

la revue du praticien

Ամբողջ բժշկությունը՝ ամեն մի բժշկին

ÉDITION ARMÉNIENNE / DECEMBRE _ 2022 / ՀԱՅԵՐԵՆ ՀՐԱՏԱՐԱԿՈՒԹՅՈՒՆ / ԴԵԿՏԵՄԲԵՐ _ 2022

ԱՐԴԻԱԿԱՆ

- Աջակցությամբ իրականացված ինքնասպանություն. բժշկի դերը

ԹԵՄԱ

- Ներարգանդեկու քաղցկեղ

ՈՒՍԱՆՈՂԻ ԱՆԿՅՈՒՆ

- Մայրությանը սպառնացող հիմնական վտանգները կապված մասնագիտական աշխատանքի հետ
- Թուրքային հիվանդություն



**Հղիության ժխտում.
Կլինիկական
առանձնահատկությունները**

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 որդեգրած 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, ասիա, 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 Դելյուզ
Բժշկական խմբագրության տնօրեն
La Revue du Praticien

Une version arménienne de La Revue du Praticien

P lus 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 Աբովյան, Անահիտ Ավետիսյան, Դավիթ Աբրահամյան, Հասմիկ Բարխուդարյան, Գագիկ Հակոբյան, Գայանե Դազարյան, Աննա Մանուկյան
խմբագիր՝
Այծեմիկ Պեպանյան
Էջադրող՝
Արտակ Սարգսյան
Սրբագրիչ՝
Անժելա Ավագյան
Արտ-խորհրդատու՝
Նոնա Իսաջանյան
Ծափիկը՝
Հարություն Թումադանյան

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, Davit Abrhanyan, 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, Aurélie Pham, Alain Tenaillon
Secrétaire générale de rédaction
Anne-Hélène Rabreau, ahrebreau@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 4 289 852 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 Vandenbroecke (6824)
cvandenbroecke@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 / 699 **ԱԿԵԼԻՆ, ԶԱՆ ԱՄՍԱԳԻՐ...**
ժան Դըլյոզ

ԱՐԴԻԱԿԱՆ

6 / 703 **Բուժական**
Clostridioides difficile. թարմացված խորհրդատվություն
Ֆրեդերիկ Բարբյու, Կատրին Էքերտ, Վալերի Լալանդ, Կիլիան Լը Նանդր, ժաննա Կուտյուրիե

13 / 711 **Զննարկում**
Տեխնիկական, թե՛ մարդկաներին բժշկություն. պե՛տք է արդյոք փոխել հարացույցը
ժերար Ռիչ

18 / 825 **Բուժական**
Կյանքի ավարտ. հարկավոր է տարբերել Էվթանազիան և աջակցությամբ իրականացված ինքնասպանությունը
Պիեռ Լը Կոզ

ԹԵՄԱ

21 / 725 **ՆԵՐԱԲԱՆՈՒՄԻ ԶԵՆՈՒՄԻ ՆՈՐ ՏԿՅԱԼՆԵՐ**
Գիտական խորհրդատու՝ Զեթին Ուզան, Լա Պիտիե Սալպետրիեր հիվանդանոցի գինեկոլոգիական և կրծքագեղձի վիրաբուժության և ուռուցքաբանության բաժանմունքի ղեկավար, Սորբոնի համալսարան, Փարիզ, Ֆրանսիա

22 / 726 Ներարգանդային ախտահարումների ախտորոշման ռազմավարությունը ժերեմի Բելգիտի, Սոֆի Էգելս, ժոֆրուա Բանլորբ

27 / 730 Ներարգանդենու քաղցկեղի համաճարակաբանությունը, դասակարգումը և վտանգի գործոնները
Զլեր Սանտոն

30 / 733 Միկրոարբանյակների անկայունության դերը ներարգանդենու քաղցկեղի ժամանակ
ժյուստին Վարիևո

35 / 738 Ներարգանդենու քաղցկեղի վիրաբուժության զարգացումը ժոֆրուա Բանլորբ, Մարիաննա Նիկպայամ, ժերեմի Բելգիտի

39 / 742 Ֆրանսիայում շուտով կկիրառվի ամբուլատոր վիրաբուժությունը ժոֆրուա Բանլորբ, Բգաբել Դյուրան-Ջալեզակի, ժերեմի Բելգիտի, Կատրին Ուզան

41 / 743 Ներարգանդենու քաղցկեղի հետվիրահատական բուժումը Նիկոլա Մեյան

45 / 747 Ներարգանդենու քաղցկեղի պահպանողական բուժում Մահա Էլր, Զլեմանտին Գոնտիե, Մարգո Բյուկո, Մարտին Կոսկաս

49 / 750 Ներարգանդենու քաղցկեղ. նոր տվյալներ. 10 հիմնական ուղերձներ
Կատրին Ուզան

ԳՈՐԾՆԱԿԱՆ ԲԺՇԿՈՒԹՅՈՒՆ

50 / 751 **Սա ի՛նչ է**

51 / 752 **Պատկերադարան**
Իմունոակումպետենտ երեխայի գոտևորոզ որջինի ակնային ձևը
Հանան Ռագոզգի Ուասմին, Յուսեֆ Ալմեիրա, Հասնե Սարուկ, Սիհամ Դիկեյ, Նադա Ջիզի

52 / 753 **Պատկերադարան**
Split hand համախտանիշը Շարկոյի հիվանդության ժամանակ
Քրիստիան Բրոսե, Լին Յ Նգույեն, Ֆրանսուա Պրյուվո, Ան ժիան Թիուք, Յիեն Զ Նգույեն

53 / 754 **Պատկերադարան**
Գանգի ախտահարում Փեջեթի հիվանդության ժամանակ
Ահմեդ Մուգի, Իման Էլ Բուշտի

54 / 882 **Սա ի՛նչ է**

55 / 883 **Պատկերադարան**
Վարակային ծագման ախտանշանային պարանոցաբազկային նյարդացավ
Էլ Մեհդի Բուդիար, Աբդելհաֆիզ Գիշ, Մարիա Էլ Մանդուր, Յուսեֆ Զեբուրի, Յաջար Սահիմի, Հաննա Հասիկու

56 / 886 **Պատկերադարան**
Գլխուղեղի շրջելի անոթասեղման համախտանիշ
Գիյոմ Դելանուա, Սեբաստիան Գազդլա

57 / 987 **Սա ի՛նչ է**

59 / 992 **Պատկերադարան**
Յրված միաձև՝ բշտիկային-թարախաբշտիկային ցանավորում
Հանան Դաֆլաուի, Հասնա Սարուկ, Յուսեֆ Զուդե, Սիհամ Դիկեյ, Նադա Ջիզի

60 / 762 **Ապրել՝ ունենալով...**
Սահմանային անձնային խանգարում «Ընտանեկան կապեր» միություն

63 / 889 **Գիտելիքի շտեմարան**
Ուղիղ և հաստ աղիների քաղցկեղի վտանգի և դրանից պաշտպանվելու գործոնները
Բեռնար Դընի

74 / 899 **Գիտելիքի շտեմարան**
Կրծքի երեխայի ստամոքս-կերակրափողային ռեֆլյուքս. ֆիզիոլոգիական դրսևորում, թե՛ հիվանդություն
Օրելի Բուրկանի, Էմանուել Մաս

78 / 1003 **Գիտելիքի շտեմարան**
Հղիության ժխտում. կլինիկական առանձնահատկությունները
Յյուզո Բոտոման, Լյուսի ժուի

ՈՒՍԱՆՈՐԻ ԱՆՎՅՈՒՆ

85 / 787 **Զննական հարց 29**
Մայրությանը սպառնացող հիմնական վտանգները՝ կապված մասնագիտական պշխատանքի հետ
Ֆիլիպ Էրրուել, Ֆլորան Ֆուքս, Նոեմի Ռանիսավլիչ, Մարթա Դյուրանե

93 / 915 **Զննական հարց 288**
Թուրքային հիվանդություն
Թիերի Յիզերո

ԲԱՏԱՀԱՅՏԵԼ

101 / 807 Կին բժիշկների պատմությունը (մաս առաջին)
ժան-Նոել Ֆաբիանի-Սալմոն

105 / 922 Կին բժիշկների պատմությունը (մաս երկրորդ)
ժան-Նոել Ֆաբիանի-Սալմոն

SOMMAIRE

2 / 699 **Plus qu'une revue...**
Jean Deleuze

ACTUALITÉ

- 6 / 703 **Thérapeutique.** Clostridioides difficile : des recommandations actualisées
Frédéric Barbut, Catherine Eckert, Valérie Lalande, Killian Le Neindre, Jeanne Couturier
- 13 / 711 **En débat.** Technicité et humanité en médecine : faut-il changer de paradigme ? *Gérard Reach*
- 18 / 825 **En débat.** Fin de vie : il faut distinguer euthanasie et suicide assisté *Pierre Le Coz*

DOSSIER

- 21 / 725 **NOUVEAUTÉS DANS LES CANCERS DE L'ENDOMÈTRE**
Conseillère scientifique : Pr Catherine Uzan, cheffe du service de chirurgie et cancérologie gynécologique et mammaire, hôpital La Pitié-Salpêtrière, Sorbonne Université, Paris, France
- 22 / 726 **Stratégie diagnostique des lésions intra-utérines**
Kérimie Belghiti, Sophie Egels, Geoffroy Canlorbe
- 27 / 730 **Épidémiologie, classification et facteurs de risque du cancer de l'endomètre**
Claire Sanson
- 30 / 733 **Instabilité des microsattélites dans les cancers de l'endomètre**
Justine Varinot
- 35 / 738 **Évolution de la chirurgie des cancers de l'endomètre**
Geoffroy Canlorbe, Marianne Nikpayam, Jérémie Belghiti
- 39 / 742 **Chirurgie ambulatoire : bientôt en France ?**
Geoffroy Canlorbe, Isabelle Durand-Zalezski, Jérémie Belghiti, Catherine Uzan

- 41 / 743 **Traitements adjuvants du cancer de l'endomètre**
Nicolas Meillan
- 45 / 747 **Traitements conservateurs en cas de cancer de l'endomètre**
Maha Eid, Clémentine Gonthier, Margot Bucau, Martin Koskas
- 49 / 750 **Nouveautés dans les cancers de l'endomètre : 10 messages clés**
Catherine Uzan

PRATIQUE MÉDICALE

- 50 / 751 **Quel est votre diagnostic ?**
- 51 / 752 **Vos images.** Zona ophtalmique chez un enfant immunocompétent
Hanan Ragragui Ouasmin, Youssef Almheirat, Hasnae Saddouk, Siham Dikhaye, Nada Zizi
- 52 / 753 **Vos images.** Split hand sign dans la maladie de Charcot
Christian Brosset, Linh H Nguyen, François Pruvot, Anh Giang Thuc, Hien Q Nguyen
- 53 / 754 **Vos images.** Atteinte crânienne au cours de la maladie de Paget
Ahmed Mougui, Imane El Bouchti
- 54 / 882 **Quel est votre diagnostic ?**
- 55 / 883 **Vos images.** Névralgie cervicobrachiale symptomatique d'origine infectieuse
El Mehdi Boudhar, Abdelhafid Guich, Maria El Mandour, Youssef Jebouri, Hajar Sahimi, Hasna Hassikou
- 56 / 886 **Vos images.** Syndrome de vasoconstriction cérébrale réversible
Guillaume Delannoy, Sébastien Gazzola
- 57 / 987 **Quel est votre diagnostic ?**

- 59 / 992 **Vos images.** Éruption vésiculo-pustuleuse monomorphe diffuse
Hanane Daflaoui, Hasna Saddouk, Youssef Joudeh, Siham Dikhaye, Nada Zizi
- 60 / 762 **Vivre avec...** un trouble de la personnalité borderline
Association Connexions Familiales
- 63 / 889 **Mise au point.** Facteurs de risque et de protection du cancer colorectal
Bernard Denis
- 74 / 899 **Mise au point.** Reflux gastro-œsophagien du nourrisson : physiologique ou pathologique ?
Auréli Bourchany, Emmanuel Mas
- 78 / 1003 **Mise au point.** Dénai de grossesse : mise au point sur les spécificités cliniques
Hugo Bottemanne, Lucie Joly

RÉFÉRENCES UNIVERSITAIRES

- 85 / 787 **Item 29.** Connaître les principaux risques professionnels pour la maternité liés au travail de la mère
Philippe Deruelle, Florent Fuchs, Noémie Ranisavljevic, Martha Duraes
- 93 / 915 **Item 288.** Pathologie hémorroïdaire
Thierry Higuero

DÉCOUVRIR

- 101 / 807 **Une histoire des femmes médecins (première partie)**
Jean-Noël Fabiani-Salmon
- 105 / 922 **Une histoire des femmes médecins (deuxième partie)**
Jean-Noël Fabiani-Salmon

CONTENTS

2 / 699 **More than review...**
J. Deleuze

ACTUALITY

- 6 / 703 **Therapeutics.** Clostridioides difficile: updated recommendations
F. Barbut, C. Eckert, V. Lalande, K. Le Neindre, J. Couturier
- 13 / 711 **Sounding board.** Technicity and humanity in medicine: should we change the paradigm?
G. Reach
- 18 / 825 **Sounding board.** End of life: we must distinguish between euthanasia and assisted suicide
P. Le Coz

DOSSIER

- 21 / 725 **NEW DEVELOPMENTS IN ENDOMETRIAL CANCER**
- 22 / 726 **Diagnostic strategy for intrauterine lesions**
J. Belghiti, S. Egels, G. Canlorbe
- 27 / 730 **Epidemiology, classification and risk factors of endometrial cancer**
C. Sanson
- 30 / 733 **Microsatellite instability in endometrial cancers**
J. Varinot
- 35 / 738 **Evolution of endometrial cancer surgery**
G. Canlorbe, M. Nikpayam, J. Belghiti
- 39 / 742 **Ambulatory surgery: soon in France?**
G. Canlorbe, I. Durand-Zalezski, J. Belghiti, C. Uzan

- 41 / 743 **Adjuvant treatments for endometrial cancer**
N. Meillan
- 45 / 747 **Conservative treatments for endometrial cancer**
M. Eid, C. Gonthier, M. Bucau, M. Koskas
- 49 / 750 **New developments in endometrial cancer: 10 key messages**
C. Uzan

MEDICAL PRACTICE

- 50 / 751 **What is your diagnosis ?**
- 51 / 752 **Your images.** Ophthalmic shingles in an immunocompetent child
H. Ragragui Ouasmin, Y. Almheirat, H. Saddouk, S. Dikhaye, N. Zizi
- 52 / 753 **Your images.** Split hand sign in Charcot disease
C. Brosset, L. H Nguyen, F. Pruvot, A. Giang Thuc, H. Q Nguyen
- 53 / 754 **Your images.** Cranial involvement in Paget's disease
A. Mougui, I. El Bouchti
- 54 / 882 **What is your diagnosis ?**
- 55 / 883 **Your images.** Symptomatic cervicobrachial neuralgia of infectious origin
E. Boudhar, A. Guich, M. El Mandour, Y. Jebouri, H. Sahimi, H. Hassikou
- 56 / 886 **Your images.** Reversible cerebral vasoconstriction syndrome
G. Delannoy, S. Gazzola
- 57 / 987 **What is your diagnosis ?**

- 59 / 992 **Your images.** Vesiculo-pustular rash diffuse monomorphic
H. Daflaoui, H. Saddouk, Y. Joudeh, S. Dikhaye, N. Zizi
- 60 / 762 **Living with...** a borderline personality disorder
Connexions Familiales Association
- 63 / 889 **Restatment.** Risk and protective factors for colorectal cancer
B. Denis
- 74 / 899 **Restatment.** Infant gastro-esophageal reflux disease: physiological or pathological?
A. Bourchany, E. Mas
- 78 / 1003 **Restatment.** Denial of pregnancy: focus on clinical specificities
H. Bottemanne, L. Joly

UNIVERSITY REFERENCES

- 85 / 787 **Item 29.** To know the main occupational risks for maternity, related to the mother's work
P. Deruelle, F. Fuchs, N. Ranisavljevic, M. Duraes
- 93 / 915 **Item 288.** Hemorrhoidal pathology
T. Higuero

MEDICAL RECOLLECTIONS

- 101 / 807 **A history of women physicians (part 1)**
J.-N. Fabiani-Salmon
- 105 / 922 **A history of women physicians (part 2)**
J.-N. Fabiani-Salmon

2005 թվականին ծանր համաճարակների համար պատասխանատու հատուկ կլոնի ի հայտ գալը նշանավորեց *Clostridioides difficile* բակտերիայով հարուցված վարակների զարգացումը: Մանրէ, որը հակաբիոտիկների ընդունմամբ պայմանավորված փորլուծության բոլոր արձանագրված դեպքերի 15-25%-ի հարուցիչն է: Նշանակալի նվաճումների հիման վրա Կլինիկական մանրէաբանության և վարակիչ հիվանդությունների եվրոպական ընկերակցությունը (ԿՄՎՅԵԸ, ESCMID) թարմացրել է բուժման և կանխարգելիչ միջոցառումների վերաբերյալ իր խորհրդատվական փաստաթղթերը:

Clostridioides difficile. **Թարմացված** **խորհրդատվություն**

Ֆրեդերիկ Բարբյու^{1,2,3}
Կատրին Էբերտ^{1,3}
Վալերի Կալանդ^{1,3}
Կիլիան Լը Նանդր¹
ժաննա Կոալյուրիե^{1,3}
¹Clostridioides difficile լաբորատորիա՝ Անտերոբակտերիաների և բոտուլիզմի ազգային ռեֆերենց կենտրոնի համագործակից, Սենտ Անտոան հիվանդանոց, Պետական օժանդակության փարիզյան հիվանդանոցների միավորում (ՊՕ-ՓՅ, AP-HP), Փարիզ, Ֆրանսիա
²Վարակի վտանգի կանխարգելման բաժին, Սենտ Անտոան հիվանդանոց, ՊՕ-ՓՅ, Փարիզ, Ֆրանսիա

Clostridioides difficile (նախկինում՝ *Clostridium difficile*, հայտնաբերված 1935 թվականին) մանրէին հետհակաբիոտիկային կոլիտի և փորլուծությունների հարուցումը մեղսագրվեց 1970-ականների վերջին: Այս սպորագոյացնող անաէրոբ բակտերիան արագորեն հաստատվեց որպես բուժածին լուծի հիմնական վարակիչ պատճառ: Այս միկրոօրգանիզմի նկատմամբ ցուցաբերված հետաքրքրությունը բեկում ապրեց 2005 թվականից սկսած, երբ նախ՝ Զյուսիսային Ամերիկայում, ապա՝ Եվրոպայում նկարագրվեցին վարակի բարձր մահացությամբ և մետրոնիդազոլով բուժման նկատմամբ ավելի վատ արձագանքով բնութագրվող ծանր ձևերի համաճարակներ^{1,2}:

Խիստ փոփոխական կլինիկական պատկեր

Clostridioides difficile վարակների (ԿԴՎ) կլինիկական պատկերը կարող է տատանվել հիվանդի ընդհանուր վիճակի վրա ազդեցություն չթողնող սովորական փորլուծությունից մինչև կեղծթաղանթային (պսևդոմեմբրանոզ) կոլիտ (ԿԹԿ), որը կարող է բարդանալ թունավոր մեգակոլոնով, մարսողական

ուղու թափածակմամբ կամ սեպտիկական շոկով: Բարդացած ձևեր հազվադեպ են արձանագրվում (դեպքերի 5%), բայց ուղեկցվում են մինչև 30%-ի հասնող մահացությամբ՝ չնայած վերակենդանացման կամ վիրաբուժական միջամտություններին: Մեկ այլ բարդություն են ախտակրկությունները (ռեցիդիվները)՝ պակաս ծանր, բայց ավելի հաճախ հանդիպող: Դրանք զարգանում են հիվանդների 20-25%-ի շրջանում ԿԴՎ-ի սկզբնական դրվագից հետո երկու ամսվա ընթացքում: Առաջին ախտակրկությունից հետո մեծանում է բուժական իրական մարտահրավերի հանդիսացող հետագա դրվագների առաջացման վտանգը:

Վտանգի ընդլայնված գործոններ

ԿԴՎ-ի վտանգի հիմնական գործոնները չորսն են՝
- ոչ վաղ անցյալում հակաբիոտիկների ընդունումը (վտանգի 10-ապատիկ մեծացում)՝ ամենավտանգավոր հակաբիոտիկներն են ցեֆալոսպորինները, ամոքսիցիլին-կլավուլանաթթու համակցությունը, կլինդամիցինը և նոր ֆտորքինոլոնները,

- հիվանդների 65-ն անց տարիքը՝ տեղեկատվական համակարգերի բժշկականացման ծրագրի (PMSI) տվյալների համաձայն՝ ԿԴՎ-ով հոսպիտալացված հիվանդների գրեթե երկու երրորդը եղել են 65-ից բարձր տարիքի:
- ուղեկցող քրոնիկական հիվանդությունների առկայությունը, ինչպիսիք են երիկամային անբավարարությունը, քաղցկեղները կամ չարորակ արյունաբանական նորագոյացությունները, իմունաճնշումը և այլն:
- ոչ վաղ անցյալում իրականացված կամ երկարատև ստացիոնար բուժումը, ինչպես նաև կախյալ տարեցների կացության հաստատություններում (ԿՏԿՅ) մնալը:
Վերջին տարիներին սկսել են ավելի լավ ճանաչել արտահիվանդանոցային վարակները վտանգի որևէ դասական գործոն չունեցող երիտասարդների շրջանում: Առաջահայաց հետազոտությունը, որը համակարգված կերպով որոնում էր *C. difficile* բացիլը մարտոկական խանգարումներով ընտանեկան բժշկի դիմած 2541 հիվանդի շրջանում, ցույց տվեց, որ այդ մանրէն եղել է լուծի երկրորդ բակտերիալ պատճառը (3,27%) *Campylobacter*-ից հետո (3,64%)³: Վարակված հիվանդների 20%-ը մինչև 65 տարեկան էին և չու-

CLOSTRIDIODES DIFFICILE ՎԱՐԱԿՆԵՐ

ԲՈՒԺԱԿԱՆ

Նեին հոսպիտալացման կամ հակաբիոտիկներով բուժման նախադեպ: Այսպիսով, հաշվի առնելով ռիսկային խմբում գտնվող հիվանդների բազմազանությունը, ԿԴՎ-ի հնարավորությունը հարկավոր է համակարգված ձևով դիտարկել անբացատրելի սուր փորլուծությամբ դիմող ցանկացած հիվանդի պարագայում:

ԿԴՎ-ով հիվանդացությունն ավելի մեծ է աղիների քրոնիկական բորբոքային հիվանդությամբ տառապող հիվանդների, քան ընդհանուր բնակչության շրջանում: Մյուս կողմից՝ գրականության ոչ մի տվյալ չի վկայում այն մասին, որ հաստ աղիքի դիվերտիկուլոզը նպաստող գործոն է ԿԴՎ-ի համար:

Ստացիոնար բուժման տևողությունը և մահացության անը

Հոսպիտալացված հիվանդի *C. difficile* փորլուծության ի հայտ գալը մեծացնում է նրա ստացիոնար բուժման տևողությունը մոտ 7 օրով (մեդիան)⁴ համեմատած հիմնական հիվանդության միևնույն ծանրությամբ և նույն տարիքի չվարակված հիվանդների հսկիչ խմբի հետ⁴:

Մահացությունը կախված է կլինիկական պատկերից (1%-ից ցածր՝ թեթև ձևերի, բայց մինչև 30%՝ բարդացած ձևերի դեպքում): Վերջերս իրականացված հետազոտությունը ցույց է տվել, որ ԿԴՎ-ն 58%-ով մեծացնում է մահվան վտանգը՝ համեմատած տարիքով և հիմնական հիվանդությամբ համապատասխանող հսկիչ խմբի հետ⁵:

Բացի դրանից՝ ստացիոնար բուժման տևողության երկարաձգման, բուժման հատուկ մեթոդների, ինչպես նաև անհրաժեշտ հսկողության միջոցառումների պատճառով ԿԴՎ-ների տևտեսական ազդեցությունը մեծ է: Եվրոպական Միությունում այն գնահատվել է տարեկան մոտ 3 միլիարդ եվրո: Ֆրանսիայում այս հավելյալ արժեքը յուրաքանչյուր դրվագի համար գնահատվել է 9,024 եվրո⁶:

Լավ նկարագրված ախտաֆիզիոլոգիա

Վարակումը տեղի է ունենում *C. difficile*-ի սպորները կուլ տալու հետևանքով: Ստամոքսի թթվայնությունը հաղթահարելուց հետո դրանք սկսում են բազմանալ տասներկուամատյա աղիքում (լեղու աղերի ազդեցության ներքո (պատկեր 1)⁷: Այնուհետև վեգետատիվ ձևերը գաղութացնում են հաստ աղին. այս փուլին նպաստում է աղիքային դիսբակտերիոզը, որը հաճախ պայմանավորված է լինում հակաբիոտիկների ընդունմամբ: Թունաձին (տոքսի-նոգեն) շտամներն արտազատում են երկու թունանյութ (տոքսին)⁸ A (կամ TcdA) և B (TcdB): Այս սպիտակուցային թունանյութերն օժտված են էստերոտոքսիկ և ցիտոտոքսիկ հատկություններով. միասնաբար առավել ուժեղ ազդեցություն ապահովելով դրանք խթանում են ակտինային թելերի պոլիմերացումը, քայքայում էստերոցիտների միջև կիպ կապերը և առաջացնում

³ Մանրէաբանության բաժանմունք, Սենտ Աստուան հիվանդանոց, ՊՕ-ՓՂ, Փարիզ, Ֆրանսիա

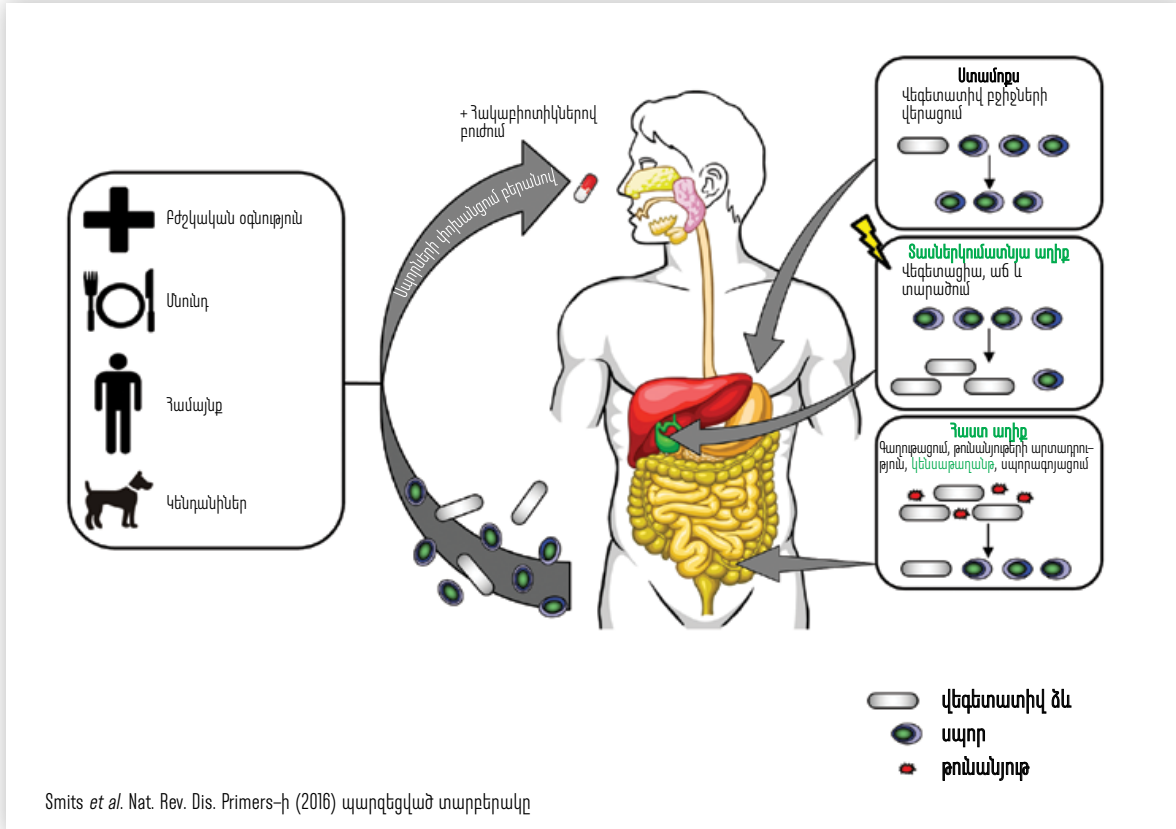
frederic.barbut@aphp.fr

Ֆ. Բարբյուն հայտնում է, որ մասնակցել է Astellas, BioMérieux, Biosynex, Quidel-Bühlmann, Cepheid, Cubist Pharmaceuticals, Da Volterra, Danone, DiaSorin, MSD, Pfizer, R-Biopharm AG, Roche, Sanofi Pasteur և Tillottsia ընկերությունների որոշ միջոցառումների:

4. Էկերտը հայտնում է, որ մասնակցել է Astellas, Becton Dickinson, BioMérieux, Biosynex, Quidel-Bühlmann, Cepheid, Cubist Pharmaceuticals, DiaSorin, MSD, Pfizer, Roche, R-Biopharm AG, Sanofi Pasteur և TheraDia ընկերությունների որոշ միջոցառումների:

4. Լայանը հայտնում է, որ մասնակցել է Orgentec ընկերության որոշ միջոցառումների:

4. Լե Նանդը հայտարարում է, որ այս հրապարակմամբ որևէ շահ չի հետապնդում:



Պատկեր 1. *Clostridioides difficile*-ի թունանյութերի ազդեցության մեխանիզմը:

ԲՈՒԺԱԿԱՆ CLOSTRIDIODES DIFFICILE ՎԱՐԱԿՆԵՐ

արտահայտված բորբոքային ռեակցիա՝ lamina propria-ում ներգրավելով բազմակորիզային բջիջներ, ինչը հանգեցնում է էնտերոցիտների մեռուկացման (պատկեր 2): Կա նաև երրորդ կրկնակի ազդեցության թունակությո՞ւր, որը հայտնաբերվում է թունածին շտամների մոտ 20%-ում և կարող է վարակունակության հավելյալ գործոն լինել՝ A և B թունակների հետ միասնական առավել ուժեղ արդյունք (սիներգետիկ արդյունք) ապահովելով:

Տիրոջ ընկալունակությունը, մասնավորապես՝ նրա հումորալ իմունիտետը, նույնպես ներգրավված է ԿԴՎ-ի ախտաֆիզիոլոգիայում: Այսպես՝ ցույց է տրվել, որ *C. difficile*-ով զարդութացումից հետո ախտանշանային վարակով հիվանդների արյան շիճուկում A հակաթույնի դեմ ուղղված հակամարմինների մակարդակը զգալիորեն ցածր է, քան առանց ախտանշանների վարակակիրների պարագայում: Մյուս կողմից՝ ԿԴՎ-ի առաջին դրվագի ժամանակ A թունակությո՞ւր դեմ ուղղված

հակամարմինների տիտրի աճը զուգորդված է հետագա ախտակրկնություններից ավելի լավ պաշտպանվելու հետ:

Համաճարակաբանությո՞ւն. բեկում՝ 2005 թվականից սկսած

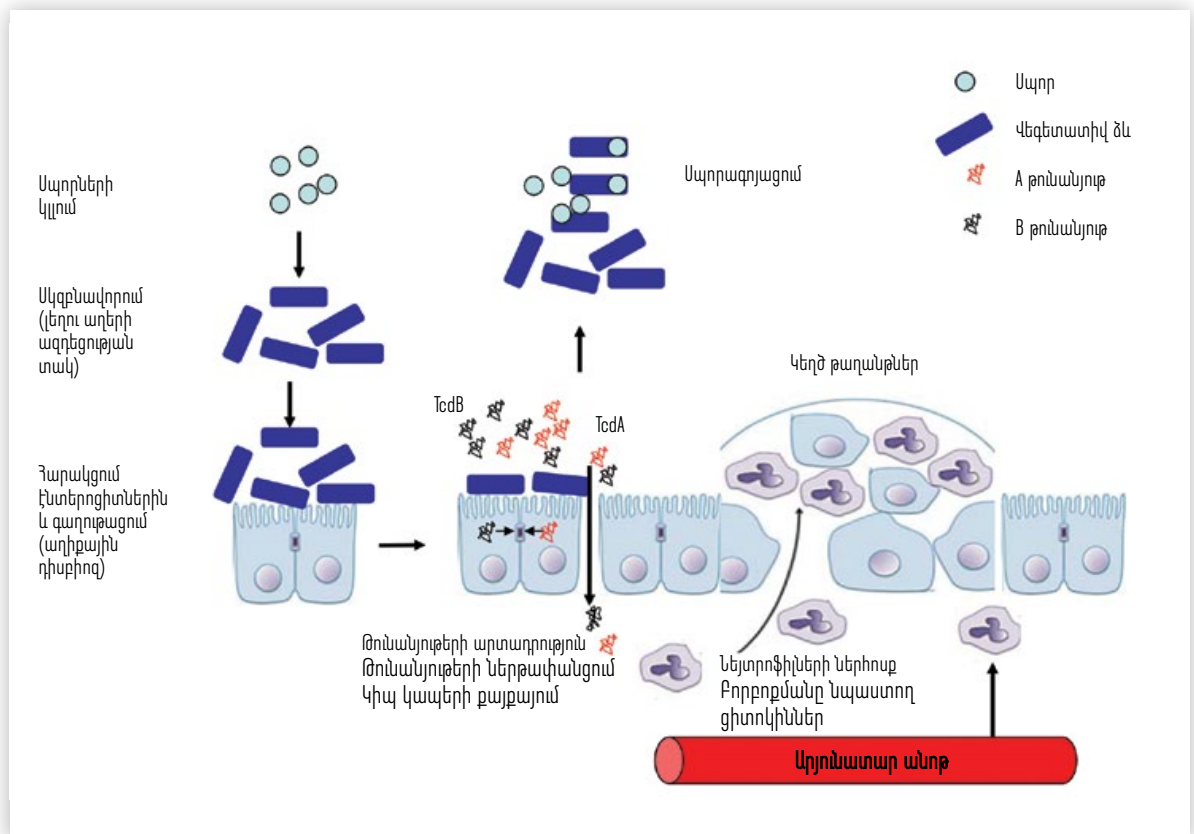
ԿԴՎ-ի էվոլյուցիան նշանավորվեց 2005 թվականին *C. difficile*-ի ԿԴՎ-ի ծանր ձևերի համաճարակների համար պատասխանատու 027/NAP1/BI կոչված հատուկ կլոնի ի հայտ գալով և աշխարհով մեկ տարածմամբ: Արդեն 10 տարի անց՝ 2015 թվականին, այս կլոնը ներկայացնում էր Եվրոպայում առանձնացված *C. difficile* շտամների 15%-ը՝ մեծ տատանումներով կախված երկրից (ավելի քան 30%՝ Գերմանիայում և 5%-ից պակաս՝ Ֆրանսիայում): Այս կլոնի ավելի մեծ ախտահարույց ունակությունը կապված է A և B թունակների արտադրության ավելացման և երրորդ կրկնակի թունակությո՞ւր

տագուման հետ: Դրա տարածմանը, հավանաբար, նպաստել է ֆտորքլինոլոնների նկատմամբ կայունությունը, որը նրան ընտրանքային առավելություն է տվել:

Ֆրանսիայում, ըստ PMSI-ի տվյալների, ԿԴՎ-ով հիվանդացությունն աճել է 2010-ից մինչև 2015 թվականները, այնուհետև՝ կայունացել 2015 թվականից՝ շուրջ 20000 ստացիոնար հիվանդով, որոնց հիմնական կամ հարակից ախտորոշման մեջ նշված է եղել ԿԴՎ (այսինքն՝ 3,6 դեպք ստացիոնար բուժման 10000 օրվա [UFO] ընթացքում)⁸: 207 հիվանդանոցային հաստատություն ներառող BMR-Raisin ցանցի տվյալները համահունչ են. ԿԴՎ-ի հաճախակալությունը 2017 թվականին մոտավորապես կազմել է 3,1/10000 UFO:

Բարելավել ախտորոշման գործընթացը

Ներդիտական (էնդոսկոպիկ) հետազոտության ընթացքում կեղծ թաղանթ



Պատկեր 2. Clostridioides difficile-ի հետ կապված վարակների ախտաֆիզիոլոգիան:

ների հայտնաբերումը ախտահատուկ է ԿԴՎ-ի համար. բայց դա երկար, ինվազիվ և ցածր զգայունություն ունեցող հետազոտություն է, քանի որ հիվանդության սկզբում կամ հակաբիոտիկների ընդունմամբ պայմանավորված սովորական փորլուծության դեպքում կեղծ թաղանթներ չեն լինում:

Թունածին շտամների և թունակայուն հայտնաբերման թեստեր

ԿԴՎ-ի մանրէաբանական ախտորոշումը հիմնված է կղանքի մեջ ազատ տոքսինների (իմունաֆերմենտային թեստերի կամ կղանքի ցիտոտոքսիկության թեստի միջոցով) կամ թունածին շտամի (ցանքի կամ մոլեկուլային կենսաբանական հետազոտության միջոցով) հայտնաբերման վրա^{9,10}:

Բժշկական կենսաբանության ընթացակարգերի անվանացանկի վերանայումը (Ֆրանսիայի Առողջապահության ապահովագրության ազգային միության՝ 2019 թվականի մայիսի 23-ի որոշումը) ճշգրտում է, որ *C. difficile*-ի որոնումը բուժածին լուծի դեպքում պետք է լինի համակարգված և կարող է իրականացվել լաբորատորիայի բժշկի նախաձեռնությամբ:

Ընդհանուր առմամբ, թունածին շտամի առկայությունը հայտնաբերող թեստերը շատ զգայուն են, բայց վարակի համար ոչ շատ առանձնահատուկ, քանի որ որոշ հիվանդներ թունածին *C. difficile*-ի առանց ախտանշանների կրողներ են: Ընդհակառակը՝ կղանքի մեջ տոքսինների հայտնաբերմանն ուղղված թեստերը շատ առանձնահատուկ են, բայց՝ ոչ այնքան զգայուն¹¹: Չետազոտությունները ցույց են տվել, որ կղանքում ազատ տոքսինների առկայությունն ավելի լավ է փոխկապակցվում վարակի ծանրության հետ (զգայի բարձր մահացություն և լեյկոցիտոզ)¹²:

Երկփուլ ախտորոշիչ ալգորիթմ Եվրոպական¹⁰ և ֆրանսիական խորհրդատվական փաստաթղթերը (Բժշկական մանրէաբանության տեղեկատու. REMIC 2018) առաջարկում են կիրառել երկփուլ ախտորոշիչ ալգորիթմ՝ սքրինինգային ճեպաթեստ (օրինակ՝ *C. difficile*-ին բնորոշ հակածինը՝ գլյուտամատ դեհիդրոգենազը [ԳԴՅ], հայտնաբերող թեստ, որն առանձնահատուկ չէ թունածին շտամների համար), այնու-

հետև՝ ազատ թունակայուն հայտնաբերման թեստ (իմունաֆերմենտային թեստ): Այս ալգորիթմը փոխզիջումային է, որը համատեղում է արագությունը, զգայունությունը, առանձնահատուկությունը և ավելի ցածր գինը:

Որոշ արտադրողներ առաջարկում են իմունաքրոմատոգրական ճեպաթեստ, որը նույն երիզում համատեղում է սքրինինգային ճեպաթեստը (ԳԴՅ-ի հայտնաբերում) և հաստատման թեստը (թունակայուն որոնում):

Վարումը. երկրորդ շարքի առանձնահատուկ բուժում հակաբիոտիկներով

Աղիքային միկրոֆլորայի և դրա պատկերային ազդեցության արագ վերականգնումը հիվանդների ապաքինման առանցքային տարրն է:

Առաջին հերթին անհրաժեշտ է վերացնել հիվանդի ջրազրկումը և դադարեցնել խնդրո առարկա հակաբիոտիկային բուժումը կամ կիրառել պակաս վտանգ պարունակող հակաբիոտիկ: Այս պարզ քայլերը բավարար են լինում դեպքերի 25%-ում կլինիկական բարելավում ստանալու համար:

Եթե ախտահարույց հակաբիոտիկի կիրառումը հնարավոր չէ դադարեցնել կամ փոխարինել այն, կամ՝ եթե ախտանշանները պահպանվում են, հարկավոր է նախաձեռնել առանձնահատուկ բուժում:

Ավելի արդյունավետ և ավելի դյուրատար նոր հակաբիոտիկներ

ԿԴՎ-ների բուժման համար ներկայումս հասանելի է երեք դեղամիջոց՝

մետրոնիդազոլ, վանկոմիցին կամ ֆիդաքսոմիցին:

Մետրոնիդազոլը լայն ազդեցության հակաբիոտիկ է, որը պատասխանատու է զգալի աղիքային դիսբիոզի համար: Այն արագորեն ներծծվում է և կարող է առաջացնել անցանկալի երևույթներ (անտաբուսային ազդեցություն, ծայրամասային նևրոպաթիաներ):

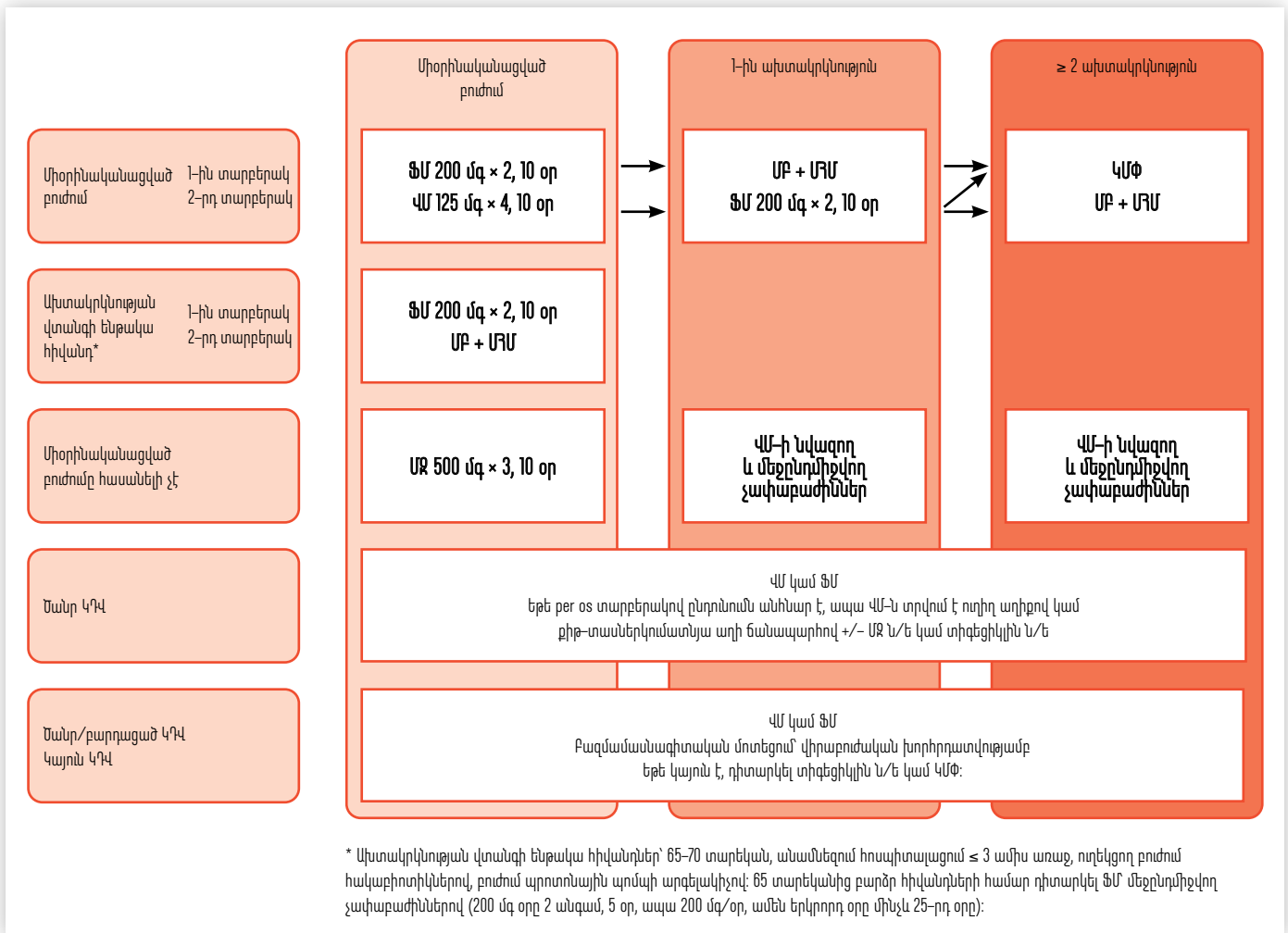
Վանկոմիցինը և ֆիդաքսոմիցինը ավելի նեղ ազդեցության դեղակայուն են, որոնք ավելի քիչ են առաջացնում աղիքային դիսբիոզ: Դրանք կիրառվում են հաբային տարբերակով և չեն ներծծվում, ուստի կղանքային կոնցենտրացիաները շուրջ 1000 անգամ գերազանցում են *C. Difficile*-ն արգելակող նվազագույն կոնցենտրացիաները: Այս երկու դեղամիջոցները ֆրանսիայում նախատեսված են հիվանդանոցային նշանակման համար և գրանցված են վերազիջման ենթակա դեղերի ցանկում [այսինքն՝ հիվանդանոցային դեղատեսից կարող են տրամադրվել ամբուլատոր հիվանդներին՝ ըստ դեղագրի. բացատրությունը՝ թարգմ.]:

2022 թվականին ֆիդաքսոմիցինով բուժումն արժեցել է մոտավորապես 1300 եվրո (այսինքն՝ մոտ 25 անգամ թանկ, քան վանկոմիցինով բուժումը): Չետազոտությունները ցույց են տվել, որ վանկոմիցինն ավելի արդյունավետ է, քան մետրոնիդազոլը, հատկապես՝ ԿԴՎ-ի ծանր ձևերի դեպքում¹³: Բացի դրանից՝ մետրոնիդազոլը կապված է ավելի մեծ թվով ախտակրկությունների և ավելի բարձր մահացության հետ, քան վանկոմիցինը: Ֆիդաքսոմիցինը, որը շուկա է մուտք գործել

CLOSTRIDIoidES DIFFICILE-ն ԹՎԵՐՈՎ...

- *C. difficile*-ն պատասխանատու է կեղծթաղանթային կոլիտի դեպքերի ավելի քան 95%-ի համար:
- *C. difficile*-ն հակաբիոտիկով հարուցված փորլուծության դեպքերի 15-25%-ի հարուցիչն է:
- *C. difficile*-ն պատասխանատու է բուժածին փորլուծության դեպքերի 10%-ի համար:
- Չիվանդների 20-25%-ի դեպքում ԿԴՎ-ն կրկնվում է սկզբնական դրվագից հետո 2 ամսվա ընթացքում:
- Ախտակրկությունների մոտավորապես 10%-ի դեպքում լինում է կրկնակի հոսպիտալացման կարիք:
- Ամեն տարի Ֆրանսիայում կարճատև հոսպիտալացված շուրջ 20000 հիվանդի ախտորոշվում է ԿԴԳ:
- ԿԴՎ-ի մեկ դրվագն արժենում է 9024 եվրո:

ԲՈՒԺԱԿԱՆ CLOSTRIDIODES DIFFICILE ՎԱՐԱԿՆԵՐ



Պատկեր 3. Clostridioides difficile վարակների հակաբիոտիկային բուժումը 2021 թվականի եվրոպական խորհրդատվական փաստաթղթերի համաձայն¹⁷:
 Հապավումներ. ԿԴՎ՝ Clostridioides difficile վարակ, ն/ե՝ ներերակային, ԿՄՓ՝ կղանքային միկրոֆլորայի փոխպատվաստում, ՄՋ՝ մետրոնիդազոլ, ՄԴՄ՝ միակրկնային հակամարմին (բեզլտոքսոմաթ), ՄՓ՝ միօրինականացված բուժում, ՎՄ՝ վանկոմիցին, ՖՄ՝ ֆիդաքսոմիցին:

2012 թվականին, չի գիջում վանկոմիցինին 10-օրյա բուժմանը հաջորդող կլինիկական ապաքինման առումով և նվազեցնում է ախտակրկնությունների հաճախականությունը 39-52%-ով¹⁵:

Ախտակրկնությունների կանխարգելման երկու տարբերակ

Բեզլտոքսոմաթը (B թունալյութի դեմ ուղղված միակրկնային հակամարմին), որը մուտք է գործել շուկա 2017 թվականին, ստանդարտ բուժման հետ համատեղ կիրառման դեպքում ախտակրկնությունների հաճախականությունը նվազեցնում է մոտ 37%-ով¹⁶:

Կղանքային միկրոֆլորայի փոխպատվաստումը (ԿՄՓ), որը Ֆրանսիայում համարվում է դեղամիջոց, ապացուցել է իր արդյունավետությունը դեպքերի ավելի քան 90%-ում ԿԴՎ-ի բազմակի ախտակրկնությունները բուժելիս: Հիվանդի օրգանիզմ է ներմուծվում առողջ դոնորի կղանքի ֆլորոված կախույթ՝ ավելի հարուստ և բազմազան միկրոֆլորայի վերականգնման համար: Կղանքի պատրաստումը և ներմուծումը դեռևս միօրինակացված չէն. դոնորի ծագումը (անասուն կամ ընտանիքի անդամ), կղանքի ծավալը, ներմուծման հաճախականությունը և ներմուծման ուղին (քիթ-ստամոքսային, քիթ-տաս-

երկումատնյա աղիքով կամ էնդոսկոպով) փոփոխվում են հետազոտությունից հետազոտություն:

Խորհրդատվության դասակարգում ըստ ծանրության, վտանգի աստիճանի և ախտակրկնությունների քանակի

Կլինիկական մանրէաբանության և վարակիչ հիվանդությունների եվրոպական ընկերակցությունը (ԿՄՎՅԵԸ, ESCMID) վերջերս թարմացրել է ԿԴՎ-ի բուժման վերաբերյալ խորհրդատվությունը¹⁷: Ըստ այդմ՝ դրանք խմբավորվում են ըստ կլինիկական ձևի (թեթև,

CLOSTRIDIODES DIFFICILE ՎԱՐԱԿՆԵՐ

ծանր, բարդացած), վտանգի և ախտակրկնությունների քանակի (պատկեր 3): Ծանրության աստիճանի սահմանման վերաբերյալ առ այսօր փոխհամաձայնություն չկա, սակայն բազմաթիվ հետազոտություններում կիրառվում է Վարակիչ հիվանդությունների ամերիկյան ընկերակցության սահմանումը, որը հաշվի է առնում արյան շիճուկում կրեատինինի կոնցենտրացիան (հիմնական մեծությունից 1,5 անգամ ավելի) կամ գերլեյկոցիտոզը (ավելի քան 15000/մմ³):

Հիվանդը համարվում է ախտակրկնությունների վտանգի ենթակա, եթե նրա մոտ առկա է վտանգի հետևյալ գործոններից մեկը՝ 65 տարեկանից բարձր տարիք, անամեզում 3 և ավելի ամսով հոսպիտալացվելու նախադեպ, ուղեկցող բուժում հակաբիոտիկներով, բուժում պրոտոնային պոմպի արգելակիչով:

2014 թվականի խորհրդատվական փաստաթղթերի համեմատ հիմնական փոփոխությունները հետևյալն են՝
- մետրոնիդազոլն այլևս խորհուրդ չի տրվում ԿԴՎ-ի բուժման համար, բացառությամբ այն դեպքերի, երբ այն միակ հասանելի դեղամիջոցն է (օրինակ՝ ամբուլատոր բուժում), կամ եթե հիվանդը չի կարող դեղամիջոց ընդունել բերանով (այդ պարագայում կարող է առաջարկվել մետրոնիդազոլի ընդունում ներերակային եղանակով),

- ֆիդաքսոմիցինը նախընտրելի է ԿԴՎ-ի նախնական կամ առաջին ախտակրկնության բուժման համար,
- երկրորդ և հետագա ախտակրկնությունների բուժման դեպքում առաջնահերթությունը տրվում է ԿՄՓ-ին կամ բեզլոտոքսոմաբին՝ ստանդարտ բուժման հետ համատեղ,
- բեզլոտոքսոմաբը խորհուրդ է տրվում առաջին ախտակրկնության ժամանակ, երբ մինչ այդ ֆիդաքսոմիցինը կիրառ-

վել է որպես առաջին շարքի բուժում: Միայն կլինիկական նշանների բարելավումն է որոշում բուժման արդյունավետությունը: Բուժումից հետո կղանքի լաբորատոր հետազոտություն կատարելն ավելորդ է, քանի որ հիվանդների մոտավորապես 30%-ի մոտ կլինիկորեն արդյունավետ բուժումից հետո *C. difficile*-ն կամ դրա թունակությունը դեռևս հայտնաբերվում են:

Կանխարգելումը սկսվում է հակաբիոտիկների տեղին կիրառումով

ԿԴՎ-ի կանխարգելման միջոցառումները նաև թարմացվել են 2018 թվականին՝ ԿՄՎՅԵԸ-ի հովանու ներքո¹⁰: Դրանք հիմնված են առաջին հերթին հակաբիոտիկների տեղին կիրառման վրա: Մի շարք հետազոտություններում հակաբիոտիկների որոշ՝ մասնավորապես վտանգ պարունակող (ցեֆալոսպորիններ, կլինդամիցին, ամքսիցիլին+կլավուլանաթթու, Նոր ֆտորքի-նոլոններ) դասերի կիրառման կրճատումը փոխկապակցված է ԿՅՎ-ով հիվանդացության նվազման հետ:

Խաչաձև փոխանցումը կանխելու հիմնական միջոցները (շփումների ժամանակ նախազգուշական միջոցառումներ) ներառում են վարակված հիվանդի մեկուսացումը առանձին զուգարանով առանձին սենյակում, ձեռքերի հիգիենայի պահպանման խստացումը, հիվանդասելյակ մտնելիս ձեռնոցներ կրելը և տարածքի ախտահանումը (ամեն օր և հիվանդի դուրս գրվելուց հետո)՝ կիրառելով սպորասպան միջոցներ (0,5% ժավելաջուր կամ դրա համարժեքը): Այս միջոցառումները հարկավոր է շարունակել այնքան ժամանակ, քանի դեռ հիվանդն ունի է փորլուծություն:

Պատվաստանյութերն ուսումնասիրման փուլում են

Մինչ օրս ԿԴՎ-ի դեմ պատվաստանյութ չկա: Այդուհանդերձ, վերջին տարիներին զգալի ջանքեր են գործադրվել դրա ստեղծման ուղղությամբ: «Սանոֆի» դեղագործական ընկերությունը կլինիկական փորձարկման III փուլից հետո դադարեցրեց իր պատվաստանյութի (անատոքսինային) մշակումը, քանի որ արդյունավետ չէր: «ՓՖայզեր» դեղագործական ընկերության պատվաստանյութը (վերակազմավորված թունանյութերով) ամենաառաջադեմն է: 2022 թվականի սկզբին կլինիկական փորձարկման III փուլի ավարտից հետո հրապարակված մամուլ հաղորդագրությունը նշում է 31% արդյունավետություն, որն արտահայտվում է ծանր ձևերի նվազմամբ և ԿԴՎ-ի հետ կապված ախտանշանների տևողության կրճատմամբ:

Գիտական նվաճումների հիման վրա թարմացված խորհրդատվություն

2000-ականների սկզբին ԿԴՎ-ների նկատմամբ հետաքրքրությունը վերածնունդ ապրեց՝ խթանելով այս մանրէի կլինիկական և հիմնարար հետազոտությունները: Զգալի առաջընթաց է արձանագրվել ինչպես համաճարակաբանական (համայնքային ձևերի ավելի լավ ճանաչում), այնպես էլ ախտորոշիչ (մոլեկուլային թեստեր) և բուժական (նոր դեղամիջոցներ, կղանքային միկրոֆլորայի փոխպատվաստում, պատվաստանյութեր և այլն): Այս նվաճումները դրդել են գիտական ընկերակցություններին (հատկապես՝ ԿՄՎՅԵԸ-ին) պարբերաբար թարմացնել իրենց խորհրդատվական փաստաթղթերը ԿԴՎ-ի ախտորոշման, բուժման և կանխարգելման վերաբերյալ:

RÉSUMÉ CLOSTRIDIODES DIFFICILE : DES RECOMMANDATIONS ACTUALISÉES

Clostridioides difficile est un bacille à Gram positif anaérobie sporulé responsable d'un large spectre d'infections digestives : de la diarrhée simple spontanément résolutive à la colite pseudomembraneuse qui peut se compliquer de mégacôlon toxique, de perforation et entraîner le décès du patient. Les principaux facteurs de risque d'infections à *C. difficile* (ICD) sont l'âge supérieur à 65 ans, l'administration d'antibiotiques et les antécédents d'hospitalisation. La virulence des souches est liée à la production de deux toxines, TcdA et TcdB. L'émergence et la dissémination rapide d'un clone dit « hypervirulent » (O27/NAP/BI) en 2005 a stimulé la recherche clinique et fondamentale. Des avancées majeures ont été réalisées tant sur le plan épidémiologique (meilleure reconnaissance des formes communautaires d'ICD), diagnostique (nouveaux tests moléculaires) que thérapeutique (nouveaux traitements comme la fidaxomicine, le bezlotoxumab, ou la transplantation de microbiote fécal); ces progrès ont permis la mise à jour des recommandations de prise en charge, sous l'égide de la Société européenne de microbiologie clinique et des maladies infectieuses (ESCMID). Le traitement antibiotique des ICD dépend à la fois de la sévérité de l'infection, du risque et du nombre de récurrences. Le contrôle de l'infection requiert, d'une part, la maîtrise de la consommation d'antibiotiques et, d'autre part, la mise en œuvre de précautions « contact » vis-à-vis des patients infectés.

SUMMARY CLOSTRIDIODES DIFFICILE: UPDATED RECOMMENDATIONS

Clostridioides difficile is a spore-forming anaerobic enteropathogen responsible for a wide spectrum of clinical features ranging from mild uncomplicated diarrhoea to severe debilitating disease, toxic megacolon, or even perforation and sometimes death. Risk factors for CDI include age >65 years, previous hospitalization and recent antibiotic therapy. Main virulence factors of *C. difficile* are toxins A (TcdA) and B (TcdB). The emergence and dissemination of a new hypervirulent strain (O27/NAP/BI) in 2005 has stimulated clinical and basic research on *C. difficile*. Major advances have been made regarding the CDI epidemiology (better recognition of community acquired CDI), diagnosis (molecular tests) and therapy (new drugs such as fidaxomicin, bezlotoxumab, and fecal microbiota transplantation) aspects. These advances have allowed the updating of management recommendations, under the aegis of the European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases (ESCMID). Antibiotic treatment of CDI depends on both the severity of the infection, and the risk/number of recurrences. Prevention of CDI requires an antimicrobial stewardship policy and the implementation of contact precautions for the infected patients.

ՀՊՈՒՄՆԵՐ

1. Loo VG, Poirier L, Miller MA, Oughton M, Libman MD, Michaud S, et al. A predominantly clonal multi-institutional outbreak of *Clostridium difficile*-associated diarrhea with high morbidity and mortality. *N Engl J Med* 2005;353:2442-9.
2. McDonald LC, Killgore GE, Thompson A, Owens RC Jr, Kazakova SV, Sambol SP, et al. An epidemic, toxin gene-variant strain of *Clostridium difficile*. *N Engl J Med* 2005;353:2433-41.
3. Barbut F, Day N, Bouée S, Youssef A, Grandvoininnet L, Lalande V, et al. Toxigenic *Clostridium difficile* carriage in general practice: results of a laboratory-based cohort study. *Clin Microbiol Infect* 2019;25(5):588-94.
4. Gabriel L, Beriot-Mathiot A. Hospitalization stay and costs attributable to *Clostridium difficile* infection: a critical review. *J Hosp Infect* 2014;88(1):12-21.
5. Barbut F, Bouée S, Longepierre L, Goldberg M, Bensoussan C, Levy-Bachelot L. Excess mortality between 2007 and 2014 among patients with *Clostridium difficile* infection: a French health insurance database analysis. *J Hosp Infect* 2018;98(1):21-8.
6. Le Monnier A, Duburq A, Zahar JR, Corvec S, Guillard T, Cattoir V, et al. Hospital cost of *Clostridium difficile* infection including the contribution of recurrences in French acute-care hospitals. *J Hosp Infect* 2015;91(2):17-22.
7. Rupnik M, Wilcox MH, Gerding DN. *Clostridium difficile* infection: new developments in epidemiology and pathogenesis. *Nat Rev Microbiol* 2009;7(7):526-36.
8. Colomb-Cotinat M, Assouvie L, Durand J, Daniau C, Leon L, Maugot S, et al. Epidemiology of *Clostridioides difficile* infections, France, 2010 to 2017. *Euro Surveill* 2019;24(35):1800638.
9. Cohen SH, Gerding DN, Johnson S, Kelly CP, Loo VG, McDonald LC, et al. Clinical practice guidelines for *Clostridium difficile* infection in adults: 2010 update by the Society for Healthcare epidemiology of America (SHEA) and the Infectious Diseases Society of America (IDSA). *Infect Control Hosp Epidemiol* 2010;31(5):431-55.
10. Crobach MJT, Planche T, Eckert C, Barbut F, Terveer EM, Dekkers OM, et al. European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases: update of the diagnostic guidance document for *Clostridium difficile* infection. *Clin Microbiol Infect* 2016;22 Suppl 4:S63-81.
11. Eckert C, Jones G, Barbut F. Diagnosis of *Clostridium difficile* infection: the molecular approach. *Future Microbiol* 2013;8:1587-98.
12. Planche TD, Davies KA, Coen PG, Finney JM, Monahan IM, Morris KA, et al. Differences in outcome according to *Clostridium difficile* testing method: a prospective multicentre diagnostic validation study of *C difficile* infection. *Lancet Infect Dis* 2013;13(11):936-45.
13. Johnson S, Louie TJ, Gerding DN, Cornely OA, Chasan-Taber S, Fitts D, et al. Vancomycin, metronidazole, or tolevamer for *Clostridium difficile* infection: results from two multinational, randomized, controlled trials. *Clin Infect Dis* 2014;59(3):345-54.
14. Stevens VW, Nelson RE, Schwab-Daugherty EM, Khader K, Jones MM, Brown KA, et al. Comparative effectiveness of vancomycin and metronidazole for the prevention of recurrence and death in patients with *Clostridium difficile* infection. *JAMA Intern Med* 2017;177(4):546-53.
15. Crook DW, Walker AS, Kean Y, Weiss K, Cornely OA, Miller MA, et al. Fidaxomicin versus vancomycin for *Clostridium difficile* infection: meta-analysis of pivotal randomized controlled trials. *Clin Infect Dis* 2012;55 Suppl 2:S93-103.
16. Wilcox MH, Gerding DN, Poxton IR, Kelly C, Nathan R, Birch T, et al. Bezlotoxumab for prevention of recurrent *Clostridium difficile* infection. *N Engl J Med* 2017;376(4):305-17.
17. van Prehn J, Reigadas E, Vogelzang EH, Bouza E, Hristea A, Guery B, et al. European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases: 2021 update on the treatment guidance document for *Clostridioides difficile* infection in adults. *Clin Microbiol Infect* 2021;27 Suppl 2:S1-S21.
18. Tschudin-Sutter S, Kuijper EJ, Durovic A, Vehreschild MJGT, Barbut F, Eckert C, et al. Guidance document for prevention of *Clostridium difficile* infection in acute healthcare settings. *Clin Microbiol Infect* 2018;24(10):1051-154.

Արտառոց առաջընթացի շնորհիվ բժշկությունը գնալով ավելի ու ավելի տեխնիկական է դառնում: Ժերար Ռիչը աշխատություն է նվիրել բժշկական պրակտիկայում մարդկային գործոնի կարևորությանը՝ բժշկին և բուժառուին դնելով «անձի» կարգավիճակում: Երբ հիմնականում այս հինգերորդ չափանիշն ավելանում է բժշկության մյուս չորս բնութագրիչներին՝ կանխատեսող, կանխարգելիչ, անհատականացված և մասնակցային:

Տեխնիկական, թե՛ մարդակենտրոն բժշկություն. պե՞տք է արդյոք փոխել հարացույցը

2022 թ. լույս տեսած «Հանուն մարդակենտրոն բժշկության. հանդիպման փիլիսոփայական ուսումնասիրությունը» վերտառությամբ գրքում փորձել են ցույց տալ, թե ինչու է անհրաժեշտ բժշկության մեջ փոխել հարացույցը: Մեկնել են փաստի արձանագրումից, որ բժշկությունն այսօր ճգնաժամ է ապրում, որը նշանավորվում է մարդկային աստիճանական վերացումով՝ տեխնիկական մասնագիտացման զարգացմանը զուգընթաց: Այդ ճգնաժամն ունի բավականին զարմանալի երկու ախտանշան, որոնք լուրջ ազդեցություն են գործում բուժման արդյունավետության վրա. հաճախ (ամեն երկրորդ դեպքում) բուժառուները չեն հետևում բժշկի նշանակումներին («բուժառուի անհետևողականություն»), նաև՝ բժիշկները չեն հարգում լավագույնը ճանաչված գործելակարգերը («կլինիկական ինտեգրիացիա»): Ես ենթադրում եմ, որ այդ երկու երևույթները տեղի են ունենում, քանի որ բուժառուներն ու բժիշկները աստիճանաբար կորցրել են իրենց անձ դարձնող սուբյեկտի կարգավիճակը: Եթե այս ախտորոշումը ճշմարիտ է, այն ակնհայտ լուծում է առաջարկում ճգնաժամին. բարձրտեխնոլոգիական բժշկության համատեքստում, որն, անշուշտ, գովելի է, խրախուսել անհատակենտրոն բժշկության առաջխաղացումը, որում անհատը սահմանվում է որպես բարդ մտածելակերպով օժտված էակ: Կարևոր է ընկալել, որ այդ սահմանումը վերաբերում է ինչպես բժիշկներին, այնպես էլ բուժառուներին:

Նման հայեցակարգային շրջանակում բժշկությունը նկարագրվում է որպես երկու անձանց հանդիպում. մեկը դիմում է բուժում ստանալու ակնակալիչով, մյուսը տրամադրում է այն: Այդ հանդիպումը միաժամանակ երկու հարթության վրա է տեղի ունենում՝ խորհրդատվության անհամաչափ հարթությունը, որի անհամաչափությունը ներհատուկ է այն փաստին, որ բժշկությունն առաջին հերթին իր տեխնիկական հնարավորությունները կիրառող մասնագիտություն է, և երկու անձի գրույցի հարթությունը՝ գործընթաց, որն, ընդհակառակը, կատարելապես համաչափ է:

Վերջապես, այս գիրքը, ուրվագծելով միջավայրը, որում պետք է ընթանա այդ հանդիպումը, մարդակենտրոն բժշկության հիմքերը դնելու հնարավորություն է տալիս հիմնված

Ժերար Ռիչի
Առաջին էջի մեջ տեղում.
Սորբոն
Փարիզ-Յյուսիս
համալսարանի
վաստակավոր
պրոֆեսոր
gerardreach@icloud.com

Ժ. Ռիչը հայտնում է, որ մասնակցել է Novo Nordisk, Lilly, Novartis, Sanofi-Aventis, Merck Serono, GSK, Ipsen, Abbott Pharma, BMS, Pfizer, Roche Pharma, Roche Diagnostics, Abbott Diagnostics, Lifescan, Bayer Diagnostics, Dexcom, BioGen, Abbvie, Servier, Novartis, Viatris, Astra Zeneca, Timkl ընկերությունների որոշ ծրագրերի:

սկզբունքի վրա, որը ես անվանում եմ «մարդայինամություն»՝ Նորաբանություն բաղկացած «խնամք» և «մարդկայնություն» բառերի համադրությունից (ֆրանսերենում՝ «principe carité», անգլերեն «care» և ֆրանսերեն «humanité» բառերից):

«Ախտաֆիզիոլոգիական» մոտեցում

Երբ բժիշկները ցանկանում են որևէ հիվանդություն բուժել, նրանք հաճախ ապավինում են ախտաֆիզիոլոգիական դատողությանը: Կիրառում են ամենը, ինչ գիտեն ֆիզիոլոգիայի, այսինքն՝ Նորմալ վիճակի մասին, և փորձում են վերականգնել այն՝ ախտահարումը վերացնելով: Իր «Նորմալը և ախտաբանականը»¹ գրքում, փիլիսոփա-բժիշկ Ժորժ Կանգիլեմը ցույց է տվել մի բան, որը ներըմբռնմամբ չի տրվում. մենք գիտենք ֆիզիոլոգիան ախտի գոյության պատճառով: Օրինակ՝ ինսուլինը հայտնաբերվեց մեկ դար առաջ, որով հետև կային շաքարային դիաբետով հիվանդներ, ինչը մտածելու տեղիք է տալիս, որ ինսուլինի իրական դերը շաքարային դիաբետի կանխարգելումն է: Սա ակնհայտորեն նպատակաբանական (տեղեղագիական) կամ էվոլյուցիոն տեսակետ է, քանի որ ենթադրում է, որ ֆիզիոլոգիան զարգացել է հիվանդությունները կանխելու նպատակով:

Այստեղ առաջարկվող մտորումը որդեգրում է նմանատիպ «ախտաֆիզիոլոգիական» մոտեցում: Հաշվի առնելով բժշկության ձախողումները, բուժառուների անհետևողականությունը և բժիշկների կլինիկական ինտեգրիացիայի խնդիրներ, որոնց ես երկու գիրք եմ նվիրել^{2,3}, փորձել եմ հասկանալ, թե «ինչն է պակասում», և ինչն է այդ անհաջողությունների պատճառը: Սահմանելու համար, թե ինչպիսին կարող է լինել մարդակենտրոն բժշկությունը, ես մեկնել եմ դրա անմարդկայնությունից: Բժշկության մասին խոսելիս «անմարդկայնություն» բառը կարող է չափազանցված թվալ:

Կլամենայի այն հիմնավորել երեք դիտարկումով, որոնք իմ խորհրդածությունների մեկնարկային կետն են եղել: Նախ՝ բժշկականի ուսանողները բողոքում են, որ իրենց էմպաթիայի կարողությունը նվազում է՝ բժշկական ուսումնառությանը զուգահեռ⁴. ուսումնառություն, որը, ծանրաբեռնված

ՔՆՆԱՐԿՈՒՄ

տեխնիկական գործընթացներով և որոշումների կայացման ծառ-սխեմաներով, ավելի ու ավելի է հեռացնում բուժառուների՝ որպես մարդ ընկալումից: Երկրորդ՝ գործող բժիշկներն այն զգացումն ունեն, որ գնալով ավելի ու ավելի են իրենցից պահանջում կիրառել լավագույնը ճանաչված գործելակարգերը, որոնք, ըստ նրանց, իրականությունից կտրված տեսական ձևակերպումներ են⁵, և որ իրենք կորցնում են իրենց փորձառությունն օգտագործելու ունակությունը, որը հաճախ հիմնված է փորձի վրա, բայց նաև՝ ներքմբռնման: Կարող են նույնիսկ վախենալ, որ, ի վերջո, արհեստական բանականությունը կփոխարինի իրենց: Եվ, վերջապես, բժշկության ոլորտում կատարված զգալի առաջընթացը հիվանդանոցները դարձրել է վայրեր, որտեղ տեխնիկական-մասնագիտական հմտություններն արտահայտված են ամենաբարձր մակարդակով, սակայն որտեղ մարդկային գործունը հաճախ բացակայում է: Մինչդեռ, երբ բուժառուն հոսպիտալացվում է, նա երեք բան է ակնկալում՝ խնամքի որակ, անվտանգություն և լավ ընդունելություն, այսինքն՝ հյուրընկալություն⁶: Դա միշտ չէ, որ տեղի է ունենում, նույնիսկ տասը տարի առաջ մի գիրք հրատարակվեց՝ «Հիվանդանոց. ակտիվ աշխարհ» վերնագրով⁷, որն ի ցույց էր դնում հիվանդանոցային համակարգի բազմաթիվ թերությունները՝ նկարագրելով «սովորական վատ վերաբերմունքի» գոյությունը: Այսօր որոշ ծերանոցներում տեղի ունեցածի ապշեցուցիչ բացահայտումը հիշեցնում է, որ բժշկության մեջ անմարդկայնությունը հնարավոր է:

Բժշկության ճգնաժամ, որը հարացույցի փոփոխություն է պահանջում

Ի մի բերելով տպավորություն է, որ արդյունավետության և անվտանգության, այսինքն՝ տեխնիկական առումով բժշկության արտասովոր առաջընթացն ուղեկցվել է մարդկայնության անկմամբ, ինչն իր հետևանքներն ունի. և հիվանդները, և՛ բժիշկները մարդկային էակներ են, որոնք մարդկային վերաբերմունք են փնտրում: Չետևաբար, նրանք կարող են դիմակայել բժշկության տեխնիկականացմանը, և այս դիմադրությունն արտահայտվում է արդեն նշված ախտանշաններով հիվանդների դեպքում՝ նշանակումներին չհետևելը, բժիշկների դեպքում՝ կլինիկական ինտերցիան: Վերջին տարիներին դրանց դեմ պայքարելու փորձերը ձախողվել են, ինչի վկայությունն է այդ թեմաներով ամսական մի քանի հոդվածի հրատարակումը: Սա ցույց է տալիս, որ բժշկությունն իսկապես ճգնաժամի մեջ է և հարացույցի փոփոխության կարիք ունի. Թոմաս Կունն իր հայտնի «Գիտական հեղափոխությունների կառուցվածքը» գրքում⁸ առաջ է քաշել այն վարկածը, որ գիտական հեղափոխությունը տեղի է ունենում, երբ առկա խնդիրները գերիշխող գիտական հարացույցի շրջանակներում չեն լուծվում:

Կունը նշում էր, որ «հարացույցը կասկածի տակ է դրվում միայն այն բանից հետո, երբ որևէ կարևոր առեղծված լուծելու բազմակի ձախողումները ճգնաժամի են հանգեցնում: Սակայն նաև անհրաժեշտ է, որ ճգնաժամի զգացումն առաջադրի հարացույցի մեկ այլ թեկնածություն»: Եթե ճգնաժամի պատճառը հիվանդների և նրանց խնամողների անհատներ լինելու փաստն անուշադրության մատնելն է, հնարավոր է դառնում սահմանել թեկնածու հարացույցը՝ մարդկայնու-

րոն բժշկությունը, որը և՛ հիվանդներին, և՛ բժիշկներին դիտարկում է որպես անձ, և բժշկությունն այդքան կարող է սահմանվել որպես նրանց հանդիպում, որտեղից էլ սերում են իմ գրքի վերնագիրը և ենթավերնագիրը՝ «Հանուն մարդակենտրոն բժշկության. հանդիպման փիլիսոփայական ուսումնասիրությունը»:

Բժշկության հինգերորդ չափանիշը

Այս գիրքը, այսպիսով, առաջարկում է բժշկության չորս չափանիշներին՝ կանխատեսող, կանխարգելիչ, անհատականացված և մասնակցային, հավելել հինգերորդը՝ անձի բժշկությունը: Առաջին երեք չափանիշները հաճախ նկարագրվում են «ճշգրիտ բժշկություն» արտահայտությամբ, որն արտացոլում է այն արտակարգ օգուտը, որ կարելի է ստանալ բժշկության գիտական առաջընթացից:

Սակայն կարևոր է տարբերակել անհատականացված բժշկությունը (3-րդ չափանիշ) և անձի բժշկությունը՝ առաջարկվող 5-րդ չափանիշը: Անհատականացված բժշկությունը հիմնված է տվյալների վրա, որոնք պետք է նկարագրեն հիվանդին, այդ իսկ պատճառով այն հատկապես լավ է զարգացել թվային տեխնոլոգիաների ի հայտ գալով՝ ի բարօրություն հիվանդների: Դրան հակառակ՝ անձի բժշկության մեջ հիվանդը սահմանվում է որպես գերազանցապես որակական էակ, ինչը նրան դարձնում է ամբողջական (էակ), այսինքն՝ ավելին, քան նրա մասերի հանրագումարը (այդ ավելին աննկարագրելի է քանակական, հետևաբար՝ թվային առումով): Բացի դրանից՝ անձի բժշկության մեջ, ինչպես են եմ այն ընկալում, հարկ է ևս մեկ անգամ ընդգծել, որ այդ «ավելին» վերաբերում է խնամքի երկու դերակատարներին՝ խնամողին և խնամվողին, քանզի երկուսն էլ, բժշկի ու բուժառուի կարգավիճակից զատ, անձնավորություններ են: Այդ ավելին, թերևս, այն է, ինչ հիվանդը զգում է հոգու խորքում՝ հիվանդության դեմ-հանդիման, տագնապն է, որը բժիշկը սովորել է մեղմել իր վերաբերմունքով: Արդյոք թվային օբյեկտն իսկապես կկարողանա թթափել տագնապը և այդպիսով բավարարել այն, ինչը կարող է բուժառուի առաջին պահանջը լինել:

Տեսնում ենք, որ այս տեսակետի որդեգրումը հարց է բարձրացնում՝ բժշկության մեջ կամ խորքային և մնայուն մի բան, որ թվային տեխնոլոգիաներով վերարտադրելի չէ և չի էլ լինի: Այդ հարցն առանձնահատուկ սրությամբ է դրվում հատկապես այսօր՝ արհեստական բանականության արտառոց զարգացման ժամանակաշրջանում: Եթե բժշկությունը երկու մարդու միջև հանդիպում է, ապա դժվար է պատկերացնել, որ համակարգիչն իրապես կարող է լիարժեքորեն կատարել այդ «հանդիպման» գործառնությունը:

Անհամաչափություն և համաչափություն բժշկության մեջ

Առողջապահության ոլորտի մասնագետի, ով էլ նա լինի, և որևէ հիվանդություն ունեցող կամ դրա վտանգին ենթակա անձի միջև հանդիպումը, այսինքն՝ բժշկության մեջ միջանձնային հարաբերությունը, ինչպես ցանկացած մասնագիտության դեպքում, անապայմանորեն անհամաչափ է: Նմանատիպ բնական անհամաչափություն գոյություն ունի



Պատկեր. Խորհրդատվությունն ու զրույցը համատեղող մարդակենտրոն բժշկություն (ժերար Ռիչի «Ղանուն մարդակենտրոն բժշկություն. հանդիպման փիլիսոփայական ուսումնասիրությունը» գրքից: Դերման հրատարակչություն, « Le Bel Aujourd’hui », 2022, հրատարակչի թույլտվությամբ):

հաց թխել իմացող հացթուփի և Նրանից այդ հացը գնող հաճախորդի միջև: Այդ երկու սուբյեկտների՝ հացթուփի և Նրա հաճախորդի հարաբերության մեջ օբյեկտը հացն է: Նույնը վերաբերում է խնամողի և խնամվողի հարաբերությանը. խնամողը գիտի հոգ տանել, իսկ խնամվողը գալիս է Նրա մոտ, որպեսզի իրեն խնամեն: Ուստի այստեղ ևս կա անհրաժեշտ անհամաչափություն, որը ներհատուկ է այն փաստին, որ խոսքը մասնագիտության մասին է, սակայն խնամողի մասնագիտությունն ունի մի առանձնահատկություն, որը հատուկ է Նաև մի քանի այլ մասնագիտությունների՝ փաստաբանի, ուսուցչի և հոգևորականի: Այստեղ երկու սուբյեկտի խնամողի և խնամյալի միջև հարաբերության օբյեկտը հենց երկու սուբյեկտներից մեկն է (խնամյալը), ինչն անխուսափելիորեն իշխանություն է տալիս մյուսին: Այդ իշխանությունը, անկասկած, առավելություն ունի՝ բուժելու կարողությունը, բայց Նաև վտանգ է պարունակում՝ իշխանության չարաշահումը, որը «բժշկական իշխանություն» կոչված վտանգն է:

Այստեղ է, որ բժշկության մեջ ներմուծվող հինգերորդ չափանիշը՝ անձի չափանիշը, ամբողջապես իմաստավորվում է: Նկատի առնելով, ինչպես են առաջարկում եմ, որ և՛ բուժառուները, և՛ բուժաշխատողները հավակնում են որպես անձ դիտարկվելու իրավունքին, կրկին համաչափություն ենք ներմուծում մի հարաբերության մեջ, որը, ինչպես տեսանք, անպայմանորեն անհամաչափ է: Երկու անձանց միջև խնամքի հարաբերություններում այդ համաչափությունը կապ է ստեղծում իրավունքներ և պարտականություններ հասկացությունների միջև, որոնցով Նրանք փոխադարձաբար պարտավոր են մեկը մյուսին: Դա իրականացվում է հանդիպման ժամանակ «զրույցի» միջոցով, որը կարող է տարբեր ձևեր ընդունել (օրինակ՝ անհատական կամ կոլեկտիվ), սակայն որը միշտ պետք է հարգի համաչափության սկզբունքը:

Ահա այստեղ է «հարացույցի փոփոխությունը», որն անհրաժեշտ է դարձել բժշկության ճգնաժամի հետևանքով, խոսքը խնամողի մասնագիտության անհրաժեշտ անհամաչափությունը երկու անձանց զրույցի համաչափության հետ համադրելու մասին է: «Խորհրդատվության» և «զրույցի» համադրությունը ցուցադրում է «մարդախնամության» սկզբունքի երկու «դեմքը» խնամքը և մարդկայնությունը (պատկեր):

Միմյանց հետ հաշտեցնել ժամանակակից բժշկության երեք գյուտերը

Ապշեցուցիչ է, որ միևնույն ժամանակ 1970-ականներին, բժշկության մեջ ի հայտ եկավ երեք հայեցակարգ՝ ապացուցողական բժշկություն (*evidence-based medicine*, EBM)⁹, հիվանդի բուժուսուցում (*Therapeutic Patient Education*, TPE)¹⁰ և բժշկական էթիկայում ինքնավարության սկզբունք¹¹: Դա Նաև այն ժամանակն էր, երբ բուժառուների հետևողականության խնդիրը սկսեց զարմանքի առարկա դառնալ¹²:

Ապացուցողական բժշկության պարագայում բժշկությունը հաստատում է, որ գիտական է դարձել՝ ռանդոմացված կլինիկական մեծ փորձարկումների միջոցով անթերի կերպով ցույց տալով ավստորոշման և բուժման նվաճումները:

Բուժառուի բուժուսուցումը կարող է սկզբնապես դիտարկվել որպես միջոց, որը Նրան հնարավորություն է տալիս օպտիմալ կերպով օգտվելու այդ առաջընթացից: Սակայն, միևնույն ժամանակ, այն նպաստում է ինքնավարության սկզբունքի պահպանմանը և, այդ առումով, թույլ է տալիս լուծել այն, ինչ կարելի է անվանել «հետևողականության» պարագրքս. մի կողմից՝ ամեն ինչ արվում է՝ փորձելու համար բարելավել բուժառուի հետևողականությունը, ինչը գովելի նպատակ է, երբ մենք գիտենք նշանակումներին չհետևելու աղետալի հետևանքների մասին, սակայն, մյուս կողմից, ինքնավարության սկզբունքը և 2002 թվականի մարտի 4-ի՝ բուժառուների իրավունքների մասին օրենքը պնդում են, որ Նրանք իրավունք ունեն բուժման մեջ հետևողական չլինելու, քանի որ, սկզբունքորեն, ոչ մի բուժում չի կարող նշանակվել առանց Նրանց համաձայնության: Հաճելի է տեսնել օրենքի տեքստում կիրառված «անձ» և «հետ» բառերը. «Յուրաքանչյուր անձ առողջապահության ոլորտի մասնագետի հետ, և հաշվի առնելով Նրա տրամադրած տեղեկություններն ու խորհուրդները, ընդունում է իր առողջությանը վերաբերող որոշումներ: Բժիշկը պետք է հարգի անձի ցանկությունները՝ տեղեկացնելով Նրա ընտրության հետևանքների մասին»¹³:

Այնուհայտ է դառնում, որ հիվանդների բուժուսուցումը կլինի Նոր հարացույցի առանցքային բաղադրիչը, որը հնարավորություն կտա համատեղելու բժշկական առաջընթացի կիրառումը և բուժառուներին ձայնի իրավունք տալու անհրաժեշտությունը, այլ կերպ ասած՝ տեխնիկականն ու մարդկայինը:

Հարացույցի փոփոխության զորդյան հանգույցը. բժշկական ժամանակի խնդիրը

Այս առաջարկի խոչընդոտ է անմիջապես ի հայտ գալիս. զրույցը ժամանակ է պահանջում, իսկ ժամանակն ամենաշատն է պակասում: Ժամանակի սղությունը, օրինակ, բուժուսուցման արդյունավետ իրականացման հիմնական խոչընդոտն է: Դա կլինիկական ինտերցիայի երևույթի հիմնական պատճառն է: Սա Նաև ջերմ ընդունելության պակասի բացատրությունն է՝ անձնակազմի սղության պատճառով և «հիվանդանոցում մնալու միջին տևողությամբ» խորհրդանշվող սահմանափակումների շրջանակում, որը հիվանդանոցային գործունեության արդյունավետության ցուցիչներից մեկն է. հիվանդանոցի բժշկական և ոչ բժշկական անձնակազմերը երբեմն զգում են, որ վատ վերաբերմունք են

ՔՆՆԱՐԿՈՒՄ

դրսևորում, ինչն էլ բացատրում է այն գայրույթը, որը նրանք արտահայտում են արդեն տարիներ ի վեր: Այսպիսով վերը շարադրված ընդհանուր սկզբունքները, կարծես, երազանքի տիրույթից են, քանի որ սա անհաղթահարելի թվացող խոչընդոտ է:

Իրականում, այն անհաղթահարելի է ներկայիս համակարգում, որում բժշկական ժամանակի խնդիրը կարծես գորդյան հանգույց լինի, որի թելերը հնարավոր չէ արձակել: Ուստի այն անհրաժեշտ է կտրել, և սա է հարացույցի փոփոխության նպատակը, որն, ըստ իս, հիմնված է հետևյալ տասը բաղադրիչների վրա՝

1. վերջնականապես վերջ դնել դիմորդների ընդունման numerus clausus-ի (սահմանափակ թվի) սկզբունքին՝ բժիշկների պակասը լրացնելու համար, սակայն դա ենթադրում է համալսարաններին միջոցներ տալ՝ բժշկի մասնագիտությունն ընտրած շատ ավելի մեծ թվով ուսանողների դասավանդելու համար,

2. վերաարժուրել բժշկի մասնագիտությունը՝ բառի բոլոր իմաստներով՝ ճանաչելով նրան որպես անձ և ներգրավելով մասնագիտության մեջ անհրաժեշտ փոփոխություններին վերաբերյալ որոշումների կայացման մեջ,

3. ավելի գրավիչ դարձնել նաև բուժքրոջ մասնագիտությունը՝ վարձատրությունը համապատասխանեցնելով հարևան երկրներում գործող սանդղակներին, ինչն իրական հրատապություն է,

4. գարգացնել խորացված տեսական և գործնական գիտելիքներով բուժքրոջ հայեցակարգը, որը հնարավորություն է տալիս այս նոր մասնագիտությանը վստահելու որոշ բժշկական գործողություններ՝ առաջադրանքների պատվիրակման միջոցով, ինչն էլ ժամանակ կազատի բժիշկների համար,

5. թերևս ստեղծել մասնագիտական ճյուղ, որը կզբաղվի կանխարգելմամբ,

6. մշակել արհեստական բանականությանն առնչվող գործիքներ, որոնք նպատակը պետք է լինի բժշկի ժամանակն ազատելը՝ ստանձնելով այն, ինչ կարելի է իրականացնել թվային տեխնոլոգիաների շնորհիվ (սա շատ լավ նկարագրված է Էրիկ Տոպոլի «Deep Medicine» գրքում¹⁴),

7. ինչ վերաբերում է քրոնիկական հիվանդություններին, որոնք դարձել են ժամանակակից բժշկության «սիրտը»¹⁵, հարկավոր է հասկանալ, որ դրանք բուժումը չի կարող վարձատրվել յուրաքանչյուր կոնկրետ գործողության դիմաց վճարի հիմունքներով: Հարկավոր է խրախուսել երկարատև խորհրդատվությունների կազմակերպումը, որոնք ընթացքում ժամանակ կտրամադրվի գրույցին ու բուժուսուցմանը, և կիրառել որոշակի սահմանված վարձատրության հայեցակարգը:

8. Բժշկության սկզբունքներում ու խոսույթի մեջ կանոնավոր կերպով «հիվանդ» կամ «բուժառու» բառը փոխարինել «հիվանդություն ունեցող անձ» արտահայտությամբ, ինչպես, օրինակ, բարձրակարգ գիտական ամսագրերում պահանջվում է նշել «people with diabetes», այլ ոչ թե՛ «diabetic patient», սա կնշանակի ճանաչել անձի կարգավիճակը, ինչը ենթադրում է սուբյեկտի գաղափարը, որին ձայն են տալիս: Այս հասկացության մաս է կազմում «փորձագետ բուժառու» կամ «գործընկեր բուժառու» գաղափարը, որի ճանաչումն անհրաժեշտ է, եթե ցանկանում ես իմաստավորել մասնակցային բժշկության գաղափարը:

9. ներգրավվել ծերության և նյարդադեգեներատիվ հիվանդությունների հետ կապված խոցելիության դեմ պայքարի վիթխարի գործում, մասնավորապես՝ տնային խնամքի և կախյալ տարեց մարդկանց համար նախատեսված համապատասխան հաստատությունների թեմաների վերաբերյալ՝ անձի բժշկության տեսանկյունից, մարդ էակը, ինչ էլ որ լինի, մինչև վերջ մնում է անձ,

10. վերջապես, բժշկական կրթության ծրագրերի նախնական փուլում և բժիշկների շարունակական կրթության ծրագրերում մեծ տեղ հատկացնել հումանիտար գիտություններին, որոնք հնարավորություն են տալիս ըմբռնելու բժշկության իրական իմաստը: Սա ևս հարացույցի փոփոխություն է, միաժամանակ էական ու մտահոգիչ է դիտարկելը, որ մի քանի տարի շարունակ խոսք է գնում ոչ թե բժշկության, այլ «բժշկական գիտությունների» դասավանդման մասին, ինչն էլ հանգեցնում է նրան, որ ուսումնական ծրագիրը կազմակերպվում է «բժշկական գիտությունների ընդհանուր կամ խորացված կրթության դիպլոմ» շրջանակներում (DFGSM diplôme de formation générale ou approfondie en sciences médicales, (ԲԳԸԽԿԳ))): Մինչդեռ դասավանդողներն ու ուսանողները նախընտրում են շարունակել ասել՝ D1 (DCEM1-ի Deuxième cycle des Etudes Médicales-ի (բժշկական ուսումնառության երկրորդ փուլի առաջին տարի), կարճացված ձևը), ինչպես նախկինում, այլ ոչ թե ԲԳԸԽԿԳ:

Դասական հումանիտար գիտությունների վերադարձ՝ մարդակենտրոն բժշկության համար պայմաններ ստեղծելու նպատակով

Բժշկությունը որպես երկու անձի հանդիպում բնութագրելը, ինչպես ես եմ առաջարկում անել, ակնհայտորեն փիլիսոփայական խնդիր է, որը բացատրում է իմ գրքի վերնագրի երկրորդ մասը. «հանդիպման փիլիսոփայական ուսումնասիրությունը», կարող էի նույնիսկ ասել՝ երևութաբանական ուսումնասիրությունը: Բժշկությանը նման իմաստ հաղորդելը նշանակում է նաև մտորել բժշկական էթիկայի հիմքերի մասին, որը երկնքից չի ընկել, այլ կառուցվել է փիլիսոփայական հենքով, որի ակունքները ես փորձել եմ համբերատարորեն վերականգնել իմ գրքում՝ սկսելով Արիստոտելի «Միկումաքյան էթիկա»-ից, հասնելով Էմանուել Լևինասին՝ այլության փիլիսոփային, ըստ որի՝ էթիկան սկսվում է այն պահից, երբ Ուրիշը դիմում է ինձ և ցույց տալիս ինձ իր դեմքը, որն ասում է. «Դու ինձ չես սպանի»¹⁶:

Այդուհանդերձ, փիլիսոփայությունը գիտություն չէ, բայց պատկանում է հումանիտար «գիտություններին»: Այսպիսով հումանիտար գիտությունների օգնությանը դիմելով՝ մարդակենտրոն բժշկության ստեղծումը և առողջապահության համակարգի ապագայի վերասահմանումն անհրաժեշտություն է դառնում:

Հումանիտար գիտությունները ներառում են այնպիսի ոլորտներ, ինչպիսիք են գրականությունը, լեզուները, մարդկության պատմությունը և աշխարհագրությունը, հնագիտությունը, մարդաբանությունը, իրավունքը, քաղաքականությունը, կրոնը, արվեստը և վերջապես, փիլիսոփայությունը: Այս բնագավառները տարբերվում են գիտության այնպիսի բնագավառներից, ինչպիսիք են ֆիզիկան, աստղագիտությունը, քիմիան և կենսաբանությունը: Հետաքրքիր է նշել,

ՔՆՆԱՐԿՈՒՄ

որ Զեմբրիչի բառարանն այսպիսի օրինակ է տալիս. «Ես միշտ ավելի շատ հետաքրքրված եմ եղել հումանիտար բնագավառներով, քան գիտությամբ»: Որոշ բժշկական ուսումնական հաստատություններ հասկացել են ուսանողներին ավանդական կրթական դաշտից դուրս հանելու և այլ վայրեր, օրինակ՝ թանգարան, ուղղորդելու նպատակահարմարությունը, քանի որ փորձը պարզել, թե ինչն է կտավը գլուխգործոց դարձնում, կարող է օգնել նրանց՝ դրսևորել իրենց կլինիկական զգացողությունը: Պատմողական բժշկության¹⁷ ուսուցմանը կարևորություն տալը կապ է ստեղծում բժշկության և գրականության միջև. այն ուղղակիորեն հենված է կարևորության վրա, որ Պոլ Ռիկյորը¹⁸ տալիս է պատումին: Կինոթիվայի զարգացումը ստիպում է մարդկանց որևէ օրինակ՝ Ակիրա Կուրոսավայի «Ապրել» կամ Դեյվիդ Լինչի «Փիղ-մարդը» ֆիլմի առնչությամբ մտորել կյանքի իմաստի մասին, որը բժշկական պրակտիկայի հիմնարար հարցերից է¹⁹:

Դուրս գալ բժշկության նեղ տիրույթից՝ հումանիտար գիտությունների տարբեր ասպեկտներն ընդգրկելու համար

Վերոնջալը հուշում է, որ մարդակենտրոն բժշկության հիմքը, որը նպատակ ունի առավելագույն օգտվելու գիտական առաջընթացից՝ միշտ նկատի ունենալով այն կիրառողների և դրանից օգուտ քաղողների մարդկային բնույթը, պետք է հիմնված լինի ոչ միայն ամուր գիտական հիմքի վրա,

այլ նաև առողջապահական ոլորտի մասնագետներին մարդկային վերաբերյալ ուսուցանելու, որը դուրս է գալիս բժշկության խիստ տիրույթից՝ ներառելով հումանիտար գիտությունների տարբեր ասպեկտները: Դա որոշակի հետևանք ունի. բժշկական կրթությունը պետք է առաջին հերթին պահանջկոտ լինի բժշկական գիտելիքների առումով, բայց նաև ուսանողների միտքը բացի աշխարհի բարդությանն ու գեղեցկությանն ընդառաջ:

Խնդիրը հետևյալն է՝ հնարավոր է այսօր նորովի հիմնել անձի բժշկություն, իրականում Օսլերի բժշկությունը, որը պատգամում էր. «Մի հարցրեք, թե ինչ հիվանդություն ունի անձը, այլ ավելի շուտ՝ ի՞նչ անձն ունի հիվանդություն»: Բժշկություն, որը կկարողանա դիմադրել տեխնիկականի գերիշխանությանը, և որը նույնիսկ կկարողանա դրան իր կանոնները պարտադրել: Դրա ուժը հիմնված կլինի այն բանի վրա, որ տեխնիկականին դիմադրությունը համապատասխանում է հենց բուժառուների ակնկալիքներին, որոնք ցանկանում են որպես անձ ճանաչվել. սոցիալական ցանցերի հաջողությունը, որտեղ մարդը որպես անձ գոյություն ունենալու տարածություն է գտնում, այդ ակնկալիքի դրսևորումն է: Ասկայն, ինչպես տեսանք, դա նաև ապագա կամ գործող բժիշկների ակնկալիքն է, որոնք չեն ցանկանում, որ իրենց մտավոր ունակությունները հանգեցվեն մեքենաների միջոցով իրականանալի ունակությունների: Ո՛չ բուժառուները, ո՛չ էլ բժիշկները չեն կարող հաշտվել այն բանի հետ, ինչն, ըստ էության, կնշանակեր կլինիկական բժշկության վերացում:

ՀԱՆՐԱՎՈՐ Է ԱՐԴՅՈՔ ՏԵԽՆԻԿԱԿԱՆ ԵՎ ՄԱՐԴԱԿԵՆՏՐՈՆ ԲԺՇԿՈՒԹՅՈՒՆԸ

Իր վերջին աշխատությունում ժերար Ռիչը փորձում է ապացուցել, որ բժշկության մեջ հնարավոր է համատեղել տեխնիկականը ու մարդկայինը: Դրանով զասնընթացի վրա, որը նա մշակել է Սորբոն Փարիզ-Յոնախ համալսարանի բժշկական Դասընթացում, նրա մեկնաբանությունը բարկացած է երկու մասից: Առաջինը վերնագրված է «Կլինիկայի փրկիստփայություն», ցույց է տալիս, թե ինչպես է դասական և ժամանակակից փրկիստփայական գրականության վերլուծությունը թույլ տալիս նկարագրել մտածելու ունակության մեխանիզմները, հանդիպման ժամանակ միասին մտածելու հնարավորությունը և, հետևաբար, էթիկայի փրկիստփայական հիմքերը: Երկրորդ մասը՝ «մարդակենտրոն կլինիկայի պրակտիկան», ցույց է տալիս, թե ինչպես է այդ դատողությունը հանգեցնում հարացույցի փոփոխության, որն անհրաժեշտ է մարդակենտրոն բժշկությունը վերահիմնելու համար: Այսպիսով՝ գիրքը անընդհատ կամուրջներ է նետում բժշկության և փրկիստփայության միջև՝ հետևելով Հիպոկրատի խորհրդին: «Անհրաժեշտ է տեղափոխել փրկիստփայությունը բժշկության մեջ, իսկ բժշկությունը՝ փրկիստփայության²⁰»:



Gérard Reach. Pour une médecine humaine. Étude philosophique d'une rencontre. Paris: Hermann, coll. «Le Bel Aujourd'hui» dirigée par Danielle Cohen-Levinas, avril 2022, 450 pages.

ԳՂՈՒՄՆԵՐ

1. Canguilhem G. Le Normal et le Pathologique. Paris: Presses universitaires de France, coll. «Quadrige», 1991.
2. Reach G. Pourquoi se soigne-t-on? Enquête sur la rationalité morale de l'observance. Préface de Pascal Engel. Latresne: Le Bord de l'Eau, coll. «Clair & Net», 2007.
3. Reach G. L'Inertie clinique, une critique de la raison médicale. Préface de Joël Ménard. Paris: Springer, 2012.
4. Neumann M, Edelhäuser F, Tauschel D, Fischer MR, Wirtz M, Woopen C, et al. Empathy decline and its reasons: a systematic review of studies with medical students and residents. Acad Med 2011;86(8):996-1009.
5. Bachimont J, Cogneau J, Letourmy A. Pourquoi les médecins généralistes n'observent-ils pas les recommandations de bonnes pratiques cliniques? L'exemple du diabète de type 2. Sciences sociales et santé 2006;24:75-103.
6. Reach G. Hospitalité: pour l'avènement à l'hôpital d'une bienveillance ordinaire. La Revue du Praticien 2017;67:371-9.
7. Compagnon C, Sannié T. L'Hôpital, un monde sans pitié. Paris: L'Éditeur, 2012.
8. Kuhn T. La structure des révolutions scientifiques (1970), trad. Par Meyer L, Paris: Flammarion, 1983.
9. Evidence-Based Medicine Working Group. Evidence-based medicine. A new approach to teaching the practice of medicine. JAMA 1992;268:2420-5.
10. Miller LV, Goldstein J. More efficient care of diabetic patients in a county-hospital setting. N Engl J Med 1972;286:1388-91.
11. Beauchamp T, Childress JF. Principles of biomedical ethics. Oxford: Oxford University Press (1979). 5e édition, trad. par Fisbach M. Paris: Les Belles Lettres, coll. «Médecine & Sciences humaines», 2008.
12. Sackett D. Compliance with therapeutic regimens. Baltimore: The John Hopkins University Press, 1979.
13. Loi du 4 mars 2002. https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2002/3/4/2002-303/loi/texte
14. Topol E. Deep Medicine. How artificial intelligence can make healthcare human again. New York: Basic Books, 2019.
15. Grimaldi A, Caillé Y, Pierru F, Tabuteau D. Les maladies chroniques. Vers la 3e médecine. Paris: Odile Jacob, 2017.
16. Levinas E. Totalité et infini. Essai sur l'extériorité. Paris: Le Livre de poche, coll. «Biblio essais», 1971.
17. Charon R. Médecine narrative. Rendre hommage aux histoires des maladies. Trad. par Fourreau A. Paris: Sipayot, 2006.
18. Ricœur P. Soi-même comme un autre. Paris: Seuil, coll. «Sciences humaines», 1990. Temps et récit. Paris Seuil, coll. «Essai», 1991.
19. Lefèvre C. Devenir médecin. Cinéma, formation et soin. Paris: Presses universitaires de France, coll. «Questions de soin», 2012.
20. Hippocrate, De la bienséance, 5.



Պիեռ Լը Կոզ
pierre.le-coz@univ-amu.fr

ՔՆՆԱՐԿՈՒՄ

Էթիկայի ազգային խորհրդատվական կոմիտեի վերջին կարծիքը կյանքի ավարտի վերաբերյալ հաստատում է այն միտումը, ըստ որի՝ աջակցությամբ իրականացված ինքնասպանությունը նախընտրելի է էվթանազիայից: Կոմիտեի կարծիքով՝ որոշ սահմանային դեպքերում հարկավոր է դիտարկել մահանալ ցանկացողին ակտիվ օգնություն ցուցաբերելու խնդիրը: Այդ ուղին, թերևս, ավելի քիչ էթիկական և իրավաբանական խնդիրներ է առաջացնում, քան էվթանազիան: Այնուհանդերձ, այստեղ ևս առկա է բժշկի դերի և բարոյական պատասխանատվության հարցը:

Կյանքի ավարտ. հարկավոր է տարբերել էվթանազիան և աջակցությամբ իրականացված ինքնասպանությունը

Էթիկայի ազգային խորհրդատվական կոմիտեն (ԷԱԽԿ) 2022 թվականի սեպտեմբերի 13-ին եզրակացություն է հրապարակել կյանքի ավարտի վերաբերյալ, որում համարում է, որ որոշ սահմանային դեպքերում պետք է դիտարկել մահանալուն ակտիվ օգնություն ցուցաբերելու հարցը¹: Ըստ կոմիտեի՝ եթե հիվանդը դեռևս կյանքի ամենավերջում չէ և բուժման չենթարկվող տառապանքի է ենթարկվում, հնարավոր է նրան ինքնասպանություն գործելու օգնություն ցուցաբերել կամ նույնիսկ, որոշ բացառիկ հանգամանքներում, էվթանազիա իրականացնել:

Այս դիրքորոշումը համահունչ է համաշխարհային մշակութային զարգացումներին, որոնք քիչ թե շատ նշմարելի են արևմտյան ժողովրդավարական երկրներում, որտեղ կյանքի սրբազան արժեքը կշեռքի նժարին է դրվում այլ արժեքների հետ, ինչպիսիք են կարեկցանքը կամ կամքի ինքնավարության հարգանքը: Նիդերլանդներն այս դարասկզբին էվթանազիայի ապաքրեականացման առաջամարտիկը դարձավ: Նրա օրինակին հետևեցին այլ պետություններ, բայց ոչ այն քանակությամբ, որքան կարելի էր պատկերացնել, քանի որ ժողովրդավարական հասարակություններում մահանալուն ցուցաբերվող աջակցության զարգացումն ավելի շատ ընթացել է ինքնասպանությանն օժանդակության ապաքրեականացման ուղղությամբ: Այսպես՝ Միացյալ Նահանգներում Օրեգոնից հետո (1997 թ.) չորս նահանգ թույլատրել է այն վերջին տասնամյակի ընթացքում (Վաշինգտոն, Մոնտանա, Վերմոնտ և Կալիֆոռնիա): Եվրոպայում ևս նման միտում է գծագրվում, օրինակ՝ Գերմանիայի և Իտալիայի բարձրագույն դատարանները 2020 թ. վճռել են, որ աջակցությամբ իրականացված ինքնասպանության քրեականացումը «հակասահմանադրական» է, իսկ Ավստրիան այն թույլ է տվել 2022 թվականի հունվարից:

Գիտական հետազոտությունների ազգային կենտրոն (CNRS), «Կենսամշակութային մարդաբանություն, իրավունք, էթիկա, առողջապահություն» գիտահետազոտական կենտրոն (ADES), Էքս-Մարսել համալսարան, Մարսել, Ֆրանսիա

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

Այսպիսով, դուրս ենք գալիս էվթանազիայի կողմնակիցների և հակառակորդների դասական հակադրությունից: Աջակցությամբ իրականացված ինքնասպանության միջոցով ձևավորվում է երրորդ ճանապարհը. այս միջին ճանապարհը, կարծես, պակաս խնդրահարույց էթիկական և իրավական հարցեր է առաջացնում, քան էվթանազիան:

Ինքնասպանություն գործելու հարցում օգնության դիմելու երեք դրդապատճառ

Ինքնասպանությունն ինքնակամ սեփական մահը պատճառելու գործողությունն է (suicide՝ լատիներեն *suī* «ինքն իրեն», և *caedere*՝ «մահացու հարվածել» բառերից): Երբեմն իրականացվում է որոշակի միջոցներով (հրազեն, պարան, սայր և այլն), երբեմն՝ գործողություններով (նետվել, խեղդվել և այլն): Ինքնասպանության ձևերը կարելի է տարբերակել ըստ դրանց պատճառի: Աջակցությամբ իրականացված ինքնասպանությունն ակնհայտորեն տարբերվում է ինչպես իմպուլսիվ, այնպես էլ կանխամտածված ինքնասպանությունից: Իմպուլսիվ ինքնասպանությունը սուր հոգեբանական ճգնաժամի հետևանք է, որը հոգեբույժներն անվանում են *raptus*: Իր վերահսկվող, կշռադատված և կազմակերպված բնույթով աջակցությամբ իրականացված ինքնասպանությունը նման է կանխամտածված ինքնասպանությանը, սակայն տարբերվում է դրանից մեկ էական առումով՝ դրդապատճառները բացատրվում են, բացահայտվում ի լուր աշխարհի, հայտնի են մի քանի երրորդ անձանց, այդ թվում՝ հիվանդի ընտանիքին, ինչպես նաև՝ բարբիտուրատի (սովորաբար՝ նատրիումի պենտոբարբիտալի) դեղատոմսը տվող անձին: Աջակցությամբ իրականացված ինքնասպանությունը «միասնական» ինքնասպանություն է, այլ ոչ թե

ՔՆՆԱՐԿՈՒՄ

միայնակ իրագործված ինքնասպանություն: Այն հիմնված է երեք շարժառիթի վրա:

Առաջին դեպքում հիվանդի մահանալու ցանկությունը պայմանավորված է անտանելի ցավ պատճառող լուրջ և անբուժելի հիվանդության կամ ծանր հաշմուղային հարուցած մշտական տառապանքներով: Ֆրանսիայում հիվանդը երբեմն դիմում է աջակցությամբ իրականացված ինքնասպանության գնալով Շվեյցարիա, որտեղ այն թույլատրվում է²: Սա այն դեպքն է, երբ հիվանդին միևնույն ժամանակված չէ խոր և շարունակական սեղացիա, քանի որ կարճաժամկետ հեռանկարում նրա կյանքին վտանգ չի սպառնում: Սա վերաբերում է անբուժելի քաղցկեղով կամ նյարդադեգեներատիվ հիվանդություններով տառապող մարդկանց: Որպես վկայություն մեր ժամանակների բարքերի՝ 2022 թվականի մայիսին դատարանն արդարացրեց մի անասնաբույժի, որը որոշ միջոցներ էր նշանակել Շարկոյի հիվանդությամբ տառապող իր ընկերոջ կյանքին վերջ տալու համար³:

Երկրորդ դեպքում հիվանդի խնդրանքը՝ օգնել իրեն մահանալ, բխում է առանց ուղեկցության ինքնասպանության չնախատեսված ընթացքից խուսափելու ցանկությունից: Սովորական ինքնասպանությունների դեպքում հարազատները կամ վկաները կարող են ահազանգել շտապ օգնության ծառայություններ: Դեպքի վայր ուղարկված շտապօգնության բժիշկները փրկում են ինքնասպանության փորձ կատարած անձին և նրան վստահում վերակենդանացնող բժիշկներին, որոնք հետևում են ընդունված գործելակարգին՝ նրա կյանքն ապահովելու համար: Նրանք չեն կարող այլ կերպ վարվել, քանի որ չգիտեն արարքի պատճառը (դա կարող է լինել իմպուլսիվ ինքնասպանություն) կամ դրա բնույթը (կարող է լինել ինքնասպանությամբ քողարկված սպանություն): Այսպիսով, այս համակարգված բուժման արդյունքում հիվանդը, որը ցանկանում էր հեռանալ կյանքից, ենթարկվում է բռնի կերպով կյանք վերադարձվելու վտանգին՝ լուրջ ֆիզիկական կամ նյարդաբանական վիճակի հետևանքով ավելի վատթարացած վիճակում հայտնվելով քան, մինչ այդ էր: Հիշենք կախվելու միջոցով ինքնասպանության փորձից հետո փրկված մարդկանց կրած ծանր վնասները: Աջակցությամբ իրականացված ինքնասպանության դիմելը հիմնավորված է փորձն ավարտին չհասցնելու սարսափելի հեռանկարից խուսափելու ցանկությամբ:

Վերջապես, աջակցությամբ իրականացված ինքնասպանությունը կոչված է կանխել սովորական հաջողված ինքնասպանության հետ կապված վտանգները, այսինքն՝ շահագրգիռ անձի դաժան մահը (պատուհանից նետվել, կախվել և այլն), որին կհավելվի նրա մահվան ականատեսների հոգեցնցումը:

Բժշկի անուղղակի դերն ինքնասպանությանն աջակցելու գործում...

Բայց ինչո՞վ է ինքնասպանությանն աջակցելու խնդրանքը տարբերվում էվթանազիայի խնդրանքից: Դրսի դիտորդը կարող է մտածել, որ մահվանն օժանդակելու այս երկու ձևերը նման են: Սակայն բժշկի տեսանկյունից մարդուն դեղատոմս տալը և մահացու դեղամիջոցն անմիջապես նրա երակը ներարկելը ամենևին էլ նույնը չէ: Ինքնասպանու-

թյանն աջակցելու ընթացակարգում բժիշկը միայն մահաբեր նյութ է նշանակում, որը դիմողին կտրամադրի դեղագործը: Բժշկի ներգրավվածությունը լույ անուղղակի է, քանի որ շահագրգիռ անձն է սեփական մահն ի կատար ածողը: Նրանք միջև ֆիզիկական շփում չկա. բժշկի մարմինը չի մտնում հիվանդի մարմին, ինչպես էվթանազիայի դեպքում:

Էթիկական տեսանկյունից՝ էվթանազիան ավելի բարձր տեղ է զբաղեցնում բարոյական օրինազանցության սանդղակի վրա: Եթե էվթանազիայի ժամանակ հիվանդը դիմում է ուրիշին՝ որպես իր մահն ապահովողի, ապա աջակցությամբ իրականացված ինքնասպանության դեպքում հիվանդն իր վրա է վերցնում պատասխանատվությունը: Քանի դեռ նա ի վիճակի է իրեն խաղաղ մահ պատճառել՝ որևէ միջոց կուլ տալով, ինչ պատճառ պետք է ունենա, որ խնդրի բժշկին՝ մահացու արարքը կատարել: Հիվանդը երրորդ կողմին ազատում է իրեն մահ պատճառած լինելու հիշողությամբ ապրելու անհարկի տանջանքներից:

Իսկ ինչ է մնում այն հիվանդներին, որոնք ի վիճակի չեն ինքնասպան լինել: Էթիկայի կոմիտեն չի շրջանցում այս առանձնահատուկ դեպքը, որն, ըստ նրա, կարող է արդարացնել էվթանազիան: Անշուշտ, ավելի խելամուտ կլինեք չբացել այդ սողանցքը, դեպի որը կնետվեն տարբեր մասնավոր դեպքերում, և հիվանդին կտրամադրվի համապատասխան տեխնիկական օգնություն, որը, կամա թե ակամա, նրան ինքնասպանություն գործելու հնարավորություն կտա:

... Բայց ծանր բարոյական պատասխանատվություն

Ունենալով պակաս սահմանազանց բնույթ, քան էվթանազիան, աջակցությամբ իրականացված ինքնասպանությունը բժիշկների համար ավելի քիչ էթիկական խնդիրներ է առաջացնում, ըստ էության: Բժիշկը հավատարիմ է մնում Հիպոկրատի երդմանը՝ չլինելով հիվանդի մահվան հետիևակը: Եթե էվթանազիայի ժամանակ բժիշկը վերջ է տալիս հիվանդի տառապանքներին՝ վերջ տալով նրա կյանքին, աջակցությամբ իրականացված ինքնասպանության դեպքում նա միայն հնարավորություն է ստեղծում: Բժիշկը կարող է հույս փայփայել, որ, դեղատոմսը ձեռք բերելու շնորհիվ հանդարտվելով, հիվանդը կփոխի միտքը և կիրաժարվի մահանալու ծրագրից:

Թեև բժշկի պատասխանատվությունը նվազում է, այն, այնուամենայնիվ, մնում է ծանր: Հիրավի, նրա փստորոշումն է, որ պայմանավորում է մահվանն աջակցելու գործընթացի մեկնարկը կամ ոչ: Բժշկությունը մնում է աջակցության համակարգի հիմնաքարը, որը հիմնված է հիվանդի կլինիկական քննության և նրա խնդրանքի բնույթի խնդրանքի վրա: Բժիշկը պետք է յուրաքանչյուր դեպքում ինքն իրեն հարցնի՝ կոնկրետ հիվանդի խնդրանքն արդարացված է, թե՞ պաթոլոգիական: Բժիշկը պետք է կարողանա հիվանդին ճիշտ հարցեր տալ և այլընտրանքներ դիտարկել նրա հետ՝ խուսափելու համար ընկճախտային վիճակից բխող ինքնասպանությունից, որն իրականում հոգեբանական վարում է պահանջում:

Կյանքին վերջ տալու ցանկություն հայտնող հիվանդի հետ դեմ առ դեմ հանդիպման ժամանակ բժիշկը ոչ միայն կլինիկական և գիտական ամուր հմտություններ ունեցող

ՔՆՆԱՐԿՈՒՄ

փորձագետ է, այլ նաև հանդես է գալիս որպես մարդկային էակ, որը տառապանքի և մեղության արտակերպ բողոքի է բախվում: Հիվանդի դեմքի արտահայտության ուժը բժշկի մեջ արթնացնում է այն, ինչ Լևինասն անվանում է «պատասխանատվություն ուրիշի հանդեպ»: Ինչպե՞ս է նա իրականացնելու իր բարին գործելու պարտքը նման պայմաններում: Արդյոք պետք է ենթարկվի հիվանդի ընտրությանը, թե՛ փորձի տարհանոգել նրան: Բժիշկը բախվում է բարոյական երկընտրանքի, որը ինքնասպանության արդարացման փիլիսոփայական իմաստավորում է պահանջում:

Ինքնասպանության փիլիսոփայական արդարացումները

Թեև ոչ մի փիլիսոփա, կարծես, երբևէ չի փառաբանել ինքնասպանությունը⁴, Լուսավորության դարաշրջանի որոշ մտածողներ, ինչպիսիք են Հյունը⁵ և Մոնտեսքյուն⁶, հիշատակում են սահմանային դեպքեր, երբ կյանքի վերջին տարիների դժվարությունները կարող են արդարացնել դրա ավարտն արագացնելու ցանկությունը: Երբ ապագան ոչինչ չի խոստանում, բացի առկա տառապանքների շարունակականությունից կամ նույնիսկ խորացումից, բնական և իրավաչափ չէ՞ այդ կյանքին վերջ տալու ցանկությունը: Պատերազմի համատեքստում կարելի է հասկանալ նաև դիմադրության մարտիկների ինքնասպանությունը, որոնք ցանկանում են խուսափել խոշտանգումների տակ խոսելուց: Աջակցությամբ իրականացված ինքնասպանության նախագիծը նաև ոչ պակաս հարգանք է ներշնչում, երբ դրված է այլասիրական ցանկությամբ՝ հարազատներին գերծ պահել գերջանքեր գործադրելով իրենց կյանքը զոհաբերելուց: Մարդկային էակի համար նողկալի է իրեն որպես «բեռ» ընկալելը:

Այսօր որոշ փիլիսոփաներ կողմ են ողբերգական դեպքերում մահվանն ակտիվ աջակցելուն, երբ դա անհատի տառապանքը թեթևացնելու միակ միջոցն է⁶: Այնուամենայնիվ, օգտապաշտական մտածողության համակարգում մեկ անձի տառապանքի կրճատումը չպետք է հանգեցնի մյուսների տառապանքի ավելացմանը: Ինքնասպանությանը չպետք է աջակցել, եթե այն կմեծացնի հարազատների տառապանքը (մեղքի զգացում, խուճապ, հոգետրավմա և այլն): Սա ենթադրում է, որ ընտանիքը պետք է տեղեկացված ու համակերպված լինի և ընդունի հիվանդի ընտրությունը:

Երկընտրանքներ՝ կապված ինքնասպանությանն աջակցելու հետ

Եթեկայի ազգային խորհրդատվական կոմիտեի վերջին կարծիքը կյանքի ավարտի վերաբերյալ հաստատում է այլ երկրներում աջակցությամբ իրականացված ինքնասպանության ճանապարհը նախընտրելու շոշափելի միտումը: Բաղաքական առումով դա կարող է դիտվել որպես փոխազդում հակադիր մոտեցումների միջև («կյանքի կողմնակից» (pro-life) ընդդեմ «ընտրության կողմնակից» (pro-choice)), որին փորձում են հասնել պետական իշխանությունները: Աջակցությամբ իրականացված ինքնասպանությունը մեղմ մահ է, որը թույլ չի տալիս մարդուն կյանքից հեռանալ դաժանորեն և առանց բարոյական աջակցության:

Եթե Ֆրանսիայում ինքնասպանությանն օժանդակելը թույլատրվի, դա աննախադեպ երկընտրանքներ կառաջացնի, բայց իրավական համակարգում լուրջ ցնցումների չի հանգեցնի: Իսկապես, մեր օրենքը վաղուց արդեն չի արգելում ինքնասպանությունը: Դա կնշանակի ընդամենը, ինչպես Շվեյցարիայում, անմեղ համարել վստահելի երրորդ անձին, որն օգնում է մարդուն օրենքով չարգելված արարք գործել:

Ի պատիվ իրեն, աջակցությամբ իրականացված ինքնասպանությունը չի խախտում սպանության արգելքը, որն ամբողջ հանրային կյանքի հիմնասյունն է: Դրան հակառակ, հասարակության համար վտանգավոր է Էվթանազիայի ապաքրեականացումը, որը բժշկին տալիս է չափազանց մեծ լիազորություններ՝ սահմանակից այն բանին, ինչ Ֆուկոն անվանում էր «կենսաիշխանություն» (բժշկական հսկողություն կյանքի սկզբից մինչև վերջ): Տարօրինակ կլիներ 1981 թվականին մահապատիժը վերացրած երկրի օրենքում գրել, որ մարդն իրավունք ունի որոշակի պայմաններում սպանել մեկ այլ մարդու:

Աջակցությամբ իրականացված ինքնասպանությունն առավելություն ունի՝ սահմանափակում է բժշկի իշխանությունը և շեշտը դնում մահացու արարքի իրականացման համար հիվանդի պատասխանատվության վրա: Այնուամենայնիվ, քանի որ բժիշկն է տալիս բժշկական վկայականը, հաստատում դիմողի՝ որոշում կայացնելու կարողությունը և նշանակում համապատասխան նյութը, նա մեծապես ներգրավված է մասնագիտական և մարդկային առումներով: Հետևաբար, նույնիսկ եթե օրենքը նրան լիազորի դա անել, նրա առաջին պարտականությունը մշտապես կլինի համոզվելը, որ հիվանդի տառապանքը թեթևացնելու համար այլ ճանապարհ չկա, քան ինքնասպանությանն օժանդակելը: Թող որ նա հիշի Պասկալի մտորումը, որը մեզ հրավիրում է ուսումնասիրելու մահվան ցանկությունը. «Բոլոր մարդիկ ձգտում են երջանիկ լինել (...) Սա բոլոր մարդկանց բոլոր արարքների շարժառիթն է, նույնիսկ նրանց, ովքեր պատրաստվում են կախվել»⁵:

ԴՊՈՒՄՆԵՐ

1. CCNE, avis 139 : « Questions éthiques relatives aux situations de fin de vie : autonomie et solidarité ». Septembre 2022. www.ccne-ethique.fr/node/529
2. Berthod MA, Pillonel A, Castelli Dransart DA. L'assistance au suicide en Suisse : l'émergence d'un modèle d'inconduite. Swiss Journal of Sociology 2020;46:1-17.
3. Perragin C. Aide à mourir : vers une évolution du droit ? Philosophie magazine, mai 2022.
4. Fernandez-Zoila A. « Suicide ». In : Auroux S (dir.). Encyclopédie philosophique universelle, t. 2, PUF, Paris, 1990, p. 2493.
5. Hume D. Of Suicide, 1784, in: P. Singer, Applied Ethics, Oxford, Oxford University Press, 1986, p. 19-27.
6. Montesquieu. Lettres persanes. Paris : Classiques Garnier, 2013 [1724], lettre n° 76.
7. Beauchamp TL, Childress J. Les principes de l'éthique biomédicale, Fishbach M (trad.). Les Belles Lettres, coll. « Médecine et Sciences humaines », Paris, 2008, p. 218-26.
8. Pascal. Pensées. Folio-Classiques, éd. Michel Le Guern, Paris, 2004 [1670], pensée n° 138.

ՆԵՐԱՐԳԱՆԴԵՆՈՒ ՔԱՂՅԿԵՂ. ՆՈՐ ՏՎՅԱԼՆԵՐ

Թեման պատրաստվել է պրոֆ. **Քեթրին Ուզանի խորհուրդներով:** Սորբոնի համալսարանի և Դիտիե Սալպետրիեր հիվանդանոցի գինեկոլոգիական և կրծքագեղձի վիրաբուժության և ուռուցքաբանության բաժանմունքի ղեկավար, Փարիզ, Ֆրանսիա
catherine.uzan@aphp.fr

Յեղիակը հայտնում է Roche, GSK, AstraZeneca, MSD, Exact Sciences և Kephren ընկերությունների ծրագրերին իր մասնակցության մասին:

Դեպի ամբուլատոր և ավելի անհատականացված բուժում

Բժշկների գործունեության միօրինականացումը յուրաքանչյուր բուժառուի հավասար հնարավորություններ է ընձեռում և նպատակ ունի նրա առանձնահատկությունները վերհանելիս ապահովել լավագույն թիրախային բուժում: Խնդիրն առավել քան կարևոր է ներարգանդեկու (էնդոմետրիում) քաղցկեղի դեպքում, որը հաճախ է հանդիպում և ախտահարում է խոցելի բուժառուներին (տարեց, գեր, զարկերակային գերճնշում ունեցող և այլն): 2021 թվականի եվրոպական խորհրդատվությունը հատուկ շեշտադրում է անատոմաախտաբանության և մոլեկուլային կենսաբանության հիմնական դերը: Եթե, բավականին հաճախ, նվազ միջամտական վիրահատությունը, ներառում է արգանդի ու դրա հավելումների երկկողմանի հեռացում (հիստերեկտոմիա և ադնեքսեկտոմիա), համակցված ինդոցիանին կանաչով հայտնաբերված ժամապահ-ավշահանգույցի հեռացման ու հետազոտման հետ, ապա բուժման շարունակությունը փաստացի կախված է մոլեկուլային նոր գործիքակազմից: Վերջապես, ռոբոտ օգնականով վիրահատությունը հնարավորություն է տալիս ընդլայնելու նվազ միջամտական մեթոդների սահմանները, իսկ ամբուլատոր բուժումը սահմանափակում է ազդեցությունը բուժառուների կյանքի վրա:

- **Էջ 22** Ներարգանդային ախտահարումների ախտորոշման ռազմավարությունը
- **Էջ 27** Համաճարակաբանությունը, դասակարգումը և վտանգի գործոնները
- **Էջ 30** Միկրոարբանյակների անկայունություն
- **Էջ 35** Վիրաբուժության զարգացումը
- **Էջ 39** Ֆրանսիան շուտով կկատարի արդյոք շրջադարձ դեպի ամբուլատոր վիրաբուժությունը
- **Էջ 41** Հետվիրահատական բուժում
- **Էջ 45** Պահպանողական բուժում
- **Էջ 49** 10 հիմնական ուղերձներ

Ներարգանդային ախտահարումների ախտորոշման ռազմավարությունը

Ի՞նչ լրացուցիչ հետազոտություններ են պահանջվում առաջնային ուլտրաձայնային հետազոտությունից հետո

ժերենի Բելլիտի¹
Սոֆի Էզելս²
ժոֆրա Քանլորթ^{1,3}

¹ Լա Պիտիե Մայլետրիեր հիվանդանոցի գինեկոլոգիական և կրծքագեղձի վիրաբուժության և ուռուցքաբանության բաժանմունք, Պետական օժանդակության փարիզյան հիվանդանոցների միավորում (AP-HP), Փարիզ, Ֆրանսիա

² Լա Պիտիե Մայլետրիեր հիվանդանոցի բազմապրոֆիլային և ուռուցքաբանական ռադիոլոգիայի բաժանմունք, Կանանց պատկերային ախտորոշման բաժանմունք, Պետական օժանդակության փարիզյան հիվանդանոցների միավորում (AP-HP), Փարիզ, Ֆրանսիա

³ Առողջապահության և բժշկական հետազոտությունների ազգային ինստիտուտ (Inserm) UMR-S 938, քաղցկեղի կենսաբանություն և թերապիա, Սենտ Մառտան

Ներարգանդային ախտահարումների ախտորոշման ռազմավարությունը հարց է, որը շատ հաճախ է առաջանում գինեկոլոգիական խորհրդատվությունների ժամանակ: Բազմաթիվ բուժառուներ դիմում են մետորագիայի գնահատման կամ ուլտրաձայնային հետազոտության ժամանակ պատահաբար հայտնաբերված ներարգանդային պատկերի հետազոտման համար, և անհրաժեշտ է խիստ մոտեցում ցուցաբերել ներարգանդենու (Էնդոմետրիում) քաղցկեղն աչքաթող չափերի համար կամ, ընդհակառակը, չպարտադրել լրացուցիչ հետազոտություններ, որոնք երբեմն ցավոտ են, և միշտ էլ, որ անհրաժեշտ են:

Ներարգանդենու քաղցկեղն առավել հաճախ հանդիպում է հետազոտանադադարում գտնվող կանանց շրջանում. դեպքերի ճշգրիտ մեծամասնության առաջին կլինիկական նշանը արյունահոսությունն է: Այն կարող է հայտնաբերվել նաև նախադաշտանադարի փուլում՝ արգանդային անկանոն արյունահոսության գնահատման ժամանակ, թեև այս համատեքստում՝ շատ ավելի հազվադեպ:

Ներարգանդենու քաղցկեղի հյուսվածաբանական և պատկերային հետազոտությունները սահմանված են եվրոպական խորհրդատվական փաստաթղթերով, որոնք վերջին անգամ թարմացվել են 2021 թվականին¹:

Արգանդային անկանոն արյունահոսություն. նախնառաջ անհրաժեշտ է ուլտրաձայնային հետազոտություն

Սեռական օրգաններից արյունահոսությունը գինեկոլոգիայում խորհրդատվության դիմելու ամենահաճախակի պատճառներից է: Ախտորոշման գործընթացի առաջին քայլը ներարգանդենու քաղցկեղի վտանգի գործոնների որոնման ուղղված հարցուփորձն է, այնուհետև՝ կլինիկական հետազոտությունը, մասնավորապես՝ գինեկոլոգիական գնումը (այդ թվում՝ հայելիներով): Այն հաստատում է արյունահոսության արգանդային ծագումը և հնարավորություն տալիս բացառելու ամոթյուքային, հեշտոցային կամ արգանդավրկային պատճառը:

Նախադաշտանադադարում գտնվող կանայք

Արյունահոսությունը նորմալ չէ իր սկզբնավորման եղանակով (մետորագիա, խթանված արյունահոսություն) կամ տևողությամբ ու առատությամբ (մետորագիա): Հյուսվածաբանական նմուշը վերցվում է կամ համակարգված կերպով ներարգանդենու հաստացման, կամ կասկածելի ուլտրաձայնային պատկերի դեպքում:

Հետազոտանադադարում գտնվող կանայք

Ցանկացած արյունահոսություն, նույնիսկ՝ նվազագույն, պետք է համարել ոչ նորմալ և նախատեսել հետազոտություն. հետազոտանադադարային արյունահոսությունն իրապես ներարգանդենու քաղցկեղի առաջին կլինիկական նշանն է ավելի քան 90 % դեպքերում²:

Առաջին լրացուցիչ հետազոտությունը, որ անհրաժեշտ է նշանակել, կոնքի ուլտրաձայնային հետազոտությունն է, որը, հնարավորության դեպքում, կատարվում է հեշտոցային ճանապարհով և գինեկոլոգիայի ոլորտում վերապատրաստված ՌՁՀ մասնագետի կողմից (ուլտրաձայնային պատկերի վերծանումը շտապ օգնության բաժանմունքում կամ գինեկոլոգիական մասնագիտացում չունեցող ՌՁՀ մասնագետի կողմից բավարար չէ ներարգանդենու քաղցկեղի բացառման և հետազոտության դադարեցման համար):

Ուլտրաձայնային հետազոտությունը կիրառվում է արգանդի զննման և ներարգանդենու հաստությունը չափելու համար: Այն որոնում է ներարգանդենու հաստացում կամ անհարթություններ, որոնք ներարգանդախոռոչային գործընթացների (պոլիպ, քաղցկեղ) կասկածի տեղիք են տալիս: Ուլտրաձայնային հետազոտությունը նաև հնարավորություն է տալիս հետազոտել արգանդամկանի՝ միոմետրիումի կառուցվածքը (ֆիբրոմա, ադենոմիոզ) և արգանդի հավելումները (կիստա):

Արգանդից ոչ նորմալ արյունահոսության եզակի դրվագի դեպքում, և երբ, ըստ ուլտրաձայնային հետազոտության, ներարգանդենու հաստությունը փոքր կամ հավասար է 4 մմ-ի, կարելի է հետաձգել արգանդի հետագա հետազոտությունը³:

Կրկնվող ոչ նորմալ արյունահոսությունների դեպքում, կամ երբ հետազոտանադարի փուլում է Էնդոմետրիումի

Գոտկա-կոնքային մագնիսառեզոնանսային շերտագրության մեկնաբանման տարրեր

Քաղցկեղի տեղային և մոտակա տարածման նախափրահատական գնահատումը հիմնված է կոնքի մագնիսառեզոնանսային շերտագրության (ՄՌՑ) վրա, որը հնարավորություն է տալիս ավելի լավ դասակարգելու բուժառնություններին՝ ըստ վտանգի: Չետագրության ուղեցույցը ներառում է լայնական և առաջահետին T2 հաջորդականությունները, կոնտրաստանյութի ներարկումից հետո T1 հաջորդականությունները՝ դինամիկ կամ միափուլ՝ 2,5-րդ րոպեում (ժամանակային այն պահը, երբ արգանդամկանի և ներարգանդենու քաղցկեղի կոնտրաստային տարբերությունը առավելագույնն է) և դիֆուզային հաջորդականությունները (**պատկեր 1**): Վերջիններս բարելավում են ՄՌՑ-ի արդյունավետությունը արգանդամկանի ախտահարումը գնահատելիս: Կոնքը պատկերող այս հաջորդականություններին ավելանում է գոտկա-կոնքայինը, որը ձգվում է մինչև երիկամային երակի մակարդակը, որպեսզի հնարավոր լինի պատկերացում կազմել աորտայի գոտկային հատվածի ավշային հանգույցների հավանական ախտահարման մասին:

Ներարգանդենու քաղցկեղը միջանկյալ T2 ազդանշանում է (չափափակված ներարգանդենին T2 գերազդանշանում է) արգանդամկանի համեմատ՝ կոնտրաստանյութի ավելի քիչ կլանմամբ և դիֆուզային գերազդանշանով՝ ADC-ի (դիֆուզիայի հաշվարկելի գործակից) անկմամբ:

Եզրակացությունում հստակեցվում է կարևոր տարր, այն է՝ արգանդամկան և/կամ արգանդի վզիկի ստրոմա քաղցկեղի ներթափանցման աստիճանը, որը կլինիկորեն դժվար է գնահատել: Արգանդամկանում ներափռումը ՄՌՑ-ում հիմնականում դիտարկվում է T2 հաջորդականություններում՝ ցածր ինտենսիվությամբ պատկերվող անցումային գոտու ընդհատմամբ: Դաշտանադարձից հետո արգանդամկանն ապահում է իսկ անցումային գոտին դառնում է ավելի բարակ և երբեմն դժվարացնում արգանդամկանի ախտահարման գնահատումը: Արգանդի վզիկի ստրոմա ներափռման դեպքում առաջանում է արգանդի վզիկի ֆիբրոզային օղակի ամբողջականության ընդհատում (չափստահարված վիճակում ցայտուն T2 գերազդանշանում): Դա օպտիմալ կերպով արտահայտվում է վզիկին ուղղահայաց T2 հարթությունում (**պատկեր 2**):

Որոշ տարրեր կարող են մատնանշել նաև հյուսվածաբանական տիպը: Այսպես՝ տարբեր հաջորդականություններում ավելի տարասեռ տեսքը և 24 մմ-ից մեծ փոքր առանցքը վկայում են ոչ էնդոմետրիոիդային ենթատեսակի քաղցկեղի մասին⁶:

Չետևաբար, ՄՌՑ-ն վճռորոշ դեր ունի և հնարավորություն է տալիս կանխատեսելու ավշային հանգույցների հետազոտության անհրաժեշտությունը. ավշային հանգույցների ախտահարման վտանգը մեծանում է՝ կախված արգանդամկանում քաղցկեղի տարածման խորությունից և հյուսվածաբանական տիպից:

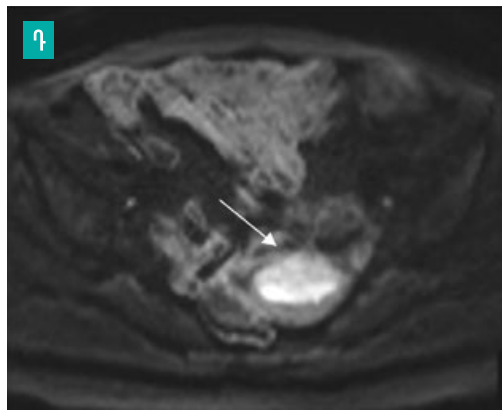
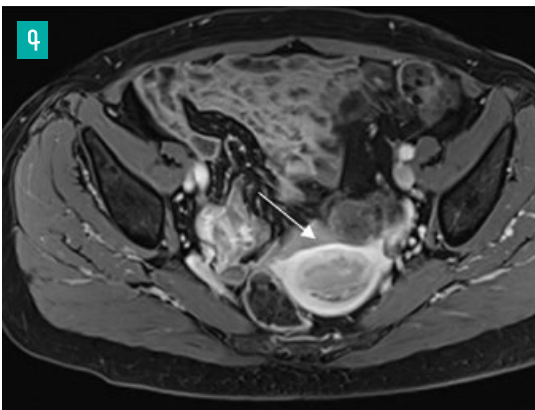
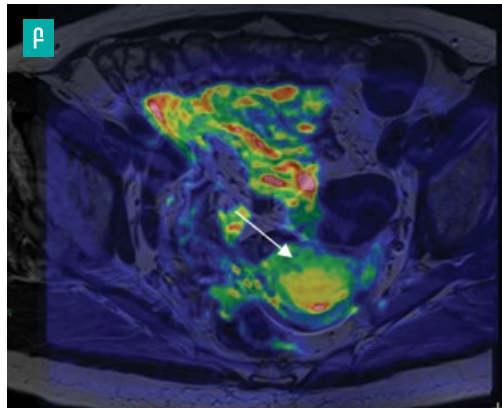
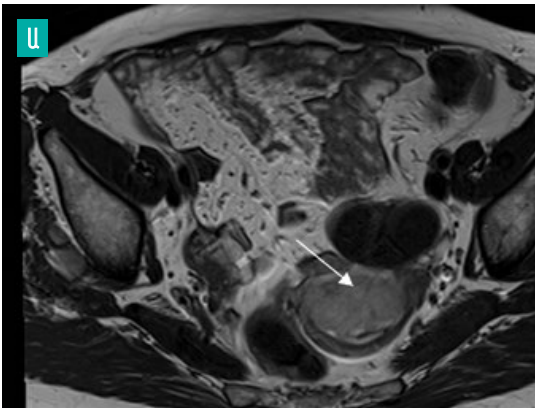
հետազոտական կենտրոն (CRSA), Սորբոնի համալսարան, Փարիզ, Ֆրանսիա
jeremie.belghiti@aphp.fr

Ժերեմի Բելիտին հայտնում է, որ մասնակցել է Intuitive Surgical-ի որոշ միջոցառումների:

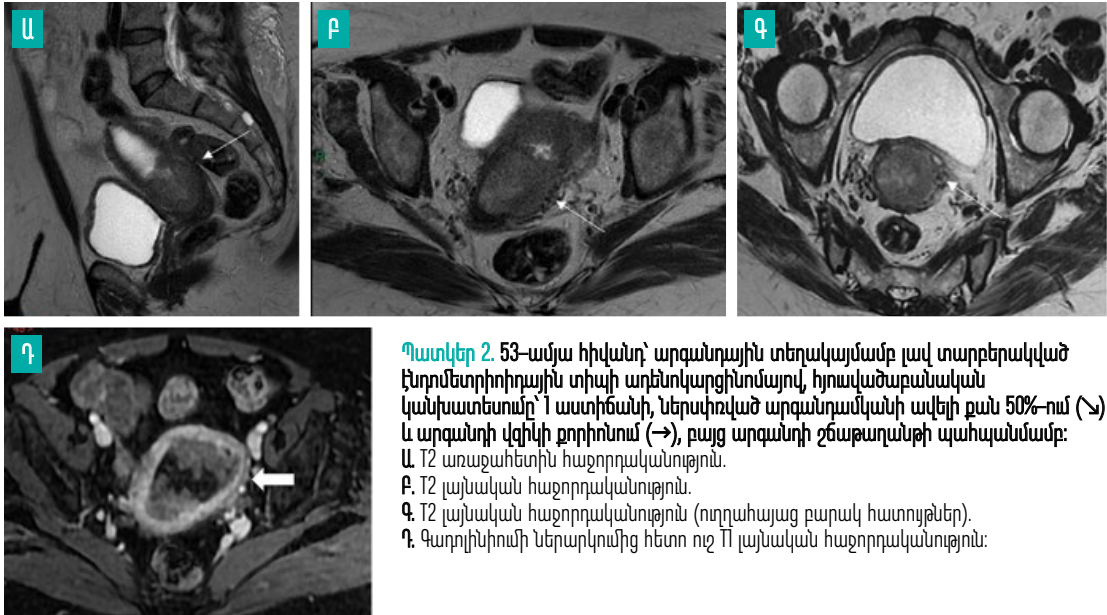
Սոֆի Էգելսը հայտարարում է, որ այս հրապարակմամբ որևէ շահ չի հետապնդում:

Ժեոֆրուա Կանյորըը հայտնում է Intuitive Surgical-ի հետ երկարատև կապերի մասին, և որ Applied Medical-ը հոգացել է համաժողովների մասնակցության իր ճանապարհածախսերը:

Պատկեր 1.
Կարցինոսարկոմայով տառապող 76-ամյա կին:
 ՄՌՑ-ն ցույց է տալիս ավելի քան 50% ներթափանցում արգանդամկան՝ առաջնային պատի միջանկյալ T2 ազդանշանում (↘)՝ առանց շճաթաղանթի ներգրավման:
Ա. T2 լայնական հաջորդականություն.
Բ. T2 լայնական հաջորդականություն միաձուլում/միաձուլում.
Գ. Ուշ հետզարդի-նիումային T1 լայնական հաջորդականություն.
Դ. Դիֆուզային հաջորդականություն:



ՆԵՐԱՐԳԱՆԴԵՆՈՒ ՔԱՂՑԿԵՂ ՆՈՐ ՏՎՅԱԼՆԵՐ



Պատկեր 2. 53-ամյա հիվանդ՝ արգանդային տեղակայմամբ լավ տարբերակված էնդոմետրիոիդային տիպի ադենոկարցինոմայով, հյուսվածաբանական կանխատեսումը՝ 1 աստիճանի, ներսփռված արգանդամկանի ավելի քան 50%-ում (↘) և արգանդի վզիկի ջորինում (→), բայց արգանդի շնաթաղանթի պահպանմամբ:
 Ա. T2 առաջահեռին հաջորդականություն.
 Բ. T2 լայնական հաջորդականություն.
 Գ. T2 լայնական հաջորդականություն (ուղղահայաց բարակ հատույթներ).
 Դ. Գարոլինիումի ներարկումից հետո ուշ T1 լայնական հաջորդականություն:

հաստությունը 4 մմ-ից ավելի է, խորհուրդ են տրվում արգանդի լրացուցիչ հետազոտություններ (արգանդադիտում (հիստերոսկոպիա) և հյուսվածաբանություն) ²:

Ախտորոշիչ արգանդադիտում խորհրդատվական հետազոտություն

Ախտորոշիչ արգանդադիտումը ներարգանդենու խոռոչի տեսահետազոտություն է ներդիտող սարքի՝ էնդոսկոպի միջոցով: Հետազոտությունը հնարավորություն է տալիս հստակեցնելու արյունահոսության ծագումը՝ տեսանելի դարձնելով պոլիպները, ներարգանդենու հաստացումը, քաղցկեղի կասկած հարուցող ներարգանդախոռոչային գործընթացները կամ ներարգանդենու ապաճումը:

Խոսքը խորհրդատվության ընթացքում կատարվող հետազոտության մասին է: Որպես ախտորոշիչ արգանդադիտման առաջին շարքի մեթոդ՝ խորհուրդ է տրվում հեշտոցադիտումը (վագինոսկոպիա) (A աստիճան)՝ արգանդադիտող կոշտ սարքի (հիստերոսկոպ) կիրառմամբ (C աստիճան)՝ 3,5 մմ-ից ոչ մեծ տրամագծով (A աստիճան), սենյակային ջերմաստիճանում ֆիզիոլոգիական լուծույթի կիրառմամբ (C աստիճան) (փորձագիտական համաձայնություն), առանց անզգայացման և դեղամիջոցով նախապատրաստման (B աստիճան), ֆոլիկուլային փուլի սկզբում (նախադաշտանադադարում գտնվող բուժառուների մոտ դաշտանի ավարտից հետո) (փորձագիտական համաձայնություն) ⁴:

Արգանդադիտման որոշ սարքեր ունեն աշխատանքային (գործող) խողովակ և ներարգանդախոռոչային գործընթացի կասկածի դեպքում հնարավորություն են տալիս իրականացնելու թիրախային բիոպսիա: Հաճախ, եթե ցուցված է բիոպսիա, այն իրականացվում է հետազոտությունից

հետո՝ Քորնիեի քերակով (pipelle de Cornier) կամ, երկրորդ փուլում, արգանդադիտող սարքով վիրահատությամբ՝ անզգայացնելով:

Հյուսվածաբանական նմուշառման եղանակները

Հյուսվածաբանական նմուշառումը ներարգանդային ախտահարումների հետազոտման էական փուլ է: Կարող է իրականացվել ներարգանդենու բիոպսիայի միջոցով (Քորնիեի քերակով կամ Նովակի խողովակով)՝ «կուրորեն», առանց կասկածելի հատվածի հեռացման համոզվածությամբ: Քերակը մտցվում է ներարգանդենու խոռոչը, կիրառվում է բացասական ճնշում, և նմուշը վերցվում է ետ ու առաջ փոքր շառժումներով՝ պտտելով քերակը և փորձելով բոլոր կողմերից նմուշառում կատարել ու առավելագույնի հասցնել ախտորոշման հնարավորությունը: Այս հետազոտությունը երբեմն ցավոտ է, և դրա վատ տանելիությունը կարող է ստիպել դադարեցնել ընթացակարգը: Երբեմն դժվար է մուտք գործել արգանդախոռոչ արգանդի վզիկի ստենոզի (հետդաշտանադադարում գտնվող բուժառուներ) կամ արգանդի դիրքի պատճառով:

Ներարգանդենու բիոպսիան ավելի արդյունավետ է, հետևաբար տեղին է ներարգանդենու հաստացման կամ դրա՝ քաղցկեղով ախտահարված լինելու կասկածի պարագայում: Ներարգանդենու ապաճման կամ ներարգանդախոռոչային օջախային ախտահարման դեպքում (պոլիպ, միոմ) բիոպսիան ավելի հաճախ բացասական է, հետևաբար՝ անարդյունք:

Եթե ներարգանդենու բիոպսիայով ախտորոշվում է դրա քաղցկեղ, ապա արգանդադիտող սարքով վիրահատության

ՆԵՐԱՐԳԱՆՊԵՆՈՒ ԲԱՂՑԿԵՂ ՆՈՐ ՏՎՅԱԼՆԵՐ

միջոցով՝ անզգայացմամբ, համակարգված կերպով լրացուցիչ բիոպսիա իրականացնելու անհրաժեշտությունը չկա, քանի որ նույնիսկ եթե կա մոտ 20% անհամապատասխանություն հյուսվածաբանական տիպի ու աստիճանի նախավիրահատական գնահատման և վիրահատական նմուշով վերջնական փստորոշման միջև, ապա արգանդադիտող սարքով վիրահատական նմուշառումը չի վերացնում այդ անհամապատասխանությունը⁵:

Ներարգանդենու անարդյունք կամ բացասական բիոպսիայի և ներարգանդային ախտահարման մասին հուշող փստորոշիչ ուլտրաձայնային հետազոտության կամ արգանդադիտման դեպքում հետազոտությունները պետք է շարունակվեն: Անզգայացմամբ արգանդադիտող սարքով վիրահատության կամ քերելով հեռացման միջոցով իրականացված բիոպսիան հնարավոր է դարձնում հյուսվածաբանական փստորոշումը:

Հյուսվածաբանական տեսակի և մոլեկուլային նշիչների նույնականացումը

Ներարգանդենու քաղցկեղն վստորոշվում է դրա բիոպսիայի անատոմափստաբանական հետազոտությամբ: Այն հիվանդության վարման անկապտելի մասն է, քանի որ մասամբ սահմանում է կանխատեսումը և ուղղորդում բուժումը: Ներարգանդենու քաղցկեղով տառապող հիվանդների բուժման վերաբերյալ վերջին եվրոպական խորհրդատվությունը, որը հրապարակվել է 2021 թվականին, սահմանում է հյուսվածաբանական փստորոշման հիմնական տարրերը¹: Բիոպսիայի հետազոտությունը նույնականացնում է հյուսվածաբանական տեսակը, դրանք ներկայումս խմբավորված են որպես էնդոմետրիոիդային (ներարգանդենատիպ) կամ ոչ էնդոմետրիոիդային (չիճուկային, բաց երազավորմամբ բջիջներով, կարցինոսարկոմներ), աստիճանն այժմ նշվում է՝ ցածր կամ բարձր:

Խորհուրդ է տրվում կատարել իմունահիստաքիմիական նշիչները (p53, MLH1, PMS2, MSH6 և MSH2) համատեղող լրացուցիչ հետազոտություն և մոլեկուլային թեստ (POLE-ի (Էպսիլոն պոլիմերազայի) Էկզոնուկլեազային տիրույթի մուտացիայի վերլուծություն): Այս մոլեկուլային դասակարգումը հասկանալի խրախուսվում է բարձր աստիճանի չարորակության ուռուցքների համար: POLE մուտացիայի վերլուծությունը կարելի է չիրականացնել չարորակության ցածր աստիճանով փոքր և միջին վտանգի ուռուցքների դեպքում:

Այս վերլուծությունների մի մասն ուղղված է Լինչի համախտանիշի կամ ժառանգական ոչ պոլիպոզային կոլոնեկ-

տալ քաղցկեղի (HNPCC) բացահայտմանը. գենետիկական հիվանդություն, որը պատասխանատու է որոշ քաղցկեղների, հիմնականում՝ հաստ և ուղիղ աղիների ու գինեկոլոգիական զարգացման մեծ վտանգի համար: Կախված արդյունքներից՝ առաջարկվում է ուռուցքաբանա-գենետիկական խորհրդատվություն:

Մագնիսառեզոնանսային շերտագրություն՝ քաղցկեղի տարածվածության ուսումնասիրման համար

Հյուսվածաբանական փստորոշման հաստատումից հետո պատկերային հետազոտությունը հնարավորություն է տալիս գնահատելու քաղցկեղի տեղային և հեռադիր տարածումը: Ներարգանդենու քաղցկեղի գնահատման համար անհրաժեշտ հետազոտություն լինելով որովայնի և կոնքի ՄՌԸ-ն ներառում է արտայի ավշային հանգույցների հատվածները (շրջանակ):

Մեկ այլ լրացուցիչ հետազոտությամբ արտակոնքային մետաստազների որոնումն անհրաժեշտ է մեծ վտանգավորության քաղցկեղի դեպքում: Վտանգավորության աստիճանը որոշվում է հյուսվածաբանական ու մոլեկուլային վերլուծության, նաև՝ ՄՌԸ-ի միջոցով տեղային և մոտակա տարածման, արգանդի հավելումների կամ ավշային հանգույցների փստահարման կասկածի դեպքում: Որպես առաջին շարքի լրացուցիչ հետազոտություն՝ իրականացվում է պոզիտրոնային արտանետման շերտագրություն (ՊԱԾ), իսկ դրա անհնարինության դեպքում՝ կրծքավանդակա-որովայնա-կոնքային ԳՃ:

Ախտորոշման համար անհրաժեշտ են փոքր կոնքի ուլտրաձայնային հետազոտություն և ներարգանդենու բիոպսիա

Ներարգային ախտահարումների գնահատումը պահանջում է ճշգրիտ մոտեցում՝ հնարավոր քաղցկեղն աչքաթող չանելու կամ, ընդհակառակը, չափազանց շատ, երբեմն միջամտական, ցավոտ ու ծախսատար լրացուցիչ հետազոտություններ չնշանակելու համար:

Ախտորոշման ռազմավարության մեջ շատ կարևոր տեղ ունեն կոնքի ուլտրաձայնային հետազոտությունը և ներարգանդենու բիոպսիան: Եթե հայտնաբերվում է ներարգանդենու քաղցկեղ, առանցքային հետազոտությունը գոտկա-կոնքային մագնիսառեզոնանսային շերտագրությունն է:

RÉSUMÉ STRATÉGIÉ DIAGNOSTIQUE DES LÉSIONS INTRA-UTÉRINES

La stratégie diagnostique des lésions intra-utérines est une question qui se pose très fréquemment en consultation de gynécologie. Le cancer de l'endomètre survient le plus souvent chez des femmes ménopausées, et les saignements sont le premier signe clinique dans plus de 90% des cas. L'échographie pelvienne et la biopsie d'endomètre ont une place très importante dans la stratégie diagnostique. Lors d'un épisode unique de saignement utérin anormal et lorsque l'échographie estime l'épaisseur de l'endomètre inférieure ou égale à 4 mm, il est possible de surseoir à une exploration utérine complémentaire. En cas de saignements utérins anormaux récidivants ou lorsque l'épaisseur de l'endomètre est supérieure à 4 mm chez une femme ménopausée, des explorations utérines complémentaires (hystérocopie et histologie) sont en revanche recommandées. En cas de découverte d'un cancer de l'endomètre, l'examen clé est l'IRM lombopelvienne.

ՆԵՐԱՐԳԱՆԴԵՆՈՒ ՔԱՂՑԿԵՂ ՆՈՐ ՏԿՅԱԼՆԵՐ

SUMMARY DIAGNOSTIC STRATEGY FOR INTRAUTERINE LESIONS

The diagnostic strategy for intrauterine lesions is a question that arises very frequently in gynecological consultations. Endometrial cancer is more frequent in postmenopausal women and bleeding is the first clinical sign in more than 90% of cases.

Pelvic ultrasound and endometrial biopsy have a very important place in the diagnostic strategy. After a single episode of abnormal uterine bleeding and when the ultrasound estimates the thickness of the endometrium to be less than or equal to 4 mm, it is possible to postpone further uterine exploration. In the event of recurrent abnormal uterine bleeding or when the thickness of the endometrium is greater than 4 mm in a postmenopausal woman, additional uterine explorations (hysteroscopy and histology) are recommended. If endometrial cancer is discovered, the key examination is lumbopelvic MRI.

ՂՈՒՄՆԵՐ

1. ESGO/ESTRO/ESP guidelines for the management of patients with endometrial carcinoma. Concin N, Matias-Guiu X, Vergote I, Cibula D, Mirza MR, Marnitz S, et al. *Int J Gynecol Cancer* 2021;31(1):12-39.
2. Judd HL, Mebane-Sims I, Legault C, Wasilaukas C, Johnson S, Merino M, et al. The Postmenopausal Estrogen/Progestin Interventions (PEPI) Trial. Effects of hormone replacement therapy on endometrial histology in postmenopausal women. *JAMA* 1996;275(5):370-5.
3. Hamdaoui N, Boubli L. La gestion des effets secondaires sous traitement hormonal de la ménopause : saignements utérins anormaux. *RPC Les femmes ménopausées du CNGOF et du GEMVi. Practice Guideline. Gynecol Obstet Fertil Senol.* 2021;49(5):474-84.
4. Deffieux X, Gauthier T, Ménager N, Legendre G, Agostini A, Pierre F. Prevention of the complications related to hysteroscopy: guidelines for clinical practice. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)* 2013;42(8):1032-49.
5. Phelippeau J, Canlorbe G, Bendifallah S, Naoura I, Lefevre M, Ballester M, Daraï E. Preoperative diagnosis of tumor grade and type in endometrial cancer by pipelle sampling and hysteroscopy: results of a french study. *Surg Oncol* 2016; 25:370-7.
6. Lavaud P, Fedida B, Canlorbe G, Bendifallah S, Daraï E, Thomassin-Naggara I. Preoperative MR imaging for ESMO-ESGO-ESTRO classification of endometrial cancer. *Diagn Interv Imaging* 2018;99(6):387-96.



Santé Arménie

Բժշկել, կրթել և կառուցել Հայաստանում

խոշորագույն տակ

Ներարգանդենու քաղցկեղի համաճարակաբանությունը, դասակարգումը և վտանգի գործոնները

Ներարգանդենու քաղցկեղն աշխարհում կանանց շրջանում տարածմամբ 6-րդ քաղցկեղն է՝ 2020 թ. արձանագրված 417 000 նոր դեպքերով: 2018 թ. գրանցվել է ներարգանդենու քաղցկեղի 382 069 դեպք, կոնկրետ մահերի թիվը՝ 89 929: Ներկայումս ամենաբարձր հիվանդացությունը դիտարկվում է Հյուսիսային Ամերիկայում, որին հաջորդում են Արևելյան Եվրոպան, ապա՝ Կենտրոնական Եվրոպան¹:

Համաշխարհային մակարդակով կանանց կյանքի ընթացքում ներարգանդենու քաղցկեղի առաջացման վտանգը մոտ 3% է, իսկ ախտորոշման պահին տարիքային մեդիանը՝ 63 տարեկան: Ներարգանդենու քաղցկեղի ավելի քան 90%-ն ի հայտ է գալիս 50 տարեկանից հետո, այսինքն՝ այն մեծ մասամբ հատուկ է հետոգաշտանադարարի շրջանում գտնվող կանանց: Հիվանդությունն ունի լավ կանխատեսում, բոլոր փուլերում հնգամյա ապրելիությունը 84,5% է:

Հիվանդացությունը կայուն է Ֆրանսիայում և աճող Միացյալ Նահանգներում

2018 թ. Ֆրանսիայում² արգանդի մարմնի քաղցկեղն իր տարածվածությամբ 4-րդն էր (8 224 դեպք) կանանց շրջանում հանդիպող քաղցկեղներից՝ կրծքագեղձի (58 459 դեպք), հաստ և ուղիղ աղիների (20 120 դեպք) և թոքերի (15 132 դեպք) քաղցկեղներից հետո:

Կանանց շրջանում մահերի թվով այն 6-րդ տեղում է. 2018 թ. գրանցվել է 2 415 մահ: Մահացությունը զգալիորեն ավելի մեծ է այլ քաղցկեղների դեպքում՝ կրծքագեղձի քաղցկեղ (12 146 մահ), թոքերի քաղցկեղ (103 56 մահ), հաստ և ուղիղ աղիների քաղցկեղ (7 908 մահ), ենթաստամոքսային գեղձի քաղցկեղ (5 666 մահ) և ձվարանի քաղցկեղ (3 479 մահ):

Ֆրանսիայում վերջին երեսուն տարիներին հիվանդացության մակարդակը գրեթե նույնն է (տարեկան միջին տատանումները՝ +0,1%, վստահելիու-

թյան միջակայքը՝ 95% 0,1-0,3): Մինչդեռ համաշխարհային մակարդակով նույն ժամանակահատվածում հիվանդացությունն աճել է 132%-ով: Միացյալ Նահանգներում դեպքերի կրկնապատկում է գրանցվել հատկապես մինչև 40 տարեկան կանանց շրջանում (թեև բոլոր տարիքային խմբերում դիտվում է ախտորոշումների աճ), որոնք կազմում են ներարգանդենու՝ ցածր աստիճանի չարորակության քաղցկեղ ունեցող հիվանդների 4%-ը: Ներկայացնում են ցածր դասի էնդոմետրիալ քաղցկեղով ախտորոշված բոլոր հիվանդների 4%-ը: Հիվանդացության այս փոփոխությունը կապված է վտանգի գործոնների տարածվածության հետ, մասնավորապես՝ գիրության և բնակչության ծերացման:

Հյուսվածախտաբանական դասակարգում. պատմական ակնարկ

Երկու հիմնական հյուսվածաբանական տիպերի միջև տարբերությունն առաջին անգամ նկարագրվել է 1983 թ.³ Էնդոմետրիոիդային ադենոկարցինոմներ և ոչ Էնդոմետրիոիդային ադենոկարցինոմներ:

Էնդոմետրիոիդային ադենոկարցինոմներ.

հիմնականում լավ կանխատեսում

Էնդոմետրիոիդային ադենոկարցինոմներն ախտահարում են հիվանդների 80%-ին, կապված են հարաբերական էստրոգենների քանակի հարաբերական ավելցուկի (հարաբերական գերէստրոգենիա) հետ, մեծ մասամբ ունեն լավ կանխատեսում: Դասակարգվում են ըստ կառուցվածքային բարդության՝ ցածր աստիճանի չարորակության (1-ին և 2-րդ դաս) և բարձր աստիճանի չարորակության ուռուցքներ (3-րդ դաս): Զարգանում են հիպերպլազիայի ֆոնին: Էստրոգենի ազդեցությամբ գեղձային բաղադրիչի ցրված ծավալումը կոչվում է ներարգանդենու՝ առանց ատիպիկության հիպերպլազիա և քաղցկեղի առաջացման փոքր

վտանգ է պարունակում (1-3%): Ներարգանդենու ատիպիկ հիպերպլազիան գեղձի կլոնային ծավալումն է, որի դեպքում քաղցկեղի առաջացման վտանգը 45 անգամ մեծ է:

Նկարագրված են մի շարք մոլեկուլային անկանոնություններ՝ PTEN-ի (\$ոսֆատազի և տենզինի հոմոլոգ, ուռուցքը ճնշող գեն) կորուստ, β -կատենինի գենի մուտացիա և միկրոարբանյակային անկայունություն (Լինչի համախտանիշ կամ սպորադիկ ձևեր 30% դեպքերում):

Ոչ Էնդոմետրիոիդային ադենոկարցինոմներ. մետաստազների առաջացման մեծ վտանգ

Ոչ Էնդոմետրիոիդային ադենոկարցինոմները հորմոնախախտ չեն և ներառում են շճային ու բաց երանգավորմամբ բջիջներով ադենոկարցինոմները, կարցինոսարկոմները (կրկնակի՝ Էպիթելային և մեզենքիմային բաղադրիչով խառը ուռուցքներ), ինչպես նաև չտարբերակված կարցինոմները: Դրանք հիմնականում հանդիպում են տարեց բուժառուների շրջանում (65 տարեկանից բարձր) և ունեն վատ կանխատեսում: Ի տարբերություն Էնդոմետրիոիդային կարցինոմների, ծագում են մակերեսային Էպիթելի չարորակ փոխակերպումների հետևանքով և զարգանում ներարգանդենու ապաճման ֆոնին: Մետաստազների առաջացման վտանգը մեծ է՝ նախնական ախտորոշման պահին դեպքերի 40-50%-ում արտարգանդային տարածման առկայությամբ: Այս ուռուցքներում դիտարկվում է կորիզային խոր ատիպիկություն և p53 սպիտակուցի մուտացիա:

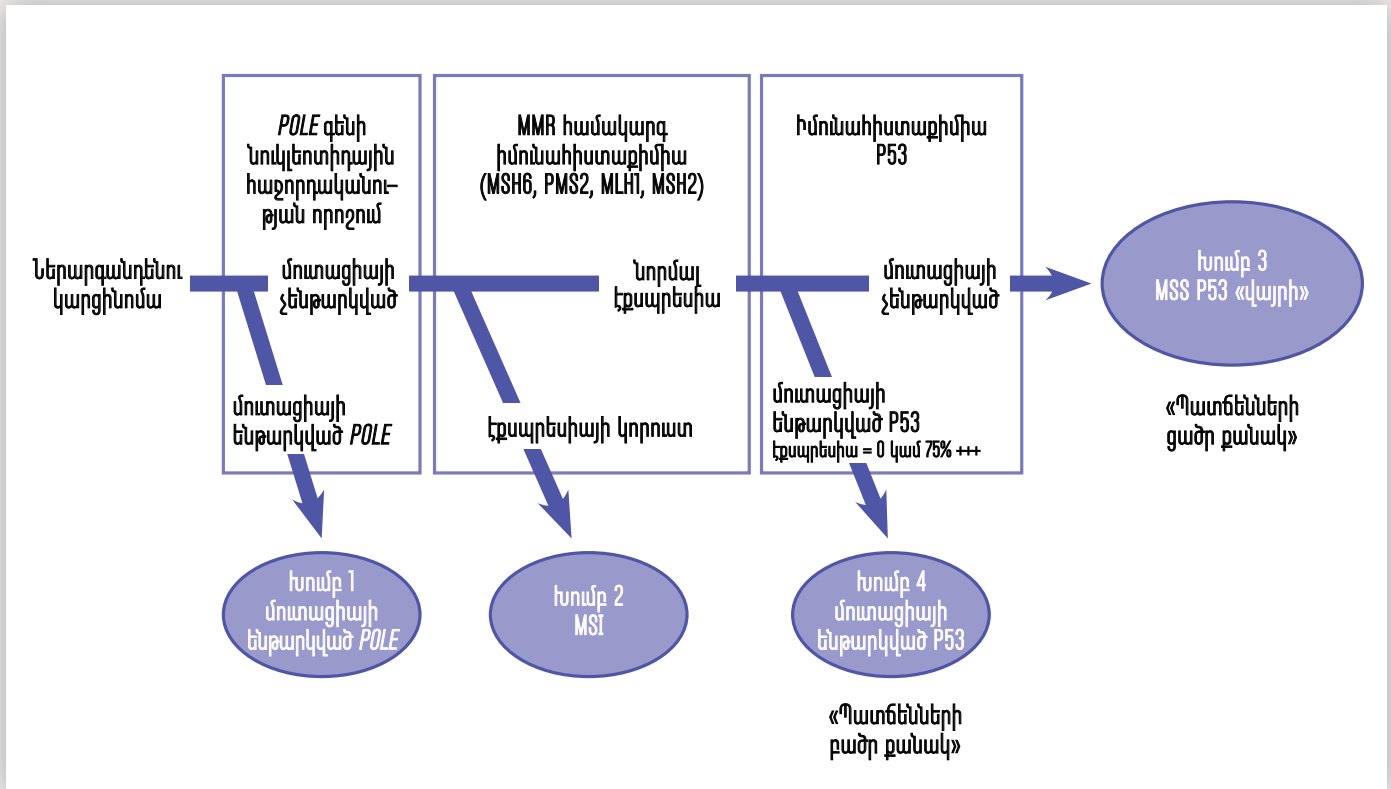
Նոր դասակարգում. մոլեկուլային չորս պրոֆիլ

TCGA-ի (The Cancer Genome Atlas, Բաղցկեղի գենոմի ատլաս) վերլուծությունները հնարավորություն են տվել սահմանելու մոլեկուլային չորս պրոֆիլներով՝ նոր դասակարգում՝ լավագույնից մինչև վատագույն կանխատեսում (պատկեր)⁴:

Քլեր Սանսոն
Լա Պիտիե Սալպետրիեր հիվանդանոցի գինեկոլոգիական ու կրծքագեղձի ուռուցքաբանության և վիրաբուժության բաժանմունք, Փարիզ, Ֆրանսիա
claire.sanson@aphp.fr

Գեղինակը հայտարարում է, որ սույն հրատարակմանը որևէ շահ չի հետապնդում:

ՆԵՐԱՐԳԱՆԴԵՆՈՒ ՔԱՂՑԿԵՂ ՆՈՐ ՏՎՅԱԼՆԵՐ



Պատկեր. Ներարգանդենու քաղցկեղի մոլեկուլային դասակարգում ProMise պլատֆորմով (ըստ հղում 7-ի): **MMR** mismatch repair անհամապատասխանության վերացում, **MSI** միկրոարբանյակային անկայունություն, **MSS** միկրոարբանյակային կայունություն:

* Խմբագրի ծանոթագրություն. չիամակշռված էստրոգեն՝ էստրոգեն առանց համակցված պրոգեստերոնի (հորմոնային անհավասարակշռություն):

«POLE» ծայրահեղ մուտացիայի ենթարկված պրոֆիլները (12,4%) բարձր աստիճանի չարորակության են՝ ԴՆԹ-ի վերականգնման գործընթացում՝ ներգրավված է պոլիմերազայի մուտացիայով, շատ լավ կանխատեսմամբ. վերաբերում են բավականին երիտասարդ բուժառուների (ինգամյա ընդհանուր ապրելիությունը 98% է): Միկրոարբանյակային անկայունությամբ գերմուտացիայի ենթարկված պրոֆիլները (MSI կամ MMRd (mismatch repair deficiency)) (33,4%) առանձնանում են MMR վերականգնման ուղու սպիտակուցների կորստով, որը հանգեցնում է ԴՆԹ-ի կարճ կրկնվող հաջորդականությունների մուտացիաների (միկրոարբանյակների անկայունություն): Այս կորուստը կարող է պայմանավորված լինել կամ MLH1-ի թողարկիչ կարգավորիչ ԴՆԹ հաջորդականության (promoter) գերմեթիլացմամբ (15-20%, սպորադիկ), կամ MMR գենից մեկի մուտացիայով (սպորադիկ (7%) կամ Լինչի համախտանիշի դեպքում (3%)): Այս պրոֆիլն ունի միջին կանխա-

տեսում, հինգամյա ընդհանուր ապրելիությունը 71,7% է: Ներարգանդենու NSMP-ի (no specific molecular profile, ոչ առանձնահատուկ մոլեկուլային պրոֆիլ) սակավաթիվ պատճեններով քաղցկեղները բնութագրվում են մուտացիաների ի հայտ գալու փոքր հաճախականությամբ, սովորաբար ցածր աստիճանի չարորակությամբ և միջին կանխատեսմամբ (հինգամյա ընդհանուր ապրելիությունը 74,4% է): P53-ի մուտացիայով պրոֆիլները (22,7%) շճային ուռուցքներ են և համապատասխանում են բարձր աստիճանի չարորակության էնդոմետրիոիդային ուռուցքների 25%-ին՝ վատ կանխատեսմամբ (ինգամյա ընդհանուր ապրելիությունը 48% է):

Վտանգի՝ լավ նույնականացված գործոններ
Գիրությունից զատ⁵, Ներկայումս քաջ հայտնի է նաև գենետիկական նախահակվածության մասին:

Գիրություն, վերարտադրողական և նյութափոխանակային գործոններ
Ներարգանդենու քաղցկեղի առաջացման վտանգը մեծանում է տարիքին և մարմնի զանգվածի ինդեքսին (ՄՁԻ) զուգահեռ: Քսան ամենատարածված ուռուցքներից ներարգանդենու քաղցկեղն է, որ առավելագույնս կապված է գիրության հետ. ՄՁԻ-ի յուրաքանչյուր 5 կգ/մ² ավելացումից քաղցկեղի առաջացման վտանգն աճում է 54%-ով: 40 կգ/մ²-ից մեծ ՄՁԻ ունեցող կանանց շրջանում ներարգանդենու քաղցկեղի ի հայտ գալու ցկյանս վտանգը 10-15% է, որը համարժեք է ծխողների շրջանում թոքերի քաղցկեղի առաջացման ցկյանս վտանգին: Գիրությունը ստեղծում է բորբոքային նպաստավոր միջավայր, որում գերակշռում են C-ռեակտիվ սպիտակուցի, ինտերլեյկին-6-ի և ուռուցքի մեռուկացման α գործոնի շրջանառվող բարձր մակարդակներ, նաև դիտվում է ներարգանդենու պաշտպանող իմունային բջիջների հարաբերական անբավարարություն:

Գիրությունը հանգեցնում է նաև էստրոգենների ավելցուկային քանակի առաջացման (գերէստրոգենիա) որն ի հայտ է գալիս, երբ մակերիկամների անորոգենների ծայրամասային արոմատացմամբ դրանք ճարպային հյուսվածքի միջոցով վերածվում են էստրոգենի: Վերարտադրողական ակտիվության ժամանակահատվածում էստրոգենը խթանում է ներարգանդենու բջիջների բազմացումը, իսկ պրոգեստերոնը կարգավորում է այն: Դետոգալանադարձի շրջանում գտնվող կանանց մոտ պրոգեստերոնի անբավարարության պատճառով էստրոգենների՝ գիրացմամբ պայմանավորված ավելցուկը չի համակշռվում: Վտանգի վերարտադրողական գործոնները, որոնք ավելացնում են չհակակշռված (ընդդիմացող չունեցող) էստրոգենների* ցկյանս ազդեցությունը, մասնավորապես՝ վաղ դաշտանը (մինչև 12 տարեկան), ուշ դաշտանադադարը (55 տարեկանում և ավելի բարձր), ձվազատման բացակայությունը (բազմակիստային ձվարանների համախտանիշ (ԲՁԴ)) և ծննդաբերած չլինելը նույնպես մեծացնում են ներարգանդենու քաղցկեղի վտանգը: Տամոքսիֆենը էստրոգենի ընկալիչների ընտրողական մոդուլատոր է, որն արգելակում է կրծքագեղձի բջիջների բազմացումը, սակայն խթանում է ներարգանդենու: այս դեղամիջոցի երկարաժամկետ ցուցումը կրծքագեղձի՝ հորմոնների նկատմամբ զգայուն քաղցկեղի կանխարգելման կամ բուժման նպատակով քառակի ավելացնում է ներարգանդենու քաղցկեղով հիվանդանալու վտանգը:

Նույն կերպ՝ դաշտանադարձի չհամակշռված հորմոնային բուժումը, այն է՝ պրոգեստերոնի անբավարար չափաբաժինը (կամ նույնիսկ միայն էստրոգենի չհամակշռված ընդունումը), ներարգանդենու քաղցկեղի առաջացման վտանգի գործոն է՝ պայմանավորված այդպիսի բուժումից բխող էստրոգենների քանակի հարաբերական ավելցուկով (հարաբերական գերէստրոգենիայով):

Ինսուլինակայունությունը, որը բնորոշ է գիրությանը, 2-րդ տիպի շաքարային դիաբետին և ԲՁԴ-ին, նպաստում է ներարգանդենու խթանմանը մեծացնելով էստրոգենի և IGF-1-ի (ինսուլինանման աճի գործոն-1 կամ սոմատոմեդին C) կենսամատչելիությունը:

2-րդ տիպի շաքարային դիաբետի և ԲՁԴ-ի դեպքում ավելի մեծ հիվանդացությունը, անկախ ԱՄԻ-ից, բացատրվում է PI3K-AKT-mTOR քաղցկեղածնամետ ազդանշանային ուղու ակտիվացմամբ:

Գենետիկական գործոնները

Լինչի համախտանիշը ներարգանդենու քաղցկեղի հիմնական գենետիկական նախահակվածությունն է⁶: Այն բնութագրվում է MMR անհամապատասխանությունների վերացման չորս գեներից մեկի (MLH1, MSH2, MSH6, PMS2) մուտացիայով, որը հանգեցնում է ներարգանդենու քաղցկեղի ի հայտ գալու ցկյանս 13-49% վտանգի:

Ուռուցքը ճնշող PTEN գենի մուտացիայից առաջացած Քաուդենի համախտանիշով պայմանավորված ներարգանդենու քաղցկեղի ի հայտ գալու ցկյանս վտանգը 20-30% է:

Եվ վերջապես, ընտանեկան անամնեզում առաջին աստիճանի ազգականի մոտ ներարգանդենու քաղցկեղի նախադեպը կրկնապատկում է հիվանդության վտանգը՝ անգամ հայտնի գենետիկական մուտացիայի բացակայության պարագայում:

Սքրինինգի և կանխարգելման անվիճելի հնարավորություններ

Ներարգանդենու քաղցկեղի սահմանված սքրինինգային ծրագիր գոյություն չունի. դրա նպատակը կլինե՞ր աստիպիկ հիպերպլազիայի կամ վաղ փուլում ներարգանդենու քաղցկեղի բացահայտումը: Այնուամենայնիվ, Լինչի կամ Քաուդենի համախտանիշով հիվանդներին խորհուրդ է տրվում անցնել կանոնավոր բուժքննում՝ ամեն տարի կոնքի խոռոչի ուլտրաձայնային հետազոտության և ներարգանդենու բիոպսիայի իրականացմամբ:

Վաղ փուլում ներարգանդենու քաղցկեղի հայտնաբերմանն ուղղված ամենակարևոր ռազմավարական քայլը կարող է լինել կանանց իրազեկումը նախազգուշացնող ախտանշանների, ինչպես նաև հեշտոցային ոչ նորմալ արյունահոսության դեպքում հնարավորինս շուտ բժշկական խորհրդատվության դիմելու կարևորության վերաբերյալ:

Կանխարգելման համատեքստում նորմալ ԱՄԻ-ի պահպանումը հիմնական չափանիշ է: Գիրության բուժումը

վիրաբուժական, դեղաբանական կամ սննդակարգային միջամտությամբ՝ համարված ֆիզիկական մեծ ակտիվության հետ, զգալիորեն նվազեցնում է ներարգանդենու քաղցկեղի վտանգը:

Ապացուցվել է, որ կյանքի ընթացքում դաշտանային կանոնավոր շրջափուլերի, հղիության և կրծքով կերակրելու արդյունքում ներածին պրոգեստերոնի, ինչպես նաև հակաբեղմնավորիչների երկարատև (ավելի քան հինգ տարի) օգտագործմամբ պայմանավորված արտածին պրոգեստերոնի ազդեցությունը նվազեցնում է ներարգանդենու քաղցկեղի առաջացման վտանգը:

Մետֆորմինով ինսուլինակայունության բուժումը ներարգանդենու քաղցկեղի կանխարգելման տեսական հենք է, բայց գործնականում դեռևս ապացուցված չէ:

Լինչի համախտանիշի դեպքում քաղցկեղի առաջացման վտանգը կտրուկ աճում է 35-40 տարեկանից սկսած, ուստի պլանավորած հղիությունից և ծննդաբերությունից հետո կարող է ցուցվել արգանդի կանխարգելիչ հեռացում (հիստերեկտոմիա):

ՀՊՈՒՄՆԵՐ

1. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin* 2018;68(6):394-424.
2. Defossez G, Le Guyader-Peyrou S, Uhry Z, Grosclaude P, Colonna M, Dantony E, et al. Estimations nationales de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine entre 1990 et 2018. Synthèse. Saint-Maurice : Santé publique France, 2019. 20 p.
3. Bokhman JV. Two pathogenetic types of endometrial carcinoma. *Gynecol Oncol* 1983;15(1):10-7.
4. Cancer Genome Atlas Research Network; Kandoth C, Schultz N, Cherniack AD, Akbani R, Liu Y et al. Integrated genomic characterization of endometrial carcinoma. *Nature* 2013;497(7447):67-73.
5. Crosbie EJ, Zwahlen M, Kitchener HC, Egger M, Renehan AG. Body mass index, hormone replacement therapy, and endometrial cancer risk: A meta-analysis. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2010;19(12):3119-30.
6. Dominguez-Valentin M, Sampson JR, Seppälä TT, Ten Broeke SW, Plazzer JP, Nakken S, et al. Cancer risks by gene, age, and gender in 6350 carriers of pathogenic mismatch repair variants: findings from the Prospective Lynch Syndrome Database. *Genet Med*. 2020;22(1):15-25.
7. Ngo C, Genestie C. Classification des carcinomes de l'endomètre. *Correspondances en Onco-Théranostic* 2018;VII(4):34-7.

Միկրոարբանյակների անկայունության դերը ներարգանդնու քաղցկեղի ժամանակ

Ախտորոշիչ, կանխատեսումային և բուժական ազդեցությունները

Ժյոտսին Վարինո
Ախտաբանական անատոմիայի և բջջաբանության ծառայություն, Տենոն հիվանդանոց, Պետական օժանդակության փարիզյան հիվանդանոցների միավորում (AP-HP), Փարիզ, Ֆրանսիա
justine.varinot@aphp.fr

Ղեկնակը հայտարարում է, որ այս հրատարակմանը որևէ շահ չի հետապնդում:

ԴՆԹ-ի կրկնապատկման ընթացքում ԴՆԹ-պոլիմերազը կարող է վրիպել ԴՆԹ-ի նոր շղթայում ներառելով սխալ նուկլեոտիդ, և, այդպիսով, կապակցել երկու սխալ զույգված նուկլեոտիդներ: Այս անհամապատասխանությունն անհրաժեշտ է շտկել գենետիկական տեղեկատվության ամբողջականության պահպանման և մուտացիաների առաջացման ու իդրասնցման կանխման համար:

ԴՆԹ-ի անհամապատասխանությունների վերացման համակարգը (*mismatch repair* կամ *MMR*) ԴՆԹ-ի նոր սինթեզված շղթայում հնարավոր է դարձնում նուկլեոտիդների անհամապատասխանությունների հավաստանշումն ու շտկումը: MMR համակարգը կենսական կարևորություն ունի գենետիկական ամբողջականության պահպանման համար:

Ուռուցքների պարագայում MMR համակարգը կարող է թերի գործել թույլ տալով գենետիկական շեղումների առաջացում (որոնք բազմաթիվ են ուռուցքային բջիջներում) և հանգեցնելով ԴՆԹ-ի անկայունության՝ սոմատիկ մուտացիաների կուտակմամբ (այսինքն՝ դրանք առկա են ուռուցքային բջիջներում), ի տարբերություն կոնստիտուցիոնալ մուտացիաների (որոնք առկա են անհատի բոլոր բջիջներում): ԴՆԹ-ի այս անկայունությունից տուժում են հատկապես միկրոարբանյակները, որոնք ԴՆԹ-ի հատվածներ են կազմված ազոտային հիմքերի՝ մեկից չորս զույգ պարունակող նուկլեոտիդային հաջորդականությունների կրկնությունից: Միկրոարբանյակների անկայունությունը MMR համակարգի թերացման ֆենոտիպային դրսևորում է:

Միկրոարբանյակների սոմատիկ անկայունության որոշման երկու մեթոդ

Միկրոարբանյակների սոմատիկ անկայունության որոնումն իրականացվում է ուռուցքային հյուսվածքում:

Գոյություն ունի որոնման երկու մեթոդ՝ իմունահիստաքիմիական (IHC), որն ուսումնասիրում է MMR համակարգի կարգավիճակը (*proficient*, լիարժեք՝ pMMR-IHC և *deficient*, թերի՝ dMMR-IHC), և մոլեկուլային կենսաբանական՝ պոլիմերազային շղթայական ռեակցիայի (ՊՇՌ) միջոցով (*statut stable*, կայուն կարգավիճակ՝ MSS և *statut instable*, անկայուն կարգավիճակ՝ MSI):

Իմունահիստաքիմիա. մատչելի հետազոտություն
Իմունահիստաքիմիան լայնորեն կիրառվող մեթոդ է, որը հնարավորություն է տալիս մանրադիտակով, հակամար-

միների միջոցով, հայտնաբերելու սպիտակուցի առկայությունը բջիջներում, բջջի կորիզային, ցիտոպլազմային կամ թաղանթային բաժիններում՝ կախված փնտրվող սպիտակուցից: Այս հետազոտությունը հեշտ է իրականացնել նույնիսկ աղքատ կահավորված ախտաանատոմիական լաբորատորիայում և արագ արդյունք է տալիս ախտորոշումը կայացնելուն պես:

MMR համակարգի կարգավիճակը գնահատելու համար խորհուրդ է տրվում կիրառել չորս հակամարմին, որոնք թիրախավորում են MMR համակարգի հիմնական սպիտակուցները (MLH1, MSH2, MSH6, PMS2)¹: Դրանք սովորաբար լինում են բջջակորիզում և գործում են զույգերով՝ որպես տարադիմերներ՝ MSH2-ը MSH6-ի հետ և MLH1-ը PMS2-ի հետ:

Եթե առկա է MMR համակարգի առնվազն մեկ սպիտակուցի կորիզային էքսպրեսիայի կորուստ, ապա ուռուցքն ունի dMMR-IHC կարգավիճակ ([պատկեր 1](#)):

Եթե MMR համակարգի չորս սպիտակուցների էքսպրեսիան պահպանված է, ապա ուռուցքն ունի pMMR-IHC կարգավիճակ:

Որոշ դեպքեր կարող են լինել դժվար մեկնաբանելի, երկիմաստ կամ կասկածելի:

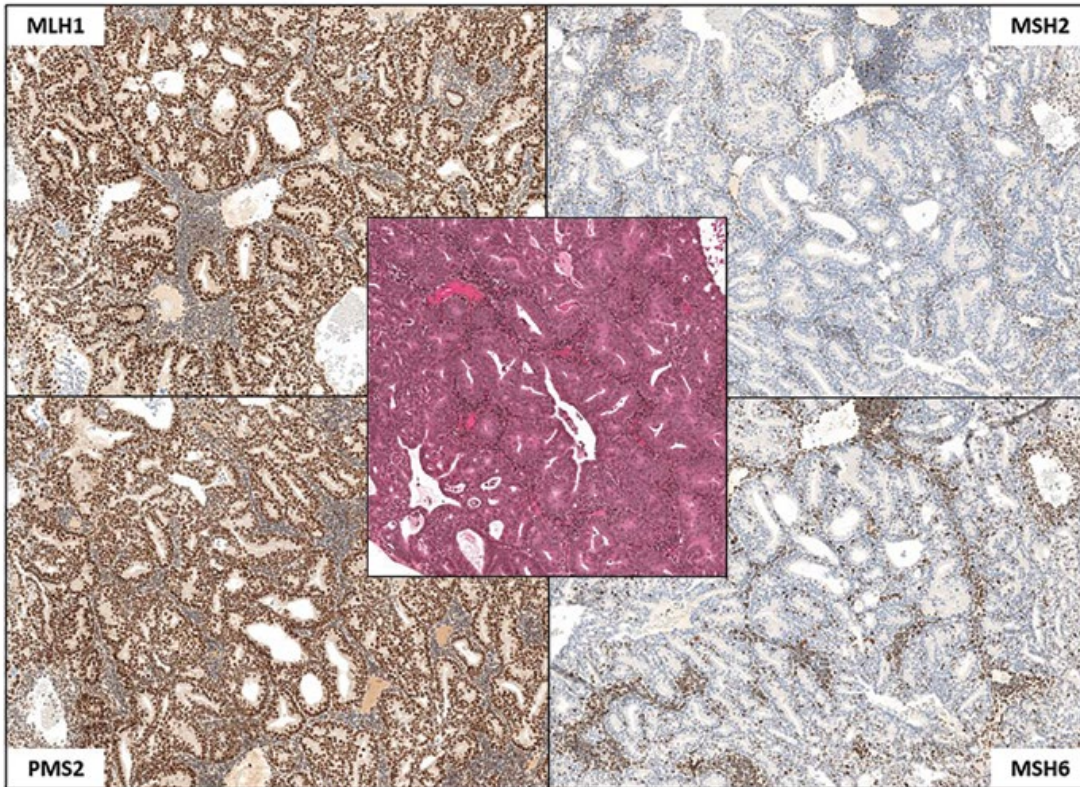
Մոլեկուլային կենսաբանություն. նուկլեոտիդային 5 նշիչ

ՊՇՌ-ն այս մեթոդը, որն իրականացվում է մոլեկուլային կենսաբանության ծառայություններում կամ հարթակներում, հնարավոր է կիրառել միայն այն դեպքում, երբ նմուշը պարունակում է առնվազն 20% ուռուցքային բջիջներ: Արդյունքներն ստացվում են ավելի ուշ, քան իմունահիստաքիմիական հետազոտության դեպքում:

Ախտաբան-կազմաբանը նախ պետք է իրականացնի նախավերլուծական գնում՝ ճշտելով ուռուցքի բջջայնությունը (կամ ուռուցքային բջիջների մասնաբաժինը հյուսվածքում) և տեղայնացնելով ուռուցքային հյուսվածքը և առողջ հյուսվածքը: ԴՆԹ-ի առանձնացումից հետո իրականացվում է դրա ամպլիֆիկացում (ԴՆԹ-ի պատճենների թվի ավելացում)՝ ՊՇՌ-ով: Խորհուրդ է տրվում կիրառել NCI-ի (*National Cancer Institute* Քաղցկեղի ազգային ինստիտուտ) Pentaplex բջջահավաքածուն, որը հնարավորություն է տալիս կատարելու ԴՆԹ-ի հինգ միկրոարբանյակային հաջորդականությունների համամպլիֆիկացում (նուկլեոտիդային նշիչներ՝ BAT-25, BAT-26, NR21, NR22 կամ NR27/Mono-27, NR24)¹:

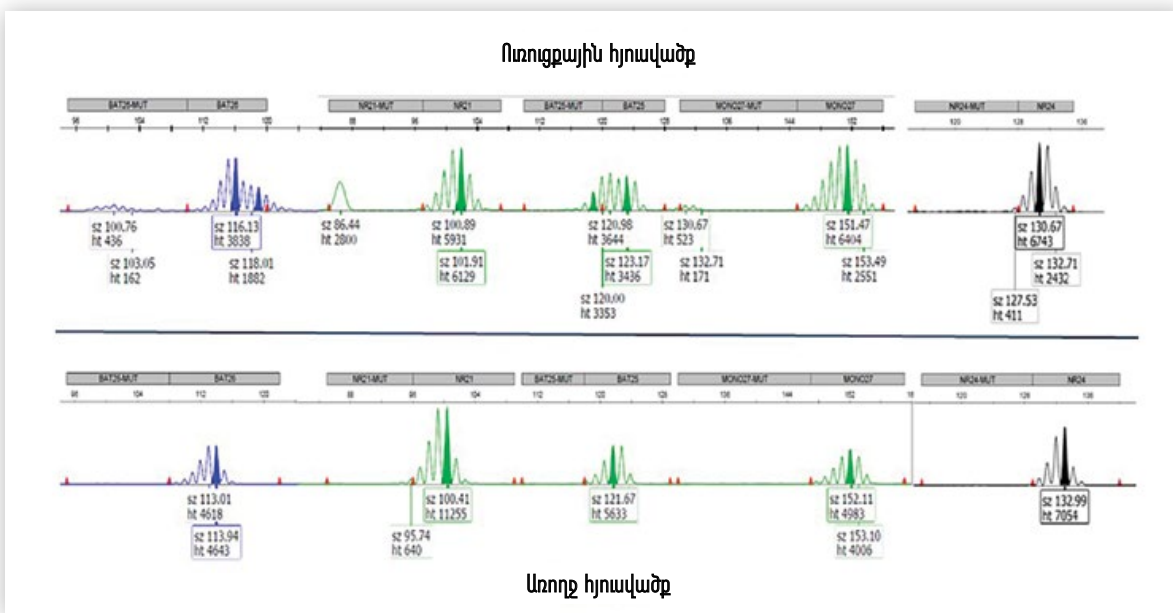
Միկրոարբանյակների անկայունությունը հայտնաբերվում է մագնոթային էլեկտրաֆորեզով՝ ստացված հատվածների չափերի վերլուծությամբ: Ներարգանդնու

ՆԵՐԱՐԳԱՆԴԵՆՈՒ ՔԱՂՑԿԵՂ ՆՈՐ ՏԿՅԱԼՆԵՐ



Պատկեր 1. Ներարգանդենու dMMR-IHC քաղցկեղ. մանրադիտակային լուսանկարներ (խոշորացում $\times 100$): Կենտրոնական պատկեր. Ներարգանդենու էնդոմետրիոիդային կարցինոմա՝ ներկված ստանդարտ ՅԷԶ (HES) մեթոդով (հեմատոքսիլին, էոզին, գաֆրան): Իմունահիստաքիմիա (ձախից)՝ MLH1-ի և PMS2-ի կորիզային էքսպրեսիայի պահպանում (ուռուցքային բջջակորիզները ներկված են շագանակագույն): Իմունահիստաքիմիա (աջից). ուռուցքային բջիջներում MSH2-ի և MSH6-ի էքսպրեսիայի կորուստ (ուռուցքային բջջակորիզները ներկված են կապույտ):

Պատկեր 2. Ներարգանդենու քաղցկեղ, MSI (անկայուն կարգավիճակ՝ ըստ մոլեկուլակենսաբանական անալիզի): ՊՃՈ-ից (պոլիմերազային շղթայական ռեակցիա) հետո, NCI-Pentaplex-ով հատվածների չափի վերլուծություն՝ ուռուցքային և առողջ հյուսվածքների համեմատությամբ. միկրոարբանյակների կրկնվող հատվածների երկարության տարբերություններ երկու կամ ավելի նշիջներում:



ՆԵՐԱՐԳԱՆԴԵՆՈՒ ՔԱՂՑԿԵՂ ՆՈՐ ՏԿՅԱԼՆԵՐ

(Էնդոմետրիում) քաղցկեղի դեպքում խորհուրդ է տրվում կատարել համեմատական վերլուծություն ոչ ուռուցքային հյուսվածքի ԴՆԹ-ի հետ¹:

Եթե հինգ նշիչներից առնվազն երկուսն անկայուն են, ապա ուռուցքն ունի MSI կարգավիճակ (պատկեր 2):

Եթե ոչ մի նշիչ անկայուն չէ, ուռուցքն ունի MSS կարգավիճակ:

Եթե հինգ նշիչներից միայն մեկն է անկայուն, անհրաժեշտ է կատարել հիվանդի ուռուցքային և ոչ ուռուցքային ԴՆԹ-ների համեմատություն:

Միկրոարբանյակների սոմատիկ անկայունության առկայությունը փոխում է հիվանդության վարումը

Միկրոարբանյակների սոմատիկ անկայունության որոնումը ներարգանդենու քաղցկեղի պարագայում եռակի կարևորություն ունի. հնարավորություն է տալիս փոխորոշելու Լինչի կամ քաղցկեղի ժառանգական նախահակվածության համախտանիշը և դասակարգելու ուռուցքն ինչպես կանխատեսումային, այնպես էլ բուժական նպատակներով:

Լինչի համախտանիշի փոփոխում

Ներարգանդենու քաղցկեղի մոտավորապես 30%-ն ունի dMMR/MSI կարգավիճակ, որը կարող է լինել պատահական (դեպքերի 75%-ը) կամ կապված ժառանգական համախտանիշի հետ (Էնդոմետրիումի քաղցկեղների 2-5%-ը)²:

Լինչի համախտանիշը ժառանգական նախահակվածություն է քաղցկեղների նկատմամբ և փոխանցվում է աուտոսոմային դոմինանտ ձևով: Հիվանդները MMR համակարգի գեներից մեկի ալելի կոնսոտիտուցիոնալ մուտացիայի կրողներ են. հիմնականում ընդգրկված են MSH2, MLH1, MSH6 գեները, բացառիկ դեպքերում՝ PMS2 գենը: Ընդամենը անհրաժեշտ է սոմատիկ գենային պատահար մյուս ալելում, որպեսզի հնարավոր լինի ուռուցքի զարգացումը: Այս համախտանիշով կանանց մոտ երիտասարդ տարիքում (մինչև 50-60 տարեկան) կարող են զարգանալ տարբեր տեղակայման ուռուցքներ (հաստ աղի, ստամոքս, ներարգանդենի, ձվարան, լեյդոլիներ, միգուղիներ, ենթաստամոքսային գեղձ և այլն):

Լինչի համախտանիշի համատեքստում ներարգանդենու քաղցկեղը երբեմն լինում է «առաջին ծաղիկը», և ուռուցքի միկրոարբանյակային կարգավիճակի գնահատումը կարևոր տեղ ունի Լինչի համախտանիշի փոփոխումն ռազմավարության մեջ:

Մոլեկուլային դասակարգումների որդեգրումը կանխատեսումը գնահատելու համար

1980-ականներին ներարգանդենու քաղցկեղը բաժանվել է երկու անատոմա-կլինիկական խմբի՝ շատ տարբեր կանխատեսումներով.

- I տիպի քաղցկեղ. ամենատարածվածը (80%), հորմոնալ կախյալ, Էնդոմետրիոիդային և լորձային հյուսվածաբանական տիպերի, լավ կանխատեսմամբ (ընդհանուր հնգամյա ապրելիությունը՝ 80%):

ՎՏԱՎԻ ԵՆԹԱԿԱ ԽՄԲԵՐԻ ՔՆՈՐՈՑՈՒՄԸ՝ ԸՍՏ ԸՆԴՈՒՆՎԱԾ ՍՈՒԵԿՈՒՆՎԱԾԻՆ ԴԱՍՎԱՐԳՄԱՆ (ESGO–ESTRO–ESP 2021)

Վտանգի ենթակա խմբեր	Չափանիշներ
Փոքր վտանգ	- I-II փուլ մուտացիայի ենթարկված POLE ներարգանդենու կարցինոմա՝ առանց մնացորդային հիվանդության - IA փուլ dMMR/NSMP. չարորակության ցածր աստիճանի էնդոմետրիոիդային կարցինոմա՝ առանց էմբոլների կամ օջախային
Միջին վտանգ	- IB փուլ dMMR/NSMP. չարորակության ցածր աստիճանի էնդոմետրիոիդային կարցինոմա՝ առանց էմբոլների կամ օջախային - IA փուլ dMMR/NSMP. չարորակության ցածր աստիճանի էնդոմետրիոիդային կարցինոմա՝ առանց էմբոլների կամ օջախային - IA փուլ ոչ նորմալ p53 և/կամ ոչ էնդոմետրիոիդային՝ առանց արգանդամկան (միոմետրիում) ներթափանցման
Միջինից բարձր վտանգ	- I փուլ dMMR/NSMP. էնդոմետրիոիդային կարցինոմա + նշանակալի էմբոլներ - IB փուլ dMMR/NSMP. չարորակության բարձր աստիճանի էնդոմետրիոիդային կարցինոմա - II փուլ ոչ նորմալ p53. էնդոմետրիոիդային կարցինոմա
Մեծ վտանգ	- III-IVA փուլ dMMR/NSMP. էնդոմետրիոիդային կարցինոմա՝ առանց մնացորդային հիվանդության - I-IVA փուլ ոչ նորմալ p53. ներարգանդենու կարցինոմա՝ արգանդամկան ներսփռմամբ, առանց մնացորդային հիվանդության - I-IVA փուլ dMMR/NSMP. շճային, չտարբերակված, արգանդամկան ներսփռմամբ կարցինոսարկոմա՝ առանց մնացորդային հիվանդության
Մետաստազային	- III-IVA փուլ, մնացորդային հիվանդությամբ - IVB փուլ, մնացորդային հիվանդությամբ

Աղյուսակ. dMMR՝ mismatch repair deficient (ՌՆՑ անհամապատասխանությունների վերացման թերի համակարգ), NSMP՝ non-specific molecular profile (ոչ առանձնահատուկ մոլեկուլային պրոֆիլ):

ՆԵՐԱՐԳԱՆՂԵՆՈՒ ԲԱՂՑԿԵՂ ՆՈՐ ՏՎՅԱԼՆԵՐ

- II տիպի քաղցկեղ, ոչ հորմոնակախայ, շճային, բաց երանգավորմամբ բջիջներով կամ կարցինոսարկոմային հյուսվածաբանական տիպերի, վատ կանխատեսմամբ (ընդհանուր հնգամյա ապրելիությունը՝ 40%):

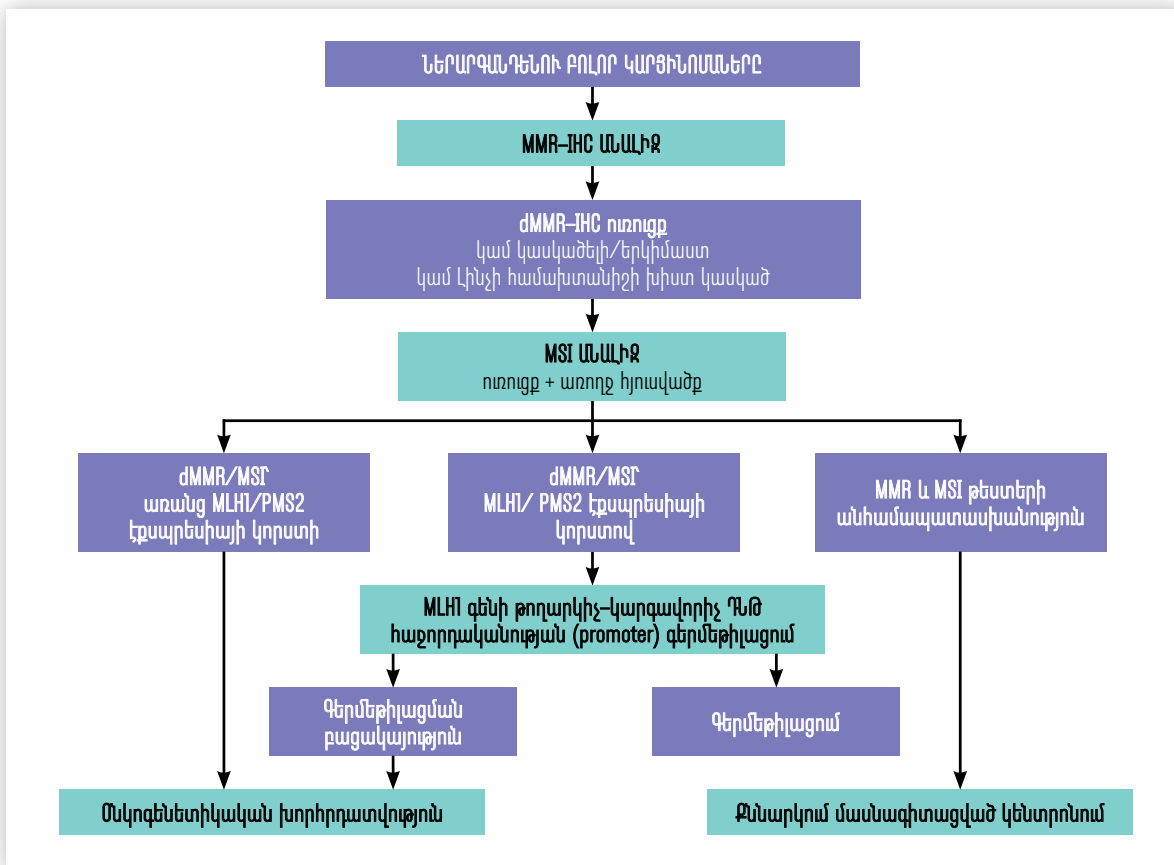
2013 թվականին Քաղցկեղի գենոմային ատլասում (*The Cancer Genome Atlas, TCGA*) նկարագրվել են ներարգանդենու քաղցկեղի չորս հիմնական մոլեկուլային ենթախմբեր՝ ծայրահեղ մուտացիայի ենթարկված խումբ՝ էպսիլոն պոլիմերազայի (*polymerase epsilon, POLE*) մուտացիայով, գերմուտացիայի ենթարկված MSI խումբ, «սակավաթիվ պատճենների» խումբ (կամ NSMP՝ *no specific molecular profile*, ոչ առանձնահատուկ մոլեկուլային պրոֆիլ) և «մեծաքանակ պատճենների» խումբ՝ ոչ նորմալ p53-ով³: Ծայրահեղ մուտացիայի ենթարկված խումբը (մուտացված POLE) շատ լավ կանխատեսում ունի՝ մոտ 95% հնգամյա ապրելիությամբ: «Մեծաքանակ պատճենների» խումբը (կամ ոչ նորմալ p53-ով) ունի վատ կանխատեսում՝ մոտ 40% հնգամյա ապրելիությամբ: Մյուս 2 խմբի կանխատեսումները միջանկյալ են⁴: Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպությունը (ԱՀԿ) ներարգանդենու քաղցկեղի դասակարգման վեջջին տարբերակումներամեղ է վերոնշյալ մոլեկուլային խմբերը⁵:

Նմանապես՝ Գինեկոլոգիական ուռուցքաբանության եվրոպական ընկերակցությունը (*European Society of Gynaecological Oncology, ESGO*), ճառագայթաբուժության և ուռուցքաբանության եվրոպական ընկերակցությունը (*European Society for Radiotherapy and Oncology, ESTRO*) և Ախտաբանության եվրոպական ընկերակցությունը (*European Society of Pathology, ESP*) 2021 թվականին դիսկային խմբերում ավելացրել են մոլեկուլային տվյալներ՝ ավելի հարմարեցված բուժական վարման սահմանման համար ([աղյուսակ](#))⁶:

Միկրոարբանյակների անկայունություն. ազդեցությունը բուժման վրա

Ներարգանդենու քաղցկեղի բուժումը հիմնվում է վիրաբուժության վրա, որին կարող են գումարվել հեշտոցային բրախիթերապիան, արտաքին ճառագայթաբուժությունը, հակահորմոնային բուժումը կամ քիմիաթերապիան՝ տարբեր չափանիշներից կախված:

Ուռուցքի MMR կարգավիճակը հնարավորություն է տալիս հարմարեցնելու ներարգանդենու քաղցկեղի բուժումը: Այսպիսով՝ մեծ վտանգ ներկայացնող dMMR/MSI ուռուցքների դեպքում հետվիրահատական քիմիաթերապիան



Պատկեր 3. Սոմատիկ միկրոարբանյակների գնահատման ռազմավարությունը և ուռուցքաբան-գենետիկ խորհրդատվության ցուցումը ներարգանդենու քաղցկեղի պարագայում¹: dMMR՝ mismatch repair deficient, անհամապատասխանությունների վերացման թերի համակարգ, IHC՝ իմունահիստաքիմիա, MLH1՝ անհամապատասխանությունների վերացման համակարգի հիմնական սպիտակուցներից մեկը, MSI՝ անկայուն մոլեկուլային կարգավիճակ, PMS2՝ անհամապատասխանությունների վերացման համակարգի հիմնական սպիտակուցներից մեկը:

ՆԵՐԱՐԳԱՆԴԵՆՈՒ ՔԱՂՑԿԵՂ ՆՈՐ ՏՎՅԱԼՆԵՐ

արդյունավետ չէ առանց ախտակրկնությունների ապրելիության առումով⁷:

Բացի դրանից՝ ներարգանդնու քաղցկեղի խորացած փուլում կամ ախտակրկնության ժամանակ կարող է առաջարկվել հակաուռուցքային իմունաթերապիա՝ իմունային անցակետերի (*check-point*) արգելակիչներ, որոնք խթանում են քաղցկեղային բջիջների դեմ հիվանդի իմունային պատասխանը (PD1-ի, PD-L1-ի դեմ ուղղված դեղամիջոցներ): Այս տարբերակը կիրառելի է միայն dMMR/MSI ուռուցքները բուժելիս: Հետևաբար դրանք նույնականացնելու համար անհրաժեշտ է գնահատման երկու մեթոդների (MMR-IHC անալիզ և MSI անալիզ) իրագործում:

Միկրոարգանյակների վերլուծության նազմավարություն

Ներարգանդնու քաղցկեղի ախտորոշման, կանխատեսման և բուժման ուղղությամբ ձեռք բերված վերջին նվաճումներից հետո քաղցկեղի ազգային ինստիտուտը (*Institut national du cancer*, INCa) 2021 թվականի նոյեմբերին հրատարակեց ուռուցքի MMR կարգավիճակի գնահատման վերաբերյալ խորհրդատվությունը¹: անհրաժեշտ է իրականացնել MMR կարգավիճակի հետևողական գնահատում ախտորոշման հենց սկզբում՝ ներարգանդնու ցանկացած քաղցկեղի պարագայում, անկախ հիվանդության փուլից, բուժառույտ տարիքից, անձնական և ընտանեկան հանգամանքներից:

Առաջնահերթորեն խորհուրդ է տրվում գնահատել ուռուցքի MMR կարգավիճակը իմունախիստաքիմիական մեթոդով:

dMMR-IHC կարգավիճակի կամ երկիմաստ (կասկածելի) արդյունքի դեպքում խորհուրդ է տրվում մոլեկուլակենսաբանական հետազոտություն:

dMMR-IHC ուռուցքները, որոնք, ըստ իմունախիստաքիմիայի, ունեն MLH1 գենի էքսպրեսիայի կորուստ, պետք է անցնեն MLH1՝ գենի թողարկիչ-կարգավորիչ ԴՆԹ հաջորդականության (promoter) գերմեթիլացման մոլեկուլակենսաբանական թեստ: դրական թեստի դեպքում dMMR/MSI կարգավիճակը պատահական է, այլ ոչ ժառանգական:

Երկու թեստերի միջև անհամապատասխանության պարագայում դեպքը քննարկվում է մասնագիտացված կենտրոնում:

Եթե կա Լինչի համախտանիշի խիստ կասկած, ապա խորհուրդ է տրվում անհապաղ կատարել երկու թեստն էլ:

Ժառանգական ձևերի կասկածի դեպքում ցուցված է ուռուցքաբան-գենետիկի խորհրդատվություն՝ կոնստիտուցիոնալ գենետիկական վերլուծության համար (*պատկեր 3*)¹:

Միկրոարգանյակների անկայունության որոնումն այսուհետ անհրաժեշտություն է

Ներկայումս խորհուրդ է տրվում և անհրաժեշտ է իրականացնել MMR կարգավիճակի գնահատում իմունախիստաքիմիայի և/կամ մոլեկուլային կենսաբանության միջոցով ներարգանդնու ցանկացած տիպի քաղցկեղի պարագայում: Այս կարգավիճակի որոշումը հնարավորություն է տալիս բարելավելու հիվանդների բուժման մեթոդները:

RÉSUMÉ INSTABILITÉ DES MICROSATELLITES DANS LES CANCERS DE L'ENDOMÈTRE

L'instabilité des microsatellites est le reflet d'une instabilité génétique que l'on peut rechercher dans les tumeurs, grâce à deux techniques: l'immunohistochimie et la biologie moléculaire. Actuellement, en France, une évaluation systématique des microsatellites est recommandée dans tout cancer de l'endomètre dès le diagnostic. L'intérêt de cette évaluation est triple: diagnostique, pronostique et thérapeutique. La présence d'une instabilité des microsatellites dans un cancer de l'endomètre permet de détecter chez quelques patientes un syndrome de Lynch, syndrome

héréditaire de prédisposition au cancer. Le statut microsatellitaire est indispensable à l'établissement de la classification moléculaire des cancers de l'endomètre, classification qui a une valeur pronostique bien établie, et qui permet de déterminer l'éligibilité à une immunothérapie.

SUMMARY MICROSATELLITE INSTABILITY IN ENDOMETRIAL CANCERS

The microsatellite instability reflects genetic instability that can be sought in tumors, using two methods, immunohistochemistry and molecular biology. Currently in France, a systematic evaluation of microsatellites is

recommended in any endometrial cancer from diagnosis. The interest of this evaluation is threefold: diagnostic, prognostic and therapeutic. The presence of microsatellite instability in endometrial cancer allows to detect Lynch syndrome, a hereditary cancer predisposition syndrome, in some patients. The microsatellite status is essential for establishing the molecular classification of endometrial cancers, a classification which has a well-established prognostic value, and finally it determines the eligibility for immunotherapy. Identifying the chronology of these viral and immunological mechanisms allows us to identify a therapeutic logic, which sometimes involves contradictory treatments.

ԳՂՈՒՄՆԵՐ

1. Institut national du cancer (INCa). Évaluation du statut MMR tumoral. 2021, 213 pages.
2. Goodfellow PJ, Billingsley CG, Lankes HA, Ali S, Cohn DE, Broaddus RJ, et al. Combined microsatellite instability, MLH1 methylation analysis, and immunohistochemistry for Lynch syndrome screening in endometrial cancers from G06210: An NRG Oncology and Gynecologic Oncology Group Study. *J Am Soc Clin Oncol* 2015;33(36):4301-8.
3. Cancer Genome Atlas Research Network, Kandoth C, Schultz N, Cherniack AD, Akbani R, Liu Y, et al. Integrated genomic characterization of endometrial carcinoma. *Nature* 2013;497(7447):67-73.
4. Raffone A, Travaglino A, Mascolo M, Carbone L, Guida M, Insabato L, et al. TCGA molecular groups of endometrial cancer: Pooled data about prognosis. *Gynecol Oncol* 2019;155(2):374-83.
5. Board WC of TE. Female Genital Tumours (internet) [cité le 11 avril 2022]. Disponible sur <https://publications.iarc.fr/Book-And-Report-Series/Who-Classification-Of-Tumours/Female-Genital-Tumours-2020>
6. Concin N, Matias-Guiu X, Vergote I, Cibula D, Mirza MR, Marnitz S, et al. ESGO/ESTRO/ESP guidelines for the management of patients with endometrial carcinoma. *Int J Gynecol Cancer* 2021;31(1):12-39.
7. León-Castillo A, de Boer SM, Powell ME, Mileschkin LR, Mackay HJ, Leary A, et al. Molecular classification of the PORTEC-3 trial for high-risk endometrial cancer: Impact on prognosis and benefit from adjuvant therapy. *J Clin Oncol* 2020;38(29):3388-97.

Ներարգանդենու քաղցկեղի վիրաբուժության զարգացումը «Նվազագույն ինվազիվ» մոտեցումը Նախընտրելի է

Ներարգանդենու (էնդոմետրիում) քաղցկեղով հիվանդների բուժման վերաբերյալ եվրոպական վերջին խորհրդատվական փաստաթղթերը՝ հրապարակված 2021 թվականի սկզբում, մասնավորապես հստակեցրել են վիրաբուժական վարման եղանակները¹: Այս հոդվածի նպատակն է ներկայացնել ավշային հանգույցների վիրաբուժության մոտեցումների և ռազմավարությունների վերաբերյալ վերջին տվյալները:

Առաջնահերթությունը նվազ միջամտական մոտեցմանն է

Ներկայումս վիրահատության անհրաժեշտության պարագայում խորհուրդ է տրվում նվազ միջամտությամբ (մինի-ինվազիվ) վիրաբուժությունը (լապարոսկոպիայի կամ ռոբոտ օգնականով), այդ թվում՝ մեծ վտանգի ենթակա հիվանդների դեպքում:

Այս հանձնարարականը հիմնված է, մասնավորապես, Գինեկոլոգիական ուռուցքաբանության խմբի (*Gynecologic Oncology Group, GOG*) LAP2 ռանդոմացված կլինիկական հետազոտության արդյունքների վրա, որոնք հրապարակվել են 2009 թվականին: Այդ կլինիկական հետազոտությունը ներառել էր ներարգանդենու I-ից մինչև IIA փուլի քաղցկեղով հիվանդների, որոնց արգանդը (հիստերէկտոմիա) և կոնքային ու գոտկա-աորտային ավշահանգույցները հեռացվել էին²: Հիվանդներից 1696-ն ընդգրկված էին լապարոսկոպիայի (որովայնադիտման), իսկ 920-ը՝ լապարատոմային (որովայնահատման) խմբում: Ըստ հեղինակների՝ լապարոսկոպիայի մոտեցումը կապված է զգալիորեն ավելի քիչ հետվիրահատական չափավոր ու ծանր բարդությունների (14% ընդդեմ 21%-ի, $p < 0.0001$) և ստացիոնար բուժման ավելի կարճ տևողության հետ: 2012 թվականին Նույն հեղինակները հրապարակել են հիվանդների Նույն շարքի Նոր արդյունքներ, որոնք ընդգծում են, որ ապրելիության վատթարացում, համեմատած բաց վիրահատության հետ, լապարոսկոպիային եղանակի դեպքում չի դիտարկվում³:

Այս տվյալները հետազոտում հաստատվել են բազմաթիվ հետազոտություններով: Այսպես՝ 2019 թվականին հրապարակված սկանդինավյան առաջափայլ կոհորտային հետազոտությունը ցույց է տվել, որ ներարգանդենու վաղ փուլի քաղցկեղով հիվանդների բուժման ընթացքում նվազ միջամտական վիրահատությունը, համեմատած բաց վիրահատության հետ, համակցված է հարվիրահատական բարդությունների կրճատման և մահացության նվազման հետ. դասական լապարոսկոպիայի կամ ռոբոտ օգնականով լապարոսկոպիայի միջոցով բուժվող հիվանդների միջև ապրելիության տարբերություն չի եղել⁴: Բոլորովին վերջերս՝ 2022 թվականի փետրվարին, *Cancers* հանդեսում հրապարակվեց եվրոպական մի հետազոտություն, որը ներառում է ներարգանդենու քաղցկեղի վիրահատությամբ 1382 հիվանդի տվյալներ, որոնցից 451-ը (32.6%)՝ դասական լապարոսկոպիայով, 233-ը (16.9%)՝ ռոբոտ օգնականով լապարոսկոպիայով, իսկ 698-ը (50.5%)՝ լապարատոմիայով: Ըստ հեղինակների՝ վիրահատության տեսակը չի հարաբերակցվում ընդհանուր կամ առանց ախտակրկնության ապրելիության տարբերության հետ⁵:

Կարևոր է հստակեցնել, որ ներարգանդենու քաղցկեղի բուժման վերաբերյալ եվրոպական վերջին խորհրդատվական փաստաթղթերը¹ որևէ հատուկ ցուցում չեն տալիս նվազ միջամտական վիրաբուժության համատեքստում արգանդային մանիպուլյատորի կիրառման մասին: Հետևաբար, իրավիճակը տարբերվում է արգանդի վզիկի⁶ բուժման իրավիճակից. *LACC*⁷, ապա նաև *SUCCOR*⁸ հետազոտությունների արդյունքները արգանդային մանիպուլյատորի կիրառումը կապում էին ավելի վատ ապրելիության հետ: Ըստ այդմ՝ ներարգանդենու քաղցկեղի բուժման ժամանակ մանիպուլյատոր կիրառելիս զգոնությունը պետք է պահպանվի:

Եվ իսկապես, Պադիլա-Իսերտենը և համահեղինակները 2021 թվականի հունվարին հրապարակել են իսպանական բազմակենտրոն հետախայաց հետազոտության արդյունքները, որն ընդգրկել է ներարգանդենու վաղ փուլի քաղցկեղի կապակցությամբ արգանդի՝ նվազ միջամտական եղանակով հեռացման ենթարկված 2661 կնոջ, որոնցից 1756-ը՝ արգանդային մանիպուլյատորով, իսկ 905-ը՝ առանց դրա: Ախտակրկնությունների հաճախականությունը մանիպուլյատորով խմբում 11.69% է, իսկ առանց մանիպուլյատորի խմբում՝ 7.4% ($p < 0.001$): Արգանդային մանիպուլյատորի կիրառումը կապված է ախտակրկնության ավելի մեծ վտանգի (վտանգի հարաբերակցությունը՝ ՎՀ (*hazard ratio, HR*) կամ հարաբերական վտանգը՝ 2.31, 95% վստահելիության միջակայքով՝ ՎՄ (*confidence interval, CI*) 1.27-4.20, $p = 0.006$), առանց ախտակրկնության ավելի վատ ապրելիության (ՎՀ՝ 1.74, 95% ՎՄ՝ 0.57-0.97, $p = 0.027$) և ավելի բարձր մահացության հետ (ՎՀ՝ 1.74, 95% ՎՄ՝ 1.07-2.83, $p = 0.026$): Անհրաժեշտ են Նոր հետախայաց հետազոտություններ ներարգանդենու քաղցկեղի բուժման այս արդյունքները հաստատելու կամ հերքելու համար:

Վերջապես, եվրոպական վերջին խորհրդատվության համաձայն, հարկավոր է խուսափել ցանկացած միջամտությունից, որը կարող է նպաստել հիվանդության ներորովայնային

Ժոֆրուա Քանլորբե^{1,2} Մարիաննա Նիկպայամ¹ ժերեմի Բեզիտի¹

¹ Գինեկոլոգիական և կրծքագեղձի վիրաբուժության և ուռուցքաբանության բաժանմունք, Պետական օժանդակության փարիզյան հիվանդանոցների միավորում (AP-HP), Պիտիե Սալպետրիեր հիվանդանոց, Փարիզ, Ֆրանսիա
² Առողջապահության և բժշկական հետազոտությունների ազգային ինստիտուտ, Համատեղ հետազոտական ստորաբաժանում S-938 (Inserm UMR-S 938), Քաղցկեղի կենսաբանություն և թերապիա, Սենտ Մատան հետազոտական կենտրոն (CRSA), Սորբոնի համալսարան, Փարիզ, Ֆրանսիա
geoffroy.canlorbe@aphp.fr

Ժ. Քանլորբեը հայտնում է *Intuitive Surgical*-ի հետ առնչության և *Applied Medical*-ի կողմից համաժողովի կապակցությամբ իր ճանապարհական ծախսերը հոգալու մասին:

ՆԵՐԱՐԳԱՆԴԵՆՈՒ ՔԱՂՑԿԵՂ ՆՈՐ ՏՎՅԱԼՆԵՐ

ԻՆԴՈՑԻԱՆԻՆ ԿԱՆԱԳՈՎ ՉԱՅՏՆԱԲԵՐՎԱԾ ԺԱՄԱՊԱՅ-ԱՎՇԱՂՆԳՈՒՅՑԻ ՉԵՌԱՑՄԱՆ ԵՎ ՉԵՏԱԶՈՏՄԱՆ ԸՆԹԱՑԱԿԱՐԳԸ

● Ասիրաժեշտ պարագաներ.

- Ինդոցիանինի փոշու 25 մգ-ոց սրվակ
- 95 10 մլ
- Մանրէագերծված ջուր՝ 10 մլ
- 1 մլ տարողությամբ ներարկիչ
- 250 երկար ասեղ
- Մերձավոր ինֆրակարմիր ընդգրկույթի տեսախցիկ

● Ընթացակարգը

25 մգ փոշու լուծում 10 մլ 95-ի և 10 մլ մանրէագերծված ջրի մեջ (ուշադրություն՝ չլուծել ֆիզլուծույթում):

Արգանդի վզիկի զանգվածի մեջ 1 մլ լուծույթի 4 ներարկում (պատկեր 1):

- 2 ներարկում ժամը 3-ի դիրքում 1 մլ մակերեսային ենթալորձային շերտում և 1 մլ փոքր-ինչ ավելի խոր:

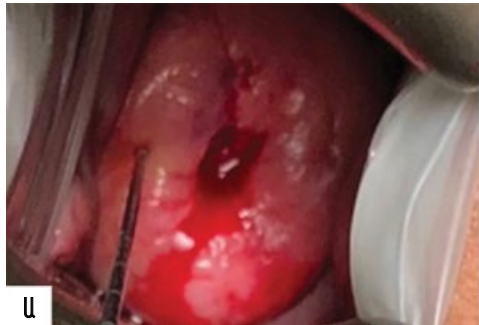
- 2 ներարկում ժամը 9-ի դիրքում 1 մլ մակերեսային ենթալորձային շերտում և 1 մլ փոքր-ինչ ավելի խոր:

Ժամապահ-ավշահանձույցների հայտնաբերում, այնուհետև հատում աջից և ձախից (պատկեր 2):

- կանաչ ներկանյութը տեսանելի չէ անզեն աչքով:

- կանաչ ներկանյութը, որը հնարավոր է դարձնում ժամապահ-ավշահանձույցի նույնականացումը, տեսանելի է մերձավոր ինֆրակարմիր ընդգրկույթի տեսախցիկի ակտիվացումից հետո:

- կոնքի աջ և ձախ կողմում հայտնաբերված ժամապահ-ավշահանձույցների հատում և հեռացում:



Ա



Բ

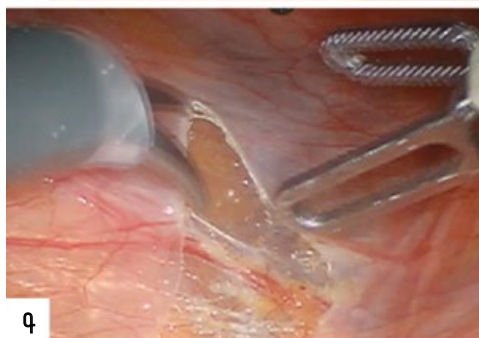
Պատկեր 1. Ինդոցիանին կանաչի ներարկում արգանդի վզիկի մեջ՝ ըստ ժամացույցի թվատախտակի՝ ժամը 9-ի և 3-ի դիրքերում:



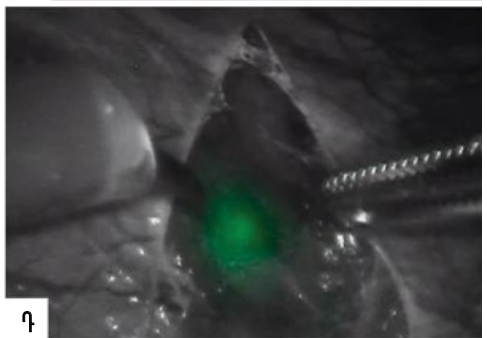
Ա



Բ



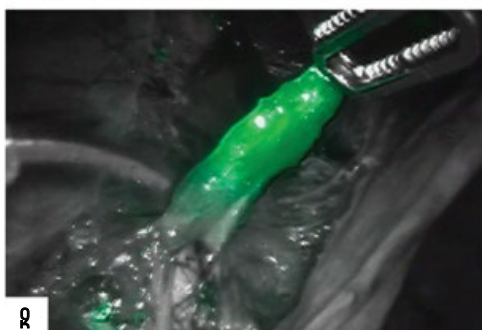
Գ



Դ



Ե



Զ

Պատկեր 2. Կոնքի ժամապահ-ավշահանձույցի հայտնաբերում և հեռացում: Պատկերը ստանդարտ տեսախցիկով (Ա,Բ,Գ): Պատկերը մերձավոր ինֆրակարմիր ընդգրկույթի ռեժիմի ակտիվացումից հետո (Դ,Ե,Զ): 95՝ գլյուկոզայի 5%-ոց լուծույթ:

տարածմանը, մասնավորապես՝ արգանդի մասնատումից: Բացի դրանից՝ հիվանդության տարածումը արգանդից և արգանդի վզիկից անդին (բացառությամբ ավշային հանգույցներ ներթափանցման) նվազ միջամտական եղանակի հարաբերական հակացուցում է:

Ժամապահ-ավշահանգույցի հայտնաբերումը ինդոցիանի կանաչով

Նոր խորհրդատվական փաստաթղթերը, համեմատած 2016 թվականի խորհրդատվության հետ, զգալիորեն ընդլայնել են ժամապահ-ավշահանգույցի ամբողջական հեռացման ցուցումների շրջանակը՝ լինի էնդոմետրիոիդային (ներարգանդենատիա) հյուսվածաբանական տիպի թե ոչ էնդոմետրիոիդային:

Ավշահանգույցների այստահարման փուլը որոշելու համար իրականացվող վիրահատությունը ներառում է ժամապահ-ավշահանգույցի հեռացման և հետազոտման ընթացակարգ, որը.

– առաջարկվում է «փոքր» կամ «միջին» վտանգի ենթակա խմբերին, սակայն դրանից կարելի է խուսափել, եթե չկա ներթափանցում արգանդամկան (միոմետրիում)։

– խորհուրդ է տրվում «միջինից մեծ» և «մեծ» վտանգի ենթակա խմբերին՝ անկախ հյուսվածաբանական տիպից: Ժամապահ-ավշահանգույցը չհայտնաբերելու դեպքում հարկ է հեռացնել նույն կողմի կոնքային ավշային հանգույցները:

Խորհուրդ է տրվում ժամապահ-ավշահանգույցը հայտնաբերել ինդոցիանի կանաչով (շրջանակ): Չհայտնաբերելու դեպքում վիրահատության ընթացքում կարելի է կատարել ներկանյութի վերաներարկումներ:

Եթե վիրահատության ընթացքում հայտնաբերվում է ավշային հանգույցի ներգրավում, ապա անխմաստ է համակարգված կերպով հեռացել կոնքային ավշահանգույցները, կատարվում է մեծածավալ կասկածելի ադենոպաթիաների հեռացում, իսկ գոտկա-աորտային ավշահանգույցների հեռացման հարցը դրվում է քննարկման:

Այս խորհրդատվությունը հիմնված է միջազգային հարուստ գրականության վրա. ժամապահ-ավշահանգույցի հեռացման ու հետազոտման ընթացակարգն առաջին անգամ գնահատվել է Senti-Endo ուղեցույցում, որը 2011 թվին հրապարակել են Բալեստերն ու համահեղինակները¹⁰: Նրանք ցույց են տվել, որ այդ ընթացակարգը ռադիոակտիվ կոլոիդով և արտոնագրված կապույտով կրկնակի որոնմամբ, ապահովում է 88,8% հայտնաբերում, 82,3% զգայունություն և 96,9% բացասական կանխատեսող արժեք: Չետագայում նոր ներկանյութի ինդոցիանի կանաչի կիրառմամբ ժամապահ-ավշահանգույցի հայտնաբերման մեթոդը գնահատվել է FIRES առաջադասյա հետազոտությամբ՝ 96% (52%՝ երկկողմանիի դեպքում) հայտնաբերման մակարդակով¹¹: Բազմաթիվ հետազոտություններ ցույց են տվել կանաչ ներկանյութով հայտնաբերման առավելությունը կապույտով հայտնաբերման նկատմամբ, մասնավորապես՝ գեր հիվանդների պարագայում¹²: 2018 թվականին հրապարակված FILM ռանդոմացված հետազոտությունը եզրահանգել է, որ ժամապահ-ավշահանգույցի երկկողմանի հայտնաբերման մակարդակը կանաչով և կապույտով հասնում է, համապատասխանաբար, 78% և 31%-ի (p < 0,0001)¹³: Նույն կերպ,

2019 թվականին Ռոզենհոլկի և համահեղինակների հրապարակած NCT02564276 ռանդոմացված հետազոտությունը ցույց է տվել ժամապահ-ավշահանգույցի հայտնաբերման ավելի բարձր մակարդակ կանաչ ներկանյութով, քան կապույտով (90,9% ընդդեմ 64,4%-ի, p < 0,00001)¹⁴: Ինդոցիանին կանաչով հայտնաբերված ժամապահ-ավշահանգույցի հեռացման ու հետազոտման ընթացակարգը նաև հատուկ գնահատվել է ներարգանդենո՝ մեծ վտանգավորության քաղցկեղով հիվանդների համար: Այս ցուցմամբ Պերսոնը և համահեղինակները (2017) ցույց են տվել, որ 102 հիվանդ ընդգրկող խմբում երկկողմանի հայտնաբերման մակարդակը եղել է 96%՝ առանց կեղծ բացասական արդյունքների¹⁵: Նույն հեղինակները 2 տարի անց հրապարակել են ներարգանդենո՝ մեծ վտանգ ներկայացնող քաղցկեղով հիվանդների ավելի մեծ խմբի (257 հիվանդ) վերաբերյալ տվյալներ. ինդոցիանին կանաչը հնարավորություն էր տվել հայտնաբերելու ժամապահ-ավշահանգույցը 98% զգայունությամբ և 99,5% բացասական կանխատեսող արժեքով¹⁶: Այս արդյունքները հաստատվեցին SENTOR բազմակենտրոն կոորտային հետազոտությամբ: Այն ընդգրկում էր ներարգանդենո՝ մեծ վտանգ ներկայացնող քաղցկեղով 156 հիվանդի, որոնց վարումը ենթադրում էր ժամապահ-ավշահանգույցի հայտնաբերում, ապա՝ համակարգված կերպով հեռացում. ինդոցիանին կանաչի միջոցով ժամապահ-ավշահանգույցի հայտնաբերումը կապված էր 96% զգայունության և 99% բացասական կանխատեսող արժեքի հետ¹⁷: Վերջապես, 2018 թվականին հրապարակված իտալական բազմակենտրոն հետազոտությունը ցույց տվեց, որ առանց այստակրկնության ապրելիությունը և ընդհանուր ապրելիությունը նույնական են՝ անկախ այն բանից՝ ներարգանդենո՝ «միջինից մեծ» կամ «մեծ» վտանգավորության քաղցկեղով հիվանդները բուժվել են համակարգված կերպով հեռացում իրականացնելով, թե՛ ինդոցիանին կանաչով հայտնաբերված ժամապահ-ավշահանգույցի հեռացմամբ¹⁸: Ապրելիության վերաբերյալ այս տվյալները 2019 թվականին հաստատվել են մետավերլուծությամբ¹⁹:

Խորհուրդ են տրվում նվազ միջամտական մոտեցումը և ինդոցիանի կանաչով ընթացակարգը

Ներկայումս ներարգանդենո քաղցկեղի վիրահատության անհրաժեշտության պարագայում խորհուրդ է տրվում նվազ միջամտական մոտեցմամբ վիրաբուժությունը (լապարասկոպային կամ ռոբոտ օգնականով), այդ թվում՝ մեծ վտանգի ենթակա հիվանդների համար: Այս ցուցմամբ բուժելիս արգանդային մանիպուլյատորի դերը դեռևս պետք է հստակեցնել առաջադասյա հետազոտությունների միջոցով: Մինչև նույն ժամանակ, ինդոցիանին կանաչով հայտնաբերված ժամապահ-ավշահանգույցի հեռացման և հետազոտման ընթացակարգը դարձել է, ըստ FIGO դասակարգման, ավշային հանգույցների այստահարման I և II փուլերի որոշման էտալոնային մեթոդ՝ անկախ հյուսվածաբանական տիպից: Բուժումը պետք է իրականացվի մասնագիտացված հաստատությունում՝ գինեկոլոգիական քաղցկեղների մասնագիտացված թիմի կողմից:

Մ. Նիկայայանը հայտարարում է, որ որևէ շահ չի հետապնդում:

Ժ. Բելզիտին հայտնում է Intuitive Surgical-ի որոշակի միջոցառումների մասնակցելու մասին:

RESUMÉ ÉVOLUTION DE LA CHIRURGIE DES CANCERS DE L'ENDOMETRE

Concernant le cancer de l'endomètre, lorsqu'une chirurgie est envisagée, la voie mini-invasive (cœlioscopique ou robot-assistée) est actuellement recommandée, y compris pour les patientes du groupe à haut risque. La place du manipulateur utérin dans cette indication doit encore être précisée par des études prospectives. La procédure du ganglion sentinelle au vert d'indocyanine est par ailleurs devenue la technique de référence pour la stadification ganglionnaire des stades FIGO I et II quel que soit le type histologique. La prise en charge doit être assurée dans un établissement spécialisé, par une équipe spécialisée dans les cancers gynécologiques.

SUMMARY EVOLUTION OF ENDOMETRIAL CANCER SURGERY

Minimally invasive surgery (laparoscopic or robotic assisted) is currently recommended when surgery is envisaged, including for patients in the high risk group. The place of the uterine manipulator in this indication still needs to be clarified by prospective studies. The indocyanine green sentinel lymph node procedure has become the reference technique for lymph node staging of FIGO stages I and II regardless of histological type. Management must be carried out in a specialized institution by a team specialised in the gynaecological cancers.

ՀՊՈՒՄՆԵՐ

- Concin N, Matias-Guiu X, Vergote I, Cibula D, Mirza MR, Marnitz S, et al. ESGO/ESTRO/ESP guidelines for the management of patients with endometrial carcinoma. *Int J Gynecol Cancer* 2021;31(1):12–39.
- Walker JL, Piedmonte MR, Spiratos NM, Eisenkop SM, Schlaerth JB, Mannel RS, et al. Recurrence and survival after random assignment to laparoscopy versus laparotomy for comprehensive surgical staging of uterine cancer: Gynecologic Oncology Group LAP2 Study. *J Clin Oncol* 2012;30(7):695–700.
- Walker JL, Piedmonte MR, Spiratos NM, Eisenkop SM, Schlaerth JB, Mannel RS, et al. Laparoscopy compared with laparotomy for comprehensive surgical staging of uterine cancer: Gynecologic Oncology Group Study LAP2. *J Clin Oncol* 2009;27(32):5331–6.
- Jørgensen SL, Mogensen O, Wu CS, Korsholm M, Lund K, Jensen PT. Survival after a nationwide introduction of robotic surgery in women with early-stage endometrial cancer: a population-based prospective cohort study. *Eur J Cancer* 2019;109:1–11.
- Coronado PJ, Rychlik A, Baquedano L, García-Pineda V, Martínez-Maestre MA, Querleu D, et al. Survival analysis in endometrial carcinomas by type of surgical approach: A matched-pair study. *Cancers (Basel)* 2022;14(4):1081.
- Querleu D, Cibula D, Concin N, Fagotti A, Ferrero A, Fotopoulou C, et al. Laparoscopic radical hysterectomy: a European Society of Gynaecological Oncology (ESGO) statement. *Int J Gynecol Cancer* 2020;30(1):15.
- Ramirez PT, Frumovitz M, Pareja R, Lopez A, Vieira M, Ribeiro R, et al. Minimally invasive versus abdominal radical hysterectomy for cervical cancer. *N Engl J Med* 2018;379(20):1895–904.
- Chiva L, Zanagnolo V, Querleu D, Martin-Calvo N, Arévalo-Serrano J, Čapílna ME, et al.; SUCCOR study group. SUCCOR study: an international european cohort observational study comparing minimally invasive surgery versus open abdominal radical hysterectomy in patients with stage IB1 cervical cancer. *Int J Gynecol Cancer* 2020;30(9):1269–77.
- Padilla-Iserte P, Lago V, Tauste C, Díaz-Feijoo B, Gil-Moreno A, Oliver R, et al. Spanish Society of Gynecology and Obstetrics Spanish Investigational Network Gynecologic Oncology Group. Impact of uterine manipulator on oncological outcome in endometrial cancer surgery. *Am J Obstet Gynecol*. 2021 Jan;224(1):65.e1–65.e11.
- Ballester M, Dubernard G, Lécure F, Heitz D, Mathevet P, Marret H, et al. Detection rate and diagnostic accuracy of sentinel-node biopsy in early-stage endometrial cancer: a prospective multicentre study (SENTI-ENDO). *Lancet Oncol* 2011;12(5):469–76.
- Rossi EC, Kowalski LD, Scalici J, Cantrell L, Schuler K, Hanna RK, et al. A comparison of sentinel lymph node biopsy to lymphadenectomy for endometrial cancer staging (FIRE trial): a multicentre, prospective, cohort study. *Lancet Oncol* 2017;18(3):384–92.
- Tanner EJ, Sinno AK, Stone RL, Levinson KL, Long KC, Fader AN. Factors associated with successful bilateral sentinel lymph node mapping in endometrial cancer. *Gynecol Oncol* 2015;138(3):542–7.
- Frumovitz M, Plante M, Lee PS, Sandadi S, Lilja JF, Escobar PF, et al. Near-infrared fluorescence for detection of sentinel lymph nodes in women with cervical and uterine cancers (FILM): a randomised, phase 3, multicentre, non-inferiority trial. *Lancet Oncol* 2018;19(10):1394–403.
- Rozenholc A, Samouelian V, Warkus T, Gauthier P, Provencher D, Sauthier P, et al. Green versus blue: Randomized controlled trial comparing indocyanine green with methylene blue for sentinel lymph node detection in endometrial cancer. *Gynecol Oncol* 2019;153(3):500–4.
- Persson J, Geppert B, Lönnerfors C, Bollino M, Måsbäck A. Description of a reproducible anatomically based surgical algorithm for detection of pelvic sentinel lymph nodes in endometrial cancer. *Gynecol Oncol* 2017;147(1):120–5.
- Persson J, Salehi S, Bollino M, Lönnerfors C, Falconer H, Geppert B. Pelvic Sentinel lymph node detection in High-Risk Endometrial Cancer (SHREC-trial)—the final step towards a paradigm shift in surgical staging. *Eur J Cancer* 2019;116:77–85.
- Cusimano MC, Vicus D, Pulman K, Maganti M, Bernardini MQ, Bouchard-Fortier G, et al. Assessment of sentinel lymph node biopsy vs lymphadenectomy for intermediate and high-grade endometrial cancer staging. *JAMA Surg* 2021;156(2):157–64.
- Buda A, Restaino S, Di Martino G, De Ponti E, Monterossi G, Dinoi G, et al. The impact of the type of nodal assessment on prognosis in patients with high-intermediate and high-risk ESMO/ESGO/ESTRO group endometrial cancer: A multicenter Italian study. *Eur J Surg Oncol* 2018;44(10):1562–7.
- Bogani G, Murgia F, Ditto A, Raspagliesi F. Sentinel node mapping vs. lymphadenectomy in endometrial cancer: A systematic review and meta-analysis. *Gynecol Oncol* 2019;153(3):676–83.

խոշորագույն տակ

Ֆրանսիայում շուտով կկիրառվի՝ ամբուլատոր վիրաբուժությունը

Եվրոպական Նոր խորհրդատվական փաստաթղթերը (2021 թ.) խրախուսում են ամբուլատոր վիրաբուժության հասանելիությունը ներարգանդնու քաղցկեղով հիվանդների համար մասնավորապես խթանելով սվազ միջամտական վիրաբուժությունը՝ ընդհանրապես, և ընդլայնելով «միջինից մեծ» և «մեծ» վտանգավորության խմբերում ժամապահավճահանգույցների հեռացման ու հետազոտման ընթացակարգի ցուցումները այդպիսով փոխարինելով կոնքի և գոտկա-արտային հատվածի ավշային հանգույցների՝ համակարգված կերպով հեռացումը¹:

Անվտանգ ամբուլատոր վիրահատություն

Ամերիկյան մի շարք հետահայաց հետազոտությունների համաձայն՝ ամբուլատոր բուժումը հնարավոր է և անվտանգ լինի՝ չնայած ուղեկցող հիվանդություններին, ինչպիսիք են գիրությունը, զարկերակային գերճնշումը և շաքարային դիաբետը²⁻⁷: Melamed-ը և այլք 2015 թ. հրապարակել է միակենտրոն հետահայաց հետազոտություն 2011-2013 թթ. ներարգանդնու քաղցկեղի վիրահատության ենթարկված 696 հիվանդի վերաբերյալ (37% կոնքի և 3% գոտկա-արտային հատվածի ավշային հանգույցների հեռացմամբ): Արձանագրվել է, որ այդ ժամանակահատվածում ամբուլատոր բուժման տոկոսն աճել է 3,9-ից մինչև 69,6% առանց լրացուցիչ բարդությունների⁸: 2016 թ. Lee-ն և այլք ներկայացրել է ամերիկյան տվյալների վերլուծություն 2010-2014 թթ. ներարգանդնու քաղցկեղի վիրահատության ենթարկված 9020 հիվանդի՝ լապարոսկոպիայի միջոցով բուժման մեթոդների վերաբերյալ: Մեկօրյա բուժման ժամանակ (8,1%, n = 729), ի տարբերություն երկարատև հոսպիտալացման, վիրահատված հատվածում դիտարկվել են ավելի քիչ վարակներ և հետվիրահատական բարդությունների ու կրկնակի հոս-

պիտալացումների համարժեք ցուցանիշներ⁶:

Այս տվյալները հաստատվել են 2019 թ. Prais-ի և այլք հրապարակած հետահայաց ամերիկյան հետազոտության⁹: Դրանում ներառվել էր 14720 հիվանդ, որոնք ներարգանդնու քաղցկեղի պատճառով ենթարկվել էին սվազ միջամտական եղանակով արգանդահեռացման, նրանցից 1828-ը (12,4%) ամբուլատոր բուժմամբ: Ըստ բազմագործոնային վերլուծության՝ տարիքը (70 տարեկանից բարձր) և համակցված հիվանդությունները նվազեցրել են նույն օրը դուրս գրվելու հավանականությունը: Կրկին հոսպիտալացվել է ամբուլատոր բուժված հիվանդների 2,3%-ը, իսկ առաջին օրը դուրս գրվածների՝ 3,1%-ը (p = 0,051):

Ֆրանսիան հապաղում է

Ֆրանսիայում ներարգանդնու քաղցկեղով հիվանդների ամբուլատոր բուժումը շարունակում է «լուսանցքում» մնալ: Բժշկական ակտերի ընդհանուր դասակարգման (ԲԱԸԴ) տվյալների վերլուծության համաձայն՝ 2018-2019 թթ. եղել է 1%-ից պակաս: Սակայն վերջերս ֆրանսիական մի բազմակենտրոն հետազոտության հրապարակմամբ, որը վերաբերում է ամբուլատոր պայմաններում արգանդահեռացման ենթարկված 165 հիվանդի (այդ թվում 44-ի մոտ եղել է ներարգանդնու քաղցկեղ), հաստատվել է բժշկական այս ընթացակարգի իրագործելիությունն ու անվտանգությունը¹⁰:

Ֆրանսիայում ամբուլատոր բուժման զարգացման համար բազում խոչընդոտներ կան: Առաջինը կազմակերպական բնույթի է և վերաբերում է ամբուլատոր ծառայությունների բաց լինելու տևողությանը: ամբուլատոր վիրահատության ֆրանսիական սահմանումը ենթադրում է տասներկու ժամից պակաս տևողությամբ հոսպիտալացում՝ ի տարբերություն «նույն օրը դուրսգրման» միջազգային սահմանմանը, որը նախատեսում է քսանչորս

ժամ: Երկրորդ խոչընդոտը մշակութային է. առողջապահության ոլորտի շատ մասնագետներ տարակուսանքներ ունեն ամբուլատոր բուժման նպատակահարմարության և օգտակարության վերաբերյալ:

Եվ, վերջապես, ոչ հիվանդանոցային և հիվանդանոցային բժշկությունների համագործակցային բավականաչափ զարգացած ցանցի առկայությունը նույնպես արգելակող հանգամանք է:

Ինչպե՞ս փոխել իրավիճակը

Այսպիսով, բազմաթիվ հետահայաց հետազոտությունների համաձայն, սվազ միջամտական եղանակով ներարգանդնու քաղցկեղի վիրահատության ենթարկված հիվանդների ամբուլատոր բուժումը, շատերի կարծիքով, ապահով տարբերակ է: Այդուհանդերձ, այս առումով տեղաշարժ չի նկատվում, և Ֆրանսիան դեռևս հետ է մնում մի շարք երկրներից, մասնավորապես՝ Միացյալ Նահանգներից:

Ֆրանսիական «Ambu-Endo»¹¹ բազմակենտրոն նախագիծը միակ ընթացիկ առաջադիմացի և ռանդոմացված հետազոտությունն է, որը համեմատում է ներարգանդնու քաղցկեղով հիվանդների ամբուլատոր բուժումը ավանդական ձևերի հետ: Դրա արդյունքները, անկասկած, կնպաստեն բուժման գործող մեթոդների զարգացմանը:

Ժոզեֆ Բանտրը¹² Իզաբել Դյուրան-Ջայնսկի³ Ժերմի Բելգիտի¹ Կատրին Ուզան^{1,2}

¹ Լա Պիտիե Սալպետրիեր հիվանդանոցի գինեկոլոգիական ու կրծքագեղձի ուռուցքաբանության և վիրաբուժության բաժանմունք, Պետական օժանդակության փարիզյան հիվանդանոցների միավորում (AP-HP), Փարիզ, Ֆրանսիա
² Առողջապահության և բժշկական հետազոտությունների ազգային ինստիտուտ UMR-S 938, քաղցկեղի կենսաբանություն և բուժում, Սենտ Անտուան հետազոտությունների կենտրոն, Սորբոն համալսարան, Փարիզ, Ֆրանսիա
³ Առողջապահության տնտեսագիտության կլինիկական հետազոտությունների բաժին, Իլ դը Ֆրանս, Օտել Դյու Փարիզ, Ֆրանսիա

claire.sanson@aphp.fr

ԳՂՈՒՄՆԵՐ

1. Concin N, et al. ESGO/ESTRO/ESP guidelines for the management of patients with endometrial carcinoma. Int J Gynecol Cancer 2021;31(1):12-39.
2. Gien LT, et al. Feasibility of same-day discharge after laparoscopic surgery in gynecologic oncology. Gynecol Oncol 2011 1;121(2):339-43.

Ժ. Բանտրըը հայտնում է, որ տևականորեն համագործակցել է Intuitive Surgical կազմակերպության հետ, և որ Applied Medical միավորումը հոգացել է համազու-մարներին մասնակցության իր ճանապարհամասերը:

ՆԵՐԱՐԳԱՆԴԵՆՈՒ ՔԱՂՑԿԵՂ ՆՈՐ ՏԿՅԱԼՆԵՐ

Ի. Դուրան-Ջալեզկին հրապարակման հետ կապված շահի հետապնդման վերաբերյալ տեղեկատվություն չի տրամադրել:

Ջ. Բելգիտին հայտնում է, որ մասնակցել է Intuitive Surgical կազմակերպության որոշակի միջոցառումների:

Կատրին Ուզանը հայտնում է, որ մասնակցել է Roche, GSK, AstraZeneca, MSD, Exact Sciences, Kephren ընկերությունների որոշակի միջոցառումների:

3. Rettenmaier MA, et al. Same-day discharge in clinical stage I endometrial cancer patients treated with total laparoscopic hysterectomy, bilateral salpingo-oophorectomy and bilateral pelvic lymphadenectomy. *Oncology* 2012;82(6):321-6.
4. Lee SJ, et al. The feasibility and safety of same-day discharge after robotic-assisted hysterectomy alone or with other procedures for benign and malignant indications. *Gynecol Oncol* 2014;133(3):552-5.
5. Lee SJ, et al. The feasibility and safety of same-day discharge after robotic-assisted hysterectomy alone or with other procedures for benign and malignant indications. *Gynecol Oncol* 2014;133(3):552-5.
6. Lee J, et al. The safety of same-day discharge after laparoscopic hysterectomy for endometrial cancer. *Gynecol Oncol* 2016;142(3):508-13.
7. Penner KR, et al. Same-day discharge is feasible and safe in patients undergoing minimally invasive staging for gynecologic malignancies. *Am J Obstet Gynecol* 2015;212(2):186.e1-8.
8. Melamed A, et al. Same-day discharge after laparoscopic hysterectomy for endometrial cancer. *Ann Surg Oncol* 2016;23(1):178-85.
9. Praiss AM, et al. Safety of same-day discharge for minimally invasive hysterectomy for endometrial cancer. *Am J Obstet Gynecol* 2019;221(3):239.e1-239.e11.
10. Benoit L, et al. Faisabilité et sécurité de l'hystérectomie totale par voie coelioscopique (± robot-assisté) en chirurgie ambulatoire: une étude rétrospective multicentrique française]. *Gynecol Obstet Fertil Senol* 2022;50(5):374-81.
11. AMBU-ENDO. Cost-utility of ambulatory surgery in the management of endometrial cancer (AMBU-ENDO). *ClinicalTrials.gov*, identifier: NCT03580421.



Santé Arménie

Soigner, former et bâtir en Arménie

Ներարգանդենու քաղցկեղի հետվիրահատական բուժումը Նշանակումների օպտիմալացում՝ ըստ ախտակրկնությունների վտանգի

Թեև ներարգանդենու (էնդոմետրիում) քաղցկեղի բուժումը նախ վիրահատությունն է, հիվանդների մեծ մասին ապացիսվելու համար անհրաժեշտ է հետվիրահատական բուժում: Այն ուղղված է միաժամանակ հեշտոցի և կոնքի մերձակա հատվածների հսկողությանը (բրախիթերապիայի և արտաքին ռադիոթերապիայի միջոցով) և ապրելիության բարելավմանը (քիմիոթերապիայի միջոցով): Հակահորմոնային բուժումը, թիրախային բուժումները և իմունաբուժումը ներկայումս չեն կիրառվում ներարգանդենու քաղցկեղի հետվիրահատական բուժման գործընթացում:

Հյուսվածաբանական չափանիշները

Հետվիրահատական բուժման իրականացման մասին որոշում կայացնելիս հարկ է հաշվի առնել հյուսվածաբանական հետազոտության մի շարք չափանիշներ.

- հյուսվածաբանական տեսակը,
- աստիճանը,
- արգանդամկան (միոմետրիում) ներթափանցման տոկոսը (50%-ից պակաս (փուլ IA) կամ ավելի քան 50% (փուլ IB)),
- արգանդի վզիկի քորիոնի ախտահարումը (ազդարարում է հիվանդության II փուլը),
- էմբոլների բացակայությունը կամ դրանց օջախային կամ ցրված բնույթը,
- արգանդի շճաթաղանթի կամ հավելումների ախտահարումը, անկախ հարակցությունից (IIIA փուլ), նաև հեշտոցի կամ հարարգանդային բջջանքի (պարամետրիում) ախտահարումը (IIIB)
- կոնքի (IIIC1) կամ գոտկա-աորտային ավշային հանգույցների ախտահարումը (IIIC2),
- միզապարկի կամ ուղիղ աղու ախտահարումը (IVA փուլ),
- մրկորարբանակային անկայունությունը, էպսիլոն պոլիմերազայի մուտացիաները և p53-ի շեղումները:

Փոփոխվող նշանակումներ՝ ըստ ախտակրկնության վտանգի

Հետվիրահատական բուժումը նշանակվում է՝ կախված ներարգանդենու քաղցկեղի փուլից, հետևաբար՝ վտանգի մակարդակից: **Աղյուսակներ 1-ում և 2-ում** ներկայացված է ամփոփ խորհրդատվություն՝ ըստ կանխատեսումային գործոնների:

Հետվիրահատական բուժումը ցուցված չէ փոքր վտանգի դեպքում

Էնդոմետրիոիդային տիպի քաղցկեղ, IA փուլ, չարորակության ցածր աստիճան և օջախային կամ բացակայող էմբոլ-

ներ. այս բոլոր չափանիշներն ունեցող հիվանդների համար ախտակրկնության վտանգը շատ փոքր է: Հիմք ընդունելով մի շարք հետազոտություններ՝ Նրանց խորհուրդ չի տրվում հետվիրահատական բուժում:

Նույն կերպ՝ էպսիլոն պոլիմերազայի մուտացիայի և հիվանդության I կամ II փուլի դեպքում կանխատեսումը գերազանց է, ուստի հիվանդները վերադասակարգվում են որպես փոքր վտանգի ենթակա խումբ՝ անկախ հյուսվածաբանական մյուս չափանիշներից:

Միջին վտանգի երկու պրոֆիլ

Էնդոմետրիոիդային քաղցկեղի դեպքում միջին վտանգի խմբում ընդգրկվելու համար հիվանդը չպետք է ունենա ցրված էմբոլներ և պետք է ունենա հետևյալ չափանիշներից միայն մեկը՝ կամ IB փուլ, կամ բարձր աստիճանի չարորակություն: Այս հիվանդների շրջանում արտաքին ռադիոթերապիան և բրախիթերապիան համեմատող հետազոտություններն արձանագրել են պակաս բարդություններով լավ տեղային վերահսկողություն միայն բրախիթերապիայից հետո: Ուստի հենց բրախիթերապիան է ցուցվում հիվանդներին: Մինչև 60 տարեկան հիվանդներին, որոնց կանխատեսումն ավելի լավն է, քան տարեցներից, խորհուրդ է տրվում ձեռնպահ մնալ հետվիրահատական բուժումից՝ կյանքի որակը, հատկապես՝ սեռական, պահպանելու համար:

Վերջապես, առանց էմբոլների և զուտ ներլորձաթաղանթային ոչ էնդոմետրիոիդային տիպի քաղցկեղով (այսինքն՝ առանց արգանդամկանի ախտահարման) հիվանդները նույնպես միջին վտանգի մակարդակում են: Նրանց հետվիրահատական բուժում նշանակելու հարցը քննարկման փուլում է. հետազոտությունների որոշ արդյունքներ հաստատում են քիմիոթերապիայի արդյունավետությունը, որոշներն էլ արձանագրում են գերազանց կանխատեսում միայն բրախիթերապիայի կիրառման դեպքում:

Միջինից մեծ վտանգ. դիմել ավշային հանգույցների աստիճանավորման օգնությանը

Միջինից մեծ վտանգի ենթակա հիվանդներն ունենում են կամ ցրված էմբոլներով IA փուլի քաղցկեղ, կամ IB փուլի բարձր աստիճանի չարորակության քաղցկեղ, կամ II փուլի քաղցկեղ (այն է՝ արգանդի վզիկի ախտահարմամբ): Այս հիվանդների ավշային հանգույցների ախտահարման վտանգն ավելի մեծ է, և ստեղծվում է երկատու՝ կախված նրանից՝ ավշային հանգույցների վիրահատական աստիճանավորում իրականացվել է, թե՛ ոչ.

- թե՛ իրականացվել է, ապա հետվիրահատական բուժումն առավել հաճախ կարող է սահմանափակվել միայն բրախիթերապիայով: Քաղցկեղի II փուլը պահանջում է նաև

Նիկոլա Մեյան

Լա Պիտիե Սալպետրիեր հիվանդանոցի ռադիոթերապիայի և ուռուցքաբանության բաժանմունք, Պետական օժանդակության փարիզյան հիվանդանոցների միավորում (AP-HP), Սորբոնի համալսարան, Փարիզ, Ֆրանսիա
nicolas.meillan@ch-argenteuil.fr

Հեղինակը հայտնում է, որ մշտական կապեր ունի Kephren Publishing-ի հետ (մատենագիտական մշտադիտարկում), և որ համագործակցությունները մասնակցության իր ծախսերը հոգացել են Ipsen Pharma, Mayoly Spindler, Mylan Medical, Amgen, Merck Serono, AstraZeneca, Sandoz, Elekta, Eisai, Pierre Fabre Médicament, Mundipharma, Bristol-Myers Squibb և MSD France կազմակերպությունները:

ՆԵՐԱՐԳԱՆԴԵՆՈՒ ՔԱՂՑԿԵՂ ՆՈՐ ՏԿՅԱԼՆԵՐ

ԷԿՂՈՄԵՏՐԻՈՒԴԱՑԻՆ ՔԱՂՑԿԵՂԻ ԲՈՒԺՄԱՆ ԽՈՐՐԴԱՏՎՈՒԹՅՈՒՆ ԸՍՏ ԿԱՆԽԱՏԵՍՈՒՄԱՑԻՆ ԳՈՐԾՈՆՆԵՐԻ								
Փուլ	Աստիճան	Emboles	Ավշային կարգավիճակ	POLE մուտացիա	Վտանգ	Բրախի-թերապիա	Ռադիո-թերապիա	Քիմիա-թերապիա
IA	Ցածր (1-2)	չկա կամ օջախային	NO	չկա	Փոքր	✗	✗	✗
IA	Բոլոր	կա կամ չկա	NO	կա	Փոքր	✗	✗	✗
IB	Բոլոր	կա կամ չկա	NO	կա	Փոքր	✗	✗	✗
II	Բոլոր	կա կամ չկա	NO	կա	Փոքր	✗	✗	✗
IA	Բարձր (3)	չկա կամ օջախային	NO	չկա	Միջին	Կարելի է չկիրառել, եթե տարիքը < 60	✗	✗
IB	Ցածր (1-2)	չկա կամ օջախային	NO	չկա	Միջին	Կարելի է չկիրառել, եթե տարիքը < 60	✗	✗
IA	Բոլոր	Ցրված	pNO	չկա	Միջինից մեծ	✓	Քննարկման ենթակա	Քննարկման ենթակա
IB	Բոլոր	Ցրված	pNO	չկա	Միջինից մեծ	✓	Քննարկման ենթակա	Քննարկման ենթակա
IB	Բարձր (3)	կա կամ չկա	pNO	չկա	Միջինից մեծ	✓	✗	Քննարկման ենթակա
II	Ցածր (1-2)	կա կամ չկա	pNO	չկա	Միջինից մեծ	✓	Քննարկման ենթակա	✗
II	Բարձր (3)	կա կամ չկա	pNO	չկա	Միջինից մեծ	✓	Քննարկման ենթակա	Քննարկման ենթակա
IA	Բոլոր	Ցրված	pNX	չկա	Միջինից մեծ	✓	✓	Քննարկման ենթակա
IB	Բոլոր	Ցրված	pNX	չկա	Միջինից մեծ	✓	✓	Քննարկման ենթակա
IB	Բարձր (3)	չկա կամ օջախային	pNX	չկա	Միջինից մեծ	✓	Քննարկման ենթակա	✗
IB	Բարձր (3)	Ցրված	pNX	չկա	Միջինից մեծ	✓	✓	Քննարկման ենթակա
II	Ցածր (1)	չկա կամ օջախային	pNX	չկա	Միջինից մեծ	✓	Քննարկման ենթակա	✗
II	Ցածր (1)	Ցրված	pNX	չկա	Միջինից մեծ	✓	✓	Քննարկման ենթակա
II	Ցածր (2)	չկա կամ օջախային	pNX	չկա	Միջինից մեծ	✓	✓	✗
II	Ցածր (2)	Ցրված	pNX	չկա	Միջինից մեծ	✓	✓	Քննարկման ենթակա
II	Բարձր (3)	կա կամ չկա	pNX	չկա	Միջինից մեծ	✓	✓	✓
III	Բոլոր	կա կամ չկա	NI	կա	Մեծ	Արգանդի վզիկի կամ հեշտոցի ախտահարման դեպքում	Բարելավում է կոնքի հսկողությունը	✓
III	Բոլոր	կա կամ չկա	NI	չկա	Մեծ	Արգանդի վզիկի կամ հեշտոցի ախտահարման դեպքում	Բարելավում է կոնքի հսկողությունը	✓
IVA	Բոլոր	կա կամ չկա	Բոլոր	կա	Մեծ	Արգանդի վզիկի կամ հեշտոցի ախտահարման դեպքում	Բարելավում է կոնքի հսկողությունը	✓
IVA	Բոլոր	կա կամ չկա	Բոլոր	չկա	Մեծ	Արգանդի վզիկի կամ հեշտոցի ախտահարման դեպքում	Բարելավում է կոնքի հսկողությունը	✓

Աղյուսակ 1. Կանխատեսումային գործոնները ներկայացված են են գունային աստիճանավորմամբ՝ կանաչից (բարենպաստ) կարմիր (անբարենպաստ): ✓ բուժումը ցուցված է, ✗ բուժումը ցուցված չէ:
 NO ախտահարված ավշային հանգույց չկա, NI մեկ ախտահարված ավշային հանգույց, pNO հյուսվածաախտաբանական քննությունն ախտահարված ավշային հանգույց չի հայտնաբերել, pNX հյուսվածաախտաբանական քննությունը հայտնաբերել է բազմաթիվ ախտահարված ավշային հանգույցներ:

ՆԵՐԱՐԳԱՆԴԵՆՈՒ ԲԱՂՑԿԵՂ ՆՈՐ ՏԿՅԱԼՆԵՐ

RECOMMANDATIONS DE TRAITEMENT SELON LES FACTEURS PRONOSTIQUES POUR LES CANCERS NON ENDOMÉTRIÏDES

Փուլ	Աստիճան	Emboles	Ավշային կարգավիճակ	POLE մոտացիա	Վտանգ	Բրախիթերապիա	Ռադիոթերապիա	Քիմիոթերապիա
IA ներլորձաթաղանթային	կիրառելի չէ	չկա կամ օջախային	NO	չկա	Միջին	Քննարկման ենթակա	✗	Քննարկման ենթակա
IA ախտահարված արգանդամկան	կիրառելի չէ	կա կամ չկա	Բոլոր	չկա	Բարձր	Քննարկման ենթակա	Բարելավում է կոնքի հսկողությունը	✓
IB à IV	կիրառելի չէ	կա կամ չկա	Բոլոր	չկա	Բարձր	Քննարկման ենթակա	Բարելավում է կոնքի հսկողությունը	✓

Աղյուսակ 2. Կանխատեսումային գործոնները ներկայացված են գունային աստիճանավորմամբ՝ կանաչից (բարենպաստ) կարմիր (անբարենպաստ): ✓ բուժումը ցուցված է, ✗ բուժումը ցուցված չէ
N/A կիրառելի չէ, NO ախտահարված աշվային հանգույց չկա:

արտաքին ռադիոթերապիա, բարձր աստիճանի չարորակությունը՝ քիմիոթերապիա, իսկ էմբոլների առկայությունը՝ թե՛ արտաքին ռադիոթերապիա և թե՛ քիմիոթերապիա:
- ավշային հանգույցների աստիճանավորման բացակայության դեպքում (օրինակ՝ ուղեկցող հիվանդություններով կամ տարեց հիվանդ) առավել հաճախ խորհուրդ է տրվում ռադիոթերապիա: Այն կարելի է հետաձգել միայն առանց էմբոլների բարձր աստիճանի չարորակության քաղցկեղի կամ ցածր աստիճանի չարորակության II փուլի քաղցկեղի դեպքում¹: Մինչդեռ քաղցկեղի բարձր աստիճանի չարորակությունը և էմբոլների առկայությունը կարող են պահանջել քիմիոթերապիա:

Քիմիոթերապիան օգտակար է մեծ վտանգի ենթակա հիվանդներին

Մեծ վտանգի ենթակա են համարվում այն հիվանդները, որոնք ունեն կամ էնդոմետրիոիդային տիպի խորացած III-IVA փուլերի քաղցկեղ, կամ արգանդի լորձաթաղանթի սահմաններից դուրս տարածվող ոչ էնդոմետրիոիդային տիպի քաղցկեղ: Այս հիվանդների շրջանում հետազոտությունները ցույց են տվել քիմիոթերապիայի օգտավետությունը:

NSGO-EC-9501/ EORTC-55991- ի և MaNGO ILIAD-III-ի հետազոտությունների համակցված վերլուծությունը արձանագրել է առանց ախտակրկնության ապրելիության աճ քիմիոթերապիայի կիրառման դեպքում. վերլուծության մեջ միայն ռադիոթերապիան համեմատվել է քիմիոթերապիայի հետ (3 կամ 4 շրջափուլ)² ռադիոթերապիայի հետագա կիրառմամբ (հաջորդաբար)³:

PORTEC 3 հետազոտությունը համեմատել է միայն ռադիոթերապիան միաժամանակ կիրառվող քիմիա- և ռադիոթերապիաների հետ, որոնք հաջորդել է կարբոպլատին-պակլիտաքսելով քիմիոթերապիայի 4 շրջափուլ. այս անգամ գրանցվել է ընդհանուր ապրելիության աճ⁴:

Եվ վերջապես, GOC-258 հետազոտությունը միաժամանակյա քիմիառադիոթերապիան⁵ 4 շրջափուլ կարբոպլատին-պակլիտաքսելով քիմիոթերապիայի հետագա կիրառմամբ, համեմատել է առանց ռադիոթերապիայի անցկացվող 6 շրջափուլ կարբոպլատին-պակլիտաքսելով քիմիոթերապիայի հետ: Ապրելիության տեսանկյունից տարբերություն չի արձանագրվել, սակայն կոնքի վերահսկողությունն ավելի լավ է եղել ռադիոթերապիայի դեպքում⁶:

Ուստի կարևոր է քննության առնել քիմիոթերապիայի կիրառումն այս հիվանդների շրջանում, այդ թվում՝ տարեցների՝ հաշվի առնելով տարիքի՝ վտանգի անբարենպաստ գործոն լինելը:

Վերջին երկու հետազոտությունները չեն ներառել կարցինոսարկոմայով հիվանդներին, հետևաբար, զուգակցված ռադիոքիմիոթերապիան նրանց չի կարող առաջարկվել^{6,7}: Բրախիթերապիան հիմնականում առաջարկվում է արգանդի վզիկի կամ հեշտոցի ախտահարման դեպքում, քանի որ այդ տեղամասերն ավելի շատ են ենթարկվում հեշտոցի հատակի ախտակրկնությունների վտանգին:

Բուժման տարբեր մեթոդների նկարագրություն

Հետվիրահատական բուժման ցուցման պարագայում հնարավոր է երեք տարբերակ՝ բրախիթերապիա, ռադիոթերապիա և քիմիոթերապիա:

Ներհեշտոցային ամբուլատոր բրախիթերապիա

Սա ներքին ռադիոթերապիա է, որի ժամանակ հիվանդի հեշտոցում տեղադրվում է հատուկ սարք: Այնտեղ շրջանավորվում է ռադիոակտիվ աղբյուր և ներազդում հեշտոցի վերին մեկ երրորդ մասի վրա:

Բրախիթերապիան ամենից հաճախ կատարվում է չափաբաժնի վերին շեմով, ինչը կարճատև ամբուլատոր բուժման հնարավորություն է տալիս: Գոյություն ունեն տարբեր նշանակումներ՝ երեք կամ չորս սեանս, եթե բուժումն իրականացվում է միայն բրախիթերապիայի միջոցով, և մեկ կամ երկու սեանս՝ արտաքին ռադիոթերապիայից հետո իրականացված լրացուցիչ բրախիթերապիայի դեպքում⁸: Հիմնական անցանկալի ազդեցությունները հեշտոցի լորձաթաղանթի չորությունն ու հեշտոցային կայուններն են, ինչպես նաև ճառագայթային ցիստիտն ու պրոկտիտը, որոնք սովորաբար թույլ են արտահայտվում:

Արտաքին ռադիոթերապիա. արդիականացված խորհրդատվություն

Վերջերս ռադիոթերապիայի կիրառման վերաբերյալ ֆրանսիական խորհրդատվությունը⁹ թարմացվել է:

ՆԵՐԱՐԳԱՆ ԴԵՆՈՒ ՔԱՂՑԿԵՂ ՆՈՐ ՏՎՅԱԼՆԵՐ

Արտաքին ռադիոթերապիան իրականացվում է գծային արագացուցիչով, որն արտադրում է բարձր էներգիայի ֆոտոններ: Դրանք անցնում են հիվանդի միջով և կենտրոնանում բուժման ենթակա հատվածներում (հեշտոցի կամար, կոնքի և գոտկա-արտալին ավշային հանգույցներ, միայն եթե այստես հարված են): Բուժումն իրականացվում է 25-28 սեսիսներով շաբաթական հինգ սեսիս հաճախականությամբ, 45-50,4 Գր ընդհանուր չափաբաժնով: Հետոցային այստակրկնությունների վտանգի գործոններով պայմանավորված կարող է առաջանալ լրացուցիչ բրախիթերապիայի անհրաժեշտություն:

Անցանկալի ազդեցությունները նման են բրախիթերապիայի ժամանակ դիտվող ազդեցություններին, սակայն ավելի մեծ ծավալի են, ուստի մարտոդական անբարենպաստ հետևանքների վտանգն ավելի մեծ է:

Մոդուլացված ինտենսիվությամբ ռադիոթերապիան, որը մուտքի կետերի բազմապատկման շնորհիվ հնարավորություն է տալիս ավելի ճիշտ համապատասխանեցնելու չափաբաժինը ծավալներին, առավելություն ունի անցանկալի ազդեցությունների նվազման տեսանկյունից: Այնուամենայնիվ, մինչ օրս այս մեթոդը չի ընդունվել Առողջապահության բարձրագույն ատյանի (Haute Autorité de santé) կողմից, ինչը սահմանափակում է դրա կիրառությունը:

Քիմիաթերապիա, առավել հաճախ կարբոպլատին-պակլիտաքսելով

Քիմիաթերապիայի ամենատարածված գործելակարգը կարբոպլատին-պակլիտաքսելով բուժումն է, որն ավելի դյու-

րատար է, քան ցիսպլատին-դոքսորուբիցին-պակլիտաքսելի համակցությունը՝ առանց արդյունավետության կորստի: Իրականացվում է յուրաքանչյուր երեք շաբաթը մեկ՝ ներդրված երակային խցիկ-կաթետերի շնորհիվ, ստացիոնար պայմաններում:

Զուգակցված քիմիառադիոթերապիայի դեպքում, PORTEC 3 և GOG-258 հետազոտություններում կիրառված գործելակարգի համաձայն, իրականացվել է ցիսպլատինի երկու ներարկում՝ 50 մգ/մ² չափաբաժնով երեք շաբաթ տարբերությամբ (այսինքն 1-ին և 4-րդ շաբաթներում), որոնց նախորդել և հաջորդել է հիդրատացում՝ հիվանդի երկկամների կծիկային խողովակները քիմիաթերապիայի թունավոր ազդեցությունից պաշտպանելու նպատակով^{6,7}:

Անհատականացված բուժում՝ հարմարեցված այստահարման փուլին, և վտանգի մակարդակը

Ներարգանդեկտո քաղցկեղի հետվիրահատական բուժումն ավելի ու ավելի է անհատականացվում: Ներկայիս միտումը այստակրկնությունների փոքր կամ միջին վտանգի ենթակա հիվանդների բուժումը թերևս անհատականացված է՝ դրա անբարենպաստ հետևանքները սահմանափակելու համար, և ընդհակառակը՝ մեծ վտանգի ենթակա հիվանդների շրջանում բուժումն ինտենսիվացնելը՝ առողջացման հավանականությունը մեծացնելու ակնկալիքով:

RÉSUMÉ TRAITEMENTS ADJUVANTS DU CANCER DE L'ENDOMÈTRE

Le traitement premier des cancers de l'endomètre est chirurgical. Le traitement adjuvant est fondé sur le niveau de risque de rechute qui dépend du type histologique, du grade, de la présence d'embolies, du stade FIGO et du profil génomique. Si le risque est bas, aucun traitement adjuvant n'est recommandé ; s'il est intermédiaire, une curiethérapie est le plus souvent recommandée. À partir du risque

intermédiaire haut peuvent se discuter une radiothérapie externe (pour le contrôle pelvien) et une chimiothérapie (pour le contrôle à distance). Enfin, pour les patientes à haut risque de récurrence, la chimiothérapie est recommandée, éventuellement associée à une radiothérapie externe.

SUMMARY ADJUVANT TREATMENTS FOR ENDOMETRIAL CANCER

Primary treatment for endometrial carcinoma is sur-

gical. Adjuvant treatment is based on risk profile according to histological type, grade, lymphovascular involvement, FIGO stage and genomic profile. Low-risk patients do not need further treatment and intermediate-risk patients may benefit from brachytherapy. Radiation therapy (for pelvic control) and chemotherapy (for metastatic control) may be discussed for high-intermediate risk patients. For high-risk patients, chemotherapy should be given, most often with radiation therapy.

ԳՂՈՒՄՆԵՐ

1. Concin N, Matias-Guiu X, Vergote I, Cibula D, Mirza MR, Marnitz S, et al. ESGO/ESTRO/ESP guidelines for the management of patients with endometrial carcinoma. *Int J Gynecol Cancer* 2021;31(1):12–39.
2. Blake P, Swart AM, Orton J, Kitchener H, Whelan T, Lukka H, et al. Adjuvant external beam radiotherapy in the treatment of endometrial cancer (MRC ASTEC and NCIC CTG EN.5 randomised trials): pooled trial results, systematic review, and meta-analysis. *The Lancet* 2009;373(9658):137–46.
3. For the PORTEC Study Group, Wortman BG, Creutzberg CL, Putter H, Jürgenliemk-Schulz IM, Jobsen JJ, et al. Ten-year results of the PORTEC-2 trial

- for high-intermediate risk endometrial carcinoma: improving patient selection for adjuvant therapy. *Br J Cancer* 2018;119(9):1067–74.
4. Qu XM, Velker VM, Leung E, Kwon JS, Elshaikh MA, Kong I, et al. The role of adjuvant therapy in stage IA serous and clear cell uterine cancer: A multi-institutional pooled analysis. *Gynecol Oncol* 2018;149(2):283–90.
5. Hogberg T, Signorelli M, de Oliveira CF, Fossati R, Lissoni AA, Sorbe B, et al. Sequential adjuvant chemotherapy and radiotherapy in endometrial cancer – Results from two randomised studies. *Eur J Cancer* 2010;46(13):2422–31.

6. de Boer SM, Powell ME, Mileshekin L, Katsaros D, Bessette P, Haie-Meder C, et al. Adjuvant chemoradiotherapy versus radiotherapy alone in women with high-risk endometrial cancer (PORTEC-3): patterns of recurrence and post-hoc survival analysis of a randomised phase 3 trial. *Lancet Oncol* 2019;20(9):1273–85.
7. Matei D, Filiaci V, Randall ME, Mutch D, Steinhoff MM, DiSilvestro PA, et al. Adjuvant chemotherapy plus radiation for locally advanced endometrial cancer. *N Engl J Med* 2019;380(24):2317–26.
8. Chargari C, Peignaux K, Escande A, Renard S, Lafond C, Petit A, et al. Radiotherapy for endometrial cancer. *Cancer/Radiothérapie* 2022;26(1–2):309–14.

Ներարգանդենու քաղցկեղի պահպանողական բուժում Տեղը բուժման գործընթացում և արդյունքները

Քարգացած երկրներում ներարգանդենու (էնդոմետրիում) քաղցկեղը փոքր կոնքի կանացի օրգանների ամենատարածված քաղցկեղն է: Ախտորոշման պահին տարիքային մեղիանը 65 տարեկան է: Այնուամենայնիվ, ներարգանդենու ախտորոշված քաղցկեղով կանանց 5%-ը 40 տարեկանից երիտասարդ է: Այս հիվանդների էտալոնային բուժումը, որը ենթադրում է արգանդի հեռացում (հիստերեկտոմիա), որոշակի պայմաններում կարող է հետաձգվել, իսկ պահպանողական բուժումը կլինի ժամանակավոր այլընտրանք արգանդի հեռացմանը¹: Յաճախ ատիպիկ հիպերպլազիայի հետ համակցված լինելու պատճառով, ինչպես նաև կապված այն փաստի հետ, որ հղիանալու ցանկության տարիքը ներկայումս դարձել է ավելի բարձր, ներարգանդենու Նորագոյացությունների հաճախականությունը մեծանում է այն կանանց շրջանում, որոնք պատրաստվում են հղիության: Այս հիվանդների համար պտղաբերության պահպանումը կարևոր խնդիր է: Յանակցված մոտեցումը, որը համատեղում է արգանդի ներդիմամբ (հիստերոսկոպով) ուռուցքի մասնահատումը և դրան հաջորդող հակագոնադոտորոպային բուժումը, պտղաբերության պահպանման արդյունավետ տարբերակ է:

Անհրաժեշտ պայմաններ պահպանողական բուժման համար

Երկու չափանիշների բավարարման դեպքում պահպանողական բուժման անվտանգությունը լավ փաստագրված է:

Լավ բնութագրված հյուսվածաբանություն

Անատոմախառնաբանական եզրակացությունը պետք է հանգի ատիպիկ հիպերպլազիայի կամ ցածր աստիճանի չարորակության էնդոմետրիոիդային տիպի ադենոկարցինոմայի: Եթե 3-րդ աստիճանի ախտահարման էնդոմետրիոիդային ադենոկարցինոմայի համար նախատեսվում է պահպանողական բուժում, ապա անհրաժեշտ է հիվանդին ուղղորդել կենսաբան մոլեկուլային հետազոտություն իրականացնող փորձագիտական կենտրոն: Երբ ներարգանդենուց դրա Նորագոյացության ախտորոշման համար անհրաժեշտ նմուշառումը սահմանափակ է, հարկավոր է դիտարկել արգանդադիտմամբ վիրահատության (հիստերոսկոպիա) հնարավորությունը:

Նորագոյացության փաստագրված տարածումը

Ախտահարումը պետք է համապատասխանի IA փուլին (FIGO 2009)² առանց արգանդամկան ներթափանցման և Նորագոյացության տեղային ու մոտակա հատվածներում

տարածման, որոնք տեսանելի են լինում կոնքի և գոտկաաորտային հատվածի մագնիսառեզոնանսային շերտագրության ժամանակ: Ադենոկարցինոմայի դեպքում վիրահատական արգանդադիտմամբ համակցված ախտորոշիչ որովայնադիտումը (լապարասկոպիա) հնարավորություն է տալիս իրականացնելու որովայնա-կոնքային մանրազնի հետազոտություն, ինչպես նաև արգանդափողերի ժամանակավոր կապում վերոնշյալ արգանդադիտման ընթացքում՝ արգանդափողերով չարորակ բջիջների անցումից խուսափելու համար:

Հասանելի են բուժման տարբեր մեթոդներ

Թեև արգանդի և դրա հավելումների հեռացումը (հիստերեկտոմիա և ադնեքսեկտոմիա) համարվում է էտալոնային բուժում, անցումային այլընտրանքներ նույնպես հնարավոր են:

Ներարգանդենու մասնահատում արգանդադիտման միջոցով՝ պրոգնոստիկներով հետագա բուժմամբ

Վերջին հետազոտությունները ցույց են տալիս, որ որ արգանդադիտման միջոցով վիրահատված, այնուհետև պրոգնոստիկներով բուժվող հիվանդների շրջանում արձանագրվել է հիվանդության ամբողջական նահանջի ամենաբարձր մակարդակը՝ համեմատած պտղաբերության պահպանմանն ուղղված այլ բուժումների հետ²:

Հնարավոր է բազմաթիվ պրոգնոստիկների կիրառություն

Թեև պահպանողական բուժման անվտանգությունը հանրաճանաչ է, պրոգնոստիկ տեսակի, չափաբաժնի, ընդունման եղանակի և տևողության վերաբերյալ միասնական կարծիք չկա:

Ամենափաստագրվածը մեզեստրոլի ացետատով (MA), մեթոքսիպրոգեստերոն ացետատով (MPA), լուտոգեստրոլով ներարգանդային պարոյրով (LNG-ՆԱՊ)³ և քլորմադինոնի ացետատով բուժումներն են: Վերջին դեղանյութի ընտրությունը պայմանավորված է դրա բավարար տանելիությամբ և կողմնակի ազդեցությունների սակավությամբ (մասնավորապես՝ թրոմբոէմբոլիային ազդեցության բացակայություն)³:

ԳՆՌՅ ներհակորդները՝ այլընտրանք

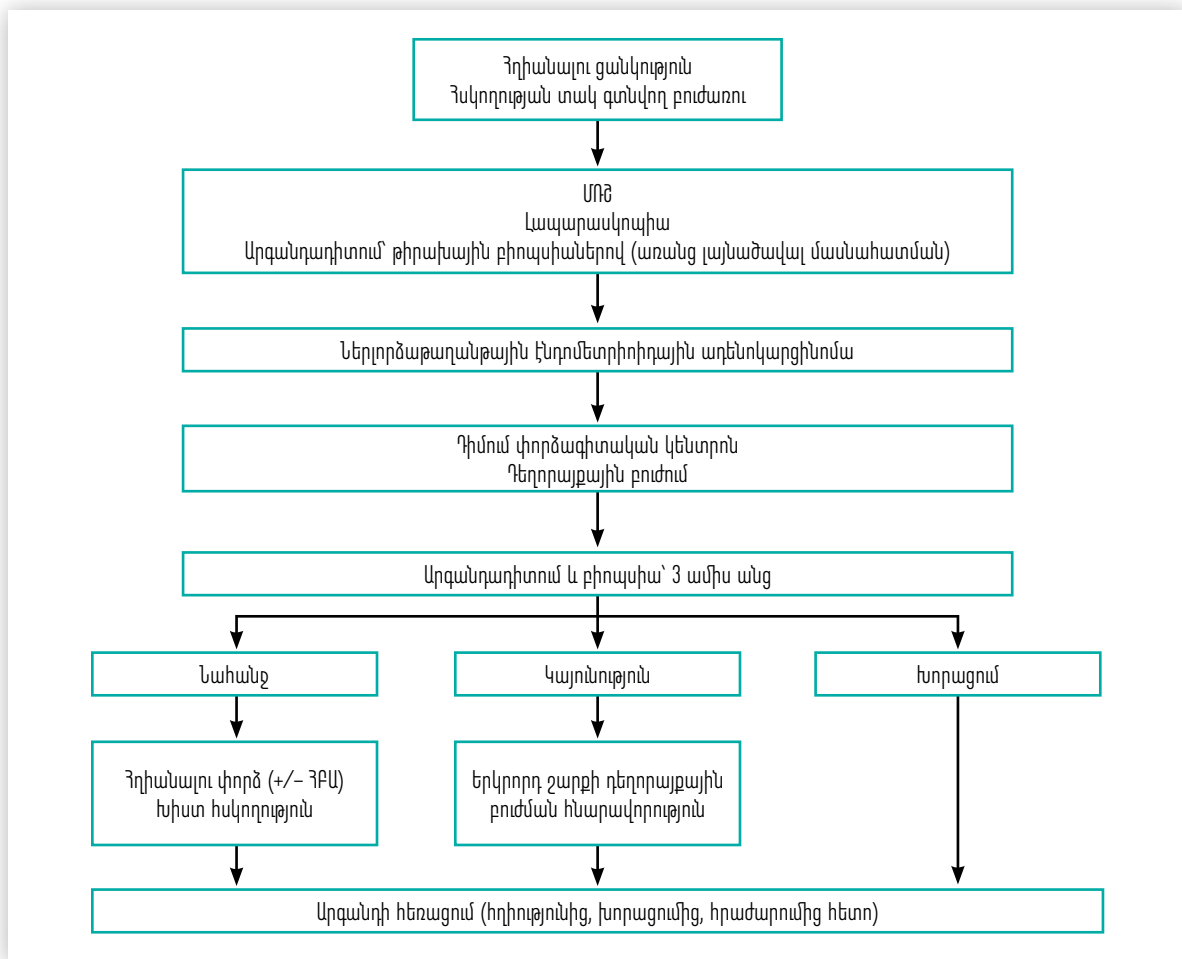
Իրենց հակագոնադոտորոպային ազդեցության շնորհիվ գոնադոտորոպին-ռիլիզինգ հորմոնի (ԳՆՌՅ) ներհակորդները նույնպես անցել են կլինիկական ուսումնասիրություններ: Թեև հիվանդության նահանջի ցուցանիշները նման են հա-

Մահա էդ¹
Քլեմանտին
Գոնտին¹
Մարգո Բյուկո²
Մարտին Կոսկաս^{1,3}
¹ Գինեկոլոգիական բաժանմունք, Բիշա հիվանդանոց, Փարիզ Միտե համալսարան, Ֆրանսիա
² Անատոմախառնաբանական բաժանմունք, Բիշա հիվանդանոց, Փարիզ Միտե համալսարան, Ֆրանսիա
³ PREFERE կենտրոն (Պտղաբերության պահպանման և ներարգանդենու քաղցկեղի կենտրոն), Բիշա հիվանդանոց, Փարիզ, Ֆրանսիա
martin.koskas@aphp.fr

Մ. Էյդը, Կ. Գոնտին և Մ. Բյուկոն հայտարարում են, որ սույն հրապարակմամբ որևէ շահ չեն հետապնդում:

Մ. Կոսկասը հայտնում է, որ մասնակցել է Intuitive Surgical կազմակերպության որոշ միջոցառումների:

ՆԵՐԱՐԳԱՆԴԵՆՈՒ ՔԱՂՑԿԵՂ ՆՈՐ ՏՎՅԱԼՆԵՐ



Պատկեր. Պահպանողական բուժման սխեմա. ՅԲԱ՝ Յրիանալուն ուղղված բժշկական աջակցություն:

բային պրոգնոստիկներով բուժման ժամանակ արձանագրված արդյունքին, դրանց օգտագործումը խորհուրդ չի տրվում սահմանափակ քանակությամբ տվյալների պատճառով: Նույն կերպ՝ արդիական կարող է լինել ԼՆԳ-ՆԱՊ և ՊՆՌՆ ներհակորդ համակցությունը, սակայն բավարար հետազոտություններ չեն իրականացվել:

Մետֆորմինն արդյունավետ է

Մետֆորմինի համակցումը պրոգնոստիկային բուժմանը, ըստ երևույթին, զուգակցված է ատիպիկ հիպերպլազիայի պահպանողական բուժման ժամանակ հիվանդության նահանջի ավելի մեծ հաճախականությամբ: Այնուամենայնիվ, արդյունավետությունը չի հաստատվել այն գնահատող բոլոր հետազոտություններում, և մետֆորմինի կանխարգելիչ ազդեցությունը ներարգանդենու քաղցկեղի զարգացման վրա չի ապացուցվել:

Փոխարենը, քաջի կորուստը գիրության դեպքում (պայման, որը կարող է նպաստել ներարգանդենու ադենոկարցինոմայի զարգացմանը) կարևոր խնդիր է, քանի որ հղիության ավելի բարձր մակարդակ է գրանցվել 30-ից պակաս

մարմնի զանգվածի ինդեքս (ՄԶԻ) ունեցող հիվանդների շրջանում⁴:

Արգանդի և հավելումների հեռացում

Արգանդի ամբողջական հեռացումը՝ հավելումների հետ մեկտեղ, շարունակում է համարվել էտալոնային բուժում՝ անկախ ատիպիկ հիպերպլազիայի և ներարգանդենու ադենոկարցինոմայի ի հայտ գալու տարիքից: Յրիության ցանկություն ունեցող երիտասարդ բուժառուները, որոնց կարող է ցուցվել պահպանողական բուժում, պետք է այդ մասին իրազեկված լինեն:

Ախտակրկնության վտանգի պատճառով արգանդի հեռացումը կարող է անհրաժեշտ լինել նույնիսկ հիվանդության նահանջի ժամանակ: Այդ պատճառով այն հարկավոր է դիտարկել ողջ երեխայի ծննդից հետո, ախտակրկնության դեպքում կամ բուժման արդյունավետության բացակայության դեպքում (12-ամսյա հսկողության կտրվածքով), ուռուցքի խորացման (ատիպիկ հիպերպլազիայի վերածում կարգիևնումայի, ադենոկարցինոմայի տարածում) կամ ներարգանդենու ոչ կանոնավոր հսկողության ժամանակ:

Հսկողություն և ախտակրկնության վտանգ դեղորայքային բուժումից հետո

Չկա միասնական կարծիք հսկողության ռազմավարությունների վերաբերյալ, մասնավորապես՝ հետազոտությունների հաճախականության և հյուսվածաբանական նմուշառման մեթոդի հետ կապված: Այնուամենայնիվ, գոյություն ունի միահամուռ կարծիք մանրազնին հսկողության կարևորության վերաբերյալ (պատկեր)¹: Հակազոնադոտորոպային բուժումից հետո պատասխանը գնահատվում է երեք ամիս անց արգանդադիտման միջոցով՝ ներարգանդենու բիոպսիայով:

Հետագայում խորհուրդ է տրվում երեք ամիսը մեկ իրականացնել խիստ հսկողություն՝ ախտորոշիչ արգանդադիտում ներարգանդենու բիոպսիայով:

Ամբողջական Նահանջի մակարդակը դեղորայքային բուժումից հետո 75% է՝ բոլոր դեղանյութերը միասին վերցրած: Երեք ամիս տևող բուժումից հետո արգանդադիտմամբ առաջին հետազոտության ընթացքում հնարավոր է երեք իրավիճակ՝

– ամբողջական Նահանջ (75%) պրոգնոստոգենային բուժումը կարելի է դադարեցվել և հնարավորինս շուտ հասնել հղիության: Հղիության բացակայության դեպքում հսկողությունը շարունակվում է արգանդադիտման միջոցով ներարգանդենուց նմուշառմամբ:

– խորացող ախտահարում. այս դեպքում խորհուրդ է տրվում արգանդի հեռացում,

– կայուն ախտահարում. անհրաժեշտ է դիտարկել արգանդի հեռացում, մերժման դեպքում կարող է առաջարկվել հակազոնադոտորոպային բուժում (երկրորդ շարքի բուժում):

Հիվանդության խորացման կամ երկրորդ շարքի դեղորայքային բուժման արդյունավետության բացակայության դեպքում հարկավոր է հրաժարվել պահպանողական բուժումից:

Ուռուցքաբանական և պտղաբերության վերաբերյալ բարենպաստ կանխատեսում

Ատիպիկ հիպերպլազիայի (առանց մետաստազային ներուժի՝ ներարգանդենիով սահմանափակվող ախտահարում) ուռուցքաբանական կանխատեսումը գերազանց է: Այնուամենայնիվ, արգանդը չի եռացնելու դեպքում կա մոտ 30% վտանգ, որ այն կվերածվի ներարգանդենու քաղցկեղի: Ներարգանդենիով սահմանափակվող 1-ին աստիճանի քաղցկեղն ունի շատ լավ կանխատեսում՝ 5 և 10 տարի ապրելիությամբ (համապատասխանաբար՝ 100% և 99%)՝ հավելումների երկկողմանի և արգանդի հեռացման դեպքում:

Պահպանողական բուժման դեպքում ապրելիության այս մակարդակը, կարծես, չի փոխվում: Մյուս կողմից՝ մի շարք հետազոտություններ ենթադրում են այս պարագայում ձվարանների միաժամանակյա քաղցկեղի (առաջնային կամ մետաստազային) վտանգի մեծացում: Պահպանողական բուժման հիմնական ցուցումը պետք է մնա պտղաբերության պահպանումը: Վերջերս իրականացված մետավերլուծությունը եզրակացնում է, որ հիվանդների մոտ մեկ երրորդին հաջողվում է հղիանալ, առավել հաճախ՝ արհեստական բեղմնավորման ճանապարհով՝ հիվանդության Նահանջից հետո ախտակրկնությունների վտանգը չմեծացնելով⁵:

Օպտիմալացնել պտղաբերության պահպանումը՝ դիմելով փորձագիտական կենտրոններ

Ներարգանդենու քաղցկեղով հիվանդացությունն ավելանում է վերարտադրողական տարիքի կանանց շրջանում: Բացի դրանից՝ իրիացող կանանց տարիքն է գնալով բարձրանում: Այս երկու հանգամանքներն անհրաժեշտ են դարձնում պտղաբերությունը պահպանելուն ուղղված բուժումը:

Տարբեր դեղորայքային բուժումների և դրանց համակցությունների արդյունավետությունը (պրոգնոստիկներ, ԳՆՌ-Հ ներհակորդներ և մետֆորմին՝ տարբեր ձևաչափերով) լավ փաստագրված է:

Բայց և այնպես, Ֆրանսիայում հատուկ բազմամասնագիտական խորհրդատվական կենտրոններ դիմելը (PREFERE կենտրոն, <https://hupnvs.aphp.fr/centre-prefere/>) հնարավորություն է տալիս օպտիմալացնելու երբեմն դժվար դեպքերի բուժումը և բարելավելու գիտելիքները:

RÉSUMÉ TRAITEMENTS CONSERVATEURS EN CAS DE CANCER DE L'ENDOMÈTRE

Le traitement du cancer de l'endomètre au stade précoce demeure fondé sur l'hystérectomie. Toutefois, chez les patientes en âge de procréer ayant un désir de grossesse, l'alternative conservatrice peut être envisagée en cas d'hyperplasie atypique ou d'un adénocarcinome endométrial de type endométrioïde sans envahissement myométrial. Le traitement conservateur consiste à proposer un protocole conservant l'utérus, fondé sur un traitement antigonadotrope (progestatif oral ou intra-utérin, agoniste de la GnRH) permettant une régression de la lésion endométriale. Le bilan préthérapeutique inclut au minimum une relecture des lames histologiques ayant fait le diagnostic de lésion endométriale, un bilan de fertilité et une IRM pelvienne. Pour vérifier la rémission et l'absence de récurrence, des biopsies guidées par hystérocopie tous les trois à quatre mois sont effectuées. La grossesse est autorisée après au moins trois mois de traitement si la rémission des lésions est prouvée histologiquement. Dans cette circonstance, il n'existe pas de contre-indication à une stimulation de l'ovulation. L'hystérectomie est finalement indiquée en cas de progression des lésions tumorales, de non-rémission des lésions à douze mois et en cas de succès ou abandon du projet de grossesse.

SUMMARY CONSERVATIVE TREATMENTS FOR ENDOMETRIAL CANCER

Treatment for early endometrial cancer remains based on hysterectomy. However, in patients of reproductive age with a pregnancy desire, conservative alternative may be considered in case of atypical hyperplasia or endometrial adenocarcinoma without myometrial invasion. The conservative treatment consists in proposing a protocol preserving the uterus, based on an antigonadotropic treatment (oral or intrauterine progestin, GnRH agonist) allowing a regression of the endometrial lesion. The pre-therapeutic assessment includes at least a review of initial histological slides, a fertility evaluation and a pelvic MRI. To check the remission and the absence of recurrence, hysteroscopy guided biopsies are performed every 3–4 months. Pregnancy is allowed after at least 3 months of treatment if the remission of lesions is proven histologically. In this circumstance, there is no contraindication to ovulation stimulation. Hysterectomy is finally indicated in case of progression of tumor lesions, non-remission of lesions at 12 months and if pregnancy project is abandoned.

ՆԵՐԱՐԳԱՆԴԵՆՈՒ ՔԱՂՑԿԵՂ ՆՈՐ ՏԿՅԱԼՆԵՐ

ԳՂՈՒՄՆԵՐ

1. Rodolakis A, Biliatis J, Morice P, Reed N, Mangler M, Kesic V, Denschlag D. European Society of Gynecological Oncology task force for fertility preservation: Clinical recommendations for fertility-sparing management in young endometrial cancer patients. *Int J Gynecol Cancer* 2015;25(7):1258–65.
2. Guillon S, Popescu N, Phelippeau J, Koskas M. A systematic review and meta-analysis of prognostic factors for remission in fertility-sparing management of endometrial atypical hyperplasia and adenocarcinoma. *Int J Gynaecol Obstet* 2019;146(3):277–88.
3. Koskas M, Uzan J, Luton D, Rouzier R, Daraï E. Prognostic factors of oncologic and reproductive outcomes in fertility-sparing management of endometrial atypical hyperplasia and adenocarcinoma: systematic review and meta-analysis. *Fertil Steril* 2014;101(3):785–94.
4. Gonthier C, Walker F, Luton D, Yazbeck C, Madelenat P, Koskas M. Impact of obesity on the results of fertility-sparing management for atypical hyperplasia and grade 1 endometrial cancer. *Gynecol Oncol* 2014;133(1):33–7.
5. Vaugon M, Peigné M, Phelippeau J, Gonthier C, Koskas M. IVF impact on the risk of recurrence of endometrial adenocarcinoma after fertility-sparing management. *Reprod Biomed Online* 2021;43(3):495–502.



Santé Arménie

Caring, training and building in Armenia

ՆԵՐԱՐԳԱՆԴԵՆՈՒ ՔԱՂՑԿԵՂ. ՆՈՐ ՏՎՅԱԼՆԵՐ 10 հիմնական ուղերձներ

1 2018 թ. Ֆրանսիայում գրանցվել է արգանդի մարմնի քաղցկեղի 8224 դեպք, այդ պատճառով այն կանանց շրջանում առավել հաճախ հանդիպող քաղցկեղների շարքում 4-րդն է, իսկ քաղցկեղից կանանց մահացությունների թվով՝ 6-րդը (2018 թ. արձանագրվել է մահվան 2415 դեպք): Այս քաղցկեղի հաճախականությունը Ֆրանսիայում վերջին երեսուն տարիների ընթացքում շատ քիչ է աճել:

2 Զետոյաշտանադադարային մետորոագիա ունեցող ցանկացած բուժառու անհրաժեշտ գինեկոլոգիական քննությունից հետ պետք է հնարավորություն ունենա անցնելու կոնքի ուլտրաձայնային հետազոտություն՝ արգանդի վզիկի և հեշտոցի ստուգման նպատակով:

3 Ներարգանդենու բիոպսիան Քորնիեի քերակի միջոցով պարզ գործողություն է, որը արագ այստորոշում ունենալու հնարավորություն է տալիս բժշկի հետ խորհրդակցության ժամանակ:

4 Կոնքի մինչև ձախ երիկամային երակ հասնող ՄՌԾ-ն էտալոնային պատկերային հետազոտություն է ներարգանդենու քաղցկեղի տեղային ծավալումը պարզելու համար:

5 Բոլոր բուժառուներին խորհուրդ է տրվում միկրոարբանյակների անկայունության (MSI) անատոմատաբանական ստուգում կամ MMR համակարգի սպիտակուցների իմունահիստաքիմիական քննության իրականացում:

6 Վտանգի ենթակա չորս խմբերի կանխատեսումային դասակարգումը ներառում է մոլեկուլային վերլուծության տվյալները (p53, MSI, POLE)՝ նախնական վիրահատական բուժումը, ինչպես նաև հետվիրահատական բուժման մեթոդները ուղղորդելու համար:

7 Նախատեսվող վիրահատության պարագայում ներկայումս խորհուրդ է տրվում նվազ միջամտական եղանակը (լապարոսկոպային կամ ռոբոտ-օգնականով), այդ թվում՝ նաև մեծ վտանգի ենթակա հիվանդներին: Այս ցուցման դեպքում առաջահայաց հետազոտություններով պետք է հստակեցվի արգանդի մանիպուլյատորի դերը:

8 Ինդոցիանին կանաչով հայտնաբերված ժամապահավաճահանգույցի (պահակային) հետազոտման ընթացակարգը էտալոնային մեթոդ է FIGO դասակարգման I և II փուլերի ավշային հանգույցների աստիճանավորման համար՝ անկախ հյուսվածաբանական տեսակից:

9 Ամբուլատոր պայմաններում վիրահատական բուժում կարելի է նախատեսել ճիշտ կազմակերպված բժշկական խնամքի պայմանով:

10 Հղիության հասնելու հեռանկարով պահպանողական բուժումը կարելի է դիտարկել ցածր աստիճանի չարորակության IA փուլի ադենոկարցինոմայի դեպքում. հղիանալու ցանկությունն իրագործելուց հետո այն պետք է ավարտվի արգանդի հեռացմամբ (հիստերեկտոմիայով):

Կատրին Ուզան
Լա Պիտիե Մալպետրիեր հիվանդանոցի գինեկոլոգիական ու կրծքագեղձի ուռուցքաբանության և վիրաբուժության բաժանմունքի ղեկավար, Սորբոնի համալսարան, Փարիզ, Ֆրանսիա
catherine.uzan@aphp.fr

Գեղինակը հայտնում է, որ մասնակցել է Roche, GSK, AstraZeneca, MSD, Exact Sciences et Kephren ընկերությունների որոշակի միջոցառումների:

Սա ի՞նչ է



Ջարկերակային հիպերտոնիկ ունեցող 73-ամյա կին, որ բուժվում է անգիոտենզինային ընկալիչների ներհակորդով, դիմել է հիվանդանոց արդեն 3 շաբաթ զարգացող դեմքի այտուցի պատճառով:

- Ա.** Անգիոտենզինային ընկալիչների ներհակորդով հարուցված անոթայտուց
- Բ.** Սիլիկոնոմա (սիլիկոնի ներարկման հետևանքով առաջացած գրանուլեմա)

- Գ.** Վերին սիներակի համախտանիշ
- Դ.** Հիստամինային անոթայտուց
- Ե.** Գայլախտ
ՊԱՏԱՆԱՆԸ՝ էջ 62

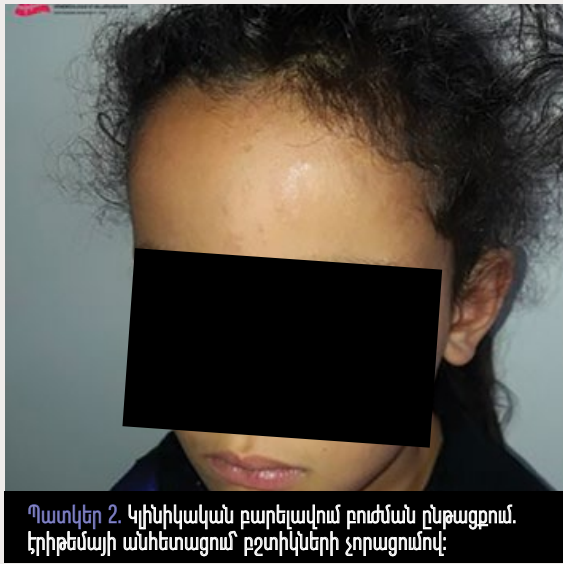
WWW.LAREVUEDUPRATICIEN.FR

Սա ի՞նչ է

Իմունակումպետենտ երեխայի գոտևորող որքինի ակնային ձևը



Պատկեր 1. Կլինիկական պատկերը բուժումից առաջ:



Պատկեր 2. Կլինիկական բարելավում բուժման ընթացքում. էրիթեմայի անհետացումը բշտիկների չորացումով:

Շտապօգնության բաժանմունք էր բերվել 5-ամյա աղջնակ՝ 3 օրվա ընթացքում զարգացած ցավոտ ցանով: Անամնեզում նշված էր, որ 2 տարեկան հասակում հիվանդացել է ջրծաղիկով: Կլինիկական զննման ընթացքում երեխան ցավազգայուն էր, բարձր ջերմություն չկար, ընդհանուր վիճակը բարվոք էր, ճակատի ծախ կեսին և քթի ծախ կողմում էրիթեմային ֆոնի վրա փնջված էին բազմաթիվ բշտիկներ՝ ծածկված արյունահոսող կեղանքներով: Նաև արձանագրվեց կոպի այտուց և շաղկապենու գերարյունություն՝ թարախային արտազատումներով (պատկեր 1):

Հաստատվեց գոտևորող որքինի ակնային ձև ախտորոշումը: Արյունազրությունը, քաղցած վիճակում արյան մեջ շաքարի կոնցենտրացիայի չափումը և ՄԻԱՎ շճաբանությունը որևէ շեղում չարձանագրեցին: Բուժառուին նշանակվեց 10 օր շարունակ ացիկլովիրի հաբերով բուժում (500 մգ/մ²/8 ժ.) տեղային հականեխիչ դեղամիջոցի և ցավազրկող բուժման հետ համատեղ: Առաջընթաց գրանցվեց բուժումից 7 օր անց՝ էրիթեման ամբողջությամբ անհետացավ, իսկ բշտիկները չորացան (պատկեր 2):

Երեխայի գոտևորող որքինը (հերպես գոտևոր) հազվագյուտ վիրուսային դերմատոզ է: Առաջանում է ջրծաղիկ-գոտևորող որքին վիրուսի (VZV virus) վերաակտիվացումից հետո, որը ջրծաղիկի առաջնային վարակից հետո մնում է «քնած» մեջքի զգայական հանգույցներում (գանգլիոն) ^{1,2}:

Երեխայի գոտևորող որքինի ակնային ձևը բացառիկ տարբերակ է, ախտահարում է ետվորյակ նյարդի ակնային ճյուղը ¹: Ախտորոշումը հիմնականում կլինիկական է: Աչքի հետ կապված ծանր բարդությունների վտանգը պահանջում է վաղաժամ բուժում ²: Հակավիրուսային դեղամիջոցները կիրառվում են գոտևորող որքինի բարդ ձևերի ժամանակ, հատկապես՝ բուժառուի իմունային համակարգի ընկճման կամ ակնային տեղայնացման դեպքում:

ԴՊՈՒՄՆԵՐ

1. Agharbi FZ. Zona de l'enfant : à propos de deux cas. The Pan African Medical Journal. 2019;32:199.
2. Koman C, Sowagnon T, Guirou N, Kra A, Assi A, Dibi C, Kouassi F. Zona ophtalmique chez l'enfant : à propos d'une observation et revue de littérature. Mali Médical. 2019;34(1):62-6.

Հանան Ռագոազի Ոսասմին ¹
Յուսեֆ Ամեիրա ¹
Հաննե Սարուկ ¹
Սիհամ Դիկեյ ^{1,2}
Նարա Ջիզի ^{1,2}

¹ Մաշկաբանության, սեռավարակաբանության և այլերգաբանության բաժանմունք, Ուժայի Մուհամեդ-ՎԻ համալսարանական ԲԿ, Մարոկկո

² Համաճարակաբանության, կլինիկական հետազոտության և հանրային առողջության լաբորատորիա, բժշկական և դեղագործական ֆակուլտետ, Մուհամեդ-ՎԻ համալսարան, Ուժայ Մարոկկո

hanan.ouasmin@gmail.com

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

Սա ի՞նչ է

Split hand համախտանիշը Շարկոյի հիվանդության ժամանակ

68-ամյա տղամարդը դիմել էր բժշկի խորհրդատվության արդեն երկու տարի տևող ընդհանուր վիճակի վատթարացման պատճառով, որն ուղեկցվում էր 15 կգ քաշի կորստով: Նա մի քանի ամիս բուժվել էր հակապարկինսոնային դեղամիջոցներով: Պարկինսոնի հիվանդությունն այստորոշվել էր երկու ձեռքերի դիրքային թույլ դողի պատճառով: Նրա որդին նկարագրում էր նաև վեց ամսվա ընթացքում ճանաչողական չափավոր խանգարումներ և քայլելու ժամանակ անսովոր հևոց, որոնց կապակցությամբ որևէ հետազոտություն չէր իրականացվել: Հարցուփորձը չհայտնաբերեց կերածը կամ խմածը շնչուղիներն անցնելու դրվագներ: Հետազոտությամբ արձանագրվեց 130/81 մմ ս.ս. զարկերակային ճնշում, քայլքը նորմալ էր՝ վերին վերջույթների ճոճմամբ, առկա էր տարածուն մկանային բարձր տոնուս՝ առանց, այսպես կոչված, ատամնանիվի ախտանշանի: Ստորին վերջույթներում դիտարկվում էին մկանային կծկանքներ (ֆասցիկուլյացիաներ): Չորս վերջույթների ոսկրաջլային ռեֆլեքսները շատ աշխույժ էին: Առկա էր բթամատը զատող կարճ մկանի (պատկեր 1) և դաստակի թիկնային միջոսկրային մկանների ամիոտրոֆիա՝ առաջին միջոսկրային մկանին գերակշռող (պատկեր 2), որի հետևանքով վերացել էր բթամատ-ցուցամատ սեղմակը (բթամատը ցուցամատին սեղմելու կարողությունը): Ճկույթը զատող մկանը համեմատաբար խնայված էր:

Կլինիկական զննության արդյունքներով կանխածվող կողմնային ամիոտրոֆիկ կարծրախտը (սկլերոզ) հաստատվեց էլեկտրամկանագրությամբ, որը բացառեց հաղորդունակության արգելակմամբ պայմանավորված նեյրոպաթիան և ի հայտ բերեց նյարդագրկման (դեներվացիա) նշաններ չորս վերջույթներում: Շարժողական պատասխանների ամպլիտուդները կրճատված էին բթամատը զատող կարճ մկանի համար և պահպանված՝ ճկույթը զատող մկանի համար:



Պատկեր 1. Բթամատը զատող կարճ մկանի ապաճում (ատրոֆիա):



Պատկեր 2. Դաստակի թիկնային միջոսկրային առաջին մկանի ապաճում (ատրոֆիա):

Կողմնային ամիոտրոֆիկ սկլերոզ (ԿԱՍ) հիվանդությունը բնութագրվում է առաջին և երկրորդ շարժողական նեյրոնների աստիճանական դեգեներացիայով: Ախտորոշման միջին ժամանակը տասնյոթ ամիս է, որն այս մահացու հիվանդության ընդհանուր տևողության 40%-ն է¹: 5 բուժառուից միայն 1-ն է դիմում նյարդաբանական խորհրդատվության ընտանեկան բժշկի մոտ առաջին խորհրդատվությունից հետո¹:

Անցյալ դարավերջին Ուիլբորնի նկարագրած² *split hand* համախտանիշը խոսում է դաստակի կողմնային եզրի ապաճման մասին, որը ներառում է թեևարի բարձրությունը և դաստակի թիկնային միջոսկրային առաջին մկանը՝ խնայելով հիպոթենարի բարձրությունը: *Split hand*-ի պարագայում ախտահարված մկանները նյարդավորվում են պարանոցի Նուրն՝ C8-T1 ողնուղեղային հատվածով: Առաջին միջոսկրային և ճկույթը զատող մկանները, որոնք տարբեր կերպ են ախտահարվում, նյարդավորվում են ծղիկային նյարդի կողմից: Այս երևույթի հիմքում ընկած ֆիզիոլոգիական մեխանիզմը լիովին պարզաբանված չէ, ներկայումս քննարկվում է կեղևային կամ ողնուղեղային/ծայրամասային ծագումը: *Split hand* համախտանիշը այժմ համարվում է ԿԱՍ-ի մասին լավ հուշում: Ընտանեկան բժշկի դերն ունի վճռորոշ նշանակություն ԿԱՍ-ի նախնական ախտորոշման ժամանակ: Վաղ ախտորոշումն իրավամբ կարևոր նշանակություն ունի՝ հիվանդության վաղ փուլերում հասանելի բուժման նոր մեթոդների ի հայտ գալուն զուգընթաց: *Split hand* համախտանիշի առկայությունը, համակցված կլինիկական խանգարումների, մկանային թորթոցներով ուղեկցվող օջախային ամիոտրոֆիայի և մկանաջլային աշխույժ ռեֆլեքսների հետ, հիվանդության մասին հուշող լրացուցիչ հայտանիշ է:

Քրիստիան Բրոսե¹
Լին Յեոյեն²
Ֆրանսուա Պրյոպո³
Ան Ժան Թիոֆ⁴
Շիեն Քեոյեն⁴

¹ Նյարդաբանության բաժանմունք, Յանտի ֆրանսիական հիվանդանոց, Վիեննա

² Նյարդաբանության բաժանմունք, Յանտի Բաք Մե հիվանդանոց, Վիեննա

³ Ծտապոզիոսի բաժանմունք, Յանտի ֆրանսիական հիվանդանոց, Վիեննա

⁴ Ներքին հիվանդությունների բաժանմունք, Յանտի ֆրանսիական հիվանդանոց, Վիեննա

brosset.c@gmail.com

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

ՀՊՈՒՄՆԵՐ

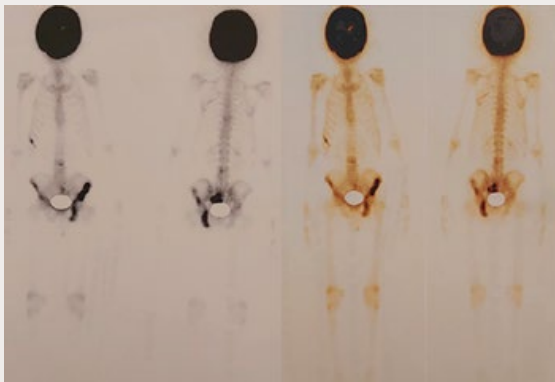
1. Matharan M, Mathis S, Bonabaud S, Carla L, Soulages A, Le Masson G. Minimizing the diagnostic delay in amyotrophic lateral sclerosis: The role of non neurologist practitioners. *Neurol Res Int* 2020;2020:1473981.
2. Wilbourn AJ, Sweeney PJ. Dissociated wasting of medial and lateral hand muscles with motor neuron disease. *Can J Neurol Sci* 1994;21(Suppl 2):S9.

Սա ի՞նչ է

Գանգի ախտահարում Փեջերի հիվանդության ժամանակ



Պատկեր 1. Կողապատկերային ռենտգենագիր, որը ցույց է տալիս գանգի «բամբակյա» տեսքը:



Պատկեր 2. Ոսկրերի սցինտիգրաֆիա, որը ցույց է տալիս ռադիոնյութի ինտենսիվ գերկուտակում գանգում, ստորին ծնոտում, զստոսկրի ձախ թևում, ձախ նստոսկրում, սրբոսկրում, աջ 8-րդ կողի միջին աղեղում և 4-րդ գոտկային ողում:

77-ամյա տղամարդը բժշկի էր դիմել խոր ծանրալուծությամբ ուղեկցվող քրոնիկական գլխացավերի համար: Կլինիկական հետազոտությամբ հայտնաբերվեց գանգի չափի մեծացում (մակրոկրանիա): Գանգի կողապատկերային ռենտգենագիրը բացահայտեց «բամբակյա» տեսք՝ ոսկրանյութի խտության մեծացման օջախներով և ոսկրաքայքայիչ ախտահարումներով (պատկեր 1): Ալկալիական ֆոսֆատազների կոնցենտրացիան արյան շիճուկում 1700 ՄՄ/լ էր (նորմայից 13 անգամ շատ): C-ռեակտիվ սպիտակուցի (CRP) մակարդակը 7 մգ /լ էր, կալցիումի կոնցենտրացիան 91 մգ/լ: Ոսկրերի սցինտիգրաֆիան ի ցույց դրեց ռադիոնյութի ինտենսիվ գերկուտակում գանգում, ստորին ծնոտում, զստոսկրի ձախ թևում, ձախ նստոսկրում, սրբոսկրում, աջ 8-րդ կողի միջին աղեղում և 4-րդ գոտկային ողում (պատկեր 2): Այս շեղումները բնորոշ են Փեջերի ոսկրային հիվանդությանը: Սկսվեց զոլեդրոնաթթվով բուժում, այնուհետև բուժառուն դուրս մնաց հսկողությունից:

Փեջերի ոսկրային հիվանդությունը ոսկրերի բարորակ հիվանդություն է: Բուժառուների մեծ մասը չունի ախտանշաններ: Հաճախ ախտորոշվում է արյան շիճուկում ալկալիական ֆոսֆատազների անբացատրելի աճի պատահական բացահայտումից հետո կամ մեկ այլ պատճառով իրականացված ռենտգենաբանական հետազոտության ժամանակ: Գանգի «բամբակյա» տեսքը բնորոշ ռենտգենաբանական նշան է, որն արտացոլում է օստեոբլաստային և օստեոլիտիկ խառը գործընթաց: Ոսկրերի սցինտիգրաֆիան հնարավորություն է տալիս որոշելու ախտահարումների չափն ու տեղայնացումը: Արյան շիճուկում ալկալիական ֆոսֆատազների աճն արտացոլում է հիվանդության ակտիվությունը և տարածման չափը: Բուժումը հիմնվում է դիֆոսֆոնատային դեղամիջոցների վրա: Կալցիտոնինը, որը պակաս արդյունավետ է, երկրորդ շարքի բուժման այլընտրանք է^{1,2}:

Աննեթ Մուգի, Իման Էլ Բուջտի
Ռևմատոլոգիայի բաժանմունք, Մարաքեշի Մոհամեդ-VI համալսարանական ԲԿ, Մարոկկո
a.mougui88@gmail.com

Գեղինակները հայտարարում են, որ այս հրատարակմանը որևէ շահ չեն հետապնդում:

ԳՂՈՒՆՆԵՐ

1. Rianon NJ, des Bordes JK. Paget disease of bone for primary care. Am Fam Physician 2020;102(4):224-8.
2. Kravets I. Paget's disease of bone: Diagnosis and treatment. Am J Med 2018;131(11):1298-303.

Սա ի՞նչ է



SARS-CoV-2 վարակով վերականգնման բաժանմունքում հոսպիտալացված 65-ամյա տղամարդ,

- Ա.** ԱՓՖ (անգիոտենզին փոխակերպող ֆերմենտ) արգելակիչի հարուցած անոթայտուց
- Բ.** Դիրքային մակրոգլոսիա (փորի վրա երկարատև պառկելու հետևանք)
- Գ.** Թեթև շրթաներով (AL) ամիլոզ
- Դ.** Մելկերսոն-Բոզենթալի համախտանիշ
- Ե.** Վերին սիներակի համախտանիշ

ՊԱՏԱՆԱՆԸ էջ 62

WWW.LAREVUEDUPRATICIEN.FR

Սա ի՞նչ է

Վարակային ծագման ախտանշանային պարանոցաբազկային նյարդացավ

54-ամյա բուժառու, անամնեզում ունենալով Կրոնի հիվանդություն և դրանով պայմանավորված երկրորդային առանցքային և ծայրամասային ողնաշարաբորբի (սպոնդիլիտ) նախադեպ, նկարագրում էր երեք շաբաթ շարունակ անհանգստացնող պարանոցի ցավ, որը ճառագայթում էր C5 նյարդարմատային հետագծով՝ աջ ուսի առաջնային-արտաքին կողմի երկայնքով, այրոցի տեսքով, առանց շարժողական խանգարման: Այն զուգակցված էր տենդի զգացողության, գերզգայնության (հիպերէսթեզիա) և ընդհանուր թուլության (ասթենիա) հետ:

Հետազոտմամբ հայտնաբերվեց պարանոցի մկանների պրկվածություն՝ կապված C5 հատվածում գերզգայնության հետ: Հատվածային մկանային ուժը գնահատվեց 5/5, վերին վերջույթների ոսկրաջլային ռեֆլեքսները առկա էին և համաչափ: Մաշկաբանի կարծիքը հաստատեց համակցված կեղանքային բծաբշտիկային ցանավորման հերպեսանման բնույթը (պատկեր 1): Հետևաբար, աջ կողմի C5 հատվածի սուր պարանոցաբազկային նյարդացավը (ՊԲՆ) գոտևորող որքինով վարակի հետևանք էր: Բուժառուին նշանակվեց 2-րդ դասի ցավազրկող բուժում: Հակավիրուսային բուժման հետ համակցված պրեգաբալինը հնարավորություն տվեց ապահովելու կլինիկական լավ զարգացման ընթացք:



Պատկեր. Բծաբշտիկային ցանավորում պարանոցի և աջ ուսի երկայնքով:

Պարանոցաբազկային նյարդացավը (ՊԲՆ) համակցում է պարանոցի ոչ կայուն ցավը և նյարդարմատի հետագծով ցավը վերին վերջույթներից մեկում կամ երկուսում: Տարբերում են ընդհանուր ծագման պարանոցաբազկային նյարդացավ և ավելի հազվադեպ՝ ախտանշանային պարանոցաբազկային նյարդացավ (բորբոքային, վարակիչ, ուռուցքային): ՊԲՆ-ները բազկային հյուսակի նյարդարմատներից մեկի ցավի արտահայտությունն են՝ պարանոցային նյարդարմատինը (C5, C6, C7, C8) կամ, ավելի հազվադեպ, կրծքային առաջին նյարդարմատինը (D1): Ընդհանուր առմամբ, ՊԲՆ-ի երկու հիմնական պատճառներն են հոդախոր (արթոզ) և միջողնային սկավառակի ճողվածքը: Զանի որ ողնաշարի պարանոցային հատվածում շարժումներն ավելի արտահայտված են, և պարանոցային ողներն ավելի շարժուն են, հոդախորի դեպքում, 30 տարեկանից սկսած, հաճախ նկատվում է միջողնային սկավառակների մաշվածություն: Սակայն կան նաև զուտ սկավառակային ծագման ՊԲՆ-ներ, որոնք փափուկ ճողվածքով նյարդարմատի սեղմման արտահայտությունն են:

Ախտանշանային ՊԲՆ-ները ներառում են ախտահարումները, որոնք ի հայտ են գալիս ողնաշարի պարանոցային հատվածի վնասվածքից հետո (կոտրվածքներ, հոդախախտ), միջողնային սկավառակի վարակի (վարակային սպոնդիլոդիսցիտ), բորբոքային կամ նյութափոխանակային ռեմատոիդային ախտահարման ժամանակ, Նորագոյացության դեպքում՝ լինի բարորակ թե չարորակ: Այս հազվադեպ ախտահարումը (5 %-ից պակաս դեպքեր) չպետք է անտեսվի նախագոյացնող նշանների առկայության դեպքում (ցավեր, շարժողական խանգարում, քաղցկեղի

նախադեպ, վիրահատություններ և այլն): Ախտանշանային ՊԲՆ-ները դասակարգվում են ըստ իրենց ողնաշարային ծագման՝ հետվնասվածքային (ողների մարմինների, հետին հոդային ելունի կոտրվածքներ), վարակային (սովորական հարուցիչներով սպոնդիլոդիսցիտներ, Փոթի պարանոցային հիվանդություն), բորբոքային (անկիլոզացնող սպոնդիլոարթրոիտ, պսորիազային հոդաբորբ), չարորակ ուռուցքային (մետաստազներ, Կախիերի հիվանդություն, Հոջկինի հիվանդություն, առաջնային ոսկրային Նորագոյացություններ) կամ բարորակ ուռուցքային (օստեոիդ օստեոմա, օստեոբլաստոմա, անևրիզմային կիստա) և նյութափոխանակային (հեմոդիալիզով հիվանդների սպոնդիլոդիսցիտ, խոնդրոկալցինոզ, օխրոնոզ, Լույսիսկ հեմոքրոմատոզ) կամ նյարդաբանական (ցավոտ սիրինգոմիելիա, հազվագյուտ ներողնուղեղային Նորագոյացություններ, մենինգիոմներ, Նևրոմներ), մենինգոռադիկուլիտներ (գոտևորող որքին, Լայմի հիվանդություն):

ՊԲՆ-ները ներառում են երկու տիպի ցավ՝ նոցիցետիկային և նյարդախտային (նեյրոպաթիկ):

Գոտևորող որքինը սովորաբար բարորակ վարակ է, բայց կարող է լինել ավելի բարդ առաջացած բարդությունների պատճառով, մասնավորապես ցավի, որը կարող է շարունակվել ցանավորումից հետո: Դա ՊԲՆ-ի հազվագյուտ պատճառ է: Չնայած սուր և գերցավոտ բնույթին՝ զարգացման ընթացքը, ընդհանուր առմամբ, բարենպաստ է դեղորայքային բուժման դեպքում, որը համատեղում է ցավազրկող և երկրորդ սերնդի հակացնումային դեղամիջոցները գոտևորող որքինի հակավիրուսային բուժման հետ:

Էլ Մեհոի Բուդիար, Արքեիսիֆիդ Գիշ, Մարիա Էլ Մանդուր, Յուսեֆ Զեբուրի, Հաջար Սահիմի, Հաննա Հասիկու Մուլայ Իսմայիլի զինվորական հոսպիտալ, Մեկնես, Մարոկկո
boudharelmehdi@gmail.com

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

ՊԱՏԻՆԱԳԻՏՈՒ

ՀՊՈՒՄՆԵՐ
1. Mazières B. Chapitre 8. Cervicalgie et névralgie cervico-brachiale. In : Rhumatologie pour le praticien. Elsevier, 2018, p. 91-104.

Սա ի՞նչ է

Գլխուղեղի շրջելի անոթասեղմման համախտանիշ

24-ամյա տղամարդը դիմել էր բժշկի պարբերաբար ի հայտ եկող «կայծակնային» սուր գլխացավերի զանգատով, որոնք ծագում էին որևէ ջանք գործադրելիս և ինքնաբերաբար նվազում երկու ժամվա ընթացքում, սակայն հինգ օրվա ընթացքում կրկնվում: Նա չուներ որևէ հատուկ նախադեպ, չէր ստացել որևէ բուժում կամ չէր ենթարկվել որևէ թունավոր ազդեցության:

Բժշկի հետ խորհրդատվության ժամանակ բուժառույն օրոշումներ չունեցան: Նյարդաբանական հետազոտությունը որևէ շեղում չէր հայտնաբերել, մասնավորապես՝ մենինգեալիս համախտանիշ կամ գլխուղեղի 12 զույգ նյարդերի օրոշումները: Գլխուղեղի մագնիսական ռեզոնանսային շերտագրությունն ի ցույց դրեց գլխուղեղի շրջելի անոթասեղմման (վազոկոնստրիկցիա) համախտանիշի նշաններ՝ միջին տրամաչափի զարկերակների բազմօջախային հատվածական ստենոզներ, որոնք հերթազայվում էին անոթալայնացման հատվածներով (պատկեր 1): Իշեմիկ կամ արյունազեղված օրոշումներ չկային:

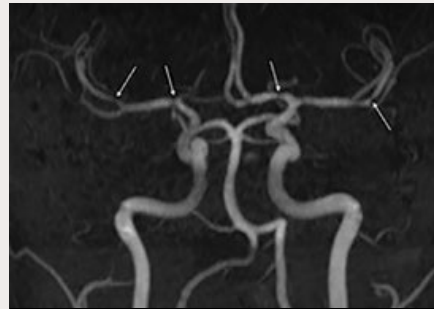
Բուժառույն նշանակվեց նիմոդիպինի հաբերով բուժում՝ չորս շաբաթ: Զարգացման ընթացքը բարենպաստ էր. վեց շաբաթ անց իրականացված պատկերային հետազոտությունը ցույց տվեց, որ օրոշումները և անոթային շեղումները վերացել են (պատկեր 2):

Գլխուղեղի շրջելի անոթասեղմման համախտանիշը (ԳՇԱՅ) կլինիկական-ռենտգենաբանական համախտանիշ է՝ միափուլ ընթացքով¹: Այն կայծակնային գլխացավերի (ԿԾ) ամենատարածված պատճառներից է², եթե ոչ՝ ամենահաճախադեպը՝ կրկնվող ԿԾ-ների դեպքում: Կարող է լինել ինքնաձիլ կամ երկրորդային (հետծննդյան շրջան, անոթասեղմիչ դեղանյութերի ընդունում և այլն)³⁻⁵:

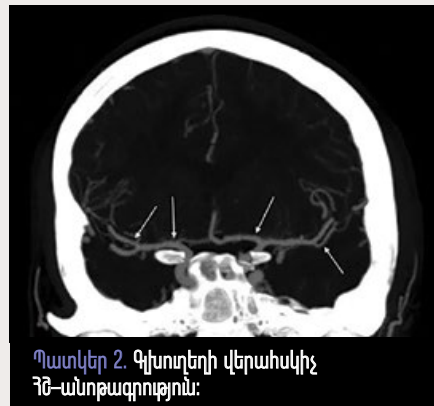
Կլինիկական պատկերում գերակշռում են ուժեղ և առավելագույնը մեկ րոպեից պակաս տևող ԿԾ-ները: Անհրաժեշտ է անհապաղ բացառել անևրիզմալիս ենթաոստայնային արյունազեղումը:

ԳՇԱՅ-ի ժամանակ գլխուղեղի պատկերային հետազոտությունը՝ նախնական անոթագրությամբ, կարող է շեղումներ ցույց չտալ, ուստի անհրաժեշտ է այն կրկնել: Բնորոշ ռենտգենաբանական պատկերը անոթասեղմումների և զարկերակների հատվածական ու ցրված լայնացումների (դիլատացիա) հերթազայությունն է՝ «մարգարտյա վզնոցի» տեսքով: Բուժումը հիմնված է 4-12 շաբաթ շարունակ կալցիումական անցուղիների արգելակիչների ընդունման հետ համատեղ հրահրիչ գործոնները կանխելու վրա³⁻⁵:

Անոթասեղմումները պետք է հակադարձելի դառնան տասներկու շաբաթվա ընթացքում, և ոչ մի նոր օրոշում չպետք է ի հայտ գալ կլինիկական պատկերի սկսվելուց ավելի քան մեկ ամիս անց:



Պատկեր 1. Նախնական անոթագրություն—ՄՌՇ. անոթասեղմում (պլաքներ):



Պատկեր 2. Գլխուղեղի վերահսկիչ ճեղք-անոթագրություն:

Քրիստիան Բրոսե¹
Լին Յ Եգոյեն²
Ֆրանսուա Պրյուվո³
Ան ժիան Թիուֆ⁴
Ղիեն Ք Եգոյեն⁴

¹ Նյարդաբանության բաժանմունք, Յանտի ֆրանսիական հիվանդանոց, Վիեննա

² Նյարդաբանության բաժանմունք, Յանտի Բաք Մե հիվանդանոց, Վիեննա

³ Շտապօգնության բաժանմունք, Յանտի ֆրանսիական հիվանդանոց, Վիեննա

⁴ Ներքին հիվանդությունների բաժանմունք, Յանտի ֆրանսիական հիվանդանոց, Վիեննա

brosset.c@gmail.com

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

ԳՂՈՒՄՆԵՐ

1. Ducros A. Syndrome de vasoconstriction cérébrale réversible. Presse Médicale 2010;39(3):312–22.
2. Arrigan MT, Heran MKS, Shewchuk JR. Reversible cerebral vasoconstriction syndrome: an important and common cause of thunderclap and recurrent headaches. Clin Radiol 2018;73(5):417–27.
3. Ducros A. Le syndrome de vasoconstriction cérébrale réversible en 2021. Prat Neurol – FMC 2021;12(2):129–37.
4. Pham H, Gosselin-Lefebvre S, Pourshahnazari P, Yip S. Céphalées en coup de tonnerre récurrentes dues à un syndrome de vasoconstriction cérébrale réversible associé à la duloxétine, à la xylométazoline et à une rhinite médicamenteuse. Can Med Assoc J 2021;193(4):E145–9.
5. de Gaalon S, Ducros A. Céphalées en coup de tonnerre. Rev Prat Med Gen 2014;28(932):2.

Սա ի՞նչ է



34-ամյա կին, որ գանգատվում է որովայնային ցավերով ուղեկցվող վերանրակային փոսի այտուցի՝ տարին 3-4 անգամ կրկնվող և 3 օր տևող դրվագներից

- Ա. Հիստամինային անոթայտուց
 - Բ. Ժառանգական անոթայտուց
 - Գ. վերին սիներակի համախտանիշ
 - Դ. Կրծքային ավշային ծորանի անցողիկ խցանում
 - Ե. Ձախ վերանրակային ավշահանգույցի մեծացում (վիրջոյի ավշահանգույց)
- ՊԱՏԱԽԱՆԸ՝ էջ 62

Սա ի՞նչ է



47-ամայա կին, որ զանգատվում է դեմքի՝ արդեն մի քանի ամիս զարգացող և միայն մասամբ անհետացող այտուցներից

- Ա. Հիստամինային անոթայտուց
- Բ. Բրադիկինինային անոթայտուց
- Գ. Էկզեմա

- Դ. Բոտոքսիտ
 - Ե. Միեսչերի գրանուլոմատոզ շրթնաբորբ
- ՊԱՏԱՆԱՆԸ՝ էջ 62

WWW.LAREVUEDUPRATICIEN.FR

Սա ի՞նչ է

Ֆրված միաձև՝ բշտիկային-թարախաբշտիկային ցանավորում

Տասնամյա բուժառուին բերել էին շտապօգնության բաժանմունք բշտիկային-թարախաբշտիկային տարածուն ցանավորմամբ (պատկեր), որը զարգացել էր չորս օրվա ընթացքում: Նրա ընդհանուր վիճակը փոփոխված չէր՝ չնայած 39°C ջերմությանը: Օբյեկտիվ զննությամբ հայտնաբերվեցին բազմաթիվ ոչ մազարմատային, միաձև՝ բշտիկային-թարախաբշտիկային ախտահարումներ հստակ սահմանագծված էրիթեմային հենքի վրա: Ախտահարումը երկկողմանի էր և համաչափ՝ դեմքին, իրանին և վերին վերջույթների ծավոլող մակերեսներին: Մաշկի մակերեսի ախտահարվածությունը 5 % էր: Մոր տեղեկացմամբ՝ դեմքին և մեջքին նմանատիպ ցանավորում առաջին անգամ չէ, որ լինում էր: Երեք տարեկանից երեխայի դեմքին ու վերջույթներին եղել էին քոր առաջացնող և եղանակային փոփոխություններով պայմանավորված (ձմռանը՝ սրվող, իսկ ամռանը՝ բարելավվող) մաշկախտի (դերմատոզ) նախադեպեր՝ քրոնիկական քսերոզի ֆոնին: Ցանավորումը վերացվել էր տեղային կիրառման կորտիկոստերոիդներով ինքնաբուժմամբ: Ըստ մոր՝ երեխայի երկու եղբայրներն էլ ունեն նույն ախտանշանները: Քննարկվեցին հետևյալ ախտորոշումները՝ վիրուսային կամ մանրէային գերվարակ, ջրծաղիկ, շփումային էկզեմա կամ թարախաբշտիկային պսորիազ: Բուժառուի ախտորոշումը՝ ատոպիկ դերմատիտ, պահպանվեց հետահայացորեն՝ ըստ United Kingdom Working Party-ի ախտորոշիչ չափանիշների. 2 հիմնական չափանիշներ (դեմքի և վերջույթների ծավոլող մակերեսների քրոնիկական կրկնվող ցանավորում, եղբայրների մոտ ատոպիկ մաշկաբորբի նախադեպ) և 3 երկրորդային չափանիշներ (մաշկի քսերոզ, E իմունոգլոբուլինի /IgE/ բարձր մակարդակ և մաշկային վարակների նկատմամբ հակվածություն): Ախտահարումը չափավոր էր՝ ծանրության 29/40 միավորով: Ընթացիկ ցանավորումը, հավանաբար, համապատասխանում էր հերպեսային գերվարակին, որը բարդացնում էր ատոպիկ դերմատիտը (Կապոզի-Յուլիուսբերգի համախտանիշ): Զոսպիտալացման ընթացքում հիվանդության զարգացումը բարենպաստ էր, կիրառվեցին տեղային հակա-նեխիչ միջոցներ և ացիկլովիրով բուժում (500 մգ/մ², 10 օր՝ օրական 3 անգամ):



Պատկեր. Բազմաթիվ բշտիկային-թարախաբշտիկային ախտահարումներ հստակ սահմանագծված էրիթեմային հենքի վրա:

Կապոզի-Յուլիուսբերգի համախտանիշը հերպեսային գերվարակ է՝ հարուցված 1-ին կամ 2-րդ տիպի հասարակ հերպես վիրուսով, առաջանում է մաշկախտի (դերմատոզ) ֆոնին: Նկարագրված է բազմաթիվ հիվանդությունների ժամանակ, մասնավորապես Դարիեի ֆոլիկուլային դիսկերատոզի, տերևանման բշտախտի (պեմֆիգոս), մաշկի այրվածքների, մաշկի T-բջջային լիմֆոմայի, Սեզարիի համախտանիշի և ատոպիկ մաշկաբորբերի դեպքերի մեծ մասի ժամանակ: Ի հայտ գալու հաճախակիությունը լավ հայտնի չէ, սակայն, կարծես, ավելանում է՝ ատոպիկ դերմատիտի հաճախականությանը զուգահեռ: Վտանգի ուսումնասիրված գործոնների շարքում ծանր, չբուժված կամ վատ բուժված ատոպիկ դերմատիտի առկայությունը սերտորեն կապված է Կապոզի-Յուլիուսբերգի համախտանիշի ի հայտ գալու հետ:

Հանան Դաֆլաուի¹,
Հանան Աարուկ¹,
Յուսեֆ Ջուրե¹,
Սիհամ Դիկե^{1,2},
Նարա Զիզի^{1,2}

¹ Մաշկաբանության, սեռավարակաբանության և այլերգաբանության բաժանմունք, Ուժդայի Մուհամեդ-VI համալսարանական ԲԿ, Մարոկկո
² Համաճարակաբանության, կլինիկական հետազոտության և հանրային առողջության լաբորատորիա, Ուժդայի բժշկական և դեղագործական ֆակուլտետ, Մուհամեդ I համալսարան, Ուժդա, Մարոկկո
hanane.dafsaoui@gmail.com

Գերիակները հայտարարում են, որ այս հրատարակմանը որևէ շահ չեն հետապնդում:

ԳՐՈՒՄՆԵՐ

1. Wollenberg A, Zoch C, Wetzel S, Plewig G, Przybilla B. Predisposing factors and clinical features of eczema herpeticum: a retrospective analysis of 100 cases. J Am Acad Dermatol, 2003;49(2):198-205.
2. Akan A, Dibek-Misirlio lu E, Civelek E Kocabaş CN. Diagnosis of atopic dermatitis in children: comparison of the Hanifin-Rajka and the United Kingdom Working Party criteria. Allergol Immunopathol. 2020;48(2):175-181.
3. Quatresooz P, Henry F, Piérard GE. L'image du mois : syndrome de Kaposi-Juliusberg. Rev Med Liege, 2010;65(2):57-8.
4. Boughamoura L, Abroug M, Wardani A Chabchoub I, Tfeffa A, Yacoub M et al. Le syndrome de Kaposi-Juliusberg compliquant une dermatite atopique. Revue maghrébine de pédiatrie. 2006;16(6):303-6.

Սահմանային անձնային խանգարում

Այս անձնային խանգարումը բնութագրվում է հույզերի և ինքնաընկալման արտահայտված անկայունությամբ՝ պայմանավորված մեծ իմպուլսիվությամբ և վարքագծի բազում խնդրահարույց դրսևորումներով: Այն դժվարացնում է հարաբերությունները շրջապատի և խնամողների հետ: Այս խանգարման ախտորոշման չափանիշների, պատճառագիտական գործոնների, ուղեկցող հիվանդությունների վտանգի և զարգացման լավ իմացությունը հնարավորություն կտա առավել լավ կազմակերպելու բուժումը:

Խաթարված միջանձնային հարաբերություններ

Սեսիլի վկայությունը

Մեկնաբանությունը՝ Մարիո Սպերանցայի երեխայի և դեռահասի հոգեբուժության պրոֆեսոր, վերսալի համալսարան, «Connexions Familiales» միության քարտուղար

msperanza@ch-versailles.fr

tqi-familles.org

Մ. Սպերանցան հայտարարում է, որ այս հրապարակմամբ որևէ շահ չի հետապնդում:

ՎԿԱՅՈՒԹՅՈՒՆ. ՍԵՍԻԼ, 35 ՏԱՐԵԿԱՆ

Երբ 26 տարեկան էի, ախտորոշեցին, որ ես «սահմանային» եմ (borderline): Ծնվել եմ Չիլիում, և ծննդաբերության ժամանակ մորս մահվան հետևանքով ինձ հանձնել են մանկատուն: Այնուհետև՝ 6 ամսականում, ինձ որդեգրեց Ֆրանսիայից եկած մի մայրիկ: Նա ևս մահացավ սրտի հետ կապված խնդիրների պատճառով: Այդ ժամանակ ես 3 տարեկան էի: Իսկ հետո հայտնվեց երրորդ մայրիկը: Այդ մանկական հոգեցնցումները ինձ վրա խոր ազդեցություն են թողել, և ես գիտեմ, որ իմ անկանոն վարքագծի ակունքներն այդտեղ են:

Շատ վաղ տարիքից իմ զգացմունքային կյանքն իրական քառու է եղել: Դպրոցում երբեք չեմ կարողացել կենտրոնանալ: Ուսուցիչների և ուսուցչուհիների կողմից գնահատված լինելու հսկայական կարիք ունեի՝ բարի խոսք, քաջալերում, գլուխս շոյել: Դասընկերոջ նվազագույն ծաղրանքն անգամ կարող էր ինձ լացի հասցնել: Այնուհետև, մեծանալով, դարձա խստասիրտ: Գերզգայունից դարձա իսկական կռվարար: Արհամարհում էի դասարանի ընդունակ աղջիկներին, նույնիսկ՝ վախ ներշնչում նրանց: Ես խախտում էի արգելքները, կարգուկանոնը հարգելու

դեկավարության կոչերն ինձ վրա որևէ ազդեցություն չէին թողնում:

Յոթերորդ դասարանում առաջին ծխախոտը փորձեցի, այնուհետև՝ մարիխուանան և ալկոհոլը: Տրամադրությանս փոփոխությունները շատ կտրուկ էին ու ինտենսիվ, կարող էի ուրախ օր անցկացնել ընտանիքում, իսկ երեկոյան հարբել՝ կրմայի հասնելով: Կախվածություններն ասես հենակներ լինեին, որոնք ինձ կանգուն էին պահում: Առանց դրանց ասես ներքուստ անկենդան լինեի, վիթխարի ամայություն էի զգում: Շատ իմպուլսիվ էի, ագրեսիվ, նույնիսկ՝ բռնի: Ինքնասպանության բազում փորձեր եմ արել:

Քիչ եմ աշխատել, թեև դրական փորձառություն եմ ունեցել հաշմանդամություն ունեցող անձանց աջակցության բնագավառում կամ ծերանոցում: Սկզբում ինձ մեծապես գնահատում էին, սակայն իմ իմպուլսիվության պատճառով վերջը միշտ վատ էր լինում: Վերադասի նվազագույն իսկ նկատողությունն ինձ անկառավարելի կատաղության էր հասցնում: Վիրավորում էի ի պատասխան, դուռը շրխկացնում և չէի վերադառնում: Անկառավարելի գնումներ, փախուստներ՝ առանց լուր տալու, կատարյալ անտարբերություն ծնողներիս պատճառած տագնապի նկատմամբ... Միայն ալկոհոլն էր մեղմում հիվանդագին վիճակս, իսկ դրա ազդեցության տակ ես աղաղակում էի լքվածության մասին՝ այդ անդունդը կրելով սրտումս:

Ես հաճախ եմ հոսպիտալացվել հոգեբուժական հիվանդանոց, նաև երբեմն ամիսներ շարունակ ապրել որևէ համայնքում, հիմնականում՝ քրիստոնեական, սակայն մի քանի շաբաթ անց սկսում էի խախտել կանոնները, փախուստի էի դիմում ու հայտնվում շտապօգնության բաժանմունքում կամ կախվածությունների բուժման կենտրոնում: Այսօր ամեն ինչ ավելի լավ է, ես ալկոհոլիզմով տառապող կանանց աջակցման ոլորտում մասնագիտացած հոգեբանի հսկողության տակ եմ: Բուժումն ինձ օգնում է կառավարել հույզերս, հանդարտեցնել զայրույթս՝ նախքան կիսացնի պոռթկալ: Կիրառում ենք ԱՇԴՎ մեթոդը (Աչքերի շարժումներով սպազայունացում և վերափոխում՝ ԱՇՎՎ - EMDR, Eye movement desensitization and reprocessing), ինձ շատ է օգնում, նույնիսկ եթե տառապալից ապրումներս տակնուվրա է անում: Ներկայումս գիշերները հիվանդանոցում եմ անցկացնում, ավելի լավ եմ ինձ զգում, վերապատրաստման դասընթաց եմ անցնում՝ ախտակից միջնորդաստարող դառնալու համար, որպեսզի մի օր կարողանամ աջակցել հոգեկան հիվանդությամբ տառապող անձանց: Կցանկանալի կարողանալ օգնել նրանց, քանի որ ինձ չի լքում այն միտքը, որ մենք պատասխանատու չենք մեր հոգեկան հիվանդության համար, բայց պատասխանատու ենք մեր կազդուրման համար:

ՍԱՆԿԱԿԱՆ ՀՈԳԵՐՈՒՅԺ ԵՎ «ԸՆՏԱՆԵԿԱՆ ԿԱՊԵՐ» ՄԻՈՒԹՅԱՆ ՔԱՐՏՈՒՂԱՐ ՄԱՐԻՈ ՍՊԵՐԱՆՑԱՅԻ ՄԵԿՆԱԲԱՆՈՒԹՅՈՒՆԸ

Սահմանային անձնային խանգարումը (ՍԱԽ) անձնային խանգարում է, որը բնութագրվում է հույզերի, միջանձնային հարաբերությունների և ինքնաընկալման ընդգծված անկայունությամբ, որը կապված է մեծ իմպուլսիվության և վարքագծային բազմաթիվ խնդրահարույց դրսևորումների հետ՝ զայրույթի պոռթկումներ, ինքնավնասում, ինքնասպանության փորձեր, տարատեսակ վտանգավոր իրավիճակներ ստեղծելու երևույթներ:

Ամենատարբեր մակարդակներում դրսևորվող այս բազմաթիվ ախտանշանները միավորողը ՍԱԽ-ով տառապող մարդկանց բնորոշ յուրահատուկ զգայունությունն է միջանձնային հարաբերություններում. նրանք յուրովի են ընկալում լքվածության, մերժման կամ չգնահատված լինելու ցանկացած դրսևորում: Ամերիկացի հոգեբույժ Ջոն Գանդերսոնը, որը ՍԱԽ-երի ոլորտում առաջամարտիկներից է, առաջարկել է այս յուրահատկությունը որակել միջանձնային գերզգայունություն եզրույթով: Սեսիլն իր պատմության մեջ շատ զգացմունքայնորեն նկարագրում է այն ուժգին և ցավագին հույզերը, որ ծնում են լքված լինելու վախը և շրջապատի մերժման յուրաքանչյուր ազդակի մշտապես չափազանցեցված ընկալումը. հույզեր, որ ՍԱԽ ունեցող մարդիկ ի գործում չեն կարգավորել և փորձում են կառավարել բոլոր հնարավոր միջոցներով:

Հոգեակտիվ նյութերի օգտագործումը (դեղեր, թմրանյութեր, ալկոհոլ և այլն), սեռական բնույթի վտանգավոր վարքագիծը, ինքնասպանական դրսևորումները կարող են այդպիսով ընկալվել որպես գոյատևման ռազմավարություններ՝ հաղթահարելու համար այն ծայրահեղ տագնապը, որ նրանք ապրում են այլոց հետ հարաբերություններում: Սեսիլը գրում է. «Կախվածություններն ասես հենակներ լինեին, որոնք ինձ կանգուն էին պահում: Առանց

դրանց ասես ներքուստ անկենդան լիների, հսկայական դատարկություն էի զգում»: Այդ հուսահատ լուծումները, որոնք պահի տակ արդյունավետ են լինում՝ տագնապը մեղմելու համար, շատ արագ ինքնին դառնում են առանձին խնդիրներ, որոնք էլ ավելի խոցելի են դարձնում անձի ինքնությունը և մասնակցում կյանքի չափազանց բացասական հետագիծ կառուցելուն: Սեսիլի անցած ուղին վկայում է, որ, չնայած նրա ունակություններին, նա դժվարանում է երկար մնալ որևէ աշխատավայրում իր իմպուլսիվության ու հույզերը կարգավորելու դժվարության պատճառով:

Հաճախ երկրորդային իրավիճակներում (տագնապային-ընկճախտային ախտանշաններ, հոգեակտիվ նյութերի չարաշահումներ, բնության բռնկումներ) կամ ինքնասպանության փորձերից հետո է, որ ՍԱԽ ունեցող մարդիկ հանդիպում են հոգեկան առողջության բնագավառի մասնագետների հետ, որոնք հրատապ կարգով զբաղվում են այդ համակցված սուր խնդիրներով՝ առանց անմիջապես դրանք կապելու ակունքում գտնվող խորքային հոգեզգայունության հետ: Երկարատև օնոպիտայացումները, ինչպես և բազում դեղորայքային բուժումները, որ ստանում են ՍԱԽ ունեցող մարդիկ, չեն ապացուցել իրենց օգտակարությունը նրանց կյանքի հետագիծը փոփոխելու առումով, ի տարբերություն հոգեբուժական մոտեցումների, որոնք թիրախավորում են միջանձնային գերզգայունությունը և փորձում բարելավել հուզական կարգավորման հմտությունները: Միջանձնային գերզգայունությունը, հավանաբար, բարդ փոխգործակցության հետևանք է, մի կողմից՝ կենսաբանական/գենետիկական խոցելիության (որոշ ախտաբանական գծեր, ինչպիսիք են իմպուլսիվությունը կամ աֆեկտիվ անկայունությունը), մյուս կողմից՝ անբարենպաստ շրջապատի միջև, որը բնութագրվում է բազմաթիվ տրավմաներով՝ առաջնային խնամատարների զգացմունքային կամ ֆիզիկական անհասանելիություն, վաղ տարիքում և երկարատև բաժանումներ, ֆիզիկական կամ սեռական վատ վերաբերմունքի համատեքստ: Սեսիլը ծնվելուն պես մասկատուն է ուղարկվել, երեք տարեկանում՝ «երկրորդ մայրիկի» մահն է ապրել,

որը նրան որդեգրել էր 6 ամսականում՝ Նախքան «երրորդ մայրիկին» հանդիպելը:

Նույնիսկ համեմատաբար դասական միջավայրում վաղ մանկությունից հարաբերությունների ոլորտում նման գերզգայունության անկայունությունը դժվարացնում է երեխայի շրջապատի մարդկանց հարմարվելը նրա առանձնահատուկ կարիքներին՝ առաջացնելով այնպիսի արձագանքներ, որոնք կարող են ընկալվել որպես բացասական, և որոնց ի պատասխան երեխան արձագանքում է ագրեսիայով: Ժամանակի ընթացքում առաջանում է փոխադարձ անըմբռնողության և կշտամբանքներով ծակրաբեռնված տառապանքի պարույր, որը բյուրեղացնում է ինչպես անձնական, այնպես էլ ընտանեկան գործունեությունը: Թե ինչպես կարող է ձևավորվել պարույրը, հասկանում ենք՝ կարդալով Սեսիլի «սովորական օրվա» նկարագրությունը. նա կարող էր «ուրախ օր անցկացնել ընտանիքի հետ, իսկ երեկոյան ալկոհոլ խմել՝ մինչև կոմայի մեջ հայտնվելը»:

Այդ իսկ պատճառով ցանկացած համապատասխան խնամքի էական բաղադրիչներից է սահմանային խանգարումներ ունեցող անձի, ինչպես նաև նրա շրջապատի հոգեկրթությունը: Ախտորոշման չափանիշների, դժվարությունների ծագման պատճառաբանական գործոնների, համակցված հիվանդությունների վտանգի և երկարաժամկետ հեռանկարում բարենպաստ զարգացման ավելի լավ հմացությունը հնարավորություն է տալիս ավելի լավ ներգրավվելու խնամքի գործընթացում: Մասնավորապես՝ միջանձնային գերզգայունության մոդելի՝ որպես ՍԱԽ-ի խոցելիության կենտրոնական տարրի բացատրությունը բուժառնություն, ինչպես նաև նրանց շրջապատողներին հնարավորություն է տալիս միասնական պատկերացում կազմելու իրենց աֆեկտիվ, վարքային և հարաբերություններին վերաբերող վիճակների տատանումների մասին, որոնց բախվում են ամեն օր: Իսկ այդ ընկալումն անհրաժեշտ է առավել համապատասխան ռազմավարություններ մշակելու համար:

Հիմնվել են հատուկ միություններ, ինչպիսիք են «Connexions Familiales»-ը (tqi-familles.org), որոնց նպատակն է ՍԱԽ ունեցող անձանց հարազատներին

ներկայացնել այս անհրաժեշտ պարզաբանումը:

Միջամտությունները, որոնք ապացուցել են իրենց արդյունավետությունը ՍԱԽ-ի դեպքում, բնութագրվում են հստակ կառուցված մոտեցմամբ, որը բուժառուիին ներգրավում է հատուկ աշխատանքային նպատակների սահմանման գործընթացի մեջ: Դրանք ներառում են վտանգների կառավարումը,

ուղեկցող հիվանդությունների հաշվառումը և զգացմունքների կարգավորումը:

Վարումն իրականացնում է թերապևտը, որը որդեգրում է ակտիվ և էմպաթիկ կեցվածք և ներգրավում հիվանդին ու նրա շրջապատին հույզերի և վարքագծի միջև կապերին վերաբերող աշխատանքի մեջ, բայց մշտապես ուշադրության կենտրոնում է պահում

բուժումից դուրս գտնվող կյանքը և սոցիալական գործունեությունը՝ վերջնական նպատակ ունենալով կառուցել կյանք, որն արժե ապրել:

Մեսիլի անցած ճանապարհը ցույց է տալիս, որ ապաքինումը հնարավոր է, և որ ձեռք բերված փորձառական գիտելիքները կարող են օգտակար լինել հոգեբուժական հիվանդությամբ ապրող այլ մարդկանց:

ՊԱՏԿԵՐԱԴԱՐԱՆԻ ՊԱՏԱՄԱՆՆԵՐ



● էջ՝ 50. Բ. Սիլիկոնոմա (սիլիկոնի ներարկան հետևանքով առաջացած գրանուլեմա)



● էջ՝ 54. Բ. Դիրքային մակրոդոլոսիա (փորի վրա երկարատև պառկելու հետևանք)



● էջ՝ 57. Դ. Կրծքային ավշային ծորանի անցողիկ խցանում



● էջ՝ 58. Ե. Միեսների գրանուլոմատոզ շրթնաբորբ

Շրջակա միջավայրն ու անհատական վարքագիծն ավելի մեծ ազդեցություն ունեն ուղիղ և հաստ աղիների քաղցկեղի (կոլոռեկտալ) առաջացման վտանգի վրա, քան ժառանգականությունը: Ուղիղ և հաստ աղիների քաղցկեղների կեսը պայմանավորված է վտանգի փոփոխվող գործոններով, որոնք կապված են արևմտյան կենսակերպի հետ՝ Նստակյացության, անառողջ սննդի, ծխելու և գիրացման: Սքրինինգը վտանգի նվազեցման ամենաարդյունավետ միջոցն է:

Ուղիղ և հաստ աղիների քաղցկեղի վտանգի և դրանից պաշտպանվելու գործոնները

Բեռնար Դենի Բժշկության և բաժանմունք, Կոլմարի քաղաքացիական հիվանդանոցներ Ֆրանսիա

bernard.denis@ch-colmar.fr

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

Ֆրանսիայում 2018 թվականին գրանցվել է ուղիղ և հաստ աղիների քաղցկեղի (ՈԻՔԸ) ավելի քան 43000 նոր դեպք և 17000 մահ: Ըստ այս ցուցանիշների՝ այն 3-րդ ամենատարածված քաղցկեղն է և քաղցկեղներից մահացության 2-րդ պատճառը¹: ՈԻՔԸ-ների մեծ մասը և դրանց պատճառով մահացության դեպքերից շատերը հնարավոր է կանխարգելել: Ժառանգականությունը պակաս դեր է խաղում այս հիվանդության առաջացման գործընթացում, քան շրջակա միջավայրի ազդեցությունը և անհատական վարքագիծը: հիվանդացության միայն 9-40%-ն է վերագրվում ժառանգական գործոններին, մինչդեռ դեպքերի կեսից ավելին պայմանավորված է և վարքագծային վտանգի փոփոխվող գործոններով՝ կապված արևմտյան երկրների կենսակերպի հետ՝ Նստակյացություն, անառողջ սնունդ և գիրություն^{2,3}:

Ֆրանսիայում սքրինինգի վերաբերյալ խորհրդատվությունը հիմնված է ՈԻՔԸ-ի կազմակերպված սքրինինգի (ԿՍ) ազգային ծրագրի մասնագրերի վրա: 50-74 տարեկան, միջին վտանգի ենթակա հիվանդների շրջանում խորհուրդ է տրվում իրականացնել կղանքի հիմնաքիմիական թեստ (ԿԻԹ)՝ թաքնված արյուն հայտնաբերելու համար, իսկ մեծ և շատ մեծ վտանգի ենթակա հիվանդների շրջանում՝ սքրինինգ կոլոնոսկոպիայի միջոցով:

Այս խորհրդատվությունը հիմնված է ՈԻՔԸ-ի վտանգի երեք մակարդակի

վրա (միջին, մեծ և շատ մեծ), որոնց սահմանումները 2002 թվականից փոփոխության չեն ենթարկվել^{4,5}: Սակայն այդ ժամանակից ի վեր գիտելիքներն ընդլայնվել են, և այսուհետև կոլոնոսկոպիայի ժամանակ մեկ կամ երկու՝ 10 մմ-ից փոքր ադենոմաները ցածր դիսպլազիայի դեպքում համարվում են ՈԻՔԸ-ի փոքր վտանգ, այլ ոչ թե մեծ⁶: Նույն կերպ՝ վերջին շրջանում իրականացված մի շարք հետազոտություններ փաստում են ավելցուկային վտանգի գործոն համարվող՝ ընտանեկան նախադեպերով պայմանավորված դեպքերի նվազ վտանգավոր լինելը: Գենետիկայի ասպարեզում վերջին շրջանի գիտական նվաճումները հնարավորություն են տվել բացահայտելու, որ, բացի Լինչի համախտանիշից (ԼՀ) և ընտանեկան ադենոմատոզ պոլիպոզից (ԸԱՊ), կան ժառանգական նախահակվածությամբ բազմաթիվ նոր համախտանիշներ, որոնք կապված են ՈԻՔԸ-ի շատ մեծ վտանգի հետ: Վերջապես, կոլոնոսկոպիայի ցուցումները հիմնված են 2004 թ. խորհրդատվության վրա, որոնք չեն ներառում ոչ շրջակա միջավայրով պայմանավորված և վարքագծային ավելցուկային վտանգը, ոչ այնպիսի հիվանդություններ կամ իրավիճակներ, որոնք ՈԻՔԸ-ի ավելցուկային վտանգի աղբյուր են, օրինակ՝ մուկոլիսցիդոզը, ռադիոթերապիան և հաղթահարված մանկական քաղցկեղը, ոչ ԿԻԹ-ի կիրառումը¹⁰:

Ուռուցքաբանության բնագավառի վերջին ձեռքբերումները ցույց են տալիս,

որ ՈԻՔԸ-ն շատ տարատեսակի հիվանդություն է: չկա մեկ ՈԻՔԸ, կան ՈԻՔԸ-ի բազմաթիվ ենթատեսակներ, որոնք տարբերվում են իրենց պատճառներով և բնութագրերով: Յուրաքանչյուր հիվանդի մոտ զարգանում է ՈԻՔԸ-ի առաջացման եզակի, բազմագործոն գործընթաց՝ պայմանավորված վտանգի ներածին (գենետիկական և Էպիգենետիկական) և արտածին (միջավայր, սնունդ, կենսակերպ) գործոնների փոխազդեցությամբ³: Յուրաքանչյուր ՈԻՔԸ գենետիկորեն և Էպիգենետիկորեն եզակի է, զուգորդվում է մոլեկուլային շեղումներով ու վտանգի առանձնահատուկ գործոններով՝ կոնկրետ դեպքի համար ստեղծելով առաջնային կանխարգելման հնարավորություններ (հիվանդության առաջացումը կանխելու, հիվանդացությունը նվազեցնելու համար): ՈԻՔԸ-ի վտանգի և կանխարգելման հաստատված գործոնների մասին ներկայիս գիտելիքներն առաջնային կանխարգելման նոր հնարավորություններ են ներառում:

Հիվանդացությունը կայուն է, մահացությունը՝ նվազող, սակայն կանխատեսումը դեռևս անբարենպաստ

Համաշխարհային մասշտաբով՝ Ֆրանսիան, ինչպես բոլոր հարուստ երկրները, ՈԻՔԸ-ի մեծ վտանգի երկիր է համարվում, եվրոպայի մասշտաբով՝ միջին մակարդակում է: Նշենք, որ հիվանդացության ամենաբարձր ցուցանիշները

ԳԻՏԵԼԻՔԻ ՇՏԵՄԱՐԱՆ

ՈՒՂԻՂ ԵՎ ՀԱՍՏ ԱՂԻՆԵՐԻ ՔԱՂՑԿԵՂԻ ՎՏԱՆԳԻ ԵՎ ԴՐԱՆՆԻՑ ՊԱՃՏՊԱՆԿԵԼՈՒ ԳՈՐԾՈՆՆԵՐԸ

գրանցվել են Կենտրոնական, Արևելյան և Հյուսիսային եվրոպաներում: Թեև Ֆրանսիան առաջին երկրներից է, որ, 2009 թվականից սկսած, ներդրել է կազմակերպված սքրինինգի (ԿՍ) ծրագիրը, սակայն հիվանդացությունը կանանց շրջանում կայուն է, իսկ տղամարդկանց շրջանում 2005 թվականից նվազման միտում է նկատվում (տարեկան -1.4% 2010-2018-ի հատվածում)¹: Այնուամենայնիվ, բնակչության ծերացման պատճառով նոր դեպքերի թիվը շարունակում է աճել (տարեկան +1.5% 1990-2018 թթ. ժամանակահատվածում): Եվ ընդհակառակը՝ Ֆրանսիայում ՈւՌԶ-ից մահացությունը վերջին մի քանի տասնամյակների ընթացքում շարունակաբար նվազում է (տարեկան -1.6% 1990-2018 թթ. ժամանակահատվածում), ինչը հիմնականում պայմանավորված է դրա բուժման առաջընթացով՝ անզգայացում-վերակենդանացում, վիրաբուժություն, հետվիրահատական քիմիա- և ռադիոթերապիաներ: Միօրինականացված զուտ ապրելիության ցուցանիշը՝ հնգամյա կտրվածքով, Ֆրանսիայում շարունակաբար բարելավվում է և 2010-ից մինչև 2015 թվականն ախտորոշված հիվանդների շրջանում հասել է 63%-ի, ինչը եվրոպայում լավագույն արդյունքներից է²: Չնայած այս ամենին՝ ՈւՌԶ-ն շարունակում է մնալ վատ կանխատեսմամբ քաղցկեղ՝ համեմատած կազմակերպված կամ անհատական սքրինինգի ենթարկվող այլ քաղցկեղների հետ, օրինակ՝ կրծքագեղձի քաղցկեղի դեպքում միօրինականացված զուտ ապրելիությունը հնգամյա կտրվածքով 88% է, արգանդի վզիկի քաղցկեղի դեպքում՝ 63%, իսկ շագանակագեղձի քաղցկեղի դեպքում՝ 93%¹²:

Վտանգի հիմնական գործոնները քաջ հայտնի են

ՈւՌԶ-ի վտանգի հիմնական հաստատված գործոնները քաջ հայտնի են տարիք, արական սեռ, գիրություն և ավելորդ քաշ, Նստակյաց ապրելակերպ, ալկոհոլի, ծխախոտի, կարմիր և վերամշակված մսի կիրառում, շաքարային դիաբետ, ուղիղ և հաստ աղիների նորագոյացության անձնական կամ ընտանեկան նախադեպեր, աղիների քրոնիկական բորբոքային հիվանդություն (ԱԲԲ), սքրինինգի բացակայու-

թյուն և այլն: Նշված գործոններից ոչ մեկն այնքան վտանգավոր չէ ՈւՌԶ-ի առաջացման համար, որքան ծխախոտն է թոքերի քաղցկեղի պարագայում: Վտանգի գործոնների և ՈւՌԶ-ի միջև կապն էականորեն տարբերվում է՝ կախված նորագոյացության տեղակայման վայրից և դրա քաղցկեղածին ուղուց: Սովորական դասակարգումը, որը տարբերակում է հաստ աղիքի մերձաղի (աջ և լայնակի), հեռաղիքի և ուղիղաղիքային տարատեսակները, չափազանց սխեմատիկ է: Օրինակ՝ տարիքով և ընտանեկան նախադեպով պայմանավորված ՈւՌԶ-ի առաջացման վտանգն ամենամեծն է հաստ աղու մերձաղիքի հատվածում, որն աստիճանաբար նվազում է կույր աղիքից մինչև ուղիղ աղու հատված: Սքրինինգը, հատկապես՝ կոլոնոսկոպիայի միջոցով, ՈւՌԶ-ի մերձաղիքի տեղակայման պարագայում նվազ արդյունավետ է¹³: Ծխախոտն ավելի վտանգավոր գործոն է ՈւՌԶ-ի թավիկածն զարգացման պարագայում, քան սովորական¹⁴: Հակառակ պատկերն է մենդակարգային գործոնների մեծամասնության դեպքում. արևմտյան տիպի սննդակարգերը (հարուստ են կարմիր և վերամշակված մսով, ռաֆինացված շաքարով և հացահատիկային բույսերով) հիմնականում պայմանավորում են սովորական քաղցկեղածին զարգացմամբ առաջացած հեռաղիքի ՈւՌԶ-ի ավելցուկային վտանգը (հաստ աղու հեռաղիքի հատված և ուղիղ աղի)¹⁵:

Հոդվածի հետագա շարադրանքում, որոշ բացառություններով, հիշատակվում են միայն ՈւՌԶ-ի առաջացման վտանգի գործոնները՝ լայն իմաստով, տեղակայումն ու առաջացման ուղիներն ընդհանուր են ներկայացվում:

Վտանգի որոշ գործոններ անփոփոխ են

Վտանգը մեծանում է 50 տարեկանից հետո

Տարիքը ՈւՌԶ-ի զարգացման վտանգի ամենազխաժող գործոնն է: ՈւՌԶ-ի հաճախականությունը զգալիորեն ավելանում է տարիքի հետ, հատկապես՝ 50 տարեկանից հետո: Ֆրանսիայում տղամարդկանց շրջանում ախտորոշման տարիքային մեդիանը 71 տարեկանն է, իսկ կանանց շրջանում՝ 73-ը¹: Դասական ընկալումներով համարվում

էր, որ ՈւՌԶ-ի վտանգը մինչև 50 տարեկան աննշան է: Սակայն համարյա ամենուր նկատվում է ՈւՌԶ-ով հիվանդացության զգալի աճ 50-ից ցածր տարիք ունեցողների շրջանում, ինչը, հավանաբար, կապված է անառողջ սննդի [էժան, հեշտ հասանելի սնունդ, որը հարուստ է գերվերամշակված բաղադրիչներով, կարմիր և վերամշակված մսով, հագեցած ճարպաթթուներով, գտված շաքարով և աղքատ է սննդային մանրաթելերով, ամբողջահատիկավորներով (չմշակված հացահատիկ), մրգերով և բանջարեղենով] և Նստակյաց կենսակերպի հետ՝ զուգորդված ավերորդ քաշի և գիրության ավելացող դեպքերով¹⁶: Չնայած դիտարկվող աճին՝ 50 տարեկանից ցածր տարիքային խմբում ՈւՌԶ-ի հիվանդացության մակարդակը Ֆրանսիայում դեռ ցածր է՝ ՈւՌԶ-ների 6%-ը 2018 թ¹: Մինչդեռ ԱՄՆ-ում ներկայումս մինչև 50 տարեկան անձանց շրջանում հիվանդացությունը կազմում է նոր ՈւՌԶ-ների 12%-ը¹⁶: Մերձաղիքի ՈւՌԶ-ների մասնաբաժինը մեծանում է տարիքի հետ՝ 35% մինչև 50 տարեկանը, 60%՝ 70 տարեկանից հետո:

Տղամարդկանց շրջանում հիվանդացությունն ավելի մեծ է

Կյանքի ընթացքում ՈւՌԶ-ով հիվանդանալու վտանգը միանման է երկու սեռերի համար կանանց՝ ավելի երկարակյաց լինելու պատճառով (ԱՄՆ-ում՝ 4.4% տղամարդկանց շրջանում, 4.1% կանանց շրջանում)¹⁶: Այնուամենայնիվ, ՈւՌԶ-ի տարածվածությունն ավելի մեծ է տղամարդկանց, քան կանանց շրջանում, և այդ տարբերությունն ի հայտ է գալիս 50 տարեկանից հետո. Ֆրանսիայում 2018 թ՝ 1.4 անգամ ավելի¹: Տղամարդկանց շրջանում ՈւՌԶ-ի առաջացման ավելցուկային վտանգը բազմագործոն է, քանի որ շրջակա միջավայրի գործոնները նրանց վրա ավելի շատ են ազդում. հաստատված է, որ էստրոգենը կանանց պաշտպանիչ գործոն է: Սխեմատիկորեն, կանանց հիվանդացության նույն ցուցանիշներն են գրանցվում, ինչ տղամարդկանց մոտ, սակայն՝ 5-7 տարի ուշացումով (դեպքերի քանակը նույնն է 55 տարեկան տղամարդկանց և 60-62 տարեկան կանանց շրջանում): Մերձաղիքի ՈւՌԶ-ի մասնաբաժինն ավելի մեծ է կանանց շրջանում, քան

տղամարդկանց (ԱՄՆ-ում՝ 45% ընդդեմ 36%-ի)¹⁶:

ՌԻՋԸ-ի կամ ուղիղ և հաստ աղիների պոլիպի անձնական նախադեպ

Նախկինում աղենումատոզ պոլիպի անձնական նախադեպը ՌԻՋԸ-ի մեծ վտանգի հոմանիշն էր և ցուցվում էր «ցմահ» հսկողություն կողմնակապիտով^{4,5}: Այս ընկալումը հնացած է: Բազմաթիվ ուսումնասիրություններ ցույց են տվել, որ կողմնակապիտի ժամանակ մասնահատված 10 մմ-ից փոքր մեկ կամ երկու՝ ցածր աստիճանի դիսպլազիայով աղետումա(ներ) ունեցողների շրջանում ՌԻՋԸ-ի վտանգը փոքր է, նույնիսկ ավելի փոքր, քան ընդհանուր բնակչության շրջանում: Դա ապահովվում է կողմնակապիտի և պոլիպների հեռացման (պոլիպեկտոմիա) շնորհիվ⁶: Այնուամենայնիվ, ՌԻՋԸ-ի կամ այլ պոլիպների (ոչ հիպերպլաստիկ) անձնական նախադեպերի առկայությունը մշտապես մեծացնում է ՌԻՋԸ-ի վտանգը: Ֆրանսիական մասնագիտական խորհրդատվությունը վերջերս համապատասխանաբար թարմացվել է^{6,7}:

ԿՌԸ-ի ավելցուկային վտանգով համակցված հիվանդություններ Աղիների քրոնիկական բորբոքային հիվանդություն (ԱԲԲՀ)

Եթե ԱԲԲՀ-ն ախտահարում է հաստ աղին՝ լինի խոցային կոլիտ (ԽԿ) թե Կրոնի հիվանդություն (ԿՀ), ապա ՌԻՋԸ-ի վտանգը կրկնապատկվում է՝ ընդհանուր բնակչության համեմատ: ՌԻՋԸ-ի վտանգի գործոնները, որոնք առանձնահատուկ են ԱԲԲՀ-ով պայմանավորված լինելուն, հետևյալն են՝ հիվանդության վաղ սկիզբը (մինչև 30 տարեկան), զարգացման տևողությունը (7-10 տարուց ավելի), տարածվածությունը (ավելի քան 50%), բորբոքման ծանրությունը, զուգակցումը առաջնային սկլերոզացնող խոլանգիտի հետ և ընտանեկան նախադեպը⁷: Համատարած կոլիտ (պանկոլիտ) ունեցող 18-24 տարեկանների շրջանում ՌԻՋԸ-ի ցկյանս վտանգը գերազանցում է 15%-ը: Այն շատ մեծ է ուղեկցող առաջնային սկլերոզացնող խոլանգիտի դեպքում և կարող է հասնել 31%-ի: Հակառակ դրան՝ ՌԻՋԸ-ի վտանգը նվազում է էնդոսկոպի միջոցով կանոնավոր հսկողության

և 5-ամիսապիլիատների (5-ASA) ու, հավանաբար, թիոպուրինների ընդունման շնորհիվ, այդ պատճառով ամենավերջին հետազոտություններում այն փոքր է եղել⁷:

2-րդ տիպի շաքարային դիաբետ
Շաքարային դիաբետը ՌԻՋԸ-ի վտանգի անկախ գործոն է: Ավելցուկային վտանգը, ընդհանուր բնակչության համեմատ, բավականին համեստ է՝ շուրջ 30%: Շաքարային դիաբետով հիվանդը ընդհանուր բնակչության վտանգավորության մակարդակին հասնում է հինգ տարի ավելի շուտ: ՌԻՋԸ-ի վտանգը զգալիորեն նվազում է մետֆորմին ընդունող հիվանդների շրջանում:

Սկրոմեզալիա

Սկրոմեզալիայի դեպքում ՌԻՋԸ-ի ավելցուկային վտանգի հավանականությունը վիճելի է: Եթե նույնիսկ զոլություն ունի, ապա շատ համեստ է (մոտ երկու անգամ ավելի, քան ընդհանուր բնակչության շրջանում):

Մուկոլիսցիդոզ

Մուկոլիսցիդոզը մեծացնում է ՌԻՋԸ-ի վտանգը (հիվանդացության միօրինակ անցված հարաբերակցությունը՝ ՌԻՋԸ-ն, 10,9 է հաստ աղու դեպքում), հատկապես՝ փոխպատվաստման պարագայում⁸:

Հաղթահարված մանկական քաղցկեղ

Մանկական քաղցկեղից բուժվածների շրջանում մեծ է երիտասարդ տարիքում երկրորդ քաղցկեղի առաջացման վտանգը, հատկապես եթե նրանք քիմիաթերապիայի շրջանակում ընդունել են որոշ դեղամիջոցներ (օրինակ՝ ալկիլացնող) և/կամ ռադիոթերապիա (վտանգը համեմատական է չափաբաժնին)⁹: ՌԻՋԸ-ի վտանգն ավելի մեծ է որովայնա-կոնքային հատվածի առաջային հատվածի ռադիոթերապիայի դեպքում (ՌՄՅ = 8,5), քան առանց դրա (ՌՄՅ = 2,6):

Ռադիոթերապիա

Գինեկոլոգիական քաղցկեղի (արգանդի վզիկի և արգանդի, ձվարանների) կամ շագանակագեղձի քաղցկեղի բուժման նպատակով ճառագայթային բուժում ստացած հիվանդները ենթակա

են ՌԻՋԸ-ի մեծ վտանգի, որը կարող է ի հայտ գալ առաջնային քաղցկեղից տասը տարի հետո¹⁰:

Օրգանների փոխպատվաստում

Փոխպատվաստումն առաջացնում է ՌԻՋԸ-ի չափավոր մեծ վտանգ (ՌՄՅ-ն՝ 1,1-1,8՝ ըստ հետազոտությունների)¹¹՝ զգալիորեն ավելի ցածր, քան ոչինչկիսյան լիմֆոմայով և մաշկի քաղցկեղով պայմանավորված ավելցուկային վտանգները¹²: Ավելցուկային վտանգը կախված է փոխպատվաստման պատճառից և շատ ավելի մեծ է մուկոլիսցիդոզի կամ առաջնային սկլերոզացնող խոլանգիտի դեպքում: ՌԻՋԸ-ի կանխատեսումն ավելի անբարենպաստ է փոխպատվաստված հիվանդների, քան ընդհանուր բնակչության շրջանում (ԱՄՆ-ում 5-ամյա ապրելիության մակարդակը 30,7%-ն ընդդեմ 63,5%-ի է):

Ուրեթերոսիզմոլիոստոմիա

Ուրեթերոսիզմոլիոստոմիայի ենթարկված հիվանդների շրջանում ՌԻՋԸ-ի վտանգը մեծանում է վիրահատությունից տասը տարի անց:

Կրծքագեղձի քաղցկեղ՝ մինչև 50 տարեկանը

Կրծքագեղձի քաղցկեղով հիվանդները ՌԻՋԸ-ի հետագա ավելցուկային վտանգի ենթակա չեն, բացառությամբ մինչև 50 տարեկանները (հավանականությունների հարաբերակցությունը՝ ՌԻՋԸ = 2,5)²⁰: BRCA1 կամ BRCA2 գեների մուտացիաները չեն զուգորդվում ՌԻՋԸ-ի ավելցուկային վտանգի մեծացմամբ:

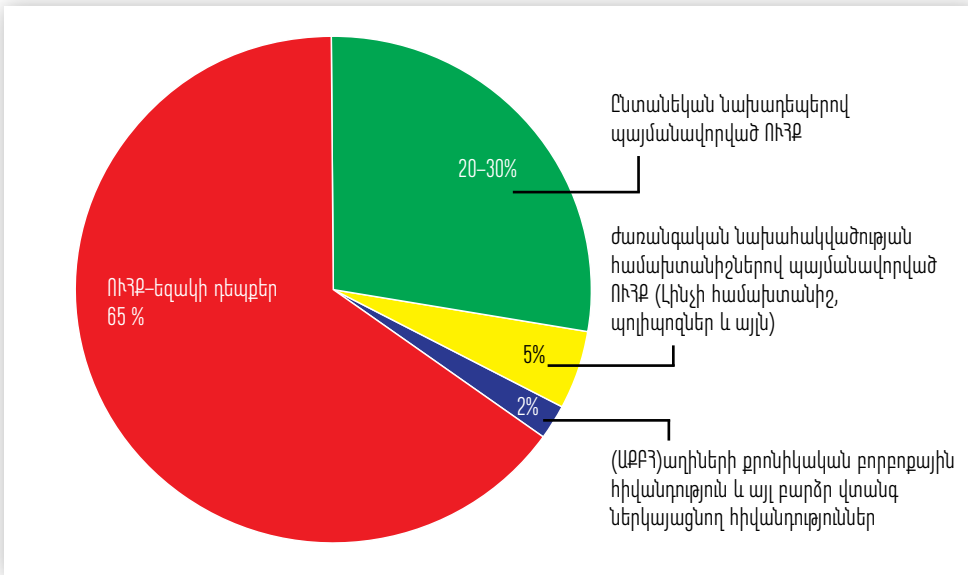
ՌԻՋԸ-ի ընտանեկան մեծ վտանգ

ՌԻՋԸ-ի նկատմամբ ժառանգական նախահակվածության համախտանիշներ

Այս համախտանիշները պատասխանատու են ՌԻՋԸ-ների գրեթե 5%-ի համար (պատկեր)³: Դրանք կապված են գեների կազմվածքային (կամ սաղմնային) մուտացիաների հետ, որոնք ներկայումս որոնվում են նուկլեոտիդային հաջորդականության որոշման (սեքվենավորման) հաջորդ սերնդի (ՌՄՅՌ) միջոցով, որը հնարավորություն է տալիս միաժամանակ վերլուծելու բազմաթիվ գեների հավաքածուներ (գեների պանելներ): Այս մեթոդը կրճատում է արդյունքներ ստանալու

ԳԻՏԵԼԻՔԻ ՇՏԵՄԱՐԱՆ

ՈՒՂԻՂ ԵՎ ՅԱՍՏ ԱՂԻՆԵՐԻ ԲԱՂՅԿԵՂԻ ՎՏԱՆԳԻ ԵՎ ԴՐԱՆՆԻՑ ՊԱՃՏՊԱՆԿԵԼՈՒ ԳՈՐԾՈՆՆԵՐԸ



Պատկեր. Ուղիղ և հաստ աղիների քաղցկեղի հիմնական պատճառների բաշխումը. (ՌԻՅԸ) Ուղիղ և հաստ աղիների քաղցկեղ, (ԱՔԲՅ)աղիների քրոնիկական բորբոքային հիվանդություն:

Ժամանակը և հնարավորություն է տալիս հետազոտելու հիվանդություններում հազվադեպ ներգրավված գեները՝ առավել ևս, որ այդ համախտանիշների կլինիկական դրսևորումները կարող են միախառնվել: Ֆրանսիայում գեների համաձայնեցված հավաքածուն, որով ներկայումս աղետամոքսային համակարգի քաղցկեղի նախահավկածության կասկածի դեպքում գնահատվում է 14 գեն, ներառում է՝ APC, MUTYH, POLE/POLD1, MLH1, MSH2, MSH6, PMS2, EPCAM, PTEN, STK11, BMPRIA, SMAD4, և CDH1²¹: Այդ հավաքածուն կարող է փոփոխվել ըստ գիտելիքների գարգացման: Բոլոր համախտանիշները ՌԻՅԸ-ի մեծ վտանգ են պարունակում, ինչն էլ արդարացնում է կանխարգելման, սքրինինգի և կոլոնոսկոպիայի միջոցով հսկողության հատուկ միջոցառումների անցկացումը: Դրանց հաճախ անհրաժեշտ է ավելացնել քաղցկեղի դեմ կիրառվող այլ կանխարգելիչ միջոցառումներ, որոնք չեն սահմանափակվում միայն աղետամոքսային համակարգով (օրինակ՝ արգանդի քաղցկեղի, Լինչի համախտանիշի պարագայում)²¹:

Լինչի համախտանիշ (ԼՅ)

Լինչի համախտանիշը ՌԻՅԸ-ի նկատմամբ ժառանգական նախահավկած

ծույթամբ ամենահաճախեց համախտանիշն է և ամենատարածված ժառանգական հիվանդություններից մեկը: ԼՅ-ն այլևս ժառանգական ոչ պոլիպոզային ՌԻՅԸ-ի հոմանիշը չէ, այն, բացի Լինչի համախտանիշից, ներառում է նաև Լինչանման (Lynch-like) համախտանիշը, X համախտանիշը և այլ ավելի հազվադեպ համախտանիշներ: ԼՅ-ի փոխանցումը դոմինանտ աուտոսոմային է, և այն ՌԻՅԸ-ների 2-3%-ի պատճառն է, նաև այլ՝ այսպես կոչված, նեղ սպեկտրի քաղցկեղների (ներարգանդնո, բարակ աղու և միզուղիների) կամ լայն սպեկտրի քաղցկեղների (ձվարանների, ստամոքսի, լեղուղիների, ենթաստամոքսային գեղձի, գլխուղեղի, մաշկի) պատճառ^{9,21}: ԼՅ-ի դեպքում աղետամոքսային հաջորդականությունն արագանում է (1-3 տարի ընդդեմ 10-15 տարու): ՌԻՅԸ-ն առաջանում է երիտասարդ տարիքում (40-50 տարեկան՝ MLH1 և MSH2 մուտացիայի դեպքում, 50-65 տարեկան՝ MSH6 մուտացիայի), ավելի հաճախ մերձադիր է, բազմակի, ավելի բարենպաստ կանխատեսմամբ, քան ոչլինչային ՌԻՅԸ-ները: Դա պայմանավորված է ԴՆԹ-ի անհամապատասխանությունների վերացման համակարգի (MMR՝ MLH1, MSH2, MSH6, PMS2) չորս հիմնական գեներից մեկի կամ

EPCAM գենի 3՝ հատվածի միապլեյային կոնստիտուցիոնալ մուտացիայով, որն էլ ուռուցքի միկրոարբանյակային անկայունության աղբյուր է (MSI): Սա հարկավոր է հաշվի առնել և հիվանդին ուղղորդել ուռուցքաբան-գենետիկի խորհրդատվության երիտասարդ տարիքում առաջացած ԼՅ սպեկտրի քաղցկեղի, բազմակի քաղցկեղների, ԼՅ սպեկտրի քաղցկեղների ընտանեկան համախառն կամ ուռուցքի միկրոարբանյակային անկայունության դեպքում՝ առանց MLH1 գենի պրոմոտորի գերմեթիլացման կամ BRAF գենի մուտացիայի: MMR համակարգի անբավարարության ախտորոշումը կատարվում է ուռուցքի ՊՇՆ-ով (պոլիմերազային շղթայական ռեակցիա), որն ի հայտ է բերում միկրոարբանյակային անկայունությունը (MSI), և/կամ իմունսահիստաքիմիայի միջոցով, որը ցույց է տալիս MMR սպիտակուցներից մեկի էքսպրեսիայի կորուստը: ԼՅ-ի մոլեկուլային ախտորոշումն հիմնվում է MMR գեներից մեկի ախտածին տարբերակի նույնականացման վրա: Ախտածին տարբերակի հայտնաբերումից հետո առաջին աստիճանի ազգականներին առաջարկվում է չափահաս տարիքում արյան՝ նախախտանշանային ախտորոշման թեստ հանձնել: Քանի որ այս համախտանիշի ախտորոշումը համեմատաբար բարդ է, այն դեռևս շարունակում է թերախտորոշված մնալ, և դրանով պայմանավորված՝ նույնականացվում է ԼՅ-ի հետ կապված ԿՌԸ-ով հիվանդների մոտ մեկ քառորդը: ՌԻՅԸ-ի առաջացման հավաքական վտանգը մինչև 75 տարեկանը տատանվում է՝ կախված մուտացիայի ենթարկված գենից՝ 15% - 43%՝ MSH6-ի դեպքում, 46%՝ MLH1-ի դեպքում:

Լինչանման համախտանիշ (Lynch-like)

Լինչանման համախտանիշը (LLS) տարատես է, սահմանվում է ՌԻՅԸ-ի կամ ԼՅ սպեկտրի միկրոարբանյակային անկայունությամբ (MSI) քաղցկեղի առկայությամբ, սակայն MMR կամ EPCAM գեներում մուտացիաներ կամ MLH1 գենի պրոմոտորի գերմեթիլացում կամ BRAF գենի մուտացիաներ չկան²¹: ՌԻՅԸ-ի հավաքական վտանգը այս համախտանիշն ունեցող ընտանիքներում (ՅՄՅ = 2.1) միջանկյալ դիրք է գրավում ԼՅ ունեցող ընտանիքների

ՊՈԼԻՊՈՑԻ ՏԱՐՔԵՐ ՏԵՍԱՎԵՆԵՐԸ ԵՎ ՈՒՂԻՂ ԵՎ ՀԱՍՏ ԱՂԻՆԵՐԻ ՔԱՂՑԿԵՂԻ ՎՏԱՆԳԸ

Պոլիպի տեսակը	Պոլիպոզ	Գեն	Տարածվածություն	Ախտորոշման չափանիշներ	ՈւՌՔ-ի վտանգ
Աղենոմատոզ	Շտանոմատոզ աղենոմատոզ պոլիպոզ (ԸԱՊ)	APC	1/10 000	Դասական > 100 աղենոմա Մեղմ < 100 աղենոմա	100% 69%
		MUTYH-ով պայմանավորված աղենոմատոզ	MUTYH	1-4 / 10 000	10-100 աղենոմա
	PPAP համախտանիշ	POLE, POLD1	ճատ հազվադեպ	5-70 աղենոմա	> 70%
Համարտոմատոզ	Պեյտց-եգերսի համախտանիշ	STK11/LKB1	1/250 000	≥ 2 Պեյտց-եգերսի պոլիպ	15-57%
	Պատանեկան պոլիպոզ համախտանիշ	SMAD4, BMPRIA	1/100 000	≥ 5 Պատանեկան պոլիպ	39-68%
	Քառոլենի հիվանդություն	PTEN	1/100 000	Համարտոմաներ և հաստ աղու այլ պոլիպներ	18%
Թավիկավոր	Թավիկավոր պոլիպոզ	---	4/1000	≥ 5 թավիկավոր պոլիպ ≥ 5 մմ	15-30%

Աղյուսակ 1. ՈւՌՔ՝ ուղիղ և հաստ աղիների քաղցկեղ, PPAP՝ polymerase proofreading associated polyposis:

(ՅՄՀ = 6) և ՈւՌՔ-ի եզակի դեպքեր ունեցող ընտանիքների (ՅՄՀ = 0.5) միջև: ՈւՌՔ-ն ախտորոշվում է հիմնականում 55 տարեկանից հետո, և այլ քաղցկեղների վտանգն ավելի փոքր է, քան ԼՀ-ի դեպքում:

X տեսակի ընտանեկան ՈւՌՔ

X տեսակի ընտանեկան ՈւՌՔ-ն (կամ X համախտանիշը) պատկանում է ընտանեկան ՈւՌՔ-ների տարասեր խմբին, որը համապատասխանում է Ամստերդամ 1-ի չափանիշներին (համեմատաբար առանձնահատուկ, բայց շատ քիչ զգայուն կլինիկական չափանիշներ, պատմականորեն կիրառվում են ԼՀ ունեցող ընտանիքների բացահայտման համար, այսինքն՝ առավազն երեք՝ ՈւՌՔ ունեցող առաջին աստիճանի ազգական, առնվազն երկու հաջորդական սերունդ, ՈւՌՔ-ի առնվազն մեկ ախտորոշում մինչև 50 տարեկանը), սակայն առանց միկրոարբանյակային անկայունության (MSS): Այս ընտանիքներում ՈւՌՔ-ի վտանգը չափավոր մեծ է՝ բազմապատկված 2-ով: ԼՀ-ի համեմատությամբ՝ ՈւՌՔ-ի ախտորոշման տարիքը X համախտանիշի դեպքում ավելի ուշ է (50-60 տարեկան), տեղայնացումը՝ ավելի հեռադիր, կանխատեսումը՝ ավելի վատը, սակայն այլ քաղցկեղների հավանականությունն ավելի փոքր է: Առանձնահատուկ գենետիկական բնութագիր չկա: Նկարագրվել են այս համախտանիշի հետ կապված բազմաթիվ գեներ՝ BMPRIA, RPS20, SEMA4A, SETD6 և այլն:

MMR (ՀՎԱ) համակարգի կոնստիտուցիոնալ անբավարարության համախտանիշ

Անհամապատասխանության վերացման համակարգի (ԱՎՀ) կոնստիտուցիոնալ անբավարարության համախտանիշը երեխաների և պատանիների շրջանում քաղցկեղի նախահակվածությունն է²²: Այս համախտանիշը հազվադեպ է հանդիպում և պայմանավորված է ԱՎՀ-ի չորս գեներից մեկի, առավել հաճախ՝ PMS2-ի երկալելային կոնստիտուցիոնալ մուտացիայով, որը հանգեցնում է վաղ հաճախ մանուկ տարիքից բազմաթիվ ուռուցքների առաջացման՝ ՈւՌՔ, գլխուղեղի ուռուցքներ և արյան հիվանդություններ: Գրեթե բոլոր մինչև 30 տարեկան հիվանդների շրջանում զարգանում են բազմակի կոլոնեկտալ աղենոմաներ կամ թեթև պոլիպոզներ (այս համախտանիշը երբեմն դասակարգում են որպես պոլիպոզ): Աղենոմա-ՈւՌՔ հաջորդականությունը ամենաարագ է ՈւՌՔ-ի բոլոր ժառանգական ձևերի շարքում: ՈւՌՔ-ի ախտորոշման տարիքային մեդիանը 16 տարեկանն է:

Պոլիպոզներ

Ըստ սահմանման՝ կոլոնեկտալ պոլիպոզը բաղկացած է բազմաթիվ միաժամանակ կամ 6 ամսից ավելի տարբերությամբ ախտորոշված (սինքրոն կամ մետաքրոն) կոլոնեկտալ պոլիպներից (պոլիպների թվի վերաբերյալ մասնագիտական ընդհանուր համաձայնություն չկա): Որոշ պոլիպոզներ,

որոնք առանձնանում են ըստ պոլիպների հյուսվածաբանական տեսակի, ՈւՌՔ-ի շատ մեծ վտանգ են պարունակում՝ 15-100% կյանքի ամբողջ ընթացքում (աղյուսակ 1)²¹⁻²⁴: Դրանք ՈւՌՔ-ների առնվազն 1%-ից պակաս դեպքերի պատճառն են: Էնդոսկոպիա իրականացնող բժիշկը պետք է հաշվի առնի դա և ուռուցքաբան-գենետիկի խորհրդատվություն առաջարկի բոլոր այն հիվանդներին, որոնց մոտ կոլոնոսկոպիայի կամ մի քանի հաջորդական կոլոնոսկոպիաների ընթացքում ախտորոշվել է առնվազն 10-15 աղենոմա, առնվազն 5 ուղիղ աղուց վեր տեղակայված թավիկավոր պոլիպ, կամ՝ ամենաքիչը 2 համարտոմային պոլիպներ^{22,24}: Թավիկավոր պոլիպոզը ամենատարածվածն է և չունի գենետիկական առանձնահատուկ նույնականացված բնութագիր: Բացի դասական պոլիպոզից, որը կապված է APC գենի մուտացիայի հետ (ընտանեկան աղենոմատոզ պոլիպոզ (ԸԱՊ)) կամ՝ MUTYH գենի երկալելային մուտացիայի (պոլիպոզ կապված MUTYH-ի հետ), վերջերս նկարագրվել են մի քանի նոր տարատեսակներ, որոնք ներառում են POLE/POLD1, AXIN2, NTHL1 և MSH3 գեների մուտացիաներ²¹⁻²³: Կախված պոլիպոզի տեսակից՝ ի լրումն կոլոնեկտալ հսկողության, ցուցվում է նաև ստամոքս-տասներկուամտյա աղու, ամպուլայի կամ բարակ աղիների հսկողություն: Բազմամասնագիտական խորհրդատվության ժամանակ կանխարգելիչ նպատակներով առաջարկվում է

ԳԻՏԵԼԻՔԻ ՇՏԵՄԱՐԱՆ

ՈՒՂԻՂ ԵՎ ՀԱՍՏ ԱՂԻՆԵՐԻ ՔԱՂՑԿԵՂԻ ՎՏԱՆԳԻ ԵՎ ԴՐԱՆՆԻՑ ՊԱՃՏՊԱՆՎԵԼՈՒ ԳՈՐԾՈՆՆԵՐԸ

ՈՒՂԻՂ ԵՎ ՀԱՍՏ ԱՂԻՆԵՐԻ ՔԱՂՑԿԵՂԻ ՎՏԱՆԳԻ ՓՈՓՈԽՄԱՆ ԴԵՏ ԿՄՎԱԾ՝ ՇՐՋԱԿԱՆ ՄԻՋԱՎԱՅՐԻ ԵՎ ՎԱՐՔԱԳՄԱՅԻՆ ԴԻՄՆԱԿԱՆ ԳՈՐԾՈՆՆԵՐԸ

	Զափաբաժին	Դարաբերական վտանգ	Ապացույցների մակարդակը
Ուղիղ և հաստ աղիների քաղցկեղի վտանգի աճ			
Կարմիր միս	100 գ/օր	+ 12 %	Հավանական
Վերամշակված միս	50 գ/օր	+ 16 %	Համոզիչ
Ալկոհոլ	10 գ/օր	+ 7 %	Համոզիչ
Մարմնի զանգվածի ինդեքս	5 կգ/մ ²	+ 7 %	Համոզիչ
Գոտկատեղի շրջագծի չափը	10 սմ	+ 2 %	Համոզիչ
Ուղիղ և հաստ աղիների քաղցկեղի վտանգի նվազում			
Մնդկային մանրաթելեր	10 գ/օր	- 7 %	Հավանական / Համոզիչ
Ամբողջական հացահատիկ	90 գ/օր	- 17 %	Հավանական / Համոզիչ
Կաթնամթերք	400 գ/օր	- 13 %	Հավանական
Կաթ	200 գ/օր	- 6 %	Հավանական
Կալցիում	200 մգ/օր	- 6 %	Հավանական
Ֆիզիկական ակտիվություն	Բարձրը ընդդեմ ցածրի	- 19 %	Համոզիչ

Սղոթակ 2.

Նաև հաստ աղու հեռացում, երբ այլևս հնարավոր չէ պոլիպոզի հսկողություն իրականացնել Էնդոսկոպիայով:

Ուղիղ-հաստաղիքային նորագոյացության ընտանեկան նախադեպ

ՈւՂԻՂ-ների մեծ մասը (մոտ 65%) եզակի դրսևորում է և կախված չէ ժառանգական համատեքստից կամ համակցված աղիների քրոնիկական բորբոքային հիվանդությունից (ԱԶԲՀ): ՈւՂԻՂ-ով հիվանդների 20-30%-ի դեպքում կան ընտանեկան նախադեպեր, սակայն նրանք ՈւՂԻՂ-ի նկատմամբ ժառանգական նախահակվածության համախտանիշի որևէ հայտնի գենի կրող չեն (պատկեր) ^{3, 25}: Ընտանեկան նախադեպերը մատնանշում են ՈւՂԻՂ-ի ավելցուկային վտանգը՝ փոխկապակցված ախտահարված ազգականների թվի, հարազատության աստիճանի և տարիքի հետ, սակայն առանց հստակ շեմային ցուցանիշների սահմանման հնարավորության ^{7, 9}: Վերջերս իրականացված որոշ հետազոտություններ ցույց են տվել, որ այս ավելցուկային վտանգը համեմատաբար փոքր է, շատ ավելի փոքր, քան արական սեռով և ծխախոտով պայմանավորված վտանգերը ^{7-9, 25, 26}: Այն գերազանցատվել է

2013 թվականի ֆրանսիական խորհրդատվական փաստաթղթերում, որոնք արդեն հնացած են ^{4, 5}: 2019 թվականի եվրոպական խորհրդատվությունը սահմանափակում է ընտանեկան նախադեպերի հետ կապված զգալի մեծ վտանգ (բազմապատկված 3-ով) հասկացությունը երկու իրավիճակով՝ ՈւՂԻՂ-ով ախտահարված մինչև 50 տարեկան առաջին աստիճանի ազգական և ՈւՂԻՂ-ով առաջին աստիճանի երկու ազգական՝ անկախ տարիքից ⁹: Ընտանեկան նախադեպերը 5-15 տարով միայն երիտասարդացնում են տարիքը, երբ ԿՈՔ-ի ի հայտ գալու վտանգը հասնում է միջինի ²⁷:

Հիվանդություններ, որոնք չեն զուգորդվում ՈւՂԻՂ-ի ավելցուկային վտանգով

1-ին տիպի գենետիկական հեմոքրոմատոզի վերաբերյալ տվյալները հակասական են. նախկինում իրականացված հետազոտությունների համաձայն ենթադրվում էր ՈւՂԻՂ-ի ավելցուկային վտանգ, վերջերս իրականացվածները հերքում են զգալի ավելցուկային վտանգը: Նույնը վերաբերում է լեղապարկի հեռացման ընտանեկան նախադեպերին. հետազոտությունների մեծ մասը ինչ է, և դրանց մետավերլու-

ծությունը վկայում է հաստ աղու քաղցկեղի ավելցուկային վտանգի մասին (հարաբերական վտանգ [ՀՎ] = 1,30), այլ ոչ թե՛ ուղիղ աղու: Վերջերս իրականացված դեպք-ստուգիչ միջազգային հետազոտությունը ՈւՂԻՂ-ի ավելցուկային վտանգ չի հայտնաբերել:

ԿՈՔ-ների կետը պայմանավորված է վտանգի փոփոխվող գործոններով

Ըստ քաղցկեղի հետազոտման միջազգային կենտրոնի (ԲՀՄԿ-ԻԱՐԿ) 2015-ին ֆրանսիայում ՈւՂԻՂ-ների 48,6%-ը (55,8% տղամարդկանց շրջանում, 39,9% կանանց) պայմանավորված է վտանգի փոփոխվող գործոններով: Միացյալ Թագավորությունում այդ ցուցանիշը 54% էր, իսկ ԱՄՆ-ում՝ 55%: Այլ կերպ ասած՝ ՈւՂԻՂ-ների դեպքերի կեսից հնարավոր է խուսափել՝ փոփոխելով շրջակա միջավայրի և վարքագծային վտանգների ազդեցությունները: Հիմնական վտանգները կապված են սննդամթերքի հետ՝ նոր դեպքերի 22,3%-ը (վերամշակված միս՝ 9,8%, կարմիր միս՝ 4,3%), ալկոհոլի (16,8%), գիրացման (11,2%), ծխախոտի (6,6%) և նստակյաց կենսակերպի հետ (2,3%) (աղյուսակ 2) ²:

Փոխել սննդակարգը

Վերամշակված միսը (երշիկեղեն, աղ դրած, չորացրած, ապխտած, պահածոյացված միս) և կարմիր միսը (բացառությամբ թռչնամսի), ըստ Քաղցկեղի հետազոտման միջազգային կենտրոնի, համապատասխանաբար դասվում են «քաղցկեղածին» և «հավանաբար քաղցկեղածին» սննդամթերքի շարքը կախված չափաբաժին-ազդեցություն հարաբերակցությունից^{3,14,28}: Կարմիր մսի պատրաստման եղանակի ազդեցությունը պաշտոնապես ապացուցված չէ: Փորձարարական և համաճարակաբանական տվյալները հնարավորություն են տալիս ենթադրելու, որ ՌԻՔ-ի վտանգը մեծ է «սով եփված» մսի օգտագործման պարագայում՝ հետերոցիկլային ամինների առաջացման պատճառով, նաև՝ խորովելու միջոցով միսը պատրաստելու դեպքում՝ բազմացիկլային արոմատիկ ածխաջրածինների առաջացման պատճառով: Երշիկեղենը (հիմնականում՝ եփած խոզապուխտ, երշիկեղեն և եփած նրբերշիկեղեն) սննդային նիտրիտների հիմնական աղբյուրն է (45-65%)²⁹, որոնք կիրառվում են որպես «պահածոյացնող» սննդային հավելումներ իրենց հակաօքսիդացնող, հակամանրէային հատկությունների և մթերքին համապատասխան գույն հաղորդելու համար: Քաղցկեղի հետազոտման միջազգային կենտրոնը դրանք դասակարգում է որպես «հավանաբար քաղցկեղածին», քանի որ օրգանիզմում նիտրիտներն առաջացնում են ներածին նիտրացված միացություններ, մասնավորապես նիտրոզամիններ:

Սննդամթերքի, շրջակա միջավայրի և աշխատանքի սանիտարական անվտանգության ազգային գործակալության զեկույցը (ANSES) (կարծիքը վերանայվել է 2022 թվականի հուլիսին) հաստատում է վերամշակված մսի միջոցով նիտրատների և/կամ նիտրիտների ազդեցության և ՌԻՔ-ի վտանգի կապը²⁹: Գործակալությունը խորհուրդ է տալիս սահմանափակել ազոտային հավելումները վերամշակված մսի մեջ և դրանց սպառումը սահմանել շաբաթական մինչև 150 գ²⁹: Գերվերամշակված սննդամթերքի օգտագործումը կապված է քաղցկեղի առաջացման, հատկապես՝ կրծքագեղձի, մեծ վտանգի հետ³⁰: ՌԻՔ-ի հետ կապը պաշտոնապես չի հաստատվել,

թեև իսպանական վերջին հետազոտություններից մեկը ցույց է տվել ՌԻՔ-ի վտանգի մեծացում (ՀՀ = 1,11 սպառման 10% աճի դեպքում)³¹:

Պայքար ավելցուկային քաշի և գիրության դեմ

Նմանապես՝ ավելցուկային քաշը և գիրացումն ուղեկցվում են ՌԻՔ-ի վտանգի աճով^{3,14,28}:

Ալկոհոլի և ծխախոտի ազդեցությունները պայմանավորված են չափաբաժնով

Քաղցկեղի հետազոտման միջազգային կենտրոնը ալկոհոլի բոլոր տեսակները համարում է քաղցկեղածին, որի ազդեցությունը կախված է չափաբաժնից²⁸: Բոլոր հետազոտությունները ցույց են տվել, որ օրական երկու բաժակից ավելի ալկոհոլ սպառողների շրջանում նկատվում է ՌԻՔ-ի վտանգի զգալի աճ, սակայն դրա ազդեցությունը քիչ և չափավոր օգտագործման դեպքում հակասական կարծիքների տեղիք է տալիս. ոմանք նշում են, որ ՌԻՔ-ի վտանգը մեծանում է միջինը մեկ բաժակ ալկոհոլի օրական սպառումից, մինչդեռ որոշ հետազոտողներ համարում են, որ օրական երկու կամ դրանից պակաս չափաբաժնով ալկոհոլի օգտագործումը նվազեցնում է ՌԻՔ-ի առաջացման վտանգը³²: Ծխելը մեծացնում է ՌԻՔ-ի վտանգը 15-20%-ով՝ կախված չափաբաժնից՝ և՛ օրական քանակից, և՛ տևողությունից³³: Ավելցուկային վտանգը նվազում է ծխելը դադարեցնելուց հետո, բայց պահպանվում է մոտ քսանհինգ տարի:

Ավելցուկային փոքր վտանգ՝ կապված մասնագիտական գործունեության ժամանակ ասբեստի, թունաքիմիկատների և այլնի ազդեցության հետ

Ըստ ԶՀՄԿ-ի տվյալների՝ մասնագիտական գործունեությամբ պայմանավորված ՌԻՔ-ի դեպքերը կազմում են 2% (3,4% տղամարդկանց, 0,4% կանանց շրջանում): Ընդհանուր առմամբ, ՌԻՔ-ի մասնագիտական գործունեության ազդեցությամբ պայմանավորված ավելցուկային վտանգը համեմատաբար փոքր է, գնահատվում է 11-15% ավելի փոքր, քան ծխախոտի և ալկոհոլի հետ կապված վտանգը³⁰: Որոշ ոլորտների աշխատակիցները, ըստ

երևույթին, համեմատաբար ավելի մեծ վտանգի են ենթարկվում՝ կաշվի, պլաստմասսայի, ռետինի, մետաղա-և պողպատաձուլման արդյունաբերությունների աշխատակիցները կամ ասբեստի ազդեցության միջավայրում աշխատողները³⁴: Ասբեստի ազդեցությունը համակցված է ՌԻՔ-ի մեծ վտանգի հետ (ՀՄՀ-ն վերջին շրջանում կատարված երկու մետավերլուծություններում գնահատվել է 1,07 և 1,16)³⁵: Թունաքիմիկատների վերաբերյալ գրականությունը (թունաքիմիկատ եզրույթն օգտագործված է ընդհանրական իմաստով՝ վնասատու կենդանի օրգանիզմների դեմ պայքարի համար նախատեսված քիմիական ցանկացած նյութ՝ մոլիբդենի սպասարկներ, միջատասպաններ, սնկասպաններ և այլն) շատ հարուստ նյութ է տրամադրում, սակայն դրանց արդյունքները երբեմն հակասական են: Վերջին ամփոփ գրականությունը, որը պարունակում է 139 հոդված և 56 թունաքիմիկատի հետազոտության արդյունքներ, ցույց է տվել, որ որոշ նյութեր, ինչպիսիք են ալդիկարբը, դիկամբան, ֆոնոֆոսը, Տ-էթիլդիպրոպիլթիոկարբամատը, իմազեթապիրը, տերբուֆոսը, տրիֆլուրալինը, տոքսաֆենը, պենդիմետալինը, դիելդրինը, ալդրինը, քլորպիրիֆոսը, կարբարիլը, հեպտաքլորը և ացետոքլորը, ՌԻՔ-ի զգալի ավելցուկային վտանգ են պարունակում³⁶: Այս նյութերից որոշների (ոչ բոլորի) կիրառությունն արգելված է Եվրոպայում և/կամ ԱՄՆ-ում: Մեթոդաբանական մեծ դժվարությունների պատճառով համաճարակաբանական հետազոտությունների մեծ մասին չի հաջողվել ապացուցել, որ թունաքիմիկատների ազդեցությունը մարդկանց վրա (ընդհանուր առմամբ՝ անկախ այն բանից՝ մասնագիտական ազդեցությունն է, թե՞ ոչ) մեծացնում է ՌԻՔ-ի վտանգը: Առողջապահության և բժշկական հետազոտությունների ազգային ինստիտուտի (Inserm) 2013 թ. և 2021 թ. «Թունաքիմիկատներ, ազդեցությունը առողջության վրա» փորձագիտական եզրակացություններում ՌԻՔ-ի մասին խոսք անգամ չկա:

Աղտոտվածությունը՝ ապացուցված ավելցուկային վտանգի պատճառ

Օդի և ջրի աղտոտվածությունը համակցված է ՌԻՔ-ի ավելցուկային

վտանգի հետ: Օդում կախված մանր մասնիկները Քաղցկեղի հետազոտման միջազգային կենտրոնը դասակարգել է որպես քաղցկեղածին. այս կապը լավագույնս ապացուցված է թոքերի քաղցկեղի դեպքում²: Դա վերաբերում է նաև մարտոդական համակարգի որոշ քաղցկեղների: Վերջերս կատարված մետափերլուծությունը ցույց է տվել մանր մասնիկների (աերոդինամիկական տրամագծով ≤ 2.5 մկմ (PM2.5) մասնիկներ) պարունակության մակարդակով գնահատվող՝ օդի աղտոտվածության կապը ՌԻՔ-ի վտանգի հետ (ՌՎ = 1,35)³⁷:

Նույն կերպ՝ ԱՆՆՊԱՄԹԵՐՔԻ, շրջակա միջավայրի և աշխատանքի սակիտարական անվտանգության ազգային գործակալության զեկույցը հաստատում է խմելու ջրում Նիտրատների բարձր մակարդակի և ՌԻՔ-ի վտանգի միջև կապը²⁹: Նիտրատներով ջրի աղտոտումը մարդկային գործունեության արդյունք է (ազոտային պարարտանյութեր, կեղտաջրերի հեռացում, քաղաքային կամ արդյունաբերական թափոններ), դրանք կազմում են ջրերում Նիտրատների ընդհանուր ազդեցության 20-25%-ը: Գործակալությունը խորհուրդ է տալիս ուժեղացնել ջրային պաշարների որակի պահպանմանն ուղղված միջոցառումները՝ խուսափելով Նիտրատներով աղտոտումից և վերազնահատելով որակի շեմի և աղտոտվածության թույլատրելի սահմանի համապատասխանությունը՝ իրական պայմաններին²⁹:

Իոնացնող ճառագայթման ազդեցությունը փոքր է

ԸՅՄԿ-ի գնահատմամբ՝ բժշկության մեջ կիրառվող իոնացնող ճառագայթման (ճառագայթային և միջուկային բժշկություն) ազդեցությունը ՌԻՔ-ի վրա ընդամենը 1,2% է²:

Սոցիալ-տնտեսական անբարենպաստ պայմանները բացասաբար են ազդում

ՌԻՔ-ն այն քաղցկեղներից չէ, որոնց վրա սոցիալ-տնտեսական վիճակը առավելագույն ազդեցություն է թողնում, ինչպես օրինակ՝ թոքերի, շնչառական և մարտոդական ուղիների վերին հատվածների և արգանդի վզիկի քաղցկեղների դեպքում²: Այնուամենայնիվ, գրեթե ամենուր կանխատեսում ավե-

լի անբարենպաստ է, իսկ ՌԻՔ-ից մահացությունը՝ ավելի մեծ բնակչության անապահով շերտի շրջանում (եկամուտ, կրթություն, մեկուսացում և այլն)³⁸: Տարածվածությանը վերաբերող տվյալներն ավելի տարատեսակ են: ՌԻՔ-ով հիվանդացության աճ անապահով բնակչության շրջանում նկատվում է Հյուսիսային Ամերիկայում, սակայն ոչ՝ Եվրոպայում³⁸: Մի շարք գործոններ կարող են բացատրել անբարենպաստ սոցիալ-տնտեսական վիճակի ազդեցությունը՝ ծխելը, չիվասարակչոված սննդակարգը, գիրությունը, սքրինինգի բացակայությունը, ուշ ախտորոշումը, խնամքի և բուժման նվազ հասանելիություն և այլն:

Ազդել փոփոխվող պաշտպանիչ գործոնների վրա

Սահմանել սննդային մանրաթելերով և կաթնամթերքով հարուստ սննդակարգ

Սննդային մանրաթելերը, որոնք առկա են բուսական ծագման մթերքում՝ չմշակված հացահատիկ, ամբողջահատիկներ, բանջարեղեն, մրգեր, բարակ աղիում չմարսվող բարդ ածխաջրեր են: Մանրաթելերով հարուստ սնունդը ինչպես նաև կաթնամթերքը (բացառապես կենդանական ծագման կաթ, յուղուտներ, պանիրներ, բացառությամբ կարագի, թարմ սերուցքի և կաթնամթերքային աղանդերների) նվազեցնում են ՌԻՔ-ի վտանգը (աղյուսակ 2)^{3,14,28}:

Ֆիզիկական ակտիվությունը նվազեցնում է վտանգը

Մետափերլուծություններից մեկը ցույց է տվել, որ, ցածր ֆիզիկական ակտիվության համեմատ, բարձր ֆիզիկական ակտիվություն ունեցող մարդկանց շրջանում ՌԻՔ-ի վտանգը նվազում է 19%-ով:

Քիմիական կանխարգելումը քիչ արդյունավետ է կամ ընդհանրապես արդյունավետ չէ

Քիմիական կանխարգելում՝ նշանակում է քիմիական նյութերի կիրառմամբ ՌԻՔ-ի վտանգի նվազեցում: Բազմաթիվ նյութերի հետազոտությունը ցույց է տվել, որ դրանց մեծամասնությունն անարդյունավետ է և/կամ թունավոր,

ուստի այդ նյութերի, ներառյալ՝ կալցիումի, վիտամինների, այդ թվում՝ D վիտամինի և ֆոլաթթվի, ստատինների, ոչ ստերոիդային հակաբորբոքային դեղերի և այլնի օգտագործումը խորհուրդ չի տրվում^{39,40}: Նույն կերպ՝ դաշտանադադարի ժամանակ հորմոնային փոխարինող բուժումը թեև 10-40%-ով նվազեցնում է ՌԻՔ-ի վտանգը, սակայն դա տեղի է ունենում կրծքագեղձի քաղցկեղի և թրոմբոմբոլային ու սրտանոթային հիվանդությունների վտանգի մեծացման գնով⁴¹: Որոշ ներգործող միջոցներ նվազեցնում են ՌԻՔ-ի վտանգը հատուկ խմբերում, օրինակ՝ մետֆորմինը՝ 2-րդ տիպի շաքարային դիաբետի դեպքում, ամինսալիցիլատները՝ հաստ աղու ԱԲԲՀ-ի: Ասպիրինը ամենաշատ ուսումնասիրված ներգործող միջոցն է և ամենալավ արդյունքներն է արձանագրում: Ապացուցվել է, որ ասպիրինի ընդունումը նվազեցնում է աղեկումայի, խորացող աղեկումայի, ՌԻՔ-ի առաջացման վտանգը (20-40%) և ՌԻՔ-ից մահացության դեպքերը: Այս պաշտպանիչ ազդեցությունը դիտարկվում է միայն 10 տարի անց ու միմիայն կատեցնող է: Ասպիրինի օգտակարությունը նկատվում է սկսած օրական 75 մգ-ից մինչև 325 մգ՝ չափաբաժին-արդյունավետություն հարաբերակցությունը հաշվի առնելով: Այնուամենայնիվ, չափաբաժին-ազդեցության հարաբերակցությունը կարող է նաև աղետամիջապին ու ներզանգային արյունահոսության վտանգի պատճառ դառնալ: Ներկայումս ԱՄՆ-ում ասպիրինի ընդունումը խորհուրդ է տրվում երեք իրավիճակում: ՌԻՔ-ի կանխարգելման նպատակով փոքր չափաբաժնով տրվում է միջին վտանգի եկթակա բուժառուների, որոնց մոտ սրտանոթային հիվանդությունների վտանգը մեծ է կամ հավասար 10%-ի՝ տասը տարվա կտրվածքով, տարիքը մինչև 70 տարեկան է, և որոնց կյանքի հավանական տևողությունը 10 տարուց ավելի է, և արյունահոսության մեծ վտանգ չկա, նաև՝ Լինչի համախտանիշի դեպքում, ինչպես նաև՝ ՌԻՔ-ի անձնական նախադեպ ունեցողներին (երրորդային կանխարգելում)⁴⁰: Մի շարք հարցեր դեռ մնում են անպատասխան և շարունակական հետազոտությունների առարկա են՝ օպտիմալ չափաբաժինը և տևողությունը, թիրախային բնակ-

չությունը, օգուտ-վտանգ հարաբերակցությունը: Ուստի վաղաժամ է ասպիրինն օգտագործել ՌԻՋԷ-ի առաջնային կանխարգելման նպատակով, բացի վերը նկարագրված մասնավոր դեպքերից:

Հիշեցնենք, որ ոչ մի ներգործող միջոց (սուլինդակ, ցելեկոքսիբ, ասպիրին և այլն) դեռևս այնպիսի արդյունավետություն չի ցուցադրել, որը հնարավորություն կտար հետաձգելու կանխարգելման նպատակով իրականացվող հաստ աղու հեռացումը կամ վիրահատությունից հետո մնացած պոլիպների հսկողությունը՝ ընտանեկան ադենոմատոզ պոլիպոզի դեպքում:

Սքրինինգը նվազեցնում է հիվանդացությունը և մահացությունը

ՌԻՋԷ-ի վտանգի հիմնական գործոններից մեկը սքրինինգի բացակայությունն է: Սքրինինգի արդյունավետության ապացուցողական մակարդակը բարձր է: Մոդելների մեծ մասն ապացուցում է, որ սքրինինգային ծրագրին 100%-ով հարելու դեպքում, սքրինինգային տարբեր ռազմավարությունները (ԿԻԹ, ռեկտոսիգմոիդոսկոպիա, կոլոնոսկոպիա) համարժեք են ՌԻՋԷ-ից մահացության նվազման տեսանկյունից²⁶: Մյուս կողմից՝ էնդոսկոպիկ, ռեկտոսիգմոիդոսկոպիկ և կոլոնոսկոպիկ սքրինինգային ռազմավարությունները ՌԻՋԷ-ով հիվանդացության ավելի ցածր ցուցանիշ են գրանցում, քան ԿԻԹ-ը:

ԿԻԹ-ի վրա հիմնված սքրինինգային ծրագրերը (20 մկգ/գ շենով OCSensor® թեստ) հնարավորություն են տալիս

նվազեցնելու ՌԻՋԷ-ից մահացությունը 40-62%-ով ծրագրի մասնակիցների և ոչ մասնակիցների և 10-36%-ով ծրագրին մասնակցելու հրավեր ստացածների և չստացածների միջև, նաև՝ նվազեցնել ՌԻՋԷ-ով հիվանդացությունը՝ 34% մասնակիցների և չմասնակիցների և 10-28% հրավիրվածների և չհրավիրվածների միջև²⁶: Մահացության և հիվանդացության նվազումը զգալիորեն ավելի մեծ է հաստ աղու հեռացողի հատվածներում, քան՝ մերձադիր, և արդյունքներն ավելի հուսադրող են տղամարդկանց համար, քան՝ կանանց²⁶: Վերջապես, ԿԻԹ սքրինինգն ամենաարդյունավետ ռազմավարությունն է ծախսարդյունավետություն հարաբերակցության առումով, նաև՝ 30% մասնակցության ցուցանիշով²⁶:

Անհրաժեշտ է խրախուսել սքրինինգը և կենսակերպա-անոթակարգային խորհրդատվությունն տրամադրել

Ուղիղ և հաստ աղիների քաղցկեղի առաջացման վրա շրջակա միջավայրը և վարքագիծն ավելի մեծ ազդեցություն ունեն, քան ժառանգականությունը: Մասնագիտական գործունեությամբ, աղտոտվածությամբ կամ անբարենպաստ սոցիալ-տնտեսական պայմաններով պայմանավորված ՌԻՋԷ-ների մասնաբաժինը փոքր է (բայց ոչ՝ զրոյական), ավելի փոքր, քան թոքերի քաղցկեղի դեպքում: ՌԻՋԷ-ների առևձայն կերը պայմանավորված է վտանգի փոփոխվող գործոններով, որոնք բնորոշ են արևմտյան կենսակերպին՝

նստակյացություն, անառողջ սնունդ և գիրություն: Ափսոսալի է, որ քաղաքական, առողջապահական և սոցիալական համակարգերը հարաբերակալորեն անզոր են ագրոպարենային արդյունաբերության հզորության և դրա լոբբիստական խմբերի դեմ, այդ թվում՝ ծխախոտի և ալկոհոլի լոբբիների, որոնք հնարավորություն չեն տալիս իրականացնելու ՌԻՋԷ-ի առաջնային կանխարգելման քաղաքականություն: Կենսակերպա-անոթակարգային խորհուրդները, որոնք նախատեսված են ՌԻՋԷ-ի առաջնային կանխարգելումն ապահովելու համար, առանձնահատուկ դժվարություն չեն ներկայացնում՝ ֆիզիկական ակտիվություն (օրական առնվազն 30 րոպե), մարմնի զանգվածի ինդեքսի պահպանում 18-25 կգ/մ², կարմիր մսի սահմանափակում (շաբաթական 500 գ), երշիկեղենի սահմանափակում (շաբաթական 150 գ), սննդային մանրաթելերի և կաթնամթերքի օգտագործման ավելացում, ալկոհոլի օգտագործման նվազեցում (առավելագույնը 2 բաժակ/օր, ոչ ամեն օր) և հրաժարում ծխախոտից²⁸: Դեռևս վաղ է ասպիրինը կիրառել որպես ՌԻՋԷ-ի առաջնային կանխարգելման միջոց՝ բացի այն դեպքերից, երբ առկա է Լիև-չի համախտանիշ և սրտանոթային հիվանդության համակցված մեծ վտանգ: Վերջնականապես ապացուցվել է, որ սքրինինգը ՌԻՋԷ-ի վտանգի և մահացության մակարդակի նվազեցման ամենաարդյունավետ միջոցն է: Դեռևս անհրաժեշտ է կարողանալ ճշգրիտ գնահատել ՌԻՋԷ-ի վտանգի մակարդակը՝ յուրաքանչյուրին անհատականացված սքրինինգ առաջարկելու համար:

RÉSUMÉ FACTEURS DE RISQUE ET DE PROTECTION DU CANCER COLORECTAL

Comportement et environnement jouent un rôle plus important que l'hérédité dans la carcinogenèse colorectale. La part des cancers colorectaux (CCR) attribuable à une exposition professionnelle, à la pollution ou à un statut socio-économique défavorable est faible. Les niveaux de risque sur lesquels reposent les recommandations françaises de dépistage du CCR sont obsolètes et doivent être actualisés. Un individu ayant un ou deux adénomes non avancés réséqués lors d'une coloscopie est à risque faible de CCR. Seuls les antécédents familiaux au 1er degré de CCR chez un parent avant 50 ans ou chez deux parents quel que soit l'âge confèrent un surrisque significatif. Certaines maladies ou situations sources d'un sur-risque de CCR n'étaient pas prises en compte précédemment:

mucoviscidose, radiothérapie et survivant de cancer pédiatrique. De nouveaux syndromes de prédisposition héréditaire associés à un risque très élevé de CCR ont été décrits en sus du syndrome de Lynch et de la polyposse adénomateuse familiale : polyposse associée à MUTYH, syndromes de déficience constitutionnelle du système MMR, Lynch-like, PPAP et X. La moitié des CCR sont liés à des facteurs de risque modifiables associés au mode de vie occidental tels que sédentarité, malbouffe et obésité. Les recommandations hygiéno-diététiques destinées à la prévention primaire du CCR n'ont rien de spécifique : activité physique, limitation des viandes rouges et charcuteries, augmentation des fibres alimentaires et produits laitiers, limitation de l'alcool et éviction du tabac. Enfin, il est prématuré d'utiliser l'aspirine en prévention primaire du CCR en dehors du syndrome de Lynch et d'un risque cardiovasculaire significatif associé.

SUMMARY ADRENAL INCIDENTALOMAS, MOST OFTEN BENIGN

Behaviour and environment play a more important role than heredity in colorectal carcinogenesis. The proportion of colorectal cancers (CRCs) attributable to occupational exposure, pollution or poor socio-economic status is low. The risk levels on which the French CRC screening recommendations are based are obsolete and need to be updated. An individual with one or two non-advanced adenomas resected at colonoscopy is at low risk of CRC. Only a first-degree family history of CRC in one parent before age 50 or in two parents at any age confers a significant increased risk. Certain diseases or situations that are sources of an increased risk of CRC were not previously considered: cystic fibrosis, radiotherapy and paediatric cancer survivors.

New inherited predisposition syndromes associated with a very high risk of CRC have been described in addition to Lynch syndrome and familial adenomatous polyposis: MUTYH-associated polyposis, constitutional MMR deficiency, Lynch-like, PPAP and X syndromes.

Half of all CRCs are related to modifiable risk factors associated with westernized lifestyle such as physical inactivity, junk food and obesity. There is nothing specific about dietary recommendations for the primary prevention of CRC: physical activity,

limitation of red and processed meat, increase in dietary fibre and dairy products, limitation of alcohol and avoidance of tobacco. Finally, it is premature to use aspirin in primary prevention of CRC outside of Lynch syndrome and associated significant cardiovascular risk.

ՀՊՈՒՆԵՐ

- Defossez G, Le Guyader-Peyrou S, Uhry Z, Grosclaude P, Colonna M, Dantony E, et al. Estimations nationales de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine entre 1990 et 2018. Volume 1 Tumeurs solides. 2019 ; 92-107. Disponible sur: www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/cancers/cancer-du-sein/documents/rapport-synthese/estimations-nationales-de-l-incidence-et-de-la-mortalite-par-cancer-en-france-metropolitaine-entre-1990-et-2018-volume-1-tumeurs-solides-etud
- Les cancers attribuables au mode de vie et à l'environnement en France métropolitaine. Centre international de recherche sur le cancer. Lyon, 2018. Disponible sur: gco.iarc.fr/includes/PAF/PAF_FR_report.pdf
- Keum N, Giovannucci E. Global burden of colorectal cancer: emerging trends, risk factors and prevention strategies. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol* 2019;16:713-32.
- Dépistage et prévention du cancer colorectal. Actualisation du référentiel de pratiques de l'examen périodique de santé (EPS). HAS juin 2013. Disponible sur: www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-07/referentieleps_format2cltc_kc_colon-vfinale_2013-07-24_16-05-56_103.pdf
- Cancer colorectal : modalités de dépistage et de prévention chez les sujets à risque élevé et très élevé. HAS, mai 2017. Disponible sur: www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-06/dir76/reco248_rapport_elaboration_cancer_colorectal.pdf
- Robaszkiewicz M, Rahmi G, Lecomte T, Denis B, Vaillant E, Gronier O, et al. Modalités de surveillance après polypectomie colique. *Hépatogastro & Oncologie digestive* 2021;28:805-16.
- Leddin D, Lieberman DA, Tse F, Barkun AN, Abou-Setta AM, Marshall JK, et al. Clinical practice guideline on screening for colorectal cancer in individuals with a family history of nonhereditary colorectal cancer or adenoma: The Canadian Association of Gastroenterology Banff Consensus. *Gastroenterology* 2018;155:1325-47.
- Monahan KJ, Bradshaw N, Dolwani S, Desouza B, Dunlop MG, East JE, et al. Guidelines for the management of hereditary colorectal cancer from the British Society of Gastroenterology (BSG)/Association of Coloproctology of Great Britain and Ireland (ACPGBI)/United Kingdom Cancer Genetics Group (UKCGG). *Gut* 2020;69:411-44.
- van Leerdam ME, Roos VH, van Hooft JE, Balaguer F, Dekker E, Kaminski MF, et al. Endoscopic management of Lynch syndrome and of familial risk of colorectal cancer: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline. *Endoscopy* 2019;51:1082-93.
- Recommandations pour la pratique clinique. Endoscopie digestive basse : indications en dehors du dépistage en population. Anaes, avril 2004. Disponible sur: www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/endoscopie_2004_recommandations_mise_en_forme_2006.pdf
- Denis B. Médecine de précision et dépistage du cancer colorectal : une utopie ? *Rev Prat* 2022;72(8):825-833
- Launoy G, Cariou M, Bouvier AM, Bouvier V, Lecoffre C, Lafay L, et al. Survie des personnes atteintes de cancer en France métropolitaine 1989-2018. Côlon et rectum. 2021. Disponible sur: www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/cancers/cancer-du-colon-rectum/documents/enquetes-etudes/survie-des-personnes-atteintes-de-cancer-en-france-metropolitaine-1989-2018-colon-et-rectum
- Wang L, Lo CH, He X, Hang D, Wang M, Wu K, et al. Risk factor profiles differ for cancers of different regions of the colorectum. *Gastroenterology* 2020;159:241-56.
- Brenner H, Chen C. The colorectal cancer epidemic: A Challenges and opportunities for primary, secondary and tertiary prevention. *Br J Cancer* 2018;119:785-92.
- Mehta RS, Song M, Nishihara R, Drew DA, Wu K, Qian ZR, et al. Dietary patterns and risk of colorectal cancer: Analysis by tumor location and molecular subtypes. *Gastroenterology* 2017;152:1944-53.
- Siegel RL, Miller KD, Goding Sauer A, Fedewa SA, Butterly LF, Anderson JC, et al. Colorectal cancer statistics, 2020. *CA Cancer J Clin* 2020;70:145-64.
- Muller M, Broséus J, Feugier P, Beaugerie L, Peyrin-Biroulet L. Cancers digestifs et lymphomes au cours des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin : quels sont les risques? *Hépatogastro & Oncologie digestive* 2021;28:485-90.
- Hampton JS, Sharp L, Craig D, Rees CJ. Colorectal cancer screening and surveillance for non-hereditary high-risk groups-Is it time for a re-think? *Curr Treat Options Gastroenterol* 2021;19:48-67.
- Prenner S, Levitsky J. Comprehensive review on colorectal cancer and transplant. *Am J Transplant* 2017;17:2761-74.
- Lai JH, Park G, Gerson LB. Association between breast cancer and the risk of colorectal cancer. *Gastrointest Endosc* 2017;86:429-41.
- Dhooge M, Perrod G. Polyposes digestives et syndromes de prédisposition au cancer colorectal. Quelle prise en charge en 2021 ? *Hépatogastro & Oncologie digestive* 2021;28:1112-32.
- Colas C, Ribière S, Mariani P, Le Mentec M, Delhomelle H, Tzanis D, et al. Du nouveau dans le champ des polyposes adénomateuses colorectales : synthèse des données disponibles en 2020. *Hépatogastro & Oncologie digestive* 2020;27:386-95.
- Buisine MP, Bonnet D, Bonadona V, Baert-Desurmont S, Bonnet D, Coulet F, et al. La polypose associée à MUTYH : synthèse des données disponibles en 2020 et actualisation des recommandations françaises établies en 2012 sous l'égide de l'Institut National du Cancer (INCa). *Hépatogastro & Oncologie digestive* 2020;27:396-406.
- van Leerdam ME, Roos VH, van Hooft JE, Dekker E, Jover R, Kaminski MF, et al. Endoscopic management of polyposis syndromes: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline. *Endoscopy* 2019;51:877-95.
- Roos VH, Mangas-Sanjuan C, Rodriguez-Girondo M, Medina-Prado L, Steyerberg EW, Bossuyt PMM, et al. Effects of family history on relative and absolute risks for colorectal cancer: A systematic review and meta-analysis. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2019;17:2657-67.
- Denis B, Plastaras L, Fraser CG. Test immunochimique quantitatif de recherche de sang fécal occulte : le couteau suisse. *Hépatogastro & Oncologie digestive* 2022;29:165-80.
- Tian Y, Kharazmi E, Brenner H, Xu X, Sundquist K, Sundquist J et al. Calculating the starting age for screening in relatives of patients with colorectal cancer based on data from large nationwide data sets. *Gastroenterology* 2020;159:159-68.
- Cottet V. Nutrition et prévention primaire du cancer colorectal. *Hépatogastro & Oncologie digestive* 2021;28:561-8.
- ANSES. Évaluation des risques liés à la consommation de nitrates et nitrites. Avis révisé de l'ANSES. Rapport d'expertise collective. Juillet 2022. Disponible sur: www.anses.fr/fr/system/files/ERCA2020SA0106Ra.pdf

30. Fiolet T, Srour B, Sellem L, Kesse-Guyot E, Allès B, Deschasaux M, et al. Consumption of ultra-processed foods and cancer risk: results from NutriNet-Santé prospective cohort. *BMJ* 2018;360:k322.

31. Romaguera D, Fernández-Barrés S, Gracia-Lavedán E, Vendrell E, Azpiri M, Ruiz-Moreno E, et al. Consumption of ultra-processed foods and drinks and colorectal, breast, and prostate cancer. *Clin Nutr* 2021;40:1537-45.

32. McNabb S, Harrison TA, Albanes D, Berndt SI, Brenner H, Caan BJ, et al. Meta-analysis of 16 studies of the association of alcohol with colorectal cancer. *Int J Cancer* 2020;146:661-73.

33. Botteri E, Borroni E, Sloan EK, Bagnardi V, Bosetti C, Peveri G, et al. Smoking and colorectal cancer risk, overall and by molecular subtypes: A meta-analysis. *Am J Gastroenterol* 2020;115:1940-9.

34. Oddone E, Modonesi C, Gatta G. Occupational exposures and colorectal cancers: A quantitative overview of epidemiological evidence. *World J Gastroenterol* 2014;20:12431-44.

35. Huang Q, Lan YJ. Colorectal cancer and asbestos exposure: an overview. *Ind Health* 2020;58:200-11.

36. Matich EK, Laryea JA, Seely KA, Stahr S, Su LJ, Hsu PC, et al. Association between pesticide exposure and colorectal cancer risk and incidence: A systematic review. *Ecotoxicol Environ Saf* 2021;219:112327.

37. Pritchett N, Spangler EC, Gray GM, Livinski AA, Sampson JN, Dawsey SM, et al. Exposure to outdoor particulate matter air pollution and risk of gastrointestinal cancers in adults: A systematic review and meta-analysis of epidemiologic evidence. *Environ Health Perspect* 2022;130:36001.

38. Manser CN, Bauerfeind P. Impact of socioeconomic status on incidence, mortality, and survival of colorectal cancer patients: A systematic review. *Gastrointest Endosc* 2014;80:42-60.

39. Katona BW, Weiss JM. Chemoprevention of colorectal cancer. *Gastroenterology* 2020;158:368-88.

40. Liang PS, Shaikat A, Crockett SD. AGA clinical practice update on chemoprevention for colorectal neoplasia: Expert Review. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2021;19:1327-36.



Santé Arménie

Բժշկել, կրթել և կառուցել Հայաստանում

Կրծքի երեխայի ստամոքս-կերակրափողային ռեֆլյուքսը (ՍԿՌ) տարածված և ավելի հաճախ ֆիզիոլոգիական երևույթ է: Բուժմանն ուղղված առաջին միջոցառումները ոչ դեղորայքային են: Այնուամենայնիվ, հարկավոր չէ շատ արագ բացառել ախտաբանական ՍԿՌ-ն, որի նշանները հազվադեպ են լինում առանձնահատուկ, ինչի պատճառով կարող են պահանջվել լրացուցիչ հետազոտություններ:

Կրծքի երեխայի ստամոքս-կերակրափողային ռեֆլյուքս. ֆիզիոլոգիական դրսևորում, թե՛ հիվանդություն

Օրելի Բուրկանի, Էմանուել Մաս
Գաստրոէնտերոլոգիայի, լյարդաբանության, սնուցման, շաքարախտաբանության և նյութափոխանակության ժառանգական հիվանդությունների բաժանմունք, Թուլուզի համալսարանական ԲԿ-ի մանկական հիվանդանոց, Ֆրանսիա
burchany.a@chu-toulouse.fr

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

Կրծքի երեխայի ստամոքս-կերակրափողային ռեֆլյուքսը հաճախ բժշկի խորհրդատվությանը դիմելու պատճառ է լինում: Այն բնորոշվում է դեպի կերակրափող ստամոքսի պարունակության բարձրացմամբ՝ հետհոսքով (ռեգուրգիտացիա) և/կամ փսխումով կամ առանց դրանց¹: Դետեկցիայի ստամոքսի կաթնային սննդային պարունակության արտամղումն է օրգանիզմից դուրս, որը տեղի է ունենում առանց ջանքերի: Փսխումները համապատասխանում են ստամոքսի պարունակության արտամղմանը՝ կապված որովայնի մկանների կծկման հետ:

Ինչպե՞ս տարբերել ֆիզիոլոգիական ՍԿՌ-ն ախտաբանականից

Ֆիզիոլոգիական ՍԿՌ-ն՝ արտամղված (հետհոսք) կամ ոչ վերաբերում է 4 ամսական կրծքի երեխաների մինչև երկու երրորդին: Դրա տարածվածությունը 12 ամսականում նվազում է մինչև 5%: Ֆիզիոլոգիական ՍԿՌ-ն հազվադեպ է սկսվում կյանքի 1 շաբաթակալից առաջ կամ 6 ամսականից հետո²: ՍԿՌ-ն դառնում է պաթոլոգիական, երբ այն պատասխանատու է նշանակալի ախտանշանների և/կամ բարդությունների համար, ինչպիսիք են էզոֆագիտը (կերակրափողաբորբ) կամ կերակրափողի ստենոզը (նեղացում):

Կրծքի երեխայի պարագայում այնքան էլ հեշտ չէ, մի կողմից, իմանալ, թե երբ են ախտանշանները խնդրահարույց, մյուս կողմից՝ արդյոք դրանք առանձնահատուկ են ՍԿՌ-ին: Այնպիսի նշանները, ինչպիսիք են լացը, դյուրագրգռությունը և հետհոսքը, չեն կարող միայն ՍԿՌ-ին բնորոշող լինել և կարող են առաջանալ նաև այլ իրավիճակներում:

Ինչո՞ւ է ՍԿՌ-ն տարածված կրծքի երեխաների շրջանում

Կրծքի երեխայի ՍԿՌ-ում ներգրավված գործոններն են կերակրափողի ստորին սեղմամկանի (սֆինկտեր)՝ ԿՍՍ-ի լարվածության նվազումը, կերակրափողով սննդի անցման և ստամոքսի դատարկման դանդաղումը: Ստամոքսամուտքի ոչ ճիշտ դիրքի կամ ստոծանու կերակրափողային բացվածքի ճողվածքի առկայությունը փոխում է ԿՍՍ-ի տուևուը: Սակայն այդ տարիքում ՍԿՌ-ն հիմնականում կապված է ԿՍՍ-ի անհամապատասխան թուլացման և այն փաստի հետ, որ այդ տարիքի երեխան ստանում է մեծ ծավալի կաթնային սնունդ (120 մլ/կգ/օր): Այսպիսով, երբ ստամոքսը լցված է, և ԿՍՍ-ն բացվում է, դա նպաստում է ֆիզիոլոգիական ՍԿՌ-ին: Իրենց դերն ունեն նաև արտաքին գործոնները, որոնց վրա հնարավոր է ազդել: Դրանք են՝

պասիվ ծխելը, որը նվազեցնում է ԿՍՍ-ի լարվածությունը, չափից շատ սեղմող հագուստը, որը կարող է ուշացնել ստամոքսի դատարկումը՝ մեծացնելով ներորովայնային ճնշումը:

Որոնք են ախտաբանական ՍԿՌ-ի մասին նախազգուշացնող նշանները

Նախազգուշացնող նշանները, որոնք ախտաբանական ՍԿՌ-ի (ԱՍԿՌ) կասկածի կամ տարբերակիչ ախտորոշման անհրաժեշտության մասին են հուշում, ներկայացված են **աղյուսակ 1-ում**^{3,4}: Մասնավորապես՝ խոսքն էզոֆագիտի նշանների մասին է (շշով կաթից հրաժարում՝ դիսֆագիայով, արյունափսխմամբ, քաշի դանդաղ աճով) կամ շնչուղիների և քիթ-կոկորդ-ականջի կրկնվող վարակների մասին: Որոշ մտահոգիչ նշաններ էլ ներգանգային գերնշման (առավոտյան փսխումներ, գլխի շրջագծի ավելացում (ԳՇ)) կամ մարտոդական համակարգի բուժական կամ վիրաբուժական (լեղալին փսխումներ) ախտահարումների կասկած պետք է հարուցեն: Կրծքի տարիքի երեխայի վատառողջ լինելու ժամանակ, ՍԿՌ-ից բացի, կարևոր է բացահայտել նաև այլ հիվանդություններ՝ սրտի, նյարդաբանական, նյութափոխանակային ծագման և այլն:

ԳԻՏԵԼԻՔԻ ՇՏԵՄԱՐԱՆ ԿՐԾՔԻ ԵՐԵՒԱՅԻ ՍԿՌ

ՖԻԶԻՈԼՈԳԻԱԿԱՆ, ՄԴՈՒ-Ի ԿԱՄ ՊԼԱՑՈՂՈՒԿԱԿԱՆ, ՄԴՈՒ-Ի ՄԱՍԻՆ, ՀՈՒՅՈՂ ԿԼԻՆԻԿԱԿԱՆ, ՆՁԱՆՆԵՐԸ ԵՎ ՏԱՐԲԵՐԱԿԻՉ ԱՆՏՈՐՈՑՈՒՆԵՐԸ

ՍԿՌ-Ի ԻՏԵՆ ԽԱՄԱՏՈՂՎՈՂ ՆՉԱՆՆԵՐ	Ախտաբանական ՍԿՌ-Ի կասկած հարուցող նշանները	Մտահոգիչ նշանները
Անհարմարավետություն/ոլորազորություն	Քաշի դանդաղ ավելացում	Քաշի կորուստ
Հետհոսք	Շնչառության կրկնվող վարակներ	Թուլության դրվագներ (գիտակցության կորստով կամ ոչ)
Կրկնվող փսխումներ	Քիթ-կոկորդ-ականջի կրկնվող վարակներ	Առավոտյան փսխումներ
Մնդից հրաժարում	Արյունափսխում	Գլխի շրջագծի ավելացում
	Սանդիֆերի համախտանիշ	Լեղային փսխումներ
	Դիսֆագիա	Սկսվում են 6 ամսականից հետո կամ չեն դադարում 12 ամսականից հետո
		Քրոնիկական փորլուծություն

Աղյուսակ 1. ՍԿՌ՝ ստամոքս-կերակրափողային ռեֆլյուքս:

ԻՆՋԻՒ ԻՏԵՆ Է ԽՆԱՐԱՎՈՐ ԶՎԻՒՅԵՂ ԱՄՏԱԲԱՆԱԿԱՆ ՍԿՌ-Ն

Հիմնական տարբերակիչ ախտորոշումները բերված են **աղյուսակ 2-ում** (ոչ սպառիչ ցանկ):

Ամենատարածվածը կովի կաթի սպիտակուցների նկատմամբ ալերգիան (ԿԿՍԱ) է: Հարցափորձի ժամանակ անհրաժեշտ է փնտրել ալերգիա ունեցող առաջին աստիճանի ազգականի առկայություն, քրոնիկական փորլուծության ժամանակ աստիճանի մաշկաբորբի (դերմատիտ) ախտահարումներ: Էզոֆագիտի պատկերի դեպքում պատճառն ամենից հաճախ ախտաբանական ՍԿՌ-ն է: Այնուամենայնիվ, եթե պրոտոնային պոմպի արգելակիչներն (ՊՊԱ) անարդյունավետ են, կարելի է կասկածել սնկային էզոֆագիտ կամ նույնիսկ՝ Էոզինոֆիլային էզոֆագիտ: Սննդի խցանումները, որոնք ավելի մեծ տարիքի երեխայի և մեծահասակների մոտ Էոզինոֆիլային էզոֆագիտի դասական ախտանշանն են, հազվադեպ են կրծքի երեխաների դեպքում: այդ տարիքում ախտանշանները պակաս առանձնահատուկ են (քաշի դանդաղ աճ, փսխումներ):

Փսխումների պատճառ կարող են լինել ստամոքսաէլեկտրիկ նեղացումը՝ մկանի գերաճի պատճառով, տասներկուամսական աղու I տիպի ստրեզիան (տասներկուամսական աղիքի ամբողջ լուսանցքը խցանող լորձաթաղանթային թաղանթ) կամ գլխուղեղի ուռուցք: Վիրուսային վարակից հետո կարող է ի հայտ գալ գաստրոպարեզ և տևել մի քանի շաբաթ: Կերակրափողի ախտաբանական համարվում է բացառիկ:

Այս տարբեր ախտորոշումների հարցում կողմնորոշվելու հնարավորություն կարող են տալ ծնողների հարցափորձը և ճիշտ իրականացված կլինիկական հետազոտությունը: Դրանք են՝ սննդի մասին հարցափորձը (մայրական կամ արհեստական կաթով կերակրելը, կաթի ընդունման ծավալը և հաճախականությունը, մանկական կաթնախառնուրդի տեսակները, բազմազանեցումը), հասակի-քաշի աճը (քաշ, հասակ և գլխի շրջագիծ), հետհոսք/փսխումները (տեսակը, ժամանակացույցը օրվա ընթացքում և սննդի ընդունման հետ կապված), բերանի խոռոչի լորձաթաղանթի սնկային ախտահարման առկայությունը:

ՈՐՈՆՔ ԵՆ ՕԳՏԱԿԱՐ ԻՏԵՆԱԳՈՒՄՆԵՐԸ

Կրծքի տարիքի երեխայի մոտ ՍԿՌ-ն հիմնականում ախտորոշվում է կլինիկորեն՝ մանրակրկիտ հարցափորձի և ֆիզիկական հետազոտության հիման վրա: Չկա էտալոնային հետազոտություն, որը հնարավորություն կտա հաստատելու կրծքի երեխայի չբարդացած ՍԿՌ-ի ախտորոշումը: Այնուամենայնիվ, կարող են պահանջվել լրացուցիչ հետազոտություններ մեկ կամ մի քանի տարբերակիչ ախտորոշումներ հայտնաբերելու, արտամարտոդական ստիպիկ ախտանշանների համատեքստում ախտորոշումը հաստատելու, ինչպես նաև ախտաբանական ՍԿՌ-ի համատեքստում բարդություն փնտրելու համար:

Առավել հաճախ կիրառվող հետազոտություններն են՝ կերակրափող-ստամոքս-տասներկուամսական աղու

ԱՆՏԱԲԱՆԱԿԱՆ ՍԿՌ-Ի ՀԻՄՆԱԿԱՆ ՏԱՐԲԵՐԱԿԻՉ ԱՆՏՈՐՈՑՈՒՆԵՐԸ

Կովի կաթի սպիտակուցների նկատմամբ ալերգիա
Սնկային էզոֆագիտ
Էոզինոֆիլային էզոֆագիտ
Գլխուղեղի ուռուցք
Տասներկուամսական աղու I տիպի ստրեզիա
Կերակրափողի ախտաբանական

Աղյուսակ 2.

ԿՐԾՔԻ ԵՐԵՒԱՅԻ ՍԿՌ-Ի ԱՆՏՈՐՈՑՄԱՆ ՀԱՄԱՐ ԳՂԱՏԱՏՎԱԾ ԼՐԱՑՈՒՑԻՉ ՀԵՏԱԶՈՏՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ ԵՎ ԴԻԱԾ ԲԱՐՊՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ

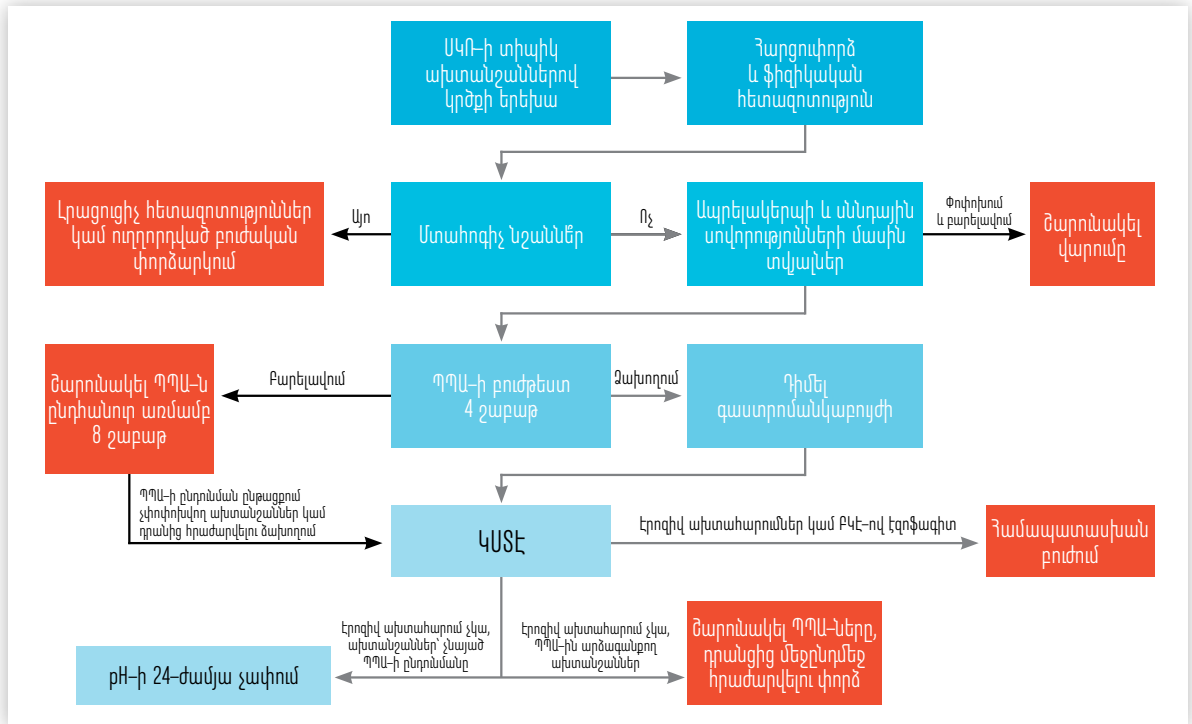
Կենսաբանական նշիչներ	Պատկերային հետազոտություններ
Թքի պեպսինի չափաքանակ	Կերակրափողի ուլտրաձայնային հետազոտություն
Գործառության հետազոտություններ	Կերակրափողի սցինտիգրաֆիա
pH-ի չափման հետ զուգակցված իմպեդանսաչափում	

Աղյուսակ 3. ՍԿՌ՝ ստամոքս-կերակրափողային ռեֆլյուքս:

Էնդոսկոպիան (ԿՍԵ), pH-ի 24-ժամյա չափումը և կերակրափող-ստամոքս-տասներկուամսական աղի անցանելիությունը (ԿՍՍ) 3 ստուգումը: Կերակրափողի մանոմետրիան քիչ է կիրառվում կրծքի տարիքի երեխաների համար, քանի որ կերակրափողի մեկուսացված ծանր շարժողական խանգարումները հազվադեպ են, ինչպես նաև հաշվի են առնվում այդ տարիքում դրա իրականացման և մեկնաբանման դժվարությունները:

ԳԻՏԵԼԻՔԻ ՆՏԵՄԱՐԱՆ ԿՐԾՔԻ ԵՐԵՒԱՅԻ ՍԿՌ

Պատկեր. Կրծքի երեխայի ստամոքս-կերակրափողային ռեֆլյուքս (ՍԿՌ), վարման ռազմավարություն ԿՍՏԷ՝ կերակրափող-ստամոքս-տասներկուամտնյա աղու էնդոսկոպիա, ՊՊԱ՝ պրոտոնային պոմպի արգելակիչներ, ԲԿԷ՝ բազմակողմից էոզֆինոֆիլներ:



Աղյուսակ 3-ում ներկայացված են լրացուցիչ հետազոտությունները, որոնք խորհուրդ չեն տրվում կրծքի երեխայի ՍԿՌ-ն ախտորոշելիս: Կարող են իրականացվել կրծքի երեխաների բուժաթեստեր, որոնք բուժում և միաժամանակ հաստատում են թթվային ՍԿՌ-ի (ՊՊԱ-ի թեստ) կամ էլ ԿԿՍԱ-ի (կովի կաթի սպիտակուցների հիդրոլիզատների թեստ) առկայությունը:

Ե՞րբ և ինչո՞ւ է անհրաժեշտ դրանք իրականացնել

ԿՍՏԷ-ն հնարավորություն է տալիս միաժամանակ ախտորոշելու ախտաբանական ՍԿՌ-ի բարդությունները, ինչպիսիք են պեպտիկ էզոֆագիտի զարգացման տարբեր փուլերը (սկսած քիչ թե շատ խոր և ծավալուն էրոզիաների առաջացումից մինչև էնդոբրախիէզոֆագուսի (ԷԲԷ) կամ պեպտիկ ստենոզի առկայությունը), ինչպես նաև կատարել տարբերակիչ ախտորոշումներ, օրինակ՝ էոզֆինոֆիլային էզոֆագիտի՝ կերակրափողի բիոպսիաների անատոմաախտաբանական հետազոտության շտրիփով: Այս հետազոտությունը մեծ մասամբ իրականացվում է ընդհանուր անզգայացմամբ:

Ինչ վերաբերում է pH-ի 24-ժամյա չափմանը, ապա դա պահանջվում է, եթե ՍԿՌ-ի ախտանշանները պահպանվում են բուժթեստի շրջանակում ՊՊԱ-ի կիրառման ֆոնին: ՊՊԱ, ԿՍՏԷ և pH-ի 24-ժամյա չափում նշանակելու պատճառագիտական ախտորոշիչ մոտեցումը լավ համակարգված է (պատկեր): Պաթոլոգիական ստամոքս-կերակրափողային ռեֆլյուքսի մասին հուշող արտամարտոդական նշանների դեպքում, օրինակ՝ հազ (հատկապես՝ գիշերը), սուլցոցով շնչառություն (ստրիդոր) կամ բերանի խոռոչի վիճակի փոփոխություն, pH-ի 24-ժամյա չափումը որպես առաջին շարքի հետազոտություն կարող է օգտակար լինել: ԿՍՍԱ-ն ճանաչաթային հետազոտություն է, որը խորհուրդ չի տրվում կրծքի երեխայի ֆիզիոլոգիական ՍԿՌ-ի ախտորոշման համար: Այդ տարիքի երեխաների համար այն իրականացվում է, երբ առկա են մտահոգիչ նշաններ կամ ծանր ու կայուն ախտանշաններ, որոնք կարող են հուշել վիրաբուժական ճանապարհով շտկվող անատոմիական շեղման մասին (կերակրափող-շնչափողային խուլակ, ստոծանու կերակրափողային բացվածքի ճողվածք,

աղիների մալոռտացիա, ստամոքս-էյքի և տասներկուամտնյա աղիքի ստենոզներ և այլն): ԿՍՍԱ-ի հիմնական ցուցումը ևս նախավիրահատական է, երբ նշանակված է Նիսենի և Տուպեի ֆունդոպլիկացիա, նաև կիրառվում է հետվիրահատական շրջանում՝ վիրահատական մոնիտորինգի անցանելիությունն ու հերմետիկությունը ստուգելու համար:

Ինչպե՞ս իրականացնել ՍԿՌ-ունեցող կրծքի երեխայի վարումը^{3,5}

Կրծքի երեխայի ՍԿՌ-ի ախտանշանային վարումը չի ենթադրում կրծքով կերակրման դադարեցում: Կրծքի երեխայի ֆիզիոլոգիական ՍԿՌ-ի ժամանակ, որը, առաջին հայացքից, լրացուցիչ հետազոտություն չի պահանջում, պետք է գործադրվի ոչ դեղորայքային նախնական բուժական ռազմավարություն՝ հիմնված կաթի թանձրացուցիչների և ընդունվող ծավալների կրճատման, ինչպես նաև կրծքով կամ շշով կերակրումների միջև ընդմիջումների փոփոխման վրա՝ ելնելով կրծքի երեխայի տարիքից և քաշից: Կրծքի երեխայի թեք դիրքը թույլատրելի է, սակայն

հարկավոր է խուսափել կողքին պառկեցնելուց, հարկավոր է բարձր պահել քնած երեխայի միայն գլխի հատվածը՝ կանխելու համար մանկական հանկարծամահության համախտանիշը (ՄՅՅ): Երեխային մահճակալում թեքությամբ պառկեցնելիս հարկավոր է ապահովել, որ նա, երբ ծնողները չեն հսկում, չսահի, և դեմքը չծածկվի: Եթե կաթի թանձրացուցիչների կիրառությունը և գերսնուցման կանխարգելումը բավարար չեն կրծքի երեխայի ՍԿՌ-ի ախտանշանները բուժելու համար, թույլատրվում է 2-4 շաբաթ հրաժարվել կովի կաթի սպիտակուցներից (ԿԿՍ): Դա իրականացվում է արհեստական կաթով սնուցվող երեխաների համար նախատեսված սովորական կաթի փոխարեն ԿԿՍ-ի հիդրոլիզատի (ԿԿՍԴ), իսկ մայրական կաթով սնուցվող երեխաների համար՝ ամինաթթուների խառնուրդների ներմուծմամբ (մայրական կաթը համարժեք է ԿԿՍ-ին, երբ մայրը սպառում է ԿԿՍ-ներ): Բացառապես մայրական կաթով սնվող

կրծքի երեխաների համար կարելի է 2-4 շաբաթով մոր սննդակարգից խստագույն բացառել ԿԿՍ-ները: Եթե կովի կաթի սպիտակուցների հեռացումից 2-4 շաբաթ անց բարելավում չի նկատվում, մանկական գաստրոէնտերոլոգիայի, լյարդաբանության և սնուցման եվրոպական ընկերակցությունը (ESPGHAN - European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition) խորհուրդ է տալիս խորհրդակցել մանկական գաստրոէնտերոլոգի հետ կամ իրականացնել ՊՊԱ-ով փորձնական բուժում 4-8 շաբաթ շարունակ: Կարևոր է հիշել, որ ՊՊԱ-ով բուժման արդյունավետությունը պետք է վերագնահատվի 7 օր հետո, որպեսզի այն չչարոնակվի, եթե անարդյունավետ է⁶: Անշուշտ, ՊՊԱ-ները չունեն շուկայում իրացման թույլտվություն (ՇԻԹ) մինչև 1 տարեկան երեխաների համար, սակայն դրանց նշանակումը կարելի է դիտարկել՝ հարգելով այնպիսի գիտական հանրության խորհուրդները, ինչպիսին ESPGHAN-ն է³:

Պրեբիոտիկների, պրոբիոտիկների կամ բուսաբուժության կիրառումը արդյունավետ չէ կրծքի երեխայի ՍԿՌ-ի վարման ժամանակ: Վերջապես, բոլոր իրավիճակներում անհրաժեշտ է խուսափել պասիվ ծխելուց:

Լավ համակարգված վարում, հաճախ՝ ֆիզիոլոգիական դրսևորումների դեպքում

Կրծքի երեխայի ՍԿՌ-ն տարածված և սովորաբար ֆիզիոլոգիական երևույթ է: Անհրաժեշտ է նկատի ունենալ կովի կաթի սպիտակուցների նկատմամբ պերզիան, եթե ախտանշանները պահպանվում են՝ չնայած համապատասխան սննդի ընդունմանը: Լրացուցիչ հետազոտություններն առավելապես անօգուտ են (հատկապես՝ ուլտրաձայնային հետազոտությունը), դրանց իրականացումը պետք է քննարկվի մանկական գաստրոէնտերոլոգի հետ, նաև՝ ՊՊԱ-ով հնարավոր փորձնական բուժումը:

RÉSUMÉ REFLUX GASTRO-ŒSOPHAGIEN DU NOURRISSON: PHYSIOLOGIQUE OU PATHOLOGIQUE ?

Le reflux gastro-œsophagien (RGO) est défini par la remontée du contenu gastrique dans l'œsophage, avec ou sans extériorisation. Le RGO est très fréquent chez le nourrisson, avec un pic vers 4 mois. Il est le plus souvent physiologique, en raison d'une alimentation lactée importante et d'une relaxation inappropriée du sphincter inférieur de l'œsophage. Évoquer un RGO pathologique n'est pas toujours évident, car ses symptômes ont une mauvaise spécificité (pleurs, irritabilité, régurgitations). En revanche, il ne faut pas passer à côté de signes d'alarme évocateurs d'un RGO compliqué par une œsophagite ou par des infections respiratoires hautes ou ORL récidivantes, ni négliger les diagnostics différentiels (allergie aux protéines du lait de vache, œsophagite à éosinophiles, malformations congénitales ou tumeurs cérébrales...). Le diagnostic de RGO est clinique, mais certains examens complémentaires peuvent parfois être discutés: endoscopie œsogastroduodénale, pH-métrie des 24 heures, transit œsogastroduodénal. Il convient de bien expliquer aux parents les mécanismes du RGO et de prendre en charge sa forme physiologique par des mesures non médicamenteuses (adaptation des prises/volumes de lait, épaississants). En l'absence d'amélioration, une éviction des protéines du lait de vache peut être proposée pendant deux à quatre semaines, voire un traitement par inhibiteurs de la pompe à protons.

SUMMARY INFANT GASTRO-ESOPHAGEAL REFLUX DISEASE: PHYSIOLOGICAL OR PATHOLOGICAL?

Gastroesophageal reflux (GER) is defined by the rise of gastric contents into the esophagus, with or without externalization. GER is very common in young infants, with a peak around 4 months, and most often physiological due to high milk intakes and inappropriate relaxation of the lower esophageal sphincter. Evoking a GER disease (GERD) is not always obvious due to signs of poor specificity (crying, irritability, regurgitation). On the other hand, one should not miss warning signs evocative of GERD complicated by esophagitis or of recurrent upper respiratory or ENT infections, or even differential diagnoses (cow milk protein allergy, eosinophilic esophagitis, congenital malformations or brain tumours, etc.). The diagnosis of GERD is clinical but investigations can sometimes be discussed like esophagogastroduodenal endoscopy, 24-hour pH-metry, esophagogastroduodenal follow through. The mechanisms of GERD should be clearly explained to parents and physiological GER should be treated with non-drug measures (adaptation of milk intakes/volumes, thickeners). In the absence of improvement, avoidance of cow's milk proteins for 2 to 4 weeks can be proposed, or even treatment with proton pump inhibitors.

ԳՂՈՒՆԵՐ

- Sherman PM, Hassall E, Fagundes-Neto U, Gold BD, Kato S, Koletzko S, et al. A global, evidence-based consensus on the definition of gastroesophageal reflux disease in the pediatric population. Arch Pediatr 2010;17(11):1586-93.
- Hegar B, Dewanti NR, Kadim M, Alatas S, Firmansyah A, Vandenplas Y. Natural evolution of regurgitation in healthy infants. Acta Paediatr 2009;98(7):1189-93.
- Rosen R, Vandenplas Y, Singendonk M, Cabana M, Di Lorenzo C, Gottrand F, et al. Pediatric gastroesophageal reflux clinical practice guidelines: joint recommendations of the North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition and the European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2018;66(3):516-54.
- Tolia V, Vandenplas Y. Systematic review: the extra-oesophageal symptoms of gastro-oesophageal reflux disease in children. Aliment Pharmacol Ther 2009;29(3):258-72.
- Bellaiche M, Mosca A, Viala J. Pas à pas en pédiatrie: reflux gastro-œsophagien 2017 (<https://pap-pediatrie.fr/hepato-gastro/reflux-gastro-oesophagien>)
- Mouterde O, Chouraqui JP, Ruemmele F, Mas E, Bellaiche M, Groupe francophone d'hépatologie gastroentérologie et nutrition pédiatrique, et al. Let's stop proton pump inhibitor prescriptions for suspected GERD in non-validated indications! Arch Pediatr 2014;21(7):686-9.

Հղիության ժխտումը բժշկական հանրությունը երբեմն թյուրիմացաբար առասպել է համարում: Դրա հետևանքները մոր, պտղի և նորածնի հիվանդացության վրա իրական են և կապված են մանկաբարձական հսկողության ու մայրությանը նախապատրաստվելու բացակայության հետ: Վտանգի նույնականացված գործոնների բացակայությունը սահմանափակում է կանխարգելիչ ռազմավարության իրականացումը: Պերինատալ նյարդագիտության հետազոտությունները կարող են դրա մեխանիզմներն ավելի լավ հասկանալու հնարավորություն տալ:

Հղիության ժխտում. Կլինիկական առանձնահատկությունները

Հյուզո Բոսման^{1,2,3} Կրոյի ժոյ^{3,4}

¹ Ղոգեբուության բաժանմունք, Լա Պիտիե-Սալպետրիեր հիվանդանոց, Սորբոնի համալսարան, Պետական օժանդակության փարիզյան հիվանդանոցների միավորում, Փարիզ, Ֆրանսիա ² Փիլիսոփայության բաժանմունք, Գիտությունների, Նորմերի և ժողովրդավարության (SND) հետազոտական ստորաբաժանում, Սորբոնի համալսարան, Գիտական հետազոտությունների ազգային կենտրոն (CNRS), Փարիզ, Ֆրանսիա ³ Փարիզի Ուղեղի ինստիտուտ (ICM), Սորբոնի Նամյասարան, Գիտական հետազոտությունների ազգային կենտրոն (CNRS-INSERM), Փարիզ, Ֆրանսիա

Հղիության ժխտումը, որը նաև կոչվում է ծպտյալ հղիություն, քիչ հայտնի երևույթ է, որին, ըստ Հղիության ժխտման ճանաչելիությանը նպաստող ֆրանսիական ասոցիացիայի (AFRDC), Ֆրանսիայում տարեկան առնչվում է 600-1800 կին: Հղիության ժխտումը, որը բժշկական հանրությունը երբեմն առասպել է համարում, առ այսօր, որպես հատուկ հասկացություն, չի ներառվել հոգեկան խանգարումների միջազգային դասակարգման (DSM-5) և հիվանդությունների միջազգային դասակարգման (ՀՄԴ-10) մեջ¹:

Այդուհանդերձ, այն կլինիկական իրողություն է, որը բնութագրվում է գարգացող հղիությամբ, երբ կինը պարզապես չի գիտակցում, որ հղի է, ինչը համակցված է հղիության նշանների ամենորեա, որովայնի փքվածություն, կրծքագեղձերի պրկվածություն, առավոյան սրտխառնոց կամ մոր կողմից պտղի շարժումների (խաղի) ընկալում, նվազման հետ²:

Տարբերում են ժխտման երկու տեսակ կախված այն բանից, թե երբ է այն վերանում. «մասնակի ժխտում», երբ կինը գիտակցում է իր հղիությունը նախքան ծննդաբերությունը, և «լիակատար ժխտում», երբ հղիությունը հայտնաբերվում է ծննդաբերության պահին³: Լիակատար ժխտումներն ավելի հազվադեպ են, քան մասնակի ձևերը, և առանձնահատուկ վտանգ են ներկա-

յացվում մոր, պտղի և նորածնի առողջության համար՝ ծննդաբերությունից առաջ մանկաբարձական հսկողության և ծնող դառնալու նախապատրաստության բացակայության պատճառով (շրջանակ⁴):

Հղիության նշանների բացակայություն

Հղիության դասական ժխտումը բնութագրվում է հղիության նշանների բացակայությամբ⁴: Չնայած պտղի աճին

և պերինատալ շրջանի հորմոնային փոփոխություններին մոր մոտ չի դիտվում որովայնի փքվածություն, և նա չի ընկալում պտղի խաղը: Հղիության ընթացքում քաշի ավելացումը սովորաբար նվազագույն է լինում՝ 3-6 կգ: Որոշ մայրեր շարունակում են ընդունել հակաբեղմնավորիչ հաբեր, նախկինում ընդհատվող դաշտանային շրջափուլեր ունեցած կանանց մոտ հաճախ պահպանվում են «կեղծ (դաշտանաման) ամսականները» կանոնավոր ամսական արյունահոսությունների կամ

ՀԻՆՈՒԹՅԱՆ ԺԽՏՈՒՄ. ՓՈԹՈՐԿԱԼԻՑ ՊԱՏՄՈՒԹՅԱՄԲ ԿԼԻՆԻԿԱԿԱՆ ՄԻԱՎՈՐ

Հղիության ժխտումը երևույթ է, որ գոյություն ունի մարդկության պատմության սկզբից, սակայն դրա կլինիկական էությունը միայն վերջերս է սահմանվել: 1838 թվականին հոգեբույժ Ժան-Էտիեն Էսքիրոլն առաջին անգամ հիշատակում է ծպտյալ հղիության մի դեպք, երբ մայրը նորածնին սպանում է կյանքի առաջին իսկ ժամերին, ինչը նա մեկնաբանում է որպես «հետծննդաբերական զառանցանքի նույնը»: Դեռազգայում Լուի-Վիկտոր Մարսեն նկատում է, որ Լա Պիտիե-Սալպետրիեր հիվանդանոցում հղիության ընթացքում հոսպիտալացված որոշ կանայք չեն գիտակցում, որ հղի են: Հղիության ժխտման բազմաթիվ նկարագրություններ ի հայտ են եկել 19-րդ դարում, ինչին նպաստում էր մանկասպանության նկատմամբ դատական բժշկության հետաքրքրության աճը: 1898 թվականին Ջորջ Գոլդն այս երևույթը սահմանելու համար առաջարկում է «գիտակցված հղիություն» («unconscious pregnancy») եզրույթը: «Ժխտում» եզրույթը հոգեբու-ժական գրականության մեջ հայտնվում է միայն 1970-ականների սկզբին: Հղիության ժխտումը սկսում են աստիճանաբար տարբերակել «մանկասպանությունից», ինչպես նաև «հղիության միտումնավոր թաքցումից»: Ի վերջո, 1991 թվականին ներկայացվում է DSM-IV դասակարգման մեջ այն մտցնելու առաջին առաջարկը՝ հոգեբու-ժական ախտագրության (սոզոգրաֆիա) մեջ պաշտոնականացնելով «հղիության ժխտում» եզրույթը:

անկանոն՝ «քսվող բնույթի արտադրությունների» (spotting) տեսքով⁵:

Սոմատիկ նշանները, որոնք կարող են հուշել հղիության մասին, մայրը սովորաբար մեկնաբանում է որպես այլ պատճառներից առաջացած (մարսողական, վարակիչ, հոգեբանական):

Հղիությունն աննկատ է անցնում նաև ամուսնու և ընտանիքի համար երևույթ, որը երբեմն անվանում են «ժխտման վարակ»⁶: Վերջապես, որոշ զույգեր հայտնում են, որ սեռական հարաբերություն են ունեցել ծննդաբերությունից մի քանի ժամ առաջ, և զուգընկերն անգամ չի էլ կասկածել հղիության մասին (աղյուսակ 1):

Ժխտման վերացումը՝ վարման առանցքային պահ

«Ժխտման վերացումը» վերաբերում է մոր կողմից հղիության գիտակցմանը: Մասնակի ժխտումների դեպքում դա սովորաբար տեղի է ունենում հղիության 2-րդ և 3-րդ եռամսյակների միջև՝ գոտկատեղի ցավերի, անկանոն դաշտանի կամ ընդհանուր թուլության հետազոտման կապակցությամբ նշանակված բուժզննումներից հետո: Հղիության հայտնաբերումից անմիջապես հետո ի հայտ են գալիս հղիության նշաններ. հարթ որովայն ունեցող հղիների մոտ որովայնն արագորեն լարվում և փքվում է՝ ստանալով զարգացող հղիության ֆիզիոլոգիական ձևը⁴: Ժխտման վերացումը սովորաբար հրահրում է սուր սթրեսային վիճակ՝ ընդարմացմաբ (ստուպոր) և անըմբռնողությամբ, որոնք երբեմն ուղեկցվում

են այս մարմնահոգեկան տրավմայի հետևանքով առաջացած փեղեքմամբ (դիսցիալիզիա)՝ իրականությունից զգացողության կորստով (դեռեալիզացիա) և ապաստանականացմամբ (դեպրեսոնալիզացիա)⁷: Երբեմն նկատվում է տրավմատիկ հուշակորուստ (ամենզիա): Ծննդկանը մոռանում է այն ամենը, ինչ տեղի է ունեցել ծննդաբերության ժամանակ, իսկ երբեմն էլ նրան նույնիսկ թվում է, թե մեկ այլ կին է ծննդաբերել նորածնին:

Ծննդաբերությունից հետո մայրը հաճախակի ունենում է ամոթի և մեղքի զգացում, նաև՝ վախի, որ պտուղը կարող է ենթարկված լինել վտանգի ակոհոլի, ծխախոտի կամ դեղորայքի կիրառման հետևանքով⁸:

Այսպիսով՝ ժխտման վերացումը վճռորոշ շրջան է բժշկական և հոգեբանական օգնության համար:

Հղիության հոգեգարային ժխտման առանձնահատկությունները

Թեև հղիության ժխտում մեծ մասամբ լինում է նախկինում հոգեախտ չունեցած կանանց շրջանում, հղիությունից առաջ այդպիսի խանգարման առկայությունը վտանգի գործոն է:

Այսպիսով՝ հղիության հոգեգարային ժխտումը տեղի է ունենում հոգեգարային դրվագի ընթացքում կամ բնութագրվում է հղի չլինելու գառնացական համոզմունքով չնայած հղիության նշանների առկայությանը, հղիության մասին հստակ իրազեկվելուն և շրջապատի կողմից դրա ճանաչմանը⁹: Այս

տեսակի ժխտումը գոյություն է ունենում սուր հոգեգարային դրվագների կամ հոգեգարային բնութագրերով աֆեկտիվ դրվագների ժամանակ, ինչպես նաև ագենտության* և ներընկալչական (ինտերոցեպտիվ) զգայության** խանգարումներով շիզոֆրենիայի դեֆիցիտային ձևերի դեպքում: Հղիության ժխտման այս կլինիկական դրսևորումները սովորաբար կապված են լինում այլ հոգեգարային ախտանշանների հետ, ինչպիսիք են բազմաձև զգայապատրանքները (հալուցինացիաներ) կամ գաղափարական, խոսքային և վարքային ապակազմակերպումը (դեֆօրմալիզացիա)¹⁰:

Որոշ հոգեգարային ժխտումներ կապված են լինում նաև հղիության գիտակցման տատանումների հետ և երկրորդային են հղիության բժշկական հաստատման նկատմամբ: Այս երկրորդային ժխտումներն ի հայտ են գալիս հատկապես այն դեպքերում, երբ հղիության թեստը կամ ուլտրաձայնային հետազոտությունը հայտնաբերել են հղիությունը վաղ ժամկետներում՝ 1-ին եռամսյակում, սակայն հղիության գիտակցումը և հղիության նշաններն աստիճանաբար մարում են²:

Հղիությունը թաքցնելը՝ ախտորոշիչ ծուղակ

Կարևոր է տարբերել հղիությունը ժխտելը և «հղիությունը քողարկել/թաքցնելը», որոնք երկու միանգամայն տարբեր հասկացություններ են: Հղիության ժխտման դեպքում կինը տեղյակ չի լինում, որ հղի է, քանի դեռ ժխտումը

⁴ Հոգեբուժության բաժանմունք, Սենտ Աստուան հիվանդանոց, Սորբոնի համալսարան, Պետական օժանդակության փարիզյան հիվանդանոցների միավորում, Փարիզ, Ֆրանսիա

hugo.bottemanne@sorbonne-universite.fr

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

ՀՂԻՈՒԹՅԱՆ ՆՇԱՆՆԵՐԻ ՀԱՄԵՄԱՏՈՒԹՅՈՒՆ, ՀՂԻՈՒԹՅԱՆ ԵՎ ԺԽՏՄԱՆ ԺԱՄԱՆԱԿ	
Հղիություն	Հղիության ժխտում
Սրտխառնոց, փսխումներ՝ սկսած 1-ին եռամսյակից, մեղմանում են մինչև 2-րդ եռամսյակը	Մարսողական նշանները հիմնականում բացակայում են կամ մեկնաբանվում են որպես աղետամոքսային վարակ կամ սննդային թունավորում
Քաշի ավելացում 12-16 կգ	Քաշի ավելացումը կրճատված է կամ վերագրվում է սննդակարգի կամ մարզական ակտիվության փոփոխությանը
Որովայնի և կրծքերի փքվածություն 1-ին եռամսյակի կեսերից	Որովայնի և կրծքերի փքվածություն սովորաբար չի լինում և անտեսանելի է լինում հղիի, նրա զուգընկերոջ և շրջապատի համար
Ամենորեա հղիության հենց 1-ին ամսից, որը պահպանվում է ամբողջ հղիության ընթացքում	Ամսական արյունահոսությունների կամ քսվող բնույթի անկանոն արտադրությունների պահպանում ընդհատվող շրջափուլերով կանանց դեպքում
Պտղի խաղի ընկալում մոր կողմից՝ 18-20 շաբաթականից սկսած	Պտղի խաղի մայրական ընկալումը բացակայում է կամ մեկնաբանվում է որպես մարսողական ուղու գալարակծկանք

Աղյուսակ 1.

* Ագենտությունը սահմանվում է որպես սեփական գործողությունների հեղինակ վերապրելու փաստ:

Ներընկալչական (ինտերոցեպտիվ) զգայությունը օրգանիզմին իրազեկում է ներքին օրգանների տատանումների և ֆիզիկաքիմիական փոփոխությունների մասին:

ՏԱՐԲԵՐԱԿՈՒՄ ՀՂԻՈՒԹՅԱՆ ԺԻՏՄԱՆ, ՀՂԻՈՒԹՅԱՆ ՀԵՐՔՄԱՆ, ԱՑԵԿՏԻՎ ԺԻՏՄԱՆ ԵՎ ՀՂԻՈՒԹՅԱՆ ԲՈՂԱՐԿՄԱՆ ՄԻՋԵՎ

Հիվանդության ժխտում	Հիվանդության չգիտակցում, հուզական ներգրավվածության բացակայություն և հիվանդության ազդանշանների նվազում
Հիվանդության հերքում	Հիվանդության տատանվող գիտակցում, հուզական ներգրավվածության բացակայություն և հիվանդության ազդանշանների հնարավոր նվազում
Հիվանդության աֆեկտիվ ժխտում	Հիվանդության գիտակցում և հիվանդության նշանների առկայություն, բայց հուզական ներգրավվածության նվազում
Հիվանդության քողարկում	Հիվանդության գիտակցում և հիվանդության նշանների առկայություն, բայց շրջապատից դրա քողարկում

Աղյուսակ 2.

չի վերացել, մինչդեռ հիվանդության քողարկման դեպքում կինը տեղյակ է լինում հիվանդության մասին, բայց թաքցնում է այն շրջապատից¹¹: Այս երկու կլինիկական միավորները օժտված չեն միևնույն ֆիզիոլոգիական և հոգեբանական բնորոշիչներով և նույնանման հետևանքներ չեն ունենում մոր ու երեխայի համար:

Տարբերում են նաև «հիվանդության հերքում» հիբրիդային կատեգորիան, երբ հիվանդության գիտակցումը և հիվանդության ազդանշանների ընկալումը տատանվում են: Վերջապես, «աֆեկտիվ ժխտումը» («*affective denial*») կլինիկական միավոր է, որի ընթացքում հիվանդության ազդանշանները առկա են, և մայրը նույնականացնում է դրանք, սակայն հուզական ներգրավվածություն չկա: Օրինակ՝ այդպիսին են կանայք, որոնք դրսևորում են հիվանդության բոլոր նշանները, բայց ուշադրություն չեն դարձնում դրանց՝ շարունակելով զբաղվել իրենց հանապազօրյա գործունեությամբ, կարծես հիվանդություն չկա (աղյուսակ 2)¹²:

Վտանգի տարատեսակ և վատ ուսումնասիրված գործոններ

Հիվանդության ժխտման վերաբերյալ համաճարակաբանական հետազոտությունները դեռևս ամբողջականացված չեն, և մինչ օրս հիվանդության ժխտման վտանգի առանձնահատուկ գործոններ չեն հայտնաբերվել:

Ի հեճուկս նախապաշարմունքների, հիվանդության ժխտումը կարող է վերաբերել ցանկացած տարիքի (սեռահասունացումից մինչև դաշտանադադար) և ցանկացած սոցիալ-մասնագիտական շերտի պատկանող կանանց¹³:

Պարտադիր չէ, որ այն կապված լինի

հոգեբուժական անամնեզի հետ, կարող է առաջանալ առանց այնպիսի սուր իրադարձությունների, ինչպիսիք են զուգընկերների բաժանումը կամ մասնագիտական բախումը: Հիվանդության ժխտումը ի հայտ է գալիս շատ տարաբնույթ համատեքստերում, ինչը բարդացնում է վարումը և չի նպաստում այդ երևույթի կանխարգելմանը:

Այնուամենայնիվ, հետազոտությունների համաձայն, որոշ գործոններ մեծացնում են վտանգը՝ առաջնաձևություն, մինչև 20 տարեկան կամ 40 տարեկանից բարձր տարիք, ավելցուկային քաշ և գիրություն, դաշտանային անկանոն շրջափուլեր, խոցելի վիճակ կամ սոցիալական անկայունություն, բժշկական անկանոն հսկողություն, հիվանդության ժխտման ընտանեկան նախադեպ, նախորդ հիվանդության ուշացած հայտնաբերում կամ, նույնիսկ, սոցիալական, զգացմունքային և ամուսնական մեկուսացում^{3,4,14}:

Նմանապես, ֆիզիկական կամ սեռական բռնության տրավմատիկ նախադեպերը կարող են վտանգի գործոն լինել¹⁵:

Այս համաճարակաբանական տվյալները դեռևս անբավարար են, և անհրաժեշտ են հետազոտություններ ավելի մեծածավալ միջազգային տվյալների շտեմարանների հիման վրա, որպեսզի վտանգի գործոնների վերաբերյալ պատկերացումները հստակեցվեն:

Հետևանքներ. մայրական և պտղային հիվանդացության զգալի մակարդակ

Հիվանդության ժխտումը կապված է մոր և պտղի ինչպես ֆիզիկական, այնպես էլ հոգեկան առողջության վատթարացման հետ: Բժշկական հսկողության

բացակայության պատճառով այն փաստացի խորացնում է մանկաբարձական օրհանգիստի հետևանքները, ինչպիսիք են՝ նախաէկլամպսիան, էկլամպսիան և հետծննդաբերական արյունահոսությունը, նաև նպաստում է վաղաժամ ծննդաբերությանը, ցածր նորածնային քաշին կամ պտղի ներարգանդային մահվանը¹⁶:

Լիակատար ժխտումը հղիներին և նորածիններին նաև ենթարկում է վտանգի տանը կամ մեկուսի վայրերում արտակարգ իրավիճակներում ծննդաբերելիս:

Հիվանդության ժխտումը կարող է նաև կապված լինել ծննդաբերությունից հետո մայր-զավակ փոխազդեցության խանգարման հետ՝ ծնող և մայր դառնալու գործընթացներին նախապատրաստության բացակայության պատճառով¹⁷: Երբ հիվանդությունը ուշ է հայտնաբերվում, կամ ժխտումը լիակատար է լինում, մոր և պտղի զգայական և ներընկալչական կապը չի հասցնում ձևավորվել խաթարելով մայր-երեխա զույգի հարաբերությունները և, հավանաբար, մոր մոտ առաջացնելով երեխայի հանդեպ օտարության զգացում կամ զգացմունքային երկակիություն¹⁸: Նկարագրվել է նորածնասպանության մի քանի դեպք տևային ծննդաբերության և լիակատար ժխտման իրավիճակներում, սակայն այդ դեպքերը մնում են ծայրահեղ բացառիկ¹⁹:

Մոր համար այս հոգեբանական հետևանքները հաշվի առնելով՝ հետծննդյան շրջանում մայր-մանուկ կապի և ծնող դառնալուն աջակցելու ուղղությամբ աշխատելը նորածնային բաժանմունքում կամ պերինատոլոգիայի մասնագիտացված ցեղերային ստացիոնարում հաճախ անգնահատելի է լինում:

Ընտանեկան բժշկի դերը յուրաքանչյուր փուլում

Ընտանեկան բժիշկն առաջիններից է, որ արձագանքում է հղիության ժխտմանը: Բուժառուները կարող են դիմել նրան ոչ մանկաբարձական պատճառների վերագրվող արտասովոր սոմատիկ զանգատներով, ինչպիսիք են փորացավը, սրտխառնոցը, գոտկացավը, շատակերությունը, անքնությունը, ընդհանուր թուլությունը կամ հեշտոցային անկանոն արյունահոսությունները²: Շատ հաճախ այս ախտանշաններն այնքան ոչ առանձնահատուկ են լինում հղիությանը, որ կլինիկական գնման ժամանակ ախտորոշելու հնարավորություն չեն տալիս, և, ըստ այդմ, կենսաբանական թեստեր (արյան կամ մեզի մեջ բետա-ԽԳՀ՝ խորիոնային գոնադոտրոպին հորմոնի մակարդակի որոշում) չեն իրականացվում՝ հետաձգելով հղիության հայտնաբերումն ու վարումը²⁰:

Այդուհանդերձ, հղիության ժխտման վարկածը պետք է առաջ քաշել վերարտադրողական տարիքի ցանկացած կնոջ դեպքում, որը խորհրդատվության է դիմում քրոնիկական այնպիսի ախտանշանների կայացկցությամբ, որոնք հիմնավորապես չեն վկայում համակարգային հիվանդության մասին և կարող են համապատասխանել զարգացող հղիության հետևանքներին: Դրանք են ընդհանուր թուլություն, աղետամոռացային խանգարումներ, գոտկատեղի ցավեր և այլն:

Հղիության կասկածի դեպքում ընտանեկան բժիշկը կարող է առանց հապաղելու բուժառուին ուղղորդել ուլտրաձայնային հետազոտության քաղաքի կլինիկաներից մեկը կամ շտապ մանկաբարձական ծառայություն: Ընդ որում ժխտման վերացումից հետո նա կարող է մնալ վարման առանցքային դերակատարներից մեկը՝ համագործակցելով ծննդաբերական և մանկաբարձական թիմերի հետ: Բավականին հաճախ ընտանեկան բժիշկը նաև զույգին առաջինը տեղեկություններ հաղորդողներից է (ըրջանակ 2):

Բազմամասնագիտական վարում

Հղիության ժխտման առանձնահատուկ վարումը մեկնարկում է՝ սկսած դրա վե-

րացումից, առավել հաճախ՝ հաջորդելով արյան կամ մեզի՝ հղիության դրական թեստից հետո կատարված ուլտրաձայնային հետազոտությանը: Ժխտման վերացումը և հղիության նկատմամբ բժշկական հսկողության սահմանումը վարման առանցքն են: Ժխտումը վերացնելուց հետո լինում է հսկողության խախտման էական վտանգ, հատկապես հղիության հոգեգարային ժխտման կամ հղիության հերքման դեպքերում: Ուլտրաձայնային հետազոտության միջոցով պտղի առկայությունը տեսանելի դարձնելը կարևոր պահ է իրենց հղիությունը բացահայտող մայրերի համար, որոնք մասնակցում են հղիության իրողության գործընթացին²:

Առաջին գնումներից հետո ցանկալի է մանկաբարձական, մանկաբարձական-գինեկոլոգիական և մանկաբուժական թիմերի ու ընտանեկան բժշկի համատեղ հսկողություն, ինչպես նաև հոգեբանական աջակցություն: Հնարավորության դեպքում, ծնող դառնալուն հարմարվելու և հետծննդյան շրջանին նախապատրաստվելու համար օգտակար է պերինատալ հոգեբանի աջակցությունը⁶: Ծննդաբերությունից հետո խորհուրդ է տրվում երկար մնալ հետծննդյան բաժանմունքում, և, ի լրումն մոր և մանկան պաշտպանության կենտրոնի հսկողության, բուժառուին ընդ-

գրկել «ծնողության» բաժանմունքում, առաջարկել ամբուլատոր հոգեբանական աջակցություն կամ տնային պայմաններում հոսպիտալացում՝ մայրմանուկ կապի ձևավորումը խթանելու նպատակով: Նախաձեռնողային կամ հետծննդային շրջանում կարող է անհրաժեշտ լինել հոգեբույժի հսկողություն, հատկապես, երբ ժխտումը կապված է սուր հոգեբուժական ախտանշանների հետ կամ ծանր հետևանքներ է ունենում մոր և նորածնի համար:

Հոգեմարմնական խանգարման վարկածը

Ներընկալումը (ինտերոցեպցիա) վերաբերում է մարմնի ներսից բխող զգայական ազդակների ընկալմանը և պերինատալ նյարդագիտության համար հետազոտման նորածագ ոլորտ է: Կենտրոնանում է այն բանի վրա, թե ինչպես է գլխուղեղը վերամշակում ներքին ազդանշանները (օրինակ՝ պտղի խաղը) և, ի պատասխան, փոխակերպում ներքին օրգանների ու մկանների ակտիվությունը՝ հղիության հետ կապված ֆիզիոլոգիական պարամետրերի կարգավորման նպատակով (օրինակ՝ մասնակցելով որովայնի հարթ մկանների ձգմանը կամ պտղի շարժումներին մեխանիկական ընկալիչների արձագանքմանը)²:

ՀՂԻՈՒԹՅԱՆ ԺԽՏՈՒՄ. 22 ՏԱՐԵԿԱՆ ՈՌՔԱՆԱՄՅԻ ԴԵՊՔԸ

Ռոքսանան 22-ամյա ուսանողուհի է մասնագիտական ուսումնական հաստատությունում, ապրում է ծնողների հետ և ցանկանում է դառնալ բժշկական քարտուղար: Նրա հարաբերությունները ծնողների հետ շատ բարդ են, նաև՝ Ռոքսանան դեռահաս տարիքից իրեն մշտապես թերաբժևորված է զգացել քաշի զգայի ավելացման պատճառով: Այլևս ի վիճակի չլինելով տանել կողմնակի հայացքները՝ իր գիրությունը թաքցնում է ազատ հագուստի տակ: Նա ակտիվորեն ծխում է և ընկերների հետ կանոնավոր կերպով այլոհոլ օգտագործում: Ոգելից խմիչքների օգտագործմամբ երեկոյթներից մեկի ժամանակ Ռոքսանան գիշերում է մի տղամարդու հետ, որին չի ճանաչում և որի հետ ոչ մի կապ չի պահպանում: Այդ երեկոյից մի քանի ամիս անց նա հարազատներին զանգատվում է հոգնածության արտասովոր զգացումից և որովայնի ծակող ցավերից: Ընտանեկան բժիշկը երկու խորհրդատվությունից հետո որոշում է նշանակել արյան անալիզ, այդ թվում՝ հղիության թեստ, որը դրական է լինում: Ամսիջապես հետո իրականացված ուլտրաձայնային հետազոտությունը հաստատում է զարգացող հղիություն ամենորեայի 32-րդ շաբաթում: Այդ մասին հայտնի դառնալուց կարճ ժամանակ անց Ռոքսանայի որովայնն այն աստիճանի է փքվում, որ նա այլևս չի կարողանում կրճկել տաքատը, նաև սկսում է մարմնի ներսում տարօրինակ շարժումներ ընկալել: Լուրից ապշած՝ պարմանոնին չի հասկանում, թե ինչ է կատարվում իր հետ. վերջին ամիսներին նա հղիության որևէ նշան չի զգացել՝ ոչ քաշ է հավաքել, ոչ սրտխառնոց է ունեցել, անկանոն ամսականները շարունակվել են:

Այս ներընկալչական մեխանիզմները հատկապես հետաքրքիր են հղիության ժխտման վերլուծության համար՝ երևույթի, որը հստակորեն բնութագրվում է հղիության ազդակների կրճատմամբ և զարգացող պտղի առկայության մասին ներընկալչական գիտակցման բացակայությամբ: Հղիության ժխտումը կարող է, մասնավորապես, ներառել պտղի մասին մարմնազգայական պատկերացում ձևավորելու և հղիության ազդակները ճշգրտորեն մեկնաբանելու՝ գլխուղեղի ունակության խանգարում, որի հետևանքով ծնվում են պտղի շարժումների կամ ձևակազմական փոխակերպումների վերաբերյալ թյուր բացատրություններ՝ մեկնաբանվելով որպես որովայնային գազեր կամ զայրարակվումներ²: Այս Նոր մոտեցումներն ամրապնդում են վարկածը, որ հղիության ժխտումը հոգեմարմ-

նական խանգարում է, որը հիմնականում պայմանավորված է գլխուղեղի և մարմնի ներհակ փոխհարաբերություններով, ճիշտ այնպես, ինչպես մարմնաձևային (սոմատոֆորմ) խանգարումների (գործառությանի նյարդաբանական խանգարումներ, գործառությանի ցավային խանգարումներ կամ գրգռված աղու համախտանիշ) դեպքում:

Նյարդագիտությունն ի սպաս դնել կանխարգելմանը

Հղիության ժխտումը դեռևս չճանաչված երևույթ է, որի վերաբերյալ հոգեախտաբանական վարկածներն ու վարման մեթոդները փոխհամաձայնեցված չեն: Վտանգի Նույնականացված առանձնահատուկ գործոնների բացակայությունը սահմանափակում է

կանխարգելման ռազմավարությունների իրագործման հնարավորությունը: Հղիության ժխտման վերաբերյալ թյուր պատկերացումները, ինչպես նաև դրա հայտնաբերման ամուսնով բուժանձնակազմի պատրաստվածության բացակայությունը խորացնում են առաջնային և երկրորդային կանխարգելման դժվարությունները: Այդուհանդերձ, հղիության ժխտման հետևանքները մոր, պտղի և նորածնի համար կարող են չափազանց ծանր լինել և պետք է կանխվեն: Պերինատալ նյարդագիտության ոլորտի հետագա հետազոտությունները հղիության ժխտման մեջ ներընկալման դերի վերաբերյալ կարող են հնարավորություն տալ ավելի լավ հասկանալու ներգրավված ֆիզիոլոգիական մեխանիզմները և բարելավելու դրա կանխարգելումը, սքրինինգը և վարումը:

RÉSUMÉ DÉNI DE GROSSESSE : MISE AU POINT SUR LES SPÉCIFICITÉS CLINIQUES

Le déni de grossesse correspond à une grossesse évolutive sans que la femme ne soit consciente d'être enceinte. Il est généralement associé à une absence de signes gravidiques comme l'aménorrhée, le gonflement abdominal, la tension mammaire, les nausées matinales, ou encore la perception maternelle des mouvements fœtaux. Phénomène méconnu, parfois considéré comme un mythe par le monde médical, il représente pourtant un problème conséquent de santé publique. En effet, l'absence de suivi obstétrical et de préparation à la parentalité font le lit de

morbidités maternelle, fœtale et néonatale. La découverte d'un déni de grossesse doit amener à explorer ses caractéristiques cliniques, ses facteurs de risque et les clés de sa prise en charge. Bien que ses causes soient encore inconnues, les découvertes récentes en neurosciences sur l'intéroception maternelle pourraient permettre de mieux comprendre ce phénomène.

SUMMARY DENIAL OF PREGNANCY: FOCUS ON CLINICAL SPECIFICITIES

Denial of pregnancy corresponds to an evolving pregnancy without the woman being aware of being pregnant. It is generally associated with an absence of gravidic signs such as amen-

orrhea, abdominal swelling, breast tension, morning sickness, or maternal perception of fetal movements. Although this phenomenon is not well known and is sometimes considered a myth by the medical world, it represents a significant public health problem. Indeed, the lack of obstetric monitoring and preparation for parenthood are the cause of maternal, fetal and neonatal morbidity. The discovery of a denial of pregnancy should lead to the exploration of its clinical characteristics, its risk factors and the keys to its management. Although its causes are still unknown, recent discoveries in the neuroscience of maternal interoception could provide a better understanding of this phenomenon.

ՀՂԻՈՒՄՆԵՐ

1. Chaulet S, Juan-Chocard AS, Vasseur S, Hamel JF, Duverger P, Descamps P, et al. Le déni de grossesse : étude réalisée sur 75 dossiers de découverte tardive de grossesse. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr* 2013;171(10):705-9.
2. Botteman H, Joly L. Dans le cerveau des mamans. La maternité, l'amour, et le baby-blues expliqués par les neurosciences. Éditions du Rocher, 2022.
3. Brezinka C, Biebl W, Kinzl J. Denial of pregnancy: Obstetrical aspects. *J Psychosom Obstet Gynecol* 1994;15(1):1-8.
4. Spielvogel AM, Hohener HC. Denial of pregnancy: A review and case reports. *Birth* 1995;22(4):220-6.
5. Wessel J, Endrikat J. Cyclic menstruation-like bleeding during denied pregnancy. Is there a particular hormonal cause? *Gynecol Endocrinol* 2005;21(6):353-9.
6. Dayan J, Andro G, Dugnat M. Psychopathologie de la périnatalité. Paris: Masson, 1999.
7. Şar V, Aydın N, van der Hart O, Steven Frankel A, Şar M, Omay O. Acute dissociative reaction to spontaneous delivery in a case of total denial of pregnancy: Diagnostic and forensic aspects. *J Trauma Dissociation* 2017;18(5):710-9.
8. Ballerini M, Raimbaud M, Joly L, Botteman H. The invisible pregnancy: Clinical characteristics and perspectives about denial of pregnancy. *Gynecol Obstet Fertil Senol* 2022;50(4):322-32.
9. Chase T, Shah A, Maines J, Fusick A. Psychotic pregnancy denial: A review of literature and its clinical considerations. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2021;42(3):253-7.
10. Dua D, Grover S. Delusion of denial of pregnancy: A case report. *Asian J Psychiatry* 2019;45:72-3.

11. Tighe S, Llorca J. Concealed pregnancy: A concept analysis. *J Adv Nurs* 2016;72(1):50–61.
12. Dayan J (dir.), Andro G, Dugnat M, Thessier N, Miljkovitch R, Rosenblum O. *Psychopathologie de la périnatalité et de la parentalité*. 2e éd.: Elsevier Masson, coll. Les âges de la vie, 2014.
13. Bydlowski M. Comment expliquer le déni de grossesse ? *Gd Doss Sci Hum* 2010;20(9):32.
14. Delong H, Eutrope J, Thierry A, Sutter-Dallay A, Vulliez L, Gubler V, et al. Pregnancy denial: A complex symptom with life context as a trigger? A prospective case-control study. *BJOG* 2022;129(3):485–92.
15. Wessel J, Gauruder-Burmester A, Gerlinger C. Denial of pregnancy – characteristics of women at risk. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2007;86(5):542–6.
16. Schultz MJ, Bushati T. Maternal physical morbidity associated with denial of pregnancy. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2015;55(6):559–64.
17. Auer J, Barbe C, Sutter A, Dallay D, Vulliez L, Riethmuller D, et al. Pregnancy denial and early infant development: A case-control observational prospective study. *BMC Psychol* 2019;7(1):22.
18. Nanjundaswamy MH, Gaddapati S, Thippeswamy H, Thampy M, Vaiphei K, Kashyap H, et al. Denial of pregnancy: Psychopathology and clinical management. *Psychopathology* 2019;52(4):271–4.
19. Bonnet C. Adoption at birth: Prevention against abandonment or neonaticide. *Child Abuse Negl* 1993;17(4):501–13.
20. Brun M, Petit C. Enquête qualitative auprès de femmes ayant fait un déni de grossesse sur leur prise en charge par les médecins généralistes. Thèse soutenue le 6 avril 2021. 235 pages.
21. Bottemanne H, Joly L. Mother brain: Bayesian theory of maternal interoception during pregnancy and postpartum. *Encephale*. 2022. Epub ahead of print.



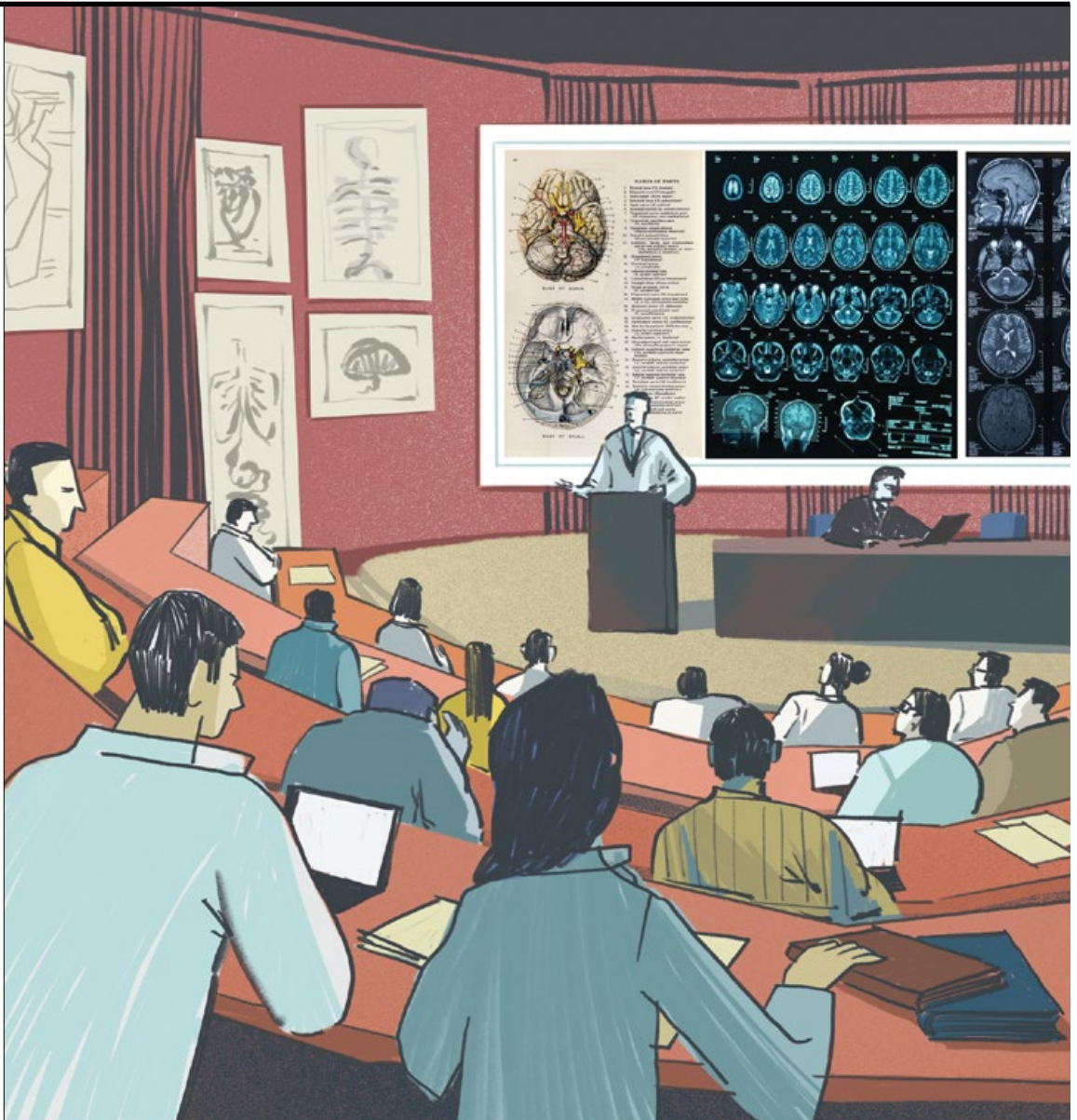
Santé Arménie

Soigner, former et bâtir en Arménie

ՔՆՆԱԿԱՆ ՀԱՐՑԵՐ ՊԵՏԱԿԱՆ ԱՎԱՐՏԱԿԱՆ ՔՆՆՈՒԹՅԱՆ ՀԱՐՑԱՇԱՐԻՑ

Քննական
հարց
29

Քննական
հարց
288



- էջ 85 Մայրությանը սպառնացող հիմնական վտանգները՝ կապված մասնագիտական աշխատանքի հետ
- էջ 93 Թուրքային հիվանդություն

Ճնշական հարց 29

Մայրությանը սպառնացող հիմնական վտանգները կապված մասնագիտական աշխատանքի հետ

ԽՆԴԻՐԸ

Գիտնայ, թե որոնք են մայրությանը սպառնացող հիմնական վտանգները՝ պայմանավորված մոր մասնագիտական աշխատանքով:

Րդիության ընթացքում մասնագիտական գործունեությունը շարունակող կանանց թիվը կտրուկ աճել է 1998-2010 թվականներին և 64,3%-ից դարձել 70,2% (աղյուսակ 1): Այս ցուցանիշը փոքր-ինչ նվազել է 2010-2016 թվականներին՝ կապված գործազուրկ կանանց թվի աճի հետ (2016-ին հասել էր 16,8%-ի, մինչդեռ 2010-ին 12,8% էր):

2016 թվականին, երբ իրականացվեց վերջին Ազգային պերինատալ (շուրջծնական) հետազոտությունը, ակտիվ (աշխատող կամ չաշխատող) հղի կանանց մասնաբաժինը 84,9% էր, որը մոտ էր 2015 թվականին Վիճակագրության և տնտեսական հետազոտությունների ազգային ինստիտուտի (INSEE) 25-49 տարեկան կանանց շրջանում անցկացրած «Զբաղվածության հարցման» 83,3% ցուցանիշին: Ավելի մեծ հղիության ընթացքում աշխատող կանանց 78,5%-ն աշխատել է լրիվ դրույքով:

Այսպիսով՝ հղի կանանց աշխատանքի հիմնախնդիրը, քանակական և բացարձակ արտահայտությամբ, վերաբերում է բավականին մեծ թվով կանանց՝ տարեկան ավելի քան 500 000-ի: Բացի դրանից՝ որոշ մասնագիտություններ նրանց առանձնահատուկ վտանգների են ենթարկում:

Մասնագիտական գործունեության ազդեցությունը հղիության վրա

Ուսանողի խնդիրն է ընդհանուր տեղեկություններ ունենալ հղիության և պտղի վրա մասնագիտության ազդեցության մասին:

Բազմաթիվ հետազոտություններ են իրականացվել՝ պարզելու համար՝ կարող է, արդյոք, մասնագիտությամբ պայմանավորված արտաքին ազդակի ազդեցությունը վտանգ ներկայացնել ծնվելիք երեխայի համար: Որոշ ազդակների հարուցած վտանգն ապացուցված է: Մյուսների պարագայում առկա են ենթադրություններ, որոնք հիմնված են կենդանական մոդելների վրա այդ ազդակների, հատկապես՝ քիմիական, ազդեցության ուսումնասիրության վրա:

Վերահաս հետևանքները

Մոր մասնագիտական գործունեության հետ առնչություն ունեցող որոշ ազդեցություններ կարող են առաջացնել՝ - սաղմի ձևավորման արատներ՝ արատածին (տերատոգեն) քիմիական նյութերի կամ կենսաազդակների, օրինակ՝ որոշ վիրուսների (ինչպես ցիտոմեգալովիրուսը), ազդեցության հետևանքով:

ՀՊԻՈՒԹՅԱՆ, ԸՆԹԱՑՔՐՈՒՄ ԱՅԽԱՏՈՂ ԿԱՆԱՆԳ ԱՄԱՆԱԲԱԺԻՆԸ՝ ԳՆԱԳԱՏՎԱԾ ԱԶԳԱՅԻՆ ՊԵՐԻՆԱՏԱԼ ԴԵՏԱԶՈՏՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐՈՎ	
Ազգային պերինատալ հետազոտության տարին	Հղիության ընթացքում աշխատող կանանց տոկոսը (%)
1995	60,2
1998	64,3
2003	66,0
2010	70,2
2016	68,1

Աղյուսակ 1.

- վիժումներ (կապն ավելի դժվար է հաստատել, բայց, օրինակ, երբ հղի կինն ունի գիշերային աշխատանք և շաբաթական ամնվազն երկու գիշեր աշխատում է, դա մեկ երրորդով ավելացնում է վիժումների վտանգը):

- վաղաժամ ծննդաբերություններ (շաբաթական ավելի քան 40 ժամ աշխատող կամ ֆիզիկապես հոգնեցնող աշխատանք ունեցող կանանց դեպքում):

- սաղմի աճի դանդաղում (որոշ օրգանական լուծիչների հետ գործ ունենալու դեպքում):

Երկարաժամկետ հեռանկարում հնարավոր են հետևյալ հետևանքները՝

- Նյարդա-վարքագծային խանգարումներ (կապարի կամ էթանոլի հետ գործ ունենալու դեպքում):

- պտղաբերության խանգարում, եթե առկա է ներարգանդային ազդեցություն:

- քաղցկեղներ (Զաղցկեղի հետազոտության միջազգային գործակալությունը [CIRC] 2009 թվականին եզրահանգել է, որ երեխաների [ելեմիայի պատճառ կարող է լինել նրանց մայրերի՝ մինչև հղիությունը և հղիության ընթացքում ներկայությունից ազդեցությանը ենթարկվելը):

Կան տեսակետներ, որ հղիության ընթացքում քիմիական նյութերի ազդեցության տակ գտնվելը կարող է վնաս պատճառել երեխայի իմունային համակարգին կամ խթանել նրա ներզատական համակարգի աշխատանքը:

Նախաբեղմնավորման շրջանում հոր վրա նման նյութերի ազդեցությունը կարող է հանգեցնել հղիության անբարենպաստ ավարտի՝ սերմնաբջիջների փոփոխությունների պատճառով:

Վնասակար ազդեցության տակ գտնվելու ժամանակաշրջանները

Գիտական գրականության մեջ հիմնավորված է վնասակար ազդեցության տակ գտնվելու ժամանակաշրջանների կարևորությունը: Ըստ ուսումնասիրված առողջական խնդիրների՝

Պրոֆեսոր Ֆիլիպ Դերուել^{1,2} Բժշկական ֆրանսիական ֆակուլտետ^{3,4}, Բժշկական ինստիտուտի^{3,4}, Բժշկական հիստորիայի^{3,4} 1. Բժշկության, մանկաբարձության և առողջապահական գիտությունների ֆակուլտետ, Ստրասբուրգ, Ֆրանսիա
2. Գինեկոլոգիայի, մանկաբարձության, պտղաբերության բաժանմունք, Ստրասբուրգի համալսարանական հիվանդանոցներ, Ֆրանսիա
3. Մոնպելիեի համալսարանական հիվանդանոցի մանկաբարձական գինեկոլոգիայի բաժանմունք, Ֆրանսիա
4. Բժշկական ֆակուլտետ, Մոնպելիե-Նիմ, Ֆրանսիա

pderuelle@unistra.fr

Պ. Դերուելը հայտնում է, որ երկարատև կամ մշտական կապեր ունի (աշխատանքային պայմանագիր, կանոնավոր վարձատրություն և այլն) Norgine ընկերության հետ (գիտախորհրդի անդամ):

Ֆ.Ֆուսսը և Մ.Գյոպրանսը հայտարարում են, որ այս իրապարակմամբ որևէ շահ չեն հետապնդում:

և Ռանիսավվիչը հայտնում է, որ մասնակցել է Merck և G d on Richter ձեռնարկությունների որոշ ծրագրերի և Merck-ը, Ferring-ը և G d on Richter-ը հոգացել են իր մասնակցությունը գիտաժողովներին:

կրիտիկական ժամանակաշրջանները փոփոխական են: Ընդհանուր առմամբ, պետք է հիշել, որ - ապագա ծնողների զամենտները սերմնա- և ձվաբջիջները, կարող են վնասվել նրանց կյանքի ցանկացած փուլում՝ սկսած սաղմնային շրջանից. - ամենախոցելիև շուրջբեղմնավորման շրջանն է և հղիության առաջին 3 ամիսները (մեծ է արատների առաջացման վտանգը), սակայն հարկավոր է հիշել, որ այդ ժամանակահատվածից դուրս հնարավոր են վնասակար ազդեցության հետևանք այլ արատներ (մասնավորապես՝ կենտրոնական նյարդային համակարգի ձևավորմանը վերաբերող): Սաղմնապտղային նման հետևանքները համարվում են «չեմային», այսինքն՝ դրանք ի հայտ են գալիս որոշակի չափաբաժինը գերազանցելիս. - որոշ թունանյութեր, օրինակ՝ կապարը, մինչ հղիությունն ազդելու ընթացքում կարող են կուտակվել օրգանիզմում, իսկ հղիության ընթացքում՝ վտանգ ներկայացնել, թեև ազդեցությունն արդեն դադարել է (հետաձգված ազդեցություն): - կրծքով կերակրումը կարող է վնասակար ազդեցություն ունենալ Նորածնի և զարգացող կրծքի տարիքի երեխայի վրա:

Վտանգի գործոնները

Ուսանողի խնդիրն է գիտենալ հղիությանը սպառնացող հիմնական մասնագիտական, ֆիզիկական, քիմիական կամ կենսաբանական վտանգները:

Այս մասում թվարկվում են մասնագիտության հետ կապված տարբեր վտանգների բնույթը և հղիության վրա դրանց ապացուցված կամ ենթադրվող հետևանքները: Խնդիրը ոչ թե սպառնիչ ցուցակ ներկայացնելն է, այլ հիմնական իրավիճակներն արձանագրելը: Վտանգի և հետևանքների միջև կապն ակնհայտորեն կախված է վնասակար ազդեցության մակարդակից, տևողությունից, ժամանակաշրջանից և վերլուծվում է յուրաքանչյուր դեպքի համար առանձին-առանձին:

Ֆիզիկական վտանգ

Աշխատանքի ֆիզիկական ծանրաբեռնվածությունը

Աշխատանքի ընթացքում ֆիզիկական ակտիվությունը, մասնավորապես՝ ծանր բեռներ կրելը, երկար ժամանակ կանգնած մնալը կամ ինտենսիվ ֆիզիկական ջանքեր գործադրելը, սաղմի ներարգանդային աճի դանդաղեցնելու և վաղաժամ ծննդաբերության վտանգի գործոններ են:

Մարմնի դիրքը

Հղիությունն առաջացնում է հողերի և ջրերի ֆիզիոլոգիական փոփոխություններ, և անհարմար դիրքերի պարագայում դրանք դառնում են ավելի խոցելի: Ցանկացած ֆիզիկական ակտիվություն, որը հանգեցնում է մարմնի անհարմար դիրքերի կամ հողերի, ողնաշարի ու կոնքերի կրկնվող շարժումների, կարող է առաջացնել ցավեր, գոտկացավեր, դաստակային թունելի համախտանիշ և, ընդհանրապես, կմախքամկանային խանգարումներ կամ նպատել դրանց: Ավելին կեցվածքային սահմանափակումներով մասնագիտական գործունեության ժամանակ առկա են բարդությունների առաջացման նույն վտանգները, ինչ ինտենսիվ ֆիզիկական գործունեության դեպքում:

Տնցումները և աղմուկը

Տնցումների ազդեցությունը (օրինակ՝ որոշ երթուղիներով երթևեկելը կամ որոշ տիպի մեքենաների վարումը) վաղ ծննդաբերության վտանգի գործոն է, սակայն տնցումները դժվար է բնութագրել, հետևաբար դժվար է նաև սահմանել դրանց վտանգավորության հստակ շեմը:

Աղմուկը, հատկապես՝ ցածր հաճախությունների ազդեցությունը, կարող է խաթարել ծնվելիք երեխայի լսողությունը՝ սկսած հղիության 25-րդ շաբաթից ազդեցության պարագայում: Աղմուկը կարող է նաև մեծացնել ներարգանդային աճի դանդաղելու վտանգը, քանի որ սթրեսի ժամանակ մոր օրգանիզմում արձանագրվում է կատեխոլամինների գերարտադրություն և ընկերքի անոթների սեղմում:

Ճառագայթում

Ճառագայթման նկատմամբ զգայունությունը կախված է հղիության ժամկետից: Պտղի համար առանձնապես ծանր են հղիության առաջին 2 ամիսներին ճառագայթվելու հետևանքները: Սակայն զգայունությունը ճառագայթման նկատմամբ շարունակվում է հղիության ամբողջ ընթացքում, մասնավորապես՝ ազդեցությունը կենտրոնական նյարդային համակարգի վրա: Իոնացնող ճառագայթումները կարող են առաջացնել վիժումներ, սաղմի ձևավորման արատներ, աճի, մտավոր զարգացման դանդաղում, քաղցկեղներ: Իոնացնող ճառագայթման հիմնական աղբյուրները արհեստական են՝ բժշկական միջավայրում կամ արդյունաբերության մեջ, սակայն որոշ մասնագիտությունների դեպքում հղի կինը ենթարկվում է բնական ճառագայթման ազդեցությանը (տիեզերական ճառագայթումները թռիչքային անձնակազմի համար): Եվ եթե «գետնին» յուրաքանչյուր անհատին հասնող միջին չափաբաժինը 0,3 մՋ (միլիգրվերտ)/տարի է, թռիչքային անձնակազմը կարող է ստանալ մինչև 6 մՋ/տարի (սահմանված առավելագույն շեմը՝ 20 մՋ/տարի):

Հիմնականում, էլեկտրամագնիսական դաշտերի համար տվյալները գիտականորեն հստակեցված չեն:

Քիմիական վտանգ

Ներկայումս 260-ից ավելի նյութ կանոնակարգված կերպով ճանաչվել է վտանգավոր ծնվելիք երեխայի համար (եվրոպական կանոնակարգային դասակարգում): Սակայն դա ամբողջական ցանկը չէ, քանի որ մեծ թվով արտադրատեսակներ չեն փորձարկվել վերարտադրողականության համար թունավոր լինելու տեսակետից կամ մասնակի են փորձարկվել: Վերարտադրողականության վրա ազդող թունավոր նյութերը (ռեպրոտոքսիներ) դասակարգվել են երեք կատեգորիայի՝ 1A (ապացուցված թունավոր, օրինակ՝ կապարը), 1B (ենթադրաբար թունավոր, օրինակ՝ 1-բրոմպրոպանը) և 2 (թունավոր լինելու կասկած հարուցող, օրինակ՝ տոլուոլը):

Դրանց ազդեցությունը պետք է հաշվի առնվի նախաբեղմնավորման շրջանից և վերաբերի նաև ծնողներին:

Ապացուցված թունանյութերի պիտակին առկա է H360 նշումը՝ «Կարող է վնասել պտղաբերությանը կամ սաղմին», F-ով նշումը նշանակում է վնասակար է պտղաբերության համար (H360F), կամ D-ով (developpement, զարգացում) նշումը

ՎԵՐԱՏՏԱԴՐՈՒԹՅԱՆ ՀԱՄԱՐ ՎՆԱՍԱԿԱՐ ԹՈՒՆԱՅՈՒԹԵՐԻ ՕՐԻՆԱԿՆԵՐ ԵՎ ԴՐԱՆՑ ՀԱՐՈՒՑԱԾ ՎՏԱՆՊՆԵՐԸ

Արտադրանք	Նյութ	Թունավորություն	Դետեկցիոններ
Դերբիցիոններ	■ Ամփտրոլ (ամփնոտրիազոլ)	■ Վերարտադրողականության համար թունավոր ■ Կատեգորիա 2 ■ H361	■ Կենդանիների դեպքում. պտղաբերության համար՝ վնասակար, սաղմի համար՝ թունավոր և արատաձին հետևանքներ: Մարդկանց պարագայում ուսումնասիրություններ չեն արվել:
Ներկեր, լաքեր, խեժեր	■ Գլիկոլի որոշ եթերներ	■ Վերարտադրողականության համար թունավոր ■ Կատեգորիա 1 կամ 2 ■ H360, H361	■ Ձվագատման համար՝ վնասակար, սաղմի համար՝ թունավոր հետևանք:
Լուծիչներ, մաքրող նյութեր, բենզին	■ Տոլուոլ	■ Վերարտադրողականության համար թունավոր ■ Կատեգորիա 2 ■ H361	■ Կենդանիների պտղաբերության խանգարում չկա: Զարգացման համար թունավոր, in vivo ոչ արատաձին կամ in vitro թեստերում
Ճարժիչային բանեցված յուղեր, քսայուղեր	■ Ալկաններ, ածխաջրածիններ, օրգանական և անօրգանական միացություններ	■ Վերարտադրողականության համար թունավոր ■ Կատեգորիա 2 ■ H361	■ Պոտենցիալ ազդեցություն ձվագատման վրա, պտղի համար թունավոր:
Եռակցման գոլորշիներ, ներկերի գունանյութեր	■ Կադմիում ■ Կապար	■ Վերարտադրողականության համար թունավոր ■ Կատեգորիա 1B կամ 2 ■ H360, H361	■ Ազդեցություն ձվարանների և սպերմատոզենեզի վրա (կադմիում) ■ Վիժումներ (կապար) ■ Արատաձին ազդեցություն (կապար)

Աղյուսակ 2.

Նշանակում է՝ վնասակար է պտղի համար (H360D): H361 նշումը կիրառվում է, երբ արտադրանքը ունակ է վնասելու պտղաբերությանը կամ սաղմին, H362-ը՝ երբ արտադրանքը կարող է վնասակար լինել մայրական կաթով սնվող երեխաների համար (աղյուսակներ 2 և 3):

Կենսաբանական վտանգ

Մորը վերաբերող վտանգ

Որոշ վարակիչ հիվանդություններ առանձնապես ծանր են այն պատճառով, որ հղիության ընթացքում դրանց ի հայտ գալը մեծացնում է բարդությունների վտանգը մոր համար: Դրանք հիմնականում շնչառական օրգանները թիրախավորող (շնչառական տրոպիզմոլ) հիվանդություններ են, այդ թվում՝ ջրծաղիկը, գրիպը և ՔոՎիդ-19-ը: Հղիության հետ կապված թոքային և սիրտ-անոթային ֆիզիոլոգիական փոփոխությունները, մասնավորապես՝ երրորդ եռամսյակում, մասամբ բացատրում են հղի կանանց համար այդ հիվանդությունների ավելի մեծ վտանգը (թոքերի տարողունակության նվազում, սրտի կծկումների հաճախականության և ձախ փորոքի աշխատանքի ավելացում):

Պտղին և սաղմին վերաբերող վտանգ

Տենդը ինքնին կարող է լինել վիժումների, աճի դանդաղելու, զարգացման շեղումների, վաղաժամ ծննդաբերության կամ օրապակասության ապացուցված սպառնալիքների պատճառ:

Որոշ վարակիչներ կարող են լուրջ հետևանքներ ունենալ սաղմի զարգացման վրա, բայց մոր պարագայում հստակ կամ առանձնահատուկ կլինիկական արտահայտվածություն

չունենալ (տոքսոպլազմոզ, կարմրախտ, ջրծաղիկ, ցիտոմեգալովիրուս, պարվովիրուս B19 և այլն):

Կազմակերպական և հոգեբանա-սոցիալական վտանգ




Աշխատանքային ժամերը և տեմպերն ազդում են հղիության ընթացքի վրա: Գիշերային և հերթափոխով աշխատանքը, ըստ ամենայնի, մեծացնում է վիժումների, վաղաժամ ծննդաբերությունների և աճի դանդաղելու տոկոսը, եթե ամենորեայի 12-րդ շաբաթից հետո այդ ազդեցությունը շարունակվում է: Ծնվելու պահին երեխայի պակաս քաշի վտանգի գործոն է նաև շաբաթական աշխատած ժամերի քանակը, որը կարող է պտղի կշիռը փոխել մոտ 200 գրամով այն հղի կանանց պարագայում, որոնք աշխատում են շաբաթական 40 ժամից ավելի:

Մասնագիտություններ, որոնց վտանգավորությունը ծնվելից երեխայի համար նկարագրվել կամ քննարկվել է գիտական գրականության մեջ

Որոշ մասնագիտություններ միանգամից ճանաչվել են որպես հատկապես վտանգավոր և երբեմն համակցում են վտանգի մի քանի գործոն.

-բուժանձնակազմ (բուժքույրեր, մայրապետներ, անեսթեզիոլոգներ և այլն)՝ իոնացնող ճառագայթման, ծանր բեռներ կրելու, կանգնած և գիշերային աշխատանքի, ցիտոտոքսիկ նյութերի, անզգայացնող միջոցների և կենսաբանական ազդակների ազդեցության պատճառով,

ՔՆՆԱԿԱՆ ՀԱՐՑ 29

ՀԴԻՈՒԹՅԱՆ ԺԱՄԱՆԱԿ ՄԱՍՆԱԳԻՏԱԿԱՆ ԿՏԱՆՓԻ ՕՐԻՆԱԿ. ԲԵՆԶՈՒԻ ԱՋԻԵՑՈՒԹՅՈՒՆԸ			
Համապատասխան մասնագիտություններ	<ul style="list-style-type: none"> ■ Նավթաքիմիական արդյունաբերություն ■ Քիմիական արդյունաբերություն. բենզոլը համարվում է սինթետիկ միջանկյալ նյութ, նաև՝ հիմնական արտադրանքի համար, որը կիրառվում է պլաստմասսաների, ներկերի, տեքստիլի, սոսինձների, լվացող միջոցների արտադրությունում ■ Օժանելիքի արդյունաբերություն. բենզոլը՝ որպես լուծամզման լուծիչ ■ Էլեկտրոնիկայի արդյունաբերություն. որպես բաղադրամասերը յուղազերծող միջոց ■ Քիմիական սինթետիկ լաբորատորիաներ (հետազոտություններում) ■ Բենզոլն առկա է վառելանյութերում, և տարբեր կատեգորիաների աշխատողներ ենթակվում են դրա ազդեցությանը <ul style="list-style-type: none"> - Ավտոսպասարկման կետեր - շերմային շարժիչներով փոքր սարքավորումներ (օրինակ՝ խոտհնձիչ, տերևահավաք սարք) օգտագործողներ և վերանորոգողներ - վառելիքի վաճառքի կայաններ և այլն 		
Պատկերագրեր	Վնասակար 	Վտանգ առողջության համար 	Գյուրավառ 
Ընդհանուր վտանգներ	<ul style="list-style-type: none"> ■ Սուր թունավորում (կարճատև ազդեցություն, մեծ չափաբաժիններով գոլորշիների ներշնչում) <ul style="list-style-type: none"> - գլխացավեր - սրտխառնոց - նյարդագրգիռ վիճակ, որը կարող է ընկճախտային գործոնների պատճառով լինել - թմրեցում, ցնցումներ, մահ (ծանր ազդեցության դեպքում) ■ Քրոնիկական թունավորում (երկարատև ազդեցություն) <ul style="list-style-type: none"> - մաշկի վնասվածքներ, մաշկի և լորձաթաղանթների գրգռում, որը կարող է առաջանալ կեղտոտված հագուստ կրելու կամ լուծիչի հետ մաշկի անմիջական շփման դեպքում - ոսկրածուծի ախտահարում (բենզոլիզմ), որը կարող է առաջացնել արյունահոսություն, վարակներ, անեմիա և լեյկեմիա - հիշողության, որոշակի հոգեկան ունակությունների և մարսողական խանգարումներ - լեյկեմիա 		
Վերարտադրողականության համար հետևանքները	<ul style="list-style-type: none"> ■ Կենդանիների վերաբերյալ տվյալները ցույց են տալիս ամորձիների վնասում, սակայն դրանք հնարավորություն չեն տալիս վստահորեն եզրակացնելու պտղաբերությանը սպառնացող վտանգի մասին. բենզոլը, ըստ երևույթին, թունավոր չէ զարգացման համար 		
Հիդրոլիզի համար հետևանքները	<ul style="list-style-type: none"> ■ Որոշակի փոխանցում ընկերքով. արատաժին լինելու կամ պտղի թունավորման ապացույց չկա ■ Չնարավոր վիժմաների հաճախականության ավելացում 		
Կանոնակարգ	Դասակարգված չէ H360, H361 կամ H362 Բենզոլի հետ աշխատանքն արգելված է հղի կամ կրծքով կերակրող կանանց համար (աշխատանքային օրենսգրքի D4152-10 հոդված)		

Աղյուսակ 3.

- երեխաների հետ աշխատողներ (դայակներ, դաստիարակներ, դպրոցի ու մանկապարտեզի անձնակազմ և այլն) կենսաբանական վտանգի պատճառով,
- բժշկական կամ քիմիական լաբորատորիաների անձնակազմեր՝ կենսաբանական և քիմիական վտանգների ենթարկվելու պատճառով,
- քիմիական արդյունաբերության, ներկեր և լուծիչներ արտադրող ձեռնարկությունների աշխատակիցներ և այլն՝ քիմիական վտանգի ենթարկվելու պատճառով,
- անասնաբուժության ոլորտում աշխատողներ՝ ֆիզիկական ծանրաբեռնվածության և կենսաբանական վտանգի ենթարկվելու պատճառով (զոոնոզներ),
- չոր քիմաբույսեր, լվացքատների և այլնի աշխատակիցներ՝ ֆիզիկական ծանրաբեռնվածության ու քիմիական վտանգի պատճառով,

- տպարանների աշխատակիցներ՝ քիմիական վտանգի պատճառով,
 - այգեգործական, կանաչ տարածքների, գյուղատնտեսական միջավայրի աշխատակիցներ՝ ֆիզիկական ծանրաբեռնվածության, քիմիական վտանգի ենթարկվելու պատճառով,
 - վարսահարդարներ, գեղեցկության սրահների աշխատակիցներ և այլն՝ կեցվածքի ֆիզիկական սահմանափակումների (կանգնած դիրք) և քիմիական վտանգի պատճառով:
- Ցանկացած մասնագիտություն, ևս որը կապված է լարված մտավոր աշխատանքի, մեծ պատասխանատվության, ժամկետների, երկարատև կանգնած դիրքի, հասարակական շփումների, չկանոնակարգված աշխատանքային ժամերի հետ, վտանգավոր է հղիության ընթացքի համար:
- Շատ քիչ են ուսումնասիրությունները, որոնք գնահատում են հղի կնոջ մասնագիտական գործունեության վնասակար

ազդեցությունը, և դրանք հիմնականում հին են: Վերջ թվարկված վտանգները կարելի է գտնել գրեթե բոլոր մասնագիտություններում, որտեղ առկա է կնոջ զբաղվածություն:

Ամենաշատ փաստագրված մասնագիտությունները վերաբերում են առողջապահության ոլորտին (մասնավորապես՝ բուժքույրեր, մայրապետներ, ֆիզիոթերապևտներ, բժիշկներ և ատամնաբույժներ): Վտանգները բազմաթիվ են, մասնավորապես՝ իրնացնող ճառագայթման ենթարկվելը, ծանր բեռներ կրելը, կանգնած ու գիշերային աշխատանքը, ցիտոտոքսիկ և անզգայացնող միջոցների և կենսաբանական նյութերի ազդեցությունը և այլն: Այս մասնագիտական դասերի թիրախային ուսումնասիրությունները, որոնք հաճախ հին են, դժվար է արտարկել աշխատանքային արդի պայմանների վրա:

Այլ մասնագիտություններ էլ են պարունակում վնասակար ազդեցության վտանգ, բայց գործնականում չեն ուսումնասիրվել. տրանսպորտային մասնագիտություններ (ցնցումների և աղտոտվածության ազդեցություն), վաղ մանկության հետ կապված մասնագիտություններ (կենսաբանական նյութերի և ֆիզիկական ծանրաբեռնվածության ազդեցություն) և առևտրային մասնագիտություններ (կանգնած դիրք, բեռների տեղափոխում և չկանոնակարգված աշխատանքային ժամերի ազդեցություն):

Վերջապես, որոշ ավանդաբար ոչ կանացի մասնագիտությունների դեպքում էլ է բարձրանում մասնագիտական վտանգի հարցը, բայց դրանց վնասակար ազդեցությունն էլ ավելի քիչ է փաստագրված: Սա վերաբերում է հատկապես եռակցողներին (բարձր ջերմաստիճանների, քիմիական նյութերի և ֆիզիկական աշխատանքի ազդեցությունը) և տանիքագործներին (ֆիզիկական աշխատանքի և երբեմն կապարի ազդեցություն):

Կանխարգելում

Ուսանողի խնդիրն է իմանալ մասնագիտական վտանգների կանխարգելման ընդհանուր մոտեցումը հղի կանանց համար:

Մասնագիտական վտանգների կանխարգելումը հղի կանանց համար

Հղի կանանց դեպքում մասնագիտական վտանգները կանխարգելվում են նույն փուլերով, ինչ ընդհանուր առմամբ մասնագիտական վտանգները (տե՛ս քննական հարց 183), բայց ավելանում են հղիության հետ կապված որոշ առանձնահատկություններ: Պոտենցիալ վտանգների վերաբերյալ տեղեկատվությունը կնոջը պետք է տրամադրի գործատուն՝ աշխատանքի հիգիենայի բժշկի հետ:

Լավագույն տարբերակն է, երբ տվյալ աշխատանքի վնասակար ազդեցության գնահատումը կատարվում է մինչև հղիությունը ընկերությունում վերարտադրողականության համար վտանգները հայտնաբերելու համար: Աշխատակիցները, մասնավորապես՝ վերարտադրողական տարիքի կանայք, տեղեկացվում են դրանց մասին, որպեսզի հնարավորինս շուտ հայտնեն իրենց հղիության տեղեկությունը՝ համապատասխան կանխարգելիչ միջոցառումներից օգտվելու համար: Աշխատանքի ընդունվելուց հետո՝ առաջին եռամսյակում, աշխատանքի հիգիենայի բժշկի տեղեկատվական-կանխարգելիչ հարցերով այցը պարտադիր է և կարող է լավ հնարա-

վորություն լինել այս հարցերին անդրադառնալու համար: Այդպիսով՝ վերարտադրողական տարիքի բոլոր կանայք տեղեկանում են իրենց աշխատատեղի հնարավոր վտանգների և իրականացվելիք կանխարգելման միջոցների մասին:

Հարցուփորձի շրջանակում, անշուշտ, հղի կնոջն անհրաժեշտ է հարցնել նրա աշխատանքի մասին: Դա տրամաբանական մոտեցում է խնամող-բուժառու հարաբերություններում, որը հնարավորություն է տալիս նախ ցույց տալու դիմացինին նրա հանդեպ հետաքրքրությունը և հեշտացնելու վստահելի հարաբերությունների հաստատումը: Ոչ միշտ է հնարավոր լինում հեշտությամբ հասկանալ յուրաքանչյուր մասնագիտության հնարավոր հետևանքները: Վտանգն ավելի լավ վերլուծելու համար կարելի է հարցնել աշխատանքային ժամերի, տրանսպորտի միջոցների և երթուղու տևողության, ցանկացած ֆիզիկական սահմանափակման, քիմիական և կենսաբանական վտանգների, աշխատանքի ծանր բնույթի ու սթրեսի մասին և, վերջապես, գնահատել դրանց ավելացող ոչ մասնագիտական վտանգները: Կարելի է կիրառել վերը բերված ուղեցույցը (տե՛ս շրջանակը):

Յուրաքանչյուր հղի կնոջ, նույնիսկ հղիանալ ծրագրելու փուլից սկսած, խորհուրդ է տրվում, խորհրդակցել աշխատանքային հիգիենայի բժշկի հետ, որը, պահպանելով բժշկական գաղտնիքը, կարող է ուսումնասիրել աշխատանքային իրավիճակը՝ կանխարգելիչ միջոցների սահմանման



Գիտնալ մայրության համար մոր աշխատանքի հետ կապված հիմնական մասնագիտական վտանգները

ՀԻՇԵԼ

- Հղի կանայք կարող են ենթարկվել մասնագիտական վտանգների, որոնք ազդում են հղիության բնականոն ընթացքի վրա:
- Այդ վտանգները կարող են բազմազան լինել՝ քիմիական նյութեր, ֆիզիկական աշխատանք, կենսաբանական ազդակներ, սթրես, գիշերային աշխատանք, աղմուկ, տատանումներ և այլն:
- Բազմաթիվ մասնագիտություններ պարունակում են մայրության համար մասնագիտական վտանգներ:
- Այդ վտանգները կարելի է նվազեցնել՝ աշխատանքային պայմանների վրա ազդելով: Դրան կարող են միջամտել գործատուն և աշխատանքի հիգիենայի ծառայությունները՝ յուրաքանչյուրն իր հերթին:
- Աշխատանքի հիգիենայի բժշկը կարող է առաջարկել աշխատանքային պայմանների հարմարեցում կամ աշխատանքի փոփոխություն: Գործատուն պետք է դա հաշվի առնի:
- Հղիության ընթացքը խթանող մասնագիտական վտանգների առկայության դեպքում հղի կնոջ ընտանեկան բժիշկը պետք է խրախուսի նրան՝ դիմել աշխատանքի հիգիենայի բժշկին:

Հղիության վարումն իրականացնող բժշկի կամ մանկաբարձի համար կիսաձևակերպված հարցազարով հարցազրույց-ուղեցույցի օրինակ՝

Պրովանս-Ալպեր-Քոտ դ'Ազյուտի Առողջապահության, աշխատանքի և միջավայրի տեղեկատվական համակարգի (<http://www.sistepaca.org/>) «Հղիություն և աշխատանք» փաստաթղթափաթեթի համաձայն

Հարցնել մասնագիտությունը, նշել կարգավիճակը (ժամկետով կամ անժամկետ պայմանագիր, ժամանակավոր աշխատող, փորձաշրջան, ազատ մասնագիտություն [ԱՁ] և այլն) և աշխատանքային պայմանները:

Աշխատանքային ժամերը, տրանսպորտի միջոցները

- Օրական քանի՞ ժամ եք աշխատում:
- Ձեր ժամերը կանոնակարգված են:
- Ո՞ր ժամին եք սկսում և ավարտում:
- Կատարում եք ցերեկային, թե՛ գիշերային աշխատանք:
- Ունե՞ք ընդմիջման հնարավորություններ:
- Ի՞նչ փոխադրամիջոցից եք օգտվում:
- Որքան է տևում ճանապարհը:
- Հասարակական տրանսպորտի դեպքում երթևեկում եք նստած:

Ֆիզիկական սահմանափակումներ և վտանգներ

- Ծանր բեռներ կրում եք:
- Երկար ժամանակ կանգնած եք լինում, թե՛ նստած:
- Աստիճաններով հաճախակի եք բարձրանում, դժվար են աստիճանները:
- Տնք, թե՛ սառը տարածքում եք աշխատում: Դրո՞նք:
- Ենթարկվում եք ցնցումների ազդեցության:

- Ենթարկվում եք բարձր ծայրերի/աղմուկի ազդեցության:
- Աշխատանքային մթնոլորտը. փոշի, գոլորշիներ, ծովի և այլն շնչում եք:
- Ենթարկվում եք ճառագայթման:

Քիմիական և կենսաբանական վտանգներ

- Ձեր աշխատանքում կիրառում եք քիմիական նյութեր: Ինչպիսի՞ (մաքրող միջոցներ, ներկ, լուծիչ, սոսիձ, թունաքիմիկատներ և այլ բուսասանիտարական արտադրանք և այլն):
- Ենթարկվում եք մանրէների ազդեցության (վիրուսներ, բակտերիաներ և այլն):
- Ճիվճիվ եք հիվանդների, փոքր տարիքի երեխաների, կենդանիների հետ:
- Ի՞նչ աշխատանք ունի ձեր ամոսինը (ամոսնու միջավայրից փոխանցվող վտանգի որոնում, օրինակ՝ բրուսելլոզի դեպքում աշխատանքային հագուստի կապարով աղտոտում և այլն):

Աշխատանքային կյանք

Դժվարություններ

- Ձեր աշխատանքը դժվար համարում եք՝ անկախ հղի լինելուց:
- Հղիությունը կդժվարացնի՞ աշխատանքը:
- Կարծում եք, որ կարող եք շարունակել աշխատել հղիության ամբողջ ընթացքում:

Աշխատանքի հետ կապված մտահոգություն

- Կարող եք որոնել աշխատանքի հետ կապված մտահոգությունները հետևյալ հարցերի միջոցով՝
 - Աշխատանքի վայրում ինչպիսի՞ հարաբերություններ են՝
 - գործընկերների հետ,
 - պատասխանատուների հետ,
 - այլոց հետ:
 - Ի՞նչ հոգեվիճակով եք գնում աշխատանքի:
 - Վախենում եք գործատուին հայտնել Ձեր հղիության մասին:
 - Երբ եք նախատեսում նրան հայտնել այդ մասին:
- Հարկավոր է նաև չմոռանալ հարցնել հղի կնոջը նրա ոչ մասնագիտական գործունեություն մասին՝ կրտսեր տարիքի երեխաներ, տուն, հողքի (արհեստներով զբաղմունք, այգեգործություն և այլն), սպորտ և այլն:

Մեկ կամ ավելի հարցերի դրական պատասխանի դեպքում և եթե բուժառնչի խորհրդակցել աշխատանքի հիգիենայի՝ իր բժշկի հետ հղիության սկզբից ի վեր, նրա հետ խորհրդակցելը կարող է օգտակար լինել:

համար, որոնց մի մասը, օրինակ՝ արատածին ազդակների դեմ, պետք է իրականացվի հղիության սկզբից, իդեալական դեպքում՝ նույնիսկ նախաբեղմնավորման փուլում: Այս մոտեցումն առավել քան կարևոր է, քանի որ կանայք վատ են տեղեկացված մասնագիտական գործունեության հետ կապված վտանգների և հղիության վրա դրանց հետևանքների մասին:

Աշխատանքային դժբախտ պատահարների և մասնագիտական հիվանդությունների կանխարգելման և անվտանգության հետազոտությունների ազգային ինստիտուտը (INRS) առաջարկում է փաստաթղթեր, որոնք ավելի վաղ

իրազեկված լինելու հնարավորություն են տալիս: Օրինակ՝ ինստիտուտի կայքէջից հնարավոր է անվճար ներբեռնել տեղեկատվական թերթիկ, որը հղի կանանց տեղեկացնում է աշխատատեղում քիմիական նյութերի հետ շփվելիս սպառնացող վտանգի մասին՝ հղիության շատ վաղ շրջանից սկսած (www.inrs.fr/dms/inrs/Catalogue-Papier/ED/TI-ED-6261/ed6261.pdf): Այն բացատրում է, թե ինչպես կարելի է տարբերակել այն արտադրանքը, որը կարող է հղիության ընթացքի վրա վնասակար հետևանքներ ունենալ, թվարկում է հիմնական կանոնակարգային դրույթները և գործատուի պարտավորությունները, խրախուսում է հնարավորինս շուտ կապվել

աշխատանքային հիգիենայի բժշկի հետ, իդեալական դեպքում՝ հղիության պլանավորման փուլում:

Աշխատանքային հիգիենայի բժիշկը կարող է առաջարկություններ անել աշխատատեղի հարմարեցման վերաբերյալ, օրինակ՝

- խուսափել մի տեղում կանգնած մնալով աշխատանքից,
- խուսափել ծանր բեռներ կրելուց,
- հեռավար աշխատանքի ժամանակի վերաբերյալ խորհուրդ տալ:

Եթե աշխատատեղի հարմարեցումը հնարավոր չէ, աշխատանքային հիգիենայի բժիշկը կարող է պահանջել աշխատատեղի ժամանակավոր փոփոխություն: Եթե դա էլ հնարավոր չէ, կարող է քննարկվել տարկետումը:

Աշխատանքային հիգիենայի բժիշկն առաջարկում է թարմացնել պատվաստումները պայմանավորված հնարավոր կենսաբանական վտանգներով (ցանկալի է հղիությունից առաջ):

Հղի կանանց՝ աշխատավայրում պաշտպանության կանոնակարգ

Աշխատանքային պայմանագրի պաշտպանություն

Խտրականության բացառման ընդհանուր սկզբունքը, որն ամրագրված է աշխատանքային օրենսգրքում (հոդված 1132-1), պաշտպանում է հղի կանանց: Սակայն այն չի հակադրվում հղի կնոջ հանդեպ աշխատանքային վերաբերմունքի տարբերությանը, եթե դա օրենսդրաբար հիմնավորվում է էական և որոշիչ մասնագիտական պահանջով (աշխատանքային օրենսգրքի հոդված 1133-1): Հղի լինելը չի կարող աշխատանքի ընդունման, պայմանագրի փոփոխության, դադարեցման կամ երկարաժամանակ, փոխհատուցման, վերապատրաստման և այլնի վերաբերյալ որոշման կայացման որոշիչ գործոն լինել: Վեճի դեպքում գործատուն պետք է ապացուցի, որ իր որոշումը խտրական չէ:

Աշխատակցուհին պարտավոր չէ գործատուին հայտնել իր հղիության մասին (բացառությամբ դեպքերի, երբ պահանջում է հղի կանանց պաշտպանության օրինական դրույթների կատարում): Նա իրավունք ունի լռելու: Սակայն լռության այս ժամանակը կարող է համընկնել ժամանակահատվածի հետ, երբ հղիության համար վնասակար ազդեցությունների է ենթարկվում: Գործատուն պարտավոր է հղի աշխատակցուհիներին տեղեկացնել նրանց կրած վտանգներին մասին: Հետևաբար, նրա խնդիրն է բարձրացնել կանանց իրազեկվածությունը հնարավորինս շուտ հղիության մասին հայտնելու անհրաժեշտության վերաբերյալ և տեղեկացնել աշխատանքային պարտավորությունների ժամանակավոր փոփոխության հնարավորության ու արգելված աշխատանքների մասին: Աշխատակցուհուն խորհուրդ է տրվում հղիության մասին հայտնել աշխատանքային հիգիենայի բժշկին, որը պարտավոր է պահպանել մասնագիտական գաղտնիքը:

Գործնականում, հարցման մասնակից՝ աշխատանքը հղիության հետ համադրող կանանց մեծամասնությունը (55%) հղիության ժամանակաշրջանը գնահատում է որպես «ծաղկման» շրջան, մինչդեռ 43%-ն այն համարում է «դժվար ժամանակաշրջան», և 25-34 տարեկանների շրջանում այս համամասնությունը բարձրանում է մինչև 70%: Այս մտավախությունը կարող է հանգեցնել հղիությունը գործատուից որքան հնարավոր է երկար թաքցնելուն՝ վախենալով նրա

արձագանքից: Odoxa ինստիտուտի առցանց հարցման մասնակից կանանց 17%-ը չորսից վեց ամիս հետաձգել է գործատուին հղիության մասին տեղեկացնելը (հարցումն իրականացվել է 2015 թվականին PremUp հիմնադրամի համար 18 տարեկան և բարձր տարիքի 1477 ֆրանսիացիների ներկայացուցչական ընտրանքից՝ 1000 հղի կամ ոչ հղի կին և 477 տղամարդ):

Պարտադիր բժշկական հետազոտությունների համար աշխատանքից բացակայելու թույլտվություն

Աշխատակցուհին օգտվում է աշխատանքից բացակայելու թույլտվությունից բժշկական հսկողության շրջանակում հղիության ընթացքում և ծննդաբերությունից հետո պարտադիր բժշկական հետազոտություններ անցնելու համար: Այս բացակայությունները չեն ենթադրում վարձատրության նվազեցում և հավասարեցվում են փաստացի աշխատանքի ժամանակահատվածին:

Արգելված կամ կանոնակարգված աշխատանքներ

Հղի և կրծքով կերակրող կանանց համար որոշ վնասակար ազդեցություններ արգելված են օրենքով: Դրանք են՝

- գործունեություն կապված կարմրախտով կամ տոքսոպլազմոզով վարակվելու հնարավորության հետ, եթե աշխատակցուհին պատվաստված չէ,
- որոշակի քիմիական նյութերի ազդեցությունը (սյուլթեր, որոնք կանոնակարգով դասակարգվում են որպես վերարտադրողականության համար թունավոր՝ բենզոլ, սնդիկ, կապար),
- որոշակի մակարդակից բարձր իոնացնող ճառագայթման ազդեցությունը:

Մասացած դեպքերում կանոնակարգը նախատեսում է աշխատանքի հարմարեցում: Այսպես՝ գիշերն աշխատող աշխատակցուհին կարող է դիմել, որ հղիության ընթացքում իրեն ցերեկային աշխատանքի տեղափոխեն:

Գիշերային աշխատանքի կամ արգելված աշխատանքների դեպքում, երբ անհնար է հարմարեցնել աշխատատեղը կամ աշխատակցուհուն նշանակել մեկ այլ աշխատանքի՝ մասնագիտական վտանգներից պաշտպանելու նպատակով, նրա պայմանագիրը կասեցվում է, և աշխատակցուհին օգտվում է երաշխավորված վարձատրությունից:

Հղիության և ծննդաբերության արձակուրդի իրավունք

Հղիության և ծննդաբերության արձակուրդը սկսվում է ծննդաբերության սպասվող ամսաթվից վեց շաբաթ առաջ (նախածննդյան արձակուրդ) և տևում ծննդաբերությունից հետո տասը շաբաթ (հետծննդյան արձակուրդ), երբ կինը խնամքին ունի մինչև 2 երեխա կամ 2 ողջ ծնված երեխա (աղյուսակ 4):

Երրորդ երեխայի կամ բազմապտուղ հղիության դեպքում հղիության և ծննդաբերության արձակուրդը երկարում է (աղյուսակ 4 և 5): Հղիության և ծննդաբերության արձակուրդի ձևակերպման համար բժշկական փաստաթուղթ չի պահանջվում:

Պաթոլոգիական հղիության դեպքում մինչև նախածննդյան արձակուրդը կարող է տրվել լրացուցիչ երկշաբաթյա արձակուրդ (առավելագույնը 14 օր՝ անընդմեջ կամ

ԽՆԱՄՅԱԼ ԵՐԵԽԱՆՆԵՐԻ ԹՎԻՑ ԵՆԵԼՈՎ ՄԱՅՐՈՒԹՅԱՆ ԱՐՁԱԿՈՒՐԴԻ ՏԵՎՈՂՈՒԹՅՈՒՆԸ			
Խնամքի տակ եղած երեխաների կամ ողջ ծնվածների թիվը	Նախածննդյան արձակուրդ	Դետծննդյան արձակուրդ	Ընդամենը
0 կամ 1	6 շաբաթ	10 շաբաթ	16 շաբաթ
2 և ավելի	8 շաբաթ	18 շաբաթ	26 շաբաթ

Աղյուսակ 4.

ՀԴԻՈՒԹՅԱՆ ԵՎ ԾՆՆԴԱԲԵՐՈՒԹՅԱՆ ԱՐՁԱԿՈՒՐԴԻ ՏԵՎՈՂՈՒԹՅՈՒՆԸ ԲԱԶՄԱՊՏՈՒՂ ՀԴԻՈՒԹՅԱՆ ԴԵՊՐՈՒՄ			
Ծնվելիք երեխաների թիվը	Նախածննդյան արձակուրդ	Դետծննդյան արձակուրդ	Ընդամենը
2	12 շաբաթ	22 շաբաթ	34 շաբաթ
3 և ավելի	24 շաբաթ	22 շաբաթ	46 շաբաթ

Աղյուսակ 5.

ընդմիջմամբ): Թեև հղիությունների երեք քառորդը պաթոլոգիական չեն, կանանց 72%-ն օգտվում է նախածննդյանից առաջ տրվող պաթոլոգիական հղիության արձակուրդից: 10 կնոջից 1-ը դադարում է աշխատել հղիության առաջին եռամսյակում (ամենորեայի 15-րդ շաբաթից առաջ):

Ծննդաբերության հետ կապված կամ հետծննդյան պաթոլոգիայի դեպքում հղիության և ծննդաբերության արձակուրդի ավարտին կարող է տրվել հետծննդյան պաթոլոգիական արձակուրդ: Այն չի կարող տևել ավելի քան չորս շաբաթ անընդմեջ և Նշանակվում է ընտանեկան բժշկի կամ գինեկոլոգի կողմից՝ ծննդաբերության կամ Նորածնի առողջության հետ կապված խնդիրների հիման վրա:

Նախածննդյան արձակուրդի վեց շաբաթը կարող է կրճատվել առավելագույնը երեք շաբաթով՝ հղի կնոջ խնդրանքով (և եթե հղիությունը վարող բժիշկը կամ մանկաբարձը տալիս է դրական կարծիք), հետծննդյան արձա-

կուրդն այնուհետև, համապատասխանաբար, ավելանում է: Դրան հակառակ, երկու երեխա ունեցող կանանց հղիության և ծննդաբերության արձակուրդը կարող է սկսվել երկու շաբաթ շուտ՝ բժշկի կամ մանկաբարձի որոշմամբ (առավելագույնը 10 շաբաթ ծննդաբերությունից առաջ և 16 շաբաթ՝ հետո):

Հղիության և ծննդաբերության արձակուրդից հետո վերադարձը սկզբնական աշխատանքին երաշխավորված է: Եթե դա հնարավոր չէ, կինն ընդունվում է Նույնատիպ աշխատանքի՝ առնվազն համարժեք վարձատրությամբ: հղիության և ծննդաբերության արձակուրդից վերադառնալուց հետո աշխատանքային հիգիենայի բժշկի այցելությունը սահմանված է կանոնակարգով:

Աշխատակցուհին կարող է իր երեխային կրծքով կերակրել աշխատատեղում՝ այդ նպատակով հատկացված հատուկ տարածքում և տրամադրված ժամանակամիջոցում:

ԱՎԵԼԻՆ ԻՍՏԱՆԱԼՈՒ ՀԱՄԱՐ

- Avis d'experts. Grossesse et travail. Quels sont les risques pour l'enfant à naître ? Sous la direction de D. Lafon. EDP Sciences : les Ulis, 2010.
- Avis de l'AFSSET. Les radiofréquences. Mise à jour de l'expertise relative aux radiofréquences. AFSSET 2009 oct., p. 467.
- Code du travail. www.legifrance.gouv.fr
- Croteau A. L'horaire de travail et ses effets sur les résultats de la grossesse. Méta-analyse et méta-régression. Institut national de santé publique. Québec, 2007.
- DARES. Les expositions aux risques professionnels : les ambiances et contraintes physiques. Résultats SUMER 2003. Paris: DARES; 2006 p. 250. Document d'études n° 115.
- INRS. Demeter : documents pour l'évaluation médicale des produits toxiques vis-à-vis de la reproduction. Disponible sur www.inrs.fr / rubrique bases de données.
- HAS. Comment mieux informer les femmes enceintes ? Recommandations pour les professionnels de santé. Avril 2005.
- HAS. Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées. Argumentaire. Mai 2007.
- HAS. Projet de grossesse : informations, messages de prévention, examens à proposer. Juillet 2009.
- ICRP. Biological effects after prenatal irradiation (embryo and fetus). Publ 90. 2003;1-206.
- Inserm-DREES. Enquête nationale prénatale 2016. [internet]. Disponible sur www.epopé-inserm.fr/wp-content/uploads/2017/11/ENP2016_rapport_complet.pdf
- Organisation for economic cooperation and development. Guidance document on mammalian reproductive toxicity testing and assessment. Paris: OECD Environment, Health and Safety Publications. Series on Testing and Assessment 2008, p. 88. Report n° 43.
- Conso F, Contassot JC, Falcy M, et al. Saliariées enceintes exposées à des substances toxiques pour le développement foetal. Surveillance médicale. Recommandations de la Société française de médecine du travail, nov. 2004. Documents pour le médecin du travail, n° 101, 1er trimestre 2005, 9-21.

Թուրքային հիվանդություն

ԽՆԴԻՐԸ

Ախտորոշել թուրքը:
Իմանալ դեղորայքային և ոչ դեղորայքային բուժման հիմնական սկզբունքները:

Թուրքային (հեմոռոիդային) հանգույցները հետանցքի բնականոն անոթային գոյացություններ են: Տարբերում են արտաքին թուրքային հանգույցներ, որոնք գտնվում են ատամնավոր գծից վար՝ հետանցքային եզրի մաշկի տակ, ստորին հետանցքային զարկերակի վտակներ են, և Ներքին թուրքային հանգույցներ, որոնք գտնվում են հետանցքային խողովակի վերին մասում և հիմնականում վերին հետանցքային զարկերակի վտակներ են:

Ներքին թուրքային հանգույցները դասակարգվում են բաժանված են երեք խրճի՝ բարձրիկների (ծախ, աջ առաջային և աջ հետին), որոնք համապատասխանում են վերին հետանցքային զարկերակի երեք հիմնական ճյուղերին: Դրանց անատոմիական կառուցվածքը ներառում է էպիթելիային ծածկույթը, մկանակապասային հենքային հյուսվածքը և անոթային տարրեր՝ զարկերակ-երակային բերանակցումների հարուստ ցանցի տեսքով:

Ֆիզիոլոգիական դիրքում թուրքային հանգույցները մասնակցում են նուրբ կղապահությանը (կղանք/գազ և պինդ/հեղուկ տարբերակում) և կազմում հանգստի վիճակում հետանցքային խողովակի լարվածության (տոնուսի) 20%-ը:

Թուրքային հիվանդության ախտաձևությունը հստակ սահմանված չէ: Այն ներառում է ինչպես անոթային (անոթային հիպերպլազիա, որը պատասխանատու է հյուսակի ընդարձակման համար), այնպես էլ մեխանիկական գործոններ (շարակցական և մկանային հյուսվածքների քայքայում, որը պատասխանատու է հենքային շարակցական հյուսվածքի գերառաձգականության և անոթային հոսքերի անհավասարակշռության համար):

Թուրքային հիվանդության տարածվածությունը դժվար է գնահատել ինքնաբուժության զգալի մասնաբաժնի պատճառով, որը հանգեցնում է բժշկի չդիմելուն: Գրականության մեջ այն տատանվում է 4,4-86%-ի սահմաններում:

Այս բարորակ ախտահարումն արտահայտվում է մեջքային շարժումների դժվարության զգացումով: Քանի որ դրանք առանձնահատուկ չեն, հարկավոր է դիտարկել որպես թուրքի դրսևորում, եթե կապը հիվանդության հետ ակնհայտ է: Հետևաբար, ախտորոշման համար անհրաժեշտ է կլինիկական գնում:

Արտաքին թուրքային հիվանդությունը դրսևորվում է թրոմբոզների տեսքով, որոնք, երբ մակարդակն անհետանում է, կարող են փոխարինվել հավելյալ մաշկային ծալքերով: Ներքին թուրքը դրսևորվում է ուղիղաղիքային արյուն-

ահոսությամբ (ռեկտոռագիա) և/կամ արտանկմամբ (պրուլապս), ավելի հազվադեպ՝ թրոմբոզով:

Բուժման նպատակն է մեղմել ախտանշանները: Այն կարող է կիրառվել միայն հիվանդի համաձայնությամբ, որը պետք է տեղեկացված լինի ծախողման վտանգի և հնարավոր կողմնակի երևույթների մասին: Թուրքային հիվանդության բուժման կլինիկական պրակտիկայի վերաբերյալ խորհրդատվությունը, որը 2021 թվականին հրատարակել է Կոլոպրոկտոլոգիայի եվրոպական ընկերակցությունը (ԿՊԵԸ, ESCP), պարունակում է թարմացված տեղեկություններ բուժման վերաբերյալ:

Թուրքային հիվանդության ախտորոշումը

Թուրքային հիվանդությունը դրսևորվում է արյունահոսությամբ, արտանկմամբ, ցավով կամ քորով: Այս տարբեր ախտանշանները կարող են լինել մեկուսի կամ կապակցված: Դրանք կարող են համապատասխանել մեկ այլ հիվանդության, ինչը ենթադրում է պրոկտոլոգիական հետազոտություն (պետք է կատարվի ծախ կողմի վրա պառկած կամ, ավելի լավ է, ծունկ-կրծքային դիրքում) հետանցքային եզրի գնում՝ ճառագայթային ծայքերի բացումով (մաշկաբանական ախտահարում, հետանցքի ճմլք, հեղուկի կուտակում, ուռնոց), հիվանդին տեղեկացնելուց հետո՝ հետանցքային, այնուհետև ուղիղաղիքային մատնային գնում (հեղուկի կուտակում, հետանցքի կամ ուղիղ աղու ստորին մասի կասկածելի գոյացություն), ապա՝ հետանցքադիտում (անոսկոպիա), որը հնարավորություն է տալիս տեսազննելու թուրքային հյուսակները: Բուժական վարումն ուղղորդելու համար սովորաբար կիրառվում է Գոլիգերի քառաստիճան անատոմիական դասակարգումը, թեև այն անկատար է ([աղյուսակ](#)):

Ներքին թուրք

Ուղիղաղիքային արյունահոսություններ

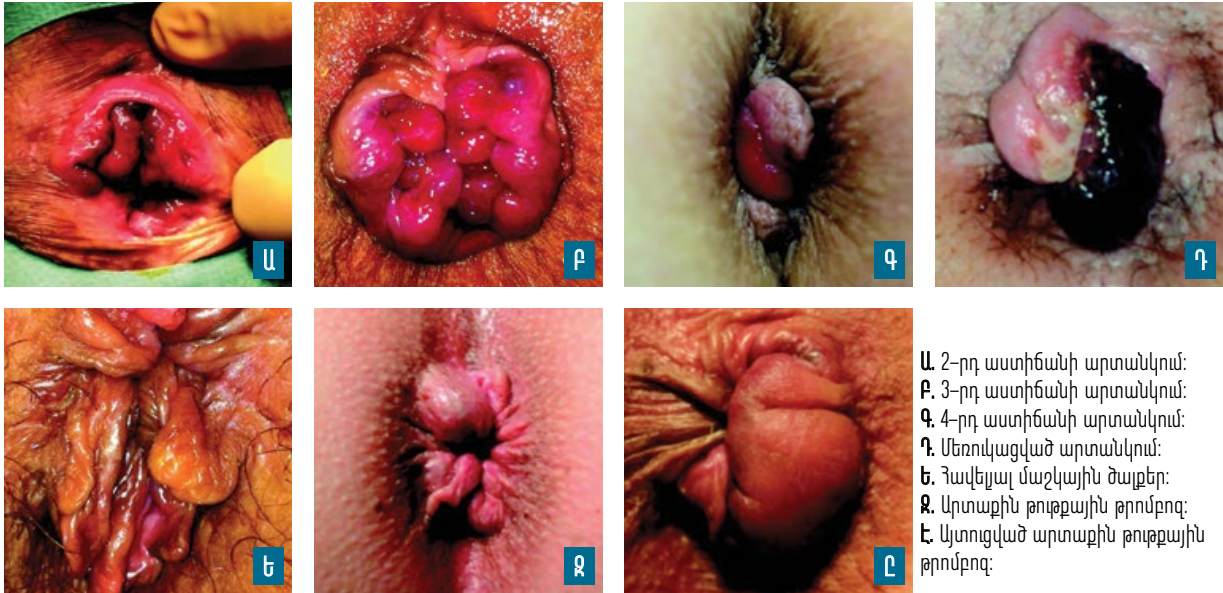
Դրանք անցավ են՝ բաղկացած ալ կարմիր արյունից, որը սովորաբար կաթում է զուգարանակնքի վրա կղազատման ժամանակ: Կարող են լինել ավելի առատ, ծագել գազարձակումից հետո կամ ուղեկցել արտանկումը կղազատման ժամանակ կամ կքանստած դիրքում (այս դեպքում աղտոտվում է ներքնազգեստը): Առատությունից (երբեմն դրան նպաստում են հակամակարդիչ կամ հակազգեստ դեղամիջոցները) և տարիքից կախված դրանք կարող են դառնալ երկաթի անբավարարությամբ սակավարյունության պատճառ:

Արտանկում

Արտանկումը համապատասխանում է հետանցքային բացվածքով ներքին թուրքային հյուսակի դուրս ընկնելուն: Այն կարող է ներառել մեկ կամ մի քանի թուրքային բարձիկներ ([պատկեր 1Ա](#)), լինել շրջանաձև ([պատկեր 1Բ](#)) կամ ուղեկցվել ուղիղ աղու ստորին հատվածի լորձաթաղանթի իջեցմամբ (լորձաթուրքային արտանկում):

Բժիշկ Թիերի Չիգերո
Աղետամոքսաբան, թերապևտ և վիրաբույժ պրոկտոլոգ, Բուսոլեյ, Ֆրանսիա
docteur@higuero-gastro.com

Գեղինակը հայտարարում է, որ այս հրատարակմանը որևէ շահ չի հետապնդում:



Ա. 2-րդ աստիճանի արտանկում:
 Բ. 3-րդ աստիճանի արտանկում:
 Գ. 4-րդ աստիճանի արտանկում:
 Դ. Մեռուկացված արտանկում:
 Ե. Հավելյալ մաշկային ծալքեր:
 Զ. Արտաքին թուփքային թրոմբոզ:
 Է. Այտուցված արտաքին թուփքային թրոմբոզ:

Պատկեր 1. Թուփքային հիվանդություն:

Կանանց դեպքում այն հաճախ ընդգրկում է աջ առաջային բարձիկը ուղիղաղիք-հեշտոցային պատի ավելի արտահայտված թուլության պատճառով (պատկեր 1Գ): Արտանկումը կարող է առաջանալ կղազատման ժամանակ կամ ճիգ գործադրելիս և կարող է ներուղղվել ինքնուրույն կամ ձեռքով: Այն կարող է լինել մշտական և, այդպիսով, պատասխանատու արյունային արտածորման կամ նույնիսկ քրոի հանգեցնող կղանքային աղտոտման համար:

Բացի դրանից՝ երբեմն կարող է արտանկվել գերաճած պտկիկ, որը համապատասխանում է ատամնավոր գծից սկիզբ առնող փոփոխական չափի թեյքավոր (ֆիբրոզային) ուռածության:

ԳՈՒԿԳԵՐԻ ԴՔԱՎԿԱՐԳՈՒՄ	
Մնատոմիական պատկեր	Կլինիկական պատկեր
1-ին աստիճան	Չարտանկված կանգային թուփք
2-րդ աստիճան	Թուփքային հանգուցներն արտանկվում են կղազատման ժամանակ (կամ ճիգ գործադրելիս) և կղանքի անցումից հետո ինքնուրույն ներուղղվում են
3-րդ աստիճան	Թուփքային հանգուցներն արտանկվում են կղազատման ժամանակ (կամ ճիգ գործադրելիս) և ունենում են ձեռքով ներուղղվելու կարիք
4-րդ աստիճան	Մշտապես արտանկված թուփքային հանգուցներ, որոնք ձեռքով հնարավոր չի լինում ներուղղել

Աղյուսակ

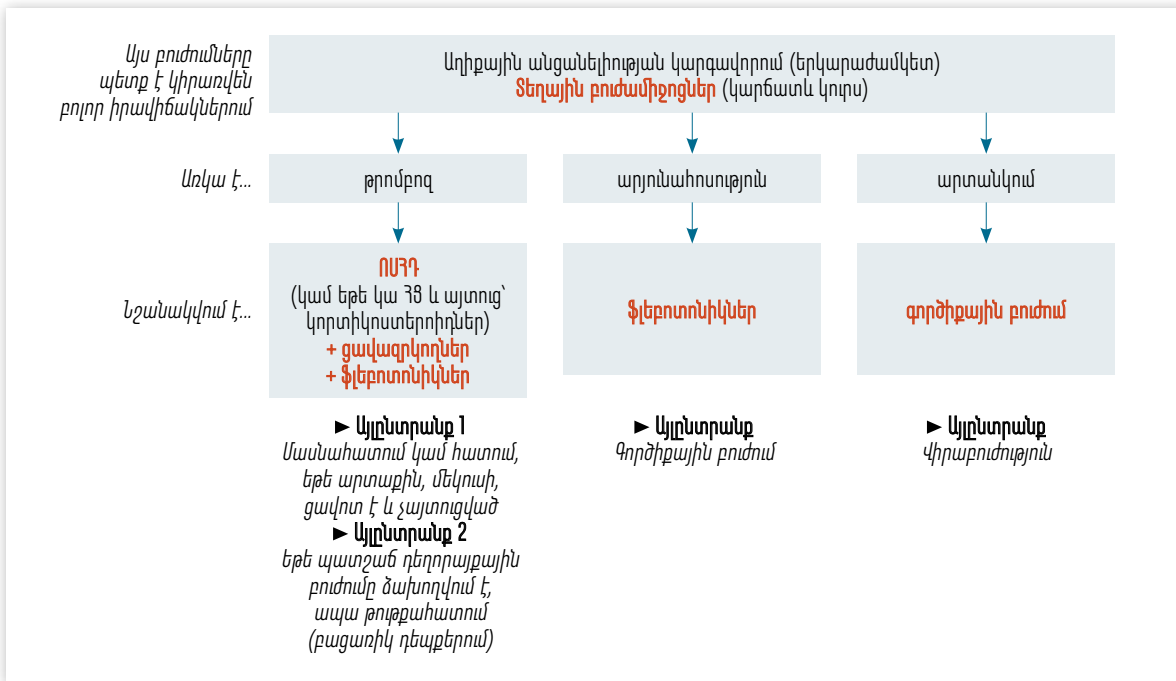
Ցավ

Ներքին թուփքը կարող է դրսևորվել ուռածության, ներհետանցքային ծանրության զգացողությամբ՝ վստահաբար կապված թուփքային հյուսակների արյունականգի հետ: Այս սրացումները կարող են ծագել հատկապես նախադաշտանային շրջանում:

Զգալի ցավ լինում է թուփքային թրոմբոզի ժամանակ: Այն կարող է լինել դուրս չընկած, մշտական ներհետանցքային ցավով և հետանցքին դիպչելիս ցավոտ, կլորավուն, «կապարի հատիկ» հիշեցնող զանգվածի զգացողությամբ (հետանցքադիտման ժամանակ կատարվում): Թուփքային թրոմբոզն ավելի հաճախ լինում է դուրս ընկած, տեղայնացված կամ շրջանաձև՝ ծայրահեղ ցավոտ չներուղղվող արտանկումով, որն ուղեկցվում է մանուշակագույն, նույնիսկ սևավուն երանգով ռեակտիվ այտուցով (պատկեր 1Գ): Հիվանդության հետագա ընթացքը կարող է տանել հետընթացի մնացորդային հավելյալ մաշկային ծալքերի առաջացմամբ (պատկեր 1Ե), կամ գանգրենայի:

Արտաքին թուփք

Միակ դրսևորումը արտաքին թուփքային թրոմբոզն է, որը սահմանվում է արտաքին թուփքային հանգուցների տարածքում մեկ կամ մի քանի թրոմբոզների առկայությամբ: Այն կատարվում, կոշտ, հաճախ (բայց ոչ միշտ) ցավոտ ուռածություն է հետանցքի եզրի մաշկի տակ (պատկեր 1Զ): Երբեմն կարող է ուղեկցվել զգալի այտուցով, որը հասնում է այն աստիճանի, որ քողարկում է թրոմբը (պատկեր 1Է): Ինքնաբերական գարգացումը տեղի է ունենում մի քանի շաբաթում՝ մինչև մակարոնիկի էնուկլեացիան (ուղեկցվելով նվազագույն արյունահոսությամբ) կամ ներծծումը՝ որպես հետևանք թողնելով



Պատկեր 2. Թուրքային հիվանդության բուժում: Հիվանդության ախտորոշումը հաստատվում է կլինիկական զննմամբ, իսկ այլ պատճառները բացառվում են: ՈԱԳԴ ոչ ստերոիդային հակաբորբոքային դեղամիջոցներ, ԴՑ՝ հակացուցում:

հավելյալ մաշկային ծայք: Այդ ծայքերը երբեմն ծավալուն են, խանգարում են հետանցքը մաքրելուն և պատասխանատու են քորի առաջացման ու Նախադաշտանային այտուցների համար:

Թուրքային հիվանդության բուժում

Դեղորայքային բուժում
Տեղային բուժամիջոցներ

Տեղային բուժամիջոցները հասանելի են մոմիկների, կրթաքսուլների կամ քսուլների տեսքով: Կարճաժամկետ արդյունավետությունը 90% է՝ առանց երկարաժամկետ օգտակարության կամ հաստատված կանխարգելիչ ազդեցության:

Տեղային բուժամիջոցները խորհուրդ է տրվում կիրառել թուրքային հիվանդության սուր դրսևորման դեպքում: Չկա որևէ գիտական հետազոտություն, որը հստակորեն հաստատում է տարբեր բաղադրիչների (տեղային կորտիկոստերոիդներ, անզգայացուցիչ, ֆլեբոտոնիկ, փափկեցնող քսանյութ և/կամ մեխանիկական պաշտպանիչ) համապատասխան առավելությունները: Այնուամենայնիվ, այտուցների և բորբոքումների դեպքում (թուրքային թրոմբոզ) օգտակար է համարվում կորտիկոստերոիդներ, իսկ ցավերի դեպքում՝ անզգայացուցիչ պարունակող բուժամիջոցներ նշանակելը:

Համակարգային բուժում

Աղիքային անցանելիության ձևափոխիչները (կղզագատման կարգավորիչներ) կարգավորում են կղանքի կազմությունը կամ հաճախականությունը: Սովորական խորհրդատվության համաձայն՝ դրանք համակցում են սննդային մանրաթելերի բավարար ընդունումը՝ երբեմն բուսական լորձի, օսմոտիկ

լուծողականների կամ տարանցման արգելակիչների ավելացմամբ՝ կախված անցանելիության խանգարումից: Կղզագատման կարգավորումը խորհուրդ է տրվում ներքին և արտաքին թուրքային հիվանդության հետ կապված ախտանշանների դեպքում՝ ինչպես բուժիչ, այնպես էլ կանխարգելիչ նպատակներով:

Սա միակ երկարաժամկետ կանխարգելիչ միջոցն է, որն ունի ապացուցված արդյունավետություն թուրքային ախտանշանների դեպքում: Փորկապությունը թուրքի ամենահաճախակի պատճառ հանդիսացող կղզագատման խանգարումն է, և դրա բուժումը երկարաժամկետ առաջնահերթություն է: Փորլուծության բուժումը, գրգռող կղզագատման թիվը նվազեցնելու համար, նույնքան կարևոր է:

Ֆլեբոտոնիկների կիրառումը հիմնված է ախտաֆիզիոլոգիական հայեցակարգի վրա, որը ներառում է թուրքի անոթային բաղադրիչը: Ակտիվ բաղադրիչներն են դիոսմինը, տրոքսերոտինը, երկբլթակ գինկգոյի (Ginkgo biloba) ածանցյալները, հիդրօքսիէթիլբուտոլոզինը:

Վերջերս հրապարակված երկու մետաֆորոլուծություն ցույց են տվել ֆլեբոտոնիկների դրական ազդեցությունը թուրքային հիվանդության հետ կապված քորի, ուղիղաղիքային արյունահոսությունների և արտածորման նվազեցման առումով: Սակայն կասկած են հարուցում հրապարակված տվյալների նկատմամբ կողմնակալության բացակայությունը (բացասական արդյունքներով փորձարկումների մասին տեղեկության բացակայությունը) և հետազոտված թուրքային հիվանդության տեսակի՝ երբեմն ոչ ճշգրիտ սահմանումը: Ֆլեբոտոնիկները խորհուրդ են տրվում որպես թուրքային հիվանդության սուր դրսևորման (արտանկումից բացի) կարճաժամկետ կիրառման բուժամիջոցներ:

Ոչ ստերոիդային հակաբորբոքային դեղամիջոցները (ՈՍՀԴ) ազդում են ցավի և բորբոքման վրա: Ծայրամասային և կենտրոնական ազդեցության ցավազրկողները (հնարավոր է՝ ՈՍՀԴ-ների հետ զուգակցված) կարող են նշանակվել անբավարար վերահսկվող ցավի դեպքում, իսկ հաբային կորտիկոստերոիդները՝ արտաքին այտուցային թրոմբոզի դեպքում, երբ առկա է ՈՍՀԴ-ների ընդունման հակացուցում:

Գործնականում

Չնայած հրապարակված տվյալների բացակայությանը համակցված նշանակումները գործնականում տարածված են: Թուլության թրոմբոզի դեպքում խորհուրդ է տրվում նշանակել բուժում, որը ներառում է ՈՍՀԴ-ներ, ցավազրկողներ, կղազատման կարգավորիչներ և տեղային բուժամիջոցներ: Ներքին թուլության դեպքում խորհուրդ է տրվում առաջարկել բուժում, որը ներառում է կղազատման կարգավորիչներ և տեղային բուժամիջոցներ, թույլատրվում են նաև ֆլեբոտոնիկներ:

Մասնավոր դեպքեր

Հետանցքի ճաքի դեպքում լուծողականներ և տեղային ազդեցության դեղամիջոցներ համատեղող բուժումը կարող է ապաքինել և՛ ճաքը, և՛ թուլքը: Հետանցքային թարախակաման և բորբոքային կոլիտի դեպքում դրանք բուժումն ավելի առաջնահերթ է, քան թուլքինը:

Հակամակարդիչ, թրոմբոցիտային հակաագրեգանտ կամ իմունաճնշիչ դեղամիջոցների ընդունման դեպքում թուլքային հիվանդության տեղային կամ ընդհանուր բուժումը փոփոխելու կարիք չկա:

Թուլքն ախտահարում է յուրաքանչյուր 5 կնոջից 1-ին ծննդաբերությունից հետո և յուրաքանչյուր 10-ից 1-ին հղիության ընթացքում: Սրանք, ըստ էության, քիչ թե շատ այտուցային արտաքին թուլքային թրոմբոզներ են, որոնք հիմնականում պահանջում են դեղորայքային բուժում: Միայն կղազատման կանոնակարգումն է կարող օգնել նվազեցնել սրացման վտանգը: Արտածին ազդակների տեղեկատու կենտրոնը (ԱՄՏԿ, www.lecrat.org) հղիների կամ կրծքով կերակրող կանանց թույլատրում է օգտագործել տեղային ազդեցության բուժամիջոցներ, պարացետամոլ, լուծողականներ, հաբային կորտիկոստերոիդներ և ֆլեբոտոնիկներ: Այլ բուժումների անհրաժեշտության դեպքում (ՈՍՀԴ, մորֆին, տրամադոլ), հարկավոր է այցելել ԱՄՏԿ-ի կայք՝ համոզվելու համար, որ հակացուցումներ չկան:

Երեխաների դեպքում թուլքը շատ հազվադեպ է հանդիպում: Հատկապես կարևոր է տարբերակիչ ախտորոշումը՝ առաջին հերթին բացառելով հետանցքային ճաքը: Թերևս կարող են նշանակվել տեղային ազդեցության բուժամիջոցներ և լուծողականներ: Թուլքային թրոմբոզի պարագայում (բացառիկ դեպքերում) ցավը վերացնելու համար կարող են կիրառվել ՈՍՀԴ-ներ:

Գործիքային բուժում

Գործիքային բուժում են անվանում քիմիական կամ ֆիզիկական գործընթաց կիրառող մեթոդները, որոնք հնարավորություն են ընձեռում բուժելու ներքին թուլքային հիվանդությունը: Ընդհանուր սկզբունքը ներքին թուլքային հյուսակների գազաթային մասում սպիական ֆիբրոզ առաջացնելն է՝

հետևանքի լորձաթաղանթը դրա տակ գտնվող մկանային հարթության վրա ֆիքսելու և վերին հետանցքային զարկերակից ծագող ենթալորձային անոթային ցանցը արգելափակելու համար: Միջոցները լինում են քիմիական (սկլերոզացնող ներարկումներ, որոնք ներկայումս Ֆրանսիայում անհնար են անհրաժեշտ հումքի վաճառքի դադարեցման պատճառով), ջերմային (ինֆրակարմիր լուսամակարդում (ֆոտոկոագուլյացիա), երկբևեռ էլեկտրամակարդում (էլեկտրակոագուլյացիա), կրիոթերապիա) և մեխանիկական (առաձգական անոթակապում): Ըստ էության, վերջինն ապահովում է նաև լորձաթուլքային արտանկման նվազում:

Ինֆրակարմիր լուսամակարդում

Ինֆրակարմիր լուսամակարդումը խորհուրդ է տրվում 1-ին և 2-րդ աստիճանի թուլքային հիվանդությանը պայմանավորված արյունահոսությունների դեպքում՝ դեղորայքային բուժման ձախողումից հետո: Կարճաժամկետ կտրվածքով ախտանշաններն անհետանում կամ մեղմանում են դեպքերի 70-90%-ում, իսկ 1 տարվա կտրվածքով այդ թիվն իջնում է 40%-ի: Կողմնակի երևույթներն աննշան են (անցողիկ ստաճություն, չափավոր ցավ, ուղիղաղիքային նվազագույն արյունահոսություն, շճարյունային արտածորում):

Առաձգական անոթակապում

Առաձգական անոթակապումը խորհուրդ է տրվում ուղիղաղիքային արյունահոսությունների և չափավոր թուլքային արտանկման կամ միայն մեկ բարձիկով սահմանափակվող 2-րդ կամ 3-րդ աստիճանի ներքին թուլքի դեպքում:

Առանց արտանկման ուղիղաղիքային արյունահոսությունների դեպքում առաձգական անոթակապումը պետք է առաջարկել միայն որպես երկրորդ շարքի միջոց (ինֆրակարմիր լուսամակարդման ձախողումից հետո), որը տալիս է համեմատելի արդյունքներ, ավելի քիչ կողմնակի երևույթներ և բարդություններ:

Կարճաժամկետ կտրվածքով և 3 տարի շարունակ դիտարկվում է ախտանշանների անհետացում կամ մեղմացում դեպքերի 70-90%-ում:

Ոչ նշանակալի կողմնակի երևույթներ շատ հաճախ են հանդիպում (թույլ արտահայտված ցավ և/կամ ուղիղաղիքային արյունահոսություն, վազովազալ ուշագնացություն), և հնարավոր են բարդություններ (ներքին կամ արտաքին թուլքային թրոմբոզ, դիզուրիա, սաստիկ ցավ, հարիետանցքային թարախակույտ, ծանր արյունահոսություն, կոնքային ցելյուլիտ):

Սկլերոզացնող ներարկումներ

Սկլերոզացնող ներարկումներ խորհուրդ են տրվում 1-ին և 2-րդ աստիճանի թուլքային հիվանդությանը պայմանավորված արյունահոսությունների դեպքում՝ դեղորայքային բուժման ձախողումից հետո: Կարճաժամկետ կտրվածքով ախտանշաններն անհետանում կամ մեղմանում են դեպքերի 70-90%-ում, իսկ 2 տարվա կտրվածքով այդ թիվն իջնում է 28%-ի: Ծանր բարդություններ և հետևանքներ հազվադեպ են լինում (չափավոր ցավ, ուղիղաղիքային նվազագույն արյունահոսություն, արտածորում, ծանր վարակային բարդություններ):

Մասնավոր դեպքեր

Աղիների ակտիվ բորբոքային հիվանդությունը և հետանցք-
զեքային թարախակալումը հակացուցումներ են գործիքա-
յին բուժման համար: Հիվանդության և ծանր իմունաճնշման
դեպքում առաձգական անոթակալումը և սկզբնական
ներարկումները հակացուցված են: Հիվանդության պատշաճ
վարման հանձնառությունների համաձայն գործիքային բուժ-
ման դեպքում արյունահոսելու վտանգը փոքր է: Ուստի աս-
պիրինի օգտագործումը դադարեցնելու կարիք չկա: Հակա-
մակարդիչները, թրոմբոցիտային հակաագրեգանտները,
այլ դեղամիջոցները և արյան մակարդելիության ծանր խն-
գարումը (կոագուլոպաթիա) մեծացնում են արյունահոսու-
թյան վտանգը:

Բուժման գործիքային այլ եղանակներ

Գրականության տվյալների անբավարար տարածումը և
սակավորությունը հնարավորություն է տալիս ճշգրտորեն
գնահատելու օպտիմալ մեղմացման արդյունավետու-
թյունը կամ կողմնակի երևույթների հաճախականությունը:

Կրիոթերապիան լորձաթաղանթային հյուսվածքի մեռուկա-
ցում ստանալու համար կիրառում է սառի գործոնը: Կողմնա-
կի երևույթները հաճախակի են՝ սառը գործոնի կողմից հա-
րուցված խորքային օպտիմալ մեղմացման ոչ ճշգրտության
հետ. գրեթե մշտական հետանցքային արտածորում, ցավ,
ուղիղաղիքային արտահայտված արյունահոսություն:

Երկբևեռ էլեկտրամակարդման արդյունավետությունն
արյունահոսությունների դեպքում համեմատելի է ինֆրա-
կարմիր լուսամակարդման արդյունավետության հետ, բայց
ավելի փոքր է, քան առաձգական անոթակալմանը, և կան
կողմնակի երևույթներ ու ավելի նշանակալի բարդություններ:

Վիրահատական բուժում

Վիրահատական բուժումը ցուցված է դեղորայքային և/կամ
գործիքային բուժման ձախողման դեպքում: Երբեմն այն կա-
րող է ցուցված լինել հենց ամենասկզբում: Երեք հիմնական
մեթոդներն են՝ ոտիկային թուրքահատումը՝ էտալոնային
մեթոդը, շրջանաձև ամրակարված թուրքաձգումը (հեմո-
ռոիդոպեքսիան) և դոպլեր հսկողությամբ զարկերակա-
կալումը՝ լորձաթաղանթաձգման (մուկոպեքսիայի) հետ
համակցված կամ առանց դրա (սվազ միջամտական այլ-
ընտրանք):

Ոտիկային թուրքահատում

Իրականացվում է թուրքային հյուսվածքի մասնահատում
զարկերակային երեք անատոմիական առանցքներով՝ վի-
րահատական վերքերի միջև մաշկալորձաթաղանթային
կամրջակների պահպանմամբ: Գոյություն ունեն տեխնիկա-
կան տարբերակներ՝ կախված կամրջակների մշակումից,
հետին լորձաթաղանթային անոպլաստիկայի ավելացումից,
վիրահատական վերքերի մշակման եղանակից, որոնք կա-
րելի է փակել կամ բաց թողնել:

Ոտիկային թուրքահատում կարելի է խորհուրդ տալ թուր-
քային հիվանդության ցանկացած աստիճանի դեպքում: Այն
կարող է ցուցված լինել ի սկզբանե սուր բարդության (գեր-
ցավոտ և/կամ մեռուկային պոլիթրոմբոզ, որը չի ենթարկ-
վում դեղորայքային բուժման), ծանր սակավարյունության և
4-րդ աստիճանի թուրքային հիվանդության դեպքում:

Արդյունավետ է թուրքային հիվանդության հետ կապված
բոլոր տիպի դրսևորումների դեպքում (թրոմբոզներ, ար-
տանկում, արյունահոսություն):

Ամենատարածված բարդությունը հետվիրահատական
ցավն է, որը հարկավոր է տարբերակել առաջին կղազատ-
ման ժամանակ ծագող ցավից: Այն հիմնականում նվազում
է մինչև 24 ժամը շքային կյարդերի ներսփռանքի կամ պա-
շարման շնորհիվ, որոնք իրականացվում են միջամտության
սկզբում՝ երկարատև կիսադուրսբերման պարբերությամբ
անզայացնող դեղամիջոցներով: Մյուս բարդություններն
են՝ կղանքային խցանումը (ֆեկալոմա, 2%), միզարգելու-
թյունը (0,5%-53% դեպքերում պահանջվում է միզուղիների
կաթետերացում), տեղային թարախակալումները (0,5%),
հավելյալ մաշկային ծալքերը (1-21%), դանդաղ սպիացումը,
արյունահոսությունը (8,5%, արյունականգի կարիք լինում է
մինչև 4% դեպքերում) և, բացառիկ դեպքերում, Ֆուրնիիի
զանգրեման:

Հնարավոր հետևանքներն են՝ հետանցքի նեղացումը
(մինչև 4%), հետանցքային անպահությունը (2-12% մասնա-
վորապես անզայացապահություն, երբեմն էլ՝ հեղուկ կղանքի),
արտածորումը:

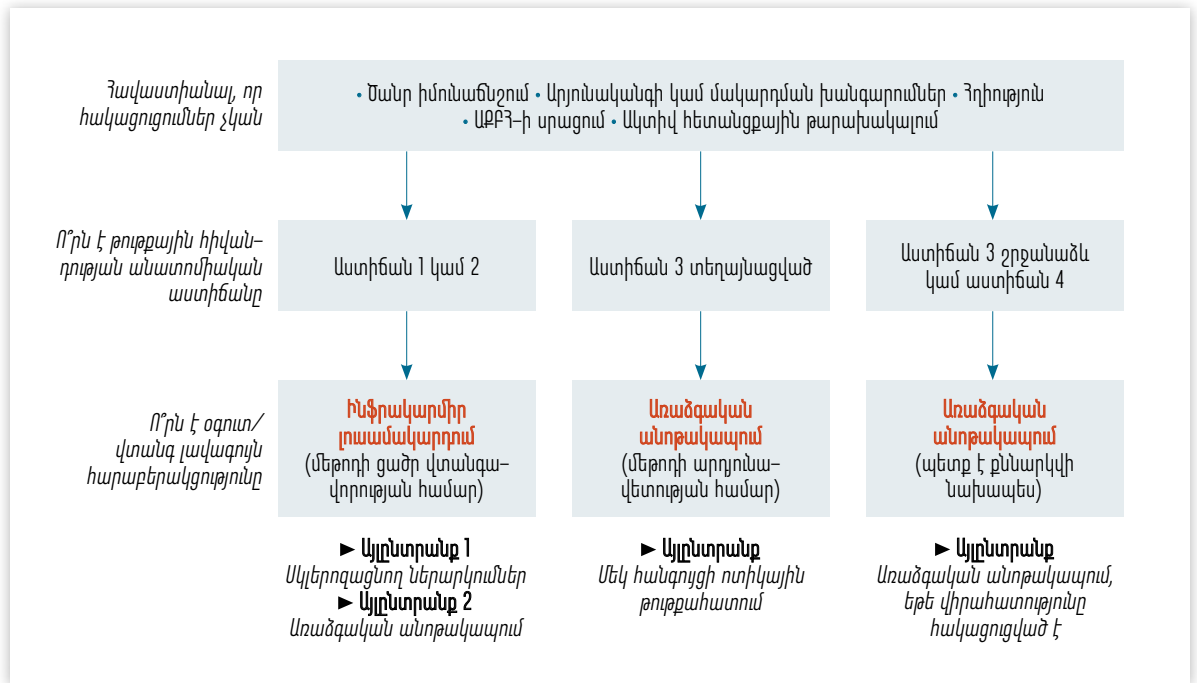
Թուրքի վիրահատությունը հղիության ընթացքում և ան-
միջապես հետծննդյան շրջանում պետք է իրականացնել



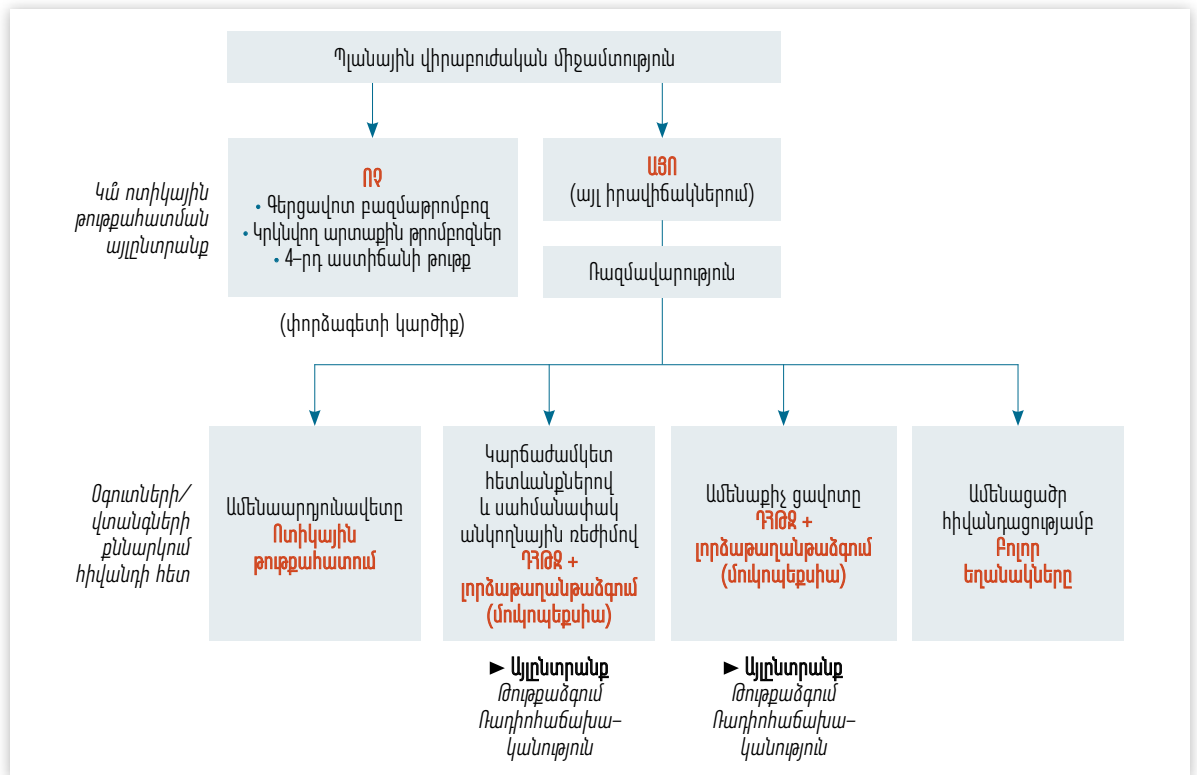
Թուրքային հիվանդություն

ՀԻՇԵԼ

- Թուրքը տարածված հիվանդություն է և դրսևորվում է կլինիկական զննում
պահանջող սովորական օպտիմալ մեղմացման դեպքում: Հարկ է տարբերել ներքին թուրքա-
յին հիվանդությունը և արտաքին թուրքային հիվանդությունը, որոնց բուժումը
կարող է տարբեր լինել:
- Կղազատման կարգավորումը բարենպաստ ազդեցություն է թողնում արյու-
նահոսության և օպտիմալ մեղմացման կրկնության նվազման վրա: Թուրքային հի-
վանդության սուր դրսևորման դեպքում կարճաժամկետ բուժման համար կարող
են կիրառվել տեղային ազդեցության բուժամիջոցներ և ֆլեբոտոնիկներ:
- Ինֆրակարմիր լուսամակարդումն իր հարաբերական անվտանգության
շնորհիվ կարող է լինել առաջին շարքի բուժում չարտանկված արյունահոսող
թուրքի դեպքում: Չափավոր կամ տեղայնացված թուրքային արտանկման
դեպքում նախքան վիրահատություն առաջարկելը կարելի է խորհուրդ տալ
անոթակալում:
- Հիվանդին հարկավոր է ազնվորեն իրազեկել այլընտրանքային վիրաբուժա-
կան միջամտությունների մասին, և նա կարող է մասնակցել մեթոդի ընտրությանը:
Ընդամին, որոշումը, ի վերջո կայացնում է վիրաբույժը:
- Ոտիկային թուրքահատում խորհուրդ է տրվում անկախ թուրքային
հիվանդության աստիճանից: Այն կարող է անհապաղ ցուցված լինել սուր
բարդությունների, ծանր սակավարյունության և 4-րդ աստիճանի թուրքային
հիվանդության դեպքում:
- 2-րդ և 3-րդ աստիճանի թուրքային հիվանդության դեպքում առաջարկվում
է դոպլեր հսկողությամբ զարկերակակալում և շրջանաձև ամրակարված
թուրքաձգում:



Պատկեր 3. Թուքքային հիվանդության գործիքային բուժում: Առկա է քրոնիկական և կրկնվող ներքին թուքքային հիվանդություն, որը չի վերահսկվում դեղորայքային բուժմամբ (կղազատման կարգավորիչներ և ֆլեբոտոնիկներ): ԱԲԲ՝ աղիների քրոնիկական բորբոքային հիվանդություն:



Պատկեր 4. Թուքքային հիվանդության վիրահատական բուժում: Առկա է քրոնիկական հաջմող թուքքային հիվանդություն, որի համար գործիքային բուժումներն անարդյունավետ են կամ խորհուրդ չեն տրվում: ԴԴՁ՝ դոպլեր հսկողությամբ թուքքային զարկերակակապում:

ծանր բարդությունների դեպքում (գերցավուտ և/կամ մե-
ռուկային թրոմբոզ, սուր սակավարյունություն), որոնք չեն
ենթարկվում դեղորայքային բուժման, որը մնում է որպես
առաջին շարքի բուժում:

Քրոնիկական բորբոքային հիվանդությունների ժամա-
նակ վիրահատությունն պետք է առաջարկել միայն ծայրահեղ
դեպքում և միայն ոչ ակտիվ փուլում, խորացող հետանցքա-
ուղիղաղիքային ախտահարման և թարախակալման բա-
ցակայության պայմաններում՝ նախապատվությունը տալով
մեկ հանգույցի ոտիկային թուրքահատման միջամտությանը:

Հակառեոտրոփիրուսային բուժման ներկայիս առաջըն-
թացը հնարավոր է դարձնում հարկ եղած դեպքում թուր-
քահատում կատարել լավ ընդհանուր վիճակում գտնվող
ՄԻԱՎ-ով վարակված հիվանդների մոտ: Գրականության
մեջ չկան տվյալներ իմունային անբավարարությամբ հի-
վանդների վերաբերյալ:

Հակամակարոնիկների և թրոմբոցիտային հակաագրե-
գանտների դեղամիջոցների կիրառմամբ հետանցքային
վիրահատությունից հետո արյունահոսության վտանգը հար-
կավոր է մշտապես համակշռել հակամակարոնիկների ըն-
դունման դադարեցման հետ կապված սիրտ-անոթային
վտանգի հետ: Թուրքահատումը չափավոր վտանգավորու-
թյան միջամտություն է, որը կարելի է իրականացնել ասպի-
րինով բուժումը շարունակելու պարագայում, եթե դա պա-
հանջում է սրտաբանական վիճակը:

**Շրջանաձև ամրակարված թուրքածզում (հեմոռոիդ-
պեքսիա) կամ հետանցքածզում (անոպեքսիա)**

Սա ներքին թուրքային հանգույցների գագաթի լորձաթա-
ղանթի շրջանաձև օձիքի հեռացում է մեխանիկական աք-
ցանով, որը մասնահատում է և միաժամանակ ամրակարի-
չով (ստեպլերով) միջլորձաթաղանթային շրջանաձև կար
է դնում:

Շրջանաձև ամրակարված թուրքածզումը թուրքահատ-
ման այլընտրանք է 2-րդ և 3-րդ աստիճանի ներքին թուր-
քային ախտանշանային հիվանդության համար: Գործողու-
թյան մեխանիզմի պատճառով այն ցուցված չէ արտաքին
թուրքի համար:

Համեմատած սովորական թուրքահատման հետ թուր-
քածզումը, ընդհանուր առմամբ, երկարաժամկետ կտրված-
քով ավելի շատ ախտանիշների է հանգեցնում, քան թուր-
քահատումը: Շրջանաձև ամրակարված թուրքածզումից
հետո արտանկման կրկնության հարաբերական վտանգը
երկարատև հսկողության պայմաններում տատանվում է
3-5-ի սահմաններում:

Ինչպես անմիջապես (միզարգելություն, թրոմբոզ, ար-
յունահոսություն), այնպես էլ ուշ ի հայտ եկող (հետանցքի
նեղացում, անպահություն, անհետաձգելի իրավիճակներ)
բարդությունների ընդհանուր և տեսակարար քանակները
նույնական են ոտիկային թուրքահատման և շրջանաձև
թուրքածզման դեպքում: Թուրքածզումից հետո վաղ հետ-
վիրահատական ցավն ավելի քիչ է արտահայտված, քան
թուրքահատումից հետո:

Գոյություն ունեն բացառապես թուրքածզմանը բնորոշ
բարդություններ, որոնց մասին պետք է տեղյակ լինել ուղիղ
աղու թափածակում, հարուղիղաղիքային արյունակույտ,
որը պահանջում է անհապաղ վիրահատություն:

Կիրառվող եղանակից անկախ՝ անհրաժեշտ է հարգել
թուրքային վիրաբուժության սովորական կանոնները հղի-
ների, իմունային անբավարարությամբ, աղիների բորբոքա-
յին հիվանդությամբ, արյան մակարդման խանգարումնե-
րով, ինչպես նաև մակարդման վրա ազդող բուժում ստացող
հիվանդների համար:

**Դոպլեր հսկողությամբ թուրքային
զարկերակակապում՝ զուգակցված
լորձաթաղանթածզման (մուկոպեքսիայի) հետ
(DGHAL - Doppler-guided hemorrhoidal artery ligation)**

Զարկերակակապման նպատակը թուրքային հանգույցների
«պագարկերակացում» է՝ ընտրովի նվազեցնելով թուր-
քային հյուսակների զարկերակային հոսքը: Այն հիմնականում
զուգակցվում է լորձաթաղանթածզման կամ ուղիղաղիք-
հետանցքային վերականգման (rectoanal repair, RAR) հետ,
որն ամրակայում է արտանկված թուրքային հյուսակը: Թուր-
քային հանգույցները հեռացնելու փոխարեն այս դեպքում
նվազեցվում է դրանց չափը, և հետանցքային խողովակում
վերականգնվում է թուրքային հյուսակների անատոմիական
փոխկապակցվածությունը:

Խրոհուրդ է տրվում 2-րդ և 3-րդ աստիճանի ներքին թուր-
քային ախտանշանային հիվանդության դեպքում: Լորձա-
թաղանթածզում/զարկերակակապում համակցությու-
նը, կարճաժամկետ և երկարաժամկետ կտրվածքներով,
արտանկման և ուղիղաղիքային արյունահոսությունների
ժամանակ ավելի լավ արդյունքներ է տալիս, քան միայն
անոթակապումը:

Գործողության մեխանիզմի պատճառով այն ցուցված
չէ արտաքին թուրքի դեպքում:

Դրական արդյունք ձեռք է բերվում 10 բուժամուկից գրե-
թե 9-ի մոտ՝ մեկ տարվա կտրվածքով, և 4-ից 3-ի մոտ՝ հիևզ
տարվա կտրվածքով: Արտանկման կրկնությունն ավելի
հաճախ հանդիպում է 3-րդ և հատկապես 4-րդ աստիճանի
թուրքային հիվանդության դեպքում:

Մեկ տարի անց արդյունավետությունը համեմատելի է
լինում փակ թուրքահատման հետ՝ ավելի լավ հետվիրա-
հատական տանելիությամբ, ստացիոնար բուժման ավե-
լի կարճ տևողությամբ և ակտիվ կյանքի ավելի արագ
վերականգմամբ: Դոպլեր հսկողությամբ զարկերակակա-
պման արդյունավետությունը արտանկմանը հարմարեցված
լորձաթաղանթածզման հետ համատեղ, նման է շրջանաձև
ամրակարված հետանցքածզմանը, և դրա հետևանքներն
ավելի թեթև են:

Անմիջապես ի հայտ եկող բարդությունները հիմնակա-
նում աննշան են (արյունահոսություն, ցավ, թրոմբոզ, դժվա-
րակողություն, միզարգելություն): Ուշ ի հայտ եկող բարդությու-
նները հազվադեպ են (թուրքային թրոմբոզ, հետանցքի ճաք):

Միևնույն ցուցումների պարագայում զարկերակակա-
պման, ըստ էության, ավելի նախընտրելի է, քան հետանց-
քածզումը:

Կիրառվող եղանակից անկախ՝ անհրաժեշտ է հարգել
թուրքային վիրաբուժության սովորական կանոնները հղի-
ների, իմունային անբավարարությամբ, աղիների բորբոքա-
յին հիվանդությամբ, արյան մակարդման խանգարումներով,
ինչպես նաև մակարդման վրա ազդող բուժում ստացող
հիվանդների համար:

Ռադիոհաճախականություն

Ռադիոհաճախականության նպատակն է ներքին թուրքային ցանց ցանց մտցված ռադիոհաճախականության զոնդից հաղորդվող ջերմության ազդեցությամբ մակարդելիությունն ապահովելու շնորհիվ քայքայել թուրքային անոթային ցանցը:

Կիրառվում է 2-րդ և 3-րդ աստիճանի ներքին թուրքային փխտանշանային հիվանդության դեպքում: Գործողության մեխանիզմի պատճառով անարդյունավետ է արտաքին թուրքային հիվանդության դեպքում:

Ռադիոհաճախականությունը վերջերս է սկսել կիրառվել վերոհիշյալ ցուցումով, և առայժմ հրապարակումները քիչ են, սակայն արդյունքները հուսադրող են:

Այն գնահատվել է թուրքային արյունահոսության և թուրքային արտանկման կառավարման համար: Միակ առաջահայաց ռանդոմացված փորձարկումը, որը համեմատել է ռադիոհաճախականությունը և թուրքահատումը, արձանագրել է զգալիորեն ավելի լավ արդյունքներ հոգուտ նվազ միջամտական եղանակի՝ կապված ստացիոնար բուժման տևողության, հետվիրահատական ցավի, վերքերի սպիացման և բնականոն գործունեության վերսկսման հետ: Վերջերս հրապարակված ֆրանսիական հետազոտող աշխատությունը ցույց է տվել, որ հինգ տարվա կտրվածքով փխտակրկնություն է արձանագրվել 5 հիվանդից 1-ի դեպքում,

սակայն ընդհանուր բարելավման զգացողությունը եղել է այնպիսին, որ վիրահատվողների 92%-ը կրկին կցանկանար վիրահատվել միևնույն եղանակով:

Բարդություններն աննշան են, հազվադեպ և առավել հաճախ բուժվում են դեղորայքով: Դրանք են՝ միզարգելություն (2,2%), անմիջապես կամ ուշ ի հայտ եկող արյունահոսություն (1-8%), թրմբոզ (10%), նեղացում (0,7%) և անցողիկ անգագապահություն (0,1%): Կարող է առաջանալ կղելու կեղծ ցանկություն, որը բարելավվում է համապատասխան բուժման դեպքում:

Ռադիոհաճախականությունը, վստահաբար, տեղ կգտնի հերթական խորհրդատվական փաստաթղթերում, եթե այս նախնական արդյունքները հաստատվեն:

Վարման ալգորիթմներ

(պատկեր 2-4)

Եթե փխտանշանները դրդում են բուժման, անատոմիական աստիճանը սահմանում է բուժման ընտրությունը: Ներկայումս բուժման, մասնավորապես՝ վիրահատության որոշում կայացնելիս կարևորվում է նաև հիվանդի ընտրությունը ամենաարդյունավետ, ամենաանցավ կամ բնականոն կյանքին վերադառնալու ամենաարագ հնարավորությունը տվող մեթոդի միջև:



Santé Arménie

Soigner, former et bâtir en Arménie

Քանի՞ կնոջ անուն է պահպանվել բժշկության պատմության մեջ: Թվում է՝ հաշվելը դժվար չի լինի՝ երկու ձեռքի մատները բավարար են: Մինչդեռ ավելի խոր ուսումնասիրությունը ցույց է տալիս, որ կանայք մշտապես ներկա են եղել բժշկության ասպարեզում, սակայն կասկածից վեր է, որ միտումնավոր թե ոչ, նրանց դերը նվազեցվել, նույնիսկ մոռացության է մատնվել:

ԿԻՆ ԲԺԻՇԿՆԵՐԻ ՊԱՏՄՈՒԹՅՈՒՆԸ (մաս առաջին)

Կանայք, անտարակույս, իրենց հետքն են թողել բժշկության պատմության մեջ՝ անկախ հանգամանքից՝ պահպանվել են նրանց անունները թե ոչ: Կին բժիշկների մասին պատմության այս առաջին մասն ընդգրկում է նախապատմական ժամանակներից մինչև միջնադար հասնող շրջանը՝ ընդգծելով, որ թեև նրանց տեղը, որպես բժշկի, միշտ չէ, որ հեշտությամբ է տրվել (ուղեկցված առաջխաղացումներով և հետընթացներով), սակայն կամքի ուժի և համառության շնորհիվ կանայք կարողացել են տիրապետել մասնագիտությանը:

Առաջին քայլերը. էմպիրիզմի և մոգության միջև

Հնադարյան դամբարանների ուսումնասիրությունը մասնագետներին հանգեցրել է այն համոզմունքին, որ, սկսած հին քարիդարյան ժամանակներից, կանայք գերիշխող դեր են ունեցել հիվանդների խնամքի և ապաքինման բնագավառներում: Նախապատմական ժամանակաշրջանում առաջնակարգ և բացառիկ դեր է բաժին ընկել հեքիմ-ծիսակատար կանանց: Բուժիչ խոտեր հավաքողի գործունեության արդյունքում այդ կանանց վերագրել են այն բարերար կամ կորստաբեր ուժը, որ ունեին նրանց հավաքած խոտաբույսերը մարդկանց բուժելու համար^{1,2}: Այսպես՝ հին դամբարաններում՝ կանանց կմախքների կողքին, հայտնաբերվել են ջրասամույրի մորթուց (անջրանցիկ) պարկեր, որոնց տարբեր խորշերում դեռևս պահպանվել էին բուժիչ հատկություններ ունեցող սերմեր կամ բույսեր: Ինչ վերաբերում է հղիության և ծննդաբերության ընթացքում այս «բժշկուհիների» դերին, ապա այն որևէ մեկի մոտ կասկած չի հարուցում:

Սակայն փորձի վրա հիմնված էմպիրիկ բժշկության կողքին ամբողջ նախապատմական ժամանակաշրջանում գերիշխող է եղել մոգական երևույթների դերը, և գերբնական ուժերի հետ կապի մեջ մտնելու՝ շամանների (տղամարդ թե կին) ունակությունը դիտարկվել է որպես էական գործության նշան: Բայց նոր քարիդարյան շրջանում նստակյաց հասարակությունների ձևավորումից սկսած՝ այս իշխանությունն աստճանաբար անցել է տարբեր կրոնների քահանաներին:

Խնամքի համակարգի կազմակերպումը

Անտիկ աշխարհում ի հայտ եկած գրավոր աղբյուրները մեզ հնարավորություն են տալիս ավելի լավ պատկերացնելու էմպիրիզմի և մոգության միջև զարգացող այս ընթացքը: Այսպես՝ հին Եգիպտոսում բժշկելու մենաշնորհ ունեին Սեխմեթի (ամյուծի գլխով հզոր, վտանգավոր և ահարկու աստվածուհի, որը նաև տիրապետում էր բժշկելու գործունեությանը) քուրմ-բժիշկները: Սակայն համակարգը սունուների՝ անվճար խորհրդատվություն իրականացնող բժիշկ-թերապևտների միջոցով խնամքից օգտվելու հնարավորություն էր տալիս նաև ամբողջ բնակչությանը: Պեսեշետ³ անունով մի կին, որն ապրել է Ք.ա. 2400-ականներին (IV դինաստիայի օրոք), եղել է իր ժամանակի կին բժիշկների ղեկավարը՝ ըստ նրա հայտնաբերված քարակոթողի արձանագրության: Սա ցույց է տալիս, որ հին Եգիպտոսում կանայք լրջորեն զբաղվում էին բժշկությամբ:

Բժշկություն ուսանելու իրավունքի վերանվաճումը

Հին Հունաստանում նվազ հանդուրժողությամբ էին վերաբերվում այն կանանց, որոնք ցանկանում էին ուսում ստանալ և բժշկությամբ զբաղվել: Նրանց պարզապես արգելված էին կրթությունը և մասնագիտական գործունեությունը: Ինքը՝ Հիպոկրատը, համարում էր, որ կանանց դերը կարող է սահմանափակվել միայն ծննդօգնությամբ⁴:

Այստեղ հարկ է անդրադառնալ Ագնոդիկե Աթենացու պատմությանը (Ք.ա. 300-ական թվականներ)⁵: Ագնոդիկեն Աթենքի բարձրաշխարհիկ խավից էր, երագում էր բժիշկ դառնալ... Տարօրինակ երգանքն աթենացի աղջկա համար, քանի որ կանանց առջև կրթության դռները փակ էին: Սակայն Ագնոդիկեն չի հրաժարվում իր առջև դրած նպատակից՝ ինքը բժիշկ է լինելու և երգանքին հասնելու համար միջոցներ կգտնի: Մի օր նա այդ մասին խոսում է հոր հետ. «Հայր, քանի որ այս երկրում միայն տղաները կարող են ուսում ստանալ, ես կծպտվեմ և տղա կձևանամ»: Ագնոդիկեն տղայի կերպարանք է ընդունում՝ դառնալով հմայիչ երիտասարդ, թերևս՝ փոքր-ինչ նուրբ դիմագծերով, սակայն հին Հունաստանում այս հանգամանքը արտառոց չէր ընկալվում,

ժան-Նոել Ֆարիզի-Սիտե համալսարանի պատվավոր պրոֆեսոր, ժորժ Պոմպիդու եվրոպական հիվանդանոցի սիրտ-անոթային վիրաբուժության բաժանմունքի նախկին վարիչ, վիրաբուժության ակադեմիայի անդամ, Բժշկական ակադեմիայի թղթակից անդամ, Փարիզի բժիշկների միաբանության շրջանային խորհրդի անդամ
Institut.histmed@gmail.com

ԲԱՅԱՅԱՅՏԵԼ ԿԻՆ ԲԺԻՇԿՆԵՐԻ ՊԱՏՄՈՒԹՅՈՒՆԸ (I)

նույնիսկ հակառակը: «Դու չես կարող ուսանել Աթենքում, որտեղ մեզ լավ ճանաչում են,- ասում է հայրը: - Սակայն ես կապվել եմ մեր ժամանակների լավագույն բժշկի հետ, որը դասավանդում է Ալեքսանդրիայում: Նրա անունը Յերոֆիլ է, և նա սպասում է իմ որդի Միլտիադեսին: Եթե որդիս արժանի թեկնածու լինի, ապա Յերոֆիլը պատրաստ է նրան ուսուցանել»: Կարծեցյալ Միլտիադեսն ուսումնառության ընթացքում այնքան է տարվում գինեկոլոգիայի ոլորտով, որ մի քանի տարի անց դպրոցն ավարտում է ամանաբարձր առաջադիմություն ունեցողի ուսանողի կարգավիճակում: Այսպիսով, վերադառնալով Աթենք, Ազևոդիկեն իրեն նվիրում է ծննդօգնությանը և կանանց խնամքին: Հաջողությունը հսկայական է՝ կանայք վստահում են լավագույն մասնագետի մոտ ուսանած երիտասարդ, գեղեցկադեմ բժշկին, որը գիտե՞ ինչպես խոսել հիվանդների հետ, հասկանում է նրանց, և որի տաղանդը հավասարազոր է համեստությանը: Շուտով Միլտիադեսի համբավը տարածվում է քաղաքի պարիսպներից անդին, և նա այցելուներ է ունենում Պելոպոնեսի տարբեր անկյուններից: Այնքան շատ, որ նրան նախանձող գործընկերները (Աթենքում արդեն կային այդպիսիք) սկսում են դավեր կոլոթել նրա դեմ՝ ոչնչացնելու համար փայլուն երիտասարդին: Նրանք դիմում են արեոպագոսին՝ մեղադրելով, թե նա, իբր, օգտվում է մասնագիտությունից՝ ամուսնացած կանանց գայթակղելու և նրանց հանդեպ ոտնձգություններ կատարելու համար: Սա շատ լուրջ մեղադրանք էր: Ուստի մի երեկո՝ մթնշաղիկ, երբ նրան հրամայում են ներկայանալ արքունտներին, Ազևոդիկեն միայն մի ելք է մտում՝ վերջ դնելու համար այս ստոր կասկածներին: Նա դանդաղորեն հանվում է՝ դատավորների առջև հայտնվելով իր հրաշալի մերկությանը: Ակնհայտ է, որ մեղադրանքն ի չիք է դառնում Ազևոդիկեի հազուստի հետ մեկտեղ, սակայն արքունտները նրան արգելում են զբաղվել բժշկությամբ: Միայն թե նրանք հաշվի չէին առել աթենոսիների կարծիքը: Հաջորդ օրն իսկ ագորան լցվում է զայրացած կանանցով, որոնք պահանջում են վերադարձնել իրենց բժշկին: Շարժումն այնպիսի թափ է ստանում, որ արքունտները ստիպված են լինում վերանայել իրենց որոշումը և վերականգնել Ազևոդիկեի իրավունքները՝ որպես բժշկի:

Այսպիսով այն, ինչ աթենական օրենքով մերժվում էր, ձեռք է բերվում կանանց միջոցով: Ընդ որում՝ մեկ տարի անց Խորհուրդն օրենք է ընդունում, որով աղջիկներին թույլատրվում է բժշկություն ուսումնասիրել...

Ալքիմիային ծառայող Մարիամ Ղատացին

Հին աշխարհում կանայք ներկա էին նաև առաջին քայլերն անող ալքիմիայի բնագավառում, որի նպատակներից մեկը մարդկանց փրկությունն ապահովելը և նրանց հավիտենական կյանք պարզելն էր: Փնտստիկական այս շարժումը զարգացել է III դարում Ալեքսանդրիայում, որտեղ նրա ամենանշանավոր ներկայացուցիչը՝ Ջոսիմոս Պանոպոլիսցին, առաջարկում է փորձարարական գիտության միջոցով ազատագրել մարդու (սրբազան) հոգին (այլասերվող) մարմնից: Այսպիսով նորահայտ ալքիմիան փորձում է ոգին դուրս բերել մատերիայից:

Իր ստեղծագործության մեջ Ջոսիմոսը լայնորեն հիշատակում է ոմն հրեա Մարիամի, որին դասում է մեծ նախակարապետների շարքը⁷: Այս Մարիամը, որին նաև Մարիամ

Ղատացի էին անվանում (մահացել է 637 թ.), հայտնի էր մետաղների թրծումը դյուրացնող գործիքներ ստեղծելու տաղանդով, ինչպես նաև որպես եփման և տաքացման մեթոդների հեղինակ, մասնավորապես դարերի փորձություն անցած և քաջ հայտնի ջրաբաղնիքի մեթոդը:

Արևմուտքում և Արևելքում կանանց նույնպիսի տեղ չէր տրվում միջնադարյան բժշկության մեջ

Պարսկաստանում և արաբական երկրներում Միջնադարը համեմատական ազատականության դարաշրջան է եղել: Արաբ-մուսուլմանական կայսրության հիվանդանոցներում (բիմարիստաններում) կազմակերպվող բժշկական դասընթացները հասանելի էին բոլորին՝ թե տղաներին, թե աղջիկներին՝ առանց կրոնական խտրականության (քրիստոնյա, հուդայական թե մուսուլման), սակայն պայմանով, որ ուսանողը արաբերեն գրել-կարդալ իմանար: Ուսումը մշտապես ամփոփվում էր քննությամբ: Ցավոք, եթե մեզ հասել են որոշ տղամարդ բժիշկների աշխատություններ, մենք չունենք որևէ կին բժշկի թողած գրավոր տեքստ, թեև, ամենայն հավանականությամբ, այդպիսիք գոյություն են ունեցել:

Արևմուտքում հարկադրանքն ավելի շատ էր, կանայք ենթարկվում էին իրենց հայրերի կամ ամուսինների կամքին, եթե, իհարկե, իրենց չէին նվիրում միանձուռու կյանքին:

Տրոտուլա դե Ռուջերոն և Մաթիլդայի էֆեկտը

Տրոտուլա դե Ռուջերոյի կյանքը (մահացել է 1097 թ.) Սալերնոյի հռչակավոր դպրոցում աշխարհիկ գործունեության օրինակ է: Տրոտուլա դե Ռուջերոյի գեղեցկությունը և տաղանդը արտահայտվելու բարերար միջավայր են գտնում մի վայրում, որի՝ որպես առաջավոր ուսումնական հաստատության համբավն արագորեն տարածվում է: Տրոտուլան ցանկանում էր օգնել իր ժամանակի կանանց՝ համարելով, որ նրանք իրենց կարգավիճակով անպաշտպան են: Իր ողջ կյանքը նա ի սպաս է դրել կանանց իրավունքների համար պայքարին:

Հին Հռոմում արդեն աղջիկներն իրենց հայրերի կամ ամուսինների համաձայնությամբ կարող էին զբաղվել բժշկությամբ: Մեզ հայտնի չէ, թե ինչ փոխարաբերություններ են ունեցել Տրոտուլան և նրա ամուսին Ժան Պատետարիոսը, սակայն պետք է ենթադրել, որ վերջինս ազատական մտքի տեր մարդ է եղել, քանի որ հարել է Սալերնոյի դպրոցին, և այդ հանգամանքը Տրոտուլային հնարավորություն է տվել սովորելու այդ դպրոցում, այնուհետև՝ աշխատելու այնտեղ: Պետք է նշել, որ նա առաջինը չէր. բազմաթիվ կանայք աշխատում, սովորում կամ հիվանդների բուժմամբ էին զբաղվում Սալերնոյում, իսկ շատ-շատերը հետագայում պիտի հետևեին նրանց օրինակին:

Տրոտուլան հատկապես հայտնի է իր գործունեությամբ, ժամանակի կանանց հանդեպ նոր հայացքով: Նրան առանձնապես ոգևորում էր պայքարը հանուն միջնադարյան հասարակության մեջ կանանց խոցելիության նվազման: Ծննդաբերությունների ժամանակ մայրական և մանկական մահացության տոկոսները սոսկալի բարձր էին: Տրոտուլայի գործունեության վրա հսկայական ազդեցություն է ունեցել

Կոստանդիանոս Աֆրիկացին, որն այդ ժամանակ հաստատվել էր Մոնտե Կասինոյի* վանքում: Նա իր հետ բերել էր անտիկ գիտության նվաճումները, որոնք հասանելի էին դարձել արաբ հեղինակների թարգմանությունների շնորհիվ. բնագավառ, որտեղ նա անգերագանցելի էր:

Տրոտուլան զբաղվում էր բժշկությամբ և վիրաբուժությամբ, սակայն չէր անտեսում նաև իրեն դիմող կանանց գեղագիտական բնույթի կարիքները: Այն, որ մինչև իր մահը նա կրում էր «*sapientissima*» (ամենախմաստուն) տիտղոսը, հիմք է տալիս կարծելու, որ առնվազն որոշ ժամանակ նա նաև ղեկավարել է Սալերնոյի դպրոցը: Մինչև XVI դարը նրա գործը մեծ ժողովրդականություն է վայելել և դասավանդվել: Միջնադարում նրա «*Կանանց հիվանդությունների խնամքը*» աշխատությունը գինեկոլոգիայի բնագավառի օրինակելի ուսումնասիրություն էր, որի վրա հենվում էին, ուստի և այն թարգմանվել է բազմաթիվ լեզուներով:

Սակայն աստիճանաբար և գրեթե մինչ մեր օրերը մշտնջենական զրպարտիչները տարատեսակ փաստարկներով փորձում են ստվերել Տրոտուլայի վաստակը, նույնիսկ մոռացության մատնել նրան**։ «Նա երբեք բժիշկ չի եղել, այլ ընդամենը տատմեր, որը մի տող անգամ երբևէ չի գրել... Նա միանյակ չի աշխատել, և շատ այլ մարդիկ նպաստել են նրա համբավին... Նա չի գրել իր գրքերը, կինը երբեք այդպես չէր կարող գրել... Կինն իր խառնվածքով ի վիճակի չէ բանեցնել վիրաբուժական գործիքներ...»: Վերջում էլ ավելացնում են. «Տրոտուլան առասպել է, նա երբեք գոյություն չի ունեցել»⁶:

Ահա և Մաթիլդայի*** Էֆեկտն իր ողջ շքեղությամբ: Ի դեպ, Մաթիլդայի Էֆեկտի տեսաբան Մարգարետ Ռոսիտերը հենվում է հենց Տրոտուլայի մասին այս հիշատակության վրա, որը պատմության մեջ կանանց տեղի ճանաչման հետ կապված խոչընդոտների օրինակ է:

Արդ, այսօր ամենայն համոզվածությամբ կարող ենք պնդել, որ Տրոտուլան գոյություն է ունեցել, ապրել է XI դարում՝ լինելով մեծ բժիշկ և միջնադարի առաջին ֆեմինիստը:

Յիդեգարդ ֆոն Բինգենը և կին բժիշկները քրիստոնյա Արևմուտքում

Ֆրանկոնիայում ապրած Բենեդիկտյան ուխտի վանամայր Յիդեգարդ ֆոն Բինգենը (1098-1179) կաթոլիկ եկեղեցու նշանավոր սրբերից է, որի օրինակելի կյանքի մասին 2012 թվականին խոսել է Յոնաթան Բենեդիկտոս XVI-ը՝ նույնպես գերմանացի: Շատերը նրան համարում են պատմության առաջին բժիշկը, որ բուժել է միմիայն բնական միջոցներով: Իրականում Յիդեգարդը շատ ավելին է, քան բուսաբուժությամբ զբաղվող միանձնուհի: Նա միջնադարի ամենաուղեղնավաճ և իմաստուն կանանցից էր: Գրել է մի շարք բժշկական աշխատություններ⁹, հեղինակել այսօր իսկ կատարվող բազմաթիվ երաժշտական գործեր և եղել է իր ժամանակի ամենամեծ քարոզիչներից մեկը:

Սակայն Յիդեգարդի շատ առանձնահատուկ օրինակի կողքին տեսնում ենք նաև բազմաթիվ այլ կանանց, որոնք միջնադարյան Եվրոպայում անաղմուկ զբաղվում են բժշկությամբ: Տեղեկություններ են հասել Սուրբ Լյուդովիկոսի և Մարգերիտ Պրովանսացու վիրաբույժ ոմն Մետրես Էրանդի մասին, որը տիրակալներին ուղեկցել է խաչակրաց յոթերորդ

արշավանքի ժամանակ: Բազմաթիվ կին բժիշկներ և վիրաբույժներ են դասավանդել Իտալիայի Բոլոնիա և Սալերնո քաղաքներում: Օրինակ՝ **Դորոտեա Բոկկին** ավելի քան քառասուն տարի ղեկավարել է համալսարանի փիլիսոփայության և բժշկության ամբիոնը՝ ի գոհունակություն բոլորի:

Կանայք դուրս են թողնվում նախ համալսարանական համակարգից, ապա՝ բժշկության ոլորտից

Սակայն համալսարանների ի հայտ գալը բացասական հետևանքներ է ունեցել բժշկության ոլորտում կանանց գործունեության վրա, քանի որ դա ուղեկցվել է բժշկի մասնագիտության պրոֆեսիոնալացմամբ: Իրոք, համալսարանների ստեղծումը և մասնագիտական գործունեությամբ զբաղվելու արտոնության անհրաժեշտությունն աստիճանաբար սահմանափակել են կանանց մուտքը մասնագիտական ոլորտներ, քանի որ նրանք այլևս հնարավորություն չեն ունեցել հաճախելու արտոնագիր տրամադրող համապատասխան հաստատություններ:

Օրինակ՝ Փարիզում կանայք չէին կարող համալսարան ընդունվել, որտեղ, ի դեպ, և՛ դասախոսների, և՛ ուսանողների համար ամուրի լինելը պարտադիր պայման էր: Սակայն հարկ է նշել մի ակնառու բացառություն՝ կանանց թույլատրվում էր զբաղվել մանկաբարձությամբ (և նույնիսկ գինեկոլոգիայով)՝ այսպես կոչված, պարկեշտության սկզբունքներից ելնելով: Այս իրավիճակի պատճառով կանանց արգելվում էր զբաղվել բժշկության այնպիսի բնագավառներով, որոնց համար արտոնագիր էր պահանջվում: Ուստի նրանք պետք է սահմանափակվեին մանկաբարձուհու, դեղաբույսերի մասնագետի, դեղագործի կամ սափրիչ-վիրաբույժի գործունեությամբ, ընդ որում՝ վերջինը բժշկական ոլորտի մասնագիտություն չէր համարվում: Այսպիսով, ըստ էության, համալսարանական կրթություն չստացած կանայք դիտարկվում էին առավելագույնը որպես «ժողովրդական բժիշկներ» կամ վիրաբույժներ՝ զրկված որակավորումից, որն ունեին համալսարանավարտ պատմուճանավոր բժշկության դոկտորները, որոնք լատիներենով ճամարտակում էին Գալիանոսի և Արիստոտելի մասին, սակայն չունեին նույնիսկ նվազագույն բժշկական պրակտիկա:

ժակլին Ֆելիսի դը Ալմանիայի դատավարությունը տեղի ունեցավ Փարիզի Շատլոնում 1322 թ.¹⁰ Կառլոս IV Գեղեցիկի¹⁵ տիրապետության օրոք, որով նշանավորվեց Ֆրանսիայում կանանց՝ բժշկությամբ զբաղվելու թույլատրված կամ հանդուրժված գործունեության ավարտը: Ժակլին Ֆելիսին աշխատում էր Փարիզում, ի գոհունակություն իր բոլոր հիվանդների, որոնք, որպես վկա, հանդես եկան դատավարության ժամանակ: Սակայն Զամալսարանի ներկայացուցիչը պահանջեց, որ նա բժշկությամբ զբաղվելու արտոնագիր ներկայացնի: Մինչդեռ նման արտոնագիր կանանց չէր կարող տրվել, քանի որ նրանք համալսարանում ուսանելու իրավունք չունեին: Այսպիսով դատարանը վճռեց մեղադրյալին արգելել զբաղվել բժշկությամբ: Այս վճիռն այնքան բեկումնային էր, որ հարկ եղավ սպասել վեց դար՝ մինչև 1875 թ. Փարիզում Մադլեն Բրեսի¹⁶ բժշկության դոկտոր դառնալը:

ԲԱՑԱՐԱՅՏԵԼ ԿԻՆ ԲԺԻՇԿՆԵՐԻ ՊԱՏՄՈՒԹՅՈՒՆԸ (I)

* Մոնտե Կասինոյի վանքում Բենեդիկտոս Լուրսեցին 529 թ. հիմնադրում է առաջին բենեդիկտյան համայնքը: Սրանով են բացատրվում Կոստանդինոսի հաճախակի այցերը Սալերնոյի դպրոց և նրա մտերմությունը Տրոտուլայի հետ:

** 1985-ին Ջոն Բենթոնը համարում էր, որ Տրոտուլյան ոչ միայն երբևէ գոյություն չի ունեցել, այլև այդ ժամանակաշրջանում գինեկոլոգիային նվիրված որևէ աշխատության կին հեղինակ չի եղել: Ընդհակառակը, ոմանք պնդում են, որ Նշված աշխատությունները կարող էին վերագրվել կին հեղինակի՝ դրանց ավելի մեծ հեղինակություն և արժանահավատություն հաղորդելու կամ պարզապես հերքելու համար այդ դարերում կանանց ինտիմ օրգանները դիտարկելու արգելքն անտեսելու մեղադրանքը: Իր հերթին, ամերիկացի հեղինակ Մոնիկա Գրինը 1996 թ. նախաձեռնում է այդ երկերի թարգմանությունն ու հրատարակումը: 2000-ական թվականներից ի վեր, սակայն, համարվում է, որ Տրոտուլյան իրոք գոյություն է ունեցել, և որ նրա աշխատությունների վերագրումը տղամարդկանց լոկ հեղինակների հակաֆեմինիզմի արտահայտությունն է:

*** 1980-ականների սկզբին գիտության պատմաբան Մարգարետ Վ. Ռոսիտերը տեսական ձևակերպում է տալիս Մաթիլդայի էֆեկտին՝ Նշելով, որ կին գիտնականներն ավելի քիչ են օգտվում իրենց գիտական հետազոտությունների արդյունքներից, և դա հաճախ տեղի է ունենում հօգուտ տղամարդկանց: Իր տեսությանն այդ անունը տալով՝ նա հարգանքի տուրք է մատուցում ֆեմինիստ ակտիվիստ Մաթիլդա ժուլիեն Գեյշին, որը, սկսած XIX դարի վերջից, նկատել էր տվել, որ որոշ տղամարդիկ հակված են յուրացնելու կանանց մտավոր աշխատանքի արդյունքները:

ԳՂՈՒՄՆԵՐ

1. Delluc G, Delluc B, Rocques M. La nutrition préhistorique. Pilote 24, 1995.
2. Lecoq T. Pourquoi l'Histoire a effacé les femmes. Paris : L'Iconoclaste, 2021.
3. Pahor AL. First among women. BMJ 1992;304(6836):1249-50.
4. Hippocrate. Des maladies des femmes, livre I.
5. Caius Julius Hyginus. Fabulae CCXXIV, Qvis Quid Invenierit.
6. Holmyard EJ. An Alchemical text ascribed to Mary the Copt. Rome: Archeion 1927;8:161-8.
7. Berthelot M. Les Origines de l'alchimie. Paris : Steinheil, 1885. Paris : réimpr. Librairie des sciences et des arts, 1938.
8. Green MH. The Trotula: a medieval compendium of women's medicine. Philadelphie, University of Pennsylvania Press, 2001.
9. Hildegarde de Bingen. Les causes et les remèdes. Grenoble : Éditions Jérôme Millon, 2007.
10. Hildegarde de Bingen. Le Livre des œuvres divines. Paris: Albin Michel, 1989.
11. Beaudoin M. Les miresses ou femmes médecins de France. Gazette médicale de Paris, 1er juin 1901.
12. Edwards JS. A Woman is Wise: The influence of civic and christian humanism on the education of women in northern Italy and England during the Renaissance. Ex post facto 2002, XI.
13. Green M. Getting to the Source: The case of Jacoba Felicie and the impact of the Portable Medieval Reader on the Canon of Medieval Women's History. Medieval Feminist Forum 2006;42(1).



Santé Arménie

Բժշկել, կրթել և կառուցել Հայաստանում

Կին բժիշկների անունները, մասնավորապես՝ գիտական հետազոտություններով զբաղված, հազվադեպ են մնացել պատմության էջերում: Մինչդեռ նրանցից ոմանք մեծ հետք են թողել մասնագիտության մեջ:

ԿԻՆ ԲԺԻՇԿՆԵՐԻ ՊԱՏՄՈՒԹՅՈՒՆԸ (մաս երկրորդ)

Առաջին մասում անդրադարձ կատարվեց Նախապատմական ժամանակներից մինչև միջնադար ընկած ժամանակահատվածում բժշկության պատմության մեջ կին բժիշկների դերին: Հետագա շրջանում նրանց հատկացված դերը երկար ժամանակ սահմանափակվում էր միայն ծննդագնությունում:

1322 թվականին ժակլին Ֆելիսի դը Լյմանիայի դատավարությունը, որի վճռով նրան արգելվում էր զբաղվել բժշկությամբ՝ զգուշացմամբ, որ չենթարկվելու դեպքում պարտավոր կլինի վճարել տուգանք և կենթարկվի բանադրանքի, վերջ դրեց այս ասպարեզում կանանց ձգտումներին: Չնայած հոգուտ բժշկուհու վկաների ցուցմունքներին՝ դատարանը համարեց, որ բժշկության բնագավառում ուսում ստացած տղամարդը շատ ավելի ունակ է բուժել հիվանդներին, քան որևէ կին: Տեսականորեն դատավճիռն ուղղված չէր կանանց կարգավիճակի դեմ, քանի որ դրանով կանանց հստակորեն չէր արգելվում զբաղվել բժշկությամբ, սակայն քանի որ նրանք իրավունք չունեին համապատասխան համալսարանական կրթություն ստանալու, ապա և բացառվում էր այդ ոլորտում աշխատելու նրանց իրավունքը:

Ուստի մինչև 1875 թվականը՝ Մադլեն Բրեյսի ատենախոսության պաշտպանությունը, ոչ մի կին Ֆրանսիայում պաշտոնապես իրավունք չունեցրեց զբաղվելու բժշկությամբ: Դա, անշուշտ, չէր նշանակում, որ առողջապահության ոլորտում կանայք ընդհանրապես տեղ չունեին: Տատմեր-մանկաբարձուհի աշխատելու համար համալսարանական վկայականի կարիք չկար, ինչպես սափրիչ-վիրաբույժի գործով զբաղվելու դեպքում, քանի որ խոսքն այդժամ այսպես կոչված «մեխանիկական» մասնագիտությունների կամ արվեստների (արհեստագործության), այլ ոչ թե «ազատական» (մտավոր) արվեստների մասին էր, որոնք համալսարանի և այնտեղ դասավանդվող սրբություն սրբոց լատիներենի առանձնաշնորհն էին:

Մանկաբարձությունը՝ բժշկության մեջ կանանց գործունեության առաջին բնագավառ

Ֆրանսիայում Հին վարչակարգի (XVI դարի վերջից մինչև Ֆրանսիական հեղափոխությունն ընկած ժամանակահատվածը) օրոք, երբ նույնիսկ արքունական ընտանիքներում մանկական մահացությունը գերազանցում էր 50 %-ը, մանկաբարձությունը լուրջ մտահոգություններ էր առաջացնում: Մանկաբարձուհիները, որոնք զբաղված էին այս ոլորտում,

հաճախ իրենք էլ բազմազավակ մայրեր էին և, փաստորեն, իրենց փորձը փոխանցում էին ավելի երիտասարդներին: Խորհուրդ էր տրվում, որ այս գործով զբաղվեն դաշտանադարի տարիքի կանայք, որ ապահովեն կրոնական սկզբունքներին հետևելն ու պարկեշտությունը: Այսպես՝ նույնիսկ հնարավոր չէր պատկերացնել, որ ծննդաբերության ընթացքում հանվեն ծննդկանի հագուստները, ամեն ինչ պետք է արվեր կուրորեն: Նստած ծննդկանի առջև կթանստած տատմերը շոշափելով էր հասնում հեշտոցին՝ սկսելով ծնկներից:

Ծննդաբերությունների ժամանակ բարձր մահացությունն անհանդուրժելի է դառնում

XVIII դարում այլևս դադարում են ծննդաբերությունների ժամանակ մահացության դեպքերն ընդունել որպես ի վերուստ սահմանված ճակատագիր: «Պարսկական նամակներում» Մոնտեսքյուն իր հերոս թուրքերի բերանով ասում է, որ մարդկությունը հյուծվել է, աշխարհի բնակչությունը գնալով նվազում է, և որ դրա մեղավորը տատմերն են, որոնք իսկական վտանգ են դարձել բնակչության համար¹ (մի բան, որ այնքան էլ ճիշտ չէ, թեև հեռու էլ չէ իրականությունից): Այս նույն ժամանակաշրջանում ժան-ժակ Ռուսոն, սեփական խոստովանությամբ, հորինում է եթե ոչ մանկությունը, ապա առնվազն հասարակության ուշադրությունն է հրավիրում մանկական տարիքի առանձնահատկությունների վրա՝ որպես կրթական փուլի նախապայման և շարժիչ ուժ այն դեպքում, երբ այդ տարիքը մինչ այդ մոռացության էր մատնված²:

Մանկաբարձուհիների անհրաժեշտ ուսուցումը

Այստեղ հարկ է հիշատակել ծագումով Օվերնյից Ամժելի Լը Բուրսիե դյու Բուդրեին (1712-1790 թթ.), որը հայտնի էր որպես Փարիզի Շատլեի երդվյալ ավագ մանկաբարձուհի: Գիտակցելով, որ Ֆրանսիայի մանկաբարձուհիների մեծ մասը սահմանափակ գիտելիքներ ունի (շատերը գրեթե-կարդալ չգիտեին), Ամժելիկը ձեռնամուխ եղավ նրանց կրթության կազմակերպմանը՝ այդ նպատակով շրջելով քաղաքից քաղաք: 1758 թվականին նրա նախաձեռնությունն արժանացավ Վիրաբույժության ակադեմիայի հավանությանը, իսկ հաջորդ տարի Լյուդովիկոս XV թագավորը նրան արտոնագիր տվեց և նշանակեց տարեկան 8000 լիվր թոշակ պաշտոնապես իրահանգելով նպաստել նրա կրթական գործունեությանն ամբողջ Ֆրանսիայում: Դասընթացներն իրական պայմաններին մոտեցնելու նպատակով Ամժելիկը հանճարեղ

ժան-Նոել Ֆարիզի-Մայնո
Փարիզի Միտե համալսարանի պատվավոր պրոֆեսոր, ժորժ Պոմպիդու եվրոպական հիվանդանոցի սիրտ-անոթային վիրաբույժության բաժանմունքի նախկին վարիչ, վիրաբույժության ակադեմիայի անդամ, Բժշկական ակադեմիայի թղթակից անդամ, Փարիզի բժիշկների միաբանության շրջանային խորհրդի անդամ

institut.histmed@gmail.com

գաղափար հղացավ՝ նախագծեց ու պատրաստեց իր «մեքենան»՝ փայտից, սովորաբար ռուս կտորից մանեկեն, որը բնական չափերով վերարտադրում էր ծննդաբերող կնոջ կոնքը և հնարավորություն տալիս ուղղորդելու սկսնակ մանկաբարձուհիների գործողությունները:

Շուրջ քսահինգ տարի շրջելով Ֆրանսիայում և դասավանդելով նա շարունակ կատարելագործում էր դասավանդման իր մեթոդները և անվիճելիորեն դարձել էր մանկական մահացության նվազման հարցում կարևոր ավանդ բերած դերակատարներից մեկը: Իր գործունեության ընթացքում նա պատրաստեց ավելի քան 5000 մանկաբարձուհի և շուրջ 500 վիրաբույժ:

Տղամարդիկ կրկին իրենց ձեռքն են վերցնում մասնագիտությունը

Սակայն Անժելիկ դյու Զուդրեի հաջողությունը նախանձ էր հարուցում, և որոշ վիրաբույժների ավելի ու ավելի էր զայրացնում տատմեր-մանկաբարձուհիների ներկայությունը մասնագիտության մեջ, որը նրանք ցանկանում էին իրենց ձեռքը վերցնել: Ընդ որում՝ նախադեպ արդեն եղել էր Նախորդ դարում, երբ Ֆրանսուա Մորիսոն Լյուդովիկոս XIV-ի ներկայությամբ վարել էր Լուիզ դե Լա Վալիերի ծննդաբերությունը: Ի դեպ, Անժելիկ դյու Զուդրեն իր «Յոլի կանանց հիվանդությունների քննախոսություն»³ գրքում ըստ արժանվույն է գնահատել Ֆրանսուա Մորիսոյի խորագիտությունը, տաղանդը և շրջահայացությունը: Նա նաև ծանոթ էր անգլիացի Փիթեր Չեմբեռլենի ստեղծած մանկաբարձական աքցանին: Սակայն Անժելիկը ստիպված էր հանդուրժել հատկապես Ալֆոնս-Լուի Լըրուայի հարձակումները, որը նրան համարում էր այն վտանգավոր կանանց նախակերպարը, որոնք, ըստ նրա, ոչինչ չեն հասկանում մանկաբարձության առաջընթացից⁴:

Մի քանի տարի անց կայսրությունում ծնելիության աճին նպաստող քաղաքականության շրջանակներում Նապոլեոնը ժան-Լուի Բոլդրին նշանակեց Ֆրանսիայում բժշկական մասնագիտության գծով առաջին՝ մանկաբարձության ամբիոնի (1806 թ.) վարիչ: Այսպիսով ևս մեկ անգամ կանայք զրկվեցին համալսարանական ուսում ստանալու հնարավորությունից և ստիպված էին զբաղվել միայն պրակտիկ գործունեությամբ: Իրոք, ամբիոնի հետ կապված իր մեծ ծանրաբեռնվածության պատճառով Բոլդրը, որը փայլուն բժիշկ էր, իր իրավասությունների մի մասը փոխանցել էր Պորտ-Ռուայայի ծննդատան գլխավոր մանկաբարձուհի Մարի-Լուիզ Լաշայեյին (1769-1821), որը մասամբ ապահովում էր երիտասարդ մանկաբարձուհիների ուսուցումը: Ի դեպ, Բոլդրը նրան նույնիսկ թույլ էր տալիս ծանր ծննդաբերությունների դեպքում կիրառել մանկաբարձական աքցանը⁵: Այնուամենայնիվ, այս համակարգում մանկաբարձուհիները մնում էին թեև անհրաժեշտ, սակայն բժշկին ենթակա օգնականի դերում:

Բուժքույր՝ կանանց վերապահված մասնագիտություն

Սկսած Միջնադարից՝ կրոնական միաբանությունների ներկայացուցիչները (մասնավորապես՝ եկեղեցական հիվանդանոցներում աշխատող՝ Սուրբ Ավգուստինի ուխտի միանձ-

նուհիները և Գթության քույրեր միաբանության քույրերը) նվիրվածությամբ և իրենց դերի գիտակցումով կատարում էին բուժքրոջ պարտականությունները:

Սակայն Ֆրանսիական հեղափոխության ընթացքում Կարոն կատաղի հարձակում գործեց միանձնուհիների դեմ՝ համարելով, որ նրանք հիվանդանոցներում եկեղեցու ներկայության խորհրդանիշն են, և արտաքսեց նրանց:

Սկսած XIX դարից՝ բժիշկները հիվանդանոցներում որակավորված և նվիրված բուժքույրերի կարիք էին զգում: Յիվանդանոցային բուժման բարելավման նպատակով նրանք բարեփոխումներ պահանջեցին, ուստի ուսուցումը դարձավ պարտադիր: Մասնագիտության աշխարհիկացման ընթացքի խորհրդանիշը բրիտանացի բուժքույր Ֆլորենս Նայթինգեյլն էր (1820-1910): Նա իր կյանքի ութ տարին նվիրեց եվրոպական քաղաքների հիվանդանոցներ այցելելիս՝ ուսումնասիրելով հիվանդների կարիքները և նրանց խնամելու համար անհրաժեշտ որակները:

Ներշնչվելով անգլո-սաքսոնյան այս օրինակից՝ կյարդաբան Դեզիրե Բուռնվիլը 1878 թվականին Պիտիե-Սալպետրիեր հիվանդանոցին կից ստեղծեց բուժքույրական դպրոց:

Մադլեն Բրես⁶ առաջին ֆրանսուհի բժշկության դոկտորը

Փարիզ, 1869 թվական: Այդ տարի Նախարարների խորհրդի քննարկումների օրակարգում էր Փարիզի բժշկական ֆակուլտետում մի կնոջ՝ Մադլեն Բրեսին (1842-1921 թ.) գրանցելու հարցը: Ֆակուլտետի դեկան Շառլ-Ադոլֆ Վյուրցը դրական էր վերաբերվում աղջիկների ներգրավմանը: Նրան աջակցում էր նաև հանրային կրթության նախարար Վիկտոր Դյուրուին, որը համընդհանուր կրթության ջատագով էր: Նախարարն իր խոսքում հենվում էր, մասնավորապես, բժշկական ֆակուլտետի գրադարանավար դոկտոր Դյուրոյի զեկույցի վրա, որում նշվում էր այլ երկրներում կիրառվող այդպիսի հնարավորության մասին: Այսպես՝ արդեն երկու տարի կանայք ուսումնառում էին Յյուրիխի բժշկական համալսարանում, իսկ Էլիզաբեթ Բլեքուելը (1821-1910 թ.) դոկտորի կոչում էր ստացել Նյու Յորքում 1849 թվականին՝ ամերիկյան համալսարաններում գրանցվելու 9 մերժումից հետո:

Սակայն սա չէր նշանակում, որ ընդդիմությունը հաղթահարված էր: Ամենից հաճախ հնչող հակափառաբանությունը կայսրության կեղծ բարեպաշտությանն այնքան թանկ բարեվարքության հարցն էր: Այսպես՝ Մոնտանիեն առանց ամաչելու գրում էր *Gazette médicale*-ում. «Կնոջը բժիշկ դարձնելու համար հարկավոր է նրան զրկել զգայունությունից, ամոթխածությունից, առաքինությունից, ամենասարսափազդու ու սահմոկեցուցիչ տեսարաններով նրան դարձնել կարծրասիրտ: Բայց եթե կինն այդպիսին դառնա, ապա հարց եմ տալիս՝ ի՞նչ կմնա կնոջից: Էակ, որ չի լինի ո՛չ երիտասարդ աղջիկ, ո՛չ կին, ո՛չ ամուսին, ո՛չ մայր»:

Նախարարների քննարկումը բուռն էր ընթանում: Սակայն այդ օրը Խորհուրդը նախագահող կայսրուհի Էժենիի անսպասելի ներկայությունը վճռորոշ դարձավ: Ի պաշտպանություն կանանց՝ նա նույնիսկ երկարաշունչ քննադատական ելույթ ունեցավ՝ վկայակոչելով հանրապետական օրացույցի XI տարվա վանտոզ ամսին (6-րդ ամիս՝ փետրվարի 19-21-ից մարտի 19-21-ը) Ֆյուրկրուայի առաջարկած

և Բոնապարտի աջակցության արժանացած օրենքը, ըստ որի՝ բժշկի մասնագիտությամբ զբաղվելու համար որևէ տարբերություն չի կարող դրվել տղամարդկանց և կանանց միջև: Այսպիսով կայսրուհուն հաջողեց գրանցել տալ Մադլեն Բրեսին բժշկական ֆակուլտետում Նախարարների խորհրդի քննարկումից հետո (կարելի է ասել նաև՝ ի հեճուկա այդ քննարկումների): «Յուսով եմ՝ այդ օրիորդներին կհետևեն այլ աղջիկներ, քանի որ ճանապարհն արդեն բաց է»:

Նա որոշմամբ բժշկական կրթության դռները վերջնականորեն բացվեցին կանանց առջև, և Փարիզն այդուհետ գրավեց նաև բազմաթիվ օտարերկրացի ուսանողուհիների: Սակայն դրանից հետո էլ մրցույթով հիվանդանոց մուտք գործելը դեռևս երկար ժամանակ կանանց համար անհասանելի էր (Մադլենին երբեք չհաջողվեց պրակտիկա անցնել հիվանդանոցում): Առաջին կինը, որ կարողացավ ստաժավորում անցնել հիվանդանոցում, ամերիկուհի Օգյուստ Դեմերին-Կլումպեն էր (1859-1927), և դա՛ շնորհիվ Պոլ Բերտի աջակցության, որին հաջողվեց հաղթահարել մրցութային հանձնաժողովի հակաֆեմինիզմը: Դետագայում ամուսնու՝ Ժյուլ Դեմերինի հետ նա դարձավ հայտնի Նյարդաբան⁹:

Սառա Բեռնարի մաշկի ծզումից մինչև պատերազմի մասնակիցների հաշմված դեմքերի վերականգնում

Որոշ կին բժիշկներ ընտրեցին վիրաբուժության ոլորտը: Նրանցից հարկ է առանձնացնել Սյուզան Նտեյին (1878-1954): Ծնվել էր Լան քաղաքում, բուրժուական ընտանիքում, 19 տարեկանում ամուսնացել էր երիտասարդ բժշկի հետ, որը նոր էր ավարտել ուսումը Փարիզում: Ստանալով ամուսնու համաձայնությունը (այդ ժամանակ դա անհրաժեշտ պայման էր)՝ Սյուզանը ևս որոշեց բժշկություն ուսանել: 1908 թվականին նա ընդգրկվեց հիվանդանոցում պրակտիկա անցնող ուսանողների ցուցակում և առաջին ստաժավորումն անցկացրեց դիմաձնտալիս վիրաբուժության առաջամարտիկ Իպոլիտ Մորեստենի բաժանմունքում: Դեռևս այստեղ էլ նա ընտրեց իր մասնագիտական ոլորտը՝ պլաստիկ վիրաբուժություն: Սակայն վիրաբույժ աշխատելու համար հարկավոր էր ինտերնատուրա անցնել հիվանդանոցում: 1912 թվականին էր, Սյուզանը 34 տարեկան էր, և 67 թեկնածուների թվում 4-րդ տեղը գրավելով ու գրավոր քննությունից ամենաբարձր գնահատականը ստանալով նա ընդունվեց:

Նոյն ճանաչման արժանացավ հաջողությամբ ավարտին հասցնելով Սառա Բեռնարի մաշկի ծզումը, որի առաջին պլաստիկ վիրահատությունը Չիկագոյում անբավարար էր համարվել: 1916-ին՝ Առաջին աշխարհամարտի օրերին, նա միացավ Վալ դը Գրասի հիվանդանոցում աշխատող Մորեստենին, որտեղ բերում էին հազարավոր երիտասարդ զինվորականների նույնքան արագ, որքան նրանց սարսափահար ընտանիքները փախուստի էին դիմում ռազմական գործողությունների գոտիներից: Այս վիրավորներին, որոնք իրենց խեղված ապագան և անհուսությունը թաքցնում էին ձեռքի տակ եղածով ինչ-որ կերպ սարքված դիմակների տակ, կոչում էին «հաշմված երեսներ»: Որոշ բժիշկներ խոստովանում էին իրենց անկարողությունը խրամատներում

* 1980-ականների սկզբին գիտության պատմաբան Մարգարետ Վ. Ռոպտերը տեսական ձևակերպում է տալիս Մաթիլդայի էֆեկտին՝ նշելով, որ կին գիտնականները ավելի քիչ են օգտվում իրենց գիտական հետազոտությունների արդյունքներից, և դա հաճախ տեղի է ունենում հօգուտ տղամարդկանց: Իր տեսությանն այդ անունը տալով՝ նա հարգանքի տուրք է մատուցում ֆեմինիստ ակտիվիստ Մաթիլդա ժոսլին Գեյջին, որը, սկսած XIX դարի վերջից, նկատել էր տվել, որ որոշ տղամարդիկ հակված են յուրացնելու կանանց մտավոր աշխատանքի արդյունքները:

ծագած նոր տիպի խեղման դեմ-հանդիման և այդ զինվորականներին տեսելիս թեքում էին հայացքը:

Սակայն՝ ոչ բոլորը: Պրոֆեսոր Մորեստենը Սյուզանի օգնությամբ, որն աչքի էր ընկնում հմտությամբ և անհույս դեպքերում լուծումներ գտնելու ծգտումով, սկսեց կարել խորաբաց վերքերը, վերականգնել հյուսվածքները, վերագետնել մկանները: Նա սկիզբ դրեց մի ուղղության, որն անվանում էր «համբերատար աշխատանքով իրականացված պլաստիկա», երբ անհրաժեշտ էր գտնել ոսկրի և փափուկ հյուսվածքների այս ու այն կողմ ցրված բոլոր կտորտանքները՝ վերակազմելու համար փազլը: Մորեստենը նաև իրականացնում էր մաշկի և ոսկրերի առաջին փոխպատվաստումները: Զամատող ուժերով Մորեստենն ու Սյուզանը փորձում էին մարդկային տեսք տալ այն խեղվածներին, որոնք այլևս ի վիճակի չէին նայել հայելում իրենց արտացոլանքին, օգնել նրանց շնչել, ծամել, մի խոսքով՝ ջանալ ապրել... Սյուզանը, որը հազվադեպ ազատ ժամերն անցկացնում էր պատկերասրահներում և թանգարաններում, անզուգական էր դեմքեր վերակերտելու հարցում¹⁰:

Նա նաև համոզված էր, որ վիրաբուժությունը կարող է օգնել կանանց էմանսիպացիային: Իր հիվանդներին նա խորհուրդ էր տալիս ամուսինների հետ չխոսել վիրաբուժական միջամտությունների մասին և արդեն իսկ այդ ժամանակ անհանգստանում էր իր այն հիվանդների համար, որոնք տարված էին ֆիզիկական կատարելության հասնելու մոլուցքով:

Կանանց ներդրումը նվազեցվում է հատկապես գիտական հետազոտության ոլորտում

Մաթիլդայի էֆեկտն¹¹ առավել վառ է արտահայտվում հետազոտության բնագավառում: Մաթիլդայի էֆեկտը՝ գիտության մեջ ներգրավված կանանց դերի կրկնվող և համակարգված ձևով մերժումը կամ նվազեցումն է, երբ կանանց կատարած աշխատանքը հաճախ վերագրվում է նրանց տղամարդ գործընկերներին: XX դարին վերաբերող մի քանի օրինակ հատկապես ցայտուն են:

Սեռական քրոմոսոմների հայտնագործման կոծկումը

1933 թվականին Թոմաս Զանթ Մորգանը գենետիկայի բնագավառում մեծ ներդրման համար արժանացավ Նոբելյան մրցանակի՝ դրոզոֆիլների վրա իր հայտնի փորձարկումների շնորհիվ: Այդ աշխատանքները գեները քրոմոսոմներում տեղայնացնելու հնարավորություն տվեցին: Սակայն Մորգանը համոզված չէր, որ սեռը սահմանվում է գենետիկայի միջոցով: Նրա աշակերտուհիներից մեկը ամերիկացի երիտասարդ գիտնական Նետի Սթիվենսը (1861-1912), շարունակեց միջատների վրա հետազոտությունները՝ ապացուցելով Y քրոմոսոմի դերը սեռի նախորդման մեջ: Անտարակույս, սա հիմնարար հայտնագործություն էր, մասնավորապես որ դրան հետևեց X քրոմոսոմի հայտնագործումը: Սակայն Զանթ Մորգանը լայն հրապարակայնություն չտվեց այս հայտնագործությանը, միաժամանակ այն չյուրացրեց: Դարկ է նշել, որ նա թույլատրեց Նետիին՝ ինքնուրույն շարունակել իր հետազոտական աշխատանքները, որոնք նա հետագայում

հրապարակեց իր հեղինակությամբ¹²: Նետի Սթիվենսի մահից հետո Յանթ Մորգանը «*The Scientific Work of Miss Nettie Stevens*»¹³ վերնագրով հոդված հրապարակեց Նշանավոր Science ամսագրում, որում բարձր էր գնահատում նրա բոլոր արժանիքները և հարգանքի տուրք մատուցում նրան հայտնագործությունների համար, սակայն, որպես անուղղելի կնասույց, նա Նետիին ներկայացնում էր ավելի շուտ որպես տեխնիկական բնույթի աշխատակցի, այլ ոչ թե իրական գիտնականի: Ահա այսպես հանրությունը տեղեկացված չեղավ Նետի Սթիվենսի դերի մասին, և նա չարժանացավ այն ճանաչմանը, որին իրապես արժանի էր. մնալով ղեկավարի ստվերում, որին վերագրեցին արդի գենետիկայի հայտնագործության բոլոր դասփնիները: Ֆրանսիայում կենսաբանության և գենետիկայի գրքերի մեծ մասում հնարավոր չէ գտնել Նետի Սթիվենսի անունը:

ԴՆԹ-ի շղթայի գողացված առաջին պատկերը

Հիսուն տարի անց գիտական աշխարհը ձեռնամուխ եղավ ԴՆԹ-ի մոլեկուլի կառուցվածքի որոնմանը: Երիտասարդ կին կենսաբան Ռոզալինդ Ֆրանկլինը (1920-1958) կիրառեց բյուրեղագիտության իր գիտելիքները խոշոր մոլեկուլների տարածական կառուցվածքը մաթեմատիկորեն արտածելու համար: 1952 թվականին նա Լոնդոնի Թագավորական քոլեջում ԴՆԹ-ի շղթայի մի ուշագրավ պատկեր ստացավ: «Նկար 51» անունով պատմական դարձած այդ պատկերն ընկած է այն բոլոր եզրակացությունների հիմքում, որոնք հանգեցնելու էին ԴՆԹ-ի կրկնակի պարուրած կառուցվածքի ըմբռնմանը: Օսնոթ լինելով այդ նկարին՝ Ուոթսոնը և Քրիկը հոդված հրապարակեցին *Nature* ամսագրում՝ առանց մեջբերելու աղբյուրը¹⁴, և 1962-ին Նոբելյան մրցանակ ստացան: Նրանք Նույնիսկ այնքան վեհանձնություն չունեցան, որ իրենց ելույթներում հիշատակեն 1958-ին ձվարանի քաղցկեղից մահացած Ռոզալինդ Ֆրանկլինի աշխատանքը:

Տրիստմիա 21-ի հայտնագործության յուրացումը

Մեզ ավելի մոտ ժամանակներից Նշեք Մարթա Գոթիեն (1925-2022) պատմությունը: 1955 թվականին Ռոբերտ Դրբերեն Բոստոն ուղարկեց իր ուսանողուհի Մարթա Գոթիենին, որը պատրաստվում էր զբաղվել մանկական սրտաբանությամբ: Բոստոնում ուսանելու տարիներին Մարթան սովորեց լաբորատոր պայմաններում բջիջներ աճեցնել: Փարիզ վերադառնալով՝ նա աշխատանքի անցավ Ռեյմոն Տյուրպենի բաժանմունքում, որը զբաղվում էր Դաունի համախտանիշով երեխաներով, որոնց այդ ժամանակ «մոնոլոիդներ» էին անվանում: 1956 թվականին գենետիկային նվիրված Կոպենհագենի միջազգային համաժողովից վերադառնալով՝ Տյուրպենն իր թիմին առաջարկեց հիվանդ երեխաների մոտ քրոմոսոմների քանակը ստուգելու նպատակով ձեռնամուխ լինել բջիջների աճեցմանը: Սակայն այդ ժամանակ ոչ ոք չգիտեր, թե ինչպես է դա արվում, բացի կլինիկայի նոր ղեկավար Մարթա Գոթիենից:

1958 թվականի մայիսին Մարթա Գոթիեն սկսեց աճեցնել հիվանդ երեխաների բջիջները: Ցանքս, ցածր օսմոսային ճնշում, չորացում մանրադիտակի առարկայական ապակու և ծածկապակու միջև: Մարթա Գոթիեն մանրադիտակով դիտում էր հստակ առանձնացված քրոմոսոմները: Երբ դրանք նշագրեց ու հաշվեց, ստացվեց 47: Կարծելով, թե սխալվել է, օգնականին խնդրեց, որ նա էլ հաշվի: Իրոք, առարկայական ապակու վրա 47 քրոմոսոմ էր: Այդպես Մարթա Գոթիեն հայտնաբերեց առաջին քրոմոսոմային շեղումը, որ ժառանգաբանական հիվանդության տրիսոմիա 21-ի պատճառն է: Ուրեմն հարկավոր էր արագորեն ազդարարել այս բացառիկ հայտնագործության մասին: Նաև՝ լուսանկարել կարիտոպոլ առարկայական ապակին: Ռեյմոն Տյուրպենը Մարթա Գոթիենին խորհուրդ տվեց հանդիպել իր մեկ այլ ուսանողի՝ Ժերոմ Լըժոնի հետ, որն անմիջապես կապվեց Մարթայի հետ՝ նրան առաջարկելով իր հետ վերցնել ապակիները՝ դրանք մեկ այլ ավելի որակյալ սարքավորումներ ունեցող լաբորատորիայում լուսանկարելու համար: Մարթան դրանք այլևս հետ չստացավ:

1959 թվականին հրապարակումից երկու օր առաջ Մարթան տեղեկացավ, որ հայտնագործության մասին հաղորդում է լինելու «Գիտությունների ակադեմիայի հաշվետվության» մեջ: Հայտնագործության հեղինակների ցուցակը ցնցեց նրան. առաջինը Նշված էր Ժերոմ Լըժոնի անունը, որն այդպիսով իրեն էր վերագրում հայտնագործության հեղինակությունը, ապա՝ Մարթա Գոթիենը (ազգանվան այլ ուղղագրությամբ) և Ռեյմոն Տյուրպենին¹⁵: Մարթան հասկացավ, որ երկու տղամարդիկ իրեն խաբել են:

Լըժոնը ստացավ հայտնագործության բոլոր դասփնիները և պատիվները, այդ թվում՝ 1962 թվականին Քենեդիի անվան հեղինակավոր մրցանակը, ինչպես նաև՝ պրոֆեսորի կոչում: Երբ դեռևս վերջերս մոտ իննսունամյա Մարթա Գոթիենին հարցնում էին, թե ինչու չի պայքարել հանուն ճշմարտության, նա խոստովանում էր. «*Դա հոգնեցուցիչ էր: Ոչ ոք չէր ուզում ինձ լսել, և, ընդհանրապես, ես զգվել էի այդ միջավայրից, որն ինձ չէր հավատում...*»:

Մարթա Գոթիեն մահացել է 2022 թվականի ապրիլի 30-ին:

Հույսն ապագա սերունդներն են

Այլ կանայք և ս ըստ արժանվույն չեն գնահատվել բժշկության բնագավառում, Նույնիսկ՝ վերջին շրջանում: Անգամ Մարի Կյուրին, որ Նոբելյան երկու մրցանակի է արժանացել, և որի գործունեությունը բժշկության ոլորտում օրինակելի է եղել՝ փրկել է հարյուրավոր կյանքեր Առաջին աշխարհամարտի ընթացքում, երբեք Պատվո լեգեոնի ասպետի կոչման չի առաջադրվել: Պետք է հուսալ, որ վերջին հիսուն տարիների ընթացքում բժշկության ոլորտ երիտասարդ կանանց զանգվածային մուտքը կնպաստի այս իրավիճակի փոփոխությանը:

ՀՂՈՒՆԵՐ

1. Montesquieu. Lettres persanes, Paris, Librairie générale française (LGF), Le livre de poche, coll. «Classiques», 2006, 448 p.
2. Jean-Jacques Rousseau. Émile ou De l'éducation, Paris, Flammarion, 2009.
3. François Mauriceau. Traité des maladies des femmes grosses, 1675, septième édition 1740. Chez l'Auteur, au milieu de le rue de petits champs S. Honoré, à l'enseigne du bon Médecin. Le livre est consultable dans son intégralité sur BNF Gallica.
4. Alphonse-Louis Leroy. Essai sur l'histoire naturelle de la grossesse et de l'accouchement, Paris, 1787.
5. Marie-Louise Lachapelle. Pratique des accouchements ou Mémoires et observations choisies, sur les points les plus importants de l'art, Paris, J. B. Baillière, 1821.
6. Florence Nightingale. The institution of Kaiserswerth on the Rhine: For the practical training of deaconesses, under the direction of the Rev. Pastor Fliedner, embracing the... schools, and a female penitentiary, 1851, réédition 1959.
7. Florence Nightingale. Notes on nursing: what it is, what it is not, D. Appleton and Company, New York, 1860.
8. Madeleine Brès. De la mamelle et de l'allaitement, E. Martinet, 1875. Thèse pour le doctorat en médecine présentée et soutenue le jeudi 3 juin 1875.
9. Gustave Roussy. Éloge de Mme Dejerine-Klumpke, 1859-1928. Paris, 1928, 21 p.
10. Nicolas Guirimand. De la réparation des « gueules cassées » à la « sculpture du visage ». La naissance de la chirurgie esthétique en France pendant l'entre-deux-guerres. Actes de la recherche en sciences sociales, 2005/1-2 (156-157):72-87.
11. Margaret W. Rossiter. The Matilda effect in science. Social Studies of Science, Londres, Sage Publ., 1993 (May), p. 325-41.
12. Nettie Stevens. Further observations on supernumerary chromosomes and sex ratios in diabrotica soror. Biol Bull 1912;22:231-8.
13. Hunt Morgan Thomas. The scientific work of Miss N. M. Stevens. Science 1912;36(298):468-70.
14. Watson J, Crick F. Molecular structure of nucleic acids: a structure for deoxyribose nucleic acid. Nature 1953;737-8.
15. Lejeune J, Gauthier M, Turpin R. Les chromosomes humains en culture de tissus. C R Acad Sciences 1959; 248.



Santé Arménie

Soigner, former et bâtir en Arménie

la revue du praticien

ÉDITION ARMÉNIENNE / ՀԱՅԵՐԵՆ ՀՐԱՏԱՐԱԿՈՒԹՅՈՒՆ



Santé Arménie

ԲԺՇԿԵԼ,
ԿՐԹԵԼ և ԿԱՌՈՒԳԵԼ
ՀԱՅԱՍՏԱՆՈՒՄ