmalarning asossiz kengayishi.
- Bemorni tadqiqotga tayyorlash sxemasini tanlashda individual yondashuvning yo'qligi.
- tekshirish metodologiyasiga rioya qilmaslik.

Rivojlanish vaqtiga qarab, asoratlarning uch guruhi ajratiladi:

1-guruh - bemorni tadqiqotga tayyorlash paytida yuzaga keladigan asoratlar.

2-guruh - o'rganish jarayonida yuzaga keladigan asoratlar.

3-guruh - tadqiqot tugaganidan keyin yaqin kelajakda yuzaga keladigan asoratlar.

4.3.1. Bemorni tadqiqotga tayyorlash jarayonida yuzaga keladigan asoratlar.

Ushbu guruhga tegishli eng ko'p uchraydigan asoratlar tananing suv-elektrolitlar balansining buzilishidir (Waye J.D. va boshqalar, 1996; Toledo T.K., DiPalma J.A., 2001). Bu ogohlantiruvchi va osmotik faol turdagi laksatiflarni qabul qilishda rivojlanadi. Yengil xolsizlik, og'iz qurushi bilan namoyon bo'ladigan suyuqlik va tuzlarning ozgina yo'qotilishi sho'r eritmalarini og'iz orqali qabul qilish bilan qoplanadi. Gipovolemiya va suvsizlanishning yanada og'ir belgilari: qon bosimini pasaytirish, taxikardiya, shilliq pardalar va teri quruqligi, diurezning pasayishi - kolonoskopiyaning amalga oshirishdan oldin faol terapevtik tadbirlarni (suyuqlik va

elektrolitlarni tomir ichiga yuborish) talab qiladi. Bunday sharoitlarda endoskopik tekshiruv yurakning to'xtab qolishigacha bo'lgan og'ir yurak kasalliklarini keltirib chiqarishi mumkin. Yo'g'on ichakni yuvish, mahalliy tayyorgarlikning eng keng tarqalgan usuli sifatida, kamdan-kam hollarda yuqoridagi buzilishlarga olib keladi. Shu bilan birga, bemorlarning 5-15 foizida ichakni yuvishda ishlatiladigan dorilarga nisbatan murossasizlik mavjud. Ushbu eritmalarning oz miqdorini og'iz orqali qabul qilish ko'ngil aynish va qusishni keltirib chiqaradi, bu ba'zi hollarda Mallori-Vays sindromining rivojlanishiga olib keladi (Hroncich M.E., 1992). O'tkir bosqichda o'ziga xos bo'lmagan yallig'lanish kasalliklari bilan og'rikan bemorlarda yuvish usulini qo'llash yo'g'on ichakning toksik kengayishini rivojlanishiga olib kelishi mumkin (Sivak M.V., 2000). Ichak tarkibining o'tishining qisman buzilishining klinik belgilari bo'lgan bemorlarda standart tayyorlash rejimlaridan foydalanish ba'zi hollarda yo'g'on ichakning to'liq obstruktiviyasining rivojlanishi bilan murakkablashadi. Tayyorgarlik jarayonida qanday usul bo'lishidan qat'i nazar, ichaklarni yuvishdan oldin qabul qilingan dorilarning terapevtik ta'sirining keskin pasayishi yoki to'liq yo'qligi mavjud. Ichak tarkibining tezlashtirilgan tranziti ularning so'rilishining buzilishi bilan birga keladi (Cohen S.M. va boshqalar, 1994). Yo'g'on ichakni tekshirishga tayyorlash usulini tanlashda individual yondashuv tamoyiliga rioya qilmaslik surunkali kasalliklarning - pankreatit, xolelitiyoz, xolelitiyoz kuchayishiga olib keladi ("Kolonoskopiya tayyorgarlik" bo'limiga qarang). Aksariyat mutaxassislarning fikriga ko'ra, endoskopik tekshiruvdan voz kechishni va faol terapevtik tadbirlarni amalga oshirishni talab qiladigan kolonoskopiya tayyorgarlik jarayonida jiddiy asoratlarning kam uchraydi. Ular ushbu usulning barcha mumkin bo'lgan asoratlarning 1% dan kamrog'ini tashkil qiladi.

4.3.2. Tadqiqot jarayonida yuzaga keladigan asoratlarning

Bemorning hayotiga xavf tug'diradigan asoratlarni rivojlanishining sabablari asosan yo'g'on ichakni tekshirishning uslubiy tamoyillarini buzish bilan bog'liq. Ichak devorining teshilishi diagnostik kolonoskopiyaning eng keng tarqalgan asoratlari hisoblanadi. Adabiyotga ko'ra, uning chastotasi 0,004-0,02 dan 0,17% gacha (Waye J.D. va boshq., 1996; Sieg A. va boshq., 2001; Wexner S.D. va boshqalar, 2001; Church J., 2003). Ichakning mexanik shikastlanishi yoki uning pnevmatik shikastlanishi sabab bo'lishi mumkin. Ko'pgina hollarda teshilish endoskopning distal uchi tomonidan organ devorining mexanik yorilishi natijasidir. Qoidaga ko'ra, bu "slayd" texnikasidan foydalanganda, endoskopni o'tkir, mahkamlangan ichakning egilishi orqali uning bo'shlig'ini vizual nazorat qilmasdan o'tkazishga urinishda kuzatiladi. Ko'pincha shikastlanish rektosigmasimon mintaqada va sigmasimon ichakning tushayotgan yo'g'on ichakka tutashgan joyida lokalizatsiya qilinadi. Forseps biopsiyasi ichak devorining mexanik yorilishining sababi sifatida juda kam uchraydi (O'Brien T.S. va boshqalar, 1993). Forseptni qo'llash paytida hosil bo'lgan shilliq qavat nuqsonlari yuzaki bo'lib, eng yaxshi holatda mushak shilliq qavatiga

yetib boradi. Eksperimental tadqiqotlarga ko'ra, ularning to'liq epitelizatsiyasi keyingi 7-12 kun ichida sodir bo'ladi. Forseps biopsiyasi paytida ichak devorining teshilishi, qoida tariqasida, to'qima materialini olish texnikasini buzgan holda kuzatiladi (chuqur yaralar tubidan biopsiya bo'laklarini olish va boshqalar). Ichakning pnevmatik yorilishi (masofadagi pnevmatik teshilish) kolonoskopiyaning kam uchraydigan asoratidir. Eksperimental ma'lumotlar shuni ko'rsatadiki, ko'richak devori 137 mm Hg gacha bo'lgan bosimga bardosh bera oladi. Sigmasimon ichakda kritik bosim ko'rsatkichlari 160-170 mm Hg ni tashkil qiladi. Bundan tashqari, tekshiruv vaqtida ichak bo'shlig'idaki bosim doimo o'zgarib turadi, hech qachon mumkin bo'lgan maksimal qiymatlarga yetib bormaydi. Haddan tashqari havo endoskop kanali orqali evakuatsiya qilinadi yoki peristaltik harakatlar bilan yo'g'on ichakning yuqori va pastki qismlariga o'tadi. Ko'pgina hollarda pnevmatik yorilishlar faqat aniq funktsional buzilishlar (mahalliy spazm, ichakning segmentatsiyasi) bilan ichak devoridagi patologik o'zgarishlar bilan birga bo'lganda kuzatiladi, bu uning mo'rtligini oshiradi (divertikulyar kasallikning og'ir shakllari, toksik kengayish) yoki bo'shliqning sezilarli torayishiga olib keladi (strikturalar, dumaloq o'smalar). Ichak devorining teshilishining klinik ko'rinishi qorin bo'shlig'ida to'satdan paydo bo'ladigan o'tkir, kuchli og'riq bilan tavsiflanadi, bu, qoida tariqasida, terining rangparligi, sovuq, yopishqoq ter, tez, zaif puls va yurak urishi qon bosimining pasayishi bilan birga keladi. Agar klinik belgilar bilan bir qatorda erkin qorin bo'shlig'iga teshilish bevosita endoskopik belgilar bilan ham tasdiqlansa (qorin bo'shlig'i a'zolarini vizualizatsiya qilish, teshilish teshigini aniqlash), u holda jarrohlik aralashuv oldindan qorin bo'shlig'i organlari rentgen tekshiruvsiz amalga oshiriladi (o'tkir qorin bo'shlig'ining oddiy floroskopiyasi). Bilvosita endoskopik belgilar (apparatga qarshilikning to'satdan yo'qolishi; ichak bo'shlig'idan havo so'rishga urinayotganda o'zgarmaydigan shish; havo kiritish paytida ichak bo'shlig'ini nazorat qila olmaslik) tashxisni rentgenologik tasdiqlashni talab qiladi, shundan so'ng shoshilinch operatsiya qilinadi.

Qon ketishi diagnostik kolonoskopiyaning kam uchraydigan asoratidir. 0,008-0,17% ni tashkil qiladi (Waye J.D. va boshqalar, 1996; Sivak M.V., 2000).

Manbaning lokalizatsiyasiga qarab quyidagilar mavjud:

- Ichak bo'shlig'iga qon ketishi.
- Qorin bo'shlig'iga qon ketishi.

Biopsiya yo'g'on ichakning bo'shlig'iga qon ketishining asosiy sababidir (O'Brien T.S. va boshqalar, 1993). Aksariyat hollarda ular bemorning hayotiga xavf tug'dirmaydi, keyingi 3-4 daqiqada o'z-o'zidan to'xtaydi. Faol terapevtik tadbirlarni, shu jumladan qon quyishni talab qiladigan og'ir qon ketish ichak devorining qon tomir patologiyasi bo'lgan yoki qon ivish tizimining tug'ma va orttirilgan (antikoagulyant terapiya, gemorragik diatez) og'ir buzilishlari bo'lgan bemorlarda

biopsiya olishga urinayotganda kuzatiladi. [Shiffman M.L. va boshq., 1994]. Juda kamdan-kam hollarda, endoskopning distal uchi bilan qo'pol manipulyatsiyalar natijasida o'zgarmagan shilliq qavatning cho'kindi va travmatizmi yoki ekzofitik o'sayotgan o'smalarning kontaktli shikastlanishi rivojlanadi. Qoida tariqasida, bu jarohatlar tekshiruv vaqtida to'xtab qoladigan kichik qon ketish bilan kechadi. Ichak bo'shlig'iga qon ketish xavfini kamaytirish uchun tekshirishning asosiy metodologik tamoyillariga rioya qilish kerak (ichakni faqat uning bo'shlig'i nazorati ostida intubatsiya qilish), yo'g'on ichakning qon tomir kasalliklarining endoskopik semiotikasini bilish, shuningdek, endoskopik tashxisni tekshirish usulini tanlash uchun barcha talablarni bajarish kerak. Qorin bo'shlig'iga qon ketish, diagnostik kolonoskopiyaning asorati sifatida, yo'g'on ichakning turli qismlarini mahkamlaydigan bitishmalar yoki ligamentlarning ajralishi va yirtilishi bilan sodir bo'ladi. Bir qator tadqiqotlarga ko'ra, bu jarohatlar kamdan-kam hollarda og'ir va ko'pincha e'tiborga olinmaydi. Tadqiqotdan 4-6 soat o'tgach o'z-o'zidan to'xtab qoladigan yengil qorin og'rig'i, taxikardiya va o'rtacha gipotenziya ko'rinishidagi klinik ko'rinishlar ko'p hollarda ichakni havo bilan haddan tashqari shishirishga javoban vazo-vagal reflekslarning kiritilishi bilan izohlanadi.

"Mezenterik og'riq" paydo bo'lishi. Qon ketishi, hayot uchun xavfli bemorlar, qoida tariqasida, taloqning shikastlanishi bilan kuzatiladi (Rockey D.C. va boshq., 1990; Ahmed A. va boshq., 1997; Stein D.F. va boshq., 2002). Ushbu asoratning xavfi og'ir splenomegaliya bilan keskin ortadi. Shikastlanish mexanizmini (taloqning pastki qutbga endoskop bosimi) hisobga olgan holda, bemorlarning deyarli 90 foizida taloqning ikki bosqichli subkapsulyar yorilishi. Shu munosabat bilan, qorin bo'shlig'i qon ketishining belgilari darhol, ammo tekshiruv tugagandan so'ng 12-24 soat ichida rivojlanmaydi. Taloq kattalashgan bemorlarda profilaktika maqsadida tadqiqot faqat qonning reologik xususiyatlarini oldindan nazorat qiladigan shifoxonada o'tkaziladi. Bemorlarning 40% da kolonoskopiya vaqtida vaqtinchalik yurak buzilishlari qayd etiladi (Sivak M.V., 2000). Endoskopik tekshiruv paytida doimiy monitoring ko'p hollarda yurak urish tezligidagi o'zgarishlarni (taxikardiya, bradikardiya), bitta qorincha yoki atriyal ekstrasistollarni, atrioventrikulyar o'tkazuvchanlikning kichik buzilishlarini, kamroq tez-tez yurak mushagi ishemiyasining belgilarini (ST-T segmentining depressiyasi) aniqlaydi [Sviridov. S.V. va boshq., 2003]. Faol terapevtik choralarni talab qiladigan jiddiy yurak patologiyasi (miokard infarkti, og'ir yurak aritmiyalari, yurak tutilishigacha) kolonoskopiya paytida yoki undan keyin darhol 0,012% hollarda rivojlanadi (Church J., 2003). Kardiyal asoratlar xavfini kamaytirish uchun elektrokardiogrammadagi dastlabki o'zgarishlarni hisobga olish kerak. Tekshiruv bemorning psixo-emotsional stressini oldindan olib tashlaganidan keyin o'tkazilishi kerak, kolonoskopiya paytida "cho'zilgan halqa" usuli qo'llanilmasligi kerak. Elektron yurak stimulyatori bo'lgan bemorlar diagnostik tadqiqotni o'tkazishda xavf ostida emas, chunki zamonaviy yurak stimulyatorlarining dizayni endoskopik uskunalarning ularning ishlashiga salbiy

ta'sirini deyarli yo'q qiladi. Vazo-vagal refleks, kolonoskopiyaning asorati sifatida, 16,5% hollarda uchraydi (Herman L.L. va boshqalar, 1993). Gemodinamik buzilishlarning og'irligi (bradikardiya, qon bosimining pasayishi, terining rangparligi, sovuq yopishqoq ter) "mezenterik" og'riqning davomiyligi va intensivligiga, shuningdek yo'g'on ichakning pnevmatoz darajasiga bog'liq. Ko'pgina hollarda, ichak bo'shlig'idan ortiqcha havoni evakuatsiya qilish va haddan tashqari cho'zilgan ilmoqlarni yo'q qilish ("ilmoqlarni yig'ish") patologik reaksiyalarni bartaraf etishga va bemorning ahvolini yaxshilashga olib keladi. Bemorlarning 0,7 foizida sezilarli gemodinamik buzilishlar rivojlanadi, bu esa atropinni kiritishni talab qiladi.

Bakteremiya va yuqumli asoratlar. Yo'g'on ichakning endoskopik tekshiruvdan so'ng vaqtinchalik bakteriemiya sepsisning klinik belgilari bo'lmagan bemorlarning 2-4 foizida kuzatiladi (Llach J. va boshq., 1999; Bjorkman D.J., 2003).

Bakterial endokardit diagnostik kolonoskopiyaning asoratlari sifatida ko'p hollarda birgalikda patologiyasi bo'lgan bemorlarda oldingi bakteriemiya fonida rivojlanadi (Schembre D.B. va boshqalar, 2000). Uning rivojlanish xavfini oshiradigan kasalliklarga quyidagilar kiradi:

- Revmatizm va orttirilgan yurak nuqsonlari.
- Yurak (koronar shuntlash, klapanlarni almashtirish) va katta tomirlar (protezlash yoki bypass jarrohligi) operatsiyasidan keyingi holat.
- Yuqumli endokardit yoki miokardit anamnezi. Yuqoridagi kasalliklarga chalingan bemorlarni tayyorlash sxemasiga antibakterial preparatlarni kiritish zarurati masalasi hali yakuniy hal etilmagan. Antibiotiklarning profilaktik dozasi tadqiqotdan bir kun oldin va uni tugatgandan keyingi bir kun ichida yurak va katta tomirlarda kolonoskopiya paytida operatsiya qilingan bemorlarga operatsiyadan keyingi bir yil ichida buyuriladi (Durack D.T., 1995). Boshqa hollarda, antibiotiklarni qo'llash to'g'risida qaror davolovchi shifokor bilan individual ravishda qabul qilinadi.

Jigar kasalliklari (surunkali gepatit; astsit bilan asoratlangan siroz; og'ir funksional buzilishlar bilan og'riqan yog'li gepatoz), qandli diabetning og'ir shakllari, surunkali buyrak yetishmovchiligi (ayniqsa peritoneal dializ paytida) bo'lgan bemorlar, qoida tariqasida, faqat olib borilganda profilaktik antibiotik terapiyasiga muhtoj. kolonoskopiya paytida elektrojarrohlik aralashuvi (kengaytirilgan halqa biopsiyasi, epitelial bo'lmagan o'smalarning elektroeksiziyasi, endoskopik polipektomiya). Ushbu chora-tadbirlar umumiy (bakteremiya, endokardit, sepsis) va mahalliy yuqumli asoratlarning (endojarrohlik aralashuv sohasidagi ikkilamchi yiringli-nekrotik o'zgarishlar, ichak devorining teshilishi) rivojlanishining oldini olishga imkon beradi.

Seroz membrananing yorilishi. Ushbu asoratning chastotasi noma'lum. Tekshiruvdan so'ng imkon qadar tezroq laparotomiyaga uchragan bemorlarda tashxis

qo'yiladi. Uning paydo bo'lishida quyidagi omillarning kombinatsiyasi muhim rol o'ynaydi:

- Olingan havo hajmining oshishi.
- Ichakning segmentlanishi yoki fiksatsiyasi.
- Ichak devoriga mahalliy mexanik bosim. Shuni hisobga olgan holda, seroz qoplarning mexanik shikastlanishining eng ko'p lokalizatsiyasi sigmasimon ichakning antimezenterik qirrasida va yo'g'on ichakning taloq egilishidir (Hernandez E.J. va boshq., 1999). Ichak devorini cho'zish texnikasini qo'llashdan bosh tortish, qorin old devori orqali qo'lda yordam berish, shuningdek, ichak bo'shlig'iga havoni yetarli darajada kiritish bunday asoratlarni xavfni kamaytiradi.

4.3.3. Tadqiqotdan so'ng yaqin kelajakda yuzaga keladigan asoratlarni

Yo'g'on ichakning pnevmatozi (yo'g'on ichakning giperdistension sindromi) ushbu guruhning eng keng tarqalgan asoratlari hisoblanadi. Ko'pgina hollarda, uning rivojlanishi tadqiqot oxirida havoning ichak bo'shlig'idan yetarli darajada evakuatsiya qilinmasligi bilan bog'liq. Yo'g'on ichakning gipertonikligi va segmentatsiyasining kuchayishi ushbu asoratning rivojlanishiga yordam beradigan ob'ektiv omillardir. Ichak devorining giperreaktsiyasi bilan birgalikda vosita faoliyatining dastlabki buzilishi ortiqcha havoning yetarli darajada aspiratsiyasiga yo'l qo'ymaydi, tk. ichak bo'shlig'idagi bosimni kamaytirishga urinish biopsiya kanalining harakatchan shilliq qavat bilan to'sqinlik qilishi bilan birga keladi. Bemorlarning 90-94 foizida yo'g'on ichakning pnevmatozi klinik jihatdan kichik qorin og'rig'i va noqulaylik bilan namoyon bo'ladi. Ushbu alomatlar odatda keyingi bir soat ichida o'z-o'zidan yo'qoladi. Ba'zi hollarda og'ir segmentatsiyani olib tashlash uchun antispazmodiklarni mushak ichiga yuborish qo'llaniladi. Va faqat 1-1,5% hollarda dinamik yo'g'on ichak tutilishining klinik va rentgenologik ko'rinishi rivojlanadi, bu qo'shimcha terapevtik choralar talab qiladi: oshqozonga qalin probni kiritish, gaz chiqarish trubkasini o'rnatish, suyuqlikni tomir ichiga yuborish va elektrolitlar (Wexner S.D. va boshqalar, 2001). Miokard infarkti odatda tekshiruv tugaganidan keyin 6-12 soat ichida rivojlanadi (Tompson A.M. va boshq., 1992). Ko'pgina hollarda, bu kolonoskopiya paytida qayd etilgan yurak kasalliklarining natijasidir (Church J., 2003). Miokard infarktining paydo bo'lishining oldini olish uchun yurak patologiyasi bo'lgan bemorlarda tadqiqot uchun ko'rsatmalarni asossiz ravishda kengaytirmaslik kerak. Endoskopik tekshiruvni o'tkazishda "mezenterik og'riq" ko'rinishini keltirib chiqaradigan usullardan qochish kerak. Kolonoskopiya paytida qayd etilgan bemorning ahvolidagi kichik o'zgarishlar ham tadqiqotni to'xtatish uchun ko'rsatma hisoblanadi. Kimyoviy kolit kamdan-kam uchraydigan asorat bo'lib, endoskopni glutaraldegidni o'z ichiga olgan preparatlar bilan qayta ishlashning buzilishi bilan bog'liq (Caprilli R. va boshq., 1998; Sivak M.V., 2000). Suyuqlikning yetarli emasligi va sterilizatsiya qilinganidan keyin kolonoskopni yuvishning qisqarishi

sterilizatsiya eritmalarining ichak bo'shlig'iga kirishiga va kimyoviy kolitning rivojlanishiga olib keladi. Ko'pgina hollarda uning belgilari - dispepsiya, tenesmus, axlatda qon, 38 ° C gacha harorat - tadqiqotdan 4-10 soat o'tgach paydo bo'ladi va o'rtacha 2-6 kun davom etadi. Semptomatik terapiya bemorlarning 90-96% da samarali bo'ladi, kimyoviy kolitning og'ir shakllari bilan 4% hollarda davolash antibiotiklar va gormonal dorilar bilan to'ldiriladi.

Boshqa asoratlari. Kolonoskopiyaning mumkin bo'lgan asoratlari orasida adabiyotda sigmasimon, ko'ndalang yo'g'on ichak va ko'r ichakning alohida volvulus holatlari ham ko'rsatilgan, ular og'ir aylanasi bo'lgan bemorlarda qayd etilgan (Amidon P.V. va boshq., 1993; Sivak M.V., 2000). Ventral churraning mavjudligi, shuningdek, churra qopining elastik inkarseratsiyasi kabi asoratlari rivojlanishining potentsial manbai hisoblanadi (Church J., 2003). Endoskopiyadan so'ng bemorlarda kuzatilgan o'pka emboliyasi, qorin aortasining o'tkir trombozi va ishemik kolit haqida alohida xabarlar mavjud (Kavic S.M. va boshq., 2001; Wexner S.D. va boshq., 2001). Aniqatlanmagan asoratlari, ayniqsa, ambulatoriya tekshiruv paytida bemorning hayotiga eng xavfli hisoblanadi. Kolonoskopiya tugagandan so'ng keyingi 20-30 daqiqada to'xtamaydigan kuchli og'riqli bemorlar bilan bog'liq holda, ichak devorining teshilish ehtimolini istisno qilish uchun rentgen tekshiruv talab qilinadi. Bo'shliq organning teshilishining rentgenologik belgilari bo'lmasa ham, bemor ahvoli barqarorlashgunga qadar kasabxonada dinamik kuzatuvga muhtoj.

5. Diagnostik kolonoskopiya uchun ma'lumotli rozilik.

Diagnostik kolonoskopiya (namuna protokoli)

Tibbiyot muassasasining nomi, manzili, telefoni

Bemorning endoskopik tekshiruv / aralashuvni o'tkazish uchun xabardor qilingan ixtiyoriy roziligi

20__ yil "____" _____-son _____ buyrug'i bilan tasdiqlangan.

Hurmatli bemor!

Iltimos, ushbu hujjatning barcha bo'limlarini diqqat bilan o'qing va savollarga javob bering. Biz ularni siz va sizga yaqin odamlar bilan batafsilroq muhokama qilishdan mamnun bo'lamiz. Tavsiya etilgan endoskopik tekshiruv shifokorga yo'g'on ichakning ichki yuzasini, ayrim hollarda distal ingichka ichakni tekshirish va ularning kasalliklarini aniqlash imkonini beradi. Ko'rsatkichlarga qarab, u shoshilinch yoki rejalashtirilgan tartibda amalga oshiriladi. Kolonoskopiya anus orqali to'g'ri ichakka kiritilgan moslashuvchan endoskop yordamida amalga oshiriladi. Endoskop odatda og'riqli emas, lekin anusda noqulaylik va shishish hissi bo'lishi mumkin. Kolonoskopiya paytida tashxisni aniqlashtirish uchun qo'shimcha usullar qo'llaniladi: xromoskopiya (shilliq qavatni bo'yash), biopsiya (tahlil qilish uchun to'qimalar

namunalarini olish). Kolonoskopiya odatda premedikatsiyadan keyin, agar kerak bo'lsa, tomir ichiga sedasyon yoki behushlik ostida amalga oshiriladi. Tadqiqotning o'rtacha davomiyligi 30-60 minut. Tadqiqot davomida olingan videolar va boshqa ma'lumotlar klinikaga tegishli bo'lib, ilmiy va ta'lim maqsadlarida foydalanish mumkin.

Muolajaga tayyorgarlik. Tadqiqot va tashxisning muvaffaqiyati ko'p jihatdan yo'g'on ichakni tayyorlash sifatiga bog'liq. Yo'g'on ichakni kolonoskopiyaga tayyorlashning tavsiya etilgan zamonaviy usuli endoskopist, proktolog, gastroenterolog bilan oldindan muhokama qilinadi va individual ravishda tanlanadi.

Tadqiqotdan 2 kun oldin sizga 0-jadval tavsiya etiladi: o'simlik tolasini dietangizdan chiqarib tashlang (mevalar, sabzavotlar, non, donlar). Tadqiqot kuni siz ovqatlanmasligingiz kerak. Iltimos, endoskopiya bo'limiga belgilangan vaqtda tibbiy hujjatlar va toza varaq bilan keling. Bo'limda sizni shifokor va hamshira kutib oladi, ular tekshiruvga tayyorgarlik ko'rishga va uni malakali bajarishga yordam beradi. Mumkin bo'lgan asoratlarni yaqinlashib kelayotgan endoskopik tekshiruv invaziv instrumental aralashuv bo'lib, nojo'ya ta'sirlarning past darajasiga (0,1% dan ko'p bo'lmagan) va eng ehtiyotkorlik bilan bajarilishiga qaramay, quyidagi asoratlarni xavfini saqlab qoladi:

1) organ teshilishi; 2) pnevmoperitoneum; 3) qon ketish; 4) yurak-qon tomir tizimining buzilishi; 5) flebit; 6) allergik reaksiya; 7) surunkali kasallikning kuchayishi. Yuqoridagi asoratlarni yuzaga kelsa, kasalxonaga yotqizish, shoshilinch intensiv, endoskopik va jarrohlik davolash, umumiy behushlik talab qilinishi mumkin.

Bemor va endoskopiya (tadqiqotdan keyin bemorning xatti-harakatlarini eslatish)

Tadqiqot tugagandan so'ng, shishish hissi davom etishi mumkin, bu gazlar chiqib ketganidan keyin o'tadi. Agar biopsiya qilingan bo'lsa, kun davomida jismoniy faoliyatni istisno qilish kerak. 1 soat ichida, tomir ichiga sedativ dorilar qo'llashda esa - kun davomida mashina haydash, biron-bir mexanizmni boshqarish yoki muhim qarorlar qabul qilish tavsiya etilmaydi. Tekshiruvdan keyingi birinchi soatlar va kunlarda g'ayrioddiy alomatlar va sizni tashvishga soladigan holatlar bo'lsa, shifokoringizga xabar bering.

Kolonoskopiyaga alternativa. Endoskopiya eng ishonchli diagnostika usullaridan biridir. Biroq, ob'ektiv sabablarga ko'ra, uni to'liq amalga oshirish va to'g'ri tashxis qo'yish barcha holatlarda mumkin emas. Kolonoskopiyaga alternativa - radiatsiya tadqiqot usullari (birinchi navbatda rentgen nurlari), kapsula kolonoskopiyasi. Men kolonoskopiya va qo'shimcha tadqiqotlar o'tkazishga roziman.

Men ushbu hujjatni o'qib chiqdim va uni to'liq tushundim. Menga bo'lajak tadqiqot bilan bog'liq har qanday savol berish imkoniyati berildi va men uning maqsadi, o'tkazish xususiyatlari, yuzaga kelishi mumkin bo'lgan asoratlar va oqibatlari haqida to'liq ma'lumot oldim. Men shifokor va uning hamkasblariga o'zlarining kasbiy mulohazalari asosida kerakli qarorni qabul qilishlariga va mening ahvolimni yaxshilash uchun zarur deb bilgan tibbiy harakatlarni bajarishlariga ishonaman.

Sana: _____

Bemorning/qonuniy vakilining to'liq ismi: _____

Imzo: _____

_ Rejalashtirilgan endoskopik tekshiruvdan bosh tortaman. Men bunday rad etishning mumkin bo'lgan oqibatlarini bilaman: kasallikning kech yoki noto'g'ri tashxisi, nogironlik, o'lim.

Sana: _____

Bemor/qonuniy vakilning to'liq ismi: _____

Imzo: _____

Tadqiqot turi va maqsadlari: _____

Tekshiruv sanasi va vaqti: _____

Premedikatsiya: simetikon 10ml; lidokain 5% malham; mushak ichiga: tramadol 100 mg - 2,0; ketorolak 10 mg - 2,0; metotsinyum yodid 0,1% - 1,0; difengidramin 1% - 1,0; papaverin 2% - 2,0; drotaverin 2% - 2,0; diazepam 10 mg - 2,0; boshqa _____

Men bemorga endoskopik tekshiruvning xususiyatlari va maqsadini tushuntirganimni tasdiqlayman.

Yo'naltiruvchi shifokorning to'liq ismi sharifi: _____

Imzo: _____

Endoskopistning to'liq ismi sharifi: _____

Imzo: _____

Bemor so'rovi

To'liq ismi sharifi: _____

Tug'ilgan sanasi va yili: _____

Manzil: _____

Telefonlar: _____

Faks: _____

Elektron pochta: _____

Ish joyi va lavozimi: _____

Gastrointestinal endoskopiya

Quyidagi savollarga javob berish orqali siz shifokoringizga mumkin bo'lgan muammolarni aniqlashga va keraksiz xavflarning oldini olishga yordam bera olasiz.

Sizda ovqat hazm qilish tizimi kasalliklari bormi (nima?)	Ha	Yoq
Qarindoshlarda ovqat hazm qilish tizimining o'sma kasalliklari (nima, kim?)	Ha	Yoq
Qarindoshlarda ovqat hazm qilish tizimining yallig'lanish kasalliklari (nima, kim?)	Ha	Yoq
Ovqatga allergik reaksiyalar, bronxial astma	Ha	Yoq
Yod preparatlariga, kontrast moddalarga, dori-darmonlarga (antibiotiklar, lokal anestetikalar va boshqalar) allergik reaksiyalar	Ha	Yoq
Qon ketishining kuchayishi bilan bog'liq kasallik yoki sharoitlar (tez-tez burundan qon ketish, ko'karish tendentsiyasi, ko'karishlar)	Ha	Yoq
Siz qonni suyultiruvchi dorilarni qabul qilyapsizmi [yallig'lanishga qarshi va og'riq qoldiruvchi dorilar, shu jumladan atsetilsalitsil kislotasi (Aspirin, Trombo ASS), natriy geparin (Geparin) va boshqalar]	Ha	Yoq
Yurak, o'pka va qon aylanishining buzilishi (yurak nuqsonlari, yuqori qon bosimi, bronxial astma va boshqalar)	Ha	Yoq
O'tkir yoki surunkali yuqumli kasalliklar (gepatit, orttirilgan immunitet tanqisligi sindromi va boshqalar)	Ha	Yoq
Boshqa og'ir va surunkali kasalliklar: qandli diabet, qalqonsimon bez kasalliklari, epilepsiya, glaukoma, buyrak kasalligi va boshqalar.	Ha	Yoq
Doimiy ravishda biron bir dori ichasizmi?	Ha	Yoq
Bugun odatdagidek yurak-qon tomir yoki boshqa dori-darmonlarni qabul qildingizmi Ha	Ha	Yoq
Ilgari qayta rejalashtirilgan operatsiyalar, sana:	Ha	Yoq
Elektrokardiostimulyatorning mavjudligi, boshqa metall implantlarning mavjudligi (masalan, sun'iy bo'g'in)	Ha	Yoq
Sizda olinadigan protezlar bormi (tojlar, ko'priklar, soxta tishlar)	Ha	Yoq
Hozirgi vaqtda homiladorlik mumkinmi (tug'ish yoshidagi ayollar uchun)	Ha	Yoq
Oldin endoskopik tekshiruv o'tkazilganmi	Ha	Yoq
Ilgari qizilo'ngach yoki oshqozon rentgenogrammasi o'tkazilganmi?	Ha	Yoq

Siz ilgari bo'yin, tomoq kasalliklari (yutish harakatining buzilishi, bo'yin divertikullari va kistalari mavjudligi, tarixda bo'yin umurtqalarining sinishi va boshqalar) uchun tekshirilganmisiz?	Ha	Yoq
Siz LOR shifokoriga ko'rindingizmi, nima sababdan?	Ha	Yoq

tekshiruv natijalari _____

tolerantlik

asoratlari _____

Bemoming suhbat natijalariga ko'ra shifokorning eslatmalari (muayyan holatda o'ziga xos belgi, vaziyatni o'rganish paytida sog'liq uchun xavfli).

6. X.Kashida bo'yicha kolonoskopiya texnikasi.

Kolonoskopiya texnikasi (N. Kashida, Shou universiteti Shimoliy Yokohama kasalxonasi, ovqat hazm qilish markazi, Yokogama, Yaponiya)

Diagnostika bosqichini to'g'ri bajarish va endoskopik davolanishni amalga oshirish uchun kolonoskopda ravon ishlash ko'nikmalari zarur. Kolonoskopni yetarlicha tez va og'riqsiz kiritish nafaqat to'g'ri tashxis qo'yish, balki keyingi davolash taktikasi uchun ham muhimdir. Kolonoskopiyani o'tkazish uchun taqdim etilgan texnika - bu to'g'rilash va tortish (yo'g'on ichakni qisqartirish) usuli.

X.Kashida texnikasi tadqiqotni bitta shifokor tomonidan, qo'shimcha yordamsiz va rentgen nazoratidan foydalanmasdan bajarishga asoslangan. Kattalashtirish funksiyasiga ega kolonoskoplarga ustunlik berish kerak. Odatdagidan farqli o'laroq, bu kolonoskop diametri biroz qalinroq va qattiqroq. Shu sababli, ba'zi hollarda, uni amalga oshirishda qiyinchiliklar paydo bo'lishi mumkin. X.Kashida usuliga ko'ra, o'rta uzunlikdagi kolonoskoplarga ustunlik beriladi. Tadqiqotni o'tkazish uchun odatda sedasiya talab qilinmaydi. Ko'r ichak gumbazidagi endoskopning o'rtacha vaqti 5-10 minut. Ba'zi hollarda - 2-3 daqiqa. Shuni ta'kidlash kerakki, biz, Rossiyada, endoskopistlarni o'qitayotganda, kolonoskop suvining vaqtini ko'richak darajasiga qadar tartibga solmaslikni tavsiya qilamiz. Shifokorning tadqiqotni imkon qadar tezroq bajarishga intilishi diagnostika xatolariga va kolonoskopiyaning turli xil asoratlariga olib kelishi mumkin. Kolonoskopni ko'r ichak gumbazigacha bo'lgan vaqt, ichakning anatomiyasi, bemoming ahvoli va ichakni tayyorlashga qarab har bir tekshiruv holati uchun alohida tanlanishi kerak. Ko'r ichak gumbazidan teskari tekshiruvdan chiqish vaqti, aksariyat xalqaro tavsiyalarga ko'ra, tartibga solinadi - u 6 daqiqadan kam bo'lmasligi kerak.

Doktor H. Kashida o'z tavsiyalarida qayd etadi: tadqiqot arafasida tayyorgarlik sifatida biz kechqurun surgi dorilarining tabletka shakllarini buyuramiz. Tadqiqot kuni ertalab bemorlar 2 litr polietilen glikol va 20 ml elektrolit eritmasini olishadi. Yo'g'on ichakning bo'shlig'ida pufakchalar paydo bo'lishining oldini olish uchun ishlatishdan oldin darhol eritmaga antifoam agenti qo'shiladi. Ushbu qo'llanmada yo'g'on ichakni tadqiqotga tayyorlash juda ko'p ma'lumotni hisobga olinmaydi.

H.Kashida premedikatsiya uchun antispazmodiklardan foydalanishni tavsiya qiladi (Scopolamin - 10-20 mg). Antispazmodiklardan foydalanish nafaqat texnikani to'g'ri amalga oshirish, balki neoplazmalarni to'liq tashxislash uchun ham juda muhimdir. Odatda, sedativ va og'riq qoldiruvchi vositalardan foydalanish talab qilinmaydi. Ba'zi qiyin holatlarda bemorning ongini saqlab qolgan holda sedativ qabul qiladi. Sedasiya uchun benzodiazepin 5 mg gacha bo'lgan dozada qo'llaniladi. Analgin juda kamdan-kam hollarda juda og'ir holatlarda sedasiyaga qo'shimcha sifatida qo'llaniladi (35 mg). Bizning BSMP Ufa klinikamizda sedasiya uchun Relium bilan premedikatsiya qo'llaniladi, bu sizga yo'g'on ichakning sfinkterlarini yaxshi dam olishga imkon beradi. Anesteziya sifatida propofolni tomir ichiga yuborish bilan tadqiqotga ustunlik berish kerak.

Kolonoskopiya uchun H.Kashida yo'g'on ichakni iloji boricha tortib olish, yig'ish va to'g'rilashni tavsiya qiladi. Shu bilan birga, yo'g'on ichakning o'qini saqlab qolish zarurligini unutmaslik kerak. Yo'g'on ichakning o'qi to'g'ri ichakni sigmasimon ichakning tushuvchi yo'g'on ichakka o'tish hududiga, so'ngra taloqqa, jigar egilmasiga va ko'richak gumbaziga tutashtiruvchi chiziqdir. Kolonoskop davomida H.Kashida bu o'qdan imkon qadar kamroq chetga chiqishni tavsiya qiladi, burmalarni yaratmaydi.

KOLONOSKOPIYA QILISH UCHUN ASOSIY QOIDALAR

(X.Kashida tavsiyalari)

Doimiy ravishda yuqoriga qarab oldinga siljish paytida kolonoskopni itarishdan saqlaning.

Haddan tashqari havo yutilishidan saqlaning. Bunday holda, yo'g'on ichakning bo'shlig'idan havoni tez-tez so'rib olish kerak.

Ushbu qoidalarga rioya qilmaslik quyidagi qiyinchiliklarni keltirib chiqaradi: ichak cho'ziladi va "burmalanadi"; endoskopning haddan tashqari ko'tarilishi va ortiqcha havo ta'minoti og'riq paydo bo'lishiga olib keladi.

O'ng qo'lingizni endoskopning ishchi qismidan olib tashlamang. Endoskopning distal uchi faqat chap qo'l bilan egilishi kerak. Vintlarni o'ng va chap qo'l bilan bir vaqtning o'zida ishlatish shart emas: chap qo'l - vintlarda, o'ng qo'l - endoskopning ishchi qismida. Faqat chap qo'l bilan endoskopni chapga va o'ngga aylantirish juda qiyin, ammo shu bilan birga endoskopning ishchi qismini harakatga keltirish orqali

bu harakatlarni to'g'ridan-to'g'ri bajarish juda erkin. Endoskopik muolajalarni bajarishda vintni to'g'ri nazorat qilish juda muhim, chunki o'ng qo'l asboblarni boshqaradi.

Ichak yig'ilganda, u qo'shimcha halqalarni hosil qilmaydi va endoskopning distal uchi uning ish qismining harakatlariga mos ravishda harakatlanadi. Agar ichak qo'shimcha halqalar bilan cho'zilgan bo'lsa, ishchi qismning oldinga siljishi endoskopning distal uchining oldinga siljishiga olib kelmaydi. Aksincha, distal uchi orqaga qarab harakatlanadi. Bu ichak qovuzloqlarining cho'zilishi tufayli "paradoksal harakat" deb ataladi. Ichakning haddan tashqari cho'zilishi bilan bemor qattiq og'riqni boshdan kechiradi.

Endoskopni yo'g'on ichakning burchaklaridan o'tkazish burchaklarning keskinlashishiga olib kelishi mumkin, bu esa hududdan o'tishni yanada qiyinlashtiradi. Aksincha, bu holatda endoskopni "o'z-o'zidan" tortib olish yo'g'on ichakning distal qismini "to'playdi", burchakni tekislaydi, bu esa endoskopning asorati rivojlanishini osonlashtiradi.

Agar qurilmaning uchi ichak devoriga to'g'ri kelsa, endoskopni oldinga siljitmang (tasvir loyqa qizil nuqta shaklida bo'ladi). Boshliqni aniqlash uchun apparatni o'zingizga tortish (ichakning burmalarini ko'rish) kerak. Shundagina siz oldinga intilishni davom ettirishingiz mumkin. Bo'shliq ko'rinmasa ham, uning yo'nalishini burmalarning joylashuvi bilan taxmin qilish mumkin.

Jismoniy kuch ishlatmasdan endoskopni oldinga ushlab turish mumkin. Ichakni olib, endoskopni o'ziga qaratganda, ichak burmalarga yig'iladi, qisqaradi va endoskopning distal uchi oldinga siljiydi. Bu "paradoksal harakat" deb ataladigan narsa.

Ichak boshlig'idan havo so'rilsa, u qisqaradi va endoskopni oldinga siljitish effekti olinadi. Shuni esda tutish kerakki, bo'shliq ichiga havoning haddan tashqari tushishi bilan ichak cho'ziladi va uzayadi.

1. Endoskopni haddan tashqari oldinga surmang, ayniqsa qarshilik sezilsa yoki ichak bo'shlig'i ko'rinmasa.

2. Endoskopni o'zingizga tez-tez tortish juda muhimdir. Bu aniq ko'rinadigan ichak bo'shlig'i bilan ham to'g'ri. Bu ichakning to'planishini osonlashtiradi, ilmoqlarning shakllanishiga to'sqinlik qiladi va endoskopning siljishini osonlashtiradi.

3. Havoning ichak bo'shlig'iga haddan tashqari tushishiga yo'l qo'ymaslik. Tez-tez havoni so'ring.

Doktor H. Kashidaning ushbu tavsiyalari kolonoskopiya texnikasining umumiy tamoyillarini aks ettiradi. Hozirgi vaqtda juda ko'p sonli turli xil texnikalar

tasvirlangan. Ushbu uslub, bizning fikrimizcha, oddiy, ambulatoriya tarmog'idagi endoskopistlar tomonidan ham bajarilishi oson. Biz faqat bir qator qo'shimcha tavsiyalarni qo'shishimiz mumkin:

Agar paradoksal halqa paydo bo'lsa, kolonoskopni olib tashlang va ichakni qayta yig'ishga harakat qiling.

Agar kolonoskopni o'tkazishning iloji bo'lmasa, turli sabablarga ko'ra umumiy kolonoskopiya o'tkazish mumkin bo'lmasa, tadqiqotni to'xtatish, qo'shimcha tekshiruvdan so'ng, masalan, irrigografiya va boshqalarni o'tkazish yaxshiroqdir.

Ish joyini tashkil etish (H.Kashida bo'yicha)

Bemor chap tomonda yotadi. Shifokor bemorning o'ng tomonida to'g'ri orqa bilan turadi. Monitor ekrani shifokor oldida ko'z darajasida joylashgan. Anusdan 20-30 sm masofada endoskopning ishchi qismida o'ng qo'l. Agar siz qo'lingizni yaqinroq tutsangiz, unda ishchi qismni aylantirishda qiyinchiliklar mavjud.

Izoh: shuning uchun bizning klinikamizda biz bemorning orqa tomonida, ginekologik kafedrada pozitsiyasini afzal ko'ramiz. Bu holat bemorning iloji boricha bo'shashishiga va endoskopist uchun yanada ergonomik bo'lishiga imkon beradi.

Yo'g'on ichak bo'limlarida kolonoskopni o'tkazishning o'ziga xos texnikasi

Rektosigmoid bo'linish. Odatda, rektosigmoid mintaqa ekranning chap tomonida joylashgan. Rektosigmasimon egilishdan o'tish uchun endoskopning distal uchi biroz yuqoriga egilib, chappa burish kerak. Ammo endoskopni burchak maydoniga faol surmang. Endoskopni o'ziga qarab biroz tortish kerak, buning natijasida rektosigmasimon burchak yanada o'tkirroq bo'ladi. Shundan so'ng, ichakning bo'shlig'i ekranning o'ng tomonida ko'rinadi. Endoskopni ehtiyotkorlik bilan o'ngga aylantirgandan so'ng, apparatni oldinga siljitmasdan sigmasimon ichakka osongina o'tish mumkin. Endoskopning bir qismi divanda yotadi. Rektosigmasimon ichak orqali o'tayotganda endoskopni oldinga o'tkazish uchun ortiqcha kuch ishlatmaslik kerak, chunki bu sigmasimon ichakda halqa hosil qiladi yoki uni uzaytiradi. Kolonoskopik tadqiqotning muvaffaqiyati endoskopni rektosigmoid mintaqada ushlab turish orqali aniqlanadi.

Kolonoskopiyaning eng qiyin bosqichi sigmasimon ichakning tushuvchi qismga o'tish sohasidagi endoskop ekanligiga ishoniladi. Endoskopni o'ngga sezilarli masofada ko'tarish bu sohada keskinroq burchak hosil bo'lishiga olib keladi. Shuning uchun sigmasimon ichakni boshidanoq siqish va qisqartirish juda muhimdir. Agar sigmasimon ichakni qisqartirish, tortish va moslashtirish mumkin bo'lsa, sigmasimon ichakning tushuvchi qismga o'tish burchagi tekislanadi. Ushbu qadam "soat yo'nalishi bo'yicha yuqoriga tortish" deb ataladi. Sigmasimon ichak o'ta cho'zilgan va tortib olish qiyin bo'lgan hollarda sigmasimon ichakning tushuvchi yo'g'on ichakka

o'tishidan oldin o'ngga aylantiruvchi tortishish amalga oshirilishi kerak. Bundan tashqari, dolixosigma bilan siz yordamchi tomonidan qo'lda yordam berish usulidan foydalanishingiz mumkin. Bunday holda, hamshira qo'lini kindik ostidagi yoki chap tomonda sigmasimon ichakning pastga tushadigan joyga o'tish joyiga bosadi. Ushbu usul sigmasimon ichakning haddan tashqari cho'zilishining oldini olishga yordam beradi. Yordam berishi mumkin bo'lgan yana bir nuqta - bemorning tanasining holatini o'zgartirish. Bemorning chap tomonidagi holatida sigmasimon ichakning tushayotgan tomonga o'tishi juda keskin burchak ostida. Agar bemor o'ng tomonga yoki orqa tomonga joylashtirilsa, bu o'tishning konfiguratsiyasi o'zgaradi, ya'ni silliqroq burchak hosil bo'ladi.

Agar ichakni boshidanoq yig'ishning iloji bo'lmasa, uni o'rta bo'limlardan yig'ishni boshlang. Agar bu yordam bermasa va sigmasimon ichak haddan tashqari cho'zilgan bo'lsa, endoskopni biroz harakat bilan o'tkazish mumkin. Shundan so'ng, egilish o'tgandan keyin yig'ishni bajaring. Ammo oxirgi variant juda afzal emas, chunki og'riq sindromi paydo bo'ladi va sigmasimon ichakning teshilish xavfi ortadi. Ba'zi ekspertlar alfa halqasini shakllantirishni afzal ko'rishadi. Ammo bu ham ideal emas, chunki og'riq reaksiyasi kuchayadi. Loopning shakllanishi o'z-o'zidan paydo bo'lishi mumkin, ammo bu sodir bo'lgandan so'ng darhol uni to'g'rilash kerak. Alfa halqasini yo'q qilgandan so'ng, siz endoskopni tushayotgan yo'g'on ichakka xavfsiz o'tkazishingiz mumkin. Buning uchun endoskopni o'ngga burang va torting. Ba'zi ekspertlar alfa halqasining bu yo'q qilinishini "o'ngga burilish" deb atashadi. Ammo bu texnikani bajarish juda qiyin. Endoskopni tortib olish va o'ngga burish tushuvchi qismda oldinga siljishga yordam beradi.

Ba'zi hollarda endoskopni taloq burchagidan o'tkazish juda qiyin, chunki "qamish" shaklida halqa hosil bo'ladi. Bu hodisa shundan iboratki, endoskopning distal uchini oldinga siljitishga urinayotganda u ichakning proksimal qismlariga o'tmaydi, ichak esa diafragma tomon cho'ziladi. Yoki aksincha, endoskopning boshqa qismi sigmasimon ichakni cho'zadi. Vaziyat endoskopning oldinga siljmasligi va og'riq paydo bo'lishi bilan murakkablashadi. Bunday holda, bemordan chuqur nafas olishni so'rashingiz kerak (bu holda, diafragma pastga tushadi) va hosil bo'lgan pastadimi to'g'rilaydigan taloq burchagini bosing. Yoki hamshira qo'lda yordam beradi - o'ngdan chapga taloq va sigmasimon ichakning egiluvchan qismiga bosim o'tkazadi. Taloq burchagi sohasida hamshira bir barmog'i bilan bosishi mumkin. Agar ushbu usullar yordam bermasa, bemordan chap tomondagi pozitsiyani o'zgartirishni so'rashingiz mumkin. Taloqning egilishi o'tkir, o'ngga yoki orqaga burilganda burchak tekislanadi. Agar bu usul ishlamas, bemordan o'zgargan pozitsiyasi bilan chuqur nafas olishni so'rashingiz mumkin. Ko'ndalang yo'g'on ichakning bo'shlig'i odatda yaxshi ingl. Agar endoskop ko'ndalang yo'g'on ichakda juda uzoqqa surilsa, u cho'ziladi va tos bo'shlig'iga tushadi, endoskop esa oldinga siljimaydi va sigmasimon ichakni cho'zadi. Ushbu hududdan o'tayotganda, ko'ndalang yo'g'on ichakning o'rta

qismini ko'tarish uchun endoskopni o'zingizga tortish kerak. Ichak bo'shlig'ini topgandan so'ng, endoskopning distal uchi burmaga bog'langan bo'lishi kerak, katta vintni bir oz yuqoriga egib, endoskopning ishchi qismini chapga aylantiring. Ko'ndalang yo'g'on ichakni muvaffaqiyatli tortib, to'g'rilagandan so'ng, uning bo'shlig'i o'ngda ko'rinadi. Keyinchalik, jigar egiluvchanligining burchagi paydo bo'ladi. Endoskopni jigar burchagi maydoniga oldinga siljitmang. Aksincha, ko'tarilgan yo'g'on ichakning bo'shlig'ini ko'rish uchun jigar burchagi hududida yana tortishish harakatlarini bajarish kerak. Bunday holda, ko'tarilgan yo'g'on ichakning bo'shlig'i yiqilgan holatda bo'ladi. Keyinchalik, endoskopni itarishdan qochib, ehtiyotkorlik bilan o'tkazish kerak. Odatda, buning uchun endoskopning distal uchini yuqoriga bir oz egish va endoskopning ishchi qismini o'ngga, soat yo'nalishi bo'yicha burish, biroz tortish kerak. Bunday holda, distal uchi o'z-o'zidan jigar egilmasidan o'tadi. Ushbu tortish va aylanish harakati endoskopni muvaffaqiyatli o'tkazish uchun juda muhimdir. Shuningdek, ushbu saytdan o'tish uchun bemorning tanasining chapga o'zgarishi yoki paraumbilikal mintaqada yoki sigmasimon ichakning o'ngdan chapga o'ng tomonida hamshiraning qo'llanmasi yordam berishi mumkin, chunki jigar burchagidan o'tayotganda sigmasimon ichak cho'zilgan. Ushbu hududdan o'tgandan so'ng, ichak bo'shlig'idan havo so'rilishi kerak, bu esa endoskopning o'z-o'zidan ko'r ichakka, ya'ni ko'tarilgan yo'g'on ichakning bo'shlig'iga o'tishiga olib keladi, endoskopni haddan tashqari oldinga siljitishning hojati yo'q. Endoskopni jigar burchagidan muvaffaqiyatli o'tkazish uchun siz bemorni orqa tomonida yotishini so'rashingiz kerak.

Butun yo'g'on ichakni tekshirish bemorning orqa tomonida yotgan holda amalga oshiriladi.

Anusdan ideal masofa (endoskop belgilari bo'yicha):

- Sigmasimon ichakning tushuvchi yo'g'on ichakka o'tishi - 25-30 sm
- Taloq burchagi - 40 sm
- Jigar burchagi - 60 sm
- Ko'r ichak - 70-80 sm

Agar endoskopning distal uchi sigmasimon ichakning tushuvchi tomonga o'tish joyida joylashgan bo'lsa va kiritilgan apparatning uzunligi 60 sm bo'lsa, sigmasimon ichak haddan tashqari cho'zilgan. Endoskopni yanada rivojlantirishdan oldin ichakni yig'ish kerak. Endoskopni ko'r ichakka muvaffaqiyatli o'tkazgandan so'ng, ichak "7" shaklini oladi.

Endoskopning texnik xususiyatlari

Kattalashtiruvchi endoskop ishlatiladi, diametri biroz qalinroq va moshashuvchan. Agar manipulyatsiya beparvolik bilan amalga oshirilsa, bemor og'riqni boshdan kechiradi. Ba'zi hollarda bu turdagi endoskopni sigmasimon ichakning tushuvchi yo'g'on ichak bilan tutashgan joyidan o'tkazish qiyin bo'lishi mumkin, shu bilan birga u ko'ndalang yo'g'on ichakdan osonroq o'tadi.

Yupqaroq va yumshoqroq endoskop og'riqni kamaytiradi va sigmasimon ichakning tushayotgan yo'g'on ichak bilan tutashgan joyidan oson o'tishga olib keladi, ammo alfa halqa hosil bo'lish xavfi yuqori.

O'zgaruvchan qattqlikdagi endoskoplar mavjud bo'lib, ular tekshiruv vaqtida o'zgartirilishi mumkin: dastlabki bosqichlarda - yumshoqroq, qattiq rejimga o'tish - taloq burchagidan o'tayotganda. Shuningdek, qattqlik darajasi bemorning yo'g'on ichak anatomiyasining xususiyatlariga yoki shifokorning xohishiga qarab o'zgarishi mumkin.

Mahalliy mutaxassislar Sotnikov V.N., Veselov V.V. Yo'g'on ichakning anatomik variantlarining xilma-xilligiga va uni tekshirishda tadqiqotchilar tomonidan qo'llaniladigan usullarning xilma-xilligiga qaramay, kolonoskopiyani amalga oshirishda kuzatilishi kerak bo'lgan umumiy uslubiy tamoyillar mavjud. Yo'g'on ichakning tuzilishi (haustration, fiziologik egri), bir tomondan, apparatning so'nggi optikasi, boshqa tomondan, ko'rish qiyin bo'lgan joylarning shakllanishi uchun sharoit yaratadi. Bularga quyidagilar kiradi:

- Ichki anal sfinkterdan 3-4 sm yuqorida joylashgan ampulyar osti rektum.
- Qavatlararo bo'shliqlar.
- Yo'g'on ichakdagi o'tkir, qattiq burmalar joylari.
- Ko'r ichak gumbazining medial devori (Bauhinian amortizator ostida joylashgan hudud). Usulning diagnostik ma'lumotlarini oshirish uchun kolonoskopiyadan oldin rektoskop, anoskop yoki distal rektumning raqamli tekshiruvi yordamida anorektal hududning auditori o'tkaziladi. Kolonoskopni kiritish va olib tashlash jarayoni yo'g'on ichakning bo'shlig'i orqali ko'rish nazorati ostida amalga oshiriladi. Buning uchun ichak bo'shlig'iga havo so'riladi va endoskopning distal uchi uning ish qismining "yuqoriga-pastga" va "chap-o'ng" katta va kichik vintlari bilan egiladi. Qoida tariqasida, kichik vintning ishi tekshiruvchining qo'li bilan endoskopning tanasining aylanishi bilan almashtiriladi. Tadqiqot uchun sharoitlarni yaxshilash uchun ortiqcha havo va suyuqlik tarkibi, agar ichak bo'shlig'ida mavjud bo'lsa, assimilyatsiya yordamida apparat kanali orqali evakuatsiya qilinadi. Optika ifloslanganda, u kolonoskop tizimiga ulangan tankdan suv bilan yuviladi. Ichak devorining haddan tashqari cho'zilishining oldini olish uchun shprits bilan suv quyish yaxshidir, chunki

uning avtomatik ta'minoti vaqtida katta miqdordagi havo ichak bo'shlig'iga kiradi. Tekshiruvning xavfsizligini oshirish uchun yo'g'on ichakning bo'shlig'ini nazorat qilish va u orqali apparatning harakatlanishi bitta tadqiqotchi tomonidan amalga oshiriladi. Kolonoskopiya paytida ichakning intubatsiyasi og'riq bilan birga bo'lmasligi kerak. Ko'p hollarda og'riq mezenteriya cho'zilganida paydo bo'ladi. Yo'g'on ichakning anatomik xususiyatlari bilan bir qatorda (sigmasimon va ko'ndalang yo'g'on ichakning ilmoqlarining ko'payishi), bu kolonoskopni o'zaro kiritish usuli bilan osonlashadi. Egiluvchanlikning ma'lum bir chegarasiga ega bo'lgan ichak devori unga bosim o'tkazilganda cho'zilib ketadi, bu esa endoskopning moslashuvchanligi bilan birgalikda ilmoqlarning shakllanishi va ularning cho'zilishi uchun sharoit yaratadi, chunki apparat kattaroq radiusli yoy bo'ylab ichakning burmalarini yengib chiqadi. Kolonoskopni rotatsion kiritish usuli eng fiziologik hisoblanadi, unda translatsiya bilan bir qatorda aylanish harakatlari ham beriladi (Strekalovskiy V.P., 1978).

Umumiy qisqartmalar va atamalar ro'yxati

BP - qon bosimi

CRC - kolorektal saraton

PEG - polietilen glikol

FCS - fibrokolonoskopiya

HR - yurak urish tezligi

Vaziyatli masalalar

1. Kolonoskopiyadan so'ng bemor savol beradi - ichak bakteriyalarining yuvilishi bormi, tadqiqotdan oldin olib borilgan yo'g'on ichakni tayyorlashdan keyin ichak florasini tiklash kerakmi?
2. Anemiya bilan og'rikan bemor, najasli yashirin qon testining yuqori ko'rsatkichlari, anamnezida miokard infarkti. Tadqiqotdan oldin anamnezni yig'ishda kolonoskopiya, endoskopist bemorga antikoagulyant Plavixni qabul qilishini aniqlaydi. CRC shubha qilingan, endoskopistning faoliyati kolonoskopiya, biopsiya rejalashtirilgan..
3. Bemor tadqiqotga tayyor ichak bilan keldi, yuqori qon bosimi 180/100 mm Hg. Endoskopistning harakatlari.
4. Najasda yashirin qon tahlili manfiy bo'lgan va anamnezida ich qotishi bilan og'rikan 86 yoshli bemorning kolonoskopiyasida sigmasimon ichakning ko'p xaltachali divertikullari, dolixosigma, kolonoskopni to'plash va tushayotgan yo'g'on ichakka o'tkazishda qiyinchiliklar aniqlangan. Kolonoskopni to'g'ri ichakka kiritilgan paytdan boshlab tekshirish vaqti 30 minut. Endoskopistning faoliyati.
5. Obstruktiv shish aniqlanganda endoskopistning faoliyati.
6. Nospetsifik yarali kolitni aniqlashda endoskopistning harakatlari.
7. Kolonoskopiya yo'g'on ichakning 4-5 mm polipi aniqlangan. Endoskopistning harakatlari.
8. Sigmasimon ichakning yaralangan saratoni aniqlanganda - tekis fokus 10x10 mm endoskopistning faoliyati.
9. Agar bemorni tekshirish uchun ichakning yomon tayyorgarligi aniqlansa, endoskopistning harakati skrining kolonoskopiya tekshiruviga yo'naltiriladi.
10. Tugunlarning anorektal trombozi bilan surunkali gemorroyning 3-bosqichining kuchayishi vaqtida bemor rejali kolonoskopiyaga yuborildi. Endoskopistning harakatlari.

Javoblar namunasi

1. Ichaklarni mexanik tayyorlash yoki ichaklarni tozalashning zamonaviy vositalari yo'g'on ichak florasiga ta'sir qilmaydi va uni keyinchalik tiklash talab qilinmaydi.
2. Tavsiya etilgan kolonoskopiyadan 5 kun oldin uzoq muddatli antikoagulyantlarni qabul qilishni qisqa ta'sir qiluvchi vositalar, masalan, Clexane bilan almashtirish kerak. Kolonoskopiya koagulogramma, umumiy qon tahlili va kardiologning xulosasi mavjudligida amalga oshirilishi kerak. Minimal tishlash soni bilan cheklangan o'rta

sig'imli 2,8 mm forseps bilan biopsiya qiling. Biopsiyadan so'ng gemostaz darajasini vizual nazorat qiling.

3. Tadqiqotni kechiktirish kerak. Bemorga terapevtga murojaat qilish va gipertenziyani davolash kerak. Qon bosimi qiymatlarini tuzatgandan so'ng, bemor kolonoskopiyadan o'tadi, anesteziolog va sedasiya ishtirokida, kolonoskopiyadan oldin, kolonoskopiya paytida va kolonoskopiyadan keyin qon bosimini nazorat qiladi.

4. Kolonoskopiya to'xtatilishi kerak. Yoshni, divertikulyoz va dolixosigma mavjudligini hisobga olgan holda, rentgen usullari (irrigografiya) bilan dastlabki tekshiruvni tavsiya etish, irrigografiya natijalariga ko'ra takroriy FCS to'g'risida qaror qabul qilish tavsiya etiladi.

5. O'tkir ichak tutilishsiz to'g'ri ichakning tiqilib qoladigan o'smasi aniqlansa, o'simta stenozi darajasi baholanadi, stenoz o'tib ketganda ko'richak gumbazi ustidagi bo'laklarga moslama kiritiladi. Oxirgi qadam - to'g'ri ichakning o'simtasidan biopsiya olish.

6. Agar to'g'ri ichakda o'ziga xos bo'lmagan yarali kolitning endoskopik surati aniqlansa, yarali shikastlanishlarning (to'g'ri ichak, rektosigma yoki umumiy kolit) tarqalishini baholash uchun kolonoskopiya o'tkaziladi. Shilliq qavatning maksimal o'zgarishi bo'lgan joylardan biopsiya olinadi. Yallig'lanishning aniq o'zgarishi va qon ketishi bilan tadqiqot to'xtatiladi, davolanish kursidan keyin ikkinchi tadqiqot rejalashtirilgan.

7. Agar o'lchami 5 mm gacha bo'lgan yo'g'on ichak polipi aniqlansa, polipni standart va yuqori quvvatli biopsiya qisqichlari bilan olib tashlash mumkin, material gistologik tekshiruvga yuboriladi. Tor spektrli endoskopiya va optik xulosa mavjud bo'lganda, material gistologik tekshiruvga yuborilishi mumkin emas. Davolash DISCARD texnologiyasi asosida amalga oshiriladi.

8. Yaralangan CRCni aniqlashda chuqur va ko'p biopsiya materialini olmaslik tavsiya etiladi, bu keyinchalik fibroz tufayli o'simtaning ESD rezektsiyasini oldini olishi mumkin, u 1-2 yuzaki o'simta yoriqlari bilan chegaralanadi.

9. Bemor tadqiqotga yo'g'on ichakning standart preparati bilan keldi. Kolonoskopiya o'tkazilayotganda, yo'g'on ichakning sifatsiz tayyorgarligi aniqlanganda, rejalashtirilgan skrining tekshiruvi to'xtatiladi. Endoskopist yomon tayyorgarlikning sababini aniqlaydi, tuzatilgan individual tayyorgarlikni va tadqiqot sanasini belgilaydi.

10. Bemorda surunkali gemorroyni 3-bosqichining kuchayishi, venoz tugunlarning trombozi bilan davolanganda, endoskopist dastlab rejalashtirilgan kolonoskopiya vaqtini aniqlab, bemorni davolash uchun proktologga yuboradi.

Test topshiriqlari.

1. Kolonoskopiya ko'rsatilmagan

- a) anemiya bilan
- b) tuxumdon saratoni bilan
- v) metastatik jigar kasalligi bilan
- d) oshqozon polipi bilan
- e) dizenteriya bilan

2. Yo'n ichakning terminal qismini tekshirish tavsiya etiladi

- a) nonspesifik yarali kolit bilan
- b) Kron kasalligi bilan
- v) yo'g'on ichakning diffuz polipozi bilan
- d) ichakdan qon ketishining aniqlanmagan manbasi bilan
- e) barcha sanab o'tilgan kasalliklar bilan

3. Shoshilinch kolonoskopiyaga ko'rsatmalar

- a) yo'g'on ichak tutilishi
- b) ichakdan qon ketishi
- v) yo'g'on ichakning teshilishiga shubha
- d) perikolit belgilari bilan yo'g'on ichakning divertikulyozi
- e) to'g'ri a) va b)

4. Yo'g'on ichakdan qon ketishi bilan og'rigan bemorlarni shoshilinch tekshirishda sanab o'tilgan barcha usullardan foydalanish mumkin, bundan mustasno.

- a) sigmoidoskopiya
- b) irrigoskopiya
- v) selektiv angiografiya
- d) diagnostik kolonoskopiya

e) intraoperativ kolonoskopiya

5. Intraoperativ kolonoskopiya ko'rsatmalar

- a) divertikulit bilan asoratlangan yo'g'on ichak divertikulyozi
- b) noma'lum manba bilan ichakdan qon ketishi
- v) qon ketishi bilan asoratlangan yarali kolit
- d) striktura fazasida Kron kasalligi

6. Kolonoskopiya mutlaq qarshi ko'rsatmalar mavjud

- a) yarali kolit va Kron kasalligining og'ir shakli
- b) yurak-qon tomir va o'pka etishmovchiligining og'ir darajalari
- v) o'tkir paraproktit
- d) qon ketuvchi gemorroy
- e) to'g'ri a) va b)

7. Kolonoskopiya uchun nisbiy qarshi ko'rsatmalar mavjud

- a) anal va perianal mintaqaning o'tkir yallig'lanishli lezyonlari
- b) operatsiyadan keyingi erta davr (yo'g'on ichakdagi operatsiyalardan keyin)
- v) Kron kasalligi, infiltratsiya fazasi
- d) yopishqoq ichak tutilishi
- v e) to'g'ri a) va b)

8. Kolonoskopiya uchun cheklovlar o'z ichiga oladi

- a) Girshsprung kasalligi
- b) aniq divertikulyoz
- c) nonspesifik yarali kolitning maksimal faolligi
- d) Kron kasalligini yo'q qilish bosqichi
- e) to'g'ri a) va b)

9. Kolonoskopiyadan keyingi eng ko'p uchraydigan asoratlardan tashqari barchani o'z ichiga oladi

- a) yo'g'on ichakning pnevmatozi
- b) yo'g'on ichakning dinamik obstruksiyasi
- c) qulash
- d) bradikardiya
- e) sepsis

10. Yo'g'on ichakni tadqiqotga tayyorlash bilan bog'liq bo'lishi mumkin bo'lgan asoratlarga quyidagilar kiradi, bundan mustasno

- a) elektrolitlar buzilishi
- b) gipovolemiya
- c) suvsizlanish
- d) miokard infarkti
- e) yo'g'on ichakning shishishi

11. Kolonoskopni barcha sanab o'tilgan sharoitlarda ko'r ichak gumbaziga o'tkazib bo'lmaydi, bundan tashqari

- a) yo'g'on ichakning spazmi
- b) sigmasimon ichakning "yig'ilmagan" ilmoqlari mavjudligi
- v) qorin bo'shlig'ining aniq yopishqoq jarayoni
- d) yo'g'on ichakning yomon tayyorlanishi
- e) ichak bo'shlig'ining aniq torayishi

12. Kolonoskopiya paytida pastadir hosil bo'lishining belgilari quyidagilardan tashqari barcha narsalarni o'z ichiga oladi

- a) kuchli og'riq sindromi
- b) endoskopni olib tashlashda "qirqish" ta'sirining yo'qligi
- c) vintlarning harakatchanligi cheklangan yoki to'liq yo'qligi
- d) kolonoskopning paradoksal harakati
- e) ko'rish sohasida ichakning bo'shlig'ini olib tashlashning mumkin emasligi

13. Kolonoskopning ichak bo'ylab oldinga siljishi bo'lmasa, yuqoridagi barcha usullardan foydalanish mumkin, bundan tashqari

- a) apparat uchini moy bilan moylash
- b) ichak bo'shlig'idan havoning aspiratsiyasi
- v) qorin old devori orqali qo'lda yordam yordamida
- d) "yo'g'on ichakni shitirlash" usuli yordamida
- e) qurilmani "cho'zilgan halqa orqali" ushlab turish texnikasidan foydalanish

14. Texnik jihatdan kolonoskopni o'tkazish eng qiyin hisoblanadi

- a) rektosigmasimon
- b) sigmasimon ichak
- v) taloq tugunlari
- d) jigar tugunlari
- e) tushuvchi yo'g'on ichak

15. Kolonoskopni ko'r ichak gumbaziga kiritish mumkin bo'lmagan sabablarga ko'ra:

- a) ko'ndalang yo'g'on ichakning kichik tos bo'shlig'iga tushishi
- b) sigmasimon ichakning qo'shimcha ilmoqlarining mavjudligi
- v) yo'g'on ichakning tadqiqotga yomon tayyorlanishi
- d) yo'g'on ichak bo'shlig'ining stenozi
- e) to'g'ri c) va d)

16. Kolonoskopiya paytida sigmasimon ichak qovuzloqlarining cho'zilishi og'riq qoldiqlari bilan birga kelmaydi.

- a) sigmasimon ichakning uzun tutqichi bilan
- b) sigmasimon ichakning qisqa tutqichi bilan
- c) qorin bo'shlig'ining bitishma jarayoni bilan

- d) yo'g'on ichakning spazmi bilan
- e) yo'g'on ichakning atoniyasi bilan

17. Sigmoid ichakning fiksatsiyasi xarakterlidir

- a) ichakni yig'ishda og'riq kuchayishi
- b) ichakni qirib tashlash paytida og'riqning kamayishi
- v) yo'g'on ichak tonusining oshishi
- d) yo'g'on ichak tonusining pasayishi
- e) yo'g'on ichak peristaltikasining yo'qligi

18. Kolonoskopni to'g'ri ichakka kiritish bemorning holatida amalga oshiriladi.

- a) chalqancha yotish
- b) chap tomonda yotish
- v) o'ng tomonda yotish
- d) oshqozon ustida yotish
- e) tizza-tirsak holatida

19. Yo'g'on ichakni tekshirish bemorning holatida amalga oshiriladi

- a) chalqancha yotish
- b) chap tomonda yotish
- v) o'ng tomonda yotish
- d) oshqozon ustida yotish
- e) tizza-tirsak holatida

20. Kolonoskopiya paytida og'riq sabab bo'ladi

- a) premedikatsiyaning yetarli emasligi
- b) yo'g'on ichak tutqichining kuchlanishi
- c) havoning haddan tashqari ko'payishi
- d) endoskopning oxiri bilan shilliq qavatning timash xususiyati

e) to'g'ri b) va c)

21. Kolonoskopiya o'tkazilayotganda bemorni barcha sanab o'tilgan holatlardan tashqari, chap tomondan yotgan holatdan supin holatiga o'tkaziladi.

- a) qorin og'rig'i
- b) rekto-sigmasimon bo'lim uchun kolonoskopdan keyin
- c) taloq yoki jigar burchagi uchun kolonoskopni o'tkazgandan keyin
- d) ichak orqali kolonoskopning etarli darajada rivojlanmaganligi ko'rinishi

22. Kolonoskopiya o'tkazilayotganda, ro'yxatga olingan barcha belgilarga e'tibor berish kerak, bundan tashqari.

- a) shilliq qavatning rangi
- b) qon tomir naqshining zo'ravonligi
- v) burmalarning kengligi va balandligi
- d) qorin old devorida translyuminessent nurlanishning lokalizatsiyasi
- e) ichakning havo bilan kengayish vaqti

23. 222-sonli buyruq bo'yicha umumiy kolonoskopiyaning o'tkazish muddati

- a) 30 daqiqa
- b) 60 min
- c) 90 min
- d) 100 min
- e) 150 min

24. Quyidagi fiziologik sfinkterlar anatomik substratga asoslangan

- a) Xirsh sfinkteri va Bolli sfinkteri
- b) busi sfinkter
- c) Horst sfinkteri
- d) Payer-Straus sfinkteri

25. To'g'ri ichak, sigmasimon va tushuvchi yo'g'on ichakda joylashgan sfinkterlarga quyidagilar kiradi, bundan mustasno

- a) Xirsh sfinkteri
- b) Pirogov sfinkteri - Mutier
- v) Payer-Straus sfinkteri
- d) Bolli sfinkteri
- e) Rossi sfinkteri - Moutier

Javoblar

1 d; 2 d; 3 d; 4 b; 5 B; 6 d; 7 d; 8 d; 9 d;
10 d; 12 a; 13 d; 14 b; 15 a; 16 a; 17 a; 18 b; 19 a;
20 d; 21 dyuym; 22 g; 23 g; 24 a; 25 a

TAVSIYA ETILGAN ADABIYOTLAR RO'YXATI

1. Yo'g'on ichak kasalliklari diagnostikasida kolonoskopiya. Sotnikov V.N., Razjivina A.A., Veselov V.V., Kuzmin A.I. va boshqalar - M., 2006, - 272 b.
2. Chun H.J., Yang S.-K., Choy M.-G. (ed.) -Oshqozon-ichak traktining terapevtik endoskopiyasi - 2017 yil
3. Jeffri M. Marks - Jarrohlar uchun moslashuvchan endoskopiya tamoyillari - 2013 yil
- 4 Jan Mark Kanard va boshqalar. - Amalda oshqozon-ichak endoskopiyasi - 2011 yil
- 5 Wilcox C. va boshqalar. - Klinik gastrointestinal endoskopiya atlas (3-nashr) - 2012 yil.

Свидетельство № 075783
Отпечатано ООО «FELI-GRAND»
Заказ № 12 от 31.07.2023 г.
Тираж 60 экз.
Адрес: г.Ташкент ул. Паркентская, 51

