

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
“РЕСПУБЛИКА ИХИТИСОСЛАШТИРИЛГАН ТЕРАПИЯ ВА
ТИББИЙ РЕАБИЛИТАЦИЯ ИЛМий ТЕКШИРИШ МАРКАЗИ” ДМ**

Каримов М.М., Собирова Г.Н., Абдуллаева У.К.

ЯРАЛИ КОЛИТЛИ БЕМОРЛАРДА НУТРИТИВ СТАТУС ХОЛАТИ
(монография)

Тошкент - 2024

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
“РЕСПУБЛИКА ИХИТИСОСЛАШТИРИЛГАН ТЕРАПИЯ ВА
ТИББИЙ РЕАБИЛИТАЦИЯ ИЛМИЙ ТЕКШИРИШ МАРКАЗИ” ДМ**

«ТАСДИҚЛАЙМАН»
Соғлиқни сақлаш вазирлиги
илмий техник кенгаши раиси
_____ Ш. Л. Атаджонов
« ____ » _____ 2024 й.

Каримов М.М., Собирова Г.Н., Абдуллаева У.К.

ЯРАЛИ КОЛИТЛИ БЕМОРЛАРДА НУТРИТИВ СТАТУС ХОЛАТИ

(монография)

Тошкент 2024

Тузувчилар:

М.М.Каримов - т.ф.д., «Республика ихтисослаштирилган терапия ва тиббий реабилитация илмий-амалий тиббиёт маркази» ДМ профессори,

Г.Н. Собирова - т.ф.д., Тошкент тиббиёт академияси профессор в.б.

У.К. Абдуллаева – PhD, Бухоро давлат тиббиёт институти доцент в.б.

Тақризчилар:

А.Л.Аляви – т.ф.д., академик «Республика ихтисослаштирилган терапия ва тиббий реабилитация илмий-амалий тиббиёт маркази» ДМ «Кардиология» илмий лабораторияси раҳбари

А.А.Хамраев - т.ф.д., профессор. ТТА эндокринология курси билан 2 сонли терапия кафедраси мудири.

Монография гастроэнтерологлар, терапевтлар, онкологлар, умумий амалиёт шифокорлари, талабалар, клиник ординаторлар ва магистрлар учун мўлжалланган.

Монография Муаммолар комиссияси йиғилишида (.....2024 йил, - сонли баённома) ва «РИТваТРИАТМ» ДМ Илмий кенгашида (.....2024 йил, -сонли баённома) кўриб чиқилди ва тасдиқланди.

**Илмий ишлар бўйича
директор ўринбосари, т.ф.д.**

Исмаилова Ж.А.

Илмий котиб, PhD

Машарипова Д.Р.

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
“РЕСПУБЛИКА ИХИТИСОСЛАШТИРИЛГАН ТЕРАПИЯ ВА
ТИББИЙ РЕАБИЛИТАЦИЯ ИЛМий ТЕКШИРИШ МАРКАЗИ” ДМ**

Каримов М.М., Собирова Г.Н., Абдуллаева У.К.

ЯРАЛИ КОЛИТЛИ БЕМОРЛАРДА НУТРИТИВ СТАТУС ХОЛАТИ
(монография)

Тошкент – 2024

ЯРАЛИ КОЛИТ ТЎҒРИСИДАГИ ЗАМОНАВИЙ ҚАРАШЛАР

Ярали колит эпидемиологияси

Ярали колит (ЯК) – йўғон ичакнинг сурункали сабаби аниқ бўлмаган яллиғланиши бўлиб, шиллиқ қаватнинг узлуксиз юзаки яллиғланиши ҳамда тўғри ичакдан йўғон ичакнинг юқори қисмларигача турли даражада тарқаладиган касалликдир. ЯК рецидивланувчи ва ремиттирловчи кечиш хусусиятига эга. ЯКнинг фарқланувчи белгилари ўз ичига сийишга чақирув ва ахлат чиқишига чақирув билан биргаликда келувчи қонли ич кетишини олади. ЯК этиологияси мунозара остида қолаётганига ыарамасдан, асосида аутоиммун жараён ётишини кўпгина маълумотлар исботлаб берябди. Кўпгина беморларда бир қанча аутоиммун бузилишлар билан умумий ўхшашликлари мавжуд аъзоларнинг зарарланишини жараёнга жалб этилиши каби ЯКнинг ичакдан ташқари белгилари (ИТБ) кузатилади. АҚШда ЯК билан боғлиқ ҳар йиллик харажатлар 8,1-14,9 млрд. доллар билан баҳоланади.

ЯК илк маротаба Samuel Wilks томонидан 1859 йилда тасвирланган. Дунёда Крон касаллиги (КК) га қараганда ЯК кўпроқ учрайди. ЯК саноати ривожланган давлатларда кенг тарқалган бўлиб, Осиёда касалланиш тобора ортмоқда. Буюк Британияда ўтказилган истиқболли тадқиқотлар Жанубий Осиёдан Буюк Британияга келиб қолган иммигрантларнинг иккинчи авлодида ЯК билан касалланиш Европа аҳолисига қараганда кўпроқ эканлигини кўрсатди. (йилига 100.000 аҳолига 17,2 ва 7 касалланиш). Бутун дунё бўйича ЯК билан касалланиш ҳамда касаллик тарқалиши йилига 100.000 аҳолига мос равишда 1,2-20,3 ҳамда 7,6-245 ҳолатни ташкил қилади. Турли тадқиқотлар этник ва ирқий фарқлар наслий фарқлардан кўра кўпинча атроф-муҳит таъсири, овқатланиш одатлари ва ҳаёт тарзи билан боғлиқлигини кўрсатди. Аҳолида ўтказилган тадқиқотлар ЯКда жинсий фарқлар йўқлигини аниқлаб берди. ЯК билан касалланиш 2 ёш даврлилик хусусиятига эга бўлиб, касалланиш биринчи чўққиси инсонлар ҳаётининг иккинчи ёки учинчи ўн

йиллиги ҳамда иккинчи чўққиси 50 ёшдан 80 ёшгача бўлган вақтга тўғри келади.

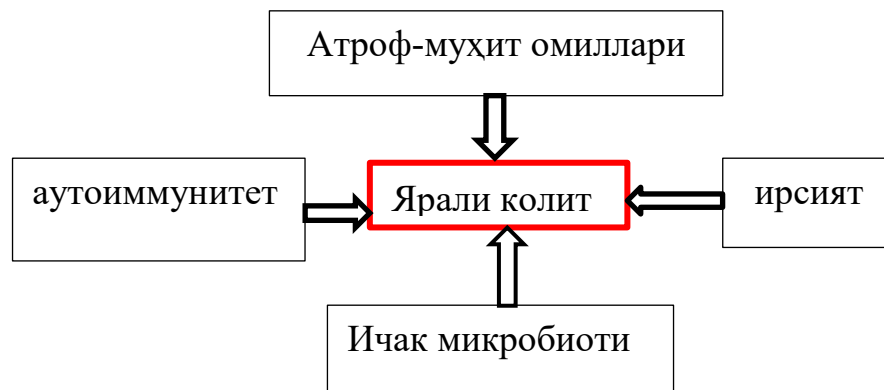
ЯК эпидемиологиясининг ўзига хос хусусияти охириги йилларда меҳнатга лаёқатли ёшдаги ёшлар орасида ушбу касалликнинг тарқалиши бўлиб ҳисобланади. Европа тадқиқотлари ярали колитнинг беморлар ҳаёт сифати ва даражаси, уларнинг иш билан машғуллиги, атрофдагилар билан муносабатига таъсирини тасвирлаб берган. Дунё бўйича 20%дан ортиқ беморлар ўз ишларида ҳожатга тез-тез чиқиш ёки ахлат йиғувчига эҳтиёжлари билан боғлиқ муаммоларга дуч келишади. Касалликка кеч ташхис қўйиш, касалликнинг оғир ва асоратли шакллари унинг юқори леталлигини билдиради.

Ярали колит хавф омиллари

1. Ёш ва жинс: ЯК билан касалланиш 2 ёш даврлилик хусусиятига эга бўлиб, касалланиш биринчи чўққиси инсонлар ҳаётининг иккинчи ёки учинчи ўн йиллиги ҳамда иккинчи чўққиси 50 ёшдан 80 ёшгача бўлган вақтга тўғри келади. Ярали колит билан касалланишда жинслар ўртасидаги фарқ топилмаган бўлса-да, баъзи тадқиқотлар эркакларда ушбу касаллик кўпроқ учрашини кўрсатган.

2. Ирқ ва этник келиб чиқиш: ичак яллиғланиш касалликлари (ИЯК) билан касалланиш яҳудий бўлмаган аҳолига қараганда яҳудийларда 3 марта кўпроқ учрайди. Яҳудий аҳоли орасида яҳудий-ашкеназларларда сефардларга, америкалик ва европалик яҳудийларга қараганда касаллик тарқалиши кўпроқ. Дастлабки тадқиқотлар ИЯК афроамерикалик ва испан тилида гаплашадиган этник гуруҳларда ИЯК тарқалиши жуда камлигини кўрсатган, аммо яқинда ўтказилган тадқиқотлар шуни кўрсатадики, оқ ва оқ бўлмаган аҳоли орасида касалланишдаги фарқлар мос фенотипларда олдинги тадқиқотларга қараганда камроқ эканлиги аниқланган.

3. Ирсият: 8-14% ЯК билан беморлард оилавий анамнезида ИЯК, айниқса ЯК кўпроқ учраши аниқланган (1-расм).



1-расм. Ярали колитнинг энг муҳим хавф омиллари

Беморнинг биринчи даражали яқин қариндошларида пробанд-яхудий бўлмаганларга қараганда (1,6%) пробанд-яхудийларда ЯК ривожланиш нисбий хавфи 4,5% деб баҳоланган. Эгизакларда ўтказилган тадқиқотлар шуни кўрсатадики, монозиготали эгизакларда уйшбу хавф 156% ва дизиготали эгизакларда 4% ни ташкил қилган. Баъзи тадқиқотларда ЯК клиник кечишининг генетик башоратчиларини аниқлашга ҳаракат қилинган. Умумий геном уюшмавий тадқиқот (GWAS)га асосан, TNFSF15 (TL1A) локуси ЯК оғир кечиш хавфини ошириши аниқланган. Бошқа тадқиқотлар эса P1B, ABCB1/MDR17, HSP708 и HLA-DR29 генларидаги полиморфизмлар ЯК оғир кечиш башоратчилари эканлигини тасвирлаган.

4. Чекиш: Harries ва ҳаммуал. биринчи бўлиб ЯК билан чекиш ўртасидаги боғлиқликни тасвирлаб беришган. ККдан фарқли ўлароқ, фаол кечаётган ЯК билан фаол чекиш ўртасида кучли қайтар алоқа мавжуд [. Истиқболли тадқиқотларда чекишни ташлагандан 2-5 йилдан сўнг ЯК ривожланиш хавфи ортган ҳамда 20 йил давомида юқори даражада сақланиб қолганлиги аниқланган. Тадқиқотлар шуни кўрсатадики, ҳозирги кунда чекиш касалликнинг кечроқ бошланиш ёши, касалликнинг нисбатан яхшироқ кечиши, иммуносупрессияга ва жарроҳлик аралашувига камроқ эҳтиёжи билан боғлиқдир. Бироқ никотинни алмаштириш касаллик фаоллигини пасайтириши аниқланмаган.

5. Парҳез: ИЯК ривожланиши овқт антигенларига бўлган иммунологик реакция натижасида келиб чиқиши тахминлар қилинади. Ғарб таомланиш стили (турли зиралар билан ишлов берилган гўшт, қайта ишлов берилган углеводлар ва бошқалар) ИЯК ривожланиш хавфини. Ёшлигидан сигир сути оксигенига юқори сезгирлик назорат гуруҳига қараганда ЯК тахминий сабаби эканлиги айтилган (мос равишда 3% ва 21%). Шунингдек овқат билан бирган умумий ёғларнинг, ҳайвон ёғларининг ва тўйинмаган ёғ кислоталарининг ортиқча қабул қилиниши ЯК билан касалланиш хавфини оширади.

6. Ичак микробиоти: бир қача эпидемиологик тадқиқотлар ИЯКда ичак микробиотининг дисбактериози касалликка олиб келиш эҳтимоллигини кўрсатади. Дисбактериоз бактериал агентларга бўлган иммун жавоб бошқарилишининг бузилишига олиб келувчи комменсал бактериялар популяцияси таркибининг ўзгариши сифатида таърифланади. Бундай ўзгаришлар ЯКга қараганда кўпинча ККда кузатилади. Соғлом ака-ука ва опасингилларда ичак шиллиқ қавати транскрипцияси ёки уларнинг соғлом эгизакларида бактериал ген намоён бўлиши билан ушбу касаллик кўпроқ боғланган, бу эса ИЯКда шиллиқ қават ва ичак микробиоти ўртасидаги боғлиқлик бузилганлигини белгилайди. Бундан ташқари, бактериал дисбактериозга боғлиқ бўлмаган ҳолда, Caudovirales оиласига мансуб бактериофаглар экспансияси билан ЯКда ичак виروмида бузилишлар ҳақида маълумотлар мавжуд.

7. Аппендэктомия: Чекишга ўхшаб, аппендэктомия ҳам ЯК ва ККга турли таъсир кўрсатади. Йирик когорт тадқиқотларга асосан 20 ёшгача яллиғланиш туфайли (аппендицит ёки мезентериал лимфаденит) аппендэктомия ўтказган беморларда ЯК ривожланиш хавфи паст. Бунга қарама-қарши равишда КК ривожланиш хавфи аппендэктомиядан кейин ортган. ЯК билан касалланган аппендэктомия бўлган беморларда касалликнинг нисбатан енгил кечиши, қайта кўзишларнинг кам учраши, иммуносупрессияга эҳтиёжнинг камайиши билан бирга келган, аммо колэктомия хавфига аниқ таъсир кўрсатмаган.

Ярали колит клиник хусусиятлари ва ичакдан ташқари белгилари

ЯК шиллик аралаш ёки шилликсиз қонли ич кетиш, сийишга чакирув, тенезмлар ва дефекациядан кейин ўтиб кетадиган қоринда турли оғирлик даражасидаги оғриқларни ўз ичига олади. Кўпчилик беморларда кабзият кузатилиши ҳам эътиборга молик. Ford et al. Маълум қиладиларки, камқонлик, охирги 1 йил давомида 5 кг ва ундан ортиқ вазн йўқотилиши ва кунига 4 мартадан ортиқ ич келиши каби белгиларнинг биргаликда учраши ЯКга ташхис қўйилиши учун мусбат ҳақиқатга яқинлилик коэффиценти (ХЯК) 14,6ни ташкил қилган; бир вақтнинг ўзида, фақатгина камқонлик ва кунига 4 марта ва ундан ортиқ ич келиши биргаликда кузатилса ХЯК 7,87ни ташкил қилган. Одатдагидек касаллик белгилари вақти-вақти билан хуружлар кўринишида, баъзан тезлашуви билан ва баъзида жиддий тус олиб касалхонага ётқизилишни талаб қилиш даражасигача бориши мумкин. ЯКда кенг тарқалган лаборатор белгиларга анемия, тромбоцитоз, гипоальбуминемия ва қадахсимон хужайраларга қарши антитаналар ҳамда антинејтрофил цитоплазматик антитаналар (ANCA) пайдо бўлиши киради . Касаллик ташхиси эндоскопияда ва биопсияда клиник ва гистологик натижаларга боғлиқ. Баъзи ҳолатларда ЯКнинг КК билан фарқлашда қийинчилик туғдириши мумкин.

ЯК кўпинча ошқозон ичак йўли (ОИЙ) бошқа касалликлари билан бирга келиши мумкин. Баъзи тадқиқотларда ЯК нинг *Helicobacter pylori* билан ёки ўчоқли гастрит билан боғлиқлиги тасвирланган. ЯКнинг хавфли асорати токсик мегаколон бўлиб, бунда маҳаллий яллиғланиш жараёни жиддий бўлиб, йўғон ичак асаб-мушак функцияси бузилади ҳамда ичакнинг кенгайиши ва ёрилишига олиб келади. Токсик мегаколон ташхисий критерийлари ўз ичига қуйидаги белгилардан камида 3 тасини олади: тана ҳарорати $> 38,6^{\circ}\text{C}$, пульс сони > 1 дақиқада 120, лейкоцитлар миқдори $> 10,5 \times 10^9/\text{л}$ ёки анемия. Юқорида санаб ўтилган натижаларга қўшимча равишда қуйидагилардан

биттаси бўлиши лозим: сувчизланиш, артериал гипотензия, эс-хушнинг бузилиши ёки электролит таркибининг бузилишлари. Шунингдек *Clostridium difficile* ЯК учраш даражасини ошириши ҳақида ҳам маълумотлар мавжуд, бунда амалиёт шифокорлари доим бу касалликни инкор этишлари лозим.

Йўғон ичакдан ташқари ОИЙнинг 2 асосий калит соҳаси, яъни ошқозон ости беzi ва жигар-ўт йўллари зарарланишлари киради. Ўткир ва сурункали панкреатит ЯКдан олдин бўлиши ёки у билан бирга келиши ёки унинг асорати сифатида келиши мумкин. ЯК ва бирламчи склерозланувчи холангит (БСХ) ўртасида боғлиқлик мавжуд. Gizard et al. тизимли шарҳида ЯК билан касалланган беморлар орасида БСХ ва ўт тош касаллиги (ЎТК) тарқалиши ўрганилган бўлиб, бунда уларнинг фоизи мос равишда тахминан 0,76%-5,4% ва 4,6%-36,4% орасида. Аммо Parente et al. 7 йиллик тадқиқотида ЯК билан касалланган беморлар орасида назорат гуруҳидагилардан фарқли равишда ўт пуфагида тошлар ҳосил бўлишидаги фарқларни кузатмади. Илгариги тадқиқотдларда ЯК ва БСХда IL-10 ҳсил бўлишига таъсир қилувчи генлар мутацияси аниқланган. Halling ва ҳаммуал. томонидан ўтказилган кесишма тадқиқотда ЯК билан касалланган беморлар орасида назорат гуруҳига қараганда аутоиммун гепатит, бирламчи билиар холангит ва атрофик гастрит кўп учраган.

Кўпгина маълумотлар ЯК ҳамда ИТБ орасидаги боғлиқлик наслий, экологик ва аутоиммун жраённи ўз ичига олувчи кўп омилли эканлигини тасдиқлайди. ЯК билан касалланган кўпгина беморларда биттадан ортиқ ИТБнинг учраши кузатилади. ЯКда ОИЙ дан кейин зарарланадиган тизим таянч-ҳаракат тизимидир, ундан сўнг тери қопламари, кўзлар ва буйрақларнинг зарарланиши туради. Булардан баъзилари ЯК ривожланишидан ҳамда ташхисланишидан олдин бўлиши мумкин. Шу сабаб, амалиёт шифокорлари беморда ушбу юқоридаги белгилар ривожланса тез орада ЯК кузатилиши мумкинлиги ҳақида шубҳа қилишлари лозим.

Олдин таъкиданганидек, ОИЙ билан боғлиқ бўлмаган ревматологик зарарланишлар шикоятлари ЯК билан касалланган беморлар орасида кенг

тарқалган. Бундай ҳолатларда ҳам йирик бўғимлар, ҳам майда бўғимлар зарарланиб, катта бўғимдаги зарарланишлар ичакдаги касаллик фаоллигига боғлиқ, кичик бўғимдаги зарарланишларни кўпроқ ревматоид артрит билан чалкаштирилади. ЯК ва КК орасида аксиал спондилоартрит учрашида фарқлар кузатилмаган. ЯК ва артритлар орасидаги ўзаро боғлиқлик наслий ҳамда иммун ўзгаришларга бориб тақалади.

ЯК билан касалланганлар орасида терининг зарарланиши катта аҳамиятга эга. Терининг зарарланиши тугунчали эритема (энг кўп тарқалган тери зарарланиши), гангреноз пиодермия ва қайта қўзувчи афтоз стоматитларни ўз ичига олиб, улар ЯКдан олдин ёки у билан бир вақда келиши мумкин. Бошқа белгиларнинг пайдо бўлиши, яъни хейлит, глоссит ёки пеллагра озуқавий воситалар танқислигидан далолат бериши мумкин. Шунингдек ЯК билан беморлар орасида меланома учраши ҳақида ҳам фикрлар мавжуд. Кўз зарарланиш белгилари, яъни увеит ёки эписклерит ҳам ЯКдан олдин ёки бир вақтда пайдо бўлиши мумкин. Яқин қариндошларида ИЯК мавжудлиги кўзлар зарарланиш хавф омилидир. Бундан ташқари кўз зарарланиш белгилари бошқа ИТБ билан корреляцияланади.

Кам учрайдиган, аммо жуда муҳим бўлган ИТБ ўз ичига буйрак, ўпка ва томир асоратларини олади. Буйрак зарарланишларига буйрак танқислиги ва сийдик-тош касаллиги киради. Ўпка зарарланишларидан кўпроқ васкулит учрайди, айнаи вақтда рестриктив касалликлар ва ўпка артерияси тромбоэмболияси ҳам ЯК, ҳам ККда бир хилда, аммо назорат гуруҳидагига қараганда кўпроқ учрайди. ЯК билан касалланган беморларда веноз тромбоэмболик асоратлар (чуқур веналар тромбози ва ўпка артерияси эмболияси) ЯКга чалинмаганларга қараганда кўпроқ учрайди, шунингдек эрта ёшда кузатиладиган инсульт каби артериал тромбоэмболик касалликлар сабаби кўп омилли деб тахмин қилинади. Ва ниҳоят ЯК билан касалланган беморларда колоректал ёмон сифатли ўсмалар ва лейкомия ривожланиш хавфи юқоридир.

ЯКнинг одатдаги кечиши

ЯК – қайта қўзиш ва ремиссияларнинг турлича учраши билан ажралиб турувчи сурункали касалликдир. Унинг этиологиясида аҳамиятли кўпгина омиллар унинг кечиши учун ҳам жавобгар бўлиши мумкин. Касаллик турли хил оғирликда кечуви билан секинлашиб боровчи ва ошиб боровчи белгилар кўринишида намоён бўлади. Беморлар мурожаати вақтида 40% ҳолатда проктит, 30% чап томонлама колит ва 30% панколит кузатилган. Касаллик авж олиши аста секинлик билан рўй беради, фақатгина 14-16% беморларда проктит бевосита панколитга ўтиб кетади. 50-55% беморларда 10 йил давомида ремиссия кузатилади, айни дамда 37% беморларда сурункали вақт-вақти билан қўзиш, 6% ҳолатда тўхтовсиз сурункали кечиш, 1% ҳолатда паст фаоллик давридан кейин юқори даражадаги фаоллик кузатилади. Одатда 20-30% беморларда касалликнинг 25 йиллик фаоллигидан кейин колэктомияга эҳтиёж туғилади. Шунга қарамасдан, ЯК билан касалланган беморларда умумий ўлим ҳолатлари назорат гуруҳи билан бир хил. Аммо янги касалланган беморларда ҳамда ичакнинг катта қисми зарарланган беморларда ўлим ҳолатлари ошади.

60 ёшдан кейин касаллик бошланган беморларда кўпроқ чап томонлама зарарланиш, енгил кечиш шакли ва касаллик авж олиш кўрсаткичларининг пастлиги кузатилади. Одатда, испанларда, касаллик кеч ёшда, аёлларда ва панколит кўринишида бошланади. Дана ва ҳаммуал. ЯК кечиши чет давлатларда туғилган испанларда АҚШда туғилганларга қараганда оғирроқлигини кузатишган. Осиёликларда кўпроқ чап томонлама колит ва панколит кузатилган.

Клиник қайта қўзишни башорат қилиш катта аҳамиятга эга бўлиб, ўз вақтида чора кўрилиши инвазив муолажалар ва юқор даражадаги тиббий харажатларни олдини олади. Nationwide Emergency Department Sample database таҳлили натижаларига асосан, ЯК билан беморлар ККга қараганда катта ёшли бўлишган, шошилиш ёрдам бўлимларига кўпроқ тушишган,

касалхонада кўпроқ вақт бўлишган, ичак обструкцияси ва интраабдоминал абсцесдан ташқари бошқа қўшилиб келган касалликлари кўп учраган. Liverani ва ҳаммуал. томонидан клиник қайта қўзиш юқори хавфи билан беморларнинг аниқланиши учун клиник маълумотлар ва биологик маркерлар даражасига асосланган алгоритм тавсия қилинган. Тадқиқот юқори қайта қўзиш эҳтимоллиги мавжуд беморларда касаллик ёш даврда бошланган, ичак катта қисми зарарланган, кўпгина қўзишлар кузатилган ва қайта текширилганда ахлатда калпротектин миқдори 190 мкг/г дан ошган. Касаллик тарқалиши ошиши билан боғлиқ хавф омилларига семизлик, аппендэктомия ва касаллик оғир фаоллик даражаси киради.

Шунингдек касаллик қайта қўзишини ва клиник оқибатларини башоратлаш учун гистологик хусусиятларни қўллаш ҳам аҳамиятли ҳисобланилади. Ўтган йиллар мобайнида касаллик фаоллигини баҳолаш учун бир нечта балли тизимлар ишлаб чиқилган, жумладан Modified Riley Score, Gupta Index ва Geboes scoring system. Бир шарҳий мақолада гистологик яллиғланиш даражасининг аниқловчи тизимлар касаллик оқибатини башоратлашда муҳим роль ўйнайди. Масалан, кичик томирлар яллиғланиш даражаси юқори беморларда касаллик қайта қўзиш хавфи ҳам юқорилиги кузатилган. Ремиссия даврида ЯК билан беморлар биоптатида базал пламоцитоз мавжуд бўлиши қайта қўзишнинг қисқа даврли бўлиши билан боғлиқлиги аниқланган. ЯК билан беморларда самарасиз даволашни кучли башоратловчи маркер сифатида ичак шиллиқ қаватида оғир эозинофилли инфильтрация кўриниши кузатилган.

Ярали колит ташхисоти

Клиник белгилар, эндоскопия, гистология натижалари асосида ва муқобил ташхисларни истисно қилгандан сўнг ташхис ЯКга ташхис қўйилади (1-жадвал). Аниқ ташхис қўйиш учун юқоридагиларга қўшимча равишда, тегишли даволаш усули ва бемор ҳолатини башоратлашни белгилайдиган касаллик даражаси ва яллиғланиш оғирлигини аниқлаш муҳим.

ЯК ташхисий хусусиятлари

Клиник хусусиятлари	Диарея, қоринда оғриқ, сийишга чақириқ, тенезмлар, ахлат билан қон ва шиллиқ чиқиши
Лаборатор натижалар	Яллиғланиш белгилари: эритроцитлар чўкиш тезлиги (ЭЧТ), С-реактив оқсил (СРО), ахлатда калпротектин ва лактоферриннинг ошиши Нутритив ҳолат белгилари: ферритин ва альбумин миқдорининг камайиши Серология: р-ANCA (+), ASCA (–)
Эндоскопик натижалар	Яллиғланиш тўғри ичакда бошланиб, узлуксиз кўринишда атроф бўйича тарқалади. Қуйидаги белгиларни ўз ичига олади: эритема, ингичка томир тасвирининг шиши/йўқолиши, шиллиқ қават донадорлигининг ошиши, ғоваклик, тўсатдан қонаш, ёлғон полиплар, эрозиялар ва яралар.
Гистологик натижалар	Крипталар абсцесслари, шохланиши, қисқариши, бутунлигининг бузилиши, атрофияси, муцин камайиши, панет ҳужайралари метаплазияси, хусусий платинка катаклигининг ошиши, базал плазмоцитоз, базал лимфоид

	агрегантлар ва эозинофилларнинг кўриниши.
--	---

Лаборатор текширувлар

Касаллик фаоллигини баҳолашда ва бошқаришда лаборатор ўзгаришларнинг ўрни катта. Яллиғланиш оғирлик даражасини баҳолашда умумий қон таҳлили (УҚТ), ЭЧТ, СРО, ахлатда кальпротектин ва лактоферрин кабилар муҳим. Шунингдек, зардобда альбумин, темир ва В₁₂ витаминини аниқлаш нутритив ҳолат ва нутритив танқисликларни баҳолашда зарур. Гипоальбуминемия касаллик оғир кечиши ва биологик дори воситалар (БДВ)нинг самарасизлигини башоратловчи маркер ҳисобланади.

Зардоб таҳлили

Бундан ташқари, ушбу касаллик ташхисотида икки антитанани аниқлаш аҳамиятга эга, булар: перинуклеар антинеитрофил цитоплазматик антитана (р-ANCA) и *Saccharomyces cerevisiae* га қарши антитана (ASCA). Булар ЯК ва ККни таққослама ташхислашда ҳам муҳим. ККда - мусбат ASCA ва манфий р-ANCA, ЯКда эса – манфий ASCA ва мусбат р-ANCA кузатилади. Оғир кечишдаги беморларни серологик, гистопатологик, эхма ёки ДНК-ПЗР таҳлил усули орқали цитомегаловирусли инфекцияга текшириш зарур.

Ахлат таҳлили

Кальпротектин (нейтрофиллардан ажралиб чиқадиган биомаркер) ва лактоферрин ЯК билан беморларда касаллик клиник қайта кўзиши ва яллиғланиш даражасини баҳолаш учун зарур. ЯКбилан янги ташхисланган беморлар текшируви вақтида барчасида инфекцияларни истисно қилиш муҳим. Бундай беморларга *C. difficile* мавжудлигига глутаматдегидрогеназа 1 ва токсинни текшириш, ахлат экмаси (салмонелла, шигелла, кампиллобактерия, иерсениа) ва ич кетишинингш инфекция сабабларини

истисно қилиш мақсадида *Escherichia coli* O157:H7 га махсус текширувлар ўтказилиши лозим. Шунингдек яқин кунларда эндемик жойларда бўлган беморларда гижжа ва унинг тухумларига текшириш ва лямблиоз антигенларига ахлат таҳлилини ўтказиш зарур.

Асбобий текширувлар. Эндоскопия

Биопсия билан илеоколоноскопия ЯКга охирги ташхис қўйиш учун ягона усул. Бундан ташқари даволашга самарани билиш ва касалликни бошқариш учун олтин стандарт усули ҳисобланади. ЯК патогномоник белгиси эритема, меъёрий томир тасвирининг йўқолиши, донаторлиги, эрозиялар, ғоваклик, қон кетиш ва яраланиш, ичакнинг яллиғланган ва яллиғланмаган соҳалари орасида аниқ чегаранинг мавжудлиги ҳисобланади. 75% гача чап томонлама ЯК билан беморларда аппендикуляр ўсимта атрофи қизил доғи деб номланган ўсимта атрофида чегараланган яллиғланиш соҳаси ёки кўр доғ ҳам кузатилади. 20% панколит билан беморларда қайтар илеит ҳолатлари ва яллиғланишли ўзгаришлар яққол бўлмаганлиги кузатилган. Аниқ ташхисни қўйиш учун меъёрий шиллик қават билан бирга ичакнинг 6 турли соҳаларидан биоптат олиш лозим (ёнбош ичак терминал қисми, кўтариловчи, кўндаланг, пастга тушувчи, сигмасимон чамбар ичак ва тўғри ичак). Шунингдек, шиллик қават ва шиллик ости томирли қаватни аниқ баҳолашга имком берадиган қуйидаги юқори технологик эндоскопик текширув усуллари ҳам қўлланилиши мумкин: катта тасвирли эндоскопия, хромоэндоскопия ва эндомикроскопия. ОИЙ юқори қисмлари зарарланиши билан биргаликда келган беморларга ККни истисно қилиш учун эзофагогастроуденоскопия (ЭГДС) ўтказиш мақсадга мувофиқ.

Йўғон ичак капсулани эндоскопияси (ЙИКЭ) – фаол ЯКни аниқлашда сезгирлиги 89% ва ҳослиги 75%ни ташкил қилади. ЙИКЭнинг кенг тарқалган асоратларидан бири икки ҳафта ва ундан ортиқ вақт мобайнида капсуланинг ичкарида қолиб кетишидир. ЙИКЭ ичак торайиши, ютиниш бузилган ва

анамнезда ичак тутилиши мавжуд беморларга қарши кўрсатма бўлиб ҳисобланади.

Гистопатология

Гистопатология ЯК охирги ташхисини қўйишда, касаллик оғирлик даражасини баҳолашда ва интраэпителиал дисплазия, неплазия ва ёмон сифатли ўсмаларни аниқлашда катта аҳамиятга эга. ЯКда яллиғланиш йўғон ичак шиллиқ қаватидаги зарарланиш билан чегараланади, бунда касаллик фаол ёки ремиссия даврида эканлигига боғлиқ ҳолда инфильтратлар таркиби ва қаттиқлиги жиҳатидан фарқланади. Гистологик ва эндоскопик фаоллик кўрсаткичлари касаллик оғир ва нофаол кечуви билан корреляцияланади, аммо енгил кечишда фарқланади. Бир нечта тадқиқотларда эндоскопик усулда оғирлик даражаларини аниқлашдан фарқли ўлароқ, гистологик усулда баҳолаш юқори сезгирлиги намоиш этилган. Касалликнинг макроскопик ҳамда микроскопик оғирлик даражаси орасида кучсиз корреляцион боғлиқлик мавжуд ($r = 0,39$).

Рентген-радиологик усуллар

Умуман олганда ЯК ташхисотида рентгенография ўрни катта бўлмаса-да, аммо асоратларни истисно қилиш учун жуда муҳим. Қорин бўшлиғининг оддий рентгенографияси токсик мегаколон ва ичак ёрилишини истисно қилишда қўлланилади. ЯКда оддий рентгенограаммада яллиғланиш натижасида ичак деворининг қалинлаши туфайли “бош бармоқ изи” кўринади. Чақмоқсимон кўринишда кечадиган колит билан беморларга токсик мегаколонни аниқлаш учун бир қанча рентгенограммалар қилиниши лозим. Токсик мегаколон кўндаланг чамбар ичак ўрта қисмининг $> 5,5$ см кенгайиши бўлиб, шошилиш жарроҳлик аралашувини талаб қилади. Сурункали ЯК билан беморларда гаустралар соясининг йўқолиши туфайли йўғон ичак “кўрғошинли кувур” кўринишида бўлади, буни оддий рентгенограммаларда кўриш мумкин.

Икки контрастли барийли ҳукна

Бу усул шиллиқ қаватдаги кичик зарарланишларни аниқ кўриш имкониятини берганлиги сабабли, жумладан ЯКга ташхис қўйиш учун, тарқалганлик даражасини ва касаллик оғирлик даражасини баҳолаш, ЯК билан ККни таққослама ташхислаш учун қимматли усулга айланди. Бу усулда ЯК энгил кечувидаги жуда эрта белгиси йўғон ичакда шиллиқ қават шиши ва гиперемияси туфайли кичик донадорликнинг пайдо бўлиши ҳисобланади. Фаол ЯКда нисбатан чуқур яралар шиллиқ қаватга кириб бориши ва атрофга тарқалиши мумкин, бу эса тикан ёқали тугмалар кўринишдаги яралар пайдо бўлишига олиб келади. ЯК оғир кўриниши панколит, тарқалган яраланиш, гаустра бурмаларининг йўқолиши, бармоқ излари, ёлғон полиплар ва йўғон ичак бўшлиғининг торайиши ёки ичакнинг қисқариши билан тавсифланади.

Қорин бўлиғи компьютер томографияси (КТ)

Мазкур усул ЯК билан касалланган ўткир абдоминал оғриқли беморлар учун бирламчи рентгенологик текширув сифатида тавсия қилинади. ОИЙ ҳолатини баҳолаш билан бирга бу усул қорин бўшлиғи ичи аъзолари ҳолатини баҳолашга ҳам имкон беради. Қорин бўшлиғи КТ ЯК эрта босқичларида шиллиқ қаватдаги ўзгаришларни баҳолаш учун ярамайди, аммо охириги босқичларда турли ўзгаришларни кузатиш мумкин. КТда ЯК нинг ўзига хос белгиси шиллиқ қаватнинг 8 мм ва ундан кўпроқ қалинлашуви.

ЯК билан касалланган қоринда ўткир оғриқ, иситма, перитонеал белгилари мавжуд беморлар турли хил асоратларни истисно қилиш мақсадида қорин бўшлиғи КТсидан ўтишлари лозим. Шунингдек магнит-резонанс томография (МРТ) ва ультратовуш текшируви (УТТ) ҳам ЯК ўртача ва оғир кечуви ташхисотида ҳам аҳамиятлилиги тадқиотларда айтиб ўтилган.

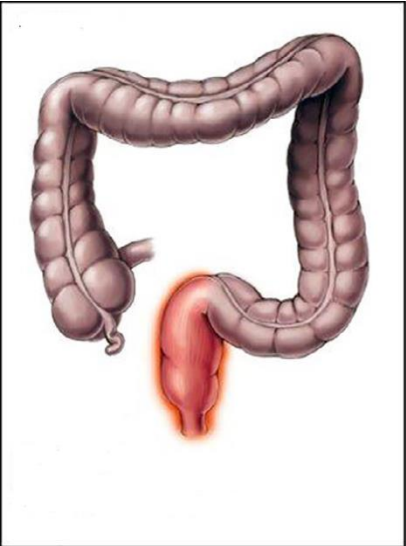
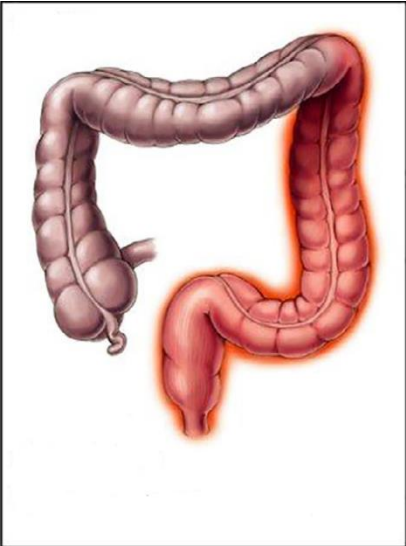
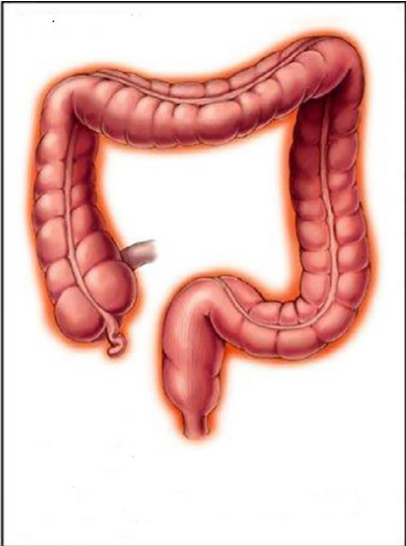
Диффуз ўлчанган тасвири қолонография (ДЎТК) оғиз орқали ҳамда ректал тайёргарликларсиз ЯКда йўғон ичакдаги яллиғланишни баҳоловчи усул сифатида кўрсатилган.

Ярали колит фаоллик даражасини аниқлаш

ЯК оғирлик даражасини баҳолаш даволашни бошқариш ва касаллик оқибатларини башоратлаш учун муҳимдир. Baron ва ҳаммуал. Томонидан ишлаб чиқилган балли тизим вақтидан бошлаб ўнлаб касаллик фаоллигини баҳоловчи тизимлар ишлаб чиқилди.

ЯК Монреал таснифи

Бунда ЯК даражалари ва жиддийлиги асосида таснифланади (2-расм, 2-жадвал).

		
Проктит. 30-60% беморлар. Белгилари: ректал қон кетиш, ёлғон чакирув	Чап томонлама колит. 16-45% беморлар. Белгилари: проктит+диарея, абдоминал спазмлар	Тарқалган колит. 15-35% беморлар. Белгилари: Чап томонлама колит+конституционал белгилар, ҳолсизлик, иситма

1.2-расм. Касаллик тарқалишига асосланган ЯК Монреал таснифи (расм Ungaro ва ҳаммуал. томонидан тасвирланган).

2-жадвал

ЯК оғирлик даражасига асосланган Монреал таснифи

S₀ (клиник ремиссия): симптомлар мавжуд эмас

S₁ (енгил даражадаги ЯК): кунига 4 ёки ундан кам бўлган ичкилиши (қонсиз ёки қон аралаш), тизимли белгиларнинг мавжуд эмаслиги, меъёрий яллиғланиш маркерлари
S₂ (ўртача оғирликдаги ЯК): кунига 4 мартадан ортиқ ич келиши, тизимли белгиларнинг кам миқдорда бўлиши
S₃ (оғир даражадаги ЯК): кунига 6 марта ва ундан ортиқ қонли ич келиши, пульс ≥ 90 /дақиқа, тана ҳарорати $\geq 37,5^{\circ}\text{C}$, гемоглобин $< 10,5$ г/л, ЭЧТ ≥ 30 мм/соат

Мазкур таснифнинг асосий камчилиги вақт ўтиши билан касаллик тарқалиши ва оғирлик даражаси ўзгариши билан боғлиқ. Касаллик вақт ўтиши билан авж олиши (10 йил давомида 41-54%) ёки аксинча фаоллиги пасайиши мумкин (10 йил давомида 71%).

Мейо балли баҳолаш тизими касаллик оғирлик даражасини баҳолаш ва даволаш давомида беморларни кузатишда кенг қўлланилади. Баҳолашда клиник хусусиятлар, шифокор томонидан баҳолаш натижалари ва эндоскопик хусусиятлардан фойдаланилади (3-жадвал). Баҳолаш баллари 0дан 12 гача, юқори баллар бемор аҳволининг оғирлигидан далолат беради.

3-жадвал

Мейо баҳолаш тизими (Oxford University Press нашриёти рухсати билан Magro ва ҳаммуал. томонидан тақдим қилинган) .

Индекс Мейо	0	1	2	3
Ич келиш сони	Меъёрий	Кунига одатдагидан 1-2 марта ортиқ	Кунига одатдагидан 3-4 марта ортиқ	Кунига одатдагидан 5 марта ортиқ
Ректал қон кетиш	Йўқ	излари	Ахлатда қон	Тоза қон

Шиллик кават	Меъёрий	Енгил шилиниш	эрозия	Тўсатдан қонаш, яраланиш
Шифокор томонидан баҳолаш	Меъёрий	енгил	ўрта	оғир

Касаллик оғирлик даражасини халқаро аниқлаш тизимлари

АҚШ гастроэнтерология коллежи (АСС), КК ва колит бўйича Европа ташкилоти (ЕССО) ва Япония гастроэнтерологлар жамияти ЯКни Truelove–Witts меъзонлари бўйича енгил, ўрта оғир ва оғир даражага таснифлашади.

- енгил даражадаги ЯК: ич кетиши кунига 4 марта қон билан ёки қонсиз, тизимли белгилар мавжуд эмас, меъёрий ЭЧТ. Клиник белгилар: қоринда енгил хуружсимон оғриқлар, тенезмлар ва кам ҳолларда қабзият.

- Ўрта оғир даражадаги ЯК: кунига 4 марта ва ундан кўп қон аралаш суюқ ич кетиши, қоринда кучсиз оғриқлар. Шунингдек енгил камқонлик ёки субфебрил иситма кузатилиши мумкин. Овқатланиш билан боғлиқ муаммолар ва вазн йўқотилиш кузатилмайди.

- Оғир даражали ЯК: кунига 6 марта ва ундан кўп қон аралаш суюқ ич кетиши, қоринда кучли спазмли оғриқлар. Шунингдек ушбу беморларда 37,4°C ва ундан юқори иситма, тахикардия (юрак қисқаришлар сони (ЮҚС) 90 ва ундан кўп), анемия (гемоглобин 10,5 ва ундан паст, ЭЧТнинг ошиши (30 мм/соат ва ундан юқори) каби тизимли белгилар мавжуд. Беморлар қисқа муддат ичида кўп вазн йўқотади.

АСС бўйича чақмоқсимон кечишдаги ЯКда беморларда кунига 10 марта ва ундан кўп ич кетиши, тўхтовсиз ректал қон кетиш, қоринда оғриқ, қорин дам бўлиши, иситма ва анорексия каби турли ўткир интоксикацион белгилар кузатилади. Бу каби беморларда токсик мегаколон ва ичак ёрилиши ривожланиш хавфи юқори бўлиб ҳисобланади.

Ремиссия

Ремиссиянинг қуйидаги турлари амалиётда мавжуд:

* Клиник ремиссия: клиник белгиларнинг тўлиқ йўқолиши, ич келиши меъёрий, ректал қон кетиш мавжуд эмас. Клиник амалиётда қўлланилади.

* Тўлиқ ремиссия: ич келиши меъёрий, ректал қон кетиш ёки сийишга чақирув мавжуд эмас, эндоскопик тасвир меъёрида. Клиник синовларда қўлланилади.

* Қайд қилинувчи ремиссия: ректал қон кетишнинг тўхташи ва колоноскопияда Мейо тизими ёки фаоллик индекси бўйича баҳоланганда 0 ёки 1 балл (кўзга куринадиган қон кетиш ва шиллиқ қават мўртлиги мавжуд эмас). Дори воситага лицензия олиш учун синовларда қўлланилади. Клиник кўрсаткичлар бўйича аниқланадиган ремиссия сезгирлиги 86%, хослиги 76%.

Даволашга жавоб бериш ҳолати

Жавоб бериш ҳолати клиник ва эндоскопик натижалар, фаоллик индекси даражасига асосан баҳоланади. Умуман олганда клиник синовларда ректал қон кетишлар ва эндоскопик белгиларнинг 30% ва ундан ортиқ камайиши даволашга бўлган мақбул жавоб бўлиб ҳисобланади.

Қайта қўзиш

Рецидив клиник ремиссия босқичидаги беморда касаллик белгиларининг қайта пайдо бўлишидир. Одатда бу беморларда ич кетишининг одатдагидан кўпайиши, ректал қон кетиш, колоноскопияда шиллиқ қават зарарланганлигини кўриш мумкин [82; 763-786-б.]. Рецидив ремиссия бошланган вақтдан 3 ойдан кейин пайдо бўлса эрта ремиссия ҳисобланади. Ремиссия ахён-ахёнда (йилига 2 марта ёки ундан кам қўзиш) ва тез-тез (йилига 2 мартадан кўп қўзиш) ёки узлуксиз (ремиссия даврисиз клиник белгиларнинг доимий бўлиши) бўлиши мумкин.

Стероидга чидамли ЯК

ЯК билан касалланган беморларда ҳар кун 2 ҳафтадан кам бўлмаган муддатда 40мг преднизолон қабул қилгандан ёки 1 ҳафтадан кам бўлмаган муддатда вена ичига стероидлар юборилганда клиник белгилар тўхтамаса стероидларга чидамли ЯК деб ҳисобланилади. Стероидга чидамли ЯК атамаси фаол касаллик қайта қўзишисиз 3 ой мобайнида кунига 10 мг дан преднизолон каби стероидларни қабул қила олмайдиган беморларга нисбатан қўлланилади.

Иммуномодуляторга чидамли ЯК

Бу каби беморларда камида 3 ой мобайнида тиопуринлар қабулига карамасдан фаол касалликнинг давом этиши ёки касалликнинг қайта қўзиши кузатилади.

Ярали колит даволаш тамойиллари

ЯКни даволаш тамойиллари беморлар ҳаёт сифатини яхшилан, стероидларсиз ремиссияга эришиш ва колоректал саратон хавфини камайтиришга асосланган. Бирламчи эндоскопик баҳолашда яллиғланишнинг проксимал чеккасини аниқлаш муҳим аҳамиятга эга. Агар яллиғланиш талоқ эгрилигидан пастки соҳагача бўлса, “дистал” тури ҳисобланиб, маҳаллий даволаш доирасида бўлади. Агар яллиғланиш талоқ эгрилигидан юқорироқ жойлашса, тизимли даволаниш талаб этилади. Яллиғланишни гистологик баҳолаш натижалари даволаш схемаларини режалаштиришда инобатга олинади. Даволашга асосий ёндашувда касаллик оғирлик даражасига, касаллик давомийлигига, қайта қўзишлар сонига, илгариги даволашга амал қилганлигига, дори воситаларининг ножўя таъсирига ва ИТБга таянилади. Шунингдек, оғир даражали ЯКни вақтида аниқлаш (Truelove ва Witts индекси бўйича аниқлаш мақсадга мувофиқ) ва касалхонага дарҳол ётқизиш жуда муҳим. Эндоскопик даволаш клиник ремиссия давомийлигини ошириб, колэктомия хавфини ва кортикостероидлар қабулини камайтиради.

Енгил ва ўрта оғир ЯКда даволаш тактикаси

ЯК-проктит

Ремиссияга эришиш. Енгил ва ўрта оғир даражали ЯК-проктитни даволашда 5-аминосалицил кислота (5-АСК) унумларини қўллаш самарали. Бир хил самарадаги ва хавфсизликдаги турли хил 5-АСК дори воситалари мавжуд. ЯК-проктит билан касалланган беморларни дастлаб маҳаллий кўринишдаги шамчалар билан даволаш мақсадга мувофиқ, чунки улар бевосита яллиғланиш ўчоғига таъсир кўрсатади. 5-АСК дори воситалари билан маҳаллий даволаш оғиз орқали қабул қилинадиган дори воситаларидан кўра тўғри ичак шиллиқ қаватида юқори концентрацияда бўлади.

Ремиссияни сақлаб туриш. ЯК-проктитда сақлаб турувчи даволаш йилига 1 мартадан ортиқ касалликнинг қўзиши кузатиладиган беморларга тавсия этилади. 5-АСК маҳаллий дори воситалари билан ремиссияга эришган беморларга 5-АСК шамчалари сақлаб турувчи режими тайинланади. 5-АСК дори воситалари оғиз орқали қабул қилиш тайинланган ёки маҳаллий даволаш мобайнида кўплаб қайта қўзишлар кузатилган беморларга 5-АСК дори воситаларини оғиз орқали қабул қилиш мақсадга мувофиқ.

Чан томонлама ёки тарқалган ЯК

Ремиссияга эришиш. Чап томонлама ёки тарқалган ЯКда даволаш биринчи қаторида 5-АСК > 1 г/кун. ҳукна орқали ҳамда 2,4 г/кун дозада оғиз орқали қабул қилиш билан биргаликда қўллаш туради. Ушбу биргаликдаги даволаш алоҳида даволашдан кўра самаралироқ. Биргаликдаги даволашдан фарқли ўлароқ алоҳида 5-АСК дори воситаларини оғиз орқали қабул қилиш ремиссияга эришиш вақти қисқа ва ҳатто ремиссияга эришмаслик мумкин. Тасодифий танлов йўли билан олиб борилган 116 бемор иштирок этган тадқиқотда 5-АСК 4 г/кун. оғиз орқали қабул қилиш ва ҳукнада 5-АСК по 1 г/кун. дозада биргаликда қўлланилиши алоҳида 5-АСК қўллашдан кўра ремиссия кузатилиш эҳтимоли юқори.

Маҳаллий қўлланиладиган стероидлар 5-АСК препаратлари тўғри келмайдиган ёки самара бўлмаган беморларга тайинланади. Маҳаллий 5-АСК дори воситалари ва маҳаллий стероидлар билан биргаликда даволаш юқори самара беради ва ножўя таъсирларни чақирмайди. Ректал кўпик ҳосил қилувчи оддий дори воситаларга қараганда яхши ўзлаштирилади.

Ремиссияни сақлаб туриш. Проктосигмоидит, чап томонлама колит, тарқалган колит ва панколит билан беморларда ремиссияга эришгач сақлаб турувчи даволаш қўлланилади. Агар ремиссияга кортикостероидлар кўмагида эришилса, 5-АСК, тиопурин ва биологик дори воситалар билан сақлаб турувчи даволаш давом эттирилади. Касаллик ёшликда бошланиши, тарқалган колит, чуқур яралар, йилига 2 марта ва ундан ортиқ стероид билан даволаш курси талаб этиладиган, стероидга қарамлик каби ёмон башоратли омиллари мавжуд беморларга сақлаб турувчи даволашни тиопуринлар ва/ки биологик дори воситалар билан давом эттириш мақсадга мувофиқ (TNF- α ёки интегринга қарши дори воситалар).

Ўрта оғир ва оғир даражали ЯК

Ўрта оғир ва оғир даражали ЯК билан касалланган беморларга ремиссияга эришиш учун оғиз орқали қабул қилинадиган стероидлар (кунига 40 мг преднизолон) ёки вена ичига стероидлар (300 мг гидрокортизон ёки 60 мг метилпреднизолон) тайинлаш мақсадга мувофиқ. Агар самара бўлмаса биологик даволаш (TNF- α ёки интегринга қарши дори воситалар) билан ремиссияга эришиш мумкин. Оғир даражадаги ЯК билан касалланган беморларда ремиссияга эришиш мақсадида энг кўп қўлланиладиган дори воситаси инфликсимаб бўлиб ҳисобланади. Success тадқиқот натижаларига мувофиқ, азатиоприн ва инфликсимаб билан биргаликдаги даволаш уларни алоҳида қўллашдан кўра самаралироқ.

Сақлаб турувчи даволаш

Ремиссияга эришгач ўрта оғир ва оғир даражали ЖК билан касалланган беморларга сақлаб турувчи даволаш тайинланади. Стероид тайинланган беморларга, кейинчалик даволашни тиопурин ва/ёки биологик дори воситалар билан давом эттириш мумкин. Биологик дори воситалар олаётган беморларга яна ўга дори воситалар билан даволаш керак, чунки ремиссияни сақлаб туришда уларнинг самараси юқори. АСТ тадқиқотига кўра, инфликсимаб билан даволаш плацебони қўллашга қараганда клиник самара ва ремиссия юқори кўрсаткичларга олиб келди.

Рефрактер проктит ва дистал колитни даволаш

Рефрактер дистал колит оғиз орқали қабул қилинадиган стероидлар ва 5-АСК дори воситалари билан 4-8 ҳафта давомида даволашга қарамасдан йўғон ичакнинг ёки йўғон ичак чап ярмининг вақти вақти билан қўзувчи яллиғланиши сифатида таърифланади.

Ўткир оғир даражали ЖК (ЎОДЯК)ни даволаш

ЎОДЯК – бемор ҳаёти учун хавфли бўлиб, 1900 йилларда ўлим даражаси 75%ни ташкил қилган. 1950 йилда 7%ни ташкил қилди. Ҳозирги кунларда ушбу ташхис билан учламчи тиббий ёрдам марказларига қабул қилинадиган беморларда ўлим даражаси 1%ни ташкил қилади. ЎОДЯК кунига 6 марта ва ундан ортиқ қонли ич кетиши определяется ҳамда қуйидаги белгилардан камида биттасининг мавжудлиги: пульс сони >90 марта минутига, тана ҳарорати >37,8 °С, гемоглобин <10,5 г/дл ёки ЭЧТ>30 мм/соат. ЎОДЯК оғир шакли билан келган беморларга терапевтик ёндашув ўз вақтида ташхислаш ва ичак инъекцияларини истисно қилишни ўз ичига олади. Вена ичига стероидларни юбориш 65% самара берадиган анъанавий даволаш бўлиб ҳисобланади. Бошланғич даволаш сифатида 24 соат давомида 60мг дозада метилпреднизалон ёки кунига 4 маҳал 100мг дозада гидрокортизон қўлланилади. Катта дозалар яхши самара бермайди, уларга қараганда кичик дозалар самаралироқ. Стероидларни вена ичига 3-5 кун давомида

кўлланилганда самара кузатилмаса, циклоспорин ёки инфликсимаб билан шошилиш даволаш олиб борилиш чорасини кўриш лозим. Агар ушбу дори воситалари билан самара кузатилмаса, колэктомия амалиётини бажариш лозим, чунки амалиёт кечиктирилса ундан кейинги асоратлар фоизи ошади ҳамда 7 кундан сўнг ўлим даржаси кўпаяди. Бошқа муҳим чора-тадбирлар суюқликлар қуйиш, электролитлар балансини тўлдириш, цитомегаловирус инфекциясини истисно қилиш, Clostridium difficile га ахлатни экиш, эноксипарин ёрдамида чуқур веналар тромбози олдини олиш, овқатланишни кўллаб-қувватлаш, гемоглобин даржасини 8г/дл дан ортиқ миқдорда ушлаб туриш ва антихолинергик, опиатлар ва стероид бўлмаган яллиғланишга қарши дори воситалар (СБЯҚДВ) қабулини тўхтатиш кабиларни ўз ичига олади.

Ярали колитда нутритив ҳолат бузилишлар сабаблари ва клиник жиҳатлари

ЯКни даволашда шифокорлар оксил-энергетик танқислигига, асосий касаллик кечишини ва оқибатини оғирлаштирилишига олиб келадиган нутритив ҳолат бузилишларини аниқлаш ва уларни ўз вақтида меъёрлаштириш усулларига етарлича аҳамият қаратишмайди. Бу бузилишларнинг сабабларидан бири таҳлил имкониятларини камайтирадиган, текшириш натижаларини умумлаштиришни қийинлаштирадиган, бу бузилишларни меъёрлаштириш алгоритмларини ишлаб чиқаришни мураккаблаштиришига олиб келадиган нутритив ҳолатни ва унинг патологияларини баҳолашнинг ягона стандартларининг мавжуд бўлмаслигидир.

Нутритив танқислик ЯКнинг ёрқин ва тез-тез намоён бўладиган белгиларидан биридир.

ЯК билан касалланган беморларда нутритив ҳолат бузилишлари турли сабаблар туфайли юзага келади:

- тез-тез ич кетиши туфайли нутриентларнинг, сув ва электролитларнинг кўқотилиши;

- Ичак маълум қисмининг резекцияси ёки яллиғланиш туфайли шиллик кават сўрилиш юзасининг камайиши;
- фермент танқислиги (мальабсорбции, “калтак ичак” синдромлари);
- оғриқ ва интоксикация туфайли овқатланишнинг чекланиши;
- ичак ҳаракатининг бузилиши;
- озукавий маҳсулотларнинг кўплаб йўқотилиши (сурункали қон кетиш, қон плазмаси оқсиллари билан ичак экссудацияси);
- тизимли яллиғланиш жараёни туфайли кўплаб энергия сафрланиши (тана ҳароратининг кўтарилиши, пульс ва нафас олиш сонининг ошиши, ўткир яллиғланиш фазаси оқсилларининг ҳосил бўлиши);
- ҳаддан ташқариш бактериал ўсиш синдроми (ХТБЎС).

ЯКда нутритив танқислик клиник жиҳатлари

Нутритив танқислик ЯК ёмон клиник оқибатлари билан боғлиқ муҳим омиллардан бири ҳисобланади. ЯКда нутритив ҳолат бузилишлари касаллик фаоллиги, тарқалганлиги, давомийлиги, тизимли яллиғланишда иштирок этувчи ўсма некрози омили (TNF), интерлейкин (ИЛ)-1, ИЛ-6 каби цитокинлар миқдорига боғлиқ бўлиб, улар катаболизмни кучайтириб анорексиягача олиб келиши мумкин.

Тана таркибининг ўзгариши беморларда касаллик кечишига, даволаш самарадорлигига, жарроҳлик йўли билан даволаш натижаларига, беморлар ҳаёт сифатига таъсир қилиши мумкин. Мушак массасининг авж оли борувчи ва тарқалган кўринишида йўқотилиши мушак кучининг ёки жисмоний иш қобилятининг камайиши билан боғлиқ бўлиб, жисмоний ногиронликка ва ҳаёт сифатига таъсир қилувчи саркопения синдроми билан тавсифланади. Тизимли шарҳда 60% ИЯК билан касалланган беморларда соғлом шахларга нисбатан мушак массаси камайган. Бу беморларда саркопения жарроҳлик аралашувларида ортиқча сарфланиш ва ЯКда остеопения билан боғлиқ ёмон жарроҳлик оқибатлари сабаб бўлган. Бу эса ушбу тоифадаги барча беморларда

овқатланиш танқислиги ва/ёки саркопения скринингига эҳтиёж катта эканлигини билдиради.

ИЯКда озуқавий микроэлементлар танқислиги ичида кенг тарқалганлари: темир, кальций, селен, цинк, магний, ёғда эрувчи витаминлар А, D, К.

ЯКда темир танқислиги анемия асосий сабабларидан бири бўлиб, унинг ушбу беморларда тарқалиши 36%дан 90%гача. ЯКда темир танқислигини белгиловчи асосий омилларига овқат билан темир киришининг камайиши, яраланган ичак юзаси орқали қоннинг доимий йўқотилишига оли келадиган фаол яллиғланиш, тизимли яллиғланиш туфайли темир сарфланишининг ортиши кабилар киради. ЕССО тавсияларига асосан темир танқислиги ташхисий меъзонлари яллиғланиш оғирлигига боғлиқ деб ҳисобланилади.

Эркаklar ва аёллар учун суяк массасининг камайиши ва остеопороз (мос равишда 20-50%) бирдек тегишли. Мойиллик кўрсатувчи омилларига стероидлар, ичак резекцияси, сурункали яллиғланиш, кам жисмоний фаоллик ва кальций, витаминлар ва бошқа микроэлементлар танқислиги киради . ЯК билан касалланган беморларда кальций танқислиги 10%, витамин D танқислиги 40%ни ташкил қилади. Шунингдек, фаол ЯК билан касалланган стероид билан даволаш курсини ўтаётган беморларда қон зардобиди кальций ва витамин D миқдорини текшириб бориш ва керак бўлганда суяк тўқимаси паст минерал зичлигини олдини олиш мақсадида ўрнини тўлдириш зарур.

Ярали колитда нутритив ҳолат бузилишларини баҳолаш ва нутритив терапия

Нутритив танқислик ривожланиш тезлиги ва сабабларини инобатга олган ҳолда ушбу беморларда эрта ташхисот даврида бу ҳолатни тез аниқлаш усулларига эҳтиёж туғилди.

Сўровнома усули

Овқатланишни баҳолаш учун турли жадвал ва сўровномалар таклиф этилган, буларнинг бир қанча пунктлари баллар билан баҳоланади. Бу усуллар билан овқатланиш камайиши туфайли нутрифаол қўллаб қувватлашга эҳтиёж мавжудлигини аниқлаш мақсадида мальнутриция хавфи даражаси аниқланади.

Кам овқатланиш асосий скрининг усуллари:

1. Тез овқатланишни баҳолаш (Instant Nutritional Assessment, INA).
2. Кам овқатланиш скрининг универсал сўровномаси (Malnutrition Universal Screening Tool, MUST).
3. Нутритив хавф скрининги (Nutritional Risk Screening, NRS).
4. Овқатланишни минимал баҳолаш (Mini Nutritional Assessment, MNA).
5. Субъектив глобал баҳолаш (Subjective Global Assessment, SGA).

LAW (Lymphocytes, Albumin, Weight) каби машхур INA 3 та кўрсаткичларга асосланади: қондаги лимфоцитлар, альбумин миқдори ва вақт бирлигидаги тана вазни ўзгариши.

MUST Буюк Британия маслаҳат гуруҳи томонидан ишлаб чиқилган ва нутритив қўллашга муҳтож кам овқатланиш хавфи билан бўлган беморлар учун мўлжалланган. Асосланганлиги, ишончлилиги ва оддийлиги туфайли касалхонагача бўлган босқичда қўлланилади. Нутритив танқислик хавфи тана вазни индекси (ТВИ), охирги 3-6 ой мобайнида тўсатдан вазн йўқотиш ва 5 кун ва ундан кўп муддатга мўлжалланган овқат қабули етарлича бўлмаган турли ўткир клиник ҳолатнинг мавжудлигини баҳолаш учун тана вазни ва бўй узунлиги ёрдамида баҳоланади. Баллар 0дан 2гача бўлиб, енгил (0), ўрта (1) ва оғир (2) даражадаги овқатланиш танқислигидан далолат беради.

NRS касалхонадаги беморларда қўлланилади. Бунда MUSTдаги кўрсаткичлар билан бирга касаллик оғирлик даражаси ва ёш инобатга олинади.

NRS — 2002 2 та қисга бўлинади: биринчиси — 4 саволдан иборат бошланғич скрининг (ТВИ 20,5дан кам, охирги 3 ой мобайнида вазн йўқотиш, охирги ҳафта давомида овқатланишнинг камайиши ва ўткир оғир даражадаги

касалликнинг мавжудлиги), иккинчиси – касаллик оғирлик даражаси ва ёш билан боғлиқ овқатланиш танқислиги даражасини баҳолаш. Дастлабки 4 та саволдан камида биттасига ижобий жавоб олинса сўровноманинг 2-қисми тугатилади; 3дан юқори балл овқатланиш бузилишининг юқорилиги ҳақида далолат беради.

MNA – асосан кекса ёшли беморларда қўлланиладиган мальнутрицияни аниқлаш усули бўлиб ҳисобланади. Ўз ичига умумий баҳолаш (ҳаёт тарзи, жисмоний фаоллик ва дори воситалар билан даволаш), овқатланиш диаграммаси таҳлили (овқат қабули сони, дисфагия ва автономия), субъектив белгилар (беморнинг соғлиқ ва овқатланиш ҳақида фикрлари), антропометрит кўрсаткичларни аниқлаш (тана вазни, ТВИ, бел айланаси (БА) ва тери бурмалари қалинлиги (ТБК)) натижаларини олади. Агар умумий балл 17дан кам бўлса мальнутриция, 17-23,5 бўлса мальнутриция хавфи, 24 ва ундан ортиқ бўлса беморнинг қониқарли ҳолатидан далолат беради. MNA сўровномасини яқунлаш учун 10 дақиқа талаб этилад, усул юқори сезгирликка эга бўлиб, кўпчилик тадқиқотларда қўлланилади.

SGA ўз ичига касаллик тарихи (даволашга бўлган овқатнинг калориялилиги, вазн йўқотиш, ОИЙ белгилари ва функционал фаоллик) ва клиник текширув (шиш ва/ёки ёғ ҳамда мушак массасининг ўзгариши мавжудлигида овқатланишнинг танқислик белгиларини оладиган стандартланган сўровномага асосланади.

Антропометрик усуллар

Энг оддий ва ҳар доим бажарса бўладиган кўрсаткичлардан бири тана вазни ҳамда ТВИни аниқлашдир. Ушбу кўрсаткичнинг меъёрий даржаларидан силжиши сурункали касалликларнинг қўзиши, касалликнинг оғир кечуши ва оғир асоратлар ривожланишини башоратлаш мумкинлигини . кўпчилик тадқиқотлар тасдиқлаган.

ТВИ <18,5 кг/м² бўлса овқатланиш танқислиги, >25 кг / м² бўлса ортиқча тана вазни (ОТВ)дан, 30 кг/м²дан ортиқ бўлиши семизлик, 14-15 кг/м²дан кам бўлиши ҳолдан тойиш ва ўлим хавфи юқорилигидан далолат беради.

Аммо ТВИ фақат нутритив ҳолат бузилишини аниқлашга мўлжалланган бўлиб, унинг кўрсаткичларига бошқа омиллар (ривожланган мушак массаси, тарқалган шишлар, асцит ва б.) ташхисий сезгирлигини пасайтиради. Шунинг сабаб ташхисни аниқлаштириш учун клиник амалиётда ТВИ бошқа антропометрик кўрсаткичлар (елка айланаси (ЕА) ва уч бошли мушак устидаги бурма қалинлиги (УБМУБҚ)) билан боғлиқ ҳолда қўлланилади (4-жадвал).

4-жадвал

Антропометрик кўрсаткичларни аниқлаш усуллари

Кўрсаткичлари	Аниқлаш усуллари
ТВИ	Тана вазни (кг) / бўй ² (м ²)
ЕА	Бўш турган букилган қўл елка ўрта учда бир қисми чегарасида ўлчанади
УБМУБҚ	Калипер, адипомер ёки штангенциркуль кўмагида елка орқа соҳасида тирсак ўсиғи ва акромион бошчаси орасидаги ўртача масофа ўлчанади
ЕА	Елка айланаси (см) – УБМУБҚ х 3,14

ТБҚ организмда ёғ захиралари билан, ЕА – соматик оқсил умумий миқдори билан тавсифланади. Бу кўрсаткичларни баҳолаш махсус жадваллар билан, жинс ва ёш хусусиятларини инобатга олган ҳолда баҳоланади (2-, 3-, 4-жадвал) (5-, 6-, 7-жадвал).

5-жадвал

Эркакларда УБМУБҚни баҳолаш

Овқатланиш ҳолати	Меъёрий кўрсаткичлар, мм		
	20-39 ёш	40-49 ёш	>50 ёш
Меъёр (100-90%)	11,1-10,6	12,6-11,3	11,7-10,5
Енгил даражали бузилиш (90-80%)	10,8-8,9	11,3-10,1	10,5-9,4
Ўрта оғир даражадаги бузилиш (80-70%)	8,9-7,8	10,1-8,8	9,4-8,2
Оғир даражадаги бузилиш (<70%)	<7,8	<8,8	<8,2

6-жадвал

Аёлларда УБМУБҚни баҳолаш

Овқатланиш ҳолати	Меъёрий кўрсаткичлар, мм			
	20-29 ёш	30-39 ёш	39-49 ёш	>50 ёш
Меъёр (100-90%)	15,2-13,7	16,2-14,6	15,6-14,0	13,8-12,4
Енгил даражали бузилиш (90-80%)	13,7-12,2	14,6-13,0	12,5-10,9	11,0-9,7
Ўрта оғир даражадаги бузилиш (80-70%)	12,2-10,6	13,0-11,№	12,5-10,9	11,0-9,7
Оғир даражадаги бузилиш (<70%)	<10,6	<11,3	<10,9	<9,7

7-жадвал

ЕМАни аниқлаш

Овқатланиш ҳолати	Меъёрий кўрсаткичлар, мм	
	Эркаклар	Аёллар
Меъёр (100-90%)	25,3-22,8	23,2-20,9

Енгил даражали бузилиш (90-80%)	22,8-20,2	20,9-18,6
Ўрта оғир даражадаги бузилиш (80-70%)	20,2-17,7	18,6-16,2
Оғир даражадаги бузилиш (<70%)	17,7	16,2

ЕА ва тери-ёғ қаватини ўлчамлари тана ёғ ва ёғсиз массаси, оксил ва ёғ умумий периферик захиралари билан корреляцияланади. Аммо даволовчи овқатланишдан кейинги қисқа муддатли самарани баҳолаш учун мўлжалланмаган.

Тана таркиби текширишда 2 марталик рентген абсорбиометрия (DEXA), биоимпедансометрия, NOBEC (тана электрик ўтказувчанлиги), ультратовуш, КТ, МРТ каби усулларни ўз ичига олган тана ёғсиз ва ёғли массасини аниқлаш йўли билан билиш мумкин.

Тана таркибини текширишда абсорбциометрия ва биоимпедансометрия олтин стандарт усуллар бўлиб ҳисобланади.

Абсорбциометрия икки турли энергия даражасида рентген нурланишнинг пасайиши тамойилларига асосланади; тери, суяк тўқимасидан ўтгандан кейинги ёзиб олинган нурланиш кучига қараб ёғ ва мушаклар каби юмшоқ тўқималарни бир биридан фарқлаш мумкин. DEXA суякларнинг минерал таркиби ҳақида маълумот беради.

Биоимпедансометрия — организмнинг морфологик ва физиологик кўрсаткичларини баҳолаш имкониятининг берувчи биологик тўқималар электр ўтказувчанлигини ўлчайдиган контакт усулдир. Махсус биоимпеданс анализаторлар кўмагида амалга ошириладиган, 2 жисмоний таркиб ((қаршилиқ (R) ва реактивлик (Xc))га асосланган тана таркибини ўлчаш учун билвосита усул бўлиб ҳисобланади.

Қаршилик –барча биологик тузилмалар ток ўтказилишига қаршилик кўрсатиш хусусияти: ёғсиз тўқималар – яхши ўтказувчилар (сув ва электролитлар сақлайди), ёғ тўқимаси ёмон ўтказувчилар (сув кам сақлайди).

Реактивлик – ҳужайралар мембраналари даражасида ўлчанувчи токка қарши куч бўлиб, ёғ массаси паст реактивлик, тана ёғсиз массаси юқор реактивликка эга.

Иккала кўрсаткичларнинг биргаликдаги таҳлили янги кўрсаткич – фазали бурчакни (ФБ) ҳисоблаш имконини беради: $ФБ = \arctg (X_c/R)$. Соғлом шахсларда меъёрий кўрсаткичлар $6^\circ - 8^\circ$ атрофида бўлади, 6° дан паст бўлиши катаболик шароитлар ошганлигидан, 8° дан кўтарилганлиги мушаклар гипертрофиясидан далолат беради. ФБ кўрсаткичининг $4,5^\circ$ атрофида бўлиши оксил-энергетик танқисликда ҳужайралардан ташқари бўшлиқларнинг кенгайиши ва ҳужайралар мембранасининг йўқотилиш эҳтимоллигини билдиради.

Ёғсиз массани баҳолашда ультратовуш қўлланилиши чекланган бўлиб, унинг натижалар бевосита оператор билна боғлиқ.

КТ – тана соҳалари ва қаватларини текшириш учун ионловчи нурланишни қўллаш усули бўлиб ҳисобланади. МРТ магнит майдонларини қўлланилиш тамойилига асосланган. МРТ умумий ёғ массаси миқдорини баҳолаш ва ёғ тўқимасининг маҳаллий тақсимланиш таҳлили учун қўлланилади. Аммо юқори аниқлилик, аппаратнинг юқори нархи, радиацион нурланишга қарамасдан амалиётда бу усуллар кенг қўлланилади.

Лаборатор усуллар

Организмнинг оксилли ҳолати икки асосий оқилли ҳавза – соматик (мушак оксили) ва висцерал (қон ва ички аъзолар оксиллари) ҳавза ҳолати билан аниқланади. Соматик оксиллар ҳавзаси соматометрик кўрсаткичларни аниқлашга асосланган. Овқатланиш ҳолатини баҳоловчи лаборатор усуллар жигарнинг, қон шаклли элементлари ишлаб чиқарувчи аъзолар ва иммун

тизимнинг оқсил ҳосил қилувчи функциялари билан бевосита боғлиқ висцерал оқсил ҳавзасини тавсифлайди.

Қуйида оқсил ҳолатини баҳолаш усуллари орасида кенг тарқалганлари кўрсатилган:

- қон зардобда умумий оқсил, альбумин, креатинин, мочевиная, қисқа муддат фаолият кўрсатувчи оқсиллар (преальбумин, ферритин, трансферрин, ретинол боғловчи оқсил (РБО)), периферик қонда лимфоцитлар мутлак миқдори;

- сийдик билан азот, мочевиная, креатининнинг кунлик чиқарилишини аниқлаш;

- организм азот балансини баҳолаш (қуйилган оқсил (г)/6,25 – мочевиная азоти (г) – 4 формуласи орқали ҳисобланади). Манфий азот баланси патологик жараённинг катаболик босқичи ҳақида далолат беради.

Умумий оқсил умумлашган кўрсаткич сингари турли хил таркиб билан боғлиқ бўлиб, сезилрлиги паст ва глобулин фракцияларининг ошиши ва дегидратация туфайли ёлгон манфий натижа бериши мумкин. Нутритив ҳолатни баҳолашда асосан альбумин ишончли башоратловчи маркер сифатида қўлланилади.

Жигарда ҳосил бўлувчи альбумин ҳаёт давомийлиги 18-20 кун бўлиб, билирубин, ўт кислоталари, кальций, гормонлар, витаминлар, дори воситалари билан вақтинчалик комплекслар ҳосил қилувчи транспорт функцияни амалга оширади. 40% альбумин томир оқимида айланиб юради, асосий қисми тўқималараро суюқликда сақланади. Альбумин натижалари висцерал оқсил ҳавзаси маркерлари каби мавжудлик вақти ва томир ичи оқимида тўқималараро альбуминнинг ўтиш имкониятига боғлиқ. Аммо узоқ муддатли дастлабки оқсилли очлик ва ҳар қандай касалликнинг ёмон оқибатли кечиш юқори хавфини белгиловчи бирламчи гипоальбуминемия аниқлаш мақсадида зардобдаги альбумин миқдорини текширишни ўтказиш муҳим, чунки гипоальбуминемия ва касалликнинг кечиши ўртасида бевосита корреляцион боғлиқлик мавжуд.

β -глобулинов фракциялари вакили – трансферрин темир ташилишида иштирок этади, 7-8 кун ҳаёт давомийлигига эга, овқатланишда ўзгаришлар кузатилганида тез жавоб берувчи кўрсаткич сифатида қўлланилади. Шу билан бирга, трансферрин миқдори темир танқислигида ошиши мумкинлиги, ва кейинчалик оксилли танқисликка олиб келиши туфайли трансферринни текшириш чекланган. Бироқ кўпчилик тадқиқотчилар бу кўрсаткични қўллашни тавсия беришади, чунки у висцерал оксил ҳавзаси ҳолатини баҳолашга имкон яратувчи кўрсаткич бўлиб ҳисобланади.

Ҳозирги кунда висцерал оксил ҳавзасини баҳоловчи янги, юқори сезгир усуллар ишлаб чиқилган, жумладан юқори сезгирликка эга бўлган ярим парчаланиш даврлари мос равишда 2 кун ва 12 соат бўлган транстиретин (ТТР) ва РБО. ТТР ва РБО қисқа ҳаёт давомийликка эга бўлиб, уларнинг кам аҳамиятли қисми томирдан ташқари бўшлиқда сақланиши ва жигарда синтеzlаниш тезлиги уларнинг оксилли танқислик эрта ташхисоти учун қўллаш тавсия этилади.

ЯК ва нутритив терапия

Энтерал озиқлантириш (ЭО) ёки зонд орқали озиқлантириш (ЗОО)ли даволашроғиз орқали истеъмоли камайган беморлар учун овқатланиш ҳолатини тиклаш ёки қўллаш мақсадида ишлатилади. Оддий амалиётда ЭО оғир, 5 кун ва ундан ортиқ овқатланиш танқислиги ҳолатларда, ёки одатий шароитда 10 кун ва ундан ортиқ вақт овқатланиш танқислиги ёки ўрта/оғир гиперкатаболиз ҳолатлари мавжуд беморларда тавсия этилади.

Парентерал озиқлантириш (ПО) асоратлар ва харажатлар камлиги туфайли кенг қўлланилади. Шунингдек ҳозирги кунда озиқлантирувчи маҳсулотлар ичак шиллиқ қавати орқали трофик омил сифатида қабул қилиниши, бактериялар транслокациясини олдини олиши ва ОИЙ функциясини сақловчи восита деб ҳисобланилади.

Баъзи тадқиқотларда озиқлантирувчи воситалар антигенлар таъсирини камайтирадиган ичакнинг иммун жавоби ва комменсиал микрофлорасини

бошқариши мумкинлиги айтиб ўтилган. Шунинг учун ЭО ичак шиллик қаватига яллиғланишга қарши таъсир ўтказиб, ИЛ-6 ишлаб чиқарилишини камайтиради ва инсулинга ўхшаш ўсиш омили (IGF)-1 ишлаб чиқарилишини оширади. Бу борада адабиётларда қарама қарши фикрлар мавжуд.

Энтерал овқатлантириш ичак ишемияси, ичак тутилиши, шок ҳолатида, ичак оқмаларида, ичакдан қон кетаётганда мутлақ қарши кўрсатма бўлиб ҳисобланади. ПО ЭО мумкин бўлмаган оғир озиқа маҳсулотлари мальабсорбцияси билан қисқа ичак синдроми мавжуд беморларга муҳим кўрсатма ҳисобланади. Шунингдек ПО обструктив касалликлари мавжуд беморларда ҳам қўлланилади. Амалиётдан олдинги даврда нутритив қўллашни иложи борица эрта бошлаш жуда муҳим, чунки у операциядан кейинги асоратлар хавфини камайтириши мумкин.

ПОни қўллаш беморлар тўғри танлови, уларга ҳар кунги бошқаришни талаб этадиган метаболик ўзгаришлар ёки катетер билан боғлиқ асоратлар тўғрисида маълумот беришни талаб қилади.

Шунингдек ЯК билан касалланган беморларда нутритив қўллаш мақсадида ЭО учун баланслаштирилган озукавий аралашмалар ҳам тавсия этилиши мумкин. Ушбу замонавий озиқлантирувчи аралашмалардан бири “Модулен IBD” (“Nestle”, Швейцария) ИЯКда беморларни озиқлантириш учун мўлжалланган. 100 г “Модулен IBD” қуруқ аралашмаси таркибида 18г сут оксиллари, 23 г ёғ, 54 г углеводлар, 14 г макро ва микроэлементлар ва 13 г витаминлар. 100 г аралашманинг энергетик қиймати 500 ккал, осмолярлиги 270мосм/л га тенг.

“Модулен IBD” аралашмасининг таркибида унинг даволовчи хусусиятларини белгиловчи шиллик қават яллиғланишга қарши ўсиш омили (TGF-β2) мавжуд бўлиб, у ичак шиллик қаватидаги ИЛ-1, ИЛ-8 ва гамма-интерферон миқдорини камайтиради.

TGF- β₂ – турли нишон-хужайраларда метаболик реакцияларда, апоптоз ва миграция, табақаланиш жараёнларида иштирок этувчи кўп функцияли яллиғланишга қарши цитокиндир. Организмнинг ҳар бир хужайралари,

жумладан эпителиал, эндотелиал, асаб ва бириктирувчи тўқима хужайралари TGFβ ишлаб чиқаради. Ярали колитда хужайралар бутунлигининг бузилиши натижасида регенерацияни билдирувчи TGFβ₂ синтезланиши камаяди. Бу яллиғланишга қарши цитокинни қон зардобида аниқлаш орқали ичак шиллик пардасидаги яллиғланиш жараёнининг қай даражада бораётганлигини ҳамда даволаш самарадорлигини баҳолаш мумкин.

“Модулен IBD” аралашмаси оғиз орқали овқатланиш ёки зонд орқали озиқлантириш учун мўлжалланган. “Модулен IBD” кунига 1-3 стакан миқдорда асосий рационга қўшимча ҳамда овқатланишнинг ягона манбаи сифатида қўлланилиши мумкин.

“Модулен IBD”нинг қўлланилиши фойдали жиҳатлари қуйида кўрсатилган:

- нутриентлар ва энергияни етказилишини мос равишда таъминлаш;
- оқсил, темир, кальций, макро- ва микроэлементлар танқислиги ўрнини тўлдириш;
- яллиғланиш фаоллигини пасайтириш ва зарарланган ичак шиллик қавати тикланишини кучайтириш орқали ремиссияга эришишни тезлаштириш.

Ярали колит билан касалланган беморлар клиник тавсифи

Қўйилган мақсад ва вазифаларга мос ҳолда тадқиқот Республика ихтисослашган терапия ва тиббий реабилитация илмий-амалий тиббиёт маркази (РИТ ва ТРИАТМ) гастроэнтерология бўлими, Бухоро вилоят кўп тармоқли тиббиёт маркази (БВКТТМ) гастроэнтерология бўлимида 2021-2023 йилларда олиб борилди. Тадқиқотга ЯК билан ташхисланган, стационар ва амбулатор шароитда даволанган 128 бемор ҳамда 30 нафар соғлом шахслар киритилди.

Ушбу тадқиқотга қуйидаги меъзонларга асосан беморлар киритилди:

- 18 ёшдан катта
- Ярали колит ташхиси клиник, эндоскопик тасдиқланган

- нутритив етишмовчилиги мавжуд беморлар
 - беморнинг тадқиқотга иштирок этишига розилиги
- Қуйидаги меъзонларга асосан беморлар тадқиқотдан чиқарилди:
- тизимли аутоиммун касалликлар
 - онкологик касалликлар
 - ўткир ёки декомпенсация босқичидаги қўшилиб келган касаллик
 - ҳомиладорлик
 - эмизикли давр
 - сил, ОИВ, ОИТС
 - бемор тадқиқотга иштирок этишига рози бўлмаслиги
 - беморнинг шифокор тавсияларига риоя қилмаслиги.

Даволаш охири қабул қилинган клиник протоколлардан чиқмаган ҳолатда 5-АСК, ҳамда ГКС дори воситалар билан олиб борилди.

Нутритив ҳолатни аниқлаш усуллари

Антропометрик кўрсаткичлар таҳлили

Нутритив етишмовчиликни аниқлаш учун дастлаб **антропометрик кўрсаткичлардан** тана вазни камайиши (ТВК), ТВИ, ЕА, УБМУБҚ кабилар қўлланилди. Нутритив етишмовчилик антропометрик кўрсаткичларини баҳолаш Пугачев А.В. ва Ачкасов Е.Е. бўйича олиб борилди (8-жадвал)

8-жадвал

Нутритив етишмовчилик антропометрик кўрсаткичларини баҳолаш

Кўрсаткичлар	Меъёр	Нутритив етишмовчилик		
		енгил	ўртача	оғир
ТВК (дастлабки вазндан %да камайиши)	0-2	2-5	5-10	>10
ТВИ	26-19	19-17, 5	17, 5 – 15, 5	< 15, 5

ЕА (см)	эркаклар	29-36	28-25	26-23	25-22,5
	аёллар	23-20	22,5-19,5	< 20	< 19, 5
УБМУБК (мм)	эркаклар	14,5-13	13-11,6	10,5-9,5	9,5-8,4
	аёллар	11,6-10,1	< 10,1	8,4-7,4	< 7,4

Нутритив етишмовчиликни аниқлаш шкалаларидан бири **нутритив хавф индекси (NRI)** баҳолаш тизими бўлиб, қуйида келтирилган формула ёрдамида аниқланади:

$$NRI = [1,519 * \text{зардобдаги альбумин даражаси (г/л)} + (\text{айни вақтдаги тана вазни} / \text{одатдаги тана вазни})] * 100$$

NRI натижалари қуйидагича баҳоланди:

>100 – нутритив етишмовчилик мавжуд эмас

97,5-100 – енгил даражали нутритив етишмовчилик

83,5-97,4 – ўрта оғир даражали нутритив етишмовчилик

<83,5 – оғир даражали нутритив етишмовчилик

Биоимпеданс таҳлили

Тана таркибини билиш учун, беморлар соғлиги ҳолати ва жисмоний қобилятини бир зумда таҳлил қилишга ва керакли вақт давомида мазкур кўрсаткичларнинг ўзгаришини кузатишга имкон берадиган кўп частотали MC780 биоимпеданс сегментли анализатори қўлланилди. MC780 қурилмасини қўллаш йўриқномасига биноан тик турган ҳолатда, мутахассис иштирокисиз таҳлилни ўтказиш имконини яратадиган интерфаол автоном қурилма. Қурилма 20 сония давомида тана таркибини тўлиқ сегментар таҳлилни ўтказишга имконият беради. Катта иккиталилик светодиод дисплей тана таркиби дастлабки таҳлилни тест ва тасвир кўринишида ёзиб олади. Ўлчов натижалари SD-картага сақланиб, шахсий компьютерга узатилади, бу эса кейинги чоралар кўрилиши учун тўлиқ маслаҳат варақасини автоматик яратиш ва чоп этишга имкон беради. Биоимпеданс таҳлили танадаги ёғ ва мушак массаси миқдорини аниқлашга имкон беради. Беморларнинг барча

маълумотлари GMon Health Monitor дастурий таъминоти ёрдамида таҳлил қилинди ва сақланди.

Қурилма қуйидаги тавсифларга эга:

- Кўп частотали анализатор бутун тана аниқ ўлчовлари ва сегментар таҳлилини таъминловчи 3 та частотаси мавжуд.
- Интерфаол консол мутахассис иштирокисиз бемор маълумотларини ўлчаш ва киритишга имкон беради.
- Тана таркиби бўйича барча натижалар, яъни ўлчов натижалари ва тўлиқ сегментар таҳлил натижалари ICD-дисплейда намоён бўлади.
- Ҳажми 2 гигабайт бўлган SD-карта автоматик тарзда 10000 дан ортиқ тасвир натижаларини тўплайди ва юклайди.
- Беморни идентификациялаш вазифаси ҳар бир бемор учун ўлчов маълумотларини тўплаш ва солиштиришни таъминлайди.
- Тўлиқ маълумот варақалари ўлчовлар якунлангач MC780 га уланган принтердан чоп этилади.
- GMon Health Monitor дастурий таъминоти маълумотлар базасини тўлиқ бошқариш, соғлиқ ҳолати маълумотларини баҳолаш ва иш давомида ҳисоботларни яратиш вазифасини бажаради.
- 3 қисмдан иборат модуль тузилмаси мондаж, хизмат кўрсатиш ва ташиш учун мўлжалланган.
- Аккредитациядан ўтказилган MDD Class III ва NAWI IIa

Биоимпеданс таҳлили қуйидаги кўрсаткичларни аниқлашга имкон беради: ёз фоизи, тана ёғ вазни, ёғсиз вазн, организмдаги сув миқдори, ҳужайра ичи ва ҳужайра ташқарисидаги сув, тана вазни индекси, суяк вазни, тара тузилиши, висцерал ёғ коэффициенти, метаболизм базал даражаси (ккал), метаболик ёш, импеданс фазали бурчаги, ёғ йиғилишининг тарқалиши, ҳар бир оёқ, қўл ва тана бошқа қисмлари учун сегментар кўрсаткичлар.

§2.4. Тадқиқотда қўлланилган эндоскопик текширув усули тавсифи

ЯКда йўғон ичак шиллиқ қавати ҳолати Fujifilm 4450hd видеопроцессор, Fujinon ec-530fl видеоколоноскопи (Япония) ёрдамида “ENDOMED” тиббиёт-диагностика клиникасида Сафаров Ғ.Ғ. бошчилигида ўтказилди. Текширув мобайнида йўғон ичак ҳолати қуйида кўрсаткичлари баҳоланди: гиперемия мавжудлиги ва яққоллик даражаси, эндоскоп билан теккизилганда қонаши, шиллиқ қават томир тасвири хусусиятлари.

Йўғон ичак зарарланиш ҳажми ЯКнинг Монреал таснифи асосида баҳоланди: проктит, чап томонлама ҳамда тўлиқ (тарқалган) зарарланиш. ЯКнинг Мейо фаоллик даражасига мувофиқ касалликнинг эндоскопик фаоллик даражаси (Schroeder) орқали ЯК қўзиш оғирлиги аниқланди (9-жадвал).

9-жадвал

Schroeder бўйича ЯК эндоскопик фаоллик даражаларини баҳолаш

О балл	Меъёр ёки фаол бўлмаган касаллик
Кам фаоллик, 1 балл	Енгил қизариш, томир тасвирининг хиралашуви, тегинганда енгил жароҳатланиш
Ўртача фаоллик, 2 балл	Яққол қизариш, томир тасвирининг бўлмаслиги, тегинганда ўртача жароҳатланиш, эрозиялар
Яққол фаоллик 3 балл	Тўсатдан жароҳатланиш, яраланиш

Тадақиқотда касаллик таснифида қўзиш оғирлигини баҳолаш учун Truelove-Witts меъзонлари билан биргаликдаги Европа консенсуси тавсияларига асосан Россия гастроэнтерологлари ва колопроктологлари жамияти томонидан ишлаб чиқилган меъзонлар қўлланилди [17; 10-14-б.].

Йўғон ичак зарарланганлик даражасини баҳолаш мақсадида ЯКнинг Монреал таснифи ишлатилди [208; 1756-1770-б.] (10-жадвал).

10-жадвал

Truelove — Witts мезонлари

Мезонлар	Оғирлик даражалари		
	Енгил	Ўрта оғир	Оғир
Қонли ахлат чиқиш сони	< 4	≥ 6	≥ 6
Юрак уриш сони, дақиқасига	Меъёрий кўрсаткичлар	≤ 90	< 90
Тана ҳарорати, С°		$\leq 37,5$	< 37,5
Гемоглобин, г/л		≥ 105	< 105
ЭЧТ, мм/с		≤ 30	< 30
Йўғон ичак шиллик қаватининг тегингандаги жароҳатланиш	Мавжуд эмас	Мавжуд	Мавжуд

Олинган натижаларнинг статистик ишлови

Тадқиқот давомида олинган натижалар Windows XP учун SPSSv.15.0 (2007) ва MS Excel дастурий таъминот тўплами ёрдамида амалга оширилган статистик қайта ишловдан ўтказилди. Вариацион қатор стандарт усулларида фойдаланган ҳолда қуйидаги қийматлар ва мезонлар ҳисоблаб чиқилди: ўртача арифметик қиймат (M), ўртача арифметик хато (m). Иккита танланган кўрсаткич фарқларнинг статистик аҳамиятини баҳолаш учун Стьюдентнинг t-меъзонидан фойдаланилди.

Ярали колит билан касалланган беморларда нутритив статус таҳлил натижалари

Антропометрик ТВК (%), ТВИ, елка айланаси (см), УБМУБҚ (мм) каби кўрсаткичлар ва NRI бўйича таҳлил ўтказилганда тадқиқотдаги ЯК билан касалланган беморларнинг биронтасида оғир даражадаги нутритив етишмовчилик кузатилмади. ТВК фоизларда ҳисобланганда ўртача $4,7 \pm 0,82\%$, ТВИ эса $18,7 \pm 3,56$, ЕА ва УБМУБҚ эркак беморларга қараганда аёл беморларда кўпроқ ўлчамларда камайган, яъни эркакларда ЕА $26,6 \pm 7,67$, бўлса аёлларда $19,5 \pm 5,63$, УБМУБҚ эркакларда $11,5 \pm 2,38$ бўлса, аёлларда $10,3 \pm 2,16$ ни ташкил қилди (11-жадвал).

11-жадвал

ЯК билан касалланган беморларда ва назорат гуруҳидаги шахсларда антропометрик кўрсаткичлар таҳлил натижалари,

Кўрсаткичлар		Гуруҳлар	
		Асосий гуруҳ, n=128 (100%)	Назорат гуруҳи, n=30 (100%)
ТВК, (%)		$4,7 \pm 0,82$	$1,8 \pm 0,13$
ТВИ		$18,7 \pm 3,56$	$25,6 \pm 7,51$
ЕА, (см)	эркаклар	$26,6 \pm 7,67$	$34,5 \pm 9,46$
	аёллар	$19,5 \pm 5,63$	$23,8 \pm 6,28$
УБМУБҚ, (мм)	эркаклар	$11,5 \pm 2,38$	$14,3 \pm 3,21$
	аёллар	$10,3 \pm 2,16$	$9,6 \pm 2,53$
NRI		$96,48 \pm 24,45$	$108,9 \pm 27,36$

Тақиқотдаги беморларда биоимпеденсометрик таҳлил натижалари жинс бўйича назорат гуруҳидаги шахслар билан солиштирилган ҳолда баҳоланганда, барча кўрсаткичларнинг соғлом нутритив етишмовчилиги бўлмаган шахсларга қараганда камайганлиги кузатилди. Тананинг ёғсиз вазни эркакларда ўртача 52,3 кг, аёлларда 40,8 кгни ташкил қилди. Ёғли вазн кг ва % ларда таҳлил қилинганида эркаклар ва аёлларда мос равишда 11,5 кг ва 16,7% ҳамда 15,2 кг ва 26,6%. Умумий суюқлик кг ва % ларда ўлчанганда, назорат гуруҳига нисбатан 1,2 марта камайганлиги кузатилди. Висцерал ёғ нисбий

бирликлар (н.б.)да ўлчанганда эркак ва аёл беморларда назорат гуруҳига нисбатан 2-2,5 баробар камайганлиги аниқланди. Суяк вазни ЯК билан касалланган беморлар ва назорат гуруҳидаги шахсларда ўзгариш кузатилмади. Лоренц бўйича мукамал тана вазни эркак ва аёл беморларда назорат гуруҳидаги шахсларга нисбатан 1,1 марта камайганлиги аниқланди. Харрис-Бенедикт ва Сколфилд бўйича асосий алмашинув ҳисобланганда эркак ва аёл беморларда назорат гуруҳидаги шахсларга нисбатан деярли 1,2 марта камайганлиги кузатилди (12-жадвал).

12-жадвал

Биоимпедансометрия таҳлили бўйича ЯК билан касалланган беморлар ва назорат гуруҳидаги шахсларнинг тана таркиби миқдорий тавсифи

Кўрсаткич	Жинс	Асосий гуруҳ, n=128 (100%)	Назорат гуруҳи, n=30 (100%)
Тананинг ёғсиз вазни, кг	Эркаклар	52,3	60,5
	Аёллар	40,8	44,8
Ёғли вазн, кг	Эркаклар	11,5	19,2
	Аёллар	15,2	23,9
Ёғли вазн, %	Эркаклар	16,7	24,3
	Аёллар	26,6	35,6
Умумий суюқлик, кг	Эркаклар	38,5	44,3
	Аёллар	31,4	34,7
Умумий суюқлик, %	Эркаклар	49,7	55,9
	Аёллар	40,3	46,8
Висцерал ёғ, н.б.	Эркаклар	4,6	11,2
	Аёллар	3,7	7,1
Суяк вазни, кг	Эркаклар	3,1	3,3
	Аёллар	2,3	2,4
	Эркаклар	61,5	69,4

Мукаммал тана вазни (Лоренц бўйича), кг	Аёллар	51,8	57,7
Асосий алмашинув (Харрис-Бенедикт 2 бўйича), ккал	Эркаклар	1528,4	1783,4
	Аёллар	1216,7	1398,5
Асосий алмашинув (Сколфилд бўйича), ккал	Эркаклар	1558,1	1792,6
	Аёллар	1236,8	1427,1

Ярали колит билан касалланган беморларда даволашдан кейинги натижалар

Барча тадқиқотга киритилган ЯК билан касалланган беморлар ўтказилган даволаш турига қараб 2 гуруҳга бўлинди. Биринчи гуруҳ 5-АСК + TGF-β2 сақловчи озуқа аралашмаси қабул қилган беморлар (n=62 (48,4%)), 2 гуруҳ 5-АСК + глюкокортикостероид (ГКС) қабул қилган беморлар (n=66 (51,6%)) (3-расм). Биринчи гуруҳ беморлари базис давога қўшимча тарзда TGF-β2 сақловчи озуқа аралашмаси 12 ҳафта давомида кунига 400-600 мл миқдорда, 2-3 маҳалга бўлиб кичик порциялар билан қабул қилишди.

Беморларни даволаш давомида кузатиш стационарда бўлган вақтидан ташқари, 10 кун, уч ва олти ой давомида олиб борилиб, яқин ва узоқ натижалар сифатида беморлар аҳволи, клиник-лаборатор таҳлиллар натижалари ва ремиссияга давомийлиги баҳоланди.

Ярали колит билан касалланган беморларда нутритив статус таҳлил натижалари

Тадқиқотдаги ЯК билан касалланган беморларда даволашдан кейинги турли муддатларда антропометрия ва NRI кўрсаткичлари ўрганилганда, даволашдан 10 кундан сўнг 1-ва 2-гуруҳдаги беморларда антропометрик кўрсаткичларнинг ТВКдан ташқари биронтасида даволашдан олдинги

кўрсаткичлардан деярли фарқланиш кузатилмади, ТВК иккала гуруҳдаги беморларда 0,61-0,62%ни ташкил қилди. Даволашдан 3 ойдан кейин 2-гуруҳдаги беморларга қараганда 1-гуруҳдаги беморларда ТВК 3 марта камроқ, ЕА дастлабки кўрсаткичлардан 1-2 см га ошган, 2-гуруҳдаги беморларда дастлабки кўрсаткичлардан ўзгаришсиз қолди, ТВИ иккала гуруҳда ҳам деярли ўзгаришсиз ($19,9 \pm 3,76$), NRI эса 1-гуруҳдаги беморларда меъёрий кўрсаткични намоён қилди ($102,27 \pm 22,43$). Даволашдан 6 ойдан кейинги муддатда 1-гуруҳдаги беморларда ТВК аниқланмади, айти вақтда 2-гуруҳдаги беморларда 1,4% натижа қайд этилди. ТВИ 2-гуруҳда дастлабки натижалардан ўзгаришсиз қолди, аммо 1-гуруҳдаги беморларда меъёрий натижани намоён қилди ($20,7 \pm 6,43$). ЕА ва УБМУБҚ 1-гуруҳдаги беморларда иккала жинс вакилларида ҳам даволашдан олдинги қийматлардан мос равишда 3-4 см ва 3-4 мм га ошди, айти вақтда 2-гуруҳ беморларида ўзгариш кузатилмади. NRI даволашдан кейинги барча муддатларда 2-гуруҳдаги беморларда деярли ўзгаришсиз қолди (13-жадвал).

13-жадвал

ЯК билан касалланган 1- ва 2-гуруҳдаги беморларда даволашдан кейинги антропометрик кўрсаткичлар таҳлил натижалари

Кўрсаткичлар	Даволашдан 10 кун кейин		Даволашдан 3 ойдан кейин		Даволашдан 6 ойдан кейин	
	1- гуруҳ, n=62 (48,4%)	2-гуруҳи, n=66 (51,6%)	1- гуруҳ, n=62 (48,4%)	2-гуруҳ, n=66 (51,6%)	1- гуруҳ, n=62 (48,4%)	2-гуруҳи, n=66 (51,6%)
ТВК, (%)	$0,61 \pm 0,08$	$0,62 \pm 0,04$	$0,3 \pm 0,0$ 2	$0,9 \pm 0,0$ 4	$0,1 \pm 0,02$	$1,4 \pm 0,0$ 5

ТВИ		18,8±3,48	18,7±3,46	19,9±3, 76	18,8±3, 53	20,7±6,4 3	18,6±3, 28
ЕА, (см)	эркаклар	26,7±7,54	26,6±7,73	27,2±7, 28	26,8±6, 36	29,5±89, 57	25,4±6, 98
	аёллар	19,6±5,71	19,5±5,52	20,6±5, 37	19,8±5, 39	23,7±7,2 4	18,24±4 ,47
УБМУ БҚ, (мм)	эркаклар	11,6±2,40	11,5±2,61	12,8±2, 28	11,5±2, 61	14,3±3,2 1	11,2±2, 27
	аёллар	10,36±2,18	10,3±2,38	12,36±2 ,18	10,4±2, 28	13,8±2,3 1	10,7±2, 71
NRI		98,27±24,3 2	97,38±24,1 9	102,27± 22,43	97,26±2 2,19	108,4±27 ,48	98,39±2 2,28

Тадқиқотдаги ЯК билан касалланган беморларда даволашдан кейинги турли муддатларда биоимпедансометрия таҳлил кўрсаткичлари ўрганилганда, даволашдан 10 кундан сўнг иккала гуруҳдаги беморларда мазкур кўрсаткичлардан биронтасида даволашдан олдинги кўрсаткичлардан деярли фарқланиш кузатилмади. Даволашдан 3 ойдан кейинги муддатда 2-гуруҳдаги беморларда барча биоимпедансометрик кўрсаткичларда деярли ўзгариш кузатилмади, аммо 1-гуруҳдаги беморларда тананинг ёғсиз вазни даволашдан олдинги натижалардан эркак ва аёлларда мос равишда 3кг ва 2 кг га, ёғли вазн 3 (2%) ва 1 (2%) кг га, умумий суюқлик 3 (2%) ва 1 (2%) кг га висцерал ёғ 2 н.б. ва 1 н.б. ка, мукамал тана вазни иккала жинс вакилларида ҳам 2 кг га, асосий алмашинув 80 ва 60 ккал.га ошди. Даволашдан 6 ойдан кейинги муддатда эса 1-гуруҳдаги беморларда барча биоимпедансометрик кўрсаткичлар меъёрий натижаларни қайд этди, аммо 2-гуруҳдаги беморларда мазкур кўрсаткичларда сезиларли ошиш кузатилмади. Яъни 1-ва 2-гуруҳ беморларида ушбу кўрсаткичлар қиёслама таҳлил ўтказилганда 2-гуруҳга

нисбатан 1-гурухдаги беморларда яққол ўзгариш кузатилган фарқлардан бири ёғли вазн 1,5 марта, висцерал ёғ деярли 2 марта кўпроқ ошди (14-жадвал).

14-жадвал

ЯК билан касалланган 1- ва 2-гурухдаги беморларда даволашдан кейинги биоимпедансометрия таҳлили натижалари

Кўрсаткичлар	Жинс	Даволашдан 10 кун кейин		Даволашдан 3 ой кейин		Даволашдан 6 ой кейин	
		1- гурух, n=62 (48,4%)	2-гурухи, n=66 (51,6%)	1- гурух, n=62 (48,4%)	2-гурухи, n=66 (51,6%)	1- гурух, n=62 (48,4%)	2-гурухи, n=66 (51,6%)
Тананинг ёғсиз вазни, кг	Эркаклар	52,5	52,4	55,7	52,8	58,5	53,1
	Аёллар	41,2	40,7	42,8	41,8	44,2	42,1
Ёғли вазн, кг	Эркаклар	11,8	11,6	14,1	11,8	18,2	12,3
	Аёллар	15,9	15,4	16,3	15,1	22,9	16,2
Ёғли вазн, %	Эркаклар	16,9	16,5	18,5	16,7	23,3	17,4
	Аёллар	26,8	26,5	28,5	26,1	33,6	27
Умумий суюқлик, кг	Эркаклар	38,8	38,3	41,2	38,6	44,7	39,6
	Аёллар	32,5	31,6	33,1	31,8	35,9	32,5
Умумий суюқлик, %	Эркаклар	50,1	49,9	52,1	50,2	55,8	52,6
	Аёллар	41,2	40,8	43,2	40,6	46,8	41,3
Висцерал ёғ, н.б.	Эркаклар	4,7	4,6	7,1	4,9	10,2	5,1
	Аёллар	3,8	3,7	4,9	3,8	7,2	4,2
Суяк вазни, кг	Эркаклар	3,3	3,3	3,3	3,3	3,3	3,3
	Аёллар	2,3	2,3	2,3	2,3	2,3	2,3
Мукамал тана вазни (Лоренц бўйича), кг	Эркаклар	63,2	61,8	65,3	61,9	69,5	62,7
	Аёллар	52,4	51,3	54,8	51,8	58,2	52,8

Асосий алмашинув (Харрис- Бенедикт 2 бўйича), ккал	Эркаклар	1537, 2	1530, 4	1611, 16	1542, 3	1772,4	1538, 9
	Аёллар	1225, 4	1218, 1	1287, 3	1226, 3	1386,5	1239, 8

ЯК билан касалланган беморларни олиб бориш тавсияларига мувофиқ касаллик ўткир юқори фаоллик билан кечган пайтида албатта ГКС ларсиз ремиссияга эришиб бўлмайди. Аммо баъзи бир истисно ҳолатлар борки, масалан беморнинг қандли диабети бўлса, анамнезида яра касаллиги мавжуд бўлса, НСЯҚДВ кўп истеъмол қилса, узоқ ГКСлар қабулидан сўнг Иценко-Кушинг синдроми ривожланган бўлса, ГКСларни яхши ўзлаштира олмаса бу дори воситаларини узоқ вақт мобайнида қўллай олмаймиз. Бундан ташқари бу каби беморларда ремиссияга эришгандан кейин нутритив етишмовчиликни тиклаш ҳам жуда зарур, бу албатта ремиссиянинг имкон бориша чўзилишига ёрдам беради. Тадқиқотимиз шуни назарда тутадикки, юқоридаги ГКСларга нисбий қарши кўрсатмаси мавжуд, нутритив етишмовчилиги мавжуд беморларда стероидсиз ремиссияга эришиш мақсадида базис терапиядан чиқмаган ҳолда, яъни даволаш тавсияларига биноан 5-АСК ва унга қўшимча равишда узоқ муддат давомида, яъни камида 3 ой мобайнида схема билан TGF-β2 сақловчи озуқа аралашмаси истеъмолини амалга ошириш лозим.

ХУЛОСА

ЯК билан ташхисланган беморларда ТВК >2%, ТВИ <19, ЕА: эркакларда – <28см, аёлларда -<22,5 см, УБМУБҚ: эркакларда – <28 мм, аёлларда -<22,5 мм; NRI - <100 ҳамда БИМ бўйича тана таркиби кўрсаткичлари пасайган бўлса, шунингдек қандли диабет, анамнезида яра касаллиги мавжуд беморлар, НСЯҚДВ кўп истеъмоли, Иценко-Кушинг синдроми ривожланганлиги, ГКСларни яхши ўзлаштира олмаслик каби ҳолатлар бўлса 5-АСК ҳамда TGF-β2 сақловчи озуқа аралашмаси комбинацияси қўлланилади. Агарда мазкур

ҳолатлар мавжуд бўлмаса 5-даволаш стандартига мувофиқ, одатдагидект АСК + ГКС комбинацияси қўлланилади. Бу даволаш ва реабилитация усули ремиссия даврларини самарали чўзишга, нутритив ҳолатини қайта тиклашга катта ҳисса қўшади.

ФОЙДАЛАНИЛГАН АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ

1. Абдуллаева У.К. Ярали колитни даволашда янгича ёндашув // Доктор ахборотномаси. – 2022. - №3 (106). – Б. 6-10.
2. Акиншина А.И., Смирнова Д.В., Загайнова А.В., Макаров В.В., Юдин С.М. Перспективы использования методов коррекции микробиоты при терапии воспалительных заболеваний кишечника // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. - 2019. - №29(2). – С.12-22.
3. Давыдова О.Е. Оптимизация диагностики и лечения пациентов с тяжелыми формами язвенного колита // афтореферат диссертации...14.01.17 – хирургия. - 2019. - С.1-22
4. Дусанов А.Д., Мамурова Н.Н. Клинико- иммунологические паралели неспецифического язвенного колита // Гепато-гастроэнтерологик тадқиқотлар журналі. – 2020. - №1. - С. 34-37.
5. Жилин И.В., Чашкова Е.Ю., Жилина А.А., Марковский А.В., Ким А.Д. Ассоциации полиморфизмов гена интерлейкина-10 с язвенным колитом // Acta Biomedica Scientifica. – 2020. - №5(6). – С. 58-65.
6. Ивашкин В.Т., Шелыгин Ю.А., Халиф И.Л. [и др.] Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации и ассоциации колопроктологов России по диагностике и лечению болезни язвенного колита // Колопроктология. - 2023. - Т. 22. - № 1. – С. 10-44.
7. Кадырова Ш.А., Салаева М.С. Диагностика воспалительных заболеваний толстого кишечника // учебно-методическое пособие. Ташкент. - 2021. - С. 1-48.

8. Камалова А.А., Сафина Э.Р. Нутритивный статус детей с воспалительными заболеваниями кишечника // Практическая медицина. - 2020. – Т. 18. - № 4. - С. 63-68.
9. Каримов М.М., Собирова Г.Н., Дусанова Н.М. Национальный клинический протокол по ведению больных с язвенным колитом Министерство Здравоохранения Республики Узбекистан // Ташкент. - 2021. С. 1-48.
10. Махсудов О.М., Мусашайхова Ш.М., Мусашайхов У.Х., Тешабаев М.Г. Язвенный колит: современный взгляд на этиологию и патогенез // «Экономика и социум». - 2021. - №10(89).–С. 891-900.
11. Понкратова Н.А., Павлов П.В., Шифрин О.С. Распространенность эрозивно-язвенных поражений желудка и инфекции *Helicobacter pylori* у больных язвенным колитом // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2019. - №29(3). – С. 74-80.
12. Расмагина И.А., Бакулин И.Г., Стамболцян В.Ш., Машевский Г.А., Шелякина Н.М. Клинико-лабораторные маркеры предтестовой вероятности воспалительных заболеваний кишечника. Колопроктология. – 2023. - Т. 22. - №1. - С. 91–98.
13. Робакидзе Н.С., Щукина О.Б. Патогенетические аспекты поражения полости рта при воспалительных заболеваниях кишечника // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2019. - №29(4). – С. 15-21.
14. Рузиев А.Э. Носпецифик ярали колитда жарроҳлик амалиётидан кейинги даврдаги комплекс лимфа терапия // Диссертация автореферати... 14.00.27 – хирургия. - 2021. - Б.1-49.
15. Степанов Ю.М., Тітова М.В., Стойкевич М.В. Нутритивний статус хворих на хронічні запальні захворювання кишечника і методи його оцінки // Gastroenterologia. – 2019. - №53(4). – С. 273-281

16. Тагирова А.Р. Качество жизни у детей с воспалительными заболеваниями кишечника // автореферат диссертации...14.01.08 – внутренние болезни. - 2020. - С.1-22.
17. Тертычный А.С., Ахриева Х.М., Коган Е.А., Зайратьянц О.В., Селиванова Л.С. Современные подходы в морфологической диагностике воспалительных заболеваний кишечника // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2022. - №32(2). – С. 73-84.
18. Чашкова Е.Ю., Коротаева Н.С., Пак В.Е., Григорьев Е.Г., Шедоева Л.Р., Тунгусова Н.В. Клинико-эпидемиологические аспекты язвенного колита в Иркутской области. Колопроктология. – 2023. - Т. 22. - № 1. - С. 108–116.
19. Юмукян К.А. Повышение эффективности ранней диагностики рецидива у пациентов с язвенным колитом // автореферат диссертации...3.1.18 – внутренние болезни. - 2022. - С.1-22.
20. Abdullayeva U.K. Nutritional status of patients with ulcerative colitis and methods of its assessment // American journal of medicine and medical sciences. – 2023. - №13(4). – P. 395-401
21. Balestrieri P., Ribolsi M., Guarino M.P.L., Emerenziani S., Altomare A., Cicala M. Nutritional Aspects in Inflammatory Bowel Diseases // Nutrients. – 2020. – Jan. 31. - №12(2). - P. 372.
22. Keller U. Nutritional Laboratory Markers in Malnutrition // J Clin Med. – 2019. – May. 31. - №8(6). – P. pii: E775. 25.
23. Mahesh G., Priyadarshini L, Guillermo J., Anthony P.C., Nathaniel Ng., Chandraprakash U., Nathalie Z., Jana G.H. A comprehensive review and update on ulcerative colitis // Disease-a-Month. – 2019. - Volume 65. - Issue 12. – P. 100851
24. Paola B., Mentore R., Michele P.L.G., Sara E., Annamaria A., Michele C. Nutritional Aspects in Inflammatory Bowel Diseases // Nutrients. – 2020. - №12 (372). - P. 1-11.

25. Rocha R., Sousa U.H., Reis T.L.M., Santana G.O.. Nutritional status as a predictor of hospitalization in inflammatory bowel disease: A review // World J. Gastrointest Pharmacol Ther. – 2019. Mar 7. - №10(2). – P. 50-56. 7.
26. Ryan E., McNicholas D., Creavin B., Kelly M.E., Walsh T., Beddy D. Sarcopenia and Inflammatory Bowel Disease: A Systematic Review // Inflamm. Bowel Dis. – 2019. - №25. – P. 67–73. 33.
27. Spooren C.E.G.M., Wintjens D.S.J., de Jong M.J. et al. Risk of impaired nutritional status and flare occurrence in IBD outpatients // Dig Liver Dis. – 2019. – Sep. - №51(9). – P. 1265-1269. 19.