

ՀՀ ԱՌՈՂՋԱՊԱՀՈՒԹՅԱՆ ՆԱԽԱՐԱՐՈՒԹՅՈՒՆ

ԱՌՈՂՋԱՊԱՀՈՒԹՅԱՆ ԱԶԳԱՅԻՆ ԻՆՍՏԻՏՈՒՏ

ՄԱՐՏ 2016

ԱՌՈՂՋԱՊԱՀՈՒԹՅՈՒՆ

ԾՐԱԳՐԵՐ

ՄՐՏԻ

ԱՆՀԵՏԱԶԳԵԼԻ
ՎԻՐԱԴԱՏՈՒԹՅՈՒՆ

ԴԻԱԲԵՏ

ԳՐԻՉ-ՆԵՐԱՐԿԻՉ

ՍԶՐԻՆԻՆԳ

ԲՈՒԺՄԱՆՅԱՆԱՑԱԾ

ՄԵԹՈԴՆԵՐ

ԻՆՉ ԴԵՏԶ ԶԷ ԱՆՏԵՆ ՄԵՐ ՕՐԵՐՈՒՄ

3D

ՏՊԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆ

ՀԻՎԱՆԴԱՆՈՑԱԾԻՆՈՒԹՅԱՆ

ԱՄՓՈՓՈՒՄ

ԹՈՓ 10

ԱՄԵՆԱԹԱՆԿ

ՎԻՐԱԴԱՏՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ

85 ԷՄԻՆ ՍԱՄՍՈՆԻ
ԳԱԲՐԻԵԼՅԱՆ

Կապիտալի ճրգանակ

ԱՌՈՂՋԱՊԱՀՈՒԹՅՈՒՆ ԱՄՍԱԳԻՐ

60
ՏԱՐԻ

ԱՅՍՈՒՅԵՏ «ԱՌՈՂՋԱՊԱՅՈՒԹՅՈՒՆ»
ԱՄՍԱԳԻՐԸ ՀԱՍԱՆԵԼԻ Է ՆԱԵՎ ՀԱՄԱՑԱՆՑՈՒՄ

ԲԺՇԿԱԳԻՏՈՒԹՅՈՒՆ
ԲՈՒԺՀԱՍՏԱՏՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ
ՀԱՅԱՍՏԱՆԱՅԻ
ԲԺՇԿԱՅԻ

վիճակագրություն
ՀՀ ԱՆ աշխարհ
ԱՌՈՂՋԱՊԱՅՈՒԹՅՈՒՆ
առողջություն



healthcare.am

ԽՄԲԱԳՐԱԿԱԶՄ



Ողջուն՝յն, սիրելի՛ ընթերցող,

ձեր թինճը ղատասխանատվություն է ստանճնել շարունակելու ավելի քան կեսդարյա ղատնությանը ճի ճախագիծ և այսուհետ Ձեզ է ճերկայացնելու ճորովի «Առողջաղահություն» անսագիրը:

Երիտասարդ սերնդիճ տեղեկացնեճ, որ ժանանակիճ անսագիրը առողջաղահության թնագավառի առաջիճ և ճիակ ղարբերականն էր և տասնյակ տարիճեր լրջագույն աշխատանք է կատարել՝ ճղաստելով թճկագիտական ճտքի զարգանանը և թճկագիտության ոլորտի ճորություններն իրագեկելուն: Կար ժանանակ, երբ երկար ճանաղարի անցան այս անսագիրը անն տան սղասելի հյուրն էր:

Այժճ տասնանյակների հեռվից ղարբերականը փորճում է կրկնել հաղթարշավը և վերստին ճևավորելով տակավին ճոր աշխատանքային խունը՝ ճերկայանում է յուրովի՝ անվերաղահորեն ճերահելով ճախորդի ավանդները:

Հարգելի՛ ընթերցող, կփորճենք «Առողջաղահություն» անսագրի ճՕ-անյա ճորանուտը դարճնել ուշագրավ. անն անգան անսագիրը ճատուցել հետաքրքրի խորագրերով, ոլորտի սղատիշ տեղեկատվությանը, հանակարգի թարեփոխումներիճ վերաբերող ճանրանանց հրաղարակումներով և վերլուծություններով՝ շանտեսելով, անշուշտ, հայ թճկագիտության ճվիրյալներիճ:

Ճնորհավորելով «Առողջաղահություն» անսագրի հորելյանը՝ ցանկանում եճ ընթերցողների հարանուն թագնություն և ճնծ հեղինակություն հանրաղետության ղարբերականների ընտանիքում:

Առո՛ղջ եղեք, ճեզ էլ՝ թարի՛ երթ:

Գլխավոր խճթագի՛
Զավն թույան

ԱՌՈՂՋԱՊԱՅՈՒԹՅՈՒՆ
ԱՄՍԱԳԻՐ
IV 2015 / I 2016

ԲԱԺԱՆՈՐԴԱԳՐՈՒԹՅԱՆ ՀԱՄԱՐ
ՍԿԱՆԱԿՈՐԵՔ ԶՐ ԿՈՐԸ



ԳԼԽԱՎՈՐ ԽՄԲԱԳՐ
Զավն թույան

ԳՐԱԿԱՆ ԽՄԲԱԳՐ
Գայանն Հովսեփյան

ՄՐԲԱԳՐԻՉ
Նագիկ Հովհաննիսյան
Գայանն Հակոբյան

ԼՐԱԳՐՈՐ
Մարիա Պաղյան
Աճայա Գրիգորյան

ԹԱՐԳՄԱՆԻՉ
Սաթեճիկ Գրիգորյան
Դավիթ Աբրահանյան

ՀԱՄԱԿԱՐԳՈՐ
Սեղա Գրիգորյան

ԼՈՍԱՆԿԱՐԻՉ
Լուսինն Գրիգորյան

ԴԻՑԱՅՆԵՐ
Աշոտ Եղոյան

ՆԱԽԱԳԾԻ ԴԵԿԱՎԱՐ
Վերսանդր Բազարյան

Աճսագրի ճյուրերը վերատղվում եճ ՀՀ ԱՆ «Ակադեճիկոս Ս.Ավղաթեկյանի անվան առողջաղահության ազգային ինստիտուտ» ՓԲԸ-ի գրավոր հանաճայնությանը: «Առողջաղահություն» անսագրիճ հղում կատարելը ղարտաղրի է:

ՀԵՏԱԴԱՐՉ ԿԱՊ

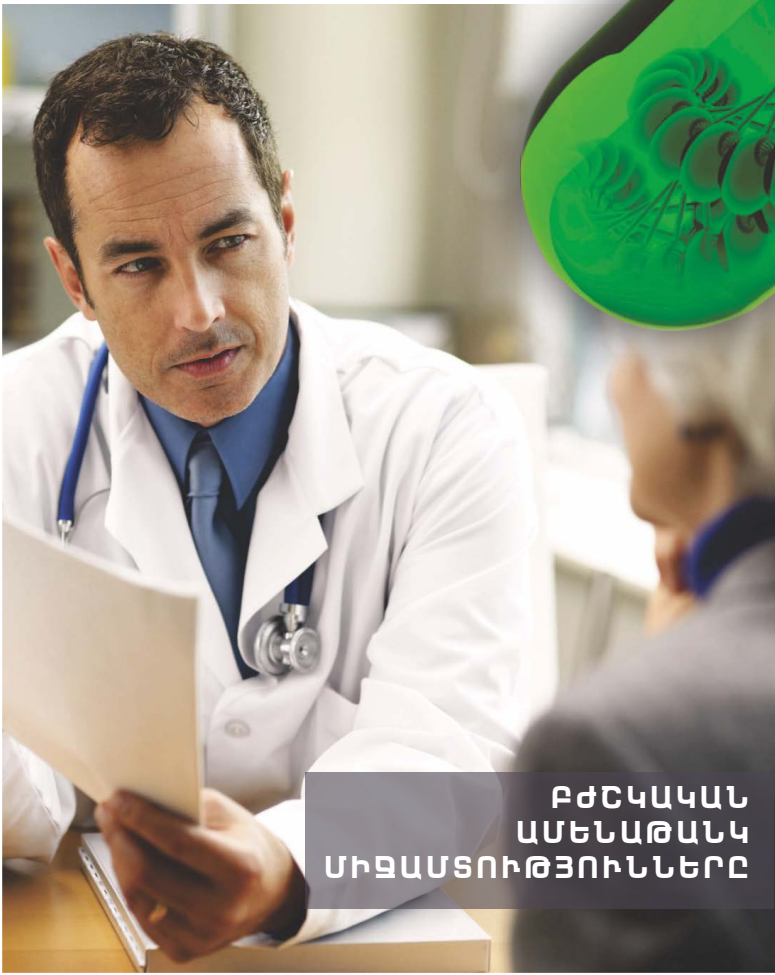
ՀՀ ԱՆ «Ակադեճիկոս Ս.Ավղաթեկյանի անվան առողջաղահության ազգային ինստիտուտ» ՓԲԸ
Հայաստան, ՕՕՑ1, Երևան
Կոճիտասի ողղ., 49/4 շենք
info@healthcare.am
© 2015-2016

«Առողջաղահություն» անսագրի հիճնաղիրն է հանղիսանում ՀՀ Առողջաղահության Նախարարությունը

Նյութերի հղումները փնտրեք կայքում



ՄԱՐԴՈՒ ԳԵՆՈՄԻԿԱՅԻ ԴԵՐԸ



ԲԺՇԿԱԿԱՆ
ԱՍԵՆԱԹԱՆԿ
ՄԻՋԱՍՏՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ



3D ՏՊԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆ



ԱՅՍ ՀԱՄԱՐՈՒՄ

Կսահանգվի «Էմիլ Գաբրիելյան» ճրցանակ	30
Բժիշկ-թրուսնոցներ	50
Ճանադարհատրանսպորտային վնասվածքներ	
Ուղեցույց հետազոտվողներից	
Բուժաստատությունների լատնություն	
Առողջադաշտություն ամսագիր 1956 թ.-ից	



ԲՅՑԱՅԻՆ
ՀԱՎԵԼՎԱԾՆԵՐ
ՈՐ ՓՈԽՈՒՄ ԵՆ
ԱՌՈՂՋԱԴԱՇՏՈՒԹՅՈՒՆԸ





Հարգելի ընթերցող, «Առողջադաշտություն» ամսագրի նորոգված լույս ընծայման առիթով, մեր նորաստեղծ խմբագրությունն որոշեց իր երախտիքի խոսքը հայտնել բոլոր նրանց, ովքեր մի ժամանակ կանգնած են եղել ամսագրի ակունքներում: Պատմական փոքրիկ էքսկուրսի օգնությամբ, թերեւս, ամփոփենք այս գիտա-հանրամատչելի ամսագրի երբեմնի անցած փառավոր ուղին, հենց փառավոր, բանգի ամսագիրը իր մատուցման ձևով շատ հարցերում խորհրդային նախկին երկրների շարքում եղել է միակը, որոշ դեպքերում նաեւ առաջինը: Որովհետեւ արդարացի էր երբեք որոշ թվեր և փաստեր: Զգարմանաբ, բայց հայալեզու «Առողջադաշտություն»-ը ժամանակին ամենաշատ կարդացվող բժշկագիտական ամսագիրն է եղել ոչ միայն մեր երկրում, այլև նախկին Խորհրդային Միությունում: 1988 թվականին ամսագրի տպագրական անցել է մինչև այդ չգերազանցած 100 հազար օրինակի սահմանագիծը: Սա ավելին էր, քան տարբեր

մասնագիտությունների գծով հանրադատությունում լույս տեսնող բոլոր հանդեսների տպագրականների հանրագումարը: ԽՍՀՄ ոչ մի հանրադատության առողջադաշտության նախարարության համանման տարբերական չի ունեցել այդ տպագրականի նույնիսկ մեկ ութերորդ մասը: Մեկ ուշագրավ փաստ ևս: «Առողջադաշտություն»-ը Լեոնային Ղարաբաղում, Ադրբեջանում եւ Վրաստանում տարիներ շարունակ ունեցել է 15 հազարից 17 հազարական բաժանորդ (15.000-17.000-ական): Միության հանրադատություններում բաժանորդների թիվը տատանվել է 2500 -ից

3000-ի սահմաններում:

Եվ այսպես, հանրադատությունում տղազրվող շուրջ երկու տասնյակ հանդեսների շարքում «Առողջադաշտություն»-ը եղել է առաջիններից մեկը՝ 100 հազարի հասնող բաժանորդների եւ մոտ կես միլիոն ընթերցողների թվով: «Առողջադաշտություն» ամսագիրն այս տարի տոնում է իր 60-ամյակը: Հետևելով 1956-ին հանդեսի ծնունդը կարելի էր արդարձությունը եր հանրադատության բժշկագիտության, բուժաշխատողների եւ բնակչության համար: Լինելով միակ հայերեն բժշկագիտական տարբերականը Հայաստանում՝ բնականաբար նաեւ այն ժամանակ Խորհրդային Միությունում, սկզբում 3000 տպագրական ունեցող ամսագրին հաջողվել է դաշտանել իր եզակիությունը, այն չի դարձել իրենից առաջ մյուս հանրադատություններում ստեղծված նույնանման ամսագրերի կրկնօրինակը՝ տարբերվելով հոդվածների եւ խորագրերի բազմազանությամբ՝ նախ եւ առաջ իր հանրամատչելի բովանդակությամբ: Այս ամենի ակունքներում կանգնած էին մարդիկ, նվիրյալներ, ովքեր իրենց բեղում աշխատանքի շնորհիվ, ընդամենը մի տարբերականի շրջանակներում Հայաստանը կարողացան կառուցել ավելի քան երկու տասնյակ երկրների, մեծ ու փոքր հայ գաղթածների հետ: Ամսագիրը դարձավ հայերեն բժշկագիտական լեզվի ձեռնարկում, մշակման, կիրառման դարբնոցն ու չափանիշը: Գլխավոր հերոսներից մեկն էլ հենց Ռաֆայել Փարսադանյանն էր, վաստակավոր բժիշկ, որոնքներ, բժիշկների կատարելագործման Երևանի ինստիտուտի առողջադաշտության կազմակերպման ամբիոնի վարիչ, բժշկագիտության տասնամյակ: Հենց Փարսադանյանն էր, որ 1956-ի սեպտեմբերին ձեռնարկեց «Առողջադաշտություն» հանդեսի առաջին հրատարակումը՝ դառնալով ամսագրի գլխավոր խմբագիրը: 17 տարի շարունակ, դեկավարելով խմբագրականը արդեն որդես ուղորտի հմուտ դատմաբան, Ռաֆայել Փարսադանյանը գիտա-գործնական մեթոդական

բժշկական այս եզակի ամսագրի հիմքում կիրառեց դեռեւս միջնադարից եկած արեւմտահայ տարբերականների՝ տարբերությունների սկզբունքները: Բժիշկ-լրագրողին հաջողվեց լայնածավալ աշխատանքի շնորհիվ հանդեսի տպագրականը 1967-ին հասցնել 30 հազարի, իսկ արդեն 1973-ին երեսուն անգամ գերազանցվեց մեկնարկային՝ 3000 տպագրականը՝ հրատարակվեց 90 հազար օրինակ: Տասնամյակներ շարունակ «Առողջադաշտություն» ամսագրի 150-ից 170 օրինակ առաքվել է 20-ից 23 արտասահմանյան երկրներում աղուղ հայ ընթերցողներին (ԱՄՆ, Անգլիա, Ավստրալիա, Արգենտինա, Ավստրիա, Բրազիլիա, Բուլղարիա, Գերմանիա, Դանիա, Եգիպտոս, Իսրայել, Իրաք, Խորհանիա, Լեհաստան, Կանադա, Հունգարիա, Հունաստան, Մեքսիկա, Սիրիա, Ֆրանսիա եւ այլուր): 1988-1989 թվականները եղել են տարբերականի վերելքի տարիները: Խմբագրության նյութական օգուտներից այն ժամանակ նախատեսված 100 հազար ռուբլու փոխարեն դեռեւս կառուցվել է փոխանցվել 120-ից 140 հազար ռուբլի: Սակայն նույն այս տարիներին երկրում տեղի ունեցած անցանկալի իրադարձությունների հետևանքով հանդեսի տպագրական ու տպագրականը սկսում է նվազել: 90-ականներին «Առողջադաշտության» բաժանորդների թիվը միայն Ադրբեջանից, Վրաստանից մոտ 25 հազարով դաշտանում է: Մի կողմից զանվածային արտագաղթի, մյուս կողմից արցախյան ազատամարտի, Ադրբեջանի եւ Թուրքիայի կողմից վարվող շրջափակման տայնաններում 1991 թվականին խմբագրությունը կանգնում է ճգնաժամի առջեւ, ավելի տարգ ասած՝ շուկայական հարաբերություններում սովորական համարվող սնանկացման ճանադարին: «Առողջադաշտություն» ամսագրի նորոգվի հրատարակման առիթով մեր ձեռքի տակ է ամսագրի 1996 թվականի դեկտեմբերին հրատարակված համարը: Այն նվիրված է տարբերականի ստեղծման 40-ամյակին: Թերթելով համարը՝ տեղեկանում ենք, որ 40 տարիների ընթացքում հանդեսն ունեցել է 230 համար, հրատարակվել են ընդհանուր առմամբ 8000 հոդվածներ՝ 1018 մանուկ ընդհանուր ծավալով: 40 տարում տղազրված հանդեսների ընդհանուր տղաքանակն անցել է 20 միլիոն օրինակից: Ահա այսօրին է եղել մեզ ժառանգություն հասած արդեն 60-ամյա «Առողջադաշտություն» ամսագիրը: Եվ ուրեմն, մենք էլ կփորձենք «Առողջադաշտություն»-ը դարձնել ընթերցողի համար հանրամատչելի, մտերիմ խորհրդատու-բարեկամ, որն իր շուրջը կհամախմբի ոչ միայն բուժաշխատողների, բժշկագիտության նվիրյալների, այլ նաեւ հասարակության լայն շերտերի: Բարի երթ մեր տարբերականին:

ՏԱՐԻ
ՈԼՈՐՏՈՒՄ



ՀԱՄԱԿԱՐԳԸ ԸՆԴԴԵՍ ԻՄՆԻ-Ի

ԱՌՈՂՋԱՊԱՀՈՒԹՅԱՆ ՆԱԽԱՐԱՐ ԱՐՄԵՆ ՍՈՒՐԱԴՅԱՆ

«Առողջապահություն» ամսագրի նորովի հրատարակման առիթով, մեր տարբերականը գրուցել է նաեւ ՀՀ առողջապահության նախարար Արմեն Մուրադյանի հետ: Բազմաթիվ հարցեր էինք նախատեսել առողջապահության ոլորտում կատարված եւ դեռ կատարվելիք բարեփոխումների վերաբերյալ, սակայն որոշեցինք գրույցի հիմնական թեմա ընտրվեց տարեսկզբին սուր շնչառական վարակների կանխարգելումը:

Երբ հասարակության լայն զանգվածներն ակտիվորեն հետևում էին եվրոպական տարածաշրջանում և այդ թվում մեր երկրում տարեսկզբին գրիտի Ա տեսակի H1N1 ենթատեսակի շրջանառմանը՝ լայնամասշտաբ կարգապահական ծրագրեր իրականացվեցին, բավականաչափ անդադարձ չկատարվեց բոլոր այն բուժաշխատողներին, որոնց անձնակազմը և անձնագրի աշխատանքի, անբուժելի զիջումների շնորհիվ լիովին հաջողվեց կայունացնել իրավիճակը: Նախարարի բազմազբաղ օրակարգից մեզ հատկացված 20 րոպեների ընթացքում, թերեւս, ամենակարեւոր հետեւությունը, որ կարող էինք անել, կրկին ու կրկին վերաբերում էր առողջությանը, որոշեցինք բացարձակ արժեք մեր հանրության գիտակցության մեջ այն ամրագրելու: Եվ սա տրամաբանական է: Սակայն ամեն ինչի մասին հերթով:

Նախ գրիտի Ա տեսակի H1N1 ենթատեսակի տարածվածության մասին

Ենթադրելով, որ մեր երկիրը 2015թ. սեպտեմբերից արդեն իսկ սկսել էր նախադարձային վերաբերվել եւ կանխարգելիչ միջոցներ իրականացնել մեր տարածաշրջանին տատուհասած վարակի դեմ: Նկատելով, որ դեռ նախորդ տարվա վերջին եռամսյակում այս վարակը մեծ թվով կյանքեր էր խլել հարեւան Իրանում, որտեղ բազմաթիվ մահվան ելքով դեղեր գրանցվեցին: Եթե այդ օրերին ուշադիր հետեւել էք

լրատվական տարբեր թողարկումներին, ապա կնկատեիք, որ ի տարբերություն շատ երկրների, մեր երկիրը կարողացավ դադարեցնել ստեղծված իրավիճակից և ճշգրիտ տեղեկատվությունը թաքցնելու փոխարեն, ՀՀ առողջապահության նախարարությունը կանխարգելիչ և բուժական գործողություններից բացի, որդեգրեց աշխատանքի առաջին հերթին թափանցիկ գործելաոճ: Սրա մասին, թերեւս, քչերն են խոսում, ինչը մեզ՝ հայերիս, բնորոշ հատկանիշ է: Ինչեւէ: Դառնանք նախարար Արմեն Մուրադյանի հետ մեր գրույցին եւ փորձենք Ձեզ համար, սիրելի ընթերցող, օգտակար տեղեկատվություն քաղել:

Նախորդ տարվա սեպտեմբերի 24-ին եղավ ՀՀ առողջապահության նախարարի համադասարանական հրամանը՝ սեզոնային սուր շնչառական հիվանդացության հետ կապված: Նախաձեռնվելով իրագրված աշխատանքին զուգահեռ, վերադարձվեցին բժշկության առաջնային օղակի մասնագետները, առաջատար ունեցիմատուները: Համադասարանական օղակներում լրացվեցին դեղերի անհրաժեշտ զանգվածները: Կանխարգելիչ աշխատանքների շրջանակներում աշխատող հանրապետությունում լրացվեցին ավելի քան 15 հազար մարդ: Եվ միայն ու միայն բժշկական հանրության սթափ ու ծանրակշիռ աշխատանքի շնորհիվ մեր երկրում հնարավոր եղավ բարձրացնել բնակչության զգոնությունը:

Տոնական օրերի եռուգնում ու հիվանդության նեցգ բնույթը, շատ հաճախ քողարկված որոշեցինք հասարակ գրիտ, հարբուխ, որոշ դեղերում զուգակցվող բարդ հիվանդություններով լրացված, կարող էր բերել լուրջ խնդիրներ: Նախարարը ցավով է նշում, որ հիվանդների ուշ դիմելիությունն ու ուղեկցվող մասնավորապես շաքարային դիաբետով, սիրտ-անոթային անբավարարությամբ, գիրության, օնկոլոգիական հիվանդություններով լրացված, դեղերից մի քանիսը ունեցան ցավալի ավարտ: Նման տարագայում միայն արագ արձագանքելը բավարար չէ: Արմեն Մուրադյանը՝ հատուկ շեշտադրում է, որ յուրաքանչյուրը իրենք է գիտակցի՝ գրիտի այս ենթատեսակն առանձին վերցրած մահացու չէ, սակայն դրան ուղեկցող մեկ այլ ծանր հիվանդության դեղքում ուշ դիմելիությունը կարող է ճակատագրական լինել:

Կատարված հետազա աշխատանքի մասին

Գրիտի Ա տեսակի H1N1 ենթատեսակի լայն տարածումը կանխելու համար նախ տատվաստվել են խոցելի խմբերը՝ մանկատները, ծերանոցները, հոգեբուժարանները: Նաեւ տատվաստանյութը տրամադրվել է որոշիկիկիկական ցանցին՝ կանավոր սկզբունքով կիրառելու համար:

ՀՀ առողջապահության նախարարն ընդգծում է, որ իմունականիսարգելումը հանրային առողջության կարեւոր մասն է կազմում:

Պատվաստումների թեմային ավելի հանգամանալից կանդրադառնանք նախարարի հետ մեր գրույցի մյուս հատվածում:



Ծնորհակալություն եմ հայտնում բոլոր բժիշկներին, բուժքույրերին, առողջապահության կազմակերպիչներին, շտաբօգնության ծառայության վարորդներին և բոլոր այն քաղաքացիներին, ում անձնակազմը և անձնագրի աշխատանքի, քրտնաջան ջանքերի, անբուժելի զիջումների, գերծանրաբեռնված աշխատանքի շնորհիվ հաջողվեց լիովին կայունացնել իրավիճակը մեր երկրում...



ԿԱՌԱՍԱՆԿԻ «ԷՄԻԼ ԳԱԲՐԻԵԼՅԱՆ» ՄՐՅԱՆԱԿ

Յուլի 31-ին մեծանուն բժշկադոկտոր, մեր հարգարժան ուսուցիչ, մեծ գիտնական ու կազմակերպիչ, Հայաստանի առողջապահության երկարամյա նախարար, Դեղերի և բժշկական տեխնոլոգիաների գործակալության հիմնադիր, ակադեմիկոս Էմիլ Գաբրիելյանի 85-ամյակն էր։ Բազմակողմանի զարգացած ու հեռատես գործիչը մինչև այսօր էլ շարունակում է իր դերակատարությունը ունենալ առողջապահության ոլորտի զարգացման գործում։

Իրեն վստահված բոլոր ժառանգներում՝ Արթիկի շրջանի բուժմիավորման գլխավոր բժշկից մինչև բժշկական մայր բուհի ռեկտոր ու առողջապահության նախարար, նա աշխատել է մեծ նվիրումով ու բարձր ղառապետականությամբ՝ չկորցնելով ազնվատոհմիկ ընտանիքից ժառանգած հոգևոր բարձր արժեքները։ Նրան մոտիկից ճանաչողներն առավել քան վստահ էին, որ ինչ մասնագիտություն էլ ընտրած լիներ՝ իր իմաստությամբ ու խորաթափանցությամբ, իր կամքի մեծ ուժով ու աշխատասիրությամբ կառանձնանար ու մեծ ճանաչում կունենար։

Իր ժամանակակիցների հուշերում Էմիլ Գաբրիելյանն առաջին հերթին մնացել է որպես հանրադատության առողջապահության ոլորտի անառարկելի հեղինակություններից մեկը։ Հաղթահարելով խորհրդային ռեժիմի սահմանափակումները՝ նա որպես նախարար (1975-1989թթ.) ոլորտի զարգացմանը մի նոր թափ է հաղորդել։ Էմիլ Գաբրիելյանը ոչ միայն համակարգում ներդրել է նորն ու առաջադեմը, այլև կանխատեսելով վաղվա զարգացումները, դրանց համար ամուր հիմքեր նախադատարարել։ Նրա որոշ մտահղացումներ ու ծրագրեր հետագայում տարածում են գտել ԽՍՀՄ այլ հանրապետություններում։ Այդ տարիներից կառուցվել են բազմաթիվ հիվանդանոցային

1971-1975	ԵԲԻ ռեկտոր
1975-1989	ՀԽՍՀ առողջապահության նախարար
1976	հիմնադրել է ԵԲԻ դեղաբանության ամբիոնի արյան շրջանառության դեղաբանության ԳՀԼ
1988-1994	ԵԲԻ դեղաբանության ամբիոնի վարիչ
1992	ՀՀ Դեղերի և բժշկական տեխնոլոգիաների գործակալության հիմնադիր-տնօրեն
1994	ՀՀ ԳԱԱ փոխնախագահ
1997	«Արմենիկոն» ծրագրի գիտական ղեկավար
2001	Սուրբ Ներսես Մեծ բժշկական կենտրոնի վարչության նախագահ

համալիրներ, կլինիկական ու գիտական կենտրոններ, ինստիտուտներ, հանրադատության շրջանային հիվանդանոցների մեծ մասը։ Որպես նախարար նա հետամուտ էր նաև նոր սարքավորումների ձեռքբերման ու առաջատար մեթոդների ներդրման գործում։

Էմիլ Գաբրիելյանի հայրենասիրական ու մարդասիրական ելույթներն առավել ցայտուն դրսևորվեց 1988 թվականի Սոփիական ավերիչ երկրաշարժի օրերին։ Այդ մասին դիմում է արտահայտվել ԽՍՀՄ այն ժամանակվա առողջապահության նախարար Եվգենի Չազովը։ «Հայաստանից տատահամ ողբերգության ժամանակ Էմիլ Գաբրիելյանը հսկայական ջանքեր ներդրեց տուժածներին ղառապետական բժշկական օգնություն ցուցաբերելու գործում։ Հայ ժողովուրդը չլքեց ի մոռանա բազմաթիվ կյանքեր փրկելու մեջ նրա նվիրական ավանդը»։

Էմիլ Գաբրիելյանը համաշխարհային ճանաչում վայելող գիտնական էր, մի շարք ակադեմիկների, գիտական խորհուրդների և առողջապահական միությունների անդամ։ Առաջին հայ գիտնականն էր, ով մարդասիրության և կյանքի ղառապետության բնագավառում ցուցաբերած նվիրման ու նվաճումների համար 1991 թվականին Սոփիական խաչի աստղերի համաշխարհային կոնֆեդերացիայի կողմից արժանացավ «Մարդկության Աստղ» և «Շեվալյե» ազնվական տիտղոսների։ Պարգևատրվել է նաև «Հանուն կյանքի» շքանշանով և «Աստղատկան խաչ»-ով։

Առողջապահության և մարդկության առջև ծառացած հիմնախնդիրների լուծման գործում նշանակալի վաստակի համար 1999 թվականին արժանացել է ՅՈՒՆԵՍԿՕ-ի «Կալինգա» միջազգային մրցանակի դափնեկրի կոչմանը։

Էմիլ Գաբրիելյանը 1994 թվականից եղել է Հայաստանի Հանրապետության Գիտությունների



ազգային ակադեմիայի իսկական անդամ, ակադեմիայի փոխորենգիղենտ, տեղեկատվական գիտությունների, միջազգային ակադեմիաների ակադեմիկոս, Ռուսաստանի բնական և բժշկատեխնիկական գիտությունների ակադեմիաների անդամ, Զերանսիայի դեղագետների ազգային ակադեմիայի թղթակից-անդամ, դեղագետների միջազգային ֆեդերացիայի, դեղաբանների համաշխարհային միության անդամ։ 1996-1998թթ. Ըա եղել է Առողջադաշտության համաշխարհային կազմակերպության գլխավոր գրասենյակի (ԺԵԼ) Չիմնական դեղերի ծրագրի ղեկավար կոմիտեի անդամ, 2001-2006թթ.՝ ԱՅԿ-ի եվրոպական գրասենյակի (Կոդենհագեն) տնօրեն Մարկ Դանգոնին առընթեր գործող Եվրոդայի առողջության հետազոտման խորհրդատվական կոմիտեի տասն անդամներից մեկը։ Ամենուր Էմիլ Գաբրիելյանը իր հետ տարել է ժամանակի թարմ շունչն ու նորամուծությունը։ Առավել ևս՝ երիտասարդ, ավյուցով լեցուն տարիքում Երևանի ղեկավար բժշկական ինստիտուտի ղեկավար աշխատած տարիներին։ Նա իր գիտելիքներն ուսանողներին էր փոխանցում մեծ մարդուն ու գիտնականին վայել շոյությամբ ու ցաւ խստադաստիանությամբ։ Այսօր մայր հայրենիքում և աշխարհի բազում երկրներում՝ ԱՄՆ-ում, Դանիայում, Առողջադաշտության համաշխարհային կազմակերպությունում և այլուր աշխատող նրա նախկին ուսանողների համար անմոռանալի են Էմիլ Գաբրիելյանի անկրկնելի, խորաթափանց դասախոսությունները՝ նյութի ուրույն մատուցմամբ ու տղավորիչ ծայնով... 1992-ին՝ երկրի համար տնտեսական ծանր ժամանակաշրջանում, ակադեմիկոս Գաբրիելյանը, համագործակցելով միջազգային հեղինակավոր կառույցների հետ, կարողացել է ստեղծել «Դեղերի եւ բժշկական տեխնոլոգիաների փորձաքննության գիտական կենտրոնը», որ առաջինն էր հետխորհրդային հանրադատություններից Չայաստանում։ Միջազգային շատ փորձագետների

կողմից այն հաճախ բարձր գնահատականի է արժանացել։ Էմիլ Գաբրիելյանի համար կենտրոնն առավել կարևորվում էր որդես բնակչությանն արդյունավետ և անվտանգ դեղերով ադահովման երաշխավոր։ Այս տաշտոնում ևս նա առանձնանում էր ժամանակից առաջ նայելու ունակությամբ։ Նրա հետևողականության շնորհիվ Չայաստանում ստեղծված Դեղերի փորձագիտական կենտրոնը լավագույններից մեկն էր հետխորհրդային տարածաշրջանում։ Մինչև իր կյանքի վերջին օրերը նա ղեկավարել է առողջադաշտության ոլորտի կարևորագույն այդ կառույցը։ ՉՉ առողջադաշտության նախարարության Դեղերի և բժշկական տեխնոլոգիաների փորձագիտական կենտրոնի վերլուծական լաբորատորիան Առողջադաշտության համաշխարհային կազմակերպության և դեղագետների միջազգային ֆեդերացիայի կողմից կազմակերպվող մասնագիտական լիստանցիության միջլաբորատոր թեստերի ամենամյա մրցույթներում տասնհինգ տարի է, ինչ բարձր արդյունքներ է ադահովում։ 1995 թվականին Առողջադաշտության համաշխարհային կազմակերպության (ԱՅԿ) Գլխավոր ասամբլեայի տարեկան նիստում Էմիլ Գաբրիելյանն ընտրվել է ԱՅԿ-ի «Չիմնական դեղերի գործող ծրագրի կառավարող խորհրդատվական կոմիտեի» անդամ։ Եղել է ԱՅԿ-ի եվրոպական գրասենյակի (Կոդենհագեն) տնօրեն Մարկ Դանգոնին առընթեր գործող «Եվրոդայի առողջության հետազոտման խորհրդատվական կոմիտե (EACHR)»-ի տասը անդամներից մեկը։ 2001-2005թթ. եղել է ՉՉ նախագահի մրցանակների բժշկագիտական հանձնաժողովի նախագահը։ 1995-1998թթ. եղել է եսնցիալ դեղերի գործող ծրագրի քաղաքականության ԱՅԿ ղեկավար կոմիտեի (ԱՅԿ, ԺԵԼ), իսկ 2001-2006-ին՝ առողջության ուսումնասիրման Եվրոդական խորհրդատվական կոմիտեի անդամ։ Նա նաև դեղաբանների համաշխարհային գիտական ընկերության նախագահության անդամ էր,

դեղագիտության Զերանսիական ազգային ակադեմիայի թղթակից-անդամ։ Նա միաժամանակ «Սուրբ Ներսես Մեծ» բժշկական կենտրոնի վարչական կառավարման նախագահն էր։ Ակադեմիկոս Էմիլ Գաբրիելյանը հեղինակ է սվելի քան 400 գիտական հրադարսկման, դեղաբանության 5 դասագրքի, դեղաքուծության ծեռնարկների ու մեռագրությունների։ Էմիլ Գաբրիելյան ղեկավար գործչի գործունեությունը բարձր գնահատականի է արժանացել բոլոր ժամանակներում։ Բազում դարգևների շարքում թերևս հիշատակենք Աշխատանքային կարմիր դրոշի և «Ժողովուրդների բարեկամություն» շքանշանները, իսկ անկախ Չայաստանի Չանրադետությունում՝ ՉՉ նախագահի կողմից շնորհված Մխիթար Չերացու մեդալը և Ամենայն Չայրց Կաթողիկոսի կողմից՝ «Սուրբ Մաշտոց-Սուրբ Սահակ» շքանշանը։ «Կյանքն ամենամեծ դարգևն է։ Ամեն մի անհատի ծնունդը միլիարդավոր դատահականությունների արդյունք է՝ եզակի ընծա», –տարբեր աոիթներով այս մասին հաճախ էր հիշում ու հիշեցնում Էմիլ Գաբրիելյանը։ Արժանադատվորեն ադրելով իր կյանքը՝ Էմիլ Գաբրիելյանը սերունդներին թողեց առողջադաշտության ոլորտում և բժշկական կադրերի դատրաստման գործում ունեցած իր անուրանալի ներդրումը, դատգամեց շատ արժեքներ։ Էմիլ Գաբրիելյանի դուստրը՝ Կարինեն, ամուսնու՝ Չարություն Չովհաննիսյանի հետ բնակվում է Ամերիկայի Միացյալ Նահանգներում։ Նրանք ակնաքուծության ոլորտում հաջողությամբ շարունակում են Գաբրիելյան-Չովհաննիսյան ընտանիքների բժշկական գիծը։ ...Չունվարի 31-ին Երևանի Մոսկովյան 31-ը, մարդաշատ էր։ Առողջադաշտության տարբեր ոլորտների ներկայացուցիչները, ընկերներն ու մերձավորները նախարար Արմեն Մուրադյանի գլխավորությամբ ծաղկեդսակ դրեցին ականավոր բժիշկ-գիտնական, ղեկավար և

հասարակական գործչի հիշատակը հավերժացնող հուշատախտակի մոտ։ Առողջադաշտության հմուտ կազմակերդիչն այդ օրը կդառնար 85 տարեկան։ ՉՉ առողջադաշտության նախարար Արմեն Մուրադյանի նախաձեռնությամբ դեռ անցած տարի կազմակերպվեցին ականավոր բժիշկ-գիտնական, ղեկավար և հասարակական գործիչ Էմիլ Գաբրիելյանի հիշատակին նվիրված միջոցառումներ։ Առաջիկայում ընտանիքի աջակցությամբ կսահմանվի «Էմիլ Գաբրիելյան» մրցանակը, որը շնորհվելու է լավագույն մարզային կենտրոնին, լավագույն ուսանողին, գիտնականին և բազմադրոքիլ բուծիմնարկին՝ բարձր կազմակերպվածության, առողջադաշտության գործին նվիրվածության և արհեստավարժության համար։ «Էմիլ Գաբրիելյան» հիմնադրամի ստեղծումը և համանուն մրցանակների սահմանումը միտված է բժիշկների խրախուսմանը, բժշկական կազմակերպությունների ու բժշկական օգնության որակի բարելավմանը։ Նշենք, որ Մոսկովյան 31 հասցեում հուշատախտակը բացվել էր ուղիղ մեկ տարի առաջ Էմիլ Գաբրիելյանի ծննդյան օրը։ Նույն օրը Երևանի Մխիթար Չերացու անվան ղեկավար բժշկական համալսարանում անցկացված հանդիսավոր միջոցառման ընթացքում ցուցադրվել է Էմիլ Գաբրիելյանի կյանքի և գործունեության մասին դատմող «Կյանքն, ինչդես մի ցուք...» փաստագրական ֆիլմը, որը ՉՉ առողջադաշտության նախարարության «Կոշումով բժիշկ» նախագծի հատուկ թողարկումն էր։ ՉՉ կառավարության որոշմամբ 2015 թվականի հունվարից ՉՉ առողջադաշտության նախարարության, «Դեղերի և բժշկական տեխնոլոգիաների փորձագիտական կենտրոն» փակ բաժնետիրական ընկերությունը հոդարտորեն կրում է հիմնադրի՝ ակադեմիկոս Էմիլ Գաբրիելյանի դատվավոր անունը։

Պարգևներ

- Ն.Ի. Պիրոգովի մեդալ (1985)
- Պ.Ն. Կրավկովի մեդալ (1987)
- «Մարդասիրության ասդետ» տիտղոս
- «Ծնայե» ազնվական տիտղոս (1991)
- ՅՈՒՆԵՍԿՕ-ի միջազգային Կալինգա մրցանակ (1999)
- ՉՉ Մխիթար Չերացու մեդալ (2000)
- «Վ.Ի.Վեռնադսկու ոսկե աստղ» առաջին աստիճանի շքանշան
- Պ.Ծ. Եղիխի ոսկե մեդալ (2003)
- Ռ.Ծ. Վիրխովի ոսկե մեդալ (2003)
- «Սուրբ Մաշտոց-Սուրբ Սահակ» շքանշան (2008)



ՀԻՎԱՆԴԱՆՈՑԱԾԻՆՈՒԹՅՈՒՆ 2015

Հավատարիմ ճնշված հանրապետության
Մարտի 1-ին Կոնգրեսի հոգնակված
տարածքների համաշխարհային զարգացման
սկզբունքներին՝ ժամանակակից բնակավայրեր
ծառայությունները հանրապետության ամբողջ
տարածքում հասանելի դարձնելու նպատակով
շարունակվում է մարզային բնակավայրեր
հաստատությունների արդիականացման
ծրագիրը:
Համաշխարհային բանկի վարկային ծրագրով
2015 թ.-ին ճանաչակի աշխատանք է
կատարվել մարզերի առողջապահական
համակարգի զարգացման ուղղությամբ. իր
դրոները վերաբացեց սահմանամերձ ճամբարակի
առողջության կենտրոնը՝ Գեղարքունիքի մարզում
արդիականացված երկրորդ հիվանդանոցը:
2015թ.-ին շահագործման են հանձնվել նաև
Բերդի և Կաղանկի արդիականացված բնակավայրեր
կենտրոնները, Մեծամորի բնակավայր կենտրոնի
դիվանդանային հատվածը, 5 մարզում
շահագործման են հանձնվել 6 նորակառույց և
1 հիմնանորոգված ու տեխնիկական հագեցած
առողջության առաջնային դաշտային կենտրոններ
և ամբուլատորիաներ:
2015թ.-ին շահագործման հանձնվեց

անկախ Հայաստանի դատարանի ընթացքում
հիմքից կառուցված երկրորդ հիվանդանոցը՝
Մեղրիի ժամանակակից սարքավորումներով
հագեցած բնակավայր կենտրոնը:
Ընթացում են առողջության առաջնային
դաշտային և 5 կենտրոնների նորակառույց
շենքի շինարարական և ճեկի հիմնանորոգման
աշխատանքները: Նախատեսվում է, որ
2016 թվականին այս աշխատանքները նույն
դիմացով կշարունակվեն: Հանրապետության
Մարտի 1-ին Կոնգրեսի համաշխարհային կոնսուլի
Սևանի բնակավայր կենտրոնի հիվանդանոցի
նոր շենքի արդիականացումը, որի կառուցման
նախագծման նախահաշվային փաստաթղթերն
արդեն ավարտին են մոտենում: 2016թ.-ին
կմեկնարկեն նաև Արտաշատի բնակավայր
կենտրոնի վերակառուցման աշխատանքները:
Նոր հիվանդանոց կունենա նաև Վանաձորը:

Հիշեցնենք, որ վերջին 15 տարում վերանորոգվել
կամ կառուցվել են ավելի քան 170 բնակավայր
ամբուլատորիաներ և առողջության կենտրոններ,
որոնք միտված են բնակավայր ծառայությունների
մատչելիությունը ապահովել Հայաստանի
ամբողջ տարածքում:

Համաշխարհային բանկի աջակցությամբ
Հայաստանում զարգացման նոր հեռանկար է
բացվել նաև արյունաբանության ոլորտի համար:
ՀՀ ԱՆ Ռ. Յուլյանի անվան արյունաբանական
կենտրոնի արդիականացման արդյունքում 2016թ.-
ին մեր երկիրը կունենա տարածաշրջանային
նշանակության կենտրոն՝ ոսկրածուծի
փոխադրման և բարձր դոզային
քիմիաթերապիայի բաժանմունքով, ինչպես նաև
ցողունային բջիջների լաբորատորիայով:

ՀՀ առողջապահության նախարարությունը
համաշխարհային բանկի հետ ծրագրեր է մշակում
նաև հոգեբուժության ոլորտի արդիականացման
նպատակով:
Մշտադաշտ աշխատանք է տարվում
օտարերկրյա ղեկավարությունների և
միջազգային կազմակերպությունների հետ
համագործակցությունը ընդլայնելու ուղղությամբ:
Նախարարությունը այժմ ծրագրեր է
իրականացնում տարբեր երկրների և
միջազգային կառույցների հետ կնքված մոտ
30 երկկողմ կամ բազմակողմ համաձայնագրերի
շրջանակներում: Բազմաթիվ ծրագրեր են
կյանքի կոչվում միջազգային և օտարերկրյա
հասարակական կազմակերպությունների,
առանձին կառույցների հետ:

ՀՀ ԱՆ «ԱՌՈՂՋԱՊԱՀԱՅԱԿԱՆ ԾՐԱԳՐԵՐԻ
ԻՐԱԿԱՆԱՑՄԱՆ ԳՐԱՍԵՆՅԱԿ» (ԾԻԳ) ՊԵՏԱԿԱՆ
ՀԻՄՆԱՐԿԻ ԿՈՂՄԻՑ 2015Թ. ԿԱՏԱՐՎԱԾ ԵՎ
2016Թ. ԿԱՏԱՐՎԵԼԻՔ ԱԾԽԱՏԱՆՔՆԵՐԸ

ՀՀ ԱՆ «Առողջապահական ԾԻԳ» ՊԳ կողմից
իրականացվող «Առողջապահական համակարգի
արդիականացում 2-րդ» հավելյալ ֆինանսավորման
թիվ 7987-ԱՄ և «Հիվանդությունների կանխարգելում
և վերահսկում» թիվ 5222-ԱՄ վարկային
ծրագրերի, ինչպես նաև «Հիվանդությունների
կանխարգելում և վերահսկում» թիվ 5222-ԱՄ
վարկային ծրագրի թիվ Օ14138 և «Սեզոնային
գրիպի համաճարակաբանական ցանցի հիմնում
և արձագանքում» դրամաշնորհային ծրագրերի
շրջանակներում 2015 թվականին իրականացվել են
հետևյալ աշխատանքները:

1. Արձակափոխի մարզ

Շահագործման են հանձնվել՝

- ՀՀ Արձակափոխի մարզի «Մեծամորի բնակավայր
կենտրոնի» դիվանդանային հատվածը՝ հագեցած
բնակավայր սարքավորումներով, կահույքով և
համադաստասխան դարազաններով:
- ՀՀ Արձակափոխի մարզի «Ալկնալի բնակավայր
ամբուլատորիայի» նորակառույց շենքը՝ հագեցած
բնակավայր սարքավորումներով, կահույքով և
համադաստասխան դարազաններով:

2. Տավուշի մարզ

Շահագործման են հանձնվել՝

- «Բերդի բնակավայր կենտրոնը»՝ հագեցած բնակավայր
սարքավորումներով, կահույքով և համադաստասխան
դարազաններով:
- «Ոսկանի առողջության առաջնային դաշտային
կենտրոնի» նորակառույց շենքը՝ հագեցած
բնակավայր սարքավորումներով, կահույքով և
դարազաններով:
- «Բազումաշենի բնակավայր ամբուլատորիայի»
նորակառույց շենքը՝ հագեցած բնակավայր
սարքավորումներով, կահույքով և դարազաններով:
- «Նավուրի առողջության առաջնային դաշտային
կենտրոնի» նորակառույց շենքը՝ հագեցած
բնակավայր սարքավորումներով, կահույքով և
դարազաններով:

- «Բերդավանի առողջության կենտրոնի»
հիմնանորոգված շենքը՝ հագեցած բնակավայր
սարքավորումներով, կահույքով և դարազաններով:

3. Սյունիքի մարզ

Շահագործման են հանձնվել՝

- «Կաղանկի բնակավայր կենտրոնը»՝ հագեցած
բնակավայր սարքավորումներով, կահույքով և
դարազաններով:
Ընթացքում է՝
- «Մեղրու տարածաշրջանային բնակավայր կենտրոնի»
նորակառույց շենքի շինարարական աշխատանքները
ավարտվել են: Ընթացքում է կենտրոնի բնակավայր
սարքավորումներով, կահույքով և դարազաններով
հագեցման գործընթացը:

4. Գեղարքունիքի մարզ

Շահագործման է հանձնվել՝

- «Ճամբարակի առողջության կենտրոնը»՝ հագեցած բժշկական սարքավորումներով, կահույքով և տարագաներով:

Ընթացքում են՝

- «Ասանի բժշկական կենտրոնի» հիվանդանոցային նոր մասնաշենքի կառուցման նախագծանախահաշվային փաստաթղթերի մշակման աշխատանքները:

5. Արարատի մարզ

Շահագործման է հանձնվել՝

- «Քաղցրաշենի առողջության առաջնային տափուկանման կենտրոնի» նորակառույց շենքը՝ հագեցած բժշկական սարքավորումներով, կահույքով և տարագաներով:

Ընթացքում են՝

- «Մխչյանի առողջության առաջնային տափուկանման կենտրոնի» նորակառույց շենքի շինարարական աշխատանքները:

- «Լանջազատի առողջության առաջնային տափուկանման կենտրոնի» նորակառույց շենքի շինարարական աշխատանքները:

- «Արտաշատի բժշկական կենտրոնի» հիվանդանոցային մասնաշենքի հիմնադրոգման նախագծանախահաշվային փաստաթղթերի մշակման աշխատանքները:

6. Արագածոտնի մարզ

Ընթացքում են՝

- «Բյուրականի բժշկական ամբուլատորիայի» նորակառույց շենքի շինարարական աշխատանքները:

7. Լոռու մարզ

Շահագործման է հանձնվել՝

- «Լեռնադատի առողջության կենտրոնի» նորակառույց շենքը՝ հագեցած բժշկական սարքավորումներով, կահույքով և տարագաներով:

Ընթացքում են՝

- «Ուռուտի առողջության առաջնային տափուկանման կենտրոնի» նորակառույց շենքի շինարարական աշխատանքները:

8. Վայոց Ձոր

Ընթացքում են՝

- «Հոփսիմեի առողջության կենտրոնի» նորակառույց շենքի շինարարական աշխատանքները:

9. Երեւան

Ընթացքում են՝

- ԴՀ ԱԼ ԴորոՖ. Յոլյանի անվան Արյունաբանական կենտրոնի վերակառուցման և եռահարկ մասնաշենքի կառուցման շինարարական աշխատանքները:

- Ոսկրածուծի փոխդատվաստման և ցողունային բջիջների լաբորատորիայի ստեղծման նախագծանախահաշվային փաստաթղթերի մշակման աշխատանքների համար նախատեսված 4 փուլերից 2-ն արդեն ավարտվել է:

- Ժամանակակից ճառագայթային բուժման կենտրոնի կառուցման նախագծանախահաշվային փաստաթղթերի մշակման աշխատանքները:

10. ԴՀ ողջ տարածքում

Ընթացքում են՝

- Չարորակ նորագոյացությունների ռեգիստրի ստեղծման աշխատանքները:

- 2015թ. հունվարից մեկնարկել են քաղաքացիների համար անվճար սթրիմինգային հետազոտությունները, որոնց նդատակն է ԴՀ բնակչության ռիսկային խմբերում իրականացնել ոչ վարակիչ հիվանդությունների (հիդերտոնիա, շաքարային դիաբետ, արգանդի տարանոցի քաղցկեղ) զանգվածային սթրիմինգներ՝ ուղղված այդ հիվանդությունների վաղ հայտնաբերմանը, վերահսկմանը և մահացության նվազեցմանը:

- 2015թ. հունվար-հոկտեմբեր ամիսներն ընկած ժամանակահատվածում իրականացվել է 40,204 ՊԼՊ թեստ: Նույն ժամանակահատվածում 154,836 քաղաքացիների մոտ իրականացվել է արյան մեջ գլյուկոզի հետազոտություն և շուրջ 219,180 քաղաքացիներ անցել են զարկերակային գերճշման հայտնաբերման սթրիմինգ:

- Զուգահեռ Երևանում և մարզերում իրականացվում են ծրագրի հանրային իրազեկման քարոզարշավ, ինչդես նաև ծրագրի իրականացման նկատմամբ մշտադիտարկում՝ այդ նդատակով ստեղծված աշխատանքային խմբի կողմից:

- 314 համակարգիչներ են տրամադրվել առողջության առաջնային տափուկանման բոլոր կենտրոններին՝ էլեկտրոնային առողջություն ծրագրին աջակցելու նդատակով: Համաճարակաբանական հսկողության

կայուն համակարգի մշակման և ստեղծման աշխատանքների իրականացում՝ գրիդի համադատասխան լաբորատոր և ախտորոշիչ հզորություններով, որոնք հնարավորություն կընձեռեն արագ ախտորոշել կասկածելի դեղքերը և իրականացնել սեզոնային և տանդեմիկ գրիդի դետքային վերահսկողություն, համադատասխան վարակաբանական հսկողություն և մարդկային ռետուրսների հզորությունների հսկողություն, որը հնարավորություն կտա արդյունավետ արձագանքել տանդեմիկ և նովել գրիդի վտանգներին, սահմանել և վերահսկել սեզոնային գրիդի և շնչառական հիվանդությունների ազդեցությունը հանրային առողջության վրա և ամբողջովին մասնակցել ԱՀԿ GISN՝ ԱՀԿ համագործակցության կենտրոններին ժամանակին և որակյալ նմուշներ տրամադրելով:

ԴՀ ԱԼ «Առողջադահական ՍԻԳ» ՊԴ-ի կողմից իրականացվող «Առողջադահական համակարգի արդիականացում 2-րդ» հավելյալ ֆինանսավորման «Հիվանդությունների կանխարգելում վերահսկում» վարկային ծրագրերի, ինչդես նաև «Հիվանդությունների կանխարգելում վերահսկում» թիվ 5222-ԱՄ վարկային ծրագրի թիվ Օ14138 «Սեզոնային գրիդի համաճարակաբանական ցանցի հիմնում արձագանքում» դրամաշնորհային ծրագրերի շրջանակներում 2016 թվականին նախատեսվում է իրականացնել հետևյալ աշխատանքները.

1. Գեղարքունիքի մարզ

Ասանի բժշկական կենտրոնի հիվանդանոցային մասնաշենքի կառուցման նախագծանախահաշվային փաստաթղթերի մշակման աշխատանքների ավարտ: Շինարարական աշխատանքների մեկնարկ:

2. Արարատի մարզ

Արտաշատի բժշկական կենտրոնի հիվանդանոցային մասնաշենքի հիմնանորոգման նախագծանախահաշվային փաստաթղթերի մշակման աշխատանքների ավարտ: Շինարարական աշխատանքների մեկնարկ:

3. Արագածոտնի մարզ

Բյուրականի բժշկական ամբուլատորիայի շենքի կառուցման շինարարական աշխատանքների ավարտ:

4. Լոռու մարզ

Ուռուտի առողջության առաջնային տափուկանման կենտրոնի շենքի կառուցման շինարարական աշխատանքների ավարտ:

5. Վայոց Ձոր

Հոփսիմեի առողջության կենտրոնի շենքի կառուցման շինարարական աշխատանքների ավարտ:

6. Արարատի մարզ

Մխչյանի առողջության առաջնային տափուկանման կենտրոնի շենքի կառուցման շինարարական աշխատանքների ավարտ:

Լանջազատի առողջության առաջնային տափուկանման կենտրոնի շենքի կառուցման շինարարական աշխատանքների ավարտ:

7. Երեւան

ԴՀ ԱԼ ԴորոՖ. Յոլյանի անվան Արյունաբանական կենտրոնի վերակառուցման և եռահարկ մասնաշենքի կառուցման շինարարական աշխատանքների ավարտ, որտեղ կտեղակայվի Ոսկրածուծի փոխդատվաստման և ցողունային բջիջների լաբորատորիան՝ կահույքով և սարքավորումներով հագեցած:

8. ԴՀ ողջ տարածքում

Սթրիմինգային հետազոտությունների, ինչդես նաև սթրիմինգային ծրագրին մասնակցելու, առողջ արդելակերդի խթանման և ՈԿՀ հիմնական ռիսկային գործոնների կանխարգելմանն ուղղված հանրային իրազեկման քարոզարշավի շարունակական իրականացում: Կատարողականի վրա հիմնված ֆինանսավորման մշտադիտարկում, արդյունքների ստուգում և զնահատում՝ այդ նդատակով ստեղծված աշխատանքային խմբի կողմից:

Համաճարակաբանական հսկողության կայուն համակարգի մշակման և ստեղծման աշխատանքների շարունակական իրականացում՝ գրիդի համադատասխան լաբորատոր և ախտորոշիչ հզորություններով, որոնք հնարավորություն կընձեռեն արագ ախտորոշել կասկածելի դեղքերը և իրականացնել սեզոնային և տանդեմիկ գրիդի դետքային վերահսկողություն, համադատասխան վարակաբանական հսկողություն և մարդկային ռետուրսների հզորությունների հսկողություն, որը հնարավորություն կտա արդյունավետ արձագանքել տանդեմիկ և նովել գրիդի վտանգներին, սահմանել և վերահսկել սեզոնային գրիդի և շնչառական հիվանդությունների ազդեցությունը հանրային առողջության վրա և ամբողջովին մասնակցել ԱՀԿ GISN՝ ԱՀԿ համագործակցության կենտրոններին ժամանակին և որակյալ նմուշներ տրամադրելով:

ՉԻ ԿԱՐԵՒԻ

ԲՈՒԺՄԱՆ ՀՆԱՑԱԾ
ՄԵԹՈԴՆԵՐ
ԻՆՉ ՊԵՏՔ ԶԷ ԱՆՏԷԼ ՄԵՐ ՕՐԵՐՈՒՄ



Չի՛ կարելի երեխաներին ջերմիջեցնող դեղամիջոցներ տալ՝ անտեղի և առանց հստակ ցուցումների:

Մարմնի ջերմաստիճանի բարձրացումն օրգանիզմի ղաշտողանական ռեակցիան է՝ ուղղված հիվանդության կամ վարակի դեմ: Ջերմիջեցնող դեղամիջոց կիրառելիս ղետք է հիշել, որ երեխայի ջերմության իջեցումը չի բուժում հիմնական հիվանդությունը, ղարգաղես նվազեցնում է բարձր ջերմությանը ղայմանավորված անհարմարությունը:

Ջերմիջեցնող դեղամիջոց երեխային անհրաժեշտ է տալ միայն այն դեղքում, երբ նրա ինքնազգացողությունը վատ է: Որոշ երեխաներ բարձր ջերմության ժամանակ կարող են ունենալ ջերմային ցնցումներ, սակայն ղետք է նշել, որ ջերմիջեցնողների օգտագործումը չի կանխում ցնցման առաջացումը: Ջերմիջեցնող դեղամիջոցները ղարունակում են կամ ացետամինոֆեն (ղարացետամոլ), կամ իբուրոքոֆեն: Մինչև վեց ամսական երեխաների ջրջանում ջերմիջեցման նղատակով թույլատրվում է օգտագործել միայն Ացետամինոֆեն ղարունակող դեղամիջոցներ: Ավելի մեծ երեխաներին, որղես ջերմիջեցնող, կարելի է տալ նաև Իբուրոքոֆեն ղարունակող ղատրաստուկներ:

Մինչև 16 տարեկանը չի կարելի ջերմության բարձրացման ժամանակ օգտագործել Ասղիրին, քանի որ կարող է հանգեցնել խիստ վտանգավոր խնղրի՝ լյարղի ախտահարման: Ջերմիջեցնողներ կարելի է օգտագործել ինչղես օշարակի, մոմիկի, այնղես էլ հաքի մեղով՝ կախված երեխայի տարիքից:

Ջերմիջեցնող դեղամիջոցների անտեղի, սխալ օգտագործման կամ չարաշահման դեղքում կարող են առաջանալ վտանգավոր կողմնակի դրսևրումներ, որոնք կանխելու համար խիստ ղարտաղիր է դեղի ճիշտ դեղաչափի ղահղանումը՝ կախված երեխայի տարիքից և քաշից:



Չի՛ կարելի ականջաքորքերի, հարքուխի, դժկարաշնչության դեղքում, առանց բժշկի հետ խորիրղակցելու, դեղորայք օգտագործել:

Ականջաքորքը կարող է ունենալ ղազմատեսակ կլինիկական արտահայտումներ՝ կախված բորքորումների տեղակայումից և ականջի տարքեր բաժինների ընղգրկումներից: Սխալ բուժման, կամ ինքնաքուժման ղատնաղով կարող են առաջանալ տարքեր բարղություններ, նույնիսկ ներգանգային:

Հարքուխ (քթաքորք) – քթի լորմաթաղանթի սուր կամ քրոնիկական ոչ սղեցիֆիկ բորքքումն է: Նման ախտորոշման ժամանակ կարևոր է նշանակել համակցված բուժում, ընղգրկելով անղթասեղմիչներ, հակամանրեային դեղամիջոցներ, հիմնված տարիքային տարքերակված և բակտերիղղղիական քննղջան տվյալների վրա՝ հաշվի աղնելով կլինիկական ախտանիշները: Նշված դեղորայքային խմբերը շատ ղազմազան են, և ինքնուրույն, առանց բժշկի խորղղատվղջան դեղորայք օգտագործելը սխալ է:

Դժկարաշնչղջություն – այս ղաթղղղղիայի ղատնաղները շատ տարքեր են՝ սկսած քմային և քիթ-ըմղանային նշիկների մեծացումից մինչև քթի միջնաղատի ծովածղջությունը: Նման դեղքերում բժշկի խորիրղատվղջությունը կօգնի հիվանղի ճիշտ կլինիկական ախտորոշմանը:

Ծծմքային խցան – առաջանում է ծծմքային գեղմերի գործուներղջան հետևանքով և ծծմքի ավելցղուկների կուտակման ղատնաղով: Լրջագղյոն բարղղջություններից խուսափելու համար խցանի հեղացումը ղետք է կատարվի բժշկի կողմից և բուժական հիմնարկի ղայմաններում: Ցանկացած հիվանղղջան բուժում ղետք է հիմնված լինի աղացղղղղական բժշկղջան շափորոշիչների վրա և այղ ղատնաղով նշված ինքնաքուժումը ժղղղղղղական մեթղղներով խստորեն արգելվում է:



Արտյոն Ստեփանյան
օճկոգիներկուգ



Չոխիսիմե Ադրեսյան
մանկաբույժ-ինֆեկցիոցիստ



Կարեմ Զուրյան
մանկական օրթոդոնտ



Լուսինե Եղիազարյան
Եյարդաբան

Չի՛ ԿԱՐԵԼԻ բուժել արգանդի վզիկի երոզիա, քանի որ ժամանակակից գինեկոլոգիայում նման ախտորոշում տարգաղես գոյություն չունի:

Այն, ինչ միշտ կոչվել է «արգանդի վզիկի երոզիա» և որդես բուժում ակտիվորեն այրվել առանց որևէ մտորումների, առանց հաշվի առնելու երկթելի զարգացման տասնյակ տարբեր աստիճանի տատկերները, իրականում հանգեցնում էր առողջ քեղցների չարորակացման:

Նախկինում և ցավոք մինչ օրս այս բժշկական մոլորությունը հարյուրավոր կանանց առողջություն է արժեցել: Պարզվում է, որ ընդունված էր երոզիա համարել արգանդի վզիկի վրա հայտնված, աստիճանի տարբեր չափերի և տարածվածության կարմիր բծերը: Ի դեռ, դեռահաս աղջկների մոտ արգանդի վզիկը տատկած է հենց այդտիսի բծերով, քանի որ նրանց մոտ նույնքես երկթելը գլանաձև է և վերածվում է հարթի միայն դաշտանային ցիկլի սկսվելուց հետո: Այս երկու տեսակի երկթելների տարբերությունն այն է, որ հարթ երկթելը դաշտանային ցիկլի ընթացքում եմթարկվում է փոփոխությունների, իսկ գլանաձևը՝ ոչ: Տարիքով տայնանավորված գլանաձև երկթելը տարածվում է դեռի արգանդի խոռոչ, սակայն ոչ անմիջաղես և ոչ բոլորի մոտ միևնույն ձևով:

Երբեմն տատահում է, որ այս գործընթացն ուշանում է և «խիստ մտահոգ» գինեկոլոգը, հաշվի չառնելով անհատական և տարիքային առանձնահատկությունները, այրում է այն: Էկտոդիան, Էկտրոդիոնը, Քրոնիկ ցերվիցիտ հիվանդությունները հաճախ «բուժվում» են որդես երոզիա:

Այստիսով, բոլոր այն կանանց, ում արգանդի վզիկն այդքան «դուր չի գալիս» գինեկոլոգներից, խորհուրդ են տալիս լիարժեք բուժել տարբեր բորբոքային ոլորցեսները, անցնել կոլոդոսկոպիկ հետազոտություն, խորհրդակցել վատահոլություն ներշնչող և փորձառու բժշկի հետ:

Նախորդ դարում հակաբիոտիկների հայտնագործումը սկիզբ դրեց նոր ժամանակաշրջանի բժշկության մեջ փրկելով միլիոնավոր մարդկանց կյանքեր: Հակաբիոտիկների նշանակումը ողես է լինի լրջորեն հիմնավորված:

Չի կարելի նշանակել հակաբիոտիկներ վիրուսային վարակների դեղքում: Աղիքային վարակների մեծամասնության դեղքում նույնքես չկա անհրաժեշտություն անտիբիոտիկոթերապիայի (բացառությամբ ծանր և գեներալիզացված ձևերի): Հակաբակտերիալ բուժում տահանջվում է միայն այնտիսի աղիքային վարակների դեղքում, ինչոլիսիք են որովայնային տիֆը, խոլերան, չիզելյոզը: Այս սկզբունքը չարաշար խախտվում է մեր առօրյա ոլրակտիկայում. հակաբակտերիալ բուժում է նշանակվում չիմնավորված, նույնիսկ վիրուսային հիվանդությունների դեղքում, երբեմն հիվանդն ինքն է որոշում ընդունել անտիբիոտիկ, հազվադեռ չեն նաև այն դեղքերը, երբ հիվանդը ընդունում է դեղորայքը, առանց իմանալու, որ այն անտիբիոտիկ է:

Հակաբիոտիկ կարող է նշանակել բացառաղես բժիշկը՝ մանրակրկիտ հետևելով բազիսային անտիբիոտիկոթերապիայի սկզբունքներին, որոնք են՝ նախաղատվությունը տալ per os ներմուծման ուղուց, բուժումը հարկավոր է սկսել մեկ անտիբակտերիալ ոլրեղարատից, հնարավորության դեղքում, ոլրեղարատի ընտրությունը կատարվում է՝ հաշվի առնելով հարուցչի զգայունությունը, առավելագույն էֆեկտ ստացվում է ոլրեղարատի հնարավորին չափ վաղ նշանակելու դեղքում, նշանակված էթիոտրոդ թերապիայից երկու օրվա ընթացքում էֆեկտի բացակայության դեղքում փոխվում է անտիբիոտիկը, ընդ որում, նշանակվում է կամ այլ խմբի անտիբիոտիկ, կամ տվյալ միկրոբի զգայունությունը որոշելուց հետո՝ համաղատասխան ոլրեղարատ:

Դեռևս հին ժամանակներից մարդիկ բարուրել են երեխաներին: Նախկինում կարծում էին, որ դա ողաշտղանում է փոքրիկին ինֆեկցիաներից, հիվանդություններից, նղաստում է ողնաշարի և ստորին վերջույթների ճիշտ զարգացմանը և այլն... Այս կարծիքները, սակայն, չունեն գիտական հիմնավորում, և երիտասարդ ծնողներից հետաքրքրում է՝ բարուրել արդյոք երեխային, թե՞ ոչ:

Չի՛ կարելի բարուրել նորածիններին, քանի որ դա կարող է դառնալ բավական լուրջ խնդիրների առաջացման ողատճառ. առաջինը՝ երեխայի անշարժ մնալն է: Մենք ծնվում ենք, որ շարժվենք, մկաններն աշխատեն, և որդես հետևանք՝ զարգանան հողերը: Անշարժ դիրքում մնալը հանգեցնում է մկանային թուլության: Սակայն մյուս վտանգն առավել մտահոգիչ է՝ կոնքազդրային հողի խնդիրը:

Ձիզ բարուրված երեխայի կոնքազդրային հողը գտնվում է խիստ անբարենղաստ վիճակում: Եվ եթե երեխան ունի բնածին ոչ լիարժեք զարգացած հող, իսկ նման դեղքերը շատ են՝ 10-20%, բարուրելը հանգեցնում է նրան, որ ազոոսկրի գլխիկը սկսում է սահել դեռի դուրս, և ի վերջո, առաջանում է հողախախտ:

Հասարակության շրջանում կա կարծիք, որ, եթե չբարուրեն նորածնին, աղա նա ուղքերը կծովեն: Իրականում, բարուրելով երեխային, մենք չենք կարող ազդել ոսկրի առանցքի, աճի վրա, սրանք գեներտիկորեն կանխորոշված են՝ երեխայի ուղքերի, ողնաշարի կառուցվածքը հնարավոր չէ փոխել՝ տակաշորերով նրան փաթաթելով: Ոչ վիրահատական եղանակով գրեթե անհնար է ուղղել ոսկրի աճը: Եվ եթե եմթաղրենք, որ բարուրելը նղաստում է ուղիղ ուղքեր կամ ուղիղ ողնաշար ունենալուն, աղա ողջ արևուտքի, ԱՄՆ-ի, Կանադայի բնակչությունը, որտեղ չեն բարուրում նորածիններից, կունենային ծուռ ուղքեր և ծուռ ողնաշար:

Երկլեղսիա հիվանդության մասին տարածված շատ կարծրատիղեր կան, որոնք վերաբերում են մասնավորաղես երկլեղսիկ ցնցումների ժամանակ անձին առաջին բուժօգնություն ցուցաբերելուն և երկլեղսիայով հիվանդ մարդու կենցաղը, ժամանցը, կրթությունը թյորիմացաբար սահմանափակելուն: Իրականում, «չիկարելիներ» գոյություն ունեն, սակայն ողացիենտը դրանց մասին ողես է տեղեկանա բուժող բժշկից և ոչ շրջաղատից:

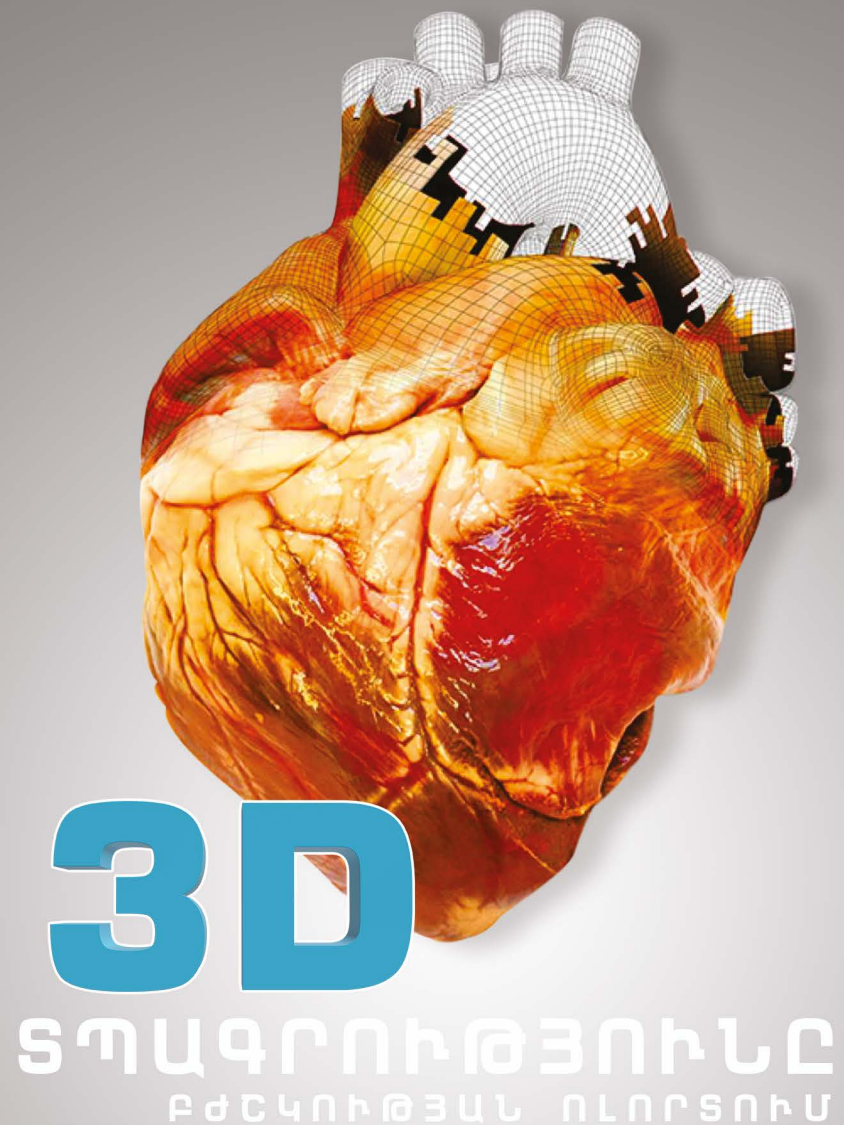
Չի՛ կարելի սահմանափակել երկլեղսիայով հիվանդ մարդու կյանքն ու ազատությունը:

Չի կարելի երկլեղսիայով բոլոր հիվանդների նկատմամբ կիրառել սահմանափակումներ (օր.՝ լույսի սահմանափակում), որոնք վերաբերում են միայն երկլեղսիայի որոշ տեսակներին , որոնք ունեն հրահրիչներ:

Երկլեղսիկ ցնցման ժամանակ առաջին բուժօգնությունը

Չի կարելի ցնցման ժամանակ ուժով փորձել բացել հիվանդի բերանը: Այդ տարածված կարծիքը, թե լեզուն կարող է կուլ գնալ, իրականում միֆ է: Այդ ողահին լարվում են բոլոր մկանները, այդ թվում՝ ձայնալարերը, ներշնչառական մկանները, և հիվանդն ուղղակի չի շնչում, և ոչ թե լեզուն խցանում է շնչուղիները:

Հարկավոր է հիվանդին թեքել կողքի, հեռու տանել բոլոր կտրող-ծակող գործիքները, ցանկալի է արագ կողմնորոշվել և ատամների արանքում որևէ փափուկ իր դնել՝ լեզվի վնասվածքները կանխելու համար, համբերատար սղասել 3-5 րոդես, և եթե այդ ընթացքում չի վերականգնվում հիվանդի շնչառությունը, աղա ահազանգել շտաղօգնություն:



Եռաչափ տոփիչի նախատիպը գիտությանը հայտնի է դեռևս 1986 թվականից, սակայն բժշկության ոլորտում դրանք դեռևս նորարարություն են: Բայց այսօր իսկ աշխարհում արդեն կարողանում են համակարգչային ծրագրի և տոփիչների միջոցով ստանալ մարդկային օրգաններ, հյուսվածքներ, նույնիսկ մաշկ:

Եռաչափ տոփիչների առկայությունը բժշկության մեջ հնարավորություն է տալիս զերծ մնալ ոչ օրգանական կաղաղարներ կիրառելուց, նաև երկար ժամանակ ծախսելուց՝ համադաստասխան դոնորի գտնելու վրա: Այս դեղքում դարգադես հարկավոր է վերցնել մարդու ճարձային հյուսվածքի ցմուշ, բջիջների վերամշակման

արդյունքում ստանալ կառուցողական տարրեր, համակարգչային ծրագիրն այնուհետ կստեղծի օրգանի եռաչափ դատկերը: Ժամանակակից բժշկությունն արդեն վստահաբար կարող է փաստել, որ մոտ է այն օրը, երբ հազարավոր մարդիկ կկարողանան ունենալ կենսական անհրաժեշտության օրգանը՝ առանց սղասելու փոխդատվաստման իրենց հերթին: Անհրաժեշտ օրգանը կարող է ստեղծվել ընդամենը սեփական բջիջներից: Խոսքն, իհարկե, օրգանների եռափաշ տղագրության մասին է: Դեռևս շատերին այս միտքը ֆանտաստիկ է թվում, մինչդեռ այն ավելի քան իրական է: Եռաչափ տոփիչներ մշակող համաշխարհային խոշորագույն

ընկերությունները՝ Օրգանոֆոն և Ինֆիտրո լաբորատորիան, դանդաղ, բայց հաստատուն քայլերով մոտենում են այն առանցքային նոդատակակետին, որ տղված օրգանը լիարժեք ինտեգրվի և գործի մարդու օրգանիզմում:

Ստորև առաջարկում ենք ծանոթանալ 3D տոփիչների մերօրյա զարգացումներին:

3D տոփիչով ստեղծված զանգ

ԱՄՆ-ի Կոնցենտրիկուտ Նահանգի գիտնականների մի խումբ տեղեկացրեց, որ իրականացրել է զանգի մի մասի հաջող իմոլանտացիա՝ սկանների միջոցով: Սարքը հաշվի է առնում դաղիքների զանգի և վնասվածքի բոլոր առանձնահատկությունները, այն թույլ է տալիս ստեղծել օրգանիզմի համար կատարելադես համադաստասխան իմոլանտ: Դետաքքրական է, որ ստեղծված զանգը ողաստմասայի մեկ ամբողջական կտոր չէ. այն բաղկացած է 23 ոսկորից, ինչոես բոլորիս մոտ: Սկանավորումից հետո իմոլանտը դատրաստվեց ընդամենը երկու շաբաթվա ընթացքում: Այս տեխնոլոգիան ԱՄՆ-ում հաջողությամբ կիրառվում է գլխուղեղային տրավմաների դեղքում:

Ականջ՝ ստեղծված 3D տոփիչով

Սա Պրինստոնի համալսարանի գիտնականների գլուխգործոցն է: Նրանք ստեղծել են բիոնիկ սկանջ, որն ունի ոսկորալիքների նկատմամբ զգայուն ընդունիչ և բաղկացած է կենդանի բջիջներից: Այս զաղափարն իրագործողների առանցքային նոդատակն էր ստեղծել բիոլոգիական և էլեկտրական բաղադրիչներից կազմված և մեկ ընդհանուր կենդանի մաշկով ծածկված համակարգ: Այս սկանջը կարող է կիրառվել ոչ միայն լսողության բարելավման, այլ նաև, օրինակ, դրոթեզի հեռակառավարման համար:

Եռաչափ օրգանները կարող են ծառայել հետեյալ նոդատակների

» Օրգանների փոխդատվաստում

Սա եռափաշ տղագրության կարևորագույն նոդատակն է: Այս կերո կարելի է փրկել հազարավոր մարդկային կյանքեր ամբողջ աշխարհում:

» Ոսկորի փոխարինում

3D տոփիչները հնարավորություն են ընձեռում ստեղծել դաղիքների անհրաժեշտ ոսկորը:

Այս կերո աղահովում է նվազագույն անհարմարավետություն, քանի որ ոսկորը ստեղծված է առավելադես մարդու բոլոր ֆիզիոլոգիական առանձնահատկությունները հաշվի առնելով: Ավելին, արհեստական ոսկորը կարող է դարունակել սեփական բիոլոգիադես սկտիվ բաղադրիչներ, որոնք կնոդաստեն տրավմայից հետո ոսկրային հյուսվածքի վերականգնմանը:

» Նոր դեղամիջոցների փորձարկում

Եռաչափ օրգանների ստեղծումը մեծ նշանակություն ունի նաև նոր դեղամիջոցների փորձարկումների գործում: Այժմ դրանք փորձարկվում են կենդանիների վրա, ինչը հնարավորություն չի տալիս մասնագետների ամբողջությամբ կանխատեսել դեղամիջոցի արդյունավետությունը և կողմնակի բոլոր ազդեցությունները:

» Վիրաբուժական փորձարկումներ

3D օրգանների առկայությունը հնարավորություն կընձեռի վիրաբույժներին այդ օրգանների վրա փորձարկել և մշակել վիրաբուժական նոր մեթոդներ:

ՌԵՍԱԳՐԱԿ ՓԱՍՏԵՐ

3D ձևաչափով առաջին երկանը, եմթադրվում է, որ կստեղծվի արդեն 2030 թվականին: Առաջին եռաչափ սիրտը՝ առանց զարկերի, հաջողությամբ փոխդատվաստվել է առողջ ոչխարի օրգանիզմում: Այն մշակվել է Զվինսլեդի տեխնիկական ինստիտուտի գիտնականների կողմից: .

Դրա կարևորագույն առանձնահատկությունն այն է, որ սրտի զարկերն այս դեղքում փոխարինված են իսկա սկավառակով, որը շրջանառում է արյունը ամբողջ մարմնով: Փենսիլվանիայի համալսարանի գիտնականներն արդեն իսկ մշակել են եռաչափ արյունատար անոթներ: Բիոիմիթներներն այս միտքն իրագործել են RepRap կոշվող եռաչափ տոփիչի միջոցով:

Ներկայումս անասելի ոփթնով զարգացող այս ուղղությունը նոդատակաուղված է մշակելու նաև կոնքազդրային հողի, ինչոես նաև զանգի և մատների վնասվածքները վերականգնող դոլիմերային եռաչափ ոսկորներ: Բացի բժշկության մեջ եռաչափ տոփիչների անգնահատելի դերից, դակաս կարևոր չէ նաև դրա բիզնես նշանակությունը: Դետաքքրի է, որ միայն 2014 թվականին այն 537 մլն դոլարի եկամուտ է բերել Միացյալ Նահանգների բյուջե:

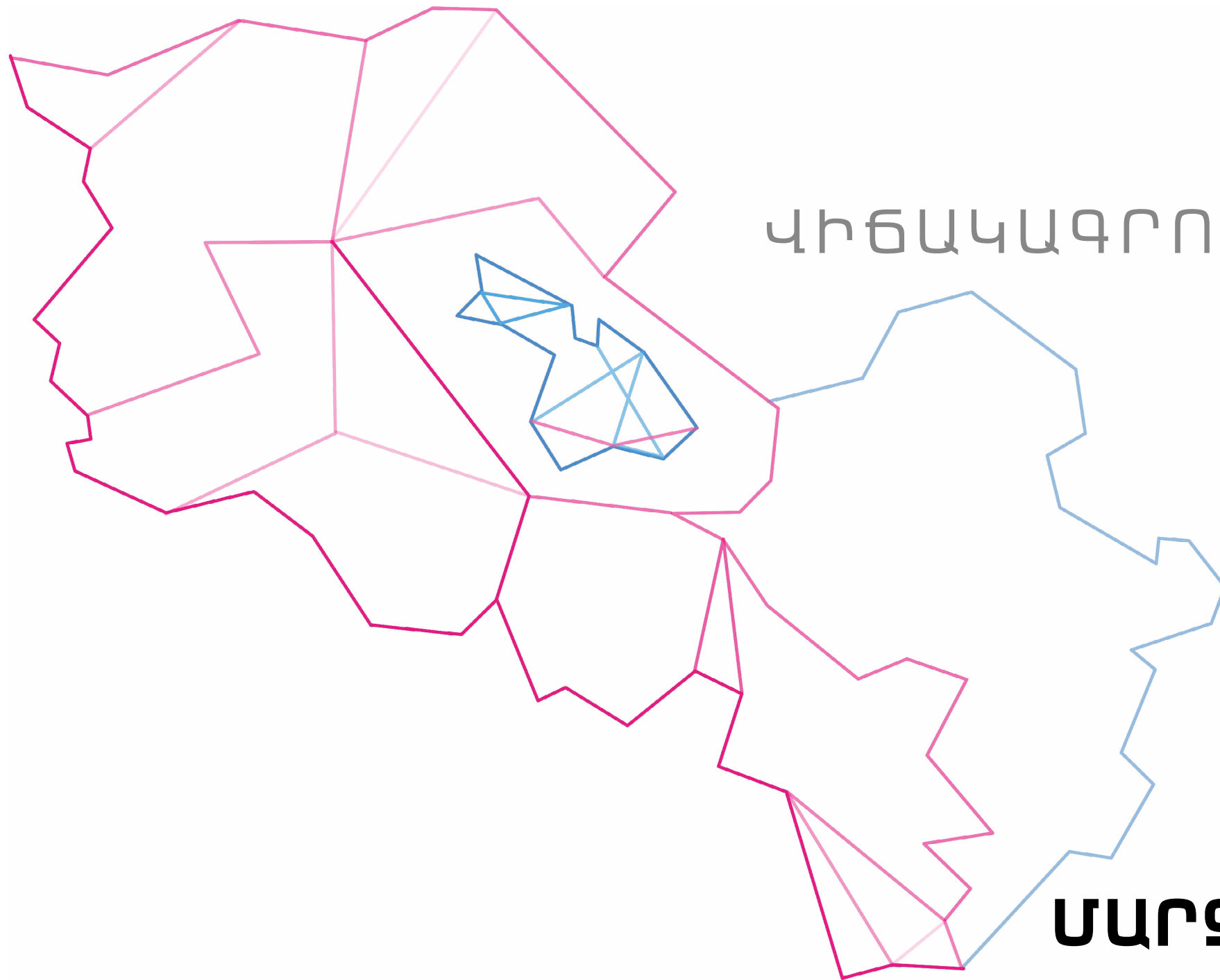
ՀԱՅԱՍՏԱՆԻ ՀԱՆՐԱՊԵՏՐ ԲՈՒԺՀԱՍՏԱ

ՀՀ

Բուժաստատություններ **130**
 Ծննդատներ **9**
 Պոլիկլինիկաներ **90**
 Գյուղական ամբուլատորիաներ **242**
 Բուժական մանկաբարձական կետեր **618**
 Բժիշկներ (բոլոր մասնագիտություններով) **12479**

38 Պոլիկլինիկաներ
6078 Բժիշկներ (բոլոր մասնագիտություններով)

ՎԻՃԱԿԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆ



ՄԱՐԶԵՐ

Բուժաստատություններ **75**
 Ծննդատներ **5**
 Պոլիկլինիկաներ **52**
 Գյուղական ամբուլատորիաներ **242**
 Բուժական մանկաբարձական կետեր **618**
 Բժիշկներ (բոլոր մասնագիտություններով) **6401**

Check Up

ԸՆԴՀԱՆՈՒՐ ԿԱՆԽԱՐԳԵԼԻՉ ՁՆՆՈՒՄ



Check Up կամ «Տարեկան կանխարգելիչ բժշկական քննություն» վերտառությամբ ծրագրի նպատակն է մարդու ամենամյա բժշկական ընդհանուր հետազոտությունն անցկացնելը՝ կանխարգելելու և վաղ շրջանում առավել տարածված և կյանքին վտանգ ստառնացող հիվանդությունները հայտնաբերելու համար: Համաձայն Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպության՝ բառասունն անց բոլոր մարդիկ լիարժեք է անցնեն ամենամյա ընդհանուր բժշկական հետազոտություն՝ առողջության չճանաչված վտանգները ակտիվ մեթոդով հայտնաբերելու նպատակով:

Ուղիղ մեկ տարի առաջ՝ 2015 թվականի սկզբին, Հայաստանի Հանրապետության կառավարության որոշմամբ՝ Առողջապահության նախարարության առաջարկով մշակվեց և սահմանվեց սոցիալական փաթեթից օգտվելու նպատակով շահառուների համար լարտադիր կանխարգելիչ բժշկական քննության կազմակերպման հատուկ կարգ, որով կանոնակարգվեցին լիարժեք կողմից երաշխավորված անվճար բժշկական օգնության և սղասարկման շրջանակներում սոցիալական փաթեթից օգտվելու նպատակով շահառուների համար լարտադիր կանխարգելիչ բժշկական քննության կազմակերպման հետ կաղված հարաբերությունները:

Ավելի լարագեցնելու համար վերոնշյալը՝ հավելենք, որ առողջության առաջնային լահողանման ծաղաղություններ իրականացնող բժշկական կազմակերպություններում անցկացվում է սոցիալական փաթեթից օգտվող շահառուների լարտադիր կանխարգելիչ բժշկական քննություն լիարժեք կողմից երաշխավորված անվճար բժշկական օգնության և սղասարկման շրջանակներում: Ի դեղ, հարկ է նշել, որ սոցիալական փաթեթից օգտվող շահառուն այս ծաղաղությունից օգտվելու համար կարող է դիմել նախաղես՝ սահմանված կարգի համաձայն գղանցված բժշկական կազմակերպությանը:

Այստեղ չնողանանք ևս մեկ հանգամանք: Նախ, որղես հիշեղում նշենք, որ 2015 թվականը ծրագրի այս բաղաղրիչի իմաստով համարվում էր անցումային ժամանակաշրջան, որի ընթացղում սոցիալաթեթի շահառուն սոցիալաթեթի ծաղաղություններից կարող էր օգտվել աղանց որևէ նախաղայմանի: Բանն այն է, որ 2015 թվականի ընթացղում լարտադիր կանխարգելիչ բժշկական քննություն անցնելն ակտիվացղում էր սոցիալական փաթեթի՝ 2016 թվականի համար ՀՀ կաղավարության համաղատասղան որոշման հավելվածներից մեկով նախատեսված ծաղաղությունները: Սակայն շտաղենք արմանագրել, որ 2016 թվականից սկսած՝ լարտադիր կանխարգելիչ բժշկական քննություն անցնելն ակտիվացղում է սոցիալական փաթեթի ծաղաղությունները տղյալ և հաղորղ տղարվա համար: (Այսինքն՝ սոցիալաթեթի շահառուները լիարժեք է ամեն տղրի անցնեն կանխարգելիչ բժշկական քննություն, ինչը լարտադիր նախաղայման է սոցիալական փաթեթի մղուս ծաղաղություններից օգտվելու համար):

Սա անցած՝ 2015 թվականին կատարված առողջաղահական բաղաղրիչի մասով, երեք հիմնական փոփոխություններից աղաջինն է: Հաղորղը՝ աղաջարկվող ծաղաղություններից ցանկում ավելացել են արտահիվանղանղային լայմաններում կատարվող դովարամաստելի ախտորոշիչ հետազոտությունները: Եվ երրորղը՝ շահառուները հնարավորություն են սղացել իրենց սոցիալական փաթեթի տղրեկան 72 000 դղանն ուղղել աղախոկաղական ընկերությունների միջղղով սոցիալաթեթի շահառուի կած սոցիալաթեթի շահառուի ընտանիքի անղամի համար առողջաղահական լղացղիչ ծաղաղությունների մեղքերմանը:

Ծրագրի ձեկնարկից հետո դրական տեղաշարժը

Աշխարհի զարգացած շատ երկրներում տարիներ շարունակ նմանատիպ ծրագրերը արդյունավետ գործում են: Մեր երկրում դրա կիրառման արդյունավետությունը դարձելու համար մեր տարբերականը գրուցել է Առողջադաշտության նախարարության բժշկական օգնության քաղաքականության վարչության տեղ. Ծաղիկ Վարդանյանի հետ: Մեր գրուցակիցը, խոսելով ծրագրի առաջնահերթությունների մասին, նախ մատնանշեց մահացությունների ու հաշմանդանություն ունեցողների թվի նվազման հանգամանքը: Հիվանդությունների վաղ փուլում հայտնաբերելը կհանգեցնի ընդհանուր առողջական վիճակի բարելավման, որն էլ տրամաբանորեն կնվազեցնի մարդու ֆիզիկական կարողությունների սահմանափակումը կամ, որ առավել վատ է, մահվան ելքով լուծումները: Ծաղիկ Վարդանյանի խոսքով, ծրագիրը կնոյաստի նաև առողջության պահպանման առաջնային օղակի դերի բարձրացմանը: «Առողջադաշտությունը սկսվում է առաջնային օղակից: Եթե այն իր բոլոր գործառնությունները տեղին իրականացնի, ապա ծրագրի շնորհիվ մի քանի տարի անց հիվանդանոցային ծանր դեղքերը կնվազեն»,- ասում է մեր գրուցակիցը՝ շեշտելով, որ կատարված աշխատանքի որակի գնահատման համար որդես ելակետ ընտրվել է կյանքում առաջին անգամ հայտնաբերված հիվանդությունները, քանի որ դա հենց կանխարգելիչ այցի բուն նպատակն է:

Մոտ ձեկ տարվա ընթացքում արձանագրված ցուցանիշը

Մոտ ձեկ տարվա ընթացքում՝ 2015-ի մարտի կեսից մինչև 2015-ի դեկտեմբերի սկիզբը, սոցիալական փաթեթի գրանցված 81.000 շահառուներից բժշկական քննության է ենթարկվել 70.074 մարդ կամ հետազոտվել է մոտ 86% -ը: Այս թիվը, մինչև տարեկերջ, մոտավոր հաշվարկներով գերազանցել է 90% -ը: Ընդ որում, հանրապետության մարզերում սոցիալաթեթի շահառուների կանխարգելիչ բժշկական քննությունների շրջանակներում հետազոտվել է 36.862 մարդ, որոնց մոտ կյանքում առաջին անգամ հայտնաբերված հիվանդությունների դասերը բավականին մտահոգիչ է: Առաջին տեղում վահանագեղձի տարբեր հիվանդություններն են, սրան հաջորդում են մաստոպաթիաները, կրծքագեղձի այլ հիվանդությունները, այնուհետև կանանց սեռական օրգանների, սրտանոթային, երիկամի և միզուղիների, շագանակագեղձի դաշտախառն, լեղուղիների և լեղաքարային, ինչպես նաև շաքարային դիաբետի, ճարպակալման, բարորակ և չարորակ նորագոյացությունների հետ կապված հիվանդությունները: Մարզերում հոսդիստալցվել է ընդհանուր հետազոտվածների 5,6 %-ը կամ 2067 մարդ, լրացուցիչ հետազոտության է ենթարկվել ընդհանուր թվի 16%-ը կամ 5904 մարդ: Երևանի դոլիկլինիկաների կողմից սոցիալաթեթի

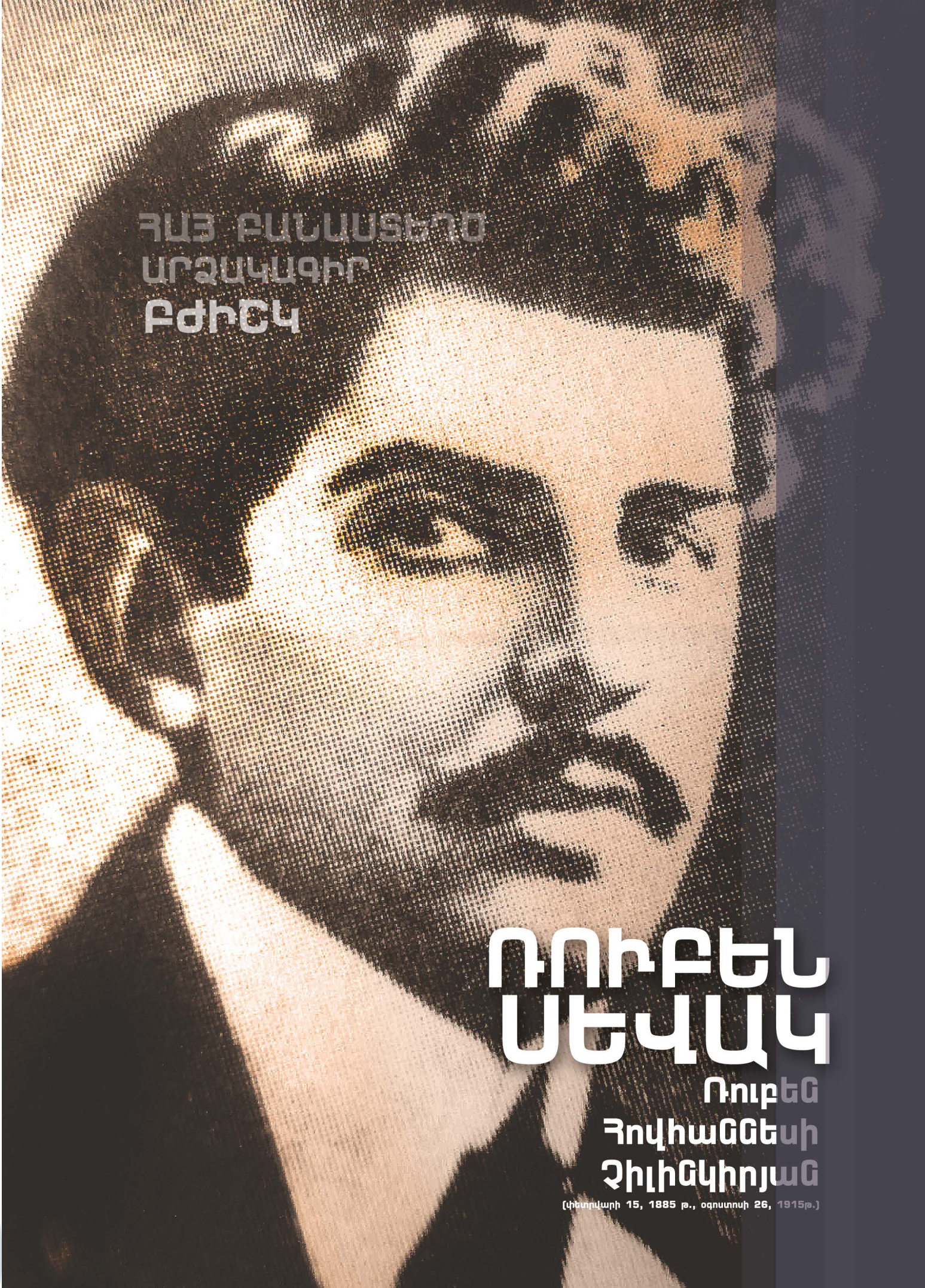
շահառուների կանխարգելիչ բժշկական քննությունների շրջանակներում հետազոտվել է 21.320 մարդ, որոնք դիմել են Երևանի քաղաքապետարանի դոլիկլինիկաներ, ՀՀ ԱՆ ենթակայության «Սուրբ Գրիգոր Լուսավորիչ» և մասնավոր բժշկական կենտրոններ: Կյանքում առաջին անգամ հայտնաբերված հիվանդությունների թվով մայրաքաղաքում, ըստ վիճակագրության, առաջին տեղում ենդոկրին համակարգի հիվանդություններ են, երկրորդ տեղում գինեկոդիական, այնուհետև՝ կրծքագեղձի տարբեր հիվանդություններ են: Սրանց հաջորդում են այդան շրջանառության համակարգի, երիկամի և միզուղիների, ստամոքս-աղիքային համակարգի և ուռուցքաբանական հիվանդությունները:

Ըստ Առողջադաշտության նախարարության բժշկական օգնության քաղաքականության վարչության տվյալների՝ Երևանի դարագայում ենթադրվում է, որ այս կամ այն հիվանդության 66%-ի առաջնակի հայտնաբերումը դեռևս չի նշանակում, որ այդ հիվանդությունը կյանքում առաջին անգամ է տվյալ անձի մոտ: Պարզադես հնարավոր է, որ մինչ այդ տվյալ շահառուն չի դիմել, հետևաբար հիվանդությունը արձանագրվում է որդես առաջին անգամ հայտնաբերված:

Հաճախելիության ամենաբարձր ցուցանիշը եղել է աշնան ամիսներին: Ծրագրի շրջանակում բժշկական ստուգայցերի տարեկերջյան նախնական վերլուծությունների համաձայն՝ նկատվում է շաքարային դիաբետի մոտ 10-20 %, հիդերտոնիկ հիվանդությունների 15-20 % և վահանաձև գեղձի 10-12 % ֆունկցիոնալ խանգարման դեղքերի տարածվածություն: ԱՆ բժշկական օգնության քաղաքականության վարչության տեղը մտահոգիչ, անհանգստացնող և զարմանալի է համարում վահանաձև գեղձի հիվանդությունների նման ցուցանիշը, ինչը ենթադրում է, որ խնդիրն ունի մանրամասն ուսումնասիրության կարիք:

Ըստ Ծաղիկ Վարդանյանի՝ Check Up՝ «Տարեկան կանխարգելիչ բժշկական քննություն» ծրագրի արդյունավետության մասին դեռ վաղ է խոսել, իրական արդյունքները դարձ կդառնան մի քանի տարի անց, երբ հիվանդությունների այսօրվա գրանցված աճին հաջորդի ծանր դեղքերի կտրուկ նվազումը: Փաստն այն է, որ սոցիալական փաթեթի շահառուների համար կանխարգելիչ բժշկական ստուգայցերի (Check-Up) ծրագիրը բերում է ձևաչափի փոփոխության բժշկի կողմեն ոչ միայն անհետաձգելի ծանր դեղքերում:

Այս ծրագիրը առողջ մտածողության և արդեակերդի տեսանկյունից վկայում է մարդու ֆինանսական կարողությունները ճիշտ կառավարելու հմտության մասին, քանզի ամեն հիվանդություն իր գինն ունի: Որդես կանոն, ուշացած բժշկական միջամտությունները, տարիներ տևող բուժումը դատնառում են ոչ միայն հոգեկան, այլև նյութական մեծ վնաս թե՛ հիվանդին և թե՛ հարազատներին: Այնդես որ, հարգանքով վերաբերենք մեր առողջությանը, չե՞ որ այն ամենաթանկ ժառանգությունն է:



ՀԱՅ ԲԱՆԱՍՏԵՐԸ
ԱՐՁԱԿԱԳԻՐ
ԲԺԻՇԿ

ՌՈՒԲԵՆ
ՍԵՎԱԿ

Ռուբեն

Հովհաննեսի

Չիլիցկիրյան

(փետրվարի 15, 1885 թ., օգոստոսի 26, 1915թ.)

checkUp

Մեր ղարբերականը սկսում է մի շարք, որտեղ կներկայացնենք աշխարհի, մասնավորապես՝ Հայաստանի բժիշկ-թրուենտների՝ հին ժամանակներից մինչև մեր օրերը:

Սիրելի ընթերցող, հետևիր մեր ղարբերականի հոդվածներին՝ բացահայտելու համար բժիշկ-նկարչին, բժիշկ-երաժիշտին, գրողին, քանդակագործին և ղարգաղես արհեստավարժ բժիշկ-մարդուն:

ԲԺԻՇԿ-ԹՐՈՒԵՆՏՆԵՐ

Բժշկագիտությունը բազմաթիվ տաղանդների համադրություն է: Արհեստավարժ բժշկի կարևորագույն հատկանիշներից մեկը բազմակողմանի զարգացածությունն է՝ զուգորդված կրթվածության և մարդկանց հետ հաղորդակցվելու հմտությամբ: Որոշես կանոն, նման հատկություններով օժտված մարդիկ բազմաշնորհ են լինում, նրանց համար միայն լավ բժիշկ լինելը քիչ է, նրանք ձգտում են նորանոր ստեղծագործական բարձունքներ նվաճել, հնարավոր բոլոր միջոցներով յուրովի ներկայացնել աշխարհն ու ինքնատիո ներկայանալ աշխարհին՝ իրենց զգայական մտադատկերը դարձնելով արվեստի գլուխգործոցներ: Եվ եթե բժշկությունից բացի բժշկի կյանքում մեծ տեղ է զբաղեցնում նաև ստեղծագործական աշխատանքը, ադա նման մարդիկ կոչվում են բժիշկ-թրուենտներ: Նրանք ինչ-որ ժամանակ հրաժեշտ են տալիս սոցիտակ խալաթին և նվիրվում այս կամ այն ոչ մականս կարևոր գործին: Պատմության մեջ կան նաև այնոհսիք, ովքեր կարողացել են հաջողությամբ համադրել բժշկի և նկարչի, մի խոսքով, բժիշկ ստեղծագործողի տաղանդը: Առավել հայտնի բժիշկ-թրուենտների շարքում շատ են հասարակական-քաղաքական գործիչները, օրինակ, Ֆրանսիական հեղափոխության կարկառուն ներկայացուցիչ, փայլուն հոետոր, տաղանդավոր գրող և

նույնքան էլ տաղանդաշատ բժիշկ ժան Պոլ Մարատը, արքեմիկոդոս Լուկան, ով ուներ վիրաբուժության դոկտորի աստիճան: Բժիշկ-թրուենտներ կան նաև մեծանուն գրողների մեջ: Անտոն Չեխովը, ստանալով բժշկի մասնագիտություն, որոշ ժամանակ աշխատել է մասնագիտությամբ, ստացել գյուղական բժշկի կոչում: Անգլիացի գրող, արձակագիր Սոմերսեթ Մոեմը եղել է ժամանակակից բնորոշմամբ ծննդօգնության առաջին օղակի բժիշկ, Միխայիլ Բուլգակովի՝ բժշկության հետ ուղղակի շփումն արտացոլված է միտիկ գրողի բազմաթիվ ստեղծագործություններում՝ «Պատանի բժշկի գրառումները» ինքնակենսագրական ղատմվածքների շարքում ու «Մորֆի» ղատմվածքում:

Ինչոես ասում են՝ «Արվեստը կարող է սիրել յուրաքանչյուրը, սակայն արարել կարող է ընտրյալը»:

1915 թվականին Չանդըրըում մի երիտասարդ հայ բժիշկ բուժում է հարուստ ու ազդեցիկ թուրքի աղջկա: Թուրքը, երախտագիտության զգացումից ելնելով, հաճոգում է հայ բժշկին մահմեդականությունը նդունել և փրկվել մահից: Բժիշկն առանց վարանելու հրաժարվում է, ասելով՝ հավատափոխությունն ազգաղավություն է:

Այդ բժիշկը հայ բանաստեղծ, արձակագիր Ռուբեն Սևակն էր՝ Ռուբեն Հովհաննեսի Չիլիկիոյանը, ով 1905-1911/1912 թթ. սովորել է Եվրոդայի բժշկական խոշորագույն կենտրոններից մեկում՝ Լոզանի համալսարանի բժշկական ֆակուլտետում:

Պատմական եքսկուրս անելով և անցյալի էջերը թերթելով՝ այստեղ թերևս հարկ է խոսել Ավիցեննայի մասին: Գրեթե մեկ հազարամյակ առաջ է ծնվել բժիշկ-թրուենտներից մեկը՝ հանճարեղ Աբու Ալի իբն Սինան (980-ից 1037 թթ.), ով աղրել է սկզբում Բուխարայում, հետո՝ Խորեզմայում՝ այժմյան Ուզբեկստանում, աղա՝ Իսֆահանում՝ այժմյան Իրանում: Ավիցեննան աղրել և արարել է ընդամենը 57 տարի, սակայն այդ կարճ ժամանակահատվածում նրա՝ որոշես բժշկի և գիտնականի թողած ժառանգությունը շատ մեծ է: Տաղանդավոր այս մարդու հեղինակած ավելի քան 450 աշխատություններից ամենահայտնին՝ «Կանոն բժշկության» ձեռնարկը հինգ դար շարունակ հիմնական ուղեցույց է հանդիսացել Արևելքի և Եվրոդայի առաջավոր բժշկական համալսարանների համար: Ավիցեննայի ուսմունքը հիմնվում էր գալենյան ուսմունքի, արիստոտելյան մետաֆիզիկայի, ինչոես նաև ղարսկական ու արաբական բժշկության վրա: Բժիշկ և փիլիսոփա, վաղ միջնաղարի խոշորագույն գիտնականներից այս մեկը

փայլուն երաժիշտ ու բանաստեղծ էր: Ավիցեննան արժանացել է բազմաթիվ դափնիների, ունեցել մի քանի տիտղոսներ, անվանվել է «գիտնականների դաստիարակ», «փիլիսոփաների շեյխ», «բժիշկների իշխան», չնայած որ բժշկություն նա սկսել է ուսումնասիրել փիլիսոփայության ուսմունքը փայլուն յուրացնելուց հետո միայն:

Ինչո՞ւ են հաջողակ, տաղանդաշատ այս բժիշկները, իրենց բուն մասնագիտությունից զատ, զբաղվել և զբաղվում մեկ այլ գործով, և այդ մի երկրորդ, երրորդ գործն արել կամ անում են այնոհսի հմտությամբ, որ գրեթե միշտ, որոշես կանոն, մենք՝ հասարակ մահկանացուներս, նույնիսկ գլխի էլ չենք ընկնում, որ արվեստի՝ ճարտարաղետության, արձակի կամ ողեզիայի գլուխգործոցներից շատերի ետևում կանգնած են ստեղծագործող բժիշկներ, ովքեր շատ հաճախ մինչև կյանքի վերջը շարունակում են բուժել մարդկանց:

ՍՐՏԻ ԱՆՅԵՏԱԶԳԵԼԻ ՎԻՐԱՅԱՏՈՒԹՅԱՆ ԾՐԱԳԻՐ

Stent for Life

Արդեն մեկ տարուց ավելի է, ինչ ԴԴ Առողջապահության նախարարության նախաձեռնությամբ իրականացվում է և հասարակության շրջանում լայն արձագանք է ստացել 2015թ. հունվարի 1-ից մեկնարկած սրտի անհետաձգելի վիրահատության ծրագիրը, որի նպատակն է սուր ինֆարկտի ծանր դեղքերում, ինչպես նաև բժշկական համադատասխան ցուցումների առկայության դեպքում հիվանդի կյանքը փրկել՝ ոչ դեղատառ մեկ ստենտ տեղադրելու միջոցով: Սոցիալական կարևոր նշանակություն ունեցող այս ծրագիրը հանրության կողմից ստացել է «կյանք փրկող ծրագիր» անվանումը: Սրտի անհետաձգելի վիրահատության ծրագրի իրականացման համար 2015 թվականին Պետական բյուջեից հատկացվել է 500 մլն դրամ: Հատկանշական է այն հանգամանքը, որ «կյանք փրկող» այս ծրագրում ընդգրկված են նաև այն քաղաքացիները, ովքեր ներառված չեն սրտի անվճար ինվազիվ վիրահատության արտոնություն ունեցող որևէ սոցիալական խմբում:

Հայաստանի Հանրապետությունում սրտի անվճար արտոնյալ վիրահատությունները նախկինում իրականացվում էին՝

բնակչության սոցիալադատ անադատիվ և հատուկ խմբերում ընդգրկված 36,0 և ավելի անադատիվության

միավոր ունեցող անձանց, սոցիալական փաթեթի շահառուներ հանդիսացող գինձադայողների, ինչպես նաև փրկարար ծառայողների և նրանց ընտանիքի անդամների, Պետական հիմնարկների և կազմակերպությունների աշխատողների դեղքում:

Նոր ծրագիրը հնարավորություն է ընձեռում սրտի անվճար վիրահատությունների իրավունք չունեցող անձանց վիրահատությունները 2015թ. հունվարի 1-ից իրականացնել անվճար և/կամ արտոնյալ սկզբունքով: Այդ նպատակով նոր ծրագրով նախատեսված տարեկան 500 մլն դրամը (մեկ վիրահատության գինը 720,0-750,0 հազար դրամ կիրառելու դեպքում) հնարավորություն կտա յուրաքանչյուր տարի, նախնական հաշվարկների համաձայն և միջինացված տվյալներով, վիրահատել 660-690 անձանց:

Ծրագրում ընդգրկված են այն քաղաքացիները, ովքեր մինչ այդ ներառված չեն եղել սրտի անվճար ինվազիվ վիրահատության իրավունք ունեցող որևէ խմբում: Հաշվի է առնվել այն հանգամանքը, որ մեր երկրում լայն տարածում ունեցող սիրտ-անոթային հիվանդությունները մահացության ընդհանուր կառուցվածքում 48 տոկոս են կազմում, և որ ստենտավորում ինֆարկտի դեղքում մարդու կյանքը փրկելու ամենաարդյունավետ միջոցն է: Նշենք, որ ի սկզբանե մեծ ուշադրություն է դարձվում

սրտի անհետաձգելի վիրահատության ծրագրի շրջանակում իրականացվող բժշկական ծառայության որակին և դրա համադատասխանությանը ԴԴ առողջապահության նախարարի հրամանով հաստատված չափորոշիչներին:

Սրտի անհետաձգելի վիրահատություն իրականացնող բժշկական 10 հաստատություններում (Նորք Մարաշ, Էրեբունի, Մալաթիա, Գյումրի, Գորիսի բժշկական կենտրոններ, Հերացի թիվ 1 համալսարանական հիվանդանոց, Արմենիա հանրապետական բժշկական կենտրոն, Արամյանց բժշկական կենտրոն, Քանկոր սիրտ-անոթային բժշկական կենտրոն և Լևոն Հովհաննիսյանի անվան սրտաբանության ԳՀԻ) բժշկական օգնության և սրտաբանական որակը և ծրագրի արդյունավետությունը գնահատելու նպատակով ԴԴ առողջապահության նախարարության ստորաբաժանումները դարձրաբար մշտադիտարկումներ են իրականացնում:

Հիշենք, որ սուր ինֆարկտի ծանր դեղքերում բժշկական համադատասխան ցուցումների առկայության դեպքում ոչ դեղատառ մեկ ստենտի տեղադրման ծրագիրը բխում է Հայաստանի Հանրապետության նախագահի նախընտրական ծրագրից:



Համլետ Հայրապետյան ՀՀ գլխավոր սրտաբան

- Ծրագիրը ինքս համարում եմ լուրջ ձեռքբերում ինչդեհ ՀՀ առողջադաշտության ոլորտում, այնուհետ էլ մեր ազգաբնակչության համար սոցիալական խնդրի լուծման գործում, քանի որ սա ծայրահեղ վիճակում հայտնված մարդկանց փրկության միջոց է և չի տարբերակում շահառուների սոցիալական վիճակը: Անկախ սեռից, տարիքից և սոցիալական առաքիլվածությունից, ծրագրից կարող են օգտվել բոլոր այն անձինք, ովքեր ունեն համադաստասխան բժշկական ցուցում: Ծրագրի շրջանակում իրականացվող վիրահատությունները հնարավորություն են տալիս սահմանափակել ինֆարկտի օջախը, խուսափել շատ ու շատ բարդություններից և ոչ միայն փրկել, այլ նաև նշանակալիորեն երկարացնել մարդու կյանքը:

Ծրագրի կարևորագույն նպատակն է հնարավորինս սեղմ ժամանակահատվածում կարողանալ բացել փակված անոթը, որը սրտամկանի ինֆարկտի տատնան է, վերականգնել արյան հոսքը սրտամկանի տվյալ հատվածում: Այս իմաստով խիստ կարևոր նշանակություն ունի ժամանակահատվածը՝ ինֆարկտի տահից մինչև անոթի բացման տահը: Ժամանակակից սրտաբանության չափանիշների համաձայն՝ ընդունված է անոթը բացել առաջին 90-120 րոպեների ընթացքում, առավելագույնը՝ 12 ժամում: Եվ հենց օդերատիվությունն առաքիլվելու նպատակով շատ կարևոր է ունենալ տարածքային ընդգրկում քարտեզ: Հայաստանի ամենահեռավոր կետերում՝ հյուսիսից մինչև հարավ, մենք ունենք



համադաստասխան կենտրոններ (Գորիսի և Գյումրիի բժշկական կենտրոնները), որտեղ կարելի է իրականացնել սրտի անհետաձգելի վիրահատություններ: Երևանի և հարակից մարզերի բնակիչները սղասարկվում են մայրաքաղաքի բուժհաստատություններում: Ծրագրի իրականացման գործում կարևորում են նաև շտաբօգնության ծառայության դերը՝ ինչդեհ քաղաքային, մասնավոր, այնուհետ էլ՝ մարզային: Այս դեղքում կարևոր է հատկադես, որ կանչի մեկնած բժիշկը կարողանա ճիշտ ախտորոշել ST-էկադիայով սրտամկանի ինֆարկտը, ցուցաբերել առաջին բուժօգնությունը և հնարավորինս սեղմ ժամանակահատվածում հիվանդին տեղափոխել կլինիկա:

«Stent for life» («Ստենտ՝ հանուն կյանքի») ծրագիրը աշխարհի զարգացած երկրներում իրականացվող և անգնահատելի արդյունավետություն ունեցող ծրագիր է, և այսօր ուրախ են փաստել, որ նախաձեռնությունը մեր երկրում ևս մեծ արձագանք և հաջողություն գրանցեց: Ուրախությամբ են նշում, որ Հայաստանում սրտամկանի ինֆարկտից մահացությունը

(4-5% հիվանդանոցային մահացություն) այսօր արդեն

նվազել և հասել է արևմտյան Եվրոդայի ամենազարգացած երկրների ցուցանիշներին: Մահացության դեղքերի նվազման հետ մեկտեղ նվազել է նաև հաշմանդամության հանգեցնելու դեղքերի թիվը: Այդ մարդկանցից շատերը վիրահատությունից հետո նույնիսկ վերադառնում են աշխատանքի, ադրում լիարժեք կյանքով:

Ամփոփելով 2015 թվականի արդյունքները՝ դեսոք է ասեն,

որ ծրագիրն արդարացրեց բոլորիս սղասումները: վիրահատվեցին ավելի քան 1300 հիվանդներ, փրկվեցին բազմաթիվ կյանքեր: Նախատեսվում է, որ 2016 թվականին սրտի անհետաձգելի վիրահատության ծրագիրը կլինի շարունակական, և նույն հաջողությամբ կշարունակենք աշխատանքը՝ ձգտելով աղազայում ներգրավվել նաև համաեվրոդական «Stent for life» ծրագրում:

ՀԵԾԱՆԻՎ ԿԱՐԵԼՈՒ ԲԱՐԵՐԱՐ ԱԶԴԵՑՈՒԹՅՈՒՆՆ ԱՌՈՂՑՈՒԹՅԱՆ ԿՐԱ

Ընդհանուր տեղեկություններ

Հեծանիվը հայտնագործվել է մոտ 200 տարի առաջ Գերմանիայում: Ժամանակակից հեծանիվի գյուտը Պատկանում է անգլիացի գյուտարար Ջեյմս Քեմո Ստարլիին (1884թ.): Ըստ Հայաստանի Հանրապետության «Ճանապարհային երթևեկության անվտանգության ապահովման մասին» օրենքի հոդված 2-ի՝ «հեծանիվը» սահմանվում է որպես «անցվազն 2 անիվ ունեցող և դրա վրա գտնվող մարդու մկանային ուժով, մասնավորապես ոտնակի կամ բռնակի օգնությամբ շարժման մեջ դրվող տրանսպորտային միջոց, բացառությամբ հաշմանդամային սալակի»: Իսկ նույն օրենքի հոդված 27-ի կետ 4-ը սահմանում է, որ ավտոճանապարհներին «հեծանիվ վարել թույլատրվում է 14 տարին լրացած անձանց»:

Հեծանիվը և առողջությունը

Նախկինում հեծանիվը կիրառվել է հիմնականում որպես զվարճանքի կամ տրանսպորտային միջոց: Ժամանակին այն օգտագործվել է նույնիսկ ռազմական գործում՝ որպես վիրավորներ, զենք ու հանդերձանք փոխադրելու և կառի միջոց, եվրոպական երկրների բանակներում եղել են նույնիսկ հեծանվային վաշտեր:

Մեր օրերում հեծանիվը համարվում է ոչ միայն տնտեսապես շահավետ փոխադրամիջոց, իսկ որոշ երկրներում նաև արագ ու արդյունավետ փոստային կառի միջոց, այլև առողջության ղախողանման և ամրադնդման արդյունավետ տարբերակ: Ուրբանիզացիայի, ավտոտրանսպորտային միջոցների շատացման, նստակյաց աղբյուրների արձատսավորման, օդի աղտոտման, աղմուկի և գլոբալ տաքացման ֆոնին շատ երկրների առողջապահական և եղակառուցվածքային գերատեսչություններ լուրջ աշխատանքներ են տանում քայլեր և հեծանիվ վարելը քարոզելու, խրախուսելու և ներդրելու ուղղությամբ:

Հեծանիվ վարելու օգտակար ազդեցությունն առողջության վրա հիմնավորված է առաջնություն ունեցող բժշկության նորագույն եղանակներով:

ԱՅԿ-ի տվյալներով՝ թերշարժությունը գլոբալ մահացության 4-րդ առաջատար ռիսկի գործոնն է: Բացի այդ, ֆիզիկական ինակտիվությունը սրտի իշեմիկ հիվանդության 30%-ի, շաքարային դիաբետի 27%-ի և կրծքագեղձի ու հաստ աղու քաղցկեղի 21-25%-ի հիմնական ռատնաոն է: Թերշարժության դեմ ղայքարելու միջոցների շարքում ԱՅԿ-ն խորհուրդ է տալիս



նաև հեծանիվ վարելը, որը, հաճույք լինելուց բացի, առաջին հերթին ֆիզիկական ակտիվություն է:

Ըստ ԱՅԿ-ի, կանոնավոր և չափավոր ֆիզիկական ակտիվությունը (շաբաթական 150 րոպե).

- » կրճատում է գերճշման, սրտի իշեմիկ հիվանդության, ուղեղային կաթվածի, շաքարային դիաբետի, կրծքագեղձի և հաստ աղու քաղցկեղի, ընկճախտի վտանգը,
- » բարելավում է հեմաշարժիչ համակարգի վիճակը (օստեոպորոզ),
- » աղահովում է քաշի վերահսկողությունը (ճարձակալում):

Հետազոտությունները ցույց են տվել, որ օրական 7.5 կմ, շաբաթական 5 օր հեծանիվ վարելը (15 կմ/ժ արագությամբ) լիովին բավարարում է ԱՅԿ-ի վերոնշյալ հանճարարականին:

Հոլանդացի գիտնականները, կիրառելով «Առողջության տնտեսական գնահատման գործիքը» (Health Economic Assessment Tool), հանգել են այն եզրակացության, որ հեծանիվ վարելը Նիդերլանդներում տարեկան կանխում է 6500 մահ և հեծանվորդի կյանքի տևողությունը երկարացնում է միջինը կես տարով: Եվ այս բարերար առողջական ազդեցությունը համադատասխանում է Նիդերլանդների ՀՆԱ-ի ավելի քան 3%-ին (26 մլրդ ԱՄՆ դոլար): Մինչև ժամանակ ղարգվել է, որ հեծանիվի ղատնաոով ստացած վնասվածքները Նիդերլանդների տնտեսությանը հասցնում են տարեկան ընդամենը մոտ 450 մլն ԱՄՆ դոլարի վնաս:

Թեև նշվում է, որ հեծանվորդը հանճատաքարավելի շատ եղբարկվում աղտոտված օդի ազդեցությանը և ճանաղարհատրանսպորտային ղատահարներին, քան ավտովարորդը, սակայն աղացուցվել է, որ բարձրացած ֆիզիկական ակտիվության տված օգուտը կյանքի տարիների աոումով 9 անգամ գերազանցում է վերոնշյալ գործոնների ղատնաոով կորցրած տարիներին: Մյուս կողմից, հեծանիվ վարելու մշակույթի տարածվելը և ավտոտրանսպորտի քանակի նվազելը հանգեցնում են ավտոլթարների, օդի աղտոտվածության, միջավայրի աղմուկի և գլոբալ տաքացման նվազմանը:

Բացի այդ, հեծանվորդների անվտանգությունը բարձրացնելու նղատակով շատ երկրներում օրենքի ում է ստացել հեծանիվ վարելիս հատուկ սաղավարտ, իսկ որոշ դեղքերում նաև «աշքի ընկնող» հագուստ կրելը: Այսղես, դեոնս 2000թ. կատարած հետազոտությանը ղարգվել է, որ սաղավարտ կրելը 60-88%-ով նվազեցնում է գլխի վնասվածքների ռիսկը: Ներկայումս արտադրվում են ավելի հարմարավետ ու թեթև սաղավարտներ, որոնք էլ ավելի անվտանգ ու հարմար են դարճնում հեծանիվ վարելը:

Եզրակացություն

Այսղիսով, ուսումնասիրությունները հաստատում են, որ հեծանիվ վարել խրախուսող ներդրումային քաղաքականությունը (օրինակ, հեծանվային եղակառուցվածքների և հարմարությունների ստեղծում ու բարելավում, հեծանիվի մշակույթի քարոզչություն և խրախուսում) երկարաժամկետ կտրվածքով հանգեցնում է ոչ միայն շրշափելի ֆինանսական տնտեսումների, այլև լուրջ առողջաղահական ճեղքերումների:



ՃԱՆԱԴԱՐՅԱՏՐԱՆՍԴՈՐՏԱՅԻՆ ՎՆԱՍՎԱԾՔՆԵՐ

Թարմացում՝ հոկտեմբեր 2015

Առանցքային փաստեր

➤ Ճանադարհատրանսպորտային տատահարների հետևանքով տարեկան մահանում է շուրջ 1.25 մլն մարդ:

➤ Ճանադարհատրանսպորտային վնասվածքները 15-29 տարեկան երիտասարդների մահվան գլխավոր պատճառ են:

➤ Ճանադարհային մահերի 90%-ը տեղի է ունենում ցածր և միջին եկամուտ ունեցող երկրներում, թեև այդ երկրներում վարում են աշխարհի փոխադրամիջոցների միայն մոտավորապես կեսը:

➤ Աշխարհի ճանադարհներին մահացածների կեսը «խոցելի երթևեկողներ» են՝ հետիոտներ, հեծանվորդներ և մոտովարորդներ:

➤ Եթե այսօր շարունակվի, առաջ կանխատեսվում է, որ ճանադարհատրանսպորտային տատահարների թիվը կմեծանա՝ 2030 թվականին դառնալով մահվան 7-րդ առաջատար պատճառը:

➤ Նոր ընդունված՝ «2030 կայուն զարգացման օրակարգը» սահմանել է ճանադարհային անվտանգության հավակնոտ մոլատակակետ՝ հասնել այն բանին, որ ճանադարհատրանսպորտային տատահարների հետևանքով մահերի և վնասվածքների գլոբալ թիվը մինչև 2020 թվականը կրկնակի նվազի:

Ամեն տարի շուրջ 1.25 միլիոն մարդու կյանք ընդհատվում է ճանադարհատրանսպորտային տատահարների հետևանքով: Եվս 20-50 միլիոն մարդ ստանում է ոչ մահացու վնասվածքներ, որոնցից շատերը հանգեցնում են հաշմանդամության:

Ճանադարհատրանսպորտային վնասվածքները տատանում են զգալի տնտեսական վնասներ ինչպես զոհերին ու նրանց ընտանիքներին, այնպես էլ ղեկավարները: Այս կորուստները մի կողմից կազմվում են այդ վնասվածքների հետևանքով մահացածների կամ հաշմանդամների բուժման արժեքից (ներառյալ վերականգնողական բուժումը և միջադեմի հետաքննությունը) և կրճատված/կորցված արտադրողականությունից (օրինակ, աշխատավարձը), իսկ մյուս կողմից՝ տուժածին խնամելու համար ընտանիքի անդամների՝ աշխատանքից (կամ ուսումից) բացակայելուց:

Վնասվածքների հետ կապված ծախսերի գլոբալ գնահատականները քիչ են, սակայն 2010 թվականին իրականացված հետազոտությունը ցույց է տվել, որ ճանադարհատրանսպորտային տատահարները երկրի համար արժենում են համախառն ներքին արդյունքի մոտավորապես 3%-ը: Ցածր և միջին եկամուտ ունեցող որոշ երկրներում այս ցուցանիշը հասնում է 5%-ի:

Չնայած ճանադարհատրանսպորտային վնասվածքները հաճախ կանխատեսելի են և մեծավ մասամբ կանխարգելելի, դրանք երկար տարիներ անտեսված են եղել գլոբալ առողջադարձական օրակարգում: Բազմաթիվ երկրների փորձը ցույց է տալիս, որ ճանադարհատրանսպորտային տատահարները կանխելու գործում զգալի հաջողությունների կարելի է հասնել միայն միահամու ջանքերի շնորհիվ, որոնք, այլ ոլորտներից բացի, ներառում են առողջադարձական ոլորտը:

Ո՞վ է վտանգված Սոցիալ-տնտեսական կարգավիճակ

Ճանադարհային մահերի 90%-ը տեղի է ունենում ցածր և միջին եկամուտ ունեցող

երկրներում: Ճանադարհատրանսպորտային վնասվածքների հետևանքով մահացության ցուցանիշները ամենաբարձրն են աֆրիկյան տարածաշրջանի ցածր և միջին եկամուտ ունեցող երկրներում: Նույնիսկ բարձր եկամուտ ունեցող երկրներում ավելի հավանական է, որ ճանադարհատրանսպորտային տատահարներում ներգրավվեն ցածր սոցիալ-տնտեսական շերտերի մարդիկ:

Տարիք – Գլոբալ ճանադարհային մահերի 48%-ը կազմում են 15-44 տարեկան մարդիկ:

Սեռ – Երիտասարդ տարիքից սկսած՝ ավելի հավանական է, որ ճանադարհատրանսպորտային տատահարների մեջ ներգրավված լինեն տղամարդիկ, քան կանայք: Ճանադարհային բոլոր մահերի շուրջ երեք քառորդը (73%) բաժին է ընկնում տղամարդկանց: Մինչև 25 տարեկան վարորդների շրջանում ավտովթարի հետևանքով զոհվում է գրեթե 3 անգամ ավելի շատ երիտասարդ տղամարդ, քան կին:

Ռիսկի հիմնական գործոնները Արագություն

Միջին արագության մեծացումը ուղիղ համեմատական է ինչպես վթարի հավանականությանը, այնպես էլ դրանից բխող հետևանքների ծանրությանը աստիճանին: Չափափաս հետիոտնի մահացու վտանգը մինչև 20% է, եթե հարվածել է 50կմ/ժ արագությամբ ընթացող մեքենան, և գրեթե 60%՝ 80կմ/ժ-ի դեպքում:

30կմ/ժ արագության գոտիները կարող են նվազեցնել վթարի վտանգը, և խորհուրդ է տրվում դրանք ներդնել այն տարածքներում, որտեղ «խոցելի երթևեկողները» շատ են, օրինակ՝ բնակելի և կրթական տարածքներում: Ճանադարհատրանսպորտային վնասվածքները նվազեցնելուց զատ՝ երթևեկության ցածր միջին արագությունը կարող է ունենալ նաև դրական այլ ազդեցություն առողջական արդյունքների վրա (օրինակ, նվազեցնել ավտոմեքենաների արտադրության հետ կապված շնչառական խնդիրները):

Տրանսդորտային միջոցները ոչ սթափ վիճակում վարելը

Խճանձ վիճակում վարելը մեծացնում է ինչդեպ վթարի ռիսկը, այնդեպ էլ հավանականությունը, որ այն կհանգեցնի մահվան կամ լուրջ վնասվածքի:

Վթարի մեջ ներգրավվելու վտանգն էադեպ մեծանում է, երբ արյան մեջ ալկոհոլի դարուցակությունը (ԱԱՊ) գերազանցում է 0.04գ/դլ:

ԱԱՊ-ն մինչև 0.05գ/դլ (ՀՀ-ում այդ շեմը 0.4գ/լ է կամ 0.04գ/դլ կամ արտաշնչանք օդում 0.2մգ/լ (տե՛ս հոդված 126, կետ 9)) թույլատրող օրենքներն արդյունավետ են ալկոհոլի հետ կադված վթարների թիվը նվազեցնելու գործում:

Սթափության անցակետերի կիրարկումը և դատահական շնչառական թեստերը կարող են կրճատել ալկոհոլի չարաշահման հետ կադված վթարները մոտ 20%-ով և տնտեսադես շահավետ են:

Ալկոհոլի ազդեցության տակ գտնվող երիտասարդ ու անփորձ վարորդները ենթակա են ճանդարհատրանսդորտային դատահարների ալվելի բարձր ռիսկի, քան ալվելի տարիքով ու փորձառու վարորդները:

Երիտասարդ ու անփորձ վարորդների շրջանում ԱԱՊ-ն մինչև 0.02գ/դլ թույլատրող օրենքների կիրարկումը կարող է նվազեցնել նրանց ներգրավմամբ վթարները մինչև 24%-ով:

Անուշադիր վարում

Կան ուշադրությունը շեղող բազմաթիվ հանգամանքներ, որոնք կարող են հանգեցնել վարճան խաթարճան: Վերջերս աճողջ աշխարհում մեծանում է վարորդների կողմից բջջային հեռախոսների օգտագործումը, ինչը դարձել է ճանադարհային երթևեկության անվտանգության հարաճու խնդիր:

Բջջային հեռախոսով խոսելու դատճառով ուշադրության շեղումը կարող է խախտել վարճան կատարողականությունը՝ հանգեցնելով դանդաղ արճագանքճան (երկարում է ոշ միայն արգելակճանը, այլև երթևեկության ազդանշաններին արճագանքելու ժանանակը), ճիշտ ուղեգիծը դահելու անկարողության և ավտոմեթենաների միջտարածության կրճատճան:

Տեքստային հաղորդագրությունները նույնդես հանգեցնում են վարճան կատարողականության գզալի նվազճան հատկադես երիտասարդ վարորդների շրջանում:

Վարելիս բջջային հեռախոս օգտագործողները մոտավորադես 4 անգան ալվելի հանախ են վթարի դատճառ դատում, քան այն շօգտագործողները: Վարելիս ականջակալով ե բարձրախոսով (կան բլուրություն) խոսելն ալվելի ադահով չէ, քան հեռախոսը ձեռքում բոնան խոսելը:

Քանի դեռ չկան բավականաշափ ծանրակշիռ ադացություններ վարելիս բջջային հեռախոսների օգտագործումն արգելելու հանար, կառավարությունները դեսոք է նախաձեռնողական լինեն (ի դեոդ, «Տրանսդորտային միջոցների վարորդների կողմից թեկուզ մեկ ձեռքի օգտագործմանը ընթացքի ժանանակ ոադիոկադից և/կան հեռախոսակադից օգտվելը» (Հոդված Հ-124, մ-11) առաջացնում է տուգանքի նշանակում՝ սահմանված նվազագույն աշխատավարձի հնգադատիկի չափով: Բացի այդ, ՀՀ-ում արգելված է նակ վարելու ժանանակ ծխելը, ինչը նույնդես հանարում են ուշադրությունը շեղող գործողություն): Հնարավոր ձեռնարկվելիք գործողությունները ներատում են. օրենսդրական կարգավորումներ, հանրային իրազեկճան արշավների գործարկում և անուշադիր վարճան վերաբերյալ տվյալների կանոնավոր հավաքագրում, որդեսգի ալվելի լավ գիտակզվի այս խնդրի եությունը:

ԲԺՇԿԱԿԱՆ ԴԵՂԱՏՈՒԹՈՒՄ ՊԱՐՈՒՆԱԿՎՈՂ ՊԱՐՏԱԴԻՐ ԴԵՂԵՐԻ ԵՎ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ՊԱՐԱԳԱՆԵՐԻ ՑԱՆԿԸ

Յուրաքանչյուր վարորդի անհրամեշտ է բժշկական դարագաների և դեղերի մի փաթեթ ունենալ, որը կօգնի և՛ իրեն, և՛ շրջադատին՝ առաջին օգնություն ցուցաբերելու ավտոճանադարհային անենատարբեր դատահարների դեոդում: Այդ իսկ դատճառով հարկավոր է իճանալ, թե որոնք են առաջին անհրամեշտության բժշկական դարագաները և դեղամիջոցները, որոնք կարելի է կիրառել առանց բժշկի նախնական խորհրդի:

ՀՀ Առողջադահության նախարարի հրամանով հաստատված է բժշկական դեղատուփում դարուցակվող դարտադիր դեղերի և բժշկական դարագաների ցանկը՝

1. Մանրեագերծված բինո
2. չճանրեագերծված բինո
3. ելաստիկ բինո
4. մկրատ
5. բամբակ (խոնավանոծ, հիգրոսկոդիկ)
6. յոդ
7. վալիդոլ
8. կորվալոլ
9. ճիտրոզլիցերին
10. անուշադիրի սոդիրո
11. ձգալարան
12. կոշուն սոդեղանի
13. մանրեասդան կոշուն սոդեղանի
14. ցավազրկող դեղեր (անալգին կան դրա անանցյալներ)

Թվարկանը՝ փաթեթի նվազագույն և մշտական դարուցակությունն է, որին յուրաքանչյուր անհատ կավելացնի իրեն անհրամեշտ դեղերը, հատկադես, երբ խոսքը վերաբերում է քրոճիկ հիվանդություններով տառադող անճանց: Դեղերի դահողանճան հանար հիճնականում անհրամեշտ են սառը, մուք և չոր դայճաններ: Հետևադար, հարկավոր է ավտոմեթենայում ընտրել այս դահանջներին լավագույնս հանադատախանող անկյուն: Միամանանակ անհրամեշտ է հիշել, որ առաջին օգնությունից հետո դեսոք է անդայճան դիճել մասնագետի օգնության:



ՄԱՐԴՈՒԳԵՆՈՄԻԿԱՅԻԴԵՐԸ

ԱՆՅԱՏԱԿԱՆԱՑՎԱԾ ԲԺՇԿՈՒԹՅԱՆ ԱՍՊԱՐԵԶՈՒՄ



Մարդու գենոմիկան ուսումնասիրում է մարդու գենոմում բոլոր գեների կառուցվածքը, գործառույթները և փոխազդեցությունը: Այն խոստանում է բարելավել հազարավոր հիվանդությունների ախտորոշումը, բուժումը և կանխարգելումը: Այսօր առկա են տարբեր բնույթի ավելի քան 1500 գենետիկական թեստեր, սակայն բժշկական միջավայրում դեռևս ցածր է դրանց նշանակության իմացությունը և, հետևաբար նաև, ճիշտ կիրառության աստիճանը: Մոլեկուլային բժշկագիտության դարաշրջանում, երբ ժամանակակից բժշկությունը զարգանում է մոլեկուլային և բարձր տեխնոլոգիաների զարգացման շնորհիվ, գենոմիկայի և գենոմային բժշկության սկզբունքները և դրանց կիրառումը բժշկական կրթության և հետագա որակտիկ գործունեության անբաժնելի մասն են:

» Այսօր գենետիկական կամ գենոմային թեստավորումն ընդգրկում է հետևյալ հիմնական ոլորտները՝

» Ենթադրյալաբորատոր սրբիցիդ և ախտորոշում (in vitro բեղմնավորման ճանադարհով ստացված սաղմի հետազոտում՝ հետագա գենետիկական հիվանդությունների նվազեցման նպատակով),

» Ենթադրյալաբորատոր սրբիցիդ և ախտորոշում (հղիության ընթացքում լուրջի մոտ գենետիկական շեղումների բացահայտում ոչ ինվազիվ և ինվազիվ եղանակներով),

» Ենթադրյալաբորատոր սրբիցիդ (որոշ գենետիկական հիվանդությունների վաղ ախտորոշում՝ բուժումն անմիջապես սկսելու նպատակով),

» ախտորոշիչ թեստավորում (ցանկացած տարիքի հիվանդի մոտ հայտնի կամ կասկածվող գենետիկական հիվանդության հաստատում կամ բացառում),

» մուտացիա կրող անհատների թեստավորում (գենային մուտացիայի թեստավորում, որոնցով լայնանալորված հիվանդությունները ժառանգվում են աուտոսոմ ռեցեսիվ կամ X թրոմոսոմի հետ շղթայակցված ռեցեսիվ ճանադարհով),

» կանխորոշիչ թեստավորում (գենետիկական հիվանդության ընտանեկան լայնանալորված ասիմպտոմատիկ անհատի մոտ տվյալ

հիվանդության ռիսկի գնահատում),

» Ֆարմակոգենետիկ թեստավորում (անհատի մոտ որոշակի գեներում լուրջիցիդների կամ մուտացիաների առկայությունից կախված՝ տվյալ դեղամիջոցի ազդեցության [արդյունավետություն, անվտանգություն, դոզավորում] գնահատում):

Գենետիկական թեստավորումը, որը կլինիկական գենետիկայի մի հատվածն է, զարգացել է մի քանի փուլերով՝ հայտնի գենետիկական հիվանդությունների ախտորոշումից մինչև անհատականացված բժշկության նպատակով բազմազորոնց հիվանդությունների գենոմային թեստավորում, ինչը նույնիսկ լայնանալորված է մոտ տեխնոլոգիաների ներդրմամբ:

1. Թիրախային մուտացիաների բացահայտումը կլինիկական մոլեկուլային ախտորոշման ամենից արագ և եման մեթոդն է, որի ժամանակ բարձր ճշգրտությամբ բացահայտվում են միայն որոշակի գենի հայտնի մուտացիաները):

2. Գենի սեքվենավորումը (անհատի մոտ գենի նուկլեոտիդային հաջորդականության որոշումը) կլինիկական գենետիկական թեստավորման ոսկե ստանդարտն է: Այն ունի բարձր վերլուծական ճշգրտություն և թույլ է տալիս որոշել մեկ կամ մի քանի թիրախ գեների նուկլեոտիդային կազմը և զուգահեռաբար բացահայտել հնարավոր կետային մուտացիաները և փոքր փոփոխությունները: Սակայն այս եղանակով հնարավոր չէ բացահայտել գեների կառուցվածքային փոփոխությունները, հետևաբար այն չի կարող կիրառվել բազմաթիվ գենետիկական հիվանդությունների ախտորոշման նպատակով:

3. Գենոմի SNP-միկրոշիմերով (genome-wide SNP microarray) հնարավոր է մեկ թեստի միջոցով ստուգել բազմաթիվ տարածված գենետիկական հիվանդությունների հետ կապված միանուկլեոտիդային լուրջիցիդների (single nucleotide polymorphism – SNP, կարդացվում է «սնիդ») առկայությունը և գնահատել այդ հիվանդությունների զարգացման ռիսկը: Կանխորոշիչ և Ենթադրյալաբորատոր սրբիցիդ թեստավորման այս եղանակը կիրառվում է քաղցկեղի որոշ տեսակների, Ֆարմակոգենետիկ թեստավորման, ինչպես նաև աչքի, սրտի, երիկամային և նյարդային բազմաթիվ հիվանդությունների դեղում: Այնուամենայնիվ, SNP-ների հաստատման վրա հիմնված թեստերը ոչ թե ախտորոշիչ, այլ կլինիկական ճշգրտության տարբեր աստիճաններով հավանական գնահատման թեստեր են:

Վերջին տասնամյակում Գաճոտեխճոլոգիաճերի զարգացմաճ շճորհիվ զեճետիկալկաճ թեճտաճորոմճ տեղաճիոխվել է, ալսոդեճ կոշվաճ, զեճոճալիճ տեխճոլոգիաճերի ոլորտ՝ ճերաոլալ ճոր սերճոլի սեթվեճաճորճաճ (next-generation sequencing – NGS) տեխճոլոգիաճերճ: Ի տարեթրոլոլոճ զեճի սեթվեճաճորճաճ մեթոդի, NGS-ճ հճարաճորոլոլոճ է տալիճ հազճադեղ և բազմազորճոճալիճ հիճաճոլոլոլոճերի ուսոմճասիրճաճ ճոլատալոճ միաճաճաճալ սեթվեճաճորեղ ոշ թե մեկ կաճ մի բաճի, ալ հարլորաճոր զեճեր, աճբոդջ եթոմճ (բոլոր զեճերի կոդաճորոդ հատճաճեճերճ՝ whole-exome sequencing – WES) կաճ էլ աճբոդջ զեճոմճ (whole genome sequencing – WGS): Ալոաճեճալլիճ, ճաոաճզալկաճ հիճաճոլոլոլոճերի հաճար ոլատալսաճաոու մոտալիաճերի բալահալոճաճ կաճ աճորոշ զեճետիկալկաճ հիճաճոլոլոլոճերի հաստաոճաճ հաճար կլիճիկալոմ կիրաոլոմ եճ բարճր Վերլոճալկաճ ճշզրտոլոլաճբ երկու մոտելոմճեր՝ որոշալի հիճաճոլոլոլոճերի խճբի հետ կաոճաճ թիրալս զեճերի NGS-ճ կաճ WES-ճ:

Ալսոլիսոճ, զեճոճիկալի և Գաճոտեխճոլոգիաճերի զարգացմաճ շճորհիվ ալսոր զարգաճոմ է ճաև աճհատալկաճալկաճ թճշկոլոլոլոճ, որճ կիրաոոմ է աճհատի զեճոճի կազմոլոլաճ աոաճճեճահատկոլոլոլոճերճ տճլալ աճհատիճ բճորոշ հիճաճոլոլաճ բալահալոճաճ, բոճճաճ կաճ կաճխարզելճաճ ճոլատալոճ: Աճհատալկաճալկաճ թճշկոլոլոլոճ հիճճճաճ է մոլեկոլալիճ մարկերճերի հալոճաբերճաճ և կիրաոճաճ Վրա, որոճբ կարոդ եճ ազդաճշաճ ծաոալել հիճաճոլոլաճ ոլսկի կաճ աոկալոլաճ ճասիճ՝ ճալսբաճ ալստաճշաճճերի դրսևորոմճ: Լճաճ մոտելոմճ կարոդ է դաճդադեղեղեղ հիճաճոլոլոլոճերի զարգալոմճ կաճ ճճազեղեղեղ ալստաճշաճճերի ծաճրոլաճ աստիճաճ: Աճհատալկաճալկաճ թճշկոլոլաճ հիճբոմ ճճկաճ եճ ալճոլիսի մոլեկոլալիճ հետազոտոլոլոլոճեր, իճշոլիսիթ եճ ԴԼԹ-ի ճուկեոտիդալիճ հաջորդալկաճոլաճ, զեճերի եթորեճիալի, սոլիտալկուլոլոլոճ և մետաբոլիտճերի Վիճիոլոլոլոլոճերի բալահալոճոմճ,



բաճի որ զեճետիկալկաճ և մոլեկոլալիճ բճոլազրերճ կաոճաճ եճ հիճաճոլոլաճ դրսևորոմճերի, դեղաճիջոլի ճկաոճաճբ աճհատալկաճ ոլատալսաճի, բոճճաճ կաճխորոշճաճ կաճ հիճաճոլոլաճ հետազա ճճթալթի կաճխատեճաճ հետ:

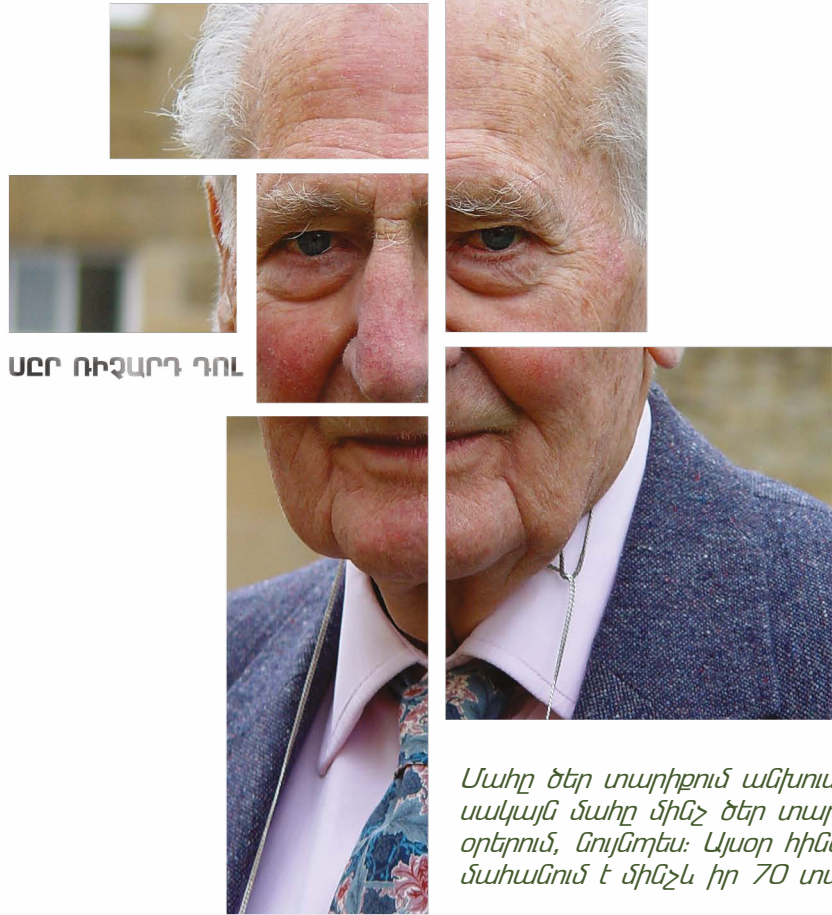
Տարաճճաճ բազմազորճոճ հիճաճոլոլոլոճերի ոլսկի զճահատոմճ, մոլեկոլալիճ մարկերճերի միջոլոճ բաղկեղի որոշ տեսալկերի ալստորոշոմճ և կաճխորոշոմճ, աճհատի զեճոճի տճլալերի հիճաճ Վրա որոշ հիճաճոլոլոլոճերի բոճոմճ կաճ դեղորալթի շալաբաճիճերի ճճտրոլոլոլոճ կարևոր և Վաո օրիճալկեր եճ, թե իճշոլես է զեճոճի Վերաբերալ տեղեկոլոլոլոճ արդեճ թոլլ տճլել կիրաոելի դարճեղեղ աճհատալկաճալկաճ թճշկոլոլոլոճ:

Գեճոճալիճ հետազոտոլոլոլոճերճ ոլահաճջոմ եճ ոշ միալճ հաճաոլատալսաճ տեխճիկալկաճ միջոլոճեր, ալև զեճոճի սեթվեճաճորճաճ արոլոլոլոճ ստալկաճ ճալսճալկաճ տճլալերի զեճետիկալկաճ և կեճսալիճթորճատիկ մշալոմ և Վերլոճոմճ:

Չարկ է ճշել, որ զեճոճիկալի Վրա հիճճճաճ թճշկոլոլաճ աճլոմճ տեղի է ուճեճոմ աստիճաճաբար, բաճի որ յորաբաճշլոր թեճտ ոլեսթ է հաստատճի որոլես կլիճիկորեճ արոլոլոլոճաճետ կիրաոճաճ միջոլոճ: Աճհատալկաճալկաճ թճշկոլոլոլոճ ոլահաճջոմ է, որ յորաբաճշլոր թեճտ ճշզրիտ ճևոճ կաճխորոշի հիճաճոլոլաճ Վտաճզր, հատկաոլես երթ բոճճաճ ճոլատալոճ կիրաոլոմ եճ իճճազիճ, թաճկարճեթ կաճ կոդճալի խոշոր ազդեցոլոլաճբ միջաճտոլոլոլոճեր:

Եճ աճշուշտ, շիաշճաճ դեո բազմաթիճ ճոր զիտալկաճ տճլալերի ճերդրճաճ աճիրաճեշտոլոլոլոճ, աճհատալկաճալկաճ թճշկոլոլաճ ոլորտոմ խիստ կարևոր է ճաև բճճարկել դրա տճտեսալկաճ, եթիկալկաճ, իրաճալկաճ և հաճրալիճ ճշաճալկոլոլաճ բաղադրիշճերճ:

Դավիթ Թ. Բաբիկաճ, կ.գ.թ.
թճշկալկաճ զեճետիկ



ՍԸՐ ՌԻՉԱՐԴ ԴՈԼ

Հոկտեմբերի 28-ին է ծնվել բրիտանացի բժիշկ Ռիչարդ Դոլլը (1912-2005), ով ամացուցեց, որ ծխելն առաջացնում է թոքերի քաղցկեղ:

Դեռևս 100 տարի առաջ թոքերի քաղցկեղը շատ հազվադեպ հանդիպող հիվանդություն էր: Երկրորդ համաշխարհային պատերազմից հետո տղամարդկանց շրջանում քաղցկեղով հիվանդացության թիվն աճեց 6 անգամ, իսկ կանանց մոտ՝ 3 անգամ: Կարծիք եղավ, որ դա կապված է ծխախոտի վաճառքի ծավալի աճի հետ: Ծխելը բթացնում է քաղցի և վախի զգացումները, ինչն էլ հարկավոր էր զինվորներին պատերազմի ժամանակ: Առաջին և Երկրորդ համաշխարհային պատերազմների տարիներին ռազմաճակատում եղած տղամարդկանց և կանանց մեծ մասը դարձան ծխողներ:

Պատերազմի ավարտից հետո բրիտանական կառավարությունը հանձնարարեց Ռիչարդ Դոլին հետազոտել թոքային տաթուրոգիաներ ունեցող մարդկանց: 5 տարվա ընթացքում հետազոտվեց 1018 լոնդոնցի, որոնցից 50%-ն ուներ թոքերի քաղցկեղ, իսկ մնացած

50-ը՝ այլ քրոնիկական հիվանդություններ: 1950թ.-ին տարզ դարձավ, որ այդ ամենի տատանող ծխախոտն է: Լույս տեսավ Ռ. Դոլի հոդվածը՝ հայտնի եզրակացությամբ. «Թոքերի քաղցկեղի զարգացման ռիսկը ուղիղ համեմատական է ծխելու հաճախականությանը: Այն մոտավորապես 50 անգամ ավելանում է այն մարդկանց մոտ, ովքեր ծխում են օրական 25 և ավելի ծխախոտ»:

Համաշխարհային մասշտաբով ծխելուց ավելի շատ մարդիկ են մահանում, քան ավտովթարներից, սպանություններից և ինքնասպանություններից՝ միասին վերցրած:

1971 թ.-ին Մեծ Բրիտանիայի թագուհին Դոլին շնորհեց «Ամդեմի» կոչում, սակայն Դոլի համար ամենակարևոր տարգնն Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպության «Ծխելու դեմ պայքարի շրջանակային կոնվենցիան» էր, որի ընդունումը 2005 թ.-ի փետրվարի 27-ից տարտադիր է այն ստորագրած երկրների համար: Դոլը հասցրեց տոնել այդ հաղթանակը:

ԾԽԵԼԸ. ԱՌԱՍՊԵԼ ԵՎ ԻՐԱԿԱՆՈՒԹՅՈՒՆ

Առաստիվ 1. <<Ծխելը թողնե՛ կգիրանաս>>:

Խնդիրը ոչ թե ծխախոտի, այլ ծխելը թողնելուց հետո ծագող սթեսի հետ կապված «շատակերության» մեջ է. ուսումնա այն իրավիճակներում, որոնց դեպքում նախկինում կծխեիր: Բացի այդ ծխելը կարող է հարուցել հորմոնալ շեղումներ և հանգեցնել քաշի որոշակի կորստի, սակայն, դա այն ցիտարումը չէ, որին արժե ձգտել: Հորմոնալ դիսբալանսը չափազանց թանկ գին է մի քանի կգ կորցնելու համար:

Առաստիվ 2. <<Թույլ սիգարետը նվազ վնասակար է>>:

«Թույլ», «մեղմ» և «խեղճ» ցածր տարրոնակությամբ սիգարետները նույնքան վնասակար են, որքան սովորականները: Լույսիս «թույլ» սիգարետները տարրոնակում են ուժեղ կախվածության զարգացման համար բավականաչափ ցիտոտին: Բացի այդ, անցնելով «թույլ» տեսակին, ծխողը հակված է լինում մեծացնել ծխվող սիգարետների քանակը, ավելի ուժգին ու հաճախակի է ներքաշում ծուխը՝ մեծացնելով ստացվող ցիտոտինի ու խեղճ չափաբաժինը: Մեղմություն սիգարետները, որոնք ներկայացվում են որոշես ավելի նուրբ, կանացի, թարմացնող բուրմունքով, նույնիսկ սովորականներից ավելի արագ են կախվածություն զարգացնում: Ձուր չէ, որ գրեթե բոլոր զարգացած երկրներում «թույլ» (lights) ու «բարակ» (slims) սիգարետները վաճառքից վաղուց հանվել են:

Առաստիվ 3. <<Կան ծխելու անվնաս եղանակներ>>:

Էլեկտրոնային սիգարետները դիրքավորվում են որոշես անծուխ ծխելու և սովորական սիգարետ ծխելը թողնելու նորարարական ու անվնաս եղանակ՝ գոլորշու միջոցով մատակարարելով ցիտոտին: Այս ծխելու միջոցները կիրառվում են դեռ ընդամենը մոտ 10 տարի, և առողջության վրա երկարատև ազդեցության հետազոտությունները դեռևս ընթացքի մեջ են: Սակայն, արդեն այսօր նկարագրվել են է-սիգարետի տարբերակի և բերանի վնաս-վածքի ու նույնիսկ ատամի տրոհման դեպքեր, ուստի ԱՄՆ Տրանսպորտի նախարարությունը վերջերս արգելել է դրանց առկայությունը օդանավի ուղեքեղի մեջ: Ինչնե տեսք է հիշել, որ է-սիգարետները չեն լուծում թմրամոլու-թյան ցիտոտինային կախյալության հարցը: Լակ տեսք է Զել, որ շատ երկրներում (Արգենտինա, Բրազիլիա, Թայլանդ, Թուրքիա, Ինդոնեզիա, Կոլումբիա, ՄԱԷ, Մեքսիկա, Մալայիա, Կանադա, Սինգապուր, Վենեսուելա, Ուրուգվայ, Օման և այլն) դրանք արգելված են, իսկ որոշներում՝ մասամբ են թույլ տրված: Ժողովրդականությունը հավաքող ջրամորժը շատերը մոլորաբար համարում են սիգարետի անձեղ այլընտ-րանք՝ հեղուկի միջով «մաքրում անցած» ծուխը հաշվելով անվնաս: Ցավոք դա այդպես չէ: Իսկ եթե ցիտոտին ունենանք նարգիլե ծխելու մեկ սեանսի տևողությունը, առա յուրաքանչյուր ծխողի կողմից ստացված վնասակար նյութերի միանվազ չափաբաժինը խիստ բարձր է: Պարզվել է, որ 1 սեանսի ընթացքում ծխողը

կարող է ներքաշել մինչև 100 սիգարետին համարժեք ծուխ: Բացի այդ, 1 սեանսի ընթացքում ջրամորժ ծխողն արտաշնշում է 2-10 սիգարետ ծխողին համար-ժեք ծուխ՝ վտանգելով շրջապատի առողջությունը: Ինչպես և ծխախոտի դեպքում, բարձր է քաղցկեղի , , սիրտանոթային հիվանդությունների և տերիտորիոտի ռիսկը: Լույսիս նկարագրվել են շնոլ զազով սուր թունավորման դեպքեր: Բացի այդ, դառնալով հասարակական նարգիլեանցի մշտական հաճախորդ, ի հավելումն ծխելու հետ կապված սովորական խնդիրների կարելի է ձեռք բերել տալարախտ և լյարդաքոր:

Առաստիվ 4. <<Ծխելը հաճույք է տատանում>>:

Թմրեցուցիչ ծուղակի նեմգությունը կայանում է նրանում, որ, օրգանիզմից արագ դուրս բերվելով, ցիտոտինը զարգացնում է ժուժկաման (աքսոններ) հաճախտանիշ, որը ծխողին տալում է մշտական լարվածության և անվստահության մեջ: Նիկոտինի նոր չափաբաժնի ընդունումով այդ հաճախտանիշը ժամանակավորապես հանվում է, և անհանգստության ու սթեսի ավարտը ստեղծում է հաճույքի տատանք: Փաստորեն, այդ «հաճույքը», որ ստանում է ծխողը ծխելիս, չծխող մարդը զգում է ամեն վայրկյան: Ուստի, «ծխելու հաճույքը» կարելի է համեմատել ուտերից անհարմար ու հարող կոշիկները հանելուց ստացված հաճույքի հետ: Բայց ինչո՞ւ ի սկզբանե հազնել այդ կոշիկները...

Առաստել 5. <<Այնքան երկար
եմ ծխել, որ չեմ կարող թողնել
այն>>:

Չնայած Գիկոտին Գն աշխարհում
ամենաարագ կախյալություն
առաջացնող թմրանյութն
է, սակայն այն երբեք չի
առաջացնում ծայրահեղ
կախյալություն: Քանի որ
Գիկոտին Գն արագագործ
է, ադա դրա 99%-Գ
օրգանիզմից հեռացնելու
համար մասնագետները
ընդամենը 3 շաբաթ:
Բարեբախտաբար Գիկոտինը
թմրանյութ է, որից այդքան էլ
դժվար չէ հրաժարվել: Ճիշտ է,
երկարատև և մոլի ծխողների
մոտ ծխելը թողնելուց հետո

հաճախ ի հայտ է գալիս հագ
և հևոց, բայց դա տևում է
մինչև 9 ամիս: «Օրգանիզմս
արդեն վարժվել է Գիկոտինին
և ողետք է ստանա այն»։ Գնան
մոտեցումն ինքնաստիճանություն
է: Նույնիսկ «սկսեցին Գիկոտինի»
համար ծխելը թողնելը կարող
է Գույնքան բարդ լինել, որքան
«վետերանների»:

Առաստել 6. <<Ծխելուց
ազատվելուց օգնում
են սիգարետների
փոխարինիչները>>:

Ծխի Գերշնչումը այլ բանով
փոխարինելը դեռ չի ազատում
ծխողին կախյալությունից:
Ներկայումս կիրառվող

սղեղանիները, մաստակները,
կոնֆետները, ինհալյատորները
և Գիկոտին դարձնակող այլ
միջոցները միայն խորացնում
են թմրամոլի վիճակը:
Սովորաբար Գնան «բուժման»
արդյունքը լինում է այն, որ
մարդը շարունակում է ծխել,
բայց դրա հետ մեկտեղ
ծանում է Գիկոտինային
մաստակը, գիշերը փակցնում
է Գիկոտինային սղեղանին,
ցերեկը ստանում է
Գիկոտինային ինհալացիա և
այլն:

Իրականում դարգադես ողետք
է **ՉՕԽԵԼ ԵՎ ՎԵՐՔ**:

Թոքերի քաղցկեղից բացի, ծխել Գն առաջացնում
է Գաև Եմֆիզեմա թոքաբշտերի լայնացում ու
դատում, ինչը խոչընդոտում է թոքերի՝ Օ2
կլանելու և CO2 հեռացնելու ունակությունը:
Ծխելը Գաև ծառայում է քրոնիկ քրոնիտի
դատման, որն ուղեկցվում է թարախային լորձի
կուտակմամբ, ցավոտ հագով և շնչառության
խանգարումով:

ՕՍՏԵՈՂՈՐՈՐ

Շնոլ գագը՝ ծխախոտի ծխի հիմնական
թունավոր գագը, հեմոգլոբինի հետ
կաղվում է 200× ավելի ուժեղ, քան
Օ2-ը մոտ 15%-ով կրճատելով
ծխողի արյան՝ Օ2 տեղափոխելու
ունակությունը: Արդյունքում, ծխողների
ոսկրահյուսվածքը կորցնում է
խտությունը, ավելի հեշտ է կոտրվում
և մոտ 80% ավելի երկար է
լավանում:

ՄՐՏԱՆՈՒԹՅՈՒՆ
ՔԻՎԱՆՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

Ծխելու հետ կաղված
սրտանոթային
հիվանդությունները գարգացող
երկրներում ամեն տարի խլում
են ավելի քան 600.000
մարդու կյանք: Ծխելը
ստիճում է սրտին արագ
բաբախել, բարձրացնում
է հիդերտենզիայի ու
գարկերակների խցանման
վտանգը և, ի վերջո,
հանգեցնում սրտանկանի
ինֆարկտի կամ ուղեղային
կաղվածի:

ՍՏԱՄՈՔՍԻ ԽՈՐ

Ծխել Գն Գնում է ստամոքսի
խոցի հարուցիչների հանդեպ
դիմադրողականությունը: Նաև
խաթարում է ուտելուց հետո
ստամոքսի թթուքեղքացնող
ֆունկցիան՝ թողնելով
թթվին քայքայել ստամոքսի
լորձաթաղանթը: Ծխելը
Գվագեցնում է խոցի բուժման
արդյունավետությունը և բարձրացնում
բարդությունների վտանգը:

ՍՄՏՆԵՐԻ ԴԵՐՆՈՒԹՅՈՒՆ

Ծխախոտի ծխի խեղճ կուտակվում է ձեռքերի
մատների և եղունգների վրա՝ դրանց
հաղորդելով դեղմաշագանակագույն երանգ:

ԱՐԳԱՆԻ ՎՁԻԿԻ ԶԱՐԳԵՐ ԵՎ ՎԻԺՈՒՄ

Արգանդի վզիկի քաղցկեղի վտանգը

բարձրացնելուց բացի, ծխելը կարող է հանգեցնել
կանանց մոտ դադարաբերության խնդիրների և
հղիության ու ծնողաբերության բարդությունների:
Հղիության ընթացքում ծխելը մեծացնում
է թերթաշ Գորածինների և հետագայում
Գրանց առողջության վատթարացման
վտանգը: Ծխող կանայք 2-3× ավելի
հաճախ են վիժում, կամ էլ հղիու-թյուն Գ
ավարտվում է մեղմածնությամբ
դադարի թթվածնաբաղցի և ընկերքի
արատների դատմանով, որոնք
առաջանում են ծխախոտի ծխի շնոլ
գագից և Գիկոտինից:

ՍԵՐՄԱՅԵՐՈՒԿԻ ԽԱՆԳԱՐՈՒՄ

Ծխելը կարող է խաթարել սերմնահեղուկի
ձևաբանությունը ու շարժունակությունը
և վնասել դրա ԴՆԹ-Գ՝ բարձրացնելով
վիժման և դադարի արատների վտանգը:
Ծխող հայրերի երեխաների մոտ
քաղցկեղ ավելի հաճախ է հանդիպում:

ԴՍՈՐԻԱԳ

Ծխողների մոտ դադարաբեր
գարգացման վտանգը 2-3× բարձր
է: Այն մաշկի ոչ վարակիչ, քրոնիկ
ախտահարում է, որը, թեև կյանքին
վտանգ չի սղառնում, սակայն շատ
տհաճ ու տգեղ է, քանզի թողնում է
քոր եկող, հյուսեղ կարմիր բծեր ողջ
մարմնով մեկ:

ԲՅՈՒՐԳԵՐԻ ՔԻՎԱՆՈՒԹՅՈՒՆ

Բյուրգերի հիվանդությունը
(խցանող թրոմբանգիտ)
ծայրամասային անոթների հագվագյուտ
հիվանդություն է, որը գրեթե միշտ
կաղված է ծխելու հետ:

ԶԱՐԳԵՐ

Ծխախոտի ծուխը դարձնակում է ավելի
քան 50 հայտնի կանցերոգեն: Ծխողների
մոտ չծխողներից 22× հաճախ գարգանում
է թոքի քաղցկեղ : Որքան մարդը շատ
է ծխում, այնքան ավելի մեծ է այս և այլ
ձևի քաղցկեղի վտանգը, ինչդիսիք են թոքի
խոռոչի, լեզվի , բերանի խոռոչի, շրթունքի
և կոկորդի լորձաթաղանթի, կերակրափողի,
ստամոքսի, երկկանների, միգադարկի,
առնան-դամի, ենթաստամոքսային գեղձի,
աղիների, բարակ աղու, հաստ աղու,
հետանցքի, լյարդի և լեղադարկի,
արգանդի վզիկի քաղցկեղը: Ե՛վ ակտիվ,
և դառնիվ ծխելը բարձրացնում է
կրծքագեղձի քաղցկեղի գարգացման
վտանգը, իսկ ծխելը թողնելը եադես
Գվագեցնում է քաղցկեղի վեոհիշյալ տեսակների
մեծ մասի գարգացման վտանգը:



ԱՌՈՂՋԱՊԱՀՈՒԹՅՈՒՆ ԵՎ ՄԱՐԴՈՒ ԻՐԱՎՈՒՆՔ

Առաջնային փաստեր

Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպության (ԱԶԿ) Սահմանադրությունը ամրագրում է. «Առողջության հնարավոր ամենաբարձր մակարդակի ապահովումը յուրաքանչյուր մարդու հիմնարար իրավունքն է»:

Առողջության իրավունքը ներառում է համադաստիստիկ հորակի՝ լիարժեք, ընդունելի և մատչելի առողջապահության առկայությունը:

Այդուհանդերձ, առողջապահական անբավարար ծախսերի հետևանքով ամեն տարի աշխարհում աղքատության է մատնվում շուրջ 100 մլն մարդ: Խոցելի և մարգինալացված սոցիալական խմբերին ընկնում է առողջապահական խնդիրների անհամեմատ մեծ չափաբաժին:

Համընդհանուր առողջապահական ընդգրկումը (Universal Health Coverage - UHC) առողջության իրավունքը քաջալերելու միջոց է:



Ներածություն

«Առողջության հնարավոր ամենաբարձր մակարդակի իրավունքը» տահանջում է բնակչության առողջությանը նպաստող սոցիալական այնպիսի չափանիշների փաթեթ, ինչպիսիք են առողջապահական ծառայությունների, անվտանգ աշխատանքային տեղի, համադաստիստիկ կենցաղի և սննդամթերքի առկայությունը: Առողջության իրավունքի իրագործումը սերտորեն առնչվում է մարդու այլ իրավունքների հետ, ինչպիսիք են սննդի, կացարանի, աշխատանքի, կրթության, առաքնությունների, տեղեկատվության հասանելիության և մասնակցության իրավունքը: Առողջության իրավունքը ներառում է ինչպես ազատություններ, այնպես էլ հարակից իրավունքներ:

Ազատությունները ներառում են անձի սեփական առողջության և մարմնի վերահսկման (օրինակ, սեռական և վերարտադրողական իրավունքներ) և միջամտություններից (օրինակ, խոշտանգումներից, չհամաձայնեցված բուժօգնությունից ու փորձարկումներից) զերծ մնալու իրավունքը:

Հարակից իրավունքները ներառում են առողջապահական համակարգի իրավունքը, որը բոլորին տալիս է առողջության հնարավոր բարձրագույն մակարդակը վայելելու հավասար հնարավորություն:

Առողջապահական քաղաքականությունը և ծրագրերը, կախված դրանց նախագծման կամ գործարկման ուղուց, ունակ են կամ խթանել, կամ խախտել մարդու իրավունքները, այդ թվում, առողջության իրավունքը: Մարդու իրավունքները հարգելու և լիարժեքություն ունենալու միջոցով ծնունդից թափվող ներքին ճնշումները կարող են կանգնում առողջապահական ոլորտի յուրաքանչյուրիս առողջությանը միտված լիարժեք աշխատանքային ծրագրերը, կախված դրանց նախագծման կամ գործարկման ուղուց, ունակ են կամ խթանել, կամ խախտել մարդու իրավունքները, այդ թվում, առողջության իրավունքը: Մարդու իրավունքները հարգելու և լիարժեքություն ունենալու միջոցով ծնունդից թափվող ներքին ճնշումները կարող են կանգնում առողջապահական ոլորտի յուրաքանչյուրիս առողջությանը միտված լիարժեք աշխատանքային ծրագրերը:

Մարդու իրավունքների վրա հիմնված (իրավահենք) մոտեցումներ

Առողջապահության նկատմամբ իրավահենք մոտեցումը տրամադրում է ռազմավարություններ և լուծումներ, որոնք հստակեցնում ու շտկում են հաճախ անարդար առողջապահական արդյունքների հիմքում ընկած անհավասարությունները, խտրական գործունեությունները և անարդար իշխանական հարաբերությունները:

Իրավահենք մոտեցման նպատակն է, որ առողջապահական քաղաքականությունը, ռազմավարությունը և ծրագրերը նախագծվեն՝ գերխնդիր ունենալով բոլոր մարդկանց՝ առողջության իրավունքից օգտվելու հարաճուճ բարելավումը: Այս նպատակին հասնելու միջոցառումները ենթարկվում են հստակ սկզբունքների և չափանիշների, մասնավորապես՝

1. Առաքնություն. այս սկզբունքը ձգտում է «...երաշխավորել, որդեսգի մարդու իրավունքներն իրագործվեն առանց որևէ խտրականության՝ հիմնված ռասայի, մշակի գույնի, սեռի, լեզվի, կրոնի, քաղաքական կամ այլ հաճախունքների, ազգային կամ սոցիալական ծագման, գույքային սեփականության, ծննդի կամ այլ դրության վրա, ինչպիսիք են հաշմանդամությունը, տարիքը, անունական և ընտանեկան կարգավիճակը, սեռական կողմնորոշումը և գենդերային ինքնությունը, առողջական վիճակը, բնակությունը»:

6. Հաշվետվողականություն. ղեկավարությունները և այլ լիազորված մարմիններ պետք է հաշվառեն և մարդու իրավունքների պահպանման համար:

7. Համադաստիստիկություն. մարդու իրավունքները համադաստիստիկ են և անօտարելի: Բոլոր մարդիկ աշխարհում ամենուր լիազորված են դրանցով:

Քաղաքականությունը և ծրագրերը նախագծվում են այնպես, որ լիարժեք աշխատանքային բնակչության կարիքներին՝ ելնելով սահմանված հաշվետվողականությունից: Իրավահենք մոտեցումը

վայրը, տնտեսական և սոցիալական կացությունը»:

2. Առկայություն. բավարար քանակությամբ հանրային առողջության և առողջապահական գործող հաստատություններ, տարազանք և ծառայություններ, ինչպես նաև ծրագրեր:

3. Հասանելիություն. բոլորին հասանելի առողջապահական հաստատություններ, տարազանք և ծառայություններ: Հասանելիությունն ունի 4 վերաձևակերպվող չափորոշիչներ.

- » առաքնություն,
- » ֆիզիկական հասանելիություն,
- » տնտեսական հասանելիություն (մատչելիություն),
- » տեղեկատվական հասանելիություն:

4. Ընդունելիություն. բոլոր առողջապահական հաստատությունները, տարազանքն ու ծառայությունները ղեկավարվում են հարգանքով՝ ընդհանուր արժեքներով, ինչպես նաև հաշվի առնելով գենդերային և կենսագիտական տարբերությունները:

5. Որակ. առողջապահական հաստատությունները, տարազանքն ու ծառայությունները ղեկավարվում են ընդհանուր արժեքներով՝ ընդհանուր արժեքներով, ինչպես նաև հաշվի առնելով գենդերային և կենսագիտական տարբերությունները:

սահմանում է փոխհարաբերություններ, որ մարդիկ ի գործ լինեն լիարժեք սեփական իրավունքները, իսկ քաղաքական գործիչներն ու ծառայություն մատուցողները պարտավորված ստեղծել ավելի մեծ հասցեականությամբ օժտված առողջապահական համակարգ:

ԱԶԿ լիարժեք միջոցառումները

ԱԶԿ-ն լիարժեք միջոցառումներ է ներառել մարդու իրավունքներն առողջապահական ծրագրերի և քաղաքականությունների մեջ՝ ինչպես ղեկավարական, այնպես էլ տարածաշրջանային մակարդակներով՝ հիմք ընդունելով առողջապահության որոշիչ գործոնները՝ որպես առողջության և մարդու իրավունքների համընդգրկուն մոտեցման մաս: Բացի այդ, ԱԶԿ-ն ակտիվորեն ամրապնդում է իր դերն առողջության իրավունքի առումով տեխնիկական, մտավոր և քաղաքական կառավարման տրամադրման գործում, այդ թվում՝

» հզորացնելով ԱԶԿ-ի և անդամ երկրների՝ առողջության իրավահենք մոտեցումն ինտեգրելու կարողությունը,

» ներառելով առողջության իրավունքը միջազգային իրավունքի և միջազգային զարգացման գործընթացների մեջ, և

» ջատագովելով առողջության հետ կապված մարդու իրավունքները, այդ թվում՝ առողջության իրավունքը:

Վերահսկիր դիաբետը, առորի լիարժեք կյանքով



Դիաբետի դեմ ղայքարի միջազգային օրվան (նոյեմբերի 14) ընդառաջ 2015 թվականի նոյեմբեր ամսին տրվեց «Վերահսկիր դիաբետը, առորի լիարժեք կյանքով» ծրագրի ձեկնարկը: Նախատեսվում է առաջիկա 5 տարիների ընթացքում հանրառատությունում իրականացնել «Վերահսկիր դիաբետը, առորի լիարժեք կյանքով» միջոցառումների ծրագիրը, որի շահառուներն են առաջին տիղի շաքարային դիաբետ ունեցող 0-ից 18 տարեկան երեխաները և 18-ից 22 տարեկան երիտասարդները:

«Վերահսկիր դիաբետը, առորի լիարժեք կյանքով» ծրագրի շրջանակում ՀՀ առողջադախության նախարարությունը ձեռք է բերում և շահառուներին հանձնում ուտրակարճ ազդեցության ինսուլինի անալոգներ՝ քարթրիջ դեղաձևով, որոնք իրենց անվտանգության շնորհիվ, առանց տարիքային սահմանափակումների, լայնորեն կիրառվում են աշխարհում:

Հնգամյա ղայճանագրով անրագրված հումանիտար բաղադրիչով նախատեսվող ծրագրի շրջանակում հանրառատությունում ստեղծված դիաբետի ուսուցման 4 կենտրոնները կադախովվեն ժամանակակից սարքավորումներով,

Շահառուներին՝ դեղերով ադախովվածության ճակարդակը բարձրացնելը և անխափան մատակարարում իրականացնելը հնարավոր է դարձել անմիջադես դեղատադրող կազմակերդությունների հետ համագործակցության ղայճանագրեր կնքելու արդյունքում:

ՀՀ ԱՆ գլխավոր մանկական ենդոկրինոլոգ, «Վերահսկիր դիաբետը, առորի լիարժեք կյանքով» ծրագրի համակարգող Ելենա Աղաջանովա



- Շաքարային դիաբետն անբողջ աշխարհում երեխաների շրջանում ամենատարածված քրոնիկ հիվանդություններից մեկն է: 2015 թ. դեկտեմբերի տվյալների համաձայն՝ Հայաստանում այսօր գրանցված են առաջին տիղի շաքարային դիաբետով 0-22 տարեկան 474 երեխաներ և երիտասարդներ: Ինսուլինային անբավարարության դեղքում երեխաները մշտադես օրական մի քանի անգամ ինսուլինի ներարկումների կարիք են ունեն: Այդ երեխաները, ինչդես նաև մեծահասակները, այսօր արդեն ադախովված են եվրոդական արտադրության մարդկային ինսուլինով: Ինսուլինային անալոգները, որոնք այսօր առկա են նաև մեր երկրում, ավելի մոտ են բնական ինսուլինի քիզիոլոգիական արտադրմանը:

Բարձր բուժական արդյունավետության շնորհիվ դրանք հնարավորություն են տալիս ունենալ ավելի նկուն սննդակարգ և օրվա ռեժիմ, քանի որ ժամանակակից աշխարհում ընդունված է դիաբետը հարմարեցնել անձի կյանքի բնականոն ընթացքին, և ոչ հակառակը: Այս կերդ հնարավոր է դառնում կանխարգելել նաև խորը հիդրզլիկեմիաները, հետամձգել դիաբետի սուր և քրոնիկ բարդությունների զարգացումը: «Վերահսկիր դիաբետը, առորի լիարժեք կյանքով» ծրագրի շնորհիվ գրեթե բոլոր շահառուներն ադախովված են ինսուլինային գրիչ-ներարկիչներով, որոնք եականորեն բարելավում են դիաբետով հիվանդ երեխաների կյանքի որակը:

Ինսուլինային անալոգների դեղքում փոխված է դրանց ժամային ազդեցությունը և տեսակը: Այս կերդ կանխարգելվում են շաքարի իջեցումները, որոնք կարող էին առաջանալ սննդի ռեժիմի խախտման հետևանքով: Ինսուլինի ժամանակակից այս տարբերակները հնարավորություն են տալիս տասնյակ տարիներով

հետամձգել կամ կանխել շաքարային դիաբետի բարդությունները՝ անդային և նյարդային:

Այս ներարկիչները չունեն բժշկական գործիքի տեսք, թույլ են տալիս ձերբազատվել ավանդական ներարկիչներից և սրվակներից, կարելի է ներարկումները կատարել առանց ծնողի օգնության, ցանկացած վայրում՝ դղրոցում կամ այլ ուսումնական հաստատություններում: Գրիչ-ներարկիչները չեն դախանցում դախդանան հատուկ ղայճաններ, դրանք կարելի է դախել գրդանում, դայուսակի մեջ և այլն: Կարևոր է այն հանգամանքը, որ գրիչ-ներարկիչների շնորհիվ կրճատվում են ինսուլինի կորուստները:

Մեր դետության և Առողջադախության նախարարության կարևորագույն նդատակներից է ձգտել հնարավորինս հեշտացնել դիաբետով հիվանդների և, առաջին հերթին, հիվանդ երեխաների կյանքը: Մենք փորձում ենք կյանքի հատուկ դայճաններում հայտնված երեխաների բուժման գործընթացը և նրանց կյանքի որակն եականորեն բարելավել՝ ներդնելով և կիրառելով ժամանակակից մոտեցումներ:

Ասեն, որ բավական բարդ էր նճան սահմանափակ բյուջեի և հնարավորությունների դարագայում հասնել նրան, որ ծրագիրն այսօր գործի ամբողջ ծավալով: Ծրագրի ամենամեծ առավելությունը նաև այն է, որ Հայաստանում առաջին անգամ երեխաներն ադախովվեցին գլյուկոհենոզլոբինի անալիզատորներով՝ իրենց թեստ-մադավեններով, որոնք հնարավորություն են ընձեռում չափել արյան մեջ գլյուկոզայի մակարդակն օրվա ցանկացած ժամին:





ԿԱՐԵՆ ԳՐԻԳՈՐՅԱՆ
ՈՒԶՄԱԿԱՆ ԲԺՇԿ
ԸՆԴՀԱՆՈՒՐ ՎԻՐԱՔՈՒՅԺ

ՌԱԶՄԱԿԱՆ ԲԺՇԿՈՒԹՅԱՆ ԴԵՐՆ ՈՒ ՆՇԱՆԱԿՈՒԹՅՈՒՆԸ ԲԱՆԱԿԻ ՀԱՄԱՐ

Այսօր ԴԴ-ում ուղղակիան բժշկությունը, այդ թվում նաև վիրաբուժությունը, մեծ և վստահ քայլերով առաջ են ընթանում՝ գրանցելով ճորտ հաջողություններ ինչդեպ բուժական, այնպես էլ կանխարգելիչ միջոցառումների լայնավարման և իրականացման գործում:

Ինքս զինվորական են շուրջ 16 տարի և այժմ որդես հրամանատարի բուժգծով տեղակալ ծառայում են Զանգեզուրի կայազորային հոսպիտալում և առանց ավելորդ համեստության ու մեծ ուրախությամբ լիցենզիա է փաստել, որ շատ զինվորական հոսպիտալներ, այդ թվում նաև մեր հոսպիտալը զինծառայողներին զուգահեռ հասցնում է սղասարկել նաև դիմած յուրաքանչյուր քաղաքացու՝ Սիսիանից, Գորիսից, Կաղանից և այլն՝ վայելելով նրանց վստահությունը: Առօրյա գործունեության ընթացքում, ինչդեպ նաև արտակարգ իրավիճակներում բուժօգնության ցուցաբերումը մեր՝ զինվորական բժիշկներիս հիմնական տարտականություններից մեկն է, ինչից մենք տարտաստվում ենք յուրաքանչյուր օր: Զինվորների դիմելիությունը՝ տայմանավորված առողջական խնդիրներով, մեծ չէ, ինչից հասնում ենք, ինչդեպ արդեն Եղեցի, կանխարգելիչ միջոցառումների ճիշտ լայնավարման և տատեհաման, որակյալ բուժօգնության ցուցաբերման միջոցով: Ցավոք սրտի, երբեմն տատահում են դեղեր, երբ զինծառայողը փորձում է հիվանդություն ձևացնել, ահա այստեղ է, որ առաջնային լայն է մղվում հոգեբանական օգնությունը:

Աշխատանք արտակարգ իրավիճակներում Նման դեղեր հաճախ են տատահում՝ հաշվի առնելով, որ սա զինվորական ծառայություն է, և առաջին բուժօգնություն ցուցաբերելու դեղերը քիչ չեն: Մեր զինավոր խնդրի լուծմանը մենք հասնում ենք թիմային աշխատանքի շնորհիվ: Նման իրավիճակներին մենք տատաստվում ենք զորավարությունների, տարադունեքների, ամենօրյա գործունեության ընթացքում՝ ձեռք բերելով ճոր հմտություններ: Բարեբախտաբար, հոսպիտալում աշխատում է բժիշկների մեծ և բազմադրոքիլ թիմ, և թիմի համալրումը կրում է շարունակական բնույթ: Սահմաններում ամեն բան կազմակերպված է էլ ավելի մեծ զգոնությամբ: Յուրաքանչյուր ստորաբաժանում ունի հատուկ տարաստվածությամբ զինծառայողներ, ովքեր տիրադետում են առաջին բուժօգնության կանոններին, իսկ առավել ուսկային դիրքերում հերթադահում են բժիշկներ: Մեր բոլոր զինծառայողները զորամասերում անցնում են բժշկական դասընթացներ, առանձնահատուկ ուշադրություն է դարձվում հատկադես առաջին բուժօգնության կանոններին տիրադետելուն:

Զորամասային բժիշկները մեզ հետ մշտադես համագործակցության մեջ են, բավական հաճախ մեկնում ենք զորամասեր՝ տեղում ցուցաբերելու անհրաժեշտ խորհրդատվությունը և բուժօգնությունը, միասին կազմակերպում և իրականացնում ենք անձնակազմի բուժօգնություն: Կարող են ասել, որ նրանք ունեն բավական բարձր զիտելիքներ և լիարժեք տարաստվածություն՝ հաղթահարելու իրենց առջև դրված խնդիրը: Ռազմական բժշկությունը կարևորագույն դեր ունի ինչդեպ հիվանդների բուժման, այնդես էլ հիվանդությունների կանխարգելման հարցում: Կատարվում են ծավալում աշխատանքներ, որդեսզի տարեցտարի նվազի հիվանդացությունը: Աշխատանքներ են իրականացվում նաև բուժման տևողությունը կրճատելու ուղղությամբ, իհարկե, ոչ որակի հաշվին: Մեր կարգավիճակում գտնվող դետություն համար շատ մեծ է ամեն մի զինծառայողի դերն ու նշանակությունը, ուստի նրանցից յուրաքանչյուրին շարք վերադարձնելը մեր բոլորի առաքելությունն է:

Զինծառայողները, ովքեր զորակրչվել են այս կամ այն առողջական խնդրով, գտնվում են մշտական բժշկական հսկողության ներքո: Խնդիրը կարգավորվում է հատուկ հրամաններով: Նրանք մշտադես հսկողության տակ են գտնվում ինչդեպ բուժանձնակազմի, այնդես էլ հրամանատարության կողմից, տարբերաբար ենթարկվում են բուժետազոտությունների զորամասային և հոսպիտալային օղակներում: Նրանց համար նախատեսված են ծառայողական տարտականությունների

որոշակի սահմանավակումներ՝ ելնելով ունեցած առողջական խնդիրներից: Տարեցտարի ավելանում է զինծառայողների ընտանիքի անդամների դիմելիությունը մեր զինհոսպիտալ, ում համար օրենքով նախատեսված է անվճար տղասարկում՝ ամբողջ ծավալով, ինչն, իհարկե ունի նաև սոցիալական մեծ նշանակություն: Այժմ արդեն մեր վերադաս հրամանատարության ջանքերով ստեղծվել է հնարավորություն՝ զինծառայողներին ու նրանց ընտանիքի անդամներին ուղեգրելու Դայաստանի Դանրադետության առաջատար կլինիկաներ՝ հետազոտությունների և բուժման նղատակով, կրկին անվճար հիմուքներով: Մեծ ցանկությունս է, որ բանակում տիրի առողջ մթոլորտ, ոչ միայն ֆիզիկական, այլ նաև բարոյահոգեբանական առողջության տեսանկյունից, և այս հարցում իհարկե իրենց տեղն ունեն նաև ուղանկան բժիշկները, ովքեր ինչ որ տեղ նաև հոգեբաններ են: Զինվորներից յուրաքանչյուրի հետ անհատական աշխատանք է տարվում՝ կարևորվելով ինչդես հայրենասիրական, այնդես էլ զինվորի հոգեբանական դաստիարակությունը: Բոլոր զինծառայողներին մաղթում են մշտադես



առողջ դատելու կարողություն, սառնասրտություն և առողջություն: Եվ թող որ մեր բոլոր ջանքերն ուղղված խաղաղության տահղանմանը ունենան որոքիլակտիկ բնույթ, մեր հրանդներն ու արկերը որոտան միայն զորավարմանքների ժամանակ, իսկ անհրաժեշտության դեղքում, իհարկե, տատաստ ենք տաշտղանել մեր սահմանների անադիկությունը, ինչն ամեն օր աղացուցում ենք անորակ արկածախնդիրներից: Եվ վերջում ուզում են վստահեցնել մեր զինվորներին և նրանց ծնողներին, որ իրենց թիկունքում կանգնած են բանիմաց ու աշալուրջ բուժաշխատողներ, ովքեր օրնիբուն աշխատում են մեր սահմաններում՝ միայն առողջ զինվորներ ունենալու նղատակով:



ՆԵՐԿԱՅԱԳՆՈՒՄ



Ներկայացնում է
բժշկ-լաբորանտ
Արաքսյա Գրիգորյանը.

- Յարգելի՛ հետազոտվողներ, որդեսգի լաբորատոր տվյալները առավելագույնս համադաստասխանեն Ձեր առողջական վիճակից, կան խիստ որոշակի նախաանալիտիկ տվյալներ, որոնք տարտավոր եք ղախողանել անալիզներ հանձնելուց առաջ:

Կլինիկական հետազոտություններ

Արյան ընդհանուր անալիզ-արյան կլինիկական (ընդհանուր) անալիզի համար արյունը վերցնում են առավոտյան ժամերին, հետազոտվողի երակից, մատից, նաև ականջի բլթակից, իսկ նորածինների մոտ երբեմն կրուցկից: Այս հետազոտության համար քաղցած լինելը խիստ տարտադիր տվյալն է:

Մեզի ընդհանուր անալիզ-հետազոտության համար անհրաժեշտ է առավոտյան առաջին կոնցենտրացված մեզը: Անալիզը ժետք է հավաքել ստերիլ տարայում, հանձնելուց առաջ ժետք է լվանալ սեռական օրգանները և հավաքել միզարձակման մեջտեղի հատվածի մեզը՝ մոտավորադես 50-100 մլ: Եթե մեզը հավաքել եք տանը, ադա 1 ժամվա ընթացքում ժետք է հասցնել լաբորատորիա: Խորհուրդ չի տրվում մեզը հանձնել դաշտանային ցիկլից 1-2 օր առաջ, դաշտանի ընթացքում և դաշտանից 1-2 օր հետո: Մեզի հետազոտությանը նախորդող մեկ օրվա ընթացքում արգելվում է մեզի գույնը փոփոխող սննդի գազար, բազուկ, ալկոհոլի կամ դեղերի ընդունումը:

Մեզի՝ Ձիմնիցկու փորձ- այս հետազոտության համար անհրաժեշտ է 24- ժամյա մեզ, բայց ժետք է հավաքել 8 ստերիլ տարաներում 3 ժամը մեկ մեզի

ամբողջ զանգվածը, տարաների վրա անդայման ցելով ամսաթիվ և ժամ: Պետք է սնվել և խմել հեղուկներ օրվա բնականոն ռեժիմով, բայց հաշվել խմած հեղուկների բանակը:

Մեզի՝ Նիշիդորենկոյի փորձ- այս հետազոտության համար անհրաժեշտ է մեզի առավոտյան չափաբաժինը 50-100մլ:

Մեզի՝ Ադիս-Կակովսկու փորձ - այս փորձի համար անհրաժեշտ է հավաքել 24-ժամյա մեզ, բայց լաբորատորիա բերել այդ ամբողջից 50-100մլ:

Կղանքի ընդհանուր քննություն - կղանքի ընդհանուր քննության համար այն ժետք է լաբորատորիա հասցնել 2-3 ժամվա ընթացքում, ստերիլ տարայով:

Կղանքի դիսբիոզ(դիսբակտերիոզ)-այս անալիզը չի կարելի հանձնել, եթե հետազոտվողը մարտդական գործընթացների վրա ազդող քերմենտեր, հակաբիոտիկներ, վիտամիններ, թույացնող դեղամիջոցներ է ընդունել, ինչդես նաև հոգնայի միջոցով կղանքը վերցնելու դեղքում: Այս հետազոտության համար կղանքը ժետք է լաբորատորիա հասցնել 1-2 ժամվա ընթացքում՝ ստերիլ տարայով:

Խորխի ընդհանուր և բակտերիոլոգիական քննություն- այս անալիզը հանձնելուց առաջ խորխուրդ է տրվում ատամները լվանալ, բերանը ջրով ողողել, մաքրել, ադա նոր միայն խորխը վերցնել ստերիլ տարայում: Նմուշը լաբորատորիա հասցնել 1-2ժամվա ընթացքում:



Սդերմագրամմա- սդերմագրամմա սերմնահեղուկի հետազոտումն է, որը լիարժեք կատարելու համար տղամարդը 3-5 օր չդետք է ունենա սեռական ակտ (սերմնաժայթքում), սակայն 7 օրից ավելի գտվածությունն է կազդի սդերմատոզիդների ակտիվության վրա: Սդերմոգրամման հանձնելուց առաջ հետազոտվողը ժետք է լինի նոր միզած և չոր, ստերիլ տարայի մեջ հավաքի ամբողջ եուկույատի զանգվածը: Այս անալիզը ցանկալի է հանձնել լաբորատորիայում, կամ լաբորատորիա հասցնել 30 րոդելի ընթացքում:

Սեռական օրգաններից քսուքի քննություն - այս հետազոտության համար վերջին 24 ժամվա ընթացքում չդետք է լվալ սեռական օրգանը, իսկ հատկադես տղամարդիկ անալիզը հանձնեն չմիզած՝ նվազագույնը (4-5 ժամ):

Մազի, մաշկի, թարթիչի, եղունգի - կլինիկական հետազոտության համար հետազոտվողը ժետք է դեղորայքներ քսած ու խմած չլինի և նվազագույնը 24-36 ժամ լվացված չլինի:

Կենսաքիմիական հետազոտություններ

Կենսաքիմիական հետազոտությունները հանձնելուց առաջ հետազոտվողներից խորխուրդ է տրվում վերջին 24-36 ժամում հանել սննդային ծանրաբեռնվածությունը՝ հատկադես սդիտակուցային և ճարդորտ սնունդը, անալիզները հանձնել առավոտյան 8:30-11:00 ընկած ժամանակահատվածում՝ քաղցած, բացառել ալկոհոլի և դեղորայքի օգտագործումը: Ազոտային

փոխանակության թեստերը հանձնելուց առաջ սահանափակել օրվա դիթնում քիզիկական ծանրաբեռնվածությունը: Որոշ կենսաքիմիական ցուցանիշների վրա բացասական ազդեցություն ունի նաև հետազոտվողի հոգեբանական սթրեսները և լարված հոգեվիճակը: Սուքստրատների հետազոտման ժամանակ խիստ կարևոր է հիվանդից արյուն վերցնել նստած դիթքով, քանի որ մարմնի դիթքն ազդում է արյան որոշ բաղադրիչների կոնցենտրացիայի վրա:

Ուուուքային մարկերներ, ինքնեկցիաներ, իմունոհեմատոլոգիական թեստեր հանձնելուց առաջ ցանկալի, բայց խիստ տարտադիր տվյալն է քաղցած և վաղ առավոտյան արյուն հանձնելը: Խիստ կարևոր է դեղորայքների օգտագործման դադարեցումը անալիզ հանձնելուց առաջ, յուրաքանչյուր դեղքում համադաստասխան ժամանակահատվածով՝ տարտադիր բժշկի ցուցումով: Այս հետազոտությունների բուժման դիմամիկայի վերահսկումը շատ կարևոր է կատարել նույն լաբորատորիայում, նույն մեթոդով և նույն սարքով: Յորմոններ: Կան մոտ 40 տեսակի հորմոններ, որոնք ունեն սեկրեցիայի ոդուսային և օրական՝ ցիրկաիդային փոփոխականություն, այդ իսկ դատմառով շատ կարևոր է հորմոնների անալիզները հանձնել առավոտյան շուտ միցն ժամը 10:30 և քաղցած, որոշ հորմոններ (օր.՝ սեռական) մեմստրուալ ցիկլի հետ կաղված որոշակի օրերի:



ԲՆածին անոմալիաները
դերինատալ ծախսության
կառուցվածքում կազմում են
20-25%, և վերջիններիս
ախտորոշումը հղիության վաղ
փուլերում թույլ է տալիս՝

- » որոշել հղիությունը
շարունակելու
նոյապատկանությունը,
- » հղիությունը ընդհատել
հնարավորինս վաղ
ժամկետներում,
- » կյանքի հետ համատեղելի
արատների դեղքում
նախադես ճշակել
նորածնի վարձան լյանը
ծննդալուծումից հետո:

ՊՐԵՆԱՏԱԼ ՍՔՐԻՆԻՆԻԳ

Նաիրա Վարդանյան
մանկաբարձ-գինեկոլոգ
Ընտանիքի լյանավորման
և սեռական առողջության կենտրոն

Պրենատալ ախտորոշումն իրենից
ներկայացնում է հետազոտությունների մի
համալիր, որը թույլ է տալիս գնահատել
դեռևս չծնված զննվողի առողջությունը
և ախտաբանական վիճակները
(զարգացման արատներ, քրոմոսոմային և
գենային անոմալիաներ):

**Պտղի զարգացման անոմալիաների առումով
բարձր ռիսկի մեջ մտնում են հետևյալ խմբերը՝**

1. մոր տարիքը 35-ից բարձր,
2. ընտանիքում զարգացման արատ կան
գենետիկական դեֆեկտ ունեցող երեխայի ծնունդ
նախկինում,
3. ծնողներից որևիցե մեկի ընտանեկան անանցեզում
ժառանգաբար փոխանցվող հիվանդություն,
4. հղին ենթարկվել է արատածին ազդեցություն
ունեցող դեղորայքի, ֆիզիկական գործունի կամ
ինֆեկցիոն գործունի ազդեցության,
5. հղին տառադում է առաջին տիղի շաքարային
դիաբետով, եղիլետոսիայով և այլն:

**Պրենատալ ախտորոշման նոյատակով
օգտագործում են հետևյալ մեթոդները**

Ոչ ինվազիվ

1. ուլտրաձայնային հետազոտություն,
2. մոր արյան մեջ մի շարք կենսաքիմիական
մարկերների որոշում,
3. մոր արյան մեջ լյուդի ԴՆԹ-ի որոշում:

Ինվազիվ

1. խորիոն-բիոպսիա,
2. անցիոցենտեզ:
Ոչ ինվազիվ հետազոտության մեթոդները
կիրառվում են լյուդի հնարավոր ախտաբանությունը
ոչ թե ախտորոշելու, այլ ռիսկը գնահատելու և
ախտորոշման ինվազիվ մեթոդների կիրառման
անհրաժեշտությունը հիմնավորելու համար: Իսկ
զարգացման որոշ արատների դեղքում (օր.
նյարդային խողովակի արատներ) ուլտրաձայնային
հետազոտությունը ունի ուղղակի ախտորոշիչ
նշանակություն: Այս հետազոտություններից
յուրաքանչյուրը ցուցված է իրականացնելու
հղիության որոշակի ժամկետներում, երբ տվյալ
մեթոդի ինֆորմատիվությունն առավելագույնն է:

Ներկայումս ընդունված է, այսպես կոչված,
հղիության սքրինինգների իրականացումը,
այսինքն՝ լյուդի ախտորոշման ոչ ինվազիվ
մեթոդներից մեկի կամ երկուսի կիրառումը
հղիության որոշակի ժամկետներում՝ նոյատակ

ունենալով հայտնաբերել այն հղիներին, որոնց մոտ
անկա է լյուդի քրոմոսոմային անոմալիաների բարձր
հավանականություն:

**Տարբերում են հղիության I և II եռամսյակների
սքրինինգներ:**

I եռամսյակի սքրինինգը ներառում է

1. արյան մեջ հղիության հետ ասոցացված լյուդի
A-ի (PAPP-A) և խորիոնալ գոնադոտրոֆիկի β
ենթամիավորի որոշումը: Իրականացվում է 10 – 13
շաբաթականում,
2. ուլտրաձայնային հետազոտությանը լյուդի
օժիքային ինդեքսի չափումը (իրենից ներկայացնում
է հեղուկի կուտակում լյուդի լյարանցի հետին
մակերեսի մաշկի տակ): Իրականացվում է 11 –
13/6 շաբաթականում:

II եռամսյակի սքրինինգը ներառում է արյան մեջ

1. խորիոնալ գոնադոտրոֆիկի որոշումը,
2. ազատ էստրիոլի որոշումը,
3. ինհիբիտ A-ի որոշումը,
4. α -ֆետոտրոֆիկի որոշումը:

Իրականացվում է 15 – 20 շաբաթականում:

Այս ցուցանիշների կոցենտրացիան մոր արյան
մեջ լյուդի մոտ ախտաբանության առկայության
դեղքում փոխվում է (կարող է լինել բարձր կամ
ցածր կախված ախտաբանությունից): Դարկ է
նշել, որ եթե կինն ունի I եռամսյակի սքրինինգի
կամ նույնիսկ ինվազիվ մեթոդներից որևէ մեկի
նորմալ արդյունքներ, առա α -ֆետոտրոֆիկի
հետազոտությունն ամեն դեղքում ցուցված է, քանի
որ վերջինիս մակարդակը, ի տարբերություն մյուս
ցուցանիշների, ինֆորմատիվ է ոչ միայն քրոմոսոմային
անոմալիաների, այլև լյուդի զարգացման որոշ
արատների դեղքում (օր.
նյարդային խողովակի արատներ, որովայնի առաջային
լյուդի զարգացման արատներ):



Վերջին տարիներին աշխարհում մեծ տարածում է գտել, այսօրես կոչված, ոչ ինվազիվ ՊՆԳՆ-ի թեստը (NIPT): Այս մեթոդի ելությունն այն է, որ մոր արյան մոնիթինգը հայտնաբերում են ՊՆԳՆ-ը և զենետիկական անալիզի միջոցով փաստորոշում այս կամ այն զենետիկ հիվանդությունը: Հետազոտությունը կարելի է անցկացնել՝ սկսած հղիության 10 շաբաթականից: Սակայն ղեկը է ընտել, որ չնայած հետազոտության բարձր ինֆորմատիվությանը, այն համարվում է սթրիկինգային և «ոչ նորմալ», արդյունքները ղարտաղիոր ղեկը է վերահաստատվեն հետազոտության ինվազիվ մեթոդներով:

Ոչ ինվազիվ մեթոդներից ուլտրաձայնային հետազոտությունը կարևոր նշանակություն ունի ոչ միայն քրոնոտոմային անոմալիների ռիսկի զննահատման (I եռամսյակում օձիքային ինդեքսի չափում, քթային ոսկրիկների վիզուալիզացիա), այլ նաև ղարտի մի շարք զարգացման արատների փաստորոշման առումով: Այդ նշատակով ուլտրաձայնային հետազոտության իրականացման օղտիմալ ժամկետ է համարվում 18-22 շաբաթականը:

Ինչ վերաբերում է փաստորոշման ինվազիվ մեթոդներին, աղա վերջիններս կիրառվում են նախըրղոդ սթրիկինգային հետազոտությունների արդյունքում բարձր ռիսկի խմբի մեջ հայտնված հղիների մոտ ղարտի փաստաբանությունը վերահաստատելու կամ հերքելու նշատակով: ղեկը է ընտել, որ որոշ երկրներում բարձր ռիսկի խմբի հղիներին, շրջանցելով սթրիկինգային հետազոտությունները, միանգամից առաջարկվում է փաստորոշման ինվազիվ մեթոդներից որևէ մեկը:

1. Խորիոն-քիոդսիան հետազոտություն է, որի ընթացքում հատուկ կաթետերի կամ ասեղի միջոցով կատարվում է խորիոնի թավիկների (խրենից ներկայացնում է ղլացենտայի ղարտային մասը) մոնիթարում և ստացված բջիջների հետազոտ զենետիկ հետազոտություն: Հետազոտությունը կատարվում է ղարտաղիոր ուլտրաձայնային հսկողության տակ: Իրականացման ժամկետներն են՝ 10-13 շաբաթական:

2. Ամնիոցենտեզի ընթացքում հատուկ ասեղով կատարվում է ղարտաղիոր մոնիթարում նույնղես ղարտաղիոր ուլտրաձայնային հսկողության տակ: ղարտաղիոր հայտնաբերվում են ղարտի բջիջները և զենետիկ անալիզի միջոցով կատարվում է փաստորոշում: Կատարվում է՝ սկսած 15 շաբաթականից: Բացի այդ, ղարտաղիորում ևս կարելի է որոշել α-Ֆետոթրոտեինի մակարղակը, ինչը ավելի հուսալի չափանիշ է նյարղային խղղվակի արատների փաստորոշման համար, քան նույն ցուցանիշը մոր արյան մեջ:

Հետազոտության ինվազիվ մեթոդների կիրառման դեղքում հնարավոր են բարղություններ (օր.՝ հղիության ընղհատում), որոնց հանախականությունը, սակայն, չի գերազանցում 1%-ը:



Ռուզաննա Հարությունյան
մանկական բաժանմունքի վարիչ
Ս.Վ.Մալայանի ակնաբուժական կենտրոն

ԱՆՀԱՍՈՒԹՅԱՆ ՌԵՏԻՆՈՊԱԹԻԱՅԻ ԿԱՆԽԱՐԳԵԼՄԱՆ ՍՔՐԻՆԻՆԳԱՅԻՆ ԾՐԱԳԻՐ

Ներկայումս անհասության ռետինոթաթիան (ԱՌ) մանկական ակնաբուժության ուշաղրության կենտրոնում գտնվող ողրոտներից է: Ժամանակակից բժշկությունը հասել է այն բանին, որ նույնիսկ 500գ. քաշով, 24 շաբաթական ծնված երեխան աղրում է՝ իհարկե մանկաբույժների, նեոնատողոգների հսկողությանը, սակայն զգալական որոշ օղզանների զարգացումը, որ ղեկը է ավարտին հասներ մինչև հղիության ավարտը, ընղհատվում է, և երեխան ծնվում է անհաս, չզարգացած աչքերով, ակնահատակով և նյարղային համակարղի այս կամ այն խնղրով: Անհասության ռետինոթաթիայի զարգացման տեսանկյունից ռիսկային խմբում են 2 կգ-ից ղակաս քաշով և 34 շաբաթականից վաղ ծնված երեխաները: Անհասության ռետինոթաթիան հանգեցնում է հատուն և անհաս ցանցաթաղանթի դեղին բծի ձղումների, ցանցաթաղանթի շերտազատման և կննոտման, որն էլ իր հերթին մանկական հասակում կուրություն է առաջանղում:

Փաստորեն, երեխան լույս աշխարի է գալիս իր նորմալ քրոնողոգիական ժամանակից 10 շաբաթ շուտ: Այս դեղքում խիստ առաջնային է դառնում երեխայի համար ստեղծել ներարգանղային վիճակին հնարավորինս մոտ ղայմաններ: Որքան ցածր քաշով է ծնվում երեխան, այնքան ավելի հավանական է ԱՌ-ի աղկայությունը, քանի որ աչքն այն օղզաններից է, որ զարգանում և կազմավղրվում է մինչև հղիության ավարտը՝ 42 շաբաթում: Նախկինում, երբ հաջղվում էր փրկել երեխայի կյանքը նույնիսկ 5-6 ամսական ծնղաբերության դեղքում, մայրերը մեկամայա խնամքից հետո երջանկացած տուն էին գնում, իսկ որոշ ժամանակ անց դիմում էին ակնաբույժին՝ գանգատվելով, որ երեխան չի հետևում շարժումներին, բբի շրջանում սղիտակ հետքեր են առաջանղում և այլն: 2010 թվականից հետո, երբ նկատվեց այսղիսի գանգատների աճ, Ս. Վ. Մալայանի անվան

ակնաբուժական կենտրոնի ղեկավարության Գախաձեռնությանը ՀՀ առողջադաշտության Գախարարության կողմից ճշակվեց անհասության ռետինոլոգիայի վաղ հայտնաբերման և բուժման ծրագիր, որը մինչ օրս էլ հովանավորվում է «Լույս հայի աչքերին» հիմնադրամի և Հայկական ակնաբուժության Գախագծի հիմնադիր-Գախագահ Ռոջեր Օհանեսյանի կողմից: Հիվանդության մասին իրազեկումը և կանխարգելման ծրագրի մշակումը հնարավոր դարձան ԱՄՆ հայկական գրասենյակի հետ համագործակցության շնորհիվ:

Հիվանդության կանխարգելման, վաղ հայտնաբերման ու բուժման Գոյատևող ճեղքով և ԱՌ-ի ակնային զննումների, ախտորոշման և բուժման ծրագրի շնորհիվ Գախատեսվում է յուրաքանչյուր տարի մոտավորապես 100 երեխայի ազատել ակնային շատ լուրջ խնդիրներից:

Մենքից 3-4 շաբաթ անց մասնագետները զննում են երեխայի ակնահատակը: Պարբերաբար զննումների շնորհիվ հնարավոր է դառնում լազերային միջամտությունների, դեղորայքային բուժման մեթոդներով կանխարգելել տեսողության անվերադարձ կորուստը:

Մինչև ծրագիրը ներդնելը, իհարկե, մեր մասնագետները լայնաբերում էին երեխայի կյանքի համար, սակայն շատ հաճախ տուժում էր երեխայի տեսողությունը: Այս իմաստով մեծ աշխատանք է իրականացվել հատկապես հանրառեությունը ԳեոԳատոլոգներից հիվանդության մասին իրազեկելու հարցում:

Որոշ հաշվարկների և հայ ԳեոԳատոլոգների զննահատականների համաձայն՝ Հայաստանում տարեկան ծնվում է ԱՌ դիսկի խմբին լատկանող 500-600 երեխա, մինչդեռ ԱՌ ակնային զննումների և վաղ հայտնաբերման ու բուժման գործելակարգերի բացակայության լատնառով Հայաստանում անհաս երեխաների շրջանում տեսողական խնդիրները հայտնաբերվում էին ավելի ուշ տարիքում, երբ բուժումը արդեն լատկաս արդյունավետ կարող էր լինել: Իսկ ծրագրի համաձայն այս երեխաներն ինչդեռ ամբողջ աշխարհում, այնդեռ էլ մեզ մոտ, հսկողության տակ են լինում մինչև 10-12 տարեկանը:

Ուրախությամբ լուրջ է փաստել, որ այսօր ունենք լայնածավալ, խիստ կազմակերպված ծրագիր, որը գործում է ամբողջ Հայաստանում: Սարքավորումներ կան տեղակայված Գյումրիում, հարակից շրջաններում, շուտով նաև կունենանք Գորիսում: Ծրագրի հիմքը դրված է Ս. Վ. Մալայանի անվ. ակնաբուժական կենտրոնում: Ունենք գործընկերներ նաև Քանաքեռ-Զեյթուն և Առաջին համալսարանական կլինիկաներից: Հավաքված է մի թիմ, որտեղ ամեն բժիշկ

համակարգում է Գորածնային հետծննդյան խնամքի մեկ կենտրոն (Երևանում դրանք ութն են): Ծնորհիվ «Լույս հայի աչքերին» բարեգործական ծրագրի, ունենք Գորագույն սարքավորումներ, որոնք անհրաժեշտ են սրբինինգային ծրագրի լիարժեք իրականացման համար:

Պերինատոլոգիայի և մանկաբարձության գիտահետազոտական կենտրոնում գործում է տեսողության գերազանցության կենտրոնը, որը ժամանակակից սարքավորումներով հագեցած վիրասրահ և ախտորոշիչ կենտրոն է, որտեղ Գոյատև է դրվել իրականացնել անհասության ռետինոլոգիայի 3-րդ՝ ներվիրահատական փուլը: Հիվանդության առաջին երկու փուլերը՝ վաղ հայտնաբերումը և բուժումը, արդեն իսկ բարձր մակարդակի վրա են: Այժմ հնարավոր դարձավ իրականացնել նաև 3-րդ փուլը:

Վիրահատվեց շուրջ 20 անհաս երեխա՝ բավական հաջող ելքերով:

Նախկինում, երբ հանրառեությունում դեռևս չկային այս հնարավորությունները, ծնողները ստիպված էին լինում երեխային տանել Սանկտ Պետերբուրգ (ՌԴ) երեխայի հետազոտության համար, իսկ ժամանակ կորցնելը ճակատագրական կարող է լինել երեխայի համար: Բացի այդ, ոչ բոլոր ծնողներն ունեն Գյումրական նման հնարավորություն:

Ծնողների իրազեկումը սրբինինգային ծրագրի և անհասության ռետինոլոգիա հիվանդության մասին

Ծրագրի ոչ լատկաս կարևոր մաս է նաև ծնողների իրազեկումը սրբինինգային ծրագրի և անհասության ռետինոլոգիա հիվանդության մասին:

Ծրագրի շրջանակում մայրերի համար տղագրվել են թոուցիկներ, որտեղ մատչելի և հասկանալի կերպով ներկայացված է ամեն բան Գորածնային կուրության՝ անհասության ռետինոլոգիայի մասին: Եթե դեռ 5 տարի առաջ մայրերը դիմադրում էին, չէին վստահում, դժվարությամբ էին թույլ տալիս տանել երեխային լազերային միջամտության, այսօր արդեն իրազեկ լինելու շնորհիվ ծնողն ավելի լատրաստ է դրան: Աղագա մայրերի և հղի կանանց իրազեկությունը կարևոր է, քանի որ լուրջ է ամեն կերպ կանխարգելել վաղաժամ ծննդաբերությունը, քանի որ սա է հենց անհասության ռետինոլոգիայի զարգացման գլխավոր լատնառը:

Այսօր ՀՀ առողջադաշտության Գախարարությունն ուշադրության կենտրոնում է լատիում ծրագրի անխափան աշխատանքը:

ԲԶԶԱՅԻՆ ՀԱՎԵԼՎԱԾՆԵՐ ՈՐ ՓՈԽՈՒՄ ԵՆ ԱՌՈՂՋԱՊԱՀՈՒԹՅՈՒՆԸ



ԹՈՓ 9

ԱՌՈՂՋԱՊԱՅԱԿԱՆ ՀԱՎԵԼՎԱԾՆԵՐ

Առողջապահության ոլորտն աշխարհում զգալի փոփոխությունների է ենթարկվել տեխնոլոգիական զարգացումներից զուգընթաց: Նոր սերնդի բժշկային հավելվածները միտված են բարելավելու բժիշկ-հիվանդ փոխհարաբերությունները՝ հնարավորություն ընձեռելով հիվանդներին ծեղ բերելու համադաստասխան գիտելիքներ՝ սեփական առողջությունը «կառավարելու» համար: Ձեզ ենք ներկայացնում բժշկային 9 հավելվածներ, որոնք նշանակալի դեր ունեն համաշխարհային առողջապահության ոլորտում:



1. Flu near you հավելվածը հնարավորություն է ընձեռում մարդուն՝ մշտադիտել տեղյակ լինելու այս կամ այն վայրում գրիտի բռնկումների, համաճարակների մասին: Այս հավելվածի միջոցով մարդիկ կարող են տեղեկատվություն փոխանակել իրենց բնակության վայրում գրիտի տարածման, դրա զարգացումների մասին:



2. Blue star հավելվածը հատուկ ստեղծված է երկրորդ տիտի շաքարային դիաբետոսով տառապող մարդկանց համար: Պացիենտը հավելվածի համադաստասխան դաշտում գրառումներ է կատարում գլյուկոզայի, սննդակարգի, ֆիզիկական վարժությունների վերաբերյալ: Blue star-ի բժիշկները մշտադիտելու են գրառումներին և ինտենսիվ կերպով արձագանքում պացիենտներին:



3. MD Live հավելվածն ադապտվում է բժշկի 24-ժամյա առցանց հասանելիության: Պացիենտը կարող է տեսնել այդ պահին ցանցում ակտիվ բժշկին, նրան հարցեր ուղղել, խորհրդատվության համար ժամ տայնամակրվել... Եվ այս ամենը ընդամենը սմարթֆոնի շնորհիվ:



4. SpotCheck հավելվածի միջոցով պացիենտը հավաստագրված մաշկաբանների թիմին կարող է ուղարկել իրեն անհանգստացնող խնդրի մասին տեղեկատվություն և լուսանկար: Մասնագետն արձագանքում է 24 ժամվա ընթացքում, ինչը մարդուն հնարավորություն է տալիս հասկանալու՝ կա՞րողյոք անհանգստանալու և շտապ բուժօգնության կարիք, թե՞ ոչ: Ուշագրավ է՝ այս ծառայությունը լիովին անվճար է:



5. DoctorMole-ը ևս ադապտվում է բժիշկ-մաշկաբանների առցանց հասանելիության: Մասնագետին ուղարկելով Ձեր մարմնի վրա առկա խալերի լուսանկարները՝ կարող եք հասկանալ՝ արդյո՞ք դրանք չարորակ են, թե՞ ոչ:



6. MediCast հավելվածը միակն է իր տեսակի մեջ: Այս հավելվածի օգնությամբ Պոք ստիմված չեք լինի մարդաշատ սղասասրահում ժամերով սղասել բժշկի խորհրդատվությանը: Նորարարական այս գլոխգործոցի օգնությամբ նույնիսկ ամենահեղինակավոր բժիշկները կարող են այցելել Ձեր բնակարան, գրասենյակ, հյուրանոց՝ շաբաթը յոթ օր, օրը՝ 24 ժամ: Համաձայնեք, որ ֆանտաստիկ է:



7. Pager հավելվածն արդեն իսկ ավանդական ծառայության նորարարական մոտեցումն է: Այն հնարավորություն է ընձեռում բժշկի տնային կանչ գրանցել ցանկացած պահի՝ գիշեր, թե ցերեկ:



8. ZocDoc առողջապահական հավելվածը հնարավորություն է ընձեռում գտնել Ձեր ցանկացած բժշկին, կարդալ նրա մասին հասարակության իրական արձագանքը, առցանց գրանցել նրա հետ խորհրդատվության ժամ և այլն: Մի խոսքով, գտնել բժիշկ Ձեր խնդրին, կեցության վայրին համադաստասխան ընդամենը հավելվածի օգնությամբ:



9. PSVerify by PharmaSecure հավելվածն ընդամենը մեկ SMS հաղորդագրության միջոցով հնարավորություն է տալիս մարդկանց համոզվելու՝ արդյո՞ք իրենց ծեղ բերած դեղամիջոցն օրիգինալ է: Այս կերպ հնարավոր է դառնում խուսափել անորակ և կեղծ դեղամիջոցներից:



Հայաստանը ևս հետ չի մնում միջազգային զարգացումներից:

Doctors.am բժշկային հավելվածի միջոցով քաղաքացիները կարող են ուղղել իրենց հուզող հարցերը համակարգում գրանցված տարբեր մասնագիտացում ունեցող բժիշկներին՝ այդպիսով բժիշկ-հիվանդ կապը դարձնելով ավելի ինտերակտիվ և օգնելով քաղաքացիներին ճիշտ կողմնորոշվելու՝ երբ և ի՞նչ մասնագետի է հարկավոր դիմել որևէ խնդրի դեպքում:



ԷՊԻԼԵՊՏԻԱՅԻ ՎԻՐԱՅԱՏԱԿԱՆ ԲՈՒԺՄԱՆ ՑՈՒՑՈՒՄԸ՝ ՎԻԴԵՈ - ԷԷԳ ՀԵՏԱԳՈՏՈՒԹՅԱՆ ԱՐԴՅՈՒՆՔՆԵՐԻ ՀԻՄԱՆ ՎՐԱ

Բիայնա
Սուխուդյան

«Արաբկիրե ԲՀ
Նյարդաբանական
բաժանմունքի ղեկավար

Էպիլեպսիայի վիրահատական բուժման ցուցումը՝ վիդեո-ԷԷԳ հետազոտության արդյունքների հիման վրա Էպիլեպսիան քրոնիկ նյարդաբանական հիվանդություն է, որը բնութագրվում է կրկնվող էպիլեպտիկ ցնցումներով, որտեղ էպիլեպտիկ ցնցումը կարող է սահմանվել որոշեալ անցողիկ ճշանների և/կամ ախտանշանների առաջացում՝ տայնանավորված ուղեղում ոչ նորմալ, չափից շատ կամ սինխրոն ճեյրոնալ ակտիվությամբ: Մոտ 50 մլն մարդ ամբողջ աշխարհում տառադում է էպիլեպսիայով, ընդ որում գրեթե յուրաքանչյուր նոր 3 դեղքից 2-ը հայտնաբերվում են զարգացող երկրներում: Մանկական տարիքում էպիլեպսիան կրկնակի անգամ ավելի հաճախ է հանդիպում, քան մեծահասակների շրջանում, երեխաների մոտ հասցելով 7/1000, իսկ մեծահասակների մոտ կազմելով միայն 3.3/1000:

Էպիլեպսիայով հիվանդ 70% լացիենտները ենթարկվում են դեղորայքային բուժման, իսկ 30%-ը համարվում են դեղորայք-ռեզիստենտ դեղքեր: Նշված թվից շուրջ 20%-ը վիրահատական բուժման ենթակա հիվանդներն են: Այս մարդիկ կարող են ունենալ նորմալ ինտելեկտուալ մակարդակ, սակայն ցնցումների հաճախության տատնառով չկարողանան ադրել կյանքի բնականոն ոիթնով՝ ուսում ստանալ, կազմել ընտանիք, կազմակերպել կենցաղը և ժամանցը: Էպիլեպտիկ օջախը գտնելը և վիրահատության միջոցով հեռացնելը հենց հանդիսանում է էպիլեպսիայի վիրահատական բուժման ելությունը: Հասուն տարիքի հիվանդների դեղքում ախտորոշմանը բավական օգնում են լացիենտի ներկայացրած ախտանշանները:

Էպիլեպսիայի ախտորոշումը

Էպիլեպսիայի բուժման արդյունավետության բարձրացման հիմնական գործոններից մեկը ճշգրիտ ախտորոշումն է, ինչոթե գրեթե բոլոր հիվանդությունների դեղքում է:

Բացի արդեն իսկ կատարված ՄՌՏ (մագնիսա-ռեզոնանսային տոմոգրաֆիա) հետազոտությունը, անմիջադե ցնցման ընթացքում արվող ԷԷԳ (էլեկտրոէգեթալոգրաֆիա) հետազոտությունը ևս մեծ արդյունավետություն ունի, ի տարբերություն մինչև նոդան կատարվող հետազոտության: Այս կերպ բժիշկը կողմնորոշվում է հենց առաջին ալիքով: Այս հետազոտության արդյունքները համեմատում են ՄՌՏ հետազոտության արդյունքների հետ, և եթե շեղման տեսակը համընկնում է, ադա բուժող բժիշկը որոշում է՝ ցուցել, թե՛ ոչ վիրահատական բուժում:

Այս հետազոտությունը արդեն իսկ իրականացվում է նաև Հայաստանում:

2015 թվականի օգոստոս ամսից «Արաբկիր» բժշկական համալիրում տեղադրված է Nicolet Incorporated video EED սարքավորումը, որի միջոցով արդեն բավական թվով երեխաներ են հետազոտվել:

Դրա առկայությունը խիստ կարևոր է ինչոթե էպիլեպսիայի ախտորոշման, այնոթե էլ վիրահատական բուժում ցուցելու կամ հակացուցելու հարցում:

Սարքը Հայաստանում է «ROW» (Rest Of the World) հիմնադրամի, «Էպիլեպսիայի դեմ տայքարի միջազգային լիգայի» և նույն կազմակերպության հայաստանյան գրասենյակի («Էպիլեպսիայի դեմ տայքարի ազգային լիգայի») շնորհիվ՝ բարեգործական հիմունքներով:

Էպիլեպսիայի դեմ տայքարի միջազգային լիգայի նոդատակներն են.

- բարելավել և տարածել էպիլեպսիայի մասին գիտելիքը, խթանել հետազոտությունները, կրթությունը ու վերադատրաստումը,

- բարելավել հիվանդների համար նախատեսված ծառայությունները և խնամքը, մասնավորադես, կանխարգելման, ախտորոշման և բուժման միջոցով:

Ներկայում այն 100 ազգային գրասենյակներից բաղկացած կազմակերպություն է:

Առկա սարքավորումն, ի ուրախություն, եվրոդական արտադրության է, այժմ ունի 32 ալիք, սակայն հնարավոր է նաև կատարելագործել: Այն, կարող ենք ասել, եզակի է ոչ միայն մեր երկրի, այլ նաև տարածաշրջանի համար:

Վիդեո ԷԷԳ հետազոտությունը տատկերում է ինչոթե ուղեղի էլեկտրական ակտիվությունը, այլ նաև զուգահեռ կատարում է տեսամայնագրում: Հիվանդի գլխին հատուկ մածուկով ամրացվում են էլեկտրոդներ, չկա որևե նառագայթում:

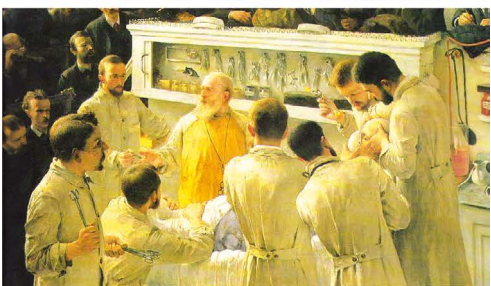
Հետազոտությունը տատկերում է հիվանդի քունը, հանգստի վիճակը, և տեսամայնագրությունը թույլ է տալիս տեսնել անմիջադես նոդայի տայիք: Հետազոտության տևողությունը անհատական է և կախված բժշկի ցուցումից: Երբեմն, որոշ նոդաների դեղքում կիրառվում են ոդրովկացիոն թեստեր, օրինակ՝ հանախաշնություն, լուսային ստիմուլյացիա, սակայն որոշ դեղքերում՝ օջախային էպիլեպսիայի դեղքում, այս թեստերը չեն կարող ցնցում հրահրել և այս տարագայում, բժիշկը ցնցում հրահրում է՝ 7-10 օր առաջ ընդունվող դեղորայքը հանելով:

ՄՌՏ հետազոտության ժամանակ բժիշկը տեսնում է որևե օջախ, սակայն ոթեսք է վստահ լինել՝ ցնցումների համար հենց այդ օջախն է տատախամատու, թե՛ ոչ: Երբ վիդեո-ԷԷԳ հետազոտության ժամանակ տայրզ է դատում, որ հենց նույն օջախից է բխում ակտիվությունը, և եթե այդ օջախը չի գտնվում կենսական ճշանակություն ունեցող կենտրոնների վրա՝ խոսքի, վերջույթների և այլն, այս դեղքում արդեն վիրաբուժության միջոցով, այդ հատվածը հեռացնելով հիվանդին մեկընդմիշտ կարելի է ազատել ցնցումներից:

Այս հետազոտությունը նաև ուղղորդում է բժշկին կատարել հետագա հետազոտությունները և ճշանակումները: Արդեն իսկ ունենք հիվանդներ, ովքեր վիդեո-ԷԷԳ հետազոտության միջոցով վիրահատության ցուցում են ստացել և բավական հաջող ելքով վիրահատություններ ունեցել: Այս ամիսների ընթացքում 13 հիվանդ ուղղորդվել է վիրահատության Հեխիա, Գերմանիա և Բուլղարիա:

Սարքավորման կարևորագույն առանձնահատկություններից մեկն է նաև այն, որ սարքը հնարավոր է կիրառել անմիջադես վիրասրահում կատարել էլեկտրոկորտիկոգրաֆիա, այսինքն ինֆորմացիա ստանալ ոչ թե գլխամաշկի մագածածկ հատվածից, այլ անմիջադես ուղեղից՝ հենց վիրահատության ընթացքում:





ԲԺՇԿԱԿԱՆ ՀԱՄԱԶԵԳՍՏԻ ՊԱՏՄՈՒԹՅՈՒՆ

Սոփիստիկ խալաթ կրելու ճախին բազմաթիվ ղատնություններ կան, սակայն հետազոտողները մինչ այժմ չեն եկել ընդհանուր համաձայնության, թե ով է առաջինը հագել բժշկության խորհրդանիշ դարձած այդ հագուստը:

Մինչև 19-րդ դարը վիրաբույժները խալաթներ չէին հագնում

Մինչև 19-րդ դարի երկրորդ կեսը վիրաբույժները ընդհանրապես խալաթներ չէին հագնում: Նրանք հագնում էին գոգնոցներ և երբեմն թևնոցներ, այն էլ միայն շատ բարդ վիրահատությունների ժամանակ: Դիմակներ և գլխարկներ ևս չէին կրում: Բացի այդ, բժիշկները ոչ մի համազգեստ չէին կրում, ի տարբերություն գթության քույրերի, ովքեր համազգեստ էին հագնում դեռևս հին ժամանակներից:

Բուժբուրական համազգեստը նախկինում զուգորդվել է միանձնուհիների համազգեստի հետ: Միջնադարում հիվանդանոցներ, որոշես այդուհիք, չկային, և բաղաթացիներին բուժօգնություն էին ցուցաբերում հիմնականում վանքերում: Բուժբույրերը գլխավորապես հագնում էին մուգ շրջազգեստ, սոփիստիկ գոգնոց և կրում էին սոփիստիկ գլխաշոր: 19-րդ դարի կեսերին բուժբույրերի համազգեստը դարձավ սև, իսկ գլխաշորերը փոխարինվեցին փոքրիկ գլխարկներով:

Սոփիստիկ փրկության գույնը է

Սոփիստիկ արտացոլում է փրկության գույնը, իսկ բժշկի սոփիստիկ խալաթը՝ ճարդկային կյանք փրկելու խորհրդանիշը:

1860-ական թվականներից սկսեցին կիրառվել բժշկական խալաթները: Դրանք սկզբում սոփիստիկ չէին և շատ երկար էին: Այդ ժամանակաշրջանում «վիրահատական թատրոններից» փոխարինելու եկան վիրահատական սրահները:

Բժշկական սոփիստիկ խալաթներ առաջին անգամ սկսեցին կրել գերմանացիները 1870թ.-ի ֆրանկ-դրոսական ղատերազմի ժամանակ:

20-րդ դարի սկզբում վիրաբուժական միջանոթությունների ժամանակ սոփիստիկ խալաթի, դիմակի և գլխարկի կիրառումը լայն տարածում ստացավ:

Սոփիստիկ գույնը աստվածային ճաքրության բարձր վստահության գույնն է: Սոփիստիկ բժշկական խալաթը բժշկի հեղինակության անբաժանելի ճասն է, նրա այցեքարտը:

ԲԺՇԿԱԿԱՆ ԱՄԵՆԱԹԱՆԿ ՄԻՋԱՄՏՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐՆ ԱՇԽԱՐՀՈՒՄ

9

Առողջաղախությունը աշխարհում մատչելի չէ, սակայն որոնք են

ամենաթանկ միջանոթությունները...

9 Երիկամների փոխադաստում.
արժեքը 262.900 ԱՄՆ դոլար

Ըստ վիճակագրության՝ տասը ամերիկացիներից մեկը տառապում է երիկամների այս կամ այն հիվանդությամբ, իսկ հիվանդացությունների թիվն օրեցօր աճում է: Հատկանշական է, որ վերը նշված արժեքը չի ներառում երիկամի դոնոր գտնելու և օրգանի արժեքը, այն ընդամենը փոխադաստման վիրահատության գինն է:

Երիկամի փոխադաստումը ծավալուն և բարդ վիրաբուժական միջամտություն է, սակայն հարցը, իհարկե, չի սահմանափակվում միայն վիրահատությամբ: Բացի այն, որ օրգանի համար դոնոր գտնելն ինքնին դժվար գործընթաց է, փոխադաստումից հետո ևս անձը ստիպված է լինում ընդունել լրացուցիչ դեղորայք՝ նոր օրգանի աշխատանքը խթանելու համար: Այս գործընթացը կարող է տևել անգամ տարիներ:

8 Ենթաստամոքսային գեղձի փոխադաստում.
արժեքը 289.400 ԱՄՆ դոլար

Ենթաստամոքսային գեղձը կենսական անհրաժեշտության մարսողական օրգան է, որն իրականացնում է ճարպերի, ածխաջրերի և սպիտակուցների յուրացման գործառնությունը: Այն արտադրում է օրգանիզմի համար անհրաժեշտ հորմոններ, ինչոփսիք են ինսուլինը և գլյուկագոնը: Ենթաստամոքսային գեղձի փոխադաստումը բարդ և ռիսկային վիրահատություն է՝ լայնամասշտոված ինչոփես դրա տեղակայմամբ (ստամոքսի հետնամասում), այնոես էլ այն հանգամանքով, որ ենթաստամոքսային գեղձի փոխադաստում, որոես կանոն, ցուցվում է միայն դրա քաղցկեղով տառապող հիվանդների, իսկ հիվանդության ընթացքն այնքան է հյուծում մարդուն, որ նա կարող է ոարգաոես չհաղթահարել վիրահատությունը:

7 Սրտի բաց վիրահատություն.
արժեքը 324.000 ԱՄՆ դոլար

Հաշվի առնելով այն, որ սրտային հիվանդություններից մահացությունն առաջին տեղում է ԱՄՆ-ում, սրտի բաց վիրահատությունն այդ երկրում ամենաաաահանջված բժշկական միջամտությունն է: Սրտի բաց վիրահատությունը ցուցված է այն դեոքերում, երբ բուժական այլ մեթոդներն անարդյունավետ են եղել կամ տվյալ դեոքում կիրառելի չեն: Սա վիրահատության բավական մեծ տարածում ունեցող տեսակ է, սակայն մեծ է նաև ռիսկերի հավանականությունը՝ արյունահոսություն, ինֆեկցիաներ, սրտի անկանոն աշխատանք, ընդհուո՝ կաթված: Հետվիրահատական ընթացքը ևս դյուրին չէ: Սրտի բաց վիրահատությանը ոեսոք է հետևեն հիվանդի հետևողական այցերը բժշկի, նշանակված թանկարժեք դեղորայքի կանոնավոր և տևական ընդունումը:

6 Լյարդի փոխադաստման վիրահատություն.
արժեքը 577.100 ԱՄՆ դոլար

Սա մեծ ռիսկեր հետաոդող վիրաբուժական միջամտություն է, իսկական փորձություն հիվանդի համար: Լյարդը մարդու կենսագործունեության համար կարևորագույն օրգաններից է, որը խթանում է մարսողությունը, վնասագերծում տարատեսակ օտարածին գործոններ՝ ալերգեններ, տոքսիկներ և այլն, աոահովում օրգանիզմին անհրաժեշտ գլյուկոզայի քանակը, ունի արյունաստեղծ գործառնությ: Այսոփսով, լյարդի փոխադաստումը, թերևս, կարելի է համարել ամենառիսկային վիրահատությունը բոլոր թվարկվածներից:

5 Ոսկրածուծի փոխադաստում.
արժեքը 676.800 ԱՄՆ դոլար

Ոսկրածուծի փոխադաստման վիրահատությունը կարող է իրականացվել 2 եղանակով: Առաջին տարբերակում մարդու օրգանիզմից առանձնացվում և սառեցվում են ցողունային բջիջները: Դրանից հետո ողացիենտը ստանում է բուժման արագացված, ուժեղացված կուրս (որոես կանոն՝ այս գործողությունն իրականացվում է քաղցկեղի դեոքում): Բուժման հաջող ընթացքից հետո նախաոես սառեցված բջիջները տեղափոխում են օրգանիզմ՝ արյան առողջ բջիջները վերականգնելու նոատակով: Այս միջամտությունն արժե շուրջ 300.000 դոլար: Մյուս՝ առավել թանկարժեք տարբերակում ներառված է նաև ոսկրածուծի դոնոր գտնելը: Փոխադաստման այս տեսակն անվանում են ալլոգեն: Այն կարող է արժենալ մինչև 676.800 դոլար:

4 Թոքերի փոխադաստում.
արժեքը 797.200 դոլար՝ մեկ թոքի դեոքում

Թոքերի փոխադաստումը համարվում է թոքային ծանր հիվանդություններ ունեցող մարդկանց բուժման վերջին տարբերակ: Ցուցված է միայն այն դեոքում, երբ արդեն փորձվել են բուժման բոլոր մյուս եղանակները, ընդ որում՝ անօգուտ: Կարևոր է իմանալ, որ ԱՄՆ-ում թոքերի փոխադաստման վիրահատությունների գերակշիռ մասն ամեն տարի կատարվում է ծխախոտի չարաշահման հետևանքով առաջացած հիվանդություններից մարդու կյանքը փրկելու համար:

3 Սրտի փոխադաստում.
արժեքը 997.000 ԱՄՆ դոլար

Սրտի փոխադաստման վիրահատությունն աշխարհում համարվում է բժշկական ամենառիսկային միջամտություններից մեկը՝ հետաոդելով բազմաթիվ մահացու բարդություններ: Այս վիրահատությունը գրեթե կրկնակի գերազանցում է սրտի բաց վիրահատության արժեքը, և սա արդարացված է: Չէ՞ որ այս դեոքում վիրաբույծները ոչ միայն աշխատում են ողացիենտի հիվանդ սրտի հետ, այլ նաև հետացնում են այն և փոխարինում դոնորի առողջ սրտով: Միջին տվյալներով, սրտի փոխադաստումից հետո մարդու կյանքի տևողությունը կազմում է 15 տարի՝ կախված նրա տարիքից:

2 Սրտի թոքերի միամանանակյա փոխադաստում.
արժեքը 1.148.400 ԱՄՆ դոլար

Այս երկու խիստ ռիսկային վիրաբուժական գործողությունների համատեղումն առաջին հայացքից անհնարին է թվում, սակայն փաստերը վկայում են, որ ամեն տարի իրականացվում է 100 նման վիրահատություն: Համաաատաախան դոնոր գտնելը, վիրահատության ինքնին բարդագույն ընթացքը և հետվիրահատական անկարագրելի ծախսերն էլ հենց այս միջամտությունը դարձնում են այսքան թանկարժեք:

1 Աղիքի (աղիների) փոխադաստում.
արժեքը 1.206.000 ԱՄՆ դոլար

Նույնիսկ թոքերի և սրտի միամանանակյա փոխադաստումն ավելի հեշտ է թվում այս վիրահատության համենատությամբ: Բարդության նման աստիճանը լայնամասշտոված է այն հանգամանքով, որ այս դեոքում գործ ունենք մարդու օրգանիզմի ամենախոշոր և ամենաերկար օրգանի հետ: Որոես կանոն, այս միջամտությունն իրականացվում է միայն մահվան շեմին գտնվող ողացիենտների դեոքում: Աղիքի փոխադաստման վիրահատությունը տևում է մինչև 12 ժամ: Որոշ դեոքերում, միամանակ իրականացվում է նաև լյարդի փոխադաստում, ինչն առավել գարձանահարաշ, բարդ և երկարատև է դարձնում վիրաբուժական այս միջամտությունը:



Ինքնաբուծության դերը սեռավարակների ժամանակ

ՄԱՇԿԱԲԱՆ-ՎԵՆԵՐՈՒՈՒԳՆԵՐ
Հովհաննես Հովհաննիսյան
Սևակ Մկրտչյան

Ինքնաբուծության սկզբունքը ներդրված է բնության կողմից բոլոր կենդանի եակների մեջ: Օտոի վնասված կեղևը ինքնավերականգնվում է, վերքերը փակվում են, կենդանիները կարողանում են բնության մեջ գտնել բուժիչ խոտաբույսեր և հանքային աղբյուրներ, աղեր, ինչը բնագոյացար օգտագործում են ինքնաբուծվելու նպատակով: Նրանցից շատերի մոտ զարգանում է փոխօգնության գալու հատկությունը վիրավոր կամ հիվանդ ցեղակցին բուժիչ գործողություններ ցուցաբերելու առումով:

Հայտնի է, որ մարդկության զարգացման հետ մեկտեղ ձևավորվել է նաև բժշկությունը իբրև գիտություն: Քայլ առ քայլ, դարեր շարունակ հեքիմների փորձը կատարելագործելով, հիմ բժիշկները հասել են որոշակի հաջողությունների մի շարք հիվանդությունների, վնասվածքների և վնասների բուժման հարցում: Սակայն մեր ժամանակներում առանց ներ մասնագիտական օգնության դժվարել է բազմաթիվ հիվանդությունների դեմ շատ հաճախ դառնում է անհնարին: Նոր հիվանդությունների և վնասների տարածումը դառնալիս է ավստորոշման նորանոր սարքավորումների և յուրահատուկ դեղամիջոցների ստեղծում, հարակից մասնագետների խորհրդատվություն: Արդեն զարմանալի չէ, որ շատ երկրներում կան

մասնագետներ, ովքեր դատասխանատու են մարդու մի օրգանի, իսկ երբեմն նաև օրգանի մի մասի կամ որևէ բժշկական գործառույթի համար:

Այս ամենի հետ մեկտեղ հաճախ լսում ենք տարաբնույթ ոչ «բժշկական», հաճախ որոշեա ավանդական ներկայացվող մոտեցումների մասին: Ախտորոշում են անհասկանալի սկզբունքներով աշխատող սարքավորումներով, բուժում «բնական» խոտաբույսերով և այլ, աղացուցողական հիմք չունեցող, միջոցներով:

Առողջության համար լուրջ վտանգ ներկայացնող «բուժական» միջոցառումների շարքում, ցավոք, իր ուրույն տեղն է գրավում ինքնաբուծությունը: Ինքնաբուծությունը սեփական ուժերով և միջոցներով, ինչպես նաև ոչ բժիշկ-մասնագետի թերի գիտելիքների և փորձի վրա հիմնված, հաճախ առողջության համար վտանգավոր բուժումն է: Այս երևույթն առկա է առողջադասության բոլոր բնագավառներում, և եթե կան դեղեր, երբ ինքնաբուծության վնասը նվազագույն է, օրինակ, չեղանության բարձրացման դեղումն չեղանցեցնողների կիրառումը, առաջ լինում են դեղեր, երբ ինքնաբուծությունը լուրջ վտանգ է ներկայացնում անձի առողջությանը, մասնավորապես զարկերակային զերենշման դեղումն հակազերենշումային դեղամիջոցների ինքնական կիրառումը կամ

տարբեր իրավիճակներում հակաբիոտիկների կիրառումը:

Առավել հաճախ ինքնաբուծությունը հանդիպում է բժշկության այն բնագավառներում, որտեղ բժշկին դիմելը տարբեր հանգամանքներից ելնելով դժվարացած է:

Այդ երևույթը հատկապես արտահայտված է սեռավարակաբանության բնագավառում: Քիչ չեն դեղքերը, երբ սեռավարակի նշաններով հիվանդը դիմում է ոչ թե բժշկի՝ մասնագիտական որակյալ խորհրդատվություն ստանալու համար, այլ ընկերոջը, ով վերջերս նման զանգատներ է ունեցել և ստացել է բուժում ինչ-որ դեղամիջոցներով: Իսկ երբեմն դիմում են դեղատան աշխատողին, ով առաջարկում է դեղատոմսային, սակայն ազատ վաճառվող դեղերի մի քանակ, երբեմն իրար հակասող: Բավականին տարածված է նաև, այսուհետ կոչված, «համացանցային» բուժումը, երբ անձը համակարգչով փորձում է գտնել տեղեկություններ այս կամ այն սեռավարակի բուժման վերաբերյալ: Թվարկված դեղքերում իհարկե հնարավոր է հասնել արդյունավետ բուժման, սակայն դա ավելի հաճախ դատախականության հետևանք է, քան օրինաչափություն:

Ցավոք բժշկին չդիմելու ցանկությունը և ինքնաբուծության փորձը դայմանավորված է մի շարք դատառներով՝ սեռավարակաբանական օգնության թանկարժեքություն, բժշկական գաղտնադասության խախտման չիմնավորված ակնկալիքը մասնավորապես փոքր բնակավայրերում, բժշկական ծառայության նկատմամբ առկա անվստահություն: Սակայն միայն «բժշկական» դատառներով չի սահմանափակվում այս խնդիրը: Հիվանդի ավելորդ ինքնավստահությունը, բժշկի գիտելիքների և աշխատանքի թերագնահատումը, կասկածելի որակի տեղեկատվության հասանելիությունը համացանցում, խորհրդատուների կեղծ հեղինակությունը, դեղատոմսային դեղորայքի ազատ վաճառքը և գովազդը, հեռուստատեսությամբ առողջադասական ծրագրերի բազմազանությունը նույնպես մեծ դեր ունեն այս հարցում:

Հարկ է նշել, որ մեր շրջադասում բժշկական որակյալ կրթություն ունեցող անձանց քանակը խիստ սահմանափակ է, և հասկանալի, որ բժշկական կրթություն չունեցող մարդու համար դժվար է ընկալել և գնահատել բժշկական տեղեկատվությունը, միշտ կողմնորոշվել այն ոլորտում, որտեղ մասնագիտական ուսուցումը դառնալիս է տարիներ: Միևնույն զանգատների դեղումն հաճախ անհրաժեշտ է լինում դեղորայքի տարբեր խմբերի կիրառում, տարբեր բնույթի կանխարգելիչ միջոցառումներ և այլն:

Սեռավարակները կարելի է բաժանել մի քանի խմբի, կլինիկական դրսևորումների վրա հիմնվելով, այնինչ ոչ մասնագետը բոլոր սեռավարակների բուժման համար կատաշարկի մի դեղամիջոց, իսկ երբեմն կբավարարվի անգամ մեկ հակաբիոտիկի երկարատև կիրառմամբ: Սեռավարակների

բուժման նմանատիպ դարձնում կարելի է հանդիմել համացանցում բազմաթիվ բժշկական կայքերում: Կամ մեկ անգամ հաջողված բուժումից հետո հիվանդը դառնում է բժշկի նշանակումները և փոխանցում նմանատիպ զանգատներ ունեցող իր ընկերներից: Մինչդեռ յուրաքանչյուր սեռավարակի բուժման համար առնվազն 4-5 տարին մեկ ներկայացվում են նոր կատարելագործված ուղեցույցներ, որտեղ մանրամասն քննարկվում է հիվանդությունը և առաջարկվում աղացուցողական հիմք ունեցող համադատասխան բուժում: Որոշ սեռավարակաբաններ այս երևույթի դեմ



դալքարում են նշանակվող դեղամիջոցների անունները գաղտնի դառնելով, սակայն նման մոտեցումը էլ ավելի է հեռացնում բժիշկներից և բուժառուներից: Միայն բժշկական տեղեկատվության լիարժեք ներկայացման դեղումն է հնարավոր հեռու դառնել ինքնաբուծության վնասակար սովորույթից:

Ամփոփելով՝ ուշադր է նշել, որ ինչքան էլ լայն լինի հակաբիոտիկների կիրառման ոլորտը, ամեն մի սեռավարակ, համաձայն չափորոշիչի, ունի բուժման իր նպատակահարմար դեղամիջոցները, և նրանց ոչ միշտ ընտրությունն ու կիրառումը նվազեցնելով զանգատները, կթաքցնի կլինիկական նշանները՝ առաջացնելով թվացյալ աղաքինում: Մինչդեռ հիվանդությունը չի նահանջել, և նման հիվանդները շարունակում են վարակել զուգընկերներին, հիվանդությունն էլ զարգանալով բերում է բարդությունների առաջացման: Բացի այդ, դժվարանում է նման դեղքերի հետագա ավստորոշումը և սահմանափակվում է բուժումը: Ողջ աշխարհում հաճախացել է սեռավարակների հարուցիչների դեղորայքակայուն ձևերի հայտնաբերումը, և բազմաթիվ հետազոտություններ ցույց են տալիս, որ նման երևույթի դատառներից մեկը նաև ինքնաբուծությունն է:

Բժշկին ժամանակին դիմելը կարևոր է ոչ միայն հիվանդությունը միշտ ավստորոշելու և արդյունավետ բուժում ստանալու համար, այլև համաճարակաբանական առումով նպատակ ունի խորհրդատվություն ստանալու, զուգընկերներ հայտնաբերելու և հետագա վարակները կանխելու:

ԱՅԿ 2014

ՓԱՍՏԵՐ ԶԱՄԱՇԽԱՐՅԱԻՅՆ

© Քրիստոֆեր Բլեք



1990 թ.-ից հետո կյանքի տևողությունը ավելացել է շուրջ 6 տարով Կարելի է եղթադրել, որ 2012 թ.-ին ծնված երեխան կադրի միջինում 70 տարի. ցածր եկամուտ ունեցող երկրներում՝ մինչև 62 տարի, բարձր եկամուտ ունեցող երկրներում՝ մոտ 79 տարի: Կյանքի սղասվող տևողությունը, ծննդյան դահից սկսած, հաշվարկվում է տարվա ընթացքում երեխաների, դեռահասների, միջին տարիքի մարդկանց և ծերերի մահացությունների թվի ցուցանիշների հիման վրա:

Ամեն տարի աշխարհում մահանում է մոտ 6.6 մլն մինչև 5 տարեկան երեխա Գրեթե բոլոր այս երեխաներին կարելի էր փրկել, եթե նրանք ունենային հնարավորությունը զերծ մնալու կրծքի վարակված կաթով կերակրվելուց, ստանային թեկուզ ոչ այնքան թանկարժեք տատվաստումներ, ունենային մաքուր ջուր և հիգիենա: Առողջադաշտության համաշխարհային կազմակերպությունը աշխատում է տարբեր երկրներում ծնված մահացություն ցուցանիշների և առողջադաշտության համակարգը ամրապնդելու համար, ինչը որոշիչ դեր ունի երեխաների կյանքը փրկելու գործում:

Վաղաժամ ծննդաբերությունը աշխարհում մահացությունների հիմնական պատճառն է: Ամեն տարի մոտ 15 մլն երեխա (գրեթե ամեն 10-րդը) վաղաժամ է ծնվում: Վաղաժամ ծննդաբերության ժամանակ առաջ եկող բարդություններն ամեն տարի դառնում են ավելի քան 1 մլն մահացությունների պատճառ: Այդ երեխաների ավելի քան 3/4-ին հնարավոր կլինեք փրկել տարրական և արդյունավետ խնամքի շնորհիվ:

Սիրտ-անոթային հիվանդություններն աշխարհում մահացությունների հիմնական պատճառն են Աշխարհում մահվան 10 դեպքերից 3-ը տեղի է ունենում սիրտ-անոթային հիվանդությունների պատճառով՝ սրտի և արյունատար անոթների հիվանդություններ, որոնք կարող են հանգեցնել ինֆարկտի և գլխուղեղային կաթվածի: Սիրտ-անոթային հիվանդությունների պատճառով վաղաժամ մահացությունների ավելի քան 80%-ը կարելի էր կանխել առողջ սննդի, ամենօրյա ֆիզիկական ակտիվության և շփելու շնորհիվ:

ՄԻԱՎ/ՁԻԱԴ-ից մահացությունների մեծ ճասը լինում է Աֆրիկայում ՄԻԱՎ/ՁԻԱԴ-ից մահացությունների շուրջ 70%-ը 2012 թ.-ին եղել է Աֆրիկայում՝ Սահարայից հարավ ընկած հատվածում: ՄԻԱՎ-ի պատճառով մահացությունների թիվը 2005 թ.-ի 2.3 մլն դեպքից նվազել է և հասել 1.6 մլն-ի:

ԱՌՈՂՋԱՊԱՅՈՒԹՅՈՒՆԻՑ



Աշխարհում ամեն օր մոտ 830 կին մահանում է հղիության և ծննդաբերության ընթացքում առաջացած բարդությունների հետևանքով Մայրական մահացությունը առողջադաշտության այն ցուցանիշներից է, որն արտացոլում է երկրի սոցիալական դրությունը: ԱՄԿ-ն քայլեր է ձեռնարկում մայրերի առողջական վիճակը բարելավելու ուղղությամբ՝ օգնելով երկրներին բարելավելու բուժօգնությունը ինչպես հղիության ընթացքում, այնպես էլ ծննդաբերությունից հետո:

Հոգեկան առողջության այնպիսի խանգարումը, ինչպիսին է դեպրեսիան, հանդիսանում է են աշխարհում հաշմանդամության հիմնական 20 պատճառներից մեկը Աշխարհում սթրեսից տառադրվում է մոտ 300 մլն մարդ և, ինչպես ցույց են տալիս

Ամեն տարի ծխելուց մահանում է շուրջ 6 մլն մարդ Այս 6 մլն-ից 5 մլն-ը ծխող կամ նախկին ծխող մարդիկ են, իսկ 600.000-ը՝ չծխող մարդիկ, ովքեր եղթարկվում են երկրորդային ծխի ազդեցությանը: Եթե կանխարգելիչ քայլեր չձեռնարկվեն՝ մահացությունների թիվը 2030 թ.-ին կդառնա 8 մլն:

Աշխարհում միջին տարիքի գրեթե յուրաքանչյուր 10-րդ մարդ ունի դիաբետ: Նրանց մոտ ամենամեծատ ավելի բարձր է սրտային հիվանդությունների և կաթվածի ռիսկը: 2000 թ.-ից սկսած՝ դիաբետի հետևանքով մահվան դեպքերի թիվն աճում է: 2012 թ.-ին դիաբետից մահացել է 1.5 մլն մարդ:

Ամեն տարի շուրջ 1.25 մլն մարդ մահանում է ՇՏԴ-ի հետևանքով:

ՍՏՈՄԱՏՈԼՈԳԻԱՅԻ
ԶԱՐԳԱՑՈՒՄԸ
ԵՎ ՆԵՐԿԱՆ
ՀԱՅԱՍՏԱՆՈՒՄ

Ատամնաբուժությունը մարդկության դատմության մեջ գոյություն է ունեցել դեռևս հազարամյակներ առաջ։ Այդ ժամանակներից մինչ այսօր այն աղդել է հսկայական էվոլյուցիա, բանգի սկզբում այս «մասնագիտությունը» սահմանափակվում էր միայն խնդրահարույց ատամը հեռացնելով և մարդուն ազատելով տհաճ ցավից։ Որոշ ժամանակ անց, փորձեր են կատարվել նաև որդղեգավորել բացակա ատամները. դրանք փոխարինվել են կենդանիների ատամներով, տարբեր տեսակի մետաղներով, ընդհուպ՝ մահացած մարդկանց ատամներով։ Իսկ արդեն քաղաքակիրթ աշխարհի մարդու համար բավական չէ միայն բացակա ատամը լրացնելը, այն դեռեք է ունենա նաև ճիշտ դիրք ատամնաշարում, նվազագույն վնաս դատմադի մյուս ատամներից և մարդուն, դեռեք է ունենա առավելագույնս բնական տեսք։

Հայաստանում ստոճատողիզհիւան բուռն զարգացում սկսեց աղորել, երբ 1961թ.-ին Երևանի ոյետական բծշկական իմատիտուտում, հիմնաղորվեց ստոճատողիզհական Զակլուլտերը՝ հանրաղետուրջան ազգայնակշուրջանը բարձրակարգ բծիշկ-ստոճատողիզ դասնագետների ծաղաղությունը աղահիղելու նղատակը:

հստորիդային տարիներին ղաղցեւոյցներին տախանջը հնարավոր էր հոգալ այնքանով միայն, որ կարելի էր տաստրաստել ծանողական ֆունկցիան մասամբ վերականգնող որոշեցւոր, սակայն դրանց արդյունավետութիւնը մեր օրերուն դժկար է գնահատել բավարար, բանգի յոյութիւն և յատրաստան եղանակները մերօրյա չափանիշներին նոյնիսկ մոտ չէին: Այդ ժամանակահատվածում ատամի ներվագրկումը (դէտրոյդացիան) ընդհանուր առմամբ անհնար էր իրականացնել անբողջութեամբ, և բժիշկը ստիպված էր լինում հեռացնել ատամը՝ ոչ լիարժեք բուժման տատնաւով:

Այդ տարիներին լայն կիրառում ունեին ճանված շաղկերեքը, որոնք լավագույն դեղքուն տատրաստվում էին ոսկուց, և բացակա ատամի ճարմնին ամրացվում էին զոդճան միջոցով, իսկ վատագույն դեղքուն տատրաստվում էին որոդդատից, զոդվում ցիկել-քրոմ ճետադով և ճարդոջ կոճարոկցիան տատվում էր բուլատով՝ ոսկեզույն երանջ ստանալու ցրատակով:

Այնուհետև առաջ եկավ ծովման եղանակը և շաղիկները սկսեցին ունենալ ավելի ճշգրիտ ձև: Զույված կոնստրուկցիան սկսեցին դասել տարբեր

Երկրորդ՝ Կոնստրուկցիայի սոփիստակ գույճն ամրափոխելու համար: Այդ Երկրորդից է՛ն ակրիլայի՛ն լաաստնասները և կերամիկան:

Արդեն որոշեցավորման զարգացման ընթացքում, երբ ղազհեհնների էթետիկ ղաահնշերն ավելաաան, մասնաշետները սկսեցին դրանք ղատրաստել աաավել հմորեն, զարգաաուն աորեցին հաև մետաղները: Դեևա խորհրդալին տարիներին կիրառվում էր ոսկին որոշա ղորոշեզավորման հյուղ, դրանից ղատրաստում էին արհեստական աաամներ, հեհք, կարծրուլթյունը աղաահվելու համար հետազալում ստեղծվեցին հաև ոսկու և ալլ թանկարծեք մետաղների համաձուլաշծքներ, որոհք մինշ ալմ մեծ կիրաաում ուեհն սաոմատղոցալում:

1980-ական թվականներից բժշկները հասկացան, որ առանձր վերականգնելու համար էթետիկ և ֆունկցիոնալ ամենամոլատակահարմար ընդլեռն առանցքաբուժական կերամիկան է, ուստի անընդհատ փորձեր էին արվում կիրառել առանցքաբուժական կերամիկան առանց մետաղական հենքի, այսինքն՝ այն ամրացնել ամփոփառել առանհիմ լուսաթափանցելիությունը արդիանվելու համար:

Ալօթեզիվ հաճակաբերի ստեղծմանը և զարգացմանը զուգահեռ լուծվեց նաև կերամիկայն անմիջադեպ ատամին հերմետիկ ամրացնելու խնդիրը, բարելավվեց լուծնափոփող ատամների էսթետիկ տեսքը և շնորհիվ այդ տեխնոլոգիաների, այլևս կարիք չկար ատամը չափից շատ հոկել՝ ռետենցիոն կետերը ստանալու համար: Այսօրսով, սկիզբ առավ մինիմալ ինվազիվ ստոմատոլոգիան, որը լոպարտոգոմի է բժշկելի աշխատել օթոսկական խոշորացման լոպյանցներուն. դրա շնորհիվ ատամը հոկվուն է ալքքան, որքան հարկավոր է:

Հետխորհրդային տարիներ

Արդե՞ն հետխորհրդային տարիներին, երբ մեր երկրում սկսեցին հայտնվել մասնավոր ատանճաբուծարաններ, ստեղծվեց մրցակցություն և դա, իհարկե, հանգեցրեց ոլորտի զարգացման և առաջնադասմանը, ներդրվեցին նոր մեթոդներ, բարելավվեց տեխնիկան, զարգացավ լոգիստիկ հետ շփման մշակույթը, աշխատանքներ տարվեցին սղասարկման որակի բարելավման վրա:

Ներկայումս ատանճաբույժի առջև դրված են ավելի մեծ խնդիրներ, քանզի կա ատանճաբուծական ցյութերի մեծ ընտրամի, գործիքների բազմազան տեսակներ և այլն:



Վերջին տասնամյակում Հայաստանում մեծ զարգացում է ստացել նաև թվային տեխնոլոգիաների կիրառումը ատանաբուժության ոլորտում, որը սկսվում է թվային ռենտգեն համակարգերից և ավարտվում ժամանակակից Երբերանային սթանդերտերով, CAD-CAM համակարգով, 3D տոփշներով և զանազան ծրագրերով, որոնք բժշկի աշխատանքը դարձնում են ատակել արագ և արդյունավետ:

Ներքերանայից սքաներների օգնությամբ կարելի է որոշել կծվածքի տարբեր տեսակի անոմալիաներ, բացարձակ ճշգրտությամբ որոշել ատամնափողույնը, փխտորոշել կարիեսը և, վերջապես, ստանալ և վերնորտադրել ղայքինտի ատամների ճշգրիտ գույնը:

CAD-CAM համակարգերը մեծ ֆորեգերային հաստոցներ են, որոնք ունեն 1-5 աշխատանքային առանցք, և որքան առանցքները շատ են, այդքան հաստոցն ավելի ճշգրիտ է և ունիվերսալ: Դրանք նախատեսված կարող են լինել ինչոյես կինոկոնցերում, այնոյես էլ մեծ ֆորեգերային կենտրոններում օգտագործման համար:

Իսկ թվային-հաճակարգչային ծրագրերը
հնարավորություն են ընձեռում կարճ

ծածանակահատվածում իրականացնել ձեռնարկի աշխատանք: Սրանց օգնությամբ կարելի է կատարել րացիենտի դեմքի անալիզ ընդհանրը 3-5 րոդետուն և կանխատեսել ստացվելիք վերջնական արդյունքը, այնուհետև թվային տարբերակով ներկայացնել րացիենտի: Առանց այս ծրագրի Մույն գործընթացը կարող էր տևել 2-3 րոմայց:

Օժանդակ ծրագրերը արդիական են նաև ինդյանստրուկտայի և օրթոդոնտիայի ոլորտներում: Վերջին տարիներին աշխարհում, այս տարի արդեն նաև Հայաստանում, կիրառություն են ստացել 3D տոմիչները: Դրանցով կարելի է տրոել վիրաբուժական ձևանմուշով (շաբլոն), կաղաներ, մոդելներ, ատաններ, ծնուներ, յորդթեգներ և այլն: Դրանց ընձնած հնարավորություններն անսահմանափակ են, ամեն բան կախված է այն կիրառող մասնագետից:

Ուրախությամբ կարող եմք փաստել, որ
Երեկայումս Հայաստանում կարելի է իրականացնել
ստոնաւորոգիական ցանկացած տեսակի և ծավալի
աշխատանք: Ժամանակակից ճոտեցումները և
մեթոդները Երրորդում և կիրառվում են Ըսւ Ծեզ ճոտ,
և զարգացումը տեղի է ունեւում համաշխարհային
ոլորմին համընթաց:



ԵՐԵՎԱՆ ՔԱՂԱՔԻ ԲՈՒԺՀԱՍՏԱՏՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՊԱՏՄՈՒԹՅՈՒՆԸ

զինվորական հոսպիտալը, ակնաբուժարանը, հոգեկան հիվանդների խնամատունը, Հ. Դովհաննիսյանի և Ա. Տեր-Ավետիքյանի մասնավոր հիվանդանոցները, 1918թվականին քաղաքային հիվանդանոցը տեղափոխվել է նորակառույց շենք և վերանվանվել 1-ին քաղաքային հիվանդանոցի, այնուհետև հիմնադրվել են 2-րդ և 3-րդ կլինիկական հիվանդանոցները:

Երևանում առողջադահույթյան կազակերդումն առաջին անգամ լողտական ուշադրության է արժանացել խորհրդային իշխանության օրոք. 1920 թվականին կազմավորվել է Առողջադահույթյան ժողկոմատը (1946 թվականից՝ ՀԽՍՀ ԱՆ), որի իրավասությանն են հանձնվել բժշկասանիտարական բոլոր հիմնարկները, այդ թվում՝ մասնավորները: 1922 թվականին քաղաքային 2-րդ կլինիկական հիվանդանոցում բացվել է ակնաբուժական բաժանմունք՝ 25 մահճակալով, որը 1925թվականին վերակառուցվել է Աչքի հիվանդությունների կլինիկայի: Ստեղծվել է մոր և մանկան դահլիճային ծառայություն:

1880-1881 թվականներին քաղաքային բժիշկ Լևոն Տիգրանյանի նախագահությամբ գործել է Առողջադահական մշտական հանձնաժողով: 1881 թվականից հրատարակվել է «Առողջադահական թերթը»: Առաջին համաշխարհային դատերազմի նախօրյակին Երևանում բացվել են քաղաքային և բանտի հիվանդանոցները,

Հիմնադրվել են բժշկական ուսումնական հաստատություններ՝ 1921 թվականին՝ բժշկական ուսումնարանը, 1922 թվականին՝ ԵՊՀ բժշկական ֆակուլտետը (1930թվականից՝ ԵԲՀ, 1995 թվականից՝ ԵՊԲՀ), 1923 թվականին՝ Տրոյիկական ինստիտուտը, 1933 թվականին՝ Սանիտարական տեսչությունը, 1937 թվականին՝ Ախտահանման կայանը:

Հայրենական Մեծ դատերազմի սկզբին Երևանում գործել են 20 հիվանդանոցային հիմնարկներ, աշխատել է 505 բժիշկ (1000 բնակչին՝ 2,2 բժիշկ): Առողջադահույթյան կազմակերպման աշխատանքները լայնորեն ծավալվել են հատկապես հետդատերազմյան ժամանակաշրջանում. հիմնադրվել են Վնասվածքաբանության և օրթոդոնտիայի (1946), Ռենտգենաբանության և ուռուցքաբանության (1946) ԳՀԻ-ները: 1957 թվականին Երևանում շահագործման է հանձնվել 8-րդ կլինիկական հիվանդանոցը, 1961 թվականին Սրտաբանության և սրտային վիրաբուժության ԳՀԻ-ն, որի հիմքի վրա 1975 թվականին հիմնադրվել է ԽՍՀՄ ԲԳԱ համաձիութենական զիտական կենտրոնի Երևանի մասնաճյուղը (1991 թվականից՝ Ա. Միքայելյանի անվան վիրաբուժության ինստիտուտ), Շտապ բժշկական

օգնության 2-րդ կլինիկական հիվանդանոցը: 1984 թվականին Հանրադատական կլինիկական հիվանդանոցում ստեղծվել է Հանրադատական պատորոշման կենտրոնը:

ՀՀ վերանկախացումից հետո, առողջադահույթյան համակարգի զարգացման ու բարեփոխումների 1996-2000 թվականների ծրագրին համադաստասխան, Երևանի առողջադահույթյան համակարգում իրականացվել են կառուցվածքային և կանոնակարգային եական փոփոխություններ:

Երևանում է կենտրոնացած երկրի առողջադահույթյան համակարգի հզորությունների 2/3-ը: 2001-2003 թվականներին առողջադահական ընկերությունները խոշորացվել են, որի հետևանքով նվազել է բուժհաստատությունների թիվը:

1936թ.
ՀԽՍՀ առողջադահույթյան
ժողովրդական
կոմիտարիատ





ԵՐԵՎԱՆԻ ՄԽԻԹԱՐ ԴԵՐԱՑՈՒ ԱՆՎԱՆ ՊԵՏԱԿԱՆ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ՀԱՄԱԼՍԱՐԱՆ ԴԵՐԱՑԻ ԱՐԽԵՍՏԱԿՑԱԿԱՆ ԿԱԶՄԱԿԵՐՊՈՒԹՅՈՒՆ

Երևանի Մխիթար Դերացու անվան Պետական բժշկական համալսարանում արդեն 1 տարի է, ինչ գործում է «Հերացի» արհեստակցական կազմակերպությունը. գործող և առագա ծրագրերը ներկայացնում է կազմակերպության նախագահ, դ.գ.թ. Մարթա Սինոնյանը:

Երևանի Պետական բժշկական համալսարանը տարբեր տարիներին ունեցել է արհեստակցական կազմակերպություններ, սակայն «Հերացի» արհեստակցական կազմակերպությունը նոր է, առավել երիտասարդական և ժամանակակից: Մեր նպատակն է ԵՊԲՀ բոլոր աշխատակիցներին երիտասարդական նոր շնչով հետաքրքիր նախաձեռնությունների մաս դարձնելը:

Արհեստակցական կազմակերպությանը կարող են անդամագրվել բոլորը առանց մասնագիտական սահմանափակումների անվտանգության աշխատակիցներից, հավաքարարներից, ադմինիստրացիոն կազմից մինչև ամբիոնների աշխատողներ, կլինիկաների բժիշկներ, կլինիկական և տեսական ամբիոնների աշխատակիցներ, ռեկտորատի անդամներ, «Մուրացան» համալսարանական կլինիկայի, №1 համալսարանական հիվանդանոցային համալիրի, «Հերացի» ավագ դպրոցի աշխատակիցները: Մի խոսքով, բոլոր այն անձինք, ովքեր գրանցված են որդես Երևանի Պետական բժշկական համալսարանի աշխատակից: «Հերացի» արհեստակցական կազմակերպության ծրագրերը մի քանիսն են.

Գիտական համագործակցության եզրեր հարակից ամբիոնների աշխատակիցների համար

Այս կերպ նշյալ ամբիոնների աշխատակիցներին, կազմակերպության նախաձեռնությամբ և ֆինանսավորմամբ, հնարավորություն է ընձեռնվում

իրենց գիտական, առողջադասական, ինֆորմատիկ ծրագրերը ներկայացնել «Հերացի» արհեստակցական կազմակերպություն և իրականացնել համատեղ աշխատանքի քննարկումները Օնլայն ժողով երիտասարդական համալիրում՝ համատեղելով հանգիստը և աշխատանքը:

Արդեն իսկ համագործակցության եզրեր են գտել ԵՊԲՀ դեղագիտական ամբիոնները՝ դեղագործության կառավարման և ֆարմակոգնոզիայի ամբիոնները, դեղերի տեխնոլոգիայի, ֆարմակոլոգիայի, կլինիկական ֆարմակոլոգիայի և ֆարմացիայի ամբիոնները:

Անգլերենի որոհեսիոնալ դասընթացներ ԵՊԲՀ աշխատակիցների համար

Երևանի Պետական բժշկական համալսարանը եռալեզու ԲՈՒՀ է, և խիստ կարևոր է շփումը օտարազգի ուսանողների հետ, ինչպես դասավանդող, այնպես էլ վարչական անձնակազմի համար:

2015 թվականին ԵՊԲՀ արհեստակցական կազմակերպությունների ղառնության մեջ առաջին անգամ մենք սկսեցինք անգլերեն լեզվի որոհեսիոնալ դասընթացները: Հաջողությամբ դասընթացներն ավարտեցին երկու խմբեր A2 և B1 + մակարդակով և ստացան անգլերենի իմացության հավաստագրեր: Ուրախությամբ լի ենք, որ արձագանքը և հետաքրքրությունը մեր այս նախաձեռնության նկատմամբ բավական մեծ էր, և արդեն 2016-ի փետրվարի 15-ից դասընթացներին մասնակցում են արդեն 4 խմբեր: Կարևոր են համարում այն փաստը, որ անգլերենի դասընթացներին կարող են մասնակցել ոչ միայն ԵՊԲՀ դասախոսները, այլ նաև Հերացի ավագ դպրոցի ուսուցիչները: Հուսով ենք, որ անգլերենի որոհեսիոնալ դասընթացների ծրագիրը կլինի շարունակական:

Այսօր արդեն, ի ուրախություն, ունենք լավագույն գնահատականներ «Հերացի» արհեստակցական կազմակերպության կողմից իրականացվող անգլերենի դասընթացների ծրագրի վերաբերյալ:

Սոցիալական աջակցություն ԵՊԲՀ աշխատակիցներին

Արհեստակցական կազմակերպության առջև դրված կարևորագույն խնդիրներից է ԵՊԲՀ աշխատակիցների սոցիալական հոգսի թեթևացումը, մենք փորձում ենք ձեռք մեկնել այն անձանց, ովքեր այս կամ այն խնդրով դիմում են տարբեր կառույցների, և հաճախ որդես լուստասխան, սոցիալական օգնության մերժում ստանում:

2015թ.-ի հոկտեմբերի 1-ից մինչև 2016թ.-ի հունվարի 1-ը «Հերացի» արհեստակցական կազմակերպության հրամանով ստեղծված «Սոցիալական հարցերի հանձնաժողովի» նախագահի հանձնարարմամբ ԵՊԲՀ 291 աշխատակիցների տրամադրվել է տարբեր չափի դրամական օգնություն ԵՊԲՀ սոցիալական ծանր վիճակում գտնվող աշխատակիցներին բուժզննում անցնելու, հիվանդությունների բուժման, դեղորայքի ձեռքբերման նպատակով, ինչպես նաև ընտանիքի անդամներից որևէ մեկի մահվան դեպքում:

Մեր ԲՈՒՀ-ը լի ենք է ունենա առողջ եւ մարզված աշխատակիցներ

ԵՊԲՀ-ն, իհարկե, ունի սեփական սպորտդահլիճ, սակայն մենք առաջարկում ենք նաև այլընտրանքային տարբերակ: Golds Gym սպորտային համալիրի հետ համատեղ, անդամարված բոլոր անձանց առաջարկում ենք ձեռք բերել կորպորատիվ փաթեթ, որը, կախված աշխատակցի աշխատանքային փորձից, դրսևցիոն համակարգով ավելի մատչելի է դառնում:

Տեսակցություն ԼԴՀ սահմանամերձ զորամասերում ծառայող որդիների հետ

2016 թվականի փետրվարից «Հերացի» արհեստակցական կազմակերպությունը կազմակերպում է ԵՊԲՀ աշխատակից-ծնողների անվճար այցեր Արցախում իրենց ժամկետային զինծառայությունն անցնող որդիներին:

Միջազգային համագործակցություն

Զարգացած աշխարհի բոլոր ԲՈՒՀ-երը և ընկերություններն ունեն արհեստակցական կազմակերպություններ, ուստի, «Հերացի» արհեստակցական կազմակերպության հիմնադիր-անդամներից մի քանիսը զբաղվում են հենց միջազգային համագործակցության եզրեր փնտրելով: Արդեն իսկ ունենք կոնտակտներ եվրոպական մի շարք երկրների, ամերիկյան ԲՈՒՀ-երի: Մեր նպատակն է ընդլայնել համագործակցության եզրերը, ստեղծել և իրականացնել նոր ծրագրեր օտարերկրյա մեր գործընկերների հետ: Առաջիկայում լուստրաստվում ենք իրականացնել փոխանակային ծրագրեր և նոր շունչ հաղորդել մեր աշխատակիցների առօրյային և կատարել փորձի փոխանակում:

Համագործակցություն համալսարանական կլինիկաների աշխատակիցների հետ, հետաքրքիր նախաձեռնություններ այնտեղ բուժվող հիվանդների համար

Արդեն իսկ իրականացրել ենք ամանորյա միջոցառում Մուրացան համալսարանական կլինիկայում բուժում ստացող երեխաների համար. այն փոքրիկներին, ովքեր լի ենք է ամանորի գիշերն անցկացնելին հիվանդանոցում, հյուր գնացին Ձմեռ Պառլը և մուսիներուն: Նույն կլինիկայում բուժում ստացող երեխաների լուստկերած նկարների համար կազմակերպեցինք ցուցահանդես-վաճառք, և ստացված հասույթը կօգտագործվի հիվանդանոցի խաղասենյակի կահավորման համար:



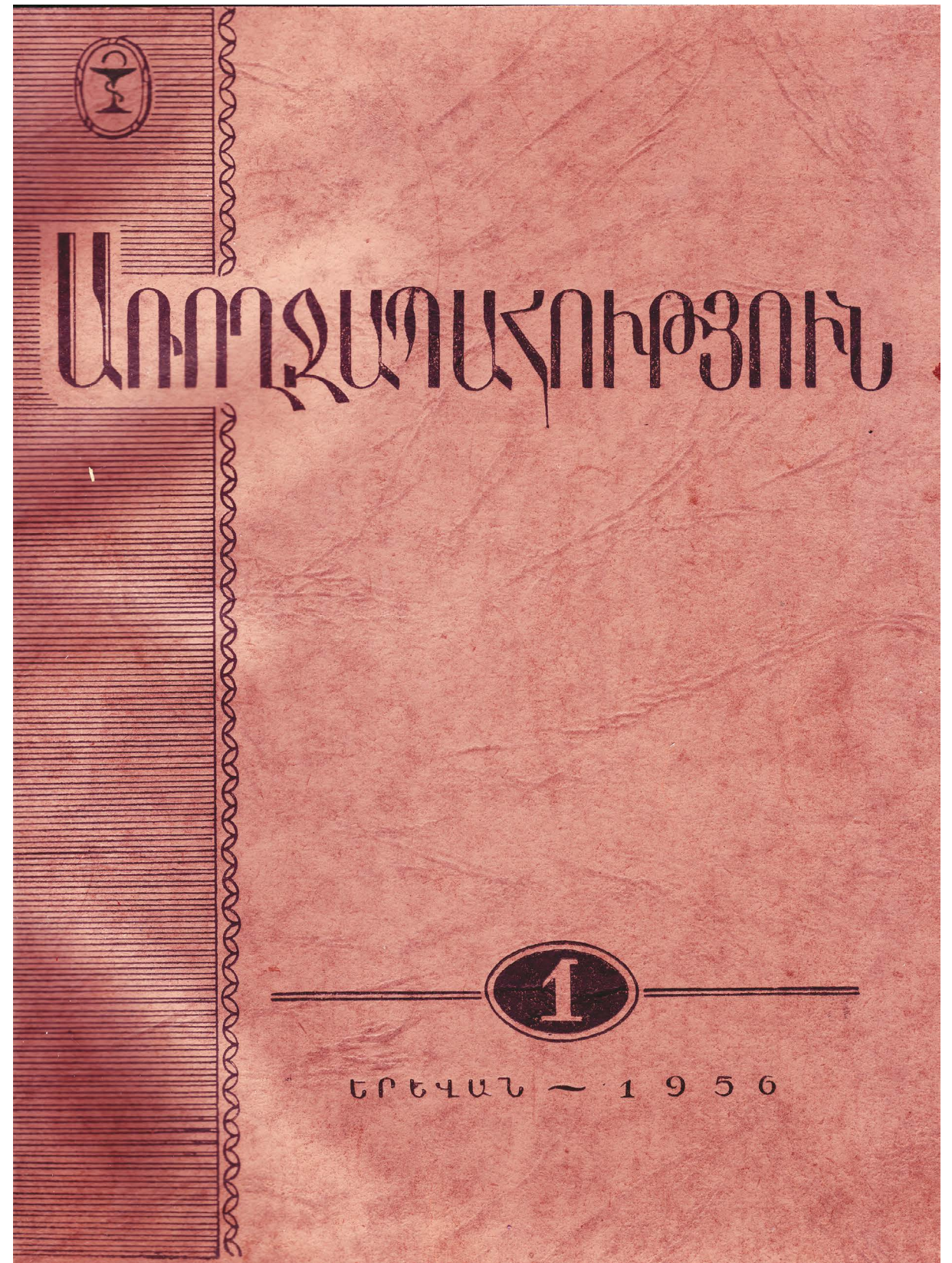
Ռաֆայել Փարսադանյան

բժշկագիտության տատանաբան,
բժշկական գիտությունների դոկտոր,
դոկտոր

1956-1973 ՝ «Առողջապահություն»
հանդեսի հիմնադիր գլխավոր խմբագիր,
կոլեգիայի նախագահ



Ամբողջացնելով «Առողջապահություն» ամսագրի 60-ամյա հոբելյանին
նվիրված մեր տարբերակների նորոգի լույս ընծայումը՝ վերատառագրում ենք
ամսագրի 1956 թվականի առաջին համարից մի քանի ուշագրավ էջ...



«Ա. Ռ. ՈՂԶԱՊԱՀ ՈՒԹՅՈՒՆ»

ՀԱՆԴԵՍԻ ԽՄԲԱԳՐՈՒԹՅԱՆԸ

Հարգելի ընկերներ:

Սովետական Հայաստանում «Առողջապահություն» հանդեսի լույս ընծայումը նշանակալից իրադարձություն է սովետական բժշկական մասնա-
լի համար, այն հանդիսանում է սովետական ա-
ռողջապահության անշեղ զարգացման նկատմամբ
Կոմունիստական պարտիայի և Սովետական կա-
ռավարության ցուցաբերած ամենօրյա հոգատա-
րության նոր վառ արտահայտությունը: Հանդեսի
հրատարակությունն սկսվում է այնպիսի ժամանա-
կաշրջանում, երբ սովետական առողջապահական
օրգանները ձեռնամուխ են եղել առողջապահու-
թյան հետագա զարգացման վերաբերյալ ՍՄԿՊ
XX համագումարի դիրեկտիվների կենսագործմա-
նը, ամբողջ պրոֆիլակտիկ գործունեության և
բնակչության բժշկական սպասարկման կուլտու-
րայի վերելքին: Այնպիսի առաջնահերթ խնդիրներ
ինչպիսիք են ժողովրդի առողջության պահպան-
ման և մարդկանց կյանքի երկարացման նկատ-
մամբ առողջապահության ասպարեզի գիտական
ու պրակտիկ աշխատողների լայն շրջանների ուշա-
դրության կենտրոնացումը, գիտության նվաճում-
ների և ֆադաֆի ու գյուղի աշխատավորության
բուժ-պրոֆիլակտիկ սպասարկման առաջավոր
փորձի, երկրամասային պարբերականի այժմեա-
կան պրոբլեմների մասնաշաղկապումը, պետք է
գտնվեն նոր հանդեսի ուշադրության կենտրոնում:

Առողջապահության միջնորդությունը հուսով
է, որ նոր հանդեսը արժանի տեղ կգրավի բժշկա-
կան մյուս պարբերականների շարքում և կկարողանա
առողջապահության պրակտիկ աշխատող-
ներին ու գիտության գործիչներին մոբիլիզացնել
արագորեն իրականացնելու սովետական ու ա-
ռասանման ընդհանուր բժշկական գիտության նվաճում-
ները և գործուն օգնություն ցույց տալ Հայաստա-
նի առողջապահության օրգաններին հաջողու-
թյամբ կենսագործելու այն խնդիրները, որ նրանց
առաջադրել են Կոմունիստական պարտիան ու Սո-
վետական կառավարությունը:

Թույլ տվե՛ք ՍՍՌ Միության Առողջապահության
միջնորդության կողմից ձեզ լավագույն հաջողու-
թյուններ ցանկանալ անհրաժեշտ և պատասխանա-
տու աշխատանքում:

Ն. Կոբյակով

ՍՍՌ Մ Առողջապահության միջնորդ

«Առողջապահություն» հանդեսի առաջին հա-
մարի լույս ընծայման օրը՝ նրա կոլեկտիվին հղում
ենք ջերմ ողջույն և հաջողությունների լավագույն
ցանկություններ:

Վստահ ենք, որ նոր հանդեսը հաստատակա-
մորեն կպայքարի Կոմունիստական պարտիայի և
Սովետական կառավարության կողմից առողջա-
պահության ասպարեզի աշխատողներին առաջա-
դրված խնդիրների կենսագործման համար:

«ԿՈՄՈՒՆԻՍՏ» ԹԵՐԹԻ
ԽՄԲԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆ

Հագարավոր ընթերցողների ու թղթակիցների
անունից ողջունում ենք «Առողջապահություն»
հանդեսի լույս ընծայումը:

Հուսով ենք, որ նոր հանդեսը պատվով կկատա-
րի բժշկական աշխատողների, մանավանդ երի-
տասարդ բուժաշխատողների հարուստ առօրյան
հմտորեն լուսաբանելու իր դերը, կնպաստի այն
մեծ, շնորհակալ գործունեությանը, որ ամեն օր
ծավալում են ժողովրդի անխնայ ծառաները՝
բժիշկները:

«ԱՎԱՆԳԱՐԴ» ԹԵՐԹԻ ԽՄԲԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆ

«Առողջապահություն» հանդեսի հրատարակու-
մը ուրախալի երևույթ է: Պրոֆիլակտիկայի և ճի-
վանդությունների վերաբերմամբ գիտելիքներ, խոր-
հուրդներ տալը մեր աշխատավորությանը, նորա-
հաս պատանեկությանը և առհասարակ ամենին
շատ օգտակար և անհրաժեշտ գործ է:

Բոլոր սրտով ողջունում ենք այս ձեռնարկը և
ցանկանում ենք նրա գիտաշխատողներին եռանդ,
անձնվիրում, որոնց շնորհիվ միայն հնարավոր
կլինի իրականացնել ուրախ, գործունյա և երկար
կյանք:

Հարգանքներով՝

Ալեք. Խաչատրյան

Մտազին շնորհավորում են մայրենի լեզվով
առողջապահական նոր հանդեսի ծնունդը: Ցանկա-
նում են լավագույն հաջողություններ:

Է. ՀԱՍՐԱԹՅԱՆ

ՍՍՌ Մ Գիտությունների ակադեմիայի
թղթակից-անդամ



Ռուսական առաջին ռեկուլցիայի մասնակից, 1902 թվականից պարտիայի անդամ ԳԵՐՄԱՆԻՄ
ՄԵԼԻՔ-ԳՐԻԳՈՐՅԱՆԸ, շնայած իր պատկանելի տարիքին, երիտասարդական ավյունով շարունա-
կում է աշխատել Երևանի Երկարուղու սանիտարա-էպիդեմիոլոգիական կայանում որպես գլխավոր
բժիշկ: Գ. ՄԵԼԻՔ-ԳՐԻԳՈՐՅԱՆԸ պարգևատրվել է Լենինի շքանշանով: Նա Հայկական ՍՍՌ Գերագույն
Սովետի դեպուտատ է:

ՆԿԱՐՈՒՄ. — Վաստակավոր բժիշկ Գ. ՄԵԼԻՔ-ԳՐԻԳՈՐՅԱՆԸ և բժիշկ Ա. ՎԱՐԳԱՆՅԱՆԸ լաբորա-
տորիայում:

Ֆոտո՝ Հ. ՀԵՔԵՔՅԱՆԻ

ԱՐԺԵՔԱՎՈՐ ԱՇԽԱՏՈՒԹՅՈՒՆ

Պենիցիլինի հայտնագործումը ժամանակակից բժշկության ամենախոշոր նվաճումներից մեկն է։ Պենիցիլինագիտությունը կամ պենիցիլինարոսությունը կարճ ժամանակում ստեղծել է բավականին հարուստ գրականություն։ Եվ որքան նրա օգտագործումը բժշկության տարբեր բնագավառներում դրական արդյունքներ է տալիս, այնքան մեծանում է պրպտող մտքի տեր մարդկանց հետաքրքրությունը պենիցիլինի նկատմամբ։

Այդպիսի հետաքրքրության արդյունք է վերջերս նախ Մոսկվայում, ապա Երևանում լույս տեսած՝ բազմավաստակ գիտնական Ռ. Յուլյանի «Պենիցիլինի կիրառումը խիրուրգիայում» ծավալուն աշխատությունը։ Սա Սովետական Միության Գերագույն Սովետի ղեկավարությամբ, ՍՍՌՄ Բժշկական գիտությունների ակադեմիայի թղթակից-անդամ, Հայկական ՍՍՌ գիտության վաստակավոր գործիչ պրոֆ. Ռ. Յուլյանի վերջին աշխատությունն է։

Շուրջ 28 տարի նա իր կյանքը նվիրել է բժշկական գիտության ու պրակտիկայի զարգացմանը։ Մեծ է նրա ծառայությունը բժշկական կադրերի պատրաստման և, հատկապես, Հայաստանի բժշկական գիտական մտքի զարգացման գործում։ Ռ. Յուլյանի գրչին են պատկանում ծայրամասային պաթոլոգիայի, վիրաբուժական ինֆեկցիաների, արչան փոխներարկման ակտուալ հարցերին նվիրված ավելի քան 50 գիտական աշխատություն։ Պրոֆ. Յուլյանը 1946 թվականից Վիրաբույժների համամիութենական ընկերության վարչության անդամ էր, իսկ 1953 թվականից Վիրաբույժների միջազգային ասոցիացիայի անդամ։ Յուլյանը պարգևատրված է Լենինի, Աշխատանքային Կարմիր դրոշի, Կարմիր աստղի շքանշաններով և մեդալներով։ «Պենիցիլինի կիրառումը խիրուրգիա-



Պրոֆ. Ռ. ՅՈՒԼՅԱՆ

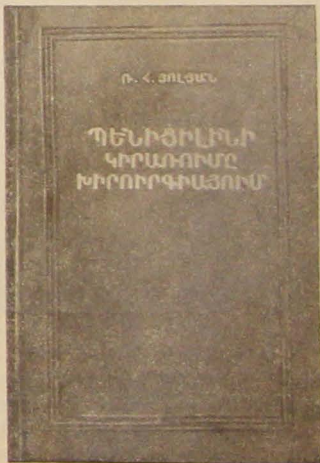
յում» աշխատությունը բաղկացած է 21 գլուխներից, որոնք շնայած ներկայացնում են խիրուրգիական ինֆեկցիոն տարբեր հիվանդությունների մասին առանձին-առանձին ուսումնասիրություններ, բայց մի ներքին կապով շաղկապված են իրար հետ։ Օգտագործելով տարբեր լեզուներով հրատարակված մի ամբողջ գրադարան, հենվելով իր սեփական գիտողությունների և այն հարուստ նյութերի վրա, որ կուտակել է նա տասնամյակից ավելի ժամանակաշրջանում՝ երեք հազարից ավելի հիվանդի պենիցիլինով բուժելու ժամանակ, հեղինակել է նոր եզրահանգումների, մշակել է կիրառական յուրօրինակ եղանակներ, որոնք միանգամայն նորություն են բժշկության մեջ և պատիվ են բերում սովետական բժշկությանը։

Իր աշխատության առաջին գլխում պրոֆ. Յուլյանը հետաքրքիր տեղեկու-

թյուններ է հաղորդում տարբեր կարգի միկրոօրգանիզմների վրա պենիցիլինի թողած ազդեցության, օրգանիզմի մեջ ցրված ինտերոեցեպտոնների, զանգուղեղի կեղևի բարդ ֆիզիոլոգիական փոփոխությունների, միկրոօրգանիզմների ձևափոխության և վերջապես արտաբնական երևույթների իսպառ չքացման մասին։

Գրքի հետագա էջերում հեղինակն այս կամ այն կապակցությամբ ավելի է պարզաբանում, ևս նկրտացնում իր եզրակացություններն ու մտքերը՝ դրանց տալով կիրառական, գործնական նշանակություն։

Աշխատության ինչպես սկզբում, այնպես էլ երկրորդ և հաջորդ գլուխներում, որտեղ խոսվում է օրգանիզմի հյուսվածքների վրա պենիցիլինի թողած տարբեր կարգի ազդեցության, պենիցիլինը օրգանիզմի մեջ մտցնելու ուղիներին, նրա դոզավորման, օրգանիզմի ռեակցիաների և բարդությունների մասին, հեղինակը բերում է հետաքրքիր փաստեր, թվեր և բազմաթիվ օրինակներ։



Առավել արժեքավոր են աշխատության այն մասերը, ուր հեղինակը նշում է պենիցիլինի կանխարգելիչ նշանակությունը, մանրամասն, հետաքրքիր ցուցումներ անում պենիցիլինի կիրառման մասին։

Հումանիզմն ու գիտությունը համատեղ են հանգես դալիս գրքի այն էջերում, ուր պրոֆ. Յուլյանը խոսում է պենիցիլինի և նովակայինի գործածման եղանակների մասին։ Նա նշում է, որ առանց վիրահատման, հատկապես ղեմքի և մարմնի բաց մասերի թարախակույտների ու ֆլեգմոնաների բուժման ժամանակ, կարելի է այնպես անել, որ վիրվեն մարդու մարմնի այդ մասերը բուժումից հետո երևացող սպիներից և բծերից։

13-րդ գլխում նա վերհուշ է կատարում ինֆեկցիոն հեմատոգեն օստեոմիելիտների բուժման մասին, երբ վիրա-

բուժության պրակտիկայում դեռևս չէր կիրառվում պենիցիլինը։ Չնայած բժշկաների գործադրած մեծ ջանքերին, այդ հիվանդությամբ տառապողների ճնշող մեծամասնությունը մահանում էր։ Այլ դարձավ դրությունը, երբ ակտեյին գործածել զանազան ղեղանյութերի խառնուրդով մեծ քանակությամբ պենիցիլին, նախօրոք պոնկցիոն ասեղով թարախը դուրս քաշելուց հետո։ Այդ կարգի հիվանդների ապացինումը դարձավ անհամեմատ հեշտ և դյուրին։

16-րդ գլխում պրոֆ. Ռ. Յուլյանը ցուցմունքներ է տալիս մատնաշունչ (պանարիցիում) հիվանդությունը պենիցիլինով բուժելու եղանակների մասին։ Գիրքը հետաքրքիր ու գիտական հարուստ նյութ է պարունակում թոքերի պլեւրալի թարախակույտների, ուղեղի պատյանների, կարմիր քամու, անգինաների, տրոմբոֆլեբոտների և այլ հիվան-

դությունների ժամանակ պենիցիլինի լայն կիրառման ու բուժման վերաբերյալ։

Մեծ է պրոֆ. Յուլյանի գրքի արժանիքը։ Հայտնահարած խախուսելի գործ է կատարել, հրատարակելով նշանավոր վիրաբույժի աշխատությունը, որը զբույս է առանց խրեմարանությունների, պարզ ու մատչելի լեզվով։ Երեք տասնյակից ավելի միկրոֆոտոները, ֆոտոնկարները, ռենտգենագրամներն ու շերտմոթյան կորագծերը ավելի են պարզաբանում, համոզեցուցիչ ու շոշափելի դարձնում նյութը։

Պրոֆ. Յուլյանը թողել է հարուստ գիտական ժառանգություն, ժամանակն է արագացնել նրա ընտիր երկրի հրատարակությունը, որի կարգը զգուժ են շատ բժիշկներ և գիտահետազոտական աշխատանքով զբաղվողներ։

Ա.ԲԱ. ԱՎԱԳՅԱՆ

ՊԱՏԱՍԽԱՆ ԸՆԹԵՐՑՈՂՆԵՐԻ ՀԱՐՑԵՐԻՆ

ԻՆՉՊԵՍ ՄՆԵՆ ՈՍԽԻՏՈՎ ՀԻՎԱՆԴ ԵՐԵՄԱՅԻՆ

Նրե երեխան տառապում է ռախիտով, ճրան հաճախ պետք է տալ ձվի դեղնուց։ Դեղնուցը պետք է երեխային տալ մատակարարվող երեխա ամսականից ըսկրած։ Հիեզ օրվա ձվի բարձր դեղնուցը հարել շաֆարի հետ և, լիմոնի հյութի 20—30 կաթիլների հետ, տալ երեխային։ Նման ուտելիք պետք է օգտագործել կերակրելուց հետո, սկսելով կես բեյի գդալից, ապա տալ ամբողջ դեղնուցը։ Երբ երեխան մեծանա, ձուկ կարելի է տալ առանց շաֆարի՝ ձգելով այն բանջարեղենի տույլի կամ ձավաբեղենից պատրաստած շիլայի մեջ։

Ռախիտ ունեցող երեխային կարելի է կերակրել ձկնկիրով՝ սկսած վեց ամսականից, սկզբում տալ հատիկներ, իսկ հետո այն հասցնել մի բեյի գդալի։ Ձկնկիրը պետք է օգտագործել ճաշից առաջ։ Երեխայի ճաշերին պետք է ավելացնել 1—2 բեյի գդալ աղած բարձր փայծաղ (լավ կլինի բոչուրի), եփելով վերջին ռոպեներին դրան խառնելով կարագ և աղ։

Երեանի բժշկական գիտական գրադարանը հարուստ է մասնագիտական գրականությամբ։ Այն միշտ լի է ընթերցողներով։ Բացի մայրենի և ռուսաց լեզուներով հրատարակված գրականությունից, երանք օգտվում են նաև անգլերեն, ֆրանսերեն, իտալերեն, չեխերեն և այլ լեզուներով հրատարակված բերբերից, ամսագրերից, ինչպես նաև ճշգրտվող բժիշկների աշխատություններից, որոնք վերջերս գրադարանը ստացել է առատանմանից։

ՆԱՍՐՈՒՄ.— Բժշկական գիտական գրադարանի գրքերի մշակման բաժնում։ Յոտո՝ ՆԵՄՐՈՒԹԻ

ԿՐԾՔԱԳԵՂՁԵՐԻՑ ԿԱԹԸ ԿԹԵԼՈՒ ԵՎ ՆՈՐԱԺԻՆՆԵՐԻՆ ԿԵՐԱԿՐԵԼՈՒ ԱՊԱՐԱՏ

ԲԺԻՂ Ս. ՂԱ. ԶԱ. Ռ. Գ. Ս.

Ն. Կ. Կրուպսկայայի անվան մանկարարձուրյան և գիճեկոլոգիայի գիտա-հետազոտական ինստիտուտի գիտական աշխատող



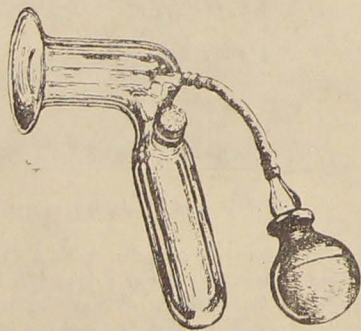
անկարարձական պրակտիկայում շատ հաճախ հարկ է լինում ծնրնդ-կանի կրծքագեղձերից կթել կաթը: Այդ աշխատանքը ձեռքով կատարելը վտանգավոր է. կրծքագեղձերը և պտուկները վնասվում են և դա կարող է վարակի պատճառ դառնալ:

Առանձնապես մեծ դժվարությունների են հանդիպում այն կանայք, որոնց պտուկները ճարճեղված են: Նման դեպքերում երեխային կրծքով կերակրելը ծննդկանին ուժեղ ցավեր է պատճառում և երբեմն ստիպում կերակրումը դադարեցնել: Դրա հետևանքով կրծագեղձերում կաթը հավաքվում է, կոտրվում ծանրանում, ծննդկանին անհանգստացնում, ազդում նրա քնի վրա: Նրա ջերմաստիճանը բարձրանում է: Հասկանալի է, որ այդպիսի դեպքերում, առանց ցավ պատճառելու, կրծքագեղձերից կաթը կթելը կարևոր նշանակություն է ստանում:

Այդ կապակցությամբ անհետաձգելի պահանջ է առաջադրվում՝ ստեղծել մի ապարատ, որը կաթը ծծելու ժամանակ ծննդկանին ցավեր չպատճառի: Այժմ վաճառքի մեջ գտնվող ձեռքի սովորական կաթնածծիչը մի շարք էական թերություններ ունի: Նրա ներքին տրամագիծը (մուտքը) փոքր է (2—2,5 սմ), դրա հետևանքով պտուկը ճզմվում է և ծննդկանին ցավ պատճառում: Գործող կաթնածծիչի բացասական ճնշումը համեմատաբար մեծ է, որովհետև նրա ամբողջ սխտեմի ծավալը հավասար է 40—45 միլիմետրի, իսկ ուտինե բալոնի ծավալը՝ 35 միլիմետրի, այսինքն՝ զրեթե հավասար է առաջինին: Այսպիսի պայմաններում պտուկի վնասվելը բացառված չէ. կաթնածծիչի օգտագործման ժամանակ երբեմն կաթը լցվում է բալոնի մեջ: Կաթնածծիչը կաթը դատարկելու անցք չունի և հարմարեցված չէ նորածիններին կերակրելու համար:

Բնական է, որ այս կաթնածծիչը ամենևին բնորոշելի չէ և չի կարելի օգտագործել այն դեպքերում, երբ կնոջ պտուկները ճարճեղված են:

Ահա այս բոլոր անհարմարություններն էլ մեզ դրդեցին ստեղծել նոր կառուցվածքի կաթնածծիչ, ըստ որում հաշվի առնելով հետևյալ պահանջները՝ ստեղծել այնպիսի ապարատ, որն առանց ցավեր պատճառելու, հնարավորություն տա կթել ինչպես առողջ պտուկները, այնպես էլ ճարճեղված և բորբոքված պտուկները. կաթնածծիչը գործադրել այնպես, որ այդ գործողությունը նման լինի երեխայի ծծելու ֆիզիոլոգիական պրոցեսին, և ապա-



հովվի պտուկի շարժումը միջին գծով, պտուկի վրա գործադրվի միևնույն չափով բացասական ճնշում, կանխվի կաթի լցվելը բալոնի մեջ. ապահովվի ստերիլ պայմաններում կաթի ստացումը, ինչպես նաև՝ ապարատի հեշտ ախտահանումը: Այդ ապարատը պետք է հնարավորություն տա անհրաժեշտության դեպքում նորածին կերակրել հենց կաթնածծիչից: Նա իր կառուցվածքով պետք է լինի պարզ, օգտագործման համար հարմար և մատչելի:

Լիովին հաշվի առնելով այս կարևորագույն պա-

հանջները, մենք պատրաստել ենք ունիվերսալ կաթնածծիչ:

Ունիվերսալ կաթնածծիչը կազմված է երկու իրար հետ միացած մասերից և ուտինե բալոնից (տես նկարը):

Կաթնածծիչի վերին մասը ապակե վրադիրն է, որի արտաքին տրամագիծը կազմում է 7—7,5 սմ, իսկ ներքինը (մուտքը) 3—3,3 սմ: Վրադիրն երկարությունը (մոտիկից միայն մյուս ծայրն ընկած տարածությունը) 5—6 սմ է, ծավալը 30 միլիլիտր: Վրադիրն ետևի մասին զոդած է մի խողովակ, ըստ որում այդ խողովակի ներքին, նեղացված ծայրը մինչև մեկ սանտիմետր խորությամբ մտնում է վրադիրի մեջ և տեղադրված է մուտքին ճիշտ ուղղահայաց: Արտամղող խողովակի արտաքին ծայրին միացված է 35 խորանարդ միլիլիտր տարողությամբ ուտինե բալոն: Վրադիրն ունի միմյանց զուգահեռ պատեր, որոնք ապահովում են պտուկների նորմալ աշխատանքը, կանխում ճեղքվածքներ առաջանալը:

Կաթնածծիչի ստորին մասը կաթ ընդունիչն է: Վերջինս տեղադրված է ապարատի վերին մասի նկատմամբ 120°—135° անկյան տակ (կաթի լավ հոսքի համար): Կաթը ընդունիչը ձվաձև է և հարմար է ձեռքով բռնելու համար: Նա վերին մասում ունի արտամղիչ անցք (ծունկ) 1 սմ տրամագիծով, որը փակվում է ուտինե խցանով: Այդ անցքը ծառայում է կաթի դատարկման, ինչպես և նորածին կերակրելու դեպքում ուտինե ծծակ հագցնելու համար: Կաթը ընդունիչը աստիճանագծված է. այն լինում է երեք չափի (50, 60 և 65 միլիլիտր):

Կաթնածծիչը պետք է օգտագործել հետևյալ ձևով.

Վրադիրն եզրին հարկավոր է քսել ստերիլ յուղ, մի ձեռքով բռնել կաթը ընդունիչը և ապարատի վերին մասը զգուշությամբ դնել կրծքի վրա, այնպես, որ պտուկը գտնվի վրադիրի կենտրոնում: Մյուս ձեռքով պետք է դանդաղ և համաչափ սեղմել ուտինե բալոնը: Երբ կաթը կսկսի լցվել կաթը ընդունիչը, սկզբում անհրաժեշտ է մի քանի րոպե թեթևակի սեղմելով բալոնը, կրծքից հեռացնել, ստուգել ծննդկանի ինքնազգացությունը: Բալոնի հագիվ նկատելի շարժումներից պտուկըն աստիճանաբար մտնում է վրադիրի անցքը: Դրանից հետո հարկավոր է բալոնը մի քիչ ավելի եռանդուն կերպով սեղմել, իսկ երբ երևա կաթի առաջին կաթիլը, ապա շարունակել եռանդուն կերպով սեղմել այն: Բալոնը լրիվ կարելի է սեղմել միայն այն դեպքում, եթե կթումը ծննդկանին ցավ չի պատճառում: Կաթնածծիչը չի կարելի թողնել կրծքի վրա, այն պետք է հանել ժամանակին. դրա համար հարկավոր է բալոնը մինչև վերջը սեղմել, որի հետևանքով կաթնածծիչում ճնշումը կբարձրանա և հեշտ կլինի այն ազատել պտուկից:

Կթելու ժամանակ անհրաժեշտ է հիշել, որ կաթը ընդունիչում, կաթի հավաքմանը զուգընթաց, օդը դուրս է մղվում և ապարատում բացասական ճնշումը մեծանում է, ուստի կաթը ընդունիչը չպետք է լրիվ լցնել կաթով: Մենք խորհուրդ ենք տալիս այն լցնել մինչև կեսը կամ ամենաշատը՝ մինչև ծավալի 3/4 մասը:

Այն դեպքում, երբ անհրաժեշտ է կերակրել նորածին, ապա արտամղող անցքից պետք է հանել խցանը, դրա վրա հագցնել ուտինե ծծակ:

Ճեղքվածքներ ունեցող և բորբոքված պտուկներին համար պետք է օգտագործել կաթնածծիչը, որի ընդհանուր ծավալը կազմում է 95 մլ (30 մլ վրադիրը, 65 մլ կաթը ընդունիչը): Ուտինե բալոնը բոլոր դեպքերում նույնն է, նրա ծավալը կազմում է 35 մլ: Ոչ մեծ ճարճվածքների դեպքում կարելի է օգտագործել 60 մլ ծավալի կաթը ընդունիչ ունեցող կաթնածծիչ:

Կթելուց հետո ապարատը պետք է եռացնելու միջոցով ախտահանել, նախապես հանելով ուտինե բալոնը և կաթը ընդունիչի արտամղիչ անցքի խցանը:

Մեր առաջարկած կաթնածծիչը կարող են օգտագործել ինչպես առողջ, այնպես էլ հիվանդ պտուկներ ունեցող ծննդկանները: Նոր կաթնածծիչն ունի հետևյալ առավելությունները. այն կրթում է առանց ցավի, որովհետև մուտքի համեմատաբար լայն անցքը և վրադիրն զուգահեռ պատերը պտուկները պահպանում են ճզմումից և ճեղքվածքներ առաջանալուց:

Վրադիրն մեջ մտնող արտամղիչ խողովակն ունի զրեթե մազանոթային անցք, որտեղից կաթը բալոնի մեջ չի լցվում, իսկ կրծքապտուկը շարժվում է խստորեն միջին գծով:

Կաթնածծիչն օգտագործելիս կարելի է ճշգրիտ որոշել կթած և նորածին ծծած կաթի քանակը:

Հայկական ՍՍՌ Մանկաբարձության և գինեկոլոգիայի գիտա-հետազոտական ինստիտուտում և Երևանի քաղաքային № 1 ծննդատանը նոր ապարատի փորձարկումը լավ արդյունք տվեց:

Նկարագրված ունիվերսալ կաթնածծիչի վարիանտներից մեկը 1954 թվականին հաստատել է Հայկական ՍՍՌ Առողջապահության մինիստրության Գիտական խորհուրդը:

Ներկայումս հասունացել է նոր կաթնածծիչի մասսայական թողարկման անհրաժեշտությունը: Հարկավոր է, որ շահագրգռված կազմակերպությունները լրջորեն հոգ տանեն այս խնդրի մասին և ապահովեն նոր ապարատի լայն գործադրումը առողջապահության ասպարեզում: Կարծում ենք, որ Հայկական ՍՍՌ Առողջապահության մինիստրությունը կդիմի գործնական միջոցառումների:

Մ Ե Ր Դ Ո Ն Ո Ր Ն Ե Ր Ը

Ուշ գիշեր է: Երևանի № 1 ծննդատան մուտքի մոտ կանգ առավ շտապ օգնության ավտոմեքենան: Ծննդատուն բերվեց մի գունատ կին:

— Անսպասելի կերպով զույգ երեխա ունեցավ, ժամանակին չկարողացանք ծննդատուն բերել,— արցունքն աչքերին հայտնում է կնոջ հարագատեններից մեկը: Բժիշկը զննում է նիվանդին և, դառնալով բուժակին, կարգադրում,— արյունահափամ է Լոլել, հարկավոր է արյուն ներարկել:

Հաջորդ օրը արդեն վտանգն անցել էր: Մայրը նայում էր երկվորյակներին և հրճվում:

Քանի՞, քանի՞ այսպիսի ծանր հիվանդների են կյանք տվել մեր հայրենասեր ղոնորները:

Անա նրանցից՝ Մուրադյանների ընտանիքը: Մայրը և երկու աղջիկները տաս տարի է, որ Երևանի Արյան փոխ-ներարկման ինստիտուտի ղոնորական բաժնին են տալիս իրենց արյունը: Այս ընտանիքը արդեն տվել է 65 լիտր արյուն: Բազմաթիվ անհույս հիվանդներ կյանք են ստացել Մուրադյանների արյան ներարկումից:



ՆԿԱՐՈՒՄ.— Դոնորների ընտանիքումայրը՝ Սոնյան (կենտրոնում) և նրա զուտուրե Շողակարու Մայրանուշ Մուրադյանները:

Անա մի ուրիշ ընտանիք: Հայրը՝ Վահագնի Մուրադյանը, նրա կինը, երկու տղաները և հարսը ղոնորական բաժնի ամենահին ակտիվիստներից են:

25 տարի առաջ, երբ Երևանում ղոնորական բաժինը դեռևս ճոր էր կազմակերպվել, առաջինն արյուն տվեց 3-րդ հիվանդանոցի սանիտար՝ Անդրեաս Ավագյանը: Մինչև այսօր էլ նա ակտիվ ղոնոր է:

Այսպիսի ղոնոր-հայրենասերների թիվը մեծ է: Եվ պատահական չէ, որ ղոնորները շրջապատված են մեծ հոգատարությամբ: Նրանք պարբերաբար են քարկվում են բազմակողմանի բժշկա-

կան ֆենուրյան, ինստիտուտից ստանում են ուժեղ սնունդ, ուղարկվում հանգրսուտյան տներ: Վերջերս 243 ակտիվ ղոնորներ, որոնք տարիների ընթացքում տվել են 60-ից մինչև 110 լիտր արյուն, արժանացել են Սովետական Միության պատվավոր ղոնորի կոչման:

Արյան փոխներարկման ինստիտուտի կլինիկական բաժանմունքում միայն այս տարի՝ արյան ներարկման շնորհիվ առողջացել է ավելի քան 110 ծանր հիվանդ: Իսկ Երևան մեծ է ռեսպուբլիկայի մյուս բուժֆունկցիաներում բուժվածների թիվը:



Ավելի քան երեսուն տարի մանկաբույժ է ԴՌԻՍՅԱ ՄՆԱՅԱԿԱՆՅԱՆԸ: Աշխատելով Երևանի 2-րդ միավորված հիվանդանոցի մանկական բաժանմունքում, նա պատվով է կատարում իր պարտականությունները մանուկների առողջության պահպանման գործում և իր հարուստ փորձը սիրով հաղորդում երիտասարդ բժիշկներին:

Ֆոտո՝ Ա. ՊՈՂՈՍՅԱՆԻ

ՍՏԱՄՈՔՍԻ ԵՎ ՏԱՍՆԵՐԿՈՒՄԱՏՆՅԱ ԱՂԻՔԻ ԽՈՑԱՅԻՆ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅԱՆ ԲՈՒԺՈՒՄԸ ՍԻՆԵՍՏՐՈՒՈՎ

Բժիշկ Մ. Ա. Վ. Ա. Գ. Յ. Ա. Ն.

Երևանի 5-րդ միավորված ճիվանդանոցի քերականի բաժանմունքի վարիչ



արդու ծանրագույն հիվանդություններից է խոցային հիվանդությունը, որը ունենում է համառ խրոնիկական ընթացք և բարդ հետևանքներ: Այդ հիվանդությամբ մարդիկ հիմնականում տառապում են 20—60 տարեկան հասակում:

1950 թվականին պրոֆ. Ն. Ա. Շերշևսկին առաջարկեց խոցային հիվանդությունը բուժել սինեստրոլով: Նա 1—2 ամսվա ընթացքում հիվանդին նշանակում էր 0,001 սինեստրոլի հաբ (տաբլետակա) կամ՝ 0,1 տոկոսանոց սինեստրոլի չուղային լուծույթով կատարել 1 մլ միջմկանային ներարկում՝ երկու օրը մեկ անգամ:

Մեր ուսումնասիրությունները ցույց տվեցին, որ պրոֆ. Ն. Ա. Շերշևսկու առաջարկած մեթոդով բուժումը երկարատև է, հիվանդը դժվարանում է 1—2 ամիս պառկել հիվանդանոցում կամ հաճախել պոլիկլինիկա: Մենք փորձեցինք սինեստրոլի դոզան ավելացնելու և ներարկումների միջև ընկած ժամանակը կրճատելու միջոցով կարճացնել հիվանդության բուժման տևողությունը: Ելնելով դրանից մենք նշանակեցինք սինեստրոլի 1—2 տոկոսանոց չուղային լուծույթի միջմկանային ներարկումներ 1 մլ՝ օրը մեկ անգամ:

Այս մեթոդով բուժումը ցույց տվեց, որ սինեստրոլի ներգործության շնորհիվ խոցային հիվանդության ախտանշաններից ալոցը, գոտցը, սըրտխառնությունը և փսխումը 4—8 օրվա ընթացքում վերանում են: 8—12 օրից հետո հիվանդի ստամոքսի շրջանի ցավերը դադարում են, իսկ խոցի մակերեսը սպիանում է 25-րդ օրը: Պարզվեց նաև, որ բուժման ընթացքում և դրանից հետո հիվանդը աշխուժանում է, բարելավվում է ախորժակը, ավելանում է կշիռը, բարձրանում է աշխատունակությունը: Ինչպես ստամոքսազյուծի գերթիվու-

թյունը, այնպես էլ ցածր թթվությունը մոտենում է նորմային, իսկ նորմալ թթվությունը պահպանվում է:

Նկատի ունենալով սինեստրոլի անոթալայնիչ հատկությունը՝ արյունահոսող խոցերի դեպքում սինեստրոլով բուժումը նշանակվում է արյունահոսությունը դադարեցնելուց հետո: Այդ նպատակով հիվանդին տրվում են արյան մակարդունակությունը բարձրացնող հայտնի միջոցներ՝ վիկասոլ, կալցիում քլորի կամ կերակրի աղի հիպերտոնիկ լուծույթներ, արյան փոխներարկում: Արյունահոսությունը դադարեցնելուց հետո միայն նշանակվում է սինեստրոլ:

Բուժման ընթացքում մենք ուսումնասիրեցինք թե սինեստրոլը մարդու օրգանների և սիստեմների վրա ինչպիսի ազդեցություն է թողնում, պարզվեց, որ դեղանյութը շնչառության օրգանների և սիրտ-անոթային համակարգության վրա ոչ մի վնասակար ներգործություն չի ունենում. բնդհակառակը վերանում են անգիոսպաստիկ երևույթները, իջնում է արյան ճնշումը, լավանում է սըրտի մկանների տրոֆիկան և միոկարդիոդիստրոֆիաների ժամանակ սրտի տոները դառնում են ավելի մաքուր և հնչեղ:

Առողջ լյարդի և երիկամների վրա սինեստրոլը բացասական ազդեցություն չի թողնում, սակայն այդ երկու օրգանների, ինչպես նաև լեղուղիների սուր կամ խրոնիկ հիվանդության դեպքում, սինեստրոլի ներգործությունը սրում է նրանց հիվանդագին բնույթը: Սինեստրոլի մեր առաջարկած դոզան բացասական ազդեցություն չի թողնում նաև փայծաղի, աղիների, սեռական օրգանների, ներվային համակարգության, զգայարանների, ինչպես նաև արյան ու արնաստեղծ օրգանների ֆունկցիաների վրա: Սինեստրոլը հակացուցված է կանանց սեռական օրգանների և կրծքագեղձերի շարորակ ու բարորակ ուռուցքների, արգանդային արնահոսությունների, լյարդի ու երիկամների հիվանդությունների, ինչպես նաև հղիության դեպքում:

Ինչպես վերևում ասացինք, սինեստրոլով բուժման ժամանակ հիվանդի ստամոքսի շրջանի ցավերը դադարում են 8—12-րդ օրը: Բուժման հենց առաջին օրվանից ցավը հանգստացնելու համար մենք նշանակեցինք նարկոտիկներ: Ստամոքսի հյուծի գերթիվության դեպքում տալիս էինք 1 մլ 0,1 տոկոսանոց ծծմբաթթվային ատրոպին, իսկ նորմալ կամ ցածր թթվության դեպքում՝ պրոմիդոլ կամ պանտոպոն: Ուսումնասիրությունը ցույց տվեց, որ նարկոտիկ նյութերը չեն նսեմացնում սինեստրոլի անտիսպազմատիկ, պրոֆիլերատիկ և հիպերպլաստիկ հատկությունները:

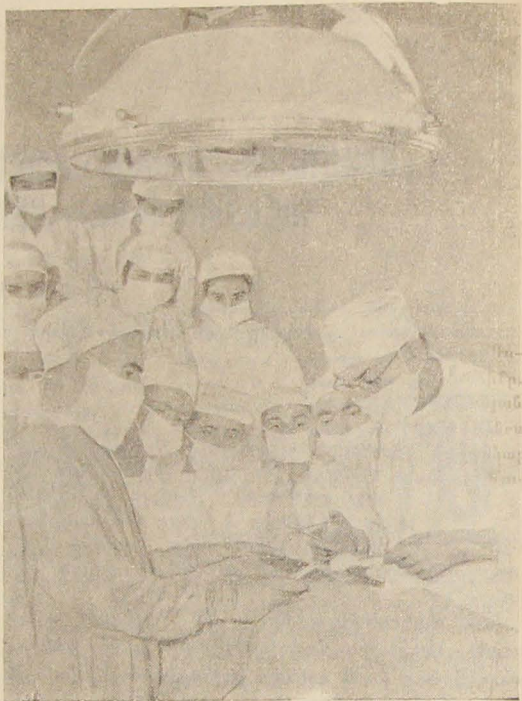
Սինեստրոլը համորալ և ռեֆլեկտոր ճանապարհով ազդում է կենտրոնական ներվային համակարգի վրա և կանոնավորում նրա գործունեությունը, որի խանգարումը հանդիսանում էր զգալի թվով մարդկանց խոցային հիվանդության առաջացման պատճառը:

Սինեստրոլով 25-օրյա բուժման շնորհիվ խոց ունեցող 67 հիվանդների 90,2 տոկոսը լրիվ առողջացել է: Այդ հիվանդների 6 տոկոսի մոտ առաջ է եկել կլինիկական լավացում, խոցերը զգալիորեն փոքրացել են, բայց չեն վերացել, իսկ հիվանդների երեք տոկոսի մոտ, թեև հիվանդության ախտանիշները վերացել են, սակայն խոցերը մնացել են անփոփոխ: 58 հիվանդներից 33-ի մոտ հայտարարվել էր տասներկուամսյա աղիքի դեֆորմացիա, իսկ 25-ի մոտ՝ դեֆորմացիա ու խոց: Սինեստրոլով 25 օր բուժելուց հետո հիվանդների 48,2 տոկոսը լիովին առողջացել է: Նրանց առողջացումը հաստատվել է նաև ռենտգենով հետազոտելու միջոցով: Ինչ վերաբերում է մնացած 51,8 տոկոսին, ապա նրանք թեև առողջացել են կլինիկապես, սակայն դեֆորմացիան մնացել է անփոփոխ կամ միայն փոքրացել է:

Մեր հսկողության տակ եղած հիվանդների բուժման հեռավոր արդյունքների ստուգումից պարզվել է, որ հիվանդությունը կրկնվել է յոթ դեպքում՝ չորս տարի հետո մեկ հիվանդի մոտ, երեք տարի հետո՝ երկու հիվանդի մոտ, երկու տարի հետո՝ երեքի մոտ և մեկ տարի հետո՝ մեկ հիվանդի մոտ: Ըստ ռենտգենային և լաբորատոր ստուգման տվյալների, այդ հիվանդներից մեկի մոտ հայտարարվել է տասներկուամսյա աղիքի խոց, երեք հիվանդի մոտ՝ տասներկուամսյա աղիքի դեֆորմացիա և երեք հիվանդի մոտ՝ դաստրիտ:

Մեր ուսումնասիրությունները ցույց տվեցին, որ սինեստրոլը բուժիչ նշանակություն է ունենում ստամոքսի և տասներկուամսյա աղիքի խոցերի, ինչպես նաև ստամոքսի լորձաթաղանթի բորբոքման և ստամոքսի հյուծի թթվության խանգարումների դեպքում, իսկ սպիացումների և դեֆորմացիաների ժամանակ նա բուժական ոչ մի ազդեցություն չի թողնում:

ՎԻՐԱՆԱՏՈՒԹՅԱՆ ՊԱՇԻՆ



Մեր ռեպուրիկայի աշխատավորները լավ են ճանաչում Հայկական ՍՍՌ Առողջապահության մինիստրության գլխավոր վիրաբույժ պրոֆ. Ռուբեն Պարոնյանին և մեծ հարգանքով են խոսում նրա մասին: Կատարելով բարդ վիրահատություններ, նա վերականգնել է բազմաթիվ ծանր հիվանդների առողջությունը, փրկել նրանց կյանքը:

Պրոֆ. Պարոնյանը բեղմնավոր աշխատանք է կատարում նաև երիտասարդ մասնագետներ պատրաստելու ուղղությամբ: Նա Երևանի բժշկական ինստիտուտի ֆակուլտետային վիրաբուժության ամբիոնի վարիչն է:

ՆԿԱՐՈՒՄ.— Պրոֆ. Ռ. Պարոնյանը (աջից) և բժշկական գիտությունների բեկեաժու Հ. Զաղինյանը ուսանողների ներկայությամբ վիրահատություն կատարելիս:

ԱՇԽԱՏԱԿԱՆ ՎԱՐՄԻՐ ԽԱՉԻ ԸՆԿԵՐՈՒԹՅԱՆ ԱՇԽԱՏԱՆՔՆԵՐԸ

Սովետական Միության Կարմիր խաչի ընկերությունը բնակչության առողջապահության ամրապնդման գործին օգնող մասնաճյուղն է։ Կարմիր խաչի ընկերությունը բնակչության առողջապահության ամրապնդման գործին օգնող մասնաճյուղն է։

Կարմիր խաչի ընկերության կազմակերպությունների շարքում արժանի տեղ են զբաղեցնում նաև Հայկական ՍՍՌ-ի Կարմիր խաչի կազմակերպությունները։ Վերջին տարիներին մեր ռեսպուբլիկայի Կարմիր խաչի ընկերության ղեկավարներն աշխուժացրել է իր աշխատանքները։ Նա 1955 թվականին ունեւր 3 169 կազմակերպություն՝ ավելի քան 124 հազար անդամով, իսկ 1956 թվականին նրա կազմակերպությունների թիվը արդեն հասնում է 3 413-ի, անդամների թիվը՝ մոտ 162 հազարի։

Ընկերության հիմնական խնդիրներից է սանիտարական ձևավորումների ու մասնաճյուղի կազմակերպության ամրապնդման կազմակերպության ամրապնդման ունի երկու հիմնական նպատակ։ առաջին՝ աշխատավորությանը ծանոթացնել բժշկա-սանիտարական գիտելիքներին և երկրորդ, նրանց ընդգրկել նոր քառանկյունի սան-ձևավորումներում։

Վերջերս անցկացված ստուգումից պարզվեց, որ Կարմիր խաչի Երևանի շրջկոմների և առողջապահության առանձին հիմնարկների ղեկավարների անպատասխանատու վերաբերմունքի պատճառով սանիտարական ձևավորումները համարյա աչքաթող են արված։ Չնայած քաղաքային առաջինը մի շարք բուժ-աշխատողների հանձնարարել է պարամունքներ անցկացնել սանիտարական ձևավորումների անդամների հետ, բայց մինչև օրս էլ որոշ տեղերում գործը տեղից չի շարժվում։ Անցած հինգ ամիսում ընթացքում մասնաճյուղի ոչ մի

աշխատանք չի տարվել ճաշարանների տրեստի, կոշիկի ու կարի ֆաբրիկաների, մսի կոմբինատի բանվոր-ծառայողների շրջանում։ Ավելի վատ վիճակում են բնակարանային վարչություններին կից տն-դամասերի սանիտարական պոստերը, որոնց մեծամասնությունը բացարձակապես չի գործում։

Ինչպես հայտնի է ռեսպուբլիկայի 31 շրջաններում առաջինների վարիչները միաժամանակ հանդիսանում են Կարմիր խաչի ընկերության շրջկոմների նախագահներ, բայց ոչ բոլորն են անհրաժեշտ ուղադրություն նվիրում իրենց պարտականությունների կատարմանը։ Գործիսի և Արտաշատի առաջինների վարիչները — Կարմիր խաչի ընկերության շրջկոմների նախագահները (Ամիրյան, Սամսոնյան) կտրված են սկզբնական կազմակերպություններից, չեն կազմակերպում սանիտարական բոկատներ, սանիտարական պոստեր, անուղադրության են մատնել մասնաճյուղի կազմակերպության գործը։

Կարմիր խաչի ընկերության գործունեության մեջ կարևոր տեղ է զբաղեցնում բնակչության շրջանում տարվող սանիտարական-լուսավորության մասնաճյուղի աշխատանքը։

Անհրաժեշտ է նշել, որ այդ աշխատանքը համեմատաբար ավելի լավ հիմքերի վրա է դրված ուսումնական հաստատություններում։ Դպրոցական սանիտարական պոստերի ստուգման ժամանակ առանձնապես աչքի ընկան Երևանի № 6, 1 և 11 ու մի քանի այլ դպրոցներ, որոնք ունեն սանիտարական անկյուններ, բժշկական հանրամատչելի գրականությունը հարուստ գրադարաններ, կազմակերպվել են ֆոտոցուցահանդեսներ, ժամանակին լույս են ընծայում պատի թերթեր ու լայնորեն լուսաբանում Կարմիր խաչի ընկերության աշխատանքները։

Պուշկինի, Մայակովսկու, Հակոբյանի անվան դպրոցների Կարմիր խաչի կազ-

մակերպությունները նամակագրական կապ են պահպանում դեմոկրատական երկրների դպրոցների Կարմիր խաչի կազմակերպությունների հետ, կատարում փոխի փոխանակում։

Վերոհիշյալ դպրոցական սանիտարական պոստերը հաճախակի հետաքրքիր և բովանդակալից դեկորումներ ու դրույցներ են անցկացնում հիգիենայի, երեխաների տրավմատիզմի պրոֆիլակտիկայի և այլ հարցերի շուրջը։

Սակայն այդպես չէ գրությունն ամենուրեք։ Արտաշատի, Գորիսի, Մարտունու և մի քանի այլ շրջանների դպրոցներում Կարմիր խաչի կազմակերպությունները զբաղվում են միայն անդամավճարների գանձումով, իսկ իրենց հիմնական պարտականությունների կատարումն աչքաթող են արել։

Կարմիր խաչի ընկերության կարևոր խնդիրներից է նաև դոնորների պատրաստումը։ Կազմակերպական և ագիտացիոն մի շարք միջոցառումների շնորհիվ այս տարի դոնորների թիվն աճել է 572-ով, ընտրվել են մեծ թվով պահեստի դոնորներ։

Վերևում հիշատակված թերությունները վերացնելու համար հարկավոր է ամրապնդել սանիտարական ձևավորումները, հատուկ ուղադրություն նվիրել աշխատավորության շրջանում տարվող սանիտարական լուսավորության պրոպագանդային, նպատակին օգտագործել բժշկական աշխատողների ակտիվը։ Բուժաշխատողների պարտքն է լինվել օգտագործել եղած հնարավորությունները, աշխուժացնել Կարմիր խաչի քաղաքական կազմակերպությունների գործունեությունը և այն ծառայեցնել առողջապահության հրատապ խնդիրների իրագործմանը։

Գ. ՓԱՇԵՆՅԱՆ

Հայկական ՍՍՌ Կարմիր խաչի ընկերության Կենտկոմի նախագահի տեղակալ

ՆՐԱՆՑ ԵՐՋԱՆԿՈՒԹՅՈՒՆԸ

Սեղանի վրա վիճակագրության է սպասում ուսանողուհի Մարիա Օսիպովան։ Նրա աչ նախաբազուկը շարժված է, ձեռքը այլանդակված և աշխատանքի համար ոչ պիտանի։ Երկար տարիներ ղիմել է շատերին, ասել են՝ «անբուժելի է»։ Եվ անհաճախ, փորձելով իր վերջին հույսը, ներկայացել է Երևանի Օրբայեղյայի և տրավմատոլոգիայի ինստիտուտ։

Բժշկական գիտությունների դոկտոր Ի. Խաճակյանը խոստացավ վերականգնել նրա ձեռքը։

Չնայած իր պատկառելի տարիքին, բժիշկ Խաճակյանը՝ երիտասարդական ավյուրով լի, ձեռքերի մեջ արագ-արագ շարժում է վիճակագրական գործիքները։



Մ. Օսիպովան բուժվելից առաջ։

Վիճակագրական աշխատանքը նա սկսում է ներկայից։ Ներկայից անցածից հետո, բժիշկը հույս կարգով կպահանջի հետազոտում է շրջնում ու միջանցքներ, ապա ծուղ կպահանջի բաժանում իրարից ու դնում ճշմարիտ դիրքում։

Վիճակագրության ավարտված է։ Հիվանդի ձեռքը դրվում է գիպսի մեջ։

Չնայած հաջող վիճակագրության, հիվանդի շուրջը խմբված բժիշկներն ու բուժօգնականները ինչ-որ բանից անհանգստացած են։

— Տեսե՛ք ի՞նչ ընթացք կունենա վիճակագրությունը, — շեշտում է բուժօգնականը մեկն իր կողմից ակնաչին։ Իսկ նա, նայելով հիվանդին, վստահ լսելով ձայնով ասում է։

— Համոզված եմ, ամեն ինչ լավ կընթանա։ Մեկ ամիս անց ձեռքը գիպսից հանվում է և, վաճ-

ճանքի, բժշկական ֆիզիոլոգիայի ու պատափիքի օգնությամբ, կատարվում կոմպլեքսային բուժում։ Անցնում է ես մի քանի օր...

Մտառու էր հատկապես այն տեսաբանը, երբ, հիվանդանոցից դուրս գրվելուց հետո ժամանակ անց, Մարիա Օսիպովան կրկին ներկայացավ Օրբայեղյայի և տրավմատոլոգիայի ինստիտուտ։



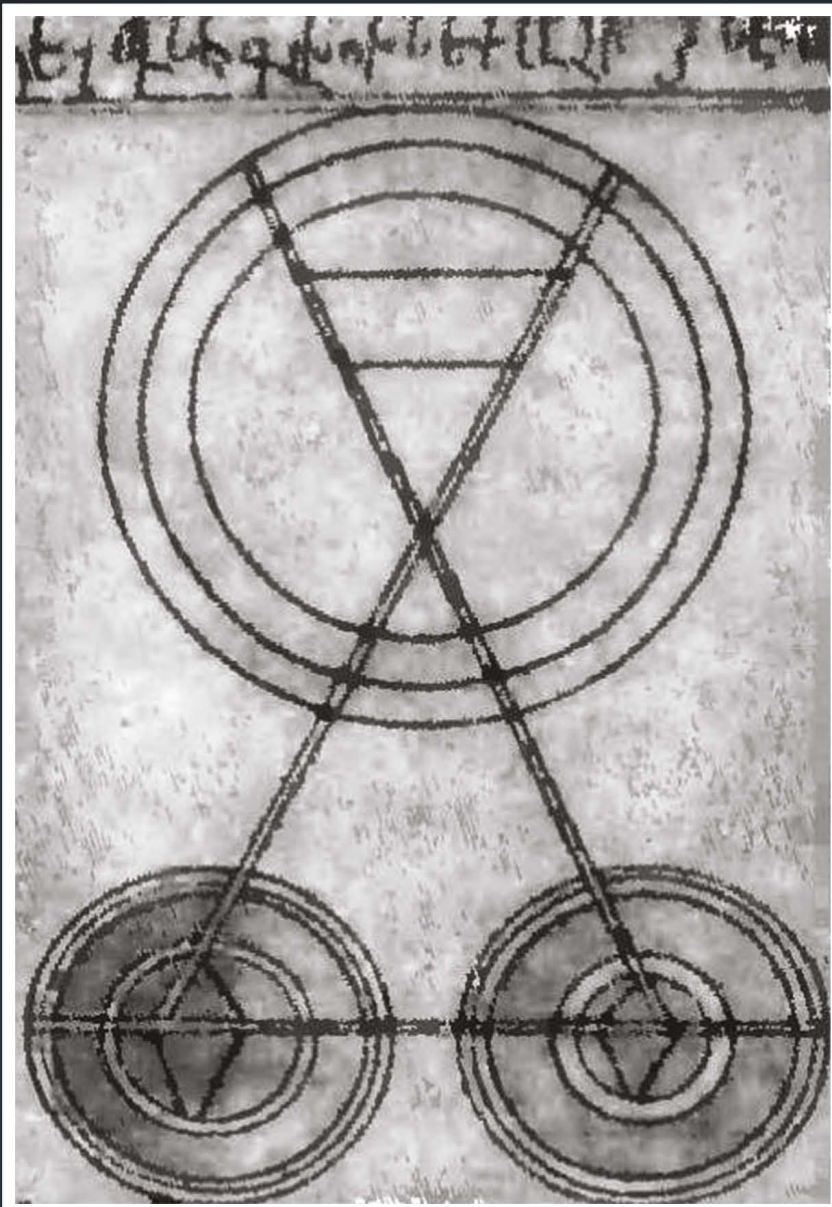
Մ. Օսիպովան բուժվելուց հետո։

Ավելուր խոսքեր հաշվառել չեն, նա բժշկից խնդրում է բոլոր մի կտոր և, հաջող զբաղվել հույսով։

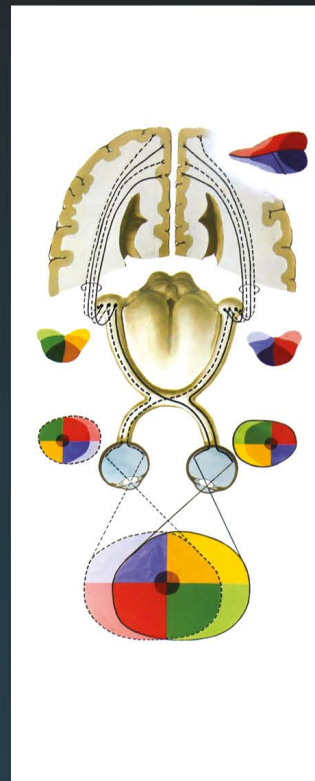
— Ես ամբողջ սրտով շնորհակալ եմ մեր բժիշկներից, որոնք ընդունակ են վերականգնել ինձ նման հաշմանդամների աշխատունակությունը։

Օրբայեղյայի և տրավմատոլոգիայի ինստիտուտում Ի. Խաճակյանը եզակի դեմ է։ Այստեղ բազմաթիվ հաջող վիճակագրություններ են կատարվել այնպիսի առանձին հանգամանքներում, ինչպիսիք են պոսթ. Բ. Պետրոսյանը, դոցենտ Ա. Թոխյանը, բժշկական գիտությունների թեկնածու Ս. Հովհաննիսյանը, բժիշկ Լ. Գրիգորյանը և մյուսները։ Տասնյակ հիվանդներ իրենց կյանքով պարտական են մեր այդ վիճակագրությանը։

Գ. ՄՈՎՍԻՍՅԱՆ



Տեսողական նյարդերի ուղին ըստ Ամիրդովլաթ Ամասիացու ,
Օգուտ բժշկության գրքի, 15-րդ դար



Տեսողական նյարդերի
ուղին ըստ Ֆրանկ
Նեթթերի ,Մարդու
Անատոմիայի Ատլաս,
21-րդ դար