

**O‘ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG‘LIQNI
SAQLASH VAZIRLIGI**

TIBBIY TA‘LIMNI RIVOJLANTIRISH MARKAZI

TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASI

**YO‘G‘ON ICHAK YALLIG‘LANISH KASALLIKLARINI
TASHXISLASH**



**Tibbiyot oliy ta‘lim muassasalari
“Terapiya” mutaxassisligi klinik ordinatorlari uchun)
O‘quv-uslubiy qo‘llanma**

Toshkent- 2021

Ishlab chiquvchi muassasa: Toshkent tibbiyot akademiyasi, 2-son fakultet va gospital terapiya kafedrası

Tuzuvchilar:

Qodirova Sh.A. – Toshkent tibbiyot akademiyasi 2-son fakultet va gospital terapiya kafedrası katta o'qituvchisi.

Salaeva M.S.- Toshkent tibbiyot akademiyasi 2-son ichki kasalliklar kafedrası dotsenti, t.f.n.

Taqrizchilar:

Hamraev A.A.-Toshkent tibbiyot akademiyasi 2-son ichki kasalliklar kafedrası mudiri, tibbiyot fanlari doktori, professor

Sobirov M.O.– Toshkent Davlat Stomatologiya Instituti 2-son terapevtik fanlar yo'nalishi kafedrası mudiri, tibbiyot fanlari doktori

Toshkent tibbiyot akademiyasining Markaziy Uslubiy Kengashida muhokama qilindi.

Majlislar bayoni № 5 14-fevral 2021y.

Toshkent tibbiyot akademiyasining Ilmiy Kengashida tasdiqlandi

Majlislar bayoni № 9 24-fevral 2021y.

OTM kengash kotibi:



Ismailova G.A.

**TOSHKENT TIBBIYOT
AKADEMIYASI KUTUBXONASI**
№ _____

Qisqartma atamalar:

ASK-aminosalitsil kislota
AQSh-Amerika Qo'shma Shtatlari
GKS-glyukokortikosteroidlar
JSSQ-jahon sog'liqni saqlash qo'mitasi
NYaK-nospetsifik yarali kolit
SRO-S reaktiv oqsil
UTT-ultratovush tekshiruvi
UQT-umumiy qon tahlili
UAT-umumiy axlat tahlili
QBT-qonning bioximik tahlili
ST-tsitostatiklar
EChT-eritrotsitlar cho'kish tezligi

Annotatsiya

Ushbu o'quv-uslubiy qo'llanmada yo'g'on ichak yallig'lanish kasalliklari (nospetsifik yarali kolit va Kron kasalliklari misolida) tushunchasi, etiologiyasi, patogenezi, tasnifi, klinik ko'rinishi, asoratlari, davolash usullari hamda , oqibati, profilaktikasi, dispanserizatsiasi to'liq zamonaviy ko'rinishda yoritib berilgan. Klinik ordinator bilishi va bajarishi kerak bo'lgan ko'nikmalar mazmuni ko'rsatib berilgan va mavzuni yoritishda xorijiy tibbiy adabiyotlardan foydalanilgan

Kirish

O'zbekiston Respublikasi Prezidenti Shavkat Mirziyoevning **“Erkin va farovon, demokratik O'zbekiston davlatini birgalikda barpo etamiz”** asarida: **“Biz yoshlarga doir davlat siyosatini hech og'ishmasdan, qat'iyat bilan davom ettiramiz. Nafaqat davom ettiramiz, balki bu siyosatni eng ustuvor vazifamiz sifatida bugun zamon talab qilayotgan yuksak darajaga ko'taramiz. Yoshlarimizning mustaqil fikrlaydigan, yuksak intellektual va ma'naviy salohiyatga ega bo'lib, dunyo miqyosida o'z tengdoshlariga hech qaysi sohada bo'sh kelmaydigan insonlar bo'lib kamol topishi, baxtli bo'lishi uchun davlatimiz va jamiyatimizning bor kuch va imkoniyatlarini safarbar etamiz”** deb alohida ta'kidlagan. Buning uchun esa mamlakatimizda oliy ta'lim tizimini yanada rivojlantirish, ta'lim sifatini ko'tarish uchun bir qator Farmon va Qarorlar chiqarilmoqda. Jumladan, O'zbekiston Respublikasi Prezidentining **2017 yil 20 apreldagi PQ -2909-son “Oliy ta'lim tizimini yanada rivojlantirish chora-tadbirlari to'g'risida”** gi Qarorida belgilangan vazifalarning 1- bandi bo'yicha belgilangan vazifalarda yangi avlod o'quv adabiyotlarini yaratish va ularni OTMning ta'lim jarayoniga keng tatbiq etish, OTMni zamonaviy o'quv, o'quv-metodik va ilmiy adabiyotlar bilan ta'minlash, axborot-resurs markazlari fondlarini muntazam yangilab borish kabilar belgilangan. Shu nuqtai nazardan tibbiyot oliy ta'lim muassasalari professor-o'qituvchilari va talabalari uchun tibbiyotning zamonaviy yangiliklari bilan boyitilgan drsliklar, o'quv qo'llanmalar va o'quv-uslubiy qo'llanmalarni yaratish maqsadga muvofiq hisoblanadi.

Mavzuning dolzarbligi

Zamonaviy tibbiyotning dolzarb muammolaridan biri ichak kasalliklari xisoblanadi. Oxirgi 10 yil ichida nospetsifik yarali kolit (NYaK) kasalligining ushbu ro'y bermokda. Shuningdek, nospetsifik yarali kolit mehnatga layoqatli bo'lgan aholining o'rtasida ko'p uchrayotganligi nogironlikning o'sishiga ham sabab bo'lmoqda. Oxirgi yillar Kron kasalligi kupayib bormokda, balki bu diagnostika takomillashib borayotgani bilan boglikdir. Shuning uchun nospetsifik yarali kolitni erta aniqlab, to'g'ri davolash, dispanser kuzatuvini olib borish- amaliyot shifokorini kasbga tayyorlashda, uning kelgusi amaliy faoliyatida muhim ahamiyat kasb etadi. Qaysi soha mutaxassisligi bo'lishidan qat'iy nazar har bir shifokor nospetsifik yarali kolitga xos belgilarni bilishi va bu bemorlarni olib borishda to'g'ri taktikani qo'llay bilishi lozim. Bu borada terapevtning gastroenterologik kasalliklarni aniqlay bilishi, tashxislashni va davolashni o'z vaqtida to'g'ri tanlay bilishi katta ahamiyatga ega.

Mashg'ulot maqsadi - nazariy bilimlarni o'zlashtirib, amaliy ko'nikmalarni egallab, ularni amaliyotda qo'llashga erishish.

Klinik ordinator bilishi kerak:

- Nospetsifik yarali kolit va Kron kasalliklari etiologiyasi, patogenezini ;
- klinikasi, diagnostikasi va qiyosiy taqqoslashni ;
- mavzu bo'yicha o'zlashtirish lozim bo'lgan asosiy dori guruhlari farmakoterapiya, farmakodinamikasi va farmakokinetikasini, ularni qo'llash, nojo'ya ta'sirlari va qo'llashga mone'liklarni;
- nomedikamentoz, medikamentoz, fizioterapiya, sanator-kurort davolashga ko'rsatma va mone'liklarni.

Bajara olishi lozim:

- Kasalliklar to'g'risida ma'lumotga ega bo'lish, kasallikka xos bo'lgan spetsifik va umumiy belgilarni aniqlash, bemorni ob'ektiv tekshirish usullarni qo'llash;
- bemorning umumiy ahvolini baholash, og'ir bo'lsa, ushbu holatdan chiqarish choralarini qo'llash;
- tekshirish (laborator, instrumental va spetsifik) usullarini belgilash;
- umumiy qon, siydik, axlat, qonning bioximik tekshirish natijalarini baholash;
- kasalxonaga yotishga ko'rsatmani aniqlash va tashkil etish;
- qiyosiy tashxisni o'tkazish, klinik tashxisni asoslash, bemorni ambulator va stasionar ravishda to'g'ri olib borishni tanlash.

Kutiladigan natija:

Vrach-terapevt sog'liqni saqlash muassasalarida to'liq mustaqil ishlay oladigan, bemorlarga yuqori malakaviy yordam ko'rsatish uchun zarur bo'lgan kasbiy faoliyati majburiyatlarni bajara olishi lozim.

Tushuncha

Nospetsifik yarali kolit (NYaK)- bu kasallik noanik etiologiyali bo'lib, yo'g'on ichak shilliq qavatining nekrotik yallig'lanishi va yara, gemorragiyalar, yiringli jarayonlarning hosil bo'lishi bilan xarakterlanadi.

Kasallik 1-marta 1842 yili K.Rokitanskiy tomonidan batafsil yoritilgandi, 1875 yili S.Wilks aW.Mosonlar kasallikning patomorfologiyasini o'rganishgan, "NYaK" termini esa 1913 yili fanga kiritilgan.

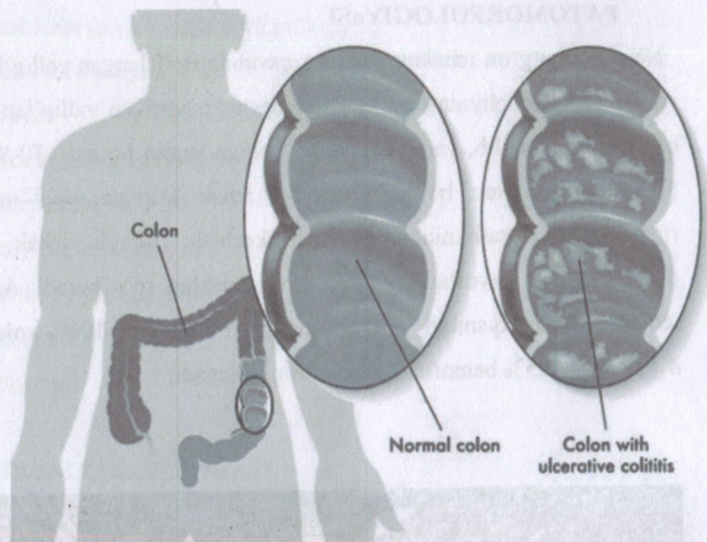
Epidemiologiyasi

Oxirgi 10 yil ichida ushbu kasallikning o'sishi ro'y bermokda, jumladan, AQShda kasallikning tarqalishi xar yuz ming aholiga 225 tani tashkil qilgan bo'lsa, G'arbiy Yevropa mamlakatlarida esa bu ko'rsatkich xar 100 ming

aholiga nisbatan olganda 40 tadan 80 tagacha uchrashi o'rganilgan. Kasallikning birlamchi uchrashi har 100 ming aholiga nisbatan 4—10 tani, bemorlarning uchrashi esa har 100 ming aholiga nisbatan 40—117 tani tashkil etadi. Hamdo'stlik mamlakatlarida kasalxonaga yotqizilgan har o'n ming aholining yetgitasida nospetsifik yarali kolit (NYaK) borligi aniqlangan. Yo'g'on ichakning total zararlanishi 25% hollarda uchraydi. Kasallikning yoshga nisban uchrashi: 18-26 yosh- 20% gacha, 30-38 yosh- 22%gacha, 52-56 yoshda -18% gacha kuzatilgan. Kasallanishning 2 cho'qqisi – 15 – 30 yosh (yuqori cho'qqi) va 50 – 65 yosh (pastki cho'qqi) hisoblanadi. Erkaklar ayollarga nisbatan ko'proq og'riydi: 1,39:1 nisbatda. Kuzatishlar kasallik oq tanlilarda negrlar va osiyoliklarga nisbatan ko'proq ekanligini ham aniqlagan. Shuningdek kasallik oilaviy beriluvchanlikka ham ega.

Etiologiyasi

Kasallik hamma vaqt yo'g'on ichakdan boshlanib, proksimal yo'nalishdan tarqaladi. Og'ir hollarda zararlanish ichak devorining shilliq osti, mushakli va seroz pardalarigacha tarqalishi mumkin. Yallig'langan psevdopolipoz va shilliq parda kriptalarini yaralanishi, qon ketish, yo'g'on va to'g'ri ichaklarda yaralarning paydo bo'lishi xos. Og'ir hollarda zararlanish ichak devorining shilliq osti, mushakli va seroz pardalarigacha tarqalishi mumkin. Kasallikni tezlashtiruvchi omillar: infeksiya (virus va bakteriyalar), ovkatlanish tarkibining buzilishi (kam kaloriyalı parhez) hisoblanadi.

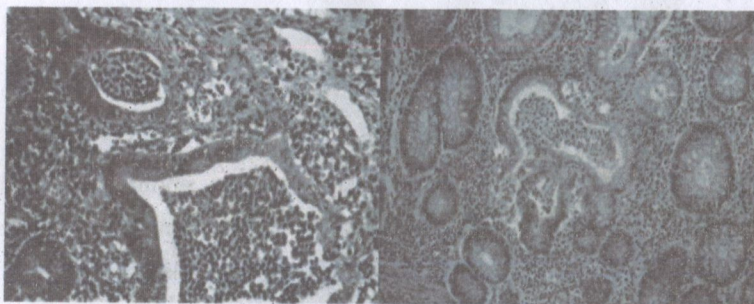


Asosiy **patogenetik omillar** quyidagilar:

- Ichak disbakteriozi — yug'on ichakdagi normal mikrofloraning buzilishi, (ya'ni muvozanatining) ichakka mahalliy toksik va allergik ta'sir ko'rsatib, immun yallig'lanishga olib keladi;
- Yo'g'on ichak shilliq qavatining oqsil molekulari va bakteriyalar antigenlariga nisbatan o'tkazuvchanligining oshishi;
- Yuton ichak devorining zararlanishi va keyinchalik esa autoantigen, unga nisbatan autoantitelalarning hosil bo'lishi; Immun komplekslarning hosil bo'lishi va autoimmun jarayon tufayli kasallikning namoyon bo'lishi.

PATOMORFOLOGIYASI

NYaKda yo'g'on ichakning shilliq qavatida ifodalangan yallig'lanish jarayoni rivojlanadi. Epiteliyning avj oluvchi destruktiviyasi va yallig'lanish infiltratlari birgalikda qo'shib, yaralar hosil bo'lishiga zamin bo'ladi. 70-80% kasallarda NYaK uchun xos bo'lgan yo'g'on ichak kriptalarining mikroabtsesslari rivojlanadi. Kasallikning surunkali kechishi tufayli ichak epiteliyining displaziyasi va devorlarining fibroz o'zgarishlari ro'y beradi. Asosan yo'g'on ichakning distal qismlari va xususan to'g'ri ichakning 100% xolda zararlanishi o'rganilgan. 25% bemorlarda pankolit rivojlanadi.



TASNIFI:

(V.D.Fyodorov, M.XLevitan - 1982 y., G.A.Grigorev, 1996 y. bo'yicha).

I. Kechishiga kura:

1. « Yashin » tezligida.
2. O'tkir
3. Surunkali kaytalanuvchi
4. Surunkali uzluksiz

P. Og'irlik darajasiga ko'ra:

1. Yengil darajali
2. O'rtacha og'irlikda
3. Og'ir darajali

III. Tarqalishiga ko'ra:

1. Total kolit
2. Chap taraflama kolit

3. Distal kolit (proktosigmoidit, proktit)

IV. Aktivlik darajasiga kura:

1. Minimal 2. Kam ifodalangan (maksimal)

V. Asoratlanish xarakteriga ko'ra:

1. Mahalliy asorotlar
2. Umumiy (tizimlar bo'yicha) asorotlar

VI. Steroid terapiyaga javoban:

1. Steroidrezistent
2. Steroidqaram

KASALLIK KLINIKASI



ASOSIY BYeLGILAR:

1. Diareya — qon, shilliq, yiringli. Kasallikning avj olgan klinikasida sutkasiga qon, shilliq, yiringli diareya 20 martani (asosan ertalab va tunda), og'ip xollarda esa 30 — 40 tani sutkasiga tashkil etadi va oxirgi holatlarda hojat vaqtida axlat

massasi fakatgina qondan iborat buladi, axlatdagi yiring esa unga qo'lansa, badbo'y hid beradi. Kasallikning boshlanishi quyidagicha bo'lishi mumkin: —dastlab bir necha kun mobaynida shilliq va qonli diareya paydo bo'ladi; —kasallik birdaniga rektal (ichakdan) qon ketish bilan boshlanishi mumkin, bu holda axlat shakllangan yoki bo'tqasimon bo'lishi mumkin; —diareya va rektal qon ketish birgalikda bezovta kilib, boshlanishi mumkin. Shunday kilib, diareya va rektal qon ketishi asosiy klinik belgilar hisoblanadi.

Diareya yo'g'on ichak shilliq, qavatining ifodalangan yallig'lanishi natijasida suv va natriy reabsorbtsiyasi pasayishi tufayli rivojlanadi. Qon ketish esa shilliq qavatning yaralanish va mo'rt qo'shuvchi to'qimaning rivojlanib, tomirlar tutamining zararlanishi ifodalanishi tufayli ruy beradi.

2. Abdominal og'riqlar — asosan xurujsimon xarakterga ega bo'lib, yo'g'on ichakning lokal kislari, ya'ni, sigmasimon, ko'ndalang chamber va to'g'ri ichak sohalarida bezovta kiladi. Og'riq hojatdan oldin kuchayadi va hojatdan so'ng pasayadi. Shuni ham aytib o'tish lozimki, NYaK uchun kuchli og'riqlar va peritonit belgilari xos emas, chunki bu kasallikda yallig'lanish jafayoni faqatgina shilliq va shilliq osti qavatlarida uchraydi, ya'ni, chegaralanadi. Paypaslaganda qorin soxasida, ya'ni sigmasimon, ko'ndalang chamber, ko'richaklar sohasida ifodalangan og'riq aniklanadi.

3. Intoksikatsiya (zndotoksemiya) sindromi — NYaK ning o'tkir va og'ir kechishida uchraydi va o'ta holsizlanish, adinamiya, haroratning ko'tarilishi, oriqlab ketish, ishtahaning pasayishi, ko'ngil aynishi, emotsional labillik depressiyaga moyillik, taxikardiya, anoreksiya, ko'ngil aynish kabi belgilarda namoyon bo'ladi.

Sistemalar bo'yicha o'zgarishlar: kasallikning og'ir kechishiga xos bo'lib ular quyidagilar:

-Poliartrit—asosan boldir—tizza, falangalararo bo'g'imlar zararlanadi, ularda harakat cheklanadi. Remissiya davrida bo'g'imlardagi o'zgarishlar yo'koladi. Ko'prok sakroilet kuzatiladi.

U NYaK klinikasi ko'rinishigacha rivojlanishi mumkin.

-Tugunsimon eritema — 2 — 3% holda uchrab, ko'prok boldirlarning tashqi yuzasida ko'plab tugunlarning paydo bo'lishi bilan xarakterlanadi. Bu tugunlar ustidagi teri rangi to'q ko'kimtir tusga, keyinchalik yashil, sariq rangga ega bo'ladi.

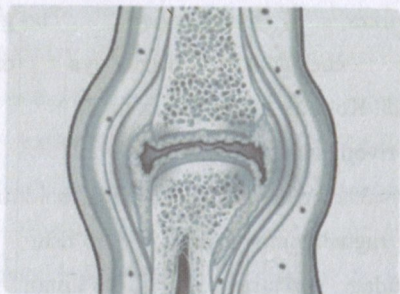
-Terining zararlanishi — gangrenozli piodermiya, terining yaralanishi o'choqli dermatit, pustulali va urtikar toshmalar ko'rinishida bo'ladi.

- Ko'zning zararlanishi— 1,5 — 3,5% bemorlarda uchrab, irit, iridotsiklit, uveit rivojlanishi mumkin.

- Jigarning zararlanishi — yog'li distrofiya, portal fibroz, surunkali agressii gepatit, jigar tsirrozi rivojlanadi.

-Og'iz bo'shlig'i shilliq qavatining zararlanishi — aftozli stomatit, glossit, gingivit ko'rinishiga ega.

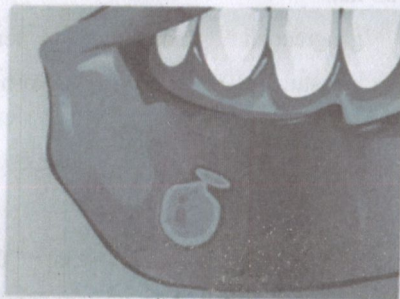
-Nefrotik sindrom — kam uchraydigan asorat hisoblanadi, shuningdek autoimmun tireodit, autoimmun gemolitik anemiya rivojlanipga mumkin.



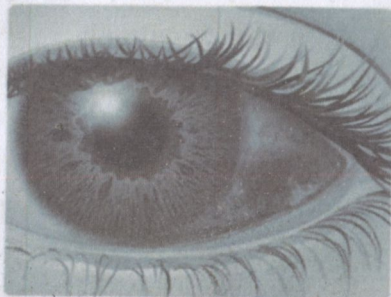
Arthritis in the peripheral joints



Inflammation of the skin



Aphthous ulcers



Episcleritis, scleritis, uveitis

Kasallikning faolligiga bog'liq bo'lmagan autoimmun buzilishlar:

- birlamchi sklerozlanuvchi xolangit, perixolangit;
- ankilozlanuvchi spondiloartrit;
- seronegativ revmatoid artrit;
- psoriaz.

Kasallik uzoq vaqt yallig'lanish va metabolik buzilishlar tufayli kechganda quyidagilar kuzatiladi:

- xolelitiaz;
- jigar steatozi, steatogepatit;
- periferik tomirlar trombozi;
- amiloidoz va osteoporoz

KASALLIKNING KYeChISH KLINIKASI

1.O'tkir kechishi — klinik belgilarning tez rivojlanishi, mahalliy va umumiy belgilarning og'irligi, asoratlarining erta rivojlanishi, yo'g'on ichakning barcha qismlarining zararlanishi bilan xarakterlanadi, ya'ni, diareyaning og'ir shakli ifodalangan ichakdan qon ketishi, vazni yo'qotish, intoksikatsiya belgilarining ifodalanishi va asoratlardan: yo'g'on ichakning toksik dilatatsiyasi, perforatsiya, peritonitlarning rivojlanishi ko'rinishiga ega.

2."Yashin" tezligida kechishi — juda og'ir kechishi va xirurgik muolaja o'tkazilishi bilan xarakterlanadi.

3.Surunkali kechishi — shakllari: a) **surunkali uzluksiz kechishi** — 6 oydan sung xam dastlabki klinik belgilarning yo'qolmasligi, ya'ni remissiya davri bo'lmasligi bilan xarakterlanadi. Qo'zg'olish ketma-ket xuruj berib, sistemalarda o'zgarishlar va remissiyaning qisqaligi bilan xarakterlanadi. b) **surunkali qaytalanuvchi shakli**

ko'proq uchraydigan shakli bo'lib, remissiya 3—6 oygacha davom etadi.

KASALLIKNING OG'IRLIK DARAJASI:

Belgilar	Yengil darajali	O'rtacha og'irlikda	Og'ir darajali
Joylashishi	Proktit, proktosigmoidit	Chap tomonlama subtotal	Subtotal
Xojat soni	4 martadan kam	5-6 marta	> 6
Axlat xarakteri	Axlat qon aralash	Axlat aralashmada ifodalangan qon	Qon laxtalarining ajralishi
Ichak devorining buzilishi	Ozroq shish, kam ifodalangan qon talash	Shish, shilliq qavatning bo'kishi eroziya va yaralar	Shilliq qavatning ifodalangan o'zgarishi
Vazni yo'qotish	10% dan kam	10 20%	> 20%
Tana temperaturasi	37 S	37 – 38 S	> 38 S
Sistem o'zgarish	Yo'q	Bo'lishi mumkin	Bor – mavjud
Asoratlari	Yo'q	Yo'q	Mavjud
EChT mm/s	26 mm/s	26 – 30 mm/s	> 30 mm/s

KASALLIKNING ASORATLARI:

1. Perforatsiya — 19% xolda, kasallik og'ir kechganda yuz beradi.

Asosiy belgilari:

—to'satdan qorinda kuchli og'riqning paydo bo'lishi —qorin old devorining lokal yoki tarqoq taranglashishi, bemor ahvolining og'irlashuvi va intoksikatsiya belgilarining kuchayishi, qorin bo'shlig'ida rentgenoskopiyasida erkin gazning aniqlanishi, taxikardiyaning paydo bo'lishi, neytrofillarning

toksik donadorligi, shuningdek, tashxis qo'yishda laporoskopiya yordam beradi.

2. Toksik dilatatsiya — yo'g'on ichakning haddan ziyod kengayishi, bunga distal nerv—mushaklarining jarayonga qo'shilishi, GKS, xolinolitiklar, ich suruvchilar sabab buladi. Asosiy belgilari: qorindagi og'riqning kuchayishi, axlat sonining kamayishi, intoksikatsiyaning kuchayishi, tana haroratining 38—39S gacha ko'tarilishi, qorin old devori tonusining kuchayishi va pasayganda yo'g'on ichakning kengayganligi, ichak peristaltikasining susayishi yoki yo'qolishi, qorin bo'shlig'i obzor rentgenografiyasida yo'g'on ichakning kengaygan joylari aniqlanadi.

3. Ichakdan qon ketish - to'g'ri ichakdan qon laxtalarining ajralishi bilan kechadv. Qon ketishining manbalari yara tubi va chegaralangan vaskulitlar, ular qon tomirlar devorlarining fibrinoid nekrozi tufayli — flebitlar — rivojlanib, ichak devorlarining yorilishi bilan kechadi.

4.Strikturalar — torayishlar, 5 yildan ko'p vaqt davomida kasallik kechganda ro'y beradi. 2 — 3 sm li sohalarda yuzaga kelib, klinikasida "ichak tutilishi" belgilari namoyon qiladi.

5. Yallig'lanuvchi poliqlar — 35 —38% hollarda rivojlanadi, irrigoskopiya kontrast modda "tutilish nuqsoni" aniqlanadigan diaqnoz kuyishda kolonoskopiya va biopsiya xam muhim ahamiyatta ega bo'lib, tasdiqlanadi

6. Yo'g'on ichak rakining rivojlanishi.

LABORATOR VA INSTRUMENTAL TAYEKSHIRUVLAR NATIJASI:

1. UQT — umumiy qon tahlili — anemiya postgemorragik, temir yetishmovchiligi, autoimmun gemolitik anemiya, retikulotsitlarning paydo bo'lishi, leykotsitoz, EChTning oshishi.

2. UPT — og'ir kechganda proteinuriya, mikrogematuriya.

3. Qonni bioximik tekshirish — umumiy oqsil miqdori, albuminlar kamayadi, alfa—2, gammaglobulinlar oshadi, giperbilirubinemiya, ALT aktivligi oshadi.

4. Koprologik tahlil — mikroskop ostida qaraganda, leykotsitlar, eritrotsitlar va ko'p miqdorda ichak epiteliysining to'planishi aniqlanadi. Tribule sinamasi, (ya'ni axlatda oqsilning erib ketishi o'ta musbat buladi. Bakteriologik tekshiruv: disbakterioz ko'rinishi, ya'ni proteylar, esheriyxiylar, stafilokokk, zamburug'lar, ichak tayoqchasining ko'pi miqdorda topilishi aniqlanadi. Mikroskop: axlat bo'tqasimon yoki suyuq bo'lib, qon, yiring, shilliq aralash buladi.

Endoskopik tekshiruv (rektoromonoskopiya, kolonoskopiya, sigmaskopiya va gistologik tekshiruvlar bilan).

Endoskopik o'zgarishlar:

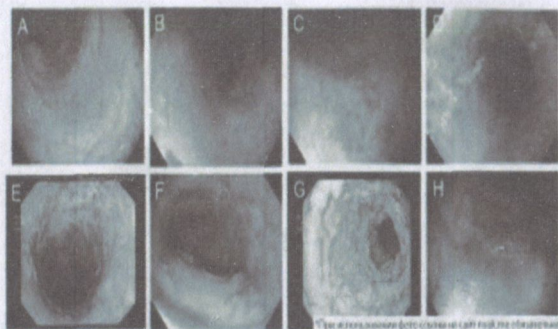
Yengil darajalida — shillik kavatning diffuz yallig'lanishi aniqlanadi, tomirlar "rasmining" bo'lmasligi, eroziylarning bir yoki kam miqdordagi yaralarning bo'lishi, jarayonning asosan to'g'ri ichakda joylashishi kuzatiladi.

O'rtacha og'irlikda:

"shilliq qavatning donador" xarakterga ega bo'lishi, kontakt qon ketish, noto'g'ri shaklga ega va yuzasi shilliq, fibrin, yiring bilan qoplangan jarayonning asosiy yo'g'on ichakning chap tomonda joylashishi kuzatiladi.

Og'ir kechishida:

o'ta ifodalangan nekroz xarakterli yallig'lanish, ifodalangan yiringli ekssudatsiya bo'lishi, spontan qon quyilishi, mikro abtsesslar, psevdopoliplar bo'lishi, jarayonning yo'g'on ichakning barcha qismini zararlashi aniqlanadi. Kolonoskopiya ichak devorining qisqarishi, uning torayishi kuzatiladi.



Gistologiyada — biopsiyada faqatgina shilliq va shilliq osti qavatini egallovchi yallig'lanish infiltratlari aniqlanadi. Shuningdek, limfotsitlar plazmatik hujayra va eozinofillar ustun bo'lishi, yara tubida esa granulasi to'qima va fibrinlar topiladi.

6. Rentgenologik tekshiruv (irrigoskopiya) NYaK uchun ichak shilliq qavati shishi, relefining o'zgarishi, psevdopolipoz, gaustalarining yo'qolishi, muftligi, torayishi, ichak qisqarishi va qalinlashishi, yara nuqsonlar topilishi xos. Shilliq qavatining "donadorsimon" o'zgarishi rentgenologik eng erta belgi hisoblanadi, bu belgi, shilliq qavatning shishi tufayli ichak yuzasi notekis bo'lib qoladi.

НЯК. Ирригоскопия



NYaKning morfologik mezonlari:

- Shilliq qavatning diffuz limfoplazmotsitar infiltratsiyasi; v strome slizistoy obolochki
- Xuruj paytida infiltratda segmenyadroli leykotsitlar, kripta va kriptoabtsesslar bo'lishi;
- qadahsimon hujayralarning kamayishi;
- epiteliy yuzasining zararlanishi (eroziya) yoki shilliq qavatda yarali nuqson topilishi.

NYaKning mikrobiologik mezoni: shigella, salmonella, iersiney, kampilobakteriya va klostridiylarga nisbatan serologik, bakteriologik va PZR testlar natijalarining manfiyligi

QIYOSIY TAQQOSLASH:

1. Dizenteriya bilan o'tkaziladi. Ko'p belgilari bir —biriga juda o'xshaydi. Tashxis qo'yishda axlatni bakteriologik tekshirish katta ahamiyatga ega.
2. Amyobiaz bilan NYaKga uxshash tomoni — diareya va uning qon va shilliqli bo'lishi, haroratning ko'tarilishi intoksikatsiya belgilarining bo'lishi. Farq qilinadigan belgilari: axlat "malina qiyomi"ga o'xshash tusda, axlatda "qurbaqa ikrasimon" shishasimon shilliqning to'planishi, axlatda amyobaning to'qimasimon va gistologik shakllarining topilishi, rektoromonoskopik xarakterli o'zgarishlar: ya'ni kam o'zgarigan shilliq qavat giperemiyasi, notekis chetli, "suzmasimon" nekrotik massa bilan to'lgan, turli o'lchamli yaralarning topilishi aniklanadi.

3. KRON kasalligi bilan taqqoslash:

Bu oshkozon — ichak traktining turli qismlarni asosan yo'g'on va ingichka ichakning nospetsifik granulematozi yallig'lanishi bo'lib, segmentlarni zararlashi, kaytalanib turishi, yallig'lanish infiltratlari, chukur uzunasiga ketuvchi yaralar tashqi va ichki oqmalar, striktura, perianal absesslarning rivojlanishi bilan xarakterlanadi. Asosan yonbosh ichakning terminal kismi (85—90%) zararlanadi. Makroskopik NYaKdan farqli ularok, ichak devorining barcha katmlarini qamrab oluvchi "aftodli" o'choqli yaralar ko'zga tashlanadi. Shuningdek, "to'g'nog'ichsimon ko'prikchalar" — ya'ni, shilliq qavatlararo shish va ko'plab yaralanishlar xos. Mikroskopik yallig'lanish infiltrati, ya'ni, limfotsitlar, plazmatik hujayralar va eozinofillardan tashkil topib, ular asosida sarkoidsimon granulemali Pirogov—Langans gigant hujayralari aniklanadi.

Qiyosiy tashxisi

NYaK va Kron kasalligining qiyosiy tashxisi 1-Jadval

Belgilari	NYaK	Kron kasalligi
Axlatning qonli bo'lishi	90% qon aralash, qon laxtalari, maasiv qon ketish	Streptokokkli infeksiyadan 1-3 kundan so'ng rivjlanadi
Ichakdan qon ketish (axlatning qonli bo'lishi)	90% qon aralash, qon laxtalari, maasiv qon ketish	20-40% , qon ketish kam
Abdominal og'riq	Asosan xurujsimon	Ko'p holda,doimiy, o'ng tomonlama, qorinning pastida
Diareya	Suvsimon, badbo'y	Ko'piksimon
Tenezmalar	95 % holda	Xos emas
Vazn yo'qotilishi	Doimiy emas, og'ir holda	Xos, doimo, ayniqsa ingichka ichak zararlanganda
Joylashishi	To'g'ri ichak, sigmasimon ichak, total zararlanish	Terminal, qizilo'ngachdan to to'g'ri ichakkacha, total zararlanish
Zararlanish chuqurligi	Shilliq, shilliq osti	Barcha qavat
Gistologik ko'rinishi	Kripta, abtsess	Sarkoidli granulema
Ichak tutilishi	Xos emas	Ko'p holda
Ichak yoriqlari	Xos emas	Xos
Aftoz yaralar	Xos emas	Xos
Chiziqli yaralar	Xos emas	Xos

Bajara olishi lozim:

- Kasalliklar to'g'risida ma'lumotga ega bo'lish, kasallikka xos bo'lgan spetsifik va umumiy belgilarni aniqlash, bemorni ob'ektiv tekshirish usullarni qo'llash;
- bemorning umumiy ahvolini baholash, og'ir bo'lsa, ushbu holatdan chiqarish choralarini qo'llash;
- tekshirish (laborator, instrumental va spetsifik) usullarini belgilash;
- umumiy qon, siydik, axlat, qonning bioximik tekshirish natijalarini baholash;
- kasalxonaga yotishga ko'rsatmani aniqlash va tashkil etish;
- qiyosiy tashxisni o'tkazish, klinik tashxisni asoslash, bemorni ambulator va statsionar ravishda to'g'ri olib borishni tanlash.

Kutiladigan natija:

Vrach-terapevt sog'liqni saqlash muassasalarida to'liq mustaqil ishlay oladigan, bemorlarga yuqori malakaviy yordam ko'rsatish uchun zarur bo'lgan kasbiy faoliyati majburiyatlarni bajara olishi lozim.

Tushuncha

Nospetsifik yarali kolit (NYaK)- bu kasallik noanik etiologiyali bo'lib, yo'g'on ichak shilliq qavatining nekrotik yallig'lanishi va yara, gemorragiyalar, yiringli jarayonlarning hosil bo'lishi bilan xarakterlanadi.

Kasallik 1-marta 1842 yili K.Rokitanskiy tomonidan batafsil yoritilgandi, 1875 yili S.Wilks aW.Mosonlar kasallikning patomorfologiyasini o'rganishgan, "NYaK" termini esa 1913 yili fanga kiritilgan.

Epidemiologiyasi

Oxirgi 10 yil ichida ushbu kasallikning o'sishi ro'y bermokda, jumladan, AQShda kasallikning tarqalishi xar yuz ming aholiga 225 tani tashkil qilgan bo'lsa, G'arbiy Yevropa mamlakatlarida esa bu ko'rsatkich xar 100 ming

Mavzuning dolzarbligi

Zamonaviy tibbiyotning dolzarb muammolaridan biri ichak kasalliklari xisoblanadi. Oxirgi 10 yil ichida nospetsifik yarali kolit (NYaK) kasalligining usishi ro'y bermokda. Shuningdek, nospetsifik yarali kolit mehnatga layoqatli bo'lgan aholining o'rtasida ko'p uchrayotganligi nogironlikning o'sishiga ham sabab bo'lmoqda. Oxirgi yillar Kron kasalligi kupayib bormokda, balki bu diagnostika takomillashib borayotgani bilan bog'likdir. Shuning uchun nospetsifik yarali kolitni erta aniqlab, to'g'ri davolash, dispanser kuzatuvini olib borish - amaliyot shifokorini kasbga tayyorlashda, uning kelgusi amaliy faoliyatida muhim ahamiyat kasb etadi. Qaysi soha mutaxassisligi bo'lishidan qat'iy nazar har bir shifokor nospetsifik yarali kolitga xos belgilarni bilishi va bu bemorlarni olib borishda to'g'ri taktikani qo'llay bilishi lozim. Bu borada terapevtning gastroenterologik kasalliklarni aniqlay bilishi, tashxislashni va davolashni o'z vaqtida to'g'ri tanlay bilishi katta ahamiyatga ega.

Mashg'ulot maqsadi - nazariy bilimlarni o'zlashtirib, amaliy ko'nikmalarni egallab, ularni amaliyotda qo'llashga erishish.

Klinik ordinator **bilishi kerak:**

- Nospetsifik yarali kolit va Kron kasalliklari etiologiyasi, patogenezi;
- klinikasi, diagnostikasi va qiyosiy taqqoslashni;
- mavzu bo'yicha o'zlashtirish lozim bo'lgan asosiy dori guruhlari farmakoterapiya, farmakodinamikasi va farmakokinetikasini, ularni qo'llash, nojo'ya ta'sirlari va qo'llashga mone'liklarni;
- nomedikamentoz, medikamentoz, fizioterapiya, sanator-kurort davolashga ko'rsatma va mone'liklarni.

Xulosa

Yo'g'on ichak yallig'nish kasalliklari kelib chiqish sabablari, shu kasalliklarning etiopatogenezi, klinik kechishining o'ziga xosligi, qoldiradigan asoratlari, davolash printsiplarining o'ziga xosligi bilan dolzarb mavzu bo'lib hisoblanadi. Ushbu qo'llanmani yozishda oxirgi yillarda olib borilgan ilmiy izlanishlar va zamonaviy teshirishlardan olingan ma'lumotlardan foydalanilgan. U umumiy amaliyot shifokorlariga bemorlarni to'g'ri tashxislash va to'g'ri davolash, kasallik oqibatlarini bilish va oldini olish choralarini ko'rishni o'zlashtirishni maqsad qilgan. Yo'g'on ichak yallig'nish kasalliklari va ularning asoratlari jiddiy tibbiy-ijtimoiy muammoni tashkil qiladi va shu tufayli ularni yanada chuqurroq o'rganish zamon talabi hisoblanadi. Bu esa o'z navbatida gastroenterologiya sohasini dalillarga va standartga asoslangan zamonaviy o'quv-uslubiy qo'llanmalar yaratishni taqozo etadi.

DISPANSERIZASIYA

NYaK dispanserizatsiyasi (2017 yil)

Maqsad: kasallikning qaytalanishiga yo'l qo'ymaslik va kolorektal rakning oldini olish:

NYaKli bemorlar butun umri davomida "D" kuzatuvida bo'ladi. Klinik remissiya davrida kolonoskopiya har 3 yilda o'tkaziladi. Har 6 oyda axlat tahlili kalprotektonga tekshiriladi.

Kron kaslligi dispanserizatsiyasi (2017 yil):

1. Har 3 oyda UQT (immunosupressor olayotgan bemorlar), SRO ni, axlat tahlili kalprotektonga tekshiriladi.
2. Yiliga 1 marta ichaklar rentgenogik va MR tekshiruv, to'g'ri ichakni va perianal sohani teshirish lozim. Endoskopik tekshiruv individual tarzda hal qilinadi.
3. Har 6 oyda bir marta maxsus datchik orqali ichaklar UTI tavsiya etiladi.

Profilaktikasi

A. Bemor organizmidagi patogen omillar o'chogini aniqlash va bartaraf qilish, o'z vaqtida davolash sog'lom hayot tarziga rioya qilish organizmni chiniqtirib, kasallikning oldini oladi.

B. Sovqotish va shamollash oldini olish.

V. NYaKli va Kron kasallikli bemorlarni tuzalguncha davolash va unig surunkali turiga o'tmasligiga erishish. Ularni dispanser nazoratiga olib, kasallikning qo'zishiga va asoratlanishiga yo'l qo'ymaslik chora-tadbirlarini shifokor ishlab chiqish va amalga oshirishi lozim.

Nospetsifik yarali kolitni davolash

Asosiy maqsad: remissiyaga erishish, remissiya davrini GKS larsiz, hayot tarzini yaxshilash, soʻratlarning oldini olish va jarrohlik muolajasining oldini olish

Davolashda kasallikning faollik darajasi, zararlanishi sohasi, bemor yoshi, xurujlar soni, asoratlarning mavjudligi yoki yoʻqligi va oldin oʻtkazilgan terapiyadan samaradorlik hisobga olinadi.

1. Parhez stoli № 4. Qoʻzish davrida oqsil mahsulotlarini 110 — 120 gr. gacha oshirish kerak, (yogʻsiz goʻsht, baliq, tuxum, bugʻda pishirilgan omlatlar shaklida), yogʻni 60 grammacha cheklash, uglevodlar — 250 gr. gacha {kuprok kletchatkani cheklash}. Bemor ahvoli yaxshilangach, 4 b, 4 v — parhez stollariga oʻtkazish lozim, kasallik ogʻip kechganda avaylovchi parhez, yaʼni, hayot uchun zarur boʻlgan, oson hazm boʻluvchilar (aminokislotalar, glyukoza, mineral moddalar, polivitaminlar, peptidlar) tavsiiya etiladi.

Bemor 15% dan ortiq vaznni yoʻqotganda oʻmrov osti venaga kateterizatsiya yoʻli orqali almashtirib boʻlmaydigan aminokislotalar, oksil preparatlari yuboriladi. Emulsiyalardan (intralipidlar, lipofundin), glyukoza eritmasi, elektrolitlar yuboriladi.

II BAZIS TYeRAPIYA:

1.5 ASK ushlovchi preparatlar, sulfasalazin, sulfapiridin va 5 aminosaltsil kislotaning qoʻshma preparati. Ichak florasi taʼsirida sulfasalazin, sulfapiridin va 5 ASKga parchalanadi, 5 ASK leykotrien sintezini, prostoglandin va yalligʻlanish mediatorlarini kamallaydi, shuningdek, uning antibakterial taʼsiri ham borligi aniklangan. Salitsilosulfanilamid vositalar kasallikning barcha ogʻirlik darajalarida samarali boʻlib, remissiyaga olib keladi va zoʻrayishlar sonini kamaytiradi.

Sulfasalazin 0,5-1 g. dan kuniga 4 marta klinik belgilar kamayguncha, soʻngra qaytalanishlar profilaktikasi uchun kuniga 1,5-2 g. dan uzoq muddat davomida

(2 yilgacha). Sulfasalazin ovkatlanish urtasida beriladi, asosan ichga yoki davolovchi klizma, sham sifatida to'g'ri ichakka yuboriladi. Sulfasalazin ovkatlanish urtasida beriladi, asosan ichga yoki davolovchi klizma, sham sifatida to'g'ri ichakka yuboriladi. Kasallikning yengil va o'rtacha og'ir darajalarida sulfasalazin sutkasiga 3—4grammdan , og'ip darajasida sutkasiga 8 — 12 gr. tavsiya etiladi. Birinchi kun 1 x 4 maxal, ikkinchi kun 2x4 mahal, keyinchalik 3 — 4 tabletkadan 4 mahal buyuriladi. Remissiya davrida ham davolash davom etdirilib, 3,5 — 4 haftagacha tavsiya etilgan dozada qabul qilinadi, keyin esa xar 3—5 haftada.

NOJO'Ya TA'SIRI

oshqozon—ichak traktining buzilishi, bosh og'rig'i, isitma, artralgiya, agronulotsitoz, tsantsitopeniya, gemorragik sindrom, granulëmatozli gepatit, oligospermiya va bepustlik

Sulfasalazin ichakda folat kislotaning surilishini tormozlaydi, shuning uchun ham folat kislotasini 0,002 x 3 mahal kuniga tavsiya etiladi.

Salazodimetoksin 0,5 g. dan kuniga 4 marta, 3-4 hafta davomida, so'ngra 0,5 g. dan kuniga 2-3 martadan, 2-3 hafta davomida buyuriladi .

Mesalazin — 400-800 mg. dan kuniga 3 marta 8-12 hafta davomida; qaytalanishlar profilaktikasi uchun 400-500 mg. dan kuniga 3 marta, zarurat bo'lganda bir necha yil davomida. Dorini ovqatdan keyin qabul kilib, so'ng ko'p miqdorda suyuqlik ichish lozim. Chap tomonlama NYaK da preparat rektal (sham va klizmalar) qabul qilinishi mumkin. Sulfasalazin preparatini ko'tara olmaslikda va uni qo'llash kam samarali bo'lgan holatlarda tavsiya etiladi.

2).Glyukokortikoidlar — yallimanish uchoklarida tuplanib, araxidon kislotasi ajralishini qamallaydi, yallig'lanish mediatorlarini mediatorlari hosil bo'lishini bartaraf etadi, kapillyarlar o'tkazuvchanligini kamaytiradi va immunodepressiv ta'sirga ega.

GKS ga ko'rsatma:

GK – kasallikning o'tkir shakllarida, og'ir qaytalanishlarda va o'rta og'ir shakllarida aktivlik darajasi III va og'ir kechishi, ichakdan tashqari asoratlarning mavjudligi, boshqa davolash usullaridan samaradorlikka erishmaslikda, dori vositalari (DV) ga rezistentlik rivojlanganda tavsiya etiladi. Distal va chap tomonlama kolitlarda – **gidrokortizon** 100-250 mg. dan kuniga 1-2 marta, rektal tomchilab yoki mikroklizma qilib yuboriladi. Preparat samarali ta'sir qilganda uni har kuni 1-hafta davomida, so'ngra kun-ora 1-2 hafta davomida, so'ngra sekin – asta 1-3 hafta davomida preparat bekor qilinadi. **Prednizolon** kuniga – 1 mg/kg ichishga, o'ta og'ir hollarda kuniga – 1,5 mg/kg. O'tkir huruj davrida kuniga 240-360 mg. dan v/i ga yuborishga ko'rsatma berilishi mumkin, keyinchalik og'iz orqali qabul qilishga o'tiladi. Klinik holat yaxshilanganidan 3-4 hafta o'tgach, prednizolonning dozasi asta – sekin 40-30 mg.gacha kamaytiriladi, so'ngra davolashga sulfasalazinni qo'shish mumkin, prednizolon keyinchalik to'liq istisno qilinadi.

GKS lar cheklangan bemorlarga ularni sham yoki klizma shaklida kullash mumkin.

Steroid terapiyaga asosiy o'zgarishlar: (JSSQ EK 2017 y):

1. GKS terapiya davomiyligi 12 haftadan oshmasligi kerak.

2. GKS larning dozasi bemorning og'irligiga ko'ra emas, balki kasallikning faollik darajasiga qarab tanlanadi

3. GKS larning maksimal dozasi 60 mg metilprednizolonga (75 mg prednizolon) qarab hisoblanad, faqatgina juda og'ir kechayotgan NYaK bundan mustasno..

4. GKS larning peroral va vena ichiga yuboriladigan dozasi ekvivalent hisoblanadi.

3) Sitostatiklar (ST) — NYaK da immun mexanizmi bartaraf etadi. Qisqa davolash kursi (3—4 haftagacha), azatioprin (2 — 2,5 mg) kg og'irlikka nisbatan, keyinchalik doza kamaytirilib tuxtatiladi. Keyingi yillarda tsiklosporinning immunitetning hujayra qismiga ta'sir etib, T—xelpirli limfotsitlar funktsiyasi va interleykin aktivligini kamaytirishi aniqlandi. NYaKda bu preparatni 15 mg/kg og'irlikka nisbatan sutkasiga 2 hafta mobaynida, keyinchalik ushlov turuvchi dozada qoldirish tavsiya etiladi. Preparat suyak iligiga ta'sir ko'rsatmaydi, ammo, buyrakka toksik ta'sir ko'rsatishi mumkin.

4. "O'rab oluvchi va burishtiruvchi diareyaga qarshi preparatlar: Ularni sutkasiga axlat 4 martadan oshganda buyuriladi.

5. Metabolik o'zgarishlar korrektsiyasi va anemiyani davolash. Shu maksadda vena ichiga albumin, amyanokislotalar aralashmasi, plazma, tuzli eritmalar, glyukoza tavsiya etiladi, anemiyaga qarshi vena ichiga tomchi shaklida polifer 400 ml, mushak orasiga ferrumlek, og'ir anemiyada — eritrotsitar massa buyuriladi.

6. Antibiotiklar bazis terapiyaga qo'shimcha shaklda tavsiya etiladi. (masalan, ampitsillin 2 g. dan yoki tsiprofloksatsin 0,5 g. dan v/i har 12 soatda). Shuningdek, NYaKni davolashda probiotiklarni qo'llash ham ijobiy natija berishi aniqlangan.

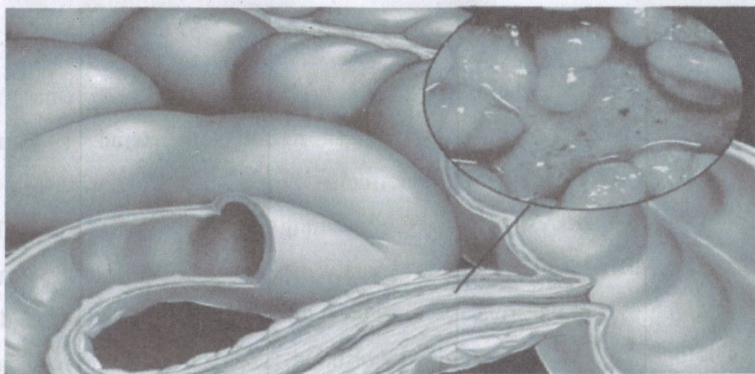
Xirurgik davolash : Ichak strikturalarida, kartsinomaga shubha qilinganda ♦ Konservativ davolashning samarasizligida, kasallikning tez rivojlanishida ♦ O'smirlarda bo'y o'sishi to'xtaganda va buni konservativ davolash samara bermaganda ♦ Shilliq qavatning displaziyasi ♦ Kasallikning 10 yildan ortiq muddat davomida kechishi (rak rivojlanishining havfi juda yuqori) • Konservativ davolash samara bermaganda (kam hollarda yuzaga keladi) ko'p qon ketish ♦ Perforatsiya

♣ Toksik megakolon (intensiv medikamentoz terapiya 24-72 soat davomida samarasizligida).

KRON KASALLIGI

Tushuncha: KRON kasalligi-yo'g'on ichakning - surunkali nospetsifik yalliglanish kasalligi bulib, oshkozon — ichak traktining turli qismlarn (qizilo'ngachdan to to'g'ri ichakkacha) asosan yo'g'on va ingichka ichakning nospetsifik granulematozi yallig'lanishi bo'lib, segmentlarni zararlashi, kaytalanib turishi, yallig'lanish infiltratlari, chukur uzunasiga ketuvchi yaralar tashqi va ichki oqmalar, striktura, perianal absesslarning rivojlanishi bilan xarakterlanadi.

Kasallik hakida birinchi bo'lib Kron va hammualliflari (Crohn, Jinzburg, Oppenheimer) 1932 yilda ma'lumot berishgan. Mualliflar jarayon yonbosh ichakning terminal qismida joylashganligini kuzatishgan va "terminal ileit" deb atashgan (**ba'zida regionar, granulamatoz enterit** deyiladi).



Epidemiologiyasi

Oxirgi 10 yil ichida ushbu kasallikning o'sishi 5 barabar oshgan.

Kasallik yer yuzining turli mamlakatlarida uchrashi har 100000 ta aholiga nisbatan 35-150 tasida uchraydi va ushbu kasallik bilan 1,5 mln.kishi og'riydi,

ayollar va erkaklar bir xilda xastalanadilar, ko'prok 20-40 yoshda uchraydi.. Qizilungachda, me'da, 12 barmok ichakda va perianal soxada Kron kasalligi baribir kam uchraydi. (Rossiya proktologiya ITI ma'lumotidan 10 yil ichida 83 bemor kuzatilgan) 2-25% xollarda ingichka ichak Kron kasalligi perianal sohadagi shunga o'xshash o'zgarishlar bilan birgalikda kuzatilgan. Undan ham ko'prok (60-70%) bu o'zgarishlar yo'g'on ichak Kron kasalligida uchraydi.



Etiologiya va patogenez. Kasallikning etiologiyasi aniqlangan emas, fakat kasallikning rivojlanishni tushintiradigan nazariyalar mavjud. 1. Bauginit nazariyasi 3. Infektsion, allergik, autoimmun agressiya nazariyalari yetarli isbot topa olmadi. 4. Irsiy nazariya (kasallikning oilaviy shakllari kuzatilgan: egizaklarda, aka-ukalarda).Hozirda kasallik belgilarini chaqiruvchi 34 ta gen aniqlangan.5. Virus nazariyasi – oxirgi vaktlarda ancha e'tibor tortmokda. 6. Immunologik nazariya – mineralokortikoid vositalar bilan davolashning samarali bo'lishi kasallikka immun tizimning alokasi borligini isbotlaydi. 7. Limfatik nazariya –eng tarkalgan nazariya, chunki limfatik tizimdagi buzilishlar (limfa tarmoqlarining yopilib kolishi) ichak devorining granulamatoz yallig'lanishiga olib keladi, deb hisoblanadi.

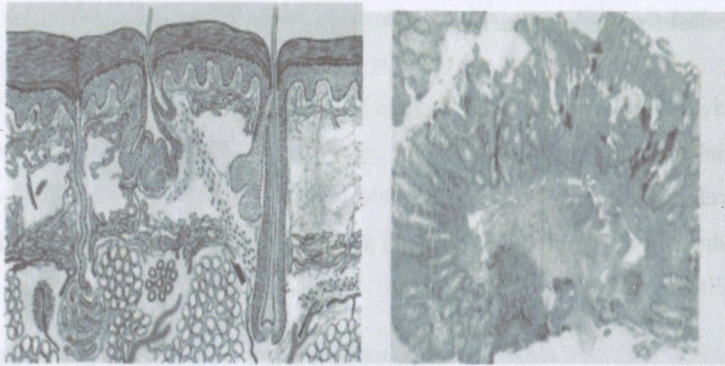
Tezlashtiruvchi omillar:

1. Irsiy moyillik;
2. Chekish, alkagol qabul qilish;
3. Ekologik nomutanosiblik;
4. Oshqozon-ichak trakti shilliq qavati surunkali yallig'lanishi bilan kechuvchi kasalliklar.

Patanatomiyasi

Ichak devori shishgan, kalinlashgan, chandiqli o'zgargan (devorning hamma qavatlarini yallig'langan). Shilliq qavat «toshlok yo'l» ko'rinishida (yarali-granulamatoz joylar deyarli o'zgarmagan shilliq qavat bilan almashinadi). Bir-biridan uzoqda joylashgan patologik jarayonli joylar bo'lishi xususiyatli buladi ("kenguru sakrashi" belgisi).

Mikroskopiyada – infiltratsiyali nekrotik-chandiqli yallig'lanish, shilliq qavat osti qavatidagi limfatik follikulalarning shishi va giperplaziyasi, retikuloendotelial va limfoid unsurlarning proliferatsiyasi, granulemalar (gigant va epitelioid xujayralardan iborat. Ichak devorining barcha qavatlarining jarayonda ishtirok etishi intramural abstsesslar hosil bo'lishiga, atrof to'qimalarda yallig'lanish bo'lishiga, a'zolarning o'zaro yopishib ichki oqmalar va ichaklararo abstsesslar paydo bo'lishiga olib keladi. Shuningdek, "to'g'nog'ichsimon ko'priklar" — ya'ni, shilliq qavatlararo shish va ko'plab yaralanishlar xos.



TASNIFI:

Yoshga nisbatan: 40 yoshgacha, 40 yoshdan so'ng

Joylashishi bo'yicha:

— Terminal ileit

— Kolit

— Ileokolit

OIT yuqori qismi

Kechishiga ko'ra:

— Strikturasiz, penetratsiyasiz

-- Strikturali

- Penetratsiyali

Klinikasi

Kasallikning asosiy belgilari:

- diareya (bo‘tqasimon,kuniga 2-3 marta);
- qorinda og‘riq (engil diskomfortdan to o‘tkir xurujsimon, asosan o‘ng yonbosh tomonda);
- isitma (subfebrilitet);
- vazn yo‘qotilishi (kaxeksiya; so‘rilishning yomonligi tufayli

Ob‘ektiv ko‘rik: qorin asimmetriyasi, paypaslaganda kattik infiltrat (ichak devori shishi yoki ichaklar aro abtsees hisobiga) aniqlanadi. Perianal soha ko‘zdan kechirilganda anal yoriqlar, proktit yoki ili paraproktit belgilari topiladi.

Kasallikning bosqichlari:

1.O‘tkir bosqichi – boshlanishi utkir va klinik belgilari buyicha o‘tkir appenditsitni eslatadi. 2. O‘tkir osti boskichi - ichakda yarali jaroxatlanishlar soni, granulemalar paydo bo‘lishi ko‘payadi va ichakda segmentar stenoz yuzaga keladi. 3. Surunkali bosqichi – ichak devoridagi sklerotik jarayon yanayam tarkalib boradi va asoratlar rivojlanadi. Kasallikning o‘tkir davrida biroz diareya va ozish kuzatiladi. Keyinchalik esa ich ketishlar soni ko‘payib boradi (charchatadigan), ozish, qorinda ko‘proq o‘ngda og‘riqlar paydo bo‘ladi (shu sohada ko‘pincha infiltrat paypaslanadi). Og‘riqlar ichak torayishi natijasida o‘tkazuvchanligi buzilishi tufayli paydo bo‘ladi (to‘lg‘oqsimon ogriklar), ba‘zida kisman ichak tutilishining boshqa belgilari ham yuzaga chiqadi. Infiltratlar palpatsiyada qattiq va og‘riqli bo‘ladi. Jarayon to‘g‘ri ichakda joylashganda, ko‘pincha, tashqi oqmalar, pararektal abstsesslar rivojlanadi. 60 % dan oshiq bemorda ichakdan qon ketish kuzatiladi (ko‘pincha “yashirin qon ketish”).

Joylashishiga ko'ra klinikasi:

1. Og'iz bo'shlig'i Kron kasalligi: aftozli yaralar, xeylit va granulematozi sialadenit belgilari.

2. Oshqozon va 12 barmoqli ichak Kron kasalligi .Klinikasi peptik yarani eslatadi (epigastral og'riq, ovqatdan so'ng ko'ngil aynishi va qusish)

3. Ingichka ichakda joylashishi : ko'proq o'ngda xurujsimon og'riqlar paydo bo'ladi , shu sohada ko'pincha infiltrat paypaslanadi, diareya stearetoreyli va ba'zida qon aralash.. Subfebrilitet.Bemor vazn yo'qotadi, gipoalbuminemiya, gipoproteinemiya, shish, anemiya , teri, bo'g'im, ko'z shilliq pardasi zararlanadi.

4. Yo'g'on ichakda joylashishi: hojatdn oldin qorinning pastida chap yoki o'ng tomonlama og'riqlar, hojatdan so'ng o'tishi,doimiy to'mtoq og'riq bemor egilganda yoki harakat qilganda kuchayishi, dareya sutkasiga 6-10 martagacha, tenezma bilan, subfebril yoki febril harorat, oriqlash, anemiya , teri, bo'g'im, ko'z shilliq pardasi zararlanishi, makrotsitar V12-tanqis anemiya, gipoalbuminemiya, gipoproteinemiya oriqlash, anemiya xos.

5.Periana joylashishi: abstsess rivojlanadi, 10% holda dastlabki belgilari perianal yoriqlar hisoblanadi.

Kron kasalliginin ichakdan tashqari ko'rinishlari:

Birinchi guruh: artrit, episklerit, aftozli stomatit, tugunli eritema va gangrenozli piodermiya. Bularning patogenezi ichak yallig'lanishi bilan bog'liq bo'lib, ular maxsus davolashni talab etmaydi, chunki ular ichak yallig'lanishi bilan parallel kechadi.

Ikkinchi guruh: ankilozlanuvchi spondilit va sakroileit, uveit va birlamchi

sklerozlanuvchi xolangit. Bularning patogenezi ham ichak yallig'lanishi bilan bog'liq bo'lib, ammo ular maxsus davolashni talab qiladi.

Uchinchi guruh: bularning patogenezi so'rilishning buzilishi bilan bog'liq bo'lib, ular quyidagilar: siydik-tosh kasalligi (oksalatlarning so'rilishi buziladi), o't-tosh kasalligi (o't kislotalari aylanishi buziladi), anemiya (temir va V12) vitaminining so'rilishi buzilishi va qon ivishishi buzilishi).

Kron kasalligining asoratlari:

1. Ichak strikturalari: qorinda xurujsimon og'riq, qabziyat, ichak tutilishi rivojlanishi xos.

2. Oqmalar: 1. Entero-enteral oqmalar: diareya va malabsorbtsiya belgilari.

2. Entero-pufak oqmalar: gematuriya, siydik yo'llari infeksiyasi qaytalanishi

xos. 3. Teri-ingichka ichak oqmasi: jarrog'lik amaliyotidan keyin yoki spontan rivojlanishi mumkin. -4. Rekto-vaginal oqma rektal yoki anal soha zararlanishi tufayli rivojlanadi.

3. Kamdan-kam xollarda ichak perforatsiyasi yuz beradi (shoshilinch operatsiya talab qiladi.).

4. Zararlangan tomirlardan qon ketish: axlatda qon yoki melena ko'rinishi, oshqozon zararlanganda "kofe quyqasisimon" qusish va anemiya xos umumiy belgilar kuzatiladi.

5. Sepsis.

Diagnostikasi:

1. UQT: gipoxrom anemiya, leykotsitoz (formula chappa siljish bilan), EChT oshishi. QBT: gipoproteinemiya, SRO aniklanadi. UAT: steatoreya, amiloreya, kreatoreya, shilliq, leykotsitlar, yashirin qon ketishga tekshiriladi.

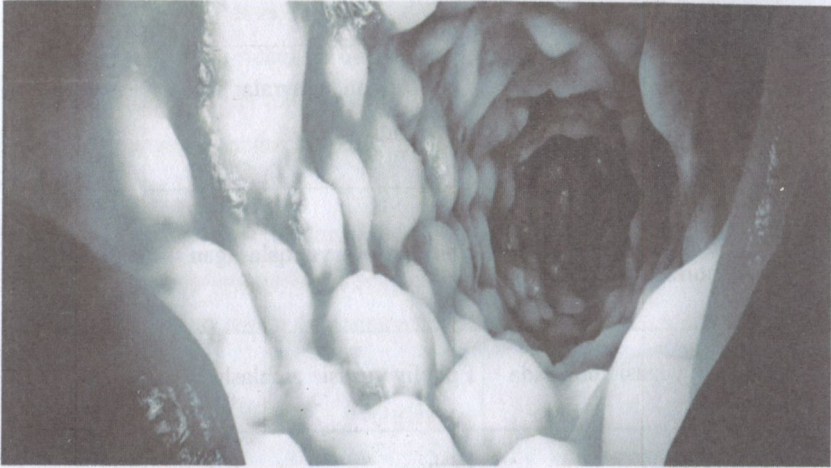
2. Rentgenologik (bariy sulfat yordamida) – ichakning toraygan va kengaygan segmentlari “munchoqsimon” shaklda ko‘rinadi («tasbeh» simptomi).

3. Diagnostikaning “**oltin**” standarti - ileokolonoskopiya biopsiya bilan hisoblanadi. Erta belgilari: yumaloq, chiziqli (“o‘rnavovchi”) yaralar, shilliq qavat o‘zgarimagan, to‘g‘ri ichakning segmentar zararlanishi, kasallik avj olgan sari tomir rasmi yo‘qoladi, shilliq kavat reliefi «toshloq yo‘l» ko‘rinishida (shilliq parda shishi bo‘lib bo‘ylama va ko‘ndalang yo‘lakchalar hosil bo‘ladi

Rentgenologik o‘zgarishi



Endoskopik o'zgarishi



QIYOSIY TAQQOSLASH:

Qiyosiy taqqoslash NYaK, appendikulyar infiltrat, ileotsekal soha zamburug'li zararlanishi, ichak sili, bakterial infeksiya (salmonellez, shigellez, kampilobakteroz, iersinioz) bilan o'tkaziladi.

Kron kasalligi va NYaKning mikroskopik farqi: 2-JADVAL

Kron kaslligi	NYaK
Transmural yallig'lanish	Shilliq qavat zararlanadi
Ichak devorida va limatik tugunlarda granulyomalar	Granulyom ba'zan (kripta yoki kasallikning yuqori faolligida)

Abstsess va kriptalar kam uchraydi	Abstsess va kriptalar xos
Qadahsimon hujayralar soni normada	Qadahsimon hujayralar soni kamayadi
Shilliq qavat qalinlashgan yoki normada	Shilliq qavat yupqalashgan
Epiteliy yuzasi normada	Epiteliy yuzasi zichlashgan
Shilliq qavat psevdopoliplari xos emas	Shilliq qavat psevdopoliplari xos
Shilliq osti fibrozi xos	Shilliq osti fibrozi xos emas

Davolash:

Kron kaslligini davolashda parhez stoli NYaK bilan bir xil bo'ladi.

Konservativ davosi ham juda o'xshash bo'ladi.

Kasallik yengil va o'rtacha og'irlikda kechganda 5- amino salitsil kislota unumlari va antibiotiklar birgalikda qo'llaniladi.

Kasallik og'ir kechganda kortikosteroidlar, tsitostatiklar va bioterapevtik preparatlar (infliksimab, vedolizuma, ustekinumab), suv-elektrolit va oksil muvozanatini tiklash, vitaminlar, og'ir xollarda – parenteral oziklantir tavsiya etiladi. 70% bemorda jarrohlik amaliyoti o'tkaziladi.

Operativ davo 1. Absolyut shoshilinch ko'rsatmalar: perforatsiya, ichak tutilishi, to'tamaydigan qon ketish, toksik megakolon).

2. **Kechiktirilgan ko'rsatmalar:** septik asoratlار, ichki oqmalar, siydik nayining xastalangan ichak bilan ezilishi, yalliglangan shishlar. 3. Nisbiy kursatmalar: konservativ davoning samarasizligi, tarkalgan anal yalliglanishlari, kuchli rivojlangan ichakdan tashkari (xamrox) asoratlار.

Kron kasalligining surunkali shaklini davolashda 2 xil operatsiya qo'llaniladi: 1. Yalliglangan (yaralangan) ichak segmentini rezektsiya qilish. 2. Yalliglangan segmentini aylanib o'tuvchi ileotransverzo-anastamoz shakllantirish.

Oqibati

NYaK dan va Kron kasalligidan batamom sog'ayish kam ehtimolli hisoblanadi. Asosan NYaK li bemorlar butun umri mobaynida davolanib turishadi. Chegaralangan shakllarida oqibati yaxshi hisoblanadi, total zararlanish esa jarrohlik amaliyatini talab etadi..

Kron kasalligi buyicha ichak rezektsiyasidan keyin 5 yil davomida 20 % bemorlarda, 10 yil davomida – 35-50 % bemorlarda kasallik qaytalanishi (retsdiv) mumkin.

NYaK li va Kron kasallikli bemorlarning hayot tarzi

Bemorlar o'zlarining ba'zi odatlarini ko'rib chiqishi lozim. Jumladan, alkagol va chekish organizmning funksiyalariga salbiy ta'sir ko'rsatishi tufayli ulardan voz kechish. Bemor parhez rejimga qat'iy rioya qilishi kerak. Ob-havonig keskin o'zgarishi, sovuq qotishdan o'zni ehtiyot qilish lozim. Ichak yalliglanishi bilan og'rigan bemorlarga og'ir fizik yuklamalar man etiladi. Og'ir sport mashg'ulotlari ham mumkin emas. Bemorlarga kasallikning og'irlik darajasi, asoratlanishi mavjudligiga ko'ra nogironlik guruhi belgilanadi.

DISPANSERIZASIYA

NYaK dispanserizatsiyasi (2017 yil)

Maqsad: kasallikning qaytalanishiga yo'l qo'ymaslik va kolorektal rakning oldini olish:

NYaKli bemorlar butun umri davomida "D" kuzatuvida bo'ladi. Klinik remissiya davrida kolonoskopiya har 3 yilda o'tkaziladi. Har 6 oyda axlat tahlili kalprotektinga tekshiriladi.

Kron kaslligi dispanserizatsiyasi (2017 yil):

1. Har 3 oyda UQT (immunosupressor olayotgan bemorlar), SRO ni, axlat tahlili kalprotektinga tekshiriladi.

2. Yiliga 1 marta ichaklar rentgenogik va MR tekshiruvi, to'g'ri ichakni va perianal sohani teshirish lozim. Endoskopik tekshiruv individual tarzda hal qilinadi.

3. Har 6 oyda bir marta maxsus datchik orqali ichaklar UTI tavsiya etiladi.

Profilaktikasi

A. Bemor organizmidagi patogen omillar o'chogini aniqlash va bartaraf qilish, o'z vaqtida davolash sog'lom hayot tarziga rioya qilish organizmni chiniqtirib, kasallikning oldini oladi.

B. Sovqotish va shamollash oldini olish.

V. NYaKli va Kron kasallikli bemorlarni tuzalguncha davolash va unig surunkali turiga o'tmasligiga erishish. Ularni dispanser nazoratiga olib, kasallikning qo'zishiga va asoratlanishiga yo'l qo'ymaslik chora-tadbirlarini shifokor ishlab chiqish va amalga oshirishi lozim.

Xulosa

Yo'g'on ichak yallig'nish kasalliklari kelib chiqish sabablari, shu kasalliklarning etiopatogenezi, klinik kechishining o'ziga xosligi, qoldiradigan asoratlari, davolash printsiplining o'ziga xosligi bilan dolzarb mavzu bo'lib hisoblanadi. Ushbu qo'llanmani yozishda oxirgi yillarda olib borilgan ilmiy izlanishlar va zamonaviy tashirishlardan olingan ma'lumotlardan foydalanilgan. U umumiy amaliyot shifokorlariga bemorlarni to'g'ri tashxislash va to'g'ri davolash, kasallik oqibatlarini bilish va oldini olish choralarini ko'rishni o'zlashtirishni maqsad qilgan. Yo'g'on ichak yallig'nish kasalliklari va ularning asoratlari jiddiy tibbiy-ijtimoiy muammoni tashkil qiladi va shu tufayli ularni yanada chuqurroq o'rganish zamon talabi hisoblanadi. Bu esa o'z navbatida gastroenterologiya sohasini dalillarga va standartga asoslangan zamonaviy o'quv-uslubiy qo'llanmalar yaratishni taqozo etadi.

Qollanilgan adabiyotlar:

Asosiy:

1. SH. Mirziyoev Erkin va farovon, demokratik O'zbekiston davlatini birlilikda barmo eramiz. O'zbekiston Toshken 2016 yil 56 bet
2. O'zbekiston ResPyblikasi Prezidentininr 2017 yil 20 apreldagi PQ 2909-son "Oliy ta'lilm tizilmini yanada rivojlanitirilsh chora-tadbirlari t'yrrisida" gi Qarori
3. Adler G. Bolezn Krona i yazvenniy kolit: Per. s nem.- M.: Iz-dat. dom «Geotar-Med», 2001. 527 s.
4. Belousova Ye.A. Yazvenniy kolit i bolezn Krona. Tver: OOO «Izdatelstvo «Triada», 2002. - 128 s.
5. Belousova Ye. A. YAZvenniy kolit i bolezn Krona. — Tver: OOO "Izdatelstvo «Triada», 2002.
6. Grigoryeva G. A., Meshalkina N. YU. Bolezn Krona. — M.: Meditsina, 2007

Qo'shimcha adabiyotlar:

1. Mayevskaya M. V. Gastroenterologiya, M., 1998.
2. Xalif I. L., Loranskaya I. D., Ul'trabadikyan KH. A. Vospalitelniye zabolevaniya kishechnika (nespetsificheskiy yazvenniy kolit i bolezn Krona): klinika, diagnostika i lecheniye. — M.: Miklosh, 2004.
3. Koloproktologiya №1 (59) 2017 Nauchno-prakticheskiy meditsinskiy jurnal OBSHEROSSIIKQY obshestvennoy organizatsii «Assotsiatsiya koloproktologov"
4. Ivashkin V.T., Shelygin YU.A., Khalif I.L. Klinicheskiye rekomendatsii Rossiyskoy gastroenterologicheskoy assotsiatsii i assotsiatsii koloproktologov Rossii po diagnostike i lecheniyu bolezn Krona -2017
5. Klinicheskiye rekomendatsii Rossiyskoy gastroenterologicheskoy assotsiatsii i assotsiatsii koloproktologov Rossii po diagnostike i lecheniyu yazvennogo kolita <http://www.gastro.ru/>