

ANDIJON DAVLAT TIBBIYOT INSTITUTI

Saydaliyev Sodikjon Saibjanovich
Mamataliyev Avazbek Rozuvayevich

**NOSPETSIFIK YARALI KOLITDA DISREGENERATOR
JARAYONLARNING KASALLIK DAVRLARIGA BOG‘LIQ
MORFOMETRIK VA PATOMORFOLOGIK XOS XUSUTSIYATLARI**

(monografiya)

Andijon-2025

Mualliflar:

Saydaliyev Sodikjon Andijon davlat tibbiyot instituti patologik anatomiya va sud
Saibjanovich tibbiyoti kafedrası assistenti, tibbiyot fanlari bo'yicha falsafa
doktori (PhD)

Mamataliyev Avazbek Andijon davlat tibbiyot instituti patologik anatomiya va sud
Rozuvayevich tibbiyoti kafedrası dotsenti, tibbiyot fanlari nomzodi

Taqrizchilar:

S.A.Shakirov Farg'ona jamoat salomatligi tibbiyot instituti patologik
fiziologiya va patologik anatomiya kafedrası dotsenti, PhD.

D.K.Chartakov Andijon davlat tibbiyot instituti patologik anatomiya va sud
tibbiyoti kafedrası dotsenti, t.f.n.

Monografiya Andijon davlat tibbiyot instituti Ekspert kengashi tomonidan
2025 yil - da ____-son bayon bilan tasdiqlangan va nashrga tavsiya etilgan

ADTI Ekspert kengash kotibi

t.f.n., dotsent:

D.Ten

ANNOTATSIYA

Monografiya nospetsifik yarali kolit bilan og‘rigan bemorlarda yo‘g‘on ichak shilliq qavatida patomorfologik o‘zgarishlar haqidagi zamonaviy ma’lumotlar asosida tuzilgan, bunda uning etialogiyasi, patogenez, klinik-morfologik o‘zgarishlarini yoritib berilgan.

Monografiyada nospetsifik yarali kolitlarda kuzatiladigan disregenerator o‘zgarishlarni kasallik davrlariga bog‘liq o‘zgarishlarining morfologik, gistokimyoviy, morfometrik usullarda aniqlab, ularni uchrash darajasi va klinik - anamnestik ma’lumotlarni tahlili, disregenerator jarayonlarni kasallik davrlariga bog‘liq morfologik jixatlari bo‘yicha algoritm ishlab chiqish. Olingan ma’lumotlar monografiyada izchil va o‘zaro bog‘liq munosabatda tushintirilgan, ulardan diagnostikada keng foydalanishi mumkin bo‘ladi.

Ushbu monografiyada patologanatomlar, xirurglar, proktologlar, onkologlar, shu soha bo‘yicha klinik ordenatorlarga, magistrilar va talabalarga mo‘ljallangan.

АННОТАЦИЯ

Монография основана на современных данных о патоморфологических изменениях слизистой оболочки толстой кишки у больных неспецифическим язвенным колитом, охватывающих этиологию, патогенез, клинико-морфологические особенности.

В монографии рассмотрены морфологические, гистохимические, морфометрические методы исследования дисрегенераторных изменений при неспецифическом язвенном колите, их частота и анализ клинико-анамнестических данных, а также алгоритм морфологических аспектов дисрегенераторных процессов в зависимости от стадий заболевания. Полученные в монографии сведения изложены последовательно и взаимосвязано, что может быть широко использовано в диагностике.

Монография предназначена для врачей-патологоанатомов, хирургов, проктологов, онкологов, клинических ординаторов, магистрантов и студентов.

ANNOTATION

The monograph is based on modern data on pathomorphological changes in the colonic mucosa in patients with nonspecific ulcerative colitis, covering its etiology, pathogenesis, clinical and morphological changes.

The monograph examines the morphological, histochemical, morphometric methods of dysregenerative changes observed in nonspecific ulcerative colitis, their occurrence and analysis of clinical and anamnestic data, and an algorithm for morphological aspects of dysregenerative processes depending on the stages of the disease. The information obtained is presented in a consistent and interconnected manner in the monograph, which can be widely used in diagnostics.

This monograph is intended for pathologists, surgeons, proctologists, oncologists, clinical residents in this field, masters and students.

KIRISH

Dunyoda 7,5 mln axolida nospetsifik yarali kolitning turli darajadagi ko‘rinishi aniqlangan Asosan, turli etnik millatlarda kuzatilib, Amerika va Meksika davlatlari qizil tanlilarda, Yevropada asosan yahudiylar ushbu kasallik bilan kasallanishi ko‘p aniqlanganligi ma’lum bo‘ldi. Bu kasallik butun yer yuzi aholisining 0,1 %ga yaqin qismida qayd etilib, har 100ming aholiga 35tadan 100tagacha xolatlarda uchraydi [O.R.Alekseeva va b. 2008]. Nospetsifik yarali kolit ko‘proq 20-40 yoshdagi insonlarda kuzatiladi.

Nospetsifik yarali kolit ko‘proq Yevropa va shimoliy Amerikaning rivojlangan davlatlarida uchraydi. Amerika qo‘shma shtatlaridagi epidemiologik tadqiqotlar shuni ko‘rsatdiki, oq rangli aholi afro-amerikaliklarga qaraganda 3-5 marta, yahudiylar esa yahudiy bo‘lmaganlarga qaraganda 3,5 baravar ko‘proq kasallanishadi. Kasallikning asosiy cho‘qqisi 20-40 yoshga to‘g‘ri keladi. Hozirgi vaqtda Nospetsifik yarali kolit bilan AQSh-larida 250000-500000 ta, Angliyada 100000 ta bemor xayot kechiradi. Yevropa davlatlarida ashkenazi - yevreeylari avlodlarida bu kasallik ko‘p uchraydi.

Dunyoda oxirgi 10 yillikda olib borilgan tadqiqotlar bo‘yicha AQSh va Yevropada yetakchi olimlar, nospetsifik yarali kolitning epidemiologik va kechishi bo‘yicha juda ko‘plab ko‘rsatmalar ishlab chiqqan bo‘lib, morfologik jixatdan regional omillar bilan bog‘liqligini keltirib o‘tishgan (Bennett K.M., Parnell E.A.2016). Nospetsifik yarali kolitda shilliq qavatning proliferativ ko‘rsatkichlarini baxolashda MALT tuzilmasining autoimmun kasalliklarga xos bo‘lgan jixatlari o‘rganilgan (Knyazev O.V. va boshqalar 2020). NYaK ning shilliq qavatida surunkali yallig‘lanish jarayoni uchun xos bo‘lgan klinik jixatlari o‘rganilgan bo‘lib, biopsiya materillari bo‘yicha morfologik talqin qilingan epiteliy metaplaziyasining belgilarini o‘rganishgan [Vorobev G.I., Aruin L.I. va b., 2018]. Nospetsifik yarali kolitning remissiya davrida yo‘g‘on ichak shilliq parda epiteliysi displaziyasining mavjudligi, hujayralarning yangilanish jarayonlari bilan bog‘liqligini [Ivashkin V.T. va b. 2019] o‘rganishgan.

Mamlakatimizda nospetsifik yarali kolitning klinik va morfologik jixatlari bo'yicha (Navruzov S.N.2015) yaxshi o'rganan, lekin immunogistokimyoviy jixatlarining yosh va jinsga bog'liq o'zgarishlari bo'yicha batafsil ma'lumotlar keltirilmagan. NYaKni zamonaviy klinik tashxislash va davolashni tashkil etish bo'yicha, Abdulxaqov S.R., Abdulxaqov R.A. 2010 yilda bir qancha o'rganishlarni amalga oshirishgan, biroq, muammoning epidemiologik va morfologik muammolari o'z yechimini topmagan. Nospetsifik yarali kolitni noinvaziv usullard davolash va biopsiya materiallari asosida tashxislash bo'yicha Axmedov V.A. va boshqalar tomonidan 2020 yilda o'rganishlar olib borilgan bo'lsada, xanuzgacha morfologik jixatlari to'laligicha yoritilmagan.

Mamlakatimizda ushbu kasallikni tarqalishi o'rtacha 100000 kishiga 25-50 tani tashkil qilib, asosan, mintaqamizning tog'li xududlarida yashovchilarning 22-45 yoshli kontingentida ko'p uchraydi. Ushbu kasallikni klinik – morfologik o'rganishlarida kech murojatlarida asoratlar va o'lim darajasi 12-50%-gacha holatda kuzatishgan (Navruzov B.S. (2018) Yu.Egamov, Xaydarov S va b. (2024)). Mamlakatimiz sog'liqni saqlash tizimini rivojlantirishning zamonaviy jihatlari intensiv terapiya, xirurgik taktikaning ilg'or texnologiyalarini joriy etish bilan birgalikda patogistologik tadqiqotlarda xam aniqligi o'ta yuqori bo'lgan zamonaviy tekshiruv usullarini amaliyotda qo'llana boshlanishi nospetsifik yarali kolit va u bilan bog'liq patologik xolatlarga duchor bo'lgan bemorlarni davolash – diagnostika natijalarini yaxshilashga qaratilgan ko'plab chora-tadbirlarni o'z ichiga oladi. Yangi O'zbekistonni 2022-2026 yillarda yeti ustuvor yo'nalish bo'yicha rivojlantirish strategiyasiga aholiga malakali tibbiy xizmat ko'rsatish sifatini oshirish vazifalari kiritilgan¹. Ushbu vazifalarni amalga oshirishda nospetsifik yarali kolitni patomorfologik tekshirishlarni takomillashtirish va patogistologik diagnostika natijalarini yaxshilash, ushbu patologiyaning klinik ahamiyati muximligi tufayli tibbiyotning dolzarb yo'nalishlaridan biri hisoblanadi.

¹O'zbekiston Respublikasi Prezidentining 2022 yil 28 yanvardagi PF-60 son «2022-2026 yillargamo'ljallanganYangiO'zbekistonningtaraqqiyotstrategiyasito'g'risida»gi Farmoni.

O‘zbekiston Respublikasi Prezidentining 2018 yil 7 dekabrda PF- 5590-son «O‘zbekiston Respublikasi sog‘liqni saqlash tizimini tubdan takomillashtirish bo‘yicha kompleks chora – tadbirlar to‘g‘risida»gi Farmoni, O‘zbekiston Respublikasi Prezidentining 2021 yil 4 oktabrdagi PQ-5254-son “Xirurgiya xizmatini transmorfatsiya qilish, hududlarda jarrohlik amaliyotlari sifatini oshirish va ko‘lamini kengaytirish chora tadbirlari to‘g‘risida” qaroriga va O‘zbekiston Respublikasi Prezidentining 2021 yil 26 iyuldagi PQ-5198-son «Aholiga ko‘rsatilayotgan tibbiy yordam sifatini yanada yaxshilash chora-tadbirlari to‘g‘risida»gi qarorlariga mos ravishda, hamda mazkur faoliyatga tegishli boshqa meyoriy-huquqiy hujjatlarda belgilangan konsultativ yordam sifatida tashrix materiallarini patogistologik tadqiqot o‘tkazish vazifalarni amalga oshirishda ushbu monografiya muayyan darajada xizmat qiladi.

Yuqorida keltirilgan adabiyotlar tahlili bo‘yicha, klinik morfologik jixatdan optimal tashxislash algoritmi birorta manbada keltirilmagan .

Monografiyani yozishda yo‘g‘on ichak devori qatlamlarida nospetsifik yarali kolitlarda kuzatiladigan disregenerator o‘zgarishlarni kasallik davrlariga bog‘liq o‘zgarishlarining morfologik, gistokimyoviy, morfometrik va usullarda aniqlab, takomillashtirish maqsadqilinib, quyidagi vazifalar yoritib berildi: nospetsifik yarali kolitning uchrash darajasi va klinik - anamnestik ma’lumotlarni tahlili, nospetsifik yarali kolit tashrix materiallarini kasallikni turli davrlardagi morfologik, morfometrik va gistokimyoviy o‘zgarishlari va nospetsifik yarali kolitda disregenerator jarayonlarni kasallik davrlariga bog‘liq morfologik jixatlari bo‘yicha algoritm ishlab chiqish.

Monografiyadagi ma’lumotlar 2012-2022 yillar davomida RPAM,ADTI klinikasi patologik anatomiya bo‘limida tekshiruvdan o‘tgan 48ta nospetsifik yarali kolitdagi yo‘g‘on ichak tashrix biopsiya materiallari va ularga nazorat guruhi sifatida sud-tibbiy ekspertiza byurosida sud-tibbiy patogistologik tadqiqot uchun olingan 10 ta sog‘lom yo‘g‘on ichak to‘qimalari arxiv materiallari asosida yoritib berilgan.

Monografiyadagi maqsadga erishishda olingan tashrix biopsiya materiallari patomorfologik, morfometrik, statistik tekshirish usullari olib borildi.

Monografiyadagi ilmiy yangiliklar quyidagilardan iborat:

- ilk bor bemorlarda nospetsifik yarali kolitning turli davrlarini uchrash darajasi klinik - anamnestik ma'lumotlarini tahlili ilmiy jihatdan asoslangan;
- nospetsifik yarali kolitning biopsiya materialidagi patomorfologik va morfometrik o'zgarishlar asosida ushbu kasallikni turli davrlaridagi o'zgarishlarni morfologik jixatdan aniqlash muximligi tasdiqlangan;
- nospetsifik yarali kolitda disregenerator jarayonlarning kasallik davrlariga bog'liq patomorfologik o'zgarishlari asosida algoritmi ishlab chiqilgan va elektron xisoblash mashinalari uchun dastur ishlab chiqilib, tasdiqlangan (39691).

Monografiyada nospetsifik yarali kolit bilan jarrohlik usulda davolangan bemorlarni kasallik tarixlari klinik - anamnestik tahlili va tashrix biopsiya materiallarini patogistologik tekshirish orqali aniqlangan natijalari tashxislarni asosligini takomillashtirishga, yo'g'on ichakni ushbu kasallikni turli davrlarini kechishidagi shikastlanish mexanizmlarini, disregenerator jarayonlar mexanizmini yoritib berishda amaliy tavsiyalar ishlab chiqilgan.

Nospetsifik yarali kolitda disregenerator jarayonlarni kasallikni turli davrlaridagi o'zgarishlarni patomorfologik jixatlari algoritmini yaratilishi yo'g'on ichakni shikastlanishi diagnostikasini yaxshilaydi.

I BOB. NOSPETSIFIK YARALI KOLIT HAQIDAGI ZAMONAVIY MA'LUMOTLAR (adabiyotlar sharhi)

1.1. Nospetsifik yarali kolit tushunchasi, epidemiologiyasi, hozirgi kundagi tibbiy va ijtimoiy holati.

Yo'g'on ichakning shilliq va shilliq ostki qatlamlarining surunkali autoimmun yallig'lanishli, yarali – destruktiv o'zgarishlari bilan kechuvchi kasalligiga nospetsifik yarali kolit (Nospestifik yarali kolit) deb ataladi [1, 10, 16, 147]

Bu kasalligi ilmiy nashrlarda bir yarim asr oldin yozilgan bo'lib, u K.Rokitanskiyning (1842y.) "Ichaklarning kataral yallig'lanishi xaqida" ma'ruzasida o'z ifodasini topgan. Shu vaqtgacha bu kasallik bir qator sinonimlar bilan ifodalanib kelingan, ya'ni gemorrargik yarali kolit, to'g'ri ichak ekzemas, yarali proktokolit, yiringli gemoragik rektokolit, ichak devori vaskulit va b.

Bu kasallikni belgilari ko'pincha 15-30 yoshdagi insonlarda namoyon bo'lib, ularni $\frac{1}{2}$ qismida kuchsiz, $\frac{1}{2}$ qismida esa og'ir asoratli, qiyin kechib, muolijasi qiyin bo'lishi bilan namoyon bo'ladi.

Knyazev O.V. va b. (2020) Nospestifik yarali kolitni surunkali immun yallig'lanishli va ba'zan noma'lum etiologiyali potensial nogironlik kasalligi sifatida ichak devorining yallig'lanishli destruktiv o'zgarishlari bilan namoyon bo'lishini ta'kidlaydi. Nospestifik yarali kolit tizimli va ichakdan tashqari asoratlarga olib keladigan surunkali qaytalanuvchi kasallik sifatida tavsiflanadi.

Nospestifik yarali kolit va Kron kasalligi kabi yallig'lanishli ichak kasalliklari (Nospestifik yarali kolit) zamonaviy gastroenterologiyaning asosiy muammosidir. Ko'p yillik o'rganishga qaramay, kasallik etiologiyasi noma'lumligicha qolayotgani, patogenezini yetarlicha ochib berilmaganligi ilmiy qiziqish uyg'otadi [19,45,60,91,92.].

Ushbu kasallikni yer yuzi axolisida uchrashi yuz ming axoliga turli adabiyotlarda 50dan 230tagacha xolatda uchraydi. Har yil ularga yuz ming axoliga 5tadan 20tagacha yangi kasallanish xolatlari qo‘shiladi [19,60].

Amerika qo‘shma shtatlardagi epidemiologik tadqiqotlarda oq rangli aholi afro-amerikaliklarga qaraganda 3-5 marta, yahudiylar esa yahudiy bo‘lmaganlarga qaraganda 3,5 baravar ko‘proq kasallanishi aniqlangan. Kasallikning asosiy cho‘qqisi 20-40 yoshga to‘g‘ri keladi [11,15,19,94.]

Ayollar erkaklarga qaraganda 30% ga ko‘proq kasal bo‘lishadi, chunki ayol gormoni esterogen immunitet tizimini faollashtiruvchi tasirga ega, aksincha erkaklarda testosteron bostiruvchi tasir ko‘rsatadi. Nospestifik yarali kolit-dan o‘lim dunyoda 1 million aholiga o‘rtacha 6ta holatni tashkil qiladi [19, 108,136.].

1990 yildan 2016 yilgacha Yevropa mamlakatlarida Nospestifik yarali kolit bilan kasallanish deyarli 3 baravarga oshdi (KK - 4% dan 11,1% gacha va Nospestifik yarali kolit - 4,8% dan 14,9% gacha), bunda nospestifik yarali kolitning tarqalishi 100 ming aholiga 505 kishiga yetdi [105,149.]

Nospestifik yarali kolit tashxisining qo‘yilishini o‘zi bemor uchun "og‘ir zarba"dir. Kasallikning og‘irligi, undan davolanish qiyinligi, uzoq muddatli ekanligi, bemor hayotini qayta ko‘rib chiqishga majbur qiladi. Bu hissiyotlar kuchli to‘lqinida odam haqiqatni tanqidiy idrok eta olmaydi. Egotsentrizm shakllanadi, boshqa odamlarga, oila a‘zolariga, qarindoshlariga qiziqish kamayadi.

Og‘ir asoratlar kuzatilmagan xolatda o‘tkazilgan jarroxlik tashrixlari natijasida o‘lim ko‘rsatkichlari 1,2-3,7% tashkil etadi, lekin qon ketishi, megakolon, yo‘g‘on ichak teshilishi kabi asoratlar kuzatilganidan so‘ng o‘tkazilgan jarroxlik tashrixlari natijasida o‘lim ko‘rsatkichlari 50% gacha ko‘tarilib ketadi [68, 147].

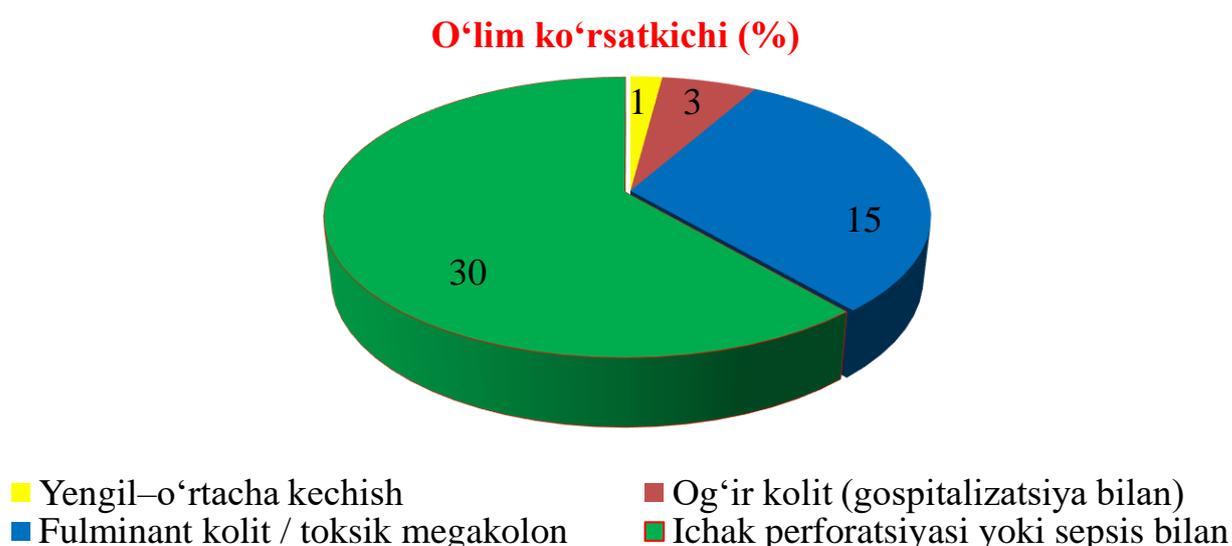
Ushbu bemorlarning 70-75 %-da yo‘g‘on ichakni subtotal rezeksiyasi va ileostoma qo‘yish operatsiyalari amalga oshiriladi. Ushbu jarroxlik tashrixlari bemorni umrbod ileostomiya bilan yashashga majbur qiladi, bu esa bemorlarni nogironligiga va xayot sifatini yomonlashuviga olib keladi [37, 43, 57, 76].

Nospetsifik yarali kolitlarda o'lim ko'rsatkichi

kasallik darajasi	O'lim ko'rsatkichi (%)
Yengil-o'rtacha kechish	< 1%
Og'ir kolit (gospitalizatsiya bilan)	1-3%
Fulminant kolit / toksik megakolon	5-15% (bazida 20% gacha)
Ichak perforatsiyasi yoki sepsis bilan	20-30% yoki undan yuqori

Ayrim mualliflar ileorektal anastomoz shakllanganidan keyin uzoq muddatli davrda rivojlanadigan kamchiliklar va asoratlarga - proktitning og'ir qaytalanishi, diareya sindromi bilan ingichka ichakning disfunktsiyasi, saqlanib qolgan to'g'ri ichakdagi shilliq qavatning malignizatsiyasi kabi o'zgarishlari bilan namoyon bo'lishini kuzatishgan [31, 36, 37, 84].

Diagramma- 1.



1.2. Nospetsifik yarali kolit etio-patogenezi, klinik kechishi

Nospetsifik yarali kolit etiologiyasi va patogenezi bilan bog‘liq bo‘lishi mumkin bo‘lgan bir qator omillar aniqlangan, bularga yuqumli omillar, ichak disbakteriozi, oziq-ovqat tarkibidagi birikmalar ta’siri (soya oqsillari, sut va b.), shilliq qatlam barer to‘sig‘ining irsiy nuqsoni va b. kiradi.

Nospetsifik yarali kolit va HLA tizimining ayrim lokuslari (CW-4,DR-5) va b.) bilan irsiy bog‘liqlik, qon guruxi va immun tizimining genetik boshqariluvi, autoagressiya, yallig‘lanishda mikrosirkulyatsiyani buzilishlari o‘rtasidagi bog‘liklik aniqlangan (L. I. Aruin va b., 1998; V. A. Filin va b., 2000; N. F. Deyneko, 2001).

Nospetsifik yarali kolitning xatar omillarini xilma-xilligi, o‘zaro bog‘liqligi uning klinik-morfologik namoyon bo‘lishida immunogenezni buzilishi (O. I. Sergienko, N. F. Deineko, 2000), shilliq qatlami epiteliysini xalok bo‘lishi va disregeneratsiyasi (A. Yu. Ioffe, T. D. Zadorojnaya, 2005), neyroendokrin hujayralarni xalok bo‘lishi (S. V. Kostyukevich va b., 2004), yallig‘lanishni yo‘g‘on ichakda tarqoqligi bilan bog‘liq bo‘ladi (G. I. Vorobev va b., 2006).

Hozirda quyidagi etiologik omillarlar o‘rganilgan:

1. Irsiy moillik (20% Nospetsifik yarali kolit kasalliklarida yaqin qarindoshlik o‘rin tutadi, bemorning yaqin qarindoshlarda Kron kasalligi yoki yarali kolitning mavjudligi, u bemorda yarali kolit rivojlanish xavfini oshiradi). Kasallikning rivojlanishi bilan bog‘liq ko‘plab genlar o‘rganilmoqda, lekin ma’lum bir gen mutatsiyalarini mavjudligi har doim ham nospetsifik yarali kolitning rivojlanishiga sabab bo‘lmaydi.

2. Bakteriyalar, viruslar bu omillarning ro‘li mukamal o‘rganilmagan

3. Atrof - muhitning xavfli omillari ichaklarning yallig‘lanish kasalliklari sonining sezilarli darajada ko‘payishiga olib keladi. Ulardan eng ko‘p o‘rganilganlari: oral kontraseptivlar, nikotin ta’siri va b.

4. Dori preparatlarni ta’siri – masalan nosteroid yallig‘lanishga qarshi preparatlar salbiy ta’siri.

5. Ichakning nerv, gormonal va gumoral boshqariluvini buzilishi

Immunologik kasalliklar va autosensibilizatsiya kasallikning patogenezida ishtirok etadigan omillardandir.

Himoya omillari:

-yoshlikda appenditsit va appendektomiya tashrixini boshdan kechirish yarali kolit xavfini kamaytiradigan himoya omili deb hisoblanadi.

-oziq ovqat tarkibida olein kislotani iste'mol qilish kasallik rivojlanish xavfini 90%ga kamaytiradi. Olein kislota kasallikdagi yallig'lanishni kuchaytiradigan ichakdagi kimyoviy moddalarni blokirovka qilish orqali yarali kolit rivojlanishiga to'sqinlik qiladi. Oziq-ovqat tarkibida uni himoya tasirini ko'rsatishi uchun kuniga ikki uch osh qoshiq zaytun moyi yetarli hisoblanadi.

-ko'krak suti bilan boqish: italyan tadqiqotchilari yallig'lanishli ichak kasalligi rivojlanishida ona sutini potensial himoya ta'sirini takidlashgan.

Kasallikning chekish bilan o'zaro bog'liqligi, nikotin ta'siri ko'proq Kron kasalligida kuzatiladi, chekuvchilarda yarali kolit chekmaydiganlarga qaraganda kamroq kuzatiladi, ammo chekishni tashlaganlarda kasallikning rivojlanish ehtimolligi statik ortishi aniqlangan. Shu maqsadda Buyuk Britaniyada tarkibida nikotin saqlagan plastirlardan davolashda qo'llanilganda 48.6% bemorlarda kasallik simptomlarini yo'qolishi qayd etilgan.

Surunkali yallig'lanishda oshqozon ichak traktidan surunkali qon yo'qotish temir yetishmasligidagi anemiyaga olib keladi, u yallig'lanish jarayonini va regenerator jarayonlarni izdan chiqishiga sabab bo'ladi.

Kasallik patogenezida immunologik reaktivlik, dizbiotik o'zgarishlar, allergik reaksiyalar, neyropsixiatrik o'zgarishlar bo'lishi mumkin.

Nospestifik yarali kolitga genetik moyillik va Nospestifik yarali kolitning HLA gistomutanosibli antigenlar kompleksi bilan bog'lanishi mumkin. Yaqin qarindoshlar orasidagi nikoxdagi farzandlarda Nospestifik yarali kolit umumiy aholiga nisbatan 15 marta ko'p uchraydi [126,142].

Nospestifik yarali kolitning paydo bo'lishi va rivojlanishi to'g'risida yagona qarashlarning yo'qligi o'z vaqtida tashxis qo'yish va davolashni murakkablashtiradi, bu jarrohlik davolash natijalarini og'irlashtiradi [63, 80, 94, 106, 129, 133]

Willian M.K va b. (2018) ayollarning ichak immun tizimi erkaklarnikiga qaraganda faolroq ekanligini aniqlashgan, chunki ular da Ki-67+, CD4+ limfotsitlari va ingichka ichak shilliq qavatida TGF β darajasi yuqori bo'ladi. Testosteronning bostiruvchi tasiri bor, esterogenlar esa immun tizimiga faollashtiruvchi tasir ko'rsatadi [139].

Styajkina S.N. (2017) Nospestifik yarali kolit bilan kasallanish darajasi yuqori bo'lgan hududlarda Kron kasalligining xam yuqori darajasi qayd etilishini aniqlagan. Muallifning fikriga ko'ra, bu holat genetik munosabatlar bilan bog'liq bo'lib, nospestifik yarali kolit bilan og'rigan bemorlarning qarindoshlarida yarali kolit bilan ham, Kron kasalligi bilan ham kasallanishni kuzatilgan [38].

Nospestifik yarali kolit rivojlanishiga ta'sir qiluvchi ko'plab omillar mavjud: irsiy, yuqumli, ekologik, immunologik va b., ular ichakning noto'g'ri ishlashiga va ichak devorining shilliq va shilliq ostki qavatlarida autoimmun yallig'lanish rivojlanishiga olib keladi. Kasallik to'g'ri ichakdan yo'g'on ichak bo'limlarigacha bo'lgan yo'nalishda yaralarni hosil bo'lishi bilan kechadi [62,68, 98].

Hozirgi vaqtda nospestifik yarali kolit kelib chiqishining 3ta konsepsiyasi bo'yicha tushintiriladi: a) infeksiyon omillar ta'siri b) autoimmun o'zgarishlar tasiri v) oshqozon-ichak trakti immun tizimining nomutanosibliigi ta'siri bilan [40,43,95,125].

Nospestifik yarali kolit-da har doim ichak disbiozi aniqlanadi, u yallig'lanish darajasi bilan bog'liq bo'ladi.

Yallig'lanishning rivojlanishi uchun zaruriy shart bu immun tizimidagi genetik nuqsonlar bilan ichak mikroflorasining nomutanosibliigini mavjudligidadir.

O'z navbatida, disbioz yo'g'on ichakning sekretor va motor funksiyalariga salbiy tasir qiladi.

Irsiyat Nospestifik yarali kolit rivojlanishida muhim omil hisoblanadi. Nospestifik yarali kolit bilan og'riqan bemorlar qarindoshlarida bu kasallik 9,5 baravar ko'p uchraydi va Kron kasalligi (KK) - umumiy populyatsiyaga qaraganda 1,8 marta ko'p kuzatiladi. Ota onalar KK yoki Nospestifik yarali kolit bilan og'riqanlarda, 20 yoshgacha bo'lgan bolalarida yo'g'on ichakning surunkali yallig'lanish kasalliklarining rivojlanishi 52% ni tashkil qilgan [41,97].

Immun tizimdagi nomutanosiblik T-limfotsitlarning turli subpopulyatsiyalari faoliyati o'rtasidagi asosiy immunopatologik mexanizmdir. Gumoral immunitetdagi o'zgarishlar bilan parallel yo'g'on ichak antitanalarini o'zgarishi kuzatiladi. Nospestifik yarali kolit-ni autoimmun kasalliklar qatoriga qo'shishga esa immun tizimidagi o'zgarishlar sabab bo'ladi [60,115].

Ichak yallig'lanishi rivojlanishida immunitet tizimining asosiy elementlari sitokinlardir. Ular endoteliy hujayralarida, leykotsitlarda, fibroblastlarda sintezlanadi [6,93,100,131,143].

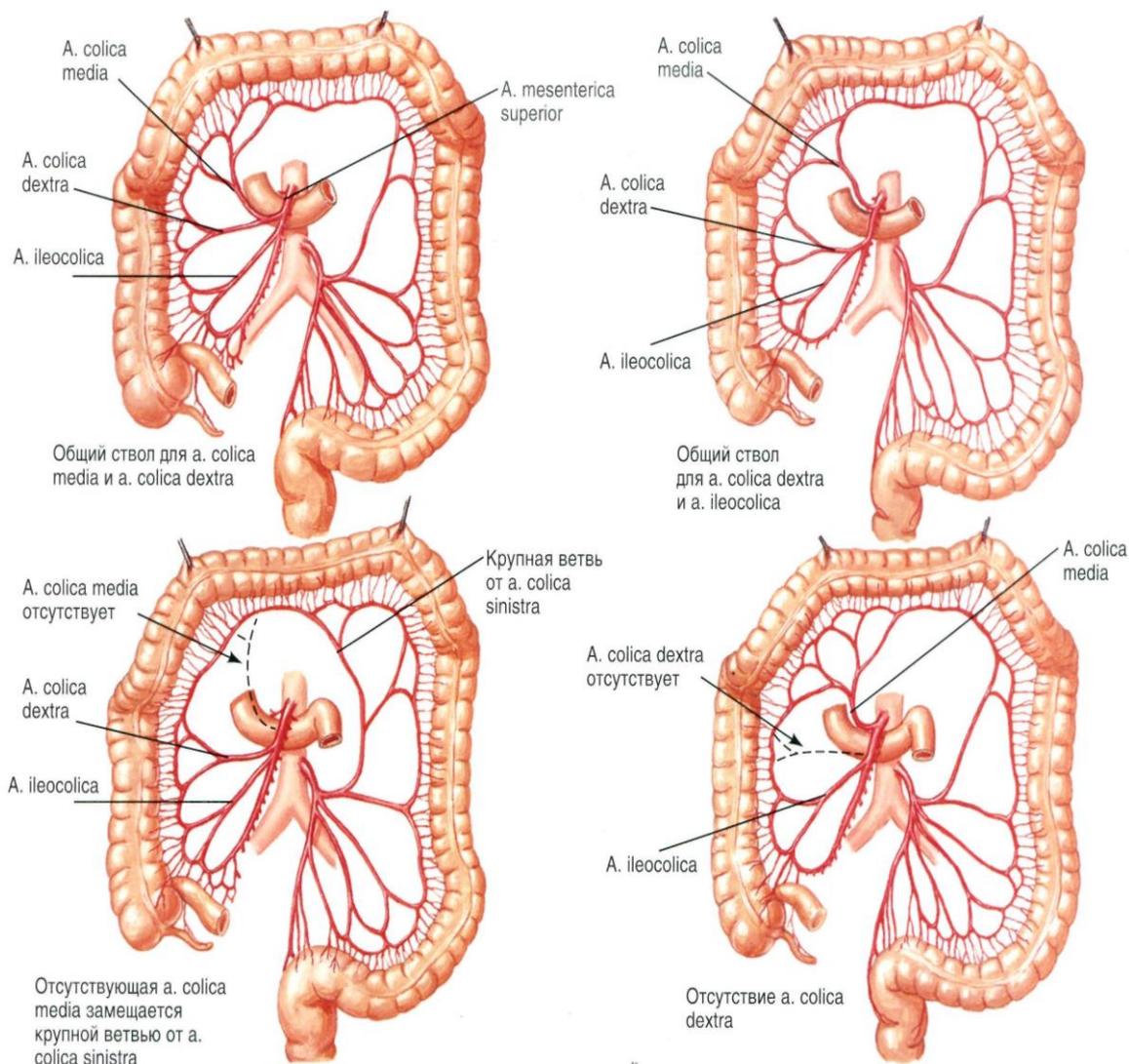
Nospetsifik yarali kolitda yallig'lanishning namoyon bo'lishi interleykinlar IL-10, IL-4 yetishmovchiligi va makrofagal sitokinlarining ko'pligi bilan bog'liq bo'ladi [146].

Nospestifik yarali kolit rivojlanishida bakterial agentlar yo'g'on ichak shilliq qavati orqali ichak to'qimalariga kirishi barer funksiyasini buzilishida muhim rol o'ynaydi.

Antigen, yuqumli omil va boshqa ekzogen hamda endogen molekulalarga qarshi himoyaning birinchi chizig'i - tug'ma immun javobdir. Odatda yo'g'on ichakdagi makrofaglar soni kam bo'ladi [48, 56].

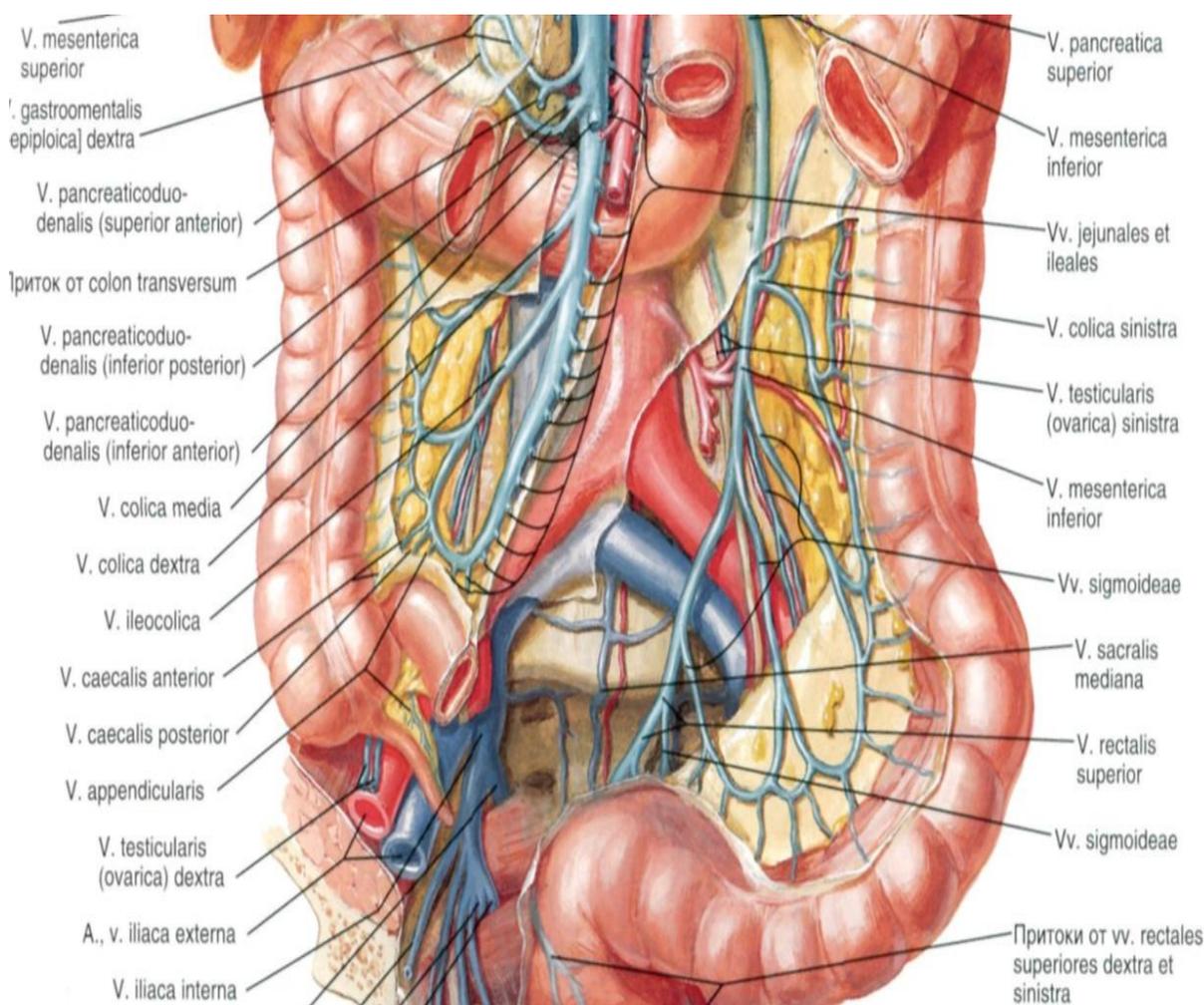
Yallig'lanishga qarshi va immunosupressiv ta'sirga ega bo'lgan T-regulyator limfotsitlar (Treg) nospestifik yarali kolit rivojlanishida muhim rol o'ynashi aniqlangan, ular potensial zarar yetkazadigan autoimmun reaksiyalarning oldini oladi [59,96,133].

Qon - limfa aylanishi buzilishida toksinlar, vazoaktiv moddalar, fermentlar va o'zgargan metabolizmning boshqa mahsulotlarini qonga chiqarish natijasida yuzaga keladi, bu esa mikrosirkulyatsiya buzilishlarini kuchaytiradigan jiddiy gemodinamik o'zgarishlarni rivojlanishiga olib keladi. Dastlabki bosqichda patologik jarayonning rivojlanishi kompensator vazokonstriktor reaksiyasiga olib keladi, bu postkapillyar tomirlar spazmi bilan namoyon bo'ladi. U interstitsiyada onkotik bosimning pasayishi va suyuq qon fraksiyasining perikapillar bo'shlig'iga chiqishi bilan birga keladi. Metabolik mahsulotlarning yetarli darajada chiqarilmasligi va ularning intersitsiyada to'planishi distrofiya, gipoksiya va atsidoz rivojlanishiga olib keladi.



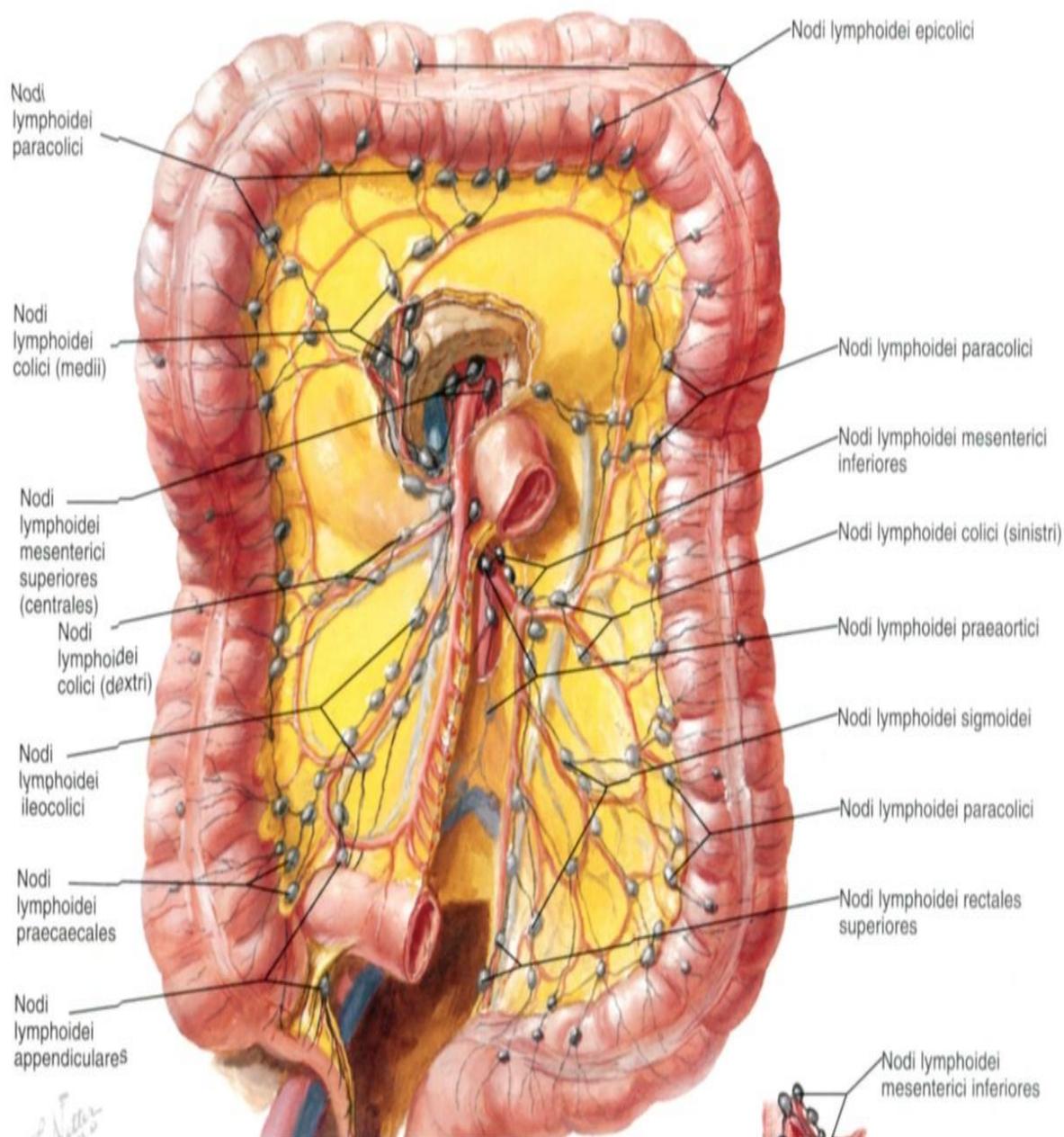
Rasm- 1.Yo'g'on ichak normada arterial qon tomir bilan taminlanishi.

Bu esa prekapillyar tomirlar kengayishiga, suyuqlikning interstitsial bo'shliqqa sekvestrlanishiga, undagi bosimning oshishiga va to'qimalar shishiga sabab bo'ladi. O'z navbatida, shish kapillyarlarni siqilishiga, qon tomir qavati terminal qismida bosimning oshishiga va jarayonda arteriolo-venulyar anastomozlar ishtirokiga olib keladi. Ushbu hodisa qon aylanishini markazlashtirishni taminlashga qaratilgan zaruriy kompensatsiya mexanizm sifatida qaraladi. Gemodinamik markazlashuv bilan suyuqlikning interstitsiyadan chiqishi faqat limfa tizimi tomonidan amalga oshiriladi. Suyuqlik bilan birga u yerdan ko'p miqdorda oqsillar, lipidlar, toksinlar, metabolitlar, bakteriyalar chiqadi, shu bilan birga limfa toksikligi darajasi oshadi. Massiv limfa ishlab chiqarish, limfa oqimining keskin dimlanishi limfa kanalining transport qobiliyatidan oshib keta boshlaydi.



Rasm-2. Yo'g'on ichak normada vena qon tomir bilan taminlanishi.

Limfa tomirlarining funksional yetishmovchiligi rivojlana boshlaydi, ular bo'shlig'ining kengayishi va klapan apparati yetishmovchiligiga olib keladi. Bu periferiyadagi limfa dimlanishiga olib keladi. Dimlangan limfadan zaharli mahsulotlar qon tomir devoriga ta'sir qiladi, uning qisqarish faolligini kamaytiradi [16, 44].



Rasm-3. Yo'g'on ichak normal limfa sistemasi.

Yallig'lanish jarayonining kuchayishida limfa konsistensiyasi va qon hujayralari soni sezilarli darajada oshadi. Lipidlar tarkibi, fibrinogen

konsentratsiyasi ortadi. Limfaning reologik xossalarning jiddiy buzilishi bemor ahvolidan og‘irligiga qarab belgilanadi [45].

Mikroorganizmlar limfa yo‘llariga kirib, tarqalib, limfa tugunlarining barer funksiyasini pasaytiradi va immunodepressiyaga olib keladi. Jarayonning jadal rivojlanishi bilan limfa tugunlarining funksionalligi tugaydi. Bunda limfa tugunining o‘zi mikroorganizmlar uchun ko‘payish va absess hosil bo‘lish o‘chog‘iga aylanadi [2, 8, 25].

Progressiv qon, limfa, mikrosirkulyatsiyasini buzilishi fonida, bakteriyalarning ko‘payishi endogen intoksikatsiya sindromini rivojlantiradi.

Endotoksikozning patogenetik mexanizmlar xilma-xilligi metabolizm deyarli barcha bo‘g‘inlarining buzilishiga olib keladi. U umumiy mikrovaskulyar buzilishlar limfa kapillyarlari orqali oqishi shikastlangan to‘qimalarning shishiga olib keladi, natijada limfa tizimiga zaharli metabolitlar ko‘p miqdorda kiradi va u yerdan ular umumiy qon oqimiga chiqariladi [25].

1.3. Nospetsifik yarali kolitda yo'g'on ichakdagi klinik – morfologik o'zgarishlar

Bugungi kunga qadar Nospetsifik yarali kolit diagnostikasini yaxshilashga urinishlar to'xtamagan, bu esa davolash samaradorligini oshirish imkonini bermoqda [3,47,67,102,106].

Nospetsifik yarali kolit tasniflashda Glavnov P.V. (2015) quyidagi tasnifini taklif qilgan.

I. Kasallikni klinik namoyon bo'lishiga qarab: o'tkir turi (klinik kasallik boshlanishidan olti oy ichida), fulminant turi (chaqmoqsimon kechadi), surunkali turi (kasallikni remissiya muddati olti oydan uzoq bo'ladi), kasallikni residlanuvchi turi (kasallik kechishida 1-3oy muddatli remissiya davri bilan o'zgarib turadi), to'xtovsiz turi (kasallikni klinik belgilari olti oydan uzoq muddat rivojlanadi).

II. Joylashishi bo'yicha: distal kolit (proktit, proktosigmoidit); chap tomonlama kolit (ko'ndalang yo'g'on ichakning o'rtasiga qadar); umumiy kolit (ba'zi hollarda retrograd ileit bilan).

III. Klinik ko'rinishlarni og'irligiga ko'ra (kasallik faolligi): yengil shakli; o'rtacha shakli; og'ir shakli.

IV. Gormon bilan davolashga javoban: steroidga qaramlik; steroidga rezistent.

O'tkir kechishi (kasallik boshlanganidan 6 oy ichida),

Nospetsifik yarali kolit kuchayishining og'ir holatlari Truelove va Witts mezonlari bo'yicha baholanadi va Meyo indeksi bo'yicha og'irlik darajasini baholash tizimi qo'llaniladi. Meyo indeksi = ahlat chastotasi + rektal qon ketishining mavjudligi + endoskopik tekshiruv ma'lumotlari + umumiy tibbiy fikr [46].

Nospetsifik yarali kolit diagnostikasi vaqtida bemorlarning 20% da umumiy kolit, 30-40% da chap tomonlama zararlanish, 40-50% da proktit yoki proktosigmoidit aniqlanadi [72].

Nospestifik yarali kolit klinik ko‘rinishining xarakterli belgilari yaraning tarqalishi, kasallik shakli va asoratlarning mavjudligiga bog‘liq. Uni o‘tkir, surunkali doimiy va surunkali qaytalanuvchi shakli farqlanadi. Bunday holda - defekatsiya paytida qizil qonning chiqishi, tungi defekatsiya, tenezmalar, ichak funksiyasining buzilishi (diareya, ich kelishi kuniga 3 martadan ko‘p) va qorin og‘rig‘i xarakterlidir [36, 64].

1-jadval.

Fulminant kolitning asosiy belgilari:

Ko‘rsatkich	Tavsifi
Ich ketishi	Juda tez-tez (kuniga 10 martadan ko‘p), suyuq va qonli
Qorin og‘rig‘i	Kuchli, doimiy og‘riq (odatda chap pastki sohada)
Qorin shishishi	Meteorizm (ichakda gaz to‘planishi)
Tana harorati	> 38.5 °C (isitma)
Yurak ur.soni	> 120/min (taxikardiya)
Qon bosimi	Pastlashishi mumkin (gipotoniya, shok belgilari)
Najasda qon	Juda ko‘p
Laborator tahlillar	CRP, ESR, leykotsitlar juda yuqori, gemoglobin past
Komplikatsiyalar xavfi	Toksik megakolon, ichak perforatsiyasi, sepsis

Umumiy simptomlar: isitma, vazn yo‘qotish, umumiy zaiflik, ko‘ngil aynishi, qusish, anemiya va b. toksemiyaga bog‘liq belgilar. O‘tkir shakli to‘satdan boshlanadi; yuqori isitma, kuniga 20 yoki undan ko‘p martagacha kuchli diareya, ichakdan kuchli qon ketishi, taxikardiya, qon bosimining pasayishi, suvsizlanish, ichakdan tashqari ko‘rinishlarni kuchayishi (jigarni shikastlanishida autoimmun jarayonlar, teri, bo‘g‘im kasalliklari, osteoporoz, psoriaz, o‘t yo‘llarida tosh xosil bo‘lishi, jigarni yog‘li distrofiyasi, periferik venalarni trombozi va b.) bilan namoyon bo‘ladi [36, 64,101].

Nospestifik yarali kolit-dagi asoratlar mahalliy va umumiy (tizimli) bo‘ladi. Mahalliy asoratlarga quyidagilar: teshilish, toksik kengayish (toksik megakolon), ichakdan qon ketish, to‘g‘ri ichak va yo‘g‘on ichakning strikturalari, paraproktit, oqmalar, yoriqlar, perianal terining yorilishlari xususiyati va yo‘g‘on ichak raki kiradi [84,134].



Rasm-4. Yo‘g‘on ichak toksik kengayishi (megakolon)

Tizimli asoratlar nospestifik yarali kolitning ichakdan tashqari ko‘rinishlarini dekompensatsiyasi yoki rivojlanishi bilan bog‘liq bo‘ladi [36, 85].

Tashxisni tasdiqlash uchun biopsiya namunalarini gistologik tekshiruvi o‘tkaziladi: ular nospetsifik immun yallig‘lanish belgilarini aniqlaydi [70,147,148].

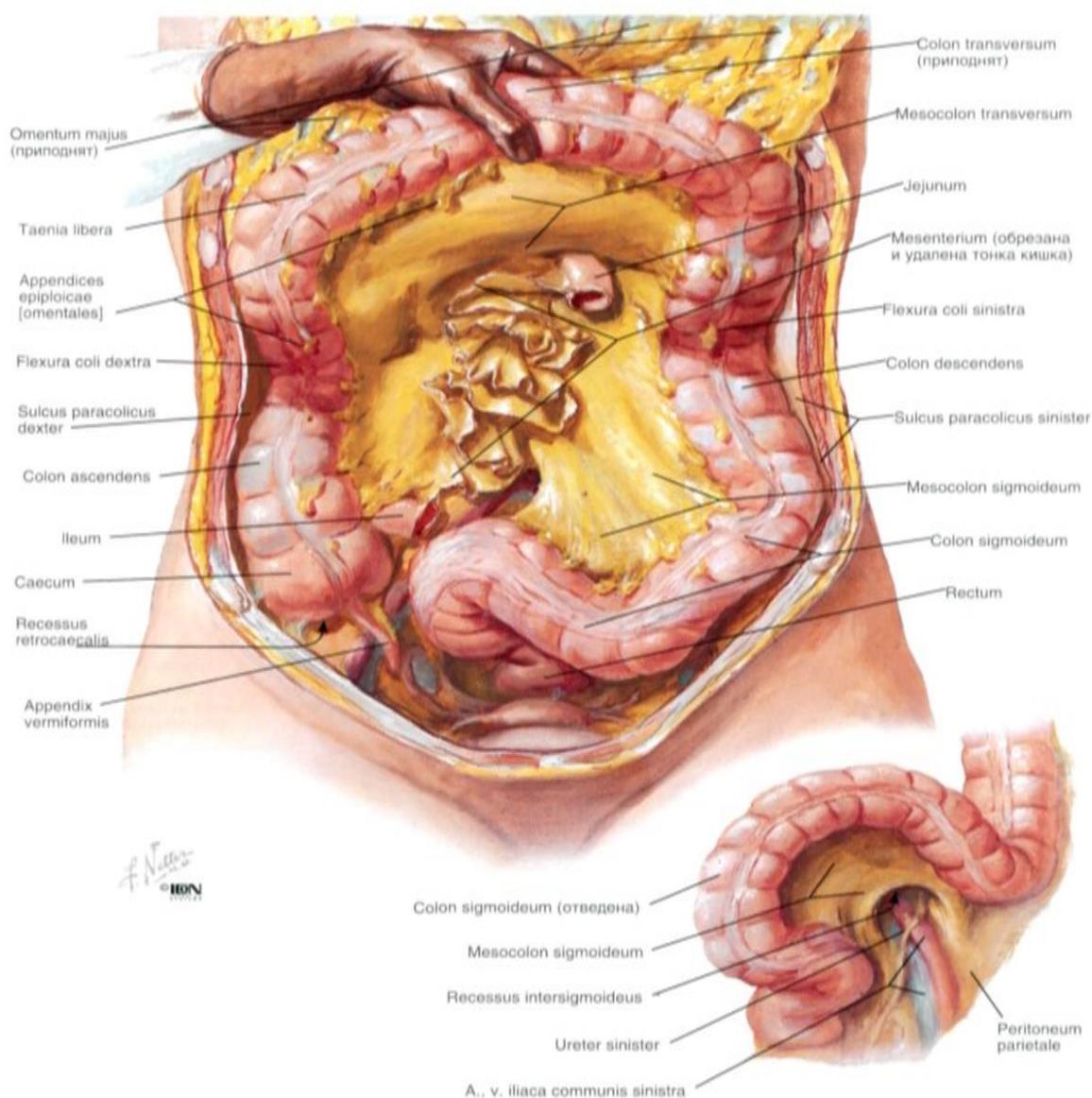
Klinik jihatdan nospestifik yarali kolit tashxisini faqat gistologik jihatdan tasdiqlangan taqdirdagina ishonchli deb hisoblanadi. Ishonchlilik mezonlari quyidagilardan iborat:

a) to‘g‘ri ichakning shikastlanishi (kolonoskopik), yo‘g‘on ichakning bir qismi yoki to‘liq qismi (kolonoskopik, irrigoskopik); b) yo‘g‘on ichak shilliq qavatining granulemasiz yallig‘lanishining uzluksiz ko‘rinishi.

Kripta abseslar, shilliq qavat vorsinkalarining notekis yuzasi, bokalsimon hujayralar sonining kamayishi, kriptlar deformatsiyasi va atrofiyasi patognomonik hisoblanadi [63,70,148].

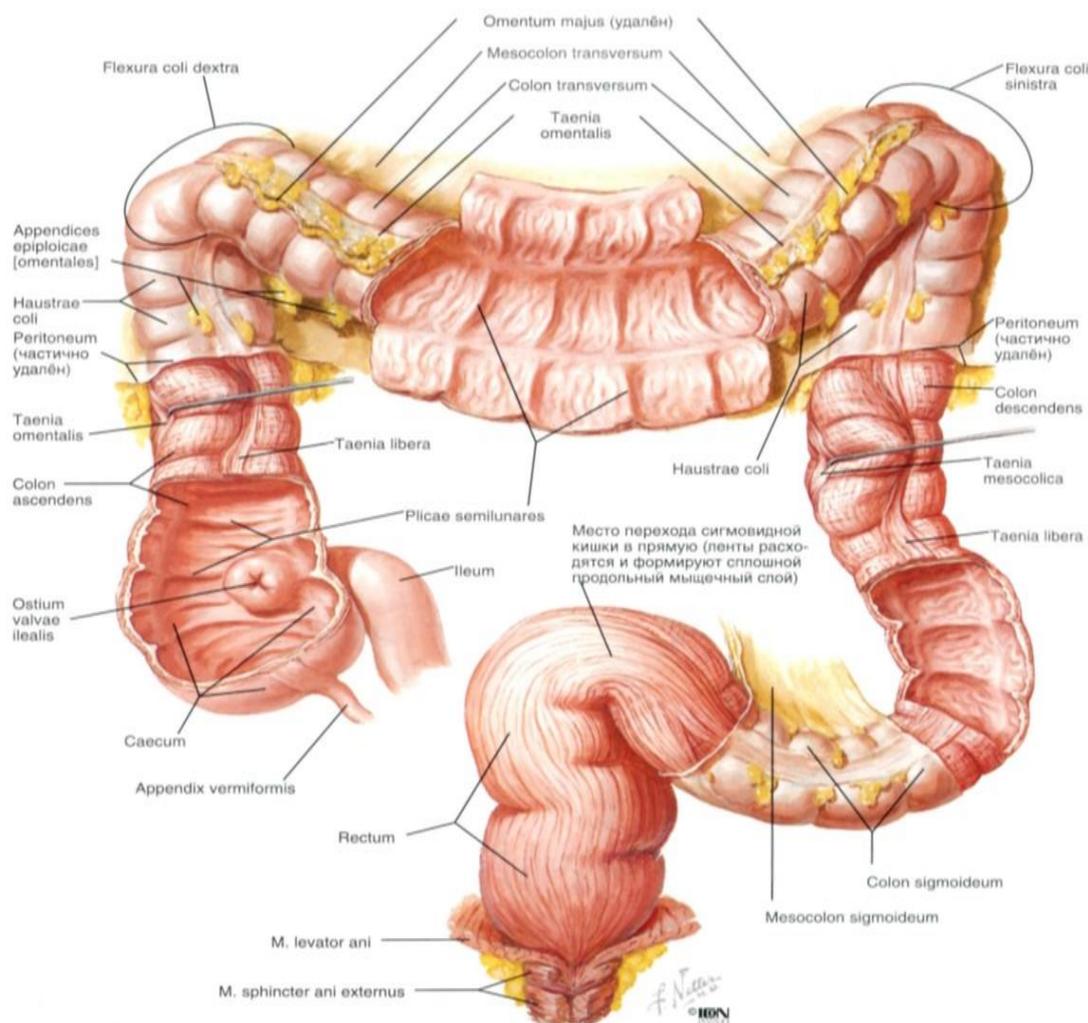
Nospestifik yarali kolit-da shilliq qavatning notekisligi va "donadorligi", ichak devorining qalinlashishi, yarasi, psevdopolipoz, gaustratsiya kuzatiladi [83].

Nospestifik yarali kolit diagnostikasi uchun keng qamrovli fibrokolonoskopiya, sigmoidoskopiya, ikki kontrastli irrigografiya, balonografiya va elektrokolografiya, yo'g'on ichak mikroflorasini immunologik tekshirish, integral tana reografiyasi tekshiruvlari qo'llaniladi [55].



Rasm-5. Yo'g'on ichak qorin bo'shlig'ida joylashishi.

Patologik jarayon to‘g‘ri ichakda boshlanadi va proksimal yo‘nalishda tarqalib, butun yo‘g‘on ichakni egallaydi, ba’zida u terminal yonbosh ichakka ham ta’sir qiladi. Bu jarayon diffuz xarakterga ega bo‘lib, turli shakl va o‘lchamdagi yaralar hosil bo‘ladi. Yaralar pastki qismi fibrin bilan qoplangan bo‘ladi. Og‘ir holatlarda yo‘g‘on ichak shilliq qavatining yemirilishi sodir bo‘ladi, ichak yuzasi diffuz qon ketish shaklini oladi. Bunday yaralarning pastki qismi shilliq qavatda, kamroq submukoz joylashgan bo‘lib, yo‘g‘on ichak shilliq qavatining saqlanib qolgan qismlarini ifodalovchi psevdopoliplarni mavjudligi xarakterlidir [102]. Nospestifik yarali kolit qo‘ziganda yo‘g‘on ichakning shilliq va shilliq ostki qatlamlarida burmalarini yassilanishi, qalin tortishi, eksudativ shishi, venoz to‘laqonliligi kuzatilib, kasallik avjlanib borsa shilliq qatlamdagi yarali destruktiv o‘zgarishlar kuchayadi, jarayonni shilliq ostki qatlamiga tarqashi kuzatiladi.



Rasm–6. Yo‘g‘on ichak shilliq va muskul qavatini narmal ko‘rinishi

Surunkali yarali kolitga yallig‘lanish poliplari (pseudopoliplar) mavjudligi xarakterli bo‘ladi. Ular shilliq qavatning destruksiyasida saqlanib qolgan soxalari yoki bezli epiteliyasining haddan tashqari regeneratsiyalanishi natijasida hosil bo‘ladi.

Kasallikning og‘ir surunkali kechganida ichak qisqaradi, bo‘shlig‘i torayadi va burmalari yo‘qoladi. Mushak qatlami odatda yallig‘lanish jarayonida ishtirok etmaydi. Yarali kolit uchun chandiqlanish xarakterli emas. Nospetsifik yarali kolit yo‘g‘on ichakning har qaysi soxasini shikastlashi mumkin, lekin to‘g‘ri ichakda jarayon diffuz xarakterga ega bo‘ladi. Yo‘g‘on ichakni turli segmentlarda yallig‘lanishning intensivligi turlicha bo‘ladi.

Nospetsifik yarali kolitning qo‘zish davrida yo‘g‘on ichak shilliq qatlamida patogistologik tekshirishlarda shilliq qatlam epiteliysini nekrozi, mikrosirkulyator o‘zan tomirlarini kengayishi, o‘chog‘li qon quyilishlar, qoplovchi epiteliyni deskvamatsiyasi, oqibatida yaralar, kripta abscesslarni xosil bo‘lishi kuzatiladi. Shilliq qatlamida qadahsimon hujayralarni kamayishi, ostki qatlamida neytrofil leykotsitlar, limfotsitlar, plazmatik hujayralar, eozinofil hujayralari bilan infiltratsiyalashuvi aniqlaniladi. Ko‘pchilik xolatlarda jarayon faqat shilliq qatlamda, kamroq kuchsiz shilliq ostki qatlamda namoyon bo‘ladi.

Yengil darajadagi kechishida bemorlarning 32,5%-da; o‘rtacha og‘ir darajadagi kechishida bemorlarning 95%-da, og‘ir darajadagi kechishida bemorlarning 100%-da kriptal kistalar aniqlangan. Tadqiqotlarda yengil darajada kechishida 82,5%-da, o‘rta darajada kechishida 90%-da va og‘ir darajada kechishida 100% bemorlarda Paneta hujayralarini (Nospetsifik yarali kolitning doimiy morfologik belgisi) aniqladi. Panet hujayralari metaplaziya belgisidir, chunki ular odatda yo‘g‘on ichakda bo‘lmaydi [64, 115, 127, 138].

Makroskopik jihatdan nospetsifik yarali kolit-da yaralar joylashuvi uzluksizdir. To‘g‘ri ichak ko‘pincha yallig‘lanish jarayonida ishtirok etadi va 25% bemorlarda anal sohada, 10% bemorda ingichka ichakda o‘zgarishlar bo‘ladi.

Ichak bo'shlig'i torayadi, strikturalar kuzatiladi, oqmalar kuzatilmaydi; yallig'lanishli poliylar ko'p uchraydi, malignizatsiya kuzatiladi [25, 47, 60].

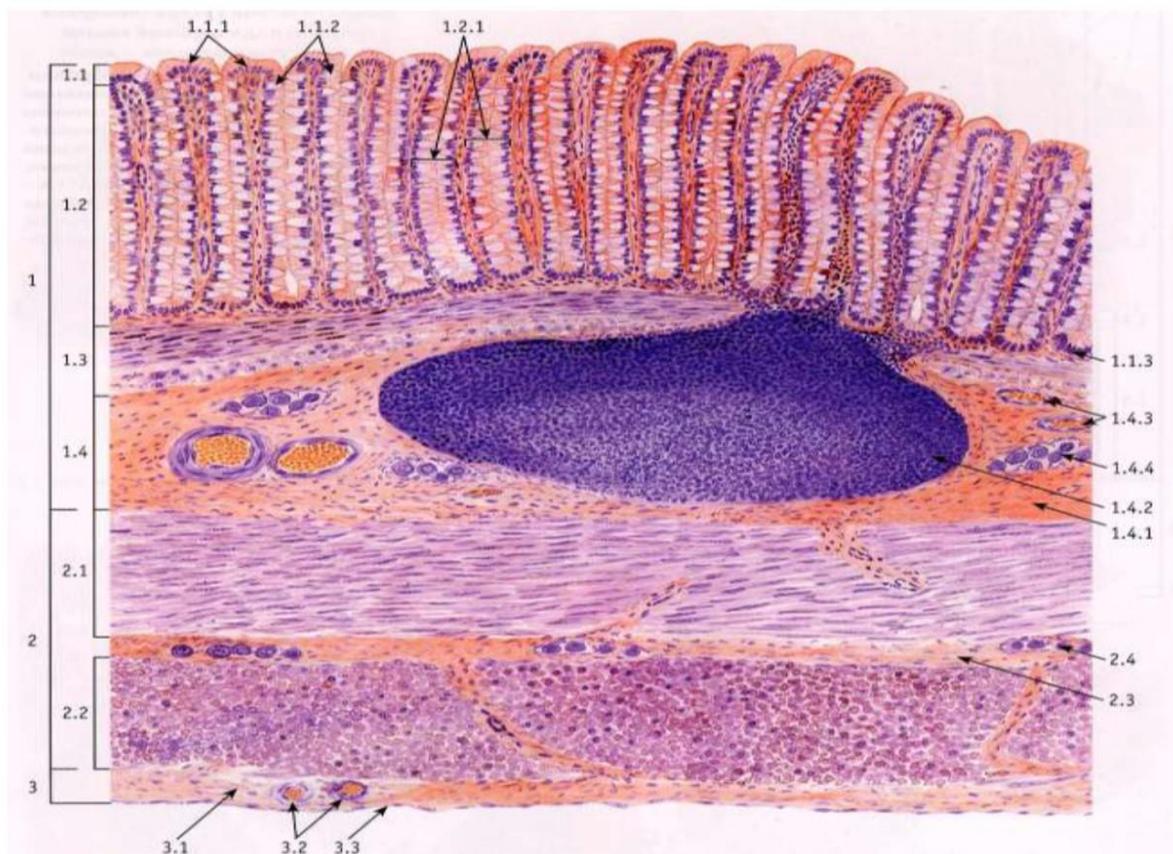
Nospestifik yarali kolit uchun xarakterli o'zgarishlar to'g'ri ichakdan boshlanadi va proksimal ravishda tarqalib, yo'g'on ichakni turli uzunlikda o'z ichiga oladi, pankolitgacha rivojlanib, bu ileotsekal sohada tugaydi, ba'zan yonbosh ichak xam jarayonga beriladi (G. I. Vorobev va b., 2006). Nospestifik yarali kolitning distal turi (proktit, proktosigmoidit) va yo'g'on ichakning keng tarqalgan shikastlanishlaridan tashqari, yo'g'on ichak distal qismi va ko'r ichak yallig'lanishi bilan tavsiflangan uchinchi turi (8,7%) farqlaniladi. Boshqa variantlaridagi o'zgarishlarini joylashuvi kam uchrab, u chap tomonlama shikastlanish yoki chuvalchangsimon o'simtani jarayonga jalb qilinishi bilan namoyon bo'ladi. Og'ir holatlarda ingichka ichakning yuqori qismlari ham jarayonga berilishi mumkin (R. Valdez et al., 2000).

Ichakdagi makroskopik o'zgarishlar jarayonning faolligiga qarab o'zgaradi, lekin odatda u shilliq qavat bilan chegaralanadi. O'tkir davrda shilliq qavat nam va yaltiroq bo'lib, unda qon va shilimshiq, ko'plab mayda qon quyilishlar kuzatiladi. Yaralar har xil o'lcham va shaklda bo'lishi mumkin - yumaloq yoki noto'g'ri shaklda, ba'zan geografik xaritagacha o'xshaydi, odatda kichik, yuzaki, lekin kattalashishi mumkin, qirralari kesilgan bo'ladi. Yaralar o'zaro tutashib, kengayib yo'g'on ichakning butun devorini yalong'ochlanib qolishiga olib kelishi mumkin. Seroz pardasida to'laqonlilik kuzatiladi.

Yaralarning keyingi bitishi shilliq qatlam yuzasidan ko'tarilgan qizg'ish tugunlarni ya'ni psevdopoliylar (ular odatda kichik va ko'p, ba'zan ipsimon bo'ladi) yoki ko'plab uzun poliylar shakllanishiga olib keladi.

Nospestifik yarali kolitda ushbu "yolg'on" poliylar asosan yo'g'on ichakni sigmasimon va tushuvchi soxalarida, kam kuzatuvlarda esa uni to'g'ri ichakda kuzatilib, bunda faqat shilliq qatlamni shikastlanishi qayd etiladi. Bu o'zgarishlar oqibatida ichakning ushbu soxalarini chandiqlanishi (fibrozli torayishi), qisqarishi yuzaga keladi. Yo'g'on ichakni shilliq qatlami yuzasi notekis, uzuq – uzuq

geterogen ko‘rinish oladi, Kron kasalligida ichak devoriga o‘xshash ko‘rinish oladi, ularni farqlashni qiyinlashtiradi.



Rasm-7. yo‘g‘on ichak normal to‘qima gistalogiyasi. Bo‘yalishi: gem-eozin.

1 – shillik va shilliq osti pardalar, 1.1 - bir qavatli prizmatik epiteliy, 1.1.1 - jiyakli epiteliotsitlar, 1.1.2 - kadahsimon ekzokrinotsitlar, 1.1.3 - ixtisoslashmagan epiteliotsit, 1.2-xususiy plastinka, 1.2.1 – kriptalar, 1.2.2 - siyrak tolali biriktiruvchi to‘qimasi, 1.3 – mushak plastinka, 1.4 - shilliq osti parda, 1.4.1 - siyrak tolali biriktiruvchi to‘qimasi, 1.4.2 – solitar limfatik tugunchasi, 1.4.3 - qon tomirlar, 1.4.4 - shilliq osti nerv chigalining elementlari, 2 -mushak parda, 2.1 - ichki sirkulyar qavat, 2.2 - tashqi bo‘ylama qavati*, 2.3 - siyrak tolali biriktiruvchi to‘qima. qatlami, 2.4 - mushaklararo nerv chigalining elementlari, 3 - seroz parda, 3.1- siyrak tolali biriktiruvchi to‘qima, 3.2 - qon tomirlar, 3.3 - mezoteliy.

Og‘ir darajada shakllarda yo‘g‘on ichak yoki uning segmenti (ko‘pincha ko‘ndalang yo‘g‘on ichak sohasi) kengayishi mumkin - toksik megakolon,

yallig‘lanish shilliq osti qatlamga kirib borishi mumkin, ichak devor ingichkalashadi, ba‘zan uni teshilishi yuz beradi.

Bunda o‘zgarishlar patogistologik o‘rganilganda jarayonni shilliq va shilliq ostki qatlamiga tarqashi qayd etilib, ularda yarali destruktiv o‘zgarishlar, venoz to‘laonlilik, kript abscesslar, shilliq qatlami sekresiyasini keskin buzilishi, o‘chog‘li limfoid giperplaziya kuzatiladi.

Sarkoid granulemalar kuzatilmaydi. Aksincha, Kron kasalligi yo‘g‘on ichak devorida tarqoq yallig‘lanish infiltratsiyasi, yengil to‘laonlilik, kripta abscesslar bilan tavsiflanadi; ichak devorining barcha qatlamlarida limfoid giperplaziya; shilliq ajralishining biroz buzilishi, 70-80% hollarda sarkoid granulemalar kuzatiladi.

Nospestifik yarali kolitda gematoksilin va eozin bilan bo‘yalgan preparatlarni gistologik tekshirishda, neytral mutsinni gistokimyoviy PAS- reaksiyasi yordamida aniqlashda, shuningdek immunogistokimyoviy tekshirish paytida aniqlangan barcha mikroskopik o‘zgarishlarni 3 toifaga bo‘linadi:

1. Nospestifik yarali kolit tashxisini asoslashga xos o‘zgarishlar.
2. Kasallikni qo‘zishini mezonlari va ularni og‘irliklarini asoslashga xos o‘zgarishlar
3. Jarayonning surunkali kechishi belgilari asoslashga xos o‘zgarishlar.

O‘zgarishlarni birinchi guruhiga mikroskopik belgilar kiradi (L. I. Aruin va b. 1998, A. E. Dorofeev va b. K., Geboes 2009). Nospestifik yarali kolit xususiy plastinkasida yallig‘lanishli hujayrali infiltratsiyasi bilan tavsiflanadi, bu normal shilliq qavatdagi hujayralardan – infiltratini keskin namoyon bo‘lishi, tarkibi va tarqalishi bilan farq qiladi.

Nospestifik yarali kolit-da hujayra infiltratsiyaning intensivligi ortadi. Agar shilliq qavatda normada infiltrat asosan epiteliyning yuqori qismi va epiteliy ostida joylashgan bo‘lsa, Nospestifik yarali kolitda infiltrat tarqoq bo‘lib, shilliq qavatning chuqur qismiga ham tarqaladi.

Immunogistokimyoviy tadqiqotlar T-limfotsitlar (SD), B-limfotsitlar (CD20), makrofaglar (CD68) uchun monoklonal antitanalar yordamida infiltratning sifat tarkibini baholash imkonini beradi. Xususiyl plastinkasida tarqalgan limfotsitlar asosan T-hujayralari bilan ifodalanadi.

B-limfotsitlari limfoid follikulalarda to'plangan, lekin ba'zan limfoid follikulalar atrofida diffuz tarqaladi. Limfoid follikular tarkibiga B-limfotsitlardan tashqari, ko'p sonli T-limfotsitlar, shuningdek makrofaglar ham kiradi. Limfoid follikulalardan tashqari makrofaglar infiltratda, shilliq qatlamni yuzasida, epiteliyl ostida kuzatiladi.

Xususiyl plastinkadagi infiltrat tarkibida polimorfnyuklear leykotsitlar, neytrofillar va eozinofilllar ham bo'ladi. Yaraning pastki qismida juda ko'p neytrofillar topiladi, PAS - reaksiyasida ularning sitoplazmasida glikogen aniqlanadi. Neytrofillarda glikogeni mavjudligi jarayonning o'tkir kechishining ko'rsatadi. Leykotsitlarda glikogenning mavjudligi ularning kislorodni faol shaklini xosil qilishi xususiyatini va uni hujayralarga ta'sirini, ya'ni keskin o'tkir kechishini, yallig'lanish faolligini belgilaydi.

Yallig'lanishli hujayra infiltrati asosiy plastinkada joylashuvidan tashqari, epiteliyl qatlami ichida, xam epiteliyl hujayralari orasida joylashishi mumkin. Epiteliyl hujayralarining shikastlanishi, ularning sitoplazmasida vakuolalar paydo bo'lishi, ya'ni vakuol, balon distrofiyasi, epiteliylning xalok bo'lishi va deskvamatsiyasi, mikroeroziya shakllanishi aniqlanadi. Yallig'lanish infiltrat hujayralarining kriptalar devorlarida to'planishi, so'ngra ularning leykodiapedez yoki epiteliylning qisman destruksiya bo'lishi natijasida bo'shliqqa chiqishi kript absseklar shakllanishi olib keladi. Ular yarali kolit faolligining xarakterli belgisidir. Kriptit va kript-absseklar adabiyot ma'lumotlariga ko'ra, yuqumli kolitda, Kron kasalligida va boshqa kolitlarda ham kuzatiladi, lekin ular Nospetsifik yarali kolitda (Nospestifik yarali kolit-Kron kasalligida 41% va 19% - K. Geboes) ko'proq uchraydi. Shu bilan birga kriptalar bo'shlig'ida hujayra tarkibi xilma-xil bo'lib, neytrofillar, limfotsitlar va makrofaglar va b. kuzatiladi.

Xususiy plastinkadagi fibroblastlar va perikriptal fibroblastlar qatlami epiteliyal bazal membrana bilan chambarchas bog‘liq bo‘ladi. Ular miofibroblastlar bo‘lib, biriktiruvchi to‘qima markerini ifodalaydi vimentin va silliq mushak markeri alfa-aktin (ba‘zan desmin va b.) ekspressiyalaydi. Surunkali yallig‘lanishlarda, yaralarni davolashda, a‘zoni sklerozlanishida stromada miofibroblastlar paydo bo‘lib, hujayradan tashqari matritsa hosil qiladi. Ular, qisqarishga qodir bo‘lib (mushak hujayralari kabi), bu yaraning chetlarini tortishishiga yordam beradi, chandiqni elastik qiladi, ya‘ni a‘zolari remodellashga olib keladi.

Kriptalar epiteliysining xalok bo‘lishi, so‘ngra uning proliferatsiyasi va o‘sishi, perikriptal miofibroblastlar tomonidan yo‘naltirilmaligi natijasida kriptalarning arxitektonikasi o‘zgaradi. Normada yo‘g‘on ichakning bezlari vertikal, bir-biriga yaqin joylashgan, shoxlanmagan, ularning yumaloq pastki qismlari mushak plastinkasi yaqinida joylashgan bo‘ladi (L. I. Aruin va b., 1998), Nospestifik yarali kolitda esa kriptalar burmalangan shaklda, bir-biriga qiya joylashgan, shoxlangan, turli o‘lcham va zichligiga ega bo‘ladi, lekin shilliq qatlamni mushak plastinkasiga yetib bormaydi. Kriptalar arxitektonikasini o‘zgarishi kasallikning surunkali kechishini ko‘rsatkichi bo‘lib xizmat qiladi.

Nospestifik yarali kolit-ning xarakterli xususiyatlaridan biri bu kadahsimon hujayralar ishlab chiqaradigan sekresiyani kamayishi va shilimshiq tarkibining o‘zgarishidir. Yo‘g‘on ichakda kriptalardagi shilimshiq ishlab chiqaruvchi hujayralar soni so‘ruvchi hujayralari sonidan to‘rt baravar ko‘p bo‘ladi. Yuza epiteliysida qadahsimon hujayralar keskin kamaygan, so‘ruvchi hujayralari esa ortgan bo‘ladi. Normada yetuk qadahsimon hujayralar mutsin saqlagan yirik vakuolalarni o‘z ichiga oladi, yadrosi kichik, giperxrom bo‘ladi (L.I. Aruin b., 1998). Qadahsimon hujayralardagi mutsin intensiv PAS-reaksiyasini beradi. Nospestifik yarali kolit-da kriptalardagi shilimshiq ishlab chiqaradigan hujayralar soni, mutsin bilan to‘la vakuolalar hajmi kamayadi, shilimshiqdagi PAS-

reaksiyasini intensivligi keskin kamayadi, ko'pincha shilliq vakuolaning faqat konturi bo'yaladi.

Nospestifik yarali kolitda bu xususiyatlarning barchasi mutsin tarkibining o'zgarishini ko'rsatadi, buni gistokimyoviy lektin yordamida tasdiqlanadi. (A. E. Dorofeev, 2009). Nospestifik yarali kolit patogenezida shilliq to'sig'idagi genetik jihatdan aniqlangan nuqsonlar antigenlarga ichak o'tkazuvchanligini oshishida muxim rol o'ynaydi, ichak bo'shlig'ida normal mikrofloraga oziq muxitini yaratuvchi mutsin kamayishi orqali disbakteriozni rivojlantiradi (V. A. Filin va b., 2000). Qadahsimon hujayralari sonining kamayishi, shilliq sekresiyasini pasayishi kasallikning o'tkir yoki faol bosqichida sodir bo'ladi (L. I. Aruin va b., 1998).

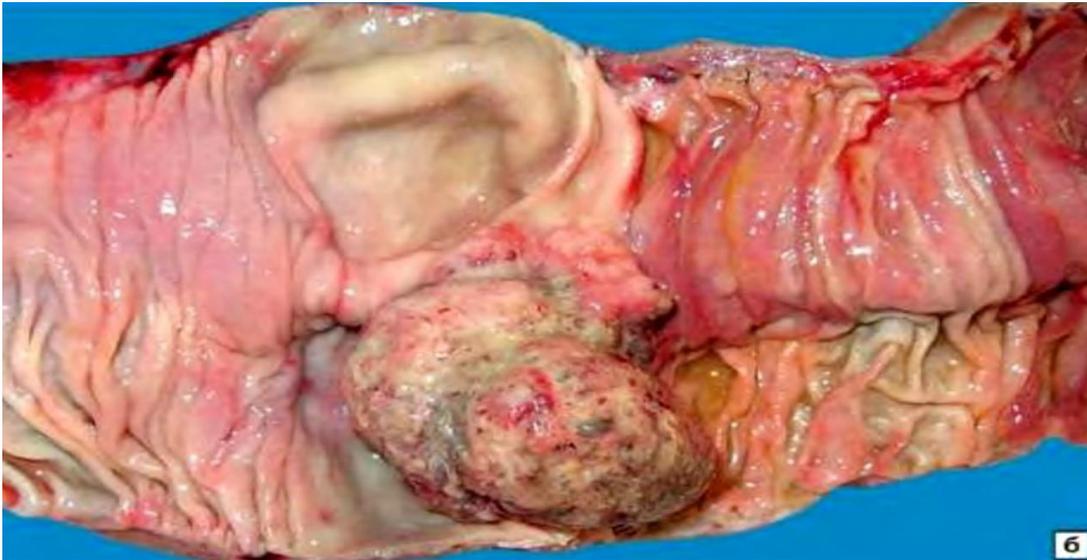
Eroziya va yaralar paydo bo'lishi Nospestifik yarali kolit qo'zishini belgisidir. Ular endoskopik va mikroskopik tekshiruv orqali aniqlanadi.

Nospestifik yarali kolit qo'zishining ikkinchi muhim mikroskopik belgisi ko'pincha sitoplazmasida glikogen saqlagan polimorf nuklear leykotsitlar, interepitelial hujayralar va kripta-abscess bilan yallig'lanish infiltratsiyasi hisoblanadi.

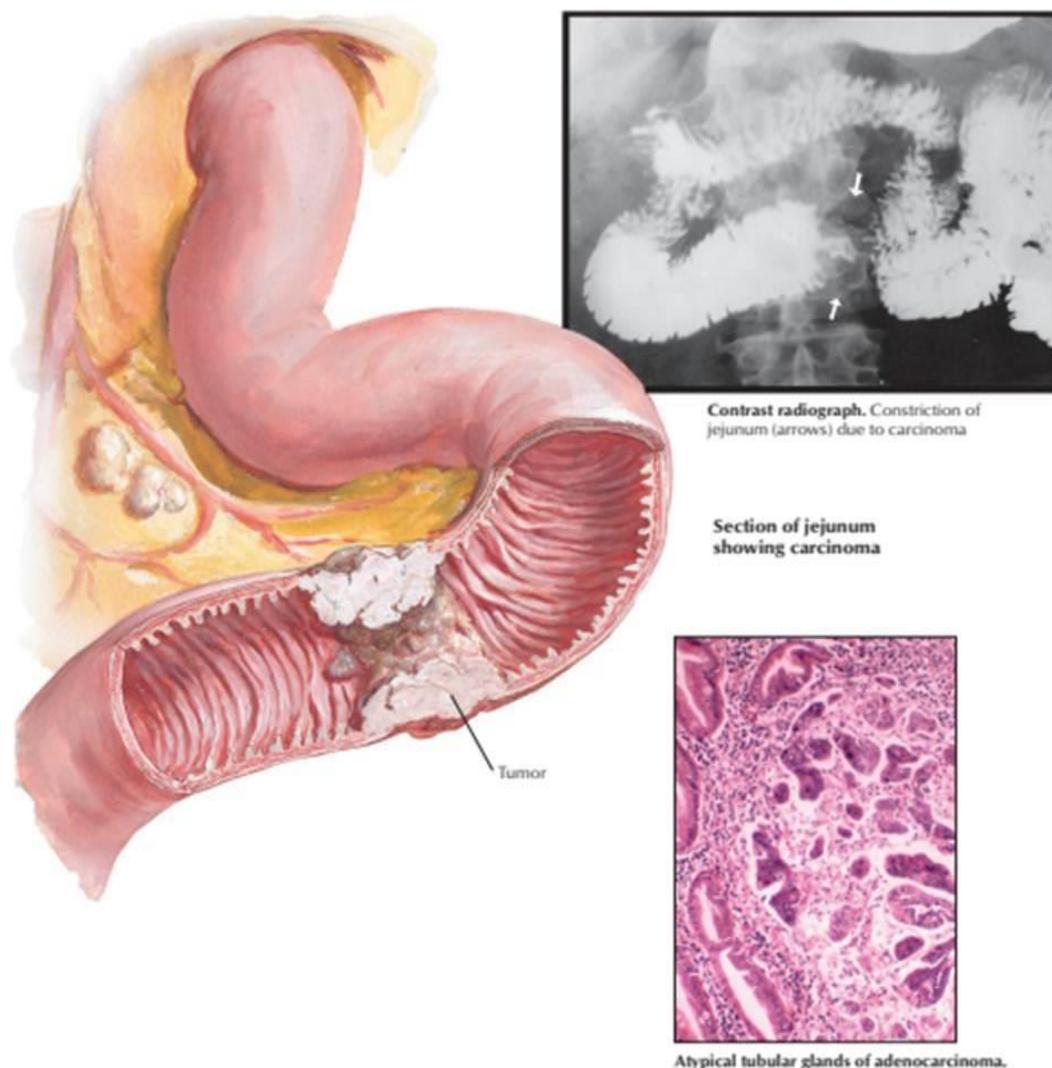
Qo'zishlar o'rta og'irlikda kechganda bu belgilardan ba'zilari sustroq namoyon bo'ladi.

Qo'zish kuchsiz namoyon bo'lganda eroziya va yaralar yo'qligi, hujayrali infiltratsiyasi sust, infiltratlarda kam miqdorda neyetrofillar bo'lishi kuzatiladi.

Nospestifik yarali kolitning o'tkir davri surunkaliga o'tmaganida yarali destruktiv o'zgarishlari soxalarini regeneratsiyalanishi, ularni bitishi, shilliq qatlamini epitelizatsiyasi, shilliq qatlamini me'yoriy xolatga qaytishi, to'liq tiklanishi yuz beradi. Lekin jarayon qaytalansa ushbu soxalarda shilliq qatlami epitelisini differentsiatsiyasini buzilishi, fibroz, mayda kriptalar yuzaga kelishi qayd etiladi. Kasallikni dastlabki 10yilida 1%, 20yilida 15% gacha malignizatsiyalanish, karsinoma yuzaga kelishi, o'smani endofit infiltrativ o'sishi va tez metastaz berishi kuzatiladi (Abdullaxodjayeva M.S. 2013).



Rasm -8. Yo‘g‘on ichak rakining endofit o‘sishi (a.b.v)



Rasm -9. Yo‘g‘on ichak rakining endofit o‘sishi makro-mikroskopik ko‘rinishi (a,v), rentgenologik ko‘rinishi(b.)

Yo‘g‘on ichak devori biopsiyasini gistologik tekshirish paytida yuqori darajadagi hujayra displaziyasi yoki malignizatsiya to‘qimalarini aniqlanishlari ham jarrohlik davolash uchun ko‘rsatma hisoblanadi. Kolorektal rak rivojlanish xavfi borligi, har yili yo‘g‘on ichakning umumiy shikastlanishi va Nospestifik yarali kolit bilan 18 yildan ortiq og‘riganligi xam ko‘rsatma xisoblanadi [6, 19, 109]. Boshqa tadqiqotchilar kolorektal xavfni 10yillik anamnezda 2%, 20yillik anamnezda 8% va 30 yillik anamnezda 18% berishgan, total shaklida xavf yuqori bo‘ladi, lekin u kasallikni maxsus prediktori xisoblanmaydi. Daniya va Shvesiya axolisida o‘tkazil kogort populyatsiya tekshiruvida 1969-2017yillarda 32919 bemordan 1336 tasida kolorektal rak rivolanishi, 619tasi undan vafot etishi, oxirgi

besh yilida kasallikni umumiy populyatsiyaga nisbatan 38%ga, o'limni 25%ga ortishi qayd etilgan (Olén O et al. Colorectal cancer in ulcerative colitis: A Scandinavian population-based cohort study. Lancet 2020 Jan) [11; 395:123-131].

Og'ir kechgan yarali kolitlarda nafaqat shilliq qavatni balki, butun ichak devorida yallig'lanish jarayonini kuzatish mumkin bo'ladi. O'tkir og'ir kechishi remitsiya bermasa kasallik birinchi yilida bemorlarni peritonit, sepsis, qon ketishlar, suv-tuz balansi almashinuvi buzilishlaridan xalokatiga olib keladi. Ichak devorida davom etayotgan yallig'lanish jarayoni tufayli malignizatsiya xavfi extimoli saqlanib qoladi [19, 24, 26, 74].

1-bob bo'yicha xulosa

Yo'g'on ichakning shilliq va shilliq ostki qatlamlarining surunkali autoimmun yallig'lanishli, yarali – destruktiv o'zgarishlari bilan kechuvchi kasalligiga nospetsifik yarali kolit (NYaK) deb ataladi [1, 10, 16, 147]

Bu kasalligi ilmiy nashrlarda bir yarim asr oldin yozilgan bo'lib, u K.Rokitanskiyning (1842y.) "Ichaklarning kataral yallig'lanishi xaqida" ma'ruzasida o'z ifodasini topgan. Shu vaqtgacha bu kasallik bir qator sinonimlar bilan ifodalanib kelingan, ya'ni gemorrargik yarali kolit, to'g'ri ichak ekzemas, yarali proktokolit, yiringli gemoragik rektokolit, ichak devori vaskulit va b.

Ayollar erkaklarga qaraganda 30% ga ko'proq kasal bo'lishadi, chunki ayol gormoni esterogen immunitet tizimini faollashtiruvchi ta'sirga ega, aksincha erkaklarda testosteron bostiruvchi ta'sir ko'rsatadi. NYaK-dan o'lim dunyoda 1 million aholiga o'rtacha 6ta holatni tashkil qiladi [19, 108,136.].

Dunyoda oxirgi 10 yillikda olib borilgan tadqiqotlar bo'yicha AQSh va Yevropada yetakchi olimlar, NYaK ning epidemiologik va kechishi bo'yicha juda ko'plab ko'rsatmalar ishlab chiqqan bo'lib, morfologik jixatdan regional omillar bilan bog'liqligini keltirib o'tishgan (Bennett K.M., Parnell E.A.2016). NYaK da shilliq qavatning prroliferativ ko'rsatkichlarini baxolashda MALT tuzilmasining autoimmun kasalliklarga xos bo'lgan jixatlari o'rganilgan (Knyazev O.V. va boshqalar 2020). NYaK ning shilliq qavatida surunkali yallig'lanish jarayoni uchun xos bo'lgan klinik jixatlari o'rganilgan bo'lib, biopsiya materillari bo'yicha morfologik talqin qilingan epiteliy metaplaziyasining belgilarini o'rganishgan [Vorobev G.I., Aruin L.I. va b., 2018]. Nospetsifik yarali kolitning remissiya davrida yo'g'on ichak shilliq parda epiteliysi displaziyasining mavjudligi, hujayralarning yangilanish jarayonlari bilan bog'liqligini [Ivashkin V.T. va b. 2019] o'rganishgan.

Yo'g'on ichakda yuzaga keladigan nospetsifik yarali kolit uning shilliq qatlamini, kam xolatlarda shilliq ostki qatlamini surunkali autoimmun yallig'lanishi bo'lib, ushbu soxalarda yarali – destruktiv o'zgarishlarni yuzaga

keltiradi, disregenerator jarayonlar avjlanadi, ichak va ichakdan tashqari bir qator og'irlashuvlarni namoyon qilib, surunkali to'liqsimon kechadi. Og'irlashuvlar kasallikni og'ir kechishi, ayrim xolatlarda bemorlarni nogiron bo'lib qolishiga yoki o'limiga sabab bo'ladi. Autoimmun o'zgarishlar oqibatida yo'g'on ichak shilliq qatlami epiteliysiga nisbatan organizmda ularga qarshi antitanalar ishlar chiqariladi, shikastlovchi ta'sirni namoyon qilib, ushbu autoimmun kasallikni keltirib chiqaradi [Markova A.A.va b. 2012].

Nospestifik yarali kolit butun yer yuzi aholisini 0,1%ga yaqin qismida qayd etilib, har 100ming aholiga 35tadan 100tagacha xolatlarda uchraydi [Alekseeva O.R.va b. 2008]. Nospestifik yarali kolit ko'proq 20-40 yoshdagi insonlarda kuzatiladi. Nospestifik yarali kolitning yer yuzi axolisida uchrashi yuz ming axoliga turli adabiyotlarda 50dan 230tagacha xolatda uchraydi. Har yil ularga yuz ming axoliga 5tadan 20tagacha yangi kasallanish xolatlari qo'shiladi [12.38].

Kasallikning dastlabki belgilari klinik paydo bo'lishidan boshlab klinik – patogistologik tashhis ko'yilgunga qadar bir necha oy va hatto yillar davom etadi, uzoq muddat ichaklardan tashqari simptomlar bilan namoyon bo'ladi. Kasallikning kechishida ikki xavfli davrlari farqlaniladi: birinchi yili - xayot uchun xavfli og'irlashuvlar va o'ninchi yili yomon sifatli o'smaga aylanish xavfi yuzaga keladi.

15-20% bemorlarda nospestifik yarali kolitdagi o'zgarishlar yo'g'on ichakni to'liq shikastlashi, 30-50% bemorlarda faqat chamber ichakni, 30-50% bemorlarda esa to'g'ri ichak soxasini shikastlashi kuzatiladi. Nospestifik yarali kolitdagi tizim autoimmun, toksik o'zgarishlar organizmda xayot uchun xavfli patologiyalarni yuzaga keltirishi mumkin bo'ladi.

Nospetsifik yarali kolit rivojlanishi xavf omillariga quyidagilar kiradi: jarayonning tarqoqligi, kasallikning uzviyligi, kasallikning erta boshlanishi, yo'g'on ichak rakining nasliy kelib chikishi, birlamchi sklerozlanuvchan xolangitning mavjudligi, foliy kislotasini yetishmovchiligi va b. [Binder V. Et al. 2013, Brentnall T.A. 1998, Linevskiy Yu.V. va b., 2009]. Nospetsifik yarali

kolitdan yo'g'on ichak rakining rivojlanish davomiyligi ko'pincha 7-8 yildan ortiq bo'lganda qayd etiladi.

Yo'g'on ichak raki umumiy populyatsiyada rivojlanishining eng muhim xavf omili bu bemorlar yoshi bo'lib, eng yuqori ko'rsatkich erkaklar va ayollarda 60 yoshdan oshganida sodir bo'ladi. Oxirgi vaqtda yo'g'on ichak raki bilan kasallanish o'rta yoshli insonlar tomon siljishi - yosharishi kuzatilmoqda: kasallarning o'rtacha yoshi - 30-45 yoshni tashkil qilmoqda [Kirkin B.V. va b., 1988].

Nospetifik yarali kolit o'rganishning dolzarbligi ushbu kasallik oqibatida yo'g'on ichak shilliq qatlami epiteliysiga nisbatan autoagressiyani yuzaga kelishi, yarali destruktiv o'zgarishlar oqibatida tizimli toksik reaksiyalarni rivojlanishi, disregenerator o'zgarishlar oqibatida psevdopolilar, stenozlar, chandiqlanishlarni yuzaga kelishi, ovqat qoldiqlari evakuatsiyasini buzilishi oqibatida yo'g'on ichakni kengayishi, ichak devorini yorilishi, qon ketishlar, ayrim xolatlarda esa o'sma jarayonlariga aylanishi va uni tarqab ketishi bilan izoxlanadi.

Nospetifik yarali kolit qorin bo'shlig'i a'zolari bioptatlarini patogistologik tadqiqotlarida muhim muammolaridan biri bo'lib qolmoqda. Nospetsifik yarali kolitda shilliq pardadagi displastik o'zgarishlarni baholash prognostik ahamiyatga ega. Epiteliy metaplaziyasining belgisi biopsiyada Panet hujayralarining mavjudligidir, chunki odatda bu hujayralar faqat ingichka ichakda bo'ladi va yo'g'on ichak surunkali yallig'lanishga xos belgidir [Aruin L.I. va b., 2000, Vorobev G.I. va b. 2006]. Nospetsifik yarali kolitning remissiya davrida yo'g'on ichakning shilliq parda epiteliysi displaziyasining mavjudligi hujayralarning yangilanish jarayonlarining buzilishi bilan bog'liqdir [Ivashkin V.T. va b. 2002]. Bunday morfologik o'zgarishlar yo'g'on ichak raki rivojlanishi uchun asos bo'lib xizmat qiladi, ushbu rak bilan kasallanish nospetsifik yarali kolit bilan og'riqan bemorlarda umumiy aholiga qaraganda ancha yuqori bo'lishi qayd etilgan.

Mamlakatimizda ushbu kasallikni tarqalishi o'rtacha 100000 kishiga 25-50 tani tashkil qilib, asosan, mintaqamizning tog'li xududlarida yashovchilarning 22-

45 yoshli kontingentida ko'p uchraydi. Ushbu kasallikni klinik – morfologik o'rganishlarida kech murojatlarida asoratlar va o'lim darajasi 12-50%-gacha holatda kuzatishgan (Navruzov B.S. (2018) Yu.Egamov, Xaydarov S va b. (2024)). Mamlakatimiz sog'liqni saqlash tizimini rivojlantirishning zamonaviy jihatlari intensiv terapiya, xirurgik taktikaning ilg'or texnologiyalarini joriy etish bilan birgalikda patogistologik tadqiqotlarda xam aniqligi o'ta yuqori bo'lgan zamonaviy tekshiruv usullarini amaliyotda qo'llana boshlanishi nospetsifik yarali kolit va u bilan bog'liq patologik xolatlarga duchor bo'lgan bemorlarni davolash – diagnostika natijalarini yaxshilashga qaratilgan ko'plab chora-tadbirlarni o'z ichiga oladi. Yangi O'zbekistonni 2022-2026 yillarda yeti ustuvor yo'nalish bo'yicha rivojlantirish strategiyasiga aholiga malakali tibbiy xizmat ko'rsatish sifatini oshirish vazifalari kiritilgan². Ushbu vazifalarni amalga oshirishda nospetsifik yarali kolitni patomorfologik tekshirishlarni takomillashtirish va patogistologik diagnostika natijalarini yaxshilash, ushbu patologiyaning klinik ahamiyati muximligi tufayli tibbiyotning dolzarb yo'nalishlaridan biri hisoblanadi.

²O'zbekiston Respublikasi Prezidentining 2022 yil 28 yanvardagi PF-60 son «2022-2026 yillargamo'ljallanganYangiO'zbekistonningtaraqqiyotstrategiyasito'g'risida»gi Farmoni.

II BOB. MATERIAL VA QO‘LLANILGAN TADQIQOT USULLARINING TAVSIFI

2.1. Materiallar xaqida umumiy ma’lumotlar.

2012-2022 yillar davomida RPAM va ADTI klinikasi patologik anatomiya bo‘limida tekshiruvdan o‘tgan 48ta nospetsifik yarali kolitdagi yo‘g‘on ichak tashrix biopsiya materiallari patogistologik (morfologik, morfometrik va gistokimyoviy usullarda) va kasallik tarixlari klinik - anamnestik tahlil qilinadi. Tadqiqotdagi bemorlar 4-gurux bo‘linib, ular quyidagicha taqsimlandi: 1-gurux o‘rta yosh (1-davr)-20-35yosh(6ta o‘rta og‘ir va 10ta og‘ir shakli), 2-gurux o‘rta yosh (2-davr)-35-60yosh(6ta o‘rta og‘ir va 10ta og‘ir shakli) va 3-gurux keksa yosh – 60-75yosh (5ta o‘rta og‘ir va 11ta og‘ir shakli). Ularga nazorat guruxi (4-gurux) sifatida yo‘g‘on ichagida patologiyasi bo‘lmagan, boshqa sabablar olingan 10ta biopsiya materiallari foydalanildi.

2.2. Klinik anamnestik va patogistologik tadqiqot usullari (morfologik).

Morfologik tadqiqotning birinchi bosqichida jarroxlik biopsiya materiallar yo‘g‘on ichakni makroskopik ko‘rinishi o‘rganiladi, bunda olingan to‘qima namunalari 10% neytral formalin eritmasida 72 soat davomida fiksatsiya qilindi. Keyinchalik to‘qimalar gistologik o‘tkazgich apparatida qayta ishlendi, shundan so‘ng u parafinga quyildi. Olingan parafin bloklaridan 4-5 mkm qalinlikdagi kesmalar tayyorlandi, ular shisha buyum oynachalariga o‘rnatildi, umummorfologik o‘zgarishlar gematoksilin-eozin usulida bo‘yash, mukopolisaxaridlar ShIK-reaksiyasi yordamida, biriktiruvchi to‘qimadagi o‘zgarishlar van-Gizon usulida bo‘yaladi va qoplamalar ostiga qo‘yildi. Bo‘yalgan gistologik preparatlar ZEISS (Primo Star, 64 MP kamera, 40,100,400 o‘lchamda, Germaniya) yorug‘lik mikroskopi yordamida patogistologik o‘zgarishlar o‘rganiladi va yo‘g‘on ichak shilliq qavatida tuzilmalarini morfometrik o‘zgarishlari o‘rganildi, mikrotasvirlarga olindi.

Gematoksilin va eozin bo'yog'i

Gistologik kesmalarni bo'yash uchun eng ko'p ishlatiladigan usul hisoblanadi.

Kesmalar xloroformda deparafinizatsiya qilindi, distillangan suvda yuvildi, keyin kesma yuzasiga gematoksilin eritmasi tomizilib 3 min ushlendi. Oqar suvda 10 min davomida yuvilib, 20sek-dan 3 minutgacha eozin bilan bo'yaldi. So'ngra konsentratsiyasi ortib boruvchi etil spirtida suvsizlantirilib, ksiloldan o'tkazilib, qoplovchi oyna yopishtiruvchi bilan yopishtiriladi.

Natija: hujayralar yadrolari ko'kish siyoh rangga, sitoplazma to'q binafsha rangga bo'yaldi. Biriktiruvchi to'qima tuzilmalarining van-Gizon usulida pikrofuksin yordamida bo'yash.

Depaorafinizatsiya qilingan gistologik kesmalar toza suvda yuvilib, Vaygert gematoksilini eritmasida 3-5 daqiqagagacha ushlab turiladi, so'ngra pikrofuksin eritmasida 2-3 daqiqa bo'yaladi, suvda 5-15 soniya yuviladi. Keyingi bosqichda konsentratsiyasi ortib boruvchi etil spirtida suvsizlantirilib, ksiloldan o'tkazilib, qoplovchi oyna yopishtiruvchi bilan yopishtiriladi.

Natija: yadrolar qora rangga, biriktiruvchi to'qima tolalari och qizil rangga, mushak va elastik tolalar sariq rangga, nerv tolalar sariq-kul rangga bo'yaldi.

Xozirgi kunda u Respublikamizda patogistologik tekshiruvlarni mukammal olib borish imkoni beradigan innovatsion usul sifatida amaliyotga kirib kelmoqda.

2.3. Morfometrik va statistik tadqiqot usullari

Morfometriya (yunon. morfo - shakl, metreo - o'lchamoq, o'lchamoq) - gistologik va sitologik preparatlarda (yoki ularning fotosuratlarida) hujayra va to'qima tuzilmalarining parametrlarini miqdoriy baholashni ta'minlaydigan biometriya bo'limi. Morfometriya yordamida maydon birligidagi tadqiqot obektlari sonini, shuningdek, ularning o'lchamlari va shaklini aniqlash mumkin.

Morfometrik tadqiqot quyidagilarni o'z ichiga oladi:

- 1) rejalashtirish bosqichi (o'rganilayotgan hodisani to'liq tavsiflash uchun zarur va yetarli bo'lgan barcha omillarni o'rganishni hisobga olgan holda, o'rganilayotgan belgilarning vakilligini saqlab qolish tamoyiliga rioya qilgan holda);
- 2) o'rganilayotgan obektlarni o'lchash va hisoblash (bir qator bog'liq va mustaqil o'zgaruvchi kattaliklarni olish maqsadida);
- 3) olingan ma'lumotlarning statistik tahlili, bu o'zgaruvchilardan qaysi biri eng muhim ekanligini aniqlashtiradi;
- 4) matematik tavsifi va bu o'rganilayotgan hodisani tavsiflovchi eng muhim o'zgaruvchilarni aks ettiradi, har bir omilning rolini aniqlaydi va farazlarni isbotlangan qonuniyatlar va qonunlarga aylantiradi.

Morfometrik tadqiqotni rejalashtirish bosqichida:

- 1) tajriba maqsadlarini aniq belgilaydi;
- 2) miqdoriy baholanishi lozim bo'lgan morfologik belgilarni tanlashni amalga oshiradi;
- 3) ishonchli ma'lumotlar olish uchun yetarli bo'lgan tanlanma hajmini aniqlaydi;
- 4) zarur morfometrik usullar va tadqiqotning aniqlik darajasi tanlanadi.

O'rganilayotgan morfologik belgilar quyidagilarga bo'linadi: hisoblash yo'li bilan olingan belgilar (masalan, hujayralar, mitozlar soni va boshqalar); o'lchovli - turli usullar bilan o'lchanishi mumkin bo'lgan belgilar: o'lcham, og'irlik (massa), hajm va boshqalarni aniqlash.

Ba'zi morfologik belgilarni aniq o'lchab bo'lmaydi, shuning uchun ular ballar, graduslar yordamida darajalanadi, shkalalar va boshqalar yordamida baholanadi.

Ishonchli natijalar olish uchun namunaning zarur hajmini, ya'ni o'lchanishi kerak bo'lgan kuzatuvlar, hayvonlar, hujayralar, ultrastrukturalar sonini aniqlash kerak. Tanlanma hajmining yetarli emasligi yoki ortiqchaligi ish natijalariga salbiy ta'sir ko'rsatishi mumkin. Birinchi holda mulohazalarning noaniqligi ortadi, ikkinchisida - qo'shimcha, yaxshi hisobga olinmagan omillarning ta'siri aniqlanadi. Shu munosabat bilan obektlar va kuzatishlarning eng kam, lekin xulosa

chiqarish uchun yetarli bo'lgan sonini aniqlash barcha ishlarda amalga oshirilishi kerak.

Amaliyotda namunalarning taxminiy hajmlari belgilangan: hujayralar va ularning yadrolarining morfometriyasi va sitofotometriyasi uchun 50...200 hujayradan iborat bir xil guruhlar o'rganiladi. Bunda tanlanma kattaligi o'rganilayotgan hodisaning ehtimolligi 0,95 dan kam bo'lmasligini va yo'l qo'yilishi mumkin bo'lgan xatolik 0,05 dan oshmasligini ta'minlashi kerak.

Morfometrik tekshirish qo'lda, yarim avtomatlashtirilgan va avtomatlashtirilgan usullarda olib boriladi.

Qo'lda morfometrik tekshirish ko'z bilan chamalab, bevosita mikroskop ostida yoki mikrofotografiyalarda, maxsus moslamalar yordamida hisoblashlarga asoslangan.

Okulyar-mikrometr - mikroskop okulyariga kiritiladigan, bo'linish qiymati 0,01 mm bo'lgan shisha yoki fotoplyonka ustidagi mikrometr. O'rganilayotgan tuzilmalarning o'lchamlari millimetrli qadamga ega bo'lgan mikrometr shkalasining butun bo'limlari soni bo'yicha aniqlanadi va aylanuvchi barabanda sanaladigan millimetrning yuzdan bir ulushlari bilan to'ldiriladi.

Morfometrik to'rlar nuqtalarga (tugunlarga) ega. Masalan, Avtandilovning eng ko'p qo'llaniladigan morfometrik to'ri ikkita kvadratga bo'lingan to'g'ri to'rtburchakdan iborat bo'lib, ulardan biri, o'z navbatida, to'rtta kichikroq kvadratga bo'lingan. Bu kichik kvadratlarning har birida 25 tadan nuqta bor (hammasi bo'lib 100 ta nuqta). Bo'linmagan katta kvadratda 25 ta nuqta bor.

Morfometrik to'r yordamida gistologik obektdagi turli tuzilmalarning hajmiy ulushlarini aniqlash mumkin. Buning uchun gistologik preparatdagi to'qima yoki a'zo kesmasiga tasodifiy ravishda ma'lum marta to'r qo'yiladi va turli tuzilmalarga tushadigan nuqtalar soni hisoblanadi. Aytaylik, biriktiruvchi to'qima preparatida 10 ta nuqta hujayralarga tushdi, hujayralararo moddaga esa 90 ta nuqta to'g'ri keldi. Demak, hujayralararo moddaning nisbiy maydoni 90%, hujayralarniki esa 10% ni tashkil etadi. Etalonlarni ustma-ust qo'yish kesimlardagi strukturalarning

maydoni va shaklini aniqlashda qo'llaniladi. Yarim avtomatlashtirilgan va avtomatlashtirilgan morfometrik tadqiqot o'tkazishda barcha parametrlar avtomatik ravishda o'lchanadi va asbobda qayd etiladi. Bu o'rganilayotgan preparatda ko'p sonli belgilarni tezda miqdoriy baholashga va ularning yig'indisi bo'yicha bir xil bo'lishiga imkon beradi. Morfometriya. Tasvirning kompyuter tahlili turli tuzilmalarni (masalan, hujayralarning yadrolarida xromatinning taqsimlanishi bo'yicha turlarini) qayd etadi. Hozirgi vaqtda avtomatik ravishda miqdoriy gistologik va gistokimyoviy tadqiqotlar o'tkazishga imkon beradigan yetarlicha murakkab asboblardan mavjud bo'lib, ular tasvirlarni tahlil qilishning avtomatlashtirilgan tizimlari deb ataladi.

Bunday tizimlar tarkibiga skanerlovchi yorug'lik yoki elektron mikroskop, obektni ikki koordinata bo'yicha ko'rishni amalga oshiradigan va keyin uni raqamli shaklga aylantiradigan videokamera va olingan raqamli ma'lumotlarni qayta ishlaydigan va o'rganilayotgan obektning parametrlari to'g'risidagi ma'lumotlarni taqdim etadigan EHM kiradi. Display yordamida tadqiqotchi faqat o'zini qiziqtirgan tuzilmalarni ajratib olish va ular haqida histogrammalar ko'rinishidagi raqamli ma'lumotlarni olish imkoniyatiga ega bo'ladi.



Rasm -10. Nanozoomer s360 zamonaviy morfometriya aparati

Morfometrik tekshirish uchun Nospestifik yarali kolit yoshga doir intraoperatsion olingan to'qimalarni tahlil natijalari tasdiqlangan materiallardan mikrotasvirlar skaner qilindi. Nospestifik yarali kolitda yuzaga keladigan morfologik o'zgarishlarni - shilliq qatlami epiteliy hujayralar, deskvamatsiyalashgan tuzilmalarni, yallig'lanish infiltratlarini bir-biriga nisbati va egallagan maydonlarining xajmi, shilliq qatlami gistioarxitektonikasini xajm va sifatiy o'zgarishlar lokalizatsiyasini aniqlashga zamin yaratdi.

Mikroreperatlar skaner qilinib, rasmlardagi barcha tuzilmalarning egallagan maydoni V_v 100% deb, o'rganilishi kerak bo'lgan har bir tuzilmaning maydoni esa ularni o'zining nomi bilan belgilandi, masalan: V_e (epiteliy hujayra), V_{qh} (qadahsimon hujayralar), V_p (Pannet hujayralari), V_{yai} (yallig'lanish infiltrati va V_{mi} (mitoz). Shu tartibda o'rganilayotgan har bir tuzilmani egallagan nisbiy maydoni hisoblandi. Olingan natijalar har biri uchun hajm birligida belgilandi. O'rganilayotgan barcha tuzilmalar egallagan maydoni V_v 100% desak, unda har bir tuzilmaga to'g'ri kelgan nuqtalar z deb, har bir nuqtaning tuzilma birligiga mos kelishi esa P deb olinib, uni quyidagi formula ko'rinishida o'rganildi: $P = V_v / 100$. Hisoblanayotgan nuqtalarni boshqa tuzilmalarga to'g'ri kelishi $Q = 100 - V_v / 100$ formula bo'yicha hisoblandi.

Yuqoridagi morfometrik tekshirish usuli orqali nospestifik yarali kolitda tadqiqot guruxlarida vaqtlar davomida hujayra va to'qima tuzilmalar tarkibi quyidagi guruhlariga ajratib hisobladik: o'tkir kechuvchi, uzluksiz surunkali kechuvchi va surunkali residivlanuvchi kechishli shakllari.

Nospestifik yarali kolitning barcha gistogenetik shakllariga mos keladigan to'qima va hujayra tuzilmalaridan quyidagilarning egallagan maydoni foizlarda hisoblandi:

Shilliq qatlami epiteliy hujayralari—eh

Pannet hujayralari—Ph; qadahsimon hujayralar—Pqh;

yallig'lanish infiltrati—Pya; mitoz—Pmi; $P_{mh} = P_{mh} / P_x$.

Shu yo'sinda – nospestifik yarali kolitning o'tkir kechuvchi, uzluksiz surunkali kechuvchi va surunkali residivlanuvchi kechishli shakllari gistogenetik shakllarida barcha hujayra va to'qima tuzilmalari egallagan maydoni hisoblandi: V_e , V_p , V_{qh} , V_{yai} , V_{mi} .

Statistik usullar

O'rganilayotgan ko'rsatkichlarning o'rtacha arifmetik miqdorini (M), o'rtacha kvadratik og'ishlarni (σ), o'rtacha standart xatoliklarni (m), nisbiy kattaliklarni (chastota, %) hisobga olgan statistikaning variatsion parametrlari va noparametrik usullaridan foydalanildi. O'rtacha kattaliklarni taqqoslashda olingan o'lchamlarning statistik ahamiyati general dispersiya (F - Fisher mezoni) va tarqalishning me'yorlarini (Ex mezoni bo'yicha) tekshirishda xatoliklar ehtimolligi (P) - ni hisoblagan holda Styudenta (t) mezoni bo'yicha aniqlandi. Qo'lga kiritilgan miqdoriy ma'lumotlarning o'rtacha arifmetik kattaligi va o'rtacha kvadrat xatolik miqdori, ishonchlilik ko'rsatkichini ($P < 0,05$, $P < 0,001$) aniqlash maqsadida statistik ishlov berildi. Sifatiy kattaliklar uchun statistik ahamiyati χ^2 (χ^2 - kvadrat) va z - mezonlari yordamida hisoblandi.

Olingan natijalar taxlili variatsion qator statistik taxlilning umumiy qabul qilingan usulida o'tkazildi va uning ko'rsatkichlari intensivligi quyidagi formulalar yordamida aniqlandi:

O'rtacha arifmetik miqdor (M):

(1), bu yerda

M – o'rtacha arifmetik miqdor;

n – variatsion qatordagi kuzatuvlar soni;

X – alohida kuzatuvlar qiymati;

i – kuzatuvlar raqami;

va standart xatoliklar (Yem):

(2), bu yerda: Yem – standart xatolik,

P – umumiy tanlanganlar orasidagi bir turni kuzatishlar sonining hissasini ko'rsatuvchi guruhlardagi intensiv ko'rsatkich.

$$\sigma = \sqrt{\frac{((X_1 - M) + \dots + (X_n - M)^2)}{(n-1)}}$$

bu yerda

σ - standart og'ish;

x_1 – alohida kuzatuvlar qiymati;

M – o'rtacha arifmetik;

n – variatsion qatordagi kuzatuvlar soni.

O'rganilayotgan belgilar bo'yicha mos kelish darajasi 5% dan ($P < 0,05$) oshmaganida natijalar ishonchli hisoblanadi.

Ko'rsatkichlardagi farqlar Styudent (t) mezonlari bo'yicha statistik usul bilan hisoblab chiqilgan va $P < 0,05$ da ishonchli deb hisoblangan. Microsoft Office Excel 2010 dasturi yordamida o'rganilgan ko'rsatkichlar dinamikasini aks ettiruvchi diagrammalar va jadvallar tuzildi.

Monografiyadagi ilmiy tadqiqot ma'lumotlarini miqdoriy ko'rsatkichlariga ishlov berishda zamonaviy kompyuter programmalarida statistik dasturiy majmualaridan foydalangan xolda bajarildi.

Parametrik va noparametrik statistikaning variatsion usullari qo'llanilib, o'rganilayotgan ko'rsatkichning o'rtacha arifmetik qiymati (M), o'rtacha kvadratik og'ishish (σ), o'rtacha ko'rsatkichning standart xatosi (m), o'rtacha kattaliklar (soni, %) hisoblandi, o'rtacha kattaliklar taqqoslanganda olingan o'lchamlarning statistik ahamiyati Styudent omili (t) bo'yicha aniqlanib, bunda taqsimlashning (ekssess omili bo'yicha) me'yoriyligi va general dispersiyalarning (F – Fisher omili) tengligi tekshirilganda xatolik ehtimoli (P) hisoblab aniqlandi. Statistik ahamiyatli o'zgarishlar sifatida aniqlikning $P < 0,05$ darajasi qabul qilindi.

III BOB. XUSUSIY TEKSHIRUVLAR NATIJALARI.

3.1. Nospetsifik yarali kolit bilan kasallangan bemorlarni klinik-anamnestik tahlil ma'lumotlari

Bemorlar anamnezidan asosiy kasallikning kechishi fulminant, o'tkir, surunkali doimiy, surunkali qaytalanuvchiga (residiv) ko'rinishlarga ajratilgan. Kasallik og'irligi: simptomlar, davo natijalari va asoratlar mavjudligi bilan aniqlangan. Bemorlar Nospetsifik yarali kolitning o'rta og'ir va og'ir darajalarida bo'lib, tashrihdan keyingi davrda an'anaviy usuldan foydalangan holda diagnostikasi amalga oshirilib, davolash konservativ va jarroxlik usullarida olib borilgan. Nospetsifik yarali kolitning og'irlik darajasi S.S.Truelove mezoni bilan aniqlangan.

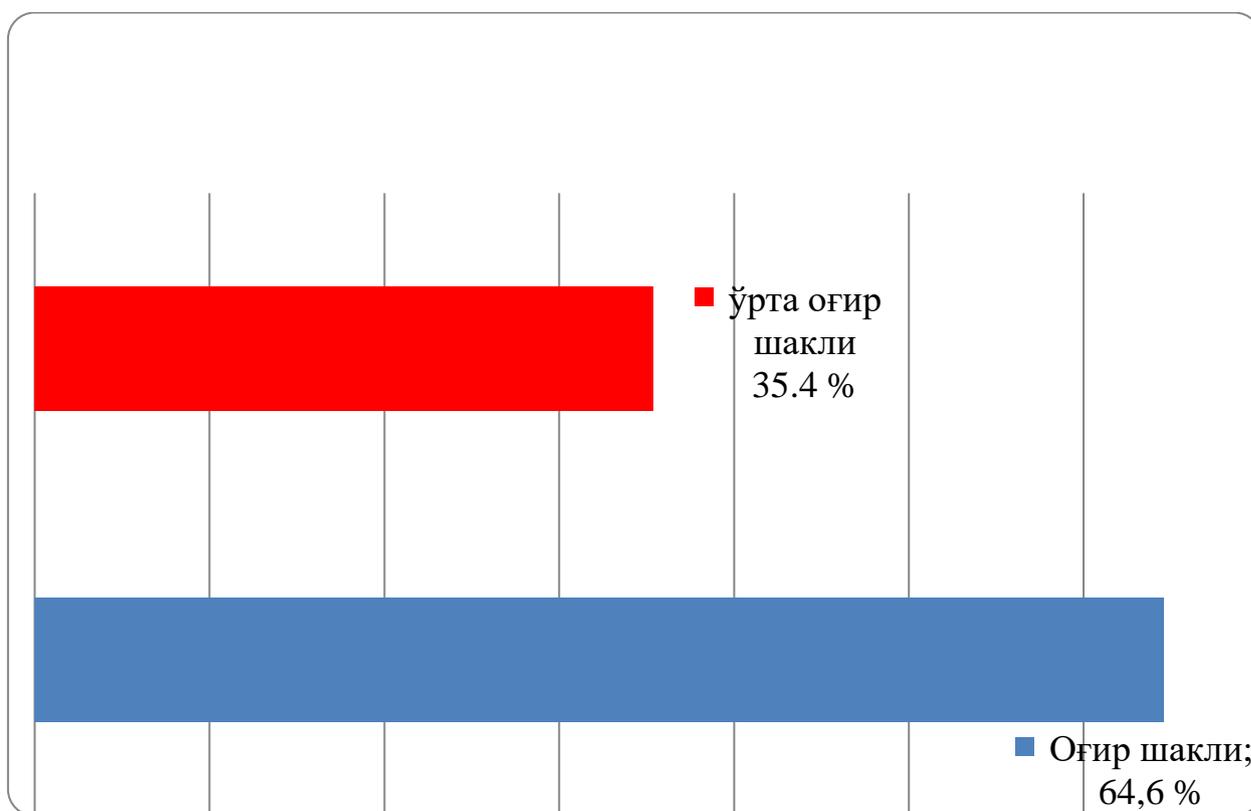
ko'rsatilganidek bemorlarda 64.6% og'ir va 35.4% o'rta og'ir shakllari aniqlangan. Erkaklar va ayollar o'rtasidagi kasallanish nisbati bo'yicha ayollarda ko'proq uchraganligi (59,1%), erkaklarda kamroqligi (40,9%) qayd etilgan. 3-jadvalda ko'rsatilganidek kasallikning og'ir shaklidagi bemorlar soni ustunlik qilganligi kuzatilgan. Ikkala guruhda ham mehnatga layoqatli yoshdagi bemorlar ustunlik qilgan. Keksa yoshda Nospetsifik yarali kolitning og'ir va o'rta og'ir shakllari qayd etilgan, bu katta tibbiy va ijtimoiy ahamiyatga ega xisoblanadi.

Izox: Nazorat guruxi (4-gurux) sifatida yo'g'on ichagida patologiyasi bo'lmagan, boshqa sabablar olingan 10ta biopsiya materiallari foydalanildi.

Bemorlarda kasallik kechishi darajasini aniqlash maqsadida S.S.Truelove-Witts shkalasi ko'rsatkichlaridan foydalanilgan. Bunda, bemorlarda qon aralash defekatsiya chastotasi, bemorlar pulsi, tana xarorati ko'rsatkichlari, qondagi gemoglobin ko'rsatkichlari va eritrotsitlarning cho'kish tezligi ko'rsatkichlari tekshirilgan. Kasallarning umumiy xolati - klinik, laboratoriya va instrumental tadqiqotlar natijalariga ko'ra baholangan. Nospetsifik yarali kolitning klinik ko'rinishlarini o'ziga xos xususiyatlari keltirilgan.

2-diagramma.

Nospestifik yarali kolitning kechishini og'irlik darajasi S.S.Truelove mezon bo'yicha taqsimlanishi



3-jadval.

Nospestifik yarali kolit og'irligiga qarab bemorlarning taqsimlanishi

Nospestifik yarali kolit shakli	O'rta og'ir shakli		Og'ir shakli	
	Abs	%	Abs	%
1-gurux o'rta yosh (1-davr)-20-35yosh	6	12.5	10	20.8
2-gurux o'rta yosh (2-davr)-35-60yosh	6	12.5	10	20.8
3-gurux keksa yosh – 60-75yosh	5	10.4	11	22.9
Jami:	17	35.4	31	64.6

Barcha bemorlar (100%) qorin soxasidagi og'riqqa shikoyat qilishgan. Nospestifik yarali kolit darajasining og'irligi qorin bo'shlig'ida og'riq xurujlarini rivojlanganligi va chastotasi bilan aniqlangan. O'rta og'ir darajadagi nospestifik yarali kolit aniqlangan bemorlarda o'rtacha og'riq qayd etilgan (88,1%). Qolgan

bemorlarda yengil og‘riq kuzatilgan. Nospestifik yarali kolitning og‘ir kechishi bilan har beshinchi bemorda – kuchli og‘riq kuzatilgan. Bemorlarda og‘riqning qorinda 84,8%da yo‘g‘on ichak proeksiyasida; 15,2% holatlarda kindik soxasida kuzatildi. Siquvchi og‘riqlar 37 (76,2%) bemorda kuzatilgan.

4-jadval.

Surunkali nospetsifik yarali kolitlarni darajalarini S.S.Truelove-Witts bo‘yicha mezonlari

Ko‘rsatkichlari	Yengil	O‘rta og‘ir	Og‘ir
Axlatni qon aralash kelishi miqdori	4tadan kam	4tadan ko‘p	6tadan ko‘p
Qon tomirlaridagi pulsi	me‘yorda	Minutiga 90tadan kam	Minutiga 90tadan ko‘p
Bemorlar tana xaroratini o‘zgarishi		37.5°S past	37.5°S baland
Qondagi gemoglobinem o‘zgarishi		Litriga 105gramdan kam	Litriga 105 gramdan ko‘p
Eritrotsitlarni cho‘kish tezligi		Soatiga 30mm-dan kam	Soatiga 30mm -danko‘p
Nospestifik yarali kolitdagi yaralarga tegilgandagi jaroxatlanishlar	-	+	+

Nospetsifik yarali kolitning og‘irlik darajasi Mayo indeksi bo‘yicha aniqlangan. Bunda, indeks ko‘rsatkichlari bemorning umumiy axvolini baxolash, axlat kelish chastotasi, axlat tarkibidagi qon laxtalarini mavjudligi, yo‘g‘on ichakning shilliq qavati xolati bilan aniqlangan. Barcha bemorlarda yo‘g‘on ichakning anatomik joylashuv sohasida og‘riqlar aniqlangan. Nospestifik yarali kolit-ning klinik faolligi bemorlarda kunlik ahlatning kelishi bilan baholangan. Najasdagi qon aralashmasi 41ta bemorda (85,4%) nospestifik yarali kolitning o‘rta

va og'ir shaklida, ko'p kuzatilgan. Og'ir shakli bo'lgan barcha bemorlarda najasda qon va yiring aralashmasi doimiy aniqlangan.

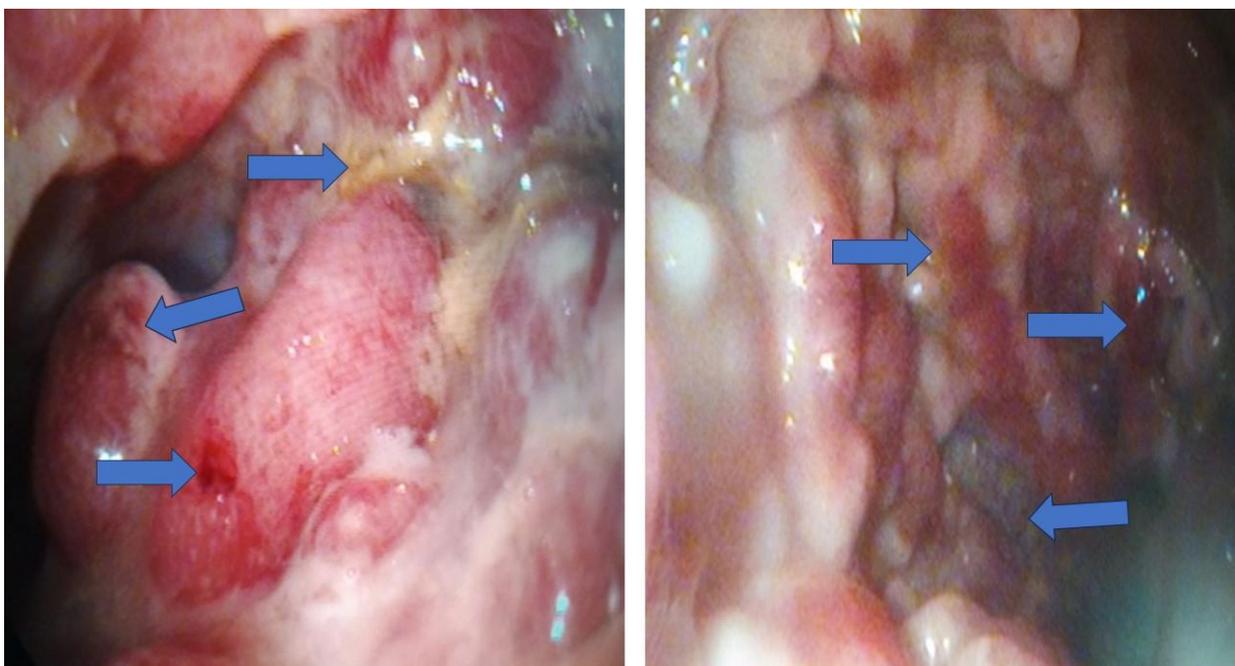
Barcha bemorlarning vazni kamayishi aniqlangan 40 (83,4%) bemorda tananing og'irligi 20%-gacha pasaygan, 8ta bemorda (16.7%) og'ir shakl kuzatilgan. Bemorlarni klinikaga qabul qilishda laboratoriya tekshiruv natijalari.

5- jadval.

Nospestifik yarali kolitning klinik belgilari ko'rinishlari

Klinik belgilari	Klinik simptomlar chastotasi						
	O'rta og'ir shakli (n = 17)		P	Og'ir shakli (n = 31)		Umumiy miqdor (n =43)	
	abs.	%		abs.	%	abs.	%
Umumiy holati:							
O'rta og'ir	12	70.6	<0.05	4	12.9	16	33.3
Og'ir	5	29.4		27	87.1	32	66.7
Ich kelishlari soni:							
Kuniga 4 martagacha	-	-	<0.05	-	-	-	-
4-7 marta kuniga	2	11.7		2	6.6	4	8.3
7-10 marta kuniga	12	70.6		3	9.7	15	32.3
10 martadan ko'p	3	17.7		26	83.9	29	60.4
Najasda qonning mavjudligi:							
Oz miqdorda	5	29.4	X	2	6.6	7	14.6
Ko'p miqdorda	12	70.6		29	93.4	41	85.4
Tana vazni kamayishi:							
< 10 %	9	52.9	0.08	18	58.1	27	56.3
> 10 %	6	35.3		7	22.6	13	27.1
> 20 %	2	11.8		6	19.4	8	16.7

Nospestifik yarali kolit kuzatilgan bemorlarning qon ko'rsatkichlari sezilarli darajada o'zgarib turgan, bu tanadagi rivojlangan buzilishlarni namoyon qilgan. Kasallikning rivojlanganlik belgilaridan biri EChTning tezlashishi hisoblanadi. Nospestifik yarali kolitda 29ta (60,4%) bemorda EChTning 25 mm / soatgacha tezlashishi, 8ta (16,7%) bemorda 30 mm / soat dan yuqori EChT tezlashishi kuzatilgan. Nospestifik yarali kolitning og'ir asoratlaridan biri qon ketish bo'lib, bemorlarning 85,7%-da turli darajadagi kamqonlik aniqlangan. Anatomik joylashishiga ko'ra, yallig'lanish jarayoni quyidagi sohalarda aniqlangan: distal-proktit va proktosigmoidit; chap tomonlama, o'ng tomonlama, subtotal va total kolitlar. Jadvalda ko'rinadiki, 8ta (16,6%) bemorda patologik jarayon distal bo'limda joylashgan.

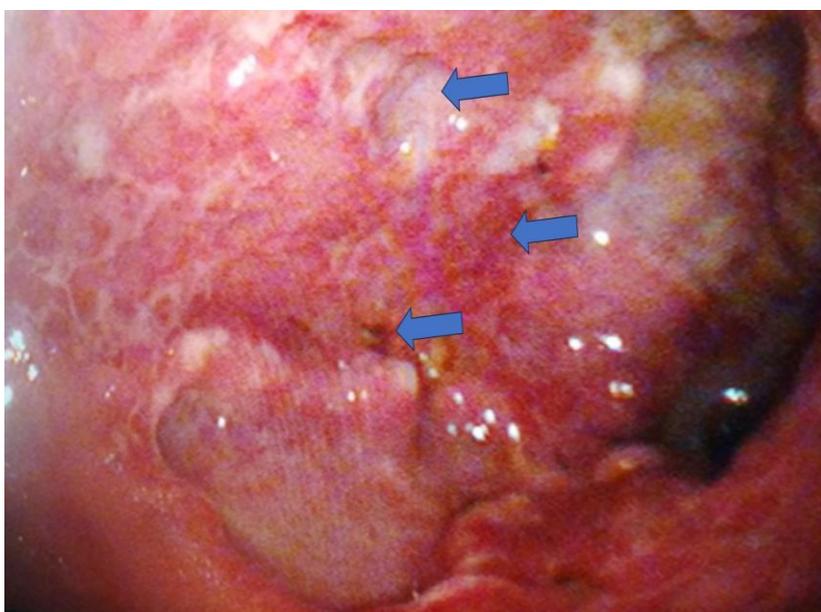


Rasm-11. Bemor A.A. 35 yosh, k/t №10260/391. Kolonoskopda tekshiruvining makroskopik ko'rilganda yo'g'on ichak shilliq qatlamida arterial to'laqonlilik, turli o'lchamdagi o'chog'li qon quyilishlar, yuzasining o'chog'li yiringli eksudat bilan qoplanishi, shilliq va shilliq ostki qatlamlarini birgalikda o'sib, so'rg'ichsimon o'siqlar – psevdopoliplar xosil qilishi, tegilganda oson qonashi kuzatilgan.

Nospestifik yarali kolitning joylashishi bo'yicha bemorlarining taqqoslanishi

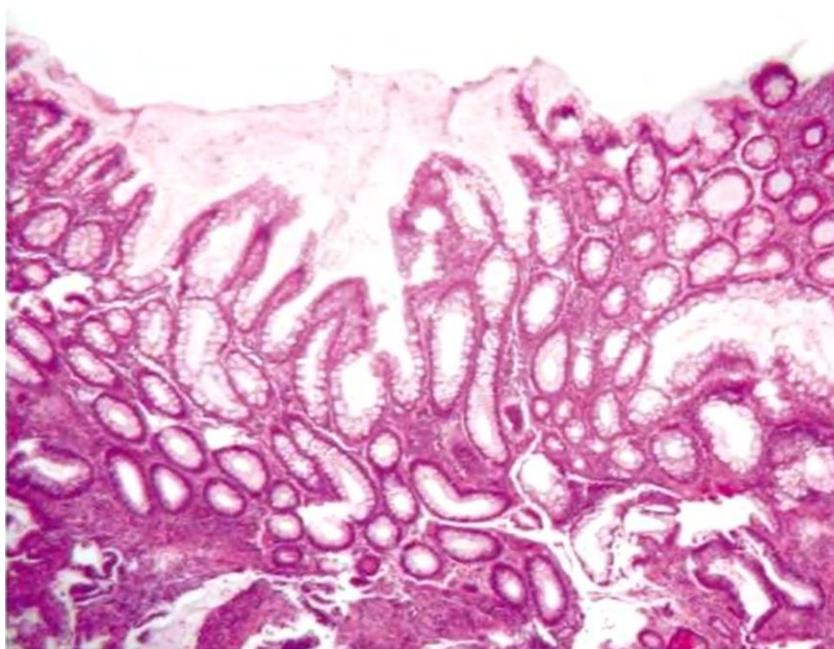
Jarayon joylashishi (yo'g'on ichak qismlari)	Nospestifik yarali kolit shakli			Jami	
	O'rta og'ir	P	Og'ir	Abs.	%
Distal	3	0.58	5	8	16.6
Chap tomonlama	5		7	12	25
O'ng tomonlama	1		1	2	4.2
Subtotal	3		9	12	25
Total	5		9	14	29.2
Jami:	17		31	48	100

2ta (25,0%) bemorda chap yarmida, 14ta (29,2%) bemorda total joylashgan. Yo'g'on ichakning o'ng yarmida patologik jarayon 2ta(4.2%) bemorda aniqlangan. Subtotal 12ta (25,0%) bemorda kuzatilgan. Nospestifik yarali kolitning o'rta og'ir shakli 17ta (35.4%) bemorda, og'ir – 31ta (64.6%) bemorlarda aniqlangan.



Rasm -12. Bemor B.Z. 26 yosh, k/t.№ 21398/830.Kolonoskopik tekshiruvda makroskopik yo'g'on ichak shilliq qatlami to'laqonli, och qizg'ish rangda, o'chog'li yiringli eksudat va qon quyilishlar bilan qoplangan, shilliq va ostki

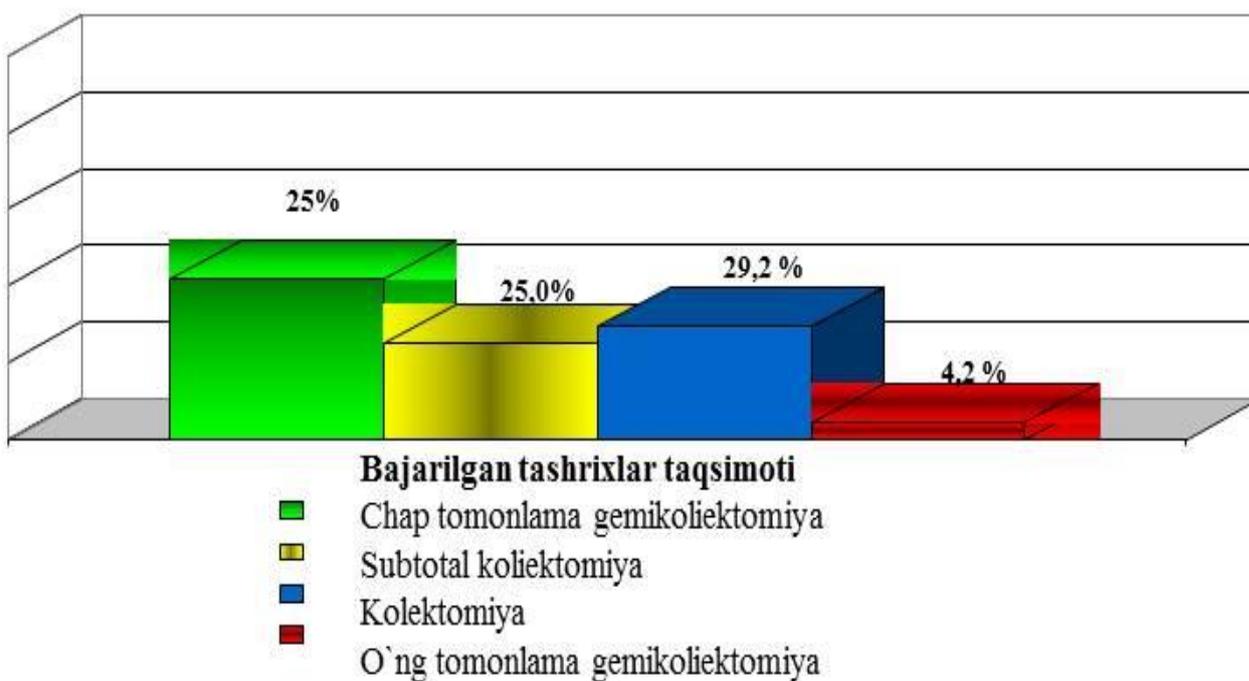
qatlamlari birgalikda o'sib bo'rtmalar – yolg'on poliplar (pseudopoliplar) xosil qilgan, eroziya va yaralar xosil bo'lishi kuzatilgan.

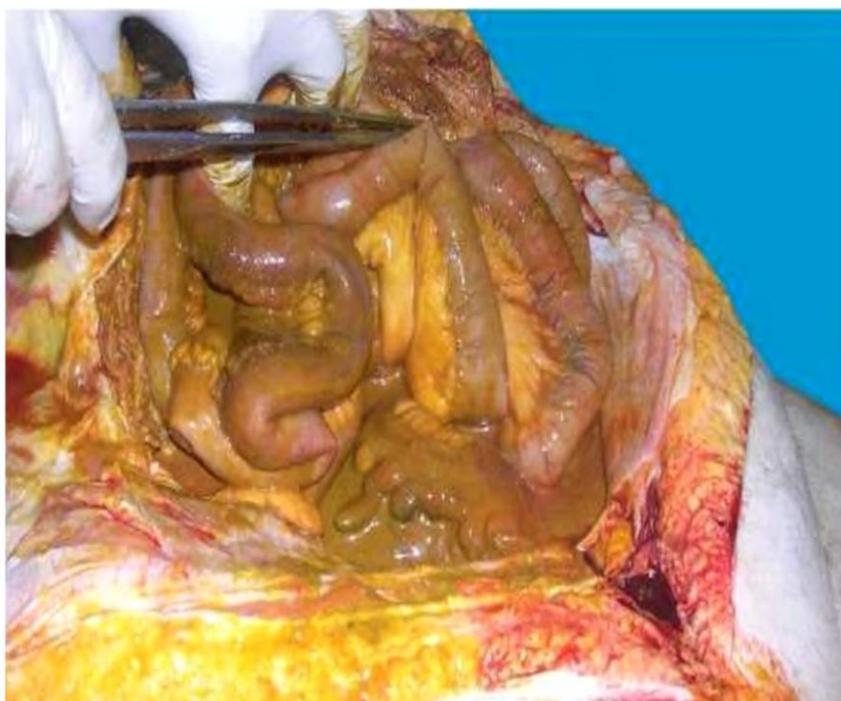


Rasm -13. Yo'g'on ichakning giperplastik polipi. Fokal yo'g'on ichak bezlarining to'qima va hujayra belgilarisiz aniq atipik ko'payishi.

3-diagramma.

Nospestifik yarali kolit anatomik joylashishi bo'yicha bajarilgan tashrihlar.





Rasm-14. Nospetsifik yarali kolitda yo‘g‘on ichak teshilishi (perforatsiya) axlat massalarini qorin bo‘shlig‘iga chiqishi.

7-jadval.

Surunkali nospetsifik yarali kolitlarni endoskopik tekshirishlarda faolligini Schroeder bo‘yicha baxolash

0 (faollik yo‘q)	1 (past faollik)	2 (nisbiy faollik)	3 (avjlangan faollik)
Me‘erda yoki faol bo‘lmagan	Arterial to‘laqonlilik, faol shitkastlanishlar yo‘q	Arterial to‘laqonlilik avjlangan, tegilganda shikastlanishlar yuzaga keladi, eroziyalar	O‘z – o‘zidan jaroxatlanish, yaralar yuzaga kelishi

Nospestifik yarali kolitning o‘rta va og‘ir darajasi kuzatilgan bemorlarda, asosan to‘g‘ri ichak saqlangan chap tomonlama gemikolektomiya, subtotal va total kolektomiya tashrihlari bajarilgan. 2-grafikda ko‘rinadiki, yo‘g‘on ichakning zararlangan qismini hisobga olgan holda 12ta (25%) bemorda chap tomonlama gemikolektomiya, 2ta nafar (4,2%) bemorda o‘ng tomonlama gemikolektomiya, 12ta (25,0%) bemorda subtotal kolektomiya, 14ta (29,2%) bemorda ko‘rsatmaga

asosan to'g'ri ichakni saqlab qolgan holda total kolektomiya tashrihi o'tkazildi. Diagnostik kolonoskopiya AOHUA VME-2800 videoendoskop apparatida o'tkazilgan. Tekshiruv ma'lum patologik o'zgarishlarni, ularning og'irligini tashrihdan oldin ham, tashrihdan keyingi davrda turli bosqichlarida ham yuqori aniqlik bilan aniqlash imkonini bergan. Bemorlarda kolonoskopik tekshiruv vaqtida ichak devorida - shilliq qavati xolati, giperemiya mavjudligi, tomirlari ko'rinishi xolati, tiniqligi, shilliq qavatning tekshiruv vaqtida shikastlanish (jaroxatlanish) darajasi aniqlangan.

Ular kasallik kechishi va yallig'lanish darajalarini baholashda muhim ahamiyatga ega bo'ladi.

3.2. Nospetsifik yarali kolitning uchrash darajasi va patomorfologik xos xususiyatlari

Bemor anamnezidan asosiy kasallikning kechishi fulminant, o'tkir, surunkali doimiy, surunkali qaytalanuvchiga (residiv) ko'rinishlarga bo'lingan. Kasallik og'irligi: simptomlar, davo natijalari va asoratlar mavjudligi bilan aniqlangan. Kasallik o'rta va og'ir kechganidagi morfologik o'zgarishlar quyidagicha namoyon bo'lgan. Misollar bilan yoritamiz:

1-klinik misol.

Bemor K.M., 48 yoshda (K/T № 2936/314) Anamnezdan bemor 7 yil davomida Nospetsifik yarali kolit bilan og'riygan.

Yo'g'on ichak tekshirilganda: ko'r ichak, ko'tariluvchi, ko'ndalang yo'g'on ichakning shilliq qavati, tushuvchi, sigmasimon va to'g'ri ichak shishgan, giperemiyalangan, kontaktda qon ketishi kuzatilgan. Mikroabsseslar, yuzaki eroziyalar va 1,0 sm gacha bo'lgan yaralar aniqlangan, ularning tubi fibrin bilan qoplangan; 0,4 dan 1,1 sm gacha bo'lgan yallig'lanishli poliplar aniqlangan, elastik mustahkamliligi, yorqin pushti rangi; qon tomir shakli yo'qolgan.

Kolonoskopiya paytida ko'r ichak va to'g'ri ichakdan biopsiya olingan. Xulosa: o'tkir nospetsifik yarali kolit, total zararlanish, og'ir shakl; yallig'lanishli polipoz. Tashxisi: nospetsifik yarali kolit, total zararlanish, surunkali uzluksiz

kechishi, og'ir gormonga bog'liq shakli. Asoratlari: psevdopolipoz; o'rtacha og'irlikdagi postgemorragik anemiya; ikkinchi darajali kaxeksiya.

Tashrihda olingan yo'g'on ichakning makropreparati: kesilganda yo'g'on ichak devori butun tana bo'ylab qalinlashgan, ichak ichi ochilganda shilliq qavat tekislangan, qon ketish alomatlari va ko'plab poliplar aniqlangan.

2-klinik misol.

Bemor J.I.,39 yoshda (K/T № 15084/589) Anamnezdan bemor 5 yil davomida nospetsifik yarali kolit bilan og'riygan.

Tashrix paytida butun yo'g'on ichak gipermiyalangan, devorlari infiltratsiyalangan, qalinlashgan, gaustralar yo'q, devorni bosganda qon ketadi. Bu o'zgarishlar to'g'ri ichakdan to ko'richakkacha tarqalgan. Yo'g'on ichakning o'zgarishi barcha bo'limlarni qamrab olishini hisobga olib, ichakning katta qismini olib tashlashga qaror qilindi. Katta qiyinchiliklar bilan butun yo'g'on ichakni mobilizatsiya qilish va olib tashlash amalga oshirildi, faqat ko'r ichakning kichik sog'lom qismi qoldirildi.

Ichak mobilizatsiyasi paytida qon ketishi qayd etilgan, u elektrokogulyator bilan to'xtatilgan. Ba'zi joylarda yo'g'on ichak devori kuchli yallig'lanish tufayli teshilgan. O'ng yonbosh sohasiga sekostoma qo'yilgan.

Makropreparat: olib tashlangan yo'g'on ichak uzunligi 1,4 - 1,5 m, devori qalinlashgan, gaustralar yo'q, infeksiyalangan, yallig'langan, ba'zi joylarda perforativ teshiklar mavjud. Bo'shliqda turli o'lchamdagi ko'plab poliplar mavjud.

Mikropreparat: Total zararlanishda shilliq qatlamida epiteliysini deskvamatsiyasi, ko'p miqdorda deformatsiyalangan kriptalar, kripta abssezlari, yaralar tubida granulyatsion to'qimani o'sishi, limfoid va eozinofil hujayralarning o'chog'li va diffuz infiltratsiyasi, shilliq ostki qatlamida keng tarqalgan lipomatoz va skleroz, kengaygan, to'la qonli tomirlar.

3-klinik misol.

Bemor E.S., 58 yoshda (K/T № 3591/145) Anamnezdan bemor 6 yil davomida Nospetsifik yarali kolit bilan og'riygan.

Tashrix paytida butun yo'g'on ichak giperemiyalangan, devorlari qalinlashgan, gastralalar yo'q, ichak katta charvi bilan o'ralgan. Bu o'zgarishlar to'g'ri ichakdan to ko'richak va yo'g'on ichakning pastga tushuvchi qismigacha tarqalgan. Yo'g'on ichakning chap yarmidagi o'zgarishni hisobga olgan holda, ichakning ushbu qismini olib tashlashga qaror qilindi. Yo'g'on ichakning chap yarmi katta qiyinchiliklar bilan mobilizatsiya qilindi va olib tashlandi. ikki qatorli tranziverzo rektal anastomozchi chok bilan uchma-uch qo'yildi. Anastomoz orqali rektal naycha ichak bo'shlig'iga o'tkazildi. Qorin bo'shlig'i quritilgan va kichik chanoq drenajlangan. Operatsiyadan keyingi jarohat qavatma-qavat, zich tikilgan. Jarohatga yod surtiladi va aseptik bog'lam qo'yiladi.

Makropreparat: olib tashlangan yo'g'on ichak uzunligi 50 mm, devorining qalinlashishi, gastralarning yo'qligi.

Mikropreparat: Ichak shilliq pardalari giperemiyalangan, shishgan, ko'plab gemorragik eroziyalar bilan diffuz qoplangan va 3-4-5 mm diametrli tartibsiz shakldagi yaralar, oq fibrin bilan qoplangan.

4-klinik misol.

Bemor Y.Sh.,36 yoshda (K/T № 14100/530) Anamnezdan bemor 5 yil davomida Nospetsifik yarali kolit bilan og'riygan.

Qorin bo'shlig'i a'zolari tekshirilganda yo'g'on ichakda o'zgarishlar aniqlandi. Yo'g'on ichak to'g'ri ichakdan boshlab ko'richakkacha qizil-pushti rangda, bo'shlig'i kengaygan, gastralalar yo'q, ba'zi joylarda yiringli karash bilan qoplangan. Mobilizatsiya qilishga urinilganda, ichak devori yirtilib ketadi. Kichik chanoqda loyqa seroz suyuqlik mavjud bo'lib, u elektr so'rg'ich yordamida so'rib olingan. Ichakdagi o'zgarishlarni hisobga olgan holda, yo'g'on ichakni to'g'ri ichakdan to Baguni to'sig'igacha bosqichma-bosqich mobilizatsiya qilish va olib

tashlash katta texnik qiyinchiliklar bilan amalga oshirildi. Qorinning o'ng yon devoriga ileostoma qo'yildi. To'g'ri ichak cho'ltog'i mahkam tikilgan.

Makropreparat: olib tashlangan yo'g'on ichak uzunligi 1,2-1,4 m, bo'shlig'i kengaygan, bazi joylarda perforativ sohalar, devorlari qalinlashgan va yallig'lanishli infiltratsiyalangan.

Mikropreparat: ichak shilliq pardasi kuchli eksudativ shishga uchragan, yuzasi serozli-shilimshikli modda bilan qoplangan, ayrim bezlari deskvamatsiyalashgan, diffuz leykotsitar, limfotsitar hujayralar bilan infiltratsiyalangan, shishgan.



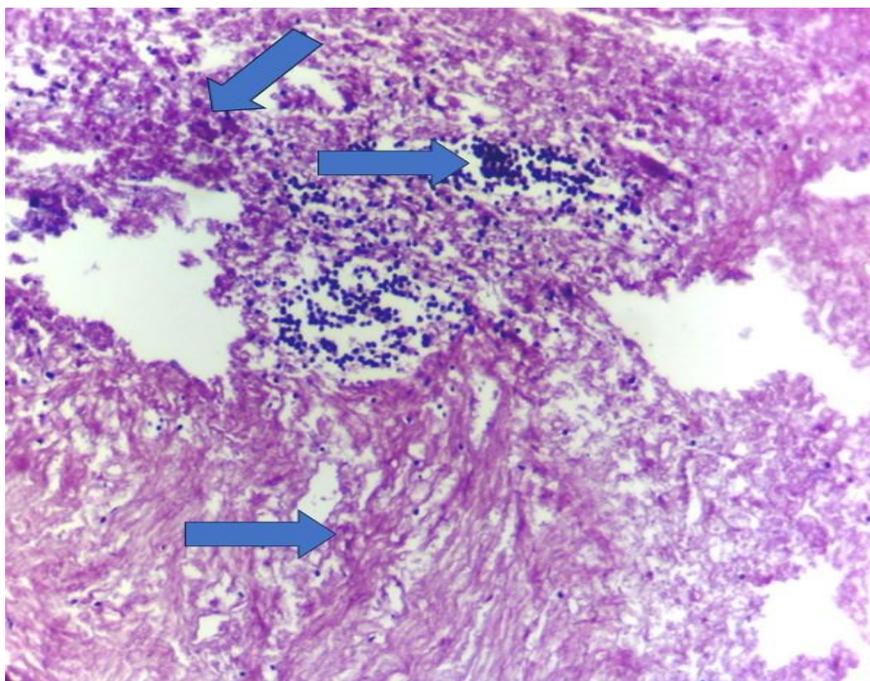
Rasm - 15. Makropreparat: bemorning (kasallik tarixi №2936/314) tashrix biopsiya materiali: yo'g'on ichak shilliq qatlamida psevdopoliplar, eroziyalar va o'tkir yaralar, qon quyilishlar, o'chog'li yiringli eksudatlar bilan qoplanishi ko'rsatilgan.



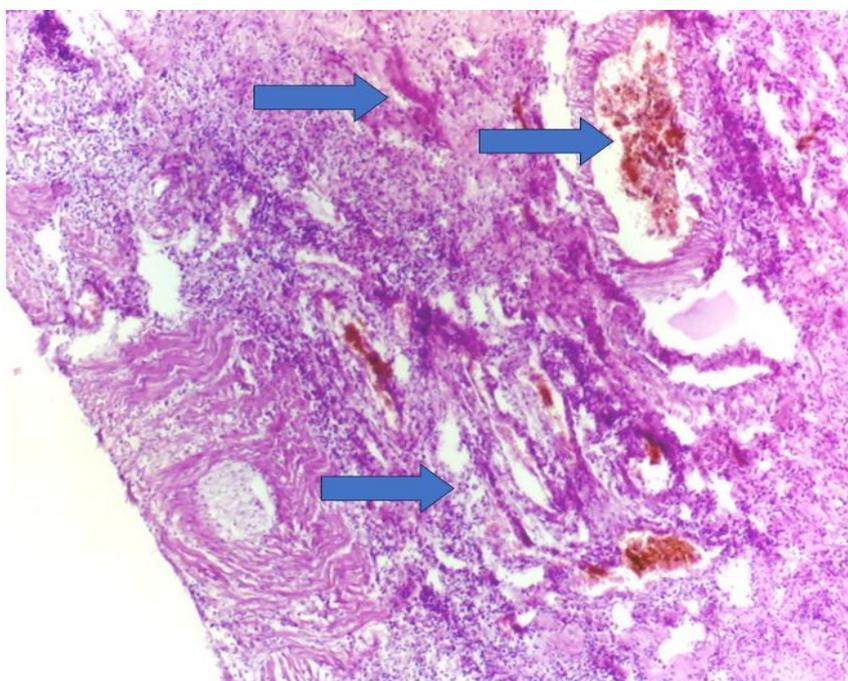
Rasm-16 Olingan yo‘g‘on ichak devorining gistologik tekshiruv: №2936/314 Yo‘g‘on ichak bo‘limlarida tartibsiz shakldagi yaralar, shilliq qavatda qon ketish bilan mayda o‘choqli absseklar, diametri 0,3-0,5 sm-gacha bo‘lgan ko‘plab yallig‘lanishli poliplar aniqlangan.



Rasm -17. Yo‘g‘on ichak devori shishgan, giperemik, ko‘plab eroziya va yuzaki tartibsiz yaralar bir biriga qo‘shilib ketgan. Shilliq qavatning saqlanib qolgan orollari poliplar shakllangan.



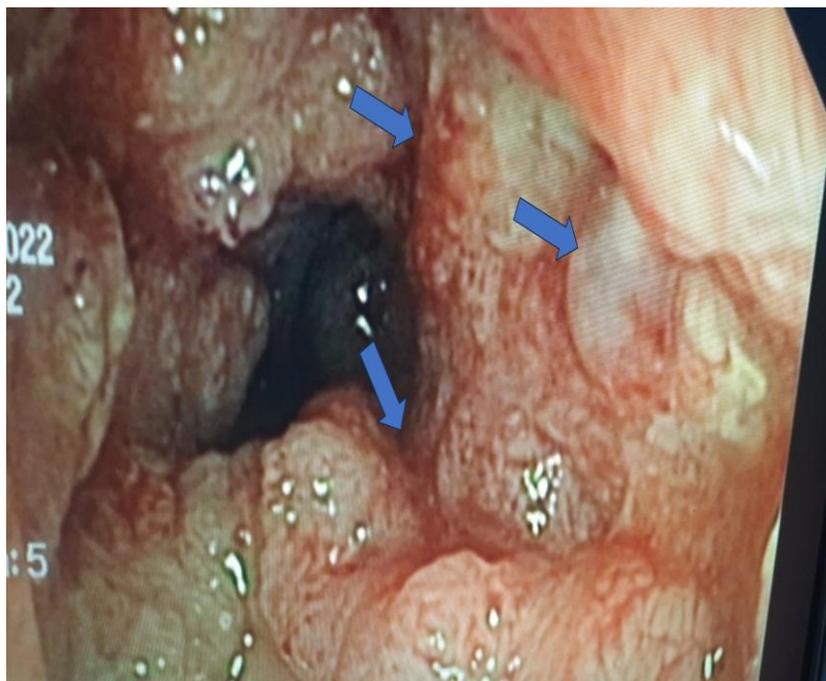
Rasm- 18. Nospestifik yarali kolitda yo‘g‘on ichak shilliq qatlami epiteliysini deskvamatsiyasi, kriptalarning deformatsiyasi, kripta abssezlari, yaralar xosil bo‘lishi, yaralarning tubida granulyatsion to‘qimani shakllanishi. Shilliq qatlamida limfoid infiltratsiya, oz miqdorda eozinofillar, qon quyilishlar. Mikropreparatlar gematoksilin – eozin usulida bo‘yalgan. Kattalashtirish ok.10, ob. 10.



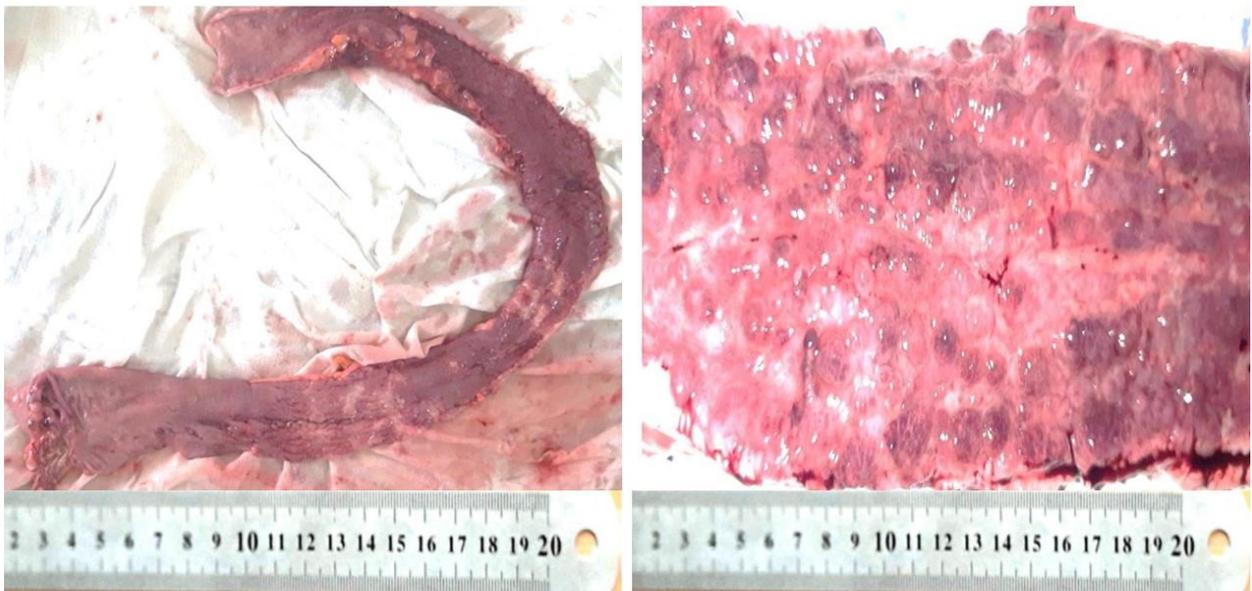
Rasm-19 . Bemor J.M., 43 yoshda (k/t № 377/18.) Anamnezdan: bemor 9 yildan beri Nospetsifik yarali kolit bilan og‘rigan. Kolonoskopik tekshirish: anus

va to'g'ri ichak shilliq pardalari giperemiyalangan, shishgan, ko'plab gemorragik eroziyalar bilan diffuz qoplangan va 3-4-5 mm diametrli tartibsiz shakldagi yaralar, oq fibrin bilan qoplangan.

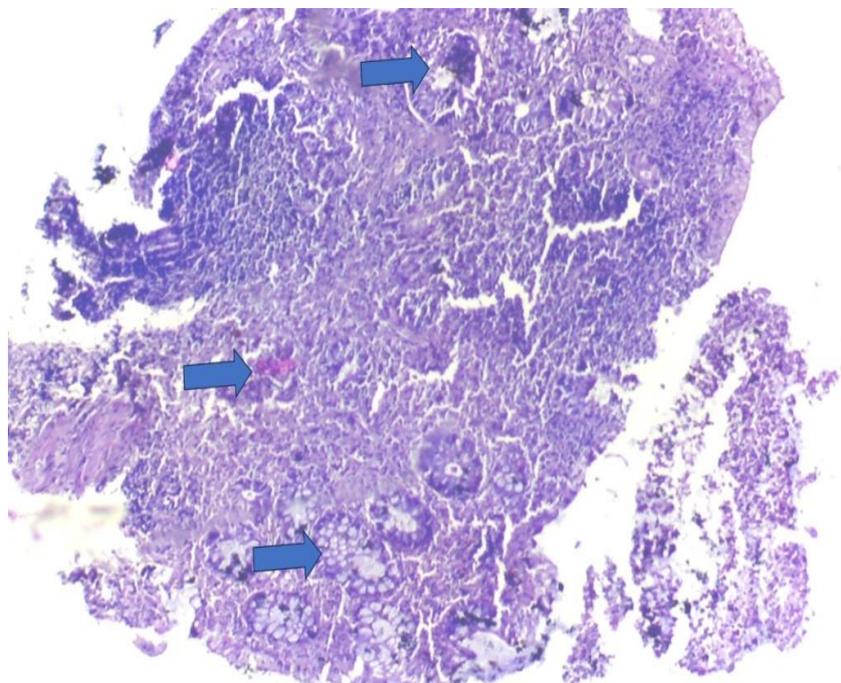
Patogistologik tashxis: surunkali nospetsifik yarali kolit. Qo'zg'alish davri. To'g'ri ichak shilliq qavatining qon tomirlari atrofiyalangan, devorlari qattiq, burmalar tekislangan, ba'zi joylarda bir oz toraygan. Ko'richak, ko'tariluvchi, ko'ndalang yo'g'on ichak tushuvchi qismi, sigmasimon ichakning shilliq qavatida ham shish, giperemiya, kontaktli qon ketishi kuzatilgan. Mikroabsseslar, yuzaki eroziyalar va 0,5-0,7 sm-gacha bo'lgan yaralar aniqlangan, ularni ustki qismi fibrin bilan qoplangan; 0,3 - 0,7 sm-gacha bo'lgan yallig'lanishli poliplar yorqin pushti rangda bo'lib, elastik mustahkamliligi saqlangan. Yo'g'on ichakning kesmasi makropreparati: yo'g'on ichak devori bo'ylab qalinlashgan, shilliq qavat silliqdashgan; qon ketishi va chuqur yarali joylari aniqlangan.



Rasm-20. 53 yoshli bemor Qosimov M.ning kolonoskopik tekshiruvidagi yo'g'on ichakni makroskopik ko'rinishi (kasallik tarixi 2936/314). Makroskopik yo'g'on ichak devorida ko'plab mikroabsseslari, eroziya va yaralar, psevdopoliplar



Rasm-21. Bemor J.Sh. (kasallik tarixi). Nospestifik yarali kolitda yo‘g‘on ichak tashrix biopsiya materiali, makroskopik o‘zgarishlar: giperemiya, qon quyilishlar, eroziya, yaralar, psevdopliplar. Kolonoskopiya paytida yo‘g‘on ichakning 3ta qismlaridan biopsiya olingan. Xulosa: nospetsifik yarali kolit, total zararlanish, rivojlangan yallig‘lanishli polipoz.



Rasm-22. Nospestifik yarali kolitda total zararlanishda shilliq qatlamida epiteliysini deskvamatsiyasi, ko‘p miqdorda deformatsiyalangan kriptalar, kripta abscesslari, yaralar tubida granulyatsion to‘qimani o‘sishi, limfoid va eozinofil hujayralarning o‘chog‘li va diffuz infiltratsiyasi, shilliq ostki qatlamida keng

tarqalgan lipomatoz va skleroz, kengaygan, to‘la qonli tomirlar. Gematoksilin va eozin usulida bo‘yalgan, ok.10 x 10. ob

Olib tashlangan yo‘g‘on ichak devorining patogistologik tadqiqot tekshiruvi o‘tkazilgan. Bunda makroskopik biopstatni barcha soxalarida tartibsiz yuzaga kelgan yaralar, qon quyilishlar, yallig‘lanishli psevdopolip kuzatilgan. Gistopatologik xulosa: nospetsifik yarali kolit o‘tkir bosqichi

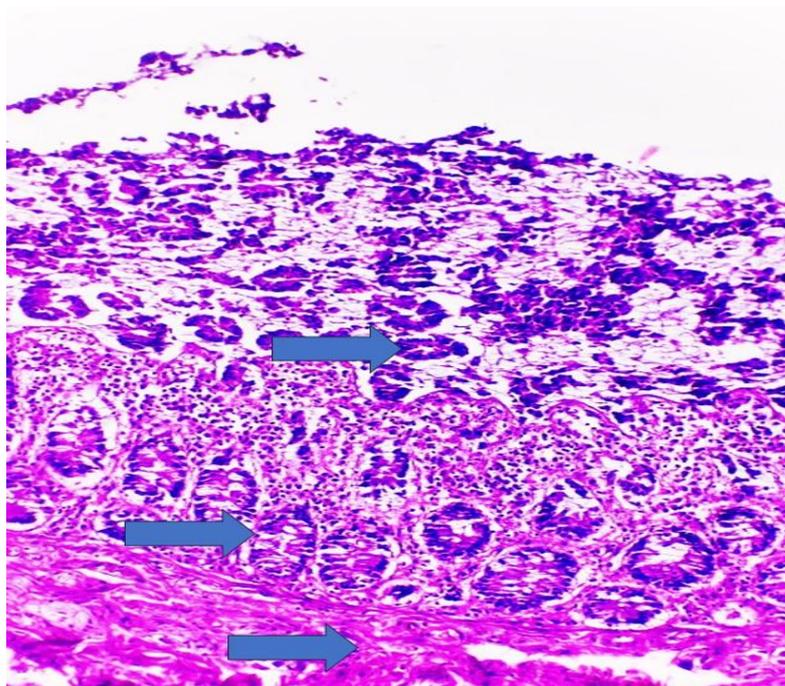
Nospetsifik yarali kolit morfologiyasi xaqidagi ma’lumotlarni kasallikning davrlari bo‘yicha yoritish.

Yo‘g‘on ichakning nospetsifik yarali kolit kasalligini jarrohlik amaliyotida olingan ichak bo‘laklarini mikroskopik tekshiruv natijasida ushbu kasallikning kechishida bir nechta davrlari farq qilinishi aniqlandi. Ular quyidagilardan iborat bo‘ldi: 1) o‘tkir davri, 2) surunkali davri, 3) Surunkali nospetsifik yarali kolitning og‘ir formasi, 4) Nospetsifik yarali kolitning qo‘zish davri. Ushbu tadqiqotda nospetsifik yarali kolit kasalligini davrlari bo‘yicha o‘rganib, har bir davriga xos bo‘lgan patomorfologik o‘zgarishlarini tahlil qilib chiqdik.

Nospetsifik yarali kolitning o‘tkir davri. Surunkali nospetsifik yarali kolitni o‘tkir davrida yo‘g‘on ichakning shilliq qatlamida to‘laqonlilik, diapidez qon quyilishlar, xususiy plastinkasida tarqoq shish kuzatildi. Yiringli yallig‘lanish dastlabida kriptalarda yuzaga kelib, keyinchalik yaralar xosil bo‘lganda yiringli – nekrotik yallig‘lanish o‘zgarishlari ko‘rinishida shilliq va shilliq osti qatlamigacha tarqashi qayd etildi. Ushbu yiringli – nekrotik yaralarning devorida neytrofil leykotsitlari, limfotsitlar, oz miqdorda eozinofillar va semiz hujayralar infiltratsiyasi, qon tomirlarida esa vaskulitlar, trombozlar kuzatildi.

Natijada shilliq parda yuzasi silliqlangan, qoplovchi epiteliysi vakuolyar distrofiyaga uchrab, ayrimlari deskvomatsiyalanganligi kuzatildi. Shakllanmagan biriktiruvchi to‘qimali xususiy plastinkasi diffuz holda neytrofil va eozinofil leykotsitlar bilan infiltratsiyalangan, ularning orasida oz miqdorda limfotsitlar va plazmatik hujayralar uchraydi.

Shilliq pardaning yuzasi eksudativ suyuqlik bilan, deskvomatsiyalanib, ko‘chib tushgan epiteliylar bilan qoplangan, giperemiyalangan, shishgan, mayda qon quyilishlar bilan qoplangan Yo‘g‘on ichak shilliq pardasi mikroskopning katta obektivini bilan o‘rganilganda xususiy plastinka tarkibidagi limfoid va polinuklear yallig‘lanishli hujayralar tarqoq va betartib holda joylashganligi, ularning orasidagi biriktiruvchi to‘qima tolalari destruksiyanib, parchalanganligi aniqlandi. Kuchli eksudativ shish hisobiga kriptalar siqilib, bujmayganligi, ulardagi bez epiteliysi ham distrofiya va destruksiyaga uchranganligi topildi.



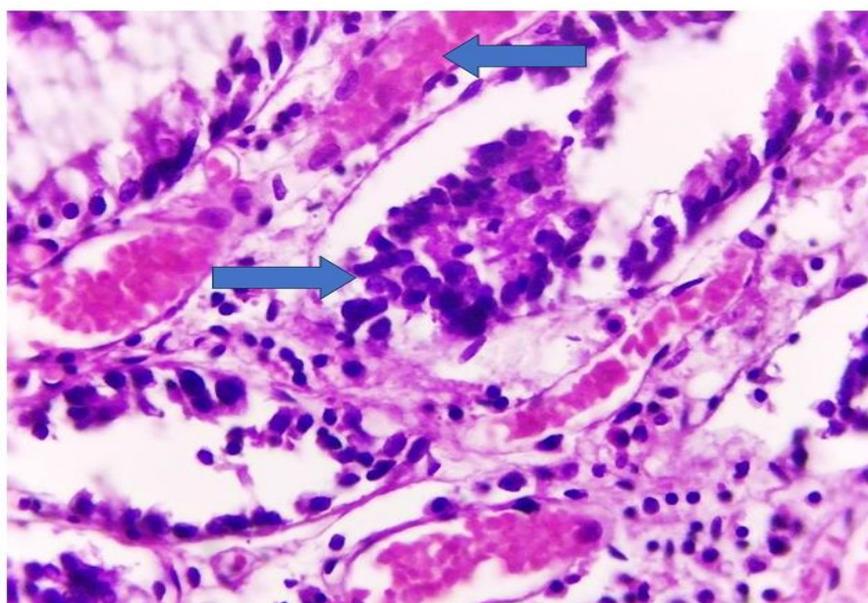
Rasm-23. Nospestifik yarali kolit, o‘tkir davri, yo‘g‘on ichak shilliq pardasi kuchli eksudativ shishga uchragan, yuzasi serozli-shilimshiqli modda bilan qoplangan, ayrim bezlari deskvamatsiyalashgan, diffuz leykotsitar, limfotsitar hujayralar bilan infiltratsiyalangan, shishgan. Bo‘yoq: G-E. Kat: ok 10x10

Shilliq qavat yuzasini qoplagan shilimshiqli - eksudat tarkibida ko‘chib tushgan epiteliylar(deskvamatsiya) yallig‘lanishli hujayralar va serozli - shilimshiqli modda borligi aniqlandi. Nospestifik yarali kolitning o‘tkir davrida yo‘g‘on ichak shilliq pardasida rivojlanadigan o‘zgarishlardan asosiysi va ko‘p uchraydigani xususiy plastinka o‘tkir yallig‘lanishga javoban qon tomirlarining paralitik kengayishi va to‘laqonligi hisoblandi. Bunda, asosan postkapillyar

venularlar va kapillyarlar keskin kengaygan, devori yupqalashgan o'tkazuvchanligi oshib, atrofiga diapidez yo'li bilan qon quyilganligi aniqlandi. Natijada xususiy plastinka to'qimasi keskin shishga uchranganligi kuzatildi. Xususiy plastinkaning ayrim sohalarida ushbu kasallikka xos bo'lgan limfotsitlar, plazmatik hujayralar, kam miqdordagi neytrofil va eozinofil leykotsitlardan iborat yallig'lanish infiltrati paydo bo'lganligi aniqlandi. Xususiy plastinka biriktiruvchi to'qimasining oraliq moddasi shish va eksudativ suyuqlik bilan to'lganligi, to'qima tuzilmalarining distrofiya va nekrobiozga uchranganligi topildi.

Nospestifik yarali kolitning o'tkir davrida yo'g'on ichak shilliq pardasida tomirlar to'laqonligi va eksudativ shish bilan birga xususiy plastinka biriktiruvchi to'qimasida qon quyilishlar va to'qima tuzilmalarining nekrozlanishi aniqlandi.

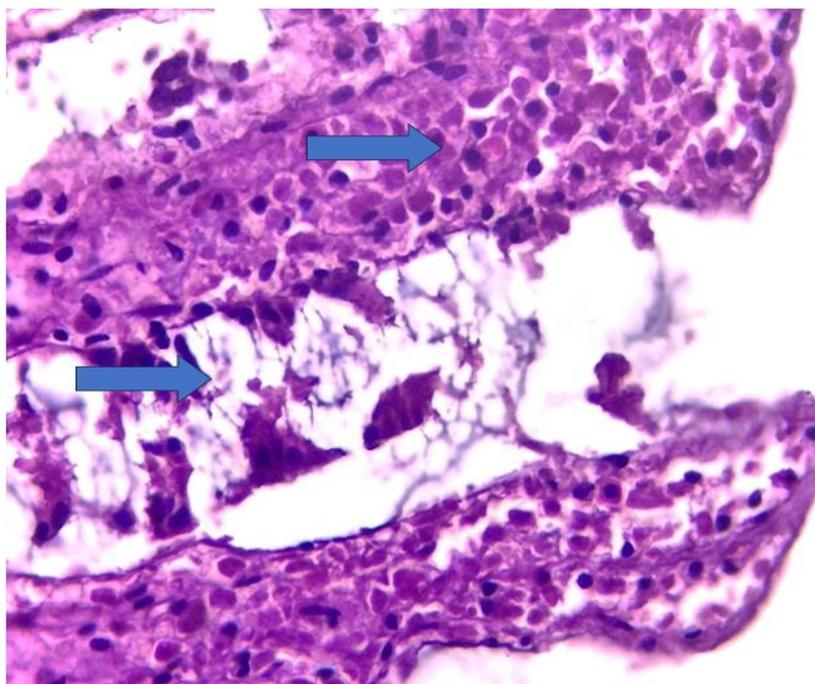
Bunda, xususiy plastinka tarkibidagi biriktiruvchi to'qima tolali tuzilmalari destruksiyalanib, parchalanganligi, hujayralarida nekrobiotik o'zgarishlar mavjudligi, ularga qo'shimcha holda oraliq moddaga qon quyilganligi aniqlandi. Xususiy plastinkaning kriptalarga yondosh bazal membranasi deformatsiyalanib, destruksiyalanganligi, kriptalar epiteliysi ham kuchli darajadagi vakuolyar distrofiya va nekrobiozga uchranganligi, yadrolari ham giperxromaziyaga uchrab, kariopiknoz va kariolizis holatdaligi kuzatildi.



Rasm-24. Nospestifik yarali kolit, o'tkir davri, yo'g'on ichak shilliq pardasi kuchli eksudativ shishga uchragan, yuzasi serozli-shilimshiqli modda bilan

qoplangan, ayrim bezlari deskvamatsiyalashgan, diffuz leykotsitar, limfotsitar hujayralar bilan infiltratsiyalangan, shishgan. Bo‘yoq: G-E. Kat: ok 10x40 ob.

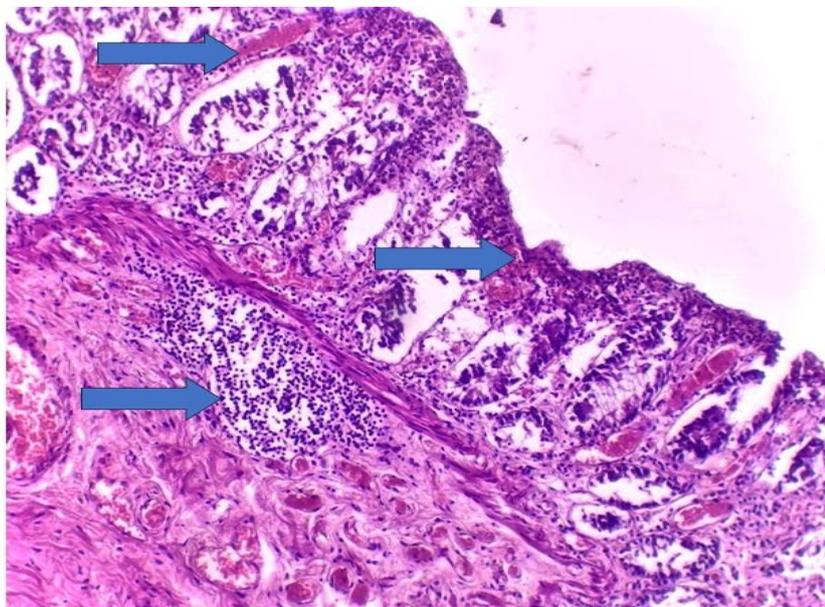
Nospestifik yarali kolit-ning o‘tkir davridan boshlab yo‘g‘on ichak shilliq pardasida o‘tkir eroziya va o‘tkir yaralar paydo bo‘lganligi aniqlandi. O‘tkir eroziya o‘choqlari shilliq parda yuzasining aksariyat qismini egallaganligi va morfologik jihatdan qoplovchi epiteliyning keng masofada ko‘chib tushganligi, xususiy plastinkasining ochilib qolganligi va kriptalardan ichak bo‘shlig‘iga o‘sib chiqqanligi bilan namoyon bo‘lganligi kuzatildi. Eroziyalar yuzasida yupqa nekrozlangan massa, destruksiyaga uchragan deskvomatsiyalangan qoplovchi epiteliy va yallig‘lanish hujayralari mavjudligi aniqlandi. Yo‘g‘on ichak shilliq pardasining ayrim sohalarida nisbatan keng joyni egallagan o‘tkir yara nuqsonlari mavjudligi aniqlandi.



Rasm-25. Nospestifik yarali kolit, o‘tkir davri, shilliq parda bezlari giperseksiyalangan, ayrim soxalari deskvamatsiyalangan, xususiy plastinka to‘qima tuzilmalari nekrozlangan va qon quyilishlar, leykotsitar, limfotsitar hujayralar bilan infiltratsiyalashuvi, shishi. Bo‘yoq: G-E. Kat: ok 10x40 ob.

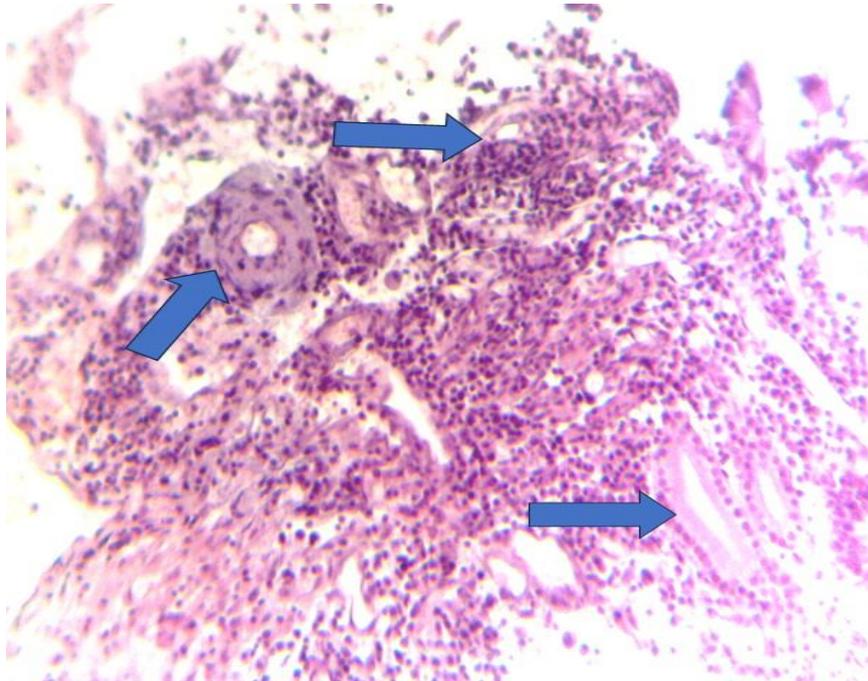
O‘tkir yaralar eroziyalarga nisbatan chuqurroq joylashganligi, shilliq parda kriptalari va xususiy plastinkalarining apikal qismi nekrozlanib ko‘chib

tushganligi, qon tomirlarning yorilganligi va qon quyilish o'choqlari paydo bo'lganligi kuzatildi. O'tkir yara yuzasini tashkil qilgan xususiy plastinka to'qimasi tarkibida zich joylashgan yallig'lanish infiltrati mavjudligi va u neytrofil leykotsitlar, kam miqdordagi limfoid hujayralar va makrofaglardan iboratligi aniqlandi.



Rasm-26. Nospestifik yarali kolit, o'tkir davri, shilliq parda bezlari giperseksiyalangan, ayrim soxalari deskvamatsiyalangan, xususiy plastinka to'qima tuzilmalari nekrozlangan va qon quyilishlar, leykotsitar, limfotsitar hujayralar bilan infiltratsiyalashuvi, shishi. Bo'yoq: G-E. Kat: ok 10x40 ob.

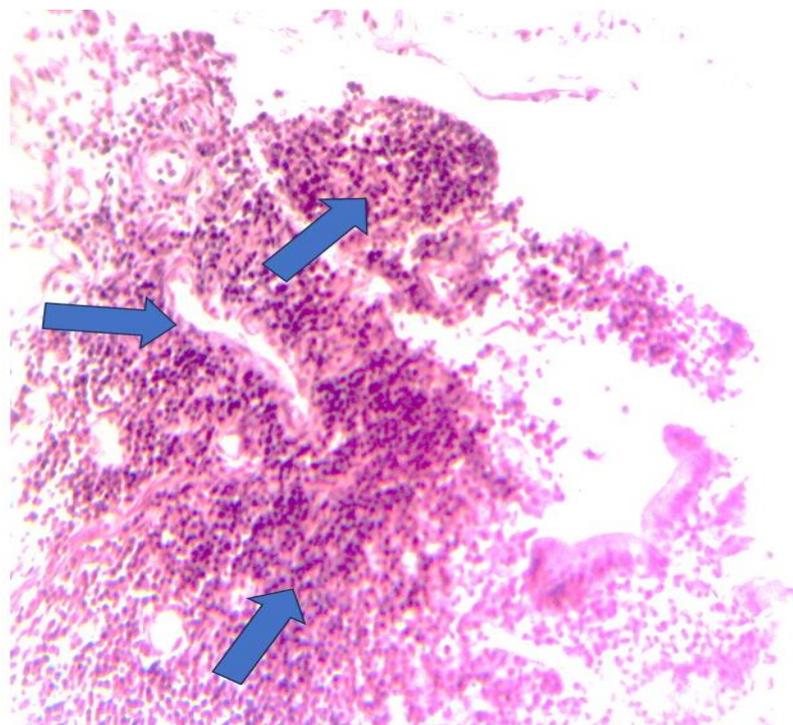
Kasallikning o'tkir davridagi yaralar yo'g'on ichak shilliq pardasining yuzasida joylashganligi sababli, ular ostidagi saqlanib qolgan kriptalar kuchli darajadagi shishga va destruksiyanishga uchranganligi topildi. Shilliq osti qavat qon tomirlari to'laqloniligi, to'qimasining shishga uchranganligi, limfoid follikulasining shishga uchrab nisbatan atrofiyalanganligi kuzatildi.



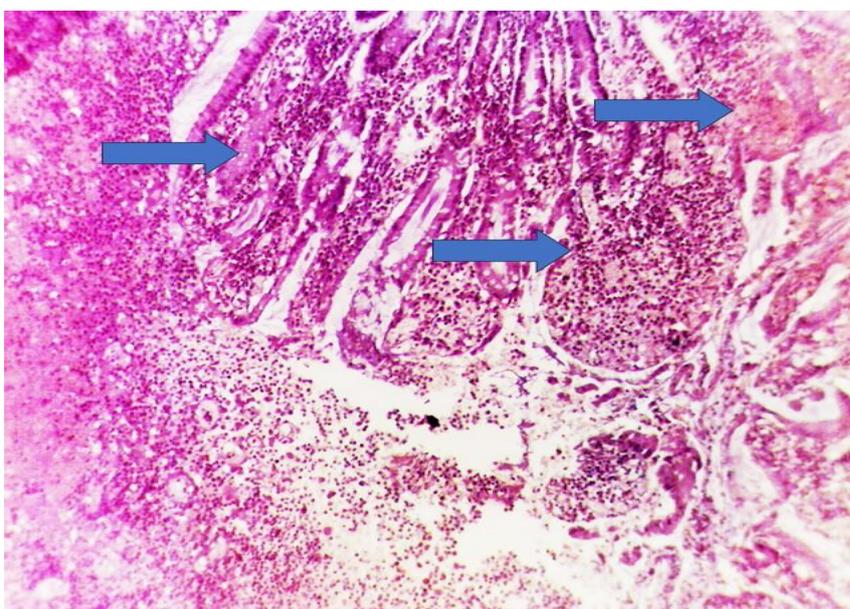
Rasm -27. Shilliq qatlamning notekis tiklanishi natijasida shilliq qavat uzuq-uzuq, bezlari kamaygan, atrofiyalangan, qadahsimon va so‘ruvchi hujayralar keskin kamaygan, diapedez yo‘li bilan qon quyilgan, diffuz limfoid infiltratsiyalangan, giperemiyalangan, shilliq ostki qatlamida sklerotik o‘zgarishlar, tomirlari devorini sklerozi, o‘chog‘li limfoid infiltratsiyalangan. Gematoksilin – eozin usulida bo‘yash. Kattalashtirish ok 4x10 ob.

Nospestifik yarali kolitning surunkali davrida patologik jarayon to‘g‘ri ichakda boshlanadi va proksimal yo‘nalishda tarqalib, yo‘g‘on ichakni barcha qismini egallaydi, ba’zida u yonbosh ichak tugash kismiga ham ta’sir qiladi, pankolitgacha rivojlanib, bu ileotsekal sohada tugaydi, bunda shilliq qavatning notekisligi va "donadorligi", yo‘g‘on ichak devorining qalinlashishi, yarasi, psevdopolipoz, gaustratsiya kuzatiladi.

Nospestifik yarali kolitning distal turi (proktit, proktosigmoidit) va yo‘g‘on ichakning keng tarqalgan shikastlanishlaridan tashqari, yo‘g‘on ichak distal qismi va ko‘r ichak yallig‘lanishi farqlaniladi.



Rasm-28. Shilliq qatlamning notekis tiklanishi natijasida shilliq qavat uzuq-uzuq, bezlari kamaygan, atrofiyalangan, qadahsimon va so‘ruvchi hujayralar keskin kamaygan, diapedez yo‘li bilan qon quyilgan, diffuz limfoid infiltratsiyalangan, giperemiyalangan, shilliq ostki qatlamida sklerotik o‘zgarishlar, tomirlari devorini sklerozi, o‘chog‘li limfoid infiltratsiyalangan. Gematoksilin – eozin usulida bo‘yash. Kattalashtirish ok 4x10 ob.

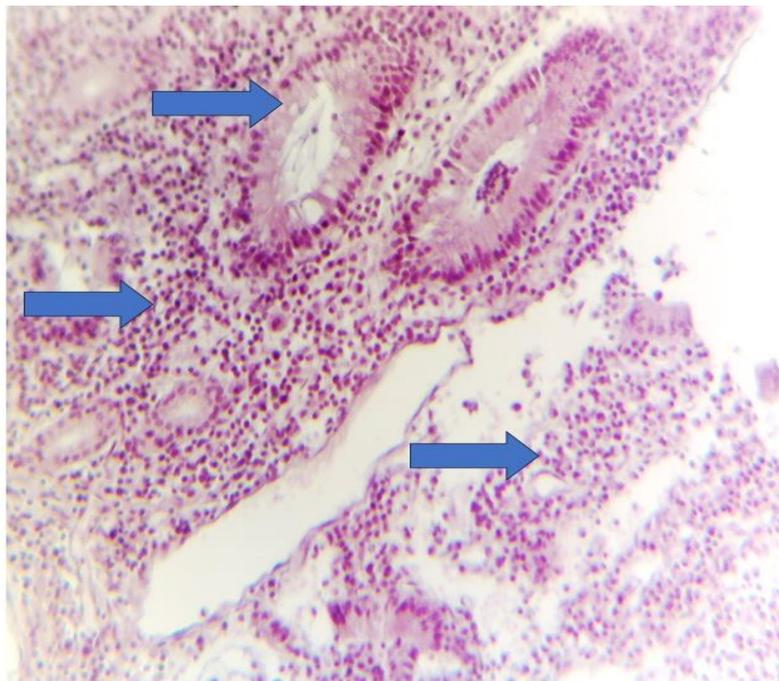


Rasm-29. Nospestifik yarali kolitning remissiya davrida yo‘g‘on ichakning shilliq qatlami bezlarini betartib tiklanishi, ko‘payayotgan kriptalarda ko‘p

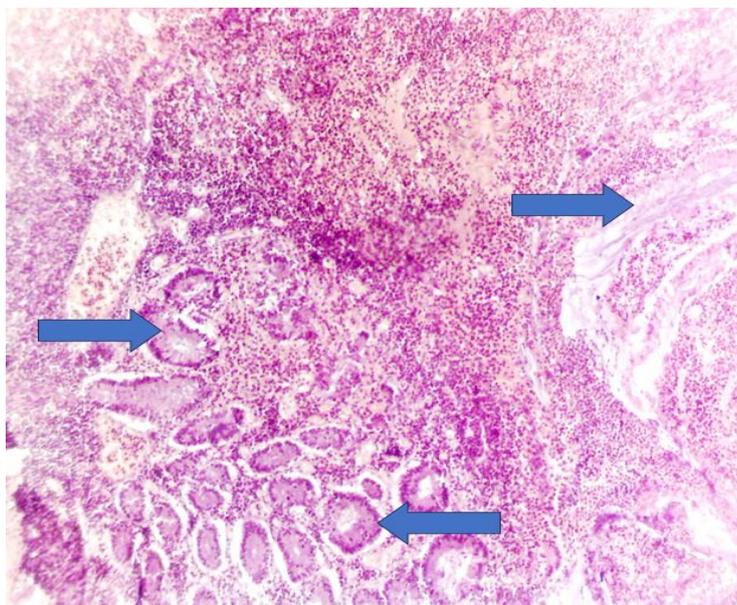
qatlamli va yadroli hujayralar, kriptalar atrofidagi miofibroblastlarni kamayishi, perikriptal kriptalar burmalangan ko‘rinishda, xar xil o‘lchamda va zislikda, ostki qatlamlarida shish, tarqoq limfoid infiltratsiya. Gematoksilin – eozin usulida bo‘yalgan. Kattalashtirish.ok.4x10ob.

Yaralar har xil o‘lcham va shaklda bo‘lishi mumkin - yumaloq yoki noto‘g‘ri shaklda, ba‘zan geografik xaritaga o‘xshaydi, odatda kichik, yuzaki, lekin kattalashishi mumkin, qirralari kesilgan bo‘ladi. Yaralarning keyingi bitishi shilliq qatlam yuzasidan ko‘tarilgan qizg‘ish tugunlarni ya‘ni psevdopoliplar (ular odatda kichik va ko‘p, ba‘zan ipsimon bo‘ladi) yoki ko‘plab uzun poliplar shakllanishiga olib keladi.

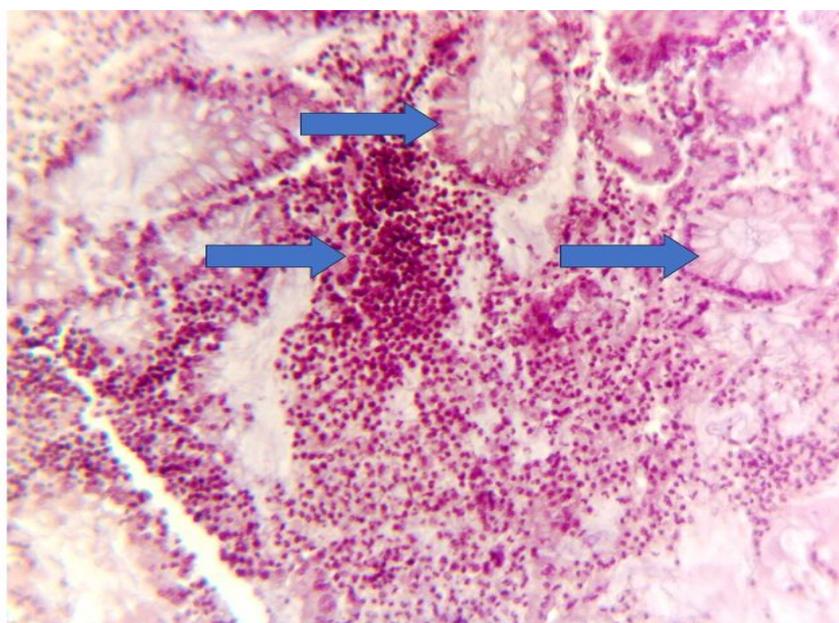
Yallig‘lanishdagi soxta poliplar ko‘p xolatlarda sigmasimon va tushuvchi ichakda, kam xolatlarda shikastlanishi bilan to‘g‘ri ichakda kuzatildi.



Rasm-30. Nospestifik yarali kolitning remissiya davrida yo‘g‘on ichakning shilliq qatlami bezlarini betartib tiklanishi, ko‘payayotgan kriptalarda ko‘p qatlamli va yadroli hujayralar, kriptalar atrofidagi miofibroblastlarni kamayishi, perikriptal kriptalar burmalangan ko‘rinishda, xar xil o‘lchamda va zislikda, ostki qatlamlarida shish, tarqoq limfoid infiltratsiya. Gematoksilin – eozin usulida bo‘yalgan



Rasm-31. Remissiya davrida yo‘g‘on ichak shilliq qavati bezlarining turli o‘lchami va turli ayrimlari deskvamatsiyalangan ko‘rinishda, kriptalari proliferatsiyalashgan, perikriptal miofibroblastlar kamaygan venoz giperemiya, shish, diapedez qon quyilishlar, tarqoq limfoid infiltratsiya. Gematoksilin – eozin usulida bo‘yalgan. Kattalashtirish .ok 4x10.



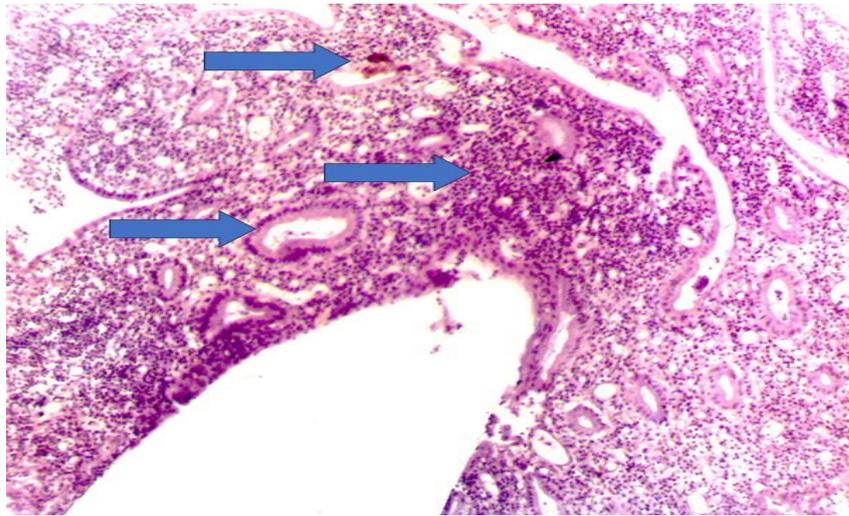
Rasm-32. Remissiya davrida yo‘g‘on ichak shilliq qavati bezlarining turli o‘lchami va turli ayrimlari deskvamatsiyalangan ko‘rinishda, kriptalari proliferatsiyalashgan, perikriptal miofibroblastlar kamaygan venoz giperemiya, shish, diapedez qon quyilishlar, tarqoq limfoid infiltratsiya. Gematoksilin – eozin usulida bo‘yalgan. Kattalashtirish.ob 10x10.

Yaralar bitganida yo'g'on ichakni fibrozli chandiqlanishi, stenoz, qisqarishi kelib chiqib, remissiya davrida shilliq qatlam notekis geterogen xolda normal xolatiga keladi.

Kriptalarda ko'p yadroli va qavatli epiteliylar o'rin olib, miofibroblastlar kamayadi, ular qisman xususiy plastinkada xosil bo'lib, jarayonni surunkali tus olishini, shilliq qatlamni esa sklerozlanishini namoyon qiladi. Kriptalar epiteliysining xalok bo'lishi, so'ngra uning proliferatsiyasi va o'sishi, perikriptal miofibroblastlar tomonidan yo'naltirilmaligi natijasida kriptalarning arxitektonikasi o'zgaradi. Normada yo'g'on ichakning bezlari vertikal, bir-biriga yaqin joylashgan, shoxlanmagan, ularning yumaloq pastki qismlari mushak plastinkasi yaqinida joylashgan bo'ladi, Nospestifik yarali kolitda esa kriptalar burmalangan shaklda, bir-biriga qiya joylashgan, shoxlangan, xar xil o'lcham va zichligiga ega bo'ladi, lekin shilliq qavatni mushak plastinkasiga yetib bormaydi. Kriptalar arxitektonikasini o'zgarishi kasallikning surunkali kechishini ko'rsatkichi bo'lib xizmat qiladi.

Nospestifik yarali kolitning o'tkir davri surunkali davriga o'tmaganda shilliq va shilliq ostki qatlami regeneratsiyasi, eptelizatsiyasi, bitishi, to'liq normal xolatga kelishi kuzatiladi. Yara residivlansa surunkali shakliga o'tib, keyinchalik chandiqlanish, fibroz, differensialashmagan epiteliylar va kriptalar paydo bo'ladi.

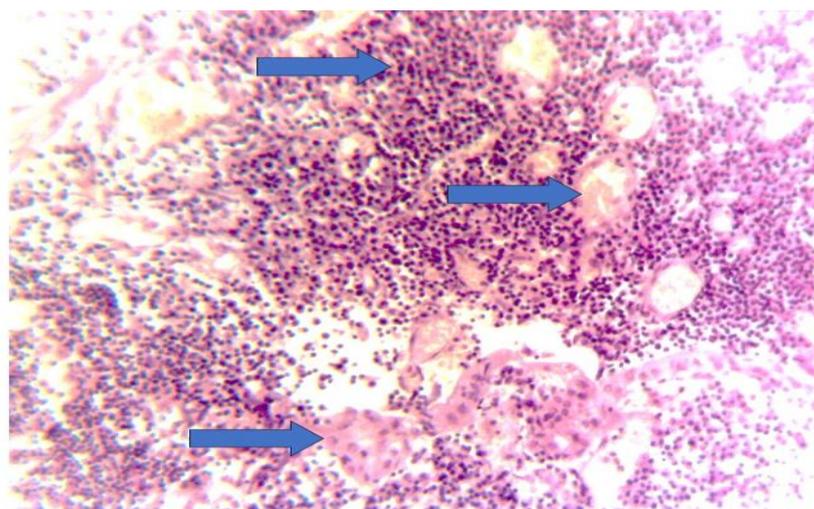
Surunkali nospestifik yarali kolitning og'ir shaklida patologik jarayon to'g'ri ichakda boshlanadi va proksimal yo'nalishda tarqalib, butun yo'g'on ichakni egallaydi, ba'zida u terminal yonbosh ichakka ham ta'sir qiladi, turli shakl va o'lchamdagi yaralar hosil bo'ladi. Yo'g'on ichak shilliq qavati yemiriladi, ichak yuzasiga diffuz qon ketadi. Nospestifik yarali kolit uchun kripta abscesslar, shilliq qavat vorsinkalarini notekis yuzasi, qadahsimon hujayralar sonining kamayishi, kriptalar deformatsiyasi va atrofiyasi patognomonik hisoblanadi. Kasallikda ichak qisqaradi, bo'shlig'i torayadi va burmalari yo'qoladi. Yo'g'on ichakni turli segmentlarda yallig'lanishning intensivligi turlicha bo'ladi.



Rasm-33. Yo‘g‘on ichak shilliq qatlamida qadahsimon hujayralarining va sekresiyasining kamayishi, bezli tuzilmalarini atrofiyasi, o‘chog‘li deskvamatsiyasi, o‘chog‘li va tarqoq limfoid infiltratsiyasi, kripta absseklar. Gematoksilin – eozin usulida bo‘yash. Kattalashtirish .Ok.4x10ob

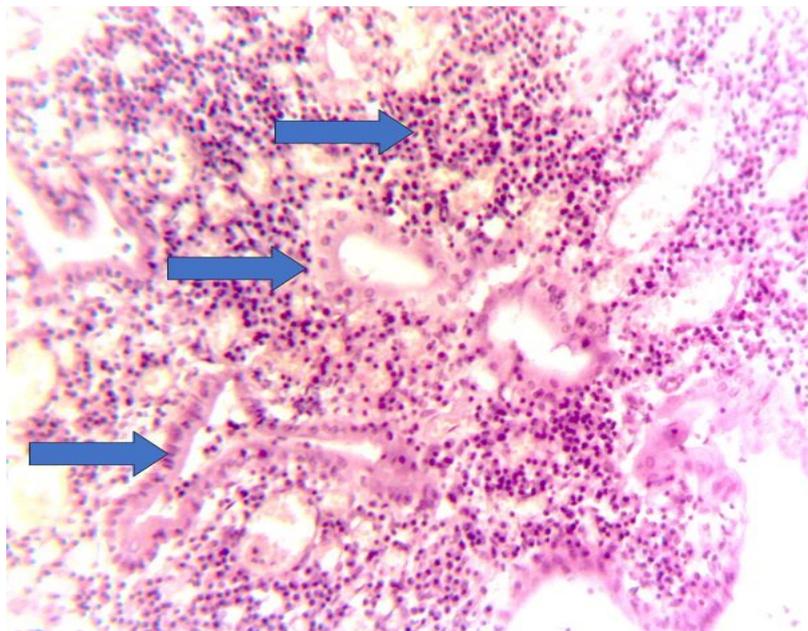
Makroskopik jihatdan nospestifik yarali kolitda yaralar joylashuvi uzluksizdir. To‘g‘ri ichak ko‘pincha yallig‘lanish jarayonida ishtirok etadi va 25% bemorlarda anal sohada, 10% bemorda ingichka ichakda o‘zgarishlar bo‘ladi.

Ba‘zan yo‘g‘on ichak yoki uning segmenti (ko‘pincha ko‘ndalang chambar ichak sohasi) kengayib - toksik megakolon, yallig‘lanish shilliq ostki qatlamga kirib borishi mumkin, ichak devor ingichkalashishi, ba‘zan uni teshilishi yuz beradi.

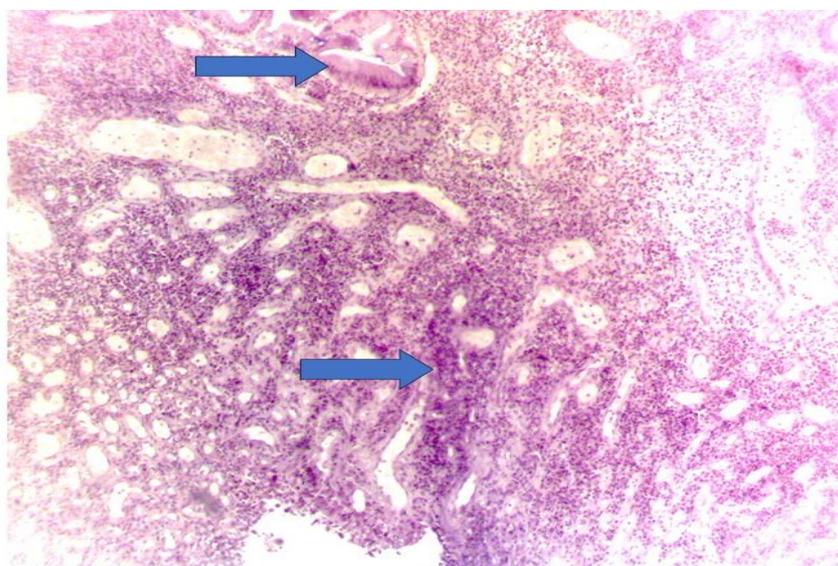


Rasm- 34. Yo‘g‘on ichak shilliq qatlamida qadahsimon hujayralarining va sekresiyasining kamayishi, bezli tuzilmalarini atrofiyasi, o‘chog‘li

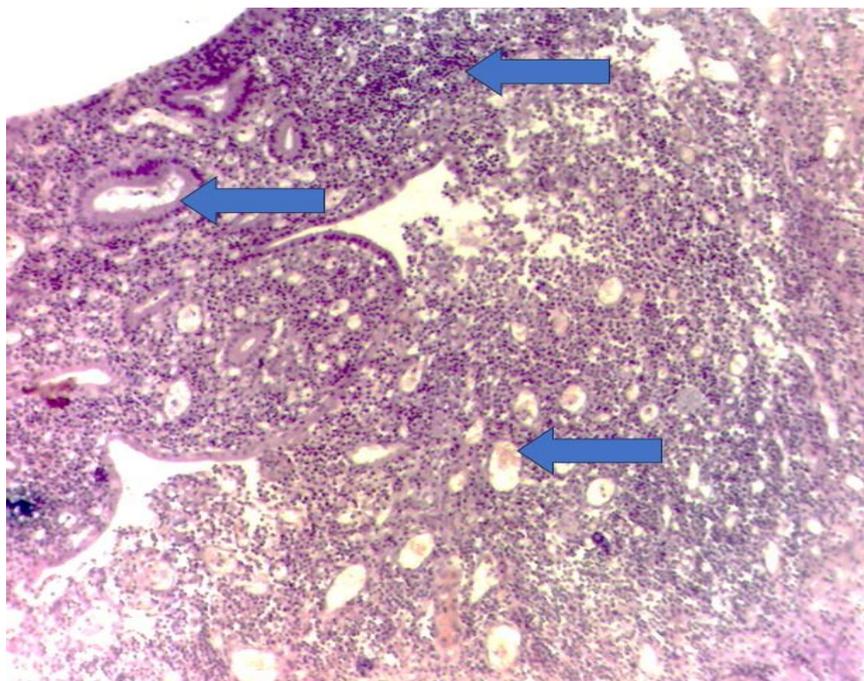
deskvamatsiyasi, o‘chog‘li va tarqoq limfoid infiltratsiyasi, kripta absseklar. Gematoksilin – eozin usulida bo‘yash. Kattalashtirish .Ok.4x10ob.



Rasm- 35. Nospestifik yarali kolitda yo‘g‘on ichak shilliq qatlamida bezlarini deskvamatsiyasi, atrofiyasi, sekresiyasini kamayishi, kripta absseklar xosil bo‘lishi, o‘chog‘li va diffuz dimfoid infiltratsiya, diapedez qon quyilishlar. Gematoksilin – eozin usulida bo‘yash. Kattalashtirish ok.10x10ob.



Rasm-36. Nospestifik yarali kolitda yo‘g‘on ichak shilliq qatlamida bezlarini deskvamatsiyasi, atrofiyasi, sekresiyasini kamayishi, kripta absseklar xosil bo‘lishi, o‘chog‘li va diffuz dimfoid infiltratsiya, diapedez qon quyilishlar. Gematoksilin – eozin usulida bo‘yash. Kattalashtirish ok.10x10ob.



Rasm-37. Nospestifik yarali kolitda yo‘g‘on ichak shilliq qatlamida qadahsimon, so‘ruvchi hujayralar miqdori va sekresiyasining kamayishi, burmalarini tekislanishi, venoz giperemiya, diapedez qon quyilishlar, shilliq va shilliq ostki qatlamlarida tarqoq limfoid, leykotsitar, eozinofil hujayralari bilan infiltratsiyasi, shishi. Gematoksilin – eozin usulida bo‘yash. Kattalashtirish ok 4x10. ob.

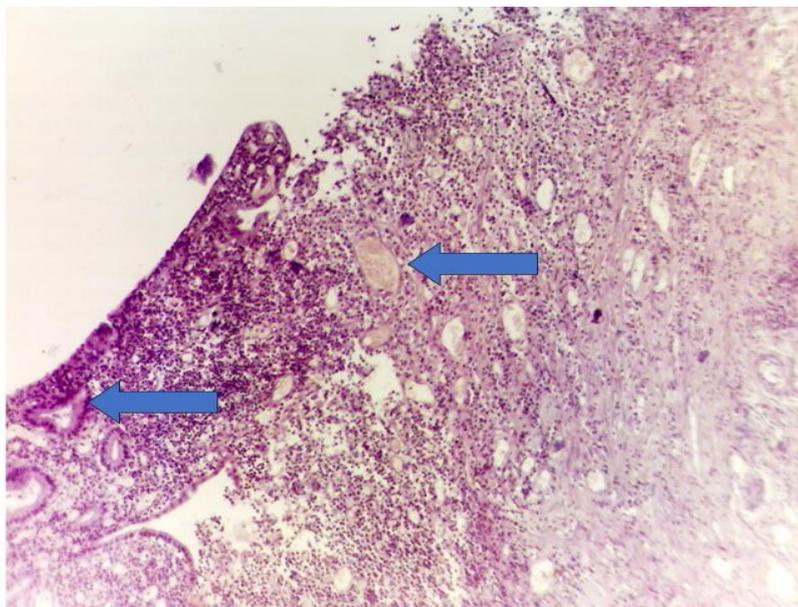
Gistologik tekshirishlarda yallig‘lanishni yo‘g‘on ichakning shilliq va ostki qatlamlariga tarqashi qayd etiladi. Bunda venoz to‘laqonlilik, kripta abscesslar xosil bo‘lishi, bezlar sekresiyasining buzilishi, o‘chog‘li limfoid infiltratsiya kuzatiladi. O‘tkir og‘ir kechishida yallig‘lanish hujayralari infiltratsiyasi ortadi infiltrat tarqoq bo‘ladi, yallig‘lanish butun yo‘g‘on ichak devoriga tarqashi mumkin bo‘ladi. O‘tkir og‘ir kechishi remissiya bermasa kasallik birinchi yilida bemorlarni peritonit, sepsis, qon ketishlar, suv-tuz balansi almashinuvi buzilishlaridan xalokatiga olib keladi.

Nospetsifik yarali kolitning qo‘zishida (o‘tkir kechishida) shilliq qatlami burmalarini tekislanishi, giperemiyasi, shishi, devorini qalinlashuvi kuzatildi. Yallig‘lanish kuchayib borganda shilliq va ostki qatlamini destruksiyasi avjlandi, shilliq ostki qatlamigacha kirib borgan yaralar paydo bo‘lishi qayd etildi.

Patogistologik tadqiqotlarda shilliq qatlam epiteliysini nekrozi, kripta abssezlarning shakllanishi, yaralar paydo bo'lishi, mikrosirkulyator o'zani tomirlarida gemodinamik buzilishlar kuzatildi. So'ruvchi va qadahsimon hujayralar miqdori kamayishi, xususiy plastinkasini yallig'lanish hujayralari – limfotsitlar, leykotsitlar, eozinofillar, plazmatik hujayralar bilan infiltratsiyalashuvi qayd etildi.

Nospestifik yarali kolitda yo'g'on ichakda yaralar betartib joylashib, ichak bo'shlig'ini torayishiga, strikturalar xosil bo'lishi kuzatildi. Yallig'lanishli psevdopoliplar ko'p uchraydi, malignizatsiyalanish kuzatiladi.

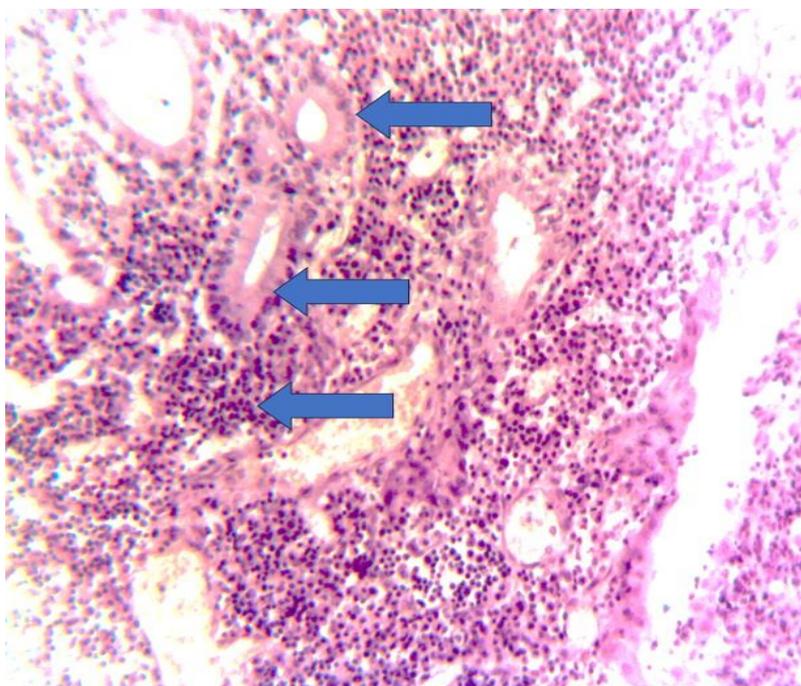
Ichakdagi makroskopik o'zgarishlar jarayonning faolligiga qarab o'zgaradi, lekin odatda u shilliq qavat bilan chegaralanadi. O'tkir davrda shilliq qavat nam va yaltiroq bo'lib, unda qon va shilimshiq, ko'plab mayda qon quyilishlar kuzatiladi. Yaralar har xil o'lcham va shaklda bo'lishi mumkin - yumaloq yoki noto'g'ri shaklda, bazan geografik xaritaga o'xshaydi, odatda kichik, yuzaki, lekin kattalashishi mumkin, qirralari kesilgan bo'ladi. Yaralar o'zaro tutashib, kengayib yo'g'on ichakning butun devorini yalong'ochlanib qolishiga olib kelishi mumkin. Seroz pardasida to'laqlonlilik kuzatiladi.



Rasm-38. Shilliq qavat epiteliysini qisman destruksiyasi, vakuol distrofiyasi, deskvamatsiyasi, mikroeroziyasi, epiteliy nekrozi, yara va kripta abssezlarni

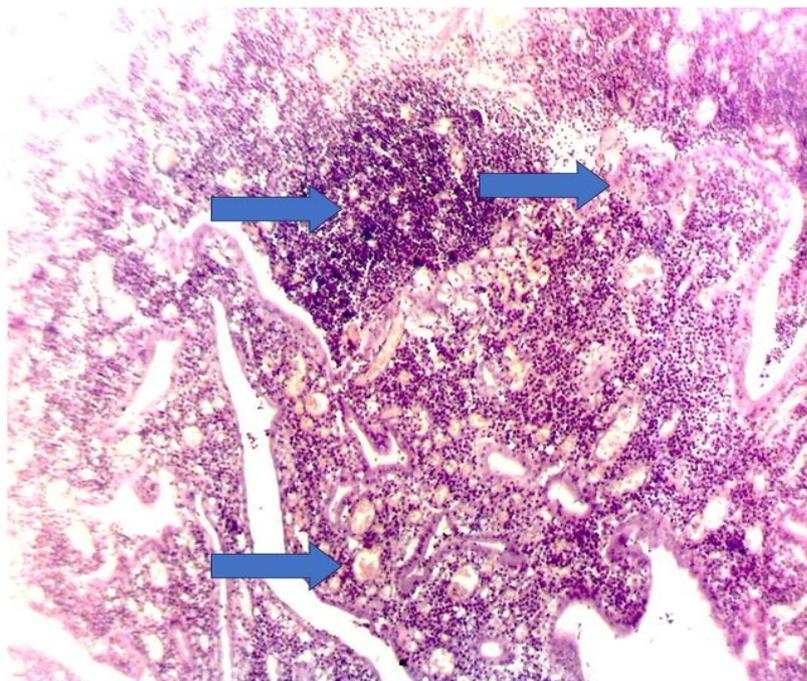
shakllanishi, qadahsimon hujayralar va so'ruvchi hujayralar soni kamaygan, yaralar shilliq ostki qatla migacha tarqagan, shilliq ostki qatlamida shish, limfotsitlar, plazmatik hujayralar, eozinofillar bilan infiltratsiyasi. Bo'yash gematoksilin-eozin usulida. Kattalashtirish ok 4x10 ob.

Yaralarning keyingi bitishi shilliq qatlam yuzasidan ko'tarilgan qizg'ish tugunlarni ya'ni psevdopoliplar (ular odatda kichik va ko'p, ba'zan ipsimon bo'ladi) yoki ko'plab uzun poliplar shakllanishiga olib keladi. Oqibatida yo'g'on ichak devorini fibrozli chandiqlanishi, stenoz, qisqarishi yuzaga kelgan. Kasallikni remissiya davrida esa shilliq qatlam notekis meyoriy uzuq – uzuq geterogen ko'rinishda bo'lishi kuzatildi.



Rasm-39. Yo'g'on ichak shilliq qatlam epiteliysini qisman destruksiyasi, vakuol distrofiyasi, deskvamatsiyasi, qadahsimon hujayralar ishlab chiqaradigan sekresiyani kamayishi, tomirlar to'laqonliligi, kapillyarlarni kengayishi, diapidez qon quyilishlar, diffuz va o'chogli limfoid infiltratsiyasi, shilliq ostki qatlamida shish, limfoid, plazmatik hujayralar infiltratsiyasi. Bo'yash gematoksilin – eozin usulida. Kattalashtirish ok 10x10. ob.

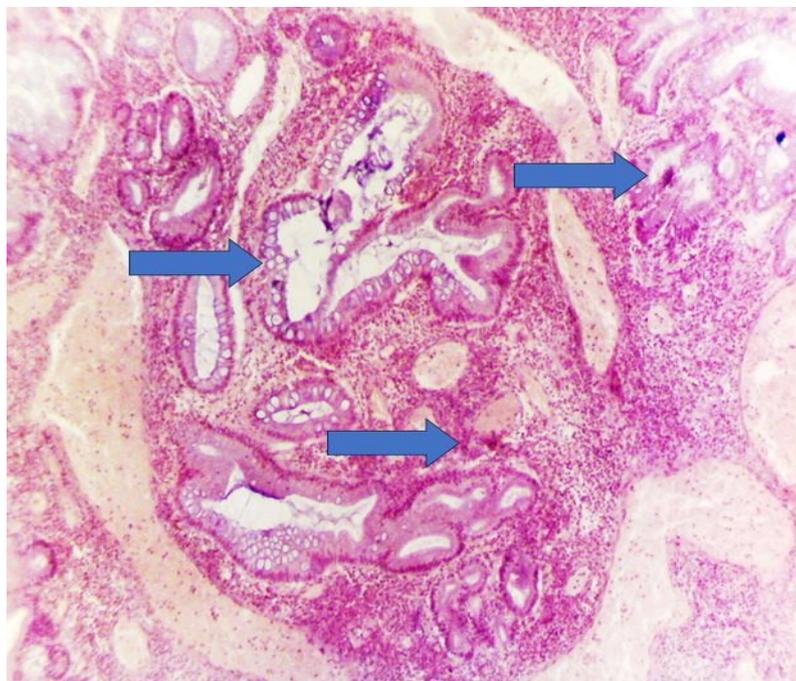
Yallig‘lanishli hujayra infiltrati asosiy plastinkada joylashuvidan tashqari, epiteliy qatlami ichida, xam epiteliy hujayralari orasida xam joylashishi mumkin. Epiteliy hujayralarining shikastlanishi, deskvamatsiyasi, vakuolaning distrofiyasi, mikroeroziya shakllanishi kuzatildi. Yallig‘lanish infiltrat hujayralarining kriptalar devorlarida to‘planishi, so‘ngra ularning leykodiapedez yoki epiteliyning qisman destruksiya bo‘lishi natijasida bo‘shliqqa chiqishi kripta absseklar shakllanishi olib keladi.



Rasm-40. shilliq qatlamning, qalinlashishi, burmalarini yassilanishi, shilliq qavat epiteliysini qisman destruksiyasi, deskvamatsiyasi, mikroeroziyasi, yara va kript absseklarni shakllanishi, qadahsimon hujayralar sonini kamayishi, venoz giperemiya, o‘chog‘li diapedez qon quyilishlar, kapillyarlarni kengayishi, shilliq ostki qatlamidashish, limfotsitlar, plazmatik hujayralar, eozinofillar bilan infiltratsiyasi. Bo‘yash gematoksilin – eozin usulida. Kattalashtirish ok 4x10.ob.

Kriptalar epiteliysining xalok bo‘lishi, so‘ngra uning proliferatsiyasi va o‘sishi, perikriptal miofibroblastlar tomonidan yo‘naltirilmasligi natijasida kriptalarning arxitektonikasi o‘zgaradi. Nospestifik yarali kolitda kriptalar burmalangan shaklda, bir-biriga qiya joylashgan, shoxlangan, turli o‘lcham va zichligiga ega bo‘ladi, shilliq qatlamni mushak plastinkasiga yetib bormaydi.

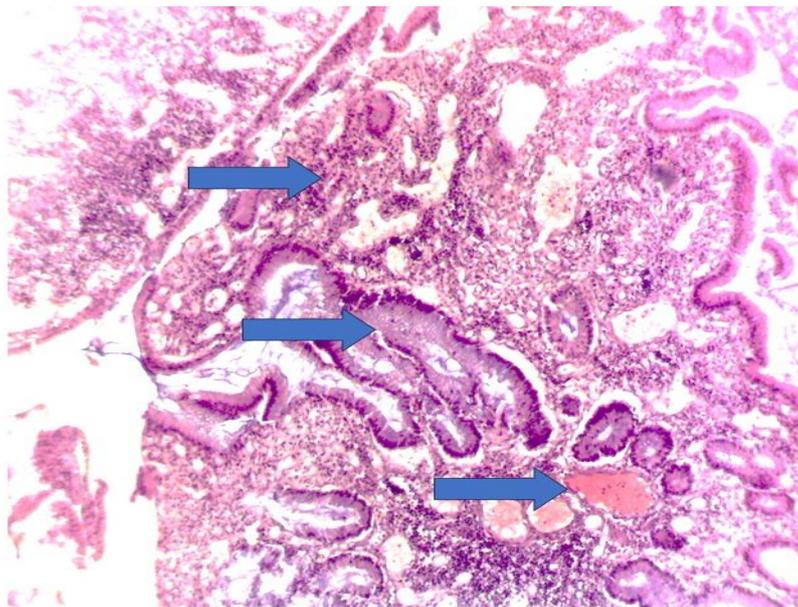
Nospestifik yarali kolitning xarakterli xususiyatlaridan biri bu kadahsimon hujayralar ishlab chiqaradigan sekresiyani kamayishi va shilimshiq tarkibining o'zgarishidir. Yo'g'on ichakda kriptlardagi shilimshiq ishlab chiqaruvchi hujayralar soni so'ruvchi hujayralari sonidan to'rt baravar ko'p bo'ladi. Sirt epiteliysida qadahsimon hujayralar keskin kamaygan, so'ruvchi hujayralari esa ortgan bo'ladi. Eroziya va yaralar paydo bo'lishi Nospestifik yarali kolit qo'zishini belgisidir. Nospestifik yarali kolit qo'zishining ikkinchi muhim mikroskopik belgisi ko'pincha sitoplazmasida glikogen saqlagan polimorfnuklear leykotsitlar, interepitelial hujayralar va kripta-absstes bilan yallig'lanish infiltratsiyasi hisoblanadi.



Rasm-41. Shilliq qatlamni qalinlashishi, burmalarini yassilanishi, epiteliysini qisman destruksiyasi, vakuol distrofiyasi, deskvamatsiyasi, kripta abssezlarni shakllanishi, kadahsimon hujayralar ortishi, gipersekresiyasi, to'laqonlilik, diapedez qon quyilishlar, *lamina propria*ning shish, limfotsitlar, plazmatik hujayralari, eozinofillar bilan infiltratsiyasi. Bo'yash gematoksilin – eozin usulida. Kattalashtirish ok 10x10.ob.

Qo'zishlar o'rta og'irlikda kechganda bu belgilardan ba'zilari sustroq namoyon bo'ladi. Qo'zish kuchsiz namoyon bo'lganda eroziya va yaralar yo'qligi,

hujayrali infiltratsiyasi sust, infiltratlarda kam miqdorda neytrofillar bo'lishi kuzatiladi.



Rasm-42. Shilliq qatlamni qalinlashishi, burmalarini yassilanishi, epiteliysini qisman destruksiyasi, vakuol distrofiyasi, deskvamatsiyasi, kripta abssezlarni shakllanishi, kadahsimon hujayralar ortishi, gipersekresiyasi, to'laqonlilik, diapidez qon quyilishlar, *lamina proprianing* shish, limfotsitlar, plazmatik hujayralari, eozinofillar bilan infiltratsiyasi. Bo'yash gematoksilin – eozin usulida. Kattalashtirish ok 10x10.ob.

3.3.Nospetsifik yarali kolitlar shilliq qavat tarkibiy tuzilmalarining morfometrik xos xususiyatlari.

Kasallik va patologik jarayonlardagi morfologik o'zgarishlarni to'g'ri tahlil qilish tizimli xarakterga ega bo'lib, o'rganishning ikki bosqichidan iborat. Birinchidan, tavsif beriladi, tavsifiy baholash asosiy morfologik o'zgarishlarning ba'zi miqdoriy pozitsiyalarini olish bilan amalga oshiriladi. Tadqiqotni morfometrik baholash noto'g'ri xulosalardan qochish imkonini beradi, chunki faqat tavsiflovchi ma'lumotlar muhim mezonlarni bo'rttirib ko'rsatish yoki kam baholash asosida noto'g'ri xulosa chiqarish uchun asos bo'lib xizmat qilishi va kasallikning rivojlanish mexanizmlari haqida noto'g'ri tasavvur yaratishi mumkin.

Norma va patologiyada morfometriya atamasi miqdoriy morfologiyani bildiradi, bu an'anaviy tavsiflash usullari bilan birgalikda miqdoriy tahlilning muhim rolini ta'kidlaydi. Gistomorfologiyadagi o'zgarishlar ko'rinishidagi rivoyatlar raqam yoki boshqa o'lchov bilan ifodalanganda, patologiyada inson tanasining a'zolari va to'qimalarida qayta qurish, remodulyatsiya jarayonlarining mohiyatini aniqlash uchun to'g'ri matematik apparatni qo'llash uchun asos bo'ladi. Bundan tashqari, naqshlarni o'rganish va dinamik holatlarni tahlil qilish va ularni bashorat qilish mumkin bo'ladi. Patologik jarayonlarning biologik hodisa sifatida haddan tashqari ko'p qirrali bo'lishiga qaramay, ularni miqdoriy matematik algoritmgaga asoslangan holda o'rganish imkoniyati mavjud, deb biologik va matematik biologiya, patologiya va morfologiya sohasidagi ko'plab ishlar tasdiqlaydi, degan xulosaga kelish muhim [3].

G.G. Avtandilovning yozishicha, (1990) tizimli tibbiy morfometrik tadqiqotlar quyidagi bosqichlarni o'z ichiga oladi:

1. Morfologik obyektning tavsifi.

2. Morfometrik tadqiqotning o'zi o'rganilayotgan ob'ektlarni o'lchash va hisoblashdan iborat bo'lib, bu bir qator bog'liq va mustaqil o'zgaruvchan qiymatlarni olish imkonini beradi.

3. Ushbu o'zgaruvchilarning qaysi biri eng muhim ekanligini aniqlash uchun statistik tahlil.

4. O'rganilayotgan hodisani (obyektni) tavsiflovchi eng muhim o'zgaruvchilarni tanlash imkonini beruvchi matematik tavsif.

5. Eng muhim o'zgaruvchilarni o'rganilayotgan har bir omilning rolini aniqlash imkonini beruvchi tizimga birlashtirgan matematik modellashtirish.

6. Ushbu o'zgaruvchilarning eng yaxshi o'zaro ta'siri haqida g'oyani ta'minlovchi, tizimning barqarorligini va uning ma'lum bir holatga erishishini ta'minlaydigan matematik modelni optimallashtirish. tizimning barqarorligini va uning ma'lum bir holatga erishishini aniqlash.

7. Aksiomatizatsiya - morfometrik tadqiqotlarning oldingi bosqichlarini yakunlash asosida gipotezani tekshirish orqali gipotezani isbotlangan qonuniyat va qonuniyatlarga aylantirishdir [3].

Statistic tahlilni va ilmiy tadqiqotning barcha keyingi bosqichlarini morfometrik va stereometrik tahlil ma'lumotlarisiz amalga oshirish mumkin emas, ba'zan e'tiborga olinmaydi. Dastlabki ma'lumotlarning obyektivligi, ularni keyingi matematik qayta ishlashga yaroqliligi, qonuniyat va qonuniyatlarni aniqlash tadqiqot guruhlari qanday yaratilganligi, ular o'rganilayotgan hodisani qay darajada ifodalashi, tizimli morfometrik va stereometrik tadqiqotlar qanday olib borilishiga bog'liq bo'ladi [3].

Zamonaviy tibbiyot sharoitida dalillarga asoslangan qat'iy ilmiy yondashuvlarga o'tish tizimli morfometriya tamoyillari va usullaridan foydalanadigan qo'shimcha tadqiqotlarni talab qiladi. Umuman olganda, morfometriya turli ob'ektlar shaklidagi o'zgarishlarning miqdoriy tavsiflarini olish qoidalarini o'rganadigan fandır [57.74]. Patologik jarayonlarning biologik hodisa sifatida murakkabligi va xilma-xilligiga qaramasdan, miqdoriy matematik algoritmlardan foydalangan holda tadqiqot olib borish mumkin. Buni biologik-matematik biologiya, patologiya va morfologiya sohalaridagi ko'plab ishlar tasdiqlaydi [2, 3,120].

To'satdan yurak o'limlaridagi gistologik preparatlarni qayta ishlash, morfologik ma'lumotlarni tahlil qilish va natijalarni sharhlash uchun samarali vositalar bilan ta'minlash uchun morfometrik tekshirishlar, bunda ulardagi o'zgarishlarni integratsiyalashuvi patogenetik mexanizmlarni to'liqroq tushunish imkonini beradi, bu patologiyalarni profilaktikasini optimallashtirishga yordam beradi. Bu patologiyalar bo'yicha algoritmlar yaratish, uning asosiy tamoyillarini, jumladan, namunalarni tayyorlash, o'lchash va olingan natijalarni tahlil qilish va talqin qilish jihatlarini umumlashtiradi.

Patologik anatomiyaning yetakchi vakili, rus olimi Davydovskiy I.V.ning so'zlarini eslash o'rinlidir. U shunday degan edi: "U yoki bu hodisani patologik deb tan olish uchun hodisaning tuzilishini, vaqtini, joyini, fazoviy munosabatlarini hisobga olish kerak, ya'ni bu jarayonning sifat va miqdoriy tomonlariga katta e'tibor berish kerak".

Statistik tahlilni va ilmiy tadqiqotning barcha keyingi bosqichlarini morfometrik va stereometrik tahlil ma'lumotlarisiz amalga oshirish mumkin emas. Dastlabki ma'lumotlarning ob'ektivligi, ularni keyingi matematik qayta ishlashga yaroqliligi, qonuniyat va qonuniyatlarni aniqlash tadqiqot guruhlari qanday yaratilganiga, ular o'rganilayotgan hodisani qay darajada ifodalashiga, tizimli morfometrik va stereometrik tadqiqotlar qanday olib borilishiga bog'liq bo'ladi. Morfometrik dasturlar algoritmidan foydalanish nospetsifik yarali kolitlarni ichaklarni funktsional morfologiyasini o'rganish misolida ko'rsatilgan.

Yo'g'on ichak to'qimalaridagi rivojlangan tuzilishli o'zgarishlarning mikroskop orqali olingan sifatli tariflangan ma'lumotlar yordamida har doim ham kutilgan maqsadga erishib bo'lmaydi. Shuning uchun bularga qo'shimcha holda, gistokimyoviy tekshirishlar va morfometrik o'lchovlarni amalga oshirish kerak bo'ladi.

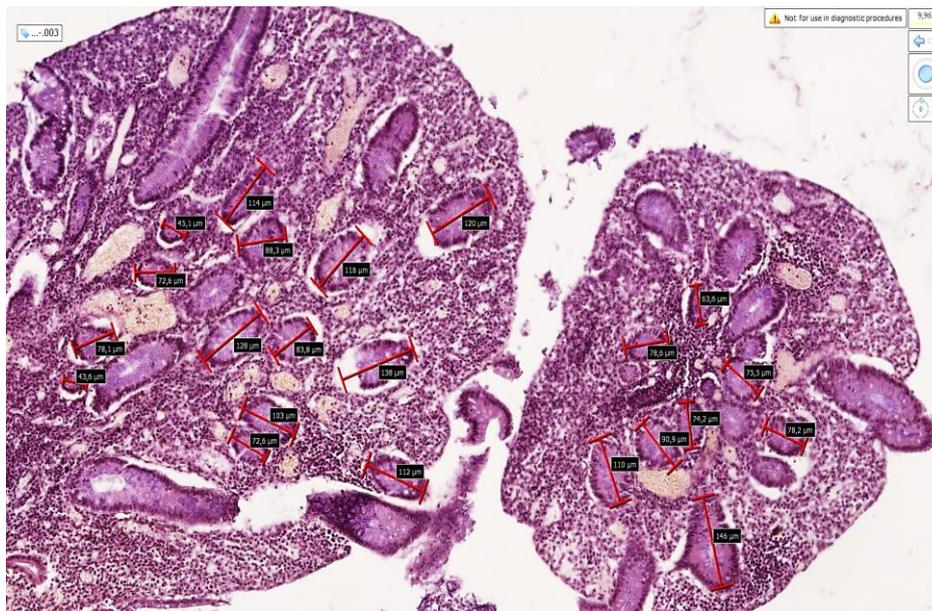
Nospetsifik yarali kolitlarni morfometrik ko'rsatkichlarini aniqlashda, asosiy yo'nalishlarimiz, shilliq qavat tarkibidagi bez epiteliylarining xajmiy va miqdoriy ko'rsatkichlarini o'zgarishiga, bez tuzilmalarining o'lchamini

o'lchashga, so'rg'ichlarni balandligi va shilliq qavat tarkibidagi qon tomirlarning egallagan maydonlarini nisbatlarini aniqlashga qaratilib, nospestifik yarali kolitning turli davrlaridagi o'zgarishlarni bir biri bilan taqqoslashga asoslangan. Morfometrik tekshirishlarni amalga oshirishda, xar bir xolatdan tayyorlangan mikropreparatlar NanoZoomer (REF C13140-21.S/N000198/ HAMAMATSU PHOTONICS/431-3196 Yaponiya) apparatida tasvirlarni skanerlanib, kompyuter programmalariga joylashtirilgan.

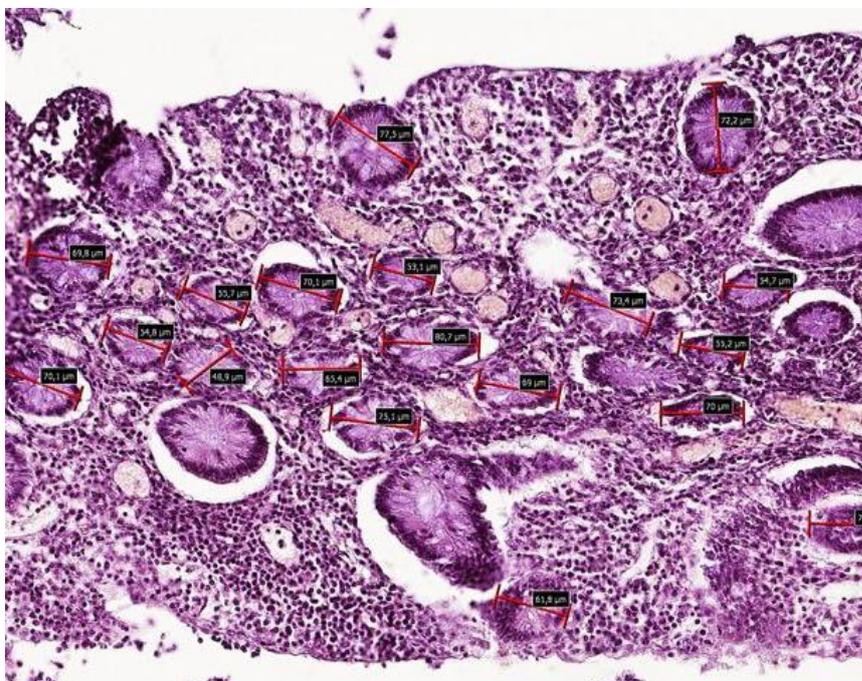
Olingan tasvirlarda raqamli ma'lumotlarni avtomatik amalga oshirishda QuPath-0.5.0 dasturiy ta'minoti bo'yicha amalga oshirildi. Bitta ichak to'qimasidan ketma ket kesmalar olindi va skaner qilinib rasmlar ma'lum o'lchov birligida konfokal 3D tasvirni olish uchun o'rtacha 28-32 tasvirlar olindi va bir biriga tashlanib X,Y,Z o'qlarida shakl yuzaga keltirildi va o'rtacha raqamli ma'lumotlari olindi. Ushbu ma'lumotlarni amalga oshirishda Nospestifik yarali kolit-ning turli shakllarida ichak to'qimasidan o'rtacha 30 tadan kam bo'lmagan mikrotasvirlar olindi va ko'rsatkich kattaliklari ketma ketligi keltirildi va yuqoridagi QuPath-0.5.0 dasturiga yuklandi. Olingan natijalarni 3D o'lchamli tasviri keltirildi va raqamli ma'lumotlarini vizual morfogrammasi keltirildi.

Nospetsifik yarali kolitlarni o'tkir va surunkali shaklining qo'zish davrida shilliq qavatlarni turli xil qalinlikda bo'lishi, shilliq qavat bezlari diametrining nazorat guruxiga nisbatan taqqoslama ko'rsatkichlari o'tkir davrida 2,27 martagacha katta bo'lishi, Surunkali nospestifik yarali kolitda esa, 1,12 marta kichik bo'lishi, jarayonni davomiyligi bilan izoxlanadi. Shu bilan birga, yo'g'on ichak shilliq qavatining qalinligi va yuqoridagi o'zgarishlarga monand ravishda, o'tkir nospestifik yarali kolitda nazorat guruxiga nisbatan 2,27 marta, surunkali nospestifik yarali kolitning qo'zish davrida 1,11marta qalin bo'lishi jarayonda asosan, shilliq qavat bezlari va tarkibidagi limfotsitlarning ko'payishi va shilliq qavatning qalinlashganligi, shilliq qavat tarkibida shakllanmagan siyrak va dag'al tolali biriktiruvchi to'qimani ko'payganligi bilan izoxlandi. Tekshirishning dizayni quyidagicha bo'ldi, xar biridagi kattaliklar maxsus jadvalda keltirilib o'rtacha

NDP.view 2 dasturiy ta'minoti orqali amalga oshirilgan. Bo'yoq G.E. O'lchami ok 10x10.ob.



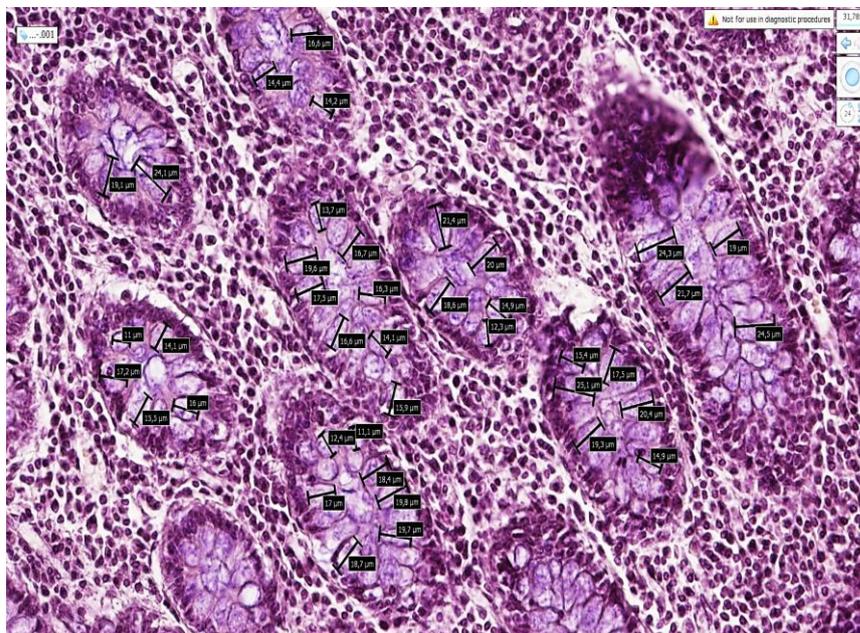
Rasm - 45. Nospetsifik yarali kolitda ichak shilliq qavatning qalinligi bez tuzilmalari diametri o'lchangan bo'lib, morfogramma ko'rinishida taqdim etilgan. O'lchamlar NanoZoomer apparati NDP.view 2 dasturiy ta'minoti orqali amalga oshirilgan. Bo'yoq G.E. O'lchami ok.10x40 ob.



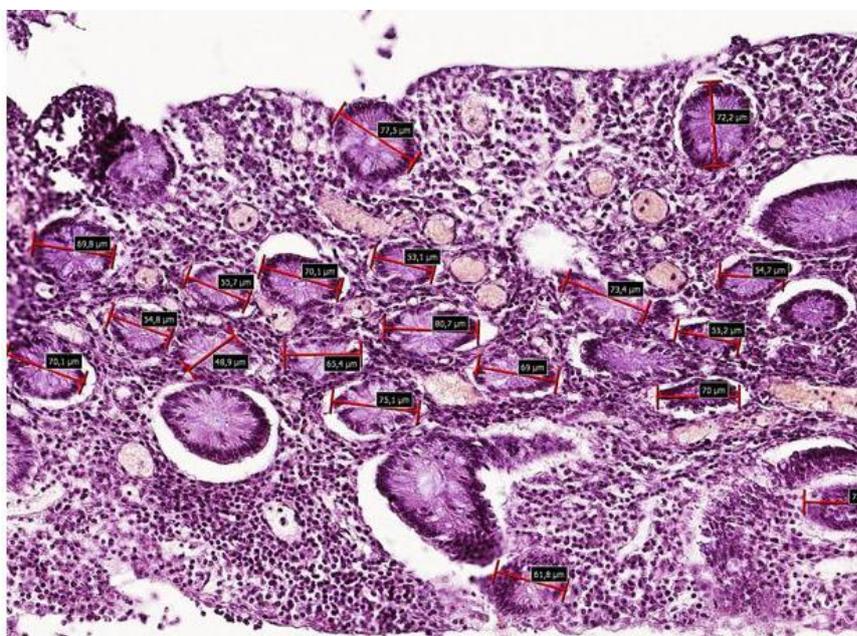
Rasm-46. Nospetsifik yarali kolit surunkali davrida ichak shilliq qavatning qalinligi, bez tuzilmalari diametri o'lchangan bo'lib, morfogramma ko'rinishida

taqdim etilgan. O'lchamlar NanoZoomer apparati NDP.view 2 dasturiy ta'minoti orqali amalga oshirilgan.

Bo'yoq G.E. O'lchami ok.10x40 ob.



Rasm-47. Nospetsifik yarali kolitda ichak shilliq qavatning bez tuzilmalari tarkibidagi qadahsimon hujayralarning diametri o'lchangan morfogramma ko'rinishidagi mikrotasviri.



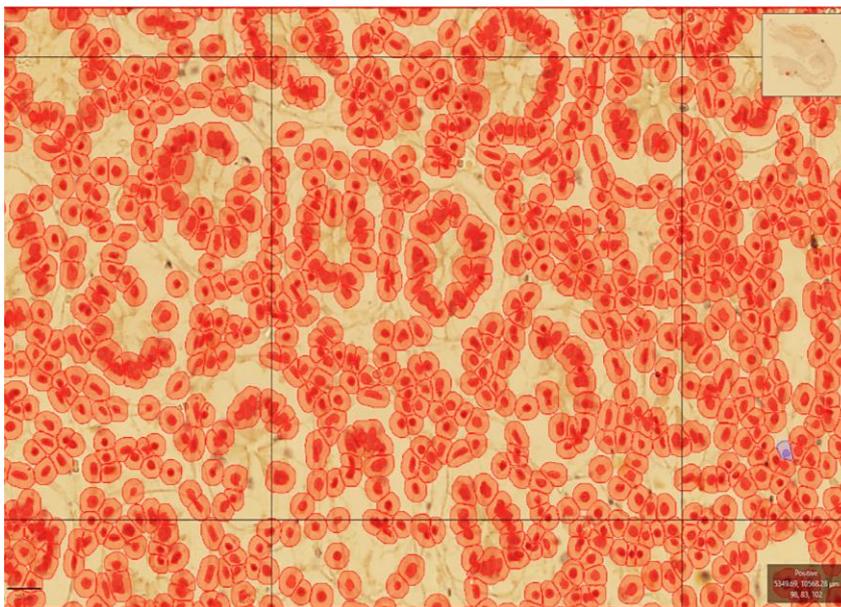
Rasm-48. Nospetsifik yarali kolit surunkali davrida ichak shilliq qavatning bez tuzilmalari tarkibidagi qadahsimon xujayralarning diametri o'lchangan morfogramma ko'rinishidagi mikrotasviri. O'lchamlar NanoZoomer apparati

NDP.view 2 dasturiy ta'minoti orqali amalga oshirilgan. Bo'yoq G.E. O'lchami ok 10x40. Ob

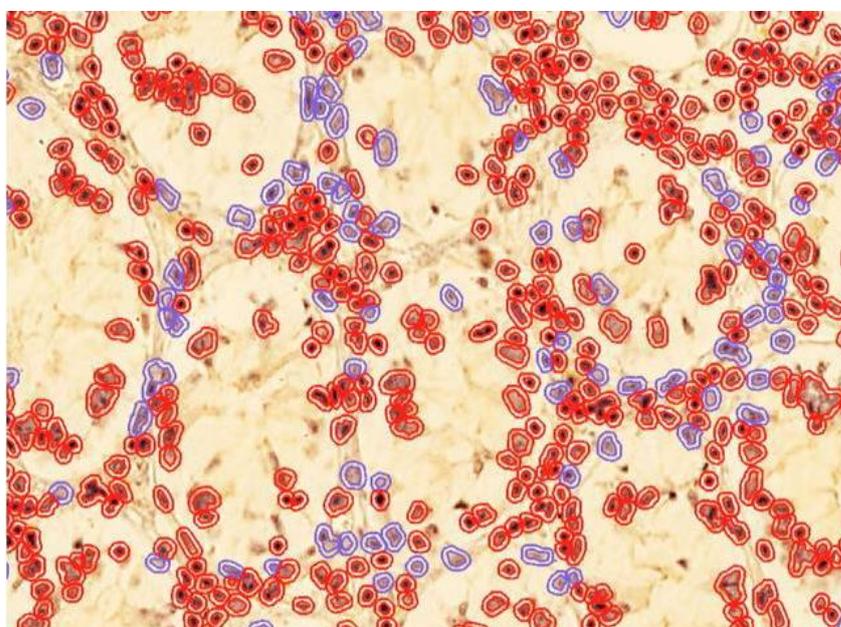
- jadvalda keltirilgan ko'rsatkichlar bo'yicha, nospestifik yarali kolitning o'tkir davridagi shilliq qavat va uning tarkibiy qismlari bo'lgan bez tuzilmalarining yallig'lanish jarayoniga tortilishi, turli darajadgi eroziv nekrotik o'choqlarning yuzaga kelishi, kompensator va morfologik adaptatsiya va shilliq qavat bezlaridagi morfofunksional ko'rsatkichlarni faollashuvi oqibatida, nazorat guruxiga nisbatan shilliq qavatning balandligi $2099,16 \pm 263,32$ mkm-ni tashkil etib, nazorat guruxiga nisbatan 2.26 marta ortganligi qayd etildi. Bu esa, yuqorida o'rganilgan morfologik o'zgarishlarni o'tkir yallig'lanish davridagi keltirilgan ma'lumotlarni tasdiqlaydi. Surunkali nospestifik yarali kolitlarda esa, shilliq qavatlardagi morfometrik o'zgarishlar adaptatsiya va reparativ regeneratsiya oqibatida, bez tuzilmalarini o'tkir nospestifik yarali kolitga nisbatan kamayishi va shilliq qavat tarkibida siyrak va dag'al tolali shakllanmagan yosh biriktiruvchi to'qimaning ko'payishi xisobiga $1028,33 \pm 121,26$ mkm-ni tashkil etib, nazorat guruxiga nisbatan 1,11 marta oshganligi va bu jarayon asosan qo'zish davrida namoyon bo'lib, remissiya davrida nazorat guruxiga nisbatan, shilliq qavatning keskin yupqalashishiga olib kelishi bilan yuqorida o'rganilgan morfologik o'zgarishlarni tasdiqlaydi.

O'tkir nospestifik yarali kolitlarda shilliq qavat bezlarini o'rtacha diametri, $263,81 \pm 29,2$ mkm-ni tashkil etib, nazorat guruxida ushbu ko'rsatkich $116,22 \pm 12,1$ mkm-ga tengligi aniqlandi. Bu kabi keskin farqlar bez tuzilmalari tarkibidagi qadahsimon hujayralarni giperfunktional faoliyati bilan izoxlandi. Surunkali nospestifik yarali kolitda esa, shilliq qavat bez tuzilmalari diametri, $130,16 \pm 29,2$ mkm-ni tashkil etib, nazorat guruxidagi $116,22 \pm 12,1$ mkm ko'rsatkichlaridan biroz yuqori bo'lib, surunkali yallig'lanish oqibatida, siyrak tolali tuzilmalarning shakllanishi va atrofik, sklerotik o'zgarishlar takomil topayotganligini tasdiqlaydi. Hujayraviy tarkib bo'yicha, o'tkir nospestifik yarali kolitlarda qadahsimon bezlar jarayonda gipersekresiyasi va o'lchamlarini kattalashishi va o'rtacha diametri

22,26±0,65 mkm-ni tashkil etishi, nazorat guruxiga nisbatan 2,7 marta yuqoriligini tasdiqlaydi.



Rasm-49. Nospetsifik yarali kolitda ichak shilliq qavati bez epiteliylarini ma'lum bir yuzada egallagan maydonlarini morfogrammasi keltirilgan. O'lchamlar NanoZoomer apparati QuPath-0.5.02 dasturiy ta'minoti orqali amalga oshirilgan. Bo'yoq Dob xromogen. O'lchami ok 10x40.ob.



Rasm-50. Nospetsifik yarali kolit surunkali davrida ichak shilliq qavati bez epiteliylarining ma'lum bir yuzadagi egallagan maydonlarining morfogrammasi.

O'lchamlar NanoZoomer apparati QuPath-0.5.02 dasturiy ta'minoti orqali amalga oshirilgan. Bo'yoq Dob xromogen. O'lchami ok 10x40.ob.

8-Jadval.

Nospestifik yarali kolit ning turli shakllarida shilliq qavat tuzilmalarining morfometrik ko'rsatkichlari (mkm)

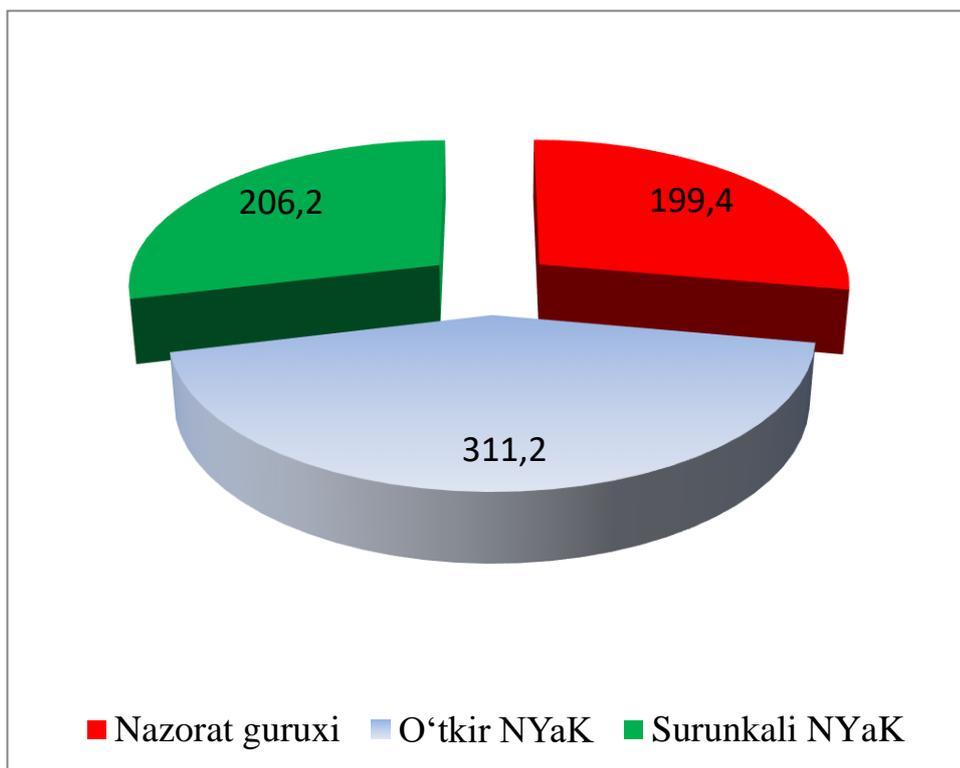
№ O'lchanayotgan soxa	Nazorat guruxi	O'tkir Nospestifik yarali kolit sh/q	Surunkali nospestifik yarali kolit sh/q	P≤
1.Shilliq qavatning balandligi	925,21± 116,12	2099,16± 263,32	1028,33± 121,26	0,01
2.Shilliq qavat bezlarining o'rtacha diametri	116,22± 12,1	263,81± 29,2	130,16± 29,2	0,01
3.Qadahsimon bez epiteliylarini diametri	9,81± 0.16	22,26± 0,65	11,84± 0,27	0,001
4. Qadahsimon bez epiteliylarini egallagan maydoni (1100mkm ² yuzada)	91,08± 2.97	245,91± 4,35	110,21± 3,65	0,01
5.Bez kriptalarining uzunligi	195,27± 2,18	246,65± 3,26	198,19± 2,33	0,01
6.Shilliq qavat qon tomirlarini egallagan maydoni (1100mkm ² yuzada)	199,35± 11,02	311,16± 13,01	206,21± 9,86	0,01

Surunkali nospestifik yarali kolitlarda esa, qadahsimon hujayralarning o'rtacha diametri 11,84±0,27 mkm-ni tashkil etib, nazorat guruxidagi 9,81±0.16mkm bilan taqqoslaganda 1,2martaga kattaligi qayd etildi. O'tkir Nospestifik yarali kolitda yallig'lanish jarayonini ustunligi va bez tuzilmalarida

ko'p miqdorda shilimshiq tabiatli mukopolisaxaridlarni ko'p ishlab chiqarilishi asosan qadahsimon bezlarning zimmasiga yuklatilganligi va gipertrofik o'zgarishlarga uchraganligi sababli, bezli tuzilmalar och eozinofil kiritmalarga boy bo'lgan hujayra ko'rinishga keladi va morfologik jixatdan, shilliq qavat bez tuzilmalarini asosiy maydonini egallaydi.

4-diagramma.

Nospestifik yarali kolitning turli shakllarida shilliq qavat qon tomirlarini egallagan maydoni (1100mkm² yuzada)



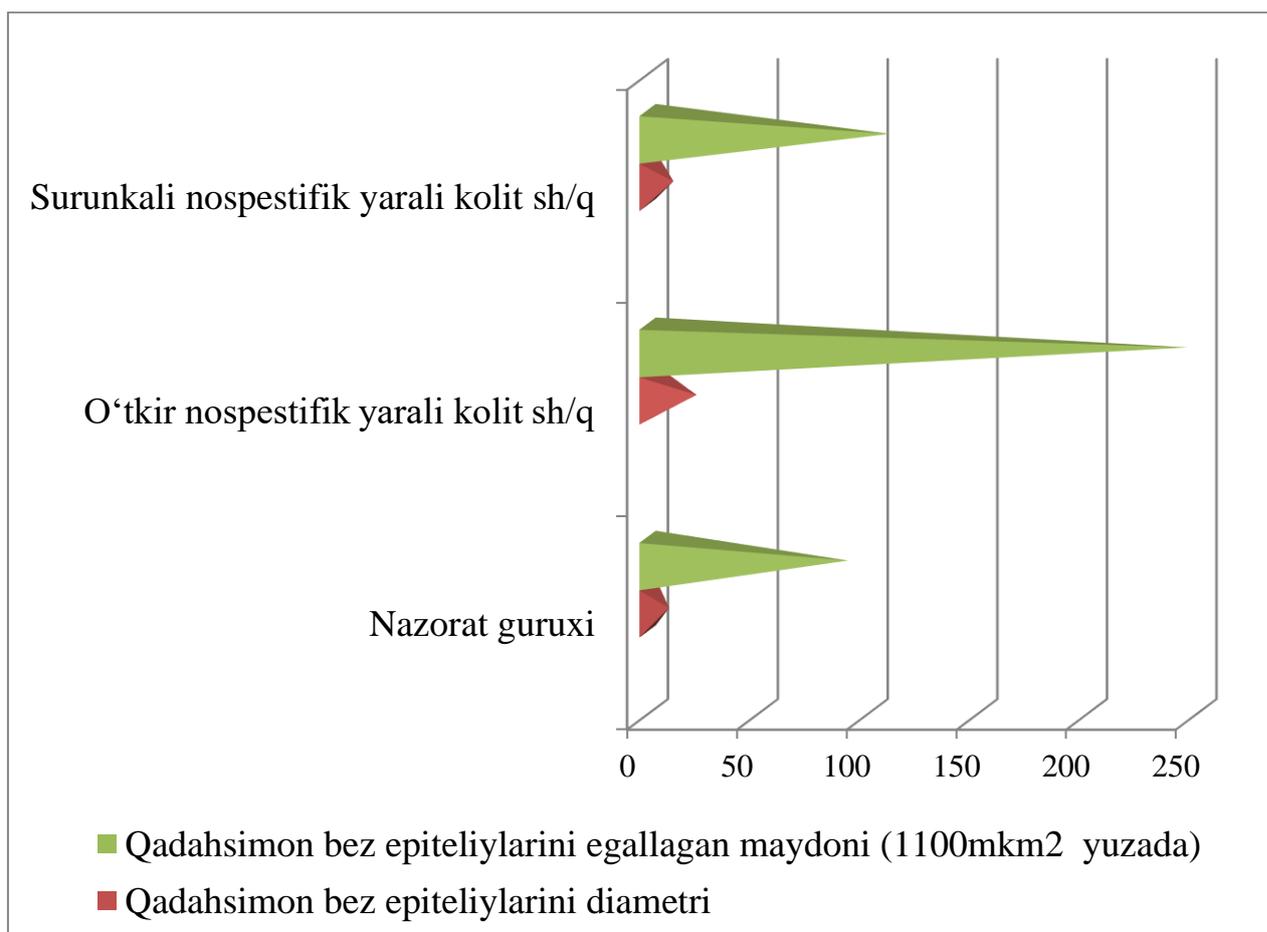
Bu esa, morfometrik jixatdan, 1100mkm² yuzada, 245,91±4,35 mkm²-ni tashkil etib, jarayonda eksudativ yallig'lanishni ustunligini tasdiqlaydi. Nazorat guruxiga nisbatan, o'tkir nospestifik yarali kolitda qadahsimon bezlarning egallagan maydoni o'rtacha 2,7martaga oshgan bo'lib, giperfunktional xalatda turganligini morfometrik tekshirishlar tasdiqlaydi.

Surunkali nospestifik yarali kolitda qadahsimon hujayralarning egallagan maydoni 110,21±3,65 mkm²-ni, nazorat guruxida esa ushbu ko'rsatkich 91,08±2.97 mkm²-ni tashkil etib, 1,2 martaga oshdi. Bu esa, surunkali nospestifik yarali kolitda yallig'lanish jarayonlarida produktiv yallig'lanishni ustunligi va

asosiy komponent stromal tomir tuzilmalari atrofidagi siyrak tolali biriktiruvchi to'qimalarning oshganligi bilan tushuntirildi.

5-diagramma.

Nospestifik yarali kolitning turli shakllarida qadahsimon bez epiteliylarini morfometrik ko'rsatkichlari (mkm)



Yo'g'on ichak kriptalari ya'ni so'rg'ichlarni bir biriga qaragan tubi qismining o'tkir Nospestifik yarali kolitlardagi o'zgarishlari, yallig'lanish jarayoni ustunligi tufayli, oraliq bo'shlig'ini torayishi va nazorat guruxiga nisbatan so'rg'ichlarni uzayishi xisobiga kriptalarning chegaralari kengayishiga olib kelgan va 246,65±3,26 mkm-ni tashkil etgan bu esa, yo'g'on ichak so'rg'ichlarida yallig'lanish infiltrati ko'payishi, B limfotsitlar, plazmotsitlar va boshqa turdagi hujayralarni ko'payishi xisobiga, kriptalar cho'zilishi kuzatilganligi aniqlandi.

Nospestifik yarali kolitlarning turli shakllarida shilliq qavat so'rg'ichlarini kasallik qo'zish davrida o'tkir va surunkali yallig'lanish xisobiga xajmiy jixatdan kattalashganligi nazorat guruxiga nisbatan yuqori ko'rsatkichda ekanligini ishonchlilik ko'rsatkichlarini bir tomonlama og'ish ko'rsatkichi bilan xam o'z tasdig'ini topdi.

O'tkir va surunkali nospestifik yarali kolitlarda yallig'lanishlarni ustunligi qon tomir va mezenximal to'qimaning javob reaksiyasi ustunligi bilan kechganligi, nekrozga uchragan soxalarda yuzaga kelgan reparativ regeneratsiya sababli mezenximal javob reaksiyasi va jarayonda qon tomirlarning to'laqonligi va neoangiogenez jarayoni ustunligi bilan kechganligi uchun o'tkir nospestifik yarali kolitlarda qon tomirlarning egallagan maydoni, 1100mkm^2 yuzada, o'rtacha $311,16\pm 13,01\text{mkm}^2$ -ni tashkil etib, o'tkir yallig'lanish jarayonining eksudativ shaklida kechayotganligini tasdiqlaydi.

Surunkali nospestifik yarali kolitlarda yo'g'on ichak shilliq qavatlaridagi qon tomirlar va stromal hujayralardan fibroblastlar, gistiotsitlar, plazmotsitlarni yallig'lanish o'chog'ida keskin to'planishi, ayniqsa, fibroblastlarning proliferativ faol o'choqlarini yuzaga kelishi oqibatida, qon tomirlarning egallagan maydoni $206,21\pm 9,86\text{mkm}^2$ -ni tashkil etib, shilliq qavat stromasida siyrak va takomil topayotgan dag'al tolali tuzilmalarni ko'pligi bilan o'z tasdig'ini topgan.

Nospestifik yarali kolitning uchrash darajasi, klinik-anamnestik, morfologik va morfometrik belgilarining uzviyligini ko'rsatuvchi algoritm.

Ushbu ilmiy tadqiqotda nospestifik yarali kolitlarning uchrash darajasi, klinik-morfologik-morfometrik–immunogistokimyoviy o'zgarishlarini va ularni o'zaro bog'liqligi, hamda ularni tartibga soluvchi omillarni aniqlash maqsad qilingan. Ushbu maqsadga erishish yo'lida 2012-2022 yillar mobaynida Nospestifik yarali kolit qo'zishi bo'yicha tashrix qilingan 48-ta bemorlarning kasallik tarixi, klinik-laborator va patogistologik tadqiqot materiallari tahlili asosida diagnostik va prognostik algoritm yaratildi. Yaratilgan algoritm Nospestifik yarali kolitning diagnostikasi va prognostik tadbirlarini mukammallashtiradi. Algoritmida dastlab klinik-anamnestik o'zgarishlar e'tiborga olingan, sababi klinik simptomatika kasallik davrlari va muddatiga bog'liq holda paydo bo'ladi va rivojlanadi. Nospestifik yarali kolit bilan kasallanish o'rta og'irlikdagi shakli 35.4%, og'ir shakli 64.6% uchrashligi, barcha bemorlarda (100%) qorinda og'riq shikoyati mavjudligi kuzatildi. Kolonoskopik tekshiruvlarda surunkali nospetsifik yarali kolitlarda yo'g'on ichakning barcha soxalarida turli shakldagi yarali – nekrotik o'zgarishlar, giperemiya, o'chog'li qon quyilishlar, yiringli karashlar, yallig'lanishli "soxta" poliplar yuzaga kelishi qayd etildi. Surunkali nospetsifik yarali kolitlarning biopsiya materiallarini patogistologik tekshirishlarda o'tkir davrida shilliq qatlamida distrofik, dissirkulyator, yallig'lanish o'zgarishi avjlanganligi, shilliq qatlam epitelisini deskvamatsiyasi, yarali – nekrotik o'zgarishlar yuzaga kelishi, surunkali davrida esa atrofik, sklerotik, disregenerator jarayonlarni yuzaga kelishi qayd etildi.

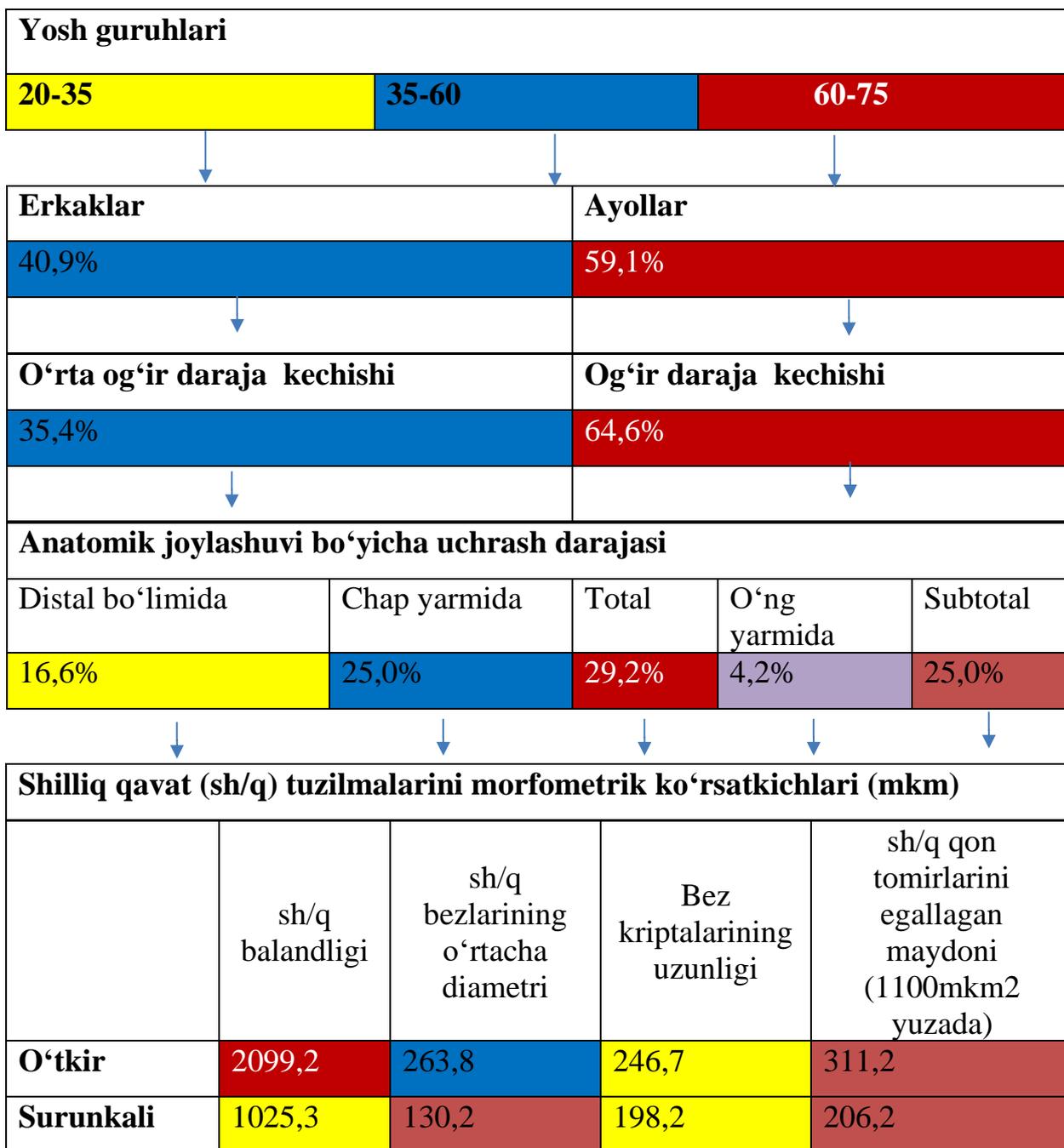
Surunkali nospetsifik yarali kolitlarning qo'zish davrida apoptotik jarayonlarning o'tkir davridan yuqoriligi, yo'g'on ichak shilliq qatlamida disregenerator, atrofik va sklerotik o'zgarishlarni faollashuvi surunkali qitqlovchilar ta'siriga nisbatan shilliq qatlami tuzilmalarini morfologik adaptatsiyasini namoyon bo'lishini ko'rsatdi.

Surunkali nospestifik yarali kolitlarda shilliq qavatlardagi morfometrik o'zgarishlar adaptastiya va reparativ regenerastiya oqibatida, bez tuzilmalarini o'tkir nospestifik yarali kolit-ga nisbatan kamayishi va shilliq qavat tarkibida siyrak va dag'al tolali shakllanmagan yosh biriktiruvchi to'qimaning ko'payishi shilliq qavatning keskin yupqalashishiga olib kelgan.

O'tkir nospestifik yarali kolit-larda shilliq qavat bezlarini tarkibidagi hujayraviy tarkibi, qadahsimon hujayralarni giperfunktional faoliyati, Surunkali nospestifik yarali kolitda esa shilliq qavat bez tuzilmalari ko'rsatkichlaridan yuqori bo'lishi, parallel ostki qatlamlarda siyrak tolali tuzilmalarning shakllanishi va atrofik, sklerotik o'zgarishlar takomil topayotganligini kuzatildi. O'tkir nospestifik yarali kolitlarda yallig'lanishlarni ustunligi qon tomir va mezenximal to'qimaning javob reaksiyasi ustunligi bilan kechganligi, nekrozga uchragan sohalarda yuzaga kelgan reparativ regeneratsiya sababli mezenximal javob reaksiyasi, jarayonda qon tomirlarning to'laqonligi va neoangiogenez jarayoni ustunligi bilan eksudativ shaklida kechayotganligini, surunkali nospestifik yarali kolitlarda stroma tuzilmalarida sklerotik o'zgarishlar kuzatildi.

Xulosada shuni alohida ta'kidlash mumkinki, yuqoridagi ma'lumotlar Nospestifik yarali kolit bosqichlarini bashoratlash va diagnostika qilishni optimal darajada rejalashtirish imkoniyatini yaratadi.

Nospestifik yarali kolitlarning turli davrlaridagi klinik-anamnestik, morfologik va morfometrik belgilarining uzviylikini ko‘rsatuvchi algoritm



Elektron hisoblash mashinalari uchun dastur ishlab chiqilgan

**ELEKTRON HISOBLASH MASHINALARI UCHUN YARATILGAN
DASTURNING RASMIY RO'YXATDAN O'TKAZILGANLIGI TO'G'RISIDAGI**

GUVOHNOMA

O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI ADLIYA VAZIRLIGI

№ DGU 39691

Ushbu guvohnoma O'zbekiston Respublikasining "ELEKTRON HISOBLASH MASHINALARI UCHUN YARATILGAN DASTURLAR VA MA'LUMOTLAR BAZALARINING HUQUQIY HIMOYASI TO'G'RISIDA"gi Qonuniga asosan quyidagi elektron hisoblash mashinalari uchun yaratilgan dasturga berildi

**NOISPETSIFIK YARALI KOLITNING SURUNKALI DAVRIDA DISREGENERATOR
JARAYONLAR PATOMORFOLOGIYASI ASOSIDA ANIQLASH USULI
(DASTUR NOMI)**

Telbonoma kelib tushgan sana: 16.06.2024 (210) Telbonoma raqami: DGU 202408328

Huquq egalilar): SAYDALIYEV SODIQJON SAIBJONOVICH, UZ; ISRAILOV RAJABBAY XOK, UZ;
MAMATALIYeva MADNABONOVI ANAZBEK QIZL, UZ

Dastur mualliflar): ALIBEKOV OMADBEK OZDIBEKOVICH, UZ; ASRANOV SARDOR AZIBJONOVICH, UZ;
RAZAKOV BAKTIYAR YUSUFOVICH, UZ; SAYDJANOVA FERUZAXON LATIFJONOVNA,
UZ; CHARTAKOV DELMURODJON KAKRAMONOVICH, UZ

O'zbekiston Respublikasining Dasturiy maslahatlar davlat nuyesida
07.06.2024 y. ro'yxatdan o'tkazildi.



Xulosa

Nospestifik yarali kolit bilan og‘rigan bemorlarni klinik-anamnestik, laborator ma’lumotlari o‘rganilganda kasallanganlar orasida o‘rta og‘irlikdagi shakli 35.4%, og‘ir shakli 64.6% uchrashligi, ayollar va erkaklar nisbati 6:4 tashkil qilganligi kuzatildi. Barcha bemorlarda (100%) qorinda og‘riq shikoyati mavjudligi, og‘riq simptomi kasallikning og‘irlik darajasiga bog‘liqligi, og‘riqning 84,8% qorinning yo‘g‘on ichak proeksiyasida, 15,2% kindik sohasida va siquvchi turdagi og‘riq 76,2% kasallarda uchragan. Nospestifik yarali kolitning klinik, ya’ni bemorning umumiy axvoli, axlat kelish chastotasi, axlat tarkibidagi qon laxtalarining mavjudligi, yo‘g‘on ichakning shilliq parda kabi belgilari asosida Mayo indeksi aniqlangan.

Nospestifik yarali kolit kasalligining o‘tkir davrida patomorfologik o‘zgarishlar yo‘g‘on ichak shilliq pardasida distrofik va o‘tkir dissirkulyator, yallig‘lanishli jarayonlar rivojlanganligi, ular morfologik jihatdan qon tomirlar to‘laqonligi, devorining o‘tkazuvchanligi oshishi, xususiy plastinkaning interstitsial to‘qimasida kuchli eksudativ shish va kasallikga xos bo‘lgan limfoid va polinuklear hujayrali yallig‘lanish rivojlanishida shilliq qatlam epiteliysi ko‘chib tushib, ko‘p miqdorda eroziyalar va o‘tkir yaralar xosil bo‘lgan.

Nospestifik yarali kolitning surunkali davrida patomorfologik o‘zgarishlar shilliq qavatning notekisligi va "donadorligi", ichak devorining qalinlashishi, yarasi, psevdopolipoz, gastratsiya bilan namoyon bo‘lgan.

Yaralar har xil o‘lcham va yumaloq yoki noto‘g‘ri shaklda, ba’zan geografik xaritaga o‘xshagan. Sigmasimon, tushuvchi ichakda, kamroq xolatlarda to‘g‘ri ichakda ko‘pincha psevdopliplar kuzatildi. Yaralar chandiqlanganida, fibrozli to‘qima ichak bo‘shlig‘ini torayishini, qisqarishini keltirib chiqargan. Kriptalarda ko‘p qatlamli va yadroli epiteliy hujayralari ko‘payib, proliferatsiyalanishi, kriptalar atrofidagi miofibroblastlarni kamayishi, yo‘qolishi, ularni xususiy plastinka xosil bo‘lishi kuzatilgan.

O'tkir davrining surunkali davriga o'tmaganda regeneratsiyalanadi, epitelizatsiyasi, bitish, to'liq tiklanishi qayd etildi. Yaralar qaytalanganda esa jarayonni surunkali davriga o'tishi, sklerotik o'zgarishlar, fibroz, kichik kriptalar differensiallashmagan epiteliyning rivojlanishi kuzatildi.

Surunkali nospestifik yarali kolitning og'ir shaklida yo'g'on ichak shilliq qavati yemirilishi, ichak yuzasiga diffuz qon ketishi, kripta absseklar, shilliq qavat vorsinkalarini notekis yuzasi, qadahsimon hujayralar sonining kamayishi, kriptalar deformatsiyasi va atrofiyasi patognomonik hisoblanadi. Nospestifik yarali kolitning qo'zishida yo'g'on ichakning shilliq qatlamida giperemiya, shish, burmalarini yassilanishi, devorini qalinlashishi qayd etildi. Ushbu jarayon surunkali tus olganda shilliq qatlamni destruksiya ortib, shilliq osti qatlamigacha tarqagan yaralar xosil bo'ldi. To'qimalar gistologik tekshirilganda shilliq qatlam epiteliysini nekrozi, qadahsimon hujayralar miqdorini kamayishi, kripta absseklarni xosil bo'lishi, xususiy qatlamida limfoid, plazmatik hujayralar, neyetrofillar va eozinofillar infiltratsiyasi, mikrosirkulyator o'zanda to'laqonlilik, qon quyilishlar kuzatildi. Nospestifik yarali kolitning xarakterli xususiyatlari - bu qadahsimon hujayralar ishlab chiqaradigan sekresiyani kamayishi va shilimshiq tarkibining o'zgarishi, yo'g'on ichakda kriptlardagi shilimshiq ishlab chiqaruvchi hujayralar soni so'ruvchi hujayralari sonidan to'rt baravar ko'p bo'lishi, sitoplazmasida glikogen saqlagan polimorf nuklear leykotsitlar, interepitelial hujayralar va kripta absseklar bilan yallig'lanish infiltratsiyasi bo'ldi.

Morfometrik tekshirishlarda o'tkir nospestifik yarali kolitlarda yo'g'on ichak shilliq qavatining bez tuzilmalaridagi asosiy o'zgarishlar qadahsimon hujayralarda yuzaga kelib, nazorat guruxiga nisbatan, qadahsimon bez hujayralarining nazorat guruxiga nisbatan 2,27 martaga kattalashganligi aniqlandi. Surunkali nospestifik yarali kolit-da ushbu ko'rsatkich o'rtacha 1,25 martaga oshgan bo'lib, jarayonda proliferativ faollikni ustunligi sababli, yo'g'on ichak shilliq qavatining stromasida atrofik va sklerotik o'zgarishlar yuzaga kelishi bilan izoxlandi.

XULOSALAR

1. Surunkali nospetsifik yarali kolitla bilan kasallanish o'рта og'irlikdagi shakli 35.4%, og'ir shakli 64.6% uchrashligi, ayollar va erkaklar nisbati 6:4 tashkil qilishi, barcha bemorlarda (100%) qorinda og'riq shikoyati mavjudligi, yo'g'on ichak kolonoskopik tekshirilganda uning barcha soxalarida yarali – nekrotik o'zgarishlar, o'chohli qon quyilishlar, yallig'lanishdagi "soxta" poliplar yuzaga kelishi aniqlandi.

2. Surunkali nospetsifik yarali kolitlarning o'tkir davrida shilliq qatlamdagi distrofik, dissirkulyator, yallig'lanish o'zgarishlarini rivojlanishi, shilliq qatlam epiteliysining ko'chib tushib, ko'p miqdorda eroziyalar, o'tkir yaralar, yiringli karashlar paydo bo'lishi namoyon bo'lib, morfometrik tekshirishlarda bezlarning qadahsimon hujayralari ko'rsatkichlarini nazorat guruxiga nisbatan 2.27 marta kattalashganligi kuzatildi.

3. Surunkali nospetsifik yarali kolitlarda yo'g'on ichak shilliq qavatining bez tuzilmalari qadahsimon hujayralarida o'rtacha 1,21 martaga oshgan bo'lib, yo'g'on ichak shilliq qavati stromasida atrofik va sklerotik o'zgarishlarni yuzaga kelishi bilan izoxlandi.

4. Surunkali nospetsifik yarali kolitlarni qo'zish davrida shilliq qatlami bezlaridagi hujayralarda apoptoz jarayonining o'tkir davriga nisbatan ortganligi, sklerotik atrofik o'zgarishlarni ustunligi, shilliq va shilliq ostki qatlami tuzilmalarini surunkali qitqlovchilar ta'siriga javoban adaptatsiya jarayonlarini yuzaga kelishi namoyon bo'ldi.

Amaliy tavsiyalar: Nospestifik yarali kolit kasalligining asosiy diagnostik belgilari xaqidagi patomorfologik yallig'lanishli, yarali va disregenerator o'zgarishlari klinik amaliyotida diagnostikani yaxshilashda proktolog, patologoanatom va onkologlar amaliy ishining samaradorligini oshirada fundamental asos bo'lib xizmat qiladi.

MUNDARIJA

KIRISH.....	5
I BOB. Nospetsifik yarali kolitning-tushinchasi, epidemiologiyasi, etialogiyasi, patogenezi, klassifikatsiyasi, klinik- morfologik o‘zgarishlari (adabiyotlar sharhi)	
§1.1. Nospetsifik yarali kolit-tushunchasi, epidemiologiyasi, etialogiyasi, patogenezi	9
§1.2. Nospetsifik yarali kolit - klassifikatsiyasi	12
§1.3. Nospetsifik yarali kolitda yo‘g‘on ichakdagi klinik – morfologik o‘zgarishlar.....	20
Xulosa.....	36
II BOB. Tadqiqot materiali va tekshirish uslublari	
§2.1 Materiallar xaqida umumiy ma’lumotlar.....	39
§2.2 Klinik anamnestik va patogistologistologik tadqiqot usullari (umummorfologik).....	39
§2.3 Morfometrik va statistik tadqiqot usullari.....	40
Xulosa.....	46
III BOB. Tadqiqot natijalari	
§3.1 Nospetsifik yarali kolitning klinik-anamnestik ma’lumotlari.....	47
§3.2. Nospetsifik yarali kolitning uchrash darajasi va patomorfologik xos xususiyatlari.....	55
§3.3. Nospetsifik yarali kolitning o‘tkir davrida morfometrik xos xususiyatlari	81
§3.4. Nospetsifik yarali kolitda surunkali davrida morfometrik xos xususiyatlari tahlili.....	91
Xulosa	100
FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR RO‘YXATI.....	103

QISQARTMA SO‘ZLAR

- ADTI** -Andijon davlat tibbiyot instituti
- AG**- Antigen
- AT**- Antitela
- AQSh**- Amerika Qo‘shma Shtatlari
- ATF**- Adenozintrifosfat kislota
- Dab**- Diaminobenzidin
- DNK**- Dezeksiribonuklein kislota
- EK**- ekspressiya koeffitsientlari
- HLA**-Inson leykositar antigeni
- IGK**- Immunogistokimyo
- KK**- Kron kasalligi
- Nospestifik yarali kolit**- Nospetsifik yarali kolit
- PF**- Prezident Farmoni
- PQ**- Prezident qarori
- RPAM** -Respublika patologik anatomiya markaz
- CD4**-T limfotsit
- Treg**- T-regulyator limfotsitlar

FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR RO‘YXATI

1. Абдулхаков, С.Р. НЯК: современные подходы к диагностике и лечению //Вестник современной клинической медицины. - 2009. Т. 2, - № 1,- с. 32-41.
2. Алексеева О.А. и др. Проект клинических рекомендаций по диагностике и лечению язвенного колита //Колопроктология. -2019. Т.18. - №4 -с. 7-36.
3. Андреев П.С. Эндолимфатическая антибактериальная и иммуностимулирующая терапия в комплексном лечении больных с обострением неспецифического язвенного колита/ диссертация ... канд. мед. наук. М., 2013, 22С.
4. Бакшт А.Е. и др. Прогнозирование протяженности поражения толстой кишки при язвенном колите в зависимости от варианта дебюта заболевания. // Сибирский медицинский журнал (г. Иркутск). - 2011. -Т. 100. -№1 -с. 62-63.
5. Барановский А.Ю. и др. Прогноз неблагоприятного течения язвенного колита как показание к проведению антицитокиновой терапии. // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии.2012- № 3-с.63-69.
6. Белоусова Е.А. и др. Социально-демографическая характеристика, особенности течения и варианты лечения воспалительных заболеваний кишечника в России. Результаты двух многоцентровых исследований.// Альманах клинической медицины.2018 , № 46 (6), с. 445-463.
7. Белятко Е.А. и др. Инфликсимаб в лечении неспецифического язвенного колита, случаи клинического течения заболевания после родов // Доказательная гастроэнтерология. 2012, №2 с. 83-88.
8. Бикбавова Г.Р. и др. Неинвазивные методы диагностики язвенного колита. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2020; 174(5): 104-107.
9. Бикбавова Г.Р. и др. Системное воспаление и кардиваскулярные риски у больных воспалительными заболеваниями кишечника: что необходимо учитывать. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2021; 1(6): 112-120.

10. Бикбаева Г.Р. и др. Избыточный вес и ожирение у больного язвенным колитом: встречаемость и ассоциации. Экспериментальная и клиническая медицина. 2020, (10): 33-38.
11. Борисова Р.П. и др. Теория активного транспорта лимфы и ее применение в клинике.//Вестник лимфологии. – 2012. – №2 – с. 21.
12. Борота А.А. Основные проблемы и перспективы хирургического лечения язвенного колита // Колопроктология, -2018, -№4 (66). -С. 74-78.
13. Брехов Е.И. и др. Лимфотропная терапия. возможности и перспективы в клинической практике//Хирургическая практика. 2014. № 1 -с. 20-25.
14. Ватутин Н.Т. и др. Неспецифический язвенный колит //Архив внутренней медицины. – 2015. – №4 (24) –с.62-65.
15. Ватутин Н.Т. и др. Неспецифический язвенный колит //Архив внутренней медицины. – 2015. – №4 (24) –с.62-65.
16. Воробьев Г.И., Аруин Л.И., Халиф И.Л. Неспецифические воспалительные заболевания кишечника //М: Миклош. - 2018. -400С.
17. Выренков Ю.Е. и др. Комплексная NO- и лимфатическая терапия в клинической практике. – М.: Московские учебники – Си Дипресс. 2011. – 286С.
18. Главнов П.В.и др. Язвенный колит и болезнь Крона. Современное состояние проблемы этиологии, ранней диагностики и лечения (обзор литературы). //Вестник СПбГУ-2015. -Т. 1. /№4 -с 48-72.
19. Григорьева Г.А. Язвенный колит и болезнь Крона- проблема XXI века.// Вестник Смоленской государственной медицинской академии-2011, № 1- с. 12-14.
20. Давыдова Л.А. и др. Анатомия лимфатической системы: учебно-метод. Пособие. –Минск: БГМУ, 2013 -48С.
21. Денисенко В.Л. и др. Лапароскопическая гемиколэктомия в хирургическом лечении осложненного колоректального рака //Хирургия Восточная Европа. -2015. -№ 1 (13). -с. 131-136.

22. Джумабаев С.У. и др. Экспериментальное и клиническое обоснование лимфотропной антибиотикотерапии в хирургии /С.У. Джумабаев, В.М. Буянов, К.Ю. Данилов //Клиническая хирургия. - 1987. - № 1- с. 14-17.
23. Джумабаев. С.У. и др. К механизму эффекта лимфатической и лимфотропной терапии при заболеваниях органов брюшной полости // Клиническая лимфалогия. М.: Подольск, с. 54-55.
24. Донченко Е.В. и др. Причины язвенного колита и новые подходы к лечению. Взгляд Экологической медицины //Клиника экологической медицины. Санкт-Петербург, ул. Типанова, д. 6., 2018.
25. Дуброва С.Э. и др. Возможности лучевых методов в диагностике воспалительных заболеваний кишечника //Альманах клинической медицины. 2016; 44 (6): 757-769.
26. Жигалова Т.Н. и др. Проект клинических рекомендаций по диагностике и лечению язвенного колита.// Колопроктология. 2019. Т.18. №4 с. 7-36.
27. Жуков Б.Н. и др. Комплексное лечение неспецифического язвенного колита с применением эндолимфатической терапии //Новости хирургии. - 2013. -Том 20. - 2 -с.49-54.
28. Затевахин И.И.и др. Клинические рекомендации по внедрению программы ускоренного выздоровления пациентов после плановых хирургических вмешательств на ободочной кишке. //Доктор Ру. Анестезиология и реаниматология. Мед. реабилитация. – 2016. – № 1 (129). – с. 8-21.
29. Зиябаев Ш.А. Эндолимфотическая лекарственная терапия в комплексном лечении сочетанных травм органов живота и таза. // Автореф. Дисс. ... канд.мед.наук. М. 2009. 22с.
30. Ивашкин В.Т. и др. Гастроэнтерология: Национальное руководство М.: ГЭОТАР Медиа, 2008 -с 460-490.
31. Ивашкин В.Т. и др. Проект клинических рекомендаций по диагностике и лечению язвенного колита //Колопроктология. 2019, -18 (4):7-36.

32. Ивашкин В.Т. и др. Клинические рекомендации российской гастроэнтерологической ассоциации и ассоциации колопроктологов России по диагностике и лечению язвенного колита //Колопроктология. – 2017. – №1(59). – с. 6-30.
33. Ивашкин В.Т. и др. Рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации и Ассоциации колопроктологов России по диагностике и лечению больных язвенным колитом //Клинические рекомендации. 2017., Т 60, № 2 -с.7-29.
34. Ивашкин В.Т. и др. Проект клинико морфологических рекомендаций по диагностике и лечению язвенного колита //Колопроктология. 2019, -18 (4):7-36.
35. Иткин Г.П. и др, Лимфатическая система – забытая область? //Вестник трансплантологии и искусственных органов. Том XVIII. –2016, - №3 -с.145-151.
36. Каторкин С.Е. и др. Клинико-морфологические аспекты дифференциальной диагностики воспалительных заболеваний кишечника// Аспирантский Вестник Поволжья. Том 17, № 5-6(2017) -с 144-150.
37. Кашников В.Н. Результаты формирования первичных и вторичных тонкокишечных резервуаров при язвенном колите // Колопроктология. – Том 24, № 6 . – 2014. – с. 73-77.
38. Киценко Ю.Е. и др. Непосредственные результаты формирования илеорезервуара в ранние и поздние сроки после экстренных оперативных вмешательств при осложненном язвенном колите // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2018. Т.28, № 2. С.65-71.
39. Князев О.В. и др. Эпидемиология воспалительных заболеваний кишечника. Современное состояние проблемы (обзор литературы). Доказательная гастроэнтерология. 2020; 9(2):66-73.
40. Купаева В.А.и др. Особенности микробиомы кишечника при язвенном колите. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2020; (7): 78-85.

41. Ливзан М.А. и др. Неспецифический язвенный колит, генетика иммунного ответа // Клинические перспективы гастроэнтерологии, гепатологии. 2012. № 1 с. 28-33.
42. Ливзан М.А.и др. Сочетание язвенного колита и инфекционного эндокардита. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2019; (9); 101-106.
43. Лоранская И.Д. и др. Характеристика микробиоме при воспалительных заболеваниях кишечника. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2018. (5), с 104-111
44. Луговкина А.А. и др. Особенности диагностики и лечение неспецифического язвенного колита. Экспериментальная и клиническая медицина. 2019 (4): 10-16.
45. Мамедова Л.Н. Микробиоценоз кишечника при язвенном колите: клиническая оценка и возможности диагностики /Л.Н. Мамедова, Н.В. Зонова, А.А. Капустина //Сборник научных трудов Sworld по материалам международной научно-практической конференции - 2011. Т. 23,-№2 -с. 27-30.
46. Маркова А.А. и др. Современные методы диагностики ио ценки тяжести течения неспецифического язвенного колита. // Вестник Тамбоского университета. Серия: Естественные и технические науки. 2012. Т. 17. № 3. С. 915-919.
47. Мешалкина Н.Ю. Осложненные формы неспецифического язвенного колита и болезни Крона (тактика диагностики и лечения) // Автореф. Дисс....канд.мед.наук.14.00.47. 2002.
48. Миннебаев М.М. Физиология и патофизиология лимфатической системы. // Казанский медицинский журнал -2015. Том 96, -№1. –с.118-123.
49. Михайлова Т.Л. и др. Лечение язвенного колита: опыт применения метотрексата в ГНЦ колопроктологии . //Фарматека. - 2011. - № 2. - с. 47-49.

50. Мкртчян Л.С. и др. Кишечные и внекишечные проявления воспалительных заболеваний кишечника.//Медицинский вестник Юга России. - 2012,- № 1 - с. 1619.
51. Мухаметова Д.Д. и др. Оценка кишечной проницаемости у пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника. //Лечебное дело. - 2016. -№1- с.46-51.
52. Наврузов С.Н. Неспецифический язвенный колит / С.Н. Наврузов, Б.С. Наврузов // Ташкент: «Шарк». - 2008,- 464С.
53. Осикбаева С.О. и др. Лимфатическая система и ее важность для организма //Вестник КазНМУ. -2017. - №2. – с.237-240.
54. Осиков М.В. и др. Экспериментальное моделирование болезни Крона и язвенного колита //Современные проблемы науки и образования. – 2016. – № 4. - с. 54-61.
55. Степанов Ю.М. и др. Клинико-эндоскопические параллели при неспецифическом язвенном колите // Гастроэнтерология. 2019. №3].
56. Степанов Ю.М., Псарева И.В. Клинико-эндоскопические параллели при неспецифическом язвенном колите // Гастроэнтерология. 2019. №3].
57. Самохин Г.Г. и др. Роль методов клинической лимфологии в практической медицине.//Тезисы к VI съезду лимфологов России: эпоха возрождения 15–16 ноября 2017 г. – М.: 2017. – с. 52.
58. Ситкин С. и др. Возможности повышения эффективности терапии при язвенном колите // Врач. 2011, № 10, с. 42-45.
59. Смирнова О.А. и др. Язвенный колит: Современный взгляд на некоторые проблемы. Экспериментальная и клиническая медицина. 2017 (5), 4-13.
60. Совалкин, В. И. и др. Современный взгляд на патогенез и лабораторную диагностику язвенного колита (обзор литературы). // Арх. внутр. медицины. - 2017. - Т. 7, № 4. - С. 252-259.

61. Сокуренок С.И. и др. Клиническое наблюдение пациента с преобладанием дерматологических проявлений при неспецифическом язвенном колите.// Клиническая практика. 2012. № 3. С.36-41.
62. Стяжкина С.Н., Неспецифический язвенный колит (Русское издание). М., -2017. -72С.
63. Тагаева М.Х. и др. Клинико-эндоскопическое состояние и морфологические изменения верхнего отдела желудочно-кишечного тракта у больных неспецифическим язвенным колитом. //Вестник клуба панкреатологов - 2011. - №2,- с. 49-51.
64. Тарасова Д.Д. и др. Клинический случай сочетания язвенного колита и анкилозирующего спондилита. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2020; 183(11): 147-150.
65. Тертычный А.С. и др. Современные подходы к морфологической диагностике воспалительных заболеваний кишечника на материале эндоскопических биопсий. //Архив патологии- 2011. - Т. 73. - № 1. -с. 40-47.
66. Тимербулатов М.В. и др. Возможности эндоскопической хирургии язвенного колита // Эндоскопическая хирургия. - 2013,-№ 1.-вып. №2. -с. 303.
67. Ткач С.М. и др. Современные подходы к лечению легкого и среднетяжелого неспецифического язвенного колита// Гастроэнтерология. Гепатология. Колопроктология. №3 (53) 2019.
68. Ткачев А.В. и др. Воспалительные заболевания кишечника: на перекрестке проблем.// Практическая медицина - 2012. - № 58. - с. 17-22.
69. Тряпицин А.В. Неспецифический язвенный колит кишечника// Клиника высоких медицинских технологий им. Н.М. Пирогова., Санкт-Петербург, набор. Фантанки, 8, д.154., 2021.
70. Федулова Э.Н. и др. Клинический аспект морфологических критериев для прогнозирования течения язвенного колита у детей и индивидуализации лечения. //Колопроктология. - 2012. - № 2. - с. 21-29.

71. Фролов С.А. и др. Клинические рекомендации. Колопроктология: монография. –Москва: ГЕОТАР – Медиа, 2015 – 395С.
72. Халиф И.Л. и др. Опыт лечения рака толстой кишки у пациентов с язвенным колитом в ГНЦ колопроктологии. // Вестник Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования - 2012,- Т. 4,- № 3,- с. 24-28.
73. Халиф И.Л. и др. Воспалительные заболевания кишечника (неспецифический язвенный колит и болезнь Крона) клиника, диагностика и лечение. //М.- «Миклош». – 2004. - 88С.
74. Халиф И.Л. и др. Течение хронических воспалительных заболеваний кишечника и методы их лечения, применяемые в Российской Федерации (Результаты многоцентрового популяционного одномоментного наблюдательного исследования). Российский журнал гастроэнтерологии, колопроктологии. 2018; №28(3). с.54-62.
75. Харитонов А.Г. и др. Гормональная резистентность при воспалительных заболеваниях кишечника.//Альманах Клинической медицины-2016. -№ 44(6) -с.734-743.
76. Царьков П. В. и др. Тотальная колэктомия с лимфодиссекцией в объеме d3 при колоректальном раке, развившемся на фоне воспалительных заболеваний кишечника, безопасна и онкологически эффективна (исследование случай-контроль) //Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2017. Т. 27. № 6. -с. 87-95.
77. Цуркан С. И. Факторы риска часто рецидивирующего язвенного колита // Казанский медицинский журнал. - 2013. Т. 94, № 1. - С. 128–130.
78. Цыганков Б.Д. и др. Особенности восприятия боли, психоэмоциональный и вегетативный статус у пациентов с синдромом раздраженного кишечника и неспецифическим язвенным колитом //Психическое здоровье. - 2010. - № 12. - с. 3842.

79. Чашкова Е.Ю. и др. Воспалительные заболевания толстой кишки - аспекты диагностики. //Бюллетень Восточно Сибирского научного центра СО РАМН. - 2011. - № 4-2 - с. 209221.
80. Чернышева М.Б. Морфологические изменения ободочной кишки при экспериментальном алиментарном ожирении // Автореф. канд. биол. наук. Москва. «Научно-исследовательский институт морфологии человека», Москва, 2017. – 24С.
81. Черняховская Н.Е. и др. Лимфатическая терапия в практической медицине.//: МЕ Дпресс-информ., 2011. – 136С.
82. Шапина М.В.и др. Особенности течения язвенного колита на фоне терапии инфликсимабом //Фарматска. 2015; №15, с.40-43.
83. Шаплов Д.С. Рентгеносемиотика воспалительных заболеваний кишечника (неспецифический язвенный колит, болезнь Крона) у детей. Литературный обзор. // Вестник Российского научного центра рентгенорадиологии Федерального агентства по высокотехнологичной медицинской помощи. - 2010. - Т. 1,- № 10 -с.11.
84. Шарапова Л.П. и др. Клинический случай наблюдения пациентки с язвенным колитом, осложненным гнойным парапроктитом. // Вестник Южно-Уральского государственного университета. Серия: Образование, здравоохранение, физическая культура. - 2011,- № 7 (224). - с. 79-80.
85. Шерматов, Р.М. Адаптивные изменение микрофлоры содержимого желудка после тотальной колэктомии [Текст] //Актуальные научные исследования в современном мире. -2014. - № 7. - С. 64-65.
86. Эгамов Ю.С. и др. Значение лимфообращения в брыжейке кишечника для лимфотропной терапии при язвенном колите //Проблемы биологии и медицины. -2020. №4. Том.120 -с.132-137.
87. Эгамов Ю.С., Рузиев А.Э., Хайдаров С.А. Эндомезентериальнаялимфотропная терапия как метод предупреждений осложнение в комплексном лечении неспецифического язвенного колита в

послеоперационном периоде //Журнал новый день в медицине. -2022. №1. –с. 69-74.

88. Эгамов Ю.С. и др. Значение эндомезентериальной лимфатической терапии в комплексном лечении неспецифического язвенного колита в послеоперационном периоде //ЖурналПроблемы биологии и медицины. - 2019, -№3 (111). –С.163-167.

89. Эмирасланов Ф.Л. Эндолимфатическая антибиотико - и иммунокорректирующая терапия в профилактике послеоперационных осложнений при неспецифических заболеваниях толстой кишки. // Дисс. ... канд. мед. наук. - Москва. - 2007. - 157С.

90. Ярема И.В. Метод лекарственного насыщения лимфатической системы //Хирургия. - 1999,-№ 1. -с. 14-16.

91. Ahmad R. et al. Targeted colonic claudin-2 expression renders resistance to epithelial injury, induces immune suppression, and protects from colitis // Mucosal Immunol. – 2014. – №7(6) – p.1340-1353.

92. Bennett K.M. et al.Induction of Colonic M Cells during Intestinal Inflammation // Am J Pathol. – 2016. – №186(5). – p.1166-1179.

93. Beringer A. et al. IL-17 in Chronic Inflammation: From Discovery to Targeting // Trends Mol Med. – 2016. – №22(3). – p.230-241.

94. Blackwell I. et al. The impact of smoking and smoking cessation on disease outcomes in ulcerative colitis: a nationwide population-based study. Aliment pharmacol Ther.2019; 50 (5): 556-567.

95. Brant, S.R. et al. Genome-Wide Association Study Identifies African-Specific Susceptibility Loci in African Americans With Inflammatory Bowel Disease. // Gastroenterology. - 2017. - Jan., Vol. 152(1). - P. 206-217.e2. doi: 10.1053/j. gastro. 2016.09.032.

96. Brighenti S. et al. Regulation of Immunity to Tuberculosis // Microbiol. Spectr. – 2016. – №4 (6).

97. Brubaker S.W. et al. Innate immune pattern recognition: a cell biological perspective //Annu Rev Immunol. – 2015. – №33. – p.257-290.
98. Bulgakov S.A. et al. Comorbid inflammatory Diseases of Digestive System and Eye. Ophthalmology in Russia.2021; 18 (1): 20-29.
99. Burger D. et al. Conventional medical management of inflammatory bowel disease. //Gastroenterology. - № 140 (2011), 6.-pP. 1827-1837.
100. Caprioli F. et al. Disruption of inflammatory signals by cytokine- targeted therapies for inflammatory bowel diseases. //British Journal of Pharmacology - № 165 (2012), 4 - p.820-828.
101. Chaparro M. Advances in the management of ulcerative colitis presented at Digestive Disease Week 2011 /M. Chaparro //Gastroenterologia y Hepatologia - № 34 (2011), SUPPL. 2 -pP. 52-59.
102. Cioffi M. et al. Laboratory markers in ulcerative colitis: Current insights and future advances //World J Gastrointest Pathophysiol. – 2015. – №6(1). – p.13-22.
103. Coskun M. Intestinal epithelium in inflammatory bowel disease //Front Med (Lausanne). – 2014. – №1. – p.24.
104. D’Haens G. Sistematic review: second-generation vs. convencional corticosteroids for induction of remission in ulcerative colitis. Aliment Pharmacol Ther. 2016; 44:1018-1029.
105. De Lange K.M. et al. Understanding inflammatory bowel disease via immunogenetics //Autoimmun. -2015/-vol.64/№1 -p.91-100.
106. D’Haens, G.R. et al. Randomised non-inferiority trial: 1600 mg versus 400 mg tablets of mesalazine for the treatment of mild-to-moderate ulcerative colitis. // Aliment Pharmacol. Ther. - 2017. - Aug., Vol. 46(3). - P. 292-302. doi: 10.1111/apt.14164.
107. Dignass A.U. et al. European consensus on the diagnosis and management of iron deficiency and anaemia in inflammatory bowel diseases. J. Crohns Colitis. 2015; 9:211-22.

108. Edwards M. et al. Our Environment Shapes Us: The Importance of Environment and Sex Differences in Regulation of Autoantibody Production // Front Immunol. – 2018. – №9(8). – p.478.
109. Feagan BG, et al. Once daily oral mesalamine compared to conventional dosing for induction and maintenance of remission in ulcerative colitis: a systematic review and meta-analysis. Inflammatory bowel diseases. 2012; 18:1785-94.
110. Fiorino G. et al. Biological therapy for ulcerative colitis: What is after anti-TNF. //Current Drug Targets - 2011. № 12, 10. -p.1433-1439.
111. Foo Y.Z. et al. The effects of sex hormones on immune function: a meta-analysis //Biol Rev CambPhilos Soc. – 2017. – №92(1). – p.551-571.
112. Ford AC, et al. Efficacy of oral vs. topical, or combined oral and topical 5-aminosalicylates, in Ulcerative Colitis: systematic review and metaanalysis. The American journal of gastroenterology. 2012; 107:167-76.
113. Garlanda C. et al. The interleukin-1 family: back to the future //Immunity. – 2013. – №39(6). –p.1003-1018.
114. Gecse KBI. et al. Ulcerativproctitis: an update on the pharmacotherapy and management. ExperiOpinPharmacother. 2014;15(11):1565-73.
115. Geremia A. et al. Innate and adaptive immunity in inflammatory bowel disease // Autoimmun Rev. – 2014. – №13(1). – p.3-10.
116. Hosseini, S.V. et al. Developing a novel risk-scoring system for predicting relapse in patients with ulcerative colitis: A prospective cohort study [Text].// Pak. J. Med. Sci. - 2015. - N 31(6). - P. 15111516.
117. Ivashkin V.T. et al. NovajaKoronavirusnainfekciya (Covid -19) (New coronavirus infection (Covid -19) and digestive system). Rossijskijzhurnalkoloproktologii (The Russian Journal of Gastroenterology, Hepatology, Coloproctology). 2020; 30 (3): 7-13.
118. Jacob, V. et al. Single Delivery of High-Diversity Fecal Microbiota Preparation by Colonoscopy Is Safe and Effective in Increasing Microbial

Diversity in Active Ulcerative Colitis [Text] // Inflamm. Bowel Dis. - 2017. - Jun., Vol. 23(6). - P. 903-911. doi: 10.1097/MIB.0000000000001132.

119. Kaplan G.G. et al. Decreasing colectomy rates for ulcerative colitis: a population – based time trend study //Am. J. Gastroenterol. -2012. - №107. – p.1879-1887.

120. Ker Kan Tan. et al. Assessment of Age in Ulcerative Colitis Patients with Ileal Pouch Creation – An Evaluation of Outcomes //Ann. Acad. Med. Singapore. – 2015. -№44. –p. 92-7.

121. Kiesler P. et al. Experimental Models of Inflammatory Bowel Diseases // Cell Mol Gastroenterol Hepatol. – 2015. – №1(2). – p.154-170.

122. Kim D.H. et al. Pathogenesis of Inflammatory Bowel Disease and Recent Advances in Biologic Therapies // Immune Netw. –2017. – №17(1). – P.25-40.

123. Kotze P.G. et al. Review of the epidemiology and burden of ulcerative colitis in Latin America. TherAdvGastroenterol. 2020; 13:1-14.

124. Lin WC, et al. Effectiveness of sigmoidoscopy for assessing ulcerative colitis disease activity and therapeutic response. Medicine (Baltimore). 2019 May;98(21):e15748.

125. Lukas M. Aetiology and pathogenesis of ulcerative colitis. Still more questions than clear answers / M. Lukas, M. Bortlik //Ceska a SlovenskaGastroenterologie a Hepatologie. - № 65 (2011), 2 -p. 56-64.

126. Mao, E.J. et al. Systematic review with meta-analysis: comparative efficacy of immunosuppressants and biologics for reducing hospitalisation and surgery in Crohn's disease and ulcerative colitis [Text] // Aliment Pharmacol. Ther. - 2017. - Jan., Vol. 45(1). - P. 3-13. doi: 10.1111/apt. 13847.

127. Marchal J. et al. Environment and epidemiology of inflammatory bowel disease/ In: Inflammatory bowel diseases //Eds. Safsangi I., Sutherland L., Churchill-Livingstone. 2003: 17-28.

128. Moutinho, B.D. et al. Fecal microbiota transplantation in refractory ulcerative colitis - a case report [Text] // J. Int. Med. Res. - 2019. - Feb., Vol. 47 (2). - P. 1072-1079. doi: 10.1177/0300060518821790.

129. Ng. S.C. et al. Worldwide incidence and prevalence of inflammatory bowel disease in the 21st century: a systematic review of population – based studies //Lancet. -2017.-vol., 390, № 10114.-p.2769-2778.
130. Nguyen NH, et al. Comparative efficacy and tolerability of pharmacological agents for management of mild to moderate ulcerative colitis: a systematic review and network meta-analysis. Lancet Gastroenterol Hepatol. 2018 Nov;3(11):742-753.
131. Paul W.E. History of interleukin-4 // Cytokine. – 2015. – №75(1). – P.3-7.
132. Pedros C. et al. Disrupted regulatory T cell homeostasis in inflammatory bowel diseases // World J. Gastroenterol. – 2016. – №22(3). – p.974-995.
133. Petersson J. et al. Importance and regulation of the colonic mucus barrier in a mouse model of colitis.// American Journal of Physiology - Gastrointestinal and Liver Physiology.- № 300 (2011), 2,- P. G327-G333.
134. Pozza A. et al. Colonic carcinogenesis in IBD: Molecular events. //Annali Italiani di Chirurgia. - № 82 (2011), 1- p. 19-28.
135. Ross H. et al. Practice Parameters for the Surgical Treatment of Ulcerative Colitis//Diseases of the Colon & Rectum. -2014. -№57(1). –P/ 5-22.
136. Roved J., Westerdahl H., Hasselquist D. Sex differences in immune responses: Hormonal effects, antagonistic selection, and evolutionary consequences // HormBehav. – 2017. – №88. – P.95-105.
137. Ryan, D.P. Surgical options in the treatment of ulcerative colitis [Text] / D.R. Ryan, D.P. Doody //Semin. Pediatr. Surg. - 2017. - Dec., Vol. 26(6). - P. 379383. doi: 10.1053 /j. semped surg.2017.10.001.
138. Sampietro G.M. et al. Totally laparoscopic, multi-stage, restorative proctocolectomy for inflammatory bowel diseases. A prospective study on safety, efficacy and long-term results. //Dig Liver Dis. – 2018 May 21. – pii. – p. S1590-8658(18)30753-9. Sampietro G.M., 2018.
139. Sandborn, W.J. et al. Tofacitinib as Induction and Maintenance Therapy for Ulcerative Colitis [Text] // N. Engl. J. Med. - 2017. - May 4, Vol. 376(18). - P. 1723-1736. doi: 10.1056/NEJMoa1606910.

140. Sankaran-Walters S., et al. Sex differences matter in the gut: effect on mucosal immune activation and inflammation //Biol. Sex Differ. – 2013. – №4(10). – p.1-12.
141. Seah, D. et al. Review article: the practical management of acute severe ulcerative colitis// Aliment. Pharmacol. Ther. - 2016. - Feb., Vol. 43(4). - P. 482-513.
142. Shah A. et al. Systematic Review with meta – analysis: the prevalence of small intestinal bacterial overgrowth in inflammatory bowel disease. Aliment Pharmacol Ther.2019; 49 (6): 624-635.
143. Sun L. et al. Interleukin 12 (IL-12) family cytokines: Role in immune pathogenesis and treatment of CNS autoimmune disease //Cytokine. – 2015. – №75(2). –p.249-255.
144. Tamsin Gledhill, Keith Bodger. New and emerging treatments for ulcerative colitis: a focus on vedolizumab //Biologics. 2013. Vol. 7. P. 123–130.
145. Truelove S.C. Ulcerative colitis. Witts //Brit, med. J.- 1955 -v. 2 -p. 1041.
146. Verdier J. et al. Compartmentalized expression of Th1 and Th17 cytokines in pediatric inflammatory bowel diseases. //Inflammatory Bowel Diseases - №18(2012), 7.- p. 1260-1266.
147. Yarlas, A. et al. Health-Related Quality of Life and Work-Related Outcomes for Patients With Mild-to-Moderate Ulcerative Colitis and Remission Status Following Short-Term and Long-Term Treatment With Multimatrix Mesalamine: A Prospective, Open-Label Study.// Inflamm. Bowel Dis. - 2018. - Jan. 18, Vol. 24(2). - P. 450-463. doi: 10.1093/ibd/izz041.
148. Yoon JY, et al. Correlations of C-reactive protein levels and erythrocyte sedimentation rates with endoscopic activity indices in patients with ulcerative colitis. Dig Dis Sci. 2014 Apr; 59(4):829-37.
149. Zhang Y.Z. et al.Inflammatory bowel disease: pathogenesis //World J. Gastroenteral -2014. -vol.20, №1.-p.91-99.

150. Roved J. et al. Sex differences in immune responses: Hormonal effects, antagonistic selection, and evolutionary consequences // HormBehav. – 2017. – №88. – P.95-105.

151.