

ԱՌՆԱՆԴԱՄԻ ԲՆԱԾԻՆ ԿՈՐՈՒԹՅԱՆ ՎԱՐՄԱՆ ՈՒՂԵՑՈՒՅՑ

Ամփոփում

Նպատակ

Ուղեցույցը տրամադրում է առնանդամի բնածին կորության արդի միջազգային գիտաբժշկական տեղեկատվության վրա հիմնված բուժական և կազմակերպչական գործառույթների համալիր: Փաստաթղթի նպատակն է բարելավել առնանդամի բնածին կորությամբ մանկահասակ պացիենտների բուժման արդյունքները:

Մեթոդաբանություն

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

և/կամ խմբագրման յուրաքանչյուր 5 տարին մեկ կամ ավելի հաճախակի՝ կախված տվյալ ոլորտում նոր գիտագործնական տեղեկատվության ի հայտ գալուց:

Արդյունքներ

Հիմնվելով վերոնշյալ ապացուցողական մեթոդաբանության վրա Ուղեցուցում լուսաբանվել են առնանդամի բնածին կորության համաճարակաբանության, ռիսկի գործոնների, ախտորոշման, դասակարգման, վարման, բուժական միջամտությունների և ելքերի հիմնահարցերը:

Հեղևություններ

Միջազգային փորձագետների մեծաքանակ խումբ եկել է համաձայնության առնանդամի բնածին կորության 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, սրեղծման և գնահատման դասակարգման համակարգ, ուղեցուցեր, առնանդամի բնածին կորություն:

Պատասխանատու համակարգող

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

Աշխատանքային խմբի անդամներ

- Բաբլոյան Ա.Ս., 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 ուրովիրաբուժական ծառայության ղեկավար
- Լալազարյան Ա.Յու., «Արաբկիր» ԲՀ ԵԴԱԻ մանկական ուրոլոգ
- Գրիգորյան Վ.Վ., մանկական վիրաբույժ, ԵՊԲՀ մանկական վիրաբուժության ամբիոնի դասախոս

Շահերի բախման հայտարարագիր և ֆինանսավորման աղբյուրներ

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

Շնորհակալական խոսք

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

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

Բովանդակություն

Նախաբան

Տեղեկատվության որոնման և գնահատման մեթոդաբանություն

Համաճարակաբանությունը, պատճառագիտությունը և ախտաֆիզիոլոգիան

Ախտորոշում

Վարում

Ուղեցույցի ներդրման հնարավորություններ

Գրականության ցանկ

Հավելված 1 – Առնանդամի բնածին կորության 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

Առնանդամի բնածին կորությունը ներարգանդային զարգացման անկանոնություն է, որը բնորոշվում է էրեկցիայի ժամանակ առնանդամի անոմալ ծովածությամբ: Ծովածությունը պայմանավորված է էրեկտիլ հյուսվածքում շարակցական հյուսվածքի գերածով, որը խոչընդոտում է անդամի ուղղումը էրեկցիայի ժամանակ: Երբեմն կարող է չնկատվել մինչև սեռահասունության տարիքը: Սեռահասուն տարիքում առաջացնում է էրեկտիլ դիսֆունկցիա:

Տեղեկատվության որոնման և գնահատման մեթոդաբանություն

Սույն Ուղեցույցը մշակվել է Հայաստանի մանկական ուրոլոգների աշխատանքային խմբի կողմից: Տեղայնացման/ադատպացիայի սկզբնաղբյուրներ են հանդիսացել Ռիբոլոգների Եվրոպական Ասոցիացիայի 2016-17թթ. հեղինակած «Մանկական ուրոլոգիայի ուղեցույցներ»-ը (EAU Guideline on Pediatric Urology): Օգտագործվել են նաև Cochrane library և UpToDate շտեմարանների արդի տվյալները: Գրականական աղբյուրները ընտրվել են բանալի բառերի օգնությամբ իրականացված համակարգչային որոնման հիման վրա: Փաստաթղթերի նկատմամբ կիրառվել են հետևյալ տեսակավորման ցուցանիշները՝ ուղեցույցների ապացուցողական բնույթ (համակարգված ամփոփ տեսություն և ցանկացած խոհուրդի վերաբերյալ հստակ հղումների առկայություն), ազգային կամ համաշխարհային ամփոփումների կարգավիճակ, անգլերեն լեզու: Տեղեկատվության որակը գնահատելիս և ցուցումների ուժը որոշելիս հիմք է ընդունվել Ռիբոլոգների Եվրոպական Ասոցիացիայի ապացույցների դասակարգումը: Խորհուրդները, որոնք տրված են այս տեքստում, գնահատվում են ըստ իրենց ապացուցողականության մակարդակի (LE), իսկ Ուղեցույցներին տրված է աստիճաններ (GR)՝ համապատասխան դասակարգման համակարգի, որն իրենից ներկայացնում է Օքսֆորդի Ապացուցողական Բժշկության Կենտրոնի Ապացուցողականության Մակարդակների փոփոխված տարբերակը [2]: Մեթոդաբանության մասին լրացուցիչ տեղեկություններ կարելի է գտնել առցանց՝ ՈւԵԱ կայքում. <http://uroweb.org/guidelines/>:

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

Համաճարակաբանությունը, պատճառագիտությունը և ախտաֆիզիոլոգիան

Առնանդամի բնածին կորությունն իրենից ներկայացնում է նորմալ ձևավորված առնանդամի ծովածություն՝ մարմինային անհամամասնության հետևանքով. Ծնվելիս հաճախությունը

կազմում է 0.6% և պայմանավորված է խորշիկային մարմինների անհամաչափության պայմաններում միզուկի օրթոտոպիկ բացվածքով [4]: Դա ձևավորվում է էմբրիոգենեզի ընթացքում բնականոն զարգացման ընդհատման հետևանքով [5]: Մյուս կողմից առնանդամի կլինիկորեն նշանակալի բնածին կորության հաճախությունը շատ ավելի ցածր է, քանզի կորացման աստիճանը և դրա հետ կապված սեռական դիսֆունկցիան լայնորեն տատանվում է [6]: Դեպքերի մեծամասնությունը վենտրալ շեղումներն են (48%), որին հաջորդում են կողմնային (24%), դորսալ (5%) և վենտրալ կողմնային համակցված շեղումները (23%) [7]: Մեծ մասամբ վենտրալ կորությունները կապված են հիպոսպադիայի հետ՝ շարակցահյուսվածքային ձգանների կամ փապարածև մարմինների վենտրալ դիսպլազիայի պատճառով [8]: Նմանապես, դորսալ կորությունը հիմնականում կապված է էքստրոֆիա/էպիսպադիա կոմպլեքսի հետ

Կորության $>30^\circ$ -ը համարվում է կլինիկորեն նշանակալի; կորության $>60^\circ$ -ը կարող է խանգարել սեռական բավարար հարաբերությանը չափահաս տարիքում (LE: 4): Առնանդամի փոքր ծռումները կարող են պայմանավորված լինել ընդամենը մաշկային ծածկույթի պակասով, ինչը պետք է տարբերակել խորշիկային մարմինների անոմալիայից:

Ախտորոշումը

Առնանդամի կորությունը հաճախ չի ախտորոշվում մինչև ուշ մանկություն, քանի որ առնանդամի ծովածությունն արտահայտվում է էրեկցիայի ժամանակ: Պացիենտները սովորաբար մտահոգված են իրենց առնանդամի գեղագիտական և/կամ գործառնական ասպեկտներով [9]:

Առնանդամի կորության ձեռքբերովի (օր. հետվնասվածքային) լինելու հնարավորությունը ժխտելու նպատակով անամնեստիկ ճշգրիտ տվյալների հավաքագրումից բացի պարտադիր է կատարել մանրազնին կլինիկական զննում: Ի լրումն, պիրկ առնանդամի ծովածությունը տարբեր անկյուններից հստակ հաստատող լուսանկարները ծառայում են որպես նախավիրահատական գնահատման նախապայման [10]: Ծռման ճշգրիտ աստիճանը հիմնականում որոշվում է վրահատության ընթացքում՝ կիրառելով արհեստական պրկման թեստ:

Վարումը

Բուժումը վիրահատական է և սկսվում է արհեստական էրեկցիայի առաջացմամբ՝ գնահատել կորուսյալ աստիճան որոշելու, իսկ շտկելուց հետո՝ համաչափությունը ստուգելու համար [11]: Կորուսյալը շտկելու վիրահատական մեթոդներից յուրաքանչյուրի կիրառման վերջնական նպատակն է միանման խորշիկային մարմիններ ստանալն է: Տարբեր միջամտություններ են կիրառվում. սկսած ավելի պարզ՝ մաշկահատման և վերականգնման (պլիկացիա) միջամտություններից մինչև խորշիկային մարմինների ռոտացիա, ազատ մաշկային կամ բուռնոցային պատյանային լաթերի կիրառում և առնանդամի լրիվ կազմատման մեթոդներ [12, 13]: Հետազոտությունները, որտեղ համեմատվել են Նեսսիթ/փոփոխված Նեսսիթ վիրահատությունների արդյունքները [14] պլիկացիոն միջամտությունների հետ [15], ցույց են տալիս, որ չնայած բարդությունների առաջացման և զգացողական կորստի ռիսկերի նվազմանը, անորոշ է մնում արդյոք պլիկացիոն տեխնիկան կարող է բարձրացնել կրկնման ռիսկը [16]. Ընդհանուր առմամբ այս մեթոդները պարունակում են ամորձու հետվիրահատական կարճացման ռիսկ. պիրկ առնանդամի երկարությունը կարող է կրճատվել միջինը 2.5սմ-ով՝ կախված ծովածության նախնական աստիճանից և շտկման մեթոդի ընտրությունից: [17, 18]. Վերջերս ներդրվել է առանց կորպորոտոմիայի տեխնիկա, որը ցուցադրում է խոստումնակից արդյունքներ և հնարավորություն է տալիս շտկելու վենտրալ կորուսյալ բոլոր աստիճանները՝ առանց առնանդամի կարճացման կամ հետվիրահատական էրեկտիլ դիսֆունկցիայի ռիսկի [19]:

Ուղեցույցի ներդրման հնարավորություններ և աուդիտի ցուցանիշներ

Առնանդամի բնածին կորուսյալ վարման արդի պահանջները հնարավոր է ապահովել Հայաստանի բուժհաստատություններում ներդնելով հետևյալ գործառույթները՝

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

Գործելակարգերը պետք է ընդգրկեն տվյալ բուժհաստատության պայմաններում առնանդամի բնածին կորուսյալը պացիենտների համալիր վարման որևէ բաղադրիչի

մանրամասն նկարագրություն: Գործելակարգում նշված բոլոր քայլերը և նրանց հերթականությունը կրում են պարտադիր բնույթ և ենթակա չեն կամայական մեկնաբանությունների: Ցանկացած շեղում հանդիսանում է հիմնավորումների և ընդլայնված ձևաչափով քննարկումների հիմք:

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

- պացիենտների քանակը, որոնց նախավիրահատական գնահատման շրջանակներում կատարվել են առնանդամի տարբեր անկյուններից կատարված լուսանկարներ

- պացիենտների քանակը, որոնց մոտ նախավիրահատական և հետվիրահատական շրջանում արհեստական էրեկցիայի փորձերի միջոցով գնահատվել է առնանդամի ծովաձուլության աստիճանը:

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.

- բուիական և հետբուիական 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 առնանդամի բնածին կորույթամբ 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. Nyirady, P., et al. Management of congenital penile curvature. J Urol, 2008. 179: 1495. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18295273>
5. Baskin, L.S., et al. Neuroanatomical ontogeny of the human fetal penis. Br J Urol, 1997. 79: 628. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9126098>
6. Ebbehøj, J., et al. Congenital penile angulation. Br J Urol, 1987. 60: 264. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3676675>

7. Kelami, A. Congenital penile deviation and its treatment with the Nesbit-Kelami technique. *Br J Urol*, 1987. 60: 261.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3676674>
8. Yachia, D., et al. The incidence of congenital penile curvature. *J Urol*, 1993. 150: 1478.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8411431>
9. Hsieh, J.T., et al. Correction of congenital penile curvature using modified tunical plication with absorbable sutures: the long-term outcome and patient satisfaction. *Eur Urol*, 2007. 52: 261.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17234333>
10. Sasso, F., et al. Penile curvature: an update for management from 20 years experience in a high volume centre. *Urologia*, 2016. 83: 130.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27103093>
11. Gittes, R.F., et al. Injection technique to induce penile erection. *Urology*, 1974. 4: 473.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/4418594>
12. Schultheiss, D., et al. Congenital and acquired penile deviation treated with the essed plication method. *Eur Urol*, 2000. 38: 167.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10895008>
13. Yachia, D. Modified corporoplasty for the treatment of penile curvature. *J Urol*, 1990. 143: 80.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2294269>
14. Rehman, J., et al. Results of surgical treatment for abnormal penile curvature: Peyronie's disease and congenital deviation by modified Nesbit plication (tunica shaving and plication). *J Urol*, 1997. 157: 1288.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9120923>
15. Poulsen, J., et al. Treatment of penile curvature--a retrospective study of 175 patients operated with plication of the tunica albuginea or with the Nesbit procedure. *Br J Urol*, 1995. 75: 370.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7735803>
16. Leonardo, C., et al. Plication corporoplasty versus Nesbit operation for the correction of congenital penile curvature. A long-term follow-up. *Int Urol Nephrol*, 2012. 44: 55.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21559790>
17. Cavallini, G., et al. Pilot study to determine improvements in subjective penile morphology and personal relationships following a Nesbit plication procedure for men with congenital penile curvature. *Asian J Androl*, 2008. 10: 512.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18097530>
18. Vatne, V., et al. Functional results after operations of penile deviations: an institutional experience. *Scand J Urol Nephrol Suppl*, 1996. 179: 151.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8908683>

19. Shaeer, O., et al. Shaeer's Corporal Rotation III: Shortening-Free Correction of Congenital Penile Curvature-The Noncorporotomy Technique. Eur Urol, 2016. 69: 129. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26298209>

Հավելված 1

Առնանդամի բնածին կորության վարման առանցքային խորհուրդների և ապացույցների ամփոփում

Ապացույցների ամփոփում	LE
Մեկուսացված առնանդամի բնածին կորությունը հարաբերականորեն հազվադեպ է	2a
Առնանդամի բնածին կորությունը հաճախ ասոցացված է լինում հիպոսպադիանների հետ:	2a
Ախտորոշումը հիմնականում կատարվում է մանկական հասակի վերջում:	2a
Առնանդամի կորությունը փստորոշվում է միայն էրեկցիայի վիճակում:	1b
Առնանդամի կորությունը կարող է առաջացնել ինչպես էսթետիկ այնպես էլ ֆունկցիոնալ սեռական խնդիրներ:	1b
Առնանդամի բնածին կորության բուժումը վիրահատական է	1b
Վիրաբուժական բուժման նպատակն է ապահովել նմանատիպ չափսերի խորշիկային մարմիններ	1b

խորհուրդներ	LE	GR
Ապահովել առնանդամի բնածին կորությամբ տղաների հիվանդության պատմության մանրակրկիտ հավաքագրում և լիարժեք կլինիկական գնում՝ այլ ուղեկցող շեղումների բացառման նպատակով:	1a	A
Հարկավոր է ապահովել պիրկ առնանդամի տարբեր անկյուններից կատարված լուսանկարներ իբրև նախավիրահատական գնահատման բաղադրիչ մաս:	1b	A
Վիրահատական միջամտությունը կատարել միայն կորության էսթետիկ և ֆունկցիոնալ հետևանքները վերլուծելուց հետո:	2b	B
Նախավիրահատական և հետվիրահատական շրջանում գնահատել կորությունը արհեստական էրեկցիայի փորձերի միջոցով:	2a	A

Հավելված 2

Աղյուսակ 1.

Ուրուլոգների Եվրոպական Ասոցիացիայի խորհուրդների ապացույցների մակարդակներ

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

Աղյուսակ 2.

Ուրուլոգների Եվրոպական Ասոցիացիայի ուղեցույցների խորհրդատվության աստիճաններ

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

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