

## **ԲԱԼԱՆԻՏՆԵՐԻ ԵՎ ԲԱԼԱՆՈՊՈՍԻՏԻՏՆԵՐԻ ՎԱՐՄԱՆ ՈՒՂԵՑՈՒՅՑ**

### **Ամփոփում**

### **Նպատակ**

Ուղեցույցը տրամադրում է բալանիտների և բալանոպոստիտների 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/ադատատոցիայի սկզբնաղբյուրներ են հանդիսացել Սեռավարահների դեմ պայքայի միջազգային միության եվրոպական կազմակերպության (IUSTI-Europe) կողմից ստեղծված “2013 European guideline for the management of balanoposthitis” ուղեցույցը: Օգտագործվել են նաև Cochrane library և UpToDate շտեմարանների արդի տվյալները: Տեղեկատվության որակը գնահատելիս և ցուցումների ուժը որոշելիս սկզբնաղբյուր հանդիսացող փաստաթղթում հիմք է ընդունվել Սեռավարահների դեմ պայքայի միջազգային միության եվրոպական կազմակերպության կողմից առաջարկվող համակարգը: Տեղայնացման/ադատատոցիայի 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:

### **Բանալի բառեր**

*բալանիտ, բալանոպոստիտ, կարծրախտաապաճող որքին, կարմիր տափակ որքին, Candida, էլզեմա, էրիթրոպլազիա, Եվրոպական կլինիկական ուղեցույց, վարում, ախտորոշում, բուժում, կանխարգելում:*

### **Պատասխանատու համակարգող**

Կ.Ռ.Բաբայան 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 այնդամներին 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 դրսևորումը

Ախտորոշումը

Վարումը

Ախտահատուկ (սպեցիֆիկ) բալանիտների վարումը

Մնկային (կանդիդային) բալանիտի ախտորոշումը

Մանրէային բալանիտներ

Կարծրախտաապաճող (սկլերոատրոֆիկ) որքին

Կարմիր տափակ որքին  
 Սակավադեպ բալանիտներ  
 Քեյրայի էրիթրոպլազիա  
 Շրջանաձև բալանիտ  
 Ալերգիկ և գրգռիչ նյութերից առաջացած բալանիտներ  
 Ներդրման և աուդիտի վերաբրեյալ առաջարկները  
 Գրականության ցանկ  
 Հավելված 1.  
 Հավելված 2.

### Հապավումներ

ՄԻԱՎ – Մարդու իմունային անբավարարության վիրուս  
 ՍՎ - Սեռավարակ

### Ներածություն

Բալանիտը առնանդամի գլխիկի բորբոքումն է, բալանոպոստիտը՝ թլիփի: Պրակտիկայում այս երկու հատվածները սովորաբար միաժամանակ են ենթարկվում վնասման և ձևավորվում է բալանոպոստիտ: Այսպիսով, մի խումբ տարբեր հիվանդություններ՝ համանման կլինիկական դրսևորումներով և տարբեր պատճառագիտական գործոններով, ազդում են որոշ անատոմիական հատվածների վրա (աղյուսակ 1):

Բալանիտի և բալանոպոստիտի (ստորև՝ բալանիտի) առաջացման պատճառներն են տարբեր վարակները (սնկեր, մանրէներ և այլն), զանազան մաշկախտերը (պսորիազ, սեբորեա, կարմիր տափակ որքին և այլն), երբեմն էլ ֆիզիոլոգիական վիճակները (ֆիմոզ, ճարպագեղձերի գերաշխատանք): Բալանիտի և բալանոպոստիտի պատկեր կարող են առաջացնել որոշ ներէպիթելային նորագոյացություններ (նախաքաղցկեղային վիճակներ):

Աղյուսակ 1.

**Մաշկախտեր և հարուցիչներ, որոնք ախտահարում են առնանդամի գլխիկը և թլիփը.[1]**

Հարուցիչներ	Բորբոքային մաշկախտեր	Նախաքաղցկեղային հիվանդություններ
Candida albicans	սկլերոտատրոֆիկ որքին	Կեյրայի էրիթրոպլազիա

Streptococci Staphylococci	տափակ որքին	Բոուենի հիվանդություն
Anaerobes	պսորիազ և օղակաձև բալանիտ	Բոուենոիդ պապուլյոզ
Trichomonas vaginalis	Ջունի բալանիտ	
Herpes simplex virus	էկզեմա	
Mycoplasma genitalium	ալերգիկ ռեակցիաներ (ներառյալ դեղորայքային կայուն ցանավորում և Սթիվենս-Ջոնսի համախտանիշ)	
Human papillomavirus		

### **Տեղեկատվության որոնման և գնահատման մեթոդաբանություն**

Սույն Ուղեցույցը մշակվել է Մաշկավեներաբանների հայկական ասոցիացիայի անդամների կողմից: Տեղայնացման/ադատատոցիայի սկզբնաղբյուրներ են հանդիսացել Սեռավարաինների դեմ պայքայի միջազգային միության եվրոպական կազմակերպության (IUSTI-Europe) կողմից ստեղծված “2013 European guideline for the management of balanoposthitis” 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/ադատատոցիայի 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 դրսևորումը [2]**

Ախտանիշները բազմազան են և պայմանավորված ախտածին և առանձնահատուկ պատճառներով, և ավելի մանրամասն ուսումնասիրվում են անհատապես:

Բալանիտների տեսակների կլինիկական նկարագիրն առանձին ներկայացված է վարման ուղեցույցներում:

### **Ախտորոշումը**

- Բալանիտը բնութագրող սահմանումը, որը ներառում է տարբեր ախտածագմամբ չկապակցված վիճակներ, որոնց ճշգրիտ ախտորոշման համար պահանջվում են բազմազան հետազոտություններ՝ թեստավորումներ, երբեմն անգամ բիոպսիայի [3] անհրաժեշտություն նախաքաղցկեղային հիվանդությունների ժխտման կամ ապացուցման համար:

- Սեռական առողջության հուշաքննություն՝ ռիսկային վարքագիծը բնորոշելու համար:

- Մեզում գլյուկոզայի քանակը որոշելով ենթադրում է կանդիդային վարակի առկայությունը:

- Հասարակ հերպեսի վիրուսի (HSV) նուկլեինաթթվային ամպլիֆիկացիոն թեստ:

- Դժգույն տրեպոնեմաների նկատմամբ հետազոտում, եթե առկա է խոցոտում:

- Հեշտոցային տրիխոմոնադների (*Trichomonas vaginalis*) նկատմամբ հետազոտում, հատկապես եթե սեռական զուգընկերն ունի չախտորոշված հեշտոցային արտադրություն:

- Հետազոտություն սեռական ճանապարհով փոխանցվող որոշ վարակներ հայտնաբերելու համար, մասնավորապես Chlamydia trachomatis-ի նկատմամբ, ինչպես նաև ոչ ախտահատուկ (ոչ սպեցիֆիկ) միզուկաբորբի դեպքում հատկապես, եթե առկա է օղակաձև բալանիտ:
- Մաշկաբանի կարծիքը որևէ մաշկախտի կասկածի դեպքում:
- Բիոպսիա, եթե ախտորոշումը պարզ չէ կամ բուժումը անարդյունավետ է: [3,4]

## **Վարումը**

Բուժաշխատողի նպատակն է նվազագույնի հասցնել սեռական և միզային ֆունկցիաների խանգարումները, բացառել առնանդամի քաղցկեղը, բուժել նախաքաղցկեղային հիվանդությունները, ախտորոշել և բուժել սեռական ճանապարհով փոխանցվող հիվանդությունները:

Բալանիտի նախատրամադրող գործոններն են տարրական հիգիենայի կանոնները չպահպանելը, պարտադիր լվացումներ չկատարելը, թլիփի բնածին կամ ձեռքբերովի ֆիմոզի առկայությունը, որոնց հետևանքով առաջանում է մաշկաբորբ: Վերջինիս հաճախ նպաստում է այդ անատոմիական հատվածում տեղակայված թիզոնյան (Tyson) ճարպագեղձերի բորբոքումը՝ ուղեկցվող գերճարպարտադրությամբ:

Նշում. նման դեպքերում խնդիրը կարող է կարգավորվել թլիփատումից հետո:

Հաճախ հիվանդին խորհուրդ է տրվում խուսափել օճառ օգտագործելուց, քանի դեռ առկա է բորբոքումը, և դիմել բժշկին: [5] Ի դեպ, հիվանդը պետք է հիշի, որ բուժման համար օգտագործվող քսուքները հնարավոր է վնասեն պահպանակը:

## **Ախտահատուկ (սպեցիֆիկ) բալանիտների վարումը**

Բալանիտով հիվանդների շրջանում արձանագրված վարակների դրսևորումը հնարավոր չի լինում կլինիկորեն հստակ տարբերակելու միմյանցից առանց լաբորատոր հետազոտման: [6]

Հայտնի է, որ առավել հաճախ դրսևորվող վարակներից են Candida ցեղի սնկերը, իսկ մանրէներից՝ Staphylococcus, Streptococcus, հազվադեպ նաև Mycoplasma genitalium-ը: [7,8,9,10]

## **Սնկային (կանդիդային) բալանիտի ախտորոշումը**

## Կլինիկական պատկերը

- Առնանդամի գլխիկի և կամ թլիփի կարմրություն, այտուցվածություն, թրմածություն, որոնք ուղեկցվում են ցավոտությամբ և քորով: Հնարավոր են թրմած մասերի մանր հյուսվածքային հանգուցիկներ, շերտազատումներ, էրոզիաներ կամ կարմիր խամրած հայելանման օջախներ:
- Թլիփի տակ կուտակվում է սպիտակավուն շոռանման արտադրուկ: [11]

## Լաբորատոր հետազոտումը

Վերցված նյութի (քերուկ) մանրադիտում 10-40%-անոց KOH-ի լուծույթով մշակումից հետո հայտնաբերվում են «կեղծ միցելներ» (սնկաթելեր), առատ կլորավուն բջիջներ:

## Վարումը

- Ստուգել արյան և մեզի գլուկոզայի քանակը. շաքարախտի դեպքում կանդիդային ախտահարման հավանականությունը խիստ մեծանում է:
- ՄԻԱՎ վարակի և այլ իմունասուպրեսիվ վիճակների հետազոտում, եթե բալանիտը հարատև (մշտական) է:
- Առաջարկել զուգընկերոջ հետազոտում և բուժում:

Բավականին մեծ է սեռական զուգընկերոջ դեպքում կանդիդային վարակի առկայության հավանականությունը: Անհրաժեշտ է հետազոտել և կամ նշանակել համապատասխան բուժում:

## Առաջարկվող բուժման տարբերակներ

- **Կլոտրիմազոլ (I,A), միկոնազոլ (II,B) քսուքներ օրը 1-2 անգամ, 7 օր:** [12,13]
- **Նիստատինի 100,000 ԱՄ/գ քսուք, օրը 1-2 անգամ, 7 օր, եթե կա կասկած կայունության կամ ալերգիա իմիդազոլի հանդեպ (II,B):** [13]



- **Կլոտրիմազոլի և գլուկոկորտիկոստերոիդային քսուրների (1%-անոց հիդրոկորտիզոն) խառնուրդ օրը 2 անգամ, եթե առկա է բուռն (էկզեմացված) բորբոքում (IV,C):**

- **Ֆլուկոնազոլ 150մգ, միանվագ, խմելու, համառ ընթացքով դեպքերում կամ շաքարախտի առկայության դեպքում (I,A): [12]**

Հետբուժական հսկողություն

Անհրաժեշտ չէ, եթե ախտանիշները և գանգատները ակնառու չեն:

Եթե հիվանդությունը հակված է կրկնվելու, հարկավոր է բացառել այն բոլոր գործոնները, որոնք հանգեցնում են կանդիդայի տարածմանը՝

- շաքարախտ,
- լայն սպեկտրի հակաբիոտիկների կիրառում,
- ցանկացած պատճառագիտության իմունային անբավարարություն (գլուկոկորտիկոստերոիդների կիրառում, քիմիաթերապիա, ՄԻԱՎ վարակ և այլն):

Նշում. սնկային բալանիտը երբեմն ուղեկցվում է սնկերից առաջացած միզուկաբորբով:

### **Մանրէային բալանիտներ [14]**

Կլինիկական պատկերը

Մանրէային բալանիտն արտահայտվում է նվազագույն կարմրածությամբ, թեփոտվածությամբ կամ այտուցվածությամբ: Մեծ մասամբ ուղեկցվում է քորով և այրոցով:

Նշում. որոշ դեպքերում հնարավոր են առնանդամի գլխիկի ու թլիփի մաշկի էրոզիաներ, աճուկային լիմֆադենիտ: Սա կոչվում է էրոզիվ մանրէային բալանոպոսթիտ, որի հարուցիչներն են անաերոբ մանրէները՝ սպիրոխետների որոշ տեսակներ:

Լաբորատոր հետազոտումը

- Ախտահարված մակերեսից քերուկի մանրադիտակային զննում ստրեպտոկոկեր, ստաֆիլոկոկեր, գարդներելաներ, կորինեբակտերիաներ հայտնաբերելու համար:

- Ախտաբանական նյութի հետազոտում տրիխոմոնիազը ժխտելու համար:

Առաջարկվող բուժման տարբերակներ

Պայմանավորված է լաբորատոր հետազոտման արդյունքով:

- **Ստրեպտոստաֆիլոկոկային բալանիտի դեպքում էրիթրոմիցինի 0,5%-անոց, գենտամիցինի 1%-անոց քսուք, կիրառել օրը 2 անգամ, 1 շաբաթ (IV,C):**
- Կորինեբակտերիային բալանիտի դեպքում էրիթրոմիցինի 5%-անոց քսուք, կիրառել օրը 2 անգամ, 1 շաբաթ:
- **Գարդներելային բալանիտի դեպքում մետրոնիդազոլի կամ կլոտրիմազոլի քսուք, կիրառել օրը 2 անգամ, 7 օր (IV,C):**

Նշում. մանրէային բալանիտները հաճախ ուղեկցում են միզուկաբորբով, հետևաբար տվյալ անձանց հարկ է հետազոտել և լրացուցիչ համապատասխան բուժում նշանակել (տե՛ս «Միզուկաբորբերի վարման ուղեցույցը»):

#### **Կարծրախտաապաճող (սկլերոատրոֆիկ) որքին [4,16]**

Պատճառագիտությունը

Բորբոքային սպիանման ախտահարում է, որը կարող է պայմանավորված լինել ինքնիմուն խանգարումներով: Հիվանդությունն առաջանում է ցանկացած տարիքում, սակայն նրա հավանական պատճառը մանկական հասակում կրած ֆիմոզն է: [4]

Կլինկական պատկերը [4,17]

- Ախտանիշները՝ քոր, ցավոտություն, քերծվածքներ, թլիփի հաստացում և միզուկի բացվածքի հաստացում ու նեղացում:
- Արտաքին տեսքը՝ սպիտակավուն բծեր առնանադամի գլխիկին, հաճախ ներառվում է նաև թլիփը: Հազվադեպ հնարավոր են նաև հեմոռագիկ բշտիկներ, էրոզիաներ և անգամ խոցեր:
- Կառուցվածքային փոփոխությունները ներառում են կորոնալ ակոսի հաստացում, ֆիմոզ կամ թլիփի հյուծում, միզարձակման դժվարացում:

## Ախտորոշումը՝

- բնորոշ կլինիկական պատկեր,
- բիոպսիա:

## Վարումը [16,18]

## Առաջարկվող ռեժիմը

- **Տեղային գյուլկոորտիկոստերոիդային քսուքներ օրը 1 անգամ մինչև ախտադադար (ռեմիսիա): Հետագայում պարբերաբար օգտագործել /շաբաթը 1 անգամ/ և աստիճանաբար նվազեցնել՝ ախտադադարը պահպանելու համար: Մանկական տարիքում հիվանդության ընթացքը տեղային գյուլկոորտիկոստերոիդների օգտագործումից բարելավվում է (I,A): [16,19,20,21]**
- Նկատի ունենալով ակտիվ գյուլկոորտիկոստերոիդների իմունոսուպրեսիվ ազդեցությունը՝ անամնեզում սրածայր կոնդիլոմաներ ունեցող հիվանդներին պետք է նախազգուշացնել կրկնման ռիսկի մասին, իսկ սեռական հերպես ունեցող անձանց դեպքում անհրաժեշտ է օջախը մշակել ացիկլովիրի քսուքով:

## Այլընտրանքային մոտեցում

- Տեղային կալցիներինի ինհիբիտորների կիրառումը արդյունավետ է [19,22], սակայն առկա է չարորակացման վտանգ [23]: **Պիմեկրոլիմուսի նրբաքսուք, կիրառել օրը երկու անգամ (I,A)**
- **Վիրաբուժական միջամտությունն իրականացվում է ֆիմոզի կայուն ձևերի և միզուկի բացվածքի նեղացման դեպքում: Այն ներառում է թլփատում, մեատոտոմիա, ուրետրոպլաստիկա (III,B): [24,25]**
- Թլփատումը ցուցված է տեղային բուժման անարդյունավետության դեպքում:

## Կարմիր տափակ որքին [4]

## Պատճառագիտությունը

Կարմիր տափակ որքինը քրոնիկական մաշկախտ է, որը դրսևորվում է մաշկի, սեռական օրգանների և բերանի լորձաթաղանթի ախտահարումով: Ախտաձևությունն անհայտ է, սակայն հիմքում ենթադրվում են իմունաբանական խախտումներ:

Կլինկական պատկերը

- Հանգուցիկային, կարմրամանուշակագույն, հստակ եզրագծված ցան (օջախներ)՝ տեղակայված առնանդամի գլխիկի և թլիփի մաշկի վրա, հնարավոր է լորձաթաղանթի էրոզիվ ախտահարում, հազվադեպ՝ քոր, դիսպարեունիա:
- Նման ցանավորումներ առկա են նաև իրանի, վերին և ստորին վերջույթների մաշկի վրա, որոնք կարող են ուղեկցվել քորով:

Ախտորոշումը

- Կլինիկական առանձնահատկությունը. կարմրամանուշակագույն վահանիկների կամ տափակ բազմանկյուն հանգուցիկների առկայություն մարմնի այլ հատվածներում:
- Բերանի լորձաթաղանթի, թլիփի, առնանդամի գլխիկի մոխրասպիտակավուն ցանցաձև, հազվադեպ էրոզիվ ախտահարում (Ուիկիեմի ցանց), ինչպես նաև մաշկի վրա, վնասվածքների տեղում նոր տարրերի՝ հանգուցիկների առաջացում (Քեբների իզոմորֆ ռեակցիա):

Վարումը [4,26]

Առաջարկվող բուժումը

**Կարմիր տափակ որքինի բուժումը կատարվում է մաշկաբանի հսկողությամբ ընդհանուր և տեղային դեղամիջոցներով: Գլյուկոկորտիկոստերոիդային քսուրներ՝ պայմանավորված հիվանդության ծանրության աստիճանով, առաջարկվում է կիրառել նաև սեռական հատվածի (առնանդամ, թլիփ) տեղային բուժման համար (III, B):**

Նշում.

- Ոչ բնորոշ (ատիպիկ) կամ կայուն ձևերով հիվանդներին պետք է ցուցաբերել առավել մասնագիտացված մոտոցում:

- Հիվանդները պետք է դիմեն բժշկի ցանկացած փոփոխություն առաջանալու դեպքում:

## **Սակավադեպ բալանիտներ**

### **Քեյրայի էրիթրոպլազիա [27,28]**

Կլինիկական պատկերը

Բնորոշ դրսևորումը. կարմիր, թավշանման հստակ եզրագծերով մեկ կամ ավելի օջախներ առնանդամի գլխիկի վրա: Նախաքաղցկեղային հիվանդություններից է: Չբուժելու դեպքում վերածվում է եղջերաբջջային կարցինոմայի:

Լաբորատոր հետազոտումը

Կատարվում է բիոպսիա:

Առաջարկվող բուժման տարբերակները՝

- **վիրահատական (III,B),**
- **լազերային հատում,**
- **կրիոթերապիա (IV,C),**
- **իմիքվինոդ 5%-անոց նրբաքսուք (IV,C),**
- **ֆոտոդինամիկ թերապիա (IV,C),**

Զուգընկերների վարում

Չի պահանջվում:

Հետբուժական հսկողություն

Հետրուժական հսկողություն սահմանելը տարեկան առնվազն մեկ անգամ պարտադիր է, քանի որ հավանական է կրկնվելու վտանգը:

#### **Շրջանաձև բալանիտ [4]**

Հիվանդությունը կարող է դրսևորվել իբրև առանձին միավոր կամ ուղեկցվել Ռեյտերի համախտանիշով: Այն կարող է ընթանալ մաշկի, հոդերի, աչքերի փստահարման հետ համատեղ: Կարող է նաև զուգակցվել ՄԻԱՎ-վարակով:

#### **Կլինիկական պատկերը**

Բնորոշ դրսևորումը. առնանդամի գլխիկի վրա մոխրասպիտակավուն բծեր, որոնց միաձուլումն առաջացնում է սպիտակ եզրագծերով, կենտրոնում կարմրավուն, բորբոքային տձև «աշխարհագրական» օջախներ:

#### **Լաբորատոր հետազոտումը**

- Հետազոտել ՍՎ նկատմամբ: Սիֆիլիսի ժամանակ կարող է դիտվել նմանատիպ պատկեր: [15]
- Հետազոտել HLAB27-ը: Դրական պատասխանը կարող է հաստատել փստորոշումը և կարևոր տվյալներ տալ զուգակցված հիվանդությունների հավանականության մասին (օրինակ՝ ուրեթրիտ, ստամոքսաղիքային հիվանդություններ, արթրիտ):

#### **Բուժումը**

- Գլյուկոկորտիկոստերոիդային քսուրների կիրառում:
- Պատճառ դարձած սեռավարակի բուժում:

#### **Զուգընկերների վարումը**

Եթե ախտորոշվել է ՍԿ, ապա զուգընկերներին հարկավոր է բուժել ըստ համապատասխան ուղեցույցների:

Հետբուժական հսկողություն

Հետբուժական հսկողություն պահանջվում է, եթե ախտանշանները տևական բնույթ ունեն և կամ պայմանավորված են ՍԿ-ներով:

### **Ալերգիկ և գրգռիչ նյութերից առաջացած բալանիտներ [4]**

Կլինիկական պատկերը

Դրսևորվում է թույլ արտահայտված էրիթեմայից մինչև տարածուն բորբոքային այտուց:

Ախտանշանները պայմանավորված են դեղորայքի ընդունմամբ (տեղային կամ ընդհանուր), որոշակի գրգռիչ նյութերի տեղային կիրառմամբ (սպերմիցիդներ, յուղայնացնողներ, օծանելիքներ, օճառներ): Իր ուրույն դերը ունի նաև ալերգիայի նկատմամբ նախատրամադրվածությունը: Առանձնահատուկ են դեղորայքային բալանիտի ձևերը, որոնք սովորաբար առաջանում են սուլֆանիլամիդների, երբեմն սալիցիլատների կամ այլ դեղամիջոցների ներքին ընդունումից: Դրանք ախտորոշվում են իբրև դեղորայքային սևեռուն էրիթեմա, որը կարող է միաժամանակ ախտահարել լորձաթաղանթներն ու մաշկը:

Լաբորատոր հետազոտումը

Ալերգենի հայտնաբերման փորձերն օգտակար են այն անձանց համար, ում դեպքում ալերգիայի կասկած կա:

Բուժումը

- Խուսափել գրգռիչ նյութեր օգտագործելուց:
- **Կիրառել գլյուկոկորտիկոստերոիդային քսուքներ (թեթև կամ միջին ազդեցության, քսել օրը 1-2 անգամ մինչև 14 օր) (IV,C):**
- Ընդունել հակահիստամինային դեղամիջոցներ:

Նշում. դեղորայքային սևեռուն էրիթեմա ախտորոշված հիվանդներին խորհուրդ է տրվում հետագայում երբևիցե չկրկնել սրացում առաջացնող որևէ դեղամիջոց:

### Զուգընկերների վարումը

Զուգընկերների վարում չի պահանջվում, սակայն եթե պատճառը զուգընկերոջ կողմից բեղմնականխման կամ կոսմետիկ նպատակով տեղային գրգռիչ նյութերի օգտագործումն է, ապա հարկավոր է կազմակերպել համատեղ խորհրդատվություն:

### 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՝

- Եթե բալանիտը կամ բալնոպոստիտը բուժման չի ենթարկվում 6 ամսից ավել, ապա պետք է կատարել բիոպսիա, ախտորոշումը ճշտելու համար [29,30]

### Գրականության ցանկ

1. Edwards S and Bunker C. Other conditions affecting the male genitalia. In: Rogstad K (ed.) ABC of sexually transmitted infections, 6th ed. Oxford: Wiley-Blackwell, 2011, pp.35–41.



2. Edwards SK, Handfield-Jones S, on behalf of Clinical Effectiveness Group, British Association for Sexual Health and HIV. UK National Guideline on the Management of Balanoposthitis, <http://www.bashh.org/guidelines> (2008, accessed 19 January 2014).
3. Rao A and Bunker CB. Male genital skin biopsy. *Int J STD AIDS* 2011; 22: 418–419.
4. Bunker CB and Neill SA. The genital, perianal and umbilical regions. In: Burns T, Breathnach S, Cox N, et al. (eds) *Rook's textbook of dermatology*. Vol 71, 8<sup>th</sup> ed. New York: Wiley-Blackwell, 2010, pp.1–102.
5. Birley HDL, Walker MM, Luzzi GA, et al. Clinical features and management of recurrent balanitis: association with atopy and genital washing. *Genitourin Med* 1993; 69: 400–403.
6. Mallon E, Hawkins D, Dinneen M, et al. Circumcision and genital dermatoses. *Arch Dermatol* 2000; 136: 350–354.
7. Alsterholm M, Flytstroëm I, Leifsdottir R, et al. Frequency of bacteria, *Candida* and *malassezia* species in balanoposthitis. *Acta Derm Venereol* 2008; 88: 331–336.
8. Lisboa C, Ferreira A, Resende C, et al. Infectious balanoposthitis: management, clinical and laboratory features. *Int J Dermatol* 2009; 48: 121–124.
9. Minami M, Wakimoto Y, Matsumoto M, et al. Characterization of *Streptococcus pyogenes* isolated from balanoposthitis patients presumably transmitted by penile-oral sexual intercourse. *Curr Microbiol* 2010; 61: 101–105.
10. Horner PJ and Taylor-Robinson D. Association of *Mycoplasma genitalium* with balanoposthitis in men with non-gonococcal urethritis. *Sex Transm Infect* 2011; 87: 38–40.
11. Lisboa C, Santos A, Dias C, et al. Candidal balanitis: risk factors. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2010; 24: 820–826.
12. Sary A, Soeltz-Szoets J, Ziegler C, et al. Comparison of the efficacy and safety of oral flucanazole and topical clotrimazole in patients with candidal balanitis. *Genitourin Med* 1996; 72: 98–102.
13. Forster GE and Harris JRW. Double blind therapeutic trial in balanitis – miconazole and nystatin. *Eur J Sex Transm Dis* 1986; 3: 81–83.
14. Ewart Cree G, Willis AT, Phillips KD, et al. Anaerobic balanoposthitis. *BMJ* 1982; 284: 859–860.
15. Kishimoto M, Lee MJ, Mor A, et al. Syphilis mimicking Reiter's syndrome in an HIV-positive patient. *Am J Med Sci* 2006; 332: 90–92.
16. Neill SM, Lewis FM, Tatnall FM, et al. British Association of Dermatologists' Guidelines for the Management of Lichen Sclerosus 2010. *Br J Dermatol* 2010; 163: 672–682.
17. Edmonds EVJ, Hunt S, Hawkins D, et al. Clinical parameters in male genital lichen sclerosis: a case series of 329 patients. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2012; 26: 730–737.
18. Bunker CB. Comments on the BAD guidelines for the management of lichen sclerosis. *Br J Dermatol* 2011; 164: 894–895.
19. Chi CC, Kirtschig G, Baldo M, et al. Topical interventions for genital lichen sclerosis. *Cochrane Database Syst Rev* 2011; (2): CD008240.

20. Dahlman-Ghozlan K, Hedblad MA and von Krogh G. Penile lichen sclerosus et atrophicus treated with clobetasol dipropionate 0.05% cream: a retrospective clinical and histopathological study. *J Am Acad Dermatol* 1999; 40: 451–457.
21. Kiss A, Csontai A, Pirot L, et al. The response of balanitis xerotica obliterans to local steroid application compared with placebo in children. *J Urol* 2001; 165: 219–220.
22. Goldstein AT, Creasey A, Pfau R, et al. A double-blind, randomized controlled trial of clobetasol versus pimecrolimus in patients with vulvar lichen sclerosus. *J Am Acad Dermatol* 2011; 64: e99–e104.
23. Bunker CB, Neill SM and Staughton RCD. Topical tacrolimus, genital lichen sclerosus and risk of squamous cell carcinoma. *Arch Dermatol* 2004; 140: 1169.
24. Liatsikos EN, Perimenis P, Dandinis K, et al. Lichen sclerosus et atrophicus. Findings after complete circumcision. *Scan J Urol Nephrol* 1997; 31: 453–456.
25. Kulkarni S, Barbagli G, Kirpekar D, et al. Lichen sclerosus of the male genitalia and urethra: surgical options and results in a multicenter international experience with 215 patients. *Eur Urol* 2009; 55: 945–954.
26. Cheng S, Kirtschig G, Cooper S, et al. Interventions for erosive lichen planus affecting mucosal sites. *Cochrane Database Syst Rev* 2012; (2): CD008092.
27. Mikhail GR. Cancers, precancers and pseudocancers on the male genitalia: a review of clinical appearances, histopathology, and management. *J Dermatol Surg Oncol* 1980; 6: 1027.
28. Cox NH, Eedy DJ and Morton CA. Guidelines for management of Bowen's disease: 2006 update. *Br J Dermatol* 2007; 156: 11–21.
29. Arumainayagam JT, Sumathipala AHT. Value of performing biopsies in genitourinary clinics. *Genitourinary Medicine* 1990;66:407.
30. Hillman RJ, Walker MM, Harris JRW, Taylor-Robinson D. Penile dermatoses: a clinical and histopathological study. *Genitourinary Medicine* 1992;68:166-169

**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: