

ՀԵՏԱՆՑՔԱՅԻՆ ՃԱՔՈՎ ՊԱՅԻՆՆԵՐԻ ՎԱՐՄԱՆ ՈՒՂԵՑՈՒՅՑ

Ամփոփում

Նպատակ

Ուղեցույցի նպատակն է տրամադրել ապացուցողական խորհուրդներ հետանցքի ճաքի վարման մեթոդների վերաբերյալ և բարելավել տվյալ խմբի պացիենտների վարման ելքերը:

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) 2004 թ. «Հետանցքային ճաքի վարման կլինիկական ուղեցույց» 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 հիվանդության բոլոր տարիքային խմբի պացիենտներին ներառյալ հղիներին և կրծքով կերակրող մայրերին: Բոլոր խորհուրդները քննարկվել և հավանության են արժանացել Հայկական կոլոպրոկտոլոգների ասոցիացիայի անդամների կողմից (արձանագրությունը կցվում է): Փաստաթուղթը ենթակա է պարբերական թարմացումների և/կամ խմբագրման յուրաքանչյուր 5 տարին մեկ կամ ավելի հաճախակի՝ կախված տվյալ ոլորտում նոր գիտագործնական տեղեկատվության ի հայտ գալուց: Ուղեցույցը նախատեսված է կոլոպրոկտոլոգների, վիրաբույժների, գաստրոէնտերոլոգների և առողջապահության կազմակերպիչների համար:

Արդյունքներ

Հիմնվելով վերոնշյալ ապացուցողական մեթոդաբանության վրա, Ուղեցույցում լուսաբանվել են հիվանդության սահմանումը, ախտորոշման, կլինիկական պատկերի, մոնիտորինգի, բուժման դեղորայքային և վիրահատական մեթոդները և ելքերի հիմնահարցերը: Սույն

Ուղեցույցում տրվում է 14 ապացուցողական խորհուրդ, որոնք օգնում են կլինիկական որոշումներ կայացնելիս:

Հերևություններ

Ապացուցողական մոտեցումների հիման վրա տրվող խորհուրդները կօգնեն բարելավել հետանցքի ճաքերի վարման ելքերը:

Բանալի բառեր

Ապացուցողական բժշկություն, ցուցումների ուսումնասիրման, սրեղծման և գնահատման դասակարգման համակարգ, ուղեցույցներ, հեղինակային ճաք, ուղիղ աղիքի ճաք, աղիքային արյունահոսություն, սֆինկտերոսպազմ (հեղինակային սեղմանի կծկանք), ճաքի բուժում", anal fissure" և "fissure-in-ano", "anal fissure e AND nitroglycerin," "anal fissure AND nitrates," "anal fissure AND nifedipine," "anal fissure AND fiber," "anal fissure AND sphincterotomy," և "anal fissure AND flap":

Պատասխանատու համակարգող

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

Աշխատանքային խմբի անդամներ

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

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

Շահերի բախման հայտարարագիր և ֆինանսավորման աղբյուրներ

Պատասխանատու համակարգողը հայտարարում է շահերի բախման բացակայության վերաբերյալ:

Շնորհակալական խոսք

Հեղինակը իր երախտագիտություն է հայտնում աշխատանքային խմբի բոլոր այնդամաներին, 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:

ԲՈՎԱՆԴԱԿՈՒԹՈՒՆ

1. Նախաբան.....	5
1.1 Տեղեկատվության որոնման և գնահատման մեթոդաբանություն.....	5
2. Խորհուրդներ	7
3. Հետվիրահատական շրջանի վարում	20
4. Կանխարգելում.....	21
5. Կանխատեսում.....	21.
6. Ուղեցույցի ներդրման հնարավորություններ և աուդիտի ցուցանիշներ.....	21
7. Գրականություն	25
8. Հավելված	37

Հապավումներ

ԱԻ՝ Ապացուցողական Ինդեքս

ՈՍՀԴ՝ Ոչ ստերոիդ Հակաբորբոքային դեղամիջոցներ

ՊԲՎՓ՝ Պատահական բաշխմամբ վերահսկվող փորձարկում

ՆԿԱ՝ Ներքին կողմնային սֆինկտերոտոմիա

ԽԱ՝ Խորհուրդների աստիճան

ԱՄ՝ Ապացուցողական մակարդակ

ԱԲՔ – Աղիքի բորբոքային հիվանդություններ

ԿՀ- Կրոնի հիվանդություն

ՎՄ – Վստահության միջակայք

ՈւԱՓԱ – Ուղիղ աղիքի փականային ապարատ

ՄՌՇ – Մազնիսա-ռեզոնանսային շերտագրում

ՈւԱԽ- Ուղիղ աղիքի խուղակ

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

1. Նախաբան

Խնդրի սահմանումը

Հետանցքի ճաք տերմինը վերաբերում է ուղիղ հետանցքային խողովակում երկայնակի պատռվածքներին, որը սովորաբար սկսում է ատամնավոր գծից դեպի հետանցքի եզր: Անոռեկտալ այս բարորակ հիվանդությունը բավականին տարածված է, սակայն ըստ էության դրա տարածվածության վերաբերյալ պոպուլացիոն մակարդակի տվյալներ հրապարակված չկան [1]: Փորկապությունը և փորլուծությունը անամնեզում հաճախ նշվող նախորդողորսկոտումներն են: Հետանցքի ճաքերի հետ ասոցացված առաջնային ախտանշանը հետանցքի ցավն է, որը հաճախ սադրվում է կղազատմամբ և կարող է շարունակվել դրանից ժամեր անց: Անոռեկտալ արյունահոսությունը նույնպես կարող է կապված լինել ճաքերի հետ, և այս ախտանշանի առկայության դեպքում այն կարող է պատճառ հանդիսանալ սխալ՝ ախտանշանային թույլ ախտորոշման: Մինչև 90% դեպքերում հետանցքի ճաքը տեղակայված է լինում հետանցքային խողովակի հետին միջնագծում: Պացիենտների 3%-ի դեպքում ճաքերը տեղադրված են միաժամանակ առաջնային և հետին հատվածներում: Հետանցքային խողովակի կողմնային հատվածներում տեղակայված ճաքերը դիտարկվում են որպես ատիպիկ և պահանջում են մանրակրկիտ հետազոտում, քանի որ դրանք ասոցացված են ՄԻԱՎ վարակի, Կրոնի հիվանդության, սիֆիլիսի, տուբերկուլյոզի և արյան համակարգի չարորակ հիվանդությունների հետ: Սուր ճաքերը, որը սահմանվում է որպես ախտանշանների առկայություն պակաս քան 12 շաբաթ, դրսևորվում են որպես երկայնակի ճեղքվածքներ: Ավելի երկար տևողությամբ ճաքերը դրսևորվում են քրոնիկ վիճակի մեկ կամ ավել դրոշմներով՝ ներառյալ ճաքի պրոքսիմալ հատվածում հիպերտրոֆիայի ենթարկված հետանցքի պտկիկի և դիստալ հատվածում սահմանային թմբիկի առկայությամբ:

1.1 *Տեղեկաբերության որոնման և գնահատման մեթոդաբանություն*

Տվյալ ուղեցույցները կազմված են Հայկական Կոլոպրոկտոլոգների Ասոցիացիայի ստեղծված փորձագիտական հանձնաժողովի կողմից: 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 խոհուրդի 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) 2004 թ. “Հետանցքային ճաքի վարման կլինիկական ուղեցույց” հիման վրա հիման վրա, Ռուսաստանի կոլոպրոկտոլոգների ասոցիացիայի, European Society of Coloproctology, CochraneCollaboration, ինչպես նաև PubMed, EMBASE, Cochrane Library, National Guideline Clearinghouse և UpToDate արդի տվյալները: Համացանցում որոնումկատարելու համար օգտագործվել են հետևյալ տերմինները՝ հետանցքային ճաք, ուղիղ աղիքի ճաք, աղիքային արյունահոսություն, սֆինկտերոսպազմ (հետանցքային սեղմանի կծկանք), ճաքի բուժում, “anal fissure” և “fissure-in-ano”, ինչպես նաև “anal fissure AND nitroglycerin,” “analfissure AND nitrates,” “analfissure AND nifedipine,” “anal fissure AND fiber,” “anal fissure AND sphincterotomy,” և “anal fissure AND flap”:

Սկզբնաղբյուր հանդիսացող փաստաթղթերում ապացույցների որակը գնահատելիս կիրառվել է Օքսֆորդի Ապացուցողական բժշկության կենտրոնի ապացույցների դասակարգումը: 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 Կոլտարոկտոլոգների միության կողմից (արձանագրությունը կցվում է): Ուղեցույցի ծածկույթը ներգրավում է հետանցքային ճաքով բոլոր տարիքային խմբի պացիենտներին ներառյալ հղիներին և կրծքով կերակրող մայրերին: Սույն փաստաթուղթը ենթակա է պարբերական թարմացումների և/կամ խմբագրման յուրաքանչյուր 5 տարին մեկ կամ ավելի հաճախակի՝ կախված տվյալ ոլորտում նոր գիտագործնական տեղեկատվության ի հայտ գալուց: Ուղեցույցը նախատեսված է հետանցքի ճաքի վարման շրջանակներում ներգրավված բոլոր մասնագետների համար՝ կոլտարոկտոլոգներ, վիրաբույժներ, գաստրոէնտերոլոգներ, ինչպես նաև առողջապահության կազմակերպիչներ:

3. Խորհուրդներ

1. **Հետանցքի սուր ճաքի ոչ-վիրահատական բուժումը շարունակում է հանդիսանալ բուժման անվտանգ մեթոդ, ունի նվազ կողմնակի ազդեցություններ և սովորաբար այն պետք է լինի բուժական առաջին ընտրությունը: (Խիստ խորհուրդ, միջին որակի ապացուցողականություն, 1B)**

Հետանցքի սուր ճաք ունեցող պացիենտների գրեթե կեսի ախտանշաններն անհետանում են ոչ-վիրահատական մեթոդների կիրառման դեպքում, ինչպիսին են նստաբաղնիքը, սննդային թելիկներով հարուստ սնունդը՝ համակցված տեղային ցավազրկողների կամ տեղային գլյուկոկորտիկոիդների հետ, կամ առանց [1,3-7]: Այս միջամտությունները լավ տանելի են և ունեն նվազագույն կողմնակի ազդեցություններ: Նստաբաղնիքներով և սննդային թելիկների հավելումով բուժումը ասոցացված է ցավի ավելի բարձր աստիճանի նվազեցման հետ, քան տեղային ցավազրկողների և տեղային հիդրոկորտիզոնի կիրառումը [3]:

2. Հետանցքի ճաքերը կարող են բուժվել տեղային նիտրատների կիրառմամբ, սակայն կողմնակի ազդեցությունները կարող են սահմանափակել դրանց արդյունավետությունը: (Խիստ խորհուրդ, բարձր որակի ապացուցողականություն, 1A)

Տեղային ազոտի օքսիդի կիռոարումը ասոցացված է հետանցքի քրոնիկ ճաքերի մոտավորապես 50%-ի բուժման հետ: Ըստ հետազոտությունների համակցված վերլուծության, սա հանդիսանում է բուժման բացարձակ մակարդակի 13.5% և բուժման մակարդակի 38% բարելավում՝ համեմատած պլացեբոյի կամ միայն լիդոկայինի կիրառման հետ [9]: Դեղաչափի բարձրացումը չի ազդում բուժման արագության վրա, սակայն բարձրացնում է դեղորայքի կողմնակի ազդեցությունների հանդիպման հաճախականությունը [10,11]:

Այս դեղորայքի գլխավոր կողմնակի ազդեցությունը գլխացավն է, որը հանդիպում է առնվազն 30% դեպքերում և որոշ հրապարակումներում այն գրանցվել է գրեթե բոլորի մոտ [8,12]: Այս կողմնակի ազդեցությունը դեղաչափ-կախյալ է և մինչև 20% պացիենտների դեպքերում բերում է թերապիայի կասեցման [13]: Ի հավելումն, այս դեղորայքով բուժված պացիենտների մինչև 50%-ը ունենում են կրկնվող ճաքեր՝ նշանակալիորեն ավելի բարձր տոկոսով, քան դիտվում է վիրահատական բուժումից անց [9]: Տեղային նիտրատներին չպատասխանելու դեպքում, ընդհանուր առմամբ, պետք է դիտարկել կամ բոտուլինոտոքսինով թերապիա կամ վիրահատական սֆինկտերոտոմիա:

3. Համեմատած տեղային նիտրատներին, կալցիումական անցուղիների պաշարիչները հետանցքի քրոնիկ ճաքերի դեպքում ունեն համանման արդյունավետություն և նվազ կողմնակի ազդեցություններ և կարող են օգտագործվել որպես բուժական առաջին ընտրություն: (Խիստ խորհուրդ, բարձր որակի ապացուցողականություն, 1A)

Տեղային կալցիումական անցուղու պաշարիչները (հատկապես դիլտիազեմը և նիֆեդիպինը) ասոցացված են եղել հետանցքի ճաքերի 65-95% ապաքինման մակարդակի հետ [14]: Կողմնակի ազդեցությունները, մասնավորապես՝ գլխացավերը, հանդիպում են նշանակալիորեն ավելի նվազ, քան տեղային նիտրատների դեպքում [12,14-16]: Չնայած, նկարագրվել է հետանցքի քրոնիկ ճաքերի բուժման բարձր մակարդակ, այս միտումը բոլոր հրապարակումներում միաձայն չէ, ուստի համակցված վերլուծությամբ չի ստացվել հաստատել բուժական հստակ օգտակարությունը այս խումբ դեղորայքով՝ համեմատած տեղային նիտրատների հետ [9,16,17]: Առկա են տվյալներ, որ տեղային կալցիումական անցուղիների պաշարիչների բուժական մակարդակը բարձրանում է օրական ընդունումների հաճախեցման հետ [18]:

Միակ պատահական բաշխմամբ վերահսկվող փորձարկումը ցույց է տվել, որ բուժումից 3 ամիս անց ապաքինման և ցավի մեղմացման առումով տեղային դիլտիազեմի կիրառումը համարժեք է եղել բուտոլինոտոքսինին [19]:

Հետանցքի ճաքերը կարող են նաև բուժվել բերանով ընդունվող (per os) կալցիումական անցուղու պաշարիչներով: Նիֆեդիպինի բերանացի և տեղային դեղաձևերի ուղղակի համեմատությունը գտել է, որ ապաքինման և ցավի մեղմացման մակարդակները միանման են [20]: Ելնելով բերանացի կալցիումական անցուղիների պաշարիչների համակարգային ազդեցությունների բարձր մակարդակից, նախընտրելի է տեղային օգտագործումը:

4. Հետանցքի քրոնիկ ճաքերի դեպքում որպես առաջին ընտրության թերապիա՝ համեմատած տեղային թերապիաներին՝ բոտոլինոտոքսինը ցուցաբերում է միանման արդյունքներ, և չափավոր բարելավում է բուժման մակարդակը, որպես երկրորդ ընտրություն տեղային թերապիաներից հետո

կիրառման դեպքում: (Խիստ խորհուրդ, ցածր և շատ ցածր որակի ապացուցողականություն, 1C)

Բոտուլինոտոքսինի կիրառումը հետազոտող հրապարակված հետազոտությունների մեծ մասը ընդգրկում են համեմատություններ տեղային միջոցների հետ, օրինակ՝ նիտրոգլիցերինի [19,21]: Այս հետազոտություններում բոտուլինոտոքսինը ասոցացված է եղել հետանցքի ճաքերի չափավոր (37-43%), սակայն կայուն գրանցված ապաքինման մակարդակի հետ, որը գրեթե միանման ձևով սահմանվում է գրականության մեջ որպես հետանցքի ցավի անցում: Այս հետազոտությունները, ինչպես նաև բոտուլինոտոքսինը տեղային նիտրոգլիցերինի և վիրահատական սֆինկտերոտոմիայի հետ համեմատող հետազոտությունները ունեն մի քանի սահմանափակումներ՝ դեղաչափերի փոփոխականություն, ներարկումների քանակի և տեղի փոփոխականություն, որոնք կանխարգելում են հրապարակված հետազոտությունների արդյունքների ընդհանրացմանը:

Կոքրեյնյան մի վերանայում ցույց է տվել, որ բոտուլինոտոքսինը ընդամենը չնչին մակարդակով է գերազանցում պլացեբոյին, սակայն ունի քիչ կողմնակի ազդեցություններ:

Մի քանի առաջահայաց հետազոտություններ ցույց են տվել, որ ուղղակի համեմատությամբ 0.2-1% տեղային նիտրոգլիցերինի և 0.2% տեղային նիֆեդիպինի հետ բոտուլինոտոքսինը (20-60 միավոր) բուժման 9 շաբաթվա ընթացքում ցուցաբերում է 18-71% ապաքինման մակարդակ, որը համեմատելի է կամ փոքր-ինչ բարձր է տեղային թերապիաներից [23,24]: Վերջերս կատարված մի պատահական բաշխմամբ կրկնակի կույր փորձարկումը, որ համեմատել է 2%-անոց դիլտիազեմը 20 միավոր բոտուլինոտոքսինի հետ, ցույց է տվել, որ բուժումից 3 ամիս անց բուժվող երկու թևերում էլ գրանցվել է 43% ապաքինման մակարդակ [19]: Բոտուլինոտոքսինով բուժված խմբում գրանցվել է ցավի նվազման ավելի բարձր

մակարդակ, որը սահմանվում է որպես անհարմարության մինիմալ նվազում 50%-ով (82% vs. 78%): Չնայած, 2014 թվականին կատարված մի բազմակենտրոն պատահական բաշխմամբ հետազոտություն ցույց է տվել, որ բոտուլինոտոքսինն ավելի արդյունավետ է, քան տեղային նիտրոգլիցերինը, բարելավված ապաքինման մակարդակով և 1 տարվա ընթացքում նվազ ախտադարձերի մակարդակով (28% vs. 50%), առաջահայաց և հետահայաց հետազոտությունների մեծ մասը ցուցաբերել են միանման արդյունքներ այդ բուժական միջոցների ելքերի միջև, բացառությամբ գնային արժեքի ցուցանիշի, որը ավելի բարձր է բոտուլինոտոքսինի դեպքում [24]: 2008 թվականի մի մետա-վերլուծություն, որը նախորդել է վերոնշյալ մի քանի հետազոտություններին, եզրակացրել է, որ բոտուլինոտոքսինը այնքան արդյունավետ է, որքան նիտրոգլիցերինը, և կարող է ունենալ ավելի պակաս կողմնակի ազդեցություններ [25]:

Տեղային նիտրոգլիցերինի և բոտուլինոտոքսինի համատեղ կիրառումը առաջարկվել է հետանցքի քրոնիկ ճաքերի դեպքում բուժման և ախտանշանների բարելավման նպատակով, սակայն ապաքինման և ախտադարձերի մակարդակների կայուն բարելավման վերաբերյալ գրականությունը սահմանափակ է [26,27]: Փոքր հետահայաց հետազոտությունները, որոնք հետազոտել են բոտուլինոտոքսինը որպես երկրորդ ընտրության թերապիա տեղային նիտրոգլիցերինի անհաջող կիրառումից հետո, ցույց են տվել ախտանշանների մեղմացման և վիրահատական սֆինկտերոտոմիայից խուսափման առումներով արդյունքների բարելավում կարճատև հսկողության ժամանակ:

2012 թվականին կատարված կոքրեյնյան մի վերանայում չի հայտնաբերել որևէ հստակ միտում բոտուլինոտոքսինի դեղաչափի, պատրաստման և ներարկման տեղի և դրանց հետ ասոցացված ապաքինման մակարդակների միջև [9]:

5. Ներքին կողմնային սֆինկտերոտոմիան առցացված է կայուն բարձր ապաքինման մակարդակի հետ հետանցքի քրոնիկ ճաքի դեպքում՝ համեմատած դեղորայքային թերապիային, և ուստի կարող է առաջարկվել ընտրված խումբ պացիենտներին, առանց դեղորայքային բուժման անհաջողություն հաստատելու: (Խիստ խորհուրդ, բարձր որակի ապացուցողականություն, 1A)

Բազմաթիվ պատահական բաշխմամբ փորձարկումներ հաստատել են ներքին կողմնային սֆինկտերոտոմիայի (ՆԿՍ) առավելությունը՝ համեմատած տեղային նիտրատներին, կալցիումական անցուղիների պաշարիչներին և բոտոլինոտոքսինին, ապաքինման մակարդակը հասնելով 88-100%-ի և 8-30% կղանքային անպահելիության մակարդակի, բոլորը հիմնված մինչև 6 տարվա ժամանակահատվածում հսկողության վրա [30-41]: ՆԿՍ-ի արդյունքների առավելության պատճառներից մեկը կարող է լինել երկարատև դեղորայքային թերապիայի պատշաճ ընդունման դժվարության հետ, մի դիտարկում, որը հաստատվել է վերջերս կատարված Կոքրեյնյան մի վերանայմամբ, որը համեմատել է հետանցքի ճաքերի վիրահատական և ոչ-վիրահատական թերապիաները [9]: Ելնելով ոչ-վիրահատական վարման պատշաճ անցկացման դժվարությունից և ավելի բարձր մնայուն ճաքերի մակարդակից, կյանքի որակը նույնպես գրանցվել է, որ նշանակալիորեն բարելավվում է ՆԿՍ գնացող պացիենտների շրջանում: Քանի որ, ՆԿՍ կատարած պացիենտների զգալի մեծամասնության դեպքում երկարաժամկետ կղանքային պահելիությունը և կյանքի որակը պահպանված են, վիրահատական վարումը ՆԿՍ-ով ապահով կերպով կարող է առաջարկվել որպես առաջին ընտրության թերապիա հետանցքի քրոնիկ ճաքերի համար, որևէ աստիճանի կղանքային անպահելիություն չունեցող պացիենտներին, և մեծ մաս դեպքերում սա կբացառի ՆԿՍ-ի կիրառումը որպես առաջին ընտրության թերապիա նախկինում մանկաբարձական վնասումներ ունեցած կանանց, աղիքային

բորբոքային հիվանդություն ունեցող պացիենտներին և նախկինում անոռեկտալ վիրահատություն տարած պացիենտներին կամ հետանցքի սեղմանի դոկումենտացված վնասում ունեցող պացիենտներին [34,42-44]:

Չնայած, սովորաբար հետանցքի քրոնիկ ճաքերի կապակցության ՆԿՍ չի կատարվում պտղատու տարիքի կանանց, չկան այս պոպուլացիայում՝ մանկաբարձական վնասվածքներով կամ առանց կանանց շրջանում, երկարատև հսկողության տվյալներ հետագա կղանքային անպահելիության զարգացման ռիսկի վերաբերյալ: Հետանցքի քրոնիկ ճաքի կապակցությամբ հարմարեցված ՆԿՍ կատարած 31 կանանց շրջանում կատարված մի առաջահայաց համեմատական հետազոտություն ցույց է տվել հետվիրահատական կղանքային անպահելիության տարբեր աստիճաններ պացիենտների 52%-ի շրջանում (16/31) միջինում 4.7 ամիս հսկողության դեպքում [45]: Կանանց 55%-ը ունեցել են հեշտոցային ծննդաբերություններ և մինչվիրահատական կղանքային անպահելիության որևէ դեպք չի գրանցվել: Պահելիության միավորները նշանակալիորեն կորելացվել են սեղմանի բաժանման ծավալի հետ և պահելիության Օ միավորով պացիենտների մասնաբաժինը նշանակալիորեն մեծ է եղել այն պացիենտների շրջանում, ում սեղմանի բաժանումը 25%-ից նվազ է կատարվել, որը այս հետազոտության կանանց դեպքում համապատասխանել է մկանի <1 սմ կտրմանը:

6. Բոլոր վիրահատական տարբերակներից հետանցքի քրոնիկ ճաքերի բուժական ընտրությունը ներքին կողմնային սֆինկտերոտոմիան է: (Խիստ խորհուրդ, բարձր որակի ապացուցողականություն, 1A)

ՆԿՍ-ն մնում է հետանցքի քրոնիկ ճաքերի վիրահատական բուժման ընտրության մեթոդը [46]: Բազմաթիվ հետազոտություններ և վերջերս կատարված Կոքրեյնյան վերանայումը ցույց են տալիս, որ ՆԿՍ-ն առավել է հետանցքի չկառավարվող մանուալ լայնացումից և բերում է ապաքինման ավելի բարձր մակարդակի և նվազ

անպահելիության [3,47-50]: Կառավարվող բալունային լայնացումը խոստումնալից արդյունքներ է ցույց տվել մի փոքր դեպքերի շարքում, սակայն այս մեթոդը բավական ուսումնասիրված չէ, որպեսզի կիրառվի որպես ստանդարտ թերապիա [51]: Գումարային 112 պացիենտ ընդգրկող 2 պատահական բաշխմամբ փորձարկումներում ՆԿՍ-ն համեմատվել է ճաքի վիրահատական հեռացման (ֆիսուրեկտոմիա) հետ, և ապաքինման մակարդակը բարձր է եղել ՆԿՍ-ի դեպքում, իսկ անպահելիության մակարդակները եղել են հավասար [52,53]: Տեղային ազոտի օքսիդի դոնատորների կամ բոտուլոտոքսինի ավելացումը բարելավել է ֆիսուրեկտոմիայի ելքերը ոչ պատահական բաշխմամբ դեպքերի շարքում, սակայն այս համակցված մոտեցումը ուղղակիորեն չի համեմատվել ՆԿՍ-ի հետ [52,53,55-57]:

7. Ներքին կողմնային սֆինկտերոտոմիայի բաց և փակ մեթոդները ցուցաբերում են համանման արդյունքներ և երկու մեթոդներն էլ կարող են օգտագործվել: (Խիստ խորհուրդ, բարձր որակի ապացուցողականություն, 1A)

Բազմաթիվ, պատշաճ մշակված համեմատական հետազոտություններ եզրակացրել են, որ նշանակալի տարբերություն չկա պատշաճ իրականացված բաց և փակ վիրահատական սֆինկտերոտոմիաների միջև [58-62]: Կոքրեյնյան վերանայումը նույնպես հաստատել է այս փաստը, գրանցելով, որ ճաքերի մնայունության Peto OR ցուցանիշը կազմել է 1.00 (CI 95%), իսկ աղիքային գազերի անպահելիության OR ցուցանիշը՝ 0.87 (0.41-1.83) [45]: 136 պացիենտների շրջանում վերջերս կատարված պատահական բաշխմամբ, առաջահայաց հետազոտությունում բաց սֆինկտերոտոմիան ասոցացված է եղել նշանակալիորեն ավելի բարձր հետվիրահատական ցավի միավորների հետ և վիրահատական հատվածի 4.4%-ով ուշացած ապաքինման մակարդակի հետ 1 տարվա հսկողության ժամանակ:

8. Ներքին կողմնային սֆինկտերոտոմիան չափված ըստ ճաքի երկարության բերում է հավասար կամ ավելի վատ ապաքինման մակարդակի և ավելի նվազ անպահելիության՝ համեմատած սովորական ներքին կողմնային սֆինկտերոտոմիային, որը կատարվում է մինչև ատամնավոր գիծը: (Թույլ խորհուրդ, միջին որակի ապացուցողականություն, 2B)

«Դողավորված» սֆինկտերոտոմիան, որը կատարվում է մինչև ճաքի գագաթը, առաջարկվել է սովորական ՆԿՍ-ից հետո կղանքային անպահելիությունը նվազեցնելու նպատակով: Սովորական սֆինկտերոտոմիան և “դողավորված” սֆինկտերոտոմիան համեմատող 3 պատահական բաշխմամբ փորձարկումներ ցույց են տվել վիճակագրորեն առավել բուժական արդյունքներ սովորական սֆինկտերոտոմիայի դեպքում, 2 հետազոտություններ ցույց են տվել կղանքային ապահելիության ավելի վատ միավորներ սովորական սֆինկտերոտոմիայի դեպքում, սակայն 3-րդը նման արդյունքներ ցույց չի տվել [64-66]: Անկախ ՆԿՍ-ի մեթոդից, այս հետազոտությունները ցույց են տվել կղանքային անպահելիության ցածր հանդիպման հաճախականություն:

ՆԿՍ-ից հետո կղանքային անպահելիության ռիսկը նվազեցնելու նպատակով, այսպես կոչված չափավորված սֆինկտերոտոմիա է նաև առաջարկվել, որի դեպքում սեղմիչ մկանի հատումը կատարվում է մինչև ուղիղ աղու խողովակի նախորոք որոշված տրամագծի հասնելը: Պատահական բաշխմամբ վերահսկվող մի փորձարկում համեմատել է ուղիղ աղու խողովակի 30 մմ բացվածք ապահովելու առումով չափավորված ՆԿՍ-ն սովորական ՆԿՍ-ի հետ [67]: Չնայած ապաքինման մակարդակները եղել են հավասար, վաղ (7 և 28 օրում) հետվիրահատական կղանքային անպահելիության միավորները նշանակալիորեն ավելի բարձր են եղել “դողավորված” ՆԿՍ-ի խմբում: Պատահական բաշխմամբ վերահսկվող մի փորձարկում համեմատել է ուղիղ աղու խողովակի 30 մմ բացվածք ապահովելու առումով չափավորված ՆԿՍ-ն սովորական ՆԿՍ-ի հետ [67]: Չնայած ապաքինման

մակարդակները եղել են հավասար, վաղ (7 և 28 օրում) հետվիրահատական կղանքային անպահեղիության միավորները նշանակալիորեն ավելի բարձր են եղել “դողավորված” ՆԿՍ-ի խմբում: Վերջերս կատարված մի բրազիլական առաջահայաց դիտորդական հետազոտությունում, որում ՆԿՍ տարած կանանց վիճակը գնահատելու համար կիրառվել են կլինիկական և եռաչափ ՈւՁ հետազոտություններ, սեղմանի հատման անվտանգ ծավալը եղել է հետանցքի ներքին սեղմանի ամբողջ երկարության 25%-ից պակասը, որը այս հետազոտության մեջ համապատասխանել է 1 սմ-ից պակասին [68]:

9. Հետանցքի ճաքի կրկնության դեպքում կրկնակի ՆԿՍ-ի կիրառման կարճաժամկետ ելքերը լավ ապաքինման մակարդակ են ցուցաբերել՝ կղանքային անպահեղիության ցածր մակարդակով: (Թույլ խորհուրդ, ցածր որակի ապացուցողականություն, 2C)

Ընդամենը մեկ հետազոտություն է ուսումնասիրել հետանցքի քրոնիկ ճաքի կրկնության դեպքում կրկնակի ՆԿՍ-ի ելքերը: 55 պացիենտներ անցել են կրկնակի, հակառակ կողմի հարմարեցված ՆԿՍ, որի դեպքում ապաքինման մակարդակը միջինում 12.5 ամիս հսկողության ժամանակ կազմել է 98%, իսկ կղանքային անպահեղիությունը՝ 4% [69]: Այս թեմայի շուրջ պահանջվում են ավելի մեծ հետազոտություններ ավելի երկար հսկողությամբ:

10. Հետանցքմաշկային լաթով վիրահատությունը անվտանգ այլընտրանք է հետանցքի քրոնիկ ճաքերի վարման մեջ, պակաս ապաքինման մակարդակով և կղանքային անպահեղիության նվազ ռիսկով՝ համեմատած ՆԿՍ-ին: (Թույլ խորհուրդ, միջին որակի ապացուցողականություն, 2B)

Չնայած՝ ՆԿՍ-ն մնում է հետանցքի քրոնիկ ճաքերի դեպքում վիրահատական բուժման ընտրությունը, առանցքային թերությունը անոռեկտալ դուրս ծորումն է և անպահեղիությունը, որը գրանցվել է 8-30% պացիենտների շրջանում [2-6,70]:

Այլընտրանքային սեղման-պահպան վիրահատական մոտեցում է հետանցքմաշկային (մաշկային V-Y կամ տուն) լաթը, որի կատարման տարբեր մեթոդներ են նկարագրված, և որն ասոցացված է եղել ճաքերի ապաքինման լավ մակարդակների հետ (81-100%) և կղանքային անպահելիության ցածր մակարդակի հետ (0-6%) [7,71,72]: Ջորդանոյի և գործընկերների կողմից հրապարակված առաջահայաց հետազոտությունում 51 հաջորդական պացիենտների շրջանում լաթով վիրահատությունից 2 ամիս անց հսկողության ժամանակ գրանցվել է 98% ապաքինման մակարդակ, և 6 ամիս անց հսկողության ժամանակ չի նկատվել ախտադարձի որևէ դեպք և պահելիության որևէ փոփոխություն: Պատելը և գործընկերները համեմատել են լաթով վիրահատության (n=50) և ՆԿՍ-ի (n=50) ելքերը, և միջինում 21 ամիս անց հսկողության ժամանակ ճաքի լավացումը կազմել է 96% հետանցքի առաջ բերվող լաթի վիրահատության խմբում և 88% ՆԿՍ-ի խմբում (p=0.27) [73]: Երկու խմբում էլ չի գրանցվել կղանքային անպահելիության որևէ դեպք: Սակայն, հետանցքի ճաքերի բուժման մեջ հետանցքմաշկային լաթով վիրահատությունների դերն ավելի լավ սահմանելու համար դեռ անհրաժեշտ են ավելի մեծ, առաջահայաց, համեմատական փորձարկումներ:

11. Հետանցքմաշկային լաթով վիրահատությունների ավելացումը բոտուլոտոքսինի ներարկումներին կամ ներքին կողմնային սֆինկտերոտոմիային նվազեցնում է հետվիրահատական ցավը և թույլ է տալիս վերքի առաջնային ապաքինում: (Թույլ խորհուրդ, ցածր որակի ապացուցողականություն, 2C)

Ճաքի փակման լաթային մեթոդները նպաստում են վերքի առաջնային ապաքինմանը, ցավի ավելի արագ մեղման և պոտենցիալ տրամադրում են ավելի լավ ֆունկցիոնալ արդյունքներ: Փոքր, ոչ համեմատական հետազոտությունները հետազոտել են հետանցքմաշկային լաթով վիրահատության ելքերը բոտուլինոտոքսինի ներարկումների և ՆԿՍ-ի հետ: Լաթի և բոտուլինոտոքսինի

ներարկումների համակցումը ցուցաբերել է ախտանշանների արագ մեղմում և 86.7-92% ապաքինման մակարդակ մինչև 24 ամիս հսկողության դեպքում՝ կղանքային անպահելիության աննշան մակարդակով [74,75]: Թեոդորոպուլոսը և գործընկերները համեմատել են ՆԿՍ գումարած V-Y պերիանալ մաշկային լաթով վիրահատություն անցած 30 հաջորդական պացիենտների ելքերը 32 պացիենտների հետ, ովքեր նախկինում անցել են միայն ՆԿՍ [76]: Նշանակալիորեն ավելի քիչ հետվիրահատական ցավ, ավելի արագ լավացում և ավելի քիչ անպահելիության դրվագներ դիտվել են ՆԿՍ գումարած լաթ խմբում: Մագդին և գործընկերները պատահական բաշխել են հաջորդական պացիենտներին ՆԿՍ-ի (n=50), V-Y առաջ բերվող լաթի (n=50) և այդ երկու մեթոդների համակցված վիրահատությունների (n=50) անցկացման [77]: 1 տարի անց հսկողության ժամանակ ապաքինման մակարդակները համապատասխանաբար կազմել են 84%, 48% և 94% (p=0.001), ախտադարձի մակարդակները՝ 4%, 22% և 2% (p=0.01), և կղանքային անպահելիության մակարդակները՝ 14%, 0% և 2% (p=0.03):

12. Հետանցքի ճաքի տարբեր պատճառներ. աղիքի ճաքի քիչ տարածված էթիոլոգիաները, ինչպիսիք են՝ Կրոնի հիվանդությունը, սեռական ուղիներով փոխանցվող հիվանդությունները և ցածր ճնշումով ճաքերը հավաքական քննարկվում են ստորև, քանի որ այս թեմաների վերաբերյալ գրականությունը սահմանափակ է: (Թույլ խորհուրդ, ցածր որակի ապացուցողականություն, 2C)

Կրոնի հիվանդության դեպքում ճաքերը բուժվում են հիմնականում պահպանողական մեթոդներով, նշանակություն տալով Կրոնի դեղորայքային թերապիային, եթե այդ ճաքերը ենթադրվում են, որ հանդիսանում են աղիքային բորբոքային հիվանդության (ԱԲՀ) դրսևորում: Չնայած գրականությունն աղքատիկ է, սակայն նկարագրվում է, որ ակտիվ աղիքային հիվանդության դեպքում ԱԲՀ դեղորայքային բուժմանը պատասխան տվող պացիենտների մեծ մասի ճաքերը լավանում են: Հետանցքի ճաքերի ավելի ագրեսիվ՝ վիրահատական վարումը պետք

է պահել խիստ ընտրված խումբ պացիենտների համար, ովքեր չունեն պրոկտիտ կամ ուղիղ աղու հիվանդություն [78-81]:

Սեռական ճանապարհով փոխանցվող հիվանդությունների հետ կապված ճաքերի բուժումը որոշվում է ըստ ճաքի բիոպսիայով հայտնաբերված հարուցչի և վարվում համապատասխան: Մասնավորապես, ՄԻԱՎ-ասոցացված հետանցքի խոցոտումները կարող են բերել ուժեղ ախտանշանների: Բիոպսիան, վիրուսային կուլտուրան, մահացած հյուսվածքի հեռացումը և ներվնասումային ստերոիդային թերապիան բուժման հիմնաքարերն են [82]: Հակառետրովիրուսային թերապիայի լավարկումը կարող է արդյունավետորեն մեղմացնել ախտանշանները երկար ժամանակահատվածով, սակայն դա արդյունավետ կարճաժամկետ ռազմավարություն չէ:

Ցածր ճնշման հետանցքի ճաքերը սուր դեպքերում ամենից հաճախ դիտվում է հետծննդաբերական շրջանում: Հետանցքի ճաքերի այս ենթախումբում պետք է խուսափել այն միջամտություններից, որոնք ազդում են սեղմանի մեխանիզմի վրա, և նախընտրություն տալ ավելի պահպանողական դեղորայքային թրապիային [83]: Քրոնիկ դեպքերում ֆիսուրեկտոմիան առաջ բերվող մաշկային լաթով կարող է ցուցաբերել օգտակարություն: Քրոնիկ ցածր ճնշման հետանցքի ճաքով 16 իգական սեռի պացիենտների շրջանում կատարված մի հետազոտությունում, որտեղ պացիենտները բուժվել էին ֆիսուրեկտեմիայով և առաջ բերվող մաշկային լաթով, բոլորի մոտ դիտվել է ախտանշանների մեղմացում [84]:

13.Պացիենտի հետազոտման ժամանակ հաշվի առնել հնարավոր ուռուցքային բարձր ռիսկը (կարևոր է զուգակցող օրգանական պաթոլոգիան ժխտելու/հաստատելու համար) (The American Society of Colon and Rectal Surgeons. Center for Evidence-based Medicine — Levels of evidence.)

Մեջբերում

Ախտորոշումը հստակ հաստատելու և զուգակցող պաթոլոգիայի ժխտման/հաստատման նպատակով հարկավոր է մինչ բուժման տեսակն ընտրելը կատարել պացիենտի լիարժեք մասնագիտական, ճառագայթային, կլինիկո-լաբորատոր հետազոտություններ: Տեղում անցկացվող քննությունները կարող են թույլ տալ խուսափել հետագա հնարավոր բարդություններից և բարելավել բուժման որակը:

Այլ օրգան համակարգերի հիվանդությունների առկայության ժամանակ ցուցված են համապատասխան մասնագետների խորհրդարկություններ:

14. Նախա- և հետվիրահատական շրջաններում կիրառել հետևյալ դեղորայքային միջոցները (ԱՄ - 2B, ՈւԱ - B) [15-18]՝

- կոմբինացված ֆլեբոտոնիկ պրեպարատներ
- տեղային համակցված ցավազրկող և հակաալոցային դեղամիջոցներ՝ գելերի, քսուքների, կրեմների և մոմիկների տեսքով՝
- Ոչ թմրադեղ ցավազրկողներ նախավիրահատական/ամբուլատոր և հետվիրահատական շրջանում՝

Մեջբերում

Չարգացող բորբոքային բաղադրիչը հետանցքային ճաքի հիմնական ախտանիշներից է, իսկ իր զարգացումը կարողը բերել սուր պարապրոկտիտի զարգացմանը: Քիչ ինվազիվ վիրաբուժական մեթոդներն ուղղված են նաև այդ բարդությունից խուսափելուն: Յուրաքանչյուր հիվանդի դեպքում մեթոդի ընտրությունը անհատական է՝ կախված ախտանիշներից: Միևնույն ժամանակ հետվիրահատական ընթացքում անհրաժեշտ է վերականգնողական շրջան և առկա է հետվիրահատական բարդությունների առաջացման հավանականություն:

4. Հետվիրահատական շրջանի վարում

- Հետվիրահատական ընթացքում մինչև վերքի լավանալը, հիվանդներին ցուցված է կանոնավոր կատարել հետանցքային շրջանի վնասումներ՝ օգտագործելով կալիումի պերմանգանատի կամ երիցուկի թուրմի լուծույթներ:
- Նաև կատարել ամենօրյա վիրակապություններ՝ օգտագործելով համապատասխան քսուքներ:
- Մինչև լավացումը անհրաժեշտ է բժշկի ամենշաբաթյա զննում:
- Բուժման ամբողջ ընթացքում անհրաժեշտ է պահել համապատասխան սննդակարգ՝ հարուստ բուսական բջջանյութով, կղանքը փափկեցնելու նպատակով:

5. Կանխարգելում

Վերջինիս հիմքում ընկած է ստամոքս-աղիքային ուղու գործունեության բարելավում, սննդակարկի պահպանում, փորկապությունների վերացում, հիգիենայի կարգի պահպանում:

6. Կանխատեսում

Ճիշտ մոտեցումներով և ցուցումներով կատարված պահպանողական, քիչ ինվազիվ և վիրահատական բուժումը 94-100% հիվանդներին թույլ է տալիս հասնել լիարժեք արդյունքի:

7. Ուղեցույցի ներդրման հնարավորություններ և աուդիտի (հուշաքննության) ցուցանիշներ

Հետանցքային ճաքով պացիենտների 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
- Աուդիո (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: Ստորև ներկայացվում են SSC-ի “Համապարփակ ներդրման և բարելավման ուղեցույցի” (Complete Implementation and Improvement Guide) աուդիտի (հուշաքննության) օրինակելի ցուցանիշները.

- պացիենտների քանակը, որոնց կատարվել է ուղիղ աղիքի էնդոսկոպիկ հետազոտություն ախտորոշումը հաստատելու համար **իրականացվում են ցավային ախտանիշի վերանալուց հետո**
- պացիենտների քանակը, որոնց կատարվել է հաստ աղիքի էնդոսկոպիկ հետազոտություն՝ ախտորոշումը հաստատելու համար (հատուկ կլինիկական պատկերի առկայության դեպքում)՝ **իրականացվում են ցավային ախտանիշի վերանալուց հետո**
- պացիենտների քանակը, որոնց կատարվել է հաստ աղիքի ճառագայթային 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
- զուգակցող հիվանդություններով պացիենտների քանակը, որոնց կատարվել է մասնագետների խորհուրդատվություն (ուրոլոգ, գինեկոլոգ, սրտաբան և այլն) նախա- և հետվիրահատական շրջանում

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

- պացիենտների քանակը, որոնց նկատմամբ իրականացվել է մշտադիտարկում (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 դիադրոյան, 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:

8. 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 .
7. Sutherland L.M., Burchard A.K., Matsuda K., et al. A systematic review of stapled hemorrhoidectomy. Arch Surg. 2002; 137: 1395–406.
8. Fazio F.W., Tjandra J.J. The management of perianal diseases. Adv Surg. 1996; 29: 59–78.
9. Воробьев Г.И. Основы колопроктологии. М.: МИА, 2006. С.79-82, 94.
10. 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.
11. 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.

12. Laurence R. Sands, Dana R. Sands. Ambulatory Colorectal Surgery. Informa. 2009; 79-85.

13. Marvin L. Corman, M.D. Colon and Rectal Surgery. Lippincott. 2005. P. 177-255.

14. The American Society of Colon and Rectal Surgeons. Practice Parameters for the Management of Hemorrhoids. Dis Colon Rectum. 2005; 48: 189–194.

15. Webster D.J., Gough D.C., Craven J.L. The use of bulky evacuants in patients with haemorrhoids. Br J Surg. 1978; 65: 291.

16. 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.

17. 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.

18. Salvati E.P. Nonoperative management of hemorrhoids. Dis Colon Rectum. 1999; 42: 989–93.

19. Perera N., Liolitsa D., Iype S., Croxford A., Yassin M. Phlebotonics for haemorrhoids. The Cochrane Collaboration. 2012.

20. Cheetham M.J., Mortensen N.J., Nystrom P.O., et al. Persistent pain and faecal urgency after stapled haemorrhoidectomy. Lancet. 2000; 356: 730–3.

21. MacRae H.M., McLeod R.S. Comparison of hemorrhoidal treatment modalities: a meta-analysis. Dis Colon Rectum. 1995; 38: 687–94.

22. MacRae H.M., McLeod R.S. Comparison of hemorrhoidal treatments: a meta-analysis. Can J Surg. 1997; 40: 14–7.

23. Lee H.H., Spencer R.J., Beart R.W. Multiple hemorrhoidal banding in a single session. Dis Colon Rectum. 1994; 37: 37–41.

24. 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.

25. Armstrong D.N. Multiple hemorrhoidal ligation: a prospective, randomized trial evaluating a new technique. *Dis Colon Rectum.* 2003; 46: 179–86.

26. 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.

27. 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.

28. 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.

29. 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:

30. 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.

31. 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.

32. 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.

33. 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.

34. 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.

35. 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.

36. Lienert M., Ulrich B. Doppler-guided ligation of the hemorrhoidal arteries. Report of experiences with 248 patients. *Dtsch Med Wochenschr*. 2004; 129: 947–50.

37. Andrews E. The treatment of hemorrhoids by injection. *Med Rec*. 1879; 15:451.

38. Terrell E.H. The treatment of hemorrhoids by a new method. *Trans Am Proctol Soc*. 1916: 65.

39. 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.

40. 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.

41. Leicester R.J., Nicholls R.J., Mann C.V. Infrared coagulation: a new treatment for hemorrhoids. *Dis Colon Rectum*. 1981; 24: 602.

42. Quevado-Bonilla G., Farkas A.M., Abcarian H., et al. Septic complications of hemorrhoidal banding. *Arch Surg*. 1988; 123: 650.

43. 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.

44. 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.

45. 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.

46. 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.

47. 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.

48. 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.

49. Arbmán G., Krook H., Haapaniemi S. Closed vs. Open hemorrhoidectomy—is there any difference? *Dis Colon Rectum.* 2000; 43: 31-4.

50. Tan J.J., Seow-Choen F. Prospective, randomized trial comparing diathermy and harmonic scalpel hemorrhoidectomy. *Dis Colon Rectum.* 2001; 44: 677-9.

51. 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.

52. 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.

53. 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.

54. 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.

55. Shalaby R., Desoky A. Randomized clinical trial of stapled versus Milligan-Morgan haemorrhoidectomy. *Br J Surg.* 2001; 88: 1049–53.

56. 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.

57. 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.

58. 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.

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

60. 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.

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

62. 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.
63. Parks A.G. Surgical treatment of haemorrhoids. *Br J Surg*. 1956; 43: 337.
64. 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.
65. Oughriss M., Yver R., Faucheron J.L. Complications of stapled hemorrhoidectomy: a French multicentric study. *Gastroenterol Clin Biol*. 2005; 29: 429–33.
66. Molloy Rg, Kingsmore D. Life-threatening pelvis sepsis after stapled haemorrhoidectomy. *Lancet*. 2000; 355: 782–5.
67. 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.
68. 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.
69. Pescatori M. Management of post-anopexy rectal stricture. *Tech Coloproctol*. 2002; 6: 125-126.
70. Cheetham M.J., Mortensen N.J.M., Nystrom P.-O., et al. Persistent pain and fecal urgency after stapled haemorrhoidectomy. *Lancet*. 2000; 356: 730.
71. 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.
72. Chung Y.-C., Wu H.-J. Clinical experience of sutureless closed hemorrhoidectomy with Ligasure. *Dis Colon Rectum*. 2003; 46: 87-92.

73. 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.
74. Благодарный Л.А., Шелыгин Ю.А., Хмылов Л.А., Соттаева В.Х. Бесшовная геморроидэктомия. *Колопроктология*. 2006. №3(17). С. 8-12.
75. Gough MJ, Lewis A. The conservative treatment of fissure-in-ano. *Br J Surg*. 198. 3;70:175–176.
76. Guyatt G, Gutterman D, Baumann MH, et al. Grading strength of recommendations and quality of evidence in clinical guidelines: report from an American College of Chest Physicians Task Force. *Chest*. 2006;129:174–181.
77. Jensen SL. Treatment of first episodes of acute anal fissure:prospective randomised study of lignocaine ointment versus hydrocortisone ointment or warm sitz baths plus bran. *Br Med J (Clin Res Ed)*. 1986;292:1167–1169.
78. S hub HA, Salvati EP, Rubin RJ. Conservative treatment of anal fissure: an unselected, retrospective and continuous study. *Dis Colon Rectum*. 1978;21:582–583.
79. N elson RL, Thomas K, Morgan J, Jones A. Non-surgical therapy for anal fissure. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;2: CD003431.
80. Altomare DF, Binda GA, Canuti S, Landolfi V, Trompetto M, Villani RD. The management of patients with primary chronic anal fissure: a position paper. *Tech Coloproctol*. 2011;15:135–141.
81. Bailey HR, Beck DE, Billingham RP, et al; Fissure Study Group. A study to determine the nitroglycerin ointment dose and dosing interval that best promote the healing of chronic anal fissures. *Dis Colon Rectum*.2002;45:1192–1199.
82. Canelles E, Bernal JC, Berasategui J, Puche J, Landete FJ, de- Tursi L. Long-term follow-up of chronic anal fissure (CAF)on diltiazem 2% using a telephone questionnaire. Do results change? *Rev Esp Enferm Dig*. 2015;107: 216–220.

83. Festen S, Gisbertz SS, van Schaagen F, Gerhards MF. Blinded randomized clinical trial of botulinum toxin versus isosorbide dinitrate ointment for treatment of anal fissure. *Br J Surg*. 2009;96:1393–1399.
84. Nelson R. Non-surgical therapy for anal fissure. *CochraneDatabase Syst Rev*. 2006;4: CD003431.
85. Lysy J, Israeli E, Levy S, Rozentzweig G, Strauss-Liviatan N, Goldin E. Long-term results of “chemicCal sphincterotomy” for chronic anal fissure: a prospective study. *Dis Colon Rectum*. 2006;49:858–864.
86. Berkel AE, Rosman C, Koop R, van Duijvendijk P, van der Palen J, Klaase JM. Isosorbide dinitrate ointment vs botulinum toxin A (Dysport) as the primary treatment for chronic anal fissure: a randomized multicentre study. *Colorectal Dis*. 2014; 16:360–366.
87. Whatley JZ, Tang SJ, Glover PH, et al. Management of complicated chronic anal fissures with high-dose circumferential chemodeneration (HDCC) of the internal anal sphincter. *Int J Surg*. 2015;24(pt A):24–26.
88. Iswariah H, Stephens J, Rieger N, Rodda D, Hewett P. Randomized prospective controlled trial of lateral internal sphincterotomy versus injection of botulinum toxin for the treatment of idiopathic fissure in ano. *ANZ J Surg*. 2005;75:553–555.
89. Katsinelos P, Papaziogas B, Koutelidakis I, et al. Topical 0.5% nifedipine vs. lateral internal sphincterotomy for the treatment of chronic anal fissure: long-term follow-up. *Int J Colorectal Dis*. 2006; 21:179–183.
90. Brown CJ, Dubreuil D, Santoro L, Liu M, O’Connor BI, McLeod RS. Lateral internal sphincterotomy is superior to topical nitroglycerin for healing chronic anal fissure and does not compromise long-term fecal continence: six-year follow-up of a multicenter, randomized, controlled trial. *Dis Colon Rectum*. 2007;50: 442–448.

91. de Rosa M, Cestaro G, Vitiello C, Massa S, Gentile M. Conservative versus surgical treatment for chronic anal idiopathic fissure: a prospective randomized trial. *Updates Surg.* 2013; 65:197–200.
92. Nasr M, Ezzat H, Elsebae M. Botulinum toxin injection versus lateral internal sphincterotomy in the treatment of chronic anal fissure: a randomized controlled trial. *World J Surg.* 2010;34: 2730–2734.
93. Hyman N. Incontinence after lateral internal sphincterotomy: a prospective study and quality of life assessment. *Dis Colon Rectum.* 2004; 47:35–38.
94. Ortiz H, Marzo J, Armendariz P, De Miguel M. Quality of life assessment in patients with chronic anal fissure after lateral internal sphincterotomy. *Br J Surg.* 2005; 92:881–885.
95. Menteş BB, Tezcaner T, Yilmaz U, Leventoğlu S, Oguz M. Results of lateral internal sphincterotomy for chronic anal fissure with particular reference to quality of life. *Dis Colon Rectum.* 2006;49: 1045–1051.
96. Nelson RL, Chattopadhyay A, Brooks W, Platt I, Paavana T, Earl S. Operative procedures for fissure in ano. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011;11: CD002199.
97. Weaver RM, Ambrose NS, Alexander-Williams J, Keighley MR. Manual dilatation of the anus vs. lateral subcutaneous sphincterotomy in the treatment of chronic fissure-in-ano. Results of a prospective, randomized, clinical trial. *Dis Colon Rectum.* 1987;30: 420–423.
98. Ram E, Vishne T, Lerner I, Dreznik Z. Anal dilatation versus left lateral sphincterotomy for chronic anal fissure: a prospective randomized study [published online ahead of print December 3 2007]. *Tech Coloproctol.* doi: 10.1007/s10151-007-0373-7.
99. Mousavi SR, Sharifi M, Mehdikhah Z. A comparison between the results of fissurectomy and lateral internal sphincterotomy in the surgical management of chronic anal fissure. *J Gastrointest Surg.* 2009;13:1279–1282.

100. Wang ZY, Sun JH, Chen XJ. Prospective randomized trial of optimum anal canal release treatment for chronic anal fissure. [Chinese] *Zhong Xi Yi Jie He Xue Bao*. 2005;3: 190, 206.
101. Nelson R. Operative procedures for fissure in ano. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005:CD002199.
102. Boulos PB, Araujo JG. Adequate internal sphincterotomy for chronic anal fissure: subcutaneous or open technique? *Br J Surg*. 1984;71: 360–362.
103. Kortbeek JB, Langevin JM, Khoo RE, Heine JA. Chronic fissure- in-ano: a randomized study comparing open and subcutaneous lateral internal. *Dis Colon Rectum*. 1992;35: 835–837.
104. Arroyo A, Pérez F, Serrano P, Candela F, Calpena R. Open versus closed lateral sphincterotomy performed as an outpatient procedure under local anesthesia for chronic anal fissure: prospective randomized study of clinical and manometric longterm results. *J Am Coll Surg*. 2004;199:361–367.
105. Wiley M, Day P, Rieger N, Stephens J, Moore J. Open vs. closed lateral internal sphincterotomy for idiopathic fissure-in-ano: a prospective, randomized, controlled trial. *Dis Colon Rectum*. 2004; 47: 847–852.
106. Gupta V, Rodrigues G, Prabhu R, Ravi C. Open versus closed lateral internal anal sphincterotomy in the management of chronic anal fissures: a prospective randomized study. *Asian J Surg*. 2014;37:178–183.
107. Menteş BB, Ege B, Leventoglu S, Oguz M, Karadag A. Extent of lateral internal sphincterotomy: up to the dentate line or up to the fissure apex? *Dis Colon Rectum*. 2005; 48:365–370.
108. Liang J, Church JM. Lateral internal sphincterotomy for surgically recurrent chronic anal fissure. *Am J Surg*. 2015; 210:715–719.
109. Leong AF, Seow-Choen F. Lateral sphincterotomy compared with anal advancement flap for chronic anal fissure. *Dis Colon Rectum*. 1995;38:69–71.

110. Giordano P, Gravante G, Grondona P, Ruggiero B, Porrett T, Lunniss PJ. Simple cutaneous advancement flap anoplasty for resistant chronic anal fissure: a prospective study. *World J Surg.* 2009;33:1058–1063.
111. Patel SD, Oxenham T, Praveen BV. Medium-term results of anal advancement flap compared with lateral sphincterotomy for the treatment of anal fissure. *Int J Colorectal Dis.* 2011;26:1211–1214.
112. Magdy A, El Nakeeb A, Fouda el Y, Youssef M, Farid M. Comparative study of conventional lateral internal sphincterotomy, V-Y anoplasty, and tailored lateral internal sphincterotomy with V-Y anoplasty in the treatment of chronic anal fissure. *J Gastrointest Surg.* 2012;16:1955–1962.
113. D’Ugo S, Franceschilli L, Cadeddu F, et al. Medical and surgical treatment of haemorrhoids and anal fissure in Crohn’s disease: a critical appraisal. *BMC Gastroenterol.* 2013;13:47.
114. 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

Խորհուրդների աստիճանը	
----------------------------------	--

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