

ՓՈՔՐ ԿՈՆՔԻ ՕՐԳԱՆՆԵՐԻ ԲՈՐԲՈՔԱՅԻՆ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՎԱՐՄԱՆ ՈՒՂԵՑՈՒՅՑ

Ամփոփում

Նպատակ

Ուղեցույցը տրամադրում է փոքր կոնքի օրգանների բորբոքային հիվանդությունների վերաբերյալ արդի միջազգային գիտաբժշկական տեղեկատվության վրա հիմնված բուժական և կազմակերպչական գործառույթների համալիր: Փաստաթղթի նպատակն է բարելավել գոնոռեայով պացիենտների ախտորոշման և բուժման արդյունավետությունը:

Մեթոդաբանություն

Սույն Ուղեցույցը մշակվել է Մաշկավեներաբանների հայկական ասոցիացիայի անդամների կողմից: Տեղայնացման/ադապտացիայի սկզբնաղբյուրներ են հանդիսացել Սեռավարահիների դեմ պայքայի միջազգային միության եվրոպական կազմակերպության (IUSTI-Europe) կողմից ստեղծված “2012 European Guideline for the Management of Pelvic Inflammatory Disease” ուղեցույցը: Օգտագործվել են նաև Cochrane library և UpToDate շտեմարանների արդի տվյալները: Տեղեկատվության որակը գնահատելիս և ցուցումների ուժը որոշելիս սկզբնաղբյուր հանդիսացող փաստաթղթում հիմք է ընդունվել Սեռավարահիների դեմ պայքայի միջազգային միության եվրոպական կազմակերպության կողմից առաջարկվող համակարգը: Տեղայնացման/ադապտացիայի 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:

Քանալի բառեր

փոքր կոնքի օրգանների բորբոքային հիվանդություններ, Եվրոպական կլինիկական ուղեցույց, վարում, ախտորոշում, բուժում, կանխարգելում:

Պատասխանատու համակարգող

Կ.Ռ.Բարայան Մ.Հերացու անվան պետական բժշկական համալսարանի մաշկաբանության և սեռավարակաբանության ամբիոնի վարիչ, պրոֆեսոր, ՀՀ ԱՆ գլխավոր մաշկավեներաբան, Մաշկավեներաբանների հայկական ասոցիացիայի նախագահ

Աշխատանքային խմբի անդամներ

Մ.Ռ.Սահակյան ՀՀ ԱՆ Մաշկաբանության և սեռավարակաբանության բժշկագիտական կենտրոնի տնօրեն, Մ.Հերացու անվան պետական բժշկական համալսարանի ուրոլոգիայի ամբիոնի դոցենտ, ք.գ.թ.

Գ.Ա.Հարությունյան Մ.Հերացու անվան պետական բժշկական համալսարանի մաշկաբանության և սեռավարակաբանության ամբիոնի դոցենտ, ք.գ.թ.

Հ.Ա.Հովհաննիսյան Մ.Հերացու անվան պետական բժշկական համալսարանի մաշկաբանության և սեռավարակաբանության ամբիոնի դասախոս

Շահերի բախման հայտարարագիր և ֆինանսավորման աղբյուրներ

Պատասխանատու համակարգողը հայտարարում է, որ վերջին 5 տարիների ընթացքում ստացել է գրանտներ MSD դեղագործական ընկերություններից արտասահմանում կայացող գիտաժողովների մասնակցության նպատակով, ինչպես նաև վարձատրվող դասախոսություններով հանդես է եկել Astellas, MSD, Sandoz դեղագործական ընկերությունների կողմից կազմակերպված գիտաժողովներին: Աշխատանքային խմբի անդամների հայտարարագրերը ներկայացված են հավելված 2-ում: Սույն փաստաթղթի մշակման աշխատանքները չեն ֆինանսավորվել ոչ մի կազմակերպության կողմից:

Շնորհակալական խոսք

Պատասխանատու համակարգողը իր երախտագիտությունն է հայտնում աշխատանքային խմբի բոլոջ այն դամներին ինչպես նաև սույն ուղեցույցի մշակման աշխատանքներին իրենց աջակցությունը, խորհրդատվությունը և մասնագիտական գիտելիքները տրամադրած գործընկերներին, հատկապես՝ Երևանի Մ.Հերացու անվան պետական բժշկական համալսարանի հայոց լեզվի և տերմինաբանության ամբիոնի վարիչ դոդ. Հ.Սուքիասյանին, 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 Հովհաննեսյանին: Ինչպես նաև բոլոր այն կլինիկական օրդինատորներին և երիտասարդ մաշկավեներաբաններին, որոնք իրենց ակտիվ մասնակցությունն են ունեցել ուղեցույցների թարգմանչական աշխատանքների իրականացմանը:

Բովանդակություն

Ներածություն

Տեղեկատվության որոնման և գնահատման մեթոդաբանություն

Կլինիկական դրոյթներ

Ցուցում հետազոտման վերաբերյալ

Լաբորատոր հետազոտում

Վարումը

Ցուցումներ բուժման համար

Առաջարկվող բուժման տարբերակներ

Հիվանդանոցային բուժումը

Հատուկ իրավիճակներ

Զուգընկերների վարումը

Հետբուժական հսկողություն

Ներդրման և աուդիտի վերաբրեյալ առաջարկները

Գրականության ցանկ

Հավելված 1.

Հավելված 2.

Հապավումներ

ՓԿՕԲՀ – փոքր կոնքի օրգանների բորբոքային հիվանդություններ

ՆԱՊ – ներարգանդային պարույր

ԷՆԱ – էրիթրոցիտների նստեցման արագություն

ՈւՁՆ – ուլտրաձայնային հետազոտություն

ՍՎ – սեռավարակ

ՄԻԱՎ – մարդու իմունային անբավարարության վիրուս

ՀՀ – Հայաստանի Հանրապետություն

Նախաբան

Փոքր կոնքի օրգանների բորբոքային հիվանդությունը (ՓԿՕԲՀ) սովորաբար վերընթաց վարակն է, որը, արգանդի վզիկից թափանցելով դեպի արգանդի խոռոչ, առաջացնում է էնդոմետրիտ, սալպինգիտ, պարամետրիտ, օոֆորիտ (ծվարանաբորբ), փող-ծվարանային թարախակույտ և կամ կոնքի պերիտոնիտ:

Հարուցիչներն են *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis* [1]: Գարդներելան, հեշտոցի անաերոբ և այլ միկրոօրգանիզմները (*Mycoplasma genitalium*,

Streptococcus, Staphylococcus, E.coli, H.influezae) երբեմն նույնպես կարող են դառնալ հիվանդության պատճառ:

ՓԿՕԲՀ-ին նպաստում (ուղեկցում) են հետևյալ գործոնները՝

- Վ երիտասարդ տարիքը,
- Վ բազմաթիվ զուգընկերների առկայությունը,
- Վ նախկինում ունեցած ՍՎ-ը (այցելուի կամ նրա զուգընկերոջ մոտ),
- Վ հղիության ընդհատումը,
- Վ վերջին 6 շաբաթների ընթացքում ներարգանդային պարույրի (ՆԱՊ) տեղադրումը,
- Վ հիստերոսալպինգոգրաֆիան,
- Վ in vitro բեղմնավորումը,
- Վ հետծննդաբերական էնդոմետրիտը,
- Վ բակտերիալ վագինոզը,
- Վ վերջին 3 ամիսների ընթացքում նոր զուգընկեր ունենալը,
- Վ վտանգավոր սեռական վարքագծին բնորոշ գործոնները:

Տեղեկատվության որոնման և գնահատման մեթոդաբանություն

Սույն Ուղեցույցը մշակվել է Մաշկավեներաբանների հայկական ասոցիացիայի անդամների կողմից: Տեղայնացման/ադապտացիայի սկզբնաղբյուրներ են հանդիսացել Սեռավարահիների դեմ պայքայի միջազգային միության եվրոպական կազմակերպության (IUSTI-Europe) կողմից ստեղծված “2012 European Guideline for the Management of Pelvic Inflammatory Disease” ուղեցույցը: Օգտագործվել են նաև Cochrane library և UpToDate շտեմարանների արդի տվյալները: Գրականական աղբյուրները ընտրվել են բանալի բառերի օգնությամբ իրականացված համակարգային որոնման հիման վրա: Փաստաթղթերի նկատմամբ կիրառվել են հետևյալ տեսակավորման ցուցանիշները՝ ուղեցույցերի ապացուցողական բնույթ (համակարգված ամփոփ տեսություն և ցանկացած խոհուրդի վերաբերյալ հստակ հղումների առկայություն), ազգային կամ համաշխարհային ամփոփումների

կարգավիճակ, անգլերեն լեզու: Տեղայնացման/ադատպատցիայի 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:

Տեղեկատվության որակը գնահատելիս և ցուցումների ուժը որոշելիս հիմք է ընդունվել Սեռավարահիների դեմ պայքայի միջազգային միության եվրոպական կազմակերպության կողմից առաջարկվող համակարգը, որը ներկայացված է հավելված 1-ում:

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:

Կլինիկական դրույթներ

ՓԿՕԲՀ-ները կարող են լինել ախտանշային և անախտանիշ: Նույնիսկ ախտանշանների արտահայտված լինելու դեպքում հարկավոր են լրացուցիչ հետազոտություններ՝ ախտորոշումը հաստատելու համար: Կլինիկական ախտորոշման արժևորությունը լապարասկոպիկ հանդեպ 65-90% է [1-3]:

Ախտանշանները [1-4]՝

- Կ ցավեր որովայնի ստորին շրջանում,
- Կ դիսպարեունիա,
- Կ դաշտանի խանգարումներ,
- Կ հեշտոցից կամ արգանդի վզիկից անսովոր արտադրուկ:

Ֆիզիկական զննումն ուղեկցվում է հետևյալ նշաններով՝

- Վ որովայնի ստորին հատվածների շոշափումը ցավոտ է,
- Վ երկձեռք (բիմանուալ) հետազոտության ժամանակ արգանդի հավելումների ցավոտություն,
- Վ երկձեռք հետազոտության ժամանակ արգանդի վզիկի շարժումը ցավոտ է,
- Վ ջերմության բարձրացում (38°C և ավելի):

Երիտասարդ կանանց որովայնի ստորին շրջանում ցավերի առկայության դեպքում հարկավոր է անցկացնել տարբերակիչ ախտորոշում հետևյալ վիճակների (հիվանդությունների) դեպքում՝

- Վ արտարգանդային հղիություն,
- Վ որդանման ելունի սուր բորբոքում,
- Վ էնդոմետրիոզ,
- Վ ձվարանի բարդացած կիստա,
- Վ անհայտ ծագման ցավ:

Ցուցում հետազոտման վերաբերյալ

ՓԿՕԲՀ հետազոտություն անհրաժեշտ է անցկացնել այն կանանց դեպքում, ովքեր ունեն վերոհիշյալ կլինիկական նշանները, կամ եթե նրանք պատկանում են բարձր ռիսկի խմբին, սակայն չունեն հիվանդության որևէ կլինիկական նշան (տե՛ս գծապատկեր 1):

Լաբորատոր հետազոտում

- Վ Խորհուրդ է տրվում ստուգել *N.gonorrhoeae* և *C.trachomatis* առկայությունը սեռական ուղիների ստորին հատվածներից վերցված քսուքի նմուշներում, քանի որ դրանց հայտնաբերումը հաստատում է ՓԿՕԲՀ-ի ախտորոշումը (վարակ չհայտնաբերելու դեպքում չի բացառվում ՓԿՕԲՀ-ն)[1-3]:
- Վ Էրիթրոցիտների նստեցման արագությունը (ԷՆԱ) կամ C-ռեակտիվ

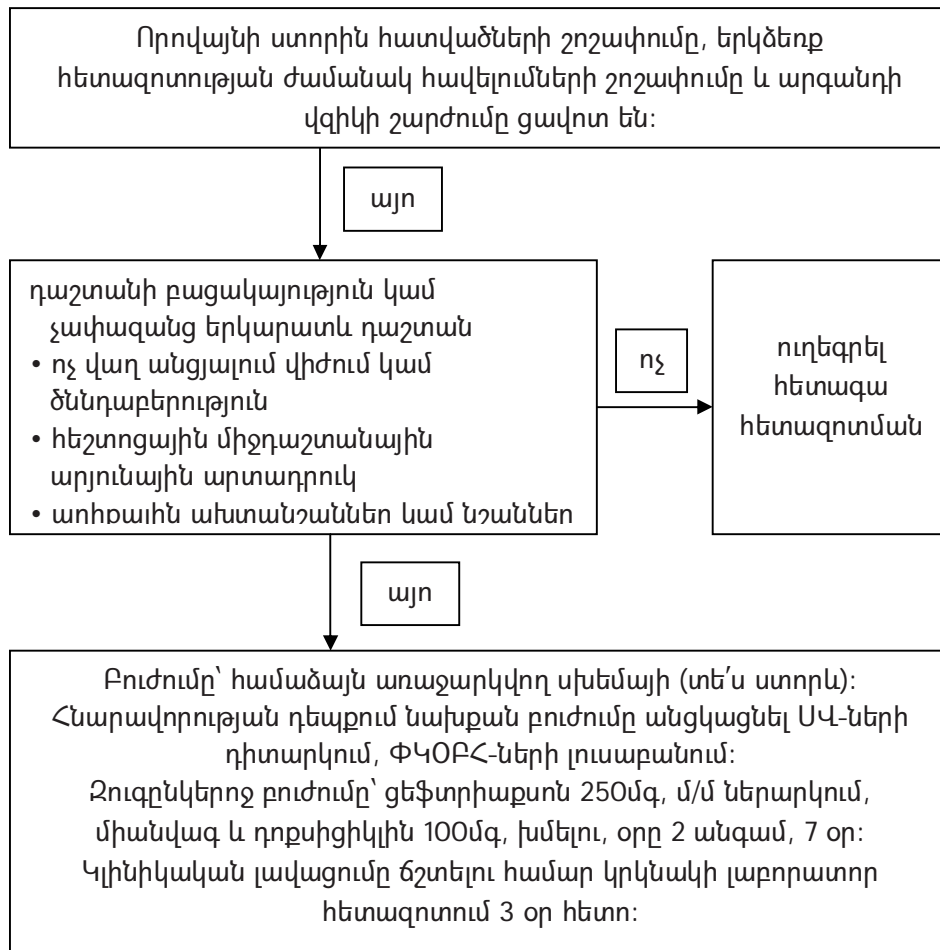
սպիտակուցի մակարդակի բարձրացումը նպաստում են ախտորոշման ճշգրտմանը [9]:

Մ Լապարոսկոպիան ճշտորեն ախտորոշում է ՓԿՕԲՀ-ն, սակայն լայնորեն չի կիրառվում մեթոդի թանկության և ֆալոսայան փողերի թույլ արտահայտված բորբոքումների և էնդոմետրիտների դեպքում ախտորոշման հնարավոր դժվարությունների հետևանքով [1-3]:

Մ Էնդոմետրիոմի բիոպսիան և ուլտրաձայնային հետազոտությունը (ՈւՁՆ) նույնպես կարող են օգտակար լինել ախտորոշման հետ կապված բարդությունների դեպքում, սակայն այդ մեթոդներն ամենօրյա կիրառելու համար դեռևս բավարար չափով ապացույցներ չկան:

Գծապատկեր 1.

Փոքր կոնքի բորբոքային հիվանդությունների համախտանիշային վարում.



Վարումը (IV,C)

- Վ Գոնոռեան, քլամիդիան և անաերոբ վարակները բուժելու նպատակով հարկավոր է օգտագործել ազդեցության լայն ոլորտ ունեցող հակաբիոտիկներ: Բուժման ռեժիմի ընտրությունը պայմանավորված է հետևյալ գործոններով.
- Վ համապատասխան դեղամիջոցների հանդեպ տվյալ տեղանքում տարածված միկրոօրգանիզմների զգայունության տվյալներով,
- Վ տվյալ միջավայրում յուրահատուկ վարակների համաճարակաբանությամբ,
- Վ ծախսատարությամբ,
- Վ հիվանդի նախընտրությամբ, պատրաստակամությամբ, բուժման ռեժիմի պահպանման հնարավորությամբ,
- Վ հիվանդության ծանրության աստիճանով:
- Վ Սուր ընթացքով հիվանդության դեպքում գերադասելի է անկողնային ռեժիմ:
- Վ Հղիության կասկածի դեպքում պետք է անցկացնել թեստավորում:
- Վ Պետք է օգտագործել ցավազրկողներ:
- Վ Խուսափել անպաշտպան սեռական հարաբերությունից մինչև իր և զուգընկերների բուժման ավարտը:
- Վ Հիվանդին անհրաժեշտ է բացատրել նրա հիվանդության էությունը՝ ընդգծելով հնարավոր հետագա բարդությունները (նրա և զուգընկերոջ(ների) դեպքում), տրամադրել հստակ տեղեկատվություն:

Ներքոհիշյալ վիճակներում անհրաժեշտ է քննարկել բուժման այլ տարբերակներ, ինչպես նաև հսկողության, հետագա հետազոտությունների և կամ հնարավոր վիրաբուժական միջամտությունների հարցերը (IV,C)՝

- Վ անորոշ ախտորոշումը,
- Վ խմելու ձևով բուժումից կլինիկական արդյունավետության բացակայությունը,
- Վ արտահայտված ախտանշանների առկայությունը,

- Վ փող-ծվարանային թարախակույտի առկայությունը,
- Վ իմունաընկճված վիճակը,
- Վ խմելու ձևով բուժման իրականացման անհնարինությունը,
- Վ հղիությունը:

Բոլոր հիվանդներին հարկավոր է առաջարկել ՍՎ-ի նկատմամբ հետազոտություն և մանրամասն քննարկել ՄԻԱՎ-ի թեստավորումը (IV,C):

Ցուցումներ բուժման համար

Ակնհայտ է, որ բուժման հետաձգումը կմեծացնի հեռավոր բարդությունների վտանգը, ինչպիսիք են արտաարգանդային հղիությունը, անպտղությունը և կոնքի շրջանի քրոնիկական ցավերը: Ուստի ճշգրիտ ախտորոշիչ չափանիշների բացակայության դեպքում առաջարկվում է ՓԿՕԲՀ-ի համախտանիշային բուժում:

Առաջարկվող բուժման տարբերակներ

Թեթև և միջին ծանրության դեպքում բուժումը կարելի է կազմակերպել ամբուլատոր պայմաններում և խմելու ձևով (I,A) [10]: Ստորև ներկայացված հակաբիոտիկային բուժումները հիմնված են փորձառության վրա: Ներերակային բուժումը պետք է շարունակել կլինիկական բարելավումից հետո ևս 24 ժամ, որից հետո անցնել խմելու դեղամիջոցների (IV,C):

- Վ **Օֆլոքսացին 400մգ, խմելու, օրը 2 անգամ՝ գումարած մետրոնիդազոլ 500մգ, խմելու, օրը 2 անգամ, 14 օր (I,A) [2,12-15]:**
- Վ **Ցեֆտրիաքսոն 500մգ մ/մ ներարկում, միանվագ, որից հետո դոքսիցիկլին 100մգ, խմելու, օրը 2 անգամ, 500մգ մետրոնիդազոլի հետ, օրը 2 անգամ, 14 օր (I,A) [2,10-13]:**

Հիվանդանոցային բուժումը

- Վ **Ցեֆտրիաքսոն 500մգ մ/մ ներարկում, միանվագ, որից հետո դոքսիցիկլին**

100մգ, խմելու, օրը 2 անգամ, 500մգ մետրոնիդազոլի հետ, օրը 2 անգամ, 14 օր (I,A) [2,11-13]:

Մ 3-րդ սերնդի ցեֆալոսպորիններից որևէ մեկը, որից հետո դոքսիցիկլին 100մգ, խմելու, օրը 2 անգամ, 500մգ մետրոնիդազոլի հետ, օրը 2 անգամ, 14 օր:

Մ Այն դեպքերում, երբ անհնարին է վերը նշված բուժումը կիրառել, հակաբիոտիկները պետք է շարունակել 14 օր և փորձել բուժել ստորև նշված վարակիչ հիվանդությունները՝

- գոնոռեան,
- խլամիդիոզը,
- անաերոբ մանրէային վարակները:

Հատուկ իրավիճակներ

Հաճախ դրսևորվող բարդություններն են փողածվարանային թարախակույտերը (աբսցեսները) և կոնքային պերիտոնիտը: Ախտանշաններն են սուր ցավը որովայնի շրջանում, տենդը: Ուլտրաձայնային հետազոտությամբ հստակորեն ախտորոշվում են փողածվարանային թարախակույտերը, իսկ համակարգչային շերտագրությամբ հնարավոր է ախտորոշել նաև պերիտոնիտը:

ՄԻԱՎ վարակակիր կանանց շրջանում ՓԿՕԲՀ ախտանշանները կարող են ավելի արտահայտիչ լինել: Նման դեպքերում առաջարկվում է հակաբիոտիկների օգտագործում ներարկմամբ [5-8]:

Ֆից-Ֆյու-Քուրտիսի համախտանիշն արտահայտվում է որովայնի աջ վերին հատվածի ցավով, որը պայմանավորված է շուրջլարդաբորբով (կարող է լինել որպես գերակայող ախտանիշ) և հանդիպում է ՓԿՕԲՀ ունեցող կանանց 10-20% դեպքում: Չնայած այն հանգամանքին, որ կպումների հատումը կատարվում է լապարասկոպային միջոցով, բավարար կլինիկական տվյալներ չկան բուժման վերաբերյալ, բացի նրանցից, որոնք ներկայացված են ՓԿՕԲՀ-ների դեպքում:

Հղիության ընթացքում ՓԿՕԲՀ առկայությունը մեծացնում է զանազան ախտաբանության բարձր վտանգը մոր և պտղի համար, հետևաբար առաջարկվում է պարէնտերալ թերապիա (III,B):

Չկան ապացույցներ վերը հիշատակված բուժման եղանակներից որևէ մեկի առավելության մասին: Հետևաբար, եթե հայտնի է, որ հիվանդները ավերգիկ են առաջարկվող եղանակներից որևէ մեկի նկատմամբ, ապա նրանց պետք է առաջարկել այլընտրանքային բուժում:

Զուգընկերների վարումը

Վ Անպաշտապան սեռական հարաբերության դեպքը հաստատելուց հետո առաջարկել գոնոռեայի ու խլամիդիայի լաբորատոր հետազոտություն:

Վ Զուգընկերներին պետք է խորհուրդ տալ հրաժարվել սեռական հարաբերությունից մինչև լիարժեք բուժման ավարտը:

Վ Բոլոր զուգընկերները, որոնց դեպքում հայտնաբերվել է գոնոռեա, պետք է ստանան համապատասխան բուժում:

Վ Միաժանակ խորհուրդ է տրվում բոլոր սեռական զուգընկերներին նշանակել քլամիդիոզի բուժում:

Վ Եթե հնարավոր չէ սեռական զուգընկերներին հետազոտել գոնոկոկի և խլամիդիայի նկատմամբ, ապա անհրաժեշտ է կիրառել գոնոռեայի և խլամիդիոզի համապատասխան բուժում:

Բուժումից հետո 4 շաբաթվա ընթացքում ցանկալի է սահմանել հսկողություն՝ բուժման արդյունավետությունը և կլինիկական լավացումը պարզելու, ինչպես նաև սեռական զուգընկերներին հետազոտելու և բուժում նշանակելու համար:

Խորհուրդ է տրվում գոնոռեայի նկատմամբ կրկնակի հետազոտության ենթարկել այն կանանց, որոնց դեպքում այդ վարակն ախտորոշվել է նախքան բուժումը: Քլամիդիայի նկատմամբ կրկնակի հետազոտության են ենթարկվում այն կանայք, որոնց դեպքում առկա են ախտանշաններ և որոնք խմելու հակաբիոտիկներ չեն

կարող ընդունել: Նման մոտեցում պետք է ցուցաբերել նաև այն դեպքերում, երբ նրանց զուգընկերների մոտ առկա է տևական և կրկնվող վարակ:

Հետբուժական հսկողություն

Խորհուրդ է տրվում կրկնակի հետազոտություն անցկացնել բուժումն ավարտելուց 72 ժամ հետո, մասնավորապես այն հիվանդների շրջանում, որոնք ունեցել են միջին կամ ծանր աստիճանի ախտանշաններ: Կլինիկական նշանները պետք է էապես նահանջած լինեն: Դրական արդյունքի բացակայության դեպքում անհրաժեշտ է կատարել հավելյալ հետազոտություն, անցկացնել պարէնտերալ բուժում և կամ վիրաբուժական միջամտություն (IV,C) [2]:

Ներդրման հնարավորություններ և աուդիտի վերաբերյալ առաջարկները

Տվյալ ուղեցույցի ներդրման գործում ոչ մի խոչընդոտ չկա: Նկարագրված հետազոտման մեթոդները և բուժման մեջ կիրառվող դեղամիջոցները հասանելի են ՀՀ ամբողջ տարածքում:

Հետևյալ ցուցանիշները կարելի է հաշվել ուղեցույցի կիրառումը գնահատելու համար՝

Մ 100% ՓԿՕԲՀ-ով հիվանդները հետազոտվել են գոնոռեայի և քլամիդիոզի նկատմամբ

Գրականության ցանկ

1. Bevan CD, Johal BJ, Mumtaz G, Ridgway GL, Siddle NC. Clinical, laparoscopic and microbiological findings in acute salpingitis: report on a United Kingdom cohort. British Journal of Obstetrics & Gynaecology 1995;102(5):407-414.
2. CDC. Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines 2002. MMWR - Morbidity & Mortality Weekly Report 2002;55(RR-6):1-84.
3. Morcos R, Frost N, Hnat M, Petrunak A, Caldito G. Laparoscopic versus clinical

- diagnosis of acute pelvic inflammatory disease. *J Reprod Med* 1993;38(1):53-56.
4. Recommendations arising from the 31st Study Group: The Prevention of Pelvic Infection. In: Templeton A, editor. *The Prevention of Pelvic Infection*. London: RCOG Press; 1996:267-270.
 5. Kamenga MC, De Cock KM, St.Louis ME et al. The impact of human immunodeficiency virus infection on pelvic inflammatory disease: a case-control study in Abidjan, Ivory Coast. *Am J Obstet Gynecol* 1995;172(3):919-925.
 6. Mugo NR, Kiehlbauch JA, Nguti R et al. Effect of human immunodeficiency virus-1 infection on treatment outcome of acute salpingitis. *Obstet Gynecol* 2006;107(4):807-812.
 7. Bukusi EA, Cohen CR, Stevens CE et al. Effects of human immunodeficiency virus 1 infection on microbial origins of pelvic inflammatory disease and on efficacy of ambulatory oral therapy. *Am J Obstet Gynecol* 1999;181(6):1374-1381.
 8. Irwin KL, Moorman AC, O'Sullivan MJ et al. Influence of human immunodeficiency virus infection on pelvic inflammatory disease. *Obstet Gynecol* 2000;95(4):525-534.
 9. Miettinen AK, Heinonen PK, Laippala P, Paavonen J. Test performance of erythrocyte sedimentation rate and C- reactive protein in assessing the severity of acute pelvic inflammatory disease. *Am J Obstet Gynecol* 1993;169(5):1143-1149.
 10. Ness RB, Trautmann G, Richter HE et al. Effectiveness of treatment strategies of some women with pelvic inflammatory disease: A randomized trial. *Obstet Gynecol* 2005;106(3):573-580.
 11. Hemsell DL, Little BB, Faro S et al. Comparison of three regimens recommended by the Centers for Disease Control and Prevention for the treatment of women hospitalized with acute pelvic inflammatory disease. *Clin Infect Dis* 1994;19(4):720-727.
 12. Martens MG, Gordon S, Yarborough DR, Faro S, Binder D, Berkeley A. Multicenter randomized trial of ofloxacin versus cefoxitin and doxycycline in outpatient treatment of pelvic inflammatory disease. Ambulatory PID Research Group. *Southern Medical Journal* 1993;86(6):604-610.
 13. Walker CK, Kahn JG, Washington AE, Peterson HB, Sweet RL. Pelvic inflammatory

- disease: metaanalysis of antimicrobial regimen efficacy. *J Infect Dis* 1993;168(4):969-978.
14. Wendel GD, Jr., Cox SM, Bawdon RE, Theriot SK, Heard MC, Nobles BJ. A randomized trial of ofloxacin versus cefoxitin and doxycycline in the outpatient treatment of acute salpingitis. *Am J Obstet Gynecol* 1991;164(5 Pt 2):1390-1396.
 15. Witte EH, Peters AA, Smit IB et al. A comparison of pefloxacin/metronidazole and doxycycline/metronidazole in the treatment of laparoscopically confirmed acute pelvic inflammatory disease. *European Journal of Obstetrics, Gynecology, & Reproductive Biology* 1993;50(2):153-158.

Ապացուցողականության մակարդակները

- Ia Ապացույցները ստացվել են պատահական բաշխմամբ վերահսկվող փորձարկումների մետա-վերլուծություններից
- Ib Ապացույցները ստացվել են առնվազն մեկ պատահական բաշխմամբ վերահսկվող հետազոտությունից
- IIa Ապացույցները ստացել են առնվազն մեկ լիարժեք նախագծած ոչ պատահական բաշխմամբ փորձարկումից
- IIb Ապացույցները ստացվել են առնվազն մեկ լիարժեք նախագծված կեղծ-փորձարարական հետազոտությունից
- III Ապացույցները ստացվել են լիարժեք նախագծված ոչ փորձարարական նկարագրողական հետազոտություններից, ինչպիսիք են համեմատական հետազոտությունները, կորելացիոն հետազոտությունները և դեպքերի վերահսկման նկարագրությունները
- IV Ապացույցները ստացվել են փորձագիտական խմբերի զեկույցների կամ կարծիքների և (կամ) անվանի հեղինակների կլինիկական փորձառության հիման վրա

Ապացույցների մակարդակը

A (Ia, Ib մակարդակի ապացույցներ)

Պահանջվում է առնվազն մեկ ՊԲՎՓ, որպես ընդհանուր առմամբ բարձր որակի գրականության հատված, հասցեագրված տվյալ հանձնարարականին:

B (IIa, IIb, III մակարդակի ապացույցներ)

Պահանջվում է լիարժեք իրականացված հասանելի ոչ ՊԲՎՓ-եր հասցեագրված տվյալ հանձնարարականին:

C (IV մակարդակի ապացույցներ)

Պահանջվում է փորձագիտական խորհրդի զեկույցներից կամ կարծիքներից և (կամ) հեղինակավոր գիտնականների կլինիկական փորձառությունից ստացված ապացույցներ հասցեագրված տվյալ հանձնարարականին: Տույց է տալիս տվյալ հանձնարարականին ուղղակիորեն առընչվող որակյալ հետազոտությունների բացակայությունը:

Աշխատանքային խմբի անդամների հայտարարագրեր

Ես, **Միքայել Ռաֆիկի Սահակյանս**, հանդիսանալով Սեռավարակների վարման ուղեցույցի աշխատանքային խմբի անդամ, հայտարարում եմ, որ վերջին հինգ տարիների ընթացքում ներկայացրել եմ մի շարք վարձատրվող դասախոսություններ Աստելաս, Տոնուս Լես և Գեդեոն Ռիխտեր դեղագործական ընկերությունների կողմից կազմակերպված գիտագործմանական կոնֆերանսների ժամանակ:

Ես, **Հովհաննես Արտաշեսի Հովհաննիսյանս**, հանդիսանալով Սեռավարակների վարման ուղեցույցի աշխատանքային խմբի անդամ, հայտարարում եմ, որ 2015թ.-ին ստացել եմ գրանտ ՄԵԴԱ դեղագործական ընկերություններից արտասահմանում կայացող գիտաժողովների մասնակցության նպատակով: Վերջին հինգ տարիների ընթացքում ներկայացրել եմ մի շարք վարձատրվող դասախոսություններ մաշկավեներաբանության արդի հիմնախնդիրների վերաբերյալ Աստելաս, Մեդա, Բեռլին Խեմի Մենարինի, Սանդոզ, Բայեռ, Գեդեոն Ռիխտեր դեղագործական ընկերությունների կողմից կազմակերպված գիտագործմանական կոնֆերանսների ժամանակ:

Ես, **Գրիգոր Ալբերտի Հարությունյանս**, հանդիսանալով Սեռավարակների վարման ուղեցույցի աշխատանքային խմբի անդամ, հայտարարում եմ, վերջին հինգ տարիների ընթացքում չեմ ունեցել ֆինանսական առընչություն ոչ մի դեղագործական ընկերության հետ: