

Ֆունկցիոնալ փոքրկապու թյան գնահատումը և բուժումը երեխաների շրջանում

Ամփոփում

Նպատակ

Փոքրկապու թյան և ֆունկցիոնալ ստամոքսաղեղակայան խնդիր է, որին սովորաբար բախվում են առողջապահության ոլորտի աշխատողները բուժօգնության առաջնային, երկրորդային և երրորդային օղակներում: Նույնեցող հարցում բուժաշխատողներին աջակցելու նպատակով Ուղեցույցի նպատակն է տրամադրել արդի ապացուցողական տեղեկատվություն երեխաների շրջանում Ֆունկցիոնալ փոքրկապու թյամբ տառապող երեխաներին գնահատման և վարման համար:

Մեթոդներ

Մույն Ուղեցույցը մշակվել է Մանկական բժշկներին հայկական ասոցիացիայի մանկական գաստրոէնտերոլոգներին աշխատանքային խմբի կողմից: Փաստաթղթի հիմք է հանդիսացել Եվրոպական մանկական գաստրոէնտերոլոգներին, հեպատոլոգներին և նուտրիցիոլոգներին ասոցիացիայի կողմից մշակված չափորոշիչները (Evaluation and Treatment of Functional Constipation in Infants and Children: Evidence-Based Recommendations From ESPGHAN and NASPGHAN, JPGN, Volume 58, Number 2, February 2014): Տեղեկատվության որակը գնահատելիս և ցուցումներին ուժը որոշելիս սկզբնաղբյուրը հանդիսացող փաստաթղթում հիմք է ընդունվել Հանձնարարական երի Գնահատման Որակավորման, Չարգացման և Վերահսկման (GRADE) համակարգը [10] և 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 բացակայությունը վերաբերյալ տեղեկատվությունը: Ուղեցույցի բոլոր դրույթները քննարկվել և հավանություն են արժանացել մանկական գաստրոէնտերոլոգներին աշխատանքային խմբի կողմից (արձանագրությունը կցվում է): Ուղեցույցը նախատեսված է մանկական գաստրոէնտերոլոգներին, ընդհանուր մանկաբույժներին և ընտանեկան բժշկներին, ինչպես նաև առողջապահության կազմակերպիչներին համար: Փաստաթղթը 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 մանկահասակ ՖՓ տառապող պացիենտների ակտորոշման և վարման 40 խորհուրդ, որոնցից 2-ին շնորհվել է “ուժեղ” կարգավիճակ: Մանավորապես ներկայացվել են ակտորոշիչ մեթոդներին հավաստիության գնահատականը ապացուցողական բժշկության վերջին տվյալներին հիման վրա: Բացի այդ մշակվել են 2 ալգորիթմ. առաջինը՝ <6 ամսական ից փոքր երեխաների համար, և մյուսը՝ վաղ մանկական հասակի երեխաների և ավելի մեծ տարիքային խմբի երեխաների համար:

Եզրակացություն

Նոր ուղեցույցներին նպատակն է՝ հասնել ճշգրիտ ակտորոշումների ավելի բարձր ցուցանիշներին և նվազեցնել հիվանդներին և նրանց հարազատներին բեռը: Բազմաբնագավառ մոտեցումը և ապացուցողական խորհուրդներին հետևելը համակցված կիրառվող միջամտություններին օգուտ/վնաս հարաբերություններին

վերլուծության հետ, դա մանկական տարիքում ՅՀ ճշգրիտ ախտորոշման քարտեղավման քանակի ներքին:

Բանալի քառեր.

Ապացուցողական բժշկություն, ներդրող ընտրություն, գուցուցուցողականություն, ստեղծական և գնահատական դասակարգման համակարգ, երեխաներ, դեռահասներ, ֆունկցիոնալ փոքրիկ սպորտներ, անկողնային խնամք:

Պատասխանատու համակարգող

Ամբիոնի Գ.Գ.՝ Բ.Գ.Գ., 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 ներտրիցոլոգների միությունների անդամ:

Աջ խստանքային 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:
- Ղազարյան Հ.Լ.՝ Բ.Գ.Գ., «Նորք» ինֆեկցիոն հիվանդանոցի հեպատոլոգիական բաժանմունքի վարիչ, Առողջապահության նախարարության գլխավոր հեպատոլոգ:

Շահերի քառանկյունի տարաբազիր և ֆինանսավորման աղբյուրներ

Չկան արձանագրված:

Շնորհակալական խոսք

Մանկական գաստրոէնտերոլոգիական աջ խստանքային խումբը իր երախտագիտությունն է հայտնում սույն ներդրողի

թարգմանչակնան աշխատանքներին մասնակցելու համար ԵՊԲՀ Մանկաբուժության թշնամբիննի կլինիկական օրդինատորներին

Ուղեցույցը չի կարող փոխարինել բժշկի որոշումները նրանից և հետևաբար անհատ պացիենտի վարման դեպքում և սվյակ կլինիկական իրավիճակի պայմաններում

Բովանդակություն

Ներածություն

Տեղեկատվության որոնման և գնահատման մեթոդաբանություն

Մահմանում

Մանկական ֆունկցիոնալ փոքրկապու թյան Հոնմի III չափորոշիչները

Սույն ուղեցույցում օգտագործվող այլ ասիմանումներ

Վտանգիչաններ

Ախտորոշում

Բուժում

Կանխատեսում

Ամփոփիչ խորհուրդներ

Հավելված 1

Հավելված 2

Հասցավումներ

NASPGHAN - North American Society of Pediatric Gastroenterology, hepatology and Nutrition՝ Հյուսիսային Ամերիկայի մանկաբուժական գաստրոէնտերոլոգիայի, հեպատոլոգիայի և սննդաբանության միություն

ESPGHAN - European Society of Pediatric Gastroenterology, hepatology and Nutrition՝ Մանկաբուժական գաստրոէնտերոլոգիայի, հեպատոլոգիայի և սննդաբանության եվրոպական միություն)

NICE – National Institute for Clinical Excellence՝ Միացյալ Թագավորությունում և Առողջության բժշկական օգնություն որակի ազգային ինստիտուտ
AUC - area under the curve՝ ընկած տիրույթի ցանց

SD – standard deviation՝ ստանդարտ շեղում

ՃՀ - ճշմարտացիություն հարաբերություն

ՎՄ - վստահելիություն միջակայք

ՀՏԺ - հաստատություն տրանզիտի ժամանակը

Ու ՁՀ – ուղտրածայնային հետազոտություն

ՆԵՐԱԾՈՒԹՅՈՒՆ

Ֆունկցիոնալ փոքրկապությունը սովորական խնդիր է մանկական հասակում՝ համաշխարհային կտրվածքով 3% տարածվածությունը: Երեխաների 17-40% -ի մոտ փոքրկապությունը սկսվում է կյանքի առաջին տարվա ընթացքում [2]: Հաճախ փոքրկապությունն առնչվում է ոչ հաճախ և/կամ ցավոտ կղազատման և անկղապահություն, և որոշակի նյարդային ցավի հետ. այն առաջացնում է զգալի դիսթրես երեխայի և ընտանիքի մոտ. այն մեծ ազդեցություն ունի առողջապահական ծախսերի վրա [3]: Չնայած փոքրկապությունը կարող է ունենալ որոշակի պատճառագիտություն, սակայն այս ախտանիշի հայտնաբերմամբ երեխաների մեծ մասի մոտ հնարավոր չէ գտնել այդ ախտանշանի համար պատասխանատու որևէ ուղեկցող հիվանդություն: 1999 թ. NASPGHAN-ը հրապարակել է գեկուցագիր, որը թարմացվել է 2006 թ. (մինչև 2004 թ. որոնում) [4]: Առաջարկությունները հիմնված էին բժշկական գրականության համապարփակ և համակարգված վերանայման ինտեգրման վրա՝ զուգակցված փորձագիտական կարծիքին: Ավելին, 2010 թ. Միացյալ Թագավորությունում Առողջություն և բժշկական օգնության որակի ազգային ինստիտուտը [NICE] մշակել է ուղեցույց բուժօգնության առաջնային և երկրորդային օղակներում փոքրկապություն ունեցող երեխաների համար՝ հիմք ընդունելով լավագույն ապացույցների նազմավարությունը [5]: Բուժօգնության առաջնային, երկրորդային և երրորդային օղակներում փոքրկապություն ունեցող բուժքրեքաների վարման հարցում բուժաշխատողներին օգնելու նպատակով Հյուսիսային Ամերիկայի մանկաբուժական գաստրոէնտերոլոգիայի, հեպատոլոգիայի և սննդաբանություն միությունը [NASPGHAN] և Մանկաբուժական գաստրոէնտերոլոգիայի, հեպատոլոգիայի և

սննդաբանություն եվրոպական միություն [ESPGHAN] ընտրվեցին մշակելու ապացույցները վրահիմնված ուղեցույցներ՝ որպես համատեղ աշխատանք: Ներկայիս ուղեցույցը տալիս է առաջարկություններ փորկապություն հայտնաբերված երեխաների ախտորոշիչ գնահատման և ֆունկցիոնալ փորկապություն ունեցող երեխաների բուժման համար: Այն նախատեսված է ծառայելու որպես ընդհանուր ուղեցույց և չպետք է դիտարկվի որպես կլինիկական գնահատման փոխարինող կամ օգտագործվի որպես բուժող հիվանդների համար կիրառելի ուղեցույց: Այս ուղեցույցը նախատեսված չէ նաև այլ հիմնական հիվանդություններ ունեցող հիվանդների վարման համար, այլ մշակված է միայն ֆունկցիոնալ փորկապության վարման համար:

Տեղեկատվության որոնման և գնահատման մեթոդաբանություն

Սույն Ուղեցույցը մշակվել է Մանկական բժշկները հայկական ասոցիացիայի մանկական գաստրոէնտերոլոգները աշխատանքային խմբի կողմից: Փաստաթղթի հիմքն է հանդիսացել Մանկական Գաստրոէնտերոլոգները, Հեպատոլոգները և Նուտրիցիոլոգները Եվրոպական միություն Ֆունկցիոնալ փորկապության ախտորոշման ուղեցույցը (Evaluation and Treatment of Functional Constipation in Infants and Children: Evidence-Based Recommendations From ESPGHAN and NASPGHAN, JPGN, Volume 58, Number 2, February 2014): Տեղեկատվության հավաքագրման մարտավարությունը ընդգրկել է բնական բառերի օգնությամբ իրականացվող բազմաբնույթի ազատ որոնում MEDLINE, PubMed, Cochrane library, National Guideline Clearinghouse և UpToDate շտեմարաններում: Որոնման ժամանակահատվածը 2010 – 2017թթ.։ Ձևակերպվել է 9 կլինիկական հարցեր (Աղյուսակ 1), որոնց պատասխանելու միջոցով՝ օգտագործելով արդի և ապացուցողական բժշկություն տվյալները, ձևակերպվել են համապատասխան խորհուրդներ: Փաստաթղթերի նկատմամբ կիրառվել են հետևյալ տեսակավորման ցուցանիշները՝ ապացուցողական բնույթ (համակարգված ամփոփ տեսություններ, պատահական բաշխմամբ վերահսկվող փորձարկում, ցանկացած խորհուրդի վերաբերյալ հստակ հղումները և առկայություն, ապացույցների ուժի և որակի գնահատման ներև

այլ): Մկզբնադրյունը հանդիսացող փաստաթղթում տեղեկատվության որակը գնահատելիս և ցուցումներին ուժը որոշելիս հիմք է ընդունվել ցուցումներին ուսումնասիրման, ստեղծման և գնահատման դասակարգման համակարգը (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation – GRADE) /բուժմանը վերաբերվող հարցերը/ և Օքսֆորդի Ապացուցողական բժշկության կենտրոնի ապացույցներին դասակարգման համակարգը (Oxford (UK) CEBM Levels of Evidence) /ախտորոշման և կանխատեսման վերաբերվող հարցերում/, (մանրամասները տես՝ Հավելված 1 և 2, նաև առկա է միայն առցանց հասանելի սկզբնադրյունի հավելվածը, տես՝ <http://links.lww.com/MPG/A295>):

Տեղայնացման/ադապտացիայի աշխատանքները կատարվել են ADAPTE մեթոդաբանության հիման վրա: Պատասխանատու համակարգողը և աշխատանքային խմբի անդամները հայտարարագրել են իրենց շահերի բախման բացակայությունը վերաբերյալ տեղեկատվության ունը: Ուղեցույցի բոլոր որոշումները քննարկվել և հավանություն են արժանացել Մանկական գաստրոէնտերոլոգների աշխատանքային խմբի կողմից (արձանագրությունը կցվում է): Ուղեցույցը նախատեսված է մանկական գաստրոէնտերոլոգների, մանկաբույժների, ընտանեկան բժիշկների, ինչպես նաև առողջապահության կազմակերպիչների համար: Փաստաթղթը ենթակա է պարբերական թարմացումներին և/կամ խմբագրման յուրաքանչյուր 5 տարին մեկ կամ ավելի հաճախակի՝ կախված տվյալ ոլորտում նոր գիտագործնական տեղեկատվության ի հայտ գալուց:

ԱՂՅ ՈՒՍԱԿ 1.9 կլինիկական հարցերի համառոտագիր

- Հարց 1.** Ո՞րն է ֆունկցիոնալ փոքրկապուրջան սահմանումը:
- Հարց 2.** Որո՞նք են այն վտանգի նշանները և ախտանշանները, որոնք խոսում են փոքրկապուրջան առաջացնող հիմնական հիվանդության առկայություն մասին:
- Հարց 3:** Երեխաների մոտ ֆունկցիոնալ փոքրկապուրջան ախտորոշելիս ո՞րն է հետևյալի ախտորոշիչ արժեքը.
- 3.1 Ուղիղ աղու հետազոտություն:

3.2 Որոշված այն իրավունքները, որոնք տրվում են հետազոտությանը:

3.3 Հաստատվող արտադրանքի արտադրության քանակը:

3.4 Որոշված այն իրավունքները, որոնք տրվում են հետազոտությանը:

Հարց 4. Հետևյալ ախտորոշիչ թեստերից որոնք պետք է կատարել փորկապությանը նույն նեյրոէնդոկրինային մոտ՝ նեյրոէնդոկինի վանդոնային ախտորոշիչի նպատակով:

4.1 Լարոնրատոր հետազոտության ներկայացրած կաթիլային հանդուրժողականությանը, ցելիակիան, հիպոթիրեոզը և հիպերկալցեմիան ախտորոշելու նպատակով:

4.2 Անոթակառուցման չափում կամ նեյրոէնդոկինային բիոպտատի հետազոտում՝ Հիրշպրունգի հիվանդության ախտորոշելու կամ ժխտելու նպատակով:

4.3 Կատարել բարիումով հոգնած՝ Հիրշպրունգի հիվանդության ախտորոշելու կամ ժխտելու նպատակով:

Հարց 5. Հետևյալ քննության ներկայացրած պետք է կատարել կայուն փորկապությանը նույն նեյրոէնդոկինային հիմնական անկանոնության պայթնջի դիագնոզի և ախտորոշումը գնահատելու համար:

5.1 Հաստատված ճնշման որոշում:

5.2 Ողնաշարի մագնիսառեզոնանսային հետազոտություն:

5.3 Հաստատվող պատի սմբոնոգրամի հաստատության բիոպսիա:

5.4 Հաստատվող սցինտիգրաֆիա:

Հարց 6. Ո՞րն է հետևյալ ոչ ռեզոնանսային բուժումների հավելյալ ազդեցությունը ֆունկցիոնալ փորկապությանը նույն նեյրոէնդոկրինային մոտ:

6.1 Բջջանյութ

6.2 Հեղուկներ

6.3 Ֆիզիկական ակտիվություն

6.4 Պրեբիոտիկներ

6.5 Պրոբիոտիկներ

6.6 Վարքագծային թերապիա

6.7 Բիոանդրափոխ

6.8 Բազմակողմանի բուժում

6.9 Այլընտրանքային ռեզոնանսային

Հարց 7. Ո՞րն է ֆուկսիոնալ փորկապությունն ունեցող երեխաների մոտամենակեկտիվ և ամենաանվտանգ դեղորայքային բուժումը:

7.1 Ի՞նչ դեղորայք պետք է տրվի կղանքային զանգվածի դուրսբերման համար:

7.2 Ի՞նչ դեղորայք պետք է տրվի հիմնական բուժմանն պատակով:

7.3 Որքա՞ն էրկար պետք է երեխան ստանալ դրուժումը:

Հարց 8. Ո՞րն է սկզբունքորեն նոր թերապիաների արդյունավետությունը և անվտանգությունը կայուն փորկապությունն ունեցող երեխաների համար:

8.1 Լուբիպրոստոն, լինակլոտիդ, պրոկլալոպրիդ:

8.2 Վիրահատություն (օր.՝ անտեգրադուպման հոգնա)

8.3 Միջմաշկային նյարդի խթանում:

Հարց 9. Ո՞ր կանխատեսումը և որո՞նք են կանխատեսման գործոնները ֆուկսիոնալ փորկապությունն ունեցող երեխաների մոտ:

9.1 Ո՞րն է երեխաների շրջանում հանդիպող ֆուկսիոնալ փորկապության կանխատեսումը:

9.2 Որո՞նք են երեխաների շրջանում հանդիպող ֆուկսիոնալ փորկապության կանխատեսման գործոնները:

Մահմանում

Հարց 1. Ո՞րն է ֆուկսիոնալ փորկապության սահմանումը:

Ներկայումս մանկական ֆուկսիոնալ փորկապության ամենաընդունված սահմանումներն են Հոնմի III համաժողովին ընդունված սահմանումները [Ադյուսակ 2] [12, 13]: Հոնմի III համաժողովին ընդունված ֆուկսիոնալ փորկապության սահմանումները ըստ հիվանդի տարիքի բաժանվում են 2 խմբի: Մինչև 4 տարեկան հիվանդները պետք է ունենան չափանիշներ ≥ 2 առնվազն 1 ամիս տևողությամբ, իսկ >4 հիվանդները պետք է ունենան չափանիշներ ≥ 2 առնվազն 2 ամիս տևողությամբ, և որպեսզի երեխաները ներառվեն վերջին խմբում, նրանք պետք է ունենան առնվազն 4 տարվա զարգացման/ֆուկսիոնալ տարիք և անբավարար չափանիշներ գրգռված աղու համախտանիշի

ախտորոշումը կատարելու համար: Որովայնային ցավը հաճախակի
 ուղեկցող ախտանշան է, սակայն դրաներկայությունը չի
 համարվում ֆունկցիոնալ փորկապությունն չափանիշ: Թե՞^o նրան
 փորկապության դերը գերիշխող որովայնային ցավ ունեցող
 երեխաների մոտ հստակ չէ:

**Մանկական ֆունկցիոնալ փորկապություն Հոռմի III
 չափորոշիչները**

Շաբաթական 2 անգամ կամ ավելի հազվադեպ դեֆեկացիա
 [≤2 դեֆեկացիա/ շաբաթական]

- Անկղապահություն առնվազն 1 էպիզոդ շաբաթական
 [երեխայի կողմից զուգարանից օգտվելու
 հմտություններ ձեռք բերելուց հետո]
- Կղանքի երկարատև պահում
- Ցավոտ կամ պինդ կղանքով դեֆեկացիա
- Ուղիղ աղիքում շոշափելիս կղանքային մեծ
 զանգվածի առկայություն
- Մեծ տրամաչափի կղանքային զանգվածի անամնեզ, որը
 կարող է խցանել զուգարանակնքը:

Լրացուցիչ չափորոշիչներ

- Այլ ախտաբանական վիճակներին մասին վկայող
 օբյեկտիվ տվյալներին բացակայություն
- Գրգռված աղու համախտանիշի հաստատման համար
 անբավարար չափորոշիչներ:

Ախտորոշման համար անհրաժեշտ է՝

- մինչև 4 տարեկան երեխաների համար՝ 2 կամ ավել չափորոշիչներ
 առկայություն, առնվազն 1 *ամիս* տևողություն
- 4 տարեկանից բարձր երեխաների համար՝ 2 կամ ավելի ախտանիշներ
 առկայություն, առնվազն 2 *ամիս* տևողություն:

Փոքր երեխաների մի ենթախումբ ունի դեֆեկացիայի հետ առնչվող
 դժվարություններ և դասակարգվել է ըստ Հոռմի III

չափորոշիչներին՝ որպես «ցավոտ և դժվարացած դեֆեկացիա»
ունեցող: Այս վիճակը սահմանվել է որպես մի վիճակ, որը տեղի է
ունենում >6 ամսական փոքրիկներին մոտ, ովքեր առնվազն 10 րոպե
ձգվում են և լացում նախքան փափուկ կղանքի դուրս գալը՝ այլ
առողջական խնդիրներին բացակայության դեպքում: Ծնողները
նկարագրում են ցավոտ և դժվարացած դեֆեկացիա ունեցող
երեխաներին ասելով, որ նրանք մի քանի րոպե ձգվում են, ճչում,
լացում և կարմրում են գոռելուց: Ախտանշանները հարատևում են
10-20 րոպե, մինչև դուրս է գալիս փափուկ կամ հեղուկ կղանքը:
Կղանքը սովորաբար ամեն օր է դուրս գալիս: Ախտանշաններն
առաջանում են կյանքի առաջին ամիսներին և ինքնաբերաբար
անցնում մի քանի շաբաթ հետո: Այս վիճակը գնահատող ռևի
գիտական գրականության բացակայության պայմանավորված՝
սույն աշխատության մեջ չի քննարկվում ցավոտ և դժվարացած
դեֆեկացիան:

Դեֆեկացիայի խնդիրներ ունեցող ոչ բոլոր երեխաներն են
համապատասխանում Հռոմի III չափորոշիչներին, իսկ առաջարկվել
են այլ սահմանումներ, որոնք այնքան էլ խիստ չեն և ներառում
են [դեֆեկացիայի դժվարություններ առնվազն 2 շաբաթ, որը զգալի
դիսթրես է առաջացնում հիվանդի մոտ] [7]: Չնայած այս
սահմանումներն ավելի ներառական են, սակայն դրանք ընդգրկում
են հիվանդների ավելի հետերոգեն խումբ: Որոշ
ուսումնասիրություններ փորձում են հաստատել ֆունկցիոնալ
փորկապության Հռոմի III չափորոշիչները՝ համեմատելով այս
չափանիշներն այլ սահմանումների հետ: Բոջիան և այլոք [14]
համեմատել են Փարիզի կոնսենսուսը մանկական փորկապության
տերմինաբանության չափանիշների վերաբերյալ [որոնք, ըստ
էություն, նույնն են, ինչ-որ Հռոմի III չափորոշիչները] Հռոմի II
չափորոշիչների հետ դեֆեկացիայի խախտումների
հայտնաբերմամբ ներկայացած 128 հաջորդական երեխաների մոտ և
պարզել որ Փարիզի կոնսենսուսի չափանիշները դրսևորել են
ավելի մեծ կիրառելիություն, քան Հռոմի II չափանիշները:
Դեանարայան և այլոք [15] կատարել են ուսումնասիրություն
Շրի Լանկայում՝ համեմատելով մի քանի ֆունկցիոնալ

ստամոքսաղիքային խանգարումների մասով Հոռմի III և Հոռմի II չափորոշիչները և գտել, որ Հոռմի III չափորոշիչները քաղաքացիական են ֆունկցիոնալ փորկապություն ունեցող շատ ավելի շատ երեխաների: Վերջապես Բուրգերսը և այլոք [16] ուսումնասիրել են դեֆակացիայի խանգարումներ ունեցող 336 երեխաների և հայտնաբերել, որ Հոռմի III չափորոշիչներից 6-ը երեխաների շրջանում հանդիպում է հետևյալ հաճախականությամբ. 39%-ի մոտառկա է դեֆակացիայի ≤ 2 շաբաթական հաճախականություն, 75%-ն ուներ անկղապահություն, 75%-ը մեծ կղանքային զանգված, 60%-ը՝ ցավ դեֆակացիայի ժամանակ, 49%-ը՝ թողնում էր մեծ տրամագծով կղանք և 49%-ն ուներ շոշափվող կղանքային զանգված: Համաձայն Հոռմի III չափորոշիչների՝ 87%-ն ուներ ֆունկցիոնալ փորկապություն, համեմատած ըստ Հոռմի II-ի սահմանումների դեֆակացիայի տարբեր խանգարումների չափանիշի առկա էր ընդամենը 34%-ի հետ:

Սույն փաստաթուղթը ներառում է փաստեր այն հիվանդների վերաբերյալ, որոնց մոտ ախտորոշվել է փորկապություն սահմանված Հոռմի III չափորոշիչների կամ հրապարկման պահին համարժեք սահմանումների օգտագործման միջոցով: Փորկապությունը հանդիսանում է նաև աչքի ընկնող ախտանիշ այն երեխաների մոտ, ովքեր ունեն այլ պաթոլոգիական բժշկական վիճակներ, ինչպիսիք են վաղածնությունը, զարգացման ուշացումները և այլ օրգանական հիվանդություններ. սակայն այս ուղեցույցը չի անդրադարձնում այդ հիվանդներին:

Ելնելով այն փաստերից, որոնք ցույց են տալիս վաղ բուժման բարենպաստ ազդեցությունը արդյունքի վրա՝ մենք որոշել ենք այլ գործիքում ներդրում ունենալու:

Օգտագործել այն երեխաներին, ովքեր ունեն փորկապության Հոռմի III չափանիշները, քաղաքացիական տևողության: Հիմք ընդունելով կոնսենսուսը՝ խումբը համաձայնվեց, որ Հոռմի III չափորոշիչներում թվարկված 2-ամսյա ընդմիջումը ավելի մեծ երեխաների համար կարող է անհարկի ուշացնել բուժումը փորկապություն ունեցող որոշ երեխաների մոտ:

Սույն ուղեցույցում օգտագործվող այլ սահմանումներ

Կայուն փորկապությունն. Այն փորկապությունն է, որը չի արձագանքում ստանդարտ բուժմանն առնվազն 3 ամիս:

Կոպրոստազ. Տիզիկական քննությունն ընթացքում հայտնաբերված կոշտ կղանքային զանգված որոշակի ստորին հատվածում կամ ուղիղ աղու քննությամբ՝ մեծ քանակությամբ կղանքով լցված լայնացած ուղիղ աղի, կամ որոշակի ռադիոգրաֆիայով՝ չափազանց մեծ կղանքային զանգվածի կուտակում հաստ աղիքի դիստալ հատվածներում:

- (1) Հիմք ընդունելով փորձագիտական կարծիքը՝ մենք առաջարկում ենք Հոռմի III չափորոշիչները բուժքրտաբանային խմբերի մասով ֆունկցիոնալ փորկապության սահմանման համար:**

- (2) Հիմք ընդունելով փորձագիտական կարծիքը՝ ֆունկցիոնալ փորկապության ախտորոշումը հիմնվում է անամնեզի և ֆիզիկական քննության վրա:**

Վտանգի նշաններ

Հարց 2. Որո՞նք են փորկապությունն առաջացնող հիմնական հիվանդության առկայության մասին խոսող վտանգի նշանները և ախտանշանները:

Չնայած փորկապության ախտորոշումը հիմնվում է անամնեզի և ֆիզիկական քննության վրա, սակայն նկարագրության սուբյեկտիվ ախտանշան հնուսալի է կրծքի հասակի երեխաների և <8 տարեկան երեխաների մոտ, իսկ երեխաների մոտորոշ ենթադրյալ ախտանշաններն ոչ սպեցիֆիկ են: Փորկապության գնահատման հարցում անամնեզի և ֆիզիկական քննության հիմնական դերը հայտնաբերված դեֆեկացիայի դժվարություններով այլ խանգարումների բացառումն է և բարդություններին բացահայտումը: Պետք է ակտիվորեն որոնել տեղեկատվությունը, որը պարունակում է ախտանշաններին առաջացման պահին տարիքը, կղանքի հաճախականությունը և կոնսիստենցիան (նախընտրելի

կլիներ, եթե արտահայտվի ըստ կղանքի գործող ասնդդակի, ինչպիսին է՝ Բրիտանի ասնդդակը [17] կամ Ամստերդամի ասնդդակը [18], կամ Լեյնի ասնդդակը, որը Բրիտանի երեխաների կղանքի ձևի ասնդդակի ձևափոխված տարբերակն է [19,20], ցավը և/կամ արյունահոսությունը կղանքը դուրս գալիս, որովայնային ցավի կամ անկղապահություն առկայությունը միասին {եթե առկա է, ապա արդյո՞ք այն նաև գիշերներն է տեղի ունենում}, զուպման վարքագիծ, սննդակարգ, ախորժակի փոփոխություն, սրտխառնոց և/կամ փսխում, և քաշի կորուստ: Ախտանիշների առաջացման պահին երեխայի տարիքը տեղեկատվության ամենակարևոր և ամենահեշտ ձեռք բերվող մասն է խնդրի գնահատման հարցում: Ախտանիշների սկիզբը <1 ամսական երեխաների մոտ տեղիք է տալիս մտածելու օրգանական ախտահարման առկայություն մասին, օրինակ Հիրշպրունգի հիվանդություն, կասկածի [21]: Առաջին մեկնիումի անցման ժամանակը հատկապես առնչվում է Հիրշպրունգի հիվանդություն ունենալու ռիսկին. Մեկնիումի 48 ժամով ուշացած անցումը վաղածին նորածին երեխայի մոտ անհրաժեշտություն է առաջացնում այդ ախտորոշումը բացառելու նպատակով որոշակի ստուգումների իրականացում: Չնայած առողջ վաղածին նորածին երեխաների 99%-ի մոտ իրենց առաջին մեկնիումի դուրս է գալիս իրենց կյանքի առաջին 48 ժամից առաջ [22], սակայն Հիրշպրունգի հիվանդություն ունեցող երեխաների 50%-ի մոտ նույնպես մեկնիումի դուրս է գալիս իրենց կյանքի առաջին 48 ժամերի ընթացքում [23]: Այսպիսով, չնայած առաջին 48 ժամերի ընթացքում մեկնիումի դուրս չգալը խոսում է Հիրշպրունգի հիվանդության մասին, սակայն դրանով չի որոշվում ախտորոշումը:

Պետք է ձեռք բերել նաև տեղեկություններ նախկին և ներկա բուժման մասին: Իդեալական տարբերակում, հիմք ընդունելով փորձագիտական կարծիքը 3-օրյա և ուժը պետք է օգտագործել սննդի և հեղուկների ընդունումն ավելի ևս զննատեղի համար: Պետք է հավաքել դեղորայքային անամնեզը, այդ թվում՝ բերանով ընդունվող և ուժողականներին, հոգնայի, մոմիկի օգտագործումը,

բ ու ս աբ ու ժ ու թ յ ու ն ը , վ աբ ք ագ ծ ալ ի ն բ ու ժ ու մ ը և ալ լ
դ ե դ ա մ ի ջ ո ճ ն ե ր :

Կ աբ ն ո բ է ն ա ն զ աբ գ աց մ ա ն և հ ո գ ե բ ա ն ա-ս ո ճ ի ալ ա կ ա ն ը ն դ հ ա ն ու ր
ա ն ա մ ն ե գ ը , ի ն չ ա ի ս ի ք ե ն ե ր ե խ ալ ի կ ա մ ը ն տ ա ն ի ք ի կ յ ա ն ք ի և
գ ո բ ծ ո դ ու թ յ ու ն ն ե ր ի խ աթ աբ ու մ ը , շ փ ու մ ը հ ա ս ա կ ա կ ի ց ն ե ր ի հ ե տ և
տ ե մ ալ ե բ ա մ ե ն տ ը : Ը ն տ ա ն ի ք ի ա ն ա մ ն ե գ ը ալ ե տ ք է ու շ ա դ ի ր գ ր ա ն ց ե լ ,
ո բ ո ն ե լ ո վ ս տ ա մ ո ք ս ա դ ի ք ալ ի ն հ ի վ ա ն դ ու թ յ ու ն ն ե ր [Հ ի ր շ ա բ ու ն գ ի
հ ի վ ա ն դ ու թ յ ու ն , ս ն ն դ ալ ի ն ալ ե բ գ ի ա ն ե ր , ա դ ի ն ե ր ի բ ո բ բ ո ք ալ ի ն
հ ի վ ա ն դ ու թ յ ու ն , ց ե լ ի ա կ ի ա] և օ բ գ ա ն ն ե ր ի ` վ ա հ ա ն ա ձ և գ ե դ ձ ի ,
հ ա ր վ ա հ ա ն ա ձ և գ ե դ ձ ի , ե ր ի կ ա մ ն ե ր ի կ ա մ հ ա մ ա կ ա ր գ ալ ի ն
հ ի վ ա ն դ ու թ յ ու ն ն ե ր ի (օ բ ի ն ա կ ` մ ու կ ո վ ի ս ց ի դ ո գ)

առ կ ալ յ ու թ յ ու ն ն ե ր : Ֆ ի գ ի կ ա կ ա ն ք ն ն ու թ յ ա մ բ ալ ե տ ք է հ ա տ կ ա ալ ե ս
կ ա բ ն ո բ ե լ ա ճ ի պ աբ ա մ ե տ ր ե ր ը , ո բ ո վ ալ ն ալ ի ն ք ն ն ու թ յ ու ն ը
[մ կ ա ն ալ ի ն տ ո ն ու ս ը , փ ք վ ա ձ ու թ յ ու ն ը , կ դ ա ն ք ալ ի ն գ ա ն գ վ ա ձ ը],
ալ ե ր ի ա ն ալ շ ր ջ ա ն ի ս տ ու գ ու մ ը [հ ե տ ա ն ց ք ի դ ի ր ք ը , կ դ ա ն ք ի
առ կ ալ յ ու թ յ ու ն ա ն ու ս ի շ ու ր ջ ը կ ա մ հ ա գ ու ս տ ի ն , ալ ե ր ի ա ն ալ
է ր ի թ ե մ ալ ի առ կ ալ յ ու թ յ ու ն , մ ա շ կ ալ ի ն պ ո լ ի պ ն ե ր ի
առ կ ալ յ ու թ յ ու ն , ա ն ալ ճ ա ք ե ր ի առ կ ալ յ ու թ յ ու ն], և մ ե ջ ք ի և
ո դ ն ա շ ա ր ի գ ն ն ու մ [փ ո ս ի կ ի , մ ա գ ա փ ն ջ ի առ կ ալ յ ու թ յ ու ն], ու դ ի դ
ադ ի ք ի մ ա տ ն ալ ի ն հ ե տ ա գ ո տ ու թ յ ա մ բ գ ն ա հ ա տ վ ու մ է ա ն ալ ս տ ե ն ո գ ի
կ ա մ ֆ ե կ ալ գ ա ն գ վ ա ձ ի առ կ ալ յ ու թ յ ու ն : Է ք ս ալ լ ո գ ի վ կ դ ա ն ք ի
է վ ա կ ու ա ց ի ա ն մ ա տ ն ալ ի ն ք ն ն ու թ յ ու ն ի ց հ ե տ ո խ ո ս ու մ է
Հ ի ր շ ա բ ու ն գ ի հ ի վ ա ն դ ու թ յ ա ն մ ա ս ի ն (հ ի ալ ե բ տ ո ն ի կ ս ֆ ի ն կ տ ե ր ի
առ կ ալ յ ու թ յ ու ն) : Ա ն ալ և կ ր ե մ ա ս տ ե ր ո ե ֆ լ ե ք ս ը և ս տ ո բ ի ն
վ ե ր ջ ու յ թ ի ն յ ա ր դ ա մ կ ա ն ալ ի ն ք ն ն ու թ յ ու ն ը , ո բ ո ն ք ն ե ր առ ու մ ե ն
տ ո ն ու ս ը , ու ժ ը և խ ո բ ջ լ ալ ի ն ո ե ֆ լ ե ք ս ն ե ր ը , ալ ե տ ք է հ ա ս տ ա տ ե լ :
Ա ն ալ ս տ ու գ մ ա ն ը ն թ ա ց ք ու մ չ ա փ ա գ ա ն ց մ ե ծ վ ա փ ու ր և /կ ա մ
պ ա տ ո վ ա ձ ք ն ե ր ը և հ ե մ ա տ ո մ ա ն ե ր ը ` կ դ ա ն ք ալ ի ն հ ե տ ք ե ր ի
առ կ ալ յ ու թ յ ա ն հ ե տ մ ի ա ս ի ն ալ ե տ ք է առ ա ջ ա ց ն ե ն ս ե ո ա կ ա ն
բ ո ն ու թ յ ա ն կ ա ս կ ա ձ :

Ա դ յ ու ս ա կ 3- ու մ ն ե ր կ ալ ա ց վ ա ձ ե ն տ ա ր բ ե ր ա կ ի չ ա խ ա տ ո բ ո շ ու մ ն ե ր :
Ա դ յ ու ս ա կ 4- ու մ թ վ ա ր կ վ ա ձ ե ն փ ո բ կ ա պ ու թ յ ա ն գ ն ա հ ա տ ո մ ա ն ը
ը ն թ ա ց ք ու մ ու դ ե կ ց ո դ պ ա տ ո մ ու թ յ ա ն և ֆ ի գ ի կ ա կ ա ն ք ն ն ու թ յ ա ն

հիմնական կետերը: Առյուսակ 5-ում թվարկված են այն ազդանշանները, որոնք պետք է բուժօգնություն տրամադրողին անազան գիտորկապում համար պատասխանատու հնարավոր հիմնական հիվանդության մասին:

(3) Հիմնվելով փորձագիտական կարծիքի վրա՝ փորկապում համար պատասխանատու հիմնական հիվանդության բացահայտման ազդանշաններին, ախտանիշներին և ախտորոշիչ նշաններին համար խորհուրդ ենք տալ իւօգտագործել Առյուսակներ 3-ը, 4-ը և 5-ը:

Ախտորոշում

ՀԱՐՑ 3: Երեխաների մոտ ֆունկցիոնալ փորկապում ախտորոշման համար որն է վերոնշյալ ների ախտորոշիչ արժեքը (3.1-3.4)

3.1 Մասնային ռեկտալ հետազոտություն

Ընդգրկված է մեկ հետազոտություն, որը թույլ է տալիս գնահատել մանկական տարիքում կլինիկորեն արձանագրված փորկապում ախտորոշման համար մասնային ռեկտալ քննությունները: Բեկմանի և այլոց (24) նպատակն էր որոշել արդյոք կլինիկական բազմազանությունը թույլ է տալիս հստակ տարբերակել ռեկտոգենալ անորեն հաստատված փորկապում ունեցող երեխաներին: Այս հետազոտության մեջ կլինիկական հետազոտման հնարավորությունը տարբերակելու նախնական գիտորկապում ունեցող և չունեցող երեխաներին գնահատում է խաչաձև հետազոտության և արձանագրվել է 77% զգայունություն, 35% սպեցիֆիկություն, իսկ ճշմարտացիություն հարաբերությունը [ՃՀ-ցույց է տալիս հավանականությունը, որ տրված թեստի արդյունքը կսպասվի ֆունկցիոնալ փորկապում ունեցող հիվանդի մոտ համեմատած հավանականության հետ, որ հենց նույն արդյունքը կսպասվի ֆունկցիոնալ փորկապում չունեցող հիվանդի մոտ] 1.2 է [95% վստահելիություն միջակայք [ՎՄ]-1.0-1.4]: ՃՀ=1 ցույց է տալիս, որ սովորաբար արդյունքը հայտնաբերվում է փորկապում ունեցող երեխաների մոտ նույնքան հաճախ, ինչքան փորկապում ուն

չ ու ն ե ց ո ղ ն ե ր ի : Կ լ ի ն ի ց ի ս տ ի կ ո ղ մ ի ց դ ր վ ած փ ո ր կ ապ ու թ յ ան ա խ ս տ ր ո շ ու մ ը ա յ ս դ ե պ ք ու մ չ ի ա ս պ ա ց ու ց վ ու մ : Ա ն հ ա տ ա կ ան ս ի մ ա տ ո մ ն ե ր ի ց և ո չ մ ե կ ը չ ու ն ի հ ա մ ա ս պ ա տ ա ս ի ա ն կ լ ի ն ի կ ա կ ան [XZ ≥ 2 կ ա մ XZ ≤ 0.5] և վ ի ճ ա կ ա գ ր ա կ ան ն շ ան ա կ ա կ ի ա ս ո ց ի ա ց ի ա փ ո ր կ ապ ու թ յ ան հ ե տ ո ր ո վ ա յ ն ա յ ի ն ո ա դ ի ո գ ր ա ֆ ի ա յ ո վ : Լ ա վ ա գ ու յ ն ա խ ս տ ր ո շ ի չ ն շ ան է ր [կ ղ ան ք ի ա ո կ ա յ ու թ յ ու ն ը ո ե կ տ ա կ հ ե տ ա գ ո տ մ ան] ժ ա մ ան ա կ , XZ = 1.6 [1.2-2.0]:

Ե գ ր ա խ ա կ ե լ ո վ , հ ե տ ա գ ո տ ու թ յ ու ն ն ե ր ը չ ե ն ա ս պ ա ց ու ց ու մ մ ա տ ն ա յ ի ն ո ե կ տ ա կ ք ն ն ու թ յ ան դ ե ր ը ֆ ու ն կ ց ի ո ն ա կ փ ո ր կ ապ ու թ յ ան ա խ ս տ ր ո շ մ ան հ ա մ ա ր :

3.2 Ո ր ո վ ա յ ն ա յ ի ն ո ա դ ի ո գ ր ա ֆ ի ա

Կ ղ ան ք ա յ ի ն կ ու տ ա կ ու մ ն ե ր ի ա ո կ ա յ ու թ յ ան կ ա մ ք ա ց ա կ ա յ ու թ յ ան ն ե ր կ ա յ ա ց ու մ ն ու ն ի կ ա ր և ո ր թ ե ր ա պ և տ ի կ հ ե տ ն ան ք ն ե ր [ն կ .2, վ . 5,6]: Հ ա յ տ ն ա ք ե ր վ ած է մ ե կ վ ե ր ան ա յ ու մ [25]: 5 հ ե տ ա գ ո տ ու թ յ ու ն է ը ն դ գ ր կ վ ած կ լ ի ն ի կ ո ր ե ն ե ն թ ա դ ր վ ո ղ մ ան կ ա կ ան հ ա ս ա կ ի փ ո ր կ ապ ու թ յ ան ա խ ս տ ր ո շ մ ան հ ա մ ա ր ո ր ո վ ա յ ն ա յ ի ն ո ա դ ի ո գ ր ա ֆ ի ա յ ի դ ե ր ը գ ն ա հ ա տ ե լ ու հ ա մ ա ր : Բ ո լ ո ր հ ե տ ա գ ո տ ու թ յ ու ն ն ե ր ը գ ն ա հ ա տ ե լ ե ն ո ր ո վ ա յ ն ա յ ի ն ո ա դ ի ո գ ր ա ֆ ի ա յ ի դ ե ր ը ֆ ու ն կ ց ի ո ն ա կ փ ո ր կ ապ ու թ յ ան ա խ ս տ ր ո շ մ ան հ ա մ ա ր , ո ր ա ե ս է տ ա կ ո ն վ ե ր ց ն ե լ ո վ փ ո ր կ ապ ու թ յ ան կ լ ի ն ի կ ա կ ան ո ր ո շ ու մ ը :

Ա ղ յ ու ս ա կ . 3 Փ ո ր կ ապ ու թ յ ան տ ա ր ք ե ր ա կ ի չ ա խ ս տ ր ո շ ու մ ը կ ր ծ ք ի հ ա ս ա կ ի և մ ե ծ տ ա ր ի ք ի ե ր ե ի ա ն ե ր ի /դ ե ո ա հ ա ս ն ե ր ի մ ո տ

Ց ե լ ի ա կ ի ա

Հ ի ա ր թ ի ր ե ո գ , հ ի ա ե ր կ ա կ ց ի ե մ ի ա , հ ի ա ր կ ա կ ի ե մ ի ա

Շ ա ք ա ր ա յ ի ն դ ի ա ք ե տ

Մ ն ն դ ա յ ի ն ս ա խ տ ա կ ու ց ի ա կ ե ր գ ի ա *

Դ ե ղ ո ր ա յ ք , տ ո ք ս ի ն ն ե ր

- Օ փ ի ա տ ն ե ր , հ ա կ ա խ ո լ ի ն ե ր գ ի կ ն ե ր
- Հ ա կ ա դ ե պ ր ե ս ս ան տ ն ե ր *
- Ք ի մ ի ո թ ե ր ա պ ի ա
- Ծ ան ր մ ե տ ա դ ն ե ր ո վ թ ու ն ա վ ո ր ու մ ն ե ր

Վ ի տ ա մ ի ն Դ ի ն տ ո ք ս ի կ ա ց ի ա

Բո սո ու լ ի գ մ

Մ ու կ ո վ ի ս գ ի դ ո գ

Հ ի ր շ ա ր ու ն գ ի հ ի վ ա ն դ ու թ յ ու ն

Ա ն ալ ա խ ալ ա գ ի ա

Հ ա ս տ աղ ու ի ն ե ր ս ու թ յ ու ն

Ա ն ա տ ո մ ի ա կ ա ն մ ալ ֆ ո ռ մ ա գ ի ա ն ե ր

Հ ե տ ա ն ց ք ի ս ե ր տ ա ճ ու մ

Ա ն ալ ս տ է ն ո գ

Փ ո ք ր կ ո ն ք ի գ ո յ ա գ ու թ յ ու ն [ս ա կ ր ալ ս ե ր ա տ ո մ ա]

. Ող ն ու ղ ե ղ ի ա ն ո մ ալ ի ա ն ե ր , տ ր ա վ մ ա , ող ն ու ղ ե ղ ի և ող ն ա շ ա ր ի կ ա ր ու մ ն ե ր [Tethered cord]

. Որ ո վ ա յ ն ի մ կ ա ն ու ն ք ի ա ն կ ա ն ո ն ու թ յ ու ն ն ե ր [Ս ալ ո ր ա ն մ ա ն ո ր ո վ ա յ ն] [Prune belly], գ ա ս տ ր ո շ ի գ ի ս , Դ ա ու ն ի ս ի ն դ ր ո մ] *

Փ ս ն դ ո օ ր ս տ ր ու կ ց ի ա [վ ի ս գ ե ր ալ ն ե յ ր ո պ ա թ ի ա ն ե ր , մ ի ո պ ա թ ի ա ն ե ր , մ ե գ է ն ք ի մ ո պ ա թ ի ա ն ե ր]

Բ ա գ մ ա կ ի է ն դ ո կ ր ի ն ն ե ո ալ ա գ ի ա ն ե ր տ ի ա 2B

* Բ ն ո ր ո շ ա վ ե լ ի վ աղ հ ա ս ա կ ի ե ր ե խ ա ն ե ր ի ն

* Բ ն ո ր ո շ ա վ ե լ ի մ ե ծ տ ա ր ի ք ի ե ր ե խ ա ն ե ր ի ն

Բարրը և այլոք [26] առաջինն էին, որ հետագոստեցին որո՞վայնային նենտգենոգրաֆիայի արդյունքները ֆունկցիոնալ փորկապոթյան ախտորոշման համար: Ըստ Բարրի սանդղակի ախտորոշիչ միավորները կազմում են 0-25, ընդհանուր հաշվով >10 արդյունքը վկայում է մեծ քանակով կղանքային զանգվածների կուտակման մասին: Նրանք հայտնեցին 80% [95% ճՀ 65–90] զգայունություն և 90% [90% ճՀ 74–98] սպեցիֆիկության մասին, օգտագործելով իրենց ախտորոշիչ սանդղակը: Բենինզան և այլոք ևս կիրառեցին Բարրի ախտորոշիչ սանդղակը և հրապարակեցին ավելի ցածր զգայունություն 60% [95% ճՀ 46–72] և սպեցիֆիկություն 43% [95% ճՀ 18–71]: Ի վերջո, Լիխը և այլոք մշակեցին մի ախտորոշիչ համակարգ, որտեղ որո՞վայնային նենտգենոգրաֆիան բաժանվում է երեք սեգմենտի: Յուրաքանչյուր սեգմենտը գնահատվում է 0-5, 0-15 միավորներով:

դի ապագանով: Ընդհանուր արժեքը 8-15 վկայում է փոքրկապույթ անմասին: Այս սանդղակի կիրառումն ունի 76% [95% ճՀ 58–89] զգայունություն և 75% [95% ճՀ 63–85] սպեցիֆիկություն: Լոբիխը և այլքնույնպես կիրառեցին այս սանդղակը և հրապարակեցին 75% [95% ճՀ 61–86] զգայունություն և 59% [95% ճՀ 42–75] սպեցիֆիկություն: Կայանը և այլք [30] գնահատեցին որովայնային ռենտգենոգրաֆիայով կղանքային զանգվածների կուտակման դերը Բլեթինի ախտորոշիչ մեթոդով [31]: Կղանքային զանգվածների կուտակումը գնահատվեց 1-3 սանդղակով: Նրանք հրապարակեցին զգայունություն 70% [95%ճՀ 35-93] և սպեցիֆիկություն 90% [95% ճՀ 95-100]: Այս հետազոտությունների շարքում միայն Լոբիխը և այլք [29] հրապարակեցին կորիտակը նկատ տիրույթի ցուցանիշ [AUC-area under the curve]: Վերջինիս 1 արժեքը ցույց է տալիս լրիվ դիսկրիմինացիա փոքրկապույթ ունեցող և չունեցող երեխաների միջև, 0.5 արժեքը ցույց է տալիս դիսկրիմինացիայի բացակայություն, իսկ 0.68 արժեքը ունի ցածր դիսկրիմինացիոն նշանակություն:

Կատարվել է մի լրացուցիչ հետազոտություն փոքրկապույթ անախտորոշման համար կիրառելով հաստաղու տրանզիտի ժամանակը [ՀՏԺ] [32]: Գնահատվեց ըստ Բարրի սանդղակի կղանքային զանգվածների կուտակումը որոշելու հնարավորությունը ռենտգենաֆանորեն փոքրկապույթ ունեցողների [ՀՏԺ>60ժամ] և չունեցողների (ՀՏԺ≤60ժամ) տարբերակման միջոցով և հրապարակվեց լավագույն արդյունք 0.84 [95% ճՀ 0.79–0.89; հաշվված կոստուլտանտի կողմից]: Դիսկրիմինացիոն ուժը կախված է ռենտգենոլոգի փորձառության ստիճանից: Բարրի արժեքները երիտասարդ բժշկի և ուսանողի դեպքում ավելի ցածր էին, համապատասխանաբար 0.76 և 0.61 [95% ճՀ 0.69–0.82 և 0.53–0.69]:

Եզրափակելով, հետազոտությունները խորհուրդ չեն տալիս կիրառել որովայնի ռենտգենոգրաֆիան ֆունկցիոնալ փոքրկապույթ անախտորոշման համար:

Աղյուսակ 4

Փոքրկապույթ անվարման ժամանակ անամեզի և ֆիզիկալ	Փոքրկապույթ անվարման ժամանակ անամեզի և ֆիզիկալ
--	--

<p>հ ե տ ա գ ո տ մ ա ն ն ի դ ե ց ո յ ց ն ե ր ի հ ի մ ն ա կ ա ն կ ե տ ե ր ը</p>	<p>հ ե տ ա գ ո տ մ ա ն ն ի դ ե ց ո յ ց ն ե ր ի հ ի մ ն ա կ ա ն կ ե տ ե ր ը</p>
<p>Կր ծ ք ի հ ա ս ա կ ի ն ա վ ե լ ի վ ա ղ տ ա ր ի ք ի ե ր ե խ ա ն ե ր</p>	<p>Ա վ ե լ ի մ ե ծ տ ա ր ի ք ի ե ր ե խ ա ն ե ր ն ե ն ա հ ս ա ն ե ր</p>
<p>Ֆ ո լ ն կ ց ի ո ն ա լ փ ո թ կ ա ս ր ի թ յ ո լ ն <i>Ա ն ա մ ն է գ</i></p> <p>Ս կ ի զ Բ Ը ծ ն վ ե լ ո լ ց մ ի ք ա ն ի 2 ա ք ա ք կ ա մ ա մ ի ս հ ե տ ո (ո չ ծ ն վ ե լ ո լ պ ա հ ի ն)</p> <p>Ա կ ն հ ա յ տ ն պ ս ս տ ո ղ պ ա տ ճ ա ո ն ե ր , ո ր ո ն ք հ ա մ ը ն կ ն ո լ մ ե ն ս ի մ պ տ ո մ ն ե ր ի ս կ զ Բ ի հ ե տ , ո ր . Ճ ա ք ե ր , ս ն ն դ ա կ ա ր գ ի փ ո փ ո խ ո լ թ յ ո լ ն , գ ո լ գ ա ր ա ն ա յ ի ն վ ա ր ժ ա ն ք ի ժ ա մ ա ն ա կ ի ը ն տ ր ո լ թ յ ո լ ն , ի ն ֆ ե կ ց ի ա ն ե ր , տ ա ն փ ո փ ո խ ո լ մ , մ ա ն կ ա կ ա ն հ ա ս տ ա տ ո լ թ յ ո լ ն ն ե ր ի հ ա ճ ա խ մ ա ն ս կ ի զ Բ</p> <p>Մ ե կ ո ն ի ո լ մ ի ն ո ր մ ա լ պ ս ս ս ա ժ Ջ ն ն ո լ մ</p> <p>Ս ո վ ո թ ր ա ք ա ր ի ն ք ն ա գ գ ա ց ո ղ ո լ թ յ ո լ ն ը լ ա վ , ք ա շ ը և հ ա ս ա կ ը ն ո ր մ ա յ ի ս ա հ մ ա ն ն ե ր ո լ մ</p> <p>Ն ո ր մ ա լ ա ճ Հ ե տ ա ն ց ք ի և շ ր ջ ա կ ա հ յ ո լ ս վ ա ծ ք ն ե ր ի ն ո ր մ ա լ տ ե ղ ա դ ր ո լ թ յ ո լ ն</p> <p>Փ ա լ ո լ կ ո ր ո վ ա յ ն</p> <p>Գ ո տ կ ա ս ր ք ա ն ա յ ի ն / հ ե տ ո լ յ ք ա յ ի ն շ ր ջ ա ն ի մ ա շ կ ի և ա ն ա տ ո մ ի ա կ ա ն կ ա ո ո լ ց վ ա ծ ք ն ե ր ի ն ո ր մ ա լ</p>	<p>Ֆ ո լ ն կ ց ի ո ն ա լ փ ո թ կ ա ս ր ի թ յ ո լ ն <i>Ա ն ա մ ն է գ</i></p> <p>Ս կ ի զ Բ Ը ծ ն վ ե լ ո լ ց մ ի ք ա ն ի 2 ա ք ա ք կ ա մ ա մ ի ս հ ե տ ո (ո չ ծ ն վ ե լ ո լ պ ա հ ի ն)</p> <p>Ե ր ք ե մ ն ն պ ս ս տ ո ղ պ ա տ ճ ա ո ն ե ր , ո ր ո ն ք հ ա մ ը ն կ ն ո լ մ ե ն ս ի մ պ տ ո մ ն ե ր ի ս կ զ Բ ի հ ե տ , ո ր . Ճ ա ք ե ր , ս ն ն դ ա կ ա ր գ ի փ ո փ ո խ ո լ թ յ ո լ ն , ի ն ֆ ե կ ց ի ա ն ե ր , տ ա ն փ ո փ ո խ ո լ մ , դ ա ր ո ց ի ս կ ի զ Բ , վ ա խ ե ր և ֆ ո ք ի ա ն ե ր , խ ո շ ո ր փ ո փ ո խ ո լ թ յ ո լ ն ը ն տ ա ն ի ք ո լ մ , ն ո ր դ ե ղ ո ր ա յ ք , ճ ա մ փ ո թ ո ղ ո լ թ յ ո լ ն</p> <p>Մ ե կ ո ն ի ո լ մ ի ն ո ր մ ա լ պ ս ս ս ա ժ Հ ե տ ա գ ո տ ո լ մ</p> <p>Ս ո վ ո թ ր ա ք ա ր ի ն ք ն ա գ գ ա ց ո ղ ո լ թ յ ո լ ն ը լ ա վ , ք ա շ ը և հ ա ս ա կ ը ն ո ր մ ա յ ի ս ա հ մ ա ն ն ե ր ո լ մ</p> <p>Ն ո ր մ ա լ ա ճ Հ ե տ ա ն ց ք ի և շ ր ջ ա կ ա հ յ ո լ ս վ ա ծ ք ն ե ր ի ն ո ր մ ա լ տ ե ղ ա դ ր ո լ թ յ ո լ ն</p> <p>Փ ա լ ո լ կ ո ր ո վ ա յ ն (հ ն ա ր ա վ ո թ ե շ ո շ ա լ լ ո ղ կ ղ ա ն ք ա յ ի ն մ ա ս ս ա)</p> <p>Գ ո տ կ ա ս ր ք ա ն ա յ ի ն / հ ե տ ո լ յ ք ա յ ի ն շ ր ջ ա ն ի մ ա շ կ ի և ա ն ա տ ո մ ի ա կ ա ն</p>

տեղադրություն
 Նորմալ քայլվածք, ստորին վերջույթների ֆալարար տոնուս նեֆլեքսեր
Չուգարանաֆորիա
Մուկովիսցիդոզ
 Ռեսպիրատոր խնդիրներ
 Անֆալարար փարթամություն
Ցելիակիա, հիպոթիրեոզ
 Ընտանեկան անամեզ
 Աճի և զարգացման հասպտոնում
Մենդային սպիտակուցի ալերգիա
 Անհատական և ընտանեկան անամեզ (ալերգիա)
 Էկզեմա
Հիրշպրունգի հիվանդություն
 Միմպտոմները սկիզբը <1ամսեկան
 Մեկնիմի պասսաժը >48ժամ
Արյունային լուծ, լեղային փսխում
 Անֆալարար փարթամություն
 Որովայնի դիֆուզ փքվածություն
 Դատարկ ուղիղ աղու ամպուլանոքովայնում շոշափվող կղանքային զանգվածի առկայություն պայմաններում
 Կղանքի և օդի արտահոսք ուղիղ աղուց հետագոտողի մատի դուրսբերումից հետո
Անատոմիական մալֆորմացիաներ

կառուցվածքների նորմալ տեղադրություն
 Նորմալ քայլվածք, ստորին վերջույթների ֆալարար տոնուս նեֆլեքսեր
Մեռական բռնություն
Սոցիալական անամեզ
Խիստ վախճանալ զնման կամ ռեկտալ հետագոտման ժամանակ, անալ սպիեր, ճաքեր, հեմատոմաներ
Դեպրեսիա
 Անհատական և ընտանեկան անամեզ
Անոքեքսիա
Մուկովիսցիդոզ
 Ռեսպիրատոր խնդիրներ
Քաշիվատալեղացում
Ցելիակիա
 Ընտանեկան անամեզ
 Քաշիվատալեղացում
Հիրշպրունգի հիվանդություն
 Իհայտեզալիս ծնված պահից կամ կյանքի առաջին շաբաթների ընթացքում
 Մեկնիմալ պասսաժը >48 ժամ
 Աճի հասպտոնում, որովայնի փքվածություն,
 լեղային փսխում
 Որովայնի դիֆուզ փքվածություն
 Դատարկ ուղիղ աղու ամպուլանոքովայնում շոշափվող կղանքային

Ան ալ ս տէ ն ո գ` ձ ն ղ ան մ ան կ ղ ան ք ,
ն է ղ ի ն ղ ո ղ վ ա կ ն է կ տ ա կ
հ է տ ա գ ո տ մ ան ժ ա մ ան ա կ
Հ է տ ան ց ք ի ան ո մ ա կ ղ ի ը ք
Սր բ ան ա յ ի ն տ է ը ատ ո մ ա
Սր բ ան ի ա գ է ն է գ
Ող ն ու ղ է ղ ի ան ո մ ա կ ի ան է ը
Ո տ ք է ը ի թ ու լ ու թ յ ու ն ,
ջ ա ը ժ ո ղ ա կ ան հ ա պ ա ղ ու մ
Պ ի լ ո ն ի ղ ա կ փ ու ը ծ ա ծ կ վ ա ծ
մ ա գ ա փ ն ջ ո վ
Տ ա փ ա կ հ է տ ու յ ք ա յ ի ն
մ կ ան ն է ը
Ա ն ա կ ն կ ը է մ ա ս տ է ը
ո է ֆ լ է ք ս ն է ը ի բ ա գ ա կ ա յ ու թ յ ու ն
Ս տ ո ը ի ն վ է ը ջ ու յ թ ն է ը ի ի ջ ա ծ
տ ո ն ու ս ն /կ ա մ մ կ ան ա յ ի ն ու ժ
Ս տ ո ը ի ն վ է ը ջ ու յ թ ն է ը ի
ան ո մ ա կ ջ լ ա յ ի ն ո է ֆ լ է ք ս ն է ը
«Ս ա կ ո ը ան մ ան ո ը ո վ ա յ ն »
գ ա ս տ ը ո շ ի գ ի ս , Դ ա ու ն ի ս ի ն ղ ը ո մ
Ա ն ո մ ա կ ա ը ղ ո մ ի ն ա կ
մ կ ան ու ն ք
Փ ս ն ղ ո ո ք ս տ ը ո կ ց ի ա
Ա ը ձ ան ա գ ը վ ու մ է ծ ն վ է լ ու
պ ա հ ի ց կ ա մ ա ո ա ջ ի ն մ ի ք ան ի
ջ ա ը ա թ ն է ը ի ը ն թ ա ց ք ու մ
Ա ն բ ա վ ա ը ա ը փ ա ը թ ա մ ու թ յ ու ն
Ո ը ո վ ա յ ն ի փ ք վ ծ ու թ յ ու ն
կ ա մ լ է ղ ա յ ի ն փ ս ի ու մ
Մ ի գ ա պ ա ը կ ի ղ ի ս տ ո ն ի ա

գ ան գ վ ա ծ ի ա ո կ ա յ ու թ յ ան
պ ա յ մ ան ն է ը ու մ
Կ ղ ան ք ի ն ո ղ ի ա ը տ ա հ ո ս ք
ու ղ ի ղ ա ղ ու ց հ է տ ա գ ո տ ո ղ ի մ ա տ ի
ղ ու ը ս բ է ը ու մ ի ց հ է տ ո
Սր բ ան ա յ ի ն տ է ը ատ ո մ ա
Սր բ ան ի ա գ է ն է գ
Ող ն ու ղ է ղ ի ան ո մ ա կ ի ան է ը ,
տ ը ա կ մ ա
Ո տ ք է ը ի թ ու լ ու թ յ ու ն ,
ան ո մ ա կ ջ ա ը ժ ո ղ ա կ ան ու թ յ ու ն
Պ ի լ ո ն ի ղ ա կ փ ու ը ծ ա ծ կ վ ա ծ
մ ա գ ա փ ն ջ ո վ
Տ ա փ ա կ հ է տ ու յ ք ա յ ի ն
մ կ ան ն է ը
Ա ն ա կ ն կ ը է մ ա ս տ է ը
ո է ֆ լ է ք ս ն է ը ի բ ա գ ա կ ա յ ու թ յ ու ն
Ս տ ո ը ի ն վ է ը ջ ու յ թ ն է ը ի ի ջ ա ծ
տ ո ն ու ս ն /կ ա մ մ կ ան ա յ ի ն ու ժ
Ս տ ո ը ի ն վ է ը ջ ու յ թ ն է ը ի
ան ո մ ա կ ջ լ ա յ ի ն ո է ֆ լ է ք ս ն է ը
«Ս ա կ ո ը ան մ ան ո ը ո վ ա յ ն »
գ ա ս տ ը ո շ ի գ ի ս , Դ ա ու ն ի ս ի ն ղ ը ո մ
Ա ն ո մ ա կ ա ը ղ ո մ ի ն ա կ
մ կ ան ու ն ք
Փ ս ն ղ ո ո ք ս տ ը ո կ ց ի ա , բ ա գ մ ա կ ի
է ն ղ ո կ ը ի ն ն է ո ա ղ ա գ ի ն է ո ը տ ի ա
2B
Ը ն տ ան է կ ան ան ա մ ն է գ
Ա ը ձ ան ա գ ը վ ու մ է ծ ն վ է լ ու
պ ա հ ի ց կ ա մ ա ո ա ջ ի ն մ ի ք ան ի
ջ ա ը ա թ ն է ը ի ը ն թ ա ց ք ու մ
Ա ն բ ա վ ա ը ա ը փ ա ը թ ա մ ու թ յ ու ն

	<p>Որոշված և փորձարկված լինելու կամ լեղացի և փսխում Միզապարկի դիտումն է</p>
--	---

3.3 Հաստատված տրանզիտի ժամանակ [ՀՏԺ]

Կատարվել են 4 հետազոտություններ երեխաների մոտ կլինիկորեն ախտորոշված փորկապություն հաստատված համար ՀՏԺ-ի դերը գնահատելու նպատակով: Գուտիերեսը և այլոք (33) գտան, որ փորկապություն ունեցող երեխաների մոտ ՀՏԺ-ն նշանակալիորեն երկարած էր ստուգիչ խմբի համեմատ [միջին ցուցանիշ ± ստանդարտ շեղում [SD] 49.57 ±25.38 ընդդեմ 29.08± 8.3]; ՀՏԺ-ն հակադարձ համեմատական է շաքարովա ընթացքում դիտված դեֆեկացիաների թվին: Չսալավ կլին և այլոք [34] գտան, որ փորկապություն ունեցող երեխաների մոտ ՀՏԺ-ն նշանակալիորեն տարբերվում էր ստուգիչ խմբի համեմատ [միջին ցուցանիշ ± ստանդարտ շեղում [SD] 58.25 ±17.46 ընդդեմ 30.18± 13.15]: Լորիսը և այլոք [29] ներկայացրին AUC =0.90 [տատանման սահմանները 0.83-0.96], ինչը ցույց է տալիս, որ ՀՏԺ-ն լավ դիսկրիմինատոր է փորկապություն ունեցող և չունեցող երեխաների միջև, ովքեր ուղեգրվել են մանկական գաստրոէնտերոլոգիական բաժանմունք: Ըստ Բենինգայի և այլոց հետազոտության, ՀՏԺ≥62 ժամ ունի 52% [43-61] զգայունություն և 91% [85-97] սպեցիֆիկություն, ինչը նշանակում է, որ ՀՏԺ<62 ժամ բացառում է փորկապությունը: Բոլոր հետազոտություններում դեպք-կոնտրոլ դիզայնի ընտրությունը ցույց է տալիս, որ կարարձր ուսկարդյունքների շեղման: Բոլոր հետազոտություններում փորկապություն ունեցող երեխաները համեմատվում են առողջ կոնտրոլների կամ սիմպտոմատիկ երեխաների հետ, որոնց մոտ փորկապությունը բացառվել է: Հետազոտման այս դիզայնը ամենայն հավանականությունը գերազանցատու է ախտորոշիչ հավաստիությունը:

Որպեսզի եզրակացություն, խորհուրդ չի տրվում հաստատել տրանզիտի ժամանակը կիրառել ֆունկցիոնալ փորկապություն ունեցող ախտորոշման նպատակով:

Մեկնաբանություն. աշխատանքային խումբը հանգեց այն եզրակացություն, որ նորմալ ՀՏԺ մարկերները արագ անցումով կայուն մեկնադիր կանկապահություն (վիճակ, երբ երեխան ունի անկապահություն և առանց ֆունկցիոնալ փոքրացում) կամ ոչ ճշգրիտ ամենեզի մասին:

Աղյուսակ 5

Վտանգի նշաններ և սիմպտոմներ փոքրացումն ուղեկցում
Վաղ հասակում սկսված փոքրացում (<1ամսական)
Մեկնադիր պասսաժը >48 ժամ
Հիբնոսիսի հիվանդությունն ընտանեկան անամենեզ
Ձողաձև կղանք
Արյունային կղանք անալ ճաքերի բացակայություն պայմաններում
Անբավարար փարթամություն
Տենդ
Լեղային փսխում
Անոմալ վահանաձև գեղձ
Արտահայտված որովայնի փքվածություն
Պերիանալ խուղակ
Հետանցքի անոմալ դիրք
Անալ կամ կրեմատոր ռեֆլեքսների բացակայություն
Ստորին վերջույթների նվազած ուժ/տոնուս/ռեֆլեքսներ
Մեջքին մազափնջի առկայություն
Սակրալ փոսիկ
Հարթ հետույքային մկաններ
Խիստ վախճանալ գնման ժամանակ
Անալ սպիտակ

3.4 Տրանսպրենդիկալ ռեկտալ ՈւՉՀ

Ներածված է 4 հետազոտություն մանկական հասակում ֆունկցիոնալ փոքրացումն ախտորոշման համար տրանսպրենդիկալ ռեկտալ ՈւՉՀ-ի դերը գնահատելու նպատակով: Բիխուր և այլոք [35] հաշվարկեցին ուղիղ աղի-կոնքային հարաբերությունը բաժանելով ուղիղ աղու ամպուլայի լանական չափը կոնքի

1 Լայնակնան չափին: Ֆունկցիոնալ փոքրկապու թյունն ունեցողներին մոտայս ցուցանիշի միջին արժեքը 0.22 ± 0.05 էր համեմատած առողջ կոնտրոլ խմբի հետ 0.15 ± 0.04 : Տարբերությունը ստատիստիկորեն նշանակալի էր բոլոր տարիքային խմբերում: Մինգհիևայլոց [36] հետազոտության մեջ հաշվարկվում էր ուղիղ աղու չափսը միզապարկի հետևում, որը երևում էր որպես մահիկ: Այս ցուցանիշի միջին արժեքը փոքրկապու թյունն ունեցող երեխաների մոտ 3.4 սմ է [սահմանները 2.10–7.0, միջկվարտիլային դիսպրազիանը [IQR] 35.3] համեմատած 2.4 սմ [սահմանները 1.3–4.2, IQR 0.72] առողջ խմբի հետ: Սահմանային արժեքներ փոքրկապու թյան համար ներկայացված չէին: Ջոնսոնիևայլոց [37] հետազոտության մեջ հնարավոր էր վիզուալիզացնել ուղիղ աղու 1 Լայնակնան չափսը աղու վերջին դատարկումից առնվազն երեք ժամ հետո բոլոր ընդգրկված երեխաների մոտ: Փոքրկապու թյունն ունեցող երեխաներն ունեին նշանակալիորեն ավելի մեծ ուղիղ աղու դիամետր համեմատած առողջների հետ [միջին $\pm SD$ 42.1 \pm 15.4 համեմատած 21.4 \pm 6.0 սմ]: Օգտագործելով որպես փոքրկապու թյան սահմանային արժեք 33.4 սմ, 13 երեխաներ դասակարգվեցին սխալ: Լաբուատիվներով բուժումից հետո փոքրկապու թյունն ունեցող երեխաների ուղիղ աղու տրամագիծը նշանակալիորեն նվազել է [սկսած [միջին SD] 42.1 \pm 15.4-ից 26.9 \pm 5.6 սմ]: Կլիխըևայլոց [38] գտան միջին ռեկտալ դիամետրի ստատիստիկորեն նշանակալի տարբերություն փոքրկապու թյունն ունեցող [4.9 սմ] և չունեցող [2.1 սմ] երեխաների միջև: Սահմանային արժեքը 3.3 սմ է, որտեղ >3.3 սմ արժեքը ցույց է տալիս փոքրկապու թյան առկայություն: Մինգհիևայլոց հետազոտությանը արձանագրեց AUC 0.85 [0.79–0.90], ինչը ցույց է տալիս, որ ռեկտալ դիամետրի չափումը ՌԻՉՀ-ով հանդիսանում է միջինից մինչև 1 ավ դիսկրիմինատոր փոքրկապու թյունն ունեցողների և չունեցողների միջև:

Որպես եզրակացություն, չկան բավարար ապացույցներ ֆունկցիոնալ փոքրկապու թյան ախտորոշման համար ուղիղ աղու ՌՉՀ-ի ռուտին կիրառման վերաբերյալ:

(4) Համաձայն հետազոտողներին կարծիքի, եթե Հոռմի III չափանիշներինց առկա է միայն մեկը և ֆունկցիոնալ փորկապություն ախտորոշումը հաստատված չէ, խորհուրդ է տրվում հետանցքի և ուղիղ աղու մատնային քննություն:

(5) Համաձայն հետազոտողներին կարծիքի, վտանգի նշաններին կամ սիմպտոմներին առկայություն կամ բուժմանը չենթարկվող փորկապություն և նեոցոլոգիկ հիվանդներին դեպքում ցուցված է հետանցքի և ուղիղ աղու մատնային քննություն, հիմքում ընկած բժշկական խնդիրները բացառելու նպատակով:

(6) Որովայնի ռենտգենոգրաֆիայի ռուտին օգտագործումը ֆունկցիոնալ փորկապություն ախտորոշման համար ցուցված չէ:

(7) Համաձայն հետազոտողներին կարծիքի, որովայնի պարզ ռենտգենոգրաֆիան խորհուրդ է տրվում այն դեպքում, երբ երեխայի մոտ կասկածվում է կղանքային զանգվածների կուտակում, բայց ֆիզիկալ զննումը հնարավոր կամ հուսալի չէ:

(8) Հաստ աղու տրանզիտի հետազոտումը խորհուրդ չի տրվում ֆունկցիոնալ փորկապություն ախտորոշման նպատակով:

(9) Համաձայն հետազոտողներին կարծիքի, հաստ աղու տրանզիտի ռոնշումը կարող է օգտակար լինել տարբերակելու ֆունկցիոնալ փորկապությունը ֆունկցիոնալ անցողիկ անկղասպահություններից և այն իրավիճակներում, երբ ախտորոշումը ճշգրիտ չէ:

(10) Ֆունկցիոնալ փորկապություն ախտորոշման նպատակով խորհուրդ չի տրվում օգտագործել ռեկտալ ՌԻՉՀ:

Հարց 4. Հետևյալ ախտորոշիչ թեստերից որոնք պետք է կիրառվեն ֆունկցիոնալ փորկապություն ունեցող երեխաների մոտ հիմքում ընկած հիվանդությունն հայտնաբերման նպատակով

4.1 Որոնք են լաբորատոր հետազոտությունները կովի կաթի սպիտակուցի նկատմամբ ալերգիան, ցելիակիան, հիպոթիրեոզը, հիպերկալցեմիան ախտորոշելու համար [նկ. 2, վ. 21]

Որոնման արդյունքում հայտնաբերվեցին 164 հետազոտություն: Նրանցից 5-ը բավարարում էին մեր ներածման չափանիշները:

Կովի կաթի սպիտակուցի ալերգիայի և փորկապության միջև առկա հնարավոր կապը սկսեց բուն քննարկվել սկսած Իսկոնոյի և այլոց [39] հետազոտությունից, որտեղ հեղինակները ցույց տվեցին, որ 78% երեխաների մոտ, ովքեր ունեին կովի կաթի սպիտակուցի ալերգիա և փորկապություն դիտվել է վիճակի լավացում կովի կաթի սպիտակուցի էլիմինացիոն դիետայից հետո: Այս տվյալները մասնակիորեն հաստատվեցին մեկ այլ հետազոտությամբ նույն խմբի երեխաների շրջանում, որտեղ էլիմինացիոն դիետայի նկատմամբ զգայուն 44-ից 18-երեխաների մոտ հայտնաբերվեց սպեցիֆիկ Ig E կովի կաթի սպիտակուցի անտիգենի նկատմամբ [40]: Ինչն է այս հետազոտություններն իրականացվել են ալերգոլոգիական կենտրոնում, փաստ, որը կարող էր բերել այս ասոցիացիայի ավելի բարձր տարածվածության: Դրանից բացի, հետազոտողները չեն կիրառել կրկնակի կույր պրովոկացիոն թեստ, որը համարվում է սննդային անտիգենների նկատմամբ ալերգիայի ախտորոշման ոսկե ստանդարտ մեթոդ: Ըստ հաջորդող պրոսպեկտիվ հետազոտության, որն իրականացրել են Միմենեն և այլոք (41), քրոնիկ փորկապությամբ տառապող 91 հիվանդների մոտ այս ասոցիացիան չի հաստատվել: Էլ-Հոդհոդը և այլոք [41] ենթադրում էին, որ կովի կաթի ալերգիան պետք է դիտարկվի որպես վաղ հասակի և ավելի մեծ տարիքի երեխաների մոտ փորկապության համընդհանուր պատճառ և կովի կաթի տանելիությունը սովորաբար դիտվում է առնվազն 12 ամիս խստագույն էլիմինացիոն դիետայից հետո: Իվերզոն, Իրաստորգան և այլոք [43] գտան հիվանդների 51% տարածվածություն էլիմինացիոն դիետային պատասխան տվող, բայց չգտան ոչ մի

էակնան տարբերութիւնն պատասխան տվող և չտվող խմբերի միջև իրենց ալերգիկ/ատոպիկ անամնեզին կամ լաբորատոր հետազոտութիւնն ներքին առնչվող:

Որպէս եզրակացութիւն, ֆունկցիոնալ փորկապութիւնն ունեցող երեխաների մոտ կովի կաթի ալերգիայի ախտորոշման համար թէստավորման վերաբերյալ ապացույցները հակասակն են:

Մէկնաբանութիւն. Չկան հրատարակված ապացույցներ մեր ներառման կրիտերիաներին համապատասխան, ֆունկցիոնալ փորկապութիւնն ունեցող երեխաների մոտ հիպոթիրեոզի, ցելիակիայի, հիպերկալցիեմիայի գերակշռման վերաբերյալ:

4.2 Անոռեկտալ մանոմետրիա կամ ոռեկտալ բիոպսիա Հիբշպրունգի հիվանդութիւնն ախտորոշման նպատակով

Ռետրոսպեկտիվ հետազոտութիւնները վրահիմնված, ներկա ախտորոշիչ մոտեցումներն ընդունում են ոռեկտալ բիոպսիան, որպէս Հիբշպրունգի հիվանդութիւնն ախտորոշման ոսկե ստանդարտ: Անոռեկտալ մանոմետրիան խորհուրդ չի տրվում որպէս ինքնուրույն ախտորոշիչ թէստ նենոստալ և կրծքի հասակի երեխաների մոտ Հիբշպրունգի հիվանդութիւնն ախտորոշման համար, այնուամենայնիվ այն արդյունավետ սկրինինգային հետազոտութիւնն է ավելի մեծ տարիքի երեխաների մոտ, ովքեր ունեն փորկապութիւնն և Հիբշպրունգի հիվանդութիւնն ըբնորոշայլ կլինիկական սիմպտոմներ (ուղիղ աղու դատարկ ամպուլլա, ստանդարտ թերապիայի նկատմամբ կայունութիւն, վաղ սկզբով փորկապութիւն): Ռեկտո-անալ արգելակիչ ոռեկտալ քսի առկայութիւնը բացառում է Հիբշպրունգի հիվանդութիւնն առկայութիւնը, չնայած հնարավոր է նաև կեղծ դրական պատասխան: Վերջինս կարող է դիտվել սենսորի տեղախախտման հետևանքով, որը տեսակայված է սֆինկտերի մակարդակին ուղիղ աղու ինֆլյացիոն փուշիկից վեր կամ որպէս հետևանք անարտաքին սֆինկտերի ավելի վաղ ոռեկտալ ապացույցի համեմատ ներքին սֆինկտերի: Ռեկտալ քսի բացակայութիւնն դեպքում անհրաժեշտ է ուղիղ աղու բիոպսիա Հիբշպրունգի հիվանդութիւնն ախտորոշումը հաստատելու համար: Անոմալ ոռեկտալ և նորմալ

ուղիղ աղու բիոպսիայի արդյունքի դեպքում դրվում է անալ ախալ ազիա ախտորոշում:

Ներածված է 210 հետազոտություն: Որևէ մեկը չի բավարարում ներածման մեր չափորոշիչները:

4.3 Բարինումով հոգնայի կիրառումը օրգանական պատճառների ախտորոշման համար, ինչպիսին է Հիբոպրունգի հիվանդությունը
Համաձայն նեոտրոպեկտիվ հետազոտությունների, բարինումով հոգնան չպետք է կիրառվի որպես սկզբնական ախտորոշիչ միջոց, քանի որ այն իրենից չի ներկայացնում իրական ալտերնատիվ նեկտալ բիոպսիայի կամ անոնեկտալ մանոմետրիայի, ինչը թույլ կտա բացառել կամ ախտորոշել Հիբոպրունգի հիվանդություն, անկախ տարիքից, բայց այն կարող է կիրառվել նախալիրահատական շրջանում ազանգլինար սեգմենտի տարածվածությունը որոշելու համար:

Ներածված է 86 հետազոտություն: Որևէ մեկը չի բավարարում ներածման մեր կրիտերիաները

- (11) Տունկցիոնալ փոքկապություն ունեցող երեխաների մոտ խորհուրդ չի տրվում ալերգիայի ռուտին թեստավորումը կովի կաթի սպիտակուցի ալերգիան ախտորոշելու նպատակով
- (12) Համաձայն հետազոտողների կարծիքի, բուժմանը կայուն փոքկապություն ունեցող երեխաների մոտ ցուցված է 2-4շաբաթյա փորձ կովի կաթի սպիտակուցի էլիմինացիոն սննդակարգով
- (13) Համաձայն հետազոտողների կարծիքի, խորհուրդ չի տրվում փոքկապություն ունեցող երեխաների մոտ վտանգի նշանների բացակայության դեպքում ռուտին թեստավորում հիպոթիրեոզի, գելիակիայի, հիպերկալցիեմիայի բացառման նպատակով
- (14) Համաձայն հետազոտողների կարծիքի, , բուժմանը կայուն փոքկապության վարման ընթացքում անոնեկտալ մանոմետրիայի հիմնական նպատակը նեկտո-անալ արգելակիչ ռեֆլեքսի

առկայությունը ստուգումն է:

(15) Ուղիղ աղու բիոպսիան Հիբ2 պրոնոզի հիվանդության ախտորոշման ոսկե ստանդարտն է:

(16) Համաձայն հետազոտողների կարծիքի, ֆարինոմոլ հոգնան խորհուրդ չի տրվում կիրառել որպես երեխաների մոտ փորկապության ախտորոշման սկզբնական ախտորոշիչ մեթոդ:

Հարց 5. Հետևյալ հետազոտություններից որոնք պետք է իրականացվեն բուժմանը կայուն փորկապության ունեցող երեխաների մոտ ախտաֆիզիոլոգիան գնահատելու և հիմքում ընկած անոմալիան ախտորոշելու համար

5.1 Հաստատումանոմետրիա

Թույլ է տալիս տարբերակել հաստաղու նորմալ ֆիզիոլոգիան և հաստաղիքային նյարդամկանային հիվանդությունները: Դեպքերի շարքի հետազոտությունը ցույց է տվել, որ հաստաղում անոմետրիան կարող է կանխորոշել ելքը անտեգրադուպման հոգնայի պրոցեսիայից հետո, դրանք հայտնաբերում են անտեգրադուպման հոգնաանցած հիվանդների, ովքեր հնարավոր է վիճակի լինեն հետվարժվել լվացումներից և կարող են հայտնաբերել հաստաղիքի դիսֆունկցիայի առանձին հատվածներ, որ կարող են ենթարկվել վիրահատության:

Ներառված է 165 հետազոտություն: Որևէ մեկը չի բավարարում ներառման մեր չափանիշները:

5.2 Ողնուղեղի մագնիսաեզոնանսային տոմոգրաֆիա

Ներառված են 77 հետազոտություն: Մեկ հետազոտություն բավարարում է ներառման չափանիշները [50]: Ընդհանուր առմամբ բուժմանը դժվար ենթարկվող 130 երեխա և անցողիկ անկղապահություն ունեցող 28 երեխա անցել են ՄՌՏ հետազոտություն, որը հայտնաբերել է, որ 3%-ն ունի ողնուղեղի գոտկասրբանային հատվածի անոմալիաներ և նյարդաբանական

հե տազոտու մը չի հայ տնաք երեւ շեղումներ այս հիվանդներին մոտ: Թերապևտիկ էֆեկտը ողնուղեղի գոտկասարքանային հատվածի անոմալիաներ ունեցող և չունեցող երեխաներին մոտ նման էր, թեև այդ երեխաներին հետևել են կարճ ժամկետով:

Եզրափակելով, ապացուցողական տվյալները չեն աջակցում ողնուղեղի ՄՌՏ հետազոտության կիրառումը բուժմանը դժվար ենթարկվող փոքրկապու թյուն ունեցող այն երեխաներին մոտ, ովքեր չունեն նյարդաքանական անոմալիաներ:

Մեկնաքանություն. Սակավաթիվ ռետրոսպեկտիվ տվյալներ ցույց են տվել բուժմանը դժվար ենթարկվող փոքրկապու թյուն ունեցող երեխաներին մոտ ողնուղեղի անոմալիաների առկայություն, անգամ նյարդաքանական շեղումներին բացակայություն պայմաններում: Ողնուղեղի անոմալիաների վիրաբուժական շտկումից հետո դիտվել է փոքրկապու թյուն բարելավում:

5.3 Հաստաղիքային բինպսիալրիվ հաստությամբ

Նախնական տվյալները վկայում են այն մասին, որ բուժմանը կայուն փոքրկապու թյուն ունեցող երեխաները կարող են ունենալ հաստաղու նյարդամկանային շերտերում շեղումներ: Նկարագրված են փոփոխություններ ինչպես հիստոլոգիական, այնպես էլ նեյրոտրանսմիտերային, բացառապես անոմալիաների հստակ կլինիկական նշանակությունը հայտնի չէ: Չկան ակադեմիկ հյուսվածաքանական անոմալիայի և հաստաղիքային դիսֆունկցիայի տիպի միջև [52-54]:

Ներառված է 50 հետազոտություն: Որևէ մեկը չի բավարարում ներառման մեր չափանիշները:

Մեկնաքանություն. Չնայած մենք խորհուրդ չենք տալիս վիրահատությունը նդամենը հաստաղու լրիվ հաստությամբ բինպսիալատարելուն պատակով, այն կարող է տեղին լինել այլ ներոքովայնային վիրահատական միջամտություն և ապացուցող երեխայի բուժման կոնտեքստում:

5.4 Հաստաղիքային սցինտիգրաֆիա

Միջուկային սցինտիգրաֆիան տալիս է տվյալներ հաստաղիքային տրանզիտի վերաբերյալ և կարող է տալ տվյալներ նույնիսկ ստամոքսի դատարկման ու բարակաղիքային տրանզիտի

վերաբերյալ: Այն կարող է լինել օգտակար հաստատում մոտորիկայի չափման համար այն երեխաների մոտ, ովքեր ունեն դանդաղ տրանզիտով փորկապություն:

Ներածված է 263 հետազոտություն: Որևէ մեկը չի քվարարում ներածման մեր չափանիշները: Որևէ հետազոտություն չի գնահատել սցինտիգրաֆիայի ախտորոշիչ արժեքը ֆունկցիոնալ փորկապություն ամբերեխաների մոտ:

(17) Համաձայն հետազոտողների կարծիքի, հաստատված է մանոմետրիան ցուցված է բուժմանը կայուն փորկապություն ունեցող հիվանդներին, նախքան վիրահատական միջամտության քննարկումը

(18) Ողնուղեղի ՄՌՏ հետազոտության ռուտին կիրառումը խորհուրդ չի տրվում բուժմանը կայուն փորկապություն ունեցող այն հիվանդներին, ովքեր չունեն նյարդաբանական անոմալիաներ

(19) Համաձայն հետազոտողների կարծիքի, խորհուրդ չի տրվում կիրառել հաստատում լրիվ հաստություն ամբ բինպսիան բուժմանը կայուն փորկապություն ունեցող երեխաների մոտ հաստատում նյարդամկանային անկանոնությունների հայտնաբերման նպատակով:

(20) Համաձայն հետազոտողների կարծիքի, խորհուրդ չի տրվում ռուտին կիրառել հաստատված է սցինտիգրաֆիան բուժմանը կայուն փորկապություն ունեցող երեխաների մոտ:

Բուժում

Հարց 6. Որևէ բուժման հետևյալ ոչ դեղորայքային տարբերակների լրացուցիչ էֆեկտը ֆունկցիոնալ փորկապություն ունեցող երեխաների մոտ

Կո վ ի կ աթ ի ա պի տակ ու ց չ պար ու ն ակ ո ղ ա ն ն դ ակ աք գ ի դ ե ր ը տե ս հ աք ց 4.1:

6.1 Մանրաթել Որոն ու մ ն եր ը հ ալ տն աք եր ե լ ե ն 111 հ ե տազ ո տո լ թ յ ու ն , ո ր ո ն ք ն եր առ ու մ ե ն 3 հ ա մ ակ աք գ ալ ի ն վ եր ա ն ալ ու մ [9,56,5]: Տ աք եր ս ը և ալ լ ո ք [9] ն եր կ ալ աք ր ի ն մ ի ջ ա մ տո լ թ յ ու ն ն եր ի մ ե ծ մ ա ս ի հ ա մ աք Կ լ ի ն ի կ ակ ակ ա ն Ապաց ու ց մ ա ն **GRADE** գ ն ա հ ա տո լ մ : Ն ր ա ն ք , ալ ն ու ա մ ե ն ալ ն ի վ , կ ի ր առ ե լ ե ն ն եր առ մ ա ն տաք եր չ ա փ ա ն ի շ ն եր և աք դ յ ու ն ք ն եր ի չ ա փ ո ր ո շ ի չ ն եր հ ա մ ե մ ա տա ծ ն եր կ ա վ եր ա ն ալ մ ա ն հ ե տ : Ն ր ա ն ք գ տա ն ս ա հ մ ա ն ա փ ա կ թ վ ո վ ապաց ու յ ց ն եր ալ ն մ ա ս ի ն , ո ր լ ր ա ց ու ց ի չ մ ա ն ր աթ ե լ ը ք աք ե լ ա վ ու մ է փ ո ր կ ապ ո լ թ յ ու ն ը հ ա մ ե մ ա տա ծ ալ ա ց ե ք ո յ ի հ ե տ և ո ր մ ա ն ր աթ ե լ ի ա վ ե լ կ ի ր առ ու մ ը ալ ն ք ա ն է ֆ ե կ տ ի վ չ է , ո ր ք ա ն լ ակ տ ու լ ո գ ա ն : Փ ի ջ ա կ եր ս ը և ալ լ ո ք [56] ը ն դ գ ր կ ե ց ի ն եր կ ու հ ե տազ ո տո լ թ յ ու ն մ ա ն ր աթ ե լ ի ն վ եր աք եր ո ղ և ե կ ա ն ե գ ր ա կ ա ց ո լ թ յ ա ն , ո ր հ ա մ ա խ մ ք վ ա ծ կ շ ո վ ա ծ ս տա ն դ աք տա ց վ ա ծ մ ի ջ ի ն տաք եր ո լ թ յ ու ն ը կ ա գ մ ու մ էր 0.35 աղ ի ք ալ ի ն շ աք ժ ու մ շ աք աթ վ ա ը ն թ ա ց ք ու մ ի ո գ ու տ մ ա ն ր աթ ե լ ի [95% C I 0.04 ի ց 0.74], ի ն չ ը ո չ ս տա ս ի ս տ ի կ ո ր ե ն ն շ ա ն ակ ալ ի է , ո չ կ լ ի ն ի կ ո ր ե ն հ ա մ ապ ա տա ս խ ա ն : Եր ր ո ր դ և ա մ ե ն աթ աք մ հ ա մ ակ աք գ ալ ի ն վ եր ա ն ալ ու մ ը ե կ ա վ ե գ ր ա կ ա ց ո լ թ յ ա ն , ո ր հ ե տազ ո տո լ թ յ ու ն ն եր ը ի ի ս տ ք ա գ մ ապ ի ս ի է ի ն մ ա ս ն ակ ի ց ն եր ի , մ ի ջ ա մ տո լ թ յ ու ն ն եր ի , ի ն չ ա կ ե ս ն ա ն աք դ յ ու ն ք ն եր ի չ ա փ մ ա ն առ ու մ ո վ , ալ ս պ ի ս ո վ մ ե տա ա ն ալ ի գ հ ն աք ա վ ո ր չ է ի ր ա կ ա ն ա ց ն ե լ [57]: Հ ի մ ն վ ե լ ո վ ալ ս եր ե ք վ եր ա ն ալ ու մ ն եր ի վ ր ա , եր ե ք հ ե տազ ո տո լ թ յ ու ն ք ա վ աք աք ու մ ե ն մ եր ն եր առ մ ա ն չ ա փ ա ն ի շ ն եր ը [59-60]: Այ ս վ եր ա ն ալ ու մ ն եր ի ց հ ե տո և ս եր կ ու ս ը հ ր ապ աք ա կ վ ե ց ի ն , ո ր ո ն ք ք ա վ աք աք ու մ է ի ն մ եր ն եր առ մ ա ն չ ա փ ա ն ի շ ն եր ը [61,61]: Այ ս ե դ ա ն ակ ո վ մ ե ն ք ն եր առ ու մ ե ն ք աք դ յ ու ն ք ն եր ի մ եր չ ա փ ո ր ո շ ի չ ն եր ի ն հ ա մ ապ ա տա ս խ ա ն 5 հ ե տազ ո տո լ թ յ ու ն մ ա ն ր աթ ե լ ի ն վ եր աք եր ո ղ , տե ս հ ա վ ե լ վ ա ծ ու մ ապաց ու յ ց ի **GRADE**, հ աք ց 6:

6.2 Հեղուկներ

Որոն մ ա ն աք դ յ ու ն ք ու մ գ տն վ ե ց 166 հ ե տազ ո տո լ թ յ ու ն , ո ր ո ն ք ը ն դ գ ր կ ու մ է ի ն եր կ ու հ ա մ ակ աք գ ալ ի ն վ եր ա ն ալ ու մ [9,57]: 2 վ եր ա ն ալ ու մ ն է լ ե կ ա ն ե գ ր ա կ ա ց ո լ թ յ ա ն , ո ր հ ի մ ն վ ա ծ էր մ ե կ

հետազոտություն վրա, ըստ որի ավել քան ակնվ օռալ հեղուկները ընդունումը չի ունեցել քարենպաստ էֆֆեկտ[63]: Յանգը և այլոք [63] հետազոտեցին 108 բեխա 2-12 տարեկան փոքրկապու թյան ոչ հստակ ախտորոշմամբ, համեմատեցին երեք խումբ . 50%-ով ավել հեղուկի կիրառմամբ, հիպերօսմոլյար [<600 մՕսմ/լ] հավելյալ հեղուկի կիրառմամբ, հեղուկներին նորմալ կիրառմամբ: Այս հետազոտությունն ունի միախառնման քարձր ուսկ . չկա ինֆորմացիա ռանդոմիզացիայի վերաբերյալ, կոորթյան կամ կորուստի հետևելու արագություն վերահսկման վերաբերյալ: Չեզրակացվեց որևէ ստատիստիկ գնահատական: Հետազոտությունը հայտնաբերեց նմանատիպ կղանքի հաճախականություն 32 արթվա ընթացքում 3 խմբերում էլ: Տվյալների բացակայություն պատճառով, ինչպիսին է միջինը ստանդարտ շեղումով, հնարավոր չէ ներկայացնել ապացույցի GRADE:

Եզրափակելով, ապացուցողական տվյալները խորհուրդ չեն տալիս կիրառել էքստրա քանակներով հեղուկներ փոքրկապու թյան բուժման համար:

6.3 Ֆիզիկական ակտիվություն [նկ.2, վ.9]

Չկան ռանդոմիզացված հետազոտություններ, որոնք կգնահատեն և ֆիզիկական ակտիվություն դերը մանկական հասակի փոքրկապու թյան բուժման համար:

6.4 Պրեֆիոտիկներ

6.5 Պրոբիոտիկներ

Ներկայորոշումը գտավ 153 հետազոտություն, որոնք ներառում են 4 համակարգային վերանայում [9,56,57,64]: Տարբերությունը [9] ներկայացրին GRADE գնահատական միջամտությունների մեծ մասի համար: Վերջին գնահատականը կիրառել է տարբեր ներառման չափանիշներ և արդյունքների չափորոշիչներ համեմատած ներկայ վերանայման հետ: Չկան բավարար ապացույցներ, որոնք կիրառվեն պրե- և պրոբիոտիկներ կիրառումը [9]: Մյուս համակարգային վերանայումները ներառում էին նույն ներկայ հետազոտությունները պրոբիոտիկներին վերաբերող [56,57,64]: Երկու համակարգային վերանայումները ներառում էին նույն հետազոտությունները պրեբիոտիկներին վերաբերող, բայց

չ տվեցին GRADE գնահատական [56,57]: Այս վերանայումները հետո հրատարակվեցին պրոբիոտիկներին էֆեկտը գնահատող 3 այլ հետազոտություններ, որոնք բավարարում էին ներառման մեր չափանիշները [65-67]: Սակայն հնարավոր էր տալ ապացույցի GRADE միայն մեկ հետազոտության համար, իսկ մյուս 2-ի համար հնարավոր չէր տվյալներին բացակայության պատճառով [67]: Մենք կքննարկենք այս երկու հետազոտությունները: Գուերրան և այլոք [65] իրականացրին խաչաձև կրկնակի կույր հետազոտություն ֆունկցիոնալ փորկապություն ունեցող 59 բրազիլացի երեխաների շրջանում համաձայն Հոնմ III չափորոշիչների: Այս հետազոտությունն ունի միախառնման ցածր ռիսկ: Հիվանդները ռանդոմիացված են երկու խմբի. մի խմբի անդամներն ամենօր ստանում են այծի կաթով յոգուրտ, որը հարստացված է 10^9 գաղութառաջացնող միավոր/մլ *Bifidobacterium longum*-ով, մյուս խումբը ստանում էր միայն յոգուրտ 5 շաբաթ ժամկետով: Արդյունքները ներկայացված էին միայն գրաֆիկորեն, առանց բացարձակ թվերի ներկայացման:

Կրկնորոշում և այլոք [66] ներկայացրին կրկնակի կույր, ռանդոմիզացված, պլացեբո-վերահսկվող հետազոտություն 44 կաթնախառնուրդով կերակրվող երեխաների շրջանում, որոնք ունեին ֆունկցիոնալ փորկապություն համաձայն Հոնմ III չափորոշիչների: Այս հետազոտությունն ունի միախառնման ցածր ռիսկ: Մի խումբը ստացել է որպես սննդային հավելում *Lactobacillus reuteri* պարունակող պրոբիոտիկներ [DSM 17938], իսկ մյուս խումբը ստացել է պլացեբո: *L. reuteri* տրվում էր 10^8 գաղութառաջացնող միավոր 5 կաթիլ յուղային սուսպենզիայում օրը մեկ անգամ 8 շաբաթ ժամկետով: Երեխաները, ովքեր բուժվում էին *L. reuteri*-ով ունեին նշանակալիորեն ավելի մեծ դեֆեկացիայի հաճախականություն, քան պլացեբո ստացողները բուժումից 2, 4, 8 շաբաթ անց: Արդյունքները ներկայացված էին գրաֆիկորեն, առանց բացարձակ թվերի ներկայացման միջին արժեքներով և ստանդարտ շեղումներով և չկար ստացվող արդյունքներին միջին տարբերություն այս երկու խմբերի միջև: Ասյպիսով, ներառման մեր չափանիշները բավարարում էին մեկ հետազոտություն

պրեբիոտիկներին էֆեկտիվերաբերյալ և 5 հետազոտություններն
պրոբիոտիկներին էֆեկտիվերաբերյալ: Հնարավոր եղավ
ներկայացնել ապացույցի **GRADE** պրեբիոտիկներին 1
հետազոտության և պրոբիոտիկներին 3 հետազոտության
վերաբերյալ:

Եզրափակելով, ապացուցողական տվյալները չեն խրախուսում պրե-
և պրոբիոտիկներին կիրառումը մանկական տարիքում
փորկապության բուժման նպատակով:

6.6 Վարքային բուժում

6.7 Բինֆիդբեք թերապիա (Biofeedback)

Ներկայանում են մեր գտած 194 հետազոտություններն, որոնք ներառում են
3 համակարգային վերանայում [9,57,68]։ Բոլոր վերանյումները
եզրակացրել էին, որ վարքային բուժման և լուծողականներին
համադրումը ավելի էֆեկտիվ է, քան միայն լուծողականներին
օգտագործումը: Միայն 1 հետազոտություն [69] համապատասխանեց
մեր ընդգրկման չափանիշներին (տե՛ս <http://links.lww.com/MPG/A295>):
Ինչ վերաբերվում է համակարգային վերանյումներին, 2-ն էլ
ներառել էին նույն հետազոտությունները նույն ելքային
արժեքներով [57, 58] (տե՛ս <http://links.lww.com/MPG/A295>)

Եզրափակելով, ապացուցողական տվյալները չեն խրախուսում
վարքային բուժման կամ Բինֆիդբեք թերապիա կիրառումը
փորկապության բուժման գործընթացքում օգտագործումը
երեխաների շրջանում:

6.8 Բազմադիսցիպլինար բուժում (մանկաբույժ, մանկական գաստրոէնտերոլոգ, սննդաբան, հոգեբան և ռեաբիլիտոլոգ):

Որոշումը արդյունք չի տվել

6.9 Ալտերնատիվ բժշկություն (Ակուպունկտուրա, հոմեոպատիա, մկանա-ուկրային մանիպուլյացիաներ, օրձիկ, խիրոպրակտիկա և այլն)

Որոշումը արդյունք չի տվել

Ապացուցողական որակը՝ 2 աստիճան

(21) Բավարար քանակությամբ բջջանքով հարուստ սննդի օգտագործում:
--

Ապացուցողական որակը՝ 2 աստիճան

(22) Բավական չ ափի հեղուկ ներքի ընդունում:

Ապացուցողական որակը՝ 2 ստգածր

(23) Փորկապուրջ ունով երեխաներին խորհուրդ է տրվում նորմալ ֆիզիկական ակտիվություն:

Ապացուցողական որակը՝ 2 ստգածր

(24) Պրեբիոտիկ ներքի ռուտին օգտագործումը փորկապուրջ ունով երեխաների բուժման ժամանակ ցուցված չ է:

Ապացուցողական որակը՝ 2 ստգածր

(25) Պրոբիոտիկ ներքի ռուտին օգտագործումը փորկապուրջ ունով երեխաների բուժման ժամանակ ցուցված չ է:

Ապացուցողական որակը՝ 2 ստգածր

(26) Վարքագծային ինտենսիվ բուժման ուղեցույցները ռուտին չ են օգտագործվում փորկապուրջ ունով երեխաների հիմնական բուժմանը ի հավելում:

(27) Հիմնվելով մասնագետների կարծիքի վրա անհրաժեշտ է մանրամասն բացատրել ծնողին գուրգրանային վարժանքի կարևորությունը և վարման ձևը փորպակուրջան բուժման ընթացքում [այն երեխաներին, որոնք ամենաքիչը 4 տարեկանի մոտ հասակ ունեն]:

Ապացուցողական որակը՝ 2 ստգածր

(28) Կենսաբանական ակտիվ նյութերի օգտագործումը հիմնական բուժմանը ի հավելում ցուցված չ է:

Ապացուցողական որակը՝ 2 ստգածր

(29) Մենք խորհուրդ չ ենք տալիս ռուտին օգտագործել մուլտիդիսցիպլինար բուժումը երեխաների փորակապուրջան դեպքում:

Ապացուցողական որակը՝ 2 ստգածր

(30) Մենք խորհուրդ չ ենք տալիս երեխաների մոտ փորկապուրջան բուժման այլ ընտրանքային թերապիա:

7. Որն է երեխաների շրջանում ֆունկցիոնալ փորկապուրջան ամենաարդյունավետ և անվտանգ դեղնույթային բուժման ձևը:

Ներկայա նրոնումը հայ տնայբերեց 252 հետազոտություններ, այդ թվում 5 համակարգային վերանայումներ [9,56,70–72]։ Հինգ վերանայումներից Price et al [70] աշխատությունում չէր ընգրկվել դեղորայքի փորձարկման հետազոտություն։ Lee-Robichaud et al [71] կատարել էին արդյունավետության համեմատական վերանայում և կողմնակալ կամ պոլիէթիլենգլիկոլի քրոնիկ փորկապության և կողմնակալ բուժման գործընթացում մեծահասակների և երեխաների շրջանում։

Այդ վերանայումից մենք ընդգրկել ենք այսուհետև ուղեցույցում 5 հետազոտություն (տե՛ս <http://links.lww.com/MPG/A295> [73–77]։ Tabbers et al [9] հետազոտել էին տարբեր դեղորայքային բուժման ձևերի արդյունավետությունը, սակայն օգտագործել էին տարբեր ներառման չափանիշներ և ելքի գործոններ։ Տարբեր վերանայումներում,

Candy et al [72] և Pijpers et al [56] եզրակացրել էին, որ ընդգրկված հետազոտությունները հետեւորոգենությունը, որը վերաբերում է մասնակիցներին, միջամտություններին և ելքի գործոններին, վերջնական վիճակագրական մշակումը հնարավոր չէր միջաբան միջամտություններին։ Ինը հետազոտություններ համապատասխանում էին մեր ընդգրկման չափանիշներին և արդեն ընդգրկված էին Lee-Robichaud-ի կողմից (<http://links.lww.com/MPG/A295>) [78–86]։ Ոչ մի հետազոտության մեջ արտացոլված չէր տարբեր դեղորայքի դեղաչափերը (Աղյուսակ 6-ում մենք առաջարկում ենք ամենահաճախ օգտագործվող բերանացի և ռեկտալ լուծոնական դեղորայքի դեղաչափերը)։

7.1.Ինչ դեղորայքային բուժում պետք է կիրառվի աղիների դատարկման /մաքրման / համար

Չկան այլացեբո վերահսկված հետազոտություններ, որոնք կնկարագրեն բերանացի լուծոնականների կամ հոգնաների էֆեկտիվությունը՝ աղիների մաքրման համար։ Մեկ աշխատությունում համեմատվում է պոլիէթիլենգլիկոլի էֆեկտիվությունը հոգնաների համեմատ, բայց չի կարողանում նկարագրել էֆեկտների տարբերությունը։

Եզրակացությունում նկարագրվում է, որ պոլիէթիլենգլիկոլը և հոգնաները հավասարաչափ էֆեկտիվ են ադիների մաքրման դեպքում:

Մեկնաքանություն: Պոլիէթիլենգլիկոլի բարձր դեղաչափերով բերանացի ընդունումը կապված է բարձր հաճախականությամբ հանդիպող անկղապահություն հետ կղանքային խցանումներով փոքրկապություններին բուժման ընթացքում համեմատած հոգնաների հետ, սակայն հաշվի առնելով պոլիէթիլենգլիկոլի բերանացի նշանակման հնարավորությունն աշխատող անձնակազմը նախընտրությունը տվեց պոլիէթիլենգլիկոլին:

7.2 Ինչ դեղորայքային բուժում պետք է նշանակվի պահպանողական բուժման դեպքում

Հետազոտությունները արդյունքները ցույց տվեցին, որ պոլիէթիլենգլիկոլն ավելի էֆեկտիվ է լակտուլոզայի, մագնեզիումի կաթի, միներալային յուղերի կամ պլացեբոյի համեմատ: Շատ հետազոտություններ ուղղված են եղել գնահատել լակտուլոզայի էֆեկտիվությունը մագնեզիում սուսպենզիայի, միներալային յուղերի համեմատ փոքրկապությունով երեխաների բուժման ժամանակ: Կարևոր է, որ լակտուլոզան անվնաս է բուժող տարիքային խմբերում: Այդ պատճառով խորհուրդ է տրվում լակտուլոզան այն դեպքերում, երբ պոլիէթիլենգլիկոլը հասանելի չէ: Բացի այդ տվյալները թույլ չեն տալիս փոքրկապությունով երեխաների մոտ պոլիէթիլենգլիկոլը քրոնիկ օգտագործմանը գուցահեռօգտագործել հոգնաներ:

7.3. Ինչ տևողությունամբ պետք է նշանակվի դեղորայքային բուժումը Չկան նեոքոսպեկտիվ աշխատություններ, որտեղ հետազոտված կլինեն ֆունկցիոնալ փոքրկապությունով երեխաների դեղորայքաին բուժման օպտիմալ տևողությունը:

<p>(31)Պոլիէթիլենգլիկոլի բերանացի ընդունում/էլեկտրոլիտների հետ կամ առանց/ 1-1.5գ/կգ/օրը 3-6 օր, որպեսզ առաջին ընտրություն դեղորայք խորհուրդ է տրվում կղանքային խցանումներով երեխաների համար: Հոգնաները օրը մեկ անգամ 3-6 օր կղանքային խցանումներով երեխաների համար</p>

Ապացուցողական օրակը՝ 2 ատոցածր:

Առավել հաճախ կիրառվող օրակն են կտավ և ռոնդակ անների դեղաչափերը

Օրակ լուծողականներ	
Դեղամիջոց	Դեղաչափ
Օսմոտիկ լուծողականներ	
Լակտուլոզ	10 գր/15 մլ (1 – 3 մլ / կգ, օրը 1 կամ 2 անգամ)
PEG 3350 [էլեկտրոլիտներով]	1-1.5 մգ/կգ/օրը Պահպանողական՝ 0.3–0.8գր/կգ /օրը
PEG 4000 [առանց էլեկտրոլիտների]	Կղանքային խցանում՝ 1–1.5գր/կգ/օրը [մաքսիմումը հաշորդ 7 օրերի ընթացքում]
Մագնեզիումի սուլֆատ (մագնեզիումի հիդրօքսիդ)	400 մգ/5 մլ 1– 3 մլ /կգ/օրը, միանվագ կամ 2 անգամ ից
Խթանիչ լուծողականներ	
Բիսակոդիլ	5մգ հար, 3 – 10տ.՝ 5մգ/օրը; >10տ.՝ 5 – 10մգ/օրը
Սեննա	8.8 գր/ 15 մլ 2 –6 տ.՝ 5մլ, 1 կամ 2 անգամ օրը 6 –12 տ.՝ 10 մլ / օրը >12 տ.՝ 15 մլ / օրը
Կղանք փափկեցնող դեղամիջոցներ	
Հանքային յուղ	1– 3 մլ /կգ/ օրը միանվագ կամ 2 անգամ ից
Ռեկտալ լուծողականներ/ հոգնաներ	
Բիսակոդիլ	2 –10 տ.՝ 5 մգ/ օրը, միանվագ >10 տ.՝ 5 – 10 մգ/ օրը, միանվագ
Նատրիումի ֆոսֆատ	1 –18 տ.՝ 2.5 մլ / կգ, մաքսիմալ 133մլ / դոզա
Լուծողական աղ [NaCl]	Նորածին՝ <1կգ՝ 5 մլ, > 1կգ՝ 10 մլ >1 տ.՝ 6 մլ / կգ, 1 կամ 2 անգամ օրը
Հանքային յուղ	2 – 11 տ.՝ 30 – 60 մլ, միանվագ >11 տ.՝ 60 – 150մլ, միանվագ

Ապացուցողական օրակը՝ 2 ատոցածր:

(33) Պոլիէթիլենգլիկոլի օգտագործումը էլեկտրոլիտների հետ կամ առանց էլեկտրոլիտների խորհուրդ է տրվում որպես առաջին ընտրության դեղորայք պահպանողական բուժման համար: Սկզբնական դեղաչափը՝ 0.4գ/կգ/օրը և հետագա դեղաչափի

կարգավորումը պայմանավորված կլինի կական պատասխանում

(34) Հնգնաների օգտագործումը պոլիէթիլգլիկոլով քրոնիկ բուժվող փորկապուրջում և նեցող երեխաներին խորհուրդ չի տրվում:

(35) Լակտուլոզայի օգտագործումը որպես առաջին ընտրության դեղորայք պահպանողական բուժման համար խորհուրդ է տրվում, եթե պոլիէթիլգլիկոլը հնարավոր չէ օգտագործել:

(36) Հիմնվելով մասնագետների կարծիքների վրա՝ Մագնեզիումի սուսպենզիան, հանքային յուղերը, խթանիչ և ծողականները կարող են օգտագործվել կամ ի հավելում բուժմանը կամ որպես երկրորդ ընտրության դեղորայք:

Ապացուցողական որակը՝ 2 աստիճան:

(37) Հիմնվելով մասնագետների կարծիքների վրա՝ պահպանողական բուժումը պետք է շարունակվի ամենաքիչը 2 ամիս: Փորկապուրջան բուժող ակտանիշները պետք է վերանան բուժումը դադարեցնելուց ամենաքիչը մեկ ամիս առաջ: Լուծողականները չպետք է դադարեցվեն կտրուկ, անհրաժեշտ է ստիճանաբար նվազեցնել դեղաչափը:

Հիմնվելով մասնագետների կարծիքների վրա՝ գուրպանի վարժանքի դեպքում երեխաները պետք է ստանան Լուծողականներ մինչև այդ ունակության լրիվ ձևավորումը

Հարց 8. Որքանով են նոր բուժման մեթոդներն անվնաս և արդյունավետ բուժմանը դժվար են թարկվող փորկապուրջում և երեխաների համար:

8.1. Լուրջի պրաստին, Լինակլոստին և Պրուկսիլ

Լուսինի պրաստուն, Լինակլոտի դը և Պրուկալոպրիդն այն դեղերն են, որոնք պարզվել է, որ արդյունավետ են փորկապու թյունով մեծահասակներին համար: Երեխաներին համար նախընտրված հետազոտություններ չկան:

8.2. Վիրաբույժական

Անտեգրադ հոգնաները հանդիսանում են բուժման էֆեկտիվ տարբերակներ կարտոն փորկապու թյունով հիվանդներին համար մաքսիմալ թերապևտիկ բուժման անարդյունավետության դեպքում: Մաքրող հեղուկներին անտեգրադ տեղափոխումը հնարավորություն է տալիս հաստատել իրենց կանոնավոր դատարկմանը խուսափելով կղանքային խցանումներից և իջեցնելով անկղապահության հաճախականությունը:

Մեկնաբանություն 6 բաց, ռետրոսպեկտիվ հետազոտություններ կատարված երեխաների մոտ վկայում են այն մասին, որ անտեգրադ հոգնաները կարող են ընտրության տարբերակ լինել բուժմանը դժվար ենթարկվող փորկապու թյունով երեխաներին դեպքում: Հնարավոր բարդությունները հյուսվածքի գրանուլյացիայի առաջացում, խոզովակի շուրջ հեղուկի արտահոսք, տեղաշարժ, խոզովակի, մաշկի ինֆեկցիաներ, ստոմայի ստենոզ, պետքե մանրամասն բացատրվի և քննարկվի երեխաներին և ծնողներին հետ: Չկան հրապարակված տվյալներ տարբեր վիրահատական միջամտությունները համեմատող, անտեգրադ հոգնաներին նշանակման համար:

8.3 Ներմաշկային նյարդային ստիմուլյացիա

Ներմաշկային էլեկտրական ստիմուլյացիան ոչինչվազիվ և անցավ ինտերֆերենցիալ թերապիայի տեսակ է, որի ժամանակ 4 մակերեսային էլեկտրոդներ ամրացվում են մաշկին՝ 2 որովայնային, կողեզրից անմիջապես ներքև, 2 պարասպինալ, մնացած երկուսը T9 և L2 սպինալ սեգմենտներում մկանային հատվածներում: Դրանք առաջացնում են երկու սինուսիդալ ալիքներ, որոնք խաչվում են մարմնի շրջանում:

Այս ռետրոսպեկտիվ հետազոտությունում նկարագրվում է ներմաշկային նյարդային ստիմուլյացիոն բուժումը ստացող

էրեխաների կյանքի որակի զգալի լավացում: Ինչնիցէ երկու խմբերում կյանքի վորակի հիմանային գնահատումը տարբեր են, ինչը թույլ չի տալիս վերջնական եզրակացություն գալ: Բացի այդ, մեկ այլ աշխատությունում Ներմաշկային նյարդային ստիմուլյացիան իջեցնում է ադիների դատարկման ժամանակը բուժված հիվանդներին մոտ, բայց չկան տվյալներ կղանքի կոնսիստենցիայի նկարագրություն և հաճախականություն մասին: Եզրակացություն՝ տվյալները թույլ չեն տալիս օգտագործել այս բուժման մեթոդը ռեֆրակտեր փորկապությունները երեխաների մոտ:

- (39)** Հիմնված մասնագետների կարծիքի վրա՝ մենք խորհուրդ չենք տալիս ռուտին օգտագործել Լուրիպրաստին, Լինակլոտիդը և Պրոկալոպրիդը Ռեֆրակտեր փորկապությունները երեխաների մոտ:
- (40)** Հիմնված մասնագետների կարծիքի վրա՝ մենք խորհուրդ ենք տալիս օգտագործել անտեգրատ հոգնաներ ռեֆրակտեր փորկապությունները երեխաների մոտ:
- (41)** Ներմաշկային էլեկտրական ստիմուլյացիայի ռուտին օգտագործումը ռեֆրակտեր փորկապությունները երեխաների դեպքում խորհուրդ չի տրվում:

Ապացուցողական որակը՝ 2 աստիճան:

Կանխատեսում

Հարց 9. *Ի՞նչ պիսիս է ֆունկցիոնալ փորկապությունները երեխաների կանխատեսումը և կանխատեսման գործննները*

Մեկ համակարգված վերանայում ներառված էր [96]: Իլրումն համակարգված վերանայում, երկու ուսումնասիրությունները են ավելացվել (97,98): Ընդհանուր առմամբ, 15 հեռանկարային ուսումնասիրություններ են ընդգրկված, որոնցից 7-ը կատարվում է երրորդային խնամքի

Հիվանդանոցներ, 6-ը, ընդհանուր մանկաբուժական պրակտիկայի, եւ 1-ը՝ առաջնային բուժօգնություն,

Մեկ ուսումնասիրություն գտնվելու վայրը չէր նշված [97-111].Borowitz -ը [98]

Հաղորդվում է, որ առաջնային խնամքի բժշկները հակված են բուժման տակ գտնվող մանկական փոքրկապույթուն: Մահամահունչ արդյունքների մասին Bongers et al [97], որ ձգձգումը բուժման, սահմանվում է որպես ժամանակի միջեւ տարիքում սկզբից եւ առաջին ներկայացում բաժանմունքում Գաստրոէնտերոլոգիական է, բացասաբար կապված վերականգնման [OR 0.81, 95% CI 0.71-0.91]: Ավելին, Այն նաեւ համաձայնվում արդյունքների հետ Վան Դեն Բերգը: Աշխատությունները պարզվեց, որ ախտանիշների տևողությունը 3 ամսից պակաս հետագա դրական ազդեցություն ունի լավացման առումով:

Մոտավորապես երեխաների 80%-ը ժամանակին ադեկվատ բուժվում և սպասքինվում է, առանց լուծողականներ օգտագործելու մինչև 6 ամիս հսկողություն պայմաններում, համեմատած, ընդամենը 32% ուշացած բուժում ստացած երեխաների հետ: Այս տվյալները ցույց են տալիս, որ ժամանակին կատարված ադեկվատ դեղորայքային բուժումը ավելի լավ արդյունք է տալիս փոքրկապույթուն դեպքում: Բարձր և ցածր որակի ուսումնասիրությունների երկուսի դեպքում էլ ցույց են տվել, մոտավորապես 50-60% լավացում 1 տարվա ինտենսիվ բուժումից հետո:

Կանխատեսումային գործոնները կարող են չհայտնաբերվել: Երրորդային խնամքի կենտրոններից տվյալները ցույց տվեցին նմանատիպ վերականգնման տեմպերը մինչև 50% 5 տարի հետևելուց հետո: Մոտավորապես 50% փոքրկապույթուն ունեցող երեխաներ ունեցել են առնվազն 1 ռեցիդիվ առաջին 5 տարվա ընթացքում, սկզբնական բուժումից հետո: Այս արդյունքները կարող են բացատրել, միանման տոկոսային հաջողությունները 1 և 5 տարիների հսկողությունների միջև: Այսպիսով, կարևոր նշանակություն ունի հետևել փոքրկապույթունով երեխաների հսկողությունը և անհապաղ վերսկսել դեղորայքային բուժումը, եթե անհրաժեշտ է: Բացի այդ, կարևոր է շեշտադրումը դնել

պահ պանողակ անբուժման և դեղորայքային բուժման աստիճանակալ հիշեցման վրա, որը կապահովի երկարաժամկետ դրակալար դոնորը:

9.1. Բնչ պիսիս է ֆուսկիսն ալ փորկապուրթ ուննեքով երեխաների կանխատեսումը

Մանկակալ գաստրոէնտերոլոգիս դիմած երեխաների 50% - ը/2 աբաթակալ 3 անգամից պակաս ադիսերի գործելու պմաննեքում, առանց անկղապահ ության / կառողջանան և 6-12 ամիս անց առանց լուծողակալնեքի ադիսերը կգործեն առանց փորկապուրթյան: Մոտավորապէս 10%-ը փորկապուրթ ուննեքումնեքումի պն լաքսատիվնեքը նդուսելու պպմաննեքում և 40%-ը կլիսեն սիմպտոմատիկ չնայած լաքսատիվնեքի օգտագործմանը: Ընդհանուր առմամբ 50%-ը և 80%-ը երեխաների լականում են 1-5 տարի անց, համապատասխանաբար գերիշխող մեծամասնութիւնը պլսս չի ընդունում լաքսատիվնեք: Մանկակալ գաստրոէնտերոլոգիս ուղեգրված 3 ամսից ավելու շացած բուժում ստացած հիվանդները կորելացվում են երկարատև ախտանիշների առկայութիւն հետ:

9.2. Ո՞րոնք են կանխատեսումային գործոնները ֆուսկիսն ալ փորկապուրթ ուննեքով երեխաների դէպքում

Գոյութիւն ունեն հետևյալ գործոններով պպմանավորված սահմանափակ/անբավարար սպցուլցներ կանխատեսումային գուցանիշների վերաբերյալ:

Դեմոգրաֆիկ/անամնեքը՝ դրսևորման տարիքը, սկսման տարիքը, ախտանիշների տևողութիւնը < 3 ամիս մինչ դրսևորումը, բուժման տևողութիւնը < 2 ամիս մինչ դրսևորումը, վաղաժամ ծննդաբերութիւնը, մեկնյումի ու շացած հեռացումը, կյանքի առաջին տարում փորկապուրթյան անամնեք:

Կլիսիկակալ տվյալները՝ դեֆեկացիայի հաճախակալութիւնը, անկղապահ ության առկայութիւնը, անամնեքում որովայնացավեր/ախտանիշների դրսևորման ժամանակ որովայնացավ, մեծ տրամաչափի կղանք, միգուդիսերիիսֆեկցիա, գիշերային անմիգապահ ություն, կղանքի երկրատև պահում:

Ֆիզիկալ քննութիւն՝ դատարկ ուղիղ ադի, շոշափվող կղանքային զանգված որովայնում:

Լրացուցիչ հետազոտություններ՝ փուլ չի կայի ն դեֆեկացիա, արտաքի ն սվի ն կտերի թուլացում, մեզ առեկտում/մեզակոլոնի առկայություն:

Կան սահմանափակ տվյալներ հաստատիքի էվակուացիայի դանդաղման բացասական պրոգնոստիկ նշանակություն մասին:

Կան խիստ ապացույցներ, որ հետևյալ գործունեությունները չունեն պրոգնոստիկ նշանակություն՝ սեն, դրական ընտանեկան անամեզ:

Ամփոփիչ խորհուրդներ

Ախտորոշիչ խորհուրդներ

(1) Խորհուրդ է տրվում օտազործել Հռոմի III չափորոշիչները ֆունկցիոնալ փորկապություն դեպքում բոլոր տարիքային խմբերում:

(2) Ֆունկցիոնալ փորկապության ախտորոշումը հիմնված է հիվանդության անամեզի և ֆիզիկալ քննության տվյալների հիման վրա:

(3) Մենք խորհուրդ ենք տալիս օգտազործել վտանգի նշանները, ախտանիշները, ախտորոշիչ հիմնական մեթոդները, որպեսզի ախտորոշենք փորկապության պատճառ հանդիսացող հիմնական հիվանդություններ:

(4) Եթե առկա է Հռոմի III չափորոշիչներից միայն մեկ կրիտերիա և ֆունկցիոնալ փորկապության ախտորոշումը հստակ չէ անոռեկտալ մատնային հետազոտությունը ցուցված է:

(5) Վտանգի նշանների առկայության դեպքում կամ ռեֆրակտեր փորկապության առկայության դեպքում ցուցված է անոռեկտալ մատնային հետազոտությունը, ստորև նշված հիվանդությունների ժխտման նպատակով:

(6) Որովայնի դիտարկային ռենտգեն հետազոտությունը չի հանդիսանում ֆունկցիոնալ փորկապության ախտորոշման ժամանակ կիրառվող ռուտին հետազոտություն:

(7) Որովայնի դիտարկային ռենտգեն հետազոտությունը կարող է օգտազործվել այն դեպքերում, երբ կասկածվում է աղիների

կղանք այ ին խցանում, այն դեպքում երբ ֆիզիկալ քննությունը անհնար է կամ ինֆորմատիվ չէ :

(8) Հաստ աղիքի էվակուացիայի ժամանակի վերաբերյալ աշխատությունները չեն օգտագործվում ֆունկցիոնալ փորկապությունը ախտորոշման համար :

(9) Հաստ աղիքի էվակուացիայի հետազոտումը կարող է օգտակար լինել ֆունկցիոնալ փորկապության և չպահպանվող անկղապահություն տարբերակման համար և այն իրավիճակներում երբ ախտորոշումը հստակ չէ :

(10) Ռեկտալ ՌՁՀ-ն չի օգտագործվում ֆունկցիոնալ փորկապությունը ախտորոշման համար :

(11) Ալերգեններին ռուռին ռոնչումը չեն օգտագործվում ֆունկցիոնալ փորկապությունը ախտորոշման համար, վտանգի նշաների բացակայության պայմաններում :

(12) Հիմնվելով մասնագետների կարծիքների վրա՝ ռեֆրակտեր փորկապությունով երեխաների դեպքում կարելի է փորձնականորեն 2-4 շաբաթ խուսափել հաստ աղիքային մանոմետրից :

(13) Ռուտին լաբորատոր սկրինինգ թեստերը՝ հիպոտիրոիդիզմի, ցելիակիայի և հիպերկալցեմիայի համար խորհուրդ չի տրվում փորկապությունով երեխաների համար վտանգի նշանների բացակայության պայմաններում :

(14) Հիմնվելով մասնագետների կարծիքների վրա՝ անոռեկտալ մանոմետրիայի համար հիմնական ցուցումը ռեֆրակտեր փորկապությունների դեպքում միայն ռեկտո-անալ ընկճող ռեֆլեքսի առկայության գնահատման համար :

(15) Հիշարունակի հիվանդության ախտորոշման նսկե ստանդարտ է հանդիսանում ռեկտալ բիոպսիան :

(16) Մենք խորհուրդ չենք տալ իս օգտագործել բարիումային հոգնաները ռոպեզ առաջնային ախտորոշման մեթոդ փորկապությունով երեխաների դեպքում :

(17) Հաստ աղիքային մանոմետրիան կարող է նշանակվել ռեֆրակտեր փորկապությունով երեխաներին վիրահատական միջամտության քննարկումից առաջ :

(18) Ողնաշարի ՄՈՏ-ի ռուտին օգտագործումը ռեֆրակտեր փորկապություն դեպքում ցուցված չէ, եթե բացակայում են նյարդաբանական խանգարումները:

(19) Մենք խորհուրդ չենք տալ իսկատարել հաստ աղու տանսումբալ բինպսիա, հաստ աղիքի նյարդամկանային խանգարումները, ռեֆրակտեր փորկապություններով երեխաների մոտ գնահատման համար:

(20) Մենք խորհուրդ չենք տալ իսկատարել հաստ աղիքային սցինտիգրաֆիա ռեֆրակտեր փորկապությունների դեպքում:

Բուժակն խորհուրդներ

(21) Բավարար քանակությամբ բջջանքով հարուստ սննդի օգտագործում:

(22) Բավական չափի հեղուկները ընդունում:

(23) Փորկապությունով երեխաներին խորհուրդ է տրվում նորմալ ֆիզիկական ակտիվություն:

(24) Պրեբիոտիկներին ռուտին օգտագործումը փորկապությունով երեխաների բուժման ժամանակ ցուցված չէ:

(25) Պրոբիոտիկներին ռուտին օգտագործումը փորկապությունով երեխաների բուժման ժամանակ ցուցված չէ:

(26) Վարքագծային ինտենսիվ բուժման ուղեցույցները ռուտին չեն օգտագործվում փորկապությունով երեխաների հիմնական բուժմանը ի հավելում:

(27) Հիմնվելով մասնագետների կարծիքի վրա անհրաժեշտ է մանրամասն բացատրել ծնողին զուգարանային վարժանքի կարևորությունը և վարման ձևը փորպակություն բուժման ընթացքում/այն երեխաներին, որոնք ամենաքիչը 4 տարեկանի մոտ հասակունեն/:

(28) Կենսաբանական ակտիվ նյութերի օգտագործումը հիմնական բուժմանը ի հավելում ցուցված չէ:

(29) Մենք խորհուրդ չենք տալ իսկատարել ռուտին օգտագործել մուլտիդիսցիպլինար բուժումը երեխաների փորակապության դեպքում:

(30) Մենք խորհուրդ չենք տալ իսերեխաների մոտ փորկապուծյան բուժման այլ ընտրանքային թերապիա:

(31) Պուլիէթիլ ենզլիկոնիլի բերանացի ընդունում/էլեկտրոնիտների հետ կամ առանց/ 1-1.5գ/կգ/օրը 3-6 օր, որպես առաջին ընտրության դեղորայք խորհուրդ է տրվում կղանքային խցանումներով երեխաների համար:

(32) Հոգնաներն օրը մեկ անգամ 3-6 օր կղանքային խցանումներով երեխաների համար կարելի է կիրառել, եթե պուլիէթիլ ենզլիկոնիլը հնարավոր չէ կիրառել:

(33) Պուլիէթիլ ենզլիկոնիլ օգտագործումը էլեկտրոնիտների հետ կամ առանց էլեկտրոնիտների խորհուրդ է տրվում որպես առաջին ընտրության դեղորայք պահպանողական բուժման համար: Մկզբնական դեղաչափը՝ 0.4գ/կգ/օրը և հետագա դեղաչափի կարգավորումը պայմանավորված կլինիկական պատասխանով:

(34) Հոգնաների օգտագործումը պուլիէթիլգլիկոնիլ քրոնիկ բուժվող փորկապուծյուն ունեցող երեխաներին խորհուրդ չի տրվում:

[35]Լակտուլոզայի օգտագործումը որպես առաջին ընտրության դեղորայք պահպանողական բուժման համար խորհուրդ է տրվում եթե պուլիէթիլգլիկոնիլը հնարավոր չէ օգտագործել:

(35) Հիմնվելով մասնագետների կարծիքների վրա Մագնեզիումի սուսպենզիան, հանքային յուղերը, խթանիչ և ուժողականները կարող են օգտագործվել կամ ի հավելում բուժմանը կամ որպես երկրորդ ընտրության դեղորայք:

(36) Հիմնվելով մասնագետների կարծիքի վրա՝ պահպանողական բուժումը պետք է շարունակվի ամենաքիչը 2 ամիս: Փորկապուծյան բոլոր ախտանիշները պետք է վերանան բուժումը դադարեցնելուց ամենաքիչը մեկ ամիս առաջ: Լուծողականները չպետք է դադարեցվեն կտրուկ, անհրաժեշտ է աստիճանաբար նվազեցնել դեղաչափը:

(37) Հիմնվելով մասնագետների կարծիքի վրա՝ գուրպանի վարժանքի դեպքում երեխաները պետք է ստանան և ուժողականներ մինչև այդ ունակության լրիվ ձևավորումը:

(38) Հիմնված մասնագետներին կարծիքի վրա՝ մենք խորհուրդ չենք տալ իս որոտին օգտագործել Լուրի պրաստուն, Լինակլոտի դը և Պրուկալո պրի դը ռեֆրակտեր փորկապու թյու նով երեխաների մոտ:

(39) Հիմնված մասնագետներին կարծիքի վրա՝ մենք խորհուրդ ենք տալ իս օգտագործել անտեգրատ հոգնաներ ռեֆրակտեր փորկապու թյու նով երեխաների մոտ:

(41) Ներմաշկային էլեկտրական ստիմուլյացիայի որոտին օգտագործումը ռեֆրակտեր փորկապու թյու նով երեխաների դեպքում խորհուրդ չի տրվում: Քվեարկում:

(42) Ներմաշկային էլեկտրական ստիմուլյացիայի որոտին օգտագործումը ռեֆրակտեր փորկապու թյու նով երեխաների դեպքում խորհուրդ չի տրվում:

**Ուղեցույցի ներդրման հնարավորություններ և սուդիտի
ցուցանիշներ**

Ֆունկցիոնալ փորկապու թյան ախտորոշման և վարման արդի պահանջները հնարավոր է ապահովել Հայաստանի բուժհաստատություններում ներդնելով հետևյալ գործառնայթները՝

- Գործելակարգեր, ընթացակարգեր, որոշումներ ընդունման աջակցման համակարգեր (Decision Support System)
- Շարունակական ինտերակտիվ կրթական միջոցառումներ
- Աուդիտտեղայնացված ցուցանիշների կիրառմամբ
- Ֆինանսական մեխանիզմներ

Գործելակարգերը պետք է ընդգրկեն սվյալ բուժհաստատություն պայմաններում Ֆունկցիոնալ փորկապու թյան պացիենտներին համալիր ախտորոշման և վարման որևէ բաղադրիչի մանրամասն նկարագրություն: Գործելակարգում նշված բոլոր քայլերը և նրանց հերթականությունը կրում են պարտադիր բնույթ և ենթակա չեն կամայական մեկնաբանությունների: Ցանկացած շեղում հանդիսանում է հիմնավորումների և ընդլայնված ձևաչափով քննարկումների հիմք:

Առև դիտի 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 պահանջներին ցուցանիշների չափերի բնույթը և տեղեկատվության համակարգային շարունակական հավաքագրումը:

Աշխատանքային խմբի կողմից առաջարկվել են հետևյալ գնահատման ցուցանիշները բազմապրոֆիլ մանկաբուժական կենտրոններում Ֆունկցիոնալ փոքրապոլյան ախտորոշման և վարման ուղիք

- Պացիենտներին քանակ, ում ֆունկցիոնալ փոքրապոլյան ախտորոշման համար օգտագործվել են Հոնմի III չափորոշիչները:
- Պացիենտներին քանակ, ում վտանգի նշաններին առկայություն դեպքում կամ ռեֆրակտեր փոքրապոլյան առկայություն դեպքում կատարվել է անոռեկտալ մատնային հետազոտություն:
- Պացիենտներին քանակ ում Հիշարունգի հիվանդության կասկածի դեպքում կատարվել է ռեկտալ բինպսիա:
- Պացիենտներին քանակ, ում նախքան լուծողական ներկարատն բուժումը կատարվում է նախնական ադիների մաքրում (բերանացի կամ ռեկտալ ուղիյով օգտագործվող դեղորայքով)

Սույն ուղեցույցի Հայաստանում ներդրման հնարավոր խոչընդոտները կարելի է բաժանել ներքին (սուբյեկտիվ) և արտաքին (օբյեկտիվ) պատճառներին խմբերի: Պահանջվող մասնագիտական վարքի փոփոխությունները, որոնք անխուսափելիորեն բխում են նոր կարգերից, հնարավոր է հանդիպեն կայուն դիամորֆոսիս, որի հիմքում ընկած են այնպիսիներքին խոչընդոտներին չափափք են՝ անհատբժշկներին

գիտել իքնեքի և հմտությունների թերությունները համակցված մասնագիտական կարծրատիպերի հետ: Ուղեցույցի Հայաստանում ներդրման արտաքին խոչընդոտներին կարելի է նշել .

- բուհական և հետբուհական բժշկական կրթության և շարունակական մասնագիտական զարգացման ծրագրերում «կլիներկական համաճարակաբանություն» և «սպացուցողական բժշկություն» ուսումնական առարկաների բացակայությունը
- գործող բժիշկներին և առողջապահական ոլորտի տարբեր մակարդակներին ղեկավարներին տեղեկատվական գրագիտության ցածր մակարդակը ,
- Ուղեցույցում նշված ախտորոշման ստանդարտացված մեթոդներին անբավարար առկայությունը Հայաստանում
- բոլոր ներգրավված շահառուներին ոչ արդյունավետ կոմունիկացիան և համագործակցությունը
- որակավորված կադրային ներուժի պակասը
- ֆինանսական բեռը

Այնուամենայնիվ, աշխատանքային խմբի համոզմամբ բոլոր վերոնշյալ խոչընդոտները հախթահարելի են համակարգված քաղաքականություն, շարունակական կրթական ծրագրերի, թիրախային միջմասնագիտական մոտեցումներին և Ֆուկսիցինսկի փորկապությունամբ տառապող պացիենտներին շահերի գերակայություն որդեգրման պայմաններում:

Հավելված 1

Հավելված 1

ԱՊՍՑ ՈՒՅՑՆԵՐԻ ՈՐԱԿԻ ԴԱՍԱԿԱՐԳՈՒՄ (GRADE համակարգ) 2008թ

Որակ	Բնութագրիչ
Բարձր որակ (A)	Քիչ հավանական է, որ հետագա հետազոտությունները կփոխեն մեր

	վստահությունը այդ հարցի գնահատման տեսակետից
Միջին արակ (B)	Հետագահետագա տարիներում հավանաբար կարևորագույն կունենան մեր վստահության վրակարգի փոխել գնահատումը
Ցածր արակ (C)	Հետագահետագա տարիներում, ամենայն հավանականությամբ, մեծագույն կունենան մեր վստահության վրակ, հավանաբար, կփոխեն գնահատումը
Շատ ցածր արակ (D)	Ցանկացած գնահատման ազդեցությունը անորոշ է

Ապացուցողական ուժը դասակարգվել է որպես «ուժեղ» և «թույլ»

ԱՊԱՅՈՒՑՅՆԵՐԻ ՈՒԺԻ ՈՐՈՇՈՂ ԳՈՐԾՈՆՆԵՐ (GRADE համակարգ)

Ինչ է պետք քննարկել	Խորհուրդ տրվող գործընթաց
Ապացույցներին ուժը/արակը (Որքան նրակյալ են ապացույցները)	Որքան արակով են ապացույցները այնքան մեծ է ուժեղ խորհրդի հավանականությունը
Հավանական օգուտները և վնասներ/բեռն հավասարակշռության վերաբերյալ վստահությունը (Արդյունք կանման վստահություն)	Որքան շատ է և հստակ է տարբերությունը ցանկալի և անցանկալի հետևանքների միջև այնքան մեծ է ուժեղ խորհրդի հավանականությունը: Որքան փոքր է և անորոշ տարբերությունը ցանկալի և անցանկալի հետևանքների միջև այնքան մեծ է

	<p>Թ ու յ լ խո ր հ դ ր ի հ ա լ ա ն ա կ ա ն ու թ յ ու ն ը</p>
<p>Ար ժ ե ք ն եր ի ն ն ախապատվ ու թ յ ու ն ե ն ր ի հ ս տակ ու թ յ ու ն ն մ ի սս ն ա կ ա ն ու թ յ ու ն (Ար դ յ ո ՞ ք առ կ ա է հ ս տակ ու թ յ ու ն ն մ ի սս ն ա կ ա ն ու թ յ ու ն :)</p>	<p>Որ ք ան շ առ է Ար ժ ե ք ն եր ի ն ն ախապատվ ու թ յ ու ն ե ն ր ի հ ս տակ ու թ յ ու ն ն մ ի սս ն ա կ ա ն ու թ յ ու ն ա յ ն ք ան մ ե ծ է ու ժ ե դ խո ր հ դ ր ի հ ա լ ա ն ա կ ա ն ու թ յ ու ն ը :</p>
<p>Մ ի ջ ո գ ն եր ի ք ն ն ար կ ու մ (Ար դ յ ո ՞ ք ս պ սս վ ո դ առ ա վ է լ ու թ յ ու ն ն եր ը գ եր ա կ շ ո ու մ ե ն պ ա հ ա ն ջ վ ո դ մ ի ջ ո գ ն եր ի ծ ախս ը)</p>	<p>Որ ք ան ց ած ր է մ ի ջ ա մ տ ու թ յ ան ար ժ ե ք ը ի հ ա մ ա մ ե մ առ ա յ լ ը ն տր ան ք ա յ ի ն մ ո տե ց ու մ ն եր ի ն ն ք ի չ ե ն ծ ախս վ ո դ մ ի ջ ո գ ն եր ը ա յ ն ք ան մ ե ծ է ու ժ ե դ խո ր հ դ ր ի հ ա լ ա ն ա կ ա ն ու թ յ ու ն ը :</p>

Հ ա վ է լ վ ած 2

**Օր ս ֆ ո թ դ ի Ա ս պ ց ու ց ո դ ա կ ա ն ր ժ շ կ ու թ յ ան կ ե ն տր ո ն ի ս ս պ ց ու յ ց ն եր ի
 դ ս ս ա կ ա ր գ ու մ**

Մ ա կ ա ր դ ա կ ը	Բ ու ժ ու մ / կ ա ն խ ա ր գ է լ ու մ, է թ ի ո լ ո գ ի ա / վ ն սս	Կ ա ն խ ա տե ս ու մ	Ա խ տ ո թ ո շ ու մ	Տ ա ր ք եր ա կ ի չ ա խ տ ո թ ո շ ու մ / ա խ տ ան շ ան ի տ ա ր ած վ ած ու թ յ ան հ ե տ ա գ ո տ ու թ յ ու ն	Է կ ո ն ն մ ի կ ա կ ա ն ն ո թ ո շ մ ան վ եր լ ու ծ ու թ յ ու ն ն եր
1a	Պ Բ Վ Փ-ն եր ի Հ Վ (հ ա մ սս ե ո ո ւ թ յ ա մ ք *)	Ն ա խ ս ա կ ե ս կ ա գ մ վ ած ը ն տր ան ք ի կ ո հ ո թ տ ա յ ի ն հ ե տ ա գ ո տ ու թ յ ո ու ն ն եր ի Հ Վ (հ ա մ սս ե ո ո ու թ յ ա մ ք *)	1-ի ն մ ա կ ա ր դ ա կ ի հ ե տ ա գ ո տ ու թ յ ու ն ն եր ի Հ Վ (հ ա մ սս ե ո ո ու թ յ ա մ ք *); տ ա ր ք եր	Ա ո ա ջ ա հ ա յ ա ց կ ո հ ո թ տ ա յ ի ն հ ե տ ա գ ո տ ու թ յ ո ու ն ն եր ի Հ Վ (հ ա մ սս ե ո ո ու թ յ ա մ ք *)	1-ի ն մ ա կ ա ր դ ա կ ի տ ո ն տե ս ա կ ա ն հ ե տ ա գ ո տ ու թ թ յ ո ու ն ն եր ի Հ Վ (հ ա մ սս ե ո ո

		ամբ *); տարբեր պրպուլացիաներում վավերացված ԿՈԿ”	կլիինիկական կենտրոններում կատարված 1b հետազոտությունները հետ ԿՈԿ”		լթյ ամբ *)
1b	Առանձին ՊԲՎՓ (վստահելի ռիթմները միջակայքով)”i	Առանձին ախտաբանական վերադարձի հետազոտությունները ավելի քան 80% հետազոտողներին ամիկացիլին և կոկոսինիլին օգտագործելու արդյունավետությունը քննարկելու համար ԿՈԿ” վավերացված մեկ պրպուլացիաներում	Պատշաճ է տալ նույն տեսանկյունից բնական վավերացման * կոկոսինիլին հետազոտությունները; կամ ԿՈԿ” հետազոտված մեկ կլիինիկական կենտրոնում	Պատշաճ դինամիկ հսկողություններում ամբ **** պրոստակլինիկ կոկոսինիլին հետազոտություններ	Կլիինիկական ախտաբանական միջոցներով հիմնված վերլուծություններ; ապացույցները համակարգային վերանայում/ներ; ներառյալ բազմաբնույթի թյուն վերլուծություններ
1c	All or none§	All or none դեպքերի 2 արք	Բացարձակ SpPin-եր և SnNout-եր ” ”	All or none դեպքերի 2 արք	Բացարձակ ավելի քան ավարժեքի կամ ավելի վատ-արժեքի վերլուծություններ ” ” ” ”
2a	Կոկոսինիլին հետազոտությունները չեն (համասեռություն ամբ *)	Կամ հետախայաց կոկոսինիլին հետազոտությունները կամ ՊԲՎՓ-ները չեն (համասեռություն ամբ *)	>2 մակարդակի ախտորոշիչ հետազոտությունները չեն (համասեռություն ամբ *)	2b նավելի քան հետազոտությունները չեն (համասեռություն ամբ *)	>2 մակարդակի էկոնոմիկական հետազոտությունները չեն (համասեռություն ամբ *)
2b	Առանձին կոկոսինիլին հետազոտություններ	Հետախայաց կոկոսինիլին հետազոտությունները կամ ՊԲՎՓ-	Պատշաճ է տալ նույն տեսանկյունից բնական	Հետախայաց կոկոսինիլին հետազոտությունները կամ	Կլիինիկական ախտաբանական միջոցներով կամ այլ

	թյուն (ներառյալ ցածր նրակի ՌԿՀ; օր. <80% դինամիկ հսկողություն)	իջբուժված ստուգիչ խմբի դինամիկ հսկողություն; ԿՈԿ"-ի դուրսբերում կամ հաստատված միայն անջատ-ընտրանքում	բացահայտող* կոհորտային հետազոտություն; ԿՈԿ"-ի դուրսբերումից հետո, կամ վավերացված միայն անջատ-ընտրանքում կամ տվյալների բազայում	վատ դինամիկ հսկողություն	միջոցների վրա հիմնված վերլուծություն; ապացույցի կամ եզակի հետազոտությունների սահմանափակ վերանայում/ներ; ներառյալ բազմաբայլ զգայունություն վերլուծություններ
2c	Ելքերի հետազոտություն; Էկոլոգիական հետազոտություններ	Ելքերի հետազոտություն	Էկոլոգիական հետազոտություններ		Առողիտ կամ ելքերի հետազոտություն
3a	Դեպք-կառավարվող հետազոտություններ (համասեռությունը ամբ*)		3b նավելի նրակյալ հետազոտություններ (համասեռությունը ամբ*)	3b նավելի նրակյալ հետազոտություններ (համասեռությունը ամբ*)	3b նավելի նրակյալ հետազոտություններ (համասեռությունը ամբ*)
3b	Անհատական դեպք-կառավարվող հետազոտություն		Ոչ-հաջորդական հետազոտություն; կամ առանց հետևողականության կիրառված էտալոն ստանդարտներ	Ոչ-հաջորդական կոհորտային հետազոտություն, կամ շատ սահմանափակ պարզալացիա	Սահմանափակ այլ միջոցների կամ ծախսերի վրա հիմնված վերլուծություն, տվյալների գնահատման վատ նրակ, սակայն ներառյալ զգայունություն վերլուծություններ առնչված

					կլ ի ն ի կ ալե ս խե լ ամ ի տ փո փո խակ ան ն ե ր
4	Դե պք ե ր ի շ աք ք (և ց ած ր ն ր ալ ի կ ն հ ո ր տայ ի ն ն դ ե պք - կ առ ալ աք վ ո ղ հ ե տազ ո տո լ թ յ ո լ ն ն ե ր § §)	Դե պք ե ր ի շ աք ք ե ր (և ց ած ր ո ր ալ ի կ ան խատե ս ի չ կ ն հ ո ր տայ ի ն հ ե տազ ո տո լ թ յ ո լ ն ն ե ր ***)	Դե պք - կ առ ալ աք վ ո ղ հ ե տազ ո տո լ թ յ ո լ ն , վ առ կ ամ ո չ - ան կ ախ է տալ ո ն ս տան դ աք տն ե ր	Դե պք ե ր ի շ աք ք ե ր կ ամ փո փո խվ ած է տալ ո ն ս տան դ աք տն ե ր	Առ ան ց ո ր ն է զ գ ալ ո լ ն ո լ թ յ ան վ ե ր լ ո լ ծ ո լ թ յ ան վ ե ր լ ո լ ծ ո լ թ յ ո լ ն
5	Փ ո ղ ազ ե տի կ աք ծ ի ք առ ան ց բ աց ահ ալ տ ք ն ն աղ առակ ան զ ն ահ առմ ան , կ ամ հ ի մ ն վ ած Ֆ ի զ ի լ ո գ ի ալ յ ի , bench հ ե տազ ո տո լ թ յ ան կ ամ «հ ի մ ն ալ ան ս կ զ բ ո լ ն ք ն ե ր ի » վ ր ա	Փ ո ղ ազ ե տի կ աք ծ ի ք առ ան ց բ աց ահ ալ տ ք ն ն աղ առակ ան զ ն ահ առմ ան , կ ամ հ ի մ ն վ ած Ֆ ի զ ի լ ո գ ի ալ յ ի , bench հ ե տազ ո տո լ թ յ ան կ ամ «հ ի մ ն ալ ան ս կ զ բ ո լ ն ք ն ե ր ի » վ ր ա	Փ ո ղ ազ ե տի կ աք ծ ի ք առ ան ց բ աց ահ ալ տ ք ն ն աղ առակ ա ն զ ն ահ առմ ան , կ ամ հ ի մ ն վ ած Ֆ ի զ ի լ ո գ ի ալ յ ի , bench հ ե տազ ո տո լ թ յ ան կ ամ «հ ի մ ն ալ ան ս կ զ բ ո լ ն ք ն ե ր ի » վ ր ա	Փ ո ղ ազ ե տի կ աք ծ ի ք առ ան ց բ աց ահ ալ տ ք ն ն աղ առակ ա ն զ ն ահ առմ ան , կ ամ հ ի մ ն վ ած Ֆ ի զ ի լ ո գ ի ալ յ ի , bench հ ե տազ ո տո լ թ յ ան կ ամ «հ ի մ ն ալ ան ս կ զ բ ո լ ն ք ն ե ր ի » վ ր ա	Փ ո ղ ազ ե տի կ աք ծ ի ք առ ան ց բ աց ահ ալ տ ք ն ն աղ առակ ան զ ն ահ առմ ան , կ ամ հ ի մ ն վ ած է կ ն ն ո մ ի կ ա լ ան թ ե ո ր ի ալ կ ամ «հ ի մ ն ալ ան ս կ զ բ ո լ ն ք ն ե ր ի » վ ր ա

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:

Հ ապալ ո լ մ ն ե ր

ՊԲՎՓ՝ պատահական բաշխմամբ վերահսկվող փոքր ձևերի ոլորտ

ՀՎ՝ համակարգային վերանայում

ԿՈԿ՝ կլիսիկական որոշման կանոն

Ն ջ ո լ մ ն ե ր

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

- ԿՄՄ առկա է վստահել ինչ-որ անընդհատ փոփոխություն
- ԿՄՄ անհանգստացնող տարատեսակի համակարգային վերանայում

Այ դպիսի տվյալները եզրակացությունն էն, ուստի կարող են բերել միայն D մակարդակի խորհրդի:

*	<p>Համասեռությունն ասելով մենք նկատի ունենք համակարգային վերանայում, որը չի պարունակում անհանգստացնող փոփոխականներ (տարասեռությունն) 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:</p>
“	<p>Կլինիկական Որոշման Կանոն (սրանք ազդերի թմնեք կամ սանդղակավորման համակարգեր են, որոնք կիրառվում են կանխատեսելի զնահատման կամ ավտորոշիչ դասակարգման համար)</p>
”	<p>Տես վերևում տրված նշումը, թե ինչպես պետք հասկանալ, վարկանիշավորել և օգտագործել լայն վստահելիությունն միջակայքով հետազոտությունները</p>
§	<p>Վերաբերում է, երբ բոլոր պացիենտները մահացել են մինչև բուժական միջոցը դարձել է հասանելի, սակայն որոշները այժմ վերապրում են դրանով; կամ երբ որոշ պացիենտներ մահացել են մինչև բուժական միջոցը հասանելի է դարձել, սակայն ոչ ոք այժմ չի մահացել դակրառելով</p>
§§	<p>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 կույր), օբյեկտիվ ճանաչարհը ազդակին և ենթարկված և չենթարկված անհատների շրջանում և կամ չի ստացվել բացահայտել կամ համապատասխան կառավարել հայտնի շեղող գործոնները և/կամ չի ստացվել իրականացել պացիենտների բավարար տնողությունամբ և ամբողջականությունամբ դինամիկ հսկողություն: Վատ որակի դեպք-կառավարվող հետազոտություն ասելով, մենք նկատի ունենք, որ չի ստացվել</p>

	<p>հստակ սահմանել համեմատով ող խմբերը և/կամ չափել ազդակին ենթարկվելը և ելքերը նույն ժամանակում (նախընտրելիորեն կույր), օբյեկտիվ ճանապարհը ազդակին և ենթարկված և չենթարկված անհատներին շրջանում և կամ չի ստացվել բացահայտել կամ համապատասխան կառավարել հայտնի շեղող գործունեությունը:</p>
§§§	<p>Անջատ-խմբի վավերացումը կատարվում է հավաքելով ամբողջ տեղեկատվությունը մեկ տրանշում, ապա այն արհեստականորեն բաժանվում է «Ճյուղ» (դուրսբերում) և «վավերացում» ընտրանքներին:</p>
" "	<p>«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:</p>
"i	<p>Լավ, ավելի լավ, վատ և ավելի վատ վերաբերում է բուժումներին միջև համեմատություններին իրենց կլինիկական ռիսկերի և օգտակարության շրջանակներում:</p>
" "	<p>Պատշաճ է տալ նստանդարտները անկախ են հետազոտությունից և կիրառված են կույր կամ օբյեկտիվորեն կիրառված են բոլոր պացիենտներին: Վատ է տալ նստանդարտները պատահական սկզբունքով են կիրառված, սակայն անկախ են հետազոտությունից: Ոչ-անկախ է տալ նստանդարտներին (որտեղ «հետազոտությունը» ներառված է «էտալոն»-ի մեջ, կամ որտեղ «հետազոտություն» ազդեցություն ունի «էտալոնի» վրա) կիրառումը ենթադրում է 4-րդ մակարդակի հետազոտություն:</p>
" "	<p>Ավելի լավ արժեքի բուժումները հստակ նմանապես լավ են բացառվել է ժան են, կամ ավելի լավ են միևնույն ժամանակ կամ նվազեցում են ծախսերը: Ավելի վատ արժեքի բուժումները նմանապես լավ են և ավելի թանկ են, կամ ավելի վատ են և համանման գնի են կամ ավելի թանկ են:</p>
**	<p>Վավերացման հետազոտություններն ուսումնասիրում են</p>

	<p>սպեցիֆիկ ախտորոշիչ հետազոտություններ, հիմնվելով նախորդ առկա սպացույցների վրա: Բացահայտիչ հետազոտությունը հավաքում է տեղեկատվությունը և որսում «նշանակալի» գործունեությունը (օր.՝ օգտագործելով ռեզրեսիոն վերլուծություն):</p>
***	<p>Վատ որակի կանխատեսիչ կոհորտային հետազոտությունն ասվելով 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 պացիենտներին շրջանում, կամ ելքերը որոշվել են ոչ կույր, ոչ օբյեկտիվ ճանապարհով կամ չի կատարվել շեղող գործունեության տվյալներ:</p>
****	<p>Պատշաճ դիմամիկ հսկողությունը տարբերակիչ ախտորոշման հետազոտությունում բարձր է 80%-ից, պատերաստիվ ախտորոշումներին ի հայտ գալու համար ադեկվատ ժամանակի առկայությունը (օրինակ 1-6 ամիս սուր, 1-5 տարի քրոնիկ)</p>

Խորհուրդներն ու ամսաքննարկները

A	<p>համապատասխանում է 1-ին ամսաքննարկի հետազոտություններին</p>
B	<p>համապատասխանում է 2-րդ կամ 3-րդ ամսաքննարկի հետազոտություններին <i>կամ</i> 1-ին ամսաքննարկի հետազոտություններից էքստրասպլացմանը</p>
C	<p>4-րդ ամսաքննարկի հետազոտություններ <i>կամ</i> 2-րդ կամ 3-րդ ամսաքննարկի հետազոտություններից էքստրասպլացում</p>
D	<p>5-րդ ամսաքննարկի սպացույցներ <i>կամ</i> ցանկացած ամսաքննարկի մտահոգիչ կերպով անհամապատասխան կամ ոչ համոզիչ հետազոտություններ</p>

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

Գրականություն

1. Evaluation and Treatment of Functional Constipation in Infants and Children: Evidence-Based Recommendations From ESPGHAN and NASPGHAN, JPGN , Volume 58, Number 2, February 2014:
2. Loening-Baucke V. Constipation in early childhood: patient characteristics, treatment, and long-term follow up. Gut 1993;34:1400–4.
3. Liem O, Harman J, Benninga M, et al. Health utilization and cost impact of childhood constipation in the United States. J Pediatr 2009;154:258–62.
4. Baker SS, Liptak GS, Colletti RB, et al. Constipation in infants and children: evaluation and treatment. A medical position statement of the North American Society for Pediatric Gastroenterology and Nutrition. J Pediatr Gastroent Nutr 1999;29:612–26.
5. Bardisa-Ezcurra L, Ullman R, Gordon J. Guideline Development Group. Diagnosis and management of idiopathic childhood constipation: summary of NICE guidance. BMJ 2010;340:c2585.
6. Tabbers MM, Boluyt N, Berger MY, et al. Clinical practice: diagnosis and treatment of functional constipation. Eur J Pediatr 2011;170:955–63.
7. Evaluation and treatment of constipation in children: summary of updated recommendations of the North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2006;43:405–7.
8. Felt B, Wise CG, Olson A, et al. Guideline for the management of pediatric idiopathic constipation and soiling. Multidisciplinary team from the University of Michigan Medical Center in Ann Arbor. Arch Pediatr Adolesc Med 1999;153:380–5.
9. Tabbers MM, Boluyt N, Berger MY, et al. Constipation in children. Clin Evid (Online) 2010;2010:ii:0303.
10. Guyatt GH, Oxman AD, Vist GE, et al. GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. BMJ 2008;336:924–6.

11. McMurray AR. Three decision-making aids: brainstorming, nominalgroup, and Delphi technique. *J Nurs Staff Dev* 1994;10:62–5.
12. Hyman PE, Milla PJ, Benninga MA, et al. Childhood functionalgastrointestinal disorders: neonate/toddler. *Gastroenterology* 2006;130:1519–26.
13. Rasquin A, Di Lorenzo C, Forbes D, et al. Childhood functional gastrointestinal disorders: child/adolescent. *Gastroenterology* 2006;130:1527–37.
14. Boccia G, Manguso F, Coccorullo P, et al. Functional defecationdisorders in children: PACCT criteria versus Rome II criteria. *J Pediatr*2007;151:394–8.
15. Devanarayana NM, Adhikari C, Pannala W, et al. Prevalence offunctional gastrointestinal diseases in a cohort of Sri Lankan adolescents:comparison between Rome II and Rome III criteria. *J TropPediatr* 2011;57:34–9.
16. Burgers R, Levin AD, Di Lorenzo C, et al. Functional defecationdisorders in children: comparing the Rome II with the Rome IIIcriteria. *J Pediatr* 2012;161:615–20.
17. Longstreth GF, Thompson WG, Chey WD, et al. Functional boweldisorders. *Gastroenterology* 2006;130:1480–91.
18. Bekkali N, Hamers SL, Reitsma JB, et al. Infant stool form scale:development and results. *J Pediatr* 2009;154:521–6.
19. Lane MM, Czyzewski DI, Chumpitazi BP, et al. Reliability andvalidity of a modified Bristol Stool Form Scale for children. *J Pediatr*2011;159:437–41.
20. Chumpitazi BP, Lane MM, Czyzewski DI, et al. Creation and initialevaluation of a Stool Form Scale for children. *J Pediatr* 2010;157:594–7.
21. Ghosh A, Griffiths DM. Rectal biopsy in the investigation of constipation.*Arch Dis Child* 1998;79:266–8.
22. Metaj M, Laroia N, Lawrence RA, et al. Comparison of breast- andformula-fed normal newborns in time to first stool and urine.*J Perinatol* 2003;23:624–8.
23. Jung PM. Hirschsprung’s disease: one surgeon’s experience in oneinstitution. *J Pediatr Surg* 1995;30:646–51.
24. Beckmann KR, Hennes H, Sty JR, et al. Accuracy of clinical variablesin the identification of radiographically proven constipation in children.*Wis Med J* 2001;100:33–6.

25. Reuchlin-Vroklage L, Bierma-Zeinstra SMA, Benninga MA, et al. Diagnostic value of abdominal radiography in constipated children: a systematic review. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2005;159:671–8.
26. Barr RG, Levine MD, Wilkinson RH, et al. Chronic and occult stool retention: a clinical tool for its evaluation in school-aged children. *Clin Ped (Phila)* 1979;18:676–9.
27. Benninga MA, Buñller HA, Staalman CR, et al. Defaecation disorders in children, colonic transit time versus the Barr-score. *Eur J Pediatr* 1995;154:277–84.
28. Leech SC, McHugh K, Sullivan PB. Evaluation of a method of assessing faecal loading on plain abdominal radiographs in children. *Pediatr Radiol* 1999;29:255–8.
29. de Lorijn F, van Rijn RR, Heijmans J, et al. The Leech method for diagnosing constipation: intra- and interobserver variability and accuracy. *Pediatr Radiol* 2006;36:43–9.
30. Cayan S, Doruk E, Bozlu M, et al. The assessment of constipation in monosymptomatic primary nocturnal enuresis. *Int Urol Nephrol* 2001;33:513–6.
31. Blethyn AJ, Verrier Jones K, Newcombe R, et al. Radiological assessment of constipation. *Arch Dis Child* 1995;73:532–3.
32. Jackson CR, Lee RE, Wylie AB, et al. Diagnostic accuracy of the Barr and Blethyn radiological scoring systems for childhood constipation assessed using colonic transit time as the gold standard. *Pediatr Radiol* 2009;39:664–7.
33. Gutiérrez C, Marco A, Nogales A, et al. Total and segmental colonic transit time and anorectal manometry in children with chronic idiopathic constipation. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2002;35:31–8.
34. Zaslavsky C, da Silveira TR, Maguilnik J. Total and segmental colonic transit time with radio-opaque markers in adolescents with functional constipation. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 1998;27:138–42.
35. Bijos´ A, Czerwionka-Szaflarska M, Mazur A, et al. The usefulness of ultrasound examination of the bowel as a method of assessment of functional chronic constipation in children. *Pediatr Radiol* 2007;37:1247–52.
36. Singh SJ, Gibbons NJ, Vincenta MV, et al. Use of pelvic ultrasound in the diagnosis of megarectum in children with constipation. *J Pediatr Surg* 2005;40:1941–4.

37. Joensson IM, Siggaard C, Rittig S, et al. Transabdominal ultrasound of rectum as a diagnostic tool in childhood constipation. *J Urol* 2008;179:1997–2002.
38. Klijn AJ, Asselman M, Vijverberg MA, et al. The diameter of the rectum on ultrasonography as a diagnostic tool for constipation in children with dysfunctional voiding. *J Urol* 2004;172:1986–8.
39. Iacono G, Carroccio A, Cavataio FA, et al. Chronic constipation as a symptom of cow milk allergy. *J Pediatr* 1995;126:34–9.
40. Iacono G, Cavataio F, Montalto G, et al. Intolerance of cow's milk and chronic constipation in children. *N Engl J Med* 1998;339:1100–4.
41. Simeone D, Miele E, Boccia G, et al. Prevalence of atopy in children with chronic constipation. *Arch Dis Child* 2008;93:1044–7.
42. El-Hodhod MA, Younis NT, Zaitoun YA, et al. Cow's milk allergy related pediatric constipation: appropriate time of milk tolerance. *Pediatr Allergy Immunol* 2010;21:e407–12.
43. Irastorza I, Ibanñez B, Delgado-Sanzonetti L, et al. Cow's-milk-free diet as a therapeutic option in childhood chronic constipation. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2010;51:171–6.
44. Ciamarra P, Nurko S, Barksdale E, et al. Internal anal sphincter achalasia in children: clinical characteristics and treatment with *Clostridium botulinum* toxin. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2003;37:315–9.
45. Chumpitazi BP, Fishman SJ, Nurko S. Long-term clinical outcome after botulinum toxin injection in children with nonrelaxing internal anal sphincter. *Am J Gastroenterol* 2009;104:976–83.
46. Reid JR, Buonomo C, Moreira C, et al. The barium enema in constipation: comparison with rectal manometry and biopsy to exclude Hirschsprung's disease after the neonatal period. *Pediatr Radiol* 2000;30:681–4.
47. Rodriguez L, Nurko S, Flores A. Factors associated with successful decrease and discontinuation of antegrade continence enemas (ACE) in children with defecation disorders: a study evaluating the effect of ACE on colon motility. *Neurogastroenterol Motil* 2013;25:140–81.
48. van den Berg MM, Hogan M, Caniano DA, et al. Colonic manometry as a predictor of cecostomy success in children with defecation disorders.

49. Pensabene L, Youssef NN, Griffiths JM, et al. Colonic manometry in children with defecatory disorders. role in diagnosis and management. *Am J Gastroenterol* 2003;98:1052–7.
50. Bekkali NL, Hagebeuk EE, Bongers ME, et al. Magnetic resonance imaging of the lumbosacral spine in children with chronic constipation or non-retentive fecal incontinence: a prospective study. *J Pediatr* 2010;156:461–5.
51. Rosen R, Buonomo C, Andrade R, et al. Incidence of spinal cord lesions in patients with intractable constipation. *J Pediatr* 2004;145:409–11.
52. King SK, Sutcliffe JR, Ong SY, et al. Substance P and vasoactive intestinal peptide are reduced in right transverse colon in pediatric slow-transit constipation. *Neurogastroenterol Motil* 2010;22:883–92.
53. van den Berg MM, Di Lorenzo C, Mousa HM, et al. Morphological changes of the enteric nervous system, interstitial cells of cajal, and smooth muscle in children with colonic motility disorders. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2009;48:22–9.
54. Giorgio V, Borrelli O, Smith VV, et al. High-resolution colonic manometry accurately predicts colonic neuromuscular pathological phenotype in pediatric slow transit constipation. *Neurogastroenterol Motil* 2013;25:70–9.
55. Southwell BR, Clarke MC, Sutcliffe J, et al. Colonic transit studies: normal values for adults and children with comparison of radiological and scintigraphic methods. *Pediatr Surg Int* 2009;25:559–72.
56. Pijpers MA, Tabbers MM, Benninga MA, et al. Currently recommended treatments of childhood constipation are not evidence based: a systematic literature review on the effect of laxative treatment and dietary measures. *Arch Dis Child* 2009;94:117–31.
57. Tabbers MM, Boluyt N, Berger MY, et al. Nonpharmacologic treatments for childhood constipation: systematic review. *Pediatrics* 2011;128:753–61.
58. Loening-Baucke V, Miele E, Staiano A. Fiber (glucomannan) is beneficial in the treatment of childhood constipation. *Pediatrics* 2004;113:e259–64.
59. Castillejo G, Bullo M, Anguera A, et al. A controlled, randomized, double-blind trial to evaluate the effect of a supplement of cocoa husk that is rich in dietary fiber on colonic transit in constipated pediatric patients. *Pediatrics* 2006;118:e641–8.

60. Kokke FT, Scholtens PA, Alles MS, et al. A dietary fiber mixture versus lactulose in the treatment of childhood constipation: a double-blind randomized controlled trial. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2008;47:592–7.
61. Chmielewska A, Horvath A, Dziechciarz P, et al. Glucomannan is not effective for the treatment of functional constipation in children: a double-blind, placebo-controlled, randomized trial. *Clin Nutr* 2011;30:462–8.
62. Ustaoglu G, Kuloglu Z, Kirbas N, et al. Can partially hydrolyzed guar gum be an alternative to lactulose in treatment of childhood constipation? *Turk J Gastroenterol* 2010;21:360–4.
63. Young RJ, Beerman LE, Vanderhoof JA. Increasing oral fluid in chronic constipation in children. *Gastroenterol Nurs* 1998;21:156–61.
64. Chmielewska A, Szajewska H. Systematic review of randomised controlled trials: probiotics for functional constipation. *World J Gastroenterol* 2010;16:69–75.
65. Guerra PV, Lima LN, Souza TC, et al. Pediatric functional constipation treatment with Bifidobacterium-containing yogurt: a crossover, double-blind, controlled trial. *World J Gastroenterol* 2011;17:3916–21.
66. Coccorullo P, Strisciuglio C, Martinelli M, et al. Lactobacillus reuteri (DSM 17938) in infants with functional chronic constipation: a double-blind, randomized placebo-controlled study. *J Pediatr* 2010;157:598–602.
67. Tabbers MM, Chmielewska A, Roseboom MG, et al. Fermented milk containing Bifidobacterium lactis DN-173 010 in childhood constipation: a randomized, double-blind, controlled trial. *Pediatrics* 2011;127:e1392–9.
68. Brazzelli M, Griffiths PV, Cody JD, et al. Behavioural and cognitive interventions with or without other treatments for the management of faecal incontinence in children. *Cochrane Database Syst Rev* 2011;CD002240.
69. van Dijk M, Bongers ME, de Vries GJ, et al. Behavioral therapy for childhood constipation: a randomized, controlled trial. *Pediatrics* 2008;121:e1334–41.
70. Price KJ, Elliott TM. What is the role of stimulant laxatives in the management of childhood constipation and soiling? *Cochrane Database Syst Rev* 2001; CD002040.
71. Lee-Robichaud H, Thomas K, Morgan J, et al. Lactulose versus polyethylene glycol for chronic constipation. *Cochrane Database Syst Rev* 2010; CD007570.

72. Candy D, Belsey J. Macrogol (polyethylene glycol) laxatives in children with functional constipation and faecal impaction: a systematic review. *Arch Dis Child* 2009;94:156–60.
73. Dupont C, Leluyer B, Maamri N, et al. Double-blind randomized evaluation of clinical and biological tolerance of polyethylene glycol 4000 versus lactulose in constipated children. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2005;41:625–33.
74. Wang BX, Wang MG, Jiang MZ, et al. Forlax in the treatment of childhood constipation: a randomized, controlled, multicenter clinical study. *Zhongguo Dang Dai Er Ke Za Zhi* 2007;9:429–32.
75. Candy D, Edwards D, Geraint M. Treatment of faecal impaction with polyethylene glycol plus electrolytes (PEGpE) followed by a double-blind comparison of PEGpE versus lactulose as maintenance therapy. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2006;43:65–70.
76. Gremse DA, Hixon J, Crutchfield A. Comparison of polyethylene glycol 3350 and lactulose for treatment of chronic constipation in children. *Clin Pediatr* 2002;41:225–9.
77. Voskuil W, de LF, Verwijs W, et al. PEG 3350 (Transipeg) versus lactulose in the treatment of childhood functional constipation: a double-blind, randomised, controlled, multicentre trial. *Gut* 2004;53:1590–4.
78. Thomson MA, Jenkins HR, Bisset WM, et al. Polyethylene glycol 3350 plus electrolytes for chronic constipation in children: a double-blind, placebo-controlled, crossover study. *Arch Dis Child* 2007;92:96–100.
79. Nurko S, Youssef NN, Sabri M, et al. PEG 3350 in the treatment of childhood constipation: a multicenter, double-blinded, placebo-controlled trial. *J Pediatr* 2008;153:254–61.
80. Urganci N, Akyildiz B, Polat TB. A comparative study: the efficacy of liquid paraffin and lactulose in management of chronic functional constipation. *Ped Int* 2005;47:15–9.
81. Tolia V, Lin CH, Elitsur Y. A prospective randomized study with mineral oil and oral lavage solution for treatment of fecal impaction in children. *Aliment Pharmacol Ther* 1993;7:523–9.
82. Rafati M, Karami H, Salehifar E, et al. Clinical efficacy and safety of polyethylene glycol 3350 versus liquid paraffin in the treatment of pediatric functional constipation. *Daru* 2011;19:154–8.

83. Loening-Baucke V, Pashankar DS. A randomized, prospective, comparison study of polyethylene glycol 3350 without electrolytes and milk of magnesia for children with constipation and fecal incontinence. *Pediatrics* 2006;118:528–35.
84. Ratanamongkol P, Lertmaharit S, Jongpipitvanich S. Polyetyleneglycol without electrolytes versus milk of magnesia for the treatment of functional constipation in infants and young children: a randomized controlled trial. *Asian Biomedicine* 2009;4:391–9.
85. Bekkali NL, van den Berg MM, Dijkgraaf MG, et al. Rectal fecal impaction treatment in childhood constipation: enemas versus high doses oral PEG. *Pediatrics* 2009;124:e1108–15.
86. Bongers ME, van den Berg MM, Reitsma JB, et al. A randomized controlled trial of enemas in combination with oral laxative therapy for children with chronic constipation. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2009;7:1069–74.
87. Mugie SM, Machado RS, Mousa HM, et al. Ten-year experience using antegrade enemas in children. *J Pediatr* 2012;161:700–4.
88. Siddiqui AA, Fishman SJ, Bauer SB, et al. Long-term follow-up of patients after antegrade continence enema procedure. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2011;52:574–80.
89. Ok J-h, Kurzrock EA. Objective measurement of quality of life changes after ACE Malone using the FICQOL survey. *J Pediatr Urol* 2011;7:389–93.
90. Hoekstra LT, Kuijper CF, Bakx R, et al. The Malone antegrade continence enema procedure: the Amsterdam experience. *J Pediatr Surg* 2011;46:1603–8.
91. King SK, Sutcliffe JR, Southwell BR, et al. The antegrade continence enema successfully treats idiopathic slow-transit constipation. *J Pediatr Surg* 2005;40:1935–40.
92. Cascio S, Flett ME, De la Hunt M, et al. MACE or caecostomy button for idiopathic constipation in children: a comparison of complications and outcomes. *Pediatr Surg Int* 2004;20:484–7.
93. van Wunnik BP, Baeten CG, Southwell BR. Neuromodulation for constipation: sacral and transcutaneous stimulation. *Best Pract Res Clin Gastroen* 2011;25:181–91.
94. Clarke MC, Chase JW, Gibb S, et al. Improvement of quality of life in children with slow transit constipation after treatment with transcutaneous electrical stimulation. *J Pediatr Surg* 2009;44:1268–72.

95. Clarke MC, Chase JW, Gibb S, et al. Decreased colonic transit time after transcutaneous interferential electrical stimulation in children with slow transit constipation. *J Pediatr Surg* 2009;44:408–12.
96. Pijpers M, Bongers M, Benninga M, et al. Functional constipation in children: a systematic review on prognosis and predictive factors. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2010;50:256–68.
97. Bongers MEJ, van Wijk MP, Reitsma JB, et al. Long-term prognosis for childhood constipation: clinical outcomes in adulthood. *Pediatrics* 2010;126:e156–62.
98. Borowitz SM, Cox DJ, Kovatchev B, et al. Treatment of childhood constipation by primary care physicians: efficacy and predictors of outcome. *Pediatrics* 2005;115:873–7.
99. Loening-Baucke VA. Factors responsible for persistence of childhood constipation. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 1987;6:915–22.
100. Loening-Baucke V. Factors determining outcome in children with chronic constipation and fecal soiling. *Gut* 1989;30:999–1006.
101. Loening-Baucke V. Constipation in early childhood: patient characteristics, treatment and longterm follow-up. *Gut* 1993;34:1400–4.
102. Staiano A, Andreotti MR, Greco L, et al. Long term follow up of children with chronic idiopathic constipation. *Dig Dis Sci* 1994;39:561–4.
103. Loening-Baucke V. Balloon defecation as a predictor of outcome in children with functional constipation and encopresis. *J Pediatr* 1996;128:336–40.
104. Elshimy N, Gallagher B, West D, et al. Outcome in children under 5 years of age with constipation: a prospective follow-up study. *Int J Clin Pract* 2000;54:25–7.
105. Van Ginkel R, Reitsma JB, Büller HA, et al. Childhood constipation: longitudinal follow up beyond puberty. *Gastroenterology* 2003;125:357–63.
106. de Lorijn F, van Wijk MP, Reitsma JB, et al. Prognosis of constipation: clinical factors and colonic transit time. *Arch Dis Child* 2004;89:723–7.
107. Polanco I, Abarca L, García-Sicilia J, et al. Longitudinal study of constipation symptoms and dietetic habits in children. FREI study. *Pediatrka* 2004;24:9–16.
108. Miele E, Simeone D, Marino A, et al. Functional gastrointestinal disorders in children: an Italian prospective survey. *Pediatrics* 2004;114:73–8.

109. van den Berg MM, van Rossum CH, de Lorijn F, et al. Functional constipation in infants: a follow-up study. *J Pediatr* 2005;147:700–4.
110. Martinez-Costa C, Palao-Ortun˜o MJ, Alfaro Ponce B, et al. Functional constipation: prospective study and treatment response. *An Pediatr* 2005;63:418–25.
111. Banaszkieicz A, Bibik A, Szajewska H. Functional constipation in children: a follow up study. *Pediatr Wspol* 2006;8:21–3.