

O'zbekiston Respublikasi
Sog'liqni saqlash vazirining
2025 yil "23" iyundagi
180-sonli buyrug'iga
30-ilova

O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG'LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI

**RESPUBLIKA IXTISOSLASHTIRILGAN TERAPIYA VA TIBBIY
REABILITASIYA ILMIIY-AMALIIY TIBBIYOT MARKAZI**

**“KATTALARDA KRON KASALLIGI”
NOZOLOGIYASI BO‘YICHA
MILLIY KLINIK BAYONNOMA**

Toshkent – 2025

“TASDIQLAYMAN”

“RITvaTRIATM” DM

Direktori, professor

B.A. Alyavi



“ ” 2025 y.

**“KATTALARDA KRON KASALLIGI”
NOZOLOGIYASI BO‘YICHA
MILLIY KLINIK BAYONNOMA**

Toshkent – 2025

Mundarija:

1.	Kron kasalligini tashxislash va davolash	5-bet
2.	Kron kasalligi tibbiy profilaktikasi va rehabilitatsiyasi	36-bet

**“YARALI KOLIT” NOZOLOGIYASI BO‘YICHA
TASHXISLASH VA DAVOLASH
MILLIY KLINIK BAYONNOMA**

Toshkent – 2025

1. Kirish qismi.

Ushbu hujjatning maqsadi O'zbekiston Respublikasida Kron kasalligi kasalligi bilan og'riqan bemorlarni olib borish bo'yicha mavjud bo'lgan eng yaxshi dalillar sharhini tuzish, joriy etish, tizimni va yagona yondashuvni tashkil qilishdir. Foydalanilgan uslubiy yondashuvlar isbotlangan tibbiyot tamoyillariga asoslangan bo'lib, uning asosida Rossiya Federatsiyasi Sog'liqni saqlash Vazirligining Kron kasalligi kasalligi mavjud bo'lgan bemorlarni tashxislash va davolash bo'yicha tavsiyalari yotadi. Kron kasalligi kasalligi mavjud bo'lgan bemorlarga yordam ko'rsatadigan mutaxassislar uchun mo'ljallangan ushbu bayonnomada hozirgi kunga kelib mavjud bo'lgan klinik dalillar, tegishli amaliyot vaqtlari, shuningdek ekspert xulosalari keltirilgan. Ushbu bayonnoma Kron kasalligi kasalligini tashxislash va davolashni amalga oshiradigan shifokorlarga uslubiy yordam taqdim etadi.

Halqaro kasalliklar klassifikatori – HKK-10 kodi:

K50	Kron kasalligi
K50.0	ingichka ichakning Kron kasalligi
K50.1	yo'g'on ichakning Kron kasalligi
K50.8	Kron kasalligining boshqa turlari
K50.9	aniqlanmagan Kron kasalligi
Yuklab olish (HKK (MKB)dan havola)	https://mkb-10.com/index.php?pid=10224

HKK – 11 kodlari

DD70 Kron kasalligi	
DD70.0	Oshqozon ichak trakti yuqori qismlari zararlanishi bilan kechuvchi Kron kasalligi
DD70.1	Ingichka ichak zararlanishi bilan kechuvchi Kron kasalligi
DD70.2	Chualchangsimon o'simta zararlanishi bilan kechuvchi Kron kasalligi
DD70.3	Yo'g'on ichak zararlanishi bilan kechuvchi Kron kasalligi
DD70.4	Anal soha zararlanishi bilan kechuvchi Kron kasalligi
DD70.5	Ingichka va yo'g'on ichak zararlanishi bilan kechuvchi Kron kasalligi
DD70.6	Anastomoz zararlanishi bilan kechuvchi Kron kasalligi

DD70.Y	Aniqlangan boshqa lokalizatsiyali Kron kasalligi
DD70.Z	Aniqlanmagan lokalizatsiyali Kron kasalligi

Bayonnomani ishlab chiqish va qayta ko‘rib chiqish sanasi: Bayonnoma 2025 yil ishlab chiqilgan. Qayta ko‘rib chiqish sanasi 2028 yil;

Mazkur klinik protokol va standartlar O‘zbekiston Respublikasi Sog‘liqni saqlash vazir o‘rinbosari Basitxanova E.E, Tibbiy sug‘urta boshqarmasi boshlig‘i Sh.

Almardanov, klinik protokollar va standartlarni ishlab chiqish va joriy etish bo‘limi boshlig‘i Sh.R. Nurimova boshchiligida, Klinik protokollar va standartlarni ishlab chiqish va joriy etish bo‘limi bosh mutaxassisi G.Djumayeva, yetakchi mutaxassisi N.Raximova tomonidan tashkiliy va uslubiy ko‘magi asosida ishlab chiqilgan.

Milliy klinik bayonnoma ishlab chiqish uchun mas‘ul muassasa:
RITvaTRIATM

Mualliflar ro‘yxati:

Alyavi B.A.	t.f.d., prof. “RITvaTRIATM” DM direktori.
Ismoilova J. A.	t.f.d., “RITvaTRIATM” DM direktorining ilmiy ishlar bo‘yicha muovini
Karimov M.M.	t.f.d., professor, “RITvaTRIATM” DM Gastroenterologiya bo‘limi rahbari
Dustmuhamedova E.Ch.	t.f.n., “RITvaTRIATM” DM Gastroenterologiya bo‘limi mudiri
Dusanova N.M.	t.f.n., “RITvaTRIATM” DM Gastroenterologiya bo‘limi katta ilmiy xodimi
Karimova D.K.	t.f.n., “RITvaTRIATM” DM Gastroenterologiya bo‘limi shifokori

Taqrizchilar:

Abdullaev A.X.	t.f.d., BIX, “RITvaTRIATM” DM bo‘limi mudiri
Zufarov P.S.	t.f.d., TTA klinik farmakologiya kafedrasi professori

Klinik bayonnoma “RITvaTRIATM” DM ilmiy kengashida ko‘rib chiqildi va tasdiqlandi.

Bayonnoma protokolda foydalanilgan qisqartmalar:

AZA - azatiyoprin
BD-budesonid
GKS - glyukokortikosteroidlar
IARA - ileoanal rezervuar anastomozi
II - ishonch intervali
IYaK - ichakning yallig'lanish kasalligi
KK - Kron kasalligi
KKFI - Kron kasalligining faollik indeksi
KT - kompyuter tomografiyasi
MS-mesalazin
MMX - multimatriksli qobiq
MP - merkaptopurin
MRT - Magnit-rezonans tomografiyasi
MT - metotreksat
OIT - oshqozon-ichak trakti
O'NO-alfa - alfa o'simtasi nekrozi omili
RNS - randomizatsiyalangan nazoratli sinov
TF – toficinitib
UTT - ultratovush tekshiruvi
FK - fekal (najas)kalprotektini
YaK – yarali kolit
YaQNP - steroid bo'lmagan yallig'lanishga qarshi preparatlar

Mazkur tashxis/nozologiya bo'yicha protokolning foydalanuvchilari:

1. Shifokor-gastroenterologlar.
2. Umumiy amaliyot shifokorlari (oilaviy shifokorlar).
3. Jarroh-shifokorlar.
4. Terapevt-shifokorlar.
5. Umumiy amaliyot shifokorlari (oilaviy shifokorlar).
6. Endoskopist-shifokorlar.
7. Tibbiyot oliy o'quv yurtlari va kollejlari o'qituvchilari.
8. Tibbiyot oliy o'quv yurtlari talabalari, magistrleri, klinik ordinatorlari.

Bemorlar toifasi:

Kron kasalligiga shubha qilingan va tashxis qo'yilgan bemorlar.

Diagnostika usullari (diagnostik aralashuvlar) uchun dalillar darajasini baholash shkalasi (DD)

DD	Dalillarning ishonchlilik darajasi
1	Referens usul yordamida nazorat ostida o'tkazilgan tadqiqotlarning tizimli sharhlari yoki meta-tahlil yordamida randomizatsiyalangan klinik tadqiqotlarni tizimli sharhi
2	Referens usul nazorati bilan o'tkazilgan ayrim tadqiqotlar yoki ayrim randomizatsiyalangan klinik tadqiqotlar va har qanday dizayndagi tadqiqotlarni tizimli ravishda ko'rib chiqilishi, meta-tahlil yordamida randomizatsiyalangan klinik tadqiqotlarni tizimli ravishda ko'rib chiqilishi bundan mustasno
3	Referens usul yordamida izchil nazoratsiz yoki o'rganilayotgan usuldan mustaqil bo'lmagan referens usulo yordamida o'tkazilgan tadqiqotlar yoki randomizatsiyalanmagan qiyosiy tadqiqotlar, shu jumladan, kohort tadqiqotlari
4	Qiyoslanmagan tadqiqotlar, klinik holat tavsifi
5	Muolajaning ta'sir mexanizmi asoslari yoki ekspertlar xulosasi

Profilaktika, terapevtik va rehabilitatsiya tadbirlari uchun dalillar darajasini (DD) baholash uchun shkala

DD	Dalillarning ishonchlilik darajasi
1	Meta-tahlil yordamida randomizatsiyalangan klinik tadqiqotlarni tizimli ravishda ko'rib chiqilishi
2	Ayrim randomizatsiyalangan klinik tadqiqotlar va har qanday dizayndagi tadqiqotlarni tizimli ravishda ko'rib chiqilishi, meta-tahlil yordamida randomizatsiyalangan klinik tadqiqotlarni tizimli ravishda ko'rib chiqilishi bundan mustasno
3	Randomizatsiyalanmagan qiyosiy tadqiqotlar, shu jumladan kogortli tadqiqotlar
4	Qiyoslanmagan tadqiqotlar, klinik holat yoki holatlar seriyasi tavsifi, "holat-nazorat" tadqiqoti
5	Muolajaning ta'sir mexanizmi asoslari (klinika oldi tadqiqotlar) yoki ekspertlar xulosasi

Profilaktika, diagnostika, terapevtik va rehabilitatsiya tadbirlari bo'yicha tavsiyalar (RTT) ning ishonchlilik darajasini baholash shkalasi

RTT	Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi
A	Kuchli tavsiya (barcha ko'rib chiqilgan samaradorlik mezonlari (natijalar) muhim o'rinni egallaydi, barcha tadqiqotlarning metodologik sifati yuqori)

	yoki qoniqarli va qiziqtirayotgan natijalar bo'yicha xulosalari kelishilgan)
B	Shartli tavsiya (ayrim ko'rib chiqilgan samaradorlik mezonlari (natijalar) muhim o'rinni egallaydi, ayrim tadqiqotlarning metodologik sifati yuqori yoki qoniqarli va/yoki qiziqtirayotgan natijalar bo'yicha xulosalari kelishilmagan)
C	Kuchsiz tavsiya (sifatli dalillar keltirilmagan (ko'rib chiqilgan samaradorlik mezonlari (natijalar) muhim o'rinni egallamaydi, barcha tadqiqotlarning metodologik sifati past va qiziqtirayotgan natijalar bo'yicha xulosalari kelishilmagan)

2. Asosiy qism.

Kasallik yoki holat (kasalliklar yoki holatlar guruhi) ta'rifi.

Kron kasalligi (KK) - bu mahalliy va tizimli asoratlarning rivojlanishi bilan transmural, segmentar, granulomatoz yallig'lanish bilan tavsiflangan etiologiyasi noma'lum bo'lgan oshqozon-ichak traktining (OIT) surunkali, qaytalanuvchi kasalligidir [1].

Kasallik yoki holatning (kasalliklar yoki holatlar guruhining) etiologiyasi va patogenezi.

L1 Terminal ileit: qorin va qovurg'a orasidagi ichakning terminal bo'limi yoki ileotsekal soha bilan chegaralangan kasallik (jarayonda ko'r ichakni jalb qilish yoki jalb qilmasdan).

L2 Kolit: ingichka ichak yoki OITning yuqori bo'limini jalb qilmasdan ko'r ichak va anal sfinkteri o'rasida yo'g'on ichakda yallig'lanish o'chog'ining har qanday lokalizatsiyasi.

L3 Ileokolit: ko'r ichak va anal sfinkteri o'rasida bir yoki bir nechta yallig'lanish o'choqlari bilan birgalikda terminal ileit (jalb qilish yoki jalb qilmasdan).

L4 OIT yuqori bo'limi: terminal bo'lim proksimal qismining shikastlanishi (og'iz bo'shlig'idan tashqari).

Shikastlanishlarning tarqalishiga ko'ra quyidagilarni ajratib ko'rsatish mumkin:

1. Lokallashtirilgan KK:

- Uzunligi 30 sm-dan kam bo'lgan shikastlanish. U ko'pincha ileotsekal sohaning izolyatsiyalangan shikastlanishni tavsiflash uchun ishlatiladi;

- Yo'g'on ichakning katta bo'lmagan sohasining izolyatsiyalangan shikastlanishi bo'lishi mumkin.

2. Tarqalgan KK:

Uzunligi 100 sm dan ortiq bo'lgan shikastlanish (barcha shikastlangan sohalarning yig'indisi).

Kechish tabiatiga ko'ra quyidagilarni ajratib ko'rsatish mumkin [9]:

O'tkir kechishi (kasallik debyutidan kamida 6 oy);

Surunkali kechishi (kasallik debyutidan 6 oydan ortiq).

Ichakning yallig'lanish kasalliklari (IYaK), shu jumladan KK kasalligining etiologiyasi aniqlanmagan: kasallik genetic(irsiy) moyillik, tug'ma va orttirilgan immunitet nuqsonlari, ichak mikroflorasi va atrof-muhitning turli omillarini o'z ichiga olgan bir nechta omillarning birlashmasi natijasida rivojlanadi. KK bilan bog'liq bo'lgan 100 ga yaqin bitta nukleotid polimorfizmlari tasvirlangan. Ushbu genetik fon tug'ma immunitet reaksiyasi, autofagiya, mikroorganizmlarni aniqlash mexanizmlari, endoplazmatik retikulotsitar stress, epiteliya to'sig'i funksiyalari va adaptiv immun javobning o'zgarishiga moyil. IYaK rivojlanishiga moyil bo'lgan asosiy immunitet nuqsoni dendrit hujayralar bilan bakterial molekulyar markerlarni (patternlarni) aniqlashning buzilishi bo'lib, bu signal beruvchi yallig'lanishga qarshi yo'llarning giperfaollashishiga olib keladi [3,4]. Shuningdek, IYaKda anaerob bakteriyalar, asosan Bacteroidetes va Firmicutes ulushining kamayishi tufayli ichak mikroflorasining xilma-xilligi kamayadi. Ushbu mikrobiologik va immunologik o'zgarishlar mavjud bo'lganda, IYaK qo'zg'atuvchi omillar ta'sirida rivojlanadi, ular orasida chekish, asabiy stress, D vitamini tanqisligi, tarkibida oz miqdordagi tolalar miqdori va hayvon oqsillari ko'p bo'lgan ozuqa, ichak infeksiyalari, ayniqsa C. difficile bilan bog'liq infeksiyalar mavjud.

Ushbu xavf omillarining o'zaro ta'sirining natijasi bo'lib Th1 va Th17-hujayralarining faollashishi, yallig'lanishga qarshi sitokinlarning, birinchi navbatda – alfa o'simtasi nekrozi omilining (O'NO-alfa), 12 va 23 interleykinlarning va hujayra adgeziyasi molekulalarining giperekspressiyasi hisoblanadi. KKda gumoral va hujayra reaksiyalarining qatori KK uchun xos bo'lgan, lekin yarali kolit (YaK) uchun emas, nekroz va ulkan hujayralar o'chog'isiz epiteliyoid gistotsitlardan tashkil topgan sarkoid granulyomalar shakllanishi bilan ichak devorining transmural yallig'lanishiga olib keladi.

KKda OITning har qanday - og'iz bo'shlig'idan anusgacha bo'lgan qismi shikastlanishi mumkin. Shunga qaramay, aksariyat hollarda KK ileotsekal bo'limni shikastlaydi. KKni, YaKdan farqli o'laroq, terapevtik yoki jarrohlik usullari bilan davolash mumkin emas [5].

Kasallik yoki holatning (kasalliklar yoki holatlar guruhining) epidemiologiyasi.

Horijiy ma'lumotlariga ko'ra, KK kasalligi 100 000 kishiga 0,3 dan 20,2 gachani, tarqalishi 100 000 kishiga 322 ni taskil qiladi [6]. Rossiya Federatsiyasida KKning tarqalishi to'g'risidagi ma'lumotlar cheklangan. KKning tarqalish darajasi shimoliy kengliklarda va G'arbda yuqori. Osiyoda KK bilan kasallanish va tarqalish darajasi pastroq, ammo o'shib bormoqda. Evropa irqiga mansub kishilar negroidlar va mongoloid irqi vakillariga qaraganda kasallikka ko'roq chalinadilar. Kasallikning eng yuqori nuqtasi 20 yoshdan 30 yosh orasida kuzatiladi [7]. Erkak va ayollarda kasallanish darajasi taxminan bir xil.

Kasallik yoki holat (kasalliklar yoki holatlar guruhi) ning tasnifi. Shikastlanishni lokalizatsiyalash bo'yicha KKni tasniflash uchun Monreal tasnifi qo'llaniladi (1-jadval) [8].

2-jadval. KKning ichakdan tashqi ko'rinishlari

Autoimmun, kasallik faolligi bilan bog'liq bo'lgan:	Autoimmun, kasallik faolligi bilan bog'liq bo'lmagan:	Uzoq muddatli yallig'lanish va metabolik buzilishlar natijasida yuzaga keladigan:
Artropatiyalar (artralgiyalar, artritlar) Teri shikastlanishlari (tugunli eritema, gangrenali pyodermiya) Shilliq qavatning shikastlanishi (aftozli stomatit) Ko'zning shikastlanishi (uveit, irit, iridotsiklit, episklerit)	Birlamchi sklerozli xolangit Ankilozlangan spondilit (sakroileit) Osteoporoz, osteomalyatsiya Psoriasis Psoriatik artrit	Xolelitiyaz Jigar steatozi, steatogepatit Periferik tomir trombozi, o'pka arteriyasi tromboemboliyasi Amiloidoz

Kasallikning og'irlik darajasi, umuman olganda quyidagilar bilan belgilanadi: joriy zo'rayish og'irligi, ichakdan tashqari ko'rinishlar va asoratlarning mavjudligi, shikastlanish ko'lami (uzunligi), davolanishga chidamliligi, xususan, gormonal qaramlik va rezistentlikning rivojlanishi. Biroq, tashxisni tavsiflash va davolash taktikasini aniqlash uchun joriy zo'rayishning og'irlik darajasini aniqlash kerak, buning uchun IYaKni o'rganish bo'yicha jamiyat tomonidan ishlab chiqilgan oddiy mezonlar [10], Harvi-Bredshju indeksidan [11] foydalaniladi. Shuningdek, KKFI mavjud (KK faollik indeksi - Besta indeksi [12]; CDAI), odatda, uni hisoblashning murakkabligi sababli klinik sinovlarda qo'llaniladi, unga ko'ra yengil, o'rtacha va og'ir darajadagi faol KK ajratiladi (G1-3 ilovalari). U yoki bu og'irlik darajasini baholash tizimidan foydalanish ma'lum bir kasalxonaning odatiy amaliyoti bilan belgilanadi.

KK kasallikning fenotipik variantiga ko'ra tasniflanishi.

Strikturlanmaydigan, penetratsiyalanmaydigan (rus tilida adabiyotlardagi sinonimlari – o'tish oralig'i mavjud bo'lgan, infiltrativ-yallig'lanishli, asoratlanmagan, ingliz tilidagi adabiyotda - luminal) – hech qachon asoratlanmagan kasallik kechishining yallig'lanishli xususiyati (kasallik mobaynida istalgan vaqtda).

Strikturlanadigan (stenozlovchi) – ichakda o'tish oralig'ining torayishi (nurli va/yoki endoskopik usullar ma'lumotlari yoki jarrohlik aralashuvi natijalariga ko'ra).

Penetratsiyalanadigan (sinonimlari: ruscha - fistulali, inglizcha - fistulising) qorin bo'shlig'i fistulalari va/yoki xo'ppoz bilan yallig'lanish infiltratining kasallik kechishining istalgan vaqtida, jarrohlikdan keyingi intraabdinal (qorin ichidagi) asoratlarni hisobga olmaganda.

Perianal (perianal shikastlanishlarning mavjudligi: fistula, anal yoriqlar, perianal xo'ppozlar) ko'rsatilgan turlarining har biri birgalikda kelishi mumkin, shuningdek perianal KKning mustaqil ko'riishi ham bo'lishi mumkin.

Gormonal terapiyaga javobga ko'ra KK tasnifi YaKning tasnifiga mos keladi

1. Gormonal rezistentlik:

1.1 O'g'ir darajadagi huruj holatida - 7 kundan ortiq tana vazniga 2 mg/kg ekvivalent dozada glyukokortikosteroidlarni (GKS) tizimli ravishda kiritilishiga qaramay, klinik va laboratoriya ko'rsatkichlarining ijobiy dinamikasining yo'qligi;

1.2 O'rtacha og'irlik darajasidagi huruj holatida - 2 hafta davomida tana vazniga 1 mg/kg-ga ekvivalent dozada GKSni og'iz orqali yuborish bilan kasallik faolligining saqlab qolinishi.

2. Gormonal qaramlik:

Davolash boshlanganidan boshlab 3 oy ichida dastlabki yaxshilanishdan so'ng GKS dozasini kamaytirilganda kasallik faolligining oshishi;

GKS bilan davolash tugaganidan keyin 3oy ichida kasallikning qaytalanishi.

Tashxisni ta'riflashda quyidagilar aks ettirilishi kerak:

a) oshqozon-ichak traktining shikastlangan segmentlarini qayd etgan holda shikastlanishning lokalizatsiyasi;

b) fenotipik variant;

c) hozirgi zo'rayishning og'irlik darajasi yoki kasallik remissiyasining mavjudligi;

d) kasallik kechishining xususiyati;

f) gormonal qaramlik yoki rezistentlikning mavjudligi;

g) ichakdan tashqari yoki ichak va perianal asoratlarning mavjudligi.

Agar bemorda bir vaqtning o'zida yoki kasallikning turli davrlarida fistula va srikturalar mavjud bo'lsa, Monreal tasnifi bo'yicha KK tashxisi "penetratsiyalaydigan" deb ta'riflanadi, chunki bu ancha og'ir asoratdir, ammo tashxisda striktura ham albatta asorat sifatida qayd etilishi kerak.

1.6 Kasallik yoki holatning (kasalliklar yoki holatlar guruhi) klinik ko'rinishi

KDning eng keng tarqalgan klinik alomatlariga surunkali diareya (6 haftadan ko'p), ko'p hollarda qon aralashmalarisiz, qorin og'rig'i, isitma va noma'lum genezli anemiya, ichak tutilishining alomatlari, shuningdek perianal asoratlar (jarrohlik yo'li bilan davolashdan so'ng qaytalanuvchi surunkali anal yoriqlar, paraproktit, to'g'ri ichakdagi fistulalar) kiradi.

OITning yuqori bo'limlari shikastlanishlari bilan KK bo'lgan bemorlarda boshqa gastroenterologik shikoyatlar ham bo'lishi mumkin. Masalan, qizilo'ngachning shikastlanishi bilan ko'krak qafasida og'rig'qlar, jig'ildon qaynashi va kekirish (gastroezofageal reflyuks kasalligini

eslatuvchi), og'irroq holatlarda - disfagiya va odinofagiya, qusish va vazn yo'qotish bo'yicha shikoyatlar qayd etiladi. Oshqozon va o'n ikki barmoqli ichak shikastlanishlari bilan KK mavjud bo'lgan bemorlar yonbosh ichak sohasida og'riq, og'irlik va to'lib toshishlar, ko'ngil aynish va ishtahaning pasayishi bo'yicha shikoyatlar qilishlari mumkin [13].

Bemorlarning sezilarli qismida kasallikning ichakdan tashqaridagi ko'rinishlar nomoyon bo'lishi mumkin [14] (2- jadval).

Yallig'lanish jarayonining faolligi bilan bog'liq bo'lgan autoimmun ko'rinishlar, ular zo'rayishning asosiy ichak alomatlari bilan birga paydo bo'lib, davolanish fonida ular bilan birga yo'qoladi. Jarayonning faolligi bilan bog'liq bo'lmagan autoimmun ko'rinishlar (ingliz tilidagi adabiyotlarda ular ko'pincha "hamrohlikda keladigan autoimmun kasalliklar" deb nomlanadi), asosiy kasallik (zo'rayishi yoki remissiyasi) fazasidan qat'i nazar, rivojlanish tendentsiyasiga ega va ko'pincha kasallikning salbiy prognozini belgilaydi.

Kasallik rivojlanishining dastlabki bosqichlarida klinik ko'rinish ifodalanmasligi mumkin, bu esa tashxislashni sekinlashtiradi. Shu munosabat bilan, tashxis qo'yishda, bemorlarning katta qismida KKning asoratlari bilan bog'liq alomatlar aniqlanadi. KK asoratlari quyidagilar kiradi: tashqi fistulalar (ichak-teri), ichki fistulalar (ichaklararo, ichak-pufakchali, rekto-vaginal (qin)), qorin bo'shlig'i infiltrati, ichaklar orasi yoki intraabdominal xo'ppozlari, OIT strikturalari (ichak o'tkazuvchanligi buzilishi bilan va bunday buzilishsiz), anal yoriqlar, paraproktit (anorektal shikastlanishlarda), ichakdan qon ketishi (kamdan-kam hollarda).

Perianal ko'rinishlar KK dan aziyat chekadigan bemorlarning 26-54%da rivojlanadi [15-17] va yo'g'on ichakning shikastlanishi holatlarida tez-tez uchraydi.

KASALLIK YOKI HOLATNI (KASALLIKLAR YOKI HOLATLAR GURUHINI) TASHXISLASH, TIBBIY KO'RSATMALAR VA TASHXISLASH USULLARIDAN FOYDALANISHGA QARSHI KO'RSATMALAR

KK uchun aniq tashxislash mezonlari mavjud emas va tashxis anamnez ma'lumotlari yig'indisi, klinik ko'rinish va tipik endoskopik va gistologik o'zgarishlar asosida qo'yiladi [18-20].

Tashxis tasdiqlanishi kerak: endoskopik va morfologik usullar va/yoki tashxislashning endoskopik va rentgenologik usullari bilan.

KK tashxisining endoskopik mezonlari – bular shilliq qavatining sohaviy (uzlukli) shikastlanishi, "toshli ko'prik" alomati (bo'ylamasiga yo'naltirilgan chuqur yaralar va ko'ndalang yo'naltirilgan yaralarning shishgan giperemik shilliq qavatining orolchalari bilan birikmasi), chiziqli yaralar (yara-yoriqlar), aftalar, ba'zi hollarda esa - strikturalar va fistula teshiklaridir.

KKning rentgenografik ko'rinishiga sohaviy, uzlukli shikastlanishlar, strikturalar, "toshli ko'prik", fistulalar va ichak oralig'idagi yoki qorin bo'shlig'idagi xo'ppozlar kiradi.

KKning morfologik belgilari bo'lib quyidagilar xizmat qiladi:

- shilliq asosi ostiga yoki mushak qavatiga kirib boradigan chuqur yoriqli yaralar;

- odatda rezektsiya qilingan soha devorida va faqat 15-36% hollarda - shilliq qavatining biopsiyasida aniqlanadigan epiteliyoid granulyomalar (nekroz o'choqlarisiz epiteliyoid gistiotsitlar va ulkan hujayralarning to'planishi);

- shilliq qavatning o'z plastinkasining fokal (diskret) limfoplazmatsitar infiltratsiyasi;

- ichak devorining barcha qatlamlarida limfoid giperplaziyasi bilan transmural yallig'lanish infiltratsiyasi;

- uzlukli shikastlanish - ichakning shikastlangan va sog'lom sohalarining almashinuvi (ichakning rezektsiya qilingan qismini tekshirishda).

YKdan farqli o'laroq, KKda kript-xo'ppozlari kam-kam hollarda shakllanadi, shilimshiq sekretsiyasi esa normal holda qoladi. Tashxis tasdiqlanishi kerak: endoskopik va morfologik usullar va/yoki diagnostikaning endoskopik va nurli tashxislash usullari bilan.

Shikoyatlar va anamnez

Bemorlar so'rov qilinganda, ich kelishning chastotasi va tabiati, ushbu alomatlarining davomiyligi, qon aralashmalari mavjudligi, qorindagi og'riqlar xususiyati, tana harorati ko'tarilishi epizodlarining mavjudligi, anemiya, ichak berkilib qolishi alomatlar mavjudligi, perianal asoratlar (jarrohlik yo'li bilan davolashdan keyin qaytalanadigan surunkali anal yoriqlar, paraproktit, to'g'ri ichak fistulalari), kasallikning ichakdan tashqari ko'rinishlariga e'tibor qaratish lozim [14] (2-jadval).

Anamnezni yig'ishda yallig'lanish jarayonining faollashishi bilan bog'liq va bog'liq bo'lmagan autoimmun ko'rinishlar mavjudligiga va KKning asoratlariga e'tibor qaratish lozim. Bundan tashqari, kasallikning boshlanishi xususiyati, janubiy mamlakatlarga sayohat, oziq-ovqat mahsulotlariga muhosasizlik, dori-darmonlar (shu jumladan antibiotiklar va yallig'lanishga qarshi nosteroid preparatlar (YaQNP)), chekish va oilaviy anamnez haqida ma'lumotlar aniqlanishi kerak.

Fizikal tekshiruv

5C	Barcha bemorlarning fizikal tekshiruvi, umumiy usullardan tashqari (ko'zdan kechirish, auskultatsiya, perkussiya va qorinni paypaslash) quyidagilarni o'z ichiga olishi kerak. - perianal sohani tekshirish; - KKning perianal ko'rinishini aniqlash uchun to'g'ri ichakni barmoq bilan tekshirish [11,21].
----	---

Fizikal tekshiruvda KKning turli xil ko'rinishlari, jumladan isitma, ozuqa tanqisligi, qorin bo'shlig'i infiltratsiyasi, tashqi ichak fistulalari, perianal ko'rinishlar (yoriqlar, fistulalar), shuningdek ichakdan tashqari ko'rinishlar aniqlanishi mumkin.

Laborator tashxislash tadqiqotlari

4C	KK mavjud bo'lgan barcha bemorlarda anemiya, hamroh patologiya va KK faolligi darajasini aniqlash uchun kengaytirilgan (klinik) umumiy qon tahlilini o'tkazish tavsiya etiladi [22-24].
----	---

KKning laboratoriya ko'rinishlari nospetsifik xususiyatlarga ega. Qonning klinik tahlilida anemiya (temir tanqisligi bilan, surunkali kasallik anemiyasi, B-12 yoki folat tanqisligi bilan), leykotsitoz (surunkali yallig'lanish fonida, xo'ppoz mavjudligida yoki steroid terapiyasi fonida), trombotsitoz tashxislanishi mumkin. Anemiyaning differentsial tashxislanishi kerak bo'lsa, foliy kislotasi, B12 vitamini, zardobli temir, zardobning umumiy bog'lanish qobiliyati va ferritin miqdorini o'rganish maqsadga muvofiqdir.

4C	KK mavjud bo'lgan barcha bemorlarda biokimyoviy qon tahlilini (umumiy oqsil, albumin, ALT, AST, umumiy bilirubin, gamma-GT, LDG, K +, Na +, Cl-, C-reaktiv oqsili, ishqorli fosfataza, fibrinogen) hamroh patologiyani tashxislash uchun o'tkazish tavsiya etiladi [23,25-28].
----	--

Biokimyoviy tadqiqot elektrolit buzilishlari, gipoproteinemiya (xususan, gipoalbuminemiya), shuningdek ishqorli fosfatazaning oshishini aniqlash imkonini beradi, bu KK bilan bog'liq bo'lgan asosiy sklerozli xolangitning ko'rinishi bo'lishi mumkin.

2A	Bemorlarga, agar ichakdagi yallig'lanish faolligini baholash yoki monitoring qilish zarur bo'lsa, fekal kalprotektin uchun najas tahlilini o'tkazish tavsiya etiladi [29].
----	--

4C	Yaqinda antibiotik terapiyasi kursini o'tgan yoki kasalxonada yotib chiqqan bemorlarga o'tkir ichak infeksiyasini istisno qilish uchun najas tahlilini o'tkazish, klostridial infeksiyani istisno qilish uchun A va B klostridialtoksinlarini tekshirish tavsiya etiladi [30-35].
----	---

90% hollarda infeksiyani aniqlash uchun kamida 4 najas namunasi talab qilinadi. KKning og'ir darajadagi hurujida PCR usuli bilan qon va/yoki ichak shilliq qavatidagi TsMV infeksiyasini aniqlash muhim ahamiyatga ega.

5C	KKning zo'rayishi (yoki kasallikning birinchi huruji) qayd etilgan bemorlarga o'tkir ichak infeksiyasi bilan differentsial diagnostika qilish tavsiya etiladi [36-37].
----	--

Boshqa tashxislash tekshiruvlari

5C	Dastlabki tekshiruvda bemorlarga rektoromanoskopiyani amalga oshirish tavsiya etiladi [11,21].
5C	Ichak tutilishi yoki ichak teshilishiga shubxa qilingan bemorlar uchun ushbu holatni tasdiqlash uchun qorin bo'shlig'ining umumiy rentgenografiyasini o'tkazish tavsiya etiladi [38, 39].
4C	Bemorlarga, agar yallig'lanish jarayonining lokalizatsiyasi, uzunligi, faollik darajasini aniqlash zarur bo'lsa, ileokolonoskopiya o'tkazish tavsiya etiladi [40,41].
4C	Dastlabki tashxis qo'yilgan, kasallikning rivojlanishiga shubxa qilingan yoki qaytalanish alomatlari bo'lgan bemorlarga OITning yuqori bo'limlarining shikastlanganligini istisno qilish/tasdiqlash uchun ezofagog-stroduodenoskopiyani o'tkazish tavsiya etiladi [13,42,43].
1A	Bemorlarga, agar yallig'lanish jarayonining lokalizatsiyasi, uzunligi, faollik darajasini aniqlash zarur bo'lsa, shuningdek, KK asoratlarini (abdominal infiltratlar, ichaklararo, organlararo fistulalar, teshilishlar, strikturalar) asoratlarini istisno qilish uchun, magnit-rezonans tomografiya (MRT) va/yoki ichakni kontrastlash bilan kompyuter tomografiyasi (KT)ni o'tkazish tavsiya etiladi [18,44,45].
1A	To'g'ri ichak fistulalari shaklidagi KKning perianal ko'rinishlari bo'lgan yoki ularga shubxa qilingan bemorlarga tashxisni tasdiqlash, lokalizatsiyasini va fistulali yo'lning uzunligini aniqlash uchun tomir ichiga kontrastlash bilan kichik tos suyagi MRTni o'tkazish tavsiya etiladi [18,46].

Agar MRT o'tkazishning imkoni bo'lmasa, bunday bemorlarga rektal datchiklar bilan ultratovush tekshiruvini (UTT) va/yoki fistulografiyani o'tkazish tavsiya etiladi. Shu bilan birga, ushbu usullarning sezgirliги va o'ziga xosligi hozirgi vaqtda MRTdan pastroq yuradi. KKning perianal ko'rinishlarida tekshiruvning maqsadi, birinchi navbatda, shoshilinch jarrohlik yo'li bilan davolashni talab qiladigan pararektal sohadagi o'tkir yiringli jarayonni istisno qilishdir.

5C	Agar KT yoki MRT o'tkazishning imkoni bo'lmasa, ichak tutilishini istisno qilgandan so'ng, bemorlarni yallig'lanish jarayonining lokalizatsiyasi va ko'lamini, ichaklararo, organlararo fistulalarni, strikturalarni tasdiqlash uchun bariy suspenziyasi bilan ichakni rentgen-kontrastli tekshiruvdan o'tkazish tavsiya etiladi [38].
2C	O'tkir hurujli yoki birinchi marta murojaat qilgan bemorlarga biopsiya materialini patologjanatomik tekshiruvini o'tkazish uchun shikastlangan sohada ichak shilliq qavatining biopsiyasini o'tkazish tavsiya etiladi [40].
2B	Barcha bemorlarga qorin bo'shlig'i, qorin pardasi orqasidagi, kichik tos suyagi organlarining UTTni o'tkazish asosiy kasallikning asoratlari va hamroh patologiyani istisno qilish uchun tavsiya etiladi [32-34].
1B	OITning yuqori bo'limlarining shikastlanishiga shubxa qilingan bemorlar (OITning o'tish yo'li toraygan sohalari bo'lmagan taqdirda) va MRT, KT va UTTlarida yallig'lanish belgilari bo'lmasa yoki ularni o'tkazish mumkin bo'lmasa, tashxisni tasdiqlash, lokalizatsiyasini, yallig'lanish jarayonining faolligini aniqlash uchun videokapsulali endoskopiyasini o'tkazish tavsiya etiladi [25].

Shuni esda tutish kerakki, ichakda kapsulaning tutub qolinishi bemorlarning 13 foizida kuzatiladi [25].

4C	KK mavjud bo'lgan bemorlarda agar kapsulali endoskopiyani o'tkazish zarur bo'lsa, ushbu tekshiruvdan oldin ingichka ichakdagi strikturani aniqlash uchun rentgenologik tekshiruvlarni (KT-enterografiya yoki MR-enterografiya) o'tkazish tavsiya etiladi [36,37].
2B	Ingichka ichakning shikastlanishiga shubxa qilingan va ileokolonoskopiya, KT va MRT ma'lumotlariga ko'ra tashxisni ishonchli tasdiqlash, videokapsulali tekshiruvni o'tkazishning imkoni bo'lmagan KK bilan kasallangan bemorlarga enteroskopiya tashxisni tasdiqlash, yallig'lanish jarayonining lokalizatsiyasi va faollik darajasini aniqlash uchun ikki ballonli enterskopiyaning o'tkazish tavsiya etiladi [28].

Tashxislashning boshqa turlari

Qo'shimcha instrumental va laboratoriya tekshiruvlari asosan bir qator kasalliklar bilan differentsial tashxis qo'yish maqsadida amalga oshiriladi [29]. Bular yuqumli, qon tomir, dorilar ta'siradagi, toksik va radiatsion shikastlanishlar, shuningdek divertikulit va boshqa kasalliklaridir. Differentsial tashxislashning keyingi bosqichida IYaK guruhiga kiruvchi YK va KKning klinik tashxislari tekshiriladi. Shunday qilib, KKning differentsial tashxisi YK, o'tkir ichak infeksiyalari (dizenteriya, salmonellyoz, kampilobakterioz, iyersinioz, ambiaz, parazitoz), antibiotiklar bilan bog'liq ichak shikastlanishlari (shu jumladan, C.difficile bilan bog'liq infeksiya) [36,37], YaQNP bilan bog'liq enteropatiya, ichak sil kasalligi, tizimli vaskulyit, yo'g'on ichak va ingichka ichak neoplaziyasi, divertikulit, appenditsit (ko'richak), endometrioz, to'g'ri ichakning solitar yarasi, ishemik kolit, aktinomikoz, nurlanish oqibatida ichak shikastlanishi va tiralgan ichak alomati qayd etilgan bemorlarda amalga oshiriladi.

Differentsial tashxislash va KKning ichakdan tashqari ko'rinishini davolash terapiyasini tanlash va hamroh holatlar uchun quyidagilarning maslahatidan o'tish talab etiladi:

- psixoterapevt yoki tibbiy psixolog (nevroz, stoma mavjudligi bilan rejalashtirilgan jarrohlik aralashuvi va boshqalar);
- endokrinolog (steroid qandli diabet, uzoq muddatli gormonal terapiya o'tkazilgan bemorlarda buyrakusti bezlari yetishmovchiligi);
- dermatovenerolog (tugunli eritema, pyodermiya va boshqalarning differentsial tashxisi);
- revmatolog (artropatiya, sakroilit va boshqalar);
- akusher-ginekolog (homiladorlik).

DORI-DARMONLAR BILAN VA DORI-DARMONLARSIZ TERAPIYA, PARHEZLI TERAPIYA YORDAMIDA DAVOLASH, OG'RIQNI QOLDIRISH, TIBBIY KO'RSATMALAR VA DAVOLASH USULLARINI QO'LLASH MUMKIN BO'LMAGAN HOLATLAR

Konservativ davolash

Davolash printsiplari.

KKda davolash tadbirlariga dorilarni tayinlash, jarrohlik yo'li bilan davolash va parhezli terapiya kiradi [11].

KK bilan kasallangan barcha bemorlarga konservativ yoki jarrohlik yo'li bilan davolash turini hurujning og'irligi, oshqozon-ichak traktidagi yallig'lanish darajasi va joylashishi, ichakdan tashqari ko'rinishlar va ichak asoratlari (striktura, xo'ppoz, infiltrat) mavjudligi, anamnezning davomiyligi, avvalgi terapiyaning samaradorligi va xavfsizligi va KK asoratlarini rivojlanish xavfiga ko'ra aniqlash tavsiya etiladi [11]. Terapiyani tanlashda bemorda tashxis qo'yish paytida kasallikning yomon prognozi omillari mavjudligiga e'tibor berish kerak (bemorning yoshi <40 yosh, ingichka ichakning tarqalgan shikastlanishi (>100 sm), tizimli steroidlarni erta buyurish zaruriyati, perianal Kron kasalligi, shuningdek penetratsion shakl (B3) mavjudligi, OITning yuqori bo'limlarining qamrab olinishi (L4), klinik remissiyaga erishilgan vaqtda shilliq qavatning

bitmasligi, chekuvchi maqomi, epiteliyoid granulomalar mavjudligi, hamroh autoimmun kasalliklarning mavjudligi).

Terapiyaning maqsadlari "maqsadga erishgunga qadar davolash" strategiyasiga mos keladi» («Treat to target»).

KK terapiyasining maqsadi remissiyani induksiya qilish va uni GKSlarsiz ushlab turish, asoratlarning oldini olish, jarrohlikning oldini olish va jarayonning rivojlanishi, hayot uchun xavfli bo'lgan asoratlarning rivojlanishida esa jarrohlik yo'li bilan davolashni o'z vaqtida tayinlashdan iboratdir. Jarrohlik yo'li bilan davolash ichakning ta'sirlangan barcha segmentlarini tubdan olib tashlagan taqdirda ham, KK bilan kasallangan bemorlarning to'liq davolanishiga olib kelmasligi sababli, qaytalishga qarshi terapiyani amalga oshirish kerak, u jarrohlikdan keyin 2 haftadan kechiktirmasdan boshlanishi kerak [22].

KK bilan kasallangan bemorlarga tayinlanadigan dorilar shartli ravishda quyidagilarga bo'linadi:

Remissiyani induksiya qilish uchun vositalar: tizimli GKSlar (prednizolon** va metilprednizolon**) va immunodepressorlar (azatioprin** (AZA), # merkaptopurin** (MP), #metotreksat** (MT)) bilan birgalikda topik (budesonid *), biologik gen-injener preparatlari: O'NO-alfa (infliksimumab**, adalimumab** va sertolizumab pegol**)ga monoklonal antitanachalar, IL-12/23 (ustekinumab**) ga monoklonal antitanachalar va alfa4 -beta7 integralinga monoklonal antitanachalar, faqat OITda selektiv tarzda ta'sir qiladigan (vedolizumab**), shuningdek antibiotiklar.

Remissiyani saqlab qolish uchun vositalar (qaytalanishga qarshi dorilar): immunosupressorlar (AZA**, # MP**), biologik preparatlar (infliksimumab**, adalimumab**, sertolizumab pegol** ustekinumab** va vedolizumab**), tofacinitib .

Yordamchi simptomatik vositalar: anemiyani tuzatish uchun preparatlar, oqsil-elektrolit buzilishlarini tuzatish uchun preparatlar, osteoporozning oldini olish uchun vositalar (kaltsiy preparatlari) va boshqalar.

Shuni alohida ta'kidlash kerakki, tizimli GKSlarni qo'llab-quvvatlovchi terapiyasi sifatida qo'llash hamda ularni 12 haftadan ko'proq vaqtga tayinlash mumkin emas [23].

Terminal ileit shaklidagi KK, og'irlikning yengil darajasi

1B	Ushbu guruhdagi bemorlar uchun budesonid** preparatini kapsula yoki granulalarda paket shaklida birinchi qatorli terapiya sifatida tayinlash tavsiya etiladi (kapsulalarni qabul qilishda 10 hafta davomida kuniga bir marta 9 mg yoki 3 marta 3 mgdan dozani tashkil qiladi, keyinchalik to'liq bekor qilinmagungacha haftada 3 mgdan kamaytiriladi. Paketni qabul qilishda sutkalik doza 16 hafta davomida kuniga 9 mgni tashkil qilib, keyinchalik ikki hafta
----	--

	davomida har kuni 9 mgdan kamaytiriladi) [11,14-16].
--	--

Budesonidning** terapevtik ta'sirini 2-4 hafta o'tgandan keyin baholash kerak. Budesonidga** terapevtik javob bo'lmasa, davolash KKning o'rtacha og'irlikdagi hurujida bo'lgani kabi amalga oshiriladi.

1A	Ushbu guruhdagi bemorlar uchun qaytalanishga qarshi terapiya sifatida immunosupressorlarni (AZA** kuniga 2-2,5 mg/kg yoki # MT** kuniga # 1,5 mg/kg) erta (budesonid ** bilan bir vaqtda) tayinlash, ularga murosasizlik yoki ular samarali bo'lmasa - # MT** (haftada 25 mg t/o yoki t/i) tavsiya etiladi [17-19].
----	---

AZA** 12 haftadan keyin ta'sir qilishni boshlashi sababli AZA**ni GKS bekor qilingan paytga kelib ta'sir qilishni boshlashi uchun ertaroq tayinlash zarur.

5C	Ushbu guruhdagi bemorlar uchun budesonid** bekor qilingandan keyin terapevtik dozalarda kamida 4 yil davomida tiopurinlar (AZA**/#MP**) bilan qaytalanishga qarshi terapiyani o'tkazish tavsiya etiladi [11,20-22].
----	---

3-jadval. GKSning qiyosiy xarakteristikasi

Preparat	Ta'sir qilish davomiyligi (t1/2)	Ekvivalent doza (mg)
Gidrokortizon	8-12 soat	20
Prednizon	12-36 soat	5
Metilprednizolon	12-36 soat	4

O'rtacha og'irlikdagi ileotsekal lokalizatsiyalangan KK

1A	Ushbu guruhdagi bemorlarga KK remissiyasining induktsiyasi uchun topik steroidlar (budesonid** - 9 mg/kun) tavsiya etiladi. Dozalash rejimi, samaradorligini baholash vaqti shunga o'xshash darajada lokalizatsiyalangan
----	--

	yengil KK vaqti bilan bir xil [16].
--	-------------------------------------

1A	Ushbu guruhdagi bemorlarga KK remissiyasining induksiyasi uchun topik steroidlar (budesonid**) samarasiz bo'lsa yoki infiltrat, yallig'lanishli torayish va/yoki tizimli yallig'lanish belgilari mavjud bo'lganda tizimli GKS (prednizolon** yoki boshqa GKSlarning ekvivalent dozalari) dan foydalanish tavsiya etiladi(3-jadval) [23-25].
----	---

Ushbu lokalizatsiya va og'irlik darajasida prednizolonning dozasi tana vazniga 1 mg/kgni tashkil qiladi. GKSlarning samaradorligi 2-4 hafta o'tgandan keyin immunosupressorlar bilan terapiyani davom ettirish fonida to'liq bekor qilinmaguncha GKSlar dozasini keyinchalik 5-7 kunda 5 mg-ga kamaytirish bilan baholanadi. GKS terapiyasining umumiy davomiyligi 12 haftadan oshmasligi kerak.

3B	Ushbu guruhdagi bemorlarga faol tizimli yallig'lanish belgilari va/yoki infiltrat va/yoki yiringli asoratlar mavjud bo'lgan antibiotiklarni qo'shish tavsiya etiladi [26-29].
----	---

1 g/kun metronidazol + 1 g/kun ftorxinolonlarni 10-14 kun davomida og'iz orqali yoki parenteral qabul qilishni tayinlash tavsiya etiladi. Preparatlarni uzoq muddat davomida (3 oygacha) og'iz orqali qabul qilishga o'tish mumkin.

1A	Ushbu guruhdagi bemorlar uchun qaytalanishga qarshi terapiya sifatida immunosupressorlarni (AZA** kuniga 2-2,5 mg/kg yoki # MP** kuniga # 1,5 mg/kg) erta (budesonid ** bilan bir vaqtda) tayinlash, ularga muvofiqsizlik yoki ular samarali bo'lmasa - # MT** (haftada bir marta 25 mg t/o yoki t/i) tavsiya etiladi [17-19].
----	--

1A	Ushbu guruhdagi bemorlar uchun GKS bekor qilingandan keyin kamida 4 yil davomida tiopurinlar (AZA**/#MP**) bilan qo'llab-quvvatlovchi terapiyani o'tkazish tavsiya etiladi [11,20-22].
----	--

3C	Steroidga rezistentlik, steroidga qaramlik, GKSGa muvofiqsizlik bo'lgan faol KK yoki immunosupressorlarning samarasizligi yoki muvofiqsizligida bemorlar guruhiga induksiya kursi (infliksimumab**, adalimumab**, sertolizumab pegol**, ustekinumab** yoki vedolizumab**) ko'rinishida
----	--

	biologik terapiya tavsiya etiladi [30-33].
--	--

Biologik preparatlarning dozalari foydalanish bo'yicha yo'riqnomalariga muvofiq tayinlanadi. Biologik terapiyaga birlamchi javobning mavjud emasligi induksiya kursidan keyin (preparatga qarab) aniqlanadi. Salbiy dinamika mavjud bo'lganda, preparatning samaradorligi avvalroq baholanadi. Barcha biologik preparatlar samaradorligi jihatidan taxminan bir xil, shuning uchun ularni birinchi qator terapiyasi sifatida bir xil ehtimollik bilan tayinlash mumkin.

1A	Biologik preparatlarning ixtiyoriy bittasi bilan remissiyaga erishgan bemorlarga xuddi shu preparat bilan (immunosupressorlar bilan yoki ularsiz) uzoq muddatli qo'llab-quvvatlovchi terapiyaga o'tishi tavsiya etiladi [37-40].
----	--

Qo'llab-quvvatlovchi terapiya uchun biologik preparatlarni kiritish uchun dozalar va sxemalar foydalanish bo'yicha yo'riqnomalarga muvofiq belgilanadi.

1A	Infliksimabni** tayinlashda faol KK bo'lgan bemorlarga davolash samaradorligini oshirish uchun uni tiopurinlar bilan birga tayinlash tavsiya etiladi [37-40].
----	---

Boshqa biologik preparatlar uchun bu kombinatsiya maqsadga muvofiqligi isbotlanmagan. Kombinatsiyalangan terapiyani tayinlash davolovchi shifokorning qanday qaror qabul qilishiga bog'liq.

1A	Biologik preparatlarning ixtiyoriy bittasi bilan birlamchi samaralikka erishilmaganda bemorlarga remissiyaga erishish uchun terapiyani boshqa sinfdagi preparatga almashtirish tavsiya etiladi [41-43].
----	---

Xuddi shu sinfdagi preparatga o'tish mumkin, ammo uning samaradorligi preparatlarning boshqa sinfiga o'tishga qaraganda pastroq.

1A	Biologik preparatlarning ixtiyoriy bittasi bilan o'tkazilgan terapiyaga javobning yo'qotilishi qayd etilgan bemorlarga (ilgari erishilgan remissiya fonida KKning qaytalanishi) foydalanish bo'yicha yo'riqnomalarga muvofiq preparatlarni kiritish oralig'ini kamaytirish yoki dozani ko'paytirish shaklida xuddi shu preparat bilan terapiyani optimallashtirish yoki terapiyani boshqa preparatga o'zgartirish tavsiya etiladi [40-4].
----	---

1A	Faol KK bo'lgan bemorlarga konservativ terapiyaning samarasizligida jarrohlik yo'li bilan davolash tavsiya etiladi [37-38].
----	---

Yo'g'on ichakdagi har qanday darajada lokalizatsiyalangan KK

1A	Yengil va o'rtacha darajada zo'rayish qayd etilgan bemorlarga tizimli GKSlar (prednizolon** yoki boshqa GKSning ekvivalent dozalari) bilan og'iz orqali (peroral) terapiya tavsiya etiladi [23-25].
----	---

Usbu lokalizatsiyalanish va og'irlik darajasida prednizolonning dozasi tana vazniga 1 mg/kg ekvivalentni tashkil qiladi. Terapevtik ta'sirni baholash 2-4 haftadan keyin GKS dozasi 5-7 kun ichida immunosupressorlar bilan terapiya fonida to'liq bekor qilinmagunga qadar 5 mg-dan kamaytirish bilan amalga oshiriladi. GKS bilan terapiyaning umumiy davomiyligi 12 haftadan oshmasligi kerak.

1A	Og'ir darajada zo'rayish qayd etilgan bemorlarga tizimli GKSlar (prednizolon** yoki boshqa GKSning ekvivalent dozalari) bilan og'iz orqali (peroral) yoki tomir ichiga yoborish bilan terapiya tavsiya etiladi [23-25].
----	---

Usbu lokalizatsiyalanish va og'irlik darajasida prednizolonning dozasi tana vazniga 2 mg/kg ekvivalentni tashkil qiladi. Terapevtik ta'sirni baholash 2-4 haftadan keyin GKS dozasi 5-7 kun ichida immunosupressorlar bilan terapiya fonida to'liq bekor qilinmagunga qadar 5 mg-dan kamaytirish bilan amalga oshiriladi. GKS bilan terapiyaning umumiy davomiyligi 12 haftadan oshmasligi kerak.

1A	Ushbu guruhdagi bemorlar uchun GKS bilan bir vaqtda immunosupressorlarni (AZA** kuniga 2-2,5 mg/kg yoki # MP** kuniga #1,5 mg/kg) tayinlash, tiopurinlarga muhosasizlik bo'lsa - # MT** (haftada bir marta 25 mg t/o yoki t/i) tavsiya etiladi [17-19].
----	---

3B	Faol tizimli yallig'lanish alomatlari, sepsis tahdidi va/yoki infiltrat va/yoki yiringli asoratlar mavjud bo'lgan bemorlarning ushbu guruhiga antibiotiklar qo'shilishi tavsiya etiladi [26-29].
----	--

5C	Immunosupressorlar bilan qo'llab-quvvatlovchi terapiyani qabul qilayotgan ushbu guruhdagi bemorlar uchun uni kamida 4 yil davomida barqaror remissiyani saqlab turish uchun o'tkazish tavsiya etiladi [11].
----	---

4 C	Steroidga rezistentlik, steroidga qaramlik, GKSga murossasizlik bo'lgan faol KK yoki immunosupressorlarning samarasizligi yoki murossasizligida bemorlar guruhiga induksiya kursi (infliksimab**, adalimumab**, sertolizumab pegol**, ustekinumab** yoki vedolizumab**) tofacinitib ko'rinishida biologik terapiya tavsiya etiladi [30-33].
--------	---

Biologik preparatlarning dozalari va kiritish sxemalari foydalanish bo'yicha yo'riqnomalariga muvofiq tayinlanadi. Biologik terapiyaga birlamchi javobning mavjud emasligi induksiya kursidan keyin (preparatga qarab) aniqlanadi. Salbiy dinamika mavjud bo'lganda, preparatning samaradorligi avvalroq baholanadi. Barcha biologik preparatlar samaradorligi jihatidan taxminan bir xil, shuning uchun ularni birinchi qator terapiyasi sifatida bir xil ehtimollik bilan tayinlash mumkin.

1A	Har qanday biologik preparatlar bilan remissiyaga erishgan bemorlarga xuddi shu preparat bilan (immunosupressorlar bilan yoki ularsiz) qo'llab-quvvatlash terapiyasiga o'tish tavsiya etiladi [34-36].
----	--

Qo'llab-quvvatlovchi terapiya uchun biologik preparatlarni kiritish uchun dozalar foydalanish bo'yicha yo'riqnomalarga muvofiq belgilanadi.

1A	Infliksimabni** tayinlashda faol KK bo'lgan bemorlarga davolash samaradorligini oshirish uchun uni tiopurinlar bilan birga tayinlash tavsiya etiladi [37-39].
----	---

Boshqa biologik preparatlar uchun bu kombinatsiyaning maqsadga muvofiqligi isbotlanmagan. Kombinatsiyalangan terapiyani tayinlash davolovchi shifokorning qanday qaror qabul qilishiga bog'liq.

1A	Biologik preparatlarning ixtiyoriy bittasi bilan birlamchi samaralikka erishilmaganda bemorlarga remissiyaga erishish uchun terapiyani boshqa sinfdagi preparatga almashtirish tavsiya etiladi [41-43].
----	---

Xuddi shu sinfdagi preparatga o'tish mumkin, ammo uning samaradorligi preparatlarning boshqa sinfiga o'tishga qaraganda pastroq.

1A	Biologik preparatlarning ixtiyoriy bittasi bilan o'tkazilgan terapiyaga javobning yo'qotilishi qayd etilgan bemorlarga (ilgari erishilgan remissiya fonida KKning qaytalanishi) foydalanish bo'yicha yo'riqnomalarga muvofiq preparatlarni kiritish oralig'ini kamaytirish yoki dozani ko'paytirish shaklida xuddi shu preparat bilan terapiyani optimallashtirish yoki terapiyani boshqa preparatga o'zgartirish tavsiya etiladi [10-12].
----	--

1A	Faol KK bo'lgan bemorlarga konservativ terapiyaning samarasizligida jarrohlik yo'li bilan davolash tavsiya etiladi [37-38].
----	---

Ingichka ichak KK (terminal ileitdan tashqari)

5C	Cheklangan shikastlanish bilan KKning yengil darajada kechishi qayd etilgan bemorlarga 4 g dozada mesalazin bilan terapiya o'tkazish tavsiya etiladi, bunda ingichka ichakni bo'shatish maqsadga muvofiq [9,10].
----	--

Terapevtik ta'sirni baholash 2-4 haftadan so'ng amalga oshiriladi.

5C	Ingichka ichakni imkon qadar bo'shatish bilan mesalazin yordamida o'tkazilgan terapiyada remissiyaga erishilgan bemorlarga og'iz orqali 4 g dozada qo'llab-quvvatlash terapiyasini o'tkazish tavsiya etiladi [9,10].
----	--

1A	Mesalazin yordamida o'tkazilgan terapiyaning samarasizligi qayd etilgan bemorlarga tizimli GKSlar (prednizolon** yoki boshqa GKSlarning ekvivalent dozalari) bilan og'iz orqali (peroral) terapiya tavsiya etiladi [23-25].
----	---

Usbu lokalizatsiyalanish va og'irlik darajasida prednizolonning dozasi tana vazniga 1 mg/kg ekvivalentni tashkil qiladi. Terapevtik ta'sirni baholash 2-4 haftadan keyin amalga oshiriladi.

1A	KKning o'rtacha o'g'irlik darajasida kechishi qayd etilgan bemorlarga tizimli GKSlar (prednizolon** yoki boshqa GKSlarning ekvivalent dozalari) bilan og'iz orqali (peroral) terapiya tavsiya etiladi [23-25].
----	--

Usbu lokalizatsiyalanish va og'irlik darajasida prednizolonning dozasi tana vazniga 1 mg/kg ekvivalentni tashkil qiladi. Terapevtik ta'sirni baholash 2-4 haftadan keyin amalga oshiriladi.

1A	KKning o'g'ir darajada kechishi qayd etilgan bemorlarga tizimli GKSlar (prednizolon** yoki boshqa GKSlarning ekvivalent dozalari) bilan og'iz orqali (peroral) yoki tomir ichiga yuborish bilan terapiya tavsiya etiladi [23-25].
----	---

Ushbu lokalizatsiyalanish va og'irlik darajasida prednizolonning dozasi tana vazniga 2 mg/kg ekvivalentni tashkil qiladi. Terapevtik ta'sirni baholash 2-4 haftadan keyin amalga oshiriladi.

1A	Ushbu guruhdagi bemorlar uchun GKS bilan bir vaqtda immunosupressorlarni (AZA** kuniga 2-2,5 mg/kg yoki # MP** kuniga #1,5 mg/kg) tayinlash, tiopurinlarga muvosiqlik bo'lsa - # MT** (haftada bir marta 25 mg t/o yoki t/i) tavsiya etiladi [17-19].
----	---

3B	Tizimli yallig'lanish alomatlari, sepsis tahdidi va/yoki infiltrat va/yoki yiringli asoratlar mavjud bo'lgan bemorlarning ushbu guruhiga antibiotiklar qo'shilishi tavsiya etiladi [16-19].
----	---

1 g/kun metronidazol + 1 g/kun ftorxinolonlarni 10-14 kun davomida og'iz orqali yoki parenteral qabul qilishni tayinlash tavsiya etiladi. Preparatlarni uzoq muddat davomida (3 oygacha) og'iz orqali qabul qilishga o'tish mumkin.

1A	Immunosupressorlar bilan qaytalanishga qarshi terapiyani qabul qilayotgan ushbu guruhdagi bemorlar uchun uni kamida 4 yil davomida barqaror remissiyani saqlab turish uchun o'tkazish tavsiya etiladi [11].
----	---

3C	Steroidga rezistentlik, steroidga qaramlik, GKSGa muvosiqlik bo'lgan faol KK yoki immunosupressorlarning samarasizligi (AZA**/#MP** fonida GKS bekor qilingandan keyin 3-6 oydan keyin qaytalanishi) yoki muvosiqlikda bemorlar guruhiga keyinchalik uzoq muddatli (ko'p yillik) qo'llab-quvvatlovchi davolashga o'tish bilan induksiya kursi (infliksimab**, adalimumab**, sertolizumab pegol**, ustekinumab** yoki vedolizumab**) ko'rinishida biologik terapiya tavsiya etiladi [20-23].
----	---

Biologik preparatlarning dozalari va kiritish sxemalari foydalanish bo'yicha yo'riqnomalariga muvofiq tayinlanadi. Biologik terapiyaga birlamchi javobning mavjud emasligi induksiya kursidan keyin (preparatga qarab) aniqlanadi. Salbiy dinamika mavjud bo'lganda, preparatning samaradorligi avvalroq baholanadi. Barcha biologik preparatlar samaradorligi jihatidan taxminan bir xil, shuning uchun ularni birinchi qator terapiyasi sifatida bir xil ehtimollik bilan tayinlash mumkin.

1A	Biologik preparatlarning bittasi bilan remissiyaga erishilgan bemorlarga xuddi shu preparat bilan (immunosupressorlar bilan yoki ularsiz) qo'llab-quvvatlash terapiyasiga o'tish tavsiya etiladi [24-26].
----	---

--	--

Qo'llab-quvvatlovchi terapiya uchun biologik preparatlarni kiritish uchun dozalar foydalanish bo'yicha yo'riqnomalarga muvofiq belgilanadi.

1A	Infliksimabni** tayinlashda faol KK bo'lgan bemorlarga davolash samaradorligini oshirish uchun uni tiopurinlar bilan birga tayinlash tavsiya etiladi [27-30].
----	---

Boshqa biologik preparatlar uchun bu kombinatsiyaning maqsadga muvofiqligi isbotlanmagan. Kombinatsiyalangan terapiyani tayinlash davolovchi shifokorning qanday qaror qabul qilishiga bog'liq.

1A	Biologik preparatlarning ixtiyoriy bittasi bilan birlamchi samaralikka erishilmaganda bemorlarga remissiyaga erishish uchun terapiyani boshqa sinfdagi preparatga almashtirish tavsiya etiladi [1-3].
----	---

Xuddi shu sinfdagi preparatga o'tish mumkin, ammo uning samaradorligi preparatlarning boshqa sinfiga o'tishga qaraganda pastroq.

1A	Biologik preparatlarning ixtiyoriy bittasi bilan o'tkazilgan terapiyaga javobning yo'qotilishi qayd etilgan bemorlarga (ilgari erishilgan remissiya fonida KKning qaytalanishi) foydalanish bo'yicha yo'riqnomalarga muvofiq preparatlarni kiritish oralig'ini kamaytirish yoki dozani ko'paytirish shaklida xuddi shu preparat bilan terapiyani optimallashtirish yoki terapiyani boshqa preparatga o'zgartirish tavsiya etiladi [10-12,22].
----	---

1A	Faol KK bo'lgan bemorlarga konservativ terapiyaning samarasizligida jarrohlik yo'li bilan davolash tavsiya etiladi [7,88].
----	--

3.1.5. Qizilo'ngach, oshqozon va o'n ikki barmoqli ichak shikastlanishi bilan KK

5C	Qizilo'ngach, oshqozon va o'n ikki barmoqli ichak shikastlanishlari bilan faol KK mavjud bo'lgan bemorlarga remissiyaga erishish uchun proton nasosi ingibitorlari bilan birgalikda tizimli GKSlar bilan dastlabki terapiya tavsiya etiladi [13].
----	---

--	--

Hozirgi vaqtda OITning yuqori bo'limlari shikastlanishlari bilan KKni davolash uchun dori preparatlarining samaradorligi bo'yicha nazorat qilinadigan tadqiqotlar mavjud emas. Kasallikning refraktar kechishida biologik terapiyaning juda yaxshi ta'siri qayd etildi [13].

1A	Ushbu guruhdagi bemorlar uchun GKS bilan bir vaqtda immunosupressorlarni (AZA** kuniga 2-2,5 mg/kg yoki # MP** kuniga #1,5 mg/kg) tayinlash, tiopurinlarga murosasizlik bo'lsa - # MT** (haftada bir marta 25 mg t/o yoki t/i) tavsiya etiladi [7-9].
----	---

1A	Immunosupressorlar bilan qaytalanishga qarshi terapiyani qabul qilayotgan ushbu guruhdagi bemorlar uchun uni kamida 4 yil davomida barqaror remissiyani saqlab turish uchun o'tkazish tavsiya etiladi [11].
----	---

3C	Steroidga rezistentlik, steroidga qaramlik, GKSga murosasizlik bo'lgan faol KK yoki immunosupressorlarning samarasizligida KKning boshqa joyda lokalizatsiyalangan holatlarida o'tkaziladigan terapiyaga o'xshash biologik terapiya tavsiya etiladi+ [10-20].
----	---

1A	Faol KK bo'lgan bemorlarga konservativ terapiyaning samarasizligida jarrohlik yo'li bilan davolash tavsiya etiladi [7-8].
----	---

Har qanday darajada lokalizatsiyalangan faol KKning og'ir ko'rinishda kechishi

1A	KKning og'ir darajada kechishi qayd etilgan bemorlarga tizimli GKSlar (prednizolon** yoki boshqa GKSlarning ekvivalent dozalari) bilan og'iz orqali (peroral) yoki tomir ichiga yuborish bilan terapiya tavsiya etiladi [3,4].
----	--

Ushbu lokalizatsiyalanish va og'irlik darajasida prednizolonning dozasi tana vazniga 1-2 mg/kg ekvivalentni tashkil qiladi. Terapevtik ta'sirni baholash 2-4 haftadan keyin amalga oshiriladi.

1A	Ushbu guruhdagi bemorlar uchun GKS bilan bir vaqtda immunosupressorlarni (AZA** kuniga 2-2,5 mg/kg yoki # MP** kuniga #1,5 mg/kg), tiopurinlarga murosasizlik bo'lsa - # MT** (haftada bir marta 25 mg t/o yoki t/i) tayinlash tavsiya etiladi [7-9].
----	---

3B	Tizimli yallig'lanish alomatlari, sepsis tahdidi va/yoki infiltrat va/yoki yiringli asoratlar mavjud bo'lgan bemorlarning ushbu guruhiga antibiotiklar qo'shilishi tavsiya etiladi [6-9].
----	---

1 g/kun metronidazol + 1 g/kun ftorxinolonlarni 10-14 kun davomida og'iz orqali yoki parenteral qabul qilishni tayinlash tavsiya etiladi. Preparatlarni uzoq muddat davomida (3 oygacha) og'iz orqali qabul qilishga o'tish mumkin.

5C	Immunosupressorlar bilan qaytalanishga qarshi terapiyani qabul qilayotgan ushbu guruhdagi bemorlar uchun uni kamida 4 yil davomida barqaror remissiyani saqlab turish uchun o'tkazish tavsiya etiladi [11].
----	---

3C	Steroidga rezistentlik, steroidga qaramlik, GKSga murosasizlik bo'lgan faol KK yoki immunosupressorlarning samarasizligi (AZA**/#MP** fonida GKS bekor qilingandan keyin 3-6 oydan keyin qaytalanishi) yoki murosasizligida bemorlar guruhiga induksiya kursi (infliksimab**, adalimumab**, sertolizumab pegol**, ustekinumab** yoki vedolizumab**) ko'rinishida biologik terapiya tavsiya etiladi [10-13].
----	---

Biologik preparatlarning dozalari va kiritish sxemalari foydalanish bo'yicha yo'riqnomalariga muvofiq tayinlanadi. Biologik terapiyaga birlamchi javobning mavjud emasligi induksiya kursidan keyin (preparatga qarab) aniqlanadi. Salbiy dinamika mavjud bo'lganda, preparatning samaradorligi avvalroq baholanadi. Barcha biologik preparatlar samaradorligi jihatidan taxminan bir xil, shuning uchun ularni birinchi qator terapiyasi sifatida bir xil ehtimollik bilan tayinlash mumkin.

5C	Ushbu guruh bemorlariga 6 oy ichida kasallikning erta qaytalanishida davolashni darhol immunosupressorlar bilan kombinatsiyalangan tarzda yoki ularsiz tizimli GKS bilan qo'shgan holda biologik preparatlar bilan boshlash tavsiya etiladi [11].
----	---

GKSlarning takroriy kurslari faqat biologik preparatlarni qo'llashning imkoni bo'lmagan taqdirda tayinlanishi mumkin.

1A	Biologik preparatlarning ixtiyoriy bittasi bilan remissiyaga erishilgan bemorlarga xuddi shu preparat bilan (immunosupressorlar bilan yoki ularsiz) qo'llab-quvvatlash terapiyasiga o'tish tavsiya etiladi [14-16].
----	---

Qo'llab-quvvatlovchi terapiya uchun biologik preparatlarni kiritish uchun dozalar foydalanish bo'yicha yo'riqnomalarga muvofiq belgilanadi.

1A	Infliksimabni** tayinlashda faol KK bo'lgan bemorlarga davolash samaradorligini oshirish uchun uni tiopurinlar bilan birga tayinlash tavsiya etiladi [17-20].
----	---

Boshqa biologik preparatlar uchun bu kombinatsiyaning maqsadga muvofiqligi isbotlanmagan. Kombinatsiyalangan terapiyani tayinlash davolovchi shifokorning qanday qaror qabul qilishiga bog'liq.

1A	Biologik preparatlarning ixtiyoriy bittasi bilan birlamchi samaralikka erishilmaganda bemorlarga remissiyaga erishish uchun terapiyani boshqa sinfdagi preparatga almashtirish tavsiya etiladi [21-23].
----	---

Xuddi shu sinfdagi preparatga o'tish mumkin, ammo uning samaradorligi preparatlarning boshqa sinfiga o'tishga qaraganda pastroq.

1A	Biologik preparatlarning ixtiyoriy bittasi bilan o'tkazilgan terapiyaga javobning yo'qotilishi qayd etilgan bemorlarga (ilgari erishilgan remissiya fonida KKning qaytalanishi) foydalanish bo'yicha yo'riqnomalarga muvofiq preparatlarni kiritish oralig'ini kamaytirish yoki dozani ko'paytirish shaklida xuddi shu preparat bilan terapiyani optimallashtirish yoki terapiyani boshqa preparatga o'zgartirish tavsiya etiladi [10-12].
----	--

1A	Faol KK bo'lgan bemorlarga konservativ terapiyaning samarasizligida jarrohlik yo'li bilan davolash tavsiya etiladi [17,18].
----	---

Perianal shikaslanishlar bilan KK

KKda perianal shikastlanishlari ko'pincha jarrohlik yo'li bilan davolashni talab qiladi, bu 3.2.5-bo'limda –

“Perianal shikastlanishlar bilan KKni davolash” ko'rib chiqilgan.

5C	Perianal shikastlanishlar bilan KK mavjud bo'lgan barcha bemorlarni jarrohlik yo'li bilan davolash uchun ko'rsatmalar bo'lmasa yoki undan keyin immunosupressorlarni (AZA**, # MP**, # MT**) va/yoki biologik preparatlarni (infliksimab**, adalimumab**, certolizumab pegol**, ustekinumab** yoki vedolizumab) standart dozalarda tayinlash tavsiya etiladi [16].
----	--

2B	KKning perianal ko'rinishlari bo'lgan bemorlarga metronidazolni 1 g/kun va/yoki siprofloksatsin 1 g/kun dozada tayinlash tavsiya etiladi [16,17].
----	---

Antibiotiklar uzoq vaqt davomida tayinlanadi (6 oygacha yoki nojo'ya ta'sirlar paydo bo'lgunga qadar).

2B	KKning perianal ko'rinishlari bo'lgan bemorlarga terapiyaga sham va malham shaklida metronidazolni kiritish tavsiya etiladi [16].
----	---

2B	KKning perianal ko'rinishlari bo'lgan bemorlarga, anal yoriqlar mavjud bo'lganda, jarrohlik aralashuvi tavsiya etilmaydi, ammo yuqorida tavsiflangan mahalliy konservativ terapiyaga afzallik beriladi [16].
----	--

Dorilar bilan terapiyaning samaradorligi va nojo'ya ta'sirining monitoringi

2B	Barcha bemorlar har qanday dori bilan davolash samaradorligini monitoring qilish uchun najasdagi kalprotektinni tekshirish tavsiya etiladi [5-8].
----	---

Har 3 oyda bir marta monitoring o'tkazish o'z vaqtida (kasallik alomatlar paydo bo'lishidan oldin) ichakdagi yallig'lanishning qayta faollashishini aniqlashga imkon beradi.

3B	Terapiya tayinlanganidan 6-9 oy o'tgach, barcha bemorlarga har qanday dorilar bilan davolash samaradorligini monitoring qilish uchun endoskopiyani amalga oshirish tavsiya etiladi [9].
----	---

3B	Har qanday preparatlar bilan davolash samaradorligini monitoring qilish uchun barcha bemorlarga tasvirlash usullarini (ichakning KT yoki MRT) qo'llash terapiya samaradorligini monitoring qilish yiliga bir marta tavsiya etiladi [10].
----	--

5C	Bemorlarga har yili perianal sohani mahalliy tekshiruv va perianal asoratlarni istisno qilish uchun to'g'ri ichakning barmoq bilan tekshiruvni o'tkazish, shuningdek, agar kerak bo'lsa, rektal datchik bilan UTTni o'tkazish tavsiya etiladi (agar ekspert tekshiruvini o'tkazish mumkin bo'lsa) [11].
----	---

1A	Yallig'lanish belgilari (C-reaktiv oqsil, najas kalprotektini) darajasining dinamik o'sishi bo'lgan bemorlarga kasallik faolligini baholash uchun (ileo) kolonoskopiyani amalga oshirish tavsiya etiladi [12].
----	--

Klinik ko'rsatmalar bo'lmagan taqdirda muntazam (yillik) endoskopik tekshiruv (tashxisda shubxa, hamroh holatlarni istisno qilish zarurati, klinik ko'rinishlarning ko'payishi, asoratlarga shubxa qilish) ko'p hollarda talab qilinmaydi. KK bilan bog'liq ko'rsatmalar bo'lmasa, (ileo) kolonoskopiyaning chastotasi yo'g'on ichakdagi xatarli yangi shakllanishlarni erta aniqlash bo'yicha klinik ko'rsatmalar bilan belgilanadi.

5C	Immunosupressorlarni qabul qiladigan bemorlarga har oyda qondagi eritrotsitlar, leykotsitlar, trombositlar, erkin va bog'langan bilirubin, kreatinin, mochevina darajasini tekshirish, alaninamino transferaza, aspartataminotransferaza, gidroksidli fosfataza, amilaza darajasini jigar faoliyatini baholash uchun aniqlash tavsiya etiladi [11].
----	---

5C	Bemorlarga GIBTdan oldin, keyin esa har 6 oyda sil kasalligini tashxislash uchun ftiziatriya shifokori maslahatidan o'tish va sil kasalligini aniqlash bo'yicha skrining tekshiruvini (kvantiferon testi, agar iloji bo'lmasa, sil kasalligi allergeni bilan teriosti sinovini - Mantu sinovi, diaskin testi) amalga oshirish tavsiya etiladi [13].
----	---

5C	Immunosupressiv terapiyani GIBTni ham kiritgan holda tayinlashdan oldin va davolash fonida bemorlarga B virusli gepatiti (HBsAg, anti-HBc, DNK
----	--

	sifatli usul bilan), C (anti-HCV) va odam immun tanqisligi (anti-OIT), shuningdek sifilis belgilarining skriningini malakaviy klinik ko'rsatmalarga muvofiq hamroh kasalliklarni tashxislash uchun o'tkazish tavsiya etiladi [14].
--	--

2B	Biologik vositalarning dozalari va ularni yuborish jadvaliga qat'iy rioya qilish tavsiya etiladi. Biologik preparatlarni muntazam ravishda qabul qilmaslik allergik reaksiyalar va davolashning samarasiz bo'lish xavfini oshiradi [15].
----	--

Tibbiy ko'rsatmalarsiz davolanishda uzilishlar bo'lishiga yo'l qo'yilmaydi.

KKni jarrohlik yo'li bilan davolash

KK bilan kasallangan bemorlarning aksariyatida hayoti davomida kamida bitta OITga jarrohlik aralashuvi o'tkaziladi. KK bilan kasallangan bemorlarda radikal davolashning imkoni yo'qligi ko'pincha takroran rezektsiya qilinishiga olib keladi, bu esa qisqa ichak sindromi xavfini oshiradi. KKni jarrohlik yo'li bilan davolashning zamonaviy taktikasi cheklangan rezektsiyalarni amalga oshirishga va iloji bo'lsa, organlarni saqlab qolish bilan aralashuvlarni o'tkazishga yo'naltirilgan (strikturoplastika, strukturalarning dilatatsiyasi) [17-18].

2A	Asoratlangan KK bilan kasallangan jarrohlik yo'li bilan davolangan bemorlarda anamnezda biologik terapiyani qo'llash operatsiyadan keyingi septik asoratlarning ko'payishi bilan bog'liq. Shu munosabat bilan jarrohlik yo'li bilan davolash rejalashtirilgan bemorlarda biologik terapiya tayinlanishiga ehtiyotkorlik bilan murojaat qilish tavsiya etiladi. Shu bilan birga, jarrohlik aralashuvidan oldin biologik preparatni bekor qilish uchun xavfsiz bo'lgan davr ma'lum emas [16-19].
----	--

So'nggi tadqiqotlar va meta-tahlillarning natijalari jarrohlik aralashuvidan oldin biologik terapiya amalga oshirilgan bemorlarda anastomozning joylashmaganligi, qorin bo'shlig'i xo'ppozlari va yarani yomon bitishi kabi asoratlarning yuzaga kelishi xavfini oshishini ko'rsatib berdi [16-19].

KKni jarrohlik yo'li bilan davolash uchun ko'rsatmalar

KKda jarrohlik aralashuvini amalga oshirish uchun ko'rsatmalar bo'lib o'tkir va surunkali asoratlarni, shuningdek konservativ terapiyaning samarasizligi va jismoniy rivojlanishning kechikishi hisoblanadi [7,8].

KKning o'tkir asoratlari

Bularga ichakdan qon ketish, ichak teshilishi va chamber ichakning toksik dilatatsiyasi kiradi.

5C	Ichakdan qon ketish holatida eritrotsitar massani quyish va intensiv gemostatik terapiya o'tkazilishiga qaramay, bemorning gemodinamikasini barqarorlashtirishning imkoni bo'lmasa, shoshilinch jarrohlik aralashuvini amalga oshirish tavsiya etiladi [20,21].
----	---

Ichakdagi qon ketishlar ob'ektiv laboratoriya usullari (stsintigrafiya, najasdagi gemoglobinni gemoglobintsiyanid usuli bilan aniqlash) ma'lumotlari bo'yicha kuniga 100 ml-dan ortiq qon yo'qotish yoki visual tarzda aniqlanadigan qon aralashmasi bilan 800 ml/kundan oshiq bo'lgan najas massasida qayd dilinadi. Bunday holatlarda ichakning zararlangan sohasini rezektsiya qilish (anastomoz qo'yish bilan yoki qo'ymasdan, shuningdek stomalar shakllantirish bilan) majburiy intraoperativ entero- yoki kolonoskopiya bilan amalga oshiriladi [21].

5C	Asoratlangan shakldagi KK bilan kasallangan bemorlarda xavfli alomatlar aniqlanganda (peritoneal alomatlar, umumiy R-grafiya ma'lumotlariga ko'ra qorin bo'shlig'ida erkin gazlar), shoshilinch jarrohlik aralashuvini amalga oshirish tavsiya etiladi, u bunday vaziyatda zararlangan sohani anastomoz yoki stomani shakllantirish bilan rezektsiya qilish bilan cheklanishi mumkin [22,23].
----	---

Bemorlarda ingichka ichakda KKning lokalizatsiyasi bilan uning bo'sh qorin bo'shlig'iga teshilishi juda kam uchraydigan asorat hisoblanadi va odatda ichak bo'lagiga distal yoki proksimal tarzda yuzaga keladi. Shoshilinch tarzda o'tkaziladigan jarrohlik aralashuvi paytida ikki stvulli ileostoma yordamida protektsiya qilmasdan birlamchi anastomoz shakllanishidan saqlanish tavsiya etiladi [23].

4C	KK bilan kasallangan bemorlarda yo'g'on ichak teshilishi holatida tanlanlanadigan jarrohlik aralashuvi sifatida ileostoma shakllanishi bilan chamber ichakni subtotal rezektsiyasini amalga oshirish tavsiya etiladi [23].
----	--

4C	Yo'g'on ichakda KKning lokalizatsiyasi bo'lgan bemorlarda toksik dilatatsiya rivojlanganda, tanlanlanadigan jarrohlik aralashuvi sifatida bir stvulli ileostoma bilan subtotal kolektomiya tavsiya etiladi [23].
----	--

Chambar ichakning toksik dilatatsiyasi KKda kam uchraydigan asorat bo'lib, chamber ichakning intoksikatsiya ko'rinishlari bilan obstruksiya bilan bog'liq bo'lmagan 6,0 sm va undan ko'proqqa kengayishidir. Toksik kengayish uchun xavf omillariga gipokaliyemiya, gipomagniyemiya, kolonoskopiyaga osmotik ich bo'shashtirish vositalari yordamida ichakni tayyorlash va antidiyareal preparatlarni qabul qilish kiradi. Toksik dilatatsiyaning rivojlanishi mavjud diareya fonida najas chastotasining to'satdan kamayishi, qorin dan bo'lishi, shuningdek og'riq sindromining to'satdan pasayishi yoki yo'q bo'lib ketishi va intoksikatsiya alomatlarining ko'payishi (taxikardiya, qon bosimining pasayishi) bilan tasdiqlanadi.

KKning surunkali asoratlari

Surunkali asoratlarga striktura, qorin bo'shlig'i infiltrati, ichakning ichki yoki tashqi fistulalari va neoplaziya mavjudligi kiradi [24].

Konservativ terapiyaning samarasizligi va jismoniy rivojlanishning kechikishi

Konservativ terapiyaning samarasizligi gormonal qaramlik va rezistentlik mavjudligi bilan tasdiqlanadi (1.5-bo'limga qarang. KK tasnifi). Yetarli darajada bo'lmagan dori terapiyasining namoyon bo'lishi, shuningdek, ko'pincha OITning yuqori bo'limlarining shikastlanishidan kelib chiqadigan jismoniy rivojlanishning kechikishi hisoblanadi.

Terminal ileit yoki ileokolit shaklidagi KKni jarrohlik yo'li bilan davolash.

4C	Ushbu guruh bemorlarida yonbosh ichakning yoki ileotsekal klapaning strikturasi shakllanishida tanlanlanadigan jarrohlik aralashuvi sifatida ileoastsendoanastomoza yoki stoma shakllanishi bilan (ichak tutilishi mavjudligida) ileotsekal burchak rezektsiyasini amalga oshirish tavsiya etiladi [25,26].
----	---

Barcha KK bilan kasallangan bemorlarning taxminan 1/3 qismi ko'pincha yonbosh ichakning strikturasi yoki ileotsekal klapaning shakllanishi bilan asoratlanadigan o'xshash lokalizatsiyaga ega. Bunday holda, birlamchi anastomozni amalga oshirishni rad etishning hal qiluvchi omili bu ichak tutilishidir.

5C	Ushbu guruh bemorlarida konservativ davolashning birinchi kursidan (ya'ni GKSni qo'llash) keyin striktura aniqlansa, davolashning birinchi bosqichi sifatida konservativ (gormonal) terapiyaning takroriy kursi emas, balki ichakning shikastlangan qismimi rezektsiya qilish tavsiya etiladi [27].
----	---

5C	Qorin bo'shlig'ida xo'ppoz shakllanishi bilan faol KK bilan kasallangan bemorlarda antibiotiklarni tayinlash, shuningdek xo'ppozni drenajlash yoki shikastlangan qismini rezektsiya qilish tavsiya etiladi [27].
----	--

--	--

Drenajni jarrohlik yo'li bilan yoki ixtisoslashgan markazlarda va yetarli darajadagi malaka bo'lsa, teri orqali drenajlash yo'li bilan amalga oshirish mumkin. Oxirgi variantni faqat ichakning shikastlangan qismida striktura bo'lmagan taqdirda qo'llash mumkin, bu shikastlangan qismni rezektsiya qilish zarurligini belgilaydi.

5C	KKning asoratlangan shakli bo'lgan bemorlarda yonbosh yoki ingichka ichakning kengaymagan strikuralari, shu jumladan, oldingi rezektsiyadan keyingi anastomozning strikturasi mavjud bo'lganda, rezektsiyaga alternativa sifatida ingichka ichakning chandiqli strikturalarini kesib yorish (strikturoplastika) tavsiya etiladi, bu esa ingichka ichakning keng ko'lamli rezektsiyasining oldini oladi [8].
-----------	---

Ushbu aralashuv 10 santimetrdan ko'p bo'lmagan striktura uzunligida amalga oshirilishi mumkin. Strikturoplastikaga qarshi ko'rsatmalar infiltrat, xo'ppoz, ichak devorida xavfli shakllanish yoki faol qonash va shikastlangan sohaning kuchli yallig'lanishi mavjudligidir.

5C	Ushbu guruh bemorlarida infiltrat va xo'ppoz bo'lmasa, laparoskopik usul bilan ingichka ichak va ileotsekal zonada jarrohlik aralashuvni amalga oshirish afzaldir [28,29].
-----------	--

Bir vaqtning o'zida ikkita anastomozning shakllanishi operatsiyadan keyingi asoratlar va kasallikning qaytalanish holatlarining ortishiga olib kelmaydi [30]. Ingichka ichakda anastomozni shakllantirishning afzal uslubi - bu “yonma-yon” turdagi apparat anastomozini qo'yish bo'lib, bu uning ishlamay qolish [31] va keyinchalik strikturaning rivojlanishi ehtimolini kamaytiradi.

Yo'g'on ichakning KKni jarrohlik yo'li bilan davolash

2B	Ushbu guruh bemorlarida yo'g'on ichakning cheklangan shikastlanishida shikastlangan segmentini sog'lom to'qimalari atrofida ichak anastomozini shakllantirish bilan rezektsiyasini amalga oshirish tavsiya etiladi [32,33].
-----------	---

Yo'g'on ichakning cheklangan shikastlanishi mavjud bo'lgan (yo'g'on ichakning uchdan biridan kamrog'i) bemorlar KK asoratlari rivojlanganda kolektomiyani amalga oshirish talab qilinmaydi. Anatomik xususiyatlar tufayli chamber ichakning ko'tarilgan qismida shikastlanishlar mavjud bo'lganda, o'ng tomonlama gemikolektomiyani o'tkazish ko'rsatiladi (yonbosh ichakning terminal qismini saqlab qolish bilan). Chap tomon burilishi va/yoki

pastga tushadigan chamber ichak shikastlanganda transversosigmoid anastomoz yoki stomani shakllantirish bilan chap tomonlama gemikolektomiya o'tkaziladi. KKning sigmasimon ichakda lokalizatsiya qilinishida, shikastlangan qismning rezektsiyasi amalga oshiriladi.

5C	Og'ir klinik ko'rinishga ega yo'g'on ichakning keng tarqalgan KK mavjud bo'lgan bemorlarda bitta stvolli ileostomani qo'yish bilan subtotal kolektomiya tayinlanadi [8].
----	--

Yo'g'on ichakning distal qismi rezektsiya qilinmasligi mumkin, agar unda aniq ifodalangan yallig'lanish mavjud bo'lmasa va qorin old devoriga bitta stvolli sigmostoma shaklida chiqarilishi yoki to'g'ri ichakning to'mtoq qismi mahkam tikib qo'yilishi mumkin.

5C	Butun yo'g'on ichakning shikastlanishi, shuningdek to'g'ri ichakning ifodalangan yallig'lanishi va og'ir darajadagi perianal shikastlanishlar mavjud bo'lgan bemorlarda alternativ jarrohlik sifatida to'g'ri ichakning qorin anal rezektsiyasi orqali uchki qismdagi bitta stvolli ileostomani shakllantirish bilan kolektomiyani amalga oshirish tavsiya etiladi [8].
----	---

Ushbu aralashuv faqat to'g'ri ichakda yallig'lanish jarayonining ifodalangan faolligi yoki og'ir darajadagi perianal ko'rinishlari bo'lgan bemorlarda amalga oshiriladi, chunki bu anal defekatsiyani keyinchalik tiklashga imkon bermaydi.

5C	Og'ir darajadagi perianal shikastlanishlar mavjud bo'lgan bemorlarda, imkon qadar, qorin-oraliq (perineal) ekstirpatsiyasini amalga oshirish tavsiya etilmaydi [8].
----	---

To'g'ri ichakning ekstraktsiyasi juda past darajadagi reparativ imkoniyatlar va keyinchalik uzoq vaqt davomida ikkilamchi bitish bilan davolanadigan keng ko'lamlı perineal yaralarning paydo bo'lish xavfi tufayli maqsadga muvofiq emas, bu bemorlarni nogiron qiladi va ularning ijtimoiy faolligini cheklaydi.

5C	Yo'g'on ichakning to'liq shikastlanishi bilan kasallangan bemorlarda og'ir klinik ko'rinishlar mavjud bo'lmaganida va to'g'ri ichakda yallig'lanishli o'zgarishlarning minimal faolligi, ichak tarkibini yetarli darajada ushlab turish va perianal shikastlanishlar bo'lmasa, tanlanadigan jarrohlik sifatida ileorektal anastomoz shakllanishi bilan kolektomiyani amalga oshirish tavsiya etiladi
----	--

[32].

Yo'g'on ichakning KK qismida ingichka ichak rezervuarini (ileoanal rezervuar anastomozi (IARA)) shakllantirish imkoniyati juda ko'p asoratlarni keltirib chiqarishi va rezervuarini olib tashlash uchun ko'rsatmalarning ko'pincha yuzaga kelishi tufayli munozaralidir. Shu bilan birga, doimiy ileostomasiz IARA shakllangandan keyin bemorlarning o'rtacha umr ko'rish davomiyligi 10 yilga yetadi, bu yosh mehnatga layoqatli bemorlar uchun muhimdir [33]. KKning fonida bemorga IARA bilan tahdid qiladigan asosiy muammolar bu perianal shikastlanishlarning rivojlanishi va ingichka ichak rezervuarining KKdir.

5C	Yo'g'on ichakda KK lokalizatsiyasi bo'lgan bemorlarda ichak tarkibining yo'g'on ichak orqali o'tishini to'xtatish uchun ileostoma shakllanishi (ikkita stvulli stomani yopish) faqat o'ta darajada oriqlangan bemorlarda va homilador ayollarda tavsiya etiladi [28].
----	---

Ushbu turdagi jarrohlik yo'li bilan davolash vaqtinchalik hisoblanadi. KKda yo'g'on ichak orqali o'tishini yopish har doim ham samarali emasligini hisobga olgan holda, kelajakda yo'g'on ichakning KK va YK o'rtasida aniq differentsial tashxislash o'tkazilgandan keyin jarrohlik aralashuvi hajmi masalasini qayta muhokama qilish kerak. Qayd etilgan barcha jarrohlik aralashuvlarni laparoskopik texnologiyalar yordamida xavfsiz bajarish mumkin [34,35].

5C	Yo'g'on ichakda KK lokalizatsiyasi bo'lgan bemorlarda cho'zilmaydigan striktura aniqlanganda yo'g'on ichak stenozlarining ballonli dilatatsiyasini amalga oshirish tavsiya etiladi (endoskopik usulda) [136].
----	---

Ushbu manipulyatsiya ichakning shikastlangan qismini rezektsiya qilish bilan taqqoslaganda kasallikning qaytalanish xavfi yuqori bo'lganligi bilan bog'liq.

2B	Yo'g'on ichakda KK lokalizatsiyasi bo'lgan bemorlarda chandiqli strikturalarni (strikturoplastikasi) kesib yorish tavsiya etilmaydi [27,37,38].
----	---

OITning yuqori bo'limlari shikastlanishi bo'lgan KKni jarrohlik yo'li bilan davolash

2B	Ushbu guruh bemorlarida ingichka ichakning proksimal qismlarida strikturalar, infiltratlar va ichaklararo fistulalar aniqlanganda, aylanma anastomozlari shakllanishi, chandiqli strikturalarni yorish (striktoplastika)
----	--

	yoki shikastlangan qismini rezektsiya qilish jarrohlik yo'li bilan davolash sifatida tavsiya etiladi [8,37,38].
--	---

Yallig'lanish jarayoniga terminal yonbosh ichakka proksimal bo'lgan ichak hududining qo'shilishi ko'pincha ko'p miqdordagi strikturalar va ichak ichidagi fistulalarning paydo bo'lishiga olib keladi, bu esa KKning yomon prognoziga olib keladi va jarrohlik yo'li bilan davolashni talab qiladi.

5C	Ushbu guruh bemorlarida faqat alohida holatlarda aylanma anastomozni shakllantirishni amalga oshirish tavsiya etiladi, chunki ingichka ichakning ajratilgan qismida bakteriyalarning ko'payishi alomati paydo bo'lishi, shuningdek saraton kasalligining rivojlanishi xavfi yuqori. Shu bilan birga, keng ko'lamli rezektsiyalar qisqa ichak sindromining rivojlanishiga sabab bo'ladi [39].
----	--

4C	Ushbu guruh bemorlarida bitta yoki bir nechta uzun bo'lmagan strikturalar mavjud bo'lganda, tanlanadigan jarrohlik aralashuvi sifatida ingichka ichakning chandiqli strikturlarini kesib yorish (strikturoplastika) ning turli xil variantlarini tanlash mumkin [40].
----	---

4C	Ushbu guruh bemorlarida gastroduodenal zonaning strikturasi (odatda o'n ikki barmoqli ichak yarasi) aniqlansa, endoskopik ballonli dilatatsiyasi yoki chandiqli strikturlarini kesib yorish (strikturoplastika) tavsiya etiladi [40].
----	---

Perianal shaikastlanishlar bilan KKni davolash (perianal KK)

Perianal sohada jarrohlik aralashuvga yondashish har bir bemor uchun individual bo'lishi kerak [1,14].

4C	KKning perianal ko'rinishlari bo'lgan bemorlarda tashqi perianal fistulalar mavjud bo'lganda, fistulani kesib tashlash yordamida yo'q qilish (fistulotomiya yordamida) [42] yoki uni xo'ppozlar mavjud bo'lganda yetarli darajada drenajlash (lateks drenaj-setonlari yordamida) tavsiya etiladi [43].
----	--

Biron bir alomatlar bilan birga kelmaydigan oddiy fistulalar jarrohlik aralashuvini talab qilmaydi. Yuqorida tavsiflangan konservativ terapiya fonida dinamik kuzatuvni olib borish tavsiya etiladi. Ko'pgina hollarda setonlarni o'rnatish uchun ko'rsatma bo'lib trans va ekstrafinkter fistulalar xizmat qiladi. To'g'ri ichakning shilliq qavatida yallig'lanish jarayoni mavjud bo'lmagan taqdirda, to'g'ri ichakning shilimshiq-mushak bo'lagini ichki fistulali teshikning plastikasi bilan pastga tushirish mumkin [43].

5C	KKning perianal ko'rinishlari bo'lgan bemorlarda murakkab fistulalarni davolashda ularni drenajlashni (lateks drenaj-setonlarni o'rnatish) agressiv dori terapiyasi bilan birgalikda amalga oshirish tavsiya etiladi [16].
----	--

To'g'ri ichakning murakkab fistulalarni to'g'ri drenajlash bilan biologik terapiyaning yuqori samaradorligini hisobga olgan holda, uning erta tayinlanishi to'g'ri deb hisoblanadi (infliksimab, adalimumab, sertolizumab pegol, ustekinumab, vedolizumab). Shunga qaramay, oqma va kuchli yiringli yallig'lanish bilan kechadigan murakkab fistulalar ko'pincha ikkita stvulli ileostoma shakllantirish bilan yo'g'on ichak orqali passajni ajratish uchun ko'rsatma deb qabul qilinadi.

5C	Rektovaginal fistula bilan KKning perianal ko'rinishlari bo'lgan bemorlarda uni qin nuqsonini tikish va to'g'ri ichakni to'liq qatlamli bo'lagini (loskut) pastga tushirish bilan kesib olib tashlash tavsiya etiladi [16].
----	---

Rektovaginal fistulalar ko'p hollarda jarrohlik aralashuvini talab qiladi. Shu bilan birga, jarrohlik yo'li bilan davolash ileostoma himoyasi ostida amalga oshirish ko'rsatiladi. Faqatgina ba'zi hollarda, ya'ni to'g'ri ichak va qinning kirish joyi o'rtasida pastda fistula mavjud bo'lganda, faqat konservativ davolashni o'tkazish tavsiya etiladi. To'g'ri ichakning faol shikastlanishlari mavjud bo'lganda, operatsiyadan oldin yetarli darajada yallig'lanishga qarshi o'tkazilgan terapiya aralashuv samaradorligini oshiradi [16].

5C	KKning perianal ko'rinishlari bo'lgan bemorlarda to'g'ri ichakning pastki ampulyar bo'limining strikturasi yoki anal kanal stenozi mavjud bo'lganda proktosigmoidektomiya (yoki proktoektomiya) yoki to'g'ri ichakning qorin-anal rezektsiyasini amalga oshirish tavsiya etiladi [16].
----	--

Doimiy ileostomiya yoki kolostomiya ehtimolini oshiradigan eng noxush omil bu to'g'ri ichakning pastki ampulyar bo'limining strikturasi yoki anal kanalning stenozi stikturasining mavjudligidir. Ba'zi hollarda, ichakning ustki qatlamida faol yallig'lanish bo'lmasa, strikturani bujurlash mumkin [16].

KKni jarrohlik yo'li bilan davolashdan keyingi qaytalanishga qarshi terapiya

Ichakning barcha makroskopik o'zgargan qismlarini to'liq olib tashlagan taqdirda ham, jarrohlik aralashuvi to'liq tiklanishiga olib kelmaydi: 5 yil ichida bemorlarning 28-45 foizida, 10 yil ichida esa 36-61 foizida klinik ahamiyatga ega qaytalanish qayd etiladi, bu esa KK jarrohligidan keyin qaytalanishga qarshi terapiyani tayinlash yoki davom ettirish zarurligini belgilaydi [44,45]. Jarrohlikdan keyingi qaytalanish xavfini sezilarli darajada oshiradigan omillarga quyidagilar kiradi: chekish, anamnezda ichakning ikki yoki undan ortiq rezektsiyasi, anamnezda uzun ingichka ichak rezektsiyasi (>50 sm), perianal shikastlanishlar va penetratsiyalovchi fenotip [46].

Xavf omillarining kombinatsiyasiga, shuningdek, ilgari o'tkazilgan qaytalanishga qarshi terapiya samaradorligiga qarab, jarrohlik o'tkazilgan bemorlarni jarrohlikdan keyingi qaytalanish xavfi bo'lgan guruhlariga ajratish kerak. Jarrohlikdan keyingi qaytalanishning yuqori xavfi 2 yoki undan ortiq xavf omillarining mavjudligini o'z ichiga oladi:

chekish;

KKning perianal shikastlanishi;

penetratsiyalanuvchi KK;

ichakning uzaytirilgan rezektsiyasi (50 sm dan ortiq);

avvalgi jarrohlik aralashuvi;

kasallikning erta boshlanishi.

2B	Xavf darajasi past guruhdagi bemorlarga AZA** (kuniga 2,0-2,5 mg/kg) yoki # MP** (kuniga 1,5 mg/kg) bilan terapiyani amalga oshirish tavsiya etiladi [45].
----	--

4-jadval. Rutgeerts [39] ga ko'ra jarrohlikdan keyingi KK qaytalanishining endoskopik faolligi shkalasi (terminal ichakni rezektsiya qilish yoki ileotsekal rezektsiyada)

Baholanish	Ta'rifi
i0	Yallig'lanish belgilari mavjud emas
i1	≤5 aftoz yaralar
i2	Ular o'rtasida normal shilliq qavatga ega bo'lgan >5 ta aftoz yara yoki yonbosh -yo'g'on ichak anastomozi bilan chegaralangan ifodalangan yaralar yoki shikastlanishlar o'rtasida sog'lom shilliq qavatning kengaygan joylari.
I3	Yallig'langan shilliq qavat bilan diffuz aftoz ileitis
i4	Katta yaralar, "tosh ko'prik" va/yoki o'tishning torayishi bilan diffuz yallig'lanish

3C	Qayta tiklanish xavfi yuqori bo'lgan bemorlarga endoskopik tekshiruvdan oldin ham biologik terapiya kursini boshlash tavsiya etiladi (infliksimumab**, adalimumab**, sertolizumab pegol**, ustekinumab**, vedolizumab**) [38-43].
----	---

Jarrohlikdan keyingi qaytalanishga qarshi terapiya sifatida ustekinumab va vedolizumabni qo'llash samaradorligini ishonchli baholash uchun ma'lumotlar yetarli emas.

3C	KK bilan kasallangan bemorlarga jarrohlikdan keyin 4 hafta o'tgach jarrohlikdan keyingi asoratlarni bo'lmaganda qaytalanishga qarshi terapiyani boshlash tavsiya etiladi [45].
----	--

3C	KK bilan jarrohlik o'tkazilgan barcha bemorlarga 6-12 oydan keyin nazorat ostida endoskopik tekshiruvdan o'tish, agar kerak bo'lsa MRT, KT tavsiya etiladi (4-jadval) [45,46].
----	--

3C	KK bilan jarrohlik o'tkazilgan bemorlarga, agar anastomoz zonasini vizualizatsiyalashning imkoni bo'lmasa, rentgen tekshiruvi ma'lumotlari (KT yoki MRT) va yallig'lanishning invaziv bo'lmagan belgilariga asoslangan holda qaytalanish mavjudligini yoki yo'qligini qayd etish tavsiya etiladi - C-reaktiv oqsil, najas kalprotektini va boshqalar [18].
----	--

5C	KK bilan kasallangan bemorlarda yallig'lanish belgilari aniqlanmasa yoki minimal darajada aniqlansa (i1 - Rutgeerts shkalasi bo'yicha) (4-jadval), o'tkazilayotgan terapiyani davom ettirish tavsiya etiladi [19].
----	--

5C	KK bilan kasallangan bemorlarda ifodalangan yallig'lanish o'zgarishlari (i2-i4) mavjud bo'lganda terapiyani kuchaytirish tavsiya etiladi: immunosupressorlarni ilgari qabul qilmagan bemorlarda qo'llash yoki biologik terapiya (adalimumab**, infliksimumab**, sertolizumab pegol**, ustekinumab **, vedolizumab**) AZA** / # MP** bilan qo'llab-quvvatlovchi terapiya o'tkazilayotgan yoki ularni tayinlash mumkin bo'lmagan bemorlarda [17-23].
----	--

Keyinchalik ifodalangan yallig'lanish o'zgarishlarining mavjudligi (i2-i4) terapiyaning samarasizligini ko'rsatadi.

4C	Kelajakda, KK bilan kasallangan bemorlarda, kasallikning tabiati va KKning klinik ko'rinishidan qat'iy nazar, qaytalanishga qarshi davolash usulini tanlash bo'yicha bir xil algoritmgga rioya qilgan holda kamida 1-3 yilda bir marta endoskopik tekshiruvni o'tkazish tavsiya etiladi [15].
----	---

KKni jarrohlik yo'li bilan davolashdan keyingi ileostoma disfunktsiyasi

Ileostoma disfunktsiyasi deganda ileostoma bo'yicha ichakdan ajralma hajmining kuniga 1000 ml dan oshib ketish holati tushuniladi. Ushbu kasallikka chalingan bemorlarni olib borish "Yarali kolit" klinik qo'llanmasida tavsufllangan.

**“KATTALARDA KRON KASALLIGI” NOZOLOGIYASI BO‘YICHA
TIBBIY PROFILAKTIKA VA REABILITATSIYA
MILLIY KLINIK BAYONNOMASI**

Toshkent 2025

**TIBBIY REABILITATSIYA, REABILITATSIYA USULLARINI
QO‘LLASH BO‘YICHA TIBBIY KO‘RSATMALAR VA QO‘LLASH
MUMKIN BO‘LMAGAN HOLATLAR**

Tibbiy reabilitatsiya choralari konservativ terapiyaning asoratlari va jarrohlik yorli bilan davolashning noxush oqibatlarini oldini olishga qaratilgan.

Yengil va o'rtacha darajadagi disfunktsiya ambulatoriya sharoitida davolanishni talab qiladi. Disfunktsiyaning og'ir darajasi yoki uning mutlaqo mumkin emasligi kecha-kunduz rejimidagi kasalxonaga yotqizishni talab qiladi.

KK asoratlarini jarrohlik yorli bilan davolashni talab qiladigan bemorlarda reabilitatsiya uch bosqichda amalga oshiriladi.

1 bosqich - erta reabilitatsiya, jarrohlik yo'li bilan davolashdan keyin 2-kundan 14 kungacha amalga oshiriladi. Reabilitatsiya 1-bosqichining asosiy vazifasi jarrohlik aralashuvidan keyin oshqozon-ichak traktining normal ishlashini tiklashdir. Aynan shu bosqichda siydik chiqarishining buzilishi ko'pincha aniqlanadi va ularni tuzatish kerak. Gomeostazni nazorat qilish, operatsiyadan keyingi yaralarni davolash, operatsiyadan keyingi og'riq sindromini yo'qotish va bemorni faollashtirishga qaratilgan tadbirlar ham muhim rol o'ynaydi. Ushbu davrda umumiy qon tahlili, biokimyoviy qon tahlili, qon koagulogrammasi va umumiy siydik tahlili o'tkaziladi.

Reabilitatsiyaning 2-bosqichi 15 kundan keyin boshlanadi va keyinchalik zaruriyatga ko'ra davom ettiriladi. Operatsiyadan keyingi yaralarni oshqozon-ichak trakti va boshqa tana tizimlari faoliyatini nazorat qilish bilan yakuniy davolashga qaratilgan. Ushbu bosqich ambulatoriya sharoitida ham, kunduzgi yoki kecha-kunduzgi kasalxonada ham amalga oshirilishi mumkin.

Reabilitatsiyaning 3-bosqichi ham doimiy ileostoma bo'lgan bemorlarda kech reabilitatsiya davrida, ham rekonstruktiv-tiklovchi jarrohlikdan oldin amalga oshiriladi. Ushbu bosqichdagi asosiy vazifa oshqozon-ichak trakti funksiyasini kompensatsiyalash, to'g'ri ichakning yopish apparatining funksiyasini aniqlash va korrektsiyalashga qaratilgan tadbirlarni amalga oshirishdir.

Anal sfinkterining yetishmovchiligi (ASYe) - reabilitatsiya 2 va 3 bosqichlarda amalga oshirilishi mumkin. KK bo'yicha jarrohlik aralashuvi stomaning shakllanishi bilan yakunlangan bir qator bemorlarda tutib turish funksiyasining pasayishi kuzatiladi.

5C	Rekonstruktiv tiklash turidagi davolanishdan oldin anal sfinkteri yetishmovchiligi mavjud bo'lgan bemorlar uchun patofiziologik tekshiruvlarini o'tkazish (sfinkterometriya, profilometriya, asab bo'ylab o'tkazuvchanlik tekshiruvi), keyin fizioterapevt-shifokori maslahatidan o'tish tavsiya etiladi [19].
----	--

4C	Bemorlarda 2 - 3 darajali anal sfinkteri yetishmovchiligi aniqlanganda, reabilitatsiyaviy davolashni olib borish, kecha-kunduzgi statsionar sharoitida biologik teskari aloqadan (BTA) va tibial neuromodulatsiyadan foydalangan holda 10 kunlik tsiklini o'tkazish maqsadga muvofiqdir [19,20].
----	--

Anal sfinkteri yetishmovchiligi bo'lgan bemorlarni reabilitatsiya qilishda, adabiyotlardagi ma'lumotlarga ko'ra, biologik teskari aloqa (BTA) usuli keng

qo'llaniladi, u tashqi sfinkter va toshning tub qismi mushaklarining kuchi va ixtiyoriy qisish davomiyligini oshirish yordamida qisqarish qobiliyatini yaxshilashga qaratilgan [19, 20].

Ushbu invaziv bo'lmagan usul yangi shartli refleksli aloqalarni yaratish darajasida to'g'ri ko'nikmalarni rivojlantirish bilan reabilitatsiya jarayoniga tananing o'z resurslarini qamrab oladi. Tibial neyromodulyatsiya usuli ham samarali hisoblanadi. Neyromodulyatsiya - bu bitta asab yo'li orqali elektr tokining boshqa asab yo'llarida yoki markazlarida mavjud bo'lgan faollikni modulyatsiya qilish jarayonidir. Orqa boldir asabining teri osti elektr stimulyatsiyasi - n.tibialis - kichik tos a'zolarining funktsional kasalliklarida qo'llaniladi, chunki orqa boldir asabi tarkibida orqa miyaning II va III quymuch (dumg'aza) segmentlari tolalari o'tadi, ular to'g'ri ichak, siydik pufagi va ularning sfinkterlarining innervatsiyasida muhim rol o'ynaydi. Izolyatsiyalangan yopish apparatining mushak tuzilmalari biologik teskari aloqa terapiyasi va tibial neyromodulyatsiyaga ixtiyoriy qisqarishlarning tonusini va kuchini oshirish bilan javob berishi isbotlangan [19,20]. Tibial asabning stimulyatsiyasi teriusti stimulyatsiya qiluvchi elektrod yordamida amalga oshiriladi, bu esa bemorga dastlabki o'qitish kursidan keyin davolanish kursini uyda mustaqil ravishda davom ettirishga imkon beradi. Bunday holda, kunlik stimulyatsiya seanslari bilan davolash kursi 1 oydan 3 oygacha uzaytirilishi mumkin. BTA - terapiyaning samaradorligini nazorat qilish to'g'ri ichakning yopish apparati funktsiyasini kompleks fiziologik tekshiruv (sfinkterometriya + pastga tushadigan ichakning rezervuar funktsiyasini fiziologik tekshiruv) yordamida har bir muolajalar kursi oldidan va oxirida amalga oshiriladi. Anal sfinkterlarining tonusini va qisqarish qobiliyatining ko'rsatkichlari yaxshilanganda, oshqozon-ichak trakti orqali tabiiy o'tishni tiklashga qaratilgan rekonstruktiv-tiklovchi jarrohlik aralashuvini o'tkazish masalasini ko'tarish mumkin.

PROFILAKTIKA VA DISPANSER KUZATUVI, TIBBIY KO'RSATMALAR

VA PROFILAKTIKA USULLARIDAN FOYDALANISHGA QARSHI KO'RSATMALAR

KK ichakning rivojlanadigan shikastlanishi bilan tavsiflanadi. Tashxis qo'yish paytida asoratlar (strikturalar, fistulalar) bemorlarning atigi 10-20 foizida uchraydi, 10 yil ichida esa > 90 foiz bemorlarda shunga o'xshash asoratlar rivojlanadi. 10 yil ichida konservativ terapiyaning asoratlari va/yoki samarasizligi sababli jarrohlik aralashuvi KK kasalligi bo'lgan bemorlarning yarmida amalga oshiriladi va jarrohlikdan keyingi 10 yil ichida 35-60 foizida kasallikning qaytalanishi rivojlanadi. KKda gormonal qaramlik 10 yil davomida bemorlarning 30 foizida kamida bir marta qayd etiladi [21].

Kasallikning rivojlanish xususiyati tufayli KK bilan kasallangan bemorlar doimiy (umrbod terapiya) olishlari va ularda kasallik faolligining doimiy (umrbod) monitoringi o'tkazilishi kerak. Kasallik faoligi nafaqat instrumental tadqiqot usullari bilan, balki yallig'lanish markerlarini,

birinchi navbatda, najasdagi konsentratsiyasi oshqozon-ichak traktining yarali shikastlanish darajasi bilan o'zaro bog'liq bo'lgan najas kalprotektini darajasini tahlil qilish uchun laboratoriya usullari bilan ham nazorat qilinishi mumkin.

5C	Dispanser kuzatuvining chastotasi va hajmi individual ravishda belgilanadi, ammo ekspert tekshiruvlarini amalga oshirish imkoni bo'lgan ko'pchilik bemorlarga har 6 oyda bir marta ultratovush tekshiruvini o'tkazish tavsiya etiladi [11].
5C	Bemorlarga har yili striktura va boshqa asoratlarni istisno qilish uchun ichakni rentgen yoki MRT tekshiruvidan o'tkazish tavsiya etiladi [11].
5C	Bemorlarga har yili perianal sohaning mahalliy tekshiruvi va perianal asoratlarni istisno qilish uchun to'g'ri ichakni barmoq bilan tekshiruvini o'tkazish, shuningdek, agar kerak bo'lsa, rektal datchik bilan UTTni o'tkazilishi tavsiya etiladi (ekspert tekshiruvlarini amalga oshirish imkoni bo'lsa) [11].
5C	Immunosupressorlarni va/yoki biologik preparatlarni qabul qiluvchi bemorlarga opportunistik infeksiyalarning profilaktikasi va boshqa asoratlarning oldini olish maqsadida emlash tavsiya etiladi: rekombinant HBV vaktsinasi, polivalentli inaktivatsiyalangan pnevmokokk vaktsinasi, uch valentli inaktivatsiyalangan gripp virusiga qarshi vaktsinasi va 26 yoshgacha bo'lgan ayollar uchun, skrining paytida virus yo'q bo'lganda, odam papillomasi virusiga qarshi emlash tavsiya etiladi [14].

Opportunistik infeksiyalarning rivojlanish xavf omillari quyidagilardan iborat: 2 hafta davomida kuniga 20 mg yoki undan ko'proq dozada prednisolon qabul qilish, immunodepressorlarni qabul qilish (AZA**, #MP**, #MT** va biologik dori preparatlari), bemor yoshining 50 dan kattaligi, hamroh kasalliklar (surunkali o'pka kasalliklari, alkogolizm, bosh miyasining organik kasalliklari, qandli diabet).

5C	Biologik terapiya amalga oshirilayotgan barcha bemorlarga asl preparatni bioanaloga almashtirish yoki aksincha bir martadan ortiq tavsiya etilmaydi [16].
----	---

Hozirgi vaqtda samaradorligi va xavfsizligi jihatidan asl biologik dori preparatlariga o'xshash anti- O'NO biosimilyarlari (bioanaloglari) ro'yxatga olingan, ammo ularning asl dori vositalari o'rnini bosishi hozirda isbotlanmagan. IYaK bo'lgan bemorlarda almashtirish yoki butunlay asl nusxadan bioanaloglarga va aksincha o'tishning xavfsizligi va samaradorligini isbotlagan klinik sinovlarning

yetishmasligini hisobga olgan holda, bunday terapevtik yondashuv tavsiya etilmaydi [11].

TIBBIY YORDAM KO'RSATISHNI TASHKIL QILISH

Birlamchi ixtisoslashtirilgan tibbiy-sanitar yordam ko'rsatish gastroenterolog, koloproktolog va tibbiy faoliyatning tegishli turlarini amalga oshirish uchun litsenziyaga ega tibbiyot tashkilotlarida boshqa mutaxassis shifokorlar tomonidan amalga oshiriladi.

Bemorda KKga shubxa qilingan yoki u aniqlangan taqdirda, terapevt-shifokorlar, uchastka umumiy amaliyot shifokorlari, umumiy amaliyot shifokorlari (oilaviy shifokorlar), mutaxassis shifokorlar, o'rta tibbiyot xodimlari belgilangan tartibda bemorga maslahat berish uchun gastroenterolog, koloproktolog, ambulatoriya gastroenterologiya markazi (bo'lim), ambulatoriya koloproktologiya markazi (bo'lim), ichakning yallig'lanish kasalliklarini tashxislash va davolash markazi (agar sub'yektda mavjud bo'lsa, u funktsional asosda tashkil etiladi), uni ta'minlash uchun birlamchi ixtisoslashtirilgan tibbiy yordam kabinetiga ega bo'lgan tibbiy tashkilotga yuboradilar. Tibbiy tashkilotning ko'rsatilgan tarkibiy bo'linmalarida maslahat uchun yo'llanma berilgan kundan boshlab 15 ish kunidan kechiktirilmagan holda, KKning og'ir shakllari bo'lgan taqdirda, maslahat uchun yo'llanma berilgan kundan boshlab 3 ish kunidan kechiktirmay o'tkazilishi kerak.

Tarkibiga gastroenterolog, koloproktolog kabineti, ambulatoriya gastroenterologiya markazi (bo'limi), ambulatoriya koloproktologiya markazi (bo'limi), ichakning yallig'lanish kasalliklarini tashxislash va davolash markazi kirgan tibbiyot tashkilotining gastroenterologi, koloproktologi tashxis qo'yish uchun zarur bo'lgan testlar, shu jumladan yallig'lanish jarayonining zo'rayishini, shikastlanish darajasini, ichak va oshqozondan tashqari ko'rinishlarning mavjudligini aniqlash, shu jumladan biopsiya materialini olish uchun tashxislash tekshiruvlarini o'tkazishni tashkillashtiradi.

Agar tashxis qo'yish uchun zarur bo'lgan tashxislash tekshiruvlarini o'tkazish, shu jumladan yallig'lanish jarayonining og'irligini, shikastlanish ko'lamini, ichak va oshqozondan tashqari ko'rinishlar mavjudligini, shu jumladan biopsiya materialini olishning imkoni bo'lmaganda, shuningdek, statsionar sharoitda tibbiy yordam ko'rsatish uchun ko'rsatmalar mavjudligida bemor davolovchi shifokor tomonidan gastroenterologiya bo'limiga, koloproktologiya bo'limiga, ichakning yallig'lanish kasalliklarini diagnostika qilish va davolash markaziga yoki ushbu sohadagi bemorlarga statsionar sharoitlarda "gastroenterologiya", "koloproktologiya" sohasida tibbiy yordam ko'rsatadigan boshqa tibbiy tashkilotga yuboriladi.

Shoshilinch tibbiy yordam ko'rsatish paytida bemorda KKga shubxa bo'lsa va (yoki) aniqlansa, bunday olib borish taktikasini belgilash va maqsadli biologik terapiyani o'z ichiga olgan ixtisoslashtirilgan davolashning boshqa usullaridan qo'shimcha foydalanish zarurati bo'lganda bemorlar "gastroenterologiya", "kolo-proktologiya" profillari bo'yicha tibbiy yordam ko'rsatadigan tibbiyot tashkilotlariga o'tkaziladi yoki yuboriladi.

Gastroenterolog, koloproktolog xonasi, ambulatoriya gastroenterologiya markazi (bo'lim), ambulatoriya koloproktologiya markazi (bo'lim), ichakning yallig'lanish kasalliklarini tashxislash va davolash markazini o'z ichiga olgan tibbiyot tashkilotining gastroenterologi, koloproktologi statsionar sharoitida tibbiy yordam ko'rsatish uchun gastroenterologiya bo'limi va/yoki koloproktologiya bo'limi va/yoki ichakning yallig'lanish kasalliklarini tashxislash va davolash markazi bo'lgan tibbiyot tashkilotlariga tashxisni

aniqlashtirish uchun (birlamchi ixtisoslashtirilgan tibbiy sanitar yordam ko'rsatishda tashxis qo'yishning imkoni bo'lmagan taqdirda) va ixtisoslashtirilgan, shu jumladan yuqori texnologik tibbiy yordam ko'rsatish uchun yuboradi. Ixtisoslashgan, yuqori texnologiyali tibbiy yordamdan tashqari, tibbiy xizmat ko'rsatishni boshlash sanasi kasalxonaga yotqizish uchun bemorlarni tanlash komissiyasining qarori bilan KKning og'irlik darajasiga, kechishining xususiyatiga va yallig'lanish jarayonining tarqalishiga ko'ra belgilanadi. Muddat kasalxonaga yotqizish uchun yo'llanma berilgan kundan boshlab 30 kalendar kundan oshmasligi kerak.

KKda ixtisoslashgan, shu jumladan yuqori texnologik tibbiy yordamni statsionar va kunduzgi statsionar sharoitida tarkibida gastroenterologiya bo'limi va/yoki koloproktologiya bo'limi, ichakning yallig'lanish kasalliklarini tashxislash va davolash markazi, moddiy-texnika bazasi, sertifikatlangan mutaxassislari bo'lgan litsenziyaga ega bo'lgan tibbiy tashkilotlarida gastroenterolog, koloproktolog shifokorlar tomonidan amalga oshiriladi va maxsus usullar va murakkab noyob tibbiy texnologiyalardan foydalanishni, shuningdek tibbiy rehabilitatsiyani talab qiladigan KK profilaktikasi, tashxislash, davolashni o'z ichiga oladi.

KKda ixtisoslashgan, shu jumladan yuqori texnologik, tibbiy yordam ko'rsatadigan tibbiyot tashkilotining kecha-kunduz yoki kunduzgi statsionarida kasalxonaga yotqizish ko'rsatmalari, agar kerak bo'lsa, boshqa mutaxassis shifokorlarni jalb qilgan holda gastroenterologlar va koloproktologlar konsiliumi tomonidan belgilanadi.

Shoshilinch yoki kechiktirib bo'lmaydigan tarzda tibbiy muassasa kasalxonasiga yotqizish ko'rsatmalari bo'lib quyidagilar hisoblanadi:

1) Shoshilinch yoki kechiktirib bo'lmaydigan tarzda ixtisoslashgan tibbiy yordam ko'rsatishni talab qiladigan KKning asoratlari mavjudligi;

2) KKni davolashning asoratlari (jarrohlik aralashuvi, biologik terapiya, gormonal va sitostatik terapiya va boshqalar) mavjudligi.

Rejalashtirilgan tarzda tibbiy muassasa kasalxonasiga yotqizish ko'rsatmalari bo'lib quyidagilar hisoblanadi:

1) kecha-kunduz yoki kunduzgi statsionar sharoitida keyingi kuzatuvlarni talab qiladigan murakkab intervension diagnostik tibbiy aralashuvlarni amalga oshirish zarurati;

2) kecha-kunduz yoki kunduzgi statsionar sharoitida keyingi kuzatuvlarni talab qiladigan KKni ixtisoslashgan davolash uchun ko'rsatmalarning mavjudligi (jarrohlik aralashuvi, biologik terapiya, gormonal va sitostatik terapiya va target terapiyasi).

Bemorning tibbiy tashkilotdan chiqarilishi uchun ko'rsatmalar:

1) davolash kursining yoki statsionar sharoitlarida tibbiy korrektsiyalash va/yoki tibbiy aralashuvni talab qiladigan davolash asoratlari qayd etilmasligi sharti bilan statsionar sharoitida ixtisoslashgan, shu jumladan yuqori texnologik tibbiy yordam ko'rsatish bosqichlaridan birining tugatilishi;

2) bemor yoki uning qonuniy vakili KKni statsionar sharoitida davolashni ta'minlaydigan tibbiyot tashkilotining konsiliumi tomonidan belgilangan ixtisoslashtirilgan, shu jumladan yuqori texnologik, tibbiy yordamdan bosh tortishi, agar asosiy kasallikning asoratlari va yoki statsionar sharoitlarda tibbiy korrektsiyalash va/yoki tibbiy aralashuvlarni talab qiladigan davolash zarurati bo'lmasa;

3) bemorni tibbiy yordam ko'rsatishning tegishli profiliga muvofiq boshqa tibbiy tashkilotga o'tkazish zarurati. Bemorni ixtisoslashtirilgan tibbiy tashkilotga o'tkazishning maqsadga muvofiqligi to'g'risida xulosa taqdim etilgan tibbiy hujjatlar bo'yicha oldindan maslahatlashgandan va/yoki bemorni o'tkazish rejalashtirilayotgan tibbiyot tashkilotining mutaxassislari tomonidan bemorni dastlabki ko'rikdan o'tkazilgandan keyin amalga oshiriladi.

QO'SHIMCHA MA'LUMOTLAR (KASALLIKNING HOLATI VA NATIJALARIGA TA'SIR ETUVCHI OMILLAR)

KKda prognostik jihatdan noxush omillar bo'lib chekish, bolalik davrida kasallikning boshlanishi, perianal shikastlanishlar, kasallikning penetratsiyalovchi fenotipi va keng tarqalgan ingichka ichak shikastlanishi hisoblanadi. Chekuvchi bemor bilan chekishni tashlash zarurligi to'g'risida albatta suhbat olib borish kerak.

Homiladorlikning natijalarini yaxshilash uchun homiladorlikni rejalashtirish IYaK remissiyasi davrida amalga oshirilishi kerak. IYaKni davolash uchun homilador ayollar tomonidan qo'llaniladigan dorilarning ko'pchiligi, dibutilftalatni o'z ichiga olgan #MT** va qobiqli mesazalin tabletkalari bundan mustasno, homilaga salbiy ta'sir qilish xavfi pastligi bilan bog'liq. Anti- O'NOni bekor qilish faqat IYaK qayta faollashishi xavfi past bo'lgan cheklangan sonadagi bemor ayollar uchun ruxsat etuladi. Homila vaqtida qo'llash mumkin bo'lmagan holatlarga ega bo'lmagan gen-injenerik biologik dori preparatlari bilan davolash (foydalanish bo'yicha yo'riqnomalarga qarang) davom ettirilishi mumkin, agar ona uchun foyda homila uchun mumkin bo'lgan xavfdan yuqori bo'lsa.

Foydalanilgan adabiyotlar ro'yxati:

1. Sandborn WJ, Feagan BG, Hanauer SB, Lochs H, et al. A review of activity indices and efficacy endpoints for clinical trials of medical therapy in adults with Crohn's disease. *Gastroenterology* 2002;122:512-30.
2. Khor B, Gardet A, Xavier RJ. Genetics and pathogenesis of inflammatory bowel disease. *Nature*. 2011;474:307-17.
3. Гастроэнтерология. Национальное руководство / Под ред. В.Т. Ивашкина, Т.Л. Лапиной. ГЭОТАР Медиа, 2008; 754 с.
4. Cosnes J, Gower-Rousseau C, Seksik P, Cortot A. Epidemiology and natural history of inflammatory bowel diseases. *Gastroenterology*. 2011;140:1785-94.
5. 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://doi.org/10.18786/2072-0505-2018-46-5-445-463>.
6. Белоусова Е.А. Рекомендации по диагностике и лечению болезни Крона. *Фарматека*. 2009; № 13, с. 38-44.

7. Torres J, Bonovas S, Doherty G, Kucharzik T, et al. ECCO Guidelines on Therapeutics in Crohn's Disease: Medical Treatment. *Journal of Crohn's and Colitis*. 2020; 4(1): 4-22.
8. Pimentel AM, Rocha R, Santana GO. Crohn's disease of esophagus, stomach and duodenum. *World J Gastrointest Pharmacol Ther*. 2019; 10 (2): 35-49.
9. Григорьева Г.А., Мешалкина Н.Ю. О проблеме системных проявлений воспалительных заболеваний кишечника. *Фарматека*. 2011; № 15, с. 44-49.
10. Gecse KB, Bemelman W, Kamm MA, Stoker J, et al. A global consensus on the classification, diagnosis and multidisciplinary treatment of perianal fistulising Crohn's disease. *Gut*. 2014;63(9):1381- 92.
11. Steinhart AH, Panaccione R, Targownik L, et al. Clinical Practice Guideline for the Medical Management of Perianal Fistulizing Crohn's Disease: The Toronto Consensus. *Inflamm Bowel Dis*. 2019 Jan 1;25(1):1-13. doi: 10.1093/ibd/izy247.
12. Чашкова Е.Ю., Владимирова А.А., Неустроев В.Г. и соавт. Воспалительные заболевания толстой кишки – аспекты диагностики. *Бюллетень Восточно-Сибирского научного центра СОРАМН*. 2011; № 4-2, с. 209-221.
13. Lucendo AJ, Arias Б, Roncero У, Hervnas D, et al. Anemia at the time of diagnosis of inflammatory bowel disease: Prevalence and associated factors in adolescent and adult patients. *Sao Paulo Med J*. 2014;132(3):140-6.
14. 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.
15. 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.
16. Axelrad JE1, Joelson A, Green PHR, Lawlor G, et al. Enteric Infections Are Common in Patients with Flares of Inflammatory Bowel Disease. *Am J Gastroenterol*. 2018 Oct;113(10):1530-1539. doi: 10.1038/s41395-018-0211-8.
17. Long B, Robertson J, Koyfman A. Emergency Medicine Evaluation and Management of Small Bowel Obstruction: Evidence-Based Recommendations. *J Emerg Med*. 2019 Feb;56(2):166-176. doi: 10.1016/j.jemermed.2018.10.024. Epub 2018 Dec 6.
18. Annese V, Daperno M, Rutter MD, et al. European evidence based consensus for endoscopy in inflammatory bowel disease. *J Crohns Colitis*. 2013;7:982-1018.
19. Bettenworth D, Bokemeyer A, Baker M, Mao R, et al. Assessment of Crohn's disease-associated small bowel strictures and fibrosis on cross-sectional imaging: a systematic review. *Gut*. 2019 June; 68(6):1115-1126.
20. Chidi VN, Schwartz DA. Imaging of perianal fistulizing Crohn's disease. *Expert Rev Gastroenterol Hepatol*. 2015 Jun;9(6):797-806. doi: 10.1586/17474124.2015.1031110. Epub 2015 Mar 30.
21. Sheedy SP, Bruining DH, Dozois EJ, Faubion WA, et al. MR Imaging of Perianal Crohn Disease. *Radiology*. 2017 Mar;282(3):628- 645. doi: 10.1148/radiol.2016151491.
22. Coward S, Kuenzig ME, Hazlewood G, Clement F, et al. Comparative Effectiveness of Mesalamine, Sulfasalazine, Corticosteroids, and Budesonide for the

- Induction of Remission in Crohn's Disease: A Bayesian Network Meta-analysis. *Inflamm Bowel Dis.* 2017 Mar;23(3):461-472. doi: 10.1097/MIB.0000000000001023.
- 23.Rezaie A, Kuenzig ME, Benchimol EI, Griffiths AM, et al. Budesonide for induction of remission in Crohn's disease. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015 Jun 3;(6):CD000296. doi: 10.1002/14651858.CD000296.pub4.
 - 24.Carter MJ, Lobo AJ, Travis SP. IBD Section, British Society of Gastroenterology. Guidelines for the management of inflammatory bowel disease in adults. *Gut.* 2004;53(Suppl 5):V1-V16.
 - 25.Tay GS, Binion DG, Eastwood D, Otterson MF. Multivariate analysis suggests improved perioperative outcome in Crohn's disease patients receiving immunomodulator therapy after segmental resection and/or strictureplasty. *Surgery.* 2003;34:565-72 discussion 572-3.97.
 - 26.Steinhardt AH, Ewe K, Griffiths AM, Modigliani R, Thomsen OO. Corticosteroids for maintaining remission of Crohn's disease. *Cochrane Database Syst Rev.* 2003(4):CD000301.
 - 27.Seow CH, Benchimol EI, Griffiths AM, et al. Budesonide for induction of remission in Crohn's disease. *Cochrane Database Syst Rev.* 2008:CD000296.
 - 28.Chande N, Townsend CM, Parker CE, MacDonald JK. Azathioprine or 6-mercaptopurine for induction of remission in Crohn's disease. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016 Oct 26;10:CD000545.
 - 29.Herfarth HH, Kappelman MD, Long MD, et al. Use of Methotrexate in the Treatment of Inflammatory Bowel Diseases. *Inflamm Bowel Dis.* 2016;22:224-33.
 - 30.McDonald JW1, Wang Y, Tsoulis DJ, MacDonald JK, et al. Methotrexate for induction of remission in refractory Crohn's disease. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014 Aug 6;(8):CD003459. doi: 10.1002/14651858.CD003459.pub4.
 - 31.Pearson DC, May GR, Fick GR, Sutherland LR. Azathioprine for maintaining remission of Crohn's disease. *Cochrane Database Syst Rev.* 2000(2):CD000067.
 - 32.Chande N, Patton PH, Tsoulis DJ, Thomas BS, et al. Azathioprine or 6-mercaptopurine for maintenance of remission in Crohn's disease. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015 Oct 30;(10):CD000067.
 - 33.Qiu Y, Chen BL, Feng R, Zhang SH, et al. Prolonged azathioprine treatment reduces the need for surgery in early Crohn's disease. *J Gastroenterol Hepatol.* 2018 Mar;33(3):664-670. doi: 10.1111/jgh.14000.
 - 34.Singh S, Fumery M, Sandborn WJ, Murad MH. Systematic review and network meta-analysis: first- and second-line biologic therapies for moderate-severe Crohn's disease. *Aliment Pharmacol Ther.* 2018 Aug;48(4):394-409.
 - 35.Cholapranee A, Hazlewood GS, Kaplan GG, et al. Systematic review with meta-analysis: comparative efficacy of biologics for induction and maintenance of mucosal healing in Crohn's disease and ulcerative colitis controlled trials. *Aliment Pharmacol Ther.* 2017 May;45(10):1291-1302.
 - 36.Hazlewood GS, Rezaie A, Borman M, Panaccione R, et al. Comparative effectiveness of immunosuppressants and biologics for inducing and

- maintaining remission in Crohn's disease: a network meta-analysis. *Aliment Pharmacol Ther.* 2017 May;45(10):1291-1302. doi: 10.1111/apt.14030. Epub 2017 Mar 22.
37. Feagan BG, Sandborn WJ, Gasink C, Jacobstein D, et al. Ustekinumab as Induction and Maintenance Therapy for Crohn's Disease. *N Engl J Med.* 2016 Nov 17;375(20):1946-1960.
 38. Colombel JF, Adedokun OJ, Gasink C, Gao LL, et al. Combination Therapy With Infliximab and Azathioprine Improves Infliximab Pharmacokinetic Features and Efficacy: A Post Hoc Analysis. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2019 Jul;17(8):1525-1532.e1. doi: 10.1016/j.cgh.2018.09.033. Epub 2018 Sep 26.
 39. Singh S, George J, Boland BS, Vande Casteele N, et al. Primary Non-Response to Tumor Necrosis Factor Antagonists is Associated with Inferior Response to Second-line Biologics in Patients with Inflammatory Bowel Diseases: A Systematic Review and Meta-analysis. *J Crohns Colitis.* 2018 May 25;12(6):635-643. doi: 10.1093/ecco-jcc/jjy004.
 40. Gecse KB, Vigh Z, Lakatos PL. Optimizing biological therapy in Crohn's disease. *Expert Rev Gastroenterol Hepatol.* 2016;10(1):37-45. doi: 10.1586/17474124.2016.1096198. Epub 2015 Oct 16.
 41. Kawalec P, Moćko P. An indirect comparison of ustekinumab and vedolizumab in the therapy of TNF-failure Crohn's disease patients. *J Comp Eff Res.* 2018 Feb;7(2):101-111. doi: 10.2217/cer-2017-0041. Epub 2017 Nov 8.
 42. Bressler B, Yarur A, Kopylov U, Bassel M, et al. United European Gastroenterol J. 2019;7(8 Suppl):624. Abstract P1091.
 43. Gisbert JP1, Marin AC, McNicholl AG, Chaparro M. Systematic review with meta-analysis: the efficacy of a second anti-TNF in patients with inflammatory bowel disease whose previous anti-TNF treatment has failed. *Aliment Pharmacol Ther.* 2015 Apr;41(7):613-23. doi: 10.1111/apt.13083. Epub 2015 Feb 4.
 44. Behm BW, Bickston SJ. Tumor necrosis factor-alpha antibody for maintenance of remission in Crohn's disease. *Cochrane Database Syst Rev.* 2008 Jan 23;(1):CD006893. doi: 10.1002/14651858.CD006893.
 45. Adamina M, Bonovas S, Raine T, Spinelli A, et al. ECCO Guidelines on Therapeutics in Crohn's Disease: Surgical Treatment. *Journal of Crohn's and Colitis.* 2020;14(2):155-168 doi:10.1093/ecco-jcc/jjz187.
 46. Lim WC, Wang Y, MacDonald JK, Hanauer S. Aminosalicylates for induction of remission or response in Crohn's disease. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016 Jul 3;7:CD008870. doi: 10.1002/14651858.CD008870.pub2.
 47. 100. https://grls.rosminzdrav.ru/Grls_View_v2.aspx?routingGuid=33aa4f17-be46-459a-b95a-c258bb4e29b2&t.