

**ԱՂԻՆԵՐԻ ԲՈՐԲՈՔԱՅԻՆ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅ ՈՒՆՆԵՐԻ ԱՆՏ ՈՐՈՇՄԱՆ
ՊՈՌՏ ՈՉԱՓՈՐՈՇԻՉՆԵՐԸ ԵՐԵՒԱՆԵՐԻ և ԴԵՌԱՀ ԱՄՆԵՐԻ ՇՐՋԱՆՈՒՄ**

Ամփոփում

Նպատակ

Մանկական տարիքում սկիզբ առած Աղիների բորբոքային հիվանդությունները (ԱԲՀ) ախտորոշումը խրթին է, հատկապես ամենաինֆորմատիվ ախտորոշիչ թեստերի ընտրություն և հիվանդությունում հետագա դասակարգման տեսանկյունից: Վերջին տարիներին ի հայտ են եկել ԱԲՀ բնական ընթացքի և ֆենոտիպի վերաբերյալ մանրամասն ուսումնասիրություններ, որոնք տվյալներ, ինչպես նաև բազմաթիվ սերոլոգիական և կոանքային բիոմարկերներ, նոր աղիքի լոգիկական և էնդոսկոպիկ հետազոտություն մեթոդներ: Ուղեցույցի նպատակն է տրամադրել արդի ապացուցողական տեղեկատվություն երեխաների շրջանում աղիների բորբոքային հիվանդությունները ախտորոշման համար:

Մեթոդներ

Մույն Ուղեցույցը մշակվել է Մանկական բժշկությունների հայկական ասոցիացիայի մանկական գաստրոէնտերոլոգիաների աշխատանքային խմբի կողմից: Փաստաթղթի հիմքն է հանդիսացել Եվրոպական մանկական գաստրոէնտերոլոգներին, հեպատոլոգներին և նուրբիցիոլոգներին ասոցիացիայի վերանայված Պորտո չափանիշները ԱԲՀ ախտորոշման համար դեռահասների շրջանում (ESPGHAN Revised Porto Criteria for the Diagnosis of Inflammatory Bowel Disease in Children and Adolescents, JPGN, Volume 58, Number 6, June 2014): Տեղեկատվության որակը գնահատելիս և ցուցումները որոշելիս սկզբնաղբյուրի հանդիսացող փաստաթղթում հիմք է ընդունվել Օքսֆորդի Ապացուցողական բժշկության կենտրոնի ապացույցների դասակարգման համակարգը (Oxford (UK) CEBM Levels of Evidence): Տեղայնացման/ադապտացիայի աշխատանքները կատարվել են ADAPTE մեթոդաբանություն հիման վրա: Պատասխանատու համակարգողը և աշխատանքային խմբի անդամները հայտարարագրել են իրենց շահերի բախման բացակայությունը վերաբերյալ տեղեկատվությունը: Ուղեցույցի բոլոր դրույթները քննարկվել են 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: Փաստաթղթի թեմատիկ ապրաբերական թարմացումները և/կամ խմբագրման յուրաքանչյուր 5 տարին մեկ կամ ավելի հաճախակի կախված տվյալ ոլորտում նոր գիտազործնական տեղեկատվություն ի հայտ գալուց:

Արդյունքներ.

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

Եզրակացություն.

Բազմաբնագավառ մոտեցումը և ապացուցողական խորհուրդներին հետևելը համակցված կիրառվող միջամտություններին օգուտ/վնաս հարաբերությունները վերլուծություն հետ, դա մանկական տարիքում ԱԲՀ ճշգրիտ ախտորոշման բարելավման բանալիներն են:

Բանալի բառեր

Ապացուցողական բժշկություն, ուղեցույցներ, ցուցումներին ուսումնասիրման, ստեղծման և գնահատման դասակարգման համակարգ, աղիներին բորբոքային հիվանդություններ, երեխաներ, դեռահասներ

Պատասխանատու համակարգող

Ամբիոնի Գ.Գ.՝ Բ.Գ.Պ., 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 նևրոլոգների միությունների անդամ:

Աշխատանքային խմբի անդամներ

- Շահինյան Ս.Ս.՝ 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 բժշկական կենտրոնի վարիչ:
- Դավթյան Ռ.Յ.՝ «Արաբկիր» ԲՀ-ԵԴԱԻ ընդհանուր մանկաբուժական բժշկական կենտրոնի բժիշկ-մանկաբույժ:
- Ղազարյան Հ.Լ.՝ Բ.Գ.Պ., «Նորք» ինֆեկցիոն հիվանդանոցի հեպատոլոգիական բժշկական կենտրոնի վարիչ, Առողջապահության նախարարության գլխավոր հեպատոլոգ:

Շահերի բախման հայտարարագիր և ֆինանսավորման աղբյուրներ
Չկան արձանագրված:

Շնորհակալական խոսք՝ մանկական գաստրոէնտերոլոգիական աշխատանքային խումբի բախման հայտարարագրի տրամադրումն է հայտնույթի և ուղեցույցի թարգմանչական աշխատանքներին

մասնակցելու համար ԵՊԲՀ Մանկաբուժական թշնամի
կլինիկական օրդինատոր Ք Սուքիասյան :

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

Բովանդակություն

Ամփոփում

Պատասխանատու համակարգող

Աշխատանքային խմբի անդամներ

Շահերի բխման հայտարարագիր և ֆինանսավորման աղբյուրներ
Նախաբան

Տեղեկատվություն որոնման և գնահատման մեթոդաբանություն

Մաս 1 Աղիների քրոնիկ բորբոքային հիվանդություն ախտորոշում :

- Խոցային կոլիտի ախտորոշում և դասակարգում
- Զստադուտերմիալ հատվածի ընդգրկում խոցային կոլիտի
ժամանակ
- Կրոնի հիվանդություն ախտորոշումը
- Չդասակարգվող աղիների բորբոքային հիվանդություն
ախտորոշումը
- Էնդոսկոպիկ և հիստոլոգիական դրսևորումներ
- Աղիների բորբոքային հիվանդություն և սեռական
ենթատեսակներ :

Մաս 2 Աղիների բորբոքային հիվանդություն կասկածով երեխաների
ախտորոշիչ հետազոտություններ

- ՈԻՉՀ
- ՄՈՏ
- Կապուլային էնդոսկոպիա
- Բալունային էնտերոսկոպիա
- Հատուկ հանգամանքներ
- Ալերգիկ իմունգարումներ

- Մանակական ինֆեկցիոն հիվանդություններ

ՄԱՍ 3 Աղիներին բորբոքային հիվանդության կասկածով երեխաների ախտորոշումը

Եզրակացություն

Հապավումներ

ԱԲՀ՝ աղիներին բորբոքային հիվանդություն

ԽԿ՝ Խոցային կոլիտ

ԿՀ՝ Կրոնի հիվանդություն

ՄԱ տրակտ՝ ստամոքսաղիքային տրակտ

ՈՍՀԴ՝ ոչ ստերոիդային հակաբորբոքային դեղորայք

ESPGHAN (European Society for pediatric gastroenterology hepatology and nutrition)՝ ԵՄԳՀՆԱ Եվրոպայի մանկական գաստրոէնտերոլոգներին,

հեպատոլոգներին և նուտրիցիոլոգներին ասոցիացիայի

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

pANCA (perinuclear neutrophil antibodies)՝ ՀՅՀ հականեյտրոֆիլային ցիտոպլազմատիկ հակամարմիններ

ԷԳԴՄ՝ Էզոֆագո-գաստրոէնտերոնուկլեոպիա

ՈԻՉՀ՝ ուլտրաապսիային հետազոտություն

ՄՌՏ՝ մզանիսա-ռեզոնանսային տոմոգրաֆիա

RG (recommendation grade)՝ խորհուրդի մակարդակ

EL (evidence level)՝ ապացուցողական մակարդակ

Նախաբան

Մանկահասակ երեխաների մոտ աղիներին բորբոքային հիվանդության (ԱԲՀ) ախտորոշումը մինչև վերջերս, թվում էր միանշանակ: Վերջինիս ենթատիպերն են՝ Կրոնի հիվանդությունը (ԿՀ), ոչ սպեցիֆիկ խոցային կոլիտը (ԽԿ) և չդիֆերենցված աղիներին բորբոքային հիվանդությունը (այս դեպքում կարելի ախտորոշել թե՛ ԿՀ, թե՛ ԽԿ): ԱԲՀ ախտորոշման համար պարտադիր է ստամոքսաղիքային տրակտի բորբոքման առկայությունը և

բորբոքման այլ պատճառների բացառումը: ԿՀ և ԽԿ տարբերակումը միմյանցի, ինչպես նաև՝ ինֆեկցիոն հիվանդություններին, ալերգիկ ախտահարումներին և իմունոդեֆիցիտային վիճակներին, որոնք ունեն միանման կլինիկական դրսևորումներ, հիմնված է լայն կլինիկական ենթադրություններով: Պետք է բացառել այդ հիվանդությունները՝ էնդոսկոպիայի, հաստ և բարակ աղու լորձաթաղանթից կատարված բիոպսիայի հիստոքիմիական պատկերի հիման վրա, ընդ որում բարակ աղու բիոպսիան ունի ավելի ցածր զգայունություն: Ըստ մանկական աղիների բորբոքային հիվանդության վերաբերյալ վերջին և ավելի լայն տվյալների՝ առանձնացվում են բոլոր 3 ենթատիպերի ատիպիկ կլինիկական ընթացք, որոնք բերում են ախտորոշման սխալներին և պահանջում են ավելի ճշգրիտ ուսումնասիրություն՝ հաշվի առնելով յուրաքանչյուր հիվանդության բազմատեսակ դրսևորումները [2-8]: Փարիզյան դասակարգումը [8] կարևոր քայլ էր մանկական աղիների բորբոքային հիվանդությունների դասակարգման և ձևակերպման համար: Ախտորոշման ձևերի առաջխաղացումը՝ կապում է լային էնդոսկոպիան, սեռոլոգիական և ֆեկալ բիոմարկերկներին մանրակրկիտ որոշումը, մեծացում է ն հիվանդության ախտորոշման և հիվանդության բնորոշման հնարավորությունները՝ փոքրացնելով երեխաների ճանաչողությունը: Նոր մեթոդները ոչ միայն բարձրացնում են լորձաթաղանթի վնասման հայտնաբերման զգայունությունը, այլև իզոլացված կոլիտի ֆենոտիպ ունեցող երեխաների հայտնաբերման հնարավորությունը, ովքեր կարող են ունենալ խաչաձևման հակում: Այսպիսով, երեխաների մոտ աղիների բորբոքային հիվանդության հստակ ախտորոշումը կախված է ոչ միայն թեստի ճիշտ ընտրությունից, այլև ստացված արդյունքների ճիշտ մեկնաբանությունից: 2005 թվականի օրիգինալ Պոնտո չափորոշիչների /կրիտերիաների/ [1] ներկայացման վերանայումը օգտագործում են, որպես գիտականորեն հիմնավորված մոտեցում:

Այն ոչ միայն հեշտացնում է երեխաների աղիների բորբոքային հիվանդության ախտորոշումը, այլև թույլ է տալիս բժշկին հիմնավորված կերպով տարբերակել ենթատիպերը: Նոր չափորոշիչները /կրիտերիաները/ ներառում են ամենավաղին հասակ հիմնավորված մոտեցումները ԱԲՀ ախտորոշման ենթատիպերը տարբերակելու համար՝ հիմնված Փարիզյան ֆենոտիպային դասակարգման վրա, և թույլ է տալիս առանց թերութային ախտորոշել հիվանդությունը, կանխատեսել հետագա դրսևորումները և մշակել ախտորոշված հիվանդների անհատական բուժման մոտեցումներ: Այս մոտեցումներին հետևելով առաջանում են դժվարություններ չդասակարգված ԱԲՀ սահմանելու և գնահատելու հարցում: ԷԳԴՍ և դիստալ կոլոնոսկոպիան լայնորեն օգտործվում են ցանկացած տեսակի ԱԲՀ նախնական գնահատման համար: Լրացուցիչ մեթոդների ընտրությունը կախված է ֆենոտիպից և էնդոսկոպիաարդյունքների վերլուծությունից: Այսպիսով, Պոռտո չափորոշիչները /կրիտերիաները/ սկսվում են ֆենոտիպերի նկարագրությամբ, բժշկի և վիրաբույժի հետազոտության ընտրությունից և տվյալների մեկնաբանման թերություններից:

Տեղեկատվության որոնման և գնահատման մեթոդաբանություն

Մույն Ուղեցույցը մշակվել է Մանկական բժշկների հայկական ասոցիացիայի մանկական գաստրոէնտերոլոգների աշխատանքային խմբի կողմից: Փաստաթղթի հիմքն է հանդիսացել Եվրոպական մանկական գաստրոէնտերոլոգների, հեպատոլոգների և նևրոլոգների միության վերանայված Պոռտո չափորոշիչները ԱԲՀ ախտորոշման համար դեռահասների շրջանում (ESPGHAN Revised Porto Criteria for the Diagnosis of Inflammatory Bowel Disease in Children and Adolescents, JPGN, Volume 58, Number 6, June 2014): Տեղեկատվության հավաքագրման մարտավարությունը ընդգրկել է բանալի բառերի օգնությամբ իրականացվող բազմաբնույթի առ

նրոնում MEDLINE, PubMed, Cochrane library, National Guideline Clearinghouse և UpToDate շտեմարաններում: Որոնման ժամանակային շրջանակն է՝ 2010 – 2017թթ.: Փաստաթղթերի նկատմամբ կիրառվել են հետևյալ տեսակավորման ցուցանիշները՝ ապացուցողական բնույթ (համակարգված ամփոփ տեսություն, պատահական բաշխմամբ վերահսկվող փորձարկում, ցանկացած խոհուրդի վերաբերյալ հստակ հղումներին առկայություն, ապացույցերի ուժի և որակի գնահատականներ և այլն), ազգային կամ համաշխարհային ամփոփումներին կարգավիճակ, անգլերեն լեզու:

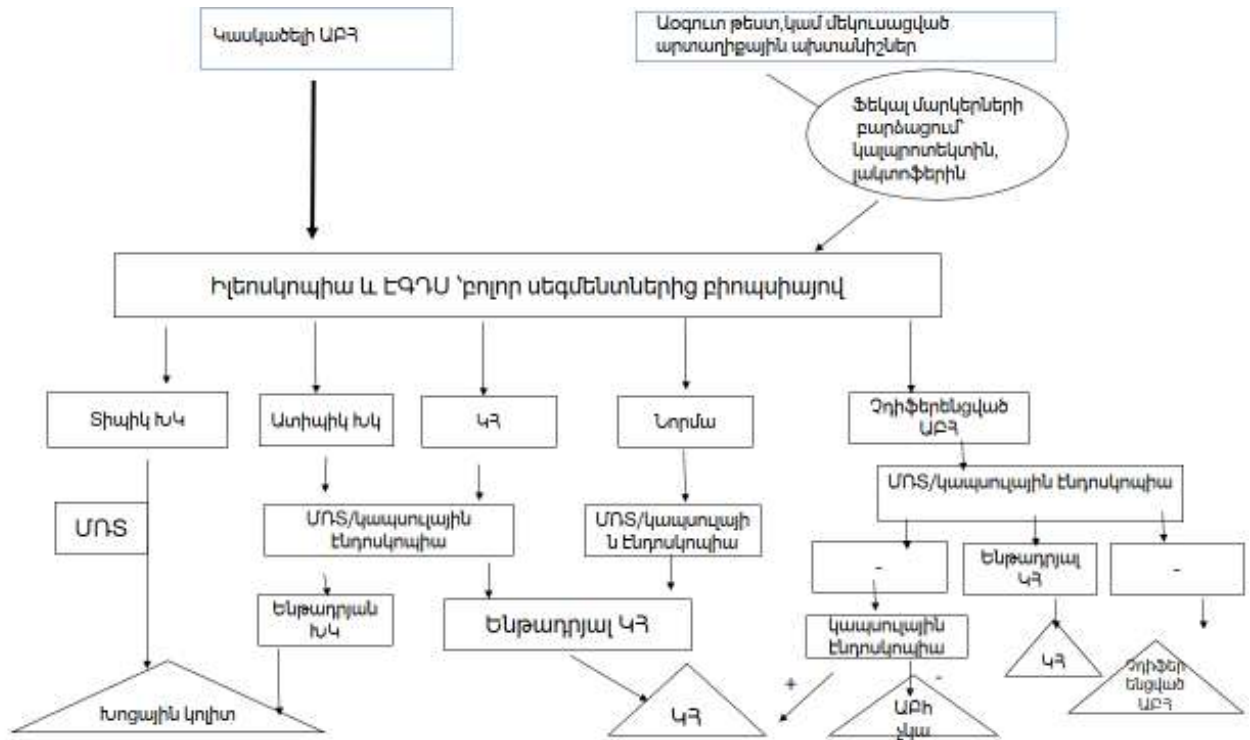
Տեղեկատվության որակը գնահատելիս և ցուցումներին ուժը որոշելիս սկզբնաղբյուրը հանդիսացող փաստաթղթում հիմք է ընդունվել Օքսֆորդի Ապացուցողական բժշկության կենտրոնի ապացույցների դասակարգման համակարգը (Oxford (UK) CEBM Levels of Evidence), (մանրամասները տես՝ Հավելված 1.):

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

Մաս 1: Աղիների քրոնիկ բորբոքային հիվանդության ախտորոշումը Խորհուրդներ

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

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



Նկար 1. ԱԲՀ քննրոշ աղիքային / արտաաղիքային պատանի շնչերով երեսայի / դեռահասի գնահատում: Ատիպիկ ԽԿ դա ԱԲՀ նոր կատեգորիա է, որում ներառված է 5 ֆենոտիպ նկարագրված աղյուսակ 1-ում, և արտացոլում է տարբերակներ, որոնք պետք է կառավարվեն իբրև ԽԿ: Ճղասակարգվող ԱԲՀ կարող են թաղրվել էնդոսկոպիկ հետազոտությունից հետո և վերջնական պատրոշվել նախնական և լիարժեք էնդոսկոպիկ գնահատումը վերջացնելուց հետո: Տարբերում են տիպիկ և ատիպիկ ԽԿ: ԿՀ՝ Կրոնի հիվանդություն: ԱԲՀ՝ աղիների բորբոքային հիվանդություն: ՄՌԵ՝ մագնիսոէզոնանսյաին էնտերոգրաֆիա: ԽԿ՝ խոցային կոլիտ:

Գործնական կետեր

1. Խոցային կոլիտի ամենակարևոր տիպիկ քննրոշումը, դա աղիների լորձաթաղանթի շարունակական բորբոքումն է, որը սկսվում է ուղիղ աղուց դիստալ, առանց ֆարակաղու ընդգրկման, քաղաքում ամբողջ տեղումն ալիլ տի, և առանց էպիթելիոզի գրանուլեմատոզի նֆիլտրացիայի: Կրիպտաների արխիտեկտոնիկայի խախտումը և տեղային կամ տարածուն քաղալլազմոցիտոզը շատ քննրոշ են ԽԿ-ին:

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

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

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

Աղիների բորբոքային հիվանդության մասին պետք է կասկածել այն հիվանդներին մոտ,ովքեր ունեն համապատասխան ախտանշաններ [10-13]: Դրանք կարող են բազմազան լինել: Արյունային դիարեան խոցային կոլիտի ամենատարածված ախտանիշն է,մինչդեռ Կրոնի հիվանդությունը դրսևորվում է անորոշ որովայնի ցավերով,լուծով, չբացատրված անեմիայով, ջերմության բարձրացումով, քաշի կորուստով, կամ աճի հապաղումով: Վերջինս հաճախ հանդիպող ախտանիշ է: Ախտանիշների դասական եռյակը՝ անորոշ ցավեր որովայնում, լուծ և քաշի կորուստ,հանդիպում են Կրոնի հիվանդությանը հիվանդների 25 % մոտ [14]: Արտաաղիքային

ախտանիշները դրսևորվում են ախտորոշված հիվանդների 6-23 % մոտ, հասկապե՛ս հաճախ՝ 6 տարեկանից մեծ երեխաների մոտ [3,12,15]: Այս ուղեցույցում արտադրային դրսևորումները ներկայացված չեն:

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

Խոցային կոլիտի ախտորոշում և դասակարգում

Խոցային կոլիտի ախտորոշումը հիմնված է կոլոնոսկոպիայի և բիոպսիայի ժամանակ հայտնաբերված տիպիկ քրոնիկ բորբոքման հայտնաբերման վրա, և կոլիտի առաջացման այլ պատճառների բացառման վրա՝ կրոնի հիվանդություն և ինֆեկցիաներ: Հակառակ կողմից չկան միմակրոսոպիկ և միկրոսկոպիկ ախտանիշ, որի վրա հիմնվելով կարելի է հստակ ախտորոշել խոցային կոլիտը, ինչպես նաև կան բազմաթիվ ատիպիկ դրսևորումներ, որոնք այդ տեսակում չեն տեղավորվում: Տիպիկ բնորոշումները և 5 ատիպիկ դրսևորումները, որոնք հանդիպում են երեխաների մոտ խոցային կոլիտի դեպքում ներկայացված են աղյուսակ 1-ում: Այս հոդվածը հիմնականում անդրադառնում է տիպիկ ֆենոտիպերին:

Խոցային կոլիտի ամենատիպիկ դրսևորումը հաստատուն լորձաթաղանթի քրոնիկ բորբոքումն է՝ ուղիղ աղու ընդրկմամբ, առանց բարակ աղիների ախտահարման և ըստ բիոպսիայի պատասխանի՝ առանց գրանուլեմատոզ բորբոքման [2, 6, 16]: Խոցային կոլիտի տիպիկ մակրոսկոպիկ պատկերին բնորոշ է՝ էրիթեման, լորձաթաղանթի խոցելիությունը, թարախային էքսուդատը և փոքր, մակերեսային խոցերը [16]: Հաստատուն բորբոքումը կարող է լինել ն՝ որոշակի հատվածներում, ն՝ կարող

Է ընդգրկել ամբողջական հաստատողին շարունակական ձևով : Ջստադու տերմինալ հատվածը կարող է ընդգրկվել պրոցեսի մեջ՝ ոչ էրոզիվ էրիթեմայի և այտուցի ձևով, եթե առկա է պանկոլիտ (այսպես կոչված «հետհոսքային իլեիտ»), սակայն մնացած այլ դեպքերում իլեոցեկալ փականը ընդգրկված չի լինում բորբոքման պրոցեսի մեջ: Կրիպտաների արխիտեկտոնիկայի խանգարումը, տեղային կամ տարածուն բազալ պլազմոցիտային ինֆիլտրացիան հանդիսանում է ԱԲՀ բնորոշ քրոնիկական բորբոքման զգայուն կանխագուշակիչ նշան, դիտվում է ԱԲՀ տառապող 70% մեծահասակների մոտ և ինֆեկցիոն կոլիտով <5%-ի մոտ [17]: Քրոնիկական բորբոքումը հաճախ ուղեկցվում է կրիպտիտերով և կրիպտաբացեսների առաջացումով: Որպես կանոն, բորբոքումը առավել արտայահայտված է հաստատողի ստալ հատվածում, սակայն, եթե առկա է հետադարձ բորբոքում (այսինքն՝ խիստ արտահայտված պրոքսիմալ հատվածում, ավելի քիչ արտահայտված՝ դիստալ հատվածում) պետք է մտածել ախտորոշման վերանայման մասին: Երբեմն խոցային կոլիտը դրսևորվում է առանց ուղիղ աղու ընդգրկման, բացառությամբ ԽԿ հազվադեպ դեպքերում երբ առկա է այսպես կոչված «ուցից աղու խնայում»՝ այսինքն միայն ուղիղ աղին ընդգրկված չէ բորբոքային պրոցեսի մեջ [5, 18]:

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

1. Ատիպիկ ընթացքի ամենալավ ասիմանումն է՝, որը հադիպում է խոցային կոլիտով երեխաների 5 - 30% մոտ [19-23]: Երեխաների շրջանում ԱԲՀ ֆենոտիպը ուսումնասիրող ամենամեծ EUROKIDS հետազոտության տվյալներով ընդգրկված 533 երեխաներից առանց ուղիղ աղու ընդգրկման խոցային կոլիտ դիտվել է 5%-ի մոտ,

նկատվել է հետադարձ կապ ԽԿ այսպիսի ֆենոտիպի և պացիենտի տարիքի միջև: Ըստ Փարիզյան դասակարգման խոցային կոլիտը առանց ուղիղ աղու ախտահարման, դրսևորում է առանց մակրոսկոպիկ վնասման, բայց առկա է լինում միկրոսկոպիկ ախտահարում (ֆոկալ) [8]:

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

Աղյուսակ 1: Մանկաբուժական խոցային կոլիտի ֆենոտիպերը

Դրսևորումն է	Մակրոսկոպիկ պատկեր	Միկրոսկոպիկ պատկեր
Տիպիկ	Բոլոր հատվածներին ընդրկում ուղիղ աղուց սկսած	Արխիտեկտոնիկայի խախտում, բազալ լիմֆոպլազմոցիտոզ, առավելապես արտահայտված դիստալ հատվածներում, ոչ գրանուլեմատոզ

<p>Ատի պի կ Առանց ուղիղ աղու ընգրկման</p>	<p>Ինտակտ ուղիղ աղիկամ ռեկտոսիգմոսիդալ հատված</p>	<p>Տիպիկինման, հատկապես ախտահարվում է ինտակտ հատվածից վեր ընկած մասը</p>
<p>Կարճ տևողությամբ</p>	<p>Շարունակական աղու ախտահարում, երբեմն առանց ուղիղ աղու ընգրկման</p>	<p>Բիոպսիայով արդեալինեկտոսի ախտահարում, առանց բրնձիկ բորբոքման և արխիտեկտոսիկայի խախտման պատկերի, մնացածը լինում է նույնը: Սովորաբար հանդիպում է փոքր երեխաների մոտ, ախտանիշները կարճատևությամբ դեպքում</p>
<p>Կույր աղու ընգրկում</p>	<p>Ձախկողմի ախտահարում գուգակցված կույր աղու բորբոքման հետ, 2 հատվածներում իջն ընկած հատվածները ինտակտ են</p>	<p>Տիպիկ պատկեր, կույր աղու մոչսեպիֆիկ բորբոքում</p>
<p>ՄԱ տրակտի վերին հատվածները ընգրկում</p>	<p>Ստամոքսի էրոզիաներ, խոցեր, ոչ զծային, ոչ ալիքաձև:</p>	<p>Տեղային կամ դիֆուզ ախտահարում, բաց ոչ գրանուլեմատոզ</p>
<p>Սուր, ծանր կուլիտ</p>	<p>Բուր հատվածներ ուղիղ աղուց սկսած</p>	<p>Կարող է լինել պատի տրանսմուրալ ախտահարում, խոքեր, մնացածը նման տիպիկ պատկերին: Լիմֆոհիդազրեգատները բացակայում են, V-աձև խոցեր</p>

3. Հաջորդատիպիկ ընթացքը դաձախակողմյան կուլիտն է գուգակցված կույր աղու ընգրկման հետ: Սովորաբար ընգրկվում է ուղիղ աղու ելունի և կույր աղու շրջակա հատվածը: Այն հանդիպում է խոցային կուլիտով երեխաների 2% մոտ [5]:

4. Ստամոքսաղիքային համակարգի վերին հատվածները ախտահարումը երկար ժամանակ համարվում էր բնորոշ Կրոնի

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

5. Երեխաները, որոնց մոտ սուր, ծանր ընթացքով խոցային կոլիտ է, կարող են ունենալ նշաններ, որոնք սովորաբար հատկանշական են Կրոնի հիվանդությունը, օրինակ՝ պատի տրանսմուրալ ախտահարում, խորը խոցերի առաջացումը, որոնք այս դեպքերում արտացոլում է հիվանդություն ծանրություն աստիճանը, այլ ոչ թե հիվանդություն տեսակը: Հիստոլոգիական պատկերի առանձնահատկությունները, խոցերի ձևը (V-ձև, ճաքերով) կամ լիֆոնիզացիայի բացակայությունը առավել բնորոշ են խոցային կոլիտին, և բնորոշ չեն Կրոնի հիվանդությունը [16]: Այսինքն, դեքերում ախտորոշումը հաստատելուց պետք է հաշվի առնել կլինիկան, հիստոլոգիական քննություն, էնդոսկոպիայի և սեռոլոգիական քննություն արդյունքները միասին: Ոչ հստակ ախտորոշման դեպքում պետք է դրվի չդասակարգվող ադիների բորբոքային հիվանդություն ախտորոշումը, մինչև ժամանակի ընթացքում ի հայտ կգան ԽԿ կամ ԿՀ առավել բնորոշ ախտանիշներ (Աղյուսակ 3):

Աղյուսակ 2: Չբուժված Կրոնի հիվանդությունը ամբերեխաների մոտ մակրո- և միկրոսկոպիկ պատկեր:

<p>Տիպիկ մակրոսկոպիկ պատկեր: Լորձաթաղանթի աֆթոզ խոցեր, զծային կամ ալիքաձև խոցեր</p> <p>Ստենոզ/ստրիկտուրա, նեղացումից վերլայնացում</p> <p>Ներվիրահատական և էնդոսկոպիաների ժամանակ - հաստացած պատեր, սահմանային նեղացումներով</p> <p>Հարհետանցքային ախտահարումներ - խոլոլակ, արագես, ստենոզ, խոցոտում, հարակից մաշկի ախտահարում</p> <p>Թռիչքաձև ախտահարում</p> <p>Աղիճաղու և զստաղու ախտահարում</p> <p>Ոչ սպեցիֆիկ մակրոսկոպիկ ախտահարում: Այտուց Էրիթեմա Փխրունություն Հատիկավորություն</p> <p>Էքսուդատ Անոթային պատկերի կորուստ Իզոլացված աֆթոզ խոցեր Հարհետանցքային ախտահարումներ - միջային անալ ճաքեր, մաշկի փոքրիկ ազատեզր</p>	<p>Տիպիկ միկրոսկոպիկ պատկեր: Գրանուլեմատոզ բորբոքում - պետք է լինի պատռված կրիպտաներից հեռու Տեղային բորբոքում, սրանսմուրալ ախտահարում, ենթալորձային ֆիբրոզ:</p> <p>Ոչ սպեցիֆիկ միկրոսկոպիկ ախտահարում: Գրանուլեմա, որը տեղակայված է կրիպտաների պատռվածքի կողքին:</p> <p>Թեթև արտահայտված բորբոքային ինֆիլտրատս և փական թիթեղի վրա:</p> <p>Լորձաթաղանթի խոցոտում, էրոզիաներ քրոնիզացիային շաններ</p>
---	---

Աղյուսակ 3: Չբուժված կոլիտոզի երեխաների ախտորոշման առանձնահատկությունները:

Խոցային կոլիտի ախտորոշման հավանականություններ	Դրսնորումները	Համապատասխան ախտորոշումը
<p>Դաս 1: բացակայում է</p>	<p>Ձևավորված գրանուլեմաներ ՄԱ տրակտի բոլոր հատվածներում, կրիպտաների պատռվածքներից հեռու Խորը խոցեր, ամբողջ ՄԱ տրակտում ստենոզների առաջացում Խուղակներ (ներքին և հարհետանցքային) Առանց կոլոյրադիտախտի արման գոտադրություն Աղիճադուր և գոտադուր կանթի հաստացում կամ բորբոքման այլ նշաններ (մեկից ավելի ցրված էրոզիաներ), որոնք համապատասխան չեն հետադարձիվ տիին Մակրոսկոպիկ և միկրոսկոպիկ թռիչքանձ ախտախոչում (բացառությամբ ուղիղ աղու խնայումը և կոլոյրադիտախտի արման առանց գոտադրության ախտախոչում) Հարհետանցքային հատվածի տարատեսակ ախտախոչումներ</p>	<p>Ախտորոշումը Կրոնի հիվանդությունն է</p>
<p>Դաս 2: հազվադեպ խոցային կոլիտ (<5%)</p>	<p>Մակրոսկոպիկ և միկրոսկոպիկ ինտակտ ուղիղ աղի, խոցային կոլիտի այլ նշանների առկայություն Աճի հասպադում, որը չունի այլ բացառություններ Տրանսմուրալ բորբոքում, առանց սուր կոլիտի, խոցային կոլիտի այլ դրսնորումներ առկայության հետզուգահեռ 12 մատնյա աղու և կերակրափոդի խոցեր, որոնց առաջացման այլ պատճառները ժխտված են (H.pylori, ՌՍՀԴ, գելակիա) Բազալ և ստամոքսի խոցեր, որոնք</p>	<p>Ախտորոշվում է չդասակարգված աղիներին բորբոքային հիվանդություն, եթե ի վերջո 1 դասի 2 ախտանիշներ կատարվեն</p>

	<p>չ ու ն ե ն առ աջ աց մ ան այ ւ ք աց ատր ու թ յ ու ն (H.pylori, ՈՍՀ Դ) Դր ակ ան Հ Շ Հ , ք աց սս ակ ան Հ Յ Հ Եր ք պո ք ք ս ի մ ալ հ ատվ ած ու մ ք ո ք ք ո ք ու մ ն ալ ե լ ի ար տահ այ տվ ած է , ք ան դ ի ս տայ հ ատվ ած ու մ</p>	
<p>Դաս 3: Ան ս ո վ ո ք</p>	<p>Ստ ամ ո ք ս ի ն 12 մ ատն յ ա աղ ու ի ի ս տ խ ո ց ո տ ու մ , ո ք ը չ ի ք ք աց ատր վ ու մ այ ւ պ ատճ առ ն ե ր ո վ (H.pylori , ց ե լ ի ակ ի ա) Տ ե դ այ ի ն ք ր ո ն ի կ դ ու ո դ ե ն ի տ, կ ամ ք ազ մ աձ ն խ ո ց ո տ ու մ ն ե ր , ե ր ք այ ւ պ ատճ առ ե ր ը ժ խ տվ ու մ ե ն >1 ք ի ո պ ս ի այ ո վ հ այ տն աք ե ր վ ած տե դ այ ի ն ակ տի վ կ ո լ ի տի պ ատկ ե ր Դ ի ար ե ա, առ ան ց ար յ ան պ ար ու ն ակ ու թ յ ան Հ սս տ աղ ու կ ամ Մ Ա վ ե ր ի ն հ ատվ ած ի աֆ թ ո ց խ ո ց ո տ ու մ ,</p>	<p>Ա խ տո ք ո շ վ ու մ է չ դ սս ակ ար գ վ ած աղ ի ն ե ր ի ք ո ք ք ո ք այ ի ն հ ի վ ան դ ու յ թ յ ու ն , ե թ ե ի վ ե ր ջ ո հ այ տն աք ե ր վ ու մ ե ն 2-3 դ ր ս ն ո ք ու մ</p>

Ջ ս տաղ ու տե ր մ ի ն ալ հ ատվ ած ի ը ն դ գ ր կ ու մ ը խ ո ց այ ի ն կ ո լ ի տի ժ ա մ ան ակ :

Պ ան կ ո լ ի տ ու ն ե ց ո դ խ ո ց այ ի ն կ ո լ ի տ ո վ հ ի վ ան դ ն ե ր ի 6-20% մ ո տ հ ան դ ի պ ու մ է զ ս տաղ ու ո չ ս տե ն ո գ աց վ ած կ ար ճ ս ե գ մ ե ն տի ա խ ս տահ ար ու մ թ ե թ ն ար տահ այ տվ ած մ ակ ր ո ս կ ո պ ի կ ի լ ե ի տի պ ատկ ե ր ո վ , առ ան ց գ ր ան ու լ ե մ ան ե ր ի , ո ք ը կ ար ո դ է հ ան դ ի պ ե լ ն ան ե ր ե խ ան ե ր ի մ ո տ [27-30]: Հ ե տաղ ար ձ ի լ ե ի տի դ ե պ ք ու մ ամ ե ն ատ ար ած վ ած հ ի ս տ ո լ ո գ ի ակ ակ ան պ ատկ ե ր ը ն ե ր առ ու մ է ` ն ե յ տր ո ֆ ի լ այ ի ն կ ր ի պ տի տը ` առ ան ց մ ակ ե ր ե ս այ ի ն խ ո ց ո տ մ ան , մ ակ ե ր ե ս այ ի ն փ ո ք ր խ ո ց ե ր , թ ե թ ն ար տահ այ տվ ած թ ա վ ի կ ն ե ր ի ատր ո ֆ ի ա, ս ե փ ակ ան թ ի թ ե դ ի լ ի մ ֆ ո ց ի տայ ի ն ի ն ֆ ի լ տր աց ի ա , ո ք ը կ ար ո դ ե ն հ ան դ ի պ ե լ հ ի վ ան դ ն ե ր ի 1/3 ի մ ո տ [29, 30]:

Կ ր ո ն ի հ ի վ ան դ ու թ յ ան ա խ տո ք ո շ ու մ ը

Եր ե խ ան ե ր ի շ ր ջ ան ու մ Կ ր ո ն ի հ ի վ ան դ ու թ յ ան տի պ ի կ դ ր ս ն ո ք ու մ ն ե ր ը ամ ք ո դ ջ ու թ յ ամ ք ն ե ր առ վ ած ե ն Փ ար ի գ յ ան դ սս ակ ար գ մ ան մ ե ջ (Ա դ յ ու ս ակ 2) [8]: Կ ր ո ն ի հ ի վ ան դ ու թ յ ան ը ք ն ո ք ո շ է ո չ շ ար ու ն ակ ակ ան աֆ թ ան ե ր ը և գ ծ այ ի ն խ ո ց ո տ ու մ ն ե ր , ո ք ո ն ք առ ալ ե լ ապ ե ս ար տահ այ տվ ած ե ն լ ի ն ու մ զ ս տաղ ու մ և հ սս տ

աղիքում, չնայած Կրոնի հիվանդության ժամանակ գործընթացի մեջ կարող է ներգրավված լինել և ստանքսաղիքային տրակտի ցանակացած բաժին: Երբեմն Կրոնի հիվանդության մանիֆեստացիան լինում է արտասաղիքային ախտանիշներով, այս դեպքում և ստանքսաղիքային տրակտի որևէ հիվանդություն ախտորոշելու համար անհրաժեշտ են հստակ ապացույցներ: Հիվանդության հիստոլոգիական պատկերը սովորաբար բնորոշվում է տեղային բորբոքմամբ՝ գրանուլեմաներով կամ առանց դրանց (Աղյուսակ 2): Գրանուլեմաների առկայությունը Կրոնի հիվանդության ախտորոշման համար ունի որոշիչ նշանակություն [31]:

Հիվանդության ախտորոշումը բարդանում է ինֆանտիլ աղիների բորբոքային հիվանդության (0-2 տարեկան) [8] և հաստաղիքային ախտանիշների գերակշռման դեպքում, որոնց դեպքում կարող է սխալմամբ ախտորոշվել խոցային կոլիտն չդասակարգվող աղիների բորբոքային հիվանդություն: Կրոնի հիվանդության հազվադեպ հանդիպող ֆենոտիպային դրսևորումները կարող են բավարարել լինել ախտորոշման համար, այսպիսի դեպքեր հանդիպում են <5% դեպքերում: Հետազոտելով տարբեր ֆենոտիպային դրսևորումներով աղիների բորբոքային հիվանդության 416 շոտլանդացի երեխաների և 1296 մեծահասակների՝ Վան Լիմբերգենը [2] եկավ այն եզրակացության, որ նրանցից 5% կյանքի առաջին տարիներին կարող են նենեալ բերանային և հարհետանցքային, կամ մեկուսացված հարբերանային, մեկուսացված հարհետանցքային կրոնի հիվանդության դրսևորումներ, առանց ստանքսաղիքային տրակտի այլ մասերի բնորոշ ախտահարման, ևակայնայս երեխաներից 70% մոտ >4 տարեկանից հետո զարգանալու է հիվանդության բնորոշ կլինիկական պատկերը: Բերանաղիմային գրանուլեմատոզ բնութագրվում է բերանի խոռոչի գրանուլեմատոզ ախտահարումով, ևակայն առանց՝ Կրոնի հիվանդության համար տիպիկ և ստանքսաղիքային այլ հատվածներ ախտահարման: Վերոնշյալին հակառակ, աղիների ախտահարումով Կրոնի

հիվանդությունը հիվանդները, կարող են ունենալ նաև բերանի խոռոչի ախտահարում, որը նկարագրվում է, որպես Կրոնի հիվանդության բերանային դրսևոնոնում [29]: Երեխաների մոտ բերանադիմային գրանուլեմատոզը հաճախ հանդիպում է սելտիկներին պոպուլյացիայում [2, 32], որը սովորաբար արագ վերափոխվում է Կրոնի հիվանդության դասակարգման կլինիկայի և բերանի ախտահարումները հիվանդության զարգացման հետնահանջում են [32]: Մեծահասակներին մոտ հազվադեպ է, որ բերանադիմային գրանուլեմատոզը հետագայում վերափոխվում է դասակարգման Կրոնի հիվանդության [33]: Իզոլացված հարհետանցքային ախտահարումները, որտեղ բինոպսիայով հայտնաբերվում է գրանուլեմատոզ ախտահարումներ կարող են լինել և դանդաղ, և արագ զարգացող Կրոնի հիվանդության դրսևոնոնում: Հյուսիսային Ամերիկայում Կրոնի հիվանդության ամբողջական բերանային 10% ախտորոշման սկզբում ունենում են հարհետանցքային հատվածի ախտահարում՝ խոլոակի և/կամ արագ քաղցր ձևով [34]: Գենիտալ հատվածի մաշկից կատարված բինոպսիայով՝ լիմֆատիկայտուցը գրանուլեմատոզ ախտահարման հետ համակցված, կարող է հանդիսանալ Կրոնի հիվանդության [35] մետաստատիկ ախտահարման տարատեսակ և կարող է հանդիպել Կրոնի հիվանդության բերանային 1.5% մոտ: Արտաադիքային դրսևոնոնները դիտվել են EUROKIDS ռեգիստրի 1178 դեպքերից 20 %-ի մոտ [36]:

Կրոնի, խոցային կոլիտի և չդասակարգվող բորբոքային հիվանդությունների տարբերակիչ ախտորոշման կորևոր կետերը նշված են աղյուսակ 2-ում և 3-ում: Որոշիչ դրսևոնոնները ներառում են՝ ադիների թոքիչքաձև ախտահարումը, հստակ ձևավորված ոչ կազեոզ գրանուլեմաները, վերջիններիցս հեռու տեղակայված պատռված կրիպտաները, մակրոսկոպիկ ադիների վերին հատվածների ախտահարումը, ալիքաձև խոցերը, սալահատակի պատկերը [1], ադիների ստենոզ/ստրիկտուրաները (ռադիոլոգիական կամ

վիաբանության), աղիքի պատի հաստացումը, գուտադում գծային խոցոտումը ինտակտ կույր աղու պայմաններում:

Ստամբուսաղիքային տրակտի բիոպսիայով ստացված էպիթելոիդ գրանուլեմատոզի և մակրոսկոպիկ՝ Կրոնի հիվանդության դրսևորումներին ման, սակայն ոչ ախտոշիչ պատկերի առկայության դեպքում մեծ հավանականություն է ախտորոշվում է Կրոնի հիվանդություն, և միկրոսկոպիկ փոփոխությունները կարող են որոշել Կրոնի հիվանդության տեղակայումը [2]: Կրոնի հիվանդության ժամանակ գրանուլեմատոզ կոլիտը ավելի հաճախ հանդիպում է երեխաների մոտ [37]: Այս դեպքերում այն ունի հակում հետզարգացման, և ուշ շրջանում կատարված վիրաբույժական միջամտություններին ժամանակ վերցված բիոպսատներում կարող են նույնիսկ բացակայել: Գրանուլեմայի առկայությունը 12 մասնյատաղու թավիկներին ասորֆիայի ուղեկցվող Կրոնի հիվանդության ժամանակ օգնում է հաստատել ԿՀ ախտորոշումը. իսկ գրանուլեմայի բացակայությունը օգնում է տարբերակել օրինակ, 12 մասնյատաղու խոցոտումով ընթացող ցելիակիան ԿՀ-նից:

Չդասակարգվող աղիների բորբոքային հիվանդության ախտորոշումը:

Տիպիկ չդասակարգվող աղիների բորբոքային հիվանդությունը բնորոշվում է տարբեր ախտանիշներով: Հիմնականում ախտահարում է հաստաղին, և առաջանում են դժվարություններ խոցային կոլիտի և Կրոնի հիվանդության տարբերակիչ ախտորոշման մեջ, նույնիսկ մանրամասն քննության դեպքում [38]: Որոշ ֆենոտիպային դրսևորումները սխալմամբ նկարագրվում են, որպես խոցային կոլիտ կամ Կրոնի հիվանդություն, միայն այն պատճառով, որ հիվանդներին կարճատև են հետևում: Որպես հետևանք առաջանում է չդասակարգման թերություններ: Մանկաբույժական պրակտիկայում իլեոանալ բերանակցումներին վիրահատություն տարած 125 երեխաներից 17-ի մոտ (14%), ովքեր մինչև վիրահատություն ախտորոշվել էին, որպես

խոցայի նկուղիտ, 5 տարի հսկելուց հետո վերագնահատվել են, որպես Կրոնի հիվանդություն [39]:

Աղյուսակ 3-ում ներկայացված են Կրոնի հիվանդության, խոցայի նկուղիտի համար տիպիկ և ատիպիկ դրսևորումները կամ թեստերը, որոնք դեռ օգտագործվում են այս հիվանդությունների ախտորոշման համար, ներկայացված են նաև չդասակարգվող աղիների բորբոքային հիվանդության մասին վկայող դրսևորումները (Աղյուսակներ 1-3): Չկա քաղցրահամ կանոն, թե որ դրսևորում է հստակ վկայում չդասակարգված բորբոքային հիվանդության մասին: Հինգ տարեկանից ցածր (<5) երեխաների շրջանում, որոնք ունեն մեկուսացված կուլիտ, պետք է զգուշանալ վերաբերվել ԽԿ վերջնական ախտորոշման, քանի որ անից կուլիտով կրծքահասակ երեխաների շրջանում չդասակարգվող կուլիտի ախտորոշման չափանիշների շեմը պետք է ավելի ցածր լինի, քան դեռահասների մոտ: Խոցայի նկուղիտի դեպքում հազվադեպ է հանդիպում հասակի ավելացման արագության հապաղումը ստատիստիկ և պատվելիք միջին ցուցանիշներից <2 SDS: ԽԿ-ով ուսումնասիրված 205 երեխաների շրջանում (2-18 տարեկան), միջին շրջանի չափանիշները եղել է -0.1 ± 1.1 (այսինքն, նորմալ Գաուսյան բաշխում), միայն 8 երեխա ունեցել են շրջանի չափանիշը <2 SDS (4%), նորմալ կորագծից մի փոքր վեր (D. Turner և A.M. Griffiths չտպագրված տվյալներ): Այս տվյալները համեմատելի են երեխաների շրջանում հետագործությունների տպագրված տվյալների հետ [8]: Չնայած ատիպիկ է, բաց ռչ արյունային լուծը կարող է դիտվել խոցայի նկուղիտով երեխաների և մեծահասակների 5-15% մոտ [8, 40, 41]: Խոցայի նկուղիտով մեծահասակ հիվանդների մոտ, ովքեր ունեն ռչ արյունային լուծ, հետագայում ախտորոշումը կարող է վերափոխվել Կրոնի հիվանդության (40% ռչ արյունային լուծով հիվանդների մոտ հետագայում ախտորոշումը փոխվել է ԽԿ-ից ԿՀ, 4%-ի շրջանում մնացել է ԽԿ $P < 0.01$) [40]:

Էնդոսկոպիկ և հիստոլոգիական դրսևորումներ

Աֆթոզ խոցոտումները տիպիկ են Կրոնի հիվանդության համար, և ավելի հազվադեպ են հանդիսանում խոցային կոլիտի դեպքում, այնուամենայնիվ խորը ավիքաձև խոցերը, սակայն աստակի պատկերը շատ բնորոշ են Կրոնի հիվանդությանը [42]: Ցատկաձև ախտահարումը բնորոշ է խոցային կոլիտին, սակայն տեղային ախտահարումը կամ բիոպսիայով քրոնիկ բորբոքման բացակայությամբ կարող է դիտվել խոցային կոլիտով փոքր հասակի երեխաների մոտ կամ բուժման ընթացքում [21, 22]: Հիստոլոգիական քննությամբ բորբոքային և ինտակտ հատվածների հաջորդումը բացառում է խոցային կոլիտ ախտորոշումը, բացառությամբ այն դեպքերի, երբ առավել ապեա ախտահարում է հաստաղու ձախկեւը՝ կոլոյրաղու ընդգրկմամբ [18-21]:

Ինչպես նշվեց վերևում, ինտակտ ուղիղ աղին կարող է հանդիպել խոցային կոլիտի դեպքում: Որոշ հիվանդներ, ովքեր հիստոլոգիական պատկերով ունեն ինտակտ ուղիղ աղիք՝ միկրոսկոպիկ խնայում, ենթադրվում է, որ ունեն Կրոնի հիվանդություն, և դեպքերի որոշ մասում նախնական ախտորոշումը տարիներ անց վերափոխվում է Կրոնի հիվանդությամբ [19], և միկրոսկոպիկ խնայումը հանդիսանում է ԽԿ ախտորոշումով ԿՀ վերափոխման կանխագուշակիչ ցուցանիշ [43]: Խոցային կոլիտի ժամանակ հետհոսքային իլեիտի հանդիպումը ուղիղ կապի մեջ է գտնվում հաստաղու աջ կեւի ախտահարման հետ [28, 29], սակայն եթե առկա է գոտաղու արտահայտված ախտահարում՝ հաստաղու ախտահարման միջին աստիճանի արտահայտվածությամբ դեպքում, ապա խոցային կոլիտ ախտորոշումը դառնում է վիճելի [28]: Յամանման ձևով, երբ իլեիտը գուցակցվում է ինտակտ կոլոյրաղու հետ, կամ առկա է գոտաղու ճեղքաձև խոցեր, ապա վստահաբար հիվանդն ունի Կրոնի հիվանդություն [30]: Ստամոքսաղիքային ուղու վերին հատվածների կամ բարակ աղիների փոքր, մակերեսային խոցերը չեն

բացառում խոցային կոլիտ ախտորոշումը, քանի որ նմանատիպ ախտահարումներ կարող են հանդիպել որոշ առողջ անձանց մոտ, ինչպես նաև խոցային կոլիտի դեպքում դիտվում է ստամոքսաղիքային ուղու վերին հատվածի և քրակաղիներին թեթևադասակարգի տված ախտահարումներ:

Կատարված բազմաթիվ բինոպսիաներով տեղային ակտիվ կոլիտի առկայությունը (հաստաղու պատին նեյտրոֆիլային ինֆիլտրացիա), չի համապատասխանում չբուժված խոցային կոլիտ ախտորոշմանը: Կատարված հետազոտությունները ցույց են տվել, որ ախտորոշմամբ 29 երեխաներից 8-ի մոտ (28%) հետագայում ախտորոշվել է Կրոնի հիվանդությունը, միայն մեկի մոտ (3%) խոցային կոլիտ [44]: Մեկուսացված բինոպսիաներով հաստաղու տեղային բորբոքման հայտնաբերումը նկատվում է նոր ախտորոշված, կարճատև ընթացքով ԽԿ-ով հիվանդներին շրջանում [18], նրանց մոտ ժամանակի ընթացքում խոցային կոլիտ ախտորոշումը չի փոխվում:

Աղիներին բորբոքային հիվանդության սեռոլոգիան և ենթատեսակները:

Չկան այնպիսի սեռոլոգիական թեստեր, որոնք կարող են ժխտել խոցային կոլիտ ախտորոշումը, դրա պատճառը այն է, որ ներկայումս առկա բոլոր սեռոլոգիական թեստերը հավաստի չեն: Կրոնի հիվանդության բնորոշ հակամարմինների առկայությունը ([ZCC]+/ZS-) չի ժխտում խոցային կոլիտ ախտորոշում, որոշ դեպքերում հակամարմինները հանդիպում են նաև խոցային կոլիտի դեպքում: ZCC ավելի հաճախ հանդիպում են Կրոնի հիվանդության ժամանակ (50-70%), քան խոցային կոլիտի (10-15%) և առողջ ստուգիչ խմբի մոտ (<5%) [45, 46]: Այս հակամարմինների տիրույթը քրակաղիներում է տարիքի հետ [47], հակամարմիններին առկայությունը վկայում է ԿՀ հետագա ծանր ընթացքի մասին [48, 49]: ZCC դրական առկայությունը մեկուսացված կոլիտի համար բնորոշ չէ: ZS ավելի բնորոշ է խոցային կոլիտին (60-70%), քան Կրոնի

հիվանդությունը (20-25%) [50]: Մեկուսացված կոլիտով հիվանդների մոտ $Z\bar{C}Z + /Z\bar{S}Z$ հակամարմինների առկայությունը ախտորոշմանը չի օգնում, 20 հիվանդներ, ովքեր ունեն $Z\bar{C}Z + /Z\bar{S}Z$ հակամարմինները՝ 4 հիվանդների մոտ հետագայում ախտորոշվեց Կրոնի հիվանդություն, 7 –ի մոտ՝ խոցային կոլիտ [50]: Աղիների բորբոքային հիվանդություն ախտորոշմամբ հիվանդների հետագա հսկողություն ժամանակ Joossens –ի [51] կոդմից պարզվեց, որ 26 հիվանդներ, ովքեր ունեցել են դրական $Z\bar{C}Z + /Z\bar{S}Z$ հակամարմիններ ախտորոշման սկզբում, ավելի ուշ 8 հոգու մոտ ախտորոշվել է Կրոնի հիվանդություն, 2 հոգու մոտ՝ խոցային կոլիտ: Տարբերակիչ ախտորոշման համար սեռոլոգիական թեստերը օգտակար չեն: Չոսակարգված աղիների բորբոքային հիվանդությամբ հիվանդների մեծամասնության մոտ հակամարմիններ չեն հայտնաբերվում, բացայատվյալները ախտորոշմանը չեն օգնում [49]: Նորագույն սեռոլոգիական մարկերները, ինչպիսիք են՝ *Pseudomonas fluorescens*-2 արքի դեմ հակամարմինները [anti-I2], *E.Coli* թաղանթային սպիտակուց C-ի դեմ, *Bacteroides caccae* թաղանթային սպիտակուցի դեմ հակամարմիններ [anti-OmpC], հակաֆլագելին հակամարմիններ [anti-OmpW], կարող են նույնիսկ հայտնաբերվել այն երեխաների մոտ, ովքեր ունեն բացասական այլ սեռոլոգիական թեստեր [47,52–54], սակայն այս բոլոր ցուցիչները սպեցիֆիկ չեն և կարող են հանդիպել նաև այլ հիվանդությունների դեպքում:

Մաս 2: Աղիների բորբոքային հիվանդության կասկածով երեխաների ախտորոշիչ հետազոտություններ

Այս հատվածը նվիրված է ախտորոշման մեթոդներին, որոնք կատարվում են աղիների բորբոքային հիվանդության կասկածով երեխաներին: Առաջարկություններն ու գործնական կետերը ուղղված են ախտորոշման գործընթացի հեշտացմանը, հիվանդության տեղակայման, արտահայտվածությունը և պրոցեսի տարածվածությունն որոշմանը, ինչպես նաև հիվանդության բարդություններին

կան խաստեւմանը: Ախտորոշման մեթոդները ընտրությունը՝ վարման և հետագա հսկողությունը համար, այս ուղեցույցի սահմաններին դուրս է:

Խորհուրդներ

ԱԲՀ կասակծով երեխաների մոտ պետք է ժխտել աղիքային ինֆեկցիան նախքան էնդոսկոպիկ հետազոտությունը, միկրոբիոլոգիական քննությունը ամբողջությամբ կատարել ինֆեկցիաների առկայությունը՝ հատկապես **Clostridium difficile** առկայությունը [EL2, RGC]:

Գործնական կետեր

1. Անսովոր ինֆեկցիոն ազենտներ և նախակենդանիներ կարող էլինել էնդեմիկ վայրերում կամ ճանապարհորդություններից հետո:
2. Ինֆեկցիոն ազենտների հայտնաբերման համար օգտագործվում է կղանքը: Երեխաների մոտ անհրաժեշտ է ժխտել *Salmonella*, *Shigella*, *Yersinia*, *Campylobacter*, *Clostridium difficile* առկայությունը: Աղիքային վիրուսների սկրինինգը հազվադեպ է օգտակար: *Giardia lamblia* նախակենդանիների հայտնաբերման թեստերը պետք է արվեն էնդեմիկ գոտիներում և բարձր ռիսկի պոպուլյացիաներում:
3. Պաթոգեն միկրոօրգանիզմի հայտնաբերումը չի ժխտում աղիները բորբոքային հիվանդությունների առկայությունը, քանի որ հիվանդությունը սրացման առաջին էպիզոդը կարող է հրահրվել աղիքային ինֆեկցիաներով:

Խորհուրդներ

Մկզբնական արյան քննությունը պետք է ներառի բորբոքային մարկերները, տրանսամինազները, ալբումինը և գամմագլոբուլին տրանսպեպտիդազան /ԳԳՏ/: Կղանքային կալպրոտեկտինը աղիներում բորբոքաման առկայությունն հայտնաբերման ամենակարևոր ցուցիչն է (EL2, RGC):

Գործնական կետեր

1. Արյան նորմալ պատկերը չի փացառում հիվանդության առկայությունը:
2. Ալբումինի ցածր մակարդակը կարող է հայտնաբերվել սպիտակուց կորցնող էստերոպաթիաների ժամանակ, և սովորաբար արտացոլում է հիվանդության արտահայտվածության ստիճանը, և ոչ միայն սնուցման մակարդակը:
3. Կղանքային բորբոքային մարկերները (կալպրոտեկտինը կամ լատկոֆերինը) կործաթաղանթի բորբոքման խիստ զգայուն ցուցանիշներ են, սակայն աղիների բորբոքային հիվանդությանը սպեցիֆիկ չեն: Կղանքային կալպրոտեկտինը ավելի սպեցիֆիկ ցուցանիշ է աղիների բորբոքային հիվանդության ախտորոշման համար, քան արյան բորբոքային մարկերները, օրինակ՝ ՅՌՄ, ԷՆԱ: Եվ՝ ֆարակ, և՛ հաստ աղիներում բորբոքման առկայությունն դեպքում քիչ հավանական է կալպրոտեկտինի նորմալ ցուցանիշներին առկայությունը:
4. Չնայած սեռական թեստերը ինֆորմատիվ չեն, որոշատիպիկ դեպքերում դրական հակամարմինները կարող են հավանական դարձնել աղիների բորբոքային հիվանդությունն ախտորոշումը: Ինչպես նաև դրական սեռական թեստերը կարող են օգնել ճիշտ ժամանակին չդասակարգված աղիների բորբոքային հիվանդությունը տարբերակել կամ Կրոնի հիվանդության, կամ խոցային կոլիտի:

5. Լրացուցիչ թեստեր կարող են անհրաժեշտ լինել արտաադիքային դրսևորումների առկայության կամ կասկածի ժամանակ, ինչպիսիք են, օրինակ՝ ուվեիտը, պանկրեատիտը, արթրիտը կամ սկլերոզացնող խլանագիտը:

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

Կղանքում ֆորֆոքային մարկերներն են՝ կղանքային կալպրոտեկտինը (ԿԿ), լակտոֆերինը, S 100 A12 և լիսոզիմը: Մանկական տարիքում առկա են սվյալներ վերաբերվող ԿԿ-ին և լակտոֆերինին: Վերջինը ֆարձր զգայունությունամբ հայտնաբերվում են ադիների լորձաթաղանթում ֆորֆոքման առկայության դեպքում [56, 57]: Ըստ պրոսպեկտիվ հետզոտությունների՝ Կրոնի հիվանդությամբ 65 հիվանդների 95% մոտեղել է ֆարձր կալպրոտեկտին, ընդ որում նրանց 86% ունեցել են ֆարձր ՅՌՄ, 84%՝ ֆարձր ԷՆԱ [58]: Վերոնշյալ 3 մարկերներից ցանկացած երկուսի առկայությունը ունի ֆարձր զգայունություն [58-61]: Մեկ հետզոտություն ընթացքում հայտնաբերվեց, որ 48 հիվանդներից 15-ի մոտ կարող է լինել արյան 5 ֆորֆոքային նիշերի (հեմոգլոբին, լեյկոցիտներ, տրոմբոցիտներ, ԷՆԱ և ՅՌՄ) ֆարձրակ նորմալ ցուցիչներ նորմալ ցուցանիշներ, միջդեռան նորմալ ֆարձր կալպրոտեկտին [62]:

Երեխաների մոտ աղիները բորբոքային հիվանդությունն ախտորոշման համար կալ պրոտեկտինը ավելի կարևոր ցուցանիշ է, քան արյան բորբոքային մարկերները, և հստակ առանձնացնում է աղիները բորբոքումը, այլ արտաաղիքային բորբոքային հիվանդությունները, ինչպես նաև աղիքային ոչ բորբոքային հիվանդությունները: Այնուամենայնիվ քարձր կալ պրոտեկտինը չի տարբերակում Կրոնի հիվանդությունը խոցային կոլիտից, աղիքային ինֆեկցիայից կամ թույլ չի տալիս հասկանալ բորբոքումը քարակալ աղիում է, թե հաստ, ինչպես նաև կարող է հայտնաբերվել առողջ նորածինների և փոքր հասակի երեխաների մոտ [63, 64]: Ֆեկալ կալ պրոտեկտինի ամենավերջին համակարգային հետազոտությունները և մետա-անալիզները աղիները բորբոքային հիվանդության կասկածով 394 և կոնտրոլ խմբի 321 առանց բորբոքման երեխաների մոտ ցույց տվեցին, որ կալ պրոտեկտինը ունի ախտորոշիչ համընդհանուր զգայունություն և սպեցիֆիկություն 0.978 (95% հավաստիությունն ինտերվալ 0.947–0.996) և 0.682 (95% հավաստիությունն ինտերվալ 0.502–0.863) համապատասխանաբար [65]: Յեղակիայով կամ ալերգիկ էնտերոպաթիայով որոշ երեխաներ կարող են ունենալ կալ պրոտեկտինի չափավոր քարձրացում: Ախտորոշիչ ալգորիթմներում ֆեկալ մարկերները կարող են օգտակար լինել ոչ սեպտիկ ախտանիշներով (օրինակ՝ որովայնի ցավ, ոչ արյունային լուծ) և ցուցանիշներով (անեմիա, քարձր ԷՆԱ և ՑՌՄ) երեխաների շրջանում: Այն օգտակար կարող է լինել առանց ստամոքսաղիքային ուղու ախտահարման՝ արտաաղիքային ախտանիշներով, քարձր ԷՆԱ և ՑՌՄ հիվանդների մոտ, տարբերակելու համար արտաաղիքային ախտանիշները աղիները բորբոքային հիվանդության դրսևորումներն են, թե այլ չկապակցված ախտահարումներ, որոնց դեպքում ևս կարող են քարձրանալ ԷՆԱ և ՑՌՄ ցուցանիշները: Այս դեպքերում ֆեկալ կալ պրոտեկտինի քարձրացումը ցուցում է ստամոքսաղիքային տրակտի մանրակրկիտ հետազոտման համար: Այլ

կղանքային թեստեր (թաքնված արյուն կղանքում, α-1 անտիտրիպսինի դեֆիցիտ և այլն) խուրհուրդ չեն տրվում օգտագործել, որպես նուրսի հետազոտություններ:

Տրանսամիտոզների ԳԳՏ որոշումը, ակնաբույժի կնուսուլտացիան պարտադիր պետք է կատարվի աղիների բորբոքային հիվանդություն արտադրային դրսևորումները ժխտելու համար, ինչպիսիք են՝ ուլեիտը, սկլերոզացնող խլանցիտը [66]: Ոչ նորմալ թեստերի արդյունքները այնուամենայնիվ կարող են ունենալ նաև այլ պատճառներ: Այլ թեստեր, ինչպիսիք են՝ տրանսգլյուտամինազային հակամարմինների, ընդհանուր IgA որոշումը ցելակիան [67] ժխտելու համար կամ իմունոդեֆիցիտը ժխտելու համար թեստերը, կասկածելի դեպքերում պետք է կատարել, սակայն նուրսի չէ:

Խորհուրդներ

Իլենկոկոնոսկոպիան և ԷԳԴՍ ցուցված են ԱԲՀ կասկածով բուրսերեխաներին [EL4, RGD]:

Պետք է կատարվի բազմաթիվ բինոսկոպիաներ, ստամոքսադիքային տրակտի տեսանելի բուրսեր հատվածներին, անկախ մակրոսկոպիկ փոփոխությունների առկայությունը: Էնդոսկոպիկ փոփոխությունները պետք է մանրամասն ուսումնասիրվեն [EL5, RGD]:

Գործնական կետեր

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

2. Կրոնի հիվանդություն դեպքում վերին ԷԳԴՍ՝ բազմակի բինոսկոպիայով, առավելությունը ստորին էնդոսկոպիկ

հետազոտության (իլեկտրոնային արտադրության արտադրության պատկեր) համեմատության արդյունքում է մոտ 7,5 %:

Ոչ շտապ իրավիճակներում արտադրության հիվանդությանը ախտորոշումը պետք է սկսել ստամոքսաղիքային ուղու վերին և ստորին հատվածի էնդոսկոպիայից: Իլեկտրոնային հիվանդության ախտորոշման համար նախատեսված է արտադրության հիվանդության ախտորոշման հետազոտությունը: Ռեկտոսիզմոսկոպիան և ոչ լիարժեք կոլոնոսկոպիան համարվում են թերի: Ջստաղու տեղումնային հատվածի վիզուսի զանգվածային ոչ լիարժեք է կատարվում նույնիսկ մեծ, փորձված մանակարու ժական կենտրոններում: Իլեկտրոնային առավելությունները մեկն են նաև բազմակի բիոպսիայի հնարավորությունը, որը ներակայացված է 16,7-19% մեծահասակների [17] և 13% արտադրության հիվանդության արեխաների մոտ [68]: Ինչ վերաբերվում է բիոպսիաների հաճախականությանը, Եվրոպայի Կրոնի հիվանդության և կոլիտի ընկերությունը վստահեցնում է, որ հիվանդության ճշգրիտ ախտորոշման համար անհրաժեշտ է բազմակի բիոպսիաների կատարում [16, 69]: Բիոպսիաները պետք է կատարել 5-6 տարբեր հատվածներից, ներառյալ ուղիղ աղին և զստաղին: Յուրաքանչյուր 6 հատվածից պետք է վերցնել նվազագույնը 2 նմուշ:

Նախորդ Պոռտո չափանիշների կողմնակիցները նախընտրում էին բոլոր արեխաների՝ անկախ ստամոքսաղիքային ուղու ախտանիշների առկայությունից կամ բացակայությունից, կատարել ԷԳԴՍ՝ կերակրափողից, ստամոքսից, 12 մատնյա աղուց 2 և ավել բիոպսիայի իրականացումով [1]: Ըստ ախտորոշիչ քննությունների աուդիտի, արտադրության հիվանդության արեխաների մոտ 35% ուներ ԷԳԴՍ-ով մակրոսկոպիկ փոփոխություններ և 24% ի մոտայն ախտահարումները սպեցիֆիկ էին Կրոնի հիվանդությանը

(աֆթաներ, խոցոտում, ստենոզ, սալահատակի պատկեր) [68]: ԷԳԴՄ-ով միկրոսկոպիկ փոփոխություններն ունենն վճռորոշ նշանակություն Կրոնի հիվանդության ախտորոշման գործընթացում ներառյալ մեկուսացված գրանուլեմաների հայտնաբերումը: Կրոնի հիվանդության բերեխաների մոտ մեկուսացված գրանուլոմաների հայտնաբերման հավանականությունը ըստ վերջին տվյալների հանդիպում է 2-21% մոտ [70]: Ոչ սեցիֆիկ պանկոլիտի դեպքում ստամոքսաղիքային ուղու վերին հատվածի էնդոկոպիան ախտորոշման համար օգտակար չէ [71]:

Խորհուրդներ

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

Ռադիոկապսուլային էնդոսկոպիան օգտակար այլ ընտրանքային մեթոդ է, որը թույլ է տալիս Կրոնի հիվանդության կասկածով երեխաների մոտ հայտնաբերել բարակ աղիների ախտահարումը: Այն նախընտրելի է, երբ հասարակ էնդոսկոպիան և վիզուալ իզացիոնայլ եղանակները անարդյունավետ են (EL3b; RGC), ինչպես նաև այդ երեխաները ունեն ՄՈՏ հետազոտության հակացուցումներ կամ անհամապատասխան տարիք:

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

ՈւՉՀ քննությունը հանդիսանում է բավականին արժեքավոր ակտորն շիշ քննություն մեթոդ ԱԲՀ հիվանդ երեխաների նախնական ակտորն շման համար, սակայն այն պետք է լրացվի բարակ աղիների վիզուալ իզացիոն մեթոդներով [EL3, RGC]:

Գործնական կետեր

1. Մագնիսոռեզոնանսային էնտերոգրաֆիան կարող է գնահատել աղիներին պատի բորբոքման առկայությունը,և վնասման աստիճանը,սակայն չկամանկարուժական պրակտիկայում մշակված բալային համակարգ: Բարակ աղիներին պատի հաստացումը զգայուն է,սակայն Կրոնի հիվանդություն համար այն ոչ պայթոցնոմոնիկ է, ոչ սպեցիֆիկ:

2. Չնայած բարակ աղիներին վիզուալ իզացիան ընդունված է կատարել Կրոնի հիվանդություն,ատիպիկ խոցային կոլիտի,չդասակարգվող աղիներին բորբոքային հիվանդություններին ժամանակ,սակայն այն դեպքերում,երբ մակրոսկոպիկ և հիստոլոգիորեն հստակ ակտորն շված է խոցային կոլիտ՝ հիմնված իլեոկոլոնոսկոպիայի և ԷԳՄ ի վրա,ակտորն շման համար կարելի չկատարել բարակ աղիներին վիզուալ իզացիա:

3. Բերանացի անէխոգեն կոնտրաստ նյութով իրականացվող ՈՒՉՀ-ի ընթացքում,որը կոչվում է նաև բարակ աղիներին կոնտրաստային ՈՒՉՀ, մեծանում է զգայունությունը և փոքրանում գնման ընթացքում փոփոխականությունը:

4. Մագնիսոռեզոնանսային կոլոնոգրաֆիան դեռ դեր չունի մանկական աղիներին բորբոքային հիվանդություն ակտորն շման գործում:

5. Վիզուալ իզացիոն մեթոդները և հասարակ էնդոսկոպիան պետք է նախորդեն ռադիո-կապուլայիս էնդոսկոպիկ մեթոդին՝ հետագայ անանցանելի ռիթմի անոթաբանության և վազոցնելու համար: Ընտրությունը կախված է պրոցեսի տեղակայումից և փորձաքննությունից:

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

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

ՈՒՁՀ

Ուձհ-ն է ժամ, ոչ ճառագայթային, ոչ ինվազիվ քննություն է, որը թույլ է տալիս ապահովել որոշումների վիզուալ իզացիան, այն հատկապես նպատակահարմար է կիրառել Կրոնի հիվանդության սկրինինգի համար: Մի շարք հետզոտություններով ցույց է տրվել, որ ուձհ-ի միջոցով ճշգրիտ հյատնաբերվում է բորբոքումը, տեղակայումը, քննորոշում է ադիների պատի բորբոքումը և գնահատում է հարադրային անոթաբանությունը, այն ունի բարձր բացասական կանխորոշիչ արժեք ադիների բորբոքային հիվանդության համար, ավելի բարձր Կրոնի հիվանդության համար, քան խոցային կոլիտի: Բորբոքված ադիների պատի փոփոխությունները կարևոր է դասակարգել՝ մուրալ և էքստրամուրալ [72]: Վերջինս ներառում է

2 րջ ապատող միջընդերքը ,որում առաջանում է հաստացում և հիպերէխոգեն ալտերացիա,միջընդերային ավշային հանգույցների մեծացում [73]: Մուրալ փոփոխությունները հայտնաբերվում են աղիքի պատում,այն կարող է լինել հաստացած և կարող է լինել էխոգենություն փոփոխություններ՝ հիպեր և հիպոէխոգենություն ,ստրատիֆիկացիայի կորուստ, քարձրացած դոպլեր ազդանշան, որը նշակում է, որ առկա է հիպերեմիա, պերիստալտիկայի իջեցում կամ բացակայություն: Ըստ տարբեր հետազոտությունների դրական փաստորոշում ունեցող հիվանդների մոտ աղիքի պատի հաստություն տարբերությունները տատանվում են 1,5-3մմ տերմինալ գոտայում և <2մմ հաստ աղինում [72]: Կրոնի հիվանդության դեպքում տերմինալ իլեիտի հայտնաբերման համար աղիների ուձհ-ի և բիոպսիայով իլեոկոլոնոսկոպիայի համեմատություն արդյունքում պարզվեց ,որ ուձհ-ի ժամանակ սպեցիֆիկությունը 78-88% է, էնդոսկոպիայի ժամանակ՝ 78-93 % [74]: Ուձհ-ն ավելի զգայուն է գոտայում տերմինալ հատվածի փստահարումների հայտնաբերման համար, քան քարակաղիների մոտակա հատվածների և հաստ աղու փստահարման համար: ՌԻՉՀ թերությունն այն է, որ արդյունքների մեկնաբանությունը մասնագետ-կախյալ է, կոնտրաստով քարակաղիքային ՌԻՉՀ-ն քարձրացում է հետազոտության զգայունությունը մեծահասակների շրջանում [75]:

ՄՈՏ

ՄՈՏ հետազոտությունը հանդիսանում է վիզուալ իզացիայի համար նախընտրելի մեթոդ,քանի որ այն թույլ է տալիս, գնահատել աղիների բորբոքման առկայությունը և վնասման աստիճանը (ստենոզ ,պենետրացիա): Այս մեթոդը խիստ զգայուն է լուսանցքային փստահարումները հայտնաբերելու համար,այն չի ներառում աղու պատի հաստացում կամ զգալի ինտենսիվություն քարձրացում: Բարակ աղիների լայնացում կարող են առջացնել

բերանացի (ՄՌ էնտերոգրաֆիա) կամ նազոէնտերիկ խոդովակի (ՄՌ էնտերոկլիզիս) միջոցով անլուծելի և լուծույթների ընդունումը՝ ինչպիսիք են օրինակ պոլիէթիլեն գլիկոլը կամ սոբիթոլի և լուծույթը: Վերջինս դեռ ավելի ինվազիվ հետազոտություն է և չպետք է կիրառվի մանկաբուժական պրակտիկայում [76]: Ներկայացված են և նորձաթաղանթի բորբոքման տարբեր արտահայտություններ՝ աղիքի պատի հաստացում, աղու ինտեսիվություն քարձրացում, մեզենտերիալ անոթների արտահայտվածություն, մեծացած ավշային հանգույցներ, միջընդերքի ճարպային ներսփռում [77]: Աղիքի պատի հաստացումը և ևս անցքի նեղացումը կարող են վկայել նեղացման մասին, հատկապես, երբ կա վերնեղացումային և այնացում: Նեղացման հայտնաբերումը հաստ հիպոինտեսիվ աղու պատի կոնտրաստնյութի կուտակման բացակայություն, որը պատասխան չի տալիս ֆիբրոտիկ հյուսվածքի առկայություն, որը պատասխան չի տալիս բուժմանը [78, 79]: Մինուսային ուղիները և խուղակները, ինչպես հեղուկ պարունակող ուղիներ կապված են ծայրամասի մեծացման հետ: Մագնիսոռեզոնանսը կարող է պատկերել նաև էնտերոէնտերիկ խուղակները, որոնք հաճախ առաջանում են իրար մոտ գտնվող բարակ աղիների բարդ ցանցի միջև: Ըստ այլ ընտրանքային ուղեցույցի ընդամենը 150 մլ հեղուկի օգտագործումը (50մլ և ավտուլոգա, 100մլ ջուր) խիստ նախընտրելի է՝ համեմատած բարակ աղիների կոնտրաստ քննության և էնդոսկոպիա/հստոլոգիայի հետ [80]: 11 հետազոտությունները համակարգային ուսումնասիրությունները, որում ընդգրկվել են են 496 աղիների բորբոքային հիվանդություն կասկածով երեխաներ, ցույց է տրվել, որ մագնիսոռեզոնանսային մեթոդը ունի զգայություն և սպեցիֆիկություն աղիների բորբոքային հիվանդություն անախտորոշման մեջ, և այն պետք է փոխարինի ավանդական բարակ աղիների կոնտրաստ քննությանը [81]: 6 ուշադրություն արժանի հետազոտություն մետանալիզները ցույց

տվեցին, որ ՄՈՏ քննություն միջոցով զստադուտեք մի նալ հատվածի ախտահարման հայտնաբերման ապեցիֆիկությունը և զգայունությունը կազմում են, համապատասխանաբար՝ 84% և 97% [81]: Կրոնի հիվանդությունների անձանց կոնքի խոռոչի ՄՈՏ ցուցված է հարհետանցքային ախտահարումների կասկածի դեպքում: Այն թույլ է տալիս, հայտնաբերել հարհետանցքային խոռոչակները, արագեւները, որոշել բուժման ընտրությունը՝ դեղորայքային, թե՛ վիրահատական [82]:

Տեսակապուլային էնդոսկոպիա (վիդեո)

Կապուլային էնդոսկոպիան ՄՈՏ հետազոտության լավագույն այլընտրանքային տարբերակն է, որը թույլ է տալիս վիզուալ իզացնել բարակ աղիները և հայտնաբերել լորձաթաղանթի ախտահարումները: Կէ հիմանական առավելությունը առանց անհարամարության բարակ աղիքի վիզուալ իզացիան է և լորձաթաղանթի վնասման հայտնաբերման ավելի բարձր զգայունությունը, քան ՄՈՏ քննությունը [83]: Այս հետազոտության սահմանափակումներն են՝ բարդությունները հայտնաբերման կարողությունը, կապուլային պահման վտանգը, կապուլային առաջարժման կառավարման անկարողությունը, պատահական արդյունքների բարձր հավանականությունը (ցածր ապեցիֆիկությունը) և նախքան թեստը բարակ աղիների անցանելիությունը գնահատման անհրաժեշտությունը: Հետազոտության հակացուցումներն են՝ աղիների նեղացումները, նախկինում տարած վիրահատությունները (հարաբերակն), ծանր համակարգային հիվանդությունները և <1 տարեկան իջերեխաները [84, 85]: Քանի որ երեխաները չեն կարող կուլ տալ պարկուճը, ստեղծվել են հատուկ կապուլաները, որոնք կարելի է վերին էնդոսկոպիայի ժամանակ սեղադրել 12մսանյա աղում [86]:

Հստակ անկախ անալիզները փոքր քանակությամբ հիվանդությունների մեծամասնությունը, ԿԷ ունի ախտորոշիչ նշանակություն 58-72% դեպքերում, համեմատած՝ կոնտրաստային հետազոտություն 0-33% և իլեոկոլոնոսկոպիայի 0-61% հետ [87]: Ստուգիչ խմբում հետազոտվել են 20 Կրոնի հիվանդություն կասկածով երեխաներ, ում մոտ անխնայ վիզուալ իզոցիայով հայտնաբերվել էր կամ նորմալ պատկեր (n=15), կամ ոչ ֆնոֆոնոթյուններ (n=5), ԿԷ միջոցով 12 (60%) երեխաների մոտ հաստատվել է Կրոնի հիվանդություն և ախտորոշումը [88]: Ուսումնասիրելով 4 հետազոտություն մեթոդները՝ ԿԷ, ԿՏ, իլեոկոլոնոսկոպիա և կոնտրաստ քննություն, ստացվեց զգայունություն հետևյալ ցուցանիշները՝ համապատասխանաբար՝ 83%, 82%, 74% և 62%, սակայն ԿԷ ունի ամենացածր սպեցիֆիկությունը՝ 53%, ի համեմատայլ հետազոտություն մեթոդների՝ 100% [89]:

Բալոնային էնտերոսկոպիա

Բալոնային էնտերոսկոպիան ներառում է երկակի և միայնակ բալոնային էնտերոսկոպիա, որոնք հայտնի են դարձել վերջին տարիներին և ստիճանաբար փոխարինում են հիմնական վիրահատություն ժամանակ կիրառվող էնտերոսկոպիային [90]: Այս հետազոտությունների դերը կասկածելի հիվանդություն սկզբնական ախտորոշման մեջ խիստ սահմանափակ է: Բալոնային էնտերոսկոպիայի առավելությունը կապուղային էնդոսկոպիային նկատմամբ՝ վնասման վիզուալ իզոցիայի հետ միաժամանակ բինոսկոպիան էլ ու հնարավորություններ:

Կրկնակի բալոնային էնդոսկոպիայի կիրառումը հաջողությամբ կատարվում է, և ներկայացվել է 5 մանկաբուժական դեպքերի ժամանակ [91]: Իսկ միայնակ բալոնային էնտերոսկոպիայի կիրառումը դեռ սահմանափակ է [92]: Վերջերս կատարվել 2 հետազոտություններ կասկածելի կամ ախտորոշված Կրոնի հիվանդություն դեպքում միայնակ էնտերոսկոպիայի կիրառման

վերաբերյալ : Հիվանդությունն անկասկածով և էնդոսկոպիայով ոչ
սպեցիֆիկ դրսևոբուսներով 16 երեխաներ ուսումնասիրվել
են : Նրանցից միայն 3 հոգու մոտ կապսուլային էնդոսկոպիայի
միջոցով հաջողվել է հաստատել հիվանդությունը, իսկ միայնակ
բալոնային էնտերոսկոպիան միաժամանկյալ բիոպսիայով թույլ է
տվել ակտորոշել հիվանդությունը ևս 12 երեխաների մոտ [93]:
Վերջինիս օգտակարությունը հետագայում հաստատվեց 20
անհասկանալի դեպքերի օրինակով [94]: Պարուրած և
էնտերոսկոպիան նորարական տեխնոլոգիա է, սակայն այն դեռ չի
կիրառվում մանկաբուժական պրակտիկայում :

Հատուկ հանգամանքներ

Խորհուրդներ

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

Գործնական կետեր

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

Աղիւն երիբոքային հիվանդութեան ակտիւնը երեխաների տարբերակիչ ակտորոշումը բավականին ծավալուն է, նայուհոդվածի սահմանները դուրս է: Պետք է ժխտել բոլորին ֆեկցիոն պատճառները, որոնք կարող են նմանակել աղիւն երիբոքային հիվանդութեանը: Միշարք ոչին ֆեկցիոն հիվանդութեան ներկայարոն են առջացնել աղիւն երիբոքային հիվանդութեան նման կլինիկա:

Ալերգիկ խանգարումներ

Ալերգիկ կոնիտը կարող է նմանակել խոցային կոնիտին, հատկապէս կրծքի հասակի երեխաների մոտ, ինչպէս նաև ավելի մեծ երեխաների մոտ [95]: Էնզիմոֆիլային գաստրիտը >1 տարեկան երեխաների մոտ, կարող է նմանակել Կրոնի հիվանդութեանը՝ խոցոտումներով, թոնիչքային ակտիւններով՝ ստամոքսից մինչև հաստ աղի, ի տարբերութեամբ կրծքի հասակի երեխաների, ում մոտ կոնիտը սովորաբար կապված չէ ալերգիայի հետ [96]: Մնդային ալերգենների սպեցիֆիկ IgE-նորոշման բացասական թեստը չի բացառում ալերգիկ կոնիտի և էնզիմոֆիլային գաստրիտի առկայությունը [97]: Նորածինների մոտ մինչև աղիւն երիբոքային հիվանդութեան համար դեղորայքային բուժման սկիզբը, պետք է սննդակարգից բացառել կովի կաթի սպիտակուցը, նրիտարկել արդյո՞ք ակտիւնը վերանում են, թե ոչ [98]: Ախտորոշված էնզիմոֆիլային հիվանդութեան հետ համատեղ կարող է լինել նաև աղիւն երիբոքային հիվանդութեան [99]:

Մանկական ֆեկցիոն հիվանդութեան ներ

Մանկական ֆեկցիոն հիվանդութեան ների ժամանակ ստամոքսաղիքային ուղու մարսնորումները նմանակում են կոնիտին կամ Կրոնի հիվանդութեանը: Դա առջանում է, երբ պրոցեսի մեջ ընգրկվում է բնածին և հարմարողական իմուն

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

Աղյուսակ 4: Ազդանշանային դրսևորումներ, որոնք հուշում են առկա իմունոդոֆիցիտի առկայությունը:

- Առաջնային իմունոդեֆիցիտի ընտանեկան անամնեզ
- Ազգակցական կապ ունեցող ծնողներ, կամ >2 ընտանիքի անդամներ, ովքեր ունեցել աղիների բորբոքային հիվանդության վաղ դրսևորում:
- <2 տարեկան երեխաներ, ովքեր ունեն աղիների բորբոքային հիվանդություն
- Արտահայտված, բուժման հանդեպ կայուն աղիների բորբոքային հիվանդություն՝ կոնքային, հարհետանցքային ախտահարումներով/աբսցեսի առաջացումով:
- Կրկնվող ինֆեկցիաներ առանց իմունոսուպրեսիվ դեղորայքի ընդունման (հազվադեպ թոքային հիվանդություն և մաշկային աբսցեսներ):
- Նեյտրոպենիա, թրոմբոցիտոպենիա, իմունոգլոբուլինների անոմալ մակարդակ առանց իմունոսուպրեսիվ դեղորայքի:

Եղու ն գ ն երի ն մ ազ երի ախտահարում (trichorrhesis nodosa)

Մաշկային ախտահարումներ (բնածին էկզեմա, ալբինիզմ)

Աղիներին բորբոքային հիվանդությունը կարող է առաջանալ իմունու պրեսիվ դեդոբայքի ընդունման ժամանակ, օրինակ՝ օրգաների փոխապատվաստումից հետո [104, 105]: Կոլիտանման կլինիկա առաջանում է, որպես հետփոխապատվաստումային նեակցիան՝ մեծահասակներին, երեխաներին մոտ: Փոխապատվաստված անձանց մոտ աղիներին բորբոքային հիվանդության հանդիպման հաճախականությունը 10-ից ավելի քան ընդհանուր հասարակության մոտ: Առաջացումը կապված է տակրոլիմունուի օգտագործման և էբշտեյն-Բարր վիրուսային ինֆեկցիայի հետ: Փոխապատվաստված անձանց մոտ աղիներին բորբոքային հիվանդության վարումը համանման է կլասիկ աղիներին բորբոքային հիվանդության վարմանը, այնուամենայնիվ այս դեպքում պետք է ժխտել օպորտունիստական ինֆեկցիաները [104]:

ՄԱՍ 3: Աղիներին բորբոքային հիվանդության կապվածով երեխաների ախտորոշումը

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

Եզրակացություն

Աղիներին բորբոքային հիվանդության վերանայված ախտորոշիչ Պոռտո չափանիշները համապատասխանում են ներկայիս պահանջներին և մանկական աղիներին բորբոքային հիվանդության զարգացմանը, հիմնված են Եվրոպական ասոցիացիայի ապացույցների վրա: Չնայած ախտորոշման մոտեցումները չեն փոխվել, վերանայված Պոռտո չափորոշիչները հիմնված են ընդունված մեթոդներին վրա և Փարիզյան ֆենոտիպային դասակարգման վրա [8], առանձնացնելով հիվանդության ատիպիկ դրսևորումները, հաշվի

առնելով առաջ ընթացող վիզուալ իզացիայի մեթոդները, կապուուլայի էնդոսկոպիան, սեռոլոգիական և կղանքի բինոմարկերները: Սահմանավում է նաև չդասակարգվող աղիների բորբոքային հիվանդությունը: Այս փաստաթուղթը հաստատվել է Եվրոպայի մանկական գաստրոէնտերոլոգներին, հեպատոլոգներին և նուտրիցոլոգներին ասոցիացիայի կողմից:

Որպես հայ տարարություն

Այս սկզբունքները անդընդհատ կարող են վերանայվել՝ համապատասխանեցնելով տեխնոլոգիաների փոփոխություններին, նոր սկզբունքներին կամ կլինիկական այլ ասպեկտներին: Սրանք նախատեսված են ,որպեսզի օգնեն բժշկին հիվանդի խնամքի հարցում, սակայն բացարձակ չեն և չպետք է ընդունվեն ,որպես ստանդարտ մոտեցում: Այն չպետք է դիտարկվի ,որպես իրավական սկզբունք հիվանդի խնամքի, բուժման համար: Ամեն կնկրեստ դեպքում պետք է հաշվի առնել տվյալ հիվանդի վիճակը, ախտորոշման և բուժման հնարավորությունները: Հետևաբար, կլինիկական գործողությունները կարող են դուրս գալ տվյալ սկզբունքներին սահմաններին:

Ուղեցույցի ներդրման հնարավորություններ և սուդիտիցոլոգանիշներ

ԱԲՀ ախտորոշման և վարման արդի պահանջները հնարավոր է ապահովել Հայաստանի բուժօգնություններում ներդնելով հետևյալ գործառնությունները՝

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

Գործելի ակարգերը պետք է ընդգրկեն սվյալ բուժօգնությունների անհատականացումը և պահպանումը ԱԲՀ-ով պացիենտների համալիր ախտորոշման և վարման որևէ բաղադրիչի մանրամասն նկարագրություն: Գործելի ակարգում նշված բոլոր քայլերը և նրանց հերթականությունը կրում են պարտադիր բնույթ և ենթակառուցված կամայական մեկնաբանություններ: Ցանկացած շեղում հանդիսանում է հիմնավորումների և ընդլայնված ձևաչափով քննարկումների հիմք:

Առողջիտի ցուցանիշները պետք է արտացոլեն սվյալ 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 ԱԲՀ ախտորոշման և վարման առողջիտի արականացման համար .

- ԱԲՀ կասկածով պացիենտների քանակ, որոնց մոտ նախքան էնդոսկոպիկ հետազոտությունների արականացումը *ժխտվել են հետևյալ աղիքային վարակները՝ միկրոբիոլոգիական և հիմնականակն մեթոդներով՝ Salmonella, Shigella, Iersinia enterocolitica, Campylobacter, սուբերկուլյոզ, այդ թվում Clostridium difficile toxins A և B*
- ԱԲՀ կասկածով պացիենտների քանակ, որոնց մոտ աղիքային վարակները ժխտելուց հետո որոշվել է *կղանքային կալպրոտեկտինը (Calprotectin) քանակական մեթոդով*

- ԱԲՀ կասկածով պացիենտներին քանակ, որոնց մոտ կատարվել է *սալիսիլեթի պատերի հաստություն գնահատում* մոտավայնի խոռոչի օրգանների *ՈԻՁՀ միջոցով*
- ԱԲՀ կասկածով պացիենտներին քանակ, որոնց մոտ *միաժամանակ հրականացվել է թե՛ ԷԳԴՍ, և թե՛ իլեկտրոնուկայի ազդակացված բազմաուտի ճանքի նպաստներով /ստամոքսաղիքային համակարգի յուրաքանչյուր հատվածից առնվազն մեկական բնպատաս/*

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

- բուհական և հետբուհական բժշկական կրթության և շարունակական մասնագիտական զարգացման ծրագրերում «կլինիկական համաձայնակարանություն» և «սպացոցողական բժշկություն» ուսումնական առարկաների բացակայությունը
- գործող բժշկերի և առողջապահական ոլորտի տարբեր մակարդակներին դեկավարներին տեղեկատվական գրագիտության ցածր մակարդակը ,
- Ուղեցույցում նշված պատրոշման ստանդարտացված մեթոդներին անբավարար առկայությունը Հայաստանում
- բուրք ներգրավված շահառուներին ոչ արդյունավետ կոմունիկացիան և համագործակցությունը

- նրակալ նրված կարգի ին ներու ժի պակասը
- ֆինանսական բեռը

Այնուամենայնիվ, աշխատանքային խմբի համոզմամբ բնորոշվեցին շյալ խոչընդոտները հախթահարելի են համակարգված քաղաքականություն, շարունակական կրթական ծրագրերի, թիրախային միջմասնագիտական մոտեցումների և ԱԲՀ պացիենտներին շահերի գերակայություն նրդեգրման պայմաններում:

Գրականություն ցանկ

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

8. Levine A, Griffiths A, Markowitz J, et al. Pediatric modification of the Montreal classification of inflammatory bowel disease: the Paris classification. *Inflamm Bowel Dis* 2011;17:1314–21.
9. Silverberg MS, Satsangi J, Ahmad T, et al. Toward an integrated clinical, molecular and serological classification of inflammatory bowel disease: report of a Working Party of the 2005 Montreal World Congress of Gastroenterology. *Can J Gastroenterol* 2005;19 (suppl A):5–36.
10. Gupta N, Bostrom AG, Kirschner BS, et al. Presentation and disease course in early-compared to later-onset pediatric Crohn's disease. *Am J Gastroenterol* 2008;103:2092–8.
11. Guariso G, Gasparetto M, Visona Dalla Pozza L, et al. Inflammatory bowel disease developing in paediatric and adult age. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2010;51:698–707.
12. Timmer A, Behrens R, Buderus S, et al. Childhood onset inflammatory bowel disease: predictors of delayed diagnosis from the CEDATA German-language pediatric inflammatory bowel disease registry. *J Pediatr* 2011;158:467–473.e2.
13. Kugathasan S, Judd RH, Hoffmann RG, et al. Epidemiologic and clinical characteristics of children with newly diagnosed inflammatory bowel disease in Wisconsin: a statewide population-based study. *J Pediatr* 2003;143:525–31.
14. Sawczenko A, Sandhu BK. Presenting features of inflammatory bowel disease in Great Britain and Ireland. *Arch Dis Child* 2003;88:995–1000.
15. Jose FA, Garnett EA, Vittinghoff E, et al. Development of extraintestinal manifestations in pediatric patients with inflammatory bowel disease. *Inflamm Bowel Dis* 2009;15:63–8.
16. Stange EF, Travis SP, Vermeire S, et al. European evidence-based consensus on the diagnosis and management of ulcerative colitis: definitions and diagnosis. *J Crohn's Colitis* 2008;2:1–23.
17. Geboes K, Van Eyken P. Inflammatory bowel disease unclassified and indeterminate colitis: the role of the pathologist. *J Clin Pathol* 2009;62:201–5.
18. Glickman JN, Bousvaros A, Farraye FA, et al. Pediatric patients with untreated ulcerative colitis may present initially with unusual morphologic findings. *Am J Surg Pathol* 2004;28:190–7.

- Rajwal SR, Puntis JW, McClean P, et al. Endoscopic rectal sparing in children with untreated ulcerative colitis. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2004;38:66–9.
20. Markowitz J, Kahn E, Grancher K, et al. Atypical rectosigmoid histology in children with newly diagnosed ulcerative colitis. *Am J Gastroenterol* 1993;88:2034–7.
21. Kim B, Barnett JL, Kleer CG, et al. Endoscopic and histological patchiness in treated ulcerative colitis. *Am J Gastroenterol* 1999; 94:3258–62.
22. Bernstein CN, Shanahan F, Anton PA, et al. Patchiness of mucosal inflammation in treated ulcerative colitis: a prospective study. *Gastrointest Endosc* 1995;42:232–7.
23. Washington K, Greenson JK, Montgomery E, et al. Histopathology of ulcerative colitis in initial rectal biopsy in children. *Am J Surg Pathol* 2002;26:1441–9.
24. Robert ME, Tang L, Hao LM, et al. Patterns of inflammation in mucosal biopsies of ulcerative colitis: perceived differences in pediatric populations are limited to children younger than 10 years. *Am J Surg Pathol* 2004;28:183–9.
25. Tobin JM, Sinha B, Ramani P, et al. Upper gastrointestinal mucosal disease in pediatric Crohn disease and ulcerative colitis: a blinded, controlled study. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2001;32:443–8.
26. Xin W, Greenson JK. The clinical significance of focally enhanced gastritis. *Am J Surg Pathol* 2004;28:1347–51.
27. Goldstein N, Dulai M. Contemporary morphologic definition of backwash ileitis in ulcerative colitis and features that distinguish it from Crohn disease. *Am J Clin Pathol* 2006;126:365–76.
28. Haskell H, Andrews CW Jr, Reddy SI, et al. Pathologic features and clinical significance of “backwash” ileitis in ulcerative colitis. *Am J Surg Pathol* 2005;29:1472–81.
29. Perisic VN, Filipovic D. Ileoscopy and its clinical role in the assessment of backwash ileitis in children with ulcerative pancolitis: Belgrade experience. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 1988;7:146–8.
30. Newman SL. Ileoscopy, colonoscopy, and backwash ileitis in children with inflammatory bowel disease: quid pro quo? *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 1987;6:325–7.
31. Lennard-Jones JE. Classification of inflammatory bowel disease. *Scand J Gastroenterol* 1989;24 (suppl 170):2–6.

32. Rowland M, Fleming P, Bourke B. Looking in the mouth for Crohn's disease. *Inflamm Bowel Dis* 2010;16:332–7.
33. Campbell H, Escudier M, Patel P, et al. Distinguishing orofacial granulomatosis from Crohn's disease: two separate disease entities? *Inflamm Bowel Dis* 2011;17:2109–15.
34. Keljo DJ, Markowitz J, Langton C, et al. Course and treatment of perianal disease in children newly diagnosed with Crohn's disease. *Inflamm Bowel Dis* 2009;15:383–7.
35. Escher JC, Stooft TJ, van Deventer SJH, et al. Successful treatment of metastatic Crohn disease with infliximab. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2002;34:420–3.
36. de Bie CL, Paerregaard A, Kolacek S, et al. Disease phenotype at diagnosis in pediatric Crohn's disease: 5 year analyses of the EUROKIDS registry. *Inflamm Bowel Dis* 2013;19:378–85.
37. Rubio CA, Orrego A, Nesi G, et al. Frequency of epithelioid granulomas in colonoscopic biopsy specimens from paediatric and adult patients with Crohn's colitis. *J Clin Pathol* 2007;60:1268–72.
38. Matsui T, Yao T, Sakurai T, et al. Clinical features and pattern of indeterminate colitis: Crohn's disease with ulcerative colitis-like clinical presentation. *J Gastroenterol* 2003;38:647–55.
39. Alexander F, Sarigol S, DiFiore J, et al. Fate of the pouch in 151 pediatric patients after ileal pouch anal anastomosis. *J Pediatr Surg* 2003;38:78–82.
40. Melmed GY, Elashoff R, Chen GC, et al. Predicting a change in diagnosis from ulcerative colitis to Crohn's disease: a nested, casecontrol study. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2007;5:602–8.
41. Langholz E, Munkholm P, Krasilnikoff PA, et al. Inflammatory bowel diseases with onset in childhood. Clinical features, morbidity, and mortality in a regional cohort. *Scand J Gastroenterol* 1997;32:139–47.
42. Yantiss RK, Farraye FA, O'Brien MJ, et al. Prognostic significance of superficial fissuring ulceration in patients with severe "indeterminate" colitis. *Am J Surg Pathol* 2006;30:165–70.
43. Li DJ, Freeman A, Miles KA, et al. Can ⁹⁹Tcm HMPAO leucocyte scintigraphy distinguish between Crohn's disease and ulcerative colitis? *Br J Radiol* 1994;67:472–7.

44. Xin W, Brown PI, Greenson JK. The clinical significance of focal active colitis in pediatric patients. *Am J Surg Pathol* 2003; 27:1134–8.
45. Ruemmele FM, Targan SR, Levy G, et al. Diagnostic accuracy of serological assays in pediatric inflammatory bowel disease. *Gastroenterology* 1998;115:822–9.
46. Hoffenberg EJ, Fidanza S, Sauaia A. Serologic testing for inflammatory bowel disease. *J Pediatr* 1999;134:447–52.
47. Markowitz J, Kugathasan S, Dubinsky M, et al. Age of diagnosis influences serologic responses in children with Crohn's disease: a possible clue to etiology? *Inflamm Bowel Dis* 2009;15:714–9.
48. Dubinsky MC, Lin YC, Dutridge D, et al. Serum immune responses predict rapid disease progression among children with Crohn's disease: immune responses predict disease progression. *Am J Gastroenterol* 2006;101:360–7.
49. Russell RK, Ip B, Aldhous MC, et al. Anti-Saccharomyces cerevisiae antibodies status is associated with oral involvement and disease severity in Crohn disease. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2009;48:161–7.
50. Bartuňkova J, Kolařova I, Sediva A, et al. Antineutrophil cytoplasmic antibodies, anti-Saccharomyces cerevisiae antibodies, and specific IgE to food allergens in children with inflammatory bowel diseases. *Clin Immunol* 2002;102:162–8.
51. Joossens S, Reinisch W, Vermeire S, et al. The value of serologic markers in indeterminate colitis: a prospective follow-up study. *Gastroenterology* 2002;122:1242–7.
52. Iltanen S, Tervo L, Halttunen T, et al. Elevated serum anti-I2 and anti-OmpW antibody levels in children with IBD. *Inflamm Bowel Dis* 2006;12:389–94.
53. Davis MK, Andres JM, Jolley CD, et al. Antibodies to Escherichia coli outer membrane porin C in the absence of anti-Saccharomyces cerevisiae antibodies and anti-neutrophil cytoplasmic antibodies are an unreliable marker of Crohn disease and ulcerative colitis. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2007;45:409–13.
54. Ashorn S, Honkanen T, Kolho KL, et al. Fecal calprotectin levels and serological responses to microbial antigens among children and adolescents with inflammatory bowel disease. *Inflamm Bowel Dis* 2009; 15:199–205.
55. Mack DR, Langton C, Markowitz J, et al. Laboratory values for children with newly diagnosed inflammatory bowel disease. *Pediatrics* 2007;119:1113–9.

56. Sidler MA, Leach ST, Day AS. Fecal S100A12 and fecal calprotectin as noninvasive markers for inflammatory bowel disease in children. *Inflamm Bowel Dis* 2008;14:359–66.
57. Sipponen T, Savilahti E, Kolho KL, et al. Crohn's disease activity assessed by fecal calprotectin and lactoferrin: correlation with Crohn's disease activity index and endoscopic findings. *Inflamm Bowel Dis* 2008;14:40–6.
58. Shaoul R, Sladek M, Turner D, et al. Limitations of fecal calprotectin at diagnosis in untreated pediatric Crohn's disease. *Inflamm Bowel Dis* 2012;18:1493–7.
59. Khan K, Schwarzenberg SJ, Sharp H, et al. Role of serology and routine laboratory tests in childhood inflammatory bowel disease. *Inflamm Bowel Dis* 2002;8:325–9.
60. Cabrera-Abreu JC, Davies P, Matek Z, et al. Performance of blood tests in diagnosis of inflammatory bowel disease in a specialist clinic. *Arch Dis Child* 2004;89:69–71.
61. Turner D, Mack DR, Hyams J, et al. C-reactive protein (β RU), erythrocyte sedimentation rate (EU) or both? A systematic evaluation in pediatric ulcerative colitis. *J Crohns Colitis* 2011;5:423–9.
62. Quail MA, Russell RK, Van Limbergen JE, et al. Faecal calprotectin complements routine laboratory investigations in diagnosing childhood inflammatory bowel disease. *Inflamm Bowel Dis* 2009;15:756–9.
63. Henderson P, Casey A, Lawrence SJ, et al. The diagnostic accuracy of fecal calprotectin during the investigation of suspected pediatric inflammatory bowel disease. *Am J Gastroenterol* 2012; 107:941–9.
64. Kapel N, Campeotto F, Kalach N, et al. Faecal calprotectin in term and preterm neonates. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2010;51:542–7.
65. Henderson P, Anderson NH, Wilson DC. The diagnostic accuracy of fecal calprotectin during the investigation of suspected paediatric inflammatory bowel disease: a systematic review and meta-analysis. *Am J Gastroenterol* 2013doi:10.1038/ajg.2013.131[Epub ahead of print.
66. Trivedi PJ, Chapman RW. PSC, AIH and overlap syndrome in inflammatory bowel disease. *Clin Res Hepatol Gastroenterol* 2012;36:420–36.
67. Husby S, Koletzko S, Korponay-Szabo IR, et al. European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition guidelines for the diagnosis of coeliac disease. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2012;54:136–60.

68. de Bie CI, Buderus S, Sandhu BK, et al. Diagnostic workup of paediatric patients with inflammatory bowel disease in Europe: results of a 5-year audit of the EUROKIDS registry. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2012;54:374–80.
69. van Assche G, Dignass A, Panes J, et al. The second European evidence-based Consensus on the diagnosis and management of Crohn's disease: definitions and diagnosis. *J Crohns Colitis* 2010; 4:7–27.
70. Paerregaard A. What does the IBD patient hide in the upper gastrointestinal tract? *Inflamm Bowel Dis* 2009;15:1101–4.
71. Lemberg DA, Clarkson CM, Bohane TD, et al. Role of esophagogastroduodenoscopy in the initial assessment of children with inflammatory bowel disease. *J Gastroenterol Hepatol* 2005;20: 1696–700.
72. Haber HP, Busch A, Ziebach R, et al. Bowel wall thickness measured by ultrasound as a marker of Crohn's disease activity in children. *Lancet* 2000;355:1239–40.
73. Maconi G, Greco S, Duca P, et al. Prevalence and clinical significance of sonographic evidence of mesenteric fat alterations in Crohn's disease. *Inflamm Bowel Dis* 2008;14:1555–61.
74. Bremner AR, Griffiths M, Argent JD, et al. Sonographic evaluation of inflammatory bowel disease: a prospective, blinded, comparative study. *Pediatr Radiol* 2006;36:947–53.
75. Migaleddu V, Quaia E, Scanu, et al. Inflammatory activity in Crohn's disease: CE-US. *Abdom Imaging* 2011;36:142–8.
76. Schreyer AG, Geissler A, Albrich H, et al. Abdominal MRI after enteroclysis or with oral contrast in patients with suspected or proven Crohn's disease. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2004;2:491–7.
77. Chalian M, Ozturk A, Oliva-Hemker M, et al. MR enterography findings of inflammatory bowel disease in pediatric patients. *Am J Roentgenol* 2011;196:W810–6.
78. Durno CA, Sherman P, Williams T, et al. Magnetic resonance imaging to distinguish the type and severity of pediatric inflammatory bowel diseases. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2000;30:170–4.

79. Siddiki HA, Fidler JL, Fletcher JG, et al. Prospective comparison of state-of-the-art MR enterography and CT enterography in small-bowel Crohn's disease. *Am J Roentgenol* 2009;193:113–21.
80. Giles E, Hanci O, McLean A, et al. Optimal assessment of paediatric IBD—a comparison study of MRI and barium follow through. *J Paediatr Gastroenterol Nutr* 2012;54:758–62.
81. Giles E, Barclay AR, Chippington S, et al. Systematic review: MRI for assessment of small bowel disease in paediatric Crohn's disease. *Aliment Pharm Ther* 2013;37:1121–31.
82. Essary B, Kim J, Anupindi S, et al. Pelvic MRI in children with Crohn disease and suspected perianal involvement. *Pediatr Radiol* 2007; 37:201–8.
83. Liao Z, Gao R, Xu C, et al. Indications and detection, completion, and retention rates of small-bowel capsule endoscopy: a systematic review. *Gastrointest Endosc* 2010;71:280–6.
84. Cheifetz AS, Kornbluth AA, Legnani P, et al. The risk of retention of the capsule endoscope in patients with known or suspected Crohn's disease. *Am J Gastroenterol* 2006;101:2218–22.
85. Fritscher-Ravens A, Scherbakov P, Bufler P, et al. The feasibility of wireless capsule endoscopy in detecting small intestinal pathology in children under the age of 8 years: a multicentre European study. *Gut* 2009;58:1467–72.
86. Cohen SA, Gralnek IM, Ephrath H, et al. The use of a patency capsule in pediatric Crohn's disease: a prospective evaluation. *Dig Dis Sci* 2011;56:860–5.
87. Cohen SA, Klevens AI. Use of capsule endoscopy in diagnosis and management of pediatric patients, based on meta-analysis. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2011;9:490–6.
88. Guilhon de Araujo Sant'Anna AM, Dubois J, Miron MC, et al. Wireless capsule endoscopy for obscure small-bowel disorders: final results of the first pediatric controlled trial. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2005;3:264–70.
89. Solem CA, Loftus EV Jr, Fletcher JG, et al. Small-bowel imaging in Crohn's disease: a prospective, blinded, 4-way comparison trial. *Gastrointest Endosc* 2008;68:255–66.

90. Pasha SF, Leighton JA, Das A, et al. Double-balloon enteroscopy and capsule endoscopy have comparable diagnostic yield in small-bowel disease: a meta-analysis. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2008;6:671–6.
91. Lin TK, Erdman SH. Double-balloon enteroscopy: pediatric experience. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2010;51:429–32.
92. Barth BA, Channabasappa N. Single-balloon enteroscopy in children: initial experience at a pediatric center. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2010;51:680–4.
93. Di Nardo G, Oliva S, Aloï M, et al. Usefulness of single-balloon enteroscopy in pediatric Crohn's disease. *Gastrointest Endosc* 2012;75:80–6.
94. de Ridder L, Mensink PB, Lequin MH, et al. Single-balloon enteroscopy, magnetic resonance enterography, and abdominal US useful for evaluation of small-bowel disease in children with (suspected) Crohn's disease. *Gastrointest Endosc* 2012;75:87–94.
95. Ravelli A, Villanacci V, Monfredini C, et al. How patchy is patchy villous atrophy?: distribution pattern of histological lesions in the duodenum of children with celiac disease. *Am J Gastroenterol* 2010;105:2103–10.
96. Rothenberg ME. Eosinophilic gastrointestinal disorders (EGID). *J Allergy Clin Immunol* 2004;113:11–28.
97. Boyce JA, Assa'ad A, Burks AW, et al. Guidelines for the diagnosis and management of food allergy in the United States: summary of the NIAID-sponsored expert panel report. *J Am Diet Assoc* 2011;111:17–27.
98. Koletzko S, Niggemann B, Arato A, et al. Diagnostic approach and management of cow's-milk protein allergy in infants and children: ESPGHAN GI Committee Practical Guidelines. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2012;55:221–9.
99. Katsanos KH, Zinovieva E, Lambri E, et al. Eosinophilic-Crohn overlap colitis and review of the literature. *J Crohns Colitis* 2011;5:256–61.
100. Freudenberg F, Wintergerst U, Roesen-Wolff A, et al. Therapeutic strategy in p47-phox deficient chronic granulomatous disease presenting as inflammatory bowel disease. *J Allergy Clin Immunol* 2010; 125:943–6.

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

Հավելված 1.

Օբսֆորդի Ապացուցողական Բժշկություն և Կենտրոնի
ապացույցների դասակարգում

Մակարդակը	Բուժում / կանխարգելում, էթիոլոգիա / վնաս	Կանխատեսում	Ախտորոշում	Տարբերակիչ ախտորոշում / ախտանշանի տարածվածություն	Էկոնոմիկական նորոշման վերլուծություններ
1a	ՊԲՎՓ-ները (համասեռությունը ամբողջությամբ)	Նախապես կազմված ընտրանքի կոհորտային հետազոտությունները (համասեռությունը ամբողջությամբ); տարբեր պոպուլացիաներում վավերացված ԿՈԿ”	1-ին մակարդակի հետազոտությունները (համասեռությունը ամբողջությամբ); տարբեր կլինիկական կենտրոններում կատարված 1b հետազոտությունները ԿՈԿ”	Առաջահայաց կոհորտային հետազոտությունները (համասեռությունը ամբողջությամբ)	1-ին մակարդակի տնտեսական հետազոտությունները (համասեռությունը ամբողջությամբ)
1b	Առանձին ՊԲՎՓ (վստահելիությունն և միջակայքով)”	Առանձին նախապես կազմված ընտրանքով կոհորտային հետազոտությունները 80% հետազոտություններում 80% հսկողությունը ամբողջությամբ; վավերացված պոպուլացիաներում	Պատշաճ էտալոն ստանդարտներով վավերացման * կոհորտային հետազոտությունները; կամ ԿՈԿ” հետազոտված կլինիկական կենտրոնում	Պատշաճ դինամիկ հսկողություն ամբողջությամբ պրոսպեկտիվ կոհորտային հետազոտությունները	Կլինիկական խելամիտ ծախսերի կամ այլ միջոցների վրա հիմնված վերլուծություններ; ապացույցները համակարգային վերանայում/ներ; ներառյալ բազմաբայլ զգայունությունները վերլուծություններ

					թյուններ
1c	All or none§	All or none դեպքերի 2 արք	Բաց արձակ SpPin-եր և SnNout-եր ” ”	All or none դեպքերի 2 արք	Բաց արձակ ավելի և ավարժեքի կամ ավելի վատ- արժեքի վերլուծություններ ” ” ” ”
2a	Կոհորտայի ն հետազոտություններ ի ՀՎ (համասեռություն ի թյամբ *)	Կամ հետահայաց կոհորտայի ն հետազոտություններ ի կամ ՊԲՎՓ-ներ ի չբուժված ստուգիչ խմբերի ՀՎ (համասեռություն ի թյամբ *)	>2 մակարդակի ախտորոշիչ հետազոտություններ ի ՀՎ (համասեռություն ի թյամբ *)	2b և ավելի լավ հետազոտություններ ի ՀՎ (համասեռություն ի թյամբ *)	>2 մակարդակի էկոնոմիկայ կան հետազոտություններ ի ՀՎ (համասեռություն ի թյամբ *)
2b	Առանձին կոհորտայի ն հետազոտություններ ի (ներառյալ ցածր որակի ՌԿՀ; օր.՝ <80% դիմամիկ հսկողություններ ն)	Հետահայաց կոհորտայի ն հետազոտություններ ի կամ ՊԲՎՓ- ի չբուժված ստուգիչ խմբերի դիմամիկ հսկողություններ ի ն; ԿՈԿ”-ի դուրսբերում կամ հաստատված միայն անջատ- ընտրանքում	Պատշաճ էտալոն ստանդարդներ ընդ բացահայտող* * կոհորտայի ն հետազոտություններ ի ն; ԿՈԿ” դուրսբերում ի ցածր որակի կամ հետազոտություններ ի ն անջատ- ընտրանքում կամ տվյալներ ի բացայնում	Հետահայաց կոհորտայի ն հետազոտություններ ի կամ վատ դիմամիկ հսկողություններ ի ն	Կլինիկապես սխեմատիկ ծախսերի կամ այլ միջոցներ ի վրա հիմնված վերլուծություններ ի ն; ապացույցի կամ եզակի հետազոտություններ ի ն սահմանափակ վերանայում/ներ; և ներառյալ բազմաթիվ զգայունություններ ի ն թյամբ վերլուծություններ ի ն
2c	Ելքերի հետազոտություններ; էկոնոմիկա	Ելքերի հետազոտություններ ի ն	Էկոնոմիկա և հետազոտություններ		Առողջիտ կամ էլքերի հետազոտություններ

	ան հե տազ ո տո լ թ յ ո լ ն ն ե ր		յ ո լ ն ն ե ր		թ յ ո լ ն
3a	Դե պք - կ առ ալ ար վ ո ղ հ ե տազ ո տո լ թ յ ո լ ն ն ե ր ի Հ Վ (հ ա մ ս ս ե ո ո լ լ թ յ ա մ ք *)		Յ Ե ն ալ ե լ ի ո ր ա կ յ ալ հ ե տազ ո տո լ թ յ ո լ ն ն ե ր ի Հ Վ (հ ա մ ս ս ե ո ո լ թ յ ա մ ք *)	Յ Ե ն ալ ե լ ի ո ր ա կ յ ալ հ ե տազ ո տո լ թ յ ո լ ն ն ե ր ի Հ Վ (հ ա մ ս ս ե ո ո լ թ յ ա մ ք *)	Յ Ե ն ալ ե լ ի ո ր ա կ յ ալ հ ե տազ ո տո լ թ յ ո լ ն ն ե ր ի Հ Վ (հ ա մ ս ս ե ո ո լ թ յ ա մ ք *)
3b	Ա ն հ ա տ ա կ ա ն դ ե պք - կ առ ալ ար վ ո ղ հ ե տազ ո տո լ թ յ ո լ ն		Ո չ - հ ա ջ ո ր դ ա կ ա ն հ ե տազ ո տո լ թ յ ո լ ն ; կ ա մ առ ա ն ց հ ե տ ո ն ո դ ա կ ա ն ո ր ե ն կ ի ր առ վ ա ծ է տ ալ ո ն ս տ ա ն դ ար տ ն ե ր ի	Ո չ - հ ա ջ ո ր դ ա կ ա ն կ ո հ ո ր տ ա յ ի ն հ ե տազ ո տո լ թ յ ո լ ն , կ ա մ շ ա տ ս ա հ մ ա ն ա լի ա կ պ ո պ ո լ ա ց ի ա	Մ ա հ մ ա ն ա լի ա կ ա յ լ մ ի ջ ո ց ն ե ր ի կ ա մ ծ ա խ ս ե ր ի վ ր ա հ ի մ ն վ ա ծ վ ե ր լ ո լ ծ ո լ թ յ ո լ ն , տ վ յ ալ ն ե ր ի գ ն ա հ ա տ մ ա ն վ ա տ ո ր ա կ , ս ա կ ա յ ն ն ե ր առ յ ալ զ գ ա յ ո լ ն ո լ թ յ ա ն վ ե ր լ ո լ ծ ո լ թ յ ո լ ն ն ե ր ն ե ր առ ե լ ո վ կ լ ի ն ի կ ա պ է ս խ ե լ ա մ ի տ փ ո փ ո խ ա կ ա ն ն ե ր
4	Դե պք ե ր ի շ ա ր ք (և ց ա ծ ր ո ր ա կ ի կ ո հ ո ր տ ա յ ի ն և դ ե պք - կ առ ալ ար վ ո ղ հ ե տազ ո տո լ թ յ ո լ ն ն ե ր § §)	Դե պք ե ր ի շ ա ր ք ե ր (և ց ա ծ ր ո ր ա կ ի կ ա ն խ ա տ ե ս ի չ կ ո հ ո ր տ ա յ ի ն հ ե տազ ո տո լ թ յ ո լ ն ն ե ր ***)	Դե պք - կ առ ալ ար վ ո դ հ ե տազ ո տո լ թ յ ո լ ն , վ ա տ կ ա մ ո չ - ա ն կ ա խ է տ ալ ո ն ս տ ա ն դ ար տ ն ե ր	Դե պք ե ր ի շ ա ր ք ե ր կ ա մ փ ո փ ո խ վ ա ծ է տ ալ ո ն ս տ ա ն դ ար տ ն ե ր	Առ ա ն ց ո ր ն է զ գ ա յ ո լ ն ո լ թ յ ա ն վ ե ր լ ո լ ծ ո լ թ յ ա ն վ ե ր լ ո լ ծ ո լ թ յ ո լ ն
5	Փ ո ր ձ ա գ ե տ ի կ ար ծ ի ք առ ա ն ց	Փ ո ր ձ ա գ ե տ ի կ ար ծ ի ք առ ա ն ց բ ա ց ա հ ալ տ	Փ ո ր ձ ա գ ե տ ի կ ար ծ ի ք առ ա ն ց	Փ ո ր ձ ա գ ե տ ի կ ար ծ ի ք առ ա ն ց	Փ ո ր ձ ա գ ե տ ի կ ար ծ ի ք առ ա ն ց

<p>բացահայտ քննարարական ան զննարարական , կամ հիմնված ֆիզիկական թիվ, bench հետազոտություն թյան կամ «հիմնական սկզբունքներ ի» վրա</p>	<p>քննարարական զննարարական, կամ հիմնված ֆիզիկական bench հետազոտություն կամ «հիմնական սկզբունքներ ի» վրա</p>	<p>բացահայտ քննարարական ն զննարարական, կամ հիմնված ֆիզիկական թիվ, bench հետազոտություն թյան կամ «հիմնական սկզբունքներ ի» վրա</p>	<p>բացահայտ քննարարական ն զննարարական, կամ հիմնված ֆիզիկական թիվ, bench հետազոտություն թյան կամ «հիմնական սկզբունքներ ի» վրա</p>	<p>բացահայտ քննարարական ան զննարարական, կամ հիմնված ֆիզիկական թիվ, bench հետազոտություն կամ թեորիայի կամ «հիմնական սկզբունքներ ի» վրա</p>
--	---	--	--	---

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

Հասցեական և մեք

ՊԲՎՓ՝ պատահական բաշխում վերահսկվող փոքր ձևեր կունենա

ՀՎ՝ համակարգային վերանայում

ԿՈԿ՝ կլիներ կական որոշման կանոն

Նշումներ

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

- **ԿՄՄ** առկա է վստահելիություն լայն միջակայքով արդյունք
- **ԿՄՄ** անհանգստացնող տարասեռություն համակարգային վերանայում

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

*	<p>Համասեռություն ասելով մենք նկատի ունենք համակարգային վերանայում, որը չի պարունակում անհանգստացնող փոփոխականներ (տարասեռություն) առանձին հետազոտությունները արդյունքներին ուղղություններին մակարդակներին միջև: Ոչ բոլոր վիճակագրորեն նշանակալի տարասեռություն համակարգային վերանայումներն են անհանգստացնող, և ոչ բոլոր անհանգստացնող</p>
---	--

	<p>տարասեռությունը ներկայացնում է վիճակագրորեն նշանակալի: Ինչպես նշվեց վերևում, անհանգստացնող տարասեռությունը պարունակող հետազոտությունները պետք է նշվեն «-» նշանով իրենց նշանակված մակարդակի վերջում:</p>
”	<p>Կլինիկական Որոշման Կանոն (սրանք ալգորիթմներ կամ սանդղակավորման համակարգեր են, որոնք կիրառվում են կանխատեսելի գնահատման կամ ավտորոշիչ դասակարգման համար)</p>
“i	<p>Տես վերևում տրված նշումը, թե ինչպես պետք հասկանալ, վարկանիշավորել և օգտագործել լայն վստահելիություն 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 դակրատելով</p>
§§	<p>Վատորակի կոհորտային հետազոտությունը սույն սույնում մենք նկատի ունենք, որ չի ստացվել հստակ սահմանել համեմատվող խմբերը և/կամ չի ստացվել չափել ազդակի ներթարկվելը և ելքերը նույն ժամանակում (նախընտրելիորեն կույր), օբյեկտիվ ճանապարհը ազդակի ներթարկված և չներթարկված անհատներին շրջանում և կամ չի ստացվել բացահայտել կամ համապատասխան կառավարել հայտնի շեղող գործոնները և/կամ չի ստացվել իրականացնել պացիենտների բավարար տնողությունը և ամբողջականությունը դիմումիկ հսկողություն: Վատորակի դեպք-կառավարվող հետազոտությունը սույնում, մենք նկատի ունենք, որ չի ստացվել հստակ սահմանել համեմատվող խմբերը և/կամ չափել ազդակի ներթարկվելը և ելքերը նույն ժամանակում (նախընտրելիորեն կույր), օբյեկտիվ ճանապարհը ազդակի ներթարկված և չներթարկված անհատներին շրջանում և կամ չի ստացվել բացահայտել կամ համապատասխան կառավարել հայտնի շեղող գործոնները:</p>

§§§	Անշատ-խմբի վավերացումը կատարվում է հավաքելով ամբողջ տեղեկատվությունը մեկ տրանշում, ապա այն արհեստականորեն բաժանվում է «Ճյուղ» (դուրսբերում) և «վավերացում» ընտրանքների:
“ “	«Բացարձակ SpPin»-ը ախտորոշիչ ստացված արդյունք է, որի սպեցիֆիկությունը այնքան բարձր է, որի դեպքում դրական արդյունքը հաստատում է ախտորոշումը: «Բացարձակ SnNout»-ը ախտորոշիչ ստացված արդյունք է, որի զգայունությունն այնքան բարձր է, որ բացասական արդյունքը բացառում է ախտորոշումը:
“ ”	Լավ, ավելի լավ, վատ և ավելի վատ վերաբերում է բուժումներին միջև համեմատություններին իրենց կլինիկական ռիսկերի և օգտակարության շրջանակներում:
“ “	Պատշաճ է տալ նստանդարտները անկախ են հետազոտությունից և կիրառված են կույր կամ օբյեկտիվորեն կիրառված են բուժորդ 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:
“ “	Ավելի լավ արժեքի բուժումները հստակ նմանապես լավն են բացավելի էժան են, կամ ավելի լավն են միևնույն ժամանակ կամ նվազեցում են ծախսերը: Ավելի վատ արժեքի բուժումները նմանապես լավն են և ավելի թանկ են, կամ ավելի վատն են և համանման գնի են կամ ավելի թանկ են:
**	Վավերացման հետազոտություններն ուսումնասիրում են սպեցիֆիկ ախտորոշիչ հետազոտության որակը, հիմնվելով նախորդ առկա ապացույցների վրա: Բացահայտիչ հետազոտությունը հավաքում է տեղեկատվությունը և որսում «նշանակալի» գործունեքը (օր.՝ օգտագործելով ռեգրեսիոն

	վերլուծություն):
***	Վատ որակի կանխատեսված կոնորտային հետազոտություն ասլենով մենք նկատի ունենք, որ ընտանքի կազմման դեպքում եղել է կոդմնակալություն, 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 շեղեղ գործունեության տևում:
****	Պատշաճ դիմամիկ հսկողությունը տարբերակիչ ախտորոշման հետազոտությունում բարձր է 80%-ից, ալտերնատիվ ախտորոշումների հայտգալու համար ադեկվատ ժամանակի առկայությունը (օրինակ 1-6 ամիս սուր, 1-5 տարի քրոնիկ)

Խորհուրդներն ավարդակալ

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

«Էքստրապոլացիաների» դեպքում տվյալները կիրառվում են մի իրավիճակում, որը պոտենցիալ կլինի կապես կարևոր կերպով տարբերվում է օրիգինալ հետազոտության իրավիճակից: