

Ամփոփում

Նպատակ

Ուղեցույցը տրամադրում է կոնյունկտիվիտի արդի միջազգային գիտաբժշկական տեղեկատվության վրա հիմնված բուժական և կազմակերպչական գործառույթների համալիր: Փաստաթղթի նպատակն է բարելավել կոնյունկտիվիտով պացիենտների բուժման արդյունքները ներառյալ կյանքի որակը:

Մեթոդաբանություն

Սույն Ուղեցույցը մշակվել է Հայաստանի ակնաբույժների միության անդամների կողմից: Փաստաթղթի հիմքն են հանդիսացել «Կոնյունկտիվիտներ-Վարման նախընտրելի օրինակ» (Conjunctivitis-Preferred Practice Pattern) ուղեցույցը՝ մշակված Ամերիկյան ակնաբույժների ակադեմիայի կողմից 2013թ. և նույն ակադեմիայի կողմից ներկայացված «Արտաքին աչքի և եղջերաթաղանթի հիվանդություններ» (External eye disease and Cornea 2015-2016) հատորը, ինչպես նաև Cochrane library և UpToDate էլեկտրոնային շտեմարանի տվյալները: Տեղեկատվության որակը գնահատելիս և ցուցումների ուժը որոշելիս սկզբնաղբյուր հանդիսացող փաստաթղթում հիմք է ընդունվել Ցուցումների ուսումնասիրման, ստեղծման և գնահատման դասակարգման համակարգը (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation – GRADE) և Շոտլանդական միջկոլլեգիալ խմբի կլինիկական ուղեցույցերի համացանցի (Scottish Intergollegiate Guideline Network - SIGN) ապացույցների դասակարգումը: Տեղայնացման աշխատանքները կատարվել են ADAPTE մեթոդաբանության հիման վրա: Պատասխանատու համակարգողը և աշխատանքային խմբի անդամները հայտարարագրել են իրենց շահերի բախման վերաբերյալ տեղեկատվությունը: Ուղեցույցի բոլոր դրույթները քննարկվել և հավանության են արժանացել Հայաստանի ակնաբույժների միության կողմից (արձանագրությունը կցվում է): Ուղեցույցը նախատեսված է ակնաբույժների, ընտանեկան բժիշկների ինչպես նաև 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 կոնյունկտիվիտի սահմանումների, դասակարգումների, ռիսկի գործոնների, ախտորոշման, կլինիկական պատկերի, պահպանողական բուժական միջամտությունների և ելքերի հիմնահարցերը: Առաջարկվել են ներդրման տարբերակները և աուդիտի ցուցանիշները:

Հերևություններ

Բազմաբնագավառ մոտեցումը և ապացուցողական խորհուրդներին հետևելը կոնյունկտիվիտով տառապող պացիենտների ելքերի բարելավման բանալիներն են: Տեղայնացված բուժական գործելակարգերի և ընթացակարգերի կիրառումը պետք է ձգտի հասնել պացիենտների բուժման ելքերի չափելի բարելավումների:

Բանալի բառեր

Ապացուցողական բժշկություն, Ցուցումների ուսումնասիրման, սրբեղծման և գնահատման դասակարգման համակարգ, ուղեցույցեր, կոնյունկտիվիտ, ադենովիրուս, ալերգիա, կյանքի որակ, կոնտակտային լինզա

Պատասխանատու համակարգող

Մալայան Ա.Ս., պրոֆեսոր, ՀՀ ԱՆ գլխավոր ակնաբույժ, Ս.Վ.Մալայանի անվ. Ակնաբուժական Կլինիկայի տնօրեն, Երևանի Մխիթար Հերացու անվան պետական բժշկական համալսարանի ակնաբուժության ամբիոնի վարիչ

Աշխատանքային խմբի անդամներ

- Հովակիմյան Ա.Վ., պրոֆեսոր Ս.Վ.Մալայանի անվ. Ակնաբուժական Կլինիկայի Բորբոքային Բաժանմունքի Բաժնի վարիչ
- Դավթյան Ա.Տ., Ս.Վ.Մալայանի անվ. Ակնաբուժական Կլինիկայի Բորբոքային Բաժանմունքի Բաժնի բժիշկ
- Սարգսյան Հ.Է., Ս.Վ.Մալայանի անվ. Ակնաբուժական Կլինիկայի Բորբոքային Բաժանմունքի Բաժնի բժիշկ
- Մանուկյան Ս., Ս.Վ.Մալայանի անվ. Ակնաբուժական Կլինիկայի Բորբոքային Բաժանմունքի Բաժնի բժիշկ

Շահերի բախման հայտարարագիր և ֆինանսավորման աղբյուրներ

Պատասխանատու համակարգողը և աշխատանքային խմբի անդամները հայտարարում են շահերի բախման բացակայության մասին (հայտարարագրերը կցվում են): Սույն փաստաթղթի մշակման աշխատանքները ֆինանսավորվել են ՀՀ ԱՆ կողմից: Ֆինանսավորող կառույցը չի ունեցել և ոչ մի ազդեցություն սույն ուղեցույցի մշակման որևէ փուլի վրա:

Շնորհակալական խոսք

Պատասխանատու համակարգողը իր երախտագիտությունն է հայտնում աշխատանքային խմբի բոլոր անդամներին, ինչպես նաև սույն ուղեցույցի մշակման աշխատանքներին իրենց աջակցությունը, խորհրդատվությունը և մասնագիտական գիտելիքները տրամադրած գործընկերներին:

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

Բովանդակություն

Նախաբան

Տեղեկատվության որոնման և գնահատման մեթոդաբանություն

Դասակարգում

Էթիկոլոգիա

Ախտանշաններ

Կլինիկական պատկեր

Բուժում

Գրականության ցանկ

Հավելված 1. Ցուցումների ուսումնասիրման, ստեղծման և գնահատման դասակարգման համակարգ և Շոտլանդական միջկոլլեգիալ խմբի կլինիկական ուղեցույցերի համացանցի ապացույցների դասակարգում

Նախաբան

Կոնյունկտիվիտը շաղկապենու բորբորոքումն է: Կոնյունկտիվիտները սովորաբար ինքնասահմանափակվող հիվանդություններ են, սակայն որոշ տեսակներ կարող են պրոգրեսիվել՝ առաջացնելով ծանր բարդություններ: Կոնյունկտիվիտները լինում են ըստ պատճառի ինֆեկցիոն և ոչ ինֆեկցիոն, ըստ ընթացքի՝ սուր, քրոնիկ, ռեցիդիվող: Կարևոր է տարբերակել առաջնային կոնյունկտիվիտները այն դեպքերից, երբ շաղկապենու բորբորոքումը կապված է համակարգային կամ այլ ակնային հիվանդությունների հետ:

Կոնյունկտիվիտները բազմազան հիվանդությունների խումբ են, հանդիպում են ամբողջ աշխարհով, ախտահարում են բոլոր տարիքային և սոցիալական խմբերին, ակնաբուժների դիմելու հիմնական պատճառներից մեկն է: Սակայն բոլոր տեսակի կոնյունկտիվիտների առաջացման և տարածվածության մասին տվյալներ չկան:

Տեղեկատվության որոնման և գնահատման մեթոդաբանությունը

Սույն ուղեցույցը մշակվել է Հայաստանի ակնաբույժների միության անդամների կողմից: Բանալի բառերի օգնությամբ կատարվել է բազմաբնագավառ, համակարգված գրականության որոնում (2008-2016թթ.) Cochrane library, MEDLINE, և UpToDate առցանց տվյալների բազաներում հավելյալ կատարելով համապատասխան հրապարակումների գրականության ցանկերի սկրինինգ: Յուրաքանչյուր որոնողական ռազմավարության նպատակն էր հայտնաբերել պատահական բաշխմամբ վերահսկվող փորձարկումներ (ՊԲՎՓ), ոչ-ՊԲՎԹ և համակարգային վերանայումներ, որոնք անդրադառնում են որոշակի գիտական հարցադրումներին: Տեղայնացման սկզբնաղբյուրներ է հանդիսացել «Կոնյունկտիվիտներ-Վարման նախընտրելի օրինակ» (Conjunctivitis-Preferred Practice Pattern) ուղեցույցը՝ մշակված ամերիկյան ակնաբույժների ակադեմիայի կողմից 2013թ. և նույն ակադեմիայի կողմից ներկայացված «Արտաքին աչքի և եղջերաթաղանթի հիվանդություններ» (External eye disease and Cornea 2015-2016) հատորը:

Տեղեկատվության որակը գնահատելիս և ցուցումների ուժը որոշելիս սկզբնաղբյուր հանդիսացած ուղեցույցում հիմք է ընդունվել Ցուցումների ուսումնասիրման, ստեղծման և

գնահատման դասակարգման համակարգը (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation – GRADE) և Շոտլանդական միջկոլլեգիալ խմբի կլինիկական ուղեցույցերի համացանցի (Scottish Intergollegiate Guideline Network - SIGN) ապացույցների դասակարգումը[1-3]:

Տեղայնացման աշխատանքները իրականացվել են ըստ ADAPTE մեթոդաբանության՝ միջմասնագիտական աշխատանքային խմբի անդամների առերես հանդիպումների և հեռահար շփումների միջոցով: Ուղեցույցի բոլոր դրույթների վերաբերյալ ապահովվել է աշխատանքային խմբի բոլոր անդամների կոնսենսուս: Փաստաթուղթը նախատեսված է ակնաբույժների, ընտանեկան բժիշկների և առողջապահության կազմակերպիչների համար: Սույն Ուղեցույցը ենթակա է պարբերական թարմացումների և/կամ խմբագրման Հայաստանի ակնաբույժների միության անդամների կողմից յուրաքանչյուր 5 տարին մեկ կամ ավելի հաճախակի՝ կախված տվյալ ոլորտում նոր գիտագործնական տեղեկատվության ի հայտ գալուց:

Դասակարգում

1. Ալերգիկ
 - 1.1. Սեզոնային ալերգիկ կոնյունկտիվիտ
 - 1.2. Գարնանային կատար
 - 1.3. Ատոպիկ կոնյունկտիվիտ
2. Մեխանիկական/Տոքսիկ
 - 2.1. Վերին լիմբիկ կերատոկոնյունկտիվիտ
 - 2.2. Կոնտակտային լինզաներով պայամանավորված կերատոկոնյունկտիվիտ
 - 2.3. Փափուկ կոպի համախտանիշ
 - 2.4. Կոնյունկտիվոխալազիս
 - 2.5. Գիգանտ անցաթաղի սինդրոմ
3. Վիրուսային
 - 3.1. Ադենովիրուսային կոնյունկտիվիտ
 - 3.2. Հերպես վիրուսային կոնյունկտիվիտ (HSV և VZV)
 - 3.3. Կոնտագյոզ մոլլուսկ

4. Բակտերիալ
 - 4.1. Բակտերիալ
 - 4.2. Քլամիդիալ
5. Իմուն-միջնորդված
 - 5.1. Օկուլյար սպիակաՆ պեմֆիգոիդ
 - 5.2. Ստիվեն-Ջոնսոնի սինդրոմ
 - 5.3. Տերն ընդդեմ տրանսպլանտատի հիվանդություն
6. Նեոպլաստիկ
 - 6.1. Ճարպագեղձի կարցինոմա
 - 6.2. Տափակ բջջային նեոպլազիա
 - 6.3. Մելանոմա
7. Ժառանգական
 - 7.1. Փայտանման կոնյունկտիվիտ

Առանձին նոզոլոգիա է ներկայացնում չորության կերատոկոնյունկտիվիտը, որը քննարկվում է չոր աչքի սինդրոմի շրջանակներում:

Ախտորոշումը կայացնելուն կարող են օգնել հետևյալ հարցերը.

- Ախտանիշներ (արտադրության առկայություն, օտար մարմնի զգացում, ծակոց, այրոց, քոր, տեսողության հնարավոր մշուշոտում)
- Ախտանիշների տևողությունը
- Մոնոլատերալ կամ բիլատերալ դրսևորումը
- Անամնեզում ինֆեկցված անհատների հետ շփում
- Համակարգային հիվանդության ախտանիշներ (վերին շնչուղիների ինֆեկցիա, դիզուրիա, միզասեռական համակարգից արտադրություն)
- Համակարգային ալերգիա, ապթմա, էկզեմա

Ուղեցույցում կքննարկեն Հայաստանում առավել հաճախ հանդիպող կոնյունկտիվիտները:

Ալերգիկ կոնյունկտիվիտներից կլինիկայում ավելի հաճախ հանդիպում են սեզոնային ալերգիկ կոնյունկտիվիտը և գարնանային կատարը:

Սեզոնային ալերգիկ կոնյունկտիվիտ

- Էթիոլոգիա- օդային ալերգենների հանդեպ 1-ին տիպի հիպերզգայնության նեակցիա
- Ախտանշաններ- ունի սեզոնային բնույթ
 - Քոր
 - Արցունքահոսություն
 - Կոպերի այտուց
 - Խեմոզ
 - Զուգակցված քթահոսություն
- Բուժում
 - Ալերգենի հետ շփման հնարավորինս բացառում (մակարդակ III, անբավարար որակ, պայմանական առաջարկ)[4]
 - **Հակահիստամինային կաթիլներ, պարարտ բջիջների ստաբիլիզատորներ (Նատրիումի քրոմոգլիկատ, Օլոպատադին օրեկան 2-4 անգամ դեղաչափով) (մակարդակ I++, բարձր որակ, համառ առաջարկ)[6-8]**
 - Տեղային ստերոիդային կաթիլներ (մակարդակ III, անբավարար որակ, պայմանական առաջարկ)[9]
 - Ծանր ընթացքի դեպքում նշանակվում են հակահիստամինային դեղահաբեր (մակարդակ III, անբավարար որակ, պայմանական առաջարկ)
 - Ոչ ստերոիդային հակաբորբոքային կաթիլներ (Կետորոլակ օրեկան 4 անգամ դեղաչափով) (մակարդակ I, միջին որակ, պայմանական առաջարկ)[10]
 - Ցիկլոսպորինի 2% աչքի կաթիլներ (մակարդակ I-, միջին որակ, պայմանական առաջարկ)[4,5]
 - Արհեստական արցունքի կաթիլներ (մակարդակ III, անբավարար որակ, պայմանական առաջարկ)
 - Սառը թրջոցներ (մակարդակ III, անբավարար որակ, պայմանական առաջարկ)

Գարնանային կատար

Կոնյունկտիվայի սեզոնային, կրկնվող բիլատերալ բորբոքում է: Սովորաբար ախտահարում է 2-30տ. անձանց, առավել տարածված է տաք, չոր կլիմա ունեցող երկրներում:

- Էթիոլոգիա- գերզգայնության ռեակցիան կարող է դիտվել և 1-ին տիպով (IgE), և 2-րդ տիպով (IgG)
- Ախտանշաններ
 - Քոր
 - Արցունքահոսություն
 - Լուսավախություն
 - Սպիտակ մածուցիկ արտադրություն
 - Վերին կոպի լորձաթաղանթի գիգանտ պապիլաների առկայություն
 - Կոպերի այտուց
 - Կոնյունկտիվալ ինյեկցիա
- Կլինիկորեն արտահայտվում է 2 տեսակով
 - Պալպեբրալ- բնորոշ է վերին կոպի գիգանտ պապիլաների առկայություն
 - Լիմբալ- բնորոշ է լիմբի վրա սպիտակ հանգույցների առկայություն (Horner-Trantas-ի կետիկներ)
- Բուժում [11]
 - Հակահիստամինային կաթիլներ, պարարտ բջիջների ստաբիլիզատորներ (Նատրիումի քրոմոգլիկատ, Օլոպատադին օրեկան 2-4 անգամ դեղաչափով) (մակարդակ III, անբավարար որակ, պայմանական առաջարկ)
 - Տեղային ստերոիդային կաթիլներ նշանակվում են ծանր ընթացքի դեպքում, քանի որ հիմնականում հիվանդությունը հանդիպում է մանկական հասակում (մակարդակ III, անբավարար որակ, պայմանական առաջարկ)
 - Ոչ ստերոիդային հակաբորբոքային կաթիլներ (կետորոլակ օրեկան 4 անգամ դեղաչափով) (մակարդակ I, միջին որակ, պայմանական առաջարկ)
 - Ցիկլոսպորինի 2% աչքի կաթիլներ (մակարդակ I-, միջին որակ, պայմանական առաջարկ)[12-15]
 - Արհեստական արցունքի կաթիլներ (մակարդակ III, անբավարար որակ, պայմանական առաջարկ)

- Սառը թրջոցներ (մակարդակ III, անբավարար որակ, պայմանական առաջարկ)

Վիրուսային կոնյունկտիվիտներից ամենահաճախը հանդիպում են անդենովիրուսային կոնյունկտիվիտները:

Ադենովիրուսային կոնյունկտիվիտ

Հարուցվում է ադենովիրուսի տարբեր սերոտիպերով: Իսիստ վարակիչ է, վարակը փոխանցվում է ակնային և ռեսպիրատոր սեկրետների միջոցով:

- Ախտանշաններ
 - Քոր
 - Այրոցի և օտար մարմնի զգացողություն
 - Անամենեզում նշում են տարած վերին շնչուղիների ինֆեկցիա կամ կոնյունկտիվիտով հիվանդների հետ շփում
- Կլինիկական պատկեր[16,17]
 - Լորձանման արտադրություն
 - Կոպերի արտահայատված այտուց
 - Կոպի լորձաթաղանթի ֆուլիկուլյար ռեակցիա
 - Բիլատերալ դրսևորում, սակայն երկրորդ աչքը կարող է ընդգրկվել պրոցեսի մեջ մի քանի օր անց
 - Պրեաուրիկուլյար լիմֆադենոպաթիա
 - Կետային արյունազեղումներ
 - Պսևդոմեմբրանների առկայություն (4% դեպքում)
 - Ադենովիրուսի 8, 19 և 37 սերոտիպերը (էպիդեմիկ կերատոկոնյունկտիվիտի հարուցիչներ) կարող են առաջացնել իմունային կերատիտ՝ դրսևորված սուբէպիթելիալ մանր ինֆիլտրատների ձևով: Զարգանում է 2 շաբաթ անց, կարող է բազմաթիվ անգամ ռեցիդիվել տարիների ընթացքում:
- Բուժում
 - Հիվանդությունն ունի ինքնասահմանափակվող բնույթ, տևում է 2-3 շաբաթ, սակայն պետք է նշանակել հակավիրուսային բուժում հետագա

բարդություններից խուսափելու նպատակով Գանցիկլովիր գել/քսուք-ի նշանակում 1-ին շաբաթ օրեկան 5 անգամ, 2-րդ շաբաթ օրեկան 3 անգամ դեղաչափով (մակարդակ III, անբավարար որակ, պայմանական առաջարկ)

- Արհեստական արցունքի կաթիլներ, սառը թրջոցներ (մակարդակ III, անբավարար որակ, պայմանական առաջարկ)
- Պսևդոմոնոբանների առկայության դեպքում մեխանիկական հեռացում հետագա սպիական փոփոխություններից խուսափելու նպատակով (մակարդակ III, անբավարար որակ, պայմանական առաջարկ)
- Տեսողության սրության վրա ազդող սուբէպիթելիալ ինֆիլտրատների առկայության դեպքում նշանակվում են տեղային ստերոիդներ (մակարդակ III, անբավարար որակ, պայմանական առաջարկ)
- **Հիվանդությունը խիստ կոնտագյոզ է, ուստի խորհուրդ է տրվում պահպանել անձնական հիգիենայի կանոնները (մակարդակ III, բարձր որակ, համառ առաջարկ)**

Հերպետիկ վիրուսային կոնյունկտիվիտ

Այս կոնյունկտիվիտը հարուցվում է Herpes Simplex (HSV1/2) և Varicella Zoster (VZV) վիրուսների միջոցով: Herpes simplex վիրուսով հարուցված կոնյունկտիվիտը սովորաբար առաջնային հերպետիկ ինֆեկցիայից հետո վիրուսի ակտիվացում է սթրեպի կամ այլ վիրուսային ախտահարման պայմաններում: Varicella Zoster վիրուսով վարակը տեղի է ունենում ջրծաղիկով հիվանդների հետ շփման ընթացքում:

- Ախտանշաններ
 - Կոպերի այտուցվածություն, ցանավորում
 - Արտադրություն
 - Կարմրություն
 - Թույլ լուսավախություն
- Կլինիկական պատկեր
 - Կոպերի վեզիկուլյար ցանավորում, կարող է լինել խոցոտում
 - Varicella zoster վիրուսով առաջնային ախտահարման դեպքում կարող են հանդիպել լիմբալ վեզիկուլներ
 - Կարող է զուգակցվել դենդրիտային էպիթելիալ կերատիտով

- Herpes simplex վիրուսային ախտահարուը սովորաբար միակողմանի է, իսկ Varicella zoster վիրուսի պարագայում կարող է կինել ինչպես միակողմանի, այնպես էլ երկկողմանի
- Կոնյունկտիվայի թույլ ֆոլիկուլյար ռեակցիա
- Հնարավոր է շոշափվող հարականջային լիմֆատիկ հանգույցի առկայություն
- Բուժում[18-21]
 - **Տեղային (Գանցիկլովիր 0,15% գել, նշանակվում է օրեկան 3-5 անգամ, Տրիֆլյուրիդին 1% կաթիլներ նշանակվում է օրեկան 5-8 անգամ) և/կամ համակարգային հակավիրուսային (Ացիկլովիր 400մգ կամ 200մգ օրեկան 5 անգամ, Վալացիկլովիր 500մգ-ից օրը 2 կամ 3 անգամ) դեղորայքը կանխարգելում են եղջերաթաղանթի ախտահարումը (մակարդակ I++, բարձր որակ, համառ առաջարկ)**
 - Տեղային հակավիրուսային դեղամիջոցները կարող են լինել տոքսիկ, եթե օգտագործվեն 2 շաբաթից երկար (մակարդակ III, անբավարար որակ, պայմանական առաջարկ)
 - Ջրծաղիկով հիվանդ երեխաների մոտ ուղեկցվող կոպերի խոցոտման և լիմբալ կամ կոնյունկտիվալ բշտերի առկայության դեպքում նշանակվում են տեղային անտիբիոտիկներ՝ երկրորդային ինֆեկցիայի կանխարգելման նպատակով (մակարդակ III, անբավարար որակ, պայմանական առաջարկ)
 - Տեղային հակավիրուսային դեղորայքները բավականաչափ էֆեկտիվություն չեն ցուցաբերում վիրուսային ախտահարման այս տեսակի դեպքում (մակարդակ III, անբավարար որակ, պայմանական առաջարկ)
 - Իմունոկոմպետենտ հիվանդների դեպքում, երբ բուժումն արդարացված է, ցուցված են հետևյալ հակավիրուսային օրալ ընդունման դեղորայքները՝ ացիկլովիր՝ 800մգ դեղաչափով, օրական 5 անգամ, 7 օր տևողությամբ, վալացիկլովիր՝ 1000մգ, յուրաքանչյուր 8 ժամը մեկ, 7 օր, ֆամցիկլովիր՝ 500մգ, օրական 3 անգամ, 7 օր տևողությամբ դեպքում (մակարդակ III, անբավարար որակ, պայմանական առաջարկ)
 - Թույլ իմունիտետի դեպքում ենթադրյալ բուժումը անհրաժեշտ է իրականացնել առավել ագրեսիվ կերպով (մակարդակ III, անբավարար որակ, պայմանական առաջարկ)

- Երիկամային կլիրենսի խանգարումներով հիվանդների դեպքում անհրաժեշտ է զգոնություն ցուցաբերել (մակարդակ III, անբավարար որակ, պայմանական առաջարկ)

Կոնտագյոզ մոլյուսկ

Պատճառը վիրուսային ախտահարումն է: Հիվանդությունը տարածված է մեծ երեխաների և դեռահասների մոտ:[22]

- Կլինիկական պատկեր
 - Կոպի մաշկին կամ կոպեզրին առկա եզակի կամ բազմակի փոսիկավոր գմբեթաձև օջախներ
 - Բնորոշ է միակողմանի ախտահարում, բայց կարող է լինել նաև երկկողմանի
 - Առկա է թեթևից ծանր աստիճանի ֆոլիկուլյար ռեակցիա, կարող է զուգակցվել կետային էպիթելյալ կերատիտով
 - Երկարատև ընթացքի դեպքերում բնորոշ է կորնեալ պանուս
 - Կարող է լինել հարականջային լիմֆադենոպաթիա
- Բուժում
 - Կոպեզրի օջախները կարող են սպոնտան ներծծվել, սակայն ցուցված է օջախների հեռացում (մակարդակ III, անբավարար որակ, պայմանական առաջարկ)
 - Բուժման եղանակները ներառում են ախտահարումների հատում և կյուրետաժ, հասարակ կտրվածք, ինչպես նաև կրիոթերապիա (մակարդակ III, անբավարար որակ, պայմանական առաջարկ)
 - Եթե կոնյունկտիվիտի ախտանշանները չեն պահպանվում, դինամիկ հսկողություն ցուցված չէ (մակարդակ III, անբավարար որակ, պայմանական առաջարկ)

Բակտերիալ կոնյունկտիվիտ

- Էթիոլոգիան- հիմնական հարուցիչներն են ստաֆիլոկոկը, ստրեպտոկոկը, հեմոֆիլիուսը, նեյսերիա գոնորեան[23-25]:
- Ախտանշաններ
 - Կոպերի այտուց
 - Լորձաթարախային արտադրություն, որից կոպերը կպչում են իրար
 - Կոնյունկտիվալ ինյեկցիա

- Կոպի լորձաթաղանթի պապիլյար ռեակցիա
- Կարող է դրսևորվել ինչպես մոնոլատերալ, այնպես էլ բիլատերալ
- Որոշ հարուցիչներ կարող են առաջացնել պսևդոմենբրաններ (St. pneumoniae) և իսկական մենբրաններ (Corynebacterium Diphtheriae)
- Բուժում[26-28]
 - **Սովորաբար ինքնասահմանափակվող հիվանդություն է, առանց բուժման կարող է դիտվել լավացում առողջ չափահասների մոտ (մակարդակ I+, բարձր որակ, համառ առաջարկ)**
 - **Լայն սպեկտորի հակաբիոտիկների (Մոքսիֆլոքսացին, Լևոֆլոքսացին և այլն) կիրառումը արագացնում է լավացումը (մակարդակ I+, բարձր որակ, համառ առաջարկ)**
 - Քրոնիկ ընթացքի դեպքում կատարվում է շաղկապենուց ցանքս և հակաբիոտիկի զգայնության որոշում, հատկապես գոնոկոկային կոնյունկտիվիտի կասկածի դեպքում (մակարդակ III, անբավարար որակ, պայմանական առաջարկ)
 - Համակարգային անտիբիոտիկային թերապիա պետք է իրականացվի Neisseria gonorrhoeae հարուցչով պայմանավորված կոնյունկտիվիտի դեպքում. Ցեֆտրիաքսոն 250մգ/մ/մ միանվագ դոզա+Ազիտրոմիցին 1գ/per os միանվագ, Դոքսիցիլին 100մգ օրական 2 անգամ դեղաչափով (մակարդակ III, անբավարար որակ, պայմանական առաջարկ)
 - Նորածինների և երեխաների գոնոկոկային կոնյունկտիվիտի բուժումն իրականացվում է տեղային հակաբիոտիկային կաթիլներով և համակարգային հակաբիոտիկներով (Ցեֆտրիաքսոն 125մգ/մ/մ միանվագ)
 - **Եթե առկա է եղջերաթաղանթի ախտահարում, ապա այն պետք է բուժվի որպես բակտերիալ կերատիտ (մակարդակ II++, բարձր որակ, համառ առաջարկ)**
 - Եթե գոնոկոկային կոնյունկտիվիտ է, ապա հիվանդը պետք է գտնվի ամենօրյա հսկողության ներքո մինչև լավացումը (մակարդակ III, անբավարար որակ, պայմանական առաջարկ)
 - Այլ բակտերիալ կոնյունկտիվիտների դեպքում կատարվում է հիվանդի կրկնակի զննում 3-4 օր անց, եթե լավացում չի դիտվում (մակարդակ III, անբավարար որակ, պայմանական առաջարկ)

Քլամիդիալ կոնյունկտիվիտ

Հարուցվում է Chlamidia trachomatis-ի տարբեր սերոտիպերով: Վարակը տեղի է ունենում օկուլոգենիտալ սեկրետների միջոցով, կարող է փոխանցվել սեռական ճանապարհով, ինչպես նաև լողավազաններից:

- Ախտանշաններ
 - Կարող է լինել ինչպես միակողմանի այնպես էլ երկկողմանի
 - Առկա է ֆոլիկուլյար ռեակցիա, պաթոգենոմոնիկ նշան է բուլբար ֆոլիկուլների առկայությունը
 - Լորձային արտադրություն
 - Եղջերաթաղանթի պանուս
 - Պրեաուրիկուլյր լիմբադենոպաթիա
 - Նորածինների մոտ պապիլյար ռեակցիա է, արտադրությունը՝ թարախային կամ լորձաթարախային
- Ախտորոշում կարելի է կատարել գենիտալ սեկրետում կամ աչքից վերցված քսուքում ՊՇՌ-ի միջոցով հարուցչի ԴՆԹ-ի հայտնաբերմամբ[29-31]
- Բուժում[32]
 - Տեղային Տետրացիկլինի կամ Էրիթրոմիցինի քսուք (մակարդակ III, անբավարար որակ, պայմանական առաջարկ)
 - Համակարգային անտիբիոտիկներ՝ Ազիթրոմիցին 1գ դեղահաբ մինավազ կամ Դոքսիցիկլին 100մգ օրեկան 2 անգամ դեղաչափով 7օր (մակարդակ III, անբավարար որակ, պայմանական առաջարկ)
 - Նորածինների բուժումն իրականացվում է 50մգ/կգ դեղաչափով(մակարդակ III, անբավարար որակ, պայմանական առաջարկ)
 - **Հիվանդներին պետք է կրկնակի զննում բուժման ընթացքում (մակարդակ III, բարձր որակ, համառ առաջարկ)**

Վերին լիմբիկ կերատոկոնյունկտիվիտ

Վերին տարգալ, բուլբար և լիմբիկ կոնյունկտիվայի խրոնիկ բորբոքային հիվանդություն է: Հաճախ զուգակցվում է թիրոիդ դիսֆունկցիայի, ռևմատոիդ արթրիտի հետ: Հաճախ հանդիպում է իգական սեռի մոտ:[33]

- Ախտանշաններ
 - Աչքերում օտար մարմնի զգացողություն
 - Աչքերում այրոցի, ցավի զգացողություն
 - Լուսավախություն
- Կլինիկական պատկեր
 - Սովորաբար բիլատերալ դրսևորում
 - Ախտանիշների ենթասուր սկիզբ
 - Բիլատերալ վերին բուլբար ինյեկցիա, այտուց և կերատինիզացիա
 - Վերին եղջրենու և կոնյունկտիվայի կետային էպիթելիոպաթիա
 - Եղջրենու ֆիլամենտներ
- Ախտորոշումը հաստատելու համար վարդագույն բենգալյան կամ լիզամին կանաչ ներկով ներկում են կոնյունկտիվայի կերատինիզացված էպիթելը
- Բուժում
 - Արհեստական արցունքի կաթիլներ, արցունքատար կետիկի իմպլանտացիա (մակարդակ III, անբավարար որակ, պայմանական առաջարկ)
 - Պարարտ բջիջների ստաբիլիզատորներ (մակարդակ III, անբավարար որակ, պայմանական առաջարկ)
 - Ցիկլոսպորինի 0,5% աչքի կաթիլներ (մակարդակ III, անբավարար որակ, պայմանական առաջարկ)
 - Փափուկ կոնտակտային լինզա (մակարդակ III, անբավարար որակ, պայմանական առաջարկ)
 - Վիրահատական միջամտություն (մակարդակ III, անբավարար որակ, պայմանական առաջարկ)

Կոնտակտային լինզաներով պայմանավորված կոնյունկտիվիտ

Այս կոնյունկտիվիտի պատճառն է կոնտակտային լինզաներից մեխանիկական գրգռումը, հիպոքսիան, ինչպես նաև լինզաների հեղուկի կոնսերվանտները: Կարող է զարգանալ ցողունային բջիջների անբավարարություն[34]:

- Ախտանշաններ
 - Կոպերի այտուցվածություն
 - Աչքերում օտար մարմնի, այրոցի, ծակոցի զգացողություն
 - Կարմրություն
 - Կոպերի ծանրություն
- Կլինիկական պատկեր
 - Մեղմից մինչև արտահայտված կոնյունկտիվալ ինյեկցիա
 - Եղջերաթաղանթի ֆոկալ կամ դիֆուզ պերիֆերիկ նեովասկուլյարիզացիա
 - Եղջերաթաղանթի մակերեսային կետային կերատոպաթիա
 - Կոպերի գիգանտ պապիլյար ռեակցիա
- Բուժում
 - Կոնտակտային լինզաների կրման դադարեցում 2 կամ ավելի շաբաթով (մակարդակ III, անբավարար որակ, պայմանական առաջարկ)
 - Տեղային ստերոիդային կաթիլների կարճատև (2-3 շաբաթ) նշանակում, որից հետո տեղային Ֆիկլոսպորին 0,05% կաթիլների նշանակում (մակարդակ III, անբավարար որակ, պայմանական առաջարկ)
 - Խիստ արտահայտված դեպքերում լինզաների փոխարինում ակնոցներով կամ ռեֆրակտիվ միջամտության իրականացում (մակարդակ III, անբավարար որակ, պայմանական առաջարկ)

Պատճառը վերին կոպի թուլությունն է, որը քնած ժամանակ հեշտորեն արտաշրջվում է, կոպածառը հարվում է բարձի հետ շփվելուց: Այս համախտանիշը նկարագրված է գեր տղամարդկանց մոտ, հաճախ զուգակցվում է քնի ապնոեի հետ[38,39]:

- Ախտանշաններ
 - Աչքերում օտար մարմնի, ծակոցի զգացողություն
 - Կարմրություն
 - Վերին կոպի այտուցվածություն
- Կլինիկական պատկեր[35,36]
 - Վերին կոպը հեշտությամբ, առանց ուժ գործադրելու արտաշրջվում է
 - Վերին տարզալ կոնյունկտիվայի դիֆուզ պապիլյար ռեակցիա
 - Կարող է զուգակցվել մեղմ էպիթելիոպաթիայով, պանուսով
 - Սովորաբար բիլատերալ է, սակայն ասիմետրիկ
- Բուժում[37]
 - Ախտանիշների ժամանակավոր թուլացում դիտվում է քնելուց առաջ կոպերը լեյկոպլաստիրով փակելուց (մակարդակ III, անբավարար որակ, պայմանական առաջարկ)
 - Մեղմ դեպքերում օգնում է աչքերի լուբրիկացիան (մակարդակ III, անբավարար որակ, պայմանական առաջարկ)
 - Վերջնական բուժում է համարվում վերին կոպի հորիզոնական կարճեցումը՝ նրա արտաշրջումը կանխելու նպատակով (մակարդակ III, անբավարար որակ, պայմանական առաջարկ)
 - Պետք է հաշվի առնել միտրալ փականի պրոլապսի և քնի ապնոեի հայտնաբերումը (մակարդակ III, անբավարար որակ, պայմանական առաջարկ)

Ուղեցույցի ներդրման հնարավորություններ և աուդիտի ցուցանիշներ

Կոնյունկտիվիտով պացիենտների վարման արդի պահանջները հնարավոր է ապահովել Հայաստանի բուժհաստատություններում ներդնելով հետևյալ գործառույթները՝

- Գործելակարգեր, ընթացակարգեր, որոշումների ընդունման աջակցման համակարգեր (Decision Support System),
- Շարունակական ինտերակտիվ կրթական միջոցառումներ

- Աուդիտ տեղայնացված ցուցանիշների կիրառմամբ
- Ֆինանսական մեխանիզմներ

Գործելակարգերը պետք է ընդգրկեն տվյալ բուժհաստատության պայմաններում կոնյունկտիվիտոմբ 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: Կոնյունկտիվիտի վաղ ախտորոշումը, մեկնարկային թերապիան կամ արդեն իսկ փաստված կոնյունկտիվիտի կոնսերվատիվ և վիրահատական թերապիան հանդիսանում են նմանատիպ գործելակարգերի օրինակները:

Աուդիտի ցուցանիշները պետք է արտացոլեն տվյալ ախտաբանության կլինիկական և կազմակերպչական վարման հիմնաքարային օղակները, որոնք էականորեն ազդում են բուժման ելքերի վրա: Նրանք բաժանում են ամբողջ գործընթացը առանձին ավելի դյուրին ընկալվող և վերահսկվող փուլերի: Փուլերի վերահսկումը կրում է ինչպես որակական, այնպես էլ ժամանակային բնույթ: Այս գործընթացին ներկայացվող պարտադիր պահանջներից են ցուցանիշների չափելի բնույթը և տեղեկատվության համակարգային շարունակական հավաքագրումը: Ստորև ներկայացվում են աուդիտի առաջարկվող ցուցանիշները.

- **Սեզոնային ալերգիկ կոնյունկտիվիտոմբ պացիենտների քանակը, որոնց նշանակվել է հակահիստամինային կաթիլներ ախտորոշումից հետո**
- **Հերպետիկ վիրուսային կոնյունկտիվիտոմբերով պացիենտների քանակը, որոնց նշանակվել է հակավիրուսային դեղորայք՝ համակարգային և տեղային ընդունման ձևով ախտորոշումից հետո**
- **Բակտերիալ կոնյունկտիվիտոմբերով պացիենտների քանակը, որոնց նշանակվել է լայն սպեկտորի հակաբիոտիկային կաթիլներ ախտորոշումից հետո**

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

- **պացիենտների քանակը, որոնց նկատմամբ իրականացվել է կոնյունկտիվիտի 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) պատճառների խմբերի: Պահանջվող մասնագիտական վարքի փոփոխությունները, որոնք անխուսափելիորեն բխում են նոր կարգերից, հնարավոր է հանդիպեն կայուն դիամորֆոզայան, որի հիմքում ընկած են այնպիսի ներքին խորընդոտներ 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 բժշկություն» ուսումնական առարկաների բացակայությունը
- գործող բժիշկների և առողջապահական ոլորտի տարբեր մակարդակների ղեկավարների տեղեկատվական գրագիտության ցածր մակարդակը,
- բոլոր ներգրավված շահառուների ոչ արդյունավետ կոմունիկացիան 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 կոնյունկտիվիտով պացիենտների շահերի գերակայության որդեգրման պայմաններում:

Գրականության ցանկ

1. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Annex B: key to evidence statements and grades of recommendations. In: SIGN 50: A Guideline Developer's Handbook. Available at: www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/50/annexb.html. Accessed October 2, 2012
2. Guyatt GH, Oxman AD, Vist GE, et al. GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. BMJ 2008;336:924-6.

3. GRADE Working Group. Organizations that have endorsed or that are using GRADE. Available at: www.gradeworkinggroup.org/society/index.htm. Accessed October 2, 2012
4. Owen CG, Shah A, Henshaw K, et al. Topical treatments for seasonal allergic conjunctivitis: systematic review and meta-analysis of efficacy and effectiveness. *Br J Gen Pract* 2004;54:451-6.
5. New drugs for allergic conjunctivitis. *Med Lett Drugs Ther* 2000;42:39-40.
6. Abelson MB, Torkildsen GL, Williams JI, et al. Time to onset and duration of action of the antihistamine bepotastine besilate ophthalmic solutions 1.0% and 1.5% in allergic conjunctivitis: a phase III, single-center, prospective, randomized, double-masked, placebo-controlled, conjunctival allergen challenge assessment in adults and children. *Clin Ther* 2009;31:1908-21.
7. Borazan M, Karalezli A, Akova YA, et al. Efficacy of olopatadine HCl 0.1%, ketotifen fumarate 0.025%, epinastine HCl 0.05%, emedastine 0.05% and fluorometholone acetate 0.1% ophthalmic solutions for seasonal allergic conjunctivitis: a placebo-controlled environmental trial. *Acta Ophthalmol* 2009;87:549-54.
8. Figus M, Fogagnolo P, Lazzeri S, et al. Treatment of allergic conjunctivitis: results of a 1-month, single-masked randomized study. *Eur J Ophthalmol* 2010;20:811-8.
9. Fujishima H, Fukagawa K, Tanaka M, et al. The effect of a combined therapy with a histamine H1 antagonist and a chemical mediator release inhibitor on allergic conjunctivitis. *Ophthalmologica* 2008;222:232-9.
10. U.S. Food and Drug Administration Center for Drug Evaluation and Research. Allergan, Inc. Acular® (ketorolac tromethamine ophthalmic solution), 0.5% sterile. NDA 19-700/S-023 & S024. 2004:6. Available at: www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2005/19700S023_024lbl.pdf. Accessed October 2, 2012.
11. Mantelli F, Santos MS, Petitti T, et al. Systematic review and meta-analysis of randomised clinical trials on topical treatments for vernal keratoconjunctivitis. *Br J Ophthalmol* 2007;91:1656-61.
12. Gupta V, Sahu PK. Topical cyclosporin A in the management of vernal keratoconjunctivitis. *Eye* 2001;15:39-41.
13. Hingorani M, Moodaley L, Calder VL, et al. A randomized, placebo-controlled trial of topical cyclosporin A in steroid-dependent atopic keratoconjunctivitis. *Ophthalmology* 1998;105:1715-20.
14. Avunduk AM, Avunduk MC, Erdol H, et al. Cyclosporine effects on clinical findings and impression cytology specimens in severe vernal keratoconjunctivitis. *Ophthalmologica* 2001;215:290-3.
15. Akpek EK, Dart JK, Watson S, et al. A randomized trial of topical cyclosporin 0.05% in topical steroid-resistant atopic keratoconjunctivitis. *Ophthalmology* 2004;111:476-82.
16. Tullo AB. Clinical and epidemiological features of adenovirus keratoconjunctivitis. *Trans Ophthalmol Soc U K* 1980;100:263-7.
17. Dawson CR, Hanna L, Togni B. Adenovirus type 8 infections in the United States. IV. Observations on the pathogenesis of lesions in severe eye disease. *Arch Ophthalmol* 1972;87:258-68.
18. olin J, Hoh HB, Easty DL, et al. Ganciclovir ophthalmic gel (Virgan; 0.15%) in the treatment of herpes simplex keratitis. *Cornea* 1997;16:393-9.
19. Wilhelmus KR. Antiviral treatment and other therapeutic interventions for herpes simplex virus epithelial keratitis. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010, Issue 12. Art. No.: CD002898. DOI: 10.1002/14651858.CD002898.pub4.

20. Huff JC, Bean B, Balfour HH, Jr., et al. Therapy of herpes zoster with oral acyclovir. *Am J Med* 1988;85:84-9.
21. Colin J, Prisant O, Cochener B, et al. Comparison of the efficacy and safety of valaciclovir and acyclovir for the treatment of herpes zoster ophthalmicus. *Ophthalmology* 2000;107:1507-11.
22. Harteris DG, Bonshek RE, Tullo AB. Ophthalmic molluscum contagiosum: clinical and immunopathological features. *Br J Ophthalmol* 1995;79:476-81.
23. Sheikh A, Hurwitz B. Antibiotics versus placebo for acute bacterial conjunctivitis. *Cochrane Database Syst Rev* 2006: Issue 2. Art No: CD001211. DOI: 10.1002/14651858.CD001211.pub2.
24. Freidlin J, Acharya N, Lietman TM, et al. Spectrum of eye disease caused by methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*. *Am J Ophthalmol* 2007;144:313-5.
25. Cavuoto K, Zutshi D, Karp CL, et al. Update on bacterial conjunctivitis in South Florida. *Ophthalmology* 2008;115:51-6.
26. Marangon FB, Miller D, Muallem MS, et al. Ciprofloxacin and levofloxacin resistance among methicillin-sensitive *Staphylococcus aureus* isolates from keratitis and conjunctivitis. *Am J Ophthalmol* 2004;137:453-8.
27. American Academy of Ophthalmology Cornea/External Disease Panel. Preferred Practice Pattern® Guidelines. Bacterial Keratitis. San Francisco, CA: American Academy of Ophthalmology; 2013. Available at: www.aao.org/ppp.
28. Chen CJ, Starr CE. Epidemiology of gram-negative conjunctivitis in neonatal intensive care unit patients. *Am J Ophthalmol* 2008;145:966-70.
29. Bialasiewicz AA, Jahn GJ. Evaluation of diagnostic tools for adult chlamydial keratoconjunctivitis. *Ophthalmology* 1987;94:532-7.
30. Johnson RE, Newhall WJ, Papp JR, et al. Screening tests to detect *Chlamydia trachomatis* and *Neisseria gonorrhoeae* infections--2002. *MMWR Recomm Rep* 2002;51 (No. RR-15):1-38; quiz CE1-4.
31. Kowalski RP, Uhrin M, Karenchak LM, et al. Evaluation of the polymerase chain reaction test for detecting chlamydial DNA in adult chlamydial conjunctivitis. *Ophthalmology* 1995;102:1016-9.
32. American Academy of Ophthalmology Basic and Clinical Science Course Subcommittee. Basic and Clinical Science Course. External Disease and Cornea: Section 8, 2013-2014. San Francisco, CA: American Academy of Ophthalmology; 2013:51-3.
33. Cher I. Clinical features of superior limbic keratoconjunctivitis in Australia. A probable association with thyrotoxicosis. *Arch Ophthalmol* 1969;82:580-6.
34. Khurana S, Sharma N, Agarwal T, et al. Comparison of olopatadine and fluorometholone in contact lens-induced papillary conjunctivitis. *Eye Contact Lens* 2010;36:210-4.
35. Schwartz LK, Gelender H, Forster RK. Chronic conjunctivitis associated with 'floppy eyelids'. *Arch Ophthalmol* 1983;101:1884-8.
36. Culbertson WW, Tseng SC. Corneal disorders in floppy eyelid syndrome. *Cornea* 1994;13:33-42.
37. Dutton JJ. Surgical management of floppy eyelid syndrome. *Am J Ophthalmol* 1985;99:557-60.
38. Karger RA, White WA, Park WC, et al. Prevalence of floppy eyelid syndrome in obstructive sleep apnea-hypopnea syndrome. *Ophthalmology* 2006;113:1669-74.
39. Leibovitch I, Selva D. Floppy eyelid syndrome: clinical features and the association with obstructive sleep apnea. *Sleep Med* 2006;7:117-22.

Հավելված 1.

Շոտլանդական միջկոլլեգիալ խմբի կլինիկական ուղեցույցերի համացանցի (SIGN-Scottish Intergollegiate Guideline Network) ապացույցների դասակարգում

I++	Բարձրորակ մետաանալիզ, պատահական բաշխմամբ վերահսկվող փորձարկումների (ՊԲՎՓ) համակարգված ամփոփումներ կամ համակարգային սխալի շատ ցածր ռիսկով ՊԲՎՓ-եր
I+	Լավ անցկացված մետաանալիզ, համակարգված ամփոփումներ կամ համակարգային սխալի շատ ցածր ռիսկով ՊԲՎՓ-եր
I-	Մետաանալիզ, համակարգված ամփոփումներ կամ համակարգային սխալի շատ բարձր ռիսկով ՊԲՎՓ-եր
II++	<p><<Դեպք-հսկողություն>> և կոհորտ հետազոտությունների բարձրորակ համակարգային ամփոփումներ:</p> <p>Բարձրորակ <<դեպք-հսկողություն>> հետազոտություններ և կոհորտ հետազոտություններ շփոթանունքի կամ համակարգային սխալների շատ ցածր ռիսկով և պատճառային կապերի բարձր հավանականությամբ</p>

II+	Լավ անցկացված <<դեպք-հկողություն>> հետազոտություն և կոհորտ հետազոտություններ շփոթմունքի կամ համակարգային սխալների ցածր ռիսկով և պատճառային կապերի առկայության չափավոր հավանականությամբ
II-	<<Դեպք-հկողություն>> հետազոտություն և կոհորտ հետազոտություններ, շփոթմունքի կամ համակարգային սխալների բարձր ռիսկով և պատճառային կապերի բացակայության բարձր ռիսկով
III	Ոչ վերլուծաբանական հետազոտություններ՝ կլինիկական դեպքեր, դեպքերի շարքեր
IV	Փորձագետների կարծիքներ

Ցուցումների ուսումնասիրման, ստեղծման և գնահատման դասակարգման համակարգ (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation, GRADE)

Բարձր որակ	Հետագա հետազոտությունները չեն փոխի էֆեկտի գնահատականի վերաբերյալ մեր համոզվածությունները
Միջին որակ	Հետագա հետազոտությունները կարող են ունենալ կարևոր ազդեցություն արդյունքի գնահատականի մեր համոզմունքների վրա և կարող են փոխել գնահատականը
Անբավարար որակ	Հետագա հետազոտությունները ամենայն հավանականությամբ ունեն մեծ ազդեցություն արդյունքի գնահատականի մեր համոզմունքների վրա, կարող են փոխել գնահատականը: Էֆեկտի ցանկացած գնահատական անհուսալի է

Հիմնական կլինիկական առաջարկների ձևակերպումները ըստ GRADE-ի

Համառ առաջարկվող առաջարկներ	Ցանկալի դրական արդյունքը ամենայն հավանականությամբ գերազանցում է անցանկալի հետևանքները
------------------------------------	---

Պայմանական առաջարկներ	Կիրառվում են ցածր վստահության դեպքերում կամ ապացույցի ցածր որակի պատճառով,կամ եթե ապացույցները ցույց են տալիս,որ ցանկալի և անցանկալի արդյունքները գտնվում են սերտ կապի մեջ
------------------------------	--