

ՀԱՅԱՍՏԱՆԻ ՀԱՆՐԱՊԵՏՈՒԹՅԱՆ  
ԱՌՈՂՋԱՊԱՀՈՒԹՅԱՆ ՆԱԽԱՐԱՐՈՒԹՅՈՒՆ

«ԱՐԱՔԿԻՐ» ԲԺՇԿԱԿԱՆ ՀԱՄԱԼԻՐ – ԵՐԵՎԱՆԵՐԻ ԵՎ ԳԵՌԱՀԱՄՆԵՐԻ  
ԱՌՈՂՋՈՒԹՅԱՆ ԻՆՍՏԻՏՈՒՏ

ՄԱՆԿԱԿԱՆ ԲԺՇԿՆԵՐԻ ՀԱՅԿԱԿԱՆ ԱՍՈՑԻԱՑԻԱ

## Տղաների և պատանիների սեռական օրգանի նորմալ և պաթոլոգիական վիճակների քննարկում

Մեթոդական ձեռնարկ



Երևան - 2013

ՀԱՅԱՍՏԱՆԻ ՀԱՆՐԱՊԵՏՈՒԹՅԱՆ  
ԱՌՈՂՋԱՊԱՀՈՒԹՅԱՆ ՆԱԽԱՐԱՐՈՒԹՅՈՒՆ

«ԱՐԱԲԿԻՐ» ԲԺՇԿԱԿԱՆ ՀԱՄԱԼԻՐ – ԵՐԵՒԱՆԵՐԻ ԵՎ ԴԵՌԱՀԱՍՆԵՐԻ  
ԱՌՈՂՋՈՒԹՅԱՆ ԻՆՍՏԻՏՈՒՏ

ՄԱՆԿԱԿԱՆ ԲԺԻՇԿՆԵՐԻ ՀԱՅԿԱԿԱՆ ԱՍՈՑԻԱՑԻԱ

«ՀԱՍՏԱՏՈՒՄ ԵՄ»

ՀՀ Առողջապահության նախարարի տեղակալ

Ս.Գ.Սահակյան  
2013թ.



**Տղաների և պատանիների սեռական  
օրգանի նորմալ և պաթոլոգիական  
վիճակների քննարկում**

**Մեթոդական ձեռնարկ**

**Երևան - 2013**

## Հեղինակներ՝

Աստրիկ Վարդանյան

Բժշկական մարդաբան, Կալիֆորնիայի  
պետական համալսարան, Նորթրիդջ  
Էլ.փոստ՝ [info@haikproject.org](mailto:info@haikproject.org)

Սերգեյ Բաբլոյան

Մանկական ուրոլոգ, «Արաբկիր» ԲՀ-ԵԴԱԻ,  
ԵՊԲՀ մանկական վիրաբուժության ամբիոնի  
ասիստենտ  
Էլ.փոստ՝ [sergobabloyan@yahoo.com](mailto:sergobabloyan@yahoo.com)

## Խորհրդատուներ՝

Պրոֆ. Արա Բաբլոյան

Մանկական ուրոլոգ, Երևանի Մ. Հերացու  
անվ. Պետական բժշկական համալսարանի  
(ԵՊԲՀ) Մանկական վիրաբուժության ամբիոնի  
վարիչ  
Էլ.փոստ՝ [aramc@arminco.com](mailto:aramc@arminco.com)

Պրոֆ. Արմեն Մուրադյան

Ուրոլոգ, ՀՀ ԱՆ գլխավոր մասնագետ  
Էլ.փոստ՝ [muradyan\\_a@yahoo.com](mailto:muradyan_a@yahoo.com)

Սահակ Առաքելյան

Մանկական ուրոլոգ, Ուրոլոգիական  
ծառայության ղեկավար, «Արաբկիր» ԲՀ-ԵԴԱԻ  
Էլ.փոստ՝ [sahakarakelyan@yahoo.com](mailto:sahakarakelyan@yahoo.com)

Համբարձում Սիմոնյան

Մանկաբույժ, ՀՕՖ պարգացման և  
առողջապահական ծրագրի ղեկավար  
Էլ.փոստ՝ [hsimonyan@far.am](mailto:hsimonyan@far.am)

## **Գրախոսներ՝**

- Ս.Վ.Ֆանարջյան, բ.գ.դ., Երևանի Պետական բժշկական համալսարանի ուրոլոգիայի ամբիոն, Միքայելյան վիրաբուժության ինստիտուտ
- Գ.Գ.Էյրամջյան, բ.գ.թ. Երևանի Պետական բժշկական համալսարանի մանկ. վիրաբուժության ամբիոնի դոցենտ

Սույն մեթոդական ձեռնարկը նախատեսված է մանկաբույժների, ընտանեկան բժիշկների, վիրաբույժների, մանկական ուրոլոգների և այլ մասնագետների համար

Մեթոդական ձեռնարկը հրատարակվել է ՀՀ առողջապահության նախարարության պատվերով

## **Բովանդակություն**

**Գլուխ I Արական սեռական օրգանի բնականոն պարզացում, յատրոգենիկ միջամտություններ, ճիշտ հիգիենա և խնամք**

Արական սեռական օրգանի անատոմիան և ֆիզիոլոգիան

Սմեզմա

Թլիփի իմունոլոգիական ֆունկցիաները

Թլիփի բնականոն պարզացումը

Ֆիզիոլոգիական ֆիմոզ կամ բնական չոետրակցվող թլիփ

Ցատրոգեն վնասվածք. ուժի գործադրումով թլիփի վաղաժամ ուժով բացումը՝ ոետրակցիան

Սեռական օրգանի հիգիենա և խնամք

**Գլուխ II Առնանդամի բնածին արատներ, թլիփի պաթոլոգիաների ու սուր վիճակների ախտորոշում և վարում**

Հիպոսպադիա, էպիսպադիա

Պոստիտ, Բալանիտ, Բալանոպոստիտ

Բնական չբացվող թլիփ

Իրական ֆիմոզ

Պարաֆիմոզ

Նեղ մասնագիտական շտապ խորհրդատվության կարիք ունեցող այլ դեպքեր

**Գլուխ III Տղա երեխաների թլիփատում. տարածվածությունը և պատճառները**

Թլիփատումը որպես հիվանդությունների կանխարգելման միջոց

Միլուդինների բորբոքում: Սեռավարակներ:

Ծախսարդյունավետություն և ռիսկ-օգտակարություն

Բացասական հետևանքներ

Անմիջական և երկարատև բարդություններ

**Գլուխ IV Վաղաժամ ոետրակցիայի և թլիփատման բիոէթիկական խնդիրները**

**Գլուխ V Միջազգային և հայկական առողջապահական**

**կապմակերպությունների հայտարարությունները թլիփատման վերաբերյալ**

**Ամփոփում**

**Նկարներ**

**Գրականության ցանկ**

## Գլուխ I

### Արական սեռական օրգանի բնականոն վարգացում, յատրոգենիկ միջամտություններ, ճիշտ հիգիենա և խնամք

#### Արական սեռական օրգանի անատոմիան և ֆիզիոլոգիան

Արական սեռական օրգանի (առնանդամի) մեջ տարբերակում են գլխիկ (լատ.՝ *glans penis*), մարմին (*corpus penis*) և հիմք (*radix penis*): Մարմնի կառուցվածքային բաղադրիչներից են անձավային և սպունգանման մարմինները, արտաքին թլիփի ծածկույթը, ներքին թլիփի շերտը, միսկեր և վզիկը (նկար 1): Թլիփը (*foreskin*) արտաքին սեռական օրգանի մաս կազմող բարդ կառուցվածք է, որն առկա է բոլոր պրիմատների, այդ թվում և մարդկանց մոտ, շուրջ 65 մլն. տարի: Թլիփն ունի բազմաթիվ անատոմիական և ֆիզիոլոգիական ֆունկցիաներ և կազմում է առնանդամի մաշկային համակարգի մոտավորապես կեսը: Այն երկտակ հյուսվածք է, որը ծածկում է առնանդամի գլխիկը, դրսից՝ մաշկով, իսկ ներսից՝ լորձաթաղանթով, այնպես, ինչպես օրինակ՝ աչքի կոպի կամ բերանի խոռոչի ներսնամասը: Թլիփը հատուկ էռոգեն մաս է և էմբրիոլոգիապես համարժեք է կլիտորիսի ծածկույթին (*clitoral hood*): Այն ունի արյան անոթների մեծ քանակություն և նյարդային վերջույթների հարուստ ցանց:

Երբ թլիփը ամբողջովին բաժանվում է գլխիկից, որը սովորաբար տեղի է ունենում մինչև սեռահասունությունը (տե՛ս Գլուխ II), թլիփը բացվում է և հեշտորեն կարող է շարժվել ետ ու առաջ: Այս ֆունկցիան կոչվում է «սահող մեխանիզմ» (*gliding mechanism*): Հասուն տարիքում, սահող մեխանիզմը սեռական հարաբերության ժամանակ պակասեցնում է տրորումը և քերծվածքների հնարավորությունը: Թլիփը կպած է գլխիկին առնանդամի ստորին մասում գտնվող սանձիկով (*frenulum*): Թլիփի ծայրամասը, որտեղ միանում են թլիփի ներքին և արտաքին մասերը, երիվվում է Թեյլորի ծալքավոր օղակով (*Taylor's ridged band*):<sup>2</sup> Մաշկալորձաթաղանթային սահմանում գտնվող այս ծալքավոր օղակը խիտ ակոսներից բաղկացած հյուսվածք է, հարուստ նյարդային վերջույթներով, ինչպիսիք են Մեյսների մարմնիկները և Կոաուլի երկարաձիգ նյարդաթելիկները (նկար 2): Եվ՝ սանձիկը, և՛ ծալքավոր օղակը չափապանց էռոգեն հյուսվածքներ են, ըստ որոշ հետազոտությունների՝ ավելի պայուն, քան նույնիսկ գլխիկը:<sup>3</sup>

Թլիփը ծածկում և պաշտպանում է գլխիկը և միսկի արտաքին բացվածքը: Ետ քաշվելուց հետո թլիփը կրկին վերադառնում է իր բնական առաջնային դիրքին՝ հարթ մկա-

նաթելերի շնորհիվ: Այս մեխանիզմը գործում է որպես միակողմանի փական, մի կողմից չի խոչընդոտում միկարձակությանը, մյուս կողմից՝ արգելում վարակածին մանրէների մուտքը միպուկ:

## **Սմեգմա**

Սմեգման (հուն․՝ *οδων, smēgma*) թլիփի տակ արտադրվող բնական փափկացուցիչ նյութ է, որն օժում է գլխիկը և թլիփը: Այն արտադրվում է թե՛ կանանց, և թե՛ տղամարդկանց մոտ: Վերջիններիս մոտ սմեգման պրոստատիկ և սերմնահեղուկային արտադրությունների, քայքայված էպիթելյալ բջիջների, ինչպես նաև միպուկում գտնվող Լիթրեի գեղձից արտադրված լորձի խառնուրդ է: Նորածնային շրջանում, երբ թլիփը միահյուսված է գլխիկին, սմեգման դուրս է գալիս թլիփի բացվածքից սպիտակ մանր բյուրեղիկների տեսքով: Ոչ մի դեպքում սմեգման չպետք է դիտարկել որպես գրգռիչ, քաղցկեղածին կամ ոչ հիգիենիկ նյութ: Սմեգման օգտակար է և ունի հակաբակտերիալ, հակավիրուսային հատկություններ:<sup>4</sup> Այն մաքրում և օժում է գլխիկն ու թլիփի ներքին թիթեղը՝ գլխիկի լորձաթաղանթը պահելով փափուկ և էլաստիկ, որը նպաստում է էրեկցիային և ներթափանցմանը:

## **Թլիփի իմունոլոգիական ֆունկցիաները**

Թլիփի ներքին թերթիկը պարունակում է ապոկրին գեղձեր, որոնք արտադրում են հատուկ «խմորիչ» նյութեր՝ լիպոցիմներ: Դրանք ֆերմենտներ են, որոնք առկա են նաև արցունքի, մայրական կաթի և այլ արտազատվող հեղուկների մեջ: Լիպոցիմները օգնում են պաթոգեն բջիջների պատի քայքայմանը: Թլիփի վերնաշերտում (էպիդերմիս) պարունկվող Լանգերհանս բջիջներն արտադրում են ցիտոկային և լանգերիններ, որոնք ունեն իմունոլոգիական հատկություններ: Լանգերհանսները որսում և հարձակվում են ՄԻԱՎ-1 վիրուսի վրա և պատնեշում այն:<sup>5</sup> Ավելին, թլիփի հյուսվածքի արյան անոթների խիտ համակարգն ապահովում է ֆագոցիտների մեծ քանակություն, որոնք իրենց հերթին դիմադրում են ախտածին մանրէների ներթափանցմանը:

Վերը նշված անատոմիական կառուցվածքները և ֆունկցիաները փոփոխվում, պակասում կամ իսպառ վերանում են թլիփատման հետևանքով: Վիրահատությամբ «մերկացված» առնանդամը կորցնում է էվոլյուցիայի արդյունքում երկարատև ձևավորված հատկությունները. շարժական երկշերտ մաշկը փոխարինվում է միաշերտ անշարժ մաշկով, հեռացվում են առնանդամի ամենազգայուն մասերը՝ Թեյլորի ծալքավոր օղակը և սանձիկը, վերանում են բակտերիցիդ արտազատումները՝ սմեգման,

լիզոցիմները, լանգերինները և այլն: Առանց թլիփի պաշտպանության, բաց գլխիկը և միզուկը կարող են ենթարկվել վնասվածքների, ինչպես նաև ախտահարվել պաթոգեններով: Ավելին, թլիփի հեռացումով թլիփի զգայուն լորձաթաղանթային ծածկույթը ժամանակի ընթացքում վերածվում է եղջերացած մաշկի<sup>6</sup> (տե՛ս Գլուխ III): Այսպիսով, ցանկացած բժշկական միջամտություն պետք է ձգտի առավելագույնս պահպանել սեռական օրգանի հյուսվածքները և նրա անատոմիական ու ֆունկցիոնալ կառուցվածքները:

### **Թլիփի բնականոն վարգացումը**

Քառասունական թվականներին Գարդները առաջարկել է, թե թլիփը կարող է բացվել վաղ մանկությունում:<sup>7</sup> Այս կարծիքը տասնամյակներ շարունակ իշխել է գրականության մեջ, ներթափանցել նաև Խորհրդային գրականություն և պրակտիկա: Զարմանալիորեն, այն դեռևս նշվում է նաև եվրոպական առաջատար աղբյուրներում:<sup>8</sup> Սակայն տարբեր էթնիկ խմբերում կատարված բազմաթիվ հիմնավորված հետազոտություններ վկայում են, որ թլիփի բնականոն բաժանումը և ետ քաշումը գլխիկից (ռետրակցիա) սովորաբար տեղի է ունենում շատ ավելի ուշ, երբեմն նույնիսկ պատանեկության վերջում:<sup>9,10</sup> Նորածին տղաների մեծամասնության մոտ թլիփի բացվածքը սովորաբար բավական նեղ է և հիմնականում հնարավոր չէ ետ քաշել: Ավելին, վաղ մանկությունում թլիփի ներքին շերտը սովորաբար միահյուսված է գլխիկին (նկար. 3, 4): Սա ֆունկցիոնալ նշանակություն ունի. վաղ հասակում թլիփը պաշտպանում է նուրբ գլխիկը մեխանիկական վնասվածքից, ինչպես նաև մեզի և կեղտի ամոնիակային միջավայրից: Թլիփի ռետրակցիայի ոչ մի ճշգրիտ տարիք չկա, և տղաների մոտ վարգացման տարբերությունները միանգամայն բնական են: Չռետրակցվող թլիփը բնական վիճակ է ինչպես նորածնային հասակում, այնպես էլ մանկության ընթացքում և նույնիսկ, որոշ դեպքերում, նաև մինչև սեռահասունության ավարտը: Տղաների 44%-ի մոտ 10-11 տարեկանում թլիփն ամբողջովին բացվում է, իսկ մինչև 18 տար. այն բացված է լինում 95%-ի մոտ:<sup>11</sup> Ըստ որոշ տվյալների, թլիփի բացվելու միջին տարիքը 10.4 տարեկանն է:<sup>12</sup>

Այսպիսով, չբացվող թլիփը հիվանդություն չէ և չի՛ պահանջում բուժում: Չբացվող թլիփը կարող է միզելիս փուչիկի նման ուռչել: Սա նույնպես անվնաս է և միջամտություն չի պահանջում (նկար 5):<sup>13</sup>

### **Ֆիզիլոգիական ֆիմոզ կամ բնական չնետրակցվող թլիփ**

Ֆիմոզ տերմինը բավական անորոշ հասկացություն է. հարկավոր է հստակ տարբերակում մտցնել նորմալ, դեռևս չբացվող թլիփի, և պաթոլոգիական՝ ձեռքբերովի ֆիմոզի միջև: Մանկությունում, և որոշ դեպքերում նույնիսկ պատանեկությունում, թլիփի բնական ետ չբաշվելը չպետք է դիտարկվի որպես պաթոլոգիա, ոչ էլ պետք է սխալ կերպով ախտորոշվի որպես ֆիմոզ:<sup>14</sup> Բուժաշխատողների մեծամասնությունը տեղեկացված չեն թլիփի բնականոն վարգացման մասին, որը հանգեցնում է նորմալ, միանգամայն առողջ, չբացված թլիփի ախտորոշմանը և բուժմանը որպես «ֆիմոզ»: Հետազոտությունները ցույց են տվել, որ «ֆիմոզի» համար թլիփատված երեխաների մոտ 50%-ը ունեցել են նորմալ հիստոլոգիա և գտնվել սեռական օրգանի տիպիկ վարգացման փուլում:<sup>15</sup> Որևէ ախտանշանի բացակայության դեպքում (տե՛ս Գլուխ II) թլիփի ետ չբաշվելը պետք է դիտվի որպես բնականոն վարգացման էտապ, որը չի պահանջում որևէ բժշկական միջամտություն նույնիսկ մինչև պատանեկության վերջը:<sup>16</sup> Եթե պատանեկության վերջում թլիփը դեռ չի բացվում, ապա կարելի է փորձել թլիփի վզույշ ձգման և լայնացման վարժություններ<sup>17</sup> (տե՛ս Գլուխ II):

### **Ցատրոգեն վնասվածք. ուժի գործադրումով թլիփի վաղաժամ բացումը՝ ուետրակցիան**

Քանի որ թլիփի վարգացման որոշակի շրջանում դրա ներքին շերտը միահյուսված է գլխիկին, այդ իսկ պատճառով այն չի կարող բացվել: Վաղաժամ, ուժով ետ քաշելը կարող է առաջացնել յատրոգենիկ (բժշկի պատճառած) վնասվածք: Թլիփը չպետք է ուժով բացել, քանի որ միակցական՝ սինեխիալ թաղանթը կարող է պատռվել՝ ստեղծելով բաց վերք: Սա վարակների նկատմամբ խոցելի է դարձնում հատկապես «տակը կեղտոտող» երեխային: Թլիփն ուժով բացելը, հատկապես գործիքներով, կարող է առաջացնել պատռվածքներ, արյունահոսություն, գլխիկի և թլիփի խորը քերծվածքներ:<sup>18</sup> Ռետրակցիան կարող է անդարձելի հետևանքներ ունենալ. օրինակ՝ թլիփի շրջանաձև սպի և կպումներ, որոնք հետագայում կարող են պահանջել վիրահատական միջամտություն: Թլիփի ուժով բացումը իսկական՝ ձեռքբերովի ֆիմոզի և պարաֆիմոզի հիմնական պատճառն է<sup>19</sup> (նկար. 6,7,8): Թլիփի բակտերիալ հավասարակշռությունը վաղաժամ խախտելով, այն ժամանակ, երբ այն դեռ անպաշտպան է, կարող է առաջացնել միլուղիների ինֆեկցիա, բալանիտ և բալանոպոստիտ, ինչպես նաև հակաբիոտիկներին ռեզիստենտ բակտերիալ ինֆեկցիաներ<sup>20</sup> (նկար 9): Ինֆեկցիայի հնարավորությունը մեծանում է, երբ այս՝ արդեն իսկ

անօգուտ և վնասակար միջամտությունը կատարվում է ոչ ստերիլ միջավայրում, առանց անտիսեպտիկ միջոցառումների և ձեռնոցների:

Լուրջ մտահոգության է արժանի Ամերիկյան մանկաբուժական ակադեմիայի 2012 թ.-ի չափորոշիչ հայտարարության մեջ նշված հետևյալ կարծիքը. «Նորածնային հասակում առկա կպումների մեծ մասը բացվում են 2-4 ամսական հասակում...»: Առաջինը, պետք է տարբերակել կպումն ու միահյուսումը. կպումը պաթոլոգիական է և առկա չէ առողջ նորածինների մոտ: Դրան հակառակ, թլիփը և գլխիկը մանկական տարիքում համարյա մշտապես միահյուսված են սինեխիալ թաղանթով. սա ֆիզիոլոգիական է և միանգամայն նորմալ: Երկրորդ, Ասոցիացիայի այս կարիծիքն անհիմն և սխալ հայտարարություն է, որը կարող է վտանգել հազարավոր երեխաների առողջությունը, քանզի նրանք, ում թլիփը ռետրակցվող չէ 2 - 4 ամսականում (երեխաների 95%-ը), կարող են ենթարկվել սխալ բուժումների և յատրոգենիկ վնասվածքների:<sup>21</sup>

Ուժով ռետրակցիան առաջացնում է նաև բիոէթիկական խնդիրներ: Էթիկապես ճիշտ չէ, որ բժիշկը կամ ծնողը երեխայի սեռական օրգանը ենթարկի անտեղի միջամտությունների: Վերջապես, անբնական, ուժով ռետրակցիան երեխայի համար կարող է ցավոտ լինել և՛ ֆիզիկապես, և՛ հոգեբանորեն: Հետապոստությունները ցույց են տվել, որ սեռական օրգանի վրա ցավոտ բժշկական միջամտություններից հետո երեխաների մոտ կարող է առաջանալ վախ և այլ հոգեբանական բարդույթներ թե՛ բժշկի, թե՛ ծնողների, և թե՛ իր իսկ սեփական սեռական օրգանների նկատմամբ:<sup>22</sup>

### **Սեռական օրգանի հիգիենա և խնամք**

Տղա երեխայի խնամքը հեշտ է և մեծ ջանք չի պահանջում: Հաճախ բժիշկները ծնողներին խորհուրդ են տալիս ամեն լոգանքի ժամանակ ստուգել երեխայի թլիփի բացվածությունը և հետզհետե այն ետ տանել: Դրա կարիքը չկա. թլիփը բացելու ոչ մի փորձ չպետք է արվի՝ ուժով կամ նույնիսկ «պզուշորեն»: Բժիշկները պետք է ծնողին սովորեցնեն մի պարզ կանոն. «Լվա՛ այն, ինչ երևում է», քանի դեռ թլիփը ետ չի քաշվում: Միայն դրսից լվացումը տաք ջրով միանգամայն բավական է: Եթե երեխան ոչ մի գանգատ չունի, որևէ կարիք չկա հատուկ լվացումների, մաքրումների կամ անտիսեպտիկ միջոցների: Երեխայի սեռական օրգանը պետք է հանգիստ թողնել:<sup>23</sup>

Եթե երեխայի թլիփը ամբողջովին բացվում է, ապա պետք է նրան սովորեցնել ժամանակ առ ժամանակ այն ետ տանել և լվանալ միայն տաք ջրով: Սեռահասունության ժամանակ, եթե

իհարկե տղայի թլիփը ամբողջովին բացվում է, պետք է նրան սովորեցնել լոգանքի ժամանակ այն ետ տանել և լվանալ տաք ջրով և մեղմ օձառով, ապա նորից ծածկել թլիփը: Օձառների չափից շատ օգտագործումը կարող է խախտել թթվահիմնային հավասարակշռությունը և պատճառ դառնալ կրկնվող բալանիտների (առնանդամի գլխիկի բորբոքում):<sup>24</sup> Թլիփի տակ գտնվող նորմալ միկրոֆլորան, սմեգմայի առկայության պայմաններում, կատարյալ միջավայր է թլիփը և գլխիկը առողջ և մաքուր պահելու համար (հիշենք, որ սմեգման հունարեն նշանակում է օձառ): Այն ավելի ապահով է, քան օձառը, որը կարող է գրգռիչ լինել:

Այսպիսով, երբեք մի՛ բացեք երեխայի թլիփն առանց որևէ լուրջ ախտանշանի առկայության և մի՛ սովորեցրեք ծնողներին, որ իրենք դա անեն լոգանքի ժամանակ: Առաջին մարդը, որ թլիփը ետ կտանի, պետք է հենց ինքը երեխան լինի, քանզի նա երբեք չի վնասի ինքն իրեն: Ոսկե կանոն. եթե երեխան կարող է տեսնել գլխիկը, ուրեմն նա բավականաչափ մեծ է և ծնողների կողմից սեռական օրգանի վնասման կարիք չունի: Ինչպես օրինակ, էթիկական չէ ստուգել, ուսումնասիրել աղջիկների կուսաթաղանթը, այնպես էլ չի՛ կարելի բացել և վննել տղայի թլիփի տակ: Բժիշկները և ծնողները պետք է հասկանան, որ առանց որևէ լուրջ ախտանշանի, նրանք երբեք չպետք է ձեռք տան տղայի սեռական օրգանին (բացառությամբ ամորձիների դիրքը ստուգելիս): Թլիփը կբացվի հանկարծակի կամ հետզհետե, ի՛ր իսկ վարգացման արդյունքում, և ի՛ր իսկ տիրոջ օգնությամբ:

Բորբոքումների կարող են բերել հետևյալ պատճառները.

- ջրազրկման արդյունքում՝ մեզի խտացումը և բյուրեղացումը
- Կեղտոտ տակաշորի մեջ երկարատև մնալը
- Փրփուրներով հաճախակի լոգանքները, ուժեղ օձառների և լվացքի փոշիների օգտագործումը
- Ուժեղ քլորացված ջուրը
- Հակաբիոտիկների օգտագործումը
- Ցատրոգենիկ (բժշկի կողմից պատճառված) միջամտությունները:

Այս բորբոքումների առկայության դեպքում կարելի է կիրառել հետևյալ քայլերը.

- մեզի նոսրացման նպատակով մեծ քանակությամբ ջրի օգտագործում

- Սեռական օրգանը բաց պահել օրվա ընթացքում առանց տակաշորի, որպեսզի այն շփվի օդի հետ (չի վերաբերվում թլիփը ետ քաշելուն)
- Ցնցուղի փոխարեն, լոգանք կատարել մաքուր, առանց օձառի ջրի մեջ, որպեսզի բյուրեղացված մեզի մասնիկները փափկեն և հեշտությամբ դուրս գան
- Ճիշտ կերակրել երեխային՝ սահմանափակելով «արագ» (բարձր գլիկեմիկ ինդեքսով) ածխաջրատները և փոխարենը ավելացնել կաթնաթթվային մանրէների աղբյուրները՝ մածուն, Նարինե կամ այլ կաթնաթթվային մթերքներ, հակաբիոտիկներից խախտված բակտերիալ հավասարակշռությունը վերականգնելու համար
- Լվացում կատարել կերակրի սոդայի 25% - ոց լուծույթով
- Քսել Նարինեի/Ացիդոֆիլուսի քուլքն ուղղակի թլիփի վրա
- Դադարեցնել և խուսափել որևէ մանիպուլյացիաներից:

Նման բորբոքումների ժամանակ կարիք չկա բացել թլիփը: Վերը նշված բոլոր միջոցառումները պետք է կատարվեն արտաքինից:

## **Գլուխ II**

### **Առնանդամի բնածին արատներ, թլիփի պաթոլոգիաների ու սուր վիճակների ախտորոշում և վարում**

#### **Հիպոսպադիա**

Հիպոսպադիան միզուկի բնածին արատ է, որի դեպքում միզուկը թերվարգացած է: Այս դեպքում մեատուսը (միզուկի բացվածքը) կարող է անբնականորեն բացվել առնանդամի ստորին մակերեսին՝ միզուկի ակոսի վրա որևէ կետում: Թեթև դեպքերում հիպոսպադիկ միզուկը բացվում է գլխիկի հիմքի մոտ, սակայն ավելի ծանր դեպքերում այն կարող է բացվել առնանդամի հիմքի շրջանում, ամորձապարկի, կամ անգամ՝ շեքի վրա: Արատը երբեմն ուղեկցվում է առնանդամի ծովածուխյամբ:

#### **Էպիսպադիա**

Էպիսպադիան մի այլ տեսակի բնածին արատ է, որի դեպքում միզուկի բացվածքը գտնվում է առնանդամի վերին (դորսալ) մակերեսին:

## **Բուժում**

Հիպոսպադիայի և էպիսպադիայի բուժումը բացառապես վիրահատական է, որն իրենից ներկայացնում է միզուկի պլաստիկ մինչև առնանդամի գլխիկի ծայրը և առնանդամի ծովածության շտկում: Հիպոսպադիայի կամ էպիսպադիայի առկայության դեպքում թլիփատումը հակացուցված է, բացառությամբ այն դեպքերի, եթե թլիփն օգտագործվելու է որպես դոնոր հյուսվածք՝ միզուկի պլաստիկայի իրականացման համար: Առաջարկվել են հիպոսպադիայի ուղղման ավելի կոնսերվատիվ մոտեցումներ, որոնց դեպքում պահպանվում է թլիփը:<sup>25</sup>

**Պոստիտ - Թլիփի բորբոքում**

**Բալանիտ - Առնանդամի գլխիկի բորբոքում (նկար 10)**

**Բալանոպոստիտ - Առնանդամի գլխիկի և թլիփի բորբոքում:**

## **Բուժում**

Բորբոքային վիճակների՝ պոստիտի, բալանիտի և բալանոպոստիտի դեպքերում, խորհուրդ է տրվում լոգանք, տեղային կամ բերանացի հակաբիոտիկների օգտագործում: Ացիդոֆիլուսի քուլքն ուղղակի թլիփի վրա քսելն օգնում է վերականգնել առողջ բակտերիալ միջավայրը:<sup>26</sup> Կարելի է փորձել սողայի լուծույթով լոգանքներ: Ավելի ինտենսիվ միջոցառում է տեղային ստերոիդների օգտագործումը:

## **Բնական չբացվող թլիփ**

Չբացվող թլիփը նորմալ վիճակ է նորածնային հասակում, մանկությունում և նույնիսկ պատանեկությունում, սակայն որպես կանոն սխալաբար ախտորոշվում է որպես «ֆիմոզ» (տե՛ս Գլուխ I): Սակայն, եթե թլիփը չի բացվում սեռահասունությունից էլ հետո, ապա այն կարող է խոչընդոտել սեռական ֆունկցիային, և կարիք է առաջանում որոշակի միջամտությունների:

## **Բուժում**

Եթե չբացվող թլիփը անհանգստություն է պատճառում և խոչընդոտում է սեռական ակտին, ապա խորհուրդ է տրվում լոգանքի ժամանակ մատների ծայրով բացել թլիփի շուրթերը՝ լայնացնելով ծայրը օղակող հյուսվածքները:

Պատանեկական տարիքում լիարժեք ռետրակցիայի հասնել հնարավոր է, եթե թլիփի բացվածքը չգուշորեն և հետպահետ հետ ձգվի դեպի առնանդամի հիմքը: Սա կարելի է արդյունավետորեն կիրառել լոգանքի ժամանակ, երբ փափկում է մաշկը և էլաստիկ դառնում: Պատանիներին կարելի է խորհուրդ տալ ձգման

գործողությունը կատարել նաև վազելինի օգնությամբ: Նաև կարևոր է պոզացիան, որ ձգման վարժությունները պետք է կատարվեն առանց ուժի գործադրման, և ավարտից հետո թլիփը պետք է բերել առաջ և ծածկել գլխիկը:<sup>27</sup> Խորհուրդ չի տրվում ծնողների և բժիշկների միջամտությունը: Սեռահասունության տարիներին պատանին ինքնուրույն կարող է բացել իր թլիփը: Եթե այս գործողությունը ծայրահեղ ցավ է պատճառում, և սովորական ձգման վարժությունները արդյունավետ չեն, ապա լայնացնելիս կարելի է թլիփի բացվածքին նաև քսել տեղային ստերոիդներ՝ խորհրդակցելով մասնագետի հետ:<sup>28</sup>

Փուլիկի լայնացման մեթոդը (ballon dilatation) նույնպես արդյունավետ է թլիփի լայնացման համար: Թլիփի պլաստիկան բավական ինվազիվ է և դրանից պետք է հնարավորինս խուսափել: Այնուամենայնիվ, երբեմն առաջանում է թլիփի պլաստիկայի անհրաժեշտություն, որն, իհարկե, ավելի նախընտրելի է թլիփատումից:

### **Իրական ֆիմոզ**

Իրական ֆիմոզը թլիփի բացվածքի սպիական նեղացումն է, որը սովորաբար առաջանում է թլիփի կամ գլխիկի կրկնվող բորբոքումների արդյունքում: Վաղաժամ, ուժով ռետրակցիան, որը պատռում է սինեխիալ մեմբրանը, նույնպես կարող է իրական սպիական ֆիմոզի պատճառ լինել (տե՛ս Գլուխ II): Հաճախ, սպիացումն ու կպումները առկա են առնանդամի քաղցկեղի պարագայում: Դա բերում է այն տեսակետին, թե ֆիմոզը առնանդամի քաղցկեղի առաջացման ռիսկի գործոն է: Սակայն պարզ չէ, թե թլիփի նեղացումը քաղցկեղի պատճառ է, թե՞ հետևանք, քանզի քաղցկեղածին խոցային գոյացությունները կարծրացնում են թլիփը և ոչնչացնում էլաստիկությունն ու շարժունակությունը: Այդ իսկ պատճառով, դժվար է հաստատել պատճառահետևանքային կապը: Այնուամենայնիվ, կարևոր է շեշտել, որ ոչ մի հաստատված կապ չկա մանկական և պատանեկան ֆիպիոլոգիական չռետրակցվող թլիփի և մեծահասակ տարիքում ձեռք բերած քաղցկեղի միջև:

Սակայն, եթե ֆիպիոլոգիական փակ թլիփն անվնաս է, նույնը չի կարելի ասել ձեռքբերովի ֆիմոզի մասին: Սպիական ֆիմոզը համարվում է առնանդամի քաղցկեղի ռիսկի գործոն: Մանկան չբացվող թլիփը ուժով բացելը կարող է առաջացնել թլիփի սպիական ֆիմոզ և բարձրացնել առնանդամի քաղցկեղի հետագա վարգացման ռիսկը. այսինքն, յատրոգենիկ սպիական ֆիմոզ՝ յատրոգենիկ քաղցկեղի հնարավորություն: Սպիական

գոյացություններից խուսափելու համար թլիփի բնականոն վարգացման ընթացքը չպետք է խախտել միջամտություններով:

### **Բուժում**

Պատանեկան շրջանում, անհմաստ վիրահատությունից խուսափելու համար, խորհուրդ է տրվում սկզբնական շրջանում թլիփի բուրբ տիպի նեղացումների առկայության դեպքում կիրառել թլիփի ռետրակցիայի կոնսերվատիվ միջոցառումներ: Օրինակ, պատանիներին պետք է սովորեցնել ինքնուրույն կատարել թլիփի մանուալ լայնացման վարժություններ: Սակայն պահպանողական միջոցառումների արդյունավետության բացակայությունը վկայում է թլիփի բացվածքի շրջանի խիստ սպիական հյուսվածքի առկայության մասին, որի դեպքում սովորաբար տրվում է վիրահատական բուժման ցուցում:

Վիրահատական բուժման ձևերից են՝ թլիփի պլաստիկան և թլփատումը: Հաշվի առնելով թլփատման բարդությունները և անցանկալի հետևանքները (տե՛ս Գլուխ IV)՝ մշտապես խորհուրդ է տրվում կատարել թլիփի պլաստիկա: Թլիփի և գլխիկի վզալի սպիական փոփոխությունների առկայության դեպքում, երբեմն թլփատման կարիք է առաջանում:

### **Պարաֆիմոզ**

Պարաֆիմոզը առնանդամի պաթոլոգիական վիճակ է, որի ժամանակ հետ քաշված թլիփը արգելակվում է գլխիկի ակոսի ետևում, և հնարավոր չի լինում այն առաջ բերել դեպի իր նորմալ, գլխիկը ծածկող դիրք: Պարաֆիմոզը ուրոլոգիական վտանգավոր դեպքերից է, հաճախ յատրոգենիկ ծագման՝ առնանդամի բժշկական պնման, կաթետերիվացիայի կամ ցիստոսկոպիայի հետևանքով առաջացած: **Պարաֆիմոզը պահանջում է անհապաղ բժշկական օգնություն:**

### **Բուժում**

Պարաֆիմոզի դեպքում պետք է պակասեցնել այտուցը, թլիփը փաթաթելով աղաջրի թրջոցով, ձեռքով պոուշորեն սեղմելով առաջ բերել և քաշելով ծածկել գլխիկը: Ծանր պարաֆիմոտիկ վիճակը թեթևացնելու համար երբեմն կարիք է առաջանում թլիփի հետին մակերեսին կտրվածք կատարելու: Եթե թլիփի հյուսվածքը անդարձելի փոփոխություն չի կրել, ապա պարաֆիմոզը թլփատման ցուցում չունի: Թլիփի մեռուկացման առկայության դեպքում ցուցված է թլփատում:

## **Նեղ մասնագիտական շտապ խորհրդատվության կարիք ունեցող այլ դեպքեր**

### **Աճուկային օղակված ճողվածք**

Աճուկային ճողվածքը որովայնամպի արտափքումն է որովայնի առաջային պատի բնածին կամ ձեռքբերովի թույլ դիմադրության կետերից, որը պետք է ունենա 3 բաղկացուցիչ մաս՝ դրունք, ճողվածքապարկ, պարունակություն: Աճուկային ճողվածքի հիմնական բարդությունն է աճուկային ճողվածքի օղակումը: Օղակումն առաջանում է այն դեպքում, երբ ճողվածքապարկի պարունակությունը ճնշվում է ապաներոտիկ օղի կողմից և չի ներուղղվում որովայնի խոռոչ: Կլինիկական նշաններն են անհանգստություն, որովայնի շրջանի ուժեղ սպաստիկ բնույթի ցավեր, լաց, սննդից հրաժարում, փսխում, աճուկային շրջանում այտուցվածության առկայություն (նկար 11): Հաճախ երեխաների մոտ ճողվածքն օղակված է լինում մինչև օղակման էպիկոդը, իսկ որոշ դեպքերում օղակումը լինում է աճուկային ճողվածքի առաջնակի արտահայտում: Վերոհիշյալի առկայության դեպքում հիվանդին անմիջապես տեղափոխում են մանկական կլինիկա՝ հետագա բուժման տակտիկայի ընտրման և կազմակերպման նպատակով:

### **Բուժում**

Միակ եղանակը վիրահատությունն է պլանային կարգով՝ ճողվածքահատում: Աճուկային ճողվածքի օղակման դեպքում հիվանդին անհապաղ ուղարկվում է մանկական կլինիկա՝ վիրաբուժական բաժանմունք:

### **Չիջած ամորձիներ/Կրիպտորխիզմ**

Չիջած ամորձիներ կամ իրական կրիպտորխիզմ տերմինը օգտագործվում է նկարագրելու համար բոլոր այն վիճակները, երբ ամորձին գտնվում է ամորձապարկից (փոշտից) դուրս: Կեղծ կրիպտորխիզմին են վերաբերում այն վիճակները, երբ ամորձին ձգված է վեր, և հնարավոր է մատների օգնությամբ այն իջեցնել փոշտի մեջ: Կրիպտորխիզմը պատկանում է այն հիվանդությունների շարքին, որոնց ախտորոշումը հիմնվում է մանրակրկիտ իրականացված պննման տվյալների վրա, մինչդեռ երեխայի ծնողները կարող է և չներկայացնեն գանգատներ: Չիջած ամորձու ախտորոշումը դրվում է երեխայի ծնողների կողմից կամ բժշկի կողմից երեխայի առաջին իսկ պննման ժամանակ:

## **Բուժում**

Կոնսերվատիվ (հորմոնալ) բուժումն անցկացվում է երկկողմանի կրիպտորիսիդմի դեպքում: Մնացած բոլոր դեպքերում ցուցված է վիրահատական բուժում: Վիրահատական բուժումն իրականացնում է համապատասխան որակավորում ունեցող մանկական վիրաբույժը կամ ուրոլոգը՝ հիվանդանոցային (ստացիոնար) պայմաններում:

## **Սուր փոշտ**

Սուր փոշտը՝ հավաքական ախտորոշում է, որն իր մեջ ընդգրկում է մի քանի հիվանդություններ և արտահայտվում է փոշտի մեկ կամ երկու կեսերի այտուցով, կարմրությամբ (հիպերեմիայով) և ցավոտությամբ: Սուր փոշտի ախտորոշման համար մեծ դեր է խաղում ցավերի հստակ տեղակայման որոշումը: Բոլոր երեխաների մոտ անհրաժեշտ է կատարել արյան և մեզի ընդհանուր քննություններ: Լեյկոցիտոերիայի դեպքում, որը սովորաբար վկայում է էպիդիդիմիտի մասին, անհրաժեշտ է կատարել մեզի ցանքս և անցկացնել կոնսերվատիվ բուժում:

## **Բուժում**

Ախտորոշիչ վիրահատական միջամտությունը պետք է կատարվի անհապաղ, եթե կա ամորձու սնուցման խանգարման անգամ չնչին կասկած: Վիրահատությունն իրականացնում է համապատասխան որակավորում ունեցող մանկական վիրաբույժը կամ ուրոլոգը՝ հիվանդանոցային պայմաններում:

Սուր փոշտի կասկածի դեպքում անհրաժեշտ է երեխային անհապաղ ուղեգրել ստացիոնար:

## **Գլուխ III**

### **Տղա երեխաների թլփատում. տարածվածությունը և պատճառները**

Տղա երեխայի թլփատումը, թլփի մասնակի կամ ամբողջական հեռացումն է (նկար 12): Որոշ երկներում կատարվում է ուռտին հետժննդյան թլփատում հիվանդությունների կանխարգելման, հիգիենայի, ինչպես նաև մշակութային և կրոնական նկատառումներով:

**Որոշ վիճակագրական տվյալներ.**

ԱՄՆ-ում տարեկան թլփատվում է 1.2 միլիոն տղա երեխա, մոտ 3000 թլփատում օրական: Աշխարհի մասշտաբով տարեկան թլփատվում է 13.3 միլիոն տղա երեխա և 2 միլիոն աղջիկ երեխա: Չնայած դրան, Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպության տվյալներով,

աշխարհի տղամարդկանց մոտ 70%-ը թլփատված չեն: Թլփատում սովորաբար կատարում են մահմեդականները, հրեաները, ֆիլիպինցիները, հարավային կորեացիները, որոշ ցեղային խմբերը, ինչպես նաև ԱՄՆ-ի բնակչության մեծամասնությունը: Այն ընդունված չէ Եվրոպայում, Լատինական Ամերիկայում, Չինաստանում և Հնդկաստանում:<sup>29</sup> ԱՄՆ-ում նորածին տղաներին մեծամասամբ թլփատում են ոչ կրոնական նկատառումներով: Միջին Արևելքի և ամերիկահայություն մի մեծ պանգված նույնպես թլփատում է նորածին տղաներին:<sup>30</sup>

**Թլփատումը որպես հիվանդությունների կանխարգելման միջոց**  
Բազմաթիվ տեղեկություններ կան, տարբեր աստիճանի հիմնավորումներով, որոնք հավակնում են, թե տղա երեխաների թլփատումը հետծննդաբերական շրջանում նվազեցնում է որոշ հիվանդությունների ռիսկը թե՛ մանկական տարիքում, և թե՛ հետագա կյանքում: Այս հիվանդություններն են միլուդիների բորբոքումը, սեռավարակները, առնանդամի քաղցկեղը, սեռական վուզրնկերուհու մոտ արգանդի պարանոցի քաղցկեղը, ինչպես նաև ՄԻԱՎ/2ԻԱՀ-ը: Առաջարկվող օգտակարության հավակնությունները միանշանակ չեն. որոշ դեպքերում փաստարկները թույլ են, այլ դեպքերում՝ հակասական: Այսուհանդերձ, թլփատմանն ուղեկցող վտանգներն ավելի ծանրակշիռ են, քան առաջարկված հնարավոր օգուտները:

**Միլուդիների բորբոքում:** Փաստվել է, որ միլուդիների բորբոքման դեպքում չթլփատելն ավելի օգտակար է, քան թլփատելը: Միլուդիների բորբոքման մեկ դեպք կանխարգելելու համար կարիք կլինի թլփատել 111 տղա երեխա:<sup>31</sup> Միլուդիների բորբոքման հնարավորությունն արդեն իսկ չափազանց ցածր է նույնիսկ չթլփատված առողջ տղաների շրջանում: Թլփատումն երբեմն կիրառվում է կրկնվող և բարձր ջերմությամբ ուղեկցվող միլուդիների ինֆեկցիաների դեպքում, երբ առկա է միլուդիների անկանոնություն (միլապարկ-միլաժորանային հետհոսք՝ ռեֆլյուքս): Այնուամենայնիվ, միլապարկ-միլաժորանային ռեֆլյուքսից բարեհաջող բուժված հիվանդների թլփատումն որևէ դեր չի ունեցել հետվիրահատական շրջանում միլուդիների ինֆեկցիների հաճախականության մեջ:<sup>32</sup> Միլապարկ-միլաժորանային հետհոսով երեխաների շրջանում կատարված այս հետազոտության արդյունքները հստակորեն հերքում են միլուդիների բորբոքման դեմ թլփատման պաշտպանական դերը:<sup>33</sup> Բազմաթիվ հետազոտությունների արդյունքները ցույց են տալիս, որ թլփատումը նույնիսկ ավելացնում է միլուդիների բորբոքման հնարավորությունը:<sup>34</sup>

Այսպիսով, թլփատման արդյունավետությունը կասկածելի է, իսկ հաշվի առնելով դրա ինվազիվ լինելը՝ նույնիսկ ուսկի գործոն միլուդիների բորբոքման համար: Միլուդիների բորբոքումն առողջ տղաների շրջանում հնարավոր է լինի սեպտիկ, վաղաժամ ռետրակցիայի հետևանք, որը բավականաչափ գիտական ուշադրության չի արժանացել:

Միլուդիների բորբոքման ընդունված բուժումը հակաբակտերիալ թերապիան է: Հաստատված փաստ է, որ միլուդիների բորբոքման դեմ բարձր պաշտպանողական դեր ունի կրծքով կերակրելը: Այս պաշտպանական դերը շարունակվում է կրծքից կտրելուց դեռ բավական երկար ժամանակ:<sup>35</sup> Այսպիսով, միլուդիների բորբոքման կանխարգելման նպատակով պետք է խորհուրդ տրվի կրծքով կերակրումը և վաղ հասակի երեխայի պատշաճ խնամքը՝ վերծ ավելորդ մանիպուլյացիաներից:

**Սեռավարակներ:** Որոշ աղբյուրներ պնդում են, որ նորածին տղա երեխաների թլփատումը կարող է կանխարգելել սեռական հիվանդությունները:<sup>21</sup> Սակայն բավականաչափ փաստեր և հիմնավոր ապացույցներ չկան հիվանդություններից և սեռավարակներից թլփատման պաշտպանական դերը հաստատելու համար: հետազոտությունների արդյունքները իրարամերժ են: Որոշ տվյալների համաձայն թլփատումը բարձրացնում է սեռական հիվանդությունների և ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ-ի հնարավորությունը:

Այսպիսով, սեռական վարքի գործոնը շատ ավելի կարևոր է, քան թլփատման կարգավիճակը: Մանկահասակ երեխաների թլփատումն անհիմաստ է սեռական ճանապարհով ձեռք բերվող հիվանդությունների կանխարգելման նկատառումներով: Սեռահասունությունից հետո պատանիներին պետք է սովորոցնել պատշաճ սեռական վարք, սեռական ակտիվության դեպքում՝ պահպանակի օգտագործում: Վերջինս բոլոր սեռավարակներից, այդ թվում և ՄԻԱՎ-ից պաշտպանող արդյունավետ, անվնաս և շատ ավելի քիչ ծախս պահանջող միջոց է: Հիվանդությունների կանխարգելումը չպետք է ներառի ինվազիվ վիրահատական միջամտություն, այլ պետք է առավելագույնս էթիկական լինի և պահպանի մարմնական ամբողջականությունը:

### **Ծախսարդյունավետություն և ուսկ-օգտակարություն**

Ոչ բուժական, պրոֆիլակտիկ թլփատումը որպես կանխարգելիչ բժշկական միջոցառում ծախսարդյունավետ չէ:<sup>36</sup> այն չափազանց ծախսատար է և ունի ցածր բժշկական արդյունավետություն: Թլփատումը արդարացված չէ նաև ուսկ-օգտակարության

տեսակետից. նրա ուսուցիչները գերակշռում են առաջարկված բժշկական օգուտներին:<sup>37</sup>

### **Բացասական հետևանքներ. ցավ**

Թլփատումը մանկահասակ երեխաներին ծայրաստիճան ցավ և հոգեբանական հյուժվածություն է պատճառում, որոնք էականորեն չեն մեղմանում նույնիսկ տեղային անվզայացման պայմաններում<sup>38</sup> (օրինակ, ԱՄՆ-ում թլփատումների 50-80%-ը կատարվում է առանց որևէ անվզայացման միջոցի):<sup>39</sup>

Բոլոր նշանները ցույց են տալիս, որ թլփատումը չափից դուրս ցավոտ է նորածնի համար. բարձր տոնով երկարատև ճիչը, որին հաճախ հետևում է անբնական խորը լեթարգիկ «քունը», տիպիկ հետթլփատման նշաններից է: Այս «քունը» նման չէ հանգստի, այլ ուղեկցվում է աչքերի արագ շարժումով, որը բնորոշ սթրեսի նշան է: Սթրեսի այլ նշաններ են նորածնի բարձր արյան ճնշումը, սրտի աշխատանքի և շնչառության կտրուկ փոփոխությունը, արյան մեջ կորտիկոլի՝ սթրեսի հորմոնի պակասի բարձրացումը:<sup>40</sup> 90% երեխաներ գործողությունից 24 ժամ հետո ունենում են քնի ցիկլի խանգարում, լեթարգիկ վիճակ, լարվածություն, մայր-երեխա կապի խանգարում և կրծքից հրաժարում<sup>41</sup> (նկար 13): Հետազոտությունները ցույց են տալիս, որ թլփատված երեխաները հետագայում գերզգայուն են դառնում ցավի նկատմամբ: Օրինակ, չորսից-վեց ամսականի պատվաստումների ժամանակ առանց անվզայացման թլփատված երեխաները չափազանց երկար են լացում չթլփատվածների կամ անվզայացում ստացածների համեմատ, ապացուցելով, որ թլփատման ակդեցությունը չի սահմանափակվում գործողության ժամանակահատվածով:<sup>42</sup> Այս երեխաների պատվաստումների ժամանակ ցուցաբերած վարքը նման է հետտրավմատիկ սթրեսային խանգարման՝ ապացուցելով որ նորածինները պզուկ, գրանցում և հիշում են ցավը գործողության ավարտից դեռ շատ երկար ժամանակ անց: Ուժեղ ցավի ենթարկելը նորածնի կենտրոնական նյարդային համակարգում առաջացնում է անդարձելի փոփոխություն՝ նրան գերզգայուն դարձնելով ցավի նկատմամբ:<sup>43</sup>

Ցավը, անմիջական և երկարատև բարդությունների հնարավորությունը չեզոքացնում են թլփատման պոտենցիալ օգտակարությունը:

### **Անմիջական և երկարատև բարդություններ**

Ինչպես ցանկացած վիրահատական միջամտություն, թլփատումը ևս ունի բարդություններ. «թաքնված առնանդամի» համախտանիշ (նկար. 14,15), կպումներ (նկար 16), ֆիմոզ (նկար 17, 18), թլփատման

գծի վրա ներփակված կիստաների գոյացում (նկար 19), միպուկի ստեղծում և միպակապություն (նկար. 20, 21), արյունահոսություն (նկար 22) և ցավոտ էրեկցիա:<sup>44</sup> Նաև հազվադեպ չեն գանգրենայի (նկար 23) և հակաբիոտիկակայուն ինֆեկցիաների դեպքերը (նկար 24): Բժշկական գրականության մեջ գրանցվել են առնանդամի մասնակի (նկար 25) կամ ամբողջական հատման դեպքեր (նկար 26):<sup>45,46</sup> Առնանդամի հատումների դեպքերում կատարվում է երեխայի սեռը փոփոխող վիրահատություն:<sup>47</sup> Գրանցվում են նաև մահվան դեպքեր: Ըստ վերջին տվյալների, միայն ԱՄՆ-ում թլփատման բարդությունների հետևանքով տարեկան մահանում է 117 երեխա:<sup>48</sup> Այս տվյալը, ըստ էության, դժվար է հաստատել կամ հերքել, քանի որ ԱՄՆ-ի հիվանդանոցներում հաճախ գրանցվում է մահվան երկրորդական պատճառը, օրինակ՝ արյան վարակում, գանգրենա և այլն, այլ ոչ առաջնային պատճառը՝ թլփատումը:

#### **Գլուխ IV** **Վաղաժամ ուտրակցիայի և թլփատման** **բիոէթիկական խնդիրները**

Բժիշկները պարտավոր են գործել հիվանդի շահերից ելնելով: Ոչ բուժական նպատակներով կատարվող թլփատումը և ժամանակից շուտ, թլիփի ուժով բացումը չի ծառայում երեխայի բարօրությանը: Բժշկական էթիկան պահանջում է, որ բժիշկը ձեռնպահ մնա չհիմնավորված բժշկական միջամտություններից: Թլփատելու կամ թլիփը բացելու ծնողի պահանջը «հիգիենայի» կամ «էսթետիկ տեսքի» միտումներից դրդված, դեռևս բավարար չէ երեխային անհիմն վիրահատության կամ բժշկական միջամտության ենթարկելու համար: Թե՛ թլփատումը, և թե՛ ուտրակցիան բժշկական միջամտություններ են, որոնք ուտնահարում են բժշկական ամենակարևոր դրույթը՝ «Նախ, մի՛ վնասիր»:

Քանի որ երեխաները ի վիճակի չեն վիրահատության համաձայնություն տալու (այսպես կոչված «տեղեկացված բժշկական համաձայնություն», informed consent), ապա երեխայի վրա կատարվող ցանկացած վիրահատություն կամ այլ միջամտություն, որը բուժական նպատակ չունի, միանգամայն անթույլատրելի է:

Թլփատումը բերում է անդարձելի ֆիզիկական փոփոխությունների: Այդ իսկ պատճառով, ավելի պատասխանատու կլինի երեխային իրավունք ընձեռել արդեն հասուն տարիքում ինքնուրույն որոշել դրա իրականացումը: Բուժաշխատողները պետք է գիտակցաբար խուսափեն ծնողի պահանջով թլփատում կամ ուտրակցիա կատարելուց: Ավելին, նրանք պարտավորություն ունեն

հիվանդի ծնողներին բանավոր տեղեկացնելու կամ բժշկական նյութեր տրամադրելու այս միջամտությունների վտանգների և բարդությունների մասին, ինչպես նաև ծնողներին կրթելու տղա երեխայի բնականոն պարգացման, սեռական օրգանների ֆունկցիաների և տարիքին համապատասխան խնամքի վերաբերյալ:

## Գլուխ V

### Միջազգային և հայկական առողջապահական կազմակերպությունների հայտարարությունները թլփատման վերաբերյալ

Բազմաթիվ միջազգային կազմակերպություններ վերլուծել են թլփատմանը վերաբերվող գիտական տեղեկատվությունը և եզրակացրել, որ թլփատումը չպետք է ցուցվի բժշկական տեսանկյունից: Ամերիկյան բժշկական ասոցիացիան եզրակացրել է որ, «երեխաների կանխարգելիչ թլփատման համար որևէ բժշկական հիմք չկա»:<sup>49</sup> Բրիտանական բժշկական ասոցիացիան նշում է, որ թլփատման ցուցման կլինիկական պատճառները չափազանց հազվադեպ են և որ «ծնողի նախընտրությունը հիմնավոր արդարացում չէ երեխայի վրա վիրահատական գործողություն կատարելու համար»:<sup>50</sup> Ավստրալիական բժիշկների թագավորական քոլեջը նշում է. «որևէ բժշկական հիմք չկա տղաների ոչ բուժական թլփատման համար»:<sup>51</sup> Կանադական մանկաբուժական ասոցիացիան թլփատումը կոչել է «մարմնահատական» և «հնացած» վիրահատություն:<sup>52</sup> Բրիտանական Կոլումբիայի բժիշկների և վիրաբույժների քոլեջը նշում է. «թլփատումը ցավոտ է և հիվանդին դնում է բարդությունների ռիսկի տակ, որոնք կարող են լինել թեթև՝ օրինակ, տեղային ինֆեկցիա, կամ ավելի ծանր՝ օրինակ, սեռական օրգանի վնասվածք, միզուկի նեղացում, միլակապություն, միզուղիների բորբոքում և հազվադեպ դեպքերում՝ նույնիսկ արյունահոսություն և մահ»:<sup>53</sup> Հոլանդական թագավորական բժշկական ասոցիացիան գրում է. «...մանկահասակ տղաների թլփատումը ոտնահարում է երեխաների ինքնակառավարման (ավտոնոմիայի) և ֆիզիկական ամբողջականության իրավունքը»:<sup>54</sup> Ֆիննական բժշկական ասոցիացիան գրում է, որ «ծնողների կրոնական ապատությունը և բանականությունն իրավունք չի ընձեռում որտնահարել այլ անձանց (երեխաների) ֆիզիկական ամբողջականության իրավունքը»:<sup>55</sup>

Մանկական բժիշկների հայկական ասոցիացիան հակացուցում է տղաների ոչ բուժական թլփատումը՝ հիվանդությունների կանխարգելման, «հիգիենայի», մշակութային կամ էսթետիկ

նպատակներով: Բժշկական բիոէթիկական ցուցումները պետք է վերծմնան մշակութային և կրոնական հայացքներից:

## Ամփոփում

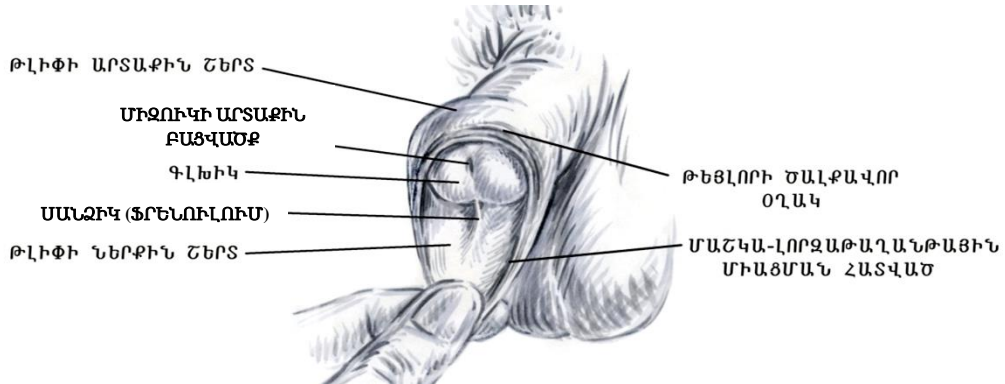
Թլիփի վաղաժամ, ուժով ետ քաշումը (ոետրակցիան) սխալ բժշկական միջամտություն է. այն խորհուրդ չի տրվում, անկախ նրանից, թե կատարվում է բժշկի կողմից, թե բժշկի ցուցմամբ՝ ծնողի կողմից: Թլիփի բնական վարգացումը կարող է երկար տարիներ տևել, և ոչ մի մանիպուլյացիայի կարիք չկա: Վաղաժամ ոետրակցիան կարող է պատճառել յատրոգեն անդարձելի վնասվածքներ և առաջացնել սեռական օրգանի պաթոլոգիկ վիճակներ: Բնական չբացվող թլիփը ֆիզիոլոգիական է մանկությունում և նույնիսկ պատանեկությունում և չպետք է ախտորոշվի որպես ֆիմոզ: Պաթոլոգիական ֆիմոզը թլիփի արտաքին բացվածքի սպիական նեղացումն է:

Թլիփատումը խորհուրդ չի տրվում որպես հիվանդությունների կանխարգելման միջոց: Երեխաների թլիփատումը էթիկական չէ ծնողի նախընտրության կամ ճաշակը բավարարելու նկատառումներով: Թլիփատումն ունի սահմանափակ բուժական արժեք հազվադեպ պատահող հիվանդությունների դեպքում: Թլիփին առնչվող բոլոր վիճակները պետք է բուժվեն առաջին հերթին պահպանողական եղանակներով: Բուժաշխատողները պետք է գիտակցորեն խուսափեն ծնողի պահանջով թլիփատում կամ ոետրակցիա կատարելուց:

Մանկական բժիշկների հայկական ասոցիացիան հակացուցում է ոետրակցիան և մանկահասակ և պատանի տղաների ոչ բուժական թլիփատումը՝ հիվանդությունների կանխարգելման նպատակով:

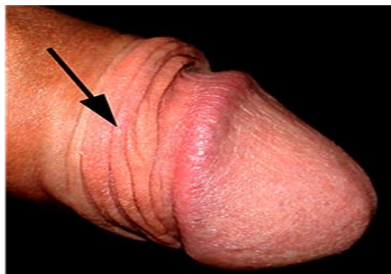
Նկար 1

ՍԵՌԱԿԱՆ ՕՐԳԱՆԸ ՀԱՍՈՒՆ ՏԱՐԻՔՈՒՄ

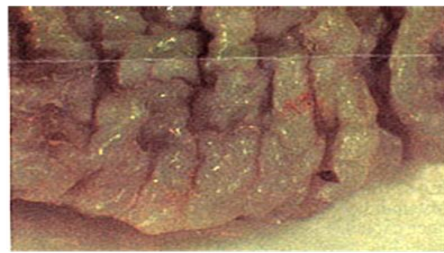


Նկար 2

Թեյլորի ծալ քավոր օղակ



Մաշկա-լորձաթաղանթային միացման հատված



Մանրադիտակի տակ լորձաթաղանթը նման է աղիքային հյուսվածքի, մեծացրած 10x

Նկարներ 3,4

ՍԵՌԱԿԱՆ ՕՐԳԱՆԸ ՄԱՆԿԱԿԱՆ ՀԱՍԱԿՈՒՄ



Նորածին և մանկահասակ երեխաների մոտ թլիփի բացվածքը նեղ է և հնարավոր չէ ետ քաշել: Սա միանգամայն նորմալ է նույնիսկ մինչև պատանեկության վերջը:

## Նկար 5



## Նկարներ 6,7,8

### Պարաֆիմոզ



*Access Emergency Medicine*



PARAPHIMOSIS – մեծի գործադրումով թլիփի ռետրակցիայի արդյունքում առաջացած պարաֆիմոզ

## Նկարներ 9,10

### Առնանդամի և փոշտի ինֆեկցիա



### Բալանիտ



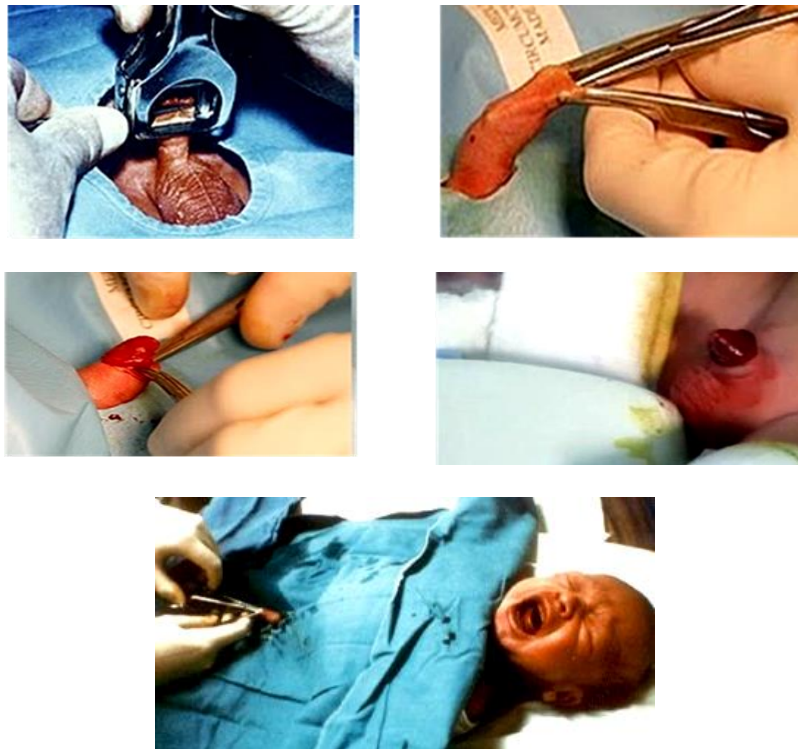
Նկար 11

Աճուկափոշտային ճողվածք



Նկար 12

Թլփատում



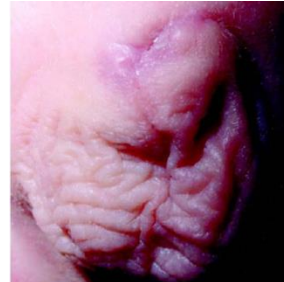
Նկար 13

Նորածին երեխան թլփատումից հետո



**Նկարներ 14, 15**

**Թլփատման հետևանքով առաջացած  
«թաքնված առնանդամ»**



**Նկար 16**

**Կպումներ**



**Նկար 17, 18**

**Ֆիմոզ և միպուկի նեղացում**



**Նկար 19**

**Կիստայի գոյացում**



**Նկարներ 20,21**

**Միզուկի ստեղծ**



**Միզուկի նեղացում և «թաքնված առնանդամ»**

**Նկարներ 22, 23**



**Հեմոֆիլիայի հետևանքով առաջացած արյունահոսություն**



**Գլխիկի մեռուկացում**

**Նկար 24**

**Նորածնային ներոտիկ ֆլեգմոնա (մետիցիլին ռեպիստենտ ոսկեգույն ստաֆիլոկոկային ինֆեկցիա)**



**Նկարներ 25, 26**



**Գլխիկի մասնակի հատում**



**Առնանդամի ամբողջական հատում**

## Գրականության ցանկ

- 1 Martin RD. Primate origins and evolution: a phylogenetic reconstruction. Princeton, New Jersey: Princet Un Press, 1990; 42-3.
- 2 Taylor JR, Lockwood AP, Taylor AJ. The prepuce: specialized mucosa of the penis and its loss to circumcision. *Br J Urol* 1996;77:291–5.
- 3 Sorrells ML, Snyder JL, Reiss MD, et al. Fine-touch pressure thresholds in the adult penis. *BJU Int* 2007;99:864–9.
- 4 Van Howe, RS; FM Hodges (October 2006). "The carcinogenicity of smegma: debunking a myth". *Journal of the European academy of dermatology and venereology* 20 (9): 1046–1054.
- 5 de Witte L, Nabatov A, Pion M, et al. Langerin is a natural barrier to HIV-1 transmission by Langerhans cells. *Nat Med* 2007;13:367–371.
- 6 Cold CJ, Taylor JR. The prepuce. *BJU Int* 1999;83 Suppl. 1:34–44.
- 7 Gairdner D. The fate of the foreskin: a study of circumcision. *Br Med J* 1949;2:1433–7.
- 8 European Association of Urology: Guidelines on Paediatric Urology:2.Phimosis. 2.1Background. <http://www.uroweb.org/?id=218&gid=14>  
Last visited June 15, 2010.
- 9 Øster J. Further fate of the foreskin: incidence of preputial adhesions, phimosis, and smegma among Danish Schoolboys. *Arch Dis Child* 1968;43:200-3.
- 10 Kayaba H, Tamura H, Kitajima S, et al. Analysis of shape and retractability of the prepuce in 603 Japanese boys. *J Urol* 1996;156(5):1813–5.
- 11 Morales Concepción JC, Cordies Jackson E, Guerra Rodriguez M, et al. ¿Debe realizarse circuncisión en la infancia? *Arch Esp Urol* 2002;55(7):807–11
- 12 Thorvaldsen MA, Meyhoff H. Patologisk eller fysiologisk fimose? *Ugeskr Læger* 2005;167(17):1858-62.
- 13 Babu R, Harrison SK, Hutton KA. Ballooning of the foreskin and physiological phimosis: is there any objective evidence of obstructed voiding? *BJU Int* 2004;94(3):384–7.
- 14 Wright JE. Further to the "Further Fate of the Foreskin." *Med J Aust* 1994; 160: 134–5.
- 15 Clemmensen OJ, Krogh J, Petri M. The histologic spectrum of prepuces from patients with phimosis. *Am J Dermatopathol* 1988;10: 104-8.
- 16 Hill G. Circumcision for phimosis and other medical indications in Western Australian boys. *Med J Aust* 2003;178(11):587
- 17 Dunn HP. Non-surgical management of phimosis. *Aust N Z J Surg* 1989;59(12):963.
- 18 Rudolph, AM, and Hoffman, MD. *Penis. Pediatrics*, Appleton and Lange, Norwalk CT & Los Altos CA, Eighteenth Ed., 1987; Chap 23.13.1 p1205.
- 19 N.R.C. Robertson, "Care of the Normal Term Newborn Baby", in Janet M. Rennie and N.R.C. Robertson (eds) *Textbook of Neonatology*, 3rd edn., Edinburgh, Churchill Livingstone, 1999:378-9.
- 20 Nguyen DM, Bancroft E, Mascola L, et al. Risk factors for neonatal methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* infection in a well-infant nursery. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2007;28(4):406–11.
- 21 American Academy of Pediatrics: Policy Statement: Circumcision Policy Statement TASK FORCE ON CIRCUMCISION *Pediatrics* peds.2012-1989; published ahead of print August 27, 2012, doi:10.1542/peds.2012-1989 available at: <http://pediatrics.aappublications.org/content/early/2012/08/22/peds.2012-1990.full.pdf+html>
- 22 Cansever G. Psychological effects of circumcision. *Brit J Med Psychol* 1965;38:321–31
- 23 *Care of the Uncircumcised Penis: Guidelines for Parents* (pamphlet). Elk Grove Village, IL: American Academy of Ped, 1984.
- 24 Birley HDL, Luzzi GA, Bell R. Clinical features and management of recurrent balanitis: association with atopy and genital washing. *Genitourin Med* 1993;69(5):400-3.
- 25 Gray J, Boston VE. Glanular reconstruction and preputioplasty repair for distal hypospadias: a unique day-case method to avoid urethral stenting and preserve the prepuce. *BJU Int.* 2003; 91(3):568-70.
- 26 Fleiss PM. Protect your uncircumcised son: expert advice for parents. *Mothering Magazine* 2000;10:40–47.
- 27 Beaugé M. The causes of adolescent phimosis. *Br J Sex Med* 1997; Sept/Oct: 26.
- 28 Jørgensen ET, Svensson Å. The treatment of phimosis in boys with a potent topical steroid (clobetasol propionate 0,05%) cream. *Acta Derm Venereol* (Stockholm) 1993;73(1):55–6.
- 29 Male circumcision: Global trends and determinants of prevalence, safety and acceptability" (PDF). World Health Organization. 2007. [http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241596169\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241596169_eng.pdf). Retrieved 2009-03-04.

- 
- 30 Vardanyan A.N. Reclaiming Circumcision: Armenian Stories. Paper presented at: Genital Autonomy 2010: 11th International Symposium of Circumcision and Genital Integrity and Human Rights. July, 2010. Abstract available at: <http://www.nocirc.org/symposia/eleventh/symposium2010web.pdf>
- 31 Singh-Grewal D, Macdessi J, Craig J. Circumcision for the prevention of urinary tract infection in boys: a systematic review of randomised trials and observational studies. *Arch Dis Child*. 2005 Aug;90(8):853-8
- 32 Kwak C, Oh SJ, Lee A, Choi H. Effect of circumcision on urinary tract infection after successful antireflux surgery. *BJU Int* 2004;94(4):627-9. doi:10.1111/j.1464-410X.2004.05014.x
- 33 Kwak C, Oh SJ, Lee A, Choi H. Effect of circumcision on urinary tract infection after successful antireflux surgery. *BJU Int* 2004;94(4):627-9. doi:10.1111/j.1464-410X.2004.05014.x
- 34 Amir J, Varsono I, Mimouni M. Circumcision and urinary tract infections in Infants. *Am J Dis Child* 1986;140:1092.
- 35 Mårild S, Hansson S, Jodal U, et al. Protective effect of breastfeeding against urinary tract infection. *Acta Paediatr Scand* 2004;93(2):164-8.
- 36 Van Howe RS. A cost-utility analysis of neonatal circumcision. *Med Decis Making* 2004;24:584-601.
- 37 Poland RL. The question of routine neonatal circumcision. *N Eng J Med* 1990; 322:1312-5.
- 38 Boyle GJ, Goldman R, Svoboda JS. Male circumcision: pain, trauma and psychosexual sequelae. *J Health Psych* 2002;7(3):329-43.
- 39 Nancy Wellington & Michael J. Rieder, Attitudes and Practices Regarding Analgesia for Newborn Circumcision, 92 *PEDIATRICS* 541, 542 (1993)
- 40 Sachar EAT, Kream J, et al. Behavioral state and plasma cortisol response in the human neonate. *Pediatrics* 1970; 46(4):532-537
- 41 Howard CR, Howard FM, and Weitzman ML. Acetaminophen analgesia in neonatal circumcision: the effect on pain. *Pediatrics*. 1994; 93(4):641-646.
- 42 Anna Taddio et al., Effect of Neonatal Circumcision on Pain Response During Subsequent Routine Vaccination, 349 *LANCET* 599, (1997).
- 43 Anand KJS, Hickey PR. Pain and its effects in the human neonate and fetus. *New Engl J Med* 1987; 317(21):1321-9.
- 44 AAP Task Force on Circumcision. Circumcision policy statement. *Pediatrics* 1999;103(3):686-93.
- 45 Lerner BL. Amputation of the penis as a complication of circumcision. *Med Rec Ann* 1952;46:229-31.
- 46 Yilmaz AF, Sarikaya S, Yildiz S, et al. Rare complication of circumcision: penile amputation and reattachment. *Eur Urol (Basel)* 1993; 23(3): 423-4.
- 47 Bradley SJ, Oliver GD, Chernick AB. Experiment of nurture: ablatio penis at 2 months, sex reassignment at 7 months, and a psychosexual follow-up in young adulthood. *Pediatrics* 1998;102(1):e9.
- 48 Bollinger D. Lost boys: An estimate of U.S. circumcision-related infant deaths. *Thymos: Journal of Boyhood Studies* 2010;4:1.
- 49 Council on Scientific Affairs. 1999 Report 10: Neonatal circumcision. Chicago: American Medical Association.
- 50 British Medical Association (BMA) 2006. The Law and Ethics of Male Circumcision—Guidance for Doctors.
- 51 Royal Australasian College of Physicians 2004 Position Statement on Circumcision.
- 52 Foetus and Newborn Committee. FN 75-01 Circumcision in the newborn period. *CPS News Bull Suppl* 1975; 8(2):1-2.
- 53 College of Physicians and Surgeons of British Columbia. 2009 Professional Standards and Guidelines: Circumcision (Infant Male) available at: <https://www.cpsbc.ca/files/u6/Circumcision-Infant-Male.pdf>
- 54 The Royal Dutch Medical Association 2010. Non-therapeutic circumcision of male minors. Available at: <http://knmg.artsennet.nl/Publicaties/KNMGpublicatie/Nontherapeutic-circumcision-of-male-minors-2010.htm>
- 55 College of Physicians and Surgeons of British Columbia. 2009 Professional Standards and Guidelines: Circumcision (Infant Male) available at: <https://www.cpsbc.ca/files/u6/Circumcision-Infant-Male.pdf>
- 56 Fleiss P., Hodges F. What Your Doctor May Not Tell You About Circumcision. 2002 Warner Brooks. inc.
- 57 Letscher-Bru V, Obszynski CM, Samsøen M, Sabou M, Waller J, Candolfi E. Antifungal activity of sodium bicarbonate against fungal agents causing superficial infections. Feb. 2013. Laboratoire de Mycologie Médicale, Institut de Parasitologie et de Pathologie Tropicale, Centre Hospitalier Universitaire de Strasbourg