

**ОП ШАРОИТИДА НЯК БЕМОРЛАР НАЗОРАТИ ВА УЛАРДА СРО,
ЭЧТНИНГ КЛИНИК-ПРОГНОСТИК АҲАМИЯТИ**

Махкамов Мансуржон Махмуджонович

Наманган шаҳар 1-сон шифохонаси гастроэнтерология бўлими мудири

Закирова Умида Иркиновна

д.м.н., доцент, “Болалар касалликлари ва оилавий тиббиёт” кафедраси, ТМА

E-mail: umidazakirova765@gmail.com

ORCID profile: <https://orcid.org/0000-0002-0401-0375>

<https://doi.org/10.5281/zenodo.16755143>

Аннотация: Неспецифический язвенный колит (НЯК) – аутоиммунная и являющаяся воспалительной болезнью кишечника. Заболевание характеризуется ремиссиями и рецидивами. Прогноз, течение, эффективность лечения варьируют от пациента к пациенту и требуют многолетнего лечения. В данной статье анализируется значение скорости оседания эритроцитов и С-реактивного белка (СРБ) как биомаркеров воспаления, их роль в диагностике, оценке активности заболевания и мониторинге эффективности лечения.

Калит сўзлар: Неспецифический язвенный колит, биомаркер, С-реактивный белок, эритроцитлар чўкиш тезлиги, прогноз, аутоиммун.

**НАБЛЮДЕНИЕ ЗА ПАЦИЕНТАМИ С ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ В
АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ И КЛИНИЧЕСКОЕ И ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ
ЗНАЧЕНИЕ СЕРО- И ЭХТ-ТЕСТОВ У НИХ**

Аннотация: Неспецифический язвенный колит (НЯК) — заболевание, характеризующееся аутоиммунными и воспалительными процессами, чередованием ремиссий и рецидивов. Течение заболевания, прогноз и эффективность лечения варьируют от пациента к пациенту и требуют многолетнего лечения. В данной статье анализируется значение скорости оседания эритроцитов и С-реактивного белка (СРБ) как биомаркеров воспаления, их роль в диагностике, оценке активности заболевания и мониторинге эффективности лечения.

Ключевые слова: Неспецифический язвенный колит, биомаркер, С-реактивный белок, скорость оседания эритроцитов, прогноз, аутоиммунный.

**MONITORING OF PATIENTS WITH ULCERATIVE COLITIS IN THE OUTPATIENT
SETTING AND THE CLINICAL AND PROGNOSTIC SIGNIFICANCE OF SERO,
ESCHT IN THEM**

Abstract: Nonspecific ulcerative colitis (NUC) is a disease characterized by autoimmune and inflammatory processes, alternating remissions and relapses. The course of the disease, prognosis, and treatment effectiveness vary from patient to patient and require years of treatment. This article analyzes the importance of erythrocyte sedimentation rate and C-reactive protein (CRP) as biomarkers of inflammation, their role in diagnosis, assessment of disease activity, and monitoring the effectiveness of treatment.

Keywords: Nonspecific ulcerative colitis, biomarker, C-reactive protein, erythrocyte sedimentation rate, prognosis, autoimmune.

КИРИШ

Носпецифик ярали колит (НЯК) – товуқ ичакларининг слизи билан қопланган қаватларига таъсир қилувчи, аутоиммун ва яллиғланиш хусусиятига эга бўлган сурункали касаллик ҳисобланади. Унинг рецидив ва ремиссия даврлари алмашиб туради, бу эса касалликни назорат қилиш ва самарали даволашни қийинлаштиради. НЯК клиник жиҳатдан турли кўринишда кечади: енгил, ўрта ва оғир шакллари кузатилиши мумкин. Шу боис, касалликнинг фаоллигини, даво самарадорлигини баҳолаш, рецидивлар хавфини олдиндан аниқлаш учун ишончли биомаркерлардан фойдаланиш муҳим аҳамият касб этади.

Сўнгги йилларда яллиғланиш биомаркерлари – С-реактив оқсил (СРО, CRP) ва эритроцитлар чўкиш тезлиги (ЭЧТ) НЯКда ташхис қўйиш, касалликнинг фаоллик даражасини баҳолаш ва даволаш самарасини кузатишда кенг қўлланила бошлади. Бу биокимёвий кўрсаткичлар арзон, тезкор ва нисбатан осон усуллар билан аниқланади. Шунингдек, уларнинг ўзгариш динамикаси касаллик кечиши ҳақида маълумот беради, бу эса шифокорга клиник қарор қабул қилишда катта ёрдам беради.

Мазкур мақолада Оилавий поликлиника (ОП) шароитида НЯК билан касалланган беморларни кузатиш ва назорат қилишнинг клиник-амалий аҳамияти, СРО ва ЭЧТнинг диагностик ҳамда прогностик қиймати таҳлил қилинади. Бу орқали умумий тиббий амалиётда мазкур касалликни самарали бошқариш бўйича илмий ва амалий асослар шакллантирилади.

ТАДҚИҚОТ МАТЕРИАЛЛАРИ ВА МЕТОДОЛОГИЯСИ

Беморнинг ҳаёт сифати, хавфсизлиги ва узоқ умр кўриш учун профилактика ва даволаш тизимини яратиш. Бундай беморлар диспансер кузатувиغا олиниши шарт ва тиббий тавсияларга амал қилиши катта аҳамиятга эга. Амбулатор карта очилиб, диспансер рўйхат жадвали тузилади. Ремиссия ва рецидивлар санаси, текширув натижалари, берилган дори-дармонлар қайд этилади. Ишга лаёқатни баҳолаш: сурункали ҳолатларда вақтли текширувлар ва имтиёзлар кўриб чиқилади.

Оилавий поликлиника (ОП) шароитида НЯК билан беморларни олиб бориш касалликнинг оғирлик даражаси, рецидив-ремиссия ҳолатларига қараб бирламчи даражада комплекс ва тизимли назоратни назарда тутати. Касалликка чалинган беморлар яшаш мобайнида йилига 2 марта гастроэнтеролог мутахассиси, 1 марта колоноскопия текшируви, 6 ойда 1 марта қон, ахлат таҳлили, УТТ ва ойда 1 марта оилавий шифокор назоратида бўлиши жуда муҳим. ОП шифокори беморни касаллик оғирлигини баҳолашда клиник белгилар (ич суюлиши, қон аралаш ахлат борлиги, оғриқ, иситма) ва умумий қон таҳлили (лейкоцитоз, анемия, эритроцитлар чўкиш тезлиги – ЭЧТ), С-реактив оқсил – СРОни аниқлаши керак. Бемор аҳволи оғир бўлса шифохонага йўлланма беради, қолган ҳолатларда даволаш ва кузатиш тактикасини белгилайди.

ТАДҚИҚОТ НАТИЖАЛАРИ

Беморлардан қон олиниши ва СРО, ЭЧТ даражаси ўлчанади. Даво пайтида кўрсаткичлар ўзгариши кузатилади. СРОни бошқа аутоиммун касалликларга нисбатан ўзгаришини солиштириш. ЭЧТни бошқа яллиғланиш кўрсаткичларига нисбатан мониторингини баҳолаш керак.

ЭЧТ – яллиғланиш натижасида плазмада фибриноген, глобулинлар ва СРО каби оқсиллар миқдори ошиши туфайли эритроцитлар чўкиши билан изоҳланади. Бу жараён яллиғланиш ҳолатларида тезлашади ва ЭЧТ кўрсаткичи ошиб боради. НЯКда ЭЧТ юқори

бўлиши яллиғланиш мавжудлигини кўрсатади. НЯКнинг фаол босқичида ЭЧТ одатда 20–60 мм/соат ёки ундан юқори бўлади. Касаллик фаоллигини баҳолашда ЭЧТ кўрсаткичи клиник белги ва эндоскопик маълумотлар билан мос келади. Даволаш самарадорлигини баҳолашда ЭЧТ пасайиши яллиғланиш пасайганини ва даволаш натижаси ижобий эканини кўрсатади. Қайта кўтариллиши рецидив хавфини кўрсатади. Прогноз кўрсаткичи сифатида жуда юқори ЭЧТ (≥ 50 мм/соат) оғир кечиши, интоксикация ва қўшимча асоратлар хавфини оширади. СРО билан бирга таҳлил қилинса, прогноз аниқлиги ортади. СРО клиник ҳолатни ва ички яллиғланиш даражасини таҳлил қилиш учун аниқ ва оддий биомаркер. Юқори СРО даражаси (>30 – 40 мг/л) яллиғланиш фаол, даво самарасиз бўлиши мумкин. Терапиядан кейин СРО пасаймаса, колэктомия хавфи ортиши мумкин. Енгил хуружда кўрсаткич кам кўтарилади. Бундай беморларда эндоскопик фаоллик паст бўлади.

МУҲОКАМА

НЯК — клиник, лаборатор ва эндоскопик белгилари турлича намоён бўладиган, сурункали рецидив характерга эга касаллик бўлиб, унинг кечиши ва жавоб реакцияси ҳар бир беморда индивидуал ҳолда кузатилади. Шу сабабли, беморларда касаллик фаоллигини баҳолаш ва даво самарадорлигини мониторинг қилишда ишончли, тезкор ва иқтисодий самарали биомаркерлардан фойдаланиш талаб этилади.

Тадқиқот натижалари шундан далолат берадики, **С-реактив оқсил (СРО) ва эритроцитлар чўкиш тезлиги (ЭЧТ)** — НЯКда яллиғланиш фаоллигини баҳолаш учун энг кўп ишлатиладиган ва амалиётда самарали деб топилган кўрсаткичлардандир. ЭЧТнинг юқори даражалари кўпинча клиник фаоллик, эндоскопик ёки гистологик фаоллик билан мувофиқ келади. СРО эса яллиғланишнинг эрта марҳалаларида тез ўсиш хусусиятига эга бўлиб, терапевтик жавобни баҳолашда тезкор реакцияси билан фарқланади.

Амалий кузатувларда, юқори даражадаги СРО (>30 мг/л) ва ЭЧТ (>30 мм/соат) касаллик оғир кечаётганини кўрсатади ва рецидивлар хавфини олдиндан баҳолаш имконини беради. Айниқса, СРО даражаси 12 мг/л дан юқори бўлганда, касаллик фаол шаклда кечаётгани тахмин этилади. СРО ва ЭЧТ кўрсаткичлари динамикасини таҳлил қилиш шифокорга даволаш тактикаси, муолажани ўзгартириш ёки касалликни стационар шароитда даволашга ўтказиш зарурияти ҳақида қарор қабул қилишда муҳим манба бўлиб хизмат қилади.

Муҳим жиҳат шундаки, СРО ва ЭЧТ кўрсаткичлари ҳамиша барқарор бўлмаслиги, баъзи ҳолларда клиник белгиларга мос келмаслиги ҳам мумкин. Шу сабабли, уларни бошқа клиник, лаборатор ва инструментал маълумотлар билан биргаликда баҳолаш зарур. Масалан, енгил хуружларда ёки мураккаблашмаган ремиссия даврларида СРО юқори бўлмаслиги мумкин, лекин ЭЧТ барқарор ҳолда сақланиб туриши мумкин. Бу эса узок муддатли яллиғланиш жараёни давом этаётганини кўрсатади.

Умуман олганда, СРО ва ЭЧТ НЯКда фаоллик ва даво самарадорлигини баҳолаш, рецидивларни олдиндан аниқлаш, прогноз тузиш ва диспансер кузатув тизимини такомиллаштиришда муҳим клиник инструмент ҳисобланади. Улардан мунтазам фойдаланиш орқали ОП шифокори беморнинг ҳолатини тўғри баҳолай олади ва зарур профилактика ва даволаш чораларини ўз вақтида кўра олади.

Амалий тавсиялар: ЭЧТ ҳар бир беморда мунтазам равишда кузатиб борилиши зарур. ЭЧТни СРО ва умумий қон таҳлили билан биргаликда баҳолаш муваффақиятли мониторинг имконини беради.

Тиббий тарғибот ва беморлар билан ишлаш керак: беморга касаллик хусусиятини тушунтириш. Қайси белгиларда шошилишч мурожаат қилиш кераклигини ўргатиш. Парҳез, турмуш тарзи, стрессдан сақланиш ҳақида тавсиялар.

ХУЛОСА

Truelove and Witts criteria бўйича ЭЧТ > 30 мм/соат ёки СРО ≥ 12 мг/л бўлиши касаллик оғир кечишига ишора беради.

НЯКда бошланғич даврда СРО ва ЭЧТ юқори бўлиши баъзи асоратлар, масалан, псевдополиплар, фистулалар ёки стенозлар хаттарини оширади ва узоқ вақт юқори СРО колэктомия хавфини кўрсатади. СРО Крон касаллигига нисбатан НЯКда бироз кам кўтарилиши мумкин, лекин >12 мг/л юқори фаоллик даражасини кўрсатади. ЭЧТ СРОга нисбатан секин кўтарилади ва пасаяди, узоқ муддатли мониторинг учун қулайдир.

СРО ≥ 12 мг/л 85% позитив прогноз ва 95% сенситивлик билан ЭЧТ > 30 мм/соатга эквивалент саналади.

ЭЧТ ва СРО НЯКда фаоллик ва прогнозни баҳолашда ишончли, тезкор, арзон биомаркердир.

Фойдаланилган адабиётлар:

1. Pepys, M. B., & Hirschfield, G. M. (2003). C-reactive protein: A critical update. *The Journal of Clinical Investigation*, 111(12), 1805–1812. <https://doi.org/10.1172/JCI18921>
2. Vermeire, S., Van Assche, G., & Rutgeerts, P. (2004). C-reactive protein as a marker for inflammatory bowel disease. *Inflammatory Bowel Diseases*, 10(5), 661–665. <https://doi.org/10.1097/00054725-200409000-00025>
3. Danese, S., & Fiocchi, C. (2011). Ulcerative colitis. *New England Journal of Medicine*, 365(18), 1713–1725. <https://doi.org/10.1056/NEJMra1102942>
4. Sands, B. E. (2003). Biomarkers of inflammation in inflammatory bowel disease. *Gastroenterology*, 124(2), 521–524. <https://doi.org/10.1053/gast.2003.50066>
5. reddit.com + 4pubmed.ncbi.nlm.nih.gov
6. pmc.ncbi.nlm.nih.gov
7. Henriksen, M., Jahnsen, J., Lygren, I., Sauar, J., Schulz, T., Stray, N., ... & Vatn, M. H. (2008). C-reactive protein: A predictive factor and marker of inflammation in inflammatory bowel disease. Results from a prospective population-based study. *Gut*, 57(11), 1518–1523. <https://doi.org/10.1136/gut.2007.146399>