

ՖԻՄՈՉԻ ՎԱՐՄԱՆ ՈՒՂԵՑՈՒՅՑ

Ամփոփում

Նպատակ

Ուղեցույցը տրամադրում է ֆիմոզի արդի միջազգային գիտաբժշկական տեղեկատվության վրա հիմնված բուժական և կազմակերպչական գործառնությունների համալիր: Փաստաթղթի նպատակն է բարելավել ֆիմոզով մանկահասակ պացիենտների բուժման արդյունքները:

Մեթոդաբանություն

Սույն Ուղեցույցը մշակվել է Հայաստանի մանկական ուրոլոգների աշխատանքային խմբի կողմից: Փաստաթղթի հիմքն են հանդիսացել Ուրոլոգների Եվրոպական Ասոցիացիայի 2016-17թ. հեղինակած «Մանկական ուրոլոգիայի ուղեցույցներ»-ը (EAU Guideline on Pediatric Urology), ինչպես նաև Cochrane library և UpToDate էլեկտրոնային շտեմարանների տվյալները [1]: Տեղեկատվության որակը գնահատելիս և ցուցումների ուժը որոշելիս հիմք է ընդունվել Ուրոլոգների Եվրոպական Ասոցիացիայի ապացույցների դասակարգումը: Խորհուրդները, որոնք տրված են այս տեքստում, գնահատվում են ըստ իրենց ապացուցողականության մակարդակի (LE), իսկ Ուղեցույցներին տրված է աստիճաններ (GR)՝ համապատասխան դասակարգման համակարգի, որն իրենից ներկայացնում է Օքսֆորդի Ապացուցողական Բժշկության Կենտրոնի Ապացուցողականության Մակարդակների փոփոխված տարբերակը [2]: Տեղայնացման/ադապտացիայի աշխատանքները կատարվել են ADAPTE մեթոդաբանության հիման վրա: Պատասխանատու համակարգողը և աշխատանքային խմբի անդամները հայտարարագրել են իրենց շահերի բախման վերաբերյալ տեղեկատվությունը: Ուղեցույցի բոլոր դրույթները քննարկվել և հավանության են արժանացել Հայաստանի մանկական ուրոլոգների կողմից (արձանագրությունը կցվում է): Ուղեցույցը նախատեսված է մանկական ուրոլոգների, մանկաբույժների, մանկական վիրաբույժների ինչպես նաև առողջապահության կազմակերպիչների համար: Փաստաթղթի համառոտ տարբերակը (գրպանի ուղեցույց) հասանելի է տպագիր և շարժական սարքերի համար նախատեսված մի շարք տարբերակներով (անգլերեն լեզվով): Սրանք կրճատ տարբերակներ են, որոնք կարող են ամբողջական տեքստին դիմելու անհրաժեշտություն առաջացնել: Բացի դրանից հասանելի են նաև մի շարք թարգմանված տարբերակներ, ինչպես նաև Եվրոպական Ուրոլոգիա, Ասոցիացիաների գիտական ամսագրերում մի քանի գիտական հրապարակումներ [3]: Փաստաթուղթը ենթակա է պարբերական թարմացումների և/կամ խմբագրման յուրաքանչյուր 5 տարին մեկ կամ ավելի հաճախակի՝ կախված տվյալ ոլորտում նոր գիտագործնական տեղեկատվության ի հայտ գալուց:

Արդյունքներ

Հիմնվելով վերոնշյալ ապացուցողական մեթոդաբանության վրա Ուղեցույցում լուսաբանվել են ֆինոզի համաճարակաբանության, ռիսկի գործոնների, ախտորոշման, դասակարգման, վարման, բուժական միջամտությունների և ելքերի հիմնահարցերը:

Հեղևություններ

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

Քանալի բառեր

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

Պատասխանատու համակարգող

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

Աշխատանքային խմբի անդամներ

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

Շահերի բախման հայտարարագիր և ֆինանսավորման աղբյուրներ

Մանկական ուրոլոգիայի ուղեցույցներ մշակող աշխատանքային խմբի բոլոր անդամները տրամադրել են բացահայտման հայտարարագրեր իրենց ունեցած բոլոր այն փոխհարաբերությունների համար, որոնք կարող են ընկալվել որպես շահերի բախման

պտենցիալ աղբյուր: Այդ տեղեկությունները հրապարակավ հասանելի են Ուրուլուգների Եվրոպական Ասոցիացիայի կայքում. www.uroweb.org: Այս ուղեցույցը մշակվել է ՈւԵԱ ֆինանսական աջակցությամբ: Ֆինանսավորման արտաքին աղբյուրներ և աջակցություն չի ներգրավվել: ՈւԵԱ-ն շահույթ չհետապնդող կազմակերպություն է, իսկ ֆինանսավորումը սահմանափակված է ադմինիստրատիվ աջակցությամբ, ճանապարհորդության և հանդիպումների ծախսերով: Հոնորարներ կամ այլ փոխհատուցումներ չեն տրամադրվել:

Շնորհակալական խոսք

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

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

Բովանդակություն

Նախաբան

Տեղեկատվության որոնման և գնահատման մեթոդաբանություն

Դասակարգում

Ախտորոշում

Վարում

Հսկողություն

Ուղեցույցի ներդրման հնարավորություններ

Գրականության ցանկ

Հավելված 1 - Ֆինոզի վարման ապացույցների և խորհուրդների ամփոփում

Հավելված 2 - Ապացույցների որակի դասակարգում

Հապավումներ

ՈՒԵԱ - Ուրոլոգների Եվրոպական Ասոցիացիա

ՄՈՒԵՀ - Մանկական Ուրոլոգիայի Եվրոպական Հասարակություն

ՈՒՁ – Ուլտրաձայնային

ՈՒՁՀ – Ուլտրաձայնային հետազոտություն

ՊԲՎՓ - Պատահական բաշխմամբ վերահսկվող փորձարկում

Նախաբան

Կյանքի առաջին տարվա վերջում թիպի անցումը պսակաձև ակոսից ցած հնարավոր է տղաների մոտավորապես 50% մոտ, այդ թիվն աճում է մինչև 89%՝ երեխայի կյանքի 3-րդ տարում: Ֆինոզի հաճախականությունը կազմում է 8% 6-7տարեկան երեխաների և ընդամենը 1% 16-18 տարեկան տղաների մոտ: [4]

Տեղեկատվության որոնման և գնահատման մեթոդաբանություն

Սույն Ուղեցույցը մշակվել է Հայաստանի մանկական ուրոլոգների աշխատանքային խմբի կողմից: Տեղայնացման/ադապտացիայի սկզբնաղբյուրներ են հանդիսացել Ուրոլոգների Եվրոպական Ասոցիացիայի 2016-17թ. հեղինակած «Մանկական ուրոլոգիայի ուղեցույցներ»-ը (EAU Guideline on Pediatric Urology): Օգտագործվել են նաև Cochrane library և UpToDate շտեմարանների արդի տվյալները: Գրականական աղբյուրները ընտրվել են բանալի բառերի օգնությամբ իրականացված համակարգչային որոնման հիման վրա: Փաստաթղթերի

նկատմամբ կիրառվել են հետևյալ տեսակավորման ցուցանիշները՝ ուղեցուցների ապացուցողական բնույթ (համակարգված ամփոփ տեսություն և ցանկացած խոհուրդի վերաբերյալ հստակ հղումների առկայություն), ազգային կամ համաշխարհային ամփոփումների կարգավիճակ, անգլերեն լեզու: Տեղեկատվության որակը գնահատելիս և ցուցումների ուժը որոշելիս հիմք է ընդունվել Ուրուգվայի Եվրոպական Ասոցիացիայի ապացույցների դասակարգումը: Խորհուրդները, որոնք տրված են այս տեքստում, գնահատվում են ըստ իրենց ապացուցողականության մակարդակի (LE), իսկ Ուղեցուցներին տրված է աստիճաններ (GR)՝ համապատասխան դասակարգման համակարգի, որն իրենից ներկայացնում է Օքսֆորդի Ապացուցողական Բժշկության Կենտրոնի Ապացուցողականության Մակարդակների փոփոխված տարբերակը [3]: Մեթոդաբանության մասին լրացուցիչ տեղեկություններ կարելի է գտնել առցանց՝ ՈւԵԱ կայքում: <http://uroweb.org/guidelines/>:

Տեղայնացման/ադատպատցիայի աշխատանքները իրականացվել են ըստ ADAPTE մեթոդաբանության՝ միջմասնագիտական աշխատանքային խմբի անդամների առերես հանդիպումների և հեռահար շփումների միջոցով: Ուղեցուցի 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:

Դասակարգում

Տարբերում են առաջնային, առանց սպիական փոփոխությունների, և երկրորդային՝ սպիական փոփոխությունների հետևանքով (օրինակ օբլիտերացնող քսերոզ բալանիտ) առաջացող ֆիմոզ [4]: Օբլիտերացնող քսերոզ բալանիտը, որն այլ կերպ անվանում են սկլերոտիկ որքին, վերջերս հայտնաբերվել է ֆիմոզ ունեցող մինչև 10 տարեկան տղաների 17%-ի մոտ: Կլինիկական դրսևորումները կարող են խճճված լինել և չհամապատասխանել վերջնական պաթոհիստոլոգիական տվյալներին: Առավել հաճախ դրսևորվում է խրոնիկական բորբոքման նշաններով [5] (LE: 2b):

Ֆինոզը պետք է տարբերակել առնանդամի գլխիկին թլիպի սովորական կպումից, որը տևական կամ կարճատև ֆիզիոլոգիական ֆենոմեն է և որի դեպքում մեատուսը լավ տեսանելի է, իսկ թլիպի մասնակի ռետրակցիան՝ ազատ [6]:

Պարաֆինոզը պետք է գնահատել որպես անհետաձգելի իրավիճակ, երբ շատ նեղ ծայրային թլիպը առնանդամի գլխիկից հետ շրջելու դեպքում հայտնվում է պսակաձև ակոսում և սեղմում անդամի ցողունը, ինչը բերում է առնանդամի գլխիկի և շրջված թլիպի այտուցի: Սեղմող օղից դիստալ առաջանում է արյան շրջանառության խանգարում, որը կարող է բերել թլիպի նեկրոզի զարգացման:

Ախտորոշում

Ֆինոզը և պարաֆինոզն ախտորոշվում են ֆիզիկական զննմամբ: Եթե թլիպի ռետրակցիան անհնար է, կամ իրականանում է մասնակի, իսկ առնանդամի գլխիկը մերկացնելու փորձի դեպքում նկատվում է սեղմող օղ, ապա պետք է ենթադրել, որ գլխիկի տրամագծի և թլիպի լայնության միջև առկա է անհամաչափություն: Բացի թլիպի նեղացումից, հնարավոր են նաև կպումներ թլիպի ներքին մակերեսի և առնանդամի գլխիկի (և/կամ սանձիկի) միջև: Պարաֆինոզը բնութագրվում է որպես մաշկային եզրի ռետրակցիա, որը պսակաձև ակոսի հատվածում առաջացնում է սեղմող օղ և արգելում է թլիպի վերադարձը գլխիկի վրա:

Վարում

Պահպանողական բուժումը կիրառելի է առաջնային ֆինոզի համար: Ստերոիդ (0.05-0.1%) պարունակող քսուքները և կրեմները կարելի է նշանակել օրը 2 անգամ 20-30 օր տևողությամբ և >90% հաջողությամբ [7-10] (LE: 1b; GR: A): Կրկնվելու հավանականությունը կազմում է մինչև 17% [11]: Այս բուժումը կողմնակի ազդեցություններ չունի, իսկ շրջանառող արյան նմուշներում կորտիզոլի մակարդակը նշանակալիորեն չի տարբերվում բուժում չստացած խմբի ցուցանիշներից [12] (LE: 1b): Տեղային կիրառության ստերոիդ քսուքները չեն ազդում նաև հիպոթալամո-հիպոֆիզար-մակերիկամային համակարգի վրա [13]:

Թլիպի կպումների նկատմամբ ստերոիդ քսուքներն արդյունավետ չեն [9] (LE:2):

Երեխայի ֆինոզի վիրահատական բուժումը կատարվում է ծնողների նախընտրությամբ՝ թլիպի շրջանաձև ռադիկալ հատում (թլպատում) կամ թլիպի պլաստիկա,

որը կարելի է իրականացնել երեխայի կյանքի 2-րդ տարին բուրբելուց հետո: Որպես այլընտրանք, հատկապես զարգացող երկրներում, կիրառվում է Shang-ի օղը [14]: Պլաստիկ վիրահատության նպատակն է ապահովել մաշկային եզրի լայն տրամագիծ և լիարժեք ռետրակցիա՝ պահպանելով թլիպը (դորսալ հատում, մասնակի թլպատում): Ինչևէ, այս միջամտությունից հետո հնարավոր է ֆիմոզի կրկնություն [15]: Նույն միջամտության ընթացքում իրականացվում է նաև կպումների անջատում և ուղեկցող կարճ սանձիկի հատում՝ ֆրենուլոտոմիա: Մետոպլաստիկա կատարվում է ըստ անհրաժեշտության, միզուկի բացվածքի նեղացման դեպքում:

Թլպատման բացարձակ ցուցում է հանդիսանում երկրորդային ֆիմոզը: Առաջնային ֆիմոզի դեպքում միջամտության ցուցում են հանդիսանում կրկնվող բալանոպոստիտները և միզուղիների կրկնվող ինֆեկցիաները միզուղիների անոմալիաներ ունեցող պացիենտների մոտ [16-19] (LE: 2b; GR: B): Թլպատումը բերում է առնանդամի գլխիկի ուրոպաթոզեն և ոչ ուրոպաթոզեն մանրէների քանակի նշանակալի նվազման [20] (LE: 2b): Միզարձակության ընթացքում թլիպի հասարակ փքվելը դեռ բացարձակ ցուցում չէ թլպատման համար:

Առնանդամի քաղցկեղի կանխման նպատակով նորածնային պարտադիր թլպատումները հիմնավորված չեն, վերջերս իրականացված մետա-վերլուծության հեղինակները անամենեզում ֆիմոզ չունեցած և չթլպատված պացիենտների մոտ քաղցկեղի զարգացման ռիսկ չեն հայտնաբերել [21]: Թլպատման հակացուցումներն են՝ տեղային ակտիվ ինֆեկցիաները, առնանդամի բնածին արատները, մասնավորապես հիպոսպադիան կամ թաքնված առնանդամը, քանզի թլիպը կարող է անհրաժեշտ լինել վերականգնողական միջամտության համար [22, 23]: Կոագուլոպաթիաներ ունեցող երեխաներին կարելի է կատարել թլպատում, եթե կիրառվելու են հեմոստատիկ նյութեր կամ էլեկտրոկոագուլյացիոն դանակ, քանի որ այս դեպքում բարդությունների հաճախականությունը կազմում է ընդամենը 1-5% (արյունահոսություն) [24, 25]: Մանկական հասակում թլպատումն ունի նկատելի հիվանդացություն, ուստի իրականացումը պետք է լինի միայն բժշկական ցուցումով և պետք է հաշվի առնել նաև սոցիալական և համաճարակաբանական կողմերը [26-30] (LE: 1b; GR: B):

Պարաֆիմոզի բուժումը բաղկացած է այտուցված հյուսվածքի մանուալ սեղմումից, որին հաջորդում է պրկված թլիպը առնանդամի գլխիկի վրա հետ շրջելու փորձը:

Հիալուրոնիդազայի կամ 20% մանիտոլի ներարկումը սեղմող օղի տակ կարող է օգնել թլիպն ազատելուն [31, 32] (LE: 3-4; GR: B-C): Եթե այս մանևրը ձախողվում է և պարաֆինոզը պահպանվում է ապա անհրաժեշտ է իրականացնել սեղմող օղի դորսալ հատում: Այս դեպքում, կախված տեղային հյուսվածքների վիճակից, թլպատումն իրականացվում է անմիջապես կամ կարող է կատարվել երկրորդ փուլում:

Հսկողություն

Թլիպի վրա իրականացված ցանկացած վիրահատական միջամտություն պահանջում է վաղ հսկողություն՝ 4-6 շաբաթ տևողությամբ:

Ուղեցույցի ներդրման հնարավորություններ և աուդիտի ցուցանիշներ

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

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

Գործելակարգերը պետք է ընդգրկեն տվյալ բուժհաստատության պայմաններում ֆինոզով պացիենտների համալիր վարման որևե բաղադրիչի մանրամասն նկարագրություն: Գործելակարգում նշված բոլոր քայլերը և նրանց հերթականությունը կրում են պարտադիր բնույթ և ենթակա չեն կամայական մեկնաբանությունների: Ցանկացած շեղում հանդիսանում է հիմնավորումների և ընդլայնված ձևաչափով քննարկումների հիմք:

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

ներդրման և բարելավման ուղեցույցի” (Complete Implementation and Improvement Guide) աուդիտի օրինակելի ցուցանիշները.

- առաջնային ֆինոզով պացիենտների քանակը, որոնք բուժվել են պահպանողական
- երկրորդային ֆինոզով պացիենտների քանակը, որոնց անմիջապես կատարվել է թլպատման միջոցով վիրահատական բուժում

Սույն ուղեցույցի Հայաստանում ներդրման հնարավոր խոչընդոտները կարելի է բաժանել ներքին (սուբյեկտիվ) և արտաքին (օբյեկտիվ) պատճառների խմբերի: Պահանջվող մասնագիտական վարքի փոփոխությունները, որոնք անխուսափելիորեն բխում են նոր կարգերից, հնարավոր է հանդիպեն կայուն դիմադրության, որի հիմքում ընկած են այնպիսի ներքին խոչընդոտներ, ինչպիսիք են՝ անհատ բժիշկների գիտելիքների և հմտությունների թերությունները համակցված մասնագիտական կարծրատիպերի հետ: Ուղեցույցի Հայաստանում ներդրման արտաքին խոչընդոտներից կարելի է նշել.

- բուհական և հետբուհական բժշկական կրթության և շարունակական մասնագիտական զարգացման ծրագրերում «կլինիկական համաճարակաբանություն» և «ապացուցողական բժշկություն» ուսումնական առարկաների բացակայությունը
- գործող բժիշկների և առողջապահական ոլորտի տարբեր մակարդակների ղեկավարների տեղեկատվական գրագիտության ցածր մակարդակը,
- բոլոր ներգրավված շահառուների ոչ արդյունավետ կոմունիկացիան և համագործակցությունը
- որակավորված կադրային ներուժի պակասը
- ֆինանսական բեռը

Այնուամենայնիվ, աշխատանքային խմբի համոզմամբ բոլոր վերոնշյալ խոչընդոտները հաղթահարելի են համակարգված քաղաքականության, շարունակական կրթական ծրագրերի, թիրախային միջմասնագիտական մոտեցումների և ֆինոզով պացիենտների շահերի գերակայության որդեգրման պայմաններում:

Գրականության ցանկ

1. Tekgül, S., et al. EAU guidelines on Paediatric Urology. European Association of Urology 2016. <http://uroweb.org/guidelines/>:
2. Phillips, B., et al. Oxford Centre for Evidence-Based Medicine Levels of Evidence. Updated by Jeremy Howick March 2009. 1998. 2014. <http://www.cebm.net/oxford-centre-evidence-based-medicine-levels-evidence-march-2009/>
3. Stein, R., et al. Urinary tract infections in children: EAU/ESPU guidelines. Eur Urol, 2015. 67: 546. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25477258>
4. Gairdner, D. The fate of the foreskin, a study of circumcision. Br Med J, 1949. 2: 1433. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15408299>
5. Kuehhas, F.E., et al. Incidence of balanitis xerotica obliterans in boys younger than 10 years presenting with phimosis. Urol Int, 2013. 90: 439. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23296396>
6. Oster, J. Further fate of the foreskin. Incidence of preputial adhesions, phimosis, and smegma among Danish schoolboys. Arch Dis Child, 1968. 43: 200. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/5689532>
7. Chu, C.C., et al. Topical steroid treatment of phimosis in boys. J Urol, 1999. 162: 861. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10458396>
8. Elmore, J.M., et al. Topical steroid therapy as an alternative to circumcision for phimosis in boys younger than 3 years. J Urol, 2002. 168: 1746. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12352350>
9. ter Meulen, P.H., et al. A conservative treatment of phimosis in boys. Eur Urol, 2001. 40: 196. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11528198>
10. Zavras, N., et al. Conservative treatment of phimosis with fluticasone propionate 0.05%: a clinical study in 1185 boys. J Pediatr Urol, 2009. 5: 181. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19097823>
11. Reddy, S., et al. Local steroid therapy as the first-line treatment for boys with symptomatic phimosis - a long-term prospective study. Acta Paediatr, 2012. 101: e130. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22103624>
12. Golubovic, Z., et al. The conservative treatment of phimosis in boys. Br J Urol, 1996. 78: 786. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8976781>
13. Pileggi, F.O., et al. Is suppression of hypothalamic-pituitary-adrenal axis significant during clinical treatment of phimosis? J Urol, 2010. 183: 2327. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20400146>
14. Wu, X., et al. A report of 918 cases of circumcision with the Shang Ring: comparison between children and adults. Urology, 2013. 81: 1058. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23465168>
15. Miernik, A., et al. Complete removal of the foreskin--why? Urol Int, 2011. 86: 383. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21474914>

16. Herndon, C.D., et al. A multicenter outcomes analysis of patients with neonatal reflux presenting with prenatal hydronephrosis. J Urol, 1999. 162: 1203. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10458467>
17. Hiraoka, M., et al. Meatus tightly covered by the prepuce is associated with urinary infection. Pediatr Int, 2002. 44: 658. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12421265>
18. To, T., et al. Cohort study on circumcision of newborn boys and subsequent risk of urinary-tract infection. Lancet, 1998. 352: 1813. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9851381>
19. Wiswell, T.E. The prepuce, urinary tract infections, and the consequences. Pediatrics, 2000. 105: 860. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10742334>
20. Ladenhauf, H.N., et al. Reduced bacterial colonisation of the glans penis after male circumcision in children--a prospective study. J Pediatr Urol, 2013. 9: 1137. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23685114>
21. Larke, N.L., et al. Male circumcision and penile cancer: a systematic review and meta-analysis. Cancer Causes Control, 2011. 22: 1097. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21695385>
22. American Academy of Pediatrics: Report of the Task Force on Circumcision. Pediatrics, 1989. 84: 388. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2664697>
23. Thompson, H.C., et al. Report of the ad hoc task force on circumcision. Pediatrics, 1975. 56: 610. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1174384>
24. Elalfy, M.S., et al. Risk of bleeding and inhibitor development after circumcision of previously untreated or minimally treated severe hemophilia A children. Pediatr Hematol Oncol, 2012. 29: 485. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22866674>
25. Karaman, M.I., et al. Circumcision in bleeding disorders: improvement of our cost effective method with diathermic knife. Urol J, 2014. 11: 1406. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24807751>
26. Christakis, D.A., et al. A trade-off analysis of routine newborn circumcision. Pediatrics, 2000. 105: 246. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10617731>
27. Griffiths, D.M., et al. A prospective survey of the indications and morbidity of circumcision in children. Eur Urol, 1985. 11: 184. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/4029234>
28. Morris, B.J., et al. A 'snip' in time: what is the best age to circumcise? BMC Pediatr, 2012. 12: 20. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22373281>
29. Ross, J.H., Circumcision: Pro and con., in Pediatric urology for the general urologist. , J.S. Elder, Editor. 1996, Igaku-Shoin: New York.
30. Weiss, H.A., et al. Complications of circumcision in male neonates, infants and children: a systematic review. BMC Urol, 2010. 10: 2. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20158883>
31. Anand, A., et al. Mannitol for paraphimosis reduction. Urol Int, 2013. 90: 106. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23257575>
32. DeVries, C.R., et al. Reduction of paraphimosis with hyaluronidase. Urology, 1996. 48: 464. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8804504>

Ֆինոգի վարման առանցքային խորհուրդների և ապացույցների ամփոփում

Ապացույցների ամփոփում	LE
Ֆինոգի բուժումը սովորաբար սկսվում է երեխայի կյանքի 2-րդ տարվանից հետո կամ ծնողների նախընտրությամբ:	3
Առաջնային ֆինոգի ժամանակ առաջին ընտրության միջոցը ստերոիդ պարունակող քսուքներով կամ կրեմներով պահպանողական բուժումն է, որն արդյունավետ է ավելի քան 90% դեպքերում:	1b

Խորհուրդներ	LE	GR
Առաջնային ֆինոգը բուժել պահպանողական՝ ստերոիդ քսուքով կամ կրեմով: Թլպատումը ևս տարբերակ է այս խնդրի լուծման համար:	1b	A
Չի կարելի հետաձգել առաջնային ֆինոգի բուժումը կրկնվող բալանոպոստիտներով և միզուղիների կրկնվող ինֆեկցիաներով այն երեխաների մոտ, որոնք ունեն միզուղիների բնածին արատներ:	2b	A
Թլպատումը ցուցված է երկրորդային ֆինոգի դեպքում:	2b	A
Չի կարելի ուշացնել պարաֆինոգի բուժումը, դա անհետաձգելի իրավիճակ է: Պետք է կատարել սեղմող օդի դորսալ հատում, եթե մանուալ ներուղումը չի ստացվում:	3	B
Առնանդամի քաղցկեղը կանխելու նպատակով նորածնային պարտադիր թլպատումը խորհուրդ չի տրվում:	2b	B

Հավելված 2

Formatted: Armenian

Աղյուսակ 1.**Ուրուղուների Եվրոպական Ասոցիացիայի խորհուրդների ապացույցների մակարդակներ**

Formatted: Armenian

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

Աղյուսակ 2.**Ուրուղուների Եվրոպական Ասոցիացիայի ուղեցույցների խորհրդատվության աստիճաններ**

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

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