

la revue du praticien

Ամբողջ բժշկությունը՝ ամեն մի բժշկին

ÉDITION ARMÉNIENNE / MAI _ 2022 / ՀԱՅԵՐԵՆ ՀՐԱՏԱՐԱԿՈՒԹՅՈՒՆ / ՄԱՅԻՍ _ 2022

ԱՐԴԻԱԿԱՆ

- Համավարակը և պատվաստումները

ԳԻՏԵԼԻՔԻ ՇՏԵՄԱՐԱՆ

- Տարեցների ընկնելու վտանգի գնահատում

ՈՒՍԱՆՈՂԻ ԱՆԿՅՈՒՆ

- Տարեցների հոգեխանգարումները
- Երեխայի սրտի աղմուկ
- Համակարգային անոթաբորբեր



**ԵՐԱԿԱՅԻՆ ԹՐՈՍԲՈՆԵՄԲՈՒՆԱՅԻՆ
ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆ ԵՎ ՔԱՂՅԿԵՂ**

La Revue du Praticien պարբերականի հայերեն տարբերակը

Ավելին, քան ամսագիր La Revue du Praticien-ը նաև ֆրանսախոս բժշկական աշխարհի իրական հաստատություն է, քանզի 1951 թվականին իր ստեղծման օրվանից ի վեր մեծապես նպաստել է (ու դեռևս շարունակում է նպաստել) բժիշկների և այդ մասնագիտությունն ընտրած ուսանողների մի քանի սերնդի սկզբնական կամ շարունակական կրթությանը: Ամսագիրը երբեք չի շեղվել իր ի սկզբանե որոշեցրած խմբագրական սկզբունքից՝ խմբագրական լիակատար անկախությամբ՝ հրատարակել որակյալ ակնարկներ և ընդարձակ թեմատիկ հոդվածների ժողովածուներ կամ մենագրություններ՝ իրենց մասնագիտության մեջ ճանաչված գիտական փորձագետների հեղինակության ներքո և լավագույն հեղինակների մասնակցությամբ: Եվ այս ամենի նպատակն է յուրաքանչյուր հոդվածում միաժամանակ ներկայացնել այն, ինչը նոր է և կարող է փոխել հասապագորյա գործնական մոտեցումները, ինչպես նաև անդրադառնալ այն հիմնարար գիտելիքներին, որոնք էական նշանակություն ունեն բժշկական պրակտիկային հմտորեն տիրապետելու համար: Այս հավակնոտ մտադրություններն իրագործելու նպատակով La Revue

du Praticien-ը իր ստեղծման օրվանից հիմնել է գիտական խմբագրական կոմիտե, որում խմբագիրների մի քանի սերունդ է արդեն միմյանց հերթագայել, սակայն այն, առանց ընդհատումների, արդեն 70 տարի է նիստ է գումարում ամեն չորեքշաբթի՝ երեկոյան ժամը 5-ին, սահմանելու նոր խմբագրական թեմաներ, բանավիճելու հրավիրված փորձագետների հետ և խստագույն հայացքով վերլուծելու ստացված հոդվածները: Revue du Praticien որակի նշանը հանդեսի հաջողության գրավականն է, ահա թե ինչու մենք շատ ուրախ ենք «Սանտե Արմենի» կազմակերպության շնորհիվ մեր ամսագրի հայերեն թվային տարբերակի հրատարակման և Հայաստանում տարածման կապակցությամբ: Հուսով ենք, որ դրա բովանդակությունը օգտակար կլինի մեր բոլոր հայ գործընկերներին, և կանխավ շնորհակալություն ենք հայտնում նրանց ուշադրության համար:

Դոկտոր Ժան Դելլուզ
Բժշկական խմբագրության տնօրեն
La Revue du Praticien

PLUS QU'UNE REVUE...

Une version arménienne de *La Revue du Praticien*

Plus qu'une revue, *La Revue du Praticien* est aussi une institution dans le paysage médical francophone tant elle a contribué (et contribue toujours) à la formation initiale ou permanente de plusieurs générations de médecins et d'étudiants en médecine depuis sa création en 1951. Elle n'a jamais varié dans son principe éditorial de départ: publier dans une totale indépendance rédactionnelle des mises au point de qualité et de grands dossiers ou monographies thématiques sous l'autorité d'experts scientifiques reconnus dans leur discipline et avec la contribution des meilleurs auteurs, cela dans le double souci d'exposer dans chaque article à la fois ce qui est nouveau et susceptible de modifier la pratique quotidienne, mais aussi de rappeler les données acquises indispensables à la maîtrise de l'exercice médical. Pour répondre à cette ambition, *La Revue du Praticien* est dotée depuis son origine d'un Comité de rédaction

scientifique, qui a vu lui aussi se succéder des générations de rédacteurs, mais qui sans discontinuité depuis 70 ans siège tous les mercredis à 17 heures pour définir de nouveaux contenus rédactionnels, débattre avec les experts invités et analyser avec rigueur les articles reçus. Cette « qualité *Revue du Praticien* » en a fait son succès et c'est pourquoi nous sommes très heureux de voir paraître grâce à l'*Association Santé Arménie*, une version arménienne numérique de La Revue et de la voir diffuser en Arménie. Nous espérons que son contenu sera utile à tous nos confrères arméniens et nous les remercions, par avance, de l'attention qu'ils nous porteront.

Dr Jean Deleuze
Directeur des rédactions médicales
La Revue du Praticien

larevedupraticien

LA REVUE DU PRATICIEN
ՀԱՅԵՐԵՆ ԴՐԱՏԱՐԱԿՈՒԹՅՈՒՆ

Գլխավոր խմբագիր՝

Վահե Մուղնեցյան

Էլ. փոստ՝ vahemughnetsyan@protonmail.com

Թարգմանիչներ՝

Հասմիկ Արզույան, Անահիտ Ավետիսյան, Անահիտ Մեսրոպյան, Հասմիկ Բարխուդարյան, Գագիկ Հակոբյան, Գայանե Դազարյան, Աննա Մանուկյան

Խմբագիր՝

Այծեմիկ Պեպանյան

Էջաղող՝

Արտակ Սարգսյան

Սրբագրիչ՝

Անժելա Ավագյան

Արտ-խորհրդատու՝

Նոնա Իսաջանյան

Ծափիկը՝

Հարություն Թումադյանի

La Revue du Praticien-ի հայերեն թվային հրատարակությունը լույս է տեսնում և անվճար տարածվում է «Մանտե Արմենի» միության միջոցներով:

SANTÉ ARMÉNIE

11 Square Alboni

75016 Paris

France

www.santearmenie.org



LA REVUE DU PRATICIEN
ՀԱՅԵՐԵՆ ԴՐԱՏԱՐԱԿՈՒԹՅՈՒՆ

Rédacteur en chef

Vahe Mournet (Mughnetsyan)

vahemughnetsyan@protonmail.com

Traducteurs

Hasmik Abovyan, Anahit Avetisyan, Anahit Mesropyan,

Hasmik Barkhudaryan, Gagik Hakobyan,

Gayane Ghazaryan, Anna Manukyan

Rédactrice

Aytsemik Pepanyan

Maquettiste

Artak Sargsyan

Rédacteur-Réviseur

Anzhela Avagyan

Conseillère artistique

Nona Isajanyan

Couverture

Harutyun Tumaghyan

L'édition arménienne numérique de La Revue du Praticien est publiée et distribuée gratuitement par l'association Santé Arménie.

SANTÉ ARMÉNIE

11 Square Alboni

75016 Paris

France

www.santearmenie.org



Tour Voltaire, 1, place des Degrés
CS 80235 Puteaux,
92059 Paris-La Défense Cedex
Tél. : 01 55 62 68 00 Fax : 01 55 62 68 12
revprat@gmsante.fr
www.larevedupraticien.fr

DIRECTION DES RÉDACTIONS MÉDICALES

Kristell Delarue

RÉDACTEUR EN CHEF

Véronique Barbat

Rédactrice en chef web

Cinzia Nobile

COMITÉ DE LECTURE ET DE RÉDACTION SCIENTIFIQUE

Jean-Noël Fiessinger, Jean-Michel Chabot,

Jean Deleuze, Olivier Fain, Bernard Gavid,

Aurélien Pham, Alain Tenaillon

Secrétaire générale de rédaction

Anne-Hélène Rabreau, ahrabreau@gmsante.fr

Secrétaire de rédaction

Laura Martin Agudelo, Imagudelo@gmsante.fr

Assistante éditoriale

Inès Labat, ilabat@gmsante.fr

Secrétariat de la rédaction

Patricia Fabre, pfabre@gmsante.fr

A COLLABORÉ À CE NUMÉRO

Sébastien Rivière

RELECTEURS ET CONSEILLERS SCIENTIFIQUES 2020-2021

J.-M. Alsac, J.-B. Bachet C. Barthélémy, R. Barouki,

R. Basmaci, P. Batel, T. Baubet, J. Belghiti,

C. Bergoignan-Esper, T. Billette de Villemeur,

O. Bouchaud, G. Bouvenot, M. Breban, A. Bura-Rivière,

A. Casagrande, F. Chabot, B. Chevallier, D. Cohen,

P. Corvol, H. de Champs Léger, S. Czernichow,

F. Desgrandchamps, B. Dubern, J. Dubousset,

B. Dufour, P. Fardelonne, J.-P. Femand, E. Fontaine,

H. Ghesquière, P. Goudot, V. Gounant, O. Guillin,

A. Hartemann, S. Hercberg, P. Hernigou, D. Houssin,

J. Hugon, J.-S. Hulot, F. Jollant, L. Jossieran, X. Laqueille,

Y. Le Bouc, Y. Lebranchu, N. Le Clerc, J. Lemale,

D. Leys, L. Mallet, É. Marijon, J. Ménard, G. Meyer,

Y. Panis, V. de Parades, A. Pelissolo, G. Plu-Bureau,

T. Poghosyan, S. Pol, J.-L. Prêtet, S. Quinton-Fanconi,

G. Reach, L. Rostaing, J. Sahel, M. Schlumberger,

H. Sokol, F. Sorge, B. Stankoff, E. Suply, C. Taillé,

P. Tattevin, C. Thébaut, P. Tran Ba Huy,

I. Vaz Duarte Luis, J.-P. Viard

COMITÉ D'HONNEUR

Jean-François Cordier, Claude-François Degos,

Dominique Laplane, Alexandre Pariente

Directrice artistique

Cécile Formel

Secrétaires de rédaction

Cristina Hoareau, Julie Pauly

Rédacteurs-réviseurs

Virginie Laforest, Jehanne Joly

Conception graphique

A noir, www.anoir.fr

larevedupraticien®

est une publication

de GLOBAL MÉDIA SANTÉ SAS

Principal actionnaire : SFP Expansion

www.globalmediasante.fr



Capital de 4289 852 euros

Durée de 99 ans à compter du 30.03.99

ISSN : 0035-2640 – Dépôt légal à parution

NO de commission paritaire : 0222 T 81658

Impression : SIEP, rue des Peupliers, 77590 Bois-le-Roi



DIRECTION GÉNÉRALE-DIRECTION DES PUBLICATIONS

Alain Trébuq (6801) atrebuq@gmsante.fr

DIRECTRICE FINANCIÈRE

Corine Vandenbroucke (6824)

cvandenbroucke@gmsante.fr

DIRECTEUR DES OPÉRATIONS

Laurent Scullino (6837) lscullino@gmsante.fr

Responsable abonnements

Vincent Cadio (6859) vcadio@gmsante.fr

DIRECTION COMMERCIALE

Directrice de la publicité

Cécile Jallas (6839) cjallas@gmsante.fr

Business Developer

Éric Durand (6843) edurand@gmsante.fr

Senior Business Developer

Benoît Sibaud (6842) bsibaud@gmsante.fr

Chef de publicité

Agnès Chaminand (6840) achaminand@gmsante.fr

Administration des ventes

Maria Costa (6841) mcosta@gmsante.fr

Directrice de projets

Nadia Belehsen (6866) nbelehsen@gmsante.fr

Chef de projets Digital et 360

Minh-Tu Nguyen (6869) mtnguyen@gmsante.fr

Emplois et carrières

Irène Rakotoharime (6844) irakoto@gmsante.fr

ABONNEMENTS

Abonnement France 1 an : 209 euros

CCP Paris 202 A (Global Média Santé SAS)

Tél. : 01 55 62 69 75 ; 01 55 62 69 41

Fax : 01 55 62 69 56 abo@gmsante.fr

La revue adhère à la charte de formation médicale continue par l'écrit du Syndicat de la presse et de l'édition des professions de santé (SPEPS) et en respecte les règles. (Charte disponible sur demande).

Reproduction interdite de tous les articles sauf accord avec la direction.

Les liens d'intérêts des membres du Comité de lecture et de rédaction scientifique sont consultables sur www.larevedupraticien.fr (Qui sommes-nous ?).



ԲՈՎԱՆԴԱԿՈՒԹՅՈՒՆ

2 / 3 **ԱԿԵԼԻՆ, ԶԱՆ ԱՄՍԱԳԻՐ...**
ժան Դըլլոգ

ԱՐԴԻԱԿԱՆ

6 / 239 **Բուժական**
Քրոնիկական բորբոքային ռևմատոիզմով տառապող հիվանդների պատվաստումները համավարակային շրջանում
Միլադի Սաուսեն, Յասմին Մակլուֆ, Ալիա Սալեմի, Լեյլա Սուեբնի, Ուենիշ Կմար, Սելմա Կասաբ, Սելմա Չեկիլի, Կասուտեր Բեն Աբդելրահմի, Ահմեդ Լատար

ԹԵՄԱ

13 / 265 **ԵՐԱԿԱՅԻՆ ԹՐՈՍԲՈՒՄԲՈՒՆԱՅԻՆ ԳԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆ ԵՎ ԶԱՐԿԵՐ**
Գիտական խորհրդատու՝ պրոֆեսոր Ալեքսանդրա Բուրա-Ռիվիեր, Անթոյան բժշկության բաժանումը, Համալսարանական հիվանդանոցային կենտրոն, Թուլուզի Պոլ Սաբատիե համալսարան և INNOVTE կլինիկական հետազոտությունների ազգային ենթակառուցվածք, Ֆրանսիա

14 / 267 Ե՞րբ և ինչպե՞ս քաղցկեղ որոնել երակային թրոմբոէմբոլիային հիվանդության ժամանակ
Մարի-Աստուանետ Սևեստր

18 / 270 Գերմակարդելիություն քաղցկեղի ժամանակ
Ժիլ Պերնո

21 / 273 Քաղցկեղի հետ համակցված երակային թրոմբոէմբոլիային հիվանդության բուժումը
Օլիվիե Սանչես

26 / 277 Կաթետերային թրոմբոզը և վերին վերջույթների թրոմբոզը ուռուցքաբանության մեջ
Օլիվիե Էսպիտիս

30 / 281 Երակային թրոմբոէմբոլիայի կանխարգելումը ուռուցքաբանական հիվանդությունների ժամանակ
Ֆլորանս Պարան, Մարիանա Պրեդա, Անդրեյ Սեֆերյան

36 / 286 ԵՐԱԿԱՅԻՆ ԹՐՈՍԲՈՒՄԲՈՒՆԱՅԻՆ ԳԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆ ԵՎ ԶԱՐԿԵՐ
10 հիմնական ուղերձներ
Ալեքսանդրա Բուրա-Ռիվիեր

ԳՈՐԾՆԱԿԱՆ ԲԺՅԿՈՒԹՅՈՒՆ

37 / 287 **Սա ի՞նչ է**

39 / 289 **Պատկերադարան**
Բերանախոռոչային դրսևորմամբ բացահայտված պալարախտ
Լորիան Լե Գալ, Բենուա դը Շարժեր, Ալիս Գույոն, Պոլին Զիլո, Սկարլետ Ագբո-Գոդո, ժուլիետ Ռոշֆոր

40 / 291 **Պատկերադարան**
Կրծքագեղձի տասիակաբջջային կարցինոմա
Սառա Բուարբելլա, Սիհամ Դիխայ, Նադա Ջիզի

41 / 295 **Պատկերադարան**
Կեղծ դերմատոլոգիկ բջիկային դերմատոզի նմանակմամբ
Հանան Դաֆլաուի, Սառա Բենսալեմ, Խաղիջա Կադար, Նադա Ջիզի, Սիհամ Դիխայ

42 / 294 **Պատկերադարան**
Առաջնային գերխոլեսթերոլեմիա
Սիհամ Նասրի, Լեյլա Մահմուդի, Նորա Կենուդի, Մուհամեմեդ Արդալ, Իման Սկիկե

43 / 417 **Սա ի՞նչ է**

45 / 419 **Պատկերադարան**
Ներքին լծերակի թրոմբոզ և կերակրափողի աղենոկարցինոմա
Լանդրի Դարլեյ, Զլեման Դրուե, Ալեքսանդր Բոչե

46 / 421 **Պատկերադարան**
Հալոպոլ տեսակի ածական բշտախտ (պեմֆիգոս) Աման Ռազրազի Ռասսիմյին, Աման Սադուկ, Սիհամ Դիխայ, Նադա Ջիզի

47 / 422 **Պատկերադարան**
Միջնորդավորված շփումային Էկզեմա՝ պայմանավորված սև հիևայի ներգործությամբ
Սորայա Աուայի, Կասթար Սոֆ, Սիհամ Դիխայ, Նադա Ջիզի

48 / 423 **Պատկերադարան**
Մաշկի սարկոմա և ֆեոքոնոցիտոմայի պատահական հայտնաբերում
Սառա Բուարբելլա, Խաղիջա Կադար, Աման Սադուկ, Նադա Ջիզի, Սիհամ Դիխայ

49 / 424 **Պատկերադարան**
Կրունկուկրի ոսկրային կիստա
Ադրիեն Վերգի, ժուլիետ Սամմի, Գիյոմ Բոնա, Գիյոմ Միշու, Գրեգուար Բոկա, Զևին Բալազուպրամանիեն

50 / 79 **Գիտելիքի շտեմարան**
Տարեցների ընկնելու վտանգի գնահատում
Յուբեր Բլեն, Տիմոթե Բիշե, ժան-Բատիստ Ռոբիո, Պիեռ-Լուի Բերնար

ՈՒՍԱՆՈՂԻ ԱՆՎՅՈՒՆ

57 / 319 **Քննական հարց 70**
Տարեցների հոգեխանգարումները
Սիրիլ Հագիֆ-Թոմա, Հյուգո Լինդեբաում

66 / 439 **Քննական հարց 238**
Երեխայի սրտի աղմուկ
Սեբաստիեն Հասկոյե, Ֆիլիպ Աքար, Կլեման Կարսենթի

75 / 449 **Քննական հարց 193**
Համակարգային անոթաբորբեր
Պրոֆեսոր Օլիվիե Ֆեն, Պրոֆեսոր Արսեն Սեքիլյան

ԲԱՏԱՅԱՑՏԵԼ

88 / 342 **ԱՐԳԱՆԻ ԴԵՊԸԸ**
Կամ երևակայական հիվանդությունն ըստ Մոլիերի
Պատրիկ Դանդրե

SOMMAIRE

2 / 3 **Plus qu'une revue...**
Jean Deleuze

ACTUALITÉ

6 / 239 **Thérapeutique.** Vaccinations des patients atteints de rhumatisme inflammatoire chronique en période pandémique
Miladi Saoussen, Yasmine Makhoulf, Alia Fazaa, Mariem Sallemi, Leila Souebni, Oueniche Kmar, Selma Kassab, Selma Chekili, Kawther Ben Abdelghani, Ahmed Laatar

DOSSIER

13 / 265 **MALADIE THROMBOEMBOLIQUE VEINEUSE ET CANCER**
Conseillère scientifique : Pr Alessandra Bura-Rivière, service de médecine vasculaire, centre hospitalo-universitaire et université Paul-Sabatier, Toulouse et F-CRIN INNOVTE, France

14 / 267 **Quand et comment rechercher un cancer en cas de maladie thromboembolique veineuse ?**
Marie-Antoinette Sevestre

18 / 270 **Hypercoagulabilité au cours des cancers**
Gilles Pernod

21 / 273 **Traitement de la maladie thromboembolique veineuse associée au cancer**
Olivier Sanchez

26 / 277 **Thrombose sur cathéter et thrombose du membre supérieur en oncologie**
Olivier Espitia

30 / 281 **Prophylaxie de la maladie thromboembolique veineuse au cours des cancers**
Florence Parent, Mariana Preda, Andrei Seferian

36 / 286 **Maladie thromboembolique veineuse et cancer : 10 messages clés**
Alessandra Bura-Rivière

PRATIQUE MÉDICALE

37 / 287 **Quel est votre diagnostic ?**

39 / 289 **Vos images.** Une tuberculose orale révélatrice
Laurian Le Gal, Benoît de Chargère, Alice Guyon, Pauline Quilhot, Scarlett Agbo-Codeau, Juliette Rochefort

40 / 291 **Vos images.** Carcinome épidermoïde du sein
Sara Bouabdella, Siham Dikhaye, Nada Zizi

41 / 295 **Vos images.** Une dermatite factice mimant une dermatose bulleuse
Hanane Daflaoui, Sara Bensalem, Khadija Kaddar, Nada Zizi, Siham Dikhaye

42 / 294 **Vos images.** Hypercholestérolémie primaire
Siham Nasri, Laila Mahmoudi, Nora Kennoudi, Mohammed Arghal, Imane Skiker

43 / 417 **Quel est votre diagnostic ?**

45 / 419 **Vos images.** Thrombose veineuse jugulaire interne et adénocarcinome oesophagien
Landry Darley, Clément Drouet, Alexandre Cochet

46 / 421 **Vos images.** Pemphigus végétant de type Hallopea
Hanan Ragragui Ouasmin, Hasnae Saddouk, Siham Dikhaye, Nada Zizi

47 / 422 **Vos images.** Eczéma de contact par procréation au henné noir
Soraya Aouali, Kaouthar Sof, Siham Dikhaye, Nada Zizi

48 / 423 **Vos images.** Sarcome cutané et découverte fortuite d'un phéochromocytome
Sara Bouabdella, Khadija Kaddar, Hasnae Saddouk, Nada Zizi, Siham Dikhaye

49 / 424 **Vos images.** Kyste osseux du calcanéum
Adrien Verzi, Julien Samy, Guillaume Comat, Guillaume Michoud, Grégoire Boca, Kevin Balasoupramanien

50 / 299 **Mise au point.** Comment évaluer le risque de chute chez le sujet âgé ?
Hubert Blain, Timothée Bichet, Jean-Baptiste Robiaud, Pierre-Louis Bernard

RÉFÉRENCES UNIVERSITAIRES

57 / 319 **Item 70.** Troubles psychiques du sujet âgé
Cyril Hazif-Thomas, Hugo Lindenbaum

66 / 439 **Item 238.** Souffle cardiaque chez l'enfant
Sébastien Hascoët, Philippe Acar, Clément Karsenty

75 / 449 **Item 193.** Vascularites systémiques
Olivier Fain, Arsène Mekinian

DÉCOUVRIR

88 / 342 **Le cas Argan ou la maladie imaginaire selon Molière**
Patrick Dandrey

CONTENTS

2 / 3 **More than review**
J. Deleuze

ACTUALITY

6 / 239 **Therapeutics.** Vaccinations for patients with chronic inflammatory rheumatism during a pandemic
M. Saoussen, Y. Makhoulf, A. Fazaa, M. Sallemi, L. Souebni, O. Kmar, S. Kassab, S. Chekili, K. Ben Abdelghani, A. Laatar

DOSSIER

13 / 265 **VENOUS THROMBOEMBOLIC DISEASE AND CANCER**

14 / 267 **Screening for cancer in case of venous thromboembolism: when and how?**
M.-A. Sevestre

18 / 270 **Hypercoagulability in cancer**
G. Pernod

21 / 273 **Treatment of cancer associated thrombosis**
O. Sanchez

26 / 277 **Catheter thrombosis and upper extremity thrombosis in oncology**
O. Espitia

30 / 281 **Prevention of venous thromboembolism in patients with cancer**
F. Parent, M. Preda, A. Seferian

36 / 286 **Venous thromboembolic disease and cancer: 10 key messages**
A. Bura-Rivière

MEDICAL PRACTICE

37 / 287 **What is your diagnosis ?**

39 / 289 **Your images.** A revealing oral tuberculosis
L. Le Gal, B. de Chargère, A. Guyon, P. Quilhot, S. Agbo-Codeau, J. Rochefort

40 / 291 **Your images.** Squamous cell carcinoma of the breast
S. Bouabdella, N. Zizi, S. Dikhaye

41 / 295 **Your images.** Dummy dermatitis mimicking bullous dermatosis
H. Daflaoui, S. Bensalem, K. Kaddar, N. Zizi, S. Dikhaye

42 / 294 **Your images.** Primary hypercholesterolemia
S. Nasri, L. Mahmoudi, N. Kennoudi, M. Arghal, I. Skiker

43 / 417 **What is your diagnosis ?**

45 / 419 **Your images.** Internal jugular venous thrombosis and esophageal adenocarcinoma
L. Darley, C. Drouet, A. Cochet

46 / 421 **Your images.** Pemphigus vegetans of the Hallopeau type
H. Ragragui Ouasmin, H. Saddouk, S. Dikhaye, N. Zizi

47 / 422 **Your images.** Contact eczema by proxy with black henna
S. Aouali, K. Sof, S. Dikhaye, N. Zizi

48 / 423 **Your images.** Cutaneous sarcoma and incidental finding of a pheochromocytoma
S. Bouabdella, K. Kaddar, H. Saddouk, N. Zizi, S. Dikhaye

49 / 424 **Your images.** Bone cyst of the calcaneus
A. Verzi, J. Samy, G. Comat, G. Michoud, G. Boca, K. Balasoupramanien

50 / 299 **Restatement.** Falls prevention in older persons
H. Blain, T. Bichet, J.-B. Robiaud, P.-L. Bernard

UNIVERSITY REFERENCES

57 / 319 **Item 70.** Psychic disorders of the elderly
C. Hazif-Thomas, H. Lindenbaum

66 / 439 **Item 238.** Heart murmur in children
S. Hascoët, P. Acar, C. Karsenty

75 / 449 **Item 193.** Systemic vasculitis
O. Fain, A. Mekinian

MEDICAL RECOLLECTIONS

88 / 342 **The Argan case or the imaginary disease according to Molière**
P. Dandrey

SARS-CoV-2 համավարակը փոփոխություն մտցրեց քրոնիկական բորբոքային ռևմատիզմի վարման սովորական ընթացքի մեջ, մասնավորապես՝ հետաձգվեցին պատվաստումները: Մինչդեռ հաստատված է, որ դրանք չպետք է աչքաթող արվեն իմունային թույլ պաշտպանությամբ անձանց դեպքում և պետք է կատարվեն ճշգրիտ սահմանված կանոններով:

Քրոնիկական բորբոքային ռևմատիզմով տառապող հիվանդների պատվաստումները համավարակային շրջանում

Միլադի Սառանճիան
Յասմին Մակլոֆ
Լիլա Սալեմի
Լեյլա Սուեբի
Ուենիշ Կմար
Սելմա Կասար
Սելմա Չեկիլի
Կառուտեր Բեն
Աբդուլահի
Ահմեդ Կատար
Ռևմատոլոգիայի
բաժանմունք,
Մոնտի-Սլիմ
հիվանդանոց,
Թունիս, Թունիս
yasmine.mkhoulouf@gmail.com

Չեղինակները
հայտարարում
են, որ այս
հրապարակմանը
որևէ շահ չեն
հետապնդում:

Արդեն երկու տարի է՝ մոլեկուլում է SARS-CoV-2 համավարակը, և այդ աղետը հանգեցրել է բուժօգնության համակարգի վերակազմակերպման: Ընդհանուր առմամբ, անկախ ներկայիս համավարակային իրավիճակից, ծանր և բարդություններով ուղեկցվող վարակների դեպքերը, ընդհանուր բնակչության համեմատ, ավելի շատ են քրոնիկական բորբոքային ռևմատիզմով (ՔԲՌ) տառապող հիվանդների շրջանում^{1,2}: Ի դեպ, այս խմբի հիվանդների մոտ դիտարկվել է SARS-CoV-2-ով վարակման ավելի մեծ վտանգ^{3,4}: Այսպիսի խոցելիությունը բացատրվում է, թերևս, նրանց իմունային համակարգի կարգավորման խանգարմամբ, որը գումարվում է այդ հիվանդների մեծ մասին նշանակվող իմունամոդուլացնող բուժման հետևանքներին: Պատվաստումը վարակների կանխարգելման արդյունավետ միջոց է, և դրա դերը շատ կարևոր է հիվանդների վարման գործում: Զամավարակի շրջանում ծանր վարակի առջև վախը ստիպեց բժիշկներին և հիվանդներին հետաձգել SARS-CoV-2-ից բացի, մնացած բոլոր պատ-

վաստումները: Մինչդեռ վերջին հետազոտությունները, ընդհանրապես, ընդգծում են որքան կարևոր է կատարել նախատեսված և լրացնել համավարակի առաջին ալիքների ժամանակ բաց թողնված պատվաստումները⁵:

Ո՞ր հիվանդներին պետք է համարել իմունաճնշված

Չողերի քրոնիկական, ատոտիմունային կամ ատոտորբոքային հիվանդություններով տառապող և իմունամոդուլացնող դեղամիջոցներով բուժվող հիվանդները համարվում են իմունաճնշված, և նրանց նկատմամբ պետք է կիրառվի պատվաստման համապատասխան ժամանակացույց⁶: Ըստ Զիվանդությունների հսկողության և կանխարգելման կենտրոնների (Centers for Disease Control and Prevention [CDC])⁷ վերջին գեկույցի՝ ռևմատոլոգիայի բնագավառում իմունամոդուլացնող (ԻՄ) են համարվում բուժման հետևյալ միջոցները՝
- մետոտրեքսատ (MTX), եթե չափաբաժինը շաբաթական գերազանցում է 0,4 մգ/կգ-ը,
- կենսաբուժումները (բուժական բոլոր խմբերը),

- per os կորտիկոստերոիդները՝
 - օրական պրեդնիզոնի համարժեքի ավելի քան 10 մգ՝ ավելի քան երկու շաբաթ,
 - օրական պրեդնիզոնի համարժեքի ավելի քան 60 մգ՝ ավելի քան մեկ շաբաթ,
- սոլյումեդրոլի բոլյուսներ:
CDC-ի ցանկում բացակայում է լեֆլյունոմիդը, թեև նույնպես իմունամոդուլացնող է համարվում:
- իսկ հետևյալ բուժումները իմունամոդուլացնող չեն համարվում՝
 - քրոնիկական բորբոքային ռևմատիզմի բուժման համար նշանակված սովորական չափաբաժնով մետոտրեքսատը, այն է՝ 0,3 մգ/կգ/շաբաթ,
 - հիդրօքսիքլորոքսին,
 - սուլֆասալազին,
 - կորտիկոստերոիդների ներհոդային ներարկումներ:
- Այսպիսով՝ այն հիվանդները, որոնք ստանում են սովորական չափաբաժիններով մետոտրեքսատ, հիդրօքսիքլորոքսին, սուլֆասալազին, կորտիկոստերոիդների փոքր չափաբաժիններով հաբեր կամ տեղային կորտիկոստերոիդներ, իմունաճնշված չեն համարվում:

Ի՞նչ պատվաստումներ են անհրաժեշտ SARS-CoV-2-ի ժամանակաշրջանում

Համավարակի սկզբից ի վեր հատուկ ուշադրություն է դարձվում պատվաստմանը: Պատվաստման նկատմամբ ուշադրության աճը միայն SARS-CoV-2-ի դեմ պատվաստանյութին չի վերաբերում: Տեղեկատվական-համաճարակաբանական մի հետազոտություն⁹, որի ընթացքում փորձ է արվել հաշվել համացանցում «քովիդ», «գրիպի պատվաստանյութ» և «հակապնևմոնոկոկային պատվաստանյութ» հարցումներով որոնումների թիվը 2019 թ. դեկտեմբերից մինչև 2020-ի մարտը (համաճարակի գագաթնակետ), ցույց է տալիս այդ երկու պատվաստանյութերի մասին որոնումների նշանակալի աճ՝ համեմատած 2015-ից մինչև 2019 թ. նույն ժամանակահատվածի հետ ($p < 0,0001$, $r=0,93$ և $r=0,89$ ՝ համապատասխանաբար)⁹:

Զուգահեռաբար, ի հայտ եկավ մի բանավեճ, ըստ որի՝ գրիպի դեմ պատվաստանյութը 36 % դեպքերում ծանրացնում է SARS-CoV-2-ի հետանցով առաջացած թոքաբորբը: Բանավեճի հիմք դարձած հոդվածի հեղինակները, ըստ էության, ցույց էին տվել, որ 2017-2018 թթ. ձմեռային շրջանում գրիպի դեմ պատվաստված 9500 զինծառայողների և նրանց ընտանիքների անդամների 7,8 % -ը վարակվել են SARS-CoV-2-ով, ի հակադրություն գրիպի դեմ չպատվաստվածների, որոնց շրջանում SARS-CoV-2-ով վարակման տոկոսը կազմել է 5,8 % (ոչ նշանակալի տարբերություն, $p > 0,05$)¹⁰: Ապացուցվել է, որ գրիպի դեմ պատվաստումը պաշտպանում է գրիպի ծանր տեսակներից՝ այսպիսով, բացառելով SARS-CoV-2-ի հետ տարբերակված ախտորոշումը և նվազեցնելով հիվանդանոցների գերբեռնվածությունը¹¹:

Ռևմատոլոգիայի դեմ եվրոպական լիգան (European League Against Rheumatism-ը (EULAR)) և Ռևմատոլոգիայի ամերիկյան քոլեջը (American College of Rheumatology (ACR)) SARS-CoV-2-ի համավարակի ժամանակահատվածում մշակել են քրոնիկական ռևմատոլոգիական հիվանդություններ ունեցողների պատվաստման վերաբերյալ առանձնահատուկ խորհրդատվություն^{12,13}: Քրոնիկական բորբոքային ռևմատոլո-

մով տառապող հիվանդները, որոնք չունեն SARS-CoV-2-ի ախտանշաններ, պետք է, սահմանված խորհրդատվության համաձայն, ժամանակին ստանան պատվաստումները, մասնավորապես՝ պնևմոնոկոկի և գրիպի դեմ (այդուհանդերձ):

Հատկապես խորհուրդ տրվող հակագրիպային և հակապնևմոնոկոկային պատվաստանյութեր

Գրիպի վիրուսը և պնևմոնոկոկները թոքային տրոպիզմով երկու մանրէներ են, որոնց նկատմամբ հատկապես զգայուն են խմուսաճնշված հիվանդները: Վուհանում իրականացված երկու հետազոտության համաձայն՝ SARS-CoV-2-ով վարակված անձանց 4 և 12 % -ը միաժամանակ գրիպի վարակ են ունեցել^{14,15}: Այս փաստը հաստատվել է նաև Կալիֆոռնիայում իրականացված ուսումնասիրության արդյունքում, որը վեր է հանել գրիպին համակցված վարակի 3,6 դեպք¹⁶: Հեղինակներն ընդգծում են, որ գրիպի վիրուսի առկայության կամ բացակայության պարագայում SARS-CoV-2-ի կլինիկական պատկերի, զարգացման և բարդությունների տարբերություն չի նկատվում:

Քիչ ուսումնասիրություններ են կատարվել պնևմոնոկոկ- SARS-CoV-2 զուգորդության վերաբերյալ^{16,17}: SARS-CoV-2-ի 500 դեպքի վերաբերող բրիտանական մի հետազոտության մեջ համակցված վարակ հայտնաբերվել է միայն 0,4 % դեպքերում¹⁷: Դա կարող է բացատրվել հակաբիոտիկների էմպիրիկ նշանակմամբ, որոնք նվազեցրել են վարակի ի հայտ գալը:

SARS-CoV-2-ի դեմ պատվաստանյութի առանձնահատկությունները

2021 թ. նոյեմբերին Պատվաստանյութերի ռազմավարության կողմնորոշման խորհուրդը (COSV) խորհրդատվական նյութեր է հրապարակել խոր խմուսաճնշված հիվանդներին SARS-CoV-2-ի դեմ պատվաստելու վերաբերյալ (մասնավորապես՝ հակա-CD20 տիպի ագրեսիվ խմուսաճնշիչ բուժման դեպքում)⁸:

Մինչև 4 դեղաչափ առաջնային պատվաստման ժամանակ

Առաջնային պատվաստման երկու դեղաչափերի միջև անհրաժեշտ է 28 օր

ժամանակահատված: Երրորդ դեղաչափի ներարկումը պետք է իրականացվի համակարգված կերպով՝ երկրորդից առնվազն մեկ ամիս անց: Երկրորդ և երրորդ դեղաչափերի ներարկումից երեսուն օր անց իրականացվում է Spike (S) սպիտակուցի նկատմամբ հակամարմինների քանակական շճաբանական հետազոտություն: Հետազոտության արդյունքները պետք է արտահայտվեն միջազգային միավորներով (BAU/մլ)¹⁸ ըստ Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպության (ԱՀԿ) չափորոշիչների: Եթե պատվաստանյութին արձագանքը դրական է (BAU/մլ>0), սակայն թույլ, խորհուրդ է տրվում չորրորդ դեղաչափի ներարկում երկրորդ կամ երրորդ դեղաչափից առնվազն երեք ամիս անց:

Խթանիչ դեղաչափ. տարբերակել լիակատար առաջնային պատվաստում է, թե՛ ոչ

COSV-ը խորհուրդ է տալիս իրեն պատվաստանյութի խթանիչ դեղաչափի հստակորեն սահմանված պայմաններով:

Սպասել երեք ամիս լիակատար առաջնային պատվաստումից հետո (2, 3 կամ 4 դեղաչափ)

Խորհուրդ է տրվում վերապատվաստվել խթանիչ դեղաչափով ներարկված վերջին դեղաչափից առնվազն երեք ամիս անց: S սպիտակուցի նկատմամբ հակամարմինների չափաբաժնի որոշումն իրականացվում է տասնինգ օր անց: Եթե կոնցենտրացիան գերազանցում է 264 BAU/մլ, համարվում է, որ պաշտպանվածությունը բավարար է: Այնուհետև երեք ամիսը մեկ իրականացվում է շճաբանական մշտադիտարկում: Եթե հակամարմինների մակարդակն ի սկզբանե կամ մշտադիտարկման ընթացքում ցածր է 264 BAU/մլ-ից, հիվանդը, առաջնային կանխարգելման նպատակով, մոնոկլոնալ հակամարմիններ ընդունելու թեկնածու է համարվում:

Եթե հիվանդը դեռևս ենթակա չէ խթանիչ վերապատվաստման (լիակատար պատվաստման սխեմա, ըստ որի՝ վերջին դեղաչափն ընդունվել է երեք ամիս պակաս ժամանակահատվածում),

ԲՈՒԺԱԿԱՆ

ՊԱՏՎԱՍՏԱՆՅՈՒԹԵՐ

ՈՒ ԲՈՐԲՈՔԱՅԻՆ ՌԵՎԱՍՏԻԶՄՆԵՐ

ՊԱՏՎԱՍՏԱՆՅՈՒԹԵՐԻ ՎԵՐԱԲԵՐՑԱԿ ԳՆՏՈՒԿ ԽՈՐՀՐԴՎԱԿՈՒԹՅՈՒՆ ԻՄՈՒՆՈՐԵԿՄԵՆՏԱԿԱՆ ԱՆՉԱՆՑ ԳԱՄԱՐ

Ընդհանուր բնակչությանը խորհուրդ տրվող ապակտիվացված պատվաստանյութեր	Հատուկ խորհուրդ տրվող պատվաստանյութեր	Կենդանի, թուլացված պատվաստանյութեր (հակացուցված)
Դիֆթերիա, կարկամախտ	Սեզոնային գրիպ (ապակտիվացված պատվաստանյութ)	Տուբերկուլոզ (BCG)
Պոլիոմիելիտ, կապույտ հազ	Պնամոնկոկ	Դեղին տենդ
Հեպատիտ B		Կարմրուկ, խոզուկ, կարմրախտ
Սենիսգոկոկ C		Ջրծաղիկ
Պապիլոմավիրուս		Գոտտորոզ որջին
b տիպի <i>haemophilus influenzae</i>		Գրիպ (կենդանի պատվաստանյութ՝ ներքթային)
		Ռոտավիրուս

Աղյուսակ 1

ՔՐՈՆԻԿԱԿԱՆ ԲՈՐԲՈՔԱՅԻՆ ՌԵՎԱՍՏԻԶՄՈՎ ՏԱՌԱՊՈՂ ՀԻՎԱՆՊԵՐԻՆ ՊԱՏՎԱՍՏԱՆՅՈՒԹԵՐ ՆՁԱՆԱԿԵԼՈՒ ԿԱՐԳԸ՝ ԸՆՏ ԸՆԹԱՑԻԿ ԻՄՈՒՆԱՄՈՂՈՎԱՑՆՈՂ ԲՈՒԺՄԱՆ

	Գրիպ	Պնամոնկոկ	Գոտտորոզ որջին	Հեպատիտ B	Հեպատիտ A	Կարկամախտ
Կարգը	1 դեղաչափ/տարեկան	Առաջնային խթանիչ (Prime-boost)	1 դեղաչափ	0 օր, 7 օր, 21 օր, այնուհետև՝ 1 տարի	0 ամիս, 6 ամիս	≤ 65 տարեկան՝ 20 տարին մեկ > 65 տարեկան՝ 10 տարին մեկ
MTX	MTX-ի դադար երկու շաբաթ անց	-	MTX-ի դադար 3 ամիս	-	-	-
Հակա-TNF	-	-	-	-	-	-
RTX	4 շաբաթ առաջ կամ 6 ամիս հետո Համաճարակի դեպքում՝ պատվաստել	12 շաբաթ առաջ կամ 6 ամիս հետո	4 շաբաթ առաջ կամ 6 ամիս հետո	-	-	4 շաբաթ առաջ կամ 6 ամիս հետո

Աղյուսակ 2. MTX՝ մետոտրեքսատ, RTX՝ ռիտուքսիմաբ

ՔՐՈՆԻԿԱԿԱՆ ԲՈՐԲՈՔԱՅԻՆ ՌԵՎԱՍՏԻԶՄԻ ԲՈՒԺՄԱՆ ՊԱՂԱՐԵՑՄԱՆ ԿԱՐԳԸ՝ ՆԱԽՔԱՆ ԿԵՆԴԱՆԻ ՊԱՏՎԱՍՏԱՆՅՈՒԹԻ ՆԵՐԱՐԿՈՒՄԸ

	Դարդարեցում	Վերսկսում
Կորտիկոստերոիդներով բուժում > 10 մգ/օր կամ > 14 օր	1 ամիս	4 շաբաթ
Կորտիկոստերոիդային բույրաններ	3 ամիս	4 շաբաթ
MTX (< 0,4 մգ/կգ/շաբաթ)	Դարդար չկա	-
Լեֆլյունոմիդ	2 տարի	4 շաբաթ
Հակա-TNF	3 ամիս	2-4 շաբաթ
RTX	6 ամիս	4 շաբաթ

Աղյուսակ 2. MTX՝ մետոտրեքսատ, RTX՝ ռիտուքսիմաբ

հակա-S սպիտակուցային հակամարմինների շճաբանական հետազոտությունը իրականացվում է վերջին դեղաչափից մեկ ամիս անց: Եթե հակամարմինների մակարդակը գերազանցում է 264 BAU/մլ-ն, վերջին դեղաչափից երեք ամիս անց խորհուրդ է տրվում վերապատվաստվել (խթանիչ դեղաչափ): Շճաբանական մշտադիտարկում իրականացվում է երեք ամիսը մեկ: Եթե հակամարմինների կոնցենտրացիան ցածր է 264 BAU/մլ-ից, մոնոկլոնալ հակամարմինների նշանակումը ցուցվում է որպես առաջնային կանխարգելում: Եթե հիվանդն արդեն ստացել է պատվաստանյութի խթանիչ դեղաչափը, S սպիտակուցի նկատմամբ հակամարմինների քանակական որոշման շճաբանական հետազոտություն իրականացվում է տասնհինգ օր անց: Եթե հակամարմինների կոնցենտրացիան գերազանցում է 264 BAU/մլ-ն, պաշտպանվածությունը համարվում է բավարար: Շճաբանական մշտադիտարկում իրականացվում է երեք ամիսը մեկ: Եթե հակամարմինների մակարդակն ի սկզբանե կամ մշտադիտարկման ընթացքում ցածր է 264 BAU/մլ-ից, հիվանդը, առաջնային կանխարգելման նպատակով, մոնոկլոնալ հակամարմիններ ընդունելու թեկնածու է համարվում:

Չիրականացված կամ ոչ լիակատար առաջնային պատվաստման դեպքում անհրաժեշտ է լրացնել բաց թողածը

Եթե հիվանդը միայն մեկ դեղաչափ է ստացել կամ չի պատվաստվել, խորհուրդ է տրվում իրականացնել «բաց թողածը լրացնելու» պատվաստման առաջնային սխեմա՝ իՌՆԹ պատվաստանյութի երկու դեղաչափ՝ 28 օր տարբերությամբ, ապա մեկ ամիս անց S սպիտակուցի նկատմամբ հակամարմինների քանակական որոշման շճաբանական հետազոտություն: Եթե հակամարմինների մակարդակը գերազանցում է 264 BAU/մլ-ն, վերապատվաստում է խորհուրդ տրվում երեք ամիս անց երեք ամիսը մեկ շճաբանական մշտադիտարկմամբ: Եթե հակամարմինների մակարդակն ի սկզբանե կամ մշտադիտարկման ընթացքում ցածր է 264 BAU/մլ-ից, հիվանդը, առաջնային կանխարգելման նպատակով, մոնոկլոնալ հակամարմիններ ընդունելու թեկնածու է համարվում:

Թարմացնել մյուս պատվաստումները

Չարկավոր է թարմացնել ընդհանուր բնակչությանը խորհուրդ տրվող՝ դիֆթերիայի, կարկամախտի, հեպատիտ A-ի, հեպատիտ B-ի և գոտևորող որքի-նի դեմ պատվաստումները:

Պատվաստումների կարգը կախված է բուժումից

Չամավարակը փոփոխություն է մտցրել քրոնիկական բորբոքային ռևմատիզմով տառապող հիվանդների պատվաստման գործում: Սակայն այդ պատվաստումները շատ կարևոր են, և դրանց հաստատված կարգը տարբեր է՝ ելնելով նախատեսված կամ ընթացիկ բուժումից (աղյուսակ 2):

SARS-CoV-2-ով վարակման և ցանկացած պատվաստման միջև սահմանված ժամկետներ

ԱՅԿ խորհրդատվության համաձայն՝ պատվաստումը հարկավոր է հետաձգել, եթե կասկածվում կամ հաստատվել է SARS-CoV-2: Այն հնարավոր է միայն 24 ժամ ընդմիջմամբ իրականացված երկու բացասական ՊՇՌ-թեստերից հետո: Եթե ՊՇՌ-թեստի իրագործումն անհնար է, ապա պատվաստում հնարավոր է իրականացնել ախտանշանների անհետացումից տասնչորս օր անց¹⁸:

Չաստատված վարակակրի հետ շփման դեպքում նույնպես բուժառույն պետք է սպասի տասնչորս օր: Այդ ժամանակահատվածում ախտանշանների բացակայության պարագայում պատվաստում կարելի է իրականացնել: Եթե հիվանդն ախտանշաններ չունի, և շփումներում վարակակիրներ չկան, պատվաստումն իրականացվում է բնականոն կերպով և քրոնիկական բորբոքային ռևմատիզմով տառապող հիվանդի ընթացիկ բուժմանը համապատասխան:

Սեզոնային գրիպի դեմ պատվաստում

Կիրառվում է ապաստիվացված պատվաստանյութ, որը հասանելի է յուրաքանչյուր տարի հոկտեմբեր-հունվար ամիսներին (Չյուսիսային կիսագնդում) և ներարկվում է տարեկան մեկ անգամ:

Մետոտրեքսատ ընդունողների պարագայում

Խորհուրդ չի տրվում դադարեցնել մետոտրեքսատի ընդունումը նախքան սեզոնային գրիպի դեմ պատվաստումը¹⁹: Սակայն պատվաստումից հետո ցանկալի է միջինը երկշաբաթյա դադար: Իրոք, մետոտրեքսատ ընդունող 316 հիվանդի շրջանում իրականացված հետազոտությամբ պարզվել է, որ պատվաստմանը լավագույնս արձագանքել են այն հիվանդները, որոնք բուժումը դադարեցրել էին ներարկմանը հաջորդած երկու շաբաթների ընթացքում: Այս եզրակացությունը ճիշտ է, անկախ նրանից, թե մետոտրեքսատի վերջին չափաբաժինը ներարկումից առաջ երբ է ընդունվել, նույնիսկ եթե դա տեղի է ունեցել պատվաստման օրը²⁰: Ըստ նույն հետազոտության՝ ֆոնային բուժման ժամանակավոր դադարը ազդեցություն չի թողնում քրոնիկական բորբոքային ռևմատիզմի ակտիվության վրա:

TNF-alpha-ի արգելակիչներ ընդունողների պարագայում

Խորհուրդ չի տրվում դադարեցնել հակա-TNF-ները (Tumor necrosis factor) գրիպի դեմ պատվաստման ժամանակ²¹: 130 հիվանդ ներառող դիմախայաց հետազոտությունը ցույց է տվել, որ հակա-TNF ընդունողների պարագայում պատվաստման ծածկույթը պահպանվել է դեպքերի 80%-ում՝ ներարկումից չորս շաբաթ անց²²:

Ռիտուքսիմաբ ընդունողների պարագայում

Նախքան բուժման սկիզբը խորհուրդ է տրվում ռիտուքսիմաբի կաթիլային ներարկումը հետաձգել պատվաստումից 2-4 շաբաթ անց, հատկապես՝ եթե քրոնիկական բորբոքային ռևմատիզմի ակտիվությունն այդ հնարավորությունը տալիս է: Եթե ռիտուքսիմաբն արդեն կաթիլային ներարկվել է, պատվաստումը հետաձգվում է վեց ամսով պատվաստանյութին համապատասխան արձագանք ստանալու համար²³: Այնուհանդերձ, հաշվի առնելով այդ հակա-CD20-ով բուժվող հիվանդների թույլ վիճակը, նախընտրելի է նրանց պատվաստել հենց սեզոնային գրիպի դեմ պատվաստանյութն առկա լինի (յուրաքանչյուր տարվա հոկտեմբերին)՝ անկախ ռիտուքսիմաբի վերջին կաթիլային ներարկման օրվանից:

Հակապնևմոնոկոկային պատվաստում

Իմունաճնշված հիվանդների պատվաստման համար խորհուրդ տրվող սխեման հետևում է «առաջնային խթանիչ» («prime-boost») ռազմավարությանը, այն է՝ 13-վալենտ կոնյուգացված պատվաստանյութ (Պրևենար 13՝ Prevenar 13), այնուհետև առնվազն ութ շաբաթ անց՝ չկոնյուգացված պոլիսախարիդային պատվաստանյութ (Պնևմո 23՝ Pneumo 23)²⁴:

Մետոտրեքսատ ընդունողների պարագայում

Եթե նախընտրելի է 13-վալենտ կոնյուգացված պատվաստանյութի առաջին ներարկումը կատարել նախքան մետոտրեքսատը սկսելը, ապա չկոնյուգացված պոլիսախարիդային պատվաստանյութի չափաբաժինը կարելի է ներարկել բուժման ընթացքում: Եթե հիվանդն արդեն ընդունում է մետոտրեքսատ, ապա որևէ առանձնահատուկ նախազգուշական միջոց ձեռնարկելու հարկ չկա¹⁹:

TNF-alpha-ի արգելակիչներ ընդունողների պարագայում

Ինչպես հակազորիպային պատվաստման պարագայում, խորհուրդ չի տրվում դադարեցնել հակա-TNF-ները հակապնևմոնոկոկային պատվաստման ժամանակ, քանի որ դա էական ազդեցություն չի ունենում պատվաստանյութին արձագանքելու վրա²⁵:

Ռիտուքսիմաբ ընդունողների պարագայում

Նախքան բուժման սկիզբը խորհուրդ է տրվում ռիտուքսիմաբի կաթիլային ներարկումը հետաձգել պատվաստումից 2-4 շաբաթ անց, հատկապես՝ եթե քրոնիկական բորբոքային ռևմատիզմի ակտիվությունն այդ հնարավորությունը տալիս է: Այնուամենայնիվ, գրականության մեջ հստակ չի նշվում՝ կարելի է, արդյոք, սկսել ռիտուքսիմաբը 13-վալենտ կոնյուգացված պատվաստանյութից հետո, թե՛ անհրաժեշտ է սպասել չկոնյուգացված պոլիսախարիդային պատվաստանյութի ներարկմանը՝ այսպիսով առնվազն տասներկու շաբաթով երկարաձգելով բուժման ժամկետը: Եթե հիվանդն արդեն կաթիլային ձևով ստացել է ռիտուքսիմաբ, պատվաստումը հետաձգվում է վեց ամսով²⁵:

Վիրուսային հեպատիտի դեմ պատվաստումներ և իմունամոդուլացնող դեղամիջոցներ. հատուկ նախազգուշական միջոցներ չկան

Ըստ Լյարդի հետազոտության եվրոպական միության (European Association for the Study of the Liver (EASL)) խորհրդատվության՝ հեպատիտ B-ի դեմ պատվաստանյութը պետք է նշանակվի իմունաճնշիչ բուժման ենթակա հիվանդներին²⁶: Պատվաստման սխեման սովորական է (0 ամիս, 1 ամիս, 6 ամիս) կամ արագացված (0 օր, 7 օր, 21 օր) մեկ տարի անց վերապատվաստումով: Ինչպիսին էլ լինի իմունամոդուլացնող բուժումը, առանձնահատուկ նախազգուշական միջոց ձեռնարկելու հարկ չկա²⁷: Հեպատիտ A-ի դեմ պատվաստում խորհուրդ է տրվում բոլոր ճանապարհորդներին, որոնք պետք է ուղևորվեն սահմանափակ հիվանդանոցային անբավարար պայմաններ ունեցող երկրներ: Այսպես՝ խորհուրդ է տրվում պատվաստել քրոնիկական բորբոքային ռևմատիզմով տառապող հիվանդներին, որոնք գտնվում են Էնդեմիկ երկրներում²⁸: Առաջին ներարկումն անհրաժեշտ է կատարել մեկնումից առնվազն 15 օր առաջ: Վերապատվաստումը ցուցված է 6-12 ամիս անց²⁸: Իմունաճնշիչ բուժման դեպքում առանձնահատուկ նախազգուշական միջոց ձեռնարկելու հարկ չկա:

Պատվաստում գտնողող որքինի և ջրծաղիկի դեմ

Նախքան գտնողող որքինի դեմ պատվաստումը՝ հիվանդի հարցումիործի կամ շճաբանական հետազոտության միջոցով հարկավոր է հավաստիանալ ջրծաղիկի դեմ նախկինում պատվաստված լինելու մասին: Եթե պատասխանը բացասական է, ապա հիվանդը պետք է ջրծաղիկի դեմ պատվաստում ստանա:

Քրոնիկական բորբոքային ռևմատիզմի դեպքում գտնողող որքինի դեմ պատվաստում կարող է ցուցվել բարձր ռիսկային հիվանդներին, որոնք ստանում են ավանդական կամ կենսաբանական ֆոնային բուժում կամ կորտիկոստերոիդներով երկարատև բուժում: Երկրների մեծ մասում ներկայումս հասանելի պատվաստանյութը կենդանի

պատվաստանյութ է (Zostavax՝ Չոստավաքս), այնուամենայնիվ ապացուցվել է դրա դյուրատարությունը հակա-TNF-alpha ընդունողների շրջանում:

Անհրաժեշտ է պահպանել ռիտուքսիմաբի կաթիլային ներարկումից չորս շաբաթ առաջ և վեց ամիս հետո ժամանակահատվածը²⁹:

Վերջերս շուկա է հանվել նոր ապակտիվացված պատվաստանյութ (Shingrix՝ Շինգրիքս): Դրա առավելությունն այն է, որ իներտ է, ուստի կարելի է կիրառել առանց դադարեցնելու իմունաճնշիչ բուժումը: Սակայն այն դեռևս առկա չէ Ֆրանսիայում:

Պատվաստում կարկամախտի դեմ

Քրոնիկական բորբոքային ռևմատիզմով տառապող հիվանդները պետք է ստանան կարկամախտի դեմ նույն պատվաստումը, ինչ նախատեսված է ընդհանուր բնակչության համար՝ քսան տարին մեկ 25-65 տարեկան անձինք, և 65 տարեկանից հետո՝ տասը տարին մեկ³⁰: Միակ առանձնահատուկ նախազգուշական միջոցը պատվաստումը ռիտուքսիմաբի կաթիլային ներարկումից հետո վեց ամիս ընդմիջումով կատարելն է:

Պատվաստում դեղին տենդի դեմ

Այս պատվաստումը հակացուցված է ավանդական կամ կենսաբանական ֆոնային բուժում ստացող հիվանդներին: Ուստի կրանց խորհուրդ չի տրվում ճանապարհորդել այն երկրներում, որտեղ դեղին տենդի դեմ պատվաստումը պարտադիր է:

Ֆորումաժորային հանգամանքներում, երբ շատ արագ Էնդեմիկ գոտի մեկնելու անհրաժեշտություն է ծագում, հիվանդին պատկան մարմինները պետք է տան պատվաստման հակացուցման մասին տեղեկանք¹²: Մոծակների խայթոցների դեմ պաշտպանությունը պարտադիր է, և հիվանդը պետք է իրազեկված լինի հնարավոր վտանգների մասին:

Հետազոտությունները ցույց են տվել, որ իմունաճնշիչ միջոցներ ընդունողները բավականին լավ են տանում որոշ կենդանի պատվաստանյութեր: Սակայն հաշվի առնելով դիտողական կամ հետահայաց այդ հետազոտությունների սահմանափակ բնույթը՝

դրանք մնում են հակացուցված ավանդական կամ կենսաբանական ֆունկցիոնալ բուժման առկայության դեպքերում: Այսպես՝ խորհուրդ է տրվում դադարեցնել իմունաճնշիչ դեղամիջոցները նախքան կենդանի պատվաստանյութերարկելը¹²՝ համապատասխան սխեմաներով, որոնք փոփոխվում են կախված ընթացիկ բուժման տեսակից (աղյուսակ 3):

ՈՒՆԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ ԽՈՒՆԱՃՆՇԻՉ ԲՈՒԹՈՒՄ ՍՏԱՑՈՂ՝ ԿՐԾՔԻ ԵՐԵՒԱՆՆԵՐԻ ՆՎԱՏԱՄԲ

SARS-CoV-2 համավարակի պատճառով որոշ պատվաստումներ ուշացան, մինչդեռ դրանց թարմացումը շատ կարևոր է: Մասնավորապես՝ քրոնիկական բորբոքային ռևմատիզմով տառապող հիվանդների դեպքում այդ պատվաստումների կարգը կախված է պատվաստանյութի տիպից, ընթացիկ բուժումից

և բուժման ռազմավարությունից: Այս համատեքստում չափազանց կարևոր է այս հիվանդների կարգավիճակը (իմունաճնշված, թե՛ ոչ) սահմանող չափանիշների լավ իմացությունը: Վերջապես, ևս մեկ կապակցված հասցամանը՝ խորհուրդ է տրվում կենդանի պատվաստանյութեր չներարկել կրծքի երեխաներին, որոնք կյանքի առաջին ամիսներին առնչվել են կենսաբուժումների հետ (իմունաճնշիչ դեղամիջոցներով բուժվող մայրեր)³¹:

RÉSUMÉ VACCINATIONS DES PATIENTS ATTEINTS DE RHUMATISME INFLAMMATOIRE CHRONIQUE EN PÉRIODE PANDÉMIQUE

La pandémie du SARS-CoV-2 est une source de préoccupations pour la prise en charge des patients atteints de rhumatisme inflammatoire chronique, du fait de l'immunosuppression due à la maladie d'une part et aux thérapeutiques antirhumatismales d'autre part. La vaccination constitue, dans ce contexte, un moyen efficace de prévention des infections, notamment contre la grippe saisonnière et le pneumocoque. Ses modalités sont bien établies et varient selon le type de traitement en place.

SUMMARY VACCINATIONS FOR PATIENTS WITH CHRONIC INFLAMMATORY RHEUMATISM DURING A PANDEMIC

The SARS-CoV-2 pandemic is a source of concern for the management of patients with chronic inflammatory rheumatism because of the immunosuppression caused by the disease and anti-rheumatic therapies. In this context, vaccination is an effective means of preventing infections, particularly against seasonal influenza and pneumococcus. Its modalities are well established and vary according to the type of treatment in place.

ԳՂՈՒՄՆԵՐ

- Rutherford AI, Subesinghe S, Hyrich KL, Galloway JB. Serious infection across biologic-treated patients with rheumatoid arthritis: results from the British Society for Rheumatology Biologics Register for Rheumatoid Arthritis. *Ann Rheum Dis* 2018;77(6):905-10.
- Mehta B, Pedro S, Ozen G, Kalil A, Wolfe F, Mikuls T, et al. Serious infection risk in rheumatoid arthritis compared with non-inflammatory rheumatic and musculoskeletal diseases: a US national cohort study. *RMD Open* 2019;5(1):e000935.
- Akiyama S, Hamdeh S, Micic D, Sakuraba A. Prevalence and clinical outcomes of Covid-19 in patients with autoimmune diseases: a systematic review and meta-analysis. *Ann Rheum Dis* 2020;80:384-91.
- Xu C, Yi Z, Cai R, Chen R, Thong BY, Mu R. Clinical outcomes of Covid-19 in patients with rheumatic diseases: A systematic review and meta-analysis of global data. *Autoimmun Rev* 2021;20(4):102778.
- Saxena S, Skirrow H, Bedford H. Routine vaccination during covid-19 pandemic response. *BMJ* 2020;16:369:m2392.
- Calendrier des vaccinations et recommandations vaccinales 2021. Personnes immunodéprimées ou aspléniques p. 39. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/calendrier_vaccinal_090721.pdf
- Rubin LG, Levin MJ, Ljungman P, Davies EG, Avery R, Tomblyn M, et al. 2013 IDSA clinical practice guideline for vaccination of the immunocompromised host. *Clin Infect Dis* 2014;58(3):309-18.
- COSV. Recommandations pour la protection des personnes sévèrement immunodéprimées contre le Covid-19 (Vaccination et prophylaxie primaire). Novembre 2021. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/cosv_recommandations_pour_la_protection_des_personnes_severement_immunodeprimees_-_19_novembre_2021.pdf
- Paguio JA, Yao JS, Dee EC. Silver lining of Covid-19: Heightened global interest in pneumococcal and influenza vaccines, an infodemiology study. *Vaccine* 2020;38(34):5430-5.
- Wolff GG. Influenza vaccination and respiratory virus interference among Department of Defense personnel during the 2017-2018 influenza season. *Vaccine* 2020;38(2):350-4.
- Maltezos HC, Theodoridou K, Poland G. Influenza immunization and Covid-19. *Vaccine* 2020;38(39):6078-9.
- Furer V, Rondaan C, Heijstek MW, Agmon-Levin N, van Assen S, Bijl M, et al. 2019 update of EULAR recommendations for vaccination in adult patients with autoimmune inflammatory rheumatic diseases. *Ann Rheum Dis* 2020;79(1):39-52.
- Curtis JR, Johnson SR, Anthony DD, et al. American College of Rheumatology Guidance for Covid-19 vaccination in patients with rheumatic and musculoskeletal diseases: version 3. *Arthritis Rheumatol* 2021;73(10):e60-e75.
- Pu T, Ding C, Li Y, Liu X, Li H, Duan J, et al. Evaluate severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 infectivity by pseudoviral particles. *J Med Virol* 2020;92(9):1609-14.
- Wu X, Cai Y, Huang X, Yu X, Zhao L, Wang F, et al. Co-infection with SARS-CoV-2 and influenza A virus in patient with pneumonia, China. *Emerg Infect Dis* 2020;26(6):1324-6.
- Kim D, Quinn J, Pinsky B, Shah NH, Brown I. Rates of Co-infection between SARS-CoV-2 and other respiratory Pathogens. *JAMA* 2020;323(20):2085-6.

17. Chan JF, Yuan S, Kok KH, To KK, Chu H, Yang J, et al. A familial cluster of pneumonia associated with the 2019 novel coronavirus indicating person-to-person transmission: a study of a family cluster. *Lancet* 2020;395(10223):514–23.
18. McFee RB. Covid-19: therapeutics and interventions currently under consideration. *Dis Mon* 2020;66(9):101058.
19. Hua C, Barnetche T, Combe B, Morel J. Effect of methotrexate, anti-tumor necrosis factor , and rituximab on the immune response to influenza and pneumococcal vaccines in patients with rheumatoid arthritis: a systematic review and meta-analysis. *Arthritis Care Res (Hoboken)* 2014;66(7):1016–26.
20. Park JK, Lee YJ, Shin K, Ha YJ, Lee EY, Song YW, et al. Impact of temporary methotrexate discontinuation for 2 weeks on immunogenicity of seasonal influenza vaccination in patients with rheumatoid arthritis: a randomised clinical trial. *Ann Rheum Dis* 2018;77(6):898–904.
21. Kaine JL, Kivitz AJ, Birbara C, Luo AY. Immune responses following administration of influenza and pneumococcal vaccines to patients with rheumatoid arthritis receiving adalimumab. *J Rheumatol.* 2007;34(2):272–9.
22. Rahman MU, Strusberg I, Geusens P, Berman A, Yocum D, Baker D, et al. Double-blinded infliximab dose escalation in patients with rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis* 2007;66(9):1233–8.
23. Westra J, van Assen S, Wilting KR, Land J, Horst G, de Haan A, et al. Rituximab impairs immunoglobulin (Ig)M and IgG (subclass) responses after influenza vaccination in rheumatoid arthritis patients. *Clin Exp Immunol* 2014;178(1):40–7.
24. Haut Conseil de la santé publique. Le calendrier des vaccinations et les recommandations vaccinales 2013 selon l’avis du Haut Conseil de santé publique [en ligne]. *BEH* ; 2013 [cité le 12 décembre 2020].
25. Rákóczi É, Szekanez Z. Pneumococcal vaccination in autoimmune rheumatic] diseases. *RMD Open* 2017;3:e000484.
26. European Association for the Study of the Liver (EASL) 2017. Clinical practice guidelines on the management of hepatitis B virus infection. *J Hepatol* 2017;67(2):370–98.
27. STGE, STPI. Les hépatites virales B : actualisation des recommandations tunisienne. Octobre 2019. Disponible sur : https://www.infectiologie.org.tn/pdf_ppt_docs/ecommandations/1576619564.pdf
28. Rosdahl A, Herzog C, Frösner G, Norén T, Rombo L, Askling HH. An extra priming dose of hepatitis A vaccine to adult patients with rheumatoid arthritis and drug induced immunosuppression. A prospective, open-label, multi-center study. *Travel Med Infect Dis* 2018;21:43–50.
29. Winthrop KL, Wouters AG, Choy EH, Soma K, Hodge JA, Nduaka CI, et al. The safety and immunogenicity of live zoster vaccination in patients with rheumatoid arthritis before starting tofacitinib: A randomized phase II trial. *Arthritis Rheumatol* 2017;69(10):1969–77.
30. Bingham CO 3rd, Winthrop KL, Yang L, Lee C, Komocsar WJ. BAFF inhibition does not significantly impair immunization responses in patients with rheumatoid arthritis. *Arthritis Res Ther* 2015;17:347.
31. Wong PKK, Hanrahan P. Management of vaccination in rheumatic disease. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2018;32(6):720–34.



Santé Arménie

Caring, training and building in Armenia

ԵՐԱԿԱՅԻՆ ԹՐՈՄԲՈՆԵՄԲՈԼԱՅԻՆ ՅԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆ ԵՎ ՔԱՂՑԿԵՂ

Պոլիվալենտ
պատրաստվել է
պրոֆեսոր
Ալեքսանդրա
Բուրա-Ռիվիերի
խորհրդատվու-
թյան հիման վրա:

Անոթային
բժշկության
բաժանմունք, Յա-
մալսարանական
հիվանդանոցային
կենտրոն,
Թուլուզի Պոլ
Սաբատիե
համալսարան
և INNOVTE
կլինիկական
հետազոտություն-
ների ազգային
ենթակառուցվածք

[bura-riviere.a@
chu-toulouse.fr](mailto:bura-riviere.a@chu-toulouse.fr)

Ա. Բուրա-Ռիվիերը
հայտնում է, որ
մասնակցել է
Bayer և BMS-Pfizer
ծեննարկություն-
ների որոշ
ծրագրերի:

Յայտնի է, որ քաղցկեղի առկայությունը զգալիորեն մեծացնում է երակային թրոմբոէմբոլային հիվանդության առաջացման հավանականությունը. թրոմբոզը նույնիսկ կարող է լինել մինչ այդ չբացահայտված քաղցկեղի առաջին դրսևորում: Գործող մեխանիզմներն ավելի ու ավելի լավ են նկարագրվում, իսկ հիվանդության վարումն ընթանում է վերջին շրջանի խոշոր նվաճումների ընդգրկումով: Երակային թրոմբոէմբոլային հիվանդության դեպքում էրբ և ինչպե՞ս փնտրել քաղցկեղ: Ի՞նչ մեխանիզմներով է քաղցկեղն առաջացնում գերմակարդելիություն: Ինչպե՞ս բուժել քաղցկեղին համակցված երակային թրոմբոէմբոլային հիվանդությունը: Որո՞նք են ուռուցքաբանության մեջ կաթետերային թրոմբոզի և վերին վերջույթների թրոմբոզի առանձնահատկությունները: Ի վերջո, ինչպե՞ս կանխարգելել: Բազմաթիվ գիտահետազոտական ծրագրերի նախաձեռնող և այս ոլորտում նշանակալի նորամուծությունների հեղինակ պրոֆեսոր Գի Մեյերին հարգանքի տուրք մատուցելուց զատ, այս հոդվածաշարը միտված է այս բոլոր հարցերին պատասխաններ տալուն:

- **Էջ 14** Քաղցկեղի որոնումը երակային թրոմբոէմբոլային հիվանդության ժամանակ
- **Էջ 18** Գերմակարդելիություն և քաղցկեղ
- **Էջ 21** Քաղցկեղի հետ համակցված երակային թրոմբոէմբոլային հիվանդության բուժումը
- **Էջ 26** Կաթետերային թրոմբոզ և վերին վերջույթների թրոմբոզը ուռուցքաբանության մեջ
- **Էջ 30** Կանխարգելում
- **Էջ 36** 10 հիմնական ուղերձներ

Ե՞րբ և ինչպե՞ս քաղցկեղ որոնել երակային թրոմբոէմբոլային հիվանդության դեպքում

Պարզ, բայց վաղաժամ իրականացվող կլինիկական և հարկլինիկական հետազոտություններ

Մարի-Անտուանետ Սևեստր
Անոթային բժշկության բաժանմունք, համալսարանական հիվանդանոցային կենտրոն, Ամիեն, Ֆրանսիա
sevestre.marieantoinette@chu-amiens.fr

Մ.-Ա. Սևեստրը հայտնում է, որ ելույթներ է ունեցել LEO Pharma, Bayer, BMS-Pfizer, Sanofi ընկերությունների համար, որոնք էլ հոգացել են միջոցառումների մասնակցության ճանապարհային ծախսերը:

Արման Տրուսոն առաջիններից էր, որ 1861 թ. հողված հրապարակեց երակային թրոմբոզի և քաղցկեղի փոխկապակցվածության մասին: Նկարագրված դեպքը վերաբերում էր 56-ամյա մի հիվանդի, որն ուներ վերին և ստորին վերջույթների մակերեսային երակների վերել ընթացքով բազմաթիվ թրոմբոզներ, ապա, որպես երկրորդ հիվանդություն, ստամոքսի քաղցկեղ, որն արագորեն հանգեցրել էր հիվանդի մահվան: Ճակատագրի հեգնանքով Արման Տրուսոն ավելի ուշ ինքն էլ մահացավ իր իսկ կանխատեսած ստամոքսի քաղցկեղից. «Ես կորած եմ, ֆլեբիտը, որն իրեն զգալ տվեց այս գիշեր, այլևս կասկածի տեղ չի թողնում իմ հիվանդության բնույթի մասին»¹:

Այսպիսով գոյություն ունի սերտ կապ երակային թրոմբոէմբոլային հիվանդության (ԵԹԷՅ) և քաղցկեղի միջև. թրոմբոզի ախտորոշման պահին, որը հաճախ նախորդում է քաղցկեղի ախտորոշմանը, ապա ավելի ուշ՝ մետաստազների զարգացման փուլում և իրականացվող բուժման ընթացքում: Հետևաբար, երակային թրոմբոզը կարող է լինել թաքնված քաղցկեղի նշան: Երակային թրոմբոզի հայտնաբերումը կարող է նախագագուշացնող նշան լինել և ուղղորդել դեպի քաղցկեղի որոնում, քանի դեռ այն շատ չի խորացել:

Բազմաթիվ հարցեր են ծագում. ո՞ր հիվանդների դեպքում է անհրաժեշտ կատարել հետազոտություն, ԵԹԷՅ ունեցող հիվանդի մոտ է՞րբ արդյունավետ իրականացնել քաղցկեղի որոնման հետազոտություն և ինչպե՞ս: Որքան հեռու կարելի է գնալ՝ բազմապատկելով զննումների թիվը, առանց հիվանդի մոտ ավելորդ վախ առաջացնելու: Ի վերջո, անհրաժեշտ է իմանալ՝ քաղցկեղի վաղ ախտորոշման հետազոտությունը կերկարացնի՞ արդյոք հիվանդի կյանքի տևողությունը:

Ե՞րբ իրականացնել քաղցկեղի որոնման հետազոտություններ երակային թրոմբոէմբոլային հիվանդության դեպքում

ԵԹԷՅ-ով (առանց հայտնի ռիսկային գործոնների առկայության և «չհրահրված» համարվող), այսինքն՝ խորանիստ երակների թրոմբոզով (ԽԹ) կամ թոքային էմբոլիայով (ԹԵ) հիվանդները ենթակա են քաղցկեղի հետ համակցված թրոմբոզի մեծ վտանգի: Այս համակցումը առավելագույն է առաջին վեց ամիսների ընթացքում, ապա նվազելով՝ թրոմբոզի առաջացումից երկու տարի² անց քաղցկեղի հետ համակցման այդ վտանգը դառնում է այնքան, որքան ընդհանուր բնակչության համար³: Հետևաբար, ԵԹԷՅ-ի դեպքում

այս ժամանակահատվածից հետո անհիմաստ է իրականացնել քաղցկեղի որոնման հետազոտություններ (**պատկեր**):

Ըստ համակարգված մի ամփոփագրի՝ մետավերլուծությանը, որը հիմնված է չհրահրված ԵԹԷՅ-ով հիվանդների շրջանում թաքնված քաղցկեղի ախտորոշման անհատական տվյալների վրա, 10 հետազոտությունից 7-ում բուժառույժը ներգրավվել են մինչև քաղցկեղի սքրինինգը: Առաջին տասներկու ամսի ընթացքում 2001 հիվանդից 101-ի մոտ ախտորոշվել է քաղցկեղ, այսինքն՝ 5.2% դեպքերում (95% վստահելիության միջակայք [95% ՎՄ] 4,1-6,5), և 1% (95% ՎՄ 0,56-1,9)՝ երկրորդ տարում:

Այս տվյալները ցույց են տալիս, որ, ըստ ուսումնասիրված բնակչության, ԵԹԷՅ-ով հիվանդների շրջանում քաղցկեղ ունենալու վտանգն ավելի փոքր է, քան առաջին ուսումնասիրություններում գրանցվածը. մետավերլուծության այս համապարփակ արդյունքն արձանագրում է վտանգ հիվանդների 5%-ի համար՝ ի տարբերություն սկզբնական հրապարակումներում նշված 10%-ի^{4,5}: Մյուս հատկանշական փաստն այն է, որ քաղցկեղը նաև ախտորոշվում է ԵԹԷՅ-ի հայտնաբերումից հետո առաջին վեց ամիսների ընթացքում և մինչև մեկ տարի ժամանակահատվածում:

Ինչպե՞ս իրականացնել քաղցկեղի որոնման հետազոտություններ երակային թրոմբոէմբոլային հիվանդության դեպքում

Հրահրված ԵԹԷՅ-ի դեպքում կարևոր է բարձրացնել թաքնված նորագոյացությունների որոնման հարցը: Այն նախ և առաջ պետք է հիմնված լինի հիվանդի հարցումործի և ամբողջական կլինիկական հետազոտության վրա՝ ուղղորդված ըստ հիվանդի ռիսկային գործոնների (տարիքը, թունախոթի ազդեցությունը, քաղցկեղով հիվանդանալու անձնական կամ ընտանեկան վտանգը): Խորհուրդ տրվող սքրինինգները պետք է թարմացվեն, եթե այդպիսին չեն:

Հետազոտել հիվանդին

Այսպիսով՝ նախ կլինիկական հետազոտության արդյունքում որոնվում է քաղցկեղի կորուստ, ընդհանուր վիճակի վատթարացում, հուշող նշաններ (օրինակ՝ արյունամիզություն ծխող հիվանդի մոտ), ծայրի փոփոխություն, քրոնիկական հագ կրծքագեղձում հանգույց, կղանքի մեջ արյան առկայություն, ավշահանգույցների մեծացում կամ ուռուցքային համախտանիշ:

ԵՐԱԿԱՅԻՆ ԹՐՈՄԲՈՒՄԲՈՒՆ ԵՎ ՔԱՂՑԿԵՂ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆ ԵՎ ՔԱՂՑԿԵՂ

Լրացուցիչ հետազոտություններ. հետևել համակարգված սքրինինգի գոյություն ունեցող խորհրդատվություններին

Գործող խորհրդատվության համաձայն կանանց համար անհրաժեշտ է իրականացնել արգանդի վզիկից վերցված քսուքի հետազոտություն, իսկ տղամարդկանց դեպքում՝ ստուգել շագանակագեղձի առանձնահատուկ հակազենի (ՇԱՀ-PSA) մակարդակը: Այլ լաբորատոր կամ պատկերային հետազոտությունների համար ճիշտ ռազմավարությունը դեռևս քննարկվում է, և ներկայումս ընդհանուր կարծիք ձևավորված չէ:

Օգտակար է արդյոք քաղցկեղի ընդլայնված որոնումը

Նվազեցված մահացություն և ավելի վաղ ախտորոշում

2005 թ. Պիչիոլին համեմատել է հիվանդների երկու խումբ: Առաջին խմբի համար իրականացվել է, այսպես կոչված, «լայնածավալ» հետազոտություն՝ կրծքավանդակի ռենտգեն, որովայնի խոռոչի համակարգչային շերտագրություն և ուլտրաձայնային հետազոտություն, ստամոքսի և տասներկու մատնյա աղիքի ֆիբրոսկոպիա և կոլոնոսկոպիա, կղանքում թաքնված արյան հայտնաբերման թեստ, արգանդի վզիկից վերցված քսուքի հետազոտություն և մամոգրություն՝ կանանց դեպքում, շագանակագեղձի առանձնահատուկ հակազենի մակարդակի որոշում՝ տղամարդկանց դեպքում, ինչպես նաև ուռուցքային նշիլների կոնցենտրացիաների որոշում (կարցինոէմբրիոնային հակազեն [CEA], ալֆա-ֆետոպրոտեին և ուռուցքային հակազեն 125 [CA 125]): Երկրորդ խմբի համար կատարվել են կլինիկական քննում և սահմանափակ կենսաբանական հետազոտություններ:

Արդյունքները ցույց են տվել, որ լայնածավալ սքրինինգը հնարավորություն է տվել հիվանդների 13,1%-ի մոտ ախտորոշել քաղցկեղ՝ ի տարբերություն սահմանափակ հետազոտության 9,8%-ի (հարաբերական ռիսկը [ՀՌ]՝ 9,7%, ՎՄ 95%՝ 1,3-36,8): Հետազոտության ընթացքում մահացությունը լայնածավալ սքրինինգի խմբում կազմել է 2%, մինչդեռ մյուս խմբում՝ 3,9% (ՀՌ՝ 1,9%, 95% ՎՄ՝ 5,5-10,9): Ուստի քաղցկեղի հայտնաբերման լայնածավալ ռազմավարությունն օգտակար է ավելի վաղ ախտորոշման և մահացության նվազեցման համար:

Հայտնաբերված քաղցկեղի թվի ոչ զգալի տարբերություն

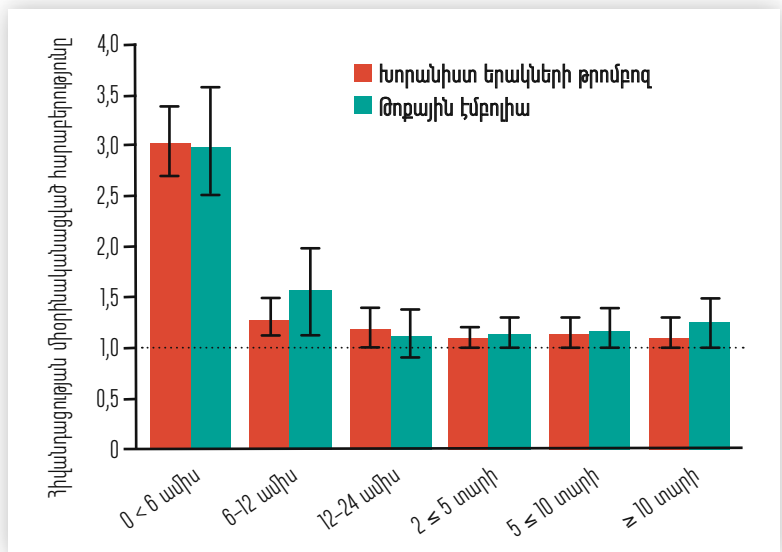
Այնուամենայնիվ, 2015 թ. SOME հետազոտության ընթացքում սահմանափակ ռազմավարության խմբի 431 հիվանդից 14-ի մոտ ախտորոշվել է քաղցկեղ, այսինքն՝ 3,2% մեկ տարվա կտրվածքով: Իսկ նախորդ ռազմավարությանը նաև որովայնի համակարգչային շերտագրություն հավելյալ խմբում, որտեղ ներառվել է 423 հիվանդ, քաղցկեղ հայտնաբերվել է 19-ի մոտ՝ 4,5% (p = 0,28), ինչը չի խոսում լայնածավալ ռազմավարության օգտավետության մասին:

Նպաստավոր է, արդյոք, հետազոտության զգայունության մեծացումը

Ելքադրվում է, որ, կիրառելով հետազոտության ավելի զգայուն մեթոդներ, ինչպիսին է 18-ֆտորդեօքսիպլոպոզայով

պոզիտրոնային արտանետման շերտագրությունը (ՊԱՇ), հնարավոր կլինի ավելացնել հայտնաբերված քաղցկեղների թիվը: Ռոբենի հետազոտական շարքում ՊԱՇ ավելացումը չի մեծացնում քաղցկեղի հայտնաբերման հաճախականությունը՝ սահմանափակ ռազմավարության համեմատ: Սակայն ավելի երկարատև երկամյա հսկողության ընթացքում քաղցկեղի հետագա ախտորոշման վտանգն ավելի ցածր է եղել այն հիվանդների շրջանում, որոնք անցել են ՊԱՇ ներառող հետազոտություն 7:

Տվյալների համակարգված մի ամփոփում և այս հարցին վերաբերող 10 հասանելի հետազոտությունների անհատական տվյալների մի մետափերլուծություն ներառել են 60 տարեկան միջին տարիքով 2316 հիվանդի: Քաղցկեղի



Պատկեր. Իսթեմ-ի կամ ԹԵ-ի առաջին դեպքն ունեցող 26653 հիվանդի շրջանում ժամանակի ընթացքում քաղցկեղ ախտորոշելու վտանգը՝ ըստ Սյրենսենի² (1-երը ներկայացնում են 95% վստահելիության միջակայք):

ԳՐԱՆՐՎԱԾ ԵԹԷ-Ի ԴԵՊԵՈՒՄ ԹԱՔՎԱԾ ՔԱՂՑԿԵՂԻ ՈՐՈՍԱՄԱՆ ՈՒՂՎԱԾ ՖՐԱՆՍԻԱՑԻՈՒՄ ԿԻՐԱՌՎՈՂ ԽՈՐՀՐԴԱՏՎՈՒԹՅՈՒՆ ⁹	
Իրականացնել մանրակրկիտ ֆիզիկական զննում	
Հավաքել հիվանդի անհատական կամ ընտանեկան պատմությունը՝ նորագոյացությունների վերաբերյալ	
Բացասական պատասխանի դեպքում կրկնել գնահատումը 6 ամիսների ընթացքում	
Հետազոտությունն ուղղորդել հանդիպած անկանոնություններին համապատասխան	
Իրականացնել կրծքավանդակի ռենտգեն հետազոտություն, եթե չկա ավելի վաղ կատարված ՉԾ	
Արյան լաբորատոր հետազոտություն՝ իոնային բաղադրություն, կրեատինին և կալցիում	
Արյան լաբորատոր հետազոտություն՝ արյան ընդհանուր հետազոտություն	
Արյան լաբորատոր հետազոտություն՝ լյարդի կենսաբանական թեստեր	
Խորհուրդ տրվող սքրինինգային հետազոտությունների թարմացում	

Աղյուսակ.

ԵՐԱԿԱՅԻՆ ԹՐՈՄԲՈԼԵՄԲՈԼԱՅԻՆ ՅԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆ ԵՎ ՔԱՂՅԿԵՂ

հաճախադեպությունը 5,2% է եղել (ՎՄ 95%՝ 4.1-6.5) կետային գնահատականով ավելի մեծ հաճախադեպություն ունենալով այն հիվանդների շրջանում, որոնք անցել էին լայնածավալ նախնական հետազոտություն (հավանականությունների հարաբերակցությունը [ՌՅ]՝ 2, ՎՄ՝ 95%՝ 1.2-3.4), բայց ոչ մեկ տարվա ընթացքում (ՌՅ՝ 1.4, ՎՄ՝ 95%՝ 0.89-2.1): Քաղցկեղի հաճախադեպությունը տարիքի հետ գծայնորեն աճել է՝ 7 անգամ ավելի մեծ լինելով 60-ից բարձր տարիք ունեցող հիվանդների շրջանում (ՌՅ՝ 7.1, ՎՄ՝ 95%՝ 3.1-16)⁵: Չնայած հետազոտություններում ներառված որոշակի խմբերի պատկանող հիվանդների տարբերություններին, նաև՝ սքրինինգային ռազմավարություններին ու երկարաժամկետ հեռանկարում մահացության վերաբերյալ տարբեր տվյալներին՝ այս մետավերլուծությունը ցույց է տալիս, որ չիրահարված ԵԹԵՅ ունեցող ամեն 20-րդ հիվանդի մոտ առաջին տարում քաղցկեղ հայտնաբերվում է: Սույն հաճախադեպությունն աճում է 60 տարեկանից հետո:

Տվյալները դեռևս բավարար չեն եզրակացության համար

Անհրաժեշտ է ավարտին հասցնել այս հետազոտությունները: Իրապես, մի կողմից, քաղցկեղների հաճախականության բավականին ցածր լինելը (մոտ 5%) լուրջ վիճակագրական համեմատության հնարավորություն չի տալիս, մյուս կողմից՝ քաղցկեղի հաճախադեպությունն ավելի է մեծանում 60 տարեկանից բարձր հիվանդների շրջանում, և երկու տարի հսկողությունից հետո չախտորոշված քաղցկեղի մասնաբաժինն ավելի փոքր է այն հիվանդների շրջանում, որոնք ենթարկվել են ՊԱՇ-ին:

Առաջիկայում անցկացվելիք հետազոտությունը (MVTEP2), հավանաբար, հնարավորություն կտա պարզելու՝ խոցելի բնակչության թիրախավորման դեպքում հնարավոր կլինի՞ ավելի շատ քաղցկեղ հայտնաբերել, և կբարելավվի՞ կանխատեսումը վաղ հայտնաբերման դեպքում: Այդ նպատակով ՊԱՇ կիրականացվի չիրահարված ԵԹԵՅ ունեցող՝ 50 տարեկանից բարձր հիվանդների շրջանում և կզուգորդվի մեկ տարի հսկողությամբ:

Ներկայիս խորհրդատվությունը

Գիտելիքների ներկայիս մակարդակի պայմաններում չիրահարված ԵԹԵՅ-ի դեպքում խորհուրդ է տրվում իրականացնել սահմանափակ հետազոտություն⁶, այն է՝ մանրակրկիտ հարցափորձ և կլինիկական գնում, քաղցկեղի վտանգի գործոնների վերլուծություն և առաջարկվող սքրինինգների թարմացում (կղանքում թաքնված արյան առկայության ստուգում, տղամարդկանց համար՝ ՇԱՅ-ի մակարդակի որոշում, կանանց պարագայում՝ մամոգրություն և արգանդի վզիկի քսուքի հետազոտում՝ կախված տարիքից (աղյուսակ):

Այս խորհրդատվությունը վերաբերում է ԵԹԵՅ բոլոր տեսակներին. թրոմբոզները քաղցկեղի ժամանակ հաճախ կրկնվում են, լինում երկկողմանի, արտասովոր տեղակայմամբ և բազմօջախ:

Ինչ վերաբերում է մակերեսային երակային թրոմբոզին (ՄԵԹ), առաջին մեկուսացված դեպքի պարագայում, կարծես, քաղցկեղի վտանգ չկա՝ ի հակադրություն կրկնվող ՄԵԹ-ի, որի ժամանակ վտանգն էական է (Տրուսոյի համախտանիշի օրինակ)⁹:

ԻՆՉ ԱՆԵԼ ԳՈՐԾՆԱԿԱՆՈՒՄ

Նոր ախտորոշված չիրահարված ԵԹԵՅ-ի դեպքում քաղցկեղի հայտնաբերումը կատարվում է մանրակրկիտ հարցուփորձի և կլինիկական գնման միջոցով, նաև իրականացվում է նվազագույն լաբորատոր գնահատում՝ առանց համակարգված կետավոր իրականացվող լրացուցիչ հետազոտությունների, բացի ընդհանուր բնակչության համար նախատեսված սքրինինգներից:

Չիրահարված ԵԹԵՅ-ի դեպքում հիվանդների 5%-ի մոտ առաջին տարվա ընթացքում քաղցկեղ է ի հայտ գալիս, այս հաճախականությունը մեծանում է տարեց հիվանդների շրջանում:

Ներկայումս կատարվում են ուսումնասիրություններ՝ պարզելու համար՝ ավելի համապարփակ, Նորագոյացությունների որոնմանն ուղղված հետազոտությունը (օրինակ՝ ՊԱՇ-ը) կարո՞ղ է արդյոք բարելավել սքրինինգն ու հատկապես՝ կանխատեսումը:

RÉSUMÉ QUAND ET COMMENT RECHERCHER UN CANCER EN CAS DE MALADIE THROMBOEMBOLIQUE VEINEUSE ?

L'association thrombose et cancer est connue depuis longtemps et pose des problèmes diagnostiques et thérapeutiques spécifiques. La maladie thromboembolique veineuse (MTEV) peut précéder le cancer et servir de signe d'alerte. Plusieurs publications font état d'une prévalence comprise entre 5 et 10 % de cancer occulte en cas de MTEV non provoquée. La plupart des cancers apparaissent dans l'année qui suit le diagnostic de MTEV. Dépister un cancer au stade infraclinique, au moment du diagnostic de la thrombose, permettrait de diminuer le risque d'extension du cancer et d'améliorer le pronostic des patients. Une recherche de cancer, simple, incluant interrogatoire, examen clinique et bilan biologique minimal, sans examens complémentaires inutiles et adaptée aux facteurs de risque, doit donc être effectuée. La question est aujourd'hui de savoir si une stratégie plus extensive, comprenant un TEP-scan, notamment chez les patients de plus de 50 ans, apporte un bénéfice clinique.

SUMMARY SCREENING FOR CANCER IN CASE OF VENOUS THROMBOEMBOLISM: WHEN AND HOW?

Cancer associated thrombosis (CAT) is an important challenge. When venous thromboembolism (VTE) occurs without any identified risk factors, the risk of CAT raises the question of a hidden cancer and the need for an extensive screening or not. Several series have shown a prevalence between 5% and 10% of cancer when non provoked VTE is diagnosed. Most of cancers occur during the following year of VTE. If we consider diagnosing the cancer in early stage, we might improve the patient outcome and reduce cancer mortality. A simple screening, including clinical examination, personal and familial history of cancer, basic laboratory tests and recommended age and sex testing is mandatory. Other exams are considered as useless at present time. Whether a TEP-scan, prescribed in patients older than 50, brings a clinical benefit, is still unresolved.

ԵՐԱԿԱՅԻՆ ԹՐՈՄԲՈԼԵՄԲՈԼԱՅԻՆ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆ ԵՎ ՔԱՂՅԿԵՂ

ՀՂՈՒՄՆԵՐ

1. Trousseau A. In: Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Paris. 2 vol. Paris, eds: J.-B. Baillière, 1861.
2. Sørensen HT, Møllekjaer L, Steffensen FH, Olsen JH, Nielsen GL. The risk of a diagnosis of cancer after primary deep venous thrombosis or pulmonary embolism. *N Engl J Med* 1998;338:1169-73.
3. Prandoni P, Casiglia E, Piccioli A, Ghirarduzzi A, Pengo V, Gu C, et al. The risk of cancer in patients with venous thromboembolism does not exceed that expected in the general population after the first 6 months [Letter]. *J Thromb Haemost* 2010;8:1126-7.
4. Piccioli A, Lensing AW, Prins MH, Falanga A, Scannapieco GL, Ieran M, et al; SOMIT Investigators Group. Extensive screening for occult malignant disease in idiopathic venous thromboembolism: a prospective randomized clinical trial. *J Thromb Haemost* 2004;2:884-9.
5. van Es EL, Le Gal G, Otten HM, Robin P, Piccioli A, Lecumberri R, et al. Screening for occult cancer in patients with unprovoked venous thromboembolism: a systematic review and meta-analysis of individual patient data. *Ann Intern Med* 2017;167:410-7.
6. Carrier M, Lazo-Langner A, Shivakumar S, Tagalakis V, Zarychanski R, Solymoss S, et al; SOME Investigators. Screening for occult cancer in unprovoked venous thromboembolism. *N Engl J Med* 2015;373:697-704.
7. Robin P, Le Roux PY, Planquette B, Accassat S, Roy PM, Couturaud F, et al; MVTEP study group. Limited screening with versus without (18)F-fluorodeoxyglucose PET/CT for occult malignancy in unprovoked venous thromboembolism: an open-label randomized controlled trial. *Lancet Oncol* 2016;17:193-9.
8. Sanchez O, Benhamou Y, Bertoletti L, Constant J, Couturaud F, Delluc A, et al. Recommandations de bonne pratique pour la prise en charge de la maladie veineuse thromboembolique chez l'adulte. *Rev Mal Respir* 2021;38 Suppl 1:e164-e170.
9. van Doormaal FF, Atalay S, Brouwer HJ, van der Velde EF, Buller HR, van Weert HC. Idiopathic superficial thrombophlebitis and the incidence of cancer in primary care patients. *Ann Fam Med* 2010;8:47-50.



Santé Arménie

Բժշկել, կրթել և կառուցել Հայաստանում

Խոշորագույն տակ

Գերմակարդելիություն քաղցկեղի ժամանակ

Ժյու Պերնո
Անոթային բժշկության բաժանմունք, ՅՔԿ, Գրենոբլ-Ալպեր, Ֆրանսիա
gpernod@chu-grenoble.fr

Չեղինակը հայտնում է, որ այս հրապարակմամբ որևէ շահ չի հետապնդում:

Քաղցկեղի հետ փոխկապակցված թրոմբոզի ախտաճանաչումը բարդ է և բազմագործոն: Բացի ընդհանուր կլինիկական գործոններից (տարիք, երակային թրոմբոէմբոլային հիվանդության նախադեպեր, վիրահատություն, երկարատև անշարժացում և այլն), գերմակարդելիությանը նպաստում են նաև առանձնահատուկ գործոններ՝ քաղցկեղի տեղակայումը (մասնավորապես՝ ուղեղի, ենթաստամոքսային գեղձի, ստամոքսի, ձվարանների, արգանդի, թոքերի և երիկամների ուռուցքները, ինչպես նաև միելոման ու Չոլկինի և ոչիոլկինյան լիմֆոմաները), մետաստազային փուլը, իրականացված հակաքաղցկեղային բուժումը և ուռուցքային բջիջների կենսաբանական թրոմբաձին հատկությունները: Շատ հաճախ այդ առանձնահատուկ գործոններն իրենց ներդրումն են ունենում ուռուցքի ագրեսիվ պոտենցիալում¹:

Քաղցկեղային բջիջների՝ մակարդելիությանը նպաստող հատկությունները

Մակարդելիությանը նպաստող սպիտակուցները, ուռուցքի միկրոմասնիկները և ֆիբրինալյուծման սպիտակուցները մակարդումը խթանող բջջային կամ շիճուկային դեղատարածներ են: Դրանց ազդեցության մեխանիզմները հետզհետե ավելի են բացահայտվում:

Մակարդելիությանը նպաստող սպիտակուցներ

In vivo մակարդումն սկիզբ է առնում բջջային մակերեսին հյուսվածքային գործոնի (ՅԳ) արտահայտմամբ, որը, փոխազդելով VII/VIIa գործոնների հետ, խթանում է գործընթացը՝ ակտիվացնելով IX և X գործոնները: Բազմաթիվ պինդիոսվածքային ուռուցքներ և արյան չարորակ քաղցկեղներ կառուցվածքայնորեն իրենց բջջային մակերեսին արտահայտում են ՅԳ-ը: Արտահայտման մակարդակը տարբեր է և համահարաբերակցվում է նորագոյացության

հյուսվածքաբանական աստիճանի, չափի և անոթագոյացման (անգիոգենեզ) աստիճանի հետ:

Որոշ ուռուցքային բջիջներ արտահայտում են «քաղցկեղի՝ մակարդելիությանը նպաստող» (ՔՄՆ՝ «cancer procoagulant» [CP]) գործոնը, որը, ի տարբերություն հյուսվածքային գործոնի, ուղղակիորեն ակտիվացնում է X գործոնը՝ VII գործոնից անկախ: ՔՄՆ գործոնը հայտնաբերվում է տարբեր պինդիոսվածքային և արյան չարորակ ուռուցքների բջիջներում. սովորական հյուսվածքներում այս գործոնը բացակայում է:

Վերջապես, գրեթե բոլոր պինդիոսվածքային և արյան չարորակ ուռուցքների բջիջները գերարտահայտում են հեպարանազը: Այս ֆերմենտը փոխազդում է հյուսվածքային գործոնի ուղու արգելակիչի հետ (ՅԳՈՒԱ) էնդոթելային և ուռուցքային բջիջների մակերեսին՝ նպաստելով ՅԳՈՒԱ-ի տարրաբաժանմանը, հետևաբար՝ բջջի մակերեսին հյուսվածքային գործոնի ակտիվության աճին:

Ուռուցքային միկրոմասնիկներ

Հյուսվածքային գործոնը, բջիջներում արտահայտվելուց բացի, որոշակի ծավալով ներկա է նաև շիճուկում շրջանառվող տեսքով՝ հիմնականում թաղանթային միկրոմասնիկների հետ (ԹՄ) կապված վիճակում: Սրանք բջջաթաղանթային վեզիկուլներ են, որոնք արտազատվում են գրեթե ցանկացած տեսակի արյան բջիջների ակտիվացման, ապոպտոզի կամ չարորակ փոխակերպման ժամանակ²: Թաղանթային միկրոմասնիկները կարող են ուղղակիորեն առաջանալ ուռուցքի բջիջներից: Այս մասնիկների մակարդելիությանը նպաստող ներուժը կապված է դրանց մակերեսին բացասական լիցքավորված ֆոսֆոլիպիդների (հիմնականում՝ ֆոսֆատիդիլսերին), ինչպես նաև ՅԳ-ի առկայության հետ՝ այսպիսով թույլատրելով մակարդման ակտիվացումը (պատկեր 1): ՅԳ-ը դրսևո-

րող թաղանթային միկրոմասնիկների բարձր տոկոս է հայտնաբերվել պինդիոսվածքային ուռուցքներով (հատկապես՝ ստամոքսային կամ ենթաստամոքսային գեղձի քաղցկեղ) և արյան քաղցկեղով հիվանդների մոտ:

Ֆիբրինալյուծման սպիտակուցներ

Քաղցկեղի բջիջները իրենց մակերեսին արտահայտում են ֆիբրինալյուծման սպիտակուցի սպիտակուցներ, մասնավորապես՝ պլազմինոգենի ակտիվացուցիչ 1 և 2 արգելակիչները (ՊԱԱ-1 և ՊԱԱ-2): ՊԱԱ-1-ի բարձր մակարդակ է արձանագրվել ենթաստամոքսային գեղձի քաղցկեղ և չարորակ գլիոմա ունեցող հիվանդների շրջանում:

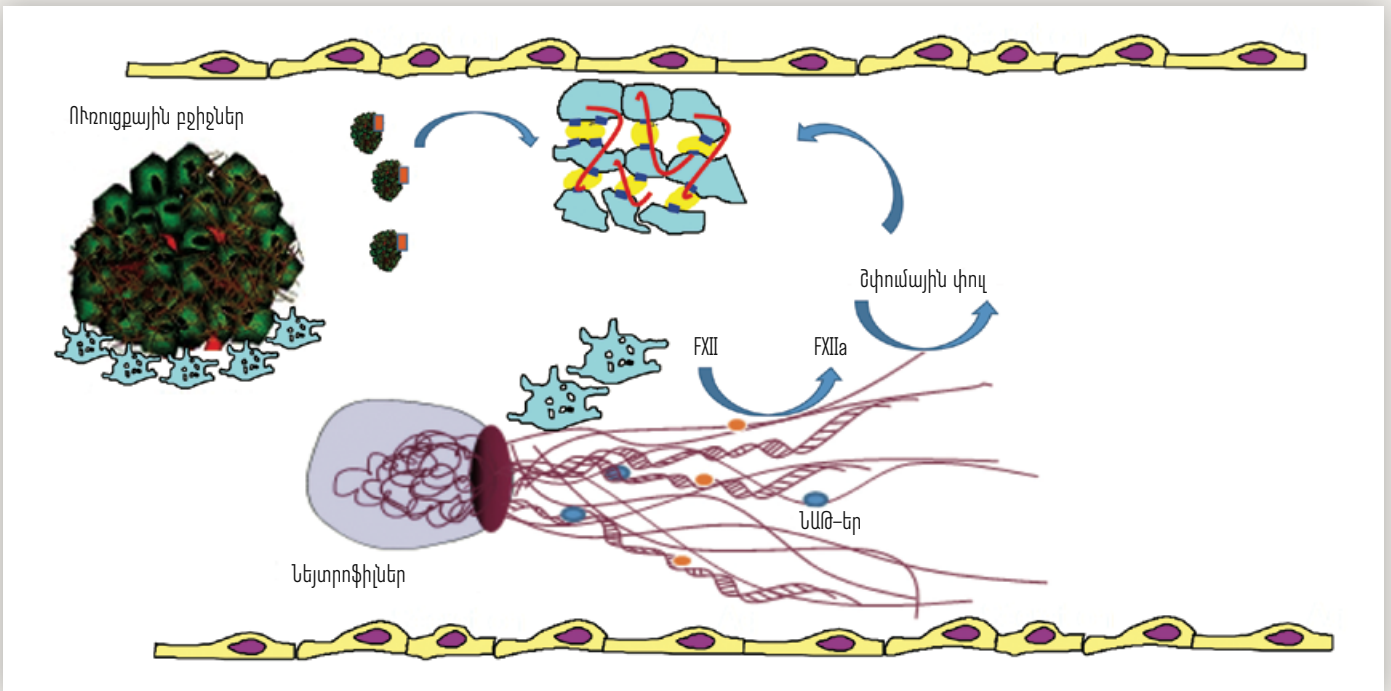
Հիվանդի քաղցկեղային և անոթային բջիջների փոխգործակցությունը

Քաղցկեղի բջիջներն ակտիվորեն փոխազդում են հիվանդի առողջ անոթային բջիջների հետ (հատկապես՝ թրոմբոցիտների, էլկոցիտների և էնդոթելային բջիջների) և ակտիվացնում դրանց մակարդելիությանը նպաստող ներուժը (պատկեր 1):

Թրոմբոցիտների ակտիվացումը

Թրոմբոցիտները շատ կարևոր դեր են խաղում քաղցկեղի ժամանակ գերմակարդելիության հարցում, ինչպես նաև քաղցկեղային բջիջների մետաստազային ներուժում: Թրոմբոցիտների ուղղակիորեն սոսնձումը քաղցկեղի բջիջներին «պաշտպանում է» ուռուցքի բջիջները բնական քիլեր բջիջների (ԲՔՆԿ) իմունաբանական ճանաչումից: Բջիջներին սոսնձվելը հիմնականում կատարվում է ընկալիչի՝ P-սելեկտինի միջոցով: Թրոմբոցիտների ակտիվացման ու ագրեգացիային նպաստում են ուռուցքի կողմից որոշ մոլեկուլների արտազատումը (ադենոզին երկֆոսֆատ [ԱԵՖ], մատրիցային մետաղապրոտեինազները, ինտերլեյկին 6-ը [ԻԼ-6]):

ԵՐԱԿԱՅԻՆ ԹՐՈՄԲՈԼԵՄԲՈԼԱՅԻՆ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆ ԵՎ ՔԱՂՑԿԵՂ



Պատկեր 1. Մակարդելիությանը նպաստող մեխանիզմները քաղցկեղի ժամանակ: Ուռուցքային բջիջները կարող են ակտիվացնել թրոմբոցիտները և լինել էպիգենետիկ փոփոխումներ արտահայտող միկրոմասնիկների ձևավորման հիմքում:

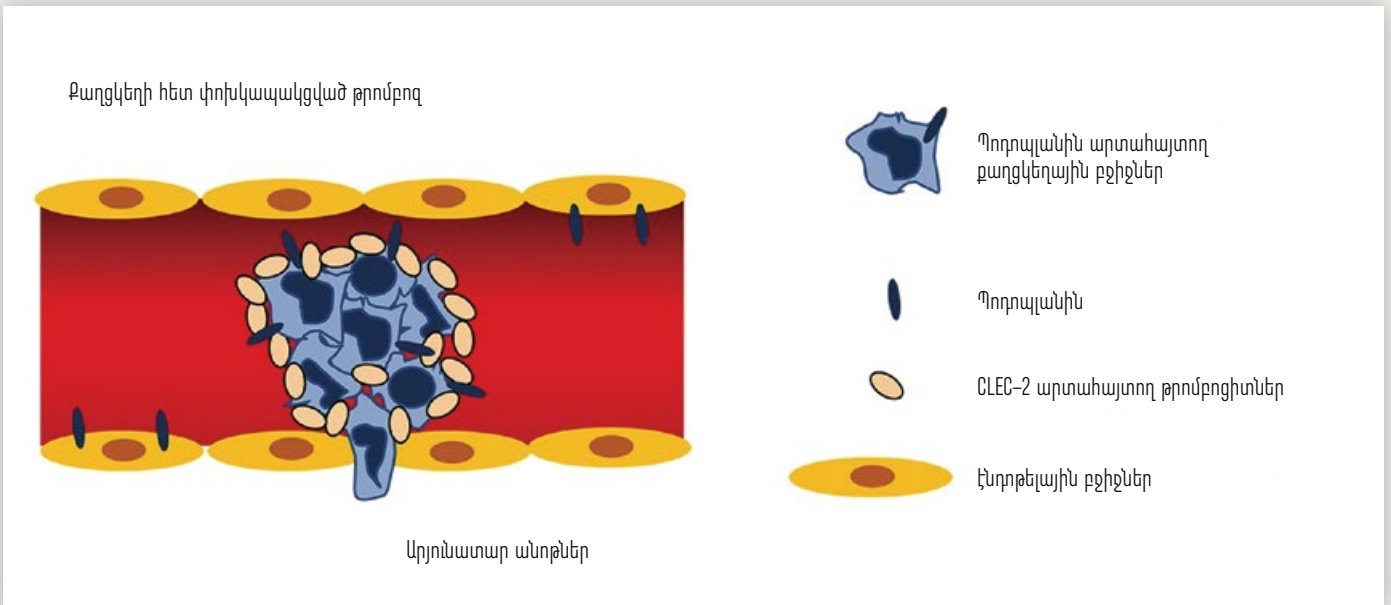
Լեյկոցիտների ակտիվացումից արտազատվում են ՆԱՌ-երը (նեյտրոֆիլների արտաբջջային թակարդներ՝ NETs-neutrophils extracellular traps), որոնք ակտիվացնում են նաև թրոմբոցիտները և արյան մակարդման ներքին ուղին:

● Ակտիվացված թրոմբոցիտներ

● Գլոբուլինային գործոնը արտահայտող միկրոմասնիկներ

FXII = գործոն XII

FXIIa = ակտիվացված գործոն XII



Պատկեր 2. Թրոմբոցիտների ստանձնող ուռուցքային բջիջներին: Քաղցկեղի բջիջների մակերեսին արտահայտված պոդոպլանինը ակտիվացնում է թրոմբոցիտները՝ միանալով արյան շրջանառության մեջ գտնվող թրոմբոցիտների C տիպի լեկտինանման ընկալիչ 2-ին (CLEC-2)³:

ԵՐԱԿԱՅԻՆ ԹՐՈՄԲՈՒԵՄԲՈԼԱՅԻՆ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆ ԵՎ ՔԱՂՅԿԵՂ

Որոշ աղետակարցիոնոմաներ արտազատում են անևորմալ չափով գլիկոզիլացված մուկոպրոտեիններ, որոնք հնարավոր են դարձնում թրոմբոցիտների և լեյկոցիտների միջև փոխազդեցությունը՝ միջնորդավորված P-սելեկտինով թրոմբոցիտների դեպքում, և P-սելեկտին գլիկոպրոտեինային լիզանոլով (PUPL)՝ լեյկոցիտների դեպքում՝ դառնալով արյունային թրոմբի առաջացման պատճառ:

Որոշ ուռուցքային բջիջներ կարող են ակտիվացնել թրոմբոցիտները նաև պոդոպլանինի միջոցով³: Պոդոպլանինը թրոմբոցիտների C-տիպի լեկտինանման ընկալիչ-2-ի (CLEC-2) թաղանթային սիալոգլիկոպրոտեինային լիգանդ է: Այն առկա է որոշ ուռուցքային բջիջների մակերեսին (մելանոմա, տափակբջջային քաղցկեղ, ամորձու քաղցկեղ սեմինոմա, գլխուղեղի քաղցկեղային ուռուցք և այլն): Պոդոպլանինի մակարդակի բարձրացումը կապված է ուռուցքի մետաստազների առկայության կամ չարորակ տարածման հետ: Հատկապես՝ ուղեղի ուռուցքից առաջացած պոդոպլանինը ակտիվացնում է շրջանառվող թրոմբոցիտները, ինչի արդյունքում հիվանդի մոտ մեծանում է թրոմբոզացման վտանգը (պատկեր 2):

Լեյկոցիտների ակտիվացումը

Ուռուցքային բջիջների ակտիվացրած նեյտրոֆիլներն իրենց մակերեսին երևան են բերում ՉԳ-ի բարձր մակարդակներ, նաև՝ ընկալիչներ թրոմբոցիտների և Էնդոթելային բջիջների սոսնձող մոլեկուլների համար: Դա

լավ երևում է միելոպրոլիֆերատիվ Նորագոյացությունների դեպքում:

Քաղցկեղի բջիջները նախապատրաստում են նեյտրոֆիլներին նեյտրոֆիլների արտաբջջային թակարդների (ՆԱԹ NETs - neutrophils extracellular traps) արտազատմանը: ՆԱԹ-երը առաջանում են, երբ ակտիվացած նեյտրոֆիլների կորիզից դուրս եկած ԴՆԹ-ն, կապակցվելով հիստոնների և հատիկավոր պրոտեազների հետ, արտազատվում է արտաբջջային տարածություն: Այս ՆԱԹ-երը պատասխանատու են թրոմբոցիտների սոսնձման և ակտիվացման համար, ինչպես նաև թրոմբոզացման նպաստման հիմքում ընկած մակարդան ալյապես կոչված շփումային փուլի ակտիվացման համար (պատկեր 1):

Էնդոթելի ակտիվացումը

Ուռուցքային բջիջների արտազատած ցիտոկինների շարքում ինտերլեյկին-1բետա-ն և ուռուցքային մեռուկացման գործոնը (TNF) մեծացնում են ՉԳ-ի թաղանթային դոսևորումը և կարգավորում հատկապես թրոմբոմոդուլինի (ԹՄ) արտահայտվածությունը Էնդոթելի մակերեսին:

ԹՄ-ն անոթների Էնդոթելային բջիջների թաղանթային ընկալիչ է, որը, համալրվելով թրոմբինի հետ, ակտիվացնում է C սպիտակուցը:

Քաղցկեղով հիվանդների շրջանում դիտարկվում է լուծվող թրոմբոմոդուլինի բարձր մակարդակ և մակերեսային թրոմբոմոդուլինի սակավ արտահայտվածություն, ինչը հանգեցնում է Էնդոթելի հակամակարդիչ ակտիվության կորստի:

ՈՒՌՈՒՑՔԱԳՈՅԱՑՄԱՆ ՄԵԽԱՆԻԶՄՆԵՐԻՆ ՄՈՏ ԿԱՆԳՆԱԾ ԱՌԱՎԵԼ ԱԿՆԴԱՅՑ ԴԱՐՁԱԾ ՄԵԽԱՆԻԶՄՆԵՐ

Քաղցկեղի հետ կապակցված թրոմբոզ լուրջ կլինիկական խնդիր է, քանի որ թրոմբոզացման երևույթները մեծացնում են հիվանդների հիվանդացությունը և մահացությունը: Ներկայումս գնալով ավելի հայտնի են դառնում գերմակարդելիության՝ թրոմբոզային բարդությունների նախատրամադրող մեխանիզմները: Դրանք հաճախ նույնն են, ինչ ուռուցքների՝ աճն ու կենսակայունությունը ապահովող մեխանիզմները:

ՀՊՈՒՄՆԵՐ

1. Falanga A, Russo L, Milesi V, Vignoli A. Mechanisms and risk factors of thrombosis in cancer. Crit Rev Oncol Hematol 2017;118:79-83.
2. Del Conde I, Bharwani LD, Dietzen DJ, Pendurthi U, Thiagarajan P, López JA. Microvesicle-associated tissue factor and Trousseau's syndrome. J Thromb Haemost 2007;5:70-4.
3. Suzuki-Inoue K. Platelets and cancer-associated thrombosis: focusing on the platelet receptor CLEC-2 and podoplanin. Blood 2019;134:1912-8.
4. Demers M, Krause DS, Schatzber D, Martinod K, Voorhees JR, Fuchs TA, et al. Cancers predispose neutrophils to release extracellular DNA traps that contribute to cancer-associated thrombosis. Proc Natl Acad Sci USA 2012;109:13076-81.



Santé Arménie

Caring, training and building in Armenia

Քաղցկեղի հետ համակցված երակային թրոմբոէմբոլային հիվանդության բուժումը

Ցածր մոլեկուլային զանգվածով հեպարինները շարունակում են «առաջնագծում» լինել

Ի՞նչ է ակտիվ քաղցկեղը, ո՞ր բուժառուներին է այն վերաբերում

Կիրոնի առաջարկած սահմանումը ներկայումս համարվում է նմուշային (աղյուսակ 1)¹, այնուամենայնիվ, հարկ է նշել, որ մի շարք բուժառուներ, որոնք ներառված են եղել ցածր մոլեկուլային զանգվածով հեպարինները (ՑԱՁՀ) կամ ուղղակի ազդեցության հաբային հակամակարոդիչները (ՈՒԱՅՅ) գնահատող հետազոտություններում, ըստ այդ սահմանման, չեն համարվի ակտիվ քաղցկեղով ախտահարվածներ: Իրոք, այս հետազոտություններում հաճախ կիրառվել են ավելի «լայն» սահմանումներ՝

- մետաստազային կամ տեղային տարածում ունեցող կամ ախտակրկնությունով քաղցկեղ¹ (տեսանելի ուռուցքի առկայություն),
- քաղցկեղի բուժում վերջին վեց ամսվա ընթացքում, իսկ երբեմն էլ մինչև երկու տարի՝ նախքան թրոմբոէմբոլային հիվանդության առաջացումը²:

Սա չի ենթադրում ուռուցքային զանգվածի առկայություն: Այս պայմանին համապատասխանում է տեղայնացված և նախորդող վեց ամիսների ընթացքում ամբողջությամբ հեռացված քաղցկեղը, որի համար ոչ մի հետվիրահատական բուժում չի նշանակվել: Նույնը վերաբերում է նաև հորմոնալ բուժման ենթարկվող քաղցկեղներին:

Թրոմբոէմբոլային երակային հիվանդություն. ինչպիսի՞ն է բուժումն առաջին կիսամյակի ընթացքում

Նախկինում իրականացված կոհորտային հետազոտությունները ցույց են տվել, որ քաղցկեղով և երակային թրոմբոէմբոլային հիվանդությամբ (ԵԹԷՀ) տառապող անձանց շրջանում,

Երախտիքի խոսք

Հեղինակն այս հոդվածը նվիրում է պրոֆեսոր Գի Մեյերի հիշատակին, որի աշակերտն է եղել, և որի բազմաթիվ հետազոտական աշխատանքները նպաստել են քաղցկեղի հետ համակցված թրոմբոէմբոլիկ երակային հիվանդության բուժումը բարելավելու գործընթացին:

որոնք բուժվել են համակցելով հեպարինը և վիտամին K-ի ներհակորոլը (ՎԿՆ), թրոմբոէմբոլիայի ախտակրկնության և ուժեղ արյունահոսության վտանգն ավելի մեծ է, քան քաղցկեղ չունեցող հիվանդների շրջանում: Բազմաթիվ հետազոտություններ համեմատել են ՑԱՁՀ-ով երկարատև բուժումը (լրիվ կամ հետագայում 25%-ով կրճատված չափաբաժնով երեք կամ վեց ամսվա ընթացքում) ավանդական բուժման հետ (ՑԱՁՀ, որը փոխարինվում է ՎԿՆ-ով): Այդ վեց հետազոտություններից միայն CLOT-ն է ցույց տվել թրոմբոէմբոլիայի ախտակրկնությունների նշանակալի նվազում դալտեպարինի ազդեցության տակ՝ վիտամին K-ի ներհակորոլների համեմատությամբ, սակայն ժամանակային առումով ՄՆԳ-ը (միջազգային Նորմավորված գործակից՝ INR) բուժական թիրախում է եղել (ՄՆԳ 2-3) բուժման ողջ ընթացքի 50%-ից պակաս ժամանակահատվածում²: Մյուս կողմից ոչ մի հետազոտություն ցույց չի տվել ուժեղ արյունահոսությունների հաճախականության կրճատում: Ամենավերջին մետավերլուծությունը եզրահանգել է, որ ՑԱՁՀ-ները գերազանցում են վիտամին K-ի ներհակորոլներին արդյունավետության տեսանկյունից՝ թրոմբոէմբոլիայի ախտակրկնությունների հարաբերական վտանգի նվազմամբ մոտ 40% տոկոսով (հարաբերական վտանգ [ՀՎ]՝ 0,60, վստահելիության միջակայք՝ մինչև 95% [ՎՄ 95%]՝ 0,45-0,79) առանց ուժեղ արյունահոսությունների հաճախականության փոփոխության (ՀՎ 1,07, ՎՄ 95%՝ 0,66-1,73)³: Այսպիսով ՑԱՁՀ-ները դիտարկվում են որպես քաղցկեղի համակցված ԵԹԷՀ-ի նմուշային բուժում¹: Բայց և այնպես, դրանք ենթադրում են երկարատև ներարկային բուժում, ինչը կարող է առաջացնել տանելիության խնդիրներ (ներարկման տեղերում ցավեր ու արյունազեղումներ և այլն): Ուստի այս ցուցման պարագայում նպատակահարմար է գնահատել ուղղակի ազդեցության հաբային հակամակարոդիչները:

Նոր տվյալներ ուղղակի ազդեցության հաբային հակամակարոդիչների վերաբերյալ

Ուղղակի ազդեցության հաբային հակամակարոդիչների մասին առկա տվյալները մինչև վերջերս վերաբերում էին միայն III փուլի փորձարկումներում ընդգրկված քաղցկեղով հիվանդների ենթախմբերին. ՈՒԱՅՅ-ները համեմատվում էին ՑԱՁՀ-ՎԿՆ զուգակցման հետ: 1164 հիվանդի ներառող մետավերլուծության ընթացքում հավաքված այս

Օլիվիե Սանչես

Փարիզի համալսարան, թոքաբանության և ինտենսիվ թերապիայի բաժանմունք, Ժորժ-Պոմպիլու եվրոպական հիվանդանոց, Պետական օժանդակության փարիզյան հիվանդանոցների միավորում AP-HP, Հեմոստազի բնագավառում թերապևտիկ նորարարություններ, Առողջապահության և բժշկական հետազոտությունների ազգային ինստիտուտ, Փարիզ, Ֆրանսիա: F-CRIN INNOVTE, Սեն Էտիեն, Ֆրանսիա

olivier.sanchez@aphp.fr

Հեղինակը հայտնում է, որ մասնակցել է Bayer, BMS, Pfizer, MSD, Sanofi, LEO Pharma ձեռնարկությունների որոշ ծրագրերի:

ԵՐԱԿԱՅԻՆ ԹՐՈՄԲՈՒՄԲՈՒԼԱՅԻՆ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆ ԵՎ ՔԱՂՑԿԵՂ

ԱԿՏԻՎ ՔԱՂՑԿԵՂԻ ԱՄՅԱՆՈՒՄԸ¹

Քաղցկեղը համարվում է ակտիվ, եթե բավարարված է հետևյալ երեք պայմաններից առնվազն մեկը՝

1. բուժառնում ստացել է քաղցկեղի պոտենցիալ չապաքինող բուժում, մասնավորապես՝ այսպես կոչված, պալիատիվ քիմիաթերապիա,
2. զարգացումը ցույց է տալիս, որ քաղցկեղի բուժումը չի եղել ապաքինող (բուժման ընթացքում ախտակրկնության կամ խորացման պատճառով), հատկապես՝ ախտակրկնությունների դեպքեր վիրահատությունից հետո,
3. քաղցկեղի բուժումն ընթացքի մեջ է:

Աղյուսակ 1.

ՈՒՂՂԱԿԻ ԱԶԴԵՑՈՒԹՅԱՆ ՀԱՐԱՑԻՆ ՀԱԿԱՄԱԿԱՐԴԻՉՆԵՐԸ ԴԱՆՏԵՊԱՐԻՆԻ ՀԵՏ ՀԱՆՏԵՄՏՈՂ III ՓՈՒԼԻ ՓՈՐՁԱՐԿՈՒՄՆԵՐԻ ԱՄՓՈՓՈՒՎ									
Հետազոտություն	Բուժում	Տարիք	Մետաստազային քաղցկեղ	Մարսողական համակարգի քաղցկեղ	Թէ ± ԽԵԹ	Պատահաբար հայտնաբերված ԵԹԷՀ	Հետազոտության տեսակ Դատողության չափանիշ	ԵԹԷՀ ախտակրկնություն (ՎՄ 95%)	Ուժեղ արյունահոսություն (ՎՄ 95%)
Hokusai Cancer ⁵	Էդրոսաբան (n = 522)	64 ± 11	52 %	32 %	63 %	32 %	«Ոչ պակաս արդյունավետ, քան» ԵԹԷՀ	7,9 %	6,9 %
	Դալտեպարին (n = 524)	64 ± 12	53 %	27 %	63 %	33 %	ախտակրկնություն + ուժեղ արյունահոսություններ՝ 12 ամիս	11,3 % ԿՅ 0,71 (0,48–1,06)	4,0 % ԿՅ 1,77 (1,03–3,04)
Select-D ⁴	Ռիվարոքսաբան (n = 203)	67	58 %	43 %	73 %	53 %	Պիրոտային ԵԹԷՀ	4 %	6 %
	Դալտեպարին (n = 203)	67	58 %	40 %	71 %	52 %	ախտակրկնություն՝ 6 ամիս անց	11 % ԿՅ 0,43 (0,19–0,99)	4 % ԿՅ 1,83 (0,68–4,96)
ADAM-VTE ⁶	Ապիքսաբան (n = 150)	64 ± 11	65 %	33 %	55 %	NR	«Ավելի արդյունավետ, քան» Ուժեղ արյունահոսություններ՝ 6 ամիս	0,7 %	0 %
	Դալտեպարին (n = 150)	64 ± 11	66 %	38 %	51 %	NR		6,3 % ԿՅ 0,09 (0,01–0,78)	1,4 % ԿՅ ոչ հաշվարկելի
Caravaggio ⁷	Ապիքսաբան (n = 576)	67 ± 11	67 %	33 %	53 %	20 %	«Ոչ պակաս արդյունավետ, քան» ԵԹԷՀ	5,6 %	3,8 %
	Դալտեպարին (n = 579)	67 ± 11	68 %	32 %	58 %	20 %	ախտակրկնություն 6 ամիս անց	7,9 % ԿՅ 0,63 (0,37–1,07)	4,0 % ԿՅ 0,82 (0,40–1,69)
Castativa ⁸	Ռիվարոքսաբան (n = 74)	69	77 %	20 %	90 %		«Ոչ պակաս արդյունավետ, քան» ԵԹԷՀ	6,4 %	1,4 %
	Դալտեպարին (n = 84)	71	76 %	24 %	82 %		ախտակրկնություն (ախտանշանային կամ ոչ) + † խցանում 3 ամիս	10,1 % ԵԿՅ 0,75 (0,21–2,66)	3,7 % ԿՅ 0,36 (0,04–3,43)

Աղյուսակ 2. Թէ՝ թոքային էմբոլիա; ԿՅ՝ վտանգների հարաբերակցություն, ՎՄ 95%՝ վտահետիվության միջակայք մինչև 95%, ԵԹԷՀ՝ երակային թրոմբոէմբոլիային հիվանդություն, ԵԿՅ՝ ենթավտանգների հարաբերակցություն, ԽԵԹ՝ խորանիստ երակների թրոմբոզ:

ԵՐԱԿԱՅԻՆ ԹՐՈՄԲՈՒՄԲՈՒԼԱՅԻՆ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆ ԵՎ ՔԱՂՑԿԵՂ

տվյալները ցույց են տալիս թրոմբոէմբոլիայի ախտակրկնությունների (ՀՎ՝ 0,65, ՎՄ՝ 95%՝ 0,38-1,09) և ուժեղ արյունահոսության վտանգի (ՀՎ՝ 0,72, ՎՄ՝ 95%՝ 0,39-1,35) ոչ էական նվազում ՌՒԱՀՀ-ով բուժվող հիվանդների շրջանում: Այնուամենայնիվ, դրանում ներգրավված անձանց քաղցկեղները շատ ավելի թեթև էին, քան ՑՄՀՀ-ները ՎԿՆ-ների հետ համեմատող հետազոտությունների համապատասխան խմբում ընդգրկվածներինը: ՎԿՆ-ի ազդեցության ներքո մահացությունը և ախտակրկնության հաճախականությունն ավելի ցածր էին, մետաստազային քաղցկեղով և/կամ հակաքաղցկեղային բուժում ստացող հիվանդների հարաբերակցությունը նույնպես ավելի ցածր էր, և, վերջապես, այս ցուցման մեջ ուղղակի ազդեցության հարաբերակցությունը համեմատվում էին վիտամին Կ-ի ներհակորդների, այլ ոչ թե, ուղղակիորեն, ցածր մոլեկուլային զանգվածով հեպարինների հետ:

Ներկայումս հասանելի են դիմահայաց ռանդոմիզացված 5 ուսումնասիրությունների արդյունքներ (աղյուսակ 2)⁴⁻⁸: Այդ հետազոտություններն ունեն բազմաթիվ ընդհանրություններ. դրանք ուղղակիորեն և բացահայտորեն համեմատել են տվյալ ՌՒԱՀՀ-ն նույն ՑՄՀՀ-ի հետ (CLOT հետազոտության մեջ օգտագործված դալտեպարինի չափաքանակը՝ 200 ՄՄ/կգ/օր՝ 1 ամսվա ընթացքում, այնուհետև՝ 150 ՄՄ/կգ/օր), հիվանդների մեծ մասն ունեցել է մետաստազային ուռուցքային հիվանդություն և թոքային էմբոլիա (ախտանշանային կամ պատահաբար հայտնաբերված)՝ զուգակցված կամ չզուգակցված խորանիստ երակների թրոմբոզի հետ: Դրանցից երեքն իրականացվել են «ոչ պակաս արդյունավետ, քան» չափանիշով, միայն մեկն է փորձարկել ապիքսաբանի գերազանցությունը՝ ուժեղ արյունահոսությունների նվազեցման առումով, իսկ Select-D փորձարկումը պիրոտային ուսումնասիրություն է՝ առանց նախապես սահմանված վիճակագրական վարկածի: Արդյունքներից (աղյուսակ 2) կարելի է ենթադրել, որ ՌՒԱՀՀ-ը առնվազն նույնքան արդյունավետ են, որքան դալտեպարինը: ՌՒԱՀՀ-ի հետ կապված արյունահոսության վտանգը համեմատելի կամ ավելի բարձր է, քան դալտեպարինինը, սակայն, ամենայն հավանականությամբ, կախված է ուսումնասիրվող ՌՒԱՀՀ-ից և, դրանցից որոշների համար, ուռուցքային հիվանդության տեղակայումից:

Hokusai Cancer փորձարկման post-hoc վերլուծությունը ցույց է տվել, որ էդոքսաբանի ազդեցության ներքո ուժեղ արյունահոսությունների ավելացումը վերաբերում է համարյա բացառապես այն բուժառուներին, որոնք տառապում են աղետամոքսային քաղցկեղներից: Caravaggio հետազոտության վերլուծության համաձայն՝ ուժեղ արյունահոսությունների մեծ մասը եղել է մարսողական ծագման և տեղի է ունեցել բացառապես չվիրահարված մարսողական քաղցկեղով (կերակրափողաստամոքսային կամ կոլոռեկտայի) հիվանդների մոտ, բայց նաև՝ ավելի հաճախ ապիքսաբան, քան դալտեպարին ընդունողների: Այս փորձարկումների մետավերլուծությունը ցույց է տալիս ՌՒԱՀՀ-ների գերազանցությունը թրոմբոէմբոլիայի ախտակրկնության վտանգի առումով (Hazard ratio՝ վտանգների հարաբերակցություն՝ ՎՀ՝ 0,63, ՎՄ՝ 95%՝ 0,47-0,86), որի հակառակ կողմը ուժեղ արյունահոսությունների ոչ նշանակալի (ՎՀ՝ 1,26, ՎՄ՝ 95%՝ 0,84-1,90) և կլինիկական հետևանքներով ոչ ուժեղ արյունահոսությունների նշանակալի (ՎՀ՝ 1,48, ՎՄ՝ 95%՝ 1,18-1,85) ավելացումն է: Վերջապես, կրկնակի կուրյ գնահատման բացակայությունն այս փորձարկումների

հիմնական մեթոդաբանական սահմանափակումն է: Իրականում, ՑՄՀՀ-ի ներարկումների «ընդունելիության» նկատառումներով չի կարելի բացառել, որ այս փորձարկումներում ՌՒԱՀՀ ընդունող խմբերին որոշակի «նախապատվություն» է տրվել:

Այս տվյալների հիման վրա ֆրանսիական գիտական ընկերակցությունները խորհուրդ են տալիս ակտիվ քաղցկեղով և երակային թրոմբոէմբոլիային հիվանդությամբ բուժառուներին բուժել ցածր մոլեկուլային զանգվածով հեպարինով կամ ապիքսաբանով (բացառությամբ, երբ առկա է գլխուղեղի առաջնային կամ մետաստազային ուռուցք) և, որպես այլընտրանք, առաջարկում են օգտագործել ռիվարոքսաբան կամ էդոքսաբան¹ (բացառությամբ մարսողական կամ միզասեռական օրգանների քաղցկեղի):

Վեց ամսից հետո շարունակել բուժումը, թե՛ ոչ

Քաղցկեղի համատեքստում առաջին թրոմբոէմբոլիային ախտահարումից հետո վեց ամսից ավելի հակամակարոդիչներով երկարատև բուժում ստացող բուժառուների վերաբերյալ հասանելի տվյալները ստացվում են դիտողական հետազոտություններից, դիմահայաց բուժական ուսումնասիրությունների post-hoc վերլուծություններից և գրանցամատյաններից: ԵԹԵՀ-ի ախտորոշմանը հաջորդող վեց ամիսների ընթացքում թրոմբոէմբոլիայի ախտակրկնության վտանգը ավելի բարձր է, սակայն դրանից հետո էլ մնում է զգալի: Այսպես՝ Միացյալ Թագավորության տվյալների բազաների հիման վրա անցկացված դիտողական կոհորտային հետազոտության համաձայն, որը ներառում էր ակտիվ քաղցկեղի հետ զուգակցված թրոմբոզի 6592 դեպք, թրոմբոզային ախտակրկնություններով հիվանդացությունը, 100 բուժառու-տարի կտրվածքով, գնահատվել է 22,1 (ՎՄ՝ 95%՝ 19,9-24,4) առաջին վեց ամիսների ընթացքում և 7,9 (ՎՄ՝ 95%՝ 6,2-9,8) հաջորդ վեց ամիսների ընթացքում: Մեկ այլ՝ դիտողական կոհորտային հետազոտություն ցույց է տվել, որ ախտակրկնության վտանգը հասնում է 19-ի, 100 բուժառու-տարի կտրվածքով, երբ հակամակարոդիչներով բուժումը դադարեցվում է, մինչդեռ քաղցկեղն ակտիվ է, բայց ընդամենը 3,2 (100 բուժառու-տարի կտրվածքով), երբ քաղցկեղը բուժվել է (առանց հայտնաբերելու ուռուցքային հիվանդության և առանց հակաուռուցքային բուժման):

Քաղցկեղի հետ համակցված երակային թրոմբոէմբոլիային ախտահարում ունեցող և վեց ամիս անց դեռևս ողջ մնացած 432 բուժառուի ներառմամբ վերջերս իրականացված հետազոտությունը, որը տևել է 6-12 ամիս, ենթադրում է, որ ուռուցքի զարգացումը, այդ թվում՝ մետաստազային փուլում, ազդում է թրոմբոէմբոլիայի ախտակրկնության և արյունահոսության վտանգի վրա (իրադարձությունների կուտակային հաճախականությունն ավելի բարձր է զարգացող քաղցկեղով բուժառուների շրջանում (10,6% թրոմբոէմբոլիայի ախտակրկնություններ, 8,8% կլինիկորեն նշանակալի արյունահոսություններ և 5,1% ուժեղ արյունահոսություններ), քան ընդհանուր բնակչության շրջանում)⁹:

Ավելին՝ հակամակարոդիչներով բուժման ընթացքում թրոմբոէմբոլիայի ախտակրկնության և արյունահոսության վտանգները տարբերվում են կախված քաղցկեղի

ԵՐԱԿԱՅԻՆ ԹՐՈՄԲՈՒԼԵՄԲՈԼԱՅԻՆ ՅԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆ ԵՎ ՔԱՂՅԿԵՂ

տեղակայումից: Այսպես՝ նույն հետազոտությունը ցույց է տվել, որ ուղիղ և հաստ աղիների քաղցկեղի կամ թոքի քաղցկեղի պարագայում թրոմբոէմբոլիայի ախտակրկնության վտանգն ավելի մեծ է, քան կրծքի քաղցկեղի դեպքում (կուտակային հաճախականությունը, համապատասխանաբար, 12,6%, 13,8% և 1,5%), մինչդեռ կլինիկորեն նշանակալի արյունահոսությունները (ներառյալ՝ աղեստամոքսայինները) ավելի հաճախակի են ուղիղ և հաստ աղիների և կրծքի, քան թոքի քաղցկեղի դեպքում (կուտակային հաճախականությունը, համապատասխանաբար, 5,8%, 4,5% և 1,3%)⁹:

API-CAT կրկնակի կույր դիմահայաց ռանդոմիզացված հետազոտությունը դեռևս ընթացքի մեջ է: Այն համեմատում է ապիքսաբանի կրճատված չափաբաժնի (օրական 2,5 մգ՝ 2 անգամ) արդյունավետությունը և տանելիությունը լրիվ չափաբաժնի հետ (օրական 5 մգ՝ 2 անգամ) այն բուժառույթների շրջանում, որոնք առնվազն վեց ամիս ընդունում են այդ հակամակարոդիչը երակային թրոմբոէմբոլիային ախտահարման դեմ՝ ակտիվ քաղցկեղի համատեքստում (NCT03692065):

Այս փորձարկման արդյունքներին սպասելով՝ վեց ամիս անց բուժման ընտրությունը, եթե այն շարունակվում է, ըստ էության, էմպիրիկ է և հաշվի է առնում հետևյալ տարրերը՝
- քաղցկեղի ակտիվությունը և ախտակրկնության վտանգը ախտադադարի դեպքում¹,
- քաղցկեղի ընթացիկ բուժման բնույթը²,
- հակամակարոդիչներով բուժման տանելիությունը և «ընդունելիությունը» առաջին վեց ամսվա ընթացքում³,
- թրոմբոէմբոլիայի հնարավոր ախտակրկնություն առաջին կիսամյակի ընթացքում⁴,
- բուժառույթ նախապատվությունը⁵:

Ֆրանսիական խորհրդատվական փաստաթղթերն առաջարկում են¹

- ընդհատել հակամակարոդիչներով բուժումը վեց ամիս անց, եթե քաղցկեղն այլևս ակտիվ չէ (ավելի քան 6 ամիս շարունակ հայտնաբերելի ուռուցքի բացակայություն և հակաուռուցքային բուժման բացակայություն, ներառյալ՝ հորմոնաբուժումը), թրոմբոէմբոլիայի ախտակրկնության բացակայության դեպքում, իսկ մյուս դեպքերում՝ վեցերորդ ամսվանից հետո էլ շարունակել հակամակարոդիչներով բուժումը:

- շարունակել ՑՄՁ3-ն, եթե արդյունավետ է, բուժառույթ կողմից դյուրատար և ընդունելի,

- փոխարինել ՑՄՁ3-ն հաբային հակամակարոդիչով՝ նախապատվությունը տալով ՌՄԱՅՅ-ին՝ ՎԿՍ-ի փոխարեն, երբ այն դժվար տանելի է և չի ընդունվում բուժառույթ կողմից,
- շարունակել ՌՄԱՅՅ-ի ընդունումը լրիվ չափաբաժնով, եթե բուժումն արդյունավետ է, բուժառույթ կողմից հեշտ տանելի և ընդունելի:

ԲՈՒԺՄԸ ԹՈՒՄՅԱՅԻՆ՝ ՊԱՏԱՅԱԲԱՐ ԲԱՑԱՅԱՅՑՎԱԾ ԷՄԲՈԼԻԱՆԵՐԸ

Դիտողական դիմահայաց բազմակենտրոն կոհորտային հետազոտությանը մասնակցել է ակտիվ քաղցկեղ ունեցող 695 բուժառու, որոնց մոտ թոքային էմբոլիա է հայտնաբերվել պատահաբար՝ ներառվելուն նախորդող երկու ամսվա ընթացքում: Դա վկայում է այս բուժառույթների շրջանում բարդությունների առաջացման մեծ վտանգի մասին: Երակային թրոմբոէմբոլիայի ախտակրկնությունների, ուժեղ արյունահոսությունների և մահացության 12-ամսյա կուտակային հաճախականությունը համարում է, համապատասխանաբար, 6%-ի (ՎՄ՝ 95%՝ 4,4-8,1), 5,7%-ի (ՎՄ՝ 95%՝ 4,1-7,7) և 43%-ի (ՎՄ՝ 95%՝ 39-46)¹⁰: Չարկ է նշել, որ տասներկու ամսվա ընթացքում թրոմբոէմբոլիայի ախտակրկնության վտանգը ենթասեզմենտային թոքային էմբոլիայով բուժառույթների շրջանում մոտ է եղել այն բուժառույթների շրջանում վտանգին, որոնց էմբոլիան ավելի մերձադիր էր (12 ամսվա ընթացքում հաճախականությունը, համապատասխանաբար, 6,4% և 6%, ՎՄ՝ 1,1 (ՎՄ՝ 95%՝ 0,37-2,9; p=0,93): Վերջապես, բուժառույթների 44%-ը հայտնել է կլինիկական նշանների մասին, որոնք, հավանաբար, կապված են թոքային էմբոլիայի հետ դրա պատահական ախտորոշումից երկու շաբաթ առաջ ընկած ժամակահատվածում: Ուստի այս տվյալները դրդում են բուժել պատահական հայտնաբերված թոքային էմբոլիաները, անկախ դրանց անատոմիական տեղակայումից, այնպես, ինչպես հուշող ախտանշաններով հայտնաբերվածները, եթե ախտորոշումը պաշտոնապես հաստատված է¹: Իրականում կոնտրաստանյութերը միշտ չէ, որ օպտիմալ ձևով են ներարկվում, և խորհուրդ է տրվում մասնագիտացված ռեևտոգենաբանի կողմից շՇ հետազոտությունների վերընթերցում, հատկապես՝ հեռադիր ձևերի դեպքում:

RÉSUMÉ TRAITEMENT DE LA MALADIE THROMBOEMBOLIQUE VEINEUSE ASSOCIÉE AU CANCER

Le traitement de la maladie thromboembolique veineuse associée au cancer est plus complexe du fait de l'augmentation du risque de récurrence thrombotique et d'hémorragie sous traitement. Au cours des six premiers mois, les héparines de bas poids moléculaire sont plus efficaces que les antagonistes de la vitamine K sans augmentation du risque hémorragique. Versus la dalteparine, l'efficacité des anticoagulants oraux directs (AOD) est au moins comparable. Le risque hémorragique lié aux AOD est comparable ou supérieur à celui de la dalteparine, mais semble dépendre de l'AOD étudié et, au moins pour certains d'entre eux, de la localisation de la maladie tumorale. Au-delà du sixième mois, le traitement anticoagulant curatif est poursuivi tant que le cancer est actif, avec l'héparine de bas poids moléculaire si elle est bien tolérée et efficace, ou un anticoagulant oral direct à pleine dose, en attendant les résultats d'un essai randomisé en cours comparant l'efficacité et la tolérance de l'apixaban à demi-dose et à pleine dose.

SUMMARY TREATMENT OF CANCER ASSOCIATED THROMBOSIS

The treatment of cancer-associated venous thromboembolic disease is complex due to an increased risk of thrombotic recurrence and bleeding under treatment. During the first 6 months, low molecular weight heparins are more effective than vitamin K antagonists without increasing the risk of bleeding. Direct oral anticoagulants (DOACs) have at least comparable efficacy to dalteparin. The hemorrhagic risk of DOACs is comparable or higher than that of dalteparin, but seems to depend on the DOAC studied and, at least for some of them, on the location of the tumor. Beyond the 6th month, the curative anticoagulant treatment is continued as long as the cancer is active with low molecular weight heparin if it is well tolerated and effective or by using a DOAC at full dose while waiting for the results of a randomized trial comparing the efficacy and safety of half-dose versus full-dose of apixaban.

ԵՐԱԿԱՅԻՆ ԹՐՈՄԲՈԼԵՄԲՈԼԱՅԻՆ ՅԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆ ԵՎ ՔԱՂՅԿԵՂ

ՀԳՈՒՍՆԵՐ

1. Mahé I, Meyer G, Girard P, Bertoletti L, Laporte S, Couturaud F, et al. Treatment of cancer associated thrombosis. 2019 update of the French guidelines. *Rev Mal Respir* 2021;38:427–37.
2. Lee AY, Levine MN, Baker RI, Bowden C, Kakkar AK, Prins M, et al. Low-molecular-weight heparin versus a coumarin for the prevention of recurrent venous thromboembolism in patients with cancer. *N Engl J Med* 2003;349:146–53.
3. Posch F, Königsbrügge O, Zielinski C, Pabinger I, Ay C. Treatment of venous thromboembolism in patients with cancer: A network meta-analysis comparing efficacy and safety of anticoagulants. *Thromb Res* 2015;136:582–9.
4. Young AM, Marshall A, Thirlwall J, Chapman O, Lokare A, Hill C, et al. Comparison of an oral factor Xa inhibitor with low molecular weight heparin in patients with cancer with venous thromboembolism: Results of a randomized trial (SELECT-D). *J Clin Oncol* 2018;36:2017–23.
5. Raskob GE, van Es N, Verhamme P, Carrier M, Di Nisio M, Garcia D, et al. Edoxaban for the treatment of cancer-associated venous thromboembolism. *N Engl J Med* 2018;378:615–24.
6. McBane RD, Wysokinski WE, Le-Rademacher JG, Zemla T, Ashrani A, Tafur A, et al. Apixaban and dalteparin in active malignancy-associated venous thromboembolism: The ADAM VTE trial. *J Thromb Haemost* 2020;18:411–21.
7. Agnelli G, Becattini C, Meyer G, Muñoz A, Huisman MV, Connors JM, et al. Apixaban for the treatment of venous thromboembolism associated with cancer. *N Engl J Med* 2020;382:1599–607.
8. Planquette B, Bertoletti L, Charles-Nelson A, Laporte S, Grange C, Mahé I, et al. Rivaroxaban vs dalteparin in cancer-associated thromboembolism: A randomized trial. *Chest* 2021. PMID: 34627853.
9. Mahé I, Plaisance L, Chapelle C, Laporte S, Planquette B, Bertoletti L, et al. Long-term treatment of cancer-associated thrombosis (CAT) beyond 6 months in the medical practice: USCAT, a 432-patient retrospective non-interventional study. *Cancers (Basel)* 2020;12:2256.
10. Kraaijpoel N, Bleker SM, Meyer G, Mahé I, Muñoz A, Bertoletti L, et al. Treatment and long-term clinical outcomes of incidental pulmonary embolism in patients with cancer: An International prospective cohort study. *J Clin Oncol* 2019;37:1713–20.



Santé Arménie

Caring, training and building in Armenia

Կաթետերային թրոմբոզը և վերին վերջույթների թրոմբոզը ուռուցքաբանության մեջ

Վտանգի գործոնների թնջուկը ազդում է բուժման վերաբերյալ որոշումների վրա

Օլիվիե Էսպիտա
Ներքին հիվանդությունների և անոթային բժշկության բաժանմունք, Նանտի համալսարան, Նանտի 734, Ֆրանսիա
olivier.espitia@chu-nantes.fr

Օ. Էսպիտան հայտնում է միջամտությունների մասին Roche Chugai-ի, Novartis-ի համար, և որ Roche Chugai-ն և Bayer-ը հոգացել են կոնգրեսների մասնակցության ճանապարհորդությունների հետ կապված ծախսերը:

Վերին վերջույթների երակային թրոմբոզը (ՎՎԵԹ), որը երակային թրոմբոզներից հիվանդությունների (ԵԹԷՀ) մոտավորապես 10%-ն է, աճ է գրանցում: Դրան նպաստում են երակային կաթետերները: այսպես՝ վերին վերջույթների խորանիստ երակների թրոմբոզների (ՎՎԽԵԹ) 65-93%-ը կապված է կաթետերի առկայության հետ^{1,2}: Վերջերս իրականացված վերին վերջույթների 755 երակային թրոմբոզների հետազոտությունը պարզել է, որ վերին վերջույթների խորանիստ երակների թրոմբոզի 55,2%-ը կապված է քաղցկեղի հետ, որոնց 86,2%-ը՝ ներանոթային բժշկական օտար մարմնի առկայությամբ³:

ՎՎԵԹ-ները երբեմն բացահայտում են Նորագոյացությունը, բայց ավելի հաճախ բարդացնում են դրա զարգացումը: ՎՎԽԵԹ-ները տարածված բարդություն են և ի հայտ են գալիս կենտրոնական երակային կաթետեր (ԿԵԿ) ունեցող քաղցկեղով հիվանդների մոտավորապես 2-6%-ի մոտ³: Քաղցկեղով հիվանդների շրջանում վերին վերջույթների երակային թրոմբոզով հիվանդացությունը, որը պայմանավորված է կաթետերի առկայությամբ, տատանվում է 0,3-34% սահմաններում: Վերին վերջույթների երակային թրոմբոզի և քաղցկեղի համակցությունը հաճախակի է: Դա կապված է ԿԵԿ-ի կիրառման և բնակչության այդ հատվածի շրջանում ԵԹԷՀ-ի տարածվածության հետ, որը գերմակարդելիության, անոթների սեղմման և վիրաբուժական միջամտությունների հետևանք է:

Վտանգի երեք հիմնական գործոնները

Վերին վերջույթի երակային թրոմբոզի վտանգը կախված է երեք հիմնական գործոններից՝ հիվանդից, կաթետերից և Նորագոյացությունից, մասնավորապես՝ քաղցկեղի տեսակից, մետաստազային բնույթից և բուժումից (քիմիաթերապիա, ռադիոթերապիա, վիրահատություն):

Ցույց է տրվել, որ քաղցկեղի որոշ բուժումներ, ներառյալ՝ բնացիզումաբը, պլատինի աղերը և Էրիթրոպոետինի խթանիչները (ԷԽ), մեծացնում են թրոմբոզի վտանգը: Ինչպես ցանկացած ԵԹԷՀ-ի դեպքում, հիվանդի հետ կապված գործոնները (տարիք, քրոնիկական հիվանդություն, թրոմբոֆիլիա) նույնպես նպաստում են վերին վերջույթների երակային թրոմբոզին:

Ի վերջո, կա կաթետերի տեղադրման հետ կապված որոշակի վտանգ: Ներդրման փորձերի քանակը, տեղադրման

ուղտրաձայնային հետազոտությամբ ուղղորդումը, տեղադրման տեղն ու կողմը (ավելի քիչ թրոմբոզ աջ կողմում), կաթետերի տրամագիծը՝ համեմատած երակային լուսանցքի հետ (հարաբերակցությունը 0,45-ից պակաս), դրա մերձադիր ծայրի գտնվելու վայրը (վերին սիներակի և աջ Նախասրտի բերանակցման հատված) կամ, նույնիսկ, կաթիլային ներարկման տեսակն ազդեցություն ունեն: Վերին վերջույթի երակային թրոմբոզը կախված է նաև կաթետերի տեսակից (պորո կաթետերային համակարգն ավելի ցածր վտանգ է ներկայացնում, քան ծայրամասային ներդամբ կենտրոնական կաթետերը)⁴, դրա բաղադրությունից, բնույթից, փակակալի առկայությունից կամ բաց ծայրերով լինելուց և լուսանցքների քանակից (որքան շատ լուսանցք կա կաթետերում, այնքան մեծ է թրոմբոզի վտանգը)⁵:

Ախտորոշում. երբեմն «անձայն» բարդություն

Քաղցկեղով և կաթետերով հիվանդների շրջանում վերին վերջույթի երակային թրոմբոզի գրեթե կեսն առանց ախտանշանների է: Այդ ախտորոշման տեղիք կարող են տալ երակների խցանման (օբստրուկցիա) նշանները՝ վերին վերջույթների այտուցը, կողմնային երակային շրջանառության ի հայտ գալը, վերջույթների ցավը կամ, ավելի հազվադեպ, վերին սիներակի համախտանիշը: Դրա մասին պետք է մտածել, մասնավորապես՝ չափերով մեծացած վերջույթի դեպքում՝ ավշային հանգույցների հեռացմամբ կրծքագեղձի քաղցկեղի համատեքստում: չնայած բնորոշ ավշայտուցի բարձր հաճախականությանը՝ չվարանել իրականացնել դոպլեր հետազոտություն, երբ այտուցն ասիպիկ է կամ խոշոր:

Ավելի հազվադեպ կարող է զարգանալ թրոմբոզի տարածում դեպի մակերեսային երակային ցանց՝ մաշկի հատվածային բորբոքում կամ մակերեսային երակների ուռածություն: Ախտորոշումը երբեմն հուշում է մեկուսացված տենդի առկայությունը, որի կանխատեսող դրական արժեքը, սակայն, ցածր է (23,7%): Կաթետերի «անսարքությունը» վերին վերջույթների երակային թրոմբոզի կասկած է հարուցում: հազվադեպ խոսքը կաթետերային թրոմբոզի մասին է, բայց ավելի հաճախ՝ մերձադիր ծայրի վատ դիրքի, առանց թրոմբոզի ներլուսանցքային խցանման կամ հակահետհոսքային փակակալի գործառույթի խանգարման:

ԵՐԱԿԱՅԻՆ ԹՐՈՄԲՈՒՄԲՈՒԼԱՅԻՆ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆ ԵՎ ՔԱՂՑԿԵՂ



Պատկեր. Ուլտրաձայնային հետազոտություն. չխցանող երակային թրոմբոզ՝ կապված կաթետերի հետ (* թրոմբ, ** կաթետեր):

Պատկերային հետազոտությունը պետք է հաստատի վերին վերջույթի երակային թրոմբոզը

Ուլտրաձայնային դոպլերագրության ժամանակ ՎՎԵԹ-ը դրսևորվում է երակի անսեղմելիությամբ կամ, չսեղմվող երակների դեպքում, երակային պատի հետ շփվող անոթի լուսանցքում թրոմբի առկայությամբ (**պատկեր**): ՎՎԵԹ-ը ֆիբրինային կուտակումից տարբերելու համար հիմնարար նշանակություն ունի թրոմբի շփումը պատի հետ, և այն պետք է լինի առնվազն 5 մմ երկայնքով: Պատային երակների թրոմբոզը կարող է լինել կամ չլինել խցանող: Դեպքերի ճշտող մեծամասնությունում թրոմբը չի խանգարում կաթետերի աշխատանքին, քանի որ հազվադեպ է ներգործում դրա մերձադիր ծայրի վրա:

Համակարգչային շերտագրությունը նույնպես հնարավորություն է տալիս ախտորոշելու վերին վերջույթի երակային թրոմբոզը, սակայն հարկավոր է զգոն լինել կոնտրաստային նյութի ներարկման ժամանակ, որը պետք է ճշգրիտ կերպով իրականացվի երակային փուլում: Իրոք, եթե պատկերում այս փուլից ավելի վաղ է արվում, հոսքային արտեֆակտները կարող են հանգեցնել ՎՎԵԹ-ի սխալ ախտորոշման:

Որոշ իրավիճակներ թրոմբոզ չեն

Բազմաթիվ իրավիճակներ չափազանցաբար անվանվում են կաթետերային թրոմբոզ, բայց դրանք ներառում են տարբեր կլինիկական իրողություններ, որոնք չեն պահանջում համակարգված հակամակարոդիչ բուժում: Այսպիսով անհրաժեշտ է տարբերել ֆիբրինային կուտակումները, որոնք համապատասխանում են կաթետերի երկայնքով բջջային ու ֆիբրինային կուտակումներին, բայց առանց երակային

պատի հետ շփման: Դրանք հակամակարոդիչ բուժում չեն պահանջում, և դրանց էմբոլիաների վտանգը փոքր է:

Մեկ այլ իրավիճակ է կաթետերի ներլուսանցքային անանցանելիությունը. կաթետերի լուսանցքը խցանվում է, բայց կաթետերից «դուրս» տեսանելի թրոմբ չկա: Ստուգելուց հետո, որ կաթետերը ճիշտ է տեղադրված, այդ տիպի խցանումը վերացվում է in situ ֆիբրինալուծմամբ՝ առանց բուժական դեղաչափով հակամակարոդիչ կիրառման, որի նպատակը անցանելիությունը վերականգնելն է:

Վերջապես, եթե կաթետերով նյութեր ներարկելը հնարավոր է, երբ ասպիրացիան այլևս անհնար է, դա վկայում է կաթետերի հակահետհոսքային փականների անսարքության մասին և ոչ մի պարագայում թրոմբոզի հետևանք է:

Համակցված թոքային էմբոլիաներ. որքան են տարածված

Վերին վերջույթների երակային թրոմբոզները, հավանաբար, ավելի հազվադեպ են համակցված թոքային էմբոլիայի (ԹԷ) հետ, քան ստորին վերջույթների երակային թրոմբոզները (ՍՎԵԹ): ՎՎԵԹ-ին համակցված ԹԷ-ի հաճախականությունը գնահատվում է 2-8%՝ ի հակադրություն ՍՎԵԹ-ին համակցված ԹԷ-ի 16-27,9%: Վերին վերջույթի երակային թրոմբոզի ախտորոշման ժամանակ թոքային էմբոլիայի առկայությունը անբարենպաստ գործոն է, քանի որ 2,4 անգամ մեծացնում է թրոմբոզի ախտակրկությունների վտանգը²:

Կանխարգելումից մինչև բուժում

Վերին վերջույթների երակային թրոմբոզի (ՎՎԵԹ) բուժման վերաբերյալ խորհրդատվությունը հիմնականում արտարկված է ստորին վերջույթների երակային թրոմբոզների (ՍՎԵԹ)

ԵՐԱԿԱՅԻՆ ԹՐՈՄԲՈՒՄԲՈՒՆԻՆ ԳՆԱՆՈՒԹՅՈՒՆ ԵՎ ՔԱՂՑԿԵՂ

տվյալներից՝ հիմնավոր մեթոդաբանությամբ հետազոտությունների բացակայության պատճառով: Քաղցկեղով հիվանդները հակված են նաև կրկնվող թրոմբոզի, նաև արյունահոսության մեծ վտանգի, հետևաբար, անհրաժեշտ է գնահատել հակամակարոդիչ բուժման վտանգ-օգուտ հարաբերակցությունը:

Առաջնային թրոմբոզիսի խթանման համակարգված չէ

Քաղցկեղով և կաթնտերով հիվանդների շրջանում առաջնային թրոմբոզիսի խթանման վիտամին K-ի ներհակորդներով կամ ցածր մոլեկուլային զանգվածով հեպարինով (ՑՄՁՀ) ենթադրաբար համակցվում է երակային թրոմբոզիսի հիվանդության զգալի կրճատման հետ⁶: Սակայն դեռևս չկա որևէ հստակ մեթոդ այս հիվանդների շրջանում թրոմբոզի վտանգը գնահատելու համար: Վերջին երկու հետազոտությունները ցույց են տվել, որ ուղղակի ազդեցության հաբային հակամակարոդիչների (ՌՄԱՀՀ) կանխարգելիչ չափաբաժիններն անվտանգ ու արդյունավետ են քաղցկեղի հետ կապված երակային թրոմբոզիսի հիվանդության (ԵԹԷՀ) կանխարգելման համար բարձր ռիսկային խմբի ամբուլատոր հիվանդների շրջանում, որոնք սկսում են համակարգային քիմիաթերապիան: Այսպիսով որոշ գիտական ընկերակցություններ առաջարկում են այս հիվանդների համար դիտարկել առաջնային թրոմբոզիսի խթանման հնարավորությունը⁷: Այնուամենայնիվ, քանի որ կենտրոնական երակային կաթետեր կրողները քիչ են ներկայացված այս հետազոտություններում, նույն խորհրդատվությունը ցուցում է, որ ԿԵԿ-ի հետ կապված ԵԹԷՀ-ն կանխարգելման համար թրոմբոզիսի խթանման, սովորաբար, խորհուրդ չի տրվում⁸:

Բուժում. հակամակարոդիչ բուժման տևողությունը և տեսակը

Վերին վերջույթի երակային թրոմբոզ, որը կապված է կաթետերի և քաղցկեղի հետ, պահանջում է հակամակարոդիչներով ապաքինիչ բուժում՝ հակացուցումների բացակայության դեպքում: Որպես առաջին շարքի բուժում՝ խորհուրդ է տրվում ցածր մոլեկուլային զանգվածով հեպարինը (ՑՄՁՀ), քանի որ դա թրոմբոզ է նորագոյացությունների համատեքստում⁹: ՌՄԱՀՀ-ները, մասնավորապես՝ սպիքսաբանը, կարող են դիտարկվել որպես երկրորդ շարքի դեղամիջոցներ՝ կախված միջոցառումների փոխազդեցությունից, արյունահոսության վտանգ-օգուտ հավասարակշռությունից և բուժման հետևողականությունից:

Վերին վերջույթի խորանիստ երակների թրոմբոզի բուժման նվազագույն տևողությունը երեք ամիս է: Դրանից բացի՝ կարելի է դիտարկել բուժման շարունակականությունը, եթե քաղցկեղը դեռևս ակտիվ է, և/կամ եթե կաթետերը դեռ տեղում է: Երկարատև (պահպանողական) հակամակարոդիչ բուժման տեսակը քննարկվում է յուրաքանչյուր կոնկրետ դեպքի համար:

Երբեմն, երբ թրոմբոզը խցանող չէ կամ «փոքր չափի» է, որոշ թիմեր առաջարկում են ավելի կարճատև հակամակարոդիչ բուժում՝ վեցշաբաթյա տևողությամբ:

Հակամակարոդիչ բուժման ֆոնին թրոմբոզի ախտակրկնության դեպքում մշտապես անհրաժեշտ է կասկածել, որ հիվանդը հետևողականորեն չի կատարում նշանակված

ները, և ստուգել, որ ցածր մոլեկուլային քաշով հեպարինի չափաբաժինը համապատասխանի հիվանդի քաշին: Եթե ախտակրկնության պահին նա ընդունել է ՑՄՁՀ, ապա հարկավոր է դիտարկել չափաբաժնի ավելացում 25%-ով: Եթե երևույթը տեղի է ունենում ՌՄԱՀՀ-ներ ընդունելիս, ապա պետք է առաջարկվի դրանք փոխարինել ՑՄՁՀ-ով:

Թրոմբոզիսի ախտակրկնության դեպքում, չնայած լավ իրականացված բուժմանը, տեսականորեն հնարավոր է վերին սիներակային ֆիլտրի տեղադրում: Այնուամենայնիվ, շատ սակավաթիվ կենտրոններ ունեն այդպիսի մեթոդով աշխատելու փորձ, որի ընթացքում հիվանդացությունը չկա՛ն չէ (3,8%):

Հարկավոր է հեռացնել կաթետերը և ո՞ր դեպքերում

Տեղադրված կաթետերի հեռացումը ՎՎԵԹ-ի դեպքում հիմնական խնդիրն է, որ անհրաժեշտ է լուծել: Նախ՝ հարկավոր է վերազնահատել դրա աշխատանքը և ցուցումները, արդյոք այն դեռևս անհրաժեշտ է հիվանդի բուժման համար: Անհրաժեշտ է նաև գնահատել դրա մերձադիր տեղակայումը, որը պետք է լինի վերին սիներակի և աջ նախասրտի բերանակցման հատվածում, և համոզվել, որ վարակված չէ: Եթե այս պայմանները բավարարվեն, ապա այն հեռացնելու անհրաժեշտություն չի լինի:

Ընդհակառակը սեպսիսի համատեքստում կաթետերը պետք է հնարավորինս արագ հեռացնել: Այլ իրավիճակներում ոչ մի հետազոտություն ցուցումներ չի տալիս, թե որն է հակամակարոդիչ բուժման մեկնարկի և կաթետերի հեռացման միջև օպտիմալ ժամանակային միջակայքը, սակայն գործնականում հակամակարոդիչ բուժումն իրականացվում է 5-7 օր՝ մինչև կաթետերը հանելը:

Չօգուտ այդ պրակտիկայի է խոսում մի հետազոտություն, որ ցույց է տվել, որ ԿԵԿ-ի հետ կապված ՎՎԵԹ-ով ուղեկցվող արյունաբանական չարորակ հիվանդության դեպքում ԿԵԿ-ի վաղ հեռացումը (մինչև 48 ժամ) չի գուզորդվում թոքային էմբոլիայի մեծ վտանգի հետ՝ համեմատած ուշ հեռացնելու (48 ժամ հետո) կամ չհեռացնելու հետ¹⁰:

Ախտակրկնություն, արյունահոսություն, հետթրոմբոզիսի համախտանիշ, ինչպիսի՞ գարգացում

Ուռուցքաբանական հետահայաց հետազոտությունները երակային թրոմբոզիսի հիվանդության (ԵԹԷՀ) ախտակրկնության մակարդակը գնահատել են 15,4-18,5% սահմաններում: Դեպքերի 69,9%-ում ախտակրկնությունները լինում են թոքային էմբոլիայի կամ վերին վերջույթի երակային թրոմբոզի տեսքով: ՎՎԵԹ-ին համակցված ԹԷ-ի առկայությունը 2,4 անգամ մեծացնում է թրոմբոզի ախտակրկնության վտանգը²:

Որոշ գործոններ, ինչպիսիք են միայն երակի մի հատված ախտահարող թրոմբոզը, չխցանող թրոմբոզը կամ ներերակային կաթետերի առկայությամբ թրոմբոզը, հավանաբար ուղեկցվում են անցանելիության վերաբացման ավելի բարձր հաճախականությամբ¹¹:

Քաղցկեղով կամ առանց քաղցկեղի՝ վերին վերջույթի երակային թրոմբոզի դեպքում հիվանդների 1-4,6%-ն ունենում

ԵՐԱԿԱՅԻՆ ԹՐՈՄԲՈԼԵՄԲՈԼԱՅԻՆ ՅԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆ ԵՎ ՔԱՂՅԿԵՂ

Է խոշոր արյունահոսություն, իսկ թույլ արյունահոսության մակարդակը գնահատվում է 4,6-11,5%: ՎՎԵԹ-ից հետո հետթորոմբային համախտանիշը վերաբերում է դեպքերի 7-46%-ին: Կաթետերի հետ համակցված ՎՎԵԹ-ից հետո դրա հաճախականությունը հայտնի չէ:

ՀԱՇՎԻ ԱՌՆԵԼ ԱՐՅՈՒՆԱՐՅՈՒԹՅԱՆ ՎՏԱՆԳԸ

Քաղցկեղով և կենտրոնական երակային կաթետերով հիվանդների շրջանում վերին վերջույթների երակային թրոմբոզը հաճախակի բարդություն է: Այս թրոմբոզներին նպաս-

տող գործոնները կապված են հիվանդի, քաղցկեղի, կաթետերի տեղադրման և տեսակի հետ: Կաթետերի հեռացման անհրաժեշտությունն առաջին հարցն է, որ հարկավոր է բարձրացնել: Վերին վերջույթի խորանիստ երակների թրոմբոզի դեպքում հարկավոր է առաջարկել հակամակարոնիչ բուժում առնվազն երեք ամսով: Մշտապես հարկավոր է հաշվի առնել արյունահոսության վտանգը: Ներկայումս ցածր մոլեկուլային քաշով հեպարինները պետք է առաջարկվեն որպես առաջին շարքի բուժում, նույնիսկ եթե ուղղակի ագրեգոլային հաբային հակամակարոնիչներն ավելի ու ավելի շատ են կիրառվում:

RÉSUMÉ THROMBOSE SUR CATHÉTER ET THROMBOSE DU MEMBRE SUPÉRIEUR EN ONCOLOGIE

Les thromboses veineuses des membres supérieurs (TVMS) surviennent chez 2 à 6% des patients cancéreux porteurs de cathéters veineux centraux: ce sont donc des complications fréquentes. Elles sont cependant moins souvent associées aux embolies pulmonaires (EP) que les thromboses des membres inférieurs, seulement dans 2 à 8% des cas. La présence d'une EP au moment du diagnostic de TVMS augmente le risque de récurrence thrombotique veineuse. Les facteurs favorisant ces thromboses sont liés au patient, au cancer et au cathéter. En cas de TVMS, le retrait du cathéter n'est pas systématique. Il s'envisage en cas de mauvais positionnement, d'infection, de dysfonctionnement ou s'il n'est plus indiqué. Pour les TVMS proximales, une anticoagulation curative pendant au moins trois mois doit être proposée. Les héparines de bas poids moléculaire ou les anticoagulants oraux directs peuvent être utilisés pour traiter les thromboses veineuses des membres supérieurs.

SUMMARY CATHETER THROMBOSIS AND UPPER EXTREMITY THROMBOSIS IN ONCOLOGY

In an oncologic population with catheter, upper extremity vein thrombosis (UEVT) is a frequent complication, occurring in 2% to 6% of cancer patients with central venous catheters. UEVT is less frequently associated with pulmonary embolism (PE) than lower limb vein thrombosis, occurring in 2% to 8% of cases. The presence of PE at the diagnosis of UEVT increases the risk of venous thrombotic recurrence. UEVT risk factors are related to the patient, the cancer and the catheter. In case of UEVT, catheter removal is not systematic. It is considered in the event of bad positioning, infection, dysfunction, or at the end of its indication. For proximal upper extremity vein thrombosis, therapeutic anticoagulation for a minimum of three months should be proposed. Low molecular weight heparins or direct oral anticoagulants can be proposed for the treatment of UEVT.

ԳՂՈՒՄՆԵՐ

1. Ploton G, Pistorius MA, Raimbeau A, Denis Le Seve J, Bergère G, Nghou C, et al. A STROBE cohort study of 755 deep and superficial upper-extremity vein thrombosis. *Medicine* (Baltimore) 2020;99(6):e18996.
2. Baumann Kreuziger L, Cote L, Verhamme P, Greenberg S, Caprini J, Muñoz FJ, et al. A RIETE registry analysis of recurrent thromboembolism and hemorrhage in patients with catheter-related thrombosis. *J Vasc Surg Venous Lymphat Disord* 2015;3(3):243-250.e1.
3. Delluc A, Le Gal G, Scarvelis D, Carrier M. Outcome of central venous catheter associated upper extremity deep vein thrombosis in cancer patients. *Thromb Res* 2015;135(2):298-302.
4. Saber W, Moua T, Williams EC, Verso M, Agnelli G, Couban S, et al. Risk factors for catheter-related thrombosis (CRT) in cancer patients: a patient-level data (IPD) meta-analysis of clinical trials and prospective studies. *J Thromb Haemost* 2011;9(2):312-9.
5. Chopra V, Anand S, Hickner A, Buist M, Rogers MA, Saint S, et al. Risk of venous thromboembolism associated with peripherally inserted central catheters: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Lond Engl* 2013;382(9889):311-25.
6. D'Ambrosio L, Aglietta M, Grignani G. Anticoagulation for central venous catheters in patients with cancer. *N Engl J Med* 2014;371(14):1362-3.
7. Key NS, Khorana AA, Kuderer NM, Bohlke K, Lee AYY, Arcelus JJ, et al. Venous Thromboembolism Prophylaxis and Treatment in Patients With Cancer: ASCO Clinical Practice Guideline Update. *J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol* 2020;38(5):496-520.
8. Farge D, Frere C, Connors JM, Ay C, Khorana AA, Munoz A, et al. 2019 international clinical practice guidelines for the treatment and prophylaxis of venous thromboembolism in patients with cancer. *Lancet Oncol* 2019;20(10):e566-81.
9. Mahé I, Meyer G, Girard P, Bertolotti L, Laporte S, Couturaud F, et al. [Treatment of cancer associated thrombosis. 2019 update of the French guidelines]. *Rev Mal Respir* 2021;38(4):427-37.
10. Houghton DE, Billett HH, Gaddh M, Onadeko O, George G, Wang TF, et al. Risk of pulmonary emboli after removal of an upper extremity central catheter associated with a deep vein thrombosis. *Blood Adv* 2021;5(14):2807-12.
11. Ploton G, Brebion N, Guyomarch B, Pistorius M-A, Connault J, Hersant J, et al. Predictive factors of venous recanalization in upper-extremity vein thrombosis. *PLoS One* 2021;16(5):e0251269.

Երակային թրոմբոէմբոլիայի կանխարգելումը ուռուցքաբանական հիվանդությունների ժամանակ Հաշվի առնել թրոմբաձին գործոնների ամբողջությունը

Ֆլորանս Պարան,
Մարիանա Պրեդա,
Անդրեյ Սեֆերյան
Ռոքաբանության
և շնչառական
հիվանդությունների
ինտենսիվ
թերապիայի
բաժանմունք,
Քիսետր
հիվանդանոց
AP-HP, Inserm
UMR S 999,
Լե Կրեմյան-
Քիսետր
Ֆրանսիա
florence.parent@
aphp.fr
mariana.preda@
aphp.fr
andrei.seferian@
aphp.fr

Ֆլորանս Պարանը
հայտնում է
MSD և Bayer
ընկերությունների
համար որոշակի
միջամտությունների
մասին:
Մարիանա
Պրեդան և Անդրեյ
Սեֆերյանը
հայտարարում
են, որ այս
հրապարակմամբ
որևէ շահ չեն
հետապնդում:

Երակային թրոմբոէմբոլիային հիվանդությունը (ԵԹԷ) քաղցկեղի ժամանակ հաճախ է հանդիպում և դառնում հիվանդացության ու մահացության ցուցանիշների զգալի բարձրացման պատճառներից մեկը: Քաղցկեղով հիվանդներն ավելի են հակված երակային թրոմբոէմբոլիային բարդության վտանգին, դրա կրկնությանը և հակամակարդիչներով բուժման դեպքում արյունահոսության, քան քաղցկեղ չունեցող բուժառուները: Երակային թրոմբոէմբոլիային հիվանդությունը կարող է նախորդել քաղցկեղի ախտորոշմանը կամ ի հայտ գալ դրա զարգացման, մասնավորապես՝ խորացման փուլում, ինչպես նաև՝ հոսպիտալացման, վիրահատության կամ բուժման փոփոխության (որոշ հակաքաղցկեղային դեղամիջոցներ թրոմբաձին ազդեցություն ունեն) հետևանքով: Քաղցկեղով հիվանդ բուժառուների շրջանում ապրելիությունն ավելի ցածր է երակային թրոմբոէմբոլիային բարդության դեպքում: Փաստորեն, երակային թրոմբոէմբոլիային հիվանդությունը բուն քաղցկեղից հետո մահացության երկրորդ հիմնական պատճառն է՝ հիվանդացության մոտ 10% մակարդակով:

Ահա, թե ինչու արդեն մի քանի տարի է՝ քննարկվում է քաղցկեղով հիվանդների բուժման ընթացքում կանխարգելիչ բուժման ցուցումը: Այն առավել քան արդիական է, քանի որ ներկայումս հասանելի են քիչ ազդեցիվ ուղղակի ազդեցության հաբային հակամակարդիչներ (ՈՒԱՅՅ):

Հակամակարդիչներով կանխարգելիչ բուժում ստացող բուժառուների շրջանում, ըստ 2020 թվականին իրականացրած Քոքրեյնյան մետաֆերլուծության¹, առկա է արյունահոսության մեծ վտանգ, ուստի կարևոր է հանգամանորեն ուսումնասիրել ռիսկային իրավիճակներն ու գործոնները, որպեսզի հնարավոր լինի բացահայտել այն բուժառուներին, որոնք ամենամեծ օգուտը կստանան ԵԹԷ-ի կանխարգելումից:

Մասնագիտական ընկերակցությունների խորհուրդները (Ուռուցքաբանության ամերիկյան միություն [ASCO 2019], Թրոմբոզի և քաղցկեղի միջազգային նախաձեռնություն [ITAC 2019], Արյունաբանության ամերիկյան ընկերակցություն [ASH 2021]) և վերջին տարիներին հրապարակված ուղեցույցները (Ուռուցքաբանական պահպանողական խնամքի ֆրանկոֆոն ասոցիացիայի [AFSOS 2021], Ազգային համապարփակ ուռուցքաբանական ցանցի [NCCN 2021])^{2,6} օգնում են պատասխանել այդ հարցերին:

Քաղցկեղի, բուժման եղանակների, բուժառուի, հիվանդության և համատեքստի հետ կապված վտանգի գործոններ

Ցանկացած տեսակի քաղցկեղ ունեցող հիվանդների 25%-ն ունի կամ ունենալու է երակային թրոմբոէմբոլիային հիվանդություն, այսինքն 4-6 անգամ ավելի, քան քաղցկեղ չունեցող բնակչությունը, ինչը վատացնում է կանխատեսումը: Այս հաճախականությունը, հավանաբար, կմեծանա առաջիկա տարիներին՝ կապված բնակչության ծերացման և քաղցկեղով հիվանդ որոշ տարեց բուժառուների բուժման նպատակով քիմիաթերապիայի կիրառման հետ, քանի որ տարիքը նույնպես ԵԹԷ-ի առաջացման վտանգի ամանձին գործոն է:

ԵԹԷ-ի վտանգը կախված է մի քանի գործոնից⁶, որոնք կարող են կապված լինել կամ չլինել քաղցկեղի հետ՝ - ակտիվ քաղցկեղը՝ խորացած փուլում:

- քաղցկեղի տեսակը: մի շարք հետազոտություններ ցույց են տալիս, որ առավել վտանգավոր են գլխուղեղի, ենթաստամոքսային գեղձի, ստամոքսի, միզապարկի, ծվարանների, թոքերի քաղցկեղները և միելոպրոլիֆերատիվ համախտանիշը: 500 բուժառու ներառող կոհորտային հետազոտության արդյունքները ցույց են տվել, որ թոքերի քաղցկեղի պարագայում ԵԹԷ-ի հաճախականությունը աղետակարգիչ-նումայի դեպքում եռակի մեծ է տափակբջջային քաղցկեղի համեմատ:

- համատեքստը նույնպես մեծացնում է վտանգը: երակային թրոմբոէմբոլիային հիվանդության նախադեպերը, գիրությունը, սրտային կամ շնչառական անբավարարությունը, մեծ տարիքը, «Արդյունավետության կարգավիճակ» սանդակով գնահատման արդյունքը (վատթարացումը):

- համակցված պատճառներ՝ հոսպիտալացում միջանկյալ որևէ սուր հիվանդության պատճառով, քաղցկեղի բուժման եղանակ, վիրահատություն:

Ե՞րբ է ցուցվում կանխարգելիչ բուժումը

Քաղցկեղի դեպքում երակային թրոմբոզի կանխարգելիչ բուժման ցուցումները հիմնվում են մի շարք չափանիշների/պարամետրերի վրա:

ԵՐԱԿԱՅԻՆ ԹՐՈՄԲՈԼԵՄԲՈԼԱՅԻՆ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆ ԵՎ ՔԱՂՑԿԵՂ

Ցածր սովեցնված ՋԱԳՎԱՏՈՎ ԴԵՊԱՐԻՆՈՎ ԿԱՆԽԱՐԳԵԼԻՉ ՀԱԿԱՄԱԿԱՐԴԻՉ ԲՈՒԺՈՒՄ՝

ՄՍԻ	Առևտրային անվանում	Կանխարգելիչ չափաբաժին	Հակացուցում
Էնոքսապարին	Լովենոքս	4000 ՄՄ/օր	ԿՋԱ < 30 մլ/ր
Դալտեպարին	Ֆրազմին	2500-5000 ՄՄ/օր	ԿՋԱ < 30 մլ/ր
Նադրոպարին	Ֆրաքսիպարին	Քաշ < 70 կգ: 3800 ՄՄ/օր Քաշ > 70 կգ: 5700 ՄՄ/օր	ԿՋԱ < 30 մլ/ր
Թինզապարին	Իննոհեպ	3500-4500 ՄՄ/օր	ԿՋԱ < 20 մլ/ր

Աղյուսակ 1. Վժ՝ վաճառքի թույլտվություն, ԿՄ՝ կրեատինի զտման արագություն, ՄՄ՝ միջազգային միավոր, ՄՄՄ՝ միջազգային միասնական անվանում:

KHORANA ՍԱՂՎԱԿ. ՔԱՂՑԿԵՂԻ ՀԵՏ ԶՈՒԳՎԿՑՎԱԾ ԵՐԱԿԱՅԻՆ ԹՐՈՄԲՈԼԵՄԲՈԼԱՅԻՆ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅԱՆ ԿԱՆԽԱՏԵՍՈՒՄ՝

Հիվանդի բնութագիր	Միավոր
Քաղցկեղի տեղակայումը – շատ մեծ վտանգ (ստամոքս, ենթաստամոքսային գեղձ) – մեծ վտանգ (թոքեր, լիմֆոնա, կոնքի գինեկոլոգիական հատված, միզապարկ, ամորձի)	2 1
Լաբորատոր ցուցանիշ մինչև քիմիաթերապիայի սկիզբը – թրոմբոցիտներ > 350 000/մլ – հեմոգլոբին < 100 գ/լ կամ բուժում էՊՈ-ով – լեյկոցիտներ > 11 000/մլ	1 1 1
Մարմնի զանգվածի ինդեքսը > 35 կգ/մ ²	1

KHORANA-ի միավոր
0 = ցածր ռիսկ, 1-2 = միջին ռիսկ, ≥ 3 = բարձր ռիսկ

Աղյուսակ 2. ԷՊՈ՝ էրիթրոպոետին:

Հոսպիտալացում. խորհուրդ տրվող ցածր մոլեկուլային զանգվածով հեպարիններ

Ոչ մի ռանդոմիզացված հետազոտություն առանձնահատուկ չի գնահատել երակային թրոմբոէմբոլիային հիվանդության կանխարգելման օգտակարությունը քաղցկեղով հիվանդների համար, որոնք հոսպիտալացվել են հիվանդության սրացմամբ:

Այնուամենայնիվ, որոշ ռանդոմիզացված հետազոտություններում գնահատվել են նման կանխարգելման արդյունավետությունն ու տանելիությունը այնպիսի հիվանդների համար, որոնք հոսպիտալացվել են որևէ սուր հիվանդության պատճառով վտանգի գործոններով, ներառյալ՝ քաղցկեղը: Քաղցկեղով հիվանդների ենթախմբերի ուսումնասիրությունը (խոսքը հետազոտություններում ներառվածների 5-15%-ի մասին է) ցույց է տվել, որ կանխարգելիչ չափաբաժնով հակամակարոնիները՝ ցածր մոլեկուլային զանգվածով հեպարինով (ՏՄՁՀ), չտրոհված հեպարինով (ՉՏՀ) կամ ֆոնդապարինուքսով, կարծես թե նվազեցնում են ԵԹԷՀ-ի հաճախակախությունը՝ առանց ազդելու մահացության և ուժեղ արյունահոսության ցուցանիշների վրա:

RIETE միջազգային գրանցամատյանի (Registro Informatizado Enfermedad TromboEmbolica) 2016 թվականին հրապարակված արդյունքները հաստատում են այս տվյալները և մատնանշում, որ հիվանդության սրացման հետևանքով հոսպիտալացումից առաջացած ԵԹԷՀ-ով 3527 բուժառուների շրջանում քաղցկեղով հիվանդների համամասնությունը

մոտ երկու անգամ ավելի մեծ է կանխարգելիչ բուժում չստացածների խմբում (22% ընդդեմ 13%):

Այս պատճառով է, որ տարբեր մասնագիտական ընկերակցություններ խորհուրդ են տալիս կամ «առաջարկում», կախված ընկերակցությունից (հատուկ ուսումնասիրությունների բացակայություն պատճառով), հիվանդության սրացման հետևանքով հոսպիտալացված՝ քաղցկեղ ունեցող հիվանդների շրջանում կիրառել հակամակարոնիչ կանխարգելիչ բուժում ներարկման ճանապարհով: Այն հարկավոր է քննարկել հակացուցումների առկայության պարագայում (ակտիվ արյունահոսություն, թրոմբոցիտոպենիա < 50000/մլ): Կանխարգելիչ բուժումը դադարեցվում է հիվանդանոցից դուրս գրվելիս կամ երբեմն ավելի վաղ, եթե հիվանդը «նորմալ» շարժունակությունը վերագտնում է ավելի շուտ²⁻⁶:

Կանխարգելիչ բուժումն իրականացվում է ՏՄՁՀ-ների կամ ֆոնդապարինուքսի կիրառմամբ, եթե կրեատինինի զտման արագությունը առնվազն 30 մլ/րոպե է (20 մլ/րոպե թինզապարինի դեպքում) կամ՝ ՉՏՀ-ի կիրառմամբ (աղյուսակ 1): Այս համատեքստում ՈՒԱՀՀ խորհուրդ չի տրվում:

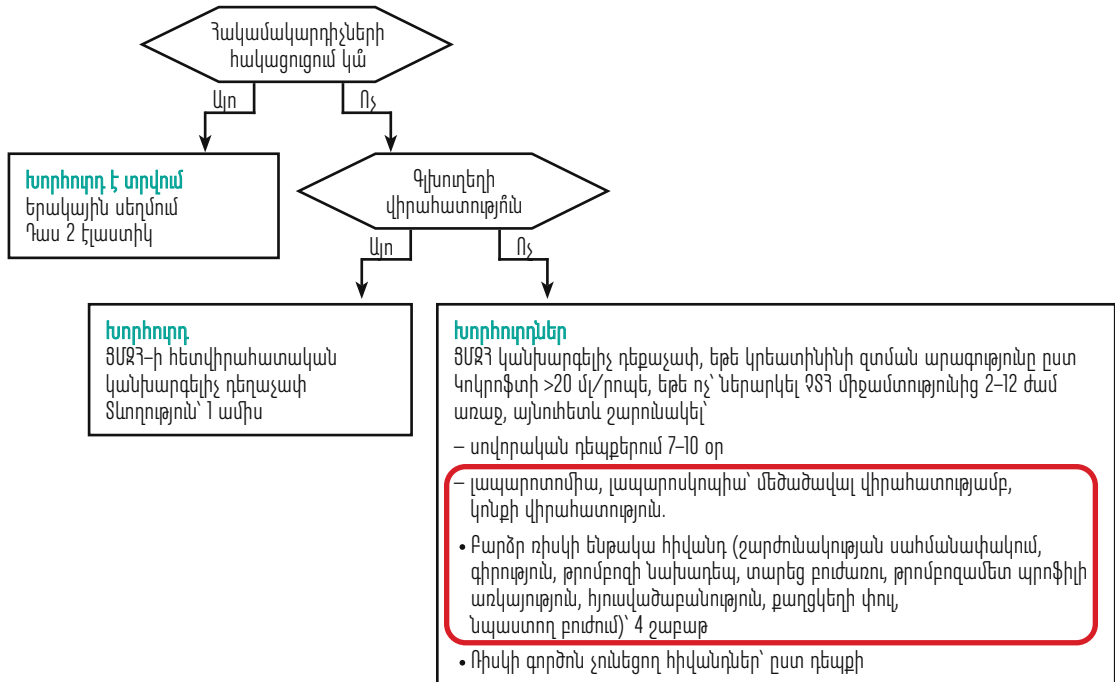
Վիրաբուժություն. դեղաբանական կանխարգելում՝ թրոմբառաջացման և արյունահոսության վտանգներին համապատասխան

Վիրահատության թրոմբոզիս վտանգը վաղուց է հայտնի, առավել ևս, երբ խոսքը քաղցկեղի վիրահատության մասին է: Քաղցկեղով հիվանդների մոտ երակային թրոմբոէմբոլիային

* Խմբագրի ծանոթագրություն – Արդյունավետության կարգավիճակ, մարդու առօրյա որոշակի գործողություններ ինքնուրույն իրականացնելու կարողությունը գնահատող գործիք

ԵՐԱԿԱՅԻՆ ԹՐՈՄԲՈՒՄԲՈՒԼԱՅԻՆ ՅԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆ ԵՎ ՔԱՂՑԿԵՂ

Ոչ կաթետերային ԵԹԷՅ-ի առաջնային կանխարգելում վիրաբուժական ուռուցքաբանության պայմաններում



Պատկեր 1. Երակային թրոմբոէմբոլիային հիվանդության կանխարգելում վիրաբուժական ուռուցքաբանության պայմաններում⁵: ՅՄՋՅ՝ ցածր մոլեկուլային զանգվածով հեպարին, ՉՏՅ՝ չտրոմբոլիտիկ հեպարին:

հիվանդության առաջացման վտանգը, որին մեծապես նպաստում է վիրահատությունը, կախված է քաղցկեղի տեսակից, միջամտության տևողությունից, ինչպես նաև ուղղակիորեն հիվանդի հետ կապված գործոններից (գիրություն, ԵԹԷՅ անամնեզում և այլն). անհրաժեշտ է նաև հաշվի առնել վիրաբուժական արյունահոսության վտանգը: Քաղցկեղով զբաղվող վիրաբուժական կենտրոնների մեծամասնությունն ունի այս իրավիճակը կանխելու ընթացակարգեր:

Վիրաբուժության մեջ ԵԹԷՅ-ի կանխարգելման արդյունավետությունն ու տանելիությունը գնահատող հետազոտությունների արդյունքները, այդ թվում՝ նաև քաղցկեղի պատճառով վիրահատված հիվանդների ուսումնասիրության, հաստատում են դեղաբանական կանխարգելման արդյունավետությունը՝ համեմատած կանխարգելման մեխանիկական միջոցների հետ (մեկընդմիջվող օդաճնշիչ սեղմում): Ըստ արյունահոսության և թրոմբոառաջացման վտանգների առաջարկվում են հետևյալ խորհուրդ-առաջարկները^{2,6} (պատկեր 1)՝ - երկամների ծանր անբավարարության դեպքում դեղորայքային թրոմբոլիտիկաներով ցածր մոլեկուլային քաշով կամ չտրոմբոլիտիկ հեպարինով (աղյուսակ 1), ցուցվում է ցանկացած ուռուցքային վիրահատության ենթարկվող հիվանդի պարագայում, եթե, իհարկե, արյունահոսության մեծ վտանգի պատճառով հակացուցումներ չկան,

- արյունահոսության մեծ վտանգի պատճառով հակացուցումների դեպքում խորհուրդ է տրվում մեխանիկական կանխարգելում,
- այս ցուցումով խորհուրդ է տրվում վիտամին K-ի ներհակորդներ (ՎԿՆ) կամ ՌՄԱՅՅ,
- դեղորայքային թրոմբոլիտիկաներով կանխարգելման առաջարկվող տևողությունը 7-10 օր է, որը կարող է երկարաձգվել մինչև 4 շաբաթ որովայնի կամ կոնքի քաղցկեղի մեծածավալ վիրահատության, ԵԹԷՅ նախադեպերի, գիրության, երկարատև անշարժացման դեպքում:

Իսկ համակարգված բուժում ստացող ամբուլատոր հիվանդները

Քաղցկեղի դեմ քիմիաթերապիա ստացող ամբուլատոր հիվանդների շրջանում երակային թրոմբոէմբոլիային հիվանդության առաջացման վտանգով պայմանավորված հակամակարդիչներով կանխարգելիչ բուժման ցուցումը պետք է քննարկման առարկա լինի նրանց բուժման ամբողջ ընթացքում: Այս խնդրին կրկին անդրադարձ է եղել ՌՄԱՅՅ հայտնվելուց հետո, որոնք ավելի հեշտ կիրառելի են, քան փոքր չափաբաժնով ՎԿՆ-ները, և ավելի քիչ ազդեցիվ, քան ՑՄՋՅ-ները, հատկապես՝ երբ կա հավանականություն, որ բուժումը կարող է տևել մի քանի ամիս:

ԵՐԱԿԱՅԻՆ ԹՐՈՄԲՈԼԵՄԲՈԼԱՅԻՆ ԴԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆ ԵՎ ՔԱՂՑԿԵՂ

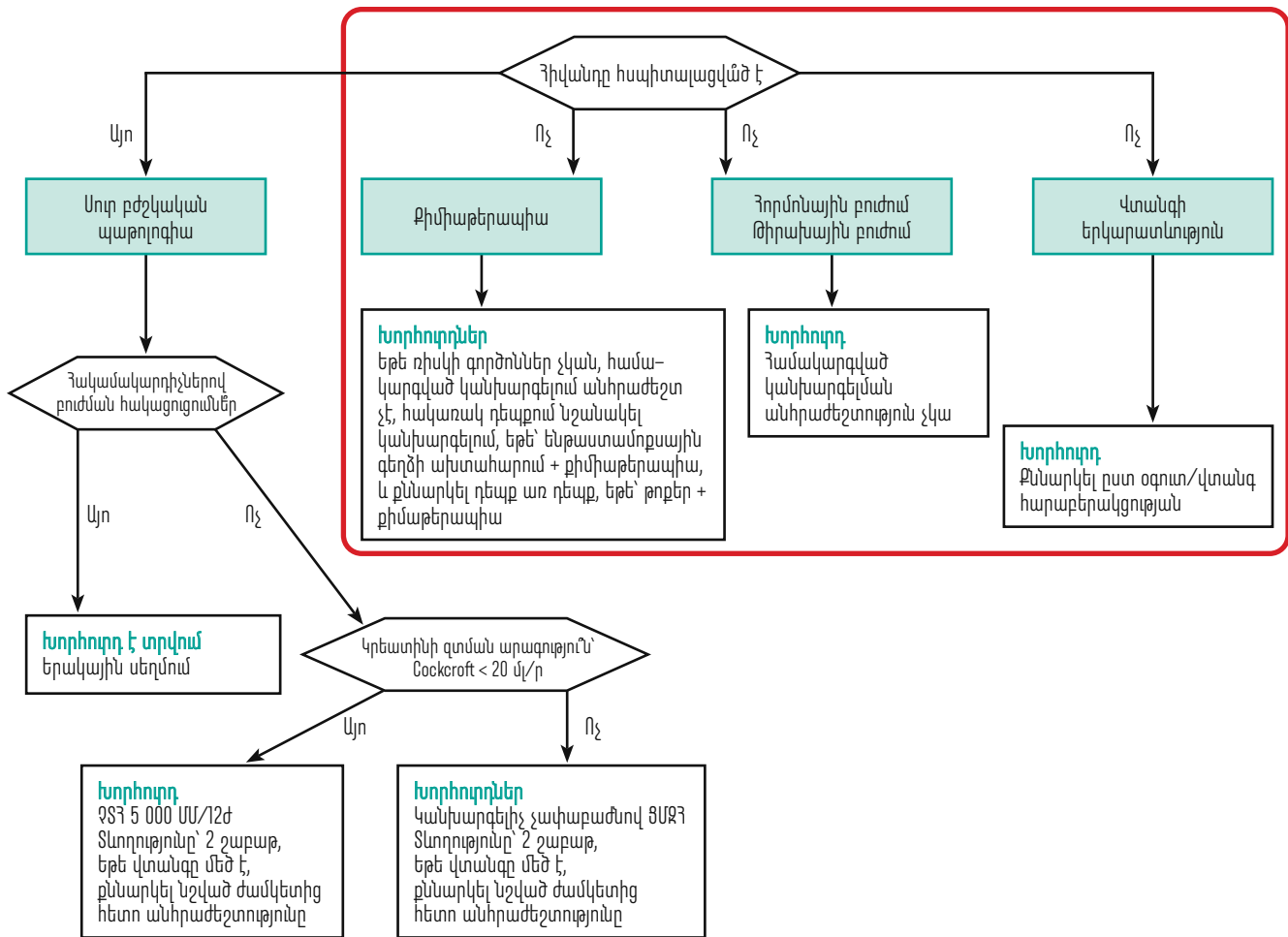
Քոքրեյնյան մի վերլուծությամբ, որ ամփոփում է 15 ռանդոմիզացված փորձարկումների (համեմատում էին ՑՄՁ3-ներով կանխարգելումը կանխարգելման բացակայության հետ) արդյունքները՝ արձանագրել են ԵԹԷ3-ի վտանգի զգալի նվազում (հարաբերական վտանգ [ՅՎ]՝ 0,56 [0,42-0,74]), սակայն ոչ մի ազդեցություն չի գրանցվել մահացության կամ ուժեղ արյունահոսության վտանգի աճի վրա (ՅՎ՝ 1,14 [0,7-1,85]):

Այս թեմայով առաջին հետազոտությունները վերաբերում էին ամբուլատոր բուժում ստացող քաղցկեղով հիվանդներին, որոնք նախապես ընտրված չէին, և որոնց թվում էին անձինք, որոնք բուժում էին ստանում թրոմբոզային բարդացումներից խուսափելու համար: Ահա, թե ինչու ավելի Նոր

հետազոտություններում ներառվել են թրոմբոզի առաջացման ավելի մեծ վտանգով հիվանդներ (ընտրվել են վավերացված սանդղակների կիրառմամբ), և, միևնույն ժամանակ, գնահատվել է ՌԻԱ33-ների ազդեցությունը:

Ներկայումս ամենահուսալի սանդղակը, որն ամենահաճախ է կիրառվում հետազոտությունների մասնակից թրոմբոզի առաջացման մեծ վտանգով հիվանդներին ընտրելիս, Khorana-ն է, որը հաշվարկվում է հենց հակաքաղցկեղային բուժման սկզբում⁷ (աղյուսակ 2): Եթե Khorana-ի ցուցանիշը 3-ից ցածր չէ՝ ԵԹԷ3-ի ռիսկը մոտ 7% է: Երեք ամիս անց՝ ՑՄՁ3-ով հակամակարոդիչ կանխարգելիչ բուժումից հետո իրականացված գնահատմամբ՝ այն նվազում է մոտ 50%-ով համեմատած պլացեբոյի հետ:

Ոչ կաթետերային ԵԹԷ3-ի առաջնային կանխարգելումը բուժհաստատություններում



Պատկեր 2. Ուռուցքաբանության մեջ երակային թրոմբոէմբոլիկ հիվանդության (ԵԹԷ) կանխարգելում (հոսպիտալացում բուժական բաժանմունքում կամ ամբուլատոր բուժում)⁵: ՑՄՁ3՝ ցածր մոլեկուլային զանգվածով հեպարին, 9ՏԳ՝ չտրոհված հեպարին:

ԵՐԱԿԱՅԻՆ ԹՐՈՄԲՈԼԵՄԲՈԼԱՅԻՆ ՅԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆ ԵՎ ՔԱՂՅԿԵՂ

Վերջերս իրականացված ALPERT® հետազոտությունը գնահատել է ուղղակի ազդեցության հաբային հակամակարոնիչներից մեկի՝ ապիքսաբանի կանխարգելիչ արդյունավետությունը քիմիաթերապիա սկսած (25% լիմֆոմայով) 574 հիվանդի, որոնց Khorana-ի միավորը մեծ էր կամ հավասար 2-ի, նշանակվել է 2,5 մգ ապիքսաբան՝ առավելության և երեկոյան, ընդդեմ պլացեբոյի: Արձանագրվել է, որ պլացեբոյի խմբում ԵԹԷՅ ռիսկը կազմել է 10,2 %, իսկ ապիքսաբանի խմբում՝ 4,2 % (վտանգների հարաբերակցություն [ՎՅ]՝ 0,41, վտահույթյան միջակայք [ՎՄ]՝ 95%՝ 0,26-0,65, բուժառնությունի թիվը՝ 17), սակայն՝ ՈՒԱՅՅ կիրառմամբ արյունահոսության վտանգի մեծացման գնով (ՎՅ՝ 2,00, ՎՄ՝ 95%՝ 1,01-3,95):

Նմանատիպ արդյունքներ է գրանցել նաև CASSINI հետազոտությունը, որը ներառել է քիմիաթերապիայի սկզբնական փուլում գտնվող 840 ամբուլատոր հիվանդների (50% մարսողական համակարգի քաղցկեղ և մոտավորապես 30% ենթաստամոքսային գեղձի քաղցկեղ), որոնց Khorana միավորը 2-ից պակաս չէր:

Իսկապես, արձանագրվել է ԵԹԷՅ-ի առաջացման վտանգի զգալի նվազում (2,6%՝ օրական 10 մգ ռիվարոքսաբանի ընդունման դեպքում՝ ընդդեմ պլացեբոյի 6,4%-ի, բուժառնությունի թիվը՝ 26)՝ առանց արյունահոսության վտանգի զգալի աճի (2% ռիվարոքսաբանի դեպքում՝ ընդդեմ 1% պլացեբոյի [ՅՎ՝ 1,96, ՎՄ՝ 95%՝ 0,49-6,59])⁷:

Որոշ այլ սանդղակներ հաշվի են առնում ինչպես քաղցկեղի, այնպես էլ հիվանդի հետ կապված (COMPASS սանդղակ) կամ հիվանդությանը ներհատուկ (լիմֆոմա, միելոպրոլիֆերատիվ համախտանիշ) ռիսկի գործոնները:

Գործնականում

Յիմնվելով տարբեր խորհրդատվությունների վրա՝ առանձնացնենք որոշ կարևոր կետեր (պատկեր 1)⁸

- համակարգային քիմիաթերապիա ստացող ամբուլատոր հիվանդներին խորհուրդ չի տրվում նշանակել ցածր մոլեկուլային զանգվածով հեպարինով, վիտամին K-ի ներհակորդներով կամ ՈՒԱՅՅ-ով համակարգված դեղաբանական կանխարգելում,

- անհրաժեշտ է որևէ սանդղակի միջոցով գնահատել երակային թրոմբոէմբոլիային հիվանդության վտանգը քաղցկեղի բուժման սկզբում, նաև՝ արյունահոսության վտանգը և տվյալ բուժման հնարավոր փոխազդեցությունները ուղղակի ազդեցության հաբային հակամակարոնիչների հետ,

- ԵԹԷՅ-ի առաջացման փոքր վտանգի դեպքում առաջնային դեղաբանական կանխարգելում չի ցուցվում,

- համակարգային քիմիաթերապիա ստացող ամբուլատոր հիվանդների մոտ, ԵԹԷՅ-ի առաջացման մեծ վտանգի պարագայում (Khorana սանդղակով ստացված միավորը մեծ է կամ հավասար է 2-ի, իսկ ոմանց մոտ՝ ենթաստամոքսային գեղձի ցանկացած քաղցկեղ) և ակտիվ արյունահոսության բացակայության ու արյունահոսության բարձր հավանականության բացակայության դեպքում խորհուրդ է տրվում ՈՒԱՅՅ-ով դեղաբանական կանխարգելում (ռիվարոքսաբան՝ 10 մգ/օր կամ ապիքսաբան՝ 2,5 մգ × 2/օր) կամ ՑՄՁՅ: Յիվանդին հարկավոր է բացատրել ռիսկ-օգուտ հարաբերակցությունը⁹:

Հատուկ դեպք՝ բազմակի միելոմայով հիվանդներին, որոնք բուժվում են թալիդոմիդով կամ լենալիդոմիդով՝ զու-

գակցված կորտիկոստերոիդներով և/կամ համակարգային քիմիաթերապիայով, խորհուրդ է տրվում նշանակել ԵԹԷՅ առաջնային կանխարգելում: Այս ցուցումով փոքր չափաբաժիններով ՎՄՆ-ի կամ կանխարգելիչ չափաբաժիններով ՑՄՁՅ-ի և փոքր չափաբաժիններով ասպիրինի կիրառությունը ցույց է տվել նմանատիպ արդյունքներ:

ՅԻՎԱՆԴԱՆՈՑԻՑ ԴՈՒՐՍ ՅԱՄԱԿԱՐԳՎԱԾ ԿԱՆԽԱՐԳԵԼՈՒՄ ՉԻ ՑՈՒՑՎՈՒՄ

Քաղցկեղով հիվանդների շրջանում ԵԹԷՅ-ի առաջացման վտանգն էապես տարբերվում է կախված քաղցկեղի տեսակից, դրա փուլից, բուժման եղանակից, ինչպես նաև հիվանդին հատուկ ռիսկային գործոններից:

Կանխարգելիչ բուժումը ցուցվում է (եթե չկա հակացուցում) սուր հիվանդության կամ քաղցկեղի վիրահատության պատճառով հոսպիտալացման ժամանակահատվածում, իսկ քաղցկեղի ակտիվ փուլում գտնվող ամբուլատոր հիվանդների դեպքում ԵԹԷՅ-ի դեղաբանական կանխարգելումը համակարգային բնույթ չի կրում: Կանխարգելիչ հակամակարոնիչ բուժումը հարկ է քննարկել միայն թրոմբոզի առաջացման մեծ վտանգի հակված հիվանդների համար, որոնք չունեն արյունահոսության լուրջ վտանգ ոչ միայն բուժման սկզբում, այլև ընթացքում: Այս բուժումը ներկայումս քիչ է կիրառվում, քանի որ լրացուցիչ հետազոտությունների կարիք կա՝ հիվանդներին ավելի ճիշտ ընտրելու և Նրանց բուժման լավագույն տարբերակն առաջարկելու համար:

RÉSUMÉ PROPHYLAXIE DE LA MALADIE THROMBOEMBOLIQUE VEINEUSE AU COURS DES CANCERS

La maladie thromboembolique veineuse (MTEV) au cours des cancers est fréquente. Il s'agit d'une cause importante de morbidité et de mortalité des personnes concernées. La prophylaxie médicamenteuse pose la question du risque hémorragique chez ces patients fragiles, ce qui explique la nécessité de sélectionner la population la plus à risque d'événements thromboemboliques, en fonction du type de cancer et des facteurs de risque de thrombose propres au patient. Alors que les modalités de la prévention sont bien établies lors d'une hospitalisation pour une affection aiguë ou une chirurgie du cancer, le plus souvent par héparine de bas poids moléculaire, des questions demeurent quant à l'indication d'une prophylaxie pour les patients ambulatoires recevant une chimiothérapie, et à la place des anticoagulants oraux directs dans cette indication.

SUMMARY PREVENTION OF VENOUS THROMBOEMBOLISM IN PATIENTS WITH CANCER

Risk of venous thromboembolism (VTE) is elevated in cancer and leads to high morbidity and mortality in this population. Drug prophylaxis is questionable, due to hemorrhagic risk in these patients, and explains the importance of selecting high risk population, depending on the type of cancer and on individual risk factors for thrombosis. While the indications for prevention are well established during hospitalization for an acute condition and during cancer surgery, mostly with low molecular weight heparin, questions persist as to the indication of prophylaxis for outpatients receiving chemotherapy, and to the place of direct oral anticoagulant in this indication.

ՀՊՈՒՍԵՐ

1. Rutjes AW, Porreca E, Candeloro M, Valeriani E, Di Nisio M. Primary prophylaxis for venous thromboembolism in ambulatory cancer patients receiving chemotherapy. *Cochrane Database Syst Rev* 2020;12:CD008500.
2. Key NS, Khorana AA, Kuderer NM, Bohlke K, Lee AYY, Arcelus JJ, et al. Venous thromboembolism prophylaxis and treatment in patients with cancer: ASCO clinical practice guideline update. *J Clin Oncol* 2020;38:496–520.
3. Farge D, Frere C, Connors JM, Ay C, Khorana AA, Munoz A, et al. 2019 international clinical practice guidelines for the treatment and prophylaxis of venous thromboembolism in patients with cancer. *Lancet Oncol* 2019;20:e566–e581.
4. Lyman GH, Carrier M, Ay C, Di Nisio M, Hicks LK, Khorana AA, et al. American Society of Hematology 2021 guidelines for management of venous thromboembolism: prevention and treatment in patients with cancer. *Blood Adv* 2021;5:927–74.
5. AFSOS, Association francophone des soins oncologiques de support. Prise en charge de la maladie thromboembolique veineuse en cancérologie [en ligne] Disponible sur: https://www.afsos.org/wp-content/uploads/2018/12/Prise-en-charge-de-la-maladie-thromboembolique-veineuse-en-canc%C3%A9rologie_2021.pdf
6. Streiff MB, Holmstrom B, Angelini D, Ashrani A, Elshoury A, Fanikos J, et al. Cancer-associated venous thromboembolic disease, version 2.2021. NCCN practice guidelines in oncology. *J Natl Compr Canc Netw* 2021;19:1181–201.
7. Khorana AA, Kuderer NM, Culakova E, Lyman GH, Francis CW. Development and validation of a predictive model for chemotherapy-associated thrombosis. *Blood* 2008;111:4902–7.
8. Carrier M, Abou-Nassar K, Mallick R, Tagalakis V, Shivakumar S, Schattner A, et al. Apixaban to prevent venous thromboembolism in patients with cancer. *N Engl J Med* 2019;380:711–9.



Santé Arménie

Բժշկել, կրթել և կառուցել Հայաստանում

ԵՐԱԿԱՅԻՆ ԹՐՈՄԲՈՒՄԲՈՒԼԱՅԻՆ ՅԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆ ԵՎ ՔԱՂՑԿԵՂ. 10 հիմնական ուղերձներ

Չողվածաշարը պատրաստվել է պրոֆեսոր Ալենսանդրա Բուրա-Ռիվիերի խորհրդատվության հիման վրա

Անոթային բժշկության բաժանմունք, Համալսարանական հիվանդանոցային կենտրոն, Թուլուզի Պոլ Սաբատիե համալսարան և INNOVIE կլինիկական հետազոտությունների ազգային ենթակառուցվածք

bura-riviere.a@chu-toulouse.fr

Ա.Բուրա-Ռիվիերը տեղեկացնում է, որ Bayer և BMS-Pfizer ընկերությունների համար որոշակի միջամտությունների մասին:

1 Քաղցկեղի առկայության դեպքում երակային թրոմբոէմբոլիային հիվանդության (ԵԹԷՅ) վտանգը բազմապատկվում է 6-ով:

2 Առանց վտանգի որոշակի գործոնների առկայության երակային թրոմբոէմբոլիային հիվանդության դեպքում թաքսված քաղցկեղի տարածվածությունը կազմում է 5-10%: Այդ քաղցկեղների մեծ մասը բացահայտվում է թրոմբոզի ախտորոշմանը հաջորդող մեկ տարվա ընթացքում:

3 Նոր ախտորոշված երակային թրոմբոէմբոլիային հիվանդության դեպքում, երբ հիմնական հրահրող գործոնը բացակայում է, քաղցկեղի որոնումը ներառում է մանրակրկիտ անամնեզ և կլինիկական հետազոտություն, լաբորատոր նվազագույն գնահատական և ընդհանուր բնակչության շրջանում ծրագրված սքրինինգի թարմացում: Ավելի ընդլայնված ռազմավարությունները գնահատման փուլում են:

4 Ցածր մոլեկուլային զանգվածով հեպարինները (ՑՄՁՅ) ավելի արդյունավետ են քաղցկեղի հետ համակցված երակային թրոմբոէմբոլիային հիվանդության բուժման առաջին վեց ամիսների ընթացքում, քան վիտամին K-ի ներհակորդները: Ուղղակի ազդեցության հաբային հակամակարդիչների արդյունավետությունն առնվազն համեմատելի է ՑՄՁՅ-ների արդյունավետությանը:

5 Քաղցկեղով զուգակցված նոր ախտորոշված երակային թրոմբոէմբոլիային հիվանդությունը բուժելիս հակամակարդիչի ընտրությունը կախված է արյունահոսության վտանգից, քաղցկեղի տեսակից և ուղեկցող հակաուռուցքային բուժումից: Կասկածի դեպքում խորհուրդ է տրվում ստանալ փորձագիտական եզրակացություն:

6 Վեց ամիս անց ցածր մոլեկուլային զանգվածով հեպարիններով կամ ուղղակի ազդեցության հաբային հակամակարդիչներով բուժումը, հեշտ տանելիության դեպքում, շարունակում են այնքան ժամանակ, քանի դեռ քաղցկեղն ակտիվ է, կամ բուժման ընթացքում ներառելով հորմոնային բուժումը:

7 Վերին վերջույթների երակային թրոմբոզը հանդիպում է կենտրոնական երակային կաթետեր կրող քաղցկեղով հիվանդների 2-6%-ի շրջանում: Ախտորոշման պահին թոքային էմբոլիայի դեպքում մեծանում է երակային թրոմբոզի ախտակրկության վտանգը:

8 Քաղցկեղի հետ կապված վերին վերջույթի խորանիստ երակների թրոմբոզն անհրաժեշտ է բուժել հակամակարդիչների ապաքինող չափաբաժնով առնվազն երեք ամիս ցածր մոլեկուլային զանգվածով հեպարինների կամ ուղղակի ազդեցության հաբային հակամակարդիչների կիրառմամբ: Միշտ չէ, որ հարկավոր է հեռացնել կաթետերը:

9 Բացի սուր հիվանդության կամ քաղցկեղի վիրահատության պատճառով հոսպիտալացման ժամանակահատվածից, ակտիվ քաղցկեղով ամբուլատոր հիվանդների համակարգային ԵԹԷՅ-ի կանխարգելիչ բուժում չի ցուցվում: Այն հարկավոր է քննարկել միայն թրոմբոզի մեծ վտանգի դեպքում, երբ արյունահոսության վտանգը փոքր է ոչ միայն բուժման սկզբում, այլև ընթացքում:

10 Քիմիաթերապիա ստացող ամբուլատոր հիվանդների համար կանխարգելիչ բուժման ցուցումը, ինչպես նաև այդ նպատակով ուղղակի ազդեցության հաբային հակամակարդիչների կիրառման դերը դեռևս ուսումնասիրության փուլում են:

Սա ի՞նչ է



88-ամյա տղամարդ, որ հիվանդանոց է ընդունվել սակավաերկաթային անեմիայի պատճառով:

Ա. Ռեկլինգաուզենի հիվանդություն

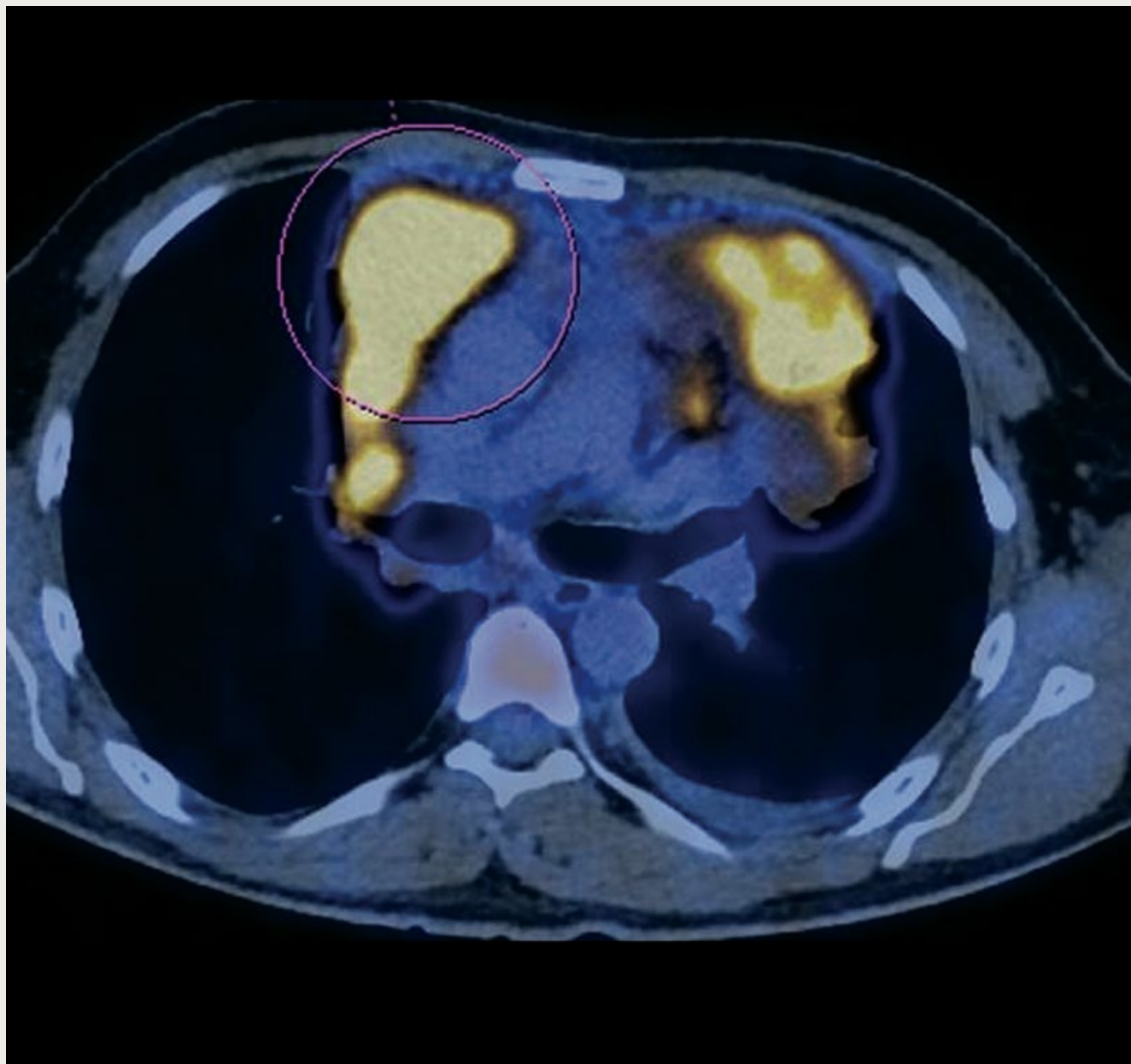
Բ. Սեբորեիկ կերատոզ

Գ. Ադենոկարցինոմայի երկրորդային տեղակայումներ

Դ. Լեյկեմիայի մաշկային դրսևորում (Լեյկեմիդներ)

Ե. Տափակբջջային կարցինոմաներ
ՊԱՏԱՆԱՆԸ՝ էջ 42

Սա ի՞նչ է



40-ամյա տղամարդ, որ գանգատվում է կրծքավանդակի ցավերից և տենդով ու քրտնարտադրությամբ ուղեկցվող ընդհանուր վիճակի խանգարումից:

- Ա. Պերիկարդիտ
- Բ. Ուրցագեղձի ուռուցք՝ թիմոմ
- Գ. Պերիկարդի ճարպային բջջանքի իշեմիա

- Դ. Հոջկինի հիվանդություն
- Ե. Ստոծանու ճողվածք
ՊԱՏԱՏԱՆԸ՝ էջ 42

WWW.LAREVUEDUPRATICIEN.FR

Սա ի՞նչ է

Բերանախոռոչային դրսևորմամբ բացահայտված պալարախտ

ՄԻԱԿ-ով ապրող և բուժումը դադարեցրած 56-ամյա տղամարդը հիվանդանոց էր դիմել խոցամեռուկային լնդաբորբով (պատկեր 1) և երկկողմանի ենթաստործնոտային ավշիանգուցների բորբոքումով, որոնք զարգացել էին երեք շաբաթվա ընթացքում: Բիոպսիան բացահայտել էր հսկաբջջային էպիթելիոիդային գրանուլոմաներ, կազեինային մեռուկացում (պատկեր 2) և միկոբակտերիաներ: Կրծքավանդակի պատկերային հետազոտությունն ի հայտ էր բերել տարածուն պալարախտին բնորոշ թոքային հանգուցիկներ (պատկեր 3):

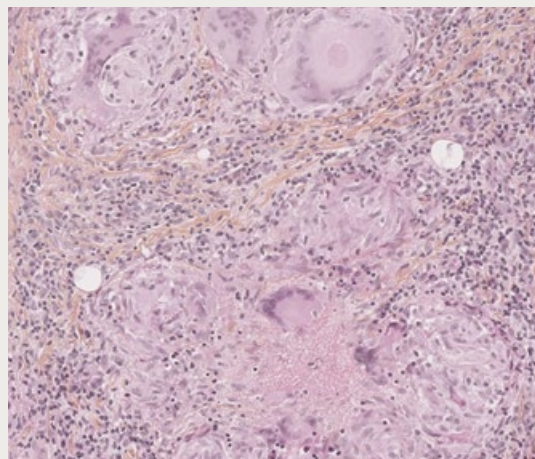
Բուժառուն ստացել է նախնական քառաբուժում (իզոնիազիդ, ռիֆամպիցին, պիրազինամիդ, էթամբուտոլ), որի ընթացքում հնարավոր է եղել վերականգնել հակառետրոփրոուսային բուժումը, այնուհետև նշանակվել է երկբուժում (իզոնիազիդ, ռիֆամպիցին): Բուժման ընթացքում բերանի խոռոչի ախտանշաններն ունեցել են հետընթաց զարգացում, և 4-ամսյա հսկողության արդյունքում արձանագրվել է նկատելի բարելավում:

Պալարախտն ունի արտաթոքային ձևեր, որոնց 0,1-5 % -ը տեղակայված է լինում բերանի խոռոչում: Դրանք, լինելով քիչ հայտնի, ունեն ատիպիկ տեսք, ինչն էլ ախտորոշման «դեբեդումների» և հիվանդության վարման ուշացման պատճառ է դառնում¹:

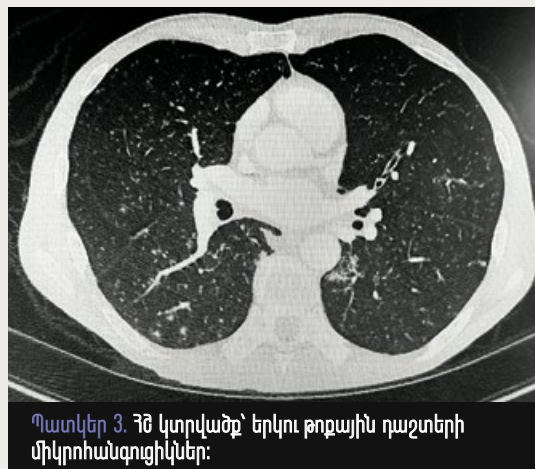
Ախտահարումները կարող են լինել առաջնային, որոնց բնորոշ են պարանոցային ավշիանգուցների բորբոքման հետ զուգակցված խոցեր, կամ, ավելի հաճախ, երկրորդային՝ պայմանավորված ցուպիկի ուղղակի ազդեցությամբ՝ ցուպիկով հարուստ խորխի կամ արյան միջոցով: Լեզվի ախտահարումն ամենատարածվածն է, սակայն հանդիպում են նաև քիմքի, շրթունքների և լնդերի ախտահարումներ: Խոցն ամենաբնորոշ ախտահարումն է, հնարավոր են նաև հանգուցիկներ, պալարոուցքներ (տուբերկուլոմա), նուլիսկ՝ օստեոմիելիտ²: Բերանի խոռոչի պալարախտը ենթադրում է հրատապ բազմամասնագիտական վարում: Համապատասխան բուժումները հնարավորություն կտան ունենալու ախտադադար:



Պատկեր 1. Ստորին շրթունքի լորձաթաղանթ՝ անկանոն եզրերով խոց՝ զուգակցված միջատամային լնդապտկիկների մեռուկացման հետ:



Պատկեր 2. ՀԷՋ (հեմալուն-էոզին-զաֆրան) գունավորում: էպիթելիոիդային և հսկաբջջային գրանուլոմաներ, կենտրոնական կազեինային մեռուկացում, եզրագծող լիմֆոցիտային ներսփռում:



Պատկեր 3. Հծ կտրվածք՝ երկու թոքային դաշտերի միկրոհանգուցիկներ:

Լորիան Լե Գալ՝
Բենուա դը Յարժեր՝
Կլիս Գոյուն՝
Պոլին Քիլո՝
Սկարլետ
Ազրո-Գորո՝
ժուլիետ Ռոշֆոր՝
* Փարիզի

համալսարան,
ատամնաբուժության
բաժանմունք, Լա
Պիտիե-Սալպետրիեր
հիվանդանոց,
Փարիզ, Ֆրանսիա
** Սորբոնի

համալսարան,
ախտաբանական
անատոմիայի
բաժանմունք,
Պետական

օժանդակության
փարիզյան
հիվանդանոցների
միավորում
(AP-HP), Պիտիե-
Սալպետրիեր
հիվանդանոց,
Փարիզ, Ֆրանսիա

*** Ատամնա-
բուժական և
դիմաձևոտային
վիրաբուժության
բաժանմունք,
Պիտիե- Սալպետրիեր
հիվանդանոց,
Սորբոնի

համալսարան,
Փարիզ, Ֆրանսիա
legal.laurian@
gmail.com

juliette.rochefort@
aphp.fr

Հեղինակները
հայտարարում
են, որ այս
հրապարակմամբ
որևէ շահ չեն
հետապնդում:

ՀՊՈՒՍՆԵՐ

1. OMS, Organisation mondiale de la santé. Rapport sur la tuberculose dans le monde [en ligne]. 2019. Disponible sur: https://www.who.int/tb/publications/global_report/gtbr2019_ExecutiveSummary_fr.pdf
2. Jain P, Jain I. Oral manifestations of tuberculosis: step towards early diagnosis. J Clin Diagn Res. 2014;8:ZE18–21.

Սա ի՞նչ է

Կեղծ դերմատիտ՝ բշտիկային դերմատոզի նմանակմամբ

54-ամյա այս բուժառուին, չամուսնացած, սոցիալապես անապահով խավից, նկարագրում էր պարբերաբար կրկնվող էրոզիվ-կեղևային ախտահարումներ, որոնք զարգանում էին արդեն տասը տարվա ընթացքում: Բշտիկներից մեկի մաշկային բիոպսիան ցույց տվեց ներվերնամաշկային շերտազատում, իսկ հակամարմինների՝ հակա-DSC1 և 3, հակա-BP180 և BP230, հակա-էնվոպալակին-պերիպլակին և կոլագեն VII, հետազոտությունը բացասական էր: Բուժող բժշկի Նշանակած կորտիկոստերոիդային հաբերով և ազաթիոպրինով 3 տարի շարունակ տևած բուժման արդյունքում ախտակրկնությունները հաճախակի էին: Վերջույթներին (պատկեր 1 և 2) և ծախ կրծքին (պատկեր 3) կային էրոզիվ մակերեսներ՝ հստակ, կլորավուն և գծային եզրերով, ծածկված արյունահոսող կեղևներով: Նիկոլյակու ախտանշանը բացասական էր: Քանի որ բուժառուին անկարող էր բացատրել ախտահարումների առաջացման պատճառը, ուստի, ելնելով դրանց խիստ սահմանափակ լինելուց, հասանելի գոտիներում տեղակայումից, իմունաբանական հետազոտության բացասական արդյունքից և հոգեբուժական գնահատումից, որը հատկապես բացահայտեց ընկճախտ և ուշադրությունն իր վրա հրավիրելու կարիք, ենթադրվեց կեղծ դերմատիտ՝ աուտոիմուն բշտիկային դերմատոզի նմանակմամբ: Հերմետիկորեն փակ վազելինապատ վիրակապերը, հակաընկճախտային բուժումը, կորտիկոստերոիդային դեղամիջոցների պակասեցումը և ազաթիոպրինի ընդունման դադարեցումը հանգեցրին վերջերի լիակատար սպիացմանը՝ առանց ախտակրկնությունների (տասնութամսյա դիտարկում):

Կեղծ դերմատիտը մաշկային այն հիվանդություններից է¹, որոնք առաջացնում է ինքը՝ բուժառուին, հաճախ տորոբելու կամ շփելու միջոցով, հոգեկան խանգարումների պատճառով: Դրա վարումը բազմամասնագիտական է (մաշկաբան, ախտաբան, հոգեբույժ), ինչը հաճախ դժվարանում է, քանի որ բուժառուին ժխտում է իր պատասխանատվությունը^{2,3}: Կեղծ դերմատիտը կարող է նմանակել բազմաթիվ մաշկային խանգարումներ, հատկապես՝ ներվերնամաշկային բշտային դերմատոզը^{4,5}, ուստի անհրաժեշտ է հիշել դրա գոյության մասին: Հյուվածաբանորեն սկզբնական շրջանում հատկավոր շերտում ի հայտ է գալիս բշտիկներով սպոնգիոզ, այնուհետև առաջանում են բուշտեր և ներվերնամաշկային շերտազատում: Կարող են նաև դիտարկվել ականթոզ, բազմամիջուկային կերատինոցիտներ կամ շուրջանոթային ներսփռանքներ:

ԳՂՈՒՄՆԵՐ

1. Azurdia RM, Guerin DM, Sharpe GR. Recurrent bullous dermatitis artefacta mimicking immunobullous disease. Br J Dermatol 2000;143:229-30.
2. Rodríguez Pichardo A, García Bravo B. Dermatitis artefacta: a review. Actas Dermosifiliogr 2013;104:854-66.
3. Gieler U, Consoli SG, Tomás-Aragones L, Linder DM, Jemec GBE, Poot F, et al. Self-inflicted lesions in dermatology: terminology and classification—a position paper from the European Society for Dermatology and Psychiatry (ESDaP). Acta Derm Venereol 2013;93:4-12.
4. Tittelbach J, Peckruhn M, Elsner P. Histopathological patterns in dermatitis artefacta. J Dtsch Dermatol Ges 2018;16:559-64.
5. Chandran V, Kurien G. Dermatitis artefacta. In: StatPearls [en ligne]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 Jan. 2022 Feb 6. PMID: 28613686



Պատկեր 1. Զախ վերին վերջույթի հստակ սահմանագծված կլորավուն և գծային գերգունակավորված էրոզիվ կամ սպիացած ախտահարումներ:



Պատկեր 2. Ստորին վերջույթների գծային էրոզիաներ ծածկված հստակ սահմանագծված, երկկողմանի և համաչափ արյունահոսող կեղևով:



Պատկեր 3. Զախ կրծքի և միջկրծքագեղձային ակրոսի՝ հստակ սահմաններով կլորավուն և գծային էրոզիվ ախտահարումներ:

Հանան Դաֆլաուի՝ Սառա Բենսալեմ՝ Խաղիջա Կադար՝ Նադա Ջիզի՝՝ Սիհամ Դիխայ՝՝

* Մաշկաբանության, վեներաբանության և պերգաբանության բաժանմունք, CHU Մոնամեդ-ՎI, Համալսարանական ԲԿ, Ռոժա, Մարոկկո

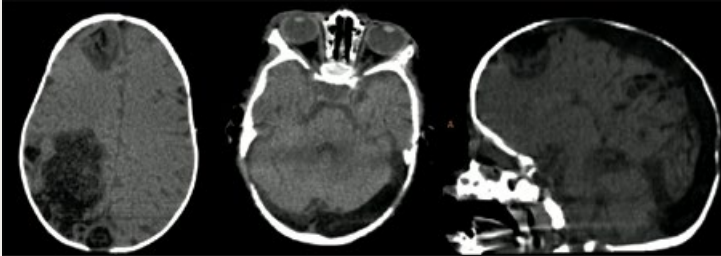
** Համաճարակաբանության, կլինիկական հետազոտության և հանրային առողջության լաբորատորիա, Ռոժայի բժշկական և դեղագործական ֆակուլտետ, Մոնամեդ-ՎI համալսարան, Ռոժա, Մարոկկո

hanane.dafiaoui@gmail.com

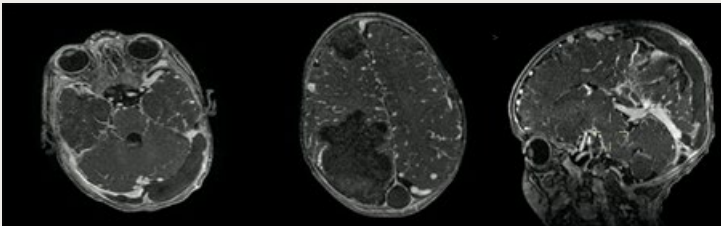
Հեղինակները հայտարարում են, որ այս հրապարակմամբ որևէ շահ չեն հետապնդում:

Սա ի՞նչ է

Առաջնային գերխոլեսթերոլեմիա



Պատկեր 1. Գլխուղեղի ԴՇ՝ առանց կոնտրաստանյութի ներարկման. գլխուղեղի աջ կիսագնդի ճակատային և գագաթային բլթերի պարենխիմալ ախտահարումներ և սագիտալ (sinus sagittalis) ու լայնական (sinus transversus) երակածոցերի՝ ճարպային խտության ազդանշանումով դրսևորվող թրոմբոֆլեբիտ:



Պատկեր 2. Գլխուղեղի ՄՌՑ, T1 հաջորդականությունը կոնտրաստանյութի կիրառումից հետո ցույց է տալիս գլխուղեղի աջ կիսագնդի ճակատային և գագաթային բլթերի պարենխիմալ ճարպային ազդանշանումով դրսևորվող ախտահարման երկու օջախ, ինչպես նաև գլխուղեղի սագիտալ ու լայնական երակածոցերի ճարպային պարունակությամբ թրոմբոֆլեբիտ:

Անտանեկան գերխոլեսթերոլեմիան ճարպափոխանակության անուսումային դոմինանտ ժառանգական խանգարում է, հանգեցնում է ցածր խտության լիպոպրոտեինների (ՅԽԼ) բարձր կոնցենտրացիայի ազդեցությանը ողջ կյանքի ընթացքում: Հազվադեպ է ախտորոշվում մանկության վաղ տարիքում: Խոլեսթերինն էական նշանակություն ունի նյարդաքեղեքների ֆիզիոլոգիայի համար, որպես բջջային թաղանթների հիմնական բաղադրիչ՝ այն նպաստում է իոնային թափանցելիության, բջիջների ձևազույցման, միջբջջային փոխազդեցության և միջթաղանթային ազդանշանափոխանակման կարգավորմանը¹: Բուժառուները հիմնականում տառապում են մաշկի և աչքերի ախտահարումներից: Ծանր աթերոսկլերոզը ներառում է բազմաթիվ անոթային հուներ, այդ թվում՝ գլխուղեղային և ծայրամասային անոթային համակարգերը²: Սակայն առաջնային գերխոլեսթերոլեմիայի նյարդաբանական բարդություններ գրականության մեջ չեն նկարագրված:

ՀՊՈՒՄՆԵՐ

1. Martin MG, Pfiieger F, Dotti CG. Cholesterol in brain disease: sometimes determinant and frequently implicated. EMBO reports 2014;15:1036-52.
2. Schaefer EJ, Santos RD, Goldsmith LA, et al. Xanthomatosis and lipoprotein disorders. In: Dermatology in general medicine. Blacklick (OH) : McGraw-Hill Professional, 2012:1601.

Այս 5 ամսական կրծքի երեխան շտապօգնության բաժանմունք էր ընդունվել գեներալիզացված ցնցումային նոպայով: Նա ծնվել էր ազգակցական ամուսնությունից, բնական ծննդողիներով, առանց նեոնատալ և նախորդող նշանակալի ախտաբանական խնդիրների: Կլինիկական հետազոտությամբ հայտնաբերվեց տենդային մենինգեալ համախտանիշ: Հրատապ իրականացվեցին արյան լաբորատոր հետազոտություն, ողնուղեղային հեղուկի նմուշառում, գլխուղեղի համակարգչային և մագնիսական ռեզոնանսային շերտագրություններ (**պատկեր 1 և 2**): Արյան և ողնուղեղային հեղուկի նմուշներն ունեին կաթնաճարձի տեսք, ինչը վկայում էր բակտերիալ մենինգիտի մասին: Լիպիդային պրոֆիլը զգալիորեն խանգարված էր. ընդհանուր գերխոլեսթերոլեմիան՝ 17 գ/լ էր՝ ՅԽԼ-խոլեսթերինի շատ բարձր և ԲԽԼ-խոլեսթերինի շատ ցածր մակարդակներով:

Պատկերային հետազոտությունը ցույց էր տալիս գլխուղեղի աջ կիսագնդի ճակատային և գագաթային բլթերի պարենխիմալ ճարպային ազդանշանումով դրսևորվող ախտահարումներ, ինչպես նաև գլխուղեղի սագիտալ (sinus sagittalis) ու լայնական (sinus transversus) երակածոցերի և որոշ կեղևային երակների՝ ճարպային ազդանշանումով դրսևորվող թրոմբոֆլեբիտ: Ախտորոշվեց առաջնային գերխոլեսթերոլեմիա: Կրծքի երեխան տեղափոխվեց վերակենդանացման բաժանմունք, նշանակվեց ցածրճարպային սննդակարգ:

Սիհամ Նասրի, Լեյա Մահմուդի, Նորա Կենտուի, Մուհամեդ Արդալ, Իման Սկիկե
Ռենտգենաբանության բաժանմունք, Մուհամեդ-VI համալսարանական ԲԿ, Ռիդա, Մարոկկո
lailamhd916@gmail.com

Հեղինակները հայտարարում են, որ այս հրատարակմամբ որևէ շահ չեն հետապնդում:

Սա ի՞նչ է



28-ամյա կին, որը տառապում է Բեիչեոի հիվանդությամբ և բուժվում է կոլխիցինով, խորհրդատվության է դիմել մեքսի տեղայնացած մաշկային ախտահարումների պատճառով:

- Ա. Մաշկային աֆթեր
- Բ. Գունակավորված կայուն էրիթեմա
- Գ. Մաշկային մակավարակ

- Դ. Սարկոիդոզ
 - Ե. Վակուոլոմային բուժման հետքեր
- ՊԱՏԱՆԱՆԸ՝ էջ 49

Սա ի՞նչ է



86-ամյա կին, որը հոսպիտալացվել է սրտային անբավարարության դեկոմպենսիացիա ախտորոշմամբ:

Ա. Հիպոթիրեոզ

Բ. Անգիոտենզին փոխակերպող ֆերմենտի (ԱՓՖ) արգելակիչի հարուցած անոթային այտուց

Գ. Թեթև շղթաներով (AL) ամփլոխիդ

Դ. Դաունի համախտանիշ

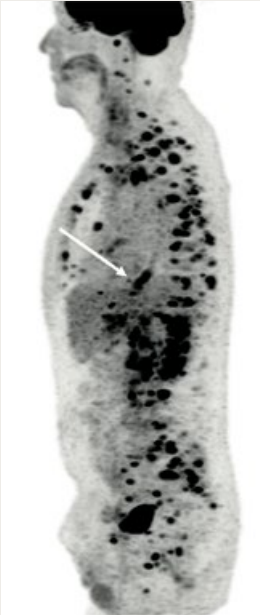
Ե. Սկոդբուտ

ՊԱՏԱՍԽԱՆԸ էջ 49

WWW.LAREVUEDUPRATICIEN.FR

Սա ի՞նչ է

Ներքին լծերակի թրոմբոզ և կերակրափողի ադենոկարցինոմա



63-ամյա այս բուժառույն դիմել էր բժշկի ընդհանուր վիճակի վատթարացման համատեքստում որովայնա-կրծքային ցավերի պատճառով, որոնք ուղեկցվում էին ընդերային և գոտկային ավշահանգույցների ախտահարմամբ: Ֆտորդեօքսիպլոկազայով պոզիտոնային արտանետման շերտագրությունը ցույց էր տվել գերնյութափոխանակային բազմաթիվ օջախներ ավշահանգույցներում և ոսկրերում (**պատկեր 1**), ինչպես նաև ադենոկարցինոմային բնորոշ ինտենսիվ գերնյութափոխանակություն կերակրափողի ստորին հատվածում: Նաև առկա էր ճախ ներքին լծերակի շրջագծային գերնյութափոխանակություն՝ տարածված մինչև համապատասխան բազկազլխային երակը, որը ՅՇ պատկերում արտահայտվում էր ինքնաբերական գերխիտ տեսքով (**պատկեր 2**): Այս շեղումները շատ նման էին թրոմբոզի: Երակների դոպլեր ուլտրաձայնային հետազոտությունը հաստատեց այդ ախտորոշումը:

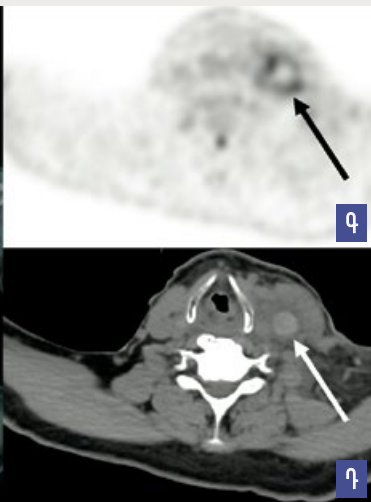
Պատկեր 1. ՊԱՇ-ՖԳԳ (ԱԻՊ) (Ֆտորդեօքսիպլոկազայով պոզիտոնային արտանետման շերտագրություն – Առավելագույն ինտենսիվության պրոյեկցիա): Ավշահանգույցային և ոսկրային գերնյութափոխանակային բազմաթիվ օջախներ, կերակրափողի ստորին հատվածի ինտենսիվ գերնյութափոխանակություն՝ կերակրափողի քաղցկեղ (սլաք):

Երակային թրոմբոզիային հիվանդությունը (ԵԹԷՅ) բազմագործոն հիվանդություն է՝ կապված արյան մակարդան համակարգի անհավասարակշռության հետ: Քաղցկեղով ախտահարված բուժառույների մոտ ԵԹԷՅ-ի զարգացման հավանականությունը յոթ անգամ մեծ է, քան նորագոյացություններ չունեցող բուժառույների շրջանում¹: Կերակրափողի քաղցկեղի դեպքում ԵԹԷՅ-ով հիվանդացությունը գնահատվում է մոտավորապես 13,4%²: Մետաստազային կարգավիճակը զուգորդվում է ԵԹՅ-ի էլ

ավելի մեծ վտանգի հետ³: Նմանապես, քաղցկեղի ախտորոշումից հետո առաջին ամիսները համահարաբերակցված են թրոմբոզիային իրադարձությունների ավելի բարձր հաճախականության հետ³: Երբ որևէ պատճառ չի հայտնաբերվում, ապա բավական հաճախ ԵԹԷՅ-ն կարող է վկայել նորագոյացության մասին⁴: Այս համատեքստում ԵԹԷՅ-ի առաջին շարքի բուժումը հիմնվում է ցածր մոլեկուլային զանգվածով հեպարինների վրա⁴:

Լանդրի Դարլեյ՝
Քլեման Դրոնե՝
Կլեքսանդր Քոչե՝**
*Միջուկային բժշկության բաժանմունք, ժորժ Ֆրանսուա Լեկլեր կենտրոն CCFR, Դիժոն, Ֆրանսիա
**Բուրգունդիա Ֆրանս-Կոնտեի համալսարան, կրթագիտահետազոտական բաժանմունք՝ բժշկական և դեղագործական գիտություններ, Դիժոն, Ֆրանսիա
landry.darley@gmail.com

Ա. Քոչեյ և Լ. Դարլեյը հայտարարում են, որ այս հրատարակմամբ որևէ շահ չեն հետապնդում:
Ք. Դրոնե հայտարարում է, որ GE Healthcare ընկերությունը հոգացել է համաժողովի կապակցությամբ իր տեղաշարժի ծախսերը:



Պատկեր 2. ԴՇ/ՊԱՇ միաձուլում, ճակատային կտրվածք (Ա), լայնական կտրվածք (Բ), ՊԱՇ (Գ) և ԴՇ (Դ): Ճախ ներքին լծերակի շրջագծային գերնյութափոխանակություն, որը տարածվում է մինչև բազկազլխային երակը՝ ԴՇ պատկերում ինքնաբերական գերխիտ տեսքով: Թրոմբ (սլաքներ):

ՀՂՈՒՄՆԵՐ

1. Falanga A, Marchetti M, Vignoli A. Coagulation and cancer: biological and clinical aspects. *J Thrombosis and Haemost* 2013;11:223–33.
2. Marshall-Webb M, Bright T, Price T, Thompson SK, Watson DI. Venous thromboembolism in patients with esophageal or gastric cancer undergoing neoadjuvant chemotherapy. *Dis Esophagus* 2017;30:1–7.
3. Wun T, White RH. Epidemiology of cancer-related venous thromboembolism. *Best Pract Res Clin Haematol* 2009;22:9–23.
4. Farge D, Frere C, Connors JM, Ay C, Khorana AA, Munoz A, et al. 2019 international clinical practice guidelines for the treatment and prophylaxis of venous thromboembolism in patients with cancer. *Lancet Oncol* 2019;20:e566–e581.

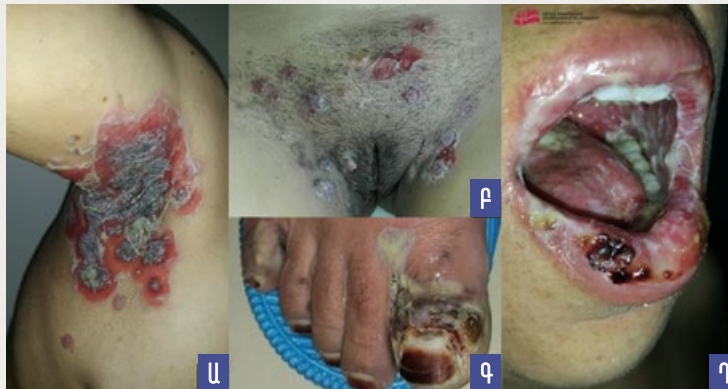
Մա ի՛նչ է

Հալոպո տեսակի աճական բշտախտ (պեմֆիգոս)

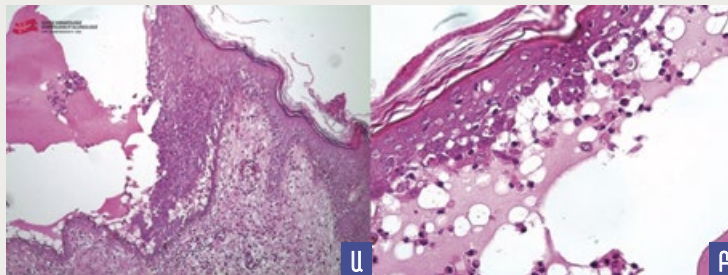
39-ամյա այս բուժառուն դիմել էր բժշկի վեց ամսվա ընթացքում զարգացող խոցային-բողբոջող բազմաթիվ ախտահարումների գանգատով: Դրանք շրջապատված էին էպիթելային օձիքով բաղկացած մի քանի ձգված, ոչ էրիթեմատոզ հիվճով բշտերից, որոնցից մի քանիսը դասավորված էին վարդագարդի տեսքով՝ թարախաբշտիկային բարձրացած եզրագծով, և տեղակայված էին ցայլքի ու անթափոսերի ծայքերի մակարդակում: Անթափոսերում, թիակային և ցայլքային շրջանում կային նաև ոչ մազապարկային թարախաբշտիկային բազմաթիվ ախտահարումներ (**պատկեր 1**):

Լորձաթաղանթների և եղունգների զննումը ցույց էր տվել, համապատասխանաբար, էրոզիվ շրթնաբորբ (խելլիտ)՝ բերանի խոռոչի այտային մակերեսի էրոզիաներով, և եղունգների շուրջը՝ պարոնիխիա (հարեղնագաբորբ): Մաշկի բիոպսիան վկայեց խոր աճական (վեգետատիվ) բշտախտի մասին, իսկ իմունաբանական հետազոտությունը ցույց տվեց դեամոզլեին 1-ի և 3-ի նկատմամբ դրական հակամարմինների առկայություն (**պատկեր 2**):

Կլինիկական և հարկլինիկական հետազոտությունները հնարավորություն տվեցին ախտորոշելու Հալոպո տեսակի աճական բշտախտ (պեմֆիգոս): Բուժառուն ստացավ կորտիկոստերոիդային հաբերով բուժում՝ 1 մգ/կգ/օր չափաքանակով, սակայն մահացավ մինչև ռիտուքսիմաբով բուժումը սկսելը:



Պատկեր 1. Կլինիկական տեսքը՝ Ա և Բ. Խոցային-բողբոջող բազմաթիվ ախտահարումներ՝ էպիթելային օձիքով երիզված հետբշտային էրոզիաներով, գտնվում են անթափոսի ծայքերի և ցայլքի շրջանում: Գ. Եղունգի շուրջը ջրոնիկական պարոնիխիա: Դ. Ծրթնաբորբ՝ բերանի խոռոչի այտային մակերեսի էրոզիաներով:



Պատկեր 2. Հյուսվածքաբանական տեսքը. Ա. Գունավորում հեմալոն-էոզին-զաֆրանով (HES (Յ : X 50))՝ գերականթոզ, պապիլոմատոզ, որն առկա է վերին-նային տեղակայման բշտի եզրերով՝ գերաճած մաշկային կատարով, որտեղ երևում է բազմամիջուկային նեյտրոֆիլներով և էոզինոֆիլներով սպունգիոզ և էկզոցիտոզ: Բ. ՅԷՔ (Յ : X 400) գունավորում՝ մալպիգյան շերտի բջիջների տեղափոխություն՝ նրանց առկայությունը բշտում (ծագում են բշտի վերնամասից):

Հալոպո տեսակի աճական բշտախտը հազվագյուտ աուտոիմուն բշտային մաշկախտ է, որը բնութագրվում է թարախաբշտիկներով և/կամ պապիլոմատոզ գերաճումներով ախտահարելով հիմնականում ծայքերը: Ախտորոշումը հիմնված է կլինիկական, հյուսվածքաբանական և իմունաֆերմենտային (ELISA) հետազոտությունների վրա: Այս հիվանդությունից մահացությունը տարեկան հասնում է մոտավորապես 5-15%-ի: Բուժումը հիմնված է համակարգային կորտիկոստերոիդային և իմունաճնշիչ դեղամիջոցների վրա^{1,2}:

Անան Ռագրազի Ուասմին*
 Աննա Մարոկ*
 Սիհամ Դիխայ**
 Նադա Զիզի**

* Մաշկաբանության, վեներաբանության և պերդաբանության բաժանմունք, Մոնիամեդ-Վ, Համալսարանական ԲԿ, Ուժդա, Մարոկկո
 ** Համաճարակաբանության, կլինիկական հետազոտության և հանրային առողջության լաբորատորիա, Ուժդայի բժշկական և դեղագործական ֆակուլտետ, Մոնիամեդ-Ի համալսարան, Ուժդա, Մարոկկո
hanan.ouasmin@gmail.com

Յեղիակները հայտարարում են, որ այս հրապարակմամբ որևէ շահ չեն հետապնդում:

ՀՊՈՒՄՆԵՐ

- Ghanshyam K, Tegta GR, Sharma A, Kaur M, Sharma S. A rare case of extensive pemphigus vegetans. Indian Dermatol Online J 2020;11:87-90.
- Cuellar I, Mejia M, Castellanos-Angarita A, Casas-Barrera MA. Hallopeau type of pemphigus vegetans, an unusual clinical presentation of an infrequent disease. Dermatol Online J 2020;26:13030/qt91q8q1f1.

Սա ի՞նչ է

Միջնորդավորված շփումային էկզեմա՝ պայմանավորված սև հինայի ներգործությամբ

46-ամյա այս տղամարդը, առանց ատոպիայի անձնական նախադեպի, ընդունվել էր շտապօգնության բաժանմունք դեմքի և գլխամաշկի այտուցով, որն առաջացել էր պարաֆենիլենդիամին (ՊՖԴ) պարունակող սև հինայով մազի ներկի կիրառումից 24 ժամ անց: Նախկինում բուժառուի կողմից սև հինայի կիրառման ոչ մի դեպք չէր եղել, մինչդեռ նրա կինը կանոնավոր կերպով օգտագործել էր մազի նույն ներկը:

Մաշկաբանական զննմամբ գլխամաշկի ճակատային շրջանում հայտնաբերվեց կտրտված եզրագծով էրիթեմատոզ մակերես՝ քորով՝ ծածկված շիճուկային պարունակությամբ բշտիկներով: Դեմքի և գլխամաշկի արտահայտված այտուցը գերակշռում էր քունքային հատվածներում ու կոպերին (**պատկեր**):

Ուժեղ դասի (դաս 3) տեղային կորտիկոստերոիդները բարենպաստ ազդեցություն ունեցան զարգացման ընթացքի վրա: Մաշկային թեստեր չիրականացվեցին, սակայն խորհուրդ տրվեց խուսափել ՊՖԴ պարունակող ապրանքներից:



Պատկեր. Գլխամաշկի ճակատային շրջանի էկզեմա՝ զուգակցված դեմքի և գլխամաշկի մեծ այտուցով, որն ավելի արտահայտված է քունքային հատվածներում և կոպերին:

Սև հինայի նկատմամբ ալերգիկ դրսևորումները բացառիկ չեն: Լինելով փոփոխական ինտենսիվության՝ դրանք կարող են հանդես գալ տարբեր ձևերով: Սև հինայով ոչ մշտական դաջվածքներ անելիս չի կարելի անտեսել ՊՖԴ-ի նկատմամբ մաշկի նախնական զգայունության դերը: Արձանագրվել են նաև դրա ազդեցության հետևանքով միջնորդավորված շփումային դերմատիտի (մաշկաբորբ) դեպքեր՝ պայմանավորված հատկապես տղամարդկանց զգայունությամբ իրենց կանանց մազի ներկի նկատմամբ¹: Դարեր շարունակ հինաս կիրառվել է մազերը ներկելու և մարմինը զարդարելու համար: Ավելի մուգ և կայուն ներկ ստանալու նպատակով այն կիրառողները փորձում են ավելացնել այլ բաղադրիչներ, այդ թվում՝ ՊՖԴ, որը չափազանց ալերգածին է²: Արձանագրվել են սուր էկզեմայի դեպքեր՝ ծավալուն այտուցով, որոնք առաջացել են ՊՖԴ պարունակող ներկի կիրառումից հետո²: Բուժումը հիմնվում է տեղային կորտիկոստերոիդների վրա, իսկ ախտակրկնությունները կանխարգելելու համար առաջնային պայման է ալերգենից խուսափելը³:

Սորայա Առալի՝
Կառնոպր Սոֆ՝
Սիհամ Դիխայ՝**
Նադա Զիզի՝**

* Մաշկաբանության, վեներաբանության և ալերգաբանության բաժանմունք, CHU Մոնիամեդ-ՎI, համալսարանական ԲԿ,

Ուժդա, Մարոկկո

** Չամաճարա-

կաբանության, կլինիկական հետազոտության և հանրային առողջության լաբորատորիա, Ուժդայի բժշկական և դեղագործական ֆակուլտետ, Մոնիամեդ-ՎI համալսարան, Ուժդա, Մարոկկո

oraya.aouali@gmail.com

kaouther.sof@gmail.com

sihamdikhaye@gmail.com

nadazizi@hotmail.com

Դեղինակները հայտարարում են, որ այս հրապարակմամբ որևէ շահ չեն հետապնդում:

ԳՂՈՒՆԵՐ

1. Cleenerwerck MB. Allergie aux teintures capillaires: les aspects cliniques et les tests cutanés. Revue française d'allergologie 2013;53:36-40.
2. Elfatoiki FZ, Basraoui S, Dahbi Skali H, Hali F, Chiheb S. Eczéma de contact des paupières après une teinture des sourcils. Revue française d'allergologie 2020;60:603-5.
3. INRS. Eczéma des paupières d'origine professionnelle. 2003 [en ligne]. Disponible sur: <https://www.inrs.fr/media.html?refINRS=TA%2068>

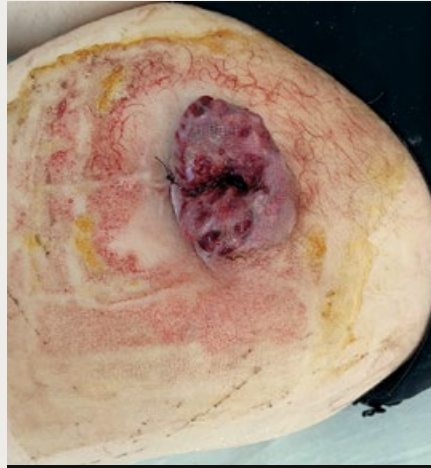
Մա ի՞նչ է

Մաշկի սարկոմա և ֆեոքրոմոցիտոմայի պատահական հայտնաբերում

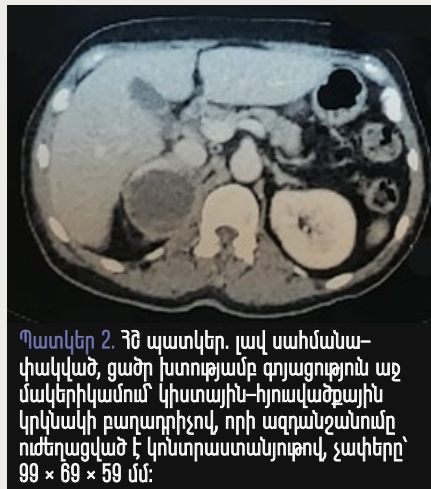
54-ամյա այս բուժառույն բժշկի էր դիմել ձախ ազդրի առջևի մակերեսի գոյացության պատճառով, որը զարգացել էր մեկ տարվա ընթացքում: Կլինիկորեն առկա էր 6 × 7 սմ չափերով ուռուցք՝ անկանոն, խոցային-բողբոջող, կարմրա-մանուշակագույն, կոշտացած հիմքով (**պատկեր 1**), նաև՝ ենթամաշկային յոթ անգույց՝ մեջքին ու ձեռքերին, և նույն կողմի աճուկային երկու մեծացած ավշահանգույց: Ուռուցքի բիոպսիան բացահայտեց ներմաշկային չարորակ հյուսվածքի ծավալում, որը բաղկացած էր էպիթելանման, մեծ չափերի կլոր բջիջներից՝ ծավալել ձվածրաձև կորիզներով գերգունավոր և անիզոկարիոզ: Իմունահյուսվածաքիմիական հետազոտության ժամանակ Melan-A-ն, P5100-ը և HMB-45-ը դրական էին: Մեջքի ենթամաշկային հանգույցի բիոպսիա-վիրահատական հեռացումը ապացուցեց մետաստազի գոյությունը: Ախտորոշվեց մաշկի բաց երանգավորմամբ բջիջներով սարկոմա (ԲԵԲՍ), իսկ տարածվածության գնահատումը ցույց տվեց գոյացություն աջ մակերիկամում (**պատկեր 2**): Ենթադրվեց ֆեոքրոմոցիտոմա, որը հետո հաստատվեց կատեխոլամինների և դրանց մեթոքսի ածանցյալների բարձր մակարդակով: Հիվանդը ենթարկվեց մակերիկամային գոյացության և մաշկի ուռուցքի վիրաբուժական հեռացման, այնուհետև ուղղորդվեց ուռուցքաբանության բաժանմունք՝ քիմիաթերապիայի համար:

Մաշկի բաց երանգավորմամբ բջիջներով սարկոման (ԲԵԲՍ), հազվադեպ ուռուցք է (փափուկ հյուսվածքների սարկոմաների 1% -ից պակաս)¹: Ախտահարում է երիտասարդներին, առանց սեռային գերակշռության², և վերջույթները, հատկապես՝ ոտնաթաթերը և ձեռքերը³: Ախտորոշումը հաստատվում է ախտաբանաանատոմիական և իմունահյուսվածաքիմիական հետազոտությամբ: Մանրադիտակային մակարդակում ԲԵԲՍ-ը, ընդհանուր առմամբ, ներկայանում է որպես շերտավոր Նորագոյացություն, որը բաղկացած է կենտրոնական ձվածրաձև կորիզներով իլիկանման բջիջներից և գունատ եռոցիկաձև առատ ցիտոպլազմայից²: Իմունահյուսվածաքիմիական հետազոտությունը դրական է HMB-45-ի, միկրոֆալմիայի տրանսկրիպցիոն գործոնի (MITF), S100 սպիտակուցի և Melan A նշիջների համար՝ համապատասխանաբար, 90, 71, 64 և 43% դեպքերում¹:

ԲԵԲՍ-ը բնութագրվում է աճի ինվազիվ բնույթով, ախտակրկության միտումամբ, ավշային տարածմամբ և թոքերի մետաստազներով: 5 սմ-ից մեծ չափի ուռուցքը, մետոկացումը, մետաստազները և տեղային ախտակրկությունը կապված են անբարենպաստ կանխատեսման հետ: Մազկիսառեզոգության շերտագրությունը հիմնականում կիրառվում է ախտահարումը և դրա տարածվածությունը բնութագրելու համար, մինչդեռ համակարգչային շերտագրությունը կամ ՊԱՀ-ը հնարավորություն են տալիս որոնելու հեռադիր մետաստազները: Բուժման հիմնական եղանակը մնում է ընդլայնված վիրաբուժական հեռացումը: Քիմիաթերապիան, սովորաբար, նախատեսված է այն բուժառույների համար, որոնց հիվանդությունը մետաստազային է⁴:



Պատկեր 1. Ձախ ազդրի առջևի մակերեսի գոյացություն՝ անկանոն, խոցային-բողբոջող, կարմրա-մանուշակագույն, կոշտացած հիմքով:



Պատկեր 2. Դժ պատկեր. լավ սահմանափակված, ցածր խտությամբ գոյացություն աջ մակերիկամում՝ կիստային-հյուսվածքային կրկնակի բաղադրիչով, որի ազդանշանումը ուժեղացված է կոնտրաստանյութով, չափերը՝ 99 × 69 × 59 սմ:

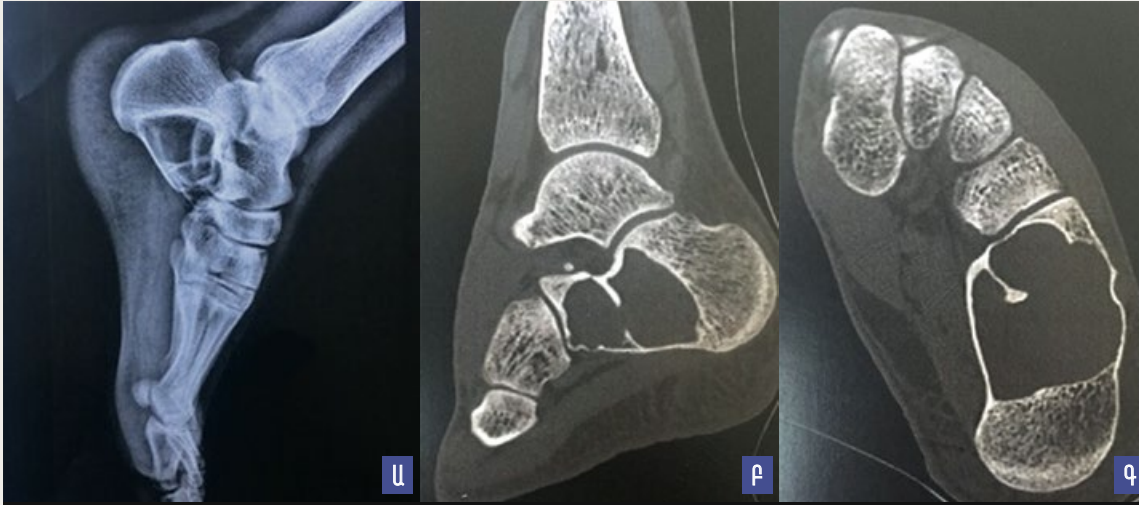
Սառա Բուարբեյլա՝
Խաղիժա Կարար՝
Աննա Սարոկ՝
Նադա Ջիզի՝
Սիհամ Դիխայ՝
* Մաշկաբանության բաժանմունք, CHU Մոհամեդ-VI համալսարանական ԲԿ, Ուժդա, Ուժդայի բժշկական և դեղագործական ֆակուլտետ, Մոհամեդ-I համալսարան, Մարոկկո
** Համաճարակաբանության, կլինիկական հետազոտության և հանրային առողջության լաբորատորիա sbouabdella@gmail.com kaddar.khadija@gmail.com hasnae.sad1994@gmail.com nadazizi@hotmail.com sihamdikhaye@hotmail.com

Դեղինակները հայտարարում են, որ այս հրապարակմամբ որևէ շահ չեն հետապնդում:

ԳՂՈՒՄՆԵՐ

- Bali A, Roy M, Chikkannaiah P, Dhorigol V. Cutaneous clear cell sarcoma: a rare aggressive tumor with potential diagnostic challenge. J Lab Physicians 2012;4:53-5.
- Albeshri MA, Ashour A. Clear cell sarcoma of the foot in an 18-year-old female. Case Rep Orthop 2019;8378106.
- Chuang YT, Lin TY, Hsu CJ. A case of cutaneous clear cell sarcoma determined by clinicopathological and cytogenetic analysis. Dermatologica Sinica 2012;30:101-4.
- Obiorah IE, Brenholz P, Özdemirli M. Primary clear cell sarcoma of the dermis mimicking malignant melanoma. Balkan Med J 2018;5:203-7.

Սա ի՞նչ է



Պատկեր. Ձախ ոտնաթաթի ռենտգենագրություն (Ա), կրունկոսկրի ռենտգենաթափանցիկ դատարկություն՝ կապված մեծ չափի ոսկրային պարզ կիստայի հետ՝ առանց ուղեկցող կոտրվածքի, որը հաստատվել է՝ նաև համակարգչային շերտագրությամբ (Բ և Գ):

Ադրիեն Վերզի՝
ժուլիեն Սամի՝
Գիյոմ Քոմա՝
Գիյոմ Միշու՝
Գրեգուար Բոկա՝
Քլին Բայա-
զուպրամանիեն՝
* Ընդհանուր
բժշկության
բաժանմունքի
ինտերններ,
Լավերանի՝ զինված
ուժերի ոսումնական
հոսպիտալ, Մարսել,
Ֆրանսիա
** Քալվիի 138-րդ
բժշկական
մասնաճյուղ, Քալվի,
Ֆրանսիա
adrien.verzi@gmail.com

Կրունկոսկրի ոսկրային կիստա

30-ամյա այս բուժառուև դիմել էր բժշկի ծախ կրունկի վրա ընկնելուց հետո: Ջննման ժամանակ արձանագրվեց ցավ կրունկոսկրի շրջակա փափուկ հյուսվածքները շոշափելիս, կարմրություն և տեղայնացված այտուց՝ առանց արյունազեղման: Ոտնաթաթի ռենտգենագրությունը պատահաբար բացահայտեց կրունկոսկրի ռենտգենաթափանցիկ դատարկություն՝ կապված մեծ չափի ոսկրային պարզ կիստայի հետ, որը հաստատվեց համակարգչային շերտագրության միջոցով՝ չգրանցելով ուղեկցող կոտրվածք (պատկեր):

Գոյություն ունի ոսկրային կիստայի երկու տեսակ՝ պարզ և անոթային ծագման անևրիզմալին՝: Դրանք միմյանցից տարբերող կողմնորոշիչ չափանիշ է տեղակայումը. պարզ կիստաները հիմնականում ախտահարում են բազկոսկրի կամ ազդոսկրի մերձադիր հատվածների մետաֆիզը, թեև կարող են նաև ախտահարվել բոլոր ոսկրերը: Մինչդեռ անևրիզմալին կիստաները չունեն նախընտրելի տեղակայում: Պատկերային հետազոտությունը (շերտապատկերներ) հնարավորություն են տալիս ճշտելու կիստաների տեսակը, ընդ որում՝ երկուսն էլ բարորակ են: Պարզ կիստաները չզարգացող, միախոռոչ կամ մասնակի միջևնապատավորված հեղուկային գոյացություններ են: Շատ տարածված են, դրանք ախտահարում են 10 000 երեխայից 1-ին և, սովորաբար, անհետանում են դեռահասության շրջանում²: Անև-

րիզմալին կիստաները արյունահոսող, միջևնապատավոր զարգացող ուռուցքներ են՝ հեղուկ պարունակության մակարդակին բնորոշ գծով: Դրանց ախտորոշումը պետք է համակարգված կերպով հաստատվի բիոպսիայով՝ բացառելու համար մագնոթալայնանքային (տելեանգիէկտագիաներով) սարկոման: Պարզ կիստայի բուժումը, դրա պարունակության արտածումից հետո, իրականացվում է կիստայի մեջ մեթիլպրեդնիզոլոնի ներարկմամբ ոչ վտանգավոր ձևերի համար և քերելով՝ կիստայում ցեմենտապլաստիկայի հետ համակցված, երբ կոտրվածքների առաջացման մեծ վտանգ կա: Երբեմն անհրաժեշտ է ոսկրային փոխպատվաստում: Անևրիզմալին կիստաների բուժումը հիմնված է ավիոհոլային սկլերաթերապիայի միջոցով էմբոլացման վրա, որին հաջորդում է պարզ կիստաների ժամանակ ցուցված վիրահատությունը:

ԳՂՈՒՄՆԵՐ

1. Mascard E, Gomez-Brouchet A, Lambot K. Bone cysts: unicameral and aneurysmal bone cyst. Orthop Traumatol Surg Res 2015;101:S119-27.
2. Moreau G, Letts M. Unicameral bone cyst of the calcaneus in children: J Pediatr Orthop 1994;14:101-4.

ՊԱՏԻՆՈՍԿԻՏՆԱ

Դեղինակները հայտարարում են, որ այս հրապարակմամբ որևէ շահ չեն հետապնդում:

65 տարեկան կամ ավելի մեծ տարեցների ընկնելը հանրային առողջապահության կարևոր խնդիրներից է: Դրա կանխարգելումը ներառում է ընկնելու չափավոր կամ մեծ վտանգի ենթակա տարեցների հայտնաբերումը, այնուհետև՝ այդ վտանգին նպաստող գործոնների շտկումը:

Տարեցների ընկնելու վտանգի գնահատում

**Յուրբեր Բլեն*
Տիմոթե Բիշե**
ժան-Քատրիստ
Ռոբիո*
Պիեռ-Լուի
Բերնար*****
* Մոնպելիեի Նա-
մայսարանական
ԲԿ-ի ծերաբանա-
կան կենտրոն,
Մետուան-Քալմե
կենտրոն,
Մոնպելիե,
Ֆրանսիա
** Նանսիի Նա-
մայսարանական
ԲԿ-ի ծերաբանա-
կան կենտրոն,
Ֆրանսիա
*** UFR STAPS,
Euromov գիտա-
հետազոտական
կենտրոն,
Մոնպելիե,
Ֆրանսիա
[h-blain@
chu-montpellier.fr](mailto:h-blain@chu-montpellier.fr)

Յ. Բլենը հայտնում է, որ մասնակցել է կոնկրետ միջոցառումների Mylan, BMS, MSD, Gilead, Janssen ընկերությունների համար:
Տ. Բիշեն, ժ.-Ք. Ռոբիոն և Պ.-Լ. Բերնարը հայտարարում են, որ այս հրապարակմանը որևէ շահ չեն հետապնդում:

Ընկնելու տարեկան հաճախականությունը 65 տարեկանից հետո մոտավորապես 30% է, 80 տարեկանից հետո՝ 50%, և շատ ավելի բարձր՝ կախյալ տարեցների կացության հաստատություններում (Կտկի): Ամեն տարի ֆրանսիայում ընկնելու պատճառով 500 000 մարդ դիմում է շտապօգնության ծառայություններ, 50 000-ը հոսպիտալացվում է, արձանագրվում է ազդրոսկրի 65 000 կոտրվածք՝ ընկնելու ամենածանր և ծախսատար բարդություններից մեկը, և մահացության 9 000 դեպք, իսկ տարեկան ծախսը գնահատվում է 2 միլիարդ եվրո¹:

Ընկնելը սնում է նաև վերստին ընկնելու վախը («ընկնելուց հետոյի» համախտանիշ), որն ավելացնում է կախվածության մեջ գտնվելու և Կտկի-ում հայտնվելու վտանգը: Ի վերջո, տարեցների ընկնելը հոգեբանական բեռ է ընտանիքի՝ նրանց խնամող անդամների համար: Այնուամենայնիվ, ընկնելը անխուսափելիություն չէ, և բազմաթիվ հետազոտություններ ցույց են տալիս, որ դա, ինչպես նաև կոտրվածքները հնարավոր է կանխել^{2,4}:

Ինչպես գնահատել ընկնելու վտանգը 65 տարեկանից հետո

Երեք հարց և երեք պարզ կլինիկական թեստեր հնարավորություն են տալիս տարբերելու ընկնելու փոքր, չափավոր կամ մեծ վտանգի ենթակա բուժառուների:

1. «*Ընթացիկ տարում արդյոք ընկել էք*»:
«Ընկնել» եզրույթը ներառում է «համարյա ընկնել» հասկացությունը, այսինքն՝ երբ հավասարակշռությունը կորցնելիս ակամա դիմում ես հենման ցածր

կետի (ձեռքը գետնին դնել, ընկնել բազմոցին հավասարակշռության կորստի ժամանակ)⁵: Ամեն տարի առանց վնասվածքների ընկնելու և «համարյա ընկնելու» մասին հարցուփորձը պետք է լինի կանոնավոր, քանի որ դրանց մասին բժիշկը շատ հաճախ տեղյակ չի լինում:

2. «*Վախենում եք ընկնել: Երբեմն ունենում եք անկայունության զգացողություն: Չարկավոր է, որ զգույշ լինեք քայլելիս*»:

Ընկնելու վախը, անկայունության զգացումը կամ նկատելիորեն զգույշ քայլելը ստիպում են մարդուն փոխել իր սովորությունները և խուսափել վտանգավոր իրավիճակներից (դուրս չգալ, երբ անձրևում է, կամ դրսում մարդաշատ է, օրինակ՝ ելնելով իրմշտոցի մեջ ընկնելու վախից):

3. Կանգնել մեկ ոտքի վրա կամ զույգ ոտնաթաթերի կեցվածք (մեկ ոտնաթաթը մյուսի դիմաց, առջևի ոտնաթաթի կրունկը դիպչում է հետևի ոտնաթաթի բուլթ մասին): տասը վայրկյան կամ ավելի այդ դիրքում մնալը Նշանակում է հավասարակշռության խանգարման բացակայություն:

4. Տասնչորս կամ պակաս վայրկյանների ընթացքում առանց ձեռքերի օգնության աթոռից հինգ անգամ իրար հետևից վեր կենալու ունակությունը Նշանակում է ստորին վերջույթների մկանային ուժի փոփոխության բացակայություն, ինչն անհրաժեշտ է հավասարակշռության կորստի դեպքում ընկնելուց խուսափելու համար:

5. *Timed up and go* (TUG) թեստի ժամանակ պահանջվում է վեր կենալ աթոռից, որը գտնվում է պատից 3 մետր հեռու, քայլել դեպի պատը, առանց դրան դիպչելու շրջվել, վերադառնալ դեպի աթոռն ու նստել: Տասնչորս վայրկյա-

նից պակաս ժամանակահատվածում իրականացված TUG-ը հաստատում է շարժունակության խանգարման, հետևաբար՝ քայլելու դժվարության բացակայությունը:

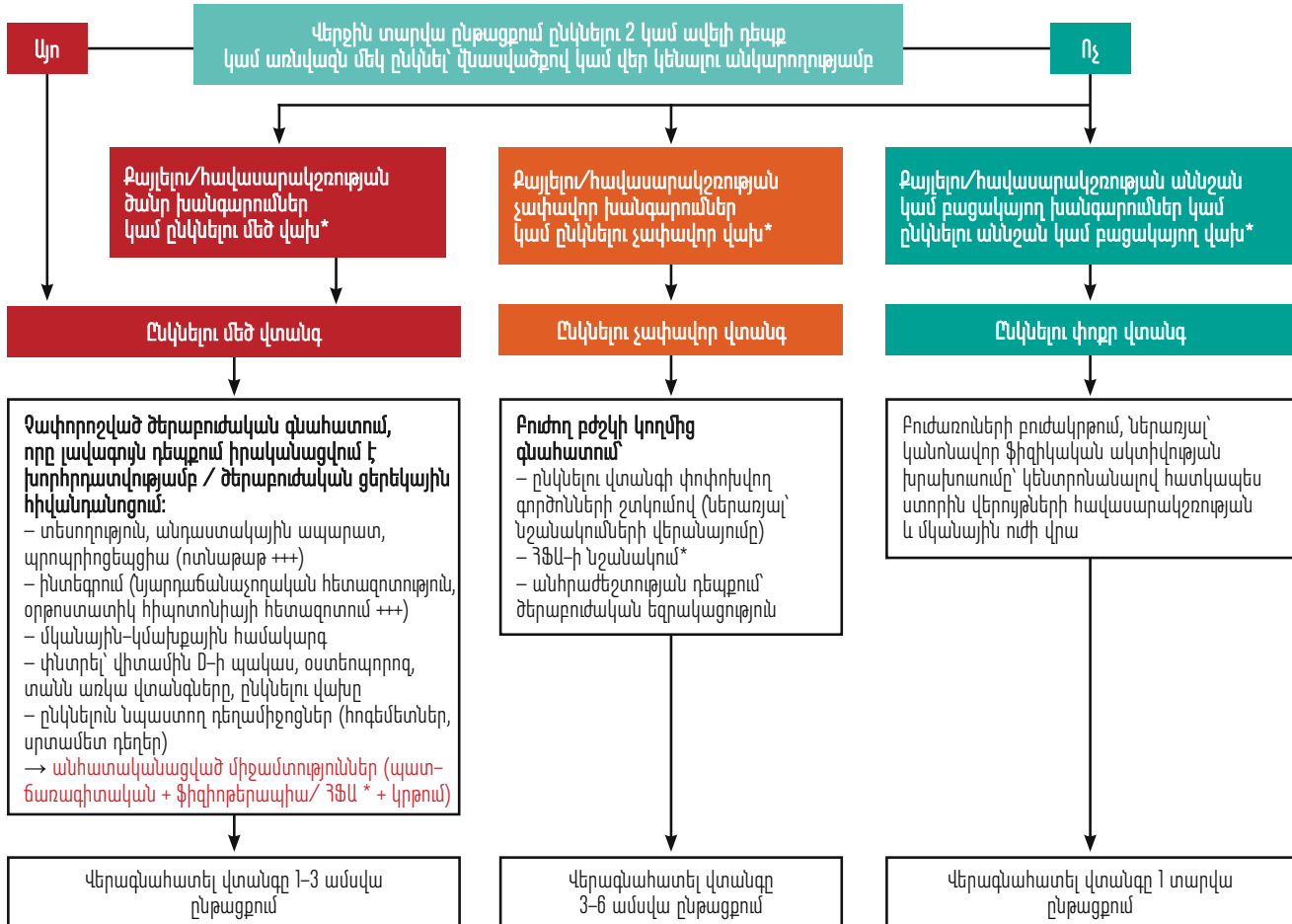
6. Անձը, որը պետք է զգույշ լինի քայլելիս, տեսնում է, որ իր տեղաշարժվելու արագությունը նվազում է կրկնակի առաջադրանք կատարելիս (ուշադրության շեղման հետևանքով), ինչը վկայում է ընկնելու վտանգի մասին: TUG-ի հինգ վայրկյանով ավելացումը, երբ անձը պատահական թվից պետք է հետհաշվարկ անի՝ ամեն անգամ 3 հանելով, կամ թեստը կատարի ջրով լցված բաժակ տանելով, վկայում է զգույշության բացակայության ընթացքում քայլելը դադարեցնելու թեստ՝ *stop walking when talking test*):

Ընկնելու փոքր, չափավոր կամ մեծ վտանգ

Վերոնշյալ վեց գործոնների գնահատումը հնարավորություն է տալիս որոշելու ընկնելու վտանգի հետևյալ երեք բնութագրերը ([պատկեր, աղյուսակ 1](#)).

- փոքր վտանգ՝ ընկնելու կրկնվող կամ ծանր նախադեպերի, հավասարակշռության, ուժի և շարժունակության խանգարման բացակայության դեպքում,
- մեծ վտանգ՝ վերջին տարվա ընթացքում առկա են եղել ընկնելու կրկնվող կամ վնասվածքով նախադեպեր, կամ ընկած տեղից վեր կենալու անհնարի-
նության նախադեպ, կամ՝ երբ առօրյա կյանքում առկա ընկնելու վախն ունի հետևանքներ, կամ՝ հավասարակշռության, քայլվածքի կամ մկանային ուժի զգալի խանգարում, կամ՝ դրական *stop walking when talking* թեստ,
- մնացած բոլոր իրավիճակներում ընկնելու վտանգը միջին է կամ չափավոր:

65 տարեկան կամ ավելի մեծ տարիքի անձինք



Պատկեր. 65 տարեկան և ավելի բարձր տարիքի տարեցների ընկնելու վտանգին հարմարեցված վարման ալգորիթմ: ԴՖԱ՝ հարմարեցված ֆիզիկական ակտիվություն: *տե՛ս աղյուսակ 1:

ԸՆԿՆԵԼՈՒ ՓՈՔՐ, ԶՎՓԱՎՈՐ ԵՎ ՄԵՇ ՎՏԱՆԳԻ ԵՆԹԱԿԱ ԱՆՁԱՆՑ ՏԱՐԵՐՈՂ 6 ԳՈՐԾՈՆ

	Փոքր վտանգ	Զափավոր վտանգ	Մեծ վտանգ**
1. Ընկնելու կրկնվող կամ վնասվածքով կամ վեր կենալու անկարողությամբ դեպքեր	Չկա	Չկա	Առկա է (են)
2. Ընկնելու վախ, անկայունության զգացում, քայլելիս զգուշավորություն	Չկա	Զափավոր	Զգալի, որի հետևանքով անձը նվազեցրել է իր ակտիվությունը
3. Մեկ ոտնաթաթին հենվելու ժամանակը Ջույգ ոտնաթաթերի կցեվածքը պահելու ժամանակը	10 վայրկյանից ավելի	5-10 վայրկյան	5 վայրկյանից պակաս
4. TUG	14 վայրկյանից պակաս	14 և 20 վայրկյանների միջև	20 վայրկյանից ավելի
5. Դիմաց անգամ աթոռից բարձրանալ՝ առանց ձեռքերի օգնության	12 վայրկյանից պակաս	12 և 15 վայրկյանների միջև	15 վայրկյանից ավելի
6. SWWT	Բացասական	TUG \uparrow 4 վայրկյան	TUG \uparrow \geq 5 վայրկյան

Աղյուսակ 1. SWWT: stop walking when talking; TUG: timed up and go test. ** Եթե առկա է ստորև նշված գործոններից գոնե մեկը:

ԳԻՏԵԼԻՔԻ ՇՏԵՄԱՐԱՆ ՏԱՐԵՑՆԵՐԻ ԸՆԿՆԵԼԸ

ԲՈՒԺԱՌՈՒԻ ԲՈՒԺԱԿՐԹՈՒՄԸ ԱՆՂՐԱԺԵՑ Է՛ ԻՆՉՊԻՍԻՆ ԷԼ ԼԻՆԻ ԸՆԿՆԵԼՈՒ ԿՏԱԳԸ

1. Տեղյակ պահել բժշկին ընկնելու, անկայունության զգացողության կամ ընկնելու վախի մասին:
2. Դեղամիջոցները, այդ թվում՝ առանց դեղատոմսի վաճառվողները և սննդային հավելումները, պետք է կանոնավոր կերպով վերանայվեն ընտանեկան բժշկի կողմից, անհրաժեշտ է սահմանափակել ավիտոլի օգտագործումը, հատկապես՝ գլխապտույտների կամ քնկոտության դեպքում:
3. Քննարկել բժշկի հետ վիտամին D-ն որպես հավելում ստանալու օգտավետությունը՝ ոսկրերի առողջությունը բարելավելու և ընկնելու վտանգը նվազեցնելու նպատակով, հատկապես՝ ծնունդից:
4. Ընտանեկան բժշկի հետ քննարկել ֆիզիկական վարժությունների կարևորությունը՝ բարելավելու համար հավասարակշռությունը և ստորին վերջույթների մկանային ուժը: Դրանք հարկավոր է կիրառել կանոնավոր կերպով, որպեսզի հնարավոր լինի կանխել ընկնելը և բարելավել ինքնազգացողությունն ու ինքնավստահությունը: Գետնից բարձրանալ սովորեցնելը նույնպես պետք է ներառվի այս ծրագրերում²:
5. Կանոնավոր կերպով այցելել ակնաբույժին, քանի որ տեսողության վատանալը, օրինակ՝ խորացող գլաուկոմայի կամ կատարակտի հետևանքով, ընկնելու վտանգի գործոն է:
6. Ուռնաթաթերը պետք է ստուգել բուժաշխատողի կողմից առնվազն տարին մեկ անգամ՝ անվտանգ և հարմարավետ քայլվածք ապահովելու համար: Կոշիկները պետք է կիպ գրկեն ոտքը՝ ներսից և դրսից լավ հարմարեցված:
7. Ունենալ հավասարակշռված սննդակարգ՝ պահպանելու համար մկանների և ոսկրերի առողջությունը:
8. Տանն անհրաժեշտ է ապահովել առավելագույն անվտանգություն, ավելորդ իրեր չթողնել հատակին, հավաքել փոքր գորգերը և/կամ կիրառել երկկողմանի կաշուն ժապավեն՝ գորգերի սահելը կանխելու համար, լողասենյակում՝ լոգարանի կողքին և ներսում, ինչպես նաև զուգարանում՝ ավելացնել հենաձողեր, նաև տեղադրել բազրիքներ և լույսեր աստիճանների վրա:

Աղյուսակ 2.

Հարմարեցնել բուժառուի վարումն ընկնելու վտանգին

Համակարգված մոտեցումը, մասնավորապես, ենթադրում է ընկնելու մեխանիզմների բացահայտում՝ դրանք վերացնելու նպատակով: Կարևոր է կենցածքի հարմարվողականության շղթայի վերլուծությունը:

Փոքր վտանգ. խորհրդատվություն և կրթում

Ընկնելու փոքր վտանգի դեպքում հիմնական խորհուրդները ներառում են ընտանեկան բժշկի կանոնավոր հսկողություն՝ նշանակումները հարմարեցնելու և ամենամյա վտանգը վերազնահատելու նպատակով, ինչպես նաև կանոնավոր ֆիզիկական ակտիվությանն^{6,7} ու առողջությանը ուղղված կրթական միջոցառումները (աղյուսակ 2):

Մեծ վտանգ. բացահայտել ընկնելու մեխանիզմ(ներ)ը

Մեծ վտանգի ենթակա բուժառուներն անհատականացված վարման կարիք ունեն, լավագույնը՝ ծերաբուժական թիմի հետ համատեղ (խորհրդատվություն կամ ծերաբուժական ցերեկային հիվանդանոց՝ «ընկնելու կլինիկա» տեսակի՝ անգլո-սաքսոնական falls clinics-ի օրինակով⁸), որի ընթացքում գնահատ-

վում և շտկվում է շտկելի գործոնների ամբողջությունը (հիվանդություններ և դեղամիջոցներ): Մոտեցումը հիմնված է կենցածքի հարմարվողականության շղթայի երեք ռոլաների սպառնիչ վերլուծության վրա՝ ընկնելու պատճառները, ապրելավայրի արանձնահատկությունները (սենյակների և իրերի դասավորությունը) բացահայտելու, հնարավոր օստեոպորոզը և վիտամին D-ի պակասը բուժելու համար (աղյուսակ 3):

Օղակ 1. Հավասարակշռության պահպանման անհրաժեշտ զգայական առբերիչ դերակատարում ունեցող օրգաններ/գործառնություններ

Տեսողություն. ակնաբույժի զննումը հնարավորություն է տալիս ուղղելու տեսողական խանգարումները (մասնավորապես՝ կատարակտը): Այս դեպքում ապրելավայրի գնահատումը (սախընտրելի է Էրգոթերապևտի կողմից) նույնպես շատ կարևոր է:

Անդաստակային (վեստիբուլյար) ապարատ. Եթե բուժառուն նկարագրում է անկայունություն կամ նույնիսկ ընկնում է գլխի դիրքը փոխելիս (օրինակ՝ շրջվելիս), հաճախ՝ գլխապտույտի զգացումով կամ քայլելիս մի կողմ թեքվելու տպավորությամբ, նրան հարկավոր է ուղղորդել քիթ-ականջ-կոկորդ բժշկի մոտ: **Խորքային զգայունություն.** մարմնի

մասին առավել ընկալելի պրոպրիոցեպտիվ տեղեկատվություն ապահովող օրգաններն են ուռնաթաթը, սրունքաթաթային հողը, ողնաշարի գոտկատեղային, կրծքային, պարանոցային հատվածները և ստորին ծնոտը: Չետևաբար՝ **ուռնաթաթ.** ուռնաբույժի /եղունգների խնամքով զբաղվող մասնագետի մոտ կանոնավոր հետազոտությունը ոտքի հիվանդությունները բուժելու, անհրաժեշտության դեպքում օրթոպեդիկ ներդիրներ պատրաստելու և կոշիկները հարմարեցնելու հնարավորություն է տալիս,

- **սրունքաթաթային հող.** հողի ցանկացած դժվարաշարժունություն կամ ցավ պահանջում է պատճառագիտական վարում և ֆիզիոթերապիա, **- ողնաշար.** ողնաշարի ցավերի և դժվարաշարժունության բոլոր պատճառները հարկավոր է վերացնել, **- ծամող ապարատ.** եթե անկայուն վիճակն ուղեկցվում է ատամնակծվածքի խնդիրներով, քունքա-ստորին ծնոտային հողի ցավերով, գլխացավերով, պարանոցի ցավերով, ատամների կրճատողով, կտրիչ ատամների ոչ գծային դասավորվածությամբ, ապա անհրաժեշտ է օրթոդոնտի և/կամ մանուալ թերապևտի եզրակացություն: Կարող է առաջարկվել կրել ուղղիչ ծնոտային հարմարանք:

Օղակ 2. Զգայական առբերող ազդակների կենտրոնական ինտեգրման մեջ ներգրավված օրգաններ /գործառնություններ

Զգայական տեղեկատվության կենտրոնական ինտեգրման օրգանների վերլուծությունը ներառում է բազմաթիվ փուլեր:

Ուղեղիկ. «հարթածության» զգացողության հետևանքով ընկնելու դեպքում հետազոտությունը ցույց է տալիս ուղեղիկային ատաքսիա, կորորդինացիայի դժվարություններ: Անհրաժեշտ է որոնել պատճառ հանդիսացող դեղեր (**չրքանակ**) և հիվանդություններ:

Խորքային զգայունություն. երբ ընկնելը տեղի է ունենում կենտրոնական պրոպրիոցեպտիվ ընկալման խանգարման հետևանքով, բուժառն ունենում է անկայունության զգացողություն,

հատկապես՝ փակ աչքերով: Խորքային զգայունության քննումը ի հայտ է բերում շեղումներ՝ Ռոմբերգի ախտանշանով:

Գլխուղեղի հիմային հանգույցներ. մանրաքայլի, դժվարությամբ շրջվելու և stop walking when talking թեստի դեպքում հարկավոր է դիտարկել Պարկինսոնի համախտանիշի հնարավորություն: Երբ Պարկինսոնի համախտանիշը գերակշռում է ստորին վերջույթներում, խոսքն անդային «lower body parkinsonism»-ի մասին է: Գլխուղեղի ՄՌԾ-ն բացահայտում է եկթակեղևային անոթային ախտահարումներ, որոնք կապված են անբավարար բուժված սիրտ-անոթային ռիսկի գործոնների հետ (հատկապես՝ զարկերակային գերճնում, շաքարային դիաբետ, շոկացող առիթմիա):

Ճանաչողական գործառնություններ. բոլոր ընկնողները պետք է նյարդաճանաչողական թեստ հանձնեն՝ առնվազն ժամացույցի թեստ, Դյուբուայի 5 բառերը, MMS (mini-mental score): Իրականում ընկնելը զարգացող վերկորիզային լուծանքի (Ստիլ-Ռիչարդսոն-Օլշևսկու հիվանդություն) և Լևիի մարմիններով հիվանդության առաջին ախտանշաններից է: Ճանաչողական գործառնությունների առաջին խկ, նույնիսկ՝ նվազագույն փոփոխության ի հայտ գալուն պես անհրաժեշտ է իրականացնել հարկլինիկական հետազոտություն, ինչպես նաև ընդհանուր հետազոտություն՝ գիտակցության շփոթ առաջացնող պատճառներ որոնելու համար: Ցուցված է **գլխուղեղի պատկերային հետազոտություն**, որի նպատակը, երբ ընկնելը կրկնվում է, կամ ընկնելուց հետո ավելանում է

ՀԱՐՑՈՒՓՈՐՁ, ԿԼԻՆԻԿԱԿԱՆ ՋՆՆՈՒՄ ԿԵՑՎԱԾՔԻ ՀԱՐԱՐՎՈՂԱԿԱՆՈՒԹՅԱՆ ԾՐԱԾՑԻ ՎԵՐԼՈՒԾՈՒԹՅԱՄԲ ԵՎ ՄԵԾ (ՀՆԱՐՎՈՐՈՒԹՅԱՆ ԴԵՊՈՒՄ ՄԱՍՆԱԳԻՏԱՑՎԱԾ ԾԵՐԱԲԱՆԱԿԱՆ ՊԻՆՏԱՑՈՒՄ) ՈՒ ՉԱՓՎՈՐ ՎՏԱՆԳԻ (ԱՆՀՐԱԺԵՇՏՈՒԹՅԱՆ ԴԵՊՈՒՄ ԾԵՐԱԲԱՆԱԿԱՆ ՊԻՆՏԱՑՈՒՄ) ԵՆՈՒՄ ԱՆՁԱՑ ՎԱՐՈՒՄԸ			
Օրգանների՝ ներառված կեցվածքի հարմարվողականության շրջայում	Ընկնելու մեխանիզմներ	Կլինիկական զննում	Վարում
Զգայական առբերող ազդակներ			
1. Տեսողություն	Սայթաքում	Տեսողական խանգարում	Ակնաբույժի կարծիք
2. Անդաստակային ապարատ	Գլխի դիրքը փոխելիս	Անդաստակային (վեստիբուլյար) համախտանիշ	ՔԿԱ կարծիք, հնարավոր անդաստակային ֆիզիոթերապիա
3. Պրոպրիոցեպցիա • Ունաթաթ • Սրունքաթաթային հող • Ողնաշար • Ստորին ծնոտ	Անկայունություն՝ սրված տեսողության խանգարումների պատճառով	Կոշտուկ, այլ կաշկանդվածություն, ցավ Ցավ, ճկունության պակաս Ատամակծվածքի խանգարում	Ունաթույժի կարծիք Ֆիզիոթերապիա Պատճառագիտական Օրթոդոնտի կարծիք
Զգայական առբերվող ազդակների ինտեգրում			
1. Ուղեղիկ	Գլխապտույտի զգացում	Ուղեղիկային համախտանիշ	Նյարդաբանի կարծիք
2. Գլխուղեղի հիմային հանգույցներ	Սայթաքում, ցածր ամպլիտուդով կտրուկ հաճախաքայլություն	Պարկինսոնի համախտանիշ	Նյարդաբանի կարծիք
3. Ճանաչողական խանգարումներ	Ռիսկի դիմելը	Ճանաչողական խանգարում	Մասնագիտական կարծիք
4. Թունավոր, նյութափոխանակային, վարակային	Անկայունություն	Հոգեմետներ, հիպոգլիկեմիա, հիպոնատրիեմիա, ընդհանուր բնույթի պատճառներ խոցելի բուժառնների մոտ	Պատճառագիտական վարում, Նշանակումների վերանայում
5. Արյունաշրջանառման ցածր հոսք	Անկայունություն ոտքի կանգնելիս	Օրթոստատիկ հիպոտոնիա	Պատճառագիտական վարում, Նշանակումների վերանայում
6. Տկարության զգացում, ուշագնացություն	Գիշել ընկնելը, վնասվածք	Ռիթմի խանգարում, էպիլեպսիա	Պատճառագիտական վարում, Նշանակումների վերանայում
Ծարժիչ պատասխան ստորին վերջույթների մակարդակում	Ուժի բացակայություն, հոգնածություն Զգայական խանգարում Անկայունություն, հողաքայլեր	Ծարժողական թուլություն Զգայական խանգարում Ռեմատոլոգիական խանգարում	Պատճառագիտական վարում

Աղյուսակ 3.

Փնտրել հոգեմետ դեղեր նշանակումներում

Ընկնելու առաջին պատճառներից է մեկ կամ մի քանի հոգեմետ դեղերի ընդունումը: Դա հատկապես վերաբերում է բենզոդիազեպիններին, եռացիկլիկ հակաընկճախտային դեղամիջոցներին կամ սերոտոնինի հետզավթման արգելակիչներին ու հակաիդեոպարայիններին, սակայն բոլոր հոգեմետ դեղամիջոցներն էլ կարող են ներգրավվել: Բազմաթիվ հետազոտություններ ցույց են տվել, որ հնարավորության դեպքում հոգեմետ դեղերի աստիճանական կրճատումը նվազեցնում է ընկնելու վտանգը ավելի քան 60%-ով: Ըստասեկան բժիշկը պետք է չվարանի նշանակումների վերանայման գործում դիմել ներ մասնագետ գործընկերների օգնությանը (ծերաբույժ, հոգեբույժ):

անկայուն վիճակը, ենթակարծրենային հեմատոմա, մեծահասակի քրոնիկական հիդրոցեֆալիա (միզային նշաններ, ճանաչողական նշաններ և անկայուն վիճակ) որոնելն է: Կլինիկական գննումը պետք է որոնի կղազանգավածով խցանում, միզակապություն կամ միզողիների վարակ, քանի որ ճանաչողական և կեցվածքային փոփոխությունների պարագայում այս իրավիճակները նպաստում են ընկնելուն: Լաբորատոր համակարգված հետազոտությունը հնարավորություն է տալիս բացահայտելու և կարգավորելու, մասնավորաբար, հիպոնատրիեմիան հաճախ դեղորայքային (հատկապես սերոտոնինի հետզավթման արգելակիչների դասի հակաընկճախտային դեղամիջոցների պատճառով), հիպերգլիկեմիան, հիպոգլիկեմիան, հիպերկալցեմիան, հիպոկալցեմիան...

Սիրտ. ուշաթափության հետևանքով ընկնելու դեպքում բուժառուները չեն հիշում պատճառը և շատ հաճախ վնասվում են, մասնավորապես՝ վնասվում է դեմքը՝ պաշտպանիչ ռեֆլեքսի բացակայության պատճառով: Սրտաբանական/սյարդաբանական եզրակացությունը իրատեսա է, հատկապես սրտի ռիթմի խանգարում կամ էպիլեպսիա որոնելու համար:

Օրթոստատիկ հիպոտոնիայի հետ կապված անկայուն վիճակը կամ ընկնելը (պառկած դիրքից կանգնած դիրքին անցնելուց հետո սիստոլիկ և դիաստոլիկ ճնշումների նվազում՝ համապատասխանաբար, 20 մմ ս.ս. կամ 10 մմ ս.ս.), անոթազարկի արագացումով կամ առանց դրա, պարոստոլում է ալֆա-պաշարիչների, նիտրոածանցյալների և հակախոլիներգիկ դեղամիջոցների ընդունման դադարեցում և փոխարինում այլ դեղերով, նույնիսկ՝ առանձնահատուկ բուժում (օր.՝ միդոդրին Պարկինսոնի հիվանդության դեպքում):

Քնի խանգարումներ. եթե ընկնելու

ուղեկցվում է ցերեկային քնկոտությամբ և/կամ գիշերային արթնացումներով, հարկավոր է որոնել քնի օբստրուկտիվ շնչադադարի (ապնե) համախտանիշ, հատկապես՝ երբ բուժառու ունի զարկերակային գերճնշում, կամ զարկերակային ճնշումն անկայուն է:

Օղակ 3 . Օրգաններ/գործառնություններ, որոնք ներգրավված են շարժողական ազդակների փոխանցումներում ուղղված անհավասարակշռության կանխմանը

Մկանային ուժի պակասը, մասնավորապես՝ կապված նյարդաբանական հիվանդության և հոդային ախտահարումների հետ, հատկապես՝ ծնկի և կրնքի, կարող է նպաստել ընկնելուն:

Ուռնաթաթը բարձրացնող մկանների ուժի պակաս. ուռնաթաթը բարձրացնող հարմարանքի նշանակումը արդարացված է ուռնաթաթի տարածման (մեջքային ծայրում) անբավարարության առկայության ժամանակ (ուռնաթաթը, բավարար չափով «ծածկվելով» դեպի վեր, դիպչում է գետնին եղած առարկաներին, ինչն էլ ընկնելու պատճառ է դառնում):

Ստորին վերջույթների շարժողական ավելի համընդհանուր անբավարարություն. անհրաժեշտ է փնտրել հնարավոր ընդհանուր բնույթի պատճառ՝ նեյրոպաթիա, միոպաթիա, հիպոթիրեոզ, հիպերկալցեմիա:

Կոնքազդրային, ծնկային հոդերի արթրոզը և ծնկի անկայունությունը բացատրող խանգարումների համար պահանջվում է բուժում:

Ծայրամասային նեյրոպաթիա. շարժողական կամ զգայական գանգատի դեպքում:

Դեղատոմսի վերանայում

Ցանկացած դեղամիջոց, որը կարող է ազդեցություն ունենալ կեցվածքի հարմարվողականության շրջային 3 օրակ-

ներից մեկի վրա, ընկնելու հարուցիչ է: Այսպիսով՝ հարկավոր է կանոնավոր կերպով քննարկել դեղերի աստիճանական նվազեցումը՝ կապի մեջ լինելով դրանք նշանակողների հետ:

Չոգեմետ դեղամիջոցներ՝ առաջին շաբթի դեղամիջոցներ, որոնք հարուցում են ընկնելը (**շրջանակ**):

Օրթոստատիկ հիպոտոնիա առաջացնող (ալֆապաշարիչներ, նիտրոածանցյալներ և այլն):

Ուշազնացություն հարուցող դեղամիջոցներ՝ (հակաանաբեզոլ, դանդաղարտություն առաջացնող, QT միջակայքը երկարացնող, հիպոգլիկեմիա հարուցող դեղեր և այլն):

Նյութափոխանակության խանգարումներ հարուցող դեղամիջոցներ՝ հիպոնատրիեմիա (մասնավորապես սերոտոնինի հետզավթման արգելակիչների դասի հակաընկճախտայիններ), հիպերգլիկեմիա, հիպոկալցեմիա, հիպերկալցեմիա և այլն:

Վիտամին D, օստեոպորոզ, վերկանգնողական բժշկական խնամք, հոգեբանական և սոցիալական աջակցություն

Վիտամին D-ի կոնցենտրացիայի որոշում. խորհուրդ է տրվում 25-OH վիտամին D-ի ընդունում՝ շիճուկում 30-ից 60 նգ/մլ թիրախային կոնցենտրացիա ապահովելու համար:

Ոսկրերի խտության որոշում՝ խորհուրդ է տրվում: Հակաօստեոպորոզային բուժումը, ինչպես նաև ազդրերի պաշտպանիչ հարմարանքի նշանակումը կքննարկվի Կոկի-ի բուժառուների համար:

Վերականգնողական բժշկական խնամքի ծրագիրը պետք է լինի անհատականացված, իրականացվի ֆիզիոթերապևտի կամ հարմարեցված ֆիզիկական ակտիվության (ՀՖՆ) մասնագետի կողմից: Այն նպատակ ունի բարելավելու անշարժ և շարժուն վիճակների հավասարակշռությունը, այսպես կոչված «պարաշյուտի» ռեֆլեքսը (ընկնելիս կեցվածքի պաշտպանական հարմարվողական ռեֆլեքս) և մկանային ուժը, ավելացնելու սրունքաթաթային, կոնք-ազդրային հոդերի և ողնաշարի ամպլիտուդները, բարձրացնելու դիմադրողականությունը և սովորեցնելու գետնից վեր կենալ:

Մասնագետի հետ մարզվելուց բացի՝ կարող է առաջարկվել բուժակրթման

ծրագիր, որը պարունակում է աղյուսակ 2-ի տարրերը:

Մնդային աջակցություն. առաջարկվում է սարկոպենիայի (ուժի և մկանային զանգվածի նվազում) դեպքում:

Հոգեբանական աջակցություն. ընկնելու վախի դեպքում, ֆիզիոթերապևտի կամ ՀՖԱ-ի մասնագետի միջամտությունից բացի՝ այն իրականացնում է նաև հոգեբանը կամ հոգեչարժիչ թերապևտը:

Տան անվտանգության ապահովում. լավագույնս իրականացվում է էրգոթերապևտի կողմից:

Սոցիալական աջակցություն. սոցիալական աջակցության աշխատակցի հետ անհրաժեշտ է քննարկել հեռաազդակաշանի, ինչպես նաև մարդկային միջամտությանը օգնության հարցը:

Վերազնադատում 1-3 միս անց. որքան մեծ լինի ընկնելու վտանգը, այնքան այն ավելի շուտ կարվի:

Ի՞նչ անել ընկնելու չափավոր վտանգի դեպքում

Ընտանեկան բժշկի կողմից վարման ընթացքում.

Անկայունության պատճառների շտկում և կատարվում ինչպես ընկնելու մեծ վտանգի ենթակա բուժառուների մոտ, կեցվածքի հարմարվողականության շրջայի 3 օղակի վերլուծության հիման վրա (հիվանդություններ, դեղորայք [տե՛ս վերևում]): Ընտանեկան բժիշկը, անհրաժեշտության դեպքում, կարող է դիմել նեղ մասնագետ գործընկերներին՝ ծերաբույժ կամ այլ:

Հարմարեցված ֆիզիկական ակտիվության նշանակումը (ՀՖԱ) պետք է համաձայնեցվի ՀՖԱ-ի մասնագետի հետ՝ ծրագրով, որն ապացուցել է ընկնելու չափավոր վտանգի ենթակա տարեց բուժառուների հավասարակշռու-

թյունը բարելավելու կարողությունը (օրինակ՝ Siel Bleu, PIED ծրագրեր [Ինտեգրված դիմամիկ հավասարակշռության ծրագիր], Otago, մեթոդ ԿՅԸ-ԿԱ [Կեցվածք-Հավասարակշռում-Շարժունակություն և Կրթում Առողջության համար])^{7,8}:

Ո՞րն է ԸՆՏԱՆԵԿԱՆ ԲԺՇԿԻ ԴԵՐԸ

Ընտանեկան բժիշկներն ավելի ու ավելի են ներգրավվելու 65 տարեկանից հետո ընկնելու դեպքերի կանխարգելման գործընթացում՝

- ամեն տարի գնահատելով տարեց բուժառուների ընկնելու վտանգը վեց հարցի և պարզ հետազոտությունների միջոցով,

- հարմարեցնելով գործողությունների պլանը ռիսկի բնույթին հետևյալ կերպ՝

- բոլոր բուժառուներին խորհուրդներ տալով՝ ներառելով կանոնավոր ֆիզիկական ակտիվությունը,

- չափավոր վտանգի դեպքում՝ նշանակումների կանոնավոր վերանայմամբ, կեցվածքի հարմարվողականության շրջան խաթարող հիվանդությունների բուժմամբ և մասնագետի կողմից համակարգվող հարմարեցված ֆիզիկական ակտիվությամբ (ՀՖԱ),

- ընկնելու մեծ վտանգի ենթակա բուժառուների՝ լավագույն դեպքում՝ ծերաբուժական թիմի հետ անհատականացված գնահատականով ռիսկային բոլոր գործոնները շտկելու և հոգեբանա-սոցիալական օգնություն իրականացնելու համար,

- վերազնադատելով ընկնելու վտանգը և առանց հապաղելու դիմելով մասնագետների, մասնավորապես՝ ծերաբույժի, հատկապես, երբ ընկնելու վտանգը մեծ է:

ԳՂՈՒՄՆԵՐ

1. SilverEco. Le coût des chutes des personnes âgées estimé à 2 milliards d'euros pour les collectivités [en ligne]. 2016. Disponible sur : <https://www.silvereco.fr/le-cout-des-chutes-des-personnes-agees-estime-a-2-milliards-deuros-pour-les-collectivites/3157058>
2. Santé publique France. Prévenir les chutes : un dispositif d'information pour le grand public et les professionnels [en ligne]. 2019. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2019/prevenir-les-chutes-un-dispositif-d-information-pour-le-grand-public-et-les-professionnels>
3. Société française de documentation et de recherche en médecine générale, HAS. Recommandations pour la pratique clinique. Prévention des chutes accidentelles chez la personne âgée. Fiche de synthèse [en ligne]. 2005. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Prevention_chutes_fiche.pdf
4. HAS, Société française de Gériatrie et Gérontologie. Recommandations professionnelles. Outil d'évaluation des pratiques. Évaluation et prise en charge des personnes âgées faisant des chutes répétées [en ligne]. 2009. Disponible sur : http://www.anfe.fr/images/stories/doc/rapports/chutes_repetees_personnes_agees_outil_devaluation_des_pratiques.pdf
5. OMS, Organisation mondiale de la santé. Chutes [en ligne]. 2021. Disponible sur : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/falls>
6. Bernard PL, Cadopi M, Blain H, Ninot G. Prévention de la perte d'autonomie et de la chute de la personne âgée : la méthode « Posture-équilibre-motricité et éducation pour la santé » (PEM-ES) (2020). La Revue de Gériatrie 2020;9:543-56.
7. Inserm. Activité physique et prévention des chutes chez les personnes âgées. Expertise collective [en ligne]. 2014. Disponible sur : https://www.inserm.fr/wp-content/uploads/media/entity_documents/inserm-ec-2015-chutespersonnesagees-synthese.pdf
8. Blain H, Dabas F, Mekhini S, Picot MC, Miot S, Bousquet J, et al. Effectiveness of a programme delivered in a falls clinic in preventing serious injuries in high-risk older adults: A pre- and post-intervention study. Maturitas 2019;122:80-6.

RÉSUMÉ PRÉVENTION DES CHUTES CHEZ LE SUJET ÂGÉ

Les chutes après 65 ans constituent un important problème de santé publique. L'entretien médical (à la recherche d'antécédents de chute, d'une peur de tomber) et quelques examens simples (temps d'appui unipodal, timed up and go test, test de relever de chaise, stop walking when talking test) permettent au médecin de distinguer trois types de profils de risque. Pour les patients à risque faible, une éducation thérapeutique et une réévaluation du risque à 12 mois sont proposées. Les patients à risque modéré sont examinés (et leur ordonnance révisée) à la recherche de causes d'instabilité, puis orientés vers un programme d'activités physiques adaptées dont l'effet sera évalué à 3-6 mois. Les patients à haut risque de chute doivent bénéficier d'une évaluation gériatrique standardisée, dans l'idéal effectuée par une équipe gériatrique, pour mettre en place un programme individualisé ciblant tous les facteurs de risque de chute, dont l'efficacité doit être réévaluée à 1-3 mois.

SUMMARY FALLS PRÉVENTION IN OLDER PERSONS

Falls in persons aged 65 or older are a major public health problem. Some simple questions (have you experienced any fall in the previous year? Do you have a fear of falling when walking?) and a few simple examinations (one-leg stance, timed up and go, chair-rising, stop walking when talking test) allow to differentiate between patients at low risk of falling, for whom education and risk reassessment at 12 months are offered, patients at moderate risk of falling, for whom a physical examination and a prescription review to modify the cause of instability, and referral to a adapted physical exercise program are offered, the effect of which will be evaluated at 3-6 months, and patients at high risk of falls, for whom a standardized geriatric assessment should be offered, at best carried out by a geriatric team, allowing the establishment of an individualized program targeting all risk factors for falls, the effectiveness of which will be reassessed at 1-3 months.

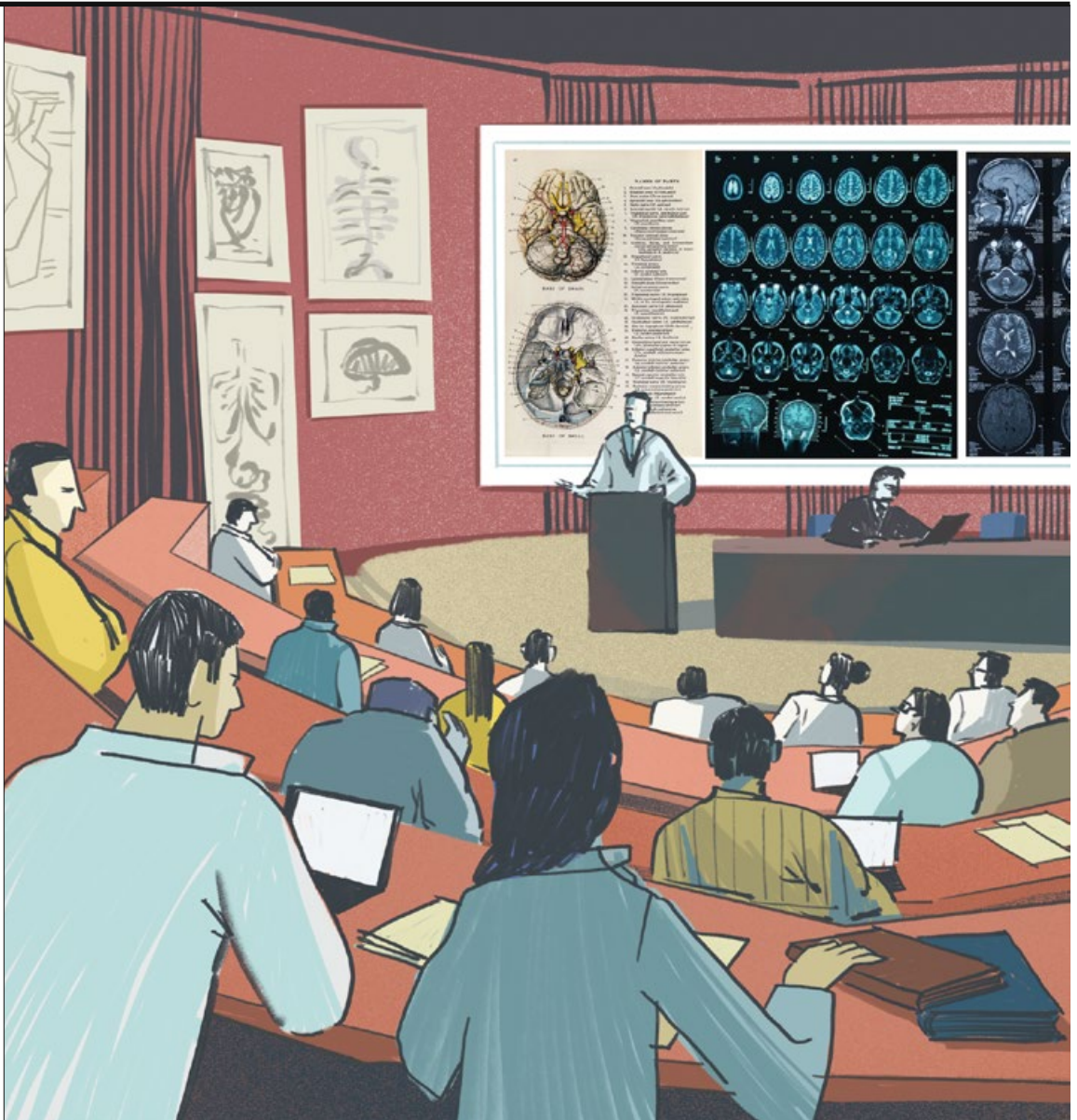
ՌԻՍԱՆՈՐԻ ԱՆԿՅՈՒՆ

ՔՆՆԱԿԱՆ ՀԱՐՑԵՐ ՊԵՏԱԿԱՆ ԱԿԱՐՏԱԿԱՆ ՔՆՆՈՒԹՅԱՆ ՀԱՐՑԱՇԱՐԻՑ

Քննական
հարց
70

Քննական
հարց
238

Քննական
հարց
193



• էջ. 57 Տարեցների հոգեխանգարումները, • էջ. 66 Երեխայի սրտի աղմուկ, • էջ. 75 Համակարգային անոթաբորբեր

Տարեցների հոգեխանգարումները

ԽՆԴԻՐԸ

Ճանաչել տարեցների հիմնական հոգեխանգարումները՝ հաշվի առնելով համաճարակաբանական առանձնահատկությունները: Իմանալ տարեցների հիմնական հոգեխանգարումների վարման սկզբունքները:

Տարեց մարդու հոգեխանգարումները ներառում են դասական եռյակի՝ ընկճախտի (դեպրեսիա), գիտակցության շփոթի (կոնֆուզիա), դեմենցիա ախտանշանային տարատեսակ դրսևորումները: Դրանք կարող են դուրս գալ վերոհիշյալ նոզոլոգիական շրջանակից՝ բնութագրելով տարեց մարդու՝ իր ներաշխարհի (օրինակ՝ մահվան ժխտման զառանցանք) կամ արտաքին շրջապատի հետ հարաբերության խանգարումը (ընկճախտի կրկնություն բնակության վայրի փոփոխության կամ տարեցների համար նախատեսված հաստատությունում հայտնվելու կապակցությամբ և այլն):

Մեր տարեցների հոգեկան տառապանքը, որը նախ և առաջ բարոյական ցավի արտացոլում է, քիչ հայտնի է, բավարար չի ախտորոշվում, հետևաբար՝ բուժումն էլ անբավարար է կամ ոչ համապատասխան: Բացի դրանից՝ բնակչության այս շերտը շատ ավելի է տառապում զուգահեռ ընթացող բազմաթիվ հիվանդություններից ու ընդունում բազմաթիվ՝ միաժամանակյա նշանակված դեղամիջոցներ, ինչի հետևանքով ավելի խոցելի է: Նաև, հաշվի առնելով տարեցների շրջանում բուժածին մեծ վտանգը, նշանակումներ կատարող բժշկի առանձնահատուկ զգոնությունը պետք է հանգեցնի համաչափ արձագանքի և դիտարկվող դեղամիջոցների օգուտ-վտանգ հավասարակշռության մշտական վերլուծության:

Հոգեբանական ծերացում

Տարիքի հետ և, հավանորեն, բավականին վաղ շրջանից՝ կյանքի արդեն երրորդ տասնամյակից, ճանաչողական գործառնությունների արդյունավետությունը սկսում է տեղի տալ: Ստացած կրթության մակարդակը, սոցիալական ներգրավվածությունը, ուսումնառման ունակությունների պահպանումը, հատկապես՝ լեզվական, դանդաղեցնում են կորուստները:

Սխեմատիկորեն, հիշողության տարիքային փոփոխությունները վերաբերում են նոր հիմնությունների ձեռքբերմանը: Բայց հիշողության մնացորդային կապիտալի կառավարումը կախված է հավաքված մտավոր պաշարից ու անհատական մտավոր պրակտիկայից, և հասուն տարիքում հիշողության պարբերաբար կիրառվող հատվածները նվազ են թթանում:

Այդ առումով, մենք հեռու ենք այն պատկերացումից, ըստ որի՝ ծերանալ՝ նշանակում է դանդաղ, բայց հաստատուն կերպով շարժվել դեպի Ալցհեյմերի տիպի դեմենցիա՝: Վե-

րոհիշյալ փոփոխությունները քիչ են ազդում անհատների իրենց ամենօրյա կյանքը կառավարելու ունակության վրա, և, չնայած զառամյալ տարիքին, ախտաբանական համարվող շեմին չեն հասնում: Միևնույն ժամանակ, տարեց և շատ տարեց մարդկանց համար ավելի դժվար է դառնում համաժամանակյա ձևով կատարել բարդ կամ բազմակի գործողություններ, արդյունավետորեն գործի դնել իրենց կատարողական գործառնությունները («հարաբերական հիպոճակատություն»):

Ինչպես հոգեբանական, այնպես էլ ֆիզիոլոգիական առումներով, նվազում է մինչ տվյալ պահը երբևէ տեղի չունեցած իրավիճակին կամ չափից մեծ սթրեսին (գերհույզված) հարմարվելու կարողությունը: Հաճախ, բայց ոչ միշտ, դրանից բխում է նորի նկատմամբ վախը (միզոնեթիզմ) և բնավորության որոշակի խստացումը:

Այսպիսով՝ հոգեկան առողջ ծերացման խնդիրն է շարունակել հարստացնել շրջապատի հետ կապերն ու կարողանալ ըմբռնել շրջակա միջավայրը՝ չնայած չդադարող փոփոխություններին, որոնք հասարակությունը պարտադրում է բոլորին և հաճախ՝ ի վնաս ամենաթույլերի:

Կյանքի հետագծիծ և ճգնաժամային իրավիճակների ներդաշնակ հատումը կարող են հանգեցնել, ըստ Էրիքսոնի, նախորդ սերնդի հանդեպ կարեկցանքով ու հոգատարությամբ տոգորված գիտակցականության այնպիսի հասունության, որն այդ հեղինակն անվանում է գեներատիվություն 2:

Ճանաչողական ծերացում

Ճանաչողական աշխատանքը վերաբերում է մի շարք գործընթացների՝ տեղեկատվությունը որսալուն կամ մշակելուն, ուշադրությանը, կատարողական գործառնություններին և, ավելի լայն իմաստով, այն ամենին, ինչը հնարավորություն է տալիս ներառելու և արտացոլելու շրջապատող միջավայրը:

Այլ օրգանների պես, ճանաչողության գործառնությունը կառավարող գլխուղեղն էլ ենթակա է ծերացման ֆիզիոլոգիական գործընթացների ազդեցությանը:

Ճանաչողական գործառնությունների տարիքային անկումը բացատրելու համար հաճախ առաջ է քաշվում տարիքն առնելուն զուգընթաց ճանաչողական գործընթացի դանդաղելու վարկածը, բայց հոգեչափական թեստավորման ժամանակ ի հայտ եկած խանգարումները ավելի լավ են բացատրվում կատարողական գործառնությունների վերահսկման վատթարացման վարկածով 3:

Ընկճախտի ցանկացած դրվագ կարող է առիթ դառնալ էլ ավելի շատ վատթարացման՝ առաջացնելով ճանաչողական խանգարումներ, որոնք ազդում են հատկապես ուշադրության, աշխատանքային հիշողության և կատարողական գործառնությունների վրա: Երբ ընկճախտի սաստկությունը մեծ է, ճանաչողական խանգարումները կարող են նույնիսկ համապատասխանել դեմենցիայի ախտորոշիչ չափանիշներին: Կրկնվող ընկճախտների դեպքում նույնպես ճանաչողական խանգարումներն ավելի ծանր են:

Սիրիլ Դագիֆ-Թոմաս, Գյոգո Լիդնեբաում2

1. Տարեցների հոգեբուժական միջբաժանմունքային ծառայության ղեկավար, Արևմտյան Բրեստի առաջնային խնամքի, հանրային առողջապահության և քաղցկեղների գրասենյակային համալսարանի հանձնախումբ, Արևմտյան Բրեստի համալսարանի համալսարանային կենտրոն, Բրեստի շրջանային համալսարանական հիվանդանոցային կենտրոն, Բրեստ, Ֆրանսիա

2. Տարեցների հոգեբույժ, Բրեստի հիվանդանոցային կենտրոն, Բրեստի շրջանային համալսարանական հիվանդանոցային կենտրոն, Բրեստ, Ֆրանսիա

cyril.hazifthomas@chu-brest.fr

Սիրիլ Դագիֆ-Թոմասն հայտնում է Լոնդրեկ ընկերությանը մեկնագամյա խորհրդատվություն տրամադրելու մասին:

Գյոգո Լիդնեբաումը հայտնում է, որ այս հրապարակմամբ որևէ շահ չի հետապնդում:

Ճանաչողական որոշ խանգարումներ կարող են շարունակվել ընկճախտային դրվագից հետո. բուժառնությունների երկու երրորդից ավելին հիշողության մնայուն խանգարում են ունենում բուժումից հետո⁴: Դա ընդգծում է ճանաչողական գործառնությունների գնահատման կարևորությունը բուժառնությունների տրամադրության հավասարակշռության վերականգնումից հետո՝ ընկճախտային խանգարումներին զուգորդող ոչ աֆեկտիվ ախտանշանների զարգացումն ու բնույթը լավագույնս բնորոշելու համար:

Տարեցների ընկճախտ

Հոգեկան վերապրումների հոգեաֆեկտիվ վերադասավորման և ճանաչողական գործառնությունների խոցելիության համատեքստում՝ հավերժության պատրանքն անխուսափելիորեն առճակատվում է մինչ այդ անհայտ սահմանի. հարատև անկման զգացում, որը հոգեկան կյանքի վրա թողնում է ժամանակային խզման դրոշմը՝ այլևս կա տվյալ պահից առաջը և հետուն:

Ելնելով տվյալ անձի դիմադրողականության (կանխիչ պոռթկում) և վերապրածի հոգեկան վերածնակերպման հնարավորություններից՝ հնարավոր է առաջանա հարմարվողականության ճգնաժամ, որը կարող է զարգանալ կամ հավասարակշռությունը կրկին վերագտնելու, կամ ընկճախտի Նոր դրվագի ուղղությամբ:

Բարենպաստ համատեքստ

Միայնակ լինելը, աֆեկտային անբավարարության զուգորդմամբ, խթանում է տարեց մարդու՝ կյանքի իրադարձությունների նկատմամբ ավելի մեծ զգայունություն: Ճանաչողական խանգարումները, մասնավորապես՝ հիշողության կորուստները, նրան դարձնում են ավելի խոցելի առօրյա կյանքի դժվարությունների և գրոհների նկատմամբ: Կյանքի պայմանները, ֆինանսական հնարավորությունները, հաճախ ոչ սեփական կամքով ընտրված հաստատությունում հայտնվելը դառնության աղբյուր են: Տազնապը հաճախ է ուղեկցում տարեցներին: Կյանքի տվյալ ժամանակահատվածում այն ներառում է և՛ սթրեսին հակազդելու առանձնահատուկ ունակություն, և՛ վտանգի կանխագագացում: Սթրեսի բազմաթիվ գործոններ տազնապի աղբյուր են՝ լուրջ հիվանդության դեմ պայքարը, դեմենցիայով առաապող կողակցի խնամքը, ամուսնալուծության կամ այրիության հետ կապված ապրումները և այլն: Մենությունը տազնապածին գործոն է, որ հեշտությամբ գունավորվում է թախծի և սեփական ավելորդության երանգներով: Այս պարարտ հողում ընկճախտը հաճախ է զարգանում:

Տարեցների ընկճախտը, որը հետևում է հասուն տարիքում տրամադրության երկարատև խանգարումներին, հարկավոր է տարբերել նման խանգարումներից խուսափած անձի ուշահաս ընկճախտից: Երկրորդ դեպքում ընկճախտը կապվում է նպաստող գործոնների հետ (**աղյուսակ 1**): Դա կարող է նախանշել միայն որոշակի ժամանակի ընթացքում բացահայտելի նյարդադեգեներատիվ ախտահարման սկիզբ: Ըստ Մ.Ջ. Կարելի⁵ ընկճախտի վտանգը երիտասարդ տարիքում ավելի շատ կապված է հոգեբանական գործոնների ու չափից մեծ սթրեսային վիճակի հետ, իսկ տարեցների դեպքում՝ քրոնիկական համակցված հիվանդություններ

ԿՏԱՆԳԻ ԱՌԱՆՁԱՄԱՏՈՒԿ ԳՈՐԾՈՆՆԵՐ, ՈՐՈՒՔ ԿԱՐՈՂ ԵՆ ԱՌԱՋԱՑՆԵԼ ՏԱՐԵՑ ՄԱՐԴՈՒ ՈՒՅՆՎԱՍ ԸՆԿՃԱՆՏ

Բացահայտված կամ թաքնված սոմատիկ հիվանդություն, քաղցկեղ, ընկճախտի նախադեպ, սրտանոթային ախտահարումներ, դեմենցիա, Պարկինսոնի հիվանդություն

Տարեցների հաստատություն տեղափոխվելը, բնակության վայրի փոփոխություն

Սթրես առաջացնող իրադարձություններ՝ ինքնավարության կորուստ, սուգ, մարմնի ամբողջականության խաթարում, սոցիալական դերակատարության կորուստ, տարբեր ֆինանսական խնդիրներ

Ըստանիքում ծանր հիվանդության առկայություն, մասնավորապես՝ ընկճախտային բնույթի

Վերջին ժամանակահատվածում վատ տանելիություն ունեցող կամ ընկճախտածին դեղերի օգտագործում՝ կորտիկոստերոիդներ, ափիոնային դեղամիջոցներ, ցիտոկիններ (IL-2), հակաառիթմիկ դեղամիջոցներ և բետա պաշարիչներ և այլն:

Զրուծված քրոնիկական ցավային համախտանիշ

Աղյուսակ 1.

ՏԱՐԵՑ ՄԱՐԴՈՒ ՈՒՅՆՎԱՍ ԸՆԿՃԱՆՏԻ ԵՎ ԱՎԵԼԻ ԵՐԻՏԱՍԱՐԴ ՄԵՇԱՂԱՍԱԿԻ ԸՆԿՃԱՆՏԻ ՏԱՐԲԵՐԱԿԻՉ ՀԱՏՎԱՆԻՑՆԵՐԸ

Ընկճախտային հատկանիշների հաճախությունը տարեցների մոտ (թեթև ընկճախտեր)

Սոմատիկ ուղեկցող հիվանդությունների հաճախություն, ինքնավարության կորուստ, Նոյնիսկ՝ խոցելիություն

Ցուրտիկային դրսևորումներ՝ ագրեսիվ տրամադրվածություն՝ թշնամական երանգով, անտարբերություն՝ ապամոտիվացում, կատարողական գործառնությունների խանգարման համախտանիշ՝ քրոնիկական, հոգեզարային խանգարումներով կամ շփոթի համախտանիշով

հորացող կամ բացահայտվող բուժածին հետևանքների հաճախություն

Զգացմունքների և մեղքի զգացումի ավելի քիչ արտահայտում

Ընկճախտային նշանների ժխտում

Ուղեկցող սոմատիկ դրսևորումների կարևորություն

Ճանաչողական խանգարումներ, մասնավորապես՝ առավել ընդգծված ուշադրության, հիշողության կորստի վերաբերյալ գանգատներ

Մնուսության համատարած և կայուն զգացում

Հոգնածություն, հետաքրքրության կորուստ այն ամենի նկատմամբ, ինչ մինչ այդ իմաստային է եղել անձի համար

Ինքնամփոփություն, սոցիալական շփումների կորուստ, տարատեսակ անփութություն

Քնի խանգարումներ

Անորեքսիա կամ բուլիմիա

Մնուսություն

Ավարտին հասցված ինքնասպանության զգալի վտանգ

Աղյուսակ 2.

(աղյուսակ 2): Տարեցների ընկճախտի վտանգի հիմնական գործոնը, իրականում, ուղեկցող սոմատիկ հիվանդության առկայությունն է:

Գիտակցության շփոթ առաջացնող ախտանշաններ

Տարեցների անուշադրության մատնված ընկճախտը կարող է մեծացնել ինքնասպանության վտանգը: Սակայն առաջին պլան մղված ախտանշանները հաճախ ակներևաբար ընկճախտ չեն մատնանշում: Խորհրդատվության, որպես կանոն, դիմում են հետևյալ խնդիրներով՝ մարտողական համակարգի խանգարումներ, ոսկրահողային ցավեր, բնագոյային վարքագծի խանգարումներ (քուն, ախորժակ, սեռահարաբերություն) և/կամ հիշողության կորստի վերաբերյալ գանգատներ: Այսպիսով՝ վտանգ ազդարարող նշանները հեշտությամբ անտեսվում են խնամող անձնակազմի կողմից, բավարար չեն մեկնաբանվում կամ չեն նույնականացվում. դրանցից է սննդից, դեղերից ու բուժօգնությունից հրաժարվելը: Թերմսվող տարեցի մոտ հաճախ դիտարկվող ընդհանուր վիճակի վատթարացումը գիտակցության շփոթի դիմակով քողարկում է ընկճախտը:

Սոմատիկ խանգարումներ, թե՛ «մարմնականացում»

Հոգեբուժական հաստատություններում գտնվող ընկճախտով տառապող տարեցների մոտ դիտարկվող օրգանական հիվանդությունների⁶ հաճախականությունը 55 %-ից ավելի է: Բուժառուի մարմինը կարող է օժտված լինել խնամակալների հետ փոխգործակցելու հնարավորություններով, ինչպես հիպոխոնդրիայի ժամանակ, երբ ընկճախտերը հաճախակի են:

Չանազանել տոմատիկ գանգատը բարոյական տառապանքի մարմնականացումից այնքան էլ հեշտ չէ (ըրջանակ 1): Այդ ցավը, դասական առումով, բարկացած է «ուժեղ և աղոտ զգացմունքներից, ծանծրայից, սոհաճությունից, հուսախաբությունից, հուսալքությունից, զղջումից» (Յենրի Ա), բայց հատկապես տարեցները կարող են իրենց դատարկված զգալ, փիտված, զուրկ հաճույքներից, հրաժարվել ցանկացած գործունեությունից կամ ընկղմվել կյանքի անխուսափելի փլուզման գաղափարի մեջ, որի գառնանցանքային բաղադրիչն իր ինտենսիվությամբ վկայում է վերապրած ընկճախտային դրամայի մասշտաբայնության մասին:

Ընկճախտը որպես կենսական կանխատեսումը վատթարացնող գործոն

Տարեցների մոտ դիտարկվում է հոգեկան և մարմնական խանգարումների փոխհարաբերակցություն: Ընկճախտն ավելի է վատթարացնում բազմաթիվ ախտահարումների կենսական կանխատեսումը: 65 և ավելի տարեկան ընկճախտով տառապող բուժառուների ավելցուկային մահացությունը, ըստ ամերիկյան ուսումնասիրություններից մեկի⁷, վեց տարվա կտրվածքով 124% է: Զբուժված ընկճախտային համախտանիշի առկայությունը բուժման անհետևողական ընդունման, հիվանդանոցային պայմաններում բուժառուներին ավելի երկար պահելու հաշվին տնտեսական ծախսերի ավելացման և կյանքի տևողության նվազման գործոն է: Համակցված ընկճախտի դեպքում հիվանդանոցում մնալու ժամկետը երկարում է ավելի քան 25%-ով, երբ առկա է նույնական սոմատիկ ախտահարում^{8,9}:

1. Բարոյական ցավը՝ տարեցների հոգեկան խանգարումների բաղադրիչ

Տարեցների հոգեբուժության բնագավառում բազմաթիվ հեղինակներ²⁴⁻²⁶ են զբաղվել բարոյական ցավի բաղադրիչով, որը թեև հիմնականում ուղեկցում է հոգեկան տառապանքները, նաև կապված է քրոնիկական ֆիզիկական ցավերի հետ (օրինակ՝ նյարդաձին կամ արթրոզային ցավեր)^{27,28}: Կարևոր է նաև աչքաթող չանել հնարավոր «չհանգուցալուծված սուգի» (Նույնիսկ՝ համարյա անհնար) գոյությունը, ինչպես Ալցեյմերի հիվանդությամբ տառապող բուժառուներին խնամողներից ոմանք, որ թույլ են տալիս այդ սխալը: Ալցեյմերի հիվանդությամբ տառապող բուժառուներին խնամող օժանդակ անձնակազմը նման վրիպում հաճախ է թույլ տալիս²⁹: Տարեց բուժառուների դեպքում բարոյական ցավի հարցը³⁰, անշուշտ, պետք է դիտարկվի ընկճախտի և ինքնասպանության բարձր հաճախաբերության ծիրում:

2. Ընկճախտը տարեցների համար նախատեսված հաստատությունում

Չանծրայթը, անզորությունը, գործառնական կարողության նվազումը, անձնական ինքնավարության կորուստը և գալիք մահվան գաղափարի հետ անխուսափելի առճակատումը, իհարկե, նպաստում են հաստատությունում գտնվող տարեցների ընկճախտային վիճակի ի հայտ գալուն, բայց նաև շատ խոստան կերպով ակներև են դարձնում մեր հաստատությունների մեծ մասում կիրառվող՝ համատեղ ապրելու արվեստի դժվարությունները: Ավելին՝ ծերանոցների բնակիչները հաճախ ունենում են ընկճախտի նախադեպեր կամ քրոնիկական սոմատիկ հիվանդությունների ընկճախտածին տարբեր ձևեր: Դրանով է բացատրվում տրամադրության խանգարումների գերակշռությունը ինքնության նրբին փոփոխությունների ժամանակահատվածում, որոնք տեղի են ունենում տարեցների համար նախատեսված հաստատությունում և պայմանավորված են այլ տարեցների հետ համատեղ կյանքով:

Գլխուղեղի ախտահարումներ

Ընկճախտը նպաստում է տարեցների կատարողական գործառնականության և գլխուղեղի ճակատային բլթերի կողմից կարգավորվող գործառնականության (այսուհետ՝ «ճակատային») խանգարումներին՝ փոփոխելով կանխարգելման կենսական գործընթացները: Դա կարող է արտահայտվել ճակատային բլթերի մասնակի ապաճով (ատրոֆիայով), որը երևում է գլխուղեղի 3Ծ-ի ժամանակ, հատկապես եթե առկա են քրոնիկական ընկճախտի նախադեպեր: Ընկճախտը նաև հրահրում է հոգեկան ու վարքագծային խանգարումներ՝ կապված դեմենցիայի հետ, և վախի մթնոլորտ ստեղծում խնամողների շրջանում (ըրջանակ 2):

Եթե թախիծն ու հոգեշարժական դանդաղումը հաճախ չեն վրիպում հարազատների ու խնամողների ուշադրությունից, ընկճախտի ատիպիկ դրսևորումները արտահայտվում են հիմնականում մարմնական ցավերով (քողարկված ընկճախտ) կամ ճանաչողական ու ուշադրության խանգարումներով: Երբ դրանք հանկարծակի են ի հայտ գալիս, գիտակցության դաշտի փոփոխությունն ու ժամանակային-տարածական ուղեկիշների կորուստը պետք է ստիպեն որոնել գլխուղեղի ցրված ախտահարում:

Ինքնասպանության վտանգ

Ինքնասպանությունը, անշուշտ, մարդու կյանքի ամենադրամատիկ վերջաբանն է: Սոցիոլոգ Էմիլ Դուրկեյմն այն սահմանում է հետևյալ կերպ. «Մահվան ցանկացած դեպք, որն ուղիղ կամ անուղիղ կերպով հետևանքն է տուժածի՝ ինքնուրույն կատարված դրական կամ բացասական գործողության, և որը կատարելիս տուժածը գիտակցել է, որ այն պետք է հանգեցնի այդ արդյունքին»¹⁰:

Բնակչության 65 տարեկանից բարձր անձանց շերտը, հատկապես եթե առկա է ընկճախտ, ամենաշատն են նախատրամադրված ինքնասպանություն գործելով մահանալու վտանգին. ինքնասպանությունների ամբողջ թվի 30%-ը, ընդ որում՝ երևույթի ընդհանուր թերագնահատման մակարդակը 9,4 % է: Տարեց բուժառուների 10 մահից 1-ի պատճառը ինքնասպանությունն է¹¹:

Ինքնասպանության գործողությունը հիմնականում վճռական որոշման արդյունք է, ինչի մասին վկայում են կիրառվող մահաբեր միջոցները՝ բարձրությունից նետվելը, իրազենը, կախվելը: Համադրված օրգանական խոցելիության հետ՝ այդ ուժեղ միտումնավորությունը ինքնասպանության փորձ/ինքնասպանություն հարաբերակցությունը հասցնում է 4/1-ի, մինչդեռ 25-ից ցածր տարիքի անձանց դեպքում այդ հարաբերակցությունը 200/1 է:

Ծանր ընկճախտը, ավելի մեծ հաճախականությամբ, քան երիտասարդների շրջանում, այն հոգեկան խանգարումն է, որը սերտորեն կապված է տարեցների՝ իրագործված ինքնասպանությունների և ինքնասպանությունների փորձերի հետ:

Ընկճախտ և հոգեգարային խանգարումներ

Ծերացումն ուղեկցվում է զառանցանքային մտածողության կամ զգայապատրանքների (հալյուցիալացիաների) մեծ նախատրամադրվածությամբ, որին նպաստում է զգայական գործառույթի վատթարացումը (Շառլ Բոնեի համախտանիշ) և կարող է մեկնաբանությունների, անվստահության, դյուրագրգռության աղբյուր դառնալ: Տարեցների որոշ ընկճախտեր ուղեկցվում են զառանցանքով, մասնավորապես՝ կրած վնասի կամ սնանկ դառնալու վերաբերյալ:

Քոտարի համախտանիշ

Քոտարի համախտանիշն հաճախ է հանդիպում մեյամադձային ընկճախտերի դեպքում: Համախտանիշի լիարժեք ձևում, որը, ի դեպ, հազվադեպ է լինում, մարմնի որոշ մասերը, ինքն իրեն և աշխարհը ժխտելու զառանցանքները համակցվում են նզովքի և անմահության զառանցանքի հետ¹²: Ոչ լիարժեք տարբերակները, որոնք ավելի հաճախ են հանդիպում, սահմանափակվում են որևէ մի օրգանի ժխտմամբ կամ հավերժական պատժի համոզմունքով¹³:

Երկբևեռ խանգարման ընկճախտ

Երկբևեռ խանգարման ընկճախտը անհատականացման տեսակետից շատ ավելի բարդ, քիչ տիպային, շատ ավելի բազմաձև ու բազմաբնույթ է իր դրսևորման մեջ: Այն հնարավոր է նույնականացնել, նույնիսկ եթե մոլա-ընկճախտային (մանիակալ-դեպրեսիվ) ախտորոշմանը հանգելու համար անհրաժեշտ է լինում միջինը մեկ տասնամյակ (աղյուսակ 3):

ԵՐԿԲԵՐՈՒԹՅԱՆ ՑՈՒՑԻՎՆԵՐԸ. ՏԱՐԲԵՐԱԿԻՉ ՏԱՐԵՐԸ ԵՐԿԲԵՎԵՆԻ ԽՆՆԱԿԱՆ ԸՆԿՆԱԽՏՈՎ ՏԱՌԱՊՈՂՆԵՐԻ ԿՅԱՆՔԻ ՊԱՏՄՈՒԹՅԱՆ ՄԵՋ՝ Ի ՀԱՎԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ ՄԻԱԲԵՎԵՆ ԸՆԿՆԱԽՏՈՎ ՏԱՌԱՊՈՂՆԵՐԻ

	Երկբևեռ	Միաբևեռ
Որևէ նյութի չարաշահում	Շատ բարձր	Չափավոր
Ընտանեկան նախադեպ	Գրեթե միշտ	Երբեմն
Սեզոնայնություն	Հաճախ	Դեպքից դեպք
Առաջին դրվագը՝ մինչև 25 տարեկան	Շատ հաճախ	Երբեմն
Հետժնդաբերական խանգարում	Շատ հաճախ	Երբեմն
Մինչև 35 տարեկանը՝ հոգեախտային բնութագրեր	Բարձր կանխատեսմամբ	Ոչ հաճախակի
Ատիպիկ բնութագրեր	Հաճախ	Դեպքից դեպք
Տրամադրության տատանումներ	Բնորոշ	Ոչ սովորական
Ընկճախտի կրկնվող դրվագներ (> 3)	Հաճախ	Ոչ սովորական
Հակաընկճախտային դեղորայքի օգտագործման ընթացքում մոլություն/թերմոլություն	Կանխատեսող	Ոչ սովորական
Կարճ ընկճախտային դրվագներ (<3 ամսից)	Ենթադրաբար	Ոչ սովորական
Հակաընկճախտային ազդեցության սպառում	Ենթադրաբար	Ոչ սովորական
Խառը ընկճախտ	Կանխատեսող	Հազվադեպ

Աղյուսակ 3. Ըստ Ն. Կայեի³⁰

Ախտանշանները նույնն են, ինչ ավելի երիտասարդ անձանց մոտ: Մոլության (մանիակ) կամ թերմոլության (հիպոմանիա) նախադեպերը հաճախ հայտնաբերվում են հարցուփորձերի ժամանակ:

Բազմաթիվ հեղինակներ նշում են նախորդող համակցված հիվանդության առկայություն (տագնապային խանգարումներ, ակոհոլամոլություն):

Երկբևեռ խանգարման ընկճախտը ծայրահեղ դժվար է կայունացնել ամբուլատոր պայմաններում. ախտանշանները մնայուն են, բուժառու հրաժարվում է բուժումից, ինքնասպանությունների հաճախականությունը մեծ է¹⁴⁻¹⁶:

Ծերունական հոգեբուժության մեջ հոգեգարային ախտանշաններն ավելի քիչ են ի հայտ գալիս մոլության դրվագներում, բայց ավելի հաճախ ընկճախտների ժամանակ:

Տարեցների գիտակցության շփոթը

Տարեցների գիտակցության սուր շփոթը պահանջում է բժշկական անհետաձգելի օգնություն՝ պատճառագիտական ախտորոշմամբ և հրատապ վարմամբ: Սակայն դրա կլինիկական

ախտորոշումը հաճախ դժվար է: Ուստի դրա մասին հարկավոր է կանոնավոր կերպով հիշել վարքի կտրուկ փոփոխության կամ գիշերացերեկային ռիթմի փոխատեղման դեպքում:

ճանաչողական խանգարումների առկայությունը կարող է էլ ավելի դժվարացնել գիտակցության շփոթի և դեմենցիայի զանազանում: Կտրուկ սկիզբը, զգոնության կամ ուշադրության խանգարումներն ու ժամանակի մեջ ախտանշանների արագ տատանումը մատանանում են «գիտակցության շփոթ» ախտորոշումը:

Գիտակցության շփոթը դեմենցիա չէ

Գիտակցության շփոթը հիմնականում սահմանվում է որպես սուր հոգեբուժական խանգարում, ընդ որում՝ սկզբունքորեն հետադարձելի: Այն կարող է ի հայտ գալ նյութական տարբեր պայմանների ազդեցության պատճառով (սոմատիկ հիվանդություն, դեղեր և այլն), բայց նաև կարող է երկարատև սթրեսի հետևանք լինել, երբ բուժառույժ արդեն իսկ գտնվում է կենսահոգեբանական անկայուն վիճակում:

Եթե այս սահմանումը ճիշտ է, ուրեմն այն հաշվի չի առնում պատմական գաղափարի զարգացումը, որ իր մեջ կրում է գիտակցության շփոթը՝ «սուր դեմենցիա» հասկացությունը: Իրականում 1892 թվականի օգոստոսին Բլուայում անցկացված հոգեբուժության տարեկան համաժողովում է, որ, ինչպես վկայում է Մորելը, «գիտակցության շփոթը իր բեմելն է կատարում, երբ Սեզյասը Շալտենի անունից ընթերցում է սուր հոգեկան հիվանդության առանձին ձևի վերաբերյալ մի երկար բացատրագիր»: Այդուհետ գիտակցության շփոթի վիճակում գտնվող տարեցը մթազնամ ուղեղով հիվանդ է համարվում՝ ապակողմնորոշված ժամանակի և տարածության մեջ, այն պատճառով, որ «կորսվել է մտավոր սիլյետեզի ունակությունը», ինչը կարող է ուղեկցվել զգայապատրանքներով: Դրանց անընթաց հարստությունը չի վրիպել ժամանակակիցներից մեկի աչքից, որը ստեղծել է անընթացաբան (օնիրիզմ) համակցված հասկացությունը (Ռեժիսի հայեցակարգը 20-րդ դարի սկզբից կապ է հաստատում «երազային զառանցանք»-ի և թունա-վարակային սուր հոգեխախտի միջև): Այսուհետ խոսվում է «կլինիկական տիպի», այլ ոչ թե հիվանդության մասին:

Սակայն այդ բոլոր «տիպերը» հարկավոր է դիտարկել հոգեկան կազմալուծման լույսի ներքո, երբ «գիտակցության բեմն ավելի ու ավելի պակաս է լուսավորվում», ինչպես այս երևույթն ամփոփում է Ջասպերսը: Եվ «եթե գիտակցության շփոթ ունեցողն ապակողմնորոշված է, ուղենիշի տազնապային փնտրտուքը, ինչպես և դրա հետադարձելի զարգացումը, նրան տարբերում է դեմենցիա ունեցողից» (Շասլեն):

Դժվար, բայց էական ախտորոշում

Գիտակցության շփոթի զարգացումը բնութագրվում է արագ ի հայտ գալով, փոփոխական շրջակա միջավայրի հանդեպ փոփոխական զգայունությամբ և տատանվող ինտենսիվությամբ: Գիտակցության շփոթի համախտանիշն արագանում է բազմաթիվ սթրեսային գործոնների ազդեցությամբ, այդ պատճառով այն այդքան տարածված է հիվանդանոցներում: Դրա առաջացումը սովորական երևույթ է համարվում, մինչդեռ կանխատեսումը հուսադրող չէ: Ըստ զնահատականների՝ ախտորոշում է տրվում 2 հիվանդից 1-ին:

Տարեցների դյուրագրգիռ լինելը կարող է գիտակցության շփոթի համախտանիշի նախանշան լինել: Կրկնվող կամ կցկտուր խոսքը, ցրվածությունը, ընդդիմասալ կամ անմիզապահությունը պետք է գրավեն բժշկի ուշադրությունը: Նմանապես տազնապը, ժամանակային-տարածական ապակողմնորոշումը, քնի և վարքագծային խանգարումները ևս ուշադրության արժանի ազդանշան պետք է լինեն:

Եթե ախտանշանները հաճախ են սրվում երեկոյան ժամերին, մինևույն է, այս հիվանդությունը ճանաչելը դժվար է, առավել և՛ տարեց մարդու պարագայում, որի զառանցանքի անընթաց քաղաղորիչը դասականորեն համարվում է աղքատիկ, իսկ ընդհանուր նշանները՝ պակաս արտահայտված, քան երիտասարդների դեպքում:

Չոգեկան հիվանդությունների ախտորոշման և վիճակագրության ուղեցույցում (DSM) այլևս հաշվի չեն առնվում ծերահոգեբուժության մեջ հաճախ հանդիպող, այսպես կոչված, «թմրածության» ձևերը, որոնք զուգակցում են ընդարմացումը, լռակյացությունը, սնվելուց հրաժարվելը, գիտակցության մթազնամը, և դրանք հերթագայվում են հոգեշարժական գրգռվածության դրվագներով, մասնավորապես՝ աղոտ լուսավորության պայմաններում:

Ճատ կարևոր է այդ երևույթի վարումը սկսել հնարավորինս շուտ, քանի որ գիտակցության շփոթը կարող է հանգեցնել ոչ համարժեք վարքագծի ի հայտ գալուն:

Ծերահոգեբուժական վտանգ N° 1

Ցանկացած տարեց անձ, որի վարումը պատշաճ կերպով չի իրականացվում, կարող է գիտակցության շփոթ ունենալ և դրանից մահանալ: Ցանկացած ապակայունացնող հանգամանք կարող է բացահայտել նախատրամադրող թաքնված ախտի գոյությունը (Այցիեյմերի հիվանդություն): Գիտակցության շփոթը կարող է առաջանալ ինքնին ախտածին իրավիճակներից (օրինակ՝ ընկնելն ու անշարժացած մնալը և լքվածության վերապրումը):

Վտանգի գաղափարը կարևոր է, քանի որ բացահայտում է գիտակցության շփոթի երևան հանած և «ծերունական տարիքի» ծիրում զարգացող իրողությունները՝ անկառավարելի վտանգի առկայություն, Այցիեյմերի հիվանդություն, (գլխուղեղային վտանգ), ընկճախտ (հոգեկան վտանգ), զգայուն և ապասֆերենտացում (հոգեշարժական վտանգ) կամ նյութափոխանակային տարատեսակ խանգարումներ (համակարգային վտանգ):

Վարումը

Վարման սկզբունքներ են՝ գտնել պատճառն ու վերացնել այն, լինել կազմակերպված (գիտակցության շփոթը ապակազմակերպող է), մեղմել տազնապը, հնարավորինս հաճախ վերակողմնորոշել հիվանդին, նվազեցել վտանգները, խուսափել շարժունակությունը սահմանափակող միջոցներից և զգուշորեն ձևակերպել դեղաբուժումը (տազնապամարիչներ, թմրեցնող հակահոգեզարայիններ, իոնային վերահասարակչում, հիդրատացում):

Ծերահոգեբուժական աշխատանքը հոգեբուժական խանգարումը գիտակցության շփոթի համախտանիշից արագ տարբերելն է: Այդ տարբերությունն ամենևին ակներև չէ և համապարփակ (հոլիստիկ) վարման հարց է: Այսպիսով լիարժեք կլինիկական հետազոտությունը պարտադիր է

և պայմանավորում է լրացուցիչ հետազոտությունների անհրաժեշտությունը: Ցուցվում է էլեկտրասրտագրություն, գլխուղեղի պատկերային հետազոտություն (որպես առաջին շարքի հետազոտություն՝ ՀՇ), ինչպես նաև լաբորատոր հետազոտություններ, այդ թվում՝ արյունաքրություն, արյան իոնագրություն, արյան մեջ կալցիումի, ալբումինի, TSH-ի, B9 ու B12 վիտամինների կոնցենտրացիաների որոշում:

Անոթային ընկճախտ

Ուղեղա-անոթային հիվանդությունը ստրիատում-պալիդում-տեսաթումբ-կեղև նյարդաբջջային ցանցի խաթարման միջոցով կարող է նախատրամադրել, արագացնել կամ հարատև դարձնել տարեցների ընկճախտը: Այս հայեցակարգը մշակվել է Ալեքստրոպոլոսի կողմից¹⁷, համաձայն որի՝ որոշ ուշ սկիզբ ունեցող ընկճախտերին առանձնահատուկ է կենտրոնական նյարդային համակարգին վերաբերող պատճառ:

Կապը ընկճախտի և դեմենցիայի միջև

Կատարողական գործառնությունների կորստի համախտանիշով ընկճախտը տալիս է կլինիկական ընկճախտի պատկեր, որին բնորոշ է ինքնամոխություն, պլանավորման դժվարություններ, ճանաչողական խանգարումների արագ խորացում: Այն բնութագրվում է հոգեշարժական ակներև փոփոխություններով՝ առօրյա կյանքի գործողությունների նկատմամբ հետաքրքրության կորստով, շրջակա միջավայրի և շրջապատի նկատմամբ անտարբերությամբ: Հնարավոր են հոգեկան հարմարվողականության «կարծրացում», ինկուլսիվություն և երբեմն խելացնորության (պարանոիդային) հատկանիշներ: Զուգահեռաբար, նկատվում է վեգետատիվ նշանների սղություն:

Ըստ Ջորմի՝ ընկճախտի և դեմենցիայի միջև կապը կարող է ամփոփվել միմյանց չբացառող վեց վարկածում՝
- ընկճախտի բուժումը կարող է բարենպաստ ազդեցություն ունենալ դեմենցիայի վրա,
- դեմենցիան ու ընկճախտն ունեն ռիսկի ընդհանուր գործոններ,
- տարեցների ընկճախտը դեմենցիայի նախանշան է,
- ընկճախտը արձագանքն է ճանաչողական գործառնությունների վատթարացմանը,
- ընկճախտը նպաստում է դեմենցիայի նշանների վաղ բացահայտմանը,
- ընկճախտը գլյուկոկորտիկոիդ հորմոնների միջոցով¹⁸ կարող է հանգեցնել գլխուղեղի հիպոկամպի կառուցվածքային փոփոխությունների:

Դեմենցիա

Դեմենցիան քրոնիկական և աստիճանաբար զարգացող համախտանիշ է: Համակցում է ինքնագիտակցության խանգարմամբ զուգորդվող ճանաչողական գործառնությունների ավելի սաստիկ վատթարացում՝ բնականոն ծերացման համեմատ: Տարեցների հաշմանդամության և կախվածության մեջ ընկնելու հիմնական պատճառներից է և դաժան փորձություն է հիվանդների, ինչպես նաև նրանց ընտանիքների ու խնամողների համար:

Դեմենցիան ազդում է հիշողության, մտածողության, կատարողական կարողությունների, ժամանակի և տարածության մեջ կողմնորոշվելու, ըմբռնելու ունակության, հաշվարկի, սովորելու ունակության, լեզվի և դատողության վրա: Զգոնությունը պահպանվում է, և 2 հիվանդից 1-ը տեղյակ է իր խանգարումների մասին: Դեմենցիայի զարգացման եղանակները տարբերվում են՝ կախված տեսակից, անձից և շրջապատի աջակցության որակից: Ճանաչողական խանգարումների խորացումը հաճախ ուղեկցվում է հուզական խանգարումներով, ընկճախտով ու սոցիալական վարքի խանգարումներով:

Ալցհեյմերի հիվանդություն

Ալցհեյմերի հիվանդությունը դեմենցիայի ամենատարածված պատճառն է (դեպքերի 60-70%): Գլխավոր ռիսկային գործոնը տարիքն է:

Ֆոլշտեյնի թեստը կամ Մտավոր կարգավիճակի գնահատման կարճ սանդղակը (*Mini Mental Score*¹⁹) հաճախ է կիրառվում ճանաչողական խանգարումների աստիճանը գնահատելու համար: 24 և ցածր միավոր արդյունքը (30-ից) հանգեցնում է դեմենցիա այստորոշմանը:

Դեմենցիայի սկզբնական փուլը երկար ժամանակ աննկատ է մնում, հիվանդությունը զարգանում է աստիճանաբար և դանդաղ: Այդ փուլում հիվանդները սկսում են մոռանալ առարկաները և մոլորվել ծանոթ վայրերում:

Միջանկյալ փուլում նշաններն ու ախտանշաններն ավելի արտահայտված են. հիվանդը մոռանում է վերջին ժամանակահատվածում տեղի ունեցած իրադարձությունները, ի հայտ են գալիս լեզվական դժվարություններ, կարիք է լինում հիշեցնելու ընտանիքի անդամների կամ ընկերների անունները: Այնուամենայնիվ, հիվանդը երկար ժամանակ լավ է հիշում իրն փաստերը: Բացի ժամանակային-տարածական ապակողմնորոշումից, կարող է դժվարանալ նաև շփումը, ինչը ապասոցիալականացման է տանում:

Հիվանդության ծանր փուլում կախվածությունը շրջապատից կանոն է, և համապատասխան հաստատությունում խնամքը կարող է դառնալ անհրաժեշտություն:

Կլինիկական պատկերը ներառում է խոսքի մասնակի կամ լիակատար կորուստ (աֆազիա), նպատակամիտված շարժումներ կատարելու ունակության կորուստ (ապրաքսիա) և արտահայտված հիշակորուստային (ամնեզիկ) համախտանիշ:

Խելամտորեն կիրառվող հակախոլինէրգիկային դեղամիջոցները ալցհեյմերիայի տիպի դեմենցիայի դեպքում կարող են որոշակի ծառայություն մատուցել:

Լևհի մարմնիկներով հիվանդություն

Դեմենցիայի առաջացման երկրորդ պատճառը Լևհի մարմնիկներով հիվանդությունն է: Այն ի հայտ է գալիս դեմենցիայի այլ տեսակներից ավելի վաղ: Դեմենցիայի ընդհանուր պատկերին ավելանում են ընկնելը, զգայապատրանքները և պարկինսոնյան համախտանիշը: Այս դեպքերում շատ տարածված է ընկճախտը, որը երբեմն հիվանդության սկիզբն է նախանշում: Ճակատա-քունքային դեմենցիան ուղեկցվում է սոցիալական պահվածքի զգալի խանգարմամբ, սկզբնական փուլում հիշողության խանգարումները հազվադեպ են:

Անոթային դեմեցիա

Ջարկերակային հիպերտոնիայի բուժման և անոթների դեգեներատիվ ախտահարման պատճառների վերահսկման (չաքարային դիաբետ, գերխոլեստերոլեմիա) պայմաններում անոթային դեմեցիան ավելի քիչ հաճախականությամբ ի հայտ գալու միտում է ցուցաբերում:

Բուժական որոշ սկզբունքներ

Խոցելիությունը մարդ էակի բնականոն վիճակ է՝ բժշկի (որպես գործադրողի), և՛ հիվանդի (որպես կրողի) համար: Համատեղ խոցելիության իրողությունը հնարավորություն է տալիս ըմբռնելու հիվանդի տառապանքի և կատարված նշանակումների իմաստը²⁰:

Բազմամասնագիտական մոտեցումը՝ որպես բանալի

Հավանաբար, պետք է խուսափել տարեց մարդու հոգեբանական տառապանքին և տարբեր հոգեկան հիվանդությունների և միակ՝ «գլխավորապես դեղաբանական», պատասխանից, քանի որ բարոյական տառապանքն արդյունավետ ու արագ բուժելու համար հարկավոր է դրան համակցել հոգեցնցողական մոտեցում՝ անհատական և կոլեկտիվ արդյունք ստանալու համար²¹:

Բոլոր դեպքերում հարկավոր է ողջախոսությամբ առաջնորդվել և հաշվի առնել բուժառնչի շրջապատում վերջին ժամանակահատվածում տեղի ունեցած փոփոխությունները: Այդ պատճառով բուժածին երևույթների որոնումը պետք է համակարգված լինի, իսկ կլինիկական հետազոտությունը և դեղաբուժական նշանակումներն անհրաժեշտ է պարբերաբար վերազնահատել:

Այն, ինչ սովորեցնում է անհատականացված համապարփակ մոտեցումը, իսկապես, դեռ շատ արդիական է. «*Ես ընկել եմ գետնին, դա կողմնակի ազդեցությունների մեղքն է, ես գերդեղաչափ եմ ընդունել, դա իմ մեծ տարիքի մեղքն է*»²²:

Ացիդեմերի տիպի դեմեցիայի ոչ ճանաչողական դրսևորումները պահանջում են բազմամասնագիտական թիմով աշխատանք (ըջընակ 3): Հաճախ հարկավոր է նախապատվությունը տալ հոգեդեղաբուժական մոտեցմանը, որը պետք է իրականացնել թիմային նախաձեռնողական աշխատանքով: Մասնավորապես՝ բուժքույրական խնամքը կենսակաևորեն կարևոր միջոց է գիտակցության շփոթի, ընկճախտի, ճանաչողական խանգարումների նախնական նշանների բացահայտման համար: Դրանք հարկավոր է ճանաչել որպես անհետաձգելի բուժօգնության ենթակա իրավիճակ, այնպես, ինչպես ցավը, հաճախ՝ սուր, որը նույնպես կարող է դժվարացնել ախտորոշումը:

2009 թվականին Ֆրանսիայի Առողջապահության ազգային բարձրագույն ատյանը հրապարակել է տարեցների գիտակցության սուր շփոթի և հոգեշարժական գրգռվածության նախնական վարման վերաբերյալ «ճիշտ մասնագիտական գործելակերպի» ուղեցույցներ, որոնք կարող են օգտակար լինել խնամողների համար:

Բուժման տարբեր մոտեցումները ներառում են սոմատիկ խնամքը, հոգեմետ բուժումները, ուղեղի խթանման մեթոդները, հոգեթերապիան և բժշկասոցիալական միջամտությունները²³: Որոշ իրավիճակների կամ բարդ դեպքերի պա-

3. Բուժառնչի հետ բուժական դաշինքի ստեղծում

Տարեցների ընկճախտային խանգարումների բուժումը հաճախ դժվարանում է հակաընկճախտային դեղամիջոցների վատ տանելիության պատճառով: Արանով է բացատրվում տարեց բուժառնչի նշանակումներում սերոտոնինի հետզվածքման ընտրողական արգելակիչների և այլ նոր հակաընկճախտային դեղամիջոցների ավելացումը:

Բուժառնչի հետ ծանոթանալու պես ցանկալի է աշխատել նրա հետ դեղաբուժական դաշինք ստեղծելու ուղղությամբ: Իսկապես, օգտակար է հնարավորին շուտ աշխատել ընտանեկան բժշկի, ընտանիքի և մյուս դերակատարների հետ, եթե բուժումը հնարավորին արագ սկսելու ցանկություն կա, քանի որ, բուժման մեկնարկը երբեմն կարող է տեղի ունենալ հոգեբուժական առաջին խորհրդատվությունից հետո մոտ տասնհինգ օր անց²⁴:

Բուժառնչի և նրա շրջապատի հետ անհրաժեշտ են կանոնավոր փոխանակումներ իրական բուժական դաշինք ստեղծելու համար, և որպեսզի չլինի բուժման դադարեցում: Ըստանիքը պարտադիր գործընկեր է, որին հարկավոր է աջակցել՝ վերահաստատելով նրա զգացմունքային, այլ ոչ թե խնամք մատուցողի դերը: Ըստանիքը պետք է տեղյակ լինի հիվանդության մասին, նրան հարկավոր է վստահություն ներշնչել և ճանաչել նրա ներդրումը խնամքի գործում:

րագայում՝ հոգեկան ծանր տառապանքներ, համակցված ճանաչողական խանգարումներ, մի քանի հիվանդությունների միաժամանակյա առկայություն, բուժածին զգալի վտանգ, դեղակայունություն և այլն, անհրաժեշտ է հոգեբուժի եզրակացություն:

Հոգեմետ դեղերի օգտագործումը

Հոգեմետ դեղերը հարկավոր է զգուշորեն օգտագործել, քանի որ տարեցների դեպքում, ի տարբերություն ավելի երիտասարդների, կողմնակի ազդեցություններն ավելի սուր են:

Գերչափաքանակի վտանգը

Հոգեմետ դեղամիջոցները, լինելով ճարպալուծ, ճարպային հյուսվածքներում կուտակվելու միտում ունեն: Ծերացման հետ մեկտեղ մկանային զանգվածը նվազում է՝ հօգուտ ճարպային զանգվածի: Այդպիսով՝ ճարպային հյուսվածքներում հոգեմետ նյութի կուտակումը մեծացնում է նաև դրա կիսադուրսբերման պարբերությունը:

Բացի լիթիումից, հոգեմետ դեղերի գերակշռ մասը նյութափոխանակվում է լյարդում: Կենսափոխակերպման որոշ մեխանիզմներ կարող են տարիքի հետ թուլվ գործել: Լյարդի կենսափոխակերպման համակարգերի խաթարումը կարող է հանգեցնել հոգեմետ դեղամիջոցի կոնցենտրացիայի բարձրացման, եթե առկա է ակտիվ բաղադրիչի նյութափոխանակության խնդիր (կլոմիպրամին, միանսերին, ամիտրիպտիլին) կամ, ընդհակառակը, ակտիվ բաղադրիչի կոնցենտրացիայի նվազման, եթե դրա առկայությունը պայմանավորված է լյարդային նյութափոխանակությամբ (վեկլաֆաքսին, ֆլուոքսետին):

Միևնույն ժամանակ, երկամային գործառնությունների խանգարման դեպքում հնարավոր է հոգեմետ նյութի չափաքանակի գերազանցում, նույնիսկ՝ թունավորություն (մասնավորապես՝ սրտային, եթե օգտագործվում է լիթիում):

Տարիքի հետ կապված փոփոխությունները նկատվում են նաև նյարդափոխանցիչների (նեյրոտրանսմիտեր) մակարդակում, հնարավոր է դեղաբուժական ազդեցության ուժեղացում, բայց նաև՝ անցանկալի հետևանքներ: Մասնավորապես՝ դրանով է բացատրվում տարեցների ավելի մեծ զգայունությունը հակախոլիներգիկ դեղամիջոցների ազդեցության նկատմամբ:

Նշանակման կանոնները

Դեղերի ցանկացած նշանակման ժամանակ հարկավոր է հաշվի առնել գերչափաքանակի վտանգը և կանոնավոր կերպով վերազնահատել նշանակումը:

Տազնապամարիչ և քնաբեր դեղամիջոցներ

Տազնապամարիչ և քնաբեր դեղամիջոցները տարեցների դեպքում արագ են ազդում և դյուրատար են: Սակայն անհրաժեշտ է պահպանել որոշակի կանոններ՝ փոքր չափաբաժիններ, ընդունման սահմանափակ տևողություն (առավելագույնը 12 շաբաթ՝ բենզոդիազեպինների և 4 շաբաթ՝ քնաբերների համար), կիսադուրսբերման փոքր պարբերությամբ դեղերի գերադասում (օքսազեպամ, որը նաև ունի լյարդով չանցնելու առավելությունը):

Հարկավոր է ստուգել կողմնակի ազդեցությունները՝ թմրեցման աստիճանը, գիտակցության շփոթի համախտանիշը, ճանաչողական խանգարումները, կախվածությունը և ընկնելու վտանգը: Երկարատև ընդունման դեպքում բժիշկը պետք է կենտրոնանա աստիճանական դադարեցման վրա:

Ոչբենզոդիազեպինային տազնապամարիչ միջոցների, օրինակ՝ հիդրօքսիզիմի օգտագործումից պետք է խուսափել հակախոլիներգիկ ազդեցությունների վտանգի պատճառով:

Հակաընկճախտային դեղեր

Հակաընկճախտային դեղերի դեպքում կարևորը սկզբնական փուլում համակցված հիվանդությունների բացահայտումն է, քանի որ դրանք կարող են նպաստել ընկճախտի խորացմանը կամ խանգարել բուժմանը:

Առանց հոգեախտային նշանների միաբևեռ ընկճախտի դեպքում խորհուրդ է տրվում, որպես առաջին շարքի դեղամիջոց, նշանակել սերոտոնինի հետզավթման ընտրողական արգելակիչ (ՄՀԸԱ) կամ սերոտոնինի և Նորադրենալինի հետզավթման արգելակիչ (ՄՆԱՀԱ):

Հոգեախտային (պսիխոզային) ախտանշանների առկայության դեպքում նախընտրելի է ատիպիկ հակահոգեգարային դեղամիջոցի հետ զուգորդումը՝ նյարդաբանական ավելի լավ դյուրատարության ապահովման համար:

Եթե հիվանդն ունի ընկճախտին նպաստող ուղեկցող հիվանդություն՝ հեղինակները խորհուրդ են տալիս ի սկզբանե միասնաբար բուժել և ընկճախտը, և ֆիզիկական հիվանդությունը:

Ընդհանուր առմամբ, ՄՀԸԱ-ները ամենալավ գնահատականը ստացած հակաընկճախտային դեղամիջոցներն են բոլոր տեսակի ընկճախտերի պարագայում:

Բոլոր դեպքերում կարևոր է հոգեթերապիան համատեղել հակաընկճախտային ազդեցության դեղամիջոցների հետ:

Տրամադրության կայունացուցիչներ

Տարեց բուժառուների դեպքում տրամադրության կայունացուցիչների առաջացրած կողմնակի ազդեցությունների վտանգն ավելի մեծ է: Որպես էտալոնային բուժում՝ կիրառվում է լիթիումը, բայց դրա օգտագործման ժամանակ պետք է հաշվի առնել երիկամների գործառնությունը, որի կծիկային գտման ունակությունը տարեցների մոտ հաճախ խանգարված է: Բացի դրանից՝ լիթիումը կարող է փոխազդեցության մեջ մտնել բազմաթիվ այլ դեղամիջոցների հետ, որոնք սովորաբար նշանակվում են տարեց բուժառուներին (միզամուղներ, անգիոտենզին փոխակերպող ֆերմենտի արգելակիչներ և այլն):

Հակահոգեգարային դեղեր

Այս դեղամիջոցները հարկավոր է մեծ զգուշությամբ նշանակել, քանի որ հատկապես տարեցները ենթակա են դրանց կողմնակի ազդեցություններին՝ արտաբրզային համախտանիշ, սրտանոթային վտանգ և հակախոլիներգիկ ազդեցություն:

Այս դեղերի և հարակից հիվանդությունների դեպքում այս դեղամիջոցների օգտագործումն ուղեկցվում է գլխուղեղի անոթային կաթվածից մահացությունների թվի ավելացմամբ:

Որպես առաջին շարքի բուժում՝ առաջարկվում են ատիպիկ հակահոգեգարայինները:

Ինչպիսի դեղամիջոց էլ նշանակվի, դրա կիրառությունը պետք է հնարավորինս կարճատև լինի:

ԴԵՂԵՆԱԿԻ ՈՒՂԵՐԶԸ

Ինչպես հաճախ է լինում հոգեբուժության մեջ (այստեղ՝ տարեցների հոգեբուժության), այս քննական հարցը պարտադիր չէ, որ լինի մի ամբողջական կլինիկական դեպք-խնդրի առարկա, բայց կարող է ներառվել լայնական՝ մի քանի մասնագիտությունների վերաբերող կլինիկական դեպք-խնդրում:

Իրոք, տարեց բուժառուի հոգեկան խանգարումների պատճառները բազմաթիվ են, և դրանց մեծամասնությունը հստակորեն ներկայացված է պետական ավարտական քննության հարցաշարի (ECN) ծրագրում:

Այս քննական հարցը հատկապես հարմար է կլինիկական դեպք-խնդրի շրջանակում բազմամասնագիտական լայնական մոտեցում ցուցաբերելու համար:

● 70-ամյա կնոջ քողարկված ընկճախտ՝ ինքնավարության կորստի հետ համակցված, առանց ակնհայտ տխրության, բայց բազմաթիվ ֆիզիկական գանգատներով՝ ընդհանուր թուլություն, գլխացավեր, սրտխփոց, ցրված ցավեր, գլխապտույտ, դժվարաշնչություն և, հատկապես, փորկապություն:

● Ի սկզբանե հարկ է նշել, որ քողարկված ընկճախտի ակտորոշումը չպետք է լինի առաջին հերթին վկայակոչվող ակտորոշում: Նախառաջ հարկավոր է հիշել, որ ընկճախտը կլինիկական ակտորոշում է՝ հիմնված հիվանդի ամբողջական զննման և, ցանկալի է, ընտանիքի, մոտիկ հարազատների հետ հարցումիործի վրա: Ի լրումն տարեց հիվանդի ընդհանուր վիճակի վատթարացման հնարավոր պատճառների քննարկման՝

կարելի է դիտարկել նյարդաբանական (անցողիկ իշեմիկ գրոհ), սիրտ-թոքային (արյան զերծնշում, թոքային էմբոլիա) կամ մարտոդական (հաստ աղիքի քաղցկեղ) պատճառները, ինչպես նաև ցավազրկողներով պատշաճ անցկացվող բուժման նկատմամբ կայուն ցավերը (տվյալ դեպքում՝ գլխացավերը, որոնք կարող են լինել առաջնային, միգրենային կամ երկրորդային և վերաբերել գլխուղեղային արյունահոսությանը կամ հսկաբջջային արտերիիտին)։ Պետք է ուշադրություն դարձնել ախտորոշման հաճախակի ուշացումը, նաև՝ բազմաթիվ հարկլինիկական հետազոտությունների կամ մասնագիտական խորհրդատվությունների՝ արդեն իրականացված լինելուն։

- Չարկավոր է ընդգծել, որ երբ հիվանդը ընկճախտից, որպես այդպիսին, չի բուժվում, դա վտանգավոր է, առավել ևս երբ հայտնվում է բուժաստատություններով դեգերելու թակարդում և կրտակում գոտկացավերի, գլխացավերի, քրոնիկական հոգնածության համախտանիշի և այլնի դեմ բուժման դեղամիջոցներ։
- Քողարկված ընկճախտի բուժումը նման է դասական ընկճախտի բուժմանը և ուղեկցվում է ճանաչողական-վարքագծային հոգեթերապիայի տիպի ոչ դեղորայքային բուժմամբ, որը հատկապես ցուցված է այս հիվանդներին, որոնք համարվում են դժվար, նույնիսկ երբ հակաընկճախտային ազդեցության դեղերը մեղմում են խանգարումները։

ԳՐՈՒՄՆԵՐ

1. Clesse C, Dumand I, Nassau E, Prudent C, Decker M, Savini C, et al. Représentations sociales du vieillissement des sujets porteurs de troubles psychiques : impacts et conséquences d'une double stigmatisation. *Neurol Psychol Geriatr* 2016;16:291-9.
2. Erikson EH. Autobiographic notes on the identity crisis. *Daedalus*. 1970;99:730-59.
3. Age-related differences in supervisory attentional system functions-PubMed [Internet: <https://ncbi.nih.gov/11078107/>]
4. Bhalla RK, Butters MA, Becker JT, Houck PR, Snitz BE, Lopez OL, et al. Patterns of mild cognitive impairment after treatment of depression in the elderly. *Am J Geriatr Psychiatry* 2009;17(4):308-16.
5. Karel MJ. Aging and depression: vulnerability and stress across adulthood. *Clinical Psychology Review* 1997;17(8):847-79.
6. Bigot T, Trouillet C, Hardy P, Pinabel F, Feline A. Dépression et maladies somatiques. À propos d'une étude rétrospective de 210 épisodes dépressifs majeurs hospitalisés en psychiatrie. *L'Encéphale* 1999;25(1):3-10.
7. Schulz R, Beach SR, Ives DG, Martire LM, Ariyo AA, Kop WJ. Association between depression and mortality in older adults: the Cardiovascular Health Study. *Arch Intern Med* 2000;160(12):1761-8.
8. Levenson JL, Hamer R, Silverman JJ, Rossiter LF. Psychopathology in medical patients and its relationship to length of hospital stay: a pilot study. *Int J Psychiatry Med* 1986;16(3):231-6.
9. Levenson JL, Hamer RM, Rossiter LF. Relation of psychopathology in general medical inpatients to use and cost of services. *Am J Psychiatry* 1990;147(11):1498-503.
10. E. Durkheim (1897). *Le suicide*, Paris, PUF, 2013, 14e éd., 468 p.
11. Comité national pour la bientraitance et les droits des personnes âgées et des personnes handicapées (CNBD, 2021). Prévention du suicide chez les personnes âgées [solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/CNBD_Prevention_du_suicide_Propositions_081013.pdf]
12. Cotard J. Du délire hypocondriaque dans une forme grave de mélancolie anxieuse. *Ann Med Psychol* 1880;38:168-74.
13. Hazif-Thomas C, Stephan F, Walter W, Thomas P. Hallucination négative, conscience de soi et avancée en âge. *L'Encéphale* 2015;41:168-73.
14. Fiske A, Wetherell J, Gatz M. Depression in older adults. *Annu Rev Clin Psychol* 5:363-89.
15. Rodda J, Walker Z, Carter J. Depression in older adults. *BMJ* 2011;343:d5219.
16. Millet B, Derouet J. La notion de spectre bipolaire a-t-elle la même incidence en ville qu'à l'hôpital ? *Annales médico-psychologiques* 2007;165:580-5.
17. Alexopoulos GS, Meyers BS, Young RC, Campbell S, Silbersweig D, Charlson M. Vascular depression hypothesis. *Arch Gen Psychiatry* 1997;54(10):915-22.
18. Jorm AF. La dépression comme facteur de risque de démence. *Maladie d'Alzheimer : recherche et pratique clinique*. Serdi éd. Paris. 2001;5:132-6.
19. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res* 1975;12(3):189-98.
20. Dopchie C. Comme médecin, je réfléchis à comment vivre avec la vulnérabilité : la mienne, la sienne, la nôtre. In : *Accueillir la vulnérabilité*. Éditions Erès. Toulouse 2020;231-47.
21. Jorm AF, Patten SB, Brugha TS, Mojtabai R. Has increased provision of treatment reduced the prevalence of common mental disorders? Review of the evidence from four countries. *World Psychiatry* 2017(16): 90-9.
22. Ankri J. Le risque iatrogène médicamenteux chez le sujet âgé, *Gérontologie et société* 2002/4;25(103):93-106.
23. Roblin J. Les dépressions du sujet âgé: du diagnostic à la prise en charge. *Neurol Psychol Geriatr* 2015;15(88):206-18.
24. Maggini C. Moral pain and senility. *Acta bio-medica: Atenei Parmensis* 2005;76(1):53-9.
25. Hazif-Thomas C, Thomas P. Douleur morale, risques somatiques et souffrance psychique chez la personne âgée. *Soins psychiatrie* 2012;282:37-40.
26. Hazif-Thomas C, Belazreg F, Rouleaux J, Thomas P. Accueillir la douleur en psychogériatrie. *Ann Med Psychol* 2009;167:295-8.
27. Boss P, Caron W, Horbal J, Mortimer J. Predictors of depression in caregivers of dementia patients: boundary ambiguity and mastery. *Family Process* 1990;29(3):245-54.
28. Masson M, Muirheid-Delacroix B. La douleur morale: historique et devenir d'un concept clinique. *Ann Med Psychol* 2014;172:139-45.
29. Holroyd S, Baukhages-Smith D, Rabins PV. Problems in the treatment of depressed elderly persons in an outreach program. *Hospital & Community Psychiatry* 1991;42(10):1066-8.
30. Kaye N. Is your depressed patient bipolar? *JABFP* 2005;18(4):271-81.

Երեխայի սրտի աղմուկ

Սեբաստիեն
Յակոյե
Պրոֆեսոր
Ֆիլիպ Աբար
Կենան Կարսենթի

Մանկական
սրտաբանության
բաժանմունք,
Մարի-Լանելոնգ
հիվանդանոց
Լե Պլեսիս-Ռոբինսոն,
Ֆրանսիա
Մանկական
սրտաբանության
բաժանմունք,
Մանկական
հիվանդանոց,
Թուլուզի
համալսարանական
հիվանդանոցային
կենտրոն Թուլուզ,
Ֆրանսիա

acar.p@
chu-toulouse.fr

Սեբաստիեն
Յակոյեյն հայտնում
է, որ երբեմն
մասնակցում է
Abbott ընկերության
կազմակերպած
միջոցառումներին,
և որ իր
գործուղումների
ծախսերը հոգում է
Edwards-ը:

Պ.Աբարը և
Ք.Կարսենթին
հայտարարում
են, որ այս
հրապարակմամբ
որևէ շահ չեն
հետապնդում:

ԽՆԴԻՐԸ

Մանրթանակ հիմնական ախտորոշիչ վարկածներին և համապատասխան լրացուցիչ հետազոտություններին:

Սրտի աղմուկը շատ հաճախ է հանդիպում ախտա-
նշաններ չունեցող երեխաների շրջանում: Հիմնա-
կանում անվնաս է (կամ «գործառնությամբ», «բարո-
րակ», «ոչ օրգանական») և սրտով ու անոթներով
արյան բնականոն շրջանառության հետ կապված մրկա-
յության (տուրբուլենտության) հետևանք է: Այնուամենայնիվ,
այս աղմուկը երբեմն պայմանավորված է սրտի ձևաբա-
նական կազմաբանական շեղմամբ և սրտի հիվանդության
նշան է, որը կարող է պահանջել վիրահատական կամ ինվա-
զիվ կաթետերային միջամտություն: Երեխայի սրտի աղմու-
կի ախտորոշումը հաճախ հանդիպող, սակայն դժվար իրա-
վիճակ է ընտանեկան բժիշկների համար, ուստի մանկական
սրտաբանի խորհրդատվության կարիք է լինում:

Ընդհանուր դրույթներ

Համաճարակաբանություն

Չարագացած երկրներում հանդիպող՝ երեխայի սրտի ախտա-
հարումները մեծ մասամբ բնածին արատներ են: Սրտի փա-
կանների ձեռքբերովի ախտահարումները, ինչպիսին է
միտրալ ստենոզը, որը պայմանավորված է սուր հոդային
ռևմատիզմով, գրեթե անհետացել է: Այնուամենայնիվ, որոշ
էնդեմիկ օջախներ պահպանվում են Ֆրանսիայի անդրծով-
յան տարածքներում և զարգացող երկրներում: Սրտի բնա-
ծին հիվանդություններ նկատվում են 1000 Նորածնից 50-ի
մոտ: Դրանց բարդության աստիճանը փոփոխական է: Սրտի
բնածին արատների միջին և ծանր ձևերը հանդիպում են
1000 ծննդից 6-8-ի դեպքում: Ֆրանսիայում ամեն տարի
ծնվում է սրտի բնածին արատներով մոտ 6500-8000 երեխա:
Դրանք բնածին կազմաբանական շեղումների և մանկական
մահացության առաջին պատճառներն են:

Պատմական ակնարկ

Սրտի բնածին արատների բուժումը մեծ փոփոխություններ
է կրել սրտային վիրաբուժության և միջամտական կաթետե-
րացման զարգացման շնորհիվ: Սրտի առաջին վիրահատու-
թյունը 1939 թվականին իրականացրել են Ռոբերտ Է. Գրոսը
և Ջոն Պ. Հաբարդը, որի նպատակը բաց զարկերակային
(բոտայան) ծորանի փակումն էր: Հետագայում՝ 1953-ին, Ջոն
Յ. Գիբոնը բաց սրտի վրա արյան արհեստական շրջանա-
ռության պայմաններում իրականացրեց միջնախասրտային
միջնապատի արատի (հաղորդակցության) վերացման առա-
ջին վիրահատությունը:

Ավելի ուշ մշակվել են բազմաթիվ վիրաբուժական մե-
թոդներ, որոնք հնարավորություն են տալիս բուժելու կամ
մեղմացնելու սրտի բնածին արատների մեծ մասը: Զուգահե-
ռաբար, սրտի որոշ հիվանդություններ հնարավոր է դարձել
բուժել կաթետերային միջամտությամբ՝ առանց բաց վիրա-
հատության: Դեռևս 1953 թվականից փքանոթով լայնացման
միջոցով բուժում են թոքային զարկերակի փականի ստե-
նոզը: Այնուհետև ստեղծվել են ինքնուրույն ընդարձակվող
պրոթեզներ՝ հոսքերի հաղորդակցությունները փակելու հա-
մար, օրինակ՝ բաց զարկերակային ծորանը և միջնախաս-
րտային միջնապատի բացվածքը: 2000-ականների սկզբին
հնարավոր դարձավ կաթետերային միջամտությամբ փոխել
սրտի փականները: Ֆրանսիայում տարեկան կատարվում
է սրտի բնածին արատների վերացման մոտ 3500 վիրա-
հատություն:

Նախածննդային ախտորոշման կարևորությունը

Պտղի ուլտրաձայնային հետազոտությունների առաջըն-
թացը ներկայումս հնարավորություն է տալիս ախտորոշելու
սրտի բազմաթիվ բնածին արատներ: Նախածննդային
սքրինինգը երբեմն կարող է հանգեցնել հղիության բժշկա-
կան ցուցումով ընդհատման, երբ պտղի սրտի հիվանդու-
թյունը չափազանց ծանր է, և բուժման հնարավորություններ
չկան (միափորոք սիրտ, ձախ սրտի հիպոպլազիա և այլն):
Որոշումն ընդունվում է ընտանիքի դիմումի հիման վրա և
Նախածննդային ախտորոշման կենտրոնի փորձագիտա-
կան հանձնաժողովի քննարկումից և դրական կարծիքից
հետո: Սրտի այլ արատների դեպքում (ինչպիսին է խոշոր
անոթների դիրքափոխումը), որոնք ծնվելուց հետո հաճախ
մահվան են հանգեցնում, նախածննդային ախտորոշումը
բարելավել է կանխատեսելիությունը՝ վաղ շրջանում 3-րդ
մակարդակի և մանկական սրտաբանական կենտրոնին կից
ծննդատներում համապատասխան բուժում ապահովելու
շնորհիվ: Այնուամենայնիվ, նախածննդային ախտորոշումը
միշտ չէ, որ իրականացվում է կամ իրագործելի է: Կախված
սրտի բնածին արատի տեսակից, մանկաբարձների որա-
կավորման և պատրաստության աստիճանից, այն արդյունա-
վետ է միայն 50-80% դեպքերում: Ի վերջո, սրտի որոշ բնա-
ծին արատների ախտանշանները, օրինակ՝ միջնախասրտա-
յին միջնապատի բացվածքները, դրսևորվում են շատ ուշ և
կարող են ախտորոշվել միայն չափահաս տարիքում:

Անցում պտղից Նորածնին

Պտղի ֆիզիոլոգիան իմանալի անհրաժեշտ է սրտի բնածին
արատների հեմոդինամիկան բացահայտելու համար: Պտղի
թթվածնային ապահովումը տեղի է ունենում ընկերքի մի-
ջոցով (թոքերը ոչ օդափոխվում են, ոչ էլ մատակարարվում
արյամբ՝ թոքային զարկերակների զգալի բարձր դիմադրու-
թյան պատճառով): Թթվածնով հագեցած արյունը պորտա-
լարի զարկերակով բարձրանում է դեպի դնդերակային հա-
մակարգ, ապա՝ դեպի սիրտը՝ երակային ծորանի (ductus
venosus) թողունակության շնորհիվ: Եվստախյան փականը,

որը գտնվում է աջ նախասրտի մուտքի մոտ, հագեցած արյանը թույլ է տալիս նախապես լցվել ձախ փորոքը աջ-ձախ հոսքով ձվածրածն անցքով (թոքերի երակային հետհոսք բացարձակապես գոյություն չունի): Ձախ փորոքը թթվածնով հագեցած արյունը մղում է դեպի պսակաձև զարկերակներն ու գլխուղեղը: Աջ փորոքը վերին սիներակի միջոցով լցվում է թթվածնով չհագեցած արյունով, որը մղվում է թոքային զարկերակ, ապա՝ վայրէջ աորտա՝ աջ-ձախ հոսքի միջոցով մղվելով դեպի զարկերակային ծորանը (կամ ductus arteriosus): Այսպիսով պտղի մոտ սրտից արյան արտամղումը համակցված է՝ ձախ փորոքը՝ վերել աորտայի և աջ փորոքը՝ վայրէջ աորտայի համար: Ձվածրածն անցքով և զարկերակային ծորանով հոսքերը կենսական նշանակություն ունեն պտղի արյան շրջանառության համար, և *in utero* դրանց խցանումը վտանգում է սրտի խոռոչների և անոթների ներդաշնակ զարգացումը: Միջնախասրտային միջնապատի բացվածքի կամ բաց զարկերակային ծորանի փխտորոշումը հնարավոր չէ իրականացնել *in utero*: Ծնվելուց անմիջապես հետո թոքաբշտիկների միջոցով արյան հարստացումը թթվածնով և ընկերքի պոստագլանդինների արտազատման նվազումը անմիջապես հանգեցնում են զարկերակային դիմադրողականության անկման, հետևաբար՝ նախասրտերի ձվածրածն անցքով արյան հոսքի շրջադարձին (որը մի քանի ամսից փակվում է): Ջարկերակային ծորանը շրջում է իր հոսքը, դառնում աորտա-թոքային զարկերակ, այնուհետև փակվում է մի քանի օրվա ընթացքում: Պտուղ-նորածին անցման ընթացքում սիրտը համակցված շրջանառությունը փոխակերպում է հաջորդվող շրջանառության:

Երեխայի սիրտ-անոթային կլինիկական զննում

Նորածնային շրջանում կլինիկական զննումը հնարավորություն է տալիս փխտորոշելու սրտի բնածին արատների մեծ մասը (աղյուսակ 1): Աղվուկն փխտորոշման հիմնական տարրն է: Այնուամենայնիվ, սրտի աղմուկի հետազոտությունը կլինիկական ամբողջական զննման մի մասն է միայն:

Տարիքը

Արձանագրվող առաջին տեղեկություններն են՝ երեխայի տարիքը, նաև՝ ծնվելու ժամկետը (վաղաժամ կամ 37 շաբաթական ժամկետից հետո) և ծնվելիս մարմնի զանգվածը (նորմալ զարգացում կամ ներարգանդային աճի դանդաղում):

Ծնողների հարցումներ

Ծնողների հարցումները արժեքավոր տեղեկատվության աղբյուր է:

Սրտի բնածին արատների վտանգի նշիչները

Անհրաժեշտ է հայտնաբերել սրտի բնածին արատների ընտանեկան նախադեպերը: Սրտի բնածին արատներով հիվանդացությունն ավելի մեծ է, երբ առաջին աստիճանի ազգականն ունի նման նախադեպ: Հարկավոր է պարզել նաև՝ արդյոք անամնեզում կամ հանկարծակի մահվան նախադեպ: Կատարվում է հղիության ընթացքի վերլուծություն, նշվում են հղիության ժամանակ ընդունված դեղամիջոցները կամ թունավոր նյութերը: Պտղի ակտիվության համ-

ՆՈՐԱԾԻՆՆԵՐԻ ԵՎ ԵՐԵՒԱՆՆԵՐԻ ՍԻՐՏ-ԱՆՈՒԹԱՅԻՆ ԿԼԻՆԻԿԱԿԱՆ ՀԵՏԱԶՈՏՈՒԹՅԱՆ ՏԱՐԻԵՐԸ	
Տարիք	
Ծնողների հարցումներ	<ul style="list-style-type: none"> ■ Սրտի բնածին արատի ընտանեկան նախադեպեր ■ Հանկարծակի մահվան ընտանեկան նախադեպեր ■ Հղիության ընթացքը՝ հղիության ընթացքում շաքարային դիաբետ, ակտիվ, դեղորայքի օգտագործում, վարակներ ■ Մենդաբերության ժամկետ ■ Գործառնության սահմանափակումներ <ul style="list-style-type: none"> → մնուցման՝ նորածինների շրջանում → խաղի՝ մանկական տարիքում ■ Հասակի և քաջի աճի դանդաղում ■ Ախտանշաններ <ul style="list-style-type: none"> → կրծքավանդակի ցավ → ուղազնացություն → հևոց → սրտխփոց
Ֆիզիկական հետազոտություն	<ul style="list-style-type: none"> ■ Զննում <ul style="list-style-type: none"> → դիմորֆիա/գենետիկական համախտանիշ → շնչառություն → կրծքավանդակի ձև → մաշկի գույն, ցիանոզ ■ Շոշափում <ul style="list-style-type: none"> → անոթազարկ → լարի մեծացում → կրծքավանդակ ■ Լսում <ul style="list-style-type: none"> → սրտային → թոքային
Կենսական հաստատումներ	<ul style="list-style-type: none"> ■ Արյան ճնշում ■ Սրտի կծկումների հաճախականություն ■ Մայրամասային հագեցվածություն թթվածնով

Աղյուսակ 1.

ախտանիշը կապված է որոշ արատների՝ միջնախասրտային ու միջփորոքային հաղորդակցությունների և Ֆալոյի քառյակի (տետրադայի) մեծ վտանգի հետ: Հղիության ընթացքում շաքարային դիաբետը, մայրական վարակները, ինչպիսին է կարմրախտը, և, մասնավորապես, արտամարմնային բեղմնավորումը, մեծացնում են սրտի բնածին արատների վտանգը:

Գործառնության սահմանափակում

Կաթը ծծելու դժվարությունը նորածինների առաջին գործառնության սահմանափակումն է: Քնահատվում է ջրոտարտադրությամբ և փոքր չափաբաժիններով կերակրելու անհրաժեշտությամբ: Որպես «հաճույք» կուրծք վերցնելը դառնում է երկարատև ու աշխատատար: Ավելի ուշ՝ երեխաների դեպքում, այն արտահայտվում է ֆիզիկական ակտիվության վատ տանելիությամբ:

Քաշի ավելացման ընդհատումներ

Կաթը ծծելու հետ կապված դժվարությունները, որոնք շատ բնորոշ են ծախս-աջ հաղորդակցական հոսքերին, հանգեցնում են քաշի կորի խանգարման: Քաշի և հասակի աճի դանդաղումը կարող է ունենալ տարբեր պատճառներ (գենետիկական, ներզատական, մարսողական և այլն):

Կրծքավանդակի ցավ, ուշազնացություն, սրտխփոցներ

Կրծքավանդակի ցավն ախտանշան է, որից երեխաները հաճախ են գանգատվում: Ի տարբերություն մեծահասակների, սիրտ-անոթային պատճառ հազվադեպ է լինում (1 %-ից պակաս): Ուշազնացությունը, որը հիմնականում նյարդանոթային (վազալ) ծագում ունի, շատ տարածված է երեխաների շրջանում: Ֆիզիկական ակտիվության ընթացքում ախտանշանների ի հայտ գալը պետք է անհանգստության տեղիք տա և կարող է մատնանշել արյան շրջանառության ծախս հատվածում խոչընդոտի առկայություն (աորտային փակակնի ստենոզ, աորտայի ենթափակակնային կամ վերփակակնային ստենոզ, գերաճած օբստրուկտիվ կարդիոմիոպաթիա), պսակաձև զարկերակների անկանոնություն (ծագման կամ հետագծի անկանոնություն, Կավասակիի հիվանդության հետևանքով առաջացած պսակաձև զարկերակների անևրիզմա) կամ ժառանգական առիթմիա (երկար QT-ի համախտանիշ, կարճ QT-ի համախտանիշ, կատեխոլամինային փորոքային հաճախասրտություն, Բրուգադայի համախտանիշ և այլն), որոնք զուգորդվում են երեխայի հանկարծակի մահվան վտանգով:

**Ֆիզիկական զննում
Դիսմորֆիզմի որոնում**

Դեմքի դիսմորֆիզմը, վերջույթների, արտաքին սեռական օրգանների անկանոնությունը և այլն կարող են հուշել ժառանգական համախտանիշի առկայության մասին: Սրտի բնածին արատի հետ կապված ամենատարածված քրոմոսոմային անոմալիան Դաուևի համախտանիշն է, որն ունեցող երեխաներից 2-ից 1-ի մոտ առկա է սրտի բնածին արատ, ընդ որում՝ կեսի մոտ՝ նախասրտափորոքային խողովակ: ԴիՋորջի համախտանիշը կամ 22-րդ քրոմոսոմի 22q11 հատվածի կորուստը (դելեցիան) հաճախ կապված է սրտի բնածին արատների, հատկապես՝ Ֆալոյի քառյակի հետ: Մարֆանի համախտանիշը՝ Գենտի չափանիշներով նկարագրվող կազմաբանական տիպով, կապված է էլաստինի գենի մուտացիայի հետ, որի վտանգը աորտայի շերտազատումն է: Թյորների համախտանիշը կապված է աորտայի կոարկտացիայի վտանգի բարձրացման հետ: Այլ՝ ավելի քիչ տարածված համախտանիշներ, ինչպիսիք են Ուիլյամս-Բյորենի, CHARGE, Ալաժիլի, Հոլթ-Օրամի, Նունանի, Էլիս վան Քրենելդի, Կոստելոյի համախտանիշները, կապված են սրտի տարբեր բնածին արատների հետ:

Ձևնում

Արյան հոսքի՝ ծախս-աջ հաղորդակցության դեպքում շնչառության հաճախականությունը կարող է արագանալ, իսկ հետագայում՝ կրծքավանդակը ձևախեղվել (ծախս փորոքի ընդլայնման պատճառով)՝ ուռչելով «տակառի» պես: Հոսքի աջ-ծախս հաղորդակցության դեպքում ի հայտ է գալիս մաշ-



Պատկեր 1. Սրտի բնածին խորացած արատով երեխա՝ աջ-ծախս հոսքով (Ֆալոյի քառյակ), որն առաջացնում է լորձաթաղանթների ցիանոզ և հիպոկրատյան մատներ:

կածածկույթի և լորձաթաղանթների ցիանոզ, երբ մազանոթային արյան հեմոգլոբինի ցածր մակարդակը միջինում > 5 գ/100 մլ-ից Ցիանոզը սրտի բնածին արատի դեպքում համարվում է կայուն, քանի որ զգայուն չէ թթվածնի նկատմամբ (պատկեր 1): Նորածնի թթվածնով հագեցվածության չափումը անոթազարկային թթվածնաչափով հարկավոր է համակարգված կերպով իրականացնել, քանի որ ցիանոզը կլինիկորեն տեսանելի է միայն 80%-ից պակաս հագեցվածության դեպքում (սորմալը > 96%): Էխոսրտագրությունը Նույնպես հարկ է իրականացնել համակարգված ձևով արյան թթվածնակայուն թթվածնային թերհագեցվածության դեպքում: Երբ ցիանոզը խորն է ու երկարատև, ի հայտ է գալիս հիպոկրատյան մատների ախտանշանը:

Անոթազարկի շոշափում

Ազդրային և անոթային անոթազարկերի շոշափում հարկավոր է իրականացնել համակարգված կերպով: Այն հնարավորություն է տալիս գնահատելու դրանց հաճախականությունը

և կանոնավորությունը: Եթե չորս վերջույթների անոթազարկերն էլ վատ են շոշափվում, հարկավոր է ենթադրել, որ առկա է շրջանառության անբավարարություն, որը կարող է ունենալ սրտային կամ ոչ սրտային պատճառներ: Եթե անոթազարկերն ավելի լավ են շոշափվում անոթային հատվածում, քան ազդրայինում, դա վկայում է արտաայի կոարկտացիայի մասին, որը հաստատվում է սիստոլիկ զարկերակային ճնշման 20 մմ ս.ս.-ից ավելի գրադիենտով:

Զարկերակային ճնշում

Զարկերակային ճնշումը չափվում է համապատասխան բազալում և համեմատվում տարիքային նորմաների հետ: Երեխայի արյան ճնշման բարձրացումն ամենից հաճախ երիկամային ծագում ունի, բայց պետք է հանգեցնի արտաայի կոարկտացիայի որոնման:

Սրտի աղմուկ

Սրտի լուսնը պետք է կատարվի բարենպաստ պայմաններում: Ձևման սենյակը պետք է լինի հանգիստ և տաք: Երեխայի համար անհրաժեշտ է ստեղծել վստահության միջավայր՝ ծնողների ներկայության ապահովմամբ: Լուսնը կատարվում է ստետոսկոպի երեխայի չափերին հարմարեցված տրամագծով թաղանթով: Նորածինների համար հարկավոր է ապահովել մայրական ձեռքերի հետ շփումը և անհրաժեշտության դեպքում օգտագործել գլյուկոզայի 30%-անոց լուծույթի մի քանի կաթիլ՝ լացը հանգստացնելու համար:

Սրտի աղմուկի հետազոտությունը սկսվում է ձեռքի ակիվ կրծքավանդակի շոշափումով, որի նպատակը սրտի գագաթի տեղակայման վայրը որոշելն ու հնարավոր դողդողոց գտնելն է: Լուսն իրականացվում է տարբեր օջախներում՝ ձախ հարկրծակային, աջ հարկրծակային, ստորթորածն-ելուսային, գագաթում, ենթաանրակային, կրծքոսկրի ձախ եզրին և թիկունքում:

Լսման առաջին փուլի նպատակը սրտի ֆիզիոլոգիական տոների (S1 և S2) բացահայտումն է: S1-ը համապատասխանում է եռափեղկ և միտրալ փականների փակմանը: S2-ը՝ արտաային և թոքային փականների փակմանը: Լուսնը պետք է բավական երկար տևի, որպեսզի սրտի տոները հնարավոր լինի տարբերել շնչառական ձայներից: Ֆիզիոլոգիապես՝ երեխաների մոտ ամենից հաճախ դիտարկվում է ներշնչման ժամանակ S2-ի երկատում: Դա կապված է թոքային փականի ուշացած փակման հետ, որը կրծքավանդակում ճնշման իջեցման հաշվին երակային հոսքի ուժեղացման հետևանք է: Հավելյալ S3 և S4 տոները քառատրոփ աշխատանքի նշաններ են և լսելի են հիպոկիսետիկ լայնացած կարդիոմիոպաթիայի դեպքում:

Աղմուկ հայտնաբերելիս անհրաժեշտ են հետևյալ նկարագրությունները՝

- սրտի շրջափուլի ժամանակահատվածը (սիստոլիկ կամ/և դիաստոլիկ, ժամանակահատվածի սկզբում, մեջտեղում և վերջում, համապատասխանաբար՝ նախա-, միջնա-, հեռա-),
- տեղակայումը (օջախը, որտեղ աղմուկը ամենալավն է լսվում),
- տեմբրը (բարձր, ցածր, փափուկ, անհարթ, շնչեղ, թաց, չոր, կոպիտ),
- ինտենսիվությունը (գնահատվում է 1-ից 6 [1. հազիվ լսելի աղմուկ, 2. թեթև, բայց անմիջապես լսվող աղմուկ, 3. փոքր մակերեսի վրա շատ հստակ լսվող աղմուկ, 4. մեծ մակեր-

ԱՆՎՆԱՍ ԱՂՄՈՒԿԻ ՔՆՈՒԹԱՎՈՐԵՐԸ

- Անկայուն (ամենալավը լսվում է տենդի, ջրագրկման, սակավարյունության, վախի ժամանակ)
- Դիրքային (անհետանում է կանգնած վիճակում կամ վալսավայի փորձի ժամանակ)
- Մեղմ
- Կարճ
- Մեզոսիստոլիկ
- Ցածր ինտենսիվություն
- Առանց հարակից նշանի
- Թույլ տարածվածություն, առանց ճառագայթման

Աղյուսակ 2.

րեսի վրա շատ հստակ լսվող աղմուկ, 5. դողացող աղմուկ, 6. կրծքավանդակին չդիպչող ստետոսկոպով լսվող աղմուկ)), - ճառագայթում (տարածման մակերեսը, որտեղ լսվում է աղմուկը), - համակցված նշաններ (փականների չխկոց, S2-ի հաստատուն երկատում):

Ծնողներից հարկավոր է տեղեկանալ աղմուկի առաջացման ժամկետների և հանգամանքների մասին:

Անվնաս աղմուկի բնութագրերը

Անվնաս աղմուկն առաջանում է սրտով և անոթներով արյան նորմալ հոսքի ժամանակ (աղյուսակ 2): Հոսքի տատանումները փոխում են աղմուկի ինտենսիվությունը: Անվնաս աղմուկը լսվագույնս լսվում է տենդի, վախի, սակավարյունության կամ ջրագրկման ժամանակ: Այն հաճախ անկայուն է: Նաև կապված է մարմնի դիրքի հետ, որի փոփոխությունը (պառկած, կանգնած, նստած) փոփոխում է դրա ինտենսիվությունը: Երեխային խնդրում են ուռեցնել որովայնը՝ վալսավայի փորձի իրականացման համար: Դեպի սիներակ երակային արյան հոսքի նվազումը թուլացնում է անվնաս աղմուկի ինտենսիվությունը: Նույն կերպ՝ գործառության աղմուկը թուլանում կամ անհետանում է կանգնած դիրքում: Գործառության աղմուկը միայն սիստոլիկ է: Այն կարճատև է, եզակի, չի ուղեկցվում չխկոցներով կամ այլ հարակից անկանոնություններով: Մեղմ, երաժշտական տոն ունի և ցածր ինտենսիվություն: Լսելի է փոքր մակերեսի վրա՝ առանց ճառագայթման:

Որոշ ձայնային բնութագրեր զգուշացնում են սրտային հիվանդության վտանգի մասին: Այդ անոմալիաները պետք է ահազանգի դեր խաղան և մասնագիտական գնման առիթ դառնան: Հոլոսիստոլիկ աղմուկը (հավանականությունների հարաբերակցությունը՝ ՀՀ [OR] = 54) հուշում է միջփորոքային հաղորդակցության կամ միտրալ անբավարարության մասին:

Դողացող աղմուկը և անհարթ տոնայնությունը անվնաս աղմուկի ցուցիչներ չեն (ՀՀ = 4,8 և ՀՀ = 2,4՝ համապատասխանաբար): S2-ի ֆիքսված և հաստատուն երկատումը վկայում է միջնախասրտային հաղորդակցության մասին (ՀՀ = 4,1): Աղմուկը, որ առավելագույն ինտենսիվությամբ լսվում է կրծքավանդակի ձախ եզրին, խոսում է կոարկտացիայի մասին (ՀՀ = 4,2): Սիստոլիկ չխկոցն էլ հուշում է փականային

խոչընդոտի մասին (ՀՀ = 8,3): Դիաստոլիկ աղմուկը երբեք գործառնության չի լինում:

Նկարագրված են մի քանի անվնաս աղմուկներ:

Գագաթային աղմուկը՝ մեղմ, երաժշտական թրթռուն և դիրքային (անհետանում է կանգնած դիրքում), երբեմն կարող է տևել 2 տարեկանից մինչև պատանեկություն (Սթիվի աղմուկ): Այն կապված է ձախ փորոքի՝ արտամղման հատված մղվող արյան հոսքի տատանումների հետ: Ամենահաճախ հանդիպող անվնաս աղմուկներից է:

Թոքային աղմուկը լսվում է կրծոսկրի ձախ եզրում, սիստոլիկ է, բարձր, մեղմ, դիրքային (կանգնած դիրքում նվազում է) և առանց չխկոցի: Ճառագայթում է դեպի թիկունքն ու անութափոսը: Աղմուկը կապված է աջ փորոքից արյան արտամղման նորմալ հոսքի հետ:

Նորածինների մոտ **թոքային ստենոզի** բարորակ աղմուկն անվնաս է, որն առաջանում է այդ տարիքում թոքային զարկերակացողունի և թոքային զարկերակների տրամաչափերի «անհամապատասխանությունից»: Ներարգանդային զարգացման ընթացքում թոքային զարկերակացողունի հոսքի 90 %-ն ուղղվում է դեպի զարկերակային ծորակը: Նորածինների թոքային զարկերակների լայնությունը \$իզիոլոգիապես ավելի փոքր է, և ծագման հատվածում ցողունի կատմամբ դրանք ավելի սուր անկյուն են կազմում, քան երեխաների մոտ է: Այս անատոմիական առանձնահատկությունները կարող են առաջացնել գործառնության սիստոլիկ աղմուկ կրծոսկրի ձախ եզրին՝ ճառագայթումով դեպի մեջքը:

Կրծքագեղձային գործառնության աղմուկը լսվում է կրծքավանդակի պատին (առաջնային, սուր, մեղմ, երբեմն երկարացված մինչև դիաստոլա, երկկողմանի) և, հավանաբար, կրծքային ներքին զարկերակներով արյան հոսքի հետևանք է:

Բարձրադիր անվնաս աղմուկը՝ դեպի քներակներ և ենթանրակային փոսեր ճառագայթումով, պայմանավորված է արտադիր աղեղով արյան նորմալ հոսքով:

Երակային չնդհատվող անվնաս աղմուկը՝ ցածր տոնայության, երկկողմանի, դիրքային, դիաստոլայի ընթացքում ուժեղացող և պարանոցը շրջելու ժամանակ անհետացող աղմուկ է, լսվում է 3-8 տարեկանում:

Լրացուցիչ թեստեր և մասնագիտական խորհրդատվություն

Երբ լսվում է աղմուկ, որն ունի անվնաս աղմուկին բնորոշ հատկանիշներ, և կլինիկական գննումը բավարար է, լրացուցիչ հետազոտության կարիք չկա: Մյուս կողմից՝ օրգանական աղմուկն ու սիրտ-անոթային համակարգի խանգարումներ բացահայտող կլինիկական քննությունը պահանջում են էխոսրտագրություն, որը ոչ ինվազիվ հետազոտություն է: Նորածինների էխոսրտագրությունն իրականացվում է համակարգված կերպով, նույնիսկ՝ մեկուսացված աղմուկի դեպքում, հաշվի առնելով կլինիկական նշանների հայտնաբերման դժվարությունը և սրտի արատի արագորեն զարգանալու վտանգը: Սրտի բնածին արատներով երեխաները, որոնք ենթարկվել են վիրահատության կամ կաթետերացման, հետագայում գտնվում են նեղ մասնագետի հետևողական հսկողության տակ: Այնուամենայնիվ, հսկողությունը երբեմն դադարեցվում է ընտանեկան կոնֆլիկտի, տեղափոխության դեպքում կամ պատանեկության ընթացքում: Այս համատեքստում աղմուկի կայունությունը կարող է կապված լինել անատոմիական առանձնահատկությունների հետ, բայց կարող է նաև լինել մնացորդային ախտահարման հետևանք, որը պահանջում է մասնագետի խորհրդատվություն:

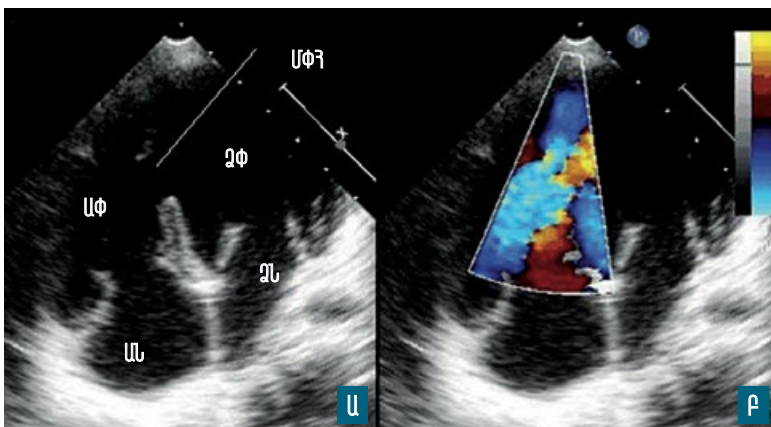
Սրտի առավել հաճախ հանդիպող բնածին արատները

Սրտի աղմուկի տիպը, սրտի բնածին ամենատարածված 5 արատների ախտանշանները և գործառնության նշանները ներկայացված են **աղյուսակ 3**-ում:

Միջփորոքային հաղորդակցություններ

Միջփորոքային հաղորդակցությունները (ՄՓՀ) ամենահաճախակի հանդիպողն են և կազմում են սրտի բնածին արատների 25%-ը (**պատկեր 2**): Նախածննդային ախտորոշումը հնարավոր է, բայց բավականին դժվար երկու փորոքների միջև հավասար ճնշման պատճառով: Միջփորոքային հաղորդակցությունը առաջացնում է արյան՝ ձախից աջ փորոքային հոսք, որը ծանրաբեռնում է թոքերը և լայնացնում ձախ խոռչները: Սրտի լսումը հնարավորություն է տալիս լսելու հոլոսիստոլիկ աղմուկ, որն առավելագույնն է ձախ հարկածակրային հատվածում՝ կենտրոնախույս հավասարաչափ ճառագայթմամբ: Սրտի աղմուկի ինտենսիվությունը կախված է միջփորոքային գրադիենտից և թոքային անոթների դիմադրողականությունից: Միջփորոքային միջնապատի ոչ մեծ չափի բացվածքի դեպքում երեխայի հիվանդությունն առանց ախտանշանների է: Միջփորոքային հաղորդակցության սրտի աղմուկը ինտենսիվ է՝ թոքային զարկերակում ցածր ճնշման և, հետևաբար, ձախից աջ միջփորոքային զգալի գրադիենտի պատճառով:

Միջփորոքային միջնապատի լայն բացվածքի դեպքում, կյանքի առաջին ամսվա վերջից սկսած, սրտի աղմուկը



Պատկեր 2. Միջփորոքային հաղորդակցության (ՄՓՀ) 2D էխոսրտագրություն: **Ա.** հեծանային (տրաբեկուլային) ՄՓՀ, գագաթային կտրվածք՝ 4 խոռոչ **Բ.** հեծանային (տրաբեկուլային) ՄՓՀ, գագաթային կտրվածք՝ 4 խոռոչ, գունավոր դոպլեր ՄՓՀ՝ միջփորոքային հաղորդակցության, ԱՆ՝ աջ նախասիրտ, ՉՆ՝ ձախ նախասիրտ, ԱՓ՝ աջ փորոք, ՉՓ՝ ձախ փորոք:

5 ԱՄԵՆԱԳՎԱՆԻ ՀԱՆՐԱՊԵՏՈՒԹՅԱՆ ԱՐԱՏՆԵՐԻ ՀԱՏՎԱԿԱՆՈՒԹՅՈՒՆԸ, ԱՂՄՈՒԿԻ ՏԵՍԱԿԸ ԵՎ ԳՈՐԾԱՌՈՒԹՅՈՒՆ ԼՁԱՆՆԵՐԸ

Քննարկվող արատ		Հաճախակա- նություն (%)	Սրտի աղմուկի տեսակը	Սրտի աղմուկի ինտենսիվություն	Գործառնության նշաններ և ախտանշաններ
ՄՓՀ	Տեսակ I	20-25	Հոլոսիստոլիկ, առավելագույն ձախ հարկրծոսկրային հատվածում, կենտրոնախոյս հավասարաչափ ճառագայթմամբ	++	0
	Տեսակ IIa			++	Հոսք 2-Ա
	Տեսակ IIբ			+	Հոսք 2-Ա + Ռոքային գերճնշում
ՄՆՀ	Փոքր	8-13	Սիստոլիկ, լսման թոքային օջախում	+	0
	Մեծ			++	Հոսք 2-Ա
ԲՋԾ	Փոքր	6-11	Ծարունակական, ձախ ենթաանրակային	+	0
	Մեծ			++	Հոսք 2-Ա +, ուժեղ անոթազարկեր ± թոքային գերճնշում
ՖՔ	Վարդագույն	10	Սիստոլիկ, լսման թոքային օջախում	++	0
	Կապույտ			++	Կայուն ցիանոզ, հիպոկրատային մատներ հևոց, կքանիստի փորձ՝ «squating»
ԹՓՄ	Չափավոր	7,5-9	Սիստոլիկ, լսման թոքային օջախում	+	0
	Սեղմված			++	Կրծքով կերակրման դժվարություններ, հևոց ֆիզիկական ակտիվության ժամանակ
	Կրիտիկական			+ կամ 0	Կայուն ցիանոզ

Աղյուսակ 3. ԲՋԾ բաց զարկերակային ծորան, ՄՆՀ միջնախասրտային հաղորդակցություն, ՄՓՀ միջփոքրային հաղորդակցություն, 2-Ա հոսք (ձախ-աջ)՝ հևոց ֆիզիկական ակտիվության ժամանակ, հաճախաշնչություն, դժվարաշնչություն, ընդհանուր թուլություն, կերակրման ժամանակ քրտնարտադրություն, կրծքով կերակրման դժվարություն, հասակի և քաշի դանդաղում կամ կորուստ, կրկնվող բրունխիտ, ԹՓՄ՝ թոքային փակակառուցում, ՖՔ՝ Ֆայոյի քառայակ:

համադրվում է թոքային գերհոսքով ձախից աջ արյան հոսքի նշանների հետ՝ հևոց ֆիզիկական ակտիվության ժամանակ, հաճախաշնչություն, դժվարաշնչություն, ընդհանուր թուլություն, քրտնարտադրություն կրծքով կերակրման ժամանակ, կրծքով կերակրման դժվարություն, հասակի և քաշի դանդաղում կամ կորուստ, կրկնվող բրունխիտ: Տ1 տոնը ուժգին է լսվում սրտագագաթում: Որքան մեծ է միջփոքրային միջնապատի բացվածքը, այնքան մեծ է ճնշումը թոքային զարկերակային հունում, և այնքան թույլ է դառնում միջփոքրային հաղորդակցության աղմուկը: Թոքային գերճնշման դեպքում լսելի է S2-ի չխկոց լսման թոքային օջախում:

Միջփոքրային մեծ բացվածքով հաղորդակցության բնական զարգացումն է էյզենմենգերի համախտանիշը, որը կարող է ի հայտ գալ կյանքի 6-9-րդ ամսից: Այն համապատասխանում է թոքային անոթների դիմադրողականության բարձրացմանը՝ ի պատասխան թոքային երկարատև գերհոսքի: Կլինիկական քննումը կարող է կեղծ հույսեր ներշնչել՝ աղմուկն աննշան է կամ ընդհանրապես բացակայում է, իսկ ձախից աջ հոսքի նշաններն անհետանում են: Ձախ խոռոչներն այլևս չեն լայնանում: Գոյություն ունի միջփոքրային երկկողմանի հոսքով՝ մնայուն թոքային գերճնշում, որի դեպքում հակացուցվում է ՄՓՀ-ն փակումը վիրաբուժական միջամտությամբ:

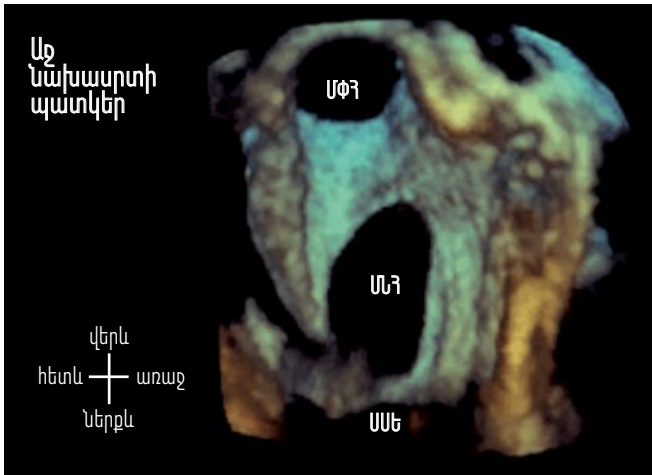
Տարբերում են ՄՓՀ-ի չորս տեսակ՝ կախված միջփոքրային միջնապատում բացվածքի տեղակայումից՝ հարթադանթային, կոնային (թոքային զարկերակացողունի բացվածքին մոտ գտնվող հատված), մուտքային հատվածում, հեծանային (տրաբեկուլային) կամ մկանային: Էխոսրտա-

գրությունը հաստատում է ախտորոշումը, հստակեցնում միջփոքրային միջնապատի բացվածքի չափն ու տեսակը, գնահատում դրա ազդեցությունը (ծավալային ծանրաբեռնվածություն՝ թոքային զարկերակացողունի, ձախ ևախասրտի և ձախ փորոքի լայնացմամբ, թոքային գերճնշում), որոնում է բարդությունները (աորտայի փակակառուցում՝ միջփոքրային միջնապատի բացվածքի մեջ աորտայի փակակառուցում կիսալուսնաձև փեղկերից մեկի ներընկման պրոլապսի, պատճառով) և հարակից ախտահարումները: Կրծքավանդակի ռենտգենագրությունը ցույց է տալիս, ձախ-աջ զգալի հոսքի դեպքում, կարդիոմեգալիա և թոքերի ընդգծված անոթայնացում:

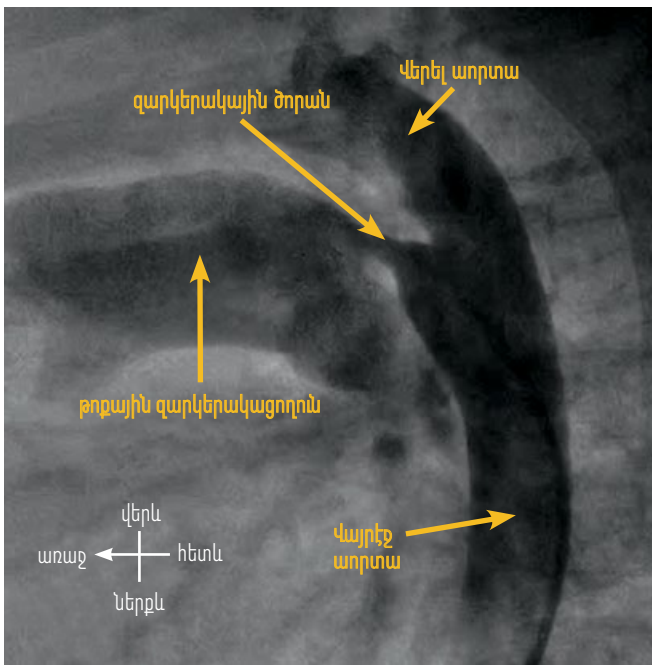
Բոլոր ՄՓՀ-երի համար, անկախ չափից, ընդհանուր վտանգ է Օսլերի էնդոկարդիտը: Հարթադանթային և հեծանային (տրաբեկուլային) ՄՓՀ-ը սովորաբար, ինքնաբերաբար են փակվում: Վիրաբուժական եղանակով փակումը ցուցված է միայն մեծ կամ բարդ ՄՓՀ-ի դեպքում (աորտայից արտահոսք):

Միջնախասրտային հաղորդակցություններ

Միջնախասրտային հաղորդակցությունները (ՄՆՀ) կազմում են սրտի բնածին արատների մոտ 10%-ը (պատկեր 3): Ավելի հաճախ հանդիպում են աղջիկների մոտ (սեռերի հարաբերակցությունը՝ 2/1): Միջնախասրտային միջնապատի ostium secundum տեսակի հաղորդակցության ևախաձննդային ախտորոշումը անհնար է ձվածրածն բացվածքի բնական անցանելիության պատճառով: Ձախից աջ հոսքը լայնացնում է աջ խոռոչները: Սրտի լսումը հնարավորություն է տալիս



Պատկեր 3. Միջնախասրտային՝ ostium secundum տիպի հաղորդակցության 3D էխոստրագրություն: ՄՆԴ՝ միջնախասրտային հաղորդակցություն, ՍՍԵ՝ ստորին սիներակ, ՎՍԵ՝ վերին սիներակ



Պատկեր 4. Բաց զարկերակային ծորանի անոթագրություն:

լսելու սիստոլիկ ոչ շատ ինտենսիվ աղմուկ լսման թոքային օջախում, որը պայմանավորված է թոքային գերհոսքով: Դեպքերի մեծ մասում երեխան ախտանշաններ չի ունենում: Կլինիկական քննումը բացահայտում է միայն սրտի աղմուկ: Երբ ձախ-աջ նախասրտային հոսքը մեծ է (լայն ՄՆԴ), ի հայտ են գալիս ձախ-աջ հոսքի նշաններ: Տարբերում են ՄՆԴ-ի երեք տեսակ՝ ostium secundum (ամենատարածվածը), ostium primum և sinus venosus:

Էխոստրագրությունը հաստատում է ախտորոշումը, հստակեցնում միջնախասրտային միջնապատի բացվածքի

չափն ու տեսակը, գնահատում դրա ազդեցությունը (ծավալային ծանրաբեռնվածություն՝ թոքային զարկերակային ցողունի, աջ նախասրտի և աջ փորոքի լայնացումով, երբեմն գերհոսքի թոքային գերճնշում), վեր հանում հարակից ախտահարումները և, ostium secundum ՄՆԴ-ի դեպքում, ուսումնասիրում կաթետերային միջամտությամբ դրա փակման հնարավորությունը (եզդերի երկարությունը և հաստությունը):

Ուշ տարիքում (30 տարեկանից հետո) ի հայտ եկող բարդություններն են՝ աջ սրտային անբավարարությունը, նախասրտերի ռիթմի խանգարումները և մնայուն թոքային գերճնշումը (հազվադեպ): Հետևանքների առաջացման պարագայում (կլինիկական կամ ուլտրաձայնային), միջնախասրտային միջնապատի ostium secundum տեսակի բացվածքը պետք է փակվի: Դա հնարավոր է իրականացնել կաթետերային միջամտությամբ՝ սկսած 5 տարեկանից, և եթե եզրերը բավարար են: Հակառակ դեպքում կատարվում է վիրահատություն՝ արյան արհեստական շրջանառության պայմաններում: Sinus venosus և ostium primum ՄՆԴ-ները փակվում են միայն վիրահատական եղանակով:

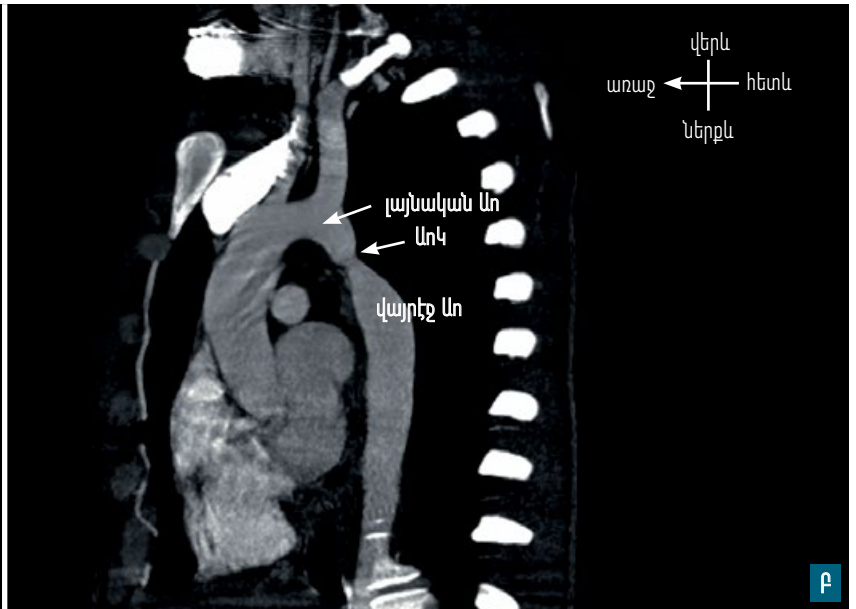
Բաց զարկերակային ծորան

Զարկերակային ծորանը կամ ductus arteriosus-ն անոթ է, որը ֆիզիոլոգիապես առկա է պտղի մոտ և հնարավոր է դարձնում հաղորդակցումը թոքային զարկերակային ցողունի և աորտայի աղեղ-վայրէջ աորտա հատման կետի միջև: Ծնվելուց հետո երեք օրվա ընթացքում զարկերակային արյան մեջ թթվածնի ճնշման բարձրացումը հանգեցնում է զարկերակային ծորանի անոթակծկման, ապա՝ ծորանի ինքնաբերական փակման՝ անոթի ներքին շերտում (ինտիմա) բջջային բազմացման գործընթացների և ներանոթային թրոմբոզի շնորհիվ:

Նորածնի մոտ զարկերակային ծորանը համարվում է բաց (ԲԾ), երբ այն անցանելի է մնում կյանքի առաջին ամսից հետո: Նախածննդային ախտորոշումն անհնար է, քանի որ զարկերակային ծորանը ֆիզիոլոգիապես բաց է պտղի մոտ: Զարկերակային ծորանի բաց մնալն առաջացնում է ձախից աջ զարկերակային հոսք, որը ծանրաբեռնում է թոքերը և ձախ խոռոչները (պատկեր 4): Սրտի լսման ժամանակ առկա է ձախ ենթասրտային չընդհատվող աղմուկ: Հիմնական տարբերակիչ ախտորոշումը պսակածն անոթ-սիրտ խոլոգել է:

Բաց մնացած ծորանի տրամագծի փոքր չափերի դեպքում երեխան ախտանշաններ չի ունենում: Մեծ չափերի դեպքում ձախ-աջ հոսքը նշանակալի է և հանգեցնում է ուժեղ S1-ի և ձախ-աջ արյան հոսքի առկայության նշանների: Ազդրային և բազկային անոթազարկերը բավարար են պայմանավորված դիաստոլայի ընթացքում զարկերակային ծորանով արյան հակառակ հոսքով, որը հանգեցնում է դիաստոլիկ արյան ճնշան նվազման և, այդպիսով, անոթազարկային ճնշման բարձրացման (սիստոլիկ և դիաստոլիկ զարկերակային ճնշումների տարբերությունը): Թոքային գերճնշման դեպքում առաջանում է S2 աղմուկի չխկոց լսման թոքային օջախում:

Էխոստրագրությունը հաստատում է ախտորոշումը, հստակեցնում է զարկերակային ծորանի չափերն ու ձևը, գնահատում դրա ազդեցությունը (ծավալային ծանրաբեռնվածություն՝ թոքային զարկերակային ցողունի, ձախ նախասրտի և ձախ փորոքի լայնացումով և թոքային գերճնշմամբ),



Պատկեր 5. Աորտայի կորարկտացիայի ճե:

Ա. Սրտի ճե աորտայի 3D վերակառուցում: **Բ.** Սրտի ճե՝ աորտայի 2D վերակառուցում: ԱոԿ՝ աորտայի կորարկտացիա՝ աորտայի աղեղ-վայրէջ աորտա անցման հատվածում:



Պատկեր 6. 3D պատճեններ

Ա. Նորածնի սիրտ՝ աորտայի կորարկտացիայով: Ուշադրություն դարձրեք աորտայի աղեղի խոր հիպոպլազիային, որը պահանջում է լայնածավալ վիրաբուժական պլաստիկա: **Բ.** Քնածին արատների կաթետերային միջամտությամբ բուժման ռաուցում 3D պատճենի միջոցով: Կաթետերացմամբ զարկերակային ծորանը փակելու համար նախատեսված պրոթեզով ուղղորդիչը տեղադրվում է 3D սորելում:

որոնում համակցված այլ անկանոնություններ: Կրծքավանդակի ռենտգենագրությունը, զգալի ծախս-աջ հոսքի դեպքում, ցույց է տալիս կարդիոմեգալիա և թոքերի ընդգծված անոթայնացում:

Փակումը ցուցված է միայն զգալի ծախս-աջ հոսքով մեծ չափերի զարկերակային ծորանի (ծախս խոռոչների լայնա-

ցում) կամ առանց զգալի հոսքի զարկերակային ծորանի դեպքում, բայց՝ սրտի աղմուկով ուղեկցվող՝ Օսլերի էնդոկարդիոտի կանխարգելման նպատակով: Փակումը կատարվում է կաթետերային միջամտությամբ (վիրահատություն կիրառվում է միայն շատ մեծ ծորանի դեպքում՝ փոքր քաշով երեխաների համար):

Աորտայի կոարկտացիա

Կոարկտացիան աորտայի բնական նեղացման (գտնվում է աորտայի աղեղ-վայրէջ աորտա անցման հատվածում) ստենոզն է, որը զարգանում է զարկերակային ծորանի փակումից հետո (**պատկեր 5**): Եթե այն շատ սեղմված է և արագորեն առաջացած, ապա կարող է նորածնի կյանքի 1 շաբաթվա ընթացքում առաջացնել սրտային անբավարարություն, որին արագորեն հաջորդում է սրտածին շոկ՝ ձախ փորոքի վատ աշխատանքի պատճառով: Զարկերակային ծորանի բացումը պրոստագլանդինների ներարկմամբ կարող է բարելավել իրավիճակը՝ մինչև վիրահատությունը (ստենոզային հատվածի հատում և աորտայի պլաստիկա): Նվազ սեղմված կամ ավելի խորացող կոարկտացիան ավելի ուշ է բացահայտվում՝ վերին վերջույթների զարկերակային գերճնշմամբ:

Կոարկտացիայի ախտորոշումը կլինիկական է՝ ազդրային անոթազարկի ուժգնության նվազում (կամ անհետացում) և վերին ու ստորին վերջույթների միջև արյան ճնշման տարբերություն: Այն հաստատվում է էխոսրտագրությամբ, որը հնարավորություն է տալիս որոնելու հարակից այխտահարումները, որոնցից ամենատարածվածը աորտայի երկփեղկ փակակնինն է: ՀԾ-ը հնարավորություն է տալիս ճշտելու կոարկտված գոտու չափը:

Ֆալոյի քառյակ (տետրադա)

Սրտի այսպես կոչված կոնացողունային հիվանդություն է, որը համատեղում է աորտայի աջակողմյան տեղակայումը, միջփորոքային միջնապատի կոնացողունային հաղորդակցությունը (աորտան իր դիրքով վերևից «թամբում է» այդ հաղորդակցությունը), թոքային ստենոզը և աջ փորոքի գերածն: Նախածննդային ախտորոշումը հնարավոր և պետք է իրականացվի ամնիոցենտեզի միջոցով, որի նպատակն է 22q11 միկրոանոմալիայի որոնումը (ԴիՋորջիի համախտանիշ): Միջփորոքային միջնապատի բացվածքով արյան հոսքի ուղղությունը կախված է թոքային ստենոզի աստիճանից:

Չախ-աջ հոսք՝ ծնվելու պահին, նորածինների մոտ դառնում է աջ-ձախ՝ առաջացնելով ցիանոզ և, առավելագույնը, ինքնազագացողության վատացում ու շաթափության տեսքով, եթե թոքային ստենոզը դառնում է կրիտիկական: Բուժումը վիրաբուժական է՝ մոտավորապես կյանքի վեցերորդ ամսում:

Թոքային փականի ստենոզ

Թոքային փականի նեղացումը (ստենոզը) հանգեցնում է աջ փորոքում ճնշման բարձրացմանը և աջ փորոքի գերածն: Սրտի լսման ժամանակ լսվում է արտամղման սիստոլիկ աղմուկ թոքային փականի լսման կետում: Նորածնի մոտ նեղացումը կարող է կրիտիկական լինել և հանգեցնել կայուն ցիանոզի՝ ձվածրածն անցքով աջ-ձախ հոսքով պայմանավորված (աջ փորոքի աշխատանքի խափանում): Բուժումն իրականացվում է կաթետերային միջամտությամբ փականի փքանոթով լայնացման միջոցով:

Խոշոր անոթների դիրքափոխում (տրանսպոզիցիա)

Մեծ անոթների դիրքափոխումը սրտի բնածին արատ է, որի դեպքում արտան սկիզբ է առնում աջ փորոքից, իսկ թոքային զարկերակը՝ ձախից: Երեխայի ծնվելու ժամանակ

այն առաջացնում է ինտենսիվ կայուն ցիանոզ, որը հաճախ մի քանի ժամվա ընթացքում կարող է մահվան հանգեցնել: Ապրելիությունը հնարավոր է, եթե Ռաշկինդի մանևրի կիրառմամբ շտապ բացվի միջնախասրտային միջնապատը: Նախածննդային սքրինինգը բարելավում է ապրելիությունը հնարավոր դարձնելով ծննդաբերության կազմակերպումը մանկական սրտաբանության մասնագիտացված կենտրոնում: Շտկող վիրահատությունը (անոթների դիրքափոխումը) կատարվում է կյանքի առաջին 7 օրվա ընթացքում:

Հեռանկարներ. 3D-ն որպես հաղորդակցման և ուսուցման գործիք

Վերջին տարիներին սրտի պատկերային հետազոտության զգալի առաջընթացը թե՛ ուլտրաձայնային, թե՛ ռադիոլոգիական, հնարավորություն են տալիս ստանալու սրտի բնածին արատ ունեցող երեխաների սրտի եռաչափ (3D) վերականգնումներն ու պատճենները: Այս գործիքները մեծ օգուտություն են վիրաբույժի և ընտանիքների միջև հաղորդակցության, ինչպես նաև մանկական սրտաբանության դասավանդման համար (**պատկեր 6**):



Երեխայի սրտի աղմուկ

ՀիճՅԼ

- Անվնաս աղմուկը շատ տարածված է երեխաների շրջանում: Ստետոսկոպով բնութագրիչ լսումը և նորմալ արդյունքներով կլինիկական զննումը հնարավորություն են տալիս հավելյալ հետազոտություններ չիրականացնել:
- Սրտի արատները երեխաների թերզարգացումներից ամենահաճախ հանդիպողներն են: Ամենածանր դեպքերը կարելի է հայտնաբերել ներարգանդային փոփոխված կազմաբանական ուլտրաձայնային հետազոտությամբ:
- Սրտի բնածին արատը կարող է աննշան լինել (առանց կլինիկական և հեմոդինամիկ հետևանքների) և ժամանակի ընթացքում ինքնաբերաբար անհետանալ:
- Սրտի բնածին արատները կարող են համակցել մի քանի անկանոնություններ՝ հոսքերի հաղորդակցություն, ձախ կամ աջ հատվածներում արյունաշրջանառության խոչընդոտ: Էխոսրտագրությունը սրտի բնածին արատների ախտորոշման նախընտրելի մեթոդն է:
- Սրտի բնածին արատները, որոնք կլինիկական կամ հեմոդինամիկ հետևանքներ կարող են առաջացնել, մեծ մասամբ ենթարկվում են վիրաբուժական և կաթետերային բուժման:
- Սրտի ցանկացած բնածին արատ ունի Օսլերի էնդոկարդիտի առաջացման պոտենցիալ վտանգ (բացառությամբ միջնախասրտային հաղորդակցությունների):

Համակարգային անոթաբորբեր

ԽՆԴԻՐԸ

Իմանալ համակարգային անոթաբորբի (վասկուլիտ) հիմնական տեսակները, թիրախային օրգանները, ախտորոշման գործիքներն ու բուժման միջոցները:

Սահմանումը և հյուսվածաբանությունը

Անոթաբորբը անոթի պատի բորբոքումն է տարբեր համաձայնություններով լիմֆոցիտներից և բազմակորիզային նեյտրոֆիլներից (ԲԿՆ) բաղկացած լեյկոցիտային ներսփռանքով: Կորիզի մասնատմամբ ուղեկցվող բազմակորիզային նեյտրոֆիլների արագ ոչնչացումը հայտնի է լեյկոցիտոկլազիա եզրույթով: Ներսփռանքը (ինֆիլտրատ) կարող է բաղկացած լինել նաև այլ բջիջներից, որոնք, անոթաբորբի տեսակով պայմանավորված, լինում են տարբեր բազմակորիզային էոզինոֆիլային բջիջներ՝ պոլիանգիոտով էոզինոֆիլ գրանուլեմատոզի ժամանակ (ՊԱԷԳ), հսկա բջիջներով մակրոֆագներ՝ գրանուլեմատոզ անոթաբորբի ժամանակ (Հորթոնի հիվանդություն կամ հսկաբջջային արտերիիտ, պոլիանգիոտով գրանուլեմատոզ (ՊԱԳ):

Ֆիբրինային մեռուկացման (հիմնական նյութի ձևափոխություն «բազմակորիզային ներսփռանքի» հետ շփման արդյունքում) առկայությունն անոթի պատի ներսում բնորոշ է մեռուկացնող անոթաբորբերին (հանգուցավոր պերիարտերիիտ (շուրջգարկերակաբորբ) [ՀՊ], ՊԱԳ, ՊԱԷԳ):

Փոքր տրամաչափի անոթների պատի բորբոքային ներսփռանքը նպաստում է անոթից էրիթրոցիտների արտահոսքին, որը պուրպուրայի առաջացման պատճառ է դառնում: Չարագումը դեպի ֆիբրոզ և սկերոզ կարող է

հանգեցնել ստենոզի, հիմնականում՝ խոշոր անոթների անոթաբորբի դեպքում (Տակայասուի զարկերակաբորբ): Էնդոթելային վնասվածքները նպաստում են թրոմբոզի առաջացմանը, իսկ անոթի պատի միջնաշերտի քայքայումը հանգեցնում է անևրիզմալի (Բեհչեթի հիվանդություն):

Առաջին դասակարգումները (անատոմախտաբանական) տարբերակում էին անոթաբորբը հյուսվածաբանական տեսանկյունից (աղյուսակ 1):

Անոթաբորբ ախտորոշման վարկածը վեր է հանվում կլինիկական կամ կենսաբանական դրսևորումների հիման վրա: Հաճախ անհրաժեշտ է լինում նաև հասանելի հյուսվածքի (մաշկ, մկան, նյարդ, երիկամ) բիոպսիայի միջոցով ստացված հյուսվածաբանական ապացույց:

Համակարգային հիվանդությունների դասակարգման չափանիշները, մասնավորապես՝ անոթաբորբինը, հաստատվել են, օրինակ, Ռևյու դե Մեդիցինալ Բրեյթ (ՌԱԶ) և Ռևյու դե Մեդիցինալ Բրեյթի եվրոպական դաշինքի (ՌՄԵԴ) կողմից՝ հիվանդների կոհորտային վերլուծության տվյալների հիման վրա (աղյուսակներ 2-10):

Անոթաբորբերի դասակարգումը

Անոթաբորբի կլինիկական դրսևորումները կախված են ախտահարված անոթների տեսակից և չափերից, ինչպես նաև որոշակի հակամարմինների (նեյտրոֆիլների ցիտոպլազմայի նկատմամբ հակամարմիններ [ANCA] և այլն) կամ իմունոգլոբուլինի կուտակումների (A իմունոգլոբուլիններ [IgA], կրիոգլոբուլիններ և այլն) առկայությունից:

Ներկայիս դասակարգումը (Chapel Hill միջազգային համաձայնություն-2012) հաշվի է առնում այդ տարրերը, սակայն շարունակում է մնալ խիստ սխեմատիկ (աղյուսակ 11 և պատկեր 1):

Պրոֆեսոր Օլիվիե Ֆեն Պրոֆեսոր Արսեն Սեքիսյան

Ներքին հիվանդությունների բաժանմունք, Սենտ Աստուան հիվանդանոց, Սորբոնի համալսարան, Փարիզ, Ֆրանսիա
olivier.fain@aphp.fr

Օ. Ֆենը հայտնում է, որ ունի շարունակական կամ մշտական կապեր (La Revue du Praticien ամսագրի գիտական հանձնաժողով) Global Média Santé ընկերության հետ, ինչպես նաև հայտնում է, որ մասնակցում կամ մասնակցել է (առանց որևէ առնչության հողվածում հրապարակած տվյալների) Takeda, Biocryst ընկերությունների որոշ միջոցառումների:

Ա. Սեքիսյանը չի տրամադրել շահի հետապնդման վերաբերյալ որևէ տեղեկատվություն:

ԱՆՈՒԹԱԲՈՐԲԵՐԻ ԱՆԱՏՈՒՄԱԽՏԱԲԱՆԱԿԱՆ ԴԱՍԱԿԱՐԳՈՒՄԸ

Անոթաբորբեր	Հյուսվածաբանություն
Լեյկոցիտոկլազային	<ul style="list-style-type: none"> Փոքր տրամաչափի անոթների՝ մասնատված կորիզներով բազմակորիզային ներսփռանք Վարակային (մաշկային) կամ դեղորայքային անոթաբորբեր
Մեռուկացնող	<ul style="list-style-type: none"> Ֆիբրինային մեռուկացման մշտական առկայություն Հանգուցավոր պերիարտերիիտ
Մեռուկացնող և գրանուլեմատոզ	<ul style="list-style-type: none"> Ֆիբրինային մեռուկացում + անոթային և արտանոթային գրանուլոմաներ Պոլիանգիոտով գրանուլեմատոզ (ՊԱԳ) Պոլիանգիոտով էոզինոֆիլ գրանուլեմատոզ (ՊԱԷԳ)
Գրանուլեմատոզ	<ul style="list-style-type: none"> Հսկա բջիջներով գրանուլոմաներից բաղկացած՝ զարկերակային պատի ներսփռանք՝ առանց ֆիբրինային մեռուկացման Հորթոնի հիվանդություն (հսկաբջջային արտերիիտ) Տակայասուի հիվանդություն
Թրոմբոզային	<ul style="list-style-type: none"> Պատի ներսփռանք + զարկերակային կամ երակային թրոմբոզ Բեհչեթի հիվանդություն Բյուրգերի հիվանդություն

Աղյուսակ 1.

ՀՈՐԹՈՒ ԴԻՎԱՆ ԴՈՒԹՅՈՒՆ
ՈԱԹ-ի առաջարկած դասակարգման չափանիշները (1990)

Գափանիշների անհրաժեշտ քանակ՝ ≥ 3 չափանիշ
Զգայունություն՝ 93,5% / Առանձնահատկություն՝ 91,2%

Առաջին ախտանշաններ՝ 50 տարեկանից հետո

Վերջին ջրջանում ի հայտ եկած գլխացավեր
Նոր ի հայտ եկած տեղայնացված գլխացավեր

Քոնքային զարկերակի անոթազարկի անկանոնություն
Շոշափման ժամանակ քոնքային զարկերակի զգայունություն կամ քոնքային անոթազարկի նվազում, որոնք կապված չեն զարկերակային սկլերոզի հետ

Էրիթրոցիտների Նստեցման արագության (ԷՆԱ) մեծացում
ԷՆԱ ≥ 50 մմ/ժ, ըստ Վեստերգրենի մեթոդի

Քոնքային զարկերակի բիոպսիայի արդյունքները Նորմային չեն համապատասխանում
Լիմֆոցիտային ներսփռանքով և հսկաբջջային գրանուլեմայով բնութագրվող անոթաբորբը բացահայտող զարկերակային բիոպսիա

Աղյուսակ 2.

ՏԱԿԱՑԱՍՈՒԻ ԱՐՏԵՐԻԻՏ
Էսաադոնիի առաջարկված դասակարգման չափանիշներ (2009)

Գափանիշների անհրաժեշտ քանակ՝
2 հիմնական չափանիշ կամ 1 հիմնական + ≥ 2 երկրորդական չափանիշ կամ 4 երկրորդական չափանիշ

Դիմնական չափանիշները

- 2ախ ենթանրակային զարկերակի միջին հատվածի ստենոզ կամ խցանում ըստ զարկերակագրության տվյալների
- Աջ ենթանրակային զարկերակի միջին հատվածի ստենոզ կամ խցանում ըստ զարկերակագրության տվյալների
- 1 ամսից ավելի տևող տիպիկ ախտանշան՝ անոթային մեջընդմիջվող կաղություն, անոթազարկի բացակայություն կամ վերին վերջույթների միջև զարկերակային ճնշման տարբերություն, տենդ, քսային զարկերակների ցավոտություն, տեսողության ժամանակավոր/միակողմանի կորուստ, տեսողության խանգարումներ, ուշազնագոսություն, հևոց, սրտխփոց

Երկրորդական չափանիշներ

- Էրիթրոցիտների Նստեցման արագությունը > 30 մմ/ժ.
- Քնային ժարկերակների ցավոտություն
- Բազկային զարկերակային ճնշումը՝ $> 140/90$ մմ Ս.ս. կամ ծնկափոսային զարկերակային ճնշումը՝ $> 160/90$ մմ Ս.ս.
- Աորտայի անբավարարություն կամ աորտայի փականային օղակի լայնացում
- Թոքային զարկերակների ախտահարումներ
- 2ախ քնային զարկերակի միջին հատվածի ստենոզ կամ խցանում ըստ զարկերակագրության տվյալների
- Բազկազգիսային ցողունի երրորդ հեռադիր հատվածի ստենոզ կամ խցանում ըստ զարկերակագրության տվյալների
- Վայրէջ կրծքային աորտայի ախտահարում ըստ զարկերակագրության տվյալների
- Որովայնային աորտայի ախտահարում ըստ զարկերակագրության տվյալների
- Պսակաձև զարկերակների ախտահարում 30 տարեկանից ցածր տարիքում՝ դիսլիպիդեմիայի կամ շաքարային դիաբետի բացակայության դեպքում

Աղյուսակ 3.

ՀԱՆԳՈՒՑԱՎՈՐ ՊԵՐԻԱՐՏԵՐԻԻՏ
Ունատոլոգիայի ամերիկյան քոլեջի չափանիշները (1990)

Անոթաբորբով հիվանդի մոտ հետևյալ 10 չափանիշներից 3-ի առկայության դեպքում այն դասակարգվում է որպես հանգուցավոր պերիարտերիիտ

<ul style="list-style-type: none"> ■ Քաշի կորուստ > 4 կգ ■ Ցանցային լիվերո (Livedo reticularis) ■ Անործինների ցավ կամ զգայունություն ■ Ցրված մկանացավեր, մկանային թուլություն կամ ստորին վերջույթների զգայունություն ■ Մոնո- կամ պոլիներոպաթիա ■ ԴՋԵ > 90 մմ Ս.ս. ■ Երկկամային անբավարարություն (միզանյութ > 400 մգ/լ կամ շինճուղային կրեատինին > 15 մգ/լ) 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Դեպատիտ B-ի շինճուղային Նշիչներ (HBs հակազեն կամ հակա-HBs հակամարմիններ) ■ Ջարկերակագրային շերտմաներ (անկրիզմաներ և/կամ ընդերային զարկերակների խցանումներ) ■ Փոքր կամ միջին տրամաչափի զարկերակի բիոպսիա, որը ցույց է տալիս զարկերակի պատում բազմակորիզային բջիջների առկայությունը
---	---

Աղյուսակ 4. ԴՋԵ՝ դիաստոլիկ զարկերակային ճնշում:

ԿԱՎԱՍԱԿԻ ԴԻՎԱՆ ԴՈՒԹՅՈՒՆ

Տեղ՝ 5 և ավելի օր, ինչպես նաև ներքունյալ չափանիշներից 4-5-ի առկայություն

- 1 Ճաղկայանաբորբ (կոնյուկտիվիտ)**
Երկկողմանի, բուլբարային, ոչ թարախային
- 2 Ավշահանգուցների բորբոքում**
Պարանոցային, հաճախ $> 1,5$ սմ, սովորաբար եզակի
- 3 Մաշկացան**
Բազմաձև, առանց բշտիկների և կեղևների
- 4 Ծողոթերի կամ բերանի խոռոչի լորձաթաղանթի փոփոխություններ**
Ճաքքած շողթեր, ազնվամորու լեզու կամ բերանի խոռոչի և ընկանի ցրված էրիթեմա
- 5 Վերջույթների փոփոխություններ**
Սկզբնական փուլ՝ էրիթեմա, ձեռքերի և ոտքերի այտուց
Ապաքինման փուլ՝ մաշկի շերտազատում մատների ծայրերին

Աղյուսակ 5. Ըստ McCrindle-ի, Circulation 2017:

ՊՈԼԻԱՌԳԻՏՈՎ ԳՐԱՆՈՒԼԵՄԱՏՈՐ *
Ունատոլոգիայի ամերիկյան քոլեջի չափանիշներ (1990)

Անոթաբորբով հիվանդի մոտ հետևյալ 4 չափանիշներից 2-ի առկայության դեպքում կարելի է այն դասակարգել որպես ՊԱԳ

<ul style="list-style-type: none"> ■ Քթի կամ բերանի խոռոչի բորբոքում (քթից արյունահոսություն, բերանում կամ դեմքին ցավոտ խոցեր) ■ Թոքերի ռենտգենագրության շերտմաներ (հանգուցներ, խոռոչներ, ֆիքսված ներսփռանքներ) 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Մեզի ոչ նորմալ Նստվածք (մանրադիտակային արյունամիզություն կամ գլանակներ) ■ Գրանուլեմատոզ բորբոքում բիոպսիայի ժամանակ (զարկերակների կամ փոքր զարկերակների պատերին կամ շրջը)
---	--

Աղյուսակ 6. * Նախկինում հայտնի որպես Վեգների գրանուլեմատոզ:

ՊՈԼԻԱԳԻԻՏՈՎ ԷՈՋԻՆՈՑԻՆ ԳՐԱՆՈՒԵՄԱՏՈՋ * Ունատուրոգիայի ամերիկյան քոլեջի չափանիշներ (1990)
Անոթաբորբով հիվանդի մոտ հետևյալ 4 չափանիշներից 2-ի առկայության դեպքում կարելի է այն դասակարգել որպես ՊԱԷԳ
<ul style="list-style-type: none"> ■ Ասթմա ■ Արյան էրզինոֆիլներ $\geq 10\%$ ■ Ալերգիայի նախադեպ ■ Թոքային անկայուն ներսփռանքներ ■ Դիմաժոցային ցավեր կամ պատկերներում՝ անթափանցելիություն ■ Բիոպսիայի ժամանակ արտանոթային էրզինոֆիլների առկայություն

Աղյուսակ 7. * Նախկինում հայտնի որպես Չերոջ-Արոսի համախտանիշ:

ՌԵՎԱՏՈՒԳԱՅԻՆ ՊՈՒՐՊՈՒՐՎ Ունատուրոգիայի ամերիկյան քոլեջի չափանիշներ (1990)
Չափանիշների անհրաժեշտ քանակ՝ 2
<p>Ներսփռանքային պուրպուրա Արյունազեղումային, թեթևակի ուռուցիկ, ներսփռանքային, թրոմբոցիտոպենիայի հետ կապ չունեցող մաշկային ախտահարումներ</p> <p>Ի հայտ է գալիս մինչև 20 տարեկանը Բուժառույժ տարիքը 20 կամ փոքր է ախտանշանների ի հայտ գալու պահին</p> <p>Մարտոդական խանգարումներ Մտանդ ընդունելիս սրվող որովայնային ցրված ցավեր կամ արյունոտ փորլուծություն առաջացնող՝ բարակ աղու իշեմիա</p> <p>Բազմակորիզային բջիջների պատային ներսփռում Փոքր երակների և փոքր զարկերակների պատերին բազմակորիզային բջիջների կուտակումներ ի հայտ բերող հյուսվածաբանական ախտահարումներ</p>

Աղյուսակ 8.

Որոշ անոթաբորբեր առավելապես ախտահարելով մի տրամաչափի անոթներ՝ կարող են, ավելի հազվադեպ, ախտահարել այլ տրամաչափի անոթներ, սովորաբար՝ փոքր (Հորթոնի հիվանդությունը կարող է ախտահարել ցանցաթաղանթի զարկերակները, հանգուցավոր պերիարտերիիտը մանր անոթները և այլն):

Խոշոր անոթների անոթաբորբ

Վերաբերում է արտային և դրա հիմնական ճյուղավորումներին:

Հսկաբջջային արտերիիտ (Հորթոնի հիվանդություն)

Սա գրանուլեմատոզ անոթաբորբ է, որն առաջանում է հիմնականում 60 տարեկանից հետո: Ախտահարվում են արտաքին քնային զարկերակը և դրա ճյուղավորումները, սովորաբար՝ քունքային զարկերակները, ինչով էլ պայմանավորված են ախտանշանները (ալիսացավեր, ծնոտի մեջընդմիջվող «կաղություն» և այլն):

ԲԵՂԵԹԻ ՀԻՎԱՆԳՈՒԹՅՈՒՆ Միջազգային չափանիշներ 2013	
4 և ավել միավորի դեպքում այստորոշվում է Բեհչեթի հիվանդություն	Միավոր
Ակնաբուժական խանգարումներ	2
Սեռական օրգանների աֆթեր	2
Բերանի խոռոչի աֆթեր	2
Մաշկային դրսևորումներ	1
Նյարդաբանական դրսևորումներ	1
Անոթային դրսևորումներ	1
Պաթերգիայի թեստ	1

Աղյուսակ 9.

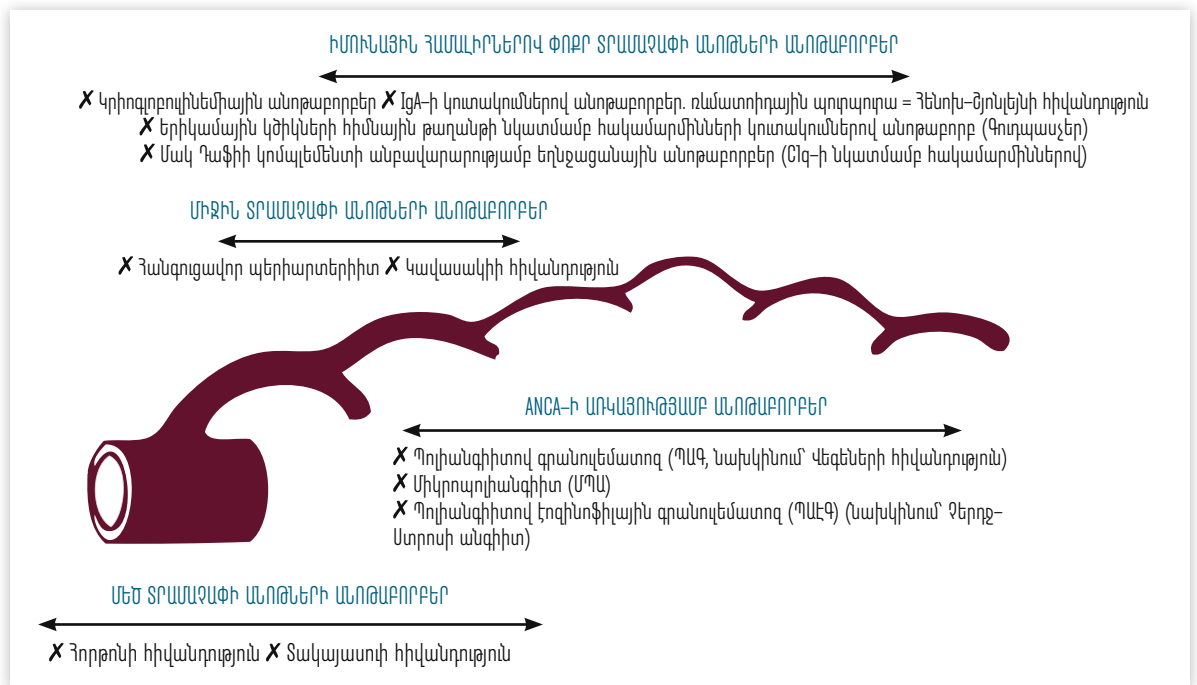
ԲՅՈՒՐԳԵՐԻ ՀԻՎԱՆ ԳՈՒԹՅՈՒՆ Օլենի առաջարկած դասակարգման չափանիշները (2000)
1. Տարիքը < 45
2. Ծխախոտի օգտագործում ներկայում կամ անցյալում
3. Վերջույթների հեռադիր հատվածների իշեմիայի առկայություն, որն առաջացնում է մեջընդմիջվող կաղություն, ցավ հանգստի ժամանակ, իշեմիկ խոցեր կամ փտախտ՝ հաստատված անոթային ոչ ինվազիվ հետազոտությամբ
4. Առողիմուն հիվանդության, գերմակարդելիության և շաքարային դիաբետի բացակայություն
5. Էխտրատագրությամբ կամ զարկերակագրությամբ հաստատված՝ էմբոլիայի մերձադիր աղբյուրի բացակայություն
6. Վերջույթների զարկերակաբանական «տրամաբանական» շեղումներ՝ անկախ այն բանից՝ ախտահարված են դրանք, թե՛ ոչ

Աղյուսակ 10.

Կարող են ախտահարվել նաև այլ անոթներ՝ աորտան, ներքին քնային զարկերակը, ողնաշարային և ենթանրակային զարկերակները: Այն կարող է զուգակցված լինել ռեմատոիկ պոլիմիալգիայի հետ: Այս անոթաբորբի հիմնական բարդությունը տեսողական նյարդի առաջնային իշեմիկ սուր նյարդաբորբով պայմանավորված կուրությունն է: Ախտորոշումը հաստատվում է քունքային զարկերակի բիոպսիայով: Կորտիկոստերոիդային բուժումն արագ արդյունք է տալիս (աղյուսակ 2):

Տակայասուի հիվանդություն

Աորտայի և դրա հիմնական ճյուղավորումների գրանուլեմատոզ անոթաբորբ է, որն ախտահարում է 50 տարեկանից ցածր անձանց (պատկեր 2): Համակարգային դրսևորումների փուլից հետո (տենդ, հոդացավեր, բորբոքային համախտանիշ) ի հայտ են գալիս ստենոզով պայմանավորված անոթային իշեմիկ դրսևորումներ: Եթե աորտան և վերաորտային ցողունները (հիմնականում՝ ենթաանրակային զարկերակներ) հաճախ են ախտահարվում (պատկեր 3), մնացած



Պատկեր 1. Անոթաբորբերի դասակարգում՝ ըստ ախտահարված անոթի տրամաչափի. Janette JC, Falk RJ, Bacon PA, et al. 2012: Վերանայված՝ Չապել Չիլլի կոնսենսուսային համաժողովի անոթաբորբերի անվանացանկ: Arthritis Rheum 2013;65(1):1-11

ԱՆՈՁԱՐՈՐԲԵՐԻ ԴԱՍԱԿԱՐԳՈՒՄԸ՝ ԸՍՏ ԱՆՏԱՅԱՐՎԱԾ ԱՆՈՁԻ ՏՐԱՄԱՉԱՓԻ ԵՎ ԳՈՐԾԱՐԿՎԱԾ ՄԵԿԱՆԻՋՄԵՆԻՐԻ (ըստ Չապել Չիլլի, 2012թ.)		
<p>Մեծ տրամաչափի անոթների անոթաբորբ (աորտա և դրա հիմնական ճյուղավորումները)</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Դորթոնի հիվանդություն ■ Տակայասոսի հիվանդություն <p>Միջին տրամաչափի անոթների անոթաբորբ (հիմնական ընդերային զարկերակները [և երակները] և դրանց առաջնային ճյուղավորումները)</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ հանգուցավոր պերիարտերիտ ■ Կավասակի հիվանդություն <p>Փոքր տրամաչափի անոթաբորբեր (ներպարեննիսիմային զարկերակներ, փոքր զարկերակներ, մազանոթներ, փոքր երակներ, երակներ), այդ թվում՝</p> <p>→ ANCA-ի (նեյտրոֆիլների ցիտոպլազմային նկատմամբ հակամարմինների) առկայությամբ անոթաբորբ</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Պոլիանգիտով գրանուլեմատոզ (ՊԱԳ, Նախկինում՝ Վեգների հիվանդություն) ■ Միկրոպոլիանգիտ (ՄՊԱ) ■ Պոլիանգիտով էոզինոֆիլային գրանուլեմատոզ (ՊԱԷԳ, Չերոզ-Ստրոսի անոթաբորբ) 	<p>→ իմունային համալիրներով անոթաբորբեր</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ կրիոգլոբուլինեմիային անոթաբորբ ■ IgA կուտակումներով անոթաբորբ. ռևմատոիդային պորպուրա = Դենտիս-Շյոլեյնի հիվանդություն ■ Երիկամների կծիկների հիմնային թաղանթների նկատմամբ հակամարմինների կուտակումներով անոթաբորբ (Գուդպասչեր) ■ Մակ Դաֆիի՝ կոմպլեմենտի անբավարարությամբ եղնջացանային անոթաբորբ (ՇԼԳ-ի նկատմամբ հակամարմիններով) <p>Այլ անոթաբորբեր Տարբեր տրամաչափի (մանր, միջին և խոշոր անոթներ) և տարբեր տիպի (զարկերակ, երակ, մազանոթ) անոթներ ախտահարող անոթաբորբեր</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Բեհչեթի հիվանդություն ■ Կոգանի համախտանիշ <p>Միայն մեկ օրգան ախտահարող անոթաբորբ (զարկերակ կամ երակ՝ անկախ տրամաչափից)</p> <p>Կարող է մնալ մեկուսացված կամ հետագայում դառնալ համակարգային անոթաբորբի մաս</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Ելկոցիտոկազային մաշկային անոթաբորբ ■ Կենտրոնական Նյարդային համակարգի անոթաբորբ ■ աորտիտ 	<p>Երկրորդային անոթաբորբեր</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ այլ համակարգային հիվանդությունների հետ կապված անոթաբորբ ■ գայլախտով պայմանավորված անոթաբորբ (lupus) ■ ռևմատոիդային անոթաբորբ (ռևմատոիդային պոլիարթրիտ) ■ սարկոիդային անոթաբորբ (սարկոիդոզ) <p>Հավանական պատճառ ունեցող անոթաբորբ</p> <p>Ներառվում են Նախորդ կատեգորիաներում՝ ըստ իրենց բնութագրերի</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ կրիոգլոբուլինեմիային անոթաբորբ՝ համակցված հեպատիտ C վիրուսի հետ ■ անոթաբորբ՝ համակցված հեպատիտ B վիրուսի հետ ■ սիֆիլիսային աորտիտ ■ դեղորայքային իմունահամալիրային անոթաբորբ ■ Դեղորայքային անոթաբորբ՝ ANCA-ի առկայությամբ (նեյտրոֆիլների ցիտոպլազմային նկատմամբ հակամարմինների) ■ անոթաբորբ՝ համակցված թաղցկեղի (և արյան հիվանդությունների) հետ

Աղյուսակ 11.

բոլոր զարկերակները նույնպես կարող են ախտահարվել (երիկամային, միջընդերային, թոքային, ստորին վերջույթների և այլն): Ախտորոշման համար կիրառվում են պատկերային հետազոտություններ (դոպլեր, ՅՇ-անոթագրություն, մագնիսառեզոնանսային շերտագրություն [ՄՌՇ], պոզիտրոնային արտանետման շերտագրություն [ՊԱՇ] և այլն), որոնք բացահայտում են զարկերակների պատերի բորբոքային հաստացումներն ու ստենոզները (պատկեր 4): Նշանակվում է կորտիկոստերոիդային բուժում և կենսաբուժում: Ստենոզի դեպքում կարող է կաթետերային միջամտության (ստենտի տեղադրում և այլն) և վիրահատության անհրաժեշտություն լինել (աղյուսակ 3):

Միջին տրամաչափի անոթների անոթաբորբ

Վերաբերում է հիմնական ընդերային զարկերակներին և երակներին, ինչպես նաև դրանց առաջնային ճյուղավորումներին:

Հանգուցավոր պերիարտերիիտ

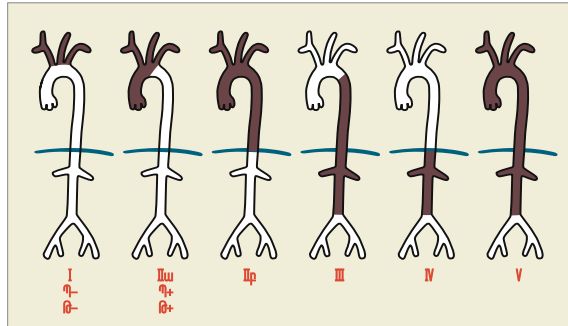
Միջին և փոքր տրամաչափի անոթների մեռուկացնող անոթաբորբ է, ի հայտ է գալիս հիմնականում 40-60 տարեկան անձանց շրջանում: Մաշկային նշանների առաջացման պատճառ է (պուրպուրա, հանգուցներ, լիվերո, խոցակալում): Հաճախ առկա են ընդհանուր նշաններ (քաշի կորուստ, տենդ, ընդհանուր վիճակի վատթարացում), ծայրամասային նյարդաբանական խանգարումներ՝ մոնոկամ պոլիներիտի տեսքով (n. peroneus communis, n. tibialis, միջևակ, ծղիկային և ճաճանչային նյարդեր (պատկեր 5)), և բորբոքային հողմակային ցավեր: Երիկամների ախտահարումն ունի անոթային (ստենոզ, ինֆարկտ, միկրոանևրիզմա), այլ ոչ թե կծիկային ծագում, և կարող է հանգեցնել արյան զարկերակային բարձր ճնշման և երիկամային անբավարարության: Մարտոզական դրսևորումները տատանվում են միջընդերային իշեմիայի ժամանակ որովայնային ցավերից մինչև ստամոքսաղիքային արյունահոսություն և թափածակում:

Ախտորոշումը հյուսվածաբանական է՝ մաշկի, մկանների և նյարդամկանային բիոպսիա: Երիկամների բիոպսիայի անհրաժեշտություն չկա, այն նույնիսկ հակացուցված է միկրոանևրիզմաների հնարավոր առկայության պատճառով: Կասկածի դեպքում բիոպսիան կատարվում է միայն զարկերակների պատկերային հետազոտությունից հետո (ՅՇ-անոթագրություն, անոթային ՄՌՇ): ANCA-ի թեստը բացասական է: Դասակարգումն հեպատիտ B վիրուսով վարակի հետ զուգորդվելը ներկայումս բացառություն է (աղյուսակ 4):

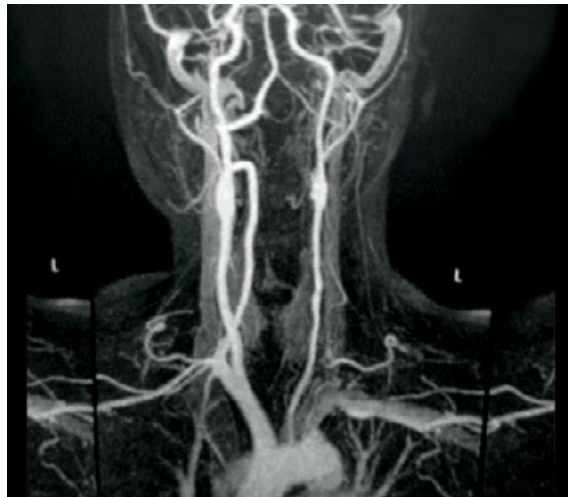
Կավասակիի հիվանդություն

Կավասակիի հիվանդությունը միջին և փոքր տրամաչափի անոթների անոթաբորբ է, որն ի հայտ է գալիս նորածինների և 3 ամսականից մինչև 5 տարեկան երեխաների շրջանում:

Կլինիկական նշաններն են (տենդային ադենո-մաշկալորձաթաղանթային համախտանիշ)
 - անբացատրելի երկարատև տենդ (ավելի քան 5 օր տևողությամբ), որի դեպքում չեն օգնում ո՛չ ջերմիջեցնողները, ո՛չ էլ հակաբիոտիկները,
 - բծահանգուցիկավոր ցան՝ ափային-ներբանային էրիթեմայով, հետագայում՝ թեփոտվող,



Պատկեր 2. Տակայատի արտերիիտի անոթային ախտահարման տեղագրությունը. Թ՝ թոքային զարկերակներ, Պ՝ պսակաձև զարկերակներ:



Պատկեր 3. Տակայատի հիվանդություն՝ ծախ ենթանրակային զարկերակի և ծախ ողնաշարային զարկերակի խցանում: Զախ քնային զարկերակի անկանոն տեսք:



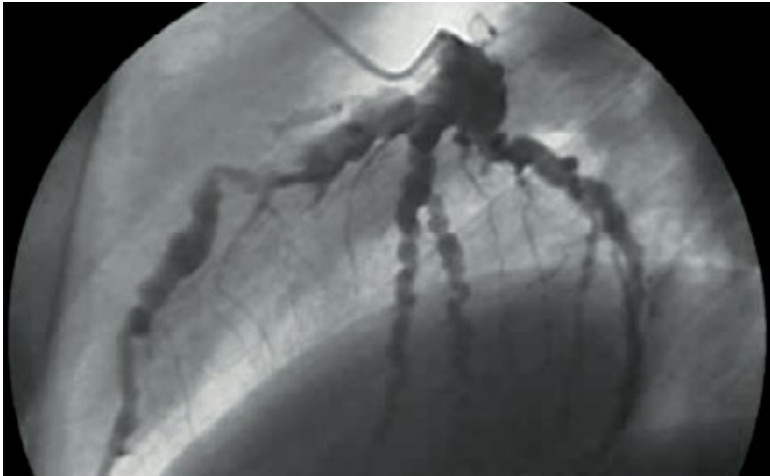
Պատկեր 4. Տակայատի հիվանդություն՝ կրծքային արտայի և բազկազխային ցողունի գերմետաբոլիզմ:



Պատկեր 5. Հանգուցավոր պերիարտերիիտ՝ n. peroneus communis-ի ախտահարում և խոց:



Պատկեր 6. Լեզվի ախտահարում (Ա) և մատների մաշկի թեփուկային ջերտազատում (Բ) Կավասակիի հիվանդության ժամանակ:



Պատկեր 7. Պսակաձև զարկերակների աներիզմա Կավասակիի հիվանդության ժամանակ:

- շաղկապենաբորբ,
- բերանի խոռոչի և ըմպանի ախտահարում (շուրթերի էրիթեմա, չորություն, ճաքեր, ազնվամորու լեզու (**պատկեր 6**)),
- պարանոցային ավշահանգույցների բորբոքում (**աղյուսակ 5**): Բուժման բացակայության դեպքում առկա է պսակաձև զարկերակների աներիզմայի վտանգ (**պատկեր 7**): Ացետիլսալիցիլաթթվով (50-80 մգ/կգ/օր՝ սուր փուլում, ապա՝ 3-5 մգ/կգ/օր) և իմունոգլոբուլիններով (ներերակային՝ 2 գ/կգ մեկ դեղաչափով) բուժումն արագ արդյունք է տալիս:

Փոքր տրամաչափի անոթների անոթաբորբ

Վերաբերում է ներպարենխիմային զարկերակներին, փոքր զարկերակներին, մազանոթներին, փոքր երակներին և երակներին:

Փոքր անոթների բոլոր անոթաբորբերը կարող են ունենալ՝

- մաշկային դրսևորումներ՝ պուրպուրա, հանգույցներ, լիվեդո, խոցեր, մեռուկացումներ: Պուրպուրան անոթային տիպի է՝ գերակշռում է ստորին վերջույթներում, առավել հաճախ ներսիմված է և կազմված տարբեր տարրերից (եղնջացան, բշտեր կամ մեռուկացված հատվածներ):
- հողային դրսևորումներ՝ հողացավ, տարբեր հողերի ցավեր, պոլիարթրիտ,
- համակարգային դրսևորումներ՝ տենդ, ընդհանուր վիճակի վատթարացում, քաշի կորուստ,
- կենսաբանական բորբոքային համախտակիչ (երիթրոցիտների Նստեցման բարձր արագություն (ԷՆԱ) և C-ռեակտիվ սպիտակուց (CRP)):

Կախված անոթաբորբի տեսակից՝ լինում են կլինիկական և կենսաբանական այլ դրսևորումներ:

ՄԵՌՈՒԿԱՑՆՈՂ ՏԱՐԲԵՐ ԱՆՈՑԱԲՈՐԲԵՐԻ ԱԽՏՈՐՈՅԻՄ				
	ՊԱԳ	ՄՊԱ	ՊԱԷԳ	ՀՊ
Անոթի չափը	փոքր	փոքր	փոքր	միջին
ՔվԱ խանգարումներ	+++	0	++	0
Թոքերի ախտահարում	+++	++	+++	
Ասթմա	0	0	+++	0
Երիկամների կծիկային ախտահարում	+++	+++	+	0
Երիկամների անոթային ախտահարում	0	0	0	+++
Հողացավեր	++	++	++	++
Պոլիներիտ	+	++	+++	+++
Մարսողական համակարգի ախտահարում	0	+	++	++
Սրտի ախտահարում	+	+	++*	+
Գերէոզինոֆիլիա	±	0	+++	±
c-ANCA	++ /PR3	-	-	-
p-ANCA	-	++ / MPO	+ / MPO	-
Միկրաներիզմաներ	0	0	0	++

Աղյուսակ 12. * Երբ նեյտրոֆիլների ցիտոպլազմայի նկատմամբ հակամարմիններ չկան:

Համակարգային անոթաբորբեր

ՀԻՇԵԼ

Անոթաբորբի կլինիկական դրսևորումները կախված են ախտահարված անոթների տեսակից և չափից, ինչպես նաև որոշակի հակամարմինների (ANCA և այլն) կամ իմունոգլոբուլինների կուտակումների առկայությունից (IgA, կրիոգլոբուլիններ և այլն):

Անոթաբորբեր

Չորթոնի հիվանդություն

- տարեց հիվանդ • գլխացավեր • քունքային զարկերակի բիոպսիա • կոփոթյան վտանգ • կորտիկոստերոիդներ

Հանգուցավոր պերիարտերիիտ

- 40-60 տարեկան հիվանդ • պոլիներիտ
- ընդհանուր վիճակի վատթարացում • պուրպուրա, լիվերո
- միկրոանևրիտներ • մկանային կամ նյարդամկանային բիոպսիա՝ մեռուկացնող անոթաբորբ
- բացասական ANCA

ANCA-ի առկայությամբ անոթաբորբ

Պոլիանգիտով գրանուլեմատոզ (ՊԱԳ)

- մեծահասակներ • ՔԿԱ ախտահարում
- թոքերի ախտահարում
- արտամազանոթային գլոմերուլոնեֆրիտ • c-ANCA PR3

Միկրոպոլիանգիտ (ՄՊԱ)

- մեծահասակներ • արտամազանոթային գլոմերուլոնեֆրիտ
- ներթոքաբջջային արյունահոսություն • p-ANCA MPO

Պոլիանգիտով էոզինոֆիլային գրանուլեմատոզ (ՊԱԷԳ)

- մեծահասակներ • ասթմա • թոքային ներսփռանքներ
- արտամազանոթային գլոմերուլոնեֆրիտ
- գերէոզինոֆիլիա • p-ANCA, MPO

Իմունային համալիրներով անոթաբորբ

Կրիոգլոբուլինեմիային անոթաբորբ

- պուրպուրա • ծայրամասային նեյրոպաթիա
- թաղանթային պրոլիֆերատիվ գլոմերուլոնեֆրիտ
- C4-ի նվազում • հեպատիտ C

Ռևմատոիդային պուրպուրա

- երեխա • պուրպուրա • հոդացավ • որովայնային ցավեր
- ± երիկամային կծիկների ախտահարում
- մաշկի բիոպսիա՝ IgA կուտակումներ
- շիճուկային IgA-ի ավելացում

ANCA-ի (նեյտրոֆիլների ցիտոպլազմայի նկատմամբ հակամարմինների) առկայությամբ անոթաբորբ

Մանր անոթների մեռուկացնող անոթաբորբեր են, բնութագրվում են անոթների պատերում իմունային կուտակումների բացակայությամբ կամ հազվադեպությամբ (ինչը դրանց տարբերում է մանր անոթների իմունային համալիրներով անոթաբորբերից (կրիոգլոբուլինեմիային անոթաբորբ և այլն), բայց շիճուկում նեյտրոֆիլների ցիտոպլազմայի նկատմամբ հակամարմինների առկայությամբ (չորջանակ 1), որի ախտածին ազդեցությունն անոթային էնդոթելիումի վրա ապացուցված է (աղյուսակ 12):

Պոլիանգիտով գրանուլեմատոզ

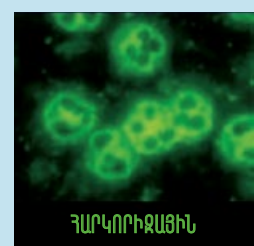
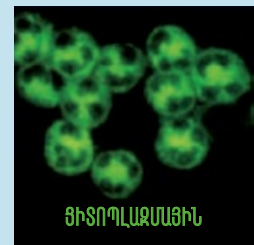
Համակցելով անոթաբորբի և գրանուլեմատոզի հյուսվածաբանական ախտահարումները՝ այն բնութագրվում է հիմնական երեք ախտահարումներով (ՔԿԱ, թոքերի և երիկամների (կծիկային)) և, ավելի քան 90% դեպքերում, պրոտեինազ 3-ին առանձնահատուկ (c-ANCA PR3) ցիտոպլազմային լուսարձակմամբ (անուղղակի իմունաֆլուորեսցենստություն) ANCA-ի առկայությամբ [ELISA՝ իմունաֆերմենտային անալիզ] (աղյուսակ 6):

ՔԿԱ ախտահարումը սկզբում արտահայտվում է ոչ բնորոշ ձևով՝ քթից արտադրություն և արյունահոսություն, սինուսիտ կամ սերոզային ականջաբորբ (օտիտ), որոնք կարող են տևել մի քանի շաբաթ կամ ամիս: Համակարգչային շերտագրությունը ցույց է տալիս դիմային ծոցերի լցվածությունը, որը կարող է խորանալ՝ ընդհուպ մինչև ոսկրերի քայքայում (պատկեր 8):

Թոքերի ախտահարումը անկանոն է՝ թոքաբջջային ներսփռանքներ, «փայլատ ապակու» տեսք, բազմաթիվ

1. ANCA՝ նեյտրոֆիլների ցիտոպլազմայի նկատմամբ հակամարմիններ

ANCA-ները հակամարմիններ են՝ ուղղված նեյտրոֆիլների ցիտոպլազմային հակաժինների դեմ: Դրանք հայտնաբերվում են անուղղակի իմունալուսարձակման (ֆլուորեսցենստության) մեթոդով: Նկարագրված է երկու տիպի լուսարձակում՝ ցիտոպլազմային (c-ANCA) և հարկորիզային (p-ANCA) (նկար): ANCA-ների հակաժինային թիրախը որոշվում է ELISA հետազոտության միջոցով: Երկու հիմնական հակաժինները, որ առկա են նեյտրոֆիլների հատիկներում, պրոտեինազ 3-ը (PR3) և միելոպերօքսիդազն (MPO) են: PR3-ը ճանաչվում է c-ANCA-հակամարմինների մեծ մասի կողմից, իսկ MPO-ն՝ p-ANCA-հակամարմինների կողմից: PR3-ը ճանաչող՝ ցիտոպլազմային տիպի ANCA-ները (c-ANCA) առկա են ՊԱԷԳ-ի 90% դեպքերում: MPO-ն ճանաչող հարկորիզային տիպի ANCA-ները (p-ANCA) առկա են ՄՊԱ-ի 60% և ՊԱԷԳ-ի 40% դեպքերում:



խոռոչավոր հանգույցներ (**պատկեր 9**): Պոլիանգիիտով գրանուլեմատոզի հիմնական, բայց հազվադեպ բարդությունը ներթոքաբջջային արյունահոսությունը, առաջանում է արյան փոքր (թոքային) շրջանառության հեռադիր հատվածում՝ հանգեցնելով թողաբջջաների լցվածության (**պատկեր 10**): Դրսևորվում է արյունախիսմամբ, շնչարգելությամբ, սակավարյունությամբ, պատկերավորման ժամանակ թոքաբջջային ցրված անթափանցիկություններով և բրոնխային լվացման ժամանակ արյունային հեղուկի տեսքով: Հնարավոր են շնչափողաբրոնխային ստենոզներ:

Երիկամային փխտահարումը թուլիմունային կծիկային է (իմունոգլոբուլինների կամ կոմպլեմենտի զգալի կուտակումների բացակայություն կծիկներում), մեռուկացնող է, հատվածական և օջախային՝ համակցված արտամագանոթային ծավալման հետ (**պատկեր 11**), երբեմն՝ մերձկծիկային կամ ինտերստիցիալ գրանուլեմատներով: Դրսևորվում է արագ խորացող գլոմերուլոնեֆրիտով (**աղյուսակ 13**), որը բնութագրվում է 2-8 շաբաթվա ընթացքում անկանոն սպիտակուցա-

միզության, մանրադիտակային արյունամիզություն (հեմատուրիա) և արագ խորացող երիկամային անբավարարության ի հայտ գալով: Հաստատվում է երիկամների բիոպսիայով և պահանջում է անհապաղ բուժում:

Միկրոպոլիանգիիտ կամ միկրոսկոպիկ պոլիանգիիտ

Միկրոպոլիանգիիտը (ՄՊԱ) մանր անոթների (փոքր գրանուլեմատներ, մագանոթներ և փոքր երակներ) անոթաբորբ է, դրսևորվում է որպես թուլիմունային մեռուկացնող, հատվածական և օջախային գլոմերուլոնեֆրիտ՝ համակցված արտամագանոթային ծավալման հետ, որը նման է պոլիանգիիտով գրանուլեմատոզին՝ գրանուլեմատների բացակայությամբ: 20-30% դեպքերում փխտահարվում են թոքերը, ինչն արտահայտվում է ներթոքաբջջային արյունահոսությամբ: Հնարավոր են այլ փխտահարումներ՝ մաշկային, հոդային, մարսողական: ANCA-ները, որ առկա են 60% դեպքերում, ունեն հարմիջուկային լուսարձակում և առանձնահատկություն միելոպերօքսիդազի (p-ANCA MPO) նկատմամբ (ELISA):

2. Հանգուցավոր պերիարտերիիտի և ANCA-ի առկայությամբ անոթաբորբերի բուժումը

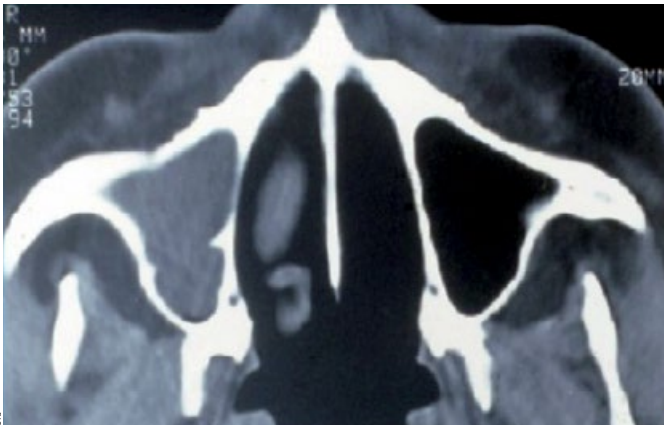
Այս անոթաբորբերի բուժումը հիմնված է կորտիկոստերոիդների, իմունանջիչների (ցիկլոֆոսֆամիդ, ազաթիոպրին և այլն) և վերջերս՝ ռիտուքսիմաբի (CD20-ի դեմ միակլոնային հակամարմին) վրա: Կախված է անոթաբորբի տեսակից, դրա ծանրությունից և կանխատեսման գնահատականից (հինգ գործոնների սանդղակ՝ five factor score-FFS) (**աղյուսակ**): Այն ներառում է 3-6 ամիս տևողությամբ «հարձակողական» բուժում հիվանդության սուր փուլում (կորտիկոստերոիդների մեծ չափաբաժիններ +/- իմունանջիչներ), ապա՝ ընթացիկ բուժում՝ ուղղված փխտակրկոստերոիդների կանխարգելմանը (18-24 ամիս):

Եթե FFS-ը 0 է (վատ կանխատեսման գործոնի բացակայություն), կարելի է սկզբնական շրջանում առաջարկել միայն կորտիկոստերոիդներով բուժում, սակայն հիվանդության անվերահսկելիության դեպքում հարկավոր է զուգակցել իմունանջիչի հետ: Եթե FFS-ը հավասար կամ մեծ է 1-ից, անմիջապես հարկավոր է առաջարկել կորտիկոստերոիդներով և իմունանջիչներով համակցված բուժում: Կորտիկոստերոիդներով բուժումը սկսում են մեթիլպրեդնիզոլոնի բոլորակով (1 գ/օր՝ 3 օր շարունակ), հատկապես՝ ծանր կամ արագ խորացող դեպքերում (գլոմերուլոնեֆրիտ, ներթոքաբջջային արյունահոսություն և այլն), այնուհետև անցնում են պրեդնիզոլոնի՝ 1 մգ/կգ/օր:

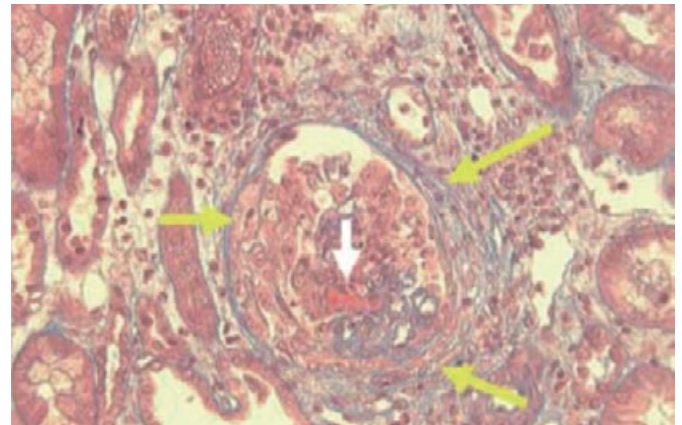
Ցիկլոֆոսֆամիդն օգտագործվում է ներբրակային ճանապարհով (հաջորդական): Ռիտուքսիմաբը թույլատրված է վաճառքի՝ որպես պոլիանգիիտով գրանուլեմատոզի, ինչպես նաև ծանր և ակտիվ միկրոպոլիանգիիտի ինդուկցիոն բուժման դեղամիջոց՝ համակցված կորտիկոստերոիդների հետ: Դրա օգտագործումը պահպանող բուժման ժամանակ անհրաժեշտություն է: Կորտիկոստերոիդներով բուժմանը վերաբերող միջոցառումները հույժ կարևոր են՝ օստեոպորոզի կանխարգելում, կալիումի ընդունում, հիգիենայի և սննդակարգի կանոններ: Անհրաժեշտ է վարակների կանխարգելում (հակապնևմոկոկային, հակահեմոֆիլային, հակագրիպային պատվաստումներ, իվերմեկտինով բուժում անգիլյուզ տեղաճարակով երկրում կացության դեպքում, գաղտնի տուբերկուլոզի բուժում իզոնիա-

զիդով և ռիֆամպիցինով՝ զամմա ինտերֆերոնի դրական թեստի դեպքում և այլն): Pneumocystis jirovecii վարակների դեմ կանխարգելումը (տրիմետոպրիմ՝ 80 մգ/օր + սուլֆամեթոքսազոլ՝ 400 մգ/օր) կրում է համակարգային բնույթ՝ կորտիկոստերոիդային բուժմանը համակցված՝ ցիկլոֆոսֆամիդով (հարձակողական բուժում) և ռիտուքսիմաբով բուժման ընթացքում: Կորտիկոստերոիդներով, իմունանջիչներով կամ ռիտուքսիմաբով բուժման ժամանակ հեպատիտ B վիրուսային վարակի առկայության դեպքում (Ag HBs դրական, բայց նաև AgHBs բացասական/Ac anti-HBc դրական) անհրաժեշտ է իրականացնել հակավիրուսային բուժում (էնտեկավիր)՝ վիրուսի վերաակտիվացումից խուսափելու համար, որը կարող է կայծակնային հեպատիտի պատճառ դառնալ:

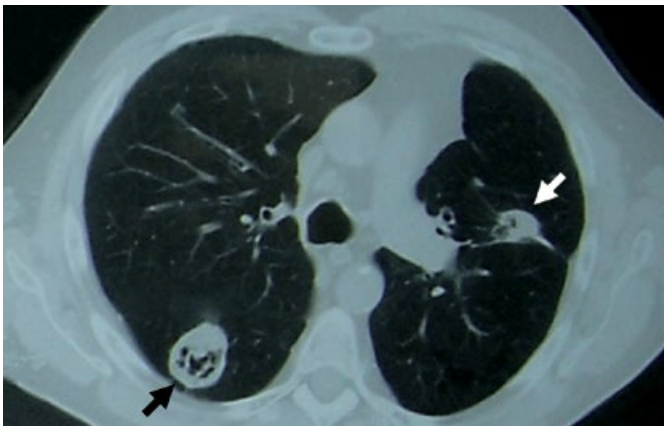
ՀԻՆԳ ԳՈՐԾՈՆՈՎ ՊՆԱՆՅԱՄԱՆ (FFS) ՍԱՆԴՐԱԿ. ԿԱՆԽԱՏԵՍՈՒՄԱՅԻՆ ՊՆԱՆՅԱՍՈՒՄ ANCA-ՈՎ ԱՆՈՑԱԲՈՐԲԵՐԻ ԵՎ ՀԱՍՏԱՏՎՈՐ ՊԵՐԻԱՐՏԵՐԻԻՏԻ ԴԵՊՈՒՄ		
FFS ՍԱՆՅԱՆՈՒՄ	Չափանիշներ	
FFS = 0	5 գործոնն էլ առկա չեն	<ul style="list-style-type: none"> ■ Կրեատինին > 140 մմոլ/լ ■ Սպիտակուցամիզություն > 1 գ/օր
FFS = 1	Առկա է 1 գործոն	<ul style="list-style-type: none"> ■ Կարդիոմիոպաթիա ■ Կենտրոնական նյարդային համակարգի փխտահարում
FFS = 2	Առկա են 2 կամ ավելի գործոններ	<ul style="list-style-type: none"> ■ Մարսողական խողովակի լուրջ փխտահարում (արյունահոսություն, թափածակում, որովայնային շարունակական ցավեր, պանկրեատիտ)



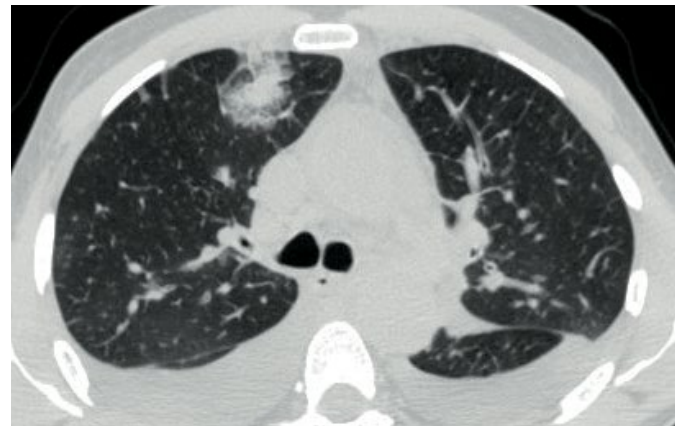
Պատկեր 8. Մոցի ախտահարում պոլիանգիտով գրանուլեմատոզի ժամանակ:



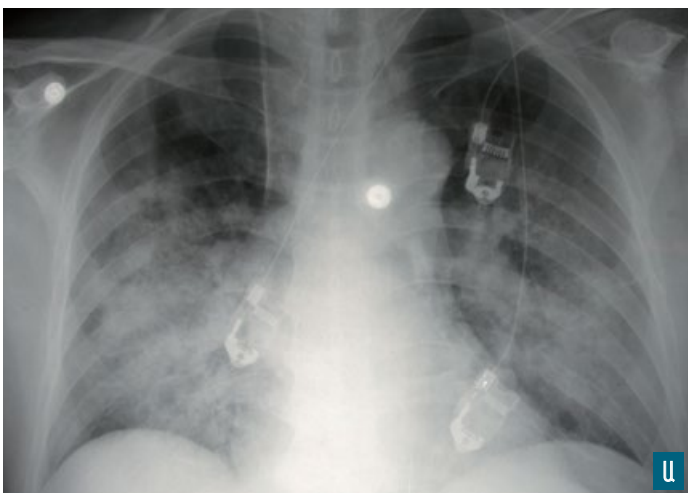
Պատկեր 11. Արտամազանոթային զլոմերոպոլիեֆրիտ՝ մեռուկացմամբ և կիսալրահիններով պոլիանգիտով գրանուլեմատոզի ժամանակ:



Պատկեր 9. Պոլիանգիտով գրանուլեմատոզ. կրծքավանդակի համակարգչային շերտագրություն (ՅԾ)՝ երկկողմանի թոքային խոռոչավոր հանգույցների (սլաքներ) առկայություն:



Պատկեր 12. Պոլիանգիտով էոզինոֆիլային գրանուլոմատոզ. թոքամզային երկկողմանի հեղուկի առկայություն՝ պարենխիմային անթափանց հատվածներով:



Պատկեր 10. Թոքաբջշտային արյունահոսության համախտանիշ՝ թոքերի ռենտգենագրում (Ա) և ՅԾ պատկերում (Բ)՝ ՊԱԷԳ-ի, միկրոպոլիանգիտի և Գուրպասչերի համախտանիշի դեպքում:



Պոլիանգիտով Էոզինոֆիլային գրանուլեմատոզ

Պոլիանգիտով Էոզինոֆիլ գրանուլեմատոզը (ՊԱԷԳ) զարկերակների ու փոքր տրամաչափի երակների համակարգային և թոքային անոթաբորբ է: Հյուսվածաբանական ախտահարումները համակցում են անոթի պատի միջնաշերտի ֆիբրինային մեռուկացում, Էոզինոֆիլային հյուսվածքային ներսփռանքներ և արտանոթային գրանուլեմատներ: Հիմնականում ի հայտ է գալիս ատոպիկ վիճակներում և ասթմայով տառապողների շրջանում (աղյուսակ 7):

Հիվանդությունը, սովորաբար, զարգանում է երեք փուլով: Ի հայտ են գալիս՝

- արագորեն կորտիկոստերոիդակախյալ դարձող ասթմա (ուշ՝ 30 տարեկանից հետո և ՔԿԱ դրսևորումներ (ռիխտ, սինուսիտ):

- այնուհետև՝ արյան և հյուսվածքների գերեոզինոֆիլիա, որը մեկ կամ երկկողմանի, սովորաբար՝ ներսփռանքների տեսքով, տեղայնացված ոչ համակարգային ծայրամասային թոքաբջջային անթափանց հատվածների պատճառն է (պատկեր 12):

- վերջապես, համակարգային անոթաբորբ՝ ընդհանուր վիճակի վատթարացմամբ, Նյարդաբանական (պոլիներիտ), մաշկային (պուրպուրա, լիվեդո և այլն), մարսողական (որովայնային ցավ, փորլուծություն և այլն), երիկամային (արտամազանոթային գլոմերուլոնեֆրիտ) դրսևորումներով: Սրտի ախտահարումը (պերիկարդի կամ սրտամկանի) առկա է 35% դեպքերում և առանձնահատուկ մահացության ամենահաճախադեպ պատճառն է: Սրտամկանի ախտահարումն առավել հաճախ հանդիպում է ANCA-ներ չունեցող հիվանդների շրջանում:

Արյան գերեոզինոֆիլիան (զգալի > 1500/մմ³) և շիճուկային իմունոգլոբուլին E-ի (IgE) մակարդակի բարձրացումը (ոչ առանձնահատուկ) անփոփոխ են:

ANCA-ներն առկա են միայն 40% դեպքերում և ունեն հարկորիզային լուսարձակում (իմունաֆլուրեսցենստությամբ) և միելոպերօքսիդազի նկատմամբ (MPO) առանձնահատկություն (ELISA):

Վիլիկական (ասթմա և այլն) և կենսաբանական (գերեոզինոֆիլիա, ANCA և այլն) դրսևորումների համակցության վրա հիմնված ախտորոշումը, կասկածի դեպքում, կարող է պահանջել հյուսվածաբանական հաստատում՝ մաշկի, Նյարդաբանական կամ մկանային բիոպսիայի տեսքով:

Իմունային համալիրներով անոթաբորբ

IgA անոթաբորբ

(ռևմատոիդային պուրպուրա)

IgA անոթաբորբը փոքր տրամաչափի անոթների ախտահարում է՝ կապված A իմունոգլոբուլինի կուտակումների հետ: Առավել տարածված է 3-15 տարեկան երեխաների շրջանում, բայց հնարավոր է նաև մեծահասակների ախտահարում, որն ավելի ծանր է ընթանում: Բնորոշվում է հետևյալ եռյակով՝ անոթային պուրպուրա (պատկեր 13), հոդացավեր (ծնկների և կոճերի), փոփոխական ինտենսիվությամբ բավականին ցրված և մարսողական համակարգի անոթաբորբով պայմանավորված որովայնային ցավեր, որը երեխաների մոտ կարող է բարդանալ ստամոքս-աղիքային արյունահոսությամբ, թափածակմամբ կամ աղիների ինվագինացիայով: Երիկամների ախտահարումը կայուն չէ՝ պայմանավորված IgA-ի մեզանգիալ կուտակումներով գլոմերուլոնեֆրիտով (սման է Բյուրգերի հիվանդությանը): Մանրադիտակային արյունամիզությունը, փոփոխական ինտենսիվությամբ սպիտակուցամիզությունը, որը կարող է կրել նեֆրոտիկ բնույթ, և, հազվադեպ, երիկամային անբավարարությունը վկայում են այս հիվանդության մասին: 50% դեպքերում շիճուկային IgA-ի մակարդակը բարձր է (աղյուսակ 8):

Բուժումը ներառում է անկողնային ռեժիմ, որը հնարավորություն է տալիս նվազեցնելու մաշկային ցանր, սակայն չի ազդում հիվանդության տևողության կամ ընթացքի վրա: Կորտիկոստերոիդային բուժումը ցուցված է ծանր դեպքերի ժամանակ (մարսողության խանգարում, որը չի թթվանում ախտանշանային բուժման արդյունքում, բիոպսիայից հետո երիկամային խանգարում):

Կրիոգլոբուլինեմիային անոթաբորբ

Կրիոգլոբուլինները շիճուկում առկա իմունոգլոբուլիններ են, որոնք ակտիվանում են 37°C-ից ցածր ջերմաստիճանի դեպքում և լուծվում տաքացման ժամանակ:

Նկարագրված է երեք տեսակ՝

- 1-ին տիպի կրիոգլոբուլինեմիան միակլոնային է, ավելի հաճախ IgM, և կապված է արյան լիմֆոցիտային հիվանդության (քրոնիկական լիմֆոցիտային լեյկոզ, Վալդենստրեմի հիվանդություն և այլն), միելոմայի կամ անորոշ նշանակության միակլոնային գամոպաթիայի հետ (MGUS):

- Կրիոգլոբուլինեմիայի 2-րդ և 3-րդ տիպերը խառն են, քանի որ կազմված են բազմակլոնային իմունոգլոբուլիններից՝ համակցված (տիպ 2) կամ չհամակցված (տիպ 3) միակլոնային իմունոգլոբուլինի հետ: 2-րդ տիպի կրիոգլոբուլինեմիաները բաղկացած են տարբեր դասերի իմունոգլոբուլիններից, որոնցից մեկը միակլոնային IgM տիպի է և ուղղված է բազմակլոնային IgG-ի դեմ: 3-րդ տիպը համապատասխանում է բազմակլոնային տարբեր IgG և IgM դասերի իմունոգլոբուլինների համակցմանը: Մեծ մասամբ խառը կրիոգլոբուլինեմիաները (տիպ 2 և 3) դիտարկվում են հեպատիտ C վիրուսով վարակի ժամանակ, իսկ ավելի հազվադեպ՝ աուտոի-

ԱՐԿԳ ԶԱՐԳԱՑՈՂ ԳՐՈՄԵՐՈՒՄՆԵՖՐԻՏՆԵՐԻ ՀԻՄՆԱԿԱՆ ԶԵՎԵՐԸ		
Հիվանդություն	ԻԼ կոտակումներ	Հաճախակա- նություն (%)
Մեռուկացնող անոթաբորբ	0	60
Գորպասչերի համախտանիշ	■ IgG-ի գծային նստվածք Կ7Ց-ի երկայնքով	10
Այլ	■ Ig-ի հատիկավոր կուտակումներ	30
	■ IgA	10
	■ IgG/M և C3/C4/C1q	8
	■ IgG > IgM և C3/C4	5
	■ IgM > IgG և C3/C4	3
	■ C3	2
■ C3	2	2
■ IgA	■ IgA	2

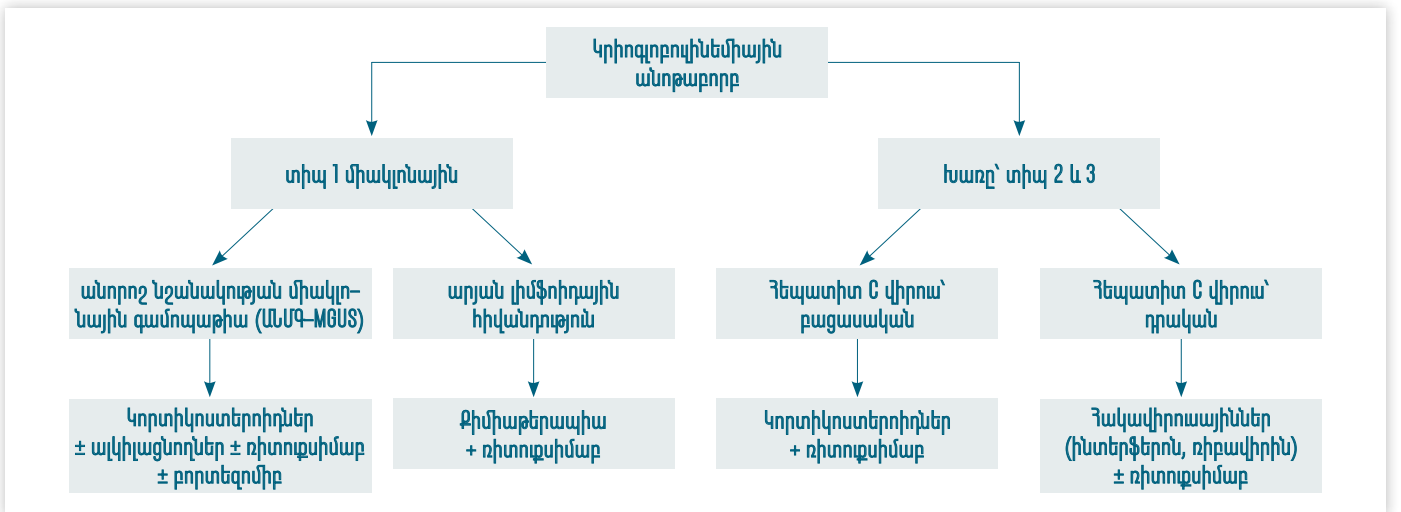
Աղյուսակ 13. Ը՝ կրմալեմետ, ՊՆ՝ գլոմերուլոնեֆրիտ, ԻԼ՝ իմունայրաարձակում (ֆլուորեսցենստություն), Ig՝ իմունոգլոբուլին, Կ7Ց՝ կրիոգլոբուլին, Կ7Ց՝ կրիոգլոբուլինի հիմնային թաղանթ:



Պատկեր 13. Անոթային պոլիպոզի առանտոիդային պոլիպոզիայի ընթացքում մեծահասակի մոտ:



Պատկեր 14. Խոց՝ հեպատիտ C վիրուսի հետ կապված կրիոգլոբուլինեմիայի ժամանակ:



Պատկեր 15. Կրիոգլոբուլինեմիային անոթաբորբի բուժումը: Ըստ Բ. Թերիեի և Պ. Կակուբի, Curr Opin Rheumatol 2013 թ.:

մուն հիվանդությունների և արյան որոշ B լիմֆոիդային հիվանդությունների դեպքում:

Կրիոգլոբուլինները առաջացնում են փոքր տրամաչափի անոթների անոթաբորբ՝ ներանոթային հիալինային կուտակումներով, որն իմունալուսարձակմամբ համապատասխանում է իմունոգլոբուլիններից բաղկացած կրիոնստվածքի:

Կլինիկական դրսևորումները համակցում են անոթային պոլիպոզիան, մաշկային խոցերը (պատկեր 14), Ռեյնոյի համախտանիշը, հոդացավերը, պոլինևրիտը և թաղանթային պոլիֆերատիվ գլոմերուլոնեֆրիտը:

Ախտորոշումը հաստատվում է կրիոգլոբուլինեմիայի հայտնաբերմամբ: Դրա որոնումը պահանջում է նմուշների հավաքման համապատասխան պայմաններ՝ նմուշառում և տեղափոխում լաբորատորիա 37°C ջերմաստիճանում՝ փորձասրվակի մեջ ստեղծումից խուսափելու համար: Կրիոգլոբուլինի առկայությունը հաճախ արտահայտվում է կոմպլեմենտի նվազմամբ (CH50 և C4 ֆրակցիա) և դրական ռևմատոիդային գործոնով:

Կրիոգլոբուլինեմիային անոթաբորբի բուժումը կախված է կրիոգլոբուլինեմիայի տեսակից: Անորոշ նշանակության միակլոնային գամոպաթիայի հետ (MGUS) համակցված 1 տիպի կրիոգլոբուլինեմիաները բուժվում են ինչպես արյան լիմֆոիդային հիվանդության հետ զուգորդված միելոման քիմիաթերապիայով և ռիտուքսիմաբով: Խառը կրիոգլոբուլինեմիաների բուժումը, մասնավորապես հեպատիտ C-ի վիրուսի հետ համակցված ձևերի դեպքում հակավիրուսային բուժումն է՝ համալրված ռիտուքսիմաբով: Հեպատիտ C վիրուսի հետ կապ չունեցող ձևերը պետք է բուժել ռիտուքսիմաբով (պատկեր 15):

Երկամային կծիկների հիմնային թաղանթի նկատմամբ հակամարմինների կուտակմամբ անոթաբորբ (Գուդպասչերի համախտանիշ)

Փոքր տրամաչափի անոթների այս հազվադեպ անոթաբորբը հանդիպում է 30-45 տարեկանների շրջանում: Այն պատասխանատու է թոքա-երկամային համախտանիշի

համար, որը համընկնում է ANCA-ի առկայությամբ անոթաբորբի թոքա-երիկամային համախտանիշի հետ (պոլիանգիտոզ և միկրոպոլիանգիտոզ գրանուլեմատոզ): Արագ խորացող գլոմերուլոնեֆրիտով պայմանավորված սուր երիկամային անբավարարությունը համակցված է ներթոքաբշտային արյունահոսությամբ պատճառված շնչառական սուր խանգարումների հետ:

Ախտորոշումը հաստատվում է շրջանառվող կծիկների հիմնային թաղանթի նկատմամբ հակամարմինների որոշմամբ և երիկամների բիոպսիայի ժամանակ կծիկների հիմնային թաղանթի երկայնքով IgG-ի գծային կուտակումների առկայությամբ, ինչը վկայում է արտամազանոթային կիսալուսիններով գլոմերուլոնեֆրիտի մասին: Բուժումը համատեղում է կորտիկոստերոիդներ, պլազմայի փոխանակում և ցիկլոֆոսֆամիդ:

Կոմպլեմենտի անբավարարությամբ եղնջացանային անոթաբորբ

Այս անոթաբորբերն առանձնանում են ֆիքսված եղնջացանով (24 ժամից ավելի) ավելի քան վեց ամսվա ընթացքում, լեյկոցիտոկլազային անոթաբորբով (անոթային պուրպուրա) (պատկեր 16) և կոմպլեմենտի անբավարարությամբ (C4 և C1q ֆրակցիաների նվազում): Կարող են առաջանալ համակարգային դրսևորումներ՝ հոդացավեր, անոթային այտուց, որովայնային ցավեր, ուլեիտ, էպիսկլերիտ, գլոմերուլոնեֆրիտ: Կարող են արձանագրվել նաև թոքերի քրոնիկական օբստրուկտիվ հիվանդություն, երբեմն՝ քրոնիկական շնչառական անբավարարության փուլում, պերիկարդիտ, սրտի փականների հիվանդություններ և նյարդաբանական ախտահարումներ: Առավել հաճախ առկա են C1q-ի դեմ հակամարմիններ: Ավելի քան 50% դեպքերում այս անոթաբորբը նախոր-

դում է կամ կապված է համակարգային կարմիր գայլախտի հետ: Մեկուսացված մաշկային ձևերի բուժումը հիմնված է դապսոնի, հիդրօքսիքլորոքսինի կամ կոլխիցինի վրա: Ներքին օրգանների ախտահարման դեպքում անհրաժեշտ են կորտիկոստերոիդներ և իմունաճնշիչներ:

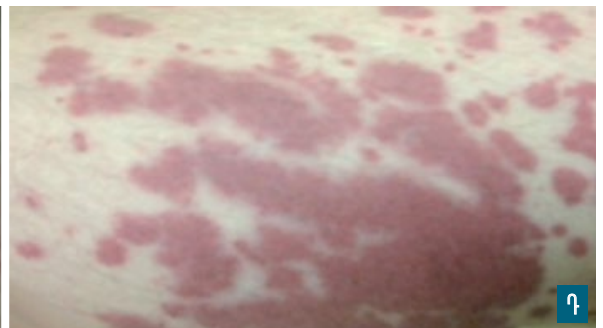
Այլ անոթաբորբեր

Տարբեր տրամաչափերի և տարբեր տեսակների անոթներ ախտահարող անոթաբորբեր

Կարող են վերաբերել փոքր, միջին և մեծ տրամաչափերի անոթներին, ընդ որում՝ ինչպես զարկերակներին, այնպես էլ երակներին ու մազանոթներին:

Բեռնաբեռի հիվանդություն

Բեռնաբեռի հիվանդությունն ունի որոշակի աշխարհագրական տարածում (Միջերկրական ծովի ավազան, Ճապոնիա): Երկբևեռ լինելու դեպքում (բերանի եւ սեռական օրգանների) բնորոշ է խոցերի (աֆթերի) առկայությունը (պատկեր 17): Գենետիկական նախատրամադրվածությունը հաստատվում է HLA-B51 ֆենոտիպի առկայությամբ (անկայուն): Մաշկային այլ դրսևորումներն են հանգուցային էրիթեման և կեղծ ֆոլիկուլիտը: Տարածված է նաև աչքերի ախտահարումը, որը կարող է հանդիպել առաջնային, հետին ուլեիտի (ցանցաթաղանթի անոթաբորբով) կամ ընդհանուր ուլեիտի տեսքով: Հնարավոր են նաև այլ ծանր բարդություններ՝ - երակային անոթների ախտահարում՝ մակերեսային կամ խորանիստ երակների թրոմբոզ (սիներակներ, վերլյարդային երակներ, գլխուղեղի երակներ և այլն), - զարկերակային անոթների ախտահարում (թրոմբոզներ և անևրիզմաներ, թոքային զարկերակներ, աորտա),



Պատկեր 16. Կոմպլեմենտի անբավարարությամբ անոթաբորբ՝ պուրպուրա (Ա և Բ) և եղնջացան (Գ և Դ):

– բազմօջախ կենտրոնական նյարդաբանական ախտահարում (մենինգիտ, էնցեֆալիտ, միելիտ, կենտրոնական երակների թրոմբոզ) (աղյուսակ 9):

Աֆթերը բուժվում են կոլիսիցինով, մյուս ախտահարումները, կախված ծանրության աստիճանից, կորտիկոստերոիդային հաբերով, իմունաճնշիչներով կամ հակա-TNF-ների օգնությամբ:

Կոզանի համախտանիշ

Կոզանի համախտանիշը հանդիպում է շատ հազվադեպ, բնորոշվում է աչքերի (ինտերստիցիալ կերատիտ) և լսասնդաստակային (գլխապտույտով անդաստակային համախտանիշ, աղմուկ ականջներում) ախտահարումներով: Երկրորդ դեպքում դրանք արագորեն կարող են վերածվել խլության: Կարող է համակցված լինել խոշոր անոթների անոթաբորբի (աորտայի անբավարարություն աորտիտի ժամանակ), ինչպես նաև միջին տրամաչափի անոթների անոթաբորբի հետ: Բուժումը հիմնված է կորտիկոստերոիդային դեղամիջոցների վրա:

Միայն մեկ օրգան ախտահարող անոթաբորբեր (զարկերակ կամ երակ՝ անկախ տրամաչափից)

Կարող են մնալ մեկուսացված կամ հետագայում դառնալ համակարգային անոթաբորբի մաս:

Լեյկոցիտոկլազային մաշկային անոթաբորբ

Այս անոթաբորբերը բնորոշվում են մասնատված կորիզով բազմակորիզային նեյտրոֆիլների ներսփռանքով: Արտաախտվում են անոթային պուրպուրայի, եղնջացանի, նույնիսկ մեռուկացնող ախտահարումների տեսքով: Կարող են լինել վարակային (էնդոկարդիտ, մենինգոկոկ, ռիկետցիոզ և այլն), դեղորայքային ծագման կամ կապված լինել համակարգային հիվանդությունների, քաղցկեղի, արյան հիվանդությունների և այլնի հետ:

Կենտրոնական նյարդային համակարգի անոթաբորբ

Ցանկացած համակարգային անոթաբորբ կարող է ախտահարել կենտրոնական նյարդային համակարգը, բայց որոշ անոթաբորբեր առաջացնում են մեկուսացված ախտահարում՝ ազդելով հիմնականում փոքր տրամաչափի զարկերակների վրա և պայմանավորելով բազմաձև կենտրոնական նյարդաբանական դրսևորումները (գլխացավեր, էնցեֆալոպաթիա, օջախային անբավարարություններ և այլն):

Աորտիտ

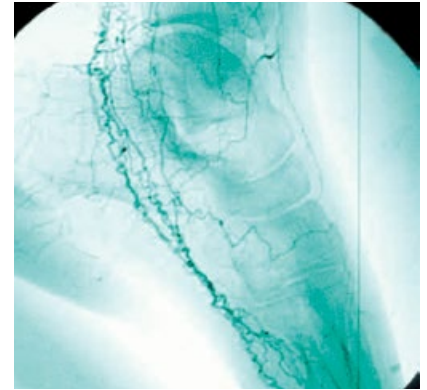
Նկարագրվում է բազմաթիվ ախտահարումների ժամանակ (սիֆիլիս, ռիկետցիոզ, սարկոիդոզ, Կոզանի համախտանիշ և այլն): Մեկուսացված աորտիտը կարելի է համարել Տակասուտի հիվանդության համարժեքը:

Երկրորդային անոթաբորբ

Անոթաբորբերը կարող են բարդացնել այլ համակարգային հիվանդությունները՝ գալլախոլ, ռևմատոիդ արթրիտը, սարկոիդոզը, կամ կապված լինել այլ պատճառի հետ: Այսպիսով, Նրանք, իրենց բնութագրերով պայմանավորված, ներառվում են նախորդ կատեգորիաների մեջ՝ կրիոգլոբուլինեմիային անոթաբորբ՝ կապված հեպատիտ C վիրուսի հետ, հեպա-



Պատկեր 17. Բեիչեթի հիվանդության ժամանակ բերանի խոց (աֆթ):



Պատկեր 18. Ուռնաթափ զարկերակների և ոլոքային հետին զարկերակի խցանում, ներբանի հատվածում հստակ տեսանելի՝ արյան շրջանցիկ շրջանառություն՝ խցանահանի տեսքով:

տիտ B վիրուսի հետ, սիֆիլիտիկ աորտիտ, իմունային համալիրներով դեղորայքային անոթաբորբ, ANCA-ի առկայությամբ դեղորայքային անոթաբորբ, քաղցկեղի (և արյան հիվանդությունների) հետ համակցված անոթաբորբ:

Դեղորայքային անոթաբորբերը հիմնականում պատասխանատու են պուրպուրայի տիպի մաշկային դրսևորումների, բայց ոչ համակարգային ախտահարումների համար: Պատճառ կարող են դառնալ հակաբակտերիային և հակադիաբետային սուլֆոնիլամիդային դեղամիջոցները, բետակլատամները, տետրացիկլինները, թիազիդային միզամուղները, պլոպարինոլը, ոչ ստերոիդային հակաբորբոքային դեղամիջոցները: Սիլիթետիկ հակաթիրոիդ դեղամիջոցները (մեթիմազոլ, պրոպիլթիուրացիլ, բենզիթիուրացիլ) կարող են առաջացնել ANCA-ի առկայությամբ համակարգային անոթաբորբ:

Անոթաբորբին մոտ այլ հիվանդություններ. Բյուրզերի հիվանդություն

Բյուրզերի հիվանդություն կամ խցանող թրոմբոանգիտը ոչ աթերոսկլերոտիկ, հատվածային և խցանող զարկերակային հիվանդություն է, որը հիմնականում ախտահարում է երիտասարդ և ծխող տղամարդկանց: Այս հիվանդությանը հատուկ են վերջույթների ծայրամասային փոքր և միջին տրամաչափի զարկերակների ու երակների խցանող, բորբոքային թրոմբոզները, սակայն պատի բորբոքային ներսփռանքն անկայուն է: Կլինիկական Նշաններն են՝ Ռեյնոլի համախտանիշը, մատների զարկերակային ախտահարումները, տարբեր տեղայնացումներով մակերեսային թրոմբոզները (աղյուսակ 10):

Պատկերային հետազոտությունը երևան է հանում փոքր և միջին տրամաչափի զարկերակների, առաջին հերթին՝ մատների, խցանող հատվածային ախտահարումը: Հաճախ առկա է արյան շրջանցիկ շրջանառություն, որը պատկերում ունենում է ոլորապտույտ՝ «խցանահանի» տեսք (պատկեր 18): Մերձադիր զարկերակները նորմալ են: Ծխելը դադարեցնելը խիստ անհրաժեշտ է: Իլոպրոստը (պրոստագլիկինների նմանակը) բարելավում է հեռադիր իշեմիկ ախտահարումները:

Մոլիերը, որի ծննդյան 400-ամյակն ենք նշում այս տարի, իր ժամանակաշրջանի բժշկության անխոնջ քննադատն էր: Ծաղրի ենթարկվելով ենթադրյալ խարդախության համար՝ բժշկությունը ներկայացվում էր որպես էլ ավելի վնասաբեր, քան հիվանդությունը, երբ այն պատրանքային չէ, ինչպես Արգանի դեպքում, որի ախտը կարելի է համառոտագրել մի բառով՝ հիպոխոնդրիա, ընդ որում՝ կատարյալ... «Արգանի դեպքն» արտացոլում է դրամատուրգի պատկերացումը բժշկության և հիվանդության մասին: Նոցերո ազդեցության և մարմնաձևային (տոմատոֆորմ) խանգարումների՝ իր նախակարապետային նկարագրություններով Մոլիերն արդյոք ռահվիրա չէ՞ ... բժիշկ՝ անկախ իրենից:

ԱՐԳԱՆԻ ԴԵՊԵՐ

Կամ երևակայական հիվանդությունն ըստ Մոլիերի

Պատրիկ Դանդրե
17-րդ դարի
ֆրանսիական
գրականության
վաստակավոր
պրոֆեսոր,
Սորբոնի
համալսարան,
գրականագիտու-
թյան ամբիոն,
Փարիզ

patrick.dandrey@
paris-sorbonne.fr

Դեղագործի մուրհակներ

1673 թվականի փետրվարի 10, «Երևակայական հիվանդը» կատակերգության պրեմիերա. բարձրացող վարագույրը երևան է բերում բեմին միայնակ Նստած դերասանին՝ Մոլիերին. «Արգանը, միայնակ իր սենյակում, սեղանի առջև Նստած, դեղագործի մուրհակներն է հաշվում համրիչով: Ինքն իր հետ խոսելով՝ նա հետևյալ երկխոսություններն է անում...: Երբ վարագույրը բարձրանում է, Արգանը, բեմի վրա միայնակ, իր (դեղագործի) հաշիվներն է անում ու մեկնաբանում դրանք: Եվ դա տևում է ամբողջ տեսարանի ընթացքում: Շատ ինք-նատիպ սկիզբ. պիեսը մենախոսությամբ սկսելու սովորույթը 1670-ականներին, կարելի է ասել, անհետացել էր ֆրանսիական բեմից արդեն մոտ քառորդ դար: Նաև՝ պարադոքսային սկիզբ, քանի որ այս նախաբանը գրեթե ոչինչ չի բացահայտում հերոսների միջև բախման կամ ամուսնական հիմնախնդրի վերաբերյալ, որոնք, սովորաբար և ըստ սահմանման, կատակերգության դրամատիկական հիմքն են: Եվ վերջապես՝ առեղծվածային սկիզբ. ի՞նչ խելահեղություն է ստիպում Արգանին վայելք ապրել վերիիշելով մեկ ամիս առաջվա տհաճ բուժումները, ի՞նչ անխոհեմություն է դրդում նրան՝ հաճույք ստանալ միևնույն բանի անվերջ ծամծումմից, որը հիշեցնում է նրան հիվանդության մասին, որից, իր կարծիքով, տառապում է. պետք է որ ծայրահեղ տհաճ լիներ բավականություն պատճառելու փոխարեն: Իրականում, ձևի ինքնատիպությունը, խոսքի պարադոքսալությունը և հանելուկայնությունը ծագում են միևնույն բացատրությունից և ձգտում միևնույն նպատակին, այն է՝ դրանք բխում են սյուժեի հիմնական թեմայի բնույթից՝ երևակայական հիվանդությունից, և նպաստում, վարագույրի բարձրանալու պահից, գրեթե կլինիկական իմաստով «դեպքի» ձևավորմանը՝ երևակայական հիվանդի միամուլագարային խելացնորություն:

Տատանվելով մասնագետի երկարաբանությունների և աղիները մաքրող ու դատարկող դեղագործության արտառոց գովասանքի միջև՝ իր դեղերի ցանկի վրա կենտրոնացած ու այդպիսով սեփական մարմնի վիճակին անդրադարձած մարդու երկարաշունչ մենախոսությունը բժայինդիր ինքնազմայլումով և անպատշաճ ընդարմությամբ հափշտակված կյանքի ապշեցուցիչ պատկեր է: Վատ հնչող ժարգոնով ձևակերպված՝ հիվանդ մարմնի և վանող բուժամիջոցների մասին ակնարկների անտեղիությունն ինքնին ենթադրում է կերպարի հարումը, ավելին՝ ամբողջական, բացառիկ և անհագուրդ նույնականացումն իր առանցքային թեմային, այսինքն ի վերջո, ինքն իր հետ: Սա խորհել է տալիս Մոնտենի ուրվագծած այն խայթող և ծաղրական դիմանկարի մասին, որից Մոլիերը, թերևս, վերցրել է եթե ոչ կատակերգության ամբողջ թեման, ապա առնվազն դրա հերոսի առաջին ուրվանկարը, որը մեզ մատուցվում է վարագույրը բարձրացնելու տեսարանով. «*Ես տեսել եմ մի ազնվականի, որն իր կյանքի մասին պատմում էր լույ սեփական որովայնի գործունեության միջոցով. նրա մոտ ցուցադրված կարող էիք տեսնել պետքանոթների յոթ կամ ութ օրվա շարան. դա էր նրա զբաղմունքը, դրա մասին էր նրա խոսքը: Ցանկացած այլ բան նրան գարշահոտ էր թվում*»: Նույնը վերաբերում է Արգանի մենախոսությանը, որը նույնպես անհաղորդ է «ցանկացած այլ խոսքի» իր ամբարտավան ակնհայտությամբ:

Բայց այս ինքնամփոփության ներսում ինչպիսի՞ բազմ-երանգ տեսարան, երևակայված պատկերի ինչպիսի՞ հզորություն: Իրար վրա դիզված տարատեսակ առարկաների՝ դրամապանակի, համրիչի, դեղատոմսերի, հաշիվների ու զանգերի կույտից ծագող ձայների և հնչերանգների համատեղման ներքո հերոսի խոսքը ծավալվում է որպես իր և բացակայողների միջև երկխոսություն, որպես բազմերանգ և բազմակի դրամատիկ խաղ, թեև կառուցված օրգանների,

գործառնությունների, գումարների և դեղամիջոցների ապեցուցիչ հանրագումարի վրա: Այն ծաղկում-դառնում է հիվանդագին երջանկությամբ լեցուն գեղեցիկ օրերի փառաբանում, որը Արգանի՝ Նախորդ ամսվա իր բուժման բժշկական տարեգրության վերհուշն է: Հիվանդագին երջանկություն, որի ծագումը դժվար է սահմանել, հիվանդ լինելու երջանկություն, ուստի՝ արժանի այն թանկարժեք խնամքին, որ վերհիշում է, թե՛ եթե ոչ բուժված լինելու, ապա գոնե հիվանդությունից խուսափելու երջանկություն: Այսպիսով՝ հենց ներածությունից և դրանով իսկ ակներևաբար բացահայտվում է Արգանի քմահաճույքի առեղծվածը:

Մարդ-առարկա

Փորձենք լույս սփռել այս առեղծվածի վրա: Մի քանի անկախ այտարկումներ են անհրաժեշտ: Նախ՝ այս մեկը. մանրամասն նկարագրելով իր մարմինը, հաշիվը և սննդակարգը՝ մեր երևակայական հիվանդը խաղարկում է կերպարի երեք հիմնական կողմերը՝ բարեխիղճ բուժառու, ունևոր և տիրական բուրժուա, դեղագործական «նրբախորտիկների» կրքոտ սիրահար: Այնուհետև հետևյալը՝ ջերմեռանդ ու խորթափանց «որկրամոլությամբ» հիշելով անցած ամսվա իր բուսաբուժական արկածները՝ նա իրեն ցուցադրում է և՛ երեխայի պես քմահաճ, և՛ մշտապես խաբված բռնակալի պես կասկածամիտ: Եվ վերջապես, կլանված շրջապատի առարկաներով, իրեն նկարագրող ցուցակներով, իրեն մանրամասնող հաշիվներով, արդյոք չի՞ թվում, թե նա հետընթաց է ապրում՝ հանգելով մարմնի՝ բազմիցս գրված ու նկարագրված զուտ օրգանական կարգավիճակի՝ լոկ կլանող ու արտանետող մարտողական խողովակի: «Պարկ» կասի նրա բժիշկը՝ Պուրգոնը, «բեռ» կհառաչի Բելինը՝ Նրա կինը, և Նույնիսկ՝ «ծանր բեռ», բժիշկների «կթու կովը» կհեգնի նրա սպասուհին՝ Տուանետը... Լսելով, թե ինչպես է նա գոչում «գրընգ, գրընգ» զանգի ձայնն ահագնացնելու և մոռնով անցած նոր քմահաճույքի բավարարումն արագացնելու համար, կարելի է ենթադրել, թե կռահում ենք այս մարդ-նվագախմբի խորհրդանիշը, որը ձայնային գործիք է դառնում, երբ հաճույք է ստանում՝ ինքն իրեն լոկ օրգանական վիճակի հանգեցված տեսնելով: Արգանը կոչված է առարկա լինելու: Խղճահարության առարկա՝ «խեղճ հիվանդ»: Հարգալից հետաքրքրության առարկա՝ «պարոնի աղիները»: Հետագոտության առարկա, խնամքի առարկա, որն ինքն իր մասին երրորդ դեմքով է խոսում և, պաշտելով իր մարմինը, այն ասես դնում է որոշակի հայեցողական հեռավորության վրա՝ սեփական մարմնի և իր վերհուշի, թվարկման ու գնահատման միջև անհամապատասխանություն ստեղծելու միջոցով: Սարսափելի շեղում, որն այն ժամանակ արդեն, իսկ այսօր՝ առավել ևս և, անկասկած, մշտապես սպառնում է բժշկությանը, հատկապես՝ մեր օրերում, երբ համակարգի սառը աչքը փոխարինել է բժշկի աչքին, անշուշտ, հետազոտության առավել ճշգրտության համար, սակայն նաև ավելի մեծ վտանգ ստեղծելով, որ բուժառու և կվերածվի զուտ առարկայի՝ տեսալսիկի ապակյա աչքի ներքո՝ ինքն էլ հաշտվելով այդ առարկայացման հետ՝ հնարավորինս լավ (եթե ոչ՝ լավագույնս) խնամված լինելու հուսահատ մտահոգությունից ելնելով: Անկասկած, առարկայի կարգավիճակում առկա է հիվանդի նուրբ և անըմբռնելի խուսափարման փորձ՝ բժշկին, բժշկությանը և բժշկական սարքավորումներին

փոխանցել սեփական հիվանդության հետ առճակատման տազնապարհ:

Ինչ վերաբերում է Արգանի «առարկայացմանը», ապա կերպարի գեղադիտակային հարստությունը ստիպում է խորհել այդ կարգավիճակից Նրա կորած առավելությունների մասին. արդյոք Նրան հարկավոր է համարել *կամավոր գրի*, որը պասիվորեն իրեն հանձնում է բժիշկներին, որպեսզի գերծ մնա հիվանդության հարվածներից, թե՛ *խորամանկ բռնապետ*, որն առարկա է ձևանում տիրոջ վերածվելու և ամեն ինչ իր հիվանդագին քմահաճույքին ենթարկեցնելու համար: Նրա ներածական խոսքն ու դերասանական խաղը ենթադրում են երկու հնարավորությունն էլ՝ պահպանելով ճիշտ հավասարակշռություն երկու կերպարների միջև. մի կողմից՝ փոքր-ինչ ցնորված, ողորմելի, միամիտ և իր հոգիացած մանկամտության մեջ խաբված մարդ՝ որպես բժշկական ազահության և հիմարության առարկա, մյուս կողմից՝ խորամանկ, տիրատեսչ, պոռթկուն և, այնուամենայնիվ, հաշվարկող ոգու տեր անձ, որը ցանկանում է լինել ուշադրության, հարգանքի, նվիրվածության միակ և բացառիկ առարկա: Երկու պատկերները զուգորդվում են աղճատված անորոշության մեջ, որը ստիպում է այս նոր Օրգոնին՝ ամբողջովին ներծծված իր ենթադրյալ հիվանդությանը, եթե ոչ՝ չափազանց ազահ դեղագործի հանդեպ բարեպաշտությամբ, լինել առաջին խաբվածը, բայց, միևնույն ժամանակ, երջանիկ պարտական անախորհ Տարտյուֆի, որպիսին նա Նույնպես կարող է լինել: Նրա շուրջն ամեն ինչ պետք է ենթարկվի ենթադրյալ հիվանդության այս գառնացանքին, իսկ երևակայածին տեսչերը հիվանդի իրական մարմնում պետք է մարմնավորեն բժիշկներն ու դեղերը՝ կենսակարգի տեսքով, որ նկարագրված է նրա մենախոսության մեջ: Պիեսի մեկ այլ մասում՝ հանգուցալուծման ժամանակ, հիվանդության այս մոլուցքը կփթթի՝ վերածվելով ավելի ծաղրանկարչական արարողության, երբ Նրան բժիշկ կկարգեն՝ զավեշտական ու ծաղրերգական թագադրման արարողությամբ: Այսպես կավարտվի ինտրիգի ընթացքը՝ դարձ ի շրջանս յուր կատարելով՝ երևակայության խորհրդանշանի ներքո հիվանդին միավորելով բժշկության հետ: Երևակայություն, որը հավասարապես կիսում են երկու քիմերները՝ հիվանդի և գիտելիքի, երկուսն էլ՝ «զվարճանալու համար», ինչպես ասում են երեխաները: Զանգի երևակայական հիվանդությունը հռչակում է նաև, որ բժշկությունն էլ է ճիշտ Նույնպիսին:

Հիվանդ լինելու երջանկություն, թե՛ սարսափ

Արգանի խելագարությունն ինքն իրեն գցել է մի ահարկու ծուղակի մեջ՝ զգացողության, ավելի քիչ՝ տպավորության, կամ ավելի պարզ ու ավելի ճիշտ՝ մտասնեռման ծուղակը, որն այս դեպքում հիվանդագին է: Եվ մենք լավ գիտենք, որ չկա առավել պարարտ հող, քան անորսայի ու անցողիկ տպավորություններն են և հալածող ու կուրացնող մտասնեռումները, որոնք նպաստում են սխալ ընկալմանը, պատրանքին, մոլորությանն ու դրան հաջորդող համառությանը: Եվ այդ ամենը հանգեցնում է արատավոր շրջանի, որում հիվանդը բժշկից պահանջում է հաստատագրել իր զգայապատրանքը, քանզի վարագույրի բարձրանալու առաջին իսկ պահից մենախոսությունն անմիջապես ցույց է տալիս, որ Արգանն իր դեղամիջոցների ամփոփումից եզրակացնում է, թե որն

Ե այն հիվանդությունը, որով կարծում է, թե տառապում է, ցանկանում կամ վախենում է տառապել: «Այսպիսով՝ այս ամիս ես ընդունել եմ մեկ, երկու, երեք, չորս, հինգ, վեց, յոթ և ութ դեղամիջոց, և՛ մեկ, երկու, երեք, չորս, հինգ, վեց, յոթ, ութ, ինը, տասը, տասնմեկ և տասներկու հոգնա ստացել, իսկ նախորդ ամիս՝ տասներկու դեղ ու քսան հոգնա: Չեմ գարմանում, որ այս ամիս այնքան լավ չեմ զգում ինձ, որքան նախորդ ամիս»: Համր մարմնի իրականության և այդ մարմնում իբր բուն դրած հիվանդության զուտ երևակայական պատրանքի միջև դեղերն ու բժիշկներն են, որոնք իրենց ներկայությամբ վկայագրում, մխիթարում, դեռ ավելին՝ յուրատիպ ձևով մարմնավորում են այդ պատրանքային համոզմունքը: Նրանք ծառայում են հենց այդ նպատակին (և միմիայն այդ նպատակին, եթե հավատանք բժշկության նկատմամբ Մոլիերի թերահավատությանը):

Այսպիսով՝ այս մենախոսությունը կարելի է հասկանալ և՛ որպես հիվանդության դեմ պայքարի տագնապահույզ արտահայտություն, և՛ որպես դեղամիջոցների կոլեկցիոների գազա մոլուցքի էյֆորիկ դրսևորում: Մոլիերի կատակերգություններում սեփական երևակայության զոհ դարձած այլ կերպարների մոտ որևէ երկակիություն չկա: Նրանց խելացնորությունը սևեռվում է նրանց իսկ կողմից սխալմամբ մատնանշված որևէ արտաքին առարկայի: Ինքնակոչը, որը գալիս է ամրապնդելու նրանց սխալ համոզմունքը, պարզապես վերածվում է նրանց զամանցանքին նպաստող միջոցի: Բայց Արգանի մոլուցքն ավելի բարդ է և շատ ավելի ինքնատիպ, քանի որ հավասար չափով համադրում է երկու սկզբունքային բաղադրիչ: Մի կողմից՝ «երևակայական հիվանդություն», հայեցակարգ, որը բացահայտորեն ձևակերպում է ստեղծագործության վերնագիրը, և որը սյունեում հեզնանքով մատնանշում է Տոնանտը («Այո, Դուք շատ հիվանդ եք, ես համամիտ եմ, և ավելի հիվանդ, քան Դուք կարծում եք»), իսկ Բերալդը՝ ավելի լրջորեն. «Հնարավոր է [...] որ Դուք ցանկանաք հիվանդ լինել՝ հակառակ մարդկանց և բնությանը: [...] Ես չեմ ճանաչում մարդ, որն ավելի քիչ հիվանդ է, քան Դուք, և [...] ես չեմ ցանկանա մարմնի ավելի լավ կազմակազմ, քան Ձերն է»: Եվ հետո, մյուս կողմից, ահավասիկ Արգանը, կարծես, տառապում է «բժիշկների հիվանդությամբ», որը բացահայտորեն բարձրաձայնում է Նույն Բերալդը. «Եվս մեկ անգամ, եղբայրս, հնարավոր է, որ չլինի որևէ միջոց Ձեզ բժիշկների հիվանդությունից բուժելու համար, և որ Դուք ցանկանաք ամբողջ կյանքում թաղված լինել նրանց դեղամիջոցների մեջ»: Եվ այսպես՝ երևակայական հիվանդություն, թե՛ բժիշկների հիվանդություն: Անկասկած, երկուսն էլ՝ միավորված բուրբաժի տարբերի մեջ. հիվանդանալու սարսափ, որն առաջացնում է բժշկվելու հուսահատ ցանկություն, անգետ բժշկություն, որի՛ անխուսափելիորեն հոռետեսական ախտորոշումը մեծացնում է մահանալու վախը, և բժշկվելու հուսադրող բերկրանք, որը հիվանդին կարող է հասցնել հիվանդագին մի երջանկության, հիվանդ լինելու կարիքի, նույնիսկ բավականության զգացողության խնամվելու սփոփիչ հաճույքը վայելելու համար:

Բայց ահավասիկ, ի դժբախտություն իրեն, Արգանի մարմինը զվարճանում է՝ քողագերծելով նրա միտքն ու ցանկությունը, կարծես կերպարը քանա, իրենից անկախ, դիմակագրվել: Երկակիությունը, որ ներհատուկ է երևակայական հիվանդությանը, հանգեցնում է շփոթեցնող հանգրվանի,

որտեղ կեղծ հիվանդը հայտնվում է զավեշտալի տարածության մեջ, որը մի կողմից եզերված է վստահությամբ, որ տառապում է, մյուս կողմից՝ անորոշությամբ, թե ինչից է տառապում:

«ԲԵՐԱԼԴ

Բայց ի՞նչ ցավով եք տառապում:

ԱՐԳԱՆ

Դուք ինձ զայրացնում եք: Կուզենայի, որ իմ ցավն ունենայիք, որ տեսնեի՝ այդքան կշաղակրատեի՞ք:

Այստեղ արդեն գործ ունենք ոչ թե պարզապես մտացածին իդեալի վրա մտասևեռման կամ աճապարհ ինքնակոչի հանդեպ կույր վստահության դրսևորման հետ, այլ «ես»-ը կազմավորող «նյութի» ու «ես»-ի ընկալման հետ այդ «ես»-ի փոխհարաբերության երկակիության հետ: Արգանն իրեն վատ է զգում, միևնույն, ըստ էության, նա ընդհանրապես որևէ ցավ չի զգում: Լինելու (Արգանը մարմին է, ինչպես մեզանից յուրաքանչյուրը) և ունենալու (Արգանը մարմին ունի, ինչպես մեզանից յուրաքանչյուրն է ասում և մտածում) միջև խզում է առաջանում: Եվ, ըստ էության, այդ ճեղքվածքը վերացնելու համար է, որ նա վազում է բժիշկների հետևից, քանի որ ակնկալում է, որ նրանք իրեն կասեն՝ «ինչպես է նա» (հնարավորության դեպքում՝ վատ), այսինքն՝ ձև, որակ, մի խոսքով՝ գոյություն կտան նրա հիվանդությանը և դրանով իսկ նրա էությանը, քանզի նա միայն հիվանդությամբ և հիվանդության համար է ապրում, որը դարձել է նրա վիճակն ու կարգավիճակը, նրա ամբողջ էությունը... Ինչը, այս դեպքում, լիովին շուռ է տալիս և այլասերում բժշկության կոչումը, եթե, իհարկե, չհամարենք, ինչպես Մոլիերը, որ դրանում է հենց նրա իրական գործառնությունը՝ վստահաբար դեղերով վստաթարացնել հիվանդի վիճակը, որն ավելի ճիշտ կաներ՝ բուժվելու համար ապավինել միայն Բնությանը: Հավերժական բանավեճ գիտական բժշկության և «բնական» բժշկության միջև, որը պնդում է, որ «բնությունն ինքը, երբ մենք թույլ ենք տալիս, նրբորեն դուրս է գալիս այն խանգարված իրավիճակից, որի մեջ ընկել է», ինչպես Բերալդն է քարոզում Արգանին, քանի որ «մեր օրգանիզմի զսպանակները մինչև այժմ առեղծվածներ են, որոնք մարդկանց համար ամբողջովին անտեսանելի են, և որ բնությունը մեր աչքերի առջև չափազանց հաստ շղարջ է դրել՝ դրանց մասին որևէ բան իմանալու համար»: Նախադասության առաջին մասը՝ «մինչ այժմ»-ը, հնարավոր է դարձնում բժշկության ապագայի և առաջընթացի վարկածը, երկրորդ մասը, կարծես, ավելի շուտ հերքում է այն:

Ինքնաներշնչման բժշկական ծագումնաբանությունը

Եվ, այնուամենայնիվ, Արգանի դեպքի վերաբերյալ Մոլիերի պատկերացումն արդյոք ինքնին գիտելիքի հնարավոր առաջընթացի ցուցիչ չէ, որը մի օր բժշկությանը հնարավորություն կտա ընկալելու, որ հիվանդագին երևակայական ինքնաներշնչումն իր լիազորությունների սահմանում բուժվող հոգեխանգարումների ոլորտից է: Որովհետև հենց այս նոզոլոգիական միավորի ծիրում է Արգանի երևակայական հիվանդության ուրվագծած դեպքի հիրավի մարգարեսական

գյուտը՝ հիվանդություն՝ առանց այդպիսին լինելու: Ի դեպ, պատմաբանի տեսանկյունից այս գյուտի մեջ անբացատրելի ոչինչ չկա. որքան էլ տարօրինակ թվա, այդ գաղափարը սավառնում էր Մոլիերի շուրջը, եթե ոչ՝ գաղափարը, ապա գոնե՝ այսպիսի հիվանդագին պատրանքների ծագման վերաբերյալ հարցադրումը, որին հին բժշկության տված պատասխանից Մոլիերը վերցնում է դեռևս արդիական մնացած անունը՝ «հիպոխոնդրիա», որը գալիս է բոլորովին այլ տեղից՝ որովայնից, այլ ոչ թե ուղեղից: Բանզի հենց այնտեղ՝ որովայնի առեղծվածային խորքերում, փայծաղի և լյարդի կողքին է, որ գոյանում է վերափոխված կամ նեխած հեղահյութերի, նույնն է՝ «*atra bilis*»-ի կանգը (կամ այլասերված սև մաղձի՝ հույների «մելանխոլիայի»), որին վերագրվում է դեպի գլխուղեղ բարձրանալու և այն մութ ու խելահեղ մտքերով լցնելու վնասաբեր հատկությունը: Այս «հիպոխոնդրիկ մելամաղձություն» այն ժամանակվա բժշկության կողմից առաջարկվող հիմնական, եթե ոչ՝ բացառիկ լուծումն էր, որ հրամցվում էր առաջամարտիկ ոգիներին, որոնք այլևս չէին բավարարվում վիուկների կամ դիվահար կանանց գառնացանքների մեջ Սատանային մեղադրելով, կամ՝ նույնիսկ դատաբժշկության հիմնադիրներին, որոնք ամբռնվում էին հիվանդությունների ակամա կեղծումների անբացատրելի դեպքերի, մինչդեռ որոշ բարոյախոսներ, իրենց հերթին, կամ փորձում էին ենթադրել, որ մղձավանջն օժտված է իր խաբուսիկ համոզմունքները մինչև արթնություն երկարած գելու զգայապատրանքային կարողությամբ, կամ, այլապես, կռում էին «անորսալի մտքերի» մասին վարկածը, որոնք, չափազանց արագ անցնելով անձի ուղեղի միջով, մոլորեցնում էին նրան յուր մտադրությունների վերաբերյալ՝ ինքնախաբկանքի գիրկը նետելով: Բայց այս բոլոր արկածախնդիրներին, որոնք դեռևս խարխափում էին անհավանական հոգեմարմնականության փնտրտուքներում, պաշտոնական բժշկությունն ուղղորդում էր նույն էթիոլոգիական այլընտրանքին՝ կամ զառանցանքի ֆիզիոլոգիական ծագում, «*հոգեֆիզիոլոգիական*» կասեինք այսօր, և այստեղ մելամաղձության վարկածն էր ստանձնում իր ամուր դիրքերը, կամ բարոյական, էթիկական բացատրություն, և այդժամ հիվանդը մեղադրվում էր գիտակցված կեղծակերպման (սիմուլյացիա), կանխամտածված անազնվության, հաշվարկված շահի և վնասելու խորամանկ մտադրության մեջ: Այդ երկուսի մեջտեղում եղածը մնում էր դժվար ընկալելի՝ սևեռուն նկրոզը և ցնորային ինքնաներշնչումն ըմբռնելու համար մտավոր գործիքների բացակայության պատճառով:

Եվ, այնուամենայնիվ, դա նաև այն ժամանակաշրջանն էր, երբ արյան շրջանառությունն ավելի ու ավելի էր հաստատվում որպես գիտական ակնհայտություն՝ կասկածի տակ դնելով զայնչապես ծագման՝ հեղահյութերի տեսությունը և դրա հետ մեկտեղ՝ սև հեղահյութի գոյությունը, որն «առանց տենդի», ասել է թե՛ անխաբանական՝ առանց այդպիսին լինելու, բոլոր հոգեկան խանգարումների դեպքում հարմար, բայց պատրանքային բացատրություն էր: Մոլիերին, որը, ի հակադրություն Գալենի ֆիզիոլոգիայի վրա սևեռված պահպանողականների, հավատում էր «շրջանառության» տեսությանը, հիանալի հայտնի էր հիպոխոնդրիկ մելամաղձությունը: Երեք տարի առաջ իր «Պարոն դը Պուրտոնյակ» կատակերգության մեջ «առեղծվածային» զոհ դարձած երկու բժիշկների շուրթերով Մոլիերը տվել էր դրա անստորոշման, կան-

խատեսման ու բուժման կատարյալ նկարագրությունը: Բժիշկներին համոզել էին, թե կատակերգության հերոսը տառապում է այդ սև հիվանդությամբ և այդ պատճառով ընկղմվել է տագնապալի տխրությունից հյուսված խելագարության մեջ՝ պատրաստ մոլուցքի ու «նուրբ խելահեղության» վերածվելու: Եվ հեշտությամբ կարելի է պարոնյալ Պուրտոնի և Դիաֆուարուսի՝ Արգանի դեպքի վերաբերյալ թափանցիկ խոսքերում գտնել այդ անստորոշման, կանխատեսման և բուժման ցարքերով բաղադրիչ տարրերը. մարդը բուժվում է մարտոդական ծագման սևամաղձային հիվանդությունից, որը վերագրվում է նրա լյարդի կամ փայծաղի գործառույթի խանգարմանը, որոնք խցանում առաջացրած մթին հեղահյութը պատրաստ է, վեր բարձրանալով, գրոհել գլխուղեղը՝ ծնելով մութ մտքեր, օրինակ՝ հիվանդ և մահամերձ լինելու միտքը, մինչդեռ նա կատարելապես առողջ է: Սակայն փաստն այն է, որ եթե Մոլիերը, ավելի լավ բան ձեռքի տակ չունենալով, հորինել է իր կերպարը հնագույն գիտելիքների այս մնացորդներով, դա արել է, բնականաբար, առանց դրանց ճշմարտացիությունը հաստատելու. կատակերգությունը շատ բան կկորցնեք, պարոն Պուրտոնն ընդամենը տխմար է, Արգանը հիվանդ չէ, ամեն դեպքում՝ ոչ մարմնով, և եթե մտքով հիվանդ է, ապա, վստահաբար, սև մաղձին չէ, որ Մոլիերը կվերագրի նրա տարօրինակության բացատրությունը: Բացի դրանից՝ Արգանը դեռևս ներդրող երևակայածին տեսչերի փուլում չէ, քանի որ ֆիզիկապես չի զգում այն, ինչ նրա մոլագար ուղեղը համոզում է, թե զգում է. նա, անշուշտ խելթոտ է, բայց դեռևս ոչ ցնորամիտ:

Մելամաղձոտ պաթոլոգիայի վերածնունդը

Այնուհանդերձ, պատմաբանի ուշադրությունը գրավում է մի տարօրինակ գիտապատմական զուգահեռություն. այդ միևնույն ժամանակահատվածում, անշուշտ, միանգամայն տարբեր համատեքստում, բժշկական գիտելիքը, խարխափելով, քիչ վերևում հիշատակված ապորիային իր նոր պատասխանի ուղին է հարթում՝ նոր ելք խոստանալով գոյություն ունեցող սահմանափակ այլընտրանքից, այն է՝ 1° Սատանայի հետ դաշինք, 2° սևամաղձային մելամաղձություն կամ 3° գիտակցված կեղծակերպում: Այս եռյակը, մինչ այդ պահը, շեղված ինքնաներշնչանքի դեպքերը բացատրելու միակ շրջանակն էր՝ նման Արգանի համոզմունքների սեփական առողջության վերաբերյալ: «Երևակայական հիվանդի» ստեղծումից հազիվ տասը տարի անց բրիտանացի բժիշկ Թոմաս Սիդնեսիմը Ուիլյամ Բոուլին ուղղված իր նամակում առաջարկում է իզական հիստերիայի և արական հիպոխոնդրիայի համատեղ վերամեկնաբանում՝ նորովի սահմանված «մելամաղձության» հովանու ներքո, որը հերքում է դրա ստուգաբանությունը և այլևս կապ չունի առասպելական սև մաղձի հետ: Սիդնեսիմը երկուսն էլ նկարագրում է որպես խաբուսիկ և մտացածին պաթոլոգիաներ: «Պրոթևս հիվանդություններ, քամելենն պաթոլոգիաներ» ասում է նա, որոնք, դրոշմվելով սևեռուն գաղափարի ազդեցության հետևանքով թուլացած և տակնուվրա եղած (կարող)թեղերով գլխուղեղում, դրան հաղորդում են մարմնի միջոցով արտահայտվելու և դրանում օրգանական ու ֆիզիոլոգիական ակամա խանգարումներ նմանակելու ունակություն: Գոյություն չունեցող, սրացման անցնելուն պես անեացող խանգարումներ, որոնք հիվանդին իրապես զգում է:

Այսպիսով բժիշկների դիտարկած հիվանդությունների կենսաիրականում, ըստ նրա, սկիզբ է առնում մարմինը կատակերգական և ողբերգական բեմահարթակի վերածած սովորների այդ թատրոնից, որտեղ ինտրիգներ հյուսող հոգեկանը իր իսկ խաբեության առաջին զոհն է:

Շուտանդիայից մեկնենք Ֆրանսիա: «Երևակայական հիվանդ»-ի պրեմիերայից 50 տարի անց ժորժ Էմբերը թեզ է պաշտպանում Ֆրանսուա Շիկուանոյի դեկլարությամբ Մոնպելիեի բժշկության ֆակուլտետում՝ «Արդյոք երևակայական հիվանդները կարո՞ղ են բուժվել միայն գաղափարներին այլ ընթացք հաղորդելով՝ առանց որևէ դեղամիջոցի օգտագործման» թեմայով: Այս թեզը, որը ձևով և համալսարանական համատեքստով բավականին դասական է, վավերացնում է Մոլիերի կերտած «երևակայական հիվանդություն» հասկացության մուտքը բժշկություն:

Այն փոքր-ինչ ուշացումով լծորդում է Սիդենհեմի ստեղծած բժշկական տեսությունը և Արգանի դեպքի շուրջ կառուցված կատակերգությունը՝ դրանով իսկ արդարացի դարձնելով երկուսի միջև եղած զուգահեռը: Հիպոխորիկ մելամաղձությունը, որպես մոդել, այլևս ոչ մի կապ չունի սև մաղձի կամ հիպոխորիկումի հետ. այն սահմանվում է որպես գլխուղեղային թելերի պարզ թուլության հետևանք, որպես բուն բժշկությանը վերաբերող հիվանդություն և, այնուամենայնիվ, զուրկ որևէ ախտածին գործոնից, քանի որ այն իբրև թե հիվանդ մարմնին փոխանցում է հոգեակա-նի՝ արդեն իսկ միանգամայն իրական մտախանգարումը: Եվս հիսուն տարի անց Ֆրանսուա Բուսայե դը Սովաժ դը Լակրուան իր հայտնի «Նոզոլոգիա»-ում առաջարկեց մելամաղձության դասակարգումների շարքում, որն այդ փուլում համարվում էր հոգեկան ծագում ունեցող և ֆիզիոլոգիական խանգարումներով ուղեկցվող հոգեբանական դրսևորում, ավելացնել մի տարատեսակ, որը մկրտեց «*Melancholia argantis*, Երևակայական հիվանդություն» անունով՝ հղում անելով Մոնպելիեի թեզին և, միաժամանակ, Մոլիերի ստեղծած կերպարին: Կես դար անց Փինելի և Էսկիրոլի իրականացրած հեղափոխությունը դուրս կմղի հույզերի դերակատարության գաղափարը՝ այն փոխարինելով սևեռուն գաղափարների ազդեցությամբ պայմանավորված գլխուղեղի տակնուվրա եղած հյուսվածքների թուլությամբ: Այդ սևեռուն գաղափարներին էր Սիդենհեմը վերագրում հիվանդների խենթ երևակայությունները, որոնք իրենց հիվանդ և գրոմ և ակամա կեղծիքով նմանակում հիվանդության ախտա-նշանները:

Իսկ Մոլիերը բավարար էր համարել բեմադրել ընդամենը մի հիվանդի, որը կարծում է, թե հիվանդ է՝ չկարողա-նալով զգալ իր պատկերացրած հիվանդության ախտա-նշանները: Քանզի Մոլիերը բանաստեղծի նման է դատում: Այնուամենայնիվ, ինչպես Սիդենհեմը և Բուսայե դը Սովաժը, նա, կիրառելով հիպոխորիկ մելամաղձության շատ ինն մոդելը, չդիպչելով դրա պատյանին, նոր ներքմբռնում հաղորդելով, փոխում է դրա բովանդակությունը: «Երևակայական հիվանդը» կատակերգությունը, ի տարբերություն «Պարոն դը Պուրսոնյակի», նույնիսկ չի հիշատակում, ամեն դեպքում՝ ոչ բացահայտորեն, այդ հնագույն հիվանդության անու-նը, սակայն, անկախ ամեն ինչից, իր հերոսի մոլորությունը կառուցում է այդ մոդելի հիման վրա: Այսպիսով, կիրառելով իր ժամանակի բժշկության տրամադրած միակ մտավոր

գործիքակազմը, Մոլիերն այն ձերբագատում է «հեղահյու-թերի» սկզբունքից, ինչպես Սիդենհեմը կամ Բուսայե դը Սովաժը կանեն նրանից հետո: Բայց, չնայած այդ ամենին, նա չի կարող Արգանի գառանցանքը վերագրել նոր բժշկության կողմից առաջ քաշվող գլխուղեղային թելերի թուլությանը, կազմաբանի բժշկական լաբորատորիան կատակերգական բեմահարթակ չէ: Եվ ուրեմն՝ ո՞ր ախտածին գործոնին կարելի է վերագրել Արգանի հոգեկան շեղման ազդեցությունը նրա մարմնական առողջության վրա: Այս նյութի ինքնությունը մեզ անուղղակիորեն առաջարկում է Բերալդը, երբ հաստատում է, որ «գրեթե բոլոր մարդիկ մահանում են իրենց բուժամիջոցներից, այլ ոչ թե իրենց հիվանդություններից»: Թարգմանենք՝ Արգանին հիվանդացնող և իր ունայնությամբ կատակերգական թատրոնի ժանրին համահունչ հիվանդու-թյուն հարուցող ախտածին գործոնը, որից ոչ տառապում են, ոչ էլ մահանում, եթե ոչ միայն երևակայական տիրույթում, պարզապես նրա բժիշկն է, բժշկությունն է:

Բողոքի ձայն ընդդեմ բժշկության կամ նոցեք ազդեցությունը

Այսպիսով՝ Արգանն այլընտրանք չունի երևակայական հիվանդության և բժշկության հիվանդության միջև. նրա երևակայական հիվանդությունը հենց բժշկության հիվանդությունն է, մեկը ծուլվում է մյուսին կատարելապես արատավոր մի շրջանում: Բժիշկն է այս նոր դիվահարի սատանան, այս՝ հիպոխորիայով տառապող նորեկի սևամաղձը, բժիշկն է այն սևեռուն միտքը, որ ակոսելով նրա տկար ուղեղը՝ համոզում է, թե վատառողջ է: Հիվանդի խաբեությունը բժշկու-թյան խաբեության մարմնավորված դրսևորումն է, որը, չափազանցված ձևով ծայրահեղացվելով, վերածվում է գրեթե բոլոր մահերի պատճառի, քանի որ, ինչպես պնդում է Բե-րալդը, մարդը մահանում է ոչ թե իր հիվանդություններից, այլ բուժամիջոցներից: Խորհրդանշական քավության նոխազ բժիշկն աշխարհի բոլոր մեղքերի բեռը կրում է իր մեջքին և հիվանդության ու մահվան վտանգից ուրախությամբ ազատում կատակերգության միջոցով լուսավորված մարդ-կությանը և գուցե նաև՝ պիեսը հեղինակած հիվանդ բա-նաստեղծին: Եվ այդժամ այն արատավոր շրջանը, որի վրա կառուցված է սյուժեն՝ հիվանդության պատրանք, որն առաջացել է պատրանքային՝ իբրև թե բուժող դեղամիջոցի հետևանքով, հասնում է իր հանգուցալուծման ճշգրիտ հանգրվանին, որտեղ հիվանդը հայտնվում է բժշկի մարմ-նում և նրա դիմակի հետևում՝ այդպիսով խորհրդանշա-կան լուծումով իրենից հեռացնելով հիվանդության և մահ-վան վախը, որը շատ լավ կարտացոլվեր սեփական պոչը կծող օձի խորհրդանշանով. այն հավերժ պտույտներ է գործելու՝ շարունակելով հետապնդել իր պոչը: Այս կատա-կերգական ավարտի մեջ կա հիվանդությունից երևակա-յորեն խուսափելու նմանվող մի բան, որը տազնապալի հարցում է բոլորիս սպառնացող ցավերի իրական լինելու և մարդկային կյանք կոչվող հիվանդությանը խոստաց-ված անխուսափելի և միանգամայն զավեշտալի ավարտի վերաբերյալ:

Այլ կերպ ասած՝ թատրոնի միջոցով Մոլիերը յուրա-տիպ՝ կատակերգու բանաստեղծի ձևով, կանխագուշա-կում է մեր օրերում պարտադրված մի իրողություն՝ որոշ բու-ժամիջոցների նոցեք ազդեցությունը, օրինակ՝ որոշակի

ԲԱՅԱՅԱՅՏԵԼ ԵՐԵՎԱԿԱՅԱԿԱՆ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆ ԸՍՏ ՄՈԼԻԵՐԻ

պատվաստանյութի, քանի որ դրա օգտագործումը, նպատակ ունենալով պաշտպանել մեզ «սարսափ տարածող հիվանդությունից», իր մեջ կրում է հենց այս սարսափի ինչ-որ բաղադրահատիկ և հոգեկանին մղում պատվաստված մարմնի թատերաբեմի վրա նմանակել այն հետևանքները, որոնք կառաջացնելու հիվանդությունը, եթե պատվաստանյութը չլիներ՝ դրանից խուսափելու համար: Դա նույն, սակայն Արգանի դեպքով կատակերգական հարթակ փոխադրված արատավոր շրջանն է երևակայական հիվանդության (կամ զգացումի) և իրական, հնարավոր է՝ մահացու հիվանդության միջև:

Մեր քաղաքների ու գյուղերի մայթերին ու հրապարակներում տեղադրված՝ սերիական պատվաստումների տաղավարները, այսպիսով, ստանում են սոցիալական փոքրիկ թատերաբեմերի անսպասելի տեսք՝ իբրև հարգանքի տուրք Մոլիերի ծննդյան 400-ամյակին և, մինևույն ժամանակ, իբրև հաջորդ տարի ոգեկոչվելիք Նրա մահվան 350-ամյակի նախերգանք: Եթե նույնիսկ ոչ թե Մոլիերը, այլ Նրան հաջորդողներից մեկն է գրել, որ հարկավոր է «շտապել ծիծաղել ամեն ինչի վրա՝ ստիպված արտասվելու վախից խուսափելու համար», դա կարող է լինել «Երևակայական հիվանդի» խոր և ցավագնորեն ուրախ բարոյախոսությունը:



Santé Arménie

Բժշկել, կրթել և կառուցել Հայաստանում

la revue du praticien

ÉDITION ARMÉNIENNE / ՀԱՅԵՐԵՆ ՔՐԱՏԱՐԱԿՈՒԹՅՈՒՆ



Santé Arménie

ԲԺՇԿԵԼ,
ԿՐԹԵԼ և ԿԱՌՈՒԳԵԼ
ՀԱՅԱՍՏԱՆՈՒՄ