

## ՀԻՂԻՈՑԵԼԵԻ (ՋՐԳՈՂՈՒԹՅՈՒՆ) ՎԱՐՄԱՆ ՈՒՂԵՑՈՒՅՑ

### Ամփոփում

#### *Նպատակ*

Ուղեցույցը տրամադրում է հիդրոցելեի արդի միջազգային գիտաբժշկական տեղեկատվության վրա հիմնված բուժական և կազմակերպչական գործառույթների համալիր: Փաստաթղթի նպատակն է բարելավել հիդրոցելեով մանկահասակ պացիենտների բուժման արդյունքները:

#### *Մեթոդաբանություն*

Սույն Ուղեցույցը մշակվել է Հայաստանի մանկական ուրոլոգների աշխատանքային խմբի կողմից: Փաստաթղթի հիմքն են հանդիսացել Ուրոլոգների Եվրոպական Ասոցիացիայի 2016-17թթ. հեղինակած «Մանկական ուրոլոգիայի ուղեցույցներ»-ը (EAU Guideline on Pediatric Urology), ինչպես նաև Cochrane library և UpToDate էլեկտրոնային շտեմարանների տվյալները [1]: Տեղեկատվության որակը գնահատելիս և ցուցումների ուժը որոշելիս հիմք է ընդունվել Ուրոլոգների Եվրոպական Ասոցիացիայի ապացույցների դասակարգումը: Խորհուրդները, որոնք տրված են այս տեքստում, գնահատվում են ըստ իրենց ապացուցողականության մակարդակի (LE), իսկ Ուղեցույցներին տրված է աստիճաններ (GR)՝ համապատասխան դասակարգման համակարգի, որն իրենից ներկայացնում է Օքսֆորդի Ապացուցողական Բժշկության Կենտրոնի Ապացուցողականության Մակարդակների փոփոխված տարբերակը [2]: Տեղայնացման/ադապտացիայի 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 մանկական ուրոլոգների կողմից (արձանագրությունը կցվում է): Ուղեցույցը նախատեսված է մանկական ուրոլոգների, մանկաբույժների, մանկական վիրաբույժների ինչպես նաև առողջապահության կազմակերպիչների համար: Փաստաթղթի համառոտ տարբերակը (գրպանի ուղեցույց) հասանելի է տպագիր և շարժական սարքերի համար նախատեսված մի շարք տարբերակներով (անգլերեն լեզվով): Սրանք կրճատ տարբերակներ են, որոնք կարող են ամբողջական տեքստին դիմելու անհրաժեշտություն առաջացնել: Բացի դրանից հասանելի են նաև մի շարք թարգմանված տարբերակներ, ինչպես նաև Եվրոպական Ուրոլոգիա, Ասոցիացիաների գիտական ամսագրերում մի քանի գիտական հրապարակումներ [3]: 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 հիդրոցելի համաճարակաբանության, ռիսկի գործոնների, ախտորոշման, դասակարգման, վարման, բուժական միջամտությունների և ելքերի հիմնահարցերը:

### **Հեղուկություններ**

Միջազգային փորձագետների մեծաքանակ խումբ եկել է համաձայնության հիդրոցելի վարման բազմաթիվ կարևոր սկզբունքների վերաբերյալ: Չնայած այն փաստին, որ շատ խորհուրդներ ունեն թույլ ապացուցողական ուժ, այնուամենայնիվ, այս մեթոդաբանությամբ մշակված տեղեկատվությունը՝ պացիենտների բուժման արդյունքների բարելավման հիմքն է:

### **Քանալի բառեր**

*Ապացուցողական բժշկություն, Ցուցումների ուսումնասիրման, սպեղծման և գնահատման դասակարգման համակարգ, ուղեցույցեր, հիդրոցել:*

## **Պատասխանատու համակարգող**

Բաբլոյան Ա.Ա., ՀՀ ԱՆ Գլխավոր մանկական ուրոլոգ, ԵՊԲՀ մանկական վիրաբուժության ամբիոնի դասախոս, «Արաբկիր» Բժշկական Համալիր Երեխաների և Դեռահասների Առողջության Ինստիտուտի վիրաբուժության գծով տնօրենի տեղակալ:

## **Աշխատանքային խմբի անդամներ**

- Բաբլոյան Ա.Ա., բ.գ.դ., պրոֆեսոր, - ԵՊԲՀ մանկական վիրաբուժության ամբիոնի վարիչ, «Արաբկիր» ԲՀ ԵԴԱԻ գիտական ղեկավար
- Առաքելյան Ս.Հ., բ.գ.թ. – մանկական վիրաբույժ, «Արաբկիր» ԲՀ ԵԴԱԻ ուրո-վիրաբուժական ծառայության ղեկավար
- Լալազարյան Ա.Յու., «Արաբկիր» ԲՀ ԵԴԱԻ մանկական ուրոլոգ
- Գրիգորյան Վ.Վ., մանկական վիրաբույժ, ԵՊԲՀ մանկական վիրաբուժության ամբիոնի դասախոս

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

Մանկական ուրոլոգիայի ուղեցույցներ մշակող աշխատանքային խմբի բոլոր անդամները տրամադրել են բացահայտման հայտարարագրեր իրենց ունեցած բոլոր այն փոխհարաբերությունների համար, որոնք կարող են ընկալվել որպես շահերի բախման պոտենցիալ աղբյուր: Այդ տեղեկությունները հրապարակավ հասանելի են Ուրոլոգների Եվրոպական Ասոցիացիայի կայքում. [www.uroweb.org](http://www.uroweb.org): Այս ուղեցույցը մշակվել է ՈւԵԱ ֆինանսական աջակցությամբ: Ֆինանսավորման արտաքին աղբյուրներ և աջակցություն չի ներգրավվել: ՈւԵԱ-ն շահույթ չհետապնդող կազմակերպություն է, իսկ ֆինանսավորումը սահմանափակված է ադմինիստրատիվ աջակցությամբ, ճանապարհորդության և հանդիպումների ծախսերով: Հոնորարներ կամ այլ փոխհատուցումներ չեն տրամադրվել:

## **Շնորհակալական խոսք**

Պատասխանատու համակարգողը իր երախտագիտությունն է հայտնում աշխատանքային խմբի բոլոր այնդամներին, ինչպես նաև սույն ուղեցույցի մշակման աշխատանքներին իրենց աջակցությունը, խորհրդատվությունը և մասնագիտական գիտելիքները տրամադրած գործընկերներին, հատկապես՝ «Էրեբունի» բժշկական կենտրոնի վերակենդանացման բաժանմունքի գիտական ղեկավար, բ.գ.թ. Հարություն Մանգոյանին Հ.Ն.; ՀՀ ԿԳՆ Երևանի պետական համալսարանի Ֆարմացիայի ինստիտուտի կենսաբժշկության ամբիոնի վարիչ, ՀՀ ԱՆ Առողջապահության ազգային ինստիտուտի «Ապացուցողական բժշկություն» դասընթացի ղեկավար, ՀՀ ԱՆ Հանրապետական գիտաբժշկական գրադարանի «Բժշկական սեղմագրերի հայկական հանդես»-ի գլխավոր խմբագիր, «Ապացուցողական բժշկության մասնագետների հայկական ասոցիացիա»-ի նախագահ՝ բ.գ.դ., պրոֆեսոր Ռուբեն Հովհաննիսյանին:

**Ուղեցույցը չի կարող փոխարինել բժշկի որոշումներ ընդունելու հմտություններին անհատ պացիենտի վարման դեպքում և տվյալ կլինիկական իրավիճակի պայմաններում: Խորհուրդների մեծամասնությունը կիրառելի է ինչպես մանկական ուրոլոգիայի բաժանմունքում, այնպես էլ մանկական վիրաբուժության բաժանմունքում որպես վարման էտապ գտնվող պացիենտների համար:**

## **Բովանդակություն**

Նախաբան

Տեղեկատվության որոնման և գնահատման մեթոդաբանություն

Համաճարակաբանությունը, պատճառագիտությունը և ախտաֆիզիոլոգիան

Ախտորոշում

Վարում

Ուղեցույցի ներդրման հնարավորություններ

Գրականության ցանկ

Հավելված 1 – Հիդրոցելի վարման ապացույցների և խորհուրդների ամփոփում

Հավելված 2 - Ապացույցների որակի դասակարգում

## **Հապավումներ**

ՈՒԵԱ - Ուրոլոգների Եվրոպական Ասոցիացիա

ՄՈՒԵՀ - Մանկական Ուրոլոգիայի Եվրոպական Հասարակություն

ՈՒՁ – Ուլտրաձայնային

ՈՒՁՀ – Ուլտրաձայնային հետազոտություն

ՊԲՎՓ - պատահական բաշխմամբ վերահսկվող փորձարկում

## **Նախաբան**

Ամործու թաղանթների ջրգողությունը բնորոշվում է որպես հեղուկի կուտակում բունոցային պատյանի ընդերային և առպատային թաղանթների միջև [4]: Հեղուկի կուտակումն արտահայտվում է երեխայի փոշտի շրջանի այտուցվածությամբ, որը կարող է հասնել մեծ չափերի: Այն լինում է առաջնային բնածին և երկրորդային ձեռքբերովի: Բարձրորդի դեպքերում կարող է ամործու վնասման պատճառ դառնալ:

## **Տեղեկատվության որոնման և գնահատման մեթոդաբանություն**

Սույն Ուղեցույցը մշակվել է Հայաստանի մանկական ուրոլոգների աշխատանքային խմբի կողմից: Տեղայնացման/ադապտացիայի սկզբնաղբյուրներ են հանդիսացել Ուրոլոգների

Եվրոպական Ասոցիացիայի 2016-17թթ. հեղինակած «Մանկական ուրոլոգիայի ուղեցույցներ»-ը (EAU Guideline on Pediatric Urology): Օգտագործվել են նաև Cochrane library և UpToDate շտեմարանների արդի տվյալները: Գրականական աղբյուրները ընտրվել են բանալի բառերի օգնությամբ իրականացված համակարգչային 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, անգլերեն լեզու: Տեղեկատվության որակը գնահատելիս և ցուցումների ուժը որոշելիս հիմք է ընդունվել Ռիբոլոգների Եվրոպական Ասոցիացիայի ապացույցների դասակարգումը: Խորհուրդները, որոնք տրված են այս տեքստում, գնահատվում են ըստ իրենց ապացուցողականության մակարդակի (LE), իսկ Ուղեցույցներին տրված է աստիճաններ (GR)՝ համապատասխան դասակարգման համակարգի, որն իրենից ներկայացնում է Օքսֆորդի Ապացուցողական Բժշկության Կենտրոնի Ապացուցողականության Մակարդակների փոփոխված տարբերակը [2]: Մեթոդաբանության մասին լրացուցիչ տեղեկություններ կարելի է գտնել առցանց՝ ՈւԵԱ կայքում. <http://uroweb.org/guidelines/>:

Տեղայնացման/ադատպացիայի աշխատանքները իրականացվել են ըստ ADAPTE մեթոդաբանության՝ միջմասնագիտական աշխատանքային խմբի անդամների առերես հանդիպումների և հեռահար շփումների միջոցով: Ուղեցույցի դրույթների վերաբերյալ ապահովվել է աշխատանքային խմբի բոլոր անդամների կոնսենսուս: Սույն Ուղեցույցը ենթակա է պարբերական թարմացումների և/կամ խմբագրման յուրաքանչյուր 5 տարին մեկ կամ ավելի հաճախակի՝ կախված տվյալ ոլորտում նոր գիտագործնական տեղեկատվության ի հայտ գալուց:

### **Համաճարակաբանությունը, պատճառագիտությունը և ախտաֆիզիոլոգիան**

Ի տարբերություն երկրորդային հիդրոցելեի, առաջնային հիդրոցելեի պաթոգենեզի հիմքում ընկած է որովայնամզի բունոցային ելունի սերտաճման բացակայությունը: Որովայնամզի բունոցային ելունի ոչ լիարժեք սերտաճումը բերում է հաղորդակցվող հիդրոցելեների տարբեր տեսակների զարգացման. իր ողջ ընթացքով լայն բաց բունոցային ելունը կարող է

բերել որովայնի խոռոչի օրգանների ներթափանցման, և կլինիկորեն առաջացնել ճողվածք [5]: Բունոցային ելունի ինքնաբերաբար սերտաճման ճշգրիտ ժամկետները հայտնի չեն: Այն բաց է նորածինների 80-94%-ի և մեծահասակների 20%-ի մոտ [6]: Եթե բունոցային ելունը ամբողջական սերտաճելով իր միջին հատվածում պահպանվում է չսերտաճած, ապա ձևավորվում է սերմնալարի հիդրոցելե (կիստա): Նորածինների մոտ հանդիպում է նաև փոշտային հիդրոցելե՝ լիարժեք սերտաճած բունոցային ելունի պայմաններում [7]: Չհաղորդակցվող հիդրոցելեն, որի հիմքում ընկած է հեղուկի արտազատման և ներծծման ծավալների անհավասարակշռությունը, համարվում է երկրորդային և առաջանում է փոշտի վնասվածքի, ամորձու ոլորքի, մակամորձու բորբոքման, վարիկոցելեի կապակցությամբ վիրահատության հետևանքով, ինչպես նաև չհաղորդակցվող և հաղորդակցվող հիդրոցելեի կապակցությամբ առաջնային վիրահատությունից հետո, որպես կրկնություն:

### **Ախտորոշումը**

Հաղորդակցվող հիդրոցելե դասական նկարագրությամբ այն փոփոխվում է չափերով և կախված է շարժունակությունից: Կարող է ախտորոշվել անամնեզի և ֆիզիկական քննության միջոցով: Փոշտի դիաֆանոսկոպիան դեպքերի մեծամասնությունում հաստատում է ախտորոշումը, սակայն պետք է հիշել, որ հեղուկով լցված աղեգալարը և որոշ նախասեռահասային ուռուցքներ կարող են դիտվել նույն կերպ [8,9]: Եթե ախտորոշումը հիդրոցելե է, ապա անամնեզում չպետք է լինեն ներուղման դրվագներ և ուղեկցող ախտանշաններ. այսուցը լուսաթափանց է, փափուկ և սովորաբար լարված չէ: Եթե առկա են փոշտի պարունակության բնույթի վերաբերյալ կասկածներ, ապա պետք է իրականացնել փոշտի ուլտրաձայնային հետազոտություն, որը գրեթե 100% զգայունությամբ հայտնաբերում է ներփոշտային ախտահարումները: Ուլտրաձայնային դոպլեր հետազոտությունը օգնում է տարբերակել հիդրոցելեն վարիկոցելեից և ամորձու ոլորքից, չնայած այս հիվանդությունները կարող են ուղեկցվել նաև հիդրոցելեով:

### **Վարումը**

Կրճքահասակ երեխաների մեծամասնության համար կյանքի առաջին 12 ամիսների ընթացքում հիդրոցելեի վիրահատական բուժումը ցուցված չէ, քանի որ առկա է

ինքնաբերաբար ապաքինման միտում [10] (LE:2; GR:B): Հիվանդության վարումը կարելի է սկսել հսկողությամբ, քանի որ ջրգողությունը հազվադեպ է հարաճում ճողվածքի, իսկ վերջինս էլ օղակմամբ չի բարդանում [10]: Վաղ վիրահատական բուժումը ցուցված է այն դեպքում, երբ առկա է ուղեկցող աճուկային ճողվածքի կամ ամորձու ախտահարման կասկած [11,12] (LE:2; GR:B): 12 ամսականից հետո հասարակ փոշտային հիդրոցելի պահպանվելը կարող է դառնալ վիրահատական շտկման ցուցում: Չկան ապացույցներ, որ այս տիպի հիդրոցելեն կարող է բերել ամորձու վնասման: 2 տարեկանից հետո բնածին ջրգողության դեպքեր քիչ են նկարագրված և համակարգված վերլուծության տվյալներով չկա ներկայումս կիրառվող մոտեցմանը սատարող հստակ ապացույց: Վիրահատության հետաձգումը կարող է պակասեցնել անհրաժեշտ միջամտությունների քանակը՝ չբարձրացնելով հիվանդացության մակարդակը [13]:

Հակառակ կողմում հիվանդության առկայության հարցը անամնեստիկ տվյալներով և ֆիզիկական քննության միջոցով պետք է հստակեցվի առաջնային խորհրդատվության ժամանակ (LE:2) [14]: Ուշ ի հայտ եկած և չհաղորդակցվող հիդրոցելի դեպքում առկա է ինքնաբերաբար ապաքինման հիմնավորված հնարավորություն (75% դեպքերում), ուստի խորհուրդ է տրվում սպասողական վարում 6-9 ամիս տևողությամբ [15]:

Մանկական տարիքային խմբում վիրահատությունն ընդգրկում է աճուկային կտրվածքով բունոցային պահպանված ելունի կապում: Դիստալ ծայրատը թողնում են բաց: Սերմնալարի հիդրոցելի (կիստայի) դեպքում հեռացվում է կիստան ամբողջությամբ կամ դրա վերին հատվածը («տանիքը») [4,9,11] (LE:4; GR:C): Փորձված ձեռքերում, հիդրոցելի կամ աճուկային ճողվածքի վիրահատության ընթացքում ամորձու վնասման հավանականությունը շատ ցածր է (0.3%) (LE:3; GR:B): Սկլերոզացնող նյութերը չպետք է կիրառվեն քիմիական պերիտոնիտի առաջացման ռիսկի պատճառով (որովայնամզի բունոցային ելունի հաղորդակցման հետևանք) [9, 11] (LE:4; GR:C): Փոշտային մուտքը (Lord-ի կամ Jaboulay-ի մեթոդով) կիրառվում է երկրորդային չհաղորդակցվող հիդրոցելի բուժման ժամանակ:

## **Ուղեցույցի ներդրման հնարավորություններ և աուդիտի ցուցանիշներ**

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

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

Գործելակարգերը պետք է ընդգրկեն տվյալ բուժհաստատության պայմաններում հիդրոցելեով 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 ցուցանիշները պետք է արտացոլեն տվյալ ախտաբանության կլինիկական և կազմակերպչական վարման հիմնաքարային օղակները, որոնք էականորեն ազդում են բուժման ելքերի վրա: Նրանք բաժանում են ամբողջ գործընթացն 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 օրինակելի ցուցանիշները.

- հիդրոցելեով պացիենտների քանակը, որոնք վիրահատվել են մինչև 1 տարեկան հասակում
- ուղեկցող աճուկային ճողվածքով կամ ամորձու ախտահարումով պացիենտների քանակը, որոնք վիրահատվել են մինչև 1 տարեկան հասակում

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 դիմադրության, 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 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 հիդրոցելեով պացիենտների շահերի գերակայության որդեգրման պայմաններում:

## **Գրականության ցանկ**

1. Tekgül, S., et al. EAU guidelines on Paediatric Urology. European Association of Urology 2016. <http://uroweb.org/guidelines/>:
2. Phillips, B., et al. Oxford Centre for Evidence-Based Medicine Levels of Evidence. Updated by Jeremy Howick March 2009. 1998. 2014. <http://www.cebm.net/oxford-centre-evidence-based-medicine-levels-evidence-march-2009/>

3. Stein, R., et al. Urinary tract infections in children: EAU/ESPU guidelines. *Eur Urol*, 2015. 67: 546. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25477258>
4. Kapur, P., et al. Pediatric hernias and hydroceles. *Pediatr Clin North Am*, 1998. 45: 773. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9728185>
5. Barthold, J.S., Abnormalities of the testis and scrotum and their surgical management, in *CampbellWalsh Urology*, A.J. Wein & e. al., Editors. 2012, Elsevier Saunders: Philadelphia.
6. Schneck, F.X., et al., Abnormalities of the testes and scrotum and their surgical management in *Campbell's urology*, P.C. Walsh, A.B. Retik, E.D. Vaughan & A.J. Wein, Editors. 2002, WB Saunders: Philadelphia.
7. Rubenstein, R.A., et al. Benign intrascrotal lesions. *J Urol*, 2004. 171: 1765. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15076274>
8. Lin, H.C., et al. Testicular teratoma presenting as a transilluminating scrotal mass. *Urology*, 2006. 67: 1290.e3. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16750249>
9. Skoog, S.J. Benign and malignant pediatric scrotal masses. *Pediatr Clin North Am*, 1997. 44: 1229. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9326960>
10. Koski, M.E., et al. Infant communicating hydroceles--do they need immediate repair or might some clinically resolve? *J Pediatr Surg*, 2010. 45: 590. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20223325>
11. Stringer, M.D., et al., Patent processus vaginalis. , in *Pediatric urology*, J.P. Gearhart, R.C. Rink & P.D. Mouriquand, Editors. 2001, WB Saunders: Philadelphia.
12. Stylianos, S., et al. Incarceration of inguinal hernia in infants prior to elective repair. *J Pediatr Surg*, 1993. 28: 582. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8483072>
13. Hall, N.J., et al. Surgery for hydrocele in children-an avoidable excess? *J Pediatr Surg*, 2011. 46: 2401. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22152892>
14. Saad, S., et al. Ten-year review of groin laparoscopy in 1001 pediatric patients with clinical unilateral inguinal hernia: an improved technique with transhernia multiple-channel scope. *J Pediatr Surg*, 2011. 46: 1011. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21616272>
15. Christensen, T., et al. New onset of hydroceles in boys over 1 year of age. *Int J Urol*, 2006. 13: 1425. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17083397>

**Հիդրոցելի վարման առանցքային խորհուրդների և ապացույցների ամփոփում**

Ապացույցների ամփոփում	LE
Կրծքահասակ երեխաների մեծամասնության մոտ հիդրոցելի վիրահատական բուժումը ցուցված չէ կյանքի առաջին 12 ամիսների ընթացքում, քանի որ առկա է ինքնաբերաբար ապաքինման միտում: Սպասողական մոտեցման դեպքում ռիսկը փոքր է, քանի որ հիդրոցելի հարաճումը ճողվածքի հազվադեպ է պատահում:	2a
Մանկական տարիքային խմբում վիրահատությունը հիմնականում իրենից ներկայացնում է աճուկային կտրվածքի միջոցով բունոցային պահպանված ելունի կապում:	4

Խորհուրդներ	LE	GR
Կրծքահասակ երեխաների մեծամասնության մոտ նախքան վիրահատական բուժման որոշում կայացնելը հսկել հիդրոցելեն մինչև 12 ամիս:	2a	B
Իրականացնել վաղ վիրահատություն, եթե առկա է ուղեկցող աճուկային ճողվածքի կամ ամորձու ախտահարման կասկած:	2b	B
Կատարել փոշտի ուլտրաձայնային հետազոտություն, եթե կասկածելի է ներփոշտային գոյացության բնույթը:	4	C
Քիմիական պերիտոնիտի առաջացման ռիսկի պատճառով չկիրառել սկլերոզացնող նյութեր:	4	C

**Հավելված 2**

**Աղյուսակ 1.**

**Ուրուլոգների Եվրոպական Ասոցիացիայի խորհուրդների ապացույցների մակարդակներ**

Մակարդակ	Ապացույցի տեսակ
1a	Ապացույցը ստացվել է պատահական բաշխմամբ փորձարկումների մետա-վերլուծությամբ
1b	Ապացույցը ստացվել է առնվազն մեկ պատահական բաշխմամբ փորձարկումից
2a	Ապացույցը ստացվել է բարձր որակի, առանց պատահական բաշխման, վերահսկվող մեկ հետազոտությունից
2b	Ապացույցը ստացվել է առնվազն մեկ, այլ տեսակի, բարձրորակ քվազի-փորձարարական հետազոտությունից
3	Ապացույցը ստացվել է բարձրորակ ոչ-փորձարարական հետազոտություններից, ինչպես օրինակ համեմատական, կորելացիոն ուսումնասիրություններ, դեպքի նկարագրություններ
4	Ապացույցը ստացվել է փորձագիտական հանձնաժողովի եզրակացություններից կամ կարծիքներից կամ վաստակաշատ հեղինակությունների կլինիկական փորձից

**Աղյուսակ 2.**

**Ուրուլոգների Եվրոպական Ասոցիացիայի ուղեցույցների խորհրդատվության աստիճաններ**

Մակարդակ	Ապացույցի տեսակ
A	Հիմնված է բարձրորակ և հետևողական կլինիկական հետազոտությունների վրա, որոնք հասցեագրում են կոնկրետ առաջարկություններ և ներառում են առնվազն մեկ պատահական բաշխմամբ փորձարկում
B	Հիմնված են որակյալ իրականացված կլինիկական հետազոտության վրա, սակայն առանց պատահական բաշխմամբ փորձարկման
C	Ստեղծված է չնայած անմիջականորեն կիրառելի կլինիկական բարձրորակ հետազոտության բացակայությանը

<http://uroweb.org/wp-content/uploads/EAU-Guidelines-Production-Handbook-July-17.pdf>