

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
БУХОРО ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ**

Абдуллаева Умида Курбановна

**ЯРАЛИ КОЛИТ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БЕМОРЛАРДА
ОЗИҚЛАНИШ СТАТУСИНИНГ ЎЗГАРИШЛАРИ**

(монография)

Бухоро - 2025

Монографияда ярали колит билан касалланган беморларда яллиғланиш фаоллигининг клиник-асбобий баҳолаш кўрсаткичлари бўйича базис терапия негизида мақсадли TGF- β ₂ терапияси самарадорлиги ўрганилган, жумладан: енгил ва ўрта оғир даражадаги нутритив етишмовчилик устунлиги аниқланган, ярали колитнинг сурункали узлуксиз кечиш турида, шунингдек касаллик оғирлик, фаоллик даражаси, давомийлиги ошган сари нутритив статус кўрсаткичлари ва TGF- β ₂ пасайиб бориши, яллиғланиш маркерларининг ошиб бориши исботланган; ярали колитли беморларни базис даволаш жараёнида глюкокортикостероидларни қўллашга чекловчи омиллар бўлганда ва уларни қўллаганда ножўя таъсирлар кузатилганда унинг ўрнига 5-аминосалицил кислота дори воситалари билан бирга TGF- β ₂ сақловчи нутритив аралашмани тавсия этиш имконияти асосланган; TGF- β ₂ сақловчи нутритив аралашманинг базис даволаш билан биргаликда қўлланилиши ярали колитли беморларда нафақат нутритив статуснинг тикланиши, балки яллиғланиш цитокинлари фаоллигини чеклаши хисобига патогенетик даволаш ҳамда реабилитация имконияти исботланган.

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

Тақризчилар:

Бухоро давлат тиббиёт институти ички касалликлар пропидевтикаси кафедраси мудири, т.ф.д., доцент **Ф.Э. Нурбоев**

Тошкент давлат тиббиёт университети реабилитация, халқ табobati ва жисмоний тарбия кафедраси профессори, т.ф.д. **Г.Н. Собирова**

В монографии изучена эффективность таргетной терапии TGF- β 2 на основе базисной терапии у больных язвенным колитом по показателям клинико-инструментальной оценки активности воспаления. Установлено, что среди пациентов с язвенным колитом преобладают случаи легкой и среднетяжелой степени нутритивной недостаточности. Доказано, что при хроническом непрерывном течении язвенного колита, а также по мере увеличения тяжести заболевания, степени активности и длительности снижаются показатели нутритивного статуса и уровень TGF- β 2, при этом повышаются маркеры воспаления. Обоснована возможность назначения нутритивной смеси, содержащей TGF- β 2, в сочетании с препаратами 5-аминосалициловой кислоты в процессе базисной терапии больных язвенным колитом при наличии ограничивающих факторов на применение глюкокортикостероидов и побочных эффектов при их применении. Доказана возможность патогенетической терапии и реабилитации больных язвенным колитом при применении нутритивной смеси, содержащей TGF- β 2, в сочетании с базисной терапией за счет восстановления не только нутритивного статуса, но и ограничения активности провоспалительных цитокинов.

The monograph examines the effectiveness of targeted TGF- β 2 therapy in combination with standard treatment for patients with ulcerative colitis, based on clinical and instrumental assessment of inflammation activity. It has been established that among patients with ulcerative colitis, cases of mild and moderate nutritional deficiency are prevalent. The study demonstrates that in chronic continuous ulcerative colitis, as well as with increasing disease severity, activity level, and duration, both nutritional status indicators and TGF- β 2 levels decrease, while inflammatory markers increase. The research substantiates the potential use of a nutritional mixture containing TGF- β 2 in combination with 5-aminosalicylic acid preparations as part of the standard therapy for ulcerative colitis patients, particularly when there are limiting factors or side effects associated with glucocorticosteroid use. The study proves the feasibility of pathogenetic therapy and rehabilitation for ulcerative colitis patients using a nutritional mixture containing TGF- β 2 alongside standard therapy, as it not only restores nutritional status but also limits the activity of pro-inflammatory cytokines.

МУНДАРИЖА

ҚИСҚАРТМАЛАР РЎЙХАТИ.....	6
КИРИШ	Ошибка! Закладка не определена.
I БОБ. АДАБИЁТЛАР ШАРҲИ. ЯРАЛИ КОЛИТ ТЎҒРИСИДАГИ ЗАМОНАВИЙ ҚАРАШЛАР	8
§1.1. Ярали колит эпидемиологияси ва хавф омиллари	8
§1.2. Ярали колит клиник хусусиятлари, фаоллик даражалари ва ташхисоти.....	12
§1.3. Ярали колит даволаш тамойиллари	25
§1.4. Ярали колитда нутритив ҳолат бузилишлар сабаблари ва клиник жиҳатлари	30
§1.5. Ярали колитда нутритив ҳолат бузилишларини баҳолаш ва нутритив терапия	32
II БОБ. ТАДҚИҚОТ КЛИНИК МАТЕРИАЛИ ВА УСУЛЛАРИ.....	44
§2.1. Ярали колит билан касалланган беморлар клиник тавсифи.....	44
§2.2. Нутритив ҳолатни аниқлаш усуллари.....	45
2.2.1. Антропометрик кўрсаткичлар таҳлили	45
2.2.2. Биоимпеданс таҳлили	46
§2.3. Тадқиқотда қўлланилган умумклиник ва биокимёвий таҳлил усуллари тавсифи.....	47
§2.4. Тадқиқотда қўлланилган эндоскопик текширув усули тавсифи	47
§2.5. Қўлланилган даволаш тавсифи.....	49
§2.6. Олинган натижаларнинг статистик ишлови	49
III БОБ. ЯРАЛИ КОЛИТ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БЕМОРЛАРДА НУТРИТИВ СТАТУС ТАҲЛИЛ НАТИЖАЛАРИ.....	51
§3.1. Ярали колит билан касалланган беморларда антропометрия, NRI ва биоимпедансометрия таҳлил натижалари	51
IV БОБ. ЯРАЛИ КОЛИТ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БЕМОРЛАРДА ДАВОЛАШДАН КЕЙИНГИ НАТИЖАЛАР	65
§4.1. Ярали колит билан касалланган беморларда даволашдан кейинги умумклиник текширув натижалари	65
§4.2. Ярали колит билан касалланган беморларда нутритив статус таҳлил натижалари.....	67
§4.3. Ярали колит билан касалланган беморларда даволашдан кейинги умумклиник ва биокимёвий таҳлил натижалари.....	70

ХУЛОСАЛАР	Ошибка! Закладка не определена.
ФОЙДАНИЛГАН АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ	75

ҚИСҚАРТМАЛАР РҲЙХАТИ

5-АСК	– 5-аминосалицил кислота
БА	– бел айланаси
БДВ	– биологик дори воситалар
БСХ	– бирламчи склерозланувчи холангит
ДЎТК	– Диффуз ўлчанган тасвирли колонография
ЕА	– елка айланаси
ЗОО	– зонд орқали озиқлантириш
ИЛ	– интерлейкин
ИТБ	– ичакдан ташқари белгилар
ИЯК	– ичак яллиғланиш касалликлари
ЙИКЭ	– Йўғон ичак капсулали эндоскопияси
КК	– Крон касаллиги
КТ	– компьютер томография
МРТ	– магнит-резонанс томография
ОИЙ	– ошқозон ичак йўли
ОТВ	– ортиқча тана вазни
ПО	– Парентерал озиқлантириш
РБО	– ретинол боғловчи оқсил
СБЯҚДВ	– стероид бўлмаган яллиғланишга қарши дори воситалар
СРО	– С-реактив оқсил
ТБҚ	– тери бурмалари қалинлиги
ТВИ	– тана вазни индекси
ТТР	– транстиретин
УБМУБК	– уч бошли мушак устидаги бурма қалинлиги
УҚТ	– умумий қон таҳлили
ЎОДЯК	– Ўткир оғир даражали ярали колит
ЎТК	– ўт тош касаллиги
УТТ	– ультратовуш текшируви

ФБ	– фазали бурчак
ҲЯК	– ҳақиқатга яқинлилик коэффиценти
ЭГДС	– эзофагогастродуоденоскопия
ЭО	– энтерал озиқлантириш
ЭЧТ	– эритроцитлар чўкиш тезлиги
ЮҚС	– юрак қисқаришлар сони
ЯК	– Ярали колит
AGC	– АҚШ гастроэнтерология коллежи
ANCA	– антинейтрофил цитоплазматик антитаналар
ASCA	– <i>Saccharomyces cerevisiae</i> га қарши антитана
DEXA	– 2 томонлама рентген абсорбтиометрия
ECCO	– колит бўйича Европа ташкилоти
GWAS	– Умумий геном уюшмавий тадқиқот
IGF	– инсулинга ўхшаш ўсиш омили
INA	– Тез овқатланишни баҳолаш
LAW	– лимфоцит, албумин, оғирлик
MNA	– Овқатланишни минимал баҳолаш
MUST	– Кам овқатланиш скрининг универсал сўровномаси
NOBEC	– тана электрик ўтказувчанлиги
NRS	– Нутритив хавф скрининги
p-ANCA	– перинуклеар антинейтрофил цитоплазматик антитана
SGA	– Субъектив глобал баҳолаш
TGF-β2	– яллиғланишга қарши ўсиш омили
TNF	– Ўсма некрози омили

ЯРАЛИ КОЛИТ ТЎҒРИСИДАГИ ЗАМОНАВИЙ ҚАРАШЛАР

I БОБ. АДАБИЁТЛАР ШАРҲИ. ЯРАЛИ КОЛИТ ТЎҒРИСИДАГИ ЗАМОНАВИЙ ҚАРАШЛАР

§1.1. Ярали колит эпидемиологияси ва хавф омиллари

Ярали колит (ЯК) – йўғон ичакнинг сурункали, сабаби аниқ бўлмаган яллиғланиши бўлиб, шиллиқ қаватнинг узлуксиз юзаки яллиғланиши ҳамда тўғри ичакдан йўғон ичакнинг юқори қисмларигача турли даражада тарқаладиган касаллигидир. ЯК рецидивланувчи ва ремиттирловчи кечиш хусусиятига эга [194; 5А-36А-б.]. ЯКнинг фарқланувчи белгилари ўз ичига пешобга чақирув ва ахлат чиқишига чақирув билан биргаликда келувчи қонли ич кетишини олади. ЯК этиологияси мунозара остида қолаётганига қарамасдан, асосида аутоиммун жараён ётишини кўпгина маълумотлар исботлаб бермоқда [86; 97-101-б., 112; 6137-6146-б.]. Кўпгина беморларда бир қанча аутоиммун бузилишлар билан умумий ўхшашликлари мавжуд аъзоларнинг зарарланишини жараёнга жалб этилиши каби ЯКнинг ичакдан ташқари белгилари (ИТБ) кузатилади. АҚШда ЯК билан боғлиқ ҳар йиллик харажатлар 8,1-14,9 млрд. доллар билан баҳоланади [73; 693-707-б.].

ЯК илк маротаба Samuel Wilks томонидан 1859 йилда тасвирланган. Дунёда Крон касаллиги (КК) га қараганда ЯК кўпроқ учрайди [5; 6-10-б.]. ЯК саноати ривожланган давлатларда кенг тарқалган бўлиб, Осиёда касалланиш тобора ортмоқда [7; 50-54-б., 200; 1562-1567-б.]. Буюк Британияда ўтказилган истиқболли тадқиқотлар Жанубий Осиёдан Буюк Британияга келиб қолган иммигрантларнинг иккинчи авлодида ЯК билан касалланиш Европа аҳолисига қараганда кўпроқ эканлигини кўрсатди (йилига 100.000 аҳолига 17,2 ва 7 касалланиш) [9; 62-65-б., 13; 145-149-б.]. Бутун дунё бўйича ЯК билан касалланиш ҳамда касаллик тарқалиши йилига 100.000 аҳолига мос равишда 1,2-20,3 ҳамда 7,6-245 ҳолатни ташкил қилади [14; 1-22-б., 84; 1713-1725-б., 137; 254-261-б., 193; 857-863-б.]. Турли тадқиқотлар этник ва ирқий

фарқлар наслий фарқлардан кўра кўпинча атроф-муҳит таъсири, овқатланиш одатлари ва ҳаёт тарзи билан боғлиқлигини кўрсатди. Аҳолида ўтказилган тадқиқотлар ЯКда жинсий фарқлар йўқлигини аниқлаб берди [15; 34-37-б.]. ЯК билан касалланиш 2 ёш даврлилиқ хусусиятига эга бўлиб, касалланиш биринчи чўққиси инсонлар ҳаётининг иккинчи ёки учинчи ўн йиллиги ҳамда иккинчи чўққиси 50 ёшдан 80 ёшгача бўлган вақтга тўғри келади [89; 991-1030-б.].

ЯК эпидемиологиясининг ўзига хос хусусияти охириги йилларда меҳнатга лаёқатли ёшдаги ёшлар орасида ушбу касалликнинг тарқалиши бўлиб ҳисобланади [8; 1-25-б., 10; 432-б., 38; 161-б., 44; 17-22-б., 49; 54-62-б., 52; 27-33-б., 77; 1785-1794-б., 80; 357-362-б., 173; 22-28-б.]. Европа тадқиқотлари ярали колитнинг беморлар ҳаёт сифати ва даражаси, уларнинг иш билан машғуллиги, атрофдагилар билан муносабатига таъсирини тасвирлаб берган. Дунё бўйича 20%дан ортиқ беморлар ўз ишларида ҳожатга тез-тез чиқиш ёки ахлат йиғувчига эҳтиёжлари билан боғлиқ муаммоларга дуч келишади [12; 85-89-б., 29; 104-104а-б.]. Касалликка кеч ташхис қўйиш, касалликнинг оғир ва асоратли шакллари унинг юқори леталлигини билдиради [31; 18-29-б., 48; 1-50-б., 54; 56-59-б.].

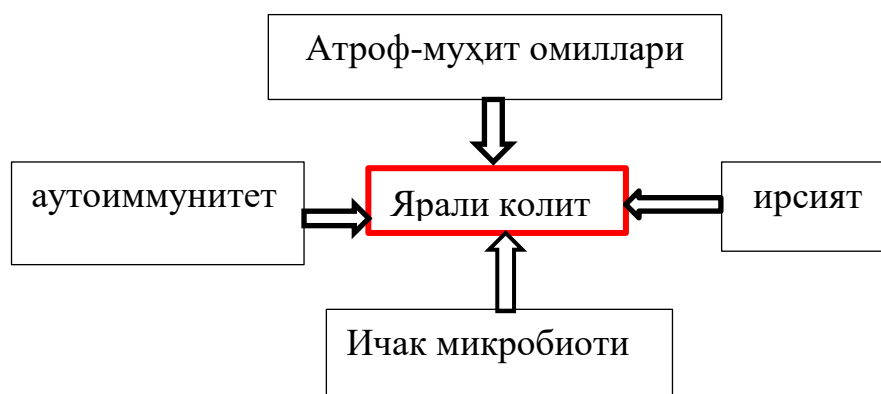
Ярали колит хавф омиллари

1. Ёш ва жинс: ЯК билан касалланиш 2 ёш даврлилиқ хусусиятига эга бўлиб, касалланиш биринчи чўққиси инсонлар ҳаётининг иккинчи ёки учинчи ўн йиллиги ҳамда иккинчи чўққиси 50 ёшдан 80 ёшгача бўлган вақтга тўғри келади [16; 58-65-б.]. Ярали колит билан касалланишда жинслар ўртасидаги фарқ топилмаган бўлса-да, баъзи тадқиқотлар эркакларда ушбу касаллик кўпроқ учрашини кўрсатган [17; 10-44-б.].

2. Ирқ ва этник келиб чиқиш: ичак яллиғланиш касалликлари (ИЯК) билан касалланиш яҳудий бўлмаган аҳолига қараганда яҳудийларда 3 марта кўпроқ учрайди. Яҳудий аҳоли орасида яҳудий-ашкеназларларда сефардларга, америкалик ва европалик яҳудийларга қараганда касаллик

тарқалиши кўпроқ [116; 1399-б., 123; 1424-1429-б., 145; 1105-1122-б., 18; 1-48-б.]. Дастлабки тадқиқотлар афроамерикалик ва испан тилида гаплашадиган этник гуруҳларда ИЯК тарқалиши жуда камлигини кўрсатган, аммо яқинда ўтказилган тадқиқотлар шуни кўрсатадики, оқ ва оқ бўлмаган аҳоли орасида касалланишдаги фарқлар мос фенотипларда олдинги тадқиқотларга қараганда камроқ эканлиги аниқланган [19; 63-68-б.].

3. Ирсият: 8-14% ЯК билан беморларда оилавий анамнезида ИЯК, айниқса ЯК кўпроқ учраши аниқланган (1.1-расм).



1.1-расм. Ярали колитнинг энг муҳим хавф омиллари

Беморнинг биринчи даражали яқин қариндошларида пробанд-яхудий бўлмаганларга қараганда (1,6%) пробанд-яхудийларда ЯК ривожланиш нисбий хавфи 4,5% деб баҳоланган [19; 63-64-б.]. Эгизакларда ўтказилган тадқиқотлар шуни кўрсатадики, монозиготали эгизакларда ушбу хавф 156% ва дизиготали эгизакларда 4% ни ташкил қилган [113; 3668-б.]. Баъзи тадқиқотларда ЯК клиник кечишининг генетик башоратчиларини аниқлашга ҳаракат қилинган. Умумий геном уюшмавий тадқиқот (GWAS)га асосан, TNFSF15 (TL1A) локуси ЯК оғир кечиш хавфини ошириши аниқланган. Бошқа тадқиқотлар эса H1B, ABCB1/MDR17, HSP708 и HLA-DR29 генларидаги полиморфизмлар ЯК оғир кечиш башоратчилари эканлигини тасвирлаган [127; 2311-2316-б.].

4. Чекиш: Harries ва ҳаммуал. биринчи бўлиб ЯК билан чекиш ўртасидаги боғлиқликни тасвирлаб беришган [20; 1-48-б.]. ККдан фарқли ўлароқ, фаол кечаётган ЯК билан фаол чекиш ўртасида кучли қайтар алоқа

мавжуд [103; 20-57-б., 143; 1462-1471-б.]. Истикболли тадқиқотларда чекишни ташлагандан 2-5 йилдан сўнг ЯК ривожланиш хавфи ортган ҳамда 20 йил давомида юқори даражада сақланиб қолганлиги аниқланган [116; 1399-б.]. Тадқиқотлар шуни кўрсатадики, ҳозирги кунда чекиш касалликнинг кечроқ бошланиш ёши, касалликнинг нисбатан яхшироқ кечиши, иммуносупрессияга ва жарроҳлик аралашувига камроқ эҳтиёжи билан боғлиқдир [21; 474-481-б., 130; 6134-б.]. Бироқ никотинни алмаштириш касаллик фаоллигини пасайтириши аниқланмаган [22; 44-48-б., 63; 1496-1501-б.].

5. Парҳез: ИЯК ривожланиши овқат антигенларига бўлган иммунологик реакция натижасида келиб чиқиши ҳақида тахминлар қилинади. Ғарб таомланиш стили (турли зиралар билан ишлов берилган гўшт, қайта ишлов берилган углеводлар ва бошқалар) ИЯК ривожланиш хавфини оширади [23; 93-98-б.]. Ёшлигидан сигир сути оқсилга юқори сезгирлик назорат гуруҳига қараганда ЯК тахминий сабаби эканлиги айтилган (мос равишда 3% ва 21%) [40; 273-281-б.]. Шунингдек овқат билан бирга умумий ёғларнинг, ҳайвон ёғларининг ва тўйинмаган ёғ кислоталарининг ортиқча қабул қилиниши ЯК билан касалланиш хавфини оширади [24; 74-81-б.].

6. Ичак микробиоти: бир қанча эпидемиологик тадқиқотлар ИЯКда ичак микробиотининг дисбактериози касалликка олиб келиш эҳтимоллигини кўрсатади. Дисбактериоз бактериал омилларга бўлган иммун жавоб бошқарилишининг бузилишига олиб келувчи комменсал бактериялар популяцияси таркибининг ўзгариши сифатида таърифланади. Бундай ўзгаришлар ЯКга қараганда кўпинча ККда кузатилади. Соғлом ака-ука ва опа-сингилларда ичак шиллиқ қавати транскрипцияси ёки уларнинг соғлом эгизакларида бактериал ген намоён бўлиши билан ушбу касаллик кўпроқ боғланган, бу эса ИЯКда шиллиқ қават ва ичак микробиоти ўртасидаги боғлиқлик бузилганлигини белгилайди [135; 227-236-б.]. Бундан ташқари, бактериал дисбактериозга боғлиқ бўлмаган ҳолда, *Caudovirales* оиласига

мансуб бактериофаглар экспансияси билан ЯКда ичак вирамида бузилишлар ҳақида маълумотлар мавжуд [157; 447-460-б.].

7. Аппендэктомия: Чекишга ўхшаб, аппендэктомия ҳам ЯК ва ККга турли таъсир кўрсатади. Йирик когорт тадқиқотларга асосан 20 ёшгача яллиғланиш туфайли (аппендицит ёки мезентериал лимфаденит) аппендэктомия ўтказган беморларда ЯК ривожланиш хавфи паст [25; 1852-1857-б.]. Бунга қарама-қарши равишда КК ривожланиш хавфи аппендэктомиядан кейин ортган [43; 73-84-б.]. ЯК билан касалланган аппендэктомия бўлган беморларда касалликнинг нисбатан енгил кечиши, қайта қўзишларнинг кам учраши, иммуносупрессияга эҳтиёжнинг камайиши билан бирга келган, аммо колэктомия хавфига аниқ таъсир кўрсатмаган [26; 44-46-б., 107; 545-553-б., 174; S72–S74-б.].

§1.2. Ярали колит клиник хусусиятлари, фаоллик даражалари ва ташхисоти

ЯК шиллиқ аралаш ёки шиллиқсиз қонли ич кетиш, сийишга чақирув, тенезмлар ва дефекациядан кейин ўтиб кетадиган қоринда турли оғирлик даражасидаги оғриқларни ўз ичига олади [27; 891-900-б.]. Кўпчилик беморларда қабзият кузатилиши ҳам эътиборга молик [27; 891-900-б., 56; 1-22-б.]. Ford et al. маълум қиладиларки, камқонлик, охирги 1 йил давомида 5 кг ва ундан ортиқ вазн йўқотилиши ва кунига 4 мартадан ортиқ ич келиши каби белгиларнинг биргаликда учраши ЯКга ташхис қўйилиши учун мусбат ҳақиқатга яқинлилик коэффиценти (ХЯК) 14,6ни ташкил қилган; бир вақтнинг ўзида, фақатгина камқонлик ва кунига 4 марта ва ундан ортиқ ич келиши биргаликда кузатилса ХЯК 7,87ни ташкил қилган [101; 716-724-б.]. Одатдагидек касаллик белгилари вақти-вақти билан хуружлар кўринишида, баъзан тезлашуви билан ва баъзида жиддий тус олиб касалхонага ётқизирилишни талаб қилиш даражасигача бориши мумкин [102; 343-356-б.]. ЯКда кенг тарқалган лаборатор белгиларга анемия, тромбоцитоз, гипоальбуминемия ва қадахсимон ҳужайраларга қарши антитаналар ҳамда

антинейтрофил цитоплазматик антитаналар (ANCA) пайдо бўлиши киради [75; 463-466-б.]. Касаллик ташхиси эндоскопияда ва биопсияда клиник ва гистологик натижаларга боғлиқ. Баъзи ҳолатларда ЯКнинг КК билан фарқлашда қийинчилик туғдириши мумкин [156; 1670-1689-б.].

ЯК кўпинча ошқозон ичак йўли (ОИЙ) бошқа касалликлари билан бирга келиши мумкин. Баъзи тадқиқотларда ЯК нинг *Helicobacter pylori* билан ёки ўчоқли гастрит билан боғлиқлиги тасвирланган [28; 1-21-б., 139; 276-282-б., 142; 100851-б.]. ЯКнинг хавfli асорати токсик мегаколон бўлиб, бунда маҳаллий яллиғланиш жараёни жиддий бўлиб, йўғон ичак асаб-мушак функцияси бузилади ҳамда ичакнинг кенгайиши ва ёрилишига олиб келади [30; 106-111-б., 60; 584-591-б., 164; 1-11-б.]. Токсик мегаколон ташхисий критерийлари ўз ичига қуйидаги белгилардан камида 3 тасини олади: тана ҳарорати $> 38,6^{\circ}\text{C}$, пульс сони 1 дақиқада >120 , лейкоцитлар миқдори $> 10,5 \times 10^9/\text{л}$ ёки анемия. Юқорида санаб ўтилган натижаларга қўшимча равишда қуйидагилардан биттаси бўлиши лозим: сувсизланиш, артериал гипотензия, эс-ҳушнинг бузилиши ёки электролит таркибининг бузилишлари [30; 106-111-б.]. Шунингдек *Clostridium difficile* ЯК учраш даражасини ошириши ҳақида ҳам маълумотлар мавжуд, бунда амалиёт шифокорлари доим бу касалликни инкор этишлари лозим [118; 1432-1442-б.].

Йўғон ичакдан ташқари ОИЙнинг 2 асосий калит соҳаси, яъни ошқозон ости беzi ва жигар-ўт йўллари зарарланишлари киради. Ўткир ва сурункали панкреатит ЯКдан олдин бўлиши ёки у билан бирга келиши ёки унинг асорати сифатида келиши мумкин [32; 74-80-б., 61; 372-б., 72; 1077-1082-б., 166; 520-525-б., 176; 1326-1330-б.]. ЯК ва бирламчи склерозланувчи холангит (БСХ) ўртасида боғлиқлик мавжуд. Gizard et al. тизимли шарҳида ЯК билан касалланган беморлар орасида БСХ ва ўт тош касаллиги (ЎТК) тарқалиши ўрганилган бўлиб, бунда уларнинг фоизи мос равишда тахминан 0,76%-5,4% ва 4,6%-36,4% орасида [109; 3-15-б.]. Аммо Parente et al. 7 йиллик тадқиқотида ЯК билан касалланган беморлар орасида назорат гуруҳидагилардан фарқли равишда ўт пуфагида тошлар ҳосил бўлишидаги

фарқларни кузатмади [165; 1267-1274-б.]. Илгариги тадқиқотларда ЯК ва БСХда IL–10 ҳосил бўлишига таъсир қилувчи генлар мутацияси аниқланган [146; 3931-3941-б.]. Halling ва ҳаммуал. томонидан ўтказилган кесишма тадқиқотда ЯК билан касалланган беморлар орасида назорат гуруҳига караганда аутоиммун гепатит, бирламчи билиар холангит ва атрофик гастрит кўп учраган [112; 6137-6146-б.].

Кўпгина маълумотлар ЯК ҳамда ИТБ орасидаги боғлиқлик наслий, экологик ва аутоиммун жараёни ўз ичига олувчи кўп омилли эканлигини тасдиқлайди [85; 7227-7236-б.]. ЯК билан касалланган кўпгина беморларда биттадан ортиқ ИТБнинг учраши кузатилади [124; 429-436-б.]. ЯКда ОИЙ дан кейин зарарланадиган тизим таянч-ҳаракат тизимидир, ундан сўнг тери қопламалари, кўзлар ва буйрақларнинг зарарланиши туради. Булардан баъзилари ЯК ривожланишидан ҳамда ташхисланишидан олдин бўлиши мумкин. Шу сабаб, амалиёт шифокорлари беморда ушбу юқоридаги белгилар ривожланса тез орада ЯК кузатилиши мумкинлиги ҳақида шубҳа қилишлари лозим [211; 1794-1800-б.].

Олдин таъкидланганидек, ОИЙ билан боғлиқ бўлмаган ревматологик зарарланишлар шикоятлари ЯК билан касалланган беморлар орасида кенг тарқалган [66; 1245–1259 vii-б.]. Бундай ҳолатларда ҳам йирик бўғимлар, ҳам майда бўғимлар зарарланиб, катта бўғимдаги зарарланишлар ичакдаги касаллик фаоллигига боғлиқ, кичик бўғимдаги зарарланишларни кўпроқ ревматоид артрит билан чалкаштирилади [212; 173-180-б.]. ЯК ва КК орасида аксиал спондилоартрит учрашида фарқлар кузатилмаган [144; 259-263-б.]. ЯК ва артритлар орасидаги ўзаро боғлиқлик наслий ҳамда иммун ўзгаришларга бориб тақалади [181; 5517-5524-б.].

ЯК билан касалланганлар орасида терининг зарарланиши катта аҳамиятга эга. Терининг зарарланиши тугунчали эритема (энг кўп тарқалган тери зарарланиши), гангреноз пиодермия ва қайта кўзувчи афтоз стоматитларни ўз ичига олиб, улар ЯКдан олдин ёки у билан бир вақда келиши мумкин. Бошқа белгиларнинг пайдо бўлиши, яъни хейлит, глоссит

ёки пеллагра нутритив моддалар танқислигидан далолат бериши мумкин [205; 265-273-б.]. Шунингдек ЯК билан беморлар орасида меланома учраши ҳақида ҳам фикрлар мавжуд [196; 210-218-б.]. Кўз зарарланиш белгилари, яъни увеит ёки эписклерит ҳам ЯКдан олдин ёки бир вақтда пайдо бўлиши мумкин. Яқин қариндошларида ИЯК мавжудлигида кўзларнинг зарарланиши хавф омилidir. Бундан ташқари кўз зарарланиш белгилари бошқа ИТБ билан корреляцияланади [204; 43-49-б.].

Кам учрайдиган, аммо жуда муҳим бўлган ИТБ ўз ичига буйрак, ўпка ва томир асоратларини олади. Буйрак зарарланишларига сурункали буйрак касаллиги ва сийдик-тош касаллиги киради [106; 264-269-б., 158; 1034-1045-б.]. Ўпка зарарланишларидан кўпроқ васкулит учрайди, айти вақтда рестриктив касалликлар ва ўпка артерияси тромбоемболияси ҳам ЯК, ҳам ККда бир хилда, аммо назорат гуруҳидагига қараганда кўпроқ учрайди [33; 91-98-б., 121; 249-253-б.]. ЯК билан касалланган беморларда веноз тромбоемболик асоратлар (чуқур веналар тромбози ва ўпка артерияси эмболияси) ЯКга чалинмаганларга қараганда кўпроқ учрайди, шунингдек эрта ёшда кузатиладиган инсульт каби артериал тромбоемболик касалликлар сабаби кўп омилли деб тахмин қилинади [34; 15-21-б., 50; 98-104-б., 108; 14-б., 197; 382-393-б., 217; 13863-13878-б.]. Ва ниҳоят ЯК билан касалланган беморларда колоректал ёмон сифатли ўсмалар ва лейкомия ривожланиш хавфи юқоридир [70; e29–e37-б.].

ЯК – қайта қўзиш ва ремиссияларнинг турлича учраши билан ажралиб турувчи сурункали касаллиқдир. Унинг этиологиясида аҳамиятли кўпгина омиллар унинг кечиши учун ҳам жавобгар бўлиши мумкин. Касаллик турли хил оғирликда кечуви билан секинлашиб борувчи ва ошиб борувчи белгилар кўринишида намоён бўлади. Беморлар мурожаати вақтида 40% ҳолатда проктит, 30% чап томонлама колит ва 30% панколит кузатилган. Касаллик авж олиши аста секинлик билан рўй беради, фақатгина 14-16% беморларда проктит бевосита панколитга ўтиб кетади. 50-55% беморларда 10 йил давомида ремиссия кузатилади, айти дамда 37% беморларда сурункали

вақти-вақти билан қўзиш, 6% ҳолатда тўхтовсиз сурункали кечиш, 1% ҳолатда паст фаоллик давридан кейин юқори даражадаги фаоллик кузатилади. Одатда 20-30% беморларда касалликнинг 25 йиллик фаоллигидан кейин колэктомияга эҳтиёж туғилади. Шунга қарамасдан, ЯК билан касалланган беморларда умумий ўлим ҳолатлари назорат гуруҳи билан бир хил. Аммо янги касалланган беморларда ҳамда ичакнинг катта қисми зарарланган беморларда ўлим ҳолатлари ошади [78; 1785-1794-б., 102; 343-356.е3.-б.].

60 ёшдан кейин касаллик бошланган беморларда кўпроқ чап томонлама зарарланиш, енгил кечиш шакли ва касаллик авж олиш кўрсаткичларининг пастлиги кузатилади [71; 423-432-б., 199; 327-333-б.]. Одатда, испанларда, касаллик кеч ёшда, аёлларда ва панколит кўринишида бошланади [149; 792-797-б., 155; 1012-1023-б.]. Damas ва ҳаммуал. ЯК кечиши чет давлатларда туғилган испанларда АҚШда туғилганларга қараганда оғирроқлигини кузатишган [83; 231-239-б., 154; 1507-1513-б.]. Осиёликларда кўпроқ чап томонлама колит ва панколит кузатилган [117; 2100-2109-б., 151; 743-749-б.]

Клиник қайта қўзишни башорат қилиш катта аҳамиятга эга бўлиб, ўз вақтида чора кўрилиши инвазив муолажалар ва юқори даражадаги тиббий харажатларни олдини олади. Nationwide Emergency Department Sample database таҳлили натижаларига асосан, ЯК билан беморлар ККга қараганда катта ёшли бўлишган, шошилиш ёрдам бўлимларига кўпроқ тушишган, касалхонада кўпроқ вақт бўлишган, ичак обструкцияси ва интраабдоминал абсцессдан ташқари бошқа қўшилиб келган касалликлари кўп учраган [105; 389-399-б.]. Liverani ва ҳаммуал. томонидан клиник қайта қўзиш юқори хавфи билан беморларнинг аниқланиши учун клиник маълумотлар ва биологик маркерлар даражасига асосланган алгоритм тавсия қилинган. Тадқиқот юқори қайта қўзиш эҳтимоллиги мавжуд беморларда касаллик ёшлик даврида бошланган, ичакнинг катта қисми зарарланган, кўпгина қўзишлар кузатилган ва қайта текширилганда ахлатда калпротектин миқдори 190 мкг/г дан ошган [136; 1-14-б.]. Касаллик тарқалиши ошиши билан боғлиқ

хавф омилларига семизлик, аппендэктомия ва касаллик оғир фаоллик даражаси киради [214; 2035-2041-б.].

Шунингдек, касаллик қайта кўзишини ва клиник оқибатларини башоратлаш учун гистологик хусусиятларни қўллаш ҳам аҳамиятли ҳисобланилади. Ўтган йиллар мобайнида касаллик фаоллигини баҳолаш учун бир нечта балли тизимлар ишлаб чиқилган, жумладан Modified Riley Score, Gupta Index ва Geboes scoring system. Бир шарҳий мақолада гистологик яллиғланиш даражасини аниқловчи тизимлар касаллик оқибатини башоратлашда муҳим роль ўйнаши келтирилган. Масалан, кичик томирлар яллиғланиш даражаси юқори беморларда касаллик қайта кўзиш хавфи ҳам юқорилиги кузатилган. Ремиссия даврида ЖК билан беморлар биоптатида базал плазмацитоз мавжуд бўлиши қайта кўзишнинг қисқа даврли бўлиши билан боғлиқлиги аниқланган. ЖК билан беморларда самарасиз даволашни кучли башоратловчи маркер сифатида ичак шиллиқ қаватида оғир эозинофилли инфильтрация кўриниши кузатилган [168; 629-640-б.].

Ярали колит ташхисоти

Клиник белгилар, эндоскопия, гистология натижалари асосида ва муқобил ташхисларни истисно қилгандан сўнг ЖКга ташхис қўйилади (1.1-жадвал). Аниқ ташхис қўйиш учун юқоридагиларга қўшимча равишда, тегишли даволаш усули ва бемор ҳолатини башоратлашни белгилайдиган касаллик даражаси ва яллиғланиш оғирлигини аниқлаш муҳим [142; 100851].

1.1-жадвал

ЖК ташхисий хусусиятлари [142; 100851]

Клиник хусусиятлари	Диарея, қоринда оғриқ, сийишга чақириқ, тенезмлар, ахлат билан қон ва шиллиқ чиқиши
Лаборатор натижалар	Яллиғланиш белгилари: эритроцитлар чўкиш тезлиги (ЭЧТ),

	С-реактив оксил (СРО), ахлатда калпротектин ва лактоферриннинг ошиши Нутритив ҳолат белгилари: ферритин ва альбумин миқдорининг камайиши Серология: р-ANCA (+), ASCA (–)
Эндоскопик натижалар	Яллиғланиш тўғри ичакда бошланиб, узлуксиз кўринишда атроф бўйича тарқалади. Қуйидаги белгиларни ўз ичига олади: эритема, ингичка томир тасвирининг шиши/йўқолиши, шиллик қават донаторлигининг ошиши, ғоваклик, тўсатдан қонаш, ёлғон полиплар, эрозиялар ва яралар.
Гистологик натижалар	Крипталар абсцесслари, шохланиши, қисқариши, бутунлигининг бузилиши, атрофияси, муцин камайиши, панет ҳужайралари метаплазияси, хусусий пластинка катаклигининг ошиши, базал плазмоцитоз, базал лимфоид агрегантлар ва эозинофилларнинг кўриниши.

Лаборатор текширувлар

Касаллик фаоллигини баҳолашда ва бошқаришда лаборатор ўзгаришларнинг ўрни катта. Яллиғланиш оғирлик даражасини баҳолашда умумий қон таҳлили (УҚТ), ЭҚТ, СРО, ахлатда калпротектин ва лактоферрин кабилар муҳим. Шунингдек, зардобда альбумин, темир ва В₁₂ витаминини аниқлаш нутритив ҳолат ва нутритив танқисликларни баҳолашда зарур [104;

20-57-б.]. Гипоальбуминемия касаллик оғир кечиши ва биологик дори воситалар (БДВ)нинг самарасизлигини башоратловчи маркер ҳисобланади [35; 1-49-б.].

Зардоб таҳлили

Бундан ташқари, ушбу касаллик ташхисотида икки антитанани аниқлаш аҳамиятга эга, булар: перинуклеар антинейтрофил цитоплазматик антитана (p-ANCA) и *Saccharomyces cerevisiae* га қарши антитана (ASCA) [55; 1-55-б.]. Булар ЯК ва ККни таққослама ташхислашда ҳам муҳим. ККда - мусбат ASCA ва манфий p-ANCA, ЯКда эса – манфий ASCA ва мусбат p-ANCA кузатилади [36; 121-125-б., 53; 108-116-б., 55; 1-55-б., 103; 20-57-б.]. Оғир кечишдаги беморларни серологик, гистопатологик, эма ёки ДНК-ПЗР таҳлил усуллари орқали цитомегаловирусли инфекцияга текшириш зарур [142; 100851].

Ахлат таҳлили

Кальпротектин (нейтрофиллардан ажралиб чиқадиган биомаркер) ва лактоферрин ЯК билан беморларда касаллик клиник қайта қўзиши ва яллиғланиш даражасини баҳолаш учун зарур [79; 364-368-б.]. ЯК билан янги ташхисланган беморлар текшируви вақтида барчасида инфекцияларни истисно қилиш муҳим. Бундай беморларга *C. difficile* мавжудлигига глутаматдегидрогеназа 1 ва токсинни текшириш, ахлат экмаси (салмонелла, шигелла, кампилобактерия, иерсения) ва ич кетишининг инфекцион сабабларини истисно қилиш мақсадида *Escherichia coli* O157:H7 га махсус текширувлар ўтказилиши лозим. Шунингдек яқин кунларда эндемик жойларда бўлган беморларда гижжа ва унинг тухумларига текшириш ва лямблиоз антигенларига ахлат таҳлилини ўтказиш зарур [142; 100851].

Асбобий текширувлар. Эндоскопия

Биопсия билан илеоколоноскопия ЯКга охирги ташхис қўйиш учун ягона усул [209; 7-27-б.]. Бундан ташқари даволашда самарани билиш ва

касалликни бошқариш учун олтин стандарт усули ҳисобланади. ЯК патогномоник белгиси эритема, меъёрий томир тасвирининг йўқолиши, донаторлиги, эрозиялар, ғоваклик, қон кетиш ва яраланиш, ичакнинг яллиғланган ва яллиғланмаган соҳалари орасида аниқ чегаранинг мавжудлиги ҳисобланади [37; 4-13-б., 76; 376-381-б.]. 75% гача чап томонлама ЯК билан беморларда аппендикуляр қизил доғи деб номланган ўсимта атрофида чегараланган яллиғланиш соҳаси ёки кўр доғ ҳам кузатилади [167; 2050-2057-б., 182; 2462-2476-б.]. 20% панколит билан беморларда қайтар илеит ҳолатлари ва яллиғланишли ўзгаришлар яққол бўлмаганлиги кузатилган [195; 1287-1297-б.]. Аниқ ташхисни қўйиш учун меъёрий шиллик қават билан бирга ичакнинг 6 турли соҳаларидан биоптат олиш лозим (ёнбош ичак терминал қисми, кўтариловчи, кўндаланг, пастга тушувчи, сигмасимон чамбар ичак ва тўғри ичак) [4; 6-10-б., 59; 982-1018-б., 140; 827-851-б.]. Шунингдек, шиллик қават ва шиллик ости томирли қаватни аниқ баҳолашга имком берадиган қуйидаги юқори технологик эндоскопик текширув усуллари ҳам қўлланилиши мумкин: катта тасвири эндоскопия, хромозэндоскопия ва эндомикроскопия [126; 496-508-б.]. ОИЙ юқори қисмлари зарарланиши билан биргаликда келган беморларга ККни истисно қилиш учун эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС) ўтказиш мақсадга мувофиқ [195; 1287-1297-б.].

Йўғон ичак капсулани эндоскопияси (ЙИКЭ) – фаол ЯКни аниқлашда сезгирлиги 89% ва ҳослиги 75%ни ташкил қилади [41; 1-23-б., 58; 265-268-б., 93; 133-139-б., 201; 754-758-б.]. ЙИКЭнинг кенг тарқалган асоратларидан бири икки ҳафта ва ундан ортиқ вақт мобайнида капсуланинг ичкарида қолиб кетишидир. ЙИКЭ ичак торайиши, ютиниш бузилган ва анамнезда ичак тутилиши мавжуд беморларга қарши кўрсатма бўлиб ҳисобланади [94; 1699–1709-б.].

Гистопатология

Гистопатология ЯК охириги ташхисини қўйишда, касаллик оғирлик

даражасини баҳолашда ва интраэпителиал дисплазия, неоплазия ва ёмон сифатли ўсмаларни аниқлашда катта аҳамиятга эга. ЯКда яллиғланиш йўғон ичак шиллиқ қаватидаги зарарланиш билан чегараланади, бунда касаллик фаол ёки ремиссия даврида эканлигига боғлиқ ҳолда инфильтратлар таркиби ва қаттиқлиги жиҳатидан фарқланади. Гистологик ва эндоскопик фаоллик кўрсаткичлари касаллик оғир ва нофаол кечуви билан корреляцияланади, аммо енгил кечишда фарқланади [133; 1194-1201-б.]. Бир нечта тадқиқотларда эндоскопик усулда оғирлик даражаларини аниқлашдан фарқли ўлароқ, гистологик усулда баҳолаш юқори сезгирлиги намоён этилган [97; 1477-1482-б., 133; 1194-1201-б.]. Касалликнинг макроскопик ҳамда микроскопик оғирлик даражаси орасида кучсиз корреляцион боғлиқлик мавжуд ($r = 0,39$) [42; 1-22-б., 45; 1-46-б., 88; 965-990-б., 89; 991-1030-б., 131; 511-527-б., 141; 827-851-б.].

Рентген-радиологик усуллар

Умуман олганда ЯК ташхисотида рентгенография ўрни катта бўлмасида, аммо асоратларни истисно қилиш учун жуда муҳим. Қорин бўшлиғининг оддий рентгенографияси токсик мегаколон ва ичак ёрилишини истисно қилишда қўлланилади [162; 556-585-б.]. ЯКда оддий рентгенограммада яллиғланиш натижасида ичак деворининг қалинлаши туфайли “бош бармоқ изи” кўринади. Чақмоқсимон кўринишда кечадиган колит билан беморларга токсик мегаколонни аниқлаш учун бир қанча рентгенограммалар қилиниши лозим. Токсик мегаколон кўндаланг чамбар ичак ўрта қисмининг $> 5,5$ см кенгайиши бўлиб, шошилиш жарроҳлик аралашувини талаб қилади [208; 1756-1770-б.]. Сурункали ЯК билан беморларда гаустралар соясининг йўқолиши туфайли йўғон ичак “қўрғошинли қувур” кўринишида бўлади, буни оддий рентгенограммаларда кўриш мумкин [142; 100851].

Икки контрастли барийли ҳуқна

Бу усул шиллиқ қаватдаги кичик зарарланишларни аниқ кўриш имкониятини берганлиги сабабли, жумладан ЯКга ташхис қўйиш учун,

тарқалганлик даражасини ва касаллик оғирлик даражасини баҳолаш, ЯК билан ККни таққослама ташхислаш учун қимматли усулга айланди [103; 20-57-б.]. Бу усулда ЯК енгил кечувидаги жуда эрта белгиси йўғон ичакда шиллик қават шиши ва гиперемияси туфайли кичик донаторликнинг пайдо бўлиши ҳисобланади. Фаол ЯКда нисбатан чуқур яралар шиллик қаватга кириб бориши ва атрофга тарқалиши мумкин, бу эса тикан ёқали тугмалар кўринишдаги яралар пайдо бўлишига олиб келади. ЯК оғир кўриниши панколит, тарқалган яраланиш, гаустра бурмаларининг йўқолиши, бармоқ излари, ёлғон полиплар ва йўғон ичак бўшлиғининг торайиши ёки ичакнинг қисқариши билан тавсифланади [142; 100851].

Қорин бўшлиғи компьютер томографияси (КТ)

Мазкур усул ЯК билан касалланган ўткир абдоминал оғриқли беморлар учун бирламчи рентгенологик текширув сифатида тавсия қилинади. ОИЙ ҳолатини баҳолаш билан бирга бу усул қорин бўшлиғи ичи аъзолари ҳолатини баҳолашга ҳам имкон беради. Қорин бўшлиғи КТ ЯК эрта босқичларида шиллик қаватдаги ўзгаришларни баҳолаш учун ярамайди, аммо охирги босиқичларда турли ўзгаришларни кузатиш мумкин. КТда ЯК нинг ўзига хос белгиси - шиллик қаватнинг 8 мм ва ундан кўпроқ қалинлашувидир [46; 5-8-б., 87; 110-117-б.].

ЯК билан касалланган қоринда ўткир оғриқ, иситма, перитонеал белгилари мавжуд беморлар турли хил асоратларни истисно қилиш мақсадида қорин бўшлиғи КТсидан ўтишлари лозим [172; 1315-1325.е4-б.]. Шунингдек магнит-резонанс томография (МРТ) ва ультратовуш текшируви (УТТ) ҳам ЯК ўртача ва оғир кечуви ташхисотида ҳам аҳамиятлилиги тадқиқотларда айтиб ўтилган [163; 362-373.е3-б., 159; 1566-1572-б.].

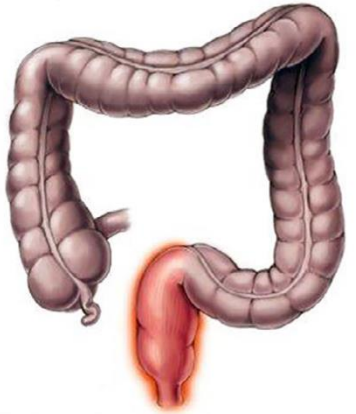
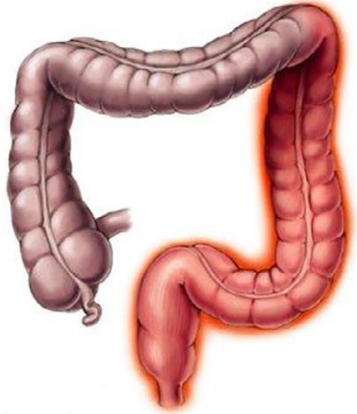
Диффуз ўлчанган тасвири колонография (ДЎТК) оғиз орқали ҳамда ректал тайёргарликларсиз ЯКда йўғон ичакдаги яллиғланишни баҳоловчи усул сифатида кўрсатилган [160; 1056-1065-б.].

Ярали колит фаоллик даражасини аниқлаш

ЯК оғирлик даражасини баҳолаш даволашни бошқариш ва касаллик оқибатларини башоратлаш учун муҳимдир. Baron ва ҳаммуал. томонидан ишлаб чиқилган балли тизим вақтидан бошлаб ўнлаб касаллик фаоллигини баҳоловчи тизимлар ишлаб чиқилди [47; 1-26-б.].

ЯК Монреал таснифи

Бунда ЯК даражалари ва жиддийлиги асосида таснифланади [189; 749-753-б.] (1.2-расм, 1.2-жадвал).

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

1.2-расм. Касаллик тарқалишига асосланган ЯК Монреал таснифи (расм Ungaro ва ҳаммуал. томонидан тасвирланган [208; 1756-1770-б.]).

1.2-жадвал

ЯК оғирлик даражасига асосланган Монреал таснифи [142; 100851]

S₀ (клиник ремиссия): симптомлар мавжуд эмас
S₁ (енгил даражадаги ЯК): кунига 4 ёки ундан кам бўлган ич келиши (қонсиз ёки қон аралаш), тизимли белгиларнинг мавжуд эмаслиги, меъёрий

яллиғланиш маркерлари
S ₂ (ўртача оғирликдаги ЯК): кунига 4 мартадан ортиқ ич келиши, тизимли белгиларнинг кам миқдорда бўлиши
S ₃ (оғир даражадаги ЯК): кунига 6 марта ва ундан ортиқ қонли ич келиши, пульс ≥ 90 /дақиқа, тана ҳарорати $\geq 37,5^{\circ}\text{C}$, гемоглобин $< 10,5$ г/л, ЭЧТ ≥ 30 мм/соат

Мазкур таснифнинг асосий камчилиги вақт ўтиши билан касаллик тарқалиши ва оғирлик даражаси ўзгариши билан боғлиқ. Касаллик вақт ўтиши билан авж олиши (10 йил давомида 41-54%) ёки аксинча фаоллиги пасайиши мумкин (10 йил давомида 71%) [194; 5А-36А-б.].

Мейо балли баҳолаш тизими касаллик оғирлик даражасини баҳолаш ва даволаш давомида беморларни кузатишда кенг қўлланилади [164; 1-11-б.]. Баҳолашда клиник хусусиятлар, шифокор томонидан баҳолаш натижалари ва эндоскопик хусусиятлардан фойдаланилади (1.3-жадвал). Баҳолаш баллари Одан 12 гача, юқори баллар бемор аҳволининг оғирлигидан далолат беради [142; 100851].

1.3-жадвал

Мейо баҳолаш тизими (Oxford University Press нашриёти рухсати билан Magro ва ҳаммуал. томонидан тақдим қилинган [140; 827-851-б.]) .

Индекс Мейо	0	1	2	3
Ич кетиш сони	Меъёрий	Кунига одатдагидан 1-2 марта ортиқ	Кунига одатдагидан 3-4 марта ортиқ	Кунига одатдагидан 5 марта ортиқ
Ректал қон кетиш	Йўқ	излари	Ахлатда қон	Тоза қон
Шиллиқ қават	Меъёрий	Енгил шилиниш	Эрозия	Тўсатдан қонаш, яраланиш
Шифокор томонидан баҳолаш	Меъёрий	енгил	Ўрта	оғир

Касаллик оғирлик даражасини халқаро аниқлаш тизимлари

АҚШ гастроэнтерология коллежи (AGC), КК ва колит бўйича Европа ташкилоти (ЕССО) ва Япония гастроэнтерологлар жамияти ЯКни Truelove–Witts меъзонлари бўйича енгил, ўрта оғир ва оғир даражага таснифлашади [88; 965-990-б., 128; 501–523 quiz 24.-б., 170; 348-54.e17-б.].

- енгил даражадаги ЯК: ич кетиши кунига 4 марта қон билан ёки қонсиз, тизимли белгилар мавжуд эмас, меъёрий ЭЧТ. Клиник белгилар: қоринда енгил хуружсимон оғриқлар, тенезмлар ва кам ҳолларда қабзият [142; 100851].

- Ўрта оғир даражадаги ЯК: кунига 4 марта ва ундан кўп қон аралаш суюқ ич кетиши, қоринда кучсиз оғриқлар. Шунингдек енгил камқонлик ёки субфебрил иситма кузатилиши мумкин. Овқатланиш билан боғлиқ муаммолар ва вазн йўқотилиш кузатилмайди [142; 100851].

- Оғир даражали ЯК: кунига 6 марта ва ундан кўп қон аралаш суюқ ич кетиши, қоринда кучли спазмли оғриқлар. Шунингдек ушбу беморларда 37,4°С ва ундан юқори иситма, тахикардия (юрак қисқаришлар сони (ЮҚС) 90 ва ундан кўп), анемия (гемоглобин 10,5 ва ундан паст, ЭЧТнинг ошиши (30 мм/соат ва ундан юқори) каби тизимли белгилар мавжуд. Беморлар қисқа муддат ичида кўп вазн йўқотади [142; 100851].

AGC бўйича чақмоқсимон кечишдаги ЯКда беморларда кунига 10 марта ва ундан кўп ич кетиши, тўхтовсиз ректал қон кетиш, қоринда оғриқ, қорин дам бўлиши, иситма ва анорексия каби турли ўткир интоксикацион белгилар кузатилади. Бу каби беморларда токсик мегаколон ва ичак ёрилиши ривожланиш хавфи юқори бўлиб ҳисобланади [142; 100851].

§1.3. Ярали колит даволаш тамойиллари

ЯКни даволаш тамойиллари беморлар ҳаёт сифатини яхшилаш, стероидларсиз ремиссияга эришиш ва колоректал саратон хавфини камайтиришга асосланган. Бирламчи эндоскопик баҳолашда яллиғланишнинг

проксимал чеккасини аниқлаш муҳим аҳамиятга эга. Агар яллиғланиш талоқ эгрилигидан пастки соҳагача бўлса, “дистал” тури ҳисобланиб, маҳаллий даволаш доирасида бўлади. Агар яллиғланиш талоқ эгрилигидан юқориюқ жойлашса, тизимли даволаниш талаб этилади. Яллиғланишни гистологик баҳолаш натижалари даволаш схемаларини режалаштиришда инобатга олинади. Даволашга асосий ёндашувда касаллик оғирлик даражасига, касаллик давомийлигига, қайта қўзишлар сонига, илгариги даволашга амал қилганлигига, дори воситаларининг ножўя таъсирига ва ИТБга таянилади. Шунингдек, оғир даражали ЯКни вақтида аниқлаш (Truelove ва Witts индекси бўйича аниқлаш мақсадга мувофиқ) ва касалхонага дарҳол ётқизиш жуда муҳим. Эндоскопик даволаш клиник ремиссия давомийлигини ошириб, колэктомия хавфини ва кортикостероидлар қабулини камайтиради [192; 1245-1255.e8-6.].

Енгил ва ўрта оғир ярали колитда даволаш тактикаси

ЯК-проктит

Ремиссияга эришиш. Енгил ва ўрта оғир даражали ЯК-проктитни даволашда 5-аминосалицил кислота (5-АСК) унумларини қўллаш самарали. Бир хил самарадаги ва хавфсизликдаги турли хил 5-АСК дори воситалари мавжуд. ЯК-проктит билан касалланган беморларни дастлаб маҳаллий кўринишдаги шамчалар билан даволаш мақсадга мувофиқ, чунки улар бевосита яллиғланиш ўчоғига таъсир кўрсатади [142; 10085-б.]. 5-АСК дори воситалари билан маҳаллий даволаш оғиз орқали қабул қилинадиган дори воситаларидан кўра тўғри ичак шиллиқ қаватида юқори концентрацияда бўлади [171; 102-105-б.].

Ремиссияни сақлаб туриш. ЯК-проктитда сақлаб турувчи даволаш йилига 1 мартадан ортиқ касалликнинг қўзиши кузатиладиган беморларга тавсия этилади. 5-АСК маҳаллий дори воситалари билан ремиссияга эришган беморларга 5-АСК шамчалари сақлаб турувчи режими тайинланади [142; 10085-б.]. 5-АСК дори воситалари оғиз орқали қабул қилиш тайинланган ёки

маҳаллий даволаш мобайнида кўплаб қайта кўзишлар кузатилган беморларга 5-АСК дори воситаларини оғиз орқали қабул қилиш мақсадга мувофиқ [142; 100851].

Чап томонлама ёки тарқалган ярали колитни даволаш

Ремиссияга эришиш. Чап томонлама ёки тарқалган ЯКда даволаш биринчи қаторида 5-АСК > 1 г/кун. ҳукна орқали ҳамда 2,4 г/кун дозада оғиз орқали қабул қилиш билан биргаликда қўллаш туради [99; 601-616-б.]. Ушбу биргаликдаги даволаш алоҳида даволашдан кўра самаралироқ. Биргаликдаги даволашдан фарқли ўлароқ алоҳида 5-АСК дори воситаларини оғиз орқали қабул қилиш ремиссияга эришиш вақти қисқа ва ҳатто ремиссияга эришмаслик мумкин [100; 167-б.]. Тасодифий танлов йўли билан олиб борилган 116 бемор иштирок этган тадқиқотда 5-АСК 4 г/кун. оғиз орқали қабул қилиш ва ҳукнада 5-АСК 1 г/кун дозада биргаликда қўлланилишида алоҳида 5-АСК қўллашдан кўра ремиссия кузатилиш эҳтимоли юқори [65; 1035-58.e3-б., 95; CD000543-б., 114; 2570-2578-б., 147; 960-965-б., 202; 103-б.].

Маҳаллий қўлланиладиган стероидлар 5-АСК препаратлари тўғри келмайдиган ёки самара бўлмаган беморларга тайинланади [177; 979-994-б.]. Маҳаллий 5-АСК дори воситалари ва маҳаллий стероидлар билан биргаликда даволаш юқори самара беради ва ножўя таъсирларни чақирмайди [177; 979-994-б.]. Ректал кўпик ҳосил қилувчи препаратлар оддий дори воситаларга қараганда яхши ўзлаштирилади [142; 100851].

Ремиссияни сақлаб туриш. Проктосигмоидит, чап томонлама колит, тарқалган колит ва панколит билан беморларда ремиссияга эришгач сақлаб турувчи даволаш қўлланилади. Агар ремиссияга кортикостероидлар кўмагида эришилса, 5-АСК, тиопурин ва биологик дори воситалар билан сақлаб турувчи даволаш давом эттирилади. Касаллик ёшликда бошланиши, тарқалган колит, чуқур яралар, йилига 2 марта ва ундан ортиқ стероид билан даволаш курси талаб этиладиган, стероидга қарамлик каби ёмон башоратли

омиллари мавжуд беморларга сақлаб турувчи даволашни тиопуринлар ва/ёки биологик дори воситалар билан давом эттириш мақсадга мувофиқ (TNF- α ёки интегринга қарши дори воситалар) [65; 1035-58.e3-б.].

Ўрта оғир ва оғир даражали ярали колитни даволаш

Ўрта оғир ва оғир даражали ЯК билан касалланган беморларга ремиссияга эришиш учун оғиз орқали қабул қилинадиган стероидлар (кунига 40 мг преднизолон) ёки вена ичига стероидлар (300 мг гидрокортизон ёки 60 мг метилпреднизолон) тайинлаш мақсадга мувофиқ. Агар самара бўлмаса биологик даволаш (TNF- α ёки интегринга қарши дори воситалар) билан ремиссияга эришиш мумкин [120; 1805-1811-б., 179; 780-787-б., 183; 2462-2476-б., 186; 85–95 quiz e145-б.]. Оғир даражадаги ЯК билан касалланган беморларда ремиссияга эришиш мақсадида энг кўп қўлланиладиган дори воситаси инфликсимаб бўлиб ҳисобланади [96; 699-710-б., 120; 1805-1811-б., 161; 392-400.e3-б., 184; 2462-2476-б.]. Success тадқиқот натижаларига мувофиқ, азатиоприн ва инфликсимаб билан биргаликдаги даволаш уларни алоҳида қўллашдан кўра самаралироқ [142; 100851].

Сақлаб турувчи даволаш

Ремиссияга эришгач ўрта оғир ва оғир даражали ЯК билан касалланган беморларга сақлаб турувчи даволаш тайинланади. Стероид тайинланган беморларга, кейинчалик даволашни тиопурин ва/ёки биологик дори воситалар билан давом эттириш мумкин [69; 380-8.e4-б., 187; 1723–1736-б.]. Биологик дори воситалар олаётган беморлар мазкур дори воситалар билан даволашни давом эттириш керак, чунки ремиссияни сақлаб туришда уларнинг самараси юқори [120; 1805–1811-б., 179; 780-787-б., 183; 2462–2476-б., 186; 85–95 quiz e145-б.]. АСТ тадқиқотига кўра, инфликсимаб билан даволаш плацебони қўллашга қараганда клиник самара ва ремиссия юқори кўрсаткичларга олиб келди [184; 2462–2476-б.].

Рефрактер проктит ва дистал колитни даволаш

Рефрактер дистал колит оғиз орқали қабул қилинадиган стероидлар ва 5-АСК дори воситалари билан 4-8 ҳафта давомида даволашга қарамасдан йўғон ичакнинг ёки йўғон ичак чап ярмининг вақти вақти билан қўзувчи яллиғланиши сифатида таърифланади [142; 100851].

Ўткир оғир даражали ярали колитни даволаш

Ўткир оғир даражали ярали колит (ЎОДЯК) – бемор ҳаёти учун хавфли бўлиб, 1900 йилларда ўлим даражаси 75%ни ташкил қилган. 1950 йилда 7%ни ташкил қилди. Ҳозирги кунларда ушбу ташхис билан учламчи тиббий ёрдам марказларига қабул қилинадиган беморларда ўлим даражаси 1%ни ташкил қилади [138; 935-945-б.]. ЎОДЯК кунига 6 марта ва ундан ортиқ қонли ич кетиши ҳамда қуйидаги белгилардан камида биттасининг мавжудлиги қуйидагилар билан аниқланади: пульс сони >90 марта минутига, тана ҳарорати >37,8 °C, гемоглобин <10,5 г/дл ёки ЭЧТ>30 мм/соат [88; 965-990-б.]. ЎОДЯК билан келган беморларга терапевтик ёндашув ўз вақтида ташхислаш ва ичак инфекцияларини истисно қилишни ўз ичига олади [210; 130-133-б.]. Вена ичига стероидларни юбориш 65% самара берадиган анъанавий даволаш бўлиб ҳисобланади [210; 130-133-б.]. Бошланғич даволаш сифатида 24 соат давомида 60мг дозада метилпреднизалон ёки кунига 4 маҳал 100мг дозада гидрокортизон қўлланилади [207; 103-110-б.]. Катта дозалар яхши самара бермайди, уларга қараганда кичик дозалар самаралироқ [207; 103-110-б.]. Стероидларни вена ичига 3-5 кун давомида қўлланилганда самара кузатилмаса, циклоспорин ёки инфликсимаб билан шошилиш даволаш олиб борилиш чорасини кўриш лозим [92; 821-827-б., 129; 1909-1915-б.]. Агар ушбу дори воситалари билан самара кузатилмаса, колэктомия амалиётини бажариш лозим, чунки амалиёт кечиктирилса ундан кейинги асоратлар фоизи ошади ҳамда 7 кундан сўнг ўлим даражаси кўпаяди [122; 1-7-б., 175; 404-409-б.]. Бошқа муҳим чора-тадбирлар - суюқликлар қуйиш,

электролитлар балансини тўлдириш, цитомегаловирус инфекциясини истисно қилиш, Clostridium difficile га ахлатни экиш, эноксипарин ёрдамида чуқур веналар тромбози олдини олиш, овқатланишни қўллаб-қувватлаш, гемоглобин даражасини 8г/дл дан ортиқ миқдорда ушлаб туриш ва антихолинергик, опиатлар ва стероид бўлмаган яллиғланишга қарши дори воситалар (СБЯҚДВ) қабулини тўхтатиш кабиларни ўз ичига олади [60; 584-591-б., 90; 211-222-б.].

§1.4. Ярали колитда нутритив ҳолат бузилишлар сабаблари ва клиник жиҳатлари

ЯКни даволашда шифокорлар оксил-энергетик танқислигига, асосий касаллик кечишини ва оқибатини оғирлаштирилишига олиб келадиган нутритив ҳолат бузилишларини аниқлаш ва уларни ўз вақтида меъёрлаштириш усулларига етарлича аҳамият қаратишмайди [51; 19-61-б.]. Бу бузилишларнинг сабабларидан бири таҳлил имкониятларини камайтирадиган, текшириш натижаларини умумлаштиришни қийинлаштирадиган, бу бузилишларни меъёрлаштириш алгоритмларини ишлаб чиқаришни мураккаблаштиришига олиб келадиган нутритив ҳолатни ва унинг патологияларини баҳолашнинг ягона стандартларининг мавжуд бўлмаслигидир [55; 1-55-б.].

Нутритив танқислик ЯКнинг ёрқин ва тез-тез намоён бўладиган белгиларидан биридир [150; 315-319-б., 180; 50-56-б., 216; 1215035-б.].

ЯК билан касалланган беморларда нутритив ҳолат бузилишлари турли сабаблар туфайли юзага келади [39; 59-66-б.]:

- тез-тез ич кетиши туфайли нутриентларнинг, сув ва электролитларнинг йўқотилиши;
- ичак маълум қисмининг резекцияси ёки яллиғланиш туфайли шиллик қават сўрилиш юзасининг камайиши;
- фермент танқислиги (мальабсорбции, “калта ичак” синдромлари);
- оғриқ ва интоксикация туфайли овқатланишнинг чекланиши;

- ичак ҳаракатининг бузилиши;
- озуқавий маҳсулотларнинг кўплаб йўқотилиши (сурункали қон кетиш, қон плазмаси оксиллари билан ичак экссудацияси);
- тизимли яллиғланиш жараёни туфайли кўплаб энергия сафрланиши (тана ҳароратининг кўтарилиши, пульс ва нафас олиш сонининг ошиши, ўткир яллиғланиш фазаси оксилларининг ҳосил бўлиши);
- ҳаддан ташқари бактериал ўсиш синдроми (ХТБЎС) [39; 59-66-б.].

Ярали колитда нутритив танқислик клиник жиҳатлари

Нутритив танқислик ЯК ёмон клиник оқибатлари билан боғлиқ муҳим омиллардан бири ҳисобланади [119; 1061-1067-б., 203; 266-272-б.]. ЯКда нутритив ҳолат бузилишлари касаллик фаоллиги, тарқалганлиги, давомийлиги, тизимли яллиғланишда иштирок этувчи ўсма некрози омили (TNF), интерлейкин (ИЛ)-1, ИЛ–6 каби цитокинлар миқдориға боғлиқ бўлиб, улар катаболизмни кучайтириб анорексиягача олиб келиши мумкин [203; 266-272-б.].

Тана таркибининг ўзгариши беморларда касаллик кечишига, даволаш самарадорлигига, жарроҳлик йўли билан даволаш натижаларига, беморлар ҳаёт сифатига таъсир қилиши мумкин [68; 213-225-б.]. Мушак массасининг авж олиб боровчи ва тарқалган кўринишида йўқотилиши мушак кучининг ёки жисмоний иш қобилиятининг камайиши билан боғлиқ бўлиб, жисмоний ногиронликка ва ҳаёт сифатига таъсир қилувчи саркопения синдроми билан тавсифланади [64; 737-748-б.]. Тизимли шарҳда 60% ИЯК билан касалланган беморларда соғлом шахсларга нисбатан мушак массаси камайган [185; 67-73-б.]. Бу беморларда саркопения жарроҳлик аралашувларида ортиқча сарфланиш ва ЯКда остеопения билан боғлиқ ёмон жарроҳлик оқибатлари сабаб бўлган [57; 1182-1186-б., 67; 895-906-б., 169; 1867-1872-б.]. Бу эса ушбу тоифадаги барча беморларда овқатланиш танқислиги ва/ёки саркопения скринингига эҳтиёж катта эканлигини билдиради [164; 1-11-б.].

ИЯКда озуқавий микроэлементлар танқислиги ичида кенг

тарқалганлари: темир, кальций, селен, рух, магний, ёғда эрувчи витаминлар А, D, К [215; 576-581-б.].

ЯКда темир танқислиги анемиянинг асосий сабабларидан бири бўлиб, унинг ушбу беморларда тарқалиши 36%дан 90%гача [110; 513-519-б.]. ЯКда темир танқислигини белгиловчи асосий омилларига овқат билан темир киришининг камайиши, яраланган ичак юзаси орқали қоннинг доимий йўқотилишига олиб келадиган фаол яллиғланиш, тизимли яллиғланиш туфайли темир сарфланишининг ортиши кабилар киради [110; 513-519-б.]. ЕССО тавсияларига асосан темир танқислиги ташхисий меъзонлари яллиғланиш оғирлигига боғлиқ деб ҳисобланилади [164; 1-11-б.].

Эркаклар ва аёллар учун суяк массасининг камайиши ва остеопороз (мос равишда 20-50%) бирдек тегишли. Мойиллик кўрсатувчи омилларига стероидлар, ичак резекцияси, сурункали яллиғланиш, кам жисмоний фаоллик ва кальций, витаминлар ва бошқа микроэлементлар танқислиги киради [67; 895-906-б.]. ЯК билан касалланган беморларда кальций танқислиги 10%, витамин D танқислиги 40%ни ташкил қилади [148; 904-910-б.]. Шунингдек, фаол ЯК билан касалланган стероид билан даволаш курсини ўтаётган беморларда қон зардобидида кальций ва витамин D миқдорини текшириб бориш ва керак бўлганда суяк тўқимаси паст минерал зичлигини олдини олиш мақсадида ўрнини тўлдириш зарур [164; 1-11-б.].

§1.5. Ярали қолитда нутритив ҳолат бузилишларини баҳолаш ва нутритив терапия

Нутритив танқислик ривожланиш тезлиги ва сабабларини инобатга олган ҳолда ушбу беморларда эрта ташхисот даврида бу ҳолатни тез аниқлаш усулларига эҳтиёж туғилди [39; 59-66-б.].

Сўровнома усули

Овқатланишни баҳолаш учун турли жадвал ва сўровномалар таклиф этилган, буларнинг бир қанча пунктлари баллар билан баҳоланади. Бу

усуллар билан овқатланиш камайиши туфайли нутритив фаол қўллаб қувватлашга эҳтиёж мавжудлигини аниқлаш мақсадида мальнутриция хавфи даражаси аниқланади [39; 59-66-б.].

Кам овқатланиш асосий скрининг усуллари [190; 8646495-б.]:

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

LAW (Lymphocytes, Albumin, Weight) каби машхур INA 3 та кўрсаткичларга асосланади: қондаги лимфоцитлар, альбумин миқдори ва вақт бирлигидаги тана вазни ўзгариши [39; 59-66-б.].

MUST Буюк Британия маслаҳат гуруҳи томонидан ишлаб чиқилган ва нутритив қўллашга муҳтож кам овқатланиш хавфи билан бўлган беморлар учун мўлжалланган. Асосланганлиги, ишончлилиги ва оддийлиги туфайли касалхонагача бўлган босқичда қўлланилади [188; 507-510-б.]. Нутритив танқислик хавфи тана вазни индекси (ТВИ), охирги 3-6 ой мобайнида тўсатдан вазн йўқотиш ва 5 кун ҳамда ундан кўп муддатга мўлжалланган овқат қабули етарлича бўлмаган турли ўткир клиник ҳолатнинг мавжудлигини баҳолаш учун тана вазни ва бўй узунлиги ёрдамида баҳоланади. Баллар 0дан 2гача бўлиб, енгил (0), ўрта (1) ва оғир (2) даражадаги овқатланиш танқислигидан далолат беради [188; 507-510-б., 190; 8646495-б.].

NRS касалхонадаги беморларда қўлланилади [188; 507-510-б.]. Бунда MUSTдаги кўрсаткичлар билан бирга касаллик оғирлик даражаси ва ёш инобатга олинади [39; 59-66-б.].

NRS — 2002 2 та қисмга бўлинади: биринчиси — 4 саволдан иборат бошланғич скрининг (ТВИ 20,5дан кам, охирги 3 ой мобайнида вазн

йўқотиш, охирги ҳафта давомида овқатланишнинг камайиши ва ўткир оғир даражадаги касалликнинг мавжудлиги), иккинчиси – касаллик оғирлик даражаси ва ёш билан боғлиқ овқатланиш танқислиги даражасини баҳолаш. Дастлабки 4 та саволдан камида биттасига ижобий жавоб олинса сўровноманинг 2-қисми тугатилади; 3дан юқори балл овқатланиш бузилишининг юқорилиги ҳақида далолат беради [111; 225-239-б., 190; 8646495-б., 206; 979-985-б.].

MNA – асосан кекса ёшли беморларда қўлланиладиган мальнутрицияни аниқлаш усули бўлиб ҳисобланади. Ўз ичига умумий баҳолаш (ҳаёт тарзи, жисмоний фаоллик ва дори воситалар билан даволаш), овқатланиш диаграммаси таҳлили (овқат қабули сони, дисфагия ва автономия), субъектив белгилар (беморнинг соғлиқ ва овқатланиш ҳақида фикрлари), антропометрик кўрсаткичларни аниқлаш (тана вазни, ТВИ, бел айланаси (БА) ва тери бурмалари қалинлиги (ТБК)) натижаларини олади. Агар умумий балл 17дан кам бўлса мальнутриция, 17-23,5 бўлса мальнутриция хавфи, 24 ва ундан ортиқ бўлса беморнинг қониқарли ҳолатидан далолат беради [91; 959.e11-8-б., 190; 8646495-б.]. MNA сўровномасини якунлаш учун 10 дақиқа талаб этилади, усул юқори сезгирликка эга бўлиб, кўпчилик тадқиқотларда қўлланилади [39; 59-66-б.].

SGA ўз ичига касаллик тарихи (даволашга бўлган овқатнинг калориялилиги, вазн йўқотиш, ОИЙ белгилари ва функционал фаоллик) ва клиник текширув (шиш ва/ёки ёғ ҳамда мушак массасининг ўзгариши мавжудлигида овқатланишнинг танқислик белгиларини оладиган стандартланган сўровномага асосланади [190; 8646495-б.].

Антропометрик усуллар

Энг оддий ва ҳар доим бажарса бўладиган кўрсаткичлардан бири тана вазни ҳамда ТВИни аниқлашдир. Ушбу кўрсаткичнинг меъёрий даражаларидан силжиши сурункали касалликларнинг қўзиши, касалликнинг

оғир кечучи ва оғир асоратлар ривожланишини башоратлаш мумкинлигини кўпчилик тадқиқотлар тасдиқлаган [180; 50-56-б., 216; 1215035-б., 190; 8646495-б., 198; 1265-1269-б.].

ТВИ $<18,5$ кг/м² бўлса овқатланиш танқислиги, >25 кг / м² бўлса ортиқча тана вазни (ОТВ)дан, 30 кг/м²дан ортиқ бўлиши семизлик, 14-15 кг/м²дан кам бўлиши ҳолдан тойиш ва ўлим хавфи юқорилигидан далолат беради [150; 315-319-б., 190; 8646495-б., 216; 1215035-б.].

Аммо ТВИ фақат нутритив ҳолат бузилишини аниқлашга мўлжалланган бўлиб, унинг кўрсаткичларига бошқа омиллар (ривожланган мушак массаси, тарқалган шишлар, асцит ва б.) ташхисий сезгирлигини пасайтиради. Шу сабаб ташхисни аниқлаштириш учун клиник амалиётда ТВИ бошқа антропометрик кўрсаткичлар (елка айланаси (ЕА) ва уч бошли мушак устидаги бурма қалинлиги (УБМУБҚ)) билан боғлиқ ҳолда қўлланилади [5; 7-11-б.] (1.4 -жадвал).

1.4-жадвал

Антропометрик кўрсаткичларни аниқлаш усуллари [39; 59-66-б.]

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

УБМУБҚ организмда ёғ захиралари билан, ЕА – соматик оқсил умумий миқдори билан тавсифланади. Бу кўрсаткичларни баҳолаш махсус жадваллар

билан, жинс ва ёш хусусиятларини инобатга олган ҳолда баҳоланади (2-, 3-, 4-жадвал) [39; 59-66-б.] (1.5-, 1.6-, 1.7-жадвал).

1.5-жадвал

Эркакларда УБМУБҚни баҳолаш [39; 59-66-б.]

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

1.6-жадвал

Аёлларда УБМУБҚни баҳолаш [39; 59-66-б.]

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

1.7-жадвал

ЕАни аниқлаш [39; 59-66-б.]

Овқатланиш ҳолати	Меъёрий кўрсаткичлар, см	
	Эркаклар	Аёллар
Меъёр (100-90%)	25,3-22,8	23,2-20,9
Енгил даражали бузилиш (90-80%)	22,8-20,2	20,9-18,6
Ўрта оғир даражадаги бузилиш (80-70%)	20,2-17,7	18,6-16,2
Оғир даражадаги бузилиш (<70%)	17,7	16,2

ЕА ва тери-ёғ қаватини ўлчамлари тананинг ёғ ва ёғсиз массаси, оқсил ва ёғ умумий периферик захиралари билан корреляцияланади. Аммо даволовчи овқатланишдан кейинги қисқа муддатли самарани баҳолаш учун мўлжалланмаган [5; 7-11-б.].

Тана таркиби текширишда 2 марталик рентген абсорбциометрия (DEXA), биоимпедансометрия, NOBEC (тана электрик ўтказувчанлиги), ультратовуш, КТ, МРТ каби усулларни ўз ичига олган тана ёғсиз ва ёғли массасини аниқлаш йўли билан билиш мумкин [39; 59-66-б.].

Тана таркибини текширишда абсорбциометрия ва биоимпедансометрия олтин стандарт усуллар бўлиб ҳисобланади [190; 8646495-б., 191; 591-597-б.].

Абсорбциометрия икки турли энергия даражасида рентген нурланишнинг пасайиши тамойилларига асосланади; тери, суяк тўқимасидан ўтгандан кейинги ёзиб олинган нурланиш кучига қараб ёғ ва мушаклар каби юмшоқ тўқималарни бир биридан фарқлаш мумкин. DEXA суякларнинг минерал таркиби ҳақида маълумот беради [39; 59-66-б.].

Биоимпедансометрия – организмнинг морфологик ва физиологик кўрсаткичларини баҳолаш имкониятининг берувчи биологик тўқималар

электр ўтказувчанлигини ўлчайдиган контакт усулдир. Махсус биоимпеданс анализаторлар кўмагида амалга ошириладиган, 2 жисмоний таркиб ((қаршилиқ (R) ва реактивлиқ (X_c))га асосланган тана таркибини ўлчаш учун билвосита усул бўлиб ҳисобланади [39; 59-66-б., 134; 310-314-б., 191; 591-597-б.].

Қаршилиқ – барча биологик тузилмалар ток ўтказилишига қаршилиқ кўрсатиш хусусияти: ёғсиз тўқималар – яхши ўтказувчилар (сув ва электролитлар сақлайди), ёғ тўқимаси ёмон ўтказувчилар (сув кам сақлайди) [39; 59-66-б.].

Реактивлиқ – ҳужайралар мембраналари даражасида ўлчанувчи токка қарши куч бўлиб, ёғ массаси паст реактивлиқ, тана ёғсиз массаси юқори реактивликка эга [39; 59-66-б.].

Иккала кўрсаткичларнинг биргаликдаги таҳлили янги кўрсаткич – фазали бурчакни (ФБ) ҳисоблаш имконини беради: $ФБ = \arctg (X_c/R)$. Соғлом шахсларда меъёрий кўрсаткичлар $6^\circ - 8^\circ$ атрофида бўлади, 6° дан паст бўлиши катаболик шароитлар ошганлигидан, 8° дан кўтарилганлиги мушаклар гипертрофиясидан далолат беради. ФБ кўрсаткичининг $4,5^\circ$ атрофида бўлиши оксил-энергетик танқисликда ҳужайралардан ташқари бўшлиқларнинг кенгайиши ва ҳужайралар мембранасининг йўқотилиш эҳтимоллигини билдиради [39; 59-66-б., 134; 310-314-б., 190; 8646495-б.].

Ёғсиз массани баҳолашда ультратовуш қўлланилиши чекланган бўлиб, унинг натижалари бевосита оператор билан боғлиқ [213; 280713-б.].

КТ – тана соҳалари ва қаватларини текшириш учун ионловчи нурланишни қўллаш усули бўлиб ҳисобланади. МРТ магнит майдонларини қўлланилиш тамойилига асосланган. МРТ умумий ёғ массаси миқдорини баҳолаш ва ёғ тўқимасининг маҳаллий тақсимланиш таҳлили учун қўлланилади. Аммо юқори аниқлиқ, аппаратнинг юқори нархи, радиацион нурланишга қарамасдан амалиётда бу усуллар кенг қўлланилади [134; 310-314-б., 190; 8646495-б.].

Лаборатор усуллар

Организмнинг оқсилли ҳолати икки асосий оқсилли ҳавза – соматик (мушак оқсили) ва висцерал (қон ва ички аъзолар оқсиллари) ҳавза ҳолати билан аниқланади. Соматик оқсиллар ҳавзаси соматометрик кўрсаткичларни аниқлашга асосланган. Овқатланиш ҳолатини баҳоловчи лаборатор усуллар жигарнинг, қон шаклли элементлари ишлаб чиқарувчи аъзолар ва иммун тизимнинг оқсил ҳосил қилувчи функциялари билан бевосита боғлиқ висцерал оқсил ҳавзасини тавсифлайди [39; 59-66-б.].

Қуйида оқсил ҳолатини баҳолаш усуллари орасида кенг тарқалганлари кўрсатилган [39; 59-66-б.]:

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

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

- организм азот балансини баҳолаш (қуйилган оқсил (г)/6,25 – мочевино азоти (г) – 4 формуласи орқали ҳисобланади). Манфий азот баланси патологик жараённинг катаболик босқичи ҳақида далолат беради [5; 7-11-б., 150; 315-319-б.].

Умумий оқсил умумлашган кўрсаткич сингари турли хил таркиб билан боғлиқ бўлиб, сезлирлиги паст ва глобулин фракцияларининг ошиши ва дегидратация туфайли ёлғон манфий натижа бериши мумкин. Нутритив ҳолатни баҳолашда асосан альбумин ишончли башоратловчи маркер сифатида қўлланилади [39; 59-66-б.].

Жигарда ҳосил бўлувчи альбумин ҳаёт давомийлиги 18-20 кун бўлиб, билирубин, ўт кислоталари, кальций, гормонлар, витаминлар, дори воситалари билан вақтинчалик комплекслар ҳосил қилувчи транспорт

функцияни амалга оширади. 40% альбумин томир оқимида айланиб юради, асосий қисми тўқималараро суюқликда сақланади. Альбумин натижалари висцерал оқсил ҳавзаси маркерлари каби мавжудлик вақти ва томир ичи оқимида тўқималараро альбуминнинг ўтиш имкониятига боғлиқ. Аммо узок муддатли дастлабки оқсилли очлик ва ҳар қандай касалликнинг ёмон оқибатли кечиш юқори хавфини белгиловчи бирламчи гипоальбуминемияни аниқлаш мақсадида зардобдаги альбумин миқдорини текширишни ўтказиш муҳим, чунки гипоальбуминемия ва касалликнинг кечиши ўртасида бевосита корреляцион боғлиқлик мавжуд [62; 272-280-б., 125; рii: E775-б.].

β-глобулин фракциялари вакили – трансферрин темир ташилишида иштирок этади, 7-8 кун ҳаёт давомийлигига эга, овқатланишда ўзгаришлар кузатилганида тез жавоб берувчи кўрсаткич сифатида қўлланилади. Шу билан бирга, трансферрин миқдори темир танқислигида ошиши мумкинлиги ва кейинчалик оқсилли танқисликка олиб келиши туфайли трансферринни текшириш чекланган. Бироқ кўпчилик тадқиқотчилар бу кўрсаткични қўллашни тавсия беришади, чунки у висцерал оқсил ҳавзаси ҳолатини баҳолашга имкон яратувчи кўрсаткич бўлиб ҳисобланади [5; 7-11-б., 125; рii: E775-б.].

Ҳозирги кунда висцерал оқсил ҳавзасини баҳоловчи янги, юқори сезгир усуллар ишлаб чиқилган, жумладан юқори сезгирликка эга бўлган ярим парчаланиш даврлари мос равишда 2 кун ва 12 соат бўлган транстиретин (ТТР) ва ретинол боғловчи оқсил (РБО). ТТР ва РБО қисқа ҳаёт давомийликка эга бўлиб, уларнинг кам аҳамиятли қисми томирдан ташқари бўшлиқда сақланиши ва жигарда синтезланиш тезлиги уларнинг оқсилли танқислик эрта ташхисоти учун қўллаш тавсия этилади [11; 122-127-б., 125; рii: E775-б., 132; 1023.e1-22-б.].

ЯК ва нутритив терапия

Энтерал озиқлантириш (ЭО) ёки зонд орқали озиқлантириш (ЗОО)ли даволаш оғиз орқали истеъмоли камайган беморлар учун овқатланиш ҳолатини тиклаш ёки қўллаш мақсадида ишлатилади. Оддий амалиётда ЭО оғир, 5 кун ва ундан ортиқ овқатланиш танқислиги ҳолатларда, ёки одатий шароитда 10 кун ва ундан ортиқ вақт овқатланиш танқислиги ёки ўрта/оғир гиперкатаболиз ҳолатлари мавжуд беморларда тавсия этилади [152; 16e24-б.].

Парентерал озиқлантириш (ПО) асоратлар ва харажатлар камлиги туфайли кенг қўлланилади. Шунингдек ҳозирги кунда озиқлантирувчи маҳсулотлар ичак шиллиқ қавати орқали трофик омил сифатида қабул қилиниши, бактериялар транслокациясини олдини олиши ва ОИЙ функциясини сақловчи восита деб ҳисобланилади [164; 1-11-б.].

Баъзи тадқиқотларда озиқлантирувчи воситалар антигенлар таъсирини камайтирадиган ичакнинг иммун жавоби ва комменсиал микрофлорасини бошқариши мумкинлиги айтиб ўтилган. Шунинг учун ЭО ичак шиллиқ қаватига яллиғланишга қарши таъсир ўтказиб, ИЛ-6 ишлаб чиқарилишини камайтиради ва инсулинга ўхшаш ўсиш омили (IGF)-1 ишлаб чиқарилишини оширади [152; 16e24-б.]. Бу борада адабиётларда қарама қарши фикрлар мавжуд [164; 1-11-б.].

Энтерал овқатлантириш ичак ишемияси, ичак тутилиши, шок ҳолатида, ичак оқмаларида, ичакдан қон кетаётганда мутлақ қарши кўрсатма бўлиб ҳисобланади [98; 321-347-б.]. ПО ЭО мумкин бўлмаган оғир озиқа маҳсулотлари мальабсорбцияси билан қисқа ичак синдроми мавжуд беморларга муҳим кўрсатма ҳисобланади. Шунингдек ПО обструктив касалликлари мавжуд беморларда ҳам қўлланилади. Амалиётдан олдинги даврда нутритив қўллашни иложи борица эрта бошлаш жуда муҳим, чунки у операциядан кейинги асоратлар хавфини камайтириши мумкин [153; 1499e50-б.].

ПОни қўллаш беморлар тўғри танлови, уларга ҳар кунги

бошқаришни талаб этадиган метаболик ўзгаришлар ёки катетер билан боғлиқ асоратлар тўғрисида маълумот беришни талаб қилади [164; 1-11-б.].

Шунингдек, ЯК билан касалланган беморларда нутритив қўллаш мақсадида ЭО учун баланслаштирилган озучавий аралашмалар ҳам тавсия этилиши мумкин. Ушбу замонавий озиқлантирувчи аралашмалардан бири “Modulen IBD” (“Nestle”, Швейцария) ИЯКда беморларни озиқлантириш учун мўлжалланган. 100 г “Modulen IBD” куруқ аралашмаси таркибида 18г сут оқсиллари, 23 г ёғ, 54 г углеводлар, 14 г макро ва микроэлементлар ва 13 г витаминлар. 100 г аралашманинг энергетик қиймати 500 ккал, осмолярлиги 270мосм/л га тенг [51; 19-61-б.].

“Modulen IBD” аралашмасининг таркибида унинг даволовчи хусусиятларини белгиловчи шиллиқ қават яллиғланишга қарши ўсиш омили (TGF- β_2) мавжуд бўлиб, у ичак шиллиқ қаватидаги ИЛ-1, ИЛ-8 ва гамма-интерферон миқдорини камайтиради [51; 19-61-б.].

TGF- β_2 – турли нишон-хужайраларда метаболик реакцияларда, апоптоз ва миграция, табақаланиш жараёнларида иштирок этувчи кўп функцияли яллиғланишга қарши цитокиндир. Организмнинг ҳар бир хужайралари, жумладан эпителиал, эндотелиал, асаб ва бириктирувчи тўқима хужайралари TGF- β_2 ишлаб чиқаради. Ярали колитда хужайралар бутунлигининг бузилиши натижасида регенерацияни билдирувчи TGF- β_2 синтезланиши камаяди. Бу яллиғланишга қарши цитокинни қон зардобидида аниқлаш орқали ичак шиллиқ пардасидаги яллиғланиш жараёнининг қай даражада бораётганлигини ҳамда даволаш самарадорлигини баҳолаш мумкин [51; 19-61-б.].

“Modulen IBD” аралашмаси оғиз орқали овқатланиш ёки зонд орқали озиқлантириш учун мўлжалланган. “Modulen IBD” кунига 1-3 стакан миқдорда асосий рационга қўшимча ҳамда овқатланишнинг ягона манбаи сифатида қўлланилиши мумкин [51; 19-61-б.].

“Modulen IBD”нинг қўлланилиши фойдали жиҳатлари қуйида кўрсатилган [51; 19-61-б.]:

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

АСОСИЙ ҚИСМ

II БОБ. ТАДҚИҚОТ КЛИНИК МАТЕРИАЛИ ВА УСУЛЛАРИ

§2.1. Ярали колит билан касалланган беморлар клиник тавсифи

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

Ушбу тадқиқотга киритилган беморлар қуйидаги меъзонларга асосланган:

- 18 ёшдан катта
- Ярали колит ташхиси клиник, эндоскопик тасдиқланган
- нутритив етишмовчилиги мавжуд беморлар
- беморнинг тадқиқотга иштирок этишига розилиги

Қуйидаги меъзонларга асосан беморлар тадқиқотдан чиқарилди:

- тизимли аутоиммун касалликлар
- онкологик касалликлар
- ўткир ёки декомпенсация босқичидаги қўшилиб келган касаллик
- ҳомиладорлик
- эмизикли давр
- сил, ОИВ, ОИТС
- бемор тадқиқотга иштирок этишига рози бўлмаслиги
- беморнинг шифокор тавсияларига риоя қилмаслиги.

Даволаш охириги қабул қилинган клиник протоколлардан чиқмаган ҳолатда 5-АСК, ҳамда ГКС дори воситалар билан олиб борилди (2.1-расм).

Ҳар бир беморга тадқиқот ўтказиш учун махсус ишлаб чиқилган беморлар индивидуал картаси тўлдирилди. Беморлар индивидуал картасида паспорт маълумотлари, даволашдан олдинги ва кейинги шикоятлар, антропометрик маълумотлар (ТВИ, ЕА, УБМУБҚ), даволашдан олдинги ва кейинги биоимпедансометрия натижалари, Truelove и Witsits бўйича касаллик оғирлик даражасини аниқлаш натижалари, Мейо индекси натижалари акс эттирилган.

§2.2. Нутритив ҳолатни аниқлаш усуллари

Тадқиқотга киритилган беморлар ва амалий соғломлар нутритив ҳолати антропометрия, биоимпедансометрия усулларида аниқланди.

2.2.1. Антропометрик кўрсаткичлар таҳлили

Нутритив етишмовчиликни аниқлаш учун дастлаб **антропометрик кўрсаткичлардан** тана вазни камайиши (ТВК), ТВИ, ЕА, УБМУБҚ кабилар қўлланилди. Нутритив етишмовчилик антропометрик кўрсаткичларини баҳолаш Пугачев А.В. ва Ачкасов Е.Е. (2007) бўйича олиб борилди (2.1-жадвал)

2.1-жадвал

Нутритив етишмовчилик антропометрик кўрсаткичларини баҳолаш

Кўрсаткичлар		Меъёр	Нутритив етишмовчилик		
			енгил	ўртача	оғир
ТВК (дастлабки вазндан %да камайиши)		0-2	2-5	5-10	>10
ТВИ		26-19	19-17, 5	17, 5 – 15, 5	< 15, 5
ЕА (см)	Эркаклар	29-36	28-25	26-23	25-22,5
	Аёллар	23-20	22,5-19,5	< 20	< 19, 5
УБМУБҚ (мм)	Эркаклар	14,5-13	13-11,6	10,5-9,5	9,5-8,4
	Аёллар	11,6-10,1	< 10,1	8,4-7,4	< 7,4

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

$$NRI = 1,519 \times \text{зардобдаги альбумин (г/л)} + 0,417 \times (\text{айни вақтдаги тана вазни} / \text{одатдаги тана вазни}) \times 100$$

NRI натижалари қуйидагича баҳоланди:

>100 – нутритив етишмовчилик мавжуд эмас

97,5-100 – енгил даражали нутритив етишмовчилик

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

<83,5 – оғир даражали нутритив етишмовчилик

2.2.2. Биоимпеданс таҳлили

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

Биоимпеданс таҳлили иккала жинс вакилларида алоҳида ҳолда қуйидаги кўрсаткичларни аниқлашга имкон берди: тананинг ёғсиз вазни (кг ва %), ёғли вазн (кг ва %), умумий суюқлик (кг ва %), висцерал ёғ (нисбий

бирлик), суяк вазни (кг), мукаммал тана вазни (кг), асосий алмашинув (ккал) (1-илова).

§2.3. Тадқиқотда қўлланилган умумиклиник ва биокимёвий таҳлил усуллари тавсифи

Барча беморлар умумий клиник ва биокимёвий лаборатор текширувларнинг стандарт тўпламидан ўтдилар: умумий қон таҳлили (гемоглобин, эритроцит, лейкоцит, тромбоцит, ЭЧТ) қоннинг биокимёвий таҳлили (умумий оксил, глюкоза, мочевино, креатинин, АлАТ, АсАТ, СРО), умумий сийдик таҳлили.

Умумий қон таҳлили Dymind df50crp (Хитой) анализаторда, қоннинг биокимёвий таҳлили Mindray bs240 pro (Хитой) автомат анализаторида, умумий сийдик таҳлили Puman Combilyzer 13 (Германия) анализаторида.

§2.4. Тадқиқотда қўлланилган эндоскопик текширув усули тавсифи

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

Йўғон ичак зарарланиш ҳажми ЯКнинг Монреал таснифи асосида баҳоланди: проктит, чап томонлама ҳамда тўлиқ (тарқалган) зарарланиш. ЯКнинг Мейо фаоллик даражасига мувофиқ касалликнинг эндоскопик фаоллик даражаси (Schroeder) орқали ЯК қўзиш оғирлиги аниқланди (2.2-жадвал).

Schroeder бўйича ЯК эндоскопик фаоллик даражаларини баҳолаш

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

Тадқиқотда касаллик таснифида қўзиш оғирлигини баҳолаш учун Truelove-Witts меъзонлари билан биргаликдаги Европа консенсуси тавсияларига асосан Россия гастроэнтерологлари ва колопроктологлари жамияти томонидан ишлаб чиқилган меъзонлар қўлланилди [17; 10-14-б.]. Йўғон ичак зарарланганлик даражасини баҳолаш мақсадида ЯКнинг Монреал таснифи ишлатилди [208; 1756-1770-б.] (2.3-жадвал).

2.3-жадвал

Truelove — Witts мезонлари

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

§2.5. Қўлланилган даволаш тавсифи

Тадқиқотга киритилган ЯК билан касалланган беморларга даволашда базис даволаш, яъни 5-АСК ва кортикостероидлар касаллик оғирлик даражаси, типи, calprotectin миқдорига кўра қўлланилди.

Базис даволаш 5-АСК гуруҳидан месалазин енгил оғирлик даражадаги ЯК, яъни эрозив проктосигмоидит, Мейо бўйича 1, calprotectin 400 нг/мл гача бўлган беморларда 4,0 г гача ичишга ва шамча кўринишида 3 ой давомида қўллаш тавсия этилди, кейинчалик беморлар клиник ҳолатига кўра дори воситалар дозалари кўриб чиқилди. Чап томонлама ЯК, Мейо бўйича 2-3, calprotectin 400-600 нг/мл бўлса, месалазин тана вазнига мос ҳолда 4-6,0 г ичишга ва шамча кўринишида ҳамда глюкокортикостероидлардан преднизолон 60-100 мг ҳар ҳафта дозасини камайтирган ҳолатда ёки будесонид ҳар ҳафта 9 мг дан 12 ҳафта давомида. Субтотал ва тотал ЯКда, Мейо бўйича 4 ва ундан ортиқ ва calprotectin 600 нг/мл ва ундан ортиқ бўлганда месалазин 6-8,0 г, преднизолон 60-100 мг ва тана вазнига мос ҳолда азатиоприн 1-2 мг тавсия этилди.

Шунингдек, таркибида TGF- β_2 сақлаган озуқа аралашмаси қуйидаги кўрсатмаларга асосан қўлланилди:

- 3 ой давомида базис терапиядан клиник самара кузатилмаслиги;
- ГКСни яхши ўзлаштира олмаслик ва ГКСга чидамлилиكنнинг ривожланиши;
- тана вазнининг етишмовчилиги;
- Кушинг синдромининг ривожланиши, яъни биоимпедансометрия натижалари асосида тана вазнининг фақат ёғ массаси ҳисобига ошиши

Беморлар мазкур озуқа аралашмасини 12-14 кун давомида кунига 400-600 мл миқдорда, 2-3 маҳалга бўлиб кичик порциялар билан қабул қилишди.

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

§2.6. Олинган натижаларнинг статистик ишлови

Тадқиқот давомида олинган натижалар Windows XP учун SPSSv.15.0 (2007) ва MS Excel дастури, Prism (Graphad) дастури ёрдамида амалга оширилган статистик қайта ишловдан ўтказилди. Вариацион қатор стандарт усулларидадан фойдаланган ҳолда қуйидаги қийматлар ва мезонлар ҳисоблаб чиқилди: ўртача арифметик қиймат (M), ўртача арифметик хато (m). Статистик ишончлилиқни аниқлашда Фишер тести, ANOVA тести, Пеарсон корреляцион тестидан фойдаланилди.

Категорик турдаги маълумотларда статистик анализ қилишда Хи-квадрат тестидан фойдаланилди.

Корреляциянинг аҳамиятлилиқ даражаси эркинлик даражаси сонини ҳисобга олган ҳолда аниқланди. I типдаги хатолик аҳамиятлилиқ даражаси 0,05 дан кам, сезгирлиги 80% дан кам бўлган ўзгаришлар муҳим деб ҳисобланади.

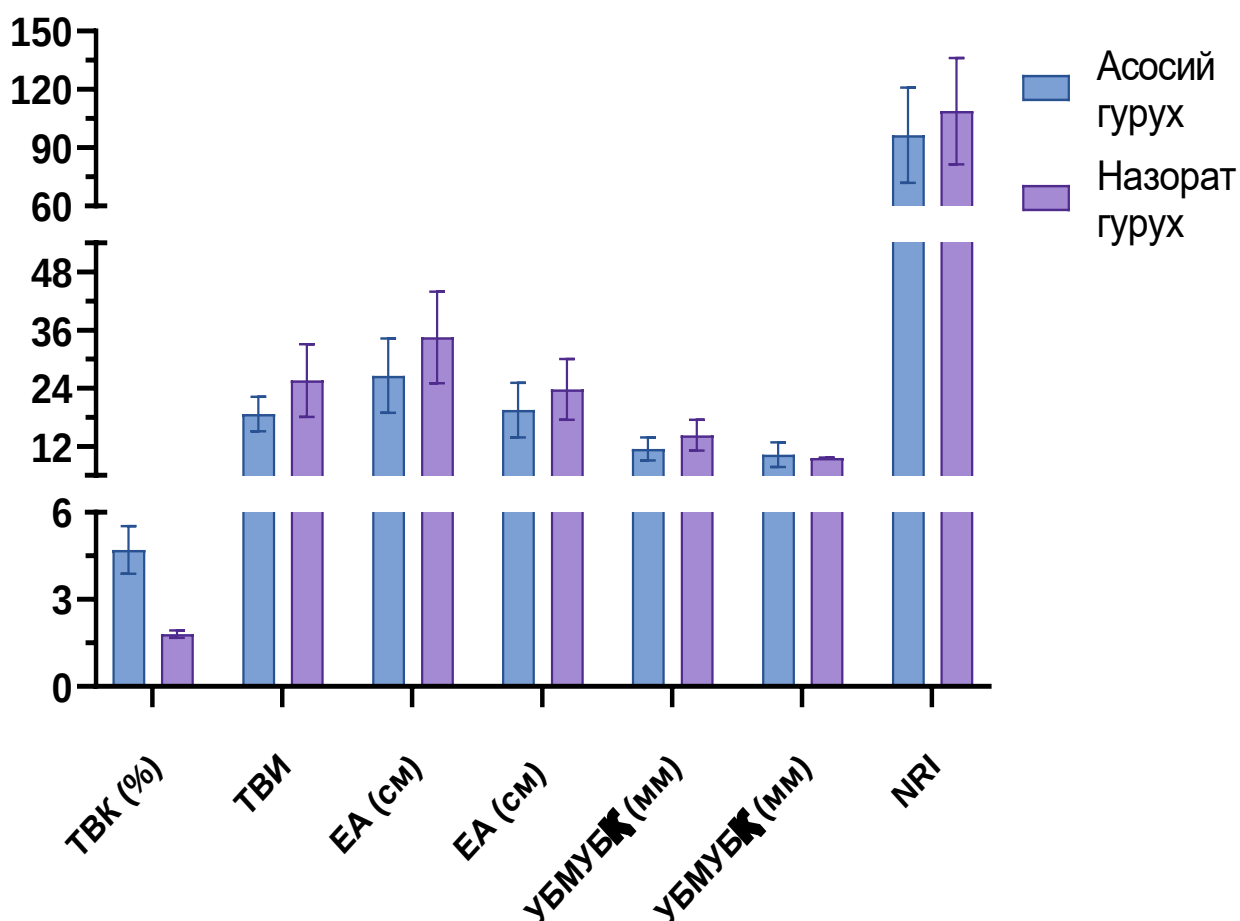
III БОБ. ЯРАЛИ КОЛИТ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БЕМОРЛАРДА НУТРИТИВ СТАТУС ТАҲЛИЛ НАТИЖАЛАРИ

§3.1. Ярали колит билан касалланган беморларда антропометрия, NRI ва биоимпедансометрия таҳлил натижалари

Тадқиқот РИТ ва ТРИАТМ гастроэнтерология бўлими, БВКТТМ гастроэнтерология бўлимида 2021-2023 йилларда олиб борилди. Тадқиқотга киритиш мезонларига мувофиқ ЯК билан ташхисланган, стационар ва амбулатор шароитда даволанган 128 бемор ҳамда назорат гуруҳи сифатида 30 нафар соғлом шахслар киритилди.

Антропометрик тана вазни камайиши (ТВК) (%), тана вазни индекси (ТВИ), елка айланаси (ЕА) (см), уч бошли мушак усти бурмаси қалинлиги (УБМУБК) (мм) каби кўрсаткичлар ва NRI бўйича таҳлил ўтказилганда тадқиқотдаги ЯК билан касалланган беморларнинг биронтасида оғир даражадаги нутритив етишмовчилик кузатилмади. ТВК фоизларда ҳисобланганда ўртача $4,7 \pm 0,82\%$, ТВИ эса $18,7 \pm 3,56$, ЕА ва УБМУБК эркак беморларга қараганда аёл беморларда кўпроқ ўлчамларда камайган, яъни эркакларда ЕА $26,6 \pm 7,67$, бўлса аёлларда $19,5 \pm 5,63$, УБМУБК эркакларда $11,5 \pm 2,38$ бўлса, аёлларда $10,3 \pm 2,16$ ни ташкил қилди (3.1-расм).

Антропометрик кўрсаткичлар



3.1-расм. ЯК билан касалланган беморларда ва назорат гуруҳидаги шахсларда антропометрик кўрсаткичлар таҳлил натижалари

Изоҳ: ТВК – тана вазни камайиши, ТВИ – тана вазни индекси, ЕА – елка айланаси, УБМУБҚ – уч бошли мушак усти бурмаси қалинлиги, NRI nutritional risk index (озуқавий хавф индекси) – Назорат гуруҳи кўрсаткичларига нисбатан ишонччилик даражаси: * – $p < 0,05$; ** – $p < 0,001$; *** – $p < 0,0001$.

Кейинги босқичда антропометрия кўрсаткичлари ва NRI ЯК оғирлик даражаси бўйича таҳлил қилинди. ТВК енгил кечишдаги турида ўрта оғир туридан 2 баробар, оғир кечувдаги туридан деярли 2,5 баробар кам фоизда эди. ТВИ эса ЯК 3 ла кечишдаги турларида меъёрий чегаралардаги натижаларни қайд этди. ЕА, УБМУБҚ ва NRI эса эркак ва аёлларда енгил кечишдаги ЯКда бошқа кечиш турларига қараганда 1-1,3 баробар кам натижага эга бўлди (3.1-жадвал).

**ЯК билан касалланган беморларда касаллик оғирлик даражаларига
боғлиқ ҳолда антропометрик кўрсаткичлар таҳлил натижалари**

Кўрсаткичлар		ЯК оғирлик даражалари		
		Енгил, n=36 (28,1%)	Ўрта оғир, n=64 (50%)	Оғир, n=28 (21,9%)
ТВК, (%)		2.1±0.04****^^^	4.4±0.32	5.1±0.96
ТВИ		21.2±4.21	19.3±2.87	18.8±3.21
ЕА, (см)	эркаклар	27.8±5.45	25.0±4.32	23.6±4.28
	аёллар	21.23±4.21	19.3±4.32	18.22±3.43
УБМУБҚ, (мм)	эркаклар	12.0±1.53	10.3±1.34	9.2±1.31
	аёллар	12.1±1.98	10.8±1.02	8.4±0.97
NRI		99.2±25.3	95.4±22.5	92.5±20.4

Изоҳ: ТВК – тана вазни камайиши, ТВИ – тана вазни индекси, ЕА – елка айланаси, УБМУБҚ – уч бошли мушак усти бурмаси қалинлиги, NRI nutritonal risk index (озуқавий хавф индекси). Ўрта оғир даражали беморлар кўрсаткичларига нисбатан ишончлилиқ даражаси: * – $p<0,05$; ** – $p<0,01$; *** – $p<0,001$; **** – $p<0,001$, оғир даражали беморлар кўрсаткичларига нисбатан ишончлилиқ даражаси: ^ – $p<0,05$; ^^ – $p<0,01$; ^^ – $p<0,001$.

Турли кечиш вариантдаги ЯКда антропометрия кўрсаткичлари ва NRI таҳлил қилинганида сурункал узлуксиз кечишида яққолроқ ўзгаришлар қайд этилганлиги намоён бўлди. Масалан, ТВК сурункали узлуксиз ЯКда ўткир ва сурункали қайталанувчи кечиш вариантыга нисбатан 1,3-1,6 марта кўпроқ фоизда, ТВИ, ЕА УБМУБҚ ва NRI эса аксинча иккала жинс вакилларида ўткир ва сурункали қайталанувчи вариантларига нисбатан сурункали узлуксиз кечишида 1,5 баробар кам натижа қайд этилди (3.2-жадвал).

**ЯК билан касалланган беморларда касаллик кечиш вариантларига
боғлиқ ҳолда антропометрик кўрсаткичлар таҳлил натижалари**

Кўрсаткичлар		ЯК кечиш вариантлари		
		Ўткир, n=43 (32,8%)	Сурункали узлуксиз, n=46 (36,7%)	Сурункали қайталанувчи, n=39 (30,5%)
ТВК, (%)		4.7±0.32*^^	5.9±0.48^	3.54±0.12
ТВИ		19.7±3.43	17.4±3.67	20.3±4.42
ЕА, (см)	эркаклар	25.2±5.56	23.4±4.76	28.8±5.31
	аёллар	20.5±5.76	17.34±4.88	22.4±4.55
УБМУБҚ, (мм)	эркаклар	10.5±2.38	9.91±0.98	13.44±2.12
	аёллар	10.08±1.94	8.09±0.96^^	12.27±1.26
NRI		95.8±23.4	93.45±20.1	98.29±25.3

Изоҳ: ТВК – тана вазни камайиши, ТВИ – тана вазни индекси, ЕА – елка айланаси, УБМУБҚ – уч бошли мушак усти бурмаси қалинлиги, NRI nutritonal risk index (озуқавий хавф индекси). Сурункали узлуксиз кечишдаги беморлар кўрсаткичларига нисбатан ишончлилиқ даражаси: * – $p<0,05$; ** – $p<0,01$; *** – $p<0,001$; **** – $p<0,001$, Сурункали қайталанувчи кечишда беморлар кўрсаткичларига нисбатан ишончлилиқ даражаси: ^ – $p<0,05$; ^^ – $p<0,01$; ^^ – $p<0,001$.

ЯК билан касалланган беморларда касаллик фаоллик даражаларига боғлиқ ҳолда антропометрик кўрсаткичлар таҳлил қилинганида яққол фаолликдаги ЯКда барча натижалар тана вазнининг яққол етишмовчилиқ белгилари намоён бўлганлигини кўриш мумкин, хусусан ТВК яққол фаолликдаги ЯКда бошқа фаоллик турларига нисбатан 2-2,5 марта кўпроқ фоизда учраганлиги, ТВИ, ЕА, УБМУБҚ эса иккала жинс вакилларида бошқа фаоллик турига нисбатан деярли 1,5 марта камроқ натижани, NRI эса кам фаолликда меърий чегарада, қолган фаоллик даражаларида бир оз камроқ

(95,7 ва 91,3) натижаларни қайд этди (3.3-жадвал).

3.3-жадвал

ЯК билан касалланган беморларда касаллик фаоллик даражаларига боғлиқ ҳолда антропометрик кўрсаткичлар таҳлил натижалари

Кўрсаткичлар		ЯК фаоллик даражалари		
		Кам фаоллик, n=42 (32,8%)	Ўртача фаоллик, n=48 (37,5%)	Яққол фаоллик, n=38 (29,7%)
ТВК, (%)		2.71±0.04****^^^	4.65±0.27^^	6.55±0.43
ТВИ		21.3±3.77	19.1±3.29	18.4±2.94
ЕА, (см)	эркаклар	28.2±6.28	24.1±5.37	21.9±4.21
	аёллар	22.2±4.54	20.9±3.23	17.2±3.84
УБМУБҚ, (мм)	эркаклар	12.6±1.66	10.9±1.24	9.22±1.21
	аёллар	12.3±2.83	10.2±2.35	8.34±0.89
NRI		100.4±25.2	95.7±24.3	91.3±20.5

Изоҳ: ТВК – тана вазни камайиши, ТВИ – тана вазни индекси, ЕА – елка айланаси, УБМУБҚ – уч бошли мушак усти бурмаси қалинлиги, NRI nutritonal risk index (озуқавий хавф индекси). Ўртача фаолликдаги беморлар кўрсаткичларига нисбатан ишончилилик даражаси: * – $p<0,05$; ** – $p<0,01$; *** – $p<0,001$; **** – $p<0,001$, яққол фаолликдаги беморлар кўрсаткичларига нисбатан ишончилилик даражаси: ^ – $p<0,05$; ^^ – $p<0,01$; ^^ – $p<0,001$.

ЯК билан касалланган беморларда касаллик давомийлигига боғлиқ ҳолда антропометрик кўрсаткичлар таҳлил қилинганида касаллик давомийлиги ошган сайин мазкур кўрсаткичлар салбий томонга ўзгарганлиги кузатилди, масалан ТВК 11-20 йил давомийликдаги ЯКда камроқ давийликдаги турларига қараганда деярли 1,5-2 баробар кўпроқ фоизни намоён қилганлиги, ТВИ, ЕА, УБМЎБҚ эса аксинча 11-20 йилгача давомийликдаги ЯКда бошқа давомийлик турларига нисбатан 1-1,5 марта камроқ натижа, NRI эса 5 йилгача турида меъёрий натижа, қолган давомийликдаги турларида меъёрий чегарадан камроқ натижаларни (96,3 ва

93,2) қайд этди (3.4-жадвал).

3.4-жадвал

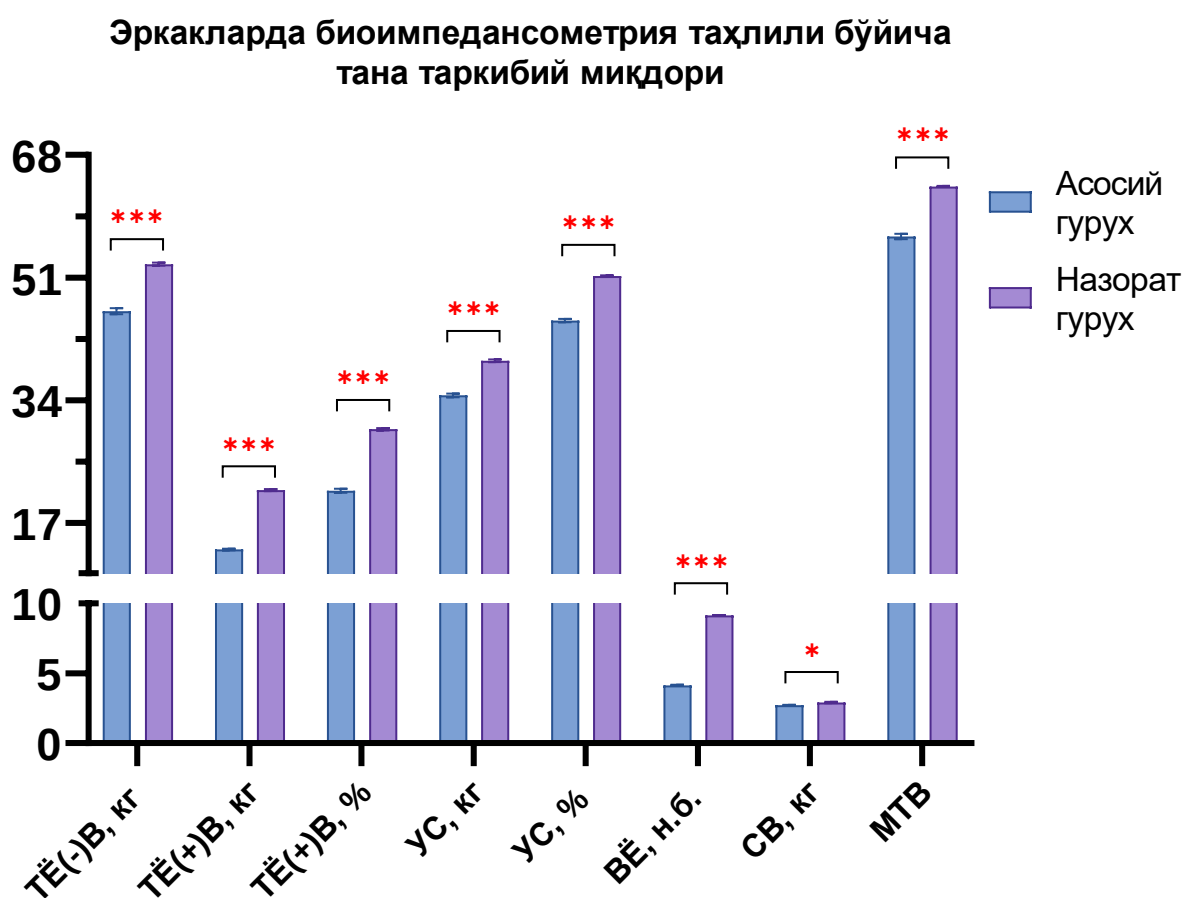
ЯК билан касалланган беморларда касаллик давомийлигига боғлиқ ҳолда антропометрик кўрсаткичлар таҳлил натижалари

Кўрсаткичлар		ЯК давомийлиги		
		5 йилгача, n=76 (59,4%)	6 йилдан 10 йилгача, n=32 (25%)	11 йилдан 20 йилгача, n=20 (15,6%)
ТБК, (%)		3.9±0.23**^^^	5.2±0.43	7.2±1.21
ТВИ		20.4±3.44	19.3±4.31	17.8±4.26
ЕА, (см)	эркаклар	28.2±7.83	25.5±5.90	22.3±4.11
	аёллар	21.6±4.34	19.2±3.87	17.8±3.42
УБМУБҚ, (мм)	эркаклар	13.4±1.36	11.7±1.52	9.43±0.98
	аёллар	11.2±1.56	9.8±1.25	8.21±0.86
NRI		102.7±26.8	96.3±23.6	93.2±23.7

Изоҳ: ТБК – тана вазни камайиши, ТВИ – тана вазни индекси, ЕА – елка айланаси, УБМУБҚ – уч бошли мушак усти бурмаси қалинлиги, NRI nutritional risk index (озуқавий хавф индекси). ЯК 6-10 йилгача давомийликдаги беморлар кўрсаткичларига нисбатан ишончлилик даражаси: * – $p<0,05$; ** – $p<0,01$; *** – $p<0,001$; **** – $p<0,001$, ЯК 11-20 йилгача давомийликдаги беморлар кўрсаткичларига нисбатан ишончлилик даражаси: ^ – $p<0,05$; ^^ – $p<0,01$; ^^^ – $p<0,001$.

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

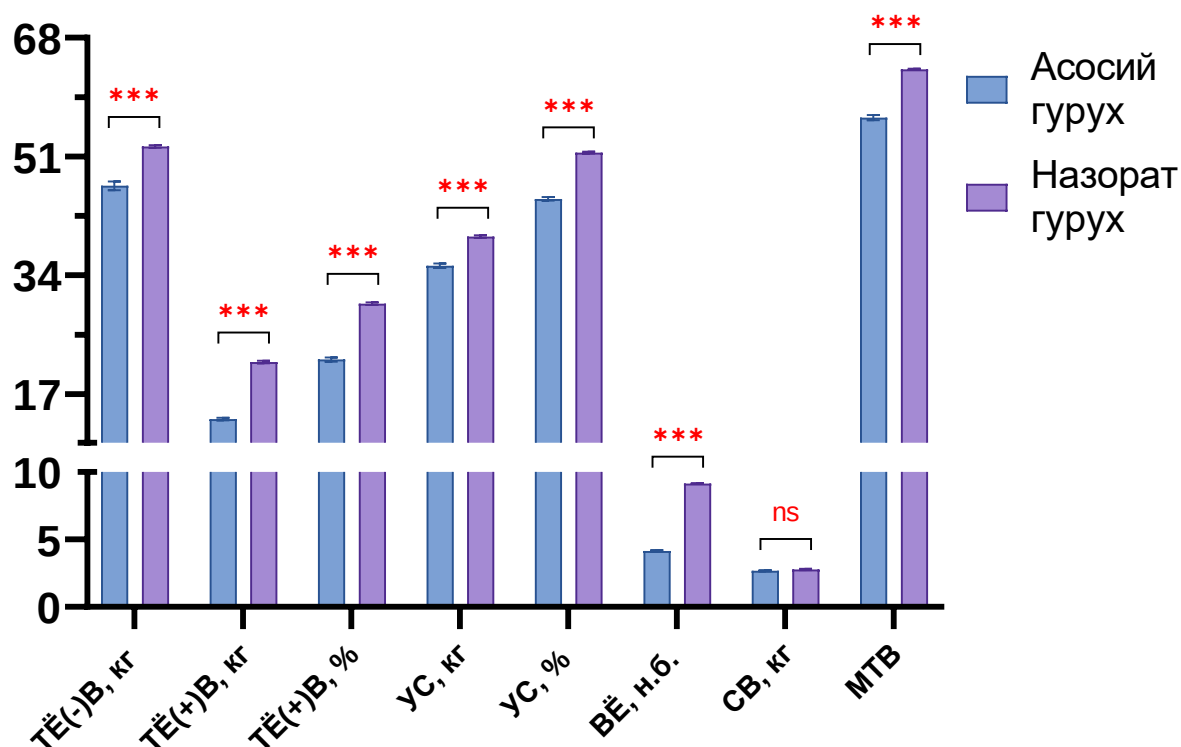
нисбий birlikлар (н.б.)да ўлчанганда эркак ва аёл беморларда назорат гуруҳига нисбатан 2-2,5 баробар камайганлиги аниқланди. Суяк вазни ЯК билан касалланган беморлар ва назорат гуруҳидаги шахларда ўзгариш кузатилмади. Лоренц бўйича мукамал тана вазни эркак ва аёл беморларда назорат гуруҳидаги шахларга нисбатан 1,1 марта камайганлиги аниқланди. Харрис-Бенедикт ва Сколфилд бўйича асосий алмашинув ҳисобланганда эркак ва аёл беморларда назорат гуруҳидаги шахларга нисбатан деярли 1,2 марта камайганлиги кузатилди (3.2 ва 3.3-расм).



3.2-расм. Асосий ва назорат гуруҳи эркакларида биоимпедансометрия таҳлили бўйича тана таркибий миқдори

Изоҳ: TE(-)B – тананинг ёғсиз вазни, TE(+)B – тананинг ёғли вазни, UC – умумий суюқлик, VE – висцерал ёғ, SB – суюқ вазни; MTB – мукамал тана вазни. Назорат гуруҳи кўрсаткичларига нисбатан ишончлилик даражаси: ns – $p > 0,05$; * – $p < 0,05$; ** – $p < 0,001$; *** – $p < 0,0001$

Аёлларда биоимпедансометрия таҳлили бўйича тана таркибий миқдори



3.3-расм. Асосий ва назорат гуруҳи аёлларида биоимпедансометрия таҳлили бўйича тана таркибий миқдори

Изоҳ: TĖ(-)B – тананинг ёғсиз вазни, TĖ(+)B – тананинг ёғли вазни, УС – умумий суюқлик, ВĖ – висцерал ёғ, СВ – суюк вазни; МТВ – мукаммал тана вазни. Назорат гуруҳи кўрсаткичларига нисбатан ишончлилик даражаси: ns – $p > 0,05$; * – $p < 0,05$; ** – $p < 0,001$; *** – $p < 0,0001$

Кейинчалик ЯК билан касалланган беморларда ЯК оғирлик даражаларига боғлиқ ҳолда биоимпедансометрия таҳлил ўтказилди. Касаллик оғир кечувида бошқа турларига нисбатан барча биоимпедансометрик кўрсаткичлар камайганлиги яққол намоён бўлди (3.5-жадвал).

3.5-жадвал

ЯК билан касалланган беморларда ЯК оғирлик даражаларига боғлиқ ҳолда биоимпедансометрия таҳлил нажалари

Кўрсаткич	Жинс	Енгил. n=36 (28.1%)	Ўрта оғир. n=64 (50%)	Оғир. n=28 (21.9%)
Тананинг ёғсиз вазни. кг	Эркаклар	55.6±9.4 [^]	52.7±8.7	49.4±8.6
	Аёллар	43.5±7.3 [^]	41.3±7.9	38.2±6.6

Ёғли вазн. кг	Эркаклар	16.3±2.5	12.4±1.7	9.3±0.7
	Аёллар	21.5±3.7	16.8±2.4	11.9±1.6
Ёғли вазн. %	Эркаклар	19.4±3.4	17.5±3.6	12.3±1.7
	Аёллар	28.3±5.2	25.2±5.4	21.2±4.4
Умумий суюқлик. кг	Эркаклар	43.2±7.7	39.9±6.9	35.2±6.5
	Аёллар	35.3±6.5	29.2±5.7	27.5±5.6
Умумий суюқлик. %	Эркаклар	54.8±8.6	47.4±7.5	43.5±8.9
	Аёллар	44.5±7.3	39.3±6.8	35.2±7.3
Висцерал ёғ. н.б.	Эркаклар	4.9±0.44 [^]	4.3±0.5	3.5±0.4
	Аёллар	3.9±0.23 [^]	3.5±0.34	3.1±0.21
Суяк вазни. кг	Эркаклар	3.1±0.3	3.1±0.2	3.0±0.2
	Аёллар	2.3±0.2	2.3±0.1	2.2±0.1
Мукаммал тана вазни (Лоренц бўйича). кг	Эркаклар	64.1±12.3	60.3±11.6	57.7±10.4
	Аёллар	53.5±8.4	51.6±8.5	49.1±8.5
Асосий алмашинув (Харрис-Бенедикт 2 бўйича). Ккал	Эркаклар	1644.3±433.8	1572.3±384.1	1498.1±372.3
	Аёллар	1327.3±342.6	1278.4±342.8	1178.9±278.4
Асосий алмашинув (Сколфилд бўйича). ккал	Эркаклар	1689.3±442.8	1574.2±384.5	1456.7±367.9
	Аёллар	1348.4±348.7	1254.3±345.6	1132.5±288.5

Изох: Ўрта оғир даражали беморлар кўрсаткичларига нисбатан ишончлилик даражаси: * – $p<0.05$; ** – $p<0.01$; *** – $p<0.001$; **** – $p<0.001$. оғир даражали беморлар кўрсаткичларига нисбатан ишончлилик даражаси: [^] – $p<0.05$; ^{^^} – $p<0.01$; ^{^^^} – $p<0.001$.

ЯК билан касалланган беморларда касаллик кечиш вариантларига боғлиқ ҳолда биоимпедансометрия кўрсаткичларининг ўзгариши таҳлил

килинганида, касалликнинг сурункали узлуксиз кечувчи вариантыда бошқа кечиш вариантларига нисбатан мазкур кўрсаткичларнинг нисбатан камайганлиги аниқланди (3.6-жадвал).

3.6-жадвал

ЯК билан касалланган беморларда ЯК кечиш вариантларига боғлиқ ҳолда биоимпедансометрия таҳлил нажалари

Кўрсаткич	Жинс	Ўткир. n=43 (32.8%)	Сурункали узлуксиз. n=46 (36.7%)	Сурункали қайталанувчи. n=39 (30.5%)
Тананинг ёғсиз вазни. кг	Эркаклар	53.8±9.3	50.6±10.3	54.3±11.3
	Аёллар	42.7±8.7	38.9±6.7	44.2±9.6
Ёғли вазн. кг	Эркаклар	10.2±1.8	9.8±0.9	12.7±1.7
	Аёллар	13.4±2.8	11.3±1.2	15.2±3.4
Ёғли вазн. %	Эркаклар	15.4±3.4	12.7±1.5	18.2±3.8
	Аёллар	25.5±5.9	22.2±4.6	27.3±6.4
Умумий суюқлик. кг	Эркаклар	36.9±6.8	35.4±7.5	39.1±6.8
	Аёллар	32.6±6.2	28.4±6.7	33.4±6.3
Умумий суюқлик. %	Эркаклар	48.1±8.5	44.9±9.1	54.2±12.3
	Аёллар	41.5±7.9	35.2±7.8	43.6±8.9
Висцерал ёғ. н.б.	Эркаклар	4.4±0.6	4.3±0.7	5.1±0.8
	Аёллар	3.6±0.4	3.2±0.2	3.9±0.4
Суяк вазни. кг	Эркаклар	3.1±0.3	3.0±0.2	3.1±0.2
	Аёллар	2.3±0.2	2.2±0.1	2.3±0.2
Мукаммал тана вазни (Лоренц бўйича). кг	Эркаклар	60.9±10.6	58.3±13.9	62.4±14.5
	Аёллар	52.6±12.4	48.3±9.5	53.4±11.2
Асосий алмашинув	Эркаклар	1465.7±389.5	1395. 6±448.9	1587.3±391.3
	Аёллар	1202.7±300.4	1121.1±281.2	1323.9±333.5

(Харрис-Бенедикт 2 бўйича). ккал				
Асосий алмашинув (Сколфилд бўйича). ккал	Эркаклар	1598.3±399.1	1427.6±362.3	1612.1±403.2
	Аёллар	1313.7±326.7	1102.5±276.2	1287.2±320.1

Изоҳ: Сурункали узлуксиз кузатилган беморлар кўрсаткичларига нисбатан ишончлилик даражаси: * – $p<0.05$; ** – $p<0.01$; *** – $p<0.001$; **** – $p<0.001$. Сурункали қайталанувчи кузатилган беморлар кўрсаткичларига нисбатан ишончлилик даражаси: ^ – $p<0.05$; ^^ – $p<0.01$; ^^^ – $p<0.001$.

ЯК билан касалланган беморларда касаллик фаоллик даражаларига боғлиқ ҳолда биоимпедансометрик кўрсаткичлар таҳлил қилинганда, касалликнинг яққол, яъни юқори фаоллик турида барча кўрсаткичлар нисбатан камроқ эканлиги қайд қилинди (3.7-жадвал).

3.7-жадвал

ЯК билан касалланган беморларда ЯК фаоллик даражаларига боғлиқ ҳолда биоимпедансометрия таҳлил нажалари

Кўрсаткич	Жинс	Кам фаоллик. n=42 (32.8%)	Ўртача фаоллик. n=48 (37.5%)	Яққол фаоллик. n=38 (29.7%)
Тананинг ёғсиз вазни. кг	Эркаклар	54.9±12.4	50.1±10.5	48.3±9.3
	Аёллар	43.2±9.1	41.2±9.3	37.2±7.6
Ёғли вазн. кг	Эркаклар	13.3±1.89	10.5±1.6	9.8±1.1
	Аёллар	17.4±2.24	15.6±2.31	13.9±1.5
Ёғли вазн. %	Эркаклар	18.7±3.11	16.9±2.8	14.2±2.3
	Аёллар	29.1±6.2	27.3±6.7	23.5±6.3
Умумий	Эркаклар	41.2±8.7	39.3±7.9	35.4±7.8

суюқлик. кг	Аёллар	34.1±7.3	31.7±6.3	28.3±6.2
Умумий суюқлик. %	Эркаклар	55.5±14.4	48.8±9.2	45.4±8.9
	Аёллар	43.1±9.7	41.4±8.3	37.9±7.2
Висцерал ёғ. н.б.	Эркаклар	4.9±0.4	4.5±0.5	4.3±0.5
	Аёллар	3.9±0.4	3.8±0.4	3.4±0.3
Суяк вазни. кг	Эркаклар	3.1±0.2	3.1±0.2	3.0±0.1
	Аёллар	2.3±0.1	2.3±0.2	2.2±0.1
Мукаммал тана вазни (Лоренц бўйича). кг	Эркаклар	65.5±14.8	60.2±13.4	57.4±12.4
	Аёллар	55.8±11.5	50.4±10.8	47.5±10.2
Асосий алмашинув (Харрис- Бенедикт 2 бўйича). ккал	Эркаклар	1549.4±399.6	1578.8±389.1	1411.7±357.8
	Аёллар	1288.7±315.6	1257.9±314.6	1103.4±275.3
Асосий алмашинув (Сколфилд бўйича). ккал	Эркаклар	1603.2±400.3	1598.1±399.5	1417.2±352.4
	Аёллар	1306.1±326.5	1283.8±315.4	1126.3±280.3

Изоҳ: Ўрта оғир даражали беморлар кўрсаткичларига нисбатан ишончлилик даражаси: * – $p<0.05$; ** – $p<0.01$; *** – $p<0.001$; **** – $p<0.001$. оғир даражали беморлар кўрсаткичларига нисбатан ишончлилик даражаси: ^ – $p<0.05$; ^^ – $p<0.01$; ^^^ – $p<0.001$.

ЯК билан касалланган беморларда касаллик кечиш давомийлигига боғлиқ ҳолда биоимпедансометрик кўрсаткичлар таҳлилида касаллик давомийлиги ошган сари мазкур кўрсаткичларнинг миқдори камайганлиги кузатилди, яъни ЯКнинг 11 йилдан 20 йилгача давомийликдаги кечиш турида мазкур кўрсаткичлар бошқа турига нисбатан камроқ миқдорда аниқланганди

(3.8-жадвал).

3.8-жадвал

ЯК билан касалланган беморларда ЯК давомийлигига боғлиқ ҳолда биоимпедансометрия таҳлил натижалари

Кўрсаткич	Жинс	5 йилгача. n=76 (59.4%)	6 йилдан 10 йилгача. n=32 (25%)	11 йилдан 20 йилгача. n=20 (15.6%)
Тананинг ёғсиз вазни. кг	Эркаклар	54.5±12.4	52.1±12.4	50.3±11.3
	Аёллар	44.1±10.6	41.2±9.4	38.2±7.4
Ёғли вазн. кг	Эркаклар	12.3±1.4	11.8±1.5	10.3±1.8
	Аёллар	17.4±2.3	15.4±2.7	13.7±2.7
Ёғли вазн. %	Эркаклар	18.6±4.7	16.9±3.2	14.5±3.6
	Аёллар	28.9±6.4	26.9±6.4	24.3±6.5
Умумий суюқлик. кг	Эркаклар	40.7±9.8	38.8±7.3	36.4±7.1
	Аёллар	33.6±7.5	31.5±6.8	29.1±6.3
Умумий суюқлик. %	Эркаклар	51.5±12.9	49.7±12.3	47.5±11.2
	Аёллар	43.5±9.3	40.7±11.4	37.8±7.9
Висцерал ёғ. н.б.	Эркаклар	5.0±0.46	4.5±0.4	4.2±0.34
	Аёллар	4.1±0.4	3.6±0.3	3.5±0.3
Суяк вазни. кг	Эркаклар	3.1±0.3	2.3±0.2	3.1±0.4
	Аёллар	2.3±0.2	2.3±0.2	2.3±0.3
Мукамал тана вазни (Лоренц бўйича). кг	Эркаклар	64.8±14.5	61.7±13.4	57.7±13.4
	Аёллар	56.2±12.6	50.4±12.5	47.9±10.2
Асосий алмашинув (Харрис-Бенедикт 2 бўйича). ккал	Эркаклар	1557.1±388.3	1556.8±386.5	1489.7±366.5
	Аёллар	1296.5±324.1	1242.9±310.5	1145.5±288.1
Асосий алмашинув (Сколфилд бўйича). ккал	Эркаклар	1621.8±411.6	1523.6±389.1	1432.1±368.6
	Аёллар	1298.2±324.8	1267.4±315.3	1132.6±289.5

Изоҳ: Ўрта оғир даражали беморлар кўрсаткичларига нисбатан ишончлилиқ даражаси: * – $p < 0.05$; ** – $p < 0.01$; *** – $p < 0.001$; **** – $p < 0.001$. оғир даражали беморлар кўрсаткичларига нисбатан ишончлилиқ даражаси: ^ – $p < 0.05$; ^^ – $p < 0.01$; ^^ – $p < 0.001$.

IV БОБ. ЯРАЛИ КОЛИТ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БЕМОРЛАРДА ДАВОЛАШДАН КЕЙИНГИ НАТИЖАЛАР

§4.1. Ярали колит билан касалланган беморларда даволашдан кейинги умумклиник текширув натижалари

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

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

Тадқиқотдаги ЯК билан касалланган беморларда даволашдан кейинги турли муддатларда бемор шикоятлари учраш даражаси ўрганилганда турлича натижалар қайд этилди. Даволашдан 10 кундан сўнг 1-ва 2-гуруҳдаги беморларда барча шикоятлар учраш фоизи бир хилда 15%дан ошмади, яъни қоринда оғриқ, ич кетиш, ахлатда қон, ҳолсизлик кўнгил айланиши ва қусиш каби белгилар 1,6%дан 14,5%гача учради. Даволашдан 3 ойдан кейин 1-гуруҳдаги беморларга қараганда 2-гуруҳдаги беморлар шикоятлари учраш даражаси бир оз ошди, яъни қоринда оғриқ 3,5 марта, ич кетиш 4 марта, ахлатда қон 6 марта ошди, қолган 1-гуруҳда учрамаган клиник белгилар 2-гуруҳда камроқ фоизда кузатилди. Аммо даволашдан 5 ойдан кейинги муддатда 2-гуруҳда 1- гуруҳдаги беморларга қараганда ахлатда қон 7 марта кўпроқ, ҳолсизлик 9 марта кўпроқ учради, айланиш дамида 1-гуруҳдаги беморларда клиник белгилар деярли кузатилмади, яъни деярли барча беморларда касаллик тўлиқ ремиссияда эди (4.1-жадвал).

**ЯК билан касалланган 1- ва 2-гуруҳдаги беморларда даволашдан
кейинги клиник белгилар учраш даражаси**

Клиник белгилари	Даволашдан 10 кун кейин		Даволашдан 3 ой кейин		Даволашдан 6 ой кейин	
	1- гуруҳ, n=62 (48,4%)	2-гуруҳи, n=66 (51,6%)	1- гуруҳ, n=62 (48,4%)	2-гуруҳи, n=66 (51,6%)	1- гуруҳ, n=62 (48,4%)	2-гуруҳи, n=66 (51,6%)
Қоринда оғриқ	7 [#] (11,3%)	6 [#] (9,1%)	2 (3,2%)	7 (10,6%)	3 ^{**} (4,8%)	16 (24,2%)
Ич кетиш	9 [#] (14,5%)	8 [#] (12,1%)	2 (3,2%)	8 (12,1%)	4 ^{**} (6,4%)	18 (27,3%)
Ахлатда қон	5 [#] (8,1%)	5 [#] (7,6%)	1 (1,6%)	6 (9,1%)	2 ^{**} (3,2%)	14 (21,2%)
Ҳолсизлик	2 [^] (3,2%)	1 [^] (1,5%)	0 [*]	6 (9,1%)	1 [*] (1,6%)	9 (13,6%)
Иситма	0	0	0	0	0	1 (1,5%)
Кўнгил айниши, қусиш	1 (1,6%)	0	0	1 (1,5%)	0	2

Изоҳ: Статистик ишончлилик даражаси айни даврдаги иккинчи гуруҳ беморларига нисбатан: * – $p<0,05$; ** – $p<0,01$; *** – $p<0,001$; **** – $p<0,0001$, статистик ишончлилик даражаси айни гуруҳдаги даволашдан 3 ойдан кейинги кўрсаткичларга нисбатан: ^ – $p<0,05$; ^^ – $p<0,01$; ^^^ – $p<0,001$; ^^^^ – $p<0,0001$, статистик ишончлилик даражаси айни гуруҳдаги даволашдан 6 ойдан кейинги кўрсаткичларга нисбатан: # – $p<0,05$; ## – $p<0,01$; ### – $p<0,001$; #### – $p<0,0001$.

§4.2. Ярали колит билан касалланган беморларда нутритив статус таҳлил натижалари

Тадқиқотдаги ЯК билан касалланган беморларда даволашдан кейинги турли муддатларда антропометрия ва NRI кўрсаткичлари ўрганилганда, даволашдан 10 кундан сўнг 1-ва 2-гуруҳдаги беморларда антропометрик кўрсаткичларнинг ТВКдан ташқари биронтасида даволашдан олдинги кўрсаткичлардан деярли фарқланиш кузатилмади, ТВК иккала гуруҳдаги беморларда 0,61-0,62%ни ташкил қилди. Даволашдан 3 ойдан кейин 2-гуруҳдаги беморларга қараганда 1-гуруҳдаги беморларда ТВК 3 марта камроқ, ЕА дастлабки кўрсаткичлардан 1-2 см га ошган, 2-гуруҳдаги беморларда дастлабки кўрсаткичлардан ўзгаришсиз қолди, ТВИ иккала гуруҳда ҳам деярли ўзгаришсиз ($19,9 \pm 3,76$), NRI эса 1-гуруҳдаги беморларда меъёрий кўрсаткични намоён қилди ($102,27 \pm 22,43$). Даволашдан 6 ойдан кейинги муддатда 1-гуруҳдаги беморларда ТВК аниқланмади, айти вақтда 2-гуруҳдаги беморларда 1,4% натижа қайд этилди. ТВИ 2-гуруҳда дастлабки натижалардан ўзгаришсиз қолди, аммо 1-гуруҳдаги беморларда меъёрий натижани намоён қилди ($20,7 \pm 6,43$). ЕА ва УБМУБК 1-гуруҳдаги беморларда иккала жинс вакилларида ҳам даволашдан олдинги қийматлардан мос равишда 3-4 см ва 3-4 мм га ошди, айти вақтда 2-гуруҳ беморларида ўзгариш кузатилмади. NRI даволашдан кейинги барча муддатларда 2-гуруҳдаги беморларда деярли ўзгаришсиз қолди (4.2-жадвал).

4.2-жадвал

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

Кўрсаткичлар	Даволашдан 10 кундан кейин	Даволашдан 3 ойдан кейин	Даволашдан 6 ойдан кейин
--------------	----------------------------	--------------------------	--------------------------

		1- гуруҳ, n=62 (48,4%)	2-гуруҳи, n=66 (51,6%)	1- гуруҳ, n=62 (48,4%)	2-гуруҳ, n=66 (51,6%)	1- гуруҳ, n=62 (48,4%)	2-гуруҳи, n=66 (51,6%)
ТВК, (%)		0.61±0.08 ^ ^ ^ ^ ^	0.62±0.04 ^ ^ ^ ^ ^	0.3±0.020 * * * * *	0.9±0.040 * * * * *	0.1±0.02	1.4±0.05
ТВИ		18.8±3.48	18.7±3.46	19.9±3.76	18.8±3.53	20.7±6.43	18.6±3.28
ЕА, (см)	эркаклар	26.7±7.54	26.6±7.73	27.2±7.28	26.8±6.36	29.5±8.57	25.4±6.98
	аёллар	19.6±5.71	19.5±5.52	20.6±5.37	19.8±5.39	23.7±7.24	18.24±4.47
УБМУ БК, (мм)	эркаклар	11.6±2.40	11.5±2.61	12.8±2.28	11.5±2.61	14.3±3.21	11.2±2.27
	аёллар	10.36±2.1 8	10.3±2.38	12.36±2.1 8	10.4±2.28	13.8±2.31	10.7±2.71
NRI		98.27±24. 32	97.38±24. 19	102.27±2 2.43	97.26±22. 19	108.4±27. 48	98.39±22. 28

Изоҳ: Статистик ишонччилик даражаси айни даврдаги иккинчи гуруҳ беморларига нисбатан: * – $p<0,05$; ** – $p<0,01$; *** – $p<0,001$; **** – $p<0,0001$, статистик ишонччилик даражаси айни гуруҳдаги даволашдан 3 ойдан кейинги кўрсаткичларга нисбатан: ^ – $p<0,05$; ^^ – $p<0,01$; ^^^ – $p<0,001$; ^^^^ – $p<0,0001$, статистик ишонччилик даражаси айни гуруҳдаги даволашдан 6 ойдан кейинги кўрсаткичларга нисбатан: # – $p<0,05$; ## – $p<0,01$; ### – $p<0,001$; #### – $p<0,0001$.

Тадқиқотдаги ЯК билан касалланган беморларда даволашдан кейинги турли муддатларда биоимпедансометрия таҳлил кўрсаткичлари ўрганилганда, даволашдан 10 кундан сўнг иккала гуруҳдаги беморларда мазкур кўрсаткичлардан биронтасида даволашдан олдинги кўрсаткичлардан деярли фарқланиш кузатилмади. Даволашдан 3 ойдан кейинги муддатда 2-

гурухдаги беморларда барча биоимпедансометрик кўрсаткичларда деярли ўзгариш кузатилмади, аммо 1-гурухдаги беморларда тананинг ёғсиз вазни даволашдан олдинги натижалардан эркак ва аёлларда мос равишда 3кг ва 2 кг га, ёғли вазн 3 (2%) ва 1 (2%) кг га, умумий суюқлик 3 (2%) ва 1 (2%) кг га висцерал ёғ 2 н.б. ва 1 н.б. ка, мукамал тана вазни иккала жинс вакилларида ҳам 2 кг га, асосий алмашинув 80 ва 60 ккал.га ошди. Даволашдан 6 ойдан кейинги муддатда эса 1-гурухдаги беморларда барча биоимпедансометрик кўрсаткичлар меъёрий натижаларни қайд этди, аммо 2-гурухдаги беморларда мазкур кўрсаткичларда сезиларли ошиш кузатилмади. Яъни 1-ва 2-гурух беморларида ушбу кўрсаткичлар қиёслама таҳлил ўтказилганда 2-гурухга нисбатан 1-гурухдаги беморларда яққол ўзгариш кузатилган фарқлардан бири ёғли вазн 1,5 марта, висцерал ёғ деярли 2 марта кўпроқ ошди (4.3-жадвал).

4.3-жадвал

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

Кўрсаткичлар	Жинс	Даволашдан 10 кун кейин		p	Даволашдан 3 ой кейин		p	Даволашдан 6 ой кейин		p
		1-гурух. n=62 (48.4%)	2-гурух. n=66 (51.6%)		1-гурух. n=62 (48.4%)	2-гурух. n=66 (51.6%)		1-гурух. n=62 (48.4%)	2-гурух. n=66 (51.6%)	
Тананинг ёғсиз вазни. кг	Э.	52.5±1.4	52.4±1.6	0.995	55.7±1.3	52.8±1.2	0.877	59.5±1.3	51.1±1.2	0.641
	А.	41.2±9.5	40.7±9.9	0.97	42.8±1.0	41.8±9.7	0.944	46.2±1.0	40.1±9.8	0.669
Ёғли вазн. кг	Э.	11.8±1.7	11.6±1.7	0.933	14.1±2.9	11.8±1.8	0.496	18.2±4.7	12.3±1.7	0.22
	А.	15.9±2.7	15.4±2.7	0.89	16.3±3.1	15.1±3.2	0.788	22.9±5.1	16.2±3.8	0.29
Ёғли вазн. %	Э.	16.9±6.4	16.5±2.9	0.953	18.5±3.6	16.7±3.6	0.724	23.3±5.6	17.4±4.1	0.39
	А.	26.8±6.7	26.5±5.8	0.972	28.5±6.7	26.1±6.2	0.792	33.6±7.3	27.2±6.4	0.51
Умумий	Э.	38.8±8.	38.3±7.	0.965	41.2±9.	38.6±7.	0.823	45.7±1	39.6±	0.65

суяқлик. кг		6	9		1	4		0.3	8.9	
	А.	32.5±7.8	31.6±7.5	0.933	33.1±7.8	31.8±7.3	0.903	37.9±7.8	32.5±7.6	0.62
Умумий суяқлик. %	Э.	50.1±1.6	49.9±9.1	0.989	53.1±1.5	50.2±1.2.6	0.865	58.8±1.3.8	52.6±12.9	0.74
	А.	41.2±1.0.6	40.8±2.1	0.969	43.2±9.8	40.6±1.0.1	0.854	48.8±1.2.2	41.3±10.1	0.63
Висцерал ёғ. н.б.	Э.	4.7±0.3	4.6±0.4	0.84	7.1±0.5**	4.9±0.5	0.002	10.2±1.3***	5.1±0.6	0.0004
	А.	3.8±0.3	3.7±0.3	0.814	4.9±0.5*	3.8±0.21	0.04	7.2±0.6***	4.2±0.5	<0.001
Суяк вазни. кг	Э.	3.3±0.2	3.3±0.2	0.99	3.3±0.2	3.3±0.2	0.999	3.3±0.2	3.3±0.2	0.99
	А.	2.3±0.1	2.3±0.1	0.99	2.3±0.1	2.3±0.1	0.99	2.3±0.1	2.3±0.1	0.99
Мукаммал тана вазни (Лоренц бўйича). кг	Э.	63.2±1.4.3	61.8±1.4.8	0.945	65.3±1.4.5	61.9±1.4.5	0.868	71.5±1.7.8	62.7±14.2	0.69
	А.	52.4±1.2.6	51.3±1.2.6	0.950	54.8±1.2.4	51.8±1.2.3	0.863	60.2±1.4.5	52.8±13.7	0.71
Асосий алмашинув (Харрис-Бенедикт 2 бўйича). ккал	Э.	1537.2±389.2	1530.4±385.2	0.989	1611.2±408.6	1542.3±389.2	0.903	1790.4±446.3	1538.9±389.2	0.67
	А.	1225.4±312.7	1218.1±306.2	0.986	1387.3±334.3	1226.3±312.7	0.725	1488.5±359.2	1239.8±314.2	0.60

Изоҳ: Статистик ишончлилик даражаси айни даврдаги иккинчи гуруҳ беморларига нисбатан: * – $p<0.05$; ** – $p<0.01$; *** – $p<0.001$; **** – $p<0.0001$. статистик ишончлилик даражаси айни гуруҳдаги даволашдан 3 ойдан кейинги кўрсаткичларга нисбатан: ^ – $p<0.05$; ^^ – $p<0.01$; ^^^ – $p<0.001$; ^^^^ – $p<0.0001$. статистик ишончлилик даражаси айни гуруҳдаги даволашдан 6 ойдан кейинги кўрсаткичларга нисбатан: # – $p<0.05$; ## – $p<0.01$; ### – $p<0.001$; #### – $p<0.0001$.

§4.3. Ярали колит билан касалланган беморларда даволашдан кейинги умумклиник ва биокимёвий таҳлил натижалари

ЯК билан касалланган беморларда даволашдан кейинги турли муддатларда умумий қон таҳлилида, даволашдан 10 кундан кейин иккала гуруҳ беморларида эритроцитлар, гемоглобин, тромбоцитлар сони даволашдан олдинги натижалардан деярли ўзгаришсиз қолди, фақатгина лейкоцитлар ва ЭЧТ сони меъёрий кўрсаткичларга яқинлашди. Аммо даволашдан 3 ойдан кейинги муддатда 2-гуруҳ беморларига қараганда 1-гуруҳ беморларида лейкоцитлар деярли 1 баробарга камайган, эритроцитлар

деярли ўзармаган, тромбоцитлар 1,2 баробарга ошган, ЭЧТ 1,3 баробарга камайган. Даволашдан 6 ой кейинги муддатда эса 1-гуруҳ беморларида барча текширилган умумий қон таҳлили кўрсаткичлари меъёрий натижалар қайд этилди, аммо айни пайтда 2-гуруҳ беморларида мазкур кўрсаткичлар 1-гуруҳдагига қараганда сезиларли даражада фарқ қилди, масалан лейкоцитлар даярли 2 марта кўпроқ, эритроцитлар 1,2 марта камроқ, тромбоцитлар 1,5 марта кўпроқ, гемоглобин 1,7 марта камроқ, ЭЧТ даярли 2 марта кўпроқ натижаларни кўрсатди (4.4-жадвал).

4.4-жадвал

ЯК билан касалланган 1- ва 2-гуруҳдаги беморларда даволашдан кейинги умумий қон таҳлили натижалари

Кўрсаткич	Даволашдан 10 кун кейин		Даволашдан 3 ой кейин		Даволашдан 6 ой кейин	
	1- гуруҳ, n=62 (48,4%)	2-гуруҳи, n=66 (51,6%)	1- гуруҳ, n=62 (48,4%)	2-гуруҳи, n=66 (51,6%)	1- гуруҳ, n=62 (48,4%)	2-гуруҳи, n=66 (51,6%)
Лейкоцитлар, $10^9/\text{л}$	9.7±2.54	9.8±2.23	7.1±1.22	10.2±2.91	6.4±1.4	11.2±3.41
Эритроцитлар, $10^{12}/\text{л}$	3.18±0.43	3.4±0.12	3.8±0.33	3.5±0.31	4.1±0.28	3.4±0.39
Тромбоцитлар, $10^9/\text{л}$	410.2±38.1 5**^	412.3±37.1	331.4±35.7	381.9±39.2	247.3±23.2	374.4±37.5
Гемоглобин, г/л	75.3±13.4* ^	76.8±11.7	88.3±25.2	78.2±11.8	128.4±19.3	75.3±13.7
ЭЧТ, мм/соат	17.3±6.6	18.6±5.8	10.6±2.38	13.2±3.18	8.4±1.2	16.3±5.7

Изоҳ: Статистик ишончлилик даражаси айни даврдаги иккинчи гуруҳ беморларига нисбатан: * – $p<0,05$; ** – $p<0,01$; *** – $p<0,001$; **** – $p<0,0001$, статистик ишончлилик даражаси айни гуруҳдаги даволашдан 3 ойдан кейинги кўрсаткичларга нисбатан: ^ – $p<0,05$; ^^ – $p<0,01$; ^^^ – $p<0,001$; ^^^^ – $p<0,0001$, статистик ишончлилик даражаси айни гуруҳдаги даволашдан 6 ойдан кейинги кўрсаткичларга нисбатан: # – $p<0,05$; ## – $p<0,01$; ### – $p<0,001$; #### – $p<0,0001$.

ЯК билан касалланган беморларда даволашдан кейинги турли муддатларда қон биокимёвий таҳлилида, даволашдан 10 кундан кейин иккала гуруҳ беморларида катта фарқ кузатилмаган ҳолатда барча кўрсаткичлар меъёрий қийматларга яқинлашди ва ҳаттоки баъзилари меъёрий қийматни эгаллашди. Даволашдан 3 ойдан кейинги муддатда ҳам иккала гуруҳ беморларида СРОдан ташқари барча кўрсаткичлар меъёрий чегараларни намоён қилди, аммо СРО миқдори 1-гуруҳдаги беморларга қараганда 2-гуруҳда 2,5 марта кўпроқ натижани кўрсатди. Ваниҳоят даволашдан 6 ойдан кейинги муддатда 1-гуруҳдаги беморларга қараганда 2-гуруҳ беморларида умумий оқсил 1,3 марта камроқ, СРО эса деярли 7 марта кўпроқ натижани намоён қилди, бу эса 6 ойдан сўнг баъзи беморларда касалликнинг кўзғалганлигидан далолат беради, айтилиши вақтда қон биокимёвий кўрсаткичлардан бошқаларида иккала гуруҳ беморларида деярли катта фарқ кузатилмади (4.5-жадвал).

4.5-жадвал

ЯК билан касалланган 1- ва 2-гуруҳдаги беморларда даволашдан кейинги қон биокимёвий таҳлил натижалари

Кўрсаткич	Даволашдан 10 кун кейин		Даволашдан 3 ой кейин		Даволашдан 6 ой кейин	
	1- гуруҳ, n=62 (48,4%)	2-гуруҳи, n=66 (51,6%)	1- гуруҳ, n=62 (48,4%)	2-гуруҳи, n=66 (51,6%)	1- гуруҳ, n=62 (48,4%)	2-гуруҳи, n=66 (51,6%)
Умумий оқсил, г/л	63.2±8.3	64.4±8.9	68.4±8.2	62.1±7.43	74.4±6.7	60.3±7.65
Глюкоза, ммоль/л	4.9±1.10	5.12±1.15	4.6±1.13	4.6±1.12	4.5±0.69	4.5±1.23
Мочевина,	5.5±1.2	5.6±1.4	5.4±1.32	5.3±0.21	5.3±0.2	5.2±1.45

ммоль/л						
Креатинин, ммоль/л	81.3±8.8	82.3±9.2	78.7±8.76	80.3±9.77	74.2±1.5	82.4±8.32
АлАТ, Е/л	22.5±4.2	22.8±2.7	22.4±3.41	22.1±3.11	22.3±1.7	22.1±3.31
АсАТ, Е/л	20.1±3.5	20.5±3.8	21.8±3.26	20.6±3.28	20.1±1.4	21.3±3.33

Изоҳ: Статистик ишончилилик даражаси айни даврдаги иккинчи гуруҳ беморларига нисбатан: * – $p<0,05$; ** – $p<0,01$; *** – $p<0,001$; **** – $p<0,0001$, статистик ишончилилик даражаси айни гуруҳдаги даволашдан 3 ойдан кейинги кўрсаткичларга нисбатан: ^ – $p<0,05$; ^^ – $p<0,01$; ^^^ – $p<0,001$; ^^^^ – $p<0,0001$, статистик ишончилилик даражаси айни гуруҳдаги даволашдан 6 ойдан кейинги кўрсаткичларга нисбатан: # – $p<0,05$; ## – $p<0,01$; ### – $p<0,001$; #### – $p<0,0001$.

ФОЙДАНИЛГАН АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ

1. Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2017 йил 20 июндаги ПҚ 3071-сон “Ўзбекистон Республикаси аҳолисига 2017 — 2021 йилларда ихтисослаштирилган тиббий ёрдам кўрсатишни янада ривожлантириш чора-тадбирлари тўғрисида”ги Қарори
2. Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2021 йил 25 майдаги ПҚ 5124-сон “Соғлиқни сақлаш соҳасини комплекс ривожлантиришга доир қўшимча чора-тадбирлар тўғрисида”ги Қарори
3. Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2022 йил 28 январдаги ПФ-60-сон “2022 - 2026 йилларга мўлжалланган янги Ўзбекистоннинг тараққиёт стратегияси тўғрисида”ги Фармони
4. Абдуллаева У.К. Ярали колитни даволашда янгича ёндашув // Доктор ахборотномаси. – 2022. - №3 (106). – Б. 6-10.
5. Адаменко Е.И. др. Оценка статуса питания: учебно- методическое пособие [Электронный ресурс]. Минск: БГУ. - 2009. С. 7-11.
6. Акинъшина А.И. др. Перспективы использования методов коррекции микробиоты при терапии воспалительных заболеваний кишечника // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. - 2019. - №29(2). – С.12-22.
7. Белоусова Е.А. др. Инфликсимаб: 10 лет успешного применения при воспалительных заболеваниях кишечника // Клиническая фармакология и терапия. – 2010. – № 19(1). – С.50–54.
8. Березняк Н.В. Клинические аспекты болезни Крона // Автореферат диссертации. – 2020. – Москва. – С. 1-25.
9. Ватутин Н. и др. Неспецифический язвенный колит // Архив внутренней медицины. - 2015. - №4 (24). - С. 62-65.
10. Воробьев Г.И. Основы колопроктологии // под ред.. – изд. 2-е, доп. –Москва: МИА. - 2006. – С. 432.

11. Гаврилина Н.С. и др. Нарушение питания у больных хроническим панкреатитом. Ликарская правда. – 2015. - №1. – С. 122-127.
12. Голышева С.В. и др. Качество жизни пациентов с язвенным колитом и болезнью Крона // Лечащий врач. – 2010. – № 9. – С. 85–89.
13. Горохова В.Г. и др. Фекальный кальпротектин и микробиота кишечника // Acta Biomedica Scientifica. – 2016. - №1(4). – №145-149.
14. Давыдова О.Е. Оптимизация диагностики и лечения пациентов с тяжелыми формами язвенного колита // автореферат диссертации...14.01.17 – хирургия. - 2019. - С.1-22
15. Дусанов А.Д. и др. Клинико- иммунологические паралели неспецифического язвенного колита // Гепато-гастроэнтерологик тадқиқотлар журнали. – 2020. - №1. - С. 34-37.
16. Жилин И.В. и др. Ассоциации полиморфизмов гена интерлейкина-10 с язвенным колитом // Acta Biomedica Scientifica. – 2020. - №5(6). – С. 58-65.
17. Ивашкин В.Т. и др. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации и ассоциации колопроктологов России по диагностике и лечению болезни язвенного колита // Колопроктология. - 2023. - Т. 22. - № 1. – С. 10-44.
18. Кадырова Ш.А. и др. Диагностика воспалительных заболеваний толстого кишечника // учебно-методическое пособие. Ташкент. - 2021. - С. 1-48.
19. Камалова А.А. и др. Нутритивный статус детей с воспалительными заболеваниями кишечника // Практическая медицина. - 2020. – Т. 18. - № 4. - С. 63-68.

20. Каримов М.М. и др. Национальный клинический протокол по ведению больных с язвенным колитом Министерство Здравоохранения Республики Узбекистан // Ташкент. - 2021. С. 1-48.
21. Князев О.В. и др. Clostridium difficile при язвенном колите. Ретроспективное исследование // Альманах клинической медицины. – 2018. - № 46 (5). - С. 474–481.
22. Князев О.В. и др. Использование мезенхимальных стволовых клеток в комплексной терапии язвенного колита // Терапевтический архив. - 2016. -№ 2. - С. 44-48.
23. Конович Е.А. и др. Цитокины толстой кишки при тяжелой форме язвенного колита // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2016. - №26(1). – С. 93-98
24. Конович Е.А. и др. Факторы роста (G-CSF, GM-CSF) и хемокины (MCP-1, MIP-1 β) в толстой кишке при тяжелой форме язвенного колита // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2016. - №26(5). – С. 74-81.
25. Костюченко Л.Н. и др. Иммунологические маркеры как критерии нутриционной недостаточности у больных язвенным колитом тяжелого и осложненного течения // Фундаментальные исследования. - 2015. - № 1. - С. 1852-1857.
26. Костюченко Л.Н. и др. Иммунологические критерии эффективности нутриционной коррекции в структуре лечения язвенного колита // Хирургия. - 2013. – №2. - С. 44-46.
27. Махсудов О.М. и др. Язвенный колит: современный взгляд на этиологию и патогенез // «Экономика и социум». - 2021. - №10(89).– С. 891-900.

28. Наврузов Б.С. Носпецифик ярали колитда операция усули ва ҳажмини танлаш // Диссертация автореферати... 14.00.27 – хирургия. - 2007. - Б.1-21.
29. Наврузов Б.С. и др. Последствие колэктомии у больных язвенным колитом и их хирургическая реабилитация // Колопроктология. – 2015. – № S1. – С. 104–104а.
30. Никитин А.В. и др. Неинвазивные маркёры активности воспалительных заболеваний кишечника // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2016. - №26(6). – С. 106-111.
31. Никитина Н.В. и др. Рак толстой кишки при воспалительных заболеваниях кишечника // Эффективная фармакотерапия. – 2011. – № 4. – С. 18–29.
32. Понкратова Н.А. и др. Распространенность эрозивно-язвенных поражений желудка и инфекции *Helicobacter pylori* у больных язвенным колитом // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2019. - №29(3). – С. 74-80.
33. Расмагина И.А. и др. Клинико-лабораторные маркеры предтестовой вероятности воспалительных заболеваний кишечника. Колопроктология. – 2023. - Т. 22. - №1. - С. 91–98.
34. Робакидзе Н.С. и др. Патогенетические аспекты поражения полости рта при воспалительных заболеваниях кишечника // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2019. - №29(4). – С. 15-21.
35. Рузиев А.Э. Носпецифик ярали колитда жарроҳлик амалиётдан кейинги даврдаги комплекс лимфа терапия // Диссертация автореферати... 14.00.27 – хирургия. - 2021. - Б.1-49.

36. Смирнова О.А. и др. Перспективы нутриционной поддержки больных язвенным колитом // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2013. - №2. - С. 121-125.
37. Смирнова О.А. и др. Язвенный колит: современный взгляд на некоторые проблемы // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2017. - №141 (5). – С. 4–13
38. Сорогин С.А. Клинические и хирургические аспекты язвенного колита // Дисс. к.м.н. – 2023. – 161-с.
39. Степанов У.М. и др. Біоімпедансометрія в оцінці нутритивного статусу пацієнтів з хронічними запальними захворюваннями кишечника. // Статистика. – 2015. - №56. – С. 59-66.
40. Степанов Ю.М. и др. Нутритивний статус хворих на хронічні запальні захворювання кишечника і методи його оцінки // Gastroenterologia. – 2019. - №53(4). – С. 273-281
41. Тагаева М.Х. Носпецифик ярали колит билан огриган беморларда гастродуоленал патологияларни кечиши ва коррекция қилиш // диссертация автореферати... 14.00.05 – ички касалликлар. - 2012. - Б.1-23.
42. Тагирова А.Р. Качество жизни у детей с воспалительными заболеваниями кишечника // афтореферат диссертации...14.01.08 – внутренние болезни. - 2020. - С.1-22.
43. Тертычный А.С. и др. Современные подходы в морфологической диагностике воспалительных заболеваний кишечника // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2022. - №32(2). – С. 73-84.
44. Ткачев А.В. и др. Воспалительные заболевания кишечника: на перекрестке проблем / [и др.] // Практическая медицина. – 2012. – № 3(58). – С. 17–22.

45. Тойчиев А.Х. Ярали колит патогенезининг иммунологик ва инфекцион жихатлари // Диссертация автореферати. – Тошкент. – 2020. – Б. 1-46
46. Третьякова Ю.И. и др. Особенности цитокинового профиля у больных язвенным колитом // Современные проблемы науки и образования. – 2017. – № 6. С. 5-8.
47. Федосова М.А. Язвенный колит: прогнозирование течения и сроков очередной атаки // Автореферат диссертации. – 2018. – Саратов. – С. 1-26.
48. Хайдаров С.А. Носпецифик ярали колитда даволаш тактикасини такомиллаштириш йўллари // Диссертация автореферати. – Андижон. – 2024. – Б. 1-50
49. 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, гепатологии, колопроктологии. – 2018. – Т. 28. - № 3. – С. 54–62.
50. Хлынова О.В. и др. Особенности состояния сосудистого эндотелия у лиц с тяжелыми формами воспалительных заболеваний кишечника // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2018. - №28(5). С. 98-104.
51. Хорошилов И.Е. и др. Энтеральное питание «Modulenom IBD» как метод патогенетической терапии воспалительных заболеваний кишечника // Гастроэнтерология. – 2011. - №1. - С. 19-61.
52. Циммерман Я.С. и др. Язвенный колит и болезнь крона: современные представления. Часть 1. Дефиниция, терминология,

- распространенность, этиология и патогенез, клиника, осложнения, классификация // Клиническая Медицина. – 2013. – № 11. – С. 27–33.
53. Чашкова Е.Ю. и др. Клинико-эпидемиологические аспекты язвенного колита в Иркутской области. Колопроктология. – 2023. - Т. 22. - № 1. - С. 108–116.
54. Шатохина С.Н. и др. Новые возможности ранней диагностики язвенного колита // Альманах клинической медицины. – 2010. – № 23. – С. 56–59.
55. Шодмонов А.А. Стероид-мойил ва стероид-резистент шаклдаги носпецифик ярали колитни даволашда гравитацион жарроҳликни асослаш // Диссертация автореферати. – Самарқанд. – 2024. – Б. 1-55
56. Юмукян К.А. Повышение эффективности ранней диагностики рецидива у пациентов с язвенным колитом // автореферат диссертации...3.1.18 – внутренние болезни. - 2022. - С.1-22.
57. Adams D.W. et al. Sarcopenia is common in overweight patients with inflammatory bowel disease and may predict need for surgery // Inflamm. Bowel Dis. – 2017. - №23. – P. 1182–1186.
58. Adler S.N. et al. PillCam COLON capsule endoscopy: recent advances and new insights // Ther Adv Gastroenterol. – 2011. - №4. – P. 265–268.
59. Annese V. et al. European evidence based consensus for endoscopy in inflammatory bowel disease // J Crohns Colitis. – 2013. - №7. – P. 982–1018.
60. Autenrieth D.M. et al. Toxic megacolon // Inflamm Bowel Dis . – 2012. - №18. – P. 584–591.
61. Balestrieri P. et al. Nutritional Aspects in Inflammatory Bowel Diseases // Nutrients. – 2020. – Jan. 31. - №12(2). - P. 372.

62. Bharadwaj S. et al. Malnutrition: laboratory markers vs nutritional assessment // *Gastroenterol Rep (Oxf)*. – 2016. – Nov. - №4(4). P. 272-280.
63. Biedermann L. et al. Smoking Cessation alters intestinal microbiota: insights from quantitative investigations on human fecal samples using FISH // *Inflamm Bowel Dis*. – 2014. - №20. – P. 1496–1501.
64. Biolo G. et al. Muscle contractile and metabolic dysfunction is a common feature of sarcopenia of aging and chronic diseases: From sarcopenic obesity to cachexia // *Clin. Nutr*. – 2014. - №33. - P. 737–748.
65. Bressler B. et al. Clinical practice guidelines for the medical management of nonhospitalized ulcerative colitis: the Toronto consensus // *Gastroenterology*. – 2015. - №148. – P. 1035-58.e3.
66. Brown S.R. et al. Extraintestinal manifestations associated with inflammatory bowel disease // *Surg Clin North Am*. – 2015. - №95. – P. 1245–1259 vii.
67. Bryant R.V. et al. Low muscle mass and sarcopenia: Common and predictive of osteopenia in inflammatory bowel disease // *Aliment. Pharmacol. Ther*. – 2015. -№ 41. – P. 895–906.
68. Bryant R.V. et al. Systematic review: Body composition in adults with inflammatory bowel disease. // *Aliment. Pharmacol. Ther*. – 2013. - №38. - P. 213–225.
69. Carbonnel F. et al. Methotrexate is not superior to placebo for inducing steroid-free remission, but induces steroid-free clinical remission in a larger proportion of patients with ulcerative colitis // *Gastroenterology*. – 2016. №150. –P. 380-8.e4.
70. Chang M. et al. Intestinal and extraintestinal cancers associated with inflammatory bowel disease // *Clin Colorectal Cancer*. – 2018. - №17. – P. e29–e37.

71. Charpentier C. et al. Natural history of elderly-onset inflammatory bowel disease: a population-based cohort study // *Gut*. – 2014. - №63. - P. 423–432.
72. Chen Y.L. et al. Increased subsequent risk of inflammatory bowel disease association in patients with chronic pancreatitis: a nationwide population-based cohort study // *Curr Med Res Opin*. – 2017. - №33. - P. 1077–1082.
73. Cohen R.D. et al. Systematic review: the costs of ulcerative colitis in Western countries // *Aliment Pharmacol Ther*. – 2010. - №31. – P. 693–707.
74. Colombel J.F. et al. The safety of vedolizumab for ulcerative colitis and Crohn's disease // *Gut*. - 2017. - №66. – P. 839–851.
75. Conrad K. et al. Diagnosis and classification of ulcerative colitis // *Autoimmun Rev*. – 2014. №13. – P. 463–466.
76. Corte C. et al. Association between the ulcerative colitis endoscopic index of severity (UCEIS) and outcomes in acute severe ulcerative colitis // *J Crohns Colitis*. – 2015. - №9. – P. 376–381.
77. Cosnes J. et al. Epidemiology and natural history of inflammatory bowel diseases // *Gastroenterology*. – 2011. – May. - Vol. 140(6). – P. 1785–1794.
78. Cosnes J. et al. Epidemiology and natural history of inflammatory bowel diseases // *Gastroenterology*. – 2011. - №140. – P. 1785–1794.
79. Costa F. et al. Calprotectin is a stronger predictive marker of relapse in ulcerative colitis than in Crohn's disease // *Gut*. – 2005. - №54. – P. 364–368.
80. Coward S. et al. Ulcerative colitis-associated hospitalization costs: a population-based study // *Can. J. Gastroenterol. Hepatol*. – 2015. – №29(7). – P. 357–362.

81. D'Haens G. et al. A review of activity indices and efficacy end points for clinical trials of medical therapy in adults with ulcerative colitis // *Gastroenterology*. – 2007. - №132. – P. 763–786.
82. D'Haens G. et al. A review of activity indices and efficacy end points for clinical trials of medical therapy in adults with ulcerative colitis // *Gastroenterology*. – 2007. - №132. – P. 763–786.
83. Damas O.M. et al. Phenotypic manifestations of inflammatory bowel disease differ between Hispanics and non-Hispanic whites: results of a large cohort study // *Am J Gastroenterol*. – 2013. - №108. – P. 231–239.
84. Danese S. et al. Ulcerative colitis // *New Engl J Med* . – 2011. - №365. – P.1713–1725.
85. Danese S. et al. Extraintestinal manifestations in inflammatory bowel disease // *World J. Gastroen- terol*. – 2005. - №11. – P. 7227–7236.
86. Das K.M. et al. Is IBD an autoimmune disorder? // *Inflamm Bowel Dis* . – 2008. - №14(Suppl 2). – P. S97–S101.
87. De-Leon-Rendon J.L. et al The controlling nutritional status score: A promising tool for nurtritional screening and predicting severity in ulcerative colitis patients // *Revista de Gastroenterologia de Mexico* – 2021. - №86. – P. 110-117
88. Dignass A. et al. Second European evidence-based consensus on the diagnosis and management of ulcerative colitis. Part 1: definitions and diagnosis // *J. Crohns Colitis*. – 2012. №6. – P. 965–990.
89. Dignass A. et al. Second European evidence-based consensus on the diagnosis and manage- ment of ulcerative colitis part 2: current management // *J. Crohns Colitis*. – 2012. - №6. – P. 991–1030.
90. Dignass A.U. et al. European consensus on the diagnosis and management of iron defi- ciency and anaemia in inflammatory bowel diseases // *J. Crohns Colitis*. – 2015. - №9. – P. 211–222.

91. Donini L.M. et al. Mini-Nutritional Assessment, Malnutrition Universal Screening Tool, and Nutrition Risk Screening Tool for the Nutritional Evaluation of Older Nursing Home Residents // *J Am Med Dir Assoc.* – 2016. – Oct. 1. - №17(10). – P. 959.e11-8.
92. Duijvis N.W. et al. Similar short- and long-term colectomy rates with ciclosporin and infliximab treatment in hospitalised ulcerative colitis patients // *J Crohns Colitis.* – 2016. - №10. - P. 821–827.
93. Eliakim R. Video capsule endoscopy of the small bowel // *Curr Opin Gastroenterol.* – 2013. - №29. – P. 133–139.
94. Feagan B.G. et al. Induction therapy with the selective interleukin-23 inhibitor risankizumab in patients with moderate-to-severe Crohn's disease: A randomised, double-blind, placebo-controlled phase 2 study // *Lancet.* - 2017. - №389. – P. 1699–1709.
95. Feagan B.G. et al. Oral 5-aminosalicylic acid for induction of remission in ulcerative colitis // *Cochrane Database Syst Rev.* – 2012. - №10. - P. CD000543.
96. Feagan B.G. et al. Vedolizumab as induction and maintenance therapy for ulcerative colitis // *New Engl J Med.* – 2013. - №369. – P. 699–710.
97. Feagins L.A. et al. Clinical implications of histologic abnormalities in colonic biopsy specimens from patients with ulcerative colitis in clinical remission // *Inflamm Bowel Dis.* – 2013. - №19. – P. 1477–1482.
98. Forbes A. et al. A.E. ESPEN guideline: Clinical nutrition in inflammatory bowel disease // *Clin. Nutr.* – 2017. - №36. –P. 321–347.
99. Ford A.C. et al. Efficacy of 5-aminosalicylates in ulcerative colitis: systematic review and meta-analysis // *Am J Gastroenterol.* – 2011. - №106. – P. 601–616.

100. Ford A.C. et al. Efficacy of oral vs. topical, or combined oral and topical 5-aminosalicylates, in ulcerative colitis: systematic review and meta-analysis // *Am J Gastroenterol.* – 2012. - №107. – P. 167.
101. Ford A.C. et al. Lack of utility of symptoms and signs at first presentation as predictors of inflammatory bowel disease in secondary care // *Am J Gastroenterol.* – 2015. - №110. – P. 716–724.
102. Fumery M. et al. Natural history of adult ulcerative colitis in population-based cohorts: a systematic review // *Clin Gastroenterol Hepatol.* – 2018. - №16. – P. 343-356.e3.
103. Gajendran M. et al. A comprehensive review and update on Crohn's disease // *Dis Mon.* – 2018. - №64. P. 20–57.
104. Gajendran M. et al. A comprehensive review and update on Crohn's disease // *Dis Mon.* – 2018. - №64. – P. 20–57.
105. Gajendran M. et al. Analysis of hospital-based emergency department visits for inflammatory bowel disease in the USA // *Dig Dis Sci.* – 2016. - №61. – P. 389–399.
106. Ganji-Arjenaki M. et al. Nephrolithiasis as a common urinary system manifestation of inflammatory bowel diseases: a clinical review and meta-analysis // *J Nephropathol.* – 2017. - №6. – P. 264–269.
107. Gardenbroek T.J. et al. The effect of appendectomy on the course of ulcerative colitis: a systematic review // *Colorectal Dis.* – 2012. - №14. – P. 545–553.
108. Giannotta M. et al. Thrombosis in inflammatory bowel diseases: what's the link? // *Thrombosis J.* – 2015. - №13. – P. 14.
109. Gizard E. et al. Systematic review: the epidemiology of the hepatobiliary manifestations in patients with inflammatory bowel disease // *Aliment Pharmacol Ther.* – 2014. - №40. – P. 3–15.

110. Goodhand J.R. et al. Prevalence and management of anemia in children, adolescents, and adults with inflammatory bowel disease // *Inflamm. Bowel Dis.* – 2012. - №18. – P. 513–519.
111. Goost H. et al. Malnutrition in geriatric trauma patients: Screening methods in comparison // *Technol Health Care.* – 2016. - №24(2). – P. 225-239.
112. Halling M.L. et al. Patients with inflammatory bowel disease have increased risk of autoimmune and inflammatory diseases // *World J Gastroenterol.* – 2017. - №23. – P. 6137–6146.
113. Halme L. et al. Family and twin studies in inflammatory bowel disease // *World J Gastroenterol.* – 2006. - №12. – P. 3668.
114. Hartman C. et al. Nutritional status and nutritional therapy in inflammatory bowel diseases // *World Gastroenterol.* – 2009. - №15 (21). – P. 2570-2578.
115. Higgins P.D. et al. Patient defined dichotomous end points for remission and clinical improvement in ulcerative colitis // *Gut.* – 2005. - №54. – P. 782–788.
116. Higuchi L.M. et al. A prospective study of cigarette smoking and the risk of inflammatory bowel disease in women // *Am J Gastroenterol.* - 2012. - №107. – P. 1399.
117. Hou J.K. et al. Distribution and manifestations of inflammatory bowel disease in Asians, Hispanics, and African Americans: a systematic review // *Am J Gastroenterol.* – 2009. - №104. – P. 2100–2109.
118. Issa M. et al. *Clostridium difficile* and inflammatory bowel disease // *Inflamm Bowel Dis.* – 2008. - №14. – P. 1432–1442.
119. Jansen I. et al. Inflammation-driven malnutrition: A new screening tool predicts outcome in Crohn's disease // *Br. J. Nutr.* – 2016. - №116. – P. 1061–1067.

120. Jarnerot G. et al. Infliximab as rescue therapy in severe to moderately severe ulcerative colitis: a randomized, placebo-controlled study // *Gastroenterology*. – 2005. - №128. – P. 1805–1811.
121. Ji X.Q. et al. Alterations of pulmonary function in patients with inflammatory bowel diseases // *Ann Thorac Med*. – 2016. - №11. – P. 249–253.
122. Kalantari H. et al. Nutrition in ulcerative colitis patients // *Advanced Biomedical Research*. – 2014. - №3 (58). – P. 1-7.
123. Kappelman M.D. et al. The prevalence and geographic distribution of Crohn's disease and ulcerative colitis in the United States // *Clin Gastroenterol Hepatol*. – 2007. - №5. – P. 1424–1429.
124. Karmiris K. et al. Prevalence and characteristics of extra-intestinal manifestations in a large cohort of Greek patients with inflammatory bowel disease // *J. Crohns Colitis*. – 2016. №10. – P. 429–436.
125. Keller U. Nutritional Laboratory Markers in Malnutrition // *J Clin Med*. – 2019. – May. 31. - №8(6). – P. pii: E775.
126. Kiesslich R. et al. Advanced endoscopy imaging in inflammatory bowel diseases // *Gastrointest Endosc*. – 2017. - №85 – P. 496–508.
127. Kopylov U. et al. Genetic predictors of benign course of ulcerative colitis—a North American inflammatory bowel disease genetics consortium study // *Inflamm Bowel Dis*. – 2016. - №22. – P. 2311–2316.
128. Kornbluth A. et al. Practice Parameters Committee of the American College of Gastroenterology. Ulcerative colitis practice guidelines in adults: American College of Gastroenterology, Practice Parameters Committee // *Am J Gastroenterol*. – 2010. №105. – P. 501–523 quiz 24.
129. Laharie D. et al. Ciclosporin versus infliximab in patients with severe ulcerative colitis refractory to intravenous steroids: a parallel, open-label randomised controlled trial // *Lancet*. – 2012. - №380. – P. 1909–1915.

130. Lakatos P.L. et al. Smoking in inflammatory bowel diseases: good, bad or ugly? // World J Gastroenterol . – 2007. - № 13. - P. 6134.
131. Langner C. et al. The histopathological approach to inflammatory bowel disease: a practice guide // Virchows Arch. – 2014. - №464. – P. 511–527.
132. Lee J.L. et al. Serum Albumin and Prealbumin in Calorically Restricted, Nondiseased Individuals: A Systematic Review // Am J Med. – 2015. – Sep. - №128(9). - P. 1023.e1-22.
133. Lemmens B. et al. Correlation between the endoscopic and histologic score in assessing the activity of ulcerative colitis // Inflamm Bowel Dis. – 2013. - №19. – P. 1194–1201.
134. Lemos T. et al. Current body composition measurement techniques // Curr Opin Endocrinol Diabetes Obes. – 2017. – Oct. - №24(5). – P. 310-314.
135. Lepage P. et al. Twin study indicates loss of interaction between microbiota and mucosa of patients with ulcerative colitis // Gastroenterology. – 2011. - №141. – P. 227–236.
136. Lian Z. et al Associatio with cotrollig nutritioal status score and disease activity of ulcerative colitis // Retrospective Cliical Research Report – 2023. – Vol. 51. - №8. – P. 1-14.
137. Loftus C.G. et al. Update on the incidence and prevalence of Crohn’s disease and ulcera- tive colitis in Olmsted County, Minnesota, 1940-20 0 0 // Inflamm Bowel Dis. - 2007. - №13. – P. 254–261.
138. Lynch R.W. et al. Outcomes of rescue therapy in acute severe ulcerative colitis: data from the United Kingdom inflammatory bowel disease audit // Aliment Pharmacol Ther. – 2013. - №38. – P. 935–945.
139. Magalhaes-Costa M.H. et al. Focal enhanced gastritis and macrophage microaggregates in the gastric mucosa: potential role in the differential

- diagnosis between Crohn's disease and ulcerative colitis // *Arq Gastroenterol.* – 2014. - №51. – P. 276–282.
140. Magro F. et al. European consensus on the histopathology of inflammatory bowel disease // *J. Crohns Colitis.* – 2013. - №7. – P. 827–851.
141. Magro F. et al. European consensus on the histopathology of inflammatory bowel disease // *J. Crohns Colitis.* – 2013. №7. – P. 827–851.
142. Mahesh G. et al. A comprehensive review and update on ulcerative colitis // *Disease-a-Month.* – 2019. - Volume 65. - Issue 12. – P. 100851
143. Mahid S.S. et al. Smoking and inflammatory bowel disease: a meta-analysis // *Mayo Clin Proc.* – 2006. - №81. – P. 1462–1471.
144. Malaty H.M. et al. Characterization and prevalence of spondyloarthritis and peripheral arthritis among patients with inflammatory bowel disease // *Clin Exp Gastroenterol.* – 2017. - №10. – P. 259–263.
145. Malik T.A. Inflammatory bowel disease: historical perspective, epidemiology and risk factors // *Surg Clin North Am.* – 2015. - №95. – P. 1105–1122.
146. Marlow G.J. et al. Why interleukin-10 supplementation does not work in Crohn's disease patients // *World J. Gastroenterol.* – 2013. - №19. – P. 3931–3941.
147. Marteau P. et al. Combined oral and enema treatment with Pentasa (mesalazine) is superior to oral therapy alone in patients with extensive mild/moderate active ulcerative colitis: a randomised, double blind, placebo controlled study // *Gut.* – 2005. - №54. – P. 960–965.
148. Massironi S. et al. Nutritional deficiencies in inflammatory bowel disease: Therapeutic Approaches // *Clin. Nutr.* – 2013. - №32. – P. 904–910.

149. Mendoza Ladd A. et al. Demographic and clinical characteristics of a predominantly Hispanic population with inflammatory bowel disease on the US-Mexico border // *South Med J.* – 2016. - №109. – P. 792–797.
150. Mijac D.D. et al. Nutritional status in patients with active inflammatory bowel disease: prevalence of malnutrition and methods for routine nutritional assessment // *Eur J. Intern Med.* – 2010. – Aug. - №21(4). – P. 315-319.
151. Moore L. et al. Comparison of the natural history of ulcerative colitis in African Americans and non-Hispanic Caucasians: a historical cohort study // *Inflamm Bowel Dis.* – 2012. - №18. – P. 743–749.
152. Muller C. et al. The American Society for Parenteral and Enteral Nutrition (ASPEN). ASPEN Clinical Guidelines: Nutrition screening, assessment, and intervention in adults // *J. Parenter Enteral. Nutr.* – 2011. - №35. – P. 16e24.
153. Nguyen G.C. et al. The utilization of parenteral nutrition during the in-patient management of inflammatory bowel disease in the United States: A national survey // *Aliment. Pharmacol. Ther.* – 2007. - №26. P. 1499e50.
154. Nguyen G.C. et al. Racial and geographic variations in colectomy rates among hospitalized ulcerative colitis patients // *Clin Gastroenterol Hepatol.* – 2006. - №4. – P. 1507–1513.
155. Nguyen G.C. et al. Inflammatory bowel disease characteristics among African Americans, Hispanics, and non-Hispanic Whites: characterization of a large North American cohort // *Am J Gastroenterol.* – 2006. - №101. – P. 1012–1023.
156. Nikolaus S. et al. Diagnostics of inflammatory bowel disease // *Gastroenterology.* – 2007. №133. – P. 1670–1689.

157. Norman J.M. et al. Disease-specific alterations in the enteric virome in inflammatory bowel disease // *Cell*. – 2015. - №160. – P. 447–460.
158. Oikonomou K. et al. Renal manifestations and complications of inflammatory bowel disease // *Inflamm Bowel Dis*. – 2011. - №17. – P. 1034–1045.
159. Ordas I. et al. Diagnostic accuracy of magnetic resonance colonography for the evaluation of disease activity and severity in ulcerative colitis: a prospective study // *Gut*. – 2013. - №62. – P. 1566–1572.
160. Oussalah A. et al. Diffusion-weighted magnetic resonance without bowel preparation for detecting colonic inflammation in inflammatory bowel disease // *Gut*. – 2010. - №59. – P. 1056–1065.
161. Panaccione R. et al. Combination therapy with infliximab and azathioprine is superior to monotherapy with either agent in ulcerative colitis // *Gastroenterology*. – 2014. - №146. – P. 392-400.e3.
162. Panes J. et al. Imaging techniques for assessment of inflammatory bowel disease: joint ECCO and ESGAR evidence-based consensus guidelines // *J Crohns Colitis*. – 2013. - №7. – P. 556–585.
163. Panes J. et al. Advances in use of endoscopy, radiology, and biomarkers to monitor inflammatory bowel diseases // *Gastroenterology*. – 2017. - №152. – P. 362-373.e3.
164. Paola B. et al. Nutritional Aspects in Inflammatory Bowel Diseases // *Nutrients*. – 2020. - №12 (372). - P. 1-11.
165. Parente F. et al. Incidence and risk factors for gallstones in patients with inflammatory bowel disease: a large case-control study // *Hepatology*. – 2007. - №45. – P. 1267–1274.
166. Park S.H. et al. The characteristics of ulcerative colitis associated with autoimmune pancreatitis // *J Clin Gastroenterol*. – 2013. - №47. - 520–525.

167. Park S.H. et al. Appendiceal skip inflammation and ulcerative colitis // Dig Dis Sci. – 2014. №59. – P. 2050–2057.
168. Patil D.T. et al. Role of histologic inflammation in the natural history of ulcerative colitis // Gastrointest Endosc Clin North Am. – 2016. - №26. – P. 629–640.
169. Pedersen M. et al. Sarcopenia is a predictor of surgical morbidity in inflammatory bowel disease // Inflamm. Bowel Dis. – 2017. - №23. – P. 1867–1872.
170. Peyrin-Biroulet L. et al. Defining disease severity in inflammatory bowel diseases: current and future directions // Clin Gastroenterol Hepatol. – 2016. №14. – P. 348-54.e17.
171. Pimpo M. et al. Mesalazine vanishing time from rectal mucosa following its topical administration // J. Crohns Colitis. – 2010. - №4. – P. 102–105.
172. Pola S. et al. Strategies for the care of adults hospitalized for active ulcerative colitis // Clin Gastroenterol Hepatol. – 2012. - №10. –P. 1315-1325.e4.
173. Psillos A.I. et al. Ileal pouch anal anastomosis: an overview of surgery, recovery, and achieving postsurgical continence // Ostomy Wound Manage. – 2011. – Vol. 57(12). – P. 22–28.
174. Radford-Smith G.L. What is the importance of appendectomy in the natural history of IBD? // Inflamm Bowel Dis. – 2008. - №14(Suppl 2). – P. S72–S74.
175. Randall J. et al. Delayed surgery for acute severe colitis is associated with increased risk of postoperative complications // Br J. Surg. – 2010. - №97. - P. 404–409.
176. Ravi K. et al. Inflammatory bowel disease in the setting of autoimmune pancreatitis // Inflamm Bowel Dis. – 2009. - №15. – P. 1326–1330.

177. Regueiro M. et al. Medical management of left-sided ulcerative colitis and ulcerative proctitis: critical evaluation of therapeutic trials // *Inflamm Bowel Dis.* – 2006. - №12. – P. 979–994.
178. Regueiro M.D. et al. Established management paradigms in IBD: treatment targets and therapeutic tools // *Am J Gastroenterol Suppl.* – 2016. - №3. P. 8.
179. Reinisch W. et al. Adalimumab for induction of clinical remission in moderately to severely active ulcerative colitis: results of a randomised controlled trial // *Gut.* – 2011. - №60. – P. 780–787.
180. Rocha R. et al. Nutritional status as a predictor of hospitalization in inflammatory bowel disease: A review // *World J. Gastrointest Pharmacol Ther.* – 2019. Mar 7. - №10(2). – P. 50-56.
181. Rodriguez-Reyna T.S. et al. Rheumatic manifestations of inflammatory bowel disease // *World J Gastroenterol.* – 2009. - №15. – P. 5517–5524.
182. Rubin D.T. et al. The peri-appendiceal red patch in ulcerative colitis: review of the University of Chicago experience // *Dig Dis Sci.* – 2010. - №55. - 3495–3501.
183. Rutgeerts P. et al. Infliximab for induction and maintenance therapy for ulcerative colitis // *New Engl J Med.* – 2005. - №353. – P. 2462–2476.
184. Rutgeerts P. et al. Infliximab for induction and maintenance therapy for ulcerative colitis // *New Engl J Med.* – 2005. - №353. – P. 2462–2476.
185. Ryan E. et al. Sarcopenia and Inflammatory Bowel Disease: A Systematic Review // *Inflamm. Bowel Dis.* – 2019. - №25. – P. 67–73.
186. Sandborn W.J. et al. Subcutaneous golimumab induces clinical response and remission in patients with moderate-to-severe ulcerative colitis // *Gastroenterology.* – 2014. №146. – P. 85–95 quiz e145.
187. Sandborn W.J. et al. Tofacitinib as induction and maintenance therapy for ulcerative colitis // *New Engl J Med.* – 2017. - №376. - P. 1723–1736.

188. Sandhu A. et al. Self-screening for malnutrition risk in outpatient inflammatory bowel disease patients using the Malnutrition Universal Screening Tool (MUST) // JPEN J Parenter Enteral Nutr. – 2016. – May. - №40(4). – P. 507-510.
189. Satsangi J. et al. The Montreal classification of inflammatory bowel disease: controversies, consensus, and implications // Gut. – 2006. - №55. - P. 749–753.
190. Scaldaferri F. et al. Nutrition and IBD: Malnutrition and/or Sarcopenia? A Practical Guide // Gastroenterol Res Pract. – 2017. – P. 8646495.
191. Sergi G. et al. Measurement of lean body mass using bioelectrical impedance analysis: a consideration of the pros and cons // Aging Clin Exp Res. – 2017. – Aug. - №29(4). – P. 591-597.
192. Shah S.C. et al. Mucosal healing is associated with improved long-term outcomes of patients with ulcerative colitis: a systematic review and meta-analysis // Clin Gastroenterol Hepatol. – 2016. - №14. – P. 1245-1255.e8.
193. Shivashankar R. et al. Incidence and prevalence of Crohn's disease and ulcerative colitis in Olmsted County, Minnesota from 1970 through 2010 // Clin Gastroenterol Hepatol. – 2017. - №15. – P. 857–863.
194. Silverberg M.S. et al. Toward an integrated clinical, molecular and serological classification of inflammatory bowel disease: report of a Working Party of the 2005 Montreal World Congress of Gastroenterology // Can J Gastroenterol . – 2005. - №19(Suppl A). – P. 5A–36A.
195. Simpson P. et al. Endoscopic evaluation of patients with inflammatory bowel disease // Inflamm Bowel Dis. – 2008. - №14. - P. 1287–1297.
196. Singh S. et al. Inflammatory bowel disease is associated with an increased risk of melanoma: a systematic review and meta-analysis // Clin Gastroenterol Hepatol. – 2014. - №12. – P. 210–218.

197. Singh S. et al. Risk of cerebrovascular accidents and ischemic heart disease in patients with inflammatory bowel disease: a systematic review and meta-analysis // Clin Gastroenterol Hepatol. – 2014. - №12. – P. 382-393.e1: quiz e22.
198. Spooren C.E.G.M. et al. Risk of impaired nutritional status and flare occurrence in IBD outpatients // Dig Liver Dis. – 2019. – Sep. - №51(9). – P. 1265-1269.
199. Stepaniuk P. et al. Characterization of inflammatory bowel disease in elderly patients: a review of epidemiology, current practices and outcomes of current management strategies // Can J Gastroenterol Hepatol. – 2015. - №29. – P. 327–333.
200. Subasinghe D. et al. Disease characteristics of inflammatory bowel disease (IBD). // J Gastrointest Surg . – 2011. - №15. – P. 1562–1567.
201. Sung J., Ho K. et al. The use of Pillcam Colon in assessing mucosal inflammation in ulcerative colitis: a multicenter study // Endoscopy. – 2012. - №44. – P. 754–758.
202. Sutherland L.R. et al. Oral 5-aminosalicylic acid for maintenance of remission in ulcerative colitis // Cochrane Database Syst Rev. – 2006. - №2. – P. 103.
203. Takaoka A. et al. Nutritional Screening and Clinical Outcome in Hospitalized Patients with Crohn's Disease // Ann. Nutr. Metab. – 2017. - №71. – P. 266– 272.
204. Taleban S. et al. Ocular manifestations in inflammatory bowel disease are associated with other extra-intestinal manifestations, gender, and genes implicated in other immune-related traits // J Crohns Colitis. – 2016. - №10(1). - P. 43–49.
205. Timani S. et al. Skin manifestations of inflammatory bowel disease // Clin Dermatol. – 2008. №26. - P. 265–273.

206. Tran Q.C. et al. Validity of four nutritional screening tools against subjective global assessment for inpatient adults in a low-middle income country in Asia // *Eur J. Clin Nutr.* – 2018. – Jul. -№72(7). – P. 979-985.
207. Turner D. et al. Response to corticosteroids in severe ulcerative colitis: a systematic review of the literature and a meta-regression // *Clin Gastroenterol Hepatol.* – 2007. - №5. –P. 103–110.
208. Ungaro R. et al. Ulcerative colitis // *Lancet.* – 2017. - №389. – P. 1756–1770.
209. Van Assche G. et al. The second European evidence-based consensus on the diagnosis and management of Crohn's disease: definitions and diagnosis // *J Crohns Colitis.* – 2010. - №4. – P. 7–27.
210. Van Assche G. et al. Management of acute severe ulcerative colitis // *Gut.* – 2011. - №60(1). – P. 130–133.
211. Vavricka S.R. et al. Chronological order of appearance of extraintestinal manifestations relative to the time of IBD diagnosis in the swiss inflammatory bowel disease cohort // *Inflamm Bowel Dis.* – 2015. - №21. – P. 1794–1800.
212. Voulgari P.V. Rheumatological manifestations in inflammatory bowel disease // *Annals of gastroenterology.* – 2011. - №24(3). – P. 173–180.
213. Wagner D.R. Ultrasound as a tool to assess body fat // *J Obes.* – 2013. – P. 280713.
214. Walsh E. et al. Clinical predictors and natural history of disease extension in patients with ulcerative proctitis // *Inflamm Bowel Dis.* - 2017. - №23. – P. 2035–2041.
215. Weissshof R. et al. Micronutrient deficiencies in inflammatory bowel disease // *Curr. Opin. Clin. Nutr. Metab Care.* – 2015. - №18. – P. 576–581.

216. Yadav D.P. et al. Body Composition in Crohn's Disease and Ulcerative Colitis: Correlation with Disease Severity and Duration // Can J. Gastroenterol Hepatol. – 2017. – P. 1215035.
217. Zakiryaeva P. et al. Role of immunocorrective therapy in non-specific ucle colitis // Society and innovations. - Special issue -1. - №01. – 2020. – P. 630-636