

ԱՌՈՂՋԱՊԱՀՈՒԹՅՈՒՆ

ՆՈՐ ՇՈՒՆՉ
ԱՐՅՈՒՆԱԲԱՆՈՒԹՅԱՆ
ԶԱՐԳԱՅՄԱՆ
ՈԼՈՐՏՈՒՄ

ՊԱՅԻՆՏՆԵՐԻ
ԳՈՇՈՒՆԱԿՈՒԹՅՈՒՆՆ
ԱՎԵԼԱՅՆԵԼՈՒ

10
խորհուրդ

ԹՅՈՒՐ ՊԱՏԿԵՐԱՅՈՒՄ
ՀԱՅԿԱԿԱՆ
ՊԱՐԲԵՐԱԿԱՆ
ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅԱՆ ՄԱՍԻՆ
Հայկ Մանասյան

ԲՈՒԺՄԱՆ ՆՆԱՑԱԾ
ՄԵԹՈԴՆԵՐ
ԻՆՉ ԶՊԵՏՔ Է ԱՆԵԼ ՄԵՐ ՕՊԵՐՈՒՄ

ՊԵՏՊԱՏԿԵՐ
ՍՏԱՆԱԼՈՒ
ԿԱՐԳԻ
ՓՈՓՈԽՈՒԹՅՈՒՆ

ԾՆՈՒՆԴՈՎ ԼԻԲԱՆԱՆՑԻ
ՀԱՅ ԲԺԻՇԿ

դոկտոր, պրոֆեսոր, նկարիչ

Յարության Արմենեան



2017/1

«ԱՌՈՂՋԱՊԱՀՈՒԹՅՈՒՆ» ԱՄՍԱԳԻՐ

60
ՏԱՐԻ



«ԱՌՈՂՋԱՊԱՀՈՒԹՅՈՒՆ» ԱՄՍԱԳԻՐ

Հրատարակվում է 1956 թվականից

ԳԼԽԱՎՈՐ ԽՄԲԱԳԻՐ՝
Զավեն Քոլոյան

ԳՐԱԿԱՆ ԽՄԲԱԳԻՐ՝
Գայանե Հովսեփյան

ԼՐԱԳՐՈՂՆԵՐ՝
Ամալյա Գրիգորյան
Տիգրան Գրիգորյան

ԹԱՐԳՄԱՆԻՉՆԵՐ՝
Դավիթ Աբրահամյան
Ռոզի Մխիթարյան

ՆԱՄԱԿԱՐԳՈՂ՝
Սաթենիկ Գրիգորյան

ԼՈՒՍԱՆԿԱՐԻՉ՝
Լուսինե Գրիգորյան
Իրինա Մուրադյան

ԴԻՋԻՏԱԼՆԵՐ՝
Սեդա Գրիգորյան

ՆԱԽԱԳԾԻ ՂԵԿԱԿԱՐ՝
Ալեքսանդր Բազարյան

Ամսագրի նյութերը վերատպվում են ՀՀ ԱՆ «Ակադեմիկոս Ս.Ավդալբեկյանի անվան առողջապահության ազգային ինստիտուտ» ՓԲԸ-ի գրավոր համաձայնությամբ: «Առողջապահություն» ամսագրին հղելը պարտադիր է:

ՆԵՏԱԴԱՐՁ ԿԱՊ՝
ՀՀ ԱՆ «Ակադեմիկոս Ս.Ավդալբեկյանի անվան առողջապահության ազգային ինստիտուտ» ՓԲԸ
Հայաստան, 0051, Երևան Կոմիտասի պող., 49/4 շենք
www.healthcare.am
info@healthcare.am

©2017 ղեկավարներ
Տպարան՝ Տիգրան Մեծ
Տպաքանակ 4000
2016 3/4 համարներ

«Առողջապահություն» ամսագրի հիմնադիրը ՀՀ առողջապահության նախարարությունն է:



ԱՌՈՂՋԱՊԱՀՈՒԹՅՈՒՆ 2017

ՉԻ ԿԱՐԵԼԻ

Բուժման հնացած մեթոդներ

18



Սպորտային վնասվածքներ

44



Նոր շունչ արյունաբանության զարգացման ոլորտում

10



28 Հին Երևանի կանգուն վկաները



34

Նետազտվելու մշակույթն ինչպես ներդրվեց մի երկրում, որտեղ չգիտեին՝ ինչ է մամոգրաֆիան



48

Բժշկական պարտադիր ապահովագրության համակարգ ներդնելու և դրա առավելությունների մասին

ԱՅՍ ՆԱՄԱՐՈՒՄ

Պետական պատվեր ստանալու կարգի փոփոխություն	4
Նորագույն սարքավորումներով համալրված լաբորատորիաներ	14
Ամենահին հիվանդանոցն աշխարհում	22
ԼՂՆ առողջապահության համակարգի տարեգրությունից	24
Գլխի վնասվածքը	26
Ծերացման բջջային-մոլեկուլյար մեխանիզմները	28
Բժիշկ-թրուենտներ. Ալեքսանդր Բորոդին	36
Թյուր պատկերացում հայկական պարբերական հիվանդության մասին	38
Հանրապետական գիտաբժշկական գրադարան	54
Բժշկության մասին 5 լավագույն ֆիլմերը	61

Առողջ և անվտանգ թռիչք



Ավիացիան (լատիներեն avis` «թռչուն» բառից) ծնվեց այն ժամանակ, երբ մարդը կարողացավ թռչել օդից ծանր սարքով: Թռչող սարքերի առաջին գծագրերը հայտնաբերվել են Վերածննդի դարաշրջանի իտալացի մեծ նկարիչ, քանդակագործ ու գիտնական Լեոնարդո դա Վինչիի ձեռագրերում: Նրանից հետո շատ ու շատ գյուտարարներ են զբաղվել թռչող սարքեր ստեղծելով. ոմանք անգամ նմանակում էին թռչուններին. մարմինն թևեր հարմարեցնելով` ուզում էին օդ բարձրանալ: Բայց մարդը երկինք ճախրեց ոչ թե մկանների, այլ բանակալության ուժով: 1930-ական թվականների վերջերին ստեղծվեցին ուղևորատար ինքնաթիռներ: Այդ ժամանակից ի վեր մարդատար ինքնաթիռների շահագործումը զարգացում ապրեց: Մեր նպատակը մարդկությանն իրագրելն է, թե ինչպես կարող է ազդեցել ինքնաթիռը մարդու առողջության վրա: Բժշկագիտությունը վաղուց արդեն հետևում է մարդու առողջության վրա օդանավով ճանապարհորդելու վնասակար ազդեցությանը: Ինչպես ցույց են տվել բազմաթիվ ուսումնասիրություններ, առողջությանը վնասում է օդանավում ստեղծվող ճնշումն ու դրա անկումը, ցածրորակ օդն ու բարձր արևային ճառագայթումը: Վտանգի առաջնային գոտում են ծերերը և այն մարդիկ որոնք առողջական խնդիրներ ունեն հատկապես երկար թռիչքների ժամանակ: Ի հակադրություն այս ամենի` բժշկության տեսանկյունից օդային տրանսպորտը չի կարող վնասել առողջ, երիտասարդ օրգանիզմը: Թեև երիտասարդները նույնպես

պետք է իմանան այն պարզ կանոնները, որոնք կօգնեն օդանավերով ավելի հարմարավետ և ապահով փոխադրվելուն: Թռիչքի ժամանակ օրգանիզմում տեղի են ունենում բազմաթիվ փոփոխություններ, արյան մեջ պակասում է թթվածինը, առաջանում է թթվածնային քաղց, խանգարվում է սրտի ռիթմը և սկսում է հևոց: ➤ Օդանավում օդն այնքան չոր է, որ մեր օրգանիզմը ջրազրկվում է, իսկ մեզ բոլորիս քաջ հայտնի է, որ ջրազրկման պատճառով առաջանում են բազմաթիվ առողջական խնդիրներ, ուստի այդ ամենից խուսափելու համար պետք է օգտագործել մեծ քանակությամբ ջուր: Ջրազրկումից խուսափելու համար ինքնաթիռներում ուղևորներին պարբերաբար հեղուկ է առաջարկվում: ➤ Ասթմայով հիվանդներին խորհուրդ է տրվում նախքան օդանավ նստելը խորհրդակցել բժշկի հետ, ձեռքի տակ ունենալ անհրաժեշտ դեղորայք և անպայման հիվանդության մասին տեղյակ պահել անձնակազմին: ➤ Առողջության և անվտանգության տեսանկյունից ապագա մայրիկները պարտադիր պետք է հետազոտվեն և հղիությունը վարող բժշկից օդանավով թռչելու թույլտվություն ստանան: Եթե խոչընդոտներ չլինեն, ապա թռիչքը կթույլատրվի: Եթե անգամ ապագա մայրիկը նախքան թռիչքը թաքցնի հղիության փաստը, ապա դրա պարզվելու դեպքում անձնակազմն իրավունք ունի թռիչքից հեռացնել տվյալ անձնավորությանը, եթե նա չունի բժշկի թույլտվություն: Ամեն դեպքում նախքան տոմսը գնելը հարկ է ճշտել, թե տվյալ ավիաընկերությունը չունի

արդյոք հղիության վերջին շրջանին առնչվող սահմանափակումներ:

Ի՞նչ է սահմանում ՀՀ օրենքը

Ըստ ուղևորների և ուղեբեռի օդային տեղափոխման օրենքների` հայկական ավիաընկերությունները տեղափոխում են 30 շաբաթը չզերազանցող հղիների: Պետք է հոգ տանել այն մասին, որ ձեռքի ուղեբեռում լինեն հարմարավետ թռիչքի համար բոլոր անհրաժեշտ պարագաները: Չվերթին գրանցվելու ժամանակ անհրաժեշտ է ներկայացնել բուժհաստատության տրամադրած բժշկական եզրակացությունը:

Անվտանգության գոտին անհրաժեշտ է կապել միայն փորի ներքևում, որպեսզի չճնշեք Ձեզ և Ձեր փոքրիկին:

➤ Որպեսզի ուղևորները խուսափեն թրոմբոզի առաջանալուց, բժիշկները խորհուրդ են տալիս թռիչքի ժամանակ ժամը մեկ վեր կենալ և մի քիչ քայլել օդանավում կամ տեղում նստած` պարզ ֆիզիկական վարժություններ կատարել: Օդանավում խուսափեք ուղեբեռը կամ պայուսակը դիմացի նստարանի տակ դնելուց, եթե այն չափերով մեծ է և սահմանափակվելու է Ձեր շարժումները օդանավում: չարկ է շատ հեղուկ օգտագործել, բայց ոչ մի դեպքում ակոհոլ կամ սուրճ: Չարկ է հիշել, որ թրոմբոզի առաջանալուն նպաստում են ծխելը, հորմոնալ հակաբեղմնավորիչները, սրտամկանի վնասվածքը կամ վիրահատությունը, ինչպես նաև հղիությունը, ավելորդ քաշը և արյան բարձր մակարդակը: Թրոմբոզի մեծ ռիսկայնության գոտում գտնվող մարդկանց խորհուրդ է տրվում հազնել հատուկ կոմպրեսիոն բժշկական գուլպաներ: Իսկ արյունը նստրացնող դեղամիջոցներ պետք է ընդունել միայն բժշկի նշանակմամբ:

➤ Օդանավով թռչելու մեկ այլ տհաճ առանձնահատկության մասին. երբ ինքնաթիռը պատրաստվում է թռիչքի կամ վայրէջքի արագություն հավաքելիս կամ ընթացքը

դանդաղեցնելիս օրգանիզմում տեղի է ունենում արյան ներհոսք կամ դեպի գլուխ, կամ դեպի ոտքեր, որ վտանգավոր է թույլ սրտի կամ արյան բարձր ճնշման դեպքում: Ահա թե ինչու են ինքնաթիռի ուղեկցորդները ուղևորներին խնդրում թռիչքի և վայրէջքի ժամանակ ապահովել նստարանի հենակների ուղղահայց դիրքը:

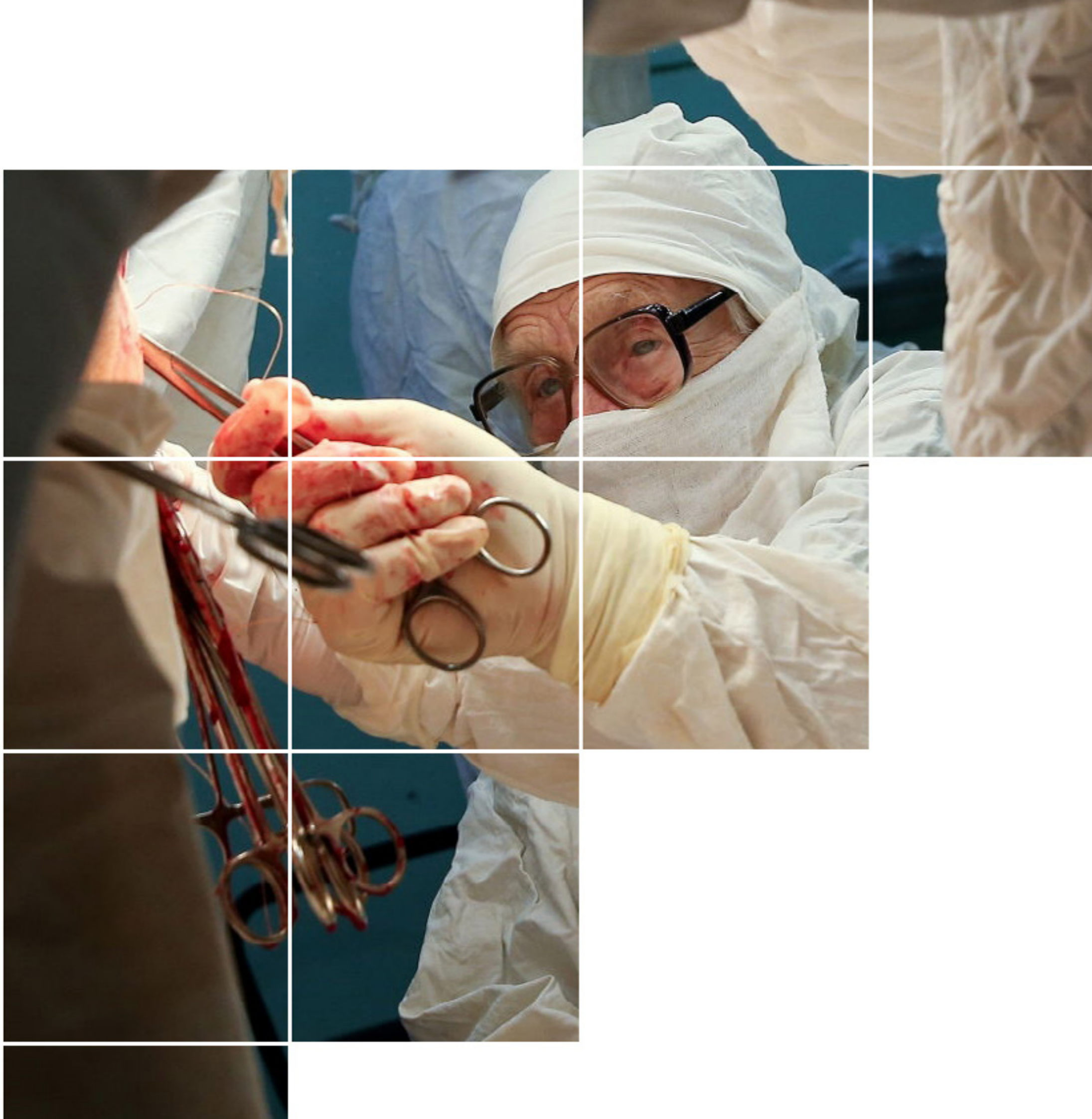
Վիրահատությունից պետք է անցնի առնվազն մեկ ամիս` ինքնաթիռով թռչելու համար, եթե իհարկե թռչելն անհրաժեշտություն չէ: Այդ դեպքում պետք է խորհրդակցել բուժող բժշկի հետ, հնարավոր է անհրաժեշտ լինի, որ բժշկն անձամբ ուղեկցի հիվանդին:

➤ Օդանավում ցածր խոնավության պատճառով կարող է առաջանալ անհանգստություն, աչքերում` կարմրություն և ցավ: Ակնաբույժները խորհուրդ են տալիս ձեռքի տակ ունենալ խոնավացնող աչքի կաթիլներ, հատկապես կոնտակտային ոսպնյակներ կրողները:

Որոշ հիվանդություններ կարելի է հեշտությամբ հայտնաբերել բարձրության վրա, մասնավորապես սիրտ-անոթային հիվանդությունները, բարձր ներգանգային ճնշումը, երակային խնդիրները: Եթե ընդարմանում են ոտքերը, առկա է քթային արյունահոսություն, թթվածինը չի բավարարում, վայրէջքից հետո անմիջապես դիմեք բժշկի: Եթե թռիչքի ընթացքում ունենում եք վատ ինքնազգացողություն, ապա սեղմեք ինքնաթիռի ուղեկցորդին կանչող զանգի կոճակը. անձնակազմն ունի անհրաժեշտ դեղորայք և վերապատրաստված է առաջին, անգամ ծննդալուծման օգնություն ցուցաբերելու համար:

Հիվանդություններ, որոնց դեպքում թռչելն արգելվում է

- թոքաբորբ,
- թրոմբոֆլեբիտ,
- վարակիչ հիվանդություններ,
- բարձր ներգանգային ճնշում,
- թոքային հիպերտոնիա,
- ասթմայի սրացում,
- հոգեկան հիվանդություններ,
- սրտամկանի ինֆարկտ և ինսուլտ,
- կրծքավանդակի վիրահատություններ,
- թոքերի էմֆիզեմա,
- արյան բարձր մակարդակի խոչընդոտում:



Աշխարհի ամենատարեց վիրաբույժը

89-ամյա Ալլա Իլյինիչնա Լյովուշկինան
աշխարհի ամենատարեց վիրաբույժն է:
Վիրահատում է դեռևս 1950 թվականից:

Ազգությամբ ռուս վիրաբույժը Ռյազան
քաղաքից է (Մոսկվայից հարավ-արևելք):
Այսօր էլ նա վիրահատություններ է
կատարում **իր աթոռակին կանգնած**, որը
հնարավորություն է ընձեռում հնարավորինս
լավ տեսնել վիրահատական սեղանին
պառկած պացիենտին:

67 տարվա մասնագիտական
գործունեության ընթացքում Ալլա
Իլյինիչնան իրականացրել է ավելի քան
10.000 վիրահատություն՝ չունենալով և ոչ
մի ձախողում. սա բացառիկ երևույթ է:

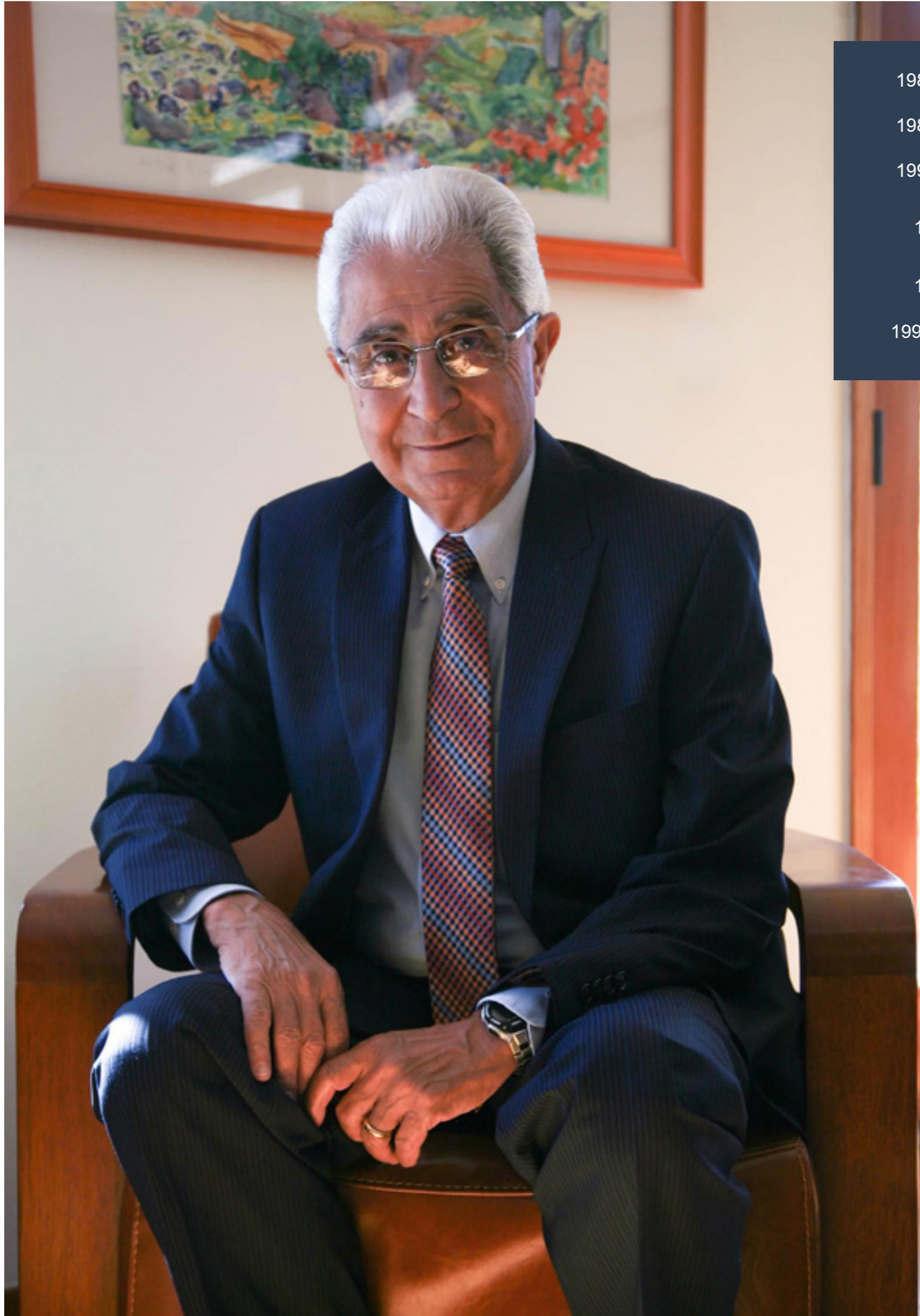
Նետաքրքրական է, որ ի սկզբանե նա
ցանկանում էր ոչ թե բժիշկ, այլ երկրաբան
դառնալ:

Ալլա Լյովուշկինան մասնագիտացած է
պրոկտոլոգիայի ոլորտում: Այդ տարիներին
Ռուսաստանում մատների վրա կարելի էր
հաշվել այդ ոլորտի մասնագետներին:

Մի առիթով նա ասել է. «Թոշակի անցնելուց
հետո չունեի զբաղմունք, այդ իսկ պատճառով
դեռ աշխատում եմ՝ շաբաթը 4 օր»:
Լյովուշկինան 2014 թ. ՌԴ վարչապետի կողմից
**արժանացել է «Մասնագիտությանը
հավատարիմ» պետական պարգևի:**

Յարութին Արմենեան

Ծնունդով լիբանանցի հայ բժիշկ, հանրային առողջապահության դոկտոր, պրոֆեսոր, նկարիչ, Հայաստանի ամերիկյան համալսարանի պատվավոր նախագահ, Ջոնս Հոփկինսի համալսարանի պատվավոր պրոֆեսոր և Լոս Անջելեսի համալսարանական քոլեջի պրոֆեսոր



1988-2002	«Հողվածներ համաճարակաբանության ոլորտում» պարբերականի գլխավոր խմբագիրը
1980-1982	Հայ բժիշկների լիբանանյան միության գործադիր անդամ
1996-2002	Համաշխարհային համաճարակաբանության ընկերակցության ընդհանուր քարտուղար
1995-ից	Հայաստանի հասարակական առողջապահության միության պատվավոր նախագահ
1994-ից	Հայաստանի ամերիկյան համալսարանի առողջապահական գիտությունների հետազոտման ու զարգացման կենտրոնի տնօրեն
1997- 2009	Հայաստանի ամերիկյան համալսարանի նախագահ

Յարութին Արմենեանը (Հարություն Արմենյան) ծնվել է 1942 թ. Բեյրութում: Ավարտել է Բեյրութի Համազգայինի Նշան Փալանճյան ճեմարանը: Ապա սովորել է Բեյրութի ամերիկյան համալսարանում՝ 1964 թ. ստանալով բակալավրի, 1968 թ.՝ բժշկա-գիտության դոկտորի աստիճան: Այնուհետև ուսումը շարունակել է Բալթիմորի Ջոնս Հոփքինսի համալսարանում՝ 1971 թ. ստանալով հանրային առողջապահության մագիստրոսի աստիճան: 1974 թ. նույն համալսարանում պաշտպանել է քաղցկեղի համաճարակաբանության բնագավառին վերաբերող դոկտորական ատենախոսություն: Յարութին Արմենեանը 1974-1988 թթ. դասախոսել է Բեյրութի ամերիկյան համալսարանում որպես համաճարակաբանության պրոֆեսոր: 1981-1983 թթ. եղել է այդ համալսարանի առողջապահական գիտությունների բաժնի ղեկանի պաշտոնակատար, 1983-1988 թթ.՝ ղեկանի: Դեռևս ութսունական թվականներից սկսել է աշխատակցել Բալթիմորի Ջոնս Հոփքինս համալսարանին. 1980-1986 թթ. եղել է այդ համալսարանի համաճարակաբանության բաժնի ավագ գիտաշխատող, 1986-1987 թթ.՝ համաճարակաբանության հրավիրյալ պրոֆեսոր, 1988 թ.՝ պրոֆեսոր: Նաև կարևոր պաշտոններ է զբաղեցրել այդ համալսարանում. 1988-1993 թթ. եղել է համաճարակաբանության ամբիոնի վարիչի տեղակալ, 1991թ.՝ ամբիոնի վարիչի պաշտոնակատար: 1989-1996 թթ. ղեկավարել է Ջոնս Հոփքինս համալսարանի հանրային առողջապահության մագիստրոսի կոչում շնորհող ծրագիրը՝ որպես ծրագրի տնօրեն: Արմենեանը 1976-1981 թթ. աշխատել է Բահրեյնի առողջապահության նախարարությունում, եղել է Նրա մասնագիտական չափանիշների և համակարգային վերլուծությունների բաժնի տնօրեն: Արմենեանն ակտիվ հանրային ծառայություններ է մատուցել մասնագիտական ոլորտում, բազում պրոֆեսիոնալ

կազմակերպությունների և գիտական ընկերակցությունների անդամ է: 1981 թ. Կանխարգելիչ բժշկության ամերիկյան քոլեջի, Համաճարակաբանական միջազգային ընկերակցության անդամ է, 1996 թ.՝ նաև վերջինիս գործադիր խորհրդի քարտուղարը: 1986 թ. ընտրվել է Ջոնս Հոփքինս համալսարանի գիտնականների ընկերակցության անդամ: 1989 թ. անդամակցել է Համաճարակաբանության և Համաճարակաբանական հետազոտությունների ամերիկյան ընկերակցություններին:

Պարգևներ

Բեդուն գիտահետազոտական գործունեության համար Յարութին Արմենեանն արժանացել է մի շարք ակադեմիական պարգևների, որոնց ընդարձակ ցանկն ընդգրկում է Հիգիենայի և հանրային առողջապահության միության մրցանակը՝ խորհրդատվական և դասախոսական աշխատանքի համար, Լիբանանի առողջապահության նախարարության պատվոգիրը, Հիգիենայի և հանրային առողջապահության դպրոցի կրթության գերազանցության համար շնորհած՝ Էռնեստ Լիման Սթեֆինսի մեդալը, Բժիշկների ընկերակցության Ալֆա-Օմեգա-Ալֆա պատվավոր մրցանակը և այլն: Նա նշանակվել է Բրիտանական արքայական բժշկական քոլեջի գործակցի անդամակցության: Հայրենիքին մատուցած ծառայությունների համար պարգևատրվել է ՀՀ նախագահի «Մովսես Խորենացի» մեդալներով և Ամենայն հայոց կաթողիկոսի «Սուրբ Սահակ-Սուրբ Մեսրոպ» շքանշանով:

Գիտական և խմբագրական աշխատանք

Յարութին Արմենեանը հեղինակ է հրատարակված բազմաթիվ գիտական աշխատությունների (23 գիրք, 110

գիտական հոդված, համահեղինակ է նաև տասնութ գիտական գրքի, որոնք նվիրված են համաճարակաբանության, հանրային առողջապահության, կանխարգելիչ և գործնական բժշկության խնդիրներին): Նա եղել է «Հոդվածներ համաճարակաբանության ոլորտում» պարբերականի գլխավոր խմբագիրը և Համաճարակաբանության ամերիկյան ամսագրի խմբագիրներից: Յարութին Արմենեանը հայանպաստ գործունեություն է վարում բազմաթիվ գիտակրթական, մշակութային կազմակերպություններում: 1978 թ. տարբեր երկրներում ղեկավարել է մի շարք ծրագրեր: Եղել է Բահրեյնի, ԱՄԷ, Կատարի, Իրաքի, Լիբանանի, Օմանի, Սաուդյան Արաբիայի, Գերմանիայի, Հայաստանի առողջապահության նախարարությունների, ինչպես նաև Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպության, ՄԱԿ-ի մանկական հիմնադրամի, Կարմիր խաչի, «Փրկեցեք երեխաներին» կազմակերպությունների խորհրդատու:

Լեռնագնացություն

Հայազգի բժիշկ-արվեստագետը կնոջ՝ Սոնայի հետ նվաճել է մի շարք գագաթներ՝

- 2006թ.՝ Արարատ.
- 2012թ.՝ Կիլիմանջարո.
- 2013թ.՝ Մաչու Պիկչու.
- 2016թ.՝ Օրիզապա.

Արմենեանը հայ լեռնագնացների հետ բարձրացել է նաև ՀՀ գրեթե բոլոր նշանակալի գագաթները:

«Կեանքի ուղիներում մեջ լավագույնն այն է, որ առիթն օգտագործես, չըսես, որ չեմ կրնար: Ամենէն աղետալի պայմաններում մեջ ալ պետք է գտնել նոր իրագործումներու ճանապարհը: Ինձի համար քանի մը աստիճանի հաճոյքներ կան, բայց բարձրագոյն հաճոյքը ստեղծագործականն է, ըլլա աղիկա գիտական աշխարհի մեջ, թէ արվեստի զանազան ճյուղերուն մեջ: Ինձի համար ստեղծագործականի հաճոյքները քեզ կը մօտեցնեն Մեծ Ստեղծագործողին»:

Գեղանկարչություն

Նրա աշխատանքները ներառում են բնանկարներ ու ծովանկարներ (նկարել է շուրջ 40 երկրներ կատարած իր ճամփորդությունների ընթացքում), և ունի արստրակտ աշխատանքների մի հավաքածու: Բեյրութում ծնված հայազգի նկարիչը սկսեց լրջորեն զբաղվել նկարչությամբ 1976 թ.՝ մի շրջան, երբ Լիբանանը ներքաշված էր ավելի ու ավելի սաստկացող քաղաքացիական պատերազմի մեջ: Բռնությունների ականատես նկարիչն ամեն օր պայթող ռումբերի և հրթիռների ձայներից փախչում էր նկարչությամբ: Բեյրութի ամերիկյան համալսարանում աշխատելու տարիներին հաճախ նկարում էր համալսարանի տարածքում գտնվող մարդաշատ այգիներն ու դեպի Միջերկրական ծով բացվող տեսարանը: Սա նկարչությամբ (ջրաներկով) զբաղվելու նրա անհատական փորձերի սկիզբն էր և պիտի շարունակվեր հաջորդող տասնամյակների ընթացքում: Յարութին Արմենեանն ուր էլ գնար, հետը ջրաներկերի և վրձինների տուփ էր տանում: Թեպետ ջրաներկով վարժ նկարելը հեշտ չէ, սակայն Յարութին Արմենեանին հաջողվում էր նորովի օգտագործել գույները՝ նկարելով մենավոր կանգնած սոճուց մինչև Ֆլորենցիայի ճարտարապետական կոթողներ:

Քննադատ Փիթեր Ֆրանկը Յարութին Արմենեանի աշխատանքների մասին գրել է. «Արմենեանի աշխատանքներում միահյուսվում են ճոխությունը, հանդարտությունն ու զգացմունքայնությունը, ոչ պակաս քան Հենրի Մատիսի՝ պատերազմի տարիներին արված նկարներում է: Կրճնի թեթև հպումներն ու գունապնակը հմայում են, ինչպես՝ Ռաուլ Դյուֆին նկարները»:

Արմենեանն ունեցել է անհատական ցուցադրություններ Կալիֆորնիայի համալսարանում, Լոս Անջելեսում, Պուրճ Համուտի Համազգային պատկերասրահում (Լիբանան), Բեյրութի «Նոյյան տապան» ցուցասրահներում (Լիբանան), «Ալբերտ և Թով Բոյաջյաններ» պատկերասրահում (Երևան), և նաև Հայաստանի Ամերիկյան համալսարանի «Ազեան» ցուցասրահում: Նկարչի ստեղծագործությունները ցուցադրվել են արվեստի մի շարք միջազգային տոնավաճառներում և խմբակային ցուցադրություններում, այդ թվում՝ Արթեքսպո Նյու Յորք (2013), Art Monaco (2013, 2014) և Life100 Exhibit, Brand Library and Art կենտրոնում (Գլենդեյլ, Կալիֆորնիա, 2015) կայացած ցուցադրությունների ընթացքում:

Յարութին Արմենեանի աշխատանքները հայտնվել են բազմաթիվ այդ թվում՝ «Անցյալը հոս դեռ չի հալիր» (2007) «Colors and Words: From Armenia and Beyond» (2002) և «Life with Watercolors» (2014) հրատարակություններում: Նրա կայքի և ինստագրամի հասցեներն են՝ www.armeniancolors.com և watercolorforlife:



Ճանապարհորդություն դեպի առողջություն և գեղեցկություն



բժշկական
տուրիզմ

Հիվանդանոցային պատեր ու պատմական ամրոցներ, վիրահատական սեղան և սեղաններ՝ ազգային ու էկզոտիկ ճաշատեսակներով. առաջին հայացքից անհամատեղելի, բայց բժշկական տուրիզմի տեսանկյունից՝ շահավետ և հետաքրքիր: Աշխարհը ոտքի տակ տալ, տեսնել Նոր և հետաքրքիր երկրներ ու քաղաքներ ու Նաև բուժվել: Մատչելի, արագ և բարձրորակ բուժօժանություններից օգտվելու նպատակով և Նոր երկրներ տեսնելու ցանկությամբ՝ հիվանդները սկսել են ճանապարհորդել դեռ հին ժամանակներից: Հազարամյակներ առաջ մարդիկ Միջերկրական ծովից հասնում էին Սարոնիկոս ծոց՝ բժշկության աստված Ասկլեպիոսի սրբավայր:

«Սպա քաղաքներն» ու առողջարանները ևս կարելի է համարել բժշկական ճանապարհորդության վաղ ձևերից: Այսօր ևս բժշկական տուրիզմը տարածված և ընդունված է: Օրինակ՝ ԱՄՆ-ում և եվրոպական որոշ երկրներում բժշկական ծառայությունները շատ թանկ արժեն, այլև մարդիկ պետք է ամիսներ առաջ հերթագրվեն, որպեսզի կարողանան օգտվել որոշ ծառայություններից: Սա հանգեցրեց նրան, որ այցելուները հարկադրված սկսեցին դիմել իրենց երկրներից դուրս գտնվող բժշկական կենտրոններ, որտեղ ծառայությունները շատ ավելի մատչելի են, և ամիսներ առաջ հերթագրվելու կարիք չկա:

«Medical travel» ամսագրի տվյալներով՝ այսօր շուրջ 30 միլիոն մարդ ընտրում է բժշկական տուրիզմը: Ամենահայտնի և այցելվող ուղղություններից են Գերմանիան (տարին 70 000 այցելու), Իսրայելը (տարին 30 000 այցելու): Բժշկական տուրիզմը տարածված է նաև Արգենտինայում, Կուբայում, Կոլումբիայում, Ֆիլիպիններում, Սինգապուրում, Թաիլանդում, Թուրքիայում, Նոր Զելանդիայում և շատ այլ երկրներում:

Օրինակ՝ ամեն տարի ԱՄՆ-ից բժշկական տուրիզմի նպատակով մեկնում է շուրջ 1.5 միլիոն մարդ: Աշխարհում պացիենտների 33 %-ը բժշկական տուրիզմի ճանապարհին է բռնում՝ պլաստիկ վիրահատությունների համար: Ցանկում պլաստիկ վիրաբուժական

ծառայություններից օգտվողներին հաջորդում են ստոմատոլոգիական և սիրտ-անոթային խնդիրներ ունեցող մարդիկ: Չնայած բժշկական տուրիզմը հետաքրքիր, այլընտրանքային և Նաև արդյունավետ տարբերակ է, սակայն Նաև ռիսկեր է պարունակում, որոնք չկան տեղային բժշկության մեջ: Որոշ երկրներում, ինչպիսին են Հնդկաստանը, Հարավաֆրիկյան Հանրապետությունը, Թաիլանդը, տարածված են տարբեր վարակիչ հիվանդություններ: Նման դեպքերում կարող է թուլանալ իմունիտետը, կարող են առաջանալ ստամոքսաղիքային հիվանդություններ, կարող են վարակներ փոխանցվել:

Այլ երկրում բուժումն ու հանգիստը կազմակերպելիս կարևոր է չմոռանալ Նաև հետվիրահատական խնամքի մասին: Հետվիրահատական խնամքի որակը Նույնպես զգալիորեն տարբեր է կախված հիվանդանոցից և երկրից: Այն կարող է չհամապատասխանել ամերիկյան կամ եվրոպական չափորոշիչներին կամ պարզապես Ձեր ակնկալիքներին: Պետք է հաշվի առնել նաև, որ երկար ուղևորությունները Նույնպես կարող են բարդություններ առաջացնել: Երկար թռիչքները և շարժման պակասը կարող են զարգացող երակային խորը թրոմբոզի և թոքային խնդիրների Նախապայման լինել:

Նախքան բժշկական տուրիզմի տարբերակն ընտրելը կարևոր է հաշվի առնել նաև այս ռիսկերը, գնահատել ու փորձել կանխատեսել հավանական վտանգները:

Լավ փնտրելու, ուշադիր զննելու և լավագույնը գտնելու հույսով՝ զբոսաշրջիկ-հիվանդները գալիս են նաև Հայաստան: Մեր երկրում բժշկական տուրիզմը զարգացման բարձր Նիշի վրա չէ, բայց առկա է ոլորտը զարգացնելու հույս և ներուժ. մասնագետներն են վկայում:

Բժշկական տուրիզմի ոլորտում հայկական հետքերի և ապագայի մասին բոլոր ակնկալիքներն ու փաստերը փորձել ենք ամբողջացնել՝ խոսելով բժիշկների և բժշկական տուրիզմի հայկական ասոցիացիայի Նախագահի հետ:



Տուրիզմի հայկական ասոցիացիայի նախագահ Տաթևիկ Շահյան

Բժշկական տուրիզմի հայկական ասոցիացիան ստեղծվել է 2016 թ. և արդեն 5 փուլերի բաժանված հստակ ծրագիր ունի: Այս նախագիծը med-arm tours թիմի հետ համագործակցություն է՝ թիմային աշխատանքով ասոցիացիան սնելու և ներդրումներ անելու նպատակով: Մենք համատեղել ենք բիզնես-ծրագիրն ու ասոցիացիայի ծրագիրը: Աշխատանքներն արդեն սկսվել են, ամենակարևոր գործողություններից մեկն արդեն ընթացքում է. տեղեկացնում ենք մարդկանց մեր գործունեության մասին: Հայաստանում անհրաժեշտ են հսկայական աշխատանքներ, որպեսզի ոլորտը գործի: Այսօր բժշկական տուրիզմի համար նախապայմաններ չկան, այն տարերային բնույթ է կրում, և ցանկացած մարդ կարող է բժշկական տուրիզմի ոլորտում գործունեություն ծավալել:

Մենք նախնական չափանիշներ ենք ստեղծել. ամենամիկինիկապետք է ապահովի նվազագույն պահանջներ, որպեսզի պացիենտը զերծ մնա լրացուցիչ խնդիրներից և դժվարություններից: Այս պահին ակտիվ գործունեություն ենք ծավալում զբոսաշրջային գործակալությունների հետ, առաջարկում ենք, որ նրանք ունենան համապատասխան փաթեթներ, դրանք ներկայացվեն առաջատար հյուրանոցների: Նախատեսում ենք պացիենտին ապահովել համապատասխան փաստաթղթերով և բժշկական տուրիզմը բարձրացնել նոր մակարդակի:

Ուսումնասիրելով ոլորտը՝ տվյալներ ենք հավաքել, թե որ երկրներն են տարածաշրջանում մեր մրցակիցները, և թե ինչով կարող ենք մենք հետաքրքրել բժշկական տուրիզմ նախընտրող

մարդկանց: Մեր երկրում հատկապես հետաքրքրություն են ներկայացնում ստոմատոլոգիան, իմպլանտացիան, պլաստիկ վիրաբուժությունը, օրթոպեդիկ ծառայությունները: Հայաստանով մասնավորապես հետաքրքրվում են արաբական երկրների պացիենտները, ռուսաստանցիներն ու իրանցիները: Մեծ է նաև սփյուռքահայերի հետաքրքրությունը: Բժշկական տուրիզմի հայկական ասոցիացիայի նպատակը ինչպես բուժման համար Հայաստան եկող հիվանդների հոսքը խթանելն է, այնպես էլ մեր երկրում բժշկական տուրիզմը զարգացնելու համար անհրաժեշտ պայմաններ ստեղծելուն աջակցելը:



Բոլորին հայտնի է, որ մեր փոքրիկ երկրի տնտեսության դինամիկ զարգացման նախապայմաններից մեկը միջազգային շուկաներում մեր արտադրանքը և ծառայությունները սպառելն է: Քանի որ հայկական շուկան շատ փոքր է, այս փաստը հաճախ խոչնդոտում է որոշ մասնագիտություններ և տնտեսության ուղղություններ մասշտաբային զարգացնելը:

Բժշկական տուրիզմի զարգանալը ՀՀ-ում կնպաստի՝

- լրացուցիչ ֆինանսական ռեսուրսներ ներգրավելուն.
- որակյալ բուժման և սպասարկման առավել մասշտաբայնությանը.
- երիտասարդ և առաջնակարգ մասնագետների առավել արագ կայանալուն և այլն:

Այժմ ՀՀ-ում առավել դինամիկ զարգացող ուղղություններից է ստոմատոլոգիական տուրիզմը: Շատ բարձրակարգ կլինիկաներում բուժվող պացիենտների մի մասը հայաստանաբնակ չեն: Նրանք հիմնականում սփյուռքահայեր են, որոնք հայրենիք այցելելիս փորձում են նաև բուժել ատամները: Ճիշտ է, սա ևս շատ ողջունելի է, սակայն մենք պետք է առավել բարձր սանդղակի ձգտենք և ներգրավենք միջազգային պացիենտների: Այս ոլորտում մեր հնարավորությունները տարածաշրջանի այլ երկրներից ավելի մեծ են, քանի որ ունենք աշխարհով մեկ սփռված, հսկայական ներուժով հայկական սփյուռք, որի անդամներից յուրաքանչյուրը մեր դեսպանն է: Այսինքն՝ ունենք մի քանի միլիոն դեսպան:

Արդեն մի քանի տարի «Ստոմատոլոգիական տուրիզմ դեպի Հայաստան» հիմնադրամի թիմի կազմակերպած կրթական նախագծերի ակտիվ մասնակիցներն են մեր սփյուռքահայ մասնագետները, որոնց հետ ստոմատոլոգիական արագ բուժման մեթոդների շրջանակում փորձի փոխանակումը նպաստել է տեղացի մի շարք մասնագետների գործունեության շրջանակներում ստոմատոլոգիզմը զարգացնելուն:

Անհրաժեշտ է իրականացնել միջազգային պացիենտներ ներգրավելու անչափ ծավալուն աշխատանք: Մի շարք ուղղություններով հարկ է զուգահեռաշխատել, զարգացնել և ստեղծվող հաջողված աշխատանքների շնորհիվ աշխարհին լսելի դարձնել ստոմատոլոգիական տուրիզմ դեպի Հայաստան բրենդը: Սրա մասին կարելի է շատ երկար խոսել:



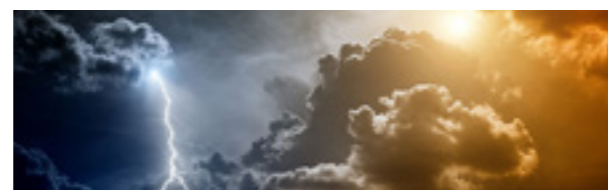
Աշոտ Միջայելյան
պլաստիկ վիրաբույժ

Հայաստանն արդեն տարիներ շարունակ արդիական ուղղություն է պլաստիկ միջամտության դիմել ցանկացող բժշկական տուրիստների համար:

Ըստ մեր կլինիկայի վիճակագրության՝ կարելի է փաստել, որ բժշկական զբոսաշրջիկների հոսքը մեծ է Հայաստան հատկապես այն երկրներից, որտեղ մեծ և ակտիվ են հայկական համայնքները: Այցելումների մեծ հոսք է նկատվում ԱՄՆ-ից և ՌԴ տարբեր քաղաքներից, մասնավորապես՝ Կրասնոդարի շրջանից, Սոչիից, Դոնի Ռոստովից, Մոսկվայից, Նոյնիսկ Սիբիրից: Եվրոպական երկրներից այցելումների մեծ հոսք ունենք Բելգիայից, Նիդերլանդներից, Ֆրանսիայից, ունեցել ենք այցելումներ նաև Ավստրալիայից:

Հաճախ է շրջանառվում այն միտքը, որ օտարերկրացիները և արտերկրում բնակվող մեր հայրենակիցները նախընտրում են պլաստիկ միջամտության դիմել մեր երկրում՝ գինը համեմատաբար մատչելի լինելու պատճառով: Իմ մասնագիտական կարծիքով այդ փուլն արդեն անցյալ է, երբ պլաստիկայի դիմող անձը հետաքրքրված է միայն գնային մատչելիությամբ: Հատկապես եվրոպական երկրներից ժամանող պացիենտների համար առանցքային է բժշկի աշխատանքի որակը, իր տեսած արդյունքներից հիացմունքը, վիրահատված պացիենտների դրական արձագանքը:

Մեզ այցելող պացիենտներն ընտրում են մեզ, քանի որ վստահում են վիրահատության որակին, անվտանգությանը, հավատում ակնկալվող դրական արդյունքին: Այսպիսով, ուրախալի է փաստել, որ ներկայումս բժշկական տուրիստի համար գերադասելի է վիրահատվել Հայաստանում՝ անգամ հոգալով նաև ուղեկցող անձի ճանապարհածախսը, կացության ծախսը, քան վիրահատությունը վստահել տեղի որևէ բժշկի:



5 փաստ կլիմայի փոփոխության և առողջության միջև կապի մասին

1. Ամեն տարի թերսնման հետևանքով մահանում են միլիոնավոր մարդիկ: Մահվան պատճառ են դառնում ինչպես կենսական կարևորություն ունեցող սննդարար նյութերի պակասությունը, այնպես էլ օրգանիզմի ցածր դիմադրողականությունն այնպիսի վարակիչ հիվանդությունների հանդեպ, ինչպիսիք են մալարիան, փորլուծությունը և շնչառական օրգանների հիվանդությունները:

2. Եղանակային կարճատև և ինտենսիվ տատանումները՝ ջերմային սթրեսի պատճառ Եղանակային կարճատև, բայց ինտենսիվ տատանումներն էականորեն ազդում են առողջության վրա՝ հանգեցնելով ջերմային սթրեսի (հիպերթերմիա) կամ ծայրահեղ սառեցման/գերսառեցման (հիպոթերմիա),

որոնք բարձրացնում են սրտային հիվանդությունների կամ շնչառական օրգանների հիվանդություններից գրանցված մահացության ցուցանիշը: Հետազոտությունները փաստում են, որ 2003 թ. ամռանը ջերմաստիճանի ռեկորդային բարձր ցուցանիշն Արևմտյան Եվրոպայում հանգեցրել է մահացության կտրուկ աճի. այդ ընթացքում գրանցված մահվան դեպքերը 77 տոկոսով գերազանցում են նախորդ տարիներին՝ նույն ժամանակամիջոցում, գրանցված դեպքերը:

3. Օդի ջերմաստիճանի բարձրացումն ու ծաղկափոշին. ալերգենները՝ ասթմայի հարուցիչ Օդի բարձր ջերմաստիճանի պայմաններում ավելանում է ծաղկափոշու և այլ ալերգենների

մակարդակը: Սա կարող է ասթմա առաջացնել, որից ամբողջ աշխարհում տառապում է գրեթե 300 միլիոն մարդ: Ջերմաստիճանի սեզոնային բարձրացումն էապես ազդում է այս խնդրի տարածվելու վրա:

4. Տեղումների ավելի ու ավելի փոփոխական բնույթը կարող է բացասական ազդեցություն ունենալ խմելու ջրի պաշարների վրա: Ամբողջ աշխարհում 10 հոգուց 4-ն ունի ջրի անբավարարություն: Ջրի պակասն ու դրա վատ որակը կարող են վտանգել առողջությունն ու հիգիենան: Այն մեծացնում է փորլուծություն առաջանալու (ամեն տարի դիարեայից մահանում է մոտ 2.2 միլիոն մարդ), ինչպես նաև տրախոմա (աչքի վարակ, որը կարող է հանգեցնել կուրության)

և այլ հիվանդություններ առաջանալու ռիսկը:

5. Կլիմայական պայմաններն իրենց ազդեցությունն են ունենում այնպիսի հիվանդություններ զարգանալու և տարածվելու վրա, որոնք փոխանցվում են ջրով կամ հարուցիչներով, ինչպիսին, օրինակ, մոծակն է: Փորլուծության, մալարիայի և սպիտակուցի պակասի հետևանքով ամբողջ աշխարհում ամեն տարի մահանում է շուրջ 3 միլիոն մարդ. դեպքերի 1/3-ը սովորաբար գրանցվում է Աֆրիկայում:

ՉԻ ԿԱՐԵՆԻ

ԲՈՒԺՄԱՆԱԳՆԱԾԱԾ
ՄԵԹՈԴՆԵՐ
ԻՆՉ ԳՐԵՑ Է ԱՆՈՒ ՄԵՐ ՕՐԵՆՈՒՄ



Սևան Իրիցյան
Ալերգոլոգ

Սեզոնային ալերգիա. առասպելներ, փաստեր, իրականություն

Ալերգիան օրգանիզմի փոփոխված, գերբարձր պատասխանն է սպիտակուցային բնույթ կրող այն նյութերին, որոնք առողջ մարդկանց համար անվտանգ են: Կարևոր է գիտակցել, որ ալերգիան մեկ երևույթ կամ մեկ հիվանդություն չէ. այն հիվանդությունների մեծ խումբ է, հետևաբար դրա ախտորոշումը և բուժումը տարբեր են:

Ալերգիկ ուրբանիզացիա

Ժամանակակից բժշկության մեջ ալերգիան՝ որպես հիվանդություն, առաջին անգամ ամբողջությամբ նկարագրվել է մոտ 200 տարի առաջ (1819թ., Ջոն Բոսքոթ): Այնուհետև Չարլզ Բլեքլեյ անունով մի բժիշկ հարդախոտ մշակելիս ենթադրում է, որ իր ալերգիայի պատճառը ծաղկափոշին է. հավաքելով խոտերն ու պահելով տարայում՝ ձմռանը նա կրկին բացում է տարան, և նույն խնդիրն է ի հայտ գալիս: Բժիշկն այդ երևույթը կոչեց «հարդախոտային տենդ»: Այն փաստորեն ժամանակակից բժշկության մեջ սեզոնային ալերգիայի ապացուցողական առաջին օրինակն էր:

200 տարիների ընթացքում հազվադեպ հանդիպող հիվանդությունն այսօր դարձել է մոլորակի բնակչության շուրջ 25%-ի կյանքի անբաժան մասը: Աճն աննկարագրելի

է և լիովին համընկում է ուրբանիզացիոն գործընթացին: Դրանից ելնելով՝ ձևավորվել է առաջին վարկածներից մեկը. ալերգիկ երևույթներ առաջանալն առնչվում է հիգիենիկ պայմանները բարելավելուն: Որքան մարդու կենցաղային պայմանները բարենպաստ են՝ մաքուր և հիգիենիկ, այնքան ալերգիաներն ավելի հաճախադեպ են:

Ալերգիան բուժելը

Ալերգիան մեկ երևույթ կամ մեկ հիվանդություն չէ և մեկ հաբով չի բուժվում: Այն իմունային համակարգի աղավաղված պատասխան է, հետևաբար, մինչև այն չչտկվի, ալերգիան չի վերանա: Սեզոնային ալերգիաների դեպքում, օրինակ, երկարատև բուժման պարագայում՝ հնարավոր է վերացնել այն (ալերգեն-յուրահատուկ իմունաթերապիա՝ շուրջ 3 տարի 6-7 ամիս տևողությամբ կուրսերով): Մյուս դեպքերում բուժումը, ցավոք, չի ենթադրում առողջացում: Բժշկության տեսանկյունից պացիենտին ցանկացած ձևով օգնելը ևս բուժում է համարվում:

Ալերգիայի մասին թյուր պատկերացումները հատկապես շատանում են, երբ ոչ գործունյա են մասնագիտական համայնքները:

Բուժման ինչպիսի մեթոդներ գոյություն ունեն

Ալերգիան բուժելու գործընթացը կարելի է բաժանել երկու փուլի: Առաջինը հետևանքների դեմ պայքարն է: Բուժման այս տարբերակը կարելի է իրականացնել դեղորայքային տարբեր խմբերով: Երկրորդ մեթոդը ալերգեն-յուրահատուկ իմունաթերապիա կոչվածն է: Այս մեթոդի իմաստն այն է, որ ալերգիա առաջացնող նյութեր օգտագործելով՝ իմուն համակարգին «դրդում են» նորմալ պատասխանի, բժշկագիտական լեզվով՝ ընդդեմ տվյալ ալերգենի ձևավորում են իմուն տուլերանտություն:

Պետք է փաստել, որ նման ախտորոշման և բուժման համար ՀՀ-ում առկա են պայմաններ (թեև ոչ կատարյալ):

Ախտորոշում

Ցավոք, Հայաստանում դեռ շատ մասնագետներ ախտորոշում են սեփական դիտարկումներով, հնացած պատկերացումներով, և ոչ թե ստացված լաբորատոր արդյունքներով: Վերջին տարիներին մեծ դեր ունեցավ արյան շիճուկում իմունազլոբուլինների քանակական չափման «ոսկե ստանդարտ» (ImmunoCAP) ներդնելը, որը նոր էջ բացեց Հայաստանի ալերգոլոգիայում՝ հնարավորություն ընձեռելով թևակոխել մոլեկուլյար ալերգոլոգիայի դարաշրջան: Այն անհատականացված և խիստ ճշգրիտ մեթոդ է:

Ինչպես գիտենք, ալերգիաների դեպքերի 80%-ը միջնորդվում է իմունազլոբին E-ով, այսինքն՝ ամեն ալերգենի շփվելուց հետո ընդդեմ տվյալ ալերգենի արտադրվում է խիստ յուրահատուկ իմունազլոբուլին E: ImmunoCAP–ի միջոցով կարելի է հատնաբերել յուրահատուկ իմունազլոբուլինները և փաստել, որ խնդիրն առաջացել է տվյալ ալերգենից, այսինքն՝ գտնել պատճառը: Ընդ որում, եթե նախկին մեթոդներն ինչ-որ չափով լուծում էին տվյալ խնդիրը, այժմ հնարավորություն է ընձեռվում էլ ավելի առաջ գնալ և հստակ հասկանալ՝ ալերգենի որ բաղադրատարրի (մոլեկուլի) հանդեպ է արտադրվել իմունազլոբուլինը, որը հսկայական նշանակություն ունի պատճառագիտության և հետագա բուժման համար:

Դեղ ու դարման՝ ալերգիայի դեմ

Դեղորայքը բազմազան է, բայց դրանք կարելի է խմբավորել: Պացիենտների

մեծ մասը դեղամիջոցների մասին պատկերացում է կազմում ոչ թե մասնագետի, այլ դեղատների միջոցով: Սխալ բուժման և ինքնաբուժման հետևանքով օրգանիզմը կարող է սովորել այդ դեղամիջոցներին, և դրանք լավագույն դեպքում կարող են անարդյունավետ լինել, ինչպես՝ հակաբիոտիկներով ինքնուրույն «բուժվելու» դեպքում:

Նկատվում է նաև չապացուցված արդյունավետությամբ դեղամիջոցների կիրառում: Դրանցից մեկը բոլոր ալերգիկներին հայտնի նատրիումի թիոսուլֆատն է, որը զարգացած երկրներում նույնիսկ ներառված չէ դեղամիջոցների ցանկում. այն կիրառելի է միայն որոշ թունավորումների ժամանակ և բացարձակապես ոչ մի ցուցում չունի՝ ալերգիաների ժամանակ կիրառելու համար: Ըստ վարկածի՝ այն պետք է օրգանիզմից դուրս հանի ալերգեններն ու օզնի լյարդի՝ նյութափոխանակությունը կարգավորելուն, բայց, բնականաբար, անկախ կիրառումից այն չի կարելի համարել ալերգիա բուժող դեղամիջոց: Ցավոք, այն նշանակում են նաև բժիշկները:

Հոմեոպաթիան՝ ընդդեմ ալերգիայի

Կարելի էր, թերևս, ավելորդ համարել հոմեոպաթիկ դեղամիջոցներ կիրառելուն անդրադառնալը, սակայն ահագնացող մասշտաբները թույլ չեն տալիս անտեսել այն: Այդ իսկ պատճառով պետք է մեկ անգամ ևս հորդորել, որ քաղաքացիները չդիմեն անհայտ ծագման կեղծ գիտական մեթոդների, անպայմանորեն պահանջեն առաջարկվող «դեղորայքի» մասին տեղեկատվություն (ի՞նչ է պարունակում, ի՞նչ քանակությամբ, որտե՞ր է փորձաքննվել, ո՞վ է արտադրել, ի՞նչ հետազոտություններ կան այն օգտագործելու մասին): Ցավոք, քիչ չեն դեպքերը, երբ հոմեոպաթների, հեքիմների ու այլ ոչ մասնագետների միջամտություններից հետո, հիմնական խնդիրը լուծելուն զուգահեռ, բժիշկները հարկադրված են լինում լուծել նաև ծագած բարդությունները:

Ալերգիա՝ ծառ ու ծաղկից

Տարածված կարծիք է, որ սեզոնային ալերգիաների մեծ մասը պայմանավորված է բարդու մանրախավով (→→→), և սա կարելի է անվանել →ի «սեզոնային» առասպելը: Բանն այն է, որ բարդու մանրախավը բարդու սերմերն են՝ պարուրված մանր թելիկներով, որոնք կազմված են ցելյուլոզայից, հետևաբար, չունենալով սպիտակուցային

ծագում՝ չեն կարող ալերգիա առաջացնել, սակայն մանրաթելերը կարող են այլ ծաղկափոշիների «թակարդ» դառնալ, որոնք, խճճվելով դրանց մեջ, տարածվում են և զգայուն մարդկանց համար խնդիրներ առաջացնում: Այսինքն՝ բարդու մանրախավի մեջ կարող է լինել նույն պահին ծաղկող ցանկացած բույսի ծաղկափոշի: Իսկ բուն բարդու ծաղկափոշին տարածվում է սովորաբար գարնան սկզբին՝ մարտի առաջին շաբաթներին, եթե տվյալ տարվա կլիման համապատասխանում է նորմային:

Իմունիտետ և ալերգիա

Ալերգիաները իմուն համակարգի աշխատանքի արտացոլանքն են: Նախ՝ ալերգոլոգիան իմունոլոգիայի մի ճյուղ է, բացի դրանից՝ ալերգոլոգիայի հիմքն իմուն համակարգի ուսումնասիրությունն է. խնդիրը ոչ թե իմուն համակարգի ուժեղ կամ թույլ լինելն է, ինչպես շատ հաճախ կարծում են մարդիկ, այլ ճիշտ կարգավորման խնդիրը: Առողջ մարդկանց իմուն համակարգը ճանաչում է այդ նյութերն (ալերգենները) ու պատասխան ձևավորում, որը ոչ մի կերպ չի դրսևորվում: Ալերգիկ մարդկանց շրջանում համաչափությունը շեղվում է, և սկսում են արտադրվել E դասի իմունազլոբուլին կոչված հակամարմինները: Դրանք ամրանում են պարարտ բջիջներին, և երբ երկրորդ անգամ նույն ալերգենը օրգանիզմ է թափանցում, միանում է արդեն ամրացած երկու իմունազլոբուլին E-երին և «գործարկում» բջիջների դեգրանուլյացիան՝ կենսաբանորեն ակտիվ նյութերի ձեռքբազատումը: Հենց սա էլ ալերգիկ բորբոքման ախտաբանության հիմքն է:

Տնային պայմաններում «Իմունիտետ բարձրացնելը»

Իմունիտետին առնչվող «խաղերը» բավական վտանգավոր ավարտ կարող են ունենալ: Չնայած ժողովրդի մեջ տարածված միջոցների մեծ մասը իմուն համակարգի վրա չի ազդում, բայց, միևնույն է, որոշ դեպքերում հնարավոր են դառնում որոշակի տեղաշարժեր, որոնք կարող են արտահայտվել աուտոիմուն ռեակցիաներով և ալերգիաներով: Ալերգիան, սակայն, ոչ թե ուժեղ կամ թույլ իմունիտետի հետևանք է, այլ օրգանիզմի շեղված պատասխան ռեակցիան:

Տուն, տեղ, ալերգիա

Բնակության վայրը ևս ալերգիկ երևույթների պատճառ կարող է դառնալ: Օրինակ՝ ըստ որոշ հետազոտությունների՝ էմիգրանտներն

ավելի հաճախ են ալերգիաներ ունենում, քան տեղաբնակները: Սա պայմանավորված է նրանով, որ մարդը, երկար ժամանակ նույն վայրում ապրելով, սովորում է կլիմային, բույսերին, սննդին, և ալերգիկ դրսևորումները գենետիկորեն պակասում են: Ըստ մեկ այլ վարկածի՝ մարդկանց ակտիվ տեղաշարժը 21–րդ դարում հանգեցրեց նաև ալերգիաների հաճախանալուն: Մյուս կողմից էլ՝ այս փաստը նպաստում է բժշկական տուրիզմի զարգացմանը: Որոշ բույսեր բնորոշ են որոշակի տարածաշրջանի, և անհրաժեշտություն է առաջանում բույսերի ծաղկման շրջանում լքել այդ տարածքները: Դա, իհարկե, ժամանակավոր միջոց է, բայց երբեմն՝ խիստ արդյունավետ: Այդ առումով Հայաստանն ունի մեծ առավելություն, որը պետք է կարողանանք օգտագործել: Պետք է հստակ իմանալ՝ ինչից ես փախչում և ուր ես գնում. փոքր տարածքով երկրներում ներգնա տուրիզմով ալերգիայից փրկվել չի հաջողվի:

Ալերգիան դուրս հանել օրգանիզմից

Շրջանառվում է նաև այն տեսակետը, որ ալերգիան կարելի է արյան միջից հանել: Ալերգիան վարակ չէ, այն օրգանիզմից հանել չենք կարող: Կարևոր է հասկանալ, որ խնդիրն ալերգենը չէ, այլ օրգանիզմը: Ալերգենները մարդու օրգանիզմում չեն բնակվում: Եվ կրկնելով նույն միտքը՝ ստիպված ենք ասել, որ ալերգիան օրգանիզմի պատասխանն է այն նյութերին, որոնք մյուսների համար անվտանգ են:

Ժառանգական ալերգիա

Ալերգիայի համար հստակ գեներ չկան, բայց մեծ դեր է խաղում ժառանգական նախատրամադրվածությունը: Եթե ծնողներից երկուսն ալերգիկ են, ապա 50 տոկոս հավանականությամբ երեխան ալերգիկ է լինելու: Եթե ծնողներից մեկն է ալերգիկ, ապա հավանականությունը 25 տոկոս է: Պետք է նաև նշել, որ երեխաներին փոխանցվում է խնդիրը, ոչ թե դրադրսևորումը: Ծնողը կարող է սննդային ալերգիա ունենալ, երեխան՝ այլ տիպի: Ապագա երեխայի ալերգիկ նախատրամադրվածությունը ճշտելու տարբերակներ, սակայն, գոյություն չունեն:



Արա Անթառանյան
Վնասվածքաբան-օրթոպեդ

Օստեոխոնդրոզ. ոչ թե հիվանդություն, այլ հիվանդությունների խումբ

Օստեոխոնդրոզ անվանմամբ՝ անձը կարող է ունենալ ողնաշարի որևէ հատվածի ցավային համախտանիշ, որը կարող է լինել դիսկոզեն՝ պայմանավորված կա՛մ հոդային ապարատով, կա՛մ ոսկրային հյուսվածքի խտությամբ: Ի դեպ, առկա է վիճակագրություն, ըստ որի՝ գոտկային հատվածի ցավերի 90%-ն անցնում է ինքնըստինքյան՝ առանց որևէ բուժման: Օստեոխոնդրոզի վերաբերյալ առկա է երկու մոտեցում՝ արևմտյան և խորհրդային: Ըստ խորհրդային տարբերակի՝ օստեոխոնդրոզը բնորոշ է միայն ողնաշարին, կարող է առանց սահմանափակման դիտվել տարիքային բոլոր խմբերում: Արևմտյան մոտեցմամբ՝ օստեոխոնդրոզը հիվանդությունների խումբ է, որ բնորոշ է վաղ տարիքի երեխաներին և պատանիներին, ինչպես նաև, որքան էլ տարօրինակ ինչի, արագ

աճող կենդանիներին՝ ձիեր, խոզեր և այլն... Հիվանդությունը բնորոշվում է էպիֆիզար հատվածների՝ արյան մատակարարման սուր խանգարման հետևանքով առաջացած փոփոխություններով: Խորհրդային գրականությունն այս հիվանդություններն անվանում է օստեոխոնդրոպաթիա, ողջ աշխարհը՝ օստեոխոնդրոզ: Ողնաշարի ոչ բոլոր ցավերն են ծագում հոդային մակերեսներից կամ դիսկային ապարատի ախտահարումներից: Այսինքն՝ ողնաշարի հատվածում ցավերից գանգատվող յուրաքանչյուր հիվանդ պետք է մանրամասն զննվի՝ ցավի պատճառը, բուժման ճանապարհը և հետագա ախտականիսիչ գործելակերպը հասկանալու համար: Շահարկվող օստեոխոնդրոզ անվանմամբ

կարող են լինել Օսգուտ-Շլատտերի (տեղակայումը՝ սրունքի շրջանում), Լեգգ Կալվե Պերտեսի (տեղակայումը՝ կոնքի շրջանում), Շոյերմանի կիֆոզ (տեղակայումը՝ ողնաշարի հատվածում) և այլ հիվանդություններ:

Օստեոխոնդրոզ մեծահասակներին բնորոշ և տարիքի հետ զարգացող հիվանդություն է

Ճիշտ հակառակը: Ինչպես արդեն նշեցինք, այս հիվանդությունը բնորոշ է պատանեկան հասակին: Իրականում ժամանակակից արդյունաբերական դարում 40-ից մեծ տարիքում մեծանում է ողնաշարային ցավերի հավանականությունը՝ մեծ մասամբ պայմանավորված կենսակերպով՝ աշխատանքային և հանգստի հիգիենայով, սննդով:

Օստեոխոնդրոզ «բուժելու» պատմությունը մեր երկրում

Իմ անձնական պատկերացմամբ՝ սա նոր երևույթ է, այլ դասական պատմություն՝ նման չարաբաստիկ դիսբակտերիոզին: Երբ չկա հստակ հիվանդություն, և ընդհանուր բառով նկարագրվում է առողջական վիճակ, այնուհետև՝ լավ կամ վատ բուժվում է: Սա խորհրդային շրջանից ժառանգած պոլիկլինիկական պարզ ախտորոշում է, և եթե այն տարիներին ինչ-որ տեղ կարող էր արդարացվել որակյալ ռենտգենոգրաֆիայի, ՄՌՏ քննության բացակայությամբ, ապա այսօր նման մոտեցումն անթույլատրելի է: Հասարակ քաղաքացին կարող է չկողմնորոշվել և մոլորվել, երբ մարմնի որևէ հատված ցավում է. նա ուզում է դիմել որևէ կլինիկա, և այդ ուղղությամբ առկա է գովազդային ակտիվ արշավ: Ողնաշարի ամեն ցավ ունի իր պատճառագիտությունը, տարբեր հատվածներում ցավեր առաջանալու մեխանիզմները տարբեր են՝ պայմանավորված քայքայի ձևով, ֆիզիկական ակտիվությամբ և այլն:

Չի կարելի ողնաշարի բոլոր խնդիրները անվանել մեկ՝ օստեոխոնդրոզ բառով և բուժել այն

Անհրաժեշտ է հիվանդի հետ կենդանի հանդիպում՝ բոլոր գանգատները մանրամասն քննարկելու համար, այնուհետև՝ կլինիկական քննություն՝ տարբեր շարժումների ժամանակ ցավը գնահատելու համար, ռենտգենաբանական քննություն (նույնիսկ այն պարագայում, երբ բժիշկը վստահ է, որ ցավը դիսկոզեն է, կամ պայմանավորված է դիսկի ճողվածքով),

և վերջին քայլով՝ անհաժեշտության դեպքում մագնիսառեզոնանսային կամ համակարգչային շերտագրման քննություն: Նմանատիպ կեղծ ախտորոշումների դեմ աշխարհը, ցավոք, դեռ չի գտել ընդհանրական դեղատոմս: Դժբախտաբար, բժշկությանը միշտ ուղեկցում է նաև առևտրային (կոմերցիոն) մասը, սակայն լիցենզավորող կենտրոնները՝ ուղղորդված աշխատանքի պարագայում որոշակիորեն կարող են վերահսկել իրավիճակը:

Տնային օգտագործման «հրաշք» սարքեր՝ ողնաշարի խնդիրներից ազատվելու համար

Ներկայումս, հատկապես առցանց խանութներում բազմաթիվ են տնային օգտագործման սարքավորումները, որոնք իբր լուծում են բազմաթիվ խնդիրներ, ազատում տարատեսակ ցավերից, ուղղում են ողնաշարը: Հորդորում եմ բոլորին, չգնել այն ամենը, ինչ չի առաջարկում որակավորված բժիշկը, և չեն ընդունել նեղ մասնագետները: Ո՛չ վիրահատական, ո՛չ ներարկումային այդ փրկիչ մեթոդները չեն կիրառվում բարձրակարգ կլինիկաներում. կարծում եմ՝ սա պետք է հուշի, որ այս ամենն ունի միայն առևտրային (կոմերցիոն), մարքեթինգային նպատակ:

Ում դիմել ողնաշարի ցավերի դեպքում

Այս հարցն ուղղակիորեն պայմանավորված է երկրի առողջապահության համակարգով. օրթոպեդները պնդում են, որ նյարդավիրաբույժները ողնաշարի աշխատանքը լավ չեն պատկերացնում և շատ հաճախ սխալվում են, նյարդավիրաբույժներն էլ ասում են, որ առկա է նյարդային կառուցվածքներին առնչվող ցավ: Խորհուրդս է՝ դիմեք այն մասնագետին, որին վստահում եք:



Հայկ Հովհաննիսյան

Անեսթեզիոլոգ-ռեանիմատոլոգ

Անզգայացում. առասպելներ և իրականություն

Անեսթեզիան բժշկության պատմության տարբեր փուլերում վտանգավորության տարբեր աստիճաններ է ունեցել՝ սկսած հիվանդին թունավոր սունկ տալուց և թմրեցնելուց մինչև տարբեր վտանգավոր մեթոդներով կենտրոնական նյարդային համակարգն անջատելը, կամ, որ ավելի հեշտ է և պակաս տանջալից՝ անեսթեզիոլոգի թեթև ձեռքով ցավազրկվելը: Անեսթեզիայի էվոլյուցիան բժշկությունը զարգացնելու համար շատ դռներ է բացել՝ շեմին թողնելով անզգայացման մասին առասպելներ և հնացած ու դաժան մեթոդներ: Բայց հին վախերը քաղաքային հորինված ուրվականի պես դուռը թակելու, հիվանդին սարսափեցնելու, իսկ ժամանակակից անեսթեզիոլոգին զարմացնելու հատկություն ունեն: Անզգայացման տարբեր մեթոդների մասին առասպելներից կարելի է լեգենդներ հյուսել, ֆանտաստիկ ֆիլմեր նկարահանել կամ պարզապես հերքել դրանք: Մենք ընտրում ենք հերքելու կամ պարզաբանելու տարբերակը:

Վախ մի քանի անգամ անզգայացման ենթարկվելուց

Անզգայացման քանակային սահմանափակում չկա, ինչ խոսք, եթե առկա է անզգայացում իրականացնելու անհրաժեշտություն: Եթե վնասվածքը մեծ է, բնականաբար ամեն անգամ վիրակապելիս պետք է հիվանդին անզգայացնել, և այս դեպքում հիվանդին տրվող անզգայացնող դեղամիջոցներից վտանգն ու բարդություններն ավելի քիչ վտանգավոր են, քան այն ցավը, սթրեսը և դրանցով պայմանավորված՝ օրգանների խտրաբանական փոփոխությունները, որ հիվանդը կարող է ունենալ վիրակապման ժամանակ: Երբեմն վիրահատության կարիք ունեցող մարդիկ հաճախ տազնապում են անզգայացումից՝ մտածելով, որ նախորդ վիրահատությունից կարճ ժամանակ է անցել, և չի կարելի կրկին վիրահատվել: Մարդիկ կարծում են, որ անզգայացումը «վատ բան է»: Օրինակ՝ բարդ և ծանր վիրահատության

դիմող անձը երբեմն վախենում է ոչ այնքան բուն վիրահատությունից, որքան անզգայացումից:

«Ասեղով քաշում են ուղեղի հեղուկը»

Ասում են՝ ողնուղեղային անզգայացումը վտանգավոր է նրանով, որ այդ ընթացքում բժիշկը մուտք է գործում ողնուղեղային տարածք: Իրականում այդ հատվածում ողնուղեղն ավարտվում է, և շրջանառվում է ուղեղ-ողնուղեղային հեղուկը: Ինչ խոսք, բարդություններ կարող են լինել, եթե մասնագետը չպահպանի գործելակերպի կանոնները, ինչպես՝ ցանկացած բժշկական միջամտության ժամանակ:

Էպիդուրալ անզգայացումը չի կարող թուլացնել ոտքերը

Գրականության մեջ գրեթե չկան նկարագրված դեպքեր, որ էպիդուրալ անեսթեզիայի պատճառով ոտքերը թուլանան: Երբեմն բժշկական սխալի պատճառով կարող են ի հայտ գալ բարդություններ, սակայն տեխնիկապես, որակապես, դեղորայքային ճիշտ ներարկում կատարելիս նման վտանգներ չեն կարող լինել: Հնարավոր են դեպքեր, երբ ասեղի՝ փոքրիկ նյարդերին դիպչելու հետևանքով երբեմն դիտվեն մեջքի ցավեր:

Անզգայացումից հետո դեղորայքը փսխելը

Հաճախ են պացիենտները նշում, որ անզգայացումից հետո դեղորայքը պետք է փսխել: Իրականում ընդհանուր անզգայացման ժամանակ թուլանում են հիվանդի գրեթե բոլոր ներքին օրգանները և դրանց սեղմանները: Լեղին մասնակիորեն հտ է լցվում ստամոքս, անզգայացումից արթնանալուց հետո հնարավոր է ստամոքսում կուտակված հեղուկը փսխել: Բոլորը դա նույնացնում են դեղնավուն գույն ունեցող անեսթեզիայի դեղորայքներին: Իսկ որոշ դեպքերում կյանքի տարբեր փուլերում ձեռք բերած հիվանդությունները մարդիկ վերագրում են նրան, որ իրենց կարծիքով չեն փսխել «անզգայացման դեղամիջոցները»:

Մազաթափություն

Կա կարծրատիպ, որ ընդհանուր անզգայացումից հետո առաջանում է մազաթափություն: Օրինակ, աղիների բարդ

վիրահատության ենթարկված անձը, ում մոտ կատարվել է աղիների միներալների, հանքային աղերի ներծծման համար պատասխանատու հատվածի հեռացում, ով մեկ ամիս հիվանդանոցում նորմալ չի սնվել՝ մոռանալով այս և նմանատիպ պատճառները, դիտվող մազաթափության համար մեղադրում է անզգայացմանը: Սա, ընդունեք, որ խելամիտ չէ: Իրականում, վիրահատությունը օրգանիզմի համար սթրես է և այդ սթրեսից, այո, կարող է նաև մազաթափություն առաջանալ, բայց դրա պատճառը անզգայացումը չէ:

Հիշողության կորուստ

Ալկոհոլը, ծխախոտը մի քանի անգամ ավելի վտանգավոր են գլխուղեղի աշխատանքի համար, քան ընդհանուր անզգայացման ժամանակ կիրառված դեղանյութը: Այն դեղերը, որոնք ներարկվում են, ունեն հիվանդի արյան ճնշումը նվազեցնելու հատկություն, և, երբեմն, անհետաձգելի վիրահատություններից առաջ, ցածր զարկերակային ճնշումը, սակավարյունությունը հանգեցնում են նրան, որ անզգայացման ժամանակ գլխուղեղին թթվածին բավարար քանակությամբ չի մատակարարվում: Դա կարող է առաջացնել գլխուղեղի բջիջների վնասում, և դրա հետևանքով՝ հիշողության կորուստ, սա անզգայացման լուրջ բարդություն և հետևանք, որի մասին պետք է հիվանդը տեղեկացված լինի: Նման բարդությունները շատ քիչ են առաջանում:

Այսպիսով, սիրելի ընթերցող, կարիք չկա վախենալ անզգայացումից, նաև բժշկին հուշել, թե անեսթեզիայի որ տեսակն է ճիշտ: Պարզապես պետք է տեղեկացված լինել և վստահել բժշկական թիմին:

Համապար Կելիկիան

Ամերիկյան վիրաբուժության
հայկական հետքը.



Նախորդ դարի կեսերին վիրաբույժ Համապար Կելիկիանի փառքն ու հռչակը տարածվեցին օվկիանոսից այն կողմ. Համապար Կելիկիանին ճանաչում ու սիրում էին պատերազմի մարտիկներն ու խաղաղության համար աղոթողները:

Նա դարձավ ԱՄՆ բանակի ամենանշանավոր օրթոպեդ-վիրաբույժը՝ շքանշանի արժանանալով Նախագահ Նաթանիել Թրոմանից, պարգևատրվելով անձամբ Անգլիայի թագուհուց, Չարլզ Նելսոնից ստանալով «Լիբանանի մայրի» ազգային մեդալը: Կիրաբուժական փառքի գագաթը, սակայն, Կելիկիանին հեշտ չէր տրվել:

Համապար Կելիկիանը (Համբարձում Կելիկիան) ծնվել է պատմական Հայաստանի Հաճն քաղաքում 1899 թ. հունվար 17-ին: 1915 թ., կորցնելով հայրենիքն ու երեք քույրերին, գրպանում ունենալով 2 դոլար, իսկ հագին՝ ցնցոտիներ, գաղթում է Չիկագո: Ոգեշնչվելով հորեղբոր գործունեությամբ (վերջինս վիրաբույժ էր և աշխատում էր օսմանյան բանակում)՝ որոշում է բժիշկ դառնալ:

Չիկագոյի համալսարանում ուսանելու տարիներին Կելիկիանը միաժամանակ աշխատում է ճաշարանում և լվացքատանը: 1924 թ., ավարտելով համալսարանը, ընդունվում է Ռաշի բժշկական քոլեջ՝ ստանալով բժշկի որակավորում: II-րդ համաշխարհային պատերազմի տարիներին 297-րդ ընդհանուր հոսպիտալում ծառայում է որպես լեյտենանտ, գնդապետ, գլխավոր օրթոպեդ-վիրաբույժ: Բարդ վնասվածքները վիրաբուժական միջամտությամբ վերացնելու մարտահրավերները Կելիկիանն ընդունում էր բաց ճակատով՝ «վիրաբուժական ճակատամարտերից» հաղթանակած դուրս

Համապար Կելիկիանը վիրահատել է ԱՄՆ սենատոր Բոբ Դոուլին՝ փոխպատվաստելով ոտքի ոսկորն ու վերջույթի մկանը: Վիրահատությունից հետո Դոուլը Սենատի ամբիոնից իր երախտագիտությունն է հայտնել:

Կելիկիանին սիրելի ընկերոջն ու բժշկին՝ ասելով, որ նա ոսկի մարդ է: Կելիկիանը «ոսկի մարդ էր» ոչ միայն Բոբ Դոուլի համար. ազգությամբ հայ իր հիվանդներից նա ոչ մի դրամ չէր վերցնում:

Միառիթով Վիլյամ Սարոյանն ասել է, որ Համապար Կելիկիանը ստեղծարար է՝ որպես մարդ և որպես վիրաբույժ: Կելիկիանի ստեղծարարությունն ու տաղանդը սահմաններ և սահմանափակումներ չէին ճանաչում: Ձեռքի բնածին դեֆորմացիաները և դրանք շտկելն այն ժամանակ անտեսվում էին՝ տեխնիկական դժվարությունների պատճառով, սակայն Կելիկիանն ընդունեց այդ ոլորտը զարգացնելու մարտահրավերը:

«Ինձ գուցե էքստրեմիստ անվանեք, չեմ առարկի: Վիրաբուժության մեջ պացիենտին բուժման ստանդարտ եղանակներին հարմարեցնելու փոխարեն, փորձում եմ կատարելագործել մեթոդը՝ պացիենտի պահանջներին համապատասխան», - ասում էր Կելիկիանը: Բժիշկ Համապար Կելիկիանն իր փորձն ու գիտելիքները մեկտեղել է «Ձեռքի և դաստակի բնածին դեֆորմացիաներ» (1974) գրքում: Թեթև ձեռքով ու երիտասարդական եռանդով՝ նա նույնիսկ 80 տարեկանում շաբաթական 10 վիրահատություն էր անում:

Կելիկիանն ապրել է 84 տարի, փրկել հարյուրավոր կյանքեր և պատմություն կերտել:

Հին Երևանի կանգուն վկաները

Պատմամշակութային մեծ արժեք ունեցնող շենքը 80 տարի անց առաջին անգամ վերանորոգվել է և շարունակում է ծառայել երկրի առողջապահությանը: Պուշկինի 56 հասցեում է գործում օրթոպեդիայի, ողնաշարի վիրաբուժության և սպորտային վնասվածքաբանության «Ուիգմոր Քլինիք» ժամանակակից կենտրոնը: 2100 ք/մ տարածք, 4 հարկ, հիվանդներ զննելու 5 սենյակ,

ՈւՅՀ, ռենտգեն, համակարգչային շերտագրման կաբինետներ, 2 վիրահատարան, ինտենսիվ թերապիայի և ֆիզիոթերապիայի սրահներ, 18 հիվանդասենյակ, քայլվածքի կլինիկական լաբորատորիա. «Ուիգմոր Քլինիքում» համատեղվելու են բուժման ժամանակակից և արդյունավետ մեթոդներն ու մոտեցումները:

Հայաստանի Առաջին Հանրապետության առողջապահական համակարգի պատմության կենդանի վկան պահպանել է սկզբնական տեսքն ու դիզայնը: Ներսում՝ Նորարարություն, դրոսում՝ պատմություն. «Ուիգմոր Քլինիքը» ժամանակակից կենտրոն է՝ պատմական դիմագծով: Կենտրոնի վիրաբույժներից մեկը կրում է հայ անվանի վիրաբույժ շամպար Կելիկիանի անունը:



Պուշկինի 56՝ «Ուիգմոր Քլինիքի» հասցեն

ՊԱՏՄՈՒԹՅՈՒՆԸ.

Պուշկին և Փարպեցի փողոցների խաչմերուկում կանգնած այս շենքը 130 տարուց ավել պատմություն ունի: Երկհարկանի, սև տուֆից, իր չափերի մեջ համեստ և միևնույն ժամանակ ներդաշնակ կառույցը երևանցիներին հայտնի է նրանով, որ այստեղ երկար տարիներ գործել է Հայաստանի դեղատնային գլխավոր վարչությունը: Շենքը կառուցվել է 19-րդ դարի 80-ական թվականներին (ճարտարապետ՝ Գուրեցկի), երբ Ռուսական կայսրության բոլոր նահանգներում պայքար էր մղվում երկրում բռնկված տարբեր համաճարակների դեմ: Այդ նպատակով որոշում ընդունվեց բոլոր նահանգային վարչական կենտրոններում հիմնել մասնագիտացված հակահամաճարակային բուժկայաններ՝ դեղերի պահեստարաններով: Երևանում, Սուրբ Զորավոր եկեղեցուց մի փոքր ներքև, կառուցվեց ահա այս անկյունային գեղեցիկ շենքը: Շենքի ճարտարապետական յուրահատկություններն են դասական ոճի դեկորատիվ խոյակները և միջնաբերդից բաղկացած ու շենքի ողջ երկայնքով ձգվող բազմաշերտ քիվերը: Շքամուտքը՝ Պուշկինի (սախկինում՝ Թարխանովսկայա) փողոցից է, իսկ Փարպեցու փողոցի կողմից երկրորդ դուռը բացվել է ավելի ուշ՝ խորհրդային տարիներին: Հայտնի է, որ 20-րդ դարասկզբին այստեղ է տեղակայված եղել Երևանի քաղաքային գործադիր մարմնի (ուպռավայի) բժշկական հարցերով զբաղվող հանձնաժողովը, որին կից գործել է փոքր դեղատոմս, և դա եղել է Երևանի առաջին դեղատներից մեկը: Հայաստանի առաջին Հանրապետության օրոք իր աշխատանքներն այս շենքում էր կազմակերպում Հայաստանի

կառավարության Հանրային խնամատարության Նախարարությանը կից գործող բժշկասանիտարական բաժինը: Խորհրդային կարգերի հաստատումից հետո, 1920 թվականի դեպտեմբերի 22-ի Հայկական ԽՍՀ հեղկումի հատուկ հրամանագրով (դեկրետով) կազմակերպվում է Խորհրդային Հայաստանի առողջապահության Նախարարությունը (ժողկուրմսարիատը), որը սկսում է գործել նույն այս շենքում՝ ընդհուպ մինչև 1936 թվականը: Ի դեպ, 1920-1922 թթ. առողջապահության առաջին Նախարարն է եղել Սարգիս Համբարձումյանը: 1936-ից հետո շենքը տրամադրվում է առողջապահության Նախարարության Հայբուժաբանական և նրա պահեստին: 1942-ի սկզբից այս շենքում և կից տարածքում գործել է Երևանի Քիմդեղագործարանը, որի արտադրամասերում պատրաստված ողջ արտադրանքը՝ դեղերը, բժշկական նյութերն ու պարագաները ուղարկվել են խորհրդա-գերմանական ռազմաճակատ: Հետագայում, այստեղ երկար տարիներ տեղակայված է եղել Հայաստանի Դեղատնային գլխավոր վարչությունը և գործել է դեղատոմս, որը մինչ այժմ էլ գործում է: 2016 թվականին Ուիգմոր ընկերության կողմից իրականացվեց շենքի արտաքին հարդարանքի հիմնովին վերանորոգում՝ պահպանելով շինության Նախնական տեսքը: Եվ պատմամշակութային արժեք ունեցող այս շենքում կգործի օրթոպեդիայի, ողնաշարի վիրաբուժության և սպորտային վնասվածքաբանության ժամանակակից կենտրոն:





WIGMORE CLINIC

բժշկական թանգարաններ

Գիտությունը զարգանում է, տեխնիկան՝ կատարելագործվում, բուժման մեթոդները դառնում են նորարարական ու բազմապատիկ արդյունավետ:

Նոր ու ժամանակակից բժշկական գործիքները մի օր դառնալու են պատմություն՝ իրենց հեղափոխական ու կարևոր նշանակության մասին հիշեցնելով թանգարանային ապակու ետևից: Բժշկության թանգարանների մեր քառյակում հարուստ պատմություն և յուրօրինակ հավաքածու ունեցող հաստատություններ են:

«Դեղագործական թագավորական միության» թանգարան

«Դեղագործական թագավորական միության» թանգարանը շատերին կհետաքրքրի անկախ Նրանից՝ դեղագործ է, հետազոտող, պարզապես այցելել է Լոնդոն, թե ուղղակի հետաքրքրված է բժշկության և մասնավորապես դեղագործության պատմությամբ: Այս թանգարանում պահվում են դեղագործությանն ու բժշկությանն առնչվող նմուշներ, 17-րդ դարից մնացած դեղագործական հավանգներ, 16-րդ դարին թվագրվող դեղեր:

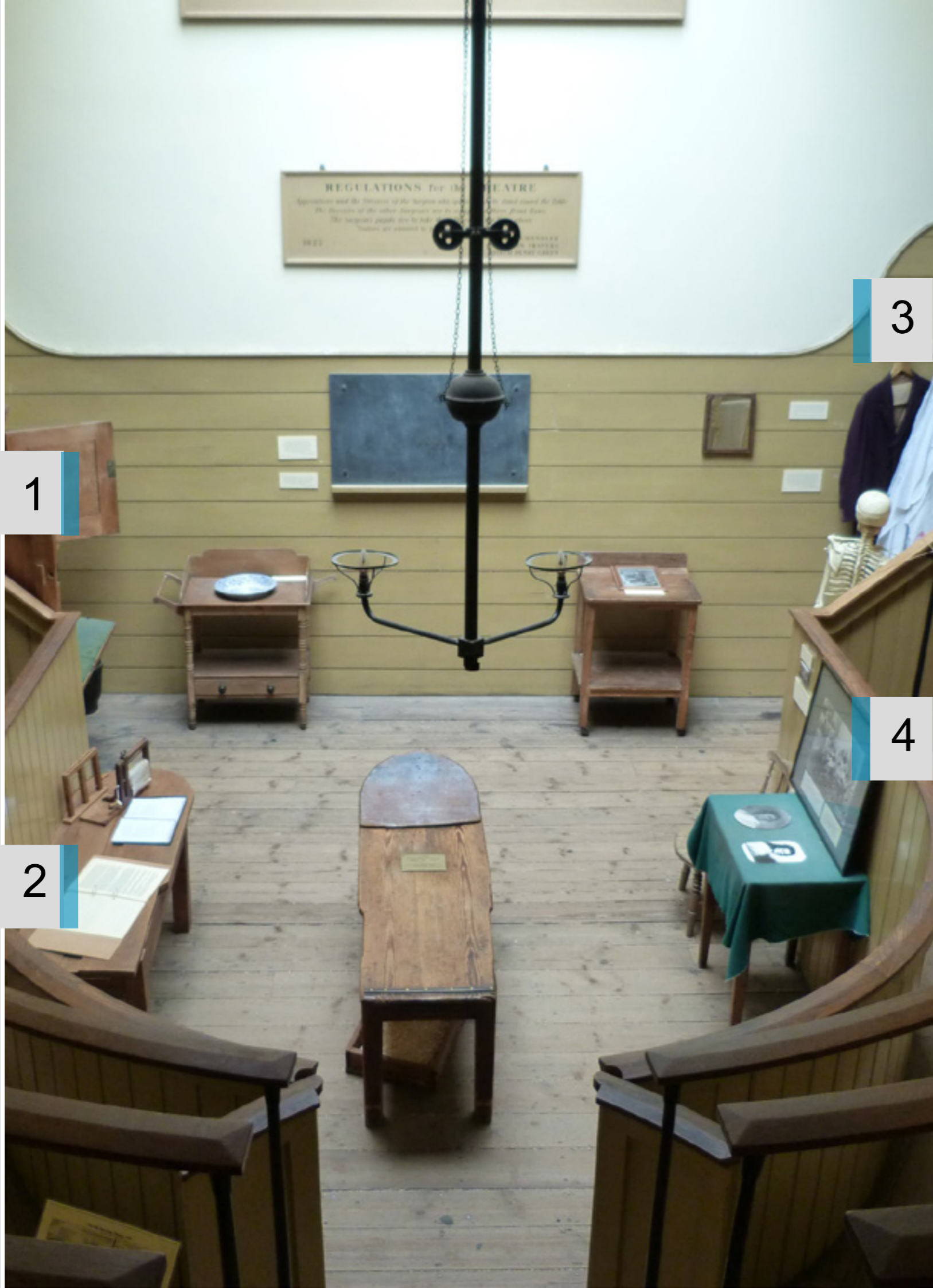
Հին ճունաստանում կիրառվող բժշկական մեթոդներից մինչև պենիցիլինի մշակման անոթ, մումիացված ձեռքից և բժշկության մեջ տգրուկներ օգտագործելուց մինչև աշխարհում ամենաշատ վաճառվող դեղամիջոց, այս ամենը թանգարանի 45.000 ցուցանմուշների հավաքածուի մի մասն են միայն: Այստեղ է գտնվում դեղեր պահելու անգլիական անոթների հավաքածուն, որը ներառում է դեղագործական տարայի ամենահին նմուշը: Իսկ հազվագյուտ գրքերի գրադարանը և թանգարանի արխիվը հասանելի են նախապես գրանցված հետազոտողներին:

Անեսթեզիայի պատմության թանգարան

Անեսթեզիայի պատմության թանգարանը ցավազրկման, վերակենդանացման և անեսթեզիայի պատմության եզակի կենտրոններից է: Այն ստեղծվել է «Անեսթեզիայի մեծբրիտանական և իռլանդական ասոցիացիայի» ջանքերով, որի ղեկավարն է Նորին Մեծություն Յորքի դուքսը:

Ասոցիացիայի կարգախոսն է՝ «Քնի մեջ ապահով» (լատ.՝ in somno securitas), որը շեշտում է «Անեսթեզիայի մեծբրիտանական և իռլանդական ասոցիացիայի» ամենաառաջնային նպատակը՝ անվտանգություն անեսթեզիայի ընթացքում: Ասոցիացիան հիմնադրվել է բժիշկ Հենրի Ու. Ֆեդերստոնի ջանքերով և համախմբում է գրեթե 11.000 անեսթեզիոլոգների ինչպես Անգլիայից, այնպես էլ աշխարհի տարբեր երկրներից:

Թանգարանի հավաքածուն ներառում է 4.500 նմուշ, որոնք ամփոփում են անեսթեզիայի ողջ պատմությունը՝ առաջին փորձարկումից (անեսթեզիայի առաջին փորձարկումը կատարվել է 1845 թ.) մինչև ներկայումս:



1

2

3

4

կիրառվող ամենաժամանակակից սարքավորումներ: Թանգարանի արխիվն ու գրադարանը անեսթեզիայի պատմության ոլորտում հետազոտությունների հիանալի աղբյուր են:

19-րդ դարի «Վիրահատական թատրոնը»

Եկեղեցու տանիքի ներքո գտնվող՝ բույսերի 300-ամյա վերնատանն է գտնվում 19-րդ դարի՝ առ այսօր պահպանված միակ վիրահատարանը՝ փայտե վիրահատական սեղանով և ճառագայթաձև ամբիոններով, որտեղից ներկաները հետևում էին վիրահատությունների ընթացքին: 19-րդ դարի բժշկական թանգարանը՝ «Վիրահատական թատրոնը», գտնվում է Լոնդոնի Սուրբ Թոմաս հիվանդանոցի մոտակայքում՝ Սուրբ Թոմաս Եկեղեցու տանիքում: Հիմնադրել է Ռիչարդ Միդը՝ Սուրբ Թոմաս հիվանդանոցում աշխատող բժիշկներից մեկը:

«Վիրահատական թատրոնի» պացիենտները մեծ մասամբ աղքատ մարդիկ էին, քանի որ այդ ժամանակ հարուստ մարդկանց ավելի հաճախ վիրահատում և բուժում էին տանը, ոչ թե հիվանդանոցում:

«Վիրահատական թատրոնը» այլևս չէր գործում, երբ հայտնաբերվեցին և վիրահատությունների ընթացքում սկսեցին կիրառվել հակաանեմիկներ: Այստեղ իրա-կանացված վիրահատությունների մեծ մասը անդամահատումներ էին, քանի որ առանց անզգայացման ներքին օրգանների վիրահատություն իրականացնելը ռիսկային էր:

Ախտաբանության թանգարան՝ Սուրբ Բարդուղիմեոսի հիվանդանոցում

Լոնդոնի ամենահին հիվանդանոցում գտնվող այս թանգարանում պահվում է բժշկական ցուցանմուշների մի հավաքածու, որի հեղինակը վիկտորիանական դարաշրջանի վիրաբույժ և ախտաբան Ջեյմս Պաժենն է:

Թանգարանը բացվել է 1879 թ., սակայն այնտեղ կարելի է գտնել նմուշներ, որոնք ավելի հին են: Ախտաբանության թանգարանում ներկայացվում են բժշկության զարգացումը և Սբ Բարդուղիմեոսի հիվանդանոցի վերջին 9 դարերի պատմությունը:

Ավելի շատ այցելուներ ներգրավելու նպատակով թանգարանի թիմը մշակում է մի ծրագիր, որի շրջանակում պլանավորվում է օգտագործել տեղեկատվական տեխնոլոգիաները՝ ուսուցումն ավելի հետաքրքիր և արդյունավետ դարձնելու համար: Գաղջեթներ և QR կոդեր կիրառելը նոր կյանք կհաղորդի ցուցանմուշներին՝ հենց այցելուի հեռախոսում եղած տեսահոլովակների և գրաֆիկ պատկերների միջոցով:

Արթուր Կոնան Դոյլի աշխարհահռչակ վեպում Բարդոսի քիմիական լաբորատորիան եղել է Շերլոք Հոլմսի և բժիշկ Վաթսոնի առաջին հանդիպման վայրը: Բացի այդ՝ Բարդոսը եղել է Վաթսոնի Ալմա մատերը:



Նետագոտվելու մշակույթն ինչպես ներդրվեց մի տրկրում, որտեղ չգիտեին՝ ինչ է մամոգրաֆիան

ԻՍաչանուշ Նակոբյան

Ամեն բան սկսվեց «Իսկ ինչ է մամոգրաֆիան» հարցից

Պեկինյան մի համաժողովի ժամանակ բանախոսները զեկույցներ են ներկայացնում կնոջ առողջությունը պահպանելու, մի շարք առողջական խնդիրներ կանխարգելելու կարևորության մասին, ելույթ են ունենում առաջավոր երկրների կանայք, որոնք նվաճումներ և հաջողություն ունեն այս ոլորտներում:

Զեկույցումներից մեկի ընթացքում հնչում է «մամոգրաֆիա» բառը, և Հայաստանի պատվիրակ Հրանուշ Նակոբյանը հարցնում է ամերիկահայ Ռիտա Պալյանին, թե ինչ է մամոգրաֆիան: Տիկին Ռիտան չի թաքցնում զարմանքը, թե ինչպես հայաստանցի քաղաքական գործիչը և, որ ամենակարևորն է, կինը տեղյակ չէ մամոգրաֆիայի մասին...

Նենց այս զրույցն էլ Հայաստանում մամոգրաֆիայի կենտրոն ստեղծելու հիմնաքարն է դառնում:

Համառ պայքար և սպասված արդյունք

Տիկին Ռիտա Պալյանը ԱՄՆ-ում մեկ-նարկում է շարժում «Մեկ կոստյում պակաս կհագնեմ՝ ի նպաստ հայ կնոջ» կարգա-խոսով: Այս շարժման շնորհիվ հավաքված գումարը ժամանակի ընթացքում ծախսվում է բուժսարքավորումներ գնելու, մասնագետ-բժիշկներ Հայաստան հրավիրելու և կանանց կրթելու ու սեփական առողջության մասին մտածել սովորեցնելու նպատակով:

Եվ այս ֆոնին արդեն 1997 թ. ապրիլին հիմնադրվում է Հայ-ամերիկյան առողջության կենտրոնը:

Աշխատանքը գլխավորող երկու համառ կանայք որոշել էին ամեն կերպ այն հաղթական և վերջնական ավարտին հասցնել: Անչափ գնահատելի էր նաև պետության աջակցությունը, քանի որ պատկան մարմինները կենտրոնի համար տարածք հատկացնելիս պատկերացում անգամ չունեին, թե ինչ է այն և ինչ նպատակի է ծառայելու:

Գործել հանուն առողջության

Գաղտնիք չէ՝ հետխորհրդային առողջապահական համակարգը քայքայված էր: Քաղցկեղը կանխարգելելու, ախտականիչ (պրոֆիլակտիկ) հետազոտությունների, առողջ լինելով բժշկի դիմելու մասին, ցավոք, մենք իրապես չգիտեինք, չունեինք էլ այդ գիտակցությունը: Օրն ընդամենը 3-4 այցելու ունենալը հենց այդ էր վկայում: Մենք սկսեցինք հանրային իրազեկում, սեմինարներ և կոնֆերանսներ անցկացնել: Կենտրոն այցելող, քաղցկեղ ունեցող կանանցից կազմեցինք վերապրողների խումբ: Սա նախ նպատակ ուներ ազատել մարդկանց բարդոյթներից. այդ կանայք սկսեցին խոսել իրար հետ, պատմել իրենց հիվանդության ու կյանքի պատմությունները:



Մենք դարձանք մեր բժիշկների և նորարարության միջև առաջին օղակը: Հայաստանում հրաշալի բժիշկներ կան. մենք նրանց հետ համագործակցում էինք՝ փորձելով միասին հաղթահարել հիվանդների առջև ծառայած խնդիրները: Համագործակցություն, իհարկե, այսօր էլ կա, թեև ունենք անհրաժեշտ բոլոր պայմանները, բայց չենք խորշում աշխատել մեր գործընկերների հետ:

Իրազեկում և բուժում

Մենք վստահ ենք, որ պետք է անմիջական շփումով իրազեկել մարդկանց, այլ ոչ թե՛ գրասենյակներում և աշխատասենյակներում նստած: Հիվանդության դեմ պայքարելու համար որոշեցինք քայլարշավներով իրազեկել մարդկանց: Դեսպաններ, հասարակական կազմակերպությունների անդամներ, միջազգային կազմակերպությունների ներկայացուցիչներ, աշակերտներ և ուսանողներ ու պարզապես հետաքրքրված մարդիկ. մենք բոլորս պաշտպանում էինք հետազոտվելու գաղափարը: Մեր թիմը Հայաստան բերեց ոչ միայն մամոգրաֆիան, այլև քայլարշավով քարոզելու գաղափարը: Մեր կարևորագույն գաղափարը երիտասարդ սերնդի հետ ու նրանց օգնությամբ մարդկանց իրազեկելն էր:

Փրկված կյանքեր, փոխված ճակատագրեր

Կենտրոն այցելած և ամենամյա հետազոտություն անցած 500.000 մարդկանցից 7.000-ի կյանքը կանխարգելման շնորհիվ փրկվել է քաղցկեղ անվանմամբ դաժան հիվանդությունից: Խիստ կարևորելով մամուլի դերը՝ պետք է փաստել, որ ԶԼՄ-ները տեղեկատվական հզոր գործիք են, որոնց շնորհիվ մենք հանրային իրազեկում ենք իրականացնում՝ փորձելով աջակցել կանանց և կանխել հիվանդությունները:

Վիճակագրություն

ՀԱԱ կենտրոնում ամեն տարի հետազոտվում է շուրջ 45.000 կին, գործունեության արդեն 20 տարիների ընթացքում կատարվել է ավելի քան 500.000 հետազոտություն: • ՀԱԱԿ-ում 2016թ. հետազոտվել է 40.6158 այցելու, կատարվել է 48.780 հետազոտություն: 2016թ. կատարվել է կրծքագեղձի 18.251 հետազոտություն. 822 կին, ցավոք, բախվել է կրծքագեղձի քաղցկեղ ախտորոշմանը: • 2016թ. կենտրոնում կատարվել է վահանաձև գեղձի 1.958 հետազոտություն: Կատարվել է վահանաձև գեղձի բարակասեղային 598 ասպիրացիա (պունկցիա), և 109 այցելու, ցավոք, բախվել է կրծքագեղձի քաղցկեղ ախտորոշմանը:

Նայ-ամերիկյան կենտրոնը ստեղծված է առողջ կնոջ համար

Կինը պետք է հետազոտվի այն ժամանակ, երբ որևէ զանգատ չունի: Միայն այսպես նա կապահովագրի իր կյանքն ու զավակներին

ապագան:

Ուրախությամբ և մեծ հպարտությամբ են փաստում, որ այժմ մենք քաղցկեղը կարողանում ենք հայտնաբերել նույնիսկ նախաքաղցկեղային փուլում: Սա նշանակում է՝ խնդիրն արմատապես ենք լուծում՝ նախաքաղցկեղային փուլում հեռացնելով ուռուցքը՝ պահպանելով մարդու կյանքի որակն ու խնայելով ֆինանսները: Անհրաժեշտ է այցելել, արձանագրել, որ առողջ եք ու ապրել ապահով և հանգիստ կյանքով:

Որակյալ և արդյունավետ բուժում

Մենք գտանք նաև մարդկանց հետ աշխատելու մեխանիզմը. մեր թիմը միշտ բարեհամբույր է, միշտ պատրաստակամ՝ օգնելու և աջակցելու: Անում ենք հնարավոր ամեն ինչ, որ փայլենք ոչ միայն որակյալ սպասարկմամբ, այլև որակյալ հետազոտություններով: Աշխատում ենք թիմային սկզբունքով. 4-5 աչքը չի կարող սխալվել: Մեր ողջ համակարգն է փոխհամագործակցում, այստեղ մարդիկ կարողանում են գտնել իրենց հարցերի պատասխանները: Արդեն ունենք 10 բաժանմունք, որոնք փոխհամագործակցում են և կլինիկա այցելած պացիենտի խնդիրներին ցուցաբերում համալիր մոտեցում:

Առողջություն բոլորին

Իհարկե, հիվանդությունները բուժելն ու կանխարգելելն ավելի դյուրին և հասանելի է իրականացնել մայրաքաղաքային պայմաններում, իսկ հեռավոր գյուղերի և քաղաքների դեպքում խնդիրը բարդանում է:

Մենք առաջինն էինք Հայաստանում, որ սկսեցինք «արտագնա աշխատանքի» ծրագիրը: Հեռավոր շրջաններ կատարած այցերը նպաստում են, որ տեղի կանայք ևս հետազոտվեն: Փորձում ենք ամիսը 4-5 սքրինինգային զննություն իրականացնել տարբեր մարզերում: Մարզերում հիմնականում հետազոտում ենք վահանաձև գեղձը, կրծքագեղձը, համալիր հետազոտություններով փորձում ենք ուղղորդել, որպեսզի մարդիկ հասկանան կանխարգելիչ հետազոտությունների կարևորությունը և դրանց շնորհիվ մի շարք հիվանդություններ վաղ հայտնաբերելու և բուժելու ակնհայտ փաստը:



Երևանի Պետական Բժշկական Համալսարան

Բարի գալուստ ԵՊԲՀ թվային գրադարան



ՈՒՍՈՒՄՆԱԿԱՆ ՆՅՈՒԹԵՐ

Ուսումնական պլանով հաստատված գրքեր
և դասախոսություններ

ԸՆՏՐԵԼ



ԹԵՍՏԵՐ / ՀԱՐՑԱՇԱՐԻՐ

Ձեռքբերված գիտելիքները ստուգելու համար

ԸՆՏՐԵԼ



ԱՅԼ ՆՅՈՒԹԵՐ

Օտարերկրյա գրականություն
ուսումնասիրելու համար

ԸՆՏՐԵԼ

Արդեն հասանելի է
«Էլեկտրոնային
բժշկական
գրադարան»-ը

Անթիվ ու անհամար, ծանր ու հաստափոր գրքեր, ուսումնական ձեռնարկների և սեղմագրերի պատճենների անհարմարություն, էլեկտրոնային տարբերակով դասագրքերի անհասանելիություն. Միխիթար Հերացու անվան պետական բժշկական համալսարանի ուսանողներն արդեն կարող են մոռանալ նախկին անհարմարությունները, ուսանողների հոգսը թեթևացնելու և խնդիրը լուծելու համար, էլեկտրոնային գրադարան ստեղծելու նախագիծ է իրականացրել:

Համալսարանի ուսանողական խորհրդարանի և Հայաստանի երիտասարդական հիմնադրամի նախաձեռնությամբ՝ գործարկվել է եռաբաղադրիչ էլեկտրոնային կայք: «Ժամանակի պահանջով՝ 100-ամյակին ընդառաջ» միջոցառումների շրջանակում ԵՊԲՀ-ի ուսանողներին արդեն ներկայացվել է «Էլեկտրոնային բժշկական գրադարան»-ը, որն իր մեջ է խտացնում է ուսանողներին

անհրաժեշտ նյութերն ու աղբյուրները: www.ysmubooks.am հասցեն ԵՊԲՀ-ի ուսանողների գրապահոցն է ու գրադարանը՝ ուսումնական կիսամյակի ընթացքում և քննություններից առաջ: Եռաբաղադրիչ կայքի «Ուսումնական նյութեր» բաժնում ներառված են ուսումնական պլանով հաստատված գրքեր և դասախոսություններ, թեստեր, «Թեստեր/Հարցաշարեր» բաժնում ուսանողները կարող են ստուգել և ամրապնդել գիտելիքները: «Այլ նյութեր» բաժնում ուսանողները կարող են ուսումնասիրել օտարերկրյա, օտարալեզու գրականություն: 3 բաժիններից մեկն ընտրելուց հետո ուսանողը պետք է ընտրի ֆակուլտետը, կուրսը, ապա՝ առարկան: Էլեկտրոնային շտեմարանի հարստացման գործընթացը շարունակվում է, նոր նյութերի գրքերի և դասախոսությունների թվանիստումը ընթացքի մեջ են:

արդյունավետության ավելացում.

- **ադմինիստրատիվ ծախսերի կրճատում.**
- **որոշումներ կայացնելու համար անհրաժեշտ տեղեկատվության հասանելիություն.**
- **կլինիկական ռիսկերի և սխալների նվազեցում.**
- **նշանակումների բարելավում: Ենթաբաղադրիչներ**

Ենթաբաղադրիչներ

Ճկուն ծրագրային կառուցվածքի և միջազգային չափորոշիչների համապատասխանելու շնորհիվ ՀՀ առողջապահության ոլորտում միասնական տեղեկատվական համակարգը հանդես է գալու որպես տվյալներ փոխանցելու համապարփակ և համաժամանակյա հարթակ երեք հիմնական տիպի տվյալների համար՝ կլինիկական, ադմինիստրատիվ և ֆինանսական: Համակարգը ինտերֆեյսներ է տրամադրելու

պացիենտներին, առողջապահական ծառայությունների մատակարարներին, կառավարությանը և ապահովագրական կազմակերպություններին: Պացիենտները հնարավորություն կունենան սեփական առողջությանը վերաբերող տվյալներ փնտրել՝ նվազեցնելով ծախսերն ու ժամանակ խնայելով, այլև բացառելով կրկնակի բուժումները: Առողջապահական ծառայությունների մատակարարները կապահովեն բուժման շարունակականությունը: Կառավարությունը հնարավորություն կունենա մշտադիտարկելու և կառավարելու մատուցված բուժօժանդությունները: Երաշխավորելով պացիենտների անվտանգությունը՝ համակարգը կնպաստի ազգային առողջապահական համակարգը բարելավելուն: Համակարգված տեղեկատվություն օգտագործելը հանրավորություն կընձեռի ավելի արդյունավետ առողջապահական քաղաքականություն մշակել:

Ապահովագրական կազմակերպությունները հնարավորություն կունենան անվտանգ էլեկտրոնային հաղորդակցության միջոցով կապ հաստատել բուժհաստատությունների հետ, որի շնորհիվ կավելանա ծառայություններ մատուցելու արդյունավետությունը: Ապահովագրական ընկերությունները նաև կարող են վերլուծել սեփական հաճախորդների կլինիկական տվյալները:

Դասընթացներ բժիշկների համար

Պետական պատվերի շրջանակում էլեկտրոնային առողջապահության համակարգ ներդնելն անխափան ապահովելու նպատակով առողջապահության նախարարությունը պետական պատվերով բժշկական ծառայություններ մատուցող բժշկական կենտրոնների համապատասխան մասնագետների համար 2016թ. դեկտեմբերի 10-ից կազմակերպել է հատուկ դասընթացներ: Նրանք ծանոթանում են էլեկտրոնային համակարգ ներդնելու նպատակին և ակնկալվող արդյունքներին, նրանց ներկայացվում են գործող

համակարգի առանձնահատկություններն ու առավելությունները: Համակարգում գրանցումներ կատարող մասնագետները տեղեկացվում են էլեկտրոնային առողջապահության համակարգում պետական պատվերով ծառայությունները գրանցելու և հաշվետվությունները լրացնելու կարգին, բնակչության պետական ռեգիստրին պացիենտների վերաբերյալ հարցումներ իրականացնելուն, ՀՀ-ում գրանցված դեղերի ռեգիստրից դեղեր ընտրելու գործընթացին և այլ նորությունների, որոնք կհեշտացնեն նրանց ամենօրյա աշխատանքը: Բացի այդ՝ նախարարությունը հնարավորություն է ստեղծել, որ նրանք կարողանան հմտություններ ձեռք բերել նաև տեսանյութերի միջոցով: Այդ նպատակով պատրաստված ուսումնական տեսանյութերը տեղադրվել են նախարարության պաշտոնական կայքում (www.moh.am), ինչպես նաև «Youtube»-ում բացված «ehealth Armenia» էջում: Դասընթացներին արդեն մասնակցել են Երևանի և մարզերի շուրջ 270 բժշկական հաստատությունների մասնագետներ:



Սպորտային վնասվածքներ

Սպորտային վնասվածքները մի շարք նրբություններով տարբերվում են ընդհանուր վնասվածքաբանության խնդիրներից: Սպորտային վնասվածքների գերակշիռ մասը՝ շուրջ 40%-ը, սրունք-թաթային հոդի, ջլամկանային ապարատի, այնուհետև՝ տարբեր հոդերի, ջլային և կապանային ապարատների վնասվածքներ են, որոնք տարբերակվում են՝ պայմանավորված սպորտաձևերով: Օրինակ՝ մարմնի վերին հատվածի ակտիվությամբ սպորտաձևերի պարագայում (մեծ թենիս, վոլեյբոլ, բասկետբոլ) առավել հաճախադեպ են ուսային, արմնկային հոդերի վնասվածքները:

Շատ են հանդիպում նաև դաստակային հոդերին առնչվող վնասվածքները:

Ամենահաճախադեպ սպորտային վնասվածքներ

Մեր պրակտիկայում ամենից հաճախ գործ ենք ունենում ծնկային և ուսային հոդերի վնասվածքների հետ:



Հայկ Ավագյան

Վնասվածքաբան-օրթոպեդ

Մենիսկների վնասում

Տարբեր պտտողական, անուղղակի մեխանիզմների ժամանակ մենիսկների պատռվածքները տարաբնույթ են. լինում են համակցված կամ մեկուսացված: Առաջինի դեպքում հաճախ վնասվածքը համակցված է լինում ջլային ապարատի վնասմանը (միջային կամ կողմային կոլատերալ կապանների վնասում, առաջային կամ հետին խաչաձև կապանների վնասում):

Շատ քաղաքացիներ տեղյակ չեն, որ արդեն շուրջ 25 տարի մեր երկրում ժամանակակից մեթոդներով վերականգնվում է նաև առաջային խաչաձև կապանը: Արդեն իսկ հարյուրավոր մարզիկներ, այդ թվում նաև արտերկրից ժամանած պրոֆեսիոնալ մարզիկներ ունեցել են այս կապանների ռեկոնստրուկտիվ վիրահատություններ: Վերջերս այս վիրահատության ենթարկվեցին նույնիսկ աշխարհի չեմպիոնները:

Հանրությանը հայտնի են առաջային խաչաձև կապանների վնասվածքներ ունեցած շատ աշխարհահռչակ մարզիկներ՝ Ռոնալդո, Իբրահիմովիչ...

Վիրահատության էությունը

Փականը առանց կտրվածքների արթոսկոպիկ վիրահատության միջոցով տեղադրվում է հոդի ներսում: «Artrex» համաշխարհային ընկերության առաջարկած իմպլանտների կիրառմամբ հնարավորություն ունենք ազդրի հետին հատվածից վերցվող իմպլանտ-ջիլը փոխ առ փոխ տեղադրել հոդի ներսում:

Այս մեթոդով վիրահատել ենք մի շարք պրոֆեսիոնալ մարզիկների՝ Արսեն Ջուլֆալայան, Նազիկ Ավդալյան, Մելինե Դալուզյան, Արթուր Թովմասյան...

Վիրահատության այս տարբերակը մեզ հնարավորություն է ընձեռում կատարել կայուն ամրակայում ֆիքսացիա:

Մենիսկների կարում և աճառների փոխպատվաստում

Ոսկրաճառային հյուսվածքների վնասվածքային արատների պարագայում կատարում ենք բացառիկ համարվող մոզախկոպլաստիկա կոչվող վիրահատությունը: Ներկայում նաև աշխատանքներ են տարվում ցողունային

Ուսային հողի վնասվածքներ

Ուսային հողի վնասվածքներ կարող են ստանալ բացարձակապես բոլոր սպորտաձևերով զբաղվող մարզիկները:

Սրանցից առավել հաճախ հանդիպող վնասվածքներից են տրավմատիկ և սովորույթային հողախախտերը: Արդեն շուրջ 15 տարի այս վնասվածքների որոշ տեսակներ, բացի բաց եղանակով վիրահատվելուց, ենթարկվում են նաև փակ վիրահատության՝ ուսային հողի առաջային շուրթի վերականգողական միջամտությունները, լաբրիումի փակ արթոսկոպիկ եղանակով ռեկոնստրուկցիաները...

Ավելի քիչ են պտտող մկանախմբերի վնասումները, սուպերիոր-լաբրիալ վնասումները, ջլամկանային ապարատի ձգվածության խնդիրները, բազկոսկրի երկար ջիլը պոկվելու դեպքերը...

Կոնսերվատիվ բուժում

Կոնսերվատիվ բուժումը ներառում է ֆիզիոթերապիան, վարժությունները, բիոմեխանիկական աշխատանքը մկանախմբերի հետ: Սովորույթային հողախախտերի պարագայում, օրինակ, ռեկոնստրուկտիվ վիրահատությունից առաջ կամ հետո մկանների հզորացմանն ուղղված վարժությունները կարող են հանգեցնել բիոմեխանիկական սիներգիսների հզորացման, որը կկոմպենսացնի ջլերի առկա պակասորդը:

Կոնսերվատիվ բուժման զինանոցում օգտագործվում է նաև PRP նորարկումների մեթոդը, որի կիրառման պիոներները Հայաստանում եղանք մենք: Չետաքրքրական է, որ առաջին ներարկումը կատարվեց հենց մեր լաբորատորիայում PRP ստացող բժշկին, որն ուներ թենիսիստի արմունկ:

Վնասվածքաբանության և սպորտային վնասվածքաբանության տարբերությունն ու առանձնահատկությունները

Սան Ֆրանցիսկոյի բժշկական համալսարանի կենտրոնական հիվանդանոցի պրոֆեսոր-ուսուցիչներից մեկը մի անգամ հարցրեց, թե որն է վնասվածքների և սպորտային վնասվածքների տարբերությունը. մի երիտասարդ բժիշկ պատասխանեց, որ սպորտային վնասվածքները մեծ տրավմաների դրսևորման փոքր ձևերն են, իսկ դասախոսը ուղղեց՝ ասելով, որ դա շատ նուրբ և նեղ մասնագիտացված մոտեցում է տարբեր տեսակի սպորտաձևերի և դրանց բիոմեխանիկական առանձնահատկությունների վերաբերյալ: Սյս պատասխանի մեջ հստակ ընդգծված է, որ բացի մարզիկին անհատական մոտեցում ցուցաբերելուց, պետք է անհատական մոտեցում ցուցաբերել նաև ստացած վնասվածքի և հնարավոր հետևանքների վերաբերյալ: Օրինակ, եթե մենք գործ ունենք 35 և ավելի մեծ տարիքի պարզապես ակտիվ կենսակերպ վարող մարդու հետ, նրա առաջային խաչաձև կապանի տրանսպլանտացիան կարելի է կատարել նաև այլ հատվածից, կատարել բաց եղանակով կամ անտեսել օրինակ ծնկան հողի փոքր անկայունությունը, որը կենցաղում որևէ

կերպ չի խանգարում անձին, իսկ եթե գործ ունենք պատանի մարզիկի հետ, նման հարցերում անհրաժեշտ է մանրակրկիտ աշխատանք և մեծագույն պատասխանատվություն:

Սպորտային վնասվածքաբանի նեղ մասնագիտացում

Այս ոլորտում մասնագիտանալը երկար ճանապարհ է ենթադրում: Մեր հանրապետությունում և ԱՊՀ տարածաշրջանում ուսումնական կենտրոնները, մեթոդները դեռևս զարգացման փուլում են: Կրթություն կարելի է ստանալ Եվրոպայում կամ ԱՄՆ-ում, ինքս 2 տարուց ավելի ուսանել եմ այնտեղ:

Ի ուրախություն, սակայն, կարող եմ ասել, որ այս տարիների ընթացքում առիթ ենք ունեցել մեզ մոտ բուժել արտերկրից ժամանած շատ անվանի սպորտսմենների: Գաղտնիք չէ, որ տեխնիկապես որոշակիորեն զիջում ենք համաշխարհային առաջատար կլինիկաներին, սակայն վիրահատական գրեթե ողջ ծավալն իրականացվում է նաև մեր երկրում:

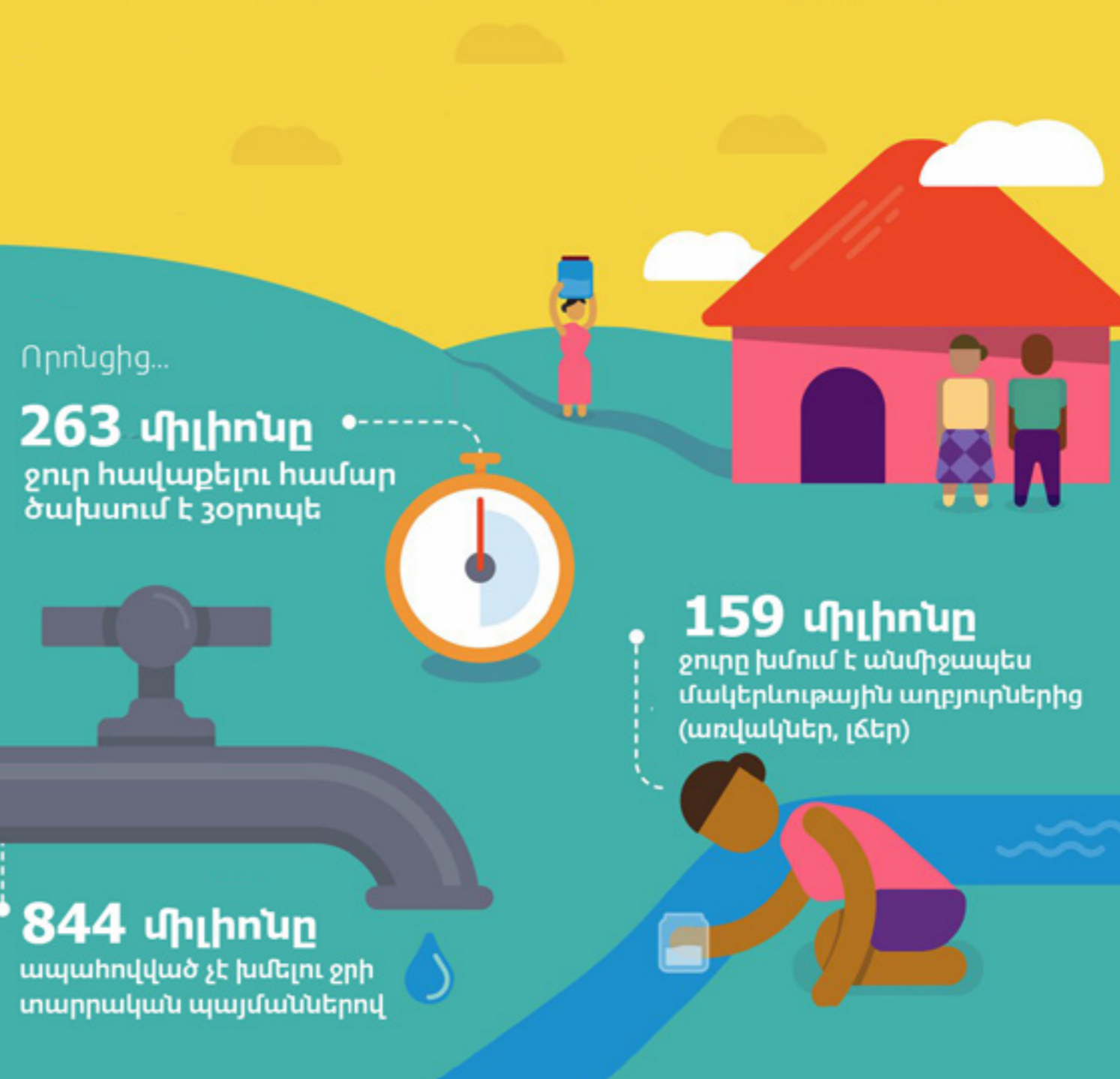
Ուրախությամբ եմ տեղեկացնում, որ Երևանում շուտով իր գործունեությունը կծավալի միջազգային ստանդարտներին համապատասխան գերժամանակակից մի կլինիկա, որտեղ սպորտային վնասվածքաբանությունը կդրվի առավել ամուր հիմքերի վրա: Կունենանք շարժման լաբորատորիա, որը տարածաշրջանում երկրորդն է, որտեղ կկարողանանք չափազրել նաև սպորտսմենների քայլքը, մկանային համակարգի աշխատանքը... Հնարավորություն կունենանք շտկել նաև բիոմեխանիկայի ամենաչնչին խախտումներն անգամ: Համագործակցելու ենք նաև արտերկրի ենթամասնագիտացված մեր գործընկերների հետ:

Բժշկական ապահովագրության կարևորության մասին

Ինքս, խիստ կարևորելով այս ոլորտում մարզիկների բժշկական ապահովագրությունը, արդեն տարիներ շարունակ տարբեր կառույցների դիմելով՝ փորձում եմ նպաստել այս համակարգը ներդնելուն: Ըստ 2010-2011թթ. տվյալների՝ Հայաստանում մարզիկների թիվը կազմում է 30.000 հոգի: Նրանց գերակշիռ մասը զբաղվում են ուժային սպորտաձևերով: Նույնիսկ համաշխարհային առաջատար կլինիկաներում հաճախ չեն կարողանում վերականգնել մարզիկների հատկապես քրոնիկ վնասվածքները. ցավոք, դրանք և պրոֆեսիոնալ սպորտը դառնում են անհամատեղելի: Իսկ երբ նման դեպքերով զբաղվում են ոչ նեղ մասնագիտացում, մեծ փորձ և համապատասխան կրթություն ունեցող, դեռևս նոր կարիերա սկսող բժիշկները, խոստումնալից մարզիկների սպորտային ապագան արդեն կասկածելի է դառնում:

Բժշկական ապահովագրությունը մարզիկներին մեծ վստահություն կհաղորդի՝ որևէ սպորտաձևում առանց մտավախությունների և լարվածության իրենց լավագույնս դրսևորելու:

Աշխարհում **2.1** միլիարդ մարդ ապահովված չէ անվտանգ ջրով (2015)



ՀԱՍԱՆԵԼԻ ԵՎ ԱՆՎՏԱՆԳ ԶՈՒՐ ԲՈԼՈՐԻ ՀԱՄԱՐ 2030



Սամվել Մարգարյան

ՀՀ առողջապահության նախարարի տեղակալ



Բժշկական պարտադիր ապահովագրության համակարգ ներդնելու և դրա առավելությունների մասին

Ապահովագրության անհրաժեշտությունը

Ապահովագրությունը մարդկանց ֆինանսական ծախսերը հասարակության հետ կիսելու միջոց է և միայն անուղղակիորեն կարող է ազդել որևէ ծառայության վրա: Ապահովագրական ծառայությունների իմաստն այն է, որ անհատը փոքր գումարով ապահովագրվում է մեծ ռիսկից: Այդ գումարն ըստ էության վճարում են մարդիկ, որոնք ապահովագրվել են:

Այլ ձևակերպմամբ՝ պայմանականորեն 1000 հոգին 100 դոլար են վճարում ապահովագրության համար՝ էլնելով նրանից, որ 1000-ից ընդամենը 10-ը կտուժի, և այդ տուժողների գումարը կլինի 1000 անգամ վճարած գումար՝ հասած այն փոքր շահույթի չափն ու ծախսերը, որոնք պետք է հոգա ապահովագրական ընկերությունը, որպեսզի իր գոյությունն էլ իմաստ ունենա:

Այսինքն՝ ապահովագրությունը որևէ ուրրտ ֆինանսավորելու համար ֆինանսական սխեմա է: Հիմա առկա է պետության կողմից առողջապահական հիմնարկների ուղղակի ֆինանսավորում. նշանակում է՝ երբ մարդ հիվանդանում է, ինքն է վճարում բուժման ծասերը, իսկ եթե շահառու խմբերում է, վճարում է պետությունը:

Պարտադիր ապահովագրությունը հասարակության որոշումն է, որը նյութականացվում է խորհրդարանի ընդունած օրենքով: Սա նշանակում է՝ հասարակությունը կորոշի, որ ոչ թե յուրաքանչյուր հիվանդ պետք է մտածի իր մասին, այլ որոշակի օրենքներով ու կանոնակարգով պարբերական վճարումներ կատարվեն, այդ վճարումները հավաքվեն, կուտակված գումարները որոշակի օրինաչափությամբ բաշխվեն (կարող են բաշխվել ըստ բոլոր հիվանդությունների, ինչպես նաև՝ ըստ առանձին հիվանդությունների):

Ապահովագրության հայկական տեսլականը

Պարզ օրինակ. Հայաստանում այժմ առողջապահությանը հատկացվում է 250 միլիարդ դրամ, որից ընդամենը 85 միլիարդն է ծախսում պետությունը, այսինքն՝ կենտրոնացված է ծախսվում 35 տոկոսը: Եվ սա այն դեպքում, երբ արդեն կայացած առողջապահական համակարգ ունեցող զարգացած երկրներում այս տոկոսը հասնում է 85-90-ի: Որևէ հիվանդանոց կամ բժշկական հաստատություն առանձին չի կարող որևէ օրենք թելադրել: Երբ գումարի 95 տոկոսը կենտրոնացված է մեկ տեղ, «իմ գին» հասկացություն չի կարող լինել: Այս դեպքում հիվանդանոցը գին թելադրողից վերածվում է գին ընդունողի:

Պետք չէ ուղենիշ ընտրել այն երկիրը, որը մեզնից առավել զարգացած է:

Շատ երկրներ են հաջողությամբ ներդրել բժշկական պարտադիր ապահովագրության համակարգը. հաջողված փորձ ունեն էստոնիան, Չեխիան, Սլովակիան: Այստեղ մանրամասների մեջ են թաքնված համակարգի առանձնահատկությունները: Ինչ-որ մեկին կրկնօրինակելու կարիք չկա. մեր երկիրն ունի իր առանձնահատկությունները:

Ամեն ինչ կախված է գնից: Հասարակությունն ինքը պետք է գնահատի իր ֆինանսական ներուժը. մենք էլ ցանկանում ենք, որ հիվանդությունների 80-90 տոկոսը բուժվի ապահովագրական միջոցներով:

Սկզբում 100 տոկոսով կվճարվեն անապահով քաղաքացիների փաթեթները, ապա, ըստ ապահովվածության մակարդակի, յուրաքանչյուրը կկատարի իր վճարումը: Պարտադիր ապահովագրության ինստիտուտի ներդրմամբ ենթադրվում է, որ բնակչությունը կօգտվի ծառայությունների մեծ մասից: Ինչպես աշխարհի շատ երկրներում, պարտադիր ապահովագրությունից դուրս կմնան կուսմետիկ վիրահատությունները, ատամնաբուժական որոշ ծառայություններ: Իհարկե, ոչ մի տեղ 100 տոկոսանոց անվճար ծառայություններ չեն լինում:

Ապահովագրություն՝ առողջապահական համակարգի զարգացման ճանապարհին

Ապահովագրական ընկերությունները պայմանագրեր են կնքում բժշկական հիմնարկների հետ և, որոշակի վերահսկողության մեխանիզմներ կիրառելով, լրացուցիչ օղակ դառնում ծառայությունն իրականացնողի և ֆինանսավորողի միջև: Հիմնական ֆունկցիան գումարների նպատակային ծախսը վերահսկելն է: Դրամական միջոցները բաշխելու այս մեխանիզմը գործում է աշխարհի շատ երկրներում: Մեր երկրում այն դեռևս քննարկման փուլում է, դեռ վաղ է ասել, թե ո՞ր ուղղությամբ ենք գնալու:

Սոցիալաթեթի բովանդակությունը չպետք է խառնել այս նախագծին. սոցիալաթեթի դեպքում պետությունն էր վճարում, այս դեպքում քաղաքացիները՝ իհարկե որոշ բացառություններով:

Այն համակարգերը, որոնցում առողջապահության ֆինանսական միջոցները կենտրոնացված են, շատ ավելի արդյունավետ են:

Եթե գումարը շատ քիչ է, կարելի է սկսել անհետաձգելի դեպքերից: Հասարակությունը վճարում է և օգտվում. եթե քիչ է կարողացել վճարել, ապա բոլոր հնարավոր ծառայություններից օգտվել չի կարող:

Լավ դահուկ գնելով՝ լավ դահուկորդ չես դառնում. ապահովագրությունն ընդամենը գործիք է, ֆինանսական լավ գործիքը չի կարող ուղղակիորեն ազդել լավ առողջապահության վրա. այն պետք է առողջացնի համակարգը և հեշտացնի մարդկանց կյանքը:

Երբ միջոցները կենտրոնացված են, պետությունը կարողանում է դրանք գիտակցված հատկացնել առավել կարևոր և իրատեսակ ուղղությունների: Դա բնության օրենք է, երբ հարվածի ուժը կենտրոնացվում է, հարվածն ավելի ուժեղ է: Մենք չենք խոսում շատ գումար ծախսելու, այլ ադ գումարն արդյունավետ ծախսելու մասին: Հնգամյա ծրագիրն արդեն վերջնական

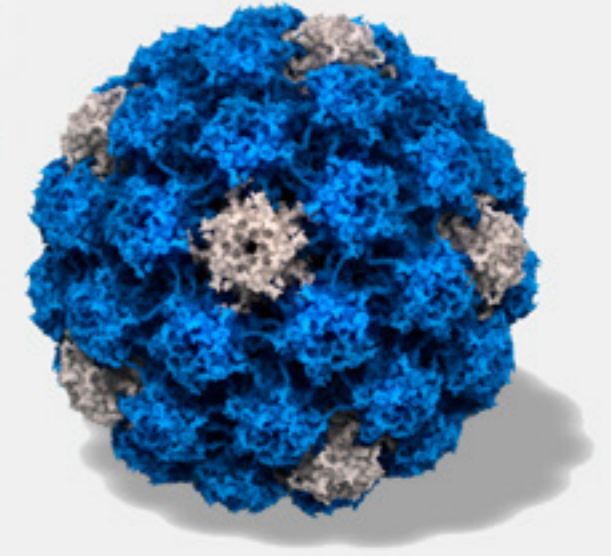
Պատվաստումների ազգային օրացույցում նախատեսված է մինչև 2018 թ. ներդնել մարդու պապիլոմավիրուսային վարակի (ՄՊՎ) դեմ պատվաստումներ: Այն առավել հայտնի է արգանդի վզիկի քաղցկեղի դեմ պատվաստանյութ անվամբ:

ՀՀ առողջապահության նախարարությունն այդ նպատակով 2016 թ. օժանդակության համար ծրագրային առաջարկով դիմել էր ՊՊԳԴ (Պատվաստումների և պատվաստանյութերի գլոբալ դաշինք) կազմակերպությանը: Հավանություն տալով ներկայացված ծրագրին՝ ՊՊԳԴ-ն պատրաստակամություն էր հայտնել առաջին երկու տարվա ընթացքում Հայաստանին պատվաստանյութ և պատվաստումների օժանդակ պարագաներ տրամադրել, ինչպես նաև հոգալ ներդրման նախապատրաստական միջոցառումների մի մասի ծախսերը: Այժմ նախապատրաստական աշխատանքները (կրթական և իրազեկման նյութերի մշակում, բուժաշխատողների կրթում, հանրային իրազեկման միջոցառումներ և այլն) մանրամասն պլանավորվում են:

ՀՀ վիճակագրություն

Հայաստանի Հանրապետությունում կանանց քաղցկեղային հիվանդությունների կառուցվածքում արգանդի վզիկի քաղցկեղը կրծքագեղձի քաղցկեղից հետո երկրորդն է: 2014 թ. հանրապետությունում արձանագրվել է արգանդի վզիկի քաղցկեղի 229 առաջնային դեպք (ըստ 100.000 բնակչի ցուցանիշը կազմել է 14.6%): Մտահոգիչ է, որ դեպքերի 70%-ի առաջնային հայտնաբերումը լինում է 3-րդ և 4-րդ փուլերում: 2015 թ. հունվարից Հայաստանում իրականացվող արգանդի վզիկի քաղցկեղի և նախաքաղցկեղային վիճակների հայտնաբերման սկրինինգային ծրագրի շրջանակում իրականացվել է 112 հազար ՊԱՊ-թեստ. հետազոտված 30-ից 60 տարեկան 7422 կին (6.4%) ունեցել է տարբեր աստիճանի բջջաբանական շեղումներ, որից 38-ը (0.5%)՝ ինվազիվ կարցինոմա:

ՄԱՐԴՈՒ
ՊԱՊԻԼՈՄԱՎԻՐՈՍԱՅԻՆ
ՎԱՐԱԿԻ (ՄՊՎ)
ԴԵՄ ՊԱՏՎԱՍՏՈՒՄ



Արգանդի պարանոցի քաղցկեղ առաջնալու պատճառը և ռիսկային գործոնները

1996 թ. ԱՀԿ-ն, Սեռավարակների և Նեոպլազիայի հետազոտման եվրոպական կազմակերպությունը, ինչպես նաև ԱՄՆ առողջապահության ազգային ինստիտուտը մարդու պապիլոմավիրուսային վարակը որակել են արգանդի պարանոցի քաղցկեղի հիմնական պատճառ: 2013թ. «Heracles/Scale Study Group» բազմակենտրոն եվրոպական հետազոտություններով հաստատվել է արգանդի պարանոցի քաղցկեղի զուգակցումը ՄՊՎ 16 և 18 տեսակներին: Ըստ ապացուցողական բժշկության տվյալների՝ հայտնի են արգանդի պարանոցի քաղցկեղի մի շարք ռիսկային գործոններ, որոնք ինչպես զենետիկ ծագման են, այնպես էլ առնչվում են շրջակա միջավայրի որոշակի վտանգների: Դրանցից են՝

- արգանդի պարանոցի քաղցկեղի ընտանեկան անամնեզը.
- տարիքը.
- սեռական և վերարտադրողական պատմությունը.
- սոցիալ-տնտեսական վիճակը.
- ծխախոտ օգտագործելը.
- ՄԻԱՎ վարակը.
- ներարգանդային կյանքում դիէթիլստրոբիլի ազդեցության ենթարկվելը:

ՄՊՎ-ի դեմ պատվաստման՝ աշխարհի

Աշխարհի 64 երկրում, այդ թվում՝ Մեծ Բրիտանիայում, Բելգիայում, Դանիայում, Նիդերլանդներում, Պորտուգալիայում, Շվեյցարիայում, ԱՄՆ-ում, Կանադայում, Ավստրալիայում ներդրվել է մարդու պապիլոմավիրուսային վարակի դեմ պատվաստանյութը: Վերջին 10 տարիներին աշխարհի տարբեր երկրներում իրականացվել է մոտ 200 մլն դեղաչափ ՄՊՎ պատվաստում, որով հավաքվել են դրա անվտանգության և արդյունավետության համոզիչ փաստեր, և ակնառու ազդեցությունը՝ սեռական կոնդիլոմաները (գորտնուկների), նախաքաղցկեղային վիճակները և արգանդի վզիկի քաղցկեղը կանխարգելելու խնդրում: Հետազոտությունները ցույց են տվել, որ, օրինակ, Ավստրալիայում ՄՊՎ պատվաստումներից հետո 5 տարվա կտրվածքով մինչև 21 և 21-ից 30 տարեկան կանանց շրջանում 93%-ով նվազել են սեռական կոնդիլոմաները: Ե՛նթե, որ պատվաստանյութերը չեն պարունակում հակաբիոտիկներ և կոնսերվանտներ:

Մարդու պապիլոմավիրուսի բնութագիրը

Սա սեռական ճանապարհով փոխանցվող վարակ է, որը կազմված է վիրուսային շտամների շուրջ 100 տեսակից, և որոնցից 40-ը այնտահարում են մարդու սեռական օրգանները, 15-ն էլ առնչվում են արգանդի պարանոցի քաղցկեղի առաջացմանը: ՄՊՎ 16 և 18 տեսակները հարուցում են արգանդի պարանոցի քաղցկեղի դեպքերի մոտ 70%-ը և արգանդի պարանոցի դիսպլազիաների 90%-ը:



Գևորգ
Թամանյան
ուռուցքաբան

Երկու խոսք մանկական ուռուցքաբանության մասին

“You begin saving the world by saving
one person at a time;
all else is grandiose romanticism or
politics.”
Charles Bukowski

Ուրբաթ Երեկոյան ֆեյսբուքով նամակ ստացա իմ պացիենտներից մեկից՝ 14 տարեկան մի հիանալի պատանուց, որի հիվանդությունը, ցավոք, կրկնվել էր. այն շատ ագրեսիվ էր ու տարածված, և տվյալ դեպքում հիմնական անելիքը բախվում էր պալիատիվ բժշկությանը: Երեխան հարցնում էր. «Բժիշկ, դեռ ինչքան պետք է ցավազրկող ստանամ: Միթե չկա այլ բուժում, որ իսպառ վերացնի ցավերս...»: Եթե աշխարհում կան հարցեր, որոնց ոչ մի կերպ չեն կարողանում պատասխանել, երբ անընդհատ գրում-ջնջում են պատասխանը, սա այդ հարցերից է: Ինչպես պատասխանես պատանուն, որ, ցավոք, այլևս անգոր ես, որ դեղերն այլևս չեն օգնելու...:

Այո՛, մանկական ուռուցքաբանությունը ոչ միշտ է լավ վերջաբան ունենում..., բայց քիչ չեն նաև հաղթանակները... Մեծ մասամբ կարողանում են պացիենտին և նրա ծնողներին ասել. «Դուք արդեն բուժված եք...»: Երբ ծնողը մի պահ չի ընկալում ասածը, և կրկին հարցնում է, թե վաղը իրենք ինչ են անելու... Եվ դու պատասխանում ես, որ վաղը ապրելու են իրենց նորմալ կյանքով... Մի օր ուսանողների հետ համայն էինք անում, և մեր առջև հայտնվեց 7 տարեկան շայկը, որը սուր լիմֆոբլաստոսիս լեյկեմիա ախտորոշումն ուներ: Շայկի պատմությունների մասին կարող եմ երկար խոսել՝ սկսած նրանից, որ իր ընկերուհուն՝ նույն ախտորոշմամբ Անուշիկին, թույլ չէր տալիս դեղին գուլպաներ հագնել: Բայց մի պատմություն պատմեմ, որ առավել պատկերավոր լինի մեր փոքրիկ հերոսի կերպարը: Երբ շայկն ակտիվ բուժման փուլում էր, հերթապահությունների ժամանակ հաճախ միասին էինք անում Երեկոյան համայնքը՝ «օբխոդը»: Երբ մի անգամ մտանք հիվանդասենյակներից մեկը, որտեղ պառկած էր տարեց մի հիվանդ, որը հավանաբար նոր էր դուրս եկել զուգարանից, շայկը, խաղացնելով չարաճճի աչքերը, ինձ մատով դեպի իրեն կանչեց, և երբ կռացա, ականջիս ասաց. «Ստեղ աղիները գործեր են...»:

Երեխան արձանագրել էր, որ այդ հարցը միշտ տալիս եմ հիվանդներին, և այժմ ինքնուրույն ախտորոշում էր: Իսկ այն օրը՝ ուսանողներին հանդիպելիս, ընդառաջ եկավ, աչքերով հասկացրեց, որ ուզում է ականջիս բան ասել և, հայացքն ուղղեց ուսանողուհիներից մեկին, որն այդ ժամանակ ոտքին գիպս էր կրում, ասաց. «Էնի աղջիկ խորոտ է, բայց ոտը՝ ջարդուկ»:

Հուսով եմ՝ ընթերցողները դեռ չեն մոռացել այս տարվա ձմեռը: Հիշում եք՝ ինչպիսի մառախուղ էր քաղաքում: Ուրեմն, ձմեռային մի օր՝ Երեկոյան, Քոչարի փողոցով վեր եմ բարձրանում, երբ կանգնեցնում է պետավտոտեսուչը: Թվում է, թե խախտում չեմ արել: Իջնում եմ մեքենայից, պետավտոտեսուչը ստուգում է փաստաթղթերը, հետո հարցնում. «Կարո՞ղ է՞ խմած եք»: -Չէ՛, ինչ խմած, - պատասխանում եմ: -Հաստատ, - շարունակում է կասկածամիտ հայացքով: -Հաստատ, պարո՞ն լեյտենանտ, գործից տուն

եմ գնում, ինչ խմել: Բժիշկ եմ համ էլ, - ասում եմ ինձնից գոհ՝ հուսալով, որ երբ լսի՝ բժիշկ եմ, բաց կթողնի:

-Էնպես ասեցիր, կարծես բժիշկները չեն խմում: Ինչ բժիշկ ես:

-Մանկական ուռուցքաբան:

-Վա՛յ քու, արա՛, ինչի տենց բան էլ ա լինում, քշի-քշի գնա, ախպոր պես... - ու արագ հետ վերադարձրեց փաստաթղթերս ու հեռացավ: չետո մի պահ շրջվեց ու ասաց. «Որ քշում ես, էն էլ մութ ու սենց մառախուղ, գոնե մեքենայիդ լույսե՛րը միացրու...»:

Բնական է՝ ուրախացա, որ չակտավորեցին՝ առանց լուսարձակները միացնելու վարելու համար, բայց երբ նստեցի մեքենան, մի պահ մտածեցի՝ տեսնես ինչ անցավ այդ մարդու մտքով: Չետաքրքիր է, թե իրականում տարբեր մարդիկ ինչպես են պատկերացնում մանկական ուռուցքաբանին: Համոզված եմ՝ շատերը մանկական ուռուցքաբան արտահայտությունը լսելիս զարհուրելի մի պատկեր է գալիս աչքերի առջև, հավանաբար՝ մազերը խառնած, հաստապակի ակնոցով մի բժիշկ...

Իրականում, սակայն, մանկական ուռուցքաբանը փոքր-ինչ ուրիշ է:

Մանկական ուռուցքաբան է բժիշկ Սամվել Դանիելյանը, որը, ինչպես իրավագիտորեն նկատել էր ընկերներիցս մեկը՝ Նրա երեխան բուժվել էր մեր կլինիկայում, այն մարդն է, որը կարող է կռանալ և կոճկել երեխայի կոշիկի արձակված կապը: Պատերազմի տարիներին ետ վերադառնալով չայաստան՝ բժիշկ Դանիելյանն իր թիմի հետ միասին ներդրեց մանկական էլյեմիաների բուժման նոր մեթոդներ, որոնց շնորհիվ երեխաների ապրելիությունը 5%-ից աճեց մինչև 70%: Իհարկե, տոկոսները խոսուն են, բայց ամեն մի տոկոսի ետևում բազմաթիվ կյանքեր են, որոնք փրկել են նման նվիրյալները...

Մանկական ուռուցքան է բժիշկ Սամվել Իսկանյանը, որը «Մերսեդեսը» չի տարբերում «Լադայից», կարող է ծնողի հետևից վազել, որպեսզի, նրա հետ վիճելով, ետ վերադարձնի որպես շնորհակալություն տրված կոնֆետները, և որի կյանքի ուրախությունները հիմնականում շրջանակվում են իր բուժած երեխաներով և իր աճեցրած խոլորձներով (օրխիդեաներով):

Մանկական ուռուցքաբան է բժիշկ Սամվել Առաքելյանը, որն իր ողջ կյանքը նվիրել է արյան չարորակ ուռուցքները բուժելուն, եղել է երեխաների շրջանում մեծ դեղաբաժնով քիմիաթերապիայի պիոներներից մեկը, և, երբ մեկ տարի առաջ իր հիվանդներից մեկի հիվանդությունը կրկնվեց, հոգեկան այդ վիճակից որոշեց թողնել բժշկությունը: Բայց հուսով եմ՝ մի օր նորից կվերադառնա և անձայն կչարունակի իր աշխատանքը:

Մանկական ուռուցքաբան է բժշկուհի Լիլիթ Սարգսյանը, որի մասին վերջերս իր նախկին հիվանդներից մեկը հարցազրույցում պատմել էր. «Լիլիթ Ռադիկովնան ուշ էր գնում աշխատանքից տուն իմ համար, ես զգում էի,

որ նա ինձ հարազատ մարդ է դարձել: Նոր տարվա օրը ստացա իմ կյանքում ամենաթանկ նվերներից մեկը՝ տաքուկ վերնաշապիկ, որն ինձ աշխարհի ամենատաք վերնաշապիկը թվաց, որովհետև իմ հարազատն էր նվիրել, և որովհետև այն ջերմացնում էր հոգիս: 13 տարի է անցել, բայց ես մինչ այժմ պահում եմ այդ տաքուկ վերնաշապիկը»:

Մանկական ուռուցքաբան է բժշկուհի Լուսինե Հակոբյանը, որին, եթե գիշերվա կեսին էլ կանչես հիվանդանոց, քաղաքի հակառակ ծայրից այնպիսի արագությամբ կհասնի Մուրացան, որ համոզված եմ՝ աշխատավարձի մեծ մասը հետո տրվելու է արագությունը գերազանցելու համար վճարելիք տույժերին:

Նրանք մարդիկ են, որ բուժում են մանկական քաղցկեղ: Բուժում են լուռ, առանց ավելորդ աղմուկի, չեն գոռում դրա մասին:

Վերջերս կարդում էի Փոլ Կալանիթիի հեղինականած «Երբ շունչը օդ է դառնում» գիրքը: Փոլ Կալանիթին Սթենֆորդի համալսարանի նեյրոլիրաբուժության վերջին տարվա կլինիկական օրդինատոր էր, երբ բախվեց 4-րդ փուլում գտնվող թոքի քաղցկեղ ախտորոշմանը: Այս գրքում նա նկարագրում է իր վերջին երկու տարիները: 36 տարեկան երիտասարդ, հաջողակ բժիշկ-գիտնականը, որն օրեր առաջ փրկում էր մահամերձ հիվանդներին, այժմ ինքն օգնության կարիք ուներ: Այդ երկու տարվա ընթացքում նա տարբեր ժամանակներում շարունակում է բժշկել, կնոջ հետ որոշում են երեխա ունենալ, և ծնվում է նրանց աղջիկը, որոշում է գիրք գրել, որը հետագայում անավարտ էր մնալու, վերջաբանը գրելու էր կինը, և գիրքը «Վաշինգտոն փոսթը» և «Նյու Յորք թայմսը» հոշակելու էին տարվա գիրք... Գիրքը մի կյանքի պատում է, որով հեղինակը փորձում է բարձրաձայնել այն հարցի պատասխանը՝ իսկ ի՞նչ է կյանքը, ո՞րն է ապրելու իմաստը... Եվ կարծում եմ՝ հենց ինքն էլ պատասխանում է այդ հարցին՝ գրելով՝ «Ապրելու իմաստն այն իմաստալից ապրելն է... Պետք է գնահատել ամեն մի րոպեն, և փորձել այնպես ապրել, ասես այն վերջինը լինի...»:

Սովորաբար պացիենտներն ինձ հարցնում են. «Բժի՛շկ, իսկ ես կբուժվե՞մ»: Ես որպես կանոն պատասխանում եմ՝ անպայման: Ես գիտեմ, որ, ցավոք, նրանցից ոչ բոլորը կբուժվեն, ոչ բոլորը կկարողանան առողջանալ, բայց նրանք միշտ պետք է ունենան այդ հույսը: Նրանք հարցնում են, որովհետև վախենում են անորոշությունից. մարդիկ ուզում են լինել այնպիսին, ինչպիսին բոլորն են, չզգան, որ քաղցկեղ ունեն: Նրանք հարցնում են՝ իսկ որքան է իրենց շանսը: Ոմանք առողջանալուն 90 տոկոս շանս ունեն, ոմանց շանսը 10 տոկոսի էլ չի հասնում, բայց շանս միշտ կա, նույնիսկ երբ ամբողջ վիճակագրությունն ասում է, որ շանս չկա: Այդ դեպքում էլ շանս կա ապրելու ամեն րոպեն, իմաստով լցնելու ամեն վայրկյանը... «Նրանք կարիք ունեն ծիծաղելու քաղցկեղի մասին մտածելիս ...»:



Կոշի

մանկական
վերականգնողական
կենտրոն



Գունավոր պատեր, ջերմ և հոգատար մթնոլորտ. 2013 թվականից Արագածոտնի մարզի Կոշ համայնքում գործում է «Արմենակ և Աննա Թադեոսյանների անվան մանկական վերականգնողական կենտրոնը»: Այստեղ շուրջօրյա վերականգնողական բուժում են ստանում Հայաստանի տարբեր մարզերից սոցիալական տարբեր խմբերի ֆիզիկական և մտավոր խնդիրներ ունեցող երեխաներ: Մարզում շուրջ երեք տարի գործելուց հետո պետությունը գնահատեց իրականացվող ծառայությունների որակն ու 2017 թ. հնարավորություն ընձեռեց երեխաների խնամքն իրականացնել նաև ստացիոնար պայմաններում: Այսպիսով, բուժումն իրականացվում է ստացիոնար և ցերեկային ստացիոնար պայմաններում, պետական պատվերի շրջանակում: Բուժման ընթացքում հիվանդը և խնամողը ապահովվում են սննդով:

Կենտրոնում կարելի է ստանալ օրթոպեդիստ-պրոթեզիստի, լոգոպեդի, վերականգնողական բժշկի, հատուկ մանկավարժի, կլինիկական հոգեբանի, ֆիզիկական թերապիայի, էրգոթերապիայի, հիդրոթերապիայի մասնագետների օգնությունը:

«Կոշ» մանկական վերականգնողական կենտրոնում այս տարի ավելացվել են նոր մահճակալներ՝ հնարավորություն ընձեռելով վերականգնողական բուժում ստանալ միաժամանակ 14 հիվանդի - խնամողների հետ միասին): Այստեղ հիվանդները մշտապես գտնվում են վերականգնողական բժշկի, ընտանեկան բժշկի, մանկական օրթոպեդի, բուժքույրերի և դայակների հսկողության ներքո: Բոլոր մասնագետները տիրապետում են առաջին բուժօգնության հմտություններին:

Կենտրոնում անհրաժեշտության դեպքում երեխաների համար անվճար հիմունքներով կազմակերպվում են թվային ռենտգեն հետազոտություն, ատամնաբույժի և

մանկաբույժի ծառայություններ: Երեխաները հնարավորություն ունեն օգտվել լողավազանից, խաղասենյակից, կինոսրահից: Չեն անտեսվում նաև ծնողները. նրանց համար գործում են խմբակային ուսուցման և հոգեբանական ծառայություններ:

Բուժումը կազմակերպվում է թիմային մոտեցման սկզբունքով: Նորագույն սարքավորումներով հագեցած կենտրոնի գործունեությունը նպաստում է երեխաների ֆիզիկական կարողությունները վերականգնելուն, մտավոր ունակությունները զարգացնելուն, շրջապատող միջավայրին հարմարվելուն, հնարավորություններն առավելագույնս դրսևորելուն, ինքնուրույնություն ձեռք բերելուն ու ամրապնդվելուն:

«Կոշ» մանկական վերականգնողական կենտրոնն ու այնտեղ բուժում ստացող երեխաները մշտապես ուշադրության կենտրոնում են, ընդ որում՝ ոչ միայն հոգատար անձնակազմի: Վերջերս, օրինակ, աշխարհահռչակ երաժիշտներ Նարեկ և Գայանե Հախնազարյաններն Օպերայի և բալետի ազգային ակադեմիական թատրոնում համերգային ծրագիր ներկայացրին՝ օգնելու համար «Կոշ» մանկական վերականգնողական կենտրոնի երեխաներին: Համերգից ստացված 1 մլն դրամ հասույթին ու հանգանակությանը գումարվեց նաև 22 առաջին տիկին Ռիտա Սարգսյանի՝ 2 մլն դրամ ֆինանսական աջակցությունը:

Տրամադրված օժանդակությունը ծառայելու է մանկական վերականգնողական կենտրոնի կարիքները հոգալուն: Կենտրոնում վերջերս բացվեց նաև Նարեկ Հախնազարյանի անվան մասնաշենքը, որտեղ ևս կշարունակեն բուժում ստանալ հարակից գյուղերի երեխաները:



հնովացիոն տեխնոլոգիաները և ռոբոտաշինությունն աննախադեպ առաջընթաց են խոստանում ինչպես ախտորոշման, վիրաբուժության և վերականգնողական բժշկության ոլորտում, այնպես էլ բժշկական հետազոտությունների և բժշկական ուսուցման մեջ:

Միկրոբիոմ, նեյրովասկուլյար ստենտ, վիրաբուժության մեջ կիրառվող 3D պատկերում. սրանք մի մասն են 2016 և 2017 թվականի այն բժշկական նորարարությունների, որ խոստանում են էական հեղաշրջում կատարել բժշկության ոլորտում:

Ձեզ ենք ներկայացնում մեր օրերի ամենախոստումնալից ու հեռանկարային նորարարություններից 7-ը, որ հեղինակավոր բժիշկների և հետազոտողների հավաստմամբ կփոխեն «խաղի կանոնները»:

1. Եռաչափ (3D) պատկերում և ավելի վիզուալ իրականություն՝ վիրաբուժության մեջ

Վիրաբույժներն ապավինում են մանրադիտակի ակնապակիների և տարատեսակ տեսախցիկների ու տեխնիկայի օգնությամբ: Այնուամենայնիվ, վիրահատության ամենավճռորոշ պահին, երբ պահանջվում է կատարել գերազույն ճշգրտություն պահանջող քայլեր, նրանք, որպես կանոն, դիտում են անզեն աչքով (սա այն դեպքում, երբ, օրինակ,

ցանցաթաղանթի կտրվածքն ունի միլիմետրից էլ փոքր չափեր) և հիմք ընդունում իրենց իսկ մեկնաբանությունները՝ սահմանափակ պերիֆերիկ տեսողության, մեջքի և վզի մկանների լարվածության պայմաններում, գլուխը կախ: Նախորդ տարվա ընթացքում վիրաբուժության ամենաբարձր 2 ոլորտներում՝ նեյրովիրաբուժության և ցանցաթաղանթի միկրովիրաբուժության ոլորտում, փորձարկվեց մի նոր տեխնոլոգիա, որի կիրառումը հնարավորություն է տալիս ունենալ բարձր ճշգրտության եռաչափ (3D) պատկեր: Բացի այդ, այս տեխնոլոգիայի կիրառմամբ բժիշկը

ստիպված չէ վիրահատություն իրականացնելիս աշխատել անհարմար դիրքով՝ գլուխը կախ վիճակում:

Այս ստերեոսկոպիկ համակարգերն օժված են նաև տեսողական կադապարներ գծագրելու կարողությամբ, ինչն անում են օգտագործելով սարքի հավաքագրած տվյալները: Համակարգի այս գործառույթն ուղղված է վիրաբույժին որևէ կոնկրետ գործողություն թելադրելուն: Բոլոր այն մասնագետներն, ովքեր փորձարկել են այս նորագույն տեխնոլոգիան, փաստում են, որ վիզուալ տեղեկությունն ու այն հարմարավետությունը, որն ապահովում է սարքը, հնարավորություն են տալիս վիրաբույժին աշխատել ավելի արդյունավետ: Վիրտուալ իրականության այս սարքերն 2017 թվականից արդեն գործում են մի քանի հիվանդանոցներում:

2. Պտղի անբջիջ ԴՆԹ թեստ

Հղիության ընթացքում կարող են ի հայտ գալ մի շարք բարդություններ, որոնք թույլ չեն տալիս երաշխավորել առողջ երեխայի ծնունդը: Հղիության ընթացքում հանդիպող հիմնական խնդիրներից է պտղի աուտոսոմ անեուպլոիդությունը (երբ նկատվում է պակակասող քրոմոսոմ կամ հավելյալ քրոմոսոմի առկայություն), ինչը պատասխանատու է

ժառանգական հիվանդությունների դրսևորման համար: Որպես կանոն ժառանգական հիվանդության (ինչպես օրինակ Դաունի սինդրոմի) դրսևորման հավանականությունը պարզում են արյան անալիզի կամ ուլտրաձայնային հետազոտության միջոցով: Այս հետազոտությունները, այնուամենայնիվ, ունեն սխալ դրական արդյունքներ հայնաբերելու մեծ հավանականություն և պահանջում են ինվազիվ հետազոտություններ, ինչպես օրինակ ամնիոցենտեզն է կամ խորիոնի բիոպսիան: Բացի այն, որ այս հետազոտությունները ծախսատար են, դրանք պարունակում են նաև երեխային կորցնելու փոքր ռիսկեր և սթրես՝ ապագա մոր համար: Ավելի քան 90%-ն այն կանանց, ում նշանակում են այս հետազոտությունները, դրանց կարիքն իրականում չունեն:

Այսօր բժշկությանը հայտնի է ժառանգական հիվանդության դրսևորման հավանականությունը պարզելու մի նոր, ոչ ինվազիվ մեթոդ՝ հղի կնոջ արյան հետազոտության միջոցով, քանի որ ապագա մոր արյան ԴՆԹ-ի 10%-ը պատկանում է պտղին: Հետազոտությունները ցույց են տվել, որ պտղի անբջիջ ԴՆԹ թեստը շրջադարձային կերպով նվազեցրել է Դաունի սինդրոմի սխալ ախտորոշումը՝ պացիենտներին տալով հստակ պատասխան:

3. Քաղցկեղի սքրինինգ՝ սպիտակուցային բիոմարկերի վերլուծության միջոցով

Քաղցկեղի ռիսկը գնահատելու իրենց ջանքերում գիտնականները տարիներ շարունակ պարզապես դիտել են որևէ սպիտակուցի կոնցենտրացիայի փոփոխությունը կենսաբանական հեղուկում, օրինակ՝ արյան կամ մեզի մեջ, կամ, որպես այլընտրանքային միջոց՝ գենետիկ մուտացիաներում:

Սակայն այս հետազոտությունների հարաբերականորեն ավելի քիչ սպեցիֆիկությունը և ավելի թույլ կանխորոշումն ազդում են սքրինինգի ճշգրտության և կլինիկական օգտակարության վրա: Մասնավորապես, հակասական են շարունակում մնալ շագանակագեղձի քաղցկեղի սքրինինգը և վաղ կանխարգելումը: Պատճառը պրոստատ սպեցիֆիկ պլազմային հակածնի ոչ բավարար ակտորոշիչ ճշգրտությունն է:

Նոր բիոմարկերը ֆիքսում է արյան մեջ կամ այլ կենսաբանական հեղուկներում գտնվող որոշ սպիտակուցների կառուցվածքի փոփոխությունները՝ տալով քաղցկեղի առկայության կամ բացակայության մասին տվյալներ: Ի տարբերություն գենետիկ մուտացիաների դիտմանը, որը ցույց է տալիս քաղցկեղի առաջացման ռիսկը, հետազոտության այս նոր մեթոդը սպիտակուցային բիոմարկերների իզոմերի գնահատման միջոցով կարող է տեղեկություն տալ քաղցկեղի առկայության մասին ներկա պահին՝ տարբերակելով քաղցկեղային բջիջների կողմից արտադրված իզոմերները բարորակ բջիջների կողմից արտադրվածներից:

Ի տարբերություն պոստատ-սպեցիֆիկ հակածնի ստանդարտ հետազոտության, այս նոր թեստի նախնական արդյունքները ցուցաբերել են 100% զգայունություն, չի գրացվել ոչ մի սխալ բացասական արդյունք և գրանցվել՝ գրեթե 80% սպեցիֆիկություն: Կրծքի և ձվարանի քաղցկեղի հետազոտությունների նախնական արդյունքները փաստում են, որ այս նորարարությունն ունի բոլոր հնարավորությունները՝ տարատեսակ քաղցկեղների ակտորոշման մեջ կիրառվելու համար: Մասնագետները վստահ են, որ սքրինինգի ճշգրտության շնորհիվ վերջինիս կիրառումն էլ ավելի կտարածվի աշխարհով մեկ:

4. Նեյրոկասկոլյար ստենտ

Արյունատար անոթից թրոմբը հեռացնելու և դեպի ուղեղ արյան շրջանառությունը կարգավորելու տարիներ շարունակ կիրառվող միակ միջոցն է համարվել Նյուսվածքային պլազմինոգեն ակտիվացնող գործոնը (ՀՊԱ)՝ հաստատված «ՄՆՆդի և դեղամիջոցների ադմինիստրացիայի» (FDA) կողմից: Սակայն Նյուսվածքային պլազմինոգենի ակտիվացնող գործոնը արդյունավետ է եղել 1/3-րդից նվազ դեպքերում, հատկապես երբ խցանումը եղել է գլխուղեղի խոշոր անոթներում: Իշխմի կաթվածին հաջորդող ժամերը վճռորոշ ու կարևոր են: Արյունատար անոթներից մակարդուկը պետք է հեռացնել կաթվածին

հաջորդող 3-6 ժամվա ընթացքում, որպեսզի հնարավոր լինի կանխել երկարաժամկետ հաշմանդամությունը, ուղեղի վնասումը կամ մահը:

Տարիներ շարունակ գիտնականները փորձում էին ստեղծել ՀՊԱ մեթոդին լրացնող մի նոր մեթոդ, որը խցանումը կվերացներ հնարավորինս ապահով և արագ: Արդյունքում ստեղծվեց Նեյրոկասկոլյար ստենտը: Ստենտն օգտագործվում է մեխանիկական թրոմբեկտոմիայի ընթացքում. ցանցավոր վանդակի տեսք ունեցող սարքն ուղղվում է դեպի խցանված անոթը: Ազդրային զարկերակով դեպի խցանված հատված է անցկացվում կաթետեր: Երբ այն հասնում է խցանված հատվածին, տեղադրվում է ստենտը, բացվում է 3D ցանցավոր խողովակը և կլանում խցանված արյունը: Ստենտն այնուհետև հեռացվում է օրգանիզմից, իսկ արյան շրջանառությունը՝ վերականգնվում: Ուսումնասիրությունների արդյունքում պարզ դարձավ, որ բոլոր այն պացիենտները, ովքեր օրգանիզմից թրոմբները հեռացվել են նոյրոկասկոլյար ստենտի միջոցով, ապաքինվել են ավելի արագ և ունեցել կազդուրվելու ավելի մեծ հավանականություն՝ ի տարբերություն նրանց, ովքեր օրգանիզմից թրոմբը հեռացվել է միայն ՀՊԱ գործոնի միջոցով:

5. Միկրոբիոմը՝ հիվանդության կանխարգելման, ակտորոշման և բուժման գործում

Մեր օրգանիզմում եղած տրիլիոնավոր բակտերիաներ կազմում են իրենց «համայնքը», ինչը հայտնի է Միկրոբիոմ անվամբ: Վերջին տարիներին անցկացված հետազոտությունների ամենանշանակալի բացահայտումն այն էր, որ միկրոբներին ևս կառավարում է իրենց իսկ «խելքը»: Դրանք մեծ դեր են խաղում առողջության և հիվանդության հարցում:

Միկրոբներից արձակված քիմիական նյութերը միջամտում են սննդի մարսման, դեղորայքի տարրալուծման և հիվանդության զարգացման գործընթացներին, ինչպես օրինակ սրտի հիվանդությունների, նյութափոխանակության խանգարումների կամ անզամ քաղցկեղի դեպքում է:

Ներկայում անցկացվում են հետազոտություններ միկրոբիոմի նոր ակտորոշում տալու ներուժն ամբողջությամբ բացահայտելու նպատակով:

Միկրոբիոմին կարելի է վերագրել դեռ վիճարկելի ներուժ՝ հասնելու այնպիսի ակտորոշման, որի շնորհիվ կարելի է հայտնաբերել համապատասխան միկրոֆլորայի անհավասարակշռություն, ստեղծել նոր, անհավասարակշռությունը շտկելու համար նախատեսված թերապիաներ, մշակել պրոբիոտիկ նյութեր, որոնք կարող են կանխել միկրոֆլորայի վտանգավոր անհավասարակշռությունները:

2017 թվականի մայիսին Սպիտակ տան նախաձեռնությամբ մեկնարկվել է «Միկրոբիոմի ազգային նախաձեռնություն» ծրագիրը,

որում 121 միլիոն դոլար կներդնեն դաշնային գործակալությունները և հավելյալ 400 միլիոն դոլար այլ աղբյուրները՝ միկրոբիոմի զարգացման և վերջինիս ունեցած առավելությունների ուսումնասիրման վերաբերյալ հետազոտության ծավալները մեծացնելու նպատակով: Միկրոբիոմը մեր օրերի ամենախոստումնալից և հեռանկարային նորարարությունն է:

6. Դիաբետի դեղամիջոցներ, որ նվազեցնում են սիրտ-անոթային հիվանդությունների ու մահման հավանականությունը

Դիաբետ ունեցող մարդիկ սրտի հիվանդություններ ունենալու և ուղեղի կաթված ստանալու 2-4 անգամ ավելի մեծ հավանականություն ունեն, քան դիաբետ չունեցողները: 2-րդ տիպի դիաբետ ունեցող պացիենտների կեսը սիրտ-անոթային հիվանդությունների բարդությունների հետևանքով մահանալու ռիսկի գոտում են. 65 տարեկանից հետո մահանալու հավանականությունը հասնում է 70 %:

Նախորդ տասնամյակի ընթացքում դիաբետի բուժման համար նախատեսված նոր դեղերն արտադրվում էին արյան մեջ շաքարի պարունակությունը նվազեցնելու նպատակով միայն: Սրանք, սակայն, չէին նվազեցնում 2-րդ տիպի դիաբետ ունեցող պացիենտների մահացության սարսափելի վիճակագրությունը: Այս 2 նոր դեղամիջոցների կիրառմամբ մահացության ցուցանիշը սկսեց էականորեն կրճատվել: Դրանցից առաջինը՝ էմպագլիֆլոզինը, 2014 թվականին հաստատվեց որպես գլիկեմիկ հսկողության դեղամիջոց, որը դուրս է գրվում դեղատոմսով միայն:

Դեղի օգտակարության՝ 2015 թվականին անցկացված հետազոտությունն ունեցավ աննախադեպ արդյունքներ. սրտի ոչ մահացու կաթվածի կամ ոչ մահացու ինսուլտի հետևանքով զրանցված մահվան ցուցանիշները նվազեցին 14 %-ով, երբ դեղն ավելացավ բուժման ստանդարտ միջոցների շարքին:

Համաձայն տվյալների՝ սիրտ-անոթային հիվանդությունների արդյունքում զրանցված մահացության ցուցանիշը նվազեց 38 %-ով, իսկ մահացության ընդհանուր ցուցանիշը՝ 32 %-ով:

Թեպետ դեղի ազդեցության մեխանիզմները դեռ շարունակում են ուսումնասիրվել, այնուամենայնիվ էմպագլիֆլոզինը կիրառումը փոփոխում է սրտի հիվանդությունների զարգացման ընթացքը:

Մյուս դեղամիջոցը՝ Լիքազլյուտիդը, որը հաստատվել է 2010 թվականին, ցուցաբերել է սիրտանոթային հիվանդությունների նշանակալի նվազում 13 %-ով, սիրտանոթային հիվանդությունների հետևանքով արձանագրված մահվան դեպքերի նվազում 22 %-ով և մահացության ընդհանուր ցուցանիշի նվազում 15 %-ով:

Հինք ընդունելով արձանագրված դրական

արդյունքները՝ մասնագետները կանխատեսում են, որ 2017 թվականին կտրուկ կփոխվի դիաբետ ունեցող պացիենտներին նշանակվող դեղորայքի ցանկը: Իսկ հետազոտությունների նոր ալիքը կուղղվի 2-րդ տիպի դիաբետի և վերջինիս ուղեկցող հիվանդությունների ուսումնասիրմանը: Այս դեղամիջոցների օգնությամբ ավելի մեծ թվով պացիենտներ ականատես կլինեն այն դրական ազդեցությանը, որ վերջիններս կունենան նրանց կյանքի տևողության վրա:

7. Ուռուցքի շրջանառվող ԴՆԹ հայտնաբերելու հեղուկային բիոպսիա

Արյան հետազոտությամբ կարելի է ակտորոշել ծանր հիվանդություններ: Արյան շրջանառությանը հետևելով կարելի է պարզել ոչ միայն խնդրի աղբյուրը, այլ նաև հիվանդության զարգացումը, իսկ բուժման մեթոդն այնուհետև ընտրվում է ակտորոշմանը համապատասխան: 2009 թվականին բժշկության ոլորտում մեծ իրարանցում սկսվեց, երբ պարզ դարձավ, որ հիվանդության զարգացումը կարելի է կանխատեսել՝ արյան մեջ հայտնաբերելով ուռուցքի շրջանառվող բջիջներ:

Հետազոտման այս տեսակն, այնուամենայնիվ, ցուցված է այն պացիենտներին, ում արդեն բժիշկն ակտորոշել է քաղցկեղ, իսկ այս հետազոտությամբ կարելի է պարզել հիվանդության զարգացման ընթացքը միայն:

Հաջորդ քայլն այսօր արդեն արված է: 2014 թվականին գիտնականները հայնտագործեցին հետազոտման մի նոր տեսակ, որի կիրառմամբ կատարվում է ավելի խորը հետազոտություն, քան պարզապես բջիջ մակարդակով կատարվող հետազոտությունն է:

Հեղուկային բիոպսիան փնտրում է իրական ԴՆԹ-ի կամ ուռուցքի շրջանառվող անբջիջ ԴՆԹ-ի նշաններ, որ արյան մեջ են անցնում ուռուցքից: Ուռուցքի շրջանառվող անբջիջ ԴՆԹ-ի առավելությունն այն է, որ այն արյան մեջ 100 անգամ ավելի շատ է, քան ուռուցքի բջիջները:

Այսօր քաղցկեղի մի շարք տեսակներ հետազոտում են Չինաստանում, և համաձայն այս հետազոտությունների արձանագրած տվյալների՝ քաղցկեղ կարելի է ակտորոշել, մինչև որևէ նախնաշանի դրսևորումը, մի փուլում, երբ բուժումը կարող է լինել չափազանց արդյունավետ:

Միացյալ Նահանգներում անցկացվում է թոքի առաջընթաց ոչ մանր բջջային քաղցկեղի հետազոտություն: Սա մի հիվանդություն է, որի դեպքում հյուսվածային բիոպսիան բուժման նպատակով թիրախային մուտացիաները հայտնաբերելու «ոսկե ստանդարտն» է: Մինչդեռ Միացյալ Նահանգներում անցկացված հետազոտությամբ մասնագետները նկատեցին, որ ուռուցքի շրջանառվող անբջիջ ԴՆԹ-ն հայտնաբերում է կլինիկական պես համապատասխան մուտացիաները, ինչը պարզել հնարավոր չէ կատարել հյուսվածքի բիոպսիայի միջոցով:



ՄՐՏԻ ՄԱԳՆԻՍԱ- ՌԵԶՈՆԱՆՍԱՅԻՆ ՏՈՄՈԳՐԱՖԻԱ

Մագնիսա-Ռեզոնանսային Տոմոգրաֆիան (ՄՐՏ) սկիզբը դրվել է դեռևս 1946թ, երբ Ֆելիքս Բլոխը և Էդվարդ Պուրսելը իրարից անկախ հայտնագործեցին ՄՐՏ սկզբունքները՝ Նյութերի ֆիզիկա-քիմիական բաղադրությունը ուսումնասիրելու համար: Այդ հայտնագործության համար հետագայում երկուսն էլ արժանացան Նոբելյան մրցանակի 1952թ: Սակայն ՄՐՏ հետազոտության՝ որպես բժշկական ախտորոշիչ գործիքի, հիմքը կարող ենք ասել, որ դրվել է հայազգի գիտնական և հետազոտող **Ռայմոնդ Դամադյանի** կողմից 1971թ:

Ներկայումս ամբողջ աշխարհում առկա է ավելի քան 40 000 ՄՐՏ սարք՝ տարեկան իրականացվող ավելի քան 200 մլն հետազոտություններով:

Սրտի ՄՐՏ հետազոտությունը հարաբերականորեն երիտասարդ ախտորոշիչ մեթոդ է, քանի որ սիրտը լինելով շարժվող օրգան, լրացուցիչ դժվարություններ է ստեղծում ՄՐՏ հետազոտության համար: Դրա իրականացումը հնարավոր եղավ հիմնականում 1,5 Տեսլա հզորությամբ ՄՐՏ սարքերի ի հայտ գալուց հետո:

ՄՐՏ հետազոտությունը հիմնվում է դրականորեն լիցքավորված պրոտոնների վրա, որոնց մեծ մասը գտնվում է ջրի մոլեկուլներում: Պրոտոններից յուրաքանչյուրը իր մագնիսական դաշտով ուղղորդվում է սարքի մեծ մագնիսական դաշտում: Պրոտոնների մագնիսացմանը գումարվում է ռադիոհաճախությունը, որը

լրացուցիչ էներգիա է հաղորդում պրոտոնների մի մասին: Ռադիոհաճախական իմպուլսի դադարեցումից հետո պրոտոնները կրկին ռելաքսացվում են՝ վերադարձնելով էներգիան ռադիոհաճախության ձևով: Հենց այս ֆենոմենն է ընկած ՄՐՏ հետազոտության հիմքում:

Ներկայումս Սրտի ՄՐՏ հետազոտությունը հանդիսանում է անփոխարինելի ախտորոշիչ մեթոդ՝ սիրտ-անոթային մի շարք հիվանդությունների դեպքում: Այն բավականին անվնաս է՝ նմանատիպ այլ ախտորոշման մեթոդների հետ համեմատելիս (օր. չամակարգչային տոմոգրաֆիա), համեմատաբար մատչելի, կիրառվող կոնտրաստը ունի ցածր նեֆրոտոքսիկություն: Թերություններից թերևս կարելի է նշել բավականին նեղ մասնագիտացման անհրաժեշտությունը և հետազոտության հարաբերականորեն երկար տևելը (30-50ր): Սակայն ներկա տեմպերով զարգացման դեպքում կարելի է ենթադրել, որ մոտ ապագայում հետազոտության տևողությունը էապես կկրճատվի և ՄՐՏ-ն կունենա էլ ավելի լայն տարածում սիրտ-անոթային համակարգի հիվանդությունների ախտորոշման գործում: Պետք է հիշել նաև, որ մագնիսական դաշտի կիրառումը ունի որոշակի սահմանափակումներ, մասնավորապես զանազան մետաղական իմպլանտներով կամ իմպլանտացված կարդիովերտեր-դեֆիբրիլյատորներով հիվանդներին այս հետազոտությունը հակացուցված է:

Սրտի ՄՐՏ-ն ունի մի շարք ցուցումներ, որոնք կարելի է պայմանականորեն բաժանել 3 խմբի: Առաջին խումբը կազմում են Սրտի Իշեմիկ չիվանդությունը (ՄԻՆ) և դրան հարակից պաթոլոգիաները:

Սրտի ՄՐՏ-ն հնարավորություն է ընձեռում որակապես և քանակապես ճշգրիտ գնահատել իշեմիկ գոտու չափսերը, խորությունը, տեղակայումը, ինչպես նաև ախտահարված հյուսվածքների կենսունակությունը: Երկրորդ խումբը կազմում են կարդիոմիոպաթիաները, այդ թվում՝ հիպերտրոֆիկ, դիլատացիոն, ռեստրիկտիվ և աջ փորոքի առիթմոգեն դիսպլազիան: Այս խմբում կարելի է առանձնացնել նաև այնպիսի տարածված պաթոլոգիա, ինչպիսին միոկարդիտն է: Երրորդ խումբը կազմված է սիրտ-անոթային ամենատարբեր պաթոլոգիաներից, որոնցից հատկապես ուզում են հիշատակել տարբեր ծագման ներսրտային զանգվածների տարբերակումը՝ կոնտրաստ Նյութի կիրառման միջոցով:

Վերոհիշյալ պաթոլոգիաներից շատերի համար ՄՐՏ հանդիսանում է անփոխարինելի և հաճախ միակ ճշգրիտ ախտորոշիչ մեթոդը: Դա հնարավոր է դառնում գաղղիկումի հիմքի վրա կոնտրաստ Նյութի կիրառմամբ: Մասնավորապես T2 ռեժիմի կիրառումը հնարավորություն է ընձեռում միոկարդիալ այտուցը տեսնելու, ինչը սովորաբար առկա է միոկարդիտի ժամանակ: Ուշացած կոնտրաստավորումը հիմնված է այն փաստի վրա, որ նորմալ այրյունամատակարարվող հյուսվածքները ինչպես արագ վերցնում, այնպես արագ էլ թողնում են կոնտրաստ Նյութը՝ ի տարբերություն նեկրոտիկ կամ ֆիբրոզի ենթարկված հյուսվածքների, որոնցում կարելի է տեսնել կոնտրաստ Նյութի պահում: Պերֆուզիոն և հետաձգված կոնտրաստավորման շնորհիվ կարելի է միանշանակ պատասխան տալ այնպիսի դժվար հարցերի, ինչպիսիք են՝ դիտարկվող օջախը իշեմիկ, թե բորբոքային բնույթ ունի, տարբերակել դիլատացիոն կարդիոմիոպաթիան այլ գենետիկ ախտահարումներից, կամ պատասխանել այն հարցին, թե առկա ներսրտային զանգվածը իրենից ներկայացնում է թրոմբ, թե՛ օր. միքսոմա: Իհարկե պետք է հիշել, որ բոլոր բժշկական ախտորոշիչ մեթոդներն էլ լրացնում են միմյանց, և Սրտի ՄՐՏ հետազոտությունը չի հանդիսանում ունիվերսալ ախտորոշում: Սակայն անհերքելի է նաև այն, որ վերոհիշյալ պաթոլոգիաներից շատերի ճշգրիտ ախտորոշումը հնարավոր դարձավ հենց Սրտի ՄՐՏ հետազոտության կիրառմամբ:

Ամփոփելով, կարող ենք ասել, որ մեր կլինիկայում Սրտի ՄՐՏ հետազոտության ներդրումից ի վեր ունեցել ենք ավելի քան 80 հետազոտություն, որոնցից շատերը անսպասելի են եղել Հայաստանի Հանրապետության մասշտաբով, իսկ որոշները՝ նույնիսկ տարածաշրջանային: Այս ախտորոշիչ մեթոդի ներդրումը մեծապես նպաստեց հազվագյուտ և դժվար ախտորոշելի բազմաթիվ պաթոլոգիաների ավելի լավ ախտորոշման, և հետևաբար՝ բուժման գործընթացի բարելավմանը: Չնայած առկա ձեռքբերումներին՝ կարող ենք վստահ ասել, որ Սրտի ՄՐՏ-ն դեռ երկար ճանապարհ ունի անցնելու, և իմ կարծիքով հանդիսանում է սիրտ-անոթային հիվանդությունների ախտորոշման ապագա ամենախոստովանալից մեթոդներից

մեկը:

Կլինիկական դեպք

Հիվանդ՝ Գ.Շ. 27տ, արական սեռի կլինիկա է ընդունվել՝ զանգատվելով հետկրծոսկրային շրջանի սեղմող ցավերից: Գանգատներն ի հայտ են եկել 2-3 օր առաջ, անամնեզում նշում է նախորդող տոնզիլիտ: Օբյեկտիվ զննման տվյալները՝ առանց ակնհայտ շեղումների: ԷՍԳ վրա դիտվել է ST սեգմենտի էլևացիա II, III, aVF արտածումներում, դիմամիկայում՝ ST իջեցում իզոգծի վրա՝ բացասական T ատամիկի ձևավորումով: ԷխոՍԳ վրա՝ ստորին-բազալ, ստորին-միջին հատվածների հիպոկինեզիա, ԱՖ քիչ իջած 45-50%:

Թերևս մինչ այս պահը ոչ մի արտառոց երևույթ չկա: Պատկերը նման է առանց ST էլևացիայի սրտամկանի ինֆարկտի: Սակայն կատարված կորոնարանոցագրաֆիան պսակաձև զարկերակների որևէ հեմոդինամիկ նշանակալի նեղացումներ չհայտնաբերեց: Այդ պահից ի հայտ եկավ միոկարդիտի՝ սրտամկանի բորբոքային ախտահարման կասկածը: Անհրաժեշտություն առաջացավ սրտի ՄՐՏ հետազոտություն կատարելու, ինչը և արվեց:

Սրտի ՄՐՏ հետազոտությամբ հայտնաբերվեց սրտամկանի այտուց՝ ձախ փորոքի ստորին պատով, ինչպես նաև գաղղիկումով կատարված կոնտրաստային հետազոտությամբ հայտնաբերվեց համապատասխան հատվածների սուբէպիկարդիալ ուշացած կոնտրաստավորում: Վերոհիշյալ նշանները ախտահատուկ են միոկարդիտային ախտահարման համար, այն դեպքում, երբ իշեմիկ ախտահարման դեպքում դիտվում է սուբէնդոկարդիալ կոնտրաստավորում: Այսպիսով կարող ենք փաստել, որ սրտի ՄՐՏ-ն տվյալ պարագայում որոշիչ նշանակություն ունեցավ հիվանդի ճիշտ ախտորոշման և հետևաբար նաև՝ բուժման գործում:



Ռայմոնդ Դամադյան



**ԱԼԵԿՍԵՅ
ՎՈՂՈՎՈՉՈՎ**
գիտական լրագրող

«Օրգանիզմի լիարժեք օրգանիզմ», «համակարգչային օրգանիզմ», «կենսառեզոնանսային օրգանիզմ». այս և համանուն շատ արտահայտություններ մարդիկ լսում են տարիներ շարունակ: «Հրաշալի» մեթոդները, որոնք կապ չունեն ապացուցողական բժշկության հետ, կարող են բացահայտել մարդու առողջությանն առնչվող բոլոր թաքնված և ակնհայտ խնդիրները:

Մարմնի համակարգչային օրգանիզմում ունի նաև մի քանի անվանում՝ օրգանիզմ ըստ Ֆոլլի, ժամանակակից տարբերակները Oberon, Metatron, Sensitive Imago:

Որն է այս օրգանիզմի մեթոդների պատմությունը: Երբ դրանք սկսեցին օգտագործվել մասնավոր կլինիկաներում որպես մարքեթինգային գործիք: Եթե նկատի առնենք, որ «պսևդոֆագ-նոստիկան» կեղծ օրգանիզմ է՝ հետագա կեղծ բուժման նպատակով, ապա դրա տարբեր մեթոդներ վաղուց են ի հայտ եկել: Դրանք ակտիվորեն կիրառում էին 17-րդ դարի խաբեբաները: Իհարկե, այդ ժամանակ դեռևս էլեկտրոնային առաջնակարգ սարքեր և համակարգիչներ չկային, բայց նախորդ դարերում այցելուի հետ աշխատելու

սկզբունքները՝ վախեցնել ու թալանել, չեն փոխվել:

Կեղծ օրգանիզմի որոշ մեթոդներ առաջացել են հենց գիտնականների միջամտությամբ: Օրինակ՝ գերմանացի բժիշկ Ռայնհոլդ Ֆոլլը 1950 թ. փորձեց չինական ավանդական բժշկության ուսմունքները վերափոխել և համահունչ դարձնել ժամանակին: Հատկապես այն պատճառով, որ նա ուներ արժանի նախորդներ, ինչպես, օրինակ, Էմիլ Նենրիխ Դյուբուա-Ռեյմոնը, որ էլեկտրաֆիզիոլոգիայի հիմնադիրն է և 1849 թ. առաջին անգամ նկարագրել է մաշկի գալվանական պատասխանը, որն այժմ կոչվում է մաշկի էլեկտրական ակտիվություն: 20-րդ դարի այլ մեծ հայտնագործություններ, ինչպիսիք են էլեկտրասրտագրությունը կամ էլեկտրաուղեղագրությունը, ևս համոզիչ կերպով ցուցադրեցին, որ էլեկտրական հոսանքի օգնությամբ կարելի է արժեքավոր տեղեկություններ ստանալ օրգանիզմի վիճակի մասին:

Այլ նախաձեռնություններն առաջացել են անմիջական սխալներից: Ծիածանաթաղանթի օրգանիզմի առաջին ատլասը (որ հիմնված էր ծիածանաթաղանթի նկարի մեկնաբանության վրա) ստեղծող շվեդ Նիլս Լիլյեկվիստը տառապում էր անհայտ ծագման լիմֆատա-

դենոպաթիայով: 19-րդ դարավերջին այն բուժում էին խինինով և յոդով: Այսօր հայտնի է, որ այդ դեղամիջոցները կարող են առաջացնել սկլերայի դիսլոկացիա, այսինքն՝ դրա գույնի օջախային փոփոխություն: Լիլյեկվիստը միանգամից երկու սխալ եզրահանգում արեց: Նախ՝ նրան թվաց, որ օրգանիզմում է ոչ թե սկլերան, այլ ծիածանաթաղանթը, և երկրորդ՝ ծիածանաթաղանթի գույնի օջախային փոփոխությունները առնչվում են իր հիվանդության սրագումներին:

Այդ հաջորդող սխալների հետևանքը կենսառեզոնանսային օրգանիզմում էր: Դրա նախատիպը ստեղծողները՝ Մորան, Ֆրանց Մորելը և Էրիխ Ռաշեն, գիտնականներ էին և, ըստ էության, ժամանակակից դարձրին 1940-ականների «էլեկտրապսիխոմետրը», որը 1950-ականներից լայնորեն կիրառում էին Ռոն Հաբարտի հետևորդները: Սխալ վարկածի հետևանք է նաև «կարողությունների որոշում ըստ մատնահետքերի» գենետիկ թեստը: Սա-կայն կեղծ օրգանիզմի մեթոդներ օգտագործողներին այն չի կանգնեցնում: Ընդհակառակը, այս իրավիճակը նրանց ձեռնտու է, քանի որ կարելի է իրականացնել այլ օրգանիզմի եղանակներով չվերահսկվող և չհաստատվող հետազոտություններ, օրինակ՝ «լյարդի լարման», «օրգանիզմի թթվայնացման», «արյան դիֆերենցիալի», «արտաբերությունից պարզ-գիտային» ձևեր:

Կեղծ օրգանիզմի ակտիվ կիրառումը որպես մարքեթինգային գործիք, թերևս, սկսվեց՝ կենսաբանական ակտիվ սննդային հավելումների ի հայտ գալով (ռուսական օրենսդրության տերմինաբանության մեջ): Դրանք նույն սննդային հավելումներ են (ԵՄ-ի կամ ԱՄՆ-ի կարգավորիչ փաստաթղթերի տերմինաբանության մեջ): Ֆոլլի և կենսառեզոնանսային սարքեր կիրառում են նաև շատ հոմեոպաթներ:

• Ինչպե՞ս կարելի է «զնահատել» օրգանիզմի վիճակը իմպուլսների միջոցով: Ինչպես է բացատրվում այս մեթոդի մեխանիզմը: Փաստորեն բժիշկը, որն ունի միայն մեկ մասնագիտացում, «կարող է օրգանիզմի» բոլոր հիվանդությունները և, որքան էլ տարօրինակ հնչի, կարող է բուժել դրանք: Եթե խոսում ենք բժշկության «լուսավոր» կողմի մասին, ապա տարբեր ազդակներ իսկապես կարող են արժեքավոր տեղեկություններ տալ. օրինակ՝ ինչպես է ազդակը (իմպուլս) տարածվում նյարդերի միջոցով, ինչպես են մկանները արձագանքում են այդ ազդակին, ինչ ալիքներ են առաջացնում ուղեղի բջիջները, որ հանգույցից է տրվում է սրտամկանի կծկումների ռիթմը: Եվ դեռևս չենք խոսում ուլտրաձայնային օրգանիզմի, էխոսրտագրության, ՄՌՏ-ի կամ ՊԷՏ-ի մասին, որոնց ժամանակ մարդու մարմնի հակամասնիկները ոչնչանում են: Այս մեթոդները հիմնված են լավ ուսումնասիրված ֆիզիկական երևույթների վրա, քանի որ հակառակը լինել չի կարող: Ուլտրաձայնային օրգանիզմում չէր կարող առաջանալ մինչև

ուլտրաձայնի հայտնաբերումը, տվիչների ստեղծումը, ստացված տվյալների վերծանման համակարգերի հայտնագործումը և դրանց որոշակի պատկերավորումը: «Մութ» կողմում իմպուլսներն օգտագործվում են լուսային դիոդների մեջ. այն հրաշք սարքերի գրեթե միակ իրապես աշխատող մասն է: Դրանց ռիթմիկ թարթումը պետք է համոզի պացիենտին, որ որոշակի օրգանիզմի գործընթաց է իրականացվում: Իսկ օգտագործման մեխանիզմների բացատրություններն արտասովոր են, եթե հնարավորինս զուսպ արտահայտվեն:

Օրինակ՝ կենսառեզոնանսային օրգանիզմի սարքի սկզբունքը հետևյալն է. «Ֆիզիկական տեսանկյունից սարքն էլեկտրոնների օքսիդիլյատորների մի համակարգ (ռադիոխառնիչ) է, որը տատանվում է էլեկտրամագնիսական ճառագայթման ալիքի երկարությամբ: Դրանց էներգիան համապատասխանում է գերիշխող կապերի ոչնչացման էներգիային, որոնք պահ-պա-նում են կենսաբանական օբյեկտի կառուցվածքային ամբողջականությունը: Կենսաբանական օբյեկտի որոշակի վիճակի մասին տեղեկությունը ստացվում է ոչ շփումային ճանապարհով՝ տրիգերային տվիչի միջոցով, որը ստեղծվել է նոր տեղեկատվական տեխնոլոգիաների և միկրո-ռոսխեմաների կիրառմամբ: Դրանք ճանաչում են ազդակների աննշան տատանումները, որոնք առաջանում են դաշտերի միջին վիճակագրական ազմուկային չափորոշիչներից և ինտեր-ֆեյսային մալուխով համակարգիչ փոխանցելու համար միկրոպրոցեսորի միջոցով վերածվում են մշակված թվային հաջորդականության»: Այս ամենը շատ գիտական է հնչում, սակայն նույնիսկ այս բացատրության ներքին տրամաբանությունը հասկանալու փորձը չի հաջողվի: Գոնե այն պատճառով, որ այն ընդամենը տեր-մինների շարք է, որոնք նկարագրում են գոյություն չունեցող և այդ պատճառով էլ չգրանցվող ֆիզիկական երևույթներ:

Սա կարելի է ավելի պարզ բացատրել. երկրագնդի բոլոր կենդանի օրգանիզմների բջիջների համար կան որոշակի ճշգրիտ համախառնություններ: Դրանք գրանցված են տվյալների շտեմարանում, դրանց հետ համեմատվում են այն տվյալները, որոնք ստացվում են օրգանիզմից ակասնալակների մեջ ներկառուցված տվիչների միջոցով կամ զննաձողերով (զոնդերով), թիթեղներով և այլ սարքերով: Սակայն նույնիսկ այս դեպքում շատ հարցեր են ծագում: Նախ՝ ով է հավաքել այդ տվյալները: Այն պետք է լինի 20-րդ և 21-րդ դդ. «մարդու գենոմի» կամ վերջերս ի հայտ եկած «բջջայինատլասի» նման հսկայական նախագիծ: Բայց դրա մասին երբևէ չի խոսվել, իսկ այդպիսի նախագիծը թաքցնելն ուղղակի անհնար է. կոնֆերանսներում, հրատարակ-լու-թյուններում, ատենախոսություններում կամ նույնիսկ Նոբելյան մրցանակի հայտերում այն ի հայտ եկած կլիներ: Երկրորդ՝ ով է ստուգել համախառնության

հավատարիմ է գիտությանը, սակայն ընտրողաբար պաշտպանում է հոմեոպաթիան՝ շփոթելով այն ֆիտոթերապիայի հետ, կամ ՄՐՏ-ի, ՈւՁՀ-ի և ՊԷՏ-ի հետ միաժամանակ հետազոտում է հիվանդին որոշակի խորհրդավոր սարքերով: Ննարավոր է նաև տարիքի հետ դիտվի շեղում դեպի կեղծ գիտություն, որը բնական է թեթև կողմնորոշված խանգարումների ժամանակ, և մեզանից որևէ մեկը, ցավոք, ապահովագրված չէ:

• Ինչպիսիք իրավական մեխանիզմներ կան Ռուսաստանում և քաղաքակիրթ աշխարհում՝ պայքարելու այս ամենի դեմ: Հիմնականում դրանք կարգավորող համակարգերն են, նաև դատարանը: Առաջինները թույլ են տալիս վերացնել բացահայտ խաբեությունները, օրինակ՝ հեմոսկանավորումը կամ արյան կենդանի կաթիլով ախտորոշումը, որը հատկապես հայտնի է «Կորալային ակումբ»-ի երկրպագուների շրջանում և թույլատրված չէ բժշկական կիրառման համար ցանկացած զարգացած երկրում, այդ թվում՝ Ռուսաստանի Դաշնությունում: ԱՄՆ-ում պարզապես դադարեցվել է Կոլի ախտորոշիչ սարքերին թույլտվություն տրամադրելը, եվրամիությունում կենսա-ռեզոնանսն օրինական է միայն Շվեյցարիայում՝ այն էլ միայն տվյալ երկրի ժողովրդավարության առանձնահատկություններից էլնելով:

Ցավոք, այդ խոչընդոտները հեշտությամբ հաղթահարվում են: Միացյալ Նահանգներում բավական է միայն սարքն անվանել միջմաշկային ներդրումով կամ կենսաբանական հակադարձ կապի հետազոտման համակարգ, և Ֆոլի սարքը կդառնա օրինական: Դրանից հետո վերահսկիչ մարմինները ստիպված կլինեն այցելել բոլոր կլինիկաներ և ապացուցել, որ սարքերն օգտագործվում են ախտորոշման համար: Ռուսաստանում կարիք չկա հայտարարաբար հեմոսկանավորումը անհրաժեշտ է միայն հավաստագիր ստանալ՝ կլինիկական լաբորատոր ախտորոշման կրճատված տարբերակի համար, իսկ երբեմն՝ պարզապես մատից արյուն վերցնելու համար:

Ռուսաստանում Ֆոլի ախտորոշման թեման ավելի հետաքրքիր է: Մի կողմից՝ այս մեթոդը չի հիշատակվում Ռուսաստանի Դաշնության կառավարության 2012 թ. ապրիլի 16-ի «Բժշկական գործունեության հավաստագրման մասին» թիվ 291 որոշման մեջ (փոփոխվել է 2013 թ. ապրիլի 15-ին): Մյուս կողմից՝ հանրապետության առաջատար բժշկական համալսարաններում բժիշկները կարող են թեմատիկ վերապատրաստման դասընթացներ անցնել, իսկ Ֆոլի ախտորոշման միջոցով ձեռք բերված տվյալների հիման վրա պաշտպանվել են բազմաթիվ ատենախոսություններ: ՌԴ-ում կենսառեզոնանսին առնչվող երկակի իրավիճակ է: Մի կողմից՝ 1990-ական թվա-կաններին այն հասցրեց գրանցվել կառավարական և առողջապահական փաստաթղթերում, մասնավորապես՝ ըստ 1997թ.

դեկտեմբերի 10-ի - 364 «Ռեֆլեքսաթերապիան բժշկական մասնագիտությունների նոմենկլատուրայի մեջ ներդրվելու մասին» գործող հրամանի: Եվ այնտեղ կենսառեզոնանսային ռեֆլեքսաթերապիան ընդգրկված է այն մեթոդների շարքում, որոնց պետք է տիրապետի բժիշկ-ռեֆլեքսաթերապստը: Սա օրինական բժշկական ծառայություն է՝ A17.01.006 ծածկագրով, որը բազմաթիվ հիվանդությունների ստանդարտ բուժման մաս է կազմում, օրինակ՝ գլաուկոմայի (առողջապահության նախարարության դեկտեմբերի 29, 2012 - 1700 հրամանով): Իսկ մյուս կողմից՝ փաստորեն կենսառեզոնանսային ախտորոշումը պաշտոնապես արգելված է:

Ժամանակ առ ժամանակ կենսառեզոնանսային ախտորոշման գովազդի դեպքում «Գովազդի մասին» օրենքը խախտելու վերաբերյալ դատական որոշումներ և առողջապահական ոլորտի վերահսկողների տեղեկատվական նամակներ են հայտնվում՝ չգրանցված բժշկական սարքավորումներ կամ որոշ սարքեր շրջանառությունից հանելու մասին: Սակայն կեղծ ախտորոշիչ և կեղծ թերապիական մեթոդների վերաբերյալ արդյունավետ կանխարգելիչ գործողություններ դեռևս չեն իրականացվել:

• Մեր վերջին խոսքը ընթերցողներին: Ինչպես կարելի է տեղեկացված և պաշտպանված լինել: Կարդացե՛ք արտասահմանյան և հայրենական որակյալ մասնագիտական գրականություն, փնտրե՛ք ֆոլիստների և կենսառեզոնանսի մասին ոչ միայն դրական գնահատականներ (ի դեպ, դրանք պատվիրված են մասնագիտացված գործակալություններին), այլև քննադատական վերլուծություններ (սովորաբար արտադրողները և բաշխիչները փորձում են ջնջել դրանք, սակայն ոչ բոլոր միջոցների վրա կարող են ազդել):

Այդ դեպքում եթե դուք առնչվել եք կեղծ ախտորոշմանը, մի լռեք: Դիմե՛ք առողջապահության նախարարություն, ինչպես նաև վերահսկող մարմիններ, դատարան, հասե՛ք արդարության: Ինչպես ցույց է տալիս իմ համեստ գործունեությունը, այն գործում է: Կլինիկաներից դուրս են բերվում կասկածելի սարքերը, խաբեբա բժիշկներն ազատվում են աշխատանքից, հիվանդներին փոխհատուցում են «հրաշք ախտորոշման» և «հրաշք բուժման» համար ծախսված գումարները, ՋԼՄ-ներից հեռացվում է կեղծ գովազդները, համացանցի միջոցները ստիպում են փոխել էջերի բովանդակությունը: Գլխավորը գործելն է. «անշարժ քարի տակով ջուր չի հոսում»:



«ՕրթոԲրեյս» ընկերությունը ներկայացնում է հայրենական արտադրության օրթոպեդիկ ֆիքսատորներ



«Օրթոբրեյս» ընկերությունը հայկական շուկային է ներկայանում հայրենական արտադրության օրթոպեդիկ ֆիքսատորներով:

«Ընկերության արտադրանքը շուկայում առկա արտասահմանյան տեսականուց չզիջող որակով առանձնանում է հատկապես մատչելիությամբ: Մեր արտադրանքում փորձում ենք բացառել այն թերությունները, որոնք նկատում ենք շուկայում: Կարևորում ենք ցանկացած մանրուք՝ մեր ապրանքը մրցունակ դարձնելու համար»,- նշեցին ընկերության հիմնադիրները:

Օրթոպեդիկ ֆիքսատորները նախատեսված են հենաշարժական համակարգի վնասվածքների համար: Դրանք ծառայում են ինչպես հիմնական բուժման, այնպես էլ հետմնասվածքային շրջանում կյանքի որակը բարելավելու համար:

«ՕրթոԲրեյս»-ի արտադրանքն այժմ հնարավոր է ձեռք բերել մայրաքաղաքի գրեթե բոլոր դեղատներից: Շուտով նախատեսվում է բացել ֆիլիալներ խանութ-սրահ, որտեղից նույնպես հնարավոր կլինի գնել ընկերության արտադրանքը:

Ընկերությունն արտադրում է ֆիքսատորներ, որոնք նախատեսված են հենաշարժական համակարգի ցանկացած հատվածի համար, ինչպես նաև տեսականին ներառում է հղիության ընթացքը հարմարավետ դարձնող տարատեսակ գոտիներ:

Տեղական շուկան անհարժեշտ քանակով ապահովելուց հետո՝ օրթոպեդիկ ֆիքսատորներ արտադրող ընկերությունը նախատեսում է հայրենական արտադրանքը ներկայացնել նաև միջազգային շուկային: Առաջիկայում արտադրանքը կարտահանվի նաև հարևան երկրներ:

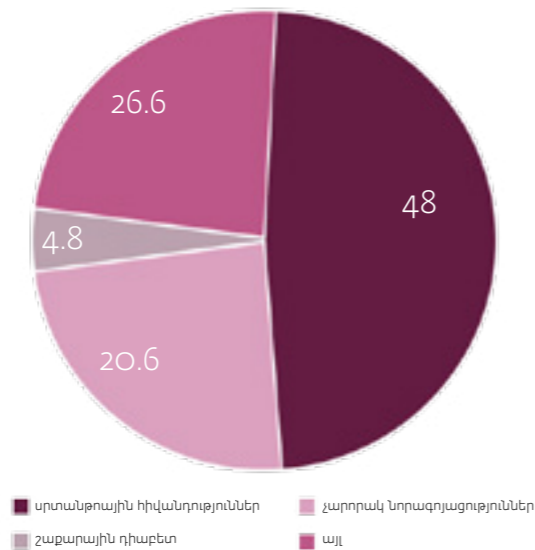
«ՕրթոԲրեյս» ընկերությունը նպատակ ունի ընդլայնել արտադրությունը՝ ընդգրկելով բժշկական նշանակության մի շարք այլ պարագաներ, որոնց հայրենական տարբերակները մինչ օրս չեն եղել, ինչը վերոնշյալ պարագաները կդարձնի ավելի մատչելի ոչ հասանելի հասարակության համար:



Ոչ վարակիչ հիվանդությունների ռիսկի գործոնները հաղթահարելի են

Ինչպես ամբողջ աշխարհում, այնպես էլ Հայաստանում ոչ վարակիչ հիվանդություններից մահերը կազմում են շուրջ 80% (սրտանոթային հիվանդություններից՝ 48%, չարորակ նորագոյացություններից՝ 20.6%, շաքարային դիաբետից՝ 4.8%):

ՀՀ-ում հիվանդություններից առաջացած մահերի կառուցվածքում ոչ վարակիչ հիվանդություններից մահերը (%)



Հայաստանի բնակչության շրջանում նշված հիվանդությունների ռիսկի գործոնները պարզելու նպատակով 2015թ. իրականացվում է ռիսկի գործոնների ուսումնասիրություն՝ ըստ առանձին հիվանդությունների: Մեր բնակչության համար շաքարային դիաբետի առավել տարածված ռիսկի գործոններն են ավելորդ քաշը և ճարպակալումը (87.3%), ոչ բավարար ֆիզիկական ակտիվությունը (46%), սրտամկանի սուր ինֆարկտի նը՝ ավելորդ քաշը և ճարպակալումը (34.7%, ընդ որում՝ տղամարդկանցը՝ 66.7%), ծխախոտ օգտագործելը (30.7%), ոչ բավարար ֆիզիկական ակտիվությունը (24%), կրծքագեղձի քաղցկեղի նը՝ ավելորդ քաշը և ճարպակալումը (49%), ոչ բավարար ֆիզիկական ակտիվությունը (35.7%), ժառանգական նախատրամադրվածությունը (21.4%):

Ուսումնասիրությունները մեկ անգամ ևս վկայում են, որ առողջության հիմնական գրավականն առողջ ապրելակերպն է: Նշված հիվանդությունների առավել տարածված ռիսկի գործոնները՝ ավելորդ քաշը և ճարպակալումը, ոչ բավարար ֆիզիկական ակտիվությունը կանխարգելելը կարող է շատ-շատերին ապահովագրել այդ վտանգավոր հիվանդություններից: Ինչպես բազմիցս նշվել է՝ ոչ վարակիչ հիվանդությունները կանխարգելելու և դրանց դեմ պայքարի ամենաարդյունավետ միջոցն առողջ ապրելակերպն է, որը ներառում է՝

- առողջ սնվելը.
- ֆիզիկական ակտիվությունը.
- վնասակար սովորություններից հրաժարվել՝ ծխախոտ և ալկոհոլ օգտագործելը սահմանափակելը:

Ինչ է առողջ սնվելը

- Սնունդը պետք է լինի բազմազան: Օրվա ընթացքում անհրաժեշտ է օգտագործել տարբեր տեսակի սննդամթերք՝ միջ, բանջարեղեն, հատիկավորներ, լոբազգիներ, կաթնամթերք, մսամթերք:
- Միրգը և բանջարեղենը պետք է լինի բազմազան՝ նախապատվություն տալով թարմ և տեղական ծագման մթերքին (օրը ոչ պակաս 400գ)
- Սահմանափակել աղ, ճարպոտ սնունդ, շաքար օգտագործելը:

Առողջ կենսակերպը հասանելի է բոլորին

Ֆիզիկական վարժություններն օգնում են խուսափել ավելորդ քաշից և ճարպակալումից, որն էլ կանխում է սրտանոթային հիվանդությունների զարգանալը: Ֆիզիկական ակտիվությունը կարող է լինել շատ պարզ՝

- շատ քայլել .
- առավոտյան մարզանք կատարել .
- 5-17 տարեկան անձանց խորհուրդ է տրվում օրն առնվազն 60 րոպե մարզվել .
- 18-64 տարեկան անձանց՝ շաբաթն առնվազն 150 րոպե չափավոր կամ առնվազն 75 րոպե ինտենսիվ վարժանք կամ երկուսի համակցում.
- 65 և բարձր տարիքային խմբի անձանց՝ շաբաթն առնվազն 150 րոպե չափավոր կամ առնվազն 75 րոպե ինտենսիվ վարժանք կամ երկուսի համակցում:

Մասնագետներն այն կարծիքին են, որ ամենից մեծ չարիքը ծխելը և ալկոհոլ չարաշահելն են, որոնցից օր առաջ հրաժարվելը կնպաստի առողջությունը վերականգնելուն և պահպանելուն: Մարդն անկասկած ավելի առողջ կլինի, եթե խուսափի նաև ռիսկի մյուս գործոններից: Եթե գնահատում ենք առողջությունն ու ցանկանում որակյալ կյանքով ապրել, ուրեմն, հրաժարվելով վնասակար սովորություններից, կենսակերպ պետք է դարձնել առողջ ապրելակերպը: Աշխարհում ավելի շատ մարդիկ են հետզհետե նախընտրում այդ ուղին:



ՏԱՐԵՑՏԱՐԻ ԴԻԱԲԵՏԱՆ ԱՎԵԼԻ Է ՏԱՐԱԾՎՈՒՄ



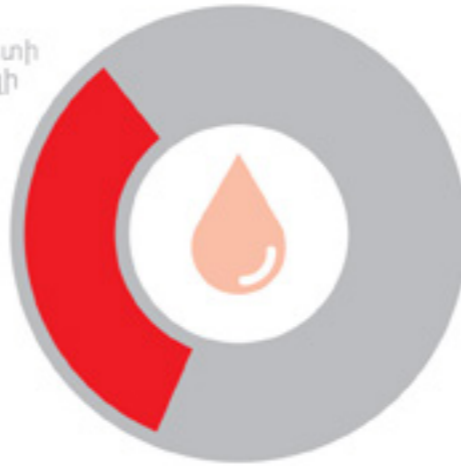
422 ԱՇԽԱՐՀՈՒՄ ՄԻԼԻՈՆ
մեծահասակ ունի դիաբետ

3.7 ՄԻԼԻՈՆ

մահ շաքարային դիաբետի և արյան բարձր գլյուկոզի պատճառով

1.5 ՄԻԼԻՈՆ

մահ շաքարային դիաբետի պատճառով



2-րդ տիպի դիաբետի ռիսկի գործոնները

Գենետիկ նախատրամադրվածությունը, դիաբետի ընտանեկան անամեզը և տարիքի գործոնը կարող են կտրուկ մեծացնել դիաբետի հավանականությունը:



Անառողջ սնունդ



3-ից 1-ն ունի ավելորդ քաշ



Ֆիզիկական պասիվություն



3-ից 1-ն ունի ճարպակալման խնդիր

11-ից 1-ն ՈՒՆԻ ԴԻԱԲԵՏ



Դիաբետի հիմնական տեսակները



1-ին ՏԻՊԻ ԴԻԱԲԵՏ

Օրգանիզմում բավարար չափով ինսուլին չի արտադրվում



2-րդ ՏԻՊԻ ԴԻԱԲԵՏ

Օրգանիզմում արտադրվում է ինսուլին, սակայն այն տեղին չի օգտագործվում

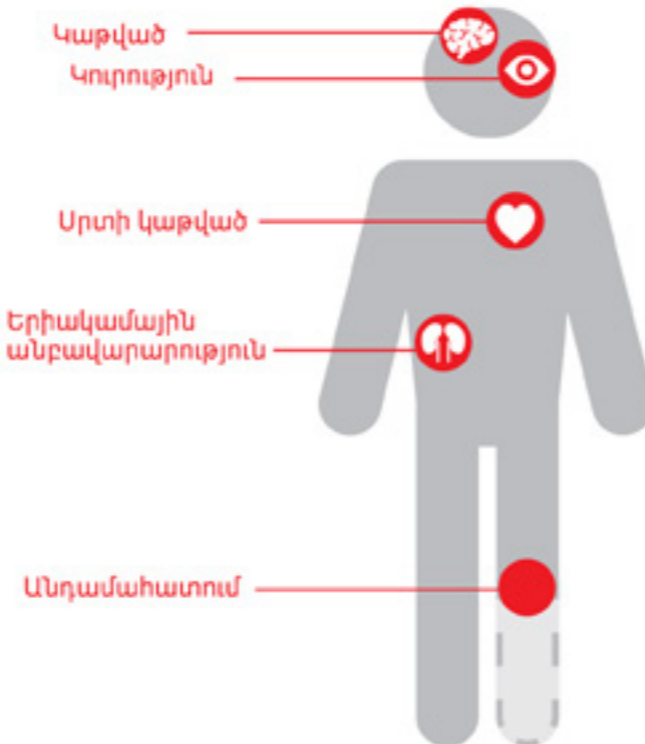


ԳԵՍՏԱՑԻՈՆ ԴԻԱԲԵՏ

Ժամանակավոր դիաբետ հղիության ընթացքում

Հետևանքներ

Դիաբետը կարող է հանգեցնել տարբեր բարդությունների՝ մեծացնելով վաղաժամ մահվան ռիսկը:



ՆԻՄՆԱԿԱՆ ԳՈՐԾՈՂՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ

ԲՈՒՈՐԻ ՆԱՄԱՐ

- Սնվեք առողջ
- Եղեք ֆիզիկապես ակտիվ
- Խոսափեք ավելորդ կիլոգրամներից
- Ստուգեք արյան մեջ գլյուկոզի քանակը
- Ստացեք բժշկական խորհրդատվություն

ԿԱՌԱՎԱՐՈՒԹՅԱՆ ՆԱՄԱՐ



Փաստեր ճարպակալման մասին

Մեր օրերում օրեցօր տարածվող ճարպակալման համաճարակը հանգեցնում է մի շարք սիրտ-անոթային և թոքային հիվանդությունների ռիսկի գործոնների մեծացմանը, քնի խանգարումների և արյան խնդիրների, ինչի հետևանքով ավելանում են վերջիններիս ունեցած հետևանքները՝ ներառյալ մահացության ցուցանիշի աճը: Ճարպակալման տարածվածությունն ամբողջ աշխարհում համաճարակի ծավալների է հասնում: Ամեն տարի առնվազն 2.8 միլիոն մարդ է մահանում ավելորդ քաշի կամ ճարպակալման հետևանքով: Թեպետ նախկինում վերջինիս տարածվածությունը բնորոշ էր ցածր կան միջին եկամուտ ունեցող երկրներին, ներկայում այն տարածված է նաև բարձր եկամուտ ունեցող երկրներում:

Համադրելով մի շարք հետազոտությունների արդյունքում ստացված տվյալներ՝ կարելի է առանձնացնել այն հիվանդությունների մի մասը, որոնց դրսևորման ռիսկը մեծանում է, երբ կա ճարպակալման խնդիր՝

1. սրտային անբավարարություն,
2. պսակաձև զարկերակների հիվանդություններ,
3. կաթված,
4. արյան զերճնշում,
5. մետաբոլիկ համախտանիշ,
6. ապնոե,
7. ասթմա,
8. 2-րդ տիպի շաքարային դիաբետ,
9. անաշխատունակության և թուլության,
10. էնդոթելիալ դիսֆունկցիա,

11. պրոկոագուլանտ և պրոթրոմբոտիկ վիճակներ,
12. ինսուլինային ռեզիստենտություն և գլյուկոզայի հանդեպ տուլերանտության խանգարում
13. ալբումինուրիա,
14. երիկամային հիպերֆիլտրացիա,
15. քաղցկեղի որոշ տեսակներ

Փաստ 1
Ավելորդ քաշը և ճարպակալումը սահմանում են որպես «ճարպի պաթոլոգիկ կամ ավելորդ կուտակում, որը կարող է հանգեցնել առողջական խնդիրների»:

Մարմնի զանգվածի ինդեքսը մեծ կիրառում ունի ավելորդ քաշի և ճարպակալման դասակարգման գործում: Զանգվածի ինդեքսը հաշվում են մարմնի զանգվածը բաժանելով հասակի քառակուսուն (կգ/մ²): Համաձայն Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպության սահմանման՝ ավելորդ քաշի դեպքում մարմնի զանգվածի ինդեքսը 25 կամ 25-ից ավելի է, իսկ ճարպակալման դեպքում՝ 30 կամ 30-ից ավելի:

Փաստ 2
2008 թվականին ավելի քան 1.4 միլիարդ մարդ ունեցել է ավելորդ քաշի խնդիր, իսկ ավելի քան կես միլիարդ մարդ՝ ճարպակալման: Ամեն տարի առնվազն 2.8 միլիոն մարդ մահանում է ավելորդ քաշի կամ ճարպակալման խնդրից: 1980-2008 թվականներին ճարպակալման դեպքերի քանակը ավելացել է գրեթե կրկնակի: Ներկայում ճարպակալման խնդիրը տարածված է նաև ցածր կամ միջին եկամուտ ունեցող երկրներում, թեև բնորոշ է եղել բարձր եկամուտ ունեցող երկրներին:

Փաստ 3
2013 թվականին ամբողջ աշխարհում նախադպրոցական տարիքի 42 միլիոն երեխա ունեցել է ավելորդ քաշի խնդիր:

Մեր օրերում երեխաների ճարպակալումը հանրային առողջապահության ամենալուրջ խնդիրներից մեկն է: Ավելորդ քաշ ունեցող երեխաները մեծ տարիքում հավանական է, որ կունենան ճարպակալման խնդիր: Հավանականությունը, որ այս երեխաներն ավելի վաղ տարիքում կունենան սիրտ-անոթային հիվանդություններ և շաքարային դիաբետ ավելի մեծ է, քան այն երեխաների դեպքում, ովքեր չունեն ավելորդ քաշի խնդիր: Ճարպակալման հետևանքով ի հայտ եկած հիվանդություններն, իրենց հերթին, կարող են հանգեցնել վաղաժամ մահվան և հաշմանդամության:

Փաստ 4
Ամբողջ աշխարհում ավելորդ քաշն ու ճարպակալումը հանգեցնում են մահացության ավելի մեծ թվի, քան քաշի անբավարարությունը: Աշխարհի բնակչության 65%-ն ապրում է այնպիսի երկրներում, որտեղ ճարպակալման և ավելորդ քաշի հետևանքով մահանում է ավելի շատ մարդ, քան քաշի անբավարարությունից: Ամբողջ աշխարհում շաքարային դիաբետի 44%, սրտի իշեմիկ հիվանդությունների 23%, քաղցկեղի որոշ տեսակների 7-41%-ը հետևանք են ավելորդ քաշի և ճարպակալման խնդիրների:

Փաստ 5
Առողջ սնուցման և ճիշտ սննդակարգի շնորհիվ կարելի է կանխել ճարպակալումը Մարդիկ կարող են:

- Պահպանել առողջ քաշ:
- Սահմանափակել ճարպերի ընդհանուր օգտագործումը և հազեցած ճարպերի փոխարեն սննդակարգում կիրառել չհազեցած ճարպեր:
- Ավելացնել ընդունվող մրգերի, բանջարեղենի, լոբազգիների, ընկուզեղենի և ցորենի ամբողջական հատիկից պատրաստված սննդի օգտագործումը:
- Սահմանափակել աղի և շաքարի օգտագործումը:

Ճարպակալման համաշխարհային համաճարակը ճնշելու համար հարկավոր է բազմակողմանի և համալիր մոտեցում մշակել, որը կուղղվի բնակչության հստակ խմբերի՝ հաշվի առնելով վերջիններիս մշակութային առանձնահատկությունները:

Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպության «Համաշխարհային ռազմավարություն» նախագիծը ներառում է նաև ծրագրեր՝ ուղղված ոչ վարակիչ հիվանդությունների՝ այդ թվում ճարպակալման կանխարգելմանը, վարմանը և վերահսկմանը:

Ճարպակալման և դրան ուղեկցող հիվանդությունների համար հնարավոր բուժում գտնելը (հետազոտություններ իրականացնել ճանապարհով) Հանրային առողջության ոլորտի արդիական խնդիրներից մեկն է:

Ճարպակալման կանխարգելման գործում իրենց ներդրումը պիտի ունենան ինչպես քաղաքացիական հասարակությունը, հասարակական կազմակերպությունները, երկրի կառավարությունն ու մասնավոր սեկտորը, այնպես էլ միջազգային գործընկերները:





ՄԱՐԿԻ ՊԻԿՄԵՆՏԱՅԻՆ ՖՈՒՆԿՑԻԱՆ ՀՂԻՈՒԹՅԱՆ ՏՈՔՍԻԿՈԶՆԵՐԻ ԺԱՄԱՆԱԿ

ԼՅԱՐԴԻ ՊԻԿՄԵՆՏԱՅԻՆ ՖՈՒՆԿՑԻԱՆ ՀՂԻՈՒԹՅԱՆ ՏՈՔՍԻԿՈԶՆԵՐԻ ԺԱՄԱՆԱԿ

Բժիշկ Ս. ԳԵՎՈՐԳՅԱՆ

Մանկաբարձության և գինեկուլոգիայի գիտաեռնագրատակաճ ինստիտուտից (ղիբեկտոր՝ պրոֆ. Պ. ՄԱՐԳԱՐՅԱՆ)

Լյարդի մասնակցությունը պիգմենտային փոխանակությանը կապված է նրա արտաքին սեկրետոր ֆունկցիայի՝ լեղազույցման և լեղարտադրման հետ, իսկ վերջինս կանոնավորվում է գլխուղեղի կեղևի միջոցով:

Հիպերբիլիռուբինեմիան պայմանավորվում է արյան հեմոլիզի ինտենսիվությամբ, լյարդի՝ բիլիուրին արտադրող ֆունկցիայի խանգարված վիճակով և լեղի հոսքով՝ լեղուղիներից դեպի ազիթները: Միայն բիլիուրինի քանակական որոշումով հնարավոր չէ ճիշտ դիֆերենցացիայի ենթարկել հեմոլիտիկ, լյարդային և մեխանիկական զեղնախար: Այդ առումով կարևոր է բիլիուրինի որակի որոշումը՝ ըստ Հիմանս Վան-դեն Քերգի:

Այս երևույթը հետազոտվել է 301 կնոջ մոտ, որոշվել է բիլիուրինը արյան շիճուկում և ուսրիլինը մեզում: 301 կանանցից 15-ը եղել են առողջ, ոչ հղի: Նրանց մոտ բիլիուրինի քանակը արյան մեջ եղել է նորմալ:

Նույն երևույթը ուսումնասիրվել է նաև 104 առողջ կանանց մոտ, որոնցից 52-ը եղել են հղիության առաջին, 52-ը՝ 2-րդ կեսում: Բոլոր հղիների մոտ բիլիուրինի քանակն արյան շիճուկում տատանվել է 0,16—0,64 մգ.Պ/օ, ռեակցիան եղել է անուղղակի և միայն 2 դեպքում՝ ուղղակի: Այսպիսով, առողջ հղիների մոտ բիլիուրինի քանակի բարձրացում չի նկատվել, միջինը կազմել է 0,48—0,51 մգ.Պ/օ: Ուսրիլինը մեզում, ուսումնասիրվող կանանց ճնշող մեծամասնության մոտ, եղել է նորմալ և միայն մի քանի դեպքում՝ բարձր:

Ուսումնասիրվել է նաև լյարդի պիգմենտային ֆունկցիան, հղիության վաղ և ուշ տորսիկոզների ժամանակ՝ բուժումից առաջ և հետո: Այս երևույթը դիտվել է հղիության վաղ տորսիկոզով տառապող 100-և ուշ տորսիկոզով՝ 82 կնոջ մոտ: Ըստ հիվանդության կլինիկական պատկերի, վաղ և ուշ տորսիկոզները բաժանվել են թեթև, չափավոր և ծանր ձևերի: Պարզվել է, որ հղիության վաղ տորսիկոզների թեթև ձևի ժամանակ (40 դեպք) բիլիուրինի քանակը արյան շիճուկում եղել է նորմալի սահմաններում՝ միջինը կազմելով 0,54 մգ.Պ/օ, բուժումից հետո միջինը՝ 0,48 մգ.Պ/օ: Ուսրիլինը

մեզում 40-ից 20-ի մոտ է եղել բարձր, իսկ բուժումից հետո միայն 4-ի մոտ: Միջին ծանրության վաղ տորսիկոզի (39 դեպք) ժամանակ նույնպես բիլիուրինի քանակը արյան շիճուկում եղել է նորմալի սահմաններում. մինչև բուժումը միջինը՝ 0,53 մգ.Պ/օ, բուժումից հետո՝ 0,44 մգ.Պ/օ: Բուժումից առաջ ուսրիլինը մեզում 39-ից 31-ի մոտ եղել է բարձր, բուժումից հետո միայն 5-ի մոտ է մնացել նույնը:

Լյարդի պիգմենտային ֆունկցիայի նկատելի խանգարում է դիտվել հղիության վաղ տորսիկոզների ծանր ձևերի ժամանակ, երբ խանգարվել են թեթև բիլիուրինային, թեթև ուսրիլինային ֆունկցիաները: Ընդ որում խանգարումն ընթացել է տորսիկոզի ծանրությանը զուգահեռ: Այսպես՝ ծանր կլինիկական ընթացք ունեցող 21 վաղ տորսիկոզների դեպքում, մինչև բուժումը, բիլիուրինի քանակը արյան մեջ տատանվել է 0,1—5,2 մգ.Պ/օ, միջինը՝ 1,1 մգ.Պ/օ, իսկ բուժումից հետո՝ 0,1—2,1 մգ.Պ/օ: Ուսրիլինը մեզում՝ մինչև բուժումը, 21-ից 20-ի մոտ եղել է բարձր, իսկ բուժումից հետո միայն 7-ի մոտ է մնացել բարձր:

Հղիության ուշ տորսիկոզների, հատկապես պրեէկլամպսիայի և էկլամպսիայի ժամանակ, նրկատվել է լյարդի պիգմենտային ֆունկցիայի ուժեղ խանգարում, որը բուժման հետևանքով որոշ շափով վերականգնվել է: Պարզվում է, որ հղիության վաղ և ուշ տորսիկոզների ժամանակ խանգարվում է լյարդի պիգմենտային ֆունկցիան:

Երբեմն հղիության տորսիկոզներ ունեցող հղիները հիվանդանոցից դուրս են գրվում ոչ լրիվ բուժված: Այդ պատճառով նրանք վերսկսված տորսիկոզով կրկին վերադառնում են հիվանդանոց: Նման հղիների մոտ կարևոր է նաև լյարդի պիգմենտային և այլ ֆունկցիաների վիճակը, որը նույնպես պարզում է տորսիկոզով հիվանդ հղիների բուժման արդյունքները: Ոչ լրիվ բուժման ժամանակ բիլիուրինի քանակը բարձր է լինում, ուսրիլինը մեզում՝ դրական և այլ: Ուրեմն հիվանդին ստացիոնարից դուրս գրելիս պետք է հաշվի առնել այս բոլորը և շափազանց զգույշ լինել:

19 62
ԵՐԵՎԱՆ

ԻՐԱՎԱԲԱՆԱԿԱՆ ԿՈՆՍՈՒԼՏԱՑԻԱ

ՀԱՐՑ.— Ո՞ր բուժաշխատողներին կարելի է գիշերային ժամերի համար լրացուցիչ վարձատրել:

ՊԱՏԱՍԽԱՆ.— Գիշերային ժամերի համար (երկույան ժամը 10-ից մինչև առավոտյան ժամը 6-ը) լրացուցիչ վարձատրությունը տրվում է այն բուժաշխատողներին, որոնք ներքապահում են առանց բնկու իրավունքի: Քննչու իրավունքով ներքապահող բուժաշխատողներին գիշերային ժամերի համար լրացուցիչ վարձատրություն չի տրվում:

ՀԱՐՑ.— Մեկ դրույթով աշխատող բուժույթը ապրիլ ամսին պետք է աշխատեր 160 ժամ (26 օր x 6,5 ժամ), սակայն փաստորեն առերևի է 8 ներքապահություն, որը կազմում է 192 ժամ, լրացուցիչ 23 ժամվա համար նրան պետք է վարձատրել:

ՊԱՏԱՍԽԱՆ.— Ներքապահող բուժաշխատողներին պետք է վարձատրել փաստացի աշխատած ժամերի համար:

ՀԱՐՑ.— Կրճով կերակրող կանանց, բացի ընդհանուր ընդմիջումներից, երեխային կերակրելու համար լրացուցիչ ընդմիջումներ տրվում են րե օր:

ՊԱՏԱՍԽԱՆ.— Կրճով կերակրող կանանց, բացի ընդհանուր ընդմիջումներից, տրվում են նաև լրացուցիչ ընդմիջումներ՝ երեխային կերակրելու համար: Ընդմիջումների ժամերը որոշվում են ներքին համաձայնությամբ, բնց որում կերակրելու համար տրվող ընդմիջումները պետք է սահմանել ոչ ուշ, քան 3 և կես ժամը մեկ, իսկ ընդմիջման տևողությունը պետք է լինի կես ժամից ոչ պակաս: Հիշյալ ընդմիջումները մտնում են աշխատաբեկային ժամերի մեջ:

Երեխայի կերակրման ժամանակաշրջանի տևողությունը հաստատող փաստաթուղթը կարող է ծառայել համապատասխան բուժֆինանսի կազմից տրված տեղեկանք:

ՀԱՐՑ.— Բուժօրհանումն տվող բոլոր աշխատանքային րանի՞ օր է ներքական արձակուրդ տրվում:

ՊԱՏԱՍԽԱՆ.— Բուժօրհանումների ավագ րայրերին լրացուցիչ արձակուրդ չի տրվում, հետևաբար նրանց տրվում է միայն 12 օր ներքական արձակուրդ:

ՀԱՐՑ.— Ինչպե՞ս վարձատրել ժամանակավորապես բժշկին փոխարինող բուժակին կամ բուժակ-մանկաբարձուհուն:

ՊԱՏԱՍԽԱՆ.— Համաձայն ՍՍՍՄ Միևիտուրների Սովետի 1955 թ. օգոստոսի 12-ի N 1455 հրահանգի 20-րդ կետի, բժշկին ժամանակավորապես փոխարինող բուժակին կամ բուժակ-մանկաբարձուհուն պետք է վարձատրել նույն հրահանգի 2-րդ գլխի 3-րդ կետով: Ըստ ուրի՝ մինչև 5 ամսվա ստանում են նաև լուսի 2-րդ կետով: Ըստ ուրի՝ մինչև 5 ամսվա ստանում են նաև լուսի 25 ամսվա ստանում գեպում՝ 67 ա. 50 կադ., իսկ 25-ից բարձր՝ 75 արքի:

ՀԱՐՑ.— Բուժօրհան րանի՞ հաստիք է տրվում արդյունաբերական նեաներկների առկայաներին:

ՊԱՏԱՍԽԱՆ.— Համաձայն ՍՍՍՄ Առողջապահության միևիտուրության 1959 թ. դեկտեմբերի 26-ի N 282 հրահանգի, մեկ ներք աշխատող առկայաներին տրվում է մեկ բուժակի կամ բուժօրհան հաստիք: Երկու ներք աշխատող առկայաներին տրվում է 3 հաստիք, իսկ ամբողջ օրը (24 ժամ) աշխատելու դեպքում՝ 5 միջին բուժաշխատողի հաստիք:

Միջին բուժաշխատողների քիվը կարելի է մեկ միավորով ավելացնել, եթե առկայան ունի ֆիզիոթերապևտիկ կարիենա:

ՀԱՐՑ.— Ինչպե՞ս պետք է վարձատրել գործարանային առկայանի միջին անձնակազմին գիշերային և տոն օրերի աշխատանքի դիմաց:

ՊԱՏԱՍԽԱՆ.— 24-ժամյա ներքապահություն է սահմանվում այն գործարանների առկայաներում, որտեղ գիշերային ներքապահում աշխատում է ավելի քան 100 մարդ:

Քննչու իրավունքով ներքապահողները, գիշերային ժամերի (երկույան 10-ից մինչև առավոտյան 6-ը) դիմաց վարձատրվում են 50%-ի շափով, իսկ առանց բնկու իրավունքի ներքապահողները յուրաքանչյուր ժամի դիմաց վարձատրվում են 11/5 ժամվա հաշվով:

Տե՛ս օրերի աշխատանքը չի մտցվում աշխատանքային գրաֆիկի մեջ և պետք է կրկնակի վարձատրվի: Աշխատողի համաձայնությամբ, գրաձևկան փոխմասնացման փոխարեն կարող է արվել լրացուցիչ հանգստյան օր:

ՀԱՐՑ.— Առկայանների բուժօրհաններին լրացուցիչ արձակուրդ տրվում է րե ուշ:

ՊԱՏԱՍԽԱՆ.— Առկայանների բուժօրհաններին տրվում է միայն 12 օր ներքական արձակուրդ:

ՀԱՐՑ.— Ինչպիսի՞ վարչական տույժի կարելի է ներարկել աշխատանքային կարգապահությունը խախտող բուժաշխատողին:

ՊԱՏԱՍԽԱՆ.— Բուժֆինանսիների ղեկավարությունը պարտավոր է հետևել աշխատանքային կարգապահությանը և խախտողների նկատմամբ կիրառել վարչական միջոցներ:

Աշխատանքային կարգապահությունը խախտող բուժաշխատողներին կարելի է ներարկել վարչական տույժի՝ անկ զգուշացում, նկատողություն կամ խիստ նկատողություն:

Կարելի է նաև աշխատակցին, ժամանակավորապես, անգաֆոսիսի ցածր վարձատրվող աշխատանքի: Առանց հարգելի պատեռի աշխատանքից բացաղաղողներին կարելի է անգամ նեաացնել աշխատանքից, միայն րե գա պետք է համաձայնեցնել տեղիումի նեա:

Հիվանդանոցի ղեկավարությունը իրավունք ունի, վարչական տույժի ներարկելու փոխարեն, աշխատանքային կարգապահությունը խախտող աշխատակցի գործը հանձնել բեկերական դատարանին:

Վարչական տույժի պետք է ներարկել աշխատանքային կարգապահության խախտման հայտնաբերումից անմիջապես նեա: 2ի բույրատրվում աշխատակցին վարչական տույժի ներարկել աշխատանքային կարգապահության խախտումից որոշ ժամանակ, ասե՛ն մի ամիս կամ ավելի, անցնելուց նեա:

Վարչական տույժի ներարկելուց առաջ անհեամելու է աշխատակցից պահանջել գրաֆոր բացատրություն, առանց զրան չի կարելի տույժի ներարկել:

Վարչական տույժը նեակերպվում է հիմնարկի պետի հրամանով և աշխատակցին է հանձնվում նեա ստորագրությամբ: Աշխատանքային կարգապահության յուրաքանչյուր խախտման համար կարելի է տալ միայն մեկ տույժ:

Եթե տույժն սասանելու օրից մեկ ամսվա ընթացքում աշխատակցից ներ խախտում չի կատարում, տույժը համարվում է վերացված: Իսկ եթե ներ խախտում բույլ չի տալիս և աշխատում է րաբեղեցունե, հիմնարկի պետին իրավունք է տրվում մինչև տարին լրանալը տույժը վերացնել:

ՀԱՐՑ.— Ինչպե՞ս մի շաբաթ բուժֆինանսիներում օգտագործման համար ոչ պիտանի բժշկական գործիքները զուրա գրման ժամանակ սասանին արժեևալոր մասեր զուրա են գըրվում որպես ուտիլ, այն դեպքում, եթե զրանք փոքրիկ վերանորոգումից նեաա կարելի է օգտագործել (փչացած հայելիներով միկրոսկոպներ և ցիտոսոկոպներ, շարզված շարքցնեւրի մեաաղյա մասեր, գործիքների և այլ մասերի հավաքածուներ և այլն):

ՊԱՏԱՍԽԱՆ.— Օգտագործման համար ոչ պիտանի գույրի և գործիքների զուրա գրումը կատարվում է ըստ ՍՍՍՄ Առողջապահության միևիտուրության 1955 թ. դեկտեմբերի 26-ի N 488 հրահանգի: Համաձայն այդ հրահանգի 2-րդ կետի, բույրատրվում է զուրա գրել և ոչնչացնել միայն այն գույրքը, որն այլևս վերանորոգման ներակա չէ: Վերանորոգման ներակա իրերի զուրա գրումը խստիվ արգելվում է: Նայն հրահանգի 16-րդ կետում սավում է, որ օգտագործման համար ոչ պիտանի գույրք պիտանի մասերը հանձնեաղովի կողմից պետք է մասն արվեն՝ այլ գործիքների նորոգման կամ այլ նպատակներով օգտագործելու համար:

Բժշկական գործիքները պետք է վերանորոգվեն հասակ սնեհաղաղակային արևեստանցներում: Արևեստանց չիենլու դեպքում նորոգումը պետք է կատարել ուրիշ կազմակերպությունների միջոցով կամ սեփական ուժերով:

Այն դեպքում, եթե բժշկական գործիքների վերանորոգումը նեաեսու չէ, զրանք կարելի է ների տալ հանրակրթական դպրոցներին:

ՀԱՐՑ.— Դիտական նեաազոտություններ կատարելու կամ այլ նպատակներով րաների գիտամանկավարժական աշխատողների գործաղումները ինչպե՞ս պետք է նեակերպել:

ՊԱՏԱՍԽԱՆ.— Համաձայն ՍՍՍՄ Բարձրագույն և միջնակարգ մասնագիտական կրթության միևիտուրության 1951 թ. նոյեմբերի 9-ի N 72 շրջաբեակական համակի, որը համաձայնեցված է ՍՍՍՄ Ֆինանսների միևիտուրության նեա, նեան գործաղումները բույլ են տրվում 6 ամիս ժամկետով՝ պահպանելով գիտամանկավարժական աշխատողի րե հիմնական, րե համատեղությունը ստացվող աշխատավարձը: Աշխատակցին գործաղում է րաճարագույն ուսումնական հաստատությունը՝ համաձայնեցնելով համապատասխան միևիտուրության նեա:

Նեան գործաղումներն իրականացվում են րաճարագույն ուսումնական հաստատության խորհրդի որոշմամբ, գործաղման նպատակահամարության մանրամասն բնեարկումից նեա:

ՀԱՐՑ.— Ինչպե՞ս պետք է նեակերպել բուժֆինանսիների կապիտալ վերանորոգման համար զուրա գրված շինանյութերը, եթե վերանորոգումը կատարվում է սնեաեսական հիմունեներով, և բուժֆինանսիները չունեն տեխնիկի հաստիք:

ՊԱՏԱՍԽԱՆ.— Տնեեսական հիմունեներով կապիտալ նորոգումներ կատարելը սխալ է: Վերանորոգումը պետք է կատարել միայն շինվերանորոգման գրասենյակների միջոցով՝ փոխանցման կարգով:

Եթե արեն պատեսաղ կապիտալ վերանորոգումը այլևս ուսումնայնիվ կատարվում է սնեաեսական հիմունեներով, ապա այդ աշխատանքների կազմակերպումն ու հաղորդությունը պետք է հանձնեարարել հիմնարկի պետի սնեաեսական գծով տեղակալին կամ այդ գործը լավ իմացող աշխատակիցներից մեկին:

Որոշ աշխատանք կատարելուց նեաա փաստացի ծախսված շինանյութերի րանակը պարտադիր կերպով պետք է ներշուկ մնացորդների գույրագրումով: Բացի այդ, ծախսված շինանյութերի րանակը պետք է համեմատել սահմանված նորմաների նեա և պետավորել:

ՀԱՐՑ.— Բժշկական ուսումնարանի նեաակա րամեամ սովորող ուսանողներին կարելի՞ է վարձատրել միջնակարգ մասնագիտական կրթության ունեցողների համար սահմանված դրույթներով:

ՊԱՏԱՍԽԱՆ.— Ո՞չ, չի կարելի: Նրանց պետք է վարձատրել միջնակարգ մասնագիտական կրթություն չունեցող միջին բուժաշխատողների համար սահմանված դրույթներով:

ՀԱՐՑ.— Կես դրույթով աշխատող բժշկին րանի՞ օր է ներքական արձակուրդ տրվում:

ՊԱՏԱՍԽԱՆ.— Կես դրույթով աշխատող բժշկին ներքական արձակուրդ տրվում է լրիվ (այսինե՛ն՝ մեկ դրույթ ստացողի օրերի շափով), իսկ վեարվում է կես դրույթի հաշվով:

ՀԱՐՑ.— Բժշկական ինեստիտուտում սովորելու տարիները հաշվվում են որպես բժշկական աշխատանքի սասա:

ՊԱՏԱՍԽԱՆ.— Եթե Բժշկական ինեստիտուտում սովորող ուսանող ունի միջնակարգ մասնագիտական կրթություն և սովորելու տարիներին միաամամանակ աշխատում է որպես միջին բուժաշխատող, ապա ամբողջ աշխատած ժամանակաշրջանը հաշվվում է բժշկի սասա:

Իսկ եթե Բժշկական ինեստիտուտում սովորող ուսանողը չունի մասնագիտական միջնակարգ կրթություն, րայց սովորելու ընթացքում միաամամանակ աշխատում է որպես միջին բուժաշխատող, նեա սասաը հաշվվում է միայն 4-րդ կուրսից նեաա (Բժշկական ինեստիտուտի երեք կուրս ավարտած ուսանողը վարձատրման հարցում հավասարեցված է միջնակարգ մասնագիտական կրթություն ունեցող միջին բուժաշխատողներին):

Եթե Բժշկական ինեստիտուտի ուսանողը սովորելու ընթացքում ոչ մի տեղ չի աշխատել, ապա Բժշկական ինեստիտուտում սովորելու ժամանակաշրջանը աշխատանքային սասա չի հաշվելվում:

ՀԱՐՑ.— Եթե հիվանդ երեխայի նեա անհրաժեշտ է հիվանդանոց ընդունել երեխայի մարը, այդ դեպքում նեա համար սասանին սնեղամբեւր զուրա գրվում է րե օր:

ՊԱՏԱՍԽԱՆ.— Սնեղամբեւր զուրա է գրվում միայն հիվանդանոց ընդունված կրճի երեխաների մայրերին՝ հիվանդանոցի գլխավոր բժշկի բույրավորությամբ:

ՀԱՐՑ.— ՍՍՍՄ Առողջապահության միևիտուրության 1958 թ. հոկտեմբերի 29-ի N 505 հրամանում սաված է, որ հիվանդների համար սնեղամբեւրի զուրա գրման ժամանակ ներաղություն պետք է սահմանել՝ նախանաղով սնեղամբեւրի համար հաստատված գումարային նորմաների վրա: Նշված հրամանին կիրառումից նեաա, նախկինում հիվանդի մեկ օրվա համար գրամներով սահմանված նորմաները ուրի մեջ մեա՞ում են րե օր:

ՊԱՏԱՍԽԱՆ.— Նախկինում հիվանդի մեկ օրվա համար գրամներով սահմանված նորմաները մեում են ուրի մեջ: ՍՍՍՄ Առողջապահության միևիտուրության 1958 թ. հոկտեմբերի 29-ի N 505 հրամանը ոչ րե փոխում, այլ նշում է սնեղամբեւրի ծախսի բեակական և գումարային նորմաները:

Այդ հրահանգի 11-րդ կետում սաված է, որ ամբողջ հիվանդների համար սահմանված սնեղամբեւրի օրական նոր-

ԻՆՉՊԵՍ ՊԸՀՊԸՆԵԼ ԴԵՂՈՐԸՅ-ԸԸ ԲՈՒԺՆԻՄՆԵՐԿՈՒՄ

Թ. ԲԱԴԵՎՈՍՅԱՆ

Բժշկական ինստիտուտի ֆարմակոլոգիայի ամբիոնի դոցենտ

Գնդանյութերի ոչ ճիշտ պահպանումը կարող է հանգեցնել ոչ միայն միջոցների ավելորդ վատնուման, այլև առիթ հանդիսանալ դժբախտ դեպքերի, մանավանդ որ դեղորայքը, պահպանելով արտաքին տեսքը, նրբամեն կարող է լուրջ փոփոխությունների ենթարկվել:

Գնդանյութերի պահպանումը բավական զժվար է, որովհետև այդ նպատակով նորմալ պայմաններ ստեղծելու համար անհրաժեշտ է ելնել դրանց ֆիզիկա-քիմիական հատկություններից, որոնք խիստ բազմազան են: Մրան անհրաժեշտ է ավելացնել և այլն, որ նույնիսկ նորմալ պայմաններում դեղահումքը և որոշ դեղանյութեր կայուն են մնում խիստ սահմանափակ ժամանակ. օրինակ՝ անտիբիոտիկները, օրգանապրեսորները, շիճուկները, վակցինաները, մատնոցարույսը, հաճարածանցը և այլն:

Մեծ արագությամբ են քայքայվում մի շարք դեղեր, որոնք պատրաստվում են ոչ թե գործարանում՝ մասսայական ձևով, այլ դեղատանը՝ դեղատոմսերով: Դրանցից են հատկապես դեղարուսական հումուլիներից պատրաստված ջրային մըզվածքները (Ininsa, decocta). օրինակ՝ կատվախոտի կոնգլոմատներից, թերմոպսիսից, մատնոցարույսի տերևներից, մայիսյան հովտաշուշանի ծաղիկներից, տերևներից, նախաամ ծաղիկից, ադոնիսից, հաճարածանցից և այլ բույսերից պատրաստված ջրամուրները, ինչպես նաև ալթեայի, սենեզի արմատներից և այլ բույսերից պատրաստված եփվածքները: Նշված դեղամանրեր հարուստ են լուծալին, շաքարային, սպիտակուցային նյութերով, որոնք ջրային միջավայրում հեշտությամբ խմորվում են, դրանով իսկ բարենպաստ պայմաններ ստեղծում միկրոֆլորայի աշխուժացման համար: Այս հանգամանքը հատկապես պետք է հաշվի առնել այն վայրերում, որտեղ հատկապես ամառվա ամիսներին օդի միջին ջերմաստիճանը բարձր է լինում:

Նման դեղորայքի մեջ զարգացող խմորման պրոցեսների ընթացքը ավելի շուտ դանդաղեցնելու,

քան կանխելու նպատակով անհրաժեշտ է այն պահել որքան հնարավոր է սառը տեղում: Զպետք է մոռանալ, որ նույնիսկ սառը տեղում պահպանելիս էլ դրանք 2—3 օրից հետո դանդաղ են օգտագործման համար ոչ պիտանի:

Լույսը բացասաբար է ազդում մի շարք դեղանյութերի վրա. սանտոնինը դեղնում է, ազրենալինը վարդի գույն է ստանում, ապոմորֆինը կանաչում է, արծաթի, յոդի, ֆենոլի, սնդիկի և այլ պրեսորատները նույնպես փոփոխությունների են ենթարկվում: Հասկանալի է, որ այս կարգի դեղանյութերը պետք է պահել մութ տեղում՝ սև սրվակների մեջ: Ավելի քիչ են այնպիսի դեղանյութերը, որոնց ակտիվությունը լույսից բարձրանում է: Օրինակ՝ էրկաթի մի շարք պրեսորատներ, յոդի 100/0-անոց սպիրտային լուծույթը և այլն խորհուրդ է տրվում պահել լուսավոր տեղում: Բարձր ջերմության ներկատմամբ շատ զգայուն են շիճուկները, վակցինաները, օրգանապրեսորները, ճարպերը, պենիցիլինը և այլն: Նման դեղանյութերը պետք է պահել 5—10°-ում, այլպես դրանք արագությամբ կազմափոխվում են և կորցնում ակտիվությունը:

Որոշ դեղանյութեր էլ, ընդհանրապես՝ չպետք է պահվեն ցուրտ տեղում. օրինակ՝ ֆոսֆորաթթվում ցածր ջերմությունից սառչում է, ճարպային յուղերը կարծրանում են, ֆորմալինը 0°-ում պոլիմերիզացիայի է ենթարկվում՝ առաջացնելով պարֆորմալդեհիդ:

Ջրային լուծույթներ պարունակող ամպուլները նույնպես չպետք է պահել ցածր ջերմաստիճանում, որովհետև սառչում են և իրար կպչելիս հեշտությամբ պայթում: Դրա համար էլ ամպուլները պետք է դասավորել առանձին-առանձին՝ խորոցներով բաժանելով միմյանցից:

Կարևոր է իմանալ, որ ազրենալինի, ատրոպինի, հիպոսուլֆիդ-նատրիումի, կալցիում քլորիդի, կորազոլի, կոֆեինի, նատրիում բենզոատի, լոբելինի, ծծմբաթթվական մագնեզիումի, քլորաջրածնական մորֆինի, մկնդեղի նատրիումական աղի, ազոտաթթվական ստրիխնինի, ուրտրոպինի և

էֆեդրինի լուծույթները, ինչպես նաև ադոնիլեն, գիտալեն և կոնվալդի պարունակող ամպուլները սառչելիս չեն կորցնում իրենց ակտիվությունը: Ուստի դրանք կարելի է զգուշությամբ հալեցնել և օգտագործել:

Լավ է ստանարանում պահել զլուկոզայի նոսր լուծույթները (5—10%/0), ինչպես նաև դանդաղ ջրային լուծույթները: Այս տեսակետից ավելի վրատահ կարելի է լինել սպիրտային լուծույթների և սպիրտային մզվածքների նկատմամբ, որոնք անհամեմատ ավելի կայուն են, եթե միայն պահվում են լավ փակված վիճակում՝ սպիրտի ցնդման հնարավորությունը բացառելու նպատակով:

Գնդանյութի որակի վրա բացասաբար է ներգործում և խոնավությունը: Կան դեղանյութեր, որոնք պետք է պահվեն չոր տեղում, որովհետև սոփից արագությամբ խոնավություն են կլանում. օրինակ՝ դիպսը, մանանեխը, կալցիումի քլորիդը, երկաթի քլորիդը, դիցեթինը, բրոմիդները, բուսական չոր փոշիներն ու մզվածքները, բացառաթթվական կալիումը, պիլոկարպինը, ցինկի քլորիդը, նատրիումի և լիթիումի յոդիդները և այլն: Զպետք է մոռանալ նաև, որ որոշ պրեսորատներ իրենք կարող են խոնավություն կորցնել: Խինինի, ցինկի, մագնեզիումի, նատրիումի և այլ նյութերի սուլֆատները, մկնդեղի նատրիումական աղը, կոգեինը կարող են կորցնել իրենց բյուրեղային շուրքը, որից կարող են առաջ գալ մի շարք թյուրիմացություններ, ինչպես նաև դեղաչափերի խախտումներ, որովհետև ջրի կորստից դրանց կշիռը պակասում է:

Որոշ դեղանյութեր, որոնք կազմված են տարբեր տեսակարար կշիռ ունեցող նյութերից, կարող են ժամանակի ընթացքում շերտավորվել՝ ըստ տեսակարար կշռի: Այս երևույթը հատկապես տեղի է

ունենում թանձր հեղուկներում, բարդ փոշիներում և թանձր մասսայում՝ դոզերի, բոտլիների փոշիները, մկնդեղի և շաքարի տրոսումից ստացված դեղանյութը, կոլոդիումը, ճարպաթթուները և այլն: Այս կարգի նյութերն ընդհանուր տարալից վերցնելուց առաջ պետք է անպայման խառնել, թափահարել, որպեսզի, ըստ հնարավորության, բացառվի շերտավորումը:

Հատուկ զգուշություն է պահանջում բռնկվող և պայթուցիկ նյութերի պահպանումը: Սպիրտը, եթերը, եթերային ոգեթուրմերը, կոլոդիումը, նիտրոգլիցերինը, ացետոնը, բենզոլը և այլն պետք է պահվեն առանձին՝ հետևելով բոցավառվող նյութերի պահպանման գոյություն ունեցող կանոններին:

Որոշ դեղանյութերի համար շատ մեծ նշանակություն ունի, թե ինչ ձևով և ինչի մեջ են պահվում: Օրինակ՝ հեքսենալը երկու տարի կարող է առանց փոփոխության ենթարկվելու մնալ, եթե պահվում է ամպուլներով, բայց շատ արագությամբ քայքայվում է անզամ ապակյա հերմետիկ փակված ամանում:

Պերհիդրոլը, ջրածինգերոքսիդը պետք է պահել լավ փակվող ապակյա շնչոք ամանում՝ ամանի 2/3 ծավալով: Ճարպային յուղերը, ընդհանրապես, պետք է, ըստ հնարավորության, լիքը լցնել՝ քրոմացումից խուսափելու համար:

Շատ ուժեղ հոտ արձակող նյութերը՝ զվայակուլը, յոդոֆորմը, կրեոլոտը, կրեոլինը, լիզոլը, մեթիլսալիցիլատը, նավթալինը և այլն, անպայման պետք է պահվեն առանձին: Խիստ աշախույժ պետք է լինել «Ա» թունավոր և «Յ» ուժեղ ազդող դեղանյութերի պահպանման նկատմամբ: Առաջինները պետք է պահվեն փակի տակ, երկրորդները՝ առանձնացված:

ԳԻՏԱԿԱՆ ԿՈՆՖԵՐԱՆՍՆԵՐ

Հնարքերի անցավ Երևանի Բժշկական ինստիտուտի ուսանողական գիտական ընկերության 32-րդ կոնֆերանսը, որին մասնակցում էին նաև Աստրախանի, Գորկու և Միուսյան մի շարք բուժարհերի բժշկական ինստիտուտների ուսանողական կոնֆերանսները: Բնախոտաբան պրոֆ. Ե. Մաթևոսյանի բացման խոսքից հետո զեկուցումներ կարդացին 4-րդ կուրսի ուսանողուհի Է. Բուլազովան, 5-րդ կուրսի ուսանող Խ. Կոզլովը, 6-րդ կուրսի կոնֆերանսի մասնակիցները ուշադրությամբ լսեցին Գորկու Բժշկական ինստիտուտի ուսանող Տու. Քելուսովի և Աստրախանի Բժշկական ինստիտուտի ուսանող Մ. Վարովի զեկուցումները:

Տեղի ունեցավ Հայկական ՄՍԹ Առողջապահության միջնատրոսթան էպիդեմիոլոգիայի և հիգիենայի ինստիտուտի գիտական սեփան, որտեղ զեկուցումներով հանդես եկան մի շարք գիտական աշխատողներ: Ուշադրության արժանացան Փ. Մելքոնյանի, Օ. Բոնտարենկոյի, Զ. Ավագյանի և Ա. Մնացականյանի զեկուցումները, որոնք նվիրված էին էպիդեմիոլոգիայի և հիգիենայի ժամանակակից պրոբլեմային հարցերին:

ՄՐԱՆԻ ՄԱՆՐՈՒՔՆԵՐ ԶԵՆ

Հեռավոր շրջանի մի գյուղում է նա ծնվել ու մեծացել: Շատ քիչ է դիմել բժշկի: Իր բուրբ վեց երեխաներին ծննդաբերել է տանը և միշտ պարծեցել իր առողջությամբ: Բայց հետո առողջությունը միանգամից վատացել է և հարկազրկված դիմել է հիվանդանոց: Շրջանային բժշկի խորհուրդներն ու օգնությունն անգամ չեն կարողացել հաղթահարել տկարությունը: Հուսահատվել է մի պահ, բայց շրջանային նույն բժշկի խորհրդով իր հեռավոր ու լեռնային գյուղից եկել է մայրաքաղաք՝ բուժվելու: Պատկեցրել են նրան քաղաքի բազմահարկ հիվանդանոցի ընդարձակ ու լուսավոր հիվանդասենյակներից մեկում: Եվ նախկին շքավոր ու խեղճ գյուղացու աղջիկը՝ այժմ նոյնմբերյանի շրջանի կուլտանեսություններից մեկի հովվի՝ արդեն տարիքն առած կինը պառկել է Հայկական ՍՍՌ Առողջապահության մինիստրության Ն. Կ. Կրուպկայայի անվան մանկաբարձության և գինեկոլոգիայի գիտահետազոտական ինստիտուտում և հետաքրքրությամբ դիտում է շուրջը տեղի ունեցող իրադարձությունները: Բուրբի նման նրան էլ նայեցին, ստուգեցին, ապա խորհրդակցեցին և որոշեցին նախապատրաստել վիրահատություն: Այդ միտքը սկզբում նրան սարսափեցրեց. կղիմանա՞, արդյոք: Բայց մտտանը վելու շատ ժամանակ շունչը, որովհետև տեսնում էր, որ գրեթե ամեն օր վիրահատվում են բազմաթիվ կանայք, որոնք ընդունվում էին իրենից ավելի ծանր վիճակով:

Ինչպես այս հիվանդանոցն ընդունվող հարյուրավոր կանանցից մեկը, նա էլ վիրահատվեց, բուժվեց, դուրս գրվեց և արդիների ու բարեկամների ուղեկցությամբ մեկնեց հայրենի գյուղ՝ յուրովի պատմելու ու ներկայացնելու բուժման այն զարմանահրաշ ձևերն ու մեթոդները, որոնք տեսել ու զգացել էր մեր քաղաքի կենտրոնական մասում բարձրացած՝ Հայաստանի բժշկական առաջավոր հիմնարկներից մեկում:

Որքան տարբեր է այս ինստիտուտը գիտահետազոտական այլ ինստիտուտներից: Ինչպիսի՞ իրադարձություններով լի օրեր են լինում այստեղ: Հույսի և ուրախության, վշտի և տառապանքի ինչպիսի՞ պոռթկումներ կարելի է ականատես լինել: Հսկայական մի հիմնարկ, որտեղ

նույն ակնթարթում կարող են միահյուսվել տաղանապն ու մտատանջությունը, ուրախությունն ու տառապանքը: Բազմամարդ մի կուլեկտիվ ժրջանությամբ աշխատում է այստեղ, որը դեպի իրեն է ձգում մեր ռեսպուբլիկայի քաղաքների, շրջանների և նույնիսկ եղբայրական այլ ռեսպուբլիկաների բազմաթիվ աշխատավորուհիների: Եվ բուրբ բուժվողները, ինստիտուտ այցելած հիվանդները շնորհակալության իրենց խոսքն են ուղղում բազմավաստակ գիտնականներին՝ պրոֆեսոր Պ. Մարգարյանին, դոցենտ Ս. Բիշարյանին, բժիշկներ Թ. Ավետիսյանին, Ս. Վանունուն և շատ ուրիշներին:

Հանդիստ ու հավասարակշռված, հուսադրող ժպտի մի կայծ հայացքում, արագաբայլ, համեստ ու հասարակ արտաքինով այդ մարդը՝ պրոֆեսոր Պ. Մարգարյանը, անսպասելիորեն կարող է հայտնվել հիվանդասենյակում, հետաքրքրելով հիվանդի վիճակով և հաճախ նրա պարզ ու անմիջական խոսքը, ուշադիր վերաբերմունքը բավական են լինում, որ ծանր հիվանդը թեթևություն զգա:

Այո՛, շատ-շատերն են հիացմունքով արտահայտվում այստեղի բժիշկների անպաճառելի և անմիջական վերաբերմունքի մասին: Այդ գիտեն բժիշկները և աշխատում են շատ բան անել, ավելին անել:

Ինստիտուտի գինեկոլոգիական բաժանմունքը նույն բուժանդակալից, լարված ու անակնկալներով լի առօրյան, ինչպես և մյուս բաժանմունքներում: Կավ բաներ շատ կան այստեղ: Ամեն օր, աննկատելի կերպով, ճանաչվում են նոր բժիշկներ, նոր աշխատողներ: Դեռ երեկ ոչ ոք չէր ճանաչում երիտասարդ բժիշկ Ս. Օհանյանին, բայց այսօր նրան սիրում ու գնահատում են և՛ աշխատանքային ընկերները, և՛ հիվանդները:

— Հիանալի բժիշկ է: Զգայուն է: Շատ լավ է հասկանում:— Մրանք հիվանդների գնահատականներն են, որոնք մի քիչ զուցե չափազանցված են աշխատանքային ոչ մեծ փորձ ունեցող այդ բժշկի նկատմամբ, բայց զրանք հենց այն օգտակար ու անհրաժեշտ նախադրյալներն են, որոնք պետք է օգնեն, պարտավորեցնեն նրան՝ դառնալու իսկապես մեծ և իսկական բժիշկ:

Ուրիշները մասին էլ կարելի է խոսել, պատմել, բայց ուզում ենք առիթից օգտվել և նշել մի քանի թերություններ, որոնց վերացումը ոչ մի որոշակի ջանք չի պահանջի պատկառելի վաստակ ունեցող այս կուլեկտիվից: Երբեմն զրանք շատ փոքր բաներ են, զուցե և մանրուք թվան, բայց հաճախ հենց այդ փոքրուքներն են օգնում, որ հիվանդը լավ զգա կամ ընդհակառակը:

Այսպես, օրինակ՝ կարելի է արդյոք մանրուք կամ ոչ կարևոր համարել այն, որ նոր ընդունվող հիվանդին կեղտոտ խալաթ է արվում: Դա փոքրիկ բան է, բայց հենց առաջին բուժից գցում է հիվանդի տրամադրությունը: Այս բանը լրացուցիչ բացատրությունների կարիք չի զգում: Միայն կավելացնենք, որ հիվանդը, եթե նույնիսկ երկար ժամանակ պառկի այս հիվանդանոցում, և ինքը չի նորի կամ չպահանջի սպիտակեղենը կամ խալաթը փոխել, ոչ ոք այդ մասին չի մտածի: Դրանից է զալիս նաև այն, որ հիվանդները երբեմն պաշտվում են մայրապետների շուրջը, խնդրում, բողոքում, իսկ վերջիններս կա՛մ կատարում, կա՛մ կուպտում են նրանց: Կավ չի՞ լինի այս բոլորի փոխարեն դա կատարվի առանց հիշեցման և ավելորդ խոսակցությունների:

Նույն ներվային վիճակն է ստեղծվում տակաշորերի հարցում: Համեստ հիվանդին կարող է զբրանցից բաժին չհասնել՝ անկախ այն բանից, որ այդ նրան անհրաժեշտ է:

Առավել անհանգուրժելի է, որ ծածկոցները (աղեալ) հիվանդի դուրս գրվելուց հետո չեն ախտահանվում, չեն լվացվում: Մի հիվանդ դուրս է գրվում, հաջորդն է զալիս, սա գնում, նորերն են գալիս, և բուրբն էլ օգտագործում են նույն ծածկոցները, որոնք երկար գործածելուց ծածկված են բծերով, լաքաներով: Հազիվ թե հարկ լինի հիվանդանոցի տնտեսական գծով ղեկավարներին ու աշխատողներին բացատրել այս կարևոր հարցի նշանակությունը:

Այստեղ միջին բուժաշխատողների մեծ մասը շատ վատ է հետևում հատկապես ետճաշահ հանգրստի ճիշտ անցկացմանը: Հիվանդների զգալի մասը այդ ժամին անարգել շրջում է միջանցք-

ներում, հիվանդասենյակներում, իսկ քույրերը ոչ միայն չեն փորձում նրանց կարգի հրավիրել, այլև հաճախ իրենք են առիթ տալիս անկարգություն:

Հիվանդանոցում շահագանց կարևոր նշանակություն ունի նորմալ քնի և հանգստի կազմակերպումը: Հանրահայտ է Ի. Պ. Պավլովի մեծ գնահատականը քնի մեթոդով մի շարք հիվանդությունների բուժման վերաբերյալ: Քնի նորմալ ուժի խստորեն պետք է հետևել հենց հիվանդանոցում: Բայց...

...Ուշ գիշեր է: Բուրբը քնած են: Հանկարծ անսպասելիորեն վառվում է հիվանդասենյակի լույսը, և բուրբ հիվանդները վեր են թռչում քնից: Լույսը վառելու պատճառը հիվանդներից մեկի գիշերային սրսկումն է, որը կարող է նույնիսկ մի քանի անգամ կրկնվել: Դժվար չէ պատկերացնել այն աննախանձելի վիճակը, որ ստացվում է զրանից: Մինչդեռ յուրաքանչյուր հիվանդի պահարանիկի վրա սեղանի լամպ տեղադրելով, հարցը վերջնականապես կուժվի:

Մանրուք է, արդյոք, դուրս ետևից բաց թողնել՝ հատկապես ցուրտ եղանակին, ճաշը սկստեղծվ շմատուցելը, բարձր խոսելը և այլն, և այլն:

Հիվանդի բուժման հարցում «մանրուք» գոյություն չունի, և հաճախ նրա տրամադրությունը կարող է բարձրանալ կամ ընկնել փոքրիկ, աննշան մի դեպքից: Ուշադիր, զգայուն վերաբերմունքը ոչ միայն պրոֆեսորի, բուժող բժշկի, այլև միջին կամ կրտսեր բուժաշխատողի կողմից կարող է վճռական փոփոխություն մտցնել հիվանդի տրամադրության մեջ:

Մի ցանկություն ևս. այս բաժանմունքի հիվանդների մեծ մասը քայլող հիվանդներ են, որոնք երբեմն բավական երկար ժամանակ են պառկում: Նրանց օգնելու, զբաղեցնելու համար զուցե միջանցքում կամ որե՛ հարձար տեղում հեռուստացույց տեղադրվի:

Եվ եթե ինստիտուտի բժիշկների զգայուն ու հոգատար վերաբերմունքի հետ միաժամանակ վերացվեն այս թերությունները, առավել ևս կբարձրանա ինստիտուտի հեղինակությունը:

Գ. ՌՈՒԲԻՆՅԱՆ

ՔԱԼԻՆՈՒՄ

Հիվանդանոց ընդունվելուց հետո անցել է 10 օր: Մաստարայի գլխավոր բժիշկ Ք. Պետրոսյանը հաջողորմ է նշկատում, որ հիվանդի վիճակը անհամեմատ լավ է, և բուժումը երկար չի շարունակվի:



Մաստարայի ակադեմիայի հիվանդանոցի լաբորանտներ Ռ. Համբարձումյանը որոշում է աշխատանքների ակտիվությունը՝ Ա. ՀԱՐՈՒՔՏՈՒՆՅԱՆԻ



Երևանի N 9 պոլիկլինիկայի կլինիկախոտորչիչ լաբորանտայի լաբորանտներ աշխատանքի ժամին:

Հուսանկար՝
Գ. ԱԼԵՔՍԱՆՅԱՆԻ

Իջևանի մանկամտորի դաստիարակչուհի Ռ. Հովհաննիսյանը խնամում է երեխաներին: Հուսանկար՝ Ռ. ԲԱՐՍԱՅԱՆԻ



ՔԱԼԻՆՈՒՄ



Մանկարայք էմմա Այնաչյանը լսում է իր փոքրիկ հանախորդին:



Քժշկի լավագույն օգնականներն են լաբորանտայի աշխատողները: Չէ՞ որ նրանց բարեխղճ աշխատանքն օգնում է հիշտ անտարբեղ հիվանդությունը:



Բակտերիոլոգիական լաբորանտայի լաբորանտուհի Գ. Շահբազյանը աշխատանքի ժամին:



Հիվանդանոցի բերականիկական բաժանմունք: Բերական Ա. Նեմուզյանը հիվանդի մոտ:

ԳԼԽԱՎՈՐ ԿԵՐԵՄՈՒ Ք. Ե. ՍԵՄԵՆՅԱՆԵՆ

ՏԵԼ. ԿՄԱԳԻՐ՝ ԳՐ. ԵՂԿՑԱՆ

«Յ ԵՄԵՆ» Տնայն N 200: Երևանի ԲՒՀ մտնու Բուլժ 84x105: Պատվեր 733: Ինչ է արտատպւմը 477 2002 թ., արտատպւմ է արագրուժյան 27/VI 1962 թ.:

Հայկական ԽՍՀ Կուսակցուհի Կենտրոնական Կոմիտեուհի Ն. Կուրյանուհու ղեկավար Կուրյանուհի Պարտիկուհի, Երևան, Մարտի N 21:



«Ուրբաթագիրք»-ի այերեն առաջին տպագիր գիրքը: Տպագրվել է Վենետիկում 1512 թ. Հակոբ Մեղապարտի կողմից: Միջնադարյան բժշկարանի մի այլ տեսակ է, զգալի մասով դա նաև հմայիլ է (թալիսման), որ գրքի տիրոջը պետք է զերծ պահեր չար ոգիներից, կախարդանքներից, չար աչքից. քնդ որում, մաղթանքներում տողերի մեջ (Դ և Ե մամուլներում) մի քանի ազատ տեղեր են թողնված ավելացնելու համար գրքի տիրոջ անունը, որպեսզի նրան չվնասեն դևերը: