

Ўзбекистон Республикаси
Соғлиқни сақлаш вазирининг
2025 йил "23" июндаги
180-сонли буйруғига
30-илова

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
РЕСПУБЛИКА ИХТИСОСЛАШТИРИЛГАН ТЕРАПИЯ ВА ТИББИЙ
РЕАБИЛИТАСИЯ ИЛМИЙ-АМАЛИЙ ТИББИЁТ МАРКАЗИ

“КАТТАЛАРДА КРОН КАСАЛЛИГИ”
НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА
МИЛЛИЙ КЛИНИК БАЁННОМА

“ТАСДИҚЛАЙМАН”

“РИТВАТРИАТМ” ДМ

Директори, профессор

Б.А. Аляви

“ ” 2025 й.

**“КАТТАЛАРДА КРОН КАСАЛЛИГИ”
НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА
МИЛЛИЙ КЛИНИК БАЁННОМА**

Тошкент – 2025

Мундарижа:

1.	Крон касаллигини ташхислаш ва даволаш	5-бет
2.	Крон касаллиги тиббий профилактикаси ва реабилитацияси	38-бет

**“КАТТАЛАРДА КРОН КАСАЛЛИГИ”
НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА ТАШХИСЛАШ ВА
ДАВОЛАШ
МИЛЛИЙ КЛИНИК БАЁННОМА**

Тошкент – 2025

1. Кириш қисми.

Ушбу ҳужжатнинг мақсади Ўзбекистон Республикасида Крон касаллиги касаллиги билан оғриган беморларни олиб бориш бўйича мавжуд бўлган энг яхши далиллар шарҳини тузиш, жорий этиш, тизимни ва ягона ёндашувни ташкил қилишдир. Фойдаланилган услубий ёндашувлар исботланган тиббиёт тамойилларига асосланган бўлиб, унинг асосида Россия Федерацияси Соғлиқни сақлаш Вазирлигининг Крон касаллиги касаллиги мавжуд бўлган беморларни ташхислаш ва даволаш бўйича тавсиялари ётади. Крон касаллиги касаллиги мавжуд бўлган беморларга ёрдам кўрсатадиган мутахассислар учун мўлжалланган ушбу баённомада ҳозирги кунга келиб мавжуд бўлган клиник далиллар, тегишли амалиёт вақтлари, шунингдек эксперт хулосалари келтирилган. Ушбу баённома Крон касаллиги касаллигини ташхислаш ва даволашни амалга оширадиган шифокорларга услубий ёрдам тақдим этади.

Халқаро касалликлар классификатори – ХКК-10 коди:

K50	Крон касаллиги
K50.0	ингичка ичакнинг Крон касаллиги
K50.1	йўғон ичакнинг Крон касаллиги
K50.8	Крон касаллигининг бошқа турлари
K50.9	аниқланмаган Крон касаллиги
Юклаб олиш (ХКК (МКБ)дан ҳавола)	хттпс://мкб-10.сом/индекс.пхп?пид=10224

ХКК – 11 кодлари

DD70 Крон касаллиги	
DD70.0	Ошқозон ичак тракти юқори қисмлари зарарланиши билан кечувчи Крон касаллиги
DD70.1	Ингичка ичак зарарланиши билан кечувчи Крон касаллиги
DD70.2	Чувалчангсимон ўсимта зарарланиши билан кечувчи Крон касаллиги
DD70.3	Йўғон ичак зарарланиши билан кечувчи Крон касаллиги
DD70.4	Анал соҳа зарарланиши билан кечувчи Крон касаллиги
DD70.5	Ингичка ва йўғон ичак зарарланиши билан кечувчи Крон

	касаллиги
DD70.6	Анастомоз зарарланиши билан кечувчи Крон касаллиги
DD70.Y	Аниқланган бошқа локализацияли Крон касаллиги
DD70.Z	Аниқланмаган локализацияли Крон касаллиги

Баённомани ишлаб чиқиш ва қайта кўриб чиқиш санаси: Баённома

2025 йил ишлаб чиқилган. Қайта кўриб чиқиш санаси 2028 йил;

Мазкур клиник протокол ва стандарт Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазир ўринбосари Баситханова Э.Э, Тиббий суғурта бошқармаси бошлиғи Ш. Алмарданов, клиник протоколлар ва стандартларни ишлаб чиқиш ва жорий этиш бўлими бошлиғи Ш.Р. Нуримова бошчилигида, клиник протоколлар ва стандартларни ишлаб чиқиш ва жорий этиш бўлими бош мутахассиси Г. Джумаева ва етакчи мутахассиси Н.Рахимовалар томонидан мутахассисларининг ташкилий ва услубий кўмагида ишлаб чиқилган.

Миллий клиник баённома ишлаб чиқиш учун масъул муассаса:
РИТваТРИАТМ

Муаллифлар рўйхати:

Аляви Б.А.	т.ф.д., проф. “РИТваТРИАТМ” ДМ директори.
Исмоилова Ж. А.	т.ф.д., “РИТваТРИАТМ” ДМ директорининг илмий ишлар бўйича муовини
Каримов М.М.	т.ф.д., профессор, “РИТваТРИАТМ” ДМ Гастроэнтерология бўлими раҳбари
Дустмухамедова Э.Ч.	т.ф.н., “РИТваТРИАТМ” ДМ Гастроэнтерология бўлими мудири
Дусанова Н.М.	т.ф.н., “РИТваТРИАТМ” ДМ Гастроэнтерология бўлими катта илмий ходими
Каримова Д.К.	т.ф.н., “РИТваТРИАТМ” ДМ Гастроэнтерология бўлими шифокори

Тақризчилар:

Абдуллаев А.Х.	т.ф.д., БИХ, “РИТваТРИАТМ” ДМ бўлими мудири
Зуфаров П.С.	т.ф.д., ТТА клиник фармакология кафедраси профессори

Клиник баённома “РИТваТРИАТМ” ДМ илмий кенгашида кўриб чиқилди ва тасдиқланди.

Баённома протоколда фойдаланилган қисқартмалар:

АЗА - азатиёприн
БД-будесонид
ГКС - глюкокортикостероидлар
ИАРА - илеоанал резервуар анастомози
ИИ - ишонч интервали
ИЯК - ичакнинг яллиғланиш касаллиги
КК - Крон касаллиги
ККФИ - Крон касаллигининг фаоллик индекси
КТ - компьютер томографияси
МС-месалазин
ММХ - мултиматриксели қобик
МП - меркаптопурин
МРТ - Магнит-резонанс томографияси
МТ - метотрексат
ОИТ - ошқозон-ичак тракти
ЎНО-алфа - алфа ўсимтаси некрози омили
РНС - рандомизацияланган назоратли синов
ТФ – тофисинитиб
УТТ - ултратовуш текшируви
ФК - фекал (нажас)калпротектини
ЯК – ярали колит
ЯҚНП - стероид бўлмаган яллиғланишга қарши препаратлар

Мазкур ташхис/нозология бўйича протоколнинг фойдаланувчилари:

1. Шифокор-гастроентерологлар.
2. Умумий амалиёт шифокорлари (оилавий шифокорлар).
3. Жарроҳ-шифокорлар.
4. Терапевт-шифокорлар.
5. Умумий амалиёт шифокорлари (оилавий шифокорлар).
6. Эндоскопист-шифокорлар.
7. Тиббиёт олий ўқув юртлари ва коллежлари ўқитувчилари.
8. Тиббиёт олий ўқув юртлари талабалари, магистрлари, клиник ординаторлари.

Беморлар тоифаси:

Крон касаллигига шубҳа қилинган ва ташхис қўйилган беморлар.

Диагностика усуллари (диагностик аралашувлар) учун далиллар даражасини баҳолаш шкаласи (ДД)

ДД	Далилларнинг ишончлилик даражаси
1	Референс усул ёрдамида назорат остида ўтказилган тадқиқотларнинг тизимли шарҳлари ёки мета-таҳлил ёрдамида рандомизацияланган клиник тадқиқотларни тизимли шарҳи
2	Референс усул назорати билан ўтказилган айрим тадқиқотлар ёки айрим рандомизацияланган клиник тадқиқотлар ва ҳар қандай дизайндаги тадқиқотларни тизимли равишда кўриб чиқилиши, мета-таҳлил ёрдамида рандомизацияланган клиник тадқиқотларни тизимли равишда кўриб чиқилиши бундан мустасно
3	Референс усул ёрдамида изчил назорациз ёки ўрганилаётган усулдан мустақил бўлмаган референс усул ёрдамида ўтказилган тадқиқотлар ёки рандомизацияланмаган қиёсий тадқиқотлар, шу жумладан, коҳорт тадқиқотлари
4	Қиёсланмаган тадқиқотлар, клиник ҳолат тавсифи
5	Муолажанинг таъсир механизми асослари ёки экспертлар хулосаси

Профилактика, терапевтик ва реабилитация тадбирлари учун далиллар даражасини (ДД) баҳолаш учун шкала

ДД	Далилларнинг ишончлилик даражаси
1	Мета-таҳлил ёрдамида рандомизацияланган клиник тадқиқотларни тизимли равишда кўриб чиқилиши
2	Айрим рандомизацияланган клиник тадқиқотлар ва ҳар қандай дизайндаги тадқиқотларни тизимли равишда кўриб чиқилиши, мета-таҳлил ёрдамида рандомизацияланган клиник тадқиқотларни тизимли равишда кўриб чиқилиши бундан мустасно
3	Рандомизацияланмаган қиёсий тадқиқотлар, шу жумладан когортли тадқиқотлар
4	Қиёсланмаган тадқиқотлар, клиник ҳолат ёки ҳолатлар серияси тавсифи, “ҳолат-назорат” тадқиқоти
5	Муолажанинг таъсир механизми асослари (клиника олди тадқиқотлар) ёки экспертлар хулосаси

**Профилактика, диагностика, терапевтик ва реабилитация тадбирлари
бўйича тавсиялар (РТТ) нинг ишончлилик даражасини баҳолаш
шкаласи**

РТТ	Тавсияларнинг ишончлилик даражаси
А	Кучли тавсия (барча кўриб чиқилган самарадорлик мезонлари (натижалар) муҳим ўринни эгаллайди, барча тадқиқотларнинг методологик сифати юқори ёки қониқарли ва қизиқтираётган натижалар бўйича хулосалари келишилган)
Б	Шартли тавсия (айрим кўриб чиқилган самарадорлик мезонлари (натижалар) муҳим ўринни эгаллайди, айрим тадқиқотларнинг методологик сифати юқори ёки қониқарли ва/ёки қизиқтираётган натижалар бўйича хулосалари келишилмаган)
С	Кучсиз тавсия (сифатли далиллар келтирилмаган (кўриб чиқилган самарадорлик мезонлари (натижалар) муҳим ўринни эгалламайди, барча тадқиқотларнинг методологик сифати паст ва қизиқтираётган натижалар бўйича хулосалари келишилмаган)

2. Асосий қисм.

Касаллик ёки ҳолат (касалликлар ёки ҳолатлар гуруҳи) та'рифи.

Крон касаллиги (КК) - бу маҳаллий ва тизимли асоратларнинг ривожланиши билан трансмурал, сегментар, грануломатоз яллиғланиш билан тавсифланган этиологияси нома'лум бўлган ошқозон-ичак трактининг (ОИТ) сурункали, қайталанувчи касаллигидир [1].

Касаллик ёки ҳолатнинг (касалликлар ёки ҳолатлар гуруҳининг) этиологияси ва патогенези.

Л1 Терминал илеит: қорин ва қовурға орасидаги ичакнинг терминал бўлими ёки илеоцекал соҳа билан чегараланган касаллик (жараёнда кўр ичакни жалб қилиш ёки жалб қилмасдан).

Л2 Колит: ингичка ичак ёки ОИТнинг юқори бўлимини жалб қилмасдан кўр ичак ва анал сфинктери ўрасида йўғон ичакда яллиғланиш ўчоғининг ҳар қандай локализацияси.

Л3 Илеоколит: кўр ичак ва анал сфинктери ўрасида бир ёки бир нечта яллиғланиш ўчоқлари билан биргаликда терминал илеит (жалб қилиш ёки жалб қилмасдан).

Л4 ОИТ юқори бўлими: терминал бўлим проксимал қисмининг шикастланиши (оғиз бўшлиғидан ташқари).

Шикастланишларнинг тарқалишига кўра қуйидагиларни ажратиш кўрсатиш мумкин:

1. Локаллаштирилган КК:

- Узунлиги 30 см-дан кам бўлган шикастланиш. У кўпинча илеоцекал соҳанинг изоляцияланган шикастланишни тавсифлаш учун ишлатилади;

- Йўғон ичакнинг катта бўлмаган соҳасининг изоляцияланган шикастланиши бўлиши мумкин.

2. Тарқалган КК:

Узунлиги 100 см дан ортиқ бўлган шикастланиш (барча шикастланган соҳаларнинг йиғиндиси).

Кечиш табиатига кўра қуйидагиларни ажратиб кўрсатиш мумкин [9]:

Ўткир кечиши (касаллик дебютдан камида 6 ой);

Сурункали кечиши (касаллик дебютдан 6 ойдан ортиқ).

1-жадвал. Шикастланишни локализациялаш бўйича ККнинг Монреал таснифи

Ичакнинг яллиғланиш касалликлари (ИЯК), шу жумладан КК касаллигининг этиологияси аниқланмаган: касаллик генетик(ирсий) мойиллик, туғма ва орттирилган иммунитет нуқсонлари, ичак микрофлораси ва атроф-муҳитнинг турли омилларини ўз ичига олган бир нечта омилларнинг бирлашмаси натижасида ривожланади. КК билан боғлиқ бўлган 100 га яқин битта нуклеотид полиморфизмлари тасвирланган. Ушбу генетик фон туғма иммунитет реакцияси, аутофагия, микроорганизмларни аниқлаш механизмлари, эндоплазматик ретикулоцитар стресс, эпителия тўсиғи функциялари ва адаптив иммун жавобнинг ўзгаришига мойил. ИЯК ривожланишига мойил бўлган асосий иммунитет нуқсони дендрит хужайралар билан бактериал молекуляр маркерларни (паттернларни) аниқлашнинг бузилиши бўлиб, бу сигнал берувчи яллиғланишга қарши ёлларнинг гиперфаоллашишига олиб келади [3,4]. Шунингдек, ИЯКда анаэроб бактериялар, асосан Бастероидетес ва Фирмисутес улушининг камайиши туфайли ичак микрофлорасининг хилма-хиллиги камаяди. Ушбу микробиологик ва иммунологик ўзгаришлар мавжуд бўлганда, ИЯК қўзғатувчи омиллар та'сирида ривожланади, улар орасида чекиш, асабий стресс, Д витамини танқислиги, таркибида оз миқдордаги толалар миқдори ва ҳайвон оксиллари кўп бўлган озуқа, ичак инфекциялари, айниқса С. диффисиле билан боғлиқ инфекциялар мавжуд.

Ушбу хавф омилларининг ўзаро та'сирининг натижаси бўлиб Тх1 ва Тх17-хужайраларининг фаоллашиши, яллиғланишга қарши ситокинларнинг, биринчи навбатда – алфа ўсимтаси некрози омилининг (ЎНО-алфа), 12 ва 23 интерлейкинларнинг ва хужайра адгезияси молекулаларининг гиперэкспрессияси ҳисобланади. ККда гуморал ва хужайра реакцияларининг қатори КК учун хос бўлган, лекин ярали колит (ЯК) учун эмас, некроз ва улкан хужайралар ўчоғисиз эпителийд гистиоцитлардан ташкил топган саркоид гранулёмалар шаклланиши билан ичак деворининг трансмурал яллиғланишига олиб келади.

ККда ОИТнинг ҳар қандай - оғиз бўшлиғидан анусгача бўлган қисми шикастланиши мумкин. Шунга қарамай, аксарият ҳолларда КК илеоцекал бўлимни шикастлайди. ККни,

ЯКдан фаркли ўлароқ, терапевтик ёки жарроҳлик усуллари билан даволаш мумкин эмас [5].

Касаллик ёки ҳолатнинг (касалликлар ёки ҳолатлар гуруҳининг) эпидемиологияси.

Ҳорижий маълумотларига кўра, КК касаллиги 100 000 кишига 0,3 дан 20,2 гачани, тарқалиши 100 000 кишига 322 ни таскил қилади [6]. Россия Федерациясида ККнинг тарқалиши тўғрисидаги маълумотлар чекланган. ККнинг тарқалиш даражаси шимолий кенгликларда ва Ғарбда юқори. Осиёда КК билан касалланиш ва тарқалиш даражаси пастроқ, аммо ўшиб бормоқда. Эуропа ирқига мансуб кишилар негроидлар ва монголоид ирқлари вакиллари қараганда касалликка кўроқ чалинадилар. Касалликнинг энг юқори нуқтаси 20 ёшдан 30 ёш орасида кузатилади [7]. Эркак ва аёлларда касалланиш даражаси тахминан бир хил.

Касалликнинг таснифи. Шикастланишни локализациялаш бўйича ККни таснифлаш учун Монреал таснифи қўлланилади (1-жадвал) [8].

2-жадвал. ККнинг ичакдан ташқи кўринишлари

Аутоиммун, касаллик фаоллиги билан боғлиқ бўлган:	Аутоиммун, касаллик фаоллиги билан боғлиқ бўлмаган:	Узоқ муддатли яллиғланиш ва метаболик бузилишлар натижасида юзага келадиган:
<p>Артропатиялар (артралгиялар, артритлар)</p> <p>Тери шикастланишлари (тугунли эритема, гангренали пёдермия)</p> <p>Шиллик қаватнинг шикастланиши (афтозли стоматит)</p> <p>Кўзнинг шикастланиши (увеит, ирит, иридоциклит, эписклерит)</p>	<p>Бирламчи склерозли холангит</p> <p>Анкилозланган спондилит (сакроилеит)</p> <p>Остеопороз,</p> <p>Остеомаляция</p> <p>Псориаз Псориатик артрит</p>	<p>Холелитияз</p> <p>Жигар стеатози, стеатогепатит</p> <p>Периферик томир тромбози, ўпка артерияси тромбоемболияси</p> <p>Амилоидоз</p>

Касалликнинг оғирлик даражаси, умуман олганда қуйидагилар билан белгиланади: жорий зўрайиш оғирлиги, ичакдан ташқари кўринишлар ва асоратларнинг мавжудлиги, шикастланиш кўлами (узунлиги), даволанишга чидамлилиги, хусусан, гормонал қарамлик ва резистентликнинг ривожланиши. Бироқ, ташхисни тавсифлаш ва даволаш тактикасини аниқлаш учун жорий зўрайишнинг оғирлик даражасини аниқлаш керак, бунинг учун ИЯКни ўрганиш

бўйича жамият томонидан ишлаб чиқилган оддий мезонлар [10], Ҳарви-Бредшжу индексидан [11] фойдаланилади. Шунингдек, ККФИ мавжуд (КК фаоллик индекси - Беста индекси [12]; СДАИ), одатда, уни ҳисоблашнинг мураккаблиги сабабли клиник синовларда қўлланилади, унга кўра енгил, ўртача ва оғир даражадаги фаол КК ажратилади (Г1-3 иловалари). У ёки бу оғирлик даражасини баҳолаш тизимидан фойдаланиш маълум бир касалхонанинг одатий амалиёти билан белгиланади.

КК касалликнинг фенотипик вариантыга кўра таснифланиши.

Стриктурланмайдиган, пенетрацияланмайдиган (рус тилида адабиётлардаги синонимлари – ўтиш оралиғи мавжуд бўлган, инфилтратив-яллиғланишли, асоратланмаган, инглиз тилидаги адабиётда - луминал) – ҳеч қачон асоратланмаган касаллик кечишининг яллиғланишли хусусияти (касаллик мобайнида исталган вақтда).

Стриктурланадиган (стенозловчи) – ичакда ўтиш оралиғининг торайиши (нурли ва/ёки эндоскопик усуллар маълумотлари ёки жарроҳлик аралашуви натижаларига кўра).

Пенетрацияланадиган (синонимлари: русча - фистулали, инглизча - фистулисинг) қорин бўшлиғи фистулалари ва/ёки хўппоз билан яллиғланиш инфилтратининг касаллик кечишининг исталган вақтида, жарроҳликдан кейинги интраабдинал (қорин ичидаги) асоратларни ҳисобга олмаганда.

Перианал (перианал шикастланишларнинг мавжудлиги: фистула, анал ёриқлар, перианал хўппозлар) кўрсатилган турларларнинг ҳар бири биргаликда келиши мумкин, шунингдек перианал ККнинг мустақил кўриши ҳам бўлиши мумкин.

Гормонал терапияга жавобга кўра КК таснифи ЯКнинг таснифига мос келади

1. Гормонал резистентлик:

1.1 Ўғир даражадаги ҳуруж ҳолатида - 7 кундан ортиқ тана вазнига 2 мг/кг эквивалент дозада глюкокортикостероидларни (ГКС) тизимли равишда киритилишига қарамай, клиник ва лаборатория кўрсаткичларининг ижобий динамикасининг ёқлиги;

1.2 Ўртача оғирлик даражасидаги ҳуруж ҳолатида - 2 ҳафта давомида тана вазнига 1 мг/кг-га эквивалент дозада ГКСни оғиз орқали юбориш билан касаллик фаоллигининг сақлаб қолиниши.

2. Гормонал қарамлик:

Даволаш бошланганидан бошлаб 3 ой ичида дастлабки яхшиланишдан сўнг ГКС дозасини камайтирилганда касаллик фаоллигининг ошиши;

ГКС билан даволаш тугаганидан кейин 3ой ичида касалликнинг қайталаниши.

Ташхисни таърифлашда қуйидагилар акс эттирилиши керак:

- а) ошқозон-ичак трактининг шикастланган сегментларини қайд этган ҳолда шикастланишнинг локализацияси;
- б) фенотипик вариант;
- с) ҳозирги зўрайишнинг оғирлик даражаси ёки касаллик ремиссиясининг мавжудлиги;
- д) касаллик кечишининг хусусияти;
- ф) гормонал қарамлик ёки резистентликнинг мавжудлиги;
- г) ичакдан ташқари ёки ичак ва перианал асоратларнинг мавжудлиги.

Агар беморда бир вақтнинг ўзида ёки касалликнинг турли даврларида фистула ва стриктуралар мавжуд бўлса, Монреал таснифи бўйича КК ташхиси "пенетрациялайдиган" деб таърифланади, чунки бу анча оғир асоратдир, аммо ташхисда стриктура ҳам албатта асорат сифатида қайд этилиши керак.

1.6 Касаллик ёки ҳолатнинг (касалликлар ёки ҳолатлар гуруҳи) клиник кўриниши

КДнинг энг кенг тарқалган клиник аломатларига сурункали диарея (6 ҳафтадан кўп), кўп ҳолларда қон аралашмаларисиз, қорин оғриғи, иситма ва нома'лум генезли анемия, ичак тутилишининг аломатлари, шунингдек перианал асоратлар (жарроҳлик ё'ли билан даволашдан сўнг қайталанувчи сурункали анал ёриқлар, парапроктит, тўғри ичакдаги фистулалар) киради.

ОИТнинг юқори бўлимлари шикастланишлари билан КК бўлган беморларда бошқа гастроэнтерологик шикоятлар ҳам бўлиши мумкин. Масалан, қизилўнғачнинг шикастланиши билан кўкрак қафасида оғриқлар, жиғилдон қайнаши ва кекириш (гастроезофагеал рефлюкс касаллигини эслатувчи), оғирроқ ҳолатларда - дисфагия ва одинофагия, қусиш ва вазн ё'қотиш бўйича шикоятлар қайд этилади. Ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак шикастланишлари билан КК мавжуд бўлган беморлар ёнбош ичак соҳасида оғриқ, оғирлик ва тўлиб тошишлар, кўнгил айниш ва иштаҳанинг пасайиши бўйича шикоятлар қилишлари мумкин [13].

Беморларнинг сезиларли қисмида касалликнинг ичакдан ташқаридаги кўринишлар номоён бўлиши мумкин [14] (2- жадвал).

Яллиғланиш жараёнининг фаоллиги билан боғлиқ бўлган аутоиммун кўринишлар, улар зўрайишнинг асосий ичак аломатлари билан бирга пайдо бўлиб, даволаниш фонидан улар билан бирга ё'қолади. Жараённинг фаоллиги билан боғлиқ бўлмаган аутоиммун кўринишлар (инглиз тилидаги адабиётларда улар кўпинча "ҳамроҳликда келадиган аутоиммун касалликлар" деб номланади), асосий касаллик (зўрайиши ёки ремиссияси) фазасидан қат'и назар, ривожланиш тенденциясига эга ва кўпинча касалликнинг салбий прогнозини белгилайди.

Касаллик ривожланишининг дастлабки босқичларида клиник кўриниш ифодаланмаслиги мумкин, бу эса ташхислашни секинлаштиради. Шу муносабат

билан, ташхис кўйишда, беморларнинг катта қисмида ККнинг асоратлари билан боғлиқ аломатлар аниқланади. КК асоратларига қуйидагилар киради: ташқи фистулалар (ичак-тери), ички фистулалар (ичаклараро, ичак-пуфакчали, ректо-вагинал (қин)), қорин бўшлиғи инфилтроти, ичаклар ораси ёки интраабдоминал хўппозлари, ОИТ стриктуралари (ичак ўтказувчанлиги бузилиши билан ва бундай бузилишларсиз), анал ёриқлар, парапроктит (аноректал шикастланишларда), ичакдан қон кетиши (камдан-кам ҳолларда).

Перианал кўринишлар КК дан азият чекадиган беморларнинг 26-54%да ривожланади [15-17] ва йўғон ичакнинг шикастланиши ҳолатларида тез-тез учрайди.

КАСАЛЛИКНИ ТАШХИСЛАШ

КК учун аниқ ташхислаш мезонлари мавжуд эмас ва ташхис анамнез маълумотлари йиғиндиси, клиник кўриниш ва типик эндоскопик ва гистологик ўзгаришлар асосида қўйилади [18-20].

Ташхис тасдиқланиши керак: эндоскопик ва морфологик усуллар ва/ёки ташхислашнинг эндоскопик ва рентгенологик усуллари билан.

КК ташхисининг эндоскопик мезонлари – булар шиллиқ қаватининг соҳавий (узлукли) шикастланиши, "тошли кўприк" аломати (бўйламасига ёналтирилган чуқур яралар ва кўндаланг ёналтирилган яраларнинг шишган гиперемик шиллиқ қаватининг оролчалари билан бирикмаси), чизикли яралар (яра-ёриқлар), афталар, ба'зи ҳолларда эса - стриктуралар ва фистула тешикларидир.

ККнинг рентгенографик кўринишига соҳавий, узлукли шикастланишлар, стриктуралар, "тошли кўприк", фистулалар ва ичак оралиғидаги ёки қорин бўшлиғидаги хўппозлар киради.

ККнинг морфологик белгилари бўлиб қуйидагилар хизмат қилади:

- шиллиқ асоси остига ёки мушак қаватига кириб борадиган чуқур ёриқли яралар;
- одатда резекция қилинган соҳа деворида ва фақат 15-36% ҳолларда - шиллиқ қаватининг биопсиясида аниқланадиган эпителиёд гранулёмалар (некроз ўчоқларисиз эпителиёд гистиоцитлар ва улкан ҳужайраларнинг тўпланиши);
- шиллиқ қаватнинг ўз пластинкасининг фокал (дискрет) лимфоплазмацитар инфилтрацияси;
- ичак деворининг барча қатламларида лимфоид гиперплазияси билан трансмурал яллиғланиш инфилтрацияси;
- узлукли шикастланиш - ичакнинг шикастланган ва соғлом соҳаларининг алмашинуви (ичакнинг резекция қилинган қисмини текширишда).

ЙКдан фарқли ўлароқ, ККда крипт-хўппозлари кам-кам ҳолларда шаклланади, шилимшиқ секрецияси эса нормал ҳолда қолади. Ташхис тасдиқланиши керак: эндоскопик ва морфологик усуллар ва/ёки диагностиканинг эндоскопик ва нурли ташхислаш усуллари билан.

Шикоятлар ва анамнез

Беморлар сўров қилинганда, ич келишнинг частотаси ва табиати, ушбу аломатларнинг давомийлиги, қон аралашмалари мавжудлиги, қориндаги оғриқлар хусусияти, тана ҳарорати кўтарилиши эпизодларининг мавжудлиги, анемия, ичак беркилиб қолиши аломатлари мавжудлиги, перианал асоратлар (жарроҳлик ё'ли билан даволашдан кейин қайталанадиган сурункали анал ёриқлар, парапроктит, тўғри ичак фистулалари), касалликнинг ичакдан ташқари кўринишларига э'тибор қаратиш лозим [14] (2-жадвал).

Анамнезни йиғишда яллиғланиш жараёнининг фаоллашиши билан боғлиқ ва боғлиқ бўлмаган аутоиммун кўринишлар мавжудлигига ва ККнинг асоратларига э'тибор қаратиш лозим. Бундан ташқари, касалликнинг бошланиши хусусияти, жанубий мамлакатларга саёҳат, озиқ-овқат маҳсулотларига муросасизлик, дори-дармонлар (шу жумладан антибиотиклар ва яллиғланишга қарши ностероид препаратлар (ЯҚНП)), чекиш ва оилавий анамнез ҳақида маълумотлар аниқланиши керак.

Физикал текширув

5С	Барча беморларнинг физикал текшируви, умумий усуллардан ташқари (кўздан кечириш, аускултация, перкуссия ва қоринни пайпаслаш) қуйидагиларни ўз ичига олиши керак. <ul style="list-style-type: none">- перианал соҳани текшириш;- ККнинг перианал кўринишини аниқлаш учун тўғри ичакни бармоқ билан текшириш [11,21].
----	---

Физикал текширувда ККнинг турли хил кўринишлари, жумладан иситма, озуқа танқислиги, қорин бўшлиғи инфилтрацияси, ташқи ичак фистулалари, перианал кўринишлар (ёриқлар, фистулалар), шунингдек ичакдан ташқари кўринишлар аниқланиши мумкин.

Лаборатор ташхислаш тадқиқотлари

4С	КК мавжуд бўлган барча беморларда анемия, ҳамроҳ патология ва КК фаоллиги даражасини аниқлаш учун кенгайтирилган (клиник) умумий қон таҳлилини ўтказиш тавсия этилади [22-24].
----	--

ККнинг лаборатория кўринишлари носпецифик хусусиятларга эга. Қоннинг клиник таҳлилида анемия (темир танқислиги билан, сурункали касаллик анемияси, В-12 ёки фолат танқислиги билан), лейкоцитоз (сурункали яллиғланиш фонида, хўппоз мавжудлигида ёки

стероид терапияси фонида), тромбоцитоз ташхисланиши мумкин. Анемиянинг дифференциал ташхисланиши керак бўлса, фолий кислотаси, В12 витамини, зардобли темир, зардобнинг умумий боғланиш қобиляти ва ферритин миқдорини ўрганиш мақсадга мувофиқдир.

4С	<p>КК мавжуд бўлган барча беморларда биокимёвий қон таҳлилини (умумий оқсил, албумин, АЛТ, АСТ, умумий билирубин, гамма-ГТ, ЛДГ, К +, На +, Сл-, С-реактив оқсил, ишқорли фосфатаза, фибриноген) ҳамроҳ патологияни ташхислаш учун ўтказиш тавсия этилади [23,25-28].</p>
----	---

Биокимёвий тадқиқот электролит бузилишлари, гипопропротеинемия (хусусан, гипоалбуминемия), шунингдек ишқорли фосфатазанинг ошишини аниқлаш имконини беради, бу КК билан боғлиқ бўлган асосий склерозли холангитнинг кўриниши бўлиши мумкин.

2А	<p>Беморларга, агар ичакдаги яллиғланиш фаоллигини баҳолаш ёки мониторинг қилиш зарур бўлса, фекал калпротектин учун нажас таҳлилини ўтказиш тавсия этилади [29].</p>
----	---

4С	<p>Яқинда антибиотик терапияси курсини ўтган ёки касалхонада ётиб чиққан беморларга ўткир ичак инфекциясини истисно қилиш учун нажас таҳлилини ўтказиш, кластридиал инфекцияни истисно қилиш учун А ва Б кластридиалтоксинларини текшириш тавсия этилади [30-35].</p>
----	---

90% ҳолларда инфекцияни аниқлаш учун камида 4 нажас намунаси талаб қилинади. ККнинг оғир даражадаги хуружида ПСР усули билан қон ва/ёки ичак шиллик қаватидаги ЦМВ инфекциясини аниқлаш муҳим аҳамиятга эга.

5С	<p>ККнинг зўрайиши (ёки касалликнинг биринчи хуружи) қайд этилган беморларга ўткир ичак инфекцияси билан дифференциал диагностика қилиш тавсия этилади [36-37].</p>
----	---

Бошқа ташхислаш текширувлари

5С	Дастлабки текширувда беморларга ректороманоскопияни амалга ошириш тавсия этилади [11,21].
5С	Ичак тутилиши ёки ичак тешилишига шубха қилинган беморлар учун ушбу ҳолатни тасдиқлаш учун қорин бўшлиғининг умумий рентгенографиясини ўтказиш тавсия этилади [38, 39].
4С	Беморларга, агар яллиғланиш жараёнининг локализацияси, узунлиги, фаоллик даражасини аниқлаш зарур бўлса, илеоколоноскопия ўтказиш тавсия этилади [40,41].
4С	Дастлабки ташхис қўйилган, касалликнинг ривожланишига шубха қилинган ёки қайталаниш аломатлари бўлган беморларга ОИТнинг юқори бўлимларининг шикастланганлигини истисно қилиш/тасдиқлаш учун эзофагог- стродуоденоскопияни ўтказиш тавсия этилади [13,42,43].
1А	Беморларга, агар яллиғланиш жараёнининг локализацияси, узунлиги, фаоллик даражасини аниқлаш зарур бўлса, шунингдек, КК асоратларини (абдоминал инфилтратлар, ичаклараро, органлараро фистулалар, тешилишлар, стриктуралар) асоратларини истисно қилиш учун, магнит-резонанс томография (МРТ) ва/ёки ичакни контрастлаш билан компьютер томографияси (КТ)ни ўтказиш тавсия этилади [18,44,45].
1А	Тўғри ичак фистулалари шаклидаги ККнинг перианал кўринишлари бўлган ёки уларга шубха қилинган беморларга ташхисни тасдиқлаш, локализациясини ва фистулали ё'лнинг узунлигини аниқлаш учун томир ичига контрастлаш билан кичик тос суяги МРТни ўтказиш тавсия этилади [18,46].

Агар МРТ ўтказишнинг имкони бўлмаса, бундай беморларга ректал датчиклар билан ултратовуш текширувини (УТТ) ва/ёки фистулографияни ўтказиш тавсия этилади. Шу билан бирга, ушбу усулларнинг сезгирлиги ва ўзига хослиги ҳозирги вақтда МРТдан пастроқ юради. ККнинг перианал кўринишларида текширувнинг мақсади, биринчи навбатда, шошилич жарроҳлик ё'ли билан даволашни талаб қиладиган параректал соҳадаги ўткир йирингли жараённи истисно қилишдир.

5С	Агар КТ ёки МРТ ўтказишнинг имкони бўлмаса, ичак тутилишини истисно қилгандан сўнг, беморларни яллиғланиш жараёнининг локализацияси ва кўламини, ичаклараро, органлараро фистулаларни, стриктураларни тасдиқлаш учун барий суспензияси билан ичакни рентген-контрастли текширувдан ўтказиш тавсия этилади [38].
----	---

2С	Ўткир хуружли ёки биринчи марта муружаат қилган беморларга биопсия материалини патологжанатомик текширувини ўтказиш учун шикастланган соҳада ичак шиллик қаватининг биопсиясини ўтказиш тавсия этилади [40].
----	--

2Б	Барча беморларга қорин бўшлиғи, қорин пардаси орқасидаги, кичик тос суяги органларининг УТТни ўтказиш асосий касалликнинг асоратлари ва ҳамроҳ патологияни истисно қилиш учун тавсия этилади [32-34].
----	---

1Б	ОИТнинг юқори бўлимларининг шикастланишига шубҳа қилинган беморлар (ОИТнинг ўтиш ёли торайган соҳалари бўлмаган тақдирда) ва МРТ, КТ ва УТТларида яллиғланиш белгилари бўлмаса ёки уларни ўтказиш мумкин бўлмаса, ташхисни тасдиқлаш, локализациясини, яллиғланиш жараёнининг фаоллигини аниқлаш учун видеокапсулани эндоскопиясини ўтказиш тавсия этилади [25].
----	--

Шуни эсда тутиш керакки, ичакда капсуланинг тутуб қолиниши беморларнинг 13 фоизида кузатилади [25].

4С	КК мавжуд бўлган беморларда агар капсулани эндоскопияни ўтказиш зарур бўлса, ушбу текширувдан олдин ингичка ичакдаги стриктурани аниқлаш учун рентгенологик текширувларни (КТ-энтерография ёки МР-энтерография) ўтказиш тавсия этилади [36,37].
----	---

2Б	Ингичка ичакнинг шикастланишига шубҳа қилинган ва илеоколоноскопия, КТ ва МРТ маълумотларига кўра ташхисни ишончли тасдиқлаш, видеокапсулани текширувни ўтказишнинг имкони бўлмаган КК билан касалланган беморларга энтероскопия ташхисни тасдиқлаш, яллиғланиш жараёнининг локализацияси ва фаоллик даражасини аниқлаш учун икки баллонли энтероскопияни
----	---

Ташхислашнинг бошқа турлари

Қўшимча инструментал ва лаборатория текширувлари асосан бир қатор касалликлар билан дифференциал ташхис қўйиш мақсадида амалга оширилади [29]. Булар юкумли, қон томир, дорилар таъсирадаги, токсик ва радиацион шикастланишлар, шунингдек дивертикулит ва бошқа касалликларидир. Дифференциал ташхислашнинг кейинги босқичида ИЯК гуруҳига кирувчи ЙК ва ККнинг клиник ташхислари текширилади. Шундай қилиб, ККнинг дифференциал ташхиси ЙК, ўткир ичак инфекциялари (дизентерия, салмонеллез, кампилобактериоз, иерсиниоз, амбиаз, паразитоз), антибиотиклар билан боғлиқ ичак шикастланишлари (шу жумладан, С.диффисиле билан боғлиқ инфекция) [36,37], ЯҚНП билан боғлиқ энтеропатия, ичак сил касаллиги, тизимли васкулит, йўғон ичак ва ингичка ичак неоплазияси, дивертикулит, аппендицит (кўричак), эндометриоз, тўғри ичакнинг солитар яраси, ишемик колит, актиномикоз, нурланиш оқибатида ичак шикастланиши ва тирналган ичак аломати қайд этилган беморларда амалга оширилади.

Дифференциал ташхислаш ва ККнинг ичакдан ташқари кўринишини даволаш терапиясини танлаш ва ҳамроҳ ҳолатлар учун қуйидагиларнинг маслаҳатидан ўтиш талаб этилади:

- психотерапевт ёки тиббий психолог (невроз, стома мавжудлиги билан режалаштирилган жарроҳлик аралашуви ва бошқалар);
- эндокринолог (стероид қандли диабет, узоқ муддатли гормонал терапия ўтказилган беморларда буйракусти безлари етишмовчилиги);
- дерматовенеролог (тугунли эритема, пёдермия ва бошқаларнинг дифференциал ташхиси);
- ревматолог (артропатия, сакроилит ва бошқалар);
- акушер-гинеколог (ҳомиладорлик).

ДОРИ-ДАРМОНЛАР БИЛАН ВА ДОРИ-ДАРМОНЛАРСИЗ ТЕРАПИЯ, ПАРҲЕЗЛИ ТЕРАПИЯ ЁРДАМИДА ДАВОЛАШ, ОҒРИҚНИ ҚОЛДИРИШ, ТИББИЙ КЎРСАТМАЛАР ВА ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИНИ ҚЎЛЛАШ МУМКИН БЎЛМАГАН ҲОЛАТЛАР

Консерватив даволаш

Даволаш принциплари.

ККда даволаш тадбирларига дориларни тайинлаш, жарроҳлик ё'ли билан даволаш ва парҳезли терапия киради [11].

КК билан касалланган барча беморларга консерватив ёки жарроҳлик ё'ли билан даволаш турини ҳуружнинг оғирлиги, ошқозон-ичак трактидаги яллиғланиш даражаси ва жойлашиши, ичакдан ташқари кўринишлар ва ичак асоратлари (стриктура, хўппоз, инфилтрат) мавжудлиги, анамнезнинг давомийлиги, аввалги терапиянинг самарадорлиги ва хавфсизлиги ва КК асоратларини ривожланиш хавфига кўра аниқлаш тавсия этилади [11]. Терапияни танлашда беморда ташхис қўйиш пайтида касалликнинг ёмон прогнози омиллари мавжудлигига эътибор бериш керак (беморнинг ёши <40 ёш, ингичка ичакнинг тарқалган шикастланиши (>100 см), тизимли стероидларни эрта буюриш зарурияти, перианал Крон касаллиги, шунингдек пенетрацион шакл (Б3) мавжудлиги, ОИТнинг юқори бўлимларининг қамраб олиниши (Л4), клиник ремиссияга эришилган вақтда шиллиқ қаватнинг битмаслиги, чекувчи мақоми, эпителиёд грануломалар мавжудлиги, ҳамроҳ аутоиммун касалликларнинг мавжудлиги).

Терапиянинг мақсадлари "мақсадга эришгунга қадар даволаш" стратегиясига мос келади» («Тreat to target»).

КК терапиясининг мақсади ремиссияни индукция қилиш ва уни ГКСларсиз ушлаб туриш, асоратларнинг олдини олиш, жарроҳликнинг олдини олиш ва жараённинг ривожланиши, ҳаёт учун хавfli бўлган асоратларнинг ривожланишида эса жарроҳлик ё'ли билан даволашни ўз вақтида тайинлашдан иборатдир. Жарроҳлик ё'ли билан даволаш ичакнинг та'сирланган барча сегментларини тубдан олиб ташлаган тақдирда ҳам, КК билан касалланган беморларнинг тўлиқ даволанишига олиб келмаслиги сабабли, қайталишга қарши терапияни амалга ошириш керак, у жарроҳликдан кейин 2 ҳафтадан кечиктирмасдан бошланиши керак [22].

КК билан касалланган беморларга тайинланадиган дорилар шартли равишда қуйидагиларга бўлинади:

Ремиссияни индукция қилиш учун воситалар: тизимли ГКСлар (преднизолон** ва метилпреднизолон**) ва иммунодепрессорлар (азатиоприн** (АЗА), # меркаптопурин** (МП), #метотрексат** (МТ)) билан биргаликда топик (будесонид *), биологик ген-инженер препаратлари: ЎНО-алфа (инфликсимаб**, адалимумаб** ва сертолизумаб пегол**)га моноклонал антитаначалар, ИЛ-12/23 (устекинумаб**) га моноклонал антитаначалар ва алфа4 -бета7 интегралинга моноклонал антитаначалар, фақат ОИТда селектив тарзда таъсир қиладиган (ведолизумаб**), шунингдек антибиотиклар.

Ремиссияни сақлаб қолиш учун воситалар (қайталанишга қарши дорилар): иммуносупрессорлар (АЗА**, # МП**), биологик препаратлар (инфликсимаб**, адалимумаб**, сертолизумаб пегол** устекинумаб** ва vedoлизумаб**), тофасинитиб .

Ёрдамчи симптоматик воситалар: анемияни тузатиш учун препаратлар, оксил-электрoлит бузилишларини тузатиш учун препаратлар,

остеопорознинг олдини олиш учун воситалар (калций препаратлари) ва бошқалар.

Шуни алоҳида таъкидлаш керакки, тизимли ГКСларни қўллаб-қувватловчи терапияси сифатида қўллаш ҳамда уларни 12 ҳафтадан кўпроқ вақтга тайинлаш мумкин эмас [23].

Терминал илеит шаклидаги КК, оғирликнинг енгил даражаси

1Б	Ушбу гуруҳдаги беморлар учун будесонид** препаратини капсула ёки гранулаларда пакет шаклида биринчи қаторли терапия сифатида тайинлаш тавсия этилади (капсулаларни қабул қилишда 10 ҳафта давомида кунига бир марта 9 мг ёки 3 марта 3 мгдан дозани ташкил қилади, кейинчалик тўлиқ бекор қилинмагунгача ҳафтада 3 мгдан камайтирилади. Пакетни қабул қилишда суткалик доза 16 ҳафта давомида кунига 9 мгни ташкил қилиб, кейинчалик икки ҳафта давомида ҳар куни 9 мгдан камайтирилади) [11,14-16].
----	--

Будесониднинг** терапевтик таъсирини 2-4 ҳафта ўтгандан кейин баҳолаш керак. Будесонидга** терапевтик жавоб бўлмаса, даволаш ККнинг ўртача оғирликдаги хуружида бўлгани каби амалга оширилади.

1А	Ушбу гуруҳдаги беморлар учун қайталанишга қарши терапия сифатида иммуносупрессорларни (АЗА** кунига 2-2,5 мг/кг ёки # МТ** кунига # 1,5 мг/кг) эрта (будесонид ** билан бир вақтда) тайинлаш, уларга мурасасизлик ёки улар самарали бўлмаса - # МТ** (ҳафтада 25 мг т/о ёки т/и) тавсия этилади [17-19].
----	--

АЗА** 12 ҳафтадан кейин таъсир қилишни бошлаши сабабли АЗА**ни ГКС бекор қилинган пайтга келиб таъсир қилишни бошлаши учун эртароқ тайинлаш зарур.

5С	Ушбу гуруҳдаги беморлар учун будесонид** бекор қилингандан кейин терапевтик дозаларда камида 4 йил давомида тиопуринлар (АЗА**/#МП**) билан қайталанишга қарши терапияни ўтказиш тавсия этилади [11,20-22].
----	---

3-жадвал. ГКСнинг қиёсий характеристикаси

Препарат	Таъсир қилиш давомийлиги (t1/2)	Эквивалент доза (мг)
----------	---------------------------------	----------------------

Гидрокортизон	8-12 соат	20
Преднизон	12-36 соат	5
Метилпреднизолон	12-36 соат	4

Ўртача оғирликдаги илеоцекал локализацияланган КК

1А	Ушбу гуруҳдаги беморларга КК ремиссиясининг индукцияси учун топик стероидлар (будесонид** - 9 мг/кун) тавсия этилади. Дозалаш режими, самарадорлигини баҳолаш вақти шунга ўхшаш даражада локализацияланган енгил КК вақти билан бир хил [16].
----	---

1А	Ушбу гуруҳдаги беморларга КК ремиссиясининг индукцияси учун топик стероидлар (будесонид**) самарасиз бўлса ёки инфилтрат, яллиғланишли торайиш ва/ёки тизимли яллиғланиш белгилари мавжуд бўлганда тизимли ГКС (преднизолон** ёки бошқа ГКСларнинг эквивалент дозалари) дан фойдаланиш тавсия этилади(3-жадвал) [23-25].
----	--

Ушбу локализация ва оғирлик даражасида преднизолоннинг дозаси тана вазнига 1 мг/кгни ташкил қилади. ГКСларнинг самарадорлиги 2-4 ҳафта ўтгандан кейин иммуносупрессорлар билан терапияни давом эттириш фонида тўлиқ бекор қилинмагунча ГКСлар дозасини кейинчалик 5-7 кунда 5 мг-га камайтириш билан баҳоланади. ГКС терапиясининг умумий давомийлиги 12 ҳафтадан ошмаслиги керак.

3Б	Ушбу гуруҳдаги беморларга фаол тизимли яллиғланиш белгилари ва/ёки инфилтрат ва/ёки йирингли асоратлар мавжуд бўлган антибиотикларни қўшиш тавсия этилади [26-29].
----	--

1 г/кун метронидазол + 1 г/кун фторхинолонларни 10-14 кун давомида оғиз орқали ёки парентерал қабул қилишни тайинлаш тавсия этилади. Препаратларни узоқ муддат давомида (3 ойгача) оғиз орқали қабул қилишга ўтиш мумкин.

1А	Ушбу гуруҳдаги беморлар учун қайталанишга қарши терапия сифатида иммуносупрессорларни (АЗА** кунига 2-2,5 мг/кг ёки # МП** кунига # 1,5 мг/кг) эрта (будесонид ** билан бир вақтда) тайинлаш, уларга
----	--

	муросасизлик ёки улар самарали бўлмаса - # МТ** (хафтада бир марта 25 мг т/о ёки т/и) тавсия этилади [17-19].
--	---

1А	Ушбу гуруҳдаги беморлар учун ГКС бекор қилингандан кейин камида 4 йил давомида тиопуринлар (АЗА**/#МП**) билан қўллаб-қувватловчи терапияни ўтказиш тавсия этилади [11,20-22].
----	--

3С	Стероидга резистентлик, стероидга қарамлик, ГКСга муросасизлик бўлган фаол КК ёки иммуносупрессорларнинг самарасизлиги ёки муросасизлигида беморлар гуруҳига индукция курси (инфликсимаб**, адалимумаб**, сертолизумаб пегол**, устекинумаб** ёки ведолизумаб**) кўринишида биологик терапия тавсия этилади [30-33].
----	--

Биологик препаратларнинг дозалари фойдаланиш бўйича ёриқномаларига мувофиқ тайинланади. Биологик терапияга бирламчи жавобнинг мавжуд эмаслиги индукция курсидан кейин (препаратга қараб) аниқланади. Салбий динамика мавжуд бўлганда, препаратнинг самарадорлиги аввалроқ баҳоланади. Барча биологик препаратлар самарадорлиги жиҳатидан тахминан бир хил, шунинг учун уларни биринчи қатор терапияси сифатида бир хил эҳтимоллик билан тайинлаш мумкин.

1А	Биологик препаратларнинг ихтиёрий биттаси билан ремиссияга эришган беморларга худди шу препарат билан (иммуносупрессорлар билан ёки уларсиз) узоқ муддатли қўллаб-қувватловчи терапияга ўтиши тавсия этилади [37-40].
----	---

Қўллаб-қувватловчи терапия учун биологик препаратларни киритиш учун дозалар ва схемалар фойдаланиш бўйича ёриқномаларга мувофиқ белгиланади.

1А	Инфликсимабни** тайинлашда фаол КК бўлган беморларга даволаш самарадорлигини ошириш учун уни тиопуринлар билан бирга тайинлаш тавсия этилади [37-40].
----	---

Бошқа биологик препаратлар учун бу комбинация мақсадга мувофиқлиги исботланмаган. Комбинацияланган терапияни тайинлаш даволовчи шифокорнинг қандай қарор қабул қилишига боғлиқ.

1А	Биологик препаратларнинг ихтиёрий биттаси билан бирламчи самараликка эришилмаганда беморларга ремиссияга эришиш учун
----	--

	терапияни бошқа синфдаги препаратга алмаштириш тавсия этилади [41-43].
--	--

Худди шу синфдаги препаратга ўтиш мумкин, аммо унинг самарадорлиги препаратларнинг бошқа синфига ўтишга қараганда пастроқ.

1A	Биологик препаратларнинг ихтиёрий биттаси билан ўтказилган терапияга жавобнинг ёқотилиши қайд этилган беморларга (илгари эришилган ремиссия фонида ККнинг қайталаниши) фойдаланиш бўйича ёриқномаларга мувофиқ препаратларни киритиш оралиғини камайтириш ёки дозани кўпайтириш шаклида худди шу препарат билан терапияни оптималлаштириш ёки терапияни бошқа препаратга ўзгартириш тавсия этилади [40-4].
----	--

1A	Фаол КК бўлган беморларга консерватив терапиянинг самарасизлигида жарроҳлик ёли билан даволаш тавсия этилади [37-38].
----	---

Йўгон ичакдаги ҳар қандай даражада локализацияланган КК

1A	Енгил ва ўртача даражада зўрайиш қайд этилган беморларга тизимли ГКСлар (преднизолон** ёки бошқа ГКСларнинг эквивалент дозалари) билан оғиз орқали (перорал) терапия тавсия этилади [23-25].
----	--

Усбу локализацияланиш ва оғирлик даражасида преднизолоннинг дозаси тана вазнига 1 мг/кг эквивалентни ташкил қилади. Терапевтик таъсирни баҳолаш 2-4 ҳафтадан кейин ГКС дозасини 5-7 кун ичида иммуносупрессорлар билан терапия фонида тўлиқ бекор қилинмагунга қадар 5 мг-дан камайтириш билан амалга оширилади. ГКС билан терапиянинг умумий давомийлиги 12 ҳафтадан ошмаслиги керак.

1A	Оғир даражада зўрайиш қайд этилган беморларга тизимли ГКСлар (преднизолон** ёки бошқа ГКСларнинг эквивалент дозалари) билан оғиз орқали (перорал) ёки томир ичига ёбориш билан терапия тавсия этилади [23-25].
----	--

Усбу локализацияланиш ва оғирлик даражасида преднизолоннинг дозаси тана вазнига 2 мг/кг эквивалентни ташкил қилади. Терапевтик таъсирни баҳолаш 2-4 ҳафтадан кейин ГКС дозасини 5-7 кун ичида иммуносупрессорлар билан терапия

фонида тўлиқ бекор қилинмагунга қадар 5 мг-дан камайтириш билан амалга оширилади. ГКС билан терапиянинг умумий давомийлиги 12 ҳафтадан ошмаслиги керак.

1А	Ушбу гуруҳдаги беморлар учун ГКС билан бир вақтда иммуносупрессорларни (АЗА** кунига 2-2,5 мг/кг ёки # МП** кунига #1,5 мг/кг) тайинлаш, тиопуринларга мурасасизлик бўлса - # МТ** (ҳафтада бир марта 25 мг т/о ёки т/и) тавсия этилади [17-19].
----	--

3Б	Фаол тизимли яллиғланиш аломатлари, сепсис таҳдиди ва/ёки инфилтрат ва/ёки йирингли асоратлар мавжуд бўлган беморларнинг ушбу гуруҳига антибиотиклар қўшилиши тавсия этилади [26-29].
----	---

5С	Иммуносупрессорлар билан қўллаб-қувватловчи терапияни қабул қилаётган ушбу гуруҳдаги беморлар учун уни камида 4 йил давомида барқарор ремиссияни сақлаб туриш учун ўтказиш тавсия этилади [11].
----	---

4 С	Стероидга резистентлик, стероидга қарамлик, ГКСга мурасасизлик бўлган фаол КК ёки иммуносупрессорларнинг самарасизлиги ёки мурасасизлигида беморлар гуруҳига индукция курси (инфликсимаб**, адалимумаб**, сертолизумаб пегол**, устекинумаб** ёки ведолизумаб**) тофасинитиб кўринишида биологик терапия тавсия этилади [30-33].
--------	--

Биологик препаратларнинг дозалари ва киритиш схемалари фойдаланиш бўйича ё'риқномаларига мувофиқ тайинланади. Биологик терапияга бирламчи жавобнинг мавжуд эмаслиги индукция курсидан кейин (препаратга қараб) аниқланади. Салбий динамика мавжуд бўлганда, препаратнинг самарадорлиги аввалроқ баҳоланади. Барча биологик препаратлар самарадорлиги жиҳатидан тахминан бир хил, шунинг учун уларни биринчи қатор терапияси сифатида бир хил эҳтимоллик билан тайинлаш мумкин.

1А	Ҳар қандай биологик препаратлар билан ремиссияга эришган беморларга худди шу препарат билан (иммуносупрессорлар билан ёки уларсиз) қўллаб-қувватлаш терапиясига ўтиш тавсия этилади [34-36].
----	--

Қўллаб-қувватловчи терапия учун биологик препаратларни киритиш учун дозалар фойдаланиш бўйича ё'риқномаларга мувофиқ белгиланади.

1A	Инфликсимабни** тайинлашда фаол КК бўлган беморларга даволаш самарадорлигини ошириш учун уни тиопуринлар билан бирга тайинлаш тавсия этилади [37-39].
----	---

Бошқа биологик препаратлар учун бу комбинациянинг мақсадга муфовиклиги исботланмаган. Комбинацияланган терапияни тайинлаш даволовчи шифокорнинг қандай қарор қабул қилишига боғлиқ.

1A	Биологик препаратларнинг ихтиёрий биттаси билан бирламчи самараликка эришилмаганда беморларга ремиссияга эришиш учун терапияни бошқа синфдаги препаратга алмаштириш тавсия этилади [41-43].
----	---

Худди шу синфдаги препаратга ўтиш мумкин, аммо унинг самарадорлиги препаратларнинг бошқа синфига ўтишга қараганда пастроқ.

1A	Биологик препаратларнинг ихтиёрий биттаси билан ўтказилган терапияга жавобнинг ёқотилиши қайд этилган беморларга (илгари эришилган ремиссия фонида ККнинг қайталаниши) фойдаланиш бўйича ёриқномаларга мувофиқ препаратларни киритиш оралиғини камайтириш ёки дозани кўпайтириш шаклида худди шу препарат билан терапияни оптималлаштириш ёки терапияни бошқа препаратга ўзгартириш тавсия этилади [10-12].
----	---

1A	Фаол КК бўлган беморларга консерватив терапиянинг самарасизлигида жарроҳлик ёли билан даволаш тавсия этилади [37-38].
----	---

Ингичка ичак КК (терминал илеитдан ташқари)

5C	Чекланган шикастланиш билан ККнинг енгил даражада кечиши қайд этилган беморларга 4 г дозада месалазин билан терапия ўтказиш тавсия этилади, бунда ингичка ичакни бўшатиш мақсадга муфовик [9,10].
----	---

Терапевтик та'сирни баҳолаш 2-4 ҳафтадан сўнг амалга оширилади.

5C	Ингичка ичакни имкон қадар бўшатиш билан месалазин ёрдамида ўтказилган терапияда ремиссияга эришилган беморларга оғиз орқали 4 г
----	--

	дозада қўллаб-қувватлаш терапиясини ўтказиш тавсия этилади [9,10].
--	--

1А	Месалазин ёрдамида ўтказилган терапиянинг самарасизлиги қайд этилган беморларга тизимли ГКСлар (преднизолон** ёки бошқа ГКСларнинг эквивалент дозалари) билан оғиз орқали (перорал) терапия тавсия этилади [23-25].
----	---

Ушбу локализацияланиш ва оғирлик даражасида преднизолоннинг дозаси тана вазнига 1 мг/кг эквивалентни ташкил қилади. Терапевтик таъсирни баҳолаш 2-4 ҳафтадан кейин амалга оширилади.

1А	ККнинг ўртача ўғирлик даражасида кечиши қайд этилган беморларга тизимли ГКСлар (преднизолон** ёки бошқа ГКСларнинг эквивалент дозалари) билан оғиз орқали (перорал) терапия тавсия этилади [23-25].
----	---

Ушбу локализацияланиш ва оғирлик даражасида преднизолоннинг дозаси тана вазнига 1 мг/кг эквивалентни ташкил қилади. Терапевтик таъсирни баҳолаш 2-4 ҳафтадан кейин амалга оширилади.

1А	ККнинг ўғир даражада кечиши қайд этилган беморларга тизимли ГКСлар (преднизолон** ёки бошқа ГКСларнинг эквивалент дозалари) билан оғиз орқали (перорал) ёки томир ичига юбориш билан терапия тавсия этилади [23-25].
----	--

Ушбу локализацияланиш ва оғирлик даражасида преднизолоннинг дозаси тана вазнига 2 мг/кг эквивалентни ташкил қилади. Терапевтик таъсирни баҳолаш 2-4 ҳафтадан кейин амалга оширилади.

1А	Ушбу гуруҳдаги беморлар учун ГКС билан бир вақтда иммуносупрессорларни (АЗА** кунига 2-2,5 мг/кг ёки # МП** кунига #1,5 мг/кг) тайинлаш, тиопуринларга мурасизлик бўлса - # МТ** (ҳафтада бир марта 25 мг т/о ёки т/и) тавсия этилади [17-19].
----	--

3Б	Тизимли яллиғланиш аломатлари, сепсис таҳдиди ва/ёки инфилтрат ва/ёки йирингли асоратлар мавжуд бўлган беморларнинг ушбу гуруҳига антибиотиклар қўшилиши тавсия этилади [16-19].
----	--

1 г/кун метронидазол + 1 г/кун фторхинолонларни 10-14 кун давомида оғиз орқали ёки парентерал қабул қилишни тайинлаш тавсия этилади. Препаратларни узоқ муддат давомида (3 ойгача) оғиз орқали қабул қилишга ўтиш мумкин.

1А	Иммуносупрессорлар билан қайталанишга қарши терапияни қабул қилаётган ушбу гуруҳдаги беморлар учун уни камида 4 йил давомида барқарор ремиссияни сақлаб туриш учун ўтказиш тавсия этилади [11].
----	---

3С	Стероидга резистентлик, стероидга қарамлик, ГКСга мурасасизлик бўлган фаол КК ёки иммуносупрессорларнинг самарасизлиги (АЗА**/#МП** фонида ГКС бекор қилингандан кейин 3-6 ойдан кейин қайталаниши) ёки мурасасизлигида беморлар гуруҳига кейинчалик узоқ муддатли (кўп йиллик) қўллаб-қувватловчи даволашга ўтиш билан индукция курси (инфликсимаб**, адалимумаб**, сертолизумаб пегол**, устекинумаб** ёки ведолизумаб**) кўринишида биологик терапия тавсия этилади [20-23].
----	---

Биологик препаратларнинг дозалари ва киритиш схемалари фойдаланиш бўйича ёриқномаларига мувофиқ тайинланади. Биологик терапияга бирламчи жавобнинг мавжуд эмаслиги индукция курсидан кейин (препаратга қараб) аниқланади. Салбий динамика мавжуд бўлганда, препаратнинг самарадорлиги аввалроқ баҳоланади. Барча биологик препаратлар самарадорлиги жиҳатидан тахминан бир хил, шунинг учун уларни биринчи қатор терапияси сифатида бир хил эҳтимоллик билан тайинлаш мумкин.

1А	Биологик препаратларнинг биттаси билан ремиссияга эришилган беморларга худди шу препарат билан (иммуносупрессорлар билан ёки уларсиз) қўллаб-қувватлаш терапиясига ўтиш тавсия этилади [24-26].
----	---

Қўллаб-қувватловчи терапия учун биологик препаратларни киритиш учун дозалар фойдаланиш бўйича ёриқномаларга мувофиқ белгиланади.

1А	Инфликсимабни** тайинлашда фаол КК бўлган беморларга даволаш самарадорлигини ошириш учун уни тиопуринлар билан бирга тайинлаш тавсия этилади [27-30].
----	---

Бошқа биологик препаратлар учун бу комбинациянинг мақсадга мувофиқлиги исботланмаган. Комбинацияланган терапияни тайинлаш даволовчи шифокорнинг қандай қарор қабул қилишига боғлиқ.

1A	Биологик препаратларнинг ихтиёрий биттаси билан бирламчи самараликка эришилмаганда беморларга ремиссияга эришиш учун терапияни бошқа синфдаги препаратга алмаштириш тавсия этилади [1-3].
----	---

Худди шу синфдаги препаратга ўтиш мумкин, аммо унинг самарадорлиги препаратларнинг бошқа синфига ўтишга қараганда пастроқ.

1A	Биологик препаратларнинг ихтиёрий биттаси билан ўтказилган терапияга жавобнинг ёқотилиши қайд этилган беморларга (илгари эришилган ремиссия фонида ККнинг қайталаниши) фойдаланиш бўйича ёриқномаларга мувофиқ препаратларни киритиш оралиғини камайтириш ёки дозани кўпайтириш шаклида худди шу препарат билан терапияни оптималлаштириш ёки терапияни бошқа препаратга ўзгартириш тавсия этилади [10-12,22].
----	--

1A	Фаол КК бўлган беморларга консерватив терапиянинг самарасизлигида жарроҳлик ёли билан даволаш тавсия этилади [7,88].
----	--

3.1.5. Қизилўнгач, ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак шикастланиши билан КК

5C	Қизилўнгач, ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак шикастланишлари билан фаол КК мавжуд бўлган беморларга ремиссияга эришиш учун протон насоси ингибиторлари билан биргаликда тизимли ГКСлар билан дастлабки терапия тавсия этилади [13].
----	---

Ҳозирги вақтда ОИТнинг юқори бўлимлари шикастланишлари билан ККни даволаш учун дори препаратларининг самарадорлиги бўйича назорат қилинадиган тадқиқотлар мавжуд эмас. Касалликнинг рефрактар кечишида биологик терапиянинг жуда яхши та'сири қайд этилди [13].

1A	Ушбу гуруҳдаги беморлар учун ГКС билан бир вақтда иммуносупрессорларни (АЗА** кунига 2-2,5 мг/кг ёки # МП** кунига #1,5 мг/кг) тайинлаш, тиопуринларга мурасасизлик бўлса - # МТ** (ҳафтада бир марта 25 мг т/о ёки т/и) тавсия этилади [7-9].
----	--

1A	Иммуносупрессорлар билан қайталанишга қарши терапияни қабул қилаётган ушбу гуруҳдаги беморлар учун уни камида 4 йил давомида барқарор ремиссияни сақлаб туриш учун ўтказиш тавсия этилади [11].
----	---

3C	Стероидга резистентлик, стероидга қарамлик, ГКСга мурасасизлик бўлган фаол КК ёки иммуносупрессорларнинг самарасизлигида ККнинг бошқа жойда локализацияланган ҳолатларида ўтказиладиган терапияга ўхшаш биологик терапия тавсия этилади+ [10-20].
----	---

1A	Фаол КК бўлган беморларга консерватив терапиянинг самарасизлигида жарроҳлик ё'ли билан даволаш тавсия этилади [7-8].
----	--

Ҳар қандай даражада локализацияланган фаол ККнинг оғир кўринишда кечиши

1A	ККнинг ўғир даражада кечиши қайд этилган беморларга тизимли ГКСлар (преднизолон** ёки бошқа ГКСларнинг эквивалент дозалари) билан оғиз орқали (перорал) ёки томир ичига юбориш билан терапия тавсия этилади [3,4].
----	--

Ушбу локализацияланиш ва оғирлик даражасида преднизолоннинг дозаси тана вазнига 1-2 мг/кг эквивалентни ташкил қилади. Терапевтик таъсирни баҳолаш 2-4 ҳафтадан кейин амалга оширилади.

1A	Ушбу гуруҳдаги беморлар учун ГКС билан бир вақтда иммуносупрессорларни (АЗА** кунига 2-2,5 мг/кг ёки # МП** кунига #1,5 мг/кг), тиопуринларга мурасасизлик бўлса - # МТ** (ҳафтада бир марта 25 мг т/о ёки т/и) тайинлаш тавсия этилади [7-9].
----	--

3Б	Тизимли яллиғланиш аломатлари, сепсис таҳдиди ва/ёки инфилтрат ва/ёки йирингли асоратлар мавжуд бўлган беморларнинг ушбу гуруҳига антибиотиклар қўшилиши тавсия этилади [6-9].
----	--

1 г/кун метронидазол + 1 г/кун фторхинолонларни 10-14 кун давомида оғиз орқали ёки парентерал қабул қилишни тайинлаш тавсия этилади. Препаратларни узоқ муддат давомида (3 ойгача) оғиз орқали қабул қилишга ўтиш мумкин.

5С	Иммуносупрессорлар билан қайталанишга қарши терапияни қабул қилаётган ушбу гуруҳдаги беморлар учун уни камида 4 йил давомида барқарор ремиссияни сақлаб туриш учун ўтказиш тавсия этилади [11].
----	---

3С	Стероидга резистентлик, стероидга қарамлик, ГКСга мурасасизлик бўлган фаол КК ёки иммуносупрессорларнинг самарасизлиги (АЗА**/#МП** фонида ГКС бекор қилингандан кейин 3-6 ойдан кейин қайталаниши) ёки мурасасизлигида беморлар гуруҳига индукция курси (инфликсимаб**, адалимумаб**, сертолизумаб пегол**, устекинумаб** ёки ведолизумаб**) кўринишида биологик терапия тавсия этилади [10-13].
----	---

Биологик препаратларнинг дозалари ва киритиш схемалари фойдаланиш бўйича ёриқномаларига мувофиқ тайинланади. Биологик терапияга бирламчи жавобнинг мавжуд эмаслиги индукция курсидан кейин (препаратга қараб) аниқланади. Салбий динамика мавжуд бўлганда, препаратнинг самарадорлиги аввалроқ баҳоланади. Барча биологик препаратлар самарадорлиги жиҳатидан тахминан бир хил, шунинг учун уларни биринчи қатор терапияси сифатида бир хил эҳтимоллик билан тайинлаш мумкин.

5С	Ушбу гуруҳ беморларига 6 ой ичида касалликнинг эрта қайталанишида даволашни дарҳол иммуносупрессорлар билан комбинацияланган тарзда ёки уларсиз тизимли ГКС билан қўшган ҳолда биологик препаратлар билан бошлаш тавсия этилади [11].
----	---

ГКСларнинг такрорий курслари фақат биологик препаратларни қўллашнинг имкони бўлмаган тақдирда тайинланиши мумкин.

1A	Биологик препаратларнинг ихтиёрий биттаси билан ремиссияга эришилган беморларга худди шу препарат билан (иммуносупрессорлар билан ёки уларсиз) қўллаб-қувватлаш терапиясига ўтиш тавсия этилади [14-16].
----	--

Қўллаб-қувватловчи терапия учун биологик препаратларни киритиш учун дозалар фойдаланиш бўйича ё'риқномаларга мувофиқ белгиланади.

1A	Инфликсимабни** тайинлашда фаол КК бўлган беморларга даволаш самарадорлигини ошириш учун уни тиопуринлар билан бирга тайинлаш тавсия этилади [17-20].
----	---

Бошқа биологик препаратлар учун бу комбинациянинг мақсадга мувофиқлиги исботланмаган. Комбинацияланган терапияни тайинлаш даволовчи шифокорнинг қандай қарор қабул қилишига боғлиқ.

1A	Биологик препаратларнинг ихтиёрий биттаси билан бирламчи самараликка эришилмаганда беморларга ремиссияга эришиш учун терапияни бошқа синфдаги препаратга алмаштириш тавсия этилади [21-23].
----	---

Худди шу синфдаги препаратга ўтиш мумкин, аммо унинг самарадорлиги препаратларнинг бошқа синфига ўтишга қараганда пастроқ.

1A	Биологик препаратларнинг ихтиёрий биттаси билан ўтказилган терапияга жавобнинг ё'қотилиши қайд этилган беморларга (илгари эришилган ремиссия фонида ККнинг қайталаниши) фойдаланиш бўйича ё'риқномаларга мувофиқ препаратларни киритиш оралиғини камайтириш ёки дозани кўпайтириш шаклида худди шу препарат билан терапияни оптималлаштириш ёки терапияни бошқа препаратга ўзгартириш тавсия этилади [10-12].
----	---

1A	Фаол КК бўлган беморларга консерватив терапиянинг самарасизлигида жарроҳлик йўли билан даволаш тавсия этилади [17,18].
----	--

Перианал шикастланишлар билан КК

ККда перианал шикастланишлари кўпинча жарроҳлик йўли билан даволашни талаб қилади, бу 3.2.5-бўлимда –

“Перианал шикасланишлар билан ККни даволаш” кўриб чиқилган.

5С	Перианал шикасланишлар билан КК мавжуд бўлган барча беморларни жарроҳлик ёли билан даволаш учун кўрсатмалар бўлмаса ёки ундан кейин иммуносупрессорларни (АЗА**, # МП**, # МТ**) ва/ёки биологик препаратларни (инфликсимаб**, адалимуаб**, сертолизумаб пегол**, устекинумаб** ёки ведолизумаб) стандарт дозаларда тайинлаш тавсия этилади [16].
----	---

2Б	ККнинг перианал кўринишлари бўлган беморларга метронидазолни 1 г/кун ва/ёки сипрофлоксацин 1 г/кун дозада тайинлаш тавсия этилади [16,17].
----	--

Антибиотиклар узок вақт давомида тайинланади (6 ойгача ёки ножўя та'сирлар пайдо бўлгунга қадар).

2Б	ККнинг перианал кўринишлари бўлган беморларга терапияга шам ва малҳам шаклида метронидазолни киритиш тавсия этилади [16].
----	---

2Б	ККнинг перианал кўринишлари бўлган беморларга, анал ёриқлар мавжуд бўлганда, жарроҳлик аралашуви тавсия этилмайди, аммо юқорида тавсифланган маҳаллий консерватив терапияга афзаллик берилади [16].
----	---

Дорилар билан терапиянинг самарадорлиги ва ножўя таъсирининг мониторинги

2Б	Барча беморлар ҳар қандай дори билан даволаш самарадорлигини мониторинг қилиш учун нажасдаги калпротектинни текшириш тавсия этилади [5-8].
----	--

Ҳар 3 ойда бир марта мониторинг ўтказиш ўз вақтида (касаллик аломатлари пайдо бўлишидан олдин) ичакдаги яллиғланишнинг қайта фаоллашишини аниқлашга имкон беради.

3Б	Терапия тайинланганидан 6-9 ой ўтгач, барча беморларга ҳар қандай дорилар билан даволаш самарадорлигини мониторинг қилиш учун
----	---

	эндоскопияни амалга ошириш тавсия этилади [9].
3Б	Ҳар қандай препаратлар билан даволаш самарадорлигини мониторинг қилиш учун барча беморларга тасвирлаш усуллари (ичакнинг КТ ёки МРТ) қўллаш терапия самарадорлигини мониторинг қилиш йилига бир марта тавсия этилади [10].
5С	Беморларга ҳар йили перианал соҳани маҳаллий текшируви ва перианал асоратларни истисно қилиш учун тўғри ичакнинг бармоқ билан текширувни ўтказиш, шунингдек, агар керак бўлса, ректал датчик билан УТТни ўтказиш тавсия этилади (агар эксперт текширувини ўтказиш мумкин бўлса) [11].
1А	Яллиғланиш белгилари (С-реактив оқсил, нажас калпротектини) даражасининг динамик ўсиши бўлган беморларга касаллик фаоллигини баҳолаш учун (илео) колоноскопияни амалга ошириш тавсия этилади [12].

Клиник кўрсатмалар бўлмаган тақдирда мунтазам (йиллик) эндоскопик текширув (ташхисда шубҳа, ҳамроҳ ҳолатларни истисно қилиш зарурати, клиник кўринишларнинг кўпайиши, асоратларга шубҳа қилиш) кўп ҳолларда талаб қилинмайди. КК билан боғлиқ кўрсатмалар бўлмаса, (илео) колоноскопиянинг частотаси йўғон ичакдаги хатарли янги шаклланишларни эрта аниқлаш бўйича клиник кўрсатмалар билан белгиланади.

5С	Иммуносупрессорларни қабул қиладиган беморларга ҳар ойда қондаги эритроцитлар, лейкоцитлар, тромбоцитлар, эркин ва боғланган билирубин, креатинин, мочевина даражасини текшириш, аланинамино трансфераза, аспартатаминотрансфераза, гидроксидли фосфатаза, амилаза даражасини жигар фаолиятини баҳолаш учун аниқлаш тавсия этилади [11].
5С	Беморларга ГИБТдан олдин, кейин эса ҳар 6 ойда сил касаллигини ташхислаш учун фтизиатрия шифокори маслаҳатидан ўтиш ва сил касаллигини аниқлаш бўйича скрининг текширувини (квантиферон тести, агар иложи бўлмаса, сил касаллиги аллергени билан териости

	синовини - Манту синови, диаскин тести) амалга ошириш тавсия этилади [13].
--	--

5С	Иммуносупрессив терапияни ГИБТни ҳам киритган ҳолда тайинлашдан олдин ва даволаш фониди беморларга Б вирусли гепатити (ҲБсАг, анти-ҲБс, ДНК сифатли усул билан), С (анти-ҲСВ) ва одам иммун танқислиги (анти-ОИТ), шунингдек сифилис белгиларининг скринингини малакавий клиник кўрсатмаларга мувофиқ ҳамроҳ касалликларни ташхислаш учун ўтказиш тавсия этилади [14].
----	--

2Б	Биологик воситаларнинг дозалари ва уларни юбориш жадвалига катъий риоя қилиш тавсия этилади. Биологик препаратларни мунтазам равишда қабул қилмаслик аллергик реакциялар ва даволашнинг самарасиз бўлиш хавфини оширади [15].
----	---

Тиббий кўрсатмаларсиз даволанишда узилишлар бўлишига йўл қўйилмайди.

ККни жарроҳлик йўли билан даволаш

КК билан касалланган беморларнинг аксариятида ҳаёти давомида камида битта ОИТга жарроҳлик аралашуви ўтказилади. КК билан касалланган беморларда радикал даволашнинг имкони йўқлиги кўпинча такроран резекция қилинишига олиб келади, бу эса қисқа ичак синдроми хавфини оширади. ККни жарроҳлик йўли билан даволашнинг замонавий тактикаси чекланган резекцияларни амалга оширишга ва иложи бўлса, органларни сақлаб қолиш билан аралашувларни ўтказишга йўналтирилган (стриктуропластика, структураларнинг дилатацияси) [17-18].

2А	Асоратланган КК билан касалланган жарроҳлик йўли билан даволанган беморларда анамнезда биологик терапияни қўллаш операциядан кейинги септик асоратларнинг кўпайиши билан боғлиқ. Шу муносабат билан жарроҳлик йўли билан даволаш режалаштирилган беморларда биологик терапия тайинланишига эҳтиёткорлик билан муурожаат қилиш тавсия этилади. Шу билан бирга, жарроҳлик аралашувидан олдин биологик препаратни бекор қилиш учун хавфсиз бўлган давр маълум эмас [16-19].
----	--

Сўнги тадқиқотлар ва мета-таҳлилларнинг натижалари жарроҳлик аралашувидан олдин биологик терапия амалга оширилган беморларда анастомознинг жойлашмаганлиги,

қорин бўшлиғи хўппозлари ва ярани ёмон битиши каби асоратларнинг юзага келиши хавфни ошишини кўрсатиб берди [16-19].

ККни жарроҳлик йўли билан даволаш учун кўрсатмалар

ККда жарроҳлик аралашувини амалга ошириш учун кўрсатмалар бўлиб ўткир ва сурункали асоратлар, шунингдек консерватив терапиянинг самарасизлиги ва жисмоний ривожланишнинг кечикиши ҳисобланади [7,8].

ККнинг ўткир асоратлари

Буларга ичакдан қон кетиш, ичак тешилиши ва чамбар ичакнинг токсик дилатацияси киради.

5С	Ичакдан қон кетиш ҳолатида эритроцитар массани қўйиш ва интенсив гемостатик терапия ўтказилишига қарамай, беморнинг гемодинамикасини барқарорлаштиришнинг имкони бўлмаса, шошилиш жарроҳлик аралашувини амалга ошириш тавсия этилади [20,21].
----	---

Ичакдаги қон кетишлар об'ектив лаборатория усуллари (сцинтиграфия, нажасдаги гемоглобинни гемоглобинцианид усули билан аниқлаш) маълумотлари бўйича кунига 100 мл-дан ортиқ қон йўқотиш ёки визуал тарзда аниқланадиган қон аралашмаси билан 800 мл/кун-дан ошиқ бўлган нажас массасида қайд дилинади. Бундай ҳолатларда ичакнинг зарарланган соҳасини резекция қилиш (анастомоз қўйиш билан ёки қўймасдан, шунингдек стомалар шакллантириш билан) мажбурий интраоператив энтеро- ёки колоноскопия билан амалга оширилади [21].

5С	Асоратланган шаклдаги КК билан касалланган беморларда хавфли аломатлар аниқланганда (перитонеал аломатлар, умумий Р-графия маълумотларига кўра қорин бўшлиғида эркин газлар), шошилиш жарроҳлик аралашувини амалга ошириш тавсия этилади, у бундай вазиятда зарарланган соҳани анастомоз ёки стомани шакллантириш билан резекция қилиш билан чекланиши мумкин [22,23].
----	--

Беморларда ингичка ичакда ККнинг локализацияси билан унинг бўш қорин бўшлиғига тешилиши жуда кам учрайдиган асорат ҳисобланади ва одатда ичак бўлагига дистал ёки проксимал тарзда юзага келади. Шошилиш тарзда ўтказиладиган жарроҳлик аралашуви пайтида икки стволли илеостома ёрдамида протекция қилмасдан бирламчи анастомоз шаклланишидан сақланиш тавсия этилади [23].

4С	КК билан касалланган беморларда йўғон ичак тешилиши ҳолатида танланладиган жарроҳлик аралашуви сифатида илеостома шаклланиши билан чамбар ичакни субтотал резекциясини амалга ошириш тавсия этилади [23].
----	---

4С	Йўғон ичакда ККнинг локализацияси бўлган беморларда токсик дилатация ривожланганда, танланладиган жарроҳлик аралашуви сифатида бир стволли илеостома билан субтотал колектомия тавсия этилади [23].
----	---

Чамбар ичакнинг токсик дилатацияси ККда кам учрайдиган асорат бўлиб, чамбар ичакнинг интоксикация кўринишлари билан обструкция билан боғлиқ бўлмаган 6,0 см ва ундан кўпроққа кенгайишидир. Токсик кенгайиш учун хавф омилларига гипокалиемия, гипомагниемия, колоноскопияга осмотик ич бўшаштириш воситалари ёрдамида ичакни тайёрлаш ва антидиареал препаратларни қабул қилиш киради. Токсик дилатациянинг ривожланиши мавжуд диарея фонида нажас частотасининг тўсатдан камайиши, қорин дан бўлиши, шунингдек оғриқ синдромининг тўсатдан пасайиши ёки йўқ бўлиб кетиши ва интоксикация аломатларининг кўпайиши (тахикардия, қон босимининг пасайиши) билан тасдиқланади.

ККнинг сурункали асоратлари

Сурункали асоратларга стриктура, қорин бўшлиғи инфилтрати, ичакнинг ички ёки ташқи фистулалари ва неоплазия мавжудлиги киради [24].

Консерватив терапиянинг самарасизлиги ва жисмоний ривожланишнинг кечикиши

Консерватив терапиянинг самарасизлиги гормонал қарамлик ва резистентлик мавжудлиги билан тасдиқланади (1.5-бўлимга қаранг. КК таснифи). Етарли даражада бўлмаган дори терапиясининг намоён бўлиши, шунингдек, кўпинча ОИТнинг юқори бўлимларининг шикастланишидан келиб чиқадиган жисмоний ривожланишнинг кечикиши ҳисобланади.

Терминал илеит ёки илеоколит шаклидаги ККни жарроҳлик йўли билан даволаш.

4С	Ушбу гуруҳ беморларида ёнбош ичакнинг ёки илеоцекал клапаннинг стриктураси шаклланишида танланладиган жарроҳлик аралашуви сифатида илеоасцендоанастомоза ёки стома шаклланиши билан (ичак тутилиши мавжудлигида) илеоцекал бурчак резекциясини амалга ошириш тавсия этилади [25,26].
----	--

Барча КК билан касалланган беморларнинг тахминан 1/3 қисми кўпинча ёнбош ичакнинг стриктураси ёки илеоцекал клапаннинг шаклланиши билан асоратланадиган ўхшаш локализацияга эга. Бундай ҳолда, бирламчи анастомозни амалга оширишни рад этишнинг ҳал қилувчи омили бу ичак тугилишидир.

5С	Ушбу гуруҳ беморларида консерватив даволашнинг биринчи курсидан (яъни ГКСни қўллаш) кейин стриктура аниқланса, даволашнинг биринчи босқичи сифатида консерватив (гормонал) терапиянинг такрорий курси эмас, балки ичакнинг шикастланган қисмими резекция қилиш тавсия этилади [27].
----	---

5С	Қорин бўшлиғида хўппоз шаклланиши билан фаол КК билан касалланган беморларда антибиотикларни тайинлаш, шунингдек хўппозни дренажлаш ёки шикастланган қисмини резекция қилиш тавсия этилади [27].
----	--

Дренажни жарроҳлик йўли билан ёки ихтисослашган марказларда ва етарли даражадаги малака бўлса, тери орқали дренажлаш йўли билан амалга ошириш мумкин. Охирги вариантни фақат ичакнинг шикастланган қисмида стриктура бўлмаган тақдирда қўллаш мумкин, бу шикастланган қисми резекция қилиш зарурлигини белгилайди.

5С	ККнинг асоратланган шакли бўлган беморларда ёнбош ёки ингичка ичакнинг кенгаймаган стриктуралари, шу жумладан, олдинги резекциядан кейинги анастомознинг стриктураси мавжуд бўлганда, резекцияга алтернатива сифатида ингичка ичакнинг чандикли стриктураларини кесиб ёриш (стриктуропластика) тавсия этилади, бу эса ингичка ичакнинг кенг қўламли резекциясининг олдини олади [8].
----	--

Ушбу аралашув 10 сантиметрдан кўп бўлмаган стриктура узунлигида амалга оширилиши мумкин. Стриктуропластикага қарши кўрсатмалар инфилтрат, хўппоз, ичак деворида хавфли шаклланиш ёки фаол қонаш ва шикастланган соҳанинг кучли яллиғланиши мавжудлигидир.

5С	Ушбу гуруҳ беморларида инфилтрат ва хўппоз бўлмаса, лапароскопик усул билан ингичка ичак ва илеоцекал зонада жарроҳлик аралашувни амалга ошириш афзалдир [28,29].
----	---

Бир вақтнинг ўзида иккита анастомознинг шаклланиши операциядан кейинги асоратлар ва касалликнинг қайталаниш ҳолатларининг ортишига олиб келмайди [30]. Ингичка ичакда анастомозни шакллантиришнинг афзал услуби - бу “ёнма-ён” турдаги аппарат анастомозини қўйиш бўлиб, бу унинг ишламай қолиш [31] ва кейинчалик стриктуранинг ривожланиши эҳтимолини камайтиради.

Йўғон ичакнинг ККни жарроҳлик йўли билан даволаш

2Б	Ушбу гуруҳ беморларида йўғон ичакнинг чекланган шикастланишида шикастланган сегментини соғлом тўқималари атрофида ичак анастомозини шакллантириш билан резекциясини амалга ошириш тавсия этилади [32,33].
----	---

Йўғон ичакнинг чекланган шикастланиши мавжуд бўлган (йўғон ичакнинг учдан бирдан камроғи) беморлар КК асоратлари ривожланганда колектомияни амалга ошириш талаб қилинмайди. Анатомик хусусиятлар туфайли чамбар ичакнинг кўтарилган қисмида шикастланишлар мавжуд бўлганда, ўнг томонлама гемиколектомияни ўтказиш кўрсатилади (ёнбош ичакнинг терминал қисмини сақлаб қолиш билан). Чап томон бурилиши ва/ёки пастга тушадиган чамбар ичак шикастланганда трансверсосигмоид анастомоз ёки стомани шакллантириш билан чап томонлама гемиколектомия ўтказилади. ККнинг сигмасимон ичакда локализация қилинишида, шикастланган қисмнинг резекцияси амалга оширилади.

5С	Оғир клиник кўринишга эга йўғон ичакнинг кенг тарқалган КК мавжуд бўлган беморларда битта стволли илеостомани қўйиш билан субтотал колектомия тайинланади [8].
----	--

Йўғон ичакнинг дистал қисми резекция қилинмаслиги мумкин, агар унда аниқ ифодаланган яллиғланиш мавжуд бўлмаса ва қорин олд деворига битта стволли сигмостома шаклида чиқарилиши ёки тўғри ичакнинг тўмтоқ қисми маҳкам тикиб қўйилиши мумкин.

5С	Бутун йўғон ичакнинг шикастланиши, шунингдек тўғри ичакнинг ифодаланган яллиғланиши ва оғир даражадаги перианал шикастланишлар мавжуд бўлган беморларда алтернатив жарроҳлик сифатида тўғри ичакнинг қорин анал резекцияси орқали учки қисмдаги битта стволли илеостомани шакллантириш билан колектомияни амалга ошириш тавсия этилади [8].
----	---

--	--

Ушбу аралашув фақат тўғри ичакда яллиғланиш жараёнининг ифодаланган фаоллиги ёки оғир даражадаги перианал кўринишлари бўлган беморларда амалга оширилади, чунки бу анал дефекацияни кейинчалик тиклашга имкон бермайди.

5С	Оғир даражадаги перианал шикастланишлар мавжуд бўлган беморларда, имкон қадар, қорин-оралиқ (перинеал) экстирпациясини амалга ошириш тавсия этилмайди [8].
----	--

Тўғри ичакнинг экстракцияси жуда паст даражадаги репаратив имкониятлар ва кейинчалик узок вақт давомида иккиламчи битиш билан даволанадиган кенг кўламли перинеал яраларнинг пайдо бўлиш хавфи туфайли мақсадга мувофиқ эмас, бу беморларни ногирон қилади ва уларнинг ижтимоий фаоллигини чеклайди.

5С	Йўғон ичакнинг тўлиқ шикастланиши билан касалланган беморларда оғир клиник кўринишлар мавжуд бўлмаганида ва тўғри ичакда яллиғланишли ўзгаришларнинг минимал фаоллиги, ичак таркибини етарли даражада ушлаб туриш ва перианал шикастланишлар бўлмаса, танланадиган жарроҳлик сифатида илеоректал анастомоз шаклланиши билан колектомияни амалга ошириш тавсия этилади [32].
----	---

Йўғон ичакнинг КК қисмида ингичка ичак резервуарини (илеоанал резервуар анастомози (ИАРА)) шакллантириш имконияти жуда кўп асоратларни келтириб чиқариши ва резервуарни олиб ташлаш учун кўрсатмаларнинг кўпинча юзага келиши туфайли мунозаралидир. Шу билан бирга, доимий илеостомасиз ИАРА шакллангандан кейин беморларнинг ўртача умр кўриш давомийлиги 10 йилга етади, бу ёш меҳнатга лаёқатли беморлар учун муҳимдир [33]. ККнинг фонида беморга ИАРА билан таҳдид қиладиган асосий муаммолар бу перианал шикастланишларнинг ривожланиши ва ингичка ичак резервуарининг ККдир.

5С	Йўғон ичакда КК локализацияси бўлган беморларда ичак таркибининг йўғон ичак орқали ўтишини тўхтатиш учун илеостома шаклланиши (иккита стволли стомани ёпиш) фақат ўта даражада ориқланган беморларда ва ҳомиладор аёлларда тавсия этилади [28].
----	---

Ушбу турдаги жарроҳлик йўли билан даволаш вақтинчалик ҳисобланади. ККда йўғон ичак орқали ўтишини ёпиш ҳар доим ҳам самарали эмаслигини ҳисобга олган ҳолда, келажакда йўғон ичакнинг КК ва ЙК ўртасида аниқ дифференциал ташхислаш ўтказилгандан кейин жарроҳлик аралашуви ҳажми масаласини қайта муҳокама қилиш керак. Қайд этилган барча жарроҳлик аралашувларни лапароскопик технологиялар ёрдамида хавфсиз бажариш мумкин [34,35].

5С	Йўғон ичакда КК локализацияси бўлган беморларда чўзилмайдиган стриктура аниқланганда йўғон ичак стенозларининг баллонли дилатациясини амалга ошириш тавсия этилади (эндоскопик усулда) [136].
----	---

Ушбу манипуляция ичакнинг шикастланган қисмини резекция қилиш билан таққослаганда касалликнинг қайталаниш хавфи юқори бўлганлиги билан боғлиқ.

2Б	Йўғон ичакда КК локализацияси бўлган беморларда чандиқли стриктураларни (стриктуропластикаси) кесиб ёриш тавсия этилмайди [27,37,38].
----	---

ОИТнинг юқори бўлимлари шикастланиши бўлган ККни жарроҳлик йўли билан даволаш

2Б	Ушбу гуруҳ беморларида ингичка ичакнинг проксимал қисмларида стриктуралар, инфилтратлар ва ичаклараро фистулалар аниқланганда, айланма анастомозлари шаклланиши, чандиқли стриктураларни ёриш (стриктопластика) ёки шикастланган қисмини резекция қилиш жарроҳлик йўли билан даволаш сифатида тавсия этилади [8,37,38].
----	---

Яллиғланиш жараёнига терминал ёнбош ичакка проксимал бўлган ичак худудининг кўшилиши кўпинча кўп миқдордаги стриктуралар ва ичак ичидаги фистулаларнинг пайдо бўлишига олиб келади, бу эса ККнинг ёмон прогнозига олиб келади ва жарроҳлик йўли билан даволашни талаб қилади.

5С	Ушбу гуруҳ беморларида фақат алоҳида ҳолатларда айланма анастомозни шакллантиришни амалга ошириш тавсия этилади, чунки ингичка ичакнинг ажратилган қисмида бактерияларнинг кўпайиши аломати пайдо бўлиши, шунингдек саратон касаллигининг ривожланиши хавфи юқори. Шу билан бирга, кенг кўламли резекциялар
----	---

	қисқа ичак синдромининг ривожланишига сабаб бўлади [39].
--	--

4C	Ушбу гуруҳ беморларида битта ёки бир нечта узун бўлмаган стриктуралар мавжуд бўлганда, танланадиган жарроҳлик аралашуви сифатида ингичка ичакнинг чандиқли стриктурларини кесиб ёриш (стриктуропластика) нинг турли хил вариантларини танлаш мумкин [40].
----	---

4C	Ушбу гуруҳ беморларида гастроудоденал зонанинг стриктураси (одатда ўн икки бармоқли ичак яраси) аниқланса, эндоскопик баллонли дилатацияси ёки чандиқли стриктурларини кесиб ёриш (стриктуропластика) тавсия этилади [40].
----	--

Перианал шаикастланишлар билан ККни даволаш (перианал КК)

Перианал соҳада жарроҳлик аралашувга ёндашиш ҳар бир бемор учун индивидуал бўлиши керак [1,14].

4C	ККнинг перианал кўринишлари бўлган беморларда ташқи перианал фистулалар мавжуд бўлганда, фистулани кесиб ташлаш ёрдамида йўқ қилиш (фистулотомия ёрдамида) [42] ёки уни хўппозлар мавжуд бўлганда етарли даражада дренажлаш (латекс дренаж-сетонлари ёрдамида) тавсия этилади [43].
----	---

Бирон бир аломатлар билан бирга келмайдиган оддий фистулалар жарроҳлик аралашувини талаб қилмайди. Юқорида тавсифланган консерватив терапия фониди динамик кузатувни олиб бориш тавсия этилади. Кўпгина ҳолларда сетонларни ўрнатиш учун кўрсатма бўлиб транс ва экстрас-финктер фистулалар хизмат қилади. Тўғри ичакнинг шиллиқ қаватида яллиғланиш жараёни мавжуд бўлмаган тақдирда, тўғри ичакнинг шилимшиқ-мушак бўлагини ички фистулалари тешикнинг пластикаси билан пастга тушириш мумкин [43].

5C	ККнинг перианал кўринишлари бўлган беморларда мураккаб фистулаларни даволашда уларни дренажлашни (латекс дренаж-сетонларни ўрнатиш) агрессив дори терапияси билан биргаликда амалга ошириш тавсия этилади [16].
----	---

Тўғри ичакнинг мураккаб фистулаларни тўғри дренажлаш билан биологик терапиянинг юқори самарадорлигини ҳисобга олган ҳолда, унинг эрта тайинланиши тўғри деб ҳисобланади (инфликсимаб, адалимумаб, сертолизумаб пегол, устекинумаб, ведолизумаб). Шунга қарамай, оқма ва кучли йирингли яллиғланиш билан кечадиган мураккаб фистулалар кўпинча иккита стволли илеостома шакллантириш билан йўғон ичак орқали пассажни ажратиш учун кўрсатма деб қабул қилинади.

5С	Ректовагинал фистула билан ККнинг перианал кўринишлари бўлган беморларда уни қин нуқсонини тикиш ва тўғри ичакни тўлиқ қатламли бўлагини (лоскут) пастга тушириш билан кесиб олиб ташлаш тавсия этилади [16].
----	---

Ректовагинал фистулалар кўп ҳолларда жарроҳлик аралашувини талаб қилади. Шу билан бирга, жарроҳлик йўли билан даволаш илеостома ҳимояси остида амалга ошириш кўрсатилади. Фақатгина ба'зи ҳолларда, яъни тўғри ичак ва қиннинг кириш жойи ўртасида пастда фистула мавжуд бўлганда, фақат консерватив даволашни ўтказиш тавсия этилади. Тўғри ичакнинг фаол шикастланишлари мавжуд бўлганда, операциядан олдин етарли даражада яллиғланишга қарши ўтказилган терапия аралашув самарадорлигини оширади [16].

5С	ККнинг перианал кўринишлари бўлган беморларда тўғри ичакнинг пастки ампуляр бўлимнинг стриктураси ёки анал канал стенози мавжуд бўлганда проктосигмоидектомия (ёки проктэктомия) ёки тўғри ичакнинг қорин-анал резекциясини амалга ошириш тавсия этилади [16].
----	--

Доимий илеостомия ёки колостомия эҳтимолини оширадиган энг нохуш омил бу тўғри ичакнинг пастки ампуляр бўлимнинг стриктураси ёки анал каналнинг стенози стиктурасининг мавжудлигидир. Ба'зи ҳолларда, ичакнинг устки қатламида фаол яллиғланиш бўлмаса, стриктурани бужерлаш мумкин [16].

ККни жарроҳлик йўли билан даволашдан кейинги қайталанишга қарши терапия

Ичакнинг барча макроскопик ўзгарган қисмларини тўлиқ олиб ташлаган тақдирда ҳам, жарроҳлик аралашуви тўлиқ тикланишига олиб келмайди: 5 йил ичида беморларнинг 28-45 фоизида, 10 йил ичида эса 36-61 фоизида клиник аҳамиятга эга қайталаниш қайд этилади, бу эса КК жарроҳлигидан кейин қайталанишга қарши терапияни тайинлаш ёки давом эттириш зарурлигини белгилайди [44,45]. Жарроҳликдан кейинги қайталаниш хавфини сезиларли даражада оширадиган омилларга қуйидагилар киради: чекиш, анамнезда

ичакнинг икки ёки ундан ортиқ резекцияси, анамнезда узун ингичка ичак резекцияси (>50 см), перианал шикастланишлар ва пенетрацияловчи фенотип [46].

Хавф омилларининг комбинациясига, шунингдек, илгари ўтказилган қайталанишга қарши терапия самарадорлигига қараб, жарроҳлик ўтказилган беморларни жарроҳликдан кейинги қайталаниш хавфи бўлган гуруҳларга ажратиш керак. Жарроҳликдан кейинги қайталанишнинг юқори хавфи 2 ёки ундан ортиқ хавф омилларининг мавжудлигини ўз ичига олади:

чекиш;

ККнинг перианал шикастланиши;

пенетрацияланувчи КК;

ичакнинг узайтирилган резекцияси (50 см дан ортиқ);

аввалги жарроҳлик аралашуви;

касалликнинг эрта бошланиши.

2Б	Хавф даражаси паст гуруҳдаги беморларга А3А** (қунига 2,0-2,5 мг/кг) ёки # МП** (қунига 1,5 мг/кг) билан терапияни амалга ошириш тавсия этилади [45].
----	---

4-жадвал. Рутгеерц [39] га кўра жарроҳликдан кейинги КК қайталанишининг эндоскопик фаоллиги шкаласи (терминал ичакни резекция қилиш ёки илеоцекал резекцияда)

Баҳоланиши	Таърифи
и0	Яллиғланиш белгилари мавжуд эмас
и1	≤5 афтоз яралар
и2	Улар ўртасида нормал шиллик қаватга эга бўлган >5 та афтоз яра ёки ёнбош -йўғон ичак анастомози билан чегараланган ифодаланган яралар ёки шикастланишлар ўртасида соғлом шиллик қаватнинг кенгайган жойлари.
И3	Яллиғланган шиллик қават билан диффуз афтоз илеитис
и4	Катта яралар, “тош кўприк” ва/ёки ўтишнинг торайиши билан диффуз яллиғланиш

3С	Қайта тикланиш хавфи юқори бўлган беморларга эндоскопик текширувдан олдин ҳам биологик терапия курсини бошлаш тавсия этилади (инфликсимаб**, адалимумаб**, сертолизумаб пегол**, устекинумаб**, ведолизумаб**) [38-43].
----	---

Жарроҳликдан кейинги қайталанишга қарши терапия сифатида устекинумаб ва ведолизумабни қўллаш самарадорлигини ишончли баҳолаш учун маълумотлар етарли эмас.

3C	КК билан касалланган беморларга жарроҳликдан кейин 4 ҳафта ўтгач жарроҳликдан кейинги асоратлар бўлмаганда қайталанишга қарши терапияни бошлаш тавсия этилади [45].
----	---

3C	КК билан жарроҳлик ўтказилган барча беморларга 6-12 ойдан кейин назорат остида эндоскопик текширувдан ўтиш, агар керак бўлса МРТ, КТ тавсия этилади (4-жадвал) [45,46].
----	---

3C	КК билан жарроҳлик ўтказилган беморларга, агар анастомоз зонасини визуализациялашнинг имкони бўлмаса, рентген текшируви маълумотлари (КТ ёки МРТ) ва яллиғланишнинг инвазив бўлмаган белгиларига асосланган ҳолда қайталаниш мавжудлигини ёки йўқлигини қайд этиш тавсия этилади - С-реактив оқсил, нажас калпротектини ва бошқалар [18].
----	---

5C	КК билан касалланган беморларда яллиғланиш белгилари аниқланмаса ёки минимал даражада аниқланса (и1 - Рутгеерц шкаласи бўйича) (4-жадвал), ўтказилаётган терапияни давом эттириш тавсия этилади [19].
----	---

5C	КК билан касалланган беморларда ифодаланган яллиғланиш ўзгаришлари (и2-и4) мавжуд бўлганда терапияни кучайтириш тавсия этилади: иммуносупрессорларни илгари қабул қилмаган беморларда қўллаш ёки биологик терапия (адалимумаб**, инфликсимаб**, сертолизумаб пегол**, устекинумаб **, ведолизумаб**) АЗА** / # МП** билан қўллаб-қувватловчи терапия ўтказилаётган ёки уларни тайинлаш мумкин бўлмаган беморларда [17-23].
----	--

Кейинчалик ифодаланган яллиғланиш ўзгаришларининг мавжудлиги (и2-и4) терапиянинг самарасизлигини кўрсатади.

4С	Келажакда, КК билан касалланган беморларда, касалликнинг табиати ва ККнинг клиник кўринишидан қатъий назар, қайталанишга қарши даволаш усулини танлаш бўйича бир хил алгоритмга риоя қилган ҳолда камида 1-3 йилда бир марта эндоскопик текширувни ўтказиш тавсия этилади [15].
----	---

ККни жарроҳлик йўли билан даволашдан кейинги илеостома дисфункцияси

Илеостома дисфункцияси деганда илеостома бўйича ичакдан ажралма ҳажмининг кунига 1000 мл дан ошиб кетиш ҳолати тушунилади. Ушбу касалликка чалинган беморларни олиб бориш "Ярали колит" клиник қўлланмасида тавсифланган.

**“КАТТАЛАРДА КРОН КАСАЛЛИГИ” НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА
ТИББИЙ ПРОФИЛАКТИКА ВА РЕАБИЛИТАЦИЯ
МИЛЛИЙ КЛИНИК БАЁННОМАСИ**

Тошкент 2025

ТИББИЙ РЕАБИЛИТАЦИЯ, РЕАБИЛИТАЦИЯ УСУЛЛАРИНИ ҚЎЛЛАШ БЎЙИЧА ТИББИЙ КЎРСАТМАЛАР ВА ҚЎЛЛАШ МУМКИН БЎЛМАГАН ҲОЛАТЛАР

Тиббий реабилитация чоралари консерватив терапиянинг асоратлари ва жарроҳлик ёғли билан даволашнинг нохуш оқибатларини олдини олишга қаратилган.

Енгил ва ўртача даражадаги дисфункция амбулатория шароитида даволанишни талаб қилади. Дисфункциянинг оғир даражаси ёки унинг мутлақо мумкин эмаслиги кеча-кундуз режимидаги касалхонага ётқизишни талаб қилади.

КК асоратларини жарроҳлик ёғли билан даволашни талаб қиладиган беморларда реабилитация уч босқичда амалга оширилади.

1 босқич - эрта реабилитация, жарроҳлик йўли билан даволашдан кейин 2-кундан 14 кунгача амалга оширилади. Реабилитация 1-босқичининг асосий вазифаси жарроҳлик аралашувидан кейин ошқозон-ичак трактининг нормал ишлашини тиклашдир. Айнан шу босқичда сийдик чиқаришининг бузилиши кўпинча аниқланади ва уларни тузатиш керак. Гомеостазни назорат қилиш, операциядан кейинги яраларни даволаш, операциядан кейинги оғрик синдромини йўқотиш ва беморни фаоллаштиришга қаратилган тадбирлар ҳам муҳим рол ўйнайди. Ушбу даврда умумий қон таҳлили, биокимёвий қон таҳлили, қон коагулограммаси ва умумий сийдик таҳлили ўтказилади.

Реабилитациянинг 2-босқичи 15 кундан кейин бошланади ва кейинчалик заруриятга кўра давом эттирилади. Операциядан кейинги яраларни ошқозон-ичак тракти ва бошқа тана тизимлари фаолиятини назорат қилиш билан якуний даволашга қаратилган. Ушбу босқич амбулатория шароитида ҳам, кундузги ёки кеча-кундузги касалхонада ҳам амалга оширилиши мумкин.

Реабилитациянинг 3-босқичи ҳам доимий илеостома бўлган беморларда кеч реабилитация даврида, ҳам реконструктив-тикловчи жарроҳликдан олдин амалга оширилади. Ушбу босқичдаги асосий вазифа ошқозон-ичак тракти функциясини компенсациялаш, тўғри ичакнинг ёпиш аппаратининг функциясини аниқлаш ва коррекциялашга қаратилган тадбирларни амалга оширишдир.

Анал сфинктерининг етишмовчилиги (АСЕ) - реабилитация 2 ва 3 босқичларда амалга оширилиши мумкин. КК бўйича жарроҳлик аралашуви стоманинг шаклланиши билан яқунланган бир қатор беморларда тутиб туриш функциясининг пасайиши кузатилади.

5С	Реконструктив тиклаш туридаги даволанишдан олдин анал сфинктери етишмовчилиги мавжуд бўлган беморлар учун патофизиологик текширувларини ўтказиш (сфинктерометрия, профилометрия, асаб бўйлаб ўтказувчанлик текшируви), кейин физиотерапевт-шифокори маслаҳатидан ўтиш тавсия этилади [19].
----	--

4С	Беморларда 2 - 3 даражали анал сфинктери етишмовчилиги аниқланганда, реабилитациявий даволашни олиб бориш, кеча-кундузги стационар шароитида биологик тескари алоқадан
----	--

(БТА) ва тиббал неуромодуляциядан фойдаланган ҳолда 10 кунлик циклини ўтказиш мақсадга мувофиқдир [19,20].

Анал сфинктери етишмовчилиги бўлган беморларни реабилитация қилишда, адабиётлардаги маълумотларга кўра, биологик тескари алоқа (БТА) усули кенг қўлланилади, у ташқи сфинктер ва тоснинг туб қисми мушакларининг кучи ва ихтиёрий қисим давомийлигини ошириш ёрдамида қисқариш қобилиятини яхшилашга қаратилган [19, 20].

Ушбу инвазив бўлмаган усул янги шартли рефлексли алоқаларни яратиш даражасида тўғри кўникмаларни ривожлантириш билан реабилитация жараёнига тананинг ўз ресурсларини қамраб олади. Тиббал нейромодуляция усули ҳам самарали ҳисобланади. Нейромодуляция - бу битта асаб йўли орқали электр токининг бошқа асаб йўлларида ёки марказларида мавжуд бўлган фаолликни модуляция қилиш жараёнидир. Орқа болдир асабининг тери ости электр стимуляцияси - н.тибиалис - кичик тос а'золарининг функционал касалликларида қўлланилади, чунки орқа болдир асаби таркибида орқа миянинг ИИ ва ИИИ қўймуч (думғаза) сегментлари толалари ўтади, улар тўғри ичак, сийдик пуфаги ва уларнинг сфинктерларининг иннервациясида муҳим рол ўйнайди. Изоляцияланган ёпиш аппаратининг мушак тузилмалари биологик тескари алоқа терапияси ва тиббал нейромодуляцияга ихтиёрий қисқаришларнинг тонусини ва кучини ошириш билан жавоб бериши исботланган [19,20]. Тиббал асабнинг стимуляцияси териusti стимуляция қилувчи электрод ёрдамида амалга оширилади, бу эса беморга дастлабки ўқитиш курсидан кейин даволаниш курсини уйда мустақил равишда давом эттиришга имкон беради. Бундай ҳолда, кунлик стимуляция сеанслари билан даволаш курси 1 ойдан 3 ойгача узайтирилиши мумкин. БТА - терапиянинг самарадорлигини назорат қилиш тўғри ичакнинг ёпиш аппарати функциясини комплекс физиологик текшируви (сфинктерометрия + пастга тушадиган ичакнинг резервуар функциясини физиологик текшируви) ёрдамида ҳар бир муолажалар курси олдида ва охирида амалга оширилади. Анал сфинктерларининг тонусини ва қисқариш қобилиятининг кўрсаткичлари яхшиланганда, ошқозон-ичак тракти орқали табиий ўтишни тиклашга қаратилган реконструктив-тикловчи жарроҳлик аралашувини ўтказиш масаласини кўтариш мумкин.

ПРОФИЛАКТИКА ВА ДИСПАНСЕР КУЗАТУВИ, ТИББИЙ КЎРСАТМАЛАР

ВА ПРОФИЛАКТИКА УСУЛЛАРИДАН ФОЙДАЛАНИШГА ҚАРШИ КЎРСАТМАЛАР

КК ичакнинг ривожланадиган шикастланиши билан тавсифланади. Ташхис қўйиш пайтида асоратлар (стриктуралар, фистулалар) беморларнинг атиги 10-20 фоизда учрайди, 10 йил ичида эса > 90 фоиз беморларда шунга ўхшаш асоратлар ривожланади. 10 йил

ичида консерватив терапиянинг асоратлари ва/ёки самарасизлиги сабабли жарроҳлик аралашуви КК касаллиги бўлган беморларнинг ярмида амалга оширилади ва жарроҳликдан кейинги 10 йил ичида 35-60 фоизида касалликнинг қайталаниши ривожланади. ККда гормонал қарамлик 10 йил давомида беморларнинг 30 фоизида камида бир марта қайд этилади [21].

Касалликнинг ривожланиш хусусияти туфайли КК билан касалланган беморлар доимий (умрбод терапия) олишлари ва уларда касаллик фаоллигининг доимий (умрбод) мониторинги ўтказилиши керак. Касаллик фаоллиги нафақат инструментал тадқиқот усуллари билан, балки яллиғланиш маркерларини, биринчи навбатда, нажасдаги концентрацияси ошқозон-ичак трактининг ярали шикастланиш даражаси билан ўзаро боғлиқ бўлган нажас калпротектини даражасини таҳлил қилиш учун лаборатория усуллари билан ҳам назорат қилиниши мумкин.

5C	Диспансер кузатувининг частотаси ва ҳажми индивидуал равишда белгиланади, аммо эксперт текширувларини амалга ошириш имкони бўлган кўпчилик беморларга ҳар 6 ойда бир марта ултратовуш текширувини ўтказиш тавсия этилади [11].
----	--

5C	Беморларга ҳар йили стриктура ва бошқа асоратларни истисно қилиш учун ичакни рентген ёки МРТ текширувидан ўтказиш тавсия этилади [11].
----	--

5C	Беморларга ҳар йили перианал соҳанинг маҳаллий текшируви ва перианал асоратларни истисно қилиш учун тоғгҗри ичакни бармоқ билан текширувини ўтказиш, шунингдек, агар керак бўлса, ректал датчик билан УТТни ўтказилиши тавсия этилади (эксперт текширувларини амалга ошириш имкони бўлса) [11].
----	---

5C	Иммуносупрессорларни ва/ёки биологик препаратларни қабул қилувчи беморларга оппортунистик инфекцияларнинг профилактикаси ва бошқа асоратларнинг олдини олиш мақсадида эмлаш тавсия этилади: рекомбинант ХБВ вакцинаси, поливалентли инактивацияланган пневмококк вакцинаси, уч валентли инактивацияланган грипп вирусига қарши вакцинаси ва 26 ёшгача бўлган аёллар учун, скрининг пайтида вирус йўқ бўлганда, одам папилломаси вирусига қарши эмлаш тавсия этилади [14].
----	---

Оппортунистик инфекцияларнинг ривожланиш хавф омиллари кўйидагилардан иборат: 2 ҳафта давомида кунига 20 мг ёки ундан кўпроқ дозада преднисолон қабул қилиш, иммунодепрессорларни қабул қилиш (АЗА**, #МП**, #МТ** ва биологик дори препаратлари), бемор ёшининг 50

дан катталиги, ҳамроҳ касалликлар (сурункали ўпка касалликлари, алкоголизм, бош миясининг органик касалликлари, қандли диабет).

5С	Биологик терапия амалга ошириладиган барча беморларга асл препаратни биоаналога алмаштириш ёки аксинча бир мартадан ортиқ тавсия этилмайди [16].
----	--

Ҳозирги вақтда самарадорлиги ва хавфсизлиги жиҳатидан асл биологик дори препаратларига ўхшаш анти- ҶНО биосимилярлари (биоаналоглари) рўйхатга олинган, аммо уларнинг асл дори воситалари ўрнини босиши ҳозирда исботланмаган. ИЯК бўлган беморларда алмаштириш ёки бутунлай асл нусхадан биоаналогларга ва аксинча ўтишнинг хавфсизлиги ва самарадорлигини исботлаган клиник синовларнинг етишмаслигини ҳисобга олган ҳолда, бундай терапевтик ёндашув тавсия этилмайди [11].

ТИББИЙ ЁРДАМ КЎРСАТИШНИ ТАШКИЛ ҚИЛИШ

Бирламчи ихтисослаштирилган тиббий-санитар ёрдам кўрсатиш гастроэнтеролог, колопроктолог ва тиббий фаолиятнинг тегишли турларини амалга ошириш учун лицензияга эга тиббиёт ташкилотларида бошқа мутахассис шифокорлар томонидан амалга оширилади.

Беморда ККга шубҳа қилинган ёки у аниқланган тақдирда, терапевт-шифокорлар, участка умумий амалиёт шифокорлари, умумий амалиёт шифокорлари (оилавий шифокорлар), мутахассис шифокорлар, ўрта тиббиёт ходимлари белгиланган тартибда беморга маслаҳат бериш учун гастроэнтеролог, колопроктолог, амбулатория гастроэнтерология маркази (бўлим), амбулатория колопроктология маркази (бўлим), ичакнинг яллиғланиш касалликларини ташхислаш ва даволаш маркази (агар субъектда мавжуд бўлса, у функционал асосда ташкил этилади), уни таъминлаш учун бирламчи ихтисослаштирилган тиббий ёрдам кабинетига эга бўлган тиббий ташкилотга юборадилар. Тиббий ташкилотнинг кўрсатилган таркибий бўлинмаларида маслаҳат маслаҳат учун йўлланма берилган кундан бошлаб 15 иш кунидан кечиктирилмаган ҳолда, ККнинг оғир шакллари бўлган тақдирда, маслаҳат учун йўлланма берилган кундан бошлаб 3 иш кунидан кечиктирмай ўтказилиши керак.

Таркибига гастроэнтеролог, колопроктолог кабинети, амбулатория гастроэнтерология маркази (бўлими), амбулатория колопроктология маркази (бўлими), ичакнинг яллиғланиш касалликларини ташхислаш ва даволаш маркази кирган тиббиёт ташкилотининг гастроэнтерологи, колопроктологи ташхис қўйиш учун зарур бўлган тестлар, шу жумладан яллиғланиш жараёнининг зўрайишини, шикастланиш даражасини, ичак ва ошқозондан ташқари кўринишларнинг мавжудлигини аниқлаш, шу жумладан биопсия материални олиш учун ташхислаш текширувларини ўтказишни ташкиллаштиради.

Агар ташхис қўйиш учун зарур бўлган ташхислаш текширувларини ўтказиш, шу жумладан яллиғланиш жараёнининг оғирлигини, шикастланиш кўламини, ичак ва ошқозондан ташқари кўринишлар мавжудлигини, шу жумладан биопсия материални

олишнинг имкони бўлмаганда, шунингдек, стационар шароитда тиббий ёрдам кўрсатиш учун кўрсатмалар мавжудлигида бемор даволовчи шифокор томонидан гастроентерология бўлимига, колопроктология бўлимига, ичакнинг яллиғланиш касалликларини диагностика қилиш ва даволаш марказига ёки ушбу соҳадаги беморларга стационар шароитларда "гастроентерология", "колопроктология" соҳасида тиббий ёрдам кўрсатадиган бошқа тиббий ташкилотга юборилади.

Шошилинич тиббий ёрдам кўрсатиш пайтида беморда ККга шубҳа бўлса ва (ёки) аниқланса, бундай олиб бориш тактикасини белгилаш ва мақсадли биологик терапияни ўз ичига олган ихтисослаштирилган даволашнинг бошқа усулларида кўшимча фойдаланиш зарурати бўлганда беморлар "гастроентерология", "колопроктология" профиллари бўйича тиббий ёрдам кўрсатадиган тиббиёт ташкилотларига ўтказилади ёки юборилади.

Гастроентеролог, колопроктолог хонаси, амбулатория гастроентерология маркази (бўлим), амбулатория колопроктология маркази (бўлим), ичакнинг яллиғланиш касалликларини ташхислаш ва даволаш марказини ўз ичига олган тиббиёт ташкилотининг гастроентерологи, колопроктологи стационар шароитида тиббий ёрдам кўрсатиш учун гастроентерология бўлими ва/ёки колопроктология бўлими ва/ёки ичакнинг яллиғланиш касалликларини ташхислаш ва даволаш маркази бўлган тиббиёт ташкилотларига ташхисни аниқлаштириш учун (бирламчи ихтисослаштирилган тиббий санитар ёрдам кўрсатишда ташхис қўйишнинг имкони бўлмаган тақдирда) ва ихтисослаштирилган, шу жумладан юқори технологик тиббий ёрдам кўрсатиш учун юборади. Ихтисослашган, юқори технологияли тиббий ёрдамдан ташқари, тиббий хизмат кўрсатишни бошлаш санаси касалхонага ётқизиш учун беморларни танлаш комиссиясининг қарори билан ККнинг оғирлик даражасига, кечининг хусусиятига ва яллиғланиш жараёнининг тарқалишига кўра белгиланади. Муддат касалхонага ётқизиш учун йўлланма берилган кундан бошлаб 30 календар кундан ошмаслиги керак.

ККда ихтисослашган, шу жумладан юқори технологик тиббий ёрдамни стационар ва кундузги стационар шароитида таркибида гастроентерология бўлими ва/ёки колопроктология бўлими, ичакнинг яллиғланиш касалликларини ташхислаш ва даволаш маркази, моддий-техника базаси, сертификатланган мутахассислари бўлган лицензияга эга бўлган тиббий ташкилотларида гастроентеролог, колопроктолог шифокорлар томонидан амалга оширилади ва махсус усуллар ва мураккаб ноёб тиббий технологиялардан фойдаланишни, шунингдек тиббий реабилитацияни талаб қиладиган КК профилактикаси, ташхислаш, даволашни ўз ичига олади.

ККда ихтисослашган, шу жумладан юқори технологик, тиббий ёрдам кўрсатадиган тиббиёт ташкилотининг кеча-кундуз ёки кундузги стационарида касалхонага ётқизиш кўрсатмалари, агар керак бўлса, бошқа мутахассис шифокорларни жалб қилган ҳолда гастроентерологлар ва колопроктологлар консилиуми томонидан белгиланади.

Шошилинич ёки кечиктириб бўлмайдиган тарзда тиббий муассаса касалхонасига ётқизиш кўрсатмалари бўлиб қуйидагилар ҳисобланади:

1) Шошилинич ёки кечиктириб бўлмайдиган тарзда ихтисослашган тиббий ёрдам кўрсатишни талаб қиладиган ККнинг асоратлари мавжудлиги;

2) ККни даволашнинг асоратлари (жарроҳлик аралашуви, биологик терапия, гормонал ва ситостатик терапия ва бошқалар) мавжудлиги.

Режалаштирилган тарзда тиббий муассаса касалхонасига ётқизиш кўрсатмалари бўлиб қуйидагилар ҳисобланади:

1) кеча-кундуз ёки кундузги стационар шароитида кейинги кузатувларни талаб қиладиган мураккаб интервенцион диагностик тиббий аралашувларни амалга ошириш зарурати;

2) кеча-кундуз ёки кундузги стационар шароитида кейинги кузатувларни талаб қиладиган ККни ихтисослашган даволаш учун кўрсатмаларнинг мавжудлиги (жарроҳлик аралашуви, биологик терапия, гормонал ва ситостатик терапия ва таргет терапияси).

Беморнинг тиббий ташкилотдан чиқарилиши учун кўрсатмалар:

1) даволаш курсининг ёки стационар шароитларида тиббий коррекциялаш ва/ёки тиббий аралашувни талаб қиладиган даволаш асоратлари қайд этилмаслиги шарти билан стационар шароитида ихтисослашган, шу жумладан юқори технологик тиббий ёрдам кўрсатиш босқичларидан бирининг тугатилиши;

2) бемор ёки унинг қонуний вакили ККни стационар шароитида даволашни та'минлайдиган тиббиёт ташкилотининг консилиуми томонидан белгиланган ихтисослаштирилган, шу жумладан юқори технологик, тиббий ёрдамдан бош тортиши, агар асосий касалликнинг асоратлари ва ёки стационар шароитларда тиббий коррекциялаш ва/ёки тиббий аралашувларни талаб қиладиган даволаш зарурати бўлмаса;

3) беморни тиббий ёрдам кўрсатишнинг тегишли профилига мувофиқ бошқа тиббий ташкилотга ўтказиш зарурати. Беморни ихтисослаштирилган тиббий ташкилотга ўтказишнинг мақсадга мувофиқлиги тўғрисида хулоса тақдим этилган тиббий ҳужжатлар бўйича олдиндан маслаҳатлашгандан ва/ёки беморни ўтказиш режалаштирилаётган тиббиёт ташкилотининг мутахассислари томонидан беморни дастлабки кўрикдан ўтказилгандан кейин амалга оширилади.

ҚЎШИМЧА МАЪЛУМОТЛАР (КАСАЛЛИКНИНГ ҲОЛАТИ ВА НАТИЖАЛАРИГА ТА'СИР ЭТУВЧИ ОМИЛЛАР)

ККда прогностик жиҳатдан нохуш омиллар бўлиб чекиш, болалик даврида касалликнинг бошланиши, перианал шикастланишлар, касалликнинг пенетрацияловчи фенотипи ва кенг тарқалган ингичка ичак шикастланиши ҳисобланади. Чекувчи бемор билан чекишни ташлаш зарурлиги тўғрисида албатта суҳбат олиб бориш керак.

Ҳомиладорликнинг натижаларини яхшилаш учун ҳомиладорликни режалаштириш ИЯК ремиссияси даврида амалга оширилиши керак. ИЯКни даволаш учун ҳомиладор аёллар томонидан қўлланиладиган дориларнинг кўпчилиги, дибутилфталатни ўз ичига олган #МТ** ва қобикли месазалин таблеткалари бундан мустасно, ҳомилага салбий та'сир қилиш хавфи

пастлиги билан боғлиқ. Анти- ЎНОни бекор қилиш фақат ИЯК қайта фаоллашиши хавфи паст бўлган чекланган сонадаги бемор аёллар учун рухсат этилади. Ҳомила вақтида қўллаш мумкин бўлмаган ҳолатларга эга бўлмаган ген-инженерик биологик дори препаратлари билан даволаш (фойдаланиш бўйича йўриқномаларга қаранг) давом эттирилиши мумкин, агар она учун фойда ҳомила учун мумкин бўлган хавфдан юқори бўлса.

Фойдаланилган адабиётлар рўйхати:

1. Seah D, De Cruz P. Review article: the practical management of acute severe ulcerative colitis. *Aliment Pharmacol Ther.* 2016 Feb; 43(4): 482 - 513. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/apt.13491>
2. Hindryckx P, Jairath V, D'Haens G. Acute severe ulcerative colitis: from pathophysiology to clinical management. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol.* 2016 Sep 1. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27580687/>
3. Chen JH, Andrews JM, Kariyawasam V, Moran N. IBD Sydney Organisation and the Australian Inflammatory Bowel Diseases Consensus Working Group. Review article: acute severe ulcerative colitis - evidence-based consensus statements. *Aliment Pharmacol Ther.* 2016 Jul; 44(2): 127 - 44. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27226344/>
4. Colombel JF, I, Ullman T, Rutgeerts P et al. Agreement Between Rectosigmoidoscopy and Colonoscopy Analyses of Disease Activity and Healing in Patients With Ulcerative Colitis. *Agreement Between Rectosigmoidoscopy and Colonoscopy Analyses of Disease Activity and Healing in Patients With Ulcerative Colitis. Gastroenterology.* 2016 Feb; 150(2): 389 - 95.e3. doi: 10.1053/j.gastro.2015.10.016. <https://e.dxy.cn/IBD/sites/ibd/files/0127053852200.pdf>
5. Timmer A, Patton PH, Chande N, McDonald JW, MacDonald JK. Azathioprine and 6-mercaptopurine for maintenance of remission in ulcerative colitis. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016 May 18; (5): CD000478. doi: 10.1002/14651858.CD000478.pub4. <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD000478.pub4/references>
6. Lichtenstein GR. Budesonide Multi-matrix for the Treatment of Patients with Ulcerative Colitis. *Dig Dis Sci.* 2016 Feb; 61(2): 358 - 70.
7. D'Haens G. Systematic review: second-generation vs. conventional corticosteroids for induction of remission in ulcerative colitis. *Aliment Pharmacol Ther.* 2016; 44: 1018 - 1029.
8. Sandborn W SB, D'Haens GR, et al. Efficacy and safety of oral tofacitinib as induction therapy in patients with moderate to severe ulcerative colitis: results from two phase 3 randomized controlled trials. *Gastroenterology.*

<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD012381.pub2/references>

9. Steenholdt C, Bendtzen K, Brynskov J, Ainsworth MA. Optimizing Treatment with TNF Inhibitors in Inflammatory Bowel Disease by Monitoring Drug Levels and Antidrug Antibodies. *Inflamm Bowel Dis*. 2016 Aug; 22(8): 1999 - 2015. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27135483/>
10. Tschudin-Sutter S, Braissant O, Erb S, et al. Growth Patterns of *Clostridium difficile* - Correlations with Strains, Binary Toxin and Disease Severity: A Prospective Cohort Study. *PLoS One*. 2016; 9(11): e0161711. https://www.researchgate.net/publication/307885863_Growth_Patterns_of_Clostridium_difficile_-_Correlations_with_Strains_Binary_Toxin_and_Disease_Severity_A_Prospective_Cohort_Study
11. Халиф И.Л., Нанаева Б.А., Головенко А.О., Головенко О.В. Отдаленные результаты консервативного лечения больных с тяжелым обострением язвенного колита. *Терапевтический архив*. 2015; 87(2): 34 – 38 <https://www.mediasphera.ru/issues/terapevticheskij-arkhiv/2015/2/260040-36602015027>
12. Harbord M, Eliakim R, Bettenworth D, Karmiris K, Katsanos K, Kopylov U, Kucharzik T, Raine T, Sebastian S, de Sousa HT, Dignass A, Carbonnel F; European Crohn's and Colitis Organisation [ECCO]. Third European Evidence-based Consensus on Diagnosis and Management of Ulcerative Colitis. Part 2: Current Management. *J Crohns Colitis*. 2017 Jan 28; 11(7): 769 - 84. doi: 10.1093/ecco-jcc/jjx009. <https://europepmc.org/article/med/28513805>
13. Feng JR, Qiu X, Wang F, Chen PF, et al. Diagnostic Value of Neutrophil-to-Lymphocyte Ratio and Platelet-to-Lymphocyte Ratio in Crohn's Disease. *Gastroenterol Res Pract*. 2017; 2017: 3526460. doi: 10.1155/2017/3526460. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1542356520314968>
14. Levin A, Yaari S, Stoff R, Caplan O, Wolf DG, Israeli E. Diagnosis of Cytomegalovirus Infection during Exacerbation of Ulcerative Colitis. *Digestion*. 2017; 96(3): 142 - 148. doi: 10.1159/000479865. Epub 2017 Aug 26. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28848127/>
15. Sandborn WJ, C Su, Sands BE, et al. OCTAVE Induction 1, OCTAVE Induction 2, and OCTAVE Sustain Investigators. Tofacitinib as induction and maintenance therapy for ulcerative colitis. *N Engl J Med*. 2017; 376: 1723 - 36. <https://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/189961/1/687445.pdf>
16. Белоусова Е.А., Абдулганиева Д.И., Алексеева О.П., Алексеенко С.А. и соавт. Социально-демографическая характеристика, особенности

- течения и варианты лечения воспалительных заболеваний кишечника в России. Результаты двух многоцентровых исследований. Альманах клинической медицины. 2018; 46(5): 445 - 463. <https://cyberleninka.ru/article/n/sotsialno-demograficheskaya-harakteristika-osobennosti-techeniya-i-varianty-lecheniya-vozpалitelnyh-zabolevaniy-kishechnika-v>
17. Pouillon L, Laurent V, Pouillon M, Bossuyt P et al. Diffusion-weighted MRI in inflammatory bowel disease. *Lancet Gastroenterol Hepatol.* 2018 Jun; 3(6): 433 - 443. doi: 10.1016/S2468-1253(18) 30054-2. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29739674/>
 18. Jia Y, Li C, Yang X, Dong Z, et al. CT Enterography score: a potential predictor for severity assessment of active ulcerative colitis. *BMC Gastroenterol.* 2018 Nov 9; 18(1): 173. doi: 10.1186/s12876-018-0890-z. <https://bmcgastroenterol.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12876-018-0890-z>
 19. Pokrotnieks J, Sitkin S. A proposed treatment algorithm for mild to moderate ulcerative colitis-with an emphasis on budesonide foam and mucosal healing. *J Gastroenterol.* 2018 Jun; 53(6): 799 - 800. doi: 10.1007/s00535-018-1458-y. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29616331/>
 20. Ahmed I, Kassem W, Salam Y, Furnari M, Mehta T. Outcome of Cytomegalovirus Colitis in Inflammatory Bowel Disease with Different Regimes of Ganciclovir. *Middle East J DigDis.* 2018 Oct; 10(4): 220 - 229. doi: 10.15171/mejdd.2018.114. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31049169/>
 21. Nguyen NH, Fumery M, Dulai PS, Prokop LJ, et al. Comparative efficacy and tolerability of pharmacological agents for management of mild to moderate ulcerative colitis: a systematic review and network meta-analyses. *Lancet Gastroenterol Hepatol.* 2018 Nov; 3(11): 742-753. doi:10.1016/S2468-1253(18) 30231-0. <https://www.medirequests.com/pdfs/PEN%20Nguyen%20NH%20et%20al%202018.pdf>
 22. Danese S, D'Amico F, Bonovas S, Peyrin-Biroulet L. Positioning Tofacitinib in the Treatment Algorithm of Moderate to Severe Ulcerative Colitis. *Inflamm Bowel Dis.* 2018 Apr 25. <https://academic.oup.com/ecco-jcc/article/16/5/835/6429427>
 23. Schmidt E, Kochhar G, Hartke J, et al. Predictors and Management of Loss of Response to Vedolizumab in Inflammatory. *Bowel Disease Inflamm Bowel Dis.* 2018; 18 [Epub ahead of print]. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29788240/>
 24. Sands BE et al. DOP026 Efficacy and safety of dose escalation to tofacitinib 10 mg BID for patients with ulcerative colitis following loss of response on tofacitinib 5 mg BID maintenance therapy: results from OCTAVE open.

- Journal of Crohn's and Colitis. vol. 12, Issue supplement_1, 16 January 2018, Pages S049, <https://doi.org/10.1093/ecco-jcc/jjx180.063>
https://academic.oup.com/ecco-jcc/article-abstract/12/supplement_1/S049/4807910?redirectedFrom=fulltext#google_vignette
25. Сухина М.А., Образцов И.В., Михалевская В.И., Ачкасов С.И., Сафин А.Л., Шельгин Ю.А. Алгоритм лабораторной диагностики *Clostridium difficile*-ассоциированной диареи. Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии (ЖМЭИ). 2018; (2): 45 - 53. [file:///C:/Users/Win10Pro/Downloads/265-67-1-PB%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/Win10Pro/Downloads/265-67-1-PB%20(3).pdf)
26. Perler B, Ungaro R, Baird G, Malette M. et al. Presenting symptoms in inflammatory bowel disease: descriptive analysis of a community-based inception cohort. *BMC Gastroenterol.* 2019; 19:47. <https://bmcgastroenterol.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12876-019-0963-7>
27. Irwin JR, Ferguson E, Simms LA, Hanigan K, et al. Detectable Laboratory Abnormality Is Present up to 12 Months Prior to Diagnosis in Patients with Crohn's Disease. *Dig Dis Sci.* 2019 Feb; 64(2): 503 - 517. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30478769/>
28. Lin WC, Chang CW, Chen MJ, Hsu TC, Wang HY. Effectiveness of sigmoidoscopy for assessing ulcerative colitis disease activity and therapeutic response. *Medicine (Baltimore).* 2019 May; 98(21): e15748. doi: 10.1097/MD.00000000000015748. <https://ouci.dntb.gov.ua/en/works/7AObOeal/>
29. Zhang Y, Chen D, Wang F, Li X, Xue X, et al. Comparison of the efficiency of different enemas on patients with distal ulcerative colitis. *Cell Prolif.* 2019 Mar; 52(2): e12559. doi: 10.1111/cpr.12559. Epub 2019 Jan 18. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30659678/>
30. Chiu CY, Sarwal A, Feinstein A, Hennessey K. Effective Dosage of Oral Vancomycin in Treatment for Initial Episode of *Clostridioides difficile* Infection: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Antibiotics (Basel).* 2019 Oct 1; 8(4). pii: E173. doi: 10.3390/antibiotics8040173. <https://www.researchgate.net/publication/336206062>