

მიღებულია „კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაციებისა (გაიდლაინები) და დაავადებათა მართვის სახელმწიფო სტანდარტების (პროტოკოლები) შემუშავების, შეფასების და დანერგვის ეროვნული საბჭოს“ 2014 წლის 24 აპრილის N2 სხდომის გადაწყვეტილების შესაბამისად

დამტკიცებულია საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2015 წლის 25 ივნისის N01-189/ო ბრძანებით

## კრონის ავადმყოფობის მართვა მოზრდილებში

პროტოკოლი

## სარჩევი

1. პროტოკოლის დასახელება: კრონის ავადმყოფობის მართვა მოზრდილებში .....	3
2. პროტოკოლით მოცული კლინიკური მდგომარეობები და ჩარევები .....	3
3. პროტოკოლის შემუშავების მეთოდოლოგია .....	3
4. პროტოკოლის მიზანი.....	4
5. სამიზნე ჯგუფი.....	4
6. ვისთვის არის პროტოკოლი განკუთვნილი .....	4
7. სამედიცინო დაწესებულებაში პროტოკოლის გამოყენების პირობები .....	4
8. რეკომენდაციები.....	4
8.1 დაავადების განმარტება და სიმპტომები.....	4
8.2 დიაგნოსტიკური რეკომენდაციები.....	5
8.3 დაავადების აქტივობის განსაზღვრა.....	6
8.4 კრონის ავადმყოფობის მართვა.....	7
9. მოსალოდნელი შედეგები .....	16
10. აუდიტის კრიტერიუმები .....	16
11. პროტოკოლის გადახედვის ვადები .....	16
12. პროტოკოლის დანერგვისთვის საჭირო რესურსი .....	16
13. პროტოკოლის ავტორები .....	17

## ალგორითმი და ცხრილები

ალგორითმი N1. კრონის ავადმყოფობის მართვა მოზრდილებში.....	14
ცხრილი N1. კლინიკური სურათის თავისებურებანი სხვადასხვა ლოკალიზაციის კრონის ავადმყოფობის დროს.....	5
ცხრილი N2. ევროპის კრონის და კოლიტის ორგანიზაციის (ECCO) დაავადების აქტივობის კლასიფიკაცია .....	6
ცხრილი N3. კრონის ავადმყოფობის სამკურნალოდ გამოყენებული მედიკამენტები.....	15
ცხრილი N4. მტკიცებულებათა დონე და რეკომენდაციების გრადაციის სქემა.....	15
ცხრილი N5. ადამიანური და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი .....	17

## 1. პროტოკოლის დასახელება: კრონის ავადმყოფობის მართვა მოზრდილებში

## 2. პროტოკოლით მოცული კლინიკური მდგომარეობები და ჩარევები

დასახელება	კოდი
<b>1. კლინიკური მდგომარეობების დასახელება</b>	<b>ICD 10</b>
კრონის ავადმყოფობა (რეგიონული ენტერიტი)	K50
კრონის ავადმყოფობა, წვრილი ნაწლავის	K50.0
კრონის ავადმყოფობა, მსხვილი ნაწლავის	K50.1
<b>2. ჩარევის დასახელება</b>	<b>NCSP</b>
საყლაპავის რადიოლოგიური დიაგნოსტიკა	JCD
საყლაპავის ენდოსკოპია	JCE
კუჭის და 12-გოჯა ნაწლავის დიაგნოსტიკური რადიოლოგია	JDD
კუჭის და 12-გოჯა ნაწლავის ბოლქვის ენდოსკოპია	JDE
ნაწლავების ენდოსკოპია	JFE
ნაწლავთა რენტგენოლოგიური გამოკვლევა	JFDB30
წვრილი ნაწლავის კტ	JFDD1A
მსხვილი ნაწლავის კტ	JFDD2A
კაპსულარული ენტეროსკოპია	JFE092
მუცლის ღრუს მაგნიტურ-რეზონანსური გამოკვლევა	JXDG3B
წვრილი ნაწლავის დილატირება ენდოსკოპიური მეთოდით	JFSA38
მსხვილი ნაწლავის დილატირება ენდოსკოპიური მეთოდით	JFSA58
წვრილი ნაწლავის სტიქტუროპლასტიკა (შევიწროვების პლასტიკა)	JFSA60
მსხვილი ნაწლავის სტიქტუროპლასტიკა (შევიწროვების პლასტიკა)	JFSA63
წვრილი ნაწლავის ფისტულის დახურვა	JFSA76
წვრილი ნაწლავის ფისტულის დახურვა	JFSA86
ნაწლავების ნაწილობრივი ამოკვეთა	JFSB
სრული კოლექტომია და ილევსტომა	JFSH10
<b>3. ლაბორატორიული მომსახურების დასახელება</b>	
სისხლის საერთო ანალიზი	BL.6
განავლის საერთო ანალიზი	FA.4
ბაქტერიების მიკროსკოპიული გამოკვლევები	MB.1
ბაქტერიების იმუნოლოგიური გამოკვლევები	MB.4
ტრანსფერაზების განსაზღვრა სისხლში	BL.11.2
ტუტე ფოსფატაზის განსაზღვრა სისხლის უჯრედებში	BL.5.6

## 3. პროტოკოლის შემუშავების მეთოდოლოგია

ა) პროტოკოლი შემუშავებულია ამერიკის გასტროენტეროლოგიის კოლეჯის პრაქტიკულ მონაცემთა კომიტეტის პრაქტიკული გაიდლაინის „კრონის ავადმყოფობის მართვა მოზრდილებში“ (6 იანვარი, 2009 წელი) საფუძველზე:

- Gary R. Lichtenstein, MD, Stephen B. Hanauer, MD, William J. Sandborn, MD and The Practice Parameters Committee of the American College of Gastroenterology. Management of Crohn's Disease in Adults. Am J Gastroenterol advance online publication, 6 January 2009; doi: 10.1038/ajg.2008.168 Retrieved from <http://s3.gi.org/physicians/guidelines/CrohnsDiseaseinAdults2009.pdf>

ბ) პროტოკოლში ორიგინალური გაიდლაინის რეკომენდაციები წარმოდგენილია უცვლელად.

## 4. პროტოკოლის მიზანი

პროტოკოლის მიზანია კრონის ავადმყოფობის მართვის ხარისხის გაუმჯობესება.

## 5. სამიზნე ჯგუფი

პროტოკოლის რეკომენდაციები შეეხება კრონის ავადმყოფობის მქონე მოზრდილი ასაკის პაციენტებს.

## 6. ვისთვის არის პროტოკოლი განკუთვნილი

პროტოკოლი განკუთვნილია ამბულატორიული და სტაციონარული სერვისის მიმწოდებელი სამედიცინო დაწესებულების ექიმებისთვის სპეციალობით გასტროენტეროლოგი, ოჯახის ექიმი, თერაპევტი, ზოგადი ქირურგი.

## 7. სამედიცინო დაწესებულებაში პროტოკოლის გამოყენების პირობები

პროტოკოლის გამოყენება იწყება სამედიცინო დაწესებულებაში პაციენტის მიმართვისთანავე.

## 8. რეკომენდაციები

### 8.1 დაავადების განმარტება და სიმპტომები

**კრონის ავადმყოფობა** (კა) წარმოადგენს სპეციფიკური კლინიკური და პათოლოგიური მახასიათებლების მქონე დარღვევათა მულტისისტემურ ჯგუფს, რომელიც ხასიათდება კეროვანი, ასიმეტრიული, ტრანსმურული და ზოგჯერ გრანულომატოზური ანთებით გასტროინტესტინური ტრაქტის უპირატესი დაზიანებით. იგი შეიძლება შეგვხდეს ნებისმიერ ასაკობრივ ჯგუფში, მაგრამ დაავადების გამოვლენა (დიაგნოსტიკა) ყველაზე ხშირად ხდება სიცოცხლის მეორე და მესამე დეკადაში.

დასაწყისი ხშირად ფარულია, თუმცა ზოგჯერ შეიძლება მიმდინარეობდეს ელვისებურად ან აღინიშნებოდეს ტოქსიური მეგაკოლონი.

**კლინიკური გამოვლინებები:**

- ქრონიკული ან ღამის დიარეა;
- მუცლის ტკივილი;
- ნაწლავთა ობსტრუქცია;
- წონაში კლება;
- ცხელება;
- ოფლიანობა ღამით;
- წარმონაქმნი მუცელში;
- მუცლის კედლის მტკივნეულობა;
- პერიანალური ნახეთქები;
- ფისტულები;
- აბსცესები.

კრონის ავადმყოფობის კლინიკური სურათი იცვლება მისი ლოკალიზაციის შესაბამისად.

**ცხრილი N1. კლინიკური სურათის თავისებურებანი სხვადასხვა ლოკალიზაციის კრონის ავადმყოფობის დროს**

<b>ლოკალიზაცია</b>	<b>კლინიკური სურათი</b>
თემოს და მსხვილი ნაწლავის კა	ხშირად რთულდება ნაწლავების ობსტრუქციით, ანთებითი წარმონაქმნით, ან აბსცესით. ილეიტის მწვავე მიმდინარეობამ შეიძლება შენიღბოს აპენდიციტი, როცა კა შემოისაზღვრება აპენდიქსით. კა-ისთვის დამახასიათებელია პერიანალური მანიფესტაცია, რომელიც შეიძლება უსწრებდეს ნაწლავურ სიმპტომატიკას.
მსხვილი ნაწლავით შემოფარგლული კა	შესაძლებელია განვითარდეს რექტალური სისხლდენა, პერიანალური გართულებები და ექსტრაინტესტინული გართულებები კანისა და სახსრების დაზიანებით.
დიფუზური იეუნოილეიტი	ხშირად რთულდება მრავლობითი სტენოზით, ბაქტერიების ჭარბი ზრდითა და ცილის კარგვით მიმდინარე ენტეროპათიით.
კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის კა	ეპიგასტრული ტკივილი, გულისრევა და ღებინება ან/და კუჭის გასავლის ობსტრუქცია. კუჭის ბიოფსიისას ჩანს ლოკალური გასტრიტი Helicobacter pylori-ის არსებობის გარეშე.

**დაავადების აქტივობასთან დაკავშირებული ექსტრაინტესტინული სიმპტომები**

- ნაწლავის სპონდილოართრიტი (მანკილოზებელი სპონდილიტი და საკროილეიტი);
- პერიფერიული ართრიტი;
- კანისმხრივი მანიფესტაცია (კვანძოვანი ერითემა და განგრენოზული პიოდერმია);
- თვალის ანთება (უვეიტი, ეპისკლერიტი, ან სკლეროკონიუქტივიტი);
- პირველადი მასკლეროზებელი ქოლანგიტი;
- ჰიპერკოაგულაცია;
- კა შეიძლება გართულდეს მალაბსორბციის შედეგებით (მაგ.: ანემია, ქოლელითიაზი, ნეფროლითიაზი, ან ძვლის მეტაბოლური დაავადება);
- ხანგძლივად მიმდინარე კა შეიძლება ასევე გართულდეს გასტროინტესტინური ტრაქტის ადენოკარცინომით.

**8.2 დიაგნოსტიკური რეკომენდაციები**

1. კა-ის დიაგნოსტიკა ეფუძნება **ენდოსკოპიური, რენტგენოლოგიური და პათოლოგიური მაჩვენებლების** კომპლექსს, რომელიც ადასტურებს კრონის, ასიმეტრიულ, ტრანსმურულ, ან გრანულომატოზურ ანთების სურათს. დიაგნოსტიკური ღონისძიებების თანმიმდევრობა ეყრდნობა არსებულ სიმპტომებს, ფიზიკურ მონაცემებს და ბაზისურ ლაბორატორიულ გადახრებს (**C ხარისხის რეკომენდაცია**).

2. ამჟამად, **გენეტიკური მუტაციების განსაზღვრა** კა-ის მქონე პაციენტებში რჩება კვლევის იარაღად, რომელსაც ჯერ არ აქვს დამტკიცებული კლინიკური სარგებელი დიაგნოსტიკაში, პაციენტის მართვის შეფასებაში, ან სპეციფიკური მედიკამენტური მკურნალობის მიმართ პასუხის წინასწარ განსაზღვრაში. გენეტიკური ტესტის გამოყენება ამჟამად არ არის რეკომენდებული კა-ის მქონე პაციენტების მეთვალყურეობისთვის (**C ხარისხის რეკომენდაცია**).

3. დამატებითი სეროლოგიური კვლევები *Saccharomyces cerevisiae*-ის საწინააღმდეგო ანტისხეულების, ანტინეიტროფილური, ანტინეიტროფილური ციტოპლაზმური ანტისხეულების (p-ANCA), CBir1-ის, OmpC-ის საწინააღმდეგო ანტისხეულების არსებობა დამატებით ადასტურებს კა-ის დიაგნოზს, მაგრამ არ აქვს სათანადო სენსიტიურობა და სპეციფიკურობა რათა რეკომენდებული იყოს სკრინინგული იარაღის სახით მათი გამოყენება.

კა-ის დამამძიმებელ ფაქტორებს მიეკუთვნება ინტერკურენტული ინფექციები (როგორც ზედა სასუნთქი ტრაქტის, ასევე ენტერული ინფექციები, მათ შორის, *C. difficile*), სიგარეტის მოწევა და არასტეროიდული ანთების საწინააღმდეგო საშუალებები.

4. კოლიტის დასადასტურებლად და ინფექციული და არაინფექციური ეტიოლოგიური ფაქტორების გამოსარიცხად, უნდა გაკეთდეს შემდეგი **ლაბორატორიულ-ინსტრუმენტული გამოკვლევები**:

- სისხლის საერთო ანალიზი (ზოგჯერ აღინიშნება ერითროციტების დალექვის სიჩქარისა და C-რეაქტიული ცილის დონის მატება);
- განავლის საერთო ანალიზი, განავლის ბაქტერიოლოგია და პარაზიტოლოგია;
- კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის რენტგენოლოგიური გამოკვლევა (ლოკალიზაციის და ნაწლავისმხრივი გართულებების დასადგენად);
- პროქტოსიგმოიდოსკოპია ან კოლონოსკოპია ბიოფსიით (კა-ისგან დიფერენცირებისთვის, მწვავე თვითგანკურნებადი კოლიტის არსებობის გამოსარიცხად, დისპლაზიის ან კიბოს იდენტიფიკაციისთვის);
- კაპსულარული ენტეროსკოპია (უკუჩვენება: წვრილი ნაწლავის სტრიქტურა);
- კომპიუტერული ტომოგრაფია (კტ) და მაგნიტურ-რეზონანსური ტომოგრაფია (ინტრააბდომინული წარმონაქმნების/აბსცესების ან პერიანალური გართულებების აღმოსაჩენად).

### 8.3 დაავადების აქტივობის განსაზღვრა

თერაპიული ღონისძიებები განისაზღვრება დაავადების ლოკალიზაციის, სიმძიმის, და ექსტრანტესტინული გართულებების შეფასებით. დაავადების აქტივობის „ოქროს სტანდარტის“ არარსებობის პირობებში, სიმძიმის განსაზღვრა ხდება კლინიკური პარამეტრებით, სისტემური მანიფესტაციითა და დაავადების გლობალური ზეგავლენით ინდივიდის სიცოცხლის ხარისხზე.

### ცხრილი N2. ევროპის კრონის და კოლიტის ორგანიზაციის (ECCO) დაავადების აქტივობის კლასიფიკაცია

დაავადების აქტივობა	CDAI*	მახასიათებლები
სიმპტომური რემისია	< 150	ასიმპტომური პაციენტები, ემორჩილებიან მედიკამენტურ ან ქირურგიულ მკურნალობას და არ აღნიშნებთ აქტიური დაავადების რეციდივი.
„სტეროიდ-დამოკიდებული“		კლინიკური კეთილდღეობის მისაღწევად მუდმივად საჭიროებენ კორტიკოსტეროიდებს და არ ითვლება, რომ არიან რემისიაში.
მსუბუქი და საშუალო სიმძიმის	150-220	ამბულატორიული პაციენტები, შეუძლიათ ორალური კვება დეჰიდრატაციის, სისტემური ტოქსიურობის, მუცლის კედლის მტკივნეულობის, მტკივნეული



		წარმონაქმნის, ნაწლავის ობსტრუქციის, 10 %-ზე მეტი წონაში კლების მანიფესტაციის გარეშე.
<b>საშუალო და მძიმე</b>	220-450	არ ემორჩილება მსუბუქი და საშუალო სიმძიმის დაავადების მკურნალობას, ან აღინიშნება უფრო გამოხატული სიმპტომები: ცხელება, მნიშვნელოვანი წონაში კლება, აბდომინური ტკივილი ან დაჭიმულობა, ხშირი გულისრევა ან ღებინება (ობსტრუქციული მოვლენების გარეშე), ან მნიშვნელოვანი ანემია.
<b>მძიმე/ელვისებური</b>	>450	აღინიშნება მუდმივი სიმპტომები მუდმივი კორტიკოსტეოიდების ან ბიოლოგიური საშუალებების მკურნალობაში ჩართვის მიუხედავად ამბულატორიულ პაციენტებში, ან ინდივიდები მაღალი ცხელებით, მუდმივი ღებინებით, ნაწლავთა ობსტრუქციის აშკარა ნიშნებით, მნიშვნელოვანი პერიტონეული ნიშნებით, როგორცაა უნებლიე დაჭიმულობა და უეცარი ტკივილი მოდუნების შემდეგ, კახექსია, აბსცესის არსებობა.

*\*კრონის ავადმყოფობის აქტივობის მაჩვენებელი.*

#### **8.4 კრონის ავადმყოფობის მართვა**

კა - ქრონიკული ანთებითი დაავადებაა, რომელიც არ „ინკურნება“ არც მედიკამენტებით და არც ქირურგიულად, და საჭიროებს თერაპიულ მიდგომას მისი სიმპტომური კონტროლის მისაღწევად და შესანარჩუნებლად, ცხოვრების ხარისხის გასაუმჯობესებლად, მოკლე- და გრძელვადიანი ტოქსიურობისა და გართულებების მინიმალიზაციას.

თერაპიული რეკომენდაციები დამოკიდებულია დაავადების ლოკალიზაციაზე, დაავადების სიმწვავეზე და დაავადებასთან დაკავშირებულ გართულებებზე. თერაპიული მიდგომა ინდივიდუალურია მედიკამენტურ ჩარევაზე სიმპტომური პასუხის და ტოლერანტობის შესაბამისად.

თანამედროვე თერაპიული მიდგომები განხილული უნდა იქნას შემდეგი თანმიმდევრობით: „მწვავე დაავადების“ მკურნალობა ან „კლინიკური რემისიის მიღწევა“, და შემდეგ „პასუხის/რემისიის შენარჩუნება“.

**ქირურგიული ჩარევა** ნაჩვენებია ნეოპლაზიური/პრენეოპლაზიური დაზიანებების, ობსტრუქციული სტენოზების, ჩირქოვანი გართულებების, ან მედიკამენტების მიმართ რეზისტენტული დაავადების დროს. ნარკოტიკული ანალგეზიისგან თავი უნდა შეიკავოთ პერიოპერაციული პერიოდის გარდა, რადგანაც ქრონიკული დაავადების შემთხვევაში არსებობს ტოლერანტობისა და ზედოზირების განვითარების შესაძლებლობა.

პაციენტის პასუხი საწყის თერაპიაზე უნდა გამოვლინდეს რამდენიმე კვირაში. მკურნალობის მთელი პერიოდის მანძილზე აუცილებლად უნდა აწარმოოთ გვერდითი მოვლენების მჭიდრო მონიტორინგი. აქტიური დაავადების მკურნალობა უნდა გააგრძელოთ სიმპტომური რემისიის მიღწევამდე ან გაუმჯობესების შეწყვეტამდე. ზოგადად, კლინიკური გაუმჯობესება შესამჩნევია 2-4 კვირაში, მაქსიმალური გაუმჯობესება კი ხდება 12-16 კვირაში. რემისიის მიღწევის შემდეგ უნდა გააგრძელოთ შემანარჩუნებელი თერაპია; ხოლო მათ ვისაც უგრძელდებათ სიმპტომები

უნდა გაუგრძელდეს მკურნალობა ალტერნატიული თერაპიით მსუბუქი და საშუალო სიმძიმის დაავადებისთვის, ან უნდა გადაიყვანოს საშუალო და მძიმე დაავადების მკურნალობაზე მათი კლინიკური სტატუსის შესაბამისად.

**❖ მსუბუქი და საშუალო სიმძიმის აქტიური დაავადების მართვა**

- თემოს ნაწლავის, თემოსა და მსხვილი ნაწლავის, ან მსხვილი ნაწლავის დაავადების სამკურნალოდ გამოიყენეთ 3,2-4 გ ორალური მესალაზინი დღეში (**C ხარისხის რეკომენდაცია**) ან 3-6 გ სულფასალაზინი დღეში თემოსა და მსხვილი ნაწლავის, ან მსხვილი ნაწლავის დაავადების დროს (**A ხარისხის რეკომენდაცია**) დოზის გაყოფით.
- მიუხედავად წარსულში ორალური მესალაზინის სამკურნალოდ გამოყენებისა, ახალი მონაცემებით ეს მიდგომა მინიმალურად ეფექტურია პლაცებოსთან შედარებით (**A ხარისხის რეკომენდაცია**) და ნაკლებ ეფექტურია ბუდესონიდთან ან მუდმივ კორტიკოსტეროიდებთან შედარებით (**A ხარისხის რეკომენდაცია**).
- პაციენტებში, რომლებიც არ ემორჩილებიან სულფასალაზინით მკურნალობას გამოიყენეთ 10-20 მგ/კგ მეტრონიდაზოლი დღეში (**C ხარისხის რეკომენდაცია**). თემოს ნაწლავში გამოთავისუფლებადი ბუდესონიდი (9 მგ/დღეში) ეფექტურია აქტიური დაავადების დროს, რომელიც შემოსისაზღვრება თემოს ნაწლავით ან/და მსხვილი ნაწლავის მარჯვენა ნაწილით (**A ხარისხის რეკომენდაცია**).
- არ გამოიყენოთ ანტიტუბერკულოზური თერაპია კა-ის მქონე პაციენტებში, არც რემისიის მისაღწევად და არც რემისიის შესანარჩუნებლად (**A ხარისხის რეკომენდაცია**).

გასტონტესტინური ტრაქტის ზედა ნაწილის კა-ის დროს პროტონის ტუმბოს ინჰიბიტორების და სხვა სისტემური თერაპიული საშუალებების, როგორცაა სისტემური კორტიკოსტეროიდები, აზათიოპრინი, 6-მერკაპტოპურინი, მეტოტრექსატი, ინფლიქსიმაბი, ადალიმუმაბი, გამოყენების წესი იგივეა, რაც საშუალო და მძიმე აქტიური თემოს ნაწლავის და მსხვილი ნაწლავის დაავადებისას. (იხილეთ მომდევნო თავში)

<p><b>მსუბუქი და საშუალო სიმძიმის აქტიური დაავადების სამკურნალო პრეპარატები</b></p> <p><b>ორალური ამინოსალიცილატები:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• მესალაზინი — 3,2-4,0 გ დღეში</li><li>• სულფასალაზინი — 3-6 გ დღეში</li></ul> <p><b>ორალური ანტიბიოტიკები:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• მეტრონიდაზოლი — 10 ან 20 მგ/კგ დღეში პერიფერიული ნეიროპათიის რისკის გამო აწარმოეთ პარესთეზიების სიმპტომებისა და ნიშნების მონიტორინგი. უფრო ტიპურია პაციენტებში ქრონიკული მკურნალობისას, ასევე მწვავე ინფექციების დროს დიდი დოზების მოკლე პერიოდში მიღების დროსაც.</li><li>• ციპროფლოქსაცინი — 1 გ დღეში</li></ul> <p><b>ორალური კორტიკოსტეროიდები:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• ბუდესონიდი* — 9 მგ დღეში</li></ul> <p><i>*არ არის რეგისტრირებული საქართველოში</i></p>
---



## ❖ საშუალო სიმძიმის და მძიმე დაავადების მართვა

- გამოიყენეთ დღეში 40-60 მგ პრედნიზონი საშუალო და მძიმე დაავადების მქონე პაციენტების სამკურნალოდ სიმპტომების აღმოფხვრამდე და წონის აღდგენამდე (საშუალოდ 7-28 დღე) (**A ხარისხის რეკომენდაცია**).
- ინფექციისა და აბსცესის შემთხვევაში განიხილეთ სათანადო ანტიბიოტიკოთერაპიის ან დრენაჟის (პერკუტანული ან ქირურგიული) საკითხი (**C ხარისხის რეკომენდაცია**).
- ელემენტარული დიეტა ნაკლებ ეფექტურია კორტიკოსტეროიდებთან შედარებით (**A ხარისხის რეკომენდაცია**), თუმცა თავიდან აგარიდებთ კორტიკოსტეროიდებით გამოწვეულ ტოქსიურობას.
- სტეროიდ ინდუცირებული რემისიის შესანარჩუნებლად გამოიყენეთ აზათიოპრინი და 6-მერკაპტოპურინი (**A ხარისხის რეკომენდაცია**), ხოლო სტეროიდ-დამოკიდებული და სტეროიდ-რეფრაქტერული კა-ის დროს კი — პარენტერალური მეტოტრექსატი 25 მგ/კვირაში (**B ხარისხის რეკომენდაცია**).
- საშუალო და მძიმე აქტიური კა-ით დაავადებული პაციენტების სამკურნალოდ, რომლებიც არ პასუხობენ კორტიკოსტეროიდებს ან იმუნოსუპრესიულ საშუალებებს, სრულყოფილი და ადექვატური რეჟიმის მიუხედავად, გამოიყენეთ სიმსივნის ნეკროზის ფაქტორის (სნფ) საწინააღმდეგო მონოკლონური ანტისხეულები, როგორცაა ინფლიქსიმაზი, ადალიმუმაზი და ცერტოლიზუმაზი (**A ხარისხის რეკომენდაცია**).
- ინფლიქსიმაზის მონოთერაპია და ინფლიქსიმაზის კომბინაცია აზათიოპრინთან უფრო ეფექტურია, ვიდრე აზათიოპრინი საშუალო და მძიმე კა-ით დაავადებული იმ პაციენტების სამკურნალოდ, რომლებიც არ პასუხობენ პირველი რიგის თერაპიას მესალაზინით ან/და კორტიკოსტეროიდებით (**A ხარისხის რეკომენდაცია**).
- პაციენტებში, რომლებშიც უკუნაჩვენებია ან არასასურველია კორტიკოსტეროიდების გამოყენება, სტეროიდული თერაპიის ალტერნატივად შეგიძლიათ გამოიყენოთ ინფლიქსიმაზი, ადალიმუმაზი ან ცერტოლიზუმაზი (**B ხარისხის რეკომენდაცია**).
- ანტი-ალფა 4 ინტეგრინის ანტისხეული — ნატალიზუმაზი ეფექტურია საშუალო და მძიმე აქტიური კა-ით დაავადებული პაციენტების მკურნალობისთვის, რომლებსაც ქონდათ არაადექვატური პასუხი ან არ შეუძლიათ მუდმივი კა-ის თერაპიის და სნფ-ის საწინააღმდეგო მონოკლონური ანტისხეულებით მკურნალობის ატანა (**A ხარისხის რეკომენდაცია**).

### საშუალო სიმძიმის და მძიმე დაავადების სამკურნალო პრეპარატები

- **პრედნიზონი** — 40-60 მგ დღეში მნიშვნელოვან კლინიკურ გაუმჯობესებამდე, შემდეგ შეამცირეთ დოზა 5-10 მგ-ით კვირაში სანამ დღიური დოზა მიაღწევს 20 მგ-ს. ამ მომენტიდან გააგრძელეთ დოზის კლება კვირაში 2,5 მგ-ით.

გვერდითი მოვლენები: კუმინგოიდური მოვლენები, ემოციური და ფსიქიკური დარღვევები, ინფექციები, გლაუკომა და გასტროდუოდენური ლორწოვანის დაზიანება, კანის სტრები, ჭრილობის შეხორცების დარღვევები, ძვლის მეტაბოლური დაავადება<sup>1</sup> (ოსტეოპენია,

<sup>1</sup> ოსტეოპოროზის განვითარების მნიშვნელოვანი რისკის გამო სასურველია DEXA სკანირება, კალციუმის და D ვიტამინის შევსება და ბისფოსფონატების განსაზღვრა კორტიკოსტეროიდული თერაპიის დაწყებისთანავე.

ოსტეოპოროზი, ძვლის მოტეხილობები ან მოულოდნელი ოსტეონეკროზი).

სტეროიდ ინდუცირებულ მეტაბოლურ დარღვევებს მიეკუთვნება ჰიპერგლიკემია, ნატრიუმის და წყლის შეკავება, ჰიპოგლიკემია, მეტაბოლური ალკალოზი, ჰიპერლიპიდემია და მომატებული ათეროგენეზი. ქრონიკული სტეროიდების გამოყენებისას პაციენტებს აქვთ თირკმელზედა ჯირკვლების უკმარისობის განვითარების რისკი სტეროიდების შეწყვეტისას ან დოზის სწრაფი დაკლებისას.

- **მეტოტრექსატი** — 25 მგ კვირაში ერთხელ, პარენტერალურად კანქვეშ ან კუნთში გვერდითი მოვლენები: გულისრევა, ღებინება, ძვლის ტვინის სუპრესია (მათ შორის, ლეიკოპენია), ღვიძლის ფიბროზი, და იშვიათად ალერგიული პნევმონიტი. ჩაუტარეთ პაციენტს გულმკერდის მიმოხილვითი რენტგენოგრაფია, სისხლის საერთო ანალიზის და ღვიძლის ქიმიური სინჯების მონიტორინგი. ჰეპატოტოქსიურობის რისკ-ფაქტორებია: სიმსუქნე, შაქრიანი დიაბეტი, ჭარბი ან ხანგრძლივი ეთანოლის გამოყენება ანამნეზში, ღვიძლის ფუნქციური სინჯების ცვლილებები. მკურნალობის დაწყებამდე სასურველია ღვიძლის ბიოფსია პაციენტებში, რომლებსაც აქვთ პათოლოგიური ღვიძლის ქიმიური სინჯები, პაციენტები ჰეპატოტოქსიურობის ერთი ან მეტი რისკ-ფაქტორით, და ქრონიკული ღვიძლის დაავადებაზე ეჭვის დროს, ხოლო პირველი წლის მანძილზე (ყოველ 4-8 კვირაში) ასპარტატამინოტრანსფერაზას დონის მატებისას ან შრატის ალბუმინის დონის დაქვეითებისას. ასპარტატამინოტრანსფერაზას მატების შემთხვევაში შეამცირეთ დოზა. საშუალო და მძიმე ფიბროზის ან ციროზის დადასტურებისას შეწყვიტეთ მკურნალობა.

- **ინფლიქსიმაზი** — 5 მგ/კგ 0, 2 და მე-6-ე კვირაზე, მე-8 კვირაზე, ინფუზია ხდება 2 საათიანი მონიტორინგის რეჟიმში

გვერდითი მოვლენებია: ინფუზიური რეაქციები, აუტოიმუნოგენობა და ინფექციების მომატებული რისკი, ლიმფომა და შესაძლო ავთისებრიანი სიმსივნეები; ჰეპატოტოქსიურობა, მრავლობითი სკლეროზის ან მხედველობის ნერვის ნევრიტის განვითარება ან დამძიმება, გულის შეგუბებითი უკმარისობის დამძიმება პაციენტებში მანამდე არსებული გულის დაავადებით.

ინფუზიური რეაქციები (ჰიპერემია, თავის ტკივილი, თავბრუსხვევა, გულმკერდის ტკივილი, ხველა, დისპრეა, ცხელება, შემცივნება და ქავილი) აკონტროლეთ ინფუზიის შეწყვეტით, ინტერვალის გაზრდით (8 კვირამდე), პარალელურად კი გამოიყენეთ იმუნოსუპრესანტები. მსუბუქი და საშუალო სიმძიმის ინფუზიური რეაქციების შემთხვევაში ჩაატარეთ პრემედიკაცია კორტიკოსტეროიდებით და ანტიჰისტამინებით.

მოგვიანებითი გვერდითი მოვლენებია (ჩნდება ინფუზიიდან მე-3-14 დღეს) მიალგიები, ართრალგიები, ცხელება, გამონაყარი, შრატისმიერი დაავადების მსგავსი სიმპტომები. ქრება სპონტანურად, ან იშვიათად საჭიროებს კორტიკოსტეროიდების მოკლე კურსი.

ლატენტური ტუბერკულოზის რეაქტივაციის რისკის არსებობის გამო მკურნალობის დაწყებამდე აუცილებელად ჩაატარეთ სკრინინგი (ტუბერკულინური სტატუსის შეფასება და გულმკერდის რენტგენოგრაფია).<sup>2</sup>

- **ადალიმუმაზი\*** — 160 მგ, ორი კვირის შემდეგ 80 მგ
- **ცერტოლიუმაზი\*** — 400 მგ ორ კვირაში ერთხელ

ადალიმუმაზის და ცერტოლიუმაზის ყველაზე ხშირ გართულებას მიეკუთვნება

<sup>2</sup> რისკის არსებობისას მართეთ „ლატენტური ტუბერკულოზის დიაგნოსტიკისა და მართვის პროტოკოლის“ შესაბამისად, ან გადაამისამართეთ ფტიზიატრთან.

ინფექციური გართულებები. მათი იმუნოგენობის შესამცირებლად გამოიყენეთ იმუნომოდულატორები.

- **ნატალიზუმაბი\*** — 300 მგ ინფუზია 0, 4 და 8-ე კვირაზე.

გვერდითი მოვლენები: ლატენტური ვირუსის რეაქტივაცია, მათ შორის, ადამიანის JC ვირუსის<sup>3</sup>, ინფუზიური რეაქციები, ნატალიზუმაბის საწინააღმდეგო ანტისხეულების წარმოქმნა და ჰეპატოტოქსიურობა.

*\*არ არის რეგისტრირებული საქართველოში*

### ❖ მძიმე/ელვისებური დაავადების მართვა

მძიმე კა-ის მქონე პაციენტთა გამოვლინებების სიმწვავიდან და მრავალფეროვნებიდან, ასევე შესაძლო გართულებების განვითარებიდან გამომდინარე, ასეთ პაციენტებში მართვის გადაწყვეტილება უფრო პრაქტიკულ გამოცდილებას ემყარება, ვიდრე კონტროლირებადი კვლევების მტკიცებულებებს.

- პაციენტები, რომლებსაც აღენიშნებათ კრონის ავადმყოფობასთან დაკავშირებული მუდმივი სიმპტომები, ტრადიციული ორალური სტეროიდების ან სნფ-ის საწინააღმდეგო საშუალებების ჩართვის მიუხედავად, ან მაღალი ცხელება, ხშირი ღებინება, ნაწლავთა ობსტრუქციის ნიშნები, მუცლის ტკივილი ზეწოლის სწრაფი მოხსნისას (შროტკინ-ბლუმბერგის სიმპტომი), კახექსია, ან აბსცესის ნიშნები უნდა იქნან ჰოსპიტალიზებული.
- ქირურგიული შეფასება აუცილებელია პაციენტებისთვის ნაწლავის ობსტრუქციით ან დაჭიმული აბდომინური წარმონაქმნით.
- აბდომინური წარმონაქმნი შეაფასეთ ტრანსაბდომინური ულტრაბგერით, მრტ, ან კტ-ით აბსცესის არსებობის გამოსარიცხად.
- აბსცესის არსებობისას გააკეთეთ პერკუტანული ან ღია ქირურგიული დრენირება.
- აბსცესის არსებობის გამორიცხვის შემდეგ ან თუ პაციენტი იღებდა ორალურ კორტიკოსტეროიდებს, გამოიყენეთ 40-60 მგ პრედნიზონის ექვივალენტური პარენტერალური კორტიკოსტეროიდები ან მისი ექვივალენტური ყოველდღიურად ინფუზიის სახით დოზის გაყოფით ან უწყვეტად (C ხარისხის რეკომენდაცია).
- არ არსებობს სრული პარენტერალური კვების სტეროიდებზე დამატების სპეციფიკური როლი. საკვების შევსება ელემენტარული კვებით ან პარენტერალური ჰიპერალიმენტაციით ნაჩვენებია 5-7 დღის შემდეგ, პაციენტებში, რომლებსაც არ შეუძლიათ ადექვატური კვებითი მოთხოვნების შენარჩუნება (C ხარისხის რეკომენდაცია).
- პაციენტები, რომლებსაც აღენიშნებათ გაუმჯობესება პარენტერალურ კორტიკოსტეროიდების, ციკლოსპორინის, ან ტაკროლიმუსის გამოყენებისას, თანდათან გადაიყვანება ექვივალენტურ ორალურ რეჟიმზე, საბოლოოდ კი მკურნალობა წყდება. შემთხვევათა უმეტესობაში საჭიროა შემანარჩუნებელი თერაპია ალტერნატიული იმუნომოდულატორებით, როგორცაა 6-მერკაპტოპურინი ან აზათიოპრინი.

<sup>3</sup> ჯონ კანინგჰემის ვირუსი — იწვევს ფატალურ დაავადებას პროგრესირებად მულტიფოკალურ ლეიკოენცეფალოპათიას (PML). რისკის შესამცირებლად გამოიყენეთ მონოთერაპიის სახით (თანმხლები იმუნოსუპრესიის გარეშე).

მკურნალობის წარუმატებლობის ან სიმპტომების დამძიმებისას ნაჩვენებია ქირურგიული ჩარევა.

#### ❖ პერიანალური და ფისტულოზური დაავადების მართვა

- მწვავე ჩირქოვანი პროცესი წარმოადგენს ქირურგიული დრენაჟის ჩვენებას მარლის ტამპონის მოთავსებით ან მის გარეშე (**C ხარისხის რეკომენდაცია**).
- არაჩირქოვანი, ქრონიკული ფისტულები ან პერიანალური ნახეთქების შემთხვევაში ჩაატარეთ მკურნალობა მედიკამენტურად ანტიბიოტიკებით (**C ხარისხის რეკომენდაცია**), იმუნოსუპრესანტენტებით (**C ხარისხის რეკომენდაცია**), ან ინფლიქსიმაბით (**A ხარისხის რეკომენდაცია**).

ანტიბიოტიკებიდან რეკომენდებულია **მეტრონიდაზოლი** მონოთერაპიის სახით (10-20 მგ/კგ დღეში) ან **ციპროფლოქსაცინთან** (500 მგ) კომბინაციაში. ხანგრძლივი ანტიბიოტიკოთერაპიის დროს აუცილებელია პერიფერიულ ნეიროპათიის (მეტრონიდაზოლი), ტენდონიტებისა და იოგების დაზიანების მონიტორინგი.

**ინფლიქსიმაბი** — 5 მგ/კგ 0, 2 და მე-6-ე კვირაზე, მე-8 კვირაზე, და შემდეგ აუცილებლობის შემთხვევაში ყოველ 8 კვირაში ერთხელ 40 კვირამდე.

#### ❖ შემანარჩუნებელი თერაპია

- სულფასალაზინსა და მესალაზინს არა აქვთ მდგრადი შემანარჩუნებელი ეფექტი ინდუქციური მედიკამენტური თერაპიის შემდეგ (**A ხარისხის რეკომენდაცია**).
- არ გამოიყენოთ ტრადიციული კორტიკოსტეროიდები ხანგრძლივად კა-ის რეციდივის პრევენციისთვის (**A ხარისხის რეკომენდაცია**).
- 6 მგ ბუდესონიდი დღეში ამცირებს რეციდივის ხანგრძლივობას თემოს ან/და მსხვილი ნაწლავის მარჯვენა დაავადებისას, მაგრამ არ გააჩნია მნიშვნელოვანი შემანარჩუნებელი ეფექტი 6 თვის შემდეგ (**A ხარისხის რეკომენდაცია**).
- აზათიოპრინმა/6-მერკაპტოპურინმა (**B ხარისხის რეკომენდაცია**) და მეტოტრექსატმა (**B ხარისხის რეკომენდაცია**) აჩვენა შემანარჩუნებელი ეფექტი კორტიკოსტეროიდებით ინდუქციური თერაპიის შემდეგ. აზათიოპრინს შეუძლია ინფლიქსიმაბით გამოწვეული რემისიის შენარჩუნება სტეროიდ-რეფრაქტერულ პაციენტებში (**B ხარისხის რეკომენდაცია**).
- შემანარჩუნებელი თერაპიის სახით გამოიყენეთ ინფლიქსიმაბი, ადალიმუმაბი და ცერტოლიზუმაბი (**A ხარისხის რეკომენდაცია**).
- ინფლიქსიმაბი მონოთერაპიის სახით და ინფლიქსიმაბი აზათიოპრინთან კომბინაციაში უფრო ეფექტურია, ვიდრე აზათიოპრინი შემანარჩუნებელი თერაპიის სახით პაციენტებში საშუალო და მძიმე კა-ით, რომლებიც არ დაემორჩილნენ პირველი რიგის თერაპიას მესალაზინით ან/და კორტიკოსტეროიდებით (**B ხარისხის რეკომენდაცია**). შემანარჩუნებელი თერაპია ეფექტურია ნატალიზუმაბით (**A ხარისხის რეკომენდაცია**).
- ილეოკოლონური რეზექციის შემდეგ განიხილეთ მეტრონიდაზოლი (**B ხარისხის რეკომენდაცია**), მესალაზინი (**C ხარისხის რეკომენდაცია**), აზათიოპრინი/მერკაპტოპურინი (**B ხარისხის რეკომენდაცია**), ან ინფლიქსიმაბი (**B**

ხარისხის რეკომენდაცია), რადგანაც ტრადიციული კორტიკოსტეროიდები (A ხარისხის რეკომენდაცია) და ბუდესონიდი (B ხარისხის რეკომენდაცია) 6 მგ/დღეში დოზით არაეფექტურია.

კრონის ავადმყოფობის შემანარჩუნებელი თერაპიის დროს გამოყენებული პრეპარატები

- ბუდესონიდი\* — 6 მგ დღეში
- აზათიოპრინი — 2,0-2,5 მგ/კგ დღეში
- 6-მერკაპტოპურინი — 1,5 მგ/კგ დღეში
- მეტოტრექსატი — 15 მგ კვირაში ინტრამუსკულურად

\*არ არის რეგისტრირებული საქართველოში

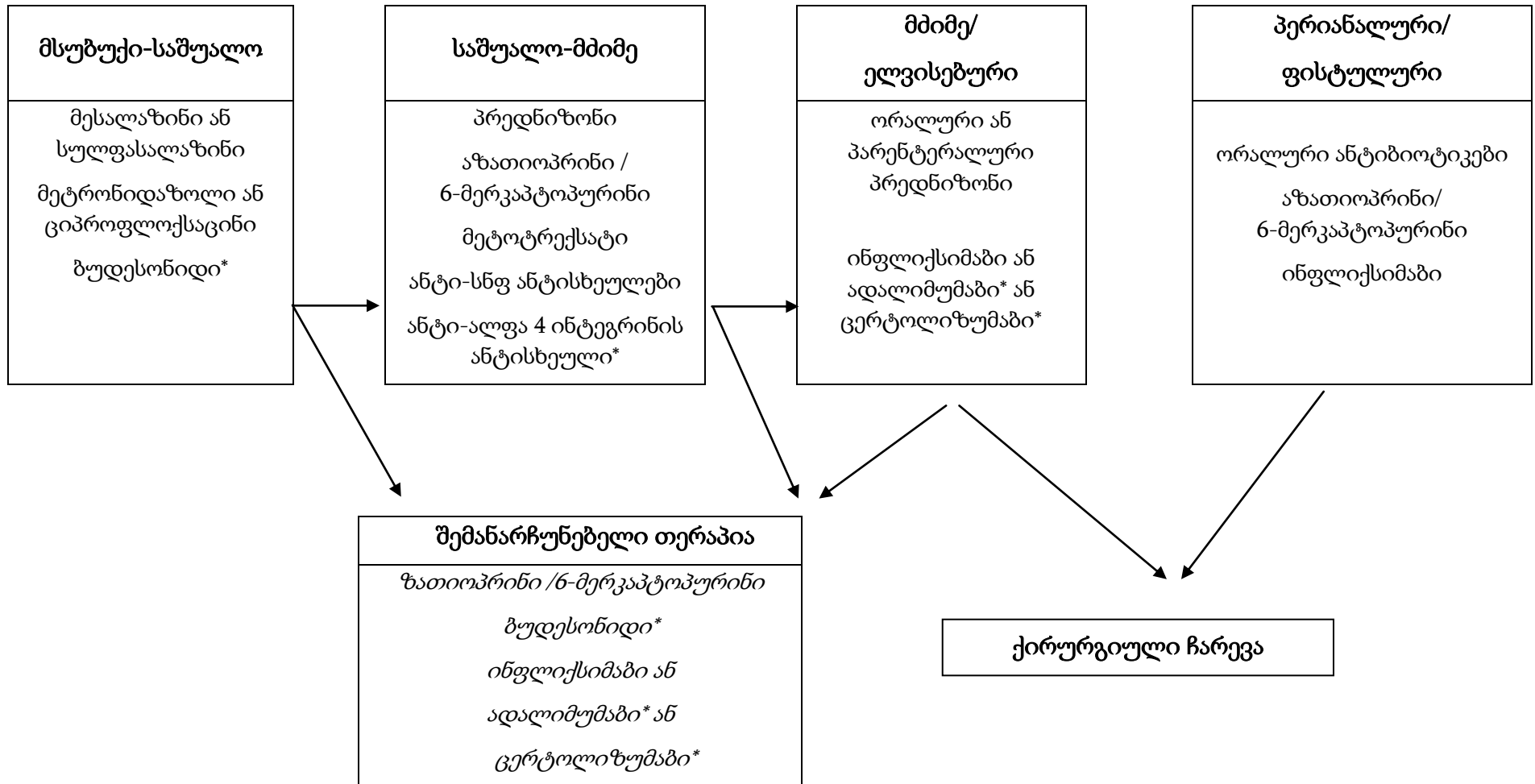
#### ❖ ქირურგიული ჩარევის ჩვენება

- ქირურგიული რეზექცია, სტიქტუროპლასტიკა, ან აბსცესის დრენირება ნაჩვენებია გართულებების ან მედიკამენტების მიმართ რეფრაქტერული დაავადების სამკურნალოდ (C ხარისხის რეკომენდაცია).

ქირურგიული რეზექცია, გარდა ტოტალური კოლექტომიისა და ილევოსტომიისა მსხვილი ნაწლავით შემოფარგლული კა-ის დროს, იშვიათად „კურნავს“ კა-ს. მიუხედავად ამისა, ქირურგიული ჩარევა საჭიროა დაახლოებით პაციენტთა 2/3-ში განუკურნებელი ჰემორაგიების, პერფორაციების, პერსისტიული ან რეციდიული ობსტრუქციის, აბსცესის (პერკუტანული დრენაჟისთვის მიუწვდომელი), დისპლაზიის ან კიბოს, ან დაუმორჩილებელი ელვისებური დაავადების სამკურნალოდ. ყველაზე ხშირი ჩვენებები ქირურგიული რეზექციისთვის არის რეფრაქტერული დაავადება მედიკამენტური მკურნალობისადმი ან მედიკამენტების გვერდითი მოვლენები (სტეროიდდამოკიდებულება).

ქირურგიული ჩარევის კანდიდატებს წარმოადგენენ პაციენტები, რომლებსაც აღენიშნებათ აქტიური ლუმინალური კა და არ ემორჩილებიან 7-10 დღიან ინტენსიურ ჰოსპიტალურ მკურნალობას.

ალგორითმი N1. კრონის ავადმყოფობის მართვა მოზრდილებში



\* არ არის რეგისტრირებული საქართველოში



**ცხრილი N3. კრონის ავადმყოფობის სამკურნალოდ გამოყენებული მედიკამენტები**

მედიკამენტები	დოზირება
<b>ორალური ამინოსალიცილატები</b>	
მესალაზინი	3,2-4 გ დღეში სამ მიღებად გაყოფილი
სულფასალაზინი	3-6 გ დღეში ოთხ მიღებად გაყოფილი
<b>ორალური კორტიკოსტეროიდები</b>	
პრედნიზონი	40-60 მგ დღეში გაუმჯობესებამდე
ბუდესონიდი*	9 მგ დღეში შემანარჩუნებელი: 6 მგ დღეში
<b>იმუნოსუპრესიული პრეპარატები**</b>	
ინფლიქსიმაზი	5 მგ/კგ 0, 2 და მე-6-ე კვირაზე, შემანარჩუნებელი: ყოველ 8 კვირაში 40 კვირამდე
აზათიოპრინი	2-3 მგ/კგ დღეში შემანარჩუნებელი: 2-2,5 მგ/კგ დღეში
6 მპ	1-1,5 მგ/კგ დღეში შემანარჩუნებელი: 1,5 მგ/კგ დღეში
მეტოტრექსატი	25 მგ/კვირაში პარენტერალურად შემანარჩუნებელი: 15 მგ/კგ კვირაში ინტრამუსკულურად
ადალიმუმაბი*	160 მგ, ორი კვირის შემდეგ 80 მგ შემანარჩუნებელი: 40 მგ ორ ან ერთ კვირაში ერთხელ
ცერტოლიზუმაბი*	400 მგ ორ კვირაში ერთხელ შემანარჩუნებელი: 400 მგ ოთხ კვირაში ერთხელ
<b>ანტი-ალფა 4 ინტეგრინის ანტისხეული</b>	
ნატალიზუმაბი * (***)	300 მგ ინფუზია 0, 4, მე-8 კვირაზე შემანარჩუნებელი: 300 მგ ოთხ კვირაში ერთხელ
<b>ანტიბიოტიკები</b>	
მეტრონიდაზოლი	10-20 მგ/კგ დღეში
ციპროფლოქსაცინი	500 მგ დღეში ორჯერ
* არ არის რეგისტრირებული საქართველოში ** იმუნოსუპრესანტების გამოყენებისას აუცილებელია პერიოდულად სისხლის საერთო ანალიზის გაკეთება მკურნალობის დაწყებიდან პირველი კვირების და თვეების მანძილზე, ხოლო უფრო ხანგრძლივი მკურნალობისას სულ მცირე სამ თვეში ერთხელ. ასევე სასურველია ღვიძლის ფუნქციური ტესტების გაკეთება. *** ნატალიზუმაბი იწვევს ლატენტური ვირუსების და სხვა ინფექციების აქტივაციას, ამიტომ უნდა მიეცეს მონოთერაპიის სახით პარალელური იმუნოსუპრესიის გარეშე.	

**ცხრილი N4. მტკიცებულებათა დონე და რეკომენდაციების გრადაციის სქემა**

დონე	მტკიცებულების სიძლიერის დონე	ხარისხი	რეკომენდაციის ხარისხი
I	ძლიერი მტკიცებულება, ეყრდნობა მინიმუმ ერთ სისტემურ მიმოხილვას, რომელიც ეფუძნება სწორი დიზაინის მქონე რანდომიზებულ კონტროლირებად კვლევას	A	ეყრდნობა I დონის მტკიცებულებას და შესაბამისად მტკიცედ რეკომენდებულია
II	ძლიერი მტკიცებულება, ეყრდნობა მინიმუმ ერთ სწორი დიზაინის მქონე რანდომიზებულ კონტროლირებად კვლევას	B	ეყრდნობა II და III დონის მტკიცებულებას და შესაბამისად რეკომენდებულია
III	კლინიკური კვლევა რანდომიზაციის გარეშე, კოჰორტული და შემთხვევა-კონტროლის კვლევები		
IV	მტკიცებულება ეყრდნობა კლინიკურ გამოცდილებას, აღწერილობით კვლევას, ექსპერტთა კომიტეტების ანგარიშებს	C	ეყრდნობა IV დონის მტკიცებულებას და საჭიროებს კონსულტაციას

## 9. მოსალოდნელი შედეგები

- სრული კლინიკური და ენდოსკოპიური რემისიის მიღწევა და შენარჩუნება;
- კლინიკური და ენდოსკოპიური სურათის გაუმჯობესება;
- კა-ით ავადობის და სიკვდილიანობის შემცირება.

## 10. აუდიტის კრიტერიუმები

სასურველია განხორციელდეს კვლევები მოცემული პროტოკოლის ეფექტურობის შესაფასებლად შემდეგი კრიტერიუმებით:

- პაციენტთა რაოდენობა (%), რომელმაც საანგარიშო პერიოდში მიმართა სამედიცინო დაწესებულებას საექვო კრონის ავადმყოფობით;
- კრონის ავადმყოფობაზე საექვო პაციენტთა რაოდენობა (%), რომლებშიც დიაგნოზი დადასტურდა;
- კრონის ავადმყოფობის გავრცელების სტრუქტურა (წვრილი ან მსხვილი ნაწლავის);
- კრონის ავადმყოფობის სტრუქტურული განაწილება სიმძიმის მიხედვით (მსუბუქი, საშუალო, მძიმე, ელვისებური);
- პაციენტთა რაოდენობა (%), რომლებსაც მკურნალობა უტარდებოდათ ამბულატორიულად;
- რამდენ პაციენტს (%) დასჭირდა ჰოსპიტალიზაცია?
- რამდენ პაციენტს (%) ჩაუტარდა მკურნალობა მხოლოდ ამინოსალიცილატებით?
- რამდენ პაციენტს (%) ჩაუტარდა მკურნალობა ამინოსალიცილატების და სხვა პრეპარატების კომბინაციით?
- რამდენი პაციენტი (%) იღებდა სტეროიდებს?
- ჩატარდა თუ არა ოსტეოპოროზის პრევენცია პაციენტებში, რომლებიც იღებდნენ სტეროიდებს 3 თვეზე მეტი ხნის განმავლობაში?
- რამდენი პაციენტი (%) იღებდა იმუნოსუპრესანტებს?
- რამდენი პაციენტი (%) იღებდა ანტიბიოტიკებს?
- რამდენ პაციენტს (%) ჩაუტარდა ქირურგიული მკურნალობა?
- რამდენ პაციენტს (%) ჩაუტარდა ქირურგიული ჩარევა ლაპარასკოპიულად?
- რამდენ პაციენტთან (%) აღინიშნა კლინიკური და ენდოსკოპიური სურათის გაუმჯობესება?
- რამდენ პაციენტთან (%) აღინიშნა სრული კლინიკური და ენდოსკოპიური რემისია?
- რამდენ პაციენტთან (%) დადგა ლეტალური გამოსავალი?

## 11. პროტოკოლის გადახედვის ვადები

პროტოკოლის გადახედვა და განახლება რეკომენდებულია 2 წლის შემდეგ.

## 12. პროტოკოლის დანერგვისთვის საჭირო რესურსი

პროტოკოლის დანერგვისთვის საჭირო ადამიანური და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსები იხილეთ ცხრილში №5.

## ცხრილი N5. ადამიანური და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი

რესურსი	ფუნქციები/მნიშვნელობა	შენიშვნა
<b>ადამიანური რესურსი</b>		
გასტროენტეროლოგი ოჯახის ექიმი ან თერაპევტი ზოგადი ქირურგი (სუბსპეციალობით ენდოსკოპიაში)	კლინიკური შეფასება, დიაგნოზის დადასტურება, პრევენციული ღონისძიებების შერჩევა, მედიკამენტური მკურნალობის თაობაზე გადაწყვეტილება, ქირურგიული მკურნალობა, ენდოსკოპიური გამოკვლევა, მიმდინარე მეთვალყურეობა	სავალდებულო
ექთანი	ენდოსკოპიური კვლევისა და ქირურგიული მკურნალობის დროს ექიმის დახმარება, ექიმის დანიშნულების შესრულება	სავალდებულო
რეგისტრატორი	მიმდინარე მეთვალყურეობისთვის პაციენტების გამომახების უზრუნველყოფა	სასურველი
მენეჯერი/ ადმინისტრატორი	პროტოკოლის დანერგვის ხელშეწყობა, დანერგვაზე მეთვალყურეობა, აუდიტის ჩატარება და შედეგების ანალიზი	სასურველი
რისკის შეფასების სქემა	რისკის პროფილის შეფასება	სავალდებულო
<b>მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი</b>		
ლაბორატორიული სერვისის უზრუნველყოფა	სისხლის საერთო, განავლის საერთო ანალიზის ჩასატარებლად, განავლის მიკროფლორის განსაზღვრისათვის, უმარტივესების და ჭიების განსაზღვრისათვის განავალში	სავალდებულო
რენტგენი, ენდოსკოპი	დიაგნოზის დადასტურება, რისკის შეფასება	სავალდებულო
პაციენტის საგანმანათლებლო მასალები	პაციენტის ინფორმირება	სასურველია

### 13. პროტოკოლის ავტორები

პროტოკოლი შემუშავებულია „საქართველოს გასტროენტეროლოგთა და ჰეპატოლოგთა ნაციონალური ასოციაციის“ მიერ.

მაგდა ასათიანი - ექიმი გასტროენტეროლოგი, „საქართველოს გასტროენტეროლოგთა და ჰეპატოლოგთა ნაციონალური ასოციაცია“.