

ԱՆՈԳԵՆԻՏԱԼ ԳՈՐՏՆՈՒԿՆԵՐԻ ՎԱՐՄԱՆ ՈՒՂԵՑՈՒՅՑ

Ամփոփում

Նպատակ

Ուղեցույցը տրամադրում է անոգենիտալ գորտնուկների 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/ադատատառիայի սկզբնաղբյուրներ են հանդիսացել Սեռավարահների դեմ պայքայի միջազգային միության եվրոպական կազմակերպության (IUSTI-Europe) կողմից ստեղծված “2011 European Guideline for the Management of Anogenital Warts” 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/ադատատառիայի 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

անոգենիտալ գորտնուկներ, սրածայր կոնդիլոմաներ, HPV, եվրոպական կլինիկական ուղեցույց, վարում, ախտորոշում, բուժում, կանխարգելում:

Պատասխանատու համակարգող

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

Աշխատանքային խմբի անդամներ

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

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

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

Շահերի բախման հայտարարագիր և ֆինանսավորման աղբյուրներ

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

Շնորհակալական խոսք

Պատասխանատու համակարգողը իր երախտագիտությունն է հայտնում աշխատանքային խմբի բոլոջ այն դամներին ինչպես նաև սույն ուղեցույցի մշակման աշխատանքներին իրենց աջակցությունը, խորհրդատվությունը և մասնագիտական գիտելիքները տրամադրած գործընկերներին, հատկապես՝ Երևանի Մ.Հերացու անվան պետական բժշկական համալսարանի հայոց լեզվի և տերմինաբանության ամբիոնի վարիչ դոդ. Հ.Սուքիասյանին, ՀՀ ԿԳՆ Երևանի պետական համալսարանի Ֆարմացիայի ինստիտուտի կենսաբժշկության ամբիոնի վարիչ, ՀՀ ԱՆ Առողջապահության ազգային ինստիտուտի «Ապացուցողական բժշկություն» դասընթացի ղեկավար, ՀՀ ԱՆ Հանրապետական գիտաբժշկական գրադարանի «Բժշկական սեղմագրերի հայկական հանդես»-ի գլխավոր խմբագիր, «Ապացուցողական բժշկության մասնագետների հայկական ասոցիացիա»-ի նախագահ՝ բ.գ.դ., պրոֆեսոր Ռուբեն Հովհաննեսյանին: Ինչպես նաև բոլոր այն կլինիկական օրդինատորներին և երիտասարդ մաշկավեներաբաններին, որոնք իրենց ակտիվ մասնակցությունն են ունեցել ուղեցույցների թարգմանչական աշխատանքների իրականացմանը:

Բովանդակություն

Ներածություն

Տեղեկատվության որոնման և գնահատման մեթոդաբանություն

Ախտորոշում

Անոգենիտալ գորտնուկների տեսակները

Կլինիկական ախտորոշումը

Ֆիզիկական և հոգեբանական բարդույթներ

Տարբերակիչ ախտորոշում

Վարումը

Ընդհանուր տվյալներ

Առաջարկվող բուժման տարբերակները

Դեղորայքային բուժում

Այլ եղանակներ

Հիվանդների խորհրդատվությունը

Ձուգընկերների հայտնաբերումը

Ներդրման և աուդիտի վերաբրեյալ առաջարկները

Գրականության ցանկ

Հավելված 1.

Հավելված 2.

Հապավումներ

SUS – Տղամարդու հետ սեռական հարաբերություն ունեցող տղամարդիկ

ԲՊ - Բոուենոիդ պապուլոզ

ԲՀ - Բոուենի հիվանդություն

ԵԲԲ – Եռքլորքացախաթափում

ՄԻԱՎ – Մարդու իմունային անբավարարության վիրուս

Նախաբան

Անոգենիտալ գորտնուկները (սրածայր կոնդիլոմաներ) բարորակ նորագոյացություններ են, որոնց հարուցիչը (մինչև 95%) մարդու պուսպիլոսավիրուսի (HPV) 6 և 11 տեսակներն (գենոտիպերը) են: [1,2] Հիվանդները կարող են վարակվել նաև ուռուցքածին պապիլոմավիրուսների 16 և 18 տեսակներով, որոնք առաջացնում են չարորակ նորագոյացություններ՝ (ներէպիթելային ուռուցք) անոգենիտալ քաղցկեղ: [2,3]

Տեղեկատվության որոնման և գնահատման մեթոդաբանություն

Սույն Ուղեցույցը մշակվել է Մաշկավեներաբանների հայկական ասոցիացիայի անդամների կողմից: Տեղայնացման/ադապտացիայի սկզբնաղբյուրներ են հանդիսացել Սեռավարահիների դեմ պայքայի միջազգային միության եվրոպական կազմակերպության (IUSTI-Europe) կողմից ստեղծված “2011 European Guideline for the Management of Anogenital Warts” ուղեցույցը: Օգտագործվել են նաև Cochrane library և UpToDate շտեմարանների արդի տվյալները: Գրականական աղբյուրները ընտրվել են բանալի բառերի օգնությամբ իրականացված համակարգային որոնման հիման վրա: Փաստաթղթերի նկատմամբ կիրառվել են հետևյալ տեսակավորման

ցուցանիշները՝ ուղեցույցերի ապացուցողական բնույթ (համակարգված ամփոփ տեսություն և ցանկացած խոհուրդի վերաբերյալ հստակ հղումների առկայություն), ազգային կամ համաշխարհային ամփոփումների կարգավիճակ, անգլերեն լեզու: Տեղայնացման/ադատպատցիայի աշխատանքները իրականացվել են ըստ ADAPTE մեթոդաբանության՝ միջմասնագիտական աշխատանքային խմբի անդամների առերես հանդիպումների և հեռահար շփումների միջոցով: Ուղեցույցի դրույթների վերաբերյալ ապահովվել է աշխատանքային խմբի բոլոր անդամների կոնսենսուս:

Տեղեկատվության որակը գնահատելիս և ցուցումների ուժը որոշելիս հիմք է ընդունվել Սեռավարահների 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:

Ախտորոշում

Հիվանդներից շատերը գանգատվում են տարբեր չափերի հասնող՝ 1-10մմ գորտնուկանման ցանավորումից սեռական օրգանների և հարակից շրջանների մաշկի վրա: Հիմնականում այլ նշանները բացակայում են: Սակայն երկրորդային վարակ միանալու դեպքում հնարավոր են քոր, արյունային արտադրուկ, ճաքեր և ցավոտություն, որը դժվարացնում է սեռական հարաբերությունը:

Վարակը սովորաբար փոխանցվում է սեռական ճանապարհով: Ցանավորումն առաջանում է շփումից վնասված մաշկի մակերեսին: Անոգենիտալ գորտնուկները լինում են եզակի կամ բազմակի, կարող են նաև միաձուլվելով առաջացնել վահանիկներ, որը դիտվում է իմունասուպրեսիվ վիճակների, շաքարային դիաբետով տառապող հիվանդների դեպքում և այլն:

Զթլփատված տղամարդկանց շրջանում սովորաբար ախտահարվում են առնանդամի գլխիկը, պսակաձև ակոսը, սանձիկը, թլիփի ներսային մակերեսը, իսկ թլփատվածների շրջանում ավելի հաճախ ախտահարվում է առնանդամի մարմինը:

[4] Գորտնուկները կարող են առաջանալ նաև փոշտի վրա, աճուկի, շեքի և

հետանցքի շրջանում: Կանանց դեպքում տարրերն ընդգրկում են մեծ և փոքր ամոթաշրթերը, ծիկը, միզուկի բացվածքը, շեքը, հետանցքի շրջանը, հեշտոցամուտքը, բունոցը, կուսաթաղանթը, հեշտոցը և արգանդի վզիկը: Միզուկի բացվածքն ախտահարվում է տղամարդկանց 20-25%-ի, իսկ կանանց՝ 4-8%-ի դեպքում: Հարիետանցքային գորտնուկներն առաջանում են մեծ մասամբ հետանցքային հարաբերության դեպքում (հատկապես SUS-ների շրջանում): [5]

Անոգենիտալ գորտնուկների գույնը տատանվում է վարդագույնից մինչև նարնջակարմիրը (չեղջրացած գորտնուկներ), մոխրասպիտակ (խիստ եղջրացած տարրեր) և մոխրավունից մինչև շագանակագույն (գունակավորված տարրեր): Գերաճները նմանվում են ծաղկակաղամբի կամ աքլորի կատարի՝ հաճախ ախտահարման տեղում զետեղված լինելով ոտիկի վրա:

Անոգենիտալ գորտնուկների տեսակները

Գորտնուկները տարբերակվում են մի քանի տեսակներով.

Արածայր գորտնուկները հիմնականում տեղակայվում են լորձաթաղանթային էպիթելի վրա՝ թլիփի ներսային մակերեսին, միզուկի բացվածքում, փոքր ամոթաշրթերին, բունոցում, հեշտոցում, արգանդի վզիկին և հետանցքում, սակայն կարող են ախտահարել նաև ծալքային մակերեսները (աճուկ, շեք և այլն): Հնարավոր են նաև արտասեռական տեղակայումով գորտնուկներ՝ բերանի խոռոչում, լեզվին և հարթ մաշկի այլ մասերին: Մեծ ծալքերում տեղակայված խոշոր գերաճներն ունեն խիստ արտահայտված անոթավորում, որը դրսևորվում է բնորոշ կետավոր և կամ կանթածև նախշով, բացառությամբ գերեղջերացած տարրերի:

Հանգուցիկային գորտնուկները սովորաբար տեղակայվում են եղջերացող էպիթելի վրա (արտաքին թլիփ, առնանդամի մարմին, փոշտ, ցայլք, շեք և հարիետանցքային շրջան), մեծ մասամբ գերեղջրային են և կամ գունակավորված, չունեն սրածայր գորտնուկների մակերեսային անկանոնությունները և բնորոշվում են ախտորոշման դժվարությամբ: Նման գունակավորված և սրճակարմրավուն հանգուցիկները հաճախ դրսևորվում են բուռենոիդ պապուլոզի դեպքում:

Բծային գորտնուկները տեղակայվում են լորձաթաղանթների վրա: Գույնը մոխրասպիտակավունից մինչև վարդակարմրավուն կամ կարմրասրճավուն է,

հաճախ մնում են աննկատ. ճշգրիտ ախտորոշման համար անհրաժեշտ է, որ բժիշկը զգոն լինի:

Ներէպիթելային նորագոյացություն

Բուուենոիդ պապուլոզը (ԲՊ) և Բուուենի հիվանդությունը (ԲՀ) դրսևորվում են տեսանելի տարրերով: Հարուցիչը HPV-ի ուռուցքածին տեսակներն են, առավել հաճախ HPV 16, որն առաջացնում է լորձաթաղանթի լրիվ հաստությամբ ներէպիթելային նորագոյացություն: Սովորաբար ԲՊ-ն առաջանում է 25-35 տարեկան անձանց շրջանում: ԲՊ-ն արտահայտվում է որպես նուրբ թավշանման մակերեսով բժահանգուցիկային ցան: Տարրերի գունային երանգը լորձաթաղանթների վրա սրճավուն է, նարնջակարմիր կամ մոխրասպիտակ, իսկ մաշկային ծածկույթներում մոխրավունից սրճավուն:

Հսկա կոնդիլոմա (Բուշկե-Լոպենշտայնի ուռուցք)

Սա HPV 6 և 11 տեսակների զուգակցումով պայմանավորված գորտնուկների հազվագյուտ տարբերակ է, որը բնորոշվում է ստորադիր մաշկային հատվածների մեջ խոր ներթափանցող աճով: Գորտնուկային գոյացություններն ունեն բարդ հյուսվածաբանական պատկեր. բարորակ գորտնուկները միախառնված են ոչ բնորոշ (ասիպիկ) էպիթելային բջջային օջախների կամ հստակորեն տարբերակված եղջերաբջջային կարցինոմայի հետ: Բուշկե-Լոպենշտայնի ուռուցքն ախտորոշելու համար երբեմն անհրաժեշտ են բազմակի բիոպսիաներ, համակարգչային շերտագրություն կամ մագնիսական ռեզոնանսային նկարահանում:

Նման դեպքերում անհրաժեշտ է հիվանդին բուժման համար ուղորդել վիրաբույժի մոտ: Ըստ արդի տվյալների՝ լավ արդյունքներ են գրանցվել նաև ռադիոթերապիայից, որը կատարվում է ուռուցքաբանի հսկողությամբ:

Կլինիկական ախտորոշումը

Հետազոտման նպատակն է ապահովել համապատասխան ախտորոշումն ու բուժումը և նվազագույնի հասցնել հոգեբանական բարդույթները: Նախքան բուժումն սկսելը անհրաժեշտ է մանրակրկիտ արձանագրել տարրերի տարածվածությունը,

բազմաթիվ կամ վահանականման լինելը, տեղակայումը, որը հնարավորություն կտա գնահատելու բուժման արդյունավետությունը կամ զանազանելու նոր զարգացած տարրերը:

Հարկ է ուշադիր զննել արտաքին սեռական օրգանները: Փոքր տարրերը հայտնաբերելու համար անհրաժեշտ է խոշորացույց օգտագործել:

Արտաքին տեղակայմանը զուգահեռ՝ կանանց 25%-ի դեպքում լինում են նաև արգանդի վզիկի և կամ հեշտոցի գորտնուկներ: Անուշադիր զննումը և մանր տարրերի չհայտնաբերելը հաճախ հանգեցնում են հիվանդության կրկնումների, ինչպես նաև հյուսվածքներում ներէպիթելային նորագոյացությունների առաջացմանը: Այդ իսկ պատճառով, ի տարբերություն բունոցի գորտնուկների, վզիկային տարրերը պարտադիր պետք է հյուսվածաբանորեն հետազոտվեն:

Մետոսկոպիա

Տղամարդկանց միզուկի արտաքին բացվածքի՝ նավակաձև փոսի լիարժեք զննումը (մետոսկոպիան) կատարվում է ուրեթրոսկոպով կամ օտոսկոպով: Շուրջ 5%-ի դեպքում անհրաժեշտ է ուրոլոգիական հետազոտում՝ ախտահարման օջախը ճշգրիտ սահմանագծելու համար: Տղամարդկանց շրջանում հետին միզուկի ախտահարումն առանց առաջնայինի չի լինում:

Անոսկոպիա

Զուգահեռ ընթացող շեքային և հարիետանցքային գորտնուկները լինում են հիվանդների 1/3-ի դեպքում, հետևաբար այդ մասերը հարկ է ուշադիր զննել, իսկ հետանցքային գորտնուկների առկայության դեպքում անոսկոպիա կատարել մինչև ատամնավոր գիծը:

Քացախաթթվի փորձը

5%-անոց քացախաթթվի կիրառումից (ապլիկացիա) հետո գորտնուկները մի քանի րոպե դառնում են մոխրասպիտակավուն: Այս փորձը օգնում է իրականացնելու վիրահատական միջամտություններ: Կեղծ դրական արդյունքներ սովորաբար լինում են բորբոքային վիճակների դեպքում (օր.՝ կրաուրոզ, կարմիր տափակ որքին, պսորիազ, բալանոպոսիտ, վոլվոլագինիտ, էկզեմա, սեռական հերպես, տրավմատիկ միկրովնասվածքներ), որոնց դեպքում ախտահարված օջախի

մշակումը քացախաթթվով առաջացնում է անկանոն սպիտակավուն եզրերով ճաքեր:

Ֆիզիկական և հոգեբանական բարդություններ

Գորտնուկները սեռական օրգանների տձևություններ առաջացնելով խոչընդոտում են բնականոն սեռական կյանքը: Այդ իսկ պատճառով շատերի մոտ առաջանում են լարվածության, մեղավորության և ինքնասեմացման զգացում: Հաճախ նկատվում է մտավախություն ժառանգներին (պտղին) վարակելու առումով, ինչպես նաև գորտնուկների չարորակացման վախ: [6,7]

Տարբերակիչ ախտորոշում

Տարբերակիչ ախտորոշման մեջ ընդգրկվում են մի շարք մաշկային հիվանդություններ՝ հպավարակիչ մոլյուսկը, ֆիբրոէպիթելիոմաները և սեբոռեային կերատոմաները: Տղամարդկանց շրջանում առավել հաճախ շփոթմունք առաջացնող ֆիզիոլոգիական վիճակը առնանդամի մարգարտանման հանգուցիկներն են, որոնք զարգանում են հասուն տարիքում: Դրանք մի քանի շարքով մանր, իրար չմիացող 1-2մմ-անոց տարրեր են՝ շրջագծով տեղակայված գլխիկի հետնամասում և կամ սիմետրիկորեն հարսանձիկային հատվածում, ունեն հարթ մակերես և չեն միաձուլվում: Կանանց շրջանում անոգենիտալ գորտնուկները պետք է զանազանվեն փոքր ամոթաշրթերի ներսային մակերեսներին և նախադռան հատվածում առկա կանոնավոր ձևավորված և չմիաձուլվող, սիմետրիկ դասավորված ֆիզիոլոգիական հանգուցիկներից (շրթային միկրոպապիլոմատոզ): Առողջ անձանց շրջանում թլիփի և վուլվայի մանր ճարպագեղձերը երբեմն լինում են որպես արտափքված, մոխրադեղնավուն, չպնդացած ցան, որը նույնպես շփոթմունք է առաջացնում ախտորոշման ժամանակ:

Վարումը

Ընդհանուր տվյալներ

Անոգենիտալ գորտնուկների առկա բուժման եղանակներից ոչ մեկը լիակատար չէ: Կրկնումների հաճախականությունը բավական մեծ է և հասնում է 20-30%-ի: Բուժման բոլոր եղանակներն էլ ուղեկցվում են տեղային մաշկային ռեակցիաներով՝ քոր, այրոց, քերծվածքներ, այտուց, բորբոքվածություն և ցավ, ինչպես նաև հաճախ նպաստում են խոցերի և հետագայում սպիների առաջացմանը:

Առաջարկվող բուժման տարբերակները

Դեղորայքային՝

- պոդոֆիլոտոքսին (0,5%-անոց լուծույթ),
- եռքլորքացախաթթու,
- իմիքվիմոդ (5%-անոց նրբաքսուք):

Այլ եղանակներ՝

- էլեկտրավիրահատում (էլեկտրակոագուլյացիա),
- լազերային եղանակով հեռացում,
- վիրաբուժական միջամտություն,
- կրիոթերապիա:

Բժիշկները պետք է իրազեկված լինեն այս բոլոր եղանակների մասին և տիրապետեն առնվազն երկուսին, քանի որ հիվանդության կրկնումների դեպքում անհրաժեշտ է կիրառել բուժական այլ մոտեցումներ: Բուժման եղանակի ընտրությունը պայմանավորված է գորտնուկների ձևաբանությամբ և հյուսվածքների ընդգրկման աստիճանով:

Դեղորայքային բուժում

Պոդոֆիլոտոքսինի 0,5%-անոց լուծույթ (I,A)

- Պոդոֆիլոտոքսինով բուժման յուրաքանչյուր կուրս տևում է 3 օր: Հիվանդը ինքնուրույն, օրը 2 անգամ կիրառում է այդ լուծույթը, այնուհետև տրվում է դադար 4-

7 օր: Հիվանդների 36-83% դեպքերում 3-6 շաբաթ կիրառման ժամանակ դիտվում է գորտնուկների վերացում: [8-16]

- Առավելագույնը 4 կուրսից հետո չվերացող գորտնուկները պետք է բուժվեն այլ եղանակով:
- Պոդոֆիլոտոքսին օգտագործող անձանց 50-65%-ի դեպքում գորտնուկների մեռուկացման հետ մեկտեղ լինում են անցողիկ և տանելի այրոցի զգացում, ցավոտություն, էրիթեմա կամ էրոզիաներ, որոնք տևում են մի քանի օր:
- Պոդոֆիլոտոքսինը հակացուցված է հղիության ժամանակ:
- Բուժման հազվադեպ բարդություններից է բալանիտի և կամ բալանոպոստիտի առաջացումը: Նման դեպքերում կատարվում է ախտանշային բուժում (գոլ ջրով լոգանքներ, հակաբիոտիկային քսուքներ և այլն):

Եռլորքացախաթթվի 80-90%-անոց լուծույթ (I,A)

Եռլորքացախաթթուն (ԵՔՔ) առաջացնում է բջիջների մեռուկացում: Այդ նյութը օրը մեկ անգամ բամբակյա ձողիկով քսվում է գորտնուկի մակերեսին: Բուժման այս եղանակը հարմար է կիրառել փոքր սրածայր կամ հանգուցիկային գորտնուկների դեպքում. արդյունավետությունը 70-80% է, սակայն նվազ արդյունավետ է եղջերացած կամ մեծ չափի տարրերի դեպքում: ԵՔՔ-ն, լինելով խիստ քայքայիչ նյութ, կարող է առաջացնել սաստիկ ցավեր, բորբոքվածություն, մաշկի խոցոտում, սպիացում, հետևաբար պետք է կիրառվի միայն բժշկի կողմից: Հարկ է ձեռքի տակ ունենալ չեզոքացնող նյութ (օր.՝ նատրիումի բիկարբոնատ)՝ մաշկի վնասված հատվածը մշակելու համար: Ճիշտ օգտագործելու դեպքում մակերեսային վերք է առաջանում, որը լավանում է առանց սպիացման: ԵՔՔ-ն կարելի է զգուշորեն օգտագործել հղիության ժամանակ: [25-27]

Ազոտական թթվի, քացախաթթվի, կաթնաթթվի և օքսալաթթվի խառնուրդ (սոլկոդերմ)

Սոլկոդերմը քայքայիչ նյութ է, պարունակում է ազոտական թթու, քացախաթթու, կաթնաթթու և օքսալաթթու՝ տարբեր չափաբաժիններով: Կիրառվում

է օրը մեկ անգամ, մշակվում է սեռական գորտնուկների մակերեսը: Խորհուրդ է տրվում շրջակա առողջ մաշկը նախապես ծածկել որևէ չեզոք նյութով (օր.՝ վազելինով): Կիրառման ժամկետը պայմանավորված է գորտնուկների ձևաբանությամբ ու ծավալով:

Իմիքվինոլ 5%-անոց նրբաքսուր (I,A)

Իմիքվինոլ նրբաքսուրի տուփը պարունակում է 12 միանվագ օգտագործման փաթեթիկներ: Նրբաքսուրը կիրառվում է շաբաթական 3 անգամ, օրումեջ քնելուց առաջ: Մաշկի մշակված հատվածը առավոտյան լվացվում է օճառով և ջրով: Բուժումը շարունակվում է մինչև բոլոր գորտնուկները վերանան կամ ամենաշատը 16 շաբաթ: Տեղային ռեակցիաների դեպքում մի քանի օր դադար է տրվում, կամ նվազեցվում է մշակումների (ապլիկացիաների) հաճախականությունը:

Համաձայն կլինիկական հետազոտությունների տվյալների՝ գորտնուկները լրիվ վերանում են 35-75% հիվանդների դեպքում: Գորտնուկների բուժման արդյունավետությունը ավելի մեծ է կանանց, քան տղամարդկանց դեպքում, իսկ միջին տևողությունն ավելի կարճ է կանանց, քան տղամարդկանց դեպքում: [16-23]

Այլ եղանակներ

Վիրահատական բուժում (IV,C)

Հնարավոր չէ հստակ գնահատական տալ լավագույն վիրահատական մեթոդի մասին, քանի որ միջամտության արդյունքը պայմանավորված է գորտնուկների տարածվածությամբ և բժշկի հմտությամբ ու փորձառությամբ: Վիրահատությունը կատարվում է տեղային անզգայացմամբ: Նախքան ներսփռանքային անզգայացումը խորհուրդ է տրվում կիրառել անզգայացնող որևէ նյութ (լուծույթ, քսուր): Ներսփռվող անզգայացնող լուծույթը նպաստում է գերաճած տարրերի տարանջատմանը և արտափքմանը՝ հեշտացնելով գորտնուկները ճշգրտորեն հեռացնելը և խնայելով մաշկի չափտահարված հատվածները:

Այդուհանդերձ, հիվանդներից 20-30%-ի դեպքում կարող են ի հայտ գալ կրկնումներ՝ առաջանալ նոր տարրեր բուժված մասերի եզրերին և կամ այլ տեղերում:

Մկրատով հատումը վիրահատական եղանակներից մեկն է, որի դեպքում երբեմն պահանջվում է էլեկտրանշտարի կիրառում՝ արյունահոսությունը կանխելու համար:

Նշում. թլիփի վրայի ծավալուն գորտնուկները երբեմն ավելի լավ ելք են ունենում թլիփատմամբ, քան բուժման այլ եղանակներ կիրառելով, որոնք կարող են ուղեկցվել ֆիմոզ առաջանալու ռիսկով: Լայնածավալ ներհետանցքային գորտնուկները հեռացնելու ամենահարմար եղանակը ընդհանուր անզգայացմամբ վիրահատումն է: Վուլվոանալ շրջանի լայնածավալ գորտնուկներով երեխաներին և գերզգայուն հիվանդներին նույնպես նախընտելի է վիրահատել ընդհանուր անզգայացմամբ:

Էլեկտրավիրահատություն (էլեկտրակոագուլյացիա) (I,A) և լազերային վիրահատում (II,B)

Էլեկտրավիրահատական բուժումը կատարվում է հատուկ սարքով՝ օգտագործելով համապատասխան նշտարներ: Հարմար և արդյունավետ միջոց է ոչ միայն գորտնուկների հատման, այլև արյունահոսությունը կանխելու առումով:

Լազերային սարքի էներգիան կենտրոնացվում է գորտնուկների վրա և կլանվելով հյուսվածքների կողմից է առաջացնում դրանց քայքայումը:

Ինչպես էլեկտրավիրահատությունը, այնպես էլ լազերային վիրահատությունը պետք է կատարվեն հմուտ բուժանձնակազմի կողմից, համապատասխան պայմաններում (վիրահատական դիմակների օգտագործում, ծխահեռացնող սարքի կիրառում և այլն): [24,28-31]

Կրիոթերապիա (I,A)

Կրիոթերապիայի (բուժում հեղուկ ազոտով) ազդեցությունը անոգենիտալ գորտնուկի տեղակայման հատվածում պայմանավորված է վերնամաշկի և մաշկի մեռուկացմամբ, ինչպես նաև մաշկի մազանոթներում մակարդուկի առաջացմամբ:

Հեղուկ ազոտը կիրառվում է հատուկ գործիքով (Cryogun) կամ ուղղակի՝ ձողիկով մշակելով, սառեցնելով գորտնուկներն ու առողջ մաշկի եզրամասը: Ապիկացիաների քանակը և տևողությունը պայմանավորված է գորտնուկների չափով, քանակով և տեղակայումով:

Կրիոթերապիան դյուրին և էժան եղանակ է, հազվադեպ է առաջացնում սպիացում կամ մաշկի մշակված հատվածի գունակային փոփոխություն: Կլինիկական արդյունավետությունը հասնում է 65-90%-ի, սակայն երբեմն պահանջվում է կրկնակի բուժում: [24-27]

Հիվանդների խորհրդատվությունը

Խորհրդատվության ժամանակ կարևոր է ախտորոշման մասին հիվանդին տեղեկացնել, ինչպես նաև բուժանձնակազմի չդատապարտող, աջակից պահվածքը, բուժման մեթոդների տարբերակներն ու դրանց արդյունավետության աստիճանը հստակորեն ներկայացնելը:

Նշում. անոգենիտալ գորտնուկների վարման ընթացքում հաճախ զգացվում է այլ մասնագետների խորհրդատվության կարիքը (մաշկավեներաբան, գինեկոլոգ, պրոկտոլոգ, ուրոլոգ, սեքսոպաթոլոգ, հոգեբան և այլն):

Հղիության վաղ շրջանում գորտնուկները կարող են մեծանալ և տարածվել: Ծննդաբերության ընթացքում գենիտալ գորտնուկների առկայությունը ռիսկի գործոն է, քանի որ նորածնի վարակվելու դեպքում կարող է առաջանալ յուլենիլ լարինգեալ պապիլոմատոզ: Չկա ապացույց, որ բուժումը կարող է նվազեցնել ռիսկը, սակայն վիրուսի քանակը կարելի է նվազեցնել: Հղի կանանց վարումը պետք է քննարկվի նաև մանկաբարձ-գինեկոլոգի հետ: Հետծննդաբերական շրջանում գորտնուկները հաճախ ինքնաբերաբար վերանում են:

Նշում. հեշտոցային գորտնուկները բուժում են եռքլորքացախաթթվով կամ կրիոթերապիայի միջոցով: Հեշտոցի և արգանդի վզիկի գորտնուկները պետք է բուժեն մանկաբարձ-գինեկոլոգները:

ՄԻԱՎ-վարակի կամ օրգանների փոխպատվաստման ժամանակ առաջացած իմունասուպրեսիան նպաստում է առկա գորտնուկների բուռն տարածմանը և ավելացմանը, հաճախ նաև ներէպիթելային նորագոյացությունների զարգացմանը: Հետևաբար գորտնուկներ ունեցող ՄԻԱՎ-դրական կամ օրգանների փոխպատվաստում ստացած անձինք պետք է ենթարկվեն բջջաբանական հետազոտությունների:

ՄԻԱՎ-դրական հիվանդների բուժումն ավելի դժվար է ընթանում, իսկ կրկնվելու հավանականությունն ավելի մեծ է: Համաձայն վերջին տվյալների՝ այս հիվանդների վիրաբուժական բուժումը՝ իմիքվիմոդի հետ համակցված մեծ արդյունավետություն ունի՝ մինչև 100%:

Երեխաների շրջանում անոգենիտալ գորտնուկները կարող են առաջանալ փոխանցման մի քանի ճանապարհներով՝ HPV-ի ձեռքբերում ծննդաբերության ժամանակ մայրական սեռական ուղիներից, ինքնավարակում մատների գորտնուկներից, ինչպես նաև կենցաղային՝ ընտանիքի վիրուսակիր անդամներից: Մշտապես պետք է նկատի ունենա նաև սեռական բռնության հնարավորությունը:

Զուգընկերների հայտնաբերումը

Անհրաժեշտ է զննել վերջին 6 ամսվա ընթացքում սեռական շփում ունեցած զուգընկերներին:

Ներդրման հնարավորություններ և աուդիտի վերաբրեյալ 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՝

- 100% ախտորոշված հիվանդները ստացել են բուժում

Գրականության ցանկ

1. Meyer T, Arndt R, Christophers E, Beckmann ER, Schroder S, Gissmann L, et al. Association of rare human papillomavirus types with genital premalignant and malignant lesions. *J Infect Dis* 1998;178:252-5
2. Brown DR, Schroeder JM, Bryan JM, Stoler MH, Fife KH. Detection of multiple human papillomavirus types in condylomata acuminata lesions from otherwise healthy and immunosuppressed patients. *J Clin Microbiol* 1999;37:3316-22
3. Oriel JD. Natural history of genital warts. *Br J Vener Dis* 1971;47:1-13.
4. Cook LS, Koutsky LA, Holmes KK. Clinical presentation of genital warts among circumcised and uncircumcised heterosexual men attending an urban STD clinic. *Genitourin Med* 1993;69:262-4
5. Sonnex C, Schofield JH, Kocjan G, et al. Anal human papillomavirus infection in heterosexuals with genital warts: prevalence and relation with sexual behaviour. *Brit Med J* 1991; 303:1243.
6. Woodhall S, Ramsey T, Cai C, Crouch S, Jit M, Birks Y, Edmunds J, Newton R, Lacey CJ. Estimation of the impact of genital warts on health-related quality of life. *Sex Transm Inf* 2008; 84:161-6
7. Maw RD, Reitano M, Roy M. An international survey of patients with genital warts; perceptions regarding treatment and impact on lifestyle. *Int J STD AIDS* 1998;9:571-8
8. Von Krogh G, Szpak E, Andersson M, et al. Self-treatment using 0.25%-0.5% podophyllotoxin ethanol solutions against penile condylomata acuminata—a placebocontrolled comparative study. *Genitourin Med* 1994;70:105-9.
9. Beutner KR, Conant MA, Friedman-Kien A. Patient-applied podofilox for treatment of genital warts. *Lancet* 1989;i:831-4.
10. Kirby P, Dunne A, King DH, Corey L. Double-blind randomized clinical trial of selfadministered podofilox solution versus vehicle in the treatment of genital warts. *Am J Med* 1990;88:465-70.
11. Claesson U, Lassus A, Happonen H, et al. Topical treatment of venereal warts: a comparative open study of podophyllotoxin cream versus solution. *Int J STD & AIDS* 1996;7:429- 34.

12. Strand A, Brinkeborn R-M, Siboulet A. Topical treatment of genital warts in men, an open study of podophyllotoxin cream compared with solution. *Genitourin Med* 1995;7: 387–90.
13. Lacey CJ, Goodall RL, Tennvall GR, Maw R, Kinghorn GR, Fisk PG *et al.* Randomised controlled trial and economic evaluation of podophyllotoxin solution, podophyllotoxin cream, and podophyllin in the treatment of genital warts. *Sexually Transmitted Infections*.2003;79:270-5.
14. Edwards, A., Atma R, A., and T, R.N. Podophyllotoxin 0.5% v podophyllin 20% to treat penile warts. *Genitourinary Medicine* 1988;64:263-5.
15. Mazurkiewicz W, Jablonska S. Clinical efficacy of Condyline (0.5% podophyllotoxin) solution and cream versus podophyllin in the treatment of external condylomata acuminata. *Journal of Dermatological Treatment* 1990;1:123-5
16. Komericki P, Akkilic-Materna M, Strimitzer T, Aberer W. Efficacy and safety of imiquimod versus podophyllotoxin in the treatment of genital warts. *Sex Transm Dis* 2011;38:216-8
17. Beutner KR, Tyring SK, Trofatter KF, Jr., Douglas JM, Jr., Spruance S, Owens ML *et al.* Imiquimod, a patient-applied immune-response modifier for treatment of external genital warts. *Antimicrobial Agents & Chemotherapy*.1998;42:789-94
18. Beutner KR, Spruance SL, Hougham AJ, Fox TL, Owens ML, Douglas JM, Jr. Treatment of genital warts with an immune-response modifier (imiquimod). *J Am Acad Dermatol* 1998;.38:230-9
19. Edwards L, Ferenczy A, Eron L, *etal.*Self-administered topical 5% imiquimod cream for external anogenital warts. *Arch Dermatol* 1998;134:25–30
20. Fife KH, Ferenczy A, Douglas JM, Jr., Brown DR, Smith M, Owens ML *et al.* Treatment of external genital warts in men using 5% imiquimod cream applied three times a week, once daily, twice daily, or three times a day. *Sex Transm Dis* 2001;.28:226-31
21. Garland SM, Waddell R, Mindel A, Denham IM, McCloskey JC. An open-label phase II pilot study investigating the optimal duration of imiquimod 5% cream for the treatment of external genital warts in women. *Int J STD & AIDS* 2006;17:448-52

22. Schofer H, Van Ophoven A, Henke U, Lenz T, Eul A. Randomized, comparative trial on the sustained efficacy of topical imiquimod 5% cream versus conventional ablative methods in external anogenital warts. *European Journal of Dermatology* 2006;16:642-8
23. Arican O, Guneri F, Bilgic K, Karaoglu A. Topical imiquimod 5% cream in external anogenital warts: A randomized, double-blind, placebo-controlled study. *Journal of Dermatology* 2004;31:627-31
24. Stone KM, Becker TM, Hagdu A, et al..Treatment of external genital warts: a randomized clinical trial comparing podophyllin, cryotherapy and electrodesiccation. *Genitourin Med* 1990;66:16–19
25. Godley MJ, Bradbeer CS, Gellan M, et al. Cryotherapy compared with trichloroacetic acid in treating genital warts. *Genitourin Med* 1987;63:390–2
26. Handley JM, Maw RD, Horner T, Lawther H, McNeill T, Dinsmore WW. Non-specific immunity in patients with primary anogenital warts treated with interferon alpha plus cryotherapy or cryotherapy alone. *Acta Dermato-Venereologica* 1992;72:39-40
27. Sherrard J, Riddell L. Comparison of the effectiveness of commonly used clinic-based treatments for external genital warts. *Int J STD & AIDS* 2007;18:365-8
28. Panici PB, Scambia G, Baiocchi G, Perrone L, Pintus C, Mancuso S. Randomized clinical trial comparing systemic interferon with diathermocoagulation in primary multiple and widespread anogenital condyloma. *Obstet Gynecol* 1989;74:393-7
29. Jensen SL. Comparison of podophyllin application with simple excision in clearance and recurrences of perianal condylomata acuminata. *Lancet* 1985;ii:1146–8
30. Khawaja HT. Treatment of condyloma acuminatum. *Lancet*.1986;i:208-9
31. Khawaja HT. Podophyllin versus scissor excision in the treatment of perianal condylomata acuminata: a prospective study. *Brit J Surg* 1989;76:1067-8

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: