

Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни Сақлаш Вазирлиги

Самарқанд Давлат Тиббиёт Институти



РЕФЕРАТ

Мавзу: Йўғон ичак анатомияси

Бажарди: Эгамбердиев У.

Самарқанд 2017 йил

Йўғон ичак анатомияси

Йўғон ичак ошқозон-ичак тизимининг охирги бўлими бўлиб ҳисобланади. Унинг бошланғич қисми бўлиб ўнг ёнбош вилоятидаги илеоцекал бурчаги, охирги қисми тўғри ичакнинг анал тешиги ҳисобланади. Йўғон ичак икки қисмга- кўндаланг чамбар (colon) ва тўғри ичак (rectum) га бўлинади. Чамбар ичак ингичка ичакларни П-симон ҳолатда ўраб, кўричак чувалчангсимон ўсимта билан, кўтарилувчи, кўндаланг чамбар, пастга тушувчи ва сигмасимон ичакка бўлинади.

Чамбар ичакнинг кўтарилувчи қисми (colon ascendens) мезоперитонеал (70 %) жойлашган, айрим пайтлар унинг ҳамма қисми қорин парда билан қопланган (интروперитонеал). Ичакнинг бу қисми ўнг қовурға ости қисмида жигар бурчаги ҳосил қилиб, кўндаланг чамбар ичакка ўтади (Colon transversum). Бу қисимнинг узунлиги 50-60 см.ни ташкил қилади. Кўндаланг чамбар ичак ҳамма томондан қорин парда билан қопланган (интраперитонеал) бўлиб узун тутқичга эга. Чап қовурға ости соҳасида чап (талок) бурчагини ҳосил қилади ва пастга тушувчи қисмига ўтади. Купинча (55%) мезоперитонеал, кам ҳолларда интраперитонеал жойлашган. Сигмасимон ичак унинг давоми бўлиб интраперитонеал жойлашган.

Йўғон ичакнинг ингичка ичакдан ташқи юзаси буйлаб фарқланадиган белгилари:

1. Йўғон ичакнинг диаметри ингичка ичакникидан катта.
2. Йўғон ичак ингичка ичакдан ташқи ранги билан, йўғон ичак куқимтиркуланг ранга эга. Ингичка ичак қизғиш рангда бўлади. Бунинг сабаби ингичка ичакда томирлар туркуми яхши ривожланган.
3. Йўғон ичакда кўндаланг мушаклар ингичка ичакникидек бир текис жойлашмаган ва улар учта мушаклар лентаси (taenia) ҳосил қилади. Тўғри ичакда taenia бўлмайди.
4. Йўғон ичак деворларида мушак ленталари орасида бўртмалар (haustrae coli) ҳосил қилади. Ана шу бўртмалар сабабли ичак деворларининг кенгайган ва торайган қисимларининг кетма –кетлигини рентгенда яхши аниқланиши билан ошқозон-ичак тизимининг бошқа қисимларидан енгил фарқланиши хусусиятига эга. Йўғон ичаклардаги шу бўртмалар жуда муҳим функционал рол ўйнайди. Унинг шиллик пардаси юзаси кенгайиб мушаклари қисқарганда (haustrae coli соҳасида) ахлот массасининг силжишига олиб келади.
5. Йўғон ичак юзасидаги қорин парда сероз парда ўсимталарини яъни ёғли ўсимталарни (appendices epiploicae) ҳосил қилади. Улар висцерал қорин парда дубликатураси бўлиб ёғ тўқималардан иборат ва 4-5 см

узунликда бўлади. Кўтарилувчи , пастга тушувчи, сигмасимон ичакда appendices еріploіcae купинча икки қатор, кўндаланг чамбар ичакда бир қатор, кўр ичакда умуман бўлмайди. Бу ёғли ўсимталар ингичка оёқли ва узун бўлганлиги сабабли улар ўзи ўқи атрофида айланиб, некроз ҳолатига, ўткир қорин белгилари юзага чиқиши мумкин. Йўғон ичакнинг умумий узунлиги 1,5-2 м бўлиб, диаметри ўртача 4-6 см. ни ташкил этади.

Қон билан таъминланиши: Ўнг ярми – a.іleocolіka, a.colіca dextra, a.colіca media чап ярми – a.colіca sinistra, a.sіgmοіdea билан. Вена қонининг оқиб кетилиши бир хил номли веналар орқали бўлиб дарвоза венасига қуйилади.

Лимфа оқими: Артерия ва веналар атрофидаги лимфа томирлари ва тугунлари орқали бўлади.

Иннервацияси: Қорин шохобчалари, юқориги ва пастки туткич чигаллар орқали, ҳамда парасимпатик ва симпатик тизимлари, Мейснер ва Ауэрбах чигаллари томонидан амалга оширилади. Парасимпатик тизими маторика ва секрециянинг кучайишига тасир қилса, симпатик тизими бунга тескари тасир қилади.

Йўғон ичак физиологияси:

1. Метаболик-В₁, К витаминларининг ичак микрофлораси орқали синтези ва сув-туз алмашинувининг регуляциясида қатнашади.
2. Ичак микрофлорасининг шаклланиши ва овқатлик моддаларнинг ҳазм қилиниши фаолиятини назорат қилади.
3. Экскретор – яъни ичак деворлари орқали эримайдиган компонентлар (кальций, оғир металлар) ни чиқариш хусусияти .

Йўғон ичак ўзининг давомийлиги буйича бир нечта физиологик торайишлардан-“сфингтерлардан” иборат:

1. Волиус-ёнбош ичакнинг йўғон ичакка қуйилиш жойида.
2. Бузи-кўр ичакнинг юқорига кўтарилувчи қисми чегарасида.
3. Гирша-юқорига кутарилувчи қисмининг урта учлиги ва унинг юқорги учлиги чегарасида.
4. Кеннон-Бема- кундаланг чамбар ичакнинг ўнг ва ўрта учлиги чегарасида.
5. Хорста-кўндаланг чамбар ичакнинг ўрта қисмида.
6. Кеннон-кўндаланг чамбар ичакнинг талоқ бурчагига утиш чегарасида.
7. Пайр-Штраус- талоқ бурчаги соҳасида.

8.Балли- кўндаланг чамбар ичак тушувчи қисмининг сигмасимон ичакка утиш чегарасида.

9.Росси-Мутъе-сигмасимон ичакнинг ўрта қисмида.

10.Берка-Пирогов-Мутъе-сигмасимон ичакнинг тўғри ичакка ўтишидан юқорида.

Йўғон ичакда қилинадиган операциялар.

Колотомия-йўғон ичакни очиш.

Колостомия- йўғон ичакни очиб уни ташқи мухид билан алоқадор қилиш-ахлотни ташқарига чиқариш. Бунинг бошқа хиллари-цекостомия, транзверзостомия, сигмоидостомия.

Сунъий ташқи чиқарув тешиги(anus procter naturalis) –шакиллантириш, ахлот холос шу тешиг орқали чиқади.

Ичак сиртмоғини чиқариш(Микулич)-(antepositio)-сиртмоқ қорин деворидан ташқарига чиқарилади.

Гартман операцияси(1921-йил)-сигмасимон ичакнинг патологик ўзгарган қисмини кесиб олиб , унинг марказий қисмини чап ёнбош соҳасидан чиқаради-стома, пастки қисмини тикиб кичик чаноқ бушлиғида қолдирилади.

Йўғон ичакни резекцияси- йўғон ичакнинг бир қисмини кесиб олиш (ўнг томонлама гемиколэктомия, кўндаланг чамбар ичакни, талоқ бурчагини , сигмасимон ичакни ва чап томонлама гемиколэктомия)

Тотал проктоколэктомия- йўғон ичакни тўғри ичак билан бирга кесиб олиш ва илеостомия, илеоанастомоз қўйиш билан хулосаланади.

Текшириш усуллари.

Чамбар ичак проктология булимига мансуб ҳисобланади ва тўғри ичак ҳам шу булимга киради. Шунинг учун уларнинг текшириш усуллари бирга кўрилади. Диагноз қўйишда беморларнинг шикояти ўрганилади (орқа чиқарув тешиги атрофидаги оғриқ, шилимшиқ мадда, йиринг, қон ажралиши, ич кетиши, ич буриши, ахлот ва бодни тута олмаслик), анамнезига, объектив кўрик ва қўшимча текшириш натижаларига асосланади.

Махсус текшириш усуллари.

Анал-оралиқ соҳасини ташқи кўрикда беморни тизза-тирсак ҳолатида(А ля ваш) ётқизиш, шиш қизариш, терида мацерация, ташқи геморроидал

тугунлар , шиллик қаватининг тушиши, ўсма шишлар, пароректал оқмалар, кандиномалар борлигини аниқлаш. Тўғри ичак тушишини, ички геморройни, узун оёқли полипларнинг тушишини беморни кучантирган ҳолда аниқланади.

Бармоқ билан куриш-оғриқ борлиги , патологик ажралма, тўғри ичак ичида 7-8 см. Чуқурликда хосила борлиги ва ўткир ичак тутилишида муҳим ахборот олинади.

Ректал ойналар билан куриш(анаскопия)-тўғри ичакнинг пастки қисми анал соҳаси курилади. Орқа чиқарув тешигида ёриқ, ички геморрой тугунлари, полплар, ўсма шишлар, яра, хосил бўлган яралар, ёт жисим, ректовагинал оқмалар ва бошқа патологик ҳолатлар аниқланади.

Ректороманоскопия-тиза-кукрак ҳолатида текшириш 20-40см. чуқурликдаги ўзгаришларни ва биопсия олишни бажаради. Бунга курсатма бўлиб тўғри ичакда оғриқ, қон оқиш, ўсма шишга тахмин, ич қотиш, ич кетиш(қон ва шилимшиқ мадда билан), стриктуралар ва профилактик маҳсадда ўтказилади. Айрим ҳолатларда (язваларда, ўсма шишларнинг йимирилишида, ичак деворларининг юпқаланишида) текшириш пайтида хархил асоратлар (тўғри ,сигмасимон ичакларнинг перфорацияси) бўлиши мумкин. Бундай ҳолатларда зудлик билан операция қилинади.

Рентгенологик текширишлар-контрастли эрталабки нонушта(завтрик) (барий берилади, 17-18соатдан кейин тўғри ичакда булади), контрастли клизма (хуқна) (ирригоскопия, ирригография).

Икки мартали контрастлаш усули-ичак барий клизмасидан бўшагандан кейин ичакка ҳаво юборилади, унинг эластиклиги , бутлиги, деворларининг ҳолати, полиплар бор ва йўқлиги аниқланади.

Париетография-диагностик пневмоперитонеум + 250-300мл. ҳаво чамбар ичакка юборилади ва унинг деворлари , ташқи ва ички контурлари аниқланади.

Фиброколоноскопия-чамбар ичакдаги усма шишнинг жойлашиши , шакли, ўлчами , тарқалиши, стеноз ҳажми, функцияси ва биопсия олиш учун қилинади.

Фистулография-оқма йўлини контраст модда юбориш билан текшириш (диодон, верграфин, кардиотраст, сергозин, триумбрент.)

Анал жоми (сфинктери) функциясини текшириш-Аминев сфинктерометри билан текшириш. Унинг олиласи тўғри ичакка киритилади, тўқноғичда (оливанинг) юкчалари бор. Нормада ташқи жом анал тешигини 70мм рт. ст. Гача куч билан ёпилади. Агар шу босим 30мм рт.ст. гача тушса бемор шаклланган ахлотни ушлаб тура олади, аммо суюқ ахлотни ва ботни ушлай олмайди. Босим 20 мм. рт. ст. гача ва ундан паст булса шакилланган ахлотни хам тута олмайди.

Махов-Аминов аппарати 3 катталикни аниқлай олади.

- 1.Сфинктер тонуси- 500гр аёлларда, 600гр эркакларда.
2. Сфинктернинг максимал кучи 775гр аёлларда, 900гр эркакларда.
3. Ирода кучи 250гр аёлларда, 300гр эркакларда.

Агар зарур булса қорин бўшлиғи УТТ, КТ, диагностик лапороскопия ва нихоят диагностик лапоротомия қилинади.

Йўғон ичак касалликлари таснифи

I. 1)Наслий ва туғма касалликлари

2)Орттирилган касаллиалари

II. Алоҳида патологик ўзгаришлари бўйича

1)Яллиғланишлар сабабли

2) Яллиғланишсиз сабабли

III. Йўғон ичакнинг риожланиш нуқсонлари ва аномалиялари.

1. Дистопия (Эмбриогенездаги бузилишлар сабабли йўғон ичакнинг жойлашиши, ўнгда ва чапда.)
2. Йўғон ичакнинг иккиланиши(удвоение)
3. Сигмасимон ичакнинг стенози ва атрезияси.

Боланинг туғилишидан кейин ичак тугилиши юзага чиқади ва хирургик операция қилишга мажбур бўладилар. Улар якка ва кўп сонли бўлиши мумкин.

Носпецифик ярали колит.

Ярали колит – сурункали яллиғланиш касаллиги бўлиб, йўғон ва тўғри ичакнинг қолган қисмларининг шиллиқ пардасини жарохатлайдиган,

рецидивли хусусиятига ва айрим ҳолатларда сурункали ўтишга хосдир. Ярали колитнинг Крон касаллигидан фарқи шундаки, ярали колитни хирургик даволаш мумкин (йўғон ичакни олиб ташлаш) аммо бемор операциядан кейин ногирон бўлиб қолади. Шунинг учун ҳам ярали колитларда доимо консерватив даволаш қўлланилади. Носпецифик ярали колит Европа мамлакатларида ҳар 100 000 аҳолидан 50 дан 250 гача кишиларда учрайди.

Бу касаллик Англия , Шимолий Америка, Австралия ва Скандинавия мамлакатларида куп тарқалган.

Этиологияси. Носпецифик ярали колитлар тиббиётда мухрланиб қолган ва аниқ факторлари аниқланмаган касаликдир. Хозирги кунда инфекцион , аллергия , озиқ овқат ва генетик назариялар ҳам ўз тасдиғини тўла топгани йўқ. Охирги йилларда купроқ аутоиммун нразарияга тўхталмоқда. Кўпчилик изланувчилар бу касалликни ҳар хил инфекциялар билан боғласа, охирги йилларда веруслар сабабли юзага чиқади демоқдалар, аммо тўғридан-тўғри фактлар аниқланмаган. Кўпроқ асосли фактлардан иммун тизимидаги дефект бўлиб, йўғон ичакда оғир яллиқланиш ҳолатининг ривожланишига олиб келади.

Ярали колитлар тўғрисида биринчилардан бўлиб 1875-йилда Wilks ва Мохоплар томонидан маълумот берилган.

Патогенези. Ярали колитларнинг патогенезида имунологик тизимдаги ўзгаришлар муҳим аҳамияти борлиги ва ичакларда дизбактериозга ва рухий ҳолатни ўзгаришига олиб келади.

Шиллиқ пардаларда юзага чиқадиган морфологик ўзгаришларга яъни шиллиқ қаватдаги инфилтрат, лимфоцитлар, плазматик хужайралар ва эозинофилларнинг аниқланиши, Ig A – ҳосил қилувчи хужайраларнинг камайиши ичаклардаги яраларнинг ҳосил бўлишини аутоиммун яллиғланишдан диб атиҳлаш мумкун. Беморларда озиқ-овқатга бўлган аллергия ҳолатининг ривожланишини асосан сутдаги оқсиллар билан боғлайдилар. Тахминан 50% беморлар қони зардобиди йўғон ичак тўқимасидаги антигенга қарши антитела аниқланади. Хужайра имунитети-факторида ўзгариш бўлиб, Т-лимфоцитлар папулияцияси фонида ўзгаришлар юзага чиқади 20-25% беморларда ярали колит билан қонида иммун комплексларнинг кўтарилиши яллиғланиш ҳолати билан боғлиқлиги ва ичаклардан ташқари касалликнинг ривожланишида ҳам аниқланади.

Охирги йилларда ярали колитларнинг патогенезида медиаторларининг муҳим рол ўйнаши актив ўрганилмоқда .

Цитокинлар – пастмолекулярли оқсил медиаторлари бўлиб хужайраларнинг эндотелиясидаги лейкоцитлар, фибробластларда ҳосил бўлади. Цитокинлар

иммунореактив тизим медиаторлари булиб, уларнинг функцияси ҳар хил иммун касалликларида юзага чиқади. Ичакларда дизбактериоз ҳолати 70-100 % ярали колит билан беморларда аниқланади ва уларнинг аниқланиши суръати ичаклардаги яллиқланиш ҳолати оғирлиги билан боғлиқдир. Ичаклардаги ўзгарган микрофлорасида шундай микро организмлар пайдо бўладики, улар токсик моддалар ишлаб чиқаради (агрессив ферментлар) ва ичак тўғималарини жароҳатлайди. Шартли патоген бактериялар суперинфекцияларнинг ривожланишига таъсир қилиб микробли алергик ва организмда аутоиммун ҳолатни чақиради. Ҳозирги пайтда сўроқли бўлиб турган учинчи фактор ярали колитлар билан беморларда психологик(руҳий) ҳолатнинг ўзгариши ҳисобланади. Уларнинг эмоционал сферасида бузилишлар бўлади. Ярали колит билан беморлар анамнезида руҳий травмалар, сурункали руҳий жараоҳатловчи ситуациялар ва узоқ давом этувчи ўзаро келишмовчиликлар аниқланади. Ваҳоланки, ўз тасдиғини топмаган савол – шу бўлган ўзгаришлар организмдаги узоқ ўтган сурункали яллиғланиш ҳолати бирламчи ҳисобланадими. Шунга қарамай ярали колитларни даволашда бу ҳолат ҳисобга олиниши керак. Шундай қилиб, ярали колитлар потогенизини “нуқсонли айланма” (circulus vitiosus) га тенглаштириш мумкин. Бунинг қисмлари бўлиб организмдаги аутоиммун ўзгаришлар ичакдаги дезбактериоз, руҳий ҳолатнинг ўзгаришлари ҳисобланиб, йўғон ичакда оғир яллиғланиш некротик ҳолатига олиб келади.

Йўғон ичакдаги морфологик ўзгаришлар.

Макроскопик: тўғри ичак албатта жароҳатланади, кейинчалик йўғон ичакнинг ҳамма бўлимлари ва ёнбош ичакнинг терминал қисмига тарқалади. Шиллиқ пардаларида тўлақонли ва кўп сонли геморрагиялар, эрозия, яралар кўпинча псевдополиплар аниқланади.

Микроскопия: шиллиқ пардаларда яллиқланиш белгилари, шиллиқ ости қисмига ҳам ўтади, плазматик хўжайралар инфильтрация ҳолатида, крипт-абсцесслар, микроэрозиялар аниқланади. Қон томирлар кенгайган, эндотелияси шишган, грануляцион тўқималарда тортмалар ҳосил бўлади.

Номахсус ярали колитларнинг таснифи.

I.Оқими буйича

A. Номахсус ярали колитнинг яшин тезлигида ўтувчи шакли (10%)

Б.Сурункали ўтувчи шакли: Сурункали рецидивли шакли(60%), танафуссиз сурункали ўтувчи шакли (20%), бирданига пайдо бўлувчи тури (10%)

II.Патологик ҳолатнинг тарқалиши буйича.

- А.Ўнг томонлама ярали колит.
- Б.Ярали проктит, проктосигмоидит.
- В.Чап томонлама ярали колит.
- С.Ярали илеоколит.
- Д.Тотал ярали колит.

III. Оғирлик даражаси бўйича

- А.Енгил даражаси.
- Б.Ўртача оғирлик даражаси.
- В.Оғир даражаси.

Клиникаси.

Ҳамма асоратланмаган ярали колитар учун икки гуруҳ симптомларага эга: маҳаллий(ичакдаги) ва умумий симптомлар.

1.Маҳаллий симптомлардан энг муҳими доимий ва кўп учрайдиган тўғри ичакдан қон оқишидир. Ахлотда қоннинг булиши ярали колитлар учун доимий ва ремиссия билан булади. Қайталовчи даврида ахлатда қон купаяди. Купинча қон туқ қизил, ичи ўтганда қон изи ҳолатида, агар ахлот шакилланмаган бўлса қон изи уни ураб олади. Доимий қон оқишлар йўғон ичакда микроциркуляциянинг бузилиши, томирларнинг енгил жароҳати ва ичак деворларида эрозия ва яраланиш белгиларининг борлигидан дарак беради.

2. Хожатнинг бузилиши унинг иккинчи доимий белгиси ҳисобланади. Касалликнинг қайталаниши даврида ич кетиши: кам ҳолларда ич қотиши ва ич кетиши билан алмашинуви кузатилади. Ич кетишининг келиб чиқиш механизми ичакдаги сусайган секреция ҳолатининг кучайиши ва шиллик пардадаги жароҳат туфайли абсорбциянинг камайиши, томирлардаги ўтказувчанликнинг ортиши; ичаклардаги жароҳатланиш қанча катта бўлса ахлотнинг суръати тезлашади. Бундан ташқари унча кўп бўлмаган ахлот массаси, йиринг ёки шилимшиқ мадда сигмасимон ва туғри ичакнинг яллиғланган қисимларига тушиб дефекация рефлесини кучайтиради ва ёлғон хожатга, ич бурғиси белгилари пайдо бўлади.

3. Қоринда оғриқ-учинчи маҳаллий белги ҳисобланади. Оғриқ чап ёнбош соҳасида, қориннинг чап ярмида ва кам ҳолларда қориннинг ҳамма соҳаларида кузатилади. Дифекациядан кийин оғриқ қолади, айрим ҳолларда кучаяди.

4. Беморларнинг умумий шикояти: Умумий ҳолсизлик, иш қобилиятининг пасайиши, тана вазнининг пасайишига. Кўпинча астено-ипохондрик ҳолат ривожланади, депрессив синдром, айрим ҳолатларда канцерофобия кузатилади.

Ярали колитларнинг ўткир шаклида касалликнинг бошланиши тез, максимал ҳолда маҳаллий ва умумий белгиларнинг юзага чиқиши билан содир бўлади. Ич кетиши 20 мартагача (бир суткада) , кам миқдорда қон аралаш , қоринда оғриқ, ваража, интоксикация белгилари ва циркулятор бузилишлар юзага чиқади. Эксудатив энтеропатия гипопротеинемия ва шиш ҳосил бўлиши мумкин. Касалликнинг оқимида массив қон оқиши, йўғон ичак перфорацияси асоратлари содир бўлиши мумкин. Касалликнинг ўткир шаклида прогноз яхши эмас, ўлим сурати баланд. Сурункали рецидив шакли ҳам куп учрайди. Бу шаклига хос қайталаниши ва ремиссия фазаларидир. Бу шаклини 2 вариантга бўладилар:

Тусатдан кучли худди ўткир шаклига хос ва секинлик билан ўтувчи, аниқ интоксикация белгилари булмаган хилларига. Сурункали танафуссиз ўтадиган шаклида касалликнинг белгилари ва яллиғланишнинг актив ҳолати йиллаб давом этади.

Клиник белгиларига асосан 4 босқичга бўлинади.

I.Ректал қон оқиш(қизил қон) , хожат нормада шилимшиқ мадда йўқ.(“геморрой” ва анал каналида ёриқ босқичи)

II.Икки ҳафтадан кейин ахлотда қон, шилимшиқ мадда купаяди, хожат сурати ошади(“юқимли касалликлар” босқичи ёки дизентерия)

III.Иккинчи ойда интоксикация кучаяди , қоринда оғриқ бошланади тана харорати кўтарилади.

IV.Касалликнинг учинчи ойида хожат тезлашади (10-80 марта) ахлоти бадбуй хидли қон аралаш , танафуссиз ич буриши, ариқлаш, кайфияти йуқ, териси оқиш, шиллиқ пардалари сарғиш, тана харорати гектик, тахикардия, қорни дамлаган, тили қуруқ, протеинимия, гипокалцеимия, гипонатриемия, гипоальбуминурия.

Лаборатория ва инструментал текшириш усуллари.

Ярали колитларда ҳал қилувчи диагностик усуллардан ректоромоноскопия ва энг муҳими эгилувчан эндоскоп билан колоноскопия қилишдир. Ярали колитнинг муҳим симптомларидан шиллиқ қаватининг енгил жароҳатланиши, контакт қон оқиши, айниқса ректоскопнинг тубуси юргизилганда қон оқшининг кучайиши ҳисобланади. Шиллиқ парданинг гиперемияси, ичак бурмаларида шиш ҳолати, шиллиқ парда остида қон қуюлишлар, эрозия, яраларнинг ва псевдополипларнинг аниқланиши. Кўп ҳолатларда эрозив-геморрагик ёки ярали-геморрагик синдромлар диагнози қўйилиши мумкин. Аниқланган эндоскопик белгилар ярали колитларга хос бўлмай, бошқа ичак патологиясида учрайдиган белгилар ҳамдир. Ярали

колитларга хос аниқ белгили бўлиб- контакт қон оқишлар, эрозиянинг секин регенерация бўлиши, актив даволашга қарамасдан яраларнинг топилишидир.

Ярали колитларнинг енгил шаклларида макроскопик ўзгаришлар жуда кучли бўлмасда шиллиқ қаватдан биопсия олиш муҳим ҳисобланади. Биоптатлардан гистологик текширишлар қилинганда номахсус яллиғланишларга хос белгилар топилади. Ўртача оғир ва оғир шаклларда ичакларнинг перфарация бўлиши хавфли юксак бўлганлиги учун колоноскопия қилиш кам ҳолларда бажарилади. Бордию ҳолат анча пасайиб, магинизацияга тахмин бўлганида албатта колоскопия қилиш зарур. Ярали колитларни Крон касаллигидан дифференцировка қилишда, ичакдаги ўзгаришларнинг хажмини аниқлашда, ўсма шишларни, йўғон ичак дивиртикулларини ва ишемик ҳолатларни ўз вақтида тасдиқлашда ирригоскопия қилиш тавсия қилинади. Ярали колитларда ноинвазив текшириш усулларига ультратовуш ва термография киради. Йўғон ичакнинг қалинлашуви, УТТда юмолоқ ва яримқийшиқ тасвирларнинг топилиши яъни “ичи ғовак аъзолар жароҳатланиши” симптоми топилади.

Асоратлари: Маҳаллий (ичаклар) ва умумий (тизимли) бўладилар.

Маҳаллий асоратлардан ичаклардан массив қон кетишлар, токсик мегаколон, перфарация, перитонит ва йўғон ичакнинг ўсма шишлари киради.

Номахсус ярали колитларда уларнинг давомийлиги узок бўлганда (10 йилдан зиёт), йўғон ичак тотал жароҳатланганда малигинизация хавфи юксак ҳисобланади. Шунинг учун бундай касалликнинг кечимида ҳар 1-2 йилда колоскопия қилиниб, ичакнинг ҳар хил қисмлари шиллиқ қаватидан биопсия олинди туриши керак.

Умумий тизимли асорати: Патогенетик хусусиятларига асосан 3 гуруҳга бўлинадилар.

1. Тизимли “гиперсенсибилизация” бўлганлиги учун – бўғинларда, кўзда, терида ва оғиз бўшлиғи шиллиқ пардаларидаги ўзгаришлар.
2. Бактеримия ва портал тизимида антигенемия сабабли жигарда ва билиар тизимда бўладиган ўзгаришлар.
3. Ичакнинг токсик дилятация синдроми. Бу синдром 1951 йилда Madison ва Bergen томонидан ёзилган бўлиб, 5-10 % кишиларда учрайди.
4. Ичакда ўзоқ йиллар давомида юзага чиққан иккиламчи ўзгаришлар – анемия, электролит алмашинувининг бузилиши.

Ярали колитнинг ичакдан ташқари юзага чиқадиган кўринишлари.

1. Терида ҳосил бўладиган (тугунли эритемалар, гангреноз пиодермия, йирингли стоматит, теридаги васкулит, везикулопустулёз, экзантема.)

2. Бўғинларда учрайдиган (артритлар, сакроилеит, Бехтерев касаллиги-анкилозли спондилит)
3. Кўзнинг яллиғланиш касалликлари (склерит, эписклерит, иридоциклит, кўзнинг тубидаги ўзгаришлар)
4. Жигар ва ўт йўлларидаги касалликлар (бирламчи склерозловчи холангит, жигарнинг ёғли инфильтрацияси, сурункали актив гепатит, холангиоцеллюлар карцинома)
5. Васпулит
6. Гемостазнинг бузилиши ва тромбоземболик асорати.
7. Қон касаллиги.
8. Амилоидоз
9. Суяк тўқималаридаги метаболик ўзгаришлар (остеопороз)

Ичакларда яллиғланиш касалликлари диагностикаси ва уларни даволаш ишлари гастроэнтеролог ёки колопроктолог ёрдамида амалга оширилиши керак. Касалликнинг навбатдаги хуружини, ахволи оғир бўлган беморлар хирургик стационарларда даволаниши керак.

Ярали колит билан хасталанган ҳар бир бемор ўзининг қон гуруҳини ва резус факторини билишлари керак.

Даволаш:

1. Диета. (парҳез). Ярали колитларнинг қайта хуружининг ҳамма шаклларида сутли озуқалар таъқиқланади. Чунки кўпчилик беморларда сутдаги оксилларга сезувчанлик ошади. Организмдан оксилга бўлган эҳтиёжни ёғсиз қайнатилаган гўшт, балиқ, ёғли бўлмаган сузма ва пишлоқ тавсия қилинади. Ёғ ва карбонсувлар чегараланади. Стационарда беморларга 4-стол буюрилади. Оғир шаклдаги беморларга ва қайта хуружи даврида, тана вазнининг пасайишида парентерал озиқлантириш керак. Умров ости венасига катетер қўйилади ва оксилли препаратлар, ўрнини босолмайдиган аминокислоталар, глюкоза, ёғли эмульсиялар ва витаминлар тавсия этилади.

Медикаментлар билан даволаш:

Ўртача ва оғир шаклдаги беморлар албатта стационар шароитда даволаниши керак. Енгил шаклидаги беморлар эса амбулатор шароитда даволанадилар .

Ярали колитларни этиотроп даволаш усуллари ёки медикаментоз даволашнинг асосида патогенетик даволаш ётади. Бунда асосий ўринни

иммунологик бузулишларни коррекция қилиш муҳим бўлиб йўғон ичакнинг шиллиқ қаватидаги иммун яллиғланишни дизбактериозни ва руҳий бузилиш ҳолатини ҳисобга олиш зарур.

Антибиотиклар билан даволаш колитларнинг аралаш- йирингли асоратларида кўрсатма ҳисобланади. Ичакаларда микроабсцесс ва йирингли қопламалар топилганда кенг спектрда таъсир қилувчи антибиотиклар таъсия қилинади.

Ярали колитларнинг енгил шаклида 5-АСК 3-4 гр/сут ёки месалазин 3 гр/сут перорал берилади, ичакларнинг дестал жароҳатланишида мисалазин ректал 2-4 гр қўлланилади. Сульфасалазин-комбинатциялашган препарат бўлиб сульфаниламид, сульфаметоксидин ва салицилат 5-аминисалицилат кислотадан ташкил топган. Сульфаниламиднинг қисқа таъсирли гуруҳига киради. Бизда сульфасалазиннинг пролангин таъсир қиладиган аналоглари салазапиридазин ва салазодиметоксин киради. Бу гуруҳнинг асосий таъсир қилувчи механизми 5-аминисалицилат кислотаси бўлиб йўғон ичакда сўрилмай, қўшувчи туқимада йиғилади ва яллиғланишга қарши таъсир қиладиган, ўз навбатида яллиғланиш медиаторини (антицитокин эффект) ингибирлайди. Сульфаниламид препарати шартли патоген флорага таъсир қиладиган, ва ичакда биотеннозни нормаллайди. Сульфасалазиннинг бошланғич дозаси 4-8 гр/сут. бўлиб 4 марта қабул қилинади. Салазапиридазин ва салазодиметоксин 2-4 гр/сут. да 2 марта, месалазин 1,5-3 гр/сут. 4 марта берилади. Аста-секинлик билан 2 гр/сут. дозани 2-4 кун давомида кўпайтирилади. Курсатилган шу препаратларни свеча ҳолида маҳаллий қўлланилади. Узоқ муддат даволаш учун олинган эффектидан кейин маълум ушлаб турувчи дозаси аниқланади ва 3-6-12 ойлар давомида қўлланилишга таъсия қилинади. Сульфасалазиннинг нозуқ таъсирларидан кўнгил айниш – қусиш, аллергия реакция, гематологик асоратлар (агранулоцитоз, мегаглобинемия) киради. Ярали колитнинг ўртача оғирлиги даражасида сульфасалазин 4-6 гр/сут. ёки месалазин 4 гр/сут. ишлатилади, эффект бермаган тақдирда преднизолон ишлатилади, маълум эффект бўлмаганида преднизолон берилади ва секинлик билан дозаси камайтирилади.

Глюкокортикоидларнинг асосий таъсири параметри: иммунокомпонент лимфоцитларнинг етилишини тўхтовлаш. Яллиғланиш учоғида арахидон кислотасининг пайдо бўлишини блокада қилиш, йирингланиш медиаторларнинг ташкил бўлишига йўл қўймаслик, томирларнинг ўтказувчанлигини пасайтириш ва туқима фибриногенга таъсир қилишдан иборат.

Глюкокортикоидларни парэнтерал, перорал ва маҳаллий ишлатилганда тизимли таъсири алоҳидалиги аниқланади.

Кўпчилик ҳолларда преднизалон тавсия қилинади. Бошланғич дозаси 90/20мг/с перорально 30-40мг/с. Эффе́кт бермаган чоғда то мусбат фойда бергунча дозани ошириш керак. Керакли дозага етгандан кейин секин пасайтириш керак.

Эрозив ярали колитларнинг қайталаниши тўхташ ҳолатига келганда даволовчи хуқналар(гармонли мойлар билан) яхши фойда беради. Бунга лоринден,.фторокор ишлатилади. Даволовчи хуқналарни – метацил, облепих мойи ишлатиш мумкин.

Ярали колитнинг оғир қайталаниши жуда хавфли ҳисобланади. Бу ҳолатда карти́костероитлар даволашнинг биринчи чизиғида туради. Карти́костероитлар 90-120 мг/с парентерально юборилади, беморнинг аҳволи яхшилангандан кейин секинлик билан салицилатларга ўтилади. Агар карти́костероитлар ёрдам бермаса ёки уларни кўтараолмаслик ҳолатида ногормонли иммунодепресантларга ўтиш керак. Улар (цитостатин)- азатиоприн ва 6 меркоптопурин. Бу препаратлар асосан Крон касаллигида яхши эффе́кт беради. Азатиоприн 2-2,5 мг/кг тавсия қилинади. Циклоспорин 4 мг/кг бир кунда, 1-2 ҳафта оғир ярали колитларда тавсия қилинади. Охирги йилларда биологик даволаш усуллари́дан моноклонеал антитела, усма шиш некрозига қарши ФНО-а ишлатилади.

Бу гуруҳ препаратларига ягона-инфликсимаб (ремикейд.) кириб, Крон касаллигида ишлатилган ва 5 мг/кг дан тавсия қилинган. Крон касаллигидаги ва ярали колитлардаги иммун механизмлари жуда ўхшашдир. Бу касалликларда активлашиш ва Т-хелперлар адаптози пасайиши макрофаглар активлигининг ошиши ва антителалар гиперфункцияси юзага чиқади. Бу икки касалликларда ҳам интерферрон хосиласи ва ўсма шиш фактори кўтарилади. Шунинг учун ярали колитларда ремикейдларнинг қўлланилиши 75-80% ижобий натижа берган.

Диспансерлаш: Беморлар ярали колитлар билан гастроэнтерологлар томонидан диспансерлаш ҳолатида қаровга олиниши керак. Диспансер кузатувининг асосий мақсади касалликнинг қайталанишининг олдини олиш, асоратларини ўз вақтида аниқлаш, алоҳида малигнизацияни ўз вақтида ташхислашдир. Агар кассаллик ёмон кечмаса кварталда бир марта кўрикдан ўтиш, сульфасалазин ва преднизалон қабул қиладиган бўлса, ҳар ойда кўрикдан ўтиш керак. Эндоскопик текширувлар бир йилда бир марта ўтказилиши, агар аҳволи ёмонлашса тезроқ текшириш керак. Беморлар – ишдан озод қилиниши, эмоционал зўриқишлар бўлмаслиги керак. Овқатланиш меъёри билан тартибга солиниши керак. Ярали колитлар билан беморларга санатория-курортда даволаниш ман қилинади.

Йўғон ичак дивертикуллари ва дивертикулёзи.

Бу касаллик ичак деворларида қопсимон бўртиб чиқишнинг пайдо бўлишидир. Бундай қопсимон бўртмалар 3 донагача бўлса дивертикул, агра ундан кўпроқ бўлса дивертикулёз дейилади.

Дивертикулёз кўпинча туғма бўлади, ортирилган дивертикуллар ёлғон ичак деворидаги мушак қаватининг шишиб чиқишидир. Туғма (чин) дивертикуллар ичак деворидаги гистогенезнинг бузулиши билан содир бўлади. Бунда ичак деворининг ҳамма қаватларида ўзгариш бўлади.

Туғма (чин дивертикуллар) йўғон ичакнинг ўнг ярмида, ортирилган (ёлғон) дивертикуляр йўғон ичакнинг чап қисмида кўпроқ сигмасимон ичакда учрайди.

Дивертикулларнинг локализацияси ичак деворига қон томирларнинг кириш жойида яъни тутқич томонида бўлади. Дивертикулларнинг келиб чиқишида ичаклардаги йиринглаш ҳолати бўлиб қориннинг ичак босими ошганда (ич қотиш) яллиғланган ичак деворида бўртма ҳосил бўлади. Дивертикул ичига ахлот кириб қолади ва яллиғланиш юзига чиқанда дивертикулит симптомлари ривожланади. Бу касаллик 40 ёшдан юқори кишиларда пайдо бўлади.

Клиникаси: Бу касаллик кўп йиллар давомида клиник жihatдан юзига чиқмайди. Тасодифан қилинган рентген текширишларида аниқланиши мумкин. Асоратланмаган дивертикулларнинг асосий симптоми қоринда оғриқ ва ичак фаолиятининг бузилиши кузатилади. Дивертикулит ривожланганда қориндаги оғриқ кучаяди, тана ҳарорати ошади, қонда лейкоцитоз ривожланади. Агар дивертикуллар абсцесс ҳолатига утса қорин бўлиғига ёрилиши мумкин ва перитонит белгиси пайдо бўлади.

Доимий жуда кучли бўлмаган оғриқ қориннинг чап ярмида кўпроқ кузатилади. Қорин пайпаслаганда доимо юмшоқ бўлади. Дивертикулёзга хос белги ич қотиш, ич кетиш билан алмашинуви характерлидир. Беморларда диафрагма чурраси, ўт тошқасаллиги ва дивертикулёзнинг учрашувини Сейнта триадаси дейилади.

Диагностикаси: Диагностикасида рентген текшириш муҳим ҳисобланади (ирригоскопия). Дивертикулларнинг катталигини ҳам аниқлаш мумкин, улар 2-3 мл дан 2-3 см катталиқда бўлиши мумкин. Ҳозирги вақтда дивертикулёзларни эндоскопик йўл билан аниқлаш мумкин.

Даволаш: даволаш асосан консерватив тадбирлардан иборат, парҳез, яллиғланишга қарши спазмолитиклар тавсия қилинади. Жуда муҳим ҳожатни мутадиллаш ҳисобланади, махсус парҳез (картошка, олма, сабзи, қарам)лар тавсия қилинади. Дивертикулёз бўлса колэктомия қилинади.

Йирингли ҳолат қорин бўшлиғига ёрилса, ичак резекцияси қилинади ва Микулич бўйича колостома қўйилади.

Чамбар ичак полипи ва полипозлари.

Полип – эпителиалардан ўсадиган хавфсиз ўсма шишларга киради, вахоланки уларнинг малигнизацияга ўтиш хавфи юксак. Якка полиплар енгил ўтади, енгил утади, кам малигнизация беради. Кўп сонли полиплар йўғон ичакнинг ҳар хил бўлимларида бўлиши мумкин. Уларнинг катталиги 0,5-2 см ташкил қилади. Полиплар узун оёқли ва улар осилган ҳолда ичак ёриғида бўладилар. Айрим полиплар кенг асосли бўладилар.

Полипларнинг қуйидагича турлари бўлади:

1. Ювенил полиплар. Улар болаларда учрайди, кўпинча тўғри ичакнинг шиллиқ қаватида жойлашади. Полиплар – узум шингилига ўхшайдилар, улар кам малигнизация берадилар.

2. Гиперпластик полиплар – кўп сонли, майда 2-4 мм катталиқда, конуссимон шаклга эга бўлади, кам малигнизация беради.

3. Аденоматоз (безсимон) полиплар кўпроқ учрайди, улар оёқли ёки оёқсиз бўлиши мумкин, шарсимон шаклга эга. Улар кўпчилик ҳолатларда малигнизация берадилар.

4. Ворсинкали полиплар (аденопапиллома) улар юпқа ворсинкалар билан қопланган ва 30% ҳолатларда малигнизация берадилар. Якка полиплар белгисиз ўтиши мумкин. Уларнинг катталиги 2-6 см бўладилар. Уларнинг кенг асоси билан ичакнинг ички деворига ўтириб, айрим ҳолатларда ичак ёриғини бекитиб қўйишлари мумкин.

Полиплар кўпчилик ҳолатларда белгисиз ўтадилар ва эндоскопик текширишларда тасодифан аниқланиши мумкин. Бордию ахлот қон аралаш чиқишига, тўғри ичакдан шилимшиқ мадда келса, қоринда оғриқ бўлса, ич кетса ичакларда дискомфорт бўлганида албатта бармоқ билан тўғри ичакни текшириш ректоромоноскопия, колоноскопия, ирригография қилиш зарур. Полипларнинг аниқ структурасини билиш учун биопсия олиниб, малигнизация бор йўқлигини аниқлаш керак. Кўп сонли полиплар – наслий касаллик бўлиб, предрак касаллиги ҳисобланади.

Даволаш: якка полипларни – полипэк்சизия диатермик тутам қўлланган ҳолда қилинади ва криотерапия ҳам ишлатилади. Агар оилавий полип бўлса радикал операция субтотал колэктомия қилиниб илеоректал ёки илеосигмовид анастомоз қўйилади. Агар тарқалиши жуда катта масофада бўлмаса ўша қисм ичак резекция қилинади.

Крон касаллиги

Бу касаллик Америкалик гастроэнтеролог Баррила Бернارد Крон номига қўйилган бўлиб 1932-йили ўзининг иккита ҳамкасблари Леон Гинзбург ва Гордон Опенгеймерлар билан биринчи бўлиб 14 та бемор тўғрисида адабиётда маълумот берганлар. Хозирги кузатувларга асосланиб ККмрон касаллигида 50-60% ингичка ичакда, 10-40% йўғон ва ингичка ичакда, 25% йўғон ичаклар жароҳатланиши аниқланган.

Крон касаллиги Шимолий Европа ва Шимолий Америка мамлакатларида кўп учрайди. Хар йили хар 100000 кишига 2-3 янги хасталанишлар хисобга олинмоғда. Касаллик 15-35 ёшдаги кишиларда ва иккинчи кутарилиши 60 ёшдан кейинги одамларда учрамоқда. Крон касаллиги узининг сурати билан ашкиназия яхудийлар орасида бошқа этник гуруҳларга нисбатан 6 марта кўпроқ учрайди. Эркакларда аёлларга нисбатан 1,8:1 эркакларда кўпроқ учрайди.

Крон касаллиги (адабиётларда бериладиган номи гракулематоз энтерит, регионар энтерит, трансмурал илеит, терминал илеит) ошқозон ичак тизимининг сурункали номахсус гранулематоз яллиғланиши бўлиб, оғиз бўшлиғидан тортиб тўғри ичаккача касалланиши мумкин. Патофизиологик ва эпидемиологик жиҳатдан ярали колитлар билан умумий бир характеристикага эгадир. Англичанлар тили билан айтилганда ичакларнинг яллиғланиши касаллиги деб юритилади.

1998-йилда қабул қилинган крон касаллигининг Вена классификацияси 2005-йилда Монреал модификацияси билан Крон касаллигини ўрганиш бўйича Европа жамиятига Крон касаллигида яллиғланиш ҳолатининг локализациясига, касаллигнинг фенотипига қараб хархил вариантлари тавсия қилинган.

Крон касаллигининг сабаби ҳанузгача ноаниқ қолмоқда. Бу касаллик олиб келадиган сабаблардан генетик, инфекцион, иммунологик факторлар муҳим роль ўйнайди.

1. Генетик фактор: Бу касаллик кўпроқ бир тухумли эгизакларда ва туғишган ака-укаларда учрайди. Тахминан 17% ҳолатларда касаллар туғишган оғайниларда кузатилади. Крон касаллиги Бехтерев касалли (анкилозлашган спондилит) билан бирга учрайди. Бугунги кунда генларнинг 34 варианты маълум бўлиб шу касаллик симптомларининг юзага чиқишида аниқланган.

2. Инфекцион фактор: Бу факторнинг аҳамияти тўлиқ тасдиқланмаган. Вируслар ва бактерияларнинг (псевдофутеркулёз бактериялар) касалликнинг келиб чиқишида таъсири борлиги тўғрисида маълумотлар берилган.

3. Иммунологик факторлар: Крон касаллигида тизимли аъзоларнинг жароҳатланиши аутоиммун ҳолатга боғлиқ эканлигини кўрсатади. Беморларда Т-лимфоцитлар сонининг ичак таёқчасига нисбатан антителоларнинг ортиши, сигир сути оксигенига ва липосахаритларга нисбатан кўтарилиши аниқланган. Хўжайра ва гуморал иммунитетнинг бузилиши бўлади, аммо улар иккиламчи характерга эга.

Крон касаллигида бўладиган ўзгаришлар асосан беморларда қандайдир махсус антиген бўлиб Т-лимфоцитларнинг хўжайра макрофагларини, фибробластларнинг антитела ишлаб чиқишига цитокинлар, простагландинлар, эркин атомликислородлар ҳосил қилиб тўқималарда ҳархил жароҳатланишларга олиб келади.

Шундай қилиб Крон касаллигининг типик локализацияси қуйидагича:

1. Илеоколит – энг кўп тарқалган шакли бўлиб, асосан ёнбош ва йўғон ичакларда жароҳатланиш бўлади.
2. Илеит – ёнбош ичакнинг алоҳида ўзи жароҳатланади.
3. Ошқозон ва дуоденал шаклида меъда ва ўн икки бармоқли ичак жароҳатланади.
4. Еюноилет – ингичка ва ёнбош ичак жароҳатланади.
5. Йўғон ичакнинг Крон касаллиги – йўғон ичакнинг алоҳида жароҳатланиши.

Патологик анатомияси: Крон касаллигига характерли хусусияти ичакларнинг сенментар жароҳатланиши бўлиб қўшни аъзолардан аниқ чегараланган бўлади. Ичак деворлари қалинлашади, унинг ёриғи қисқаради, ичакнинг жароҳатланган қисмигача унинг кенгайиши кузатилади. Ичакларнинг шиллиқ пардаларида бўйлама, кўндаланг, ёриқсимон яралар ва ёриқлар, қўпол ғадир-будир ҳосилалар пайдо бўлиб “тош кўприги” (“бульжной мостовой”) белгилари пайдо бўлади.

Айрим ҳолатларда яралар перфорацияси бўлиб қорин бўшлиғида абсцесслар ва оқмалар ҳосил қилади. Қорин бўшлиғидаги оқмалар (сийдик қопи, бачадон ва қини, тери) ичаклар ва ҳархил аъзолар билан алоқадор бўлади.

Крон касаллигининг келиб чиқишида ташқи факторларнинг роли бор. Ташқи муҳит факторларидан – ҳар кунги истеъмол қиладиган моддалар компоненти, инфекциялар (бактериялар ва вируслар), тамаки тутуни

ҳисобланади. Бу факторлар иммун тизимда ўзгаришлар бўлишига ва ичакларнинг шиллиқ пардасини жарохатлайди.

Крон касаллигини ривожлантирадиган хавфли факторлар:

1. Оилавий анамниси. Агар касаллик яқин қариндошларида ҳам бўлса хавф ошади.
2. Яқин Шарқ мамлакатларидан келиб чиққан кишилар (Ашкинази яхудийлари).
3. Тамаки чекиш.
4. Айрим доривор моддалар истемол қилиш.
5. Инфекциялар.
6. Гормонал фоннинг ўзгариши
7. Психоэмоционал, жисмоний зўриқишлар.

Крон касаллигининг симптомлари.

1. Қоринда оғриқ – спастик булиб буриб оғриш, оғриқнинг аниқ локализациясининг бўлмаслиги, пайпаслаганда оғриққа сезувчанлиги аниқланади. Касаллик ривожланганда оғриқ доимий бўлиб қолади.

2. Диаррея. Айрим ҳолатларда бир суткада 10-20 марта бўлади. Жуда кам ҳолатда ахлотда қон бўлади.

3. Иштаҳанинг йўқолиши: - интоксикациянинг асорати ҳисобланади.

4. Ваража. Оғир ҳолатларда тизимли яллиғланиш реакцияси юзага чиқади. Агар жуда кучли қалтирашлар билан тана ҳарорати баланд кўтарилса иккиламчи инфекцияларнинг қушилиши деб ҳисоблаш зарур ва абсцесслар, пертонит ва сепсис юзага чиқиши мумкин.

5. Ариқлаш. Озуқа моддаларининг сўрилиши хусусиятининг бузилиши ва давом этувчи диаррея сабабли бўлади.

6. Қон таркибидаги эритроцитлар сонининг бирдан камайиши – анемия. Бунинг сабаби организмда темир моддасининг сўрилмаслиги, доимий ярадан қон оқишлар.

7. Оғиз бўшлиғида яраларнинг пайдо бўлиши.

8. Озиқ-овқат моддаларининг етишмовчилиги, энг аввало Витамин В₁₂, фолиев кислотаси, темир ва ёғларда эрувчи витаминлар дефицити пайдо бўлади. Бунинг сабаби ичакларда сўрилиш хусусиятининг бузилиши (мальабсорбция).

9. Ичак тутилиши.

10. Йирингли ўчоқларининг (абсцесслар) пайдо бўлиши.

11.Перианал соҳасида ҳўл бўлувчи ёриклар ва мацерациялар ҳатто ташқи геморрой пайдо бўлиши.

Бундан ташқари Крон касаллигида ичак деворларида чуқур яраланишлар бўлиб, иммун тизимида чуқур ўзгаришлар юзага чиқади ва ошқозон ичак тизимидан ташқари асоратлар – бўғинларда оғрик, кўриш қобилятининг сустлашиши, терида тошмалар пайдо бўлиши, жигар фаолятинингбузилиши кузатилади.

Диагностикаси. Крон касаллигининг диагностикаси жуда қийин, чунки жуда кўп касалликларда Крон касаллигининг симптомлари учрайди. Шунга қарамай Крон касаллиги ярали жароҳатланиш белгилари – шиллиқ қаватида “тошли кўприк” симптоми юзага чмқади. Ичакда ҳали ўзгариш булмаган ва яллиғланган шиллиқ пардада чуқур кўндаланг ёриклар, эски яра излари, шиллиқ ости қаватида шиш ва шиллиқ қаватида ғадир-будир шишларнинг пайдо бўлиши муҳим диагностик белгилар ҳисобланади.

Крон касаллиги диагностикасида қуйидаги фактларга асосланади:

1. Касаллик тарихига, оилавий анамнезига, сўроқ ва ташқи кўрикларга.
2. Ичакларнинг шиллиқ пардаларида асбоблар билан текширилган-рикторомоноскопия, колоноскопия натижалари, биопсия материалларига.
3. Рентгенологик текширувлар сульфат барий билан контрастли текширишлар, компьютер томография (КТ), магнитнорезонанс томографияга (МРТ).
4. Аҳлат таҳлиллари – сўрилиш хусусиятининг бузулиши, паразитлар (гельминтлар) бактериал инфекциялар белгилари, калда лейкоцитларнинг аниқланиши.
5. Қорин бўшлиғини манзарали рентгеноскопияси яъни ошқозон ичак тизимини контрастли рентгеноскопиясида чуқур яраларнинг, ўсма шишларнинг, ёт жисмларнинг, аъзолар тузилиши аномалиясининг топилиши.
6. Эндоскопия (фиброгастроскопия).
7. Видео-капсуль эндоскопия. Бемор капсула ютади унда минатюр камера жойлашган у видео передачик билан боғланган капсула организмда 10 соатда 2 суткагача туради ва кейин узи чикиб кетади.
8. Ичакларни кичик эндоскопия қилиш. Енгил букулувчи, юпқа эндоскоплар билан ингичка ичакни ботамом кўриш ва биопсия олиш хусусиятга эга.

9. УТТ

- 10.Қон таҳлиллари. С-реактив оқсил-яллиғланиш фактори ва умумий таҳлиллар, қоннинг биохимик таҳлиллари.

11. Сийдик таҳлили – буйракнинг функционал ҳолатини аниқлаш.

Даволаш: Крон касаллигини даволашда асосий тактика бўлиб – медикаментоз даволаш ҳисобланади. Даволашнинг асосий мақсади ичакдаги яллиғланиш ҳолатининг локализациясини хажмини ва яллиғланиш ҳолатини қисқартириш, касалликнинг қайталаниши суръатини ва давомийлигини қисқартириш, рецидивга қарши даволаш муҳим ҳолатларда кучли таъсир қилувчи препаратларни, комплекс даволаш, қайталаниш ва асоратлар бўлганда оператив даволашни қўллаш.

I. Касалликнинг енгил симптомлари билан юзага чиққанда антидиаррей препаратларни қўллаш—яъни лопирамид (имодиум) ичак моторикасини сўсайтиради, оғриқли спазмларни бартараф қилади.

II. Ўртача симптомлари юзага чиққанда.

1. Аминосалицилатлар (сульфасаазин, месаламин) тавсия қилинади. Бу препаратлар кўп симптомларни бартараф қилади.
2. Антибиотиклар – ципрофлаксацин ва метронидазол аminosалицилатлар қабул қилганида етарли эмас. Антибиотиклар процесс йўғон ичакда жойлашганда эффектив. Улар оқмаларни даволашда ишлатилади. Агар антебиотекларни қабул қилишни тўхтатсалар 50% ҳолларда рецидив беради.
3. Кортикостероидлар (преднизолон). Шунини айтиш керакки, уларнинг яллиғланишга қарши эффекти бўлсада ёмон асоратлари кўп.
4. Иммунодепрессантлар. Азиотропин (AZA), меркаптопурин (6 Мп) ёки метротрексат.
5. Туморонекротик факторлар антагонистлари (фактор некроза опухолей ФНО). Инфликсимаб (Remicade)-оқмаларни даволашда агар антибиотиклар фойда бермаса ишлатилади.

III. Оғир кечимлари билан. Кортикостероидлар вена ичига ёки ФНО антагонистлари тавсия қилинади.

Қачон зудлик билан врачга мурожжат қилиш керак.

1. Ваража, кучли қалтираш кузатилганда
2. Бош айланиши, юрак уриши
3. Доимий ахлотда қоннинг бўлиши
4. Сувсизланиш белгилари (чанқоқлик, сийдикнинг кам ажралиши)
5. Қоринда кучли оғриқ, дамлаш, қориннинг олд девори тарангланиши.
6. Анус атрофида шиш ва оғриқ борлиги, йиринг ажралиши.
7. Қусишнинг қайталаниши.
8. Ҳожатнинг ва газнинг чиқмаслиги.
9. Симптомларнинг ёмон томонга ўзгариши.

10. 2 ҳафта мобайнида доимий ич кетиш

11. Тана вазнининг камайиши.

Прогнози. Касаллик сурункали бўлганлиги учун врачлар узок муддатли прогноз беришдан бош тортадилар.

Огоҳлантириш. Крон касаллигини батамом йўқ қилиш мумкин эмас, чунки унинг аниқ сабаби йўқ. Унинг оғирлик даражасини пасайтириш, қайталаниш суръати ва давомийлигини қисқартириш мумкин.

1. Доимий ва тўғри тавсия қилинган медикаментларни қабул қилганда унинг оғирлик даражасини, қайталаниш суръатини ва муддатини қисқартиради.
2. Айрим нестероид яллиғланишга қарши препаратлар (НПВП), индометацин, ибупрофен ичакларнинг яллиғланиш касаллигини кўзғайди, худди шунингдек Крон касаллигини ҳам. Шунинг учун ҳам мутахассислар ацетаминофен (парацетамолни) тавсия қиладилар.
3. Чекишни ташлаш.
4. Яхши соғлом овқатлар истеъмол қилиш
5. Врачнинг тавсиясиз антибиотикларни қабул қилмаслик
6. Ҳар куни жисмоний тарбия билан шуғилланиш.

Крон касаллигида парҳез.

Бу касалликда бемор ўзининг ўрганган озиқ-овқат маҳсулотларини қабул қилиши мумкин. Корбонсувлар, ёғларни максимал камайитириш, оксилли моддаларни кўпайтириш. Тузланган, консерва маҳсулотларини, аччиқ озиқлар, дудланган, қовурилган овқатлар, кўкат, квас, тухум, спиртли ичимликлар, қовурилган гўштли овқатлар мутлоқ таъқиқланади. Ҳамма истеъмол қиладиган маҳсулотлар истеъмол қилишдан олдин термик қайта ишланади. Бу касалликни даволашда албатта врачнинг қаттиқ назорати керак.

Асосий адабиётлар

1. Агзамходжаев С.М., Рахманов Р.К., Янбаев Т.А. Хирургик касаллар. Т., Ибн Сино, 1999.
2. Каримов Ш.И. Хирургик касалликлар Т 2005й
3. Хирургические болезни (Под ред. М.И.Кузина, учеб.лит.для студ.медвузов, - М.,Мед, 2006, -779с.

4.Орипов У.О. Каримов Ш.И. Корин бушлиги органларининг шошилини жаррохлиги., Т.,1991.

5 Петров С.В. Общая хирургия : Учебное пособие –М.:ГЕОТАР – Медиа, 2007-767с.

6. Частная хирургия. Учебник для медицинских Вузов. Под.ред.Шевченко Ю.Л. Санкт-Петербург.1998. 478 с. (в 2-х томах).

Кушимча адабиётлар.

1. Дадаев Ш.А. Методические рекомендации к практическим занятиям по госпитальной хирургии для студентов 1У курса СамПИ. 1994.1-П том. 187.

2. Под ред.В.С.Савельев 50 лекций по хирургии. Москва. 2004.

3. Лопухин Ю.М., Савельев В.С. Хирургия. Руководство для врачей и студентов. Перевод с английского, дополненный. М., 1998.

4. Пучков К.В. «Технология дозированного лигирующего электротермического воздействия на этапах лапароскопических операций». М.:Медпрактик., - 2005, - 175 стр.

5. Гостищев В.К. Общая хирургия: Учебное пособие для мед.вузов-М.:ГЕОТАР – Медиа, 2006-832с.

6. Кондрашн С.А., Юрнев В.С. Кизилунгзч ахалазнясшш даволашда баллонли дялятациянн курсаткичларни Хирургия. 1999,9 б.

7. Журнал «Вестник медицины» Қизилўнғачни бужлашдан кейинги асоратлар. 2000 й. № 3, 24 б.

Электрон адабиётлар

1 Хирургические болезни (Под ред.В.С.Савельева, А.И.Кириенко, учеб. С компакт-диском в 2-х томах, - М., ГЭОТАР Медиа, 2006, -т 1-603 с.)

2 Хирургические болезни (Под ред.В.С.Савельева, А.И.Кириенко, учеб.с компакт-диском в 2-х томах, - М., ГЭОТАР Медиа, 2006, т 2-397с.)

3.Клиническая хирургия: национальное руководство 3-х т./ Под.ред. В.С.Савельевой, А.И.Кириенко.-М. ГЭОТАР-Медиа, 2008.т.1.-864с. + ДИСК.

Мавзу бўйича интернетдаги сайтлар:

<http://www.moodle.sammi.uz>

<http://www.tma.tmn.ru/Vestnik>

<http://medi.ru/doc/83.htm>

<http://www.rmj.net/index.htm>

<http://www.consilium-medicum.com/media/refer>

<http://www.mediasphera.aha.ru>

<http://www.doktor.ru>

<http://www.zyonet.uz>