INNOVATIVE PUBLICATION
Journal of Effective Learning and Sustainable Innovation
Vol.4 №5 (2026). MAY
innovativepublication.uz

TO‘G‘RI ICHAK SARATONINI TASHXISLASH VA REZEKTABELLIGINI BAXOLASHDA KOMPLEKS TEKSHIRUVLARNING AHAMIYATI

Xasanov Doniyor Shuxratbekovich
Andijon davlat tibbiyot instituti, Onkologiya fani bo’yicha falsafa doktori (PhD)dotsenti
Orifjonov Oltinbek-Xojimurod Oybek o’g’li
Andijon davlat tibbiyot instituti 1- kurs magistri

Annotatsiya

Ushbu maqolada to‘g‘ri ichak saratonini tashxislash hamda o‘smaning rezektabelligini baholashda kompleks tekshiruv usullarining diagnostik ahamiyati o‘rganilgan. Tadqiqotda morfologik tasdiqlangan to‘g‘ri ichak saratoni bilan kasallangan 54 nafar bemor tekshirildi. Bemorlarda klinik, endoskopik, ultratovush va magnit-rezonans tomografiya usullari qo‘llanilib, ularning diagnostik imkoniyatlari qiyosiy tahlil qilindi. Tadqiqot natijalariga ko‘ra, kompleks ultratovush tekshiruvi o‘smaning ichak devoriga invaziya chuqurligini va lokal tarqalishini baholashda yuqori aniqlikka ega ekanligi aniqlandi. MRT esa mezorektal fastsiya va regionar limfa tugunlari zararlanishini aniqlashda yuqori samaradorlik ko‘rsatdi. Operatsiyadan oldingi bosqichda kompleks diagnostik algoritmdan foydalanish kasallik bosqichini aniq belgilash, davolash taktikasini to‘g‘ri tanlash hamda jarrohlik natijalarini yaxshilash imkonini beradi.

Kalit so‘zlar

To‘g‘ri ichak saratoni, MRT, ultratovush tekshiruvi, transrektal ultratovush, diagnostika, mezorektal fastsiya, metastaz, TNM klassifikatsiyasi, kolonoskopiya, rezektabellik.

Dolzarbligi. To'g'ri ichak saratoni onkologik kasalliklar orasida o'lim keltirib chiqaruvchi sabablaridan biridir. To‘g‘ri ichak saratoni tashxisi odatda barmoq bilan to'g'ri ichakni klinik tekshirish, endoskopik tekshirish (sigmoidoskopiya, kolonoskopiya), bariy xuqnasi (ikki tomonlama kontrastli texnika) va gistologik tasdiqlash orqali aniqlanadi. Biroq, bu usullar o‘sma jarayonining to'g'ri ichak devoriga kirib borish darajasini, limfa tugunlari va qorin bo'shlig'i parenximali a'zolarining metastatik jarayonda ishtirok etishini etarli darajada aniqlashga imkon bermaydi, bu esa davolashni Samarali rejalashtirish va davolashda muhim ahamiyatga ega va kasallikning kechishi uchun prognostik mezon.

Raqamli tekshiruvda ko'pincha anusdan 7-8 sm dan uzoqda joylashgan o'smalar aniqlanadi. Maxsus texnikalar anusdan 10-12 sm masofada neoplazmalarni palpatsiya qilish imkonini beradi. Yuqori ampula va rektosigmoid soxalarda joylashgan o'smalar har doim ham raqamli tekshiruvdan o'tish mumkin emas. To'g'ri ichakni barmoq bilan tekshirishning aniqligi 60-80% ni tashkil qiladi, bunda ichak devorining invazivlik darajasini va tos limfa tugunlarining holatini aniqlash mumkin emas.

Sigmoidoskopiya va kolonoskopiya tashxisni tasdiqlashning asosiy usullari bo'lib, ko'pincha o'smaning o'sishi tabiati va uning darajasi haqida to'liq ma'lumot bera olmaydi. O‘sma ichak atrofining 3/4 qismidan ko'prog'ining egallaganda osmaning chuqurligini, uning invaziyasini, ichakning aniq egilishi, ichakni tashqaridan siqib chiqarishda usullarningaxborot mazmuni kamayadiRekto-romanoskopiya 66% hollarda to'g'ri ichak saratoni shaklini, 47% da intraorganik darajada aniqlash imkonini beradi.

To'g'ri ichakni tekshirishning rentgenologik usuli ichak devori bo'ylab o'sma jarayonining darajasini aniqlashning asosiy usullaridan biri sifatida o'zini namoyon qildi, shuningdek, o'zining kamchiliklariga ega. Sun'iy gipotenziya va ikki tomonlama kontrast yordamida irrigoskopiya to'g'ri ichak saratonining o'sish shaklini aniqlashda an'anaviy texnikaning aniqligini 62% dan 87% gacha va belgilangan intraorgan darajasida 76% dan 91% gacha oshiradi.

Yuqoridagi usullarning barchasi ichak devori, pararektal to'qimalari va limfa tugunlarining zararlanishi haqida to'liq tasavvurga ega emas.

Material va uslublar. Tadqiqotda 39 yoshdan 89 yoshgacha morfologik tasdiqlangan to'g'ri ichak raki bilan kasallangan 54 nafar bemor (34 ta (62.9%) erkaklar va 20 nafar (37,1%) ayollar) ishtirok etdi. Tadqiqotga jalb qilingan kontingentning o‘rtacha yoshi 64 ± 10,8 yilni tashkil eydi. Ushbu ish 2019 yil avgustidan 2021 yil dekabrigacha bo'lgan davrda RIORIATM Andijon filliali bazasida amalga oshirildi.

Barcha bemorlar shikoyatlar tahlili va kasallik anamnezi, to'g'ri ichakni barmoq bilan tekshirish, sigmoidoskopiya, qorin bo'shlig'ining kompleks ultratovush tekshiruvi, qorinparda orti soxa, kichik tos bo'shlig'i va to'g'ri ichakning ichak bo‘shlig‘i orqali ultratovush tekshiruvidan o'tkazildi. 20 bemorda tos a'zolarining MRT tekshiruvi o'tkazildi.

Operatsiya qilingan 54 bemorda o‘smaning tarqalishi operatsiyadan keyingi gistologik tekshiruv natijalariga ko'ra tekshirildi. Agar operatsiya bajarilmagan bo'lsa, kolonoskopik tekshiruv vaqtida o‘sma to'qimalarining biopsiyasi orqali morfologik tekshirish o'tkazildi.

To'g'ri ichak saratoni bilan og'rigan bemorlarning asosiy shikoyati najasdagi qonga (83,4%). Anamnez yigilgan bemorlarning qariyb yarmi ich qotishi va najasdagi shilimshiqdan shikoyat qilgan - mos ravishda 50,1% va 38,1%. Bemorlarning uchdan bir qismi tana vaznining pasayishini qayd etdi va bu ko'rsatkich to'g'ri ichakning pastki ampulalari va anal kanali saratoni bilan og'rigan bemorlarda eng aniq bo'ldi - mos ravishda 34,8% va 37,5%.

Shunisi e'tiborga loyiqki, tp'g'ri ichak o'rta ampulyar qismi saratoni bilan og'rigan bemorlarda 31,8% hollarda to'g'ri ichakda tenezm va og'riqlar qayd etilgan, ularda tez-tez shikoyat sifatida qorin og'rig'i ham bo'lgan. Ko'pincha to'g'ri ichakdagi og'riqlaranal kanali saratoni bilan og'rigan bemorlarda bo'lgan - 37,5%. Boshqa shikoyatlar barcha shikoyatlarning 20% dan ortig'ini tashkil etmadi.

Tadqiqotda bemorlarning 68,6 foizida to'g'ri ichak saratonining asosiy asorati ichak tutilishining belgilari bo'lib, bu ko'pincha (65,5%) o'sma to'g'ri ichak yuqori ampulyar qismida joylashganida kuzatilgan. Xuddi shu guruhda kasallikning eng qisqa anamnezi topilgan - 1 oydan 10 oygacha, o'smaning o'rta ampulyar mintaqada lokalizatsiyasi bilan 66,7%, kasallik anamnezi 2,5 yildan 3 yilgacha davom etgan. O'sma anal kanalida joylashganda, bemorlarning 66,7 foizida qon ketishi kuzatildi.

Kolonoskopiyadan foydalanish har doim o'sma jarayonini aniqlash imkonini berdi, ammo faqat 25,6% da rektoskopni stenoz chegarasidan tashqariga o'tkazish va shilliq qavat bo'ylab o'smaning tarqalishini va uning ko'rinishini to'liq baholash mumkin edi. Kolonoskopiya paytida bemorlarning 74,6 foizidastenoz bilan to'g'ri ichak bo'shlig'ining doiraviy torayishi aniqlandi, asosan yuqori ampulyar qism saratonida - 65,4 foiz.

Neoplazma o'sishi shakliga ko'ra taqsimot quyidagicha ko'rsatilgan: 75 bemorda ekzofitik saraton, 32 kishida infiltrativ saraton, 16 va 17 bemorda mos ravishda likopcha shaklidagi o'sish va yarali nuqson aniqlangan.

Ultratovush va MRT ma'lumotlari 4 va 5-jadvallarda keltirilgan. To'g'ri ichak devori bo'ylab o'sma uzunligiga ko'ra, o'lchami 3,5 dan 6,5 sm gacha bo'lgan neoplazmalar eng ko'p uchradi. Yuqoridagilardan kelib chiqqan holda, to'g'ri ichak saratoni bilan og'rigan bemorlarni tekshirishning an'anaviy usullari jarrohlikdan oldingi bosqichda kasallikning to'liq malumotini to'liq shakllantirishga imkon bermaydi: yuqori ampulyar qism o'smalarini barmoq bilan tekshirish imkoni yo'q; o'sma ichak bo'shlig'ini aylanasiga toraytirib stenoz xosil qilsa rektoskopiyada neoplazmaning hajmini to'liq baholash imkoni bo'lmaydi, chunki 75% da stenoz bo'lgan joydan asbobni o'tkazish mumkin emas edi .

To'g'ri ichak saratoni bilan og'rigan bemorlarni tekshirishning navbatdagi bosqichi yuqori texnologiyali tibbiy tasvirlash usullari bo'ldi.

Keng qamrovli ultratovush tekshiruvi 3,5 MGts chastotali prob bilan transabdominal skanerlash va 7,5 MGts chastotali mikrokonveks prob bilan intrakavitar skanerlashni o'z ichiga oladi. Tadqiqot LOGIQ 400 (General Electric, AQSh) va PHILIPS IU 22 (Niderlandiya) qurilmalarida o‘tkazildi. Transabdominal skanerlash paytida qorin bo'shlig'i va retroperitoneal bo'shliqning parenximal organlari va limfa tugunlari tekshirildi. Transrektal skanerlashdan oldin tozalovchi ho'qna o'tkazildi. Tadqiqot bemorning chap tomonida o'tkazildi, intrakavitar sensorni kiritish bilan to'g'ri ichakning anatomik egri chiziqlari hisobga olindi. Dastlab, anal kanali bo'ylama va ko'ndalang tekisliklarda, uning uzunligi va devor holatinibaholash bilan tekshirildi, so'ngra to'g'ri ichakning ustki qismlari bir xil tekisliklarda tekshirildi. Probni kiritish chuqurligi o‘smaning lokalizatsiyasi bilan aniqlandi, uning pastki chegarasi ilgari raqamli tekshiruv va sigmoidoskopiya bilan o'rnatilgan. To'g'ri ichak o'zining uzunligi bo'yicha sagittal va frontal hududlarda egilish hosil qilganligi sababli, uning barchasini uzunlamasına skanerlashda ko'rsatish mumkin emas, shuning uchun o‘sma bilan zararlanish darajasi ichakning kichik tos a'zolari va tuzilmalari bilan aloqasi uzunlamasına va ko'ndalang ultratovush tekshiruvlari bilan belgilanadi.. Ichakning pastki ampulyar qismi erkaklarda prostata bezi, ayollarda esa qinga yondosh joylashgan. O'rta ampula erkaklarda seminal vazikullar va ayollarda bachadon tanasiga yondosh joylashgan. Yuqori ampulyar qism erkaklarda seminal vazikullar ustida, ayollarda esa bachadon tanasi ustida boshlanadi. Uzunlamasına va ko'ndalang skanerlashda devor qalinligi o'lchandi va uning tuzilishi baholandi. Intrakavitar skanerlashda to'g'ri ichak devori besh qatlam bilan ifodalanadi. Ultrasonik to'lqinlarni intensiv ravishda aks ettiruvchi birinchi qatlam sensorli sirt va shilliq qavat o'rtasidagi chegara hisoblanadi. Shilliq qavatdan hosil bo'lgan ikkinchi qatlam gipoekoik qatlam shakliga ega - lamina propria. Uchinchi, giperekoik qatlam shilimshiq va mushak qatlamlarini ajratib turadi, bunda intensivlik pasayganligi aks etadi. To'rtinchi qatlam - mushaklarning membranasi bilan ifodalangan intensivligi kamaygan aks ettirilgan qatlam. Yuqori intensivlikning beshinchi qatlami seroz membrana bilan ifodalanadi.

Pararektal to'qimalarning qalinligi anal kanal va to'g'ri ichakning pastki ampulyar qismi soxasida o'lchandi va o'rtacha 12-15 mm ni tashkil qildi. Transabdominal skanerlashda retroperitoneal limfa tugunlarining holati baholandi va intrakavitar tekshiruv paytida pararektal limfa tugunlari o'rganildi. Metastatik o'zgargan limfa tugunlari gipoekoik ekostruktura bilan yumaloq shaklga ega deb hisoblangan.

Tos bo'shlig'ining magnit-rezonans tomografiyasi SIEMENS SYMPHONY

(Germaniya) magnit-rezonans tomografida, maydon kuchi 1,5 Tesla va QUANTUM gradient tizimiga ega bo'lgan o'ta o'tkazuvchan magnit bilan o'tkazildi, tizimning radiochastota kanallari soni 16 ta, ko'rish maydini 50 sm, magnit tunnel diametri 60 sm, stol harakat oralig'i 250 sm, tizimda yuqori ikkilamchi shimming ishlatilgan. Shuningdek, biz GE SIGNA EXCITE magnit-rezonans tomografidan (AQSh) maydon kuchi 1,5 Tesla va HFD-S gradient tizimiga ega o'ta o'tkazuvchan magnitdan foydalandik, tizimning radiochastota kanallari soni 8 ta, ko'rish maydoni 50 smni tashkil etdi, magnit tunnel diametri 60 sm, harakat stol diapazoni 200 sm edi.

Skanerlash yonbosh suyak qanotlarining yuqori chekkasini bog'laydigan chiziqdan boshlanib son suyagi diafizning yuqori qirrasida tugadi; o'rta vaznli past vaznli bemorlarda bosqichma-bosqich terish texnologiyasiga ega bo'lgan 16 ta chastotali elementning ikkita yarmidan (yuqori va pastki) iborat bo'lgan moslashuvchan, sirtli qorin bo'shlig'i spiralidan foydalanganmiz, ortiqcha vaznli bemorlar uchun biz qorin bo'shlig'ining yuqori qismini 16 ta kombinatsiyadan foydalanganmiz. RF elementlari va 8 ta chastotali elementli statsionar orqa miya bobini va bosqichma-bosqich terish texnologiyasi. GE SIGNA EXCITE tomografidan foydalanganda biz 8 ta chastotali kanalli ikki qismli qorin katushkasini ishlatdik. Ishlatilgan barcha katushka belgilangan tomograflarning komponentlari hisoblanadi. Magnit-rezonans tomografda skanerlash protokollari vizualizatsiya uchun ma'lumotlarni yig'ish vaqtini minimal ruxsat etilgan qisqartirish bilan maksimal tasvir sifatini olishning maqsadga muvofiqligi asosida tuzilgan.

Dastlab, T2 VI ketma-ketliklari turbo-spin echo va gradient echo texnologiyalari yordamida ham mahalliy rejimda, ham yog 'to'qimasidan signalni tanlab bostirish bilan, shuningdek T1 VI, gradient-echo ketma-ketligi, shuningdek, signalni tanlab bostirish bilan amalga oshirildi. suv yoki yog '("fazada va fazadan tashqari").

MPT tekshiruvining ikkinchi bosqichi gadoliniy preparatlari bilan qon tomir ichiga dinamik kontrastni kuchaytirish bo‘lib, Bunda 17-22 soniya davomida nafasni ushlab turish bilan T1 VT gradient-echo puls ketma-ketligini ishlatildi, jami dinamik skanerlashning 5 bosqichi bor edi, 1 - kontrastsiz, mahalliy rejimda, keyin 15 soniyada ma'lumotlarni yig'ish, arterial fazaga, keyingisi dinamik skanerlashning portal bosqichiga 15 soniyadan so‘ng, yana 15 soniyadan so‘ng muvozanat venoz fazaga, yakuniy bosqich dinamik skanerlashning kechiktirilgan fazasida tasvirlash uchun 4-bosqich tugaganidan keyin 120 soniyadan keyin.

Skanerlash uchta o'zaro perpendikulyar tekislikda amalga oshirildi: sagittal, parakoronar va paraaksiyal. Sagittal tekislik oldingi yoki orqa konturlar bo'ylab to'g'ri ichak o‘smasining uzunligi bo'ylab tarqalishini baholash, shuningdek, ayollarda

bachadonga yoki erkaklarda prostata beziga o‘smaning kirib borishini baholash uchun tanlangan. Sagittal tekislikda skanerlash kesim tekisligining burchagisiz amalga oshirildi.

Keyingi qadam parakoronal proektsiyada skanerlash edi, bu tasvirni sagittal tekislikda ishlatishni anglatadi.

Parakoronar proektsiyadagi skanerlash tekisligi to'g'ri ichakning o'qi bo'ylab o'tadigan chiziq va kichik tos diafragmasiga mos keladigan chiziqdan hosil bo'lgan moyillik burchagiga to'g'ri keldi. Bu to'g'ri ichakning lateral (o'ng va chap) konturlari bo'ylab o‘sma jarayonining tarqalishini baholash uchun optimal MP-bo'limni ta'minladi va qisman volumetrik ta'sir tufayli o‘sma invaziya darajasini talqin qilishda xatolikka yo'l qo'ymadi.

Paraaksial tekislikda skanerlash sagittal va parakoronar tekisliklardagi bo'laklarni hisobga olgan holda amalga oshirildi, chunki sagittal va koronal proektsiyalarda eksenel skanerlashning noto'g'ri egilish burchagi neoplazma noto'g'ri qirrali va noto'g'ri shakllanadigan tasvirga olib kelishi mumkin. saraton tarqalish darajasini baholash noto'g'ri amalga oshiriladi. Paraaksiyal skanerlash tekisligi sagittal va parakoronar bo'limlar tekisliklariga 90 daraja burchak ostida edi.

MRT paytida yakuniy bosqich kontrastni kuchaytirish bilan uch o'lchovli ma'lumotlarni yig'ish rejimida T1 vaznli gradient-echo dinamik skanerlash bo'ldi, bu o‘sma neoangiogenezi hududlarini to'g'ri baholash va neoplazma to'qimalarida nekroz joylarini aniqlash imkonini berdi. Skanerlash tekisligi kontrastdan oldingi bosqichda MRT natijalariga ko'ra tanlangan, shunda neoplazmaning maksimal hajmi kesilgan tekislikda bo'lib, uning tashqi konturi hosil bo'ladi.

MRT va ultratovush ma'lumotlariga ko'ra, To‘g‘ri ichak devoridagi neoplazmaning semiotikasi tadqiqotda quyidagicha keltirilgan. T2 bosqichida, T2 VT da, neoplazmaning shilliqqavatiga, to'g'ri ichak submukozasiga va mushak qavatining marginal shikastlanishi bilan o'sishi aniqlandi (3-rasm), bu o'zini qo'shimcha shakllanish sifatida namoyon qildi nisbatan notekis giperintens. T2 VT da shilliq qavat va T1 IN AND da izo-hipointense. Ultratovush tekshiruvi mushak pardasining qisman infiltratsiyasi bilan shilliq va submukozal qatlamlar ichida To‘g‘ri ichak shilliq qavatining qalinlashishini ko'rsatadi.

To'g'ri ichak devoridagi o'sma ko'lamini vizualizatsiya qilishda transabdominal va intrakavitar (transrektal va transvaginal) ultratovush imkoniyatlarini baholash uchun tadqiqot muammosini hal qilish, To‘g‘ri ichak o‘smasini ultratovush tekshiruvi ma'lumotlarini qiyosiy tahlil qilish va operatsiyadan keyingi makropreparat gistologik taxlili amalga oshirildi.

Keyinchalik, 7,5 MGts mikrokonveks zondli intrakavitar ultratovush tekshiruvi o'tkazildi, bu o'simtaning anusdan masofasini aniqlashga, ichak bo‘shlig‘i atrofi segmentini aniqlash bilan uning to'g'ri ichak devorida tarqalish darajasini baholashga va devor bo'ylab uning uzunligi, atrofdagi to'qimalarga infiltratsiyasi, intratumoral va peritumoral qon oqimining tabiatini aniqlashga imkon berdi.

To'g'ri ichakdagi o'sma jarayonining ultratovush belgilari devorning qalinlashishi va uning besh qatlamli tuzilishining buzilishidir. Bizning tadqiqotimizda To‘g‘ri ichak saratonida devor qalinligi ko'pincha 16-25 mm (39,4%) va 13-15 mm (29,5%) edi.

Mezorektal fastsiyaning o'sma jarayoniga qo'shilish ehtimoli va ichak devorining qalinlashuv darajasi o'rtasidagi bog'liqlikning deterministik tahlili o'tkazildi. To'g'ri ichak saratonida mezorektal fastsiyaning ishtirok etish ehtimoli o'rtacha 69% ni tashkil qiladi.

Ichak devorining qalinlashuv darajasiga qarab, o'sma jarayonida mezorektal fastsiyaning ishtirokini aniqlash ehtimoli.

Tushuntirilgan simptom: o‘sma jarayonida mezorektal fastsiyaning ishtiroki; hajmi: 91

Tushuntirish belgilari		*Aniqlanishlarning xarakteristikalari*			
Aniqlanishlar	*Ultratovush - ichak devorining qalinligi, (mm)*	*PA*		*Enp*	*£nð*
1	*<13*	0,75	0,55	67	50
2	13-25	0,68	0,40	53	36
3	>26	0,45	0,05	11	5
Aniqlashlar tizimining umumiy xarakteristikalari	0,69	1,00		131	91

Deterministik tahlildan ("o'zgaruvchanni optimallashtirish" variantidan) foydalangan holda, o‘sma jarayonida mezorektal fastsiyaning ishtirokini aniqlash uchun ichakning qalinlashuv darajasining prognostik mezoni o'rnatildi . Ehtimoliy qiymat 91% va haqiqiyligi 11% bo'lgan bunday mezon ichak devorining qalinligi 23 mm gacha. Bu

shuni anglatadiki, to'g'ri ichak devorining 23 mm va undan ko'p qalinlashuvini aniqlash 91% ehtimollik bilan o'sma jarayonida mezorektal fastsiyaning ishtirokini anglatadi. Hozirgacha ushbu mezon adabiyotda deterministik tahlil yo'li bilan baholanmagan, uning ahamiyati bizning tadqiqotimizda birinchi marta baholangan.

To'g'ri ichak devori qalinligining o'zgarishiga qo'shimcha ravishda, neoplazmaning tarqalish darajasini baholashda o'sma jarayonida ishtirok etadigan qatlamlar soni muhim rol o'ynaydi (Barsukov Yu. Va. Hunchmansk va boshqalar (1985) kolorektal saraton tarqalishi uchun quyidagi ultratovush mezonlarini taklif qildilar:

T1 - to'g'ri ichakning shilliq qavati va submukozal qatlamida lokalizatsiya qilingan saraton;

T2 - organning mushak membranasiga infiltratsiya qiluvchi saraton, lekin ichak devoridan tashqariga chiqmaydi;

T3 - atrofdagi to'qimalarga tarqaladigan saraton;

T4 - boshqa organlarga o'sadigan saraton.

Yuqoridagi mezonlarga amal qilgan holda, to'g'ri ichakning shoxli shoxli T stadionini o'rnatish uchun intrakavitar ultratovush ishlatiladi. Yanada tez-tez

tadqiqotda jami T4 bosqichi aniqlandi - 99 bemorda (70%),

T3 bosqichi 31 bemorda (22,1%) aniqlandi, T2 - 10 (7,8%), T bosqichi] va T0 aniqlanmadi. Intrakavitar tekshiruvda T4 stadionining eng xarakterli xususiyati opuksol jarayonining tarqalishi edi.

pararektal to'qima, mintaqaviy limfa tugunlariga metastazlar bilan aniqlangan.

To‘g‘ri ichak raki bilan kasallangan bemorlarning TNM bo‘yicha ultratovush tekshiruvi sezuvchanlgi va aniqligi.

T (n=54)		**N(n=54)**		**M**		**n=54)**		
Mezon	*T2*	*T3*	*T4*	*N0*	*N1*	*N2*	*MO*	*M1*
(22)	*(18)*	*(14)*	*(22)*	*(24)*	*(10)*	*(29)*	*(15)*	
noto'g'ri ijobiy	1	3	5	16	*4*	*2*	*2*	3
Soxta negativ-lar	1	5	8	19	38	9	3	7

haqiqiy ijobiy	9	7	18	49	67	8	115	20
Haqiqiy salbiy	25	20	9	15	12	10	20	11
Sezuv-chanlik	90,4 %	90,6%	82,6%	72,2%	63,8%	47,1%	97,4%	74,0%
O'ziga xoslik	99,0 %	85,4%	93,1%	68,8%	71,4%	86,7%	90,9%	97,3%
Aniqlik	98,3 %	88,2%	89,1%	70,5%	64,7%	90,7%	96,4%	92,8%

Shunday qilib, limfa tugunlarida to'g'ri ichak saratoni metastazlarini aniqlash uchun ultratovush tekshiruvining diagnostik imkoniyatlari (1M bosqichini aniqlash) etarli emas va operatsiyadan oldingi bosqichda to'g'ri ichak saratoni bilan og'rigan bemorlarni limfa tugunlarida metastatik o'zgarishlarni aniqlashda ultratovush tekshiruvi ishonchliligi yuqori bo'lgan usul bilan to'ldirilishi kerak.

Intrakavitar ultratovush paytida o‘smaning tasvirini olishdan tashqari, qarshilik indeksini (RI) hisoblash bilan rangli Doppler xaritalash amalga oshirildi. Rangli Doppler xaritasi to’g'ri ichak saratonining T3 va T4 bosqichlarida o‘sma to'qimalarining tarqalishini baholashda murakkab ultratovush tekshiruvining cheklangan imkoniyatlari, shuningdek pararektal limfa tugunlaridagi o'zgarishlarning tabiatini differentsial diagnostika qilishdagi qiyinchiliklar tufayli instrumental diagnostikaning ikkinchi bosqichi o'tkazildi - kichik organlarning magnit-rezonans tomografiyasi.

Y. K. Kim va boshqalarga ko'ra, bizning ishimizda dinamik skanerlashning erta muvozanat bosqichidagi 15 bemorda sinovdan foydalanish. A. Huppertz va boshqalar. (2015), limfa tugunlarida metastazlarni aniqlashni oshirish uchun metastatik o'choqlarni aniqlashda statistik ahamiyatga ega (p> 0,05) yaxshilanishni ta'minlamadi, bu bizga ushbu tadqiqotga kiritilgan bemorlarni tekshirishda foydalanishdan voz kechish imkonini berdi.

Tos a'zolarining MRT diagnostik ahamiyatini hisoblashda uning yuqori Samaradorligi ham o'smaning asosiy o'chog'ining tarqalishini baholashda, ham limfa tugunlarining metastatik shikastlanishlarini aniqlashda aniqlandi. T mezoniga ko'ra, umumiy

sezuvchanlik 91,7%, o'ziga xoslik 97,3%, umumiy aniqlik 96,9%, N mezoniga ko'ra mos ravishda 88,6%, 97,7% va 94,6%.

Tos a'zolarining MP-skanerlashi to'g'ri ichakning seroz membranasidan tashqari o'sma jarayonining invaziyasini, o'smaning mezorektal fastsiyaga kirib borishini aniqlashda MRTning muhim afzalligini topishga imkon berdi.

Xulosalar.

1. To'g'ri ichak saratonida bo‘shliq ichi ultratovush tekshiruvi o‘sma xajmi T mezonga ko'ra, sezuvchanlik 88,1%, spetsifiklik- 94,0%, umumiy aniqlik - 93,8% ni tashkil etdi. Transabdominal ultratovush tekshiruvi regionar limfa tugunlari va jigarga metastazlarni aniqlash uchun tanlov usuli hisoblanadi: N mezonga ko'ra sezuvchanlik, spetsifiklik va aniqlik mos ravishda 55,7%, 79,8% va 74,2% . M mezoniga ko'ra - 85,7%, 94,1% va 94,6%. Kompleks ultratovush tekshiruvi to'g'ri ichak devoriga invaziya chuqurligini baholashda (93,8%), neoplazma darajasini aniqlashda (93,5%) yuqori diagnostik aniqlikka ega.

2. To'g'ri ichak saratonida. MRT o'sma jarayonining mezorektal fastsiyaga tarqalishini aniqlashda (96,9%), regionar limfa tugunlarida metastazlarni aniqlashda (94,6%) yuqori diagnostik aniqlikka ega.

3. To'g'ri ichak saratonining lokal-regionar tarqalishini baholashning ishlab chiqilgan algoritmi o'simaning joylashuvi va jarayonning bosqichiga qarab operatsiyadan oldingi diagnostikada MRT va kompleks ultratovush tekshiruvidan foydalanishni optimallashtirish imkonini beradi.

Foydalanilgan adabiyotlar

1. Barsukov Yu. A., Hunchmansk V. va boshqalar. Kolorektal saratonning ultratovush diagnostikasi mezonlari. — 1985.
2. Kim Y. K. va boshqalar. To‘g‘ri ichak saratonida MRT diagnostikasi va limfa tugunlari metastazlarini aniqlash samaradorligi.
3. Huppertz A. va boshqalar. Dinamik kontrastlangan MRT yordamida metastatik o‘choqlarni aniqlash usullari. — 2015.
4. General Electric LOGIQ 400 ultratovush tizimi bo‘yicha texnik qo‘llanma.
5. Philips IU 22 ultratovush diagnostik tizimi bo‘yicha texnik tavsif.
6. SIEMENS SYMPHONY magnit-rezonans tomografi bo‘yicha texnik ma’lumotlar.
7. GE SIGNA EXCITE MRT tizimi bo‘yicha texnik tavsif.
8. Zamonaviy onkologiyada to‘g‘ri ichak saratonini kompleks diagnostika qilish usullari bo‘yicha ilmiy maqolalar va klinik tavsiyalar.