

2018

ԿԼԻՆԻԿԱԿԱՆ ՈՒՂԵՑՈՒՅՑ



ԴԵՌԱՀԱՍԱՅԻՆ ՏԱՐԻՔՈՒՄ ՁՎԱՐԱՆԻ ԿԻՍՏԱՆԵՐԻ ԱԽՏՈՐՈՇՈՒՄԸ ԵՎ ՎԱՐՈՒՄԸ



ՄԱԿ-ի Բնակչության
հիմնադրամ



ՀՀ առողջապահության
նախարարություն

ԳԵՌԱՀԱՍԱՅԻՆ ՏԱՐԻՔՈՒՄ ՁՎԱՐԱՆԻ ԿԻՍՏԱՆԵՐԻ ԱԽՏՈՐՈՇՈՒՄԸ ԵՎ ՎԱՐՈՒՄԸ

Կլինիկական ուղեցույց

Դեկտեմբեր 2018

ԱՄՓՈՓՈՒՄ

Նպատակ

Ուղեցույցի նպատակն է բարելավել դեռահասային տարիքում ձվարանների կիստաների ախտորոշումը և բուժումը, տրամադրել ապացուցողական խորհուրդներ տվյալ ախտաբանության վերաբերյալ: Ուղեցույցը չի հակասում, այլ հիմնվելով ապացուցողական բժշկության արդի եվրոպական, ամերիկյան, կանադական, գրականության վրա լրացնում է գործող չափորոշիչները, հատկապես անդրադառնալով այնպիսի կլինիկական խնդիրներին, որոնք լուսաբանված չեն առկա փաստաթղթերում:

Մեթոդաբանություն

Սույն կլինիկական ուղեցույցը մշակվել է ՄԱԿ-ի Բնակչության հիմնադրամի «Երիտասարդների առողջության և մասնակցության խթանում» ծրագրի շրջանակներում: Ուղեցույցի աղբյուր են հանդիսացել Մանկաբարձ-գինեկոլոգների ամերիկյան քոլեջի, ինչպես նաև Մեծ Բրիտանիայի Մանկաբարձների և գինեկոլոգների թագավորական (RCOG) կլինիկական ուղեցույցները, PubMed և UpToDate շտեմարանների արդի տվյալները: Տեղեկատվության որակը և խորհուրդների ուժը գնահատելիս սկզբնաղբյուր հանդիսացող փաստաթղթերում հիմք է ընդունվել Մանկաբարձ-գինեկոլոգների ամերիկյան քոլեջի (ACOG), Կանադայի Մանկաբարձների և գինեկոլոգների ընկերության (SOGC), ինչպես նաև ՄԳԹԲ կողմից առաջարկվող դասակարգումը (Տես Հավելված 2):

Ուղեցույցի տեղայնացման գործընթացը իրականացվել է համաձայն ADAPTE միջազգային մեթոդաբանության:

Հիմնական պնդումների վերջում նշված են ապացուցողական աստիճանները՝ ըստ վերոհիշյալ աղբյուրների, համաձայն GRADE համակարգի: Կլինիկական ուղեցույցի դրույթները քննարկվել և հավանության են արժանացել ՀՀ մանկաբարձ-գինեկոլոգների և նեոնատոլոգների կողմից: 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, ինչպես նաև ուղեցույցի ներդրման արդյուքում քաղած դասերից: Ուղեցույցը նախատեսված է հիվանդանոցային և արտահիվանդանոցային օղակում գործող մանկական գինեկոլոգների համար:

Արդյունքներ

Սույն ուղեցույցում ներկայացված են դեռահասային տարիքում ձվարանների կիստաների վարման վերաբերյալ ապացուցողական խորհուրդներ, որոնք օգնում են կլինիկական գործունեությունում որոշումներ կայացնելիս:

Հետևություններ

Ապացույցների վրա հիմնված կլինիկական խորհուրդները կօգնեն բարելավել դեռահասային տարիքում ձվարանների կիստաներ ունեցող պացիենտների վարման ելքերը:

Բանալի բառեր

Ուղեցույց, դեռահասային տարիք, պուբերտատ, ախտորոշում, բուժում

Աշխատանքային խմբի անդամներ.

Սարգսյան Ն.Ռ., մանկական գինեկոլոգ, Երևանի Մխիթար Հերացու անվան պետական բժշկական համալսարանի թիվ 2 մանկաբարձության և գինեկոլոգիայի ամբիոնի դասախոս:

Թղթակցական հասցե՝ ՀՀ, ք. Երևան 0078, Մարգարյան 6/2, (+374)10 344574

Սահակյան Գ.Պ., մանկաբարձ-գինեկոլոգ, ՀՀ ԱՆ ակադ. Ս. Ավդալբեկյանի անվան ԱԱԻ փորձագետ-մեթոդաբան

Թղթակցական հասցե՝ ՀՀ, ք. Երևան, Կոմիտաս 49/4, (+374) 10237134

Բայբուրդյան Գ.Մ., Երևանի Մխիթար Հերացու անվան պետական բժշկական համալսարանի էնդոկրինոլոգիայի ամբիոնի դասախոս, «Մուրացան» հի էնդոկրինոլոգիական կլինիկայի բժիշկ-էնդոկրինոլոգ, «Հայաստանի մանկական էնդոկրինոլոգների ասոցիացիայի» խորհրդի անդամ:

Թղթակցական հասցե՝ ՀՀ, ք. Երևան, 0075, Մուրացան 114, (+374) 011621000 (530)

Շահերի բախման հայտարարագիր և ֆինանսավորման աղբյուրներ

Ուղեցույցի մշակման և տպագրման աշխատանքները ֆինանսավորվել են ՄԱԿ-ի Բնակչության հիմնադրամի կողմից: Ֆինանսավորվող կազմակերպությունը չի ունեցել որևէ ազդեցություն փաստաթղթի պարունակության կամ ձևավորման վրա: Աշխատանքային խմբի անդամները չեն ունեցել որևէ կոմերցիոն շահագրգռվածություն կամ այլ շահերի բախումը դեղագործական ընկերությունների կամ բուժաբարձանների արտադրող/վաճառող ընկերությունների հետ:

Շնորհակալական խոսք

Աշխատանքային խումբը իր երախտագիտությունն է հայտնում ուղեցույցների մշակման աշխատանքներին իրենց աջակցությունը, խորհրդատվությունը և մասնագիտական գնահատականը տրամադրած գործընկերներին: Հատուկ շնորհակալություն ենք հայտնում Վահե Գյուլխասյանին:

Կլինիկական ուղեցույցը ապացուցողական բժշկության վրա հիմնված ուղղորդող փաստաթուղթ է, որն օգնում է կայացնել գիտականորեն հիմնավորված որոշումներ՝ տվյալ հիվանդության կամ կլինիկական վիճակի վարման վերաբերյալ: Այնուամենայնիվ, որևէ կլինիկական ուղեցույց չի կարող ընդգրկել մասնավորվոր դեպքերի բոլոր հնարավոր տարբերակները: Ուղեցույցում ներառված ցուցումները դեպքի վարման կամ բուժման բացառիկ եղանակներ չեն պարտադրում: Դրանք պետք է գնահատվեն, հաշվի առնելով պացիենտի անհատական կարիքները, ինչպես նաև բուժաստատության հնարավորությունները: Երբ պացիենտի դեպքը դուրս է ուղեցույցի շրջանակներից, ուղեցույցն օգտագործող բուժաշխատողն ինքն է պատաս-

խանատվություն ստանձնում վարման պլանի մշակման և նեղ մասնագետի օգնությանը դիմելու անհրաժեշտության մասին որոշում կայացնելու համար: Ուղեցույցում արտահայտված կարծիքները հեղինակային են և կարող են չհամընկնել ՄԱԿ-ի Բնակչության հիմնադրամի տեսակետին:

ՀԱՊԱՎՈՒՄՆԵՐ

ՈՒՁՀ	Ուլտրաձայնային հետազոտություն
ՄԳԹՔ	Մեծ Բրիտանիայի մանկաբարձ-գինեկոլոգների թագավորական քոլեջ
ACOG	Մանկաբարձ-գինեկոլոգների ամերիկյան քոլեջ
CA 125	Քաղցկեղային հակազեն 125
ՄԽԳ	Մարդու խորհունալ գոնադոտրոպին
ԼԴԳ	Լակտատդեհիդրոգենազ
ՀՇ	Համակարգչային շերտագրություն
ՄՌՇ	Մագնիսառեզոնանսային շերտագրություն

ԲՈՎԱՆ ԴԱԿՈՒԹՅՈՒՆ

Նախաբան	8
Տեղեկատվության որոնման և գնահատման մեթոդաբանություն	8
Դասակարգում.....	8
Ախտորոշում	9
Ձվարանների ենթադրյալ բարորակ կիստաների վարում ոչ հրատապ իրավիճակներում.....	12
Ձվարանների պերսիստենտ, անախտանիշ կիստաների վարում	13
Համակցված օրալ հակաբեղմնավորիչները ձվարանների ֆունկցիոնալ կիստաների բուժման հարցում	13
Վիրահատական բուժում	13
Տարբերակիչ ախտորոշում	15
Ուղեցույցի ներդրման հնարավորություններ և աուդիտի ցուցանիշներ.....	15
Հավելված 1	16
Հավելված 2	20
Գրականություն.....	22

ՆԱԽԱԲԱՆ

Ձվարանի կիստաներ/գոյացություններ հանդիպում են դեռահաս աղջիկների շրջանում և կարող են հայտնաբերվել ախտանիշների առկայության հիման վրա և/կամ գործիքային հետազոտությունների և ֆիզիկական զննման ժամանակ: Հավանական հյուսվածաբանական պատկերը տարբերվում է, կախված պացիենտի տարիքից: Կոնքային գոյացությունները, չնայած գինեկոլոգիական ծագում ունեն, կարող են առաջանալ նաև միզասեռական ուղիներից, աղիներից կամ կոնքի այլ օրգանների հյուսվածքներից:

Ձվարանի կիստաները կարող են հանդես գալ ֆիզիոլոգիական կիստաների, բարորակ գոյացությունների կամ չարորակ ուռուցքների տեսքով: Դրանք կարող են արտահայտվել ցավով կամ հանդես գալ որպես անախտանիշ գոյացություններ: Թեև դրանք համեմատաբար հազվադեպ են հանդիպում, սակայն մանկական և դեռահասային տարիքում հանդիպող ամենատարածված գենիտալ նորագոյացություններն են:

Պատմականորեն, հայտնաբերված ձվարանների բոլոր կիստաները /գոյացությունները նորածինների, երեխաների և դեռահասների շրջանում հեռացվել են վիրահատական եղանակով: Սակայն ուռուցքային մարկերների և ռադիոլոգիական հետազոտությունների առաջընթացը նպաստում է ռիսկի գնահատմանը և թույլ է տալիս ցուցաբերել առավել պահպանողական մոտեցում այդ նորագոյացությունների վարման ընթացքում և ապահովում է ձվարանների պահպանումը, բացառությամբ քաղցկեղի դեպքերի: [1,2]

ՏԵՂԵԿԱՏՎՈՒԹՅԱՆ ՈՐՈՆՄԱՆ ԵՎ ԳՆԱՀԱՏՄԱՆ ՄԵԹՈԴԱԲԱՆՈՒԹՅՈՒՆ

Ուղեցույցի գրականական աղբյուր են հանդիսացել Մեծ Բրիտանիայի մանկաբարձ-գինեկոլոգների թագավորական քոլեջի (RCOG; Management of Suspected Ovarian Masses in Premenopausal Women, 2011), Մանկաբարձների և գինեկոլոգների ամերիկյան քոլեջի (ACOG; Practice Bulletin Evaluation and Management of Adnexal Masses, 2016) ինչպես նաև PubMed և UpToDate շտեմարանների արդի տվյալները: Տեղեկատվության որոնումը կատարվել է անգլերեն լեզվով մինչև 2018թ. հրատարակված փաստաթղթերի միջև, բանալի բառերի միջոցով (“ovarian cysts”, “adolescent girls”, “pubertal age”, “clinical guidelines”, “diagnostics”, “treatment”): Տեղեկատվության որակը գնահատելիս և ցուցումների ուժը որոշելիս սկզբնաղբյուր հանդիսացող փաստաթղթերում հիմք է ընդունվել Մեծ Բրիտանիայի մանկաբարձ-գինեկոլոգների թագավորական քոլեջի (RCOG), ինչպես նաև Մանկաբարձ-գինեկոլոգների ամերիկյան քոլեջի (ACOG) կողմից առաջարկվող դասակարգումը (Տես Հավելված 2): Ուղեցույցի տեղայնացման գործընթացը իրականացվել է համաձայն միջազգային ADAPTE մեթոդաբանության: Հիմնական պնդումների վերջում նշված են ապացուցողականության աստիճանները՝ ըստ վերոհիշյալ աղբյուրների, համաձայն GRADE համակարգի:

ԴԱՍԱԿԱՐԳՈՒՄԸ

Առողջապահության Համաշխարհային կազմակերպությունը դասակարգում է ձվարանների նորագոյացությունները, հիմք ընդունելով բջիջների հյուսվածքաբանական տեսակը և բարորակ կամ չարորակ բջիջների առկայությունը: Հավելված 1

Ձվարանների ուռուցքների մեծամասնությունը դեռահասների շրջանում սաղմնաբջջային ծագում ունի: Համեմատության համար, մեծահասակների շրջանում ձվարանների նորագոյացությունների ամենամեծ մասնաբաժինը կազմում են էպիթելիալ ուռուցքները:

Մանկական և դեռահասային տարիքում ձվարանների գոյացությունները մեծամասամբ բարորակ են: Սակայն կարևոր է ախտորոշման վաղ հաստատումը, ձվարանի ոլորման ռիսկի նվազեցման, հավելումների հնարավոր կորստից խուսափելու և չարորակ ախտահարումների կանխատեսումը բարելավելու համար:

ԱԽՏՈՐՈՇՈՒՄ

Սեռական ակտիվ դեռահասների ֆիզիկական զննումը չի տարբերվում չափահաս կնոջ զննումից: Այուրամենայնիվ, ոչ ակտիվ դեռահասների զննումը չպետք է ներառի հայելիներով ստուգում կամ բիմանուալ հետազոտություն և պետք է հիմնվի սեռական օրգանների արտաքին գնահատման և որովայնային հետազոտման վրա:

- **Հավելումների գոյացություններով դեռահասների հետազոտումը նման է նախադաշտանադադարային տարիքի կանանց հետազոտմանը: Դեռահասների շրջանում հավելումների գոյացությունների վարման ընթացքում պետք է առաջնահերթություն տրվի ձվարանների պահպանմանը, վերարտադրողականության ապահովման համար (III-B) [5]:**
- **Դեռահասության շրջանում հավելումների գոյացություններով դեռահասների հետազոտումը պետք է ներառի դաշտանային պարբերաշրջանի պատմագիրը և գաղտնի հարցումը սեռական ակտիվության վերաբերյալ (III) [5]:**

Ուլտրաձայնային հետազոտություն

ՈւՁՀ –ն առաջին ընտրության ռադիոլոգիական հետազոտություն է, նախընտրելի է, որ այն իրականացվի գինեկոլոգիական գործիքային հետազոտություններում հմուտ ռադիոլոգների կողմից:

Հետագա հետազոտությունը կախված է կիստայի չափերից և բնույթից:

Ցանկալի է, որպեսզի ձվարանների կիստաներով բոլոր երեխաների և դեռահասների խնդիրները քննարկվեն գինեկոլոգիական խմբի կողմից:

Սուր իրավիճակներում, օրինակ, եթե կլինիկորեն կասկածվում է ձվարանների ոլորում, ապա պացիենտին կարող է պահանջվել անցնել վիրասրահ, նախքան հետագա հետազոտություններն անցնելը: [6]

Պրեպարատատ ձվարանային ոլորման դեպքում ՈւՁՀ հաճախ ցույց է տալիս ֆոլիկուլների ծայրամասային կուտակումներ ի լրացումն ձվարանի մեծացման և այտուցի: [4]

Ոչ հրատապ իրավիճակներում, եթե երեխան/երիտասարդ կինը նշում է մենարխե, ապա կիրառվում են հետևյալ հետազոտությունները [3]

Հասարակ կիստա 5սմ	Հասարակ կիստա 5-7 սմ	Հասարակ կիստա 7սմ	Բարդ կիստա
Հետագա հետազոտություն չի պահանջվում	Տարեկան 1 անգամ ՌԻՉՀ հսկողություն	Դիտարկել ՄՌԾ (կամ վիրահատություն)	Արյան մեջ ԼԴԳ, ՄԽԳ, ԱՖՊ, CA 125 Քննարկել հետագա ռադիոլոգիական հետազոտությունների անցկացումը

Մինչև մենարխե ցանկացած կիստայի հայտնաբերումը երեխայի կամ դեռահասի մոտ կպահանջի հետագա հսկողություն: Այս դեպքերը պետք է ուղեգրվեն, կամ առնվազն քննարկվեն դրանց վարող գինեկոլոգի հետ, ով մասնագիտացված գիտելիքներ ունի մանկական կամ դեռահասային գինեկոլոգիայի ծառայություններում: [6]

- **Տրանսաբդոմինալ ՌԻՉՀ առավել, քան տրանսվագինալ ՌԻՉՀ խորհուրդ է տրվում երիտասարդ, կամ պրեպուբերտալ շրջանի դեռահասների համար (III) [5]:**

IOTA խմբի պարզ ՌԻՉՀ կանոնները [10]

Պարզ ուլտրաձայնային կանոնները ատացվել են IOTS International Ovarian Tumor analysis խմբի տվյալների հիման վրա, օգնելու գոյացությունների դասակարգմանը որպես բարորակ (B-կանոններ) կամ չարորակ (M-կանոններ):

IOTA խմբի պարզ ՌԻՉՀ կանոնները

B- կանոններ

1. միախոռոչ կիստա,
2. պինդ ներառուկների /բաղադրիչների /առկայություն, որոնցից ամենամեծը 7 մմ-ից փոքր է
3. ակուստիկ ստվերի առկայություն
4. հարթ բազմախոռոչ ուռուցք, ամենամեծ տրամագիծը 100 մմ-ից պակաս
5. արյան հոսքի բացակայություն գունավոր դոպլերի անցկացման ընթացքում

M-կանոններ

1. անկանոն պինդ գոյացություն
2. ասցիտ
3. առնվազն 4 պապիլյար կառուցվածքներ,
4. անկանոն բազմախոռոչ պինդ գոյացություն, ամենամեծ տրամագիծը հավասար կամ ավելի քան 100մմ,
5. նշանակալի արյան հոսք գունավոր դոպլեր հետազոտությամբ:

- **Առկա են IOTA խմբի կողմից ստացված պարզ կանոններ: Հստակ սպեցիֆիկ ուլտրաձայնային ձևաբանական նշանների կիրառումը առանց CA**

125- ի, ցուցադրել է բարձր զգայունություն, յուրահատկություն և հավանականության հարաբերակցություններ (B) [10,11]

- Եթե այդ կանոններով հստակ դասակարգված չէ, հետագա հսկողությունը գինեկոլոգիական ՌԻՁՀ մասնագետի կողմից նպատակահարմար է (E) [10,11]

ՄՌՇ

- Ներկայումս ՀՇ և ՄՌՇ ռուտին կիրառումը ձվարանների գոյացությունների գնահատման համար չեն բարելավում զգայունությունը կամ յուրահատկությունը տրանսվագինալ ուլտրաձայնային հետազոտության համեմատ ձվարանների քաղցկեղի հայտնաբերման գործընթացում (C)[7]:

Չկա հստակ կոնսենսուս, հետագա հետազոտության անհրաժեշտության վերաբերյալ, տրանսվագինալ հետազոտությունից հետո, ակնհայտ բարորակ գոյացության դեպքում: Այնուամենայնիվ, այս լրացուցիչ միջոցները տեղ կունենան առավել բարդ ախտահարումների հետազոտության մեջ: Եթե կասկած կա չարորակ գոյացության, ելնելով կլինիկական պատկերից և ուլտրաձայնային հետազոտության տվյալներից, ապա նպատակահարմար է գինեկոլոգիական ուռուցքաբանական բազմամասնագիտական խմբին ուղղորդումը: (Ապ. մակարդակը 2+)[7,12]

ՌԻռուցքային կենսամարկերներ

Որոշ ձվարանային նեոպլազիաներ արտադրում են սպիտակուցային ուռուցքային մարկերներ, որոնք կարող են հետազոտության ժամանակ հայտնաբերվել ծայրամասային արյան նմուշներում:

Ուռուցքային մարկերները կարող են օգտակար լինել և ախտորոշում կատարելիս, և բուժման արդյունավետության գնահատման հարցում: [15] Դրանք երբեմն կարող են բարձրացած չլինել սահմանային ուռուցքների կամ չարորակ գոյացությունների որոշ դեպքերում: Ձվարանների ուռուցքային մարկերների որոշ օրինակներ ներառում են.

- Ալֆա-ֆետոպրոտեինը օնկոֆետալ հակազեն է, որը հանդիսանում է գլիկոպրոտեին: Այն արտադրվում է էնդոդերմալ սինուսի գոյացությունների, խառը էմբրիոնալ բջջային գոյացությունների և անհաս տերատոմաների կողմից:
- Լակտատ դեհիդրոգենազը բարձրացած է դիսգերմինոմաների ժամանակ:
- CA 125 մարկեր է ձվարանների էպիթելային քաղցկեղի համար, որն ունի բարձր զգայունություն, բայց ոչ շատ սպեցիֆիկ է, քանի որ այն կարող է բարձրանալ շատ ներորովայնային ախտընթացների ժամանակ (օրինակ, էնդոմետրիոզ, կոնքի բորբոքային հիվանդություններ, հղիություն, Կրոնի հիվանդություն)
- ՄՄԳ արտադրվում է թրոֆոբլաստիկ բջիջների կողմից և բարձրանում է հղիության, բշտիկային զանգվածի, ընկերքի գոյացությունների, խորիոկարցինոմայի և ձվարանի էմբրիոնալ կարցինոմաների ժամանակ:
- Կարցինոէմբրիոնիկ անտիգենը կարող է արտադրվել էպիթելիալ կամ էմբրիոնալ բջիջների կողմից:
- Ինհիբինի խտությունը բարձրանում է երեխաների շրջանում տեկա-գրանուլոզաբջջային գոյացությունների դեպքում:
- Թրոմբոցիտոզը կապվում է ձվարանների ուռուցքների հետ աղջիկների և դեռահասների մոտ[16]. Քանի որ այն հեշտ հասանելի է, թրոմբոցիտների քանակը օգտակար է հետազոտել ձվարանի ոլորման ժամանակ, անհապաղ գնահատման համար, երբ առկա է կասկած նաև չարորակ գոյացության վերաբերյալ:

Ծճային կենսամարկերները ձվարանների սաղմնաբջջային ուռուցքների ժամանակ [5]

	ՄԽԳ	ԱՖՊ	ԼԴԳ	CA 125
Դիսգերմինոմա	+	-	+	-
Էնդոդերմալ սինուսային ուռուցք	-	+	-	-
Խորիոկարցինոմա	+	-	-	-
Անհաս տերատոմա	-	+	+	+
Էմբրիոնալ կարցինոմա	+	+	-	-

- Ալֆա- ֆետոպրոտեինը, ՄԽԳ և ԼԴԳ ցուցված են կասկածվող սաղմնաբջջային ուռուցքների գնահատման համար (II-3) [13]:
- CA 125 -ի մակարդակի բարձրացումը կարող է լինել ձվարանների չարորակ գոյացություններով դեռահասների և երեխաների շրջանում, բայց կարող է դիտվել նաև չհաղորդակցվող արգանդային եղջյուրների, ձվարանների ֆիբրոմաների, գոյացությունների կամ հավելումների ոլորման ժամանակ(II-3) [14]

ԶՎԱՐԱՆՆԵՐԻ ԵՆԹԱԴԻՅԱԼ ԲԱՐՈՐԱԿ ԿԻՍՏԱՆԵՐԻ ՎԱՐՈՒՄԸ ՈՉ ՀՐԱՏԱՊ ԻՐԱՎԻՃԱԿՆԵՐՈՒՄ

Ձվարանների անախտանիշ հասարակ կիստաների սպասողական վարումը

Ձվարանի կիստայի ընդունված ընդհանուր սահմանումը հետևյալն է. 30 մմ-ից ավել տրամագծով հեղուկ պարունակող գոյացություն:

Հասարակ կիստոզ գոյացությունները, որոնք փոքր են, ընդհանուր առմամբ չեն պահանջում հետագա հսկողություն, քանի որ այդ կիստաները շատ հավանական է, որ կլինեն ֆիզիոլոգիական և գրեթե միշտ լուծվում են 3 դաշտանային պարբերաշրջանի ընթացքում[17]:

Ռադիոլոգների գործընկերությունը հրապարակել է կոնսենսուսային հայտարարություն, ըստ որի, անախտանիշ հասարակ կիստաները 30-55 մմ չեն պահանջում հետագա հսկողություն, 50-70 մմ պահանջում են հսկողություն, և 70 մմ ավել կիստաները պետք է քննարկվեն կամ հետագա ՄՌԾ կամ վիրաբուժական միջամտության անցկացման համար, ելնելով ՈւՁՀ ընթացքում ամբողջական կիստայի պատշաճ հետադոտության համար դժվարություններից:[18] (Ապացուցող. մակ.4)

- Հավելումների գոյացությունները տարածված են դեռահասների շրջանում, սովորաբար բարորակ են և հաճախ կարող են վարվել սպասողական(III) [19]:
- Ձվարանի փոքր (50 մմ ից պակաս տրամագծով) հասարակ կիստաներով կանանց շրջանում հսկողություն սովորաբար չի պահանջվում,քանի որ այդ կիստաները ամենայն հավանականությամբ լինում են ֆիզիոլոգիական և գրեթե միշտ անհետանում են 3 դաշտանային պարբերաշրջանների ընթացքում (C) [7]:

- **Ձվարանների 50-70 մմ տրամագծով հասարակ կիստաներ ունեցող կանայք պետք է հսկողություն ընթացքում անցնեն ամենամյա ՈՒՁՀ և նրանց, ովքեր ունեն ավելի մեծ հասարակ կիստաներ, պետք է դիտարկել հետագա ՄՌ-Շ կամ վիրաբուժական միջամտության համար(C) [7]:**

Ընդհանուր առմամբ, երիտասարդ բնակչության շրջանում վարման նպատակը ներառում է պահպանողական վարումը հսկողության հետ, ախտանիշների վերացումը, բարդությունների կանխարգելումը և երբ անհրաժեշտ է, չարորակ գոյացությունների համապատասխան բուժումը, ձվարանների կառուցվածքի և ֆունկցիայի պահպանմամբ:[20]

Ձվարանների պերսիստենտ, անախտանիշ կիստաների վարում

- **Ձվարանների կիստաները, որոնք պերսիստենտ են, կամ մեծանում են չափերով, քիչ հավանական է, որ լինեն ֆունկցիոնալ և կարող են պահանջել վիրահատական բուժում(C) [7]:**

Ձվարանների կիստաները, որոնք պահպանվում են կամ մեծանում են չափերով, քիչ հավանական է, որ լինեն ֆունկցիոնալ [21,22,23]: Հասուն կիստոզ տերատոմաները (դերմոիդ կիստաները) ցույց են տվել ած ժամանակի ընթացքում [24], ուստի սովորաբար պահանջում են վիրաբուժական միջամտություն:

Չկա ապացույցների վրա հիմնված կոնսենսուս այն մասին, թե որ չափից ավել պետք է կիրառել վիրաբուժական միջամտություն: Մեծ մասամբ ուսումնասիրություններում առաջարկում են պահպանողական վարման համար պայմանական առավելագույն տրամագիծը 50-60 մմ [24]:

Համակցված օրալ հակաբեղմնավորիչները ձվարանների ֆունկցիոնալ կիստաների բուժման հարցում

- **Համակցված օրալ հակաբեղմնավորիչների օգտագործումը չի նպաստում ձվարանների ֆունկցիոնալ կիստաների անհետացմանը(A)[7]:**

Ոչ վաղ Կոկրանովյան վերլուծությունը օրալ հակաբեղմնավորիչ հաբերի ազդեցության վերաբերյալ ֆունկցիոնալ ձվարանային կիստաների բուժման մեջ եկել է այն եզրակացության, որ բուժում ստացող խմբում չի եղել կիստայի վաղ անհետացում համեմատ վերահսկվող խմբի[25]:

Որոշ կլինիցիստներ նշանակում են օրալ հակաբեղմնավորիչ հաբեր, ձվարանային- հիպոթալամիկ ուղու ճնշման համար, այդպիսով նոր կիստաներ չեն ձևավորվում և հնարավորինս չեն խանգարում պրակտիկ բժշկին այն հարցում, թե առաջին կիստան լուծվել է և նորն է առաջացել, կամ պահպանվել է ելքային կիստան (օրալ հակաբեղմնավորիչ հաբի ընդունումը չի նպաստում գոյություն ունեցող կիստայի լուծմանը): Ժամանակակից ցածր դեղաչափերով հակաբեղմնավորիչ հաբերը ունեն նվազագույն արդյունավետություն ֆունկցիոնալ կիստաների զարգացման կանխարգելման հարցում[26]

ՎԻՐԱՀԱՏԱԿԱՆ ԲՈՒԺՈՒՄ

Չարորակ կամ հավելումների այլ գոյացությունները, որոնք պահանջում են վիրաբուժական բուժում, տարածված չեն դեռահասների պոպուլյացիայում:

Վիրահատության ցուցումները ներառում են

- կասկածվող չարորակ գոյացություն
- ոլորում
- պերսիստենտ կիստա
- սուր որովայնային ցավ

Ձվարանների նորագոյացությունների փաստացի հիվանդացության քանակական գնահատումը դժվար է, սակայն ընդհանուր մանկական խմբի դեռահասային տարիքային միջակայքում այն դեպքերից, որոնք մասնագիտացված կենտրոններում վիրաբուժական միջամտություն պահանջում 7-25 % հանդիսանում են չարորակ [20]:

- **Վիրահատական միջամտության ենթարկվածների թվում, չարորակ գոյացությունն առավել տարածված է երեխաների, քան դեռահասների շրջանում(II-3) [27]:**
- **Սաղմնային բջիջներից զարգացող ուռուցքները առավել տարածված ձվարանային չարորակ գոյացություններն են երեխաների և դեռահասների շրջանում(III) [28]:**
- **Բարորակ գոյացությունների վիրաբուժական բուժումը տատանվում է սովորական ցիստէկտոմիայից մինչև միակողմանի սալպինգո-օօֆորէկտոմիա լապարոսկոպիկ եղանակով կամ փուլային լապարոտոմիայի, հաշվի առնելով առկա ռիսկերը(II-3) [29]:**
- **Ձվարանների պահպանումը առավելապես առաջնահերթ է բարորակ հավելումային գոյացությունների վարման ժամանակ(II-3) [30]:**
- **Միակողմանի օօֆորէկտոմիան չի ցուցաբերել դաշտանային պարբերաշրջանի խանգարում կամ ինքնակա հղիության հաճախականության փոփոխություն, հղիության և կենդանածնության մակարդակները չեն նվազում, չնայած վերահսկվող ձվարանային խթանման դեպքում հնարավոր է կապել ցածր ֆոլիկուլյար պատասխանի հետ (II-3) [31,32]:**
- **Գինեկոլոգ-վիրաբույժի ներկայությունը առավել ցանկալի է, քան միայն մանկական վիրաբույժի ներկայությունը, որը պայմանավորված է ձվարանների օրգան-պահպանման ավելի բարձր ցուցանիշով:(II-3) [30,33]**
- **Ձվարանների ենթադրյալ բարորակ գոյացությունների պլանային վիրաբուժական բուժման համար լապարոսկոպիկ մոտեցումը կապված է ավելի ցածր հետվիրահատական հիվանդացության հետ և ավելի կարճ վերականգնողական ժամանակի հետ և նախընտրելի է, քան լապարոտոմիան համապատասխան պացիենտների համար(A) [34-37]:**
- **Պինդ բաղադրիչներով մեծ գոյացությունների դեպքում (օրինակ, մեծ դերմոիդ կիստաներ) լապարոտոմիան կարող է լինել նպատակահարմար: (C) [7]:**

Կիստայի առավելագույն չափը, որի դեպքում պետք է դիտարկել լապարոսկոպիան, հակասական է: Մի փոքր ուսումնասիրությամբ, համեմատելով մինի-լապարոտոմիան լապարոսկոպիայի հետ, ձվարանների բարորակ ուռուցքների վիրաբուժական բուժման ժամանակ, կիստայի պատռումը ավելի հաճախ տեղի է ունեցել լապարոսկոպիայի խմբում, բայց միայն 70մմ ից մեծ կիստաներով կանանց ենթախմբում[36]:

- **Ձվարանի կիստայի ասպիրացիան, կամ հեշտոցային մուտքով, կամ լապարոսկոպիկ եղանակով, պակաս արդյունավետ է և կապված է կրկնման բարձր հաճախականության հետ (B) [7]:**
- **Հնարավորության դեպքում պետք է խուսափել կիստայի պարունակու-**

թյան արտահոսքից, ելնելով այն տեսակետից, որ նախավիրահատական և ներվիրահատական շրջանում գնահատումը չի կարող ամբողջովին բացառել գոյացության չարորակ լինելը (E) [7]:

Տարբերակիչ ախտորոշում[2]

Դեռահասների շրջանում ձվարանային կիստաների տարբերակիչ ախտորոշումը համալիր է, կապված գործող ձվարանի, սեռական կյանքի սկզբի և հնարավոր հղիության հետ: Թեև կիստոզ գոյացությունների մեծ մասը այս տարիքում ֆիզիոլոգիական են, այլ հնարավոր տարբերակներ նույնպես պետք է դիտարկել և դրանք են.

- Ձվարանային ուռուցքներ օրինակ, բարորակ կիստոզ տերատոմաներ, շճային կամ մուցինոզ ցիստադենոմաներ
- Օբստրուկտիվ գենիտալ ախտահարումներ, բնածին օբստրուկտիվ խանգարումները, որոնք հաճախ ի հայտ են գալիս դաշտանային ցիկլերի բացակայության և որովայնի ստորին հատվածում ցավերի առկայությամբ
- Արգանդի փողերի ախտահարումներ(հարփողային կիստաներ, ձվարանի լայն կապանի կիստա, արտաարգանդային հղիություն, հիդրոսալպինգա, պիոսալպինգա)
- Արգանդային գոյացություններ -ադենոմիոմա, լեյոմիոմա, հղիություն, արտաարգանդային հղիություն արգանդի ռուդիմենտար եղջյուրում)
- Ստամոքսաաղիքային ախտահարումներ, օրինակ, որդանման ելունի թարախակույտ

ՀԵՏԱԳԱ ՎԱՐՈՒՄ

Բոլոր երեխաները և դեռահասները, որոնց շրջանում ախտորոշվել է ձվարանների կիստա (>5 սմ, եթե կիստան հասարակ է), կամ ովքեր ունեցել են ձվարանների կիստայի վիրահատական բուժում, պետք է դիտարկվեն մանկական կամ դեռահասների խնամքի գինեկոլոգիական կլինիկայում, նույնիսկ եթե դա հնարավոր չի եղել անցկացնել նախավիրահատական շրջանում: Դա անհրաժեշտ է հետագա ճիշտ վարման համար և կապահովի ապագա վերարտադրողականության վերաբերյալ խորհրդատվությունը:[6]

ՈՒՂԵՑՈՒՅՑԻ ՆԵՐԴՐՄԱՆ ՀՆԱՐԱՎՈՐՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ ԵՎ ԱՌԻԴԻՏԻ ՑՈՒՑԱՆԻՇՆԵՐ

Ուղեցույցի ներդրումը հնարավոր է Հայաստանում գործող շարունակական մասնագիտական զարգացման գործառույթների շրջանակներում, ինչպես նաև նպատակային ծրագրերի շրջանակներում:

Ներդրման վերահսկման / աուդիտի հիմնական ցուցանիշներն են.

բուժման որակի պահպանումը, ներառյալ պատշաճ ախտորոշում, ուղեգրում, բուժման մեթոդի ճիշտ ընտրություն և նշանակում, լաբորատոր հետազոտությունների հիմնավոր կիրառում, հետագա վարում

Ներդրման հնարավոր խոչընդոտները

- Դեռահասների հետ առնչվող բժիշկների գիտելիքների և կլինիկական հմտությունների ոչ բավարար մակարդակ:
- Արտահիվանդանոցային օղակում գործող բժիշկների շրջանում մոտիվացիայի պակաս:
- Վարման համար անհրաժեշտ դեղորայքի և սարքավորումների պակաս:

ՀԱՎԵԼՎԱԾ 1

Էպիթելիալ ուռուցքներ	
Շճային ուռուցքներ	
Բարորակ	<ul style="list-style-type: none"> • շճային ցիստադենոմա • շճային ցիստադենոմա • շճային մակերեսային պապիլոմա
Սահմանային	<ul style="list-style-type: none"> • շճային սահմանային ուռուցք/ատիպիկ պրոլիֆերատիվ շճային ուռուցք • շճային սահմանային ուռուցք- միկրոպապիլյար տարբերակ/ոչինժագիվ ցածր աստիճանի շճային կարցինոմա
Չարորակ	<ul style="list-style-type: none"> • Ցածր աստիճանի շճային կարցինոմա • Բարձր աստիճանի շճային կարցինոմա
Լորձային ուռուցքներ	
Բարորակ	<ul style="list-style-type: none"> • Լորձային ցիստադենոմա • Լորձային ադենոֆիբրոմա
Սահմանային	<ul style="list-style-type: none"> • Լորձային սահմանային ուռուցք/ատիպիկ պրոլիֆերատիվ լորձային ուռուցք
Չարորակ	<ul style="list-style-type: none"> • Լորձային կարցինոմա
Էնդոմետրիոիդ ուռուցքներ	
Բարորակ	<ul style="list-style-type: none"> • Էնդոմետրիոիդ կիստա • Էնդոմետրիոիդ ցիստադենոմա • Էնդոմետրիոիդ ադենոֆիբրոմա
Սահմանային	<ul style="list-style-type: none"> • Էնդոմետրիոիդ սահմանային ուռուցք/ատիպիկ պրոլիֆերատիվ լորձային ուռուցք
Չարորակ	<ul style="list-style-type: none"> • Էնդոմետրիոիդ կարցինոմա

Դատարկ բջջային ուռուցքներ
<p>Բարորակ</p> <ul style="list-style-type: none"> • Դատարկբջջային ցիստադենոմա • Դատարկբջջային ադենոֆիբրոմա <p>Սահմանային</p> <ul style="list-style-type: none"> • Դատարկբջջային սահմանային ուռուցք/ատիպիկ պրոլիֆերատիվ դատարկբջջային ուռուցքներ <p>Չարորակ</p> <ul style="list-style-type: none"> • Դատարկբջջային կարցինոմա
Բրենների ուռուցքներ
<p>Բարորակ</p> <ul style="list-style-type: none"> • Բրենների ուռուցք <p>Սահմանային</p> <ul style="list-style-type: none"> • Բրենների սահմանային ուռուցք/Բրենների ատիպիկ պրոլիֆերատիվ ուռուցք <p>Չարորակ</p> <ul style="list-style-type: none"> • Բրենների չարորակ ուռուցք
Շճալորձային ուռուցքներ
<p>Բարորակ</p> <ul style="list-style-type: none"> • Շճալորձային ցիստադենոմա • Շճալորձային ադենոֆիբրոմա <p>Սահմանային</p> <ul style="list-style-type: none"> • Շճալորձային սահմանային ուռուցք/ատիպիկ պրոլիֆերատիվ շճալորձային ուռուցք <p>Չարորակ</p> <ul style="list-style-type: none"> • Շճալորձային կարցինոմա
Չդիֆերենցված կարցինոմա
Մեզենխիմալ ուռուցքներ
<ul style="list-style-type: none"> • Ցածր աստիճանի էնդոմետրիոիդ ստրոմալ սարկոմա • Բարձր աստիճանի էնդոմետրիոիդ ստրոմալ սարկոմա
Խառը էպիթելիալ և մեզենխիմալ
<ul style="list-style-type: none"> • Ադենոսարկոմա • Կարցինոսարկոմա
Սեռական ձգանի հենքային ուռուցքներ
Մաքուր հենքային ուռուցքներ
<ul style="list-style-type: none"> • Ֆիբրոմա • Ցելուլյար ֆիբրոմա • Տեկոմա • Լյուտեինացնող տեկոմա, կապված սկլերոզային պերիտոնիտի հետ • Ֆիբրոսարկոմա • Սկլերոտիկ հենքային ուռուցք

<ul style="list-style-type: none"> • Մատանիանման հենքային ուռուցք • Միկրոկիստոզ հենքային ուռուցք • Լեյդիգի բջջային ուռուցք • Ստերոիդ բջջային ուռուցք • Ստերոիդ բջջային ուռուցք,չարորակ
<p>Մաքուր սեռական ձգանի ուռուցքներ</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Մեծահասակների գրանուլոզաբջջային ուռուցք • Սեռահասունացման տարիքի գրանուլոզաբջջային ուռուցքներ • Սերտոլիի բջիջների ուռուցքներ • Սեռական ձգանի ուռուցք օղակաձև խողովակիկներով
<p>Խառը սեռական ձգանի հենքային ուռուցքներ</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Սերտոլի-Լեյդիգի բջջային ուռուցք • Լավ տարբերակված • Միջին աստիճանի տարբերակված • Վատ տարբերակված • Ցանցանման • Սեռական ձգանի հենքային ուռուցք
<p>Սաղմնաբջջային ուռուցքներ</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Դիսգերմինոմա • Դեղնուցապարկի ուռուցք • Սաղմնային կարցինոմա • Հղիության հետ կապ չունեցող խորիոկարցինոմա • Հասուն տերատոմա • Անհաս տերատոմա • Խառը սաղմնաբջջային ուռուցք
<p>Մոնոդերմային տերատոմա և դերմոիդ կիստային առաջացող սոմատիկ-տեսակի ուռուցք</p>
<p>Ձվարանների ստրոմա, բարորակ Ձվարանների ստրոմա, չարորակ Կարցինոիդ</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ստրոմային կարցինոիդ • Լորձային կարցինոիդ <p>Նեյրոէկտոդերմային - տեսակի ուռուցք Ճարպային ուռուցք</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ճարպային ադենոմա • Ճարպային կարցինոմա <p>Այլ մոնոդերմային տերատոմաներ Կարցինոմաներ</p> <ul style="list-style-type: none"> • Թեփուկավոր բջիջների կարցինոմա • Այլ
<p>Սաղմնաբջջային - սեռական ձգանի ուռուցքներ</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Գոնադոբլաստոմա, ներառյալ գոնադոբլաստոմա չարորակ սաղմնաբջջային ուռուցք • Խառը սաղմնաբջջային սեռական ձգանի ուռուցք, չդասակարգվող

Միսցելանոզ ուռուցքներ
<ul style="list-style-type: none"> • Վոլֆյան ուռուցք • Մանրբջջային կարցինոմա • Վիլմսի ուռուցք • Պարագանգլիոմա • Եզակի պսևդոպապիլյար նորագոյացություն
Մեզոթելիալ ուռուցք
<ul style="list-style-type: none"> • Ադենոմատոիդ ուռուցք • Մեզոթելիոմա
Փափուկ հյուսվածքային ուռուցքներ
<ul style="list-style-type: none"> • Միքսոմա • Այլ
Ուռուցքանման ախտահարումներ
<ul style="list-style-type: none"> • Ֆոլիկուլյար կիստա • Դեղին մարմնի կիստա • Մեծ եզակի լյուտեինիզացնող ֆոլիկուլյար կիստա • Hyperreactio luteinalis • Հղիության լյուտեոմա • Հենքային հիպերպլազիա • Հենքային հիպերտեկոզ • Ֆիբրոմատոզ • Տարածուն այտուց • Լեյդիգի բջիջների հիպերպլազիա • Այլ
Լիմֆոիդ և միելոիդ ուռուցքներ
<ul style="list-style-type: none"> • Լիմֆոմա • Պլազմացիտոմա • Միելոիդ նորագոյացություն
Երկրորդային ուռուցքներ

ՀԱՎԵԼՎԱԾ 2

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 հետազոտություններ շեղումների շատ փոքր ռիսկով:</p> <p>1+ Լավ իրականացված մետա-անալիզներ, ռանդոմացված հսկողությամբ հետազոտությունների համակարգային վերանայումներ կամ ռանդոմացված հսկողությամբ հետազոտություններ շեղումների փոքր ռիսկով:</p> <p>1- Մետա-անալիզներ, ռանդոմացված հսկողությամբ հետազոտությունների համակարգային վերանայումներ կամ ռանդոմացված հսկողությամբ հետազոտություններ շեղումների բարձր ռիսկով:</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>2+ Լավ իրականացված դեպք-ստուգիչ կամ կոհորտային հետազոտություններ հակասությունների և շեղումների փոքր ռիսկով, կամ հնարավորություն և չափավոր հավանականություն, որ հարաբերությունները պատճառահետևանքային են:</p>	<p>A Առնվազն մեկ մետա-անալիզ, համակարգային վերանայումներ կամ ռանդոմացված հսկողությամբ 1++ գնահատականով հետազոտություն, որն ուղղակիորեն կիրառելի է թիրախային խմբերի համար:</p> <p>Կամ՝</p> <p>Ռանդոմացված հսկողությամբ հետազոտությունների համակարգային վերանայումներ, կամ ապացույցների ամբողջությունը, որոնք բաղկացած են մեծամասամբ 1+ վարկանիշով ուսումնասիրություններից և ուղղակիորեն կիրառելի են թիրախային խմբերի համար, ինչպես նաև ցույց են տալիս ընդհանուր արդյունքների կայունությունը:</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 ուսումնասիրություններ,</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>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>E Առաջարկները հիմնված են ուղեցույցներ մշակող խմբի կլինիկական փորձի վրա:</p>
---	--

Մանկաբարձ – գինեկոլոգների ամերիկյան քոլեջի (ACOG) ապացույցների դասակարգման համակարգ

- A մակարդակ՝ խորհուրդները հիմնված են լավ և գիտականորեն հիմնավորված փաստերի վրա
- B մակարդակ՝ խորհուրդները հիմնված են սահմանափակ կամ գիտականորեն հակասական փաստերի վրա
- C մակարդակ՝ խորհուրդները հիմնված են հիմնականում կոնսենսուսների և փորձագետների կարծիքի վրա:

Ուսումնասիրությունների որակի գնահատումը ըստ Միացյալ Նահանգների Կանխարգելիչ ծառայությունների օպերատիվ խմբի

- I. Ապացույցները ստացվել են առնվազն մեկ պատշաճ կատարված պատահական բաշխմամբ վերահսկվող փորձարկումից:
- II-1. Ապացույցները ստացվել են ոչպատահական բաշխմամբ պատշաճ մշակված փորձարկումից:
- II-2. Ապացույցները ստացվել են պատշաճ մշակված կոհորտային (առաջահայաց կամ հետահայաց) կամ դեպք-ստուգիչ հետազոտություններից՝ իրականացված նախընտրելիորեն մեկից ավել կենտրոններում կամ հետազոտական խմբերի կողմից:
- II-3. Ապացույցները ստացվել են ժամանակահատվածների կամ տարածությունների միջև համեմատություններից՝ միջամտությամբ կամ առանց: Այս կատեգորիայում կարող են նաև ներառվել չվերահսկվող փորձարկումներից ստացված դրամատիկ արդյունքները (ինչպես օրինակ 1940-ականներին կիրառված պենիցիլինի արդյունքները):
- III. Հարգված հեղինակությունների կարծիքներ հիմնված կլինիկական փորձի, նկարագրական հետազոտությունների կամ էքսպերտ հանձնաժողովների հրապարակումների վրա

1. Hernon M, McKenna J, Busby G, Sanders C, Garden A. The histology and management of ovarian cysts found in children and adolescents presenting to a children's hospital from 1991 to 2007: a call for more paediatric gynaecologists. *BJOG* 2010
2. Ovarian cysts and neoplasms in infants, children, and adolescents UpToDate Literature review current through: Jan 2018.
3. Damigos E, Johns J, Ross J. An update on the diagnosis and management of ovarian torsion. *The Obstetrician & Gynaecologist* 2012
4. Andres MM, Costa E, Canete A, Moreno L, Castel V. Solid ovarian tumours in childhood: A 35 year review in a single institution. *Clin Transl Oncol* 2010
5. Evaluation and Management of Adnexal Masses ACOG Clinical Management Guideline 2016
6. Guideline for the management of ovarian cysts in children and adolescents J.Ritchie, F.O'Mahony, A.Garden On behalf of British Society for Paediatric & Adolescent Gynaecology June 2017
7. RCOG green-top guideline No 62. Management of Suspected Ovarian Masses in Premenopausal Women RCOG/BSGE Joint Guideline Nov 2011
8. Hernon M, McKenna J, Busby G, Sanders C, Garden A. The histology and management of ovarian cysts found in children and adolescents presenting to a children's hospital from 1991 to 2007: a call for more paediatric gynaecologists. *BJOG* 2010
9. Ovarian cysts and neoplasms in infants, children, and adolescents UpToDate Literature review current through: Jan 2018.
10. Timmerman D, Ameye L, Fischerova D, Epstein E, Melis GB, Guerriero S, et al. Simple ultrasound rules to distinguish between benign and malignant adnexal masses before surgery: prospective validation by IOTA group. *BMJ*
11. Timmerman D, Testa AC, Bourne T, Ameye L, Jurkovic D, Van Holsbeke C, et al. Simple ultrasound-based rules for the diagnosis of ovarian cancer. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2008
12. van Trappen PO, Rufford BD, Mills TD, Sohaib SA, Webb JA, Sahdev A, et al. Differential diagnosis of adnexal masses: risk of malignancy index, ultrasonography, magnetic resonance imaging, and radioimmunoscintigraphy. *Int J Gynecol Cancer* 2007
13. Papic JC, Finnell SM, Slaven JE, Billmire DF, Rescorla FJ, Leys CM. Predictors of ovarian malignancy in children: overcoming clinical barriers of ovarian preservation. *J Pediatr Surg* 2014
14. Taskinen S, Fagerholm R, Lohi J, Taskinen M. Pediatric ovarian neoplastic tumors: incidence, age at presentation, tumor markers and outcome. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2015
15. Papic JC, Finnell SM, Slaven JE, et al. Predictors of ovarian malignancy in children: overcoming clinical barriers of ovarian preservation. *J Pediatr Surg* 2014
16. Haddad LB, Laufer MR. Thrombocytosis associated with malignant ovarian lesions within a pediatric/adolescent population. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2008
17. MacKenna A, Fabres C, Alam V, Morales V. Clinical management of functional ovarian cysts: a prospective and randomized study. *Hum Reprod* 2000;

18. Levine D, Brown DL, Andreotti RF, Benacerraf B, Benson CB, Brewster WR, et al. Management of asymptomatic ovarian and other adnexal cysts imaged at US: Society of Radiologists in Ultrasound Consensus Conference Statement. *Radiology* 2010
19. Amies Oelschlager AM, Gow KW, Morse CB, Lara-Torre E. Management of Large Ovarian Neoplasms in Pediatric and Adolescent Females. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2016
20. Characteristics and Management of Adnexal Masses in a Canadian Pediatric and Adolescent Population Yolanda A. Kirkham, MA, MD, FRCSC,1 Judith A. Lacy, MD, FACOG,2 Sari Kives, MD, FRCSC,3 Lisa Allen, MD, FRCSC3
21. Ben-Ami M, Geslevich Y, Battino S, Matilsky M, Shalev E. Management of functional ovarian cysts after induction of ovulation. A randomized prospective study. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1993
22. Steinkampf MP, Hammond KR, Blackwell RE. Hormonal treatment of functional ovarian cysts: a randomized, prospective study. *Fertil Steril* 1990
23. Turan C, Zorlu CG, Ugur M, Ozcan T, Kaleli BG, Gökmen O. Expectant management of functional ovarian cysts: an alternative to hormonal therapy. *Int J Gynaecol Obstet* 1994
24. Alcázar JL, Castillo G, Jurado M, Garcia GL. Is expectant management of sonographically benign adnexal cysts an option in selected asymptomatic premenopausal women? *Hum Reprod* 2005
25. Grimes DA, Jones LB, Lopez LM, Schulz KF. Oral contraceptives for functional ovarian cysts. *Cochrane Database Syst Rev* 2009
26. Holt VL, Cushing-Haugen KL, Daling JR. Oral contraceptives, tubal sterilization, and functional ovarianm cyst risk. *Obstet Gynecol* 2003
27. Hermans AJ, Kluivers KB, Wijnen MH, Bulten J, Massuger LF, Coppus SF. Diagnosis and treatment of adnexal masses in children and adolescents. *Obstet Gynecol* 2015
28. Gupta B, Guleria K, Suneja A, Vaid NB, Rajaram S,Wadhwa N. Adolescent ovarian masses: A retrospective analysis. *J Obstet Gynaecol* 2016
29. Rogers EM, Allen L, Kives S. The recurrence rate of ovarian dermoid cysts in pediatric and adolescent girls. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2014
30. Eskander RN, Bristow RE, Saenz NC, Saenz CC. A retrospective review of the effect of surgeon specialty on the management of 190 benign and malignant pediatric and adolescent adnexal masses. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2011
31. Zhai A, Axt J, Hamilton EC, Koehler E, Lovvorn HN 3rd. Assessing gonadal function after childhood ovarian surgery. *J Pediatr Surg* 2012
32. Bellati F, Ruscito I, Gasparri ML, Antonilli M, Pernice M, Vallone C, et al. Effects of unilateral ovariectomy on female fertility outcome. *Arch Gynecol Obstet* 2014
33. Bristow RE, Nugent AC, Zahurak ML, Khouzhami V, Fox HE. Impact of surgeon specialty on ovarianconserving surgery in young females with an adnexal mass. *J Adolesc Health* 2006
34. Mais V, Ajossa S, Mallarini G, Guerriero S, Oggiano MP, Melis GB.No recurrence of mature ovarian teratomas after laparoscopic cystectomy. *BJOG* 2003.
35. Yuen PM, Yu KM, Yip SK, Lau WC, Rogers MS, Chang A. A randomized prospective study of laparoscopy and laparotomy in the management of benign ovarian masses. *Am J*

36. Panici PB, Muzii L, Palaia I, Mancini N, Bellati F, Plotti F, et al. Minilaparotomy versus laparoscopy in the treatment of benign adnexal cysts: a randomized clinical study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2007.
37. Fanfani F, Fagotti A, Ercoli A, Bifulco G, Longo R, Mancuso S, et al. A prospective randomised study of laparoscopy and minilaparotomy in the management of benign adnexal masses. *Hum Reprod* 2004