ՀՀ ԱՌՈՂՋԱՊԱՀՈՒԹՅԱՆ ՆԱԽԱՐԱՐՈՒԹՅՈՒՆ
ՍԿՍԱԾ 1956 ԹՎԱԿԱՆԻՑ
ԱՌՈՂՋԱՊԱՀՈՒԹՅԱՆ ԱԶԳԱՅԻՆ ԻՆՍՏԻՏՈՒՏ

ԱՌՈՂՋԱՊԱՀՈՒԹՅՈՒՆ

ՄԱՐԶԱՅԻՆ ԱՌՈՂՋԱՊԱՀՈՒԹՅՈՒՆ

ՀԻՎԱՆԴԻ ԳՈՀՈՒՆԱԿՈՒԹՅԱՆ ԲԱՑԱՀԱՅՏՈՒՄ

ՊԱՏՎԱՍՏՈՒՄՆԵՐ

ԾԵՐԱՑՄԱՆ ՄՈԼԵԿՈՒԼՅԱՐ ՄԵԽԱՆԻԶՄՆԵՐԸ

«ԱՌՈՂՋԱՊԱՀՈՒԹՅՈՒՆ» ԱՄՍԱԳԻՐ

60 ՏԱՐԻ

«ԱՌՈՂՋԱՊԱՀՈՒԹՅՈՒՆ ԱՄՍԱԳԻՐ»

Մեր շահը Ձեր առողջությունն է:

Հրատարակվում է 1956 թվականից

ԳԼԽԱՎՈՐ ԽՄԲԱԳԻՐ՝
Զավեն Քոլոյան

ԳՐԱԿԱՆ ԽՄԲԱԳԻՐ՝
Գայանե Հովսեփյան

ՍՐԲԱԳՐԻՉ՝
Գայանե Հակոբյան

ԼՐԱԳՐՈՂՆԵՐ՝
Մարիա Պապյան
Ամալյա Գրիգորյան

ԹԱՐԳՄԱՆԻՉՆԵՐ՝
Սաթենիկ Գրիգորյան
Դավիթ Աբրահամյան

ՀԱՄԱԿԱՐԳՈՂ՝
Սեդա Գրիգորյան

ԼՈՒՍԱՆԿԱՐԻՉ՝
Լուսինե Գրիգորյան

ԴԻԶԱՅՆԵՐՆԵՐ՝
Սամվել Հովսեփյան

ՆԱԽԱԳԾԻ ՂԵԿԱՎԱՐ՝
Ալեքսանդր Բազարչյան

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

ՀԵՏԱԴԱՐՁ ԿԱՊ
ՀՀ ԱՆ «Ակադեմիկոս Ս.Ավդալբեկյանի անվան առողջապահության ազգային ինստիտուտ» ՓԲԸ
Հայաստան, 0051, Երևան
Կոմիտասի պող., 49/4 շենք

info@healthcare.am

© 2016 Սեպտեմբեր

«Առողջապահություն» ամսագրի հիմնադիրը ՀՀ առողջապահության նախարարությունն է:

ԱՌՈՂՋԱՊԱՀՈՒԹՅՈՒՆ 2016/1

ՉԻ ԿԱՐԵԼԻ

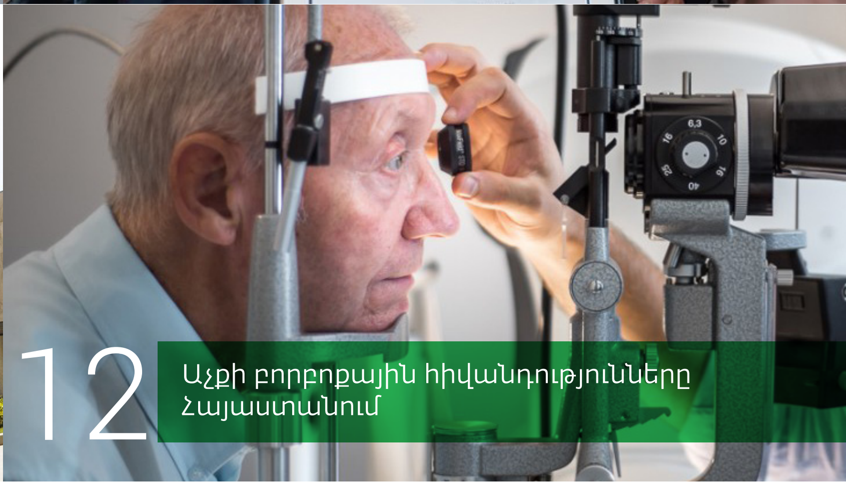
Բուժման հնացած մեթոդներ 04

12 Պատվաստումներ

Ծննդօգնությունը Հայաստանում. անցյալն ու ներկան 04

12 Մորից երեխային ՄԻԱՎ-ի փոխանցումը վերացրած երկրների շարքում Հայաստանն օրինակելի երկիր է

ԼՂՀ Առողջապահության համակարգի տարեգրություն 04



12 Աչքի բորբոքային հիվանդությունները Հայաստանում

ԱՅՍ ՀԱՄԱՐՈՒՄ

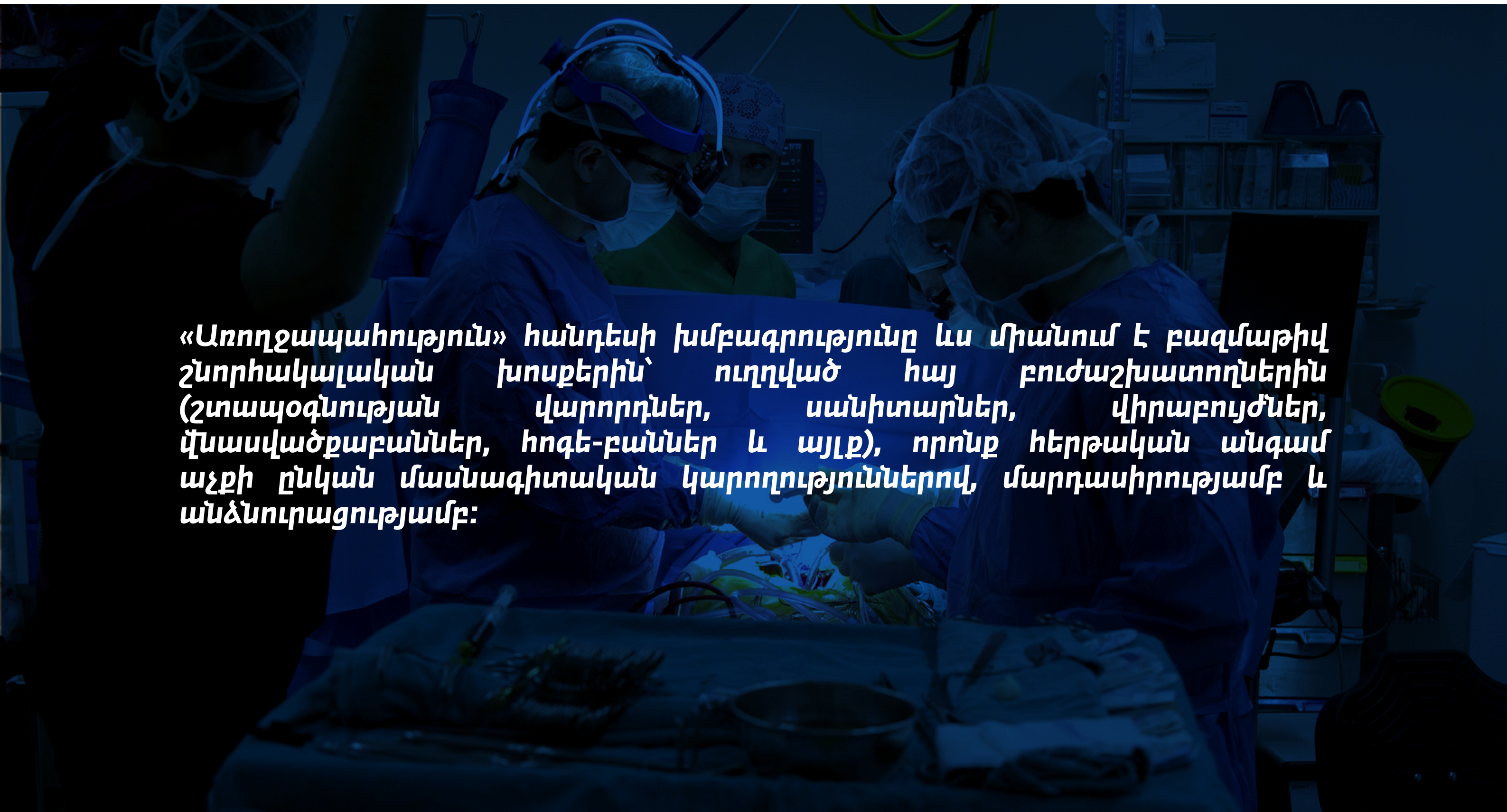
12 Պացիենտների գոհունակություն ավելացնելու 10 խորհուրդ
14 Նորագույն սարքավորումներով հագեցած լաբորատորիաներ
15 Անոթային վիրաբուժության զարգացումը Հայաստանում
Հանրապետական գիտաբժշկական գրադարան
Մինչ օրս գործող ամենահին բուժհաստատությունն աշխարհում
Ինֆոգրաֆիկ վիճակագրություն
Լորդ Արա Վարդգես Դարզի
ԵՊԲՀ Քոլեջ
Ցողունային բջիջների փողպատվաստման հիմքերը Հայաստանում
Մարտուն Մուրադյան
Ծերացման բջջային-մոլեկուլյար մեխանիզմները
Ողնաշարի վնասվածքներ

Առողջապահական համակարգը՝ հայ զինվորի կողքին

Լեռնային Ղարաբաղի հակամարտության գոտում մարտական գործողությունների առաջին իսկ օրվանից հայ զինվորին ամեն կերպ աջակցելու, նրա կողքին լինելու մեծ ցանկություն էին հայտնել նաև Հայաստանի հարյուրավոր բժիշկներ: Ողջունելի էր շատ բուժաշխատողների՝ ամեն պահի Արցախ մեկնելու պատրաստակամությունը: Բժշկական հանրությունն այսկերպ իր զորակցությունն էր հայտնում Արցախին, հայ զինվորին: Մենք ունեցել ենք հերոս բժիշկներ, որոնք վտանգել են իրենց կյանքը՝ առաջնագծում աչքի ընկնելով հայրենիքին և հայ զինվորին իրենց նվիրվածությամբ:
ՀՀ ԱՆ «Սուրբ Գրիգոր Լուսավորիչ, «Աստղիկ, «Իզմիրլյան, «Էրեբունի, «Սլավմեդ, «Արմենիա հանրապետական, «Արամյանց բժշկական կենտրոններում, ՀՀ ԱՆ Ուռուցքաբանության ազգային, Վնասվածքաբանության և օրթոպեդիայի գիտական կենտրոններում, «Հերացի թիվ 1 հիվանդանոցային համալիրում, Միքայելյան վիրաբուժության ինստիտուտում, «Շտապբուժօգնություն-ում ձևավորվել էին մասնագիտական կամավոր խմբեր: Նախարարությունը, սակայն, այս աշխատանքները համակարգված էր իրականացնում: Մոտ 70 առաջատար մասնագետներ և բուժաշխատողներ ՀՀ առողջապահության նախարարի հրամանով գործուղվել են Սյունիքի մարզի և Լեռնային Ղարաբաղի հիվանդանոցներ՝ իրենց խորհրդատվություններով և փորձառությամբ համալրելու տեղի բուժանձնակազմերը:
Այդ օրերին ՀՀ առողջապահության նախարարությունում սահմանվել էր շուրջօրյա հերթապահություն: Համակարգի բոլոր ստորաբաժանումներն աշխատել են խստացված ռեժիմով: Մարտական գործողություններից տուժածներին արագ և արդյունավետ բուժօգնություն ցուցաբերելու համար բժշկական բոլոր կազմակերպություններն ապահովված են եղել անհրաժեշտ պարագաներով, դեղերով, արյամբ և արյան բաղադրիչներով:
Ամենօրյա օպերատիվ խորհրդակցությունների ժամանակ նախարար Արմեն Մուրադյանը մեծապես կարևորում էր ինչպես աշխատանքների համակարգվածությունը, այնպես էլ մյուս գերատեսչությունների հետ օպերատիվ համագործակցությունը: Ստորաբաժանումների ղեկավարներն առ այսօր ներկայացնում են Լեռնային Ղարաբաղի հակամարտության գոտում մարտական գործողություններից տուժածներին բուժելու ուղղությամբ իրականացվող աշխատանքների, դեղերով, արյան պաշարներով, բժշկական պարագաներով ապահովվածությունը: ՀՀ առողջապահության նախարարի տեղակալ Գագիկ Միրիջանյանը գործուղվել էր Գորիս՝ համակարգելու Սյունիքի մարզի առողջապահական հիմնարկների աշխատանքները, ինչպես նաև ՀՀ և ԼՂՀ առողջապահության նախարարությունների հետ մշտական կապ պահպանելով՝ վիրավորների բուժօգնությունը տեղում կազմակերպելու, անհրաժեշտության դեպքում նեղ մասնագիտական բուժման նպատակով Երևանի հիվանդանոցներ տեղափոխումը համակարգելու համար:
ՀՀ առողջապահության նախարարությունը մշտապես սերտորեն համագործակցում էր ՀՀ պաշտպանության և ԼՂՀ առողջապահության նախարարությունների հետ՝ ամենայն

ուշադրությամբ հետևելով քաղաքացիական հիվանդանոցներում և զինվորական հոսպիտալում բուժվող վիրավոր զինվորների և երկրապահների ապաքինմանը:
Բուժօգնությունը տեղում շարունակելու, ինչպես նաև հետագայում նման իրավիճակներում առավել օպերատիվ և համակարգված համագործակցություն մշակելու նպատակով ՀՀ առողջապահության նախարար Արմեն Մուրադյանի գլխավորած պատվիրակությունը ապրիլի 16-ին մեկնել էր Արցախ: Երևանից ժամանած մասնագետները ՀՀ առողջապահության նախարար Արմեն Մուրադյանի և ԼՂՀ առողջապահության նախարար Կարինե Աթայանի ուղեկցությամբ այցելել են Ստեփանակերտի կենտրոնական հոսպիտալ, հանրապետական հիվանդանոց, **«Արևիկ»** մանկական բուժմիավորում, Մարտակերտի զինվորական հոսպիտալ, Իվանյան գյուղի ռազմական հոսպիտալ, Մատաղիսի գնդի բուժծառայություն, ծանոթացել հակառակորդի գնդակոծության հետևանքով վիրավորների բուժման ընթացքին: Տեղացի մասնագետների հետ Արմեն Մուրադյանը մանրամասն քննարկել էր երեխաների և մյուս վիրավորների բուժման հետագա ռազմավարությունը: Վիրավոր երեխաների ոչ միայն ֆիզիկական, այլև հոգեբանական շուտափույթ և լիարժեք ապաքինումն ավելի արդյունավետ կազմակերպելու նպատակով նախարարին, նեղ մասնագետներից բացի, ուղեկցել են նաև հոգեբաններ:

ԼՂՀ առողջապահական համակարգին տրամադրվել են լրացուցիչ դեղեր մասնավորապես՝ ցավազրկողներ, հակաբիոտիկներ, ներարկման լուծույթներ, արյան փոխարինիչներ, արյան բաղադրամասեր, ինչպես նաև մեծ քանակությամբ բժշկական նշանակության ապրանքներ:
Այցը եզրափակվել է ԼՂՀ առողջապահության նախարարությունում հրավիրված ընդ-լայնված խորհրդակցությամբ: ՀՀ առողջապահության նախարարության պատվիրակությանն ընդունել է Արցախի Հանրապետության նախագահ Բակո Սահակյանը: Երկրի ղեկավարը բարձր է գնահատել հայաստանյան բժիշկների՝ վիրավորներին օգնություն ցուցաբերելու և նրանց շուտափույթ ապաքինմանն ուղղված ներդրումը:
Մարտական գործողություններից տուժածների առողջական վիճակն ուշադրության կենտրոնում է: Նախարարը շարունակում է այցելել ծանր հիվանդներին, զրուցում հիվանդների ու նրանց հարազատների հետ՝ վստահեցնելով, որ վիրավոր զինվորների ու երկրապահների ապաքինումը և բուժհաստատությունների, և նախարարության մշտական հսկողության ներքո է: Վիրավորների բուժման մանրամասները քննարկելու և հետագա ռազմավարությունը մշակելու նպատակով հրավիրվել են բժշկական կոնսիլիումներ: Հիվանդների բուժօգնությունը կազմակերպվում է վերջին սերնդի սարքավորումներով:
Ոգևորիչ էին արյունատվության ակցիաները ՀՀ ԱՆ Ռ. Հ. Յոլյանի անվան արյունաբանական կենտրոնում: Շատ քաղաքացիներ, մասնագիտական միավորումներ, հասարակական կազմակերպություններ վիրավոր զինվորներին աջակցելու ցանկությունն արտահայտում էին կամավոր դոնորությամբ, թեև նախարարությունը տեղեկացնում էր, որ արյան բաղադրամասերի բավարար պաշարներ կան:
Մարտական գործողությունների առաջին իսկ օրվանից բազմաթիվ գործարարներ, դեղագործական ընկերություններ ակտիվորեն մասնակցում էին դեղերի՝ արդեն իսկ ունեցած բավարար պաշարները համալրելուն: Նյութական և բուժական օգնություն ցուցաբերելու իր պատրաստակամությունն էր հայտնել նաև ԱՄՆ բժշկական հասարակությունը: Միջգերատեսչական համագործակցությամբ բոլոր վիրավորները ստանում են անհաժեշտ բարձրակարգ բուժօգնություն, շրջապատված են բուժաշխատողների ուշադրությամբ ու հոգատարությամբ:



«Առողջապահություն» հանդեսի խմբագրությունը ևս միանում է բազմաթիվ շնորհակալական խոսքերին՝ ուղղված հայ բուժաշխատողներին (շտապօգնության վարորդներ, սանիտարներ, վիրաբույժներ, վնասվածքաբաններ, հոգե-բաններ և այլք), որոնք հերթական անգամ աչքի ընկան մասնագիտական կարողություններով, մարդասիրությամբ և անձնուրացությամբ:

Առողջապահության համաշխարհային ասամբլեայի 69-դ նիստում առողջապահական հիմնախնդիրներին և հաջողություններին վերաբերող իր ելույթում **Արմեն Մուրադյանն** անդրադարձել է նաև արցախյան խնդրին

Ժնևում մայիսի 23-28-ը տեղի ունեցած Առողջապահության համաշխարհային ասամբ-լեայի 69-րդ նիստին որպես եվրոպական տարածաշրջանից առաջադրված փոխնախա-գահ մասնակցում էր ՀՀ առողջապահության նախարար Արմեն Մուրադյանը: Մայիսի 25-ին նա ԱՀԿ բոլոր անդամ պետությունները միավորող բարձրագույն վեհաժողովում նախա-գահել է առողջապահության ասամբլեայի նիստը:

Առողջապահական հիմնախնդիրներին և հաջողություններին վերաբերող իր ելույ-թում նախարարն անդրադարձել է նաև արցախյան խնդրին, և համեմատելով ու զուգադրելով ընդգծել, որ երբեմն վարակիչ հիվանդություններ հարուցող տարատեսակ մոծակներ ոչնչացնելն ավելի դյուրին է, քան առանձին քաղաքական գործիչների բացատ-րելը, որ չի կարելի ռմբակոծել խաղաղ բնակչությանը, կրակել շտապօգնության մեքենայի, բժշկական հաստատությունների, դպրոցների ուղղությամբ:

«Ես առաջին անգամ եմ Ժնևում և Ազգային պալատի կողքով անցնելիս ինձ ցույց տվեցին հաշմանդամության դեմ պայքարը խորհրդանշող՝ տխուր աչքերով մի տղայի արձան, որի ոտքն անդամահատված էր: Ոտքն անդամահատված նման մի տղայի ես հանդիպել եմ նաև Արցախում: Սա խոսում է այն մասին, որ մենք հիմա, հենց այստեղ պետք է լուծենք համընդհանուր առողջապահական խնդիրները,- ասել է Արմեն Մուրադյանը:

Ըստ նախարարի՝ ԱՀԿ-ն պետք է շարունակի որոշիչ դերակատարումը միջազգային նշանակության հանրային առողջապահական

խնդիրներ լուծելիս:

ֆԺամանակակից աշխարհում տեղի ունեցող փոփոխությունները պահանջում են համընհանուր խնդիրները լուծելու առավել ռացիոնալ մոտեցումներ: Այդ առողջապահական խնդիրների լուծումը պահանջում է ջանքերի և ազդեցության լծակների մեկտեղում: Մենք սատարում ենք Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպության իրականացրած բարեփոխումներին ու ջանքերին, որոնք կազմակերպության գլխավոր ղեկավարը ձեռնարկում է առավել արդյունավետ ենթակառուցվածքներ և մեխանիզմներ ապահովելու, ինչպես նաև արտակարգ իրավիճակներում արագ արձագանքելու համար,- ընդգծել է ՀՀ առողջապահության նախարար Արմեն Մուրադյանը:

Նախարարը նշել է, որ ոչ վարակիչ հիվանդություններին բաժին հասնող բեռը կրճատելը ամենամեծ առաջնահերթությունն է: Նա հայտնել է, որ 2015թ. ԱՀԿ-ի տեխնիկական աջակցությամբ մշակվել է մեր երկրում առավել լայն տարածում ունեցող ոչ վարակիչ հիվանդությունների դեմ պայքարի ռազմավարական ծրագիր:

ֆՀամաշխարհային բանկի աջակցությամբ մենք իրականացնում ենք զարկերակային գերճնշումը, դիաբետը և արգանդի վզիկի քաղցկեղը վաղ հայտնաբերելու և կանխարգելելու սկրինինգային ծրագիր,- տեղեկացրել է նիստի փոխնախագահը: Արմեն Մուրադյանն անդրադարձել է նաև մեր երկրում իրականացվող հանրային առողջապահական ծրագրերին, բժշկական օգնության և սպասարկման որակի բարելավմանը, օրենսդրական և այլ բարեփոխումների:

ֆՀայաստանի Հանրապետության կառավարությունը խթանում է առողջապա-հության տարբեր ոլորտների ձեռքբերումները` վարելով հանրային առողջապահական ծրագրերի ֆինանսավորումը հետզհետե ընդլայնելու քաղաքականություն,- ասել է նախարարը:

Եզրափակելով ելույթը` Արմեն Մուրադյանը շեշտել է, որ Հայաստանը սահմանված նպատակներին հասնելու հուսալի գործընկեր է:

Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպության բարձրագույն վեհաժողովի ընթացքում քննարկվել են առողջապահական առավել անվտանգ միջավայր ստեղծելու կարևոր նախադրյալները, համաշխարհային նշանակության առաջնահերթ խնդիրները, ինչպես նաև մշակվել են աշխատանքային ծրագրեր, և ցանկալի է, որ անդամ երկրներն ապագայում դրանք իրականացնեն:

Ի դեպ, Հայաստանը փոխնախագահող երկրի կարգավիճակով առաջին անգամ էր մասնակցում նիստին:

Կանոնադրության համաձայն` Առողջապահության համաշխարհային ասամբլեան ընտրում է նախագահ և հինգ փոխնախագահ` ԱՀԿ ամեն մի տարածաշրջանից: Հանդես գալով որպես փոխնախագահ` ՀՀ առողջապահության նախարարը նաև գլխավոր կոմիտեի անդամ էր:

ԼՂՀ ԱՌՈՂՋԱՊԱՀՈՒԹՅԱՆ ՀԱՄԱԿԱՐԳԻ ՏԱՐԵԳՐՈՒԹՅՈՒՆԻՑ

Արցախի ժողովրդի ազատատենչ ոգին ճնշելու նպատակով 90-ականներին Ադրբեջանի սանձազերծված պատերազմական գործողությունների հետևանքով գրեթե ամբողջովին ավերվել ու փլատակների էր վերածվել նաև բուժհիմնարկների ցանցը` շրջանային հիվանդանոցներ, բուժկետեր, ամբուլատորիաներ: Բուժաշխատողների, դեղորայքի և բուժսարքավորումների զգալի պակաս կար ամբողջ հանրա-պետությունում:

Պատերազմի սկզբում ԼՂՀ առողջապահության ծառայությունները հիմնականում զբաղված էին մարտական գործողությունների տարածքից հիվանդների և վիրավորների տարհանելով, ինչպես նաև խաղաղ բնակչության բուժօգնությունը կազմակերպելով և իրականացնելով հիմնականում նկուղային, անհարմարավետ, հաճախ ցուրտ ու մութ պայմաններում: Այդ տարիներին Արցախի մեր հայրենակիցներին օգնելու նպատակով Հայաստանի Հանրապետությունից կամավոր մեկնած բժիշկներն ու բուժքույրերը տեղական հիվանդանոցների և բուժկետերի քաղաքացիական անձնակազմերի հետ, հսկայածավալ աշխատանք են կատարել` փրկելով տասնյակ և հարյուրավոր կյանքեր:

Պաշտպանության բանակի կազմավորմանը զուգընթաց` ձևավորվում է ԼՂՀ ռազմաբժշկական ծառայությունը, հետո աստիճանաբար ստեղծվում են հոսպիտալներ (նաև դաշտային), մշակվում է մարտական գործողությունների բժշկական ապահովման միասնական համակարգ, բանակ են զորակոչվում բժիշկները, ստեղծվում են արագ արձագանքման բժշկական ջոկատներ և զորամասերի բուժծառայություններ:

Հայաստանի Հանրապետությունից Արցախ գործուղված վնասվածքաբանները, օրթոպեդները, վիրաբույժները, անեսթեզիոլոգները, մանկաբույժները, համաճա-րակաբաններն ու շատ այլ մասնագետներ ներդնում են իրենց հմտություններնումասնագիտականփորձը`առավել ծանր վիճակում գտնվող ազատամարտիկների ու խաղաղ բնակչության բուժօգնությունը տեղում կազմակերպելով, նեղ մասնագիտական բարդ վիրահատություններ կատարելով, ինչպես նաև նպաստելով նրանց արագ ապաքինմանը:

Հրադադարից հետո բնակչության բուժօգնությունը բարելավելու նպատակով ԼՂՀ-ում սկսում են աշխատել միջազգային մի շարք կազմակերպություններ: ֆԿարմիր խաչ-ի միջազգային կոմիտեն, աջակցություն ստանալով ԱՄՆ-ի ֆԿարմիր խաչ-ից և համագործակցելով ԼՂՀ առողջապահության նախարարության

հետ, 1998 թ. սեպտեմբերից իրականացնում էր առաջնային բուժսպասարկման տարբեր ծրագրեր: «Միջազգային քրիստոնեական համերաշխություն կազմակերպության ջանքերով Ստեփանակերտում բացվում է Մեծ Բրիտանիայի Լորդերի պալատի փոխխոսնակ բարոնուհի Քերոլայն Քոքսի անվան «Արևիկ մանկական վերականգնողական կենտրոնը: Առողջապահության ոլորտում զգալի ներդրումներ են կատարում Սփյուռքի տարբեր հաստատություններ ու անհատ բարերարներ:

Ներկայումս ԼՂՀ բնակչության բուժսպասարկումն իրականացնում են առողջապահության նախարարության համակարգի գրեթե 200 բուժկանխարգելիչ հիմնարկներ: Գործում են Ստեփանակերտի հանրապետական հիվանդանոցն ու ծննդատունը, «Արևիկ մանկական վերականգնողական կենտրոնը, հակատուբեր-կուլոզային, ուռուցքաբանական, մաշկավեներաբանական, հոգեթմրաբանական, բժշկական ֆիզկուլտուրայի դիսպանսերները, կենտրոնական շրջանային 7, գյուղական տեղամասային 6 հիվանդանոց, 1 բուժմիավորում, քաղաքային և ստոմատոլոգիական պոլիկլինիկաներ, ախտորոշիչ և վերականգնողական կենտրոններ, ինչպես նաև արյան փոխներարկման, շտապբուժօգնության կայաններ, հանրապետական դատաբժշկական փորձաքննության բյուրոն և «Արցախ դեղագործական ընկերությունը: Գյուղական բնակչությունն առաջնային բուժօգնություն է ստանում 13 ամբուլատորիաներում և 148 բուժակամանկաբարձական կետերում: Հակահամաճարակային ծառայությունն ապահովում են 7 հակահամաճարակային և 1 հակաժանտախտային կայաններ: Միջին բուժաշխատողները մասնագիտանում են Ստեփանակերտի բժշկական ուսումնարանում:
Առանձնահատուկ դրվատանքի է արժանի «Տաշիր ընկերությունների խմբի աշխատանքը. շատ կարճ ժամանակահատվածում կարողացավ իրականացնել Արցախի մեր հայրենակիցների տարիների երազանքը՝ 2013 թ. Ստեփանակերտում շահագործման հանձնելով Սարգիս և Ամալյա Կարապետյանների անվան նորակառույց, բժշկական նորագույն սարքավորումներով հագեցած հոյակերտ բժշկական կենտրոնի շենքը: Այն իր ֆունկցիոնալ հնարավորություններով համապատասխանում է միջազգային չափանիշների՝ նոր մակարդակ հաղորդելով Արցախի առողջապահության զարգացման գործընթացին և նպաստելով բնակչության առողջության պահպանմանը:
2016 թ. ապրիլի սկզբին՝ Արցախի ժողովրդին ադրբեջանական հրոսակների պարտադրած քառօրյա պատերազմի առաջին իսկ օրերին, ինչպես ԼՂՀ, այնպես էլ ՀՀ առողջապահության նախարարություններում հրավիրվում են օպերատիվ խորհրդակցություններ, որոնց ժամանակ որոշվում է ստեղծված իրավիճակում բուժօգնությունն արագ և արդյունավետ կազմակերպելու նպատակով ձևավորել մասնագիտական կամավորական խմբեր: Երկու հանրապետությունների բոլոր բուժհիմնարկներն ապահովված էին անհրաժեշտ սարքավորումներով, դեղորայքով և արյան բաղադրիչներով: Այդ օրերին ՀՀ առողջապահության նախարար Արմեն Մուրադյանի հանձնարարությամբ 70 առաջատար մասնագետներ և բուժաշխատողներ են գործուղվում Լեռնային Ղարաբաղի և Սյունիքի հիվանդանոցներ՝ խորհրդատվություններով ու փորձառությամբ աջակցելու տեղի բուժանձնակազմերին:
ՀՀ առողջապահության նախարարությունը, համագործակցելով ՀՀ պաշտպանության և ԼՂՀ առողջապահության նախարարությունների հետ, ամենայն ուշադրությամբ, մշտապես հետևում է ինչպես քաղաքացիական հիվանդանոցներում, այնպես էլ զինվորական հոսպիտալում բուժվող վիրավոր զինվորների և երկրապահների ապաքինմանը:

Տիգրան Գրիգորյան

Գլխի վնասվածք

Գլխի վնասվածքը լինում է փակ կամ բաց (թափանցող).

- գլխի փակ վնասվածքի դեպքում գանգի կոտրվածք չի լինում։
- գլխի բաց վնասվածքի դեպքում առկա է գանգի կոտրվածք և ուղեղի վնասում։

Տարբերում են գլխի հետևյալ տիպի վնասվածքներ.

- գլխուղեղի ցնցում, որը ուղեղի վնասման ամենատարածված տիպն է,
- գլխամաշկի վերքեր,
- գանգի կոտրվածքներ։

Գլխի վնասվածքները կարող են արյունահոսության պատճառ դառնալ՝

- գլխուղեղի հյուսվածքում,
- գլխուղեղը պատող թաղանթներում՝ ենթոստայնային արյունահոսություն, ենթակարծրենային և արտակարծրենային հեմատոմաներ։

Գլխի վնասվածքները շտապօգնության դիմելու ամենահաճախակի պատճառներից են։ Դրանցից շատերը լինում են երեխաների շրջանում։ Գլխուղեղի վնասվածքը վնասվածքներին առնչվող հոսպիտալացման 6 դեպքերից 1-ն է։

Պատճառներ

Գլխի վնասվածքների հիմնական պատճառ կարող են լինել.

- դժբախտ պատահարները՝ տանը, աշխատավայրում, բակում կամ սպորտով զբաղվելիս,
- վայր ընկնելը,
- ֆիզիկական հարձակումը,
- ճանապարհատրանսպորտային պատահարները։

Այս վնասվածքների մեծ մասն աննշան են, քանի որ գանգատուփը պաշտպանում է գլխուղեղը։ Սակայն որոշ վնասվածքներ բավական ծանր են լինում, և հոսպիտալացման կարիք է զգացվում։

Ախտանշաններ

Գլխի վնասվածքները ուղեղային հյուսվածքում և գլխուղեղը պատող թաղանթներում կարող են հանգեցնել արյունահոսության (ենթոստայնային արյունահոսություն, ենթակարծրենային և արտակարծրենային հեմատոմաներ)։
Գլխի վնասվածքների ախտանշանները կարող են ծագել անմիջապես կամ զարգանալ դանդաղ՝ մի քանի ժամից մինչև մի քանի օրվա ընթացքում։ Նույնիսկ եթե գանգոսկրերը կոտրված չեն, գլխուղեղը կարող է հարվածել գանգի ներքին մակերեսին և առաջանալ գլխուղեղի սալջարդ։ Գլուխը կարող է արտաքինից նորմալ լինել, սակայն գանգում զարգացող արյունահոսությունը կամ այտուցը կարող է լուրջ հետևանքներ ունենալ։
Լուրջ վնասվածքի դեպքում կարող է վնասվել նաև ողնուղեղը։
Գլխի որոշ վնասվածքներ կարող են հանգեցնել գլխուղեղի ֆունկցիայի փոփոխությունների։ Դա կոչվում է գլխուղեղի տրավմատիկ վնասում։ Ցնցումը գլխուղեղի թեթև աստիճանի վնասվածքն է։ Սակայն ցնցման ախտանշանները կարող են տատանվել թույլից մինչև ծանր աստիճանի։

Անհրաժեշտ է դիմել բժշկական օգնության, երբ տուժածը.

- դառնում է քնկոտ,
- դրսևորում է տարօրինակ վարք,
- նշում է սաստիկ գլխացավ կամ պարանոցի կարկամություն,
- ունենում է անհավասարաչափ բիբեր (աչքի կենտրոնական մուգ մասը),
- չի կարողանում շարժել ձեռքը կամ ոտքը,
- կորցնում է գիտակցությունը՝ անգամ կարճ ժամանակ,
- փսխում է ավելի քան մեկ անգամ։

Այնուհետև պետք է ձեռնարկել հետևյալ միջոցառումները.

1. Ստուգել տուժածի շնչուղիները, շնչառությունն ու անոթազարկը։ Եթե անհրաժեշտ է, դիմել արհեստական շնչառության և սիրտ-թոքային վերակենդանացման։Եթե տուժածի շնչառությունն ու անոթազարկը նորմալ են, բայց նա անգիտակից է, ապա վարվել ինչպես ողնուղեղային վնասվածքի դեպքում։

Առաջին օգնություն
Գլխի լուրջ վնասվածքը գնահատելը և առաջին օգնություն ցուցաբերելը կարող է փրկել մարդու կյանքը:
Գլխի՝ միջինից ծանր աստիճանի վնասվածքների դեպքում պետք է
ԱՆՀԱՊԱՂ ԶԱՆԳԱՀԱՐԵԼ ՇՏԱՊՕԳՆՈՒԹՅԱՆ ԾԱՌԱՅՈՒԹՅՈՒՆ՝ 1-03:

2. Կայունացնել գլուխն ու պարանոցը՝ օգնողի ձեռքերը տեղադրելով տուժածի գլխի երկու կողմերում: Գլուխը պահել ողնաշարի երկայնքով՝ կանխելով որևէ շարժում և սպասելով բուժօգնության:
3. Դադարեցնել ցանկացած արյունահոսություն՝ վերքն ամուր սեղմելով մաքուր կտորով: Եթե վնասվածքը լուրջ է, խուսափել տուժածի գլուխը շարժելուց: Եթե արյունը թափանցում է կտորի միջով, չհեռացնելով այն՝ տեղադրել ևս մեկ կտոր:
4. Եթե կա գանգի կոտրվածքի կասկած, ՉԿԻՐԱՌԵԼ ուղիղ ճնշում արյունոնսության տեղա-մասին և մակարդուկը հեռացնել վերքից: Վերքը փակել ախտազերծված վիրակապով:
5. Եթե տուժածը փսխում է, շնչահեղձությունից խուսափելու համար նրան թեքել մի կողմի՝ միաժամանակ շրջելով գլուխը, պարանոցն ու մարմինը (պետք է կատարել երկու հոգով): Դա կօգնի պաշտպանել ողնուղեղը, որը գլխի վնասվածքի դեպքում միշտ հավանական է ենթադրել, որ վնասված լինի: Երեխաները հաճախ գլխի վնասվածքից հետո ընդամենը 1 անգամ են փսխում: Դա կարող է խնդիր չլինել, սակայն հետագա հսկողության և վարման համար, այնուամենայնիվ, պետք է բժիշկ հրավիրել:
6. Այտուցված հատվածներին տեղադրել սառցե պարկեր:

Գլխի լուրջ վնասվածքը, որը ներառում է արյունահոսություն կամ գլխուղեղի վնասվածք, պետք է բուժել ստացիոնար պայմաններում:
Գլխի թեթև վնասվածքի դեպքում բուժման կարիք կարող է չլինել: Այնուամենայնիվ, տուժածին պետք է ուշադիր զննել՝ հնարավոր ախտանշանների հայտնաբերելու համար, քանի որ դրանք կարող են ի հայտ գալ ավելի ուշ:

Բժիշկը կբացատրի՝ ինչ ակնկալել, ինչպես վարվել գլխացավի, այլ ախտանշանների դեպքում, երբ վերադառնալ դպրոց, աշխատանքի, մարզման և այլ գործունեության, նաև կներկայացնի այն նշաններն ու ախտանիշները, որոնց դեպքում պետք է անհանգստանալ:

- Անհրաժեշտ է լինում հետևել երեխաներին և փոխել նրանց ակտիվությունը:
- Չափահասները նույնպես կարիք են ունենում հսկողության և ակտիվությունը փոփոխելու:

Երբ դիմել բժշկի
Անմիջապես զանգահարել՝ 1-03, եթե՝

- Առկա է գլխի կամ դեմքի ծանր արյունահոսություն:
- Տուժածը շփոթված է, հոգնած կամ անգիտակից:
- Տուժածը դադարում է շնչել:
- Առկա է գլխի կամ պարանոցի լուրջ վնասվածքի կասկած կամ զարգանում է գլխի լուրջ վնասվածքի որևէ ախտանիշ:

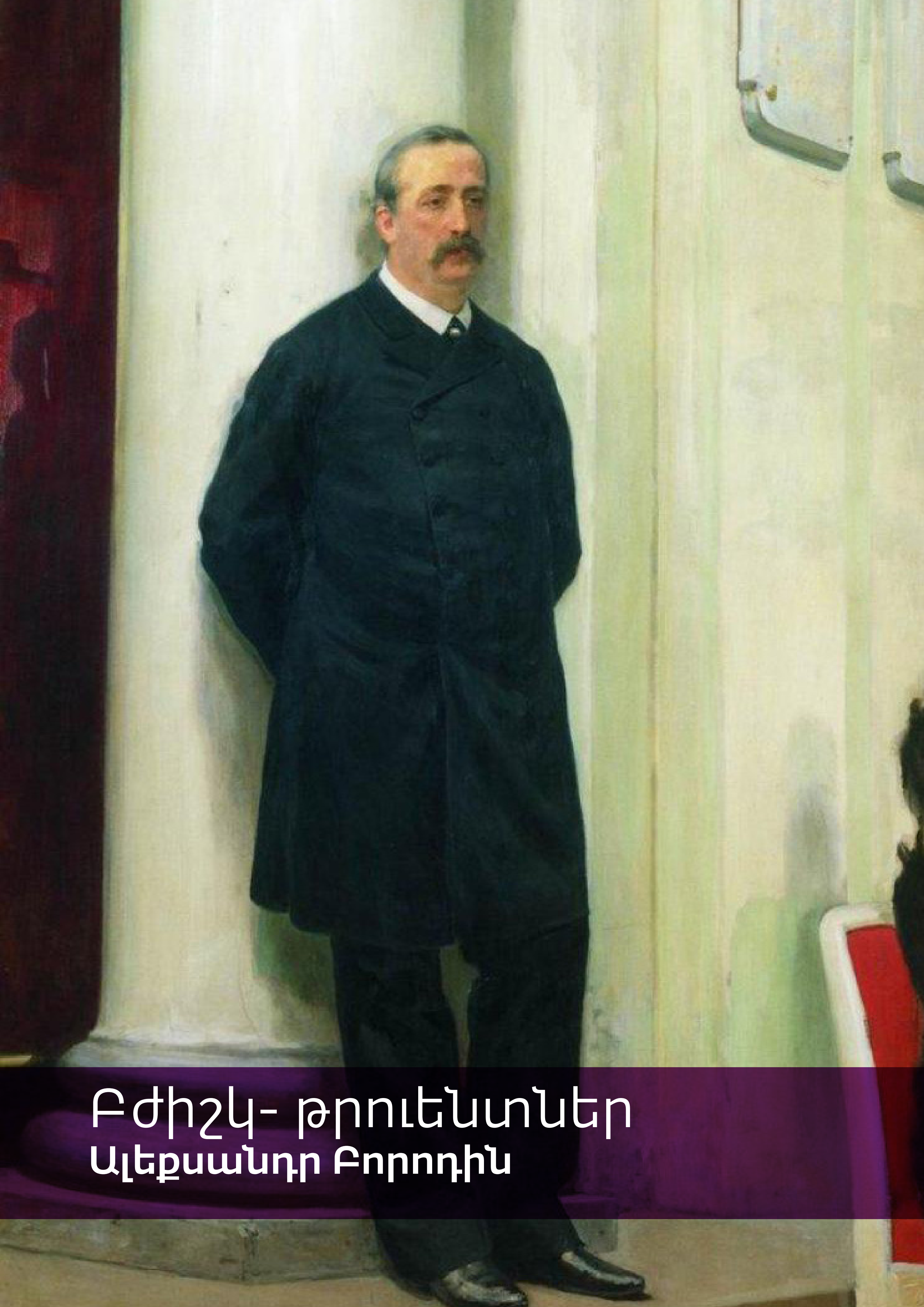
Կանխարգելում

Անշուշտ, հնարավոր չէ կանխել գլխի բոլոր վնասվածքները, սակայն կարելի է փոքր- ինչ ապահով զգալ՝ հետևելով հետևյալ պարզ քայլերին՝

- միշտ օգտագործել անվտանգության պարագաներ (ամրագոտիներ, հեծանիվի կամ մոտոցիկլետի սաղավարտներ, գլխապաններ և այլն) այնպիսի դեպքերում, որոնք կարող են գլխի վնասվածքի պատճառ դառնալ,
- սովորել և հետևել հեծանվային անվտանգության կանոններին,
- որևէ փոխադրամիջոց խմած չվարել և չթողնել, որ որևէ մեկը խմած վարի:

ՉԻ ԿԱՐԵԼԻ

- **ՉԻ ԿԱՐԵԼԻ լվանալ գլխի վերքը, որը խորն է կամ շատ է արյունահոսում:**
- **ՉԻ ԿԱՐԵԼԻ հեռացնել գլխի վերքից ցցված ցանկացած առարկա:**
- **ՉԻ ԿԱՐԵԼԻ շարժել տուժածին առանց խիստ անհրաժեշտության:**
- **ՉԻ ԿԱՐԵԼԻ թափահարել տուժածին, եթե թվում է՝ ուշաթափվել է:**
- **ՉԻ ԿԱՐԵԼԻ հեռացնել սաղավարտը, եթե կասկածվում է գլխի լուրջ վնասվածք:**
- **ՉԻ ԿԱՐԵԼԻ բարձրացնել գլխի վնասվածքի որևէ նշանով վայր ընկած երեխային:**
- **ՉԻ ԿԱՐԵԼԻ ալկոհոլ ընդունել գլխի լուրջ վնասվածքից հետո՝ 48 ժամվա ընթացքում:**



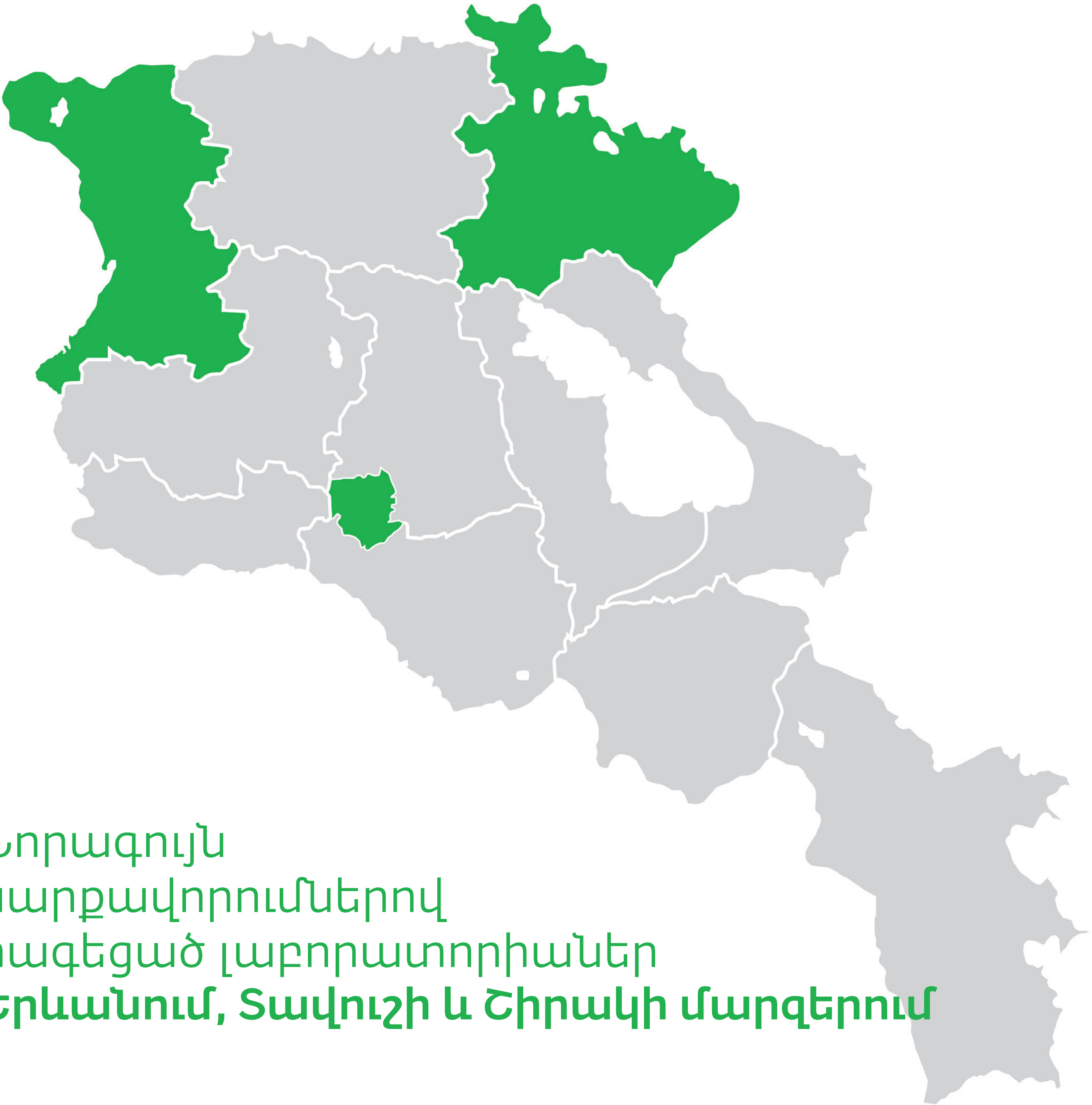
Բժիշկ- թրուենտներ

Ալեքսանդր Բորոդին

«Թրուենտ» եզրույթն առաջին անգամ գործածել է 1936 թ., երբ հանրահռչակ բրիտանացի վիրաբույժ լորդ Բյորկլի Մոյնիգանը Քեմբրիջի համալսարանում իր դասախոսություններից մեկի ժամանակ ներկայացրել է 61 այն բժիշկներին, որոնք ճանաչում են ձեռք բերել քաղաքականության, գրականության, մշակույթի, փիլիսոփայության, մարզական և այլ բնագավառներում կատարած աշխատանքներով: «Թրուենտ» նշանակում է հիմնական զբաղմունքից խուսափող. հենց այս բառով են բնորոշել այն բժիշկներին, որոնք ինչ-ինչ հանգամանքների բերումով սկսել են նաև մասնագիտանալ մեկ այլ ոլորտում: Ինչու՞ հենց բժիշկներն են շատ հաճախ ընտրում մեկ այլ մասնագիտություն, և հաջողության հասնում ճիշտ այնպես, ինչպես բժշկության մեջ: Այս հարցին, թերևս, կդժվարանան պատասխանել անգամ բժիշկ-թրուենտները: Մի բան է միայն հստակ. բժշկագիտությունը բազմակողմանի զարգացվածության մի շղթա է՝ ֆիզիկայի, քիմիայի, փիլիսոփայության, հոգեբանության մի խառնածին, իսկ երբ սկսում ես ուսումնասիրել պլաստիկ վիրաբուժությունը, հասկանում ես, որ այս ճյուղն անմիջականորեն առնչվում է գեղեցիկ արվեստներին: Այնպես որ բոլորովին էլ պատահական չեն բժիշկ-նկարիչները, երաժիշտները. վերջիններիս մասին կարելի է անվերջ խոսել:

Քչերին է հայտնի, որ ռուսական էպիկական սիմֆոնիզմի հիմնադիր երգահան Ալեքսանդր Բորոդինը նախ մեծանուն գիտնական, բժիշկ-քիմիկոս էր, հետո նոր՝ նույնքան հանճարեղ կոմպոզիտոր: Ծնունդով սանկտպետերբուրգցի Բորոդինը 1856թ. ավարտել է Բժշկավիրաբուժական ակադեմիան, ավելի ուշ՝ ղեկավարել նույն ակադեմիայի քիմիական լաբորատորիան. նա ակադեմիկոս էր: Բորոդինի երաժշտական ճաշակը ձևավորվել է «Հզոր խմբակ»-ին անդամագրվելուց հետո: Ճիշտ է, Բորոդինը սկսել է ստեղծագործել դեռևս 9 տարեկանում՝ գրելով իր առաջին «Helen» կոչվող պոլկան: Հավասարապես նվագել է դաշնամուր, ֆլեյտա, պատանի հասակում նաև ջութակ: Ավելի ուշ Գերմանիայում, Հռոմում, Իտալիայում բազմաթիվ գիտական աշխատանքներով ներկայացած Բորոդինը հետաքրքրվում է կոմպոզիցիայով, գրում ռոմանսներ, դաշնամուրային պիեսներ: Նրա գլուխգործոցներից է «Իշխան Իգոր» օպերան, որը 1949 թ. բեմադրվել է նաև Հայաստանում՝ Երևանի ներկայիս Ալ. Սպենդիարյանի անվան օպերայի և բալետի ազգային ակադեմիական թատրոնում: Տաղանդավոր երաժիշտ Ալեքսանդր Բորոդինը նաև քիմիա մասնագիտությամբ 40-ից ավելի գիտական աշխատությունների հեղինակ է, ավելին՝ երկու հանճարեղ սիմֆոնիաներ ստեղծած Բորոդինը 1862 թ. կարողացել է ստանալ առաջին ֆտորօրգանական միացությունը՝ ֆտորային բենզոլը. նա մի կարճ ժամանակահատված աշխատել է նաև զինվորական հոսպիտալում: Համաշխարհային այս մեծության կենսագրությունից ուշագրավ մի դրվագ ևս. ռուս մեծանուն կոմպոզիտոր Բորոդինն իրականում իմերեթցի 62-ամյա իշխան Գեդևանիշվիլիի ապօրինի զավակն էր, օրինական փաստաթղթերում, սակայն, գրանցված էր իշխանի վաճառական ծառա Պորֆիրիա Բորոդինի ազգանվանմամբ: Հենց սա էր պատճառը, որ մեծանուն կոմպոզիտորը ժամանակին չի կարողացել կրթություն ստանալ վարժարանում, ուստի Բորոդինի մայրը որդու համար կազմակերպել է այն ժամանակ ընդունված տնային ուսու¬ցում: Եվ քանի որ խոսվեց երաժշտությունից, հարկ է անդրադառնալ հայազգի բժիշկ-երաժիշտներից մեկին: Ի տարբերություն ռուս մեծանուն կոմպոզիտոր Բորոդինի՝ մեր հերոսն ունի գենետիկ հարուստ կենսագրություն: Նրա պապը կազմախոս է, առողջաբան, քիթկոկորդականջաբան, ավելին՝ մայր բուհի և Երևանի բժշկական համալսարանի հիմնադիրներից է: Եվ եթե Ալեքսանդր Բորոդինին չի հաջողվել վարժարանական կրթություն ստանալ, ապա 1857 թ. հունիսի 10-ին Նոր Բա¬յազետում ծնված մեծանուն գիտնականին հաջողվել է սկզբնական կրթու¬թյուն ստանալ Թիֆլիսի առաջին գիմնազիայում: Ճիշտ է, մի փոքր անց քաղաքական ընդհատակյա աշխատանքներին մասնակցելու պատճառով հեռացվել է գիմնազիայից՝ զրկվելով կրթությունը շարունակելու իրավունքից: Սակայն այսօր բժշկական գիտությունների դոկտոր, պրոֆեսոր, ՀԽՍՀ գիտության վաստակավոր գործիչ Վահան Արծրունին չէ, որ ներկայացվելու է, այլ նրա թոռը՝ ոչ պակաս տաղանդավոր երաժիշտ Վահան Արծրունին: Այս պարագայում ևս, քչերը, երևի թե միայն նրա արվեստի սիրահարները, գիտեն, որ Վահան Արծրունին առաջին կրթությամբ բժիշկ է, հետո նոր՝ կոմպոզիտոր, երգիչ: Նա 1983-1991 թթ. նախ ուսանել է Երևանի պետական բժշկական ինստիտուտում: Սպիտակ խալաթին, մասամբ, հրաժեշտ է տվել, երբ 1989-ին սկսել է սովորել Կոմիտասի անվան Երևանի պետական կոնսերվատորիայում: Վահան Արծրունի բժիշկ-երաժիշտը նաև Հայաստանի ազգային բանակի սպա է, «Նարեկ» արական երգչախմբի մեներգիչ:
Ժամանակին բժշկական կրթություն ստացած տաղանդավոր հայը «ԱՐԾՐՈՒՆԻ» առաջադիմական-երաժշտության ռոք-խմբի հիմնադիրն է, Հայաստանի պետական երգչախմբի արտիստ և Կոմիտասի բանաստեղծությունների հիման վրա գրված «Կոմիտաս. տասը հայտնություն» վոկալ-գործիքային երգաշարի հեղինակ-կատարող: Կիթառահար, հեղինակային երգի վարպետ- բժշկի ստեղծագործություններն ասես հոգու ամենանուրբ անկյունները թափանցող և ամեն հայկականն ու մարդկայինն ալեկոծող սպեղանի են:

Ահա այսպիսին են մեր պարբերականի այս խորագրի այսօրվա հերոսներ՝ բժիշկ-թրուենտները: Մարդիկ, որոնք, ունենալով գիտաբժշկական մեծ ներուժ, մի ժամանակ հրաժեշտ են տվել բժշկությանը և նույնքան հաջողել մյուս մասնագի-տությունն ընտրելիս՝ տվյալ դեպքում մարդկային հոգու նրբերանգները լավագույնս արտահայտող երաժշտաշխարհում:



Նորագույն սարքավորումներով հագեցած լաբորատորիաներ **Երևանում, Տավուշի և Շիրակի մարզերում**

Հայաստանի Հանրապետությունը, բնակչության առողջության պահպանումը համարելով գերակա խնդիր, շարունակաբար և հետևողականորեն զարգացնում է հանրային առողջապահական կարողությունները: Այսօր աշխարհի մեծաթիվ երկրների համար օրակարգային են էկոլոգիական ռիսկերը, արտակարգ իրավիճակները, վաղաժամ հաշմանդամության և մահվան պատճառ հանդիսացող ոչ վարակիչ, նորահայտ և «վերադարձող» վարակիչ հիվանդությունները, համաճարակաբանության երկրամասային տեղաշարժերը, այլ գործոններ:
Հայաստանը շարունակաբար և հետևողականորեն զարգացնում է հանրային առողջապահական կարողությունները, այդ թվում` ախտածինների վաղ հայտնաբերմանն ու արձագանքմանն ուղղված հետազոտական լաբորատորիաների զարգացումը:

Երևանի Ավան, Դավիթ Մալյան 37 հասցեում վերջերս վերաբացվեց ՀՀ առողջապահության նախարարության «Հիվանդությունների վերահսկման և կանխարգելման ազգային կենտրոնի» Ռեֆերենս լաբորատորիան:
Հայաստանի առողջապահական համակարգն այսօր համալրվում է համընդհանուր լաբորատոր ցանցում առանցքային դերակատարություն ունեցող ռեֆերենս լաբորատորիայով, որը հնարավորություն կընձեռի ապահովելու լաբորատոր հետազոտությունների և դրանց արդյունքների առավել բարձր որակ և արժանահավատություն:
Այս առումով նշանակալի ձեռքբերում է ռեֆերենս լաբորատորիայի վերաբացումը: Միջազգային չափանիշներին համապատասխան լաբորատորիան նոր հնարավորություններ կընձեռի կատարելագործելու վարակների հետազոտումը` դրանք իրականացնելով ավելի օպերատիվ և ճշգրիտ:
Մասնագետների խոսքով` նորագույն սարքավորումներով հագեցած լաբորատորիայում կիրականացվեն այնպիսի հետազոտություններ, որոնք նախկինում հնարավորություն չի եղել կատարելու: Այստեղ կփորձարկվեն

հետազոտական նոր մեթոդներ, կձևավորվեն համաճարակաբանական հսկողության համակարգի ապացուցողական հիմքեր:
Այս կենտրոնը կոչված է ամբողջովին փոխելու մեր պատկերացումները վարակիչ հիվանդությունների հայտնաբերման, նրանց նույնականացման, վարակիչ հիվանդությունների հարուցիչների պահպանման գործում:
Կենտրոնի բացմամբ մեր երկիրը թե՛ համաճարակային իրավիճակի եւ թե՛ վարակիչ հիվանդությունների կանխարգելման և բուժման հետ կապված կթևակոխի նոր փուլ:
Վերազինված ռեֆերենս լաբորատոր կենտրոնն իր շենքային պայմաններով ու տեխնիկական հնարավորություններով խիստ սպասված կառույց էր, քանի որ մինչ այժմ Հայաստանում ռեֆերենս լաբորատորիաների ինստիտուտը չէր •ործում համակար•ված եւ միջազ•ային չափանիշներին համահունչ:

Ուշագրավ է, որ ընդամենը մի քանի օր անց վերաբացվեց ՀՀ առողջապահության նախարարության «Հիվանդությունների վերահսկման և կանխարգելման ազգային կենտրոնի» Շիրակի մասնաճյուղի արդիականացված լաբորատորիան:
Նշենք, որ ապրիլին առաջին վերազինված լաբորատորիան բացվել էր Տավուշի մարզի Իջևան քաղաքում, իսկ Լոռու, Գեղարքունիքի և Սյունիքի մարզային լաբորատորիաների արդիականացումը կիրականացվի 2017 թվականին:
Մենք ապրում ենք բարդ տարածաշրջանում, ուր մարդուկյանքըհաճախվտանգվումէպարտադրված պատերազմական գործողություններով, ուր մարդու և հանրության առողջության համար բազմաթիվ սպառնալիքներ կան: Նման պայմաններում այս կենտրոնները պարզապես անհրաժեշտություն են: Կարևոր է, որ ռեֆերենս լաբորատորիայում ստեղծվել է գիտաուսումնական ռեսուրս կենտրոն: Այստեղ միջազգային չափանիշներին համապատասխան կապահովվի հանրային առողջապահության ոլորտի լաբորատոր մասնագետների շարունակական զարգացումը:
Լաբորատոր համակարգի զարգացման գործում դեռ 2012 թվականից սկսած Հայաստանի Հանարպետությանը զգալի աջակցություն է ցուցաբերում ԱՄՆ-ի կառավարությունը:
Հայաստանի Հանրապետությունը լաբորատոր կարողությունների զարգացման պարտավորվածություն ունի նաև որպես միջազգային մի շարք կառույցների, Միջազգային առողջապահական կանոնների և այլ հիմնարար ակտերի կողմ կամ անդամ: Ձևավորված կարողությունները համապատասխանում են միջազգային առողջապահական կանոնների պահանջներին:

ՍՈՒՐԲ ԲԱՐԴՈՒՂԻՄԵՈՍԻ ՀԻՎԱՆԴԱՆՈՑ

Ամենահին հիվանդանոցը (1123-2016 թթ.)

Լոնդոնի կենտրոնական Սմիթ ֆիլդ թաղամասում գտնվող Սուրբ Բարդուղիմեոսի հիվանդանոցը, որը հայտնի էր նաև պարզապեսորպես Բարդս, իսկ հետագայում ավելի պաշտոնապես՝ Սբ Բարդուղոմեոսի թագավորական հիվանդանոց, հիմնադրվել է մոտ 900 տարի առաջ: Բարդսը մինչ օրս գործող ամենահին բուժհաստատությունն է:

Պատմական ակնարկ, առաջամարտիկներ
Բարդսը հիմնադրել է 1123 թ. Հենրի I թագավորի սիրելի պալատական Ռահերին: Հետագայում հիվանդանոցի առաջին վերակացու է նշանակվել Հենրի VIII թագավորի ռազմական վիրաբույժ Թոմաս Վիկարին՝ անատոմիայի՝ անգլերեն հրապարակված առաջին դասագրքի հեղինակը:
1567 թ. որպես առաջին ֆկանոնավոր¬ բժիշկ նշանակվում է պորտուգալացի Ռոդրիգո Լոպեսը, որը հետագայում դառնում է Եղիսաբեթ I-ի բժիշկը: Նրան, սակայն, անարդարացիորեն մեղադրում են թագուհուն թունավորելու համար և ձգում, կախում ու քառատում են: 1609 թ. Բարդսում որպես բժիշկ է աշխատում հանրահայտ Վիլյամ Հարվին՝ արյան շրջանառությունը հայտնագործողը և Չարլս I-ի բժիշկը: Հենց Սբ Բարդուղիմեոսի հիվանդանոցում է Հարվին իրականացնում արյունատար համակարգի հետազոտությունները: 1749 թ. Բարդսի վիրաբույժ է նշանակվում Պերսիվալ Պոտը՝ օրթոպեդիայի հիմնադիրներից մեկը և առաջին գիտնականը, որը ցույց տվեց, որ քաղցկեղ կարող են հարուցել շրջակա միջավայրի քաղցկեղածինները: 1850-ին Սբ Բարդուղիմեոս հիվանդանոցում բժշկության առաջամարտիկներից մեկը՝ Եղիսաբեթ Բլեքվելը, առաջին կինն էր, որին թույլատրվեց բժշկություն ուսանել: Սա նախաձեռնողը Ջեյմս Պեջետն էր՝ Բարդսի բժշկական դպրոցի առաջին վերակացուն, հետագայում՝ Վիկտորիա թագուհու ռազմական վիրաբույժը, որը հայտնի է նաև Պեջետի հիվանդությամբ և Վիրխովի հետ համարվում է բժշկական ախտաբանության հիմնադիրներից մեկը:
Բարդսը շատ մեծ դեր է խաղացել նաև սկզբնավորելով և զարգացնելով քույրական և մանկաբարձական գործը: Մասնավորապես Էթել Գորդոն Մանսոնը (առավել հայտնի որպես տիկին Բեդ ֆորդ Ֆենվիկ)՝ Մեծ Բրիտանիայի պետականորեն գրանցված առաջին բուժքույրը, 1881թ. նշանակվում է Բարդսի տնտեսուհի: Անգնահատելի է տիկին Ֆենվիկի ավանդը Միացյալ Թագավորությունում բուժքրոջ մասնագիտության կայացման գործում:
1896-ին՝ ռենտգենյան ճառագայթների հայտնագործումից անմիջապես հետո, դրանք Անգլիայում առաջին անգամ օգտագործվում են Սբ Բարդուղիմեոսի հիվան¬դանոցում:
19-րդ դ. մահացության հաշվետվությունները ցույց են տալիս, որ Բարդսում մահվան հիմնական պատճառ են եղել վիրաբուժական վնասվածքն ու հետվիրահատական վարակը՝ փաստելով, որ այստեղ վիրաբույժներն անդադար ու ակտիվորեն փորձել են գտնել վիրահատական բուժման նոր եղանակներ անգամ անեսթեզիոլոգիայի չնչին հնարավորությունների ու հակաբիոտիկների բացակայության պայմաններում: Այնուամենայնիվ, պալարախտը (տուբերկուլոզ) մնացել է

ամենամահացու ոչ վնասվածքային պատճառ:
1937-ին Բարդսը դառնում է Միացյալ Թագավորության առաջին հիվանդանոցը, որտեղ քաղցկեղով հիվանդներին ենթարկվում էին բարձրավոլտ ճառագայթաբուժման:
1991-ին հիվանդանոցում բացվում է մեկօրյա վիրահատության բաժանմունք՝ տեսակով առաջինը Եվրոպայում:
2010 թ. Բարդսում իր դռներն է բացում ճառագայթաբանական, ճառագայթաբուժական և ճառագայթավիրահատական վերջին սերնդի սարքավորումներով հագեցած՝ քաղցկեղի գերժամանակակից կենտրոնը:
2015-ից Սբ Բարդուղիմեոսի հիվանդանոցում գործում է նաև սրտի գերժամանակակից կենտրոն, որն ամենամեծն է Միացյալ Թագավորությունում, և որտեղ աշխատում են Անգլիայի լավագույն սրտաբանները:

Շինություններ

Բարդսը Բրիտանիայի ամենահին հիվանդանոցն է, որն առ այսօր տրամադրում է բժշկական ծառայություններ, և որը զբաղեցնում է այն նույն տարածքը, որտեղ էլ կառուցվել է 12-րդ դ.: Այն ունի հարուստ պատմություն և ճարտարապետական կարևոր շենքեր, որոնք վերապրել են 1666-ի Լոնդոնի մեծ հրդեհը և երկրորդ աշխարհամարտի բլիցը (1940-41թթ.): Սբ Բարդուղիմեոսի հիվանդանոցն ունի նաև թանգարան, որտեղ ներկայացվում են բժշկության զարգացումը և հիվանդանոցի պատմությունը վերջին 9 դարերի ընթացքում: Հիվանդանոցը հայտնի է նաև Վիլյամ Հոգարթի՝ շքամուտքի աստիճանների երկու կողմե¬րում նկարած որմնանկարներով՝ Բեթհեզդայի ավազանը (1736թ.) և Բարի սամարացին (1737թ.): Առաջին նկարը յուրահատուկ բժշկական հետաքրքրություն է ներկայացնում. դա մի տեսարան է, որում Քրիստոսը բուժում է անդամալույծին, իսկ առաջին հարկի ցուցադրա¬նյութը ժամանակակից բժշկական տերմիններով նկարագրում է այն հիվանդությունները, որոնցով տառապում են որմնանկարի հիվանդները:

Պետք է նշել, որ եթե 1872-ին Բարդսն ունեցել է 676 մահճակալ և ընդունել տարին 6.000 ստացիոնար ու 101.000 ամբուլատոր հիվանդ, ապա ներկայումս ունի 388 մահճակալ: Եվ չնայած դրան՝ հիվանդանոցն ամեն տարի շարունակում է փրկել տասնյակ հազարավոր կյանքեր:

Բժշկական դպրոցներ

1843-ին հիմնադրվել է Սբ Բարդուղիմեոսի հիվանդանոցի բժշկական քոլեջը, թեև համարվում է, որ Բարդսը Ջոն Աբերնեթիի շնորհիվ սկսել է բժշկական կրթություն տրամա¬դրել դեռևս 19-րդ դ. սկզբում, երբ վերջինիս դասախոսությունների համար լսարան է կառուցվել: Այսօր այս քոլեջը հայտնի է որպես Բարդսի և Լոնդոնի բժշկության և ատամնաբուժության դպրոց:
Ներկայիս Սբ Բարդուղիմեոսի բուժքույրական և մանկաբարձական դպրոցը ձևավորվել է 1994 թ., իսկ 1 տարի անց ընդգրկվել է Սիթի համալսարանի կազմում:

Շերլոք Հոլմս և բժիշկ Վաթսոն

1887թ. Արթուր Կոնան Դոյլի աշխարհահռչակ վեպում Բարդսի քիմիական լաբորատորիան եղել է Շերլոք Հոլմսի և բժիշկ Վաթսոնի առաջին հանդիպման վայրը: Բացի այդ, Բարդսը եղել է Վաթսոնի Alma Mater-ը: Այս «փաստի» մտացածին լինելը, սակայն, չի խանգարել 1990-ականներին Տոկիոյի «Շերլոք Հոլմսի գնահատանքի միությանը» զգալի նվիրատվություն անել «Փրկենք Բարդսը» քարոզարշավի շրջանակներում, երբ Անգլիայի կառավարությունը այս հռչակավոր հիվանդանոցը փակելու հարց էր հարուցել:

Սբ Բարդուղիմեոսի հիվանդանոցի երկարակեցության գաղտնիքը, թերևս, այն է, որ այստեղ ներդաշնակորեն գոյակցում են հինավուրց ու պահպանողական ավանդույթները և գերժամանակակից ապացուցողական բժշկությունը:

20 ԿՅԱՆՔ ՄԼՆ

Պատվաստումների շնորհիվ վերջին երկու տասնամյակում փրկվել է ավելի քան **20 միլիոն կյանք**

Կյանքի առաջին իսկ օրերից երեխային սպառնում են բազմաթիվ փորձություններ, որոնցից առավել վտանգավոր են շրջակա միջավայրի վարակները: Կատարյալ խնամք ապահովելուց բացի, ծնողների և բուժաշխատողների առջև խնդիր է ծառանում անել հնարավոր ամենը երե¬խաներին այդ վարակներից զերծ պահելու համար: Փոքրիկի առողջության մասին հոգ տանելու և ուրախ ու առողջ մանկություն ապահովելու համար ներկայիս ամենաարդյունավետ միջոցը պատվաստումներն են: Ուրախալի է, որ այսօր տարբեր հարթակներից, և մասնավորապես սոցիալական ցանցերում ակտիվորեն քննարկվում են ինչպես պատվաստումների, այնպես էլ առողջապահական շատ այլ հարցեր, սակայն կարևոր է, որ քննարկումները փաստարկվեն միայն առողջ տրամաբանությամբ, կառուցողական մոտեցումներով և ամենակարևորը՝ գիտելիքների պակասի հետևանքով չվնասեն երեխայի առողջությունը: Պատվաստումների շնորհիվ երեխան լիարժեքորեն պաշտպանվում է մի շարք վարակներից, որոնք կար¬ող են ունենալ անցանկալի բարդությունների և հետևանքների:
Պատվաստումներն առողջապահության հրաշքներից են: Վերջին երկու տասնամյակում դրանց շնորհիվ փրկվել է ավելի քան 20 միլիոն կյանք: Աշխարհում միայն կարմրուկի բռնկումների ընթացքում ամեն շաբաթ 2-3 երեխա է մահանում: Պատվաստումներն ամենաապահով, արդյունավետ և անվտանգ առողջապահական միջամտություններից են, որոնք հնարավոր են այսօր: Ի վերջո, պատվաստումների շնորհիվ մեծանում է բնակչության դիմելիությունը բժշկական օգնության առաջնային օղակ, ինչպես նաև ապահովվում է «առողջության իրավունքի» լիարժեք իրա¬կանացումը:
Տուբերկուլոզ, հեպատիտ Բ, դիֆթերիա, փայտացում, կապույտ հազ, պոլիոմիելիտ, հեմոֆիլուսային, ռոտավիրուսային, պնևմակոկային հիվանդություններ, կարմրուկ, կարմ-րախտ, խոզուկ. ահա այն վտանգավոր վարակները, որոնք կարող են բազմաթիվ երեխաների հիվանդանալու, հաշմանդամության և անգամ մահվան պատճառ լինել, մինչդեռ ավելի հեշտ է կանխարգելել, քան բուժել վարակը: Վարակները համարվում են «կառավարելի», որով¬հետև պատվաստումներով կարելի է կանխել դրանցով երեխաների հիվանդանալը, այլև տարածվելը:

ԻՆՉՊԵ՞Ս ԵՆ ԳՈՐԾՈՒՄ ՊԱՏՎԱՍՏԱ-ՆՅՈՒԹԵՐԸ

Հասկանալու համար թե պատվաստանյութերն ինչպես են գործում, առաջին հերթին պետք է պատկերացնենլ, թե ինչպես է գործում իմուն համակարգը: Իմուն համակարգի հիմնական աշխատանքը մարդուն այն ամենից պաշտպանելն է, ինչ թափանցում է օրգանիզմ, բայց չի պատկանում օրգանիզմին: Դրանց շարքից են հիվանդությունների հարուցիչ¬ները՝ մանրէները, որոնք օրգանիզմը ճանաչում է որպես օտարածին և սկսում արտադրել սպիտակուցներ՝ հակամարմիններ՝ դրանց դեմ պայքարելու համար: Բայց իմուն համակարգը կատարում է ավելին, քան հարուցիչներին գտնելը և ոչնչացնելը: Իմուն համակարգը նաև հիշում է դրանք, հետևաբար, եթե նույն հարուցիչները նորից ներթափանցեն օրգանիզմ, արագորեն հակամարմիններ կստեղծվեն ու կոչնչացնեն հարուցիչները, մինչև դրանք հասցնեն հիվանդություն առաջացնել: Ահա թե ինչու, եթե որևէ մեկը վարակվում է հիվանդությամբ, օրինակ՝ կարմրուկով կամ ջրծաղիկով, կարող է մի քանի անգամ ենթարկվել հիվանդության հարուցիչների ազդեցությանը՝ առանց հիվանդության կլինիկական դրսևորումների:
Սա է անընկալությունը կամ իմունիտետը, որը շատ հզոր համակարգ է: Մի խնդիր կա սակայն. առաջին անգամ հիվանդանալիս երեխայի իմուն համակարգը չի կարո¬ղանում արագորեն հակամարմիններ ստեղծել՝ հիվանդությունից պաշտպանվելու համար: Վերջիվերջո, իմուն

համակարգը հաղթահարում է հիվանդությունը, և երեխայի օրգանիզմում ստեղծվում է պաշտպանություն՝ նույն հիվանդության հետագա գրոհներից: Բայց այն չի կանխարգելում առաջին անգամ: Այլ կերպ` երեխան պետք է հիվանդանա, մինչև իմունի¬տետ ձեռք բերի: Այս խնդիրը լուծվել է պատվաստանյութերով, որոնք պարունակում են հիվանդություններ առաջացնող նույն հարուցիչները (օրինակ՝ կարմրուկի), սակայն դրանք սպանված կամ թուլացված են այնքան, որ չեն կարող հիվանդություն առաջացնել: Որոշ պատվաստանյութեր պարունակում են միայն հարուցիչի մասնիկներ: Երբ երեխան պատվաստվում է, պատվաստանյութը խթանում է իմուն համակարգը. Ճիշտ նույն մեխանիզմով արտադրվում են հակամարմիններ, ինչպես բնական հիվանդության դեպքում: Երեխայի օրգանիզմում այդ հիվանդության նկատմամբ իմունիտետ է զարգանում` առանց հիվանդանալու: Ահա թե ինչու են պատվաստանյութերը համարվում հզոր դեղամիջոցներ: Ի տարբերություն հիվանդությունը բուժող շատ դեղամիջոցների՝ պատվաստանյութերը կան-խար¬գելում են դրանք:

ՈՐՔԱ՜Ն ԱՐԴՅՈՒՆԱՎԵՏ ԵՆ ՊԱՏՎԱՍՏԱ-ՆՅՈՒԹԵՐԸ

Պատվաստանյութերը, իրոք, բավականին արդյունավետ են: Անշուշտ, ոչ մի դեղամիջոց կատարյալ չէ, սակայն մանկական պատվաստանյութերի մեծ մասը իմունիտետ է ձևավորում 90% - 100% արդյունավետությամբ: Մի փոքր հետո կանդրադառնանք սակավաթիվ այն երեխաներին, որոնց օրգանիզմում իմունիտետ չի ձևավորվում: Առաջին հերթին, սակայն, անդրադառնանք այն տեսակետներին, թե իբր պատվաստանյութերն արդյունավետ չեն, հիվանդությունները կվերանային ինքնուրույն՝ առանց պատվաստանյութեր կիրառելու, միայն սանիտա¬րահի¬գիե¬նիկ պայմանները բարելավելով: Սա, իհարկե, ճիշտ չէ. հիգիենան և սանիտարիան կարող են կանխել հիվանդությունների տարածվելը, բայց դրանց հարուցիչները դեռևս առկա են շրջապատում և քանի դեռ կան, կշարունակեն հիվան¬դություններ առաջացնել: Եթե անդրադառնանանք պատվաստանյութով կանխարգել¬վող որևէ հիվանդության պատմությանը, ապա կարելի է փաստել, որ պատվաստանյութից հետո հիվանդության դեպքերը նվազում են:
Մինչ համատարած կիրառելը բոլոր պատվաստանյութերը ենթակա են մանրակրկիտ ուսումնասիրության` պարզելու՝ արդյոք անվտանգ են և արդյունավետ: Այդ ուսումնասիրությունները ներառում են կլինիկական հետազոտություններ՝ համեմատելով պատվաստված և չպատվաստված մարդկանց երկու խումբ:
Հետպատվաստումային շրջանում կարող են առաջանալ ծանր և թեթև ռեակցիաներ: Նախ՝ ծանրերը շատ հազվադեպ են, այնուհետև՝ երբեմն դժվար է պնդել, որ ռեակցիան պատճառահետևանքայնորեն առնչվում է պատվաստմանը: Հայտնի չէ այնպիսի ռեակցիա, որն առնչվի միայն պատվաստանյութ ներարկելուն: Շատ դժվար է առանձնացնել որևէ գործոնի իրական պատճառը, որն ազդում է հարյուր հազար կամ մեկ միլիոն պատվաստված երեխայից մեկի վրա: Օրինակ՝ որոշ մարդիկ պնդում են, որ ԱԿԴՓ պարունակող պատվաստանյութը երեխայի հանկարծամահություն պատճառ կարող է լինել՝ որպես ապացույց նշելով մահից մեկ-երկու օր առաջ պատվաստվելը: Սակայն հանկարծամահությունը միշտ ի հայտ էր գալիս պլանային պատվաստումներ ստացող նույն տարիքային խմբում, և երբ գիտնականները իսկվող խմբերում հետազոտեցին հանկարծա¬մա-հությունը, արձանագրվեց, որ հանկարծամահ են լինում նաև չպատվաստված երեխա¬ները: Հետևաբար, նախազգուշական միջոցառումները, ինչպես, օրինակ, չքնեցնել երեխային՝ մեջքի վրա պառկած, կտրուկ նվազեցրին հանկարծամահության դեպքերը:
Չի կարելի գնահատել պատվաստումների հավանական վտանգը՝ առանց հաշվի առնելու նաև օգուտները: Պատվաստման հավանական վտանգը երեխային լուրջ վնաս հասցնելու հավանականությունն է. հմուտ բուժաշխատողը կարող է վերահսկել նույնիսկ կյանքը վտանգող

ռեակցիան:
Առավել ակնհայտ է պատվաստման՝ հիվանդությունից պաշտպանելու օգուտը: Պատվաստման օգուտներն ակնհայտ են և անհատի, և հասարակության, և ապագա սերունդների համար:

ՈՐՈ՞ՆՔ ԵՆ ՊԱՏՎԱՍՏՈՒՄՆԵՐԻՑ ԱՆՀԱՏԻ ՕԳՈՒՏՆԵՐԸ

Երեխան պատվաստելով պաշտպանվում է մի շարք ռիսկային հիվանդություններից: Իսկ որքան հավանական է, որ երեխան իրականում կենթարկվի այդ հավանական վտանգներին և կվարակվի: ՀԻՇԵՑԵ՛Ք, որ պատվաստանյութերով կանխվող հիվանդությունները, տարեցտարի նվազելով, աստիճանաբար վերանում են. որոշ հիվանդություններ ներկայումս գրանցվում են միայն եզակիորեն: Եթե հիվանդությունների հավանական վտանգները փոքր են, արդյոք չի՞ նշանակում, որ պատվաստումների օգուտը ևս նվազում է: Հարցն անչափ կարևոր է: Երեխայի՝ դիֆթերիայով, փայտացումով, պոլիոմիելիտով, կարմրուկով, կարմրախտով, խոզուկով և այլ հիվանդություններով վարակվելու հավանականությունը վիճակագրորեն կարող է համեմատաբար փոքր լինել: Սակայն եթե բոլորն այսպես մտածեն, ու երեխաներն էլ չպատվաստվեն, ապա նույն հիվանդություններով վարակվելու և հիվանդանալու հավանականությունը շատ կմեծանա, քանի որ այս հիվանդությունների հարուցիչները դեռ չեն վերացել և գոյություն ունեն բնության մեջ: Մյուս կողմից՝ երեխան այս հիվանդությունների դեմ պատվաստումներով պաշտպանվում է նաև կապույտ հազից, թոքաբորբերից, ուղեղի թաղանթի բորբոքումներից, որոնք դեռևս հանդիպում են և կարող են վտանգել երեխայի առողջությունը: Վերջին հետազոտությունների համաձայն՝ կապույտ հազի դեմ չպատվաստված երեխաների հիվանդանալու հավանականությունը մոտ 23 անգամ ավելին է, քան պատվաստված¬ներինը: Հայաստանում 2013-14թթ. գրանցվել է կապույտ հազից մահվան երկու դեպք: Այս թիվը կարող է առաջին հայացքից փոքր թվալ, բայց նույն այս թիվը կմտահոգեր ցանկացած ծնողի, եթե երկուսից մեկը լիներ իր երեխան:
ՈՐՈ՞ՆՔ ԵՆ ՊԱՏՎԱՍՏՈՒՄՆԵՐԻՑ ՀԱՍԱՐԱԿՈՒԹՅԱՆ ՕԳՈՒՏՆԵՐԸ
Շատ հազվադեպ է, որ երեխաների պատվաստումները ձախողվում են, և իմուն համակարգը համարժեքորեն չի արձագանքում: Կան նաև երեխաներ, որոնք բժշկական հակացուցումների պատճառով չեն կարող որոշ պատվաստումներ ստանալ: Նշված երեխաները միշտ էլ խոցելի են: Երբ համայնքում երեխաների գերակշռող մեծամասնությունը ստանում է տարիքին համապատասխան պատվաստումներ, մեկ երեխայի հիվանդանալու դեպքում այն հետագա չի տարածվի: Սա կոչվում է «կոլեկտիվ իմունիտետ»: Սակայն լինում է ճիշտ հակառակը, երբ համայնքում շատ երեխաներ չեն պատվաստվում, հարուցիչները հեշտությամբ թիրախներ են գտնում, և հիվանդությունը արագորեն տարածվում է: Սա է պատվաստանյութերով կանխարգելվող հիվանդությունների բռնկումների պատճառը: Այլ կերպ ասած՝ «կոլեկտիվ իմունիտետ» հասկացությունը կարելի է ընդհանրացնել՝ պատվաստելով Ձեր երեխային, Դուք պաշտպանում եք ոչ միայն նրան, այլև մյուսներին, այդ թվում՝ նաև մեծահասակներին, բժշկական հակացուցումների պատճառով չպատվաստվածներին:

ԻՆՉՈ՞Ւ Է ԱՆՀՐԱԺԵՇՏ ՊԱՏՎԱՍՏԵԼ ԲՈԼՈՐ ԵՐԵԽԱՆԵՐԻՆ

Պատվաստումներն անհրաժեշտ են, որպեսզի կանխարգելվեն հիվանդությունը, մահը կամ հաշմանդամությունը, բնակչության լայն զանգվածներ պաշտպան¬վեն վարակներից. վարակիչ հիվանդությունները շատ արագ են տարածվում: Սակայն դա կարելի է կասեցնել միայն այն պարագայում, եթե տվյալ բնակավայրում պատվաս¬տ¬վածների թիվը բավարար է (90%-ից ոչ պակաս): Որքան շատ են պատվաստված երեխաները (նաև մեծահասակները) համայնքում, այնքան պաշտպանված է համայնքի յուրաքանչյուր անդամ: Ծնողական սիրո հետ մեկտեղ՝ պատվաստումներով հնարավորինս պետք է պաշտպանել երեխաներին վերը նշված վարակներից:

ԱՐԴՅՈՔ ԿԱՐԵԼԻ՞ Է ՊԱՏՎԱՍՏԵԼ ՀԻՎԱՆԴ ԵՐԵԽԱՅԻՆ

Շատ հաճախ ծնողները հրաժարվում են պատվաստումից, երբ երեխան հազում է կամ ունի որևէ թեթև հիվանդություն: Այս մոտեցումը սխալ է: Ցավոք, անգամ որոշ բուժաշխատողներ են հետաձգում երեխայի պատվաստումները վերը

նշված հիվանդությունների ժամանակ: Համաձայն Առող¬ջապահության համաշխարհային կազմա¬կերպության՝ հակացուցումները մի քանիսն են, իսկ թեթև հիվանդությունների ժամանակ պատվաստելն անվտանգ է, նույնիսկ անհրաժեշտ: Սակայն կան նաև հիվանդագին ավելի ծանր վիճակներ, ինչպես, օրինակ, օրգանների փոխպատվաստումը, որոնց դեպքում մինչ հետագա բուժում պլանավորելը պատվաստումները անգամ խիստ անհրաժեշտ են:

Միայն բուժաշխատողների խորհուրդներին հետևելով՝ կստանաք մասնագիտական ճիշտ խորհրդատվություն, և ժամանակին կկանխվեն շատ անցանկալի երևույթներ:

Եթե որևէ պատճառով կյանքի առաջին տարվա ընթացքում երեխան չի ստացել նշված տարիքի համար նախատեսված որևէ պատվաստում, անհրաժեշտ է, որ այն լրացվի հնարավորինս է կարճ ժամանակում:

Բոլոր պատվաստումները երեխան պետք է ստանա միայն բուժկանխարգելիչ կազմակերպություններում (պոլիկլինիկա, առողջության կենտրոն, ամբուլատորիա, բուժ¬կետ): Շատ կարևոր է, որ երեխան պատվատումներն ավարտի օրացույցով սահմանված ժամկետներում, որպեսզի նրա օրգանիզմը հասցնի պաշտպանվել վարակիչ հիվանդություններից: Մինչև 5-6 ամսական երեխան շատ ավելի հեշտ է տանում պատվաստումը, քան ավելի մեծ տարիքում, քանի որ մեծանում է շփումն արտաքին աշխարհի հետ, և սկսվում է ատամների ծկլթման պրոցեսը: Երեխայի պատվաստումից հրաժարվելուց առաջ լա՛վ մտածեք ու համադրե՛ք պատվաստման հավանական վտանգն ու հիվանդության հետևանքները:

ՈՐՈ՞ՆՔ ԵՆ ԱՊԱԳԱ ՍԵՐՈՒՆԴՆԵՐԻ ՕԳՈՒՏՆԵՐԸ

Արդեն նշել է, որ պատվաստանյութերով կանխարգելվող հիվանդություններից շատերը Հայաստանում գրեթե չեն հանդիպում կամ հազվադեպ են: Պատկերացրեք՝ ինչ կպատահի, եթե դադարեցվեն պատվաստումները: Նմանատիպ իրավիճակներ հայտնի են այլ երկրների փորձից: Այսպես՝ 1970-ական թթ. Ճապոնիայում երեխաների շուրջ 80%-ը պատվաստված էր կապույտ հազի դեմ: 1974 թ. ամբողջ Ճապոնիայում գրանցվել էր կապույտ հազի միայն 393 դեպք, մահվան դեպքեր չեն եղել: Սակայն հետագա տարիներին պատվաստանյութերի անվտանգության շուրջ ծագած մտավախությունների և անհանգստությունների պատճառով պատվաստումների ցուցանիշները նվազեցին մոտ 10%-ով: Մինչև 1979 թ. երկիրը բռնկված էր կապույտ հազով. ավելի քան 13 000 մարդ հիվանդացավ, և միայն այդ տարի 41 մարդ մահացավ: Երբ պլանային պատվաստումների գործընթացը վերստին բարելավվեց, հիվանդության դեպքերը կտրուկ նվազեցին: Խնդիրն այն է, որ պատվաստումները չի կարելի դադարեցնել միայն այն պատճառով, որ հիվանդության դեպքերը նվազել են: Բնակչության խոցելի խմբերում նույնիսկ դրանց սակավությունը կարող է խոշոր բռնկումների պատճառ լինել: Ահա սա է պատճառը, որ Հայաստանում դեռևս շարունակվում են պոլիոմիելիտի և դիֆթերիայի դեմ պատվաստումները, թեև 15-20 տարի է՝ մեր երկրում այս հիվանդու¬թյուն-ները չեն գրանցվում: Բայց և այնպես, եթե բնակչության շրջանում պաշտպանության մակարդակը պատշաճ չէ, վարակակիր մի ճանապարհորդ

կարող է իրավիճակը մոտ 50 տարով ետ շպրտել: Երբ պատվաստում եք երեխային, ապա պաշտպանում եք ոչ միայն նրան, նրա ընկերներին, համադասարանցիներին և նրանց ընտանիքները, այլև նրա երեխաներին ու թոռներին, ապագա սերունդներին:

ԻՆՉ ՀՆԱՐԱՎՈՐ ՌԵԱԿՑԻԱՆԵՐ ԿԱՐՈՂ ԵՆ ԼԻՆԵԼ

Պատվաստումից հետո երեխան կարող է ունենալ ջերմություն, թեթև ցան կամ ընդհանուր վիճակի փոփոխություն: Երբեմն ներարկման տեղում կարող է առաջանալ կարմրություն: Անհանգստանալու կարիք չկա. այն անցնում է երկու-երեք օրվա ընթացքում: Եթե երեխան բարձր ջերմություն ունի, անհրաժեշտ է տալ ջերմիջեցնող, շատ հեղուկներ, իսկ եթե երեխան կրծքով է սնվում, կերակրել հաճախակի:
Սակայն եթե, այդուհանդերձ, անհանգիստ եք երեխայի համար, կամ էլ առաջացել են այլ հիվանդագին նշաններ, անպայման պետք է դիմել բժշկի : Համադրե՛ք վարակներից առաջացած վտանգները և հնարավոր հետպատվաստումային ռեակցիաները և համոզվե՛ք, թե ինչից է պետք պաշտպանել բալիկին:

ԱՐԴՅՈՔ ԱՆՀՐԱԺԵ՞ՇՏ Է ՊԱՏՎԱՍՏԵԼ ԿՐԾՔՈՎ ԿԵՐԱԿՐՎՈՂ ԵՐԵԽԱՆԵՐԻՆ

Ներարգանդային կյանքում, ինչպես նաև մայրական կաթով նորածնին են փոխանցվում հակամարմիններ, որոնք պաշտպանում են նրան որոշ հիվանդություններից, սակայն ոչ լիարժեքորեն: Ճիշտ է, կրծքի կաթով սնվող երեխան կարող է ավելի թեթև տանել վարակը, սակայն վտանգի (հատկապես մահվան) հավանական վտանգը շատ մեծ է: Ուստի առավել կարևոր է վարակների հանդեպ անընկալությունն ապահովել պատվաստումներով:

ՊԱՏՎԱՍՏՈՒՄՆԵՐԻ ԱԶԳԱՅԻՆ ՕՐԱՑՈՒՅՑ

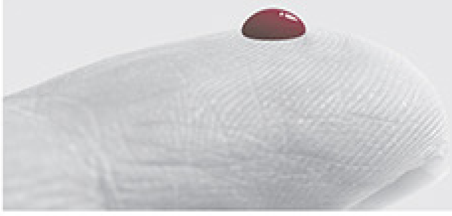
Հայաստանի Հանրապետությունում երեխաները պատվաստվում են՝ պատվաստումների ազգային օրացույցի համաձայն: Եթե պատվաստումները թերի կամ ոչ ժամանակին են կատարվում երեխաների օրգանիզմում կայուն պաշտպանություն (իմունիտետ) չի ձևավորվում: Երեխաները պատվաստումները ստանում են ներարկումների կամ խմելու ձևով: Կան մեկանգամյա և կրկնապատվաստում պահանջող պատվաստանյութեր:

ՈՐՈ՞ՆՔ ԵՆ ՀԱՍԱՐԱԿՈՒԹՅԱՆ ՄՏԱՎԱԽՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ

Երբեմն որոշ ծնողներ մտածում են, թե վերը թվարկվածները մանկական հիվանդություններ են, որոնցով երեխան անպայման պետք է հիվանդանա, կամ կարծում են, որ պոլիոմիելիտից կամ կարմրուկից երեխային հնարավոր չէ պաշտպանել. միևնույնն է հազարավոր երեխաներ հաշմանդամ են դառնում: Որոշ ծնողներ էլ ուղղակի չեն հավատում, որ պատվաստումները կարող են օգնել ու պաշտպանել երեխաներին այդ վարակիչ հիվանդություններից, ավելին՝ պարզապես վախենում են պատվաստումից: Նրանց թվում է, թե պատվաստումը վտանգում է երեխայի առողջությունը:

Հիշեցե՛ք՝ պատվաստումները ոչ թե վնասում, այլ պաշտպանում են երեխային մի շարք լրջորեն վտանգավոր վարակներից: Չպատվաստված երեխան կարող է հիվանդանալ, հաշմանդամ դառնալ, անգամ մահանալ: Պատվաստումները չեն վտանգում երեխայի կյանքը: Ժամանակի՛ն պատվաստե՛ք երեխաներին և ապա-հովե՛ք նրանց առողջ ապագան:

ՀՀ առողջապահության նախարարության «Հիվանդությունների վերահսկման և կանխարգելման ազգային կենտրոն»- ի գլխավոր տնօրենի խորհրդական, իմունականխարգելման ազգային ծրագրի ղեկավար Գայանե Սահակյան



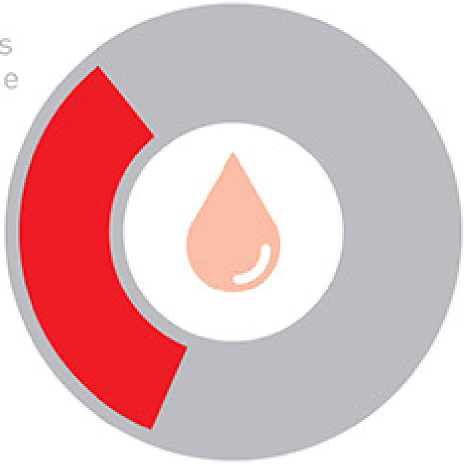
DIABETES

DIABETES IS ON THE RISE

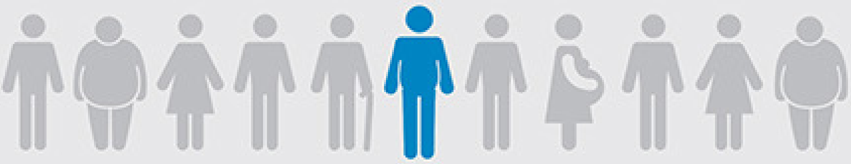
422 MILLION
adults have diabetes

3.7 MILLION
deaths due to diabetes and high blood glucose

1.5 MILLION
deaths caused by diabetes



THAT'S 1 PERSON IN 11



Main types of diabetes

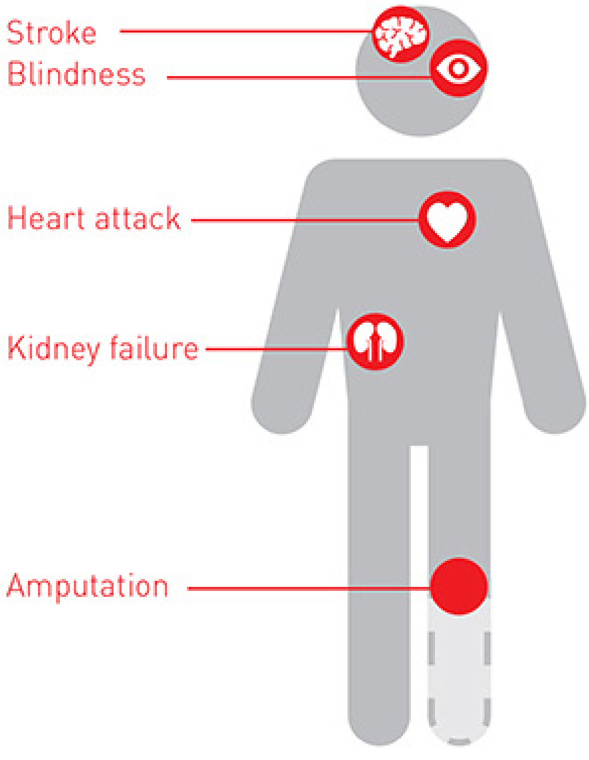
TYPE 1 DIABETES
Body does not produce enough insulin

TYPE 2 DIABETES
Body produces insulin but can't use it well

GESTATIONAL DIABETES
A temporary condition in pregnancy

Consequences

Diabetes can lead to complications in many parts of the body and increase the risk of dying prematurely.



Չի
ԿԱՐԵԼԻ

ԲՈՒԺՄԱՆ ՀՆԱՑԱԾ

ՄԵԹՈԴՆԵՐ

ԻՆՉ ՉՊԵՏՔ Է ԱՆԵԼ ՄԵՐ ՕՐԵՐՈՒՄ

Հրաչուհի Ղազարյան
մանկաբույժ

Արթուր Շուքուրյան
քիթ-կոկորդ-ականջաբան

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

Մարմնի ջերմաստիճանի բարձրացումն օրգանիզմի պաշտպանական ռեակցիան է՝ հիվանդության կամ վարակի դեմ: Ջերմիջեցնող դեղամիջոց կիրառելիս պետք է հիշել, որ երեխայի ջերմություն իջեցնելը չի բուժում հիմնական հիվանդությունը, պարզապես նվազեցնում է բարձր ջերմությամբ պայմանավորված անհարմարությունը:

Երեխային անհրաժեշտ է տալ ջերմիջեցնող դեղամիջոց միայն այն դեպքում, երբ նրա ինքնազգացողությունը վատ է: Որոշ երեխաներ բարձր ջերմության ժամանակ կարող են ունենալ ջերմային ցնցումներ, սակայն պետք է նշել, որ ջերմիջեցնողներ օգտագործելը չի կանխում ցնցման առաջացումը: Ջերմիջեցնող դեղամիջոցները պարունակում են կա՛մ ացետամինոֆեն (պարացետամոլ), կա՛մ իբուպրոֆեն: Մինչև վեց ամսական երեխաների շրջանում ջերմիջեցման նպատակով թույլատրվում է օգտագործել միայն ացետամինոֆեն պարունակող դեղամիջոցներ: Ավելի մեծ երեխաներին որպես ջերմիջեցնող կարելի է տալ նաև իբուպրոֆեն պարունակող պատրաստուկներ:

Մինչև 16 տարեկանը չի կարելի ջերմությունը բարձրացնելու ժամանակ օգտագործել ասպիրին, քանի որ կարող է հանգեցնել խիստ վտանգավոր խնդրի՝ լյարդի ախտահարման:
Ջերմիջեցնողներ կարելի է օգտագործել ինչպես օշարակի, մոմիկի, այնպես էլ հաբի ձևով՝ կախված երեխայի տարիքից:

Ջերմիջեցնող դեղամիջոցներն անտեղի, սխալ օգտագործելիս կամ չարաշահելիս կարող են առաջանալ վտանգավոր կողմնակի դրսևորումներ, որոնք կանխելու համար խիստ պարտադիր է դեղի ճիշտ դեղաչափի պահպանումը՝ կախված երեխայի տարիքից և քաշից:

Չի կարելի առանց բժշկի հետ խորհրդակցելու ականջաբորբերի, հարբուխի, դժվարաշնչության դեպքում դեղորայք օգտագործել:

Ականջաբորբը կարող է ունենալ բազմատեսակ կլինիկական արտահայտումներ՝ կախված բորբոքումների տեղակայումից և ականջի տարբեր բաժինների ընդգրկումներից: Սխալ բուժման կամ ինքնաբուժման պատճառով կարող են առաջանալ տարբեր բարդություններ, նույնիսկ ներգանգային:

Հարբուխը (քթաբորբ) քթի լորձաթաղանթի սուր կամ քրոնիկ ոչ սպեցիֆիկ բորբոքումն է: Նման ախտորոշման ժամանակ կարևոր է նշանակել համակցված բուժում՝ ընդգրկելով անոթասեղմիչներ, հակամանրէային դեղամիջոցներ՝ հիմնված տարիքային տարբերակված և բակտերիոլոգիական քննության տվյալների վրա՝ հաշվի առնելով կլինիկական ախտանիշները: Նշված դեղորայքային խմբերը շատ բազմազան են, և ինքնուրույն, առանց բժշկի խոհրդատվության դեղորայք օգտագործելը սխալ է:

Դժվարաշնչության պատճառները շատ տարբեր են՝ սկսած քմային և քիթ-ըմպանային նշիկների մեծացումից մինչև քթի միջնապատի ծռվածությունը: Նման դեպքերում բժշկի խորհրդատվությունը կօգնի հիվանդությունը ճիշտ ախտորոշել:

Ծծմբային խցանն առաջանում է ծծմբային գեղձերի գործունեության հետևանքով և ծծմբի ավելցուկների կուտակման պատճառով: Լրջագույն բարդություններից խուսափելու համար խցանը պետք է հեռացնի բժիշկը՝ բուժական հիմնարկի պայմաններում:
Ցանկացած հիվանդության բուժում պետք է հիմնված լինի ապացուցողական բժշկության չափորոշիչների վրա և այդ պատճառով նշված ինքնաբուժումը ժողովրդական մեթոդներով խստորեն արգելվում է:

Հրաչուհի Ղազարյան
մանկաբույժ

Արթուր Շուքուրյան
քիթ-կոկորդ-ականջաբան

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

Մարմնի ջերմաստիճանի բարձրացումն օրգանիզմի պաշտպանական ռեակցիան է՝ հիվանդության կամ վարակի դեմ: Ջերմիջեցնող դեղամիջոց կիրառելիս պետք է հիշել, որ երեխայի ջերմությունն իջեցնելը չի բուժում հիմնական հիվանդությունը, պարզապես նվազեցնում է բարձր ջերմությամբ պայմանավորված անհարմարությունը:

Երեխային անհրաժեշտ է տալ ջերմիջեցնող դեղամիջոց միայն այն դեպքում, երբ նրա ինքնազգացողությունը վատ է: Որոշ երեխաներ բարձր ջերմության ժամանակ կարող են ունենալ ջերմային ցնցումներ, սակայն պետք է նշել, որ ջերմիջեցնողներ օգտագործելը չի կանխում ցնցման առաջացումը: Ջերմիջեցնող դեղամիջոցները պարունակում են կա՛մ ացետամինոֆեն (պարացետամոլ), կա՛մ իբուպրոֆեն: Մինչև վեց ամսական երեխաների շրջանում ջերմիջեցման նպատակով թույլատրվում է օգտագործել միայն ացետամինոֆեն պարունակող դեղամիջոցներ: Ավելի մեծ երեխաներին որպես ջերմիջեցնող կարելի է տալ նաև իբուպրոֆեն պարունակող պատրաստուկներ:

Մինչև 16 տարեկանը չի կարելի ջերմությունը բարձրացնելու ժամանակ օգտագործել ասպիրին, քանի որ կարող է հանգեցնել խիստ վտանգավոր խնդրի՝ լյարդի անբավարարման:
Ջերմիջեցնողներ կարելի է օգտագործել ինչպես օշարակի, մոմիկի, այնպես էլ հաբի ձևով՝ կախված երեխայի տարիքից:

Ջերմիջեցնող դեղամիջոցներն անտեղի, սխալ օգտագործելիս կամ չարաշահելիս կարող են առաջանալ վտանգավոր կողմնակի դրսևորումներ, որոնք կանխելու համար խիստ պարտադիր է դեղի ճիշտ դեղաչափի պահպանումը՝ կախված երեխայի տարիքից և քաշից:

Չի կարելի առանց բժշկի հետ խորհրդակցելու ականջաբորբերի, հարբուխի, դժվարաշնչության դեպքում դեղորայք օգտագործել:

Ականջաբորբը կարող է ունենալ բազմատեսակ կլինիկական արտահայտումներ՝ կախված բորբոքումների տեղակայումից և ականջի տարբեր բաժինների ընդգրկումներից: Սխալ բուժման կամ ինքնաբուժման պատճառով կարող են առաջանալ տարբեր բարդություններ, նույնիսկ ներգանգային:

Հարբուխը (քթաբորբ) քթի լորձաթաղանթի սուր կամ քրոնիկ ոչ սպեցիֆիկ բորբոքումն է: Նման ախտորոշման ժամանակ կարևոր է նշանակել համակցված բուժում՝ ընդգրկելով անոթասեղմիչներ, հակամանրէային դեղամիջոցներ՝ հիմնված տարիքային տարբերակված և բակտերիոլոգիական քննության տվյալների վրա՝ հաշվի առնելով կլինիկական ախտանիշները: Նշված դեղորայքային խմբերը շատ բազմազան են, և ինքնուրույն, առանց բժշկի խորհրդատվության դեղորայք օգտագործելը սխալ է:

Դժվարաշնչության պատճառները շատ տարբեր են՝ սկսած քմային և քիթ-ըմպանային նշիկների մեծացումից մինչև քթի միջնապատի ծռվածությունը: Նման դեպքերում բժշկի խորհրդատվությունը կօգնի հիվանդությունը ճիշտ ախտորոշել:

Ծծմբային խցանն առաջանում է ծծմբային գեղձերի գործունեության հետևանքով և ծծմբի ավելցուկների կուտակման պատճառով: Լրջագույն բարդություններից խուսափելու համար խցանը պետք է հեռացնի բժիշկը՝ բուժական հիմնարկի պայմաններում:
Ցանկացած հիվանդության բուժում պետք է հիմնված լինի ապացուցողական բժշկության չափորոշիչների վրա և այդ պատճառով նշված ինքնաբուժումը ժողովրդական մեթոդներով խստորեն արգելվում է:

Հրաչուհի Ղազարյան
մանկաբույժ

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

Մարմնի ջերմաստիճանի բարձրացումն օրգանիզմի պաշտպանական ռեակցիան է՝ հիվանդության կամ վարակի դեմ: Ջերմիջեցնող դեղամիջոց կիրառելիս պետք է հիշել, որ երեխայի ջերմությունն իջեցնելը չի բուժում հիմնական հիվանդությունը, պարզապես նվազեցնում է բարձր ջերմությամբ պայմանավորված անհարմարությունը:

Երեխային անհրաժեշտ է տալ ջերմիջեցնող դեղամիջոց միայն այն դեպքում, երբ նրա ինքնազգացողությունը վատ է: Որոշ երեխաներ բարձր ջերմության ժամանակ կարող են ունենալ ջերմային ցնցումներ, սակայն պետք է նշել, որ ջերմիջեցնողներ օգտագործելը չի կանխում ցնցման առաջացումը: Ջերմիջեցնող դեղամիջոցները պարունակում են կա՛մ ացետամինոֆեն (պարացետամոլ), կա՛մ իբուպրոֆեն: Մինչև վեց ամսական երեխաների շրջանում ջերմիջեցման նպատակով թույլատրվում է օգտագործել միայն ացետամինոֆեն պարունակող դեղամիջոցներ: Ավելի մեծ երեխաներին որպես ջերմիջեցնող կարելի է տալ նաև իբուպրոֆեն պարունակող պատրաստուկներ:

Մինչև 16 տարեկանը չի կարելի ջերմությունը բարձրացնելու ժամանակ օգտագործել ասպիրին, քանի որ կարող է հանգեցնել խիստ վտանգավոր խնդրի՝ լյարդի անբավարարման:
Ջերմիջեցնողներ կարելի է օգտագործել ինչպես օշարակի, մոմիկի, այնպես էլ հաբի ձևով՝ կախված երեխայի տարիքից:

Ջերմիջեցնող դեղամիջոցներն անտեղի, սխալ օգտագործելիս կամ չարաշահելիս կարող են առաջանալ վտանգավոր կողմնակի դրսևորումներ, որոնք կանխելու համար խիստ պարտադիր է դեղի ճիշտ դեղաչափի պահպանումը՝ կախված երեխայի տարիքից և քաշից:

Արթուր Շուքուրյան
քիթ-կոկորդ-ականջաբան

Չի կարելի առանց բժշկի հետ խորհրդակցելու ականջաբորբերի, հարբուխի, դժվարաշնչության դեպքում դեղորայք օգտագործել:

Ականջաբորբը կարող է ունենալ բազմատեսակ կլինիկական արտահայտումներ՝ կախված բորբոքումների տեղակայումից և ականջի տարբեր բաժինների ընդգրկումներից: Սխալ բուժման կամ ինքնաբուժման պատճառով կարող են առաջանալ տարբեր բարդություններ, նույնիսկ ներգանգային:

Հարբուխը (քթաբորբ) քթի լորձաթաղանթի սուր կամ քրոնիկ ոչ սպեցիֆիկ բորբոքումն է: Նման ախտորոշման ժամանակ կարևոր է նշանակել համակցված բուժում՝ ընդգրկելով անոթասեղմիչներ, հակամանրէային դեղամիջոցներ՝ հիմնված տարիքային տարբերակված և բակտերիոլոգիական քննության տվյալների վրա՝ հաշվի առնելով կլինիկական ախտանիշները: Նշված դեղորայքային խմբերը շատ բազմազան են, և ինքնուրույն, առանց բժշկի խորհրդատվության դեղորայք օգտագործելը սխալ է:

Դժվարաշնչության պատճառները շատ տարբեր են՝ սկսած քթային և քիթ-ըմպանային նշիկների մեծացումից մինչև քթի միջնապատի ծռվածությունը: Նման դեպքերում բժշկի խորհրդատվությունը կօգնի հիվանդությունը ճիշտ ախտորոշել:

Ծծմբային խցանն առաջանում է ծծմբային գեղձերի գործունեության հետևանքով և ծծմբի ավելցուկների կուտակման պատճառով: Լրջագույն բարդություններից խուսափելու համար խցանը պետք է հեռացնի բժիշկը՝ բուժական հիմնարկի պայմաններում:
Ցանկացած հիվանդության բուժում պետք է հիմնված լինի ապացուցողական բժշկության չափորոշիչների վրա և այդ պատճառով նշված ինքնաբուժումը ժողովրդական մեթոդներով խստորեն արգելվում է:

12 ՓԱՍՏ
ԿՐԾՔՈՎ ԿԵՐԱԿՐԵԼՈՒ ՄԱՍԻՆ

Կրծքով կերակրելը շատ օգտակար է երեխային և մորը

1971թ.՝ 4 մայրերից 1-ն էր սկսում կրծքով կերակրել ծննդատնից դուրս գրվելուց հետո:

2012 թ.՝ 4 մայրերից 3-ն է սկսում կրծքով կերակրել ծննդատնից դուրս գրվելուց հետո:

Նորածնին կրծքով կերակրել կյանքի առաջին 6 ամիսների ընթացքում...
...սակայն մայրերի միայն կեսն է շարունակում կրծքով կերակրել մինչև 6-րդ ամիսը:

CDC, 2012

Մանկաբուժության ամերիկյան ակադեմիան առաջարկում է ներառել կոշտ սնունդ 6 ամսականում, բայց շարունակել կրծքով կերակրել 1 տարի:

Մայրական կաթը պարունակում է առնվազն
100 բաղադրիչ,
որոնք չկան կովի կաթում:

Ապացուցված է, որ կրծքի կաթի սննդանյութերից օմեգա-3-ճարպաթթուները (օրինակ, դոկոզահեքսաենաթթուն ՝ ԴՀԹ) **բարձրացնում են երեխաների IQ-ի ցուցանիշը:**

1 տարի կրծքով կերակրված երեխաները ինտելեկտուալ թեստերով ավելի բարձր արդյունքներ են արձանագրում 3 և 7 տարեկանում:

2 ամիս կրծքով կերակրված երեխաները
4 անգամ ավելի հաճախ են տառապում գիրությամբ*,
քան 1 տարի կերակրվածները:

Վերաբերում է տարրական դպրոցի տարիքին:

Այլ օգուտներ երեխայի համար.
ականջի, շնչուղիների, միզուղիների և մանկական այլ վարակների հանդեպ ավելի բարձր դիմադրողականություն

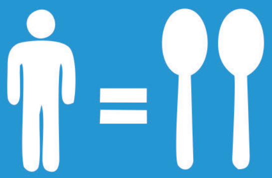
Սա նույնպես օգտակար է մայրիկին.
Առնվազն 6 ամսվա ստնտու կանանց շրջանում նվազում է մահացությունը
ՍՐՏԻ ԿԱԹՎԱԾԻՑ՝ 17%-ով | ԱՅԼ ՏԻՊԻ ՔԱՂՑԿԵՂՆԵՐԻՑ՝ 10%-ով

ԻՋԵՑՐԵ՛Ք ԶԱՐԿԵՐԱԿԱՅԻՆ ՃՆՇՈՒՄԸ

ԻՐԱԿԱՆՈՒԹՅՈՒՆՆ ԱՂԻ ՄԱՍԻՆ

ԱՂ/ՆԱՏՐԻՈՒՄ (Na+)
ՍՆՆԴԱԿԱՐԳՈՒՄ ԱՂԸ ՉԱՐԱՇԱՀԵԼԸ ՀԱՆԳԵՑՆՈՒՄ Է ԲԱՐՁՐ ԶԱՐԿԵՐԱԿԱՅԻՆ ՃՆՇՄԱՆ

ՀՀ բնակչությունը չափից շատ աղ է օգտագործում...



ՀՀ քաղաքացին օգտագործում է օրը միջինը ավելի քան 5000մգ 2 թեյի գդալ) աղ:

1500մգ
2300մգ
Աղի օրվա պահանջարկը 2300մգ է, իսկ զարկերակային գերճնշում ախտորոշելու դեպքում՝ 1500մգ:

3X
Այսպիսով, ՀՀ քաղաքացին միջինն օգտագործում է պահանջվածից գրեթե **3 անգամ** ավելի շատ աղ:

ԱՐԴՅՈՔ ԳԻՏԵ՞Ք, ՈՐ...

ԱՂԸ ՀԱՆԳԵՑՆՈՒՄ Է ԳԵՐՃՆՇՄԱՆ
Աղը նպաստում է մարմնում հեղուկի կուտակմանը և արյան ծավալի մեծացման, սա էլ՝ հանգեցնում սրտի աշխատանքի ծանրաբեռնման և զարկերակային ճնշման բարձրացման՝ գերճնշման:

ԳԵՐՃՆՇՈՒՄԸ ՀԱՄՐ ՄԱՐԴԱՍՊԱՆ Է
Գերճնշումը չունի որևէ հստակ ախտանիշ, որից կարելի է գանգատվել: Իրականում մարդկանց մեծ մասը չգիտի էլ, որ գերճնշում ունի...

ՀՌՈՄԵԱՑԻ ԶԻՆՎՈՐՆԵՐԻՆ ԱՂՈՎ ԷԻՆ ՎՃԱՐՈՒՄ
Հին Հռոմում զինվորներին նրանց ծառայության դիմաց վճարում էին աղով: «Salary» բառը ծագում է լատիներեն «salarium» բառից, որն ի սկզբանե նշանակել է «աղի նպաստ»:

ՄԱՐԴԻԿ «ՎՃԱՐՈՒՄ ԵՆ» ԳԵՐՃՆՇՄԱՄԲ
Մարդիկ հանուն աղի հանդեպ սիրո «վճարում են» սրտի, ուղեղի կաթվածներով, սրտային հիվանդությամբ, սրտային անբավարարությամբ և այլն: Բոլոր այս իրավիճակները պայմանավորվում են աղ շատ օգտագործելու հետևանքով զարգացած գերճնշմամբ:

ԳԵՐՃՆՇՈՒՄԸ #1 առողջապահական խնդիր է

Առաջին քայլը սեղանից աղամանը հեռացնելն է:
Համադրե՛ք փաստերը և միջոցնե՛ր ձեռնարկեք. հավանական է՝ կարող եք ընդամենը 1 թեյի գդալ հեռու լինել առաջին ու մահացու սրտի կաթվածից:
Շատ երկրներում գերճնշումը թիվ 1 առողջապահական խնդիրն է: Բարձր զարկերակային ճնշումն ախտահարում է ոչ միայն սիրտը, այլև գլխուղեղը:
Գլխուղեղային կաթվածը գերճնշման երկրորդ ամենատարածված բարդությունն է:
Աչքերն ու երիկամները նույնպես ախտահարվում են: Սրտային հիվանդություններից ավելի շատ կին է մահանում, քան բոլոր տիպի քաղցկեղներից՝ միասին վերցրած:
Նվազեցրե՛ք աղի քանակը. Ձեր կյանքը դրանից է կախված:

ՇԱԳԱՆԱԿԱԳԵՂՁԻ ԱՌՈՂՋՈՒԹՅՈՒՆ

Մոտավորապես 7 տղամարդկանցից 1-ը կյանքի ընթացքում ունենում է շագանակագեղձի քաղցկեղ:

No.1

ԱՄՆ-ում մաշկի քաղցկեղի հետ մեկտեղ շագանակագեղձի քաղցկեղը տղամարդկանց շրջանում ամենատարածվածն է:

66

Շագանակագեղձի քաղցկեղ հայտնաբերելու միջին տարիքը:

65+

Ի հայտ է գալիս գլխավորապես 65-ն անց տղամարդկանց շրջանում և հազվադեպ է մինչև 40 տարեկանը:

2.7 մլն - ԱՄՆ-ում շագանակագեղձի քաղցկեղով տառապող տղամարդկանց մոտավոր թիվը:

No. 2 - ԱՄՆ-ում տղամարդկանց՝ քաղցկեղից մահացության երկրորդ պատճառն է՝ զիջելով միայն թոքի քաղցկեղին: 36 տղամարդկանցից մոտավորապես 1-ը մահանում է շագանակագեղձի քաղցկեղից:

Հավանական վտանգի գործոններ

ՏԱՐԻՔ

Դեպքերի ավելի քան 70%-ը 65-ն անց տղամարդիկ են: Տղամարդը 50 տարեկանից պետք է հետազոտվի տարին մեկ անգամ:

ԺԱՌԱՆԳԱԿԱՆՈՒԹՅՈՒՆ

Շագանակագեղձի քաղցկեղով առաջին կարգի հարազատ ունենալը հավանական մեծ վտանգ է, և պետք է հետազոտվել 40 տարեկանից:

ՌԱՍԱ

Ամենից հաճախ շագանակագեղձի քաղցկեղով հիվանդանում են 40-ն անց աֆրոամերիկացի տղամարդիկ, ուստի նրանք պետք էհետազոտվեն 40 տարեկանից:

ՍՆՆԴԱԿԱՐԳ

Հետազոտություններով ենթադրվում է, որ կենդանական ճարպերի կամ մսի բարձր պարունակությամբ սննդակարգի հետևող տղամարդիկ կարող են ենթարկվել հավանական ավելի մեծ վտանգի:

Առողջապահական խորհուրդներ

Ուտել ցածր կալորիականությամբ սնունդ և վարժություններ հաճախակի կատարել՝ մարմնի առողջ քաշ պահպանելու համար:

Մրգերով ու բանջարեղենով հարուստ սննդակարգի հետևող տղամարդիկ կարող են նվազեցնել շագանակագեղձի քաղցկեղ ունենալու հավանական վտանգը:

Սահմանափակել կարմիր մսի և կաթնամթերքի հետ օգտապործվող ճարպերի քանակը:

Չափավորել կամ ընդհանրապես խուսափել ծխելուց և ալկոհոլից: Ֆիզիկական ակտիվությունը կարևոր է, ուստի մարզվել շաբաթը 2-3 անգամ:

Հետևել կալցիումի ընդունելիք քանակին: Խուսափել սննդահավելումների միջոցով ավելի քան 1500մգ կալցիում ընդունելուց:

Հաճախակի օգտագործել ձկնեղեն. սա կարող է նպաստել՝ շագանակագեղձի քաղցկեղից խուսափելու՝ «լավ յուղերի», մասնավորապես օմեգա-3-ճարպաթթուների շնորհիվ:

Գիտնականները հետազոտում են շագանակագեղձի քաղցկեղի վրա շամպինյոնների հորմոն-պաշարող ազդեցությունը. սա առողջապահական խորհուրդ է

Ախտանշաններ

- **մեզի թուլացած կամ ընդհատված հոսք,**
- **հաճախամիզություն (հատկապես գիշերները),**
- **միզարձակման խնդիրներ,**
- **ցավոտ սերմնաժայթքում,**
- **ցավ կամ այրոց միզելիս,**
- **արյուն մեզում կամ սերմնահեղուկում,**
- **մեջքի, կոնքազդրային հոդերի կամ կոնքի պահպանվող ցավ:**

Պացիենտների գոհունակություն ավելացնելու

10 խորհուրդ

Քանի որ ավելի ու ավելի շատ մարդիկ են օգտվում պոլիկլինիկական և հիվանդանոցա-յին ծառայություններից, պահանջարկը մեծանում է՝ հանգեցնելով մարդաշատ իրավի-ճակների, ավելի երկար հերթերի, իսկ բժիշկներն էլ հարկադրված են լինում նշանակելու այսպես կոչված «սպասասրահային» բուժում:
Ստորև ներկայացվում է 10 խորհուրդ, որոնք պետք է նկատի ունենան բուժհաստա-տությունները և բուժանձնակազմը, որպեսզի արժանան պացիենտների գոհունակության բարձրագույն մակարդակին:

10. Ինչ տալիս եք, այն էլ ստանում:
Սա փորձված ու ապացուցված է, և գործում է նաև պացիենտների գոհու¬նա¬կության դեպքում: Արագ հերթագրումը, բուժմանն ու հսկողությանը պացիենտի և նրա ընտանիքի ներգրավումը, ինչպես նաև լիարժեք հանգստացած, աշխատաժամերին լավագույն արդյունավետություն ցուցաբերող բուժքույրերը, համարվում են արագ լուծումներ, բայց և կարևոր դեր ունեն արդյունքները բարելավելու համար:

9. Ստեղծել հերթագրման համակարգերի վրա և բարելավել դրանք:
Հաշվարկեք, թե որքան ժամանակ կպահանջվի պացիենտին մի կաբինետից մյուսը գնալու համար և համա¬պա¬տաս¬¬խանեցրեք համակարգը՝ վարձելով ծրագրավորողներ և ճարտարագետ¬ներ, որոնք կգնահատեն ու կօպտիմալացնեն դրա համակարգի արդյունավետությունը և կգոհացնեն պացիենտներին:

8. Ունենալ ժպտացող, օգնող ու հոգատար անձնակազմ:
Երբ պացիենտները չեն հարմարվում գործող համակարգին, բուժանձնակազմը պետք է կողմնորոշվի ինչպես վարվել պացիենտների մտահոգությունների ու բողոքների դեպքում: Երբեմն, երբ ինչ-որ բան այնպես չէ, պացիենտի խնդրանքն անտեսելու փոխարեն մի պարզ ներողությունը կամ նրան այն պաշտոնյայի մոտ ուղղորդելը, որը կարող է պատասխանել հուզող հարցին, կարող է փոխել բոլորի օրը:

7. Շփվել պացիենտների հետ:
Շփումից խուսափելը, սպասասրահում պացիենտին շտապեցնելը կամ անտեսելը միայն այն պատճառով, որ «նրա ժամը չէ» անտարբերության դրևորումներ են, որ պետք է փոխվեն: Հավելյալ օրինակներ են սպասասրահում կամ միջանցքում բժիշկների՝ անձնական խնդիրների մասին բարձրաձայն խոսակցությունը կամ էլ վաճառքի ավտոմատների անորոշ ժամանակով անսարքությունը:

6. Հարկ եղած դեպքում դիմել ավտոմատացված համակարգի:
Կրճատեք վատնած ժամանակը, անարդյունավետությունն ու վրիպակները՝ որոշ գործողություններ ավտոմատացնելով: Հիվանդներին առնչվող ձևաթղթերը ընդամենը մի պարզ օրինակ են, որ նման փոփոխություններն անհրաժեշտ են: Պացիենտները նաև գոհունակություն են հայտնում առցանց ձևերի դեպքում:

5. Կրճատել համակարգի ձգձգումներ:
Նպատակը զանգահարող պացիենտների նույնօրյա նշանակումներն են՝ լաբորատոր արդյունքների և այլ փաստաթղթերի բաշխումը հետաձգելով, ինչպես նաև գործար¬կելով այնպիսի տեխնոլոգիաներ, որոնք հիվանդներին հնարավորություն կընձեռեն ուղղակիորեն կապվել բուժքույրերի հետ, և ոչ թե սպասել, թե երբ ինչ-որ մեկը կպատասխանի հեռախոսազանգին:

4. Արագացնել համակարգերը, բայց չշտապեցնել պացիենտներին:
Պացիենտին շտապեցնելը կարող է հանգեցնել վրդովմունքի, դժգոհության և վատ արդյունքների:

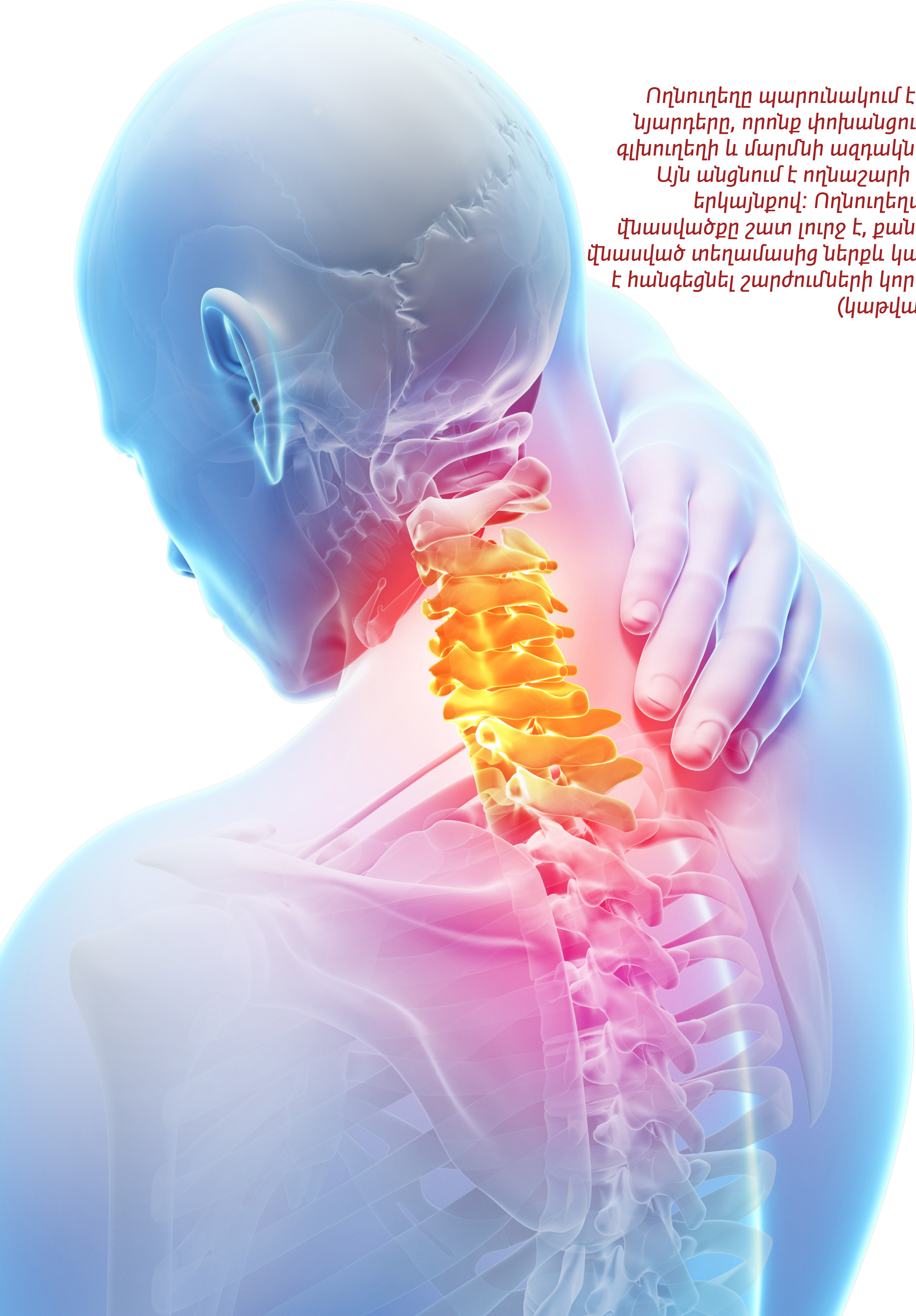
3. Ձեզ պատկերացնեք իբրև պացիենտ:
Ավտոմեքենան կայանելով պացիենտներին հատկացված վայրում են կամ բուժհաս¬տա-տությունում շրջելով այն չճանաչող մեկի ուղեկցությամբ և թույլ տալով նրան առաջնորդել Ձեզ, կկարողանաք հասկանալ, թե որտեղ է «կաղում» ենթակառուց¬ված¬քը, և ամենակարևորը՝ որտեղ կարելի է ինչ-որ բան բարեփոխել:

2. Դրական տպավորությունները ստվերեն բացասականները:
Անհնար է կատարյալ լինել, բայց կարելի է առնվազն ձգտել այդպիսի նպա¬տակի: Պացիենտները, անշուշտ, հաշվի կառնեն դա, և բուժհաստատու¬թյան ընդհանուր դրական տպավորությունը կհամոզի նրանց ավելի մեղմ «դատել» այն ոլորտները, որտեղ դեռևս թերանում ենք:

1. Ուղենիշ ընտրել առողջապահության ոլորտից դուրս:
Փորձելով բարելավել պացիենտների սպասարկումը՝ հիմնականում համեմատվում են բուժաշխատողներն ու բուժհիմնարկները: Սակայն դա միշտ չէ, որ ցանկալի արդյունքի է հանգեցնում: Ժամանակն է, որ բուժհաստատության ուղեցույց դառնան սպասարկման այնպիսի գործոնները, ինչպիսիք են ֆինանսական ծառայությունները, հյուրընկալությունը և այլն, որոնք վաղուց արդեն ձևավորել են գրագետ սպասարկում: Այլ կերպ ասած՝ պետք է համեմատվել հյուրանոցների, բանկերի, զբոսաշրջային գործակալությունների հետ և այլն:

Ողնաշարի վնասվածք

Ողնուղեղը պարունակում է այն նյարդերը, որոնք փոխանցում են գլխուղեղի և մարմնի ազդակները: Այն անցնում է ողնաշարի ողջ երկայնքով: Ողնուղեղային վնասվածքը շատ լուրջ է, քանի որ վնասված տեղամասից ներքև կարող է հանգեցնել շարժումների կորստի (կաթվածի):



Պատճառներ

Ողնաշարի վնասվածքների հիմնական պատճառներ են.

- հրազենային վնասվածքը կամ դանակահարությունը,
- դեմքի, պարանոցի, կրծքավանդակի կամ մեջքի տրավմատիկ վնասումը (օրինակ՝ ավտովթարի դեպքում),
- անհաջող ջրասուզվելը,
- էլեկտրահարումը,
- մարմնի միջին հատվածի ծայրահեղ պտտումը,
- գլխի վրա վայրէջքը մարզական վնասման դեպքում,
- բարձրությունից ընկնելը:

Ախտանշաններ

Ողնաշարի վնասվածքը կարող է ներառել հետևյալ ախտանշանները.

- գլխի անսովոր դիրք,
- թմրածություն կամ ծակծկոց, որը տարածվում է ձեռքի կամ ոտքի երկայնքով,
- թուլություն,
- քայլելու դժվարություն,
- ձեռքերի կամ ոտքերի կաթված (շարժման բացակայություն),
- միզապարկը կամ աղիները վերահսկելու կորուստ,
- շոկ (գունատ, կպչուն մաշկ, կապտավուն շուրթեր ու եղունգներ, շփոթված կամ կիսագիտակից վիճակ),
- զգոնության բացակայություն (գիտակցության կորուստ),
- կարկամած պարանոց, գլխացավ կամ պարանոցի ցավ:

Առաջին օգնություն

ՉԻ ԿԱՐԵԼԻ առանց խիստ անհրաժեշտության տեղաշարժել ողնաշարի վնասվածքի կասկածով տուժածին, օրինակ՝ եթե նրան պետք է դուրս հանել այրվող մեքենայից կամ օգնել շնչելու:

Տուժածին պետք է պահել լիովին անշարժ և անվտանգ մինչև բուժօգնության ժամանելը.

- զանգահարել շտապօգնություն՝ 1-03,
- պահել տուժածի գլուխն ու պարանոցը այն դիրքում, ինչպես եղել են,
- չփորձել ուղղել պարանոցը,
- թույլ չտալ պարանոցի ծալում կամ պտտում:

Եթե տուժածը չի արձագանքում կամ չի պատասխանում ազդակներին՝

- ստուգել շնչառությունն ու սրտի աշխատանքը,
- հարկ եղած դեպքում կատարել սիրտ-թոքային վերակենդանացում,
- կատարել միայն կրծքավանդակի սեղմումներ՝ առանց արհեստական շնչառություն տալու:

Տուժածին մեջքն ի վայր շրջել միայն այն դեպքում, երբ փսխում է կամ արյունով շնչահեղձ է լինում, կամ էլ շնչառությունը ստուգելու կարիք կա: Եթե տուժածին անհրաժեշտ է թեքել, ապա՝

- դա պետք է անել առնվազն երկուսով,
- մեկը պետք է լինի տուժածի գլխի մոտ, իսկ մյուսը՝ տուժածի կողքը,
- պահել տուժածի գլուխը, պարանոցն ու մեջքը մեկ գծով և միաժամանակ կողքի թեքել:

ՉԻ ԿԱՐԵԼԻ

- ՉԻ ԿԱՐԵԼԻ ծալել, պտտել կամ բարձրացնել տուժածի գլուխը կամ մարմինը:
- ՉԻ ԿԱՐԵԼԻ փորձել տեղաշարժել տուժածին մինչև բուժօգնության ժամանելը, քանի դեռ դրա բացարձակ կարիքն իրապես չկա:
- ՉԻ ԿԱՐԵԼԻ հեռացնել սաղավարտը կամ անվտանգության այլ պարագաներ, եթե առկա է ողնուղեղային վնասման կասկած:

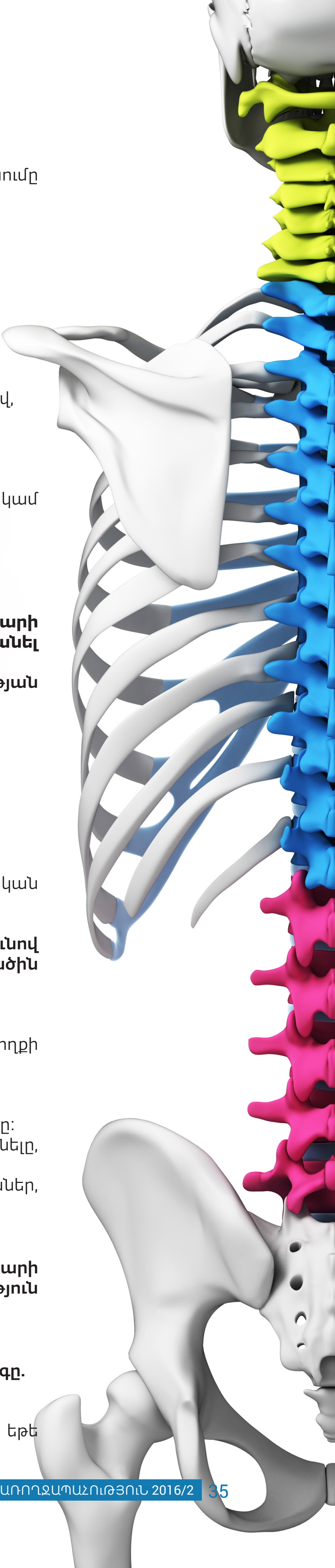
Երբ դիմել բժշկի

Անմիջապես զանգահարեք 1-03, եթե կասկածում եք, որ տուժածն ունի ողնաշարի վնասվածք: ՄԻ ՏԵՂԱՇԱՐԺԵՔ տուժածին, եթե հրատապ անհրաժեշտություն չկա:

Կանխարգելում

Հետևյալ միջոցառումները կարող են նվազեցնել ողնաշարը վնասելու վտանգը.

- կրել ամրագոտիներ,
- փոխադրամիջոց խմած չվարել,
- չսուզվել այնպիսի ջրավազաններ, լճեր, գետեր կամ ջրամբարներ, եթե հնարավոր չէ որոշել դրանց խորությունը, կամ եթե ջուրը պարզ չէ:



ՊԱՐԵՆԱՅԻՆ ԱՆՎՏԱՆԳՈՒԹՅԱՆ

10 ՓԱՍՏ

1. Ավելի քան 200 հիվանդություն տարածվում է սննդի միջոցով

Ամեն տարի միլիոնավոր մարդիկ՝ հիվանդանում, շատերը մահանում են ոչ անվտանգ սնունդ ընդունելու հետևանքով: Միայն փորլուծության հիվանդությունները խլում են տարին շուրջ 1.5 մլն մանկան կյանք: Այդպիսի շատ հիվանդություններ վերագրվում են աղտոտված սննդին կամ խմելու ջրին: Սնունդը պատշաճ պատրաստելը կարող է կանխել սննդային ծագման հիվանդությունների մեծ մասը:

2. Աղտոտված սնունդը կարող է հարուցել երկարատև առողջական խնդիրներ

Սննդային ծագման հիվանդության ամենատարածված ախտանիշերն են ստամոքսի ցավերը, փսխումը և լուծը: Ծանր մետաղներով կամ բնական ծագման տոքսիններով աղտոտված սնունդը կարող է նաև հարուցել երկարատև առողջական խնդիրներ, այդ թվում՝ քաղցկեղ և նյարդաբանական խանգարումներ:

3. Սննդային ծագման հիվանդություններն   առավել ծանր են   ներգործում սոցիալապես անապահով մարդկանց վրա

Աղտոտված սննդամթերքով հարուցված վարակները շատ ավելի ծանրորեն են ներգործում վատ կամ անկայուն առողջությամբ բնակչության վրա և հեշտությամբ կարող են հանգեցնել լուրջ հիվանդության, անգամ՝ մահվան: Նորածինների, հղիների, հիվանդների ու ծերերի շրջանում սննդային ծագման հիվանդությունների հետևանքները սովորաբար առավել ծանր են և կարող են ճակատագրական լինել:

4. Գոյություն ունեն սննդի աղտոտման բազմաթիվ ուղիներ
Այսօր բնակչությանը սննդով ապահովելը բարդ գործընթաց է, և սնունդը սպառողին հասցնելը ներառում է տարբեր փուլեր՝ ներտնտեսային արտադրություն, մորթ կամ բերքահավաք, վերամշակում, պահեստավորում, տեղափոխում և բաշխում:

5. Համաշխարհայնացումը (գլոբալացում) պարենային անվտանգությունը դարձնում է կենսականորեն անհարժեշտ, բայց և ավելի խրթին
Սննդի արտադրության և առևտրի համաշխարհայնացումը (գլոբալացում) սննդային շղթան դարձնում է ավելի երկար՝ բարդացնելով սննդային ծագման հիվանդությունների բռնկման և հետևանքների քննությունը, դժվարացնելով արտակարգ իրավիճակներում արտադրանքը հետ պահանջելը:

6. Պարենային անվտանգությունը բազմոլորտ խնդիր է
Սննդի անվտանգությունն ապահովելու և բարելավելու նպատակով համագործակցում են բազմաթիվ մասնագետներ՝ օգտվելով գիտության և տեխնոլոգիաների արդի նվաճումներից: Անհրաժեշտ է փոխգործակցություն, այլև հանրային առողջապահությամբ, գյուղատնտե-սությամբ, կրթությամբ ու առևտրով զբաղվող բոլոր կառավարական վարչությունների և գե-րատեսչությունների փոխադարձ կապ՝ ներգրավելով նաև քաղաքացիական հասարա-կությանը, այդ թվում՝ սպառողական խմբերին:

7. Սննդի աղտոտումն իբրև ամբողջություն ազդում է նաև տնտեսության և հասարակության վրա
Սննդի աղտոտումը, անմիջական հանրային առողջապահական հետևանքներից բացի, ունենում է նաև հեռահար հետևանքներ. այն խաթարում է սննդամթերքի արտահանումը, զբոսաշրջությունը, սննդամթերք մշակողների բարեկեցությունը և տնտեսության բարգավաճումը, ինչպես առաջադեմ, այնպես էլ զարգացող երկրներում:

8. Որոշ վնասակար մանրէներ դառնում են դեղակայուն
Հակաբիոտիկային կայունությունը համաշխարհային հարաճուն առողջապահական մտահոգիչ խնդիր է: Գյուղատնտեսության և անասնապահության մեջ հակամանրէային միջոցներ չարաշահելը, ի լրումն մարդկանց օգտագործելու, հակաբիոտիկային կայունություն առաջանալու ու տարածվելու գործոններից են: Հակաբիոտիկակայուն մանրէները կենդանիներից կարող են սննդի միջոցով փոխանցվել մարդկանց:

9. Յուրաքանչյուրն ունի սնունդն անվտանգ պահելու իր դերը
Պարենային անվտանգությունը կառավարության, արդյունաբերության, արտադրողի, ակադեմիական կառույցների ու սպառողների համընդհանուր պատասխանատվությունն է. յուրաքանչյուր ոք ունի իր ուրույն դերը: Պարենային անվտանգությունը բազմոլորտ գոր-ծընթաց է, որը փորձագիտական գիտելիքներ է պահանջում մի շարք ոլորտներում՝ թունա-բանություն, մանրէաբանություն, մակաբուծաբանություն, սննդաբանություն, առողջապահա-կան տնտեսագիտություն, ինչպես նաև բժշկություն և անասնաբուժություն: Կարևոր է նաև տեղական համայնքների, հասարակական խմբերի և դպրոցական կրթության դերը:

10. Սպառողները պետք է պարենային անվտանգության պահպանման կանոններին
Մարդիկ պետք է կատարեն սննդի խելացի ընտրություն՝ պահպանելով համարժեք գործե-լակերպ: Նրանք պետք է քաջատեղյակ լինեն պարենային տարածված վտանգներին, այլև սնունդն անվտանգ պատրաստելուն՝ օգտվելով պարենային ապրանքների մակնշմամբ նախատեսված տեղեկություններից:

Ամբողջացնելով «Առողջապահություն» ամսագրի 60-ամյա հոբելյանին նվիրված մեր պարբերականի նորովի լույս ընծայումը՝ վերատպում ենք Մարտուն Մուրադյանի զեկավարած ամսագրի 1984 թ.-ի երրորդ համարից մի քանի ուշագրավ էջ . . .

ԴԱՎԱՆԱՆՔԻՆ ՀԱՎԱՏԱՐԻՄ

Այսօր նա չի աշխատում. վաստակած հանգիստն է վայելում: Նրա հարուստ կենսագրության համառոտ շարադրանքն իսկ այն բանի խոսուն վկան է, որ զրուցակիցս՝ ճանաչված համաճարակաբան, բժշկական կադրերի պատրաստման և կատարելագործման փորձառու մասնագետ, «Առողջապահություն» ամսագրի երկարամյա գլխավոր խմբագիր, բազմաթիվ գիտական հոդվածների հեղինակ, ՀՀ բժշկական գիտությունների ակադեմիայի պատվավոր դոկտոր, պրոֆեսոր Մարտունի Ավետիսի Մուրադյանը, զգալի ներդրում է ունեցել ՀՀ առողջապահության ոլորտի զարգացման ու կատարելագործման կարևորագույն գործում:

Համեստ բնավորությունն ու կատարած հսկայածավալ աշխատանքի մասին դժկա¬մու¬-թյամբ խոսելը նրա կեենսակերպն է, որ ժառանգել է ցեղասպանությունից մազապուրծ և Գյումրու (Լենինական) ամերիկյան որբանոցում մեծացած ծնողներից:

Նրա մանկութունն ու պատանեկությունը համընկել են Մեծ հայրենականի դժնդակ տարիներին, երբ բազմանդամ ընտանիքի առաջնեկ զավակին վիճակված էր հանապազօրյա հաց հայթայթելու համար օգնել ծնողներին:

Մանկուց լինելով արդարամիտ և նրբանկատ, ինչպես նաև սովոր դժվարություններն ինքնուրույն հաղթահարելուն՝ հետագա տարիների ընթացքում չկորցրեց մարդկային լավագույն հատկանիշները. այսօր էլ բոլորը նրան ճանաչում են որպես չափազանց զուսպ, պարզ ու անմիջական, ազնիվ, զգայուն ու ընկերասեր մի անձնավորության, որի համար մարդկանց հետ հարաբերվելիս միշտ առաջնային է անկողմնակալ վերաբերմունքն ու սկզբունքայնությունը:

Դպրոցական տարիներին հրապուրված էր երաժշտությամբ, և թվում էր, թե երաժշտական ուսումնարանն ավարտելուց հետո ուսումը շարունակելու է այդ ուղղությամբ, սակայն նրան սկսեց հետաքրքրել բժշկությունը և հաջողությամբ հանձնելով ընդունելության քննությունները՝ ընդունվեց Երևանի պետական բժշկական ինստիտուտ՝ ընտրելով համաճարակաբանի մասնագիտությունը:

1954 թ. ինստիտուտն ավարտելուց հետո Մ.Մուրադյանը գործուղվում է Նոյեմբերյան՝ ստանձնելով շրջանային առողջապահության բաժնի վարիչի պարտականությունները, ամբողջովին նվիրվելով գյուղական բնակչության առողջության պահպանման պատաս-խանատու գործին: Աշխատանքային 3 տարիների ընթացքում նրան հաջողվում է հեռավոր այդ շրջանում կառուցել սանիտարահակահամաճարակային կայան՝ մանրէաբանական լաբորատորիայով, հիվանդանոցում ստեղծել ռենտգեն կաբինետ, իսկ Կողբ գյուղում՝ տուբդիսպանսեր: 1957-ին Մ. Մուրադյանը վերադառնում է Երևան, նշանակվում դիֆթերային հանձնաժողովի համաճարակաբան՝ շարունակելով գործնական աշխատանքը հանրա-պետական սանիտարահակահամաճարակային կայանում, այնուհետև որպես կրտսեր գիտաշխատող աշխատանքի է անցնում համաճարակաբանության, մանրէաբա¬նության և հիգիենայի գիտահետազոտական ինստիտուտում: Երկու տարի անց նա արդեն Երևանի պետական բժշկականինստիտուտիհամաճարակաբանության ամբիոնի ասիստենտ էր:

1963 թ. Մ. Մուրադյանը տեղափոխվում է

Երևանի՝ բժիշկների կատարելագործման նորաստեղծ ինստիտուտ՝ որպես դասախոս՝ պրոֆեսոր Վ. Ալեքսանյանի հետ դառնալով համաճարակաբանության ամբիոնի հիմնադիր:
1966 թ. պաշտպանում է «Դիֆթերիայով հիվանդացության համաճարակաբանական վերլուծությունը և դրա վերացման ուղիները Հայաստանում 1951-1964 թթ.» թեկնածուական թեզը:
1968 թ. նա համաճարակաբանության ամբիոնի դոցենտ էր: Խորհրդային Միության տարբեր վայրերից վերապատրաստման նպատակով Երևանի՝ բժիշկների կատարե-լագործման ինստիտուտի դասընթացներին մասնակցողներն իրենց շնորհակա¬լությունն ու երախտագիտության խոսքերն են հղել Մ. Մուրադյանին՝ նշելով, որ հմուտ մանկավարժի յուրահատուկ մատուցվող դասախոսությունները հետաքրքիր գիտական քննարկումների էին վերածվում և համապատասխան լուծումներ ստանում:
Անգնահատելի է Մ. Մուրադյանի դերը հանրապետությունում դիֆթերիայի և վարակիչ այլ հիվանդությունների դեմ պայքարի ու վերացման գործում: Դիֆթերիայի դեմ պատվաստումների ժամկետները փոփոխելու նրա առաջարկը, ինչպես նաև առողջ երեխաների շրջանում մանրէաբանական հետազոտությամբ մակաբուծակիրներ հայտնաբերելու մեթոդը փոփոխելը հաստատվել են միութենական առողջապահության նախարարության կողմից և գործնականում մինչ օրս կիրառվում են ԱՊՀ երկրներում: Նա է նաև լիստերիոզի լաբորատոր հետազոտության պարզեցված ու սանիտարահիգիենիկ-համաճարակային կայաններում կիրառելի մեթոդի և դրան վերաբերող առաջին մեթոդական նամակի հեղինակը:
1982 թ. նրան առաջարկվում է աշխատանքին զուգահեռ վարելու հեռուստատեսային «Առողջություն» հանդեսը, որի սցենարիստն էր նաև:
1984 թ. Մ. Մուրադյանը նշանակվում է «Առողջապահություն» ամսագրի գլխավոր խմբագիր՝ համատեղությամբ դասախոսական աշխատանքը շարունակելու իրավունքով, և առաջին իսկ օրվանից ձեռնամուխ լինում մի շարք փոփոխությունների, որոնք նպաստում են ամսագրի տպաքանակի, բաժանորդների թվի և եկամուտների ավելացմանը: Կյանքի են կոչվում նոր խորագրեր՝ «Ճանաչիր քո օրգանիզմը», «Սեր, ամուսնություն, ընտանիք», «Բժշկի ինքնակատարելագործման ամբիոն», «Հայ բժշկության պատմությունից», «Պատասխանում ենք ընթերցողների հարցերին» և այլն: Բժշկական մասնագիտական մի շարք տերմիններ փոխարինվում են հայերեն համարժեքներով: Ընթերցողների և աշխատանքային կոլեկտիվների հետ պարբերական հանդիպումները ամսագիրը գովազդելու, ինչպես նաև նրանց առաջարկությունները լուսաբանելու լավագույն միջոց են դառնում: Կարճ ժամանակ անց ամսագրի տպաքանակը 75000-ից հասնում է 104000 օրինակի: Այն առաքվում էր աշխարհի ավելի քան 20 երկիր:
Այսօր էլ, վերհիշելով անցյալը, Մ. Մուրադյանը մեծ ոգևորությամբ է թվարկում այն երկրները, ուր առաքվում էր «Առողջապահություն»-ը. ԱՄՆ, Անգլիա, Ավստրիա, Արգենտինա, Ավստրալիա, Բրազիլիա, Բուլղարիա, Գերմանիա, Դանիա, Եգիպտոս, Իսրայել, Իրաք, Իսպանիա, Լեհաստան, Կանադա, Հունգարիա, Հունաստան, Մեքսիկա, Չեխոսլովակիա, Ռումինիա, Սիրիա, Ֆրանսիա և Խորհրդային Միության գրեթե բոլոր հանրապետություններ:
- Դա ժամանակաշրջան էր, երբ խմբագրությունը, ինքնուրույն տնտհաշվարկային հիմնարկ լինելով, սեփական միջոցները ավելի ազատ տնօրինելու հնարավորություն էր ստացել,- ասում է Մ. Մուրադյանը և շարունակում,- սկսվել էր ամսագիրը վերափոխելու, աշխատողների հանգստի, բուժման, պարգևատրման և նյութական խրախուսման լրացուցիչ այլ միջոցներ տրամադրելու գործընթաց: Մշակվում էին խմբագրության գործունեությունը զարգացնելու մի շարք ծրագրեր, որոնք, ցավոք սրտի, 90-ականների հայտնի իրադարձություններից հետո ի դերև ելան:
Տնտեսական, քաղաքական ճգնաժամի ու շրջափակման պայմաններում աստիճանաբար դժվարանում էր գոյատևումը և մյուս պարբերականների նման «Առողջապահություն»-ն էլ է հայտնվում լուծարման շեմին, սակայն հույսն ու լավատեսությունը չկորցրած գլխավոր խմբագրի համառ ջանքերի շնորհիվ ժամանակին գնվում և պահեստավորվում է ֆոնդային թղթի մի մասը՝ «փրկարար օղակ» դառնալով հետագա գոյատևման համար: Հենց այդ ծանր տարիներին, որպես հավատամք, ստեղծվում է «Մեր շահը՝ ձեր առողջությունն է» կարգախոսը՝ որպես մարդու առողջությանը նպատակաուղղված, պարտադիր, շարունակական գործելակերպի ուղեցույց:
- Ժամանակները փոխվել են,- ասում է նա,- այսօր գրեթե ամեն ինչ, մեղմ ասած, ար¬վում է հանուն շահույթի, մինչդեռ «Առողջապահություն»-ը, հավատարիմ իր դավանանք¬ին, պետք է նորովի շարունակի բժշկագիտության նվաճումների քարոզչությունն ու բնակչությանը մատչելի բժշկական գիտելիքներով հարստացնելու հույժ կարևոր գործը:
Մ. Մուրադյանի համար անընդունելի է տարբեր լրատվամիջոցներով դեղերի և դեղամիջոցների գովազդումը, որը կարող է մոլորեցնել որևէ գանգատ ունեցողի՝ անտեսելով բուժող բժշկին և անտիկ բժշկությունից մեզ հասած «Հիվանդին բուժիր, ոչ թե հիվանդությունը» խիստ կարևոր պատգամը:
- Տարատեսակ դեղամիջոցների նպատակավրեպ, անհաշվենկատ օգտագործելու ցավալի հետևանքների վիճակագրությունով հարուստ են այսօր անքողարկելի համացանցային կայքերը: Խնդիրները շատ են, իսկ ժողովրդանվեր գործով ի սկզբանե առաջատարի դերը ստանձնած «Առողջապահություն»-ը, դեռևս շատ անելիքներ ունի:
Ես սրտանց շնորհավորում եմ արդեն 60 տարին բոլորած իմ սիրելի ամսագրի խմբագրակազմին հոբելյանի առթիվ և մաղթում նորանոր հաջողություններ ու ստեղծագործական երկար ճանապարհ:
Հրաժեշտից առաջ իմ այն հարցին, թե հարգարժան պրոֆեսորն այժմ ինչով է զբաղված՝ պատասխանեց.
- Աշխատում եմ, քանզի չեմ կարող չաշխատել: Տպագրության եմ պատրաստում իմ գիտական աշխատանքների ժողովածուն: Ի դեպ, աշխատանքն ինձ համար միայն ապրելու միջոց չէ, այլ նաև ապրելակերպ. դա իմ գոյության ձևն է:

Տիգրան Գրիգորյան

Բուժաշխատողների շարունակական մասնագիտական զարգացման նոր մոդել Հայաստանում

Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության բնագավառում ներդրվում է շարունակական մասնագիտական զարգացման (ՇՄԶ) կրեդիտային համակարգ և բուժաշխատողների հավաստագրում: Մասնագիտական զարգացման նոր մոդել ներդնելու գործընթացի մանրամասների և ակնկալվող արդյունքների մասին զրուցել ենք ՀՀ ԱՆ առողջապահության նախարարության անձնակազմի կառավարման վարչության պետ Սամվել Սողոմոնյանի հետ:

«Մասնագիտական շարունակական զարգացման համակարգը բուժաշխատողի գործունեության անքակտելի մասն է: Բժիշկը պետք է կատարելագործի գիտելիքներն ողջ մասնագիտական կյանքի ընթացքում»,- նշում է Սամվել Սողոմոնյանը: Նրա խոսքով` մինչ այս օրենսդրական բարեփոխումներն իրականացնելը մեր երկրում գործում էր խորհրդային տարիներին ընդունված համակարգը, ըստ որի՝ բուժաշխատողը վերապատրաստվում էր հինգ տարին մեկ անգամ:

«Սակայն այս համակարգն այսօր անարդյունավետ է և չի համապատաս-խանում միջազգային չափանիշներին ու պահանջներին: Բոլոր զարգացած երկրներում արդեն վաղուց առկա է բուժաշխատողների մասնագիտական շարունակական զարգացման կրեդիտային համակարգ»,- պարզաբանում է մասնագետը:

Նշենք, որ 2015թ. հոկտեմբերին Ազգային ժողովն ընդունել է «Բնակչության բժշկական օգնության և սպասարկման մասին» ՀՀ օրենքում փոփոխություններ և լրացումներ կատարելու մասին» ՀՕ-113-Ն օրենքը, որը արմատական փոփոխություններ է նախատեսում բուժաշխատողների մասնագիտական որակների շարունակական բարձրացման ներկայիս մոդելում` այն համահունչ դարձնելով միջազգայնորեն ընդունված չափանիշներին և մեթոդաբանությանը:

«Անչափ կարևոր է, որ այսուհետև Հայաստանի տարածքում մասնագիտական գործունեության իրավունք ձեռք բերելու համար բուժաշխատողները ունենան մասնագիտական գործունեության հավաստագիր, որը տրամադրվելու է 5 տարով»,- շարունակում է անձնակազմի կառավարման վարչության պետը:

Օրենսդրորեն ամրագրվել է, որ բուժաշխատողը շարունակաբար, մասնագիտական գործունեության ողջ ընթացքում պարտավոր է զարգացնել գիտելիքներն ու հմտությունները` մասնակցելով գիտաբժշկական տարբեր սեմինարների, համաժողովների, գիտաժողովների, հրապարակելով գիտական աշխատություններ, հոդվածներ, զբաղվելով ինքնակրթությամբ և հաճախելով հեռաբժշկական առցանց սեմինարների: Այդպիսով, նա հավաքելու է ՇՄԶ կրեդիտներ, որոնց անհրաժեշտ քանակը հնարավորություն է ընձեռելու ստանալ մասնագիտական գործունեության հավաստագիր և փաստացի իրականացնել ինքնուրույն մասնագիտական գործունեություն:

Օրենքի կիրարկումն ապահովելու նպատակով ՀՀ ԱՆ առողջապահության ազգային ինստիտուտում ստեղծվել է մասնագիտական հավաստագրման ազգային կենտրոն, որն իրականացնելու է ՇՄԶ միջոցառումների կրեդիտների հաշվառում, բուժաշխատողների հավաստագրում, ինչպես նաև վարելու է ՀՀ բուժաշխատողների էլեկտրոնային ռեգիստրը:

Մասնագիտական շարունակական զարգացման համակարգը բուժաշխատողի գործունեության անքակտելի մասն է: Բժիշկը պետք է կատարելագործի գիտելիքներն ողջ մասնագիտական կյանքի ընթացքում

2016թ. մայիսից սկսվել է առաջին բուժաշխատողների հավաստագրումը, իսկ 2021թ. մինչ այդ չհավաստագրված բուժաշխատողները փաստացի կզրկվեն մասնագիտական գործունեություն իրականացնելու հնարավորությունից: Ամեն մի հնգամյա փուլում բժիշկները պետք է հավաքեն 220, իսկ միջին բուժաշխատողները՝ 140 ՇՄԶ կրեդիտ, և ունենան առնվազն 3 տարվա մասնագիտական աշխատանքի ստաժ:
Կրեդիտները երեք տեսակի են` տեսական, գործնական և ինքնակրթության: Բոլոր բժշկական մասնագիտությունները բաժանված են երկու մեծ խմբի` թերապևտիկ և վիրաբուժական: Առաջին խմբի մասնագետները պետք է հավաքեն 70 տոկոս տեսական, 20 տոկոս գործնական և ինքնակրթության` 10 տոկոս կրեդիտ: Վիրաբուժական խմբում մասնագետները պետք է հավաքեն 50 տոկոս տեսական, 40 տոկոս գործնական, ինքնակրթության` 10 տոկոս կրեդիտ:
Սամվել Սողոմոնյանի փոխանցմամբ` մեկ կրեդիտը հավասար է գիտակրթական ակտիվության մեկ ժամի: Հինգ տարվա ընթացքում բժիշկներն անկախ մասնագիտությունից պետք է հավաքեն.
- 30 կրեդիտ աղետների բժշկության վերաբերյալ, որոնցից 20-ը` տեսական, 10-ը` գործնական:
«Այս քայլին դիմել ենք` հաշվի առնելով մեր աշխարհաքաղաքական դրությունը և Լեռնային Ղարաբաղի հակամարտությունը, որպեսզի վստահ լինենք, որ անհրաժեշ-տության դեպքում մեր բժիշկներից յուրաքանչյուրը կարող է աշխատել ռազմադաշտային հոսպիտալում», - նշում է նախարարության ներկայա¬ցուցիչը՝ պարզաբանելով, որ կրեդիտներ կստանան ոչ միայն համաժողովների, սեմինարների, կոնգրեսների մասնակիցները, այլև դրանք կազմակերպողները, ընդ որում՝ կրկնակի:
«Սա պատասխան է այն անձանց, որոնք ասում են` իրենք պրոֆեսոր են, և պիտի սովորեցնեն ուրիշներին: Իսկ մենք ասում ենք, որ եթե նա այդպիսի աստղ է, ինքն էլ պետք է համաժողով կազմակերպի», - հավելում է անձնակազմի կառավարման վարչության պետը՝ շեշտելով սակայն, որ միջոցառման կազմակերպիչների թիվը չպետք է գերազանցի մասնակիցների թվի 5 տոկոսը:
- Թեկնածուական թեզի պաշտպանությունը ապահովում է 110 կրեդիտ,
- դոկտորական թեզինը` 220 կրեդիտ:
- Արտոնագրված բուհերի դասախոսները դասավանդման ամեն տարվա համար կստանան 30 կրեդիտ,
- հրատարակված դասագրքի համար` 75 կրեդիտ,
- հրատարակված մենագրության համար` 20 կրեդիտ,
- հրատարակված հոդվածի համար` 1 կրեդիտ ամեն էջի համար, բայց ոչ ավելի, քան 5 կրեդիտ ամբողջ հոդվածի համար:
- Վարկանիշային գրախոսվող միջազգային ամսագրում հրատարակած հոդվածի համար` կրկնակի կրեդիտ, քան հայկական ամսագրերում հրատարակածին:
Մասնագետների գնահատմամբ` օրենքի կիրարկումը կտրուկ մեծացնելու է նաև բժշկական մասնագիտական ասոցիացիաների դերն ու կարևորությունը, քանի որ նրանց ամրագրված են լայն հնարավորություններ` ինչպես գիտակրթական միջոցառումներ կազմակերպելու համար, այնպես էլ ապահովելով նրանց մասնակցությունը կրեդիտավորման և հավաստագրման խորհուրդների աշխատանքներին և որոշումներ կայացնելուն:

Զրույցի վերջում պարոն Սողոմոնյանը հանրապետության բոլոր բուժաշխատողներին կոչ արեց արդեն իսկ ակտիվորեն ներգրավվել շարունակական մասնագիտական զարգացման գործընթացներին և սկսել ՇՄԶ կրեդիտներ հավաքել, որպեսզի զերծ մնան հավաստագրման ժամանակ ծագող՝ ոչ բավարար քանակի կրեդիտներ ունենալուն առնչվող հնարավոր խնդիրներից և չզրկվեն մասնագիտական գործունեություն իրականացնելու հնարավորությունից:

ԾԵՐԱՑՄԱՆ ԲՋՋԱՅԻՆ-ՄՈԼԵԿՈՒԼՅԱՐ ՄԵԽԱՆԻԶՄՆԵՐԸ

Ծերացումը դարեր շարունակ հուզել է մարդկությանը: Անդրադառնալով աստվածների անմահությունը, ապա նաև բիբլիական ծերունիների երկարակեցությունը՝ մարդկությունը ձգտել է ավելի երկար երիտասարդ մնալ: Վերջին տասնամյակների ընթացքում նաև զգալիորեն առողջապահության ոլորտի բարեփոխումների շնորհիվ մարդկանց կյանքի միջին տևողությունը սկսեց երկարել: Մարդկանց երկարակեցությունը պատճառ դարձավ, որ շատ հասարակություն-ներ համարվեն ծերացող:

Այս խնդիրը չի շրջանցել նաև Հայաստանը, սակայն ծերաբուժությունը (գերիատրիա) այս առումով մեր երկրում, ցավոք, հետ է մնում աշխարհում տեղի ունեցող ընթացքներից: Մյուս կողմից՝ ծերացման մեխանիզմների ուսումնասիրությունը վերջին տասնամյակում մեծ զարգացում է ապրում: Տեսական բժշկության և մոլեկուլյար կենսաբանության հաջողության կարևոր գրավականներից դարձավ փոքրիկ կլոր որդի՝ Caenorhabditis elegance-ի՝ որպես նմուշ կիրառումը: Վերջինս, ունենալով գենետիկորեն ծրագրված կյանքի շատ կարճ տևողություն, սկսեց լայնորեն ուսումնասիրվել: Պարզվեց, որ ծերացման մեխանիզմների մեծ մասը էվոլյուցիոն առումով շատ պահպանողական է. ծերացումը պայմանավորող տեղաշարժերի մեծ մասը նույնն է և այս որդի, և մկան, և մարդու համար:

C. elegans-ի, այնուհետև այլ կենդանիների նմուշներով հստակորեն ցույց է տրվել (Նկար 2), որ կյանքի տևողությունը և ծերացումը ենթակա են մանիպուլյացիաների (կարող են մոդուլացվել):

Վերջին տասնամյակում ծերացման մեխանիզմների ու առանձնահատկությունների բացահայտումների հիմքով հրապարակվեց Guido Kroemer-ի ղեկավարած խմբի չափազանց արժեքավոր հոդվածը (Lopez-Otin et al., 2013), որում հետազոտողները նկարագրում են ծերացման 9 հիմնական հատկանիշները՝ գենոմի անկայունացում, տելոմերների մաշում, էպիգենետիկ խանգարումներ, միտոքոնդրիալ դիսֆունկցիա, պրոտեոստազի և սննդանյութերի սենսինգի խանգարումներ, բջջային ծերացում, ցողունային բջիջների սպառում, խաթարված միջբջջային հաղորդակցություն: Այս հատկանիշները ոչ միայն բնութագրում են ծերացումը, այլև այս կամ այն չափով համարվում են ծերացման մեխանիզմներ՝ ինչ-որ իմաստով փոխարինելով ծերացման տեսությունները: ՙԻդեալական¬ ծերության հիմնարար հատկանիշ համարվելու համար որևէ

մեխանիզմ կամ երևույթ պետք է բավարարի հետևյալ պահանջները՝
1. առկա լինի նորմալ ծերացման ընթացք,
2. գիտափորձի ժամանակ այն խթանելը պետք է արագացնի ծերացումը,
3. գիտափորձի ժամանակ այն ընկճելը պետք է դանդաղեցնի ծերության զարգացումը և երկարացնի կյանքի տևողությունը:
Պատահական չէ, որ այս մոտեցումները հեղինակները վերցրել են 2000 թ. տպագրված և արդեն իսկ դասական համարվող Հանահանի և Վեյնբերգի աշխատանքից (Hanahan and Weinberg, 2000), որում վերջիններս նկարագրում են քաղցկեղի 6 կարևորագույն հատկանիշները (2011-ին դրանց թիվը հասավ 10-ի (Hanahan and Weinberg, 2011)): Ինչպես քաղցկեղի դեպքում, այնպես էլ ծերացման ուսումնասիրության ոլորտում նման հատկանիշներ առանձնացնելը միտված է խնդրի հիմնական գործընթացները խորապես ըմբռնելուն: Մյուս կողմից, ինչպես և կարելի է համոզվել, քաղցկեղի և ծերացման միջև կան ﬁհետաքրքիր¬ ընդհանրություններ և տարբերություններ: Այս ակնարկում կփորձենք անդրադառնալ ծերացմանը նպաստող վերոնշյալ հիմնարար հակտանիշներին:

ԳԵՆՈՄԻ ԱՆԿԱՅՈՒՆԱՑՈՒՄ

Ինչպես հայտնի է, գենոմը պարունակում է օրգանիզմի բարդ կենսագործունեությանն անհրաժեշտ ողջ տեղեկատվությունը: Սակայն այն ենթակա է արտաքին և ներքին վնասակար գործոնների անընդհատ ազդեցությունների: Ըստ որոշ հաշվարկների՝ ամեն օր մարդու օրգանիզմի ամեն մի բջջում կատարվում է 100.000 ԴՆԹ-ի միկրովնասում (Lindahl, 1993): Մյուս կողմից՝ չմոռանանք, որ ի տարբերություն այլ կենսաբանական մոլեկուլների (այդ թվում՝ սպիտակուցների), նորմալ կենսագործունեություն պահպանելու համար անհրաժեշտ ԴՆԹ-ի մոլեկուլների վնասվելու դեպքում միակ ուղին վերանորոգումն է: Ուստի զարմանալի չէ, որ էվոլյուցիայի ընթացքում ձևավորվել է ԴՆԹ–ն նորոգող հատուկ զինանոց, որն արագ արձագանքում է այդ վնասումներին և շտկում դեֆեկտների ճնշող մեծամասնությունը: 2015թ. քիմիայի բնագավառում Նոբելյան մրցանակի արժանացան հենց այս ԴՆԹ–ի ռեպարատիվ համակարգի գործունեության մեխանիզմներն ուսումնասիրած և հետազոտություններում զգալի ներդրում ունեցած երեք գիտնականներ՝ Թոմաս Լինդալը, Փոլ Մոդրիչը և Ազիզ Սանկարը: Եթե գենոմի վնասումը շտկել չի հաջողվում, բջիջն ունի ընտրության երկու հնարավորություն: Մի դեպքում այն կարող է զրկվել բազմանալու իրավունքից՝ այսպես կոչված ռեպլիկացիոն ծերացումից, որն օրգանիզմի մակարդակով ծերացման հետ համեմատելիս նմանվում է բջջի դաշտանադադարին: Սրա իմաստն ակնհայտ է. ամեն մուտանտ բջիջ չէ, որ վնասակար է օրգանիզմին. այն դեռ կարող է շարունակել իր գործունեությունը, թեկուզ և ինչ-որ մի գենում թերություն է առկա: Երկրորդ ճանապարհը առավել արմատական է (և առավել ապահով)՝ ալտրուիստական բջջի մահվան սցենարը՝ ապոպտոզը ¬բջջի կենսաբանորեն ծրագրավորված մահը):
Ցավոք, որոշ վնասումներ սպրդում են ԴՆԹ–ի որակի համար պատասխանատու սենսորների ուշադրությունից՝ մեծացնելով ուռուցքային վերասերման հավանականությունը:
Գենոմային անկայունության և ծերացման ուղղակի առնչությունն են վկայում պրոգերոիդ սինդրոմները: Սրանց շարքն են դասվում շատ հազվադեպ գենետիկ հիվանդությունները, որոնք բնութագրվում են խիստ արագացած ծերացմամբ: Դրանցից շատերի դեպքում գենետիկ թերությունը ներառում է հենց ԴՆԹ–ի ռեպարատիվ համակարգը, օրինակ՝ հելիկազների գենային խաթարումները առաջացնում են Վերների և Բլումի հիվանդությունները: Հատկանշական է նաև, որ բացի վաղաժամ ծերացումից, այդ հիվանդների շրջանում խիստ մեծ է տարբեր ուռուցքներ զարգանալու հավանականությունը: Հետաքրքիր է նաև, որ 1921թ.՝ ﬁԲենջամին Բաթոնի տարօրինակ պատմությունը¬ գրելիս, Սքոթ Ֆիցջերալդը, ըստ որոշ հեղինակների (Maloney 2009), որպես նախատիպ նկատի է ունեցել պրոգերիան (Հաստինգս-Գիլֆորդի համախտանիշը), սակայն, ի տարբերություն մտացածին Բենջամինի, հիվանդները չեն երիտասարդանում:
Հավելենք, որ գենոմի անկայունացման մասին խոսելիս պետք է նկատի ունենալ ոչ միայն կորիզային քրոմատինի չշտկվող վնասումները, այլև միտոքոնդրիալ ԴՆԹ-ինը, որը գտնվում է ազատ ռադիկալների գոյացման անմիջական հարևանությամբ, ինչպես նաև կորիզաթաղանթի սպիտակուցներին առնչվող խնդիրները: Սպիտակուցները կարևոր հենարանային և կայունացնող դեր ունեն կորիզանյութի համար, իսկ դրանց ժառանգական և ձեռքբերովի խանգարումները նպաստում են ծերացմանը: Այսպես, վերոհիշյալ Հաստինգս-Գիլֆորդի համախտանիշը հենց կորիզաթաղանթի սպիտակուց կոդավորող LMNA գենի մուտացիայի հետևանք է:

ՏԵԼՈՄԵՐՆԵՐԻ ՄԱՇՈՒՄ

Ծերացմանայսհատկանիշիմասինենթադրությունը Հեյֆլիկն արձանագրել է շուրջ 55 տարի առաջ. in vitro ¬կենդանի օրգանիզմից դուրս) բազմացնելով մարդու ֆիբրոբլաստները՝ նա հայտնաբերեց, որ շուրջ 50 անգամ վերարտադրվելուց հետո դրանք, կորցնելով ռեպլիկատիվ ներուժը ենթարկվում են դեգեներացիայի: Քանի որ արտաքինից բոլոր անհրաժեշտ գործոնները բավարար ու հաստատուն էին, Հեյֆլիկը եզրակացրեց, որ խնդիրը ներքին է և, հավանաբար, բջջային մակարդակում ծերացման հիմքում է (Hayflick and Moorhead, 1961): Այդ սահմանը կոչվեց Հեյֆլիկի վերջնասահմանը ¬լիմիտ), սակայն տասնամյակներ պետք եղան, որպեսզի հայտնաբերվեն դրա նյութական կրիչները՝ տելոմերները: Միտոտիկ ցիկլ անցնելուց հետո տելոմերների երկարությունը կարճանում է, ի վերջո կրճատվում այնքան, որ տվյալ բջիջը զրկվում է բազմանալու հնարավորությունից, վրա է հասնում ռեպլիկատիվ ծերությունը: Սակայն որոշ բջիջներում էքսպրեսվում է տելոմերազ ֆերմենտը, որն ունակ է վերականգնել տելոմերի երկարությունը և հնարավորություն տալ բջջին բազմանալ ըստ պահանջի: Այդ «մշտադալարությունն» ապահովող ֆերմենտն էքսպրեսվում է օրգանիզմի ցողուն¬նային բջիջներում և շատ ավելի մեծ ակտիվությամբ քաղցկեղային բջիջներում (Olovnikov, 1996, Blackburn et al., 2006) (նկար 3):
Տելոմերները կազմված են բազմակի կրկնվող ԹԹԱԳԳԳ նուկլեոտիդային հաջորդականությու-

նից: Այս եզակի կառուցվածքը դրանց հնարավորություն է ընձեռում կապելու շելթերին կոչվող սպիտակուցային համալիրը, որն էլ իր հերթին «պաշտպանում է» տելոմերը ԴՆԹ-ի ռեպարատիվ համակարգի հետ շփումից: Հակառակ դեպքում քրոմոսոմի ծայրը այդ համակարգը կճանաչեր որպես ԴՆԹ-ի պատռված հատված և հակրադրված կլիներ «նորոգելու» այն` ձուլելով նմանատիպ այլ քրոմոսոմի ծայրին, որն էլ կհանգեցներ անլիարժեք, սխալ գինանտ քրոմոսոմ գոյանալուն և կավարտվեր ապոպ¬տոզով: Դա է պատճառը, որ տելոմերները համար¬վում են ԴՆԹ-ն վնասող զանազան գործոնների նկատմամբ առավել խոցելի հատվածներ (Hewitt et al., 2012):

Փաստորեն մարդու ողջ կյանքում նրա սոմատիկ բջիջների տելոմերները, բնականոն ծերությանը զուգընթաց, մաշվում, փոքրանում են, ինչպես ավազի ժամացույցի մեջ թափվող ավազը: Եվ ծագում է գրավիչ միտք. ակտիվացնել տելոմերազը և տելոմերները երկարատև պահել: Սակայն այդ դեպքում առկա է վտանգ, որ նման համակարգային տելոմերազի ակտիվացումը կարող է նպաստել ուռուցքագոյացմանը. չէ՞ որ այդ «բջջային ժամա¬ցույցները» օրգանիզմի հակաուռուցքային պաշտպանության պատնեշներից են: Այնուա¬մենայ¬նիվ, լավատեսական հիմքեր կան. իսպանացի հետազոտողները ադենովիրուսային վեկտորների միջոցով մկներին են փոխանցել տելոմերազը, և արդյունքում ոչ միայն երկարել է նրանց կյանքի տևողությունը, այլև բարելավվել է ինսուլինազգայունությունը, նյարդամկանային կոորդինացիան, կասեցվել օստեոպորոզը: Ընդ որում` հետազոտված մկների խմբում չի մեծացել ուռուցքներ առաջանալու հավանականությունը (Bernardes de Jesus et al., 2012):

ԷՊԻԳԵՆԵՏԻԿ ԽԱՆԳԱՐՈՒՄՆԵՐ

Եթե նախորդ երկու հատկանիշները պայմանավորված էին գենետիկ կոդի վնասումներով, ապա էպիգենետիկ խանգարումները վերաբերում են այդ կոդը ճիշտ ընթերցելու և կիրառելու խնդիրներին: Ծագող խնդիրները հիստոնների մոդիֆիկացիաներն են, ԴՆԹ-իմեթիլացումը,քրոմատինիռեմոդելավորումը: Սրանք այն մեխանիզմներն են, որոնցով բջիջները կարգավորում են իրենց գենոմի գործունեությունը: Հետազոտությունները ցույց են տալիս (Harries et al., 2011), որ ծերացմանը զուգընթաց` խանգարվում է գենոմի կառավարումը, թուլանում են գեների էքսպրեսիան հսկող մեխանիզմները` հանգեցնելով տվյալ պահին բջջի կենսագործունեության համար ոչ պիտանի սպիտակուցների սինթեզին (Bennett-Baker et al., 2003), մյուս կողմից` թուլանում է անհրաժեշտ սպիտակուցների սինթեզը, մասամբ նաև այլընտրանքային սպլայսինգի նուրբ մեխանզիմների խանգարման հետևանքով (Tollervey et al., 2011): Ստեղծված վիճակը հաճախ անվանում են տրանսկրիպցիոն աղմուկ: Սպիտակուցի սինթեզի ճանապարհին հաջորդ քայլի` տրանսլյացիայի ժամանակ, ևս ծագում են խոչընդոտներ, խախտվում է մի շարք միկրոՌՆԹ-ների գործունեությունը (Ugalde et al., 2011), որոնք սպիտակուցների ներբջջային քանակները պահպանող առավել նուրբ մեխանիզմ ապահովողներն են: Այս միՌՆԹ-ներն այնքան հստակ են ապակցվել ծերացման ընթացքին, որ կոչվել են գերոմիՌՆԹ-եր: Այս միՌՆԹ-երն ուսումնասիրվել են իբրև թիրախներ` օրգանիզմի կյանքի տևողությունը կարգավորելու համար: Դրական արդյունքներ են գրանցվել դրոզոֆիլների ու կլոր որդերի համար (Smith-Vikos and Slack, 2012): Թիրախների շարքում հատուկ հետաքրքրություն կարող են ներկայացնել այն միՌՆԹ-ները, որոնք պատասխանատու են օրգանիզմում քրոնիկ պրոբորբոքային տեղաշարժեր զարգացնելու համար: «Դանդաղ ու մեղմ» բորբոքային կրակը նպաստում է օրգանիզմի ռեսուրսների վաղաժամ սպառմանը, ինսուլինառեզիստենտության զարգացմանը, նեյրոդեգեներատիվ տեղաշարժերին և այլն: Զուր չէ, որ վերջին տարիներին ավելի է ընդունվում inflammaging («ծերաբորբոքում») արտահայտությունը: Բորբոքման ու ծերացման առնչությանը դեռևս կանդրադառնանք:

Էպիգենետիկ տեղաշարժերի հարցում վերջին տարիներին օրավուր ավելի մեծ տեղ է տրվում սիրտուիններին: Վերջիններս կաթնասունների բջիջներում առկա են 7 տեսակներով (SIRT1-7), որոնք ունեն տարբեր տեղակայում (կորիզային, միտոքոնդրիալ և ցիտոպլազմային), ֆերմենտային ակտիվություն և թիրախներ: Սիրտուիններն ունեն NAD+ կախյալ դեացետիալազային ակտիվություն: Դրանով սիրտուիններն ունակ են ներազդելու գեների տրանսկրիպցիայի վրա, կարգավորելու անհրաժեշտ սպիտակուցների սինթեզը կամ մոդուլացնել դրանց ակտիվությունը: Պարզվել է, որ խմորասնկերից մինչ մարդ էվոլյուցիայի ընթացքում սիրտուինները վճռորոշ ազդեցություն են պահպանել կյանքի երկարատևության վրա: Սիրտուիններով է կարգավորովում հյուսվածքների մետաբոլիկ ակտիվությունը, ապոպտոզի ակտիվությունը, սպիտակուցների փաթեթավորումը ¬ֆոլդավորումը), ազատ ռադիկալների չեզոքացումը: Սիրտուինները մեծացնում են ինսուլինազգայունությունն ու գլյուկոզի մետաբոլիզմը: Հետևաբար զարմանալի չէ, որ վերջին տասնամյակում մեծ թվով հետազոտություններ ուղղված են եղել երիտասարդության կենսահեղուկի ¬էլիքսիրի) նոր թեկնածուի` սիրտուինների էքսպրեսիայի ակտիվացմանը (Guarente L, 2011): Ցույց է տրվել, որ SIRT6-ի գործառույթի ակտիվացումը երկարացնում է մկների կյանքի տևողությունը (Kanfi et al., 2012): Հաճախ սիրտուիններն ակտիվացնելու համար կիրառվել է ռեսվերատրոլը` կարմիր գինու մեջ առկա պոլիֆենոլային միացությունը: Մի շարք հետազոտողներ կարմիր գինու` երկարակեցությանը նպաստող և հատկապես սիրտանոթային համակարգը բարելավող ազդեցությունը (այսպես կոչված ֆրանսիական պարադոքսը) վերագրում են հենց դրան: Հետաքրքիր է, որ տարբեր մթերքների և նույնիսկ դեղահաբերի համեմատությամբ հենց գինու ռեսվերատրոլն է օժտված բարձր կենսամատչելիությամբ (Biagi and Bertelli, 2015): Սակայն դեռևս պարզ չէ` արդյոք կարմիր գինի չափավոր օգտագործելի բավարար է նկարագրված էֆեկտները ստանալու համար:

ՊՐՈՏԵՈՍՏԱԶԻ ԽԱՆԳԱՐՈՒՄՆԵՐ

Բջջի կենսագործունեության համար անհրաժեշտ սպիտակուցները ռիբոսոմներում սինթեզվելուց հետո պետք է ճիշտ փաթեթավորվեն (ֆոլդավորվեն): Փաթեթավորումը ¬ֆոլդինգի) գործընթացում վճռական դերը շապերոններինն է, որոնք պատկանում են ջերմային շոկի սպիտակուցների ընտանիքին: Բջջի հետագա

Ջեք Լոնդոնի պատմվածքներից մեկում խոսվում է մի ցեղի մասին, որի ծերացած առաջնորդը, երբ հասկանում է, որ արդեն բեռ է ցեղակիցների համար, լուռ համաձայնությամբ, ըստ ավանդույթի հետևում է, թե ինչպես է իր որդին՝ ցեղի նոր առաջնորդը, հերթական տեղափոխումից առաջ նրան մի կտոր հացով թողնում կրակի մոտ:
Որքան էլ այս ցեղի տխուր ավանդույթը հասկանալի է, այն չի համապատասխանում Մարդու այն կերպարին, որը կցանկանայի տեսնել ապագայում: Եվ գուցե, ավելի լավ հասկանալով, թե որոնք են ծերացման մեխանիզմները, ավելի գթասիրտ դառնանք՝ ավելի շատ նմանվելով Մարդու:

կյանքի ընթացքում սպիտակուցների փաթեթավորումը կարող է խանգարվել. դրան նպաստում են տարաբնույթ գործոններ՝ ազատ ռադիկալների ազդեցությունը, ներբջջային pH-ի փոփոխությունները, ջերմաստիճանի բարձրացումը, օսմոտիկ գործոնները և այլն: Այս դեպքում սպիտակուցային հոմեոստազը (պրոտեոստազը) պահպանելու համար բջիջը դիմում է մի շարք հնարքների. մի կողմից՝ խթանվում է շապերոնների սինթեզը՝ ձգտելով նորոգել վնասված ապափաթեթավորված սպիտակուցները՝ միաժամանակ սահմանափակելով այլ սպիտակուցների տրանսլյացիան: Եթե խնդիրն այս ճանապարհով չի լուծվում, ապա խանգարված սպիտակուցները կազմաքանդվում են: Խաթարված փաթեթավորումով սպիտակուցները ուբիկվիտինացվում են, որին հաջորդում է պրոտեասոմներում դրանց տարրալուծումը, իսկ գոյացած ամինաթթուները կարող են կրկին օգտագործվել: Սակայն ապափաթեթավորված սպիտակուցային մոլեկուլները միմյանց կպչելու և ագրեգատներ գոյացնելու հակում ունեն: Վերջիններս հաճախ ոչ միայն աղբ են դառնում բջջի համար, այլև ունեն տոքսիկ ազդեցություն (օրինակ Ալցհեյմերի հիվանդության դեպքում ¬-ամիլոիդի օլիգոմերները): Այս դեպքում բջիջը դիմում է առավել մեծ կազմաքանդող ներուժով մեխանիզմի՝ աուտոֆագիայի օգնությանը: Այդ դեպքում ագրեգացված սպիտակուցները մղվում են հատուկ վակուոլ, ապա վերջինս ձուլվում է լիզոսոմին՝ գոյացնելով աուտոֆագոլիզոսոմ: Այստեղ կատարվում է «թունավոր աղբի» տրոհումը, և բջիջը նորից ստանում է ելքային սննդանյութերը: Եթե այս մեխանիզմներն անբավարար են լինում, բջջին մի ելք է մնում՝ դիմել ապոպտոտիկ ինքնաոչնչացման ծրագրին:
Վերջին տարիներին կուտակվել են բավական ապացույցներ, որոնք փաստում են, որ ծերացմանը զուգընթաց՝ վերը նկարագրված մեխանիզմների արդյունավետությունը նվազում է (Cohen et al. 2010, Carvalhal et al., 2014): Այսպես, շապերոնների թերարտադրությունից մկները արագ են ծերանում, և ընդհակառակը, դրանց գերարտադրությունը երկարացնում է նրանց կյանքի տևողությունը՝ ներբջջային հիգիենան բարելավելու շնորհիվ (Min et al., 2008): Համանման ձևով ցույց է տրվել, որ աուտոֆագիայի մեխանիզմները ծերացմանը զուգընթաց անբավարար են դառնում, իսկ այդ գործընթացը խթանող միջոցները կարող են երկարացնել կյանքի տևողությունը (Blagosklonny, 2011)՝ միաժամանակ պաշտպանելով նեյրոդեգեներատիվ տեղաշարժերից: Այս իմաստով

առավել հետաքրքրիր է mTOR-ն ընկճող ռապամիցինը: Վերջինիս նկատմամբ հետաքրքրությունը մեծ է նաև այն պատճառով, որ այն ոչ միայն ակտիվացնում է աուտոֆագիան, այլև «պայքարում է» ծերացման այլ հատկանիշների դեմ:

ՍՆՆԴԱՆՅՈՒԹԵՐԻ ՍԵՆՍԻՆԳԻ ԽԱՆԳԱՐՈՒՄՆԵՐ

Այս հատկանիշն առանձնացնելու գլխավոր կռվանն այն եզրակացությունն է, որը հաստատվել է ուսումնասիրված բոլոր էուկարիոտ օրգանիզմներով ¬խմորասնկերից ու կլոր որդերից մինչև մկներ ու որոշ կապիկներ), այն է. սննդակարգի կալորիկ սահմանափակումը երկարացնում է կյանքի տևողությունը: Ցույց է տրվել, որ կալորիկ սահմանափակումը (սակայն ոչ թերսնումը) դանդաղեցնում է ծերացումը շնորհիվ մի շարք մեխանիզմների. այն ընկճում է ինսուլինանման աճի գործոնի՝ ծերացմանը զուգընթաց ավելցուկային դարձող ազդանշանումը, ակտիվացնում աուտոֆագիան, ընկճում վերը հիշատակված mTOR-ը և այլն:

Փաստորեն չափավոր ուտելը ոչ միայն գեղեցկացնում է մարդուն, այլև երկարացնում է նրա կյանքը: Հավելյալ կալորիաներ ընդունելը հանգեցնում են նաև ճարպակալման, որն իր հերթին մի շարք հիվանդությունների հավանական վտանգի գործոն է՝ II տիպի շաքարային դիաբետ, սրտի իշեմիկ հիվանդություն, մի քանի տիպի քաղցկեղներ և այլն: Սակայն կալորիաները սահմանափակելը (ճարպակալումից զատ) ունի մի շարք կարևոր մետաբոլիկ ներգործություններ: Խոսքն առաջին հերթին ինսուլինային ազդանշանման մասին է:

Ե́վ ինսուլինի, և́ ինսուլինանման աճի (ԻԻԱ) գործոնի ներբջջային ազդանշանման մի մասն ընհանուր է. բջիջը տեղեկանում է գլյուկոզի առկայության մասին, ինչպես նաև գործարկում է անաբոլիկ մեխանիզմները: Հատկանշական է, որ ԻԻԱ-ն և դրա հետագա ներբջջային միջնորդները (AKT, mTOR, FOXO) ընդրկված են ծերացումը կարգավորելու մեխանիզմներում: Կարելի է ասել, որ տարիքի հետ այս ազդանշանման կարգավորումը խաթարվում է. այն դառնում է ավելցուկային՝ հանգեցնելով բջիջների գործունեության տարաբնույթ խանգարումների: Եվ ընդհակառակը, ԻԻԱ-ի ազդանշանումը տարաբնույթ ընկճողները տարբեր չափերով երկարացնում են մոդելային կենդանիների կյանքի տևողությունը (Fontana et al., 2010): Բացի գլյուկոզային «սենսորից»՝ ԻԻԱ-ից, ծերացման այս հատկանիշն առանձնացնելու հիմք են այլ «զգայուն» մոլեկուլներ. mTOR-ը զգում է ամինաթթու¬ների բարձր կոնցենտրացիաները, AMPK-ն՝ էներգետիկ ապահովվածության նվազումը՝ շնորհիվ AMP-ի բարձր քանակների, իսկ արդեն ծանոթ սիրտուինները՝ արձագանքելով բարձր NAD+ մակարդակներին: Բոլոր այս օղակներում տարաբնույթ հետազոտություններն ներկայումս բուռն են ընթանում, շատ մեխանիզմներ դեռևս անհասկանալի են, սակայն, փաստենք, որ անաբոլիկ ազդանշանման (ԻԻԱ և mTOR) ավելցուկը արագացնում է ծերացումը, իսկ ելանյութերի պակասորդի ազդանշանումը (AMPK և սիրտուիններ)՝ երկարացնում ուսումնասիրված օրգանիզմ¬ների կյանքը:

ՄԻՏՈՔՈՆԴՐԻԱԼ ԴԻՍՖՈՒՆԿՑԻԱ

Ծերացումն ուղեկցվում է էներգաապահովման տարանբույթ խանգարումներով, որոնցից բջջային մակարդակում առավել ցայտունը միտոքոնդրիալ շնչառական շղթայի արդյունավետության նվազումն է: Իբրև հետևանք՝ ոչ միայն պակասում է ԱԵՖ-ի արտադրությունը, այլև շատանում է «խոտանը». եթե նորմալ միտոքոնդրիումում էներգագոյացմանը զուգահեռ թույլատրելի է համարվում մոտ 2% O_2-ի վերածումը սուպերօքսիդ ռադիկալի, ապա «ծերացած միտոքոնդրիումում» այս տոկոսը մեծանում է, առաջանում է բջջի օքսիդատիվ վնասման վտանգ: Այս բնագավառում ամենահայտնի տեսություններից մեկը, որը առաջարկել է Հարմանը մոտ 50 տարի առաջ (Harman, 1965), հենց թթվածնի ռեակտիվ ձևերի (ԹՌՁ) ուժեղացած արտադրությանն է վերագրում ծերացման հանգեցնող բջիջների ինքնավնասումը: Ըստ այդմ՝ համարվում էր, որ այդ ռադիկալները ժամանակի ընթացքում էլ ավելի են խորացնում միտոքոնդրիումների, ինչպես նաև այլ օրգանոիդների վնասումները: Սակայն վերջին տասնամյակի հետազոտությունները, եթե չասենք գլխիվայր շրջեցին, ապա գոնե առիթ տվեցին այլ մեկնաբանությունների: Այսպես, պարզվեց, որ հակաօքսիդանտային պաշտպանություն իրագործող միտոքոնդրիալ սուպերօքսիդ դիսմուտազի գենետիկ անջատումը երկարացնում է արդեն ծանոթ C. Elegans-ի կյանքի տևողությունը: Համանման էֆեկտներ ստացվեցին մկների վրա փորձարկված գենային մանիպուլյացիաներով՝ միտոքոնդրիալ ԹՌՁ-ի հավելյալ արտադրությունը չկարճացրեց մկների կյանքը, իսկ ուժեղացած հակաօքսիդանտային պաշտպանությունը չերկարացրեց կյանքի տևողությունը, ինչպես կարելի էր ենթադրել՝ ըստ Հարմանի միտոքոնդրիալ ազատ ռադիկալային տեսության: Վերջապես, շատ մի քանի նուրբ հետազոտություններ ցույց տվեցին, որ եթե միտոքոնդրիալ մուտացիաները կատարվեն այնպես, որ հանգեցնեն միտոքոնդրիալ դիսֆունկ¬ցիայի, սակայն առանց օքսիդատիվ սթրեսի, ապա մի շարք հյուսվածքներում դիտվում է ապոպտոզի ուժգնացում և ծերացման արագացում (Kujoth et al., 2005): Այս և մի շարք այլ հետազոտություններ պարտադրում են վերաիմաստավորել ԹՌՁ-ի դերը բջջի կյանքում: Հիշենք, որ քիչ քանակով ԹՌՁ-ները նպաստում են բջջի վերապրելուն, երբեմն նաև պրոլիֆերացիային: Դրանք կարող են միտոքոնդրիումի վնասման ազդանշան լինել՝ հարկադրելով բջջին հեռացնել թերի գործող միտոքոնդրիումները՝ գործարկելով աուտոֆագիան (այս դեպքում՝ միտոֆագիան): Սակայն որոշ շեմային մակարդակ գերազանցելու դեպքում նույն ԹՌՁ-ները թողնում են ʃսովորական¬վնասող ազդեցությունը՝ գերօքսիդացնելով թաղանթների լիպիդները, շարքից հանելով ֆերմենտներ, ʃնպաստելով¬ մուտացիաներ զարգանալուն:

Այսպիսով, միտոքոնդրիալ դիսֆունկցիան ծերացման ժամանակ չի հանգում միայն ԹՌՁ–ի գերարտադրության. էական դերն այստեղ դրանցում կուտակվող մուտացիաներն են, ներքին թաղանթում էլեկտրոններ փոխադրելու և միտոքոնդրիոգենեզի խանգարումները, միտո-ֆագիայի անբավարարությունը:

Ասվածին հետաքրքրաբար զուգամիտվում է հորմեզիսի հասկացությունը (Calabrese et al., 2011):

Վերջինս ասես Նիցշեի ֆԱյն, ինչ մեզ չի սպանում, դարձնում է ավելի ուժեղ¬ արտահայտության կիրառումն է բջջի մակարդակում: ԹՌՁ-ների չափավոր քանակը օգնում է վերացնելու վնասված կառույցները և շարունակաբար նորոգելու: Ազատ ռադիկալները օգնում են բջջում պահպանելու գործուն առողջ միտոքոնդրիալ պոպուլյացիան այնպես, ինչպես առյուծները, որ առողջ են պահում այծքաղների պոպուլյացիան՝ որսալով թույլ կամ հիվանդ ներկայացուցիչ-ների: Այս համատեքստում նոր լույսի ներքո կարելի գնահատել ռեսվերատրոլի և մետֆորմինի ծերացումը դանդաղեցնող ազդեցությունը, քանի որ դրանք համարվում են թույլ միտոքոնդրիալ թույներ:

ԲՋՋԱՅԻՆ ԾԵՐԱՑՈՒՄ

Բջջային ծերացումը նեղ իմաստով նշանակում է բջջի՝ բջջային ցիկլից կայուն դուրս մղում, որն ուղեկցվում է դրա որոշակի ֆենոտիպային փոփոխություններով (երբեմն բջջային ծերացումն անվանում են նաև ռեպլիկատիվ ծերություն): Տարիքի հետ օրգանիզմի տարբեր հյուսվածքներում այսպիսի բջիջների քանակը սկսում է ավելանալ՝ հանգեցնելով համապատասխան օրգանների ֆունկցիայի աստիճանական նվազման (van Deursen, 2014): Որքան էլ տարօրինակ հնչի, նույն խնդրին բախվում են նույնիսկ քաղցկեղները (Ribezzo et al., 2016): Այս մեխանիզմը գործարկող ուղիներից մեկին՝ տելոմերների մաշվելուն, արդեն անդրադարձել ենք: Սակայն սա բջջային ծերացման հանգեցնող միակ ճանապարհը չէ: Չափազանց ուժգին միտոգեն ազդանշանումը ևս կարող է գործարկել ֆապահովիչը¬՝ անդառնալիորեն դուրս մղելով բջիջը միտոտիկ ցիկլից: Բջջի գենոմում կան այլ կրիտիկական լոկուսներ, որոնց վնասվելը նույն հետևանքն է ունենում: Անկախ առաջացնող պատճառից՝ բջջային ծերացումն իրականանում է երկու հիմնական ուղիով՝ p53-p21 և p16INK4a-pRB առանցքներով. ինչպես համոզվում ենք, երկուսն էլ հայտնի գեն-սուպրեսորային ուղիներ են: Ռեպլիկացիոն ծերացման մեքենան գործարկելով, սակայն, բջիջը մոռացության չի մատնվում. այն սկսում է ակտիվորեն մասնակցել հյուսվածքի կենսագործունեությանը՝ արտադրելով կարգավիճակին հատուկ ցիտոկինների, մատրիքսային մետալոպրոտեինազների, աճի գործոնների յուրատեսակ խառնուրդ, որն էլ բնութագրում է նրա ծերացում կապակցյալ սեկրետոր ֆենոտիպը: Այն ուղղված է հյուսվածքը նորոգելուն և ռեգեներացիան ապահովելուն, սակայն հյուսվածքում նման բջիջները կուտակումը կարող է դրդել տևական բորբոքային պատասխանի ակտիվացման, որը տեղային և համակարգային մակարդակներում կարող է անբարենպաստ հետևանքներ ունենալ: Ծերացած բջջի պարակրին ազդեցության հետևանքով կարող են զարգանալ մի շարք երկրորդային խաթարումներ. տեղային ցողունային բջիջների դիսֆունկցիա, արտաբջջային մատրիքսի կազմաքանդում, բջիջների դիֆերենցման շեղումներ, ստերիլ բորբոքման և հարևան բջիջներում ծերացման հրահրումներ (պարակրին ծերացում) (Nelson et al., 2012): Երիտասարդ օրգանիզմում ծերացած բջիջները՝ իրենց իսկ արտադրած քեմոտակտիկ գործոնների օգնու¬թյամբ հայտնաբերվում ու հեռացվում են իմուն համակարգի բջիջներով, սակայն ծերացմանը զուգընթաց ծերացած բջիջների էլիմինացիան քիչ արդյունավետ է դառնում, և դրանք սկսում են կուտակվել՝ առաջացնելով վերոհիշյալ անբարենպաստ փոփոխությունները:

ՑՈՂՈՒՆԱՅԻՆ ԲՋԻՋՆԵՐԻ ՍՊԱՌՈՒՄ

Ցողունային բջիջներն առկա են հյուսվածքներոի մեծ մասում և զբաղեցնում են իրենց խորշերը ¬նիշաներ): Դրանց բավարար քանակը (և որակը) օրգանիզմին հնարավորություն է տալիս ըստ անհրաժեշտության պահպանել գործող բջիջների պոպուլյացիան: Տարիքի հետ դրանց քանակի և ռեպլիկատիվ ներուժի նվազումը արդեն նկարագրված մեխանիզմների հետևանք է՝ գենոմի կայունության նվազում, միտոքոնդրիալ խանգարումներ և նույնիսկ տելոմերների կարճացում (ճիշտ է, այստեղ էքսպրեսվում էր տելոմերազը, բայց դրա հնարավորությունները անսպառ չեն): Ծերացմանն առնչվող ցողունային բջիջների պաշարը սպառվելու դրսևորումները բազմազան են. արյունաստեղծ հյուսվածքում դրանց նվազումը հանգեցնում է անեմիաների և իմունոցիտների պակասորդի, մկաններում՝ վնասված մկանաթելերի նորոգման խանգարման, մեզենքիմալ ցողունային բջիջների պակասորդը՝ օստեոպորոզ զարգանալուն և կոտրվածքների ապաքինման խանգարման, աղիներում՝ լուծով, մալաբսորբցիայով կամ փորկապությունների հակումով և այլն: Նույն այս մեխանիզմով կարող է բացատրվել այն հանգամանքը, որ իսկական պոլիցիտեմիայի (Վակեզի հիվանդության) ուշ շրջանում հաճախ զարգանում է միելոֆիբրոզ. ուժգնացած պրոլիֆերացիան ժամկետից շուտ սպառում է հեմոտոպոետիկ ցողունային բջիջների վերջնասահմանը:

Հետաքրքիր է նաև այն դիտարկումը, որ եթե երիտասարդ օրգանիզմում արյան բջիջները ստեղծվում են շուրջ 1000 հեմատոպոետիկ ցողունային բջիջների համատեղ ջանքերով, ապա տարիքի հետ արյունաստեղծմանը մասնակցող ցողունային բջիջների քանակի նվազմանը զուգ¬ըն-թաց՝ դրանցից միայն մեկն է սկսում գերիշխել՝ 70 տարեկանում ապահովելով շրջանառող արյան բջիջների մոտ կեսը, իսկ 90-ից հետո արյան բջիջների ողջ պոպուլյացիան ներկայացված է ընդամենը մեկ ցողունային բջջի սերնդով (Goodell and Rando, 2015): Համանման օրինաչա-փություն դիտվում է նաև այլ ցողունային բջիջների խորշերում՝ վկայելով, որ ցողունային բջիջները ևս ենթակա են բնական ֆդարվինյան¬ ընտրության, և հիշեցնելով երկարակեցության և անմահության թեման շոշափող հայտնի սերիալի կարգախոսը՝ վերջում մնում է միայն մեկը:

Այս ոլորտում հետազոտություններին նոր ուղղվածություն են հաղորդում այսպես կոչված հետերոքրոն պատվաստումները (երիտասարդ մկների ցողունային բջիջները փոխպատվաստվում են ծերերին և ընդհակառակը) և հետերոքրոն պարաբիոզի (երիտասարդ և ծեր մկների համակարգային արյան շրջանառությունների միջև շունտավորում) ուսումնասիրությունները, որոնք փաստում են, որ երիտասարդ ցողունային բջիջները ծեր օրգանիզմում կորցնում են ներուժի մի մասը և, ընդհակառակը, ծեր ցողունային բջիջը մոլեկուլյար մի շարք մարկերներից դատելով՝ երիտասարդանում է (Conboy et al., 2005, Rando and Chang, 2012):

ԽԱԹԱՐՎԱԾ ՄԻՋԲՋՋԱՅԻՆ ՀԱՂՈՐԴԱԿՑՈՒԹՅՈՒՆ

Նկարագրված վերջին հիմնական հատկանիշը վերաբերում է միջբջջային հաղորդակցության խանգարմանը: Այն ներառում է նեյրոէնդոկրին, իմուն, պարակրին հարաբերակցությունների ցանցի տեղաշարժերը:

Նեյրոէնդոկրին տեղաշարժերը ռենին-անգիոտենզինային համակարգի շեղումներն են, սիմպատիկ նյարդային համակարգի հաշվեկշռված գործունեության խանգարումը, ինսուլինառեզիստենտությունը և այլն: Այս համընդհանուր ինտեգրատիվ կարգավորիչների խանգարումը ոչ այնքան առաջացնում է որևէ ուղղությամբ քանակական շեղում, որքան նվազում են դրանց գործունեության հուսալիությունը, թիրախ հյուսվածքների նուրբ կարգավորումը: Իմուն համակարգի տեղաշարժերում ակնհայտ է դառնում օտար պաթոգենները ու նախաքաղցկեղային բջիջները ժամանակին հայտնաբերելու և հեռացնելու մեխանիզմների թուլացումը:

Սակայն այս ամենի հետ ծերացող օրգանիզմում մեծանում են բորբոքային ռեակցիայի տարաբնույթ մարկերները. սա հիմք է տվել տեղաշարժի այս խումբ անվանել բորբածերացում (inflammaging). տերմինն ընդգծում է ծերացման և համակարգային «մեղմ¬, «ծխացող¬ բորբոք¬ման փոխկապակցվածությունը (Franceschi et al., 2000): Բջջային մակարդակում այս տեղաշարժերի կարևոր մարկեր է NF¬B տրանսկրիպցիոն գործոնի ակտիվանալը: Յուրահատուկ հետազոտություններից մեկում սովորական ծերացումից հետո մկների մաշկում այս տրանսկրիպցիոն գործոնի անջատումը հանգեցրել է մաշկի երիտասարդացման (Adler et al., 2007)՝ վերականգնվել է մաշկի հաստությունը (էպիթելային բջիջների շերտերի քանակը), իսկ բջջային ծերացման մարկերներից p16-ի ակտիվությունը՝ դարձել երիտասարդներին բնորոշ ցածր մակարդակի:

Բորբածերացման դեպքում որո՞նք են ֆլոգոգենները: Դրանց շարքը կարելի է դասել ծերացման բազմաթիվ միկրովնասումները, որոնք իմուն համակարգի «հավաքարարային¬ գործունեության թերացման պատճառով անբավարար են հեռացվում: Մյուս կողմից, ինչպես արդեն նշվել է, բջջային ծերացման պարակրին ազդանշանումը (ծերացում կապակցյալ սեկրետոր ֆենոտիպը) ներառում է հենց պրոբորբոքային ցիտոկիններ: Վերջապես, բորբոքային ռեակցիայի ներբջջային սենսորներից NALP-3-ը զգայուն է ծերացման բջջային շատ տեղաշարժերի հանդեպ, օրինակ՝ ԹՌՁ-ի ուժգին արտադրության: Սա հանգեցնում է ինֆլամասոմի ակտիվացման, որը կասպազ-1-ի միջոցով նպաստում է ԻL-1-ի, Իլ-18-ի ակտիվ արտադրությանը: Այս իրողությունները բացասաբար են անդրադառնում նաև աուտոֆագիայի ակտիվության վրա, որը կարող է զարգացնել արատավոր շրջան (Նկ.3), քանի որ չհեռացվող միտոքոնդրիումները ազատ ռադիկալներով շարունակելու են վառ պահել բորբոքային կրակը (Salminen et al., 2012):

Համակարգային մակարդակում այսպիսի բորբոքումը նաև ուղեկցում ու ամրապնդում է այն պաթոգենետիկ օղակները, որոնք ծերացմանն առնչվող սոմատիկ հիվանդությունների հիմքն են՝ վիսեցերալ ճարպակալում, II տիպի շաքարային դիաբետ, աթերոսկլերոզ, էսենցիալ հիպերտենզիա: Պատահական չէ, որ նշված հիվանդությունները հաճախ են զուգակցվում մետաբոլիկ X համախտանիշի կազմում: Գուցե այդ X-ի փոխարեն ժամանակն է օգտագործել բորբոքայի՞ն եզրույթը (արդար լինելու համար պետք է նշել, որ ավելի հաճախ այդ X-ը այլևս չի հնչում այս համախտանիշի անվանման մեջ):

Համակարգային բորբոքումը «հետաքրքիր» է նաև այն առումով, որ ի թիվս բազմաթիվ այլ մեխանիզմների՝ այն առնչվում է սննդակարգին ու աղիքային ֆլորային: Վերջինս իր հերթին կարող է ազդել «տիրող¬ ծերացման արագության վրա, օրինակ՝ լիպոպոլիսախարիդ¬ների արտադրությամբ, որոնք ևս համակարգային բորբոքման կարևոր ֆլոգոգեններից են:

Հարկ է նշել, որ ծերացման տարբեր հատկանիշներ իրականում բավականին փոխկապակցված են, ինչպես համոզվում ենք դրանք քննելիս: Ըստ այդմ՝ ծերացման դանդաղեցմանը միտված որևէ ազդեցություն դրանցից որևէ մեկի վրա կարող է բարելավող արդյունք տալ նաև այլ ուղղություններով: Այսպես, ծերացման էպիգենետիկ կարգավորման ոլորտում ապագա խոստացող սիրտուինների ակտիվացումը ունակ է նաև զգալի չափով մարել բորբոքային կրակը: Ինչպես և SIRT1-ը դեացետիլացնելով NF¬B-կախյալ ազդանշանումն իրագործող սպիտակուցների գեների հիստոնները նաև հակաբորբոքային ազդեցություն ունեն. համանման ազդեցություն են թողնում SIRT2-ը և SIRT6-ը՝ դեացետիլացնելով NF¬B-ի ենթամիավորները և այլն:

Ծերացման քննարկված 9 նշանները դեռևս համալրվելու և լրամշակվելու են, գուցե դրանց մի մասը գիտական հանրությունը կորոշի խմբավորել: Սակայն դրանց մեխանիզմների նկարագրությունը բժշկագիտական հանրությանը հնարավորություն է ընձեռում բարելավելու այն մոտեցումները, որոնք կնպաստեն առավել թիրախային դարձնելու առողջ ծերությանը միտված միջոցառումների փնտրտուքը: Այստեղ հարկ չկա սենսացիոն հնարքներ բանեցնելու. առողջ ապրելակերպի հայտնի կանոնները շատ առումներով նպաստում են որակյալ տևական կյանքին. չափավոր լիարժեք սնունդը (ներառյալ կարմիր գինին), ֆիզիկական ակտիվությունը (այն սահմանափակում է բորբոքումը, նպաստում կոգնիտիվ ֆունկցիաների բարելավմանը), սիրելը և սիրված լինելը նպաստում են էվոլյուցիոն առումով կասկածելի երկարակեցությանը: Իսկ հիմնարար հետազոտություններով հիմնավորված նոր միջոցները, կարելի է հուսալ, չեն ուշանա:

ՎԵՐՋԱԲԱՆԻ ՓՈԽԱՐԵՆ

Ջեք Լոնդոնի պատմվածքներից մեկում խոսվում է մի ցեղի մասին, որի ծերացած առաջնորդը, երբ հասկանում է, որ արդեն բեռ է ցեղակիցների համար, լուռ համաձայնությամբ, ըստ ավանդույթի հետևում է, թե ինչպես է իր որդին՝ ցեղի նոր առաջնորդը, հերթական տեղափոխումից առաջ նրան մի կտոր հացով թողնում կրակի մոտ:

Որքան էլ այս ցեղի տխուր ավանդույթը հասկանալի է, այն չի համապատասխանում Մարդու այն կերպարին, որը կցանկանայի տեսնել ապագայում: Եվ գուցե, ավելի լավ հասկանալով, թե որոնք են ծերացման մեխանիզմները, ավելի գթասիրտ դառնանք՝ ավելի շատ նմանվելով Մարդու:

Լորդ Արա Վարդկգես Դարսի

Ինչպես **հայ** տղան դարձավ **բրիտանացի լորդ**

Արա Վարդկգես Դարսին (ծն¬ 1960 թ. մայիսի 7) աշխարհի առաջատար վիրաբույժ-ներից է, Լոնդոնի Կայսերական քոլեջի վիրաբուժության ամբիոնի վարիչ: Նրա ղեկա-վարած ամբիոնը զբաղվում է ռոբոտացված վիրաբուժությամբ, Դարզին վիրաբուժու-թյան ասպարեզում բազմաթիվ նորամուծությունների և նոր տեխնոլոգիաներ կիրա-ռելու առաջամարտիկ է:

Բրիտանիայի ազնվականությունը փակ ակումբ է, ուր գրեթե անհնար է «սողոս¬կել փողոցից»: Այնուամենայնիվ, հասարակ հայ ընտանիքի՝ Արա Դարզի անուն- ազգա-նունով զավակին դա հաջողվել է. այժմ նա լորդ է և կրում է բարոն տիտղոսը (բարոն Դենհեմ):

Արա Դարզին ծնվել է Բաղդադում, ուր նրա տատը և նախատատը հանգրվանել են՝ փրկվելով Եղեռնից: Էրզրումում ապրող ընտանիքի բոլոր տղամարդկանց թուր¬քե¬րը սպանել են:

17 տարեկանում տղան մեկնել է Դուբլին՝ բժշկական կրթություն ստանալու: Արան սովորել է Վիրահատության թագավորական քոլեջում, այնուհետև գիտական կոչում է ստացել Դուբլինի համալսարանի Թրինիթի քոլեջում, որը համարվում է Իռլանդիայի ամենահին և ամենահեղինակավոր ուսումնական հաստատությունը: Համադասա-րանցի¬ները նրան անվանում էինԴարա Դարզի (Dara-ն և Darcy-ն իռլանդական անուն և ազգանուն են):

1990 թ. Դարզին տեղափոխվում է Անգլիա. նա վիրաբույժ է աշխատում Միդդլսեքս և Սուրբ Մարիայի հոսպիտալներում: Վեց տարի անց Դարզին դառնում է պրոֆեսոր և զբաղեցնում կարևոր պետական պաշտոններ՝ այդ թվում ղեկավարելով Քաղցկեղի ուսում¬նա¬սիրության ինստիտուտը: Ի վերջո, Դարզին դառնում է Մեծ Բրիտանիայի առողջապահության համակարգի նախարար՝ իրականացնելով ազգային առողջա-պահական համա¬կար¬գի բարեփոխում և ձեռք բերելով համաշխարհային ճանաչում՝ շնորհիվ նորարարական գաղափարների, որոնք կիրառվում են մի շարք երկրնե¬րում: Վիրաբույժի քաղաքական նվաճումներից է նաև նրա անդամակցությունը Լորդերի պալատին:

2002 թ. Արա Դարզին ստանում է ասպետի կոչում՝ հանուն Մեծ Բրիտանիայի՝ իր վաստակի, իսկ 2007 թ.՝ արժանանում պերի տիտղոսի: 2009 թ. լորդ Դար¬զին դառնում է Նորին Գերազանցություն Ելիզավետա II-ի Գաղտնի խորհրդի անդամ: Նա նաև պատվավոր պաշտոններ է զբաղեցնում Մեծ Բրիտանիայի գրեթե բոլոր նշա¬նավոր բժշկական կազմակերպություններում:

Ներկայում Դարզին, ում անվանում են լապարոսկոպիայի առաջամարտիկ, վերա-դարձել է գիտություն՝ ղեկավարելով հետազոտողների մի խումբ: Նրա հետաքրքրու-թյունների հիմնական ոլորտներն են՝ նվազագույն ինվազիվ վիրաբուժությունը և կից տեխնոլոգիաները, կենսաբժշկական ճարտարագիտությունը (բժշկական կրթու¬թյու-նից բացի, Դարզին նաև ճարտարագիտական գիտությունների գիտական աստիճան ունի): Պրոֆեսորը առաջ է քաշում նաև այն գաղափարը, որ բժշկական տվյալները պետք է հասանելի լինեն հիվանդին, և նա պետք է առավելագույնս տեղեկացված լինի իր առողջական վիճակին և բուժման մեթոդներին:

Մի անգամ Դարզին մարդու կյանք է փրկել հենց Լորդերի պալատում նիստի ժամա-նակ: Պալատի անդամներից մեկը՝ լորդ Բրեննանը, վատ է զգացել. նա սրտային նո-պա է ունեցել: Դարզին կարողացել է «ուշքի բերել» իր գործընկերոջը: Ինչպես ինքը՝ բժիշկն է հետագայում պատմել, մինչ նա վերակենդանացմամբ էր զբաղված, Պալատի ևս մի անդամ՝ Յորքի արքեպիսկոպոս Ջոն Սենտամուն, աղոթել է Բրեննանի փրկու-թյան համար: Երբ լորդ Բրեննանը ուշքի է եկել, Դարզին հոգևորականին ասել է՝ «Կար¬¬ծում եմ՝ մենք դա միասին արեցինք»: Լորդ Դարզին ասում է, որ թեև Հայաստանում չի եղել, այդուհանդերձ, մեծացել է հայ լի¬նե¬լու ինքնագիտակցությամբ: Ծնողների և քրոջ հետ շփվելիս նա, ինչպես միշտ, հա¬յերեն է խոսում: Դարզին նրանց Իրաքից փոխադրել է Լոնդոն: Լորդ Դարզին ամուս¬նացած է և երկու զավակների հայր է:

ԱՉՔԻ ԲՈՐԲՈՔԱՅԻՆ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ ՀԱՅԱՍՏԱՆՈՒՄ

Աննա Հովակիմյան, ակնաբույժ

Աչքի բորբոքային հիվանդությունները բազմազան են. կարող են բորբոքվել աչքի տարբեր հյուսվածքներ՝ կոպեզրը, եղջերաթաղանթը, լորձաթաղանթը և անոթաթաղանթը: Հաճախ հան¬դիպող բորբոքումներից են կոպեզրինը՝ բլեֆարիտները, լորձաթաղանթինը՝ կոնյուկտի-վիտ¬ները, փոքր- ինչ ավելի հազվադեպ՝ կերատիտները և ուվեիտները:

Կոնյուկտիվիտներ

Կոնյուկտիվիտներ և բլեֆարիտներ առաջանալու պատճառները նույնպես բազմազան են՝ մանրէներ, վարակահարուցիչներ, ադենովիրուսներ: Սեզոնային ալերգիայի շրջանում հա-ճախակի են ալերգիկ կոնյուկտիվիտները: Գարնանը և ամռանը բավական մեծ է հիվանդ-ների, հատկապես երեխաների հոսքը գարնանային կատար հիվանդությամբ, որի զար-գանալուն նպաստում են արևի ուլտրամանուշակագույն ճառագայթները:

Կարելի է ասել, որ կոնյուկտիվիտներն ամենից հաճախ հանդիպող բորբոքային հիվան¬դու¬թյուններն են: Ալերգիկ կոնյուկտիվիտների և հատկապես գարնանային կատարի պատճառը մեր երկրի աշխարհագրական դիրքն է: Այս հիվանդությունը տարածված է այն երկրներում, որտեղ արևի ճառագայթումը բավական բարձր է: Հայաստանի որոշակի շրջաններում՝ մասնավորապես Թալինում, Ապարանի որոշ գյուղերում և այլն, հիվանդությունն առավել արտահայտված է, քան Երևանում:

Կոնյուկտիվիտը խիստ ալերգիկ հիվանդություն է. այն սաստիկ քոր է առաջացնում երե-խաների շրջանում:

Էպիդեմիկ ադենովիրուսային կոնյուկտիվիտը, որը ևս մեծ տարածում ունի, վարակիչ է. վարակը փոխանցվում է օդակաթիլային ճանապարհով, շփման միջոցով: Հազը, փռշտոցը այս վարակը կա¬րող են արագորեն տարածել հատկապես մար¬դաշատ վայրերում, ուսումնական հաստատություններում: Այն դրսևորվում է կոկորդում քերելու զգացողությամբ, ընդ¬հանուր թուլությամբ, այնուհետև առաջանում են աչքի կարմրություն և լորձաթարախային արտա¬դ¬րություն (ժողովրդական լեզվով՝ ճպռոտում), ավազահատիկի զգացողություն, ար¬ցու¬ն¬քահո¬սություն, այտուցվում են կոպերը... 7 օրվա ընթացքում վարակվում է նաև մյուս աչ¬քը, բարդ դեպքերում եղջերաթաղանթը նույնպես կարող է ախտահարվել, տեսողությունը՝ խա¬վարել: Հիվանդությունն ունի համաճարակային (էպիդեմիկ) բնույթ: Հարկ է նշել, որ այսօր Հայաստանում առկա են հիվանդության բուժման անհրաժեշտ բոլոր դեղամիջոցները:

Կոնյուկտիվիտի մեծապես տարածված տեսակներից է նաև չոր աչքի համախտանիշով պայմանավորված կոնյուկտիվիտը: Ամենից հաճախ այս հիվանդության զարգանալուն նպաստում է համակարգչով երկարատև աշխատելը:

Սովորաբար մարդը 1 րոպեում աչքը թարթում է 8 անգամ, իսկ համակարգչի առջև լարված նստած կամ երկար մեքենա վարելիս ավելի քիչ է թարթում: Դա էլ հանգեցնում է աչքի մակերեսի չորացման, լորձաթաղանթի անոթների արտահայտման, արտահայտվածության, աչքի կարմրության և աչքի մեջ օտար մարմնի զգացողության: Մեր երկրի աշխարհագրական դիրքը այս առումով ևս նպաստավոր համարել չի կարելի, քանի որ առկա է առավելապես չոր կլիմա, և բնակչության զգալի մասն աչքը խոնավեցնող կաթիլների կարիք ունի:

Ուրախությամբ կարելի է արձանագրել, որ վերջին

շրջանում մարդիկ ավելի ուշադիր են դարձել սեփական առողջության նկատմամբ: Այսօր հնարավորություն կա կիրառելու ախտո-րոշիչ բոլոր ժամանակակից մեթոդները, իսկ բժշկի վաղ դիմելու, հիվանդությունը վաղ հայտ-նաբերելու դեպքում արդյունավետ բուժումը երաշխավորված է:

Բացառիկ դեպք Հայաստանում

Խոսելով կոնյուկտիվիտի առավել մեծ տարածում ունեցող տեսակների մասին՝ կարելի է առանձնացնել փայտանման կոնյուկտիվիտը, որը, ի տարբերություն մյու¬ս¬ների, խիստ հազ-վա¬դեպ է ամբողջ աշխարհում: Հայաստանում այս հիվանդության առաջին դեպքն արձանագրվել է 4 տարի առաջ: Երեխայի աչքերում կային փոքր գոյա¬ցու¬թյուններով («կեղծ մեմբրաններ»), որոնք հասունանում էին մի քանի շաբաթը մեկ, աչքից պոկվում էին և ընկ-նելիս այնքան կոշտանում, որ նմանվում էին փայտի կտորի: Սա բավա¬կան ծանր հի-վանդություն է, որի հիմքը պլազմինոգեն առաջին տեսակի անբավա¬րա¬րու¬թյունն է: Հետևո-ղական չլինելու և հիվանդությունը չբուժելու դեպքում կարող են ախ¬տա¬հարվել բոլոր լորձաթաղանթները, շնչառական համակարգը, երիկամները, բժշկական գրա¬կանության մեջ նկարագրված են անգամ մահացության դեպքեր: Ախտանիշների նկա¬րագրությամբ և բացառման եղանակով հնարավոր եղավ ախտորոշել հենց փայտանման կոնյուկտիվիտ: Այն հաստատվեց Մոսկվայում և Իտալիայում. համապա-տասխան դեղորայքի և բուժման շնորհիվ երեխան մի քանի տարի է՝ ապրում է առողջ, սպիտակ ու ջինջ աչքերով, դպրոց է հաճախում, ունի հստակ տեսողություն:

Կերատիտներ

Կոնյուկտիվիտի համեմատությամբ՝ սրանք ավելի սակավ են հանդիպում, բայց և մեծ տարա¬ծում ունեն: Առաջանալու պատճառը հերպես վարակն է: Հետևանքը եղջերաթաղանթի խիստ պղտորվելն ու լույսի ներթափանցումը խոչընդոտելն է: Հիվանդներին տեսողությունը վերա¬կանգն¬վում է եղջերաթաղանթի փոխպատվաստման միջոցով: Դոնորական Դոնորի եղջերաթա¬ղանթ հնարավոր է լինում ձեռք բերել Վաշինգտոնի «Sightlife» միջազգային բանկից:

Այս վիրահատության համար կարիք չկա արտերկիր մեկնել. այն մեզանում իրականացվում է բավականին հաճախ, և արդեն իսկ առկա են դրական արդյունքներ:

Ուվեիտներ

Սրանք անոթաթաղանթի բորբոքումներն են: Պատճառ կարող են լինել իմունային բոր¬բո¬քում-ները, տարբեր վարակիչ գործոններ: Հիմնականում ենթարկվում են դեղորայքային բուժման, սակայն որոշակի բարդությունների դեպքում հանգեցնում են ներակնային ճնշման բարձրաց¬ման, կատարակտի, որը բուժվում է վիրահատական եղանակով:

Աչքի բորբոքային հիվանդությունների բուժում

Աչքի բորբոքային հիվանդություններից կոնյուկտիվիտները, բլեֆարիտները ենթարկվում են դեղորայքային բուժման, կերատիտները, եթե հետևանք են վարակահարուցիչային, մանրէ-ային, մակաբուծային կամ սնկային ախտահարման, 80-90% դեպքերում ևս ենթարկվում են կոնսերվատիվ պահպանողական բուժման, իսկ այնպիսի դեպքերում, երբ կոնսերվատիվ պահպանողական բուժումից առաջանում է ինտենսիվ պղտորում, դիմում են վիրահա¬տա-կան միջամտության:

Հարկ է նշել, որ գոյություն ունի ամիոտիկ թաղանթի փոխպատվաստում, որ իրականացվում է խիստ ծանր ախտահարումների դեպքում: Դա հակաբորբոքային թաղանթ է, որը վերցվում է կեսարյան հատումների ժամանակ և հատուկ մշակման ենթարկվում. այն պատվաստվում է աչքին, և բավական լավ արդյունք է գրանցվում: Այս թաղանթն ունի հակամանրէային, անո¬թավորումն ընկճող, հակասպիական և մի շարք այլ դրական ազդեցություններ:

Ուվեիտների դեպքում ևս բուժման հիմնական եղանակը դեղորայքայինն է՝ կաթիլներ, հաբեր, ներարկումներ և այլն:

Ձեռքբերումներ

Ուվեիտներից ամենածանրը Բեխչետի հիվանդությունն է, որն առավել տարածված է հին ազգերի և միջերկրածովյան ավազանի երկրների՝ հիմնականում արական բնակչության շրջանում, քրոնիկ և պոտենցիալ ենթադրելի կուրացնող ախտահարում է: Աշխարհում մեծ խնդիր է այս հիվանդների բուժման ճիշտ եղանակներ, մեթոդներ մշակելը: Արդեն երկու տա¬-րի է՝ Հայաստանը համագործակցում է ամերիկյան Քսոմա (Xoma) և ֆրանսիական Սեր¬վիե (Servier) դեղագործական ընկերությունների հետ՝ կատարելով միջազգային հետազոտու-թյուն¬ներ ուսումնասի¬րություններ, և այս գործընթացի մեջ ներառված հայ հի¬վանդները երկու տարի անընդմեջ կարողանում են անհրաժեշտ դեղորայք ստանալ անվճար: Ուրախալի է, որ նոր դեղամիջոցները, որոնք կլինիկական փորձարկման են ենթարկվում ԱՄՆ-ում և Եվրոպայում, հասանելի են նաև Հայաստանում:

Առաջիկայում ևս կան շատ ծրագրեր. դրանց մասնակցելը և հայ ակնաբույժների՝ այդ ծրա-գրերում ներգրավվածությունը, անշուշտ, կնպաստեն, որ հնարավոր լինի հայ հիվանդ¬ներին առաջարկել բուժման նորագույն և առավել արդյունավետ մեթոդներ:

«Մորից երեխային ՄԻԱՎ-ի փոխանցումը վերացրած երկրների շարքում Հայաստանն օրինակելի երկիր է»

(ՄԱԿ-ի գլխավոր քարտուղար Բան Կի Մուն)

ՄԱԿ-ի անդամ պետությունների բարձրաստիճան պաշտոնյաների, դեսպան¬ների, միջազգային կառույցների և հասարակական կազմակերպությունների ներկա¬յա¬ցու-ցիչների, ՄԻԱՎ-ով ապրող մարդկանց մասնակցությամբ Նյու Յոր¬քում հունիսի 8-10-ը անցկացվել է ՄԱԿ-ի գլխավոր ասամբլեայի՝ ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ-ի խնդիրներին նվիրված հանդիպում:

«Մեծ ուրախությամբ պետք է նշեմ, որ անցած 15 տարվա ընթացքում երեխա-ների շրջանում ՄԻԱՎ-ի դեպքերը նվազել են 56%-ով. 4 երկիր՝ Կուբան, Թաիլանդը, Հայաստանը և Բելառուսն ամբողջությամբ վերացրել են մորից երեխային ՄԻԱՎ-ի փո¬խանցումը: Հուսով եմ, որ, հետևելով այս երկրներին, շուտով մենք ամբողջ աշխար¬հում կհասնենք երեխաների շրջանում «զրո» նոր դեպքերի»,-իր ելույթում նշել է ՄԱԿ-ի գլխավոր քարտուղար Բան Կի Մունը:

ՄԱԿ-ի՝ ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ-ի միացյալ ծրագրի գլխավոր տնօրեն Միշել Սիդիբեն շնոր¬հակալություն է հայտնել հանդիպման մասնակիցներին, որոնք իրականություն են դարձրել մորից երեխային ՄԻԱՎ-ի փոխանցումը վերացնելու և ՄԻԱՎ-ից զերծ սե¬րունդ ունենալու հեռահար նպատակը: Ըստ Մ.Սիդիբեի՝ այս ոլորտում հաջողու-թյուններ արձանագրած Հայաստանի, Բելառուսի և Թաիլանդի փորձը լավագույնն է, և նրանց պետք է հետևեն այլ երկրներ:

ՀՀ առողջապահության նախարար Արմեն Մուրադյանն իր ելույթում նշել է, որ պարտավորությունները, որոնք ստանձնել է Հայաստանի Հանրապետության կառա-վա¬րությունը՝ միանալով ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ-ի դեմ պայքարի ոլորտում պարտավորու-թյունների հռչակագրին և ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ-ին վերաբերող քաղաքական հռչակագրերին՝ հիմնովին փոխել են ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ-ին հակազդման հասկացութային (կոնցեպտուալ) մոտեցումները:

«Երկիրը հզորացրել է ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ-ի ոլորտում իր քաղաքական պարտավո-րությունները՝ ընդունելով պետական ոլորտի և քաղաքացիական հասարակության պատասխանատվությունը հանրապետության բնակչության ապագայի և բարեկե-ցության նկատմամբ: Ստեղծվել է ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ-ի, տուբերկուլոզի, մոր և մանկան առողջության պահպանման ծառայությունների միասնական համակարգ, որն ապա-հո¬¬վում է հիվանդությունների վաղ ախտորոշում, բոլոր կարիք ունեցողներին որակյալ բուժօգնություն, առավել արդյունավետ բուժում և բժշկական այլ ծառայություններ: Պետք է ընդգծեմ, որ հաջողություններին հասնելու գործում զգալի դերակատա¬րություն ունեն դոնորները և միջազգային կազմակերպությունները»,- ընդգծել է Արմեն Մուրադյանը:

Նախարար Արմեն Մուրադյանը բարձր ամբիոնից մեկ անգամ ևս անդրա¬դարձել է արցախյան հակամարտությանը:

ՄԱԿ-ի գլխավոր ասամբլեայի նախագահ Բան Կի Մունն իր ելույթում մեջ բերել է Նելսոն Մանդելայի խոսքերը և հարց ուղղել ներկաներին, թե ինչն է ավելի վատ՝ պատերա՞զմը թե՞ ՁԻԱՀ-ը: ՀՀ առողջապահության նախարար Արմեն Մուրա-դյանը, պատասխանելով ՄԱԿ-ի գլխավոր ասամբլեայի նախագահ Բան Կի Մունի հարցա¬դրմանը, իր ելույթում իբրև օրինակ նշել է ապրիլի սկզբին Ադրբեջանի կողմից Արցա¬խի դեմ սանձազերծած ռազմական ագրեսիան:

«Պարո՛ն նախագահող, այսօր, մեջ բերելով Նելսոն Մանդելայի խոսքերը, Դուք հարց առաջադրեցիք՝ ինչն է ավելի վատ՝ պատերա՞զմը թե՞ ՁԻԱՀ-ը: Իրոք, որ¬տե՞ղ է արդարությունը, երբ անմեղ երեխան ծնվում է իմունային անբավարա¬րությամբ, որ-տե՞ղ է արդարությունը, երբ կրակում են երեխաների վրա, որոնք ցանկանում են ապ-րել և սովորել իրենց հայրենիքում, սովորել իրենց մայրենին, հավատալ իրենց Աստ-ծուն, հարգել իրենց ծնողների և նախնիների ավանդույթները: Որտե՞ղ է արդա-րությունը, երբ սպանում են 90-ամյա ծերունիների, որոնք ցանկացել են իրենց ծե-րությունն ապրել հայրենիքում, իրենց տանը: Ես խոսում եմ երկու ամիս առաջ Լեռ-նային Ղարաբաղում տեղի ունեցած իրադարձությունների մասին: Ո՞րն է

ավելի վատ՝ ՁԻԱՀ-ը, թե՞ անմարդկայնության, ատելության հարուցիչը վիրուսը, որը, հաղթելով ամենաբարձր պաշտոնում գտնվողին, մթագնում է նրա բանականութ¬յու¬նը, քաղաքակիրթ մարդուն վերափոխում բարբարոսի, որը դաժանաբար հրա¬հան¬գում է սպանել երեխաների և ծերերի: Դժվար է պատասխանել այս հռետորական հար¬ցին: Գալիք սերունդները թերևս չիմանան պատերազմի և ՁԻԱՀ-ի մասին միայն այն դեպքում, երբ բոլորը միանշանակաբար պատասխանեն այս հարցին: Վստահ եմ, որ ապագա սերունդները պետք է համեմատեն թե ինչն է վատ, այլ ինչն է լավ՝ խա-ղաղությո՞ւնը թե՞ բարգավաճումը»,- ասել է ՀՀ առողջապահության նախարարը:

Նա նշել է, որ հետագա սերունդները կարող են չիմանալ՝ ինչ է պատերազմը և ինչ է ՁԻԱՀ-ը, այն դեպքում եթե բոլորս միանշանակաբար կարողանանք պատասխանել այս հարցին:

«Վստահ եմ, որ հետագա սերունդները պետք է համեմատեն, ոչ թե ինչն է վատ, այլ ինչն է լավ՝ խաղաղությունը և բարգավաճումը»,- եզրափակել է Արմեն Մուրադյանը:

Հարկ է նշել, որ ՄԱԿ-ի անդամ պետություններն ընդունել են մինչև 2030թ. ՁԻԱՀ-ի համաճարակի վերացմանն ուղղված քաղաքական նոր հռչակագիր, որը հաս-տա¬տում է համաշխարհային հանրության հանձնառությունը հիվանդությունը կան-խար¬գելելու, բուժելու, խնամքի համընդհանուր հասանելիություն ապահովելու ուղ-ղու¬¬թյամբ՝ ընդգծելով համընդհանուր պատասխանատվություն:

Ի դեպ, բարձր մակարդակի այս հանդիպմանը ներկա էր քաղաքական գործիչ, «Աֆրիկայի լուսաբաց» հիմնադրամի հիմնադիր Նդաբա Մանդելան, որը Նոբելյան մրցանակի դափնեկիր, Հարավաֆրիկյան Հանրապետության առաջին սևամորթ նա-խա¬գահ, մարդու իրավունքների համար պայքարի ամենահայտնի ջատագով Նել¬սոն Մանդելայի թոռն է: Համաժողովի գրեթե բոլոր մասնակիցներն իրենց ելույթ¬ներում անդրադառնում էին մորից երեխային ՄԻԱՎ-ի փոխանցումը վերացրած երկրների շարքում Հայաստանի օրինակին:

Պաշտոնական ընդունելության ժամանակ ՄԱԿ-ի գլխավոր քարտուղար Բան Կի Մունը ՀՀ առողջապահության նախարար Արմեն Մուրադյանին Հայաստանի պատ¬վո-գիրը փոխանցելիս հնչեցրել է՝ «ՎԻՎԱ ԱՐՄԵՆԻԱ»:

Նյու Յորքում գտնվող ՀՀ պատվիրակությունը հունիսի 7-ին մասնակցել է ՄԱԿ-ի գլխավոր ասամբլեայի ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ-ի խնդիրներին նվիրված բարձր մակար-դակի հանդիպման շրջանակում ԱՀԿ-ի կողմից կազմակերպված «Մորից երեխային ՄԻԱՎ-ի և սիֆիլիսի փոխանցման վերացում. տոնելով երկրի հաղթանակը» խորա-գրով միջոցառմանը:

Միջոցառման ընթացքում ԱՀԿ-ի գլխավոր տնօրենի օգնական Ռեն Մինխ(հ)ոյն ասել է, որ մորից երեխային ՄԻԱՎ-ի և սիֆիլիսի փոխանցման վերացումը հանրային առողջապահության զգալի նվաճումներից է, և այսօր իրենք տոնում են Հայաստանի, Բելառուսի, Մոլդովայի, Թաիլանդի հաջողություններն այս ոլորտում:

Հայաստանը ՄԻԱՎ-ի ցածր տարածվածությամբ երկիր է. շնորհիվ ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ հետազոտության, անտենատալ խնամքի ու ՄԻԱՎ վարակի բուժման ոլորտներում բարձր մակարդակի հանձնառության՝ հաջողության է հասել, և վերջին 8 տարիներին երկրում չի գրանցվել ՄԻԱՎ-ի փոխանցման կանխարգելիչ բուժում ստացած հղիներից ծնված երեխաների շրջանում մորից երեխային ՄԻԱՎ վարակի որևէ դեպք:

Այսպիսով, Կուբայից հետո Հայաստանը Բելառուսի և Թաիլանդի հետ աշ-խար¬հում երկրորդ, իսկ ԱՀԿ-ի եվրոպական տարածաշրջանի 53 երկրների թվում Բե-լառուսի հետ առաջին երկիրն է, որն արժանանում է մորից երեխային ՄԻԱՎ-ի փո-խանցումը վերացնելու ուղղությամբ տարվող աշխատանքների՝ նման բարձր գնահա-տականի և մորից երեխային ՄԻԱՎ-ի փոխանցման վերացումը փաստող հավաս-տագրի:

ԵՊԲՀ ՔՈԼԵՋ

Կարեն Դիլբարյան, Երևանի Մխիթար Հերացու անվան պետական բժշկական համալսարանի քոլեջի տնօրեն

Երևանի Մխիթար Հերացու անվան պետական բժշկական համալսարանի քոլեջը (ԵՊԲՀ քոլեջ) միջին մասնագիտական կրթություն իրականացնող հաստատություն է, որը գործում է Երևանի Մխիթար Հերացու անվան պետական բժշկական համալսա-րանի կազմում:
Քոլեջի առաջնային նպատակը այնպիսի մասնագետներ պատրաստելն է, որոնք իրենց մասնագիտությամբ աշխատելիս հետագայում չեն ունենա անհատական ու-սուց¬ման անհրաժեշտություն և ուսանողական տարիներից արդեն ձեռք կբերեն աշ-խա¬տանքային փորձ: Այդ նպատակին հասնելու համար կարևորվում է առաջադեմ մասնագետների և տեխնիկապես հագեցած լաբորատորիաների հետ համագործակ-ցությունը, որոնք պատրաստ կլինեն վերափոխելու ուսուցումը՝ հօգուտ ուսանողների մասնագիտացման:

Ուսումնական ծրագրեր
Քոլեջում ուսումնական ծրագիրը բաղկացած է հետևյալ բաժիններից՝
1. հանրակրթական,
2. առանցքային հմտությունների,
3. ընդհանուր մասնագիտական,
4. հատուկ մասնագիտական:

Վերջին տարիներին ԿԳ նախարարության որդեգրած քաղաքականության շնորհիվ մասնագիտական կրթության ոլորտում իրականացվում են բարեփոխումներ, որոնք նաև միտված են միջազգային աշխատաշուկայում մրցունակ մասնագետներ պատ-րաս¬տելուն: Այդ նպատակով 2015-2016թթ. ուսումնական տարում կիրառվեց նոր՝ մոդուլային ծրագիրը:
Առանցքային հմտությունները, ընդհանուր և հատուկ մասնագիտական բաժիններն ուսուցանվում են վերոնշյալ մոդուլներով, որոնցում առավել շեշտադրված են գործ-նական բաղադրիչը և մասնագիտական հմտություններ ձեռք բերելը:

Գնահատման համակարգ
2016թ. քոլեջում ներդրվել է ուսանողների գնահատման նոր համակարգ՝ մոդուլային ծրագրերին համապատասխան: Այս համակարգով գնահատվում են ուսանողների ոչ միայն տեսական գիտելիքները, այլև գործնական հմտություններն ու ունակություն-ները: Ուսումնառության արդյունքները գնահատելիս ուսանողները կա¬տարում են գործնական առաջադրանք՝ դրսևորելով համապատասխան կարողո¬ւ¬թյուններ, իսկ այդ առաջադրանքին առնչվող տեսական գիտելիքները հետագայում ստուգվում են գրավոր կամ բանավոր:

Նյութատեխնիկական բազա
Քոլեջի ուսանողները ուսանում են Երևանի պետական բժշկական համալսարանի ամբիոններում՝ մասնագիտական առարկաների գործնական դասըն¬թացներն իրակա-նացնելով ատամնատեխնիկական լաբորատորիաներում և համա¬լ¬սարանական կլի-նի¬կաներում:
Ուսման ընթացքում ուսանողներին տրամադրվում են ժամանակակից նյութեր, գործիքներ և սարքավորումներ, որոնք ուսումնական գործընթացը առավելագույնս մերձեցնում են աշխատանքային իրական պայմաններին:

Ընդունելություն
ԵՊԲՀ քոլեջ կարող են ընդունվել հիմնական ընդհանուր (9-րդ դասարան) և միջնա-կարգ ընդհանուր (12-րդ դասարան) կրթությամբ աշակերտները՝ առանց տարիքային սահմանափակման: Ընդունելությունն իրականացվում է մրցութային կարգով: Մրցույթն անցկացվում է դիմորդների՝ կենսաբանություն առարկայից գրավոր քննու-թյան արդյունքներով: Գիտելիքների պահանջվող մակարդակը սահմանվում է 9-րդ կամ 12-րդ դասարանների դպրոցական ծրագրով՝ դիմորդի կրթական մակարդակին համապատասխան:

World Health Organization

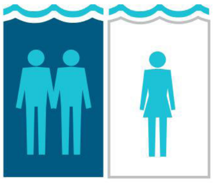
GLOBAL REPORT ON DROWNING

KEY FACTS

372 000 people die from drowning **EVERY YEAR**

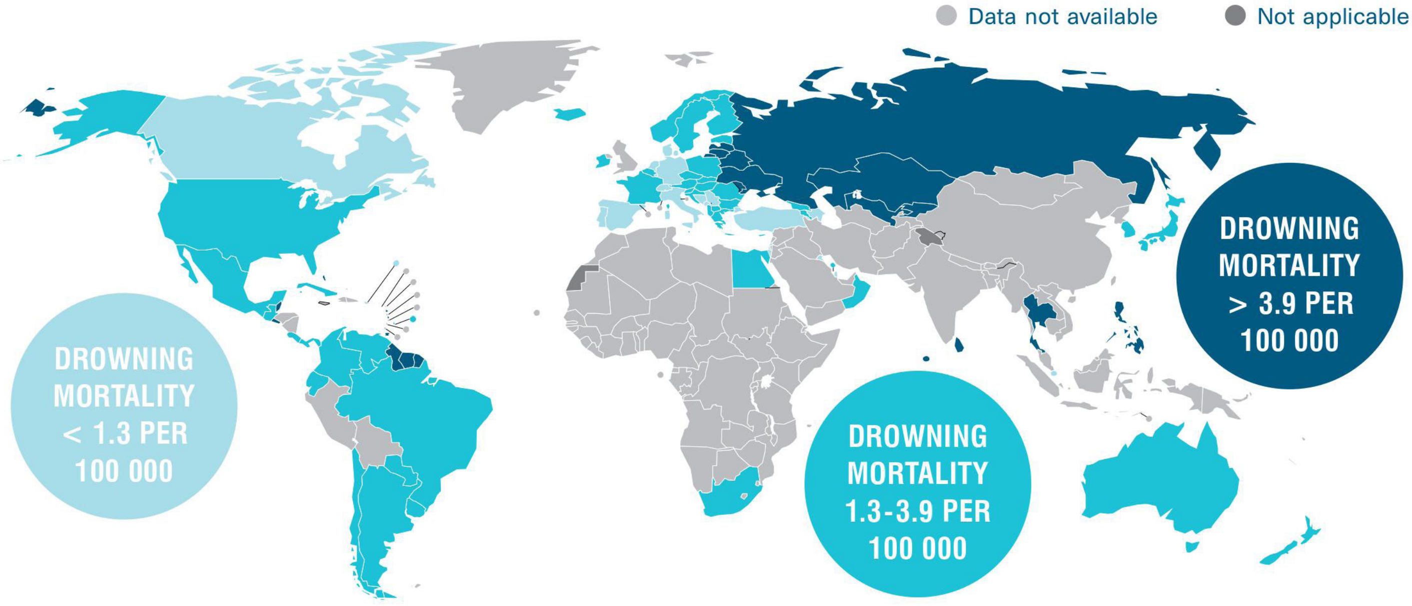
OVER HALF of all drowning deaths are among those aged **UNDER 25 YEARS**

MALES ARE TWICE AS LIKELY to drown as females



Drowning is one of the **10 LEADING CAUSES OF DEATH** for people aged 1-24 years

DROWNING RATES



A LEADING KILLER OF CHILDREN

Number of deaths for children under 15 years

TUBERCULOSIS	69 648
MEASLES	125 813
DROWNING	140 219
HIV	199 071
MENINGITIS	217 580

Այսուհետ Հայաստանում ևս հնարավոր կլինի իրականացնել ցողունային բջիջների փոխպատվաստում

Զրույց ՀՀ ԱՆ Առողջապահական ծրագրերի իրականացման գրասենյակի տնօրեն պարոն ***Նելսոն Ջուլոյանի*** *հետ*

Այսուհետ Հայաստանում ևս հնարավոր կլինի իրականացնել ցողունային բջիջների փոխպատվաստում
Զրույց ՀՀ ԱՆ Առողջապահական ծրագրերի իրականացման գրասենյակի տնօրեն պարոն Նելսոն Ջուլոյանի հետ

ՀՀ կառավարության և Համաշխարհային բանկի համագործակցության արդյունքում այս տարի ՀՀ ԱՆ պրոֆ. Յոլյանի անվան արյունաբանական կենտրոնում կսկսի կգործել Հայաստանում առաջին ոսկրածուծի փոխպատվաստման ծառայությունը և ցողունային բջիջների լաբորատորիան:
Արյունաբանական կենտրոնը Հայաստանում ոլորտի միակ առաջատար բժշկական հաստատությունն է, որը զբաղվում արյան հիվանդությունների աշխատորոշմամբ և բուժմամբ, բարձրորակ բժշկական օգնություն ցուցաբերելով տարեկան հարյուրավոր քաղաքացիներին: Այն հանդիսանում է նաև Երևանի պետական բժշկական համալսարանի ուսումնական բազաներից մեկը, որտեղ ապագա բժիշկները ձեռք են բերում մասնագիտական գիտելիքներ և ունակություններ` իրենց հետագա գործունեության ընթացքում կիրառելու նպատակով:
Ոսկրածուծի փոխպատվաստման նոր ծառայության ստեղծումն իրականացվել է ՀՀ ԱՆ Առողջապահական ծրագրերի իրականացման գրասենյակի կողմից` միջազգային խորհրդատուների և կազմակերպությունների օժանդակությամբ: Այդ նպատակով` արդի միջազգային չափորոշիչներին համապատասխան վերակառուցվել են կենտրոնի յոթհարկանի մասնաշենքի 7-րդ և նորակառույց մասնաշենքի 3-րդ հարկերը: Կենտրոնը հագեցվել է անհրաժեշտ գերժամանակակից բժշկական սարքավորումներով, որոնց մի մասն եզակի են հանրապետությունում, իսկ բժիշկ-մասնագետները վերապատրաստվել են Գերմանիայի Դաշնության Համբուրգ քաղաքի Համբուրգ-Էպենդորֆ համալսարանական կլինիկայում:
Հաշվի առնելով ծրագրի բացառիկ նշանակությունը հատկապես երեխաների շրջանում արյան քաղցկեղների բուժման գործում, այն իրականացվում է «Նվիրիր կյանք» Հայաստանի բարեգործական հիմնադրամի և անձամբ Առաջին տիկին Ռիտա Սարգսյանի բարձր հովանու ներքո:

Ոսկրածուծի փոխպատվաստման բաժանմունքի և ցողունային բջիջների լաբորատորիայի ստեղծումը Հայաստանում աննախադեպ

Այս տարին անշուշտ առանձնանում է մեր կենտրոնի պատմության մեջ որպես լայնամասշտաբ փոփոխությունների և ձեռքբերումների տարի: Խոսքս վերաբերում է արյունաբանության ոլորտում առկա մեծ փոփոխություններին՝ մասնավորապես ցողունային բջիջների լաբորատորիայի և ոսկրածուծի փոխպատվաստման բաժանմունքի ստեղծմանը:

ՀՀ կառավարության և ԱՆ «Առողջապահական Ծրագրերի Իրականացման Գրասենյակ» -ի մասնագիտական և հետևողական աշխատանքի շնորհիվ, հնարավոր դարձավ ստեղծել տարածաշրջանում նախատիպը չունեցող ոսկրածուծի փոխպատվաստման բաժանմունք և ցողունային բջիջների լաբորատորիա, որը հնարավորություն կտա ՀՀ-ում տարեկան կատարել մոտ 50-60 փոխպատվաստում: Բազմաթիվ հիվանդներ, որոնք տառապում են սուր լեյկոզով, թալասեմիայով, միելոմային հիվանդությամբ, լիմֆոմայով և արյան համակրգի այլ հիվանդություններով այսուհետ ՀՀ-ում կունենան ոսկրածուծի փոխպատվաստման հնարավորություն:

Մասնագիտական վերապատրաստումների ժամանակ, երբ գտնվում էի ամերիկյան և եվրոպական փոխպատվաստման ժամանակակից բաժանմունքներում, որոնք լավ հագեցված են նորագույն սարքավորումներով, մոտս անհագ ցանկություն էր առաջանում Հայաստանում՝ Արյունաբանական կենտրոնում, նույնպես ստեղծել նմանատիպ բաժանմունք և կիրառել այդ մեթոդները, որոնք կարող են փրկել լեյկեմիայով հիվանդների կյանքեր: Ոգեշնչված այդ գաղափարով՝ հարցը քննարկեցիցինք մասնագետների հետ, որի արդյունքում ստեղծեցինք մի ծրագիր և այն ներկայացրեցինք ՀՀ առողջապահության նախարարություն: Դա ոսկրածուծի փոխպատվաստման բաժանմունքի ստեղծման ծրագիրն էր, որը հնարավորություն կտար իրականացնելու հեմոպոետիկ ցողունային բջիջների փոխպատվաստում և կլիներ հույսի փարոս այն հիվանդների համար, որոնց մոտ այլ մեթոդներն անարդյունավետ են: Միևնույն ժամանակ քաջ գիտակցում էի Հայաստանում ոսկրածուծի փոխպատվաստման բաժանմունքի ստեղծման դժվարությունը, որը մասնագիտական ունակություններից և ներուժից բացի, ֆինանսական մեծ ներդրում էր պահանջում: Այդ ժամանակ, ավելի քան երբևէ, մենք բարերակամների,

աջակիցների և բարերարների կարիք ունեինք: Քննարկումները «Նվիրիր կյանք» բարեգործական հիմնադրամի հոգաբարձուների հետ, իհարկե, նոր ուժ և եռանդ ներարկեց մեր նախաձեռնությանը: Մենք արդեն չէինք էլ կասկածում, որ Արյունաբանաական կենտրոնում շուտով գործելու է ոսկրածուծի փոխպատվաստման բաժանմունքը և ՀՀ-ում ոսկրածուծի փոխպատվաստումն այլևս երազանք չի լինելու:

Նախատեսում ենք փոփոխություններ իրականացնել նաև մենեջմենթի ուղղությամբ, քանի որ քաջ գիտակցում ենք, որ միայն լավ վերանորոգված կենտրոնը, վերազինված և նորագույն սարքավորումներով հագեցած լաբորատորիաները չէ, որ ապահովելու են բարձր որակի առողջապահական ծառայություններ: Նոր կենտրոնում հիվանդների հոսքերի կառավարումը, էպիդեմիոլոգիական ռեժիմի ճիշտ կազմակերպումը, հիվանդ-բժիշկ փոխհարաբերությունների համակարգումը, հիվանդների սոցյալ-հոգեբանական ասպեկտների կարգավորումը նույնպես մեծ ուշադրության արժանի խնդրիներ են, որոնց ճիշտ կառավարման համար ստեղծվել ենք մենեջմենթի թիմ:

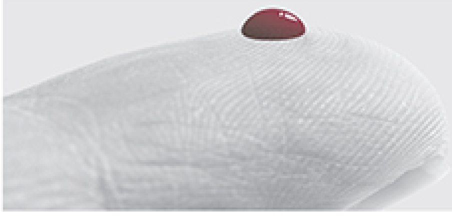
Մեր բաժանմունքներում աշխատանքի բարձր որակն ապահովելու համար ոսկրածուծի փոխպատվաստմանն առնչվող օղակներում ներգրավված մի շարք մասնագետներ վերապատրաստում են անցել եվրոպական և ամերիկյան առաջատար կլինիկաներում: Ընդհանուր առմամբ վերապատրաստումների հարցում մեզ մեծապես աջակցել են ամերիկյան MD Anderson կենտրոնը, Պրահայի արյունաբանության և փոխներարկաբանության ինստիտուտը (UHKT) և Մոտոլ համալսարանական կլինիկան, Գերմանիայի Համբուրգ-Էպենդորֆ կլինիկան, Իտալիայի Դե Պիեմոնտե Օրիենտալե Ամադեո Ավոգադրո համալսարանը, Իռլանդիայի «Սեյնթ Ջեմս» կլինիկան և ռուսաստանյան մի շարք կենտրոններ, մասնավորապես Ք.Սանկտ-Պետերբուրգի Ակադեմիկոս Ի.Պ.Պավլովի անվան Առաջին պետական բժշկական համալսարանը, Ք.Մոսկվայի ,Դ.Ռոգաչյովի անվան մանկական արյունաբանության, ուռուցքաբանության և իմունաբանության գիտա-կլինիկական կենտրոնը: Մեզ հետ համագործակցող արտասահմանյան հիվանդանոցների քանակը տարեց տարի ավելանում է և մասնագետների վերապատրաստումը շարունակական բնույթ է կրում: Հուսով եմ` ապագայում վերապատրաստված մասնագետների թիվը կավելանա:

Ավելի քան 80-ամյա պատմություն ունեցող Արյունաբանական կենտրոնում այսօր բուժվում է արյան համակարգի հիվանդություններով տառապող շուրջ 5900 հիվանդ, որոնցից 1047-ը` երեխաներ: Մեր բժիշկների անձնվեր աշխատանքի շնորհիվ շատ երեխաներ են ապաքինվել: Ավաղ, լինում են դեպքեր, երբ բուժումը սպասված արդյունքը չի տալիս, և այդ երեխաներն իրենց ծնողների հետ հուսահատ մեկնում են արտերկիր` նորագույն, ավելի արդյունավետ բուժման ակնկալիքով:

Որախությամբ ուզում եմ նշել, որ «Նվիրիր կյանք» բարեգործական հիմնադրամի ջանքերով և առողջապահության նախարարության անմիջական աջակցությամբփոքրիկ Արփինեին արդեն ոսկրածուծի փոխպատվաստում են իրականացրել ՌԴ Ռոգաչովի անվ. կենտրոնում և շուտով նա ապաքինված վերադառնալու է Հայաստան: Ավաղ, Արմանը, Կարոն, Նենսին... չկարողացան ստանալ իրենց բուժումը...

Լիահույս ենք` ոսկրածուծի փոխպատվաստման և ցողունային բջիջների բաժանմունքի բացումով անկատար չեն մնա շատ հիվանդ փոքրիկների չիրականացված երազանքները:

Սմբատ Դաղբաշյան
ՀՀ ԱՆ Արյունաբանական կենտրոնի տնօրեն,
ՀՀ գլխավոր արյունաբան, բ.գ.դ., պրոֆեսոր



DIABETES

Risk factors for type 2 diabetes

Genetics, age and family history of diabetes can increase the likelihood of becoming diabetic and cannot be changed.
But some behaviours that increase risk can:

Unhealthy diet

1 in 3 is overweight

Physical inactivity

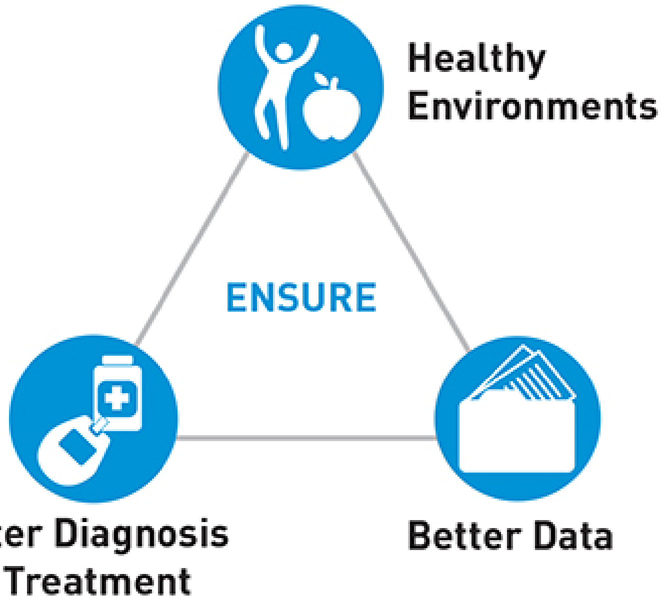
1 in 10 is obese

KEY ACTIONS

FOR EVERYONE

- Eat healthily
- Be physically active
- Avoid excessive weight gain
- Check blood glucose if in doubt
- Follow medical advice

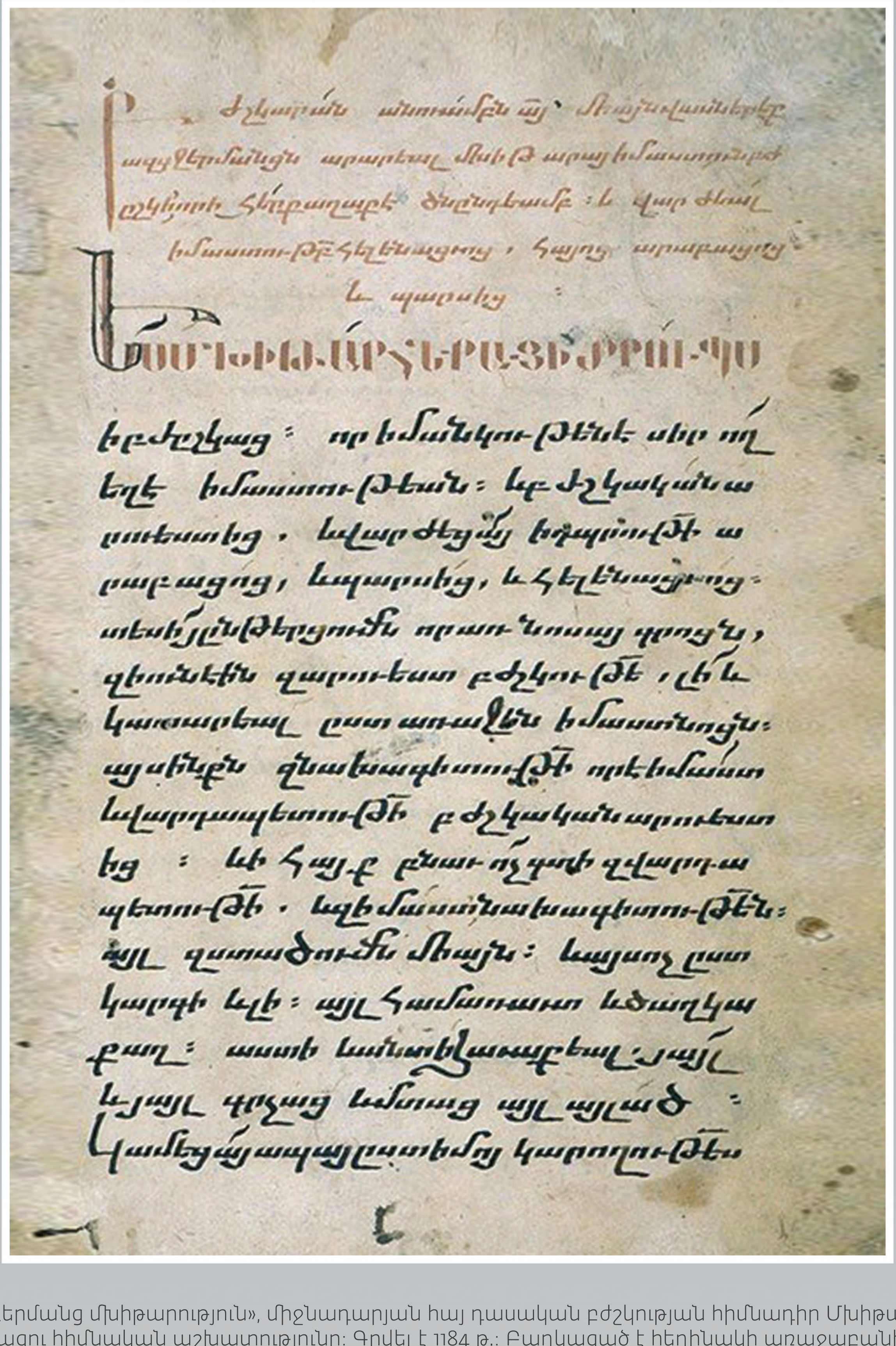
FOR GOVERNMENTS



www.who.int/diabetes/global-report

#diabetes

World Health Organization



«Ջերմանց մխիթարություն», միջնադարյան հայ դասական բժշկության հիմնադիր Մխիթար Հերացու հիմնական աշխատությունը: Գրվել է 1184 թ.: Բաղկացած է հեղինակի առաջաբանից և 46 գլխից: Հնագույն գրչագիրը գտնվում է Մեսրոպ Մաշտոցի անվան Մատենադարանում: