

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ
СОГЛИКНИ САКЛАШ ВАЗИРЛИГИ**

**АНДИЖОН ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ
6-7- КУРСЛАР ЖАРРОХЛИК КАСАЛЛИКЛАРИ
ВА УРОЛОГИЯ КАФЕДРАСИ**

НОСПЕЦЕФИК ЯРАЛИ КОЛИТ

*ХИРУРГИК КАФЕДРА АССИСТЕНТЛАРИ УЧУН
УСЛУБИЙ КУЛЛАНМА*

Андижон - 2005 й.

«ТАСДИКЛАЙМАН»
 АДТИ ўқув ишлари бўйича
 проректори профессор
 _____ К.К.Косимов

«ТАСДИКЛАЙМАН»
 АДТИ «жаррохлик» бўйича
 МФМХ раиси профессор
 _____ Ф.Н.Нишонов

ИШ РЕЖАСИ

6-7 курс хирургик касалликлари ва урология курси
 кафедрасида ўқиш вақти.

	Давомийлиги, дакика	Вақти
1. Йўқлов.	5	8 ⁰⁰ - 8 ⁰⁵
2. Талабаларни дарснинг назарий қисмига тайёрлигини текшириш.	120	8 ⁰⁵ - 10 ³⁵
3. Танаффус.	10	8 ⁵⁰ - 9 ⁰⁰
	10	9 ⁴⁵ - 9 ⁵⁵
	10	10 ²⁵ - 10 ³⁵
4. Дарс мавзусига оид беморларни кўриш. Беморларни мустақил курация қилиш. Клиник симптомларни такқослаш.	45	10 ³⁵ - 11 ²⁰
5. Катта танаффус.	40	11 ²⁰ - 12 ⁰⁰
6. Семинар дарси. Назарий саволларни, вазиятли масалаларни ва тестларни таҳлил қилиш.	90	12 ⁰⁰ - 13 ³⁰
7. Танаффус.	10	12 ⁴⁵ - 12 ⁵⁵
	10	13 ³⁰ - 13 ⁴⁰
8. Амалий кўникмаларни таҳлил қилиш.	55	13 ⁴⁰ - 14 ³⁵

ДАРС ЎТИШНИНГ УМУМий ҚОИДАЛАРИ.

НАЗАРИЙ ДАРС ЎТИШ.

Талаба кафедрага келгунча бўлган вақтда бўлажак цикл бўйича дарс мавзуларини тўла ёзиб олган бўлиши ва ҳар бир дарсга тайёрланиб келиши шарт.

Кафедрада ассистент ўтиладиган дарс мавзуси бўйича ҳар бир талабадан сўраши ва рейтинг системаси бўйича баҳо қўйиб бориши шарт. Талабага дарс мавзуси бўйича саволлар берилади, агар талаба қониқарли жавоб қайтармаса қўшимча савол бериши мумкин.

Талабалар билимини баҳолаш тизими

№	Ўзлаштириш (%) ва баллар	Баҳо	Баҳолаш сифатлари	Тайёргарлик даражаси
1	91 – 100	аъло «5»	Умумлаштиради, баҳолайди, таҳлил килади, кўллайди, тушунади, билади.	4-даража: ижод килиш даражаси.
2	86 – 90	жуда яхши «5»	Таҳлил килади, кўллайди, тушунади, билади.	3-даража: билим ва кўникмалар даражаси.
3	71 – 85	яхши «4»	Кўллайди, тушунади, билади.	3-даража: билим ва кўникмалар даражаси.
4	65 – 70	Тўлик коникарли «3»	Тушунади, билади.	2-даража: ўқув қобилият даражаси.
5	55 – 64	Коникарли яъни минимал талаблар бажарилган «3»	Билади.	1-даража: тасаввур этиш даражаси.
6	54 – 41	Коникарсиз, кўшимча ишлаш талаб этилади «2»	Ёмон билади.	0-даража: суштасаввур этиш даражаси.
7	40 – 30	коникарсиз, бўш, кўп кўшимча ишлаш талаб этилади «!»	Билмайди.	0-даража: мутлоқ тасаввур йўқлик даражаси.
8	30	«0»	Катнашиш бали.	0-даража.

ТАЛАБАЛАР БИЛАН БЕМОРЛАРНИ КУРАЦИЯ КИЛИШ

(талабаларнинг мустақил иши)

Талабалар курация маҳалида тема бўйича беморларни шикоятларини, анамнезини сўраб суриштириб ва маҳаллий кўрув ўтказишади, беморларнинг касаллик тарихи билан яқиндан танишиб чиқишади ва ишлашади.

Талабалар томондан беморнинг барча маълумотлари субординатура журнаliga ёзилади.

Ассистент курация маҳалида ўз талабалари томондан беморни физикал текширишларини обдан кузатиб, тугилган саволларга жавоб беради. Янги таҳлиллар натижалари билан таништиради. Беморларни курация маҳалида тонометр, термометр ва амаллий кўникмага доир бошқа анжомлар билан талабаларни таъминлайди. Шунингдек, талабалар ўзлаштирган натижалари ва билимлари ҳар қайсисининг субординатура журнаliga қайд этилади.

СЕМИНАР МАШГУЛОТНИ ЎТКАЗИШ

Хар кайси кунги семинар машгулотга талабалардан бири мавзу бўйича ушбу кунга маъруза тайёрлайди (Мавзу маърузасини ассистент талабаларга олдиндан огохлантириб кўяди.)

Талабанинг маърузаси ушбу мавзу бўйича кенг қўлламдаги бой маълумотларга эга бўлиши керак. Ушбу маълумотлар замонавий адабиётлар ўзагидан, интернет тармогидан ва электрон библиотекалардан олинган бўлиб, касаллиكنинг диагностикасида ва даволашида янгиликга асосланган бўлиши керак.

Маъруза эшитиб тинглангач, талабалар маърузачига мавзуга доир саволлар бериб таҳлил қилишади. Ассистент талабаларни саволларини ва жавобларини кузатиш ҳам мумкин. Қолган вақт давомида талабалар мавзуга доир тест ва зиддиятли масалаларни ечишади.

Машгулот суҳбат тариқасида ўтказилади. Ўқув дарсликнинг асосий мақсади назарий қисмни ёдлаб қолишдан иборат.

АМАЛИЙ ҚЎЛЛАНМАЛАРНИНГ ТАХЛИЛИ

Ўқитувчи талабаларга жаррохлик касалликлари бўйича амалий манипуляциялар услубини ўргатади. Жаррохлик анжомлари, зондлар, катетрлар ва бошқа ускуналар қўлланилади. Схема бўйича расмларда, суратларда, слайдларда, жадвалларда, шунингдек видеоматериалларда қўлланилган анжомлар манипуляция услубларини беморларда кўрсатиб тушунтирса ҳам бўлади.

КЎРГАЗМА АНЖОМЛАРИ

Жадваллар, схемалар, слайдлар, рангли сурат ва расмлар, плакатлар, компьютер программалари, илмий мақолалар ва рентгенограммалардан фойдаланиш мумкин.

***Дарсинг мавзуси:* НОСПЕЦИФИК ЯРАЛИ КОЛИТ.**

Этиология, патогенез, синфланиши, клиника, диагностика,
асоратлари. Консерватив ва хирургик даволаш. Оператив даволашга
курсатмалар, ташрих олди тайёргарлик, операция усуллари,
ташрихдан кейинги парвариш.

Талаба билиши керак:

1. Носпецифик ярали колитнинг клиник намоён бўлиш хусусиятлари: асоратлари, белгилари, мойиллик ва олиб келувчи сабаблар.
2. Носпецифик ярали колитнинг кечиш хусусиятлари – уткир, сурункали. Активлик даражаси, оғирлик даражаси.
3. Диагностик чора – тадбирларнинг хажми.

4. Носпецифик ярали колит уткир ва сурункали кечишида консерватив даво хажми.
5. Носпецифик ярали колит уткир ва сурункали кечишида жаррохлик даво хажми.
6. Замонавий диагностиканинг узига хос хусусиятларини урганиш, замонавий даволашнива асоратлари профилактикасини узлаштириш.
7. Профилактиканинг асосий принципларини ташкил этиш, меҳнат экспертизаси.

Мавзуни узлаштиргач талаба БАЖАРА ОЛИШИ КЕРАК:

1. Носпецифик ярали колит билан касалликларни тугри сураб суриштириш.
2. Беморларни объектив текширишни утказиш.
3. Текшириш натижаларини таҳлил килиш.
4. Кушимча текшириш режасини белгилаш.
5. Клиник диагнозни шакллантириш.
6. Диф.диagnostикани утказиш.
7. Тактикани белгилаш ва даволаш чоралари хажми.
8. Ташрихдаврн кейинги даврни олиб бориш.
9. Беморни меҳнатга лаёкатлилигини баҳолаш.

Текшириш учун саволлар.

1. Йугон ичак хирургик анатомияси.
2. Уткир носпецифик ярали колит: классификацияси ва клиникаси.
3. Уткир ва сурункали носпецифик ярали колитга олиб келувчи сабаблар.
4. Уткир носпецифик ярали колитни ташхислаш.
5. Уткир носпецифик ярали колитни даволаш.
6. Сурункали носпецифик ярали колит.
7. Сурункали носпецифик ярали колит классификацияси, клиникаси.
8. Сурункали носпецифик ярали колит диагностикаси.
9. Сурункали носпецифик ярали колитни консерватив даволаш.
10. Хирургик даволашга курсатма.
11. Оператив даволаш турлари.
12. Операциядан кейинги даврни олиб бориш.

НАЗАРИЙ КИСМ

НОСПЕЦИФИК ЯРАЛИ КОЛИТ

Ярали колит (носпецифик ярали колит, идиопатик колит) – тугри ичак ва чамбар ичакнинг шиллик каватини сурункали яллигланиши, деструктив ярали узгаришлар булиб, авж олиб бориши ва асоратлари билан характерланади (то-райиш, перфорация, кон кетиши, сепсис ва бошқалар).

Этиология ва патогенез. Куп сонли тахминларга кура ярали колит келиб чиқишига турли вақтларда вируслар, бактериялар, ҳар хил цитоплазматик токсинлар сабаб булар экан. Патогенезини урганишда ярали колит билан оғриган касалларда иммун узгаришлар чуқур урганилган. Патоморфологик узгаришларнинг шаклланишида аутоиммун механизмларнинг роли йўгон ичак шиллик кавати элементларига нисбатан антитела ҳосил бўлади ва у антигендир. Эришилган муваффақиятларга қарамай, тан олиш керакки, ярали колитнинг этиологияси ва патогенези ноаниқлигича қолмоқда.

Носпецифик ярали колитнинг патоморфологияси.

Уткир ярали колитда шиллик кават зарарланади. Патологик процесс ичакнинг шиллик ости каватигача тарқалиши мумкин. Юза эпителий текислашади. Бокалсимон хужайраларнинг сони тезлик билан қамаяди, крипталар нотугри формани эгаллайди. Уларда микроабсцесслар қузатилади (крипт - абсцесс). Шиллик каватнинг хусусий пластинкаси шишган, томирли стазлар ва куп сонли қон қуйилишлар, лимфоцитар нейтрофилли ва эозинофилли инфильтратлар қузатилади. Патоморфологик қурилиши шигелла, салмонелла, кампилобактерия, ичак таёқчасини патоген штаммлари ва амёбалар қақирган уткир инфекция он колитдан фарқ қилмайди. Уларнинг фарқи асосан: ярали колитда крипталар қупрок деформацияланган, филтратда қупрок лимфоплазмацитар компонент бўлади. Инфекцион колитларда эса нейтрофилли. Сурункали ярали колитларда яллигланиш билан биргаликда мушак кават гипертрофияланади. Шиллик каватда қуп микдорда бириктирувчи туқима ва ёғ қузатилади. Натижада ичак девори йўгонлашади, тирқиши тораяди.

Шиллик кават нотекислашади ва яллигланишли полиплар ҳосил бўлади (псевдополиплар). Улар эпителий кават йиғилишидан ва бошқа шиллик кават қолдиқларидан иборат грануляцион туқимадан иборат.

Зарарланиш ва битиш бир вақтда бўлади. Шунинг учун ичакда яллигланишнинг барча стадияларини қузатиш мумкин (утқир фазадан эпителиал регенерация фазасигача).

Шиллик кават тулигича тикланмайди. Хаттоки клиник, эндоскопик ва рентгенологик симптомлари йук касалларда ҳам биоктатда сурункали яллигланиш белгилари лимфоплазмоцитар инфильтрат ва шиллик кават атрофияси (эпителийнинг юпкалашиши, дистрофияси ва атрофияси кузатилади). Ярали колити бор беморларда ичакнинг мотор ва эвакуатор функцияси бузилади. А.П.Тупикова 1997 йил маълумотларига кура кузгалиш даврида 82 % касалларда мотор функцияси ошади. Сабаби юкори амплитудали кискариш ва ичак деворининг тонусини ошиши, гипертоник гиперкинез. Огир холатларда ичак тонусини кутарилиши фонида перистальтик активлик эзилиши кузатилади. Аксинча, ичак девори дилатацияси ичак тонусини ва мотор активлигини пасайишига олиб келади.

Носпецифик ярали колитнинг клиникаси. Касалликнинг бошланиши уткир булади. Кейинчалик эса сурункали тус олади. Ярали колит турли критерийларга эга булган клиник курунишга эга.

Касалликнинг асосий белгилари конда шилликли суюк тез – тез ич кетиши. Уткир фазасида тана хароратининг кутарилиши ва ич келиши суткасига 30 мартагача етади. Сувсизланиш ва анемия кузатилади. Айрим холларда касалликнинг бошланиши унча кучли булмайди. Бу холларда ич келиши суткасига 1 – 4 марта ва кон оз микдорда булади.

Касал тана вазни камайиши ёмон, иштахасизлик, холсизлик, коринда ва тугри ичакда дискомфорт сезади. Касаллик ичакдан ташкари асоратлари жигар, тери ва бугимлар узгариши шулар билан келиши мумкин. Купчилик касалларда бирламчи сурункали кечиши кузгалиш ва ремиссия билан биргаликда булади. Коринда огрик сезиш ярали колит учун типик эмас. Кучли огрик висцерал корин парда яллигланиши ва ичакни тешилишидан булади. Асосан йугон ичакнинг токсик кенгайиши булган беморларда. Бундай асорат тухтовсиз ич келиши, куп кон кетиши ва септицемия билан тавсифланади.

Курганда беморнинг корни шишган, йугон ичакнинг тонуси пасайиши хисобига пальпацияда хамирсимон консистенцияли ковузлоклар ва чайпалиш шовкини кузатилади. Ярали колитда массив кон кетиши кам кузатилади. Чунки

йугон томирлар зарарланмайди, лекин узок кон кетиши беморда гипохром темир танкислиги камконлигига олиб келади. Ярали колит билан касалланган кишиларда худди Крон касаллиги билан касалланган кишилар сингари ичакдан ташкари касалликлар: терини, кузни, бугимни ва умуртканинг зарарланиши кузатилади. Беморни курилганда тери ва шиллик кавати оқариши, пульснинг тезлашиши ва тана хароратининг кутарилиши кузатилади. Корин дам булиши мумкин, пальпацияда оғрикли. Корин парда кузгалиш белгилари зарарланган томонда ва хатто яширин перфорация булган жойда кузатилади. Агар яллигла ниш жараёни йугон ичакнинг шиллик кавати билан йугон ичакнинг шиллик кавати билан чегараланган булса корин оғриксиз булиши мумкин. Орка пешовни курилганда шишган ва мацерацияланган ва тугри ичакнинг ёриги куринади. Ректоскопик курганимизда шиллик кават шишган, гиперемияланган ва енгил яралари куринади. Лаборатор курсаткичлар енгил холларда лейкоцитоз ва ЭЧТ кутарилиши булади. Касаллик кучайиши билан лейкоцитар формула чапга силжийди ва анемия кузатилади. Ярали колит оғир кечганда сув – электролит бузилиши, сувсизланиш, холсизлик, бехоллик, мушак тонуси бузилиши кузатилади. Конда калий, кальций, айрим холларда натрий ва хлор концентрацияси камаяди.

Касаллик уткир бошланиши даврида интоксикация белгилари – юкори харорат, тахикардия, холсизлик, лейкоцитоз, лейкоцитар формуланинг чапга силжиши, кон зардобиди α_1 ва α_2 глобулинлар, иммуноглобулинларнинг кутарилиши булади. Интоксикация белгиларининг сабаби ичак девори барьер функциясининг патологик узгариши ва септицемиядир.

Биохимик тахлил натижаларида кон зардобиди натрий, калий, хлор, магний, холестерин, альбуминларнинг пасайиши ва α_2 ва гаммаглобулинлар купаяди. Метаболик ацидознинг белгилари кузатилади. Конда альбуминнинг пасайиши бу унинг ичак бушлигига экссурациясининг кучайиши оқибатидир. глобулинлар фракциясининг купайиши яллигланиш ифодаланишини белгиларидир.

Сунгги йилларда аутоиммун яллигланиш маркери β_2 – микроглобулин устида иш олиб борилмокда. У лимфоцитларда ишлаб чикарилади ва иммуноси-

стемада катнашади. Яллигланиш боскичига боглик холда унинг концентрацияси конда узгайиб туради. Адабиётларда айтилишича, бу ҳолат кушувчи тукуманнинг системали касалликларида ва бошқа патологик ҳолатлар билан боглик. Кузатишлар шуни курсатдики, йугон ичакдаги яллигланиш процесси даражасига монанд p_2 – микроглобулин концентрацияси ошади (Белоусова Е.А. 1995 й.).

Ярали колитнинг синфланиши.

I. Клиник тавсифи			
Клиник шакли	Кечиши	Активлик даражаси	Огирлик даражаси
1. Уткир 2. Сурункали	1. Тез авж олувчи 2. Тухтовсиз кайталанувчи 3. Кайталанувчи 4. Латент	1. Кузгалиш 2. Кузгалишнинг су-ниши 3. Ремиссия	1. Енгил 2. Урта 3. Огир
II. Анатомо – гистологик тавсифи			
Даври	Макроскопик	Микроскопик	
1. Тугри ичакнинг зарарланиши 2. Тугри ва сигмасимон ичакнинг зарарланиши 3. Субтотал зарарланиш 4. Тотал зарарланиш	1. Эрозив геморагик колит 2. Ярали деструктив колит	1. Деструктив яллигланишни кушилиши 2. Репарация элементлари билан яллигланиш процессининг пасайиши 3. Яллигланиш процессининг окибатлари	
III. Асоратлари			
Маҳаллий		Умумий	
1. Перфорация 2. Кон кетиши 3. Ичакнинг торайиши 4. Ёлгон полипоз 5. Иккиламчи ичак инфекцияси 6. Шиллик каватнинг йуколиши 7. Йугон ичакнинг токсик кенгайиши		1. Функционал гипокортицизм 2. Септицемия ва сепсис 3. Артритлар, сакролентлар 4. Куз ва терининг зарарланиши 5. Нефрит, амилоидоз 6. Флебитлар 7. Жигар ва бошка органларнинг дистрофияси	

Носпецифик ярали колит ташхиси.

Тугри ташхис қуйиш учун ректоромоноскопия текшириш етарлидир. Уткир симптомларнинг пасайиши даврида патологик даврни утишини аниқлаш мақсадида колонофиброскопия қилинади.

Рентгенологик текшируви (ирригоскопия) қатор рентгенологик белгиларга асосланади.

Ярали колитда ректоромоноскопик куриниш махсус хисобланмаса ҳам кимматли ташхис куйишда керакдир. Ярали колит доим тугри ичакнинг яллигланиши окибатида келиб чиқади ва чамбар ичакда давом этади. Агар касаллик ингичка ичакка утадиган бўлса бундай ҳолда Крон касаллиги ҳам текширилиши лозим.

Тугри ичак шиллик каватидаги узгаришлар: гиперемия, петихия, кам кон кетишдан то огир патологик уйикларгача, шиш, шиллик – йирингли экссудат ва ярадан енгил кон кетиши.

Эрозив – геморрагик колитнинг бошланишида куйидагилар характерли: енгил жароҳатланиш ва куп эрозиялар ва геморрагиялар.

Кейинчалик йирингли асоратлар кушилганда куп яралар пайдо бўлади, ичак деворида чандикли узгаришлар пайдо бўлади (ярали деструктив колит).

Яллигланишли колитлар тугри ичак ампуласини торайишига ва патологик процесснинг сурункалига, огирлигини оширувчи стриктуралар ҳосил бўлишига олиб келади.

Биопсия дифференциал диагностика утказишда ёрдам беради. Улар яхши сифатли ва ёмон сифатли полиплар, Крон касаллиги ва ярали колит уртасида қолади. Ичакларда яллигланиш касалликларни аниқлашда колоноскопия ташхислашда ягона бўлиб қолмаслиги керак. У патологик процессни даврини аниқлашда йугон ичакдаги рак касаллигини инкор этишда ёрдам беради.

Рентген текширувлар йугон ичакдаги узгаришлар ва уларнинг даврини аниқлашда ёрдам беради. Уларга гаустрани йуқолиши, ичак деворининг калинлашиши ва нотекислиги, тешигининг торайиши ва супрастенник кенгайиш билан бирга псевдополипларнинг ҳосил бўлиши ичакнинг калталаниши киради. Фулминатив ёки уткир актив колитларда барийли клизмалар қарши курсатма хисобланади. Яраланган шиллик каватнинг рентгенологик куриниши тишсимон ёки яхши чегараланган кратерсимон ҳолат қуринади. Гаустраларнинг йуқолиши ёки қамайиши, тугриланиши, торайиши, шиш ва яра ҳисобига ичак релъефи нотугри қуринади. Ёнбош ичакнинг терминал қисми ҳам текширилиши керак. Купрок у узгармаган бўлади. Йугон ичаги тотал зарарланган касалларда

шиллик каватнинг яраланиши ёки ингичка ичакнинг шу жойини кенгайиши аксинча Крон касаллигида эса торайиши булади. Ремиссия даврида рентгенологик белгилар кisman ёки бутун куринмаслиги мумкин.

Ичак тешигини торайиши ва псевдополипларни ёмон сифатли усмалардан ажратиш кийиндир. Бу холда колоноскопия биопсия килинади. Яхши сифатли торайишлар 5 – 10 % касалларда кузатилади ва шиллик кават мушакларининг гипертрофияси билан боглик булади. Крон касаллигида торайиш сабаблари ичак деворининг фибрози аникланади. Яхши сифатли торайишлар ярали колитларда камдан кам куп микдорли булади.

Улкан яллигланишли полиплар ичак тутилишининг бошка сабабидир. Ёмон сифатлида чегаралари ноаник патологик процесси нотугри контурли зич торайган халка куринади ва бошкалар.

Носпецифик ярали колитни киёсий ташхислаш. Киёсий ташхис олиб борилаётганда амниобиязли бактериал колитни, ишемик колитни, псевдомембраноз колитни, радиацион ва уремик колитни, Бехчет касаллигини ва бошка кушувчи тукима касалликларини инкор этмок зарур.

Авваламбор киёсий ташхисни уткир дизентерия хасталиги билан утказмок зарур. Дизентерияни тулик инкор этиш учун бемор нажасини бактериологик текшириб ва натижалари манфий булганда ахлат билан бирга ажралган конли дизентерия бактериялари антигенига текширгандан сунг инкор этиш мумкин. Носпецифик ярали колитга (шиллик каватнинг енгил шикастланиши, диффуз кон кетиш, кенг яралар хосил булиши) эндоскопик куриниши хосдир, юкорида айтиб утилган эндоскопик манзара дизентерия учун хос эмас, дизентерия учун шиллик каватнинг гиперемияси, эрозияси ва геморрагияси хосдир.

Носпецифик ярали колитни Крон касаллигини йугон ва тугри ичакда жойлашган тури билан киёсий ташхислаш анча кийинчилик тугдиради. Носпецифик ярали колитда гранулематоздан фаркли уларок, перианал сохада яллигланиш жараёнлари булмаиди (окма яралар, ёрилишлар), яллигланиш жараёни авваламбор ичак шиллик каватидан бошланиб, кон кетиш билан намоён булади, булкасимон, куприксимон типдаги рельеф, ёриксимон яралар

булмайди. Олинган биопсия материали ёки операцион материал гистологик текширилганда ичакни шиллик ости каватида Крон касаллигига хос булган типик эпителиоид гранулемалар Пирогов – Лангханс хужайралари булмайди.

Бундан ташкари киёсий ташхисда ахамиятга эга булган йугон ичакни эндофит усувчи усмалари алохида урин тутади. Юкоридаги хасталикларни аниклашда асосий ва якуний булган текширувлардан куп маротаба биопсия олиш билан утказиладиган колонофиброскопия ахамиятга эга.

Кенг спектрли антибиотиклар (линкомицин, ампициллин, тетрациклин), олгандан сунг пайдо булган псевдомембраноз колит билан хам киёсий ташхис утказиш мумкин. Бундай клиник белгилар носпецифик ярали колитга хос булган клиник белгилар билан ухшаш булади (бирданига бошланган кон аралаш ич кетиши, шиллик ва йирингни пайдо булиши, кориндаги огрик, иситма, лейкоцитоз). Ректоскопик текширувда ичак шиллик каватини шиши ва гиперемияси, ичак деворида эса саргиш рангли шиллик ва фибриндан хосил булган карашлар куринади. Биотатларни гистологик текширганда яллигланиш белгилари, эпителийни учокли некрози, эозинофилли экссудат, фибрин коплаганини ва крипт – абсцесслар у ёки бу жойда хосил булганини аникланади ва куринади. Айтиб утилган узгаришлар носпецифик ярали колит ва Крон хасталикларини огир формасини бир биридан фарклаш кийин булади.

Псевдомембраноз колитни асосий фарклайдиган белгилари бу касалликни антибактериал препаратларга богликлиги ва уларни тухтатгандан сунг бемор ахволини яхшиланиши хосдир.

Кари ёшдаги одамларда йугон ичакни ишемик жарохатланиши белгилари носпецифик ярали колит клиник белгиларига ухшаш булади. Улар пастки туткич артериясини атеросклеротик жарохатланиши натижасида вужудга келади. Характерли симптомлар: коринни чап томонидаги огрик, ич котиши ва конли ахлат келиши хосдир.

Носпецифик ярали колитни даволаш. Терапевтик ёндашиш носпецифик ярали колитни огирлик даражасига караб амалга оширилади. Асосий даволаш усуллари Крон касаллигини даволаш усуллари билан бир хилда ухшаб кетади.

Асосий якуний максад беморга меъёрий яшаш шароитини таъминлаб беришдан иборатдир.

Беморга адекват тартиб тайинланади, жисмоний ва рухий тинчлик таъминланади. Беморда уткир яллигланиш жараёнлари пасайганда унга секин асталик билан жисмоний ҳаракатни ошириш тавсия қилинади. Даволовчи шифокор беморга ва уни оила аъзоларига бетухтов рухий далда булиши ва уларнинг ишончини оклаши зарур.

Истеъмол қилинаётган озик овқат таркибида оксил микдори куп булиши керак. Овқат механик жihatдан яхши майдаланган булиши керак. Сут ва сут махсулотлари истеъмол қила олмаётган беморлар узларини улардан саклашлари керак. Огир ҳолларда озиклантириш парентерал йул билан амалга оширилади. Дорилар уз ичига седатив, транквилизаторларни, спазмолитикларни, антидиарея препаратларини, электролитларни, минерал тузлар ва микроэлементларни, витаминларни, альбумин ва бошка кон препаратларини олади.

Даво чора тадбирлари Крон хасталигини даво чоралари билан ухшаш булади. Ана шунинг учун пастда патогенетик терапияни сульфаниламид ва кортикостероид препаратлар билан даволашнинг ичига хос томонларигина айтиб утилади.

Сульфасалазин носпецифик ярали колитни енгил ва урта огир формаларида самара беради. Одатий терапевтик доза кунига 3 граммни ташкил этади. Агар эффективлиги унчалик намоён булмаса у ҳолда унинг микдорини 6 – 8 граммгача орттириш мумкин булади. Препаратни 4 ҳафта муддатга буюрилади, ундан сунг унинг микдорини аста – секин камайтириб, ушлаб турувчи дозага (1,5 гр дан 0,5 гр гача кунига) туширилади ва уни бемор хасталикни кайталашишини олдини олиш максатида узок муддат истеъмол қилиб келади. Хасталикни чап томонлама қуринишида препаратни маълум кисмини микроорганизм ҳолатида юбориш ҳам мумкин.

Клизмаларни ҳар кун кечкурунги соатларда амалга ошириш учун тайинланади. Микроклизма таркибида сульфасалазин микдори 1,5 грдан 3 гр гача булиши мумкин. Бундан ташқари 5-АСК ва уни препаратлари (сапофальк,

месалазин, олсалазин). Препарат дозаси кунига 1,5 - 2 гр дан ошмайди. Эффе́ктивлигига сулфасалазин билан бир хилда 5 - АСК ни узига хос яхши томони ва устунлиги шундан иборатки, сульфаниламид препаратлари каби йук.

Касалликни огир хужумларини даволаш учун кортикостероидлар кулланилади: гидрокортизонни 200 мг дозаси юборилади. 5 - 7 кун ичида препарат билан даволашни самараси булмаса у холда колектomia амалга оширилади. Агар препаратни самараси булса у холда беморга преднизолонни 0,5 - 1 мг микдори ичиш учун тавсия этилади. Агар яллигланиш жараёни кайталанадиган булса у холда хирургик даволашни максадга мувофик томонлари мухокама этилади. Б.В.Киркин ва унинг соавторлари (1993 й) носпецифик ярали колитни тотал тури огир даражасини даволашда юкори (1,5 мг суткасига) ва ута юкори (2 мг суткасига) дозада преднизолон бериш, традицион дозаларда (0,5 - 1мг суткасига) эса носпецифик ярали колитни ута даражасини даволашни таклиф этишган. Авторлар узларини катта клиник махоратларига таянган холда шунга ишонч хосил килдиларки, юкорида айтиб утилган гормонал препаратларни етарлича дозада (4 - 8 хафта) берилмаслиги касалликни бир канча асоратларини келиб чикишига сабаб булишини айтиб утишган.

Крон касаллиги каби кортикостероидларни касалликни фульминант келишида ва бир канча система асоратлар келиб чикканда кулланиши мумкин. Кортикостероидлар билан амалга оширилган микроклизмалар нафакат тенезмни бартараф этибгина колмасдан, катта ичакни тотал жарохатланиш билан кечишида кам самарали фойда беради. Бу билан бирга беморга преднизолонни урта дозаларини кабул килиш буюрилади. Огир холдаги формалари билан хасталанган беморларга кортикостероидларни каринтерал юбориш катта самара беради.

Носпецифик ярали колитни даволашда иммуносупрессив препаратлар хам кулланилади. Азатиоприн, меркатопурин, лекин уларни гормон преператларидан устун томонлари исботлангани йук. Шу пайтни узида бу препаратлар хавфли усма авж олишини кучайтиради деган маълумотлар хам бор.

Бундан ташкари симптоматик терапияни барча комплекси кулланилади (ичак моторикасини бузилиши, суриш ва функцияларни бартараф килиш учун).

Касалликни ута огир ва огир кечиши билан хасталанган беморлар метаболитик бузилишларни бартараф этишга ва детоксикацион терапияги мухтож бўладилар.

Шу мақсадда гемодез, натрий хлор ва глюкозани изотоник эритмалари, аминокислоталар аралашмаси, калий препаратлари, калций, В ва С витаминлар гурухлари кулланилади. Кун бўйи бемор вена ичига 1,5 - 2 л миқдорда турли хил эритмалар юборилади. Токсик меғоқолон олдини олиш учун калий зарур. Калий хлоридни курук 4 – 6 гр ҳисоб миқдори юборилади. Кальций глюконат ёки хлорид суткасига курук ҳолдаги 3 гр миқдорида тайинланади. Ич рибоксин, ичиш учун электролит эритмалари кун давомида 1 - 2 стакан ош қошиқда берилади.

Электролит эритмаларидан вена ичига ацелоль, дисоль, трисоль, хлосоль, регидрон аралашмаси, уни ичиш учун тайёрланади. Истеъмол қилишдан олдин регидрон пакетидаги курук моддани 1 л қайнатилган сувга солиб эритилади.

Йугон ичакни яллиғланиш касалликларини ута огир ва огир кечишида, ичакдан ташқари симптомлар қуплигида, иммун статусни яққол узғаришида гемосорбсия амалга оширишга курсатма бўлади. Гемосорбсияни ІАГ-01 аппаратида СКН-1К ва СКН-2К сорбентлари билан бирга 1 - 2 марта амалга оширилади.

Гемосорбсия қонда айланиб юрган токсик моддаларни, иммун комплексларни бартараф қилишдан, иммунитетни коррекциялашда катта аҳамиятга эга.

Гемосорбсиядан сунг касаллик клиник манзарасида бир қанча позитив силжишлар, ичакдан ташқи асоратларни интоксикация белгиларини қамайиши, медикаментоз препаратларга токсик реакцияларни бартараф этилиши ва уларга сезувчанликни қайта тикланиши қузатилади, қонни оксил тарқиб ва эндоскопик курсатқичлар яхшиланади. (Кирин Б.В.1989, Терехов А.Л. 1921 й.) гемосорбсия билан бирга йугон ичакни яллиғланиш касалликларида лимфоцитоз ва лимфоцитосорбсия ҳам қулланилади. В.В. Дудка (1990) маълумотларига қура лимфоцитоз лимфоцитосорбция носпецифик ярали

колит билан хасталанган беморларни 70,4% да актив патологик жараёни тургун пасайтириш мумкин эканлигини, бундан ташкари олдин консерватив даволар қабул қилиб натижаси бўлмаган беморларга яхши наф бериши айтиб утилган .

Айрим авторлар носпецифик ярали колитни комплекс даволашда гемосорбцияни плазмаферез билан бирга куллашни ва бу билан унинг самаралилик даражасини ортишини айтиб утишган.

Гемосорбцияни 1 сеанси 1 - 1.5 соат давомида олиб борилган ва перфузиянинг умумий ҳажми 4,9 - 9 л ни ташкил этган. 4 - 5 кундан сунг плазмаферезни 4 - 6 та муолажаси 1 - 2 кун оралаб амалга оширилган. Бунда носпецифик ярали колит билан хасталанган беморларни даволаш самараси ошган, актив катаболик жараёнлар бартараф этилган. Гуморал ва хужайра иммунитетни курсаткичига иммунокоррекцияловчи таъсири аниқланган. Нейтрофилларни фагоцитар активлиги стабиллашган. Комплемент системаси зуриқиши пасайган. Госпитализация муддати ва медикаментоз терапия ҳажми кескин қисқарган. Ремиссия тургун ва узок муддатли бўлган.

Носпецифик ярали колит билан хасталанган беморларда яққол ич кетиши ва интоксикация билан намоён бўлганда Столов С.В. (1994) полифекан билан энтерал сорбцияни куллаган. Курс ҳафтасига 1 г/кг дозада тана массасига сутка давомида амалга оширилган.

Анемияси бор беморларга албатта темир препаратлари (феррум – лек, жектофер) 2 мл дан вена ичига ёки мускул орасига 1 ҳафта давомида юборилади. В₁₂ витамини 200 мкг дан мускул орасига кун ора ва фоли кислотасини 5 мг дан суткасига юборилади. Курс давомийлиги 30 кун.

Носпецифик ярали колит комплекс давосида симптоматик даволаш ҳам кулланилади. Имодиум ва фосфат коде препаратлари касаллик қайталанишининг уткир фазасида кулланилмайди, бунга сабаб йугон ичак токсик дилатациясини перфорация хавфини юқори даражада эканлиги.

Е.А.Бесов ва соавторнинг (1998) маълумотларига қура носпесифик ярали колитни дистал формаларини даволашда сандолстатин препаратини куллаш

яхши наф беришини айтиб утишган.

Препаратни 0,1 мг дан олган кунига 2 - 3 марта 7 кун мобайнида инъекция килиш тенезм ва ич котиш белгиларини камайтиришга ёрдам беради. Авторларнинг фикрига кура бу препаратни таъсири ичак маторикаксини регуляторларига ва уролен молтилинга танлаб таъсир килишини айтиб утишган.

Хирургик даволашга курсатма. Тезкор хирургик аралашувга курсатма булиб – ичак перфорацияси, йугон ичакни уткир токсин дилотацияси билан боглик септик холат, профуз кон кетиш хисобланади.

Колдириб булмайдиган жаррохлик аралашувига курсатма - носпесифик ярали колитни огир кечишида консерватив давони самарасизли кайта массив кон кетиши хисобланади.

Нисбий курсатмалар – медикаментоз терапия комплекс тарзда олиб борилади. Одатда кулланиладиган ташхис – илеостома билан бирга колэктомия ташрихидир. Радикал ташрих яхши натижаларни беради. Агар тугри ичакни шиллик каватида *insitu* колдирилган булса, учун холда малигнизацияга хавфда колаверади ва ичакдан ташкари мавжуд асоратлар билан боглик масалаларни хам колаверади. Шунинг учун огир ичакдан ташкари манифестация билан кечган беморларда масалан жигарни огир жадаллашиб борувчи касалликларини ёки огир гангреноз инодермияда, факат колопроктоэктомия ташрихи уларни сунушиога олиб келади. Профилактик колоектамия носпесифик ярали колит билан хасталанган беморларда, куп маротаба биопсияда дислазия аникланганда амалга оширилади (Александров В.Б., Юрков М.Ю. 2000й.)

Рецидивлар профилактикаси. Диспансер назорати. Носпесифик ярали колит билан хасталанган беморлар поликлиника гастроэнтерологи томонидан назорат килинишига мухтождир. Касалликни енгиллашида иш кобиляти кескин чегараланган булиши керак (нерв - психик юклама билан боглик булган жисмоний меҳнат такикланади). Касалликни урта огир формалари билан хасталанган беморлар иш кобилятига яроксиз деб тан олиш керак.

Кайталанишни олдини олиш максатида беморлар кварталда бир марта медикаментоз терапияни коррекциялаш максатида гастроэнтерологияга келишла-

ри зарур. Узок муддат носпециффик ярали колит билан хасталанган беморлар ичакни онкологик касалликлари юзасидан юкори хавф гурухига мансубдир. Шунинг учун бу беморларда ремиссия даврида кузатув максадида йугон ичакни эндоскопия ва ретгенологик текширувларни утказиш зарур.

N.Нотта ва унинг соавторлари (1998) маълумотларига кура, 565 та носпециффик ярали колит билан хасталанган беморлардан 7 тасида (6,4 %) уртача 15,5 йилда рак ривожланганлигини айтиб утган (йугон ичакларни). 3 та беморда эса тугри ичак раки, 3 тасида сигмасимон ичак раки ва битта беморда йугон ичакни чап эгрилигида боғлик холда носпециффик ярали колит билан хасталанган беморларда хар йили контрол колоноскопик текшируви тайинланиши зарур.

Окибати. Касаллик олкибатига носпециффик ярали колитни биринчи хужумидан кейинги холатини огирлик даражасини, патологик жараёни таркалганлик даражаси, беморни ёш ва жисмоний холатига таъсир килади. Масалан, касалликнинг бошланиш болалик даврида ёки 60 ёшдан сунг булса у холда касаллик окибати жиддий тус олади. Касалликни бошланишида кузатув олиб бориши хар доим хам касалликни кандай тусда кечишини аниклаб бермайди.

АМАЛИЙ КИСМ.

Мавзу оид тест саволлари:

1. Носпециффик ярали колитни оператив даволашда кулланилади.
 - А) илеостомия
 - Б) субтотал колэктамия илеостома билан биргалик
 - В) тотал проктоектамия илеостома билан бирга
 - Г) айтиб утилган барча ташрихлар
 - Д) тугри жавоб йук
2. Носпециффик ярали колитда ичакнинг купрок зарарланган кисми.
 - А) юкорига кутарилувчи
 - Б) кундаланг чамбар
 - В) пасга тушувчи
 - Г) куричак
 - Д) тугри ичак.
3. Носпециффик ярали колитни даволашда айтиб утилган барча препаратлар кулланилади, куйидагилардан ташкари:
 - А) антибиотиклар

- Б) бушаштирувчилар
- В) витаминлар
- Г) иммуностимуляторлар
- Д) гормонал препаратлар

4. Носпецифик ярали колит билан боғлиқ ичак перфорациясида курсатма:

- А) перфорацияни тикиш
- Б) проксимал колостомия
- В) тотал колектомия ва илеостомия
- Г) перфорация билан бирга ичак резекцияси
- Д) перфорация билан ичак ковузлогини корин бушлигидан чиқариб қуйиш

5. Носпецифик ярали колитни консерватив даволашда уз ичига олади:

- А) диета
- Б) витаминлар
- В) сульфаниламидлар
- Г) десенсибилизацияловчи терапия
- Д) хаммаси тугри

6. Носпецифик ярали колитни хирургик усулда даволашга курсатма:

- А) профуз кон кетиши
- Б) ичак перфорацияси
- В) токсик дилатация
- Г) консерватив даволашни самарасизлиги
- Д) юкоридагиларнинг хаммасида

7. Носпецифик ярали колитни қуйидаги хасталиклар билан қиёсий ташхислаш зарур:

- 1) дизентерия
- 2) тугри ичак раки
- 3) простатит
- 4) Крон касаллиги

А) 1,2,3 Б) 2,3 В) 3,4 Г) 1,3,4 Д) 1,2,4

8. Носпецифик ярали колитни комплекс консерватив даволашда барча препаратлардан ташқари қуйидагилар қулланилмайди:

- А) антибиотиклар
- Б) цитостатиклар
- В) витаминлар
- Г) гормонал препаратлар
- Д) иммуностимуляторлар

9. 55 ёшли беморда суткасига 20 – 30 марта ич кетиш қузатилди, ич кетиш кон ва шиллик аралаш, тана харорати 38°C , чап ёнбош соҳасида дефекация пайтида оғрикли, сфинктер тонуси пасайган. Ахтални бактериологик текшируви – дизентерия бактерияси ва амёбаси аниқланмаган. RRS – ичак шиллик кавати шишган, гиперемиялашган, юзасида турли улчамдаги қонаётган яралар мавжуд.

Рентгенографияда - парда бурмалари калинлашган, ичакни бироз диффуз кенгайиши кузатилган. Циркуляр спастик кискариш кузатилмоқда. Сизнинг ташхисингиз?

- А) дизентерия
- Б) Крон касаллиги
- В) носпецифик яралли колит
- Г) амёбиаз
- Д) дивертикулёз

10. 46 ёшли беморда, кон ва шиллик аралаш кон кетиши кузатилди. бемор умумий беҳолликка, тана хароратининг кутарилишига ва юкоридагиларга шикоят килди. Ректоромоноскопияда: шиллик каватни шиш фонида ва шиллик каватни расмини йуклиги фонида контакт кон талаш кузатилмоқда. шиллик кават юзаси куполлашган, эрозия ва яралар курунмоқда. Барий ёрдамида клизма килиб рентгенологик текширганда ичак бушлигининг торайганлиги, гаустрийларни текислашгани, контурларини ноаниклиги, спикулсимон буртиш аникланган. Сизнинг ташхисингиз?

- А) ичак полипи
- Б) Носпецифик яралли колит
- В) хавфсиз усма
- Г) дивертикулёз
- Д) Крон касаллиги

Фойдаланилган адабиётлар

1. Астопенко В.Г. Практическое руководство по хирургической болезни// М.: 1984. Том-2, с380.
2. Егиев В.Н. Однорядный непрерывный шов анастомозов в абдоминальной хирургии. М.: Мед. практика. 2002. 100с.
3. Ерюхин И.А. и др. Кишечная хирургия. Руководство для врачей. М.: 1999. 143с.
4. Каримов Ш.И. Хирургические болезни// М.: Ташкент, 1994. с420.
5. Корепанов В.И. Новые методы операции на толстой кишке и в анальной области. М.: Москва, 1998. 70с.
6. Кузин М.И. Хирургические болезни// М.: 1990, -С. 526-541
7. Литтман И. Брюшная хирургия// Будапешт, 1970, с566.
8. Логинов А.С. и др. Болезни кишечника// М.: -Руководства для врачей 2000, с624.
9. Маскин С.С. и др. Однорядные швы хирургии ободочной и прямой кишки: IV Республиканская конф. с межд. участием по проктологии. Минск, 2001. С. 266-268.
10. Михайлова Е.В. и др. Кишечные стомы: Актуальные вопросы современной хирургии. Тез. науч. конф. Москва, 2000. С. 127-128.