

ՇԵՔԻ ԵՐՐՈՐԴ ԵՎ ՉՈՐՐՈՐԴ ԱՍՏԻՃԱՆԻ ՊԱՏՌՎԱԾՔՆԵՐԻ ՎԱՐՄԱՆ ԿԼԻՆԻԿԱԿԱՆ ՈՒՂԵՑՈՒՅՑ

Ամփոփում

Նպատակ

Սույն ուղեցույցի նպատակն է տրամադրել ապացույցների վրա հիմնված տեղեկություններ և ապացուցողական խորհուրդներ շեքի երրորդ և չորրորդ աստիճանի պատռվածքների վերաբերյալ, և բարելավել տվյալ խմբի պացիենտների վարման ելքերը:

Մեթոդաբանություն

Սույն կլինիկական ուղեցույցը մշակվել է Հայաստանի մանկաբարձ-գինեկոլոգների և նեոնատոլոգների ասոցիացիայի անդամների կողմից: Ուղեցույցի գրականական աղբյուր են հանդիսացել Մեծ Բրիտանիայի մանկաբարձ-գինեկոլոգների թագավորական քոլեջի (RCOG; The Management of Third- and Fourth-Degree Perineal Tears) 2015 թվականին հրատարակված ուղեցույցը, ինչպես նաև PubMed, EMBASE, Cochrane Library, National Guideline Clearinghouse և UpToDate շտեմարանների արդի տվյալները: Տեղեկատվության որակը գնահատելիս և ցուցումների ուժը որոշելիս սկզբնաղբյուր հանդիսացող փաստաթղթերում, հիմք է ընդունվել Մեծ Բրիտանիայի մանկաբարձ-գինեկոլոգների թագավորական քոլեջի (RCOG) կողմից առաջարկվող դասակարգումը (Տես Հավելված 1): Ուղեցույցի խորհուրդները ձևակերպելիս կիրառվել է խորհուրդների ուժի գնահատման հնգաստիճան համակարգ՝ «A», «B», «C», «D», որոնք հիմնված են բարձրից մինչև ցածր որակի ապացուցողական տվյալների վրա, և «I», որը հիմնված է ուղեցույցը մշակող աշխատանքային խմբի կլինիկական փորձի վրա: Ուղեցույցի տեղայնացման գործընթացը իրականացվել է համաձայն միջազգային ADAPTE մեթոդաբանության: Բոլոր խորհուրդները քննարկվել և հավանության են արժանացել Հայաստանի մանկաբարձ-գինեկոլոգների և նեոնատոլոգների ասոցիացիայի անդամների կողմից անդամների կողմից (արձանագրությունը կցվում է): 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 շեքի երրորդ և չորրորդ աստիճանի պատռվածքների վարման մեջ ներառված մասնագետների համար՝ մանկաբարձ-գինեկոլոգներ:

Արդյունքներ

Սույն ուղեցույցում ներկայացված են շեքի երրորդ եվ չորրորդ աստիճանի պատռվածքների վարման վերաբերյալ ապացուցողական խորհուրդներ, որոնք օգնում են կլինիկական գործունեությունում որոշումներ կայացնելիս, ինչպես նաև առաջարկվել են գործնական ներդրման ուղիներ և աուդիտի ցուցանիշներ:

Հետևություններ

Ապացույցների վրա հիմնված կլինիկական խորհուրդները կօգնեն բարելավել են շեքի երրորդ եվ չորրորդ աստիճանի պատռվածքներով պացիենտների վարման ելքերը:

Բանալի բառեր

Ապացուցողական բժշկություն, ցուցումների ուսումնասիրման, ստեղծման և գնահատման դասակարգման համակարգ, շեքի պատռվածքներ

Պատասխանատու համակարգող

Պողոսյան ԱՊՊ, բՈՒԹԹ, «Էրեբունի» բժշկական կենտրոնի ծննդօգնության գծով փոխտնօրեն

Աշխատանքային խմբի անդամներ

- [Գյուլխասյան Վ.Մ. բ.գ.թ., դոց., ՎԱՊՄԳՀԻ Օպերատիվ գինեկոլոգիայի բաժանմունքի վարիչ](#)
- [Հովհաննիսյան Ա. Գ., մանկաբարձ-գինեկոլոգ, Արարատի ԲԿ](#)
- [Դունամայան Ա. Ա., Մ. Հերացու անվ. Երևանի պրտական բժշկական համալսարանի Մանկաբարձության գինեկոլոգիայի 3-րդ ուսումնական տրավա կլինիկական օրդինատոր ՀԿԿ](#)
- [ՀԿԿ](#)
- [գԻԿԿ](#)
-

- Formatted: Line spacing: 1,5 lines
- Formatted: Armenian
- Formatted: List Paragraph, Line spacing: 1,5 lines, Bulleted + Level: 1 + Aligned at: 0,63 cm + Indent at: 1,27 cm
- Formatted: Font: (Default) MS Mincho, Armenian
- Formatted: Font: (Default) MS Mincho, Armenian
- Formatted: Font: (Default) MS Mincho
- Formatted: Font: (Default) MS Mincho
- Formatted: Font: (Default) MS Mincho
- Formatted: Font: (Default) MS Mincho
- Formatted: Armenian
- Formatted: Bulleted + Level: 1 + Aligned at: 0,63 cm + Indent at: 1,27 cm
- Formatted: Armenian
- Formatted: Left, Right: 0 cm, Space Before: 0 pt, After: 8 pt, Bulleted + Level: 1 + Aligned at: 0,63 cm + Indent at: 1,27 cm, Tab stops: Not at 1 cm
- Formatted: Armenian

Շահերի բախման հայտարարագիր և ֆինանսավորման աղբյուրներ

Պատասխանատու համակարգողը հայտարարում է շահերի բախման բացակայության վերաբերյալ: Սույն փաստաթղթի մշակման աշխատանքները ֆինանսավորվել են ՀՀ ԱՆ կողմից: ~~Ֆինանսավորող՝ ֆինանսավորող~~ կազմակերպությունը չի ունեցել որևէ ազդեցություն փաստաթղթի ~~պարունկաության~~ բովանդակության կամ ձևավորման վրա:

Շնորհակալական խոսք

Աշխատանքային խումբը իր երախտագիտությունն է հայտնում ուղեցույցների մշակման աշխատանքներին իրենց աջակցությունը, խորհրդատվությունը և մասնագիտական գնահատականը 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 և ~~տեմինաբանություններ~~ մինաբանություն

ՀՄՄ-ի պրոֆիլակտիկական և կանխարգելումը

ՀՄՄ-ի կանխատեսումը

ՀՄՄ-ի կանխարգելումը

Էպիզիոտոմիա

Շեքի պաշտպանություն

Տաք կոմպրեսներ

Շեքի մերսում անտենատալ և ծննդաբերության 2-րդ շրջանում

ՀՍՄՎ-ի ախտորոշումը

ՀՍՄՎ-ի վերականգնումը

Հիմնական առանձնահատկությունները

Անոռեկտալ լորձաթաղանթի վերականգնման վերականգնման տեխնիկա

Հետանցքի ներքին սեղմանի վերականգնման տեխնիկա

Հետանցքի արտաքին սֆինտերի վերականգնման տեխնիկա

Կարանյութի ընտրություն Վիրաբուժական ունակություն

Հետվիրահատական վարումը

Կանխատեսում

Հաջորդող ծննդաբերությունը

Ռիսկերի վարումը

Գրականության ցանկ

Հավելված 1

Հապավումներ

ՀԱՍ՝ հետանցքի արտաքին սեղման

ՀՆՍ՝ հետանցքի ներքին սեղման

ՀՍՄՎ՝ հետանցքի սեղմանի մանկաբարձական վնասում

ՊԲՎՓ՝ պատահական բաշխմամբ վերահսկվող փորձարկում

ՈւՁՀ՝ ուլտրաձայնային հետազոտություն

NICE՝ Մեծ Բրիտանիայի Առողջության և բժշկական սպասարկման որակի ինստիտուտ
RCOG՝ Մեծ Բրիտանիայի մանկաբարձների և գինեկոլոգների թագավորական քոլեջ
PDS՝ պոլիդիոքսանոն

Նախաբան

Հետանցքի սեղմանի մանկաբարձական վնասման (ՀՍՄՎ) տարածվածությունը և
Անգլիայում եռապատկվել է 1.8%-ից մինչև 5.9% 2000-2012 թ-ին [1]: Ընդհանուր առմամբ
Մեծ Բրիտանիայում տարածվածությունը 2.9% է (0-8%), որից առաջնածինները 6.1% է,
բազմածինները 1.7% [2]:

Իրազեկության և վերապատրաստման բարձրացման դեպքում կարծես թե աճում է
հետանցքի սեղմանի վնասվածքների հայտնաբերումը: Երրորդ և չորրորդ աստիճանի
շեքի պատվածքների աճի միտումը պարտադիր չէ, որ լինի վատ խնամքից: Այն կարող է
լինել նաև կարճ ժամկետում, լավ խնամված դեպքերում [3]:

Մանկաբարձները, ովքեր ունեն համապատասխան վերապատրաստում ավելի
հետևողական են, ունեն բարձր չափանիշներ հետանցքի սեղմանի պատվածքների
վերականգնման ոլորտում և նպաստում են հետանցքի սեղմանի վնասվածքների հետ
կապված հիվանդությունների նվազեցմանը [4]:

Տեղեկատվության որոնման և գնահատման մեթոդաբանություն

Սույն կլինիկական ուղեցույցը մշակվել է Հայաստանի մանկաբարձ-գինեկոլոգների և
նեոնատոլոգների ասոցիացիայի անդամների կողմից: Ուղեցույցի գրականական
աղբյուր են հանդիսացել Մեծ Բրիտանիայի մանկաբարձ-գինեկոլոգների
թագավորական քոլեջի (RCOG; The Management of Third- and Fourth-Degree Perineal

Tears) 2015 թվականին հրատարակված ուղեցույցը, ինչպես նաև PubMed, EMBASE, Cochrane Library, National Guideline Clearinghouse և UpToDate շտեմարանների արդի տվյալները: Համացանցում որոնումը կատարվել է անգլերեն լեզվով, օգտագործելով հետևյալ բանալի բառերը՝ ‘human’, ‘female’, ‘childbirth’, ‘obstetric’, ‘perineum’, ‘third degree’, ‘fourth degree’, ‘anal sphincter’, ‘tear’, ‘injury’, ‘rupture’, ‘damage’, ‘incontinence’, ‘faecal’, ‘anal’, ‘repair’, ‘surgery’ և ‘sutures’: Տեղեկատվության որակը գնահատելիս և ցուցումների ուժը որոշելիս սկզբնաղբյուր հանդիսացող փաստաթղթերում, հիմք է ընդունվել Մեծ Բրիտանիայի մանկաբարձ-գինեկոլոգների թագավորական քոլեջի (RCOG) կողմից առաջարկվող դասակարգումը (Տես Հավելված 1): Ուղեցույցի խորհուրդները ձևակերպելիս կիրառվել է խորհուրդների ուժի գնահատման հնգաստիճան համակարգ՝ «A», «B», «C», «D», որոնք հիմնված են բարձրից մինչև ցածր որակի ապացուցողական տվյալների վրա, և «I», որը հիմնված է ուղեցույցը մշակող աշխատանքային խմբի կլինիկական փորձի վրա: Ուղեցույցի տեղայնացման գործընթացը իրականացվել է համաձայան միջազգային ADAPTE մեթոդաբանության: Բոլոր խորհուրդները քննարկվել և հավանության են արժանացել Հայաստանի մանկաբարձ-գինեկոլոգների և նեոնատոլոգների ասոցիացիայի անդամների կողմից անդամների կողմից (արձանագրությունը կցվում է): 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 շեքի երրորդ եվ չորրորդ աստիճանի պատռվածքների վարման մեջ ներառված մասնագետների համար՝ մանկաբարձ-գինեկոլոգներ:

Դասակարգում և տեմինաբանություն

Հետանցքի սեղմանի ցանկացած մանկաբարձական վնասման դեպքում խորհուրդ է տրվում կիրառել սույն Ուղեցույցում տրվող դասակարգումը: (խորհուրդի ուժը՝ D)

Եթե կա կասկած երրորդ աստիճանի պատռվածքի դասակարգման մեջ, ապա խորհուրդ է տրվում այն դասակարգել ավելի բարձր աստիճանի, քան ավելի ցածր: (խորհուրդի ուժը՝ I)

Աղյուսակ 1-ում տրվող դասակարգումը նկարագրվում է Սուլթանի կողմից, որը ընդունվել է միջազգային խորհրդակցության և RCOG-ի կողմից [5,6]: **(Ապացուցողականության մակարդակը՝ 4)**

Աղյուսակ 1

Պատուվածքի աստիճանը	Նկարագրությունը
1	Վնասված են շեքի մաշկը կամ հեշտոցի լորձաթաղանթը:
2	Վնասված են շեքի մկանները, բայց վնասված չէ հետանցքի սեղմանը:
3	Շեքի պատուվածք հետանցքի սեղմանի հետ միասին:
3a	Ավելի քան 50 տոկոսով պակաս է արտաքին հետանցքի սեղմանի պատուվածքի հաստությունը:
3b	Ավելի քան 50 տոկոսով ավել է արտաքին հետանցքի սեղմանի պատուվածքի հաստությունը:
3c	Առկա է և արտաքին, և ներքին հետանցքի սեղմանի պատուվածք:
4	Հետանցքի սեղմանի համալիր պատուվածք, որը ներառում է արտաքին և ներքին հետանցքի սեղմանը և անորեկտալ լորձաթաղանթը:

Հետանցքային խողովակի ներքին մակերեսը փոփոխվում է իր երկայնքով սաղմնաբանական ծագման պատճառով: Պրոքսիմալ հետանցքային խողովակը կապակցված է հետանցքային լորձաթաղանթին, մինչդեռ հետանցքի խողովակի դիստալ հատվածի 1-1.5 սմ-ը կապակցված է փոփոխված սկվամոզ էպիթելի հետ [7]: Շփոթությունից խուսափելու համար հետանցքային լորձաթաղանթ տերմինը օգտագործվում է հետանցքի էպիթելի փոխարեն:

Այս ուղեցույցում երրորդ և չորրորդ աստիճանի պատռվածքները ընդգրկվում են ՀՄՄ-ի մեջ:

Հետանցքի անբավարարությունը սահմանվում է գազերի և/կամ կղանքի ակամա արտահոսքի դեպքում, որը ազդում է կյանքի որակի վրա [8]:

Հետանցքի ներքին սեղմանը մեծ դեր ունի հետանցքի սեղմանի ֆունկցիայի պահպանման մեջ: Պրոսպեկտիվ ուսումնասիրությունը ներառում է 531 կանանց ՀՄՄ-ից հետո, որոնք 3c/4 պատռվածքի դեպքում ունեցել են վատ արդյունք ($P < 0.05$), համեմատած այն կանանց, ովքեր ունեն 3a/3b աստիճանի պատռվածք, որոնց մոտ նկատվել է ախտանիշների, հետանցքի մանոմետրիայի և կյանքի որակի լավացում [9]: Այլ պրոսպեկտիվ ուսումնասիրություն է անցկացվել 125 կանանց դեպքում, ովքեր ունեցել են ՀՄՄ, ասվում է, որ զգալիորեն ավելացել է հետանցքի անբավարարությունը ($P < 0.001$) այն կանանց մոտ, ովքեր ունեցել են 3b և 4-րդ աստիճանի պատռվածք համեմատած 3a-ի հետ [10]: Երրորդ պրոսպեկտիվ ուսումնասիրությունը 500 կանանց մոտ է, որը տևել է 3 ամիս, ցույց է տվել, որ հետանցքի ներքին սեղմանի հաստության թերության դեպքում (մասնակի հաստության թերությունը ավելի մեծ քան մեկ քառակուսի կամ ՀՆՍ-ի լրիվ հաստությունը), դրսևորվում է խիստ անզսպվածություն (OR 5.1, 95%, CI 1.5-22.9) [11]: Մեկ ռետրոսպեկտիվ լայն նկարագրական ուսումնասիրություն 66 կանանց հետ, ում հետևել են 5 տարի, ցույց է տվել, որ այն կանայք ովքեր ունեն ՀՆՍ-ի և ՀԱՍ-ի կոմբինացված վնասվածք ($n=6$), ունեն ավելի վատ անզսպվածություն ($p < 0.05$) և ավելի քիչ հետանցքի ճնշում ($p=0.04$) քան այն կանայք, ովքեր ունեցել են միայն ՀԱՍ վնասվածք ($n=10$) [12]: **(Ապացուցողականության մակարդակը՝ 2+)**

ՆԱՍ-ի ներառումը վերը նշված դասակարգման մեջ թույլ կտա տարբերակելու ՀՆՍ-ի հետ կապված ապագա անզսպվածությունը միայն ՀԱՍ-ի հետ կապված անզսպվածության հետ: Հայտնի է, որ ՀՆՍ-ի բացահայտումը կարող է դժվար լինել սուր գինեկոլոգիական վնասվածքների դեպքում, սակայն ամեն դեպքում պետք է ամեն ինչ արվի բացառելու և հաստատելու ՀՆՍ-ի վնասվածքը: Արձանագրել ՀԱՍ-ի վնասվածքի աստիճանը (ավելի շատ կամ քիչ 50%-ից) պետք է հնարավոր լինի բոլոր դեպքերում: Եթե ինչ-որ մեկը վստահ չէ, թե արդյոք վնասվածքը ավելին է քան 50%-ը թե ոչ, ապա այն պետք է դասակարգել որպես 3b աստիճան, ռեկտալ պատռվածքի թերագնահատումից խուսափելու համար:

Ռեկտալ անցքի պատուվածք: Եթե պատուվածքը ներառում է հետանցքային լորձաթաղանթը, բայց չի ներառում հետանցքի սեղմանը, ապա դա չի սահմանվում չորրորդ աստիճանի **պատվածքպատուվածք:** Դա պետք է գրանցվի որպես ռեկտալ անցքի պատուվածք: Եթե այն չի հայտնաբերվել և չի վերականգնվել այս տեսակի պատուվածքը, ապա այն կարող է հանգեցնել ռեկտոլագինալ խուղակի [13]: **(Ապացուցողականության մակարդակը՝ 4)**

ՀՍՄՎ-ի պրոֆիլակտիկան և կանխարգելումը

ՀՍՄՎ-ի կանխատեսումը

Բժիշկները պետք է տեղեկացված լինեն ՀՍՄՎ-ի ռիսկի գործոնների մասին: (խորհուրդի ուժը՝ I)

Բժիշկները պետք է տեղեկացված լինեն, որ ռիսկի գործոնները թույլ չեն տալիս հստակ կանխորոշել ՀՍՄՎ-ը: (խորհուրդի ուժը՝ D)

Ռիսկի գործոններից են [1,14-16] (Ապացուցողականության մակարդակը՝ 3)՝

- ասիական էթնիկ պատկանելիություն [1] (OR 2.27, 95% CI 2.14-2.41)
- անամնեզում ծննդաբերություններ [15] (RR 6.97, 6.97, 95% CI 5.40-8.99)
- 4 կգ-ից ավել երեխայի ծնունդ [1] (OR 2.27, 95% CI 2.18-2.36)
- **ուսերի դիստոցիա [1]** (OR 1.90, 95% CI 1.72-2.08)
- պտղի հետին ծոծրակային տեսակ [15] (RR 2.44, 95% CI 2.07-2.89)
- **ծննդաբերության ձգձգված երկրորդ շրջան [15]**
 - երկրորդ շրջանի տևողությունը 2-3 ժամ (RR 1.47, 95% CI 1.20-1.79)
 - երկրորդ շրջանի տևողությունը 3-4 ժամ (RR 1.79, 95% CI 1.43-2.22)
 - երկրորդ շրջանի տևողությունը >4 ժամ (RR 2.02, 95% CI 1.62-2.51)
- **գործիքային ծննդաբերություն [1]**՝
 - վակուում էքստրակցիա առանց **էպիգիոտիմիայի-էպիգիոտոմիայի** (OR 1.89, 95% CI 1.74-2.05)
 - վակուում էքստրակցիա **էպիգիոտիմիայով-էպիգիոտոմիայով** (OR 0.57, 95% CI 0.51-0.63)

Formatted: Armenian

Formatted: Armenian

Formatted: Armenian

Formatted: Armenian

Formatted: Armenian

Formatted: Armenian

Formatted: Armenian

Formatted: Armenian

Formatted: Armenian

Formatted: Armenian

Formatted: Armenian

Formatted: Armenian

Formatted: Armenian

Formatted: Armenian

- մանկաբարձական արքանների տեղադրում առանց **էպիգիտոմիայի էպիգիտոմիայի** (OR 6.53, 95% CI 5.57-7.64)
- մանկաբարձական արքանների տեղադրում **էպիգիտոմիայով էպիգիտոմիայով** (OR 1.34, 95% CI 1.21-1.49)

Formatted: Armenian

Formatted: Armenian

Formatted: Armenian

Formatted: Armenian

ՀՄՄ-ի ռիսկի գործոնները գնահատվել են ռետրոսպեկտիվ **հետազոտությաններում հետազոտություններում** 123 կանանց մոտ, ովքեր տարել են 3-րդ կամ 4-րդ աստիճանի պատովածք և 123 կանանց՝ առանց ՀՄՄ-ի: Հեղինակները եկել են այն եզրակացության, որ հաշվարկային համակարգը, որը հիմնված է անալիզների արդյունքում ստացված ռիսկի գործոնների վրա՝ հայտնաբերելու կանաց, ովքեր ռիսկի խմբի մեջ են, այդքան էլ գործնականում կիրառելի չեն [16]: **(Ապացուցողականության մակարդակը՝ 2-)**

Կա սահմանափակ հիմնավորում ռիսկի և կրկնվող ՀՄՄ-ի միջև: Լայն ռետրոսպեկտիվ հետազոտությունները ցույց են տվել, որ հետագա հղիության **բնտացքում ընթացքում** կա 5.51 (95% CI 5.18-5.86) հավանականություն կրկնվող ՀՄՄ-ի համար [17]: Հետագա հղիությունների ընթացքում կրկնվող ՀՄՄ-ի համար ռիսկի գործոններ են հանդիսանում ասիական էթնիկ պատկանելիությունը, ծննդաբերություն մանկաբարձական արքանների կիրառմամբ և ծնվող պտղի քաշը 4 կգ և ավելի: **(Ապացուցողականության մակարդակը՝ 2++)**

ՀՄՄ-ի կանխարգելումը

Բժիշկները պետք է կնոջը բացատրեն, որ էպիգիտոմիայի պաշտպանական դերը վիճելի է: (խորհուրդի ուժը՝ C)

Մեդիոլատերալ էպիգիտոմիան պետք է **քննարկել ղիտարկել գործիքային ծննդաբերությունների ժամանակ: (խորհուրդի ուժը՝ D)**

Formatted: Highlight

էպիգիտոմիայի ցուցման դեպքում խորհուրդ է տրվում կիրառել **մեդիոլատերալ մեդիալատերալ տեխնիկան՝ ուշադրություն դարձնելով, որ անկյունը միջին գծի հետ կազմի 60 աստիճան, երբ շեքը ձգված է: (խորհուրդի ուժը՝ D)**

Շուրջհետանցքային պաշտպանությունը գլխի դրսևորման ժամանակ կարող է պաշտպանական դեր ունենալ: (խորհուրդի ուժը՝ C)

Տաք կոպրեսները կոմպրեսները ծննդաբերության 2-րդ շրջանում նվազեցնում են ՀՍՄՎ-ի ռիսկը: (խորհուրդի ուժը՝ A)

Էպիզիոտոմիա

Այն փաստը, արդյոք էպիզիոտոմիան կանխարգելում է ՀՍՄՎ-ը և/կամ հետանցքային անլիարժեքությունը, վիճելի է: HES (Hospital Episode Statistics) հետազոտությունները ցույց են տվել, որ էպիզիոտոմիան ասոցացվում է ՀՍՄՎ-ի ամենափոքր ռիսկի հետ: Որոշ հետազոտություններ ցույց են տալիս դրա պաշտպանիչ ազդեցությունը, իսկ որոշները՝ ոչ: Այնուամենայնիվ, կա ապացույց, որ մեդիոլատերալ էպիզիոտոմիան ցանկալի է կիրառել գործիքային ծննդաբերությունների ժամանակ, քանի որ այն ունի պաշտպանիչ ազդեցություն ՀՍՄՎ-ի համար [18-20]: (Ապացուցողականության մակարդակը՝ 2-)

Էպիզիոտոմիայի կազմած անկյունը միջին գծի հետ կարևոր է ՀՍՄՎ-ի հաճախականությունը նվազեցնելու հարցում: NICE-ը առաջարկում է էպիզիոտոմիայի անկյունը միջին գծից 45-60 աստիճան: Համենայն դեպս, Կալիսի կողմից կատարված հետազոտությունը ենթադրում է, որ կարեր դրման 40-60 աստիճան անկյունը ավելի կարևոր է, քան կտրելու 45-60 աստիճան անկյունը: Սակայն դա դժվար է **իրականացնել իրականացնել** գլխի դրսևորման ժամանակ, երբ շեքը ամբողջությամբ ձգված է: Ծննդաբերության ժամանակ կատարված էպիզիոտոմիան 40 աստիճան անկյան տակ, ծննդաբերությունից հետո դառնում է 22 աստիճան անկյուն, որը շատ մոտ է միջին գծին պաշտպանիչ լինելու համար: Ծննդաբերության ժամանակ կատարված էպիզիոտոմիան 60 աստիճան անկյան տակ բերում է ծննդաբերությունից հետո 45 աստիճան անկյան առաջացման: Հետազոտությունները ցույց են տվել, որ մանկաբարձուհիները և բժիշկները անկարող են ճիշտ հաշվարկել ապահով մեդիոլատերալ էպիզիոտոմիայի համար պահանջվող անկյունը և երկարությունը: Ոչ մի մանկաբարձուհի և բժիշկների 22%-ը միայն ունակ են կատարել ճիշտ մեդիոլատերալ էպիզիոտոմիա: Էպիզիոտոմիաներից միայն 13%-ն է ծննդաբերությունից հետո 40 աստիճան և ավելի անկյուն կազմում: Հատուկ տեսքով ստեղծված մկրատները, որոնք ապահովում են 60

աստիճան անկյան տակ կատարված կտրվածք, թույլ են տալիս ապահովել էպիդիոտոմիայի ճիշտ անկյունը: [21-28] (Ապացուցողականության մակարդակը՝ 3)

Շեքի պաշտպանություն

NICE-ի «Intrapartum Care» ուղեցույցում գտնում են, որ չկա տարբերություն «ձեռքը պատրաստ» (hands poised) կամ «ձեռքը շեքի վրա» (hands on) տեխնիկաների միջև որպես ՀՍՄՎ-ի կանխարգելման միջոց [23]: Վերջերս, որոշ ծրագրերի կիրառմամբ կատարված ինվազիվ հետազոտությունները, որոնք նվազեցնում են ՀՍՄՎ-ի հաճախականությունը, նկարագրում են պերինեալ պաշտպանության "ձեռքերը շեքի վրա" տեխնիկան [29,30]: Դրանք են (Ապացուցողականության մակարդակը՝ 2+)

1. ձախ ձեռքով պտղի գլխի ծնվելու արագության **իջեցումնվազեցում**
2. **աջ ձեռքը պաշտպանում է շեքը**
3. գլխի դրսևորման ժամանակ մայրը ուժ չի գործադրում
4. մտածել էպիդիոտոմիայի մասին (ռիսկի խմբեր և ճիշտ անկյուն)

Formatted: Armenian

Շեքը պաշտպանող ~~ամենաէֆֆեկտիվ ամենաարդյունավետ~~ մեթոդը ~~անհայտ էհայտնի չէ~~: Ռիտգեն-ի հնարքը ավելի լավ պաշտպանող ~~էֆֆեկտէֆեկտ~~ չունի քան ստանդարտ հնարքները [31]: (Ապացուցողականության մակարդակը՝ 1+)

Այնուամենայնիվ, պերինեալ աջակցությունը պետք է խրախուսվի, ի տարբերություն ~~"hands poised" և "hands off"-ի~~, քանի որ այն պաշտպանում է շեքը նվազեցնում է ՀՍՄՎ-ի հաճախականությունը [29,30]: (Ապացուցողականության մակարդակը՝ 2+)

Formatted: Armenian

Formatted: Armenian

Formatted: Armenian

Formatted: Armenian

Տաք կոմպրեսներ

Կորբեյնի շտեմարանի հետազոտությունները գտել են, որ ծննդաբերության երկրորդ շրջանում տաք կոմպրեսների կիրառումը թույլ է տալիս **իջեցնել** ՀՍՄՎ-ի հաճախականությունը [32]: Հետազոտությունների արդյունքները (1525 կին) ցույց տվեցին, որ տաք կոմպրեսները **նշանակալիսնշանակալի** իջեցնում են 3-րդ և 4-րդ աստիճանի վնասվածքների հաճախականությունը (RR 0.48, 95% CI 0.28–0.84):

Միջամտությունը իրենից ներկայացնում է կծկումներից դուրս և կծկումների ընթացքում շեքի վրա տաք կոմպրեսի պահում: (Ապացուցողականության մակարդակը՝ 1+)

Շեքի մերսում անտենարալ և ծննդաբերության 2-րդ շրջանում

Շեքի մերսումը հղիության վերջին ամսում առաջարկվել է որպես հնարավոր մեթոդ, որը թույլ կտա շեքի հյուսվածքներին ավելի հեշտ ձգվել ծննդաբերության ընթացքում: Կորքեյնի հետազոտությունները ցույց են տվել, որ այն կանանց մոտ, ովքեր կատարել են շեքի մերսում հղիության վերջին ամսում (2497 կին), ավելի քիչ են հանդիպել այնպիսի վնասվածքներ, որոնք կարելու կարիք է եղել [33]: Կանանց մոտ, ովքեր կատարել են շեքի մերսում, ավելի հազվադեպ է **խնամվել** էպիզիոտոմիայի կարիք: Այս հետազոտությունները վերաբերվում են այն կանանց, ովքեր չեն ունեցել նախորդող հեշտոցային ծննդաբերություններ: Ծննդաբերության 2-րդ շրջանում շեքի մերսումն պաշտպանիչ էֆֆեկտի մասին տվյալները վերջնական չեն [34]: (Ապացուցողականության մակարդակը՝ 1-)

ՀՍՄՎ-ի ախտորոշումը

Բոլոր կանայք, ովքեր ունենում են հեշտոցային ծննդաբերություն, գտնվում են ռիսկի խմբում ՀՍՄՎ-ի և իզոլացված ռեկտալ «կոնականցբային» **(անալ սեղմանը հետակալ է սակայն լորձաթաղանթը վնասված է)** վնասվածքների համար: Ուստի, **մինչև կարելը** նրանք պետք է անցնեն համակարգված հետազոտություն, որը ներառում է **ռոդիդադիթայինուղիդ աղիքային** մատնային հետազոտությունը՝ գնահատելու համար պատռվածքի աստիճանը **մինչև կարելը**: (խորհուրդի ուժը՝ I)

Համաձայն NICE-ի ուղեցույցների, նախքան գենիտալ տրավմաների գնահատելը, բժիշկները պետք է [23]՝

- բացատրեն կնոջը՝ ի՞նչ են պլանավորում անել և ինչո՞ւ,
- առաջարկեն ինհալացիոն անզգայացում,
- ապահովեն լավ լուսավորություն,

Formatted: Not Highlight
Formatted: Armenian
Formatted: Armenian
Formatted: Armenian

Formatted: Armenian
Formatted: Armenian
Formatted: Armenian

- կնոջը տալ հարմարավետ դիրք, որում լավ տեսանելի կլինեն սեռական օրգանները:

Ձննումը պետք է կատարել շատ զգույշ և անմիջապես ծննդաբերությունից հետո: Եթե ծննդաբերությունից հետո հայտնաբերվել է վնասվածք, ապա պետք է անցնել համակարգային զննման, որն ընդգրկում է նաև ռեկտալ զննում:

Գենիտալ վնասվածքի գնահատումը իր մեջ պետք է ներառի [13]

- բուժաշխատողը պետք է բացատրի, թե ինչ է պատրաստվում անել և ինչու
- կինը պետք է հաստատի, որ տեղային ցավազրկումը գործում է
- վնասվածքի վիզուալ գնահատում, վնասվածքի մեջ ներառված կառուցվածքների հայտնաբերում, վնասվածքի գազաթի որոշում և արյունահոսության գնահատում
- ռեկտալ հետազոտություն, որը թույլ է տալիս գնահատել, արդյոք վնասվել են ռեկտալ արտաքին կամ ներքին սեղմանները, եթե իհարկե առկա են մկանների վնասման կասկած:

Կինը պետք է լինի լիթոտոմիայի դիրքով, ինչը կապահովի ադեկվատ վիզուալիզացիա վնասվածքի գնահատման և այն վերականգնելու համար: Այս դիրքում կինը պետք է լինի այնքան ժամանակ, որքան անհրաժեշտ է տրավմայի գնահատման և նրա վերականգնման համար: Հետազոտությունը և դրա ~~արդյունքները~~ արդյունքները պետք է ամբողջությամբ գրառվեն, ցանկալի է պատկերավոր կերպով:

Եթե կա որևէ կասկած կապված վնասվածքի կամ նրա աստիճանի հետ, ապա կինը պետք է զննվի ավելի փորձառու մասնագետի կողմից:

Հեշտոցային ծննդաբերությունից հետո հետանցքի սեղմանի և անոռեկտալ լորձաթաղանթի վնասվածքները չեն կարող բացառվել առանց ռեկտալ հետազոտության: Դասընթացների և տվյալների ավելացումը մեծացնում է ՀՄՎ-ի ախտորոշումը: Մեկ գործնական դասընթացը կարող է մեծացնել կրկնակի անգամ ախտորոշումը [4,35]: **(Ապացուցողականության մակարդակը՝ 2+)**

Ներհետանցքային ՈւՁՀ-ի կիրառումից հետո սոնոգրաֆիկ հնարավոր է եղել ախտորոշել հեշտոցային ծննդաբերությունների ժամանակ հետանցքի սեղմանի սուբնորմալ վիճակներ՝ շուրջ 33%: Սակայն անմիջապես ծննդաբերությունից հետո այն չունի մեծ առավելություն մատնային հետազոտության նկատմամբ: Սակայն ամեն

դեպքում ներհետանցքային ՈւՁՀ-ն պետք է դիտարկել որպես հետազոտության մեթոդ ծննդաբերությունից հետո [36,37]: **(Ապացուցողականության մակարդակը՝ 3)**

ՀՍՄՎ-ի վերականգնումը

Հիմնական առանձնահատկությունները

3-րդ և 4-րդ աստիճանի վնասվածքների վերականգնումը պետք է կատարվի լավ պատրաստված բժշկի կողմից կամ նրա հսկողությամբ: *(խորհուրդի ուժը՝ 1)*

Վերականգնումը պետք է կատարվի վիրասրահում, տեղային կամ ընդհանուր անզգայացման տակ, նորմալ լուսավորությամբ և համապատասխան գործիքներով: Եթե կա առատ արյունահոսություն, ապա հեշտոցում **պետոքայետք** է տեղադրվի տամպոն և կինը անմիջապես պետք է տեղափոխվի վիրասրահ: ՀՍՄՎ-ի վերականգնումը ծնարանում պետք է իրականացվի միայն որոշակի հանգամանքներում ավագ մանկաբարձի հետ քննարկելուց հետո: *(խորհուրդի ուժը՝ 1)*

ՀՍՄՎ-ի վերականգնման ժամանակ պետք է խուսափել ութածն կարի կիրառումից, քանի որ այն **իր բնույթով վառ-ուժեղ** հեմոստատիկ է և կարող է առաջացնել հյուսվածքների իշեմիա: *(խորհուրդի ուժը՝ 1)*

Վերականգնումից հետո պետք է կատարել ռեկտալ հետազոտություն՝ համոզվելու համար, որ կարերը չեն տեղադրվել անոռեկտալ լորձաթաղանթի միջով: Եթե հայտնաբերվել է կար, այն պետք է **այն**-հեռացնել: *(խորհուրդի ուժը՝ 1)*

Կոլոռեկտալ վիրաբույժի մասնակցությունը պետք է համաձայնեցվի գործող ուղեցույցների հետ՝ հաշվի առնելով, որ շատ կոլոռեկտալ վիրաբույժներ ծանոթ չեն ՀՍՄՎ-ին [38]: Վերականգնումը պետք է տեղի ունենա վիրահասարահում՝ օպտիմալ պայմաններում, լավ լուսավորությամբ և համապատասխան գործիքներով: Տեղային կամ ընդհանուր անզգայացմումը կնպաստի մկանների թուլացման, և հետանցքի սեղմանի պատռված մասերի համադրման [13]: **(Ապացուցողականության մակարդակը՝ 4)**

Անոռեկտալ լորձաթաղանթի **վերականգնման վերականգնման** տեխնիկա

Անոռեկտալ լորձաթաղանթի վնասվածքները պետք է վերականգնել օգտագործելով անընդհատ կար, կամ հանգուցակար: (խորհուրդի ուժը՝ I)

Գործնական մեթոդ է համարվում հետանցքի լորձաթաղանթի կարումը հանգուցակարերով՝ կապը դնելով հետանցքի խողովակում: Սակայն այս մեթոդը արդիական էր, երբ կարելիս օգտագործվում էր կետգուտ և պետք է նվազագույն հասցվեր հյուսվածքային գրգռվածությունը և ինֆեկցիան [39]: Պոլիզակտինի առկայության ~~պայմաններում~~պայմաններում այն անհրաժեշտություն չի համարվում, քանի որ ներծծվում է հիդրոլիզի արդյունքում: Ութաձև կարերից պետք է խուսափել ցանկացած դեպքում: **(Ապացուցողականության մակարդակը՝ 4)**

Հետանցքի ներքին սեղմանի վերականգնման տեխնիկա

Եթե հայտնաբերվել է հետանցքի ներքին սեղմանի վնասվածք, ցանկալի է կիրառել հանգուցակար կամ ~~մատրեսային–մատրասային~~ կար (mattress sutures)՝ առանց շերտերը միմյանց վրա կարելու: (խորհուրդի ուժը՝ C)

1999 թ-ին Սուլթանը առաջին անգամ նկարագրել է ՀՆԱ-ի վերականգնման ծայրը ծայրին մեթոդը [40]: Դրանից հետո մի շարք ուսումնասիրություններ ցույց տվեցին, որ այս մեթոդը լավացնում է կղապահությունը [9,12]: **(Ապացուցողականության մակարդակը՝ 2+)**

Հետանցքի արտաքին սեղմանի վերականգնման տեխնիկա

Հետանցքի արտաքին սեղմանի ամբողջ հաստությամբ վերականգնման համար պետք է օգտվել շերտերը միմյանց վրա ~~համադրելով–համադրման~~ կամ ծայրը-ծայրին տեխնիկայից: (խորհուրդի ուժը՝ A)

Ոչ լրիվ (թուր 3a և որոշ 3b) հաստությամբ վնասվածքի ~~վերականգնման~~վերականգնման համար պետք է օգտվել ծայրը-ծայրին տեխնիկայից: **(խորհուրդի ուժը՝ D)**

Կոհրեյնի ուսումնասիրությունները ցույց են տվել, որ չկա տարբերություն ծայրը-ծայրին և շերտերը միմյանց վրա կարելու մեթոդների մեջ: Ուստի այդ մեթոդներն էլ

~~կառեիկարելի~~ է օգտագործել ՀԱՍ-ի վերականգնման համար: [41]
(Ապացուցողականության մակարդակը՝ 1++)

Կարանյութի ընտրություն

~~3-0 պոլիգլակտինը հարկավոր է օգտագործել~~ ա Անոռեկտալ շրջանի լորձաթաղանթի վերականգնման համար հարկավոր օգտագործել է 3-0 պոլիգլակտինը, քանի որ այն առավել ալվելի քիչ է առաջացնում գրգռվածություն և դիսկոմֆորտ, քան պոլիդիոքսանոնը (PDS): (խորհուրդի ուժը՝ D)

Formatted: Armenian

Մոնոֆիլամենտ թելերով՝ ինչպիսին է 3-0 PDS-ը, կամ պոլիֆիլամենտ թելերով՝ ինչպիսին է 2-0 պոլիգլակտինը, հետանցքի ներքին և/կամ արտաքին սեղմանը վերականգնելիս արդյունքները համարժեք են: (խորհուրդի ուժը՝ B)

Հետանցքի սեղմանի մանկաբարձական պատռվածքները վերականգնելիս ցանկալի է օգտագործել շեքի մակերեսային մկանների տակ խորասուզվող խորասուզող կարեր խուսափելու համար մաշկի շեքի մակերեսային մկանների տակ մաշկի վրա կարերի դուրս գալուց խուսափելու համար: (խորհուրդի ուժը՝ B)

Formatted: Not Highlight

Formatted: Not Highlight

Անոռեկտալ շրջանի լորձաթաղանթի վերականգնման համար PDS կարերի օգտագործումից հարկավոր է հրաժարվել, քանի որ այն ալվելի երկար է ներծծվում և կարող է առաջացնել դիսկոմֆորտ հետանցքի շրջանում [39]: (Ապացուցողականության մակարդակը՝ 4)

Չկան համակարգային վերանայումներ, որոնք կգնահատեին, թե որ թելերն են համարվում լավագույնը հետանցքի արտաքին սեղմանի վերականգնման համար: Միայն ՊԲՎՓ, համեմատելու համար Vicryl® (3-0 պոլիգլակտին Ethicon, Somerville, New Jersey, USA) և PDS-ը, ցույց են տվել կարերից հնարավոր առաջացող էական բարդությունների տարբերության բացակայությունը 6 շաբաթվա ընթացքում և աղիքային կլինիկայի տարբերության բացակայությունը 6-12 ամիսներին [42]: Չկան համակարգային վերանայումներ կամ ՊԲՎՓ, որոնք կգնահատեին կարանյութերի կիրառումը հետանցքի արտաքին սեղմանի վերականգնման ժամանակ: Հետանցքի արտաքին սեղմանի վերականգնման համար կարանյութերի օգտագործումը՝ ինչպիսին է 3-0 PDS-ը և 2-0 պոլիգլակտինը (Vicryl®), կարող են առաջացնել նվազ գրգռվածություն գրգռվածություն և

դիսկոմֆորտ: Կարերի միգրացիա գնահատվում է այն ժամանակ, երբ կինը գանգատվում է գրգռվածությունից/ցավից շեքի շրջանում հետանցքի սեղմանի մանկաբարձական պատռվածքի վերականգնումից հետո: Այն կարող է նաև ախտորոշվել զննման ժամանակ, երբ կարերի մերկացված հատվածները երևում են կամ շոշափվում: Մերկացված հատվածները հնարավորն է կտրել ամբուլատոր պայմաններում տեղային անզգայացման պայմաններում: Կարերի միգրացիայի գրանցված 7% հիվանդացության մակարդակը կարելի է նվազեցնել հանգուցների երկար հատվածների կտրման և շեքի մակերեսային մկաններ խորասուզելու շնորհիվ [42]: **(Ապացուցողականության մակարդակը՝ 1-)**

Վիրաբուժական ունակություն

Հետանցքի սեղմանի մանկաբարձական վնասվածքի վերականգնումը պետք է կատարվի համապատասխան վերապատրաստում անցած բժշկի կողմից: (խորհուրդի ուժը՝ D)

Հետանցքի սեղմանի վերականգնման տեխնիկայի ~~ֆորմալ~~ ուսուցումը պետք է մանկաբարձական ուսուցման էական բաղադրիչը լինի: (խորհուրդի ուժը՝ I)

Հետանցքի սեղմանի ոչ փորձառու վերականգնումը կարող է բերել մայրական հիվանդացության՝ հատկապես հետագա անկղապահության: Հրապարակված ՊԲՎՓ-ները ցույց են տվել 19-36% դեպքերում ՀԱՍ-ի մնացորդային դեֆեկտներ [43,45]: Կլինիկական նշանակությունը անսիպտոմ դեֆեկտների, որոնք հայտնաբերվել են ՈւՁՀ-ի շնորհիվ, ներկա ժամանակում հայտնի չէ, բայց կա կարծիք, որ դրանք առաջացել են ոչ պատշաճ առաջնային վերականգնման ժամանակ [9,46]: **(Ապացուցողականության մակարդակը՝ 1-)**

2002թ-ին Մեծ Բրիտանիայի երկու ~~տարածաշրջանում~~**տարածաշրջանում** հարցումը մանկաբարձների շրջանում ցույց է տվել, որ նրանք ~~դժգոհ~~**դժգոհ** են իրենց պատրաստվածությունից երրորդ ~~ասիճանի~~**աստիճանի** շեքի պատռվածքներով կանանց վարելիս [38,47]: **(Ապացուցողականության մակարդակը՝ 3)**

Շեքի 3-րդ և 4-րդ աստիճանի պատուվածքների վերականգնման սեմինարները ընդգրկված են մի շարք սիմուլացիոն մոդելներում, այդ թվում նաև RCOG ծրագրում [2,48]: (Ապացուցողականության մակարդակը՝ 4)

Հետվիրահատական վարումը

Խորհուրդ է տրվում ՀՍՄՎ-ի վերականգնումից հետո օգտագործել լայն ազդեցության հակաբիոտիկներ, որպեսզի նվազեցվի հետվիրահատական ինֆեկցիաների և վերքի բորբոքման ռիսկը: (խորհուրդի ուժը՝ B)

Վերքի բորբոքման ռիսկը նվազեցնելու համար խորհուրդ է տրվում օգտագործել լուծողականներ: (խորհուրդի ուժը՝ C)

Լուծողականների հետ ռուտին կերպով չպետք է ~~տալ ուռեցնող շանակել աղիքի պարունակության ծավալը մեծացնող~~ միջոցներ: (խորհուրդի ուժը՝ B)

Formatted: Not Highlight

Կանանց պետք է խորհուրդ տալ ֆիզիոթերապիա, որը ՀՍՄՎ-ի վերականգնումից հետո կարող է լինել օգտակար: (խորհուրդի ուժը՝ I)

Կանայք, ովքեր ունեցել են ՀՍՄՎ-ի վերականգնում, ~~հնարավորության դեպքում~~ պետք է նորից հետազոտվեն ~~հնարավորության դեպքում~~ (սովորաբար 6-12 շաբաթ հետծննդյան շրջանում) բժշկի կողմից, ով հատուկ մասնագիտացված է ՀՍՄՎ-ի մեջ: (խորհուրդի ուժը՝ C)

Եթե կինը զգում է ցավ կամ անհանգստություն, ~~ապա-նա~~ պետք է դիմի մասնագետի՝ գինեկոլոգի կամ կոլոռեկտալ վիրաբույժի: (խորհուրդի ուժը՝ C)

Շեքի 3-րդ և 4-րդ աստիճանի պատուվածքների Կոհրեյնի ՊԲՎՓ-ները (147 մասնակից) հակաբիոտիկների պրոֆիլակտիկ էֆեկտի, հակաբիոտիկների պլացեբո էֆեկտի և հակաբիոտիկների բացակայության տարբերությունների մասին ցույց են տվել, որ պրոֆիլակտիկ ~~հակաբիոտիկների~~ հակաբիոտիկներ կիրառումը նպաստում է վերքերի բարդությունների նվազ ի հայտ գալուն [49]: Հեղինակները եզրակացնում են, որ այս արդյունքները պետք է մեկնաբանվի զգուշությամբ, քանի որ արվել են թվով քիչ հետազոտություններ: (Ապացուցողականության մակարդակը՝ 1-)

Չկան համակարգային վերանայումներ, որոնք կգնահատեն լուծողականների դերը հետվիրահատական շրջանում: Լուծողականները ~~խորհուրդ~~ են տրվում հետվիրահատական շրջանում կոշտ կղանքը և հետանցքի սեղմանի վերականգնման հետ խնդիրները բացառելու նպատակով [40]: Լակտուլոզան կարելի է օգտագործել հետվիրահատական շրջանում՝ 10 օրվա ընթացքում: **(Ապացուցողականության մակարդակը՝ 2+)**

Մեկ ՊԲՎՓ է կատարվել՝ որոշելու համար լուծողականների և հավելումների դերը հետվիրահատական շրջանում ՀՍՄՎ-ի ժամանակ [50]: Այդ հետազոտության ժամանակ լուծողականներ ստացող կանայք ունեցել են ավելի շուտ և անցավ աղիների զալարակծկանքներ և ~~ավելի~~ վաղ կղազատում: Տարբերություն չի եղել ոչ ախտանշանային, ոչ ֆունկցիոնալ երկու մեթոդների մեջ: Լակտուլոզայի դեղաչափ պետք է տիտրել, որպեսզի ապահովվի փափուկ կղանքը, բայց ոչ վերջինիս ջրիկացումը: ՊԲՎՓ-ները ցույց են տվել, որ լակտուլոզան հավելումների հետ (Fybogel®, Reckitt Benckiser, Hull, UK) առաջացնում է անմիզապահություն վաղ հետծննդյան շրջանում՝ ի տարբերություն միայն լակտուլոզայի ~~գիրառամբկիրատումը~~ (32.86% և 18.18%; P=0.03), հետևաբար լակտուլոզայի և հավելումների ռուտինային օգտագործումը խորհուրդ չի տրվում: Մեկ այլ ՊԲՎՓ ցույց է տվել, որ չկա տարբերություն տնային բուսաբուժության և շեքի մկանների վարժությունների միջև այն կանանց մոտ, ովքեր ունեցել են ՀՍՄՎ [51]: **(Ապացուցողականության մակարդակը՝ 1-)**

Չկան համակարգային վերանայումներ կամ ՊԲՎՓ-ներ, որպեսզի հստակեցվի ՀՍՄՎ-ով կանանց օպտիմալ վարումը հետծննդյան շրջանում, գնահատվի վնասվածքը և առաջարկվի խորհրդատվություն, թե ինչպես կազմակերպվի հետագա բուժումը և հաջորդող ~~հիփոթիզիոլոյունը~~ [52-56]: **(Ապացուցողականության մակարդակը՝ 4)**

Կանխատեսում

Կանանց պետք է տեղեկացնել, որ ~~ծննդաբերությունից և ՀԱՍ-ի վերականգումից վերականգնումից~~ հետո ~~60-80% կանայք դեպքերի 60-80% ը անախտանիջանգատ չեն են ունենում:~~ **(խորհուրդի ուժը՝ B)**

Formatted: Not Highlight

Formatted: Not Highlight

Formatted: Not Highlight

Formatted: Not Highlight

Մի քանի ՊԲՎՓ-ներ, սկսած 2000թ-ից, ցույց են տվել, որ ՀՆՍ-ի վերականգնումը շերտերը միմյանց վրա կամ ծայրը ծայրին մեթոդներով բերում է անկղապահության քիչ դեպքերի, որոնցից 60-80%-ը ավտորոշվում է որպես անախտանիշ 12 ամսվա ընթացքում [4,42-45]: (Ապացուցողականության մակարդակը՝ 1-)

Հաջորդող ծննդաբերությունը

Բոլոր կանանց հետ, ովքեր ունեցել են ՀՍՄՎ նախորդ հղիության ժամանակ, պետք է խորհրդակցել ծննդաբերության եղանակի մասին և հստակ նշել փաստաթղթերում: (խորհուրդի ուժը՝ I)

Կանխարգելիչ էպիզիոտոմիայի դերը հաջորդ հղիության ժամանակ հայտնի չէ, այդ իսկ պատճառով էպիզիոտոմիան պետք է կատարվի միայն կլինիկական ցուցումով: (խորհուրդի ուժը՝ I)

Բոլոր կանանց, ովքեր նախորդ հղիության ժամանակ ունեցել են ՀՍՄՎ, ունեն ~~կլինիկական նշաններգանգատներ~~, ոչ նորմալ ներհետանցքային ուլտրաձայնային հետազոտություն և/կամ մանոմետրիա, պետք է խորհուրդ տալ ծննդաբերել կեսարյան հատման ճանապարհով պլանային կարգով: (խորհուրդի ուժը՝ I)

Formatted: Not Highlight

Չկան համակարգային վերանայումներ կամ պատահական բաշխմամբ վերահսկվող փորձարկումներ, որպեսզի հստակեցվի ~~քննդաբերությանծննդաբերության~~ ընթացքը ՀՍՄՎ-ի ժամանակ: Հաջորդ ծննդաբերությունների ժամանակ ՀՍՄՎ-ի դիսկը, նախորդած շեքի 3-և 4-րդ աստիճանի ~~պատվածքներիպատուվածքներին~~, կազմում է 5-7% [56,57]: Կանանց մոտ, նախորդած շեքի 3-րդ աստիճանի պատուվածքը, հաջորդող հեշտոցային ծննդաբերության ժամանակ կարող է 17% դեպքերում վատացնել աղիքային ~~կլինիկականկլինիկական~~ [58-61]: Դա հնարավոր է այն ~~դեպքերդեպքում~~, եթե առկա է եղել առաջիկա 3 ամիսների ժամանակ անկղապահություն, որը մասամբ վերացել է հետծննդյան 6-րդ ամսում [60]: (Ապացուցողականության մակարդակը՝ 4)

Չկան սիստեմատիկ հետազոտություններ կամ ՊԲՎՓ, որպեսզի գնահատվի էպիզիոտոմիայի էֆեկտիվությունը ՀՍՄՎ-ի կանխարգելման մեջ: Ուստի էպիզիոտոմիան ~~քննդաբերությանծննդաբերության~~ ժամանակ պետք է կատարել ելնելով կլինիկական ցուցումներից:

Բոլոր կանայք, ովքեր ունեցել են ՀՍՄՎ, պետք է անցնեն խորհրդակցություն/խորհրդակցություն հաջորդող ծննդաբերությունների հետ կապված: Դրանք պետք է լինեն պատշաճ փաստաթղթավորված: Այն կանանց հետ, ովքեր ունեն սիմպտոմատիկա և/կամ սուբնորմալ անոռեկտալ ճնշում, պետք է քննարկվի կեսարյան հատման հնարավորությունը [39]: Մի պրոսպեկտիվ հետազոտություն ցույց է տվել, որ կանայք, ովքեր ունեցել են ՀՍՄՎ-ից սոնոգրաֆիկ դեֆեկտ ավելի քան 30 աստիճան և հետանցքի սեղմանի ճնշում ավելի քիչ, քան 20 ~~—մմ—~~/սս, հաջորդող հեշտոցային ծննդաբերության ժամանակ էական բարդություններ չեն ունեցել [56]:

(Ապացուցողականության մակարդակը՝ 4)

Formatted: Armenian
Formatted: Armenian

Ռիսկերի վարումը

Բաժանմունքներում պետք է գործի ՀՍՄՎ-ի վարման գործելակարգը: (խորհուրդի ուժը՝ I)

Ներգրավված անատոմիական կառույցների, վերականգնման մեթոդի և կիրառված կարանյութերի վերաբերյալ տեղեկատվությունը պետք է գրառվի փաստաթղթերում: (խորհուրդի ուժը՝ I)

Կինը պետք է տեղյակ լինի իր պատովածքի բնույթի մասին, նրան պետք է առաջարկվի հետևել վերականգնման գործընթացին և այս ամենը լինի գրավոր տեղեկատվություն: (խորհուրդի ուժը՝ I)

Աճում է դատական պրոցեսների թիվը դատական պրոցեսների՝ կավաճ-կապված ՀՍՄՎ-ի հետ: Հիմնական մասը կապված է սխալ ախտորոշման հետ, որն էլ բերում հետանցքի դիսֆունկցիայի, ռեկտովագինալ և անոլագինալ խուղակների [62]: 2000թ-ի ապրիլի 1-ից մինչև 2010 թ-ի մարտի 31-ը հաշվում էր 441 պնդումներ անփութության կապակցությամբ՝ կապված շեքի վնասվածքների հետ (մանկաբարձությունում մեծությամբ 4-րդ տեղում): Այդ հայցերի ընդհանուր գումարը հաշվում է £31,2 մլն և 85%-ը կապված էր սխալ ախտորոշման հետ [62]:

Նեոկայում/Ներկայում ՀՍՄՎ-ի առաջացումը/առաջացումը չի համարվում ոչ պատշաճ բուժօգնություն, քանի որ այն համարվում է հեշտոցային ծննդալուծումների տարածված բարդություն: Ամեն դեպքում հետանցքի սեղմանի պատովածքի ոչ ճիշտ ախտորոշումը և

վերականգնումը համարվում է ոչ պատշաճ բուժօգնություն: Վատ մեթոդը, վատ կարանյութը կամ վատ լավացումը կարող են բերել վերականգնման ճախողման [63]:

Ճիշտ փաստաթղթավորումը՝ ցանկալի մանրամասն գծապատկերով, կնոջը մանրամասն բացատրությունը, համարվում է կարևոր [54]:

Ներդրման հնարավորություններ և աուդիտի ցուցանիշներ

Առաջարկվող աուդիտի ցուցանիշներն են՝

- անոռեկտալ լորձաթաղանթի վնասվածքների քանակը
- հետանցքի սեղմանի ցանկացած մանկաբարձական վնասման դեպքերի քանակը որտեղ կիրառվել է սույն Ուղեցույցում տրվող դասակարգումը
- ընդհանուր էպիզիոտոմիաների քանակի մեջ մեդիոլատերալ մոտեցման հաճախականությունը
- անոռեկտալ լորձաթաղանթի վնասվածքների քանակը, որոնք վերականգնվել են օգտագործելով անընդհատ կամ հանգուցակար կարեր

Գրականության ցանկ

1. Gurol-Urganci I, Cromwell DA, Edozien LC, Mahmood TA, Adams EJ, Richmond DH, et al. Third- and fourth-degree perineal tears among primiparous women in England between 2000 and 2012: time trends and risk factors. *BJOG* 2013;120:1516–25.
2. Thiagamoorthy G, Johnson A, Thakar R, Sultan AH. National survey of perineal trauma and its subsequent management in the United Kingdom. *Int Urogynecol J* 2014;25:1621–7.
3. Baghurst PA. The case for retaining severe perineal tears as an indicator of the quality of obstetric care. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2013;53:3–8.
4. Andrews V, Shelmerdine S, Sultan AH, Thakar R. Anal and urinary incontinence 4 years after a vaginal delivery. *Int Urogynecol J* 2013;24:55–60.

5. Sultan AH. Obstetric perineal injury and anal incontinence. *Clin Risk* 1999;5:193–6.
6. Koelbl H, Igawa T, Salvatore S, Laterza RM, Lowry A, Sievert KD, et al. Pathophysiology of urinary incontinence, faecal incontinence and pelvic organ prolapse. In: Abrams P, Cardozo L, Khoury S, Wein A, editors. *Incontinence*. 5th ed. [place unknown]: ICUD-EAU; 2013. p. 261–359.
7. Thakar R, Fenner DE. Anatomy of the Perineum and the Anal Sphincter. In: Sultan AH, Thakar R, Fenner DE, editors. *Perineal and anal sphincter trauma*. London: Springer; 2007. p. 1–12.
8. Haylen BT, de Ridder D, Freeman RM, Swift SE, Berghmans B, Lee J, et al.; International Urogynecological Association; International Continence Society. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. *Neurourol Urodyn* 2010;29:4–20.
9. Roos AM, Thakar R, Sultan AH, Outcome of primary repair of obstetric anal sphincter injuries (OASIS): does the grade of tear matter? *Ultrasound Obstet Gynecol* 2010;36:368–74.
10. De Leeuw JW, Vierhout ME, Struijk PC, Hop WC, Wallenburg HC. Anal sphincter damage after vaginal delivery: functional outcome and risk factors for fecal incontinence. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2001;80:830–4.
11. Mahony R, Behan M, Daly L, Kirwan C, O’Herlihy C, O’Connell PR. Internal anal sphincter defect influences continence outcome following obstetric anal sphincter injury. *Am J Obstet Gynecol* 2007;196:217.e1–5.
12. Visscher AP, Lam TJ, Hart N, Felt-Bersma RJ. Fecal incontinence, sexual complaints, and anorectal function after third-degree obstetric anal sphincter injury (OASI): 5-year follow-up. *Int Urogynecol J* 2014;25:607–13.
13. Sultan AH, Kettle C. Diagnosis of Perineal Trauma. In: Sultan AH, Thakar R, Fenner DE, editors. *Perineal and anal sphincter trauma*. London: Springer; 2007. p. 13–9.
14. Richter HE, Brumfield CG, Cliver SP, Burgio KL, Neely CL, Varner RE. Risk factors associated with anal sphincter tear: a comparison of primiparous patients, vaginal births after

cesarean deliveries, and patients with previous vaginal delivery. *Am J Obstet Gynecol* 2002;187:1194–8.

15. McLeod NL, Gilmour DT, Joseph KS, Farrell SA, Luther ER. Trends in major risk factors for anal sphincter lacerations: a 10-year study. *J Obstet Gynaecol Can* 2003;25:586–93.

16. Williams A, Tincello DG, White S, Adams EJ, Alfirevic Z, Richmond DH. Risk scoring system for prediction of obstetric anal sphincter injury. *BJOG* 2005;112:1066–9.

17. Edozien LC, Gurol-Urganci I, Cromwell DA, Adams EJ, Richmond DH, Mahmood TA, et al. Impact of third- and fourth-degree perineal tears at first birth on subsequent pregnancy outcomes: a cohort study. *BJOG* 2014;121:1695–704.

18. Fritel X, Schaal JP, Fauconnier A, Bertrand V, Levet C, Pigné A. Pelvic floor disorders 4 years after first delivery: a comparative study of restrictive versus systematic episiotomy. *BJOG* 2008;115:247–52.

19. de Vogel J, van der Leeuw-van Beek A, Gietelink D, Vujkovic M, de Leeuw JW, van Bavel J, et al. The effect of a mediolateral episiotomy during operative vaginal delivery on the risk of developing obstetrical anal sphincter injuries. *Am J Obstet Gynecol* 2012;206:404.e1–5.

20. Räisänen S, Vehviläinen-Julkunen K, Heinonen S. Need for and consequences of episiotomy in vaginal birth: a critical approach. *Midwifery* 2010;26:348–56.

21. Eogan M, Daly L, O’Connell PR, O’Herlihy C. Does the angle of episiotomy affect the incidence of anal sphincter injury? *BJOG* 2006;113:190–4.

22. Stedenfeldt M, Pirhonen J, Blix E, Wilsgaard T, Vonen B, Øian P. Episiotomy characteristics and risks for obstetric anal sphincter injuries: a case-control study. *BJOG* 2012;119:724–30.

23. National Institute for Health and Clinical Excellence. Intrapartum care: Care of healthy women and their babies during childbirth. NICE clinical guideline 55. Manchester: NICE; 2007.

24. Kalis V, Landsmanova J, Bednarova B, Karbanova J, Laine K, Rokyta Z. Evaluation of the incision angle of mediolateral episiotomy at 60 degrees. *Int J Gynaecol Obstet* 2011;112:220–4.

25. Tincello DG, Williams A, Fowler GE, Adams EJ, Richmond DH, Alfirevic Z. Differences in episiotomy technique between midwives and doctors. *BJOG* 2003;110:1041–4.
26. Andrews V, Thakar R, Sultan AH, Jones PW. Are mediolateral episiotomies actually mediolateral? *BJOG* 2005;112:1156–8.
27. Freeman RM, Hollands HJ, Barron LF, Kapoor DS. Cutting a mediolateral episiotomy at the correct angle: evaluation of a new device, the Episcissors-60. *Med Devices (Auckl)* 2014;7:23–8.
28. Patel RP, Ubale SM. Evaluation of the angled Episcissors-60® episiotomy scissors in spontaneous vaginal deliveries. *Med Devices (Auckl)* 2014;7:253–6.
29. Hals E, Øian P, Pirhonen T, Gissler M, Hjelle S, Nilsen EB, et al. A multicenter interventional program to reduce the incidence of anal sphincter tears. *Obstet Gynecol* 2010;116:901–8.
30. Laine K, Skjeldestad FE, Sandvik L, Staff AC. Incidence of obstetric anal sphincter injuries after training to protect the perineum: cohort study. *BMJ Open* 2012;2:e001649.
31. Jönsson ER, Elfaghi I, Rydhström H, Herbst A. Modified Ritgen's maneuver for anal sphincter injury at delivery: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol* 2008;112:212–7.
32. Aasheim V, Nilsen AB, Lukasse M, Reinar LM. Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma. *Cochrane Database Syst Rev* 2011;(12):CD006672.
33. Beckmann MM, Stock OM. Antenatal perineal massage for reducing perineal trauma. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;(4):CD005123.
34. Stamp G, Kruzins G, Crowther C. Perineal massage in labour and prevention of perineal trauma: randomised controlled trial. *BMJ* 2001;322:1277–80.
35. Groom KM, Paterson-Brown S. Can we improve on the diagnosis of third degree tears? *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2002;101:19–21.
36. Sultan AH, Kamm MA, Hudson CN, Thomas JM, Bartram CI. Anal-sphincter disruption during vaginal delivery. *N Engl J Med* 1993;329:1905–11.

37. Andrews V, Sultan AH, Thakar R, Jones PW. Occult anal sphincter injuries—myth or reality? *BJOG* 2006;113:195–200.
38. Fernando RJ, Sultan AH, Radley S, Jones PW, Johanson RB. Management of obstetric anal sphincter injury: a systematic review & national practice survey. *BMC Health Serv Res* 2002;2:9.
39. Sultan AH, Thakar R. Lower genital tract and anal sphincter trauma. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2002;16:99–115.
40. Sultan AH, Monga AK, Kumar D, Stanton SL. Primary repair of obstetric anal sphincter rupture using the overlap technique. *Br J Obstet Gynaecol* 1999;106:318–23.
41. Fernando RJ, Sultan AH, Kettle C, Thakar R. Methods of repair for obstetric anal sphincter injury. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;(12):CD002866.
42. Williams A, Adams EJ, Tincello DG, Alfirevic Z, Walkinshaw SA, Richmond DH. How to repair an anal sphincter injury after vaginal delivery: results of a randomised controlled trial. *BJOG* 2006;113:201–7.
43. Fitzpatrick M, Behan M, O’Connell PR, O’Herlihy C. A randomized clinical trial comparing primary overlap with approximation repair of third-degree obstetric tears. *Am J Obstet Gynecol* 2000;183:1220–4.
44. Garcia V, Rogers RG, Kim SS, Hall RJ, Kammerer-Doak DN. Primary repair of obstetric anal sphincter laceration: a randomized trial of two surgical techniques. *Am J Obstet Gynecol* 2005;192:1697–701.
45. Fernando RJ, Sultan AH, Kettle C, Radley S, Jones P, O’Brien PM. Repair techniques for obstetric anal sphincter injuries: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol* 2006;107:1261–8.
46. Pronk P, Van Leeuwen E, Albicher C, Dermout SM, Doornbos JP, Engel AF. Temporal endosonographic evaluation of anal sphincter integrity after primary repair for obstetric ruptures: a case for specific training of obstetricians. *Colorectal Dis* 2010;12:e140–4.

47. Andrews V, Thakar R, Sultan AH. Structured hands-on training in repair of obstetric anal sphincter injuries (OASIS): an audit of clinical practice. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2009;20:193–9.
48. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Core Module 12: Postpartum Problems (the Puerperium) [https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/careers-and-training/core-curriculum/2013-05-16_core_module_12.pdf]. Accessed 2014 Oct 2.
49. Buppasiri P, Lumbiganon P, Thinkhamrop J, Thinkhamrop B. Antibiotic prophylaxis for third- and fourth-degree perineal tear during vaginal birth. *Cochrane Database Syst Rev* 2010;(11):CD005125.
50. Mahony R, Behan M, O’Herlihy C, O’Connell PR. Randomized, clinical trial of bowel confinement vs. laxative use after primary repair of a third-degree obstetric anal sphincter tear. *Dis Colon Rectum* 2004;47:12–7.
51. Eogan M, Daly L, Behan M, O’Connell PR, O’Herlihy C. Randomised clinical trial of a laxative alone versus a laxative and a bulking agent after primary repair of obstetric anal sphincter injury. *BJOG* 2007;114:736–40.
52. Peirce C, Murphy C, Fitzpatrick M, Cassidy M, Daly L, O’Connell PR, et al. Randomised controlled trial comparing early home biofeedback physiotherapy with pelvic floor exercises for the treatment of third-degree tears (EBAPT Trial). *BJOG* 2013;120:1240–7. RCOG Green-top Guideline No. 29 17 of 19 © Royal College of Obstetricians and Gynaecologists
53. Bugg GJ, Kiff ES, Hosker G. A new condition-specific healthrelated quality of life questionnaire for the assessment of women with anal incontinence. *BJOG* 2001;108:1057–67.
54. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. A third or fourth-degree tear during birth: Information for you. London: RCOG; 2015.
55. Fowler G, Williams A, Murphy G, Taylor K, Wood C, Adams E. How to set up a perineal clinic. *The Obstetrician & Gynaecologist* 2009;11:129–32.
56. Scheer I, Thakar R, Sultan AH. Mode of delivery after previous obstetric anal sphincter injuries (OASIS)—a reappraisal? *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2009;20:1095–101.

57. Harkin R, Fitzpatrick M, O'Connell PR, O'Herlihy C. Anal sphincter disruption at vaginal delivery: is recurrence predictable? *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2003;109:149–52.
58. Poen AC, Felt-Bersma RJ, Strijers RL, Dekker GA, Cuesta MA, Meuwissen SG. Third-degree obstetric perineal tear: long-term clinical and functional results after primary repair. *Br J Surg* 1998;85:1433–8.
59. Goffeng AR, Andersch B, Andersson M, Berndtsson I, Hulten L, Öresland T. Objective methods cannot predict anal incontinence after primary repair of extensive anal tears. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1998;77:439–43.
60. Bek KM, Laurberg S. Risks of anal incontinence from subsequent vaginal delivery after a complete obstetric anal sphincter tear. *Br J Obstet Gynaecol* 1992;99:724–6.
61. Fynes M, Donnelly VS, O'Connell PR, O'Herlihy C. Cesarean delivery and anal sphincter injury. *Obstet Gynecol* 1998;92:496–500.
62. NHS Litigation Authority. Ten Years of Maternity Claims. An Analysis of NHS Litigation Authority Data. London: NHSLA; 2012.
63. Eddy A. Litigating and quantifying maternal damage following childbirth. *Clin Risk* 1999;5:178–80.

Հավելված 1

Մեծ Բրիտանիայի մանկաբարձ-գինեկոլոգների թագավորական քոլեջի (RCOG) կողմից առաջարկվող ապացույցների որակի և խորհուրդների ուժի դասակարգում

Ապացուցողականության աստիճանը	Խորհուրդի ուժը
<p>1++ Բարձր որակի մետա-անալիզներ, ռանդոմացված հսկողությամբ հետազոտությունների համակարգային վերանայումներ կամ ռանդոմացված հսկողությամբ հետազոտությունների շեղումների շատ փոքր ռիսկով:</p>	<p>A Առնվազն մեկ մետա-անալիզ, համակարգային վերանայումներ կամ ռանդոմացված հսկողությամբ 1++ գնահատականով հետազոտություն, որն ուղղակիորեն կիրառելի է թիրախային խմբերի համար:</p>
<p>1+ Լավ իրականացված մետա-անալիզներ, ռանդոմացված հսկողությամբ հետազոտությունների համակարգային վերանայումներ կամ ռանդոմացված հսկողությամբ հետազոտությունների շեղումների փոքր ռիսկով:</p>	<p>Կամ՝ Ռ-անդոմացված հսկողությամբ հետազոտությունների համակարգային վերանայումներ, կամ ապացույցների ամբողջությունը, որոնք բաղկացած են մեծամասամբ 1+ վարկանիշով</p>
<p>1- Մետա-անալիզներ, ռանդոմացված հսկողությամբ հետազոտությունների համակարգային վերանայումներ կամ ռանդոմացված հսկողությամբ հետազոտություններ շեղումների բարձր ռիսկով:</p>	<p>ուսումնասիրություններից և ուղղակիորեն կիրառելի են թիրախային խմբերի համար, ինչպես նաև ցույց են տալիս ընդհանուր արդյունքների կայունությունը:</p>
<p>2++ Բարձր որակի դեպք-ստուգիչ, կամ կոհորտային հետազոտությունների համակարգային վերանայումներ, կամ դեպք-ստուգիչ, կամ կոհորտային հետազոտություններ հակասությունների և շեղումների նվազագույն ռիսկով, կամ հնարավորություն և բարձր հավանականություն, որ հարաբերությունները պատճառահետևանքային են:</p>	<p>B Ապացույցների ամբողջությունը, որը ներառում է 2++ վարկանիշով ուսումնասիրություններ և ուղղակիորեն կիրառելի է թիրախային խմբերի համար, ինչպես նաև ցույց է տալիս ընդհանուր արդյունքների կայունությունը, կամ 1++ կամ 1+ վարկանիշ ունեցող հետազոտություններից արտարկված ապացույցներ:</p> <p>C Ապացույցների ամբողջությունը, որը ներառում է 2+ վարկանիշ ունեցող</p>

<p>2+ Լավ իրականացված դեպք-ստուգիչ կամ կոհորտային հետազոտություններ հակասությունների և շեղումների փոքր ռիսկով, կամ հնարավորություն և չափավոր հավանականություն, որ հարաբերությունները պատճառահետևանքային են:</p> <p>2- Դեպք-ստուգիչ, կամ կոհորտային հետազոտություններ հակասությունների և շեղումների բարձր ռիսկով, կամ հնարավորություն և էական հավանականություն, որ հարաբերությունները պատճառահետևանքային չեն:</p> <p>3 Ոչ վերլուծական հետազոտություններ, օրինակ՝ կլինիկական դեպքեր, դեպքերի շարք:</p> <p>4 Փորձագիտական կարծիքներ:</p>	<p>ուսումնասիրություններ, որոնք ուղղակիորեն կիրառելի են թիրախային խմբերի համար և ցույց են տալիս ընդհանուր արդյունքների կայունությունը, կամ 2++ վարկանիշ ունեցող հետազոտություններից արտարկված ապացույցներ:</p> <p>D 3 կամ 4 վարկանիշ ունեցող ապացույցներ, կամ 2+ վարկանիշ ունեցող հետազոտություններից արտարկված ապացույցներ:</p> <p>I Առաջարկները հիմնված են ուղեցույցներ մշակող խմբի կլինիկական փորձի վրա:</p>
---	---