

ԱՂԻՆԵՐԻ ԲՈՐԲՈՔԱՅԻՆ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԱԽՏՈՐՈՇՄԱՆ ՊՈՒՏՈ ՉԱՓՈՐՈՇԻՉՆԵՐԸ ԵՐԵԽԱՆԵՐԻ և ԴԵՌԱՀԱՍՆԵՐԻ ՇՐՋԱՆՈՒՄ

Ամփոփում

Նպատակ

Մանկական տարիքում սկիզբ առած Աղիների բորբոքային հիվանդությունների (ԱԲՀ) ախտորոշումը խրթին է, հատկապես ամենաինֆորմատիվ ախտորոշիչ թեստերի ընտրության և հիվանդությամբ հետագա դասակարգման տեսանկյունից: Վերջին տարիներին ի հայտ են եկել ԱԲՀ բնական ընթացքի և ֆենոտիպի վերաբերյալ մանրամասն ուսումնասիրությունների տվյալներ, ինչպես նաև բազմաթիվ սերոլոգիական և կղանքային բիոմարկերների, նոր ռադիոլոգիական և էնդոսկոպիկ հետազոտության մեթոդներ: Ուղեցույցի նպատակն է տրամադրել արդի ապացուցողական տեղեկատվություն երեխաների շրջանում աղիների բորբոքային հիվանդությունների ախտորոշման համար:

Մեթոդներ

Սույն Ուղեցույցը մշակվել է Մանկական բժիշկների հայկական ասոցիացիայի մանկական գաստրոէնտերոլոգների աշխատանքային խմբի կողմից: Փաստաթղթի հիմքն է հանդիսացել Եվրոպական մանկական գաստրոէնտերոլոգների, հեպատոլոգների և նուտրիցիոլոգների ասոցիացիայի վերանայված Պորտո չափանիշների ԱԲՀ ախտորոշման համար դեռահասների շրջանում (ESPGHAN Revised Porto Criteria for the Diagnosis of Inflammatory Bowel Disease in Children and Adolescents, JPGN, Volume 58, Number 6, June 2014): Տեղեկատվության որակը գնահատելիս և ցուցումների ուժը որոշելիս սկզբնաղբյուր հանդիսացող փաստաթղթում հիմք է ընդունվել Օքսֆորդի Ապացուցողական բժշկության կենտրոնի ապացույցների դասակարգման համակարգը (Oxford (UK) CEBM Levels of Evidence): Տեղայնացման/ադապտացիայի աշխատանքները կատարվել են ADAPTE մեթոդաբանության հիման վրա: Պատասխանատու համակարգողը և աշխատանքային խմբի անդամները հայտարարագրել են իրենց շահերի բախման բացակայության վերաբերյալ տեղեկատվությունը: Ուղեցույցի բոլոր դրույթները քննարկվել և հավանության են արժանացել մանկական գաստրոէնտերոլոգների աշխատանքային խմբի կողմից (արձանագրությունը կցվում է): Ուղեցույցը նախատեսված է մանկական գաստրոէնտերոլոգների, ըդհանուր մանկաբույժների և ընտանեկան բժիշկների, ինչպես նաև առողջապահության կազմակերպիչների համար: Փաստաթուղթը ենթակա է պարբերական թարմացումների և/կամ խմբագրման յուրաքանչյուր 5 տարին մեկ կամ ավելի հաճախակի՝ կախված տվյալ ոլորտում նոր գիտագործնական տեղեկատվության ի հայտ գալուց:

Արդյունքներ.

Ձևակերպվել է ԱԲՀ տառապող մանկահասակ պացիենտների շրջանում 11 խորհուրդ, որոնցից 4-ին շնորհվել է “ուժեղ” կարգավիճակ: Մանավորապես ներկայացվել են ախտորոշիչ մեթոդների հվաստիության գնահատականը ապացուցողական բժշկության վերջին տվյալների հիման վրա:

Եզրակացություն.

Բազմաբնագավառ մոտեցումը և ապացուցողական խորհուրդներին հետևելը համակցված կիրառվող միջամտությունների օգուտ/վնաս հարաբերությունների վերլուծության հետ, դա մանկական տարիքում ԱԲՀ ճշգրիտ ախտորոշման բարելավման բանալիներն են:

Բանալի բառեր

Ապացուցողական բժշկություն, ուղեցույցներ, ցուցումների ուսումնասիրման, ստեղծման և գնահատման դասակարգման համակարգ, աղիների բորբոքային հիվանդություն, երեխաներ, դեռահասներ

Պատասխանատու համակարգող

Ամարյան Գ.Գ.՝ բ.գ.դ, Մ. Հերացու անվան Երևանի Պետական բժշկական համալսարանի Մանկաբուժության թիվ 2 ամբիոնի պրոֆեսոր, «Արաբկիր» ԲՀ-ԵԴԱԻ մանկական գաստրոէնտերոլոգիական և լյարդաբանական ծառայության ղեկավար, ՀՀ Առողջապահության Նախարարության գլխավոր մանկական գաստրոէնտերոլոգ, Եվրոպայի մանկական գաստրոէնտերոլոգների, հեպատոլոգների և նուտրիցիոլոգների միության անդամ:

Աշխատանքային խմբի անդամներ

- Շահինյան Տ.Մ.՝ Մ. Հերացու անվան Երևանի Պետական բժշկական համալսարանի Մանկաբուժության թիվ 2 ամբիոնի ասիստենտ, «Արաբկիր» ԲՀ-ԵԴԱԻ մանկական գաստրոէնտերոլոգիական և լյարդաբանական ծառայության գաստրոէնտերոլոգ:
- Բդոյան Հ.Կ.՝ «Սուրբ Աստվածամոր» ԲԿ գաստրոէնտերոլոգիական բաժանմունքի վարիչ:
- Դավթյան Ռ.Յ՝ «Արաբկիր» ԲՀ-ԵԴԱԻ ընդհանուր մանկաբուժական բաժանմունքի բժիշկ- մանկաբույժ:
- Ղազինյան Հ.Լ.՝ բ.գ.թ., «Նորք» ինֆեկցիոն հիվանդանոցի հեպատոլոգիական բաժանմունքի վարիչ, Առողջապահության Նախարարության գլխավոր հեպատոլոգ:

Շահերի բախման հայտարարագիր և ֆինանսավորման աղբյուրներ

Չկան արձանագրված:

Շնորհակալական խոսք՝ մանկական գաստրոէնտերոլոգիական աշխատանքային խումբը իր երախտագիտությունն է հայտնում սույն ուղեցույցի թարգմանչական աշխատանքներին մասնակցելու համար ԵՊԲՀ Մանկաբուժության թ2 ամբիոնի կլինիկական օրդինատոր Ք Սուքիասյան:

Ուղեցույցը չի կարող փոխարինել բժշկի որոշումները ընդունելու հմտություններին անհատ պացիենտի վարման դեպքում և տվյալ կլինիկական իրավիճակի պայմաններում:

Բովանդակություն

Ամփոփում

Պատասխանատու համակարգող

Աշխատանքային խմբի անդամներ

Շահերի բախման հայտարարագիր և ֆինանսավորման աղբյուրներ

Նախաբան

Տեղեկատվության որոնման և գնահատման մեթոդաբանություն

Մաս 1 Աղիների քրոնիկ բորբոքային հիվանդության ախտորոշում:

- Խոցային կոլիտի ախտորոշում և դասակարգում
- Ջստաղու տերմինալ հատվածի ընդգրկում խոցային կոլիտի ժամանակ
- Կրոնի հիվանդության ախտորոշումը
- Չդասակարգվող աղիների բորբոքային հիվանդության ախտորոշումը
- Էնդոսկոպիկ և հիստոլոգիական դրսևորումներ
- Աղիների բորբոքային հիվանդության սեռոլոգիան և ենթատեսակները:

Մաս 2 Աղիների բորբոքային հիվանդության կասկածով երեխաների ախտորոշիչ հետազոտություններ

- ՈՒՁՀ
- ՄՌՏ
- Կապսուլային էնդոսկոպիա

- Բալոնային էնտերոսկոպիա
- Հատուկ հանգամանքներ
- Ալերգիկ խանգարումներ
- Մանակական ինֆեկցիոն հիվանդություններ

ՄԱՍ 3 Աղիների բորբոքային հիվանդության կասկածով երեխաների ախտորոշումը
Եզրակացություն

Հապավումներ

ԱԲՀ՝ աղիների բորբոքային հիվանդություն

ԽԿ՝ Խոցային կոլիտ

ԿՀ՝ Կրոնի հիվանդություն

ՍԱ տրակտ՝ ստամոքս աղիքային տրակտ

ՈՍՀԴ՝ ոչստերոիդային հակաբորբոքային դեղորայք

ESPGHAN (European Society for pediatric gastroenterology hepatology and nutrition)՝ԵՄԳՀՆԱ Եվրոպայի մանկական գաստրոէնտերոլոգների, հեպատոլոգների և նուտրիցիոլոգների ասոցիացիայի

ASCA (anti-saccharomyces cerevisiae antibody)՝ ՀՇՀ հակասախարոմիցետային շղթաների հակամարմիններ

pANCA (perinuclear neutrophil antibodies)՝ ՀՅՀ հականեյտրոֆիլային ցիտոպլազմատիկ հակամարմիններ

ԷԳԴՍ՝ Էզոֆագո-գաստրո դուոդենոսկոպիա

ՈԻՉՀ՝ ուլտրաձայնային հետազոտություն

ՄՌՏ՝ մգանիսա-ռեզոնանսային տոմոգրաֆիա

RG (recommendation grade)՝ խորհուրդի մակարդակ

EL (evidence level)՝ ապացուցողական մակարդակ

Նախաբան

Մանկահասակ երեխաների մոտ աղիների բորբոքային հիվանդության (ԱԲՀ) ախտորոշումը մինչև վերջերս, թվում էր միանշանակ: Վերջինիս ենթատիպերն են՝ Կրոնի հիվանդությունը (ԿՀ), ոչ սպեցիֆիկ խոցային կոլիտը (ԽԿ) և չդիֆերենցված աղիների բորբոքային հիվանդությունը (այս դեպքում կարելի ախտորոշել թե՛ ԿՀ, թե ԽԿ): ԱԲՀ ախտորոշման համար պարտադիր է ստամոքսաղիքային տրակտի բորբոքման առկայությունը և բորբոքման այլ պատճառների բացառումը: ԿՀ և ԽԿ տարբերակումը միմյանցի, ինչպես նաև՝ ինֆեկցիոն հիվանդություններից, ալերգիկ ախտահարումներից և իմունոդեֆիցիտային վիճակներից, որոնք ունեն միանման կլինիկական դրսևորումներ, հիմնված է լայն կլինիկական ենթադրությունների վրա: Պետք է բացառել այդ հիվանդությունները՝ էնդոսկոպիայի, հաստ և բարակ աղու լորձաթաղանթից կատարված բիոպսիայի հիստոքիմիական պատկերի հիման վրա, ընդ որում բարակ աղու բիոպսիան ունի ավելի ցածր զգայունություն: Ըստ մանկական աղիների բորբոքային հիվանդության վերաբերյալ վերջին և ավելի լայն տվյալների՝ առանձնացվում են բոլոր 3 ենթատիպերի ատիպիկ կլինիկական ընթացք, որոնք բերում են ախտորոշման սխալների և պահանջում են ավելի ճշգրիտ ուսումնասիրություն՝ հաշվի առնելով յուրաքանչյուր հիվանդության բազմատեսակ դրսևորումները [2–8]: Փարիզյան դասակարգումը [8] կարևոր քայլ էր մանկական աղիների բորբոքային հիվանդությունների դասակարգման և ձևակերպման համար: Ախտորոշման ձևերի առաջխաղացումը՝ կապսուլային էնդոսկոպիան, սեռոլոգիական և ֆեկալ բիոմարկերկների մանրակրկիտ որոշումը, մեծացնում են հիվանդության ախտորոշման և հիվանդության բնորոշման հնարավորությունները՝ փոքրացնելով երեխաների ճառագայթումը: Նոր մեթոդները ոչ միայն բարձրացնում են լորձաթաղանթի վնասման հայտնաբերման զգայունությունը, այլև իզոլացված կոլիտի ֆենոտիպ ունեցող երեխաների հայտնաբերման հնարավորությունը, ովքեր կարող են ունենալ խաչաձևման հակում: Այսպիսով, երեխաների մոտ աղիների բորբոքային հիվանդության հստակ ախտորոշումը

կախված է ոչ միայն թեստի ճիշտ ընտրությունից, այլև ստացված արդյունքների ճիշտ մեկնաբանությունից: 2005 թվականի օրիգինալ Պոռտո չափորոշիչների /կրիտերիաների/ [1] ներկայացման վերանայումը օգտագործում են, որպես գիտականորեն հիմնավորված մոտեցում: Այն ոչ միայն հեշտացնում է երեխաների աղիների բորբոքային հիվանդության ախտորոշումը, այլև թույլ է տալիս բժշկին հիմնավորված կերպով տարբերակելենթատիպերը:Նոր չափորոշիչները /կրիտերիաները/ ներառում են ամենավերջին հստակ հիմնավորված մոտեցումները ԱԲՀ ախտորոշման և ենթատիպերը տարբերակելու համար՝հիմնված Փարիզյան ֆենոտիպային դասակարգման վրա, և թույլ են տալիս առանց թերությունների ախտորոշել հիվանդությունը, կանխատեսել հետագա դրսևորումները և մշակել ախտորոշված հիվանդների անհատական բուժման մոտեցումներ: Այս մոտեցումներին հետևելով առաջանում են դժվարություններ չդասակարգված ԱԲՀ սահմանելու և գնահատելու հարցում: ԷԳԴՍ և դիստալ կոլոնոսկոպիան լայնորեն օգատործվում են ցանակացած տեսակի ԱԲՀնախնական գնահատման համար: Լրացուցիչ մեթոդների ընտրությունը կախված է ֆենոտիպից և էնդոսկոպի արդյունքների վերլուծությունից:Այսպիսով, Պոռտո չափորոշիչները /կրիտերիաները/ սկսվում են ֆենոտիպերի նկարագրությամբ, բժշկի և վիաբույժի հետազոտության ընտրությունից և տվյալների մեկնաբանման թերություններից:

Տեղեկատվության որոնման և գնահատման մեթոդաբանություն

Սույն Ուղեցույցը մշակվել է Մանկական բժիշկների հայկական ասոցիացիայի մանկական գաստրոէնտերոլոգների աշխատանքային խմբի կողմից: Փաստաթղթի հիմքն է հանդիսացել Եվրոպական մանկական գաստրոէնտերոլոգների, հեպատոլոգների և նուտրիցիոլոգների միության վերանայված Պորտո չափորոշիչների ԱԲՀ ախտորոշման համար դեռահասների շրջանում (ESPGHAN Revised Porto Criteria for the Diagnosis of Inflammatory Bowel Disease in Children and Adolescents, JPGN, Volume 58, Number 6, June 2014): Տեղեկատվության

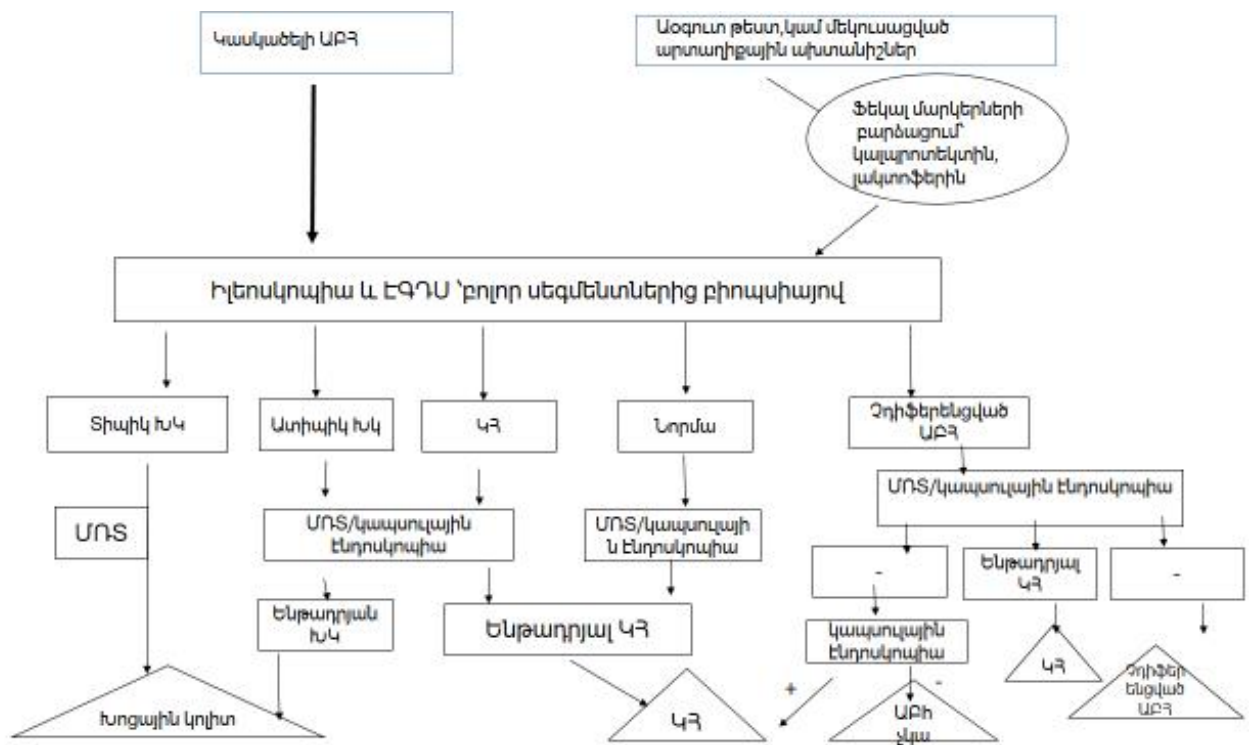
հավաքագրման մարտավարությունը ընդգրկել է բանալի բառերի օգնությամբ իրականացվող բազմաբնագավառ որոնում MEDLINE, PubMed, Cochrane library, National Guideline Clearinghouse և UpToDate շտեմարաններում: Որոնման ժամանակային շրջանակն է՝ 2010 – 2017թթ.: Փաստաթղթերի նկատմամբ կիրառվել են հետևյալ տեսակավորման ցուցանիշները՝ ապացուցողական բնույթ (համակարգված ամփոփ տեսություն, պատահական բաշխմամբ վերահսկվող փորձարկում, ցանկացած խոհուրդի վերաբերյալ հստակ հղումների առկայություն, ապացույցների ուժի և որակի գնահատականներ և այլ), ազգային կամ համաշխարհային ամփոփումների կարգավիճակ, անգլերեն լեզու:

Տեղեկատվության որակը գնահատելիս և ցուցումների ուժը որոշելիս սկզբնաղբյուր հանդիսացող փաստաթղթում հիմք է ընդունվել Օքսֆորդի Ապացուցողական բժշկության կենտրոնի ապացույցների դասակարգման համակարգը (Oxford (UK) CEBM Levels of Evidence), (մանրամասները տես՝ Հավելված 1.): Տեղայնացման/ադապտացիայի աշխատանքները կատարվել են ADAPTE մեթոդաբանության հիման վրա: Պատասխանատու համակարգողը և աշխատանքային խմբի անդամները հայտարարագրել են իրենց շահերի բախման բացակայության վերաբերյալ տեղեկատվությունը: Ուղեցույցի բոլոր դրույթները քննարկվել և հավանության են արժանացել Մանկական գաստրոէնտերոլոգների աշխատանքային խմբի կողմից (արձանագրությունը կցվում է): Ուղեցույցը նախատեսված է մանկական գաստրոէնտերոլոգների, մանկաբույժների, ընտանեկան բժիշկների, ինչպես նաև առողջապահության կազմակերպիչների համար: Փաստաթուղթը ենթակա է պարբերական թարմացումների և/կամ խմբագրման յուրաքանչյուր 5 տարին մեկ կամ ավելի հաճախակի՝ կախված տվյալ ոլորտում նոր գիտագործնական տեղեկատվության ի հայտ գալուց:

**Մաս 1: Աղիների քրոնիկ բորբոքային հիվանդության ախտորոշումը
Խորհուրդներ**

Աղիների բորբոքային հիվանդության /ԱԲՀ/ հստակ ախտորոշման համար պետք է համադրել անամնեստիկ տվյալները, օբյեկտիվ զննումը, լաբարատոր քննության տվյալները, գաստրոդուոդենոսկոպիայի և կոլոնոսկոպիայի արդյունքները, հիստոլոգիան և բարակ աղիների ռադիոլոգիական հետազոտության պատկերը: Շատ կարևոր է, այն տարբերակել աղիքային ինֆեկցիայից [EL2b, RGC]:

Խորհուրդ է տրվում բոլոր այն դեպքերում, երբ ԱԲՀ ախտորոշումը կասկածելի է, կատարել բարակ աղիների ռադիոլոգիական քննություն: Սա կարող է տարբերակիչ դեր խաղալ տիպիկ խոցային կոլիտի դեպքում՝ հիմնվելով կոլոնոսկոպիայի և հիստոլոգիական քննության պատասխաններ վրա: Էնդոսկոպիան հատկապես կարևոր է կասկածելի Կրոնի հիվանդության/ ԿԿ/ ժամանակ, այն հիվանդների համար, ում մոտ զստաղին աղին հնարավոր չի եղել վիզուալիզացնել, ինչպես նաև խոցային կոլիտի /ԽԿ/ ատիպիկ ընթացքի և չդասակարգվող աղիների բորբոքային հիվանդության դեպքում [EL3, RGD]:



Նկար 1. ԱԲՀ բնորոշ աղիքային / արտաաղիքային ախտանիշներով երեխայի / դեռահասի գնահատում: Ատիպիկ ԽԿ դա ԱԲՀ նոր կատեգորիա է, որում ներառված է 5 ֆենոտիպ նկարագրված աղյուսակ 1-ում, և արտացոլում է տարբերակներ, որոնք պետք է կառավարվեն իբրև ԽԿ: Ճղասակարգվող ԱԲՀ կարող ենթադրվել էնդոսկոպիկ հետազոտությունից հետո և վերջնական ախտորոշվել ռադիոլոգիական և լիարժեք էնդոսկոպիկ գնահատումը վերջացնելուց հետո: Տարբերում են տիպիկ և ատիպիկ ԽԿ: ԿՀ՝ Կրոնի հիվանդություն: ԱԲՀ՝ աղիների բորբոքային հիվանդություն: ՄՌԵ՝ մագնիս ռեզոնանսային էնտերոգրաֆիա: ԽԿ՝ խոցային կոլիտ:

Գործնական կետեր

1. Խոցային կոլիտի ամենակարևոր տիպիկ բնորոշումը, դա աղիների լորձաթաղանթի շարունակական բորբոքումն է, որը սկսվում է ուղիղ աղուց դիստալ, առանց բարակ աղու ընդգրկման, բացառությամբ՝ տերմինալ իլեիտի, և առանց էպիթելիոդ գրանուլեմատոզ ինֆիլտրացիայի :Կրիպտանների արխիտեկտոնիկայի խախտումը և տեղային կամ տարածուն բազալ պլազմոցիտոզը շատ բնորոշ են ԽԿ-ին:

2. Մանկաբուժական պրակտիկայում խոցային կոլիտը կարող է դրսևորվել ատիպիկ կլինիկական ախտանիշներով,ինչպիսին են՝ մակրոսկոպիկ հաստ աղու ախտահարում առանց ուղիղ աղու ախտահարման, իզոլացված ոչ ալիքաձև ստամոքսի խոցեր,կրիպտանների նորմալ արխիտեկտոնիկան,բիոպսիայով քրոնիզացիայի բացակայությունը, կամ կույր աղու ընդգրկումը: Սուր կոլիտով հիվանդների մոտ կարող է առաջանալ տրանսմուրալ բորբոքում: Այս առանձին յուրահատուկ ֆենոտիպային տիպերի դեպքում պետք չէ վերադասակարգել, որպես Կրոնի հիվանդություն:

3. Հիվանդության ընթացքում միայն հաստ աղու ընդգրկումը՝ 1 դասին բնորոշ փոփոխություններով, պետք է համարել Կրոնի հիվանդություն (Աղյուսակ 3):

4. Չդասակարգվող աղիների բորբոքային հիվանդությունը պետք է ախտորոշել, երբ հիվանդն ունի կոլիտ և ատիպիկ դրսևորումներ (ներկայացված 3րդ աղյուսակի 2րդ և 3րդ դասերում), որոնք բնորոշ են և՛ Կրոնի հիվանդությանը, և՛ խոցային կոլիտին, կամ ներքևում ներկայացված դրսևորումների համակցությանը:

Աղիների բորբոքային հիվանդության մասին պետք է կասկածել այն հիվանդների մոտ, ովքեր ունեն համապատասխան ախտանշաններ [10-13]: Դրանք կարող են բազմազան լինել: Արյունային դիարեան խոցային կոլիտի ամենատարածված ախտանիշն է, մինչդեռ Կրոնի հիվանդությունը դրսևորվում է անորոշ որովայնի ցավերով, լուծով, չբացատրված անեմիայով, ջերմության բարձրացումով, քաշի կորուստով, կամ աճի հապաղումով: Վերջինս հաճախ հանդիպող ախտանիշ է: Ախտանիշների դասական եռյակը՝ անորոշ ցավեր որովայնում, լուծ և քաշի կորուստ, հանդիպում են Կրոնի հիվանդությամբ հիվանդների 25 % մոտ [14]: Արտաաղիքային ախտանիշները դրսևորվում են ախտորոշված հիվանդների 6-23 % մոտ, հատկապես հաճախ՝ 6 տարեկանից մեծ երեխաների մոտ [3, 12, 15]: Այս ուղեցույցում արտաղիքային դրսևորումները ներկայացված չեն:

Աղիների բորբոքային հիվանդության այս դասակարգումը համախմբված է և բնորոշում է շատ հազվադեպ հանդիպող ֆենոտիպերը, որոնք անսովոր են և ատիպիկ: Այն պահանջում է խոցային կոլիտի և Կրոնի հիվանդության հստակ ճանաչում, ատիպիկ ֆենոտիպերի նույնականացում, որոնք դեռ համահունչ են խոցային կոլիտին և Կրոնի հիվանդությանը, ինչպես նաև բոլոր ախտորոշմանը խոչընդոտող գործոնների հայտնաբերում:

Խոցային կոլիտի ախտորոշում և դասակարգում

Խոցային կոլիտի ախտորոշումը հիմնված է կոլոնոսկոպիայի և բիոպսիայի ժամանակ հայտնաբերված տիպիկ քրոնիկ բորբոքման հայտնաբերման վրա, և կոլիտի առաջացման այլ պատճառների բացառման վրա՝ կրոնի հիվանդություն և ինֆեկցիաներ: Հակառակ կողմից չկա ոչ մի մակրոսոպիկ և միկրոսկոպիկ ախտանիշ, որի վրա հիմնվելով կարելի է հստակ ախտորոշել խոցային կոլիտը, ինչպես

նաև կան բազմաթիվ ատիպիկ դրսևորումներ, որոնք այդ տեսակում չեն տեղավորվում: Տիպիկ բնորոշումները և 5 ատիպիկ դրսևորումները ,որոնք հանդիպում են երեխաների մոտ խոցային կոլիտի դեպքում ներկայացված են աղյուսակ 1-ում: Այս հոդվածը հիմնականում անդրադառնում է տիպիկ ֆենոտիպերին: Խոցային կոլիտի ամենատիպիկ դրսևորումը հաստ աղու լորձաթաղանթի քրոնիկ բորբոքումն է՝ ուղիղ աղու ընդգրկմամբ, առանց բարակ աղիների ախտահարման և ըստ բիոպսիայի պատասխանի՝ առանց գրանուլեմատոզ բորբոքման [2, 6, 16]: Խոցային կոլիտի տիպիկ մակրոսկոպիկ պատկերին բնորոշ է՝ էրիթեման, լորձաթաղանթի խոցելիությունը, թարախային էքսուդատը և փոքր, մակերեսային խոցերը [16]: Հաստ աղու բորբոքումը կարող է լինել և՛ որոշակի հատվածներում, և՛ կարող է ընդգրկել ամբողջական հաստ աղին շարունակական ձևով : Չստաղու տերմինալ հատվածը կարող է ընդգրկվել պրոցեսի մեջ՝ ոչ էրոզիվ էրիթեմայի և այտուցի ձևով, եթե առկա է պանկոլիտ (այսպես կոչված «հետհոսքային իլեիտ»), սակայն մնացած այլ դեպքերում իլեոցեկալ փականը ընդգրկված չի լինում բորբոքման պրոցեսի մեջ: Կրիպտաների արխիտեկտոնիկայի խանգարումը, տեղային կամ տարածուն բազալ պլազմոցիտային ինֆիլտրացիան հանդիսանում է ԱԲՀ բնորոշ քրոնիկական բորբոքման զգայուն կանխագուշակիչ նշան, դիտվում է ԱԲՀ տառապող 70% մեծահասակների մոտ և ինֆեկցիոն կոլիտով <5%-ի մոտ [17]: Քրոնիկական բորբոքումը հաճախ ուղեկցվում է կրիպտիտներով և կրիպտ արքեսների առաջացումով: Որպես կանոն, բորբոքումը առավել արտայահայտված է հաստ աղու դիստալ հատվածում, սակայն, եթե առկա է հետադարձ բորբոքում (այսինքն՝ խիստ արտահայտված պրոքսիմալ հատվածում, ավելի քիչ արտահայտված՝ դիստալ հատվածում) պետք է մտածել ախտորոշման վերանայման մասին: Երբեմն խոցային կոլիտը դրսևորվում է առանց ուղիղ աղու ընդգրկման, բացառությամբ ԽԿ հազվադեպ դեպքերում երբ առկա է այսպես կոչված «ուցից աղու խնայում»՝ այսինքն միայն ուղիղ աղին ընդգրկված չէ բորբոքային պրոցեսի մեջ [5, 18]:

խոցային կոլիտը պատմականորեն ընկալվում է, որպես հաստ աղու մակերեսային բորբոքում՝ հիմնականում ուղիղ աղու ընդգրկմամբ և բորբոքային պրոցեսի տարբեր հետագա տարածմամբ: Մանկաբուժական պրակտիկայում դրսևորվում է նաև ատիպիկ ընթացքով, պետք է տարբերել և ճանաչել վերջինիս 5 տարբերակները:

1. Ատիպիկ ընթացքի ամենալավ սահմանումն է՝, որը հադիպում է խոցայի կոլիտով երեխաների 5 - 30% մոտ [19-23]: Երեխաների շրջանում ԱԲՀ ֆենոտիպը ուսումնասիրող ամենամեծ EUROKIDS հետազոտության տվյալներով ընդգրկված 533 երեխաներից առանց ուղիղ աղու ընդգրկման խոցային կոլիտ դիտվել է 5%-ի մոտ, նկատվել է հետադարձ կապ ԽԿ այսպիսի ֆենոտիպի և պացիենտի տարիքի միջև: Ըստ Փարիզյան դասակարգման խոցային կոլիտը առանց ուղիղ աղու ախտահարման, դրսևորում է առանց մակրոսկոպիկ վնասման, բայց առկա է լինում միկրոսկոպիկ ախտահարում (ֆոկալ) [8] :

2. Հիվանդության մյուս ատիպիկ ֆենոտիպային տարբերակն է, երբ խոցային կոլիտի ախտանիշները տևում են կարճ ժամանակ և բիոպսիայով լինում է լորձաթաղանթի ախտահարում միայն որոշ հատվածներում կամ առհասարակ արխիտեկտոնիկայի խախտում չի դիտվում: Սա սովորաբար հայտնաբերվում է այն դեպքերում, երբ կոլոնոսկոպիան արվում է ախտանիշների առաջացումից կարճ ժամանակ անց: Այս ֆենոտիպը կարող է լինել համահունչ խոցային կոլիտ ախտորոշմանը միայն մինչև 10 տարեկան երեխաների մոտ [8, 23, 24]: Մեկ ուսումնասիրություն պնդում է, որ կրիպտաների արխիտեկտոնիկան կարող է պահպանված լինել խոցային կոլիտով երեխաների 34 % մոտ, իսկ մեծահասակների 10 % մոտ [23]: Ըստ մեկ այլ հետազոտության՝ կրիպտաների արխիտեկտոնիկայի հարաբերականորեն ավելի քիչ արտահայտված ախտահարումը և գործընթացի քրոնիզացիան կախված են խոցայի կոլիտով երեխայի տարիքից: Հիմնականում ավելի բնորոշ է մինչև 10 տարեկան երեխաներին [24]:

Աղյուսակ 1: Մանկաբուժական խոցային կոլիտի ֆենոտիպերը

Դրսևորումներ	Մակրոսկոպիկ պատկեր	Միկրոսկոպիկ պատկեր
Տիպիկ	Բոլոր հատվածների ընդհանուր ուղիղ աղուց սկսած	Արխիտեկտոնիկայի խախտում,բազալ լիմֆոպլազմոցիտոզ,առավելապես արտահայտված դիստալ հատվածներում,ոչ գրանուլեմատոզ
<p data-bbox="183 457 448 583">Ատիպիկ Առանց ուղիղ աղու ընդհանուր</p> <p data-bbox="183 625 448 709">Կարճ տևողություն</p> <p data-bbox="183 1056 448 1140">Կույր աղու ընդգրկում</p> <p data-bbox="183 1392 448 1560">ՍԱ տրակտի վերին հատվածների ընդգրկում</p> <p data-bbox="183 1602 448 1644">Սուր,ծանր կոլիտ</p>	<p data-bbox="464 457 833 583">Ինտակտ ուղիղ աղի կամ ռեկտոսիգմոիդալ հատված</p> <p data-bbox="464 625 833 793">Շարունակական աղու ախտահարում,երբեմն առանց ուղիղ աղու ընդգրկման</p> <p data-bbox="464 1014 833 1308">Ձախ կողմի ախտահարում զուգակցված կույր աղու բորբոքման հետ,2 հատվածների միջև ընկած հատվածները ինտակտ են</p> <p data-bbox="464 1350 833 1602">Ստամոքսի էրոզիաներ,խոցեր,ոչ գծային,ոչ ալիքաձև: Բոլոր հատվածների ընդգրկում ուղիղ աղուց սկսած</p>	<p data-bbox="849 457 1437 583">Տիպիկ նման,հատկապես ախտահարվում է ինտակտ հատվածից վեր ընկած մասը</p> <p data-bbox="849 667 1437 961">Բիոպսիայով կարող է լինել տեղային ախտահարում,առանց քրոնիկ բորբոքման և արխիտեկտոնիկայի խախտման պատկերի,մնացածը լինում է նույնը:Սովորաբար հանդիպում է փոքր երեխաների մոտ,ախտանիշների կարճատևության դեպքում</p> <p data-bbox="849 1014 1437 1098">Տիպիկ պատկեր,կույր աղում ոչ սեպտիկ բորբոքում</p> <p data-bbox="849 1350 1437 1434">Տեղային կամ դիֆուզ ախտահարում,բայց ոչ գրանուլեմատոզ</p> <p data-bbox="849 1518 1437 1728">Կարող է լինել պատի տրանսմուրալ ախտահարում,խորը խոցեր,մնացածը նման տիպիկ պատկերին:Լիմֆոիդ ագրեգատները բացակայում են, V-աձև խոցեր</p>

3. Հաջորդ ատիպիկ ընթացքը դա ձախակողմյան կոլիտն է զուգակցված կույր աղու ընգրկման հետ: Սովորաբար ընգրկվում է որդանման ելունի և կույր աղու շրջակա հատվածը: Այն հանդիպում է խոցային կոլիտով երեխաների 2% մոտ [5]:

4. Ստամոքսաղիքային համակարգի վերին հատվածների ախտահարումը երկար ժամանակ համարվում էր բնորոշ Կրոնի հիվանդությանը, այլ ոչ խոցային կոլիտին: Այնուամենայնիվ այս տեսակետը կարճ ժամանակ հետո համարվեց սխալ [25]: Ստամոքսի միջին աստիճանի խոցոտումները և միկրոսկոպիկ ախտահարումը բնորոշ են նաև խոցային կոլիտին, հանդիպում են հիվանդների 4-8 % մոտ [24]: Ստամոքսի էրոզիաներ և փոքր խոցեր բացահայտվել են 260 հիվանդից 11ի մոտ (4.2%), ովքեր հաշվառված են խոցային կոլիտով հիվանդների EUROKIDS ռեգիստրում [5]: Բիոպսիայով տեղային և քրոնիկ գաստրիտի պատկերը սպեցիֆիկ չէ Կրոնի հիվանդությանը, միևնույն ժամանակ չի կարող լինել պատճառ խոցային կոլիտի բացառման համար [26]:

5. Երեխաները, որոնց մոտ սուր, ծանր ընթացքով խոցային կոլիտ է, կարող են ունենալ նշաններ, որոնք սովորաբար հատկանշական են Կրոնի հիվանդությանը, օրինակ՝ պատի տրանսմուրալ ախտահարում, խորը խոցերի առաջացումը, որոնք այս դեպքերում արտացոլում է հիվանդության ծանրության աստիճանը, այլ ոչ թե հիվանդության տեսակը: Հիստոլոգիական պատկերի առանձնահատկությունները, խոցերի ձևը (V-ձև, ճաքերով) կամ լիֆոիդ ագրեգացիայի բացակայությունը առավել բնորոշ են խոցային կոլիտին, և բնորոշ չեն Կրոնի հիվանդությանը [16]: Այսինքն, դեքերում ախտորոշումը հաստատելուց պետք է հաշվի առնել կլինիկան, հիստոլոգիական քննության, էնդոսկոպիայի և սեռոլոգիական քննության արդյունքները միասին: Ոչ հստակ ախտորոշման դեպքում պետք է դրվի չդասակարգվող աղիների բորբոքային հիվանդություն ախտորոշումը, մինչև

ժամանակի ընթացքում ի հայտ կգան ԽԿ կամ ԿՀ առավել բնորոշ ախտանիշներ (Աղյուսակ 3):

Աղյուսակ 2: Չբուժված Կրոնի հիվանդությամբ երեխաների մոտ մակրո- և միկրոսկոպիկ պատկեր:

<p>Տիպիկ մակրոսկոպիկ պատկեր: Լորձաթաղանթի աֆթոզ խոցեր, գծային կամ ալիքաձև խոցեր</p> <p>Ստենոզ/ստրիկտուրա , նեղացումից վեր լայնացում</p> <p>Ներվիրահատական և էնդոսկոպիաների ժամանակ-հաստացած պատեր, սահմանային նեղացումներով</p> <p>Հարիետանցքային ախտահարումներ- խուղակ, արքցես, ստենոզ, խոցոտում, հարակից մաշկի ախտահարում</p> <p>Թռիչքաձև ախտահարում</p> <p>Աղիճ աղու և զստաղու ախտահարում</p> <p>Ոչ սպեցիֆիկ մակրոսկոպիկ ախտահարում: Այտուց Էրիթեմա Փխրունություն Հատիկավորություն</p> <p>Էքսուդատ Անոթային պատկերի կորուստ Իզոլացված աֆթոզ խոցեր Հարիետանցքային ախտահարումներ-միջային անալ ճաքեր, մաշկի փոքրիկ ազատ եզր</p>	<p>Տիպիկ միկրոսկոպիկ պատկեր: Գրանուլեմատոզ բորբոքում- պետք է լինի պատուված կրիպտաներից հեռու Տեղային բորբոքում, տրանսմուրալ ախտահարում, ենթալորձային ֆիբրոզ:</p> <p>Ոչ սպեցիֆիկ միկրոսկոպիկ ախտահարում: Գրանուլեմա , որը տեղակայված է կրիպտաների պատուվածքի կողքին:</p> <p>Թեթև արտահայտված բորբոքային ինֆիլտրատ սեփական թիթեղի վրա:</p> <p>Լորձաթաղանթի խոցոտում, էրոզիաներ Քրոնիզացիայի նշաններ</p>
---	---

Աղյուսակ 3: Չբուժված կոլիտով երեխաների ախտորոշման առանձնահատկությունները:

Խոցային կոլիտի ախտորոշման հավանականությունը	Դրսևորումները	Համապատասխան ախտորոշումը
<p>Դաս 1: բացակայում է</p>	<p>Ձևավորված գրանուլեմաներ ՍԱ տրակտի բոլոր հատվածներում, կրիպտաների պատվածքներից հեռու Խորը խոցեր, ամբողջ ՍԱ տրակտում ստենոզների առաջացում Խուղակներ (ներքին և հարիետանցքային) Առանց կույր աղու ախտահարման զստաղու բորբոքում Աղիճ աղու և զստաղու կանթի հաստացում կամ բորբոքման այլ նշաններ (մեկից ավելի ցրված էրոզիաներ), որոնք համապատասխան չեն հետադարձ իլեիտին Մակրոսկոպիկ և միկրոսկոպիկ թռիչքանձ ախտահարում (բացառությամբ ուղիղ աղու խնայումը և կույր աղու ախտահարումը առանց զստաղու ախտահարման) Հարիետանցքային հատվածի տարատեսակ ախտահարումներ</p>	<p>Ախտորոշումը Կրոնի հիվանդություն</p>
<p>Դաս 2: հազվադեպ խոցային կոլիտ (<5%)</p>	<p>Մակրոսկոպիկ և միկրոսկոպիկ ինտակտ ուղիղ աղի, խոցային կոլիտի այլ նշանների առկայություն Աճի հապաղում, որը չունի այլ բացատրություն Տրանսմուրալ բորբոքում, առանց սուր կոլիտի, խոցային կոլիտի այլ դրսևորումներ առկայության հետ զուգահեռ 12 մատնյա աղու և կերակրափողի խոցեր, որոնց առաջացման այլ պատճառները ժխված են (H. pylori, ՈՍՀԴ, ցելակիա) Բազաձև ստամոքսի խոցեր, որոնք չունեն առաջացման այլ բացատրություն (H. pylori, ՈՍՀԴ) Դրական ՀՇՀ, բացասական ՀՅՀ Երբ պորքսիմալ հատվածում բորբոքումն ավելի</p>	<p>Ախտորոշվում է չդասակարգված աղիների բորբոքային հիվանդություն, եթե ի վերջո 1 դասի 2 ախտանիշ ներկա են</p>

	արտահայտված է ,քան դիստալ հատվածում	
Դաս 3:Անսովոր	Ստամոքսի և 12մատնյա աղու խիստ խոցոտում,որը չի բացատրվում այլ պատճառներով(H.pylori ,ցելիակիա) Տեղային քրոնիկ դուոդենիտ,կամ բազմաձև խոցոտումներ,երբ այլ պատճառերը ժխտվում են >1 բիոպսիայով հայտնաբերված տեղային ակտիվ կոլիտի պատկեր Դիարեա,առանց արյան պարունակության Հաստ աղու կամ ՍԱ վերին հատվածի աֆթոզ խոցոտում,	Ախտորոշվում է չդասակարգված աղիների բորբոքային հիվանդություն,եթե ի վերջո հայտնաբերվում են 2-3 դրսևորում

Չստաղու տերմինալ հատվածի ընդգրկումը խոցային կոլիտի ժամանակ:

Պանկոլիտ ունեցող խոցային կոլիտով հիվանդների 6-20% մոտ հանդիպում է զստաղու ոչ ստենոզացված կարճ սեգմենտի ախտահարում ` թեթև արտահայտված մակրոսկոպիկ իլեիտի պատկերով, առանց գրանուլեմաների, որը կարող է հանդիպել նաև երեխաների մոտ [27-30]: Հետադարձ իլեիտի դեպքում ամենատարածված հիստոլոգիական պատկերը ներառում է `նեյտրոֆիլային կրիպտիտը`առանց մակերեսային խոցոտման, մակերեսային փոքր խոցեր,թեթև արտահայտված թավիկների ատրոֆիա,սեփական թիթեղի լիմֆոցիտային ինֆիլտրացիա ,որը կարող են հանդիպել հիվանդների 1/3 ի մոտ [29, 30]:

Կրոնի հիվանդության ախտորոշումը

Երեխաների շրջանում Կրոնի հիվանդության տիպիկ դրսևորումները ամբողջությամբ ներառված են Փարիզյան դասակարգման մեջ (Աղյուսակ 2) [8]: Կրոնի հիվանդությանը բնորոշ է ոչ շարունակական աֆթաները և գծային խոցոտումներ,որոնք առավելապես արտահայտված են լինում զստաղում և հաստ աղիքում,չնայած Կրոնի հիվանդության ժամանակ գործընթացի մեջ կարող է ներգրավված լինել ստամոքսաղիքային տրակտի ցանակացած բաժին: Երբեմն Կրոնի հիվանդության մանիֆեստացիան լինում է արտաաղիքային ախտանիշներով,այս

դեպքում ստամոքսաղիքային տրակտի որևէ հիվանդություն ախտորոշելու համար անհրաժեշտ են հստակ ապացույցներ: Հիվանդության հիստոլոգիական պատկերը սովորաբար բնորոշվում է տեղային բորբոքմամբ՝ գրանուլեմաներով կամ առանց դրանց (Աղյուսակ 2) : Գրանուլեմաների առկայությունը Կրոնի հիվանդության ախտորոշման համար ունի որոշիչ նշանակություն [31]:

Հիվանդության ախտորոշումը բարդանում է ինֆանտիլ աղիների բորբոքային հիվանդության (0-2 տարեկան) [8] և հաստ աղիքային ախտանիշների գերակշռման դեպքում, որոնց դեպքում կարող է սխալմամբ ախտորոշվել խոցային կոլիտ և չղասակարգվող աղիների բորբոքային հիվանդություն : Կրոնի հիվանդության հազվադեպ հանիդպող ֆենոտիպային դրսևորումները կարող են բավարար չլինել ախտորոշման համար, այսպիսի դեպքեր հանդիպում են <5 % դեպքերում: Հետազոտելով տարբեր ֆենոտիպային դրսևորումներով աղիների բորբոքային հիվանդությամբ 416 շոտլանդացի երեխաների և 1296 մեծահասակների՝ Վան Լիմբերգենը [2] եկավ այն եզրակացության, որ նրանցից 5% կյանքի առաջին տարիներին կարող է ունենալ բերանային և հարիետանցքային ,կամ մեկուսացված հարբերանային, մեկուսացված հարիետանցքային կրոնի հիվանդության դրսևորումներ, առանց ստամոքսաղիքային տրակտի այլ մասերի բնորոշ ախտահարման, սակայն այս երեխաներից 70% մոտ >4 տարեկանից հետո զարգանալու է հիվանդության բնորոշ կլինիկական պատկերը: Բերանաղիմային գրանուլեմատոզը բնութագրվում է բերանի խոռոչի գրանուլեմատոզ ախտահարումով, սակայն առանց՝ Կրոնի հիվանդության համար տիպիկ ստամոքսաղիքային այլ հատվածների ախտահարման: Վերոնշյալին հակառակ, աղիների ախտահարումով Կրոնի հիվանդությամբ հիվանդները, կարող են ունենալ նաև բերանի խոռոչի ախտահարում, որը նկարագրվում է, որպես Կրոնի հիվանդության բերանային դրսևորում [29]: Երեխաների մոտ բերանաղիմային գրանուլեմատոզը հաճախ հանիդպում է սելտիկների պոպուլյացիայում [2, 32], որը

սովորաբար արագ վերափոխվում է Կրոնի հիվանդության դասական կլինիկայի և բերանի ախտահարումները հիվանդության զարգացման հետ նահանջում են [32]: Մեծահասակների մոտ հազվադեպ է, որ բերանադիմային գրանուլեմատոզը հետագայում վերափոխվում է դասական Կրոնի հիվանդության [33]: Իզոլացված հարիետանցքային ախտահարումները, որտեղ բիոպսիայով հայտնաբերվում է գրանուլեմատոզ ախտահարումներ կարող են լինել և դանդաղ, և արագ զարգացող Կրոնի հիվանդության դրսևորում: Հյուսիսային Ամերիկայում Կրոնի հիվանդությամբ ախտորոշված երեխաների 10% ,ախտորոշման սկզբում ունենում են հարիետանցքային հատվածի ախտահարում ` խուղակի և/կամ արցցեսի ձևով [34]: Գենիտալ հատվածի մաշկից կատարված բիոպսիայով լիմֆատիկ այտուցը գրանուլեմատոզ ախտահարման հետ համակցված, կարող է հանդիսանալ Կրոնի հիվանդության [35] մետաստատիկ ախտահարման տարատեսակ և կարող է հանդիպել Կրոնի հիվանդությամբ երեխաների 1.5% մոտ: Արտաաղիքային դրսևորումները դիտվել են EUOKIDS ռեգիստրի 1178 դեպքերից 20 %-ի մոտ [36]:

Կրոնի, խոցային կոլիտի և չդասակարգվող բորբոքային հիվանդությունների տարբերակիչ ախտորոշման կորևոր կետերը նշված են աղյուսակ 2-ում և 3-ում: Որոշիչ դրսևորումները ներառում են՝ աղիների թռիչքաձև ախտահարումը, հստակ ձևավորված ոչ կազեոզ գրանուլեմաները, վերջիններիցս հեռու տեղակայված պատռված կրիպտաները, մակրոսկոպիկ աղիների վերին հատվածների ախտահարումը, ալիքաձև խոցերը, սալահատակի պատկերը [1], աղիների ստենոզ/ստրիկտուրաները (ռադիոլոգիական կամ վիսբույժական), աղիքի պատի հաստացումը, զստաղում գծային խոցոտումը ինտակտ կույր աղու պայմաններում:

Ստոամքսաղիքային տրակտի բիոպսիայով ստացված էպիթելիոզ գրանուլեմատոզի և մակրոսկոպիկ՝ Կրոնի հիվանդության դրսևորումների նման, սակայն ոչ ախտոշիչ պատկերի առկայության դեպքում մեծ հավանականությամբ ախտորոշվում է Կրոնի հիվանդություն, և միկրոսկոպիկ փոփոխությունները կարող են որոշել Կրոնի

հիվանդության տեղակայումը [2]: Կրոնի հիվանդության ժամանակ գրանուլեմատոզ կոլիտը ավելի հաճախ հանդիպում է երեխաների մոտ [37]: Այս դեպքերում այն ունի հակում հետզարգացման, և ուշ շրջանում կատարված վիրաբուժական միջամտությունների ժամանակ վերցված բիոպատատներում կարող են նույնիսկ բացակայել: Գրանուլոմայի առկայությունը 12 մատնյա աղու թավիկների ատրոֆիայի ուղեկցվող Կրոնի հիվանդության ժամանակ օգնում է հաստատել ԿՀ ախտորոշումը . իսկ գրանուլոմայի բացակայությունը օգնում է տարբերակել օրինակ, 12 մատնյա աղու խոցոտումով ընթացող ցելիակիան ԿՀ-նից:

Ջրասակարգվող աղիների բորբոքային հիվանդության ախտորոշումը:

Տիպիկ չդասակարգվող աղիների բորբոքային հիվանդությունը բնորոշվում է տարբեր ախտանիշներով: Հիմնականում ախտահարում է հաստ աղին, և առաջանում են դժվարություններ խոցային կոլիտի և Կրոնի հիվանդության տարբերակիչ ախտորոշման մեջ, նույնիսկ մանրամասն քննության դեպքում [38]: Որոշ ֆենոտիպային դրսևորումներ սխալմամբ նկարագրվում են, որպես խոցային կոլիտ կամ Կրոնի հիվանդություն, միայն այն պատճառով, որ հիվանդներին կարճատև են հետևում: Որպես հետևանք առաջանում է դասակարգման թերություններ: Մանկաբուժական պրակտիկայում իլեոանալ բերանակցումների վիրահատություն տարած 125 երեխաներից 17-ի մոտ (14 %), ովքեր մինչև վիրահատություն ախտորոշվել էին , որպես խոցային կոլիտ, 5 տարի հսկելուց հետո վերագնահատվել են, որպես Կրոնի հիվանդություն [39]:

Աղյուսակ 3-ում ներկայացված են Կրոնի հիվանդության, խոցային կոլիտի համար տիպիկ և ատիպիկ դրսևորումները կամ թեստերը, որոնք դեռ օգտագործվում են այս հիվանդությունների ախտորոշման համար , ներկայացված են նաև չդասակարգվող աղիների բորբոքային հիվանդության մասին վկայող դրսևորումները (Աղյուսակներ 1-3): Չկա բացարձակ կանոն, թե որ դրսևորումն է հստակ վկայում չդասակարգված բորբոքային հիվանդության մասին : Հինգ տարեկանից ցածր (<5) երեխաների

շրջանում, որոնք ունեն մեկուսացված կոլիտ, պետք է զգուշությամբ վերաբերվել ԽԿ վերջնական ախտորոշման, բացի դրանից կոլիտով կրծքահասակ երեխաների շրջանում չդասակարգվող կոլիտի ախտորոշման չափանիշների շեմը պետք է ավելի ցածր լինի, քան դեռահասների մոտ: Խոցային կոլիտի դեպքում հազվադեպ է հանդիպում հասակի ավելացման արագության հապաղում ըստ տարիքի սպասվելիք միջին ցուցանիշներից <2 SDS : ԽԿ-ով ուսումնասիրված 205 երեխաների շրջանում (2-18 տարեկան), միջին z ցուցնիշը ախտորոշման պահին եղել է -0.1 ± 1.1 (այսինքն, նորմալ Գաուսյան բաշխում), միայն 8 երեխա ունեցել են z ցուցնիշը <2 SDS (4%), նորմալ կորագծից մի փոքր վեր (D. Turner և A.M. Griffiths չտպագրված տվյալներ): Այս տվյալները համեմատելի են երեխաների շրջանում հետազոտությունների տպագրված տվյալների հետ [8]: Չնայած ատիպիկ է, բայց ոչ արյունային լուծը կարող է դիտվել խոցային կոլիտով երեխաների և մեծահասակների 5-15% մոտ [8, 40, 41]: Խոցային կոլիտով մեծահասակ հիվանդների մոտ, ովքեր ունեն ոչ արյունային լուծ , հետագայում ախտորոշումը կարող է վերափոխվել Կրոնի հիվանդությամբ (40% ոչ արյունային լուծով հիվանդների մոտ հետագայում ախտորոշումը փոխվել է ԽԿ-ից ԿՀ, 4%-ի շրջանում մնացել է ԽԿ $P < 0.01$) [40]:

Էնդոսկոպիկ և հիստոլոգիական դրսևորումներ

Աֆթոզ խոցոտումները տիպիկ են Կրոնի հիվանդության համար, և ավելի հազվադեպ են հանդիպում խոցային կոլիտի դեպքում, այնուամենայնիվ խորը ալիքաձև խոցերը, սալահատակի պատկերը շատ բնորոշ են Կրոնի հիվանդությանը [42]: Ցատկաձև ախտահարումը բնորոշ չէ խոցային կոլիտին, սակայն տեղային ախտահարումը կամ բիոպսիայով քրոնիկ բորբոքման բացակայություն կարող է դիտվել խոցային կոլիտով փոքր հասակի երեխաների մոտ կամ բուժման ընթացքում [21, 22]: Հիստոլոգիական քննությամբ բորբոքային և ինտակտ հատվածների հաջորդումը բացառում է խոցային կոլիտ ախտորոշումը, բացառությամբ այն դեպքերի,

երբ առավելապես ախտահարվում է հաստ աղու ձախ կեսը՝ կույր աղու ընդգրկմամբ [18-21]:

Ինչպես նշվեց վերևում, ինտակտ ուղիղ աղին կարող է հանդիպել խոցային կոլիտի դեպքում: Որոշ հիվանդներ, ովքեր հիստոլոգիական պատկերով ունեն ինտակտ ուղիղ աղիք՝միկրոսկոպիկ խնայում,ենթադրվում է ,որ ունեն Կրոնի հիվանդություն,և դեպքերի որոշ մասում նախնական ախտորոշումը տարիներ անց վերափոխվում է Կրոնի հիվանդությամբ [19], և միկրոսկոպիկ խնայումը հանդիսանում է ԽԿ ախտորոշումով ԿՎ վերափոխման կանխագուշակիչ ցուցանիշ [43]: Խոցային կոլիտի ժամանակ հետհոսքային իլեիտի հանդիպումը ուղիղ կապի մեջ է գտնվում հաստ աղու աջ կեսի ախտահարման հետ [28, 29], սակայն եթե առկա է զստաղու արտահայտված ախտահարում՝հաստ աղու ախտահարման միջին աստիճանի արտահայտվածության դեպքում,ապա խոցային կոլիտ ախտորոշումը դառնում է վիճելի [28]:Համանման ձևով,երբ իլեիտը զուգակցվում է ինտակտ կույր աղու հետ,կամ առկա է զստաղու ճեղքածև խոցեր,ապա վստահաբար հիվանդն ունի Կրոնի հիվանդություն [30]: Ստամոքսաղիքային ուղու վերին հատվածների կամ բարակ աղիների փոքր,մակերեսային խոցերը չեն բացառում խոցային կոլիտ ախտորոշումը,քանի որ նմանատիպ ախտահաումներ կարող են հանդիպել որոշ առողջ անձանց մոտ, ինչպես նաև խոցային կոլիտի դեպքում դիտվում է ստամոքսաղիքային ուղու վերին հատվածի և բարակ աղիների թեթև արտահայտված ախտահարումներ:

Կատարված բազմաթիվ բիոպսիաներով տեղային ակտիվ կոլիտի առկայությունը (հաստ աղու պատի նեյտրոֆիլային ինֆիլտրացիա), չի համապատասխանում չբուժված խոցային կոլիտ ախտորոշմանը: Կատարված հետազոտությամբ այս ախտորոշմամբ 29 երեխաներից 8-ի մոտ (28%) հետագայում ախտորոշվել է Կրոնի հիվանդություն և միայն մեկի մոտ (3%) խոցային կոլիտ [44]: Մեկուսացված բիոպսիաներով հաստ աղու տեղային բորբոքման հայտնաբերումը նկատվում է նոր ախտորոշված,

կարճատև ընթացքով ԽԿ-ով հիվանդներին շրջանում [18], նրանց մոտ ժամանակի ընթացքում խոցային կոլիտ ախտորոշումը չի փոխվում:

Աղիների բորբոքային հիվանդության սեռոլոգիան և ենթատեսակները:

Չկան այնպիսի սեռոլոգիական թեստեր, որոնք կարող են ժխտել խոցային կոլիտ ախտորոշումը, դրա պատճառը այն է, որ ներկայումս առկա բոլոր սեռոլոգիական տեստերը հավաստի չեն: Կրոնի հիվանդությանը բնորոշ հակամարմինների առկայությունը ([<C<]+/<S<-) չի ժխտում խոցային կոլիտ ախտորոշում, որոշ դեպքերում հակամարմինները հանդիպում են նաև խոցային կոլիտի դեպքում: <C< ավելի հաճախ հանդիպում են Կրոնի հիվանդության ժամանակ (50-70%), քան խոցային կոլիտի (10-15%) և առողջ ստուգիչ խմբի մոտ (<5%) [45, 46]: Այս հակամարմինների տիտրը բարձրանում է տարիքի հետ [47], հակամարմինների առկայությունը վկայում է Կ< հետագա ծանր ընթացքի մասին [48, 49]: <C< դրական առկայությունը մեկուսացված կոլիտի համար բնորոշ չէ: <S< ավելի բնորոշ է խոցային կոլիտին (60-70%), քան Կրոնի հիվանդությանը (20-25%) [50]: Մեկուսացված կոլիտով հիվանդների մոտ <C<+/<S< հակամարմինների առկայությունը ախտորոշմանը չի օգնում, 20 հիվանդներ, ովքեր ունեն <C<+/<S< հակամարմինները՝ 4 հիվանդների մոտ հետագայում ախտորոշվեց Կրոնի հիվանդություն, 7 –ի մոտ՝ խոցային կոլիտ [50]: Աղիների բորբոքային հիվանդություն ախտորոշմամբ հիվանդների հետագա հսկողության ժամանակ Joossens –ի [51] կողմից պարզվեց, որ 26 հիվանդներ, ովքեր ունեցել են դրական <C<+/<S< հակամարմիններ ախտորոշման սկզբում, ավելի ուշ 8 հոգու մոտ ախտորոշվել է Կրոնի հիվանդություն, 2 հոգու մոտ՝ խոցային կոլիտ: Տարբերակիչ ախտորոշման համար սեռոլոգիական թեստերը օգտակար չեն: Չդասակարգված աղիների բորբոքային հիվանդությամբ հիվանդների մեծամասնության մոտ հակամարմիններ չեն հայտնաբերվում, բայց այս տվյալները ախտորոշմանը չեն օգնում [49]: Նորագույն սեռոլոգիական մարկերները, ինչպիսիք են՝ Pseudomonans fluorescens-շարքի դեմ հակամարմինները [anti-I2], E.Coli թաղանթային

սպիտակուց C-ի դեմ, Bacteroides caccae թաղանթային սպիտակուցի դեմ հակամարմիններ [anti-OmpC], հակաֆլագելին հակամարմիններ [anti-OmpW], կարող են նույնիսկ հայտնաբերվել այն երեխաների մոտ, ովքեր ունեն բացասական այլ սեռոլոգիական թեստեր [47,52–54], սակայն այս բոլոր ցուցիչները սպեցիֆիկ չեն և կարող են հանդիպել նաև այլ հիվանդությունների դեպքում:

Մաս 2: Աղիների բորբոքային հիվանդության կասկածով երեխաների ախտորոշիչ հետազոտություններ

Այս հատվածը նվիրված է ախտորոշման մեթոդներին, որոնք կատարվում են աղիների բորբոքային հիվանդության կասկածով երեխաներին: Առաջարկություններն ու գործնական կետերը ուղղված են ախտորոշման գործըթացի հեշտացմանը, հիվանդության տեղակայման, արտահայտվածությունը և պրոցեսի տարածվածության որոշմանը, ինչպես նաև հիվանդության բարդությունների կանխատեսմանը: Ախտորոշման մեթոդների ընտրությունը՝ վարման և հետագա հսկողության համար, այս ուղեցույցի սահմաններից դուրս է:

Խորհուրդներ

ԱԲՀ կասկածով երեխաների մոտ պետք է ժխտել աղիքային ինֆեկցիան նախքան էնդոսկոպիկ հետազոտության իրականացումը, միկրոբիոլոգիական քննությամբ պետք է բացառել ինֆեկցիաների առկայությունը՝ հատկապես Clostridium difficile առկայությունը [EL2, RGC]:

Գործնական կետեր

1. Անսովոր ինֆեկցիոն ազեոններ և նախակենդանիներ կարող է լինել էնդեմիկ վայրերում կամ ճանապարհորդություններից հետո:

2. Ինֆեկցիոն ագենտների հայտնաբերման համար օգտագործվում է կղանքը: Երեխաների մոտ անհրաժեշտ է ժխտել Salmonella, Shigella, Yersinia, Campylobacter, Clostridium difficile տոքսինի առկայությունը: Աղիքային վիրուսների սկրինինգը հազվադեպ է օգտակար: Giardia lamblia նախակենդանիների հայտնաբերման թեստերը պետք է արվեն էնդեմիկ գոտիներում և բարձր ռիսկի պոպուլյացիաներում:

3. Պաթոգեն միկրոօրգանիզմի հայտնաբերումը չի ժխտում աղիների բորբոքային հիվանդության առկայությունը, քանի որ հիվանդության սրացման առաջին էպիզոդը կարող է հրահրվել աղիքային ինֆեկցիաներով:

Խորհուրդներ

Սկզբնական արյան քննությունը պետք է ներառի բորբոքային մարկերները, տրանսամինազները, ալբումինը և գամմագլոբուլինը տրանսպեպտիդազան /ԳԳՏ/: Կղանքային կալպրոտեկտինը աղնիներում բորբոքաման առկայության հայտնաբերման ամենակարևոր ցուցիչն է (EL2, RGC):

Գործնական կետեր

1. Արյան նորմալ պատկերը չի բացառում հիվանդության առկայությունը:
2. Ալբումինի ցածր մակարդակը կարող է հայտնաբերվել սպիտակուց կորցնող էնտերոպաթիաների ժամանակ, և սովորաբար արտացոլում է հիվանդության արտահայտվածության աստիճանը, և ոչ միայն սնուցման մակարդակը:
3. Կղանքային բորբոքային մարկերները (կալպրոտեկտինը կամ լատկոֆերինը) լորձաթաղանթի բորբոքման խիստ զգայուն ցուցանիշներ են, սակայն աղիների բորբոքային հիվանդությանը սպեցիֆիկ չեն: Կղանքային կալպրոտեկտինը ավելի սպեցիֆիկ ցուցանիշ է աղիների բորբոքային հիվանդության ախտորոշման

համար, քան արյան բորբոքային մարկերները, օրինակ՝ ՅՌՍ, ԷՆԱ: Եվ՝ բարակ ,և՛ հաստ աղիներում բորբոքման առկայության դեպքում քիչ հավանական է կալպրոտեկտինի նորմալ ցուցանիշների առկայությունը:

4. Չնայած սեռուլոգիական թեստերը ինֆորմատիվ չեն, որոշ աստիպիկ դեպքերում դրական հակամարմինները կարող են հավանական դարձնել աղիների բորբոքային հիվանդություն ախտորոշումը: Ինչպես նաև դրական սեռուլոգիական թեստերը կարող են օգնել ՝ ճիշտ ժամանակին չդասակարգված աղիների բորբոքային հիվանդությունը տարբերակել կամ Կրոնի հիվանդության ,կամ խոցային կոլիտի:

5. Լրացուցիչ թեստեր կարող են անհրաժեշտ լինել արտասաղիքային դրսևորումների առկայության կամ կասկածի ժամանակ, ինչպիսիք են, օրինակ՝ ուլեիտը, պանկրեատիտը, արթրիտը կամ սկլերոզացնող խոլանգիտը:

Բազմաթիվ լաբարատոր թեստեր կարող են շեղված լինել աղիների բորբոքային հիվանդության ժամանակ, ներառյալ կղանքի քննությունը, արյան ընդհանուր քննությունը (հեմոգլոբինի իջեցում, լեյկոցիտների և թրոմբոցիտների բարձրացում), շիճուկային ալբումին մակարդակի իջեցում, ՅՌՍ, ԷՆԱ բարձրացում: Մանկաբուժական պրակտիկայում գրանցված աղիների բորբոքային հիվանդություն ունեցող երեխաներից խոցային կոլիտով 54% և Կրոնի հիվանդությամբ՝ 21%, ունեն նորմալ արյան ցուցանիշներ՝ հեմոգլոբին, լեյկոցիտներ, թրոմբոցիտներ, ալբումին, ՅՌՍ և ԷՆԱ [55]:

Կղանքում բորբոքային մարկերներն են՝ կղանքային կալպրոտեկտինը (ԿԿ), լակտոֆերինը, S 100 A12 և լիսոզիմը: Մանկական տարիքում առկա են տվյալներ վերաբերվող ԿԿ-ին և լակտոֆերինին: Վերջինը բարձր զգայունությամբ հայտնաբերվում են աղիների լորձաթաղանթում բորբոքման առկայության դեպքում [56, 57]: Ըստ պրոսպեկտիվ հետզոտությունների՝ Կրոնի հիվանդությամբ 65

հիվանդների 95% մոտ եղել է բարձր կալպրոտեկտին, ընդ որում նրանց 86% ունեցել են բարձր ՑՌՍ, 84 %`բարձր ԷՆԱ [58]: Վերոնշյալ 3 մարկերներից ցանկացած երկուսի առկայությունը ունի բարձր զգայունություն [58-61]: Մեկ հետազոտության ընթացքում հայտնաբերվեց, որ 48 հիվանդներից 15-ի մոտ կարող է լինել արյան 5 բորբոքային նիշերի (հեմոգլոբին, լեյկոցիտներ, տրոմբոցիտներ, ԷՆԱ և ՑՌՍ) բացարձակ նորմալ ցուցիչներ նորմալ ցուցանիշներ, միջդեռ աննորմալ բարձր կալպրոտեկտին [62]:

Երեխաների մոտ աղիների բորբոքային հիվանդության ախտորոշման համար կալպրոտեկտինը ավելի կարևոր ցուցանիշ է, քան արյան բորբոքային մարկերները, և հստակ առանձնացնում է աղիների բորբոքումը,այլ արտաաղիքային բորբոքային հիվանդությունները, ինչպես նաև աղիքային ոչ բորբոքային հիվանդություններից: Այնուամենայնիվ բարձր կալպրոտեկտինը չի տարբերակում Կրոնի հիվանդությունը խոցային կոլիտից,աղիքային ինֆեկցիայից կամ թույլ չի տալիս հասկանալ բորբոքումը բարակ աղիում է, թե հաստ, ինչպես նաև կարող է հայտնաբերվել առողջ նորածինների և փոքր հասակի երեխաների մոտ [63, 64]: Ֆեկալ կալպրոտեկտինի ամենավերջին համակարգային հետազոտությունները և մետա-անալիզները աղիների բորբոքային հիվանդության կասկածով 394 և կոնտրոլ խմբի 321 առանց բորբոքման երեխաների մոտ ցույց տվեցին, որ կալպրոտեկտինը ունի ախտորոշիչ համընդհանուր զգայունություն և սպեցիֆիկություն 0.978 (95% հավաստիության ինտերվալ 0.947–0.996) և 0.682 (95% հավաստիության ինտերվալ 0.502–0.863) համապատասխանաբար [65]: Ցելակիայով կամ ալերգիկ էնտերոպաթիայով որոշ երեխաներ կարող են ունենալ կալպրոտեկտինի չափավոր բարձրացում: Ախտորոշիչ ալգորիթմերում ֆեկալ մարկերները կարող են օգտակար լինել ոչ սեպտիկ ախտանիշներով (օրինակ՝որովայնի ցավ,ոչ արյունային լուծ) և ցուցանիշներով (անեմիա,բարձր ԷՆԱ և ՑՌՍ) երեխաների շրջանում: Այն օգտակար կարող է լինել առանց ստամոքսաղիքային ուղու ախտահարման ` արտաաղիքային ախտանիշներով, բարձր ԷՆԱ և ՑՌՍ հիվանդների մոտ,տարբերակելու համար արտաղիքային

ախտանիշները աղիների բորբոքային հիվանդության դրսևորումներն են, թե այլ չկապակցված ախտահարումներ, որոնց դեպքում ևս կարող են բարձրանալ ԷՆԱ և ՑՌՍ ցուցանիշները: Այս դեպքերում ֆեկալ կալպրոտեկտինի բարձրացումը ցուցում է ստամոքսաղիքային տրակտի մանրակրկիտ հետազոտման համար: Այլ կղանքային թեստեր (թաքնված արյուն կղանքում, α -1 անտիտրիպսինի դեֆիցիտ և այլն) խորհուրդ չեն տրվում օգտագործել, որպես ռուտին հետազոտություններ:

Տրանսամինազների և ԳԳՏ որոշումը, ակնաբույժի կոնսուլտացիան պարտադիր պետք է կատարվի աղիների բորբոքային հիվանդության արտաղիքային դրսևորումները ժխտելու համար, ինչպիսիք են՝ ուլեիտը, սկլերոզացնող խոլանգիտը [66]: Ոչ նորմալ թեստերի արդյունքները այնուամենայնիվ կարող են ունենալ նաև այլ պատճառներ: Այլ թեստեր, լինչպիսիք են՝ տրանսլյուտամինազային հակամարմինների, ընդհանուր IgA որոշումը ցելակիան [67] ժխտելու համար կամ իմունոդեֆիցիտը ժխտելու համար թեստերը, կասկածելի դեպքերում պետք է կատարել, սակայն ռուտին չէ:

Խորհուրդներ

Իլեոկոլոնոսկոպիան և ԷԳԴՍ ցուցված են ԱԲՀ կասկածով բոլոր երեխաներին [EL4, RGD]:

Պետք է կատարվի բազմաթիվ բիոպսիաներ, ստամոքսաղիքային տրակտի տեսանելի բոլոր հատվածներից, անկախ մակրոսկոպիկ փոփոխությունների առկայությանը: Էնդոսկոպիկ փոփոխությունները պետք է մանրամասն ուսումնասիրվեն [EL5, RGD]:

Գործնական կետեր

1. Էնդոսկոպիան պետք է կատարվի փորձառու մանկական գաստրոէնտերոլոգի կողմից՝ համապատասխան տարիքի դեպքում, ընդհանուր անզգայացմամբ կամ խորը սեդացիայով:

2. Կրոնի հիվանդության դեպքում վերին ԷԳԴՍ ՝բազմակի բիոպսիայով, առավելությունը ստորին էնդոսկոպիկ հետազոտության(իլեոսկոպիա,բարակ աղիքի նրոմալ պատկեր) համեմատությամբ կազմում է մոտ 7,5 %:

Ոչ շտապ իրավիճակներում աղիների բորբոքային հիվանդությանը ախտորոշումը պետք է սկսել ստամոքսաղիքային ուղու վերին և ստորին հատվածի էնդոսկոպիայից: Իլեոկոլոնոսկոպիան հանդիսանում է աղիների բորբոքային հիվանդության ախտորոշման ամենակարևոր հետազոտությունը:Ռեկտոսիգմոսկոպիան և ոչ լիարժեք կոլոնոսկոպիան համարվում են թերի : Զստաղու տերմինալ հատվածի վիզուալիզացիան ոչ լիարժեք է կատարվում նունիսկ մեծ, փորձված մանակաբուժական կենտրոններում: Իլեոկոլոնոսկոպիայի առավելություններից մեկն է նաև բազմակի բիոպսիայի հնարավորությունը ,որը ներակայացված է 16,7-19% մեծահասակների [17] և 13% աղիների բորբոքային հիվանդությամբ երեխաների մոտ [68]: Ինչ վերաբերվում է բիոպսիաների հաճախականությանը, Եվրոպայի Կրոնի հիվանդության և կոլիտի ընկերությունը վստահեցնում է, որ հիվանդության ճշգրիտ ախտորոշման համար անհրաժեշտ է բազմակի բիոպսիաների կատարում [16, 69]: Բիոպսիաները պետք է կատարել 5-6 տարբեր հատվածներից, ներառյալ ուղիղ աղին և զստաղին: Յուրաքանչյուր 6 հատվածից պետք է վերցնել նվազագույնը 2 նմուշ:

Նախորդ Պոռտո չափանիշների կողմնակիցները նախընտրում էին բոլոր երեխաներին՝անկախ ստամոքսաղիքային ուղու ախտանիշների առկայությունից կամ բացակայությունից, կատարել ԷԳԴՍ ՝ կերակրափողից,ստամոքսից,12 մատնյա աղուց 2 և ավել բիոպսիայի իրականացումով [1]: Ըստ ախտորոշիչ քննությունների աուդիտի, աղիների բորբոքային հիվանդությամբ 1811 երեխաների մոտ ,35% ուներ ԷԳԴՍ-ով մակրոսկոպիկ փոփոխություններ և 24% ի մոտ այդ ախտահարումները սպեցիֆիկ էին Կրոնի հիվանդությանը (աֆթաներ,խոցոտում,ստենոզ,սալահատակի պատկեր) [68]: ԷԳԴՍ-ով միկրոսկոպիկ փոփոխություններն ունեն վճռորոշ նշանակություն Կրոնի

հիվանդության ախտորոշման գործընթացում ներառյալ մեկուսացված գրանուլեմաների հայտնաբերումը: Կրոնի հիվանդությամբ երեխաների մոտ մեկուսացված գրանուլեմաների հայտնաբերման հավանականությունը ըստ վերջին տվյալների հանդիպում է 2-21% մոտ [70]: Ոչ սեցիֆիկ պանկոլիտի դեպքում ստամոքսաղիքային ուղու վերին հատվածի էնդոկոպիան ախտորոշման համար օգտակար չէ [71]:

Խորհուրդներ

Մագնիսառեզոնանսային էնտերոգրաֆիան հանդիսանում է մանկական ԱԲՀ վիզուալիզացիայի համար ընտրության մեթոդ: Այն թույլ է տալիս տեսնել բարակ աղիների ընդգրկման աստիճանը, աղու պատի բորբոքային փոփոխությունները և բացահայտել հիվանդության բարդությունները (խուղակ, արցցես, ստենոզ): Մագնիսառեզոնանսային էնտերոգրաֆիան ավելի նախընտրելի է քան ԿՏ քննությունը և ֆլուորոսկոպիան, քանի որ նա ունի բարձր ախտորոշիչ նշանակություն և ճառագայթային մեթոդ չէ [EL2, RGC]:

Ռադիո կապսուլային էնդոսկոպիան օգտակար այլընտրանքային մեթոդ է , որը թույլ է տալիս Կրոնի հիվանդության կասկածով երեխաների մոտ հայտնաբերել բարակ աղիների ախտահարումը: Այն նախընտրելի է, երբ հասարակ էնդոսկոպիան և վիզուալիզացիոնայլ եղանակները անարդյունավետ են (EL3b; RGC), ինչպես նաև այդ երեխաները ունեն ՄՌՏ հետազոտության հակացուցումներ կամ անհամապատասխան տարիք:

Նորմալ հասարակ կապսուլային էնդոսկոպիան ունի բարձր բացասական կանխորոշիչ Կրոնի հիվանդության դեպքում [EL4, RGD]:

ՈւՁՀ քննությունը հանդիսանում է բավականին արժեքավոր ախտորոշիչ քննության մեթոդ ԱԲՀ հիվանդ երեխաների նախնական ախտորոշման համար,

սակայն այն պետք է լրացվի բարակ աղիների վիզուալիզացիոն մեթոդներով [EL3, RGC]:

Գործնական կետեր

1. Մագնիսոռեզոնանսային էնտերոգրաֆիան կարող է գնահատել և աղիների պատի բորբոքման առկայությունը, և վնասման աստիճանը, սակայն չկա մանկաբուժական պրակտիկայում մշակված բալային համակարգ: Բարակ աղիների պատի հաստացումը զգայուն է, սակայն Կրոնի հիվանդության համար այն ոչ պաթոգնոմոնիկ է, ոչ սպեցիֆիկ:

2. Չնայած բարակ աղիների վիզուալիզացիան ընդունված է կատարել Կրոնի հիվանդության, ատիպիկ խոցային կոլիտի, չդասակարգվող աղիների բորբոքային հիվանդությունների ժամանակ, սակայն այն դեպքերում, երբ մակրոսկոպիկ և հիստոլոգիորեն հստակ ախտորոշված է խոցային կոլիտ՝ հիմնված իլեոկոլոնոսկոպիայի և ԷԳԴՍ ի վրա, ախտորոշման համար կարելի չկատարել բարակ աղիների վիզուալիզացիա:

3. Բերանացի անէխոգեն կոնտրաստ նյութով իրականացվող ՈՒՁՀ- ի ընթացքում, որը կոչվում է նաև բարակ աղիների կոնտրաստային ՈՒՁՀ, մեծանում է զգայունությունը և փոքրանում զննման ընթացքում փոփոխականությունը:

4. Մագնիսոռեզոնանսային կոլոնոգրաֆիան դեռ դեր չունի մանկական աղիների բորբոքային հիվանդության ախտորոշման գործում:

5. Վիզուալիզացիոն մեթոդները և հասարակ էնդոսկոպիան պետք է նախորդեն ռադիո-կապսուլային էնդոսկոպիկ մեթոդին՝ հետագա անանացանելիության ռիսկը

նվազեցնելու համար: Ընտրությունը կախված է պրոցեսի տեղակայումից և փորձաքննությունից:

6. Պետք է ուշադիր լինել կատարվող էնդոսկոպիայի ժամանակ,որը կատարվում է միայն բարակ աղիների վիզուալիզացիայի համար,քանի որ կարող է լինել կեղծ-դրական արդյունք՝ախտորոշիչ հստակ սկզբունքների բացակայության հետևանքով:Կեղծ-դրական պատասխանը հայտնաբերվում է առողջ անձանց 10-21% դեպքերում,ավելի հազվադեպ ՈԱՀԲ ստացած անձանց մոտ:

7. Բալոնային էնդոսկոպիան ցուցված է միայն յուրահատուկ դեպքերում (օրինակ՝երբ էնդոսկոպիան կամ ռադիո-կապսուլային էնդոսկոպիան թույլ չի տալիս ախտորոշել Կրոնի հիվանդությունը կամ կասկածելի աղիների բորբոքային հիվանդությունը):

ՈՒՁՀ

Ուձհ-ն էժան, ոչ ճառագայթային,ոչ ինվազիվ քննություն է ,որը թույլ է տալիս ապահովել որովայնի վիզուալիզացիան, այն հատկապես նպատակահարմար է կիրառել Կրոնի հիվանդության սկրինինգի համար: Մի շարք հետզոտություններով ցույց է տրվել,որ ուձհ-ի միջոցով ճշգրիտ հյատնբերվում է բորբոքումը, տեղակայումը,բնորոշում է աղիքի պատի բորբոքումը և գնահատում է հարադիքային անոմալիաները,այն ունի բարձր բացասական կանխորոշիչ արժեք աղիների բորբոքային հիվանդության համար,ավելի բարձր Կրոնի հիվանդության համար,քան խոցային կոլիտի:Բորբոքված աղիքի պատի փոփոխությունները կարևոր է դասակարգել՝ մուրալ և էքստրամուրալ [72]: Վերջինս ներառում է շրջապատող միջընդերքը ,որում առաջանում է հաստացում և հիպերէխոգեն ալտերացիա,միջընդերային ավշային հանգույցների մեծացում [73]: Մուրալ փոփոխությունները հայտնաբերվում են աղիքի պատում,այն կարող է լինել

հաստացած և կարող է լինել էխոգենության փոփոխություններ՝ հիպեր և հիպոէխոգենություն, ստրատիֆիկացիայի կորուստ, բարձրացած դոպլեր ազդանշան, որը նաշակում է, որ առկա է հիպերեմիա, պերիստալտիկայի իջեցում կամ բացակայություն: Ըստ տարբեր հետազոտությունների դրական ախտորոշում ունեցող հիվանդների մոտ աղիքի պատի հաստության տարբերությունները տատանվում են 1,5-3մմ տերմինալ զստաղում և <2մմ հաստ աղիում [72]: Կրոնի հիվանդության դեպքում տերմինալ իլեիտի հայտնաբերման համար աղիների ուժի-ի և բիոպսիայով իլեոկոլոնոսկոպիայի համեմատության արդյունքում պարզվեց, որ ուժի-ի ժամանակ սպեցիֆիկությունը 78-88% է, էնդոսկոպիայի ժամանակ՝ 78-93 % [74]: Ուժի-ն ավելի զգայուն է զստաղու տերմինալ հատվածի ախտահարումների հայտնաբերման համար, քան բարակ աղիների մոտակա հատվածների և հաստ աղու ախտահարման համար: ՈւժՀ թերությունն այն է, որ արդյունքների մեկնաբանությունը մասնագետ-կախյալ է, կոնտրաստով բարակ աղիքային ՈւժՀ-ն բարձրացնում է հետազոտության զգայունությունը մեծահասակների շրջանում [75]:

ՄՌՏ

ՄՌՏ հետազոտությունը հանդիսանում է վիզուալիզացիայի համար նախընտրելի մեթոդ, քանի որ այն թույլ է տալիս, գնահատել աղիների բորբոքման առկայությունը և վնասման աստիճանը (ստենոզ, պենետրացիա): Այս մեթոդը խիստ զգայուն է լուսանցքային ախտահարումները հայտնաբերելու համար, այն չի ներառում աղու պատի հաստացում կամ զգալի ինտենսիվության բարձրացում: Բարակ աղիների լայնացում կարող են առաջացնել բերանացի (ՄՌ էնտերոգրաֆիա) կամ նազոէնտերիկ խողովակի (ՄՌ էնտերոկլիզիս) միջոցով անլուծելի լուծույթների ընդունումը՝ ինչպիսիք են օրինակ պոլիէթիլեն գլիկոլը կամ սորբիտոլի լուծույթը: Վերջինս դեռ ավելի ինվազիվ հետազոտություն է և չպետք է կիրառվի մանկաբուժական պրակտիկայում [76]: Ներկայացված են լորձաթաղանթի բորբոքման տարբեր արտահայտություններ՝ աղիքի պատի հաստացում, աղու ինտենսիվության

բարձրացում, մեզենտերիալ անոթների արտահայտվածություն, մեծացած ավշային հանգույցներ, միջընդերքի ճարպային ներսփռում [77]: Աղիքի պատի հաստացումը և լուսանցքի նեղացումը կարող են վկայել նեղացման մասին, հատկապես, երբ կա վերնեղացումային լայնացում: Նեղացման հայտնաբերումը հաստ հիպոինտենսիվ աղու պատի և կոնտրաստ նյութի կուտակման բացակայության հետ ցույց է տալիս ֆիբրոտիկ հյուսվածքի առկայություն, որը պատասխան չի տալիս բուժմանը [78, 79]: Սինուսային ուղիները և խուղակները, ինչպես հեղուկ պարունակող ուղիներ կապված են ծայրամասի մեծացման հետ: Մագնիսոռենզոնանսը կարող է պատկերել նաև էնտերոէնտերիկ խուղակները, որոնք հաճախ առաջանում են իրար մոտ գտնվող բարակ աղիների բարդ ցանցի միջև: Ըստ այլընտրանքային ուղեցույցի ընդամենը 150 մլ հեղուկի օգտագործումը (50մլ լակտուլոզա, 100մլ ջուր) խիստ նախընտրելի է՝ համեմատած բարակ աղիների կոնտրաստ քննության և էնդոսկոպիա/հսիտոլոգիայի հետ [80]: 11 հետազոտությունների համակարգային ուսումնասիրությունները, որում ընդգրկվել են են 496 աղիների բորբոքային հիվանդության կասկածով երեխաներ, ցույց է տրվել, որ մագնիսոռենզոնանսային մեթոդը ունի զգայունություն և սպեցիֆիկություն աղիների բորբոքային հիվանդության ախտորոշման մեջ, և այն պետք է փոխարինի ավանդական բարակ աղիների կոնտրաստ քննությանը [81]: 6 ուշադրության արժանի հետազոտության մետանալիզները ցույց տվեցին, որ ՄՌՏ քննության միջոցով զստաղու տերմինալ հատվածի ախտահարման հայտնաբերման սպեցիֆիկությունը և զգայունությունը կազմում են, համապատասխանաբար՝ 84% և 97% [81]:

Կրոնի հիվանդությամբ անձանց կոնքի խոռոչի ՄՌՏ ցուցված է հարիետանցքային ախտահարումների կասկածի դեպքում: Այն թույլ է տալիս, հայտնաբերել հարիետանցքային խուղակները, արքցեսները, որոշել բուժման ընտրությունը՝ դեղորայքային, թե՛ վիրահատական [82]:

Տեսակապսուլային էնդոսկոպիա (վիդեո)

Կապսուլային էնդոսկոպիան ՄՌՏ հետազոտության լավագույն այլընտրանքային տարբերակն է, որը թույլ է տալիս վիզուալիզացնել բարակ աղիները և հայտնաբերել լորձաթաղանթի ախտահարումները : Կէ հիմնական առավելությունը առանց անհարամարության բարակ աղիքի վիզուալիզացիան է և լորձաթաղանթի վնասման հայտնաբերման ավելի բարձր զգայունությունը,քան ՄՌՏ քննությամբ [83]: Այս հետազոտության սահմանափակումներն են՝բարդությունների հայտանբերման անկարողությունը,կապսուլայի պահման վտանգը,կապսուլայի առաջ շարժման կառավարման անկարողությունը, պատահական արդյունքների բարձր հավանականությունը (ցածր սպեցիֆիկությունը) և նախքան թեստը բարակ աղիների անցանելիության գնահատման անհրաժեշտությունը:<ետազոտության հակացուցումներն են՝աղիների նեղացումները,նախկինում տարած վիրահատությունները (հարաբերական) ,ծանր համակարգային հիվանդությունները և <1 տարեկանից երեխաները [84, 85]: Քանի որ երեխաները չեն կարող կուլ տալ պարկուճը,ստեղծվել են հատուկ կապսուլաները,որոնք կարելի է վերին էնդոսկոպիայի ժամանկ տեղադրել 12մատնյա աղում [86]:

Ըստ մանկական աղիների բորբոքային հիվանդության մետանալիզի, Կէ ունի ախտորոշիչ նշանակություն 58-72% դեպքերում,համեմատած՝կոնտրաստային հետազոտության 0-33% և իլեոկոլոնոսկոպիայի 0-61% հետ [87]: Ստուգիչ խմբում հետզոտվել են 20 Կրոնի հիվանդության կասկածով երեխաներ, ում մոտ նախնական վիզուալիզացիայով հայտնաբերվել էր կամ նորմալ պատկեր (n=15), կամ ոչ բնորոշ փոփոխություններ (n=5),Կէ միջոցով 12 (60%) երեխաների մոտ հաստատվել է Կրոնի հիվանդություն ախտորոշումը [88]: Ուսումնասիրելով 4 հետազոտության մեթոդները՝Կէ,ԿՏ,իլեոկոլոնոսկոպիա և կոնտրաստ քննություն,ստացվեց զգայունության հետևյալ ցուցանիշները համապատասխանաբար՝83%,82%,74% և 62% ,սակայն Կէ ունի ամենացածր սպեցիֆիկությունը `53%, ի համեմատ այլ հետազոտության մեթոդների` 100% [89]:

Բալոնային էնտերոսկոպիա

Բալոնային էնտերոսկոպիան ներառում է երկակի և միայնակ բալոնային էնտերոսկոպիա, որոնք հայտնի են դարձել վերջին տարիներին և աստիճանաբար փոխարինում են հրմանը և վիրահատության ժամանակ կիրառվող էնտերոսկոպիային [90]: Այս հետազոտությունների դերը կասկածելի հիվանդության սկզբնական ախտորոշման մեջ խիստ սահմանափակ է: Բալոնային էնտերոսկոպիայի առավելությունը կապսուլային էնդոսկոպիայի նկատմամբ՝ վնասման վիզուալիզացիայի հետ միաժամանակ բիոպսիա անելու հնարավորությունն է:

Կրկնակի բալոնային էնդոսկոպիայի կիրառումը հաջողությամբ կատարվում է ,և ներկայացվել է 5 մանկաբուժական դեպքերի ժամանակ [91]: Իսկ միայնակ բալոնային էնտերոսկոպիայի կիրառումը դեռ սահմանափակ է [92]: Վերջերս կատարվել 2 հետազոտություններ կասկածելի կամ ախտորոշված Կրոնի հիվանդության դեպքում միայնակ էնտերոսկոպիայի կիրառման վերաբերյալ: Հիվանդության կասկածով և էնդոսկոպիայով ոչ սպեցիֆիկ դրսևորումներով 16 երեխաներ ուսումնասիրվել են: Նրանցից միայն 3 հոգու մոտ կապսուլային էնդոսկոպիայի միջոցով հաջողվել է հաստատել հիվանդությունը, իսկ միայնակ բալոնային էնտերոսկոպիան միաժամանակյա բիոպսիայով թույլ է տվել ախտորոշել հիվանդությունը ևս 12 երեխաների մոտ [93]: Վերջինիս օգտակարությունը հետագայում հաստատվեց 20 անհասկանալի դեպքերի օրինակով [94]: Պարուրածն էնտերոսկոպիան նորարական տեխնոլոգիա է, սակայն այն դեռ չի կիրառվում մանկաբուժական պրակտիկայում:

Հատուկ հանգամանքներ

Խորհուրդներ

Բոլոր 2 տարեկանից փոքր ԱԲՀ հիվանդ երեխաների մոտ անհրաժեշտ է ժխտել առաջնային իմուն անբավարարության առկայությունը [EL3b, RGC]:

Գործնական կետեր

1. Ինֆանտիլ աղիների քրոնիկ հիվանդությամբ այն երեխաները, ովքեր ունեն նաև կրկնվող ինֆեկցիաներ, պետք է մանրամասն հետազոտվեն, քանի որ նրանք ունեն բարձր ռիսկ՝ բորբոքման այլ պատճառներ ժխտելու կամ հաստատելու համար:
2. Ինֆանտիլ աղիների բորբոքային հիվանդությամբ երեխաները պետք է հետազոտվեն նաև ալերգիկ կոլիտը ժխտելու կամ հաստատելու համար:
3. Այն երեխաները, ովքեր որևէ սոլիդ օրգանի փոխպատվաստումից հետո ունեն աղիների բորբոքային հիվանդություն հիշեցնող ախտանիշներ, կարող են ունենալ de novo աղիների բորբոքային հիվանդություն:

Աղիների բորբոքային հիվանդության ախտանիշներով երեխաների տարբերակիչ ախտորոշումը բավականին ծավալուն է, և այս հոդվածի սահմաններից դուրս է: Պետք է ժխտել բոլոր ինֆեկցիոն պատճառները, որոնք կարող են նմանակել աղիների բորբոքային հիվանդությանը: Մի շարք ոչ ինֆեկցիոն հիվանդություններ ևս կարող են առաջացնել աղիների բորբոքային հիվանդության նման կլինիկա:

Ալերգիկ խանգարումներ

Ալերգիկ կոլիտը կարող է նմանակել խոցային կոլիտին, հատկապես կրծքի հասակի երեխաների մոտ, ինչպես նաև ավելի մեծ երեխաների մոտ [95]: Էոզինոֆիլային գաստրիտը >1 տարեկան երեխաների մոտ, կարող է նմանակել Կրոնի հիվանդությանը՝ խոցոտումներով, թռիչքային ախտահարումներով՝ ստամոքսից մինչև հաստ աղի, ի տարբերություն կրծքի հասակի երեխաների, ում մոտ կոլիտը սովորաբար կապված չէ ալերգիայի հետ [96]: Սննդային ալերգենների սպեցիֆիկ IgE-ի որոշման բացասական թեստը չի բացառում ալերգիկ կոլիտի և էոզինոֆիլային գաստրիտի առկայությունը [97]: Նորածինների մոտ մինչև աղիների բորբոքային հիվանդության համար դեղորայքային բուժման սկիզբը, պետք է սննդակարգից բացառել կովի կաթի սպիտակուցը, և դիտարկել արդյո՞ք ախտանիշները վերանում

են,թե ոչ [98]: Ախտորոշված էոզինոֆիլային հիվանդության հետ համատեղ կարող է լինել նաև աղիների բորբոքային հիվանդություն [99]:

Մանկական ինֆեկցիոն հիվանդություններ

Մանկական ինֆեկցիոն հիվանդությունների ժամանակ ստամոքսաղիքային ուղում դրսևորումները նմանակում են կոլիտին կամ Կրոնի հիվանդությանը:Դա առաջանում է ,երբ պրոցեսի մեջ ընգրկվում է բնածին և հարմարողական իմուն համակարգը: Դա կարող է առաջացնել ախտորոշիչ սխալ,երբ ստամոքսաղիքային ախտանիշները լինում են ինֆեկցիոն հիվանդության առաջին կամ միակ դրսևորումը:Հիվանդները կարող են ախտորոշվել և բուժվել, որպես խոցային կոլիտ կամ Կրոնի հիվանդություն,նախքան ինֆեկցիոն հիվանդության ախտորոշումը:Այս հիվանդների մոտ աղիների բորբոքային հիվանդության բուժումը անօգուտ է,նույնիսկ կարող է խիստ բացասական ազդել հիվանդության ընթացքի վրա [100, 101]: Մոնոգեն իմուն խանգարումները ,որոնք ներառում են ինտերլեյկին 10- ի առանցքը կամ XIAP գենը,դրսևորում են աղիների և հարիետանցքային ախտահարումներով : Այս խանգարումները կարող են հայտնաբերվել կամ չհայտնաբերվել գենետիկ և ֆունկցիոնալ փորձերի միջոցով[101-103]: Մանկական հասկակում ինֆեկցիոն հիվանդությունների դեպքում լինում է աղիների բորբոքային հիվանդության բարձր կասկած,քանի որ դրսևորումները կրճքի հասակի երեխաների մոտ նման են լինում աղիների բորբոքային հիվանդությանը :Ուստի պետք է գտնել ազդանշանային ախտանիշ կամ աղյուսակ 4-ում ներկայացված դրսևորումները:

Աղյուսակ 4: Ազդանշանային դրսևորումներ,որոնք հուշում են առկա իմունոդեֆիցիտի առկայությունը:
--

Առաջնային իմունոդեֆիցիտի ընտանեկան անամնեզ

Ազգակցական կապ ունեցող ծնողներ,կամ >2 ընտանիքի անդամներ,ովքեր ունեցել աղիների բորբոքային հիվանդության վաղ դրսևորում:

<2 տարեկան երեխաներ,ովքեր ունեն աղիների բորբոքային հիվանդություն

Արտահայտված, բուժման հանդեպ կայուն աղիների բորբոքային հիվանդություն՝ կոնքային, հարիետանցքային ախտահարումներով/աբսցեսի առաջացումով:

Կրկնվող ինֆեկցիաներ առանց իմունոսուպրեսիվ դեղորայքի ընդունման (հազվադեպ թոքային հիվանդություն և մաշկային աբսցեսներ):

Նեյտրոպենիա, թրոմբոցիտոպենիա, իմունոգլոբուլինների անոմալ մակարդակ առանց իմունոսուպրեսիվ դեղորայքի:

Եղունգների և մազերի ախտահարում (trichorrhexis nodosa)

Մաշկային ախտահարումներ (բնածին էկզեմա, ալբինիզմ)

Աղիների բորբոքային հիվանդությունը կարող է առաջանալ իմունոսուպրեսիվ դեղորայքի ընդունման ժամանակ, օրինակ՝ օրգանների փոխպատվաստումից հետո [104, 105]: Կոլիտանման կլինիկա առաջանում է, որպես հետփոխպատվաստումային ռեակցիա և՛ մեծահասակների, և՛ երեխաների մոտ: Փոխպատվաստված անձանց մոտ աղիների բորբոքային հիվանդության հանդիպման հաճախականությունը 10-ից ավելի բարձր է, քան ընդհանուր հասարակության մոտ: Առաջացումը կապված է տակրոլիմուսի օգատգործման և էքշտեյն-Բարր վիրուսային ինֆեկցիայի հետ: Փոխպատվաստված անձանց մոտ աղիների բորբոքային հիվանդության վարումը համանման է կլասիկ աղիների բորբոքային հիվանդության վարմանը, այնուամենայնիվ այս դեպքում պետք է ժխտել օպորտունիստական ինֆեկցիաները [104]:

ՄԱՍ 3: Աղիների բորբոքային հիվանդության կասկածով երեխաների ախտորոշումը

Ախտորոշման ալգորիթմը հիմնված է վերը նշված առաջարկությունների վրա, հիմնավորելով գործնական կետերի և տեքստի վրա, որը ներկայացված է աղյուսակ 1-ում:

Եզրակացություն

Աղիների բորբոքային հիվանդության վերանայված ախտորոշիչ Պոռտո չափանիշները համապատասխանում են ներկայիս պահանջներին և մանկական աղիների բորբոքային հիվանդության զարգացմանը, հիմնված են Եվրոպական ասոցիացիայի ապացույցների վրա: Չնայած ախտորոշման մոտեցումները չեն փոխվել, վերանայված Պոռտո չափորոշիչները հիմնված են ընդունված մեթոդների վրա և Փարիզյան ֆենոտիպային դասակարգման վրա [8], առանձնացնելով հիվանդության ատիպիկ դրսևորումները, հաշվի առնելով առաջ ընթացող վիզուալիզացիայի մեթոդները, կապսուլային էնդոսկոպիան, սեռոլոգիական և կղանքի բիոմարկերները: Սահմանվում է նաև չդասակարգվող աղիների բորբոքային հիվանդությունը: Այս փաստաթուղթը հաստատվել է Եվրոպայի մանկական գաստրոէնտերոլոգների, հեպատոլոգների և նուտրիցիոլոգների ասոցիացիայի կողմից:

Ուղեցույցի ներդրման հնարավորություններ և աուդիտի ցուցանիշներ

ԱԲՀ ախտորոշման և վարման արդի պահանջները հնարավոր է ապահովել Հայաստանի բուժհաստատություններում ներդնելով հետևյալ գործառույթները՝

- *Գործելակարգեր, ընթացակարգեր, որոշումների ընդունման աջակցման համակարգեր (Decision Support System),*
- *Շարունակական ինտերակտիվ կրթական միջոցառումներ*
- *Աուդիտ փեդայնացված ցուցանիշների կիրառմամբ*
- *Ֆինանսական մեխանիզմներ*

Գործելակարգերը պետք է ընդգրկեն տվյալ բուժհաստատության պայմաններում ԱԲՀ-ով պացիենտների համալիր ախտորոշման և վարման որևէ բաղադրիչի մանրամասն նկարագրություն: Գործելակարգում նշված բոլոր քայլերը և նրանց հերթականությունը կրում են պարտադիր բնույթ և ենթակա չեն կամայական

մեկնաբանությունների: Յանկացած շեղում հանդիսանում է հիմնավորումների և ընդլայնված ձևաչափով քննարկումների հիմք:

Աուդիտի ցուցանիշները պետք է արտացոլեն տվյալ ախտաբանության կլինիկական և կազմակերպչական վարման հիմնաքարային օղակները, որոնք էականորեն ազդում են բուժման ելքերի վրա: Նրանք բաժանում են ամբողջ գործընթացը առանձին ավելի դյուրին ընկալվող և վերահսկվող փուլերի: Փուլերի վերահսկումը կրում է ինչպես որակական, այնպես էլ ժամանակային բնույթ: Այս գործընթացին ներկայացվող պարտադիր պահանջներից են ցուցանիշների չափելի բնույթը և տեղեկատվության համակարգային շարունակական հավաքագրումը:

Աշխատանքային խմբի կողմից առաջարկվել են հետևյալ գնահատման ցուցանիշները բազմապրոֆիլ մանկաբուժական կենտրոններում ԱԲՀ ախտորոշման և վարման աուդիտ իրականացման համար .

- ԱԲՀ կասկածով պացիենտների քանակ, որոնց մոտ նախքան էնդոսկոպիկ հետազոտությունների իրականացումը *ժխտվել են հետևյալ աղիքային վարակները միկրոբիոլոգիական և իմունաբանական մեթոդներով՝ Salmonella, Schigella, Iersinia enterocolitica, Campylobacter, տուբերկուլյոզ, այդ թվում Clostridium difficile toxins A և B*
- ԱԲՀ կասկածով պացիենտների քանակ, որոնց մոտ աղիքային վարակները ժխտելուց հետո որոշվել է *կղանքային կալպրոտեկտինը (Calprotectin) քանակական մեթոդով*
- ԱԲՀ կասկածով պացիենտների քանակ, որոնց մոտ կատարվել է *աղիների պատերի հաստության գնահատում* որովայնի խոռոչի օրգանների ՈՒՁՀ միջոցով
- ԱԲՀ կասկածով պացիենտների քանակ, որոնց մոտ *միաժամանակ իրականացվել է թե՛ ԷԳԴՍ, և թե՛ իլեկոլոնոսկոպիա զուգակցված բազմաստիճան*

բիոպսիաներով /ստամոքսաղիքային համակարգի յուրաքանչյուր հատվածից առնվազն մեկական բիոպսիա/

Հայաստանում սույն ուղեցույցի ներդրման հնարավոր խոչընդոտները կարելի է բաժանել 2 խմբերի՝ ներքին (սուբյեկտիվ) և արտաքին (օբյեկտիվ) պատճառներ: Պահանջվող մասնագիտական վարքի փոփոխությունները, որոնք անխուսափելիորեն բխում են նոր կարգերից, հնարավոր է հանդիպեն կայուն դիամորֆոզան, որի հիմքում ընկած են այնպիսի ներքին խոչընդոտներ ինչպիսիք են անհատ բժիշկների գիտելիքների և հմտությունների թերությունները համակցված մասնագիտական կարծրատիպերի հետ: Հայաստանում ուղեցույցի ներդրման արտաքին խոչընդոտներից կարելի է նշել.

- բուհական և հետբուհական բժշկական կրթության և շարունակական մասնագիտական զարգացման ծրագրերում «կլինիկական համաճարակաբանություն» և «ապացուցողական բժշկություն» ուսումնական առարկաների բացակայությունը
- գործող բժիշկների և առողջապահական ոլորտի տարբեր մակարդակների ղեկավարների տեղեկատվական գրագիտության ցածր մակարդակը,
- Ուղեցույցում նշված ախտորոշման ստանդարտացված մեթոդների անբավարար առկայությունը Հայաստանում
- բոլոր ներգրավված շահառուների ոչ արդյունավետ կոմունիկացիան և համագործակցությունը
- որակավորված կադրային ներուժի պակասը
- ֆինանսական բեռը

Այնուամենայնիվ, աշխատանքային խմբի համոզմամբ բոլոր վերոնշյալ խոչընդոտները հախթահարելի են համակարգված քաղաքականության, շարունակական կրթական

ծրագրերի, թիրախային միջմասնագիտական մոտեցումների և ԱԲՀ պացիենտների շահերի գերակայության որդեգրման պայմաններում:

Գրականության ցանկ

1. ESPGHAN Revised Porto Criteria for the Diagnosis of Inflammatory Bowel Disease in Children and Adolescents, JPGN, Volume 58, Number 6, June 2014.
2. Van Limbergen J, Russell RK, Drummond HE, et al. Definition of phenotypic characteristics of childhood-onset inflammatory bowel disease. *Gastroenterology* 2008;135:1114–22.
3. Vernier-Massouille G, Balde M, Salleron J, et al. Natural history of pediatric Crohn's disease: a population-based cohort study. *Gastroenterology* 2008;135:1106–13.
4. Gower-Rousseau C, Dauchet L, Vernier-Massouille G, et al. The natural history of pediatric ulcerative colitis: a population-based cohort study. *Am J Gastroenterol* 2009;104:2080–8.
5. Levine A, de Bie CL, Turner D, et al. Atypical disease phenotypes in paediatric ulcerative colitis: 5-year analyses of the EUROKIDS registry. *Inflamm Bowel Dis* 2013;19:370–7.
6. Bousvaros A, Antonioli DA, Colletti RB, et al. Differentiating ulcerative colitis from Crohn disease in children and young adults: report of a working group of the North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition and the Crohn's and Colitis Foundation of America. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2007;44:653–74.
7. Turner D, Levine A, Escher JC, et al. Joint ECCO and ԵՄԳՀՆԱ evidence-based consensus guidelines on the management of pediatric ulcerative colitis. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2012;55:340–61.

8. Levine A, Griffiths A, Markowitz J, et al. Pediatric modification of the Montreal classification of inflammatory bowel disease: the Paris classification. *Inflamm Bowel Dis* 2011;17:1314–21.
9. Silverberg MS, Satsangi J, Ahmad T, et al. Toward an integrated clinical, molecular and serological classification of inflammatory bowel disease: report of a Working Party of the 2005 Montreal World Congress of Gastroenterology. *Can J Gastroenterol* 2005;19 (suppl A):5–36.
10. Gupta N, Bostrom AG, Kirschner BS, et al. Presentation and disease course in early- compared to later-onset pediatric Crohn's disease. *Am J Gastroenterol* 2008;103:2092–8.
11. Guariso G, Gasparetto M, Visona Dalla Pozza L, et al. Inflammatory bowel disease developing in paediatric and adult age. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2010;51:698–707.
12. Timmer A, Behrens R, Buderus S, et al. Childhood onset inflammatory bowel disease: predictors of delayed diagnosis from the CEDATA German-language pediatric inflammatory bowel disease registry. *J Pediatr* 2011;158:467–473.e2.
13. Kugathasan S, Judd RH, Hoffmann RG, et al. Epidemiologic and clinical characteristics of children with newly diagnosed inflammatory bowel disease in Wisconsin: a statewide population-based study. *J Pediatr* 2003;143:525–31.
14. Sawczenko A, Sandhu BK. Presenting features of inflammatory bowel disease in Great Britain and Ireland. *Arch Dis Child* 2003;88:995–1000.
15. Jose FA, Garnett EA, Vittinghoff E, et al. Development of extraintestinal manifestations in pediatric patients with inflammatory bowel disease. *Inflamm Bowel Dis* 2009;15:63–8.
16. Stange EF, Travis SP, Vermeire S, et al. European evidence-based consensus on the diagnosis and management of ulcerative colitis: definitions and diagnosis. *J Crohn's Colitis* 2008;2:1–23.
17. Geboes K, Van Eyken P. Inflammatory bowel disease unclassified and indeterminate colitis: the role of the pathologist. *J Clin Pathol* 2009;62:201–5.

18. Glickman JN, Bousvaros A, Farraye FA, et al. Pediatric patients with untreated ulcerative colitis may present initially with unusual morphologic findings. *Am J Surg Pathol* 2004;28:190–7.
- Rajwal SR, Puntis JW, McClean P, et al. Endoscopic rectal sparing in children with untreated ulcerative colitis. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2004;38:66–9.
20. Markowitz J, Kahn E, Grancher K, et al. Atypical rectosigmoid histology in children with newly diagnosed ulcerative colitis. *Am J Gastroenterol* 1993;88:2034–7.
21. Kim B, Barnett JL, Kleer CG, et al. Endoscopic and histological patchiness in treated ulcerative colitis. *Am J Gastroenterol* 1999; 94:3258–62.
22. Bernstein CN, Shanahan F, Anton PA, et al. Patchiness of mucosal inflammation in treated ulcerative colitis: a prospective study. *Gastrointest Endosc* 1995;42:232–7.
23. Washington K, Greenson JK, Montgomery E, et al. Histopathology of ulcerative colitis in initial rectal biopsy in children. *Am J Surg Pathol* 2002;26:1441–9.
24. Robert ME, Tang L, Hao LM, et al. Patterns of inflammation in mucosal biopsies of ulcerative colitis: perceived differences in pediatric populations are limited to children younger than 10 years. *Am J Surg Pathol* 2004;28:183–9.
25. Tobin JM, Sinha B, Ramani P, et al. Upper gastrointestinal mucosal disease in pediatric Crohn disease and ulcerative colitis: a blinded, controlled study. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2001;32:443–8.
26. Xin W, Greenson JK. The clinical significance of focally enhanced gastritis. *Am J Surg Pathol* 2004;28:1347–51.
27. Goldstein N, Dulai M. Contemporary morphologic definition of backwash ileitis in ulcerative colitis and features that distinguish it from Crohn disease. *Am J Clin Pathol* 2006;126:365–76.
28. Haskell H, Andrews CW Jr, Reddy SI, et al. Pathologic features and clinical significance of “backwash” ileitis in ulcerative colitis. *Am J Surg Pathol* 2005;29:1472–81.

29. Perisic VN, Filipovic D. Ileoscopy and its clinical role in the assessment of backwash ileitis in children with ulcerative pancolitis: Belgrade experience. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 1988;7:146–8.
30. Newman SL. Ileoscopy, colonoscopy, and backwash ileitis in children with inflammatory bowel disease: quid pro quo? *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 1987;6:325–7.
31. Lennard-Jones JE. Classification of inflammatory bowel disease. *Scand J Gastroenterol* 1989;24 (suppl 170):2–6.
32. Rowland M, Fleming P, Bourke B. Looking in the mouth for Crohn's disease. *Inflamm Bowel Dis* 2010;16:332–7.
33. Campbell H, Escudier M, Patel P, et al. Distinguishing orofacial granulomatosis from Crohn's disease: two separate disease entities? *Inflamm Bowel Dis* 2011;17:2109–15.
34. Keljo DJ, Markowitz J, Langton C, et al. Course and treatment of perianal disease in children newly diagnosed with Crohn's disease. *Inflamm Bowel Dis* 2009;15:383–7.
35. Escher JC, Stooft TJ, van Deventer SJH, et al. Successful treatment of metastatic Crohn disease with infliximab. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2002;34:420–3.
36. de Bie CL, Paerregaard A, Kolacek S, et al. Disease phenotype at diagnosis in pediatric Crohn's disease: 5 year analyses of the EUROKIDS registry. *Inflamm Bowel Dis* 2013;19:378–85.
37. Rubio CA, Orrego A, Nesi G, et al. Frequency of epithelioid granulomas in colonoscopic biopsy specimens from paediatric and adult patients with Crohn's colitis. *J Clin Pathol* 2007;60:1268–72.
38. Matsui T, Yao T, Sakurai T, et al. Clinical features and pattern of indeterminate colitis: Crohn's disease with ulcerative colitis-like clinical presentation. *J Gastroenterol* 2003;38:647–55.
39. Alexander F, Sarigol S, DiFiore J, et al. Fate of the pouch in 151 pediatric patients after ileal pouch anal anastomosis. *J Pediatr Surg* 2003;38:78–82.

40. Melmed GY, Elashoff R, Chen GC, et al. Predicting a change in diagnosis from ulcerative colitis to Crohn's disease: a nested, casecontrol study. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2007;5:602–8.
41. Langholz E, Munkholm P, Krasilnikoff PA, et al. Inflammatory bowel diseases with onset in childhood. Clinical features, morbidity, and mortality in a regional cohort. *Scand J Gastroenterol* 1997;32:139–47.
42. Yantiss RK, Farraye FA, O'Brien MJ, et al. Prognostic significance of superficial fissuring ulceration in patients with severe "indeterminate" colitis. *Am J Surg Pathol* 2006;30:165–70.
43. Li DJ, Freeman A, Miles KA, et al. Can 99Tcm HMPAO leucocyte scintigraphy distinguish between Crohn's disease and ulcerative colitis? *Br J Radiol* 1994;67:472–7.
44. Xin W, Brown PI, Greenson JK. The clinical significance of focal active colitis in pediatric patients. *Am J Surg Pathol* 2003; 27:1134–8.
45. Ruemmele FM, Targan SR, Levy G, et al. Diagnostic accuracy of serological assays in pediatric inflammatory bowel disease. *Gastroenterology* 1998;115:822–9.
46. Hoffenberg EJ, Fidanza S, Sauaia A. Serologic testing for inflammatory bowel disease. *J Pediatr* 1999;134:447–52.
47. Markowitz J, Kugathasan S, Dubinsky M, et al. Age of diagnosis influences serologic responses in children with Crohn's disease: a possible clue to etiology? *Inflamm Bowel Dis* 2009;15:714–9.
48. Dubinsky MC, Lin YC, Dutridge D, et al. Serum immune responses predict rapid disease progression among children with Crohn's disease: immune responses predict disease progression. *Am J Gastroenterol* 2006;101:360–7.
49. Russell RK, Ip B, Aldhous MC, et al. Anti-Saccharomyces cerevisiae antibodies status is associated with oral involvement and disease severity in Crohn disease. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2009;48:161–7.

50. Bartuňkova J, Kolařova I, Sediva A, et al. Antineutrophil cytoplasmic antibodies, anti-Saccharomyces cerevisiae antibodies, and specific IgE to food allergens in children with inflammatory bowel diseases. *Clin Immunol* 2002;102:162–8.
51. Joossens S, Reinisch W, Vermeire S, et al. The value of serologic markers in indeterminate colitis: a prospective follow-up study. *Gastroenterology* 2002;122:1242–7.
52. Iltanen S, Tervo L, Halttunen T, et al. Elevated serum anti-I2 and anti-OmpW antibody levels in children with IBD. *Inflamm Bowel Dis* 2006;12:389–94.
53. Davis MK, Andres JM, Jolley CD, et al. Antibodies to Escherichia coli outer membrane porin C in the absence of anti-Saccharomyces cerevisiae antibodies and anti-neutrophil cytoplasmic antibodies are an unreliable marker of Crohn disease and ulcerative colitis. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2007;45:409–13.
54. Ashorn S, Honkanen T, Kolho KL, et al. Fecal calprotectin levels and serological responses to microbial antigens among children and adolescents with inflammatory bowel disease. *Inflamm Bowel Dis* 2009; 15:199–205.
55. Mack DR, Langton C, Markowitz J, et al. Laboratory values for children with newly diagnosed inflammatory bowel disease. *Pediatrics* 2007;119:1113–9.
56. Sidler MA, Leach ST, Day AS. Fecal S100A12 and fecal calprotectin as noninvasive markers for inflammatory bowel disease in children. *Inflamm Bowel Dis* 2008;14:359–66.
57. Sipponen T, Savilahti E, Kolho KL, et al. Crohn's disease activity assessed by fecal calprotectin and lactoferrin: correlation with Crohn's disease activity index and endoscopic findings. *Inflamm Bowel Dis* 2008;14:40–6.
58. Shaoul R, Sladek M, Turner D, et al. Limitations of fecal calprotectin at diagnosis in untreated pediatric Crohn's disease. *Inflamm Bowel Dis* 2012;18:1493–7.
59. Khan K, Schwarzenberg SJ, Sharp H, et al. Role of serology and routine laboratory tests in childhood inflammatory bowel disease. *Inflamm Bowel Dis* 2002;8:325–9.
60. Cabrera-Abreu JC, Davies P, Matek Z, et al. Performance of blood tests in diagnosis of inflammatory bowel disease in a specialist clinic. *Arch Dis Child* 2004;89:69–71.

61. Turner D, Mack DR, Hyams J, et al. C-reactive protein (CRP), erythrocyte sedimentation rate (ESR) or both? A systematic evaluation in pediatric ulcerative colitis. *J Crohns Colitis* 2011;5:423–9.
62. Quail MA, Russell RK, Van Limbergen JE, et al. Faecal calprotectin complements routine laboratory investigations in diagnosing childhood inflammatory bowel disease. *Inflamm Bowel Dis* 2009;15:756–9.
63. Henderson P, Casey A, Lawrence SJ, et al. The diagnostic accuracy of fecal calprotectin during the investigation of suspected pediatric inflammatory bowel disease. *Am J Gastroenterol* 2012; 107:941–9.
64. Kapel N, Campeotto F, Kalach N, et al. Faecal calprotectin in term and preterm neonates. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2010;51:542–7.
65. Henderson P, Anderson NH, Wilson DC. The diagnostic accuracy of fecal calprotectin during the investigation of suspected paediatric inflammatory bowel disease: a systematic review and meta-analysis. *Am J Gastroenterol* 2013doi:10.1038/ajg.2013.131[Epub ahead of print.
66. Trivedi PJ, Chapman RW. PSC, AIH and overlap syndrome in inflammatory bowel disease. *Clin Res Hepatol Gastroenterol* 2012;36:420–36.
67. Husby S, Koletzko S, Korponay-Szabo IR, et al. European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition guidelines for the diagnosis of coeliac disease. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2012;54:136–60.
68. de Bie CI, Buderus S, Sandhu BK, et al. Diagnostic workup of paediatric patients with inflammatory bowel disease in Europe: results of a 5-year audit of the EUROKIDS registry. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2012;54:374–80.
69. van Assche G, Dignass A, Panes J, et al. The second European evidence-based Consensus on the diagnosis and management of Crohn's disease: definitions and diagnosis. *J Crohns Colitis* 2010; 4:7–27.

70. Paerregaard A. What does the IBD patient hide in the upper gastrointestinal tract? *Inflamm Bowel Dis* 2009;15:1101–4.
71. Lemberg DA, Clarkson CM, Bohane TD, et al. Role of esophagogastroduodenoscopy in the initial assessment of children with inflammatory bowel disease. *J Gastroenterol Hepatol* 2005;20:1696–700.
72. Haber HP, Busch A, Ziebach R, et al. Bowel wall thickness measured by ultrasound as a marker of Crohn's disease activity in children. *Lancet* 2000;355:1239–40.
73. Maconi G, Greco S, Duca P, et al. Prevalence and clinical significance of sonographic evidence of mesenteric fat alterations in Crohn's disease. *Inflamm Bowel Dis* 2008;14:1555–61.
74. Bremner AR, Griffiths M, Argent JD, et al. Sonographic evaluation of inflammatory bowel disease: a prospective, blinded, comparative study. *Pediatr Radiol* 2006;36:947–53.
75. Migaleddu V, Quايا E, Scanu, et al. Inflammatory activity in Crohn's disease: CE-US. *Abdom Imaging* 2011;36:142–8.
76. Schreyer AG, Geissler A, Albrich H, et al. Abdominal MRI after enteroclysis or with oral contrast in patients with suspected or proven Crohn's disease. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2004;2:491–7.
77. Chalian M, Ozturk A, Oliva-Hemker M, et al. MR enterography findings of inflammatory bowel disease in pediatric patients. *Am J Roentgenol* 2011;196:W810–6.
78. Durno CA, Sherman P, Williams T, et al. Magnetic resonance imaging to distinguish the type and severity of pediatric inflammatory bowel diseases. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2000;30:170–4.
79. Siddiki HA, Fidler JL, Fletcher JG, et al. Prospective comparison of state-of-the-art MR enterography and CT enterography in small-bowel Crohn's disease. *Am J Roentgenol* 2009;193:113–21.

80. Giles E, Hanci O, McLean A, et al. Optimal assessment of paediatric IBD—a comparison study of MRI and barium follow through. *J Paediatr Gastroenterol Nutr* 2012;54:758–62.
81. Giles E, Barclay AR, Chippington S, et al. Systematic review: MRI for assessment of small bowel disease in paediatric Crohn’s disease. *Aliment Pharm Ther* 2013;37:1121–31.
82. Essary B, Kim J, Anupindi S, et al. Pelvic MRI in children with Crohn disease and suspected perianal involvement. *Pediatr Radiol* 2007; 37:201–8.
83. Liao Z, Gao R, Xu C, et al. Indications and detection, completion, and retention rates of small-bowel capsule endoscopy: a systematic review. *Gastrointest Endosc* 2010;71:280–6.
84. Cheifetz AS, Kornbluth AA, Legnani P, et al. The risk of retention of the capsule endoscope in patients with known or suspected Crohn’s disease. *Am J Gastroenterol* 2006;101:2218–22.
85. Fritscher-Ravens A, Scherbakov P, Bufler P, et al. The feasibility of wireless capsule endoscopy in detecting small intestinal pathology in children under the age of 8 years: a multicentre European study. *Gut* 2009;58:1467–72.
86. Cohen SA, Gralnek IM, Ephrath H, et al. The use of a patency capsule in pediatric Crohn’s disease: a prospective evaluation. *Dig Dis Sci* 2011;56:860–5.
87. Cohen SA, Klevens AI. Use of capsule endoscopy in diagnosis and management of pediatric patients, based on meta-analysis. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2011;9:490–6.
88. Guilhon de Araujo Sant’Anna AM, Dubois J, Miron MC, et al. Wireless capsule endoscopy for obscure small-bowel disorders: final results of the first pediatric controlled trial. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2005;3:264–70.
89. Solem CA, Loftus EV Jr, Fletcher JG, et al. Small-bowel imaging in Crohn’s disease: a prospective, blinded, 4-way comparison trial. *Gastrointest Endosc* 2008;68:255–66.

90. Pasha SF, Leighton JA, Das A, et al. Double-balloon enteroscopy and capsule endoscopy have comparable diagnostic yield in small-bowel disease: a meta-analysis. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2008;6:671–6.
91. Lin TK, Erdman SH. Double-balloon enteroscopy: pediatric experience. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2010;51:429–32.
92. Barth BA, Channabasappa N. Single-balloon enteroscopy in children: initial experience at a pediatric center. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2010;51:680–4.
93. Di Nardo G, Oliva S, Aloï M, et al. Usefulness of single-balloon enteroscopy in pediatric Crohn's disease. *Gastrointest Endosc* 2012;75:80–6.
94. de Ridder L, Mensink PB, Lequin MH, et al. Single-balloon enteroscopy, magnetic resonance enterography, and abdominal US useful for evaluation of small-bowel disease in children with (suspected) Crohn's disease. *Gastrointest Endosc* 2012;75:87–94.
95. Ravelli A, Villanacci V, Monfredini C, et al. How patchy is patchy villous atrophy?: distribution pattern of histological lesions in the duodenum of children with celiac disease. *Am J Gastroenterol* 2010;105:2103–10.
96. Rothenberg ME. Eosinophilic gastrointestinal disorders (EGID). *J Allergy Clin Immunol* 2004;113:11–28.
97. Boyce JA, Assa'ad A, Burks AW, et al. Guidelines for the diagnosis and management of food allergy in the United States: summary of the NIAID-sponsored expert panel report. *J Am Diet Assoc* 2011;111:17–27.
98. Koletzko S, Niggemann B, Arato A, et al. Diagnostic approach and management of cow's-milk protein allergy in infants and children: ESPGHAN GI Committee Practical Guidelines. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2012;55:221–9.
99. Katsanos KH, Zinovieva E, Lambri E, et al. Eosinophilic-Crohn overlap colitis and review of the literature. *J Crohns Colitis* 2011;5:256–61.

100. Freudenberg F, Wintergerst U, Roesen-Wolff A, et al. Therapeutic strategy in p47-phox deficient chronic granulomatous disease presenting as inflammatory bowel disease. *J Allergy Clin Immunol* 2010; 125:943–6.
101. Horn PC, Belohradsky BH, Urban C, et al. Two new families with Xlinked inhibitor of apoptosis deficiency and a review of all 26 published cases. *J Allergy Clin Immunol* 2011;127:544–6.
102. Glocker EO, Kotlarz D, Boztug K, et al. Inflammatory bowel disease and mutations affecting the interleukin-10 receptor. *N Engl J Med* 2009;361:2033–45.
103. Kotlarz D, Beier R, Murugan D, et al. Loss of interleukin-10 signaling and infantile inflammatory bowel disease: implications for diagnosis and therapy. *Gastroenterol* 2012;143:347–55.
104. Verdonk RC, Dijkstra G, Haagsma EB, et al. Inflammatory bowel disease after liver transplantation: risk factors for recurrence and de novo disease. *Am J Transplant* 2006;6:1422–9.
105. Dehghani SM, Eshraghian A, Bahador A, et al. De novo inflammatory bowel disease after pediatric orthotopic liver transplant: a case report. *Exp ClinTransplant* 2009;7:145–8.

Հավելված 1.

Օբսիդորդի Ապացուցողական բժշկության կենտրոնի ապացույցների
դասակարգում

Մակարդակը	Բուժում / կանխարգելում, էթիոլոգիա / վնաս	Կանխատեսում	Ախտորոշում	Տարբերակիչ ախտորոշում / ախտանշանի տարածվածության հետազոտություն	Էկոնոմիկական և որոշման վերլուծություններ
1a	ՊԲՎՓ-ների ՀՎ (համասեռությամբ*)	Նախապես կազմված ընտրանքի կոհորտային հետազոտությունների ՀՎ (համասեռությամբ*); տարբեր պոպուլացիաներում վավերացված ԿՈԿ՝	1-ին մակարդակի հետազոտությունների ՀՎ (համասեռությամբ*); տարբեր կլինիկական կենտրոններում կատարված 1b հետազոտությունների հետ ԿՈԿ՝	Առաջահայաց կոհորտային հետազոտությունների ՀՎ (համասեռությամբ*)	1-ին մակարդակի տնտեսական հետազոտությունների ՀՎ (համասեռությամբ*)
1b	Առանձին ՊԲՎՓ (վստահելիության նեղ միջակայքով)՝ i	Առանձին նախապես կազմված ընտրանքով կոհորտային հետազոտություն ավելի քան 80% հետագա դինամիկ հսկողությամբ; ԿՈԿ՝ վավերացված մեկ պոպուլացիայում	Պատշաճ էտալոն ստանդարդներով վավերացման** կոհորտային հետազոտություն; կամ ԿՈԿ՝ հետազոտված մեկ կլինիկական կենտրոնում	Պատշաճ դինամիկ հսկողությամբ*** * պրոսպեկտիվ կոհորտային հետազոտություն	Կլինիկապես խելամիտ ծախսերի կամ այլ միջոցների վրա հիմնված վերլուծություն; ապացույցների համակարգային վերանայում/ներ; և ներառյալ բազմաբայլ զգայունության վերլուծություններ

1c	All or none§	All or none դեպքերի շարք	Բացարձակ SpPin-եր և SnNout-եր " " "	All or none դեպքերի շարք	Բացարձակ ավելի լավ- արժեքի կամ ավելի վատ- արժեքի վերլուծություն ներ " " " " "
2a	Կոհորտային հետազոտությ ունների ՀՎ (համասեռությ ամբ*)	Կամ հետահայաց կոհորտային հետազոտությունն երի կամ ՊԲՎՓ- ների չբուժված ստուգիչ խմբերի ՀՎ (համասեռությամբ *)	>2 մակարդակի ախտորոշիչ հետազոտություն ների ՀՎ (համասեռությամ բ*)	2b և ավելի լավ հետազոտություն ների ՀՎ (համասեռությամ բ*)	>2 մակարդակի էկոնոմիկակա ն հետազոտությ ունների ՀՎ (համասեռությ ամբ*)
2b	Առանձին կոհորտային հետազոտությ ուն (ներառյալ ցածր որակի ՌԿՀ; օր. <80% դինամիկ հսկողություն)	Հետահայաց կոհորտային հետազոտություն կամ ՊԲՎՓ-ի չբուժված ստուգիչ խմբի դինամիկ հսկողություն; ԿՈԿ"-ի դուրսբերում կամ հաստատված միայն անջատ- ընտրանքում	Պատշաճ էտալոն ստանդարդներ վ բացահայտող** կոհորտային հետազոտություն ; ԿՈԿ"-ի դուրս բերումից հետո, կամ վավերացված միայն անջատ- ընտրանքում կամ տվյալների բազայում	Հետահայաց կոհորտային հետազոտություն կամ վատ դինամիկ հսկողություն	Կլինիկապես խելամիտ ծախսերի կամ այլ միջոցների վրա հիմնված վերլուծություն; ապացույցի կամ եզակի հետազոտությ ունների սահմանափակ վերանայում/ն եր; և ներառյալ բազմաքայլ զգայունության վերլուծություն ներ
2c	Ելքերի հետազոտությ ուն; Էկոլոգիական հետազոտությ ուններ	Ելքերի հետազոտություն	Էկոլոգիական հետազոտություն ներ		Աուդիտ կամ ելքերի հետազոտությ ուն

3a	Դեպք-կառավարվող հետազոտությունների ՀՎ (համասեռությամբ*)		3b և ավելի որակյալ հետազոտությունների ՀՎ (համասեռությամբ*)	3b և ավելի որակյալ հետազոտությունների ՀՎ (համասեռությամբ*)	3b և ավելի որակյալ հետազոտությունների ՀՎ (համասեռությամբ*)
3b	Անհատական դեպք-կառավարվող հետազոտություն		Ոչ-հաջորդական հետազոտություն ; կամ առանց հետևողականորեն կիրառված էտալոն ստանդարտների	Ոչ-հաջորդական կոհորտային հետազոտություն , կամ շատ սահմանափակ պոպուլացիա	Սահմանափակ այլ միջոցների կամ ծախսերի վրա հիմնված վերլուծություն, տվյալների գնահատման վատ որակ, սակայն ներառյալ զգայունության վերլուծություններ ներառելով կլինիկապես խելամիտ փոփոխականներ
4	Դեպքերի շարք (և ցածր որակի կոհորտային և դեպք-կառավարվող հետազոտություններ§§)	Դեպքերի շարքեր (և ցածր որակի կանխատեսիչ կոհորտային հետազոտություններ***)	Դեպք-կառավարվող հետազոտություն , վատ կամ ոչ-անկախ էտալոն ստանդարտներ	Դեպքերի շարքեր կամ փոփոխված էտալոն ստանդարտներ	Առանց որևէ զգայունության վերլուծության վերլուծություն
5	Փորձագետի կարծիք առանց բացահայտ քննադատական գնահատման, կամ հիմնված ֆիզիոլոգիայի,	Փորձագետի կարծիք առանց բացահայտ քննադատական գնահատման, կամ հիմնված ֆիզիոլոգիայի, bench հետազոտության	Փորձագետի կարծիք առանց բացահայտ քննադատական գնահատման, կամ հիմնված ֆիզիոլոգիայի, bench հետազոտության	Փորձագետի կարծիք առանց բացահայտ քննադատական գնահատման, կամ հիմնված ֆիզիոլոգիայի, bench հետազոտության	Փորձագետի կարծիք առանց բացահայտ քննադատական գնահատման, կամ հիմնված էկոնոմիկակա

bench հետազոտության կամ «հիմնական սկզբունքների» վրա	կամ «հիմնական սկզբունքների» վրա	կամ «հիմնական սկզբունքների» վրա	կամ «հիմնական սկզբունքների» վրա	ն թերրիայի կամ «հիմնական սկզբունքների» վրա
--	---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	--

Կազմված է՝ Bob Phillips, Chris Ball, Dave Sackett, Doug Badenoch, Sharon Straus, Brian Haynes, Martin Dawes-ի կողմից 1998թ. Նոյեմբերին: Թարմացված է՝ Jeremy Howick-ի կողմից 2009թ. Մարտին:

Հապավումներ

ՊԲՎՓ՝ պատահական բաշխմամբ վերահսկվող փորձարկումներ

ՀՎ՝ համակարգային վերանայում

ԿՈԿ՝ կլինիկական որոշման կանոն

Նշումներ

Օգտագործողները կարող են ավելացնել բացասական նշանը «-» ցույց տալու մակարդակը, որը չի ստացվել ապահովել վերջնական պատասխան, որովհետև՝

- **ԿԱՄ** առկա է վստահելիության լայն միջակայքով արդյունք
- **ԿԱՄ** անհանգստացնող տարասեռությամբ համակարգային վերանայում

Այդպիսի տվյալները եզրակացություն չեն, ուստի կարող են բերել միայն D մակարդակի խորհրդի:

*	Համասեռություն ասելով մենք նկատի ունենք համակարգային վերանայում, որը չի պարունակում անհանգստացնող փոփոխականներ (տարասեռություն) առանձին հետազոտությունների արդյունքների ուղղությունների և մակարդակների միջև: Ոչ բոլոր վիճակագրորեն նշանակալի տարասեռությամբ համակարգային վերանայումներն են անհանգստացնող, և ոչ բոլոր անհանգստացնող տարասեռություններն են վիճակագրորեն նշանակալի: Ինչպես նշվեց վերևում, անհանգստացնող տարասեռություն պարունակող հետազոտությունները պետք է նշվեն «-» նշանով իրենց նշանակված մակարդակի վերջում:
''	Կլինիկական Որոշման Կանոն (սրանք ալգորիթմներ կամ սանդղակավորման համակարգեր են, որոնք կիրառվում են կանխատեսիչ գնահատման կամ

	ախտորոշիչ դասակարգման համար)
“i	Տես վերևում տրված նշումը, թե ինչպես պետք հասկանալ, վարկանիշավորել և օգտագործել լայն վստահելիության միջակայքով հետազոտությունները
§	Վերաբերում է, երբ բոլոր պացիենտները մահացել են մինչ բուժական միջոցը դարձել է հասանելի, սակայն որոշները այժմ վերապրում են դրանով: Կամ երբ որոշ պացիենտներ մահացել են մինչ բուժական միջոցը հասանելի է դարձել, սակայն ոչ ոք այժմ չի մահացել դա կրառելով
§§	Վատ որակի կոհորտային հետազոտություն ասելով մենք նկատի ունենք, որ չի ստացվել հստակ սահմանել համեմատվող խմբերը և/կամ չի ստացվել չափել ազդակին ենթարկվելը և ելքերը նույն ժամանակում (նախընտրելիորեն կոյր), օբյեկտիվ ճանապարհը ազդակին և ենթարկված և չենթարկված անհատների շրջանում և կամ չի ստացվել բացահայտել կամ համապատասխան կառավարել հայտնի շեղող գործոնները և/կամ չի ստացվել իրականացնել պացիենտների բավարար տևողությամբ և ամբողջականությամբ դինամիկ հսկողություն: Վատ որակի դեպք-կառավարվող հետազոտություն ասելով, մենք նկատի ունենք, որ չի ստացվել հստակ սահմանել համեմատվող խմբերը և/կամ չափել ազդակին ենթարկվելը և ելքերը նույն ժամանակում (նախընտրելիորեն կոյր), օբյեկտիվ ճանապարհը ազդակին և ենթարկված և չենթարկված անհատների շրջանում և կամ չի ստացվել բացահայտել կամ համապատասխան կառավարել հայտնի շեղող գործոնները:
§§§	Անջատ-խմբի վավերացումը կատարվում է հավաքելով ամբողջ տեղեկատվությունը մեկ տրանշում, ապա այն արհեստականորեն բաժանվում է «ճյուղ» (դուրսբերում) և «վավերացում» ընտրանքների:
“ ”	«Բացարձակ SpPin»-ը ախտորոշիչ ստացված արդյունք է, որի սպեցիֆիկությունը այնքան բարձր է, որի դեպքում դրական արդյունքը հաստատում է ախտորոշումը: «Բացարձակ SnNout»-ը ախտորոշիչ ստացված արդյունք է, որի զգայունությունն

	այնքան բարձր է, որ բացասական արդյունքը բացառում է ախտորոշումը:
“’”i	Լավ, ավելի լավ, վատ և ավելի վատ վերաբերում է բուժումների միջև համեմատություններին իրենց կլինիկական ռիսկերի և օգտակարության շրջանակներում:
“ ”	Պատշաճ էտալոն ստանդարտները անկախ են հետազոտությունից և կիրառված են կույր կամ օբյեկտիվորեն կիրառված են բոլոր պացիենտներին: Վատ էտալոն ստանդարտները պատահական սկզբունքով են կիրառված, սակայն անկախ են հետազոտությունից: Ոչ-անկախ էտալոն ստանդարտների (որտեղ «հետազոտությունը» ներառված է «էտալոն»-ի մեջ, կամ որտեղ «հետազոտությունն» ազդեցություն ունի «էտալոնի» վրա) կիրառումը ենթադրում է 4-րդ մակարդակի հետազոտություն:
“ ”	Ավելի լավ արժեքի բուժումները հստակ նմանապես լավն են բայց ավելի էժան են, կամ ավելի լավն են միևնույն ժամանակ կամ նվազեցնում են ծախսերը: Ավելի վատ արժեքի բուժումները նմանապես լավն են և ավելի թանկ են, կամ ավելի վատն են և համանման գնի են կամ ավելի թանկ են:
**	Վավեկացման հետազոտություններն ուսումնասիրում են սպեցիֆիկ ախտորոշիչ հետազոտության որակը, հիմնվելով նախորդ առկա ապացույցների վրա: Բացահայտիչ հետազոտությունը հավաքում է տեղեկատվությունը և որսում «նշանակալի» գործոնները (օր.՝ օգտագործելով ռեգրեսիոն վերլուծություն):
***	Վատ որակի կանխատեսիչ կոհորտային հետազոտություն ասլետվ մենք նկատի ունենք, որ ընտանքի կազմման դեպքում եղել է կողմնակալություն, հակված լինելով ընտրել այն պացիենտներին, ովքեր արդեն ունեին թիրախային ելքը, կամ ելքերի չափումը կատարվել է <80% հետազոտված պացիենտների շրջանում, կամ ելքերը որոշվել են ոչ կույր, ոչ օբյեկտիվ ճանապարհով կամ չի կատարվել շեղեղ գործոնների շտկում:
****	Պատշաճ դինամիկ հսկողությունը տարբերակիչ ախտորոշման

	հետազոտությունում բարձր է 80%-ից, ավտերնատիվ ախտորոշումների ի հայտ գալու համար ադեկվատ ժամանակի առկայությամբ (օրինակ 1-6 ամիս սուր, 1-5 տարի քրոնիկ)
--	--

Խորհուրդների մակարդակը

A	համապատասխանում է 1-ին մակարդակի հետազոտություններին
B	համապատասխանում է 2-րդ կամ 3-րդ մակարդակի հետազոտություններին կամ 1-ին մակարդակի հետազոտություններից էքստրապոլացմանը
C	4-րդ մակարդակի հետազոտություններ կամ 2-րդ կամ 3-րդ մակարդակի հետազոտություններից էքստրապոլացում
D	5-րդ մակարդակի ապացույցներ կամ ցանկացած մակարդակի մտահոգիչ կերպով անհամապատասխան կամ ոչ համոզիչ հետազոտություններ

«էքստրապոլացիաների» դեպքում տվյալները կիրառվում են մի իրավիճակում, որը պոտենցիալ կլինիկապես կարևոր կերպով տարբերվում է օրիգինալ հետազոտության իրավիճակից: