

# ՍՈՒՐ և ՔՐՈՆԻԿԱԿԱՆ ԹՈՒԹՔՈՎ ՄԵԾԱՀԱՍԱԿ ՊԱՑԻԵՆՏՆԵՐԻ ՎԱՐՄԱՆ ՈՒՂԵՑՈՒՅՑ

## **Ամփոփում**

### ***Նպատակ***

Ուղեցույցը տրամադրում է թուֆքային հիվանդության արդի միջազգային գիտաբժշկական տեղեկատվության վրա հիմնված բուժական և կազմակերպչական գործառույթների համալիր: Փաստաթղթի նպատակն է բարելավել սուր և քրոնիկական թուֆքով մեծահասակ պացիենտների բուժման արդյունքները:

### ***Մեթոդաբանություն***

Ուղեցույցը կազմված և հաստատված է Հայկական Կոլոպրոկտոլոգների Ասոցիացիա հասարակական կազմակերպության ստեղծված փորձագիտական հանձնաժողովի կողմից: Ուղեցույցները կազմվել են օգտագործելով հետևյալ գրականության աղբյուրները՝ Ամերիկայի հաստ և ուղիղ աղիքի վիրաբույժների միության (the Standards Practice Task Force of the American Society of Colon and Rectal Surgeon, ASCRS) 2010 թ. “Թուֆքի կառավարման գործնական պարամետրերի” հիման վրա, Ռուսաստանի կոլոպրոկտոլոգների ասոցիացիայի, European Society of Coloproctology: Սկզբնաղբյուր հանդիսացող փաստաթղթերում ապացույցների որակը գնահատելիս կիրառվել է Օքսֆորդի Ապացուցողական բժշկության կենտրոնի ապացույցների դասակարգումը: Ուղեցույցի ծածկույթը ներգրավում է թուֆքային հիվանդության բոլոր տարիքային խմբի պացիենտներին ներառյալ հղիներին և կրծքով կերակրող մայրերին: Ուղեցույցը նախատեսված է կոլոպրոկոլոգների, վիրաբույժների, գաստրոէնտերոլոգների և առողջապահության կազմակերպիչների համար: Փաստաթուղթը ենթակա է պարբերական թարմացումների և/կամ խմբագրման յուրաքանչյուր 5 տարին մեկ կամ ավելի հաճախակի՝ կախված տվյալ ոլորտում նոր գիտագործնական տեղեկատվության ի հայտ գալուց:

### ***Արդյունքներ***

Հիմնվելով վերոնշյալ ապացուցողական մեթոդաբանության վրա, ուղեցույցում լուսաբանվել են թուֆքային հիվանդության սահմանումը, համաճարակաբանությունը, ռիսկի

գործոնները, ախտորոշման, կլինիկական պատկերի, մոնիտորինգի, բուժական միջամտությունների և ելքերի հիմնահարցերը: Արդյունքում ձևակերպվել է 15 խորհուրդ:

### **Հերևույթուններ**

Միջազգային փորձագետների մեծաքանակ խումբ եկել է համաձայնության թուրքային հիվանդության վարման բազմաթիվ կարևոր սկզբունքների վերաբերյալ: Խորհուրդների մեծ մասը դասվել են իբրև **ուժեղ**: Այս մեթոդաբանությամբ մշակված տեղեկատվությունը սուր և քրոնիկական թուրքով մեծահասակ պացիենտների բուժման արդյունքների բարելավման հիմքն է:

### **Քանալի բառեր**

*Ապացուցողական բժշկություն, ցուցումների ուսումնասիրման, ստեղծման և գնահատման դասակարգման համակարգ, ուղեցույցներ, թուրք, թուրքային հիվանդություն, աղիքային արյունահոսություն, սուր թրոմբոզ, արտանկում, թուրքի բուժում:*

### **Պատասխանատու համակարգող**

1. Աբրահամյան Ալեքսանդր Ֆելիքսի՝ բ.գ.թ. Կոլպրոկտոլոգիայի ամբիոնի դոցենտ, ուսումնական մասի վարիչ, Հայկական Կոլպրոկտոլոգների Ասոցիացիայի վարչության անդամ

### **Աշխատանքային խմբի անդամներ**

1. Մինասյան Արմեն Միքայելի, Կոլպրոկտոլոգիայի ամբիոնի վարիչ, ԵՊԲՀ-ի պրոռեկտոր, Հայկական Կոլպրոկտոլոգների Ասոցիացիայի վարչության անդամ, բ.գ.դ., պրոֆեսոր
2. Աղավելյան Ալեքսանդր Մինասի՝ Հայկական Կոլպրոկտոլոգների Ասոցիացիայի նախագահ, բ.գ.դ., Կոլպրոկտոլոգիայի ամբիոնի պրոֆեսոր
3. Հակոբյան Արամ Սերգեյի՝ բ.գ.դ., Կոլպրոկտոլոգիայի ամբիոնի պրոֆեսոր, Հայկական Կոլպրոկտոլոգների Ասոցիացիայի վարչության անդամ
4. Էյնֆենջյան Արմենակ Կարպի՝ բ.գ.թ. Կոլպրոկտոլոգիայի ամբիոնի դոցենտ, Հայկական Կոլպրոկտոլոգների Ասոցիացիայի վարչության անդամ

5. Շահնագարյան Կարեն Լևոնի՝ բ.գ.թ., Կոլտարոկտոլոգիայի ամբիոնի ասիստենտ, Հայկական Կոլտարոկտոլոգների Ասոցիացիայի վարչության անդամ

### **Շահերի բախման հայտարարագիր և ֆինանսավորման աղբյուրներ**

Պատասխանատու համակարգողները հայտարարում են, որ շահերի բախում, ֆինանսավորող աղբյուրներ չեն եղել ու չեն ունեցել ոչ մի ազդեցություն սույն ուղեցույցի մշակման որևէ փուլի վրա:

### **Շնորհակալական խոսք**

Պատասխանատուները իրենց երախտագիտությունն են հայտնում աշխատանքային խմբի բոլոր այնդամներին, ինչպես նաև սույն ուղեցույցի մշակման աշխատանքներին աջակցություն, խորհրդատվություն և մասնագիտական գիտելիքներ տրամադրած գործընկերներին:

**Ուղեցույցը չի կարող փոխարինել բժշկի որոշումներ ընդունելու հմտություններին անհատ պացիենտի վարման դեպքում և տվյալ կլինիկական իրավիճակի պայմաններում: Խորհուրդների մեծամասնությունը կիրառելի է կոլտարոկտոլոգիական կամ վիրաբուժական բաժանմունքում հոսպիտալացված պացիենտների համար:**

### **ԲՈՎԱՆԴԱԿՈՒԹՈՒՆ**

1. Նախաբան.....	4
1.1 Տեղեկատվության որոնման և գնահատման մեթոդաբանություն.....	5
2. Թուօքբահին հիվանդության սահմանումը .....	6
3. Ախտորոշում.....	7
4. Թուօքբահին հիվանդության բուժում.....	11
4.1 Պահպանողական բուժում.....	11
4.2 Քիչ ինվազիվ բուժման մեթոդներ.....	14
4.3 Վիրաբուժական բուժման մեթոդներ.....	17

4.4 Սուր թուլաբի բուժում.....	21
5. Հետվիրահատական շրջանի վարում .....	22
6. Կանխարգելում.....	22
7. Կանխատեսում.....	23
8. Ուղեցույցի ներդրման հնարավորություններ և աուդիտի ցուցանիշներ.....	23
9. Գրականություն .....	26
10. Հավելված .....	40

## **Հապավումներ**

ԱԻ՝ Ապացուցողական Ինդեքս

ՈՍՀԴ՝ Ոչ ստերոիդ Հակաբորբոքային դեղամիջոցներ

ՊԲՎՓ՝ Պատահական բաշխմամբ վերահսկվող փորձարկում

ԽԱ՝ Խորհուրդների աստիճան

ԱՄ՝ Ապացուցողական մակարդակ

ACRS - (American Society of Colon and Rectal Surgeon)՝ Ամերիկայի հաստ և ուղիղ աղիքի վիրաբույժների միության

### **1. Նախաբան**

Թութաբային հիվանդությունը բնակչության շրջանում ամենատարածվածիցներից է և կազմում է 135-140 պացիենտ 1000 բնակչությանը, իսկ հաշված կշիռը հաստ աղիքի հիվանդությունների ամբողջական կառուցվածքում կազմում է 34-41% [1]: Հիվանդությունը հավասարաչափ բաշխված է կանանց և տղամարդկանց միջև: Ժամանակակից կյանքի ռիթմը ուղեկցվում է քիչ շարժուն ապրելակերպի շատացմամբ: Պարտադրված երկարատև նստակյաց կյանքը համակարգչի դեմ, աշխատանքի վայրում, ավտոմեքենայի դեկին և այլն զուգակցվում են գրեթե մշտական արյան կանգով փոքր կոնքում և հատկապես՝ ուղիղ

աղիքում, որը իր հերթին բերում է թուփքային հիվանդության զարգացմանը, հատկապես՝ երիտասարդ և աշխատունակ տարիքում [1]:

### **1.1 Տեղեկատվության որոնման և գնահատման մեթոդաբանություն**

Տվյալ ուղեցույցները կազմված են Հայկական Կոլոպրոկտոլոգների Ասոցիացիայի ստեղծված փորձագիտական հանձնաժողովի կողմից: Ստացված արձանագրությունները մանրակրկիտ քննարկվել և համակարգվել են Հայկական Կոլոպրոկտոլոգների Ասոցիացիայի վարչության նիստին: Գրականության աղբյուրները ընտրվել են բանալի բառերի օգնությամբ 2006-2016 թթ շրջանում իրականացված համակարգային որոնման հիման վրա: Փաստաթղթերի նկատմամբ կիրառվել են հետևյալ տեսակավորման ցուցանիշները՝ ուղեցույցերի ապացուցողական բնույթ (համակարգված ամփոփ տեսություն և ցանկացած խորհուրդի վերաբերյալ հստակ հղումների առկայություն), ազգային կամ համաշխարհային ամփոփումների կարգավիճակ: Տեղայնացման/ադապտացիայի սկզբնաղբյուրներ են հանդիսացել հետևյալ շտեմարաններից գրականության և կլինիկական ուղեցույցների աղբյուրները՝ Ամերիկայի հաստ և ուղիղ աղիքի վիրաբույժների միության (the Standards Practice Task Force of the American Society of Colon and Rectal Surgeon, ASCRS) 2010 թ. “Թուփքի կառավարման գործնական պարամետրերի” հիման վրա, Ռուսաստանի կոլոպրոկտոլոգների ասոցիացիայի, European Society of Coloproctology, CochraneCollaboration: Սկզբնաղբյուր հանդիսացող փաստաթղթերում ապացույցների որակը գնահատելիս կիրառվել է Օքսֆորդի Ապացուցողական բժշկության կենտրոնի ապացույցների դասակարգումը: Համաճարակաբանության, ծագումնաբանության, ախտաճանության, դասակարգմանը և սահմանմանը վերաբերվող խորհուրդները ընդգծված են տեքստում և ուղեկցվում են համապատասխան ապացուցողականության մակարդակի (ԱՄ) և խորհուրդների աստիճանի (ԽԱ) բնութագրերով: Ամերիկյան մասնագիտական միավորման փաստաթղթից վերցված խորհուրդներին հաջորդում

է ACRS հապավումը: Բուժական և ախտորոշմանը վերաբերվող խորհուրդները տրված են առանձին համարակալված տեսքով:

Տեղայնացման/ադապտացիայի աշխատանքները կատարվել են ADAPTE մեթոդաբանության հիման վրա: Ուղեցույցի բոլոր դրույթները քննարկվել և հավանության են արժանացել հայկական Կոլոպրոկտոլոգների միության կողմից (արձանագրությունը կցվում է): Ուղեցույցի ծածկույթը ներգրավում է թութքային հիվանդությունով բոլոր տարիքային խմբի պացիենտներին ներառյալ հղիներին և կրծքով կերակրող մայրերին: Ուղեցույցը նախատեսված է կոլոպրոկտոլոգների, վիրաբույժների, գաստրոէնտերոլոգների և առողջապահության կազմակերպիչների համար: Փաստաթուղթը ենթակա է պարբերական թարմացումների և/կամ խմբագրման յուրաքանչյուր 5 տարին մեկ կամ ավելի հաճախակի՝ կախված տվյալ ոլորտում նոր գիտագործնական տեղեկատվության ի հայտ գալուց:

## **2. Թութքային հիվանդության սահմանումը**

**Թութք** – թութքային հանգույցների ախտաբանական մեծացում (ներքին հանգույցները՝ ներքին թութք, արտաքինները՝ արտաքին թութք): Կոմբինացված թութք - արտաքին և ներքին հանգույցների միաժամանակյա մեծացում: Թութքային հանգույցների ախտաբանական մեծացման պատճառ են հանդիսանում փապարային մարմինների արյունամատակարարման քրոնիկական և սուր խանգարումները: Արյունամատակարարման խանգարումից բացի թութքի զարգացմանը նպաստում են թութքային հանգույցներում դիստրոֆիկ փոփոխությունները: Թվարկված գործոնների ազդեցության տակ թութքային հանգույցները մեծանում են չափերով, կորցնում են էլաստիկությունը և գործընթացի շարունակության դեպքում, արտանկում են դեպի դիստալ: Պահող ապարատում աճում են դիստրոֆիկ պրոցեսները, և թութքային հանգույցները սկսում են արտանկել հետանցքային ուղուց: Ուղիղ աղու ենթալորձային շերտի ուղղահայաց

մկանի և Պարկսի կապանի ձևախախտման գործընթացի զարգացումը բերում է թութքային հանգույցների աստիճանական արտանկմանը:

### 3. Ախտորոշում

Թութքի ախտորոշումը հիմնված է գանգատների գնահատման, հիվանդության տևողության, մատնային և գործիքային հետազոտման վրա (ԱՄ – 2B, ԽԱ– B) [8]:

Քրոնիկական թութքի հիմնական ախտանիշներին է դասվում ներքին հանգույցների արտանկումը հետանցքային ուղուց կղազատման ժամանակ, կղազատման ժամանակ արյան առկայությունը, արտաքին մեծացած թութքային հանգույցների առկայությունը: Ավելի հազվադեպ հանդիպող ախտանիշներից են տհաճության զգացողությունը, քորը, խոնավությունը հետանցքի շրջանում, գրգռվածության զգացողությունը, ուղիղ աղուց լորձային արտադրությունը: Քրոնիկական թութքի ժամանակ ցավի առկայությունը կապված է հիվանդության բարդացման հետ (թրոմբոզ): Սուր թութքի հիմնական ախտանիշներին է դասվում՝ հետանցքի շրջանի սուր ցավերը, արտաքին և ներքին թութքային հանգույցների շրջանում ցավոտ և պինդ գոյացության ի հայտ գալը, առատ արյունահոսությունը հետանցքից, որը չի դադարում պահպանողական միջոցների կիրառումից:

#### ***Անամնեզի (վերհուշ) հավաքում:***

Ի հայտ են բերվում հիվանդության առաջացման էթիոլոգիական գործոնները՝ ստամոքս-աղիքային խանգարումներ, սննդակարգի խանգարում, ալկոհոլի չարաշահում, նստակյաց կամ քիչ շարժուն կյանքի կենսակերպ, հղիություն և ծննդաբերություն:

### ***Ջննում կոլոպրոկտոլոգի կողմից:***

Պացիենտը զննվում է՝

1. գինեկոլոգիական աթոռի վրա՝ մեջքի վրա պառկած և ոտքերը առավելագույն ծավաճ դեպի որովայնը
2. կողքի վրա՝ ոտքերը առավելագույն ծավաճ դեպի որովայն
3. ծունկ-արմունկային դիրքում

Հետանցքի և շեքի շրջանի արտաքին զննման ժամանակ ուշադրություն է դարձվում հետանցքի ձևի, սպիական փոփոխությունների կամ ձևափոխությունների, մաշկային ծածկույթների տեսքի վրա:

Գնահատվում են արտաքին թուրքային հանգույցները, ներքին հանգույցների արտանկման աստիճանը և նրանց ինքնուրույն ներուղղման հնարավորությունը [1, 4, 9]:

### ***Ուղիղ աղու մարնային հեղազդություն:***

Գնահատվում է հետանցքային սեղմանի կծկողական հիանարավորությունը, ցավոտությունը, հետանցքային ուղու լորձաթաղանթի և թուրքային հանգույցների վիճակը, հետանցքային ուղու և ուղիղ աղու ծավալային գոյացությունների առկայությունը [1, 4, 9]:

### ***Անոսկոպիա:***

Ցանկալի է օպտիկական անոսկոպով, հնարավորության դեպքում ռեկտալ հայելու օգնությամբ: Ջննվում են անալ ուղու և ուղիղ աղու հեռակա հատվածը, գնահատվում են ներքին թուրքային հանգույցները, լորձաթաղանթի վիճակը, ատամնավոր գիծը անալ կրիպտաների հետ, ուղիղ աղու ստորամայույթի հատվածի լորձաթաղանթը:



**Ռեկտոռոմանուսկոպիա:**

Դիտվում է օպտիկական ռեկտոռոմանուսկոպով մինչև 30սմ հետանցքից վեր: Ուղիղ և սիզմայածև աղու ստորին հատվածի զուգակցող հիվանդությունների ախտորոշում:

**Կոլոնոսկոպիա և իրիգոսկոպիա:**

Հաստ աղու հիվանդությունների ախտորոշում: Կոլոնոսկոպիան և իրիգոսկոպիան ցուցված են հաստ աղու ուռուցքային և բորբոքային հիվանդությունների բացառման համար (50 տարեկանից բարձր բոլոր պացիենտներին [10-11] :

**Խորհուրդ 1.**

**Թուրքով պացիենտների գնահատումը պետք է իրականացնել հիվանդության պատմության և ֆիզիկական հետազոտության հիման վրա: Խորհրդի աստիճանը. Խիստ խորհուրդ՝ցածր որակի ապացուցողականություն-1C [ASCRS]:**

*Թուրքի ախտորոշումը հիմնականում միշտ կլինիկական է: Նախնական գնահատումը պետք է ընդգրկի մանրակրկիտ նպատակաուղղված վերհուշի հավաքումը և ֆիզիկական քննությունն՝ ուղղված ախտանիշների ձգվածության, սրության, փրկության վրա, ինչպիսիք են արյունահոսությունը, արտանկումը, հիգիենայի հետ կապված խնդիրները, ցավը, նաև բջջանյութի և հեղուկների ընդունումը: Ի հավելում, պետք է ուշադիր վերանայել աղիքների աշխարանքը՝ ներառյալ հաճախականությունը, համակազմվածքը, դատարկման հեշտությունը: Ուղիղ աղիքային արյունահոսություն ունեցող բոլոր պացիենտները պահանջում են մանրամասն ընդհանրական պատմության հավաքում՝ հիմնական շեշտը դնելով աղիքային հիվանդության առկայության վրա: Չարորակ նորագոյացությունների*

առկայությունը պետք է գնահատվի որոշելու համար արդյոք հասար և ուղիղ աղիքի քաղցկեղի դեպք է եզակի թե ժառանգական: Այդպիսով անհրաժեշտ է աղիքային ընդլայնված գնահատում [ASCRS-2010]:

### **Խորհուրդ 2.**

Մինչ պացիենտի բուժման ձևն ընտրելը կատարել պացիենտի լիարժեք հետազոտում հիվանդության աստիճանը պարզելու նպատակով – **(կարևոր է բուժման տեսակի ընտրության համար)** [56-58]: Կատարել պացիենտի հետազոտումը թիմային սկզբունքով – կոլոպրոկտոլոգների կողմից գնում և էնդոսկոպիկ հետազոտություններ, ճառագայթաբանների կողմից ճառագայթային հետազոտություններ **(կարևոր է ճշգրիտ ախտորոշման հաստատման համար)** (The American Society of Colon and Rectal Surgeons. Practice Parameters for the Management of Hemorrhoids. [2005, [2, 3, 14]: Center for Evidence-based Medicine — Levels of evidence.)

### **Խորհուրդ 3.**

Աղիքի էնդոսկոպիկ գնահատումը ցուցված է թուրքով և ուղիղ աղիքային արյունահոսությամբ պացիենտներին: Խորհրդի աստիճանը. Խիստ խորհուրդ՝ միջին որակի ապացուցողականություն - 1B [ASCRS]:

#### *Մեջբերում*

Չնայած շատ անգամ ուղիղ աղիքային արյունահոսությունը կապված է թուրքի հետ, սակայն այս գանգալը կարող է նաև ուրիշ հիվանդության ախտանիշ լինել, ինչպես հասար և ուղիղ աղիքային քաղցկեղը, աղու բորբոքային հիվանդությունները, այլ կոլիտներ, դիվերտիկուլյար հիվանդությունը: Լիակատար անձնական և մանրամասն ընդհանրական պատմությունը և ֆիզիկական քննությունը, վերջինս կարող է ընդգրկել

պրոկտոսկոպիան և/կամ ճկուն կոլոնոսկոպիան, կանձնավորեն բարձր ռիսկային պացիենտներին, ում պեղք է ավելի լայնածավալ գնահատում [ASCRS-2010]:

#### **Խորհուրդ 4.**

**Պացիենտի հետազոտման ժամանակ հաշվի առնել հնարավոր ուռուցքային բարձր ռիսկը (կարևոր է գուգակցող օրգանական պաթոլոգիան ժխտելու/հաստատելու համար)** (The American Society of Colon and Rectal Surgeons.Practice Parameters for the Management of Hemorrhoids. [2005, [2-5]: Center for Evidence-based Medicine — Levels of evidence.)

**Այլ օրգան համակարգերի հիվանդությունների առկայության ժամանակ ցուցված են համապատասխան մասնագետների խորհրդատվություններ:**

#### **4. Թութքային հիվանդության բուժում**

##### **4.1 Պահպանողական բուժում**

Թութքային ախտանիշների բուժման հիմնական մեթոդը հանդիսանում է ստամոքս-աղիքային տրակտի գործունեության կարգավորումը և փորկապության վերացումը՝ համապատասխան քանակության հեղուկների և բջջանյութի օգտագործման միջոցով:

#### **Խորհուրդ 5.**

**Սննդային փոփոխությունները՝ ներառյալ բավարար հեղուկների և բջջանյութի ընդունումը հանդիսանում է նախնական առաջին-գիծ ոչ վիրահատական թերապիա ախտանշանային թութքով պացիենտների համար: Խորհրդի աստիճանը. Խիստ խորհուրդ՝ միջին որակի ապացուցողականություն - 1B [ASCRS]:**

## Մեջբերում

Ախտանշանային թուրքով պացիենտների համար մեծ դեր են գրավում փորկապությունը և աղիների խանգարված աշխատանքը: Հեղուկի և բջջանյութի մեծ քանակների ընդունումը լավացնում է թեթևից չափավոր արտանկումն ու արյունահոսությունը, մինչդեռ առավել հաստատակամ գրասենյակային կամ վիրահատական բուժումն անհրաժեշտ է բարձր կարգի թուրքի (III-IV կարգի ակնհայտ արտաքին բաղադրիչով) դեպքում: Քոքրեյնի ակնարկը 7 ռանդոմիզացված հետազոտությունների մասին էր: Ընդգրկված էին 378 պացիենտներ, որոնցից մեծ քանակով բջջանյութ ընդունողները նշում էին և՛ ախտանշանային արտանկման (RR 0.53, 95% CI 0.38 –0.73), և՛ արյունահոսության (RR 0.50, 95% CI 0.28 –0.89) բարելավում [ASCRS]:

### **խորհուրդ 6.**

**Թուրքային հիվանդությամբ պացիենտներին մենք խորհուրդ ենք տալիս օգտագործել՝**

- Թթվային կաթնամթերք
- Բանջարեղեն
- Բանջարեղենային աղցաններ
- Բուսական ձեթ
- Շիլաներ
- Եփած միս, ձուկ, հավ
- Բանջարեղենային ապուրներ [1, 4, 75, 76]

### **խորհուրդ 7.**

**Թուրքային հիվանդությամբ պացիենտներին մենք խորհուրդ չենք տալիս օգտագործել՝**

- *Լորի, սիսեռ*
- *Կծու համեմունքներ*
- *Շոկոլադ, կակաո, մուգ թեյ*
- *Թթու բանջարեղեն*
- *Լորձային ապուրներ*
- *Ալկոհոլ [1, 4, 75, 76]*

***Խորհուրդ 8.***

**Թութքային հիվանդության բուժման մեջ ընդգրկել ստամոքս-աղիքային տրակտի գործունեության կարգավորումը և փորկապության վերացումը (ԱՄ – 2B, ԽԱ - B) [14-17]:**

***Խորհուրդ 9.***

**Թութքային հիվանդության I աստիճանի ժամանակ կիրառել դեղորայքային բուժում, որի նպատակն է՝ (ԱՄ -5, ԽԱ - D) [4, 9, 18-20]:**

- Սուր թութքի ախտանիշների թուլացում
- Բարդությունների կանխարգելում
- Քրոնիկական ընթացքի ժամանակ սրացման կանխարգելում
- Նախավիրահատական պատրաստում

**Սակայն միայն պահպանողական բուժումը, որը ուղված է ստամոքս-աղիքային ուղու աշխատանքի կարգավորմանը, չի հանդիսանում թութքի բուժման ինքնուրույն արդյունավետ միջոց, հատկապես 3-րդ և 4-րդ աստիճանի դեպքում (ԱՄ- 2B, ԽԱ - B) [15-18]:**

**Խորհուրդ 10.**

**Նախա- և հետվիրահատական շրջաններում կիրառել հետևյալ դեղորայքային միջոցները (ԱՄ – 2B, ԽԱ - B) [15-18]**

- կոմբինացված ֆլեբոտոնիկ պրեպարատներ
- տեղային համակցված ցավազրկող և հակաալոցային պրեպարատներ՝ գելերի, քսուքների, կրեմների և մոմիկների տեսքով՝
- Ոչ թմրադեղ ցավազրկողներ նախավիրահատական/ամբուլատոր և հետվիրահատական շրջանում՝
- Սուր թրոմբոզի ժամանակ տեղային ազդեցության հակամակարդիչներ՝ քսուքների և մոմերի տեսքով

**4.2 Քիչ ինվազիվ բուժման մեթոդներ**

**Խորհուրդ 11.**

*I, II, և III աստիճանի թուրքով պացիենտների մեծ մասը, ում մոտ դեղորայքային բուժումը ձախողվում է, հնարավոր է լինում արդյունավետորեն բուժել գրասենյակային պայմաններում, օրինակ՝ լիզավորում, սկլերոթերապիա, ինֆրակարմիր կոագուլիացիա: Թուրքի լիզավորումն ամենաարդյունավետ փիպական փարբերակն է: Խորհրդի աստիճանը. Խիստ խորհուրդ՝ միջին որակի ապացուցողականություն - 1B [ASCRS]:*

*Մեջբերում*

*Գրասենյակային եղանակների նպատակները երեքն են՝ իջեցնել անոթայնությունը, փոքրացնել ավելորդ հյուսվածքները, մեծացնել թուրքային ամրագրումն ուղիղ աղիքի պատին՝ արտանկումը նվազեցնելու համար: Այս եղանակները համեմատաբար լավ փանելի են՝ պատճառելով նվազագույն ցավ և փհածություն: Այնուամենայնիվ, պացիենտները պետք է հասկանան, որ կա կրկնման*

հավանականության և կարող է անհրաժեշտ լինել մեթոդների կրկնակի կիրառում [ASCRS-2010]:

### **Խորհուրդ 12.**

**Թութքային հիվանդության I աստիճանի պահպանողական մեթոդների անարդյունավետության և II-III աստիճանի դեպքում ցուցված են քիչ ինվազիվ վիրաբուժական մեթոդներ՝ (ԱՄ -1B, ԽԱ - B) [27, 30, 38, 39] [ASCRS]:**

#### **4.2.1 Ներքին թութքի սկլերոթերապիա**

Ցուցումները՝ 1-3աստիճանի արյունահոսող թութքի դեպքում, ավելի մեծ արդյունավետություն գրանցվում է 1-2 աստիճանի դեպքում:

Հակացուցում է հանդիսանում սուր թութքը, սուր պարապրոկտիտը, հետանցքային ճաքը: Մեթոդը. անոսկոպի միջոցով թութքի հանգույցների հայտնաբերումից հետո ասեղի միջոցով կատարվում է սկլերոզացնող նյութի ներարկում ներքին թութքի հանգույց 45 աստիճան թեքությամբ: Ասեղը մտցվում է մոտ 1.0-1.5սմ: Թութքի հանգույցի մեծությունից կախված ներարկվում է 0.5-3.0մլ: Սկլերոզացնող նյութերից առավել հաճախ օգտագործվում է դետերգենտներ՝ նատրիումի տետրադեցիսուլֆատ, պոլիդոկանոլ: Տվյալ մեթոդի էֆեկտիվությունը կազմում է մոտ 75-89%: Հետվիրահատական շրջանը բնութագրվում է ցավի թուլացմամբ կամ ընդհանրապես բացակայությամբ:

#### **4.2.2 Ինֆրակարմիր ֆոտոկոագուլյացիա**

Ցուցումները՝ 1-2 աստիճանի արյունահոսող թութքի դեպքում: Հակացուցումները՝ շեքի և անոռեկտալ շրջանի բորբոքային պացիենտություններ: Մեթոդը՝ լույսի աղբյուրի միջոցով կատարվում է ջերմային հոսքով թութքի հանգույցի ոտիկի կոագուլյացիա: Լույսի աղբյուրը տեղափոխելով 45 աստիճան աջ և ձախ

կատարվում է թութքի հանգույցի ոտիկի կոագուլյացիա 3-4 կետերով, նրանց արանքում թողնելով 0.5սմ տարածք: Յուրաքանչյուր հանգույցի վրա ազդելու տևողությունը, կախված ոտիկի մեծությունից, լինում է 1-3 վարկյան: Տվյալ մեթոդի էֆեկտիվությունը կազմում է մոտ 60-70%: Թութքի ուշացած աստիճանների ժամանակ տվյալ մեթոդը քիչ արդյունավետ է :

#### **4.2.3. Թութքի հանգույցների վակուումային լիզավորում լարեքսայն օղերով**

Ցուցումները՝ 2-3 աստիճանի թութք (ներքին հանգույցների հստակ սահմանների դեպքում):

Հակացուցումները՝ ցիրկուլյար (շրջագծային) թութք, ներքին հանգույցների հստակ սահմանների բացակայություն, անալ ճաք, ուղիղ աղու խուլակներ:

Մեթոդը. ներքին հանգույցին անոսկոպի միջոցով մոտեցնում են լիզատորը, որը միացված է պոմպին: Ատամնավոր գծից մոտակա հանգույցի հատվածը ներքաշվում է լիզատորի մեջ: Ներքաշված հանգույցի վրա դրվում է ռետինե օղը: Լիզատորը հանվում է: Տվյալ մեթոդը համարվում է արդյունավետ և ունի կրկնման ցածր հավանականություն, սակայն մյուս մեթոդների համեմատ ցավային ախտանիշը արտահայտված է: Տվյալ մեթոդի դեպքում հնարավոր է արտաքին թութքի թրոմբոզի առաջացում, ավելի հազվադեպ բորբոքային բարդություններ: 2 հանգույցների միանվագ լիզավորման ժամանակ հնարավոր է վագուսային ախտանիշների ի հայտ գալը (բրադիկարդիա, հիպոտոնիա, կոլապս), ինչպես նաև մեծանում է կրկնման հավանականությունը: Բուժման լավ արդյունքներ կազմում են 65-85% [26-28]:

#### **4.2.4. Թութքային հանգույցների դեզարտերիզացիա՝ ուլտրաձայնային դոպլերոմետրիայի հսկողությամբ**

Ցուցումները՝ 2-4 աստիճանի թութքի դեպքում, ավելի էֆեկտիվ է 2-3 աստիճանի դեպքում:



Հակացուցումները՝ շեքի և անոռեկտալ շրջանի բորբոքային պացիենտություններ:

Մեթոդիկան՝ ուլտրաձայնային դոպլերով հագեցած անոսկոպի միջոցով ի հայտ են բերվում վերին ուղիղ աղիքային զարկերակի ճյուղերը ըստ ժամ սլաքի, որոնք անոսկոպի պատուհանի միջից կարվում և կապվում են 2-4սմ անոռեկտալ գծից վեր: Որպես կանոն կարվում են միջինը 3-6 անոթ: Տվյալ մեթոդի արդյունավետությունը 2-3 աստիճանի թուրքի դեպքում կազմում է մոտ 81%: Հետվիրահատական շրջանում թմրադեղ ցավազրկողների կարիք չկա: Վերականգնումը կարճ է՝ հետվիրահատական թույլ արտահայտված ցավի պատճառով

#### **4.3 Վիրաբուժական բուժման մեթոդներ**

**Խորհուրդ 13.**

**Թուրքային հիվանդության վիրաբուժական բուժումը սկսել պացիենտի աղիների ճշգրիտ կոմբինացված նախապատռաստումից՝ օրտոգրադ և ռետրոգրադ (մաքրող հոգնաներ): (ԱՄ – 2B, ԽԱ - B) [15-18]:**

**Խորհուրդ 14**

**Վիրաբուժական թուրքահատում պետք է իրականացնել այն պացիենտների մոտ, ովքեր կայուն են գրասենյակային եղանակների հանդեպ, ունեն մեծ թուրքային հանգույցներ, արտաքին և ներքին կոմբինացված թուրք՝ նշանակալի արտանկմամբ (III-IV աստիճան): Խորհրդի աստիճանը. Խիստ խորհուրդ՝ միջին որակի ապացուցողականություն - 1B[ASCRS]:**

*Մեջբերում*

*Վիրահատական բուժումը մնում է զգալի արդյունավետ եղանակ: Ընդհանրապես, այն պետք է իրականացվի գրասենյակային բուժմանը չենթարկվող կամ չհանդուրժող, III ից-IV աստիճանի թուրքով, ծավալուն մաշկային ավելցուկներ*

ունեցող պացիենտների մոտ: 18 հեռանկարային ուսումնասիրություն ընդգրկող մեդասանալիզում, որտեղ թուֆախապումը համեմարվում էր գրասենյակային եղանակների հետ, ցույց տրվեց, որ թուֆախապումն առավել արդյունավետ է III աստիճանի թուֆի դեպքում: Այդուհանդերձ այն կապված է սաստիկ ցավերի և բարդությունների մեծ ռիսկի հետ: Թե՞ բաց, թե՞ փակ թուֆախապումը հնարավոր է իրականացնել վիրաբուժական բազմաթիվ գործիքների օգնությամբ՝ ներառյալ վիրաբուժական նշտարը, մկրատը, միաբևեռ կաուտերիզացիան, երկբևեռ էներգիան, ուլտրաձայնային սարքավորումները: Այսպիսով՝ պետք է հաշվի առնել անհատական գործոնները և նախընտրությունները մինչ վիրահատական բուժման անցնելը: Վերջերս կատարված the Standards Practice Task Force of the American Society of Colon and Rectal Surgeon (ASCRS)-ի կողմից մեդասանալիզում, որն ընդգրկում էր 12 ուսումնասիրություններ, 1142 պացիենտ, ցուցադրվեց, որ երկբևեռ էներգիայով կատարված միջամտությունները ավելի արագ են իրականացման մեջ և ընձեռում են ավելի քիչ հետվիրահատական ցավեր, քան դասական թուֆախապման ժամանակ: Հարկավոր են լրացուցիչ հետազոտություններ ուղղված վիրահատության բարձր արժեքներին, որպեսզի որոշվի յուրաքանչյուր վիրահատական տարբերակի հարաբերական տեղը:

### **Խորհուրդ 15.**

**Թուֆային հիվանդության III-IV աստիճանի բարդությունների առկայության դեպքում՝ – առատ կրկնվող արյունահոսություններ, ամենօրյա հանգույցների արտանկում, հաճախակի սուր թրոմբոզի երևույթներ – կիրառել հետևալ վիրաբուժական մեթոդներից մեկը՝ (ԱՄ -1A, ԽԱ - B) [1, 4, 7, 16, 21, 45-59]:**

- Փակ թուֆախատում (անալ ուղու լորձաթաղանթի վերականգնումով)
- Բաց թուֆախատում
- Ենթալորձաթաղանթային թուֆախատում

Թութքահատունը հանդիսանում է թութքի ամենաարդյունավետ բուժումը: Մինևույն ժամանակ հետվիրահատական ընթացքում անհրաժեշտ է վերականգնողական շրջան և առկա է հետվիրահատական բարդությունների առաջացման հավանականություն, որը չի հանդիպում մյուս մեթոդների դեպքում: Ավելի հաճախ օգտագործում են թութքահատման բաց և փակ մեթոդները, որոնք հնարավոր է իրականացնել նշտարի օգնությամբ, դիաթերմոկոագուլյացիայի, լազերային կամ ուլտրաձայնային մկրատներով:

#### **4.3.1. Փակ թութքահատում (հետանցքային ուղու լորձաթաղանթի վերականգնումով)**

Մեթոդը. ատամնավոր գծից վեր թութքի հանգույցի ոտիկի վրա դրվում է սեղման: Թութքի հանգույցը հատվում է մինչև անոթային ոտիկը, նրա հետագա կարումով և կապումով: Հանգույցը հատվում է կապած տեղից հեռակա: Վերքը կարվում է առանձին կարերով կամ անընդհատ կարերով՝ ընդգրկելով հատակը: Արտաքին հանգույցը հեռացվում է ներքինի հետ միանվագ կամ առանձին: Վերքը նույնպես կարվում է լուծվող թելերով՝ առանձին կամ անընդհատ:

#### **4.3.2 Բաց թութքահատում**

Կիրառվում է 3-4 աստիճանի դեպքում, որպես առանձին մեթոդ, նաև համակցված թութքի դեպքում (հետանցքային ուղու բորբոքային հիվանդությունների դեպքում՝ խուղակ, ճաք): Բարդություններից ավելի հաճախ հանդիպում է հետանցքային անկղապահություն (8%), սուր միզակապություն (1%), վաղ հետվիրահատական արյունահոսություն (2%):

#### **4.3.3 Ենթալորձաթաղանթային թութքահատում**

Մեթոդը թույլ է տալիս առանց ձգման և ձևախախտման վերականգնել հետանցքային ուղու կամ ուղիղ աղու լորձաթաղանթը ենթալորձաթաղանթի հետ

միասին: Կախված այն բանից, որ փապարային մարմինների ենթալորձային հեռացման ժամանակ հաճախանում է հյուսվածքների արյունահոսության հավանականությունը, վիրահատությունը ընթանում է գործնական դժվարություններով: Բարդություններից ավելի հաճախ հանդիպում է ռեֆլեկտոր միզակապություն (6%), վաղ հետվիրահատական արյունահոսություն (1.5%):

Մեթոդը. ներքին թուրքի ենթալորձային շերտ ներարկվում է 2-3մլ 0.25% նովոկաինի լ-թ, առաջացնելով հիդրավիկ բարձիկ: Երկու կիսալուսնաձև կտրվածքներով հատվում է հանգույցի լորձաթաղանթը, այն հեռացվելով շրջակա հյուսվածքներից մինչև անոթային ոտիկը: Հետո ոտիկը կարվում է, հանգույցը՝ հեռացվում: Լորձաթաղանթը վերականգնվում է առանձին կարերով՝ հանգույցի ոտիկը խորասուզելով ենթալորձային շերտ:

#### 4.3.4 **Թուրքահատում LigaSure™, UltraCision™ սարքերով:**

Տվյալ մեթոդների կիրառումը 3-4 աստիճանի թուրքի դեպքում թույլ է տալիս բավականին իջեցնել ցավի ուժգնությունը, կրճատել վերականգնման ժամանակը, իջեցնել դիզուրիկ երևույթները:

Լավ արդյունքներ են ստացվում պացիենտների 96.4% մոտ:

1. LigaSure™ ապարատով թուրքահատումից հետո բավականին իջնում է ցավային ախտանիշը, հատկապես առաջին հետվիրահատական օրը, նվազում է վիրահատական արյան կորուստը: Վիրահատության ընթացքը կրճատվում է մինչև 9-15րոպե: Վերականգնողական շրջանի կրճատում:
2. LigaSure™ ապարատով թուրքահատումից վերքի եզրերի վաղ հեռանալուց հետո նշվում է նրա երկարատև լավացում:
3. LigaSure™ ապարատով թուրքահատումը, համեմատելով ուրիշ վիրաբուժական մեթոդների հետ, բարդությունների հաճախականությամբ չունի էական տարբերություն:

Մեթոդը ներքին թուփի հանգույցը վերցվում է Լուերի սեղմանով, կարվում է հանգույցի ոտիկը: Թուփի հանգույցի վրա դրսից ներս դրվում է ապարատի սեղմանը, հետագա կոագուլյացիայով: Հանգույցը դրսից ներս հատվում է մինչև ոտիկը: Ոտիկի կոագուլյացիան կատարվում է երկու անգամ՝ սեղմանը տեղափոխելով այնպես, որ կոագուլացվող հատվածների միջև տարածություն չմնա: Հետո հանգույցը ամբողջությամբ հեռացվում է:

Մեթոդը UltraCision™ ապարատով կատարվում է արտաքին թուփի հյուսվածքների հատում՝ հիմքի շրջանում ուլտրաձայնային մկրատով: Այնուհետև փուլային հեռացվում են արտաքին և ներքին հատվածները միանվագ: Անոթային ոտիկի մշակումը իրականացվում է կոագուլյացիայով:

#### **4.4 Սուր թուփի բուժում**

Արտաքին թուփի թրոմբոզի բուժումը ներառում է վիրաբուժական շտկում և պահպանողական միջոցառումների կիրառում:

##### ***Խորհուրդ 15.***

**Արտաքին թրոմբված հանգույցներով պացիենտների մեծ մասի մոտ նշվում է բարելավման ցուցանիշների բարձրացում, եթե կատարվում է վիրահատական հեռացում ախտանշահամալրի ի հայտ գալուց 72 ժամվա ընթացքում: Խորհրդի աստիճանը. Խիստ խորհուրդ՝ ցածր որակի ապացուցողականություն - 1C [ASCRS]:**

##### ***Մեջբերում***

*Չնայած շատ պացիենտներ իրենց ախտանիշների վերջնական լուծումը գտնում են պահպանողական բուժման արդյունքում, այդուհանդերձ արտաքին թմրոմբված հանգույցների հեռացումը բերում է ախտանիշների առավել արագ լուծմանը,*

կրկնության ցածր հավանականությանը, ախտադադարի երկար պահպանմանը: [ASCRS-2010]:

1. Հիվանդության սկսման պահից 72 ժամ անց թուփի հանգույցների սուր թրոմբոզի վիրաբուժական բուժումը բերում է վերականգնողական ժամանակի կրճատման:
2. Ստացիոնար պայմաններում վիրաբուժական բուժումը ցուցված է մեծ թրոմբված հանգույցների դեպքում, և երբ բորբոքային պրոցեսը տարածվում է շրջակա հյուսվածքների վրա:
3. Երբ հիվանդության սրացումից անցել է 72 և ավելի ժամ, պահպանողական թերապիան ուղված է ցավային ախտանիշի և բորբոքային պրոցեսի թուլացմանը, հետագա վիրաբուժական բուժմամբ:

#### **5. Հետվիրահատական շրջանի վարում**

Հետվիրահատական ընթացքում մինչև վերքի լավանալը, պացիենտներին ցուցված է կանոնավոր կատարել անալ շրջանի լվացումներ՝ օգտագործելով հակասեպտիկ լոծոյթներ: Նաև կատարել ամենօրյա վիրակապություններ՝ օգտագործելով համապատասխան քսուքներ [4, 9, 18]:

Անհրաժեշտ է մինչև կազդուրման ավարտը բժշկի մշտադիտարկում: Բուժման ամբողջ ընթացքում անհրաժեշտ է պահել համապատասխան սննդակարգ՝ հարուստ բուսական բջջանյութով, կղանքը փափկեցնելու նպատակով:

#### **6. Կանխարգելում**

Վերջինիս հիմքում ընկած է ստամոքս-աղիքային ուղու գործունեության բարելավում, փորկապությունների վերացում, հիգիենայի ռեժիմի պահպանում: Թութքին բնորոշ ախտանիշների ի հայտ գալուն պես պետք է դիմել պրոկտոլոգին:

Հիվանդության ախտորոշումը և բուժումը վաղ աստիճանների ժամանակ բերում է բարդությունների հաճախականության նվազմանը և դրական ընթացքին:

## **7. Կանխատեսում**

Թութաբային հիվանդության տարբեր աստիճանների ժամանակ տարբերակիչ բուժման մոտեցումները, քիչ ինվազիվ մեթոդների ճշգրիտ կիրառումը, թույլ է տալիս հասնել լավ արդյունքների 98-100 % պացիենտների մոտ [1, 2, 4, 9]:

## **8. Ուղեցույցի ներդրման հնարավորություններ և աուդիտի (հուշաքննության) ցուցանիշներ**

Թութաբային հիվանդության վարման արդի պահանջները հնարավոր է ապահովել Հայաստանի բուժ-հաստատություններում ներդնելով հետևյալ գործառույթները՝

- *Գործելակարգեր, ընթացակարգեր, որոշումների ընդունման աջակցման համակարգեր (Decision Support System),*
- *Շարունակական ինտերակտիվ կրթական միջոցառումներ*
- *Աուդիտ(հուշաքննություն) տեղայնացված ցուցանիշների կիրառմամբ*
- *Ֆինանսական մեխանիզմներ*
- Նեղ մասնագետների (կոլոպրոկտոլոգների) պարբերաբար և համահունչ ընդգրկվածությունը Հայաստանի բուժհաստատություններում պացիենտների բուժմանը՝ խորհուրդատվությունների, համայցների, ընդհանուր կատարված վիրահատական միջամտությունների ձևով:

Գործելակարգերը պետք է ընդգրկեն տվյալ բուժհաստատության պայմաններում պացիենտների համալիր վարման որևէ բաղադրիչի մանրամասն նկարագրություն: Գործելակարգում նշված բոլոր քայլերը և նրանց հերթականությունը կրում են պարտադիր բնույթ և ենթակա չեն կամայական մեկնաբանությունների: Ցանկացած շեղում հանդիսանում է հիմնավորումների և ընդլայնված ձևաչափով քննարկումների հիմք:

Աուդիտի (հուշաքննության) ցուցանիշները պետք է արտացոլեն տվյալ ախտաբանության կլինիկական և կազմակերպչական վարման հիմնաքարային օղակները, որոնք էականորեն ազդում են բուժման ելքի վրա: Նրանք բաժանում են ամբողջ գործընթացը առանձին ավելի դյուրին ընկալվող և վերահսկվող փուլերի: Փուլերի վերահսկումը կրում է ինչպես որակական, այնպես էլ ժամանակային բնույթ: Այս գործընթացին ներկայացվող պարտադիր պահանջներից են ցուցանիշների չափելի բնույթը և տեղեկատվության համակարգային շարունակական հավաքագրումը **1 տարվա ընթացքում**:

- **պացիենտների քանակը, որոնց կատարվել է ուղիղ աղիքի էնդոսկոպիկ հետազոտություն ախտորոշումը հաստատելու համար**
- **պացիենտների քանակը, որոնց կատարվել է հաստ աղիքի էնդոսկոպիկ հետազոտություն՝ ախտորոշումը հաստատելու համար (հատուկ կլինիկական պատկերի առկայության դեպքում)**
- **պացիենտների քանակը, որոնց կատարվել է հաստ աղիքի ռադիոլոգիական հետազոտություն՝ ախտորոշումը հաստատելու համար (հատուկ կլինիկական պատկերի առկայության դեպքում)**
- **պացիենտների քանակը, որոնց կատարվել է որովայնի խոռոչի օրգանների բազմատեսակ հետազոտություններ՝ ախտորոշումը հաստատելու համար (հատուկ կլինիկական պատկերի առկայության դեպքում)**
- **հետվիրահատական շրջանում պացիենտներին կատարված ցավազրկման ալգորիթմ՝ թմրադեղ և ոչ ստերոիդ հակաբորբոքային դեղամիջոցներ**
- **խիստ արտահայտված երկրորդային սակավարյունությունով (Hb պակաս քան 70 g\l) պացիենտների քանակը, որոնց կատարվել է արյան և արյան բաղադրիչների ներարկում նախա- և հետվիրահատական շրջանում**



- **ուղեկցող պացիենտություններով պացիենտների քանակը, որոնց կատարվել է մասնագետների խորհուրդատվություն (ուռուլոգ, գինեկոլոգ, սրտաբան և այլն) նախա- և հետվիրահատական շրջանում**

Վերոնշյալ ցուցանիշներին կարելի է ավելացնել թուրքային հիվանդության մշտադիտարկման (սկրինինգի) և պացիենտների պատշաճ իրազեկման փուլերին վերաբերվող հետևալ դրույթները՝

- **պացիենտների քանակը, որոնց նկատմամբ իրականացվել է թուրքային հիվանդության սկրինինգ հաստատված ձևաչափի համաձայն**
- **պացիենտների քանակը, որոնց դուրս գրման պահին տրամադրվել է մանրամասն տեղեկատվություն (ներառյալ գրավոր տեսքով) իրենց հիվանդության պատճառների, ելքերի և կանխորոշումների մասին**

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

- բուհական և հետբուհական բժշկական կրթության և շարունակական մասնագիտական զարգացման ծրագրերում «կլինիկական համաճարակաբանություն և ապացուցողական բժշկության ուսումնական առարկաների թերիությունը
- գործող բժիշկների և առողջապահական ոլորտի տարբեր մակարդակների ղեկավարների տեղեկատվական գրագիտության ցածր մակարդակը,
- բոլոր ներգրավված շահառուների ոչ արդյունավետ շփումը և համագործակցությունը

- որակավորված կադրային ներուժի պակասը
- ֆինանսական բեռը

Այնուամենայնիվ, աշխատանքային խմբի համոզմամբ բոլոր վերոնշյալ խոչընդոտները հաղթահարելի են համակարգված քաղաքականության, շարունակական կրթական ծրագրերի, թիրախային միջմասնագիտական մոտեցումների և պացիենտների շահերի գերակայության որդեգրման պայմաններում:

## **9. Գրականություն**

1. Шельгин Ю.А., Благодарный Л.А. Справочник колопроктолога. М.: Литтера, 2012. С 64-89.
2. Phillips B., Ball C., Sackett D., et al. Oxford Center for Evidence-based Medicine — Levels of evidence. 2009. Available from: <http://www.cebm.net/index.aspx?o=1025>.
3. Hoffmann J.C., Fischer I., Höhne W., Zeitz M., Selbmann H.K. Methodische Grundlagen für die Ableitung von Konsensusempfehlungen [Methodological basis for the development of consensus recommendations]. Z Gastroenterol. 2004. Sep; 42(9): 984-6.
4. Воробьев Г.И., Шельгин Ю.А., Благодарный Л.А. Геморрой. М.: Литтера, 2010. С.38-40, 114-116, 137-138, 154-183.
5. Генри М., Свош М. Колопроктология и тазовое дно. М.: Медицина, 1988. С. 232-255.
6. Международная классификация болезней 10-го пересмотра. МКБ-10. Доступен с: [www.10mkb.ru](http://www.10mkb.ru) .
7. Sutherland L.M., Burchard A.K., Matsuda K., et al. A systematic review of stapled hemorrhoidectomy. Arch Surg. 2002; 137: 1395–406.
8. Cataldo P, Ellis CN, Gregorcyk S, et al. Practice parameters for the

management of hemorrhoids (revised). *Dis Colon Rectum*. 2005;48:189–194.

9. Schunemann HJ, Jaeschke R, Cook DJ, et al. An official ATS statement: grading the quality of evidence and strength of recommendations in the ATS guidelines and recommendations. *Am J Respir Crit Care Med*. 2006;174:605–614.
10. Fazio F.W., Tjandra J.J. The management of perianal diseases. *Adv Surg*. 1996; 29: 59–78.
11. Воробьев Г.И. Основы колопроктологии. М.: МИА, 2006. С.79-82, 94.
12. Church J.M. Analysis of the colonoscopic findings in patients with rectal bleeding according to the pattern of their presenting symptoms. *Dis Colon Rectum*. 1991; 34: 391–5.
13. Rex D.K., Bond J.H., Winawer S., et al. Quality in the technical performance of colonoscopy and the continuous quality improvement process for colonoscopy: recommendations of the U.S. Multi-Society Task Force on colorectal cancer. *Am J Gastroenterol*. 2002; 97: 1296–308.
14. Laurence R. Sands, Dana R. Sands. *Ambulatory Colorectal Surgery*. Informa. 2009; 79-85.
15. Marvin L. Corman, M.D. *Colon and Rectal Surgery*. Lippincott. 2005. P. 177-255.
16. The American Society of Colon and Rectal Surgeons. Practice Parameters for the Management of Hemorrhoids. *Dis Colon Rectum*. 2005; 48: 189–194.
17. Webster D.J., Gough D.C., Craven J.L. The use of bulky evacuants in patients with haemorrhoids. *Br J Surg*. 1978; 65: 291.
18. Moesgaard F., Nielsen M.C., Hansen J.B., Knudsen J.T. High fiber diet reduces bleeding and pain in patients with hemorrhoids. *Dis Colon Rectum*. 1982; 25: 454–6.
19. Keighley M.R., Buchmann P., Minervium S., Arbai Y., Alexander-Williams J.

- Prospective trials of minor surgical procedures and high fibre diet for haemorrhoids. *BMJ*. 1997; 2: 967–9.
20. Salvati E.P. Nonoperative management of hemorrhoids. *Dis Colon Rectum*. 1999; 42: 989–93.
  21. Perera N., Liolitsa D., Iype S., Croxford A., Yassin M. Phlebotonics for haemorrhoids. The Cochrane Collaboration. 2012.
  22. Cheetham M.J., Mortensen N.J., Nystrom P.O., et al. Persistent pain and faecal urgency after stapled haemorrhoidectomy. *Lancet*. 2000; 356: 730–3.
  23. MacRae H.M., McLeod R.S. Comparison of hemorrhoidal treatment modalities: a meta-analysis. *Dis Colon Rectum*. 1995; 38: 687–94.
  24. MacRae H.M., McLeod R.S. Comparison of hemorrhoidal treatments: a meta-analysis. *Can J Surg*. 1997; 40: 14–7.
  25. Lee H.H., Spencer R.J., Beart R.W. Multiple hemorrhoidal banding in a single session. *Dis Colon Rectum*. 1994; 37: 37–41.
  26. Chaleoykitti B. Comparative study between multiple and single rubber band ligation in one session for bleeding internal hemorrhoids: a prospective study. *J Med Assoc Thai*. 2002; 85: 345–50.
  27. Armstrong D.N. Multiple hemorrhoidal ligation: a prospective, randomized trial evaluating a new technique. *Dis Colon Rectum*. 2003; 46: 179–86.
  28. Bat L., Melzer E., Koler M., Dreznick Z., Shemesh E. Complications of rubber band ligation of symptomatic internal hemorrhoids. *Dis Colon Rectum*. 1993; 36: 287–90.
  29. Johanson J.F., Rimm A. Optimal nonsurgical treatment of hemorrhoids: a comparative analysis of infrared coagulation, rubber band ligation, and injection sclerotherapy. *Am J Gastroenterol*. 1992; 87: 1601–5.
  30. Savoiz D., Roche B., Glauser T., Dorbrinow A., Ludwig C., Marti M.C. Rubber band ligation of hemorrhoids: relapse as a function of time. *Int J*

- Colorectal Dis. 1998; 13: 154–6.
31. Sim A.J., Murie J.A., Mackenzie I. Three-year follow-up study on the treatment of first- and second-degree hemorrhoids by sclerosant injection or rubber band ligation. *Surg Gynecol Obstet.* 1983; 157:
  32. Chew S.S., Marshall L., Kalish L., et al. Short-term and long-term results of combined sclerotherapy and rubber band ligation of hemorrhoids and mucosal prolapse. *Dis Colon Rectum.* 2003; 46: 1232–7.
  33. Kanellos I., Goulimaris I., Christoforidis E., Kelpis T., Betsis D. A Comparison of the simultaneous application of sclerotherapy and rubber band ligation, with sclerotherapy and rubber band ligation applied separately, for the treatment of haemorrhoids: a prospective randomized trial. *Colorect Disease.* 2003; 5: 133–8.
  34. Templeton J.L., Spence R.A., Kennedy T.L., Parks T.G., Mackenzie G., Hanna W.A. Comparison of infrared coagulation and rubber band ligation for first and second degree haemorrhoids: a randomised prospective clinical trial. *BMJ (Clin Res Ed).* 1983; 286: 1387–9.
  35. Ratto C., Donisi L., Parello A., Litta F., Zaccone G. and De Simone V. Distal Doppler-guided dearterialization' is highly effective in treating haemorrhoids by transanal haemorrhoidal dearterialization. *Colorectal Disease.* 2012; 14: 786-789.
  36. Ratto C., Donisi L., Parello A., Litta F., Doglietto G.B. Evaluation of transanal hemorrhoidal dearterialization as a minimally invasive therapeutic approach to hemorrhoids. *Dis Colon Rectum.* 2010; 53: 803–11.
  37. Zampieri N., Castellani R., Andreoli R., Geccherle A. Long-term results and quality of life in patients treated with hemorrhoidectomy using two different techniques: Ligasure versus transanal hemorrhoidal dearterialization. *The American Journal of Surgery.* 2012; 204, 684 – 688.
  38. Lienert M., Ulrich B. Doppler-guided ligation of the hemorrhoidal arteries. Report of experiences with 248 patients. *Dtsch Med Wochenschr.* 2004; 129: 947–50.

39. Andrews E. The treatment of hemorrhoids by injection. *Med Rec.* 1879; 15:451.
40. Terrell E.H. The treatment of hemorrhoids by a new method. *Trans Am Proctol Soc.* 1916: 65.
41. Фролов С.А., Благодарный Л.А., Костарев И.В. Склеротерапия детергентами – метод выбора лечения больных кровоточащим геморроем, осложненным анемией. *Колопроктология.* 2011. №2(36). С. 23-27.
42. Leicester R.J., Nicholls R.J., Mann C.V. Comparison of infrared coagulation with conventional methods and the treatment of hemorrhoids. *Coloproctology.* 1981; 5: 313.
43. Leicester R.J., Nicholls R.J., Mann C.V. Infrared coagulation: a new treatment for hemorrhoids. *Dis Colon Rectum.* 1981; 24: 602.
44. Quevado-Bonilla G., Farkas A.M., Abcarian H., et al. Septic complications of hemorrhoidal banding. *Arch Surg.* 1988; 123: 650.
45. Sohn N., Aronoff J.S., Cohen F.S., et al. Transanal hemorrhoidal dearterialization is an alternative to operative hemorrhoidectomy. *Am J Surg.* 2001; 182: 515-519.
46. Загрядский Е.А., Горелов С.И. Трансанальная доплер-контролируемая дезартеризация в сочетании с мукопексией в лечении геморроя III-IV стадии. *Колопроктология.* 2010. №2(32). С 8-14.
47. Thorbeck C.V., Montes M.F. Haemorrhoidectomy: randomised controlled clinical trial of ligasure compared with Milligan-Morgan operation. *Eur J Surg.* 2002; 168: 48-4.
48. Chung C.C., Ha J.P., Tai Y.P., Tsang W.W., Li M.K. Double-blind, randomized trial comparing harmonic scalpel hemorrhoidectomy, bipolar scissors hemorrhoidectomy, and scissors excision: ligation technique. *Dis Colon Rectum.* 2002; 45: 789-94.

49. Armstrong D.N., Frankum C., Schertzer M.E., Ambroze W.L., Orangio G.R. Harmonic scalpel hemorrhoidectomy: five hundred consecutive cases. *Dis Colon Rectum*. 2002; 45: 354–9.
50. Khan S., Pawlak S.E., Eggenberger J.C., et al. Surgical treatment of hemorrhoids: prospective, randomized trial comparing closed excisional hemorrhoidectomy and the harmonic scalpel technique of excisional hemorrhoidectomy. *Dis Colon Rectum*. 2001; 44: 845–9.
51. Arberman G., Krook H., Haapaniemi S. Closed vs. Open hemorrhoidectomy—is there any difference? *Dis Colon Rectum*. 2000; 43: 31–4.
52. Tan J.J., Seow-Choen F. Prospective, randomized trial comparing diathermy and harmonic scalpel hemorrhoidectomy. *Dis Colon Rectum*. 2001; 44: 677–9.
53. Ho Y.H., Cheong W.K., Tsang C., et al. Stapled hemorrhoidectomy—cost and effectiveness. Randomized, controlled trial including incontinence scoring, anorectal manometry, and endoanal ultrasound assessments at up to three months. *Dis Colon Rectum*. 2000; 43: 1666-75.
54. Hetzer F.H., Demartines N., Handschin A.E., Clavien P.A. Stapled vs excision hemorrhoidectomy: long-term results of a prospective randomized trial. *Arch Surg*. 2002; 137: 337–40.
55. Mehigan B.J., Monson J.R., Hartley J.E. Stapling procedure for haemorrhoids versus Milligan-Morgan haemorrhoidectomy: randomised controlled trial. *Lancet*. 2001; 355: 782–85.
56. Pope V., Doran H., Fearn S., Brough W., Wilson M. Randomized, controlled trial comparing quality of life after open hemorrhoidectomy (OH) plus stapled anopexy (SA) [meeting abstract]. *Dis Colon Rectum*. 2001; 44: A8.
57. Shalaby R., Desoky A. Randomized clinical trial of stapled versus Milligan-Morgan haemorrhoidectomy. *Br J Surg*. 2001; 88: 1049–53.
58. Ganio E., Altomare D.F., Gabrielli F., Millito G., Canuti S. Prospective

randomized multicentre trial comparing stapled with open haemorrhoidectomy. *Br J Surg.* 2001; 88: 669–74.

59. Senagore A.J., Singer M., Abcarian H., et al. A prospective, randomized, controlled trial comparing stapled hemorrhoidopexy and Ferguson hemorrhoidectomy: perioperative and one-year results. *Dis Colon Rectum.* 2004; 47: 1824–36.

60. Peng B.C., Jayne D.G., Ho Y.H. Randomized trial of rubber band ligation vs. stapled hemorrhoidectomy for prolapsed piles. *Dis Colon Rectum.* 2003; 46: 291–97.

61. Simon W. Nienhuijs, Ignace H.J.T de Hingh. Conventional versus LigaSure hemorrhoidectomy for patients with symptomatic Hemorrhoids. *The Cochrane Collaboration.* 2011.

62. Хмылов Л.М., Титов А.Ю., Капуллер Л.Л., Максимова Л.В., Шахматов Д.Г. Сравнительная характеристика течения раневого процесса и послеоперационного периода у больных перенесших геморроидэктомию ультразвуковым скальпелем и традиционными способами. *Колопроктология.* 2004. №2(8). С. 14-20.

63. Arbmán G., Krook H., Haapaniemi S. Closed vs. open hemorrhoidectomy — is there any difference? *Dis. Colon Rectum.* 2000; 43: 31–34.

64. Andrews B.T., Layer G.T., Jackson B.T., Nicholls R.J. Randomized trial comparing diathermy hemorrhoidectomy with the scissor dissection Milligan-Morgan operation. *Dis. Colon Rectum,* 1993; 36: 580–583.

65. Parks A.G. Surgical treatment of haemorrhoids. *Br J Surg.* 1956; 43: 337.

66. Pessaux P., Tuech J.J., Laurent B., et al. Morbidity after stapled haemorrhoidectomy: long-term results about 140 patients and review of the literature. *Ann Chir.* 2004; 129: 571–7.

67. Oughriss M., Yver R., Faucheron J.L. Complications of stapled hemorrhoidectomy: a French multicentric study. *Gastroenterol Clin Biol.* 2005; 29: 429–33.

68. Molloy Rg, Kingsmore D. Life-threatening pelvis sepsis after stapled



haemorrhoidectomy. *Lancet*. 2000; 355: 782–5.

69. Pescatori M., Gagliardi G. Postoperative complications after procedure for prolapsed hemorrhoids (PPH) and stapled transanal rectal resection (STARR) procedures. *Tech Coloproctol*. 2008; 12: 7–19.

70. Wong L.-Y., Jiang J.-K., Chang S.-C., et al. Rectal perforation: a life-threatening complication of stapled hemorrhoidectomy: report of a case. *Dis Colon Rectum*. 2003; 46: 116-117.

71. Pescatori M. Management of post-anopexy rectal stricture. *Tech Coloproctol*. 2002; 6: 125-126.

72. Cheetham M.J., Mortensen N.J.M., Nystrom P.-O., et al. Persistent pain and fecal urgency after stapled haemorrhoidectomy. *Lancet*. 2000; 356: 730.

73. Jongen J., Bach S., Stubinger S.H., Bock J.U. Excision of thrombosed external hemorrhoid under local anesthesia: a retrospective evaluation of 340 patients. *Dis Colon Rectum*. 2003; 46: 1226–31.

74. Chung Y.-C., Wu H.-J. Clinical experience of sutureless closed hemorrhoidectomy with Ligasure. *Dis Colon Rectum*. 2003; 46: 87-92.

75. Franklin E.J., Seetharam S., Lowney J., et al. Randomized, clinical trial of Ligasure vs. conventional diathermy in hemorrhoidectomy. *Dis Colon Rectum*. 2003; 46: 1380.

76. Alonso-Coello P, Guyatt G, Heels-Ansdell D, et al. Laxatives for the treatment of hemorrhoids. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005; CD004649.

77. Alonso-Coello P, Mills E, Heels-Ansdell D, et al. Fiber for the treatment of hemorrhoids complications: a systematic review and met-analysis. *AmJ Gastroenterol*. 2006;101: 181–188.

78. Quijano CE, Abalos E. Conservative management of symptomatic and/or complicated haemorrhoids in pregnancy and the puerperium. *Cochrane Database Syst Rev.* 2005; CD004077.
79. Johannsson HO, Graf W, Pahlman L. Bowel habits in hemorrhoid patients and normal subjects. *Am J Gastroenterol.* 2005; 100:401–406.
80. MacRae HM, McLeod RS. Comparison of hemorrhoidal treatment modalities: a meta-analysis. *Dis Colon Rectum.* 1995;38: 687–694.
81. MacRae HM, McLeod RS. Comparison of hemorrhoidal treatments: a meta-analysis. *Can J Surg.* 1997;40:14 –17.
82. Hardy A, Chan CL, Cohen CR. The surgical management of haemorrhoids: a review. *Dig Surg.* 2005;22:26 –33.
83. Shanmugam V, Thaha MA, Rabindranath KS, Campbell KL, Steele RJ, Loudon MA. Systematic review of randomized trials 1062 RIVADENEIRA ET AL: PRACTICE PARAMETERS FOR HEMORRHOIDS comparing rubber band ligation with excisional haemorrhoidectomy. *Br J Surg.* 2005;92:1481–1487.
84. Shanmugam V, Thaha MA, Rabindranath KS, Campbell KL, Steele RJ, Loudon MA. Rubber band ligation versus excisional haemorrhoidectomy for haemorrhoids. *Cochrane Database Syst Rev.* 2005;CD005034.
85. Ramzisham AR, Sagap I, Nadeson S, Ali IM, Hasni MJ. Prospective randomized clinical trial on suction elastic band ligator versus forceps ligator in the treatment of haemorrhoids. *Asian J Surg.* 2005;28:241–245.

86. El Nakeeb AM, Fikry AA, Omar WH, et al. Rubber band ligation for 750 cases of symptomatic hemorrhoids out of 2200 cases. *World J Gastroenterol*. 2008;14:6525–6530.
87. Iyer VS, Shrier I, Gordon PH. Long-term outcome of rubber band ligation for symptomatic primary and recurrent internal hemorrhoids. *Dis Colon Rectum*. 2004;47:1364 –1370.
88. Khoury GA, Lake SP, Lewis MC, et al. A randomized trial to compare single with multiple phenol injection treatments for haemorrhoids. *Br J Surg*. 1985;72:741–742.
89. Mann CV, Motson R, Clifton M. The immediate response to injection therapy for first-degree haemorrhoids. *J Royal Soc Med*. 1988;81:146 –148.
90. Senapati A, Nicholls RJ. A randomized trial to compare the results of injection sclerotherapy with a bulk laxative alone in the treatment of bleeding internal haemorrhoids. *Int J Colorectal Dis*. 1988;3:124 –126.
91. Kanellos I, Goulimaris I, Vkalis I, et al. Long-term evaluation of sclerotherapy for haemorrhoids: a prospective study. *Int J Surg Investig*. 2000;2:295–298.
92. Johanson JF, Rimm A. Optimal nonsurgical treatment of hemorrhoids: a comparative analysis of infrared coagulation, rubber band ligation, and injection sclerotherapy. *Am J Gastroenterol*. 1992;87:1600 –1606.
93. Gartell PC, Sheridan RJ, McGinn FP. Out-patient treatment of haemorrhoids: a randomized clinical trial to compare rubber band ligation with phenol injection. *Br J Surg*. 1985;72:478 –479.

94. Chew SS, Marshall L, Kalish L, et al. Short-term and long-term results of combined sclerotherapy and rubber band ligation of hemorrhoids and mucosal prolapse. *Dis Colon Rectum*. 2003;46: 1232–1237.
95. Murray-Lyon IM, Kirkham JS. Hepatic abscesses complicating injection sclerotherapy of haemorrhoids. *Euro J GastroenterolHepatol*. 2001;13:971–972.
96. Adami B, Eckhardt V, Suermann R, et al. Bacteremia after proctoscopy and hemorrhoidal injection sclerotherapy. *Dis Colon Rectum*. 1981;24:373–374.
97. Gupta N, Katoch A, Lai P, Hadke NS. Rectourethral fistula after injection sclerotherapy for hemorrhoids, a rare complication. *Colorectal Dis*. 2011;13:105.
98. Kaman L, Aggarwal S, Kumar R, Behera A, Katariya RN. Necrotizing fasciitis after injection sclerotherapy for hemorrhoids: report of a case. *Dis Colon Rectum*. 1999; 42:419 –420.
99. Schulte T, Fandrich F, Kahlke V. Life-threatening rectal necrosis after injection sclerotherapy for haemorrhoids. *Int J Colorectal Dis*. 2008;23:725–726.
100. Vindal A, Lai P, Chander J, Ramteke VK. Rectal perforation after injection sclerotherapy for hemorrhoids: case report. *Indian J Gastroenterol*. 2008;27:84 –85.
101. Linares Santiago E, Gomez Parra M, Mendoza Olivares FJ, Pellicer Bautista FJ, Herrerias Gutierrez JM. Effectiveness of hemorrhoidal treatment by rubber band ligation and infrared photocoagulation. *Rev Esp Enferm Dig*. 2001;93:238 –247.
102. Marques CF, Nahas SC, Nahas CS, et al. Early results of the treatment of internal hemorrhoid disease by infrared coagulation and elastic banding: a prospective randomized cross-over trial. *Tech Coloproctol*. 2006;10:312–317.

103. Poen AC, Felt-Bersma RJ, Cuesta MA, Deville W, Meuwissen SG. A randomized controlled trial of rubber band ligation versus infra-red coagulation in the treatment of internal haemorrhoids. *Eur J Gastroenterol Hepatol*. 2000; 12: 535–539.
104. McCloud JM, Jameson JS, Scott AN. Life-threatening sepsis following treatment for haemorrhoids: a systematic review. *Colorectal Dis*. 2006;8:748 –755.
105. Sim HL, Tan KY, Poon PL, Chen A, Mak K. Life-threatening perineal sepsis after rubber band ligation of haemorrhoids. *Tech Coloproctol*. 2009; 13: 161–164.
106. Greenspon J, Williams SB, Young HA, Orkin BA. Thrombosed external hemorrhoids: outcome after conservative or surgical management. *Dis Colon Rectum*. 2004;47: 1493–1498.
107. Jongen J, Bach S, Stubinger SH, Bock JU. Excision of thrombosed external hemorrhoid under local anesthesia: a retrospective evaluation of 340 patients. *Dis Colon Rectum*. 2003;46: 1226 –1231. Recommendation 6
108. You SY, Kim SH, Chung CS, Lee DK. Open vs. closed hemorrhoidectomy. *Dis Colon Rectum*. 2005; 48: 108 –113.
109. Gencosmanoglu R, Sad O, Koc D, Inceoglu R. Hemorrhoidectomy: open or closed technique? A prospective, randomized clinical trial. *Dis Colon Rectum*. 2002;45:70 –75.
110. Arbman G, Krook H, Haapaniemi S. Closed vs open hemorrhoidectomy—is there any difference? *Dis Colon Rectum*. 2000; 43 : 31–34.
111. Abo-hashem AA, Sarhan A, Aly AM. Harmonic scalpel compared with bipolar electrocautery hemorrhoidectomy: a randomized controlled trial. *Int J Surg*. 2010;8:243–247.

112. Chung CC, Ha JP, Tai YP, Tsang WW, Li MK. Double-blind, randomized trial comparing Harmonic scalpel hemorrhoidectomy, bipolar scissors hemorrhoidectomy, and scissors excision: ligation technique. *Dis Colon Rectum*. 2002;45:789–794.
113. Nienhuijs S, de Hingh I. Conventional versus LigaSure hemorrhoidectomy for patients with symptomatic hemorrhoids. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009;CD006761.
114. Nisar PJ, Acheson AG, Neal KR, Scholenfield JH. Stapled hemorrhoidopexy compared with conventional hemorrhoidectomy: systematic review of randomized controlled trials. *Dis Colon Rectum*. 2004;47: 1837–1845.
115. Jayaraman S, Colquhoun PH, Malthaner RA. Stapled hemorrhoidopexy is associated with a higher long-term recurrence rate of internal hemorrhoids compared with conventional excisional hemorrhoid surgery. *Dis Colon Rectum*. 2007;50:1297–1305.
116. Tjandra JJ, Chan MK. Systematic review on the procedure for prolapse and hemorrhoids (stapled hemorrhoidopexy). *Dis Colon Rectum*. 2007;50:878–892.
117. Wong JC, Chung CC, Yau KK, et al. Stapled technique for acute thrombosed hemorrhoids: a randomized, controlled trial with long-term results. *Dis Colon Rectum*. 2008;51: 397–403.
118. Ratto C, Donisi L, Parello A, Litta F, Doglietto GB. Evaluation of transanal hemorrhoidal dearterialization as a minimally invasive therapeutic approach to hemorrhoids. *Dis Colon Rectum*. 2010; 53:803–811.
119. Felice C, Privitera A, Ellul E, Klaumann M. Doppler-guided hemorrhoidal artery ligation: an alternative to hemorrhoidectomy. *Dis Colon Rectum*. 2005;48: 2090–2093.

120. Faucheron JL, Gangner Y. Doppler-guided hemorrhoidal artery ligation for the treatment of symptomatic hemorrhoids: early and three-year follow-up results in 100 consecutive patients. Dis Colon Rectum. 2008;51:945–949.

121. Благодарный Л.А., Шельгин Ю.А., Хмылов Л.А., Соттаева В.Х.  
Бесшовная геморроидэктомия. Колопроктология. 2006. №3 (17). С 8-12.

122. Эксюзян Г.Э., Тактика лечения острого геморроя., Дисс.канд., 1989,  
Ереван

123. Հակոբյան Ա.Ս. Կոլոպրոկտոլոգիա, 2007թ., էջ 38-47

Հավելված 1.

Ապացուցողական և ուղեցույցների աստիճանի մակարդակը ըստ Օքսֆորդյան ապացուցողական բժշկության կենտրոնի դասակարգման`

Մակարդակ	Ախտորոշման մեթոդների հետազոտում	Բուժման մեթոդների հետազոտում
1a	Հոմոգեն ախտորոշման հետազոտությունների 1մակարդակի համակարգված դիտում	մեթոդների ՌԿՀ-ի համակարգված դիտում
1 b	Վավերական կոհորտային հետազոտություն որակյալ “ոսկե” ստանդարտով	Առանձին ՊԲՎՓ-ի /սեղ ԱԻ-ով/
1c	Սպեցիֆիկությունը(յուրահատկությունը) կամ զգայունությունը այնքան բարձր են, որ դրական կամ բացասական արդյունքը թույլ է տալիս հաստատել/բացառել ախտորոշումը	“Ամեն ինչ կամ ոչինչ” հետազոտություն
2a	Հոմոգեն ախտորոշման հետազոտությունների համակարգված դիտում > 2 մակարդակի	Կոհորտային /հոմոգեն/ հետազոտությունների համակարգված դիտում
2b	Հետախուզային կոհորտային հետազոտություն որակյալ “ոսկե” ստանդարտով	Առանձին կոհորտային հետազոտություն /ներառյալ ցածր որակի ՌԿՀ-ի < 80 % պացիենտներ, որոնք անցել են մոնիտորինգային



		հետազոտություն
2c	Ոչ	Ելքերի հետազոտություն; Էկոլոգիական հետազոտություն
3	Հոմոգեն հետազոտությունների համակարգված դիտում 3բ կամ ավելին մակարդակի	“դեպք-ստուգում” հոմոգեն հետազոտությունների համակարգված դիտում
3b	Բոլոր փորձագետների մոտ հետազոտություն ոչ հետևողական հավաքածուով կամ առանց “ոսկե ստանդարտի” հետազոտության	“դեպք-ստուգում” առանձին հետազոտություն
4	“դեպք-ստուգում” հետազոտություն կամ ոչ որակյալ / կախված/ “ոսկե ստանդարտով”	Դեպքերի շարք / և կոհորտային հետազոտություններ կամ հետազոտություններ “դեպք-ստուգում” ցածր որակի/
5	Փորձագետների կարծիքը առանց մանրակրկիտ քննադատական գնահատման	Փորձագետների կարծիքը առանց մանրակրկիտ քննադատական գնահատման կամ “առաջնային սկզբունքների” մշակում

<b>Խորհուրդների աստիճանը</b>	
A	Համաձայնեցված իրար հետ 1 մակարդակի

	հետազոտությունները
B	Համաձայնեցված իրար հետ 2 կամ 3 մակարդակի հետազոտությունները կամ հետազոտությունների էքստրապոլյացիա 1 մակարդակի հետազոտությունների հիման վրա
C	4 մակարդակի հետազոտություններ կամ էքստրապոլյացիա 2 կամ 3 մակարդակի հիման վրա
D	4 մակարդակի ապացույցներ կամ դժվարացած ամփոփման համար կամ ոչ որակյալ հետազոտություններ ցանկացած մակարդակի