

BMJ Best Practice

ქრონიკული ღიარეის შეფასება

უშუალოდ პაციენტის მოვლის ადგილას



ბოლო განახლება: Apr 28, 2023

სარჩევი

მიმოხილვა	3
შეჯამება	3
თეორია	4
ეტიოლოგია	4
გადაუდებელი მდგომარეობები	6
ურგენტული საკითხები	6
დიაგნოზი	7
მიდგომა	7
დიფ. დიაგნოზის მიმოხილვა	11
დიფერენციული დიაგნოზები	13
გაიდლაინები	40
ონლაინ რესურსები	41
წყაროები	42
სურათები	51
განმარტება	53

შეჯამება

ქრონიკული დიარეა განიმარტება, როგორც დღეში ≥ 3 თხევადი განავალი, 4 კვირაზე მეტის განმავლობაში.[1] მიუხედავად იმისა, რომ განავლის წონა გამოყენებულია მეცნიერულ კვლევებში, კლინიკურ პრაქტიკაში ამ მაჩვენებელს დატვირთვა არ აქვს, რადგან ზოგიერთ პაციენტს აღენიშნება განავლის წონის მომატება (ნორმაზე მაღალი ფეკალური წონა - 200 გ/დღეში), მაგრამ განავლის ნორმალური კონსისტენცია, შესაბამისად, დიარეის ჩივილი არ ვლინდება.[2] დიაგნოსტიკა შესაძლოა გართულდეს, რადგან მრავალი ეტიოლოგია ვლინდება მსგავსად და ამ მდგომარეობის სიმძიმე შეიძლება იყოს როგორც კეთილთვისებიანი, ასევე სიცოცხლისათვის საშიში. შეფასების სისტემური მეთოდი, ხშირი მიზეზების ცოდნა და ლოკალური ეპიდემიოლოგიის აღქმა აუცილებელია ქრონიკული დიარეის სწორი და ეფექტური დიაგნოსტიკისათვის და მართვისათვის.[3] [4]

ეთიოლოგია

დიარეის გამომწვევი მიზეზების ანატომიური კლასიფიკაცია

მსხვილი ნაწლავის მიზეზებია:

- ნაწლავის ანთებითი დაავადება (წყლულოვანი კოლიტი, კრონის კოლიტი)
- მიკროსკოპული კოლიტი (ლიმფოციტური/კოლაგენური/ეოზინოფილური კოლიტი)
- ინფექციური გასტროენტერიტი (ბაქტერიული/ვირუსული/პარაზიტული)
- იშემიური კოლიტი
- მსხვილი ნაწლავის კიბო/მაინფილტრირებელი ავთვისებიანი წარმონაქმნი
- ტრანსპლანტი-მასპინძლის წინააღმდეგ დაავადება.

წვრილი ნაწლავის მიზეზებია:

- გლუტენური დაავადება-ცელიაკია
- კრონის დაავადება
- ნაღვლოვანი მარილების მალაბსორბცია
- ნაწლავური ზედაპირის ფერმენტების ნაკლებობა
- წვრილ ნაწლავში ჭარბი ბაქტერიული ზრდა
- რადიაციული ენტერიტი
- ეოზინოფილური ენტერიტი
- ლიმფომა
- ტროპიკული სპრუ
- ლიმფანგიექტაზია/ლიმფური დრენაჟის შეფერხება
- ცილის დაკარგვით გამომწვეული ენტეროპათია
- ანთების საწინააღმდეგო არასტეროიდული მედიკამენტები, ენტეროპათია.

პანკრეასის უკმარისობის მიზეზებია:

- ქრონიკული პანკრეატიტი
- პანკრეასის კარცინომა
- ცისტური ფიბროზი.

ფუნქციონალური:

- გაღიზიანებული ნაწლავის სინდრომი.

ენდოკრინული მიზეზებია:

- ჰიპერთირეოიდიზმი
- დიაბეტი
- ჰიპოპარათირეოიდიზმი
- ადისონის დაავადება
- ჰორმონის გამომყოფი სიმსივნეები (ვიპომა (ვაზოაქტიური ინტესტინალური პეპტიდი), გასტრინომა, კარცინოიდი).

სისტემური მიზეზებია:

- მედიკამენტების ეფექტები
- ალკოჰოლი

- აბეტალიპოპროტეინემია
- ღვიძლის შორსნასული დაავადება
- საერთო ვარიაბელური იმუნური დეფიციტი
- ამილოიდოზი.

სხვა შესაძლო მიზეზებია:

- ქირურგიული რეზექცია (მოკლე ნაწლავის სინდრომი) ან შუნტირება
- ფეკალური ჩაჭედევა (სიჭარბის დიარეა).

ურგენტული საკითხები

(იხ. დიფერენციული დიაგნოზები მეტი დეტალებისთვის)

ქრონიკული დიარეის შემთხვევათა უმრავლესობა ფასდება ამბულატორიულ პირობებში; გარკვეული ნიშნების გამოვლენის შემთხვევაში, საჭიროა გადაუდებელი მიდგომა.

საგანგაშო ნიშნები

პაციენტებს, რომლებსაც აღენიშნებათ წონის სწრაფი კლება, დეჰიდრატაცია, სისხლდენა კუჭ-ნაწლავის ტრაქტიდან, ანემია ან ძლიერი ტკივილი მუცლის არეში, უფრო ხშირად აღმოაჩნდებათ დიარეის სერიოზული მიზეზი და მათი გამოკვლევა საჭიროა სტაციონარში.

გამოკვლევისა და მკურნალობის გადაუდებლობა ეფუძნება სისტემურ ნიშნებს. გადაუდებელი გამოკვლევები ნაჩვენებია ნებისმიერი პაციენტისთვის, რომელიც ავლენს ტოქსიკურობის ნიშნებს (ტაქიკარდია, დეჰიდრატაცია, პირექსია ან ჰიპოტენზია). პაციენტი კლინიკაში უნდა განთავსდეს ჩამოთვლილი მიზეზებით:

- ინტრავენური რეჰიდრატაცია და ელექტროლიტური დისბალანსის შესწორება
- ინტრავენური ანტიბიოტიკები თუ ვლინდება ცხელება
- მუცლის ღრუს რენტგენოგრაფია, ტოქსიკური დილატაციის გამოსარიცხად
- მიმართვა ქირურგიული კონსულტაციისათვის
- ტოქსიკური დილატაციის გამორიცხვის შემთხვევაში, შესაძლებელია რიგიდული ან დრეკალი სიგმოიდოსკოპიის ჩატარება
- ტრანსფუზია, საჭიროებისამებრ.

მიდგომა

ქრონიკული დიარეის შეფასება შესაძლოა გართულდეს. ეფექტური გამოკვლევა საჭიროებს მნიშვნელოვან კლინიკურ შესაძლებლობებს. შეფასების სწორი მიდგომა გულისხმობს თავდაპირველად ყველაზე ხშირი და ყველაზე მძიმე მდგომარეობების გათვალისწინებას, ანამნეზისა და კლინიკური გამოვლინების მიხედვით. თუ თავდაპირველი შეფასებით ეტიოლოგია ვერ განისაზღვრა, შემდეგი ნაბიჯია სისტემური მიდგომით დიაგნოზის ძებნა - დიფერენციული დიაგნოსტიკა.

ანამნეზთან და სიმპტომებთან დაკავშირებული საკითხები

პაციენტის შეფასება იწყება დეტალური ანამნეზის შეკრებით. ყურადღება ექცევა სიმპტომებს, დანაწილის დროსა და ხანგრძლივობას, მოგზაურობის ისტორიას, თანმდევ სამედიცინო პრობლემებს, კვებას (ლაქტოზა, ფრუქტოზა, გლუტენი და ა.შ.), მედიკამენტების გამოყენებას.[4] განავლის კონსისტენციის დადგენაში დამხმარე როლი აქვს "ბრისტოლის განავლის სქემას".[5] [Bristol stool chart] (https://en.wikipedia.org/wiki/Bristol_stool_scale)

ანამნეზის ძირითადი კომპონენტებია:

- დიარეის ხანგრძლივობა: 4 კვირაზე მეტია ქრონიკული დიარეის შემთხვევებში[1]
- ეპიზოდების რაოდენობა დღეში: ≥ 3 თხელი განავალი დღეში ქრონიკული დიარეის დროს[1]
- სიმპტომების გამო ღამით გაღვიძება: ფუნქციონალური დაავადებები ნაკლებსავარაუდოა
- განავალში სისხლის არსებობა: შეიძლება მიუთითებდეს ნაწლავის ანთებით დაავადებაზე (IBD), ავთვისებიან სიმსივნეზე ან იშემიაზე.

დაკავშირებული სიმპტომებია:

- წონის კლება/ზრდაში ჩამორჩენა(მაგ., ცელიაკია, IBD, ავთვისებიანი სიმსივნე, წვრილი ნაწლავის ბაქტერიების გადაჭარბებული ზრდა, ქრონიკული პანკრეატიტი, ჰიპერთირეოზი, დიაბეტი)
- მუცლის ტკივილი (მაგ.: ცელიაკია, კრონის დაავადება, ავთვისებიანი მდგომარეობა)
- ყაბზობა, რომელსაც ენაცვლება დიარეა (მაგ., IBD, ფეკალური ჩაჭედვა, ჭარბ დენასთან ერთად)
- გულისრევა და ღებინება (მაგ.: წვრილი ნაწლავის კრონის დაავადება, წვრილი ნაწლავის ჭარბი ბაქტერიული ზრდა, დიაბეტი, განავლის ჩაჭედვა)
- ჰემატოქეზია ან მელენა (IBD, იშემია, ავთვისებიანი სიმსივნე)
- კანის ცვლილებები (ცელიაკია, ნაწლავის ანთებითი დაავადება).

დამატებითი არასპეციფიკური სიმპტომებია:

- სტეატორეა (მაგ.: პანკრეასის უკმარისობა, ცელიაკია, ღვიძლის დაავადება, გიარდიოზი)
- მუცლის შებერილობა/შეტეორიზმი (არასპეციფიკურია, მაგრამ შესაძლებელია მიუთითებდეს გაღიზიანებული ნაწლავის სინდრომზე და წვრილი ნაწლავის ჭარბ ბაქტერიულ ზრდაზე)
- აირების დაგროვება (არასპეციფიკურია, მაგრამ შესაძლებელია მიუთითებდეს გაღიზიანებული ნაწლავის სინდრომზე და წვრილი ნაწლავის ჭარბ ბაქტერიულ ზრდაზე)
- მუცლის ყურყური (არასპეციფიკურია)
- ანორექსია (არასპეციფიკურია)
- გახშირებული ინფექციები (საერთო ვარიანტული იმუნური დეფიციტი, აივ).

მედიკამენტების გამოყენებასთან დაკავშირებული დიარეის მიზეზებია:

- ლაქსატივების გამოყენება (შესაძლებელია უნებლიედ)
- პროტონული ტუმბოს ინჰიბიტორები

- ანთების საწინააღმდეგო არასტეროიდული პრეპარატები (NSAID)
- ქინინი
- ანტიბიოტიკები (სიტოროხილვით გამოიჩინეთ Clostridium difficile ინფექციის რისკის კუთხით)
- გარკვეული ქიმიოთერაპიები და კიბოს სხვა მკურნალობები.[6]

ფიზიკური გამოკვლევა

გასინჯვის მონაცემები ძირითადად არასპეციფიკურია.

ძირითადი ნიშნებია:

- კანის გამონაყარი, როგორცაა ჰერპეტიფორმის დერმატიტი, კვანძოვანი ერითემა და განგრენოზული პიოდერმია, შეესაბამება ცელიაკიას ან IBD-ს.
- ლიმფადენოპათია ან წარმონაქმნი მუცლის ღრუში მიუთითებს ინფექციაზე ან ავთვისებიან მდგომარეობაზე
- რექტალური გამოკვლევით გამოვლენილი სისხლი, რაც მკვეთრად მიუთითებს ლორწოვანის დაზიანებაზე, როგორცაა IBD ან ავთვისებიანი სიმსივნე.

ლაბორატორიული შეფასება

ლაბორატორიული კვლევები ინდივიდუალურია, დაავადების რისკფაქტორების გათვალისწინებით: მაგალითად, პარაზიტული დაავადებები იშვიათია ჩრდილოეთ ამერიკასა და დასავლეთ ევროპაში, მოგზაურობის ანამნეზის გარეშე.

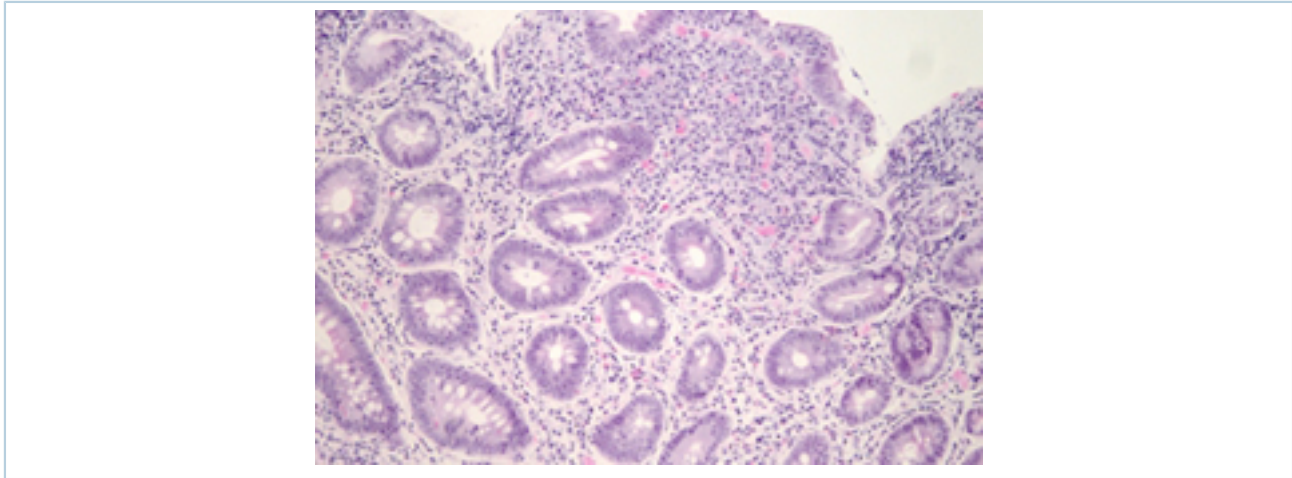
ბაზისური ლაბორატორიული კვლევები, რომლებიც ტარდება ყველა პაციენტთან, მოიცავს: სისხლის საერთო ანალიზს, გლუკოზას, ღვიძლის ფუნქციურ სინჯებს, C-რეაქტიულ ცილას, ფარისებრი ჯირკვლის ფუნქციურ სინჯებს, ცელიაკიის სეროლოგიას, IgA დონეს, ჰემატოლოგიურ კვლევებს (B12, ფოლატი, ფერითინი). განავალში კალპროტექტინის განსაზღვრა შესაძლებელია ხელმისაწვდომობის შემთხვევაში. ნაჩვენებია, რომ ფეკალური კალპროტექტინი მუდმივად განასხვავებს IBD-ს გალიზიანებული ნაწლავის სინდრომისგან, რადგან მას აქვს კარგი უარყოფითი პროგნოზირებითი ღირებულება არადიაგნოსტიკური, სიმპტომური პაციენტების IBD-ის გამოსარიცხად.[4] [7][8] თუმცა, ფეკალური კალპროტექტინი ასევე შეიძლება გაიზარდოს კოლორექტალური კიბოს, კუჭ-ნაწლავის (GI) ინფექციის ზოგიერთ შემთხვევაში ან არასტეროიდული ანთების საწინააღმდეგო საშუალებების გამოყენებისას, რაც ზღუდავს ტესტის სპეციფიკურობას.[4]

იმუნოკომპეტენტურ მასპინძლებში მხოლოდ რამდენიმე ვირუსული ან ბაქტერიული ინფექცია იწვევს ქრონიკულ დიარეას, თუმცა ზოგიერთი პარაზიტი, როგორცაა Giardia, ხშირია და უნდა შემოწმდეს განავლის ნიმუშები მიკროსკოპით, დაითესოს კულტურები და განისაზღვროს სენსიტიურობა. განავლის ნიმუშების რაოდენობა, რომელიც საჭიროა საკმარისი სპეციფიკურობის მისაღწევად, განსხვავდება დიაგნოსტიკური მეთოდის მიხედვით. ერთჯერადი განავლის ნიმუში შესაძლოა საკმარისი იყოს პირდაპირი იმუნოფლორესცენციის კვლევისთვის, ხოლო მიკროსკოპული ანალიზი საჭიროებს 3 ნიმუშს.

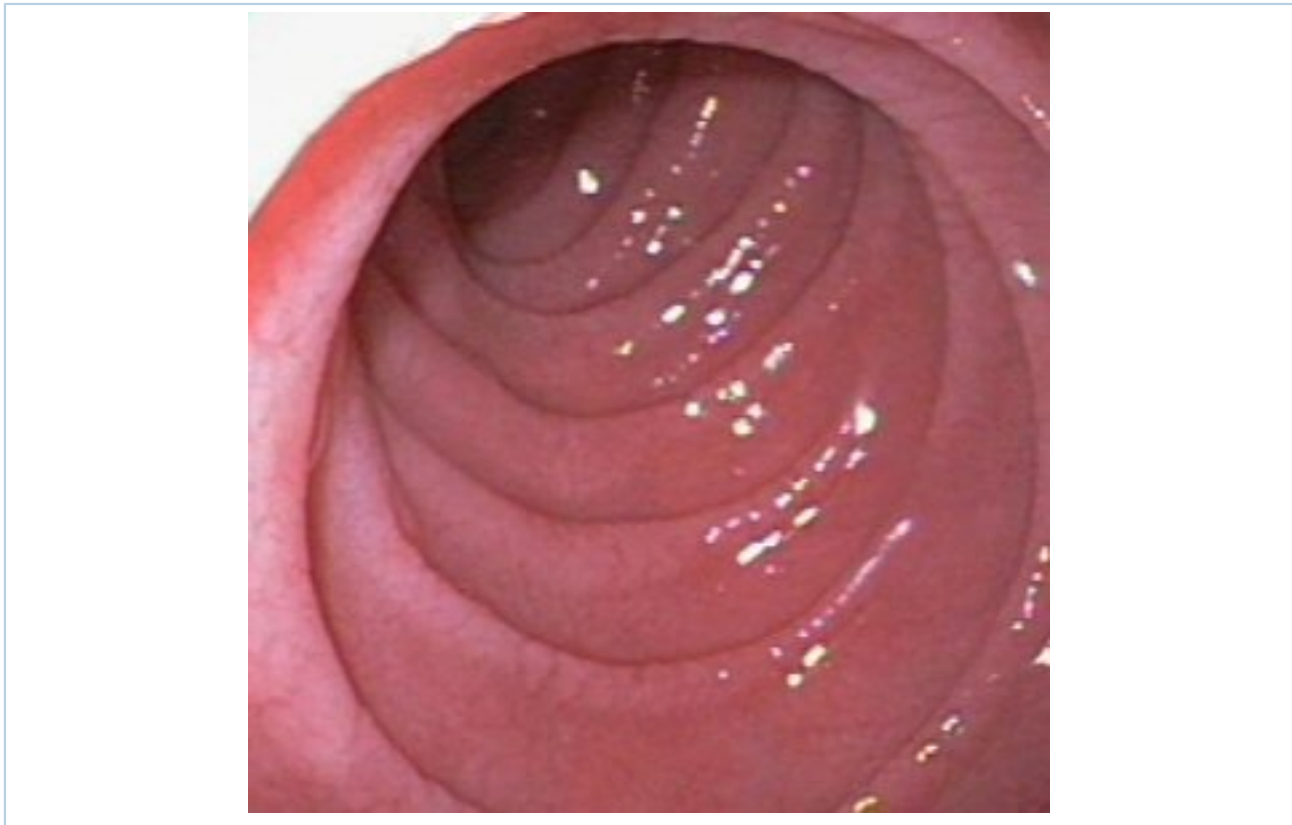
ენდოსკოპიური გამოკვლევა

ქრონიკული დიარეის შეფასებისთვის, ენდოსკოპია ღირებული დიაგნოსტიკური მეთოდი და ხშირად რუტინულად გამოიყენება გარდა იმ შემთხვევებისა, როდესაც სხვა პათოლოგია სახეზეა და საჭიროებს მკურნალობას, მაგალითად ქრონიკული ყაბზობის დროს (ეს ასევე გულისხმობს, რომ ლორწოვანი დაავადება ნაკლებსავარაუდოა).[9] ენდოსკოპია საშუალებას იძლევა IBD-ის დროს დაავადების სიმძიმე და გავრცელება მყისიერად შეფასდეს ვიზუალურად და პროგნოზული ინფორმაციის მოგვანოდოს.

ჰისტოლოგიური შეფასებით შესაძლებელია მაკროსკოპული და მიკროსკოპული კოლიტის დოკუმენტირება. კოლონოსკოპიით გამოვლენილი ანთება საჭიროებს მომდევნო გამოკვლევებს, მაგალითად წვრილი ნაწლავის შეფასებას კრონის დაავადებაზე ეჭვის შემთხვევაში. უარყოფითი კოლონოსკოპია საშუალებას გვაძლევს დავამშვიდოთ პაციენტები, რომელთაც IBD ან კიბოს საშიშროება აღენიშნებოდათ. თუ ეჭვია ცელიაკიაზე, შესაძლებელია გასტროსკოპიის ჩატარება თორმეტგოჯას ბიოფსიით, ერთსა და იმავე ვიზიტზე.



ცელიაკის დაავადების დროს ხალების ატროფიის ფოტომიკროგრაფი
გამოსახულება ეკუთვნის დანიელ ლეფლერს, MD და სიარან კელის, MD; გამოიყენებულია ნებართვით



ენდოსკოპიურად თორმეტგოჯა ნაწლავის ლორწოვანის ჩაზნექვა ცელიაკის დაავადების დროს და სხვა ლორწოვანი დაავადებების დროს, როგორცაა ვიარდიოზი
გამოსახულება ეკუთვნის დანიელ ლეფლერს, MD და სიარან კელის, MD; გამოიყენებულია ნებართვით

სეაგეაიბ

თუ პაციენტს აღენიშნება კუჭ-ნაწლავის სისხლდენის ნიშნები, ანემია, წონის მნიშვნელოვანი კლება, მას უნდა ჩაუტარდეს კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის ზედა ნაწილის და მსხვილი ნაწლავის ენდოსკოპია.

დიფ. დიაგნოზის მიმოხილვა

სშირი
წყლულოვანი კოლიტი
მიკროსკოპული კოლიტი (ლიმფოციტური კოლიტი და კოლაგენური კოლიტი)
ვირუსული, ბაქტერიული, პარაზიტული, აივ ენტეროპათია
გალიზიანებული ნაწლავის სინდრომი
მედიკამენტების ეფექტები
განავლის ჩაჭედვა
გლუტენური დაავადება-ცელიაკია
კრონის დაავადება
ნაღვლოვანი მარილების მალაბსორბცია
ნაწლავის კედლის ფერმენტების დეფიციტი (ლაქტოზა, ფრუქტოზა, სუქროზა, იზომალტაზა)
წვრილ ნაწლავში ჭარბი ბაქტერიული ზრდა
პანკრეასის უკმარისობა
ალკოჰოლი
ჰიპერთირეოიდიზმი
შაქრიანი დიაბეტი
რადიაციული ენტერიტი/კოლიტი
ეოზინოფილური ენტერიტი
ქრონიკული იშემიური კოლიტი
ქირურგიული ბაიფასი ან რეზექცია
იშვიათია
ანთების საწინააღდეგო არასტეროიდული მედიკამენტები, ენტეროპათია

იშვიათია

მაინფლტრირებელი ავთვისებიანი მდგომარეობა

ცილის დაკარგვით გამონეული ენტეროპათია

ტრანსპლანტანტისა და მიმღები პაციენტის შეუთავსებლობა

ჰოჯკინის ლიმფომა

არაჰოჯკინის ლიმფომა

ტროპიკული სპრუ

ლიმფანგიექტაზია/ლიმფური დრენაჟის შეფერხება

ჰიპოპარათიროიდიზმი

ადისონის დაავადება

გასტრინომა

კარცინოიდული სიმსივნეები

ვიპომები

აბეტალიპოპროტეინემია

ღვიძლის შორსწასული დაავადება

საერთო ვარიაბელური იმუნური დეფიციტი

ამილოიდოზი

დიფერენციული დიაგნოზები

სშირი			
◇ წყლულოვანი კოლიტი			
ანამნეზი.	გასინჯვა	1-ლი ტესტი	სხვა კვლევები
<p>ჰემატოქეზია და ტენემში ძირითადად მნიშვნელოვანია; დიარეა შეიძლება იყოს ხშირი, მაგრამ მცირე მოცულობის; თამბაქოს მოხმარების ბოლოდროინდელი შეწყვეტა დაკავშირებულია აქტიური წყლულოვანი კოლიტის გამოვლენასთან; შესაძლებელია ოჯახური ანამნეზის გამოვლენა [10] [11] [12] [13]</p>	<p>ძირითადად არასპეციფიკურია; ნაწლავის გარე გამოვლინებები როგორცაა კვანძოვანი ერითემა, განგრენული პიოდერმა, უვეიტი, ირიტი, ეპისკლერიტი და ართრიტი</p>	<p>»ენდოსკოპია/ კოლონოსკოპია ბიოფსიით: ლორწოვანის დაზიანებები, შეესაბამება კოლიტს და/ან ენტერიტს [10] გრანულომების არარსებობისას, რაც აღინიშნება კრონის დაავადების შემთხვევათა 30%-ში, წყლულოვანი კოლიტსა და კრონის დაავადებას შორის დიფერენცირება ხდება კლინიკური ნიშნებისა და მსხვილი ნაწლავის გარეთა დაზიანებების არსებობის მიხედვით.</p> <p>კრონის დაავადების დიაგნოზი კვლავ უნდა გამოირიცხოს კოლონოსკოპიის შემდეგ, დამატებითი კვლევებით წვრილ ნაწლავზე (კონტრასტული კვლევა/CT/MRI/ ენდოსკოპია კაფსულით), რადგან ამ კვლევებით შესაძლოა გამოვლინდეს სტრიქტურები წვრილ ნაწლავში.</p>	<p>»მუცლის ღრუს რადიოგრაფია: განივი მსხვილი ნაწლავი ≥ 6 სმ დიამეტრი, ტოქსიკური მეგაკოლონის შემთხვევაში კეთდება მწვავე, მძიმე დაავადების მქონე პაციენტებში, ტოქსიკური მეგაკოლონის შესაფასებლად.</p> <p>»განავალში კალპროტექტინის შემცველობის: მონიტორინგულია გვეხმარება ნაწლავის ანთებითი დაავადებისა და გალიზიანებული ნაწლავის სინდრომის გარჩევაში. [4] [7] [8] თუმცა, ფეკალური კალპროტექტინი ასევე შეიძლება გაიზარდოს კოლორექტალური კიბოს, კუჭ-ნაწლავის ინფექციის ან არასტეროიდული ანთების სანინაალმდეგო საშუალებების გამოყენებისას. [4]</p>

სშირი

◇ მიკროსკოპული კოლიტი (ლიმფოციტური კოლიტი და კოლაგენური კოლიტი)

ანამნეზი.	გასინჯვა	1-ლი ტესტი	სხვა კვლევები
ცელიაკის არსებობა ზრდის ეჭვს ლიმფოციტური კოლიტის შესახებ; დიარეა სშირი და მოცულობითია, შეიძლება უკავშირდებოდეს მსუბუქ ტკივილს მუცლის არეში, წონის კლებასა და დაღლილობას[14] [15] [16] [17] [18] [19] [20] [21] [22]	ძირითადად არასპეციფიკური	»კოლონოსკოპია მსხვილი ნაწლავის ბიოფსიით: კოლაგენური კოლიტი: გასქელებული სუბეპითელური კოლაგენური ზონა >7 მიკრომეტრი; ლიმფოციტური კოლიტი: გამოხატული სუბეპითელური ლიმფოციტური ინფილტრატი მსხვილი ნაწლავი ვიზუალურად ნორმალურია.[17]	»IgA-ქსოვილის ტრანსგლუტამინაზა (tTG): მომატებულია, თუ ასევე სახეზეა ცელიაკია (შეამოწმეთ ადგილობრივი სტანდარტული მაჩვენებლები) »ემოთაგოგასტროდუოდენოსკოპია თორმეტგოჯას ბიოფსიით: მომატებულია ინტრაეპითელური ლიმფოციტები, ვლინდება ხაოების ატროფია და კრიპტების შიპერპლაზია, თუ ასევე სახეზეა ცელიაკია

◇ ვირუსული, ბაქტერიული, პარაზიტული, აივ ენტეროპათია

ანამნეზი.	გასინჯვა	1-ლი ტესტი	სხვა კვლევები
დანყება სავარაუდოდ მწვავეა; შესაძლებელია ანამნეზში აღინიშნოს ბოლოდროინდელი მოგზაურობა, ავადმყოფი კონტაქტები, იმუნოსუპრესია[23] [24] [25] [26] [27] [28] [29] [30] [31]	ძირითადად არასპეციფიკურია; სპეციფიკური ინფექციები ხასიათდება სისტემური გამოვლინებებით (მაგ. გამონაყარი ტიფოიდური ცხელებისას)	»განავლის კულტურებში კვერცხები და პარაზიტები: დადებითია პათოგენურ ორგანიზმებზე[24] შესაძლოა საჭირო გახდეს რამდენიმე კვლევის განმეორება, შედეგის ღირებულების გასაუმჯობესებლად.	»თორმეტგოჯას ბიოფსია: დადებითია პათოგენურ ორგანიზმებზე[28] შეიძლება საჭირო გახდეს განსაკუთრებით იმუნოსუპრესიულ პაციენტებში, როდესაც სავარაუდოა microsporidium და სხვა მიკროორგანიზმების გამოვლენა. »CD4 უჯრედების რაოდენობა: ნორმალური ან დაბალი CD4 უჯრედების რაოდენობამ <200 x 10 ⁶ /ლ უნდა წარმოშვას ეჭვი Cryptosporidium-

სშირი			
◇ ვირუსული, ბაქტერიული, პარაზიტული, აივ ენტეროპათია			
ანამნეზი.	გასინჯვა	1-ლი ტესტი	სხვა კვლევები
			<p>ის ქრონიკულ ინფექციაზე.[32] მაჩვენებლები ასევე გამოიყენება ოპორტუნისტული ინფექციების რისკის განსაზღვრის მიზნით და პროფილაქტიკური თერაპიის დანების შესახებ გადწყვეტილების მისაღებად.</p>
◇ გალიზიანებული ნაწლავის სინდრომი			
ანამნეზი.	გასინჯვა	1-ლი ტესტი	სხვა კვლევები
<p>დიარეის ხანგრძლივი ანამნეზი, მუდმივი ან ხანგამოშვებითი, საგანგაშო ნიშნების ან ღამით გაღვიძების გარეშე; დიარეის შეტევები ემთხვევა შფოთვას/სტრესს, ოჯახურ ანამნეზში აღინიშნება გალიზიანებული ნაწლავის სინდრომი; შებერილობა, აირების დაგროვება და კრუნჩხვითი მუცლის ტკივილები მსუბუქდება დეფეკაციის შემდეგ; დიარეა შეიძლება მონაცვლეობდეს ყაზობის შეტევებთან ერთად; რომის კრიტერიუმები (გაიდლაინების ნაკრები, რომელიც აღწერს სიმპტომებს და იყენებს პარამეტრებს, როგორცაა სიხშირე და ხანგრძლივობა, რათა მივიღოთ უფრო სწორი დიაგნოზი)</p>	<p>მუცლის მსუბუქი შებერილობა ან მტკივნეულობა; პაციენტებს შეიძლება აღენიშნოთ ჰიპერლაგებია ან ალოდინია (ტკივილი არასპეციფიკურ სტიმულზე, მაგ. მუცლის კედლის მსუბუქ პალპაციაზე)</p>	<p>»კოლონოსკოპია: ნორმის ფარგლებში უნდა შესრულდეს, თუ პაციენტს აღენიშნება საგანგაშო ("წითელი ალმის") ნიშნები ან სიმპტომები (წონის სწრაფი კლება, დეჰიდრატაცია, სისხლდენა კუჭ-ნაწლავის ტრაქტიდან, ანემია, მუცლის ძლიერი ტკივილი) ან თუ მონოდებულია კიბოს სურინინგის ზოგადი გაიდლაინებით.</p> <p>»IgA-ქსოვილის ტრანსგლუტამინაზა (tTG): ნორმის ფარგლებში რეკომენდებულია ზოგიერთ პოპულაციაში</p>	<p>»სუნთქვის ტესტი ჭარბი ბაქტერიული ზრდისა და ლაქტოზის აუტანლობის დროს: ნორმის ფარგლებში დადებითი პასუხის შემთხვევაში, შესაძლებელია მკურნალობა ანტიბიოტიკებით.</p> <p>»ემოთაგოგასტროდუოდენოს, ნორმის ფარგლებში შესაძლოა გამოირიცხო ცელიაკია ან ჰელიკობაქტერიული პილოროვასტრიტი.</p> <p>»განავალში კალპროტექტინის შემცველობის: დაბალი გვეხმარება ნაწლავის ანთებითი დაავადებისა და გალიზიანებული ნაწლავის სინდრომის გარჩევაში უდიაგნოზო,</p>

დიაგნოზი

სშირი

◇ გალიზიანებული ნაწლავის სინდრომი

ანამნეზი.	გასინჯვა	1-ლი ტესტი	სხვა კვლევები
შეიძლება გამოსადეგი იყოს გალიზიანებული ნაწლავის სინდრომზე ეჭვის დროს[33] [34] [35]		(ცელიაკის ოჯახური ანამნეზი ან სხვა აუტოიმუნური დაავადებების პირადი ანამნეზი, განსაკუთრებით 1-ლი ტიპის შაქრიანი დიაბეტი ან ფარისებრი ჯირკვლის აუტოიმუნური დაავადება) ცელიაკის გამოსარიცხად.	სიმპტომურ პაციენტებში.[4] [7][8]

◇ მედიკამენტების ეფექტები

ანამნეზი.	გასინჯვა	1-ლი ტესტი	სხვა კვლევები
პაციენტი იღებს მედიკამენტს, რომელიც იწვევს დიარეას; ხშირად, ესენია: პროტონული ტუმბოს ინჰიბიტორები, არასტეროიდული ანტიანთებითი პრეპარატები, მეტფორმინი და ქინინი; ხშირ შემთხვევებში, პაციენტები იღებენ რამდენიმე მედიკამენტს; დიარეის დაწყების თარიღი ვარიანტულია, ამიტომ რთულია გამომწვევი აგენტის დადგენა[1] [36] [37]	ძირითადად არასპეციფიკური	»საეჭვო მედიკამენტის შეწყვეტის ცდა: სიმპტომების გაუმჯობესება მედიკამენტის შეწყვეტის შემდეგ თუ ანამნეზის მიხედვით საეჭვოა სხვა შემთხვევაზე, კვლევები უნდა ჩატარდეს სავარაუდო გამომწვევი მედიკამენტის შეწყვეტის ცდის პარალელურად.	

F განავლის ჩაჭედვა

ანამნეზი.	გასინჯვა	1-ლი ტესტი	სხვა კვლევები
მსხვილი ნაწლავის ობსტრუქცია ავთვისებიანი მდგომარეობის ან	გამაგრებული ფეკალური მასა	»მუცლის ღრუს სერიული რენტგენი:	

სშირი

განავლის ჩაჭედვა

ანამნეზი.	გასინჯვა	1-ლი ტესტი	სხვა კვლევები
მძიმე მოტორული დაავადების გამო იწვევს განავლის ჩაჭედვას და სიჭარბის დიარეას, ძირითადად ვლინდება მძიმე ან გაუარესებული ყაბზობის ანამნეზი; სპაზმური ტკივილი, აირები, მუცლის ტკივილი[1]	შეინიშნება სწორი ნაწლავის გასინჯვისას	დიდი რაოდენობით განავალი	

◇ გლუტენური დაავადება-ცელიაკია

ანამნეზი.	გასინჯვა	1-ლი ტესტი	სხვა კვლევები
ცელიაკის ოჯახური ანამნეზი ან სხვა აუტოიმუნური დაავადების (განსაკუთრებით 1-ლი ტიპის შაქრიანი დიაბეტის ან ფარისებრი ჯირკვლის აუტოიმუნური დაავადების) პირადი ისტორია; პირველადი სიმპტომები, განსაკუთრებით მოზრდილებში, ვარიანტულია; კლასიკური სიმპტომებია: დიარეა, მუცლის ტკივილი, წონის კლება, დაღლილობა ან ლეტარგია, გულისრევა ან ღებინება, შებერილობა ან ჭარბი ნაწლავური გაზები[38] [39] [40] [41]	არასპეციფიკური; თუ აღინიშნა, ჰერპეტიფორმული დერმატიტი (ქავილი, ვეზიკულური გამონაყარი გამშლელ ზედაპირებზე) მიუთითებს დაავადებაზე; პირის ღრუს აფთოზური წყლული	»IgA-ქსოვილის ტრანსგლუტამინაზა (tTG): მომატებულია (>20 ერთეული) >95% სენსიტიური და სპეციფიკური, შეიძლება უარყოფითი იყოს IgA დეფიციტის მქონე პაციენტებში.[41]	»თორმეტგოჯას ბიოფსია: მომატებული ინტრაეპითელური ლიმფოციტები, ხაოების ატროფია, კრიპტების შიპერპლაზია საჭიროა IgA-tTG მომატების ყველა შემთხვევაში (ქსოვილოვანი ტრანსგლუტამინაზის სანინალმდეგო ანტისხეულები) ან მაღალი ეჭვის მქონე შემთხვევებში უარყოფითი IgA-tTG-ით.[41] »ენდოსკოპია კაფსულით: ხაოების ატროფია, ლორწოვანი მოზაიკური სურათი, ნაოჭების ჩაზნექა, მიკროკვანძოვანება

სშირი

ქრონის დაავადება

ანამნეზი.	გასინჯვა	1-ლი ტესტი	სხვა კვლევები
ქრონიკული მუცლის ტკივილი, შებერილობა, წონის კლება; ნაწლავის ანთებითი დაავადების ოჯახური ანამნეზი[10] [11] [12] [13]	ძირითადად არასპეციფიკურია; შეიძლება აღინიშნოს სტრიქტურებითა და ობსტრუქციით, მუცლის ღრუს წარმონაქმნები მეორადად გამოწვეული აბსცესის ან ფლემონას სახით, მუცლის ან პერირექტული ფისტულა, კანის დაზიანებები, როგორცაა კვანძოვანი ერთემა ან უფრო იშვიათად- განგრენული პიოდერმა	»ენდოსკოპია/ კოლონოსკოპია ბიოფსიით: ლორწოვანის დაზიანებები, შეესაბამება კოლიტს და/ან ენტერიტს[10] გრანულომების არარსებობისას, რაც აღინიშნება ქრონის დაავადების შემთხვევათა 30%-ში, წყლულოვან კოლიტსა და ქრონის დაავადებას შორის დიფერენცირება ხდება კლინიკური ნიშნებისა და მსხვილი ნაწლავის გარეთა დაზიანებების არსებობის მიხედვით.	»წერილი ნაწლავი - შემდგომი კვლევები: სტრიქტურები, დაზიანებები წერილ ნაწლავში »ენდოსკოპია კაფსულით: ანთება, დანყლულება »განავალში კალპროტექტინის შემცველობის: მოამტებულია გვეხმარება ნაწლავის ანთებითი დაავადებისა და გალიზიანებული ნაწლავის სინდრომის გარჩევაში.[4] [7][8] თუმცა, ფეკალური კალპროტექტინი ასევე შეიძლება გაიზარდოს კოლორექტალური კიბოს, კუჭ-ნაწლავის ინფექციის ან არასტეროიდული ანთების საწინააღმდეგო საშუალებების გამოყენებისას.[4]

◇ ნაღვლოვანი მარილების მალაბსორბცია

ანამნეზი.	გასინჯვა	1-ლი ტესტი	სხვა კვლევები
თედოს ნაწლავის >50 სმ სექციის რეზექციის ქირურგიული ანამნეზი; შეიძლება აღინიშნოს ქირურგიული ანამნეზისა და თედოს ნაწლავის დაზიანების გარეშე (განიმარტება, როგორც ნაღვლოვანი მარილების იდიოპათიური	შეიძლება აღინიშნოს ქირურგიული ნაწიბურები მუცელზე	»75-სელენიუმ-23-სელენა-25-ჰომოტაუროქოლიური მუავას ტესტი (SeHCAT): თუ მე-7 დღეზე აღინიშნება შენარჩუნების დაბალ დონეზე, სავარაუდოა ნაღვლოვანი მარილების მალაბსორბცია	»საცდელი დაბალციხიმიანი, საშუალო-ჯაჭვიანი ტრიგლიცერიდებით შევსებული დიეტით: სიმპტომების მნიშვნელოვანი და ხანგრძლივი გაუმჯობესება მიუთითებს ნაღვლოვანი

დიაგნოზი

სშირი

◇ ნალვლოვანი მარილების მალაბსორბცია

ანამნეზი.	გასინჯვა	1-ლი ტესტი	სხვა კვლევები
მალაბსორბცია, სავარაუდოდ გამონვეულია ნალვლოვანი მარილების აპიკალური ტრანსპორტერის დაზიანებით თეძოს ნაწლავის ენტეროციტებში[1] [42] [43] [44] [45] [46] [47]		ნორმის ფარგლები განსხვავებულია კლინიკების მიხედვით.	მარილების დეფიციტზე ან ღვიძლის მძიმე დაავადებაზე »შრატში 7- ჰიდროქსიქოლესტეროლი: მოამტებულია »ქოლესთირამინის ცდა: დიარეა გაივლის

◇ ნაწლავის კედლის ფერმენტების დეფიციტი (ლაქტოზა, ფრუქტოზა, სუქროზა, იზომალტაზა)

ანამნეზი.	გასინჯვა	1-ლი ტესტი	სხვა კვლევები
დიარეა ხშირად ვითარდება შებერილობის, სპაზმური ტკივილის, აირების დაგროვების თანხლებით; დანყება ძირითადად უკავშირდება გამომწვევი ნივთიერების მიღებიდან 1 საათის გასვლას; კონკრეტული ზემოქმედების გამოვლენა მარტივია მხოლოდ ლაქტოზის შემთხვევაში; სიმპტომები ხშირად თანდათან ვითარდება და მძიმდება მოზრდილობის ადრეულ ხანებში; შეიძლება გამოვლინდეს უეცრად, მწვავე დაზიანების შემდეგ (ინფექციური გასტროენტერიტი)[48] [49] [50]	ძირითადად არასპეციფიკურია; წონის კლება და ანემია არ უნდა იყოს გამოვლენილი	»დიეტის ჩანერა ელიმინაციური დიეტით: სიმპტომების სწრაფი აღაგება გამომწვევი ნივთიერების მიღების შეწყვეტის შემდეგ	»წყალბადის სუნთქვის ტესტი: ბაზისურიდან >20 ნაწილაკი/ მილიონზე მეტი ზრდა 2 საათში სავარაუდოდ გამომწვევი შაქრის მიღების შემდეგ ვლინდება ბაქტერიული ფერმენტაცია, მასპინძლის მიერ შესამონებელი შაქრის მონელების ნაცვლად.[50] »ლაქტოზის ამტანობის კვლევა: სიმპტომების პრეციპიტაცია ლაქტოზის მიღებისას ნაკლებად სენსიტიური და სპეციფიკურია, ვიდრე სუნთქვის ტესტი.[50]

სშირი

◇ წვრილ ნაწლავში ჭარბი ბაქტერიული ზრდა

ანამნეზი.	გასინჯვა	1-ლი ტესტი	სხვა კვლევები
<p>დიაბეტის, გადატანილი ქირურგიის, ცელიაკის ან კრონის დაავადების ანამნეზი; სშირი სიმპტომებია შებერილობა, აირების დაგროვება, სპაზმური ტკივილი, მსუბუქი-საშუალო სიმძიმის დიარეა[1] [51] [52] [53] [54]</p>	<p>ძირითადად არასპეციფიკური</p>	<p>»სუნთქვის ტესტი: წყალბადის ან მეთანის (ან ორივეს) >20 ნაწილაკი/მილიონზე მეტი მატება 90 წუთის განმავლობაში მიიჩნევა დადებით შედეგად მსხვილ ნაწლავში მოუნელებელი შაქრების ბაქტერიული ფერმენტაცია იწვევს წყალბადის და მეთანის წარმოქმნას. თუ ფერმენტაცია მოხდება წვრილ ნაწლავში, უფრო ადრე იმატებს წყალბადი და მეთანი.[55] თუ გასტროინტესტინური მოძრაობა სწრაფია, შესაძლებელია ცრუ დადებითი შედეგის მიღება.[56]</p> <p>სენსიტიურობა არის 42.0% - 54.5% და სპეციფიკურობა არის 70.6% - 83.2%.[57]</p> <p>მტკიცებულება სუნთქვის ტესტის შესახებ წინააღმდეგობრივია, მაგრამ რეკომენდებულია ანტიბიოტიკების გამოყენებამდე პაციენტებში, რომელთაც უფრო სუსტი რისკფაქტორები აქვთ (მაგ. პროტონული ტუმბოს ინჰიბიტორის</p>	

სშირი

◇ წვრილ ნაწლავში ჭარბი ბაქტერიული ზრდა

ანამნეზი.	გასინჯვა	1-ლი ტესტი	სხვა კვლევები
		<p>გამოყენება, დიაბეტი, გასტროპარეზი).</p> <p>»ანტიბიოტიკების თერაპიული საცდელი მკურნალობა: სიმპტომების მნიშვნელოვანი და ხანგრძლივი გაუმჯობესება მიუთითებს წვრილი ნაწლავის ჭარბ ბაქტერიულ ზრდაზე რეკომენდებულია პირველი რიგის ჩარევად დიდი ბრიტანეთის გაიდლაინებით, რადგან სუნთქვის ტესტს სენსიტიურობა და სპეციფიკურობა დაბალი აქვს.[4]</p> <p>გამოყენება, როდესაც სუნთქვის ტესტი ხელმისაწვდომი არ არის და სხვა ეტიოლოგიები გამორიცხებულია.[53]</p>	

◇ პანკრეასის უკმარისობა

ანამნეზი.	გასინჯვა	1-ლი ტესტი	სხვა კვლევები
<p>პანკრეატიტი, ალკოჰოლის ბოროტად გამოყენება ან კისტოზური ფიბროზი ანამნეზში; დაწყება ჩვეულებრივ თანდათანობითი, მაგრამ პროგრესირებადი[1] [58] [59] [60]</p>	<p>ძირითადად არასპეციფიკური</p>	<p>»განავლის ელასტაზა: დადებითია, თუ ალინიმენება ≤ 200 მიკროგრამი/გ 70%-90% სენსიტიური და სპეციფიკურია. ეს არის პანკრეასის ფერმენტული დეფიციტის პირდაპირი ტესტი. დაბალი დონე მიუთითებს პანკრეასის</p>	<p>»განავლის ქემოტრიფსინი: დადებითია, თუ ალინიმენება ≤ 6 ერთეული/გ 50%-70% სენსიტიური და სპეციფიკურია. ეს არის პანკრეასის ფერმენტული დეფიციტის პირდაპირი ტესტი. დაბალი დონე</p>

სშირი

◇ პანკრეასის უკმარისობა

ანამნეზი.	გასინჯვა	1-ლი ტესტი	სხვა კვლევები
		<p>ზოგად ეგზოკრინულ უკმარისობაზე.[59]</p> <p>ზღვრული დონე მიახლოებითა, რადგან ზოგიერთ პაციენტს დაბალი მაჩვენებლით არ აღენიშნება მალაბსორბცია, ხოლო სხვებს მაღალი მაჩვენებლით უვლინდებათ სიმპტომები.</p>	<p>მიუთითებს პანკრეასის ზოგად ეგზოკრინულ უკმარისობაზე.[60]</p> <p>ზღვრული დონე მიახლოებითა, რადგან ზოგიერთ პაციენტს დაბალი მაჩვენებლით არ აღენიშნება მალაბსორბცია, ხოლო სხვებს მაღალი მაჩვენებლით უვლინდებათ სიმპტომები.</p> <p>»მუცლის ღრუს მაგნიტურ-რემონანსული ტომოგრაფია: შეიძლება გამოვლინდეს კალციფიკატები პანკრეასში ეს ქრონიკული პანკრეატიტის შედეგია, რომელიც პანკრეასის უკმარისობის წამყვან მიზეზს წარმოადგენს; საკუთრივ პანკრეასის უკმარისობისათვის დიაგნოსტიკური არ არის.</p> <p>»მუცლის კომპიუტერული ტომოგრაფიით: შეიძლება გამოვლინდეს კალციფიკატები პანკრეასში ეს ქრონიკული პანკრეატიტის შედეგია, რომელიც პანკრეასის უკმარისობის წამყვან</p>

სშირი

◇ პანკრეასის უკმარისობა

ანამნეზი.	გასინჯვა	1-ლი ტესტი	სხვა კვლევები
			<p>მიზმს წარმოადგენს; საკუთრივ პანკრეასის უკმარისობისათვის დიაგნოსტიკური არ არის.</p> <p>»პანკრეასის ულტრაბგერითი კვლევა: შეიძლება გამოვლინდეს კალციფიკატები პანკრეასში</p> <p>ეს ქრონიკული პანკრეატიტის შედეგია, რომელიც პანკრეასის უკმარისობის წამყვან მიზმს წარმოადგენს; საკუთრივ პანკრეასის უკმარისობისათვის დიაგნოსტიკური არ არის.</p> <p>»საცდელი მკურნალობა პანკრეასის ფერმენტების ჩანაცვლებით: სიმპტომების მნიშვნელოვანი და ხანგრძლივი გაუმჯობესება მიუთითებს პანკრეასის უკმარისობაზე საჭიროა სხვა ეტიოლოგიების გამორიცხვა.</p>

◇ ალკოჰოლი

ანამნეზი.	გასინჯვა	1-ლი ტესტი	სხვა კვლევები
ალკოჰოლის ჭარბი მოხმარების ანამნეზი	ვლინდება ალკოჰოლის სუნი ან დადასტურებული ინტოქსიკაცია; ღვიძლის დაავადების	»ალკოჰოლის დონე სისხლში: შეიძლება მომატებული იყოს	»ღვიძლის ულტრაბგერითი კვლევა: შეიძლება გამოვლინდეს ჰეპატომეგალია,

სშირი

◇ ალკოჰოლი

ანამნეზი.	გასინჯვა	1-ლი ტესტი	სხვა კვლევები
	კლინიკური ნიშნები (მაგ: სიყვითლე, ობობისებრი ანგიომები, დუპურენის კონტრაქტურა, ხელისგულის ფრითემა, გინეკომასტია, ასციტი)	»LFT: ყველა პარამეტრი შეიძლება იყოს მომატებული	ცხიმოვანი ღვიძლი, ღვიძლის ციროზი, წარმონაქმნი ღვიძლში, სპლენომეგალია, ასციტი, პორტული ჰიპერტენზიის ნიშნები

◇ ჰიპერთირეოიდიზმი

ანამნეზი.	გასინჯვა	1-ლი ტესტი	სხვა კვლევები
შეიძლება აღინიშნოს სხვა აუტოიმუნური დაავადებების ანამნეზი, მადის მომატება, წონის კლება, სიცხის აუტანლობა და თმის ცვენა[61] [62] [63]	წვრილი ტრემორი, ჩიყვი, ეგზოფტალმი, ტაქიკარდია და ჰიპერტენზია ვლინდება მძიმე შემთხვევებში	»ფარისებრი ჯირკვლის მასტიმულირებელი ჰორმონი: შემცირებულია ფარისებრი ჯირკვლის მასტიმულირებელი ჰორმონის განსაზღვრა უნდა იყოს პირველადი ტესტი; თუ ეს არის სასაზღვრო ან ჩახშობილი, უნდა მოითხოვოს დამატებითი ტესტირება, როგორცაა თავისუფალი ფარისებრი ჯირკვლის ჰორმონები.[63]	»ფარისებრი ჯირკვლის თავისუფალი ჰორმონები: მომატებული »ფარისებრი ჯირკვლის რადიოაქტიური იოდის ან ტექნიციუმ-99-ის შეწოვის სკანირება: დიფუზურად მომატებული შეთვისება გრეივისის დაავადების დროს, შემცირებული შეთვისება ევანგელავე თირეოიდიტის შემთხვევაში

◇ შაქრიანი დიაბეტი

ანამნეზი.	გასინჯვა	1-ლი ტესტი	სხვა კვლევები
ძირითადად ცნობილია შაქრიანი დიაბეტის ანამნეზი; შეიძლება გამოვლინდეს გულისრევა და სწრაფი დანაყრების შეგრძნება (მიუთითებს გასტროპარეზზე, ხანგრძლივი	ძირითადად არასპეციფიკურია; დიაბეტის, ნეიროპათიის, ნეფროპათიისა და რეტინოპათიის მქონე პაციენტებში ხშირად ვლინდება	»HbA1c: 48 მმოლ/მოლ (6.5%) ან მეტი »გლუკოზა პლაზმაში: მოამტებულია »მოტორიკის კვლევები: კუჭის დაცლა, წვრილი ნაწლავის გადასვლის დრო, მსხვილი ნაწლავის კვლევები	

დიაგნოზი

სშირი

◇ შაქრიანი დიაბეტი

ანამნეზი.	გასინჯვა	1-ლი ტესტი	სხვა კვლევები
დიაბეტის ფონზე); ქრონიკული დიარეა იშვიათია, როგორც ახალგამოვლენილი დიაბეტის პირველადი სიმპტომი[64] [65] [66]	გასტროინტესტინურ სიმპტომებთან ერთად	(სიტცის მარკერული კვლევა, ანორექტული მანომეტრია): პათოლოგიის მტკიცებულება - სწრაფი ან ნელი ნაწლავური გადასვლა თუ პაციენტი აკმაყოფილებს რომის II ან III კრიტერიუმებს და არ აღენიშნება საგანგაშო სიმპტომები, როგორცაა სისხლდენა კუჭ-ნაწლავის ტრაქტიდან, წონის კლება, ახალგამოვლენილი სიმპტომები ან რუტინული ლაბორატორიული პათოლოგიები, ძირითადად არ არის საჭირო დამატებითი გამოკვლევა ემპირიული თერაპიის დაწყებამდე.[35]	

◇ რადიაციული ენტერიტი/კოლიტი

ანამნეზი.	გასინჯვა	1-ლი ტესტი	სხვა კვლევები
მნიშვნელოვანი რადიაციული ზემოქმედება მუცლის ღრუზე, უმეტესად წინამდებარე ჯირკვლის დასხივების დროს მამაკაცებში და საშვილოსნოს კიბოს თერაპიისას ქალებში; სშირია ჰემატოქეზია[67] [68] [6]	ძირითადად არასპეციფიკური	»განავლის ანალიზი ფარულ სისხლდენაზე: შესაძლოა დადებითი იყოს წვრილი ნაწლავის რადიაციული ენტერიტის ფონზე შესაძლებელია დადებითი შედეგის მიღება, ხოლო მსხვილი ნაწლავის დასხივების შემდეგ	»წვრილი ნაწლავი - შემდგომი კვლევები: გასქელების, სტენოზის, აღჭვებიებისა და ზოგჯერ ფისტულების გამოვლენა მნიშვნელოვანი, მაგრამ არადიაგნოსტიკური კვლევაა ნორმალური კოლონოსკოპიითა და ენდოსკოპიით მიმდინარე წვრილი

სშირი

◇ რადიაციული ენტერიტი/კოლიტი

ანამნეზი.	გასინჯვა	1-ლი ტესტი	სხვა კვლევები
		<p>ძირითადად ვლინდება ჰემატოქეზია, რის გამოც განავლის ანალიზი ფარულ სისხლდენაზე საჭირო აღარ არის.</p> <p>»კოლონოსკოპია: ნორმალური ლორწოვანი სისხლძარღვოვანი ნიშნულების გაქრობა, მგრძობიარე ლორწოვანი და ტელეანგიექტაზიები პათოლოგია</p> <p>ძირითადად არადიაგნოსტიკურია და დიაგნოზი ისმება კლინიკური ნიშნების საფუძველზე.</p>	ნაწლავის პირველადი დაავადების დროს.

◇ ეოზინოფილური ენტერიტი

ანამნეზი.	გასინჯვა	1-ლი ტესტი	სხვა კვლევები
<p>კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის ნებისმიერი რეგიონი შეიძლება იყოს ჩართული, სიმპტომები არასპეციფიკური და ვარიანტულია, მათ შორის: მუცლის ტკივილი, გულისრევა, ღებინება და დიარეა; პაციენტს შეიძლება აღენიშნებოდეს სხვა ალერგიული მდგომარეობების, მათ შორის საკვების მიმართ მგრძობიარეობის ანამნეზი[69] [70] [71] [72] [73] [74]</p>	<p>ძირითადად არასპეციფიკური</p>	<p>»ენდოსკოპია და/ან კოლონოსკოპია ბიოფსიით: ჰისტოლოგიურად უნდა გამოვლინდეს გასქელებული სუბლორწოვანი შრე >20 ეოზინოფილით თითოეულ ველში[70]</p> <p>ეოზინოფილური ენტერიტის დიაგნოსტიკებამდე საჭიროა ინფექციების გამორიცხვა.</p>	<p>»კომპიუტერული ტომოგრაფია ან ნვრილი ნაწლავის ენდოსკოპია: გასქელებული რეგიონები შეიძლება შეგვხვდეს ნაწლავური ტრაქტის ნებისმიერ რეგიონში ნიშნები არასპეციფიკურია, რადგან ეს ცვლილებები შეიძლება გამოვლინდეს როგორც კრონის დაავადების, ასევე ავთვისებიანი მდგომარეობის შემთხვევაში.</p>

დიაგნოზი

სშირი			
◇ ეოზინოფილური ენტერიტი			
ანამნეზი.	გასინჯვა	1-ლი ტესტი	სხვა კვლევები
			»ეოზინოფილების რაოდენობა შრატში: შეიძლება მომატებული იყოს
ქრონიკული იშემიური კოლიტი			
ანამნეზი.	გასინჯვა	1-ლი ტესტი	სხვა კვლევები
ასაკოვანი პაციენტი, სისხლძარღვოვანი დაავადების ანამნეზით, იღებს ანტიჰიპერტენზიულ მედიკამენტებს; სშირია მუცლის სპაზმური ტკივილი და მსუბუქი-მძიმე ჰემატოქეზია[75] [76] [77]	ძირითადად არასპეციფიკურია; მუცლის მტკივნეულობა შეიძლება გამოვლინდეს და სისხლი შეიძლება შეინიშნოს რექტული გასინჯვისას	»კოლონოსკოპია: ლორწოვანის შესიება/ჰემორაგია ელენთის ნაკვეთის რეგიონში ბიოფსია არასპეციფიკურია და შეიძლება აღინიშნოს ჰემორაგია, თრომბოზი, კრიპტების დესტრუქცია, გრანულაცია.	»მუცლის/მენჯის კტ სკანირება: მსხვილი ნაწლავის გასქელება ელენთის ნაკვეთის ადგილას დიფუზური სისხლძარღვოვანი კალციფიკაციების არსებობა ასევე შეესაბამება ამ დიაგნოზს.
◇ ქირურგიული ბაიფასი ან რეზექცია			
ანამნეზი.	გასინჯვა	1-ლი ტესტი	სხვა კვლევები
კუჭ-ნაწლავის ტრაქტზე მნიშვნელოვანი ქირურგიული ჩარევის ანამნეზი; დიარეა მოკლე ნაწლავის სინდრომის გამო, გრძელი რეზექციების შემდეგ ან დემინგ სინდრომი, რომელშიც მთავარი დაავადება მოტორული ხასიათისაა[78] [79] [80] [81]	მუცელზე უნდა შეინიშნებოდეს ნაწიბურები გადატანილი ქირურგიული ჩარევის გამო; სხვა მხრივ, გასინჯვა ძირითადად არასპეციფიკურია	»საწყისი ტესტის არარსებობა: დიაგნოზი ეფუძნება ანამნეზს ძირითადად, დიაგნოსტიკური გამოკვლევები საჭირო არ არის; თუმცა, უნდა განიხილებოდეს სხვა დაავადებები, როგორცაა ჭარბი ბაქტერიული ზრდა.	»B12 ვიტამინის დონე თქმის ნაწლავის რეზექციის შემდეგ: დაბალი ამოკვეთილი ნაწილის მიხედვით, შესაძლებელია ნეურისციული დეფიციტების განვითარება; თქმის ნაწლავის რეზექციამ შესაძლოა გამოიწვიოს B12 ვიტამინის დეფიციტი. »რკინა შრატში თორმეტგოჯა/მლივი ნაწლავის დიდი ზომის მონაკვეთის რეზექციის შემდეგ: დაბალი

სეგნალი

სშირი

◇ ქირურგიული ბაიფასი ან რეზექცია

ანამნეზი.	გასინჯვა	1-ლი ტესტი	სხვა კვლევები
			თორმეტგოჯა/მლივი ნაწლავის დიდი ზომის მონაკვეთის რეზექციამ შეიძლება გამოიწვიოს რკინის ან ცხიმების მალაბსორბცია.

იშვიათია

◇ ანთების საწინააღმდეგო არასტეროიდული მედიკამენტები, ენტეროპათია

ანამნეზი.	გასინჯვა	1-ლი ტესტი	სხვა კვლევები
პაციენტი არასტეროიდულ ანთების საწინააღმდეგო საშუალებებს შესაძლოა იღებდეს დროის ნებისმიერი მონაკვეთის განმავლობაში, სიმპტომების დაწყებამდე; ვლინდება ნაწლავის ანთებითი დაავადების მსგავსად, თხიერი ან სისხლიანი დიარეით [36] [82] [83] [84] [85]	ძირითადად არასპეციფიკური	»ენდოსკოპია/ კოლონოსკოპია: სპეციფიკური ნიშნების არარსებობა ეს კვლევა უნდა ჩატარდეს სხვა შესაძლო დიაგნოზების გამორიცხვის მიზნით.	»ენდოსკოპია კაფსულით: შესაძლოა გამოვლინდეს ლორწოვანი გარსის პათოლოგიები/ ეროზიები »NSAID პრეპარატის შეწყვეტა: სიმპტომები გამოსწორდება 2-4 კვირაში სიმპტომების გაუმჯობესება მიუთითებს NSAID ენტეროპათიაზე.

მანტილტრირებელი ავთვისებიანი მდგომარეობა

ანამნეზი.	გასინჯვა	1-ლი ტესტი	სხვა კვლევები
სშირია წონის სწრაფი კლება; შეიძლება გამოვლინდეს ანემიის სიმპტომები (მაგალითად დაღლილობა, თავბრუსხვევა); ჰემატოქრია და/ან ტკივილი შეიძლება გამოვლინდეს დაზიანების ზომისა და	ძირითადად არასპეციფიკურია; შეიძლება გამოვლინდეს კახექსია და ანემიის ნიშნები (მაგ. სიფერმკრთალე)	»მუცლის/მენჯის კტ სკანირება: შეიძლება გამოვლინდეს ლორწოვანი გარსის გასქელება ან წარმონაქმნი	»ენდოსკოპია/ კოლონოსკოპია: შეიძლება გამოყენება ბიოფსიის მიზნით თუ წარმონაქმნი შეინიშნა წინა კვლევისას

დიაგნოზი

იშვიათია

მაინფილტრირებელი ავთვისებიანი მდგომარეობა

ანამნეზი.	გასინჯვა	1-ლი ტესტი	სხვა კვლევები
ადვილმდებარეობის მიხედვით[1] [86] [87]			

◇ ცილის დაკარგვით გამოწვეული ენტეროპათია

ანამნეზი.	გასინჯვა	1-ლი ტესტი	სხვა კვლევები
ფეხის შეშუპება, მუცლის ტკივილი, წონის კლება, სისხლდენა სწორი ნაწლავიდან, ანამნეზში იმუნური დეფიციტი განმეორებითი ინფექციებით; თანმდევი დაავადების ანამნეზი (შემავრთებელქსოვილოვანი დაავადება, ამილოიდოზი, გულის შეგუბებითი უკმარისობა, კონსტრიქციული პერიკარდიტი, წყლულოვანი კოლიტი)[88]	კახექსია, სიფერმკრთალე, შეშუპება; თანმხლები დაავადების ნიშნები (შემავრთებელქსოვილოვანი დაავადება, ამილოიდოზი, გულის შეგუბებითი უკმარისობა, კონსტრიქციული პერიკარდიტი, წყლულოვანი კოლიტი)	»განავლის ალფა-1 ანტიტრიფსინი: წარმოდგენილია	»ენდოსკოპია/ კოლონოსკოპია: ფონური ლორწოვანი დაავადების მტკიცებულება

ტრანსპლანტანტისა და მიმღები პაციენტის შეუთავსებლობა

ანამნეზი.	გასინჯვა	1-ლი ტესტი	სხვა კვლევები
ანამნეზში ჩატარებული ალოგენური ძვლის ტვინის ტრანსპლანტაცია; შეიძლება გამოვლინდეს ტრანსპლანტაბიიდან 1 წლის ან მეტის შემდეგ; სხვა გამოვლინებები, როგორცაა დერმატიტი და ღვიძლის ჩართულობა, ტიპურია იმ პაციენტებში, რომლებსაც ნაწლავური დაავადება აქვთ[89] [90] [91]	ძირითადად არასპეციფიკურია; ზოგიერთ პაციენტს უვლინდება მაკულოპაპულური გამონაყარი კანზე, რომელიც შეიძლება გადაიზარდოს გენერალიზებულ ერითროდერმაში და მძიმე შემთხვევებში ბულობურ წარმონაქმნებში დესქვამაციით	»დაზიანებული ქსოვილის ბიოფსია (კანი/ღვიძლი/ ნაწლავი): აქტიური კოლიტი ან ენტერიტი, კრიპტების აპოპტოზის გაძლიერება, დეგენერაციული კრიპტები, ეპითელიური რეგენერაცია თუ დიაგნოზი დადასტურდება კანის ან ღვიძლის ბიოფსიით, ხოლო სიმპტომები ტიპურია	

სეგნალი

იშვიათია

ტრანსპლანტანტისა და მიმღები პაციენტის შეუთავსებლობა

ანამნეზი.	გასინჯვა	1-ლი ტესტი	სხვა კვლევები
		ამ მდგომარეობისთვის, ნაწლავის ბიოფსია შესაძლოა არ იყოს საჭირო ყველა შემთხვევაში.[91]	

◇ ჰოჯკინის ლიმფომა

ანამნეზი.	გასინჯვა	1-ლი ტესტი	სხვა კვლევები
მუცლის ტკივილი, გულისრევა, ღებინება, წონის კლება, ანემია, ცხელება, ღამით ოფლიანობა, ცელიაკის ხანგრძლივი ანამნეზი ან ცელიაკის კლინიკური რეციდივი გლუტენის კვებიდან ამოღების პერიოდში კარგი კლინიკური შედეგის შემდეგ[92]	არასპეციფიკურია; ზოგჯერ ვლინდება კახექსია, სიფერმკრთალე, ლიმფადენოპათია, გამონაყარი	»კომპიუტერული ტომოგრაფია: გამოიყენება დაავადების სტადიის განსაზღვრისთვის; შეიძლება გამოვლინდეს ნარმონაქმნი, ლიმფადენოპათია ან მეტასტაზები »ლიმფური კვანძების ბიოფსია: დიაგნოსტიკური ჰისტოლოგია	»ენდოსკოპია/ კოლონოსკოპია: შეიძლება გამოვლინდეს დანყლულება, კვანძები »პოლიმერაზული ჯაჭვური რეაქცია: კლონური Ig და T-უჯრედოვანი რეცეპტორის გენების გადაწყობა »ენდოსკოპია კაფსულით: ლორწოვანის პათოლოგიური ნიშნები »წვრილი ნაწლავის ღრმა ბიოფსია: დიაგნოსტიკური ჰისტოლოგია

◇ არაჰოჯკინის ლიმფომა

ანამნეზი.	გასინჯვა	1-ლი ტესტი	სხვა კვლევები
მუცლის ტკივილი, გულისრევა, ღებინება, წონის კლება, ანემია, ცხელება, ღამით ოფლიანობა, ცელიაკის ხანგრძლივი ანამნეზი ან ცელიაკის კლინიკური რეციდივი გლუტენის კვებიდან ამოღების პერიოდში	არასპეციფიკურია; ზოგჯერ ვლინდება კახექსია, სიფერმკრთალე, ლიმფადენოპათია, გამონაყარი	»კომპიუტერული ტომოგრაფია: გამოიყენება დაავადების სტადიის განსაზღვრისთვის; შეიძლება გამოვლინდეს ნარმონაქმნი, ლიმფადენოპათია ან მეტასტაზები	»ენდოსკოპია/ კოლონოსკოპია: შეიძლება გამოვლინდეს დანყლულება, კვანძები »პოლიმერაზული ჯაჭვური რეაქცია: კლონური Ig და T-უჯრედოვანი რეცეპტორის გენების გადაწყობა

დიაგნოზი

იშვიათია

◇ არაჰოჯკინის ლიმფომა

ანამნეზი.	გასინჯვა	1-ლი ტესტი	სხვა კვლევები
კარგი კლინიკური შედეგის შემდეგ ^[92]		»ლიმფური კვანძების ბიოფსია: დიაგნოსტიკური ჰისტოლოგია	»ენდოსკოპია კაფსულით: ლორწოვანის პათოლოგიური ნიშნები »წვრილი ნაწლავის ღრმა ბიოფსია: დიაგნოსტიკური ჰისტოლოგია

◇ ტროპიკული სპრუ

ანამნეზი.	გასინჯვა	1-ლი ტესტი	სხვა კვლევები
ცხოვრება ან მოგზაურობა ენდემურ რეგიონში 1 თვეზე მეტხანს, განსაკუთრებით სამხრეთ და სამხრეთ-აღმოსავლეთ აზიაში და კარიბის ზღვის რეგიონში; ხშირად ვლინდება სტეატორეა და წონის კლება ^[93] ^[94] ^[95]	ძირითადად არასპეციფიკური	»განავლის კულტურა და სეროლოგიური კვლევა ინფექციებზე: უარყოფითია ხშირ პათოგენებზე ინფექციური დიარეა უნდა გამოირიცხოს ტროპიკული შპრიცის სავარაუდო ყველა შემთხვევაში საერთო პათოგენებისთვის, მათ შორის Giardia, Entamoebae და cryptosporidium. ^[93] გამოკვლევა უნდა ჩატარდეს ადგილობრივი ინფექციური ეპიდემიოლოგიის გათვალისწინებით.	»ენდოსკოპია თორმეტგოჯა ნაწლავის ბიოფსიით: შეიძლება აღინიშნოს მაკროსკოპული ჩაზნექვა; ჰისტოლოგიურად ვლინდება ხაოების დაბლაგვება, კრიპტების ჰიპერპლაზია და ინტრაეპითელური ლიმფოციტების მომრავლება ხაოების ატროფია ძირითადად ნაკლებად მძიმეა, ვიდრე ცელიაკიის დროს და ძირითადად მოიცავს იმ პირებს, რომლებიც არ არიან წინასწარგანწყობილნი ცელიაკიის მიმართ. თუმცა, ამ ორ დაავადებას შორის დიფერენცირება ხშირად საჭიროებს სეროლოგიურ კვლევას ცელიაკიაზე, ზოგჯერ კი ტარდება საცდელი მკურნალობა

იშვიათია

◇ ტროპიკული სპრუ

ანამნეზი.	გასინჯვა	1-ლი ტესტი	სხვა კვლევები
			ტროპიკული სპრუს შესაბამისად.[94]

◇ ლიმფანგიექტაზია/ლიმფური დრენაჟის შეფერხება

ანამნეზი.	გასინჯვა	1-ლი ტესტი	სხვა კვლევები
დიარეა სტეატორეით ან მის გარეშე და გულისრევა/ღებინება ბავშვობაში ან ადრეულ მოზრდილობაში; შეიძლება აღინიშნოს ინფექციის ანამნეზი (მაგ. ტუბერკულოზი), ლიმფომა, კარდიოლოგიური დაავადებები, გარკვეული ქიმიოთერაპიული აგენტების გამოყენება; შეიძლება გამოვლინდეს ადვილი ჩალურჯება ან ქათმის სიბრმავე[96]	შეიძლება გამოვლინდეს პერიფერიული შეშუპება	»ალფა-1 ანტიტრიფსინის გამოყოფა განავლის 24-საათიან ნიმუშში: >24 მლ/დღეში დიარეის გარეშე ან >56 მლ/დღეში გამოხატული დიარეით შეიძლება იყოს ცრუ უარყოფითი მუავას ჰიპერსეკრეციის მდგომარეობებში.	»CT კვლევა ლიმფანგიოგრაფიით: არჩევის რადიოლოგიური კვლევა ნაწლავური ლიმფანგიექტაზიის დროს

◇ ჰიპოპარათიროიდიზმი

ანამნეზი.	გასინჯვა	1-ლი ტესტი	სხვა კვლევები
დაღლილობა, უძილობა, მიალგია, არამყარი დგომა, შფოთვა, დეპრესია, მესხიერების დარღვევა, ყაბზობა, კუნთის სპაზმური ტკივილი, პარესთეზიები, მუცლის ტკივილი; შეიძლება აღინიშნოს ოსტეოპენიის, ოსტეოპოროზისა და თირკმლის კენჭების ანამნეზი	ჰიპერრეფლექსია, ტეტანია, ქირურგიული ნაწიბურები თიროიდექტომიის შემდეგ	»შრატში საკუთრივ ფარისებრახლო ჯირკვლის ჰორმონი (PTH): დაბალი »შრატის კალციუმის დონე: დაბალი »შრატში ფოსფატი: დაბალი ან ნორმის ფარგლებში	»ძვლის რადიოგრაფია: ჰიპეროსტოზი, რბილი ქსოვილების კალციფიკაცია »თავის ტვინის CT: შეიძლება გამოვლინდეს ბაზალური ბირთვების კალციფიკაცია

დიაგნოზი

იშვიათია			
◇ აღისონის დაავადება			
ანამნეზი.	გასინჯვა	1-ლი ტესტი	სხვა კვლევები
დაღლილობა, სისუსტე, წონის კლება, ანორექსია	კანის ჰიპერპიგმენტაცია, ჰიპოტენზია, თმის ცვენა ქალებში	»სინთეზური ACTH სტიმულაციური ტესტი: დაბალი ბაზალური კორტიზოლი და/ან ენდოგენური კორტიზოლის შესაბამისი მომატების არარსებობა	»თირკმელზედა ჯირკვლების CT: ნორმაშია ან ატროფიულია, ვლინდება კალციფიკაცია ან გადიდება ინფილტრაციის გამო »სისხლის შრატში ელექტროლიტების შემცველობა: დაბალი ნატრიუმი, მომატებული კალიუმი, მომატებული კალციუმი »ინსულინის ჰიპოგლიკემიური ტესტი: პათოლოგიურია
🚩 გასტრინომა			
ანამნეზი.	გასინჯვა	1-ლი ტესტი	სხვა კვლევები
შეიძლება აღინიშნოს წონის კლების ან ანთლების ანამნეზი; გვხვდება სხვა ენდოკრინული სიმსივნეების თანხლებით სინდრომებში, ოჯახის წევრებში ან ერთ ინდივიდში რამდენიმე სიმსივნის სახით (მაგ. მრავლობითი ენდოკრინული ნეოპლაზიური სინდრომი)[62] [63] [97] [98]	ჰიპერტენზია, მსტენინავი სუნთქვა, რომელიც მიუთითებს ბრონქოსპაზმზე	»შარდში 5-ჰიდროქსინდოლაცეტის 24-საათიანი გამოყოფა: >523 მიკრომოლი/დღე (100 მგ/დღეში) ყველაზე მნიშვნელოვანია კარცინოიდის სინდრომის სადიაგნოსტიკოდ. მაღალი სენსიტიურობა და სპეციფიკურობა. »ნაწლავური ჰორმონების პროფილი უზმომე: პათოლოგიურია ნორმის ფარგლები: გასტრინი <40 პიკომოლი/ლ, გლუკაგონი <50 პიკომოლი/ლ,	»ოქტრეოტიდის სკანირება (სომატოსტატინის რეცეპტორის სინტიგრაფია): რადიოაქტიურობის კონცენტრაცია სიმსივნის უბანში შეუძლია გასტროენტეროპანკრეასული სიმსივნეების უმეტესობის გამოვლენა. შეიძლება იყოს ნაკლებსენსიტიური ღვიძლის დაზიანებებისა და ინსულინომების გამოსავლენად.[62] »გასტრინის დონე: ძალიან მომატებულია

დიაგნოზი

BMJ Best Practice-ის ამ თემის PDF ვერსია ეფუძნება ვებ ვერსიას. ბოლო განახლება: Apr 28, 2023.
 BMJ Best Practice თემები რეგულარულად ახლდება და ყველაზე ახალი ვერსია იხილეთ- bestpractice.bmj.com . ამ მასალის გამოყენება ექვემდებარება ჩვენს [განმარტებას](#). © BMJ Publishing Group Ltd 2024 ყველა უფლება დაცულია.

იშვიათია

გასტრინომა

ანამნეზი.	გასინჯვა	1-ლი ტესტი	სხვა კვლევები
		<p>ნეიროტენსინი <100 პიკომოლი/ლ, პანკრეასის პოლიპეპტიდი <300 პიკომოლი/ლ, ნაწლავის ვაზოაქტიური პეპტიდი <30 პიკომოლი/ლ. თუმცა, შეამონმეთ მაჩვენებლები ადგილობრივ ლაბორატორიაში, რადგან ნორმის ფარგლები შესაძლოა განსხვავებული იყოს.</p>	<p>მაჩვენებელი >477 პიკომოლი/ლ (1000 პიკოგრამი/მლ) მიუთითებს ამ პათოლოგიაზე.[99] სეკრეტინის სტიმულაცია ინვევს გასტრინის დონის პარადოქსულ მატებას გასტრინომასთან ერთად.[97]</p> <p>»სეკრეტინის სტიმულაციური ტესტი: გასტრინის დონის მომატება ≥ 95.4 პიკომოლი/ლ (200 პიკოგრამი/მლ) ან >50% ბაზისურიდან 30 წუთში სეკრეტინის სტიმულაციური ტესტი ინვევს გასტრინის პარადოქსულ მომატებას გასტრინომის დროს.</p> <p>»გლუკოზა და ელექტროლიტები: ცვალებადია</p>

კარცინოიდული სიმსივნეები

ანამნეზი.	გასინჯვა	1-ლი ტესტი	სხვა კვლევები
<p>შეიძლება აღინიშნოს წონის კლების ან ანთოლების ანამნეზი; გვხვდება სხვა ენდოკრინული სიმსივნეების თანხლებით სინდრომებში, ოჯახის წევრებში ან ერთ ინდივიდში რამდენიმე სიმსივნის სახით</p>	<p>ჰიპერტენზია, მსტვინავი სუნთქვა, რომელიც მიუთითებს ბრონქოსპაზმზე</p>	<p>»შარდში 5-ჰიდროქსინდოლაცეტატის 24-საათიანი გამოყოფა: >523 მიკრომოლი/დღ (100 მგ/დღეში) ყველაზე მნიშვნელოვანია კარცინოიდის სინდრომის</p>	<p>»ოქტრეოტიდის კანირება (სომატოსტატინის რეცეპტორის სინტიგრაფია): რადიოაქტიურობის კონცენტრაცია სიმსივნის უბანში შეუძლია გასტროენტეროპანკრეასული</p>

დიაგნოზი

იშვიათია

კარცინოიდული სიმსივნეები

ანამნეზი.	გასინჯვა	1-ლი ტესტი	სხვა კვლევები
(მაგ. მრავლობითი ენდოკრინული ნეოპლაზიური სინდრომი)[62] [63] [97] [98]		<p>სადიაგნოსტიკოდ.[99] მალალმგრძობიარე და - სპეციფიკური.</p> <p>»ნაწლავური ჰორმონების პროფილი უზომზე: პათოლოგიურია ნორმის ფარგლები: გასტრინი <40 პიკომოლი/ლ, გლუკაგონი <50 პიკომოლი/ლ, ნეიროტენსინი <100 პიკომოლი/ლ, პანკრეასის პოლიპეპტიდი <300 პიკომოლი/ლ, ნაწლავის ვაზოაქტიური პეპტიდი <30 პიკომოლი/ლ. თუმცა, შემონმეთ მაჩვენებლები ადგილობრივ ლაბორატორიაში, რადგან ნორმის ფარგლები შესაძლოა განსხვავებული იყოს.</p>	<p>სიმსივნეების უმეტესობის გამოვლენა. შეიძლება იყოს ნაკლებსენსიტიური ღვიძლის დაზიანებებისა და ინსულინომების გამოსავლენად.[62]</p> <p>»გასტრინის დონე: ძალიან მომატებულია მაჩვენებელი >477 პიკომოლი/ლ (1000 პიკოგრამი/მლ) მიუთითებს ამ პათოლოგიაზე. სეკრეტინის სტიმულაციური ტესტი ინვევს გასტრინის პარადოქსულ მომატებას გასტრინომის დროს.[97]</p> <p>»სეკრეტინის სტიმულაციური ტესტი: გასტრინის დონის მომატება ≥ 95.4 პიკომოლი/ლ (200 პიკოგრამი/მლ) ან >50% ბაზისურიდან 30 წუთში სეკრეტინის სტიმულაციური ტესტი ინვევს გასტრინის პარადოქსულ მომატებას გასტრინომის დროს.</p> <p>»გლუკოზა და ელექტროლიტები: ცვალებადია</p>

იშვიათია

ვიკომები

ანამნეზი.	გასინჯვა	1-ლი ტესტი	სხვა კვლევები
<p>შეიძლება აღინიშნოს წონის კლების ან ანთლების ანამნეზი; გვხვდება სხვა ენდოკრინული სიმსივნეების თანხლებით სინდრომებში, ოჯახის წევრებში ან ერთ ინდივიდში რამდენიმე სიმსივნის სახით (მაგ. მრავლობითი ენდოკრინული ნეოპლაზიური სინდრომი)[62] [63] [97] [98]</p>	<p>ჰიპერტენზია, მსტვინავი სუნთქვა, რომელიც მიუთითებს ბრონქოსპაზმზე</p>	<p>»შარდში 5-ჰიდროქსინდოლაცეტატის 24-საათიანი გამოყოფა: >523 მიკრომოლი/დღ (100 მგ/დღეში) ყველაზე მნიშვნელოვანია კარცინოიდის სინდრომის სადიაგნოსტიკოდ. მაღალი სენსიტიურობა და სპეციფიკურობა.</p> <p>»ნაწლავური ჰორმონების პროფილი უზმომე: პათოლოგიურია ნორმის ფარგლები: გასტრინი <40 პიკომოლი/ლ, გლუკაგონი <50 პიკომოლი/ლ, ნეიროტენსინი <100 პიკომოლი/ლ, პანკრეასის პოლიპეპტიდი <300 პიკომოლი/ლ, ნაწლავის ვაზოაქტიური პეპტიდი <30 პიკომოლი/ლ. თუმცა, შეამონმეთ მაჩვენებლები ადგილობრივ ლაბორატორიაში, რადგან ნორმის ფარგლები შესაძლოა განსხვავებული იყოს.</p>	<p>»ოქტრეოტიდის სკანირება (სომატოსტატინის რეცეპტორის სინტიგრაფია): რადიოაქტიურობის კონცენტრაცია სიმსივნის უბანში შეუძლია გასტროენტეროპანკრეასული სიმსივნეების უმეტესობის გამოვლენა. შეიძლება იყოს ნაკლებსენსიტიური ღვიძლის დაზიანებებისა და ინსულინომების გამოსავლენად.[62]</p> <p>»გასტრინის დონე: ძალიან მომატებულია მაჩვენებელი >477 პიკომოლი/ლ (1000 პიკოგრამი/მლ) მიუთითებს ამ პათოლოგიაზე. სეკრეტინის სტიმულაციური ტესტი ინვევს გასტრინის პარადოქსულ მომატებას გასტრინომის დროს.[97]</p> <p>»სეკრეტინის სტიმულაციური ტესტი: გასტრინის დონის მომატება ≥ 95.4 პიკომოლი/ლ (200 პიკოგრამი/მლ) ან >50% ბაზისურიდან 30 წუთში სეკრეტინის სტიმულაციური ტესტი</p>

დიაგნოზი

იშვიათია

F ვიპომები

ანამნეზი.	გასინჯვა	1-ლი ტესტი	სხვა კვლევები
			ინვეს გასტრინის პარადოქსულ მომატებას გასტრინომის დროს. »გლუკოზა და ელექტროლიტები: ცვალებადია

F აბეტალიპოპროტეინემია

ანამნეზი.	გასინჯვა	1-ლი ტესტი	სხვა კვლევები
ახალშობილებში, დიარეა დაკავშირებულია ზრდისა და წონის მომატების შეფერხებასთან; მოგვიანებით, ხშირია კუნთების ცუდი კოორდინაცია, ატაქსია და მხედველობის დარღვევა ^{[100] [101]}	გასინჯვით შეიძლება გამოვლინდეს ატაქსია, მხედველობის დარღვევა და სხვა ნევროლოგიური პათოლოგიები	»ბეტა-ლიპოპროტეინი შრატში: არ ფიქსირდება	»ქილომიკრონის დონე: დაბალი »MTTP გენის კვლევა: ალინიშნება გენური მუტაცია

◇ ღვიძლის შორსნასული დაავადება

ანამნეზი.	გასინჯვა	1-ლი ტესტი	სხვა კვლევები
ღვიძლის მძიმე დაავადების ანამნეზი ნებისმიერი მიზეზით, მათ შორის ალკოჰოლის მოხმარება, გაცხიმოვნება, აუტოიმუნური პათოლოგიები და ინფექციური დაავადებები; მიუხედავად იმისა, რომ ღვიძლის დაავადებასთან დაკავშირებული დიარეა იშვიათადაა სიცოცხლისათვის საშიში, იგი ხშირად მოასწავებს ღვიძლის	შეიძლება იყოს ღვიძლის ქრონიკული დაავადების სტიმატები, მათ შორის ობობის ანგიომა, პალმის ერითემა, სიყვითლე და ასციტი	»საცდელი დაბალციხმიანი, საშუალო-ჭაჭვიანი ტრიგლიცერიდებით შევსებული დიეტით: სიმპტომების მნიშვნელოვანი და ხანგრძლივი გაუმჯობესება მიუთითებს ნალვლოვანი მარილების დეფიციტზე ან ღვიძლის მძიმე დაავადებაზე	

იმუნოლოგია

◇ ღვიძლის შორსნასული დაავადება

ანამნეზი.	გასინჯვა	1-ლი ტესტი	სხვა კვლევები
დაავადების ბოლო სტადიას, ამიტომ საჭიროა გამოკვლევა და მკურნალობა[1] [42] [43] [44] [45] [46]			

◇ საერთო ვარიანტული იმუნური დეფიციტი

ანამნეზი.	გასინჯვა	1-ლი ტესტი	სხვა კვლევები
შეიძლება გამოვლინდეს ნებისმიერ ასაკში; ხშირია კანისა და სასუნთქი ტრაქტის მრავლობითი ინფექციები[102] [103] [104] [105]	ძირითადად არასპეციფიკური	»შრატში იმუნოგლობულინის დონე: დაბალი IgG 7 გ/ლ (700 მგ/დლ), IgA 0.7 გ/ლ (70 მგ/დლ), and IgM 0.4 გ/ლ (40 მგ/დლ).[103]	»თორმეტგოჯას ბიოფსია: ხაოების ატროფია, კრიპტების ჰიპერპლაზია ინტრაეპითელიური ლიმფოციტების მომატების გარეშე შეიძლება აერიოთ ცელიაკიაში.[104] ბიოფსიით შესაძლოა დადასტურდეს Giardia, რაც ხშირად ვლინდება აღნიშნულ პაციენტებში.

ამილოიდოზი

ანამნეზი.	გასინჯვა	1-ლი ტესტი	სხვა კვლევები
ამილოიდოზის განვითარებასთან დაკავშირებული მდგომარეობის არსებობა, როგორცაა მრავლობითი მიელომა, ქრონიკული ანთებითი დაავადებები, თირკმლის ქრონიკული უკმარისობა; სისხლდენა კუჭ-ნაწლავიდან, კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის ობსტრუქცია, მოტორიკის დაავადებები[106] [107] [108]	ძირითადად არასპეციფიკურია; თუმცა, შეიძლება ალინიშნოს მაკროგლობულინის, მხრის წინა ნაწილის გადიდება, ექვიმოზები ან კანქვეშა კვანძები[107]	»შარდის/შრატის ცილის ანალიზი: მონოკლონური ცილა შრატში ან შარდში (ბენს ჯონსის ცილები)	»თორმეტგოჯას ნაწლავის ან მსხვილი-სწორი ნაწლავის ლორწოვანი ქსოვილოვანი ბიოფსია: პოლარიზებული განათებაზე ვაშლის ფერის მწვანე ორმაგი სხივის გარდატეხა მიუთითებს ამილოიდის არსებობაზე გავრცელება შეიძლება იყოს კეროვანი. »ცხიმოვანი ბალიშების ბიოფსია: პოლარიზებული განათებაზე ვაშლის

დიაგნოზი

იშვიათია

F ამილოიდოზი

ანამნეზი.	გასინჯვა	1-ლი ტესტი	სხვა კვლევები
			ფერის მწვანე ორმაგი სხივის გარდატეხა მიუთითებს ამილოიდის არსებობაზე ნაკლებსენსიტიურია, ვიდრე GI ბიოფსია.

გაიდლაინები

გაერთიანებული სამეფო

Guidelines for the investigation of chronic diarrhoea in adults (<https://www.bsg.org.uk/resource-type/guidelines>)

ავტორი British Society of Gastroenterology
ბოლო გამოქვეყნება: 2018

ევროპა

Diarrhoea in adult cancer patients (<https://www.esmo.org/guidelines>)

ავტორი ESMO
ბოლო გამოქვეყნება: 2018

ჩრდილოეთი ამერიკა

AGA clinical practice guidelines on the laboratory evaluation of functional diarrhea and diarrhea-predominant irritable bowel syndrome in adults (IBS-D) (<https://gastro.org/guidelines/ibd-and-bowel-disorders>)

ავტორი American Gastroenterological Association
ბოლო გამოქვეყნება: 2019

2017 Infectious Diseases Society of America clinical practice guidelines for the diagnosis and management of infectious diarrhea (https://www.idsociety.org/practice-guideline/practice-guidelines/#/date_na_dt/DESC/0/+)

ავტორი Infectious Diseases Society of America
ბოლო გამოქვეყნება: 2017

ონლაინ რესურსები

1. [Bristol stool chart](https://en.wikipedia.org/wiki/Bristol_stool_scale) (external link) (https://en.wikipedia.org/wiki/Bristol_stool_scale)

ძირითადი სტატიები

- Fernández-Bañares F, Esteve M, Salas A, et al. Systematic evaluation of the causes of chronic watery diarrhea with functional characteristics. *Am J Gastroenterol.* 2007;102:2520-2528. [აბსტრაქტი](#)
- Arasaradnam RP, Brown S, Forbes A, et al. Guidelines for the investigation of chronic diarrhoea in adults: British Society of Gastroenterology, 3rd edition. *Gut.* 2018 Aug;67(8):1380-99. [სრული ტექსტი \(https://www.doi.org/10.1136/gutjnl-2017-315909\)](#) [აბსტრაქტი](#)
- Talley NJ. Functional Gastrointestinal Disorders in 2007 and Rome III: something new, something borrowed, something objective. *Rev Gastroenterol Disord.* 2007;7:97-105. [აბსტრაქტი](#)

წყაროები

1. Holt PR. Intestinal malabsorption in the elderly. *Dig Dis.* 2007;25:144-150. [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17468550?tool=bestpractice.bmj.com\)](#)
2. American Gastroenterological Association medical position statement: guidelines for the evaluation and management of chronic diarrhea. *Gastroenterology.* 1999;116:1461-1463. [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10348831?tool=bestpractice.bmj.com\)](#)
3. Fernández-Bañares F, Esteve M, Salas A, et al. Systematic evaluation of the causes of chronic watery diarrhea with functional characteristics. *Am J Gastroenterol.* 2007;102:2520-2528. [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17680846?tool=bestpractice.bmj.com\)](#)
4. Arasaradnam RP, Brown S, Forbes A, et al. Guidelines for the investigation of chronic diarrhoea in adults: British Society of Gastroenterology, 3rd edition. *Gut.* 2018 Aug;67(8):1380-99. [სრული ტექსტი \(https://www.doi.org/10.1136/gutjnl-2017-315909\)](#) [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29653941?tool=bestpractice.bmj.com\)](#)
5. Lewis SJ, Heaton KW. Stool form scale as a useful guide to intestinal transit time. *Scand J Gastroenterol.* 1997;32:920-924. [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9299672?tool=bestpractice.bmj.com\)](#)
6. Bossi P, Antonuzzo A, Cherny NI, et al. Diarrhoea in adult cancer patients: ESMO clinical practice guidelines. *Ann Oncol.* 2018 Oct;29 Suppl 4:iv126-iv142. [სრული ტექსტი \(https://www.doi.org/10.1093/annonc/mdy145\)](#) [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32169222?tool=bestpractice.bmj.com\)](#)
7. van Rheenen PF, Van de Vijver E, Fidler V. Faecal calprotectin for screening of patients with suspected inflammatory bowel disease: diagnostic meta-analysis. *BMJ.* 2010;341:c3369. [სრული ტექსტი \(https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2904879\)](#) [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20634346?tool=bestpractice.bmj.com\)](#)
8. National Institute for Health and Care Excellence. Faecal calprotectin diagnostic tests for inflammatory diseases of the bowel. October 2013 [internet publication]. [სრული ტექსტი \(https://www.nice.org.uk/guidance/dg11\)](#)

9. Kinoshita Y, Ariyoshi R, Fujigaki S, et al. Endoscopic diagnosis of chronic diarrhea. DEN Open. 2022 Apr;2(1):e53. სრული ტექსტი (<https://www.doi.org/10.1002/deo2.53>) აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/35310743?tool=bestpractice.bmj.com>)
10. Yantiss RK, Odze RD. Diagnostic difficulties in inflammatory bowel disease pathology. Histopathology. 2006;48:116-132. აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16405661?tool=bestpractice.bmj.com>)
11. Bossuyt X. Serologic markers in inflammatory bowel disease. Clin Chem. 2006;52:171-181. აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16339302?tool=bestpractice.bmj.com>)
12. Quigley EM. Irritable bowel syndrome and inflammatory bowel disease: interrelated diseases? Chin J Dig Dis. 2005;6:122-132. აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16045602?tool=bestpractice.bmj.com>)
13. Kalla R, Ventham NT, Satsangi J, et al. Crohn's disease. BMJ. 2014;349:g6670. აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25409896?tool=bestpractice.bmj.com>)
14. Kafil TS, Nguyen TM, Patton PH, et al. Interventions for treating collagenous colitis. Cochrane Database Syst Rev. 2017;11:CD003575. სრული ტექსტი (<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003575.pub6/full>) აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29127772?tool=bestpractice.bmj.com>)
15. Chande N, Al Yatama N, Bhanji T, et al. Interventions for treating lymphocytic colitis. Cochrane Database Syst Rev. 2017 Jul 13;7:CD006096. სრული ტექსტი (<https://www.doi.org/10.1002/14651858.CD006096.pub4>) აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28702956?tool=bestpractice.bmj.com>)
16. Chande N, Driman DK. Microscopic colitis associated with lansoprazole: report of two cases and a review of the literature. Scand J Gastroenterol. 2007;42:530-533. აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17454866?tool=bestpractice.bmj.com>)
17. Liszka L, Woszczyk D, Pajak J. Histopathological diagnosis of microscopic colitis. J Gastroenterol Hepatol. 2006;21:792-797. აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16704525?tool=bestpractice.bmj.com>)
18. Nyhlin N, Bohr J, Eriksson S, et al. Systematic review: microscopic colitis. Aliment Pharmacol Ther. 2006;23:1525-1534. აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16696800?tool=bestpractice.bmj.com>)
19. Tysk C, Bohr J, Olesen M, et al. Microscopic colitis - more common cause of diarrhea than believed. Biopsies are the only way to diagnosis, drug treatment is effective. Lakartidningen. 2005;102:2210-2214. აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16145878?tool=bestpractice.bmj.com>)
20. Chang F, Deere H, Vu C. Atypical forms of microscopic colitis: morphological features and review of the literature. Adv Anat Pathol. 2005;12:203-211. აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16096382?tool=bestpractice.bmj.com>)
21. Yen EF, Pardi DS. Review article: microscopic colitis - lymphocytic, collagenous and 'mast cell' colitis. Aliment Pharmacol Ther. 2011;34:21-32. სრული ტექსტი (<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/>)

j.1365-2036.2011.04686.x/pdf) აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21545473?tool=bestpractice.bmj.com>)

22. Münch A, Sanders DS, Molloy-Bland M, et al. Undiagnosed microscopic colitis: a hidden cause of chronic diarrhoea and a frequently missed treatment opportunity. *Frontline Gastroenterol.* 2020;11(3):228-34. სრული ტექსტი (<https://www.doi.org/10.1136/flgastro-2019-101227>) აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32419914?tool=bestpractice.bmj.com>)
23. Gibbons T, Fuchs GJ. Chronic enteropathy: clinical aspects. *Nestle Nutr Workshop Ser Pediatr Program.* 2007;59:89-101. აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17245093?tool=bestpractice.bmj.com>)
24. de Saussure P, Hadengue A. Persistent diarrhea in the returned traveler. *Rev Med Suisse.* 2006;2:1235-1236, 1238-1239. აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16767877?tool=bestpractice.bmj.com>)
25. Diniz-Santos DR, Jambiro J, Mascarenhas RR, et al. Massive *Trichuris trichiura* infection as a cause of chronic bloody diarrhea in a child. *J Trop Pediatr.* 2006;52:66-68. აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16000342?tool=bestpractice.bmj.com>)
26. Landzberg BR, Connor BA. Persistent diarrhea in the returning traveler: think beyond persistent infection. *Scand J Gastroenterol.* 2005;40:112-114. აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15841724?tool=bestpractice.bmj.com>)
27. Okhuysen PC. Traveler's diarrhea due to intestinal protozoa. *Clin Infect Dis.* 2001;33:110-114. აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11389503?tool=bestpractice.bmj.com>)
28. Nataro JP, Sears CL. Infectious causes of persistent diarrhea. *Pediatr Infect Dis J.* 2001;20:195-196. აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11224842?tool=bestpractice.bmj.com>)
29. Altuntas B, Gul H, Yarali N, et al. Etiology of chronic diarrhea. *Indian J Pediatr.* 1999;66:657-661. აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10798125?tool=bestpractice.bmj.com>)
30. Feasey NA, Healey P, Gordon MA. The aetiology, investigation and management of diarrhoea in the HIV-positive patient. *Aliment Pharmacol Ther.* 2011;34:587-603. აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21777262?tool=bestpractice.bmj.com>)
31. Shane AL, Mody RK, Crump JA, et al. 2017 Infectious Diseases Society of America clinical practice guidelines for the diagnosis and management of infectious diarrhea. *Clin Infect Dis.* 2017 Nov 29;65(12):e45-e80. სრული ტექსტი (<https://www.doi.org/10.1093/cid/cix669>) აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29053792?tool=bestpractice.bmj.com>)
32. Flanigan T, Whalen C, Turner J, et al. *Cryptosporidium* infection and CD4 counts. *Ann Intern Med.* 1992;116:840-842. აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1348918?tool=bestpractice.bmj.com>)
33. Talley NJ. Functional Gastrointestinal Disorders in 2007 and Rome III: something new, something borrowed, something objective. *Rev Gastroenterol Disord.* 2007;7:97-105. აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17597677?tool=bestpractice.bmj.com>)
34. Gilkin RJ Jr. The spectrum of irritable bowel syndrome: a clinical review. *Clin Ther.* 2005;27:1696-1709. აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16368443?tool=bestpractice.bmj.com>)

35. Farthing MJ. Functional diarrhea. *Curr Gastroenterol Rep.* 2005;7:350-357. [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16168232?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16168232?tool=bestpractice.bmj.com)
36. Makins R, Ballinger A. Gastrointestinal side effects of drugs. *Expert Opin Drug Saf.* 2003;2:421-429. [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12904098?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12904098?tool=bestpractice.bmj.com)
37. Baker EH, Sandle GI. Complications of laxative abuse. *Annu Rev Med.* 1996;47:127-134. [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8712767?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8712767?tool=bestpractice.bmj.com)
38. Leffler DA, Dennis M, Hyett B, et al. Etiologies and predictors of diagnosis in nonresponsive celiac disease. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2007;5:445-450. [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17382600?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17382600?tool=bestpractice.bmj.com)
39. Leffler DA, Kelly CP. Update on the evaluation and diagnosis of celiac disease. *Curr Opin Allergy Clin Immunol.* 2006;6:191-196. [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16670513?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16670513?tool=bestpractice.bmj.com)
40. Leffler D, Saha S, Farrell RJ. Celiac disease. *Am J Manag Care.* 2003;9:825-831. [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14712759?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14712759?tool=bestpractice.bmj.com)
41. Farrell RJ, Kelly CP. Celiac sprue. *N Engl J Med.* 2002 Jan 17;346(3):180-8. [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11796853?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11796853?tool=bestpractice.bmj.com)
42. Hofmann AF. Biliary secretion and excretion in health and disease: current concepts. *Ann Hepatol.* 2007;6:15-27. [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17297425?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17297425?tool=bestpractice.bmj.com)
43. Porter JL, Fordtran JS, Santa Ana CA, et al. Accurate enzymatic measurement of fecal bile acids in patients with malabsorption. *J Lab Clin Med.* 2003;141:411-418. [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12819639?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12819639?tool=bestpractice.bmj.com)
44. Lanzini A, Lanzarotto F. Review article: the 'mechanical pumps' and the enterohepatic circulation of bile acids - defects in coeliac disease. *Aliment Pharmacol Ther.* 2000;14(suppl 2):58-61. [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10903006?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10903006?tool=bestpractice.bmj.com)
45. DiBaise JK, Paustian FF. Steatorrhea and weight loss in a 72-year-old man: primary biliary cirrhosis? Celiac disease? Bacterial overgrowth? What else? *Am J Gastroenterol.* 1998;93:2226-2230. [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9820402?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9820402?tool=bestpractice.bmj.com)
46. Bai J. Malabsorption syndromes. *Digestion.* 1998;59:530-546. [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9705537?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9705537?tool=bestpractice.bmj.com)
47. Craddock AL, Love MW, Daniel RW, et al. Expression and transport properties of the human ileal and renal sodium-dependent bile acid transporter. *Am J Physiol.* 1998;274:G157-69. [სრული ტექსტი \(https://journals.physiology.org/doi/full/10.1152/ajpgi.1998.274.1.G157\)](https://journals.physiology.org/doi/full/10.1152/ajpgi.1998.274.1.G157)
48. Rossi E, Lentze MJ. Clinical significance of enzymatic deficiencies in the gastrointestinal tract with particular reference to lactase deficiency. *Ann Allergy.* 1984;53:649-656. [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6439079?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6439079?tool=bestpractice.bmj.com)

49. Alpers DH, Seetharam B. Pathophysiology of diseases involving intestinal brush-border proteins. N Engl J Med. 1977;296:1047-1050. [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/321966?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/321966?tool=bestpractice.bmj.com)
50. Sibley E. Carbohydrate intolerance. Curr Opin Gastroenterol. 2004;20:162-167. [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15703639?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15703639?tool=bestpractice.bmj.com)
51. Riordan SM, Kim R. Bacterial overgrowth as a cause of irritable bowel syndrome. Curr Opin Gastroenterol. 2006;22:669-673. [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17053447?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17053447?tool=bestpractice.bmj.com)
52. Elphick HL, Elphick DA, Sanders DS. Small bowel bacterial overgrowth. An under recognized cause of malnutrition in older adults. Geriatrics. 2006;61:21-26. [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16989544?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16989544?tool=bestpractice.bmj.com)
53. Van Citters GW, Lin HC. Management of small intestinal bacterial overgrowth. Curr Gastroenterol Rep. 2005;7:317-320. [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16042917?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16042917?tool=bestpractice.bmj.com)
54. Keller J, Franke A, Storr M, et al. Clinically relevant breath tests in gastroenterological diagnostics - recommendations of the German Society for Neurogastroenterology and Motility as well as the German Society for Digestive and Metabolic Diseases [in German]. Z Gastroenterol. 2005;43:1071-1090. [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16142616?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16142616?tool=bestpractice.bmj.com)
55. Pimentel M, Saad RJ, Long MD, et al. ACG clinical guideline: small intestinal bacterial overgrowth. Am J Gastroenterol. 2020 Feb;115(2):165-78. [სრული ტექსტი \(https://journals.lww.com/ajg/Fulltext/2020/02000/ACG_Clinical_Guideline_Small_Intestinal_Bacterial.9.aspx\)](https://journals.lww.com/ajg/Fulltext/2020/02000/ACG_Clinical_Guideline_Small_Intestinal_Bacterial.9.aspx) [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32023228?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32023228?tool=bestpractice.bmj.com)
56. Hammer HF, Fox MR, Keller J, et al. European guideline on indications, performance, and clinical impact of hydrogen and methane breath tests in adult and pediatric patients: European Association for Gastroenterology, Endoscopy and Nutrition, European Society of Neurogastroenterology and Motility, and European Society for Paediatric Gastroenterology Hepatology and Nutrition consensus. United European Gastroenterol J. 2022 Feb;10(1):15-40. [სრული ტექსტი \(https://www.doi.org/10.1002/ueg2.12133\)](https://www.doi.org/10.1002/ueg2.12133) [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34431620?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34431620?tool=bestpractice.bmj.com)
57. Losurdo G, Leandro G, Ierardi E, et al. Breath tests for the non-invasive diagnosis of small intestinal bacterial overgrowth: a systematic review with meta-analysis. J Neurogastroenterol Motil. 2020 Jan 30;26(1):16-28. [სრული ტექსტი \(https://www.doi.org/10.5056/jnm19113\)](https://www.doi.org/10.5056/jnm19113) [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31743632?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31743632?tool=bestpractice.bmj.com)
58. David-Henriau L, Bui S, Molinari I, et al. Fecal elastase-1: a useful test in pediatric practice [in French]. Arch Pediatr. 2005;12:1221-1225. [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16051075?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16051075?tool=bestpractice.bmj.com)
59. Dominguez-Munoz JE. Pancreatic enzyme therapy for pancreatic exocrine insufficiency. Curr Gastroenterol Rep. 2007;9:116-122. [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17418056?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17418056?tool=bestpractice.bmj.com)

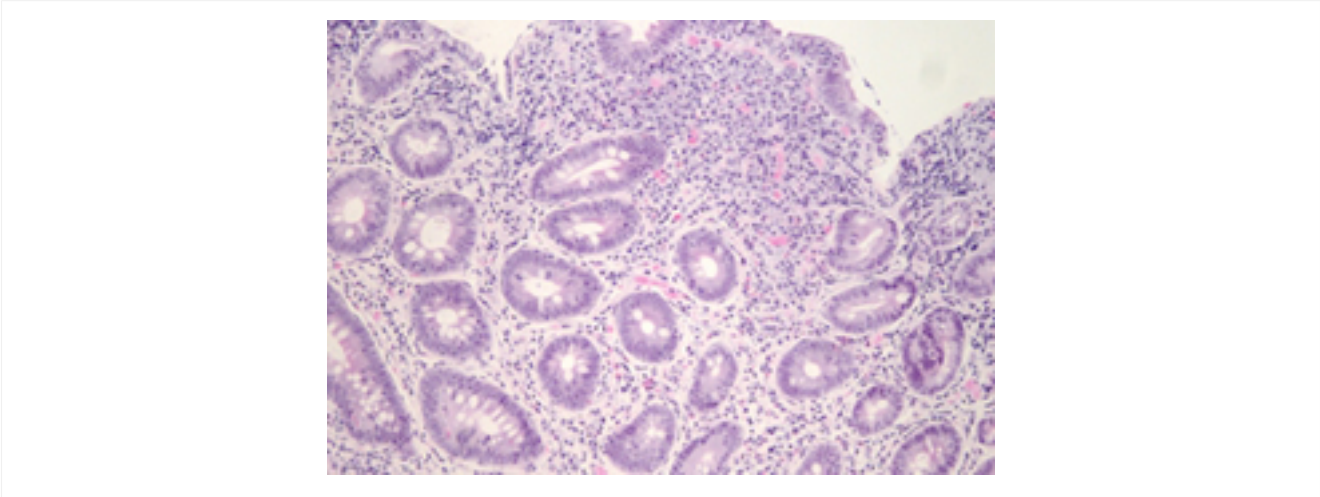
60. DiMagno MJ, DiMagno EP. Chronic pancreatitis. *Curr Opin Gastroenterol*. 2006;22:487-497. [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16891879?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16891879?tool=bestpractice.bmj.com)
61. Bricker LA, Such F, Loehrke ME, et al. Intractable diarrhea in hyperthyroidism: management with beta-adrenergic blockade. *Endocr Pract*. 2001;7:28-31. [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11250765?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11250765?tool=bestpractice.bmj.com)
62. Sharma S, Longo WE, Baniadam B, et al. Colorectal manifestations of endocrine disease. *Dis Colon Rectum*. 1995;38:318-323. [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10548409?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10548409?tool=bestpractice.bmj.com)
63. Alam MJ. Chronic refractory diarrhoea: a manifestation of endocrine disorders. *Dig Dis*. 1994;12:46-61. [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8200124?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8200124?tool=bestpractice.bmj.com)
64. Chandran M, Chu NV, Edelman SV. Gastrointestinal disturbances in diabetes. *Curr Diab Rep*. 2003;3:43-48. [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12643145?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12643145?tool=bestpractice.bmj.com)
65. Valdovinos MA, Camilleri M, Zimmerman BR. Chronic diarrhea in diabetes mellitus: mechanisms and an approach to diagnosis and treatment. *Mayo Clin Proc*. 1993;68:691-702. [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8350642?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8350642?tool=bestpractice.bmj.com)
66. Spiller R. Role of motility in chronic diarrhoea. *Neurogastroenterol Motil*. 2006;18:1045-1055. [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17109687?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17109687?tool=bestpractice.bmj.com)
67. Wilson SA, Rex DK. Endoscopic treatment of chronic radiation proctopathy. *Curr Opin Gastroenterol*. 2006;22:536-540. [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16891886?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16891886?tool=bestpractice.bmj.com)
68. Benson AB 3rd, Ajani JA, Catalano RB, et al. Recommended guidelines for the treatment of cancer treatment-induced diarrhea. *J Clin Oncol*. 2004;22:2918-2926. [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15254061?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15254061?tool=bestpractice.bmj.com)
69. Lee JJ, Furuta GT. Upper gastrointestinal tract eosinophilic disorders: pathobiology and management. *Curr Gastroenterol Rep*. 2006;8:439-442. [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17105680?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17105680?tool=bestpractice.bmj.com)
70. Baig MA, Qadir A, Rasheed J. A review of eosinophilic gastroenteritis. *J Natl Med Assoc*. 2006;98:1616-1619. [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17052051?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17052051?tool=bestpractice.bmj.com)
71. Sampson HA, Sicherer SH, Birnbaum AH. AGA technical review on the evaluation of food allergy in gastrointestinal disorders. *Gastroenterology*. 2001;120:1026-1040. [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11231958?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11231958?tool=bestpractice.bmj.com)
72. Sicherer SH. Clinical aspects of gastrointestinal food allergy in childhood. *Pediatrics*. 2003;111:1609-1616. [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12777600?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12777600?tool=bestpractice.bmj.com)
73. Butterfield JH, Murray JA. Eosinophilic gastroenteritis and gluten-sensitive enteropathy in the same patient. *J Clin Gastroenterol*. 2002;34:552-553. [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11960068?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11960068?tool=bestpractice.bmj.com)

74. Vanderhoof JA, Young RJ. Allergic disorders of the gastrointestinal tract. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care.* 2001;4:553-556. [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11706293?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11706293?tool=bestpractice.bmj.com)
75. Westvik TS, Longo WE. Ischemic colitis. *Rozhl Chir.* 2005;84:476-481. [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16250622?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16250622?tool=bestpractice.bmj.com)
76. Sreenarasimhaiah J. Diagnosis and management of ischemic colitis. *Curr Gastroenterol Rep.* 2005;7:421-426. [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16168242?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16168242?tool=bestpractice.bmj.com)
77. Green BT, Tendler DA. Ischemic colitis: a clinical review. *South Med J.* 2005;98:217-222. [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15759953?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15759953?tool=bestpractice.bmj.com)
78. Misiakos EP, Macheras A, Kapetanakis T, et al. Short bowel syndrome: current medical and surgical trends. *J Clin Gastroenterol.* 2007;41:5-18. [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17198059?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17198059?tool=bestpractice.bmj.com)
79. Abell TL, Minocha A. Gastrointestinal complications of bariatric surgery: diagnosis and therapy. *Am J Med Sci.* 2006;331:214-218. [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16617237?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16617237?tool=bestpractice.bmj.com)
80. Carvajal SH, Mulvihill SJ. Postgastrectomy syndromes: dumping and diarrhea. *Gastroenterol Clin North Am.* 1994;23:261-279. [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8070912?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8070912?tool=bestpractice.bmj.com)
81. Eagon JC, Miedema BW, Kelly KA. Postgastrectomy syndromes. *Surg Clin North Am.* 1992;72:445-465. [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1549803?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1549803?tool=bestpractice.bmj.com)
82. Faucheron JL. Toxicity of non-steroidal anti-inflammatory drugs in the large bowel. *Eur J Gastroenterol Hepatol.* 1999;11:389-392. [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10321754?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10321754?tool=bestpractice.bmj.com)
83. Zalev AH, Gardiner GW, Warren RE. NSAID injury to the small intestine. *Abdom Imaging.* 1998;23:40-44. [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9437061?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9437061?tool=bestpractice.bmj.com)
84. Faucheron JL, Parc R. Non-steroidal anti-inflammatory drug-induced colitis. *Int J Colorectal Dis.* 1996;11:99-101. [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8739836?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8739836?tool=bestpractice.bmj.com)
85. Davies NM. Toxicity of nonsteroidal anti-inflammatory drugs in the large intestine. *Dis Colon Rectum.* 1995;38:1311-1321. [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7497845?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7497845?tool=bestpractice.bmj.com)
86. Zhang WY, Li GD, Liu WP, et al. Features of intestinal T-cell lymphomas in Chinese population without evidence of celiac disease and their close association with Epstein-Barr virus infection. *Chin Med J (Engl).* 2005;118:1542-1548. [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16232331?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16232331?tool=bestpractice.bmj.com)
87. Fine KD, Schiller LR. AGA technical review on the evaluation and management of chronic diarrhea. *Gastroenterology.* 1999;116:1464-1486. [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10348832?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10348832?tool=bestpractice.bmj.com)

88. Florent C, L'Hirondel C, Desmazures C, et al. Intestinal clearance of alpha 1-antitrypsin. A sensitive method for the detection of protein-losing enteropathy. *Gastroenterology*. 1981;81:777-780. აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6973500?tool=bestpractice.bmj.com>)
89. Sanders JE. Chronic graft-versus-host disease and late effects after hematopoietic stem cell transplantation. *Int J Hematol*. 2002;76(suppl 2):15-28. აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12430895?tool=bestpractice.bmj.com>)
90. Papadopoulou A, Lloyd DR, Williams MD, et al. Gastrointestinal and nutritional sequelae of bone marrow transplantation. *Arch Dis Child*. 1996;75:208-213. აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8976659?tool=bestpractice.bmj.com>)
91. Snover DC. Graft-versus-host disease of the gastrointestinal tract. *Am J Surg Pathol*. 1990;14(suppl 1):101-108. აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2183640?tool=bestpractice.bmj.com>)
92. Catassi C, Bearzi I, Holmes GK. Association of celiac disease and intestinal lymphomas and other cancers. *Gastroenterology*. 2005;128:S79-S86. აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15825131?tool=bestpractice.bmj.com>)
93. Ramakrishna BS, Venkataraman S, Mukhopadhyaya A. Tropical malabsorption. *Postgrad Med J*. 2006;82:779-787. აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17148698?tool=bestpractice.bmj.com>)
94. Nath SK. Tropical sprue. *Curr Gastroenterol Rep*. 2005;7:343-349. აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16168231?tool=bestpractice.bmj.com>)
95. Westergaard H. Tropical sprue. *Curr Treat Options Gastroenterol*. 2004;7:7-11. აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14723833?tool=bestpractice.bmj.com>)
96. Rodriguez Leal G. Intestinal lymphangiectasia: a forgotten cause of chronic diarrhea. *Rev Gastroenterol Mex*. 2006;71:55-58. აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17061479?tool=bestpractice.bmj.com>)
97. Roy PK, Venzon DJ, Shojamanesh H, et al. Zollinger-Ellison syndrome: clinical presentation in 261 patients. *Medicine (Baltimore)*. 2000 Nov;79(6):379-411. აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11144036?tool=bestpractice.bmj.com>)
98. Oberg K, Kvols L, Caplin M, et al. Consensus report on the use of somatostatin analogs for the management of neuroendocrine tumors of the gastroenteropancreatic system. *Ann Oncol*. 2004 Jun;15(6):966-73. სრული ტექსტი ([https://www.annalsofncology.org/article/S0923-7534\(19\)61838-7/fulltext](https://www.annalsofncology.org/article/S0923-7534(19)61838-7/fulltext))
99. Eads JR, Reidy-Lagunes D, Soares HP, et al. Differential diagnosis of diarrhea in patients with neuroendocrine tumors. *Pancreas*. 2020 Oct;49(9):1123-30. სრული ტექსტი (<https://www.doi.org/10.1097/MPA.0000000000001658>) აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32991344?tool=bestpractice.bmj.com>)
100. Selimoglu MA, Esrefoglu M, Gundogdu C. Abetalipoproteinemia: a case report. *Turk J Pediatr*. 2001;43:243-245. აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11592517?tool=bestpractice.bmj.com>)

101. Berriot-Varoqueaux N, Aggerbeck LP, Samson-Bouma M. Microsomal triglyceride transfer protein and abetalipoproteinemia. *Ann Endocrinol (Paris)*. 2000;61:125-129. [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10891663?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10891663?tool=bestpractice.bmj.com)
102. Ogershok PR, Hogan MB, Welch JE, et al. Spectrum of illness in pediatric common variable immunodeficiency. *Ann Allergy Asthma Immunol*. 2006;97:653-656. [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17165275?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17165275?tool=bestpractice.bmj.com)
103. Kalha I, Sellin JH. Common variable immunodeficiency and the gastrointestinal tract. *Curr Gastroenterol Rep*. 2004;6:377-383. [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15341713?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15341713?tool=bestpractice.bmj.com)
104. Luzi G, Zullo A, Iebba F, et al. Duodenal pathology and clinical-immunological implications in common variable immunodeficiency patients. *Am J Gastroenterol*. 2003;98:118-121. [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12526946?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12526946?tool=bestpractice.bmj.com)
105. Bloch-Michel C, Viillard JF, Blanco P, et al. Common variable immunodeficiency: 17 observations in the adult. *Rev Med Interne*. 2003;24:640-650. [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14550517?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14550517?tool=bestpractice.bmj.com)
106. el-Salhy M, Nyhlin N, Ando Y, et al. The neuroendocrine system and gastrointestinal complications in patients with familial amyloidosis and polyneuropathy. *Scand J Gastroenterol*. 1997;32:849-854. [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9299659?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9299659?tool=bestpractice.bmj.com)
107. Lovat LB, Pepys MB, Hawkins PN. Amyloid and the gut. *Dig Dis*. 1997;15:155-171. [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9158925?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9158925?tool=bestpractice.bmj.com)
108. Eganian GA, Arutiunian VM. Gastroenteropathies in patients with periodic disease and amyloidosis [in Russian]. *Ter Arkh*. 1990;62:79-85. [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2204142?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2204142?tool=bestpractice.bmj.com)

სურათები



ფიგურა 1: ცელიაკის დაავადების დროს ხალების ატროფიის ფოტომიკროგრაფი

გამოსახულება ეკუთვნის დანიელ ლეფლერს, MD და სიარან კელის, MD; გამოიყენებულა ნებართვით

სურათები



ფიგურა 2: ენდოსკოპიურად თორმეტგოჯა ნაწლავის ლორწოვანის ჩაზნექვა ცელიაკის დაავადების დროს და სხვა ლორწოვანი დაავადებების დროს, როგორცაა გიარდიოზი

გამოსახულება ეკუთვნის დანიელ ლეფლერს, MD და სიარან კელის, MD; გამოიყენებულა ნებართვით

განმარტება

BMJ Best Practice განკუთვნილია ლიცენზირებული სამედიცინო პროფესიონალებისთვის. BMJ Publishing Group Ltd (BMJ) არ უწევს რეკომენდაციას იმ მედიკამენტების ან თერაპიის გამოყენებას, რომლებიც პუბლიკაციაშია ნახსენები. არ ხდება პაციენტების დიაგნოსტიკა. როგორც სამედიცინო პროფესიონალი, თქვენ გაქვთ სრული პასუხისმგებლობა პაციენტის მკურნალობაზე და უნდა გამოიყენოთ საკუთარი კლინიკური ცოდნა და ექსპერტიზა ამ რესურსის მოხმარების დროს.

ეს მასალა არ ფარავს დიაგნოსტიკის, მკურნალობის, მონიტორინგის ყველა შესაძლო მეთოდს. ყველა მედიკამენტი, უკუჩვენებები და გვერდითი მოვლენები არ არის განხილული. ასევე, მედიცინის სტანდარტები და პრაქტიკები იცვლება ახალი ინფორმაციის მოპოვებისას, ამიტომ რაც შეიძლება მეტ წყაროს უნდა იყენებდეთ. ჩვენ რეკომენდაციას ვუწევთ კონკრეტული დიაგნოზის, მკურნალობის, მონიტორინგის ინდივიდუალურ ვარიანტებს, რათა უზრუნველყოთ პაციენტისთვის შესაფერისი მკურნალობა თქვენს რეგიონში. ასევე, რეცეპტით გაცემული მედიკამენტების შემთხვევაში, მონოდედულია შეამოწმოთ მედიკამენტის ბუკლერი, რომელშიც მოცემულია ჩვენებები, დოზირების სქემა და უკუჩვენებები; განსაკუთრებით თუ მედიკამენტი ახალია, იშვიათად გამოიყენება ან ვინჩრო თერაპიული ფანჯარა აქვს. ყოველთვის შეამოწმეთ, არის თუ არა ნახსენები მედიკამენტი ლიცენზირებული თქვენს რეგიონში, იმავე ჩვენებისთვის და იმავე დოზით.

BMJ Best Practice ინფორმაციას განვდიტ არსებული სახით. არ არსებობს ინფორმაციის სიზუსტის ან სიახლის გარანტია ან წინაპირობა. BMJ, მისი ლიცენზირების წყარო და ლიცენზირებული ერთეულები არ იღებენ პასუხისმგებლობას პაციენტების ამ რესურსის მიხედვით მკურნალობაზე. კანონის დაცვით, BMJ, მისი ლიცენზირების წყარო და ლიცენზირებული ერთეულები არ იღებენ პასუხისმგებლობას დაზიანებაზე, რომელიც ამ მასალის გამო აღინიშნა. გამოტოვებულია ყველა პირობა, გარანტია და სხვა დებულება, რომელიც კანონით შეიძლება იყოს გათვალისწინებული, მაგ. დამაკმაყოფილებელი ხარისხი, შესაბამისობა მიზნებთან, რაციონალური მიდგომა მომსახურებაზე და საკუთრების უფლებების დარღვევა.

იქ, სადაც BMJ Best Practice გადათარგმნილია ინგლისურიდან სხვა ენებზე, BMJ არ იღებს პასუხისმგებლობას თარგმანის სიზუსტესა და სანდოობაზე, ან მესამე პირების მიერ მონოდედულ მასალებზე (მაგ. ადგილობრივი რეგულაციები, კლინიკური გაიდლაინები, ტერმინოლოგია, მედიკამენტების სახელები და დოზები). BMJ არ არის პასუხისმგებელი შეცდომებზე, რომლებიც თარგმანის და ადაპტაციის დროს მოხდა. თუ BMJ Practice მოიცავს მედიკამენტების სახელებს, დაცულია International Nonproprietary Names (rINNs) რეკომენდაციები. ზოგიერთი ფორმულარი იმავე მედიკამენტებს შეიძლება სხვა სახელით მოიხსენიებდეს.

გახსოვდეთ, რომ ფორმულა/მეცვანის გზა და დოზა შეიძლება განსხვავებული იყოს მედიკამენტების ბაზების, დასახელების და ბრენდების მიხედვით, ფორმულარის ან გეოგრაფიული ადგილმდებარეობის მიხედვით. აუცილებლად უნდა მოიმუშაოთ ადგილობრივი ფორმულარი.

BMJ Best Practice-ის რეკომენდაციები მკურნალობის შესახებ სპეციფიკურად ეხება პაციენტების ჯგუფებს. ინტეგრირებული ფორმულარის შერჩევისას სიფრთხილე გმართებთ, რადგან მკურნალობის ზოგიერთი რეკომენდაცია მხოლოდ ზრდასრულებს ეხება, პედიატრიული ფორმულარი კი შეიძლება არ უჭერდეს მხარს ბავშვებში გამოყენებას (და პირიქით). ყოველთვის შეამოწმეთ, იყენებთ თუ არა პაციენტისთვის შესაბამის ფორმულარს.

თუ BMJ Best Practice -ის თქვენი ვერსია არ არის ინტეგრირებული ადგილობრივ ფორმულარისთან, აუცილებელია ადგილობრივი ფარმაცევტული ბაზის შემოწმება მედიკამენტის შესახებ ინფორმაციის, (მაგ. უკუჩვენებების, წამალთშორისი ურთიერთქმედებების ალტერნატიული დოზირების) სანახავად.

რიცხვების ინტერპრეტაცია

მასალის ენის მიუხედავად, რიცხვები გამოსახული იქნება ინგლისური ენის სტანდარტის მიხედვით. მაგალითად, 4-ციფრიანი რიცხვი არ უნდა მოიცავდეს მძიმეს ან წერტილს; 5 ან მეტ-ციფრიანი რიცხვები უნდა მოიცავდეს მძიმეს; 1-ზე ნაკლები რიცხვები უნდა დაინეროს მეთოდების გამოყენებით. იხ. ფიგურა 1, განმარტებითი ცხრილისთვის.

BMJ არ იღებს პასუხისმგებლობას რიცხვების არასწორ ინტერპრეტაციაზე, თუ რიცხვები ამ სტანდარტს აკმაყოფილებ



ეს მიდგომა შესაბამეა [International Bureau of Weights and Measures Service-ის სტანდარტს](#).

ფიგურა 1 – BMJ Best Practice -ის ციფრების სტილი

5-ციფრიანი რიცხვები: 10,000

4-ციფრიანი რიცხვები: 1000

რიცხვები < 1: 0.25

ჩვენი სრული ვებგვერდი და წესები/პირობები შეგიძლიათ იხილოთ აქ: [ვებგვერდის წესები და პირობები](#).

დაგვიკავშირდით

+ 44 (0) 207 111 1105

support@bmj.com

BMJ

BMA House

Tavistock Square

London

WC1H 9JR

UK

BMJ Best Practice

კონტრიბუტორები:

// ავტორები:

Simon Campbell, MB ChB(Hons), MRCP(UK), MD(Edin.)

Consultant Gastroenterologist

Honorary Senior Lecturer, University of Manchester, Manchester, UK

განცხადება: SC declares that he has no competing interests.

Rahul Kalla, MBChB, MRCP

Consultant Gastroenterologist

Royal Infirmary Edinburgh, Little France Crescent, Edinburgh, UK

განცხადება: RK is the author of a reference cited in this topic. RK declares that he has no competing interests.

// მადლიერება:

Dr Simon Campbell and Dr Rahul Kalla would like to gratefully acknowledge Dr Abhishek Sharma, Dr Daniel Leffler, and Dr Ciaran Kelly, the previous contributors to this topic. AS has received honoraria for educational presentations, chairing educational sessions, or advisory work from Abbvie, Vifor Pharma, Almirall, Falk, and Warner Chilcott UK. DL and CK are the authors of a number of references cited in this topic.

// რეცენზენტები:

John Kepros, MD

Director

Trauma Services, Assistant Professor, Michigan State University, Lansing, MI

განცხადება: JK declares that he has no competing interests.

Julian R.F. Walters, MA, MB, FRCP

Professor of Gastroenterology

Imperial College London, Hammersmith Hospital, London, UK

განცხადება: JRFW has been a member of advisory boards and has received fees for arranging an educational programme from GE Healthcare, the manufacturer of 75SeHCAT. He is a member of the Health Advisory Network for Coeliac UK.