

la revue du praticien

Ամբողջ բժշկությունը՝ ամեն մի բժշկին

ÉDITION ARMÉNIENNE / MARS _ 2024 / ՀԱՅԵՐԵՆ ՀՐԱՏԱՐԱԿՈՒԹՅՈՒՆ / ՄԱՐՏ _ 2024

ԱՐԴԻԱԿԱՆ

- ChatGPT-ն հուսալի՞ է
- Անզավակ ապրելու ընտրությունը

ՈՒՍԱՆՈՂԻ ԱՆԿՅՈՒՆ

- Կախվածություն ալկոհոլից

ԳԻՏԵԼԻՔԻ ՇՏԵՄԱՐԱՆ

- Երեխայի անմիզապահություն
- Կայացիումական ցուցչի կիրառությունը ամենօրյա գործունեության ընթացքում



**Հիշողության
խանգարումներ.
անատոմիայից
մինչև բուժում**

larevuedupraticien

LA REVUE DU PRATICIEN
ՀԱՅԵՐԵՆ ԳՐԱՏԱՐԱԿՈՒԹՅՈՒՆ

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 ԳՐԱՏԱՐԱԿՈՒԹՅՈՒՆ

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
revprat@gmsante.fr
www.larevuedupraticien.fr

DIRECTION DES RÉDACTIONS MÉDICALES

Kristell Delarue
RÉDACTRICE EN CHEF
Juliette Schenckéry

Rédactrice en chef web
Cinzia Nobile

COMITÉ DE LECTURE ET DE RÉDACTION SCIENTIFIQUE

Étienne Brain, Jean-Michel Chabot,
Jean-Noël Fiessinger, Olivier Fain,
Bernard Gavid, Alain Tenaillon

Secrétaire générale de rédaction
Anne-Hélène Rabreau, ahrabreau@gmsante.fr

Première secrétaire de rédaction
Laura Martin Agudelo, Imagudelo@gmsante.fr

Secrétaire de rédaction
Inès Labat, ilabat@gmsante.fr

Secrétariat de la rédaction
Patricia Fabre, pfabre@gmsante.fr

A COLLABORÉ À CE NUMÉRO
François Mallordy

RELECTEURS ET CONSEILLERS SCIENTIFIQUES 2022-2023

M. M. Agbojan, J.-M. Alsac, J.-B. Arlet, B. Bader-Meunier, R. Barouki, E. Bautrant, J. Belghiti, A. Benachi, J.-E. Bibault, T. Billette de Villemeur, B. Bonnotte, G. Bouvenot, A.-M. Bouvier, M. Brahmi, C. Buffet, A. Bura-Rivière, F. Chabot, S. Czernichow, F. Desgrandchamps, M. Desnos, S. Dupont, B. Dubern J. Dubousset, I. Durieu, M.-O. Falcone, E. Fontaine, C. Fourcade, S. Gaudu, S. Georjin-Lavielle, H. Ghesquière, H. Greigert, O. Guillin, A. G. Habib, S. Hercberg, A. Iannelli, N. Ifrah, L. Josserean, K. Lacombe, A. Lazzati, C. Le Hello, Y. Lebranchu, N. Le Clerc, D. Léger, J. Lemale, S. Manfredi, É. Marijon, J. Ménard, J.-B. Meric, D. Montani, V. Morize, N. Nathan, V. Nguyen-Thanh, V. de Parades, S. Perruchio, V. Phé, G. Plu-Bureau, T. Poghosyan, N. de Prost, S. Quinton-Fantoni, G. Reach, L. Rostaing, C. Rouzard, M. Samson, O. Smadja, F. Sorge, M. Speranza, B. Stankoff, C. Taillé, P. Tattevin, B. Terrier, P. Trañ Ba Huy, C. Uzan, F. Viader, J.-P. Viard

COMITÉ D'HONNEUR

Jean-François Cordier, Claude-François Degos,
Jean Deleuze, Dominique Laplane, Alexandre Pariente

Directrice artistique
Cécile Formel

Première secrétaire de rédaction
Cristina Hoareau

Rédactrice-graphiste
Julie Pauly

Rédacteurs-réviseurs
Virginie Laforest, Jehanne Joly

Conception graphique
A noir, www.anoir.fr

larevuedupraticien®
est une publication
de **GLOBAL MÉDIA SANTÉ SAS**
Principal actionnaire : SFP Expansion
www.globalmediasante.fr



Capital de 4289 852 euros
Durée de 99 ans à compter du 30.03.99
ISSN : 0035-2640 – Dépôt légal à parution
NO de commission paritaire : 0227 T 81658
Impression : SIEP, rue des Peupliers, 77590 Bois-le-Roi



DIRECTRICE GÉNÉRALE, DIRECTRICE DES PUBLICATIONS

Elena Zinovieva (6801) ezinovieva@gmsante.fr

DIRECTRICE FINANCIÈRE

Corine Vandenbroucke (6824)
cvandenbroucke@gmsante.fr

DIRECTEUR MARKETING, ABONNEMENTS ET COMMUNICATION

Vincent Cadio (6859) vcadio@gmsante.fr

DIRECTION COMMERCIALE

Directeur des opérations commerciales
Benoît Sibaud (6842) bsibaud@gmsante.fr

Senior Business Developer

Éric Durand (6843) edurand@gmsante.fr

Directrice de la publicité

Cécile Jallas (6839) cjallas@gmsante.fr

Chefs de publicité

Agnès Chaminand (6840) achaminand@gmsante.fr
Irène Rakotoharime (6844) irakoto@gmsante.fr

Administratrice des ventes

Maria Costa (6841) mcosta@gmsante.fr

PRODUCTION

Directrice de projets

Nadia Belehsen (6866) nbelehsen@gmsante.fr

Chef de projet digital et 360

Katia Sahraoui (6869) ksahraoui@gmsante.fr

Chef de projet digital

Virginie Michaud (6872) vmichaud@gmsante.fr

ABONNEMENTS

Abonnement France 1 an : 242 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.larevuedupraticien.fr (Qui sommes-nous ?).



Վահե Մուկնեցյան

ԽՄԲԱԳՐԱԿԱՆ

Հարազատի անէացող հիշողության հետքերով

Մենք մեր հիշողությունն ենք:

Երբ անգլիացի փիլիսոփա Ջոն Լոքը 17-րդ դարում սահմանում էր անհատի ինքնությունը, Ալցհեյմերի հիվանդությունը ախտորոշումը դեռ չկար: Եվ չնայած բազմաթիվ բանավեճերին՝ լոքյան թեզի կողմնակիցները՝ նեոլոքիզմի ներկայացուցիչները, որոշակի գիշումերի գնալով, այնուամենայնիվ առանցքում են պահում Լոքի ժամանակին հեղափոխական թվացող հիմնական գաղափարը: **Մեր անհատական ինքնության հիմքը մեր հիշողությունն է:** Ալցհեյմերի հիվանդությամբ տառապողների հարազատները, հատկապես՝ խնամող հարազատները, որոնցից ոչ բոլորն են ծանոթ Լոքի աշխատություններին, իհարկե յուրովի, բայց հաճախ են արտահայտում նույն միտքը: Իրենց հարազատի հետ անցնելով հիվանդության բոլոր փուլերով՝ քանի՞ անգամ է նրանց գլխում ծագել այդ հարցը. «Ո՞վ է իմ առջև կանգնած մարդը»: «Սա նույն մարդն է, որին ես տարիներ շարունակ ճանաչում եմ: Այն ինչ մնացել է իմ ճանաչած մարդուց, նույն մարդն է»:

Նմանատիպ հարցադրումներն օրինաչափ են հարազատի համար, որը տեսել և առօրյայում էլ զգացել է հիվանդության անողորմ ընթացքը: Սկզբում՝ հիշողության փոքրիկ կորուստներ, որ երբեմն նյարդայնացնող են, բայց ոչ ավելին, հատկապես երբ դրանք կարելի է ողջամտորեն վերագրել տարիքին, հետո՝ լեզվի սայթաքումներ, բառերը հիշելու անկարողություն, որ սկսում են անհանգստացնել: Օրերից մի օր՝ դատարկ բնակարան, հարազատին այլևս չտեսնելու ահազանցող տագնապ, զանգ բոլոր բարեկամներին, որոնումներ քաղաքի փողոցներում, արդեն իրիկնադեմին ոստիկանությանը ներգրավելու անհրաժեշտության մասին վանող մտքեր, և, բարեհաջող հանգուցալուծման դեպքում, մայթերից մեկի վրա նշմարվող միտքով, բայց ծանոթ մի ուրվագիծ: Ամբողջ օրը վերադարձի ճանապարհի փնտրած հոգնատանջ դեմք, որը հիվանդության այս փուլում դեռ ունակ է լուսավորվելու իր տեսողաշտում հայտնված մտերմին ճանաչելուց: Որոնողական աշխատանքների ավարտ: Հույսի նշույլ, որ հիշողության այս գահավիժումը ինչ-որ պահի կդադարի, որ ինքնության այս կազմաքանդումը կարելի է վերահսկելի դարձնել, կանգուն մնացած սյուները ամրապնդել նոր հենարաններով: Թվացյալ նոր

սկիզբ, նոր միջոցառումների ձեռնարկում: Ախտորոշում: Բուժման արդյունավետ միջոցների բացակայություն: Առօրյայի կտորակ փոփոխություն, հարազատին այդուհետ միայնակ թողնելու անհնարինություն, նրա կողքին 24-ժամյա ներկայություն ապահովելու անհրաժեշտություն: Անքուն գիշերներ: Գիտակցում, որ Լեթայի ջուրը ճաշակած հարազատը անխուսափելիորեն մոռացության գիրկն է ընկղմվում:

Մոռանալ... Բայց մինչև ընդ: Մոռացության անդունդն անհատակ է: Պատասխանն անխուսափելիորեն ակնհայտ է դառնում, երբ հիվանդ հարազատը մերթընդմերթ չի ճանաչում իրեն ամեն օր ուղեկցող, իր կողքին մշտապես ներկա անձին: Նա կարծես մեկ ներկա է, մեկ բացակա: Այս դրվագային «բացակայությունները» հետզհետե հաճախանում են ի հաշիվ հազվադեպ դարձող «ներկայությունների»: Այդքան տարիներ ճանաչած հարազատի ուշադրությունը գրավելու համար նրա անունը վանկարկելն աստիճանաբար անօգուտ է դառնում: Նրա հետ հաղորդակցվելու համար անհրաժեշտ է դառնում հայտնվել նրա տեսողաշտում, նրա՝ անճանաչելի դարձած հայացքում պեղել-գտնել հարազատ ինչ-որ մի բան, հուսալ որսալ հազվադեպ դարձած «ներկայություն»...

Այս ամենը ապրած անձը Լոքին կարդալու կարիք չունի: Ավելին՝ նա հասկանում է, որ դառնում է իր հարազատի՝ անհայտ խավարներում անհետացած հիշողության պահապանը, ասել է թե՛ նրա ինքնության պահապանը:

Այս գիտակցումն է, որ խնամող հարազատներին կարող է օգնել դիմակայելու այս փորձությանը՝ մշտապես հիշելով, որ դիմացինը իր այդքան հարազատ մարմնով և կազմաքանդված հիշողությամբ նույն հարազատն է, նույն մարդը, որին միշտ ճանաչել է, և որի հիշողության հիմնական կրողն է դարձել այսուհետ:

Մենք մեր հիշողությունն ենք, բայց նաև հիշողությունն ենք մեր հարազատի:

Բժիշկ Վահե Մուկնեցյան
La Revue du Praticien-ի հայերեն
հրատարակության գլխավոր խմբագիր

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 որոշեցած 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

Բժշկել, կրթել և կառուցել Հայաստանում

Caring, training
and building
in Armenia



Santé Arménie

Soigner,
former et bâtir
en Arménie



ԲՈՎԱՆԴԱԿՈՒԹՅՈՒՆ

3 **ԽՄԱԳՐԱԿԱՆ**
Հարազատի անէացող հիշողության հետքերով
Վահե Մուրնեցյան

4 **ԱՎԵԼԻՆ, ԶԱՆ ԱՄՍԱԳԻՐ...**
Ժան Դըլյոզ

Առողջապահության և բժշկական հետազոտությունների ազգային ինստիտուտ՝ «Նյարդահոգեբանություն և մարդկային հիշողության պատկերային հետազոտություն» միավոր, Կան, Ֆրանսիա

25 / 1072 Հիշողության անատոմիա
Լորան Տատյո

28 / 1075 Հիշողության
Նյարդահոգեբանությունը
Ֆրանսիս Էստաշ

32 / 1078 Հիշողության
գնահատման թեստեր
Միքայել Լեյսնի, Պեգի Զվինետ

36 / 1081 Հիշողության
հիվանդություններ
Ֆրանսուա Սելալ, Սեսիլ Վեյս

41 / 1085 Անցողիկ ամնեզիաներ
Ֆաուստո Վիադե

43 / 1088 Տարանջատման ամնեզիա.
Ֆունկցիոնալ ամնեզիայի տեսակ
Կատրին Թոմա-Աստերիոն

46 / 1090 Ինչ ձեռնարկել
հիշողության հետ
կապված գանգատի դեպքում
Նիկոլա Վիլեն

52 / 1095 Ամնեզիայով
բուժառուի վարումը
Պիեռ-Իվ ժոնան

55 / 1098 Հիշողության խանգարումներ.
10 հիմնական ուղերձներ
Ֆաուստո Վիադե

59 / 1106 Պատկերադարան
Վարդենբուրգի
համախտանիշ
*Այուբ Բուբեկրի, Վալիդ Աթմանի,
Մուստաֆա Բենսուդիր*

60 / 53 Սա ի՞նչ է

62 / 56 Պատկերադարան
Էրիթրոդերմային փտորիազ
*Լորի Ռոյեն, Նոյեմի Ռիուալ,
Ժյուլի Օրբե, Մարիա Դոլգեն,
Բապիե Ֆուխան*

64 / 171 Սա ի՞նչ է

66 / 1107 Ապրել՝ ունենալով...
Շագանակագեղձի
քաղցկեղ
Շագանակագեղձի
քաղցկեղով հիվանդների
ազգային միություն

69 / 74 Գիտելիքի շտեմարան
Կայցիումական ցուցչի
կիրառությունը ամենօրյա
գործունեության ընթացքում
*Մայթյո Բեսուտի,
Ֆրանսուա Շիլե*

76 / 179 Գիտելիքի շտեմարան
Երեխայի
անմիզապահություն
Յինա Սիմոնե,
Պոլին Լալըման-Դյուրել

ՈՒՍԱՆՈՂԻ ԱՆՎՅՈՒՆ

85 / 1133 Զննական հարց 76
Կախվածություն ալկոհոլից
*Ֆրանսուա Պայ,
Ռոմեն Մուարան*

ԲԱՏԱՀԱՅՏԵԼ

96 / 227 Զորեղ ախտեր, մեծ արհավիրքներ.
համաճարակները՝ արվեստում
Լյուսիլ Դոշեն

ԱՐԴԻԱԿԱՆ

8 / 1057 Զննարկում
Ալցհեյմերի հիվանդության դեմ
կիրառվող Նոր դեղամիջոցներ.
հուլիսի 28-ը, թե՛ Նոր պատրանք
Ժիլ Բուվընո, Պիեռ Լը Քոզ

12 / 1063 Ազատ ամբիոն
ChatGPT-ն հուսալի՞ է
Փորձարկում բժշկական ուսումնական
հաստատությունների ուսանողների և
դասախոսների մասնակցությամբ
ժողով Մենար

14 / 13 Բուժական
Ինչպիսի պատվաստանյութեր
Նշանակել ԹԶՕՂ-ով բուժառուների
Պիեռ-Ռեժի Բյուրժել

17 / 23 Առողջություն և հասարակություն
Անգամակ ապրելու ընտրությունը՝
հասարակական մտահոգությունների
ազդեցության հետևանք
Շառլոտ Դեբեստ

20 / 139 Առողջություն և հասարակություն
Ինչու է հարկավոր
արգելել ծխախոտի գտիչները
*Ֆրանսուա Տոպար, Էմանուել Բեգինո,
Նատալի Վիրթ, Իվ Մարտինե*

ԹԵՄԱ

24 / 1071 ՀԻՇՈՂՈՒԹՅԱՆ ԽԱՆԳԱՐՈՒՄՆԵՐ
Գիտական խորհրդատու՝ պրոֆեսոր
Ֆաուստո Վիադե, Նյարդաբանության
բաժանմունք, Քոթ դը Նակրի
համալսարանական հիվանդանոց,
Կան-Նորմանդիա համալսարան,

ԳՈՐԾՆԱԿԱՆ ԲԾԵԿՈՒԹՅՈՒՆ

56 / 1101 Սա ի՞նչ է

58 / 1103 Պատկերադարան
Նախագարշապարի՝
բուժման չենթարկվող ցավ
Շարլեն Ֆրես, Վիկտորյա Պիքենդար,
Կարոլին Դեմյոյոժե, Մարիոն Գարդի,
Սանդրին Վալդրոն

SOMMAIRE

4 **Plus qu'une revue...**
Jean Deleuze

ACTUALITÉ

8 / 1057 **En débat.** Nouveaux médicaments contre la maladie d'Alzheimer : lueur d'espoir ou nouveau mirage ?
Gilles Bouvenot, Pierre Le Coz

12 / 1063 **Tribune libre.** ChatGPT est-il fiable ? Mise à l'épreuve par des étudiants et enseignants en médecine
Joël Ménard

14 / 13 **Thérapeutique.** Quels vaccins pour les patients atteints de BPCO ?
Pierre-Régis Burgel

17 / 23 **Santé & Société.** Le choix d'une vie sans enfant sous l'influence des préoccupations sociétales
Charlotte Debest

20 / 139 **Santé & Société.** Pourquoi faut-il interdire les filtres de cigarettes ?
François Topart, Emmanuelle Béguinot, Nathalie Wirth, Yves Martinet

DOSSIER

24 / 1071 **TROUBLES DE LA MÉMOIRE**
Conseiller scientifique : Pr Fausto Viader, service de neurologie, CHU Côte de Nacre, université de Caen Normandie, Inserm U1077 « NIMH », Caen, France

25 / 1072 Anatomie de la mémoire
Laurent Tatu

28 / 1075 Neuropsychologie de la mémoire
Francis Eustache

32 / 1078 Tests de mémoire
Mickaël Laisney, Peggy Quinette

36 / 1081 Maladies de la mémoire
François Sellal, Cécile Weiss

41 / 1085 Amnésies transitoires
Fausto Viader

44 / 1088 Amnésie dissociative : une amnésie fonctionnelle
Catherine Thomas-Antérion

46 / 1090 Conduite à tenir devant une plainte mnésique
Nicolas Villain

52 / 1095 Prise en charge d'un patient amnésique
Pierre-Yves Jonin

55 / 1098 Troubles de la mémoire : les 10 messages clés
Fausto Viader

PRATIQUE MÉDICALE

56 / 1101 **Quel est votre diagnostic ?**

58 / 1103 **Vos images.** Métatarsalgies rebelles
Charlène Fraysse, Victoria Picquendar, Caroline Demurger, Marion Gardies, Sandrine Vlavonou

59 / 1106 **Vos images.** Syndrome de Waardenburg
Ayoub Boubekri, Walid Atmani, Mustapha Bengshir

60 / 53 **Quel est votre diagnostic ?**

62 / 56 **Vos images.** Psoriasis érythrodermique
Laurie Rollin, Noémie Rioual, Julie Aubret, Maria Dolghin, Xavier Fouilland

64 / 171 **Quel est votre diagnostic ?**

66 / 1107 **Vivre avec...** un cancer de la prostate
Association nationale des malades du cancer de la prostate

69 / 74 **Mise au point.** Utilisation du score calcique en pratique quotidienne
Matthieu Besutti, François Schiele

76 / 179 **Mise au point.** Incontinence urinaire de l'enfant
Hina Simonnet, Pauline Lallemand-Dudek

RÉFÉRENCES UNIVERSITAIRES

85 / 1133 **Focus Item 76.** Addiction à l'alcool
François Paille, Romain Moirand

DÉCOUVRIR

96 / 227 **Grands maux, grands fléaux :** les épidémies dans l'art
Lucile Douchin

CONTENTS

4 **More than review...**
J. Deleuze

ACTUALITY

8 / 1057 **Sounding board.** New Alzheimer's drugs: A ray of hope or a new mirage?
G. Bouvenot, P. Le Coz

12 / 1063 **Open forum.** Is ChatGPT reliable? Put to the test by medical students and teachers
J. Menard

14 / 13 **Therapeutics.** Which vaccines for COPD patients?
P.-R. Burgel

17 / 23 **Health & Society.** The choice of a life without children under the influence of societal concerns
C. Debest

20 / 139 **Health & Society.** Why ban cigarette filters?
F. Topart, E. Béguinot, N. Wirth, Y. Martinet

DOSSIER

24 / 1071 **MEMORY DISORDERS**

25 / 1072 Anatomy of memory
L. Tatu

28 / 1075 Neuropsychology of memory
F. Eustache

32 / 1078 Memory tests
M. Laisney, P. Quinette

36 / 1081 Memory diseases
F. Sellal, C. Weiss

41 / 1085 Transient amnesias
F. Viader

44 / 1088 Dissociative amnesia: A functional amnesia
C. Thomas-Antérion

46 / 1090 How to deal with memory complaints
N. Villain

52 / 1095 Management of an amnesic patient
P.-Y. Jonin

55 / 1098 Memory disorders: 10 key messages
F. Viader

MEDICAL PRACTICE

56 / 1101 **What is your diagnosis ?**

58 / 1103 **Your images.** Stubborn metatarsalgias
C. Fraysse, V. Picquendar, C. Demurger, M. Gardies, S. Vlavonou

59 / 1106 **Your images.** Waardenburg syndrome
A. Boubekri, W. Atmani, M. Bengshir

60 / 53 **What is your diagnosis ?**

62 / 56 **Your images.** Erythrodermic psoriasis
L. Rollin, N. Rioual, J. Aubret, M. Dolghin, X. Fouilland

64 / 171 **What is your diagnosis ?**

66 / 1107 **Living with...** prostate cancer
Association nationale des malades du cancer de la prostate

69 / 74 **Restatement.** Use of the calcium score in daily practice
M. Besutti, F. Schiele

76 / 179 **Restatement.** Urinary incontinence in children
H. Simonnet, P. Lallemand-Dudek

UNIVERSITY REFERENCES

85 / 1133 **Focus Item 67.** Alcohol addiction
F. Paille, R. Moirand

ACTUALITY

96 / 227 **Great evils, great plagues:** epidemics in art
L. Douchin



Ժյլ Բուվնոտ¹
gilles.bouvenot@gmail.com



Պիեռ Լը Բոզ²
pierre.le-coz@univ-amu.fr

ՔՆՆԱՐԿՈՒՄ

Ալցհեյմերի հիվանդության դեմ պայքարում դեղամիջոցներից ակնկալիքները մեծ են, թեև նախկինում բազմաթիվ հիասթափություններ են եղել: Եվ այդ ուղղությամբ հետազոտություններում եթե նույնիսկ առաջընթաց կա, չափազանց մեծ լավատեսությունը վաղաժամ է: Անցյալի դասերը և ապագայում կիրառվելիք դեղամիջոցների՝ ներկայումս արձանագրած արդյունավետությունը ստիպում են զգուշավոր լինել:

Ալցհեյմերի հիվանդության դեմ կիրառվող նոր դեղամիջոցներ. հույսի շո՞ղ, թե՞ նոր պատրանք

Ալցհեյմերի հիվանդությունը, որով ներկայումս 900 000 մարդ է տառապում Ֆրանսիայում (էնթադրվում է, որ 2040 թվականին այդ թիվը կհասնի 1 400 000-ի) բժշկական և սոցիալական աղետ է: Գաղտնիք չէ, թե ինչպիսի տառապանք է ապրում հիվանդը, հատկապես՝ ախտորոշումը հայտնելու պահին, ինչպես նաև նրա ընտանիքը, էլ չասած բեռի մասին, որը ծանրանում է խնամողների ուսերին:

Այդ իսկ պատճառով հիվանդախնամ հանրային, բուժառուների միությունները և գիտական ընկերակցությունները մշտապես ուշի ուշով հետևել են բնագավառում կիրառվող արդյունավետ դեղամիջոցների հետազոտմանն ու մշակմանը՝ չմոռանալով բուժման այլ մեթոդները, որոնք ակներևաբար դեռևս անբավարար են: Իսկ մինչ այդ ստիպված ենք համակերպվել այն դաժան փաստի հետ, որ առ այսօր որևէ հույս իրականություն չի դարձել, և որ Ալցհեյմերի հիվանդության դեմ դեղամիջոցների ասքը սպասելիքների, հիասթափությունների և հուսախաբությունների շարունակական շղթա է: Հիմք ընդունելով այդ հակիրճ պատմությունը՝ հոդվածն ընթերցողին կոչ է անում գերծ մնալ ցանկացած չափազանցված լավատեսությունից: Եթե նույնիսկ նոր դեղամիջոցները խոստումնալից են համարվում, դա դեռ չի նշանակում, որ հիվանդության դեմ պայքարում հաղթանակ է գրանցվել: Lancet ամսագրի՝ վերջերս հրատարակված խմբագրականում խորհուրդ է տրվում չափավորել հույսերը, ինչպես նաև լրատվամիջոցների՝ թեմային առնչվող սենսացիոն հրատարակումները¹: Անցյալի դասերը և ասպարեզում հայտնված նոր դեղամիջոցների՝ ներկայումս հայտնի արդյունավետությունը զգուշավորություն են թելադրում:

1. Մարսելի բժշկական գիտությունների ֆակուլտետի պատվավոր պրոֆեսոր, Բժշկական ազգային ակադեմիայի անդամ
2. Մարսելի բժշկական գիտությունների ֆակուլտետի փիլիսոփայության պրոֆեսոր, Բժշկական ազգային ակադեմիայի անդամ

Ժ. Բուվնոտն հայտնում է, որ դրվագային կապեր է ունեցել GSK, Sanofi, Vifor Pharma, Sage Therapeutics, Steba Biotech, Alnylam, Tesaro Bio France, Insmed, GenSight, Pierre Fabre Medicaments, Lupin ընկերությունների հետ:

Առաջին ժամանակաշրջան. տակրին՝ չափազանցված հույսեր և առանց ավստանքի հրաժարում

Տակրինը (Կոզնեքս) խոլինէսթերազի դարձելի և ոչ մրցակցային արգելակիչ է, որի ներգործության մեխանիզմն Ալցհեյմերի հիվանդության պարագայում ավելի շուտ ենթադրված է, քան հաստատապես ճանաչված: 1994 թվականին Ֆրանսիայում դեղամիջոցի վաճառքը հիվանդության թեթև և չափավոր ձևերի դեպքում թույլատրվեց այն բանից հետո, երբ 1993 թվականին Միացյալ Նահանգների Սնդամթերքի և դեղերի վերահսկողության վարչությունը աշխատատար քննարկումների արդյունքում, ի վերջո, դրական եզրակացություն տվեց դեղամիջոցին մի շարք անսպասելի իրադարձություններից հետո, որոնցում գիտությունը, բախվելով ճշումների, հուզական մոտեցումների ու սուր տարածայնությունների, միշտ չէ, որ գերիշխող դեր ուներ: Բավականին հուսախառնող երկարատև սպասումից հետո, դեռևս մնալով որպես վիճելի հարց, տակրինը դարձավ հիվանդության արդյունավետ բուժման առաջին հույսը²: Այսպես, տարիներ շարունակ այս դեղամիջոցը մենաշնորհային վիճակում էր, ինչը հնարավորություն չէր տալիս պատշաճ ուշադրություն դարձնելու դրա անբավարար արդյունավետությանը, ինչպես նաև անցանկալի հետևանքներին, նույնիսկ լյարդի վրա վտանգավոր ազդեցությանը: Իսկ դեղամիջոցի թունավոր ազդեցությունը լյարդի վրա խիստ իրական է. դա վերաբերում է այն ընդունած հիվանդների կեսին:

2004-ին, ացետիլխոլինէսթերազի արգելակիչների ի հայտ գալով, տակրինը դուրս մղվեց՝ առանց հիվանդների

ՔՆՆԱՐԿՈՒՄ

վիճակը վատթարացնելու և առողջապահության ոլորտի մասնագետների հակաճառությունների: Զետաքրքիր է նշել, որ տակրինը կիրառությունից հանելուց հետո՝ 2007 թվականին իրականացված մետալերուծությունը եզրահանգել է, որ դրա արդյունավետության որևէ պաշտոնական ապացույց չկար՝:

Երկրորդ ժամանակաշրջան. ացետիլխոլինէսթերազի երեք արգելակիչ և NMDA ընկալիչների մեկ ներհակորդ. Նախապես անհիմն գերազնահատված դեղամիջոցների դանդաղ հեղինակագրվում

Ասպարեզ եկած նոր դեղամիջոցների արդյունքում տակրինի դերն աստիճանաբար խամրեց: 1997 թ. շրջանառության մեջ դրվեց դոնեպեզիլը (Aricept), 1998-ին՝ ռիվաստիգմինը (Exelon), 2000-ին՝ գալանտամինը (Reminyl) և 2002-ին՝ մեմանտինը (Ebixa)՝ արժանանալով առողջապահության ոլորտի մասնագետների և գիտական հանրության բարձր գնահատականին, որոնք դրանց վերագրեցին իրական արժեքից շատ ավելի բարձր արդյունավետություն: Սա վերաբերում էր նաև Թափանցիկության հանձնաժողովին, քանի որ եթե այն իրավամբ այդ դեղամիջոցները համարում էր առաջընթաց տակրինի համեմատ, այնուամենայնիվ, նրան ոչինչ չէր ստիպում դրանց մի մասին շնորհել բուժական զգալի առաջընթացի մակարդակ («մատուցված բժշկական ծառայության բարելավման»՝ ՄԲԾԲ-ի 2-րդ մակարդակ):

Զետազայում սա պատճառ դարձավ այդ ժամանակ Առողջապահության բարձրագույն ատյանի (HAS) մաս կազմող այդ հանձնաժողովի դիրքորոշման որոշակի անհատականության, որը բազմիցս հանդես եկավ սեփական գնահատականները ցածրացնելու և նախկինում շնորհած վարկանիշները սրբագրելու առաջարկով: Նշված չորս դեղամիջոցները, որոնք թվում՝ ացետիլխոլինէսթերազի երեք արգելակիչ (դոնեպեզիլ, ռիվաստիգմին, գալանտամին)՝ ցուցված հիվանդության թեթև կամ չափավոր ծանր դեպքերում, և չափավորից ծանր դեպքերի համար ցուցված NMDA (N-մեթիլ-D-ասպարագինաթթու) ընկալիչների արգելակիչ մեմանտինը, մինչև 2018 թվականը Ալցհեյմերի հիվանդության դեմ կիրառվող միակ դեղամիջոցներն էին:

Առողջապահության բարձրագույն ատյանի Թափանցիկության հանձնաժողովը պարտավոր է հինգ տարին մեկ կամ այդ ժամանակահատվածից առաջ վերագնահատել դեղամիջոցները, որոնք ենթակա են փոխհատուցման, եթե համարում է, որ նոր ի հայտ եկած տվյալները փոխում են նախկինում իր հայտնած կարծիքը: Այսպես, վերը նշված չորս դեղերի մասին կարծիքը երեք անգամ փոփոխվել է՝ 2007-ին, 2011-ին և 2016-ին:

2007 թվականի վերագնահատմամբ ընդամենը մի ճշգրտում էր արվում. հաշվի առնելով բուժառուների և նրանց ընտանիքներին պետության կողմից տրամադրվող ոչ դեղային խնամքի միջոցների սակավությունը՝ Թափանցիկության հանձնաժողովը համարում է.

- որ կլինիկական տվյալները և իրական կյանքի փորձը հնարավորություն չեն տալիս իրապես տարբերություն դնելու դեղամիջոցների միջև.

Պ. Լը Քոզը հայտարարում է, որ այս հրապարակմամբ որևէ շահ չի հետապնդում:

- որ դրանց բուժական օգտավետությունը (ՄԲԾ-ը՝ «մատուցված բժշկական ծառայություն») պետք է շարունակվի որակվել որպես էական՝ հաշվի առնելով հիվանդության ծանրությունը.

- սակայն այդ դեղամիջոցների բերած առաջընթացն այլևս չի կարող նշանակալի համարվել:

Ըստ այդմ, հաշվի առնելով դեղերի համեմատ ներգործությունը, հանձնաժողովն իջեցրել է դրանց սկզբնապես տված գնահատականները (4-րդ մակարդակի ՄԲԾԲ, որ նշանակում է չնչին առաջընթաց)՝:

Հաշվի առնելով քննարկվող դեղամիջոցներին վերաբերող փաստաթղթապահանակներում դրանց արդյունավետության ապացույցների ցածր մակարդակի և արդյունքի դիտարկվող արժեքների կլինիկական նշանակալիության վիճելի բնույթի վերաբերյալ քննադատությունը, որն արդեն ձևակերպվել էր 2007 թվականին, 2011 թվականի վերագնահատումն ավելի հեռու գնաց՝ դեղամիջոցների բուժական օգտավետությունը (ՄԲԾ) որակելով որպես ցածր ու այլևս ոչ զգալի (նաև հաշվի առնելով դրանց անցանկալի հետևանքները) և համարելով, որ դրանցով պայմանավորված բուժական առաջընթացի մակարդակ, որպես այդպիսին, գոյություն չունի: Այնուամենայնիվ, վերագնահատումը խորհուրդ չէր տալիս հրաժարվել դեղերի փոխհատուցումից՝ ելնելով տվյալ ժամանակաշրջանում իշխող այն գաղափարից, որ հիվանդության թեթև տեսակներով տառապող բուժառուների և նրանց ընտանիքների համար, մասնավորապես՝ ախտորոշման մասին հայտնելու ժամանակ, հուսահատեցնող կլինի իմանալ, որ որևէ դեղամիջոց այնքան արդյունավետ չէ, որպեսզի դրա գինը փոխհատուցվի բժշկական ապահովագրությամբ: Սա հանձնաժողովն անվանում էր հիվանդության հարցում դեղամիջոցի համակարգող ազդեցություն: Քանի որ Ալցհեյմերի հիվանդությունը երկարատև հիվանդությունների շարքից է, դրա ընթացքում օգտագործվող դեղերի գնի փոխհատուցումը պահպանվեց 100 %-ով՝ չնայած ՄԲԾ-ի մակարդակի իջեցմանը:

Նոր քայլ կատարվեց 2016-ին՝, երբ հանձնաժողովն անբավարար ՄԲԾ տվեց չորս դեղերին՝ այդպիսով առաջարկելով հրաժարվել դրանց փոխհատուցումից՝: Այս առաջարկությունը հիմնվում էր, մի կողմից, դրանց ազդեցության կլինիկական հիմնավորվածության բացակայության, մյուս կողմից՝ վարքային խանգարումների, կյանքի որակի, բուժական հաստատություն հիվանդների ընդունման ժամկետի և խնամող անձնակազմի կրած բեռի հարցում դրանց արդյունավետության բացակայության վրա:

Գիտական շրջանակները և հեղինակավոր անհատականություններ բուռն կերպով արտահայտվեցին դեղերի գնի փոխհատուցման վերացման՝ նախարարության որոշման դեմ, որն ուժի մեջ էր մտել 2018-ին: Բուժառուների հասարակական կազմակերպություններն ու ընտանիքները այդ որոշումը համարեցին հիվանդության լրջությունը և դրա բեռն ըմբռնելու անկարողության դրսևորում:

Տակրինի և ացետիլխոլինէսթերազի արգելակիչների կիրառման փուլերի ավարտից հետո (որոնք փոխհատուցման վերականգնման պահանջով ներկայումս էլ են ծայներ հնչում⁸⁾) հաստատված իրաժառանգությունը միաժամանակ նոր հույսեր էր ծնում՝ պարարտ հող ստեղծելով չափազանց լավատեսական նոր ակնկալիքների համար:

ՔՆՆԱՐԿՈՒՄ

Երրորդ ժամանակաշրջանի դեղեր. բետա-ամփոփոլների դեմ միակլոնալին հակամարմինների ի հայտ գալը. դեռևս երբեք իրավիճակը զգուշություն է պարտադրում

Եթե ընդունենք ներկայիս հարացույց հանդիսացող վարկածը, որ գլխուղեղի ամփոփոլային նստվածքներն Ալցհեյմերի հիվանդության որոշ դրսևորումների պատճառ են, այլ ոչ թե պարզապես հիվանդությունն ի հայտ բերող պատկերային հետազոտության նշան, ապա տեղին կլինի շատ լրջորեն վերաբերվել բետա-ամփոփոլների դեմ միակլոնալին հակամարմինների հետազոտություններին ու մշակումներին: Սակայն մեր ձեռքի տակ եղած արդյունքներով վաղաժամ չէ՛ հաստատել, որ դրանք կարող են բավարարել բուժառուների ակնկալիքներն այն դեպքում, երբ դրանց ազդեցության տևականությունը և օգուտ-վտանգ երկարաժամկետ հավասարակշռությունը դեռևս ուսումնասիրված չեն:

Ըստ էության, թեև նկատի ունենք բուժական նույն դասը, դեղամիջոցների միջև արդյունավետության անհամաչափություններ կան, հանգամանք, որը հօգուտ դրանց չէ: Այդ անհամաչափությունները թերևս բացատրվում են կենսաբանական թիրախի ընտրության տարբերություններով, փորձաքննության համար հավաքագրված բուժառուների տեսակով՝ ըստ հիվանդության բարդության ու փուլի, ինչպես նաև դեղաչափի չիստապատասխանեցված սխեմաներով և այլն:

Որն էլ լինի պատճառը, որոշ հակամարմիններ, կարծես, վերջնականապես ապացուցել են իրենց ոչ արդյունավետ լինելը: Այլ հակամարմիններ մշակման փուլում են, որոնց թվում է դոնանեմաբը, որը, ըստ ընդունված արտահայտության, «քաջալերող» արդյունքներ է տալիս⁹: Առաջինը շուկայում հայտնվեց ադուկանումաբը (Aduhelm)¹⁰, որին ԱՄՆ Սնդամթերքի և դեղերի վերահսկողության վարչությունը (FDA) 2021 թվականին շնորհեց շուկայում վաճառքի թույլտվություն, մինչդեռ, կանխատեսելով Դեղերի եվրոպական գործակալության (EMA) հնարավոր մերժումը, Եվրոպայի համար վաճառքի թույլտվության հայցի փաստաթղթապատկերը հետ կանչվեց 2022-ին: Դեղամիջոցի արդյունավետության շուրջ Սնդամթերքի և դեղերի վերահսկողության վարչությունում բուռն քննարկումներ էին ծավալվել, որոնք ուղեկցվել էին փորձագետների միջև բանավեճերով և հակաճանաչություններով: Ամեն դեպքում, Միացյալ Նահանգներում դրա կիրառությունը դադարեցվել է արտադրող ընկերության նախաձեռնությամբ, ինչից կարելի է ենթադրել, որ դեղն առանձնապես չի գոհացրել:

Դրանից հետո ավելի մեծ հետաքրքրություն առաջացրեց լեզեմեմաբը (Leqembi), որին 2023 թվականին ԱՄՆ Սնդամթերքի և դեղերի վերահսկողության վարչությունը շուկայում վաճառքի թույլտվություն շնորհեց՝ Ալցհեյմերի հիվանդության առաջացրած թեթև ճանաչողական խանգարումների բուժման ցուցումով: Հիվանդության վաղ շրջանում գտնվող 1795 բուժառուների շրջանում տասնութ ամիս փորձարկվելով՝ դեղամիջոցը, պլացեբոյի համեմատ, ճանաչողական գործառնության կորստի՝ 27 %-ով դանդաղեցման արդյունք արձանագրեց¹¹: Սին հույսերին ու հիասթափություններին վարժված՝ Ալցհեյմերի հիվանդության մասնա-

գետները պետք է որոշեն՝ միայն ճանաչողական գործառնության կորստի տեսակի այս համեստ նվազումը, ընդ որում՝ սահմանափակ ժամանակահատվածում (դժվար է կանխատեսումներ անել հետագա տարիների համար) համապատասխանում է իրենց սպասումներին¹²: Մասնավաճառքի որ ամփոփոլների դեմ միակլոնալին հակամարմինների դասի բոլոր դեղամիջոցները կարող են առաջացնել գլխուղեղի այտուցներ կամ միկրոարյունազեղումներ և նույնիսկ, ըստ որոշ փորձագետների, նպաստել գլխուղեղի ծավալի կորստի արագացմանը¹³: Ուստի հարկավոր է գործել զգուշորեն՝ հավաստիանալով, որ դեղերի արդյունավետությունը միայն կենսանշիչների կամ պատկերային հետազոտության միջոցով չէ, որ ապացուցվել է, այլ հարկ եղած կերպով հենվում է անցյալում օգտագործված և փոխհատուցումից զրկված դեղամիջոցների արդյունավետությունը գերազանցող իրական կլինիկական արդյունավետության վրա: Հավելենք, որ Միացյալ Նահանգներում բուժման տարեկան գինը կկազմի շուրջ 26500 դոլար, և սա մտածելու տեղիք է տալիս՝ ապահովագրական ընկերությունները քանի՞ բուժառուի կհամաձայնեն ապահովագրել, և ի՞նչ եղանակով կընտրվեն նրանք, օրինակ՝ ելնելով հիվանդության փուլից:

Նոր բուժամիջոցների գնի հարցը ուղղորդում է դեպի էթիկայի ոլորտ

Անցումը նոր բուժամիջոցներին նպաստելու է առողջապահության համակարգի ծախսերի մեծացմանը, եթե, իհարկե, դա չի ֆինանսավորվելու գործող այլ բուժումների համար նախատեսված միջոցների վերաբաշխմամբ, մի բան, որ անթույլատրելի է: Նպատակահարմարությունը պահանջում է, որ ներդրումը համաչափ լինի ակնկալվող օգուտին, քանի որ հարկատուն իրավունք ունի ակնկալելու առողջապահության համակարգին հատկացվող միջոցների օպտիմալացում: Իրոք, թանկարժեք դեղամիջոցի փոխհատուցումն ընդունելի կլինի միայն այն դեպքում, եթե օգուտ-վտանգ հաշվեկշիռը մեծ մասամբ դրական է:

Համեմատության համար նշենք քրոնիկական C հեպատիտի բուժման ժամանակ օգտագործվող դեղը (սոֆոսբուվիր) Ֆրանսիայում վաճառքի է հանվել 2014-ին շատ բարձր գնով (շուրջ 40 000 եվրո բուժման կուրսի համար), սակայն ունեյալով նշանակալի բուժական արդյունավետություն: Մինչդեռ Ալցհեյմերի հիվանդության դեմ նախատեսված նոր դեղամիջոցները, մեր տրամադրության տակ եղած ներկայիս տվյալները հաշվի առնելով՝ շատ ավելի համեստ արդյունքներ են խոստանում, որոնք միաժամանակ ուղեկցվում են բավական լուրջ վտանգներով:

Այսպիսով, լեզեմեմաբի ամերիկյան գնից կարելի է ենթադրել, որ եթե դրան եվրոպական շուկայում վաճառքի թույլտվություն շնորհվի, և Ֆրանսիայի Առողջապահության բարձրագույն ատյանը դրական եզրակացության տա փոխհատուցման վերաբերյալ, ապա այն զգալի լրացուցիչ բեռ կլինի բժշկական ապահովագրության համար, առավել ևս, որ դեղամիջոցի գնին կավելանա հիվանդանոցային պայմաններում բազմիցս կաթիլային ներարկումներ իրականացնելու գինը: Փոխարենը, քանի որ դեղը նախատեսված է հիվանդության նախնական փուլում գտնվող բուժառուների համար, բուժման այս տեսակը մեծ ազդեցություն չի

ՔՆՆԱՐԿՈՒՄ

Նախատեսում խնամողների ծանրաբեռնվածության վրա, որն այդ փուլում դեռևս սահմանափակ է:

Այդուհանդերձ, քանի որ ներկայումս որևէ բուժում առկա չէ, եթե բուժառուն ցանկանում է օգտվել բուժման Նոր միջոցից, օրինաչափ է այն հասանելի դարձնելը: Հիվանդի նման վարումը, երբ հարկ եղած դեպքում կարելի է մրցակցության մեջ դնել առկա դեղամիջոցները, համապատասխանում է «սոցիալական պայմանագրի» մեր մոդելին, որի համաձայն՝ յուրաքանչյուր քաղաքացի անհրաժեշտության դեպքում կարող է օգտվել առկա լավագույն բուժման միջոցներից հասանելիության իր հիմնարար իրավունքից՝ պայմանով, որ ամբողջ կյանքի ընթացքում մասնակցի բժշկական ապահովագրության ֆինանսավորմանը:

Նոր դեղերը, իհարկե, ընդամենը մի քանի ամսով հետաձգելու են ճանաչողական ունակության վատթարացումը: Սակայն այդ հետաձգումը հնարավորություն կտա բուժառուին իր հարազատների հետ նախապատրաստվելու հիվանդության հաջորդ փուլին, այն է՝ ինքնուրույնության արմատական կորստին: Բացի դրանից՝ ինչպիսին էլ լինի դեղը, այն վառ է պահում հիվանդի հույսի կայծը, որը պարունակցային բարերար ազդեցություն է ոչ միայն հիվանդի, այլև նրա շրջապատի համար:

Ուստի հարկավոր է փոխհամաձայնություն գտնել, մի կողմից, հասարակության վրա դրված դեղի գինը փոխհատուցելու, մյուս կողմից՝ բուժառուների՝ լավագույն բուժմանը հասանելիություն ունենալու իրավունքի միջև: Արդարության և ինքնուրույն լինելու իրավունքի միջև ճիշտ հավասարակշռություն գտնելու համար ոչ միայն անհրաժեշտ կլինի սահմանել վաճառքի թույլտվության մեջ ձևակերպված ցուցումներով դեղամիջոցներից օգտվող թիրախային խմբի օպտիմալ թվաքանակը, այլև վեր հանել բուժառուների այն

ենթախումբը, որը հատկապես կարող է օգուտ ստանալ տվյալ դեղամիջոցից: Հետևաբար, միայն նեղ մասնագետներին նշանակումներ անելու իրավունք տալը պարտադիր է՝ ելնելով մտահոգությունից, որ անհրաժեշտ է խուսափել զիջողականության ու լրատվամիջոցներով դեղերի շուրջ բարձրացված աղմուկի ազդեցության տակ դուրս գրված դեղատոմսերի ավելորդ առատությունից:

Ըստրության չափանիշների մեջ կարելի է ներառել բուժառուի՝ իր հիվանդ լինելն ըմբռնելու ունակությունը: Սեփական վիճակի հստակ գիտակցումը փաստացի ցույց է տալիս, որ նա հիվանդության չափավոր փուլում է: Հիվանդության ձևերի կամայական գնահատումից խուսափելու համար նյարդահոգեբանական հետազոտությունը պետք է հնարավորություն տա գնահատելու հիվանդի մտքի պայծառության աստիճանը: Այս ընթացակարգը, ըստ ամենայնի, ամենից լավ կարող է միաժամանակ որոշակի դարձնել ինքնուրույնության և բարին գործելու սկզբունքները: Ինքնուրույնությունը, քանի որ բուժառուի միտքը դեռ մասնակիորեն պայծառ է, և բարին գործելը, քանի որ դա այն պահն է, երբ դեղը որոշակի արդյունավետություն է ցուցաբերում: Ինչ վերաբերում է հիվանդին չվնասելու սկզբունքը հաշվի առնելուն, անհրաժեշտ կլինի մշակել համապատասխան կանոններ բուժման դադարեցման մասին, երբ ի հայտ են գալիս ծանր վնասակար հետևանքներ: Վերջապես, արդարության սկզբունքի համաձայն, որը պահանջում է խուսափել հանրության վրա անօգուտ ծախսեր դնելուց, պետք է օրենքով հստակորեն սահմանվեն բուժման դադարեցման կանոնները, և բուժումը պետք է դադարեցվի որոշակի ժամկետում դրական արձագանքի բացակայության կամ արդյունավետության նշանակալի կորստի դեպքում:

ՀՂՈՒՄՆԵՐ

1. Editorial. Lecanemab for Alzheimer’s disease: tempering hype and hope. *The Lancet* 2022;400(10367):1899.
2. Crismon ML. Tacrine: First drug approved for Alzheimer’s disease. *Ann Pharmacother* 1994;28(6):744-51.
3. Qizilbash N, Birks J, Lopez Arrieta J, Lewinsgton S, Szeto S. Withdrawn:Tacrine for Alzheimer’s disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2007;(3):CD000202.
4. Les médicaments de la maladie d’Alzheimer à visée symptomatique en pratique quotidienne. Haute Autorité de santé, 2007.
5. Aricept, Exelon, Reminyl, Ebixa : médicaments du traitement symptomatique de la maladie d’Alzheimer. Un intérêt thérapeutique faible. Haute Autorité de santé 2011.
6. Aricept, Exelon, Reminyl, anticholinestérasiques, Ebixa, antagoniste non compétitif des récepteurs NMDA. Intérêt clinique insuffisant : ces médicaments n’ont plus de place dans le traitement de la maladie d’Alzheimer. Haute Autorité de santé 2016.
7. Commission de la Transparence. Rapport d’évaluation des médicaments indiqués dans le traitement symptomatique de la maladie d’Alzheimer. Haute Autorité de santé, 2016.
8. Commission des Affaires sociales. Sandrine Josso et Laure Lavalette. Compte-rendu (n° 101) de la mission « flash » sur les maladies neurodégénératives. Assemblée nationale, juillet 2023. https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/16/comptes-rendus/cion-soc/116cion-soc2223101_compte-rendu
9. Sims JR, Zimmer JA, Evans CD, Lu M, Ardayfio P, Sparks JD, et al. Donanemab in early symptomatic alzheimer disease: The TRAILBLAZER-ALZ 2 randomized clinical trial. *JAMA* 2023;330(6):512-27.
10. Vaz M, Silva V, Monteiro C, Silvestre S. Role of aducanumab in the treatment of Alzheimer’s disease: Challenges and opportunities. *Clin Interv Aging* 2022;17:797-810.
11. Van Dyck CH, Swanson CJ, Aisen P, Bateman RJ, Chen C, Gee M, et al. Lecanemab in early Alzheimer’s disease. *N Engl J Med* 2023;388(1):9-21.
12. Petersen R, Aisen PS, Andrews JS, Atri A, Matthews BR, Rentz DM, et al Expectations and clinical meaningfulness of randomized controlled trials. *Alzheimers Dement* 2023;19(6):2730-6.
13. Alves F, Kalinowski P, Aytton S. Accelerated brain volume loss caused by anti-Beta amyloid drugs: A systematic review and meta-analysis. *Neurology* 2023;100(20):e2114-e2124.



Ժոել Մենար
professeur.joel.menard@gmail.com

ԱՁԱՏ ԱՄԲԻՈՆ

Արհեստական բանականությունը՝ ChatGPT տարատեսակը, կարող է փոխարինել պրոֆեսորներին: Այս հարցն արդիական է նաև բժշկական ուսումնական հաստատություններում դասավանդողների համար: Երիտասարդ բժիշկների շրջանում լայնամասշտաբ փորձարկում է իրականացվել: արհեստական բանականության օգնությամբ նրանք պետք է պատասխանեին զարկերակային գերճշման վերաբերյալ 3 հարցի: Հարցի երկայնքը վերաբերող արդյունքները դեռևս բարելավման կարիք ունեն, և մեզ մնում է հուսալ, որ արհեստական բանականությունից ու դրա կիրառական ծրագրերից կախվածության մեջ ընկնելու փոխարեն մարդիկ կառաջադիմեն հարմարվելով դրան փոխադարձ ու շարունակական կատարելագործման արդյունքում:

ChatGPT-ն հուսալի՞ է Փորձարկում բժշկական ուսումնական հաստատությունների ուսանողների և դասախոսների մասնակցությամբ

Անտեյակություն, թշնամանք, խանդավառություն... մարդու զգայական արձագանքման ամբողջ ներկայակնը գործի է դրվում, հենց խոսքը վերաբերում է արհեստական բանականություն (ԱԲ) կոչվածին: «Բանականություն» բառը թերևս ճիշտ չի ընտրված, եթե «բանականություն» եզրույթի տակ նկատի ունենք մարդ արարածին հատուկ գործառույթը, որը կենդանիներից մարդու տարբերակիչ գլխավոր հատկանիշն է: Մինչդեռ «արհեստական» տերմինը զգուշավորություն է առաջացնում՝ մարդու ուղեղում ակտիվացնելով դրա հակակիշը՝ «բնական»-ը, կամ, որ ավելի լուրջ է, «շինծու» բառը: Այնուհանդերձ, մարդկային և արհեստական բանականություններին նվիրված գրքերն արդեն մի քանի տարի շարունակ ուղղորդում են մեզ¹⁻³:

Այս հոդվածը շարադրվել է բժշկական ուսումնական հաստատությունների դասախոսներ համար՝ հրատապության զգացումով, և հիմնված է հոկտեմբերի սկզբին զարկերակային գերճշման վերաբերյալ պորտուգալացի երիտասարդ բժիշկների վերապատրաստման ժամանակ ChatGPT (Chat Generative Pre-trained Transformer) գործիքի խմբային կիրառության ընթացքում կատարված դիտարկումների վրա: Կիրառվել էին բժշկական գիտելիքներին արագ հասանելիությունը, ուսուցմանն աջակցությունը և մի լեզվից մյուսի թարգմանության հնարավորությունները: Ինչի՞ մասին է խոսքը: Ո՞րն է հրատապությունը:

ChatGPT-ի նույնականացման քարտը

Հաթբոթը (կրճատ՝ chat (քննարկում) և robot (ռոբոտ) բառերից) համակարգչային ծրագրի վիրտուալ օգնական է, որը նմանակում է խոսակցություն: Լայն հանրության տրամադրության տակ դրված ChatGPT-ն ինքն իրեն սահմանում է որպես «համակարգչային ծրագիր, որը կիրառում է մեքենայական ուսուցումը՝ տեքստ ստեղծելու, հարցերին պատասխանելու և օգտատերերի հետ զրույց վարելու համար»: Այն նախագծել է ամերիկյան OpenAI ընկերությունը, համացանցում հասա-

Պատվավոր պրոֆեսոր, Փարիզ-Դեկարտ բժշկական ֆակուլտետ, Փարիզ, Ֆրանսիա

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

նելի է 2022 թվականի նոյեմբերից: Այս մեծամասշտաբ լեզվական մոդելը (անգլերեն՝ LLM) վարժեցվել է միլիարդավոր անգլերեն նախադասություններով և ունակ է ինքնավար կերպով տեքստ ստեղծել: Նախատեսված է մարդկային խոսակցությունը նմանակելու համար, որպեսզի հարցադրումներն ունենան կապակցված ու համապատասխան պատասխաններ: Գործիքն ունակ է արձագանքել մի քանի տասնյակ լեզուներով: Որքան շատ են օգտատերերը դիմում այս գործիքին, այնքան ավելի է զարգանում դրա տվյալների բազան: Այս խոսակցական ԱԲ-ն, որը ներկայումս հասանելի է համացանցում անվճար հիմունքներով, ի վիճակի է ակնթարթոքին պատասխանել տրված հարցերին և իր խոսքը համապատասխանեցնել վերահարցադրումներին: Այս չաթբոթը կարող է նաև ճանաչել իր սխալները, վիճարկել սխալ դրույթները և մերժել ոչ տեղին հարցադրումները՝ շեղումներից խուսափելու համար:

Արհեստական բանականության գաղափարի յոթանասուն տարիները

Բժշկությունն ավելի արագ ընկղմվեց մարդու գեղամի հայտնաբերման ու վերծանման գործընթացի մեջ, քան արհեստական բանականության հետազոտության, թեև երկու պատմություններն էլ սկսվում են մոտավորապես 1950 թվականին: Առանց վերադառնալու 17-րդ դար՝ Պասկալին և պասկալինին՝ Ալան Թյուրինգը 1950-ականներին իր նպաստը բերեց առաջին համակարգիչներից մեկի ստեղծման գործին: Նա հարցեր բարձրացրեց մեքենաների մտածելու կարողության վերաբերյալ և կանխագուշակեց, թե ինչպիսին է լինելու արհեստական բանականությունը: Թյուրինգն առաջադրեց միևնույն օրս արդիական մի հարց՝ «մեքենան կարող է մտածել»: այն, ինչ ներկայացվեց 2001 թվականին «Տիեզերական ողիսական» ֆիլմում: Համակարգիչները և դրանց ծրագրերը որոշ ժամանակ կիրառվում էին խաղեր խաղալու համար: Շաշկի խաղում յուրաքանչյուր դիրք հնարավորություն է տալիս

ԱԶԱՏ ԱՄԲԻՈՆ

կատարելու միայն սահմանափակ թվով քայլեր՝ հարյուրից մինչև հազար. համակարգիչը կարող է ակնթարթորեն հաշվարկել բոլոր քայլերը: Այնուհետև Deep Blue-ն ձեռնամուխ եղավ շախմատի «նվաճմանը» և հասավ այնպիսի մակարդակի, որ 1997 թվականին հաղթեց շախմատի աշխարհի չեմպիոն Գարի Կասպարովին: Այնուամենայնիվ, կան նաև լավ նորություններ. մարդիկ բարելավել են իրենց ունակությունները ուսուցման համար ստեղծված հնարավորությունների շնորհիվ, և մարդ-մեքենա համակցությունն ամենաարդյունավետն է: Դեռևս բար, մենք կարող ենք ենթադրել, որ արհեստական բանականությունից և դրա կիրառություններից կախված լինելու փոխարեն մարդիկ առաջադիմելու են հարմարվելով դրան փոխադարձ ու շարունակական կատարելագործման արդյունքում: Գո խաղի պարագայում, քանի որ քայլերի հնարավորությունների քանակը շատ մեծ է, անիրաժեշտ եղավ դիմել նոր մեթոդների՝ այսպես կոչված փաթույթային նեյրոնային ցանցերին, որոնք ֆրանսիացի գիտնական Յան Լը Կունի հայեցակարգային ու գործնական ներդրումն են: AlphaGo համակարգը 2016-ին հաղթեց աշխարհի չեմպիոն կորեացի Լի Սեդոլին՝ ցուցադրելով ուսուցման ժամանակակից մեթոդների ուժը: GPT-3 մոդելում արհեստական բանականությունը ուսուցանվել է 175 միլիարդ պարամետրերով բնական լեզուն հասկանալու և մեկնաբանելու համար: Զարգացումը շարունակվում է...

2023 թվականին ChatGPT-ի կիրառման փորձ բժշկական կրթության ոլորտում

2004 թվականից մի քանի մասնագետներ (Միշել Ազիզի, Քսավիե Ժյունմետր, Ժոել Մենար, Ագոստինիո Մոնտեյրո և Ֆերնանդո Պինտո) տարին մեկ անգամ Պորտուգալիայում քառօրյա դասընթացներ են անցկացնում: ChatGPT-ի օգտակարությունը ուսումնական իրական իրավիճակում փորձարկելու նպատակով քսանհինգ երիտասարդ բժիշկների հանձնարարվել էր կես ժամվա ընթացքում պատրաստել զարկերակային գերճնշմանը վերաբերող երեք հարցերի պատասխաններ այս գործիքի օգնությամբ: Ձևավորվել էին հինգ հոգուց կազմված խմբեր, որոնցից յուրաքանչյուրում ընդգրկված ուսանողներից երեքն արդեն կիրառել էին ChatGPT-ն: Նրանց պատասխանները համեմատվել էին դասախոսների պատասխանների հետ, որոնք չէին օգտվել ChatGPT-ից և պատասխանել էին սեփական գիտելիքների հիման վրա: Այս գործընթացը հիշեցնում է յոթանասուն տարի առաջ Թյուրինգի մշակած թեստը: 1950-ականներին նկարագրված այդ թեստն այսօր էլ համարվում է չափորոշիչ և հնարավորություն է տալիս վերահսկելու համակարգչի մարդկային բանականության նշաններ ցուցաբերելու հատկությունը: Դրա սկզբունքը պարզ է. մարդը երկխոսում է երկու զրուցակցի հետ՝ գիտենալով, որ նրանցից մեկը մեքենա է: Հինգ ընթացքում, զրուցակցից հետո մարդը պետք է կարողանա հասկանալ, թե իր երկու զրուցակիցներից որն է ԱԲ-ը⁴:

Հինգ ուսանողներից կազմված յուրաքանչյուր խումբ երեսուր ընթացքում պատրաստել էր տրված հարցի պատասխանը՝ երկխոսելով ChatGPT-ի հետ: Քանի որ պատասխանները ստացվում էին մի քանի վայրկյանի ընթացքում, զրուցակցի հետ երկխոսությունը նրանք ակտիվ էին պահում սեփական հարցերով: Անգլերենով իրականացված վարժությունները

թարգմանվել էին ֆրանսերեն՝ ChatGPT-ի պատասխանների ստուգված թարգմանության հիման վրա:

Բոլոր հարցերն ու պատասխանները հասանելի են La Revue du Praticien-ի կայքում՝ <https://www.larevuedupraticien.fr/>:

ChatGPT-ի և դասախոսների ընտրությունները միշտ չէ, որ նույն են, հատկապես օգտագործված հղումների մասով: Ընթերցողը կգնահատի արդյունքը, որը բացահայտում է արհեստական բանականության ուժեղ ու թույլ կողմերը և ցույց է տալիս, թե բառերի կարգավորված հաջորդականությամբ ինչ զարմանալի արդյունք կարելի է ստանալ:

Բացի դրանից ChatGPT-ի թարմացումները դադարեցվել են 2021 թվականին, ինչի հետևանքով դրա պատասխաններում հաշվի չեն առնվում վերջին շրջանի խորհրդատվությունները, մասնավորապես՝ Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպության հրապարակածները: Պատասխանները չեն պարունակում բժշկական գրականության լավագույն հղումները⁵: Օրինակ՝ կանխարգելման հնարավորությունների շարքում ներառված է սուրճի օգտագործման և սթրեսի նվազեցումը, մինչդեռ վերջին շրջանի համակարգված ամփոփ տեսությունները հանգել են եզրակացության, որ զարկերակային գերճնշման և դրանց միջև կապ չկա:

Դասախոսի պատրաստած անկախ պատասխանն ավելի կարճ է և ամբողջական: Այն արտացոլում է նրա անհատական հետաքրքրությունները առանցքում պահելով զարկերակային գերճնշման վտանգի ոչ առաջնահերթ գործոններ, ինչպիսիք են, օրինակ, սոցիալական ազդեցությունները, որը պակաս զգալի է ChatGPT-ի պատասխաններում: Այնուամենայնիվ, այդ պատասխանում չեն քննարկվում գերճնշման կանխարգելմանն ուղղված կենսակերպի ու սննդակարգի կանոնները:

Շարունակել փորձարկել

Բժշկական գիտելիքների ձեռքբերման այս փորձարկման վերաբերյալ եզրակացությունը թողնում ենք յուրաքանչյուր ընթերցողի դատողություններին: ChatGPT-ն հող է նախապատրաստում դասավանդման համար, որը հիմնված է PubMed տվյալների բազայում որոնումներից հետո ձեռք բերված ապացույցների վրա, որոնք համալրում են բժշկական ուսումնական հաստատության ցանկացած դասախոսի գիտելիքները, փորձն ու տեսակետները: Կայուն վիճակ դեռևս չկա: Ի հայտ են գալիս նոր հնարավորություններ, և կրկնակի սխալ կլինի մերժել առաջընթացը կամ ընդունել այն՝ առանց իմանալու դրա ուժեղ ու թույլ կողմերը, զարգացման հնարավորությունները:

ԳՂՈՒՆԵՐ

1. Kahneman K. Système 1–Système 2. Les deux vitesses de la pensée. Flammarion 2011, 551 pages.
2. Agid Y. Le cerveau, machine à inventer. Albin Michel 2023, 202 pages.
3. Alexandre L. La guerre des intelligences. Intelligence artificielle versus intelligence humaine. JC Lattès, première édition 2017, 339 pages.
4. Dehaene S, Le Cun Y, Girardon J. La plus belle histoire de l'intelligence. Des origines aux neurones artificiels : vers une nouvelle étape de l'évolution. Robert Laffont 2018, 280 pages.
5. US preventive services task force recommendation statement us preventive services task force, Mangione CM, Barry MJ, Nicholson WK, Cabana M, Coker TR, et al. Behavioral counseling interventions to promote a healthy diet and physical activity for cardiovascular disease prevention in adults without cardiovascular disease risk factors. JAMA 2022;328(4):367–74.

Թքերի քրոնիկական օբստրուկտիվ հիվանդությամբ (ԹՔՕՐ) ախտահարվածները ենթակա են շնչառական վարակների մեծ վտանգի: Յետևաբար, նրանց առանձնապես խորհուրդ են տրվում որոշակի պատվաստանյութեր՝ գրիպի դեմ՝ ամենամյա, հակապնևմոնոկոկային, SARS-Cov-2-ի դեմ: Որոշ դեպքերում դիտարկվում է նաև կապուլտ հազի և գոտևորող որքինի դեմ պատվաստանյութերի կիրառությունը:

Ինչպիսի պատվաստանյութեր նշանակել ԹՔՕՐ-ով բուժառուներին

Պիեռ-Ռեժի Բյորժել
Թոքաբանության բաժանմունք, Կոշեն հիվանդանոց, Պետական օժանդակության փարիզյան հիվանդանոցների միավորում (AP-HP), Փարիզ, Ֆրանսիա
Կոշեն ինստիտուտ, Առողջապահության և բժշկական հետազոտությունների ազգային ինստիտուտ (Inserm) U1016 և Փարիզ-Սիտե համալսարան, Փարիզ, Ֆրանսիա
pierre-regis.burgel@aphp.fr

Շեղինակը հայտնում է, որ AstraZeneca, Boehringer Ingelheim, Giesi, GSK, Insmad, Novartis, Pfizer, Vertex, Zambon

Պատվաստումը թքերի քրոնիկական օբստրուկտիվ հիվանդությամբ (ԹՔՕՐ) տառապող հիվանդների վարման կարևոր մասն է:

Ինչո՞ւ պատվաստել ԹՔՕՐ-ով ախտահարված բուժառուներին

ԹՔՕՐ-ով բուժառուները շնչառական վարակների (բակտերիալ կամ վիրուսային) և դրանց բարդությունների (թոքաբորբ, ԹՔՕՐ-ի սրացումներ) բարձր վտանգ ունեցող հիվանդներ են^{1,2}: Մի շարք գործոնների հավաքականությունը նրանց խոցելի է դարձնում բակտերիալ թոքաբորբի նկատմամբ: Դրանք են՝ տարեց լինելը (ԹՔՕՐ-ի տարածվածությունը մեծանում է տարիքի հետ), ծխելը, բակտերիալ թոքաբորբի վտանգը մեծացնող դեղամիջոցների (մասնավորապես՝ ինհալացիոն և/կամ համակարգային կորտիկոստերոիդներ) ընդունումը, թոքերի հակաբակտերիալ իմունիտետին ներհատուկ անբավարարությունը (թոքաբջտային մակրոֆագերով իրագործվող՝ բակտերիաների անբավարար ֆագոցիտոզ): Բացի դրանից՝ նրանք հաճախ ախտահարվում են քրոնիկական այլ հիվանդություններով (շաքարային դիաբետ, սիրտ-

անոթային հիվանդություններ, ուռուցքային հիվանդություններ), որոնք մեծացնում են վտանգը: Կյանքին սպառնացող շնչառության վատթարացման վտանգը զգալի է այնքանով, որքանով նվազ է շնչառական գործառույթը: ԹՔՕՐ-ով ախտահարված հիվանդները ենթակա են նաև սուր շնչառական սրացումների վտանգի, որոնք տարեկան ավելի քան 100000 հոսպիտալացումների պատճառ են Ֆրանսիայում և հաճախ հրահրվում են վիրուսային վարակներով (ռինովիրուս, գրիպի վիրուսներ, շնչառական սինցիտիալ վիրուս): Ի վերջո, Քովիդ-19-ի համաճարակի ժամանակ ԹՔՕՐ-ն ճանաչվել է այն հիվանդություններից, որոնք ծանր վիրուսային թոքաբորբի ի հայտ գալու հետ զուգակցվում են մահացության մեծ վտանգով:

Որո՞նք են խորհուրդ տրվող պատվաստանյութերը

ԹՔՕՐ-ով ախտահարված հիվանդներին խորհուրդ տրվող պատվաստանյութերը համապատասխանում են պատվաստման խորհրդատվությունների օրացույցին, որն Առողջապահության բարձրագույն ատյանի (Ֆրանսիա) տեխնիկական հանձնաժողովն ամեն տարի թարմացնում է, և այն հա-

սանելի է Առողջապահության և կանխարգելման նախարարության (Ֆրանսիա) կայքում³: Պատվաստումների խորհուրդ տրվող սխեմաներն ամփոփված են [աղյուսակում](#): ԹՔՕՐ-ով ախտահարված բոլոր հիվանդներին համակարգված կերպով խորհուրդ է տրվում իրականացնել հետևյալ պատվաստումները՝
- սեզոնային գրիպի դեմ՝ ամենամյա.
- հակապնևմոնոկոկային՝ ուղղված ինվազիվ պնևմոնոկոկային վարակների (ներառյալ՝ թոքաբորբերը) կանխարգելմանը: Արդյունավետությունն ապացուցված է, հատկապես՝ 65-ի անց անձանց համար: Իսկ պնևմոնոկոկային ծագման և բրոնխային տեղակայման սրացման կանխարգելման գործում կանխարգելման արդյունավետությունը հավանական է, բայց ոչ՝ հստակ հաստատված: Գործելակարգը հիմնված է 13-վալենտ կոնյուգացված պատվաստանյութով (Prevenar 13) և 23-վալենտ պոլիսախարհիդային պատվաստանյութով (Pneumovax) կրկնակի պատվաստման վրա: 23-վալենտ պատվաստանյութով կրկնապատվաստումն անհրաժեշտ է յուրաքանչյուր հինգ տարին մեկ: Պատվաստումների կիրառվող սխեմաները կախված են պատվաստման նախորդ կարգավիճակից ([աղյուսակ](#)).

ԲՈՒԺԱԿԱՆ ՊԱՏՎԱՍՏՈՒՄՆԵՐ ԵՎ ԹՔՕՅ

ԹՔՕՅ-ՈՎ ԲՈՒԺԱՌՈՒՆԵՐԻՆ ԽՈՐՀՈՒՐԳ ՏՐՎՈՂ ՀԻՄՆԱԿԱՆ ՊԱՏՎԱՍՏԱՆՑՈՒԹՅՈՒՆ ԵՎ ՊԱՏՎԱՍՏՈՒՄՆԵՐԻ ՍԻՆՏԱՄԱՆԵՐԸ

Մանրէային հարուցիչներ/ հիվանդություն	Պատվաստանյութեր	Պատվաստման սխեմա	ԹՔՕՅ-ով բուժառնների թիրախային խումբ
Սեզոնային գրիպ	Սեզոնային գրիպի դեմ պատվաստանյութ	Տարեկան մեկ չափաբաժին	Բոլոր բուժառններին
Պնևմոկոկ	13-վալենտ կոնյուգացված պատվաստանյութ (ԿՊՊ13) [Prevenar 13] 23-վալենտ պոլիսախարիդային պատվաստանյութ (ՉԿՊՊ23) [Pneumovax]	Նախկինում չպատվաստված՝ մեկ չափաբաժին ԿՊՊ13, որին հաջորդում է մեկ չափաբաժին ՉԿՊՊ23 (առնվազն 8 շաբաթ անց) Նախկինում պատվաստված՝ • ԿԿՊ13-ՉԿՊՊ23 հաջորդականությամբ. ՉԿՊՊ23-ի մեկ չափաբաժին ՉԿՊՊ23-ի վերջին չափաբաժնից առնվազն հինգ տարի անց • Ավելի քան մեկ տարի առաջ ՉԿՊՊ23-ով պատվաստում ԿԿՊ13-ով: ՉԿՊՊ23-ով կրկնապատվաստում ՉԿՊՊ23 վերջին պատվաստումից առնվազն հինգ տարի անց	Բոլոր բուժառններին
SARS-CoV-2 (Թուլիդ-19)	Հետևել ընթացիկ խորհրդատվություններին*	Հետևել ընթացիկ խորհրդատվություններին*	Բոլոր բուժառններին
Կապոյտ հազ	Անբջիջ պատվաստանյութ (ԿԳՊ) քառավալենտ, պատվաստանյութի մեջ	1 ներարկում, եթե նախորդ պատվաստումը կատարվել է ավելի քան 10 տարի առաջ	Նորածնի հետ նրա կյանքի առաջին վեց ամիսներին սերտ և տևական շփման հավանականություն ունեցող ցանկացած բուժառն
Գոտտորոզ որքին	Կենդանի թուլացված պատվաստանյութ (Ջոստավաքս)	1 եզակի ներարկում	65-74 տարեկան բուժառններին Պատվաստանյութը հակացուցված է ինունամեկնաման դեպքում

Սղոյաակ. * Այս խորհրդատվություններն արագորեն փոփոխվում են: ԹՔՕՅ՝ թոքերի քրոնիկական օբստրուկտիվ հիվանդություն: ԿԳՊՊ՝ կապոյտ հազ-դիֆթերիա-փայտացում-պոլիոմիելիտ: ԿՊՊ13՝ 13-վալենտ կոնյուգացված պնևմոկոկային պատվաստանյութ: ՉԿՊՊ23՝ 23-վալենտ չկոնյուգացված պնևմոկոկային պատվաստանյութ:

- SARS-CoV-2-ի (Թուլիդ-19) դեմ. ԹՔՕՅ-ով անտահարված հիվանդները բնակչության խոցելի խմբի մաս են, որոնց հարկավոր է պաշտպանել պատվաստման միջոցով: Պատվաստումների վերաբերյալ խորհրդատվություններն արագորեն կատարելագործվում են, և, ըստ այդմ, այսօրվա դրությամբ դժվար է ճշգրիտ սխեմա ներկայացնել: Գործող խորհրդատվությունները հարկ է կիրառել ԹՔՕՅ-ով բոլոր բուժառնների նկատմամբ:
- կապոյտ հազի դեմ անբջիջ պատվաստանյութ մեծահասակներին, որոնք կարող են հավանական սերտ և տևական շփման մեջ լինել նորածնի հետ նրա կյանքի առաջին վեց ամիսներին,

եթե նախորդ պատվաստումն իրականացվել է ավելի քան 10 տարի առաջ.
- գոտտորոզ որքինի դեմ կենդանի թուլացված պատվաստանյութ (Ջոստավաքս), բացառությամբ իմունաճնշման դեպքերի (օրական 10 մգ պրեդնիզոլոնի համարժեք դեղաչափը գերազանցող և առնվազն երկու շաբաթ տևող բուժում ներքին ընդունման կորտիկոստերոիդներով, հակաքաղցկեղային քիմիաթերապիա): 65-74 տարեկան բուժառններին խորհուրդ է տրվում եզակի ներարկում գոտտորոզ որքինի առաջացումը կանխելու համար (այդ թվում՝ նախադեպ ունեցողներին): ԹՔՕՅ-ով անտահարված բուժառնների համար Haemophilus influenzae-ի դեմ պատվաստանյութի կիրառության ցուցումներ չկան: Հասանելի պատվաստանյութը թիրախավորում է պատիճա-

վորված շտամները, բայց ոչ Haemophilus influenzae-ի չտիպավորվող շտամները, որոնք հաճախ լինում են ԹՔՕՅ-ի սրացումների պատասխանատու, և որոնց դեմ պատվաստանյութ գոյություն չունի:
Կան արդյոք հատուկ նախազգուշական միջոցներ
Բացի ծանր սեպտիկ դրվագի դեպքից, գրիպի, պնևմոկոկի և SARS-CoV-2-ի դեմ պատվաստումներ կարելի է կատարել ցանկացած պահի, այդ թվում՝ նաև շնչառական սրացման դրվագի ընթացքում: Պատվաստումները չպետք է հետաձգվեն անտանշանների չափավոր ուժգնացման պատճառաբանությամբ. բժշկի յուրաքանչյուր այց հարկավոր է դիտարկել որպես պատվաստման հնարավորություն: Ներքին

ընկերությունների համար մասնակցել է որոշակի միջոցառումների, և որ AstraZeneca-ն, Chiesi-ն, Zambon-ը հոգացել են գիտաժողովներին իր մասնակցության ծախսերը:

ԲՈՒԺԱԿԱՆ ՊԱՏՎԱՍՏՈՒՄՆԵՐ ԵՎ ԹՔՕՐ

ընդունման և/կամ ինհալացիոն կորտիկոստերոիդային բուժման առկայությունը չի փոխում այս պատվաստանյութերի վերաբերյալ խորհրդատվությունները:
Կապույտ հազի դեմ պատվաստանյութը հազվադեպ է լինում հրատապ

և առանձնահատուկ խնդիր չի ներկայացնում:
Գոտնորոդ որքինի դեմ պատվաստանյութը կենդանի թուլացված պատվաստանյութ է, հետևաբար հակացուցված է իմունաճնշման դեպքում, հատկապես՝ մեծահասակներին, որոնք ստա-

նում են օրական 10 մգ պրեդնիզոլոնին համարժեք դեղաչափը գերազանցող և առնվազն երկու շաբաթ տևող կորտիկոստերոիդային բուժում, ինչպես նաև հակաքաղցկեղային քիմիաթերապիա ստացող հիվանդներին:

RÉSUMÉ QUELS VACCINS POUR LES PATIENTS ATTEINTS DE BPCO ?

Les patients atteints de bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) sont à haut risque d'infections respiratoires bactériennes ou virales, sources de majoration des symptômes et d'exacerbations respiratoires. La vaccination par le vaccin antigrippal saisonnier leur est recommandée tous les ans. La vaccination antipneumococcique est renouvelée tous les cinq ans selon un schéma adapté au statut vaccinal antérieur.

Le vaccin anti-SARS-CoV-2 est quant à lui administré selon des recommandations évolutives en fonction du développement de la circulation du virus. Enfin, certains patients bénéficient des vaccins contre la coqueluche et le zona.

SUMMARY WHICH VACCINES FOR COPD PATIENTS?

Patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) are at high risk of bacterial or viral respiratory infections, which can worsen

their symptoms and trigger respiratory exacerbations. Vaccines are recommended in accordance with the vaccine recommendation calendar. Seasonal influenza vaccination is recommended every year. Pneumococcal vaccination is renewed every 5 years, according to a schedule adapted to previous vaccination status. The SARS-CoV2 vaccine is administered according to current recommendations that evolves with the virus circulation. Certain populations are also vaccinated against pertussis and shingles.

ՀՊՈՒՄՆԵՐ

1. Burgel PR, Vignier N, Cornaglia J. Guide pratique de vaccination en pneumologie 2020. BPCO. Revue des maladies respiratoires Actualités 2020;12:25-8.
2. Zysman M, Ribeiro Baptista B, Soumagne S, Marques da Silva V, Martin C, Thibaul de Menonville C, et al. Optimisation du traitement médicamenteux des patients atteints de BPCO en état stable. Position de la Société de pneumologie de langue française. Actualisation 2021. Rev Mal Respir 2021;38(5):539-61.
3. Commission technique des vaccinations. Calendrier des vaccinations et recommandations vaccinales 2023. Disponible sur le site <https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/vaccination/calendrier-vaccinal>.



Santé Arménie

Soigner, former et bâtir en Arménie

Անզավակ մնալու ցանկությունը հասարակական խնդիր է, որը քիչ է ուսումնասիրվել: 2021 թվականին կամովին երեխա չունեցող մարդկանց շրջանում անցկացված հարցումը վերլուծում է նրանց դրդապատճառները, որոնք արտացոլում են հասարակության ներկայիս մտահոգությունները:

Անզավակ ապրելու ընտրությունը հասարակական մտահոգությունների ազդեցության հետևանք

Երեխաներ ունենալու ցանկության բացակայությունը հասարակական խնդիր է, որը հաճախ է քննարկվում լրատվամիջոցներում, բայց քիչ է ուսումնասիրվել գիտականորեն: Անզավակ մնալու մտադրությունների վերաբերյալ վերջին լուրջ հետազոտություններն արվել են 2010 թվականին (ERFI (ընտանեկան և միջսերնդային հարաբերությունների հետազոտություն) և FECOND հարցումներ): Կամավոր անզավակության երևույթը վերաբերում է Ֆրանսիայի բնակչության մոտավորապես 5 %-ին¹, և թվերը բավական կայուն են 1995 թվականից²: Այդ կայունությունը խոսում է ընտանեկան արժեքների վերագրվող կարևորության և դեռևս լավ խարսխված ընկալումների մասին, որոնք երեխաներ ունենալը կապում են երջանկության, ինքնաիրագործման և սոցիալական հաջողության որոշակի ձևի հետ:

Հետևաբար, անզավակ մնալու ցանկությունը փոքրամասնական երևույթ է, որը, այնուհանդերձ, վերաբերում է ավելի քան 2 միլիոն մարդու, և այս ընտրությունը կատարողների դրդապատճառները դեռևս համեմատաբար քիչ են հայտնի: 2021 թվականի մայիսից մինչև օգոստոսն ընկած ժամանակահատվածում իրականացված հարցումը (ըրջանակ) հնարավորություն է տալիս հիմնվելու թարմ տվյալների վրա: Այն վերլուծում է հոժարակամ անզավակ մարդկանց (ՀԱՍ) դրդապատճառները:

Ճառ հաճախ ճնշման տակ կատարվող ընտրություն

Կամավոր անզավակությունը, այլ կերպ ասած՝ երեխա չունենալու որոշումը, Ֆրանսիայում մնում է որպես փոքրամասնական երևույթ, որը միշտ համեմատաբար դժվար է արտահայտել: Եթե որոշ սոցիալական և մշակութային շրջանակներում այս ընտրությունը, կարծես, ընդունելի է համարվում, փաստը մնում է փաստ, որ հարցմանը պատասխանած մարդկանց 77 %-ն ասել է, որ իրենց վրա ճնշում են գործադրում կամ գործադրել, որ երեխա ունենան: Սպասելի է, որ զգալի տարբերություն կա կանանց և տղամարդկանց միջև: Հարցմանը մասնակցած տղամարդկանց 12 %-ը երբեք ճնշում չի զգացել, մինչդեռ ընտրանքի կանանց միայն 5 %-ն է և ույն իրավիճակում: Սա համահունչ է մեր նախորդ վերլուծություններին, համաձայն որոնց՝ տղամարդիկ շարունակում են դիտարկվել որպես ծնողավարության երկրորդական դերակատարներ՝ այն իմաստով, որ երեխաներին և պտղաբերությանը վերաբերող հարցերը հիմնականում վերագրվում են կանանց³: Այնուամենայնիվ, կարծես, հնարավոր է այս երևույթի մասին խոսել շրջապատի հետ, քանի որ հարցման մասնակիցների 88 %-ը հայտնել է, որ իրենց հարազատները մեծ մասամբ տեղյակ են երեխաներ չունենալու իրենց ցանկության մասին: Այնուհանդերձ, իմանալով դեռևս չի նշա-

նակում, որ առկա են քննարկումներ և մտքերի փոխանակումներ, քանի որ 64 %-ը կցանկանար, որ այդ հարցի մասին շրջապատի հետ խոսելն ավելի դյուրին լիներ: Սովորաբար, ՀԱՍ-երը ճանաչվում են, որպես այդպիսին, իրենց շրջապատում, բայց դժվարանում են քննարկել այդ երևույթը և ասում են, որ ճնշում են զգում իրենց վարքագիծը փոխելու համար: Այլ կերպ ասած՝ եթե կամավոր անզավակություն ընտրելու մասին մտածել կարելի է, ապա՝ կշտամբանքի⁴ շրջանակում, քանի որ դրա մասին, կարծես, տեղին չէ խոսել, հատկապես՝ կանանց պարագայում:

Ընտրություն՝ պայմանավորված աշխարհի մասին մտահոգությամբ

Պայմանականություններից այս հեռացումը հանգեցնում է այն վարկածին, որ հեշտությամբ կարելի է օգտագործել բնապահպանական դրդապատճառը, և այն գործի է դրվել: Այլ կերպ ասած՝ պատմության մեջ առաջին անգամ, մարդիկ, որոնք չեն ցանկանում երեխա ունենալ, կարող են մի պատճառաբանություն ներկայացնել, որն, ընդհանուր առմամբ, կիսում է ամբողջ հանրությունը: Այսպես, մեր հարցման մասնակիցների 63 %-ը երեխա ունենալուց հրաժարվելու պատճառներից մեկը համարում է բնապահպանությունը՝ 71 %-ը՝ 30 տարեկանից ցածր տարիք ունեցողների, 53 %-ը՝ 30 տարեկանից

Ծաղրոտ Պեբեստ

Սոցիոլոգիայի դոկտոր
Անլաիս խորհրդատու (ընտանիք, ծնողավարություն, ծնելիություն, կանանց և տղամարդկանց միջև հավասարություն)
charlotte.debest@gmail.com

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

* 2022 թվականին «Elle» ամսագրի համար Հասարակական կարծիքի ինստիտուտի (IFOP) անցկացրած և լրատվամիջոցներում լայնորեն տարածված հարցումը արձանագրում է, որ ներկա պահին երեխա չունեցող կանանց 30 %-ը չի ցանկանում

Երեխա ունենալ: Եթե՝ Նույն հարցին այլ տեսանկյունից մոտենանք, ապա ներկա պահին երեխա չունեցող կանանց 70%-ը կցանկանար մայր դառնալ:

2021 թվականի հարցման մեթոդաբանությունը

Այս հոդվածում հիմնականում հենվում ենք Լորան Մալկայի հետ 2021 թվականի մայիսից մինչև 2021 թվականի օգոստոսն անցկացրած հարցման արդյունքների վրա՝ վերլուծելու համար իրենց կամքով երեխա չունեցող մարդկանց դրդապատճառները, որոնց կարճ անվանում ենք ՀԱՄ-եր՝ ավելի դյուրին ընթանելիության համար⁷: Հարցումն անցկացվել է համացանցում, որին սեփական ցանկությամբ, հարցաթերթիկ լրացնելով, մասնակցել է 4792 անձ: Պատասխան տված կանանց թիվը տասն անգամ մեծ է տղամարդկանց թվից, ինչը, մի կողմից, ցույց է տալիս ծնողավարության մեծ կշիռը կանանց դեպքում, իսկ մյուս կողմից՝ հանգեցնում է այդ առումով տղամարդ-կին համեմատություններում նրբերանգության առկայությանը: Կին-տղամարդ տարազատումը չընդունող անծինք Նույնպես ներկայացված են, սակայն այնքան փոքր համամասնությամբ (180 մարդ), որ արդյունքներին հարկավոր է զգուշությամբ մոտենալ: Հարցման մասնակիցներին առաջարկվել է տասնինը պատճառ՝ հետևյալ ձևակերպմամբ: «Այն պատճառներից, որոնց հետևանքով դուք այսօր չեք ցանկանում երեխա ունենալ, հետևյալ ձևակերպումն արդյոք համապատասխանում է ձեզ. «...»»: Դրան հետևում է պատասխանի չորս տարբերակ. «Ոչ, ամենևին», «Ավելի շուտ ոչ», «Ավելի շուտ այո», «Այո, հենց այդպես»: Այսպիսով, գնահատվում է այն կապը, որ պատասխանողները տեսնում են երեխա ունենալու իրենց ցանկության բացակայության և առաջարկված ձևակերպման միջև: Ամբողջական հարցաթերթիկը առկա է հետևյալ հասցեով՝ <https://www.linkedin.com/in/charlotte-debest/>

բարձր տարիք ունեցողների պարագայում: Այնուհանդերձ, հարկավոր է չանտեսել այն փաստը, որ ներկայիս որոշ անհատական վարքային դրսևորումներ կարող են (մասնակիորեն) կապված լինել բնապահպանության հետ՝ առանց այն իրենց գործողությունների հիմնական շարժիչ ուժը դարձնելու: Նույն տրամաբանությամբ՝ գնացքը բնապահպանական առումով Նախընտրելի է մեքենայից կամ ինքնաթիռից, սակայն միշտ չէ, որ հենց այդ պատճառով են մարդիկ գնացք նստում: Այնուհետև, մարդկանց մի զգալի հատված առաջ է քաշում այն փաստը, որ «աշխարհն արդեն չափից ավելի է բնակեցված» (ընտրանքի 74 %-ը) և/կամ «չափազանց դաժան է» (հարցման մասնակիցների 72 %-ը): Կարելի է տեսնել Նաս, որ երիտասարդ (և ոչ այնքան երիտասարդ) սերունդների բնապահպանական տազնապները մոտ մեկ տասնամյակ շարունակ փոթորկում են մեղիադաշտը: Այստեղ երկու կարևոր հանգամանք կա: Մի կողմից՝ այդ «բնապահպանական տազնապը» գուցե ստեղծել են մեղիան և քաղաքական դաշտը՝ ըստ ԴԱԼԵՆՍԻ⁵ և, մեկ այլ հարթությունում, Շմիդտի⁶: Մյուս կողմից՝ լրատվական այդ փոթորկումը խորացնում է տազնապը՝ կարծես ինքնիրագործվող մարգարեության

ազդեցության տակ: Այն ժամանակ, երբ ընդգծվում են գերբնակեցումը, մոլորակի պաշարների սպառումը և դրա հետևանքները, բնապահպանական տազնապը վերածվում է համատեքստի:

Ընտրություն՝ ի պատասխան սոցիալական և ընտանեկան նորմերին

Ինչ վերաբերում է այլ սոցիալական և քաղաքական պատճառներին, ուշագրավ է այն փաստը, որ «սոցիալական և ընտանեկան նորմերին հակադրվելը», որպես պատճառ, ներկայացնում է հարցվածներից ամեն երկրորդը: Այսպիսով, ՀԱՄ-երի կեսի կարծիքով՝ «սոցիալական և ընտանեկան նորմերին հակադրվելը» մասամբ բացատրում է երեխաներ ունենալուց հրաժարվելը: Սակայն ավելի մանրամասն դիտարկելիս պարզվում է, որ ՀԱՄ-երը, որոնք երեխա ունենալուց հրաժարվելը չեն կապում այս փաստարկի հետ, ավելի հաստատական են, քան նրանք, ովքեր նման հղում են անում: Այլ կերպ ասած՝ 23 %-ն ընդհանրապես այդ փաստարկի հետ չի կապում, իսկ 16 %-ն ամբողջապես կապում է: Հետևաբար, սա կարող է ցույց տալ, որ առանց երեխաների կյանքի ընտրությունն առաջին հերթին կառուցված չէ որևէ մոդելի դեմ: Այս վարկածը մասամբ հաստատում են

«Ֆեմինիստական պատճառները», որոնք առաջ են քաշում միայն յուրաքանչյուր հինգերորդ կինը և յուրաքանչյուր տասներորդ տղամարդը: Ֆեմինիստական սկզբունքների և երեխաներ ունենալուց հրաժարվելու միջև կապը գրեթե անհետանում է, երբ դիտարկում ենք «Այո, հենց այդպես» պատասխանը. կանանց միայն 6 %-ը և տղամարդկանց 2 %-ն են միմյանց կապում այդ երկու կետերը: Արդեն իմ դոկտորական հետազոտության ընթացքում (2008-2012 թթ.) ես զարմացած էի ֆեմինիստական պատճառների այս պակասից, Նույնիսկ եթե ցույց էի տվել, որ գուցե, ի տարբերություն բնապահպանական պատճառների, որոշ կանայք, որոնք իրենց ֆեմինիստ չեն համարում, ունեին ֆեմինիստական վարքագիծ (հատկապես՝ ֆինանսական անկախություն և տարբեր ամուսնական հարաբերություններ)⁷:

Ընտրություն՝ հոգուս անձնական կյանքի

Ամենահաճախ ներկայացվող պատճառը հետևյալն է. «Ուզում եմ նվիրվել իմ անձնական կյանքին, իմ զույգին, ընկերներին, ճամփորդություններին»: Այս արդյունքը հաստատում են 2010 թ. FECOND հետազոտության տվյալները⁸: Այստեղ վերլուծված հետազոտության մեջ ՀԱՄ-երի 86 %-ը երեխա չունենալու իր ցանկությունը կապում է «անձնական կյանքին» նվիրվելու հետ... Յուրաքանչյուր երկրորդ կինը համարում է, որ այդ ձևակերպումը իրեն «լիովին» համապատասխանում է, Նույն կարծիքին է յուրաքանչյուր երրորդ տղամարդը: Ինչպես կարող ենք մեկնաբանել այս արդյունքները՝ առանց խճճվելու այնպիսի փաստարկների մեջ, որոնք հիմնված են չծննդաբերող կանանց եսասիրության վրա: Տղամարդիկ, կրկին, համեմատաբար քիչ են ենթարկվում այս կարգի քննադատության: Ամենապատեհ վարկածը հուշում է հարցականի տակ առնել ծնողական ներկայիս մոդելները և պահանջները, որոնք զուգահեռաբար համընկնում են ծնողավարության իրականացման հետ մի համատեքստում, որում, պարագային կերպով, ձեռնարկվելու և սեփական «ես»-ը իրագործելու ազատությունը կարևոր արժեք է: Այն պահից,

ԱՌՈՂՋՈՒԹՅՈՒՆ ԵՎ ՀԱՍԱՐԱԿՈՒԹՅՈՒՆ ԱՆՉԱՎԱԿ ԱՊՐԵԼՈՒ ԸՆՏՐՈՒԹՅՈՒՆԸ

երբ մարդիկ, որոնք հիշեցնենք, փոքրամասնություն են, շեղվում են երեխաներ ունենալու անկախ ցանկությունից, անխուսափելի է թվում, որ նրանք բացահայտորեն հարցադրման են ենթարկում հասարակական երկու մեծ արժեքներ՝ անհատի ազատությունը և ընտանիքը¹³: Փաստը, որ կանայք ավելի շատ են առաջ քաշում «անձնական կյանքի» այս հիմնավորումը, կապված է նաև ծնողավարության ներկայիս չափանիշների հետ: Նրանք մինչ այսօր էլ դեռ ավելի շատ բան ունեն կորցնելու՝ անձնական ազատության առումով, երբ դառնում են մայր, քան տղամարդիկ, երբ հայր են դառնում: Ընդ որում՝ ընտրանքի 71 %-ի համար երկրորդ տեղում ներկայացված պատճառը «մայրական զգացում/հայրական զգացում» չունենալն է: Տարբերությունը կանանց և տղամարդկանց միջև համեմատաբար էական է (կանանց 45 %-ն ընդհանրապես մայրական զգացում չունի տղամարդկանց 29 %-ի համեմատ, որն ընդհանրապես հայրական զգացում

չունի), ինչպես նաև՝ սերունդների միջև (30 տարեկանից բարձր և 30 տարեկանից ցածր հարցվածների միջև 10 միավորի տարբերություն կա): Ծնողական մոդելները, մասնավորապես՝ մայրության առումով, կարծես այլևս չեն համապատասխանում երիտասարդ սերունդների ձգտումներին: Սա կապվում է նաև ծնողների հանդեպ պահանջների հետ, որոնք հիմնականում վերաբերում են մայրերին և կարող են ընկալվել որպես անհատական զարգացման ազատական պահանջներին հակասող:

ՀԱՄ-երը՝ հասարակության արտացոլում

Այսպիսով, ընդհանուր առմամբ, ՀԱՄ-երը մեր հասարակության ներկայիս մտահոգությունների արտացոլումն են: Նրանք առաջնորդվում են աշխարհի բնապահպանական խնդիրներով, ցանկանում են անհատապես կայանալ և հարցականի տակ են առնում կանանց

ու տղամարդկանց միջև դերերի անհավասար բաշխումը: Որոշ առումով նրանք նախևառաջ խարսխված են այս աշխարհում: Բայց երբ խոսքը վերաբերում է նրանց որակում տալուն, բնապահպանությունը վերածվում է տագնապի, ինքնահաստատումը՝ ցասփրության, իսկ կանանց ու տղամարդկանց միջև հավասարությունը՝ վտանգավոր ֆեմինիզմի: Նման վերաբերմունքի պատճառը, թերևս, հարկ է փնտրել հարստությունների արտադրության ձևերի խորքային վերլուծություն կատարելու մերժման, «ինքնագարգացման» նոր ալիքի և կանանց ու տղամարդկանց միջև կառուցվածքային անհավասարության մեջ: Ծնելիության նվազման վերաբերյալ տագնապալի խոսույթների մեր ժամանակներում երբեմն հեշտ է թվում նրանց քավության նոխազ դարձնելը: Հուսանք, որ հատկապես կանայք չեն արժանանա այդ վերաբերմունքին:

RÉSUMÉ LE CHOIX D'UNE VIE SANS ENFANT SOUS L'INFLUENCE DES PRÉOCCUPATIONS SOCIÉTALES

Des données inédites datant de 2021 permettent de faire le point sur les motivations des personnes volontairement sans enfant dans un contexte de forte pression sociale à concevoir et de baisse de la natalité en France. En outre, le non-désir d'enfant est toujours un phénomène minoritaire et encore sujet à une certaine forme de stigmatisation. Par ailleurs, il s'inscrit dans un contexte social où la question écologique prend de l'ampleur et où l'égalité femmes-hommes peine toujours à se réaliser. Les personnes volontairement sans enfant sont, en ce sens, bien ancrées dans la société actuelle.

SUMMARY THE CHOICE OF A LIFE WITHOUT CHILDREN UNDER THE INFLUENCE OF SOCIETAL CONCERNS

Previously unpublished data from 2021 provide an update on the motivations of people who choose not to have children, considering a context of strong social pressure to conceive and a declining birth rate in France. Moreover, childlessness is still a minority phenomenon, and still subject to a certain amount of stigmatization. It is part of a social context with a growing concern for ecological issues and the difficulties to achieve gender equality. Taking all of this into consideration, people who choose not to have children are in many ways well anchored in current issues.

ԳՂՈՒՄՆԵՐ

1. Debost C, Mazuy M, équipe de l'enquête Fecond. Rester sans enfant : un choix de vie à contre-courant. Population et sociétés 2014;508(2):1-4.
2. Toulemon L. Très peu de couples restent volontairement sans enfant. Population 1995;4-5:1079-110.
3. Debost C. Carrières déviantes. Stratégies et conséquences du choix d'une vie sans enfant. Mouvements 2015;82:116-22.
4. Goffman E. Stigmates. Les usages sociaux des handicaps. 1977. Éditions de minuit.
5. D'Allens G. On veut soigner les individus, mais c'est le système qui est malade. Reporterre 29 avril 2022. <https://reporterre.net/Ecoanxiété-On-veut-soigner-les-individus-mais-c'est-le-système-qui-est-malade>
6. Schmidt F. Non les femmes qui choisissent de ne pas être mères ne menacent pas les générations futures ! Madmoizelle 13 octobre 2023. <https://www.madmoizelle.com/non-les-femmes-qui-choisissent-de-ne-pas-etre-meres-ne-menacent-pas-les-generations-futures-1584609>
7. Debost C. Le choix d'une vie sans enfant. 2014 PUR. 216 pages.

Սիգարետների գտիչները (\$իլտր), որոնք ծխախոտային արդյունաբերությունը ներկայացնում է որպես ծխողին պաշտպանող միջոց, հրականում բնավ էլ չեն նվազեցնում թունավոր նյութերի կլանումը և մեծ չափով աղտոտում են շրջակա միջավայրը: Այս փաստարկումն այդ գտիչների հնարավոր և ցանկալի արգելման շուրջ քննարկումներ սկսելու հիմք է տալիս:

Ինչու է հարկավոր արգելել ծխախոտի գտիչները

Ֆրանսուա Տոպար¹ Էմանուել Բեգին² Նատալի Կիրթ³ Իվ Մարտինե⁴

¹ Ծխախոտի դեմ պայքարի ազգային կոմիտեի սպառողների շահերի պաշտպան և հետազոտող

² Ծխախոտի դեմ պայքարի ազգային կոմիտեի տնօրեն

³ Ծխախոտի դեմ պայքարի ազգային կոմիտեի վարչակազմի ղեկավար, Նանսիի հիվանդանոցի ծխախոտագիտության բաժնի պատասխանատու

⁴ Ծխախոտի դեմ պայքարի ազգային կոմիտեի նախագահ

y.martinet @chru-nancy.fr

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

Սիգարետի տեսքով ծխախոտի գործածությունը, լինի՞ գործարանային եղանակով արտադրված թե՛ ծխողի պատրաստած գլանակ, այնքան տարածված և սովորական երևույթ է, որ արդյունքում առաջացած ծխուկները և դրանց ոչնչացումն անուշադրության են մատնվում, կարծես՝ այդպես էլ պետք է լինի:

Սիգարետից մինչև ծխուկ

Սիգարետը թղթի մեջ փաթաթված ծխախոտի գլանակ է, որին միակցված է ցելյուլոզի ացետատից գտիչը: Այն ծխախոտին հարող մասում շատ մանր ծակոտիներ ունի և մեկանգամյա օգտագործման, կենսաբանական քայքայման չենթարկվող պլաստիկ նյութ է: Ծխելու ընթացքում աղտոտվում է օդը, առաջանում են մոխիր և ծխուկ, որը բաղկացած է ծխախոտի քիչ թե՛ շատ մեծ մնացորդից ու գտիչից. երկու չափազանց թունավոր բաղադրիչներ, որոնք պարունակում են հազարավոր թունավոր նյութեր՝ նիկոտին, տարբեր տեսակի խեժեր, ծանր մետաղներ և այլն:

Չտիչով սիգարետների գովազդումն ու առաջմղումը

Ծխախոտի արդյունաբերությունը սիգարետի գտիչները սկսեց գովազդել 1950-ականներին, երբ հասարակության կայն շրջանակի հայտնի դարձավ, որ

գիտական հրապարակումներում հաստատվել է ծխախոտի վտանգը թոքերի քաղցկեղի առաջացման գործում¹: «Չտիչ» եզրույթի ընտրությունը և գտիչների կիրառման խթանումը նպաստակ ունեին փարատելու ծխողների վախերը, քանի որ ենթադրվում էր, թե դրանք նվազեցնում են վտանգը: Ի դեպ, մինչ այժմ էլ մեծ թվով ծխողներ և չծխողներ հանդիսանում են, թե՛ գտիչով գլանակները նվազ վտանգավոր են առանց գտիչի գլանակներից: Իհարկե, գտիչի առկայությունը ծխողներին հնարավորություն է տալիս խուսափելու բերանում ծխախոտի մասնիկների հայտնվելուց:

Տնտեսական տեսանկյունից՝ ծխախոտի արդյունաբերության շահույթն աճել է գտիչների ներդրումից հետո, քանի որ սիգարետի արտադրության մեջ դրանց գինը ավելի ցածր է ծխախոտի գնից: Չտիչի ներմուծումը հեշտացնում է երիտասարդների ներգրավումը ծխողների շարքերը: Բազմազան գույների ու ձևերի գտիչների շնորհիվ, նաև՝ մենթոլային պատիճների ավելացմամբ, և կանանց համար նախատեսված յուրահատուկ տեսականու միջոցով գայթակղում են հասարակության տարբեր շերտերի: Չտիչները երիտասարդների համար դյուրացնում են առաջին գլանակների գործածությունը. ներշնչում են նվազ կծու ծուխ՝ այդպիսով արագորեն նիկոտինակախվածություն ձեռք բերելով:

Չտիչները ծխախոտի գլանակին հարող մասում ունեն շատ մանր ծակոտի-

ներ, որոնք հնարավորություն են տալիս ծխողի ներշնչած ծուխը նոսրացնել շրջակա օդով և տեսականորեն նվազեցնել թունավոր նյութերը: Գործնականում ծխողների մեծ մասը այդ ծակոտիները սեղմում-փակում է կամ շրթունքներով, կամ, ավելի հաճախ, մատներով՝ ի վերջո, ներշնչելով չնոսրացած ծուխ: Միայն «ծխող» մեքենաները, որոնք կիրառվում են ծխախոտի ծխում առկա բաղադրիչների քանակը որոշելու համար, չեն փակում այդ մանր ծակոտիները, ուստի դրանց չափումները կապ չունեն ծխողի՝ գործնականում ներշնչած թունավոր նյութերի քանակների հետ: Այդ միտումնավոր աչքակապությունը նկարագրված է Ծխախոտի դեմ պայքարի ազգային կոմիտեի (CNCT) «Filtergate» անունը ստացած հաշվետվությունում²: Ներկայումս Նիդերլանդներում դատական վարույթ է ընթանում, որ հենվում է ապացույցների վրա, որ ծխողների ներշնչված նիկոտինի, խեժերի և ածխածնի մոնօքսիդի քանակները մինչև 15 անգամ գերազանցում են «ծխող» մեքենաների հաշվարկած թույլատրելի սահմանները:

Աղտոտում ծխուկներով

Ամեն տարի աշխարհում բնությունն աղտոտվում է շուրջ 4,5 տրիլիոն գտիչով, որոնք մեծ մասամբ ծխախոտի արդյունաբերության արտադրած 5,5 տրիլիոն սիգարետի գտիչներ են³: Դրանց պարունակած միկրոպլաստիկ քայքայվում է ավելի քան տասը տարում,

իսկ ծխուկներում առկա քիմիական նյութերը և մետաղները չափազանց թունավոր են հողերում ու ջրերում առկա կյանքի համար⁴։ Այսպես, հողում մեկ ծխուկը լիովին քայքայվում է մոտ տասներկու տարում և կարող է աղտոտել մինչև 500 լիտր ջուր։

Զտիչները օվկիանոսներից հավաքվող թափոնների շուրջ 33 %-ն են և ևավահանգիստների ջրերում լողացող պլաստիկ թափոնների⁵ 29 %-ը։ Դրանք լողափերի մաքրման ժամանակ ամենահաճախ հավաքվող պլաստիկ թափոններն են։ Դրանցից հիմնականում աղտոտումը քիչ է հետագոյցված, քանի որ ավելի դժվար է իրականացնել այդ գործընթացի քանակական գնահատում և բնութագրել այն։ Վերջապես, աշխարհում ծագած անտառային հրդեհների շուրջ 10 %-ը ծխուկի նետման հետևանք է։

Դեպի գտիչների արգելում

Բախվելով այս համաշխարհային բնապահպանական աղետին, որից, ի դեպ, կարելի է խուսափել, մի շարք միջազգային կառույցներ, այդ թվում՝ Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպությունը (ԱՀԿ), խորհուրդ են տալիս անմիջապես արգելել մեկանգամյա օգտագործման պլաստիկ գտիչները, մասնավորապես՝ ՄԱԿ-ի Ծրագրային միջավայրի ծրագրի (ՄԱԿ-ի ՇՄԾ) «Պլաստիկ պայմանագրի» բանակցությունների շրջանակներում, ելնելով այն պարզ մտքից, որ լավագույն թափոնը չարտադրված թափոնն է^{5,7}։

Արգելքի այս խորհուրդը վերաբերում է ծխախոտային ամբողջ արտադրանքին, ինչպես նաև ձեռքով ոլորվող ծխախոտի գլանակների գտիչներին։ Զաղաքացիական հասարակության լայն աջակցությանն արժանացած այս քայլը կազմակերպվել է, մասնավորապես, *Stop Tobacco Pollution Alliance* (STPA)-ի կողմից, որի մաս է կազմում Ծխախոտի դեմ պայքարի ազգային կոմիտեն (CNCT)։

Զտիչների արգելքի հետ միաժամանակ խորհուրդ է տրվում պարտավորել ծխախոտի արդյունաբերությանը ֆինանսավորել անցյալում, ներկայում և ապագայում շրջակա միջավայրին հասցված վնասների վերացումը հիմնվելով «աղտոտողը մաքրում է» սկզբունքի վրա։

Այս աշխատանքը լրացուցիչ քայլ է ԱՀԿ-ի Հակածխախոտային պայքարի շրջանակային կոնվենցիայի (CCLAT) շրջանակում, որի նպատակն է հնարավորինս արագ արմատախիլ անել ծխախոտի գործածությունը, այսպիսով նաև ծխուկները և դրանից բխող աղտոտումը։

Ծխախոտի արդյունաբերության արձագանքները

Ծխախոտի արդյունաբերությունը Կորպորատիվ սոցիալական պատասխանատվության (ԿՄՊ) շրջանակներում իրականացվող լայնածավալ գործողությամբ ակտիվորեն արձագանքում է իր գործունեությանն ու շահույթին սպառնացող այս վտանգին՝ փորձելով հանրությանը և իշխանություններին ներկայանալ որպես իր պատասխանատվությունը գիտակցող ձեռնարկություն՝ հակադրվելով, մասնավորապես, Եվրամիության SUP (*“Single-Use-Plastics”*) Նորմատիվային ցուցմանը, որ վերաբերում է մեկանգամյա օգտագործման պլաստիկ նյութերին, և ձեռնարկելով։

– այսպես կոչված «կենսաբանական քայքայման ենթարկվող» գտիչների գովազդում. մինչդեռ դրանց ներմուծումն աղետալի հետևանքներ կունենա՝ ծխողին վստահեցնելով, որ դրանք վտանգ չեն ներկայացնում շրջակա միջավայրի համար, ուստի կարելի է անվարան նետել ուր պատահի։ Այնինչ, բոլոր, այսպես կոչված, «կենսաբանական քայքայման ենթարկվող» պլաստիկներն այդպիսին են միայն արդյունաբերական պայմաններում, այլ ոչ թե հողում և, առավել ևս, ջրային միջավայրում⁸։ Ավելին այսպես կոչված, քայքայվող գտիչները, մինևույն է, նույնպես ազդում են ծխողների առողջության վրա և նպաստում երիտասարդների ծխախոտ փորձելուն։

– ծխուկների վերամշակման ուղղակի կամ անուղղակի գովազդում. սակայն դա խաբեական է, քանի որ այսօրվա դրությամբ գոյություն չունի այդ պլաստիկ և թունավոր նյութերի վերամշակման գոհացուցիչ գործընթաց։

– վերջապես, գրպանի մոխրամաններով ծխուկների խմբերով կամ անհատապես հավաքման ուղղակի կամ անուղղակի գովազդում. հակածխախոտային պայքարում դրանց անար-

դյունավետ լինելը հաստատված է, նաև այդ մոխրամանները նպաստում են շրջակա միջավայրն աղտոտելուն⁹։

Կորպորատիվ սոցիալական պատասխանատվության շրջանակներում իրականացվող այս գործունեությունն (ավազ) արդյունավետ է։ Օրինակ՝ Ֆրանսիայում Բնապահպանության նախարարությունն ուղիղ պայմանագիր է կնքել ծխախոտի արդյունաբերության և ծխախոտի խանութների հետ, որով նախատեսվում է ստեղծել էկոլոգիական մարմին (ALCOM), որը պետք է զբաղվի հասարակական վայրերը ծխուկներով աղտոտելու դեմ պայքարով։

Ծխախոտի արդյունաբերությանը և դրա հետ համագործակցող կառույցներին այդ պայմանագրով ավելի ամուր օրինակաբանություն հաղորդելը, որ տեղի է ունենում Արտադրողի ընդլայնված պատասխանատվության (REP) շրջանակներում, ուղղակիորեն հակասում է ԱՀԿ-ի Հակածխախոտային պայքարի շրջանակային կոնվենցիային, որն արգելում է նման փոխհարաբերությունները (հոդված 5.3), նույնը՝ Հանրային առողջության օրենսգրքը։

Զտիչների ազդեցությունը ծխողների առողջության վրա

Ծխախոտի գտիչների ներմուծմանը հաջորդած առաջին հետևանքը եղավ կանանց շրջանում ծխախոտի գործածության կտրուկ աճն ամբողջ աշխարհում, որը հանգեցրեց հիվանդացության և մահացության աճի։

Քանի որ հնարավոր չէ նախատեսել առաջահայաց ռազմամասցված հետազոտություններ, որոնք կհամեմատեն երկարաժամկետ հետևանքները գտիչով կամ առանց գտիչի նույնաքանակ սիգարետ գործածողների համար, հետազոտությունները, որոնց խելամիտ կլինի վստահել իմանալու համար, թե գտիչը փոխում է ծխողի առողջությանը սպառնացող վտանգը, համեմատական դիտարկումներն են (առաջ և հետո) խմբերում, որոնցից մեկում ծխում են առանց գտիչի սիգարետ, մյուսում՝ գտիչով։ Օրինակ՝ նման հետազոտության արդյունքում հնարավոր է եղել պարզել, որ աշխատավայրերում և մարդկանց կուտակման վայրերում ծխելու արգելքն առաջ է բերել սրտի և շլչառական օրգանների առողջության

ԱՌՈՂՋՈՒԹՅՈՒՆ ԵՎ ՀԱՍԱՐԱԿՈՒԹՅՈՒՆ ԱՐԳԵԼԵԼ ԾԽԱԽՈՏԻ ԶՏԻՉՆԵՐԸ

ակնհայտ բարելավում, մասնավորապես՝ չծխողների շրջանում և հանգեցրել է սրտի հիվանդությունների ու շնչառական խանգարումների պատճառով ընդհանուր մահացության նշանակալի կրճատման¹⁰:

Ծխախոտի արդյունաբերությունից անկախ գիտական հետազոտություններ, որոնք կապացուցեին զտիչների ներմուծման հավանական օգտակարությունն առողջության համար, չեն իրականացվել, հետևաբար, ըստ ԱՅԿ-ի, ծխախոտի զտիչների օգտակարությունը ծխողների առողջության համար ապացուցված չէ^{11,12}: Ընդհակառակը՝ դրանց կիրառությունը, ըստ վերջերս լույս տեսած սպառնիչ հրապարակման, կարող է նպաստել ծխողների շրջանում տափակբջջային կարցինոմաների փոխարեն բրոնխների աղետկարցիկոմաներով հիվանդացության աճին, ընդ որում՝ առաջինի ապրելիության կանխատեսումն ավելի բարենպաստ է, քան երկրորդինը¹³:

Բացի դրանից՝ հետազոտությունները, որոնք իրականացրել են ազդեցության կենսասնչիչների և վտանգի ազդեցության կենսասնչիչների առկայության

քանակական գնահատում, նշանակալի տարբերություն չեն հայտնաբերել զտիչի առկայության և բացակայության դեպքերում¹⁴:

Զտիչների արդյունավետության բացակայությունը բացատրվում է, մի կողմից, հանգամանքով, որ ծխողները հաճախ սեղմում-փակում են զտիչի մանր ծակոտիները, մյուս կողմից՝ այսպես կոչված, փոխհատուցման երևույթով: Ծխողը փորձում է սիգարետից ստանալ նիկոտինի այն անհրաժեշտ քանակը, որը կվերացնի անբավարարության զգացումը: Դրան հասնելու համար նա փոխում է ծխելու ձևը, այսպես, եթե ծուխը ներքաշելիս նիկոտինի կոնցենտրացիան շատ փոքր է, ապա նա ավելի խոր է ներշնչում և ավելի երկար է պահում ներշնչման պահը՝ առավելագույն քանակությամբ նիկոտին ներքաշելու համար: Արդյունքում՝ ավելի մեծ քանակությամբ թունավոր նյութեր է ներշնչում: Բացի դրանից՝ զտիչներն ինքնին թունավոր են ծխողի համար. նա կլանում է ներշնչում է ցելյուլոզի ագեցտատի մանրաթելեր, որոնք ծխելու ընթացքում պոկվում են զտիչից¹⁵:

Ի դեպ, ծխախոտի պատմության նշանավոր մասնագետ Ռոբեր Պրոկտորը զտիչների ներմուծումը ծխախոտի արտադրության մեջ որակում է որպես «քաղաքակրթության պատմության մեջ ամենամահաբեր խարդախություն»¹:

Արգելել ծխախոտի զտիչները սպասելով ծխախոտի արգելքին

Հանրային առողջապահության վերջնական նպատակը ծխախոտի գործածության դադարեցումն է, և դա համահունչ է մոլորակը պլաստիկ և թունավոր նյութերով աղտոտումից պաշտպանելու նպատակին:

Սակայն մինչև ծխախոտի ամբողջական վերացումը, սիգարետների զտիչների վերջնական արգելքը ցանկալի և իրագործելի հանգրվան է և վնասակար ազդեցություն չի ունենա ծխողների առողջության վրա: Երկու հակառակը՝ ազդեցությունը կլինի բարերար, ինչպես երիտասարդների՝ ծխելու սովորության մեջ չներքաշվելը և ծխախոտամոլության ընդհանուր տարածվածության նվազումը:

RÉSUMÉ POURQUOI FAUT-IL INTERDIRE LES FILTRES DE CIGARETTES ?

La consommation de tabac sous la forme de cigarettes reste considérée comme tellement banale que ses conséquences, la production de mégots et leur élimination, ont longtemps été invisibles et négligées.

Un mégot est constitué de deux parties : un reste de tabac non fumé entouré de papier et un filtre plastique à usage unique composé d'acétate de cellulose. Ces deux composants sont imprégnés par les nombreux produits toxiques résultant de la combustion de la cigarette.

La prise de conscience, relativement récente, de l'importance majeure de la responsabilité des filtres de cigarettes dans la pollution plastique et chimique des sols, des cours d'eau, des mers et des océans

conduit à une réflexion active, nationale et internationale, sur la possible et souhaitable interdiction de l'usage de ces filtres dans un but environnemental.

Dans l'hypothèse où une telle interdiction serait envisagée, il est nécessaire d'anticiper les éventuelles conséquences sanitaires pour les fumeurs de cigarettes. Selon l'Organisation mondiale de la santé, les filtres de cigarettes n'ont aucun effet bénéfique sur la santé des fumeurs, et leur interdiction devient une urgence écologique.

SUMMARY WHY BAN CIGARETTE FILTERS?

Tobacco consumption in the form of cigarettes is still perceived as being so ordinary that its result, the production of cigarette ends and their disposal, has long been invisible and overlooked.

A cigarette end is composed of two parts: a remnant of unsmoked tobacco and a single-use plastic filter made of cellulose acetate. These two components are saturated with the many toxic products generated by cigarette combustion.

The relatively recent growing awareness of the major contribution of cigarette filters to plastic pollution of soil, waterways, seas, and oceans has led to active national and international debate on the possibility and desirability of banning the use of these filters for environmental purposes.

If such a ban were to be considered, it would be essential to anticipate the possible health consequences for cigarette smokers of such a measure. According to the World Health Organization (WHO), cigarette filters have no beneficial effect on smokers' health, and banning them is therefore becoming an ecological emergency.

ՀՊՈՒՄՆԵՐ

1. Proctor RN. Golden Holocaust. Origins of the cigarette catastrophe and the case for abolition. University of California Press 2011, Berkeley and Los Angeles, CA, USA.
2. Martinet Y, Beguinot E. Filtergate: quand le CNCT révèle une nouvelle tromperie de l'industrie du tabac. Info Respiration 2018;144:13-4.
3. Génération sans tabac. Interdire le filtre est le seul moyen pour réduire la pollution liée aux mégots. <https://www.generationsanstabac.org/>

article/interdire-le-filtre-est-le-seul-moyen-pour-reduire-la-pollution-lie-aux-megots

4. Nitschke T, Bour A, Bergquist M, Blanchard M, Molinari F, Carney Almroth B. Smokers' behaviour and the toxicity of cigarette filters to aquatic life: A multidisciplinary study. *Micropl and Nanopl* 2023;3:1.
5. Comité national contre le tabagisme. Le CNCT demande l'interdiction de l'ensemble des filtres de cigarettes à l'occasion des négociations du traité plastique. 25 mai 2023. <https://cnct.fr/wp-content/uploads/2023/06/Dossier-Presses-Traite-Plastique.pdf>
6. Comité national contre le tabagisme. L'OMS soutient l'interdiction immédiate des filtres de cigarette. 28 septembre 2023. <https://cnct.fr/communiqués/oms-soutient-linterdiction-immédiate-des-filtres-de-cigarette>
7. Ralston B, Carlini G, Johns P, Lencucha R, Radvany R, Shah D, et al. Corporate

interests and the UN treaty on plastic pollution: Neglecting lessons from the WHO Framework Convention on Tobacco Control. *Lancet* 2023; S0140-6736(23)02040-8.

8. Stop Tobacco Pollution Alliance, CNCT. Filtres biodégradables : un risque sanitaire et environnemental. Pour le secrétariat de la deuxième session du comité de négociation intergouvernemental. <https://tobaccoplastics.ggtc.world>
9. Génération sans tabac. Les cendriers de poche : fausse solution environnementale, vrai outil marketing. 1er septembre 2022. <https://www.generationsanstabac.org/article/cendriers-de-poche-fausse-solution-environnementale-vrai-outil-marketing>
10. Interdictions de fumer : un effet salutaire. *La Revue Prescrire* 2017;37(404):465-6.
11. Santé publique. Les filtres à cigarette font plus de mal que de bien. 26 avril 2023. <https://www.health.belgium.be/fr/les-filtres-cigarette-ont-plus-de-mal-que-de-bien>.
12. Novotny TE, Hamzai L. Cellulose acetate cigarette filter is hazardous to human health. *Tob Control* 2023;tc-2023-057925. Epub ahead of print.
13. Song MA, Benowitz NL, Berman M, Brasky TM, Cummings KM, Hatsukami DK, et al. Cigarette filter ventilation and its relationship to increasing rates of lung adenocarcinoma. *J Natl Cancer Inst* 2017;109(12): dx075.
14. Carroll DM, Stepanov I, O'Connor R, Luo X, Cummings KM, Rees VW, et al. Impact of cigarette filter ventilation on U.S. smokers' perceptions and biomarkers of exposure and potential harm. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2021;30:38-44.
15. Evans-Reeves K, Lauber K, Hiscock R. The 'filter fraud' persists: The tobacco industry is still using filters to suggest lower health risks while destroying the environment. *Tob Control* 2022;31(e1):e80-e82.



Santé Arménie

Caring, training and building in Armenia

ՀԻՇՈՂՈՒԹՅԱՆ ԽԱՆԳԱՐՈՒՄՆԵՐ

Ղողվածաշարը պատրաստվել է պրոֆեսոր Ֆաուստո Վիադերի խորհուրդներով՝ Նյարդաբանության բաժանմունք, Քոթոլը Նակրի համալսարանական հիվանդանոց, Կան-Նորմանդիա համալսարան, Առողջապահության և բժշկական հետազոտությունների ազգային ինստիտուտ՝ «Նյարդահոգեբանություն և մարդկային հիշողության պատկերային հետազոտություն» միավոր, Կան, Ֆրանսիա

fausto.viader
@unicaen.fr

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

Անատոմիայից մինչև բուժում

Հիշողությունը՝ գոյության շարունակականության զգացողության գրավակա- նը, մեր ինքնության հիմքն է: Դրա անատոմիական հենքերը և խափանման պատճառները բժշկական հետազոտությունների շրջանակի էական մասն են: Հիվանդի և նրա շրջապատի հետ զրույցն անմիջապես ուղղորդում է պատճառագիտական քննությունը, որին հաջորդում է հիշողության և ճանաչողական գործառույթների հետազոտությունը. ներկայումս գոյություն ունեն բազմաթիվ թեստեր: Հիվանդի պատմությունը, Նախադեպերը և հարկլինիկական հետազոտու- թյունները հնարավորություն են տալիս բացահայտելու պատճառը և ապահովելու անհատական մոտեցմամբ բուժում:

Ինչպես միշտ բժշկության մեջ, այնպես էլ հիշողության խանգարումների ախտորոշման ժամանակ, որոնք այսօր խորհրդատվության դիմելու ամենահաճախակի պատճառներից են, կլինիկական հետազոտությունը վճռորոշ դեր ունի:

- էջ 25 Հիշողության անատոմիա
- էջ 28 Հիշողության Նյարդահոգեբանությունը
- էջ 32 Հիշողության գնահատման թեստեր
- էջ 36 Հիշողության հիվանդությունները
- էջ 41 Անցողիկ ամնեզիաներ
- էջ 44 Տարանջատման ամնեզիա
- էջ 46 Ինչ ձեռնարկել հիշողության հետ կապված գանգատի դեպքում
- էջ 52 Ամնեզիայով բուժառուի վարումը
- էջ 55 10 հիմնական ուղերձներ

Հիշողության անատոմիա

Հիպոկամպը՝ հիշողության երևույթների հիմքում

Հիշողության մակրոսկոպիկ անատոմիայով հետաքրքրվելը կարող է հնացած թվալ: Գլխուղեղի այս բարդ գործառույթի ներքին մեխանիզմները գործի են դնում նեյրոնային շղթաներ և նեյրոգենեզի երևույթներ, որոնք կապված են միկրոսկոպիկ մակարդակի մեխանիզմների հետ:

Այնուամենայնիվ, որոշակի անատոմիական կառույցներ, ինչպիսիք են հիպոկամպը և լիմբական բիլթը, առանցքային են հիշողության երևույթների տարբեր, մասնավորապես դրվագային հիշողության, անձնապես ապրած հիշողությունների, ինչպես նաև ապագայում իրականացվելիք գործողությունների վերաբերյալ տեսություններում: Հետևաբար, կարևոր է իմանալ այս ամենի մակրոսկոպիկ ձևակազմաբանական կազմությունը, որը նաև օգտակար է գնալով ավելի արդյունավետ դարձող նյարդապատկերային հետազոտությունների արդյունքները վերծանելու և հասկանալու համար:

1950-1960-ական թթ. գլխուղեղում «հիշողության պահուցի» տեղակայումը բուռն քննարկումների առարկա էր հիշողության «բաշխված» տեսության կողմնակիցների և ավելի տեղայնացված կեղևային հայեցակարգին հարողների միջև: Նույն ժամանակահատվածում նյարդավիրաբուժական և «հոգեվիրաբուժական» միջամտությունները, նաև հայտնի դարձած մի քանի հիվանդի հսկողությունը բացահայտեցին քունքային բլթի և հիպոկամպի կարևորությունը հիշողության երևույթներում: Այսպիսով, հիպոկամպը, որի պոտենցիալ դերը մինչ այդ հստակ չէր հիշատակվել, դարձավ պարտադիր կառույց, որի բազմաթիվ կապերը լիմբային բլթում հանգեցրին հիշողության վերաբերյալ տարբեր տեսություններում դրա հայտնվելուն:

Մակրոսկոպիկ առումով՝ հիպոկամպը դիտարկվում է որպես կառույց, որը պատասխանատու է կեղևի կոնկրետ տարածքներից տեղեկություններ (տեսողական, լսողական, հոտառական և այլն) ստանալու համար: Այն ընտրում է դրանք, պահում դրանց մի մասը և վերաբաշխում կեղևի տարբեր շրջաններում:

Այս հոդվածը ամփոփ տեսլական է առաջարկում հիպոկամպի և լիմբային համակարգի սրտում դրա կապերի վերաբերյալ, համակարգ, որը նույնպես էական մակրոսկոպիկ դերակատար է մտապահման երևույթներում:

Հիպոկամպ՝ հիշողության երևույթների հետ անբակտելիորեն կապված կառույց

Հիպոկամպը բաղկացած է հնագույն կեղևի (արքիկորտեքս) միմյանց փաթաթված երկու շերտից՝ ատամնավոր գալարից և ամոնյան եղջյուրից (cornu Ammonis): Բաժանվում է ներփորոքային մասի, որը մխրճվում է կողմնային փորոքի

քունքային եղջյուրի մեջ, և արտափորոքային մասի, որը երևում է քունքային բլթի միջային մակերեսին:

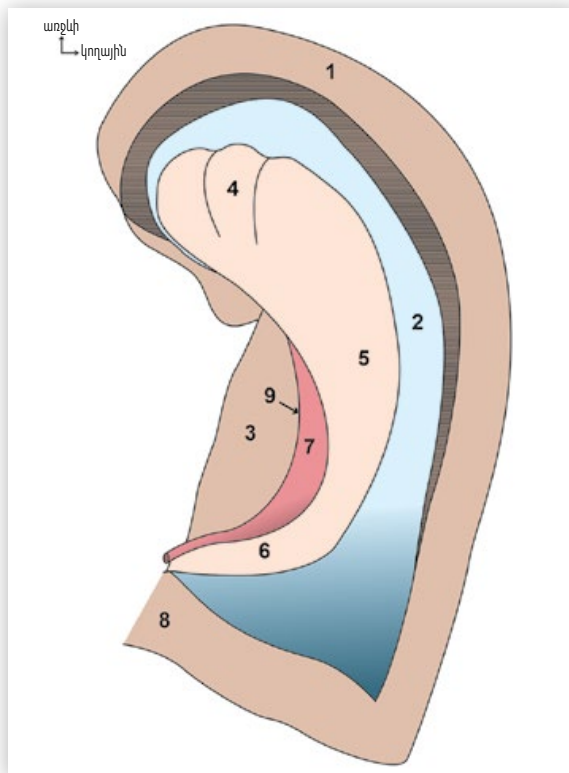
Հիպոկամպի ներփորոքային մասը բաղկացած է երեք հատվածից՝ գլխիկ, մարմին և պոչ: Այն կողմնային փորոքի քունքային եղջյուրի հատակի կազմության մաս է և տեսա-նելի է միայն կողմնային փորոքի տանիքի հեռացումից հետո (**պատկեր 1**): Հիպոկամպի գլխիկը երևում է որպես առաջային լայնացած հատված, որն ունի մի քանի առաջահետային զոլեր: Մարմինը սահմանակցում է թաղի ոտիկների շարունակություն հանդիսացող հիպոկամպի ծոպին (fimbria iippocampi): Հիպոկամպի պոչը համապատասխանում է հետին կունաձև մասին, որը նույնպես սահմանակցում է ծոպին: Հիպոկամպը տեղակայված է բրտամարմնի հաստուկից

Լորան Տատյու

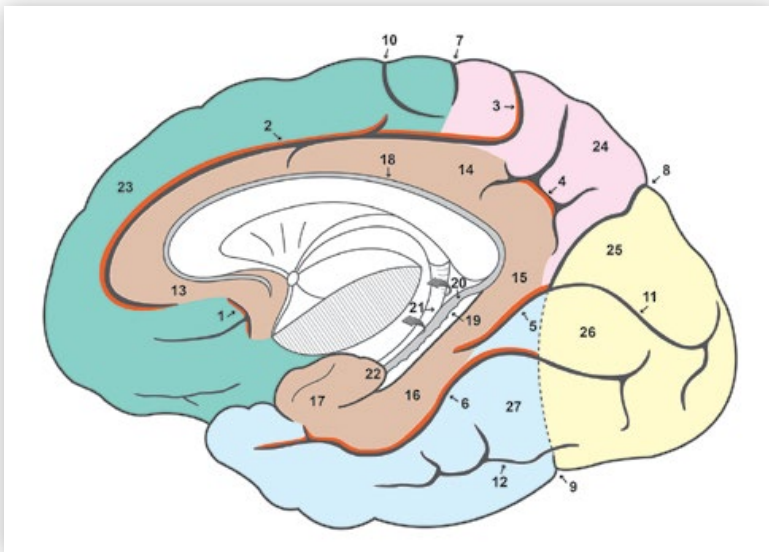
Նյարդաբանության բաժանմունք, Բեգաստնի համալսարանական հիվանդանոց և անատոմիայի բաժանմունք, կրթության և հետազոտական բաժին, Ֆրանս-Կոնտե համալսարան, Ֆրանսիա

laurent.tatu
@univ-fcomte.fr

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



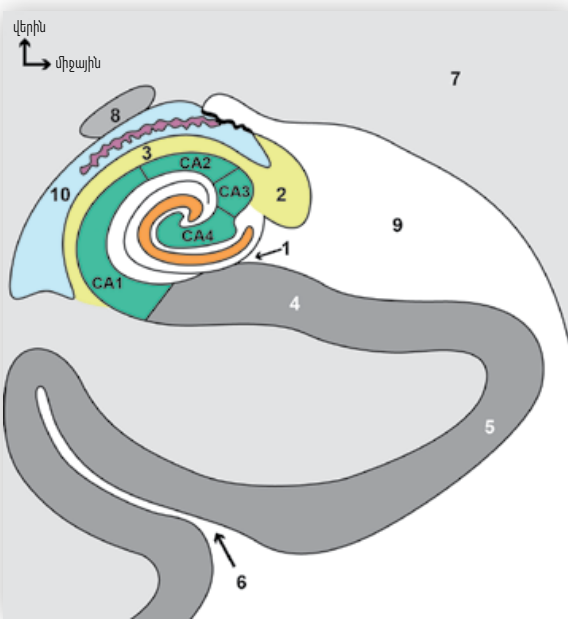
Պատկեր 1. Աջ հիպոկամպի ներփորոքային մասի տեսքը վերևից. 1. Քունքային բլթի բացված վերին մակերես: 2. Կողմնային փորոքի քունքային եղջյուր: 3. Նեցուկ (subiculum): 4. Հիպոկամպի գլխիկ: 5. Հիպոկամպի մարմին: 6. Հիպոկամպի պոչ: 7. Ծոպ (fimbria): 8. Բրտամարմնի հաստուկ (splenium corporis callosi): 9. Հիպոկամպի ակոս:



Պատկեր 2. Գլխուղեղի աջ կիսագնդի միջային տեսք, որը ցույց է տալիս լիմբային և ներլիմբային գալարները: Ծակատային բիլթ — 1. Գագաթային բիլթ — 2. Մոծրակային բիլթ — 3. Քունքային բիլթ — 4. Լիմբային ճեղք — 5. Ենթաբրտային ակոս: 6. Գոտկային ակոս: 7. Վերին ճակատային ակոս: 8. Գագաթ-ժոծրակային ճեղք: 9. Քունք-ժոծրակային ճեղք: 10. Չարկենտրոնական ակոս: 11. Թռչնաբտային ակոս: 12. Մոծրակ-քունքային ակոս: Լիմբային գալար՝ 13. Ենթաբրտային գալար: 14. Գոտկային գալար: 15. Նեղուց: 16. Հարիիպոկամպային գալար: 17. Կարթ: Ներլիմբային գալար՝ 18. Վերբրտային գալար (Indusium griseum): 19. Ատամնավոր գալար: 20. Ամոնյան եղջյուր (cornu Ammonis): 21. Մոպ (թեքած): 22. Հիպոկամպի գլխիկի արտափորոքային մաս: Գալարներ՝ 23. Վերին ճակատային գալար: 24. Վերին գագաթային գալար: 25. Սեպ (cuneus): 26. Լեզվային գալար: 27. Իլիկաձև գալար:

Պատկեր 3.
Հիպոկամպի ճակատային հատույթ:

- 1. Հիպոկամպի ակոս, որը ձգվում է հիպոկամպի մեջ մագնոկային հիպոկամպային ակոսով: 2. Մոպ:
- 3. *Alveus hippocampi*:
- 4. Նեցուկ (*subiculum*):
- 5. Հարիիպոկամպային գալար:
- 6. Համակողմնային ակոս: 7. Միջին ուղեղ:
- 8. Պոչային կորիզի պոչ: 9. Լայնածիզ ճեղք: 10. Կողմնային փորոքի քունքային եղջյուր և անոթային հյուսակներ:
- Ամոնյան եղջյուր և դրա տարբեր դաշտերը:
- Ատամնավոր գալար



առաջ և հիպոկամպի նեցուկից (*subiculum*) դուրս, որը հարիիպոկամպային գալարի (*gyrus parahippocampalis*) մասն է և դրանից բաժանված է հիպոկամպի ակոսով:

Հիպոկամպի արտափորոքային մասը երևում է քունքային բլթի միջային մակերեսին՝ ծուպը բարձրացնելիս (**պատկեր 2**): Այնուհետև տեսանելի են դառնում ատամնավոր գալարի և ամոնյան եղջյուրի (*cornu Ammonis*) մի մասը: Կարթի (*uncus*) քունքային բլթի առաջային լայնացած մասի վրա երևում է հիպոկամպի գլխիկի արտափորոքային մասը: Կարթը Նաև ծածկում է Նշաձև կորիզների համալիրը:

Հիպոկամպի երկու՝ միմյանց պարուրված կեղևային շերտերը՝ ատամնավոր գալարը և Ամոնյան եղջյուրը, նեցուկից (*subiculum*) բաժանված են հիպոկամպի ակոսով, որի խորանիստ մասը ձևավորում է հիպոկամպի ակոսի մագնոկային մասը (**պատկեր 3**): Դրանք ծածկված են ծուպով (ծագում է թաղից) և *alveus hippocampi*-ով (սպիտակ նյութի նյարդաթելերի շերտ) և, ըստ այդմ, մխրճվում են կողմնային փորոքի քունքային եղջյուրի մեջ, որի վերևում կախված է պոչավոր կորիզի պոչը:

Հիպոկամպի անատոմիական կառույց է, որը շատ սերտորեն կապված է հարևան կառույցների հետ: Այս փոխկապակցված համակարգում շատ կարևոր դեր են խաղում կաուկները՝ սպիտակ նյութի խրճեր, որոնք ապահովում են կիսագնդերի միջև կապը: Եթե բրտամարմինը, ընդհանուր առմամբ, միավորում է երկու կիսագնդերը, ապա թաղը (*forix*) ավելի կոնկրետ դեր է խաղում՝ կապելով երկու հիպոկամպները և պտկաձև մարմինները (**պատկեր 4**): Թաղի մարմինը տեղակայված է բրտամարմնի տակ, դրա սյունակներն առջևից հաղորդակցվում են պտկաձև մարմինների և հիպոկամպի ոտիկների հետ, որոնք ձգվում են մինչև ծուպերը, իսկ հետին մասից հաղորդակցվում են հիպոկամպերի հետ:

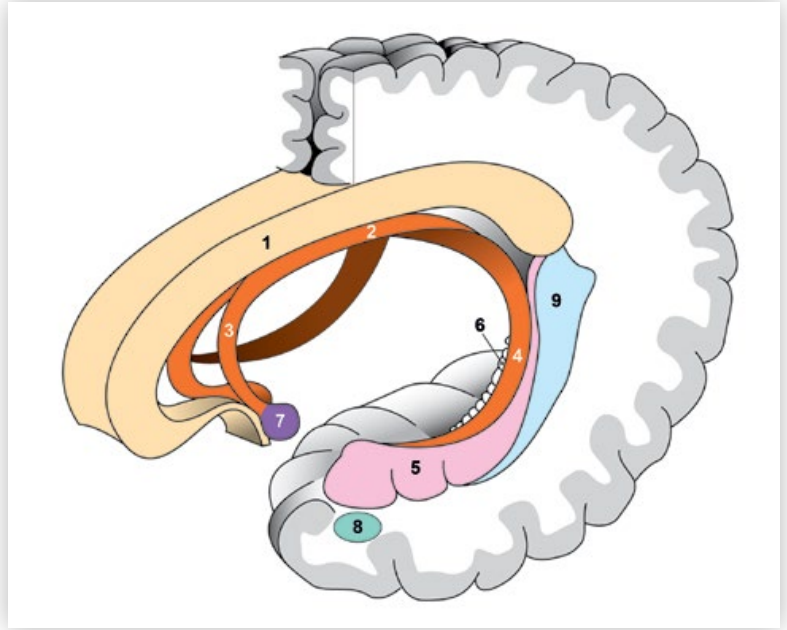
Հիպոկամպ՝ լիմբային բլթի գերփոխկապակցված կառույց

Հիպոկամպն ընդգրկված է լիմբային բլթի բազմաթիվ կապերում, որոնք 1878 թվականին ձևակազմաբանորեն նկարագրել է Պոլ Բրոկան (1824-1880): Լիմբային բիլթը գտնվում է կիսագնդի միջային մակերեսին և կամարաձև շրջապատում է միջանկյալ ուղեղը: Այն բաղկացած է լիմբային և ներլիմբային գալարներից (**պատկեր 2**): Լիմբային բիլթը հարակից կեղևանյութից բաժանված է լիմբային ճեղքով, որը կազմված է հետևյալ ակոսների՝ առջևից դեպի հետ հաջորդականությունից՝ ենթաբրտային ակոս՝ տեղակայված բրտամարմնի ձևի տակ, գոտկային ակոս, որը կրկնում է բրտամարմնի կորույթունը, ենթագագաթային ակոս՝ H տառի տեսքով, առաջ-թռչնաբտային ակոս՝ թռչնաբտի ակոսի առաջային մասը, և համակողմնային ակոս, որը ձգվում է դեպի քունքային բլթի ծայրը:

Լիմբային գալարը տեղակայված է այս ճեղքից ներս, հետևաբար՝ ծածկում է ճակատային, գագաթային և քունքային բլթերի մի մասը: Այն բաղկացած է ենթաբրտային, գոտկային և հարիիպոկամպային գալարներից (քունքային բլթի հինգերորդ գալար, T5): Հարիիպոկամպային գալարն ունի հետին մաս՝ նեղուցը, որը հաղորդակցվում է գոտկային գալարի հետ, և տափակած առաջային մակերես նեցուկը:

Ներլիմբային գալարը գտնվում է լիմբային գալարի խորքում և համապատասխանում է բուն հիպոկամպին ու դրա սաղմնային մնացուկներին: Դրանցից առավել արտահայտված է վերկաուկային գալարը կամ վերբրտային գալարը (*Indusium griseum*):

Ջեյմս Փապեզի (1883-1958) 1937 թվականի աշխատանքները, այնուհետ Փոլ Մաքլինի (1913-2007) 1949-1952 թվականների աշխատանքները լիմբային բլթից, որը ձևակազմաբանական միավոր է, անցում կատարեցին լիմբային համակարգի, որի գործառնությունը՝ հույզերի ձևավորում ու հիշողության մշակում, ստիպեցին մեծացնել դրա ընդգրկման պարագիծը դեպի այլ կորիզային կառույցներ, օրինակ՝ տեսաթումբ և ենթատեսաթումբ: Փապեզի առաջարկած նեյրոնային շղթաների մոդելը մտնում է դասական, նույնիսկ եթե գործառնության առումով հնացած է համարվում: Համենայն դեպս, նրա կանխագուշակած բոլոր ուղիները զլխուղեղում առկա են (**պատկեր 5**): Այս հայեցակարգի համաձայն հիպոկամպը կապված է պտկածն մարմնի հետ թաղի միջոցով: Պտկածն մարմինը հաղորդակցվում է տեսաթմբի առաջային կորիզների հետ պտկատեսաթմբային խրճի միջոցով: Տեսաթմբային կորիզների արձակված թելերը կապ են հաստատում գոտկային գալարի հետ, որն, իր հերթին, գոտկա-հիպոկամպային նյարդաթելերի միջոցով ապահովում է հետադարձ կապ հիպոկամպի հետ: Այս փակ շղթայի վնասվածքներն իսկապես ի գործու են հանգեցնել հիշողության խանգարումների, սակայն այս գործող ցանցն այլևս հիշողության գործընթացները մեկնաբանող արդի տեսական հայեցակարգերի հիմքը չէ:



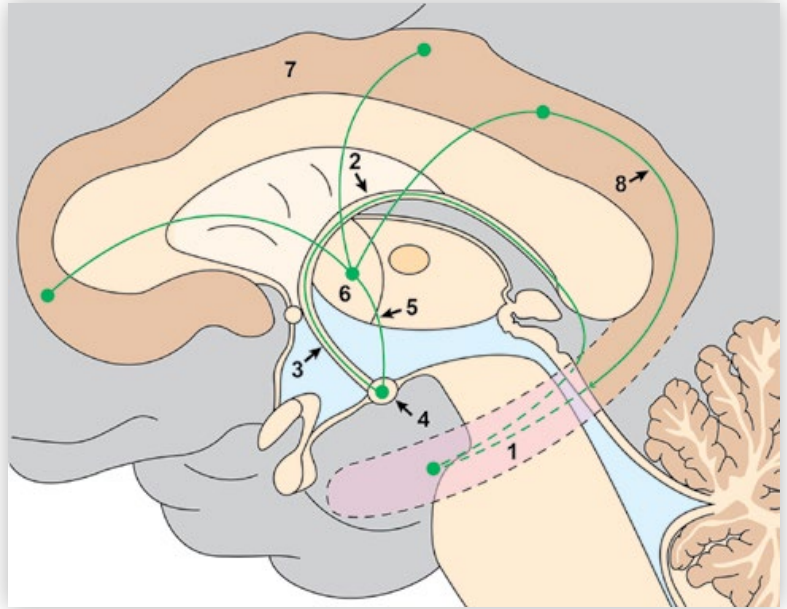
Պատկեր 4. Հիպոկամպի միացումները թաղի և պտկածն մարմինների հետ:
1. Բրտամարմին, 2. Թաղի մարմին, 3. Թաղի սյունակ, 4. Թաղի ոտիկ, 5. Հիպոկամպ, 6. Ատամնավոր գալար, 7. Պտկածն մարմին, 8. Նշածն կորիզի համալիր, 9. Կողմնային փորոք:

RÉSUMÉ ANATOMIE DE LA MÉMOIRE

Les phénomènes mnésiques mettent en jeu à l'échelle microscopique des circuits neuronaux et des processus de neurogenèse. Néanmoins, le rôle central joué par certaines structures clés comme l'hippocampe ou le lobe limbique impose une bonne connaissance de leur anatomie macroscopique. Cet article propose une synthèse de l'organisation anatomique de ces structures et de leurs riches connexions.

SUMMARY ANATOMY OF MEMORY

Memory phenomena involve neuron circuits and neurogenesis processes at the microscopic level. Nevertheless, the central role played by some key structures such as the hippocampus and the limbic lobe requires a good knowledge of their macroscopic anatomy. This article summarizes an overview of the anatomical organization of these structures and of their abundant connections.



Պատկեր 5. Հիպոկամպի հաղորդակցության կապերը լիմբային համակարգում՝ Փապեզի շղթա: 1. Հիպոկամպ, 2. Թաղ, 3. Թաղի սյունակ, 4. Պտկածն մարմին, 5. Պտկատեսաթմբային խորճ, 6. Տեսաթմբի առաջային կորիզներ, 7. Գոտկային գալար, 8. Գոտկա-հիպոկամպային նյարդաթելեր:

ԻՄԱՆԱԿԱՎԵԼԻՆ

- Duvernoy HM. Le cerveau humain. Springer Verlag 1992.
- Duvernoy HM. The human hippocampus. Springer-Verlag (3rd edition), 2005.
- Destrieux C, Bourry D, Velut S. Anatomie chirurgicale de l'hippocampe. Neurochirurgie 2013;59(4-5):149-58.

Հիշողության նյարդահոգեբանությունը ՄԵՆԿ, ԹԵ՛ մի քանի հիշողություն

Ֆրանսիս Էստաշ
Կան-Նորմանդիայի
համալսարան,
«Փարիզ-գիտություններ և
գրականություն»
համալսարան,
Բարձրագույն
ուսումնասիրություն-
ների գործնական
դպրոց (EPHE),
Առողջապահության
և բժշկական հե-
տազոտությունների
ազգային ինստիտուտ
(Inserm)՝ «Նյարդա-
հոգեբանություն
և մարդկային
հիշողության
պատկերային
հետազոտություն»,
Կանի համալ-
սարանական
հիվանդանոց,
Ֆիցերոն կենտրոն,
Կան, Ֆրանսիա
francis.eustache@unicaen.fr

Հեղինակը
հայտարարում
է, որ այս
հրատարակմամբ
որևէ շահ չի
հետապնդում:

Հիշողությունը տեղեկատվությունը գրանցելու, պահպանելու և վերականգնելու հնարավորություն է տալիս, սակայն այս սահմանումը թերի է՝ հաշվի առնելով դրա բարդությունը. հիշողությունը ձևավորում է մեր ինքնությունը, մեր մտքերի աղբյուրն է, այն մշտապես հաղորդակցվում է մեր անձնական և հավաքական անցյալի վերարտադրությունների հետ, դրանք պրոյեկտում են անակայական ապագայում, կառուցում մեր կյանքի հետագիծը, ինչպես նաև մասնակցում մեր սոցիալական հարաբերությունների կարգավորմանն ու որոշումների կայացմանը^{1,2}: Ավելին՝ հումանիտար և սոցիալական գիտությունների մոտեցմամբ, շեշտադրվում է իր շուրջը ձևավորվող հավաքական հիշողությունների հետ առերեսվող անհատի դերը³:

Հիշողության մի քանի ձևերը տարբերակելուն նպաստող եզրահանգումների հիմնական աղբյուրները հիշակրուստի (ամնեզիայի), ապա նաև դեմենցիայի համախտանիշներն են: Այս ախտահարումների ժամանակ հիշողության խանգարված և պահպանված ունակությունների տարանջատման հետազոտությունը դարձել է նյարդահոգեբանության նախընտրելի հարցույցը: Այն համալրվում է գլխուղեղի պատկերային հետազոտություններով:

Աշխատանքային հիշողություն, տեղեկատվության պահեստավորում և կառավարում

Աշխատանքային հիշողությունը հիշողության համակարգ է, որը պատասխանատու է տեղեկատվության ժամանակավոր պահպանման և մշակման համար, որն անհրաժեշտ է այնպիսի գործողություններ իրականացնելիս, ինչպիսիք են ընկալումը, ուսանումը և դատողությունը: Այն բաղկացած է պահեստավորման երկու արբանյակային համակարգերից (ինչութաբանական օղակ և տեսատարածական գրանցամատյան), որոնք վերահսկում է ուշադրության համար պատասխանատու բաղադրիչը՝ կենտրոնական կատարողը (պատկեր):

Հնչութաբանական օղակը պատասխանատու է բանավոր տեղեկատվության պահպանման, դրա մշակման և թարմացման համար: Տեսատարածական գրանցամատյանը ներգրավված է տարածական և տեսողական տեղեկատվության կուտակման, ինչպես նաև մտավոր պատկերների ձևավորմանն ու մշակման աշխատանքում: Կենտրոնական կատարողը կառավարում է տեղեկատվության փոխանցումը դեպի երկարաժամկետ հիշողություն: Այն հիմնվում է դրվագային բուֆերի վրա, որը պատասխանատու է տարբեր

աղբյուրներից ստացված տեղեկատվության ժամանակավոր պահպանման համար, նաև դերակատարում ունի դրվագային հիշողության մեջ տեղեկատվության կողմավորմանն ու վերականգնման (վերհանման) գործընթացում: Այսպիսով, դրվագային բուֆերը գտնվում է մի քանի համակարգերի ընդհանուր սահմանագծին և կիրառում է այդ տարբեր համակարգերի համար ընդհանուր բազմաչափ կոդ:

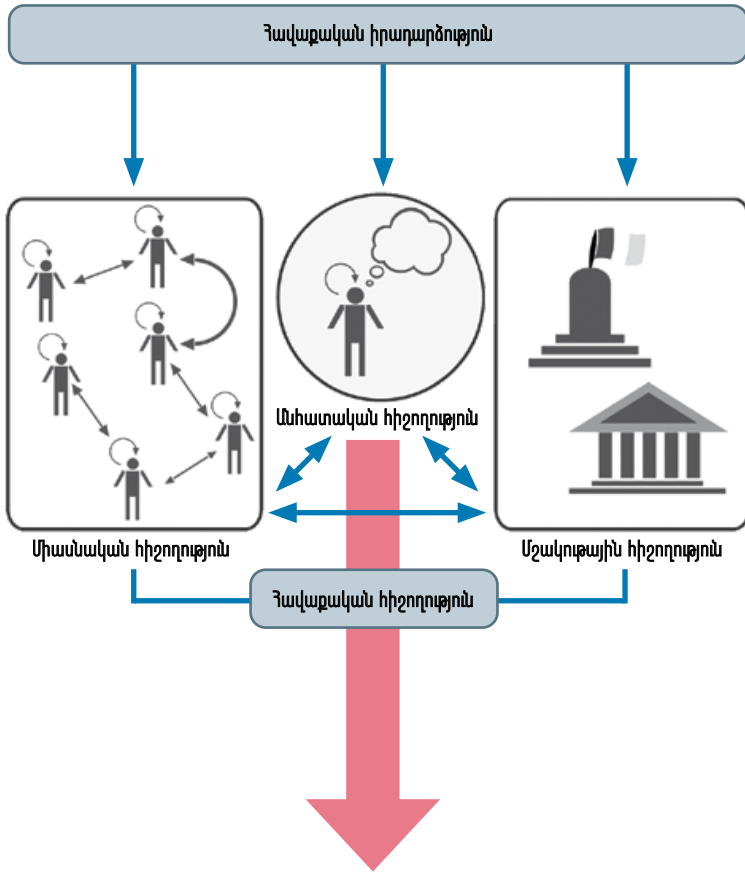
Երկարաժամկետ հիշողություն, բազմակի փոխազդեցություններ

Երկարաժամկետ հիշողության շրջանակներում դրվագային հիշողությունն անձամբ ապրած իրադարձությունների վերարտադրությունն է, որոնք այն ժամանակային-տարածական համատեքստում են, որում ձեռք են բերվել: Դրա հիմնական առանձնահատկությունն այն է, որ հնարավորություն է տալիս գիտակցաբար վերհիշելու նախորդ փորձառությունը՝ իրադարձությունն ինքնին (ինչ), ինչպես նաև տեղը (որտեղ) և պահը (երբ): Դրվագային հիշողության մեջ հուշի վերականգնումն անհատի համար ստեղծում է այդ իրադարձությունը վերապրելու տպավորություն «աուտո-նոտիկ» գիտակցության (կամ ինքնագիտակցության) հետ կապված սեփական անցյալի միջով «ժամանակի մեջ մտովի ճանապարհորդության» շնորհիվ:

Իմաստաբանական (սեմանտիկ) հիշողությունը հասկացությունների, աշխարհի մասին գիտելիքների հիշողությունն է՝ անկախ դրանք ձեռքբերման համատեքստից: Այն կապված է «նոտիկ գիտակցության» կամ առարկաների և տարատեսակ օրինաչափությունների գոյության գիտակցության հետ: Իմաստաբանական հիշողությունը թույլ է տալիս ներհայեցողաբար վերաբերվել աշխարհին, նաև ներառում է ընդհանուր գիտելիքներ սեփական անձի մասին՝ անձնական իմաստաբանություն:

Գոյություն ունեն դրվագային և իմաստաբանական հիշողությունների տարբերությունը փաստող բազմաթիվ նյարդահոգեբանական տվյալներ, որոնք հիմնված են հատկապես հիշակրուստի (ամնեզիա) համախտանիշների մեթոդական ուսումնասիրության վրա: Այսպես, նախընթաց (ռետրոգրադ) ամնեզիայի (իմաստաբանական գիտելիքները վերականգնելու հնարավորություն, սակայն անցյալում տեղի ունեցած իրադարձությունների դրվագային հիշողությունները վերականգնելու անհնարինություն) և հաջորդընթաց (անտերոգրադ) ամնեզիայի (Նոր իմաստաբանական գիտելիքների ձեռքբերման կարողություն, սակայն Նոր հիշողություններ ձևավորելու անկարողություն) շրջանակներում տարազատումները շատ պատկերավոր օրինակներ են:

ՀԻՇՈՂՈՒԹՅԱՆ ԽԱՆԳԱՐՈՒՄՆԵՐ



Պատկեր. ՄեՆՄԻՍ, անհատական հիշողության ընդհանուր պատկերումը և դրա փոխազդեցությունը հավաքական հիշողությունների հետ
Պատկերի վերևում տեսնում ենք, որ անհատական հիշողությունը նույնպես ձևավորվում է հավաքական հիշողության տարբեր շերտերով՝ միասնական հիշողությամբ, որն այլ անհատների հետ փոխազդեցության արդյունք է, և մշակութային հիշողությամբ, որը վերանհատական է և միաժամանակ ներգործում է նրա վրա:

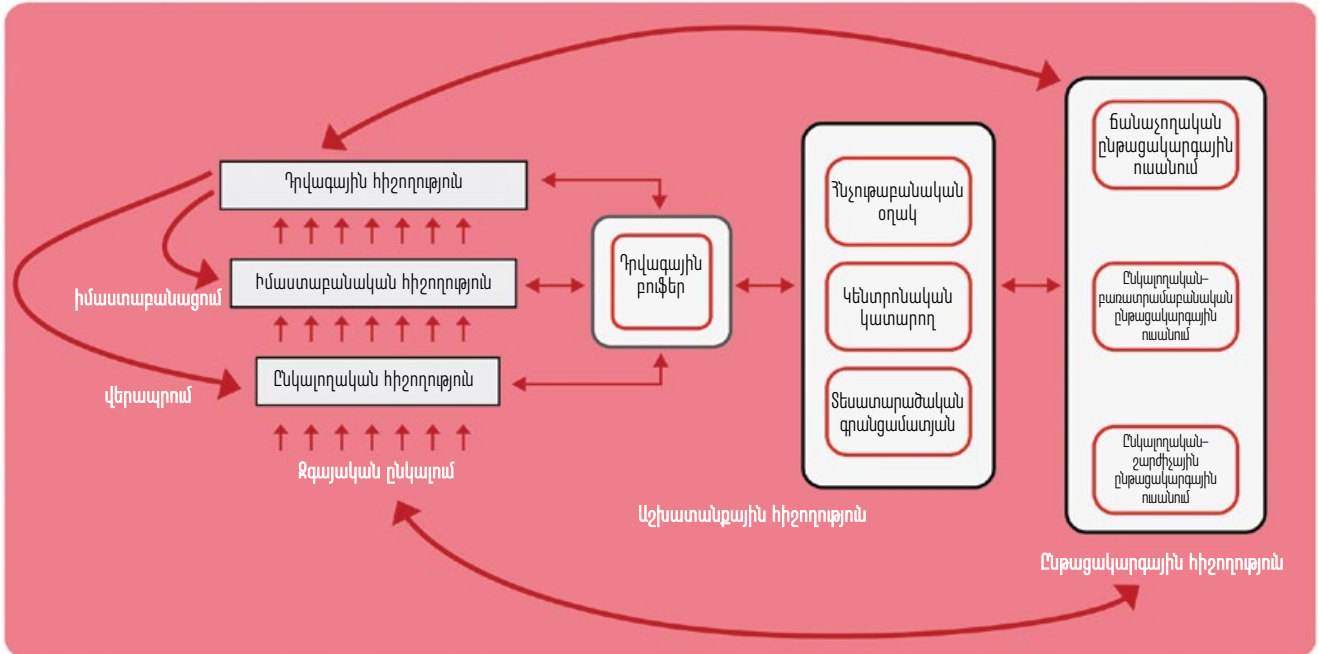
Պատկերի ներքևի մասում MNESIS-ը ներկայացնում է անհատական հիշողության հինգ համակարգերը՝ բաժանված երեք կատեգորիայի՝ երկարաժամկետ հիշողություն, աշխատանքային հիշողություն և ընթացակարգային հիշողություն:

– Երկարաժամկետ հիշողությունը կազմակերպվում է աստիճանակարգային (հիերարխիկ) ձևով՝ ընկալողական հիշողություն, իմաստաբանական հիշողություն և որվագային հիշողություն: Բազում որվագային հիշողություններ ժամանակի ընթացքում իմաստաբանական են դառնում: Բացի դրանից՝ հիշողության ամրապնդման համար անհրաժեշտ են գիտակցված և չգիտակցված թարմացումներ, ինչն այդպիսով ընդգծում է հիշողության դինամիկական և վերականգնողական բնույթի կարևորությունը: Հիշողության այս բնութագրի հետևանք կարող են լինել հիշողության հետքի փոփոխությունը և նույնիսկ կեղծ հիշողությունների հնարավոր ձևավորումը:

– Աշխատանքային հիշողությունը բաղկացած է, մի կողմից, կենտրոնական կատարողից, հնչյութաբանական օղակից և տեսատարածական գրանցամատյանից, մյուս կողմից՝ որվագային բուժերից, որը տեղեկատվություն փոխանակող (ինտերֆեյսային) ժամանակավոր կառույց է և դիմում է տարբեր նյարդաճանաչողական համակարգերի օգնությանը: Ընթացիկ գործունեությունից կախված՝ այն կարող է կարգավորել ինքնագիտակցության արտահայտումը՝ ներկայում կամ նույնիսկ մասնակցել նոր հմտությունների ձևավորմանը:

– Ընթացակարգային հիշողությունը ներկայացված է աստիճանակարգային ձևով՝ սկսած շարժիչային և ընկալումային-շարժիչային հմտություններից աջակցությունից մինչև ճանաչողական հմտությունների աջակցություն: Ընկալումային-շարժիչային ընթացակարգային հիշողության ղեկավարում առաջնային են ընկալողական հիշողության հետ կապերը, իսկ ճանաչողական ընթացակարգային հիշողության պարագայում՝ ղեկավարատիվ համակարգերը: Բոլոր ղեկավարում փոխազդեցությունները վերարտադրությունների համակարգերի հետ (ներառյալ աշխատանքային հիշողությունը) հատկապես կարևոր են ընթացակարգային ուսանման փուլում: Այս կապերը թուլանում են ուսանման աստիճանական ավտոմատացմանը զուգահեռ:

Անհատական հիշողություն



Գիտակցից հիշողության վերարտադրությունները կարող են լինել իմաստաբանական (ընդհանուր գիտելիքներ) կամ դրվագային (անձնական փորձառություններ) բնույթի: Փոխարենը, ընթացակարգային հիշողությունը հնարավորություն է տալիս մարզումների՝ բազմակի փորձերի արդյունքում ձեռք բերել հմտություններ և վերականգնել դրանք՝ առանց նախորդ փորձին հղում կատարելու: Ընթացակարգային հիշողությունն արտահայտվում է գործողության միջոցով, ուստի դրա բովանդակությունը դժվար է ներկայացնել բառատրամբանական եղանակով: Ընթացակարգային հիշողությունը, օրինակ, մեքենա վարելու կամ թենիս խաղալու հնարավորություն է տալիս: Մենք այդ գործունեությունն իրականացնում ենք առանց հստակորեն հիշելու ընթացակարգերը և առանց գիտակցելու, թե երբ ենք դրանք սովորել:

Մեկ այլ տարբերակմամբ հակադրվում են կամաձին (էքսպլիցիտային) հիշողությունը և ոչ կամաձին (իմպլիցիտային) հիշողությունը:

Կամաձին հիշողությունը վերաբերում է իրավիճակներին, երբ անձը կամավոր կերպով վերհիշում է տեղեկատվությունը: Ի հակադրություն, ոչ կամաձին հիշողությունը սկսում է գործել առանց անձի կամքի և գիտակցման, երբ տվյալ առաջադրանքի իրականացման եղանակը փոխվում է՝ ելնելով նախկինում ունեցած փորձից, սակայն առանց անձի գիտակցված մտաբերման: Այսպես, օրինակ, մեկ անգամ պատկերը տեսած լինելու դեպքում դրա նույնականացումը հաջորդիվ ավելի հեշտանում է, նույնիսկ եթե այն ներկայացված է աղճատված ձևով: Ոչ կամաձին հիշողությունը կախված է ընկալումների վերարտադրման համակարգից, որը համապատասխանում է ընկալողական հիշողությանը և հնարավորություն է տալիս հիշողության մեջ պահպանելու տեղեկատվությունը, անգամ եթե այն զուրկ է իմաստից և կարող է արտահայտվել անձի կամքից անկախ:

MNESIS4 մոդելը սահմանում է հիշողության համակարգերի ինտեգրացիոն աշխատանքը հավաքական հիշողության շրջանակներում (պատկեր):

Այլ օգտակար հասկացություններ

Ինքնակենսագրական հիշողությունը սնուցվում է մեր անձնական փորձառություններով: Դրա գնահատումը շեշտը դնում է սուբյեկտիվ հարթության վրա (մանրուքների հստակություն, վերապրելու տպավորություն), մինչդեռ այլոց և միջավայրի հետ հարաբերության կարևորությունը երկար ժամանակ թերագնահատված է եղել: Այնուամենայնիվ, հիշելու գործողությունը, ըստ էության, սոցիալական գործողություն է, այնքանով, որքանով հիշողությունները գտնվում են անձնական ինքնության և հավաքական վերարտադրությունների փոխազդեցության խաչմերուկում: Անհատական հիշողությունը, որում մշտապես տեղի են ունենում վերադասավորումներ, արդյունք է ինչպես անձնական պատմության, այնպես էլ ուրիշների հետ փոխազդեցության⁵⁻⁸:

Կլինիկական առումով անհատական և հավաքական հիշողությունների միջև փոխկապակցվածության հետազոտությունը նպատակահարմար է հետվնասվածքային սթրեսային խանգարման դեպքում, երբ առկա է ցնցում առաջացրած իրադարձության հետ կապված հուզական

ու ընկալողական մանրամասներ հիշելու գերունակություն (հիպերմնեզիա) և համատեքստային մանրամասների քիչ թե շատ ընդգծված ամնեզիա: Այս հիվանդների ինքնակենսագրական հիշողությունը խանգարված է, ինչի մասին վկայում է այն, որ նրանք դժվարանում են հեռանալ այդ իրադարձությունից և վերացնել ներկա պահին այն վերապրելու զգացումը: Բուժառույթն իրենց տրամաբան ընկալում են որպես կարևոր ինքնակենսագրական իրադարձություն, իրենց բնութագրող առաջնային հատկանիշ, թեև այն վատ է ինտեգրված նրանց կյանքի ընթացքում^{9,10}:

Անհատական և հավաքական հիշողությունների տարբեր շերտերի համատեղ կառույցի՝ շերտաշերտային թե հակառակը, այսպիսի մեկնաբանությունը կիրառություն է գտնում անհատի գոյութենական ճգնաժամի առջև կանգնեցնող իրավիճակներում: Օրինակ՝ կրծքագեղձի քաղցկեղ ունեցող կանանց հիշողության հետ կապված խնդիրները կարգավիճակի փոփոխությամբ պայմանավորված հոգեբանա-սոցիալական ցնցումների հետևանք են. սոցիալական կյանքին ինտեգրված մարդը դառնում է հիվանդ մարդ՝ այլ սահմանափակումներով, այլ մտահոգություններով, մյուսների կողմից այլ կերպ ընկալվող: Այս տեսական շրջանակը մտորումների տեղիք է տալիս, թե ինչպես պետք է բուժող և աջակցող անձինք հարմարվեն հատուկ բուժառույթի իրավիճակին¹¹:

Այս մոտեցումը արդիական է նաև հիշողության խանգարումներով (օրինակ՝ Ալցհեյմերի հիվանդություն) հիվանդների համար, որոնց պարագայում նախընթաց (ռետրոգրադ) ամնեզիան վաղուց է ի հայտ եկել: Հիվանդները կարող են զգալ կամ չզգալ անհամապատասխանությունն իրենց ամենօրյա փորձի և նախկին միջավայրի հիշողության միջև, որին նրանք դեռևս կապված են իրենց անձնական ինքնության շնորհիվ, և այդ անհամապատասխանությունը կարող է երկարաձգվել տասնամյակներ: Այստեղ նույնպես ինքնակենսագրական հիշողության շերտերը՝ առօրյա հիշողության և «սոցիալական շրջանակի» միջև, հիշողության խանգարումների և, ավելի լայն իմաստով, ճանաչողության ու վարքի ըմբռնման միջոց են, ինչպես նաև հիվանդության վարման պոտենցիալ ուղեցույց^{12,13}:

RÉSUMÉ NEUROPSYCHOLOGIE DE LA MÉMOIRE

En neuropsychologie, la mémoire est conçue comme une fonction complexe formée de plusieurs systèmes. Cinq grands systèmes sont le plus souvent différenciés : la mémoire de travail (ou mémoire à court terme), la mémoire épisodique, la mémoire sémantique, la mémoire perceptive et la mémoire procédurale. Ces différentes entités, composant la mémoire individuelle, interagissent avec les mémoires collectives.

SUMMARY NEUROPSYCHOLOGY OF MEMORY

In neuropsychology, memory is shown as a complex function composed of several memory systems. Five memory systems are proposed: working memory (or short-term memory), episodic memory, semantic memory, perceptive memory, and procedural memory. These different systems of individual memory interact with collective memories.

ԳՂՈՒՄՆԵՐ

1. Eustache F, Desgranges B. Les nouveaux chemins de la mémoire. Paris: Le Pommier, 2020.
2. Eustache F, Faure S, Desgranges B. Manuel de neuropsychologie. Paris: Dunod, 2023.
3. Eustache F, La mémoire entre sciences et société. Paris: Le Pommier, 2019.
4. Eustache F, Viard A, Desgranges B. The MNESIS model: Memory systems and processes, identity and future thinking. *Neuropsychologia* 2016;87:96–109.
5. Conway MA. Sensory–perceptual episodic memory and its context: Autobiographical memory. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci* 2001;356:1375–84.
6. Tulving E. Episodic and common sense: How far apart? *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci* 2001;356:1505–15.
7. Piolino P, Desgranges B, Eustache F. Episodic autobiographical memories over the course of time: Cognitive, neuropsychological and neuroimaging findings. *Neuropsychologia* 2009;47:2314–29.
8. Halbwachs M. Les cadres sociaux de la mémoire. Paris: Félix Alcan, 1925.
9. Mary A, Dayan J, Leone G, Postel C, Fraise F, Malle C, et al. Resilience after trauma: The role of memory suppression. *Science* 2020;367(6479):eaay8477.
10. Eustache F, Peschanski D. Toward new memory sciences: The programme 13 novembre. *Progress in Brain Research* 2022;274(1):177–201.
11. Giffard B, Viard A, Dayan J, Morel N, Joly F, Eustache F. Autobiographical memory, self, and stress-related psychiatric disorders: Which implications in cancer patients? *Neuropsychol Rev* 2013;23(2):157–68.
12. Gagnepain P, Vallée T, Heiden S, Decorde M, Gauvain JL, Laurent A, et al. Collective memory shapes the organization of individual memories in the medial prefrontal cortex. *Nat Hum Behav* 2020;4(2):189–200.
13. Orianne JF, Eustache F. Collective memory: Between individual systems of consciousness and social systems. *Front Psychol* 2023;14:1238272.



Santé Arménie

Բժշկել, կրթել և կառուցել Հայաստանում

Հիշողության գնահատման թեստեր Ախտորոշման գործընթացի կարևորագույն դերակատարներ

Միքայել Լեյսնի Պեգի Բվինետ

Կան-Նորմանդիայի համալսարան, Փարիզի «Փարիզ գիտություններ և գրականություն» համալսարան, Բարձրագույն ուսումնասիրությունների գործակալական դպրոց (EPHE), Առողջապահության և բժշկական հետազոտությունների ազգային ինստիտուտ (Inserm U1077) Առողջապահության և բժշկական հետազոտությունների ազգային ինստիտուտ (Inserm) «Նյարդահոգեբանություն և մարդկային հիշողության պատկերային հետազոտություն», Կանի համալսարանական հիվանդանոց, Ցիցերոն կենտրոն, Կան, Ֆրանսիա

mickael.laisney
@ephe.sorbonne.fr

peggy.quinette
@unicaen.fr

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

Հիշողության հետ կապված գնահատի դեպքում առաջնահերթ քայլը օրգանական պատճառի, մասնավորապես գլխուղեղի հիվանդության որոնումն է: Թեստերը կարևոր դեր ունեն ախտորոշման գործընթացում՝ վեր հանելով հիշողության համակարգի գործառույթի խանգարման Նշանները և տրամադրելով տեղեկություններ դրա մեխանիզմի մասին: Սքրինինգային թեստերը կարող են կիրառվել սովորական խորհրդատվության ժամանակ, մինչդեռ ավելի խոր գնահատումների համար անհրաժեշտ է հատուկ նյարդահոգեբանական խորհրդատվություն:

Հիշողության թեստեր՝ նոր տեղեկատվության ուսանումը գնահատելու համար

Հիշողության թեստերը, որոնք սովորաբար իրականացվում են բուժաստատություններում¹, գնահատում են նոր տեղեկատվության ուսանումը, որը բաղկացած է լինում կամ տեսողական (պատկերներ՝ իմաստով կամ առանց) կամ խոսքային (վերբալ) նյութից (սովորաբար՝ բառեր): Այս թեստերից յուրաքանչյուրի համար առկա են ճանաչողական խանգարումներ չունեցող մարդկանց թեստավորման արդյունքում հավաքած շեմային միավորների տվյալներ, որոնք հնարավորություն են տալիս գնահատելու թեստավորում անցնողի հիշողության բնութագրերը: Կիրառվող նյութի տեսակն ընտրելիս հարկավոր է հաշվի առնել հնարավոր համակցված ճանաչողական խանգարումները, որոնք ազդում են, օրինակ, տեսողական ճանաչման (տեսողական գնոզիս), իմաստաբանական հիշողության կամ խոսքի վրա և կարող են խոչընդոտել թեստի իրականացմանը:

Հիշողության թեստերի սկզբունքը հետևյալն է՝ անձին տրամադրել տեղեկատվություն, ապա խնդրել վերարտադրել այն: Կախված թեստի տեսակից՝ կարող է պահանջվել, որ տեղեկությունների վերարտադրությունն իրականացվի անմիջապես, ինչը գործի կոնկրետ կարճաժամկետ հիշողությունը, կամ՝ ուշադրությունը շեղող գործողությունից հետո (ուղղված տեղեկատվությունը կրկնելը կանխելուն), կամ՝ մոտ քսան րոպեանոց ընդմիջումից հետո, որի ընթացքում առաջարկվում է իրականացնել հիշողության թեստերից տարբերվող գործողություններ, որոնք էլ այնուհետև կներգրավեն երկարաժամկետ հիշողությունը:

Տեսողական նյութի վրա հիմնված թեստեր

Տեսողական հիշողության ամենապարզ թեստերը պահանջում են երկրաչափական պատկերների (որոնք հիմնականում հնարավոր չէ ներկայացնել բառատրամաբանական

եղանակով) վերականգնում, ինչպես BEM 144-ի² պարագայում, կամ բարդ պատկերի վերականգնում, որն անձն արդեն մեկ անգամ վերարտադրել է, ինչպես Ռեյի պատկերի թեստում³: Որոշ թեստերում ուսանումը կոչվում է «պատահական», այսինքն՝ չկան նախապես տրված ցուցումներ տրամադրած նյութը սովորելու համար: Դա DSM 484 թեստի դեպքն է, որը մշակվել է Ալցհեյմերի հիվանդության վաղ ախտորոշման նպատակով: Այս թեստում, որը գնահատում է տեսողական հիշողությունը, առաջարկվում է 48 պատկերից բաղկացած շարք՝ իմաստով (առարկաներ կամ կենդանիներ) կամ առանց իմաստի (բարդ երկրաչափական պատկերներ): Առաջարկվում է յուրաքանչյուր պատկերի համար որոշել առկա գույների քանակը՝ երեք գույնից ավելի է, թե՛ պակաս, ինչը հնարավորություն է տալիս քննողին՝ ստուգել թեստավորում անցնողի ուշադրությունը նյութի նկատմամբ: Նյութը մտապահելու որևէ հրահանգ չի տրվում: Շեղող գործողությունից հետո թեստավորում անցնողին առաջարկվում է նույնականացնել նախկինում տեսած պատկերները, որոնք ներկայացվում են զույգերով՝ յուրաքանչյուրը բաղկացած մեկ հին՝ ցուցադրված շարքից վերցված և մեկ նոր պատկերից: Այս նույնականացման առաջադրանքը կարող է իրականացվել նաև մեկ ժամ անց՝ տեղեկատվության պահպանումը գնահատելու համար:

Խոսքային նյութ պարունակող թեստեր

Խոսքային նյութի կիրառմամբ թեստերն ավելի շատ մշակվել են հիշողության տարբեր կողմերի, օրինակ՝ սովորելու ունակության, հիշողության գործընթացների (կողավորում, պահեստավորում, վերականգնում) պահպանվածության կամ, նույնիսկ, ուշադրությունը շեղող գործողությունների (ինտերֆերենցիա) արդյունքները գնահատելու համար: Թեստավորման ժամանակ ներկայացվում են բառեր, ապա թեստավորում անցնողին առաջարկվում է կրկնել դրանք՝ բառերը ներկայացնելու և վերարտադրելու տարբեր պայմաններում: Դրանց ազդեցությունը վերջնական արդյունքի վրա պատկերացում է տալիս հիշողության փոփոխված գործընթացների բնույթի մասին:

- փորձերի կրկնության արդյունքի բացակայությունը վկայում է սովորելու կարողության պակասի մասին.
- նյութի ավելի խոր մշակման (օրինակ, երբ պահանջվում է ոչ թե՛ ասել՝ բառը հանգավորվում է մյուս բառի հետ, այլ դրանով նախադասություն կազմել) արդյունքի բացակայությունը վկայում է կողավորման գործընթացի խանգարման մասին.
- ազատ մտաբերման ցածր ցուցանիշի բարելավումը հուշումների առկայության դեպքում վկայում է վերականգնման գործընթացի խանգարման մասին.

- ընդմիջումից հետո վերականգնված բառերի քանակի խիստ նվազումը վկայում է պահեստավորման գործընթացի խանգարման մասին:

- վերարտադրված բառերի քանակի կրճատումը կամ նոր բառերի ներխուժումը նմանատիպ բառերով ևս մեկ ցանկի կիրառման պարագայում վկայում է շեղող գործողության նկատմամբ զգայունության մեծացման մասին:

RL/RI 16-ը⁵ ֆրանսախոս երկրներում ամենատարածված հիշողության խոսքային թեստն է: Տասնվեց բառից բաղկացած ցանկի բազմակի ուսանում ներառող այդ թեստը նպատակ ունի տարբերելու ուսանման իրական (աուտենտիկ) խանգարումները ոչ իրական նմանատիպ խանգարումներից (վերականգնման ռազմավարական անբավարությանը պայմանավորված): Այսպիսով՝ արդյունքի բարելավման բացակայությունը հուշումներ տրամադրելու պարագայում կամ սկզբնական ցուցակում չներառված բառերի ամկայությունը («ներխուժում») վկայում է հիշողության իրական խանգարման մասին: Մշակվել է բառերի երեք ցանկ⁶, որոնք հնարավորություն են տալիս կրկնելու թեստը նույն անձի հետ՝ ժամանակի ընթացքում կատարողականության փոփոխությունները չափելու համար՝ բացառելով բառերը սովորելու ցանկացած գործողություն: Այս թեստը միշտ չէ, որ զգայուն է, հատկապես՝ բարձր կրթական մակարդակ ունեցող մարդկանց պարագայում: Ուստի մշակվել են առավել արդյունավետ թեստեր, ինչպիսին է RI-48-ը⁷, որի սկզբունքը նույնն է, սակայն ներառված բառերի քանակը՝ ավելի մեծ:

Խոսքային նյութի վրա հիմնված մեկ այլ թեստ՝ California verbal learning test-ը⁸, որը նույնպես ներառում է բառերի ցուցակի բազմակի ուսանում, առաջարկում է զուգահեռաբար հիշել երկրորդ բառացանկը, ինչը հնարավորություն է տալիս գնահատելու մտահանգումներ կատարելու ունակությունը, դա հատկապես զգայուն է դարձնում թեստը հիշողության վաղ հայտ եկող խանգարումները բացահայտելիս:

Գոյություն ունեն այլ թեստեր, որոնք հնարավորություն են տալիս առանձին գնահատելու հիշողության տարբեր գործընթացները՝ կողավորումը, պահեստավորումը և վերականգնումը: Դրանցից են ESR9 պարադիգմը⁹ և Նույնի կրճատ տարբերակը¹⁰, կամ՝ MEMO թեստը^{11,12}, որը ստուգում է նյութի հուզականության տիպի (դրական կամ բացասական) ազդեցությունն այն մտապահելու կարողության վրա: Այս թեստերի կատարման տևողությունը բավականին երկար է (միջինը 25 րոպե), իսկ մեկնաբանման համար անհրաժեշտ է նյարդահոգեբանության ոլորտի մասնագետ:

Որոշ թեստեր ունեն ավելի փոքր ձևաչափ և պահանջում են պակաս պատրաստվածություն: Այդպիսին են պատմությունը մտապահելուն միտված թեստերը, ինչպիսին է Լիոն¹³ թեստը, որը հնարավորություն է տալիս գնահատելու նաև հիշողության տրամաբանական կողմը: Այս պարագայում թեստավորում անցնողի համար ընթերցում են կարճ պատմություն, որը նա պետք է վերարտադրի ուշադիր լսելուց հետո: Ի հավելումն ճիշտ հիշված նախադասությունների, այս տիպի թեստերը հնարավորություն են տալիս վեր հանելու տեքստից շեղումները, անգամ՝ հորինումները, ինչպես նաև արդյունքում ստեղծված պատումի կառուցվածքի միջոցով գնահատելու անձի՝ բարդ նյութ կազմելու կարողությունը:

Ի վերջո, գոյություն ունեն նաև բառատրամաբանական հիշողության էական խանգարումները վեր հանող սքրինինգային թեստեր: Դրանք, որոնցից են *Memory impairment screen*-ը¹⁴ (գոյություն ունի նաև ֆրանսերենով) կամ Հինգ բառի թեստը¹⁵, թեև չեն կարող որոշել հիշողության խնդիրների բնույթը, շատ պարզ են և արագ (5 րոպեից պակաս) իրականացման ու մեկնաբանման տեսանկյունից (**տե՛ս շրջանակը**):

Առաջափայլ հիշողության գնահատումը

Առաջափայլ (պրոսպեկտիվ) հիշողությունն ապագայում որևէ գործողություն իրականացնելու մասին հիշելն է՝ կամ ի պատասխան շրջակա միջավայրից եկող ազդակին (օրինակ՝ ժամանակաչափի գանգ), կամ որոշակի ժամի, կամ որոշ ժամանակ անց: Բուժառուների բողոքների մեծ մասը վերաբերում է հիշողության հենց այս ձևին (մոռանում են հանդիպումների, դեղեր ընդունելու մասին և այլն): Mem-Pro clinic¹⁸ թեստի ընթացքում անձը պետք է հաջորդաբար կատարի չորս պարզ գործողություններ (օրինակ՝ խնդրի ծրար,

ԵՐԿՈՒ ՊԱՐԶ ԹԵՍՏԵՐ

Կրճատային հինգ բառերի թեստը¹⁵

Ներառում է թղթին գրված հինգ բառանոց (լիմոնադ, քամիչ, բեռնատար, թանգարան և սորբեթ) ցուցակի ուսանում: Թեստավորում անցնողը բարձրաձայն կարդում է բառերը, այնուհետև յուրաքանչյուր բառը կապում դրա իմաստաբանական կատեգորիային համապատասխանող հուշման հետ (խմիչք, խոհանոցային պարագա, մեքենա, շենք, միջատ): Այս կողավորումից անմիջապես հետո նա ազատ կերպով (առանց հուշման) պետք է վերականգնի բառերը: Այն բառերի համար, որոնք անհնար է եղել վերականգնել ինքնաբերական կերպով, առաջարկվում են իմաստային կատեգորիաներով հուշումներ՝ ցանկն ամբողջականացնելու համար: Այս՝ անմիջապես իրականացվող վերականգնումը հնարավորություն է տալիս վերահսկելու կողավորումը, որը պետք է թարմացվի չմտապահված բառերի համար:

Ուշադրությունը շեղող՝ երեքից հինգ րոպե տևողությամբ միջանկյալ գործողությունից հետո իրականացվում է բառացանկի և մեկ մտաբերում, անհրաժեշտության դեպքում կիրառվում են հուշումներ, կատարվում է գնահատում: Անկախ ընդհանուր միավորը (համապատասխանում է անմիջապես և ընդմիջումից հետո վերարտադրված ընդհանուր թվին) 10-ն է:

Ի տարբերություն Հինգ բառի թեստի, **Memory impairment screen**¹⁴ թեստը չի ստուգում կողավորումը և ավելի շատ միավորներ է շնորհում ազատորեն վերհիշած բառերին (2 միավոր), քան հուշումների օգնությամբ վերականգնվածներիին (1 միավոր): Անհրաժեշտ է սովորել թղթի չորս անկյուններում գրված չորս բառերը: Հինգ բառերի թեստի նման՝ այստեղ էլ թեստավորում անցնողը պետք է դրանք կարդա և մեկը մյուսի հետևից գոգորդի թեստն անցկացնողի առաջարկած իմաստաբանական կատեգորիաների հետ: Ապա իրականացվում է քսան վայրկյան տևողությամբ շեղող առաջադրանք, այս պարագայում՝ հետաջվարկ, այնուհետև առաջարկվում է վերականգնել բառացանկը, հարկ եղած դեպքում տրվում են հուշումներ: Ընդհանուր միավորը տատանվում է 0-8 սահմաններում, ակնկալվում է 6 կամ ավելի բարձր միավոր: Իրենց հիշողությունից բողոքողներին և այս շեմից ցածր միավոր հավաքածներին առաջարկվում է պարզ լրացուցիչ գործողություն՝ տարբ րոպե անց կրկնել մտաբերման գործընթացը: Նաև՝ կարևոր է հիշել ակնկալվող պատասխանը և չտեղեկացնել, որ առկա են բառեր, որոնք ընդգրկված չեն եղել առաջին մտաբերման ժամանակ ներկայացված բառացանկում: Այս երկրորդ փորձից հետո նույնպես ակնկալվում է 6 և ավելի միավոր, հակառակ դեպքում՝ արձանագրվում է հիշողության խանգարման շեմային վիճակ:

վրան գրի իր անունն ու հասցեն, և այլն) կամ որոշակի ժամանակ անց (5 կամ 15 րոպե), կամ սահմանված ազդանշանից հետո (օրինակ՝ սեղանին գունավոր թերթիկ դնելուց հետո):

Նախընթաց հիշողության գնահատում

Կլինիկական պրակտիկայում կիրառվող՝ հիշողության թեստերն ամենից հաճախ գնահատում են հիշողության հաջորդընթաց (անտերոգրադ) բաղադրիչը¹⁹, այսինքն՝ նոր տեղեկատվություն յուրացնելու կարողությունը: Թեև որոշ գործիքներ ցուցաբերել են լավ զգայունություն հիշողության վաղ խանգարումների հայտնաբերման նկատմամբ, կիրառվող ընթացակարգերը հնարավորություն չեն տալիս ամբողջովին գնահատելու հիշողության դրվագային կողմը, այսինքն՝ որոշակի կոնկրետ պահերին տեղի ունեցած իրադարձությունների շարքից բաղկացած հիշողությունները, որոնք դասավորված են տարածության մեջ և վերիջելի առաջացնում են այդ իրադարձությունները վերապրելու զգացողություն՝ ընկալողական մանրամասներով և զգայական բովանդակությամբ:

Հիշողության գնահատման միօրինակացված քիչ ընթացակարգեր կան, որոնք կարող են կիրառվել կլինիկական պրակտիկայում, և դրանք հիմնականում վերաբերում են հիշողության նախընթաց (ռետրոգրադ) բաղադրիչին, այսինքն՝ անցյալ փորձառությունների հիշողություններ և նախկինում ձեռք բերված գիտելիքներ: Այս ընթացակարգերի թվում են ինքնակենսագրական հիշողության հարցաշարը²⁰ (autobiographical memory interview) և TEMPau²¹ թեստը, որոնք հնարավորություն են տալիս գնահատելու

ինքնակենսագրական հիշողությունը՝ տարբերելով դրվագային հիշողությունները և կենսագրական գիտելիքները՝ կապված կյանքի ավելի վաղ և ավելի մոտ շրջանների հետ:

Հիշողության ընդհանուր գնահատում

Որոշ թեստեր միաժամանակ տալիս են և՛ հիշողության ընդհանուր գնահատականը, և՛ տարբեր հարթություններում կատարողականության համեմատությունը: Վեկսլերի՝ հիշողության կլինիկական սանդղակը (*Wechsler Memory Scale*) սանդղակը, որի ֆրանսիական տարբերակը MEM-IV-ն է¹⁶, բաղկացած է ութ կամ տասնմեկ ենթաթեստերից՝ կախված թեստավորում անցնողի տարիքից: Այս թեստը տևում է մեկից երկու ժամ և հնարավորություն է տալիս գնահատելու հիշողության տարբեր կողմերը՝ անմիջական, հետաձգված, լսողական, տեսողական, ինչպես նաև աշխատանքային հիշողությունը, որը ներառում է թեստում պարունակվող տեղեկատվության մշակում, քանի դեռ այն ժամանակավորապես պահվում է հիշողության մեջ: Վարքային հիշողության Rivermead թեստի երրորդ թարմացումը (*Rivermead behavioural memory test-third edition RBMT-3*)¹⁷ հանձնողին առաջարկում է առօրյա կյանքի հետ համեմատելի իրավիճակներ: Ի լրումն հիշողության սովորական ասպեկտների, այս թեստը գնահատում է նաև նոր առաջադրանք սովորելու ունակությունը և առաջահայաց հիշողության առումով հմտությունները:

Որոշ թեստեր նախատեսված են սքրինինգի համար

Ինչպես բժշկության մյուս բոլոր բնագավառներում, այնպես էլ հիշողության գնահատման համար գոյություն ունեն մի շարք մեթոդներ, որոնք կիրառումը կախված է համատեքստից: Որոշ ընթացակարգեր առավել հաճախ կիրառվում են հետազոտություններում, մյուսները՝ կլինիկական պրակտիկայում: Վերջինների թվում շատ մեթոդներ պահանջում են ժամանակ և հատուկ պատրաստվածություն, ուստի նախատեսված են կարողացողների համար՝ մասնագիտական խորհրդատվությունների շրջանակներում: Այդուհանդերձ, որոշ թեստեր կիրառվում են սքրինինգի նպատակով: Ինչպես ստետոսկոպը կամ արյան ճնշում չափող սարքը, դրանք պետք է լինեն ընտանեկան բժշկի կլինիկական զինանոցի մաս, որոնք կիրառման արդյունքում պարզ կլինի, թե որ բուժառուին է անհրաժեշտ ուղեգրել մասնագետի մոտ՝ ավելի խոր հետազոտության:

RÉSUMÉ TESTS DE MÉMOIRE

Les tests de mémoire utilisés en pratique clinique concernent principalement la mémoire antérograde au travers de l'évaluation des capacités d'apprentissage, de maintien à court ou long terme des informations, et de récupération de celles-ci. Ils utilisent différents types de matériel (verbal ou visuel) et différentes tâches permettant de statuer sur l'intégrité des différents processus mnésiques : encodage, stockage et récupération.

SUMMARY MEMORY TESTS

Memory tests used in clinical practice mainly concern anterograde memory through the evaluation of learning, short- or long-term retention, and retrieval of information. They use different types of material (verbal or visual) and different tasks to assess the integrity of the different memory processes: encoding, storage and retrieval.

ՂԵՏՈՒՄՆԵՐ

1. Hugonot-Diener L, Barbeau E, Michel BF, Thomas-Antérion C, Robert P. Tests et échelles de la maladie d'Alzheimer et des syndromes apparentés. Marseille: Solal, 2008.
2. Signoret JL. Batterie d'efficiences mnésiques, BEM 144. Paris: Elsevier, 1991.
3. Wallon P, Mesmin C. Test de la figure complexe de Rey. Paris: ECPA, 2009.
4. Barbeau E, Tramon E, Joubert S, et al. Évaluation de la mémoire de reconnaissance visuelle: normalisation d'une nouvelle épreuve en choix forcé et utilité en neuropsychologie clinique. In: Van der Linden M, Adam S, Agniel A, et al. (eds.). L'évaluation des troubles de la mémoire. Présentation de quatre tests de mémoire épisodique (avec leur étalonnage). Marseille: Solal, 2008.
5. Van der Linden M, Coyette F, Poitrenaud J, et al. (2004). L'épreuve de rappel libre/rappel indicé à 16 items (RL/RI-16). In: Van der Linden M, Adam S, Agniel A et al. (eds.), L'évaluation des troubles de la mémoire. Présentation de quatre tests de mémoire épisodique (avec leur étalonnage). Marseille: Solal, 2008.
6. Stoykova R, Matharan F, Raoux N, Amieva H. Validation d'une troisième liste de mots pour l'épreuve rappel

libre-rappel indicé à 16 items (RL-RI-16) : présentation de la liste C et étude de fidélité. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil* 2013;11:317-22.

7. Adam S, Van der Linden M, Poitrenaud J, et al. L'épreuve de rappel indicé à 48 items (RI-48). In : Van der Linden M, Adam S, Agniel A et al. (eds.). L'évaluation des troubles de la mémoire. Présentation de quatre tests de mémoire épisodique (avec leur étalonnage). Marseille: Solal, 2008.
8. Poitrenaud J, Deweer B, Kalafat M, Van der Linden M. Adaptation en langue française du California Verbal Learning Test. Paris: ECPA, 2008.
9. Eustache F, Desgranges B, Lalevée C. L'évaluation clinique de la mémoire. *Rev Neurol* 1998;154:S18-32.
10. Eustache F, Laisney M, Lalevée C, Pelerin A, Perrotin A, Egret S, et al. Une nouvelle épreuve de mémoire épisodique : l'épreuve ESR-forme réduite (ESR-r), adaptée du paradigme ESR (encodage, stockage, récupération). *Rev Neuropsychol* 2015;7(3):217-25.
11. Desgranges B, Faraut E, Mondou A, Eustache F, Laisney M. La MEMO : évaluation de l'impact de l'émotion sur la mémorisation d'informations verbales en mémoire épisodique. *Rev Neuropsychol* 2018;10:257-63.
12. Laisney M, Pelerin A, Eustache F. Deux nouveaux indices évaluant l'effet de l'émotion sur la mémoire dans la MEMO : illustrations cliniques. *Rev Neuropsychol* 2023;15:39-44.
13. Croisile B. Histoire du Lion. In Hugonot-Diener L, Barbeau E, Michel BF, Thomas-Antérion C, Robert P (eds.). Tests et échelles de la maladie d'Alzheimer et des syndromes apparentés. Marseille: Solal, 2008.
14. de Rotrou J, Seux ML, Hanon O. Memory Impairment Screen (MIS et MIS D). In: Hugonot-Diener L, Barbeau E, Michel BF, Thomas-Antérion C, Robert P (eds.). Tests et échelles de la maladie d'Alzheimer et des syndromes apparentés. Marseille : Solal, 2008.
15. Dubois B, Touchon J, Portet F, Ousset PJ, Vellas B, Michel B. « Les 5 mots », une épreuve simple et sensible pour le diagnostic de la maladie d'Alzheimer. *La Presse Medicale* 2002;31:1696-9.
16. Wechsler D. MEM-IV : échelle clinique de mémoire de Wechsler. Paris: ECPA, 2012.
17. Wilson BA, Greenfield E, Clare L et al. Rivermead behavioral memory test – Troisième édition. Paris: ECPA, 2010.
18. Lecouvey G, Morand A, Poissonnier A, Pelerin A, Ferreira da Silva L, de la Sayette V, et al. Une nouvelle épreuve de mémoire prospective: Mem-Pro clinic. *Rev Neuropsychol* 2021;13:43-58.
19. Becquet C, Quinette P, Eustache F, Desgranges B. Évaluation neuropsychologique de la mémoire épisodique. *Rev Neuropsychol* 2017;9:253-60.
20. Kopelman MD, Wilson BA, Baddeley AD. The autobiographical memory interview: A new assessment of autobiographical and personal semantic memory in amnesic patients. *J Clin Exp Neuropsychol* 1989;11(5):724-44.
21. Piolino P, Desgranges B, Eustache F. La mémoire autobiographique : théorie et pratique. Marseille: Solal, 2000.



Santé Arménie

Caring, training and building in Armenia

Հիշողության հիվանդություններ Երկարատև ամնեզիա. Բազմաթիվ այլ պատճառների թվում Ալցհեյմերի հիվանդությունն է

Ֆրանսուա Սելալ^{1,2},
Սեսիլ Վեյս³

1. Հիշողության ռետորսային և հետազոտական կենտրոն, Ստրասբուրգ-Կոլմար, Ֆրանսիա
2. Նյարդաբանության բաժանմունք, Կոլմարի քաղաքացիական հիվանդանոցներ, Առողջապահության և բժշկական հետազոտությունների ազգային ինստիտուտի բաժին ՍՊՊԿ, Ստրասբուրգի համալսարան, Ստրասբուրգ, Ֆրանսիա
3. Մերաբանական կենտրոն, Կոլմարի քաղաքացիական հիվանդանոցներ, Կոլմար, Ֆրանսիա

francois.sellal
@ch-colmar.fr

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

Հիշողության հիվանդությունները կարելի է դասակարգել երկու խմբի՝ անցողիկ ամնեզիա (հիշակորուստ) առաջացնող, հիմնականում՝ շատ կարճատև (տե՛ս «Խոշորացույցի տակ» խորագրի «Անցողիկ ամնեզիաներ» թեման, էջ 4), և ավելի երկարատև հիշակորուստ առաջացնող: Երկրորդ խմբի ամնեզիաներից ամենատարածվածները նկարագրված են այս հոդվածում:

Խորհրդանշական Ալցհեյմերի հիվանդությունը

Ալցհեյմերի հիվանդությունը (ԱՀ) հիշողության խանգարման հանգեցնող խորհրդանշական և ամենատարածված հիվանդությունն է: Այն բնորոշվել է ախտաբանաանատոմիական չափանիշներով՝ ԱՅ ամիլոիդ սպիտակուցի արտաբջջային և ներանոթային նստվածքների առկայությամբ և նեյրոններում ֆոսֆորիլացված տաու-սպիտակուցից բաղկացած նեյրոֆիբրիլյար դեգեներացիայի (ՆՖՌ) ձևավորմամբ, որը նեյրոնների մահվան պատճառ է դառնում: Սակայն ՆՖՌ-ները զարգանում են կարծրատիպային, աստիճանակարգային ձևով՝ առաջին հերթին ախտահարելով հիպոկամպային շրջանները:

Հիպոկամպի գործառույթի խանգարման հետևանքով առաջանում են հաջորդընթաց (անտերոգրադ) հիշողության (Նոր ձեռք բերված տեղեկատվության հետզհետե մոռացում) և տեղանքային կողմնորոշման խանգարումներ: Հիվանդության Նշանաբանությունն ավելի ուշ հարստանում է այլ ճանաչողական խանգարումներով: ԱՀ-ի դեպքերի գերակշիռ մասը սպորադիկ է, և հիվանդացությունն աճում է տարիքի հետ՝ ընդհուպ 30% 85-ամյա հիվանդների շրջանում¹: Ուստի արդարացված է, որ վերջին իրադարձությունների հետ կապված հիշողության խանգարումների աստիճանաբար ի հայտ գալիս անհանգստացնում է տարեց մարդկանց: Այդուհանդերձ, ԱՀ-ի ժամանակ դիտվող խանգարումներն էապես տարբերվում են բնականոն ծերացման հետ կապված սովորական մոռացկոտությունից: ԱՀ-ի ժամանակ դրանք պայմանավորված են լինում թարմ հիշողությունների ամրապնդման (կոնսոլիդացիայի) խաթարմամբ, որը քիչ է բարելավվում կամ չի բարելավվում ուսուցման կրկնությամբ: Բառեր ուսանելու առաջադրանքների ժամանակ հիվանդը չի կարողանում սովորել դրանք, քանի որ ցանկացած միջամտությունից հետո արագ մոռանում է: Վերհիշելուն միտված հուշումները նրան չեն օգնում, և նա հաճախակի խուճային ներառումներ է անում (հիշելով բառեր, որոնք ցուցա-

կում չկան): Դրան հակառակ՝ ծերացման ֆիզիոլոգիական մոռացկոտությունը հիմնականում պայմանավորված է արդեն իսկ ամրապնդված հիշողությունները վերհիշելու անկարողությամբ (տե՛ս «Հիշողության Նյարդահոգեբանություն» էջ 28): ԱՀ-ի ժամանակ ի սկզբանե անոզոգնոզիայի առկայությունը պարտադիր չէ, հետևաբար կարող են առաջանալ տազնապ և տրամադրության ռեակտիվ խանգարումներ: Մյուս կողմից՝ հիվանդության խորացմանը զուգահեռ, անոզոգնոզիան դառնում է կանոն:

Հիպոկամպներում ՆՖՌ-ի ընդլայնումն առաջացնում է սինապսների կորուստ, ապա՝ նեյրոնների մահ, ինչը, ի վերջո, հանգեցնում է հիպոկամպի ապաճի (ատրոֆիա), որը տեսանելի է լինում գլխուղեղի մագնիսառեզոնանսային շերտագրության (ՄՌՇ) պատկերում (պատկեր 1): Սակայն սա հիվանդության կլինիկական դրսևորման նկատմամբ ավելի ուշ ի հայտ եկող Նշան է: Մարտահրավերը ԱՀ-ն հնարավորինս վաղ ախտորոշելն է՝ Նախանշանների փուլում՝ համապատասխանեցված բուժում առաջարկելու համար:

Այլ «հիպոկամպային ամնեզիաներ» լիմբային էնցեֆալիտների համատեքստում

Նեյրոդեգեներատիվ հիվանդություններից գատ, «հիպոկամպային ամնեզիա» կլինիկական պատկեր կարող է գոյություն ունենալ բազմաթիվ հանգամանքներում: Հաճախ հիշատակվող պատմական դեպքը, որին, սակայն, վիճակված է մնալ որպես եզակի, հիվանդ Յ.Մ.-ի դեպքն է, որին 1953 թվականին 27 տարեկանում Ուիլյամ Սկոլդիլը վիրահատել էր բուժակայուն էպիլեպսիայի կապակցությամբ:

Վիրաբույժի իրականացրել էր հիպոկամպի երկկողմանի լայնածավալ հեռացում, որը բարելավել էր էպիլեպսիայի ընթացքը, սակայն երիտասարդն ամնեզիա էր ձեռք բերել: Սա հնարավորություն տվեց հասկանալու հիպոկամպի էական դերը հիշողության գործում: Երիտասարդի անձի փոփոխություն չէր գրանցվել, սակայն նա այլևս ընդունակ չէր յուրացնել վիրահատությունից հետո իր կյանքին վերաբերող Նոր տեղեկությունները, և այդպես՝ մինչև մահը՝ 2008 թ: Նա բացարձակապես անկարող էր հիշել և վերականգնել ինքնակենսագրական դրվագային իրադարձություններ: Հիվանդը չունեւր ո՛չ կոնֆաբուլյացիաներ (հորինված հիշողություններ), ո՛չ սխալ ճանաչումներ: Նա գիտակցում էր իր խանգարումները: Այս բացառիկ հիվանդի մասին, որի պարագայում երևան էր եկել ներակա ուսանման մնացորդային կարողություն (շարժողական հմտությունների յուրացում,

ինչպիսիք են հայելային գիրը կամ շարժվող թիրախին հետևելը, զգայական ընկալում գործարկիչի կիրառմամբ և այլն), հրապարակվել է ավելի քան 1500 հոդված²:

Առօրյա պրակտիկայում հիպոկամպային հիշակորստի տպավորիչ կլինիկական պատկերներ կարելի է դիտարկել լիմբային գլխուղեղաբորբերի (Էնցեֆալիտների) համատեքստում:

Առավել տարածվածը աուտոիմուն Էնցեֆալիտն է՝ պարանետալազային կամ ոչ, որի շրջանակն անընդհատ հարստանում է՝ Նյարդաբջիջների կամ դրանց ելունների (սեյրոպիլների) դեմ հակամարմինների հայտնաբերմանը զուգընթաց: Հիվանդության սկիզբը հաճախ ենթասուր է: Հետևանքներն առավել զգալի են, եթե անտորոշումն ու բուժումը ուշացած են (**պատկեր 2**):

Հիպոկամպն ախտահարող վարակային Էնցեֆալիտների թվում հիմնականում գերակշռում է հերպեսային Էնցեֆալիտը, որի վաղ հակավիրուսային բուժումը կարող է սահմանափակել հետևանքները:

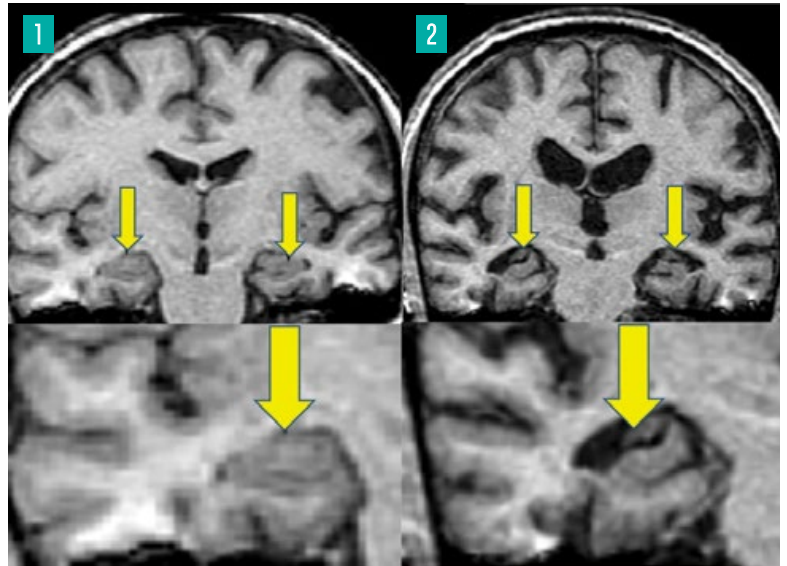
Բոլորովին վերջերս նկարագրվել է թունահարմամբ պայմանավորված Էնցեֆալիտ, որը հրահրվում է ափիոնատիպ նյութերով³ կամ այնպիսի թմրամիջոցներով, ինչպիսին է մեթիլենդիօքսիմեթամֆետամինը (Էքստազի), դրանք ընտրողաբար ախտահարում են Փապեզի շղթան (**պատկեր 3**):

Կորսակովի համախտանիշ՝ պայմանավորված վիտամին B-ի անբավարարությամբ

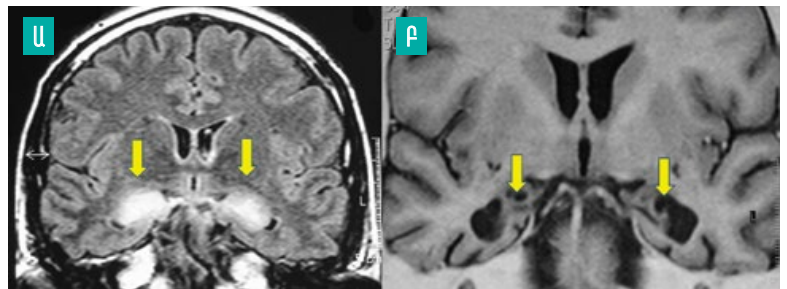
Առաջին անգամ 1881-ին ալկոհոլամոլությամբ և համակցված պոլինեյրոպաթիայով տառապողների շրջանում նկարագրված Կորսակովի համախտանիշի պատճառը ալկոհոլն ու վիտամինային անբավարարությունն են: Այդ ժամանակից ի վեր հայտնաբերվել են անբավարարության այլ պատճառներ, այդ թվում՝ հղիության հիպերեմեզիսը (հղիության առաջին եռամսյակում անկառավարելի փսխում) կամ բարիատրիկ վիրաբուժության բարդությունները: Դրանց ընդհանուր հատկանիշը վիտամին B-ի պակասն է, որն առաջացնում է պտկածն մարմինների արյունազեղումային մեռուկացում (**պատկեր 4**) և/կամ տեսաթմբի (թալամուսի) առաջային և հետամիջային կորիզների ախտահարումները⁴, որոնք երկկողմանիորեն ընդհատում են Փապեզի շղթան (տես «Հիշողության անատոմիա» հոդվածը՝ էջ 25):

Ախտահարման ընթացքը կարող է լինել հարաճուն կամ, ավելի հաճախ, հետևել Գայե-Վերնիկեի Էնցեֆալոպաթիայի ավելի արագընթաց կլինիկական պատկերին (որը համակցում է գիտակցության շփոթի համախտանիշը, փոփոխական բնույթի ակնաշարժ խանգարումները և ատաքսիան):

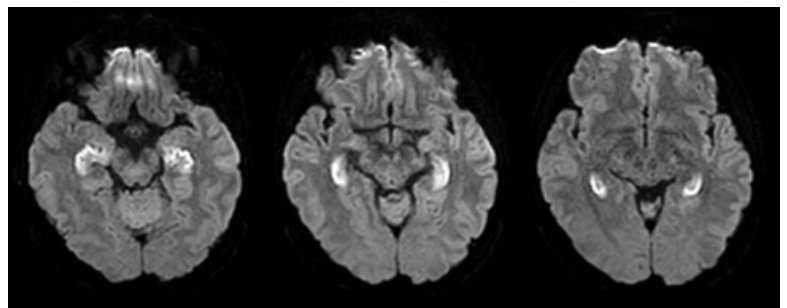
Կորսակովի համախտանիշի ժամանակ գերակշռում է ուժեղ, լայնածավալ հաջորդընթաց ամնեզիա, հիշողությունները ջնջվում են մի քանի րոպեում կամ նույնիսկ մի քանի տասնյակ վայրկյանում, բայց դիտարկվում է նաև նախընթաց (ռետրոգրադ) ընդգրկում, որը կարող է ընդգրկել մի քանի տասնամյակ: Հասանելիությունն անցյալի հիշողություններին թուլացած է: Ավելին՝ հիշողություններ արթնացնելու փորձերը լինեն վերջին շրջանի թե հին, առաջացնում են հորինված հիշողություններ, որոշները ճշմարտանման են, և հաճախ պարզվում է, որ իրական հիշողություններ



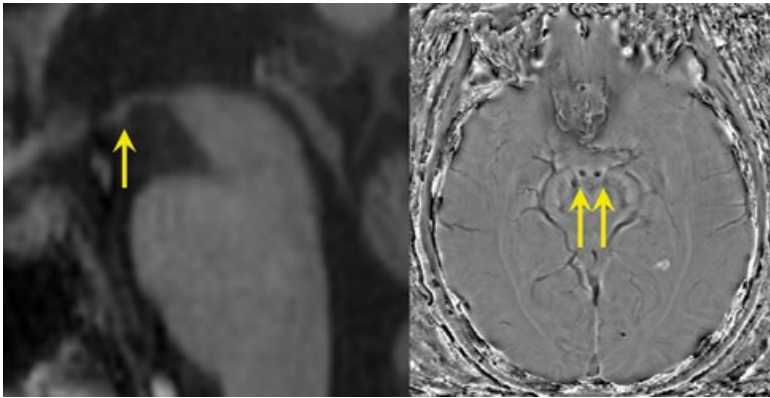
Պատկեր 1. Գլխուղեղի ՄՌԾ՝ FLAIR հաջորդականությունում: Հիպոկամպի հատույթներ, սյունակ 1՝ նորմալ հիպոկամպ (սլաքներ): Սյունակ 2՝ ապաճած հիպոկամպ (սլաքներ), որի մասին վկայում է բունբային եղջյուրի մեծացումը:



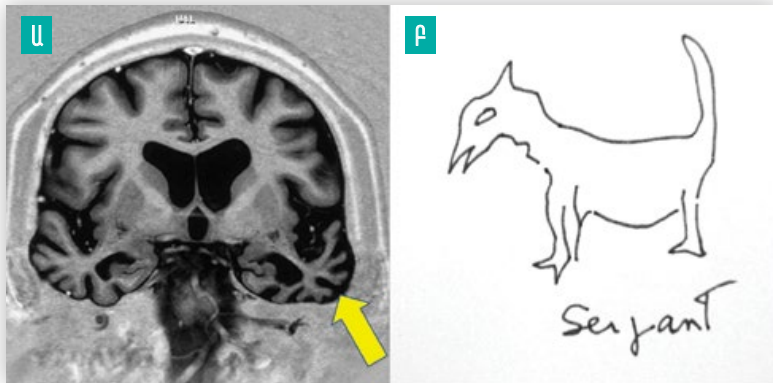
Պատկեր 2. Աուտոիմուն Էնցեֆալիտ, այստեղ՝ GABA-B-ի դեմ հակամարմիններով հարուցված գլխուղեղի ՄՌԾ, ճակատային հատույթներ: Պատկեր Ա՝ դիֆուզիայի հաջորդականությունում, գերազդանշան երկու հիպոկամպներում, ինչը վկայում է ցիտոտոքսիկ այտուցի մասին (սլաքներ): Պատկեր Բ՝ շրջում-վերականգնում հաջորդականություն: Ապաճի հետևանքներ՝ նույն հիվանդի պարագայում (սլաքներ):



Պատկեր 3. Հիպոկամպի՝ ափիոնային թունահարման օջախներ: Գլխուղեղի ՄՌԾ՝ դիֆուզիայի հաջորդականությունում, հիպոկամպների լայնական հատույթներ:



Պատկեր 4. Կորսակովի համախտանիշի ժամանակ դիտարկվող շեղումներ: Ձախից՝ գլխուղեղի ՄՌՑ՝ T1 հաջորդականությունում. առաջահետային հատույթն անցնում է պտկածն մարմինների վրայով: Պտկածն մարմնի արտահայտված ապահ (սլաք): Աջից՝ գլխուղեղի ՄՌՑ՝ մագնիսական ընկալումակության հաջորդականությունում. երկու պտկածն մարմինների արյունազեղումային մեռուկացում (սլաքներ):



Պատկեր 5. Իմաստաբանական (սեմանտիկ) դեմենցիա: Պատկեր Ա. գլխուղեղի ՄՌՑ՝ շրջում-վերականգնում հաջորդականությունում, ճակատային հատույթ: Քունքային կեղևի ապահ, որը գերակշռում է ծախ կողմում, դրա վկայությունը կեղևային ակունների լայնացումն է (սլաք): Պատկեր Բ. նկար՝ խոսքային հրահանգի հիման վրա («Ինձ համար նկարիր օձ (serpent)»): Հիվանդը դեռևս գիտի, որ օձը կենդանի է, բայց մոռացել է դրա բոլոր անատոմիական բնութագրերը: Բացի դրանից՝ գրել է տառասխալով [serpAnt՝ serpEnt-ի փոխարեն], բայց հնչյութաբանորեն ճիշտ (գրագետ հիվանդի բառապաշարի վերարտադրման կորուստ):

խառնաշփոթ են, որոնք, սակայն, տեղավորված են տարածաժամանակային սխալ համատեքստում, որոշներն էլ լի-նում են բոլորովին արտառոց: Հորինված հիշողությունները կարող են լինել ինքնաբերական, իսկ երբեմն էլ ծագում են միայն քննողի հարցերից: Հիվանդը չի գիտակցում իր սխալները և խոսքի հակասականությունը, ինչը երբեմն հանգեցնում է այն բանին, որ նա մի քանի թույլ տարբերությամբ նույն հարցին տալիս է հակասական պատասխաններ: Այս անոզոզնոզիան որոշ հեղինակների դրդել է բնութագրելու հորինված հիշողությունները՝ կոնֆաբուլյացիան, որպես «ազնիվ սուտ»⁵: Վերջապես, հիվանդը հաճախ սխալ նույնականացումներ է անում՝ անկեղծորեն անհայտ մարդկանց ճանաչում է որպես իր ծանոթների:

Հենց այս համախտանիշով տառապող հիվանդների պարագայում է հատկապես լավ դրսևորվել ներակա ուսանման պահպանումը, որը կարող է բացատրել որոշ անգիտակցական մտաբերումները⁶:

Հետվնասվածքային հիշակորուստ. ծանրությունը կախված է գանգուղեղային վնասվածքի ծանրության աստիճանից

Հետվնասվածքային ամնեզիան (ՀՎԱ) համապատասխանում է այն ժամանակահատվածին, որը սկսվում է պատահարի պահից մինչև այն պահը, երբ տուժողը՝ գանգուղեղային վնասվածք (ԳՌԿ) ստացողը, կարող է մտապահել նոր հիշողությունները: Առավել ծանր ԳՌԿ-ների դեպքում այդ ժամանակահատվածը ներառում է կոմայի շրջանը, որին հաջորդում է ամնեզիան, որը ոչ միշտ է, որ համապատասխանում է կոմայի տևողությանը: Մյուս կողմից՝ ՀՎԱ-ի տևողությունը լավ փոխկապակցված է ԳՌԿ-ի ծանրության հետ և ունի բարենպաստ կանխատեսական արժեք՝ վեց ամիս անց հետևանքային հաշմության և մնացորդային խանգարումների առումով⁷:

ՀՎԱ-ն կարող է տևել մի քանի րոպեից մինչև մի քանի շաբաթ: Այն մշտապես ունի հաջորդընթաց մաս և նախընթաց մաս, որը կարող է ձգվել մի քանի ժամից մինչև մի քանի տարի: ՀՎԱ-ի վերականգնումը բավականին կարծրատիպային է, համապատասխանում է Ռիբոյի օրենքին (հին հիշողություններն առաջինն են վերականգնվում), սակայն մշտապես իրենից հետո թողնում է բացատային ամնեզիա, որը ներառում է ԳՌԿ-ի պահը, դրան անմիջականորեն նախորդող ժամանակաշրջանը և դրան հաջորդող ժամանակաշրջանը՝ ավելի երկարատև: Կլինիկական պատկերը, սակայն, միատարր չէ. որոշ հիվանդների դեպքում նախընթաց ամնեզիայի այդ փուլը նվազում է, իսկ մյուսների մոտ՝ կայունանում:

Հիշողության հետևանքային խանգարումները կախված են գանգուղեղային վնասվածքի ծանրության աստիճանից և օրհասարկումների լայնածավալությունից: Դրանց տեղագրությունը ԳՌԿ-երի ժամանակ բացատրում է ամնեզիայի հաճախականությունը, քանի որ ամենահաճախ ընթարկվում են գլխուղեղի ճակատային և քունքային բլթերը: Ենթակետևային աքսոնային օրհասարկումները, ժամանաբար, նույնպես ազդում են Փապեզի շղթայի գուգորդական (ասոցիատիվ) ուղիների վրա:

Երկարաժամկետ հիշողության խանգարումները բնութագրվում են ուսանելու կարողությունների դանդաղմամբ և թուլացմամբ, արագացած մոռացությամբ, սովորելու և հիշելու նշանակալի դժվարություններով, հուշ-ներխուժումներով, նույնիսկ՝ կոնֆաբուլյացիաներով: Ամնեզիայի նախընթաց բաղադրիչը առավել վերաբերում է ԳՌԿ-ին մոտ գտնվող իրադարձությունների: Կլինիկական պատկերը բավականին տարատեսակ է և հաճախ լրացվում է կատարողական գործառնությունների խանգարումներով: Որքան շատ են օրհասարկված ճակատա-հիմնային շրջանները, այնքան ավելի հաճախ են նկատվում հիշողության խանգարումներ և կոնֆաբուլյացիաներ⁸:

Չպետք է մոռանալ, հատկապես՝ այսպես կոչված «թեթև» ԳՌԿ-ների դեպքում, արձագանքային (ռեակտիվ) բաղադր-

րիչի մասին, որն ավելանում է օրգանական բնույթի խանգարումներին: Այդ ժամանակ հիշողության խանգարումները կարող են համակցված լինել գանգատների խճանկարի հետ (զլխացավ, զլխապտույտ, անքնություն, տեսողության աղոտություն, տագնապ և այլն), որոնց վրա, հավանաբար, ազդում են բազմաթիվ այլ գործոններ (ԳՈՍԿ-ի հանգամանքները, աշխատանքային դժբախտ պատահար, ԳՈՒԿ-ին նախորդող անձնային առանձնահատկություններ, սոցիալ-մշակութային մակարդակ և այլն):

«Խմաստաբանական դեմենցիա», քունքային նեոկորտեքսի նեյրոդեգեներատիվ հիվանդություն

Այս կլինիկական պատկերը պայմանավորված է նեյրոդեգեներատիվ հիվանդությամբ, որն անհամաչափ կերպով ախտահարում է քունքային նեոկորտեքսը, առավելապես պերիոմալ կեղևը և առաջային քունքային բևեռը (պատկեր 5Ս): Քունքային բևեռը կապի հանգույցի դեր է կատարում՝ ապահովելով հասանելիություն՝ իմաստաբանական (սեմանտիկ) հիշողությանը, այսինքն՝ հասանելիություն գլխուղեղում բաշխված բոլոր ընդհանուր գիտելիքներին:

Կլինիկական պատկերը եզակի է. հիվանդի ամենօրյա և ինքնակենսագրական հիշողությունը լավ պահպանվում է, սակայն նա կորցնում է իր գիտելիքների ամբողջական կտորներ (կենդանիների, գործիքների, աշխարհագրության և այլնի մասին): Խոսքը սահուն է, բայց բառերը չեն բավարարում, ինչը քողարկվում է շրջաօրինակներով, ընդհանրական բառերով (օրինակ՝ բան, բան-ման) կամ կատեգորիաներ արտահայտող բառերով: Մարդը ոչ միայն չի կարողանում գտնել բառերը, այլև չի կարողանում դրանք կապակցել իմաստով (պատկեր 5Բ): Գրելն արտահայտվում է հնչույթաբանորեն ճիշտ սխալներով («մակերեսային ագրաֆիա»): Հիվանդները երկար տարիներ մնում են բավականին անկախ իրենց սովորական միջավայրում: Սա է պատճառներից մեկը, որ հակված ենք հրաժարվելու «իմաստաբանական դեմենցիա» եզրույթից՝ հօգուտ «հարաճուն աֆազիայի իմաստաբանական տարբերակ»-ի, թեև անբավարարության աղբյուրը հիշողության խանգարումն է: Այս պատկերը ճակատ-քունքային բլթային դեգեներացիայի կլինիկական ձևերից է: Նյարդա-ախտաբանական առումով ամենից հաճախ դիտարկվում են, այսպես կոչված, C տիպի TDP-43 նեյրոնային ներառումները⁹:

Երկարատև ամնեզիայի համախտանիշների շատ բազմազան պատճառներից

«Հաճախ միայն իրերի կորուստն է, որ ընդգծում է դրանց արժեքը»,- ասել է Շոպենհաուերը: Նույնպես տարբեր հիվանդությունների ժամանակ հիշողության կորուստը հանգեցրել է բնականոն հիշողության մեխանիզմների լավագույն ըմբռնմանը: Երկարատև ամնեզիայի համախտանիշներ առաջանում են շատ տարբեր պատճառներից՝ նեյրոդեգեներատիվ, անոթային, ակոհոլի գործածությամբ և վիտամինային անբավարարությամբ, իմունային համակարգի արձագանքման խանգարումներով, վնասվածքներով պայմանավորված և այլն: Փայտեզի (հիպոկամպա-պտկածնա-տեսաթմբա-գոտկային) շղթայի ցանկացած երկկողմանի

ընդհատում առաջացնում է ծավալուն հաջորդընթաց ամնեզիա քիչ թե շատ արտահայտված նախընթաց ընդգրկումով: Հիպոկամպները հիմնարար դեր ունեն նոր հիշողությունների ամրապնդման, ինչպես նաև վառ բնույթի ինքնակենսագրական հին հիշողությունների վերհիշման գործում: Տեսաթումբը հատկապես նշանակալի դեր ունի հիշողությունների ճիշտ ընտրության և դրանց ցուցավորման (ինդեքսավորման) գործում՝ համապատասխան տարածաժամանակային համատեքստում: Ուստի զարմանալի չէ, որ տեսաթմբի ախտահարումներով անձինք կարող են ունենալ հարուստ կոնֆաբուլյատիվ վերարտադրություն, ինչը վկայում է վերհիշելու կարողությունների ձախողման մասին: Վերջապես, ճակատահիմային շրջանները (հիմային առաջային ուղեղ) կարևոր դեր են խաղում հիշողությունների վերարտադրման գործընթացում: Անկախ նրանից, թե որն է ամնեզիայի համախտանիշի պատճառը, կլինիկական պատկերը հիմնականում բխում է ախտահարումների անատոմիայից: Ինչ վերաբերում է կանխատեսմանը, ապա այն մեծապես կախված է պատճառից:

RÉSUMÉ MALADIES DE LA MÉMOIRE

Les maladies qui affectent durablement la mémoire à long terme sont nombreuses et ont en commun de perturber de façon permanente et, en règle, bilatérale des circuits neuronaux spécifiques qui en sont le substratum. Au premier rang figure le circuit de Papez, ou circuit hippocampo-mamillo-thalamo-cingulaire, par ailleurs connecté aux régions frontobasales. Son atteinte engendre des troubles de la mémoire épisodique, avec une relative préservation de la mémoire sémantique et des apprentissages implicites. Le pôle temporal antérieur est quant à lui un nœud fonctionnel permettant d'accéder aux connaissances générales distribuées dans le cortex. Son atteinte donne un tableau amnésique où domine la perte de la mémoire sémantique. La richesse sémiologique des troubles de la mémoire se déduit largement, dans ses nuances, des topographies lésionnelles. La cause la plus fréquente des maladies de la mémoire est représentée par des maladies neurodégénératives, dominées par la maladie d'Alzheimer, mais la sémiologie de celles-ci ne se limite, de loin, pas à un trouble de la mémoire, du fait de la diffusion des lésions. Les encéphalites dysimmunitaires, infectieuses ou toxiques touchant les hippocampes, le syndrome de Korsakoff touchant les thalamus et corps mamilaires, la « démence sémantique » donnent des tableaux où les troubles mnésiques sont au premier plan, avec des nuances sémiologiques remarquables. L'amnésie post-traumatique, en raison de l'hétérogénéité des lésions, offre un tableau plus complexe, où les troubles de la mémoire se complètent de troubles exécutifs parfois majeurs.

SUMMARY MEMORY DISEASES

There are many diseases that permanently affect long-term memory and all of them have in common that they permanently and usually bilaterally disrupt specific neural circuits that underlie it. In the forefront is the Papez circuit, or hippocampo-mamillo-thalamo-cingular circuit, which is also connected to the fronto-basal regions. Its impairment leads to disorders of episodic memory, with relative preservation of semantic memory and implicit learning. The anterior temporal pole is a hub allowing access to general knowledge distributed in the cortex. Its damage results in an amnesic picture in which the loss of semantic memory dominates. The richness of memory disorders is largely deduced, in its nuances, from the lesion topographies. The most frequent aetiology of memory diseases is represented by neurodegenerative diseases, dominated by Alzheimer's disease, but the semiology of these is by far not limited to a memory disorder, because of the diffusion of lesions. Dysimmune, infectious or toxic encephalitis affecting the hippocampi, Korsakoff's syndrome affecting the thalamus and mamillary bodies, « semantic dementia » affecting the temporal pole, give pictures where memory disorders are in the foreground with remarkable semiological nuances. Post-traumatic amnesia, due to the heterogeneity of the lesions, offers a more complex picture, where memory disorders are complemented by executive disorders, sometimes major.

ԳՂՈՒՄՆԵՐ

1. Wolters FJ, Chibnik LB, Waziry R, Anderson R, Berr C, Beiser A, et al. Twenty-seven-year time trends in dementia incidence in Europe and the United States: The Alzheimer Cohorts Consortium. *Neurology* 2020;95(5):e519–e531.
2. Corkin S. What's new with the amnesic patient H.M.? *Nat Rev Neurosci* 2002;3:153–60.
3. Barash JA, Ganetsky M, Boyle K, Raman V, Toce MS, Kaplan S, et al. Acute amnesic syndrome associated with fentanyl overdose. *N Engl J Med* 2018;378(12):1157–8.
4. Harding A, Halliday G, Caine D, Kril J. Degeneration of anterior thalamic nuclei differentiates alcoholics with amnesia. *Brain* 2000;123:141–54.
5. Gilboa A, Alain C, Stuss DT, Melo B, Miller S, Moscovitch M. Mechanisms of spontaneous confabulations: A strategic retrieval account. *Brain* 2006;129:1399–414.
6. Graf P, Squire LR, Mandler G. The information that amnesic patients do not forget. *J Exp Psychol Learn Mem Cogn* 1984;10:164–78.
7. Levin HS. Memory deficit after closed head injury. *Clin Exp Neuropsychology* 1989;1:129–53.
8. Van der Linden M. *Les troubles de la mémoire*. Liège: Pierre Mardaga (eds), 1989.
9. Landin-Romero R, Tan R, Hodges JR, Kumfor F. An update on semantic dementia: Genetics, imaging, and pathology. *Alzheimers Res Ther* 2016;8:52.



Santé Arménie

Soigner, former et bâtir en Arménie

հաշորագրային տակ

Անցողիկ ամնեզիաներ

Անցողիկ ամնեզիաները (հիշակրուստները) հատուկ տեղ են զբաղեցնում հիշողության խանգարումների ոլորտում: Հիշակրուստային դրվագը (ՅԴ, ictus mnésique) դրանք նախատիպն է¹, սակայն հարկավոր է նաև հաշվի առնել էպիլեպսիայով, անոթային ախտահարումներով, թունահարումներով ու վնասվածքներով պայմանավորված ամնեզիաները:

Հիշակրուստային դրվագ պատահական իրադարձություն
 ՅԴ-ն 1956 թվականին *Journal de médecine de Lyon* հանդեսում նկարագրել են հոգեբույժ ժան Գիոտան և Նյարդաբան ժան Բուրժոնը² այնպիսի արտահայտություններով, որոնք չեն կորցրել իրենց արդիականությունը. «*հանկարծախա ամնեզիա, հատկապես՝ ֆիքսման տիպի*», «վրա է հասնում 60-ին մոտ տարիքում», «մոտ չորս ժամ տևողությամբ», «հիվանդը չի հիշում, թե ինչ է տեղի ունեցել», «պետք է տարբերակել էպիլեպսիայի հոգեկան ձևերից», «կարծես, բարենպաստ կանխատեսում ունի»:

Նույն թվականին Մորիս Բ. Բենդերը հայտնեց 12 նմանատիպ դեպքերի մասին Միացյալ Նահանգներում, իսկ 1958 թվականին Ֆիշերը և Ադամը ՅԴ-ին տվեցին «անցողիկ ընդհանուր ամնեզիա» («*transient global amnesia*») անգլոսաքսոնական անվանումը: 1990 թվականին Յոնես և Ուորլոուն³ հրապարակեցին ախտորոշիչ չափանիշները, որոնք կիրառվում են ցայսօր (աղյուսակ 1):

ՅԴ-ով հիվանդացությունը 3-8 դեպք է 100 000 բնակչի հաշվով, իզական սեռի գերակշռմամբ⁴ և զագաթնակետով 60-65 տարեկանում: Դրվագը տևում է 24 ժամից պակաս: Հնարավոր են ախտակրկնություններ: Վտանգի միակ գործոնը միգրենն է⁵: Սկիզբը հանկարծակի է, 50 %-ից ավելի դեպքերում նախորդում է հրահրող գործոն⁶ ուժեղ հույզեր (օրինակ՝ վատ լուրի կապակցությամբ), անսովոր ֆիզիկական ծանրաբեռվածություն, սա-

ռը լոգանք, սուր ցավ, սեռական հարաբերություն, ցավոտ կամ տազնապածին բժշկական զննում: Անձը կարճ ժամանակ գտնվում է ժամանակավոր ապակողմնորոշման և տազնապային շփոթության վիճակում: Նա այլևս չգիտի ո՛չ ժամը, ո՛չ ամսաթիվը, ո՛չ էլ այն, թե ինչ է արել նախորդ ժամերին կամ օրերին: Նա շրջապատի մարդկանց անդադար տալիս է նույն հարցերը. «*Ժամը քանի՞ն է: Ի՞նչ ենք այստեղ անում*»: Տարածական կողմնորոշումը պահպանվում է, բացառությամբ այն դեպքերի, երբ ամնեզիայի դրվագը տեղի է ունենում անսովոր վայրում: Բուժառն ձևախոզում է դրվագային հիշողության բոլոր թեստերը: ՅԴ-ն ուղեկցվում է տազնապային վիճակով, անձը հստակ գիտակցում է խանգարումը, բայց չի կարողանում այն նույնականացնել: Նա գիտի, որ հիվանդ է, բայց չգիտի, որ ունի հիշողության կորուստ⁶:

Հիշողության մյուս ձևերը պահպանված են. իմաստաբանական (սեմանտիկ) և ուսուցողական (դիդակտիկ) գիտելիքներ, կարճաժամկետ հիշողություն, ընթացակարգային հիշողություն: Դրվագի ընթացքում բուժառն կարող է կատարել բարդ գործողություններ, օրինակ՝ մեքենա վարել: Նախընթաց ամնեզիան վերաբերում է մի քանի ժամից մինչև մի քանի տարվա՝ ժամանակային գրահիետի համաձայն, ընդ որում՝ մոռաց-

վող տարրերն ամենաթարմերն են: Ինքնության ամնեզիա երբեք չի լինում: Մյուս ճանաչողական ֆունկցիաները, ինչպես նաև Նյարդաբանական քննության արդյունքները նորմալ են լինում: Հաճախ դիտարկվում է զարկերակային ճնշման թեթև բարձրացում: Նախընթաց ամնեզիան մի քանի ժամ հետո աստիճանաբար անհետանում է, մոռացվածը աստիճանաբար վերադառնում: Պահպանվում է դրվագի անդարձելի բացատային (լակունար) ամնեզիա, որը երբեմն դառնում է անհանգստության աղբյուր. անձը հաճախ մտածում է՝ արդյոք այդ ժամանակամիջոցում չի՞ կատարել որևէ անհարիր կամ նույնիսկ դատապարտելի գործողություն, կամ՝ արդյոք չի՞ ենթարկվել այդպիսի գործողության: Դրվագը կամ դրան հաջորդող ժամերը երբեմն արտահայտվում են գլխացավով կամ հոգևածության վիճակով:

Ախտորոշումը հիմնվում է **աղյուսակ 1**-ում բերված չափանիշների վրա: Հետվնասվածքային կամ հետցնցումային ամնեզիան բացառելու համար կարևոր է դրվագի սկզբում ակնատեսի ներկայությունը: Դրվագային հիշողության մեկուսի սուր անհետացման կլինիկական պատկերը բացառում է գիտակցության շփոթը, աֆազիան և հոգեգարային վիճակը: Մագնիսառեզոնանսային շերտագրությունը (ՄՌՇ) բացառում է գլխուղեղի իշեմիկ կաթվածը և

Ֆաուստո Վիադե

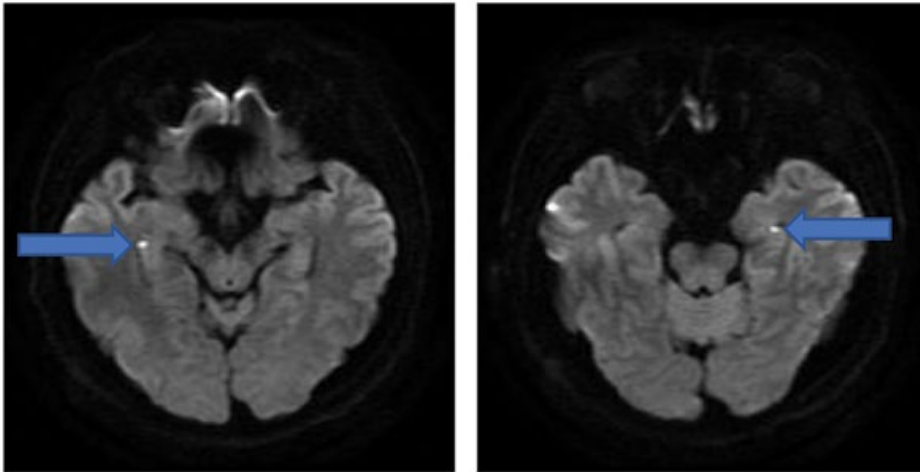
Նյարդաբանության բաժանմունք, Կոտ դը Նակրը համալսարանական հիվանդանոց, Նորմանդիա-Կանի համալսարան, Առողջապահության և բժշկական հետազոտությունների ազգային ինստիտուտ, «Նեյրոհոգեբանություն և մարդու հիշողության պատկերային հետազոտություն» բաժանմունք (U1077 «NIMH»), Կան, Ֆրանսիա

fausto.viader@unicaen.fr

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

ՀԻՇՎՈՐՈՒՄՍԱՑԻՆ ԴՐՎԱԳԻ ԱՆՏՈՐՈՇՄԱՆ ՉԱՓԱՆԻՇՆԵՐԸ (HODGES AND WARLOW, 1990)
Ակնատեսի ներկայություն դրվագի սկզբում և դրա ընթացքում
Վառ արտահայտված հաջորդընթաց (անտերոգրադ) ամնեզիա
Զգոնության կամ անձի ինքնության խանգարումների բացակայություն, այլ ճանաչողական խանգարումների բացակայություն
Դրվագի ընթացքում կամ դրանից հետո համակցված Նյարդաբանական ախտանշանների բացակայություն
Դրվագի ընթացքում էպիլեպտիկ նշանների բացակայություն
24 ժամից պակաս տևողություն
Ակտիվ էպիլեպսիայի կամ մոտ ժամանակահատվածում գլխի վնասվածքի բացակայություն

Աղյուսակ 1.



Պատկեր. Աջ և ձախ հիպոկամպերի կողմնային շրջաններում կետաձև գերազդանշաններ դիֆուզիայի հաջորդականությունում՝ հիշակրրոտատային դրվագի ժամանակ:

ԱՆՑՈՂԻԿ ԷՊԻԼԵՊՏԻԿ ԱՄՆԵՂԻԱՅԻ ԱՆՏՈՐՈՑՄԱՆ ՉՎՓՄԻՇՆԵՐԸ (ZEMAN AND BUTLER, 2010)

Անցողիկ ամենգիայի՝ ականատեսի նկարագրած դրվագներ

Մյուս ճանաչողական գործառնությունները վստահելի ականատեսը գնահատել է նորմալ

Էպիլեպսիան ախտորոշվել է հետևյալ փաստարկներից մեկի կամ մի քանիսի հիման վրա՝

- Էպիլեպտիկ շեղումներ էլեկտրագրոստիզիայով
- Էպիլեպսիայի օգտին խոսող այլ հարողվագային կլինիկական տարրեր (օրինակ՝ ծամկմել, հոտառական զգայապատրանքներ):
- հստակ արձագանք հակաէպիլեպտիկ բուժմանը:

Աղյուսակ 2.

ԱՆՑՈՂԻԿ ԱՄՆԵՂԻԱՅԻ ԱՅԼ ՊԱՏՏԱՐՄԵՐ

Անցողիկ ամենգիայի պատճառ	Ախտորոշում
Թերշաքարարյունություն	Գլիկեմիայի չափում՝ մատից, շաքարային դիաբետ
Գանգոլեղային վնասվածք	Մամուկ
Լիմբային էնցեֆալիտ (գլխուղեղաբորբ)	Տենդ, համատեքստ, պատկերային հետազոտություն
Թունածին, բուժածին	Չամատեքստ
Չոգեծին ամենգիա	Նախընթաց ամենգիա, ինքնության ամենգիա

Աղյուսակ 3.

երբեմն հիպոկամպի կողմնային շրջանում (միակողմանի կամ երկկողմանի) ի հայտ է բերում կետաձև գերազդանշաններ դիֆուզիայի և T2 հաջորդականություններում⁷, որոնք համարվում են ՉԴ-ի բնորոշ նշանը (պատկեր) և անհետանում են մի քանի օրում: Ախտաֆիզիոլոգիական վարկածը հիպոկամպի նյութափոխանակային

սթրեսն է: ՄՌՇ գերազդանշաններն արտացոլում են ցիտոտոքսիկ այտուցը: ՄՌՇ-սպեկտրոսկոպիան ցույց է տալիս կաթնաթթվի զագաթնակետային մակարդակ նույն տեղում⁸: Հաճախ դիտարկվող գերկորիզոլեմիան նույնպես վկայում է դրա մասին: Տակցոբոյի կարդիոմիոպաթիան, որը նույնպես կապված է սթրեսի հետ և երբեմն

նկարագրվում է ՉԴ-ի հետ զուգակցված⁹, կարող է բացատրել ՉԴ-ի ժամանակ երբեմն դիտվող տրոպոնինի մակարդակի բարձրացումը:

ՉԴ-ն հիվանդությունն չէ, այլ պատահական իրադարձություն: Վերականգնումը լինում է ամբողջական, և անոթային հիվանդությունների կամ ճանաչողական խանգարումների հետագա վտանգը չի մեծանում:

Անցողիկ էպիլեպտիկ ամենգիա, դրվագային հիշողության սուր խանգարում

Անցողիկ էպիլեպտիկ ամենգիան (ԱԷԱ)¹⁰ միջբունքային էպիլեպսիայի ձև է, որը հանդիպում է մոտ 50 տարեկանում և պատասխանատու է դրվագային հիշողության սուր խանգարման համար: ՉԴ-ի համեմատ տարբերություններն են ավելի կարճ տևողությունը, դրվագների կրկնությունը (միջինը ամսական մեկ անգամ), գերազանցապես արթնա-նայիս ի հայտ գալը, աֆագիայի կամ գիտակցության շփոթի հնարավոր առկայությունը: ԱԷԱ-ն կարող է ուղեկցվել կայուն ճանաչողական խանգարումներով՝ ձևավորելով «էպիլեպտիկ ամենգիայի համախտանիշ», որը կարող է սխալմամբ հիշեցնել վաղ դեգեներատիվ հիվանդություն:

Էլեկտրագրոստիզիայով (ԷՌԳ) ի հայտ է բերում քունքային պարոքսիզմային շեղումներ, սակայն դրանք պարզաբանելու համար հաճախ անհրաժեշտ է լինում քնի հետազոտություն: Հակաէպիլեպտիկ միաբուժումը շատ հաճախ արդյունավետ է լինում: Աղյուսակ 2-ում ներկայացված են ախտորոշման չափանիշները:

Անոթային ծագման անցողիկ ամենգիաներ՝ հազվադեպ

Հիշողության կորուստը առավել հաճախ համակցված է տեսողության, խոսքի կամ հավասարակշռության խանգարումների հետ, սակայն կարող է լինել մեկուսի: Այդպիսի դեպքերը հազվադեպ են¹¹, և ախտորոշումը հիմնվում է ՄՌՇ-ի վրա: Արձանագրվել են սուր հիշակրրոտատային համախտանիշներ, որոնք վկայում են աորտայի շերտագատման մասին¹²: Գունատությունը, զարկերակային ցածր ճնշումը, էլեկտրոգրոստիզիայի կրեատինինի մակարդակի բարձրացումը դրա մասին մտածելու տեղիք պետք է տան:

Անցողիկ ամնեզիայի այլ պատճառներ

Անցողիկ ամնեզիան կարող է պայմանավորված լինել **աղյուսակ 3**-ում թվարկված այլ պատճառներով:

Թեթև վնասվածքի հետևանքով (օրինակ՝ սպորտով զբաղվելիս) ծագած հետվնասվածքային ամնեզիան արագ հետընթաց է ապրում, բայց ծանր վնասվածքի դեպքում կամ դատաբժշկական համատեքստում ավելի երկարատև է: Հիպոգլիկեմիան հայտնաբերվում է մատից արյան գլյուկոզի մակարդակի չափման միջոցով, որը պարտադիր է հրատապ իրավիճակների համատեքստում:

Հաճախակի են անցողիկ թունածին ամնեզիաները, հատկապես՝ ալկոհոլի կամ թմրամիջոցների պատճառով: Այլ պատճառներից են կիսադուրսբերման կարճ պարբերությամբ բենզոդիազեպինները, ինչպես նաև քնաբերները, որոշ հակաընկճախտային և հակախոլիներգիկ դեղամիջոցներ: Ցանկացած սուր ամնեզիա պահանջում է հիվանդի նշանակումների վերանայում:

Լիմբային էնցեֆալիտը և հոգեծին ամնեզիան կարող են սուր սկիզբ ունենալ, սակայն համատեքստն ու զարգացումը արագ այստորոշման հնարավորություն են տալիս:

Անամնեզն էական նշանակություն ունի

Անցողիկ ամնեզիայի դեպքում վճռորոշ դեր են խաղում անամնեզը և նախնական կլինիկական վերլուծությունը: Քննարկումը հիմնականում կենտրոնանում է ՀԳ-ի, ԱԷԱ-ի և գլխուղեղի իշեմիկ կաթվածի շուրջ: ՄՌԸ-ն հնարավորություն է տալիս հայտնաբերելու վերջինը, իսկ երբեմն էլ հաստատելու ՀԳ-ի այստորոշումը՝ ի հայտ բերելով գերագրանշաններ հիպոկամպում: Եթե առկա է ԱԷԱ-ի կասկած, ԷՌԳ-ն, կլինիկական հսկողությունը և բուժմանն արձագանքը հաստատում են այստորոշումը:

ԳՂՈՒՄՆԵՐ

- Viader F, Quinette P, Coge J. Les amnésies transitoires. Bulletin de l'Académie nationale de médecine 2021;205:139–48.
- Guyotat J, Courjon J. Les ictus amnésiques. Le Journal de médecine de Lyon. 1956;37:697–701.
- Hodges JR, Warlow CP. Syndromes of transient amnesia: Towards a classification. J Neurol Neurosurg Psychiatry 1990;53:834–43.
- Quinette P, Guillery-Girard B, Dayan J, de la Sayette V, Marquis S, Viader F, et al. What does transient global amnesia really mean? Review of the literature and thorough study of 142 cases. Brain 2006;129(Pt 7):1640–58.
- Lin KH, Chen YT, Fuh JL, Li SY, Chen TJ, Tang CH, et al. Migraine is associated with a higher risk of transient global amnesia: A nationwide cohort study. Eur J Neurol 2014;21(5):718–24.
- Hainselin M, Quinette P, Desgranges B, Martinaud O, de la Sayette V, Hannequin D, et al. Awareness of disease state without explicit knowledge of memory failure in transient global amnesia. Cortex 2012;48(8):1079–84.
- Strupp M, Brüning R, Wu RH, Deimling M, Reiser M, Brandt T. Diffusion-weighted MRI in transient global amnesia: Elevated signal intensity in the left mesial temporal lobe in 7 of 10 patients. Ann Neurol 1998;43(2):164–70.
- Bartsch T, Alfke K, Wolff S, Rohr A, Jansen O, Deuschl G. Focal MR spectroscopy of hippocampal CA-1 lesions in transient global amnesia. Neurology 2008;70(13):1030–5.
- Papadis A, Svab S, Brugger N, Lanz J, von Arx R, Stamou K, et al. "Broken Heart" and "Broken Brain": Which connection? Cardiol Res 2022;13(1):65–70.
- Fouchard AA, Mondon K, De Toffol B. L'amnésie épileptique transitoire (AET). Presse Med 2017;46(1):31–5.
- Michel P, Beaud V, Eskandari A, Maeder P, Demonet JF, Eskioglou E. Ischemic Amnesia: Causes and outcome. Stroke 2017;48(8):2270–3.
- Colotto M, Maranghi M, Epifania A, Totaro M, Giura R, Durante C. Unmasking aortic dissection in patients of transient global amnesia: Case report and diagnostic algorithm for the emergency department. BMJ Case Rep 2011:bcr0720103151.



Santé Arménie

Բժշկել, կրթել և կառուցել Հայաստանում

հոշորա-
ցույցի
տակ

Տարանջատման ամնեզիա. ֆունկցիոնալ ամնեզիայի տեսակ

Կատրին Թոմա-Անտերիոն
«Պլեն սիե»
կենտրոն և EA3082,
ճանաչողական
մեխանիզմների
հետազոտության
լաբորատորիա,
Լիոն-2
համալսարան,
Լիոն, Ֆրանսիա
c.thomas-antérieur
@orange.fr

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

Տարանջատման (դիսոցիատիվ) ամնեզիան բացատրվում է (լակուար) կամ ընդհանուր (գլոբալ) ինքնակենսագրական ամնեզիա է՝ այն աստիճանի, որ ամնեզիայով հիվանդը կարող է կորցնել ինքնությունը և այսպես կոչված տարանջատման փախուստով (ֆուգայով) ուղեկցվելու դեպքում «առանց ուղեբեռի ճամփորդի» պես թափառելով հայտնվել տնից հեռու¹: «Տարանջատման» կամ «դիսոցիատիվ» եզրույթը, որն արտացոլում է գիտակցության փոփոխված վիճակ, կիրառվել է 1994 թվականին «Չոգեկան խանգարումների ախտորոշիչ և վիճակագրական ձեռնարկ»-ի (ՀԽԱՎՁ) 4-րդ հրատարակությունում և մնացել է ՀԽԱՎՁ-ի 2013 թվականի 5-րդ վերանայման մեջ փոխարինելով «հոգեծին» եզրույթին, որը դեռևս պահպանվում է Հիվանդությունների միջազգային դասակարգման (ՀՄԴ) 10-րդ հրատարակության մեջ²: Հաճախ դժվար է լինում դրանով տառապող բուժառուի բացատրել, թե ինչ է տարանջատման ամնեզիան: Բժիշկները հոժարակամորեն կիրառում են «գործառնության» եզրույթը՝ ենթադրելով, որ օրգանը (*hard-ը*) անվնաս է, իսկ գործառնությունը (*soft-ը*) կարող է վերականգնվել՝ հիշողությունների մասնակի կամ ամբողջական վերականգնմամբ³:

«Գործառնության» եզրույթն իրականում ներառում է երկու իմաստ: Դե Ռենցին և համահեղինակներն այն առաջարկել են գործառնության խանգարման դասական գաղափարի համատեքստում՝ ի տարբերություն օրգանական խանգարման⁴: 1889 թվականին Շարկոյի առաջարկած «դիսամիկ և դարձելի խանգարում» եզրույթը, ի հակադրություն «օրգանական խանգարման», ավելի ճշգրիտ է թվում: Այնուհետև Մարկովիչը և համահեղինակները⁵ կիրառեցին «գործառնության» եզրույթը գործառնության պատկերային հետազոտության տվյալների համատեքստում պոզիտրոնային արտանետման շերտագրությամբ ի ցույց դնելով թերևս փոխանակային շրջաններ՝ չնայած մագնիսառեզոկանսային շերտագրու-

թյամբ (ՄՌՇ) կառուցվածքային ախտահարումների բացակայությանը: Տեղակայումները տարբեր են և հաճախ ընդարձակ: Աջ նախաճակատային շրջանը, որը ներգրավված է զգացմունքների ու ինքնակենսագրական հիշողության մշակման գործում⁶, ինչպես նաև հիպոկամպերը հաճախ ներգրավված են⁷:

Անհամաչափ նախընթաց ամնեզիա

Դեպքերի ճնշող մեծամասնությունում ամնեզիան լինում է նախընթաց ու անհամաչափ, քանի որ, ի տարբերություն օրգանական ամնեզիայի, հաջորդընթաց (անտերոգրադ) հիշողությունը և կատարողական գործառնությունը, անցյալի մոռացության համեմատ, անփոփոխ են կամ շատ քիչ փոփոխված¹: Ամնեզիան վերաբերում է անձանց կենսագրությանը՝ կյանքի իրադարձություններին և անհատական գիտելիքներին (մտերիմների կամ առարկաների նույնականացում): Երբեմն մոռանալը վերաբերում է նաև իմաստային, մասնավորապես՝ մասնագիտական գիտելիքներին, ինչը խանգարում է վերադառնալ աշխատանքի: Դեռևս դժվար է հասկանալ, թե ինչ մեխանիզմ է խանգարում դրվագային, ընդհանուր և իմաստաբանական հիշողություններին հասանելիությանը՝ առանց նոր հիշողությունների ստեղծման փոփոխության^{1,9,10}: Զիչ չեն դեպքերը, երբ հիվանդները մոռանում են որոշ ընթացակարգեր (ստորագրություն, մեքենայի վարում, ձեռքի աշխատանք), հրաժարվում են որոշակի նախասիրություններից (ծխախոտ, բուսակերություն) կամ զարգացնում են նորերը⁸: Այս տարրերը դժվար է ներառել Փապեզի շրջային վերաբերող վարկածում: Մեխանիզմները կարող են լինել այլ բնույթի. ախտալեզակի խորհրդանշացում, մտածածը որպես հիշողության աշխատանք պատկերացնելը, երկրորդական շահ³: Ի վերջո, վարքային տեսանկյունից, անձն ունենում է կամ մեծ տագնապային տարակուսանք, կամ, ընդհակառակը, «զեղեցիկ հուզական անտարբերություն»³:

Ինքնասպանության վտանգը նշանակալի է¹: Այս բուժառուներից շատերն ապացինվում են, հաճախ՝ օրերի ընթացքում, երբեմն՝ կտրուկ: Լուչեթիի և համահեղինակների նկարագրած բուժառու Մ.Մ.-ն ապացինվել է մի քանի շաբաթ տևած ամնեզիայից հետո, երբ թենիսի մրցախաղի ընթացքում գնդակի փոխանակումներից մեկի ժամանակ «վերապրել է նախորդ մրցախաղը նույն մրցակցի հետ» և «ամեն ինչ վերհիշել»: Հեղինակները ախտանշանների (և/կամ արգելակման) վերացման այսպիսի դրսևորումը, որը նպաստում է հիշողության վերականգնմանը, անվանել են «փոքրիկ մադլենի երևույթ» (մադլեն ֆրանսիական փոքր թխվածքաբլիթ, «Պրուստի մադլեն» հուշեր արթնացնող ցանկացած երևույթ կամ առարկա - հայ, հրատ. խմբ.) և կարևորել ակամա կամ անգիտակցական հիշողության դերը:

Խթանիչ տարրի որոնում

Նմանատիպ իրավիճակներում հարցափորձը նվիրված է լինում ամնեզիայի առաջացման սոմատիկ, հոգեբանական և սոցիալ-ընտանեկան սկզբնապատճառների ու հանգամանքների, ինչպես նաև տարաջատման (դիսոցիատիվ) կամ մարմնաձևային (սոմատոֆորմ) խանգարումների նախադեպերի որոնմանը⁸: Խոսքը հաճախ ծանր իրադարձությունների մասին է՝ վեճեր, սնանկացում և անարգանք, սեռական ոտնձգություն, տարածաշուրջում ունեցող երկու հարազատների միջև ընտրություն անելու անկարողություն (լույսության կոնֆլիկտ): Նույնիսկ տե՛ս հարկավոր է իմանալ, թե ինչպես զգուշանալ ուղեկցող օրգանական ախտահարմամբ պայմանավորված ամնեզիայից, նյարդաբանական առիթն ամենից հաճախ գործում է միայն որպես հրահրող գործոն և, ըստ էության, գրեթե միշտ գիտակցության վիճակի փոփոխության դրվագ է, օրինակ՝ գանգուղեղային թեթև վնասվածք, ուշագնացություն, հիշակորուստային դրվագ, էպիլեպտիկ

Նուպա, արթնացում ցերեկային քնից: Սա հիշեցնում է հետվնասվածքային սթրեսային իրավիճակներում երբեմն շատ վաղեմի հիշողությունների վերականգնումը գիշերային քնից կամ անզգայացումից արթնանալուց հետո: Այս իրավիճակներից մի քանիսն առաջանում են հետվնասվածքային սթրեսի համատեքստում^{5,9}, սակայն տարանջատումը կարող է լինել նաև հոգեգարային բնույթի փախուստի⁸:

Արագ գնահատում գործառնության խանգարումը հաստատելու համար

Կլինիկական փախուստում ուղեկցվում է հարկլինիկական գնահատմամբ առաջնորդվելով կլինիկական համատեքստով և ուղեկցող հիվանդություններով: Այս գնահատումը պետք է կատարվի հնարավորինս արագ, որպեսզի առանց ավելորդ ուշացման հաստատվի խանգարման գործառնության բնույթը: Գլխուղեղի ՄՌԾ-ն հիմնական հետազոտությունն է, որը երբեմն լրացվում է էլեկտրագլխուղեղագրությամբ՝ հատկապես տարանջատման փախուստի դեպքում: Կարող է իրականացվել գործառնության պատկերային հետազոտություն, որի արդյունք-

ները հաճախ հիասթափեցնում են: Վերջապես, հարկավոր է մակրակրկիտ կերպով հայտնաբերել և բուժել ուղեկցող հոգեկան հիվանդությունները, ուստի, շատ կարևոր է հոգեբույժի հետ հանդիպումը:

Ճանաչողական կարողությունների գնահատումն իրականացվում է ըստ յուրաքանչյուր իրավիճակի՝ ամենզիայի աստիճան, անհատի պահանջ, այլ փախուստի կասկած, հանդիպում ամենզիայից անմիջապես հետո, թե ոչ: Հարկավոր է ամեն ինչ անել, որպեսզի թեստերը հուսադրող լինեն, և գնահատումը շատ երկար չտևի: Խորհուրդ են տրվում հուշող բառերի թեստեր, հատկապես բացատային (լակունար) ամենզիայի դեպքում⁸: Մարդուն առաջարկվում է տվյալ բառի հիման վրա հնարավորինս մանրամասն պատմել հիշողության դրվագը՝ այն տեղավորելով ժամանակի և տարածության մեջ (օրինակ՝ շուն բառով. «Ձմեռային մի առավոտ, երբ ես 7 կամ 8 տարեկան էի, ծնողներս և տատիկս ինձ տարան X տեղ՝ ինձ համար շուն ընտրելու. ես անչափ ուրախ էի»): Զուգորդումների մեթոդը (բառից հիշողություն առաջացնելը) հնարավորություն է տալիս հասնել իրություն ունենալ տեղեկություն-

ներին, որոնք դասակարգված են ըստ ժամանակաշրջանի, ընդհանուր և կոնկրետ գաղափարի, պատկերների: Մեր փորձը ցույց է տալիս, որ հուշումների շնորհիվ հիշողությունների վերականգնումն ունենում է բարենպաստ կանխատեսում, քանի որ անհատն ի հայտ է բերում դրվագային հիշողությունները վերականգնելու ունակություն՝ առնվազն պահպանված ժամանակահատվածների համար:

Յոգատար վարում

Յոգատար հավանականային (Էմպիրիկ) խնամքը՝ ուշադիր ունկնդրելով, գլխուղեղի կառուցվածքային ամբողջականության մասին պարզ բացատրություններով, առանց ծայրահեղացման գնահատումը և ամենից առաջ զգուշությունը, այսինքն՝ առանց փորձելու ամեն գնով ապաստարկելու ամենզիան, որը, համեմայն դեպս, հավանաբար ողջունելի է անհատի համար (եթե ընդունենք, որ առկա է արգելակման տիպի պաշարում), մնում է ամենախելամուհտ մոտեցումը: Անուշուտ, հարկավոր է բուժել ուղեկցող նյարդաբանական կամ հոգեկան հիվանդությունները:

ԳՂՈՒՄՆԵՐ

1. Staniloiu A, Markowitsch H. Dissociative amnesia. The Lancet Psychiatry 2014;1(3):226-41.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th edition: DSM-5. Washington: American Psychiatric Press, 2013.
3. Stone R, Smyth R, Carson A, Warlow C, Sharpe M. La belle indifférence in conversion symptoms and hysteria: Systematic review. Br J Psychiatr 2006;188:204-9.
4. De Renzi E, Lucchelli F, Muggias S, Spinnler H. Is memory loss without anatomical damage tantamount to a psychogenic deficit? The case of pure retrograde amnesia. Neuropsychologia 1997;35:781-94.
5. Markowitsch H, Kessler J, Van der Ven C, Weber-Luxenburger G, Albers M, Heiss WD. Psychic trauma causing grossly reduced brain metabolism and cognitive deterioration. Neuropsychologia 1998;36(1):77-82.
6. Piolino P, Hannequin D, Desgranges B, Girard C, Beauvieux H, Giffard B, et al. Right ventral frontal hypometabolism and abnormal sense of self in a case of disproportionate retrograde amnesia. Cognitive Neuropsychology 2005;22(8):1005-34.
7. Thomas-Antérion C, Dubas F, Decousus M, Jeanguillaume C, Guedj E. Clinical characteristics and brain PET findings in 3 cases of dissociative amnesia: Disproportionate retrograde deficit and posterior middle temporal gyrus hypometabolism. Neurophysiol Clin 2014;44(4):355-62.
8. Thomas-Antérion. L'amnésie dissociative. Rev Neuropsychol 2017;9:213-7.
9. Lucchelli F, Muggias S, Spinnler H. The "Petites Madeleines" phenomenon in two amnesic patients: Sudden recovery of forgotten memories. Brain 1995;118:167-83.
10. Spence SA. "Others" and others: hysteria and the divided self. In: Cappa S et al. Cognitive neurology: A clinical textbook. Oxford: Oxford University Press, 2008, 459-72. Kopelman MD. Disorders of memory. Brain 2002;125:2152-90.

Ինչ ձեռնարկել հիշողության հետ կապված գանգատի դեպքում Ախտորոշման անհատականացված ռազմավարություն

Նիկոլա Վիլեն^{1,2}
1. Լա Պիտիե-Մայլետտիեր հիվանդանոց, Նյարդաբանության բաժանմունք, Յիշողության և Ալցհեյմերի հիվանդության ինստիտուտ, Պետական օժանդակության փարիզյան հիվանդանոցների միավորում (AP-HP), Փարիզ, Ֆրանսիա
2. Սորբոնի համալսարան, Առողջապահության և բժշկական հետազոտությունների ազգային ինստիտուտ U1127, Ազգային գիտահետազոտական կենտրոն 7225, Գլխուղեղի և ողնուղեղի ինստիտուտ, Փարիզ, Ֆրանսիա
nicolas.villain@aphp.fr

Ն. Վիլենը հայտնում է, որ իր հետազոտական աշխատանքների համար ֆինանսական աջակցություն է ստացել Բետանկուր-Ջյուլեր հիմնադրամից, Սերվիե հիմնադրամից, Բժշկության շահերի հետապնդման ազգային միությունից, Կրոլ Պոմպիդու հիմնադրամից, Ալցհեյմերի հիվանդության

Յիշողության հետ կապված գանգատը հաճախակի հանդիպող իրավիճակ է ընդհանուր բնակչության շրջանում (մոտավորապես երկուսից մեկը)¹: Այն կարող է արտացոլել ինչպես գլխուղեղի բնականոն ծերացումը, այնպես էլ անբուժելի նեյրոդեգեներատիվ հիվանդություն կամ բուժելի ախտահարում (օրինակ՝ Նորմալ ճնշմամբ հիպոթեթալիա): Այսպիսով, հիշողության խանգարման պատճառների ցանկը լայն է, ինչպես մանրամասն նկարագրված է «*Յիշողության հիվանդություններ*» հոդվածում, **էջ 38**: Նաև կարևոր դեր ունեն առաջնային օղակի բուժումը բժիշկները՝ հիվանդին հնարավոր լրացուցիչ հետազոտությունների ուղղորդելու առումով, և, սովորաբար ինչպես ընդունված է բժշկության մեջ, ծանր, հաճախ հանդիպող և բուժելի պատճառների նկատմամբ առանձնահատուկ մտահոգությամբ: Փոխհամաձայնեցված մոտեցումը 2018 թվականին պաշտոնականացրել են Ընդհանուր բժշկության քոլեջը, Յիշողության ռեսուրսային և հետազոտական կենտրոնների ֆեդերացիան, Ծերունաբուժության և ծերաբանության ֆրանսիական ընկերակցությունը, Նյարդաբանության ֆրանսիական ֆեդերացիան և Յոգեծերունաբուժության ֆրանսալեզու ընկերակցությունը, որի արդյունքում համաձայնություն է ձեռք բերվել Նյարդաբանաչափական խանգարումների ախտորոշման աստիճանական և անհատականացված ռազմավարության վերաբերյալ ընտանեկան բժիշկների և ճանաչողական խանգարումների մասնագետների ընդգրկմամբ²:

- Յիշողության հետ կապված գանգատի դեպքում առաջին խորհրդատվությունը հետապնդում է չորս նպատակ՝
- ծանրության Նշանների ճանաչում.
 - հիշողության խանգարման առարկայացում.
 - համակցված Նշանների որոնում.
 - ակնհայտ, հաճախակի և բուժելի պատճառների բացահայտում:
- Խորհրդատվությունն իրականացվում է երկու փուլով:

Ծանրության որոշմանը և պատճառագիտական կողմնորոշմանը նպաստող տարրերի ի մի բերում

Յիշողության գանգատների հետ կապված ցանկացած խորհրդատվություն հարկավոր է անցկացնել, որքանով որ դա իրագործելի է, մտերիմ անձի ներկայությամբ, ինչը հնարավորություն կտա չափելու խանգարումների ազդեցությունն առօրյա կյանքի վրա, պարզելու՝ գանգատը հիվանդի ինքնաբերական արտահայտումն է, թե՞ շրջապատի, ինչպես նաև անամնեզի համար ձեռք բերելու մանրամասներ, որոնք հնարավոր է՝ հիվանդը բաց է թողել հարցուփորձի ընթացքում (**շրջանակ**):

ՄՏԱՅՈՒԳԻՉ ՏԱՐՐԵՐ ԻՆՏԵՆՍԻՎ ԳԱՆԳԱՏԻ ԴԵՊՔՈՒՄ

- **Գանգատի բնութագրերը**
 - Կայուն
 - Յարաճուն
 - Վատթարացում՝ նախկին վիճակի համեմատ
 - Յաստատում շրջապատի կողմից
 - Գանգատի հետ կապված անհանգստություն
 - Վերջին հինգ տարիների ընթացքում զարգացող վատթարացում
 - 60 տարեկանից հետո սկսված վատթարացում
- **Յամակցված Նշաններ**
 - Վերջին էական իրադարձությունների մոռացում՝ չնայած հուշումներին
 - Անոգոզնոզիա
 - Խոսքի խանգարումներ (բառերը գտնելու հարաճուն դժվարություն և այլն)
 - Վարքային խանգարումներ (անտարբերություն, սնվելու վարքային խանգարումներ և այլն)
 - Իրերի գործածման հետ կապված խանգարումներ
 - Տրամադրության անկում կամ տագնապային ատիպիկ խանգարում (առաջին դրվագ, բուժակայություն և այլն)
 - Ջգայապատրանքներ (հալյուցինացիաներ), քայլի խանգարումներ, շարժողական խանգարումներ, անհանգիստ քուն (արագ (պարադոքսալ) քնի ընթացքում շարժողական վարքի խանգարումներ)
 - Ժամանակային և/կամ տարածական ապակողմնորոշում
 - Ազդեցություն ինքնավարության վրա
 - (Մրագ ընթացքով և վերջին շրջանում ի հայտ եկած ուշադրության տատանումներ → գիտակցության շփոթի համախտանիշ)
 - (Ենթասուր ընթացքով, այլ Նյարդաբանական +/- ընդհանուր Նշաններ → անհետաձգելի մասնագիտացված բուժօգնություն)

Նախադեպեր
Յիշողության հետ կապված գանգատի դեպքում հիվանդի և նրա շրջապատի հետ հարցուփորձը սովորաբար սկսվում է անձնական և ընտանեկան նախադեպերի հավաքումից: Առանձնահատուկ ուշադրության են արժանի Նյարդաբանական և հոգեբուժական նախադեպերը (տրամադրության խանգարումներ, տագնապային խանգարումներ և այլն), զարգացման հապաղումները (դիսլեքսիա, դիսպրաքսիա, ուշադրության պակաս՝ գերակտիվությամբ կամ առանց դրա և այլն), գանգուղեղային վնասվածքները (առանձնապես ծանր և/կամ կրկնվող), ակոհոլի և թմրանյութերի գործածությունը, նույնիսկ՝ առանց կախվածության, սիրտ-անոթային

համակարգի վտանգի գործոնները, զգայական անբավարարության (տեսողական և/կամ լսողական) առկայությունը: Հարկավոր է նաև որոնել նյարդաբանական կամ հոգեբուժական ընտանեկան նախադեպեր, մասնավորապես՝ վաղ սկզբով (մինչև 65 տարեկանը) նեյրոդեգեներատիվ հիվանդության դեպքում: Սոցիալ-կրթական մակարդակի և խոսքի ստիպաբանություն: գնահատումը հնարավորություն է տալիս մեկնաբանելու թեստերի արդյունքները:

Անհրաժեշտ է ունենալ ստացած բուժումների ցանկը՝ ներկայի կամ վերջին տարիների, հատկապես՝ որոնելով հոգեմետ դեղեր, որոնք կարող են խանգարել ճանաչողական գործունեության իրականացմանը: Հատկապես օգտակար է պարզել հիվանդի ընդունելի է հակախոլիներգիկ ազդեցության դեղորայք (զերակտիվ միզապարկի բուժամիջոցներ, եռցիկային հակաընկճախտային դեղամիջոցներ, հակահոգեգարալիսներ և այլն)⁵ և թմրեցնող (բենզոդիազեպիններ, մորֆին և այլն)⁴:

Հիշողության հետ կապված գանգատի վերլուծություն

Հիշողությանը վերաբերող բուն գանգատի առումով պետք է ասել, որ միայն հարցումիործը, նույնիսկ՝ մակրակրկիտ և մասնագետի իրականացած, կարող է մոլորեցնող լինել:

Ըստ այդմ՝ հետազոտությունները շարունակելու կամ չչարունակելու որոշումը հիմնվում է մի շարք փաստարկներով:

Նախ՝ գանգատը կարող է սահմանափակված լինել հիվանդի անտեղյակության կամ թերագնահատման պատճառով, ինչը հաճախ է հանդիպում հիշողության խանգարումների ժամանակ: Կատարելի հարազատի ներկայությունն առանցքային է անամնեզն ամբողջականացնելու գործում:

Կան բազմաթիվ նշաններ, որոնց առկայության դեպքում հիշողության հետ կապված գանգատը պետք է համարել մտահոգիչ (շրջանակ)՝ նախկին վիճակի համեմատ իրական վատթարացման նկարագրություն, մեկուսի, բայց մշտական գանգատ, ժամանակի հետ խորացող հարաճուն գանգատ, վատթարացում վերջին հինգ տարիներին կամ 60 տարեկանից հետո, շրջապատի կողմից հաստատված գանգատ, անհանգստության հետ կապված գանգատ, ոչ վաղեմի էական ինքնակենսագրական իրադարձությունների մոռացություն՝ չնայած հուշումներին, ժամանակային և/կամ տարածական ապակողմնորոշում, խոսքի խանգարումներ (բառերի ավելի էական բացակայություն, քան նախկինում, ըմբռնման խանգարումներ և այլն), իրեր գործածելու դժվարություններ, վարքային խանգարումներ (անտարբերություն, սնվելու վարքային խանգարումներ և այլն)^{5,6}:

հիմնադրամից և կլինիայի հիվանդության հետազոտության հիմնադրամից: Գանգատի ծախսերը ֆինանսավորել են Շարժողական խանգարումների միությունը, Merz Pharma, UCB Pharma և GE Healthcare SAS ընկերությունները: Եղել է զվարճիկ հետազոտող կամ չվճարվող տեղային ենթահետազոտող Biogen, Eli Lilly, Roche, Eisai, Janssen, Johnson & Johnson, Alector, UCB Pharma, Novo Nordisk և Novartis ընկերությունների անցկացրած հետազոտություններում: Եղել է չվճարվող ազգային համակարգող AB Science-ի և ADvantage Therapeutics GmbH-ի անցկացրած հետազոտություններում և կարդացել է անվճար դասախոսություններ Eisai-ի ու Սերվիե հիմնադրամի կազմակերպած գիտաժողովներում:

ԱՌԱՋԱՑՈՒՄ ԵՎ ԵՐԱՊԵՐՈՒՄ ԳԻՄԱՆ ԲՈՒՎՈՐՈՒՄ ԽՈՐՀՐԴԱՏՎՈՒԹՅԱՆ ԸՆԹԱՑՔՈՒՄ ԿԻՐԱՊՈՂ ՍՏՈՒՎԱՑՄԱՆԿ	
Հավաքվող տարրեր	Կետեր, թեստեր
Նախադեպերի ուղղորդված հավաքում	Անձնական նյարդաբանական և հոգեբուժական նախադեպեր
	Նյարդահոգեկան զարգացման խանգարումների անձնական նախադեպեր (տարատեսակ շեղումներ, ուշադրության պակասի խանգարումներ և այլն)
	Ընտանեկան նախադեպեր (նեյրոդեգեներատիվ հիվանդություններ մինչև 60 տարեկանը)
	Գանգոլեղային վնասվածքներ
	Սիրտ-անոթային վտանգի գործոններ
	Ալկոհոլի գործածություն
	Ջգայական անբավարարություն (լսողական և/կամ տեսողական)
Սոցիալ-մշակութային մակարդակ, շրջապատ	
Նյարդաբանաչողական խանգարման առարկայացում (թեստեր)	ՄՆԳ ՄՎՄՔ, հինգ բառանոց թեստ և այլն
Ինքնավարության վրա ազդեցության գնահատում	Առօրյա գործիքային գործունեություն (ԱԳԳ) ԱԳ
Ընկճախոլ որոնում	Կլինիկական գնահատում ՅՏԸ, ԾԸՍ...
Քլի ապնոտ/հիպոպնոտ համախտանիշի որոնում	Կլինիկական գնահատում Էպիլորտի հարցաշար
Բուժամին պատճառի որոնում	Հակախոլիներգիկներ Թմրեցնող դեղամիջոցներ (բենզոդիազեպիններ, ափիոնատիպ նյութեր և այլն)

Աղյուսակ. ԱԳ՝ առօրյա գործունեություն, ԾԸՍ՝ ծերաբանական ընկճախոլի սանդղակ, ՅՏԸՄ՝ տազնապի և ընկճախոլի հիվանդանոցային սանդղակ, ԱԳԳ՝ առօրյա գործիքային գործունեություն, ՄՎՄՔ՝ մտավոր վիճակի սեղմ քննություն, ՄՆԳ՝ Մոնրեյայան ճանաչողական գնահատում:

Մտավոր վիճակի սեղմ քննություն. ճանաչողական գործիքների հետազոտության և գնահատման խմբի (6979խ) փոխհամաձայնեցված տարբերակը

Կողմնորոշում

Ես Ձեզ մի քանի հարց կտրորեմ, որպեսզի հասկանամ, թե ինչպես է գործում Ձեր հիշողությունը: Որոշ հարցեր շատ պարզ են, մյուսները՝ ոչ այնքան: Դուք պետք է պատասխանեք հնարավորինս լավ:

1. Ո՞ր թվականն է հիմա:
2. Տարվա ի՞նչ եղանակն է:
3. Ո՞ր ամիսն է:
4. Ամսվա ի՞նչ օրն է:
5. Ցաքաթվա ի՞նչ օրն է:

Այժմ ես Ձեզ կտամ մի քանի հարց այն հաստատության մասին, որտեղ գտնվում եք:

6. Քննչ է հիվանդանոցի անունը, որտեղ մենք գտնվում ենք:
- (Եթե հետազոտությունը կատարվում է մասնավոր կաբինետում, հարցրեք բժշկական կաբինետի կամ փողոցի անունը, որտեղ այն տեղակայված է)
7. Ո՞ր քաղաքում է այն:
8. Քննչ է այն համայնքի անունը, որտեղ տեղակայված է այս քաղաքը:
9. Ո՞ր մարզում է այդ համայնքը:
10. Ո՞ր հարկում եք մենք:

Ուսում

Ես Ձեզ կստանեմ երեք բառ: Կցանկանայի, որ դուք դրանք կրկնեք և մտապահեք, քանի որ քիչ անց դրանք հարցվելու են:

11. Բազմաթոռ
12. Կակաչ
13. Բաղ

Կրկնեք երեք բառերը:

Ուշադրություն և հաշվարկ

Դաշվեք խնդրո՞ւմ եմ, հարյուրից սկսած՝ ամեն անգամ հանելով 7:

14. 93
15. 86
16. 79
17. 72
18. 65

Բոլոր անձանց, այդ թվում՝ Նրանց, ովքեր հավանք են առավելագույն միավորներ, խնդրեք արտասանել ԲԱԴԻ բառը հակառակ ուղղությամբ՝ ԻԴԻԱԲ: Միավորը համապատասխանում է ճիշտ տեղում տեղադրված տառերի քանակին (այս թիվը չպետք է արտացոլվի ընդհանուր միավորում):

Դիմացում

Կարող եք ասել, թե որոնք էին այն 3 բառերը, որոնք քիչ առաջ խնդրել էի կրկնել և մտապահել:

19. Բազմաթոռ
20. Կակաչ
21. Բաղ

Խոսք

22. Ցույց տվե՞ք մատիտ. ինչ է այս առարկայի անունը:
23. Ցույց տվե՞ք ձեր ժամացույցը. ինչ է այս առարկայի անունը:
24. Լավ լսե՞ք և կրկնե՞ք ինձից հետո. «Ո՞չ մի եթե, և կամ բայց»:
25. Սերակին թողո՞ւր դրեք, այն ցույց տվե՞ք հետազոտվողին և ասեք. «Լավ լսե՞ք և կատարե՞ք այն, ինչ Ձեզ կասեմ»:
Վերջերս այս թողթն աչ ձեռքով
26. Ես կեցի այն մեջուղից
27. Եվ նետե՞ք հատակին:
28. Դետազոտվողին մեկնեք թողթ, որի վրա խոշոր տառերով գրված է «Փակե՞ք աչքերը», և ասե՞ք Նրան.
«Արե՞ք այն, ինչ գրված է»:
29. Դետազոտվողին մեկնեք թողթ ու գրի՛չ ասելով.
«Խնդրում եմ գրել որևէ նախադասություն, ինչ կամենաք, միայն թե ամբողջական նախադասություն լինի»:
Այդ նախադասությունը պետք է լինի ինքնաբերական: Այն պետք է ունենա ենթացակետ, ստորոգյալ և իմաստ արտահայտի:

Կառուցողական պարզախա

30. Դետազոտվողին մեկնեք թողթ և Նրան խնդրեք.
Խնդրում եմ արտանկարել այս պատկերը:



ԸՆԴՀԱՆՈՒՐ ՄԻՎՎՈՐ՝ 30 (ախտաբանական ջնճը կախված է սոցիալ-մշակութային մակարդակից):

Derouesné C, Poitreneau J, Hugonot L, Kalafat M, Dubois B, Laurent B. Au nom du groupe de recherche sur l'évaluation cognitive (GRECO). Le Mental-State Examination (MMSE): un outil pratique pour l'évaluation de l'état cognitif des patients par le clinicien. Version française consensuelle. Presse Méd. 1999;28:1141-8.

Kalafat M, Hugonot-Diener L, Poitreneau J. Standardisation et étalonnage français du « Mini Mental State » (MMS) version GRECO. Rev Neuropsychol 2003;13(2) :209-36.

Պատկեր 1. Մտավոր վիճակի սեղմ քննությունը (ՄՎԱՔ) կիրառական գործիք է, որը բժշկին հնարավորություն է տալիս գնահատելու բուժառնությունների ճանաչողական կարողությունների վիճակը: Աղբյուր. Պատշաճ գործունեության խորհրդատվություն: Ացիեյմերի հիվանդություն և հարակից հիվանդություններ. ախտորոշում և վարում: Առողջապահության բարձրագույն ատյան, ղեկավարվելով 2011 թ.:

Տրամադրության անկման, տագնապային կամ քնի խանգարումների միաժամանակ ի հայտ գալը կարող է ծառայել որպես պատճառագիտական ուղեկից:

Վերջապես, առօրյա գործիքային գործունեության գնահատումը (պետք է մեկնաբանվի նախորդ վիճակի համեմատությամբ) առանցքային տարր է խանգարման կամ ծանրության քանակական գնահատման համար⁷: Այդ հարցուփորձը նաև հնարավորություն է ընձեռում գնահատելու հիվանդի ապրելակերպն ու շրջապատը:

Համակցված նշանների որոնում

Համակցված ախտանշանների առկայությունը, ինչպիսիք են զգայապատրանքները, քայլքի խանգարումները, անկանոն շարժումները, ընկնելը կամ անմիջապահությունը, կարող է վկայել բազմաբնույթի նյարդադեգեներատիվ հիվանդության մասին (Լևիի մարմնիկներով դեմենցիա, կողմնային ամիոտրոֆիկ կարծրախտ):

Արագ ընթացքով և վերջին ժամանակահատվածում ի հայտ եկած խանգարումները (մի քանի ժամից մինչև մի քանի օր), որոնք ուղեկցվում են ուշադրության տատանումներով, համապատասխանում են գիտակցության շփոթի համախտանիշների շրջանակին. դրանք առանձնահատուկ վարում պահանջող բժշկական հրատապ իրավիճակներ են, որոնց այստեղ չենք անդրադառնալ: Վերջապես, հիշողության անխառն ընթացքով խանգարման կապակցությամբ գանգատը (մի քանի շաբաթից մինչև մի քանի ամիս), զուգակցված նյարդաբանական նշաններով (էպիլեպսիա, շարժողական խանգարումներ, քայլքի խանգարումներ և այլն) և, հնարավոր է, ընդհանուր վիճակի վատթարացմամբ, պետք է հարուցի առտոհիմուն գլխուղեղաբորբի (օրինակ պարանետալազային կամ վահանագեղձային) հազվադեպ դեպքերի կամ կրոնցֆելդ-Յակոբի հիվանդության կասկած և պահանջում է անհետաձգելի մասնագիտական բուժօգնություն:

Ոչ նյարդաբանական պատճառների որոնում

Ճանաչողական խանգարմանը նախորդող տրամադրության կամ տագնապային խանգարումների և քնի ապնեդի համախտանիշի որոնումը Էպիլոտի հարցաշարով պետք է իրականացվի համակարգված կերպով՝ հաշվի առնելով դրանց տարածվածությունն ու նշանակալիությունը հիշողության խանգարումների պարագայում:

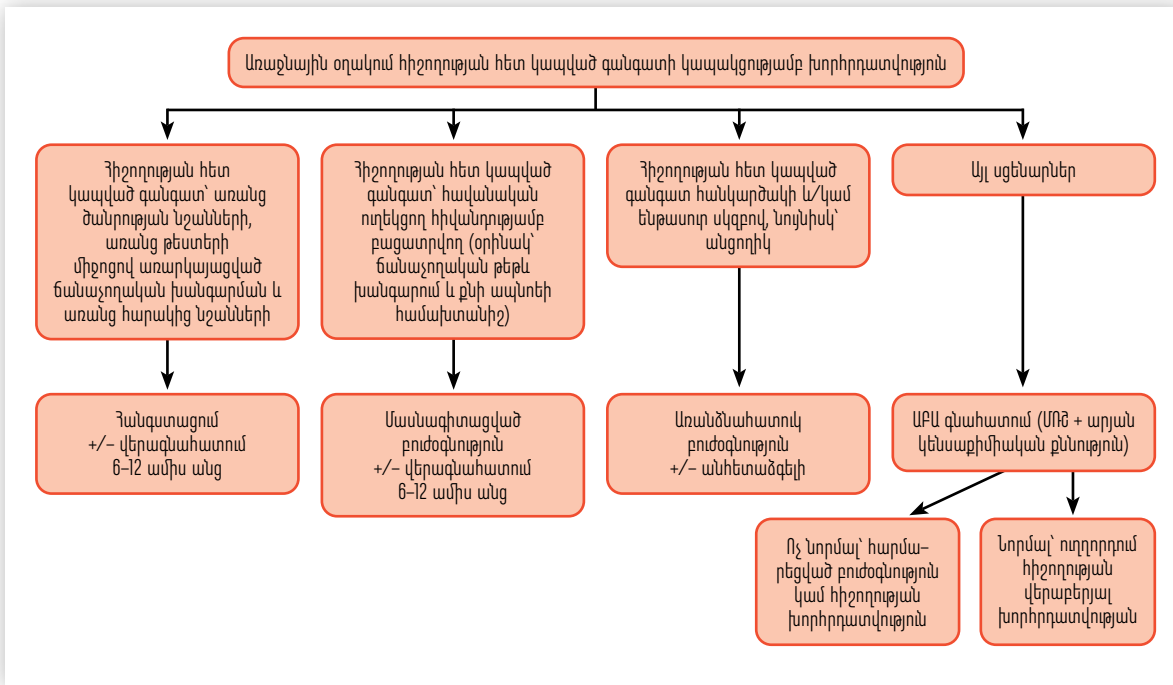
Վիճակական գնում

Հարցուփորձի ավարտից հետո հարկավոր է իրականացնել կրկնակի գնում (աղոսակ)՝ նյարդաճանաչողական քննություն՝ ճանաչողական խանգարումներ հայտնաբերելու համար, և սումատիկ քննություն, մասնավորապես՝ նյարդաբանական:

Ճանաչողական կարողությունների գնահատում՝ թեստերով

Ընտանեկան բժշկի խորհրդատվության ժամանակ կիրառվում են ընդհանուր թեստեր (այսինքն՝ մի քանի ճանաչողական գործառնություններ գնահատող), ինչպիսին է ՄՃԳ-ն (Մոնրեպայան ճանաչողական գնահատում) (<https://mocacognition.com/fr/>)⁸: Մտավոր վիճակի սեղմ քննությունը Նույնպես

ՀԻՇՈՂՈՒԹՅԱՆ ԽԱՆՁԱՐՈՒՄՆԵՐ



Պատկեր 2. Գործողությունների այգորիթմ հիշողության հետ կապված գանգատի կապակցությամբ առաջնային օղակում խորհրդատվությունից հետո: ԱԲԱ՝ նոռոջապահության բարձրագույն ատյան, ՄՈՑ՝ մագնիսառեզոնանսային շերտագրություն:

հետաքրքիր գործիք է (ՄԿԱԶ) (պատկեր 1), որն ապահովում է ավելի կշռադատված արդյունքներ հիշողության խանգարումների դեպքում, և ավելի մեծ է սոցիալ-կրթական մակարդակի ազդեցությունը, քան ՄՃԳ-ի պարագայում⁹: Որոշակի ճանաչողական գործառնություններ թիրախավորող թեստերը, ինչպիսին է 5 բառերի թեստը, նույնպես շատ օգտակար են խորհրդատվության ժամանակ դրվագային հիշողության խոսքային հաջորդընթաց (անտերոգրադ) խանգարումների տարբեր մեխանիզմները (կողավորում, պահպանում, վերարտադրում) տարբերելու համար¹⁰: Այնուամենայնիվ, այս ասպեկտները մասնակիորեն ներառված են ՄՃԳ-ում, որն ունի դրվագային հիշողության խոսքային հաջորդընթաց խանգարումներից տարբերվող այլ ճանաչողական գործառնությունների գնահատման հավելյալ առավելություն: Միօրինակացված թեստի կիրառությունը հնարավորություն է տալիս իրականացնելու նյարդաճանաչողական խանգարման առարկայացում: Ինչպես բոլոր սքրինինգային գործիքների պարագայում, այս թեստերին կարող է պակասել զգայունությունը (հատկապես սոցիալ-մշակութային բարձր մակարդակի տեր անձանց դեպքում) և առանձնահատկությունը: Հետևաբար, դրանք այն տարրերից են, որոնք նպաստում են հետազոտությունները շարունակելու որոշմանը, բայց միակը չեն:

Լրացուցիչ հարցուփորձ ուղեկցող անձի հետ

Հիվանդին ուղեկցող անձի հարցուփորձը հիշողության նախընթաց (ռետրոգրադ) կողմերի շուրջ հնարավորություն է տալիս արագ և որակյալ լրացնել ընդհանուր թեստերը: Վերջին շրջանի էական ինքնակենսագրական իրադարձություն-

ների նկարագրություն (վերջին արձակուրդ, ընտանեկան հանդիսություններ և այլն), նախորդ օրվա ընթացիկ և ընթացիկ իրադարձություններ, որոնք հնարավորություն են տալիս արագորեն պարզելու հիշողության հետ կապված ցանկացած դժվարություն: Ի վերջո, արձանագրվում է «հողմացույցի նշանի» առկայությունը (հիվանդը գլուխը շրջում է դեպի ուղեկիցը պատասխանները գտնելու համար):

Սոմատիկ գնում՝ նյարդաբանական նշանների հայտնաբերման նպատակով

Կլինիկական գնմամբ հարկավոր է որոնել համակցված նյարդաբանական նշաններ, մասնավորապես՝ արտաբրգային նշաններ (ակինեզիա, դող, բարձր տոնուս, մանրագրություն, նաև փոքր քայլերով քայլք, անշարժացում, շրջադարձ կատարելիս հավասարակշռության խանգարում, քայլելիս թևերի տարուբերման կորուստ), բրգային համախտանիշ, շարժողական անբավարարություն, ամիոտրոֆիա: Ընդհանուր սոմատիկ գնումը կարող է հուշել նորագոյացության կամ որևէ անբավարարությամբ պայմանավորված ախտահարման մասին:

Ինչ կողմնորոշում է տալիս գնման ավարտը

Ձևման ավարտին հնարավոր են մի քանի սցենարներ (պատկեր 2).

- առաջինը հիշողության հետ կապված գանգատն է՝ առանց ծանրության նշանների, առանց ճանաչողական խանգարումների, որն առարկայանում է թեստերի միջոցով և նյարդաբանական քննության նորմալ արդյունքներով: Սկզբնական շրջանում հիվանդին կարելի է իրավամբ հանգստացնել՝

Նախատեսելով վերագնահատում կես կամ մեկ տարի անց՝ նոր փաստի բացակայության դեպքում, կամ առանց հապաղելու՝ հանկարծակի վատթարացման դեպքում.

- երկրորդ սցենարը հիշողության հետ կապված այն գանգատն է, որը կարելի է բացատրել արտանյարդաբանական պատճառով: Խոսքը սովորաբար «թեթև ճանաչողական խանգարման» մասին է (այսինքն՝ առանց ինքնավարության կորստի)՝ կապված տրամադրության կամ տագնապային խանգարման (ինքնին ոչ ատիպիկ) կամ քնի ապնեոի համախտանիշի, կամ էլ՝ հավաստի բուժածին պատճառի հետ: Այս վերջին դեպքում առաջակվում է առանձնահատուկ վարում, որին հաջորդում է որոշ ժամանակ անց ճանաչողական վերագնահատում, եթե գանգատը պահպանվում է.

- մնացած բոլոր դեպքերում անհրաժեշտ է շարունակել հետազոտությունները. մտահոգիչ բնույթի գանգատ, անգամ՝ առանց համակցված օբյեկտիվ ճանաչողական խանգարման (հատկապես՝ սոցիալ-մշակութային բարձր մակարդակի տեր բուժառուների շրջանում), օբյեկտիվ նյարդաճանաչողական խանգարում՝ առանց ակնհայտ բացատրող գործոնի, կամ համակցված նյարդաբանական Նշանների առկայություն: Ըստ այդմ՝ պետք է կատարվի «ԱԲԱ» (Առողջապահության բարձրագույն ատյան) տիպի գնահատում՝ գլխուղեղի մագնիսառեզոնանսային շերտագրություն (ՄՌՇ) և լաբորատոր քննություններ՝ ներգատաբանական կամ նյութափոխանակային խանգարումներ հայտնաբերելու նպատակով: Ծեղման դեպքում (օրինակ՝ ՄՌՇ-ի արդյունքով՝ գլխուղեղի ախտահարում, նյութափոխանակային, անբավարարության հետ կապված կամ ներգատական խանգարում) իրականացվում է առանձնահատուկ բուժում: Հավելյալ հետազոտությունների ավարտին բացատրության բացակայության դեպքում հիվանդն ուղեգրվում է մասնագետի մոտ (հիշողության վերաբերյալ խորհրդատվություն, նյարդաբան և այլն):

Հիշողության հետ կապված գանգատի, նույնիսկ՝ անցողիկ, հանկարծակի ի հայտ գալու մասնավոր, հազվադեպ դեպքում վարումը պետք է լինի այնպիսին, ինչպիսին ցանկացած այլ սուր նյարդաբանական խանգարման պարագայում է. նախընտրելի է ուղղորդում անհետաձգելի բուժ-

օգնության բաժանմունք կամ, հակառակ դեպքում, մասնագետի մոտ՝ ամենատեղմ ժամկետներում (հարմարեցնել այստանշանների ի հայտ գալու պահից անցած ժամանակի և/կամ դարձելի բնույթի հետ), ինչը հաճախ համակցվում է գլխուղեղի անհետաձգելի ՄՌՇ-ով:

Հիշողության խանգարումների պատճառների ծանրության խիստ փոփոխականություն

Հիշողությունից գանգատվող հիվանդին մոտեցումը պետք է լինի մանրակրկիտ և համակարգված՝ հաշվի առնելով խանգարման շատ տարածված լինելը և հիմքում ընկած պատճառների ծանրության խիստ փոփոխականությունը: Հիմնական հրատապ իրավիճակները կարելի է ճանաչել ողջախիտ դիտարկմամբ (արագ խորացող խանգարում, հնարավոր է՝ զուգակցված այլ Նշանների հետ), թեպետ ինքնաբերաբար դարձելի բնույթը չպետք է կեղծ հանգստացնի (օրինակ՝ անցողիկ իշեմիկ գրոհ՝ գլխուղեղի իշեմիկ կաթվածի մեծ վտանգով):

Ոչ բոլոր գանգատների դեպքում է պետք ուղղորդել հիշողության վերաբերյալ խորհրդատվության (պատկեր 2), բայց բոլոր իրավիճակներում անհրաժեշտ է պատճառագիտական ախտորոշում, որպեսզի բաց չթողնվի որևէ բուժելի պատճառ, իսկ ներդրող գեներատիվ հիվանդության պարագայում հիվանդն ու նրա շրջապատը տեղեկացված լինեն և կարողանան անհրաժեշտ պատրաստություններ տեսնել: Ըստ հաշվարկների՝ հիմնական նյարդաճանաչողական խանգարումների գրեթե կեսը մնում է չախտորոշված¹¹, թեև բոլոր խորհրդատվությունները միաձայն հաստատում են ախտորոշման կարևորությունը, նույնիսկ՝ անբուժելի դեպքերում¹²: Դրանք, անշուշտ, կփոխվեն՝ գիտելիքի զարգացմանը, արյան պլազմայում Ալցհեյմերի հիվանդության պրոտեոմիկ կենսանշանների հայտնվելուն¹³ և, հատկապես, շուկայում հիվանդության ընթացքը փոխող ու Ալցհեյմերի հիվանդության վաղ փուլերի համար նախատեսված դեղամիջոցների հասանելիությանը զուգահեռ¹⁴:

RÉSUMÉ CONDUITE À TENIR DEVANT UNE PLAINTÉ MNÉSIQUE

La plainte mnésique est une affection répandue en population générale qui peut relever aussi bien d'un vieillissement cérébral normal que d'une maladie neurodégénérative incurable ou d'une affection curable. Aussi, le rôle du médecin généraliste est-il capital pour l'orientation vers d'éventuelles explorations complémentaires. L'écueil du sous-diagnostic, notamment en raison de l'incurabilité fréquente de la cause suspectée, est contraire à toutes les recommandations actuelles. Face à une plainte mnésique, la consultation de soins primaires a quatre objectifs: reconnaître les signes de gravité (drapeaux rouges) et sa sévérité, objectiver un trouble cognitif associé à l'aide de tests cognitifs, rechercher des signes associés, et dépister des causes évidentes, fréquentes et curables. Cet article

se veut un outil pratique, conforme aux recommandations de 2018 concernant la stratégie graduée et personnalisée de diagnostic des troubles neurocognitifs. Il détaille les éléments inquiétants à rechercher à l'anamnèse, les éléments qui doivent faire l'objet d'une attention ou d'une évaluation particulière et enfin la conduite à tenir à l'issue d'une consultation de soins primaires.

SUMMARY HOW TO DEAL WITH MEMORY COMPLAINTS

Memory complaint is a common condition in the general population and can indicate normal brain aging as well as incurable neurodegenerative disease or curable disorders. Therefore, the role of any primary care physician is crucial for the referral to further investigations. Furthermore, the pitfall of underdiagnosis, often related

to the current incurability of the suspected cause, is contrary to all current guidelines. When facing a memory complaint, the primary care consultation has four objectives: to identify the possible red flags amongst the memory complaint and the memory complaint severity, to objectify a neurocognitive disorder associated with the memory complaint using cognitive tests, to search for associated signs, and to screen for obvious, frequent, and curable causes of memory complaint. The article is intended to be a practical tool aligned with the 2018 French multidisciplinary recommendations regarding the graded and personalized strategy for diagnosing neurocognitive disorders. It details the possibly worrisome elements to be collected in the history, the elements that need special attention or assessment, and finally, the course of action to be taken after a primary care consultation.

ԳՂՈՒՄՆԵՐ

1. Jonker C, Geerlings MI, Schmand B. Are memory complaints predictive for dementia? A review of clinical and population-based studies. *Int J Geriatr Psychiatry* 2000;15:983-91.
2. Krolak-Salmon P, Letrilliart L, Ceccaldi M, Andrieu S, Guérin O, Dubois B, et al. Vers une stratégie nationale de diagnostic des troubles cognitifs. Approche commune du Collège de médecine générale et des spécialistes des troubles neurocognitifs. *Presse Médicale* 2018;47(1):75-83.
3. Salahudeen MS, Duffull SB, Nishtala PS. Anticholinergic burden quantified by anticholinergic risk scales and adverse outcomes in older people: A systematic review. *BMC Geriatr* 2015;15:31.
4. Lapeyre-Mestre M. Impact des benzodiazépines sur les fonctions cognitives et le risque de démence. Revue des arguments de causalité issus des études observationnelles. *Thérapie* 2019;74:407-19.
5. Haute Autorité de Santé (HAS). Guide parcours de soin Trouble neurocognitif associé à la maladie d'Alzheimer. 2018 <https://vu.fr/TmJVU>
6. Jessen F, Amariglio RE, Buckley RF, van der Flier WM, Han Y, Molinuevo JL, et al. The characterisation of subjective cognitive decline. *Lancet Neurol* 2020;19(3):271-8.
7. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist* 1969;9:179-86.
8. Nasreddine Z, Phillips N, Bedirian V, Charbonneau S, Whitehead V, Collin I, et al. The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: A brief screening tool for mild cognitive impairment. *J Am Geriatr Soc* 2005;53(4):695-9.
9. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res* 1975;12:189-98.
10. Dubois B, Touchon J, Portet F, Ousset PJ, Vellas B, Michel B. « Les 5 mots », épreuve simple et sensible pour le diagnostic de la maladie d'Alzheimer. *Presse Med* 2002;31:1696-9.
11. Observatoire Cap Retraite. La France face à la prise en charge de la maladie d'Alzheimer 2015. <https://vu.fr/KNsG>
12. Le plan contre les maladies neuro-dégénératives 2014-2019. Gouvernement.fr 4 février 2021. <https://vu.fr/crcf>
13. Teunissen CE, Verberk IMW, Thijssen EH, Vermunt L, Hansson O, Zetterberg H, et al. Blood-based biomarkers for Alzheimer's disease: Towards clinical implementation. *Lancet Neurol* 2022;21(1):66-77.
14. van Dyck CH, Swanson CJ, Aisen P, Bateman RJ, Chen C, Gee M, et al. Lecanemab in early Alzheimer's disease. *N Engl J Med* 2023;388(1):9-21.



Santé Arménie

Caring, training and building in Armenia

Ամենգիայով բուժառուի վարումը

Հիշողության խանգարումների փոխհատուցման ռազմավարություններ

Պիեր-Իվ ժոնան
 Ռենի համալսարանական հիվանդանոց, նյարդաբանության բաժանմունք, Հիշողության ռեսուրսային և հետազոտական կենտրոն, Ռեն, Թվային գիտությունների և տեխնոլոգիաների գիտահետազոտական ազգային ինստիտուտ (Inria), Պիտակային հետազոտությունների ազգային ինստիտուտ (CNRS), Առողջապահության և բժշկական հետազոտությունների ազգային ինստիտուտ (Inserm), Զամակարգչային գիտությունների և պատահական համակարգերի գիտահետազոտական ինստիտուտ, Միավորված հետազոտական ստորաբաժանում (IRISA UMR 6074) Empegn UI228, Ռենի համալսարան, Ռեն, Ֆրանսիա

pierreyves.jonin@chu-rennes.fr

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

Մինչև 1980-ականների սկիզբը հիշողության խանգարումների ոչ դեղորայքային բուժման մեթոդները սահմանափակվում էին հիշողությունը բարելավելու ուղղված կրկնողական վարժություններով: Ներկայումս հաստատվել է, որ այդ մեթոդներն արդյունավետ չեն: մարզումներն ապահովում են միայն համեստ բարելավումներ, որոնք ազդեցություն չունեն ամբողջով: Այսպիսով, հիշողության «մարզումը» ամենգիայով հիվանդների շրջանում դատապարտված է ծախսողման, այդ թվում՝ «պատրաստի»¹ ծրագրեր կիրառելիս: Փոխարենը, իրականության մեջ, որպես արդյունավետ, նկարագրված են մեթոդներ, որոնք ուղղված են ոչ թե հիշողության վերականգնմանը, այլ դրա անբավարարության փոխհատուցմանը՝ կամ հիշողության խանգարումները թեթևացնելով, կամ գիտելիքների յուրացման տարբեր մեթոդներ կամ էլ հատուկ ոլորտների տեխնոլոգիաներ կիրառելով, կամ արտաքին աջակցության դիմելով²:

Այնուամենայնիվ, հիվանդների իրատեսական նպատակները վերաբերում են իրենց ամբողջ կյանքին: միայն անհատականացված բուժման մոտեցումները, որոնք թիրախավորում են հիվանդի և նրա շրջապատի հետ համատեղ որոշված նպատակները, կարող են բարելավել նրա կյանքի որակը և ինքնուրույնությունը³:

Երկարաժամկետ հիշողությանը նպաստում այլընտրանքային ռազմավարությունների միջոցով

Հիշելու գործընթացները դյուրին դարձնող բուժման ընդհանուր սկզբունքը հիվանդներին մտապահելու այլընտրանքային ռազմավարություններ սովորեցնելն է: Մտավոր էական գործողություններ պահանջող այս մեթոդները հարկավոր է կիրառել միայն թեթև ամենգիա ունեցող հիվանդների դեպքում, որոնք պահպանել են մնացած ճանաչողական գործառնությունները: Ամենարդյունավետ մեթոդները կիրառում են տեսողական մտապատկերներ՝ դասական կամ ինքնառաջնորդողությամբ միջոցով ձևավորված, ինչպես նաև վերականգնման ուղղված մարզումներ՝ բաշխված ուսանում (ուսանման երկար ժամանակահատված՝ բաժանված կարճ ուսումնական շրջանների, որոնք ընդմիջվում են հանգստի փուլերով):

Տեսողական մտապատկերներ
 Տեսողական պատկերները, օրինակ, հնարավոր են դարձնում մարդկանց անունները հեշտ մտապահելը: Բուժառուին

խնդրում են գտնել կոնկրետ բառ՝ «պատկերացնելի» և հնչության բանաբաններն մոտ փոխարինման ենթակա թիրախ անվանը, որը հարկավոր է մտապահել: Այնուհետև բուժառուին նույնականացնում է դեմքի որևէ տարբերակիչ ֆիզիկական հատկանիշ և ստեղծում ինտերակտիվ մտավոր պատկեր, որը կապում է բառն ու պատկերը: Անձի հետ հաջորդ հանդիպման ժամանակ տարբերակիչ ֆիզիկական հատկանիշն ակտիվացնում է մտապատկերը, որն օգնում է գտնել կոնկրետ բառը, որն էլ, իր հերթին, ակտիվացնում է անհրաժեշտ անունը⁴: Գոյություն ունեն տեսողական մտապատկերման բազմաթիվ գործընթացներ, որոնք կարող են կիրառվել նաև ոչ տեսողական բովանդակություն հիշելը հեշտացնելու համար:

Բաշխված ուսանում
 Բաշխված ուսանումը և վերականգնողական վարժությունները հիմնված են ուսանելու հոգեբանության վրա: Ժամանակի մեջ բաշխված կարճ ժամանակահատվածներով ուսանումն ավելի արդյունավետ է, քան «զանգվածային» մեկնակցային ուսանումը: Բացի դրանից՝ տեղեկատվությունը (պատմություն, բառացանկ և այլն) հիշելու փորձերի կրկնությունը ավելի է նպաստում տեղեկատվությունը մտապահելուն, քան նույն տեղեկատվության ընթերցման կրկնությունը: Այս երկու երևույթները ցույց են տվել իրենց արդյունավետությունը երկարաժամկետ հիշողության ճանաչողական վերականգնման համար երկհիպոկամպային հիշակրուստի (ամենգիայի) համախտանիշի⁵, ցրված սկլերոզի, զանգուղեղային ծանր վնասվածքի և գլխուղեղի իշեմիկ կաթվածի դեպքում^{6,8}:

Այնուամենայնիվ, այս բուժումները հազվադեպ են ինքնաբերաբար ազդեցություն ունենում ամբողջ կյանքում: Դա անելու համար, որպես կանոն, անհրաժեշտ է կիրառել ներքոնշյալ մոտեցումները՝ հիմք ընդունելով հիվանդների պահպանված կարողությունները:

Հատուկ հմտությունների ուսանում. երեք մեթոդ՝ հաճախ զուգակցվող

Այս բոլոր մոտեցումների համար ընդհանուր սկզբունքը հիշակրուստի ժամանակ պահպանված կարողությունների կիրառությունն է՝ ամբողջ կյանքում ինքնուրույնությունը բարելավելու համար: Տարբերում են երեք մեթոդ՝ ուսանում աղոտ դարձող հուշումներով, ուսանում առանց վրիպումների և ընդմիջումներով վերականգնում:

Աղոտ դարձող հուշումներով ուսանում. պատահական արդյունավետություն

Այս մոտեցման ժամանակ բուժառուիին տրամադրվում է հետզհետե ավելի կոնկրետացող հուշումների շարք, որը կօգնի նրան գտնել ակնկալվող պատասխանը կամ վարքագիծը (տվյալ՝ բուժական տեսակետից նշանակալի իրավիճակում): Այդ հուշումներն այնուհետև աստիճանաբար դառնում են ավելի աղոտ, մինչև բուժառուին ինքը հասնի ճիշտ պատասխանին՝ առանց որևէ հուշման: Այս մեթոդը կարող է ներառել վարքագծերի ուսանում, որոնք օգտակար են առօրյա կյանքում (օրինակ՝ խոհանոցային որևէ գործ), կամ որևէ խնդրահարույց վարքագծի փոխարինում ընդունելի վարքագծով: Այնուամենայնիվ, այս մեթոդի արդյունավետությունը հաստատուն չէ, և դրա համադրությունն առանց վրիպումների ուսանման մեթոդի հետ ավելի հուսալի է (օրինակ՝ Ալցհեյմերի հիվանդության դեպքում⁹):

Առանց վրիպումների ուսանում. օգտակար՝ նույնիսկ ծանր դեպքերում

Առանց վրիպումների ուսանումը հիմնված է այն փաստի վրա, որ ամենգիայով հիվանդները մոռանում են ինչպես սխալ, այնպես էլ ճիշտ պատասխանները և, ըստ այդմ, չեն կարողանում հարմարեցնել իրենց վարքը: Հետևաբար անհրաժեշտ է կասեցնել հիվանդի վրիպումներ թույլ տալու հնարավորությունը: Այդ նպատակով նրան բազմիցս տրվում է ակնկալվող պատասխանը, մինչև որ նա ինքը կկարողանա այն ինքնաբերաբար գտնել: Այս մեթոդը հնարավորություն է տալիս ձեռք բերելու տարբեր հմտություններ, օրինակ՝ էլեկտրոնային օրագիր կազմել, ճանապարհ սովորել, դեմքեր ու անուններ զուգորդել, կենցաղային տեխնիկա կամ սմարթֆոն գործածել: Մի հետաքրքիր օրինակ ցույց է տալիս, թե ինչպես հիվանդը¹⁰, չնայած գլխուղեղի արյունազեղումային կաթվածից հետո ձեռք բերված լուրջ վնասվածքին, կարողանում է ինքնուրույն կատարել հիգիենայի և իր շաքարային դիաբետի հետ կապված որոշ ընթացակարգեր: Առանց վրիպումների ուսանումը, չնայած հիշողության ծանր խանգարմանը, արձանագրել է ծանրակշիռ օգտավետություն, այդ թվում՝ կյանքի որակի առումով¹¹:

Ընդմիջումներով վերականգնում. մեթոդ, որը կարող են կիրառել խնամք իրականացնողները

Ընդմիջումներով վերականգնման մեթոդը ենթադրում է հուշման (հարցի) և հիվանդի պատասխանի միջև ընկած ժամանակահատվածի աստիճանական ավելացում՝ մինչև այդ տեղեկատվությունը կպահպանվի բուժառուի երկարաժամկետ հիշողության մեջ: Այսպես, չնայած ամենգիային, հնարավոր է մտապահել անուններ, առարկաների գտնվելու վայրեր, հեռախոսից օգտվելու կանոններ, նոր բառապաշար և այլն: Այս մեթոդը, մասնավորապես, հնարավորություն է տվել ձեռք բերելու այնպիսի բարդ հմտություններ, ինչպիսիք են տեքստի հետ աշխատանքը համակարգչով¹²: Դրա առավելությունն այն է, որ հեշտությամբ կարելի է սովորեցնել խնամողներին կիրառել այն:

Գործնականում այս տարբեր մեթոդները հաճախ համակցվում են, և լայնածավալ հետազոտությունները ցույց են տալիս, որ հիշակորուստի համախտանիշը չի գրոյացնում նոր բան սովորելու հնարավորությունը:

Արտաքին աջակցության կիրառում

Արտաքին աջակցության կիրառումը կամ հիվանդի միջավայրի հարմարեցումը նույնպես նպատակ ունեն նպաստելու նրա ինքնուրույնությանը: Այս աջակցությունը բազմազան է՝ սկսած նշումներ անելուց, օրացույց, օրագիր կամ հուշաթերթիկներ, ժամանակաչափ, սմարթֆոնի տարբեր գործառնություններ օգտագործելուց մինչև հատուկ տեխնոլոգիաներ, որոնք նախատեսված են հիշակորուստով հիվանդների համար (էլեկտրոնային օրագիր, տարածության մեջ տեղորոշման/տեղաշարժման գործիքներ, օբյեկտների տեղորոշման ձայնային սարք, դյուրակիր տեսախցիկ և այլն):

Միջավայրի հարմարեցումը կարող է ներառել բարդ առաջադրանքների համար ստուգաթերթերի ստեղծում կամ համապատասխան վայրի հատկացում այն իրերի համար, որոնք հիվանդը առօրյայում ամենահաճախ է կորցնում:

Աջակցության այս տարբերակներն ունեն չորս ընդհանուր խնդիր, որոնք պահանջում են հոգեբանի ուղեկցություն ինչպես մինչև վերականգնողական սեսիաները, այնպես էլ դրանց զուգահեռ:

Նախ՝ «պրոթեզի» կիրառությունն ընդունելն ինքնին բարդ է: Դա կարող է անհանդուրժելի հնազանդություն համարվել հիվանդի համար կամ կարող է կապված լինել սխալ համոզմունքների հետ, որոնք դժվար է փոխել: Օրինակ, Ալցհեյմերի հիվանդության վաղ փուլերում հիվանդները հաճախ համարում են, որ այդ աջակցությունը կխանգարի «աշխատեցնել» իրենց հիշողությունը՝ արագացնելով ախտանշանների խորացումը:

Երկրորդ՝ դժվար է գնահատել հիվանդի որոշակի աջակցությունից, հատկապես՝ տեխնոլոգիական, օգտվելու կարողությունը: Հարկավոր է հաշվի առնել հիվանդությունից առաջ նրա ունեցած սովորությունները:

Երրորդ՝ արտաքին աջակցության իրագործումը պահանջում է հատուկ ուսանում, քանի որ ոչ մի միջոց փաստացի չի կարող վերացնել հաշմությունը:

Վերջապես, առօրյա կյանքում այդ աջակցության լայն կիրառումը հաճախ պահանջում է խնամողի օժանդակություն:

Այնուամենայնիվ, արտաքին աջակցությունը շատ հզոր բուժական լծակ է հիշակորուստի համախտանիշի ժամանակ¹³, մասնավորապես՝ երբ բուժման նպատակը վերաբերում է առաջադասյա (պրոսոպեդիկ) հիշողությանը¹⁴:

Ավելին, վերջին շրջանի հեռանկարային հնարավորությունները հույսի լուրջ հիմք են հիվանդների համար: Օրինակ՝ դյուրակիր տեսախցիկի օգտագործումը բարելավում է ոչ միայն հիշողությունը, այլև կյանքի ընդհանուր որակը¹⁵:

Տարատեսակ մեթոդների հարմարեցումը ինքնուրույնության հետ կապված ակնկալիքներին

Երկարաժամկետ հիշողության անբավարարության դեպքում, այդ թվում՝ ծանր, ճանաչողական վերականգնումն իրականացվում է տարատեսակ մեթոդներով, որոնց արդյունավետությունը, թեև՝ փոքր, լայնորեն ապացուցված է համապատասխան նպատակներին՝ հիվանդների ինքնուրույնությանը և կյանքի որակի բարելավմանը հասնելու առումով:

Այս մեթոդների արդյունքները համընկնում են մեկ բանում՝ արդյունավետ են միայն անհատականացված մոտեցումները: Այնուամենայնիվ, շատ հաճախ գործնականում գերակշռում են հիշողության չտարբերակված խթանումը կամ մարզումը, որոնք անարդյունավետությունն ապացուցված է:

Օգտակար կլինի, եթե բուժող բժիշկը հիվանդներին ուղղորդի մոտակա մասնագետի մոտ՝ խորհրդատվության, հիշողության ռեսուրսային և հետազոտական կենտրոններ,

որոնք, ֆիզիոթերապիայի և վերականգնողական ծառայություններին զուգահեռ, ունեն նյարդահոգեբանական հնարավորություններ՝ բուժման այս մեթոդները կյանքի կոչելու համար:

Բուժումները, որոնք համատեղում են բազմաթիվ մոտեցումներ (օրինակ՝ Կորսակովի համախտանիշի դեպքում)¹⁶, ինչպես նաև սմարթֆոնների՝ մարդու հիշողության նյարդաբանական մոդելների վրա հիմնված հավելվածների մշակում¹⁷, խոստումնալից հեռանկարներ են բացում:

RÉSUMÉ PRISE EN CHARGE D'UN PATIENT AMNÉSIQUE

Jusqu'au début des années 1980, les thérapies non médicamenteuses du syndrome amnésique se limitaient à des exercices de mémoire répétitifs. Leur inefficacité est aujourd'hui établie, dès lors que l'objectif thérapeutique concerne la vie quotidienne. En revanche, une série d'autres méthodes thérapeutiques ont montré une efficacité robuste, quoique modeste. Ces thérapies reposent principalement sur la facilitation des processus déficitaires, sur l'apprentissage d'aptitudes spécifiques, ou sur le recours à des aides externes. Mises en oeuvre par la neuropsychologie clinique, elles ont en commun la nécessité d'identifier un objectif précis et pertinent sur les actes de la vie quotidienne. Susceptibles d'aboutir à des bénéfices en matière d'autono-

mie et de qualité de vie, ces méthodes démontrent que le syndrome amnésique n'obère pas toute possibilité d'apprentissage. Les perspectives concernent la combinaison de techniques entre elles et le recours à des aides technologiques fondées sur les modèles neurocognitifs de la mémoire humaine. Leur efficacité reste dépendante d'une approche individualisée, centrée sur les singularités du patient.

SUMMARY MANAGEMENT OF AN AMNESIC PATIENT

Until the early 1980s, neuropsychological rehabilitation of amnesic syndromes was limited to extensive repeated practice ('cognitive drill'). The ineffectiveness of these methods is now acknowledged, if the therapeutic target concerns daily life. On the other

hand, a serie of therapeutic methods have shown robust, albeit modest, efficacy. These therapies are mainly based on the facilitation of impaired processes, on the learning of specific skills or on the use of external memory aids. Mostly applied within clinical neuropsychology settings, they have in common the need to identify a relevant goal in daily life. These methods are likely to lead to robust benefits in terms of independence and quality of life and demonstrate that the amnesic syndrome does not hinder any new learning abilities. Promising avenues in the field concern the combination of techniques and the use of technological aids based on neurocognitive models of human memory. Their effectiveness still relies on a highly tailored, individual approach, focusing on what makes each patient unique in terms of needs and disabilities.

ՂՈՒՄՆԵՐ

- Gopi Y, Wilding E, Madan CR. Memory rehabilitation: Restorative specific knowledge acquisition compensatory and holistic approaches. *Cogn Process* 2022;23:537-57.
- Van Der Linden M, Coyette F, Seron X. La revalidation des troubles de la mémoire à long terme. In: Seron X, Van Der Linden M. *Traité de neuropsychologie clinique de l'adulte, vol. 2 (Revalidation)*. Louvain-la-Neuve: ed. De Boeck Supérieur, 2016:105-44.
- Amieva H, Robert PH, Grandoulier AS, Meillon C, De Rotrou J, Andrieu S, et al. Group and individual cognitive therapies in Alzheimer's disease: The ETNA3 randomized trial. *Int Psychogeriatr* 2016;28(5):707-17.
- Coyette F, Van Der Linden M. Les stratégies d'imagerie mentale dans la rééducation des troubles de la mémoire. In: Meulemans T, Desgranges B, Adam S, Eustache F. *Évaluation et prise en charge des troubles mnésiques*. Ed. Solal, 2003:333-71.
- Green JL, Weston T, Wiseheart M, Rosenbaum RS. Long-term spacing effect benefits in developmental amnesia: Case experiments in rehabilitation. *Neuropsychology* 2014;28:685-94.
- Evans FA, Wong D, Stolwyk RJ. Retrieval practice enhances memory for names in survivors of stroke. *Neuropsychology* 2020;34:874-80.
- Sumowski JF, Leavitt VM, Cohen A, Paxton J, Chiaravallotti ND, DeLuca J. Retrieval practice is a robust memory aid for memory-impaired patients with MS. *Mult Scler* 2013;19:1943-6.
- Sumowski JF, Coyne J, Cohen A, DeLuca J. Retrieval practice improves memory in survivors of severe traumatic brain injury. *Arch Phys Med Rehabil* 2014;95:397-400.
- Foloppe DA, Richard P, Yamaguchi T, Etcharry-Bouyx F, Allain P. The potential of virtual reality-based training to enhance the functional autonomy of Alzheimer's disease patients in cooking activities: A single case study. *Neuropsychol Rehabil* 2018;28:709-33.
- Ferland MB, Larente J, Rowland J, Davidson PSR. Errorless (re)learning of daily living routines by a woman with impaired memory and initiation: Transferrable to a new home? *Brain Inj* 2013;27:1461-9.
- Rensen YC, Egger JI, Westhoff J, Walvoort SJ, Kessels RP. The effect of errorless learning on quality of life in patients with Korsakoff's syndrome. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2017;13:2867-73.
- Campbell R, Conway MA. *Broken memories: Case studies in memory impairment*. Oxford, Wiley-Blackwell, 1995.
- Dewar BK, Kapur N, Kopelman M. Do memory aids help everyday memory? A controlled trial of a Memory Aids Service. *Neuropsychol Rehabil* 2018;28:614-32.
- Jones WE, Bengte JF, Scullin MK. Preserving prospective memory in daily life: A systematic review and meta-analysis of mnemonic strategy cognitive training external memory aid and combination interventions. *Neuropsychology* 2021;35:123-40.
- Silva AR, Pinho MS, Macedo L, Moulin CJA. A critical review of the effects of wearable cameras on memory. *Neuropsychol Rehabil* 2018;28:117-41.
- Biemond R, Oudman E, Postma A. The use of an errorless learning application to support re-learning of (instrumental) activities for people living with Korsakoff syndrome. *J Clin Med* 2022;11:6947.
- Martin CB, Hong B, Newsome RN, Savel K, Meade ME, Xia A, et al. A smartphone intervention that enhances real-world memory and promotes differentiation of hippocampal activity in older adults. *Proc Natl Acad Sci USA*

ՀԻՇՈՂՈՒԹՅԱՆ ԽԱՆԳԱՐՈՒՄՆԵՐ.

10 հիմնական ուղերձներ

Ֆատստո Վիադե

Նյարդաբանության բաժանմունք, Քոթ դը Նակրի համալսարանական հիվանդանոց, Կան-Նորմանդիա համալսարան, Առողջապահության և բժշկական հետազոտությունների ազգային ինստիտուտ «Նյարդահոգեբանություն և մարդկային հիշողության պատկերային հետազոտություն» միավոր, Կան, Ֆրանսիա

fausto.viader@unicaen.fr

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

1 Հիշողության հետ կապված երևույթները միկրոսկոպիկ մակարդակում գործի են դնում նեյրոնային շղթաներ և նեյրոգենեզի երևույթներ: Այնուամենայնիվ, որոշ առանցքային անատոմիական կառույցներ, ինչպիսիք են հիպոկամպը և լիմբային բիլթը, կենտրոնական դեր են խաղում: Հիպոկամպը մասնակցում է հիշողության մեջ պահվող տեղեկատվության ձեռքբերմանը, պահպանմանը և բաշխմանը:

2 Մարդու հիշողությունը բաղկացած է հինգ փոխազդող համակարգերից՝ աշխատանքային հիշողություն, դրվագային հիշողություն, իմաստաբանական հիշողություն, ընկալողական հիշողություն և ընթացակարգային հիշողություն: Անհատական հիշողության մաս կազմող այս տարբեր միավորները փոխազդում են հավաքական հիշողության հետ:

3 Տեսական հիշակորուստ (ամենզիա) առաջացնող հիվանդությունները չեն սահմանափակվում միայն Ալցհեյմերի հիվանդությամբ: Բացի նեյրոգենեզի ներառված պատճառներից, կան նաև վիտամինային անբավարարությամբ, իմունային համակարգի արձագանքման խանգարմամբ, թունահարմամբ պայմանավորված, վնասվածքային և անոթային պատճառներ:

4 Իմունային համակարգի արձագանքման խաթարմամբ («լիմբային գլխուղեղաբորբ») և վիտամինային անբավարարությամբ պայմանավորված հիշողության խանգարումները պահանջում են արագ գնահատում, քանի որ դրանք կարող են արդյունավետ բուժվել վաղ շրջանում:

5 Տարանջատման (դիսոնիա) ամենզիան ինքնակենսագրական ամենզիայի ձև է՝ բացատային (լակունար) կամ ընդհանուր (գլոբալ), որը կարող է հասնել այն աստիճանի, որ հիվանդը կարող է կորցնել ինքնությունը: Ախտորոշումը հիմնված է կլինիկական և հարկլինիկական գնահատման վրա՝ առաջնորդվելով համատեքստով, որը հնարավորություն է տալիս բացատրելու գործառնության խանգարումները:

6 Հիշակորուստային դրվագը պատահական իրադարձություն է, որը հետագայում հետևանքներ չի ունենում հիշողության վրա: Հիվանդացությունը 3-8 դեպք է՝ 100000 մարդու հաշվով, կանանց գերակշռմամբ և գազաթնակետով 60-65 տարեկանում: Դրվագը տևում է քսանչորս ժամից պակաս: սկիզբը հանկարծակի է, 50% դեպքերում կա հրահրող գործոն: Անցողիկ հիշակորուստի այլ տեսակներ պայմանավորված են էպիլեպսիայով, անոթային ախտահարումներով, թունահարմամբ կամ վնասվածքներով:

7 Հիշողության հետ կապված ցանկացած գանգատ պետք է գնահատվի ընտանեկան բժշկի խորհրդատվության ժամանակ՝ պարզ ճանաչողական թեստերի կիրառությամբ:

8 Մի շարք փաստարկներ, հիմք ընդունելով գանգատի «կարմիր դրոշակները», ճանաչողական թեստերի արդյունքները և ուղեկցող հիվանդությունները, հնարավորություն են տալիս կամ հանգստացնելու բուժառուին, կամ համոզելու հետագա հետազոտության անհրաժեշտության մեջ:

9 Թեև պարզ և արագ թեստերը հնարավորություն են տալիս բացահայտելու հիշողության խանգարումները, անհրաժեշտ է մանրակրկիտ նյարդահոգեբանական հետազոտություն՝ դրանց մեխանիզմը որոշելու կամ չնկատված ամենափոքր խանգարումները վեր հանելու համար:

10 Հիշակորուստի համախտանիշը հիշողության ամբողջական կորստի հոմանիշ չէ: Ճանաչողական նյարդահոգեբանության վրա հիմնված բուժումը կիրառում է բուժառուի պահպանած ունակությունները՝ նրա կյանքի որակը և ինքնուրույնությունը բարելավելու համար:

Սա ի՞նչ է



33-ամյա տղամարդը տեղափոխվել է հիվանդանոց մեկ ամսվա ընթացքում արագորեն խորացած հևոցով՝ համակցված հորամկանացավերով և 38°C տենդով:

Ա. Պալարախտ

Բ. Սարկոիդոզ

Գ. Լեգեոներների հիվանդություն (լեգեոներլոզ)

Դ. Դերմատոմիոզիտ

Ե. Թոքային գերաճային օստեոարթրոպաթիա

ՊԱՏԱՆԱՆԸ՝ էջ 68

WWW.LAREVUEDUPRATICIEN.FR

Սա ի՞նչ է



47-ամյա տղամարդը դիմել է ընտանեկան բժշկին կրծքավանդակի մի քանի շաբաթ շարունակվող ցավերի գանգատով: Կլինիկական հետազոտությամբ որևէ առանձնահատկություն չի հայտնաբերվել: Այնուհետ բուժառույժն ուղեգրել են սրտաբանի մոտ, որն ախտորոշել է սրտապարկի (պերիկարդ) արտաքիտ և սկսել ասպիրինով բուժում: Ծ-դիմերների բարձր մակարդակով պայմանավորված՝ իրականացվել է 78-անոթագրություն: Լրացուցիչ կատարվել է 18-ՖՊԳ-ով ՊԱՇ:

- Ա. Սեղմող սրտապարկաբորբ (կոնստրիկտիվ պերիկարդիտ)
- Բ. Թոքային զարկերակների երկկողմանի թրոմբոէմբոլիա
- Գ. Միջնորմի առաջնային B-բջջային լիմֆոմա

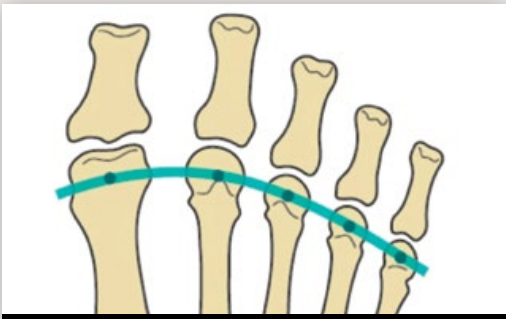
- Դ. Ուրցագեղձի ուռուցք (թիմոմա)
 - Ե. Ավշահանգույցների պալարախտ
- ՊԱՏԱՆԱՆԸ՝ էջ 82

Մա ի՞նչ է

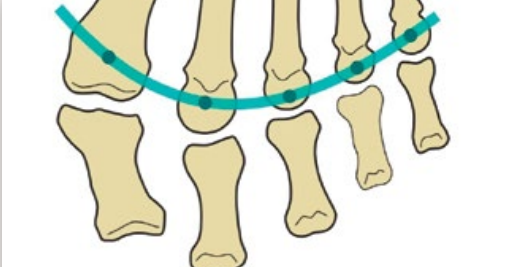
Նախագարշապարի՝ բուժման ջենթարկվող ցավ



Պատկեր 1. Պոնաթաթերի՝ ներբաններ՝ առավելապես ձախ ոտնաթաթին արտահայտված. առաջին մատի վալգուսային ձևախախտում և մաշկը լարող ուժի ներգործությամբ պայմանավորված կոշտով նախագարշապարի առաջին ոսկրի միջային հատվածում:



Պատկեր 2. Նախագարշապարային ոսկրերի գլխիկների՝ ներդաշնակ դասավորությունը՝ ըստ Լըլիերի կորի



Պատկեր 3. Լըլիերի կորի խախտում՝ նախագարշապարի շատ կարճ և վարդապայի (0-աձև) թեքվածությամբ առաջին ոսկրով, հենարանի՝ նահանջ առաջին գլխիկի տակից, որը պատասխանատու է երկրորդի ծանրաբեռնվածության համար:

23-ամյա կին զինվորականը դիմել էր բժշկի ներբանի կողմից ոտնաթաթերի առաջային հատվածում ցավի գանգատով (առավել ուժգին՝ ձախ ոտնաթաթի), որն անհանգստություն էր պատճառում արդեն մեկ տարուց ավելի: Ջննման ընթացքում դիտարկվեց առավելապես ձախ ոտնաթաթին արտահայտված առաջին մատի (բթամատ) վալգուսային ձևախախտում (Hallux valgus) և մաշկը լարող ուժի ներգործությամբ պայմանավորված կոշտով նախագարշապարի առաջին ոսկրի միջային հատվածում (պատկեր 1): Ի հայտ էր եկել նախագարշապարի ոսկրերի գլխիկների կորի (այսպես կոչված «Լըլիերի» կոր) խախտում:

Առաջին մատի վալգուսային ձևախախտումը նվազեցնելու համար առաջարկվում են ներբանային օրթեզներ՝ նախագարշապարի ոսկրերի գլխիկների, հատկապես՝ առաջին ոսկրի գլխիկի տակ դրվող հենարան-ներդիրներ: Բուժառուին նաև խորհուրդ է տրվում զբաղվել բեռնաթափող սպորտաձևերով (հեծանիվ, լող և այլն): Պահպանողական բուժման ձախողման դեպքում կարող է դիտարկվել առաջին մատի վալգուսային ձևախախտման վիրահատություն:

Լըլիերի հիվանդությունը նախագարշապարի մի ոսկրից մյուսը փոխանցվող ստատիկ ցավ է (մետատարգալգիա)՝ մեխանիկական ծագման, որը հետևանք է առաջին նախագարշապարամատնոսկրային ճառագայթի անբավարարության՝ պայմանավորված նախագարշապարի առաջին ոսկրի (ՆԳ1) հարաբերական կարճացմամբ (պատկերներ 2 և 3): ՆԳ1-ի երկարության այդ արտադր կարող է լինել բնածին կամ ձեռքբերվող, ինչպես բթամատի վալգուսային ձևախախտումը, որը հաճախ ի հայտ է գալիս դեռահասության շրջանում: Առաջին ճառագայթը դառնում է անգործունակ՝ ՆԳ1-ի գլխիկին հենարանի անհետացմամբ: Մարմնի քաշը փոխանցվում է նախագարշապարի երկրորդ և երրորդ ոսկրերի գլխիկներին, որոնք զգալիորեն ավելի բարակ են, ինչը հանգեցնում է գերծանրաբեռնվածության կամ գլխիկանախագարշապարային համախտանիշի¹: Քայլելիս և շոշափելիս ցավ կա: Կլինիկական հետազոտությունը բացահայտում է ոտնաթաթի կլոր և եռանկյունաձև առաջային մաս՝ ՆԳ1-ի գլխիկի տակ կոշտուկի բացակայությամբ, և գերկոշտուկ՝ նախագարշապարի երկրորդ և երրորդ ոսկրերի: Ծանրաբեռնված վիճակում ռենտգենագրությունը հնարավորություն է տալիս որոշելու Մեշանի անկյունը, որը գնահատում է Լըլիերի կորի ներդաշնակությունը²: Բարդություններից են՝ ոտնաթաթի ներբանային կապանի և արտաքին նախագարշապարամատնոսկրային հողերի հողապարկի վնասվածքը, որը հանգեցնում է ենթահողախախտի կամ նույնիսկ հողախախտի, Ֆրայբերգի հիվանդությունը (նախագարշապարային ոսկրի գլխիկի օստեոխոնդրիտ կամ օստեոխոնդրոզ), բուրսիտը (ձուսապրկաբորբ), Մորտոնի համախտանիշը և հոգնածության կոտրվածքը³: Պահպանողական բուժման անբարենպաստ զարգացման դեպքում (ցավագրկող դեղամիջոցներ և օրթոպեդիկ վարում) հարկավոր է առաջարկել վիրաբուժական վարում³:

Ծարեն Ֆրես¹,
Վիկտորյա Պիբենդար¹,
Կարոլին Դեյյորոսե¹,
Մարին Գարդի²,
Մանդրին Վավրուո³

1. Բանակի առողջապահական ծառայություն, բանակի 4-րդ բժշկական կենտրոն, Թուլ, Ֆրանսիա
2. Բանակի առողջապահական ծառայություն, բանակի 104-րդ բժշկական կենտրոն, Նիմ, Ֆրանսիա
3. Փարիզի Սեն ժոզեֆ հիվանդանոց, Փարիզ, Ֆրանսիա

charlene.fraysse @orange.fr

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

ԳՂՈՒՄՆԵՐ

1. Damiano J. Douleurs de l'avant pied. Rev Prat 2010;60:345-52.
2. Laffenêtre O, Chauveaux D. Insuffisance du premier rayon. EMC Podologie 2005;1:1-11.
3. Lechevalier O, Nouijai A, Damiano J, Banal F. Démarque diagnostique et traitement devant une douleur de l'avant-pied. EMC, Traité de médecine Akos 2011;7-0415:1-7.

Սա ի՞նչ է

Վաարդենբուրգի համախտանիշ

Ծագումով Բենիկից 4-ամյա երեխայի, առանց անձնական կամ ընտանեկան որևէ նախադեպի, բերել էին բժշկի՝ բնածին խլության պատճառով:

Կլինիկական զննման ժամանակ նշվեց, որ սև մաշկ ունեցող բուժառուի մոտ առկա է երկկողմանի զգայական խլություն, լայն քթարմատ, երկկողմանի վառ կապույտ ծիածանաթաղանթ (պատկեր): Կլինիկական հետազոտությունն այլ առանձնահատկություններ չհայտնաբերեց: Ֆենոտիպային այս բնութագրերը հաշվի առնելով՝ օգտագործվեց Վաարդենբուրգի համախտանիշ: Երեխան ուղեգրվեց խխունջային իմպլանտների տեղադրման մասնագիտացված հիվանդանոց՝ զնահատելու համար նման վարման հնարավորությունը:



Պատկեր. Վաարդենբուրգի համախտանիշին բնորոշ կապույտ աչքեր:

Վաարդենբուրգի համախտանիշն առաջին անգամ հայտնաբերվել է 1916 թվականին խուլուհամր երկվորյակ քույրերի հետազոտելիս: Այնուամենայնիվ, 1951 թվականին էր, որ բժիշկ Պետրուս Յոհաննես Վաարդենբուրգն իրականացրեց խոր հետազոտություն՝ սահմանելով այդ համախտանիշին առանձնահատուկ բնութագրերը, և այն այդուհետ կրում է նրա անունը¹:

Այդ հազվադեպ աուտոսոմային դոմինանտ ժառանգական հիվանդությունն այստեղից էր հայտնաբերվել է նյարդային կատարի բջիջները: Կապված է PAX3 գենի մուտացիաների հետ: Այդ գենը կարևոր դեր ունի սաղմնային նյարդային կատարի բջիջներից ածանցված մելանոցիտների զարգացման և տարբերակման գործում²:

Հիմնական ֆենոտիպային բնութագրերը ներառում են՝ սպիտակ մազափունջ, վառ կապույտ աչքեր, դիմային շեղումներ, ինչպիսիք են երկու ականճեղքերի ներքին անկյունների միջև մեծ տարածությունը և լայն քթարմատը, նյարդագգայական ծագման լսողության կորուստ և վերին վերջույթների շեղումներ³:

Վաարդենբուրգի համախտանիշի վարումը օրինակաբար նշանակալի է և ուղղված է բուժառուների կյանքի որակի բարելավմանը: Նրանք, ովքեր ստապում են խլությամբ, կարող են օգտվել խխունջային իմպլանտներից:

Կյուր Բուբերի, Վայիդ Աթմանի, Մուստաֆա Բենսուրի

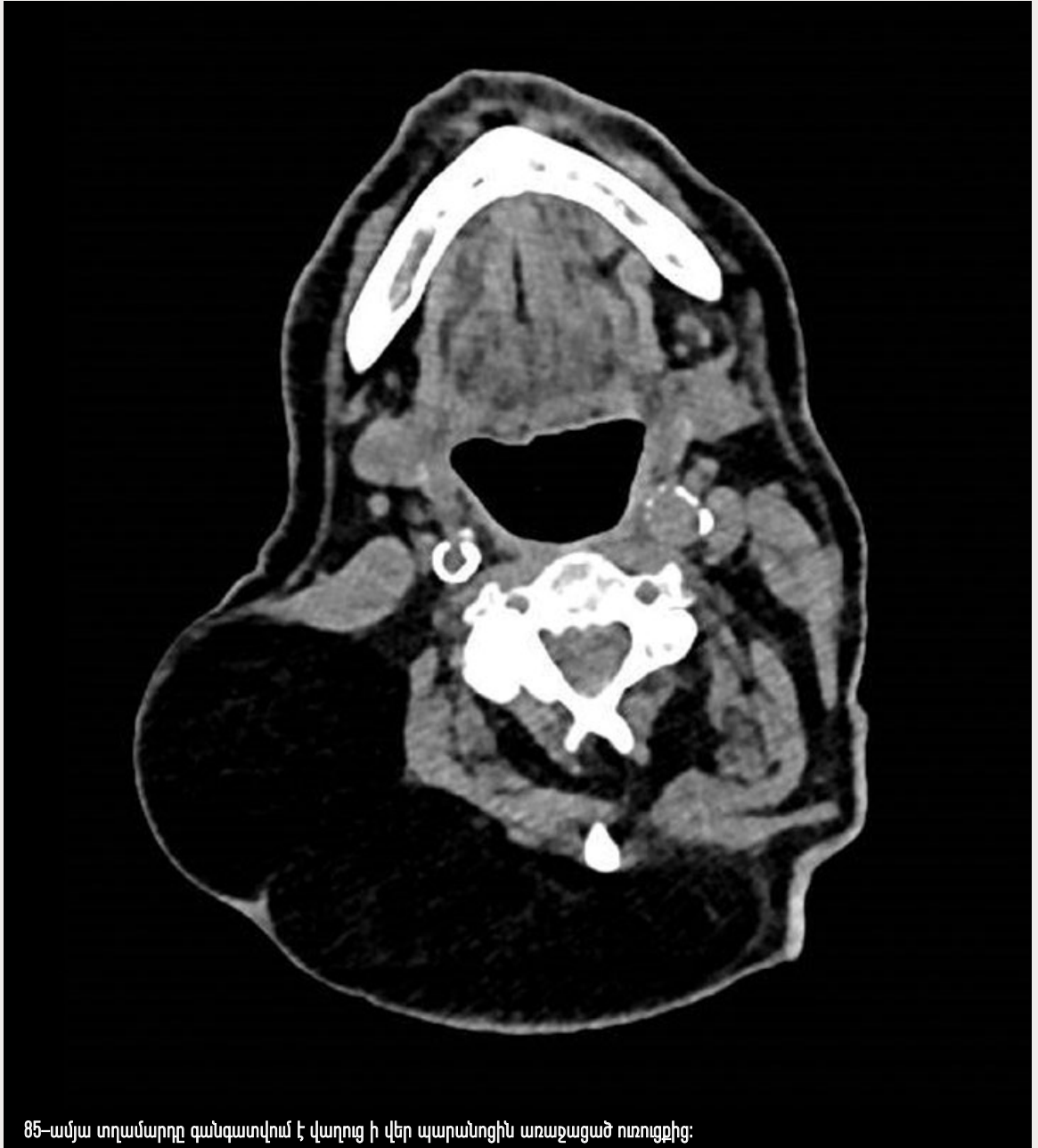
Անզգայացման բաժանմունք, Մուհամեդ-Վ զինվորական հոսպիտալ, Ռաբաթ, Մուհամեդ-Վ համալսարան, Ռաբաթ, Մարոկկո
dr.boubkri@gmail.com

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

ՀՊՈՒՆԵՐ

1. Waardenburg PJ. A new syndrome combining developmental anomalies of the eyelids, eyebrows and nose root with pigmentary defects of the iris and head hair and with congenital deafness. *Am J Hum Genet* 1951;3:195–253.
2. Apuzzo S, Gros P. Cooperative interactions between the two DNA binding domains of Pax3: Helix 2 of the paired domain is in the proximity of the amino terminus of the homeodomain. *Biochemistry* 2007;46:2984–93.
3. Read AP, Newton VE. Waardenburg syndrome. *J Med Genet* 1997;34(8):656–65.

Սա ի՞նչ է

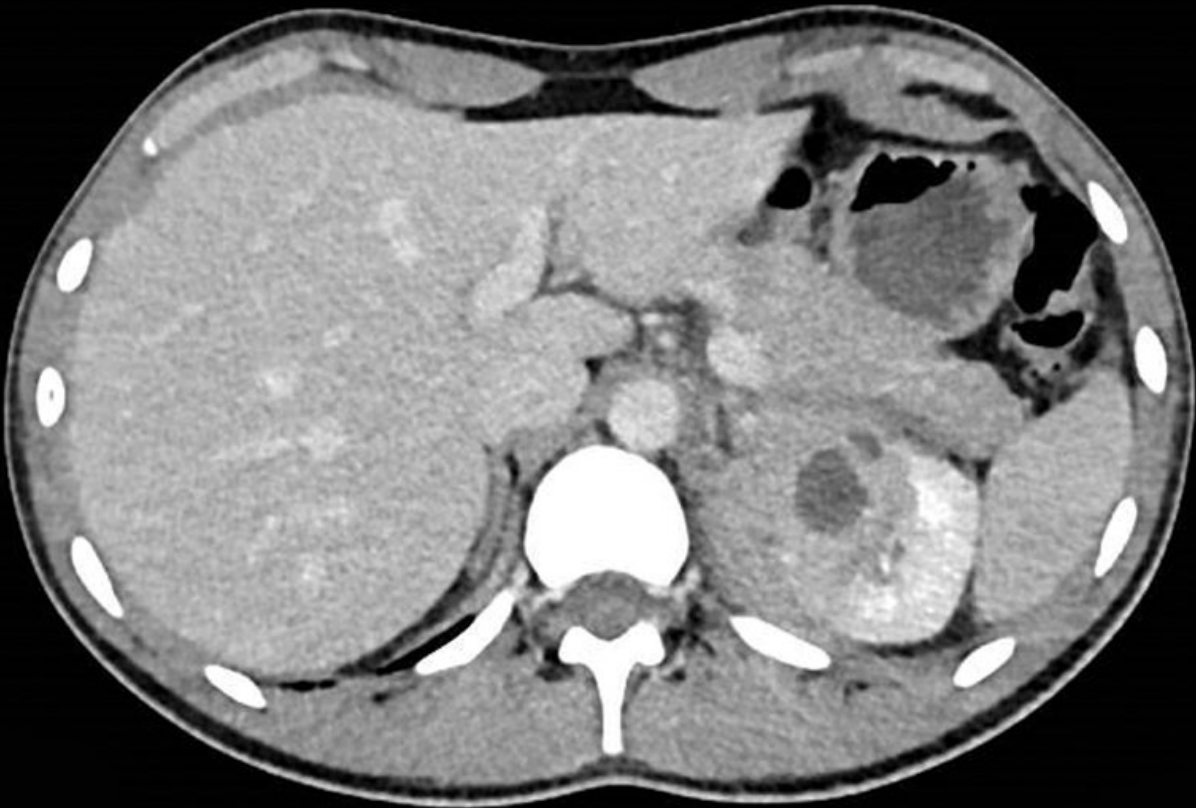


- Ա. Ստաֆիլոկոկային արքցես
- Բ. Ենթամաշկային էմֆիզեմա
- Գ. ճարպուռուցք (լիպոմա)

- Դ. Սարկոմա
- Ե. Ավշահանգույցների պալարախտ
ՊԱՏԱՆԱՆԸ՝ էջ 83

WWW.LAREVUEDUPRATICIEN.FR

Սա ի՞նչ է



Իմունաճնշիչներ ստացող 20-ամյա տղամարդը տեղափոխվել է հիվանդանոց՝ գոտկատեղի ճախ շրջանում ցավերով և բարձր տենորով: Շ-ռեակտիվ սպիտակուցը 150 մգ/լ է: Մեզի բջջաբակտերիաբանական հետազոտության տվյալներով՝ մանրէներ չկան:

- Ա. Պիելոնեֆրիտ
- Բ. Երիկամի ինֆարկտ
- Գ. Երիկամի արքցես
- Դ. Երիկամի քաղցկեղ
- Ե. Երիկամի ավազան-միզածորան միակցման համախտանիշ
- ՊԱՏԱՆԱՆԸ՝ էջ 83

Սա ի՞նչ է

Էրիթրոդերմային փտորիազ

Լորի Ռոլեն¹,
Նոյեմի Ռիոալ²,
ժյուլի Սըրե¹,
Մարիա Դոլգեն¹,
Քսավիե Ֆուլան¹

1. Շտապօգնության բաժանմունք, բանակի ուսումնական հոսպիտալ Կլերմոն-Տոնեթ, Բրետտ, Ֆրանսիա
2. Մաշկաբանության բաժանմունք, բանակի ուսումնական հոսպիտալ Կլերմոն-Տոնեթ, Բրետտ, Ֆրանսիա

xavier.fouilland
@intradef.gouv.fr

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

Շտապօգնության բաժանմունք էր դիմել 32-ամյա երիտասարդ՝ առանց մշտական բնակության վայրի, առանց բժշկական հսկողության, հինգ շաբաթվա ընթացքում զարգացած մաշկային ախտահարումների գանգատով: Առաջին ախտահարումներն ի հայտ էին եկել հոր մահվան մասին լուրից հետո: Դրանք առաջացնում էին քոր: Երիտասարդը նկարագրում էր նույն տիպաբանության, բայց սովորաբար շատ ավելի քիչ տարածումով մաշկային ախտահարումների կրկնություններ: Մի քանի ամիս առաջ նա բուժվել էր տեղային կորտիկոստերոիդներով, սակայն դրանից հետո կրկին չէր դիմել բժշկի խորհրդատվության:

Երիտասարդի մայրը տառապում է փտորիազով: Հազուսուրը հանելիս դիտարկվեց մաշկի մակերեսի առնվազն 90 % ախտահարում՝ ծածկված հստակ եզրագծով չոր կարմրամաշկային թեփառու ախտահարումներով (**պատկերներ**): Անվնաս էին միայն ներբանները, ձեռքի ափերը և դեմքը: Ծնկի ուղղումը սահմանափակված էր չոր և հաստ թեփուկավոր տեղամասերի պատճառով: Հոդացավ չունեք:

Բուժառուն ախտահարված էր Էրիթրոդերմային փտորիազով՝ առանց վարակիչ, ջրաէլեկտրոլիտային կամ ջերմակարգավորման բարդությունների: Նրան հոսպիտալացրին ներքին հիվանդությունների բաժանմունքում՝ լիարժեք կենսաբանական հետազոտություն իրականացնելու համար: Նշանակվեց բուժում տեղային կորտիկոստերոիդներով, ինչը հանգեցրեց մաշկի վիճակի հստակ բարելավման 48 ժամվա ընթացքում: Բուժառուն չկարողացավ օգտվել ռետինոիդներով համակարգային բուժումից՝ սոցիալական անկայունության և անհրաժեշտ կենսաբանական հսկողություն իրականացնելու անորոշության պատճառով: Նա հիվանդանոցից դուրս գրվեց՝ ստանալով միայն տեղային բուժում: Բուժառուն պետք է կրկին հետազոտվի՝ IL-17-ի կամ IL-23-ի դեմ հակամարմիններով կենսաբուժում իրականացնելու համար:





Պատկեր 1-3. Ամբողջ մարմնին հստակ եզրագծով չոր կարմրամաշվային թեփառու ախտահարումներ:

Փսորիազային էրիթրոդերմիան (ՓԷ) էրիթրոդերմիաներից ամենատարածվածն է (25 %), սակայն փսորիազի ամենահազվադեպ (ախտահարվածների 1-2,25 %) և ամենաճանր ձևն է¹: Դա փսորիազի տարածուն ձև է, որի դեպքում ախտահարվում է մարմնի մակերեսի ավելի քան 75-90 %-ը^{1,3}:

ՓԷ-ն կարող է դրսևորվել երկու ձևով.
- չոր, աստիճանական տարածմամբ վահանիկավոր քրոնիկական փսորիազով ախտահարված ամբողջ մաշկածածկույթով, զգալի մանր թեփոտմամբ և մեծ մասամբ առողջ մաշկի տարածքների կայունությամբ: Ընդհանուր վիճակը պահպանվում է, ներքին օրգանների բարդությունները հազվադեպ են, և բուժման ընթացքում ախտադադար տեղի է ունենում մի քանի շաբաթում^{1,2}.
- թաց և անկայուն, կարող է ի հայտ գալ հանկարծակի, առաջնալ բուժումների վատ տանելիության կամ դրանցից խուսափելու հետևանքով կամ լինել տարածուն թարախաբշտիկային փսորիազի հարաճուն ձև: Ախտահարումները կորցնում են առանձնացված վահանիկների

փսորիազային ախտանշանաբանությունը. դրանք քոր առաջացնող են, ցրված են, առանց առողջ մաշկի պահուստի, ուղեկցվում են արտահայտված էրիթեմայով և այտուցով: Բուժառուն կարող է ջերմել, ընդհանուր վիճակը՝ փոփոխվել, բարդությունները հաճախակի են, կանխատեսումը կարող է անբարենպաստ լինել: Ընթացքը երկարատև է՝ հաջորդական սրացումներով և ախտակրկնություններով:

ՓԷ-ն կարող է լինել հիվանդության սկիզբ, սակայն ավելի հաճախ հիվանդության խորացման մաս է: Նպաստող գործոններն են՝ կորտիկոստերոիդներով համակարգային կամ տեղային բուժման դադարեցումը (վերադարձ), մաշկի ազդեցիկ տեղային միջոցների օգտագործումը, այրվածքները, ներառյալ՝ արևայրուքը, ուժեղ գերհոյզի դրվագները, ակտիոլիզմը, որոշ վարակներ^{1,4}: Հիմնական տարբերակիչ ախտորոշումները կապված են էրիթրոդերմիայի այլ պատճառների հետ՝ Էկզեմա, լիմֆոմա և դեղորայքային մաշկացան, նորվեգական քոս, սնկածն սնկախտ^{2,3}:

Այդ ձևի դեպքում անհրաժեշտ է հոսպիտալացում՝ մասնագետի խորհրդատվությամբ, քանի որ մաշկը կորցնում է իր պատնեշային դերը և բուժառուներին դարձնում խոցելի վարակների, ջրազրկման, ջերմակարգավորման խանգարումների, թերալբումինեմիայի առաջացման, ջրաէլեկտրոլիտային հաշվեկշիխի խանգարումների և բարձր արտամղմամբ սրտային անբավարարության առաջացման նկատմամբ^{1,2}:

Կենսաբանական գնահատումը հետապնդում է երկու նպատակ՝

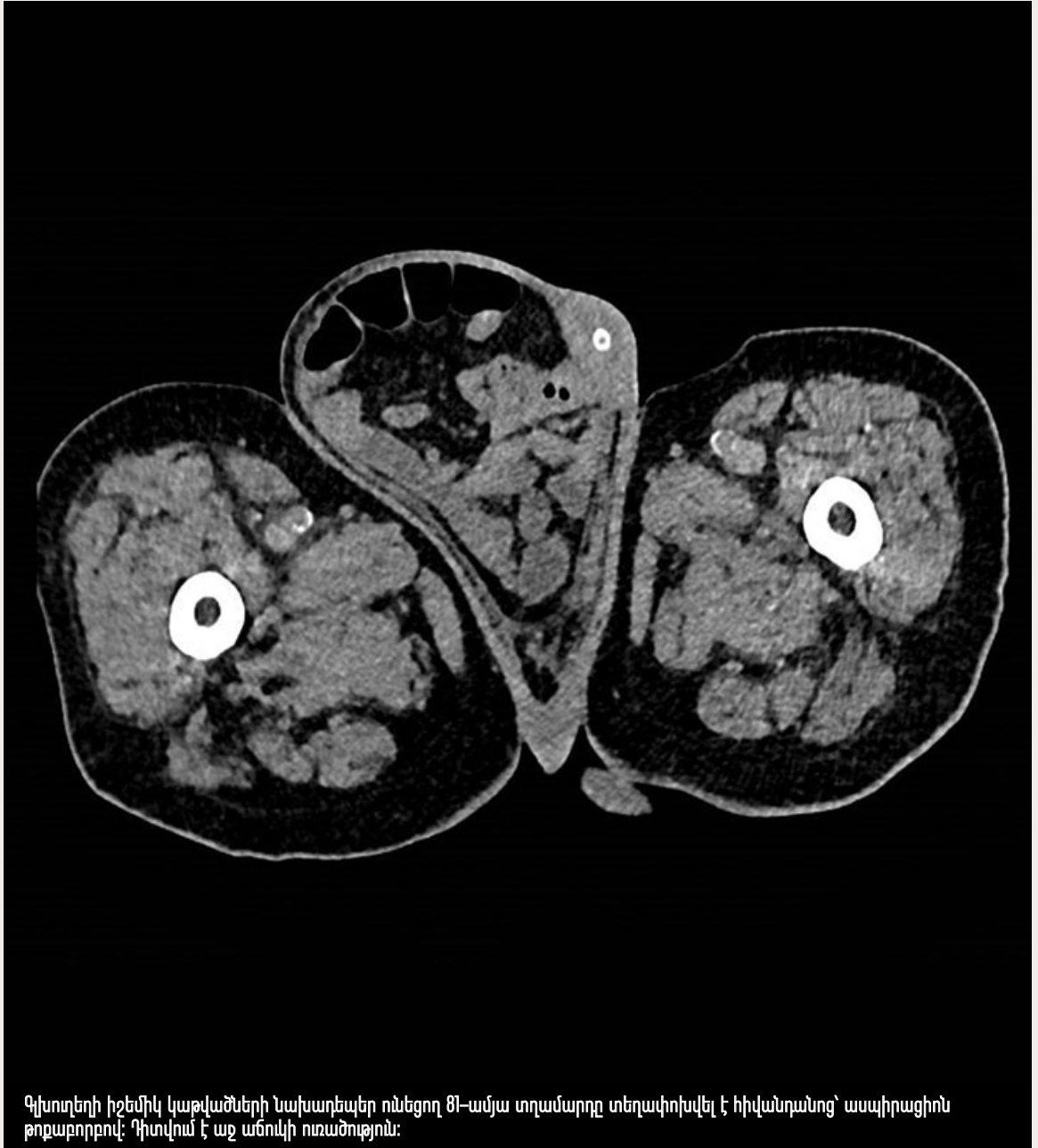
- հետազոտել դեկոմպենսացիան և դրա պատճառները (արյունագիր, C-ռեակտիվ սպիտակուց, երիկամների գործառույթ, իոնագիր).
 - իրականացնել նախաբուժական գնահատում նախքան համակարգային բուժում (ներառյալ կենսաբուժումները) սկսելը՝ լյարդի և ճարպերի գնահատում, պալարախտային վարակի ախտորոշում (Զվանտիֆերոն թեստ), ՄԻՎ, հեպատիտ B-ի, հեպատիտ C-ի, սիֆիլիսի շճաբանական հետազոտություններ, թոքերի ռենտգենագրություն:
- Բուժումը հիմնված է տեղային մեթոդների (փափկեցնող լոզանք, 1-ին դասի տեղային կորտիկոստերոիդների կիրառություն wet wrapping*-ի մեթոդով, վիտամին D-ի տեղային օգտագործում), ֆոտոթերապիայի և համակարգային բուժման ներմուծման վրա (շատ դեպքերում ռետի-նոիդները առաջին շարքի բուժումն են)^{1,2,4}:

* Wet wrapping-ը վիրակապերով պատմամբ՝ տեղային խնամքի մեթոդ է: Բոլոր ախտահարումների վրա կիրառվող նրբաքստը նախ ծածկում են խոնավ, այնուհետև՝ չոր վիրակապով: Այդ ամենը հնարավոր է դարձնում տեղային բուժամիջոցի ավելի լավ ներթափանցումը և քորի մեղմումը: Այս մեթոդը սովորաբար կիրառվում է էկզեմայի ժամանակ:

ՀՊՈՒՆԵՐ

1. Singh RK, Lee KM, Ucmak D, Brodsky M, Atanelov Z, Farahnik B, et al. Erythrodermic psoriasis: Pathophysiology and current treatment perspectives. Psoriasis 2016;6:93-104.
2. Jullien D, Villani A. Psoriasis. In : Saurat JH, et al. Dermatologie et infections sexuellement transmissibles. 6e édition, Elsevier Masson, 2017, chap. 10-13, p. 533-44.
3. Kim WB, Jerome D, Yeung J. Diagnostic et prise en charge du psoriasis. Can Fam Physician 2017;63(4):e210-8.
4. Dinulos JG. Psoriasis and other papulosquamous diseases. In: Dinulos JG. Habif's Clinical Dermatology 2021, chap. 8, p.264-330.e3.

Սա ի՞նչ է



Գլխուղեղի իջեմիկ կաթվածների նախադեպեր ունեցող 81-ամյա տղամարդը տեղափոխվել է հիվանդանոց՝ ասպիրացիոն թոքաբորբով: Դիտվում է այլ աճուկի ուռածություն:

Ա. Ամորձու ուռուցք

Բ. Աճուկային ճողվածք

Գ. Վարիկոցելե

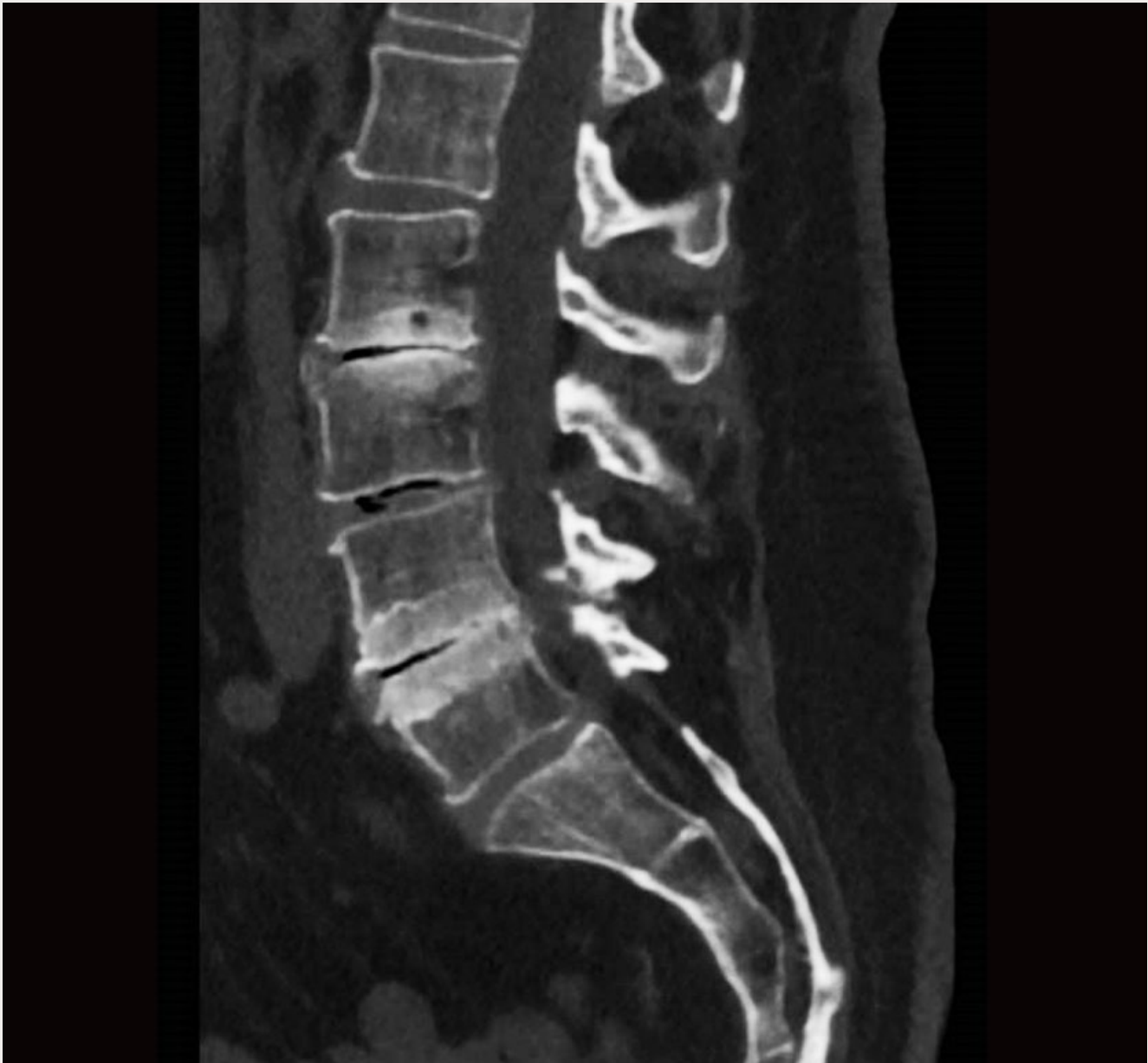
Դ. Ռաբդոմիոսարկոմա

Ե. Ամորձու պալարախտ

ՊԱՏԱԽԱՆԸ՝ էջ 100

WWW.LAREVUEDUPRATICIEN.FR

Սա ի՞նչ է



63-ամյա կինը դիմել է բժշկի գոտկատեղի կայուն ցավերի գանգատով: Հինգ տարի առաջ բուժվել է կրծքագեղձի քաղցկեղի դեմ (վիրահատություն, ճառագայթաբուժում): C-ռեակտիվ սպիտակուցը 10 մգ/լ է:

- Ա. կրծքագեղձի քաղցկեղի մետաստազներ
- Բ. Բակտերիալ սպոնդիլոդիսքիտ
- Գ. Փոթի հիվանդություն
- Դ. Փոթի հիվանդության կեղծ նմանությամբ օստեոարթրոզ
- Ե. Փեջերի հիվանդություն

ՊԱՏԱԽԱՆԸ՝ էջ 101

Շագանակագեղձի քաղցկեղ: Տղամարդկանց շրջանում տարածված քաղցկեղների առաջատարը շագանակագեղձի քաղցկեղն է, որն ի հայտ է գալիս 65 տարեկան և ավելի բարձր տարիքում՝ մոտավորապես երկու երրորդ դեպքերում: Համարվում է, որ դանդաղ զարգացող է և բուժելի: Այնուամենայնիվ, հիսուն տարեկանից սկսած, անհատականացված սքրինինգը հիվանդությունը վաղ փուլում վարելու հնարավորություն է տալիս: Ախտորոշման հարուցած անհանգստությունը և բուժման մեթոդների անցանկալի հետևանքները բավականաչափ հաշվի չեն առնվում բուժման գործընթացում:

Խաչակրաց արշավանք՝ շագանակագեղձի քաղցկեղի վաղ հայտնաբերման համար

Դենիի վկայությունը
Ռոյան Մունցի մեկնաբանությունը
ՇՔԴԱ-ի նախագահ
info@anamacap.fr
www.anamacap.fr

ԴԵՆԻԻ ՎԿԱՅՈՒԹՅՈՒՆԸ, 64 ՏԱՐԵԿԱՆ

Ես վաղուց տեղյակ եմ շագանակագեղձի քաղցկեղի մասին և գիտեմ, որ տղամարդկանց մեծամասնությունն ունենալու է այն: Գիտեմ նաև, որ այսօր այդ քաղցկեղը կարելի է որոշ դեպքերում բուժել, կամ գոնե հիվանդությունը վարել այնպես, որ դրանից այլևս չմահանամ: Դա է պատճառը, որ, 45 տարեկանից սկսած, կանոնավոր կերպով վերահսկել եմ ՇԱՀ-ն (PSA, շագանակագեղձի առանձնահատուկ հակածին): 2021 թվականին դրա մակարդակն աստիճանաբար բարձրացավ, և ինքս ինձ հանգստացնելու համար դիմեցի ուրոլոգի, որն իրականացրեց շագանակագեղձի բիոպսիա: Ախտորոշվեց քաղցկեղ: Թեև ես ինձ պատրաստել էի դրան, հարվածը դաժան էր, իսկ ապագայի նկատմամբ անորոշությունը՝ ծանր: Բարեբախտաբար, արդեն վեց ամիս էր, ինչ թոշակի էի անցել, որովհետև, անկասկած, հոգեբանորեն կղձկարանայի միաժամանակ կառավարել հիվանդությունը և իմ մասնագիտական գործունեությունը: Հիվանդությունն ախտորոշվեց շատ վաղ շրջանում, և ուրոլոգն ինձ առաջարկեց վիրահատական միջամտու-

թյան չդիմել, այլ ակտիվորեն հսկել քաղցկեղը՝ կանոնավոր կերպով չափելով ՇԱՀ-ն ու ամեն տարի վերազնահատելով մագնիսական ռեզոնանսային շերտագրության (ՄՌԾ) և բիոպսիաների միջոցով: Վստահության վերագտման շրջանին, որի ընթացքում ինքս ինձ ասում էի, որ դա ծանր հարված էր, բայց ես լավ եմ արել, որ հսկել եմ ինքս ինձ, և, ի վերջո, իմ բուժումը լավ է ընթացել, հետևեց աճող անհանգստությունը՝ հաջորդ բիոպսիային սպասումով, ինչպիսին է լինելու դրա արդյունքը: Հաջորդ տարի իրականացված երկրորդ բիոպսիան ցույց տվեց ախտահարման վատթարացում, և այդ ժամանակ ուրոլոգն ինձ առաջարկեց ընտրություն կատարել վիրաբուժական միջամտության և ճառագայթային բուժման միջև: Դա վատ նորություն էր ինձ համար, բայց, մյուս կողմից, այն նվազեցրեց իմ տազնապալի վիճակը, քանի որ նախկինում ապրում էի մշտական անորոշության մեջ՝ առողջանալու ողջամիտ հույսով: Ընտրեցի լապարասկոպիկ վիրահատության տարբերակը, որն արտառոց էր, քանի որ շատ ցավոտ չէր և արդեն քսանչորս ժամ անց ինձ քայլելու հնարավորություն տվեց: Մյուս կողմից՝ թրոմբոզի կանխարգելումն իսկական սահմանափակում է, և ինձ ամենից շատ անհանգստացնում էին ոչ թե հա-

կամակարդիչները, այլ օր ու գիշեր սեղմող գուլպաներ կրելը, ինչը մի քանի օր հետո անտանելի է դառնում (դատեց չորս շաբաթ): Միջամտությունից հետո ՇԱՀ-ի մակարդակն աննշմարելի էր, և մինչ օրս զարգացման ընթացքը բարենպաստ է: Ուստի, ես ինձ համարում եմ բուժված և, անկասկած, շատ երջանիկ եմ դրա համար: Այնուամենայնիվ, միջամտությունը որոշ հետևանքներ թողեց, որոնց մասին ինձ տեղյակ էին պահել, ես անտեսել էի դրանք, քանի որ մտահոգված էի ախտորոշմամբ և կենտրոնացած էի ապաքինման հույսի վրա: Հետևաբար ինքս ինձ ասում եմ, որ հատուկ հոգեբանական վարումն օգտակար կլիներ, որ ավելի լավ մոտենայի հիվանդության այդ փուլին: Ինձնից մի քանի ամիս պահանջվեց պատշաճ միզապահությունը վերականգնելու համար, և սկզբում դրանից անհարմար էի զգում: Նույնը վերաբերում է էրեկցիայի խանգարումներին, ինչի պատճառով ինձ շատ միայնակ էի զգում: Ես հաջողությամբ հաղթահարեցի քաղցկեղը և կարող եմ շնորհավորել բուժման գործընթացում ներգրավված բոլոր դերակատարներին, սակայն լիարժեքության համար անհրաժեշտ է նաև բուժման հետևանքների նույնքան արդյունավետ վարում:

Աջակցություն բուժառուներին և հետազոտություններին



Ծագանակագեղձի քաղցկեղով հիվանդների ազգային միությունը (ՇՔՅԱՄ/ANAMACaP/) 2002 թվականին ստեղծել է շագանակագեղձի քաղցկեղով ախտահարված բուժառու՝ պարզ դիտարկման հիման վրա. այդ ժամանակ Ֆրանսիայում չկար ոչ մի միություն՝ նվիրված տղամարդկանց շրջանում ամենատարածված քաղցկեղին:

Այդպես, Ռոլան Մունցի գլխավորությամբ և պրոֆեսորներ Անդրիոյի, Կոանտոյի, Մանժենի և Վալանսիենի օժանդակությամբ ծնվեց ՇՔՅԱՄ-ը: Այսօր միությունը փայլուն գործունեություն է ծավալում ազգային մակարդակով և ունի ավելի քան 1 200 անդամ: Նրա առաքելությունը՝ տեղեկատվություն տալ և աջակցել շագանակագեղձի քաղցկեղով հիվանդներին, 2010 թվականին ճանաչվել է որպես հանրագոտ:

ՇՔՅԱՄ-ը պաշտպանում է շագանակագեղձի քաղցկեղի մասին տեղեկատվություն ստանալու իրավունքը: Իրագեկում է հանրության այդ քաղցկեղի վտանգների ու դրա սքրինինգի կարևորության մասին:

Օգնում է շագանակագեղձի քաղցկեղով հիվանդ տղամարդկանց՝ հասկանալ և ավելի լավ հաղթահարել իրենց հիվանդությունը և բուժամերը: Նախապես է նորարարությունների և հետազոտությունների վիճակի մասին՝ ամեն տարի մասնագետների մասնակցությամբ կազմակերպելով գիտական օր:

Ապահովում է հիվանդներին ունկնդրելու, աջակցելու և տեղեկատվական խորհրդատվություն տրամադրելու հնարավորություն իր հեռախոսային թեժ գծի միջոցով:

Հիվանդներին տալիս է միմյանց հետ շփվելու հնարավորություն և, այդպիսով, նրանց դուրս է բերում մեկուսացումից:

Պաշտպանում է հիվանդների գործերը հանրային իշխանությունների առջև:

Միությունը կազմակերպել է համաժողովներ շագանակագեղձի քաղցկեղի բուժման նորությունների և նորարարությունների վերաբերյալ 2023 թվականի նոյեմբերի 28 -ին Բորդոյում, նոյեմբերի 30-ին՝ Փարիզում (<https://www.youtube.com/watch?v=mr3hDwhFmfQ>), և մեկը՝ Նախատեսվում է 2024 թվականի առաջին եռամսյակում ևս Ռոշելում:

Միևնույն ժամանակ, Ռոլան Մունցը մի քանի հիմնադիրների հետ ստեղծել է Ծագանակագեղձի քաղցկեղի բուժման նորարարություններին ուղղված բարեգործական հիմնադրամ: Այն աջակցելու է հետազոտություններին, որոնք հնարավորություն կտան ֆրանսիացի բուժառուներին օգտվելու նորարարություններից և ավելի արդյունավետ բուժումներից:

ՈՒԼԱՆ ՍՈՒՆՅԻ ՄԵԿՆԱԲԱՆՈՒԹՅՈՒՆԸ, ՇՔՅԱՄ-Ի (ANAMACAP) ՆԱԽԱԳԱՅ

Դեռևս վկայությունը շատ տիպական է և Ներկայացնում է այն, ինչ զգում են տղամարդիկ շագանակագեղձի քաղցկեղի ախտորոշումն իմանալիս և բուժման ընթացքում: Հոռետեսության ժամանակահատվածներին (քաղցկեղ բառը վախեցնում է) հաջորդում են լավատեսության շրջանները (այդ քաղցկեղը վաղ հայտնաբերվելու դեպքում լավ բուժվում է):

Այդ փորձառությանը են լավ ծանոթ եմ, քանի որ դրանով ապրել եմ տարիներ շարունակ: 55 տարեկան էի, երբ տազանապալի լուր հայտնեցին, որ շագանակագեղձի ազդեցիկ քաղցկեղ ունեմ, և ես խորապես ափսոսացի աջակցության ու այդ հիվանդության վերաբերյալ տեղեկատվության պակասի համար՝ չնայած հանգամանքին, որ այն տղամարդկանց շրջանում ամեն

նատարածված քաղցկեղն է Ֆրանսիայում: Չկար բուժառուների ոչ մի միություն, որը դժվարին պայքարում կաջակցեր հիվանդներին թե՛ հոգեբանական և թե՛ բժշկական առումով: Այդ դիտարկմանը գումարվեց զարմանքս ինձ մոտ քաղցկեղի ուշ հայտնաբերման կապակցությամբ: Ես և բժիշկս ցնցված էինք, երբ հայտնաբերվեց, որ ՇԱՄ-ի մակարդակը 40 նգ/մլ-ից բարձր է:

Այդ երկու պատճառները դրդեցին, որ ստեղծեմ ՇՔՅԱՄ-ը (Ծագանակագեղձի քաղցկեղով հիվանդների ազգային միություն): Քսան տարի անց ես շատ հպարտ եմ մեր միության կատարած աշխատանքով, որը պայքարում է այդ հիվանդության հետ կապված բոլոր տաբուների դեմ, որոնց մասին հավաղեպ է խոսվում:

Այնուամենայնիվ, ամեն տարի մոտ 60 000 նոր դեպք է այստորոշվում, իսկ շագանակագեղձի քաղցկեղը տարեկան ավելի քան 8 000 մահվան պատճառ է դառնում:

Ախտորոշման պահին քաղցկեղի փուլը կարևոր կանխատեսող գործոն է: Որքան վաղ է հայտնաբերվում քաղցկեղը, այնքան մեծ են ապաքինման

հնարավորությունները: Չնայած դրան շագանակագեղձի քաղցկեղը չի ներառված առողջապահական մարմինների իրականացրած ակտիվ սքրինինգային քաղաքականության մեջ: Այնուամենայնիվ, հայտնի է, որ ՇԱՄ-ի չափումը արյան պարզ հետազոտության ժամանակ համարվում է շագանակագեղձի քաղցկեղի հայտնաբերման ցուցում: Ավելին, այսօր շագանակագեղձի պատկերային հետազոտության առաջընթացը (բազմապարամետրային ՄՌԾ) և պատկերների կենտրոնացված փորձագիտական վերծանման հնարավորությունը Նախադրյալներ են ոչ միայն հայտնաբերելու նորագոյացության առկայությունը և տեղայնացումը, այլ նաև դրա ազդեցիկությունը բիոպսիաները հիմնավորելու և ուղղորդելու նպատակով: Այդ գործիքները հնարավորություն են տալիս նվազեցնելու ինչպես գերախտորոշումը (չափազանց շատ բացասական բիոպսիաներ՝ ՇԱՄ-ի՝ կեղծ դրական լինելու պատճառով), այնպես էլ գերբուժումը (դանդաղընթաց, պատահական հայտնաբերված քաղցկեղների չնախատեսված բուժում):

ԱՊՐԵԼ՝ ՈՒՆԵՆԱԼՈՎ... ՇԱԳԱՆԱԿԱԳԵՂՁԻ ՔԱՂՑԿԵՂ

Իմ անձնական փորձառությունը, որին ավելանում են նույն դժբախտությունն ապրած՝ չափազանց մեծ թվով մարդկանց դեպքերը, կարող է միայն ավելի ուժեղ դարձնել ինձ իմ խաչակրաց արշավանքում՝ վաղ, խելամիտ և համակարգված սքրինինգի համար: Հուսով եմ, որ դա կլինի այն ուղին, որը վաղը փոխառելու են բժիշկներն ու առողջապահական մարմինները:

ՕԳՏԱԿԱՐ ԳՂՈՒՄՆԵՐ

- Շագանակագեղձի քաղցկեղով հիվանդների ազգային միություն՝ <https://www.anamacap.fr/>
- Քաղցկեղի ազգային ինստիտուտ (Քաին)՝ <https://www.e-cancer.fr/>
- Ուրոլոգների ֆրանսիական միություն՝ <https://www.urofrance.org/>
- Ոռոցքաբանական խնամքի աջակցման ֆրանսաֆոս միություն (ՈՒՍԱՖՍ /AFSOS/)՝ <https://www.afsos.org/>
- ՔՍԱՏ (Քաղցկեղ, մարտարվեստ և տեղեկատվություն) սպորտի և քաղցկեղի միություն՝ <https://sportetcancer.com/>

ՊԱՏԿԵՐԱԴԱՐԱՆԻ ՊԱՏԱՍԽԱՆՆԵՐ



• Էջ 56 Դ. Դերմատոմիոզիտ

Կալցիումական ցուցիչը գործիք է, որը հնարավորություն է տալիս հայտնաբերելու և քանակապես գնահատելու պսակաձև զարկերակների կալցիֆիկացիաներ, հետևաբար՝ խմբադասելու սիրտ-անոթային վտանգն առաջնային կանխարգելման փուլում: Դրա կանխատեսող ազդեցությունն ապացուցված է: Բժիշկ-բուժառու հարաբերություններում այն նաև նպաստում է կանխարգելիչ միջոցառումների անհրաժեշտության գիտակցմանը պսակաձև անոթների աթերոսկլերոզ արձանագրելու միջոցով, որի առկայության մասին բուժառուն չէր էլ կասկածում:

Կալցիումական ցուցիչ կիրառությունը ամենօրյա գործունեության ընթացքում

Մաթյո Քետտի, Ֆրանստա ծիլեն

Սրտաբանության բաժանմունք, ժան-Մինոզ համալսարանական հիվանդանոց, Բեզանսոն, Ֆրանսիա
Ֆրանշ-Քոնտե համալսարան, EA 3020

francois.schiele@univ-fcomte.fr

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

Ֆ.Շիլեն հայտնում է շահերի բախման առկայության մասին Amarin, Amgen, AstraZeneca, Bayer, BMS, MSD, NovoNordisk, Novartis, Pfizer, Lilly, Mylan, Recordati, Sanofi և Servier լաբորատորիաների հետ:

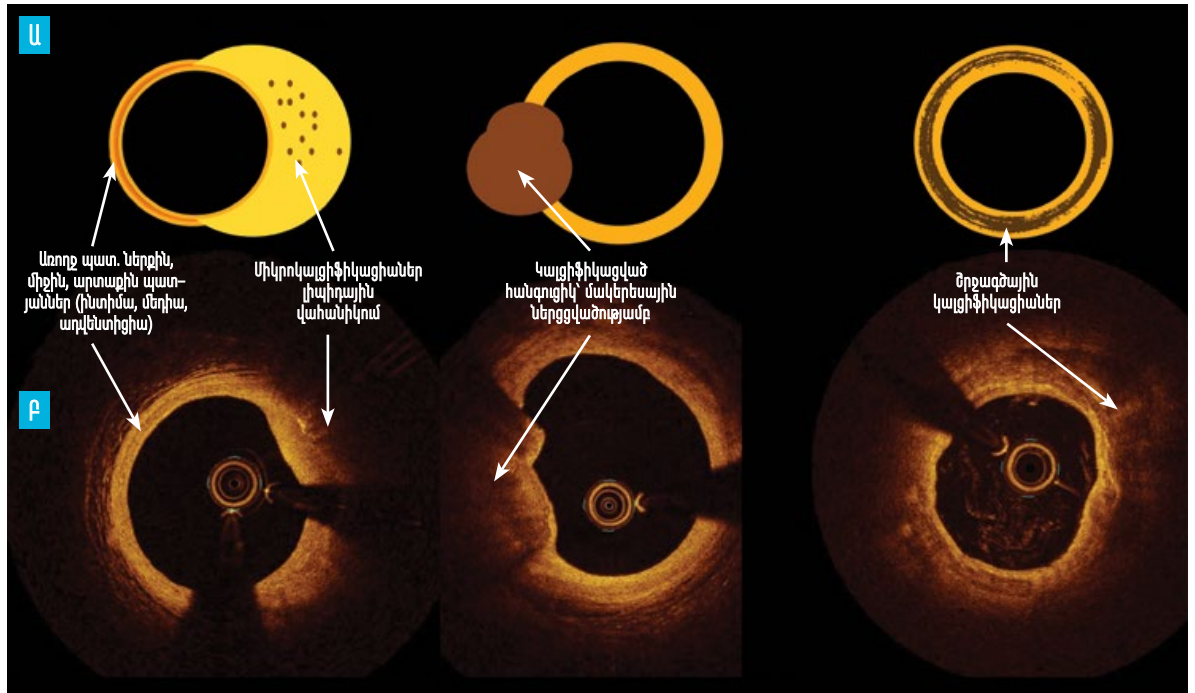
Աթերոսկլերոզը դեռևս մահացության և հիվանդացության հիմնական պատճառներից է՝ չնայած կանխարգելման, ախտորոշման և բուժման հսկայական առաջընթացին: Հավանաբար, կանխարգելման և, մասնավորապես, առաջնային կանխարգելման ոլորտում է, որ դեռ շատ բան կա անելու: Կենսակերպ-անոթակազային միջոցառումների և վտանգի գործոնների դեղորայքային վերահսկողության համակցումը չափազանց արդյունավետ է սիրտ-անոթային իրադարձությունների վտանգը նվազեցնելու գործում՝ նախքան հիվանդության ելթակազային ընթացքում որևէ ախտանշանի ի հայտ գալը: Վտանգի գնահատումը պայմանավորում է այս միջոցառումների կիրառությունը «հավանորեն առողջ» բուժառուների շրջանում: Այն սկսվում է վտանգի սանդղակների կիրառությամբ (յուրաքանչյուր բնակչության համար դրանք մշակվել են առանձնահատուկ կոհորտաների հիման վրա, օրինակ՝ SCORE 2 սանդղակը՝ Եվրոպայում), որոնք հնարավորություն են տալիս կանխատեսելու զարկերակային կլինիկական իրադարձությունների սպասվող հաճախականությունը՝ հիմնվելով սեռի, տարիքի, կլինիկական և կենսաբանական գործոնների վրա: Այնուամենայնիվ, այս սանդղակներն ունեն որոշակի թելով սահմանափակումներ անհատական վտանգի կանխատեսման հարցում, այդ իսկ պատճառով

խորհրդատվական փաստաթղթերում առաջարկվում է մանրամասնել այս կանխատեսումը՝ հաշվի առնելով «վտանգի մոդուլարները», այդ թվում՝ ենթակլինիկական աթերոսկլերոզի առկայությունը: Իրոք, ենթակլինիկական աթերոսկլերոզի ուղղակի հայտնաբերումը, օրինակ՝ կալցիումական ցուցիչ (ԿՑ) չափման միջոցով, հնարավորություն է տալիս զգալիորեն բարելավելու կանխատեսումը: Եթե սթրես-թեստն այն հետազոտություններից է, որոնք հնարավորություն են տալիս ախտանշանները վերագրելու սրտամկանի իշեմիային, ապա կալցիումական ցուցիչը վկայում է աթերոսկլերոզային գործընթացի, բայց ոչ անպայման պսակաձև զարկերակների նեղացման մասին: Հետևաբար, երկու տեսակի հետազոտությունները հետապնդում են բոլորովին տարբեր նպատակներ: Գործնականում բարձր կալցիումական ցուցիչն իշեմիա որոնելու կամ պսակաձև անոթների անատոմիական գնահատում պահանջելու հրամայական չէ, և ավելին անելու անհրաժեշտությունը քննարկվում է դեպք առ դեպք:

Պսակային կալցիֆիկացիաների ախտաֆիզիոլոգիան և կանխատեսող արժեքը

Զարկերակային կալցիֆիկացիաները (կրակալուծները) վկայում են աթերո-

մատոզ գործընթացի առկայության և/կամ խորացման մասին¹: Հյուսվածաբանական տեսանկյունից՝ պսակային զարկերակների կալցիֆիկացիաները կարելի է բաժանել երկու տեսակի՝ - միկրոկալցիֆիկացիաներ (0,5-50 մկմ) ի հայտ են գալիս լիպիդային վահանիկի հաստության մեջ, սովորաբար կապված են բորբոքային գործընթացի հետ (մակրոֆագերի առկայություն) և, հավանաբար, մասնակից են աթերոսկլերոզային վահանիկի խոցելիությանը (միկրոկալցիֆիկացիաները կարող են տեսանելի լինել ներպսակային պատկերային հետազոտությամբ, բայց չեն բացահայտվում ԿՑ-ով): - մակրոկալցիֆիկացիաներ (երբ լիպիդային վահանիկը հանգույցի տեսք ունի, այսինքն՝ դրա փռվածությունը անոթի շրջանագծի աղեղի < 90°-ից փոքր է, կամ էլ լիպիդային վահանիկի փռվածությունը անոթի շրջանագծի աղեղի < 90°-ից մեծ է և դրան հաղորդում է լուսանցքի շրջագծային կրակալման տեսք)՝ հակադարձ համեմատական ձևով փոխկապակցված են վահանիկի պատռվածքների հետ և, հետևաբար, դասականորեն կապված են ավելի կայուն վահանիկների հետ: Այս պարզեցված, ծավալահեն դասակարգմանը հարկավոր է ավելացնել խորության և դեպի զարկերակային լուսանցք ներցման նկատառումները (իչը կարող է հանգեցնել անկայու-



Պատկեր 1. Պսակաձև անոթների կալցիֆիկացման հիմնական տեսակները: **Ա.** Գրաֆիկական պատկերում: **Բ.** Օպտիկական կոհերենտ շերտագրություն (ՍԿԾ, ներպսակային շերտագրություն):
Ձախից աջ՝ ապակենտրոն լիպիդային վահանիկ՝ միկրոկալցիֆիկացիաներով, կալցիֆիկացված հանգուցիկ՝ դեպի լուսանցք ներցցվածությամբ, խոր շրջագծային կալցիֆիկացիաներ:

նության հրահրելով տեղային արյան հոսքի տուրբուլենտություն՝ զուգակցված էնդոթելի գործառնության խանգարման հետ): Եվ կրկին, այս բնութագրերը միայն մասամբ են հասանելի ներլուսանցքային պատկերային հետազոտությամբ (պատկեր 1), բայց, անշուշտ, հասանելի չեն համակարգչային շերտագրությամբ (ՇԾ):

Այսպիսով, կալցիումական ցուցիչը նախատեսված է մակրոկալցիֆիկացիաների հայտնաբերման ու քանակային գնահատման համար և իրեն դրսևորել է որպես պսակաձև անոթների ընդհանուր աթերոմատոզ ծանրաբեռնվածության² (կալցիֆիկացիաներով կամ առանց դրանց) հուսալի նշիչ: Իրականում, թեև ոչ բոլոր վահանիկներն են կալցիֆիկացվում, այդուհանդերձ, ցուցիչ է տրվել, որ կալցիումի ընդհանուր ծավալն ուղիղ համեմատական է վահանիկների ծավալին (կալցիֆիկացիաները վահանիկներով ընդհանուր ծանրաբեռնվածության մոտ 15-20 %-ն են)³: Սակայն կանխատեսական այս կանոնը կարող է սխալական լինել անոթների միջին պատյանի (մեդիա) կալցի-

ֆիկացման դեպքում՝ կապված վատ վերահսկվող շաքարային դիաբետիկամ խորացած երիկամային անբավարարության հետ: Կարևոր է նշել, որ կալցիումական ցուցիչ և անոթների նեղացման աստիճանի փոխկապակցվածությունը զգալի չէ^{4,5} անոթների ապակենտրոն վերաձևավորման պատճառով, ինչի շնորհիվ զարկերակային լուսանցքը հաճախ պահպանվում է³: Ամեն դեպքում, ներկայումս հայտնի է, որ ապագա իրադարձությունների կանխատեսման առումով պսակաձև անոթների ընդհանուր աթերոմատոզ ծանրաբեռնվածությունն առնվազն նույնքան կարևոր է, որքան դրա խցանող (օբստրուկտիվ) բնույթը⁶:

Կալցիումական ցուցիչի չափում

Կալցիումական ցուցիչի հաշվարկը կատարվում է սրտային զանգվածի առանց կոնտրաստանյութի ՇԾ պատկերի հիման վրա, որը ստացվում է բուժառուի շունչը պահած վիճակում: Ընթացակարգն արագ է (մինչև 15 րոպե՝

նախապատրաստումը ներառյալ), ճառագայթման ցածր մակարդակով (մինչև 1 մՋվ, համեմատելի է մամոգրաֆիայի հետ), վերարտադրելի է: Հատուկ ծրագիրը կիսաավտոմատ կերպով հաշվում է օպերատորի՝ նախապես ընտրած կալցիֆիկացիաները: Հաշվի են առնվում մեծ խտության (ավելի քան 130 հաունսֆիլդյան (Hounsfield) միավոր (ՅՄ)) և ավելի քան 1 մմ² մակերես ունեցող օջախները: Կալցիումական ցուցիչը համապատասխանում է յուրաքանչյուր կալցիֆիկացիայի մակերեսի ու դրա խտության գործակցի (1-ից 4՝ սկսած 130 ՅՄ-ից) արտադրյալների գումարին և արտահայտվում է ագատստոնյան (Agatston) միավորներով (ԱՄ): Հետազոտության զինը մոտ 30 եվրո է (Ֆրանսիա):

Կալցիումական ցուցիչի չափման դասական միօրինականացումը ԱՄ-ներով դյուրացնում և միակերպ է դարձնում դրա մեկնությունը⁷: Այսպես, Օ-ի հավասար 48-ն վկայում է կալցիֆիկացված աթերոմատոզ ախտահարումների մասին, 1-ից մինչև 10 ԱՄ 48-ն՝ կալցիֆիկացված հազվադեպ վահանիկների

մասին: 10-ից մինչև 100 ԱՄ-ն նշանակում է չափավոր քանակության կալցիֆիկացիաներ, 100-ից մինչև 400 ԱՄ-ն նշանակալի քանակության կալցիֆիկացիաներ, իսկ ավելի քան 400 ԱՄ-ն էական քանակության կալցիֆիկացիաներ: Առաջիկա տասը տարում սիրտ-անոթային իրադարձության զարգացումը վտանգը մեծանում է 43-ին զուգահեռ⁸: Կալցիումական ցուցչի ավելի մանրամասն մեկնություն կարելի է կատարել տարիքի, էթնիկ պատկանելության և սեռի ճշգրտմամբ՝ կիրառելով հաշվիչ (<https://vu.fr/zZzS>) դիտարկված արժեքը սպասվող արժեքի հետ համեմատելու նպատակով: 25-րդ պերցենտիլից ցածր 43-ն հնարավորություն է տալիս մոդուլացնել սիրտ-անոթային վտանգը դեպի նվազում, մինչդեռ 75-րդ պերցենտիլից բարձր 43-ն՝ դեպի աճ⁹:

Պատկեր 2-ում բերված օրինակում երևում է, որ հաշվիչի օգնությամբ սիրտ-անոթային վտանգը գնահատելիս 43 ներգրավումը հաշվարկի մեջ (75-րդ պերցենտիլից բարձր 43-ը 60 %-ով ավելացնում է վտանգի գնահատումը՝ համեմատած առանց 43-ի հաշվարկված վտանգի հետ) հանգեցնում է այն բանին, որ «ենթադրաբար առողջ» անհատը «չափավոր» վտանգի խմբից անցնում է «մեծ» վտանգի խումբ, և, ըստ այդմ, հարկ է լինում դիտարկել կանխարգելիչ միջոցառումներ:

Վերջապես, 43-ի չափումը հարկավոր է տարբերել 3Ը-անոթագրությունից (կամ 3Ը-կորոնարագրությունից), որը երբեմն առաջարկվում է իրականացնել 43-ի որոշումից անմիջապես հետո. դա կոնտրաստանյութի ներարկումով հետազոտություն է, որը նախատեսված է պսակաձև անոթների ցանցի թափանցելիության պատկերներ ստանալու, ստենոզները հայտնաբերելու և ստենոզի աստիճանն ավելի զգալի ճառագայթման հաշվին քանակապես գնահատելու համար:

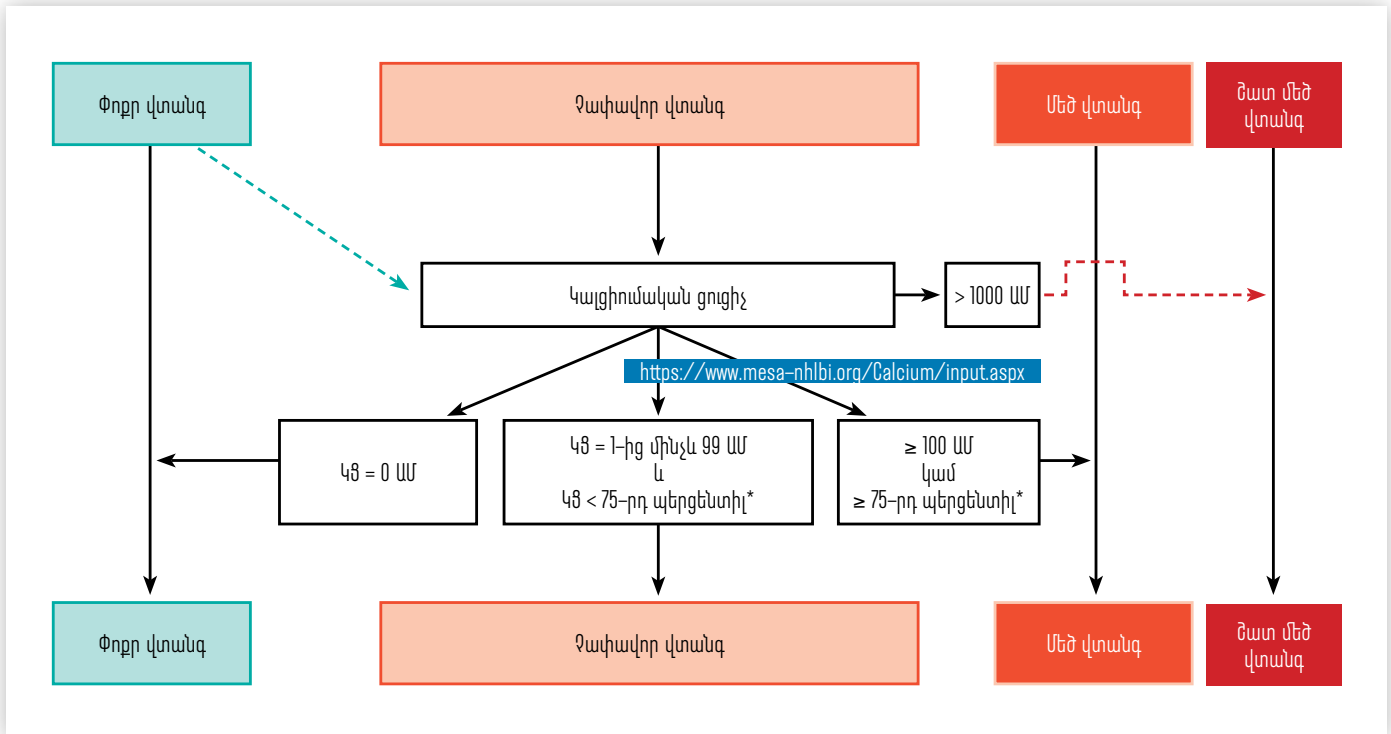
3Ը-կորոնարագրությունը, իր հերթին, կարող է հնարավորություն ընձեռել ուղղակիորեն պատկերելու աթերոսկլերոզային վահանիկը՝ անկախ նրանից՝ այն կալցիֆիկացված է թե ոչ, սակայն պսակաձև զարկերակների վահանիկների ծավալի կամ տեսքի չափումը ներառված չէ խորհրդատվական փաստաթղթերում: Հաշվի առնելով այս սահմանափակումները, ճառագայթումը և 3Ը-անոթագրության

Պատկեր 2. Սիրտ-անոթային վտանգի գնահատում հաշվի առնելով կալցիումական ցուցչի ճշգրիտ արժեքը. MESA առցանց հաշվիչի կիրառություն (<https://www.mesa-nhlbi.org/MESACHDRisk/MesaRiskScore/RiskScore.aspx>) 45 տարեկան ծխող, զարկերակային գերնշում և շաքարային դիաբետ չունեցող տղամարդու օրինակը, որի ընդհանուր խոլեստերինը 222 մգ/դլ է, իսկ բարձր խոլեստերինի պարպրոտեինները՝ 40 մգ/դլ: Առանց կալցիումական ցուցչի ներգրավման՝ առաջիկա տասը տարում սիրտ-անոթային ծանր իրադարձությունների վտանգը 5,3% է (գնահատվել է 3յոսիսային Ամերիկայի բնակչության համար նախատեսված սանդղակով), իսկ ըստ Ֆրանսիայի բնակչության համար հարմարեցված SCORE 2 սանդղակի գնահատման՝ 5,1%: Նրա կալցիումական ցուցիչը (43) 45 ԱՄ է կամ նրա տարիքի, սեռի և էթնիկ պատկանելության համար սպասվող 43-ի 91-րդ պերցենտիլը: 43-ի այս տեղեկատվությունը վերափոխում է վտանգի գնահատումը՝ 5,3 %-ը դարձնելով 8,4%: Այսինքն՝ 43-ի տվյալներով՝ վտանգն աճում է 60 %-ով: MESA: Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis (աթերոսկլերոզի բազմազգ հետազոտություն)

պարագայում կոնտրաստանյութի ներարկման անհրաժեշտությունը 43-ն ներկայումս մնում է սիրտ-անոթային վտանգի գնահատման համար խորհուրդ տրվող գործիք առաջնային կանխարգելման ժամանակ¹⁰: 3Ը-կորոնարագրությունը պսակաձև զարկերակների ոչ միջամտական անատոմիական գնահատման մեթոդ է: Այն կարելի է քննարկել կալցիֆիկացիաների դեպքում՝ նկատի ունենալով, որ եթե կան էական քանակության կալցիֆիկացիաներ, ապա դրանք կսահմանափակեն 3Ը պատկերների որակը:

Կալցիումական ցուցչի կիրառությունը սիրտ-անոթային վտանգի կանխատեսման գործում

Սրտաբանության եվրոպական ընկերակցության (ՍԵԸ) խորհրդատվությունը սիրտ-անոթային հիվանդությունների կանխարգելման հարցով հարմարեցված է սիրտ-անոթային իրադարձությունների վտանգին. դրա համար անհրաժեշտ է որոշել հիվանդը որ խմբում է փոփոխ, չափավոր, մեծ, թե՛ շատ մեծ վտանգի:



Պատկեր 1. Սիրտ-անոթային վտանգի վերադասակարգման առաջարկ՝ հիմնված մինչև 75 տարեկան բուժառուների առաջնային կանխարգելման ընթացքում հաշվարկված կալցիումական ցուցիչ վրա՝ վտանգի սանդղակների նախնական կիրառությունից հետո:
 * ճշգրտված ըստ տարիքի, սեռի և էթնիկ պատկանելության (<https://www.mesa-nhlbi.org/Calcium/input.aspx>)
 --> Սիրտ-անոթային վաղ իրադարձության, քրոնիկական բորբոքային հիվանդության և այլնի ընտանեկան (1-ին կարգի ազգականներ) անամեծ 48՝ կալցիումական ցուցիչ, ՄՄ՝ ազաթստոնյան միավոր

«Ենթադրաբար առողջ» բուժառուների դեպքում առաջին քայլն է՝ որոշել, թե որ վտանգի խմբին են նրանք պատկանում՝ կիրառելով SCORE 2 վիճակագրական սանդղակը, որը գնահատում է տասը տարվա ընթացքում ծանր սիրտ-անոթային իրադարձության վտանգը: Այնուհետև այս գնահատականը պետք է ճշգրտվի անհատապես՝ հիմնվելով կլինիկական պատկերային հետազոտությամբ ձեռք բերված «ձևափոխիչ-մոդուլարարևների» վրա: Կալցիումական ցուցիչը գործում է որպես ենթակլինիկական աթերոսկլերոզի անմիջական նշիչ^{5,6}, և ցույց է տրվել, որ ավելի խտրական է, քան սիրտ-անոթային իրադարձությունների ի հայտ գալը կանխատեսող վտանգի սովորական սանդղակները¹¹⁻¹⁵: Եթե ԿՑ-ն սպասվածից բարձր է (ըստ տարիքի և սեռի), ապա վտանգի գնահատումը վերանայվում է բարձրացման ուղղությամբ, և հակառակը: Կալցիումական ցուցիչ

կիրառությունը հատկապես օգտավետ է միջին տարիքի (45-75 տարեկան) բուժառուների համար, որոնց համար SCORE 2 սանդղակը հաճախ տալիս է վտանգի «միջանկյալ» մակարդակ, և ԿՑ-ն վերադասակարգում է վտանգն ավելի քան 50% դեպքերում (երկու ուղղությամբ) (պատկեր 2)^{11,16,17}: Երկրորդային կանխարգելման դեպքում վտանգի կատեգորիան «շատ մեծ»-ն է՝ անկախ ԿՑ-ից, հետևաբար այն այլևս հետաքրքրություն չի ներկայացնում: Վերջապես, ցույց է տրվել, որ հիվանդների որոշ խմբեր ունենում են սովորական կանխատեսական հավասարումներով թերագնահատված վտանգ: Սա հատկապես վերաբերում է համեմատաբար երիտասարդ բուժառուներին՝ վաղ աթերոսկլերոզային սրտ-անոթային իրադարձությունների ընտանեկան անամեծով, կամ որոնք տարել են քրոնիկական բորբոքային հիվանդություն (պատկեր 3)^{18,19,20}:

Կալցիումական ցուցիչ ծայրահեղ արժեքները և կանխատեսական ազդեցությունը

Կալցիումական ցուցիչ արժեքները զրո կամ շատ բարձր (≥ 1000 ՄՄ), կարելի է մեկնաբանել որոշակի ձևով: Զրո միավորը նույնականացնում է փոքր սիրտ-անոթային վտանգով բուժառուներին 45 և ավելի տարեկան բնակչության շրջանում^{21,22}: Այս բուժառուների պարագայում անցանկալի իրադարձությունների հաճախականությունը տասը տարվա կտրվածքով 5 %-ից զգալիորեն ցածր է: 1000 ՄՄ-ին հավասար կամ այն գերազանցող կալցիումական ցուցիչը զուգակցված է սիրտ-անոթային կրկնակի բարձր մահացության հետ՝ 400-999 ՄՄ կալցիումական ցուցիչ ունեցող հիվանդների խմբի համեմատ²³: Առաջիկա տասը տարում այս հիվանդների բուժքր պատճառներով մահացությունը

գերազանցում է նույնիսկ 20 %-ը: Այս թվերը վերադրվում են հաստատված սիրտ-անոթային հիվանդություններով բնակչության մահացության թվերի վրա և խոսում համակարգված կանխարգելիչ բուժում գործարկելու օգտին, որը նույնական է երկրորդային կանխարգելման համար իրականացվող բուժմանը:

Կալցիումական ցուցչի կրկնական չափումներ

Կալցիումական ցուցչի 0 արժեքի «վավերականության» ժամկետը «ենթադրաբար առողջ» բուժառուների համար 5-15 տարի է, ժամանակահատված, որը երաշխավորում է փոքր վտանգ, եթե այն հաշվարկվում է միջին տարիքի բուժառուների համար, և որոնց դեպքում վտանգը սանդղակներով գնահատվում է փոքրից մինչև չափավոր²⁴: Այս ժամանակահատվածը լրանալուն պես հետազոտությունը կարելի է կրկնել: Եթե ԿՑ-ն դեռևս 0 է («կրկնակի 0-ով» բուժառուներ), ապա վտանգը կարելի է համարել փոքր անորոշ ժամկետով: Եվ ընդհակառակը երկու հաջորդական հետազոտությունների միջև ԿՑ-ի բարձրացումը ենթադրում է աթերոսկլերոզային գործընթացի խորացում և վտանգի մեծացում: Հիրավի, նախկինում արված դիտարկումները ցույց են տվել, որ ԿՑ-ի տարեկան ավելի քան 15% բարձրացումը կապված է նույն հավելյալ վտանգի հետ, որքան 400 ԱՄ-ից բարձր միավորը²⁵:

Բայց ԿՑ-ի բարձրացման մեկնությունը միանշանակ չէ, քանի որ ԿՑ-ի աճին նպաստում է նաև ստատիններով բուժումը: Խոսքը վահանիկի վրա կայունացնող ազդեցության մասին է՝ դրա ծավալի և լիպիդների պարունակության նվազեցմամբ՝ հոգուտ «կրային սպիացման» ձևի: Այսպիսով, ԿՑ-ի բարձրացումը հիպոլիպիդեմիկ բուժում ստացող հիվանդի պարագայում կարելի է մեկնաբանել որպես վտանգի նվազեցում, և, վերջապես, խորհուրդը հետևյալն է՝ չփորձել մեկնաբանել ԿՑ-ի դինամիկան, այլ ավելի շուտ դիտարկել ամենավերջին ԿՑ-ն, երբ այն տարբեր է 0-ից, կամ հանգիստ լինել, երբ առկա է «կրկնակի 0»:

Առաջնային կանխարգելման պոտենցիալ բուժական հետևանքները

Կալցիումական ցուցչի միջոցով (ոչ գրոյական ԿՑ) աթերոմատոզ հիվանդության հայտնաբերումը համակցված է վտանգի գործոններն ավելի լավ կառավարելու²⁶ և բուժումը հետևողականորեն իրականացնելու հետ²⁷:

Հիպոլիպիդեմիկ բուժում

Հիվանդի կողմից հիպոլիպիդեմիկ բուժման լրիվ կամ մասնակի դադարեցումը՝ դրա օգտակարության վերաբերյալ համոզմունքի բացակայության կամ վատ տանելիության պատճառով (առավել հաճախ մկանային և, հնարավոր է, ևոցեթա ազդեցության պատճառով)^{28,29}, առաջնային կանխարգելման հաճախ հանդիպող խնդիր է³⁰: Նման դեպքերում ՀՅ պատկերի վրա պակաս ճանաչողական աթերոսկլերոզի գործընթացի գոյության ցուցադրությունը՝ կալցիումական ցուցչի հաշվարկով, հզոր փաստարկ է հիվանդի բուժկրթման համար:

Եվ հակառակը՝ կալցիումական ցուցչի 0 ԱՄ արժեքը հնարավորություն է տալիս դիտարկելու 45-75 տարեկան բուժառուների հակալիպիդեմիկ բուժման դադարեցման հարցը: Այս դիրքորոշումն առաջարկվել է Արևմտյան Դանիայի սրտաբանական գրանցամատյանի հետազոտության հիման վրա, որում հնգամյա հսկողության ընթացքում ցածր խտության լիպոպրոտեինների հետ կապված սիրտ-անոթային իրադարձություններ եղել են միայն ենթակլինիկական աթերոսկլերոզ (ԿՑ>0 ԱՄ) ունեցող հիվանդների շրջանում, այլ ոչ թե նրանց, ում ԿՑ-ն 0 ԱՄ է³¹:

Հակաազդեցանոտային բուժում

Ասպիրինի կիրառությունն առաջնային կանխարգելման ընթացքում դեռևս չափազանց արժարժվող թեմա է: MESA-ի (Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis) կոհորտայում 0 ԱՄ կալցիումական ցուցիչ ունեցող և ասպիրինով բուժվող բուժառուների շրջանում արյունահոսության վտանգը եղել է ավելի մեծ, քան աթերոթրոմբոզի վտանգը: Այուս կողմից՝ օգուտ-վտանգ հավասարա-

կշռությունը, ըստ երևույթին, նպաստել է իշեմիկ վտանգի կանխարգելմանը 100 ԱՄ կամ ավելի բարձր ԿՑ ունեցող հիվանդների շրջանում^{32,33}:

Հակադիաբետային բուժում

Երկրորդ տիպի շաքարային դիաբետով հիվանդների շրջանում պակաս ճանաչողական աթերոսկլերոզային հիվանդության հայտնաբերումը 0 ԱՄ կամ ավելի և առավել ևս 100 ԱՄ կամ ավելի կալցիումական ցուցչի միջոցով կարող է արդարացնել հակադիաբետիկ բուժամիջոցների կիրառությունը (ինչպիսիք են գլյուկոզոլանման պեպտիդ-1-ի ընկալիչների համազդիչները), որոնք ապացուցել են իրենց արդյունավետությունը աթերոթրոմբոզային սիրտ-անոթային իրադարձությունների կանխարգելման գործում³⁴:

Հատուկ իրավիճակներ

Ջրոնիկական կորոնար համախտանիշի կասկած

Միանգամայն ակնհայտ է, որ ԿՑ-ի չափումն անհիմաստ է սրտի օբստրուկտիվ իշեմիկ հիվանդության հայտնաբերման համար, որն ուղեկցվում է գործառնության լիպոսկլերոզով, ինչպիսիք են ցավը կամ հնոցը ծանրաբեռնվածության ժամանակ (Սրտաբանության եվրոպական ընկերակցության (ՄԵԸ) III, C աստիճանի խորհրդատվություն): Իրականում, անգամ եթե օբստրուկտիվ ախտահարման հավանականությունը, բնականաբար, մեծանում է՝ ԿՑ-ի մեծացմանը զուգընթաց, այն ի վիճակի չէ ուղղակի տեղեկատվություն տրամադրել ստենոզի առկայության և, առավել ևս, ծանրության աստիճանի կամ սրտամկանի իշեմիայի առաջացման հնարավորության մասին: Հենց այս իրավիճակում է ցուցվում ՀՅ-կորոնարագրությունը⁴:

Երբ ԿՑ-ն արդեն առկա է (օրինակ՝ ՀՅ, որը կատարվել է նախկինում կրծքավանդակի որևէ հետազոտության կապակցությամբ), քրոնիկական կորոնար համախտանիշի վարման եվրոպական խորհրդատվական փաստաթղթերը նշում են, որ այն հարկավոր է հաշվի առնել՝ ի լրումն սեռի, տարիքի և ախտանշանների բնույթի, որպեսզի որոշվի սրտի օբստրուկտիվ իշեմիկ հիվան-

դրության ընդհանուր կլինիկական հավանականությունը: Եթե ԿՑ-ն հավասար է 0-ի, ապա դրա համար պատասխանատու պատկանում է անոթների ստենոզի առկայությունը 5%-ից պակաս է: Ինչ վերաբերում է շաքարային դիաբետոսի հիվանդներին, որոնց դեպքում իշեմիան երբեմն լուսկայաց է լինում, իշեմիայի որոնման համար կալցիումական ցուցիչ չենք, ըստ եվրոպական խորհրդատվության, 400 ԱՄ-ին հավասար է կամ ավելի բարձր³⁵: 1000 ԱՄ-ից բարձր արժեքների դեպքում հարկավոր է մանրակրկիտ կերպով փնտրել գործառնության ախտանշաններ, ինչպիսիք են հևոցը կամ լարման ստենոկարդիան, որոնք անհապաղ կորոնարագրություն իրականացնելու ցուցում են:

Սուր կորոնար համախտանիշի կասկած

Սուր կորոնար համախտանիշի վարման եվրոպական խորհրդատվություններում կալցիումական ցուցիչը նշված չէ: Այնուամենայնիվ, վերջերս կատարված հետազոտություններից մեկն ընդգծել է, որ 0-ի հավասար ԿՑ-ն հնարավորություն է տալիս բացառելու 1-ին տիպի սուր կորոնար համախտանիշը՝ գերազանց բացասական կանխատեսող արժեքով փոքր ու չափավոր վտանգով և կրծքավանդակի սուր ցավի դրվագով հիվանդների շրջանում³⁶:

Կալցիումական ցուցիչ սահմանափակումները

Կալցիումական ցուցիչի հիմնական սահմանափակումը առաջադասյաց (պրոպետիվ) ճանաչողական հետազոտության բացակայությունն է, որը, կլինիկական իրադարձությունների տեսանկյունից, կալցիումական ցուցիչը առաջնորդող առաջնային կանխարգելման ռազմավարությունը կհամեմատելի վտանգի սովորական սանդղակներով առաջնորդող ռազմավարության հետ:

Պսակած զարկերակների կալցիֆիկացիաների գնահատման պարզ գործիք

Արդի արևմտահայտում լայնորեն տարածված կալցիումական ցուցիչը վտանգի խմբադասման եզակի գործիք է, որը հնարավորություն է տալիս պարզ ձևով հայտնաբերելու և քանակապես գնահատելու պսակած զարկերակների կալցիֆիկացիաները: Փոխկապակցվելով աթերոմատոզ գործընթացի զարգացման հետ՝ այն ունի ապացուցված կանխատեսական նշանակություն: Բժշկի համար կալցիումական ցուցիչ արժեքը ներառվում է «ենթադրաբար առողջ» բուժառուի համար վտանգի ճշգրիտ անհատականացված գնահատման մեջ և լրացնում վտանգի սանդղակների դասական փոփոխա-

կանները, որոնց սահմանափակումներն ակնհայտ են:

Կալցիումական ցուցիչը պետք է կիրառվի որպես սիրտ-անոթային վտանգի գնահատման (օրինակ՝ սանդղակներով) լրացում առաջնային կանխարգելում անցնող և ախտանշաններ չունեցող անհատի պարագայում: Եթե կալցիֆիկացիաներն ավելի էական են, քան սպասվում է տվյալ տարիքի ու սեռի համար (այս արդյունքը տալիս է ճառագայթաբանը), ապա կատարվում է վտանգի վերագնահատում դեպի աճ, և, հակառակը, եթե կալցիֆիկացիաները սպասվող մակարդակից ցածր են (օրինակ՝ = 0 ԱՄ), կատարվում է վտանգի վերագնահատում դեպի նվազում:

Այսպիսով, կալցիումական ցուցիչն առաջնային կանխարգելման գործում ապահովում է աջակցություն որոշումներ կայացնելիս՝ արձանագրելով պսակած զարկերակների աթերոսկլերոզ, որի մասին կասկած անգամ չկար, ինչը կարող է բարձրացնել իրագրվածությունը կանխարգելիչ միջոցառումների իրականացման անհրաժեշտության վերաբերյալ: Սակայն հարկավոր է զգուշանալ, որպեսզի կալցիումական ցուցիչը հանկարծ չդառնա իր իսկ հաջողության գործը: Այն պսակած անոթների ստենոզի, աթերոսկլերոզի խրոնիկական կամ սրտամկանի իշեմիայի նշիչ չէ:

RÉSUMÉ UTILISATION DU SCORE CALCIQUE EN PRATIQUE QUOTIDIENNE

Entré massivement dans la pratique courante, le score calcique est un outil qui permet, de façon simple, la détection et la quantification de calcifications artérielles coronariennes. Il est devenu un élément majeur de stratification du risque cardiovasculaire en prévention primaire. Sa valeur est corrélée au développement du processus athéromateux coronarien, et son impact pronostique est démontré. Dans la pratique, la mesure du score calcique a sa place dans l'estimation individualisée du risque chez un patient « apparemment sain », en complément des variables classiques. Chez les individus dont le risque est estimé par les scores à un niveau « intermédiaire », il permet une reclassification du risque vers le haut ou le bas. Dans la relation médecin-patient, il favorise aussi la prise de conscience de la

nécessité de mettre en place des mesures de prévention en documentant une athérosclérose coronarienne insoupçonnée chez le patient. Attention cependant à ce que le score calcique ne soit pas victime de son succès : il ne correspond pas forcément à des sténoses coronariennes et ne peut pas être utilisé de façon simple comme un marqueur de progression d'athérosclérose ou d'ischémie myocardique.

SUMMARY USE OF THE CALCIUM SCORE IN DAILY PRACTICE

The calcium score has become extremely widespread in routine practice. It is a simple tool for detecting and quantifying the burden of calcification in the coronary arteries and has become a key component of cardiovascular risk stratification in primary prevention. Its value is correlated with the

development of coronary atheroma, and its prognostic value has been well established. In practice, the measure of the calcium score is of value in estimating individual risk in “apparently healthy” patients, on top of the classic variables. In patients whose risk is estimated to be “intermediate” using risk scores, the calcium score may enable reclassification of the risk, either to higher or to a lower category. In the doctor-patient relationship, it also contributes to raising awareness about the need for preventive measures, by documenting coronary atherosclerosis that may have been previously undetected in that patient. However, caution is advised, lest the calcium score become a victim of its own success: It does not necessarily translate the presence of coronary stenosis, and cannot be used in a simplistic fashion as a marker of the progression of atherosclerosis or myocardial ischemia.

ԳՂՈՒՆԵՐ

1. Abedin M, Tintut Y, Demer LL. Vascular calcification: Mechanisms and clinical ramifications. *Arterioscler Thromb Vasc Biol* 2004;24(7):1161–70.
2. Rumberger JA, Simons DB, Fitzpatrick LA, Sheedy PF, Schwartz RS. Coronary artery calcium area by electron-beam computed tomography and coronary atherosclerotic plaque area: A histopathologic correlative study. *Circulation* 1995;92(8):2157–62.
3. Sangiorgi G, Rumberger JA, Severson A, Edwards WD, Gregoire J, Fitzpatrick LA, et al. Arterial calcification and not lumen stenosis is highly correlated with atherosclerotic plaque burden in humans: A histologic study of 723 coronary artery segments using noncalcifying methodology. *J Am Coll Cardiol* 1998;31(1):126–33.
4. Knuuti J, Wiins W, Saraste A, Capodanno D, Barbatto E, Funck-Brentano C, et al. 2019 ESC Guidelines for the diagnosis and management of chronic coronary syndromes. *Eur Heart J* 2020;41(3):407–77.
5. Budoff MJ, Mayrhofer T, Ferencik M, Bittner D, Lee KL, et al. Prognostic value of coronary artery calcium in the promise study (prospective multicenter imaging study for evaluation of chest pain). *Circulation* 2017;136(21):1993–2005.
6. Mortensen MB, Dzave O, Steffensen FH, Botker HE, Jensen JM, et al. Impact of plaque burden versus stenosis on ischemic events in patients with coronary atherosclerosis. *J Am Coll Cardiol* 2020;76(24):2803–13.
7. Hecht HS, Cronin P, Blaha MJ, Budoff MJ, Kazerooni EA, Narula J, et al. 2016 SCDT/STR guidelines for coronary artery calcium scoring of noncontrast noncardiac chest CT scans: A report of the Society of Cardiovascular Computed Tomography and Society of Thoracic Radiology. *J Cardiovasc Comput Tomogr* 2017;11(1):74–84.
8. Hecht HS. Coronary artery calcium scanning. *JACC Cardiovasc Imaging* 2015;8(5):579–96.
9. Arnett DK, Blumenthal RS, Albert MS, Buroker AB, Goldberger ZD, Hahn EJ, et al. 2019 ACC/AHA guideline on the primary prevention of cardiovascular disease. *J Am Coll Cardiol* 2019;74(10):1376–414.
10. Visseren FLJ, Mach F, Smulders YM, Carballo D, Koskinans KC, Böck M, et al. 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *Eur Heart J* 2021;42(34):3227–337.
11. Detrano R, Guerci AD, Carr JJ, Bild DE, Burke G, Folsom AR, et al. Coronary calcium as a predictor of coronary events in four racial or ethnic groups. *N Engl J Med* 2008;358(13):1336–45.
12. Erbel R, Möhlenkamp S, Moebus S, Schermund A, Lehmann N, Stang A, et al. Coronary risk stratification, discrimination, and reclassification improvement based on quantification of subclinical coronary atherosclerosis. *J Am Coll Cardiol* 2010;56(17):1397–406.
13. Taylor AJ, Bindeman J, Feuerstein J, Cao F, Brazaitis M, O'Malley PG. Coronary calcium independently predicts incident premature coronary heart disease over measured cardiovascular risk factors: Mean three-year outcomes in the Prospective Army Coronary Calcium (PACC) project. *J Am Coll Cardiol* 2005;46(5):807–14.
14. Vliegenthart R, Oudkerk M, Hofman, Oei HHS, van Dijck W, van Rooij FJA, et al. Coronary calcification improves cardiovascular risk prediction in the elderly. *Circulation* 2005;112(4):572–7.
15. Blaha MJ, Whelton SP, Al Rifai M, Dardari ZA, Shaw LJ, Al-Mallah MH, et al. Rationale and design of the coronary artery calcium consortium: A multicenter cohort study. *J Cardiovasc Comput Tomogr* 2017;11(1):54–61.
16. Nasir K, Bittencourt MS, Blaha MJ, Blankstein R, Agatston AS, Rivera JJ, et al. Implications of coronary artery calcium testing among statin candidates according to American College of Cardiology/American Heart Association Cholesterol Management Guidelines: MESA (Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis). *J Am Coll Cardiol* 2015;66(15):1657–68.
17. Blaha MJ, Whelton SP, Al Rifai M, Dardari Z, Shaw LJ, Al-Mallah MZ, et al. Comparing risk scores in the prediction of coronary and cardiovascular deaths. *JACC Cardiovasc Imaging* 2021;14(2):411–21.
18. Hecht H, Blaha MJ, Berman DS, Nasir K, Budoff M, Leidsic J, et al. Clinical indications for coronary artery calcium scoring in asymptomatic patients: Expert consensus statement from the Society of Cardiovascular Computed Tomography. *J Cardiovasc Comput Tomogr* 2017;11(2):157–68.
19. Dudum R, Dzave O, Mirbolouk M, Dardari ZA, Orimoloye OA, Budoff MJ, et al. Coronary artery calcium scoring in low risk patients with family history of coronary heart disease: Validation of the SCDT guideline approach in the coronary artery calcium consortium. *J Cardiovasc Comput Tomogr* 2019;13(3):21–5.
20. Martínez-Ceballos MA, Rey JCS, Alzate-Granados JP, Mendoza-Pinto C, Garcia-Carrasco M, Montes-Zabala L, et al. Coronary calcium in autoimmune diseases: A systematic literature review and meta-analysis. *Atherosclerosis* 2021;335:68–76.
21. Budoff MJ, Young R, Burke G, Carr JJ, Detrano RC, Folsom AR, et al. Ten-year association of coronary artery calcium with atherosclerotic cardiovascular disease (ASCVD) events: The multi-ethnic study of atherosclerosis (MESA). *Eur Heart J* 2018;39(25):2401–8.
22. Blaha MJ, Cainzos-Achirica, Dardari Z, Blankstein R, Shaw LJ, Rozanski A, et al. All-cause and cause-specific mortality in individuals with zero and minimal coronary artery calcium: A long-term, competing risk analysis in the Coronary Artery Calcium Consortium. *Atherosclerosis* 2020;294:72–9.
23. Kwan AC, Gransar H, Tzolos E, Chen B, Otaki Y, Klein E, et al. The accuracy of coronary CT angiography in patients with coronary calcium score above 1000 Agatston Units: Comparison with quantitative coronary angiography. *J Cardiovasc Comput Tomogr* 2021;15(5):412–18.
24. Valenti V, Hartaigh BD, Heo R, Cho J, Schulman-Marcus J, Gransar H, et al. A 15-year warranty period for asymptomatic individuals without coronary artery calcium. *JACC Cardiovasc Imaging* 2015;8(8):900–9.
25. Raggi P, Callister TQ, Shaw LJ. Progression of coronary artery calcium and risk of first myocardial infarction in patients receiving cholesterol-lowering therapy. *Arterioscler Thromb Vasc Biol* 2004;24(7):1272–7.
26. Rozanski A, Gransar H, Shaw LJ, Kim J, Miranda-Peats L, Wong ND, et al. Impact of coronary artery calcium scanning on coronary risk factors and downstream testing the EISNER (Early Identification of Subclinical Atherosclerosis by Noninvasive Imaging Research) prospective randomized trial. *J Am Coll Cardiol* 2011;57(15):1622–32.
27. Gupta A, Lau E, Varshney R, Hulten EA, Cheezum M, Bittencourt M, et al. The identification of calcified coronary plaque is associated with initiation and continuation of pharmacological and lifestyle preventive therapies. *JACC Cardiovasc Imaging* 2017;10(8):833–42.
28. Wood FA, Howard JP, Finegold JA, Nowbar AN, Thompson DM, Arnold AD, et al. N-of-1 trial of a statin, placebo, or no treatment to assess side effects. *N Engl J Med* 2020;383(22):2182–4.
29. Nissen SE, Stroes E, Dent-Acosta R, Rosenson RS, Lehman SJ, Sattar N, et al. Efficacy and tolerability of evolocumab vs ezetimibe in patients with muscle-related statin intolerance: The GAUSS-3 randomized clinical trial. *JAMA* 2016;315(15):1580–90.
30. Sigglekow F, Horsburgh S, Parkin L. Statin adherence is lower in primary than secondary prevention: A national follow-up study of new users. *PLoS One* 2020;15(11):e0242424.
31. Mortensen MB, Dzave O, Botker HE, Jensen JM, Maeng M, Bentzon JF, et al. Low-density lipoprotein cholesterol is predominantly associated with atherosclerotic cardiovascular disease events in patients with evidence of coronary atherosclerosis: The Western Denmark heart registry. *Circulation* 2023;147(14):1053–63.
32. Greenland P, Blaha MJ, Budoff MJ, Erbel R, Watson KE. Coronary calcium score and cardiovascular risk. *J Am Coll Cardiol* 2018;72(4):434–47.
33. Miedema MD, Duprez DA, Misialek JR, Blaha MJ, Nasir K, Silverman MG, et al. Use of coronary artery calcium testing to guide aspirin utilization for primary prevention: Estimates from the multi-ethnic study of atherosclerosis. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes* 2014;7(3):453–60.
34. Buse JB, Wexler DJ, Tsapas A, Rossing P, Mingrone G, Mathieu C, et al. 2019 Update to: Management of hyperglycemia in type 2 diabetes, 2018. A consensus report by the American Diabetes Association (ADA) and the European Association for the Study of Diabetes (EASD). *Diabetes Care* 2020;43(2):487–93.
35. Cosentino F, Grant PJ, Aboyans V, Bailey CJ, Ceriello A, Delgado V, et al. 2019 ESC Guidelines on diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases developed in collaboration with the EASD. *Eur Heart J* 2020;41(2):255–323.
36. Grandhi GR, Mszar R, Cainzos-Achirica M, Rajan T, Latif MA, Bittencourt MS, et al. Coronary calcium to rule out obstructive coronary artery disease in patients with acute chest pain. *JACC Cardiovasc Imaging* 2022;15(2):271–80.

Երեխայի անմիզապահությունը՝ առավել հաճախ գործառուրթային ծագման, հետազոտվում է հարցուփորձի և կլինիկական գնման միջոցով՝ հիմքում ընկած ուրոլոգիական կամ նյարդաբանական պատճառները բացահայտելու համար: Խորհուրդ է տրվում կատարել երիկամների և միզապարկի ուլտրաձայնային հետազոտություն: Ուրոդինամիկական գնահատում համակարգված ձևով չի իրականացվում: Կենսակերպ-սննդակարգային միջոցառումները և փորկապության բուժումը վարման առաջին փուլն են: Անմիզապահության տեսակից կախված՝ կարելի է առաջարկել դեղորայքային բուժում, շեքի ֆիզիոթերապիա, վարքային միջոցառումներ կամ ուլտրաձայնային նյարդի (nervus tibialis) խթանում:

Երեխայի անմիզապահություն

Յինա Սիմոնե, Պոլին Լալլեման-Գյուդել

Ֆիզիոթերապիայի և վերականգնողական բուժման բաժանմունք, Արման-Տրուտ մանկական հիվանդանոց, Պետական օժանդակության փարիզյան հիվանդանոցների միավորում (AP-HP), Փարիզ, Ֆրանսիա

hina.simonnet@aphp.fr
pauline.lallemant@aphp.fr

Յ. Սիմոնեն հայտարարում է, որ այս հրատարակմանը որևէ շահ չի հետապնդում:

Պ. Լալլեման-Գյուդելը հայտնում է, որ Ipsen և Merz ընկերությունների համար մասնակցել է որոշ միջոցառումների, որ Ipsen-ը, AbbVie-ն, Merz-ը հոգացել են գիտաժողովներին իր մասնակցության ճանապարհաձխվածքը:

Երեխաների և դեռահասների անմիզապահությունը մանկաբույժի խորհրդատվությանը դիմելու հաճախակի պատճառ է: Այն ստորին միզուղիների խանգարումներից է, որոնք, մեխանիզմից կախված, ներառում են մեզի պահեստավորման կամ դատարկման խանգարումներ¹: Այս խանգարումներն արտաբանական են համարվում 5 տարեկանից՝ հաշվի առնելով երեխայի զարգացման մակարդակը և դրա հետ համակցված վարքային խանգարումները²: Անմիզապահությունը սահմանվում է որպես մեզի ակամա արտահոսք առնվազն ամիսը մեկ անգամ (ցերեկը կամ գիշերը)՝ երեք ամիս անընդմեջ: Պատճառները բազմազան են. ուրոլոգիական կամ նյարդաբանական ծագումը հարկավոր է որոնել անմիջապես հարցուփորձի և կլինիկական գնման ընթացքում: Դեր են խաղում գենետիկական, ժողովրդագրական, շրջակա միջավայրի և վարքային գործոնները²: Տերեկային անմիզապահության տարածվածությունը 5-13 տարեկան երեխաների շրջանում գնահատվում է 7-10%¹: Գերմանիայում 7-ամյա երեխաների 10 %-ի շրջանում դիտարկվում է գիշերային անմիզապահություն, 6 %-ն ունենում է ցերեկային անմիզապահություն³: Ֆրանսիայում իրականացված հետազոտություններից մեկը ցույց է տվել, որ առաջնային միախտանշան գիշերային անմիզապահության տարածվածությունը 5-14 տարե-

կանների շրջանում 3,2% է, իսկ 5-10 տարեկանների շրջանում՝ 4,1%, իսկ սեռերի (տղա/աղջիկ) հարաբերակցությունը 3/1 է³:

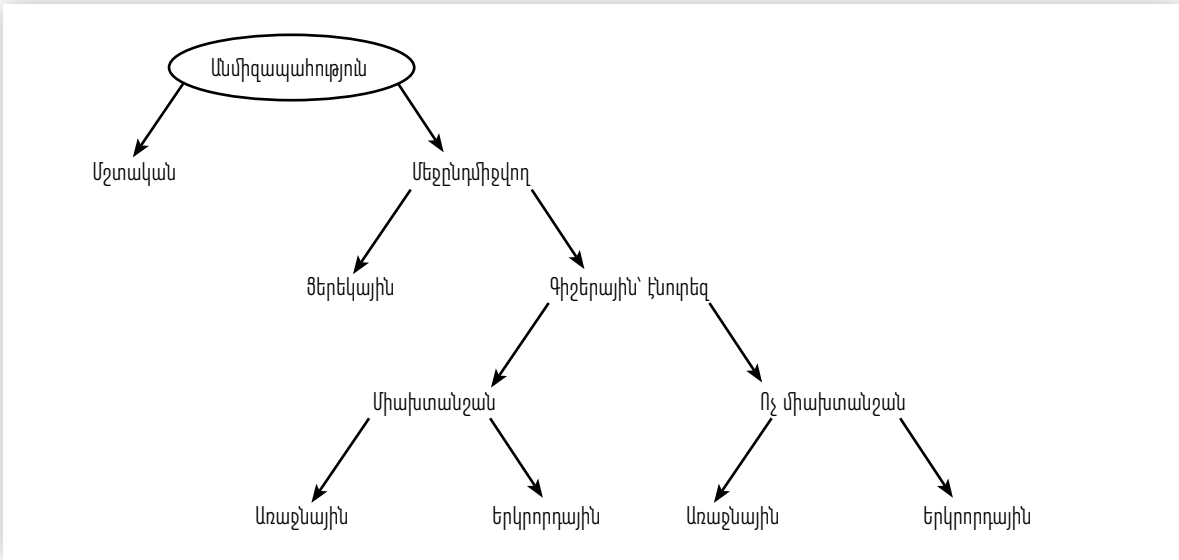
Խանգարումների ինքնաբերական բարելավումը տարեկան 15% է, սակայն դրանք կարող են պահպանվել նաև դեռահաս տարիքում⁴:

Անմիզապահության ենթատեսակներ

Անմիզապահությունը կարող է լինել մշտական (բացարձակ) կամ մեջընդմիջվող (հարաբերական) (պատկեր 1): Մեջընդմիջվող անմիզապահությունը կարող է լինել ցերեկային (ցերեկային անմիզապահություն) կամ գիշերային (քնի փուլերի ժամանակ. դա էնուրեզն է): Այսպիսով, էնուրեզը կոնկրետ կապված է քնի հետ: Այն կարող է լինել միախտանշան (մեկուսի) կամ ոչ միախտանշան, եթե կապված է միզարձակման այլ խանգարումների հետ: Հարկ է նաև տարբերակել առաջնային խանգարումները (երեխան երբեք «մաքուր» չի եղել) երկրորդային խանգարումներից (եթե որևէ փուլում երեխան ավելի քան վեց ժամ «մաքուր» է եղել)⁴: Այս տարբերությունները չեն ենթադրում նույնպիսի պատճառներ կամ բուժման նույնպիսի միջոցներ: Գիշերային անմիզապահությունը համարվում է հաճախակի, երբ դրվագները տեղի են ունենում շաբաթական ավելի քան չորս անգամ:

Մանրակրկիտ հարցուփորձ

Հարցուփորձը պետք է կառուցված լինի անմիզապահության բոլոր տեսակների համար: Այն պետք է հստակեցնի. – երեխայի անձնական անամնեզը (վիրահատություններ, տղաների դեպքում թլպատում, հոգեշարժական զարգացման, նյարդահոգեբանական զարգացման հայտնի խանգարումներ, քնի խանգարումներ, գիրացում) և ընտանեկան նախադեպերը (մասնավորապես առաջնային էնուրեզի առումով). – վերին (սուր պիելոնեֆրիտ) կամ ստորին (ցիստիտ) միզուղիների վարակների նախադեպերը և մեզում մանրէների առկայությունը. – անմիզապահության ի հայտ գալու տարիքը. – անմիզապահության հաճախականությունը, օրական միզարձակումների քանակը, միզարձակումների և հեղուկի ընդունման ծավալը՝ ըստ միզարձակումների (օրագրի կամ օրացույցի): Օրական մինչև 3 կամ 8 և ավելի միզարձակումը համարվում է ոչ նորմալ⁴. – արտահոսքի մեխանիզմը՝ ծանրաբեռնվածության ժամանակ (վազբ, ծիծաղ, հագ) կամ, այսպես կոչված, հրատապամիզության պարագայում (անվտանգության շրջան միջելու պահանջի և միզարձակման միջև ընկած ժամանակահատված). – դիզուրիայի առկայությունը, որը համապատասխանում է մի քանի փուլով միզարձակման, մեզի շիթի համար



Պատկեր 1. Ամփղապահության ենթատեսակները՝ ըստ Austin (2014)–ի:

ճիգեր գործադրելու անհրաժեշտությամբ:

– փորկապության առկայությունը՝ ըստ Չոմոյի աշխատանքային խմբի (հետագայում՝ հիմնադրամի) «Չոմո IV» չափանիշների⁵:

Սեռական «ոտնձգությունների» հարցը հարկավոր է պարզել երեխայի հետ ընտանիքի ներկայությամբ և/կամ առանձին, ցերեկային կամ գիշերային երկրորդային խանգարումների ի հայտ գալու պարագայում, որոնք համակցված են վարքի փոփոխության և/կամ ուսման առաջադիմության վրա ազդեցության հետ, կամ՝ շեքի շրջանում ցավի դեպքում: Ցանկացած կասկածի կամ մտահոգության դեպքում երեխան հարցաքննվում է հոգեբանի օգնությամբ՝ առանց ընտանիքի ներկայության:

Կլինիկական գննման ընթացքում սեռական հարաբերությունների, ինչպես նաև առավոտյան էրեկցիայի, սերմնաժայթքման և ձեռնաշարժության հարցերը քննարկվում են միայն պատանու կամ պատանեկուհու հետ՝ առանց ընտանիքի:

Կլինիկական գննում՝ շեղումներ հայտնաբերելու համար

Կլինիկական գննումը պետք է ավելի կոնկրետ կենտրոնանա նյարդաօրոպեդիկ շեղումների առկայության, նյար-

դաբանական պատճառի որոնման (ոտքերի անհամաչափություն, ստորին վերջույթների անհավասար երկարություն), քայլքի որակի և, եթե առկա է, ստորին վերջույթների շարժունակության անբավարարության, ջլային ռեֆլեքսների ու ստորին վերջույթների զգայունության վերլուծության վրա: Նյարդաօրոպեդիկ գնահատումը հնարավորություն է տալիս բացահայտելու, մասնավորապես, ողնուղեղի բնածին ախտահարումները (կոնի չախտորոշված լիպոմա), հազվադեպ՝ ներխուղակային սեղմող ուռուցք կամ ձեռքբերովի բորբոքային հիվանդություն (ցրված սկլերոզ, ողնուղեղաբորբ՝ միելոմելոսիս): Հարկավոր է որոնել սկոլիոզ:

Միջհետուքային ծայքի գննման միջոցով մաշկի վրա կարելի է հայտնաբերել դիզաբաֆիզի մասին վկայող նշան: Որովայնի շոշափումը հնարավորություն է տալիս հաստատելու կամ հերքելու կղանքային կանգի (կոպրոստագի) առկայությունը: Տղաների շեքի շրջանի գննումը հնարավորություն է տալիս բացառելու միգրակային բացվածքի նեղացումը, շեքի ձևակազմաբանական շեղումները, գնահատելու մեզի հոպը, եթե անմիզապահությունը մշտական է, ստուգելու շեքի կծկումները և գնահատելու հետանցքի տոնուսը: Շեքի գննումը պարտադիր չէ առաջին խորհրդատվության ժամանակ և պետք է հարմարեցվի համատեքստին:

Միզարձակումների օրագիրը՝ գործնականում

Միզարձակումների (միլցիոն) օրագիրն օգտակար կլինիկական գործիք է: Երկու ոչ անընդմեջ օրերի ընթացքում երեխան ընտանիքի օգնությամբ հայտնում է հետևյալ տեղեկությունները՝ միզարձակումների ժամանակացույցը, դրանց ծավալները և վարտիքը թրջելու առկայությունը: Գիշերվա դիտարկումները կարևոր են. երեխան յոթ գիշեր անընդմեջ գրանցում է անմիզապահության դրվագները և մեզի մոտավոր ծավալը (փոխված գիշերազգեստ, խոնավ անկողին կամ տակդիրների քաշ)⁴:

Բազմաթիվ պատճառներ

Ուրոլոգիական պատճառներ

Աղջիկների շրջանում համեմատաբար հաճախակի են հեշտոցային միզարձակումները. անատոմիական պատճառներով և զուգարանակոնքին խտություն դիրքի պատճառով մեզը հետ է հոսում հեշտոց և միզելուց հետո առաջացնում անմիզապահություն: Հուգարանակոնքին խտություն դիրքը՝ մեջքն ուղիղ, ոտքերն իրարից հեռու՝ լավ իջեցրած հագուստով, կամ միզելու վերջում հազալը օգնում են խուսափել հետհոսքից (ռեֆլյուքսից)⁶: Ուրոլոգիական արատները հազվադեպ են և հաճախ

Պատկեր 2. Սահմանային թելի լիպոմատոզ նորմալ ավարտվող ողնուղեղով 3 ամսական նորածնի մոտ՝ շեղված միջհետույցային ծալքով, ՄՌՃ՝ T1 հաջորդականությունում, ողնաշարի առաջահետային (սագիտալ) հատույթի պատկեր:



ախտորոշվում են նախաձննդաբերական շրջանում: Միզապարկ-միզածորանային հետհոսքերն ամենից տարածվածն են և հաճախ ախտորոշվում են վարակիչ հիվանդության համատեքստում: Միզուկի հետին հատվածի փակամները, բացառապես տղաների պարագայում, հազվադեպ են ախտորոշվում նորածնային շրջանից հետո: Աղջիկների դեպքում մշտական անմիզապահությունը պետք է ենթադրի միզածորանի արտատեղային (էկտոպիկ) ինպլանտացիա և ախտորոշվում է երիկամների ու միզապարկի ուլտրաձայնային հետազոտության կամ վերըլիթաց (ռետրոգրադ) միզապարկագրության (ցիստոգրաֆիայի) միջոցով: Ծիծաղի դեպքում առաջացող մեկուսի անմիզապահությունը հազվադեպ է երեխաների շրջանում և ըստ երևույթին, հաճախակի է ընտանիքի անդամների շրջանում ու պետք է հանգեցնի միզուղիների հետ կապված այլ ախտանշանների որոնմանը⁷:

Նյարդաբանական պատճառներ՝ հազվադեպ, բայց լուրջ

Միզապարկի նյարդավորումը բարդ է և ներառում է բազմաթիվ կենտրոնական ու ծայրամասային նյարդաբանական կառույցներ: Դրանք ապահովում են միզապարկի պատշաճ գործունեության համար անհրաժեշտ ներդաշնակեցումը՝ արտամղող (դետրուզոր) մկանի կծկում և միզուկի սեղմամկանի (սֆինկտեր) թուլացում միզարձակման փուլում, և արտամղող մկանի արգելակում ու միզուկային սեղմամկանի կծկում միզապարկի լցման փուլում: Սուր պատճառները (ողնուղեղի ուռուցք, բորբոքային և վարակային ողնուղեղաբորբ) հազվադեպ են և հաճախ համակցված են նյարդաբանական ախտանշանների հետ: Ողնաշարի դիզոաֆիզմներն առավել հաճախ հայտնաբերվում են նորածնային շրջանում՝ առավել հաճախ մաշկային նշանների հիման վրա: Ողնուղեղի սահմանային թելի (filum terminale) լիպոմատոզ (պատկեր 2) կարող է հայտնաբերվել ավելի ուշ՝ անմիզապահությունը դրա հնարավոր ախտանշաններից է: Ողնուղեղային արատը հաստատվում է մագնիսառեզոնանսային շերտագրության (ՄՌՃ) միջոցով, ողնուղեղը կարող է ավարտվել L2 ողի ստորին հարթակի մակարդակում (այսպես կոչված՝ ցածր և ամրակցված ողնուղեղ): Համակցված ախտանշանների դեպքում (փորկապություն, ստորին վերջույթների օրթոպեդիկ ախտահարում) խորհուրդ է տրվում կատարել սահմանային թելի վիրաբուժական հատում⁸: Ողնաշարային դիզոաֆիզմը պետք է բուժի մասնագիտացած թիմը:

Այսպես կոչված՝ «գործառնությամբ» անմիզապահություն

Անմիզապահությամբ տառապող երեխաների մեծ մասը չի ունենում ո՛չ ուրոլոգիական, ո՛չ էլ նյարդաբանական շեղումներ: Այնուամենայնիվ դրանք հարկավոր է բացառել: Այդպիսի անմիզապահությունները, ըստ այդմ, որակվում են որպես գործառնության և կարող են կապված լինել բազմաթիվ գործոնների հետ, որոնք միշտ չէ, որ հեշտ է լինում բացահայտել: Հոգեբանական պատճառները հար-

կավոր է քննարկել զգուշորեն, բայց դրանք չեն կարող հերքվել որոշակի համատեքստերում: Անմիզապահության ազդեցությունը կարող է նաև խորացնել նախկինում գոյություն ունեցող հոգեբանական խանգարումները և փոխել կյանքի որակը^{9,10}: Հոգեբանական կողմից զատ, միզարձակման խանգարումները կարող են ելակետ դառնալ նյարդահոգեբանական զարգացման խանգարումների համար, որոնք ավելի ու ավելի հաճախ են ախտորոշվում և բացահայտվում հարցաշարի միջոցով^{11,12}: Ամենից հաճախ խոսքը ուշադրության անբավարարության խանգարումների մասին է՝ գերակտիվությամբ կամ առանց գերակտիվության (ՈՒԱԳԽ), աուտիզմի սպեկտրի խանգարումների (ԱՍԽ)՝ չափավոր, և երբեմն այլ համակցված խանգարումների (շարժումների, կորդիինացման, խոսքի, ուսուցման խանգարումներ): Նյարդահոգեբանական գնահատում խորհուրդ է տրվում, երբ առկա են ուղեկցող ուսումնական առաջադիմության հետ կապված դժվարություններ, խնդիրներ հարաբերություններում, էական տագնապայնություն, ինչպես նաև անձնական և ընտանեկան հետևանքներ: Այս գնահատումը միաժամանակ հնարավորություն է տալիս ուսումնասիրելու երեխայի ընտանեկան ու ճանաչողական գործունեությունը և հարմարեցնելու բուժումը (դեղորայքային բուժում, ճանաչողական և վարքային բուժում, ընտանեկան բուժում)¹²:

Լրացուցիչ հետազոտություններ

Երիկամների և միզապարկի ուլտրաձայնային հետազոտություն ցերեկային անմիզապահության դեպքում

Ցերեկային անմիզապահության ժամանակ խորհուրդ է տրվում երիկամների և միզապարկի ուլտրաձայնային հետազոտություն՝ միզուղիների ձևակազմաբանական շեղումներ հայտնաբերելու նպատակով՝ վերին միզուղիների (միզածորաններ, երիկամների ավազաններ, բաժակավազանային համակարգեր) լայնացման որոնում՝ միզապարկային գերձնշման հետևանքով:

– միզապարկի ծավալի հաշվարկ՝ միզապարկի ընդհանուր տարողունակության համեմատ՝ $ՄԸՏ (մլ) = (տարիքը տարիներով + 1) \times 30$ ։

– միզարձակումից հետո մնացորդային մեզի հաշվարկ. 4-6 տարեկանների համար համարվում է ոչ նորմալ, եթե ավելի քան 30 մլ է կամ ՄԸՏ-ի 21 %-ը, իսկ 7-12 տարեկանների համար՝ եթե ավելի քան 20 մլ է կամ ՄԸՏ-ի 10 %-ը։

– միզապարկի պատի հաստության գնահատում. սա կախված է միզապարկի լցվածությունից, սակայն մանկաբուժական սահմանված ցուցանիշներ չկան⁴։

Այդուհանդերձ, միզապարկի՝ խտրոցներով (տրաբեկուլ) ու պարկաձև արտափքումներով (դիվերտիկուլ) տեսքը հուշում է, որ հարկավոր է կատարել ուրոդինամիկական գնահատում։

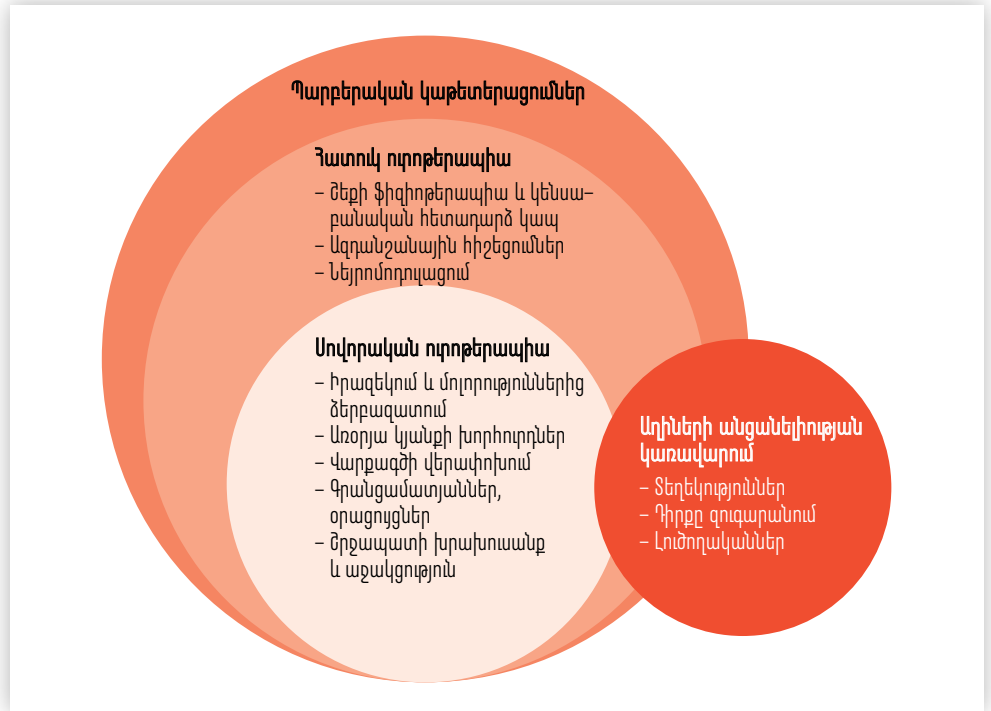
Ուրոդինամիկական գնահատում

Ուրոդինամիկական գնահատումը միջամտական, համակարգված կերպով չիրականացվող հետազոտություն է, որի ցուցումը պետք է պատասխանի կոնկրետ հարցի։ Այն հնարավորություն է տալիս գնահատելու միզապարկի լցման և դատարկման փուլը¹²։

Ուրոդինամիկական գնահատումն սկսվում է միզարձակման օրագրի վերլուծությունից հետո՝ հոսքաչափությամբ, որն իրականացվում է աթոռ-զուգարանին նստած, եթե երեխան ծեռք է բերել զուգարանից օգտվելու ունակություն։ Այս հետազոտությունը հնարավորություն է տալիս կատարելու մի քանի չափումներ՝ մեզի ծավալ, շիթի հոսքի արագություն, ինչպես նաև էլեկտրամկանագրության կաչուն էլեկտրոդների փակցմամբ արտացոլելու շեքի կծկման ռեֆլեքսը՝ միզապարկի արտամղող մկանի և միզուկի սեղմանկանի չհամաձայնեցված աշխատանքը (դիսսիներգիա) գնահատելու համար։

Ֆիստոմանոմետրիա

Ֆիստոմանոմետրիան չափում է ներմիզապարկային և ուղիղաղիքային ճնշումը՝ միզապարկի լցման պահին զոնդեր կիրառելու միջոցով։ Այն հաստատում է արտամղող մկանի գերակտիվությունը չարգելակված կծկումների առկայությամբ, հնարավորություն է տալիս գնահատելու միզապարկի զգայունությունը և չափելու արտամղող մկանի ձգունակությունը (ներմուծվող



Պատկեր 3. Ցերեկային անմիզապահության և էնուրեզի բուժման մակարդակները. ըստ Nieuwhof–Leppink (2020)–ի։

ծավալի հարաբերակցությունը ճնշման տատանմանը)։

Պրոֆիլոմետրիա

Պրոֆիլոմետրիան չափում է միզուկի փակման առավելագույն ճնշումը, որն արտացոլում է միզուկային սեղմանկանների տոնուսը։

Ողնուղեղի ՄՌԸ

Թեև մանկաբուժական նման խորհրդատվություն չկա, այնուամենայնիվ, այլ ախտանշանների հետ (փորկապություն, օրթոպեդիկ խանգարումներ, սկոլիոզ, նյարդաբանական հետազոտությամբ հայտնաբերված շեղումներ) համակցված ցերեկային անմիզապահության առկայությունը կամ դրա խորացող բնույթը հիմք են ողնուղեղի ՄՌԸ նշանակելու համար։

Բուժումներ

Ստորին միզուղիների խանգարումների բուժում ոչ վիրահատական և ոչ դեղորայքային մեթոդներով

Ուրոթերապիան եզրույթ է, որը 1980-ականներից կիրառվում է գրականու-

թյան մեջ Շվեդիայում և Նիդերլանդներում, իսկ Ֆրանսիայում՝ համեմատաբար քիչ։ Այն միավորում է ստորին միզուղիների խանգարումների բուժման ոչ վիրահատական և ոչ դեղորայքային տարբեր մեթոդներ⁶։ Դրանք հիմնված են բուժառուին տրամադրվող տեղեկատվության, առօրյա սովորությունների և, հիմնականում, ճանաչողական ու վարքային մեթոդների վրա, որոնք հնարավոր է իրագործել խմբային սեանսներով։ Խորհրդատվության ժամանակ կամ ցերեկային ստացիոնարում բուժելիս խստագույնս խրախուսվում է բազմամասնագիտական մոտեցումը։ Այն ներառում է նաև, անմիզապահության տեսակից կախված, շեքի ֆիզիոթերապիա, ոլորքային նյարդի խթանում, ազդանշանային հիշեցումներ, կենսաբանական հետադարձ կապ (պատկեր 3)։

Էնուրեզի բուժում 6 տարեկանից

Տազնապահարույց նշանների (միզարձակման հետ համակցված խնդիրներ, սաստիկ ծարավ) բացակայության դեպքում լրացուցիչ հետազոտություն չի պահանջվում¹³։ Խորհուրդ է տրվում

բուժումը սկսել 6 տարեկանից: Նախ անհրաժեշտ է վերացնել նյարդահոգեբանական զարգացման խանգարումը, փորկապությունը, միզուղիների վարակները և քնի ապնոեի մասին վկայող նշանները:

Հարկավոր է հիշել կենսակերպ-սննդակարգային միջոցառումների մասին: Առաջին շարքի բուժումը ներառում է դեամոպրեսին և գիշերային զարթուցիչ: Որպես երկրորդ շարքի բուժում՝ կարելի է փորձել հակախոլիներգիկ միջոցներ, ինչպես նաև եռացիկլային հակաընկճախտային դեղամիջոցներ, որոնք հարկավոր է կիրառել մեծ զգուշությամբ: դրանք պետք է նշանակեն փորձառու մասնագետներ, որոնք սովոր են նման բուժումների:

Փորկապության վարում

Փորկապության վարումը վճռորոշ է և պետք է նախորդի տարատեսակ միջամտություններին: Այն սկսվում է ուտելուց 15-30 րոպե հետո 5 րոպեով զուգարան գնալու ռեժիմից (ստամոքսահաստաղիքային ռեֆլեքսի ներգրավում)՝ ծնկները կոնքի մակարդակից փոքր-ինչ բարձրացրած վիճակում (կոնքի հատակի մկանների թուլացումը նվազեցնում է դիմադրությունն ուղիղ աղու և միզապարկի դատարկմանը) (պատկեր 4): Այս միջոցառումները պետք է ուղեկցվեն հանրային առողջապահությանը վերաբերող խորհրդատվությամբ՝ կանոնավոր ֆիզիկական վարժություններ, հավասարակշռված սնուցում և հեղուկների սովորական քանակի ընդունում¹⁴:

Հասանելի դեղամիջոցները քիչ են

Օքսիբութինինը (3 տարեկանից) միակ խոլինապաշարիչ դեղամիջոցն է, որը տրոսպիումի քլորիդի հետ մեկտեղ (12 տարեկանից սկսած) ունի մանկաբուժական նպատակներով շուկայում վաճառքի թույլտվություն: Դրանք նշանակվում են կլինիկական կամ ուրոլինամիկական գերակտիվության դեպքում: Հիմնական անցանկալի ազդեցությունը լորձաթաղանթների չորությունն է:

Դեամոպրեսինը (6 տարեկանից մեծ երեխաների համար) ցուցված է միախտանշան ամենօրյա՝ գիշերային մեզի մեծ ծավալներով առաջնային էնուրեզի դեպքում¹⁵: Ըմպելիքների ընդունումը հարկավոր է պարտադիր դադարեցնել նախքան քնելը դեղամիջոցն ընդունելուց 1 ժամ առաջ և դրանից հետո 8 ժամվա ընթացքում:

Ծեքի ֆիզիոթերապիա

Կոնքի հատակի մկանները զգալու կարողությունը (կծկում կամ թուլացում) կիրառվում է կղազատումը և միզապարկի ամբողջական դատարկումը հեշտացնելու համար: Երեխայի նպատակն է յուրացնել այդ զգացումը և գիտակցել մեզի ու կղանքի ամբողջական դատարկումը: Մկանները զգալուն կարող են նպաստել շեքի կամ հետանցքի շրջանում տեղադրված էլեկտրամկանագրության էլեկտրոդները կամ ուլտրաձայնային զոնդերը, որոնք տալիս են միզապարկի բացվող ու փակվող վզիկի պատկերը և հնարավորություն

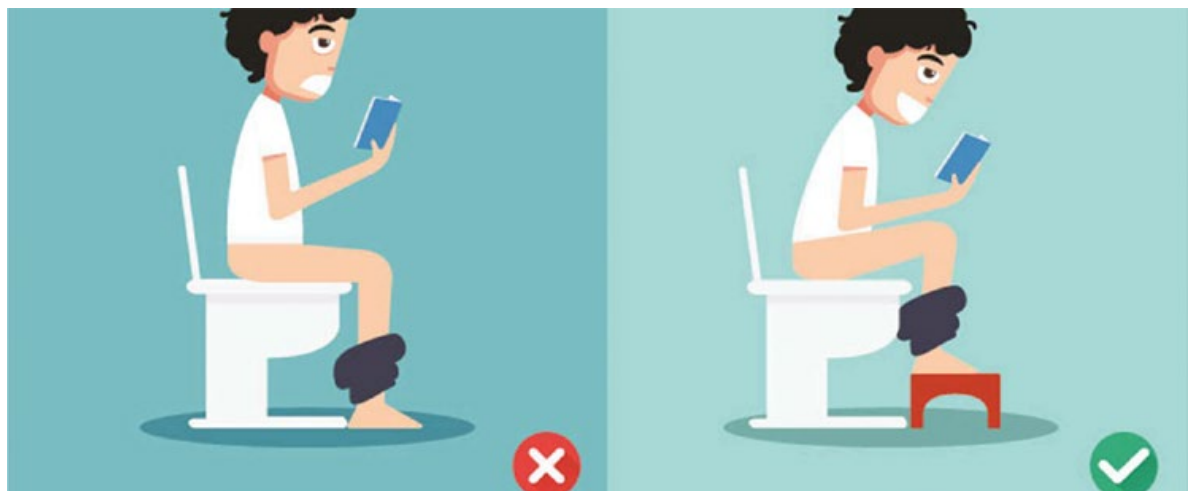
տալիս չափելու միզարձակումից հետո մնացորդային մեզի քանակը¹⁶: Այս հնարավորությունը կարելի է իրագործել միայն բավարար ճանաչողական և զգայաշարժական կարողությունների տեր երեխաների դեպքում:

Կենսաբանական հետադարձ կապը (անգլ.՝ biofeedback) կծկումների տեսողական կամ լսողական արձագանքներով, կարող է լրացնել մարզման մեթոդը:

Կլինիկական փորձարկումները ցույց են տվել կոնքի հատակի մկանների մարզման արդյունավետությունը միզապարկի արտամղող մկանի և միզուկի սեղմման և չիսամաձայնեցված աշխատանք (դիսսինկոորդացիա) ունեցող երեխաների շրջանում¹⁵:

Ոլոքային նյարդի խթանում

Ոլոքային նյարդի խթանումը կիրառվում է այն դեպքում, երբ առաջին շարքի միջոցառումներն ապարդյուն են եղել: Դրա ճշգրիտ ախտաֆիզիոլոգիական մեխանիզմը լավ պարզաբանված չէ: Այս միջամտությունը կիրառվում է 1980-ականներից, հավանաբար՝ չինական բժշկության ազդեցության տակ¹⁶: Գաղափարն այն է, որ ծայրամասային նյարդի խթանումը փոփոխում է գլխուղեղի, ուղեղաբևի և միզապարկի միջև անցնող աֆերենտ ու էֆերենտ ուղիները և հնարավորություն է տալիս բարելավելու միզապարկի պահունակությունն ու նվազեցնելու գերակտիվության ախտանշանները (հրատապամիզություն, հաճախամիզություն):



Պատկեր 4. Զուգարանակոնքին նստելու ճիշտ դիրքը:

Էլեկտրոդները տեղադրվում են սրունքաթաթային հոդի միջային մակերեսին և հաղորդում են 10-25 Հց հաճախականությամբ իմպուլսներ: Հիվանդին և նրա ընտանիքին հարկավոր է ճշգրտորեն տեղեկացնել սարքի վրա ընտրված ծրագրի, էլեկտրոդների տեղակայման և էլեկտրախթանման տևողության մասին օպտիմալ արդյունավետություն ապահովելու համար: Այս տեսակի խթանման արդյունավետությունն ապացուցվել է հրատապամիզության և գերակտիվ միզապարկով անմիզապահությունների պարագայում⁶: Հնարավոր է նաև խթանում երրորդ սրբանային անցքի հատվածում, ինչպես նաև այդ երկու տեղամասերի անդրմաշկային ինվազիվ էլեկտրախթանում:

Պարբերական մաքուր կաթետրացումներ

Բարձր ճնշմամբ գերակտիվ, թերակտիվ կամ միզականգային նյարդաբանական միզապարկով հիվանդներին խորհուրդ է տրվում կատարել պարբերական մաքուր կաթետրացումներ կամ միզապարկի զոնդավորումներ (կատարվում է օրական առնվազն հինգ անգամ) միզապահության հասնելու և վերին միզուղիները պաշտպանելու համար: Այս ցուցմանը պետք է նախորդի ուրոլինամիկական գնահատում: Ինքնախնամքը հնարավոր է 7-8 տարեկանից՝ ավելի լավ տանելիությամբ և ավելի մեծ ինքնավարությամբ, այլոց օգնությամբ խնամքը հնարավոր է ամենավաղ տարիքից: Նպատակն ամենօրյա խնամքը հեշտացնելն է կաթետրացումներն անմիջապես զուգարանում կատարելով: Կիրառվող զոնդերի երկարությունը և տրամագիծը ընտրվում են կախված երեխայի տարիքից ու չափից:

Բուժակրթումն էական նշանակություն ունի այս մեթոդի ընդունման ու երկարաժամկետ տանելիության, նաև դրա շուրջ մոլորությունների վերացման գործում:

Ճանաչողական և վարքային հայեցակետեր

Նյարդահոգեբանական զարգացման խանգարումներով կամ հոգեբուժական խանգարումներով երեխաներն ու դեռահասները հակված են անմիզապահության, ընդ որում՝ նրանց շրջանում անմիզապահությունն ավելի հաճախ է հանդիպում, քան ընդհանուր բնակչության շրջանում: Խանգարման բուժումն օգնում է և երբեմն պետք է նախորդի անմիզապահության բուժմանը, մասնավորապես՝ գերակտիվությամբ կամ առանց գերակտիվության ուշադրության անբավարարությամբ տառապող երեխաների բուժումը մեթոդներն իրականացնելով՝ կամ ընկճախտային և/կամ տանգապային խանգարումների հոգեբուժումը:

Միզարձակման խանգարումներով երեխաների հոգեբանական վարումը միօրինակացված չէ և պետք է հարմարեցվի յուրաքանչյուր երեխայի ու նրա ընտանեկան իրավիճակին: Եթե խանգարումների ազդեցությունը ընտանիքում (ներընտանեկան վեճեր, տարակուսանքի մեջ գտնվող ծնողներ, երեխայի կանոնավոր հակազդեցություն ծնողների առաջարկներին և այլն), սոցիալական կյանքում (ծաղր, ընկերների հետ դպրոցական էքսկուրսիաներին կամ տոնակատարություններին մասնակցելու անկարողություն) կամ դպրոցում (փախուստներ դասերից, զուգարան գնալու համար դասից ելնե-

լու անհրաժեշտություն, բացակայություններ) էական է, ապա պետք է համակարգված ձևով գրուցել երեխայի հետ և իրականացնել հոգեբանական հսկողություն:

Մեր տեղեկություններով երեխաների միզարձակման խանգարումների վերաբերյալ հատուկ մասնագիտացում գոյություն չունի, և մոտեցումը պետք է լինի բազմամասնագիտական՝ ներառելով երեխայի կամ դեռահասի բժշկական ու միջավայրային գործոնները:

Նախնական գնահատումից հետո վարքային նյարդահոգեբանական մոտեցումը նույնպես կարող է հետաքրքրական լինել:

Բազմաթիվ պատճառների ընդհանուր ախտանշան

Երեխայի անմիզապահությունը տարածված ախտանշան է, որը կարող է ի հայտ բերել բազմաթիվ պատճառներ: Հարցուփորձը, կլինիկական գնումը և միզարձակումների՝ լիարժեք լրացված օրագիրը հնարավորություն են տալիս գնահատելու իրավիճակը և անմիզապահության ազդեցությունը: Երիկամների և միզապարկի ուլտրաձայնային հետազոտությունը կատարվում է գրեթե կանոնավորապես, ուրոլինամիկական գնահատումը պետք է քննարկել՝ պատճառից և իրականացվող բուժումներից կախված: Կենսակերպ-աննդակարգային միջոցառումները (միզարձակումների ռիթմ, հեղուկների ընդունում և փորկապության բուժում) այլ բուժումների անհրաժեշտ նախադրյալներ են: Նյարդահոգեբանական զարգացումը նույնպես հարկավոր է հաշվի առնել, և դրա վարումը բուժման անքակտելի մասն է:

RÉSUMÉ INCONTINENCE URINAIRE DE L'ENFANT

L'incontinence urinaire de l'enfant et de l'adolescent est le plus souvent d'origine dite fonctionnelle. L'interrogatoire et l'examen clinique, comprenant un catalogue mictionnel, doivent rechercher des causes urologiques ou neurologiques sous-jacentes. Le type d'incontinence, diurne ou nocturne, doit être précisé car les traitements en dépendent. L'échographie rénale et vésicale est recommandée, et le bilan urodynamique n'est pas systématique. Les mesures hygiéno-diététiques et le traitement de la constipation constituent la première étape

de la prise en charge. Selon le type de symptômes, un traitement médicamenteux, la rééducation périnéale, des mesures comportementales ou la stimulation du nerf tibial postérieur peuvent être proposés. L'évolution peut être parfois lente, avec un retentissement important sur la qualité de vie, et les aspects neurocognitifs nécessitent d'être pris en compte.

SUMMARY URINARY INCONTINENCE IN CHILDREN

Urinary incontinence in children and adolescents is most often of functional origin. Questioning and clin-

ical examination with a bladder diary should look for underlying urological or neurological causes. The type of incontinence, daytime or nocturnal, must be specified to adapt treatments. Renal and bladder ultrasound is recommended, and urodynamic studies are not routinely used. Lifestyle advice and bowel management are prerequisites for treatment. Depending on the type of symptoms, drug treatment, pelvic floor treatment, behavioral measures or stimulation of the posterior tibial nerve can be proposed. The evolution can sometimes be slow with a significant impact on quality of life, and neurocognitive aspects need to be considered.

ԳԻՏԵԼԻՔԻ ՆՏԵՄԱՐԱՆ ԵՐԵԽԱՅԻ ԱՆՄԻՋԱՊԱՐՈՒԹՅՈՒՆ

ԳՂՈՒՍՆԵՐ

1. Austin PF, Bauer SB, Bower W, Chase J, Franco I, Hoebeke P, et al. The standardization of terminology of lower urinary tract function in children and adolescents: Update report from the standardization committee of the International Children's Continence Society. *J Urol* 2014;191(6):1863–5.
2. Nieuwhof–Leppink AJ, Schroeder RPJ, van de Putte EM, de Jong TPVM, Schappin R. Daytime urinary incontinence in children and adolescents. *Lancet Child Adolesc Health* 2019;3(7):492–501.
3. Étude des laboratoires Ferring en partenariat avec la société TNS Healthcare [Sofres] dans le rapport d'avril 2007 du Pr Haab au ministère de la Santé et des Solidarités.
4. von Gontard A, Kuwertz–Bröking E. The diagnosis and treatment of enuresis and functional daytime urinary incontinence. *Dtsch Arztebl Int* 2019;116(16):279–85.
5. Hyams JS, Di Lorenzo C, Saps M, Shulman RJ, Staiano A, van Tilburg M. Functional disorders: Children and adolescents. *Gastroenterology* 2016;150(6):1456–68.
6. Nieuwhof–Leppink AJ, Hussong J, Chase J, Larsson J, Renson C, Hoebeke P, et al. Definitions, indications and practice of urotherapy in children and adolescents: A standardization document of the International Children's Continence Society (ICCS). *J Pediatr Urol* 2021;17(2):172–81.
7. San ST, Barnes EH, Caldwell PHY. Urinary incontinence during laughter in children: Is it giggle incontinence? *J Paediatr Child Health* 2021;57(12):1971–5.
8. Centre de référence maladies rares, C–MAVEM, service de neurochirurgie Necker–Enfants malades. Protocole national de diagnostic et de soins (PNDS). Lipomes du filum terminal. Prise en charge des lipomes du filum terminal. 2021. Haute Autorité de santé.
9. Von Gontard A. Does psychological stress affect LUT function in children? ICI–RS 2011. *NeuroUrol Urodyn* 2012;31(3):344–8.
10. Equit M, Hill J, Hübner A, von Gontard A. Health–related quality of life and treatment effects on children with functional incontinence, and their parents. *J Pediatr Urol* 2014;10(5):922–8.
11. Bentellis I, Hascoet J, Tibi B, Pierron R, Manunta A, Kerdraon J, et al. Urodynamics: All the nurse needs to know. *Prog Urol* 2020;30(15):939–46.
12. Von Gontard A, Hussong J, Yang SS, Chase J, Franco I, Wright A. Neurodevelopmental disorders and incontinence in children and adolescents: Attention–deficit/hyperactivity disorder, autism spectrum disorder, and intellectual disability. A consensus document of the International Children's Continence Society. *NeuroUrol Urodyn* 2022;41(1):102–14.
13. Nevéus T, Fonseca E, Franco I, Kawauchi A, Kovacevic L, Nieuwhof–Leppink A, et al. Management and treatment of nocturnal enuresis: An updated standardization document from the International Children's Continence Society. *J Pediatr Urol* 2020;16(1):10–9.
14. Kelly MS, Benninga MA, Yang SS, Franco I, Payne C, Wei CH, et al. Pediatric neurogenic bowel dysfunction: ICCS review document. *J Pediatr Urol* 2023;19(3):232–9.
15. Chase J, Austin P, Hoebeke P, McKenna P, International Children's Continence Society. The management of dysfunctional voiding in children: A report from the Standardisation Committee of the International Children's Continence Society. *J Urol* 2010;183(4):1296–302.
16. De Wall LL, Heesakkers JPFA. Effectiveness of percutaneous tibial nerve stimulation in the treatment of overactive bladder syndrome. *Res Rep Urol* 2017(9):145–57.

ՊԱՏԿԵՐԱԴԱՐԱՆԻ ՊԱՏԱՄԽԱՆՆԵՐ

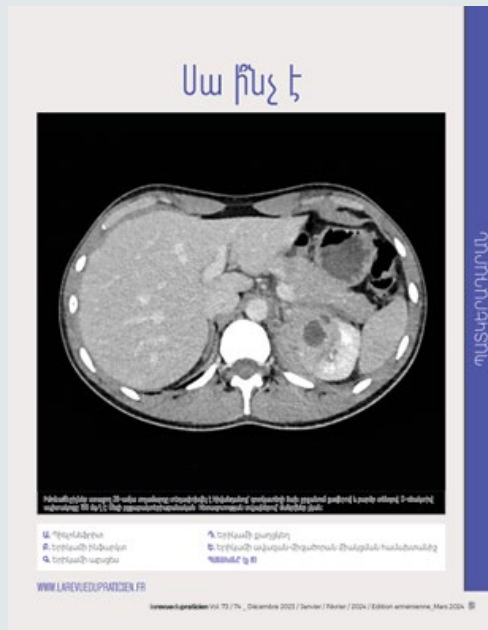


● էջ 57 Գ. Միջնորդի առաջնային B–բջջային լիմֆոմա

ՊԱՏԿԵՐԱԴԱՐԱՆԻ ՊԱՏԱՄԻԱՆՆԵՐ



● էջ 60. Գ. ճարպուռուցք (լիպոմա)

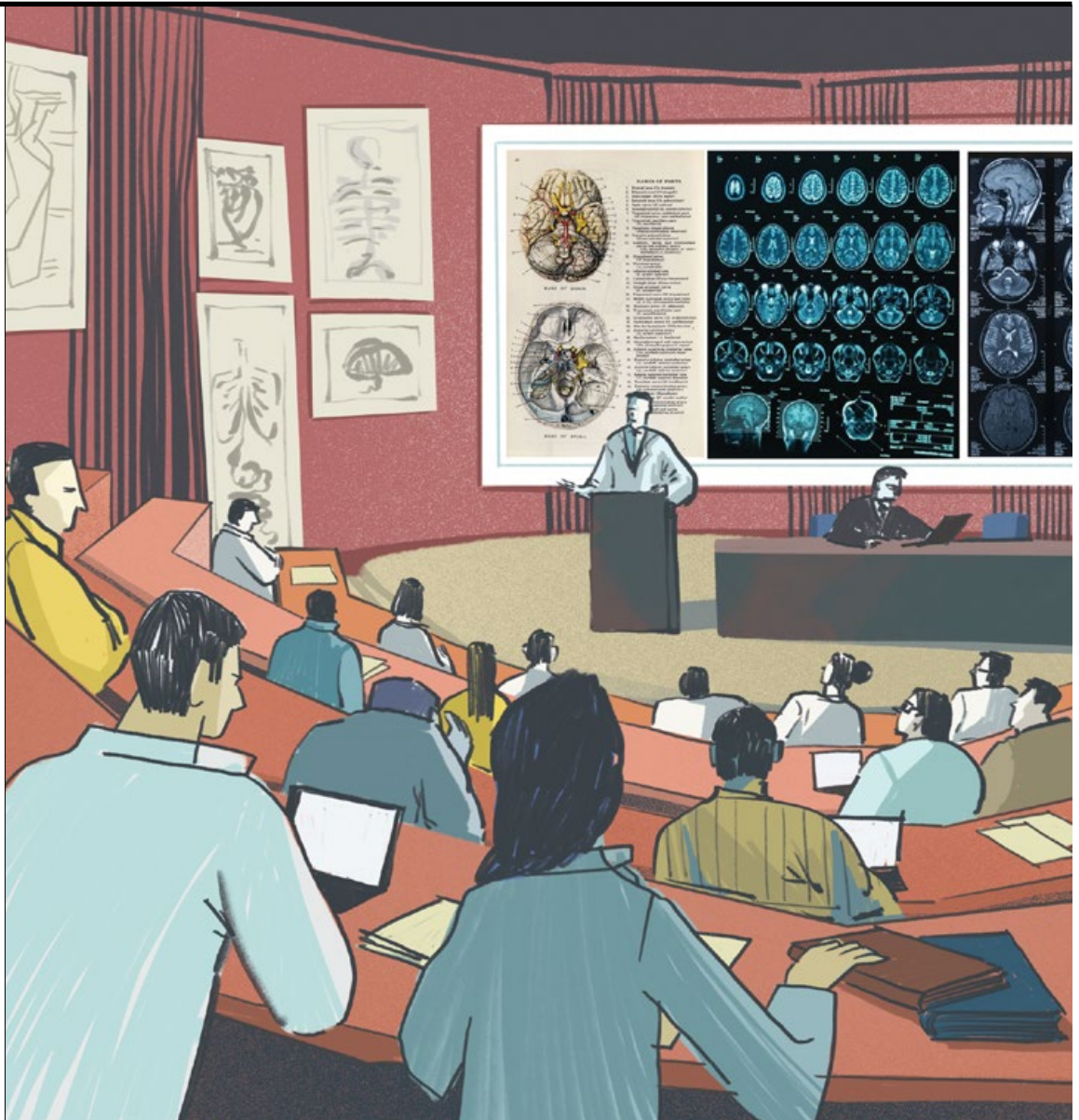


● էջ 61. Գ. երիկամի արքցես

ՌԻՍԱՆՈՐԻ ԱՆԿՅՈՒՆ

ՔՆՆԱԿԱՆ ՀԱՐՑԵՐ ՊԵՏԱԿԱՆ ԱՎԱՐՏԱԿԱՆ ՔՆՆՈՒԹՅԱՆ ՀԱՐՑԱՇԱՐԻՑ

Քննական
հարց
76



► էջ 85 Կախվածություն ակտիվիզ

Ճննական հարց 76

Կախվածություն ալկոհոլից

ԽՆԴԻՐՆԵՐԸ

ՀԱՅՏՆԱԲԵՐԻՆ, ԱՆՏՈՐՈՇԵԼ, ՔՆԱՀԱՏԵԼ ալկոհոլից կախվածության հետևանքները

ԲԱՏԱՏՐԵԼ ժուժկայության բուժապահովման ցուցումները և սկզբունքները:

Ալկոհոլի չափից ավելի գործածությունը հանրային առողջապահության հիմնական խնդիրներից է: Ֆրանսիան աշխարհի՝ ամենից շատ ալկոհոլ սպառող երկրներից է (չնայած հատկապես գինու սպառման զգալի անկմանը): 2017 թվականի վիճակագրությամբ՝ 18-75 տարեկանների 87 %-ը տարվա ընթացքում առնվազն մեկ անգամ ալկոհոլ էր գործածել, 21 %-ը հարբածության դեպք էր ունեցել նույն ժամանակահատվածում, 5 %-ը միանգամից՝ նույն առիթի կապակցությամբ, վեց կամ ավելի բաժակ ոգելից խմիչք էր գործածել ամեն շաբաթ (միանգամաբար գործածություն, որ կարող է հանգեցնել սուր բարդությունների՝ դժբախտ պատահարներ, բռնություն), 10 %-ը գործածել էր ամեն օր, ինչը կարող էր սոմատիկ, հոգեբանական կամ սոցիալական բարդություններ առաջացնել, մասնավոր՝ թուլատրելի համարվող չափաբաժինները: Հատկապես երիտասարդները գործածում են անկանոն, սակայն միանգամից և մեծ քանակով («դրվագային թունդ հարբեցողություն», «binge drinking»):

Ծխախոտից հետո ալկոհոլը կանխարգելելի մահացության երկրորդ պատճառն է: Բազմաթիվ սոմատիկ, հոգեբուժական և սոցիալական բարդությունների հետևանքով տարեկան 41000 մահ է արձանագրվում: Մեծ է ալկոհոլի դերը սպանությունների և կենցաղային, աշխատանքային ու ճանապարհային պատահարների դեպքում:

Ալկոհոլային կախվածության բացահայտումը

Ծեշտը պետք է դնել ալկոհոլի չարաչափման վաղ բացահայտման (սքրինինգ) վրա՝ հնարավորինս շուտ բուժում առաջարկելու համար, հատկապես՝ այն անձանց, որոնք չափից շատ են գործածում ոգելից խմիչքներ՝ դրա մասին չիմանալով կամ վտանգները չգիտակցելով՝ մինչև ծանր բարդությունների ի հայտ գալը: Այս դեպքում խոսքը վաղ բացահայտման և կարճատև միջամտության (ԱԲԿՄ - RPIB) մասին է:

Երբ բացահայտել Համակարգված ձևով

Հետևյալ դեպքերում՝
- երբ ընտանեկան բժիշկն առաջին անգամ է գնում բուժառուի՝ որոշակի հանգամանքներում (սպորտով զբաղվելու ունակ լինելու վերաբերյալ վկայական, պատվաստում, հղիություն).
- աշխատավայրում բժշկի կողմից բուժվելու ժամանակ.

- հիվանդանոցի շտապօգնության բաժանմունքում (կարևոր է ժուժկայությամբ պայմանավորված բարդությունների վտանգը գնահատելու համար և այլն).
- ալկոհոլի ներգործությանն առավել ենթակա/խոցելի բուժառուների դեպքերում (դեռահասություն, ծերություն, անկայունություն, հոգեբուժական խնդիրներ, այլ կախվածություններ և այլն).
- ալկոհոլի հետ անհամատեղելի դեղամիջոցներ նշանակելիս:

Որոշակի նշանների կամ ոչ առանձնահատուկ հանգամանքների դեպքում

Որոշ ոչ առանձնահատուկ նշանների համադրությունը կամ կրկնությունը կարող են հուշել ալկոհոլի՝ չափից ավելի գործածության մասին.

- ամենահաճախ և ամենավաղ արտահայտվողը սոցիալական-ընտանեկան խանգարումներն են՝ ամուսնական/ընտանեկան դժվարություններ, ընտանեկան բռնություն, ռիսկի դիմելը (հանրային բռնություն, ոչ ապահով սեռական հարաբերություններ և այլն), քրոնիկական ֆինանսական խնդիրներ, մասնագիտական/աշխատանքային հետևանքներ (հաճախակի բացակայություն և այլն), հարբած վիճակում մեքենա վարելը.
- սոմատիկ զանգատներ կամ ֆիզիկական նշաններ՝ աղիքային անցանելիության խանգարումներ, փսխում արթնա-նայուն պես, այրոց, զարկերակային գերճնշում, քաշի ավելացում կամ կորուստ, մաշկային խանգարումներ (ռոզացեա), ընդհանուր թուլություն և ընդհանուր վիճակի վատթարացում, դժբախտ պատահարներ, վայր ընկնելու դեպքեր, շտապօգնության դիմելու կրկնական դեպքեր և ալկոհոլի գործածությամբ պայմանավորված սոմատիկ բարդություններ. ցավոք, սա առավել հաճախ հանդիպող իրավիճակ է.
- Նյարդահոգեբանական զանգատներ՝ ընկճախտային համախտանիշ, տագնապ, քնի խանգարումներ, դյուրագրգռություն/նյարդայնություն, ճանաչողական խանգարումներ, այլ հոգեակտիվ միջոցների գործածություն (ծխախոտ, հոգեմետ դեղեր, արգելված թմրամիջոցներ և այլն):

Ինչպես բացահայտել գործնականում

Հարկավոր է թեման քննարկել Էմպաթիկ ռոճով՝ դասական բժշկական հարցազրույցի շրջանակում, դրսևորել ուշադիր, ջերմ, գնահատող, չդատող վերաբերմունք, կիրառել բաց հարցեր ու անդրադարձական ունկնդրում:

Բացահայտում չմիջոցառված ձևաչափով

Հարկավոր է սկսել սննդակարգի և ծխելու վերաբերյալ հարցերից, ապա տալ բաց հարց, օրինակ՝ «Ի՞նչ ալկոհոլային խմիչքներ եք գործածում», կամ՝ «Ի՞նչ կարող եք ինձ ասել Ձեր ալկոհոլային խմիչքներ գործածելու մասին»:

Անհրաժեշտ է գնահատել ալկոհոլ գործածելու հայտարարագրված քանակը (ԱԳՀՔ) չափորոշված բաժակների քանակով (պատկեր 1) և հաշվարկել բաժակների շաբաթական

Պրոֆեսոր Ֆրանսուա Պայ՝ Պրոֆեսոր Ռոմեն Մուարան՝

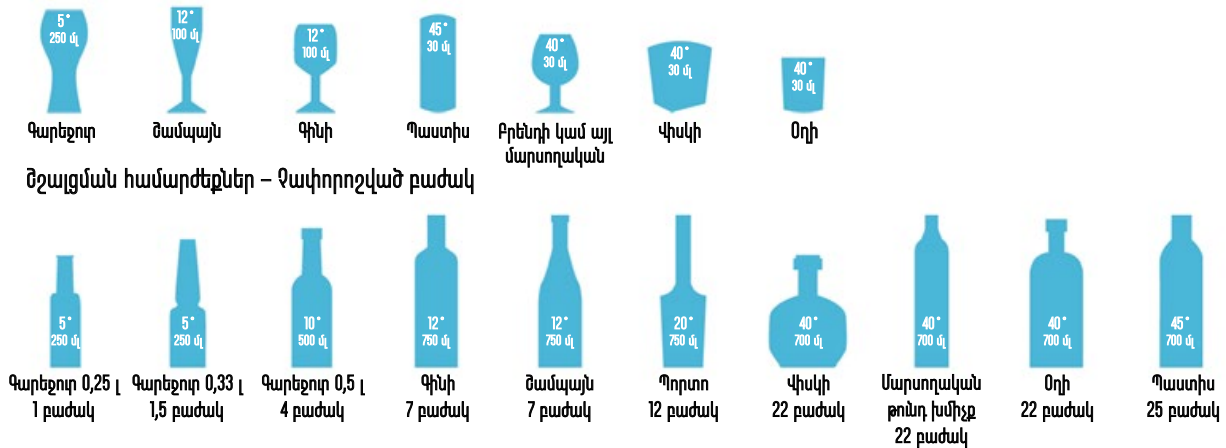
1. Գրանդ Էստ (Մեծ Արևելք) տարածաշրջանի կախվածությունների ընկերակցություն, Էյեքուր համայնք, Ֆրանսիա

2. Ռենի համալսարանական հիվանդանոցի կախվածությունների բուժման միավոր, Լյարդի հիվանդությունների բաժանմունք, Պոն-շայու հիվանդանոց, Ռեն, Ֆրանսիա

fpaille@gmail.com

Ֆ. Պեյր հայտնում է, որ Indivior և BMS ձեռնարկությունների համար մասնակցել է որոշ միջոցառումների:

Ռ. Մուարան շահի հետապնդելու վերաբերյալ որևէ հայտարարություն չի ներկայացրել:



Չափորոշված բաժակը սահմանվում է 10 գրամ մաքուր ալկոհոլի քանակով, որը համապատասխանում է մոտ 0,1 լ գինու, 0,25 լ 5%-ոց գարեջրի կամ 0,03 լ 40%-ոց ալկոհոլի:

Պատկեր 1. «Չափորոշված բաժակ» հասկացությունը:

միջին քանակը, գործածության օրերի միջին քանակը, շաբաթվա կամ ամսվա ընթացքում մեկանգամյա զգալի հարթածության (միանգամից 6 կամ ավելի բաժակ) դեպքերը:

Բուժառնություններին կարելի է դասակարգել ըստ ալկոհոլի գործածության եղանակի՝ չգործածողներ (ժուժկալներ), ցածր վտանգավորությամբ գործածողներ և չարաշահողներ:

Չափորոշված բաժակների գնահատումը հարկավոր է համալրել գործածվող խմիչքների տեսակի և գործածման եղանակների գնահատմամբ: Գործածության դրական և բացասական կողմերի վերաբերյալ հարցերի միջոցով հարկավոր է բացահայտել գոյություն ունեցող երկակիությունը:

Չարաշահման դեպքում հարկավոր է որոնել վերահսկողության կորուստ և կախվածության այլ չափանիշներ:

Տանը բաժակները հաճախ ընդունված քանակից ավելի լինել են լցվում, և դա հարկավոր է հաշվի առնել կամ հաշվարկել շոժով (հաշվարկման այդ ձևը կիրառելի է նաև, երբ գործածությունը շատ զգալի է):

Խմիչքի մեջ ալկոհոլի պարունակությունը (գրամներով) հաշվարկելու համար կիրառվում է հետևյալ բանաձևը՝ խմիչքում մաքուր ալկոհոլի տոկոսը (ծավալը % կամ °) × ծավալը (մլ) × 0,8 (ալկոհոլի խտությունը): Օրինակ՝ 12,5% ալկոհոլով 0,75 լ գինու 1 շիժը պարունակում է՝ $12,5/100 \times 750 \times 0,8 = 75$ գ մաքուր ալկոհոլ:

Բացահայտում միօրինակացված հարցաշարերով

Դրանք են՝

- AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test՝ Ալկոհոլի գործածության հետ կապված խնամարանների նույնականացման թեստ)՝ Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպության՝ տասը հարցից բաղկացած ինքնահարցաթերթիկ, որը պետք է դրվի սպասաստահում (օրինակ՝ աշխատավայրի բժշկի սենյակին կից սպասաստահում):

- AUDIT-C. քանակական գնահատման երեք հարց (աղյուսակ 1, պատկեր 2):

- FACE (Fast Alcohol Consumption Evaluation՝ Ալկոհոլի գործածության արագ գնահատում)՝ հարցաշար, որը հնարավորություն է տալիս քանակապես սահմանելու գործածությունը և գնահատելու ալկոհոլի ներգործության հետևանքները (աղյուսակ 2):

Ալկոհոլի՝ չափից ավելի գործածության կենսանշանները

Ալկոհոլի գործածության կենսանշանների չափաբաժինների որոշումն ինքնին ցուցված չէ: Դրանք կիրառվում են ի լրումն հարցուփորձի և կլինիկական հետազոտության:

Այդ չափաբաժինների օգտավետությունը կարող է լինել՝

- այխտորոշիչ որոշակի ախտահարում կամ ախտանշաններ ալկոհոլի հետ կապելու համար, երբ բուժառնում ժխտում է ալկոհոլ գործածելու փաստը, կամ՝ մի շարք ենթադրություններ ամրապնդելու համար: Դրանք կախվածություն ախտորոշելու հնարավորություն չեն տալիս:

- հսկողություն սահմանելու համար (վերստին օգտագործման բացահայտում):

- ուսուցանող և դրական քայլերի մղող (խրախուսող):

Դրանք խորհուրդ չի տրվում կիրառել կախվածության վաղ հայտնաբերման համար՝ նվազ զգայունության պատճառով:

Գործնականում կիրառվում են՝

- արյան մեջ ալկոհոլի մակարդակը (ալկոհոլեմիա), որն օգտակար է հատկապես շտապ օգնության բաժանմունքում՝ վայր ընկնելու կամ վատ ինքնագզացողության դեպքերում:

- գամմա-գլուտամիլտրանսպեպտիդազը (ԿԳՏ, ԳԳՏ), որը լյարդի ֆերմենտ է՝ ինչպես ալկոհոլի գործածության, այնպես էլ լյարդի ալկոհոլային հիվանդության նշիչ, ունի ցածր

զգայունություն (հայտնաբերում է չարաշահողների մոտավորապես կեսին, փոքր-ինչ ավելի՝ կախվածություն ունեցողներին): Դրա առանձնահատկությունը նույնպես ցածր է: ԳԳՏ-ի մակարդակը բարձրանում է լյարդի ախտահարումների մեծ մասի դեպքում, սակայն ինչ վերաբերում է ալկոհոլի գործածությանը, կամ լյարդի ֆերմենտային պրոֆիլի մնացած մասը նորմալ է, կամ այն զուգորդվում է տրանսամինազների (առավելապես ասպարտատ ամինատրանսֆերազի՝ ԱՍՏՏ-ի) մակարդակի չափավոր աճի հետ (<5N), ի տարբերություն հիմնային (ալկալիական) ֆոսֆատազների (PAL, ՅՖ) նորմալ մակարդակի, ինչը բավականին բնորոշ իրավիճակ է: ԿԾ-ը նորմալանում է գործածությունը դադարեցնելուց հետո չորսից տասը շաբաթվա ընթացքում (կախված սկզբնական մակարդակից): Կենսանշիչ՝ ալկոհոլի գործածության հետ չառնչվող մակարդակի բարձրացումը հիմնականում հանդիպում է լյարդի նյութափոխանակային հիվանդությունների դեպքում:

- Էրիթրոցիտների միջին ծավալը (ԷՄԾ) ամենապակաս զգայուն կենսանշիչն է (հայտնաբերվում է բուժառուների մեկ երրորդի շրջանում) և նորմալանում է գործածությունը դադարեցնելուց երեք ամիս անց: Դրա փոփոխության այլ պատճառները քիչ են (ֆոլաթթվի կամ B12 վիտամինի անբավարարությամբ պայմանավորված անեմիա, հիպոթիրեոզ, գերնեոփիլոցիտոզ): ԳԳՏ-ի և ԷՄԾ-ի բարձր մակարդակների համակցումն ունի մոտավորապես 70-80% զգայունություն: - ածխաջրային անբավարարությամբ տրանսֆերինը (ԱՍՏ) շատ առանձնահատուկ է և նորմալանում է գործածությունը դադարեցնելուց հետո մի քանի շաբաթվա ընթացքում: Դրա զգայունությունը փոքր-ինչ ավելին է, քան ԿԾ-ինը: ԿԾ-ի հետ համակցումը մեծացնում է դրա զգայունությունը (մինչև 80%):

Ախտորոշում

Ալկոհոլային սուր թունավորում

Ալկոհոլի սուր ազդեցությունները, կախված անհատներից, շատ տարբեր են:

Առաջին նշանները չափելի են 0,2 գ/լ-ից սկսած:

Գոյություն ունի հարբածության երեք փուլ՝

- գրգռվածության փուլ՝ էֆորիա, ամենակարող լինելու զգացում, հոգեշարժական ապաստարգելակում:
- հարբեցման (գլխապտույտի) փուլ՝ շատախոսություն (լոգորեա) ընդհատվող և ոչ հստակ խոսքով, դժվարախոսություն (դիզարտորիա), շարժումների կառավարման խանգարում (ուղեղիկային ատաքսիա)՝ երբորև քայլվածքով, շաղկապեկների կարմրություն, գիտակցության շփոթ, փսխումներ:
- ընկճախտային փուլ՝ քնկոտություն, խոր քուն, նույնիսկ՝ կոմա:

Ախտորոշումը հիմնականում կատարվում է կլինիկական պատկերի հիման վրա: Նման ախտորոշում հարկ է ենթադրել, երբ առկա է վատ ինքնազգացողություն, վայր ընկնելու դեպք (տարեց մարդ), դժբախտ պատահար կամ բռնություն:

Ախտորոշումը կարելի է հաստատել արյան մեջ ալկոհոլի (էթիլ սպիրտի) մակարդակի չափման միջոցով կամ ալկոհոլի չափման սարքով՝ արտաշնչած օդում ալկոհոլի տոկոսով, և այդ ցուցանիշների փոփոխության միջոցով (3-6 ժամում նվազում են):

AUDIT-C ՀԱՐՑԱԾԱՐ

1. Ինչ հաճախականությամբ եք ալկոհոլ պարունակող խմիչքներ գործածում	
■ Երբեք	0
■ Ամսական 1 անգամ կամ ավելի քիչ	1
■ Ամսական 2-4 անգամ	2
■ Ծաբաթական 2 կամ 3 անգամ	3
■ Ծաբաթական առնվազն 4 անգամ	4
2. Քանի՞ չափորոշված բաժակ եք խմում առանց առիթի ալկոհոլ գործածելիս	
■ 1 կամ 2	0
■ 3 կամ 4	1
■ 5 կամ 6	2
■ 7-9	3
■ 10 կամ ավելի	4
3. Որքան հաճախ եք 6 կամ ավելի չափորոշված բաժակ խմում մեկ առիթի ընթացքում	
■ Երբեք	0
■ Ամիսը մեկ անգամից պակաս	1
■ Ամսական 1 անգամ	2
■ Ծաբաթական 1 անգամ	3
■ Ամեն օր կամ գրեթե ամեն օր	4

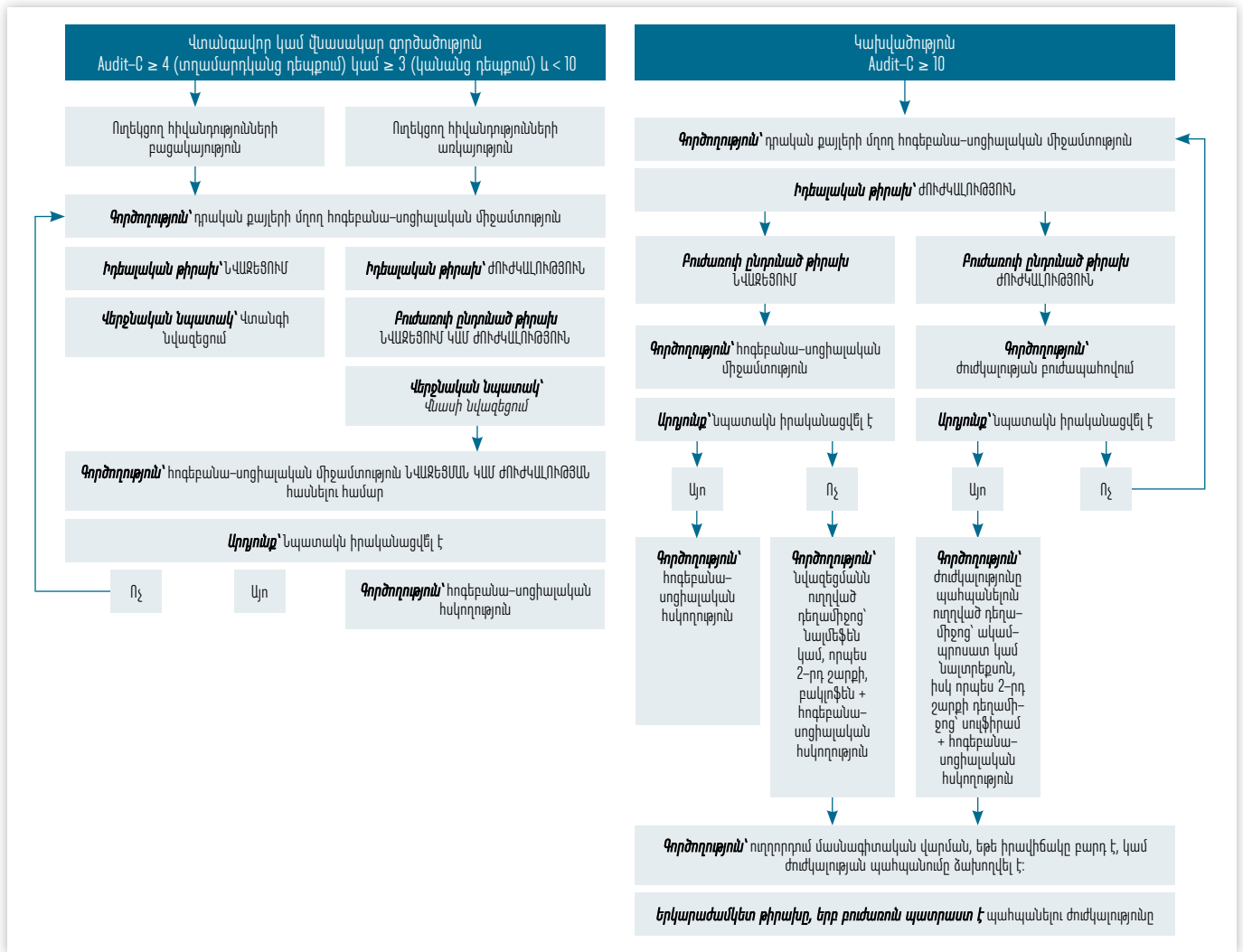
Աղյուսակ 1. Քնահատում. տղամարդկանց դեպքում թեստի ≥ 4 և կանանց դեպքում ≥ 3 արդյունքը ալկոհոլի չարաշահման կասկածի տեղիք պետք է տա և կարճատև միջամտության անհրաժեշտություն առաջացնի: ≥ 10 միավորը ենթադրում է կախվածություն: Ալկոհոլաբանության Ֆրանսիական միությունը սահմանել է բուժման այգործմանը՝ հիմնված AUDIT-C գնահատման վրա (պատկեր 2):

Գոյություն ունեցող կլինիկական ձևերն են՝

- շարժողական գործառույթը խթանող՝ այլոց կամ սեփական անձի նկատմամբ ագրեսիայի վտանգով:
 - զգայապատրանքային կամ գառանցանքային (հետապնդման կամ խանդի մեկնաբանական գառանցանք):
 - ցնցումային (ցնցումների նոպաներ, որոնք առաջանում են արյան մեջ ալկոհոլի շատ բարձր մակարդակի դեպքում):
- Ընդհանուր առմամբ, հարբածության երեք փուլերին հաջորդում է «սև բծի» վիճակը՝ այն ամենը չհիշելը, որը կատարվել է, երբ արյան մեջ ալկոհոլի մակարդակն ամենաբարձրն է:

Կարող են լինել բազմաթիվ բարդություններ՝ դժբախտ պատահարներ, իրավական բնույթի (ալկոհոլի ազդեցության տակ մեքենա վարելը, հանցավոր արարք, ակնհայտ հարբեցողություն հասարակական վայրում), անցանկալի և ոչ ապահով սեռական հարաբերություններ ու դրանց հետևանքները, բռնություն, ինքնասպանության վտանգ և այլն:

Ալկոհոլային կոման հանգիստ կոմա է՝ մկանների անբավարար տոնուսով (մկանային հիպոտոնուս), մարմնի ցածր ջերմաստիճանով (հիպոթերմիա), զարկերակային ցածր ճնշմամբ, բրադիկարդիայով, դիտարկվում է բիբերի երկկողմանի համաչափ լայնացում՝ լույսին թույլ արձագանքով առանց տեղայնացման նշանների, ուշ փուլում շնչառության



Պատկեր 2. Վարման ալգորիթմ՝ AUDIT-C գնահատման հիման վրա:

ընկճմամբ, հատկապես երբ առկա են ուղեկցող թունավորումներ:

Դրա բարդություններն են՝ ինհալացիան, թոքաբորբը, հիպոգլիկեմիան, ռաբդոմիոլիզը, ալկոհոլային կետոացիդոզը, մահը (բացառիկ դեպքերում):

Տարբերակիչ ախտորոշումներն են գիտակցության խանգարումների այլ պատճառները, որ կարող են հանդիպել ալկոհոլի հետ խնդիրներ ունեցողների շրջանում: Դրանք են՝

- հիպոգլիկեմիա.
- թունավորումներ՝ թմրանյութերով, դեղամիջոցներով (մասնավորապես՝ բենզոդիազեպիններով), ածխածնի մոնօքսիդով.
- արյունազեղում գլխուղեղաթաղանթներում (մենինգեալ արյունազեղում), գլխուղեղի իշեմիկ կաթված, ենթակարծրենային (սուբդուրալ) կամ արտակարծրենային (էքստրադուրալ) հեմատոմա.
- Գայե-Վերնիկեի էնցեֆալոպաթիա.

- էպիլեպսիա (հետևցումային փուլ, էպիլեպտիկ ստատում).
- լյարդի անբավարարությամբ պայմանավորված էնցեֆալոպաթիա.
- ալկոհոլային գառանցանք (delirium tremens).
- Նյութափոխանակության խանգարումներ՝ թերնատրիեմիա, կետոացիդոզ, գերկալցիեմիա.
- տենդի դեպքում՝ գլխուղեղային- գլխուղեղաթաղանթային վարակներ:

Յետևաբար նախնական վարումը պետք է ներառի՝

- կլինիկական զննում՝ կենսաբանական հաստատուններ, գանգուղեղային վնասվածքի նշաններ, նյարդաբանական հետազոտություն՝ տեղայնացման նշանների և մենինգեալ համախտանիշի առկայության որոնմամբ, ցիռոզի նշանների որոնում.

- ամենափոքր կասկածի դեպքում (կոմա) հետազոտությունները հետևյալն են՝ արյան իոնագիթ, միզանյութի, կրեատինինի, շաքարի, կալցիումի մակարդակի որոշում արյան մեջ,

թունավոր նյութերի չափաբաժին մեզում, արյան մեջ ալկոհոլի մակարդակ, գլխուղեղի պատկերային հետազոտություն, նույնիսկ՝ էլեկտրագլխուղեղագիր, գոտկային պունկցիա և այլն.

- Ներարկային համակարգի տեղադրման դեպքում, գլյուկոզայի լուծույթի ցանկացած ներարկումից առաջ, ներարկվող վիտամին B1-ի ընդունում:

Քրոնիկական թունավորում

Կախվածաբանական ախտորոշումը հիմնված է բացառապես հարցուփորձի վրա (առանց կենսաբանական Նշիչների կամ պատկերային հետազոտության):

Տարբերում են ալկոհոլի գործածության տարբեր վարքագծեր՝

- **չգործածություն** (ժուժկալություն կամ գործածության բացակայություն, չափահասների 10 %-ը Ֆրանսիայում):

- **ցածր վտանգավորության գործածություն**. համապատասխանում է առանց ախտանշանների և Ֆրանսիայում խորհուրդ տրվող սահմանված չափանիշներին համապատասխանող գործածությանը: Այսպիսի գործածության դեպքում ալկոհոլի բացասական հետևանքների առաջացման վտանգը շատ փոքր է: Ցածր վտանգավորության գործածության չափանիշները հետևյալն են՝

- առավելագույնը շաբաթական 10 բաժակ.
- առավելագույնը օրական 2 բաժակ.
- շաբաթվա օրեր՝ առանց գործածության:
- կանանց (բացառությամբ հղիների) և առողջ չափահաս տղամարդկանց շրջանում:

Այս չափանիշներն ուղեկցվում են խորհուրդներով՝

- Նվազեցնել գործածվող ալկոհոլի ընդհանուր քանակը, դանդաղ խմել՝ սնվելու ընթացքում և ջրի հետ հերթազափելով, խուսափել վտանգավոր վայրերից ու գործունեությունից և այլն.
- որոշակի հանգամանքներում ալկոհոլ չգործածել (հղիներ, երեխաներ, մեքենա վարելիս, սարքավորումների հետ գործ ունենալիս, որոշակի հիվանդությունների դեպքում, որոշակի դեղամիջոցների հետ համատեղ):

Այս ֆրանսիական խորհրդատվությունը վերաբերում է 10 գ մաքուր ալկոհոլ պարունակող չափորոշված բաժակին.

- **չարաշահում**, որը ներառում է.

- վտանգավոր գործածություն. ալկոհոլի գործածության այս եղանակը վնաս չի հասցնում գործածողի կամ նրա շրջապատի ֆիզիկական կամ հոգեկան առողջությանը, բայց զգալիորեն մեծացնում է այդ վտանգը: Սա կարող է պայմանավորված լինել ալկոհոլի գործածության հաճախականության, քանակության, գործածության կամ գործածության համատեքստի հետ կապված վտանգավոր վարքագծերի հետ: Վտանգը կարող է կապված լինել ալկոհոլի կարճաժամկետ հետևանքների (դժբախտ պատահարներ, բռնություն և այլն) կամ ավելի երկարաժամկետ կուտակային հետևանքների հետ՝ ազդեցություն առողջության կամ ֆիզիկական, մտավոր կամ սոցիալական գործունեության վրա: Անհրաժեշտ է հաշվի առնել «անհատական խոցելիություն» հասկացությունը, այսինքն՝ ալկոհոլի նույնաքանակ գործածությունը տարբեր հետևանքներ է թողնում տարբեր անձանց վրա.
- վնասակար գործածություն՝ ալկոհոլի գործածության եղանակ, որը վնաս է հասցնում մարդու ֆիզիկական կամ

FACE հարցաշար * («Ավելի լավ է քիչ խմել» ծրագրից)				
1. Որքան հաճախ եք ալկոհոլ պարունակող ըմպելիքներ գործածում				
<input type="checkbox"/> 0 միավոր	<input type="checkbox"/> 1 միավոր	<input type="checkbox"/> 2 միավոր	<input type="checkbox"/> 3 միավոր	<input type="checkbox"/> 4 միավոր
երբեք	ամսական 1 անգամ կամ պակաս	ամսական 2-4 անգամ	շաբաթական 2-3 անգամ	շաբաթական 4 անգամ կամ ավելի
2. Բանի՞ չափորոշված բաժակ եք խմում առանց առիթի ալկոհոլ գործածելիս				
<input type="checkbox"/> 0 միավոր	<input type="checkbox"/> 1 միավոր	<input type="checkbox"/> 2 միավոր	<input type="checkbox"/> 3 միավոր	<input type="checkbox"/> 4 միավոր
1 կամ 2	3 կամ 4	5 կամ 6	7-9	≥ 10
3. Ձեր շրջապատի մարդիկ ձեզ երբե՞ նկատողություն արել են ալկոհոլ գործածելու վերաբերյալ:				
<input type="checkbox"/> 0 միավոր	<input type="checkbox"/> 4 միավոր			
Ոչ	Այո			
4. Երբե՞ առավոտյան ալկոհոլի կարիք ունեցել եք՝ ձեզ լավ վիճակում զգալու համար:				
<input type="checkbox"/> 0 միավոր	<input type="checkbox"/> 4 միավոր			
Ոչ	Այո			
5. Պատահել է, որ ալկոհոլ գործածելուց հետո չեք հիշել, թե ինչ եք ասել կամ արել:				
<input type="checkbox"/> 0 միավոր	<input type="checkbox"/> 4 միավոր			
Ոչ	Այո			
Մեկնաբանություն. → կին՝ միավորը ≥ 4՝ վտանգավոր սպառում → տղամարդ՝ միավորը ≥ 5՝ վտանգավոր սպառում → երկու սեռերն էլ՝ միավորը ≥ 9՝ կախվածություն				

Աղյուսակ 2. * Այս 5 հարցերը ցանկալի է տալ առանց վերաձևակերպման և գնահատել դրանք ըստ բուժառնների ինքնաբերական արձագանքների: Եթե բուժառնն տատանվում է, պետք է առաջարկել պատասխանի տարբերակներ՝ խնդրելով բուժառնին՝ ընտրել «իրականությանն ամենամոտ պատասխանը»:

հոգեկան առողջությանը կամ հանգեցնում է ուրիշների առողջությանը վնասող վարքի.

- կախվածություն՝ ալկոհոլի գործածությունը վերահսկելու խանգարում, որը կրկնական կամ շարունակական գործածության արդյունք է: Բնութագրվում է ալկոհոլ գործածելու ուժեղ ներքին մղումով, որն արտահայտվում է գործածությունը վերահսկելու ունակության խախտմամբ և այլ գործունեության նկատմամբ ալկոհոլի գործածությանը աճող առաջնահերթության տրմամբ ու գործածության շարունակմամբ՝ չնայած հասցվող վնասին կամ բացասական հետևանքներին:

Վտանգավոր, վնասակար գործածությունները և կախվածությունը սահմանվում են ՀՄԴ-Պ-ով (Հիվանդությունների միջազգային դասակարգում): Հոգեկան խանգարումների ախտորոշման և վիճակագրության ձեռնարկի 5-րդ հրատարակությունը (DSM-5), իր հերթին, սահմանում է ալկոհոլի գործածության հետ կապված խանգարումը՝ ծանրության երեք մակարդակներով:

ԱԿՈՂՈՒԻ ԳՈՐԾԱՊՈՒԹՅԱՆ ՊԱՏՏԱՊՈՎ ՉՐԱՅՐՎՈՂ ԳԻՄՆԱԿԱՆ ՔՐՈՆԻԿԱԿԱՆ ԱՆՏԱԳԱՐՈՒՄՆԵՐԸ

<p>Քաղցկեղներ</p> <ul style="list-style-type: none"> վերին օդատար-մարսողական ուղիների (բերան, ըմպան, կերակրափող, կոկորդ) յարդի հաստ և ուղիղ աղիների կրծքագեղձի
<p>Սիրտ-անոթային հիվանդություններ</p> <ul style="list-style-type: none"> զարկերակային գերճնշում սրտի իջեմիկ հիվանդություն ալկոհոլային կարդիոմիոպաթիա սրտի առիթմիա գլխուղեղի իջեմիկ կաթված
<p>Կարդի հիվանդություններ</p> <ul style="list-style-type: none"> ստեատոզ ալկոհոլային հեպատիտ ցիռոզ վտանգի ավելացման գործոններ՝ իգական սեռ գիրություն, հեպատիտ B կամ C
<p>Աղետամոքսային հիվանդություններ</p> <ul style="list-style-type: none"> սուր պանկրեատիտ/քրոնիկական կալցիֆիկացնող պանկրեատիտ գաստրիտ ստամոքս-կերակրափողային ռեֆլյուքս աղիների շարժունակության խթանմամբ պայմանավորված փորլուծություն
<p>Նյարդաբանական հիվանդություններ</p> <ul style="list-style-type: none"> պոլիներիտ ռետրոբուբարային օպտիկական ներիտ էպիլեպսիա գլխուղեղի վնասվածքային հեմատոմաներ (արտա- կամ ենթակարծրենային) ոտեղիկային համախտանիշ ճանաչողական խանգարումներ
<p>Նյութափոխանակության հիվանդություններ</p> <ul style="list-style-type: none"> շաքարային դիաբետ գերլիպիդեմիա գերուրիկեմիա
<p>ՍՏԼ</p> <ul style="list-style-type: none"> Արյունաբանական շեղումներ՝ թունավոր թրոմբոցիտոպենիա/մակրոցիտային անեմիա Մուուցման խանգարումներ՝ ավելորդ քաշ, թերսնուցում Ազդողակրի գլխիկի օստեոնեկրոզ Մաշկաբանական հիվանդություններ՝ ռոզացեա, փսորիազի տիպի հիվանդությունների վատթարացում Թոքաբորբեր Սեռական օրգանների խանգարումներ՝ լիբիդոյի խանգարումներ, էրեկցիայի անբավարարություն Պտղի ալկոհոլային համախտանիշ և պտղի ալկոհոլային համախտանիշով պայմանավորված խանգարումներ

Աղյուսակ 3.

Գնահատել քրոնիկական գործածության ազդեցությունը

Հոգեբուժական ազդեցություն

Կարևոր է չորս տարր՝

- բազմաթիվ հոգեբուժական հիվանդություններ կապված են ալկոհոլի հիվանդագին գործածության հետ (համակցված խանգարումներ կամ ուղեկցող հիվանդություններ).
- ալկոհոլի քրոնիկական գործածությունը կարող է հոգեբուժական ախտանշանների ի հայտ գալու պատճառ լինել (ամենատարածված դեպքն է), հատկապես՝ տազնապի և ընկճվածության, որոնք կարող են ստիպել մտածել հոգեբուժական հիվանդության առկայության մասին, հատկապես եթե ալկոհոլի գործածության փաստն անհայտ է.
- որոշ հոգեբուժական խանգարումներ կարող են նախորդել ալկոհոլի գործածությանը.
- ալկոհոլի և ինքնասպանության միջև կապը շատ ուժեղ է, հատկապես սուր ալկոհոլիզմի ժամանակ, բայց նաև ընկճախտային ախտանշանների դեպքում, որոնք երկրորդային են ալկոհոլի գործածության նկատմամբ:

Վերոհիշյալից բխում են հետևյալ կանոնները՝

- մշտապես գնահատել ալկոհոլի հետ խնդիրներ ունեցող բուժառուի հոգեբուժական վիճակը (ինքնասպանության վտանգ).
- մշտապես որոնել ալկոհոլի՝ չափից ավելի գործածություն հոգեբանական գանգատներով դիմած բուժառուի դեպքում.

- բացառությամբ հրատապ իրավիճակի, հակաընկճախտային բուժում չսկսել ալկոհոլից հրաժարվելուց առնվազն երկու շաբաթը չլրանալու դեպքում (ալկոհոլի գործածության նկատմամբ երկրորդային խանգարումը բացառելու համար): Ինքնասպանության վտանգով մեղամաղձական ախտանշանների դեպքում բուժառուին հարկավոր է հոսպիտալացնել և իրականացնել համապատասխան բուժում:

Ալկոհոլի չափից ավելի գործածության հետ կապված և նախապես առկա ամենատարածված հոգեբուժական ախտահարումներն են՝ մեծ ընկճախտային դրվագը և երկբևեռ խանգարումը, տազնապային խանգարումները (սոցիալական տազնապ, ընդհանրացված տազնապային խանգարում, խուճապ և ագորաֆոբիա), որոշ անձնային խանգարումներ (հակասոցիալական, սահմանային (սահմանային վիճակ)), շիզոֆրենիայի շարքի խանգարումները:

Բենզոդիազեպինների չարաշահումը տարածված է հատկապես ալկոհոլային կախվածություն ունեցող բուժառուների շրջանում: Լավագույն բուժումը կանխարգելումն է՝ բացի ալկոհոլի գործածության դադարեցման վարումից, նաև ամենօրյա բուժում չնշանակելու և կիսադուրսբերման կարճ տևողությամբ և ուժեղ կախվածություն առաջացնող բենզոդիազեպինների կիրառությունն արգելելու միջոցով:

Սոմատիկ ազդեցություն

Ալկոհոլի չարաշահումը կարող է հանգեցնել բազմաթիվ ախտահարումների (աղյուսակ 3): Ախտահարումն ալկոհոլի գործածությանը վերագրելու հնարավորություն են ընձեռում հինգ փաստարկներ՝

- բուժառուին ալկոհոլի գործածության հետ կապված խանգարում ունի.

ՃԱՆԱԳՐՈՂԱԿԱՆ ԾԱՆՐ ԽԱՆԳԱՐՈՒՄՆԵՐ

Գայե-Վերնիկեի էնգեֆալոպաթիա	Կորսակովի համախտանիշ
<p>Դասականորեն՝ ախտորոշիչ եռյակ</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Գիտակցության շփոթի համախտանիշ (գործնականում դրան պետք է անդրադառնալ, երբ գիտակցության շփոթի համախտանիշն ի հայտ է գալիս վտանգի ենթակա խմբում գտնվող, հատկապես՝ թերսնվող բուժառուի դեպքում) ■ Հավասարակշռության խանգարումներ՝ ուղեղիկային համախտանիշով ■ Ակնաշարժական խանգարումներ (սիստազմ, ակնաշարժ նյարդի լուծանք) դեպքերի 30 %-ում 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Հաճախ Գայե-Վերնիկեի վատ բուժված էնգեֆալոպաթիայի խորացող հետևանք, բայց երբեմն՝ քրոնիկական (շատ հազվադեպ, բացի ակոհոլից, կարող են լինել այլ պատճառներ) ■ Հաճախ անդարձելի է, թեև երբեմն կարող է բարելավվել ■ Հաջորդընթաց (անտերոգրադ) ամենզիա՝ դեպքերի հետզհետե մոռացությամբ ■ Մնոզոգնոզիա (սեփական հիվանդության ժխտում) ■ Երևակայական պատմություններ, սխալ ճանաչումներ

Աղյուսակ 4.

- խոսքը ակոհոլի գործածությամբ պայմանավորված հայտնի բարդության մասին է.
- պատկերը հուշում է ախտահարման ակոհոլային ծագման մասին. օրինակ՝ ակոհոլային հեպատիտի դեպքում ԱՍՍՏ-ի գերակշռությունը և շատ բարձր ԿՐԵ-ով չափավոր ցիտոլիզ, որը խիստ տարբերվում է վիրուսային հեպատիտի պատկերից.
- այլ պատճառները կարելի է բացառել. նույնիսկ սահմանված չափանիշներից շատ ավելին գործածող բուժառուի պարագայում տվյալ հիվանդությունը պարտադիր չէ, որ կապված լինի ակոհոլի հետ.
- պատկերը բարելավվում է գործածությունը դադարեցնելու դեպքում (երբ հնարավոր է դարձելիություն):

Ճանաչողական խանգարումներ

Ամենածանրը Գայե-Վերնիկեի էնգեֆալոպաթիան և Կորսակովի համախտանիշն են (աղյուսակ 4), բայց գոյություն ունի մեղմից մինչև ծանր խանգարումների անընդհատություն, և դրանք կարող են էական ազդեցություն ունենալ բուժառուի կյանքի ու առաջարկվող բուժման արդյունավետության վրա, հետևաբար այդ խանգարումները հայտնաբերելն օգտավետ է:

Մեխանիզմը համակցում է վիտամին B1-ի հնարավոր անբավարարությունը (ընդունում և ներծծում) ակոհոլի չափազանց մեծ քանակների քրոնիկական գործածության և, հատկապես, թերսնվող բուժառուների դեպքում, ակոհոլի թունավոր ազդեցությունը և վտանգի անհատական փոփոխականությունը:

Այս խանգարումները քրոնիկական բնույթ ունեցող, ծայրահեղ հաշմող և քիչ դարձելի կամ անդարձելի Կորսակովի համախտանիշի վերաճելու վտանգ են պարունակում: Դրա պոտենցիալ ծանրությունը պահանջում է համակարգված կանխարգելում ակոհոլի չափազանց մեծ քանակներ գործածող յուրաքանչյուր բուժվող բուժառուի դեպքում: Արտակարգ իրավիճակներում, նույնիսկ եթե պատճառը կապված չէ ակոհոլի գործածության հետ (կոտրվածք, արյունահոսություն և այլն), բուժառուին ներարկման եղանակով (500 մգ ներերակային) պետք է ստանա վիտամին B1 (թիամին), եթե նրան կաթիլային ներարկում է նշանակված: Դա պետք է արվի գլուկոզի լուծույթի ցանկացած ներարկումից առաջ (որը կարող է արագացնել խանգարումները):

Հատկանշական նյարդահոգեբանական պրոֆիլը ներառում է, առաջին հերթին, կատարողականության խանգարման համախտանիշը, դրվագային հիշողության քիչ թե շատ նկատելի խանգարումները, տեսողական-տարածական խանգարումները, մետաճանաչողության անբավարարությունն ու ավեքսիթիմիան (սեփական հույզերը նույնակա-նացնելու անկարողություն):

Բուժումը ժուժկալությունն է և մեծ չափաբաժիններով վիտամին B1 ներարկելը, այնուհետև՝ դրա հաբերի երկարատև ընդունումը:

Չրկանքի համախտանիշն ու բարդությունները

Ակոհոլի գործածության դադարեցման կլինիկական պատկերը

Ակոհոլի գործածության կտրուկ, առանց նախագուշակյան միջոցառումների դադարեցումը որոշ բուժառուների (ակոհոլից կախվածություն ունեցողների մեկ երրորդը) դեպքում հանգեցնում է Չրկանքի համախտանիշը սահմանող ֆիզիկական ախտանշանների առաջացման:

Այն ի հայտ է գալիս ակոհոլի վերջին գործածությունից մի քանի ժամ անց (սովորաբար՝ ամեն առավոտ՝ բուժառուի արթնանալուն պես, կամ դրանից կարճ ժամանակ անց) և անհետանում է մի քանի բաժակ ակոհոլ ընդունելուց հետո:

Կլինիկական պատկերին բնորոշ է գլխուղեղի գերզգոյվածությունը, որն ուղեկցվում է՝

- նյարդավեգետատիվ խանգարումներով՝ դող, քրտնարտադրություն, հաճախասրտություն, զարկերակային գերճնշում.
- հոգեբուժական խանգարումներով՝ տագնապ, գրգռվածություն, դյուրագրգռություն, անքնություն, մղձավանջներ,
- մարտդական խանգարումներով՝ անորենքսիա, սրտխառնոց, փսխում:

Պատկերը բարելավվում է բուժման մի քանի օրերի ընթացքում: Բուժում չիրականացնելու և ակոհոլ չընդունելու դեպքում գազաթնակետին է հասնում քառասունութ ժամում, ապա՝ մի քանի օրում հետընթաց ապրում... գործածության դադարեցման հետ կապված բարդությունների զգալի վտանգով:

Գործածության դադարեցման հետ կապված բարդություններ

Ալկոհոլը միակ թմրամիջոցն է, որի կտրուկ, առանց նախագգուշական միջոցների դադարեցումը կարող է մահվան հանգեցնել:

Գործածության դադարեցման՝ ցնցումային նոպաները 95% դեպքերում տեղի են ունենում ալկոհոլի գործածության դադարեցումից 24-28 ժամ հետո (հազվադեպ 15 օրվա ընթացքում): Դա մեծահասակների շրջանում էպիլեպտիկ նոպաների ամենատարածված պատճառն է: Նոպաները տիպային են, մկանների ընդհանրացված տոնիկ-կլոնիկ կծկումներով grand mal տեսակի: Առկա է արագ կրկնվելու և ալկոհոլային զառանցանքի զարգացման վտանգը:

Ալկոհոլային զառանցանքը ամենից հաճախ ի հայտ է գալիս զրկանքի համախտանիշը չբուժելու կամ վատ բուժելու հետևանքով՝ տանը կամ աշխատավայրում (բուժառուն որոշել է դադարեցնել ալկոհոլի գործածությունը կամ հարկադրված է դա անել միջընթացիկ ախտահարման, թոքաբորբի, վնասվածքի և այլնի հետևանքով), կամ միջընթացիկ ախտահարման, գործածության դադարեցման ցնցումային նոպայի կապակցությամբ շտապ հոսպիտալացման, կամ էլ՝ ծրագրված հոսպիտալացման ժամանակ (օրինակ՝ հետվիրահատական):

- Կլինիկական պատկերը բավականին բնորոշ է՝
- գիտակցության չփոթ և անրջացնորային մթազնության վիճակ՝ ժամանակային-տարածական ապակողմնորոշում, զրոպսիայի կամ այլ կարգի տեսողական և բուժառուն ուժգին ապրումներ պատճառող հետապնդման թեմաներով խողական զգայապատրանքներ.
- ուժեղ և ընդհանրացված ցնցումներ.
- ուժգին անհանգստության հետ կապված զգալի գրգռվածություն՝ այլոց կամ սեփական անձի նկատմամբ ագրեսիվ գործողությունների և վարքային խանգարումների վտանգով.
- առատ քրտնարտադրություն, չափավոր տենդ, հաճախատրտություն, զարկերակային ցածր ճնշում կամ գերճնշում,
- ջրազրկման, ինհալացիոն թոքաբորբի և 2-5% դեպքերում մահվան վտանգ:

Վարման սկզբունքը

Սուր ալկոհոլային թունավորումներ

Հոսպիտալացում պահանջող սուր ալկոհոլային թունավորումը (գիտակցության խանգարումներ, գրգռվածություն, վայր ընկնել և այլն) բժշկական հրատապ օգնության դեպք է՝ շտապ օգնության բաժանմունք ուղղորդմամբ:

Վարումը նախ ախտանշանային է՝ հանգիստ վերաբերմունք, խոսքով հանդարտեցում (սեղացիա), ժամանակացուցային հսկողությամբ հանգիստ՝ մինչև հարաբերակցային ունակությունների վերադարձը (լավագույն տարբերակը բուժառուն ընդունել կարճատև հոսպիտալացման բաժանմունք):

Հիվանդագին հարբեցողությունը հրատապ հոսպիտալացման դեպք է, անհրաժեշտության դեպքում սեղացիա է իրականացվում ներքին ընդունման բենզոդիազեպիններով (դիազեպամ), որը հնարավոր է համակցել ներքին ընդունման կամ ներմկանային ներարկման նեյրոլեպտիկի (լոքսապինի տիպի), անհրաժեշտության դեպքում՝ ֆիզիկական զսպման հետ:

Ալկոհոլային կոմայի դեպքում անհրաժեշտ է հոսպիտալացում շարունակական բուժման կամ վերակենդանացման բաժանմունքներում՝ ներերակային համակարգի միացում, վիտամին B1-ով ներերակային բուժում, հեղուկների ներարկում և ջրաէլեկտրոլիտային հավասարակշռության վերականգնում, հիպոթերմիայի դեպքում՝ տաքացում, սրտի աշխատանքի և շնչառության հսկողություն, հազվադեպ՝ բերան-շնչափողային խողովակի տեղադրում (ինտուբացիա):

Չաջորդիվ հարկավոր է հայտնաբերել զրկանքի համախտանիշի հնարավոր առաջացումը և անհրաժեշտության դեպքում կանխարգելել:

Երբ սուր ալկոհոլային թունավորման նշանները վերանան, բուժառունն դուրս գրելուց առաջ հարկավոր է շտապ օգնության բժիշկների կամ, հատկապես, ELSA-ի (կախվածություն ունեցողների հետ կապի և վարման թիմեր՝ բժիշկներ և բուժքույրեր, որոնք իրականացնում են բուժառունների գնահատում շտապօգնության և այլ բաժանմունքներում) դեղաբուժական կարճատև միջամտություն: Էմպաթիայի միջոցով անհրաժեշտ է ախտորոշել կախվածությունը, որոնել հիմքում ընկած հոգեբուժական խանգարումն ու դրա հետ համակցված գործածությունները, անհրաժեշտության դեպքում ուղղորդել բուժական և/կամ սոցիալական հսկողության կախված դիտարկվող իրավիճակներից:

Հրկանքի համախտանիշ Կանխարգելիչ բուժում

Կանխարգելիչ բուժումը ցուցվում է ալկոհոլի գործածության դադարեցման ցանկացած խնդրանքի, ցանկացած հարկադիր դադարեցման, հատկապես՝ հոսպիտալացման կամ ազատազրկման դեպքում:

Հրկանքի համախտանիշի վտանգն անհրաժեշտ է գնահատել մի քանի պարզ հարցով՝ ալկոհոլի օրական գործածության կամ առանց ղեկավարության ժուժկալ մնալու օրերի քանակի, ցնցումները դադարեցնելու համար առավույան խմելու անհրաժեշտության, դադարեցմամբ պայմանավորված բարդությունների նախադեպերի, բենզոդիազեպինների օրական ընդունման և վաղեմության մասին:

Ֆիզիկական կախվածության նշանների դեպքում բուժումը ներառում է առավելագույնը տասը օր տևողությամբ երկարատև կիսադուրսբերման պարբերություն ունեցող ներքին ընդունման բենզոդիազեպինի (դիազեպամ) նշանակում՝ նվազող չափաբաժիններով: Հակացուցումների դեպքում (ցիռոզ՝ դեղնախտով լյարդաբջջային ծանր անբավարարությամբ, ասցիտ կամ պրոթրոմբինի՝ 50 %-ից պակաս մակարոնակ, քրոնիկական շնչառական անբավարարություն) բուժառուն, գործածության դադարեցմամբ պայմանավորված, համակարգված կերպով հոսպիտալացվում է, իսկ բենզոդիազեպինները կիրառվում են միայն, եթե կան զրկանքի համախտանիշի հստակ նշաններ:

Հիդրատացումը պետք է լինի բավարար, բայց ոչ չափազանց շատ (առավելագույնը 3 լիտր 24 ժամվա ընթացքում) ներքին ընդունման եղանակով, նաև՝ համակցված վիտամին B1-ի (թիամին) հաբերի հետ:

Տնցումային նուպաների և ալկոհոլային գառանցանքի բուժում

Սրանք բժշկական հրատապ օգնություն պահանջող դեպքեր են:

Գործածության դադարեցման ցնցումային նուպան (տես Կանխարգելիչ բուժում) արդարացնում է դրա կրկնությունը կանխարգելող անհապաղ բուժումը մեծ չափաբաժիններով հաբերով, վերակրկնության դեպքում՝ անցումը ներերակային ներարկմանը:

Ալկոհոլային գառանցանքի դեպքում բուժումը պետք է ներառի՝

- հոսպիտալացում լուսավոր, հանգիստ հիվանդասենյակում կամ, ուղեկցող սոմատիկ հիվանդությունների դեպքում (դեղոնկայենացված ցիռոզ և այլն), նույնիսկ շարունակական խնամքի բաժանմունքում:

- երկարատև ազդեցության բենզոդիազեպին (դիազեպամ) ներերակային, սկզբնական շրջանում՝ մեծ չափաբաժիններով, կրկնում են մինչև թեթև սեղացիայի ձեռքբերումը, ապա՝ չափաբաժինների աստիճանաբար կրճատում և դադարեցում 10-15 օր անց:

- երկրորդ շարքի հակահոգեգարային դեղամիջոց, եթե գառանցանքային ախտանշանները պահպանվում են:

- բազմավիտամինային պատրաստուկներով հագեցված գլյուկոզի լուծույթի ցանկացած ներարկումից առաջ վիտամին B1-ով ներերակային բուժում:

- ներերակային հիդրատացում՝ ջրաէլեկտրոլիտային խանգարումների շտկմամբ:

- ֆիզիկական զսպում, որից տեսականորեն հարկավոր է խուսափել:

- հրահրող գործոնի որոնում և հնարավոր բուժում:

- հսկողություն կենսաբանական հաստատուններ, գիտակցության վիճակ, հիդրատացում, արյան իոնագիր, արյան մեջ ֆոսֆորի, միզանյութի, կրեատինինի կոնցենտրացիա:

Հարբելու վարքագծի բուժումը

Խնդիրները

Հիմնական խնդիրը բուժառույժ բարեկեցությունն է, որը կարող է գնահատվել հոգեբանական և սոցիալական գործունեության, կյանքի որակի ու սոմատիկ վիճակի բարելավմամբ:

Դրա համար անհրաժեշտ է, բայց ոչ բավարար, որ տվյալ բուժառույժ փոխի ալկոհոլի գործածության ձևը:

Կախվածության դեպքում հարցականի տակ է դրվում ժուժկալ մնալու անքննելի դրույթը: Այն արդյունավետ է և երկարաժամկետ հեռանկարում ամենակայուն մեթոդն է, բայց ոչ բոլոր բուժառույժների համար (երկարատև հսկողության կոհորտաներում բուժումը սկսելուց հիվազ տարի անց 40 %-ն է ժուժկալ), և ոմանք դրան չեն հետևում:

Վերահսկվող գործածությունը (վերադարձ ցածր վտանգավորության գործածության) այն տարբերակն է, որը կարող է շատ լավ արդյունք ունենալ, բայց հազվադեպ է ալկոհոլից կախվածություն ունեցողների շրջանում (3-5% երկարատև հսկողության կոհորտաներում):

Այնուամենայնիվ, հենց այս նշանակետն է, որ հարկավոր է թիրախավորել ալկոհոլի վտանգավոր կամ վնասակար գործածությամբ բուժառույժների դեպքում: Գործածության նվազեցումը (մեկնազամյա էական գործածության հաճախականության, գործածվող ալկոհոլի ընդհանուր քանակի

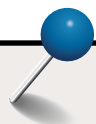
նվազեցում) հնարավորություն է տալիս կրճատելու հասցված վնասը, և այն պետք է գնահատվի:

Խնդիրը մշտապես պետք է առաջադրվի բուժառույժ պահանջարկի հիման վրա, նույնիսկ եթե այն անհրատեսական է թվում: Պահանջարկը կարող է փոխվել ժամանակի ընթացքում:

Ալկոհոլային կախվածություն

ՀԻՇԵԼ

- Ալկոհոլի չարաշահումը Ֆրանսիայում շատ տարածված է: Բարդությունները բազմաթիվ են, սուր կամ քրոնիկական:
- Այնուամենայնիվ, վարման կարիք ունեցող մարդկանց ցուցաբերվող խնամքը խիստ անբավարար է (10-20%):
- Լայնածավալ և հնարավորինս վաղ բացահայտումն անհրաժեշտ է ծանր ձևերի զարգացումից և բարդություններից խուսափելու համար:
- Հատկապես արդյունավետ են կարճատև միջամտությունները, որոնք հեշտ է իրականացնել, մասնավորապես՝ ընտանեկան բժշկության մեջ, երբ կախվածությունը դեռևս չի արմատացել, թեև դրանք օգտակար են բոլոր փուլերում:
- Կարևոր է իմանալ, թե ինչ է «չափորոշված բաժակ» հասկացությունը, Ֆրանսիայում ընդունված՝ գործածության ցածր վտանգավորության չափանիշները, հարբեցողության տարբեր վարքագծերը, մասնավորապես՝ չարաշահման տարբեր ձևերի սահմանումները (վտանգավոր գործածություն, վնասակար գործածություն և կախվածություն):
- Ալկոհոլի գործածության հետ կապված խանգարումները, հատկապես՝ կախվածությունը, կարող են հանգեցնել բազմաթիվ բարդությունների, որոնք պահանջում են ընդհանրացված գնահատում և դիտարկում բազմամասնագիտական մոտեցման շրջանակում:
- Կախվածության դեպքում գործածության առաջնահերթ խնդիրը ժուժկալությունն է: Այս դեպքում բուժումը երկփուլ է՝ գործածության դադարեցման կարճատև փուլ (մեկ շաբաթ), այնուհետև՝ երկարատև ժուժկալության պահպանման փուլ:
- Գործածության կրճատումը իրատեսական նպատակ է, առաջին հերթին այն մարդկանց համար, որոնք ալկոհոլային չարաշահումը պակաս ծանր ձևի է (վտանգավոր կամ վնասակար գործածություն), կամ կախվածություն ունեցողների համար, որոնք չեն կարող կամ չեն ցանկանում ժուժկալ լինել:
- Ինչ նպատակ էլ որ դրվի, երկարատև բուժումը հիմնված է հոգեբանա-սոցիալական աջակցության վրա, որն ինքնին ներառված է հիվանդակենտրոն և քաջալերող մոտեցման մեջ: Համակարգված հոգեթերապիաների թվում ճանաչողական-վարքային ամենաշատ հավանության արժանացածն է: Այլ բուժումներ էլ են հնարավոր:
- Դեղամիջոցները ցուցվում են՝
 - գործածությունը նվազեցնելու համար. նալմեֆեն կամ բակլոֆենը՝ որպես երկրորդ շարքի դեղամիջոցներ.
 - ժուժկալության պահպանման համար. որպես առաջին շարքի դեղամիջոց՝ ակամպրոսատը կամ նալտրեքսոնը, որպես երկրորդ՝ դիսուլֆիրամ:



Խնամք իրականացնողների վերաբերմունքը

Այն հիմնարար է և պետք է լինի էմպաթիկ, չդատող, աջակցող ու գնահատող:

Հարկավոր է փորձել քաջալերող հարցազրույցի միջոցով բուժառուին դրդել դրական քայլերի և ուղղորդվել նրա պահանջարկով և նպատակներով՝ չփորձելով պարտադրել սեփականը (ինչը չի բացառում խորհուրդ տալը):

Պարզեցված պատմություն

Այլոհոլային կախվածությունը խորացող հիվանդություն է՝ հնարավոր ինքնաբերական ախտադադարներով: Հակառակ դեպքում դիտարկվում է կախվածության ինտենսիվություն և դրա սոցիալական, հոգեբանական ու սոմատիկ հետևանքների աստիճանական վատթարացում:

Մասնագիտացված բուժման հասանելի լինելը դեռևս չափազանց հազվադեպ է (բուժառուների 10-20 %-ը) և շատ ուշացած (խանգարումների ի հայտ գալուց 10-15 տարի անց), հետևաբար կարևոր է այդ հասանելիության բարելավումը վաղ բացահայտման, դրական քայլերի մղող (խրախուսող) հարցազրույցի և բուժառուի պահանջարկի ու նպատակների վրա հիմնված աշխատանքի միջոցով:

Բուժման առաջին շրջանից հետո զարգացումը, որը հաճախ տեղի է ունենում ախտադադար-կրկնություն փուլերով, կարող է հանգեցնել կամ անժամանակ մահացության, կամ կայունացման, կամ դառնալ տևական ու պահանջել երկարաժամկետ աջակցություն:

Բուժման մեթոդները

Կարճատև բուժական միջամտությունները (ընտանեկան կամ աշխատավայրի բժիշկների, ELSA-ի և այլոց) ցուցադրել են իրենց արդյունավետությունը, մասնավորապես՝ ընտանեկան բժշկության առումով: Դրանք նպատակ ունեն փոխելու գործածության վարքագիծը: Հիմնականում վերաբերում են բուժառուներին, որոնք մոտակա ժամանակահատվածում են ունեցել վտանգավոր կամ վնասակար կամ ոչ շատ ծանր գործածություն:

- Կարճատև միջամտությունը կարող է ներառել՝
- գործածության և հնարավոր վնասների գնահատում.
- բուժառուի համար արդյունքների վերծանում.
- «չափորոշված բաժակ» հասկացության բացատրություն.
- բուժառուի առջև ծառայող վտանգների մասին իրազեկում (փաստաթղթերի առաքում).
- փոքր վտանգ պարունակող գործածության խորհրդատվություն.
- բուժառուի՝ վարքագծի փոփոխության նպատակի ընտրություն (կամ վերագնահատում).
- գործածության նվազեցման կամ դադարեցման մեթոդների մասին տեղեկատվության տրամադրում.
- խորհրդատվություն.
- խրախուսում.
- փաստաթղթերի տրամադրում (օրական գործածության գնահատման մատյան և այլն).
- խորհրդատվության ամփոփում՝ նպատակ, առաջընթաց, հետագա անելիքներ.
- բուժառուի համաձայնությամբ համապատասխան հսկողության կամ ուղղորդման վերաբերյալ առաջարկություն:

Ժուժկալության (գործածության կտրուկ դադարեցում) վերաբերյալ որոշումը պետք է կայացվի բուժառուի հետ, ներառյալ ընդհանուր նախագծի մեջ, հետևաբար՝ նախապես պատրաստվի: Որպես առաջին շարքի բուժում՝ խորհուրդ է տրվում ամբուլատոր վարումը, եթե չկան հակացուցումներ (հարաբերական)՝ ընդգծված ֆիզիկական կախվածություն (հատկապես՝ գործածության դադարեցման հետ կապված բարդությունների նախադեպի պարագայում), սոցիալական մեկուսացում կամ գործածությունը խրախուսող կամ անհանդուրժողական շրջապատ, սոմատիկ կամ ծանր հոգեբուժական ուղեկցող հիվանդություններ:

Վարումը հիվանդանոցային պայմաններում իրականացվում է ամբուլատոր բուժման ձախողման կամ հակացուցումների դեպքում:

Այն տևում է մեկ շաբաթ, որի ընթացքում, կախված վտանգից, կանխարգելվում են զրկանքի համախտանիշը և գործածության դադարեցման հետ կապված բարդությունները, կազմակերպվում է հոգեբանական և սոցիալական աջակցություն, որը շարունակվում է նաև գործածության դադարեցումից հետո:

Հոգեբանա-սոցիալական աջակցության սկզբունքներն ու մեթոդներն են՝

- բազմամասնագիտական մոտեցում (բժշկական, հոգեբանական և սոցիալական).
- բուժական դաշինքի ստեղծում.
- մոտիվացիոն հարցազրույց.
- բուժակրթում.
- հոգեբանական օժանդակություն.
- համակարգված թերապիաներ. ամենահիմնավորվածն ու բավարար արդյունք ապահովողը ճանաչողական-վարքայինն է.
- համակցված սոմատիկ հիվանդությունների վարում.
- ուղեկցող հոգեբուժական խանգարումների վարում.
- շրջապատը հաշվի առնելը (աջակցություն, նույնիսկ զույգով կամ ընտանիքով բուժում).
- սոցիալական վարում.
- ներառում փոխաջակցության խմբերում՝ «Անանուն ալկոհոլամոլներ», «Ազատ կյանք», «Կապույտ խաչ», «Կախվածության հարցում փոխօգնություն» և այլն.
- այլ հնարավոր բուժումներ՝ արվեստի միջոցով, մարմնի վրա ներգործությամբ, ռելաքսացիայի տիպի և այլն:
- Վավերացված հատուկ դեղերը մշտապես համակցվում են հոգեբանա-սոցիալական աջակցության հետ: Դրանք բազմաթիվ թիրախներ ունեն:
- Գործածության կրճատում՝
- Նալմեֆեն (Salincro) գործածության նվազեցում ալկոհոլային կախվածություն ունեցողների շրջանում՝ անհրաժեշտության դեպքում 1 դեղահաբի ընդունմամբ (խմելու վտանգ).
- բակլոֆեն (Baclocur, Baclofène Zentiva)՝ նույնպես կարող է օգտագործվել ալկոհոլային գործածությունը կախվածություն ունեցող բուժառուների շրջանում նվազեցնելու համար՝ որպես երկրորդ շարքի դեղամիջոց:
- Ժուժկալ մնալուն ուղղված աջակցություն՝
- ակամպրոսատ (Aotal) և Նալտրեքսոն (Naltrexone Accord) կրկնությունների կանխարգելում գործածության դադարեցումից հետո՝ ալկոհոլի նկատմամբ ախորժակի և դրական ազդեցությունների նվազեցմամբ: Նալմեֆենը և Նալտրեքսոնը

ափիոնային ներհակորդներ են և հակացուցված են ափիոն-նատիպ դեղամիջոցներով ու ափիոնների փոխարինիչներով բուժման դեպքում:

Որպես երկրորդ շարքի դեղամիջոց՝ կարելի է կիրառել դիսուլֆիրամը (Espéral) գործածության դադարեցումից հետո կրկնությունները կանխելու համար՝ վախեցնող ազդեցության հաշվին (անտաբուսային դեղամիջոցի ընդունման դեպքում նույնիսկ 1 բաժակ ալկոհոլի գործածության դեպքում թունավոր ազդեցություն. արյան հոսք դեպի դեմքը, սրտխփոց, վատ ինքնազգացողություն): Այս դեղը քիչ ցուցումներ ունի, սակայն որոշ հիվանդների համար այն բավականին օգտավետ է:

Համակցված կախվածությունների վարումը գործընթացի անբավարարի մասն է՝

- ծխելը՝ հնարավորության դեպքում դադարեցնել կամ նվազեցնել (որպես առաջին շարքի միջոց օգտագործել նիկոտինի փոխարինիչներ):

- բենզոդիազեպինները (երկու կախվածության միաժամանակյա դադարեցում չի ցուցվում, աստիճանական կրճատում, կանխարգելում):

- ափիոններ՝ նախ հարկավոր է կայունացնել ափիոնների փոխարինիչներով բուժմամբ:

Աջակցության ցուցաբերման վայրը կարող է լինել՝

- ամբուլատոր, որը նախընտրելի է: Այն համախմբում է ընտանեկան բժիշկներին, նարկոլոգներին և հոգեբույժներին, կախվածությունների բուժման, աջակցության և կանխարգելման բազմամասնագիտական և անվճար կենտրոնները, հիվանդանոցներին կից կախվածաբանության խորհրդատվական ծառայությունները, հոգեբուժական ոլորտի բժշկա-հոգեբանական կենտրոնները և ցերեկային հիվանդանոցները:

- հիվանդանոցային ստացիոնար՝ ամբուլատոր բուժման ձախողման դեպքում կամ ելնելով ալկոհոլից երկարատև հեռու մնալու անհրաժեշտությունից՝ սոմատիկ, ճանաչողա-

կան կամ հոգեբուժական վերականգնման ու գնահատման համար: Այս բարդ բուժումը պահանջում է տասնհինգ օրից մինչև երեք շաբաթ հոսպիտալացում կախվածաբանական բաժանմունքում՝ գործածության դադարեցումից հետո բժշկական և վերականգնողական խնամքի երկարաձգման հնարավորությամբ (4 շաբաթից մինչև 3 ամիս) կամ կացություն ապահովող բուժկենտրոնում (մինչև 6 ամիս): Տարածքային հոգեբուժության հաստատություններում կամ հոգեբուժական կլինիկայում հոսպիտալացումը հատկապես ցուցված է համակցված հոգեբուժական խանգարումների դեպքում:

Երկարատև կացություն կարող է առաջարկվել սոցիալական վերականգնողական կառույցներում, ինչպիսիք են կացության և սոցիալական վերաինտեգրման կենտրոնները կամ բուժամայրնքները, կամ բուժման համար նախատեսված բնակարաններում: Ամբուլատոր աջակցությունը պետք է հաջորդի հիվանդանոցայինին:

Բոլոր դեպքերում օգտավետ է աշխատել միասնական ցանցում:

Ցուցումների սկզբունքը

Առաջարկվում է տվյալ անձի նախնական գնահատմանը, նրա դրդապատճառներին և պահանջներին հարմարեցված բուժման մակարդակ՝ փուլ առ փուլ՝ սկսած ամենապարզից (գործածության վերահսկում, ամբուլատոր պայմաններում դադարեցում): Անհրաժեշտության դեպքում բուժման ինտենսիվությունը փոփոխվում է՝ ելնելով հաջողություններից և ձախողումներից:

Ամենապարզ դեպքերը կարող են ունենալ զուտ ամբուլատոր վարում, որն իրականացնում է միայն ընտանեկան բժիշկը, և արդյունքները բավականին գոհացուցիչ են:

Ավելի բարդ դեպքերը պահանջում են բազմամասնագիտական և երկարատև աջակցություն՝ ամբուլատոր և հիվանդանոցային վարման հերթագայությամբ՝ փորձելով խուսափել հսկողության ընդմիջումներից:

ԱՎԵԼԻՆ ԻՄԱՆԱԼՈՒ ՀԱՄԱՐ

- ▶ Aubin HJ, Auriacombe M, Reynaud M, Rigaud A. Implication pour l'alcoologie de l'évolution des concepts en addictologie. De l'alcoolisme au trouble de l'usage d'alcool. *Alcoologie et Addictologie* 2013;35:309-15.
- ▶ Batel P. Trouble de l'usage de l'alcool. *Rev Prat* 2019;69(8):885-921.

- ▶ Dematteis M, Perney P. Complications somatiques de l'alcool. *Alcoologie et Addictologie* 2014;36:189-206.
- ▶ Rigaud A. Prise en charge des malades alcooliques. Quelle stratégie aujourd'hui? *Alcoologie et Addictologie* 2014;36:27-33.

- ▶ Mésusage de l'alcool : dépistage, diagnostic et traitement. Recommandations de bonnes pratiques de la Société française d'alcoologie. *Alcoologie et Addictologie* 2015;37: 5-84. Version actualisée, 2023. <https://vu.fr/gBUf>

Բոլոր ժամանակներում համաճարակները եղել են գեղարվեստական միջոցներով մեկնաբանելու թեմա՝ այդ մահաբեր պատուհասների մասին վկայելու, բացատրություն գտնելու, ծաղրելու կամ դրանց դիմակայելու համար: Թեև վաղնջական ժամանակներից մեզ հասած վկայությունները բավականին կցկուտր են, այնուամենայնիվ, ժանտախտից մինչև ՋիԱՅ ձգվող անհաշիվ արհավիրքների հետքերն առկա են արվեստի բոլոր արտահայտչամիջոցներում:

ՋՈՐԵՂ ԱԽՏԵՐ, ՄԵԾ ԱՐՅԱՎԻՐՔՆԵՐ. ՀԱՄԱՃԱՐԱԿՆԵՐԸ՝ ԱՐՎԵՍՏՈՒՄ

Լյուսիլ Դուշեն
Արվեստաբան,
Ազգային արխիվի
առողջապահու-
թյան բաժնի
ֆոնդապահ
lucile.douchin@culture.gouv.fr

Համաճարակների ընթացքում առանձին մարդիկ կամ հասարակությունները չեն դառնում սոսկ այդ տառապանքների լուռ կրողները: Նրանք իմաստավորում են այդ իրադարձությունները, պայքարում, հայտնագործություններ անում, պաշտպանվում, բայց նաև՝ արտաքսում, մեղավոր փնտրում, շահարկում: Դարեր շարունակ արվեստի տարբեր ճյուղեր՝ նկարչությունից մինչև կինո, անդրադարձել են համաճարակներին՝ ցույց տալով երևույթը և օգնելով հասկանալ՝ արվեստը միաժամանակ հնարավորություն է տալիս բացատրելու և հեռավորությունից դիտարկելու այն, ինչ սարսափեցնում է, երբ վրա է հասնում արհավիրքը:

Մեծ ժանտախտ. պատկերել անհնարին

Ինչպես պատկերել այն, ինչ հնարավոր չէ պատկերացնել անգամ: Այս նուրբ հարցին բախվեցին հասարակությունները 1347-1352 թվականներին պատուհասած Մեծ ժանտախտի ժամանակ: Սև մահվան՝ անմիջականորեն այդ ժամանակաշրջանի պատկերագրական վերարտադրություններ չկան, սակայն գրական նկարագրությունները հնարավորություն են տալիս պատկերացնելու, թե ինչ աղետի են բախվել մարդիկ: 1348 թվականին «Նավարայի թագավորի դատավարությունը» երկի նախաբանում պոետ Գիյոմ դը Մաշոն գրում է. «Արդյոք հնարավոր է իմանալ կամ գրառել մեռածների



Պատկեր 1. Լուի Դյուվոյի այս կտավում պատկերված է ֆրանսիական Բրետանի ժողովրդական երգերի ժողովածուից՝ «Բարզազ բրեյց»-ից («Բրետոնական բալլադներ»), մի տեսարան: Երգերը ժողովել և ֆրանսերեն թարգմանությամբ, մեկնաբանություններով ու ծանոթագրություններով, նոտագրությամբ և բնօրինակ մեղեդիներով հրատարակել է Թեոդոր Էրսար դը լա փլիմարկեն:



Պատկեր 2.
Ժանտախտից
հրաշքով բուժված
Սուրբ Ռոքը ժան-
տախտավորների
հովանավորն է:

ճշգրիտ թիվը: Ոչ ոք, ովքեր հիմա ապրում են, ապրել են կամ մեզնից հետո են աշխարհ գալու, ի վիճակի չէ դա անել, ինչ-քան էլ ջանք թափի: Ոչ ոք չի կարող հստակ թիվ նշել, պատկերացնել այն, մտածել կամ ասել, ոչ էլ ներկայացնել, ցույց տալ կամ թղթին հանձնել»:

Որոշակի լուռության շրջան անցավ, նախքան գեղարվեստում անդրադարձ կկատարվեր այդ աղետին: Սև մահի աղետալի համաճարակից մի քանի տասնամյակ անց եվրոպական արվեստում ի հայտ եկավ թաղման թեման՝ երկարաձգվելով XV-XVI դարերի ամբողջ ընթացքում և իր արտահայտությունը ստանալով գերեզմանատների կամ եկեղեցիների պատերին պատկերված մահապարտի տեսարաններով: Երկարաշղթա խմբապարերով մահը ծաղրի էր ենթարկվում, և վանվում էր նրա առաջացրած տագնապը: Այս բարոյախոսությունը ողջերին ուղղված պատգամ է՝ խորհրդանշելու համար անդրժիհիմյան կյանքում բոլորի հավասարությունը: Սակայն, ըստ պատմաբան ժան-Նոել Բիրաբենի, ժանտախտի առջև մարդիկ հավասար չէին, քանի որ դրան առաջին հերթին զոհ էին գնում աղքատները:

Նկարիչներն իրենց կտավներում պատկերում էին ոչ թե ժանտախտը, այլ դրա անմիջական հետևանքները՝ ան-

խուսափելի մահ և ամենուրեք կիտված դիակներ: Դիակներ տեղափոխող երկանիվ սայլակի պատկերը անցնում էր դարից դար՝ ընդգծելով ժամանակի հասարակությունների առաջնահերթ հոգսը, այն է՝ դիակների հարցը: Մարդիկ զգուշանում էին մեռյալներից և նրանց արձակած գարշահոտից ու ժանտախտ գոլորշիներից: Ուստիև հրատապ էր դիակների թաղումն ու գերեզմանատների ընդլայնումը, ինչպես նշվում էր բազմաթիվ հրովարտականներում: Ի դեպ, հարկ է նշել, որ հին ձեռագրերում «Ժանտախտ» բառը նշանակում է ոչ միայն այսօրվա իմաստով հայտնի հիվանդությունը (*Yersinia pestis*), այլև բազմաթիվ այլ հիվանդություններ: Սակայն երբ նշվում է «*հույժ վտանգավոր քայքայման*» կամ «*ծայրահեղ չափերի հասնող մահացություն*» մասին, ահռելի չափերի հիշատակումը հնարավորություն է տալիս վստահորեն պնդելու, որ խոսքը, անշուշտ, Մեծ ժանտախտի մասին է: Լուի Դյուվոյի կտավում (**պատկեր 1**) պատկերված է 1839 թվականին Թեոդոր դը Լա Վիլմարկեի հավաքած բրետոնական երգերի «*Բարզազ բրեյց*» («Բրետոնական բալլադներ») ժողովածուից մի տեսարան: «*Էլիանի ժանտախտը*» երգում մի կին քաշում է սայլը, որում իրար վրա կիտված են ժանտախտից մահացած նրա ինը երեխաների դիակները: Խելագարված ամուսինը սուլելով գնում է հետևից: Ողբերգությունը ներշնչել է արվեստագետին պատկերելու հավաքական մահվան տեսարան՝ ճակատագրական իրավիճակ, որի նկատմամբ մարդն անզոր է:

Թեև հին ժամանակներից մեզ հասած վկայությունները թերի են, այնուամենայնիվ, արվեստի տարբեր ճյուղեր անդրադարձել են աղետին: Միջնադարի քրիստոնյան համաճարակը դիտարկում էր որպես Բարձրալից մեղավոր ժողովրդին ուղարկված հավաքական պատիժ: Եվ Աստծո ցասումը մեղմելը թվում էր չարիքից ազատվելու միակ լուծումը: Ուստի մարդիկ դիմում էին տարբեր պաշտպան սրբերի, օրինակ՝ սուրբ Սեբաստիանին կամ Աստվածամորը, սակայն հատկապես՝ սուրբ Ռոքին: Գրաշքով ժանտախտից բուժված սուրբը դարձել էր ժանտախտավորների հովանավորը: Սրբադասվելուց հետո նրան պատկերում էին հագուստը բացած՝ աճուկի բուրբոն ի ցույց դնելով: Այդ յուրահատուկ պատկերագրությունը պարզորոշ ցույց է տալիս, թե ինչ պիտոյվ է նա տառապում (**պատկեր 2**):

Ժանտախտի պատմության վայրերում բնապատկերն էլ է փոփոխության ենթարկվել երկարոթողային արվեստի նմուշներով: Եվրոպայում կանգնեցվել են նվիրական նշանակության բազմաթիվ, այսպես կոչված, ժանտախտի խաչեր՝ ի նշան երախտագիտության՝ որևէ բնակավայրի փրկության համար կամ այդ արհավիրքից պաշտպանվելու նպատակով: Այս խաչերին ամրացված են փոքր կոճղակտորներ, որոնք հիշեցնում են ժանտախտից բորբոքված ավշահանգույցներ: Ժանտախտի համաճարակներից հետո բազմաթիվ եկեղեցիներ են նաև կառուցվել, օրինակ՝ Սանտա Մարիա դելլա Սալուտե բազիլիկ եկեղեցին, որն իր վեհաշուք տեսքով նշանավորում է Վենետիկի Մեծ ջրանցքի մուտքը: Այն կառուցվել է 1630 թվականին՝ քաղաքում բռնկված ժանտախտի համաճարակից հետո:

Հնագիտական պեղումները վկայում են տարբեր ժամանակաշրջաններում համաճարակի առկայության և դրան առնչվող ողբերգությունների մասին: Ժանտախտի առաջացրած ամենամալլ հակազդեցություններից մեկը



Պատկեր 3. Բժշկության ազգային ակադեմիայում պահվող՝ Գաստոն Մելենգի այս նկարը հարգանքի տուրք է 1796 թվականին ծաղիկ հիվանդության դեմ պատվաստանյութ հայտնաբերած Էդվարդ Ջեներին և թատերականացված ձևով պատկերում է այն պահը, երբ անգլիացի բժիշկը պատրաստվում է գործի դնել իր արվեստը:

քավության նոխազի որոնումն է եղել: Առաջին զոհերն են դարձել բորոտները և հրեաները: Ժանտախտ տարածելու մեջ մեղադրվող հրեական համայնքի անհամար ջարդերից մեկի ժամանակ Կոլմարի հրեական թաղամասի տներից մեկի հիմքում գանձ է թաքցված եղել: Գտնված մետաղադրամները հնարավորություն են տալիս պնդելու, որ այն թաքցրել են 1348 թվականից առաջ: Ներկայումս Կլյունիի թանգարանում պահվող գանձն ամբողջությամբ գտնվել է 1992 թվականին:

Ժանտախտի մասին պատկերացումը զգալիորեն փոխվում է XX դարում: Եթե վաղուց ի վեր առնետների ի հայտ գալը քաղաքներում ընկալվում էր որպես ժանտախտի նախանշան, ապա 1898 թ. երբ Պոլ-Լուի Սիմոնը բացահայտեց առնետի լվի՝ որպես հիվանդության տարածողի դերը, կրծողը դառնում է աղետի մարմնացումը: Այսպես, հիվանդության տարածողին հանդիպում ենք ռեժիսոր Մուրնաուի՝ 1922 թվականին նկարահանված «Վամպիր Նոսֆերատուն» ֆիլմում՝ նաև Նավամբարներում: Ժանտախտի մասին սուկ հիշատակումը տևական ժամանակ սարսափահար է արել մարդկանց: Այն ներշնչանքի աղբյուր է եղել արվեստագետների համար, հարստացել դարերի հուլովայություն և ամրապնդվել հավաքական հիշողության մեջ զոհերի ոգեկոչումների շնորհիվ:

Գիտելիքների զարգացումը և XIX դարի նոր համավարակները

Հնագույն ժամանակներից ի վեր արվեստի պատմության մշտական թեմաներից է իր աշխատանքով կլանված գիտնականի կամ բժշկի դիմապատկերը: Բժշկության առաջընթացին զուգահեռ՝ XIX դարում, այս թեման կրկին մեծ ուշադրության է արժանանում՝ բարձրանալով պատմական գեղանկարչության մակարդակի, որի նոր հերոսները առաջընթացին ծառայելիս առաջնորդվում են գիտական ռացիոնալությամբ: Բժշկության ազգային ակադեմիայում պահվող՝ Գաստոն Մելենգի նկարը գիտության՝ նախաբեմ վերադառնալու լավագույն օրինակներից է (**պատկեր 3**): 1796 թվականին բնական ծաղիկ հիվանդության դեմ պատվաստանյութ հայտնաբերած Էդվարդ Ջեների նկատմամբ հարգանքի այս տուրքը թատերականացված ձևով պատկերում է այն պահը, երբ անգլիացի բժիշկը պատրաստվում է կիրառել իր արվեստը: Մելենգն այս նկարը ստեղծել է ֆրանսիական Երրորդ հանրապետության սկզբին, այն ժամանակ, երբ իշխանություններն սկսում էին զբաղվել առողջապահության և սոցիալական առաջընթացի հարցերով: Ծաղիկ հիվանդությանը վերջ դրած (առժամանակ) Ջեների նշանավոր հայտնագործությունից գրեթե մեկ դար անց նկարիչը պատմական վավերագրի դեր է կատարում: Սակայն բժշկության առաջընթացն առանց տարածայնությունների ու տագնապների չէր անցնում, դրանք իրենց արտացոլումն են գտել, մասնավորապես, ծաղրանկարներում (**պատկեր 4**): Ծաղիկ հիվանդության դեմ պատվաստման գործընթացը, որը մարդկային տրամաբանությունը չէր ընկալում, դառնում է իռացիոնալ վախերի առարկա. ծանր հիվանդությունից պաշտպանելու հույսով մարդուն ներարկում էին կենդանու, այս պարագայում՝ կովի վիրուս: Կովի



Պատկեր 4. Ծաղիկի դեմ պատվաստանյութն առաջացնում է կովի վերափոխվելու իռացիոնալ վախ: 1802 թվականին Յակապպատվաստանյութային ընկերակցության հրապարակած «Կովի ծաղիկ, կամ նոր պատվաստման զարմանահրաշ արդյունքը» ծաղրանկարը ցույց է տալիս, բժշկության առաջընթացին զուգահեռ, այդ ժամանակաշրջանում ի հայտ եկած մտահոգությունները:



Պատկեր 5. XX դարի վերջին Թեոֆիլ Ալեքսանդր Ստեյնլենը ստեղծում է «Անա գալիս է խղերան» նկարը, որն Արիստիդ Բրյոանի «Փողոցում» վերնագրով երգերի ու մենախոսությունների ժողովածուի նկարազարդման նախապատրաստական աշխատանքներից է:

Պատկեր 6. Լայն թափ են ստանում կանխարգելումը խրախուսող արշավները, օրինակ՝ պալարախտի դեմ պայքարին ուղղված դրոշմանիշների վաճառքը, և շարունակ գործի են դրվում XX դարի սկզբին ծնունդ առած գովազդի կանոնները:

Պատկեր 7. ՄիԱՎ/ՁԻԱՀ-ի դեմ պայքարը պատկերող այս պաստառը կարծես ներշնչված լինի 1968 թվականի մայիսին ցուցադրված՝ Փարիզի Գեղարվեստի դպրոցի ստեղծագործություններից:

վերածվելու սարսափն իր արձագանքն է գտել Նույնիսկ նշանավոր փիլիսոփա Էմանուել Կանտի խոհերում, որը խոսում է անգամ «միևնուսովրացման» մասին:

1832 թվականին ժանտախտին փոխարինելու է գալիս խղերան՝ Նույնափսի սարսափ ներշնչելով: Լուի-Ֆիլիպի օրոք ազատականացված մամուլն է տարածում համաճարակի մասին լուրը: Շուտով պետությանը սկսում են մեղադրել աղքատներից այդպիսով ազատվելու ցանկության մեջ: Հարկ է նշել, որ հասարակությունը զգուշանում էր աշխատավորներից, իսկ սանիտարական բժիշկները, որոնց առաջ քաշած տեսություններն ավելի ու ավելի էին կարևորվում XIX դարում, բավականաչափ խիստ չէին հնավաճառների նկատմամբ, որոնց էլ մեղադրում էին խղերանի տարածման մեջ: Ալֆրեդ ժոհանոյի՝ քարոզչական երանգներով նկարում (պահվում է Կառնավալե թանգարանում) արքայական ընտանիքը, իբրև հրաշագործ, այցելում է Օտել-Դյոյում բուժվող աղքատներին: Խղերանի դեպքերի աճին զուգահեռ՝ մեծանում է թեմայի նկատմամբ արվեստագետների հետաքրքրությունը: Հավանաբար, հիվանդությունից հեզանքի միջոցով հեռու մնալու մղումով՝ Թեոֆիլ Ալեքսանդր Ստեյնլենը անձնավորում է խղերան ներկայացնելով որպես պճնամուլ կմախքանման ճանապարհորդի, որն օգտվում է գնացքից՝ քաղաքից քաղաք ավտոռ տարածելու համար (պատկեր 5):

Կանխարգելումը և քաղաքական պայքարը XX դարում

XX դարի սկզբին ժողովրդագրական ցուցանիշների անկումը և մանկական մահացությունն են դառնում առողջապահության ամենամտահոգիչ խնդիրները: Հարգանում է «սոցիալական աղետների» պալարախտի և սիֆիլիսի դեմ պայքարի նպատակով բնակչության սանիտարա-հիգիենիկ կրթումը: Դրանով զբաղվում են մասնավոր հաստատություններ, օրինակ՝ Ռոկֆելլերի հիմնադրամը: Միաժամանակ մեծ թափ են ստանում կանխարգելումը խրախուսող արշավները, օրինակ՝ հակապալարախտային դրոշմանիշների վաճառքը, և շարունակ գործարկում են նոր ծնունդ առող գովազդի կանոնները (պատկեր 6): Հետպատերազմյան շրջանում մարդկանց անհատական վարքագիծը փոխելու նպատակով առողջապահական դաստիարակությամբ արդեն սկսում են զբաղվել պետական մարմինները՝ կիրառելով քարոզչության բոլոր միջոցները, այդ թվում՝ 1960-ից հետո՝ հեռուստատեսությունը:

1948 թվականին Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպության ստեղծումը լավատեսության ժամանակաշրջան է բացում համաճարակների դեմ պայքարում: Կանխարգելման և համաշխարհային մակարդակով համագործակցությանը միտված քաղաքականությունը զուգակցված

ԲԱՑԱՅԱՅՏԵԼ ՀԱՄԱՃԱՐԱԿՆԵՐԸ ԱՐՎԵՍՏՈՒՄ

հակաբիոտիկների զարգացմամբ, Հյուսիսի երկրներում հանգեցնում է համաճարակների զգալի նվազման: Այս ջանքերի արդյունքում 1980 թվականին աշխարհում արմատախիլ է արվում ծաղիկ հիվանդությունը՝ հույս ծնելով, որ ապագայում այլևս ոչ մի հիվանդություն չի լինի:

Սակայն ուստպիան հորս է ցնդում՝ 1981 թվականին մարդու իմունային անբավարարության վիրուսի/ձեռքբերովի իմունային անբավարարության համախտանիշի (ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ) ի հայտ գալով: 1981-1996 թվականներին ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ-ի պատճառով մշակույթի աշխարհը ծանր կորուստներ է ունենում: Կարծես որպես Սև մահի ժամանակաշրջանի արձագանք՝ էական նշանակություն է ձեռք բերում հիվանդ մարմնի, տառապանքի, սգի պատկերման հարցը, զուգահեռաբար՝ նաև ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ-ով հիվանդների, միասեռականների հանդեպ խտրականության և ռասիզմի խնդիրների: Ինչպե՞ս արտահայտել 1980-ականների հասարակության մի մասին համակած անգործության զգացումը, վիշտը և զայրույթը: Արվեստի ու ակտիվիստական շարժման խաչմերուկում գործելով արվեստագետների խմբեր և հիվանդների հասարակական կազմակերպություններ թե՛ բանավեճի մեջ են մտնում, նաև իրենց հետքը թողնում գրաֆիկական ստեղծագործություններում: Նրանց նպատակն է ահազանգել հիվանդության մասին, կանխարգելել այն, նաև պայքարել հիվանդների և միասեռականների իրավունքների համար:

Իր յուրահատուկ արձագանքով այս պատասառը կարծես ներշնչված լինի 1968 թվականի մայիսին ցուցադրված Փարիզի Գեղարվեստի դպրոցի ստեղծագործություններից (պատկեր 7): Վերջապես, արվեստի որոշ գործեր, օրինակ՝ Բեյթ Յարինգի «Քրիստոսի կյանքը» խորանային պատկերի նման, որի մի օրինակը պահվում է Փարիզի Սուրբ Եվստաքիոսի եկեղեցում, դարձել են «ոգեկոչման վայրեր», որոնք, մասնավորապես, հնարավորություն են տալիս ոգեկոչելու այսօր էլ իր մահաբեր ընթացքը շարունակող հիվանդության գոհերի հիշատակը:

Քովիդ-19-ի համաճարակը սաստիկ շփոթեցրեց մարդկությանը, որն իրեն ապահովագրված էր կարծում նման աղետներից: Ի՞նչ հիշողություն կպահպանի դրանից պատմությունը, և ինչպե՞ս այն կարտացոլվի արվեստում:

ՊՍԿԵՐ 1 © Լուի Դյուվո, «Էլիանի ժամանակը», 1849 թ., 2013 թ. սեփականության իրավունքը պետությունից փոխանցվել է Բենպեր քաղաքին, թանգարանային հավաքածու, Բենպերի գեղարվեստի թանգարան, կլիշե՝ Բերնար Գալերոնի
 ՊՍԿԵՐ 2 © Սեն Ռոք, 15-րդ դար, Փոքր պալատ-Փարիզի գեղարվեստի թանգարան, SDUTS2060, CCO Փարիզի թանգարաններ/Փոքր պալատ
 ՊՍԿԵՐ 3 © Գաստոն Մելենգ, «Էդվարդ Զեներ», 1879 թ., © Բժշկական ազգային ակադեմիայի գրադարան/Ֆիլիպ Ֆյուգո
 ՊՍԿԵՐ 4 © «Կովի ծաղիկ, կամ՝ Նոր պատվաստման զարմանահրաշ արդյունքը», Հակապատվաստանյութային ընկերակցության հրատարակություն (1802 թ.) Կառնավալե թանգարան-Փարիզի պատմություն, C26628, CCO Փարիզի թանգարաններ/Կառնավալե թանգարան
 ՊՍԿԵՐ 5 © Թեոֆիլ Լյեքսանդր Ստեյնեն «Միա գալիս է խոլերան», Նկար՝ Արիստիդ Բոլոանի «Փողոցում» վերնագրով երգերի ու մենախոսությունների ժողովածուի նկարազարդման նախապատրաստական աշխատանքներից (մինչև 1889 թ.), Փոքր պալատ-Փարիզի գեղարվեստի թանգարան, DDUT206
 ՊՍԿԵՐ 6 © Էմիլիո Վիլա, Առողջապահության նախարարություն, «Գնե՛ք պալարատի դեմ պայքարին ուղղված դրոշմանիշ», 1931 թ., © Ազգային արխիվ, 50AP/57
 ՊՍԿԵՐ 7 © Բենեամին Լըկուր, «ՁԻԱՀ պայքարը շարունակվում է», ասատառ՝ Իլ դը Ֆրանսի՝ ՁԻԱՀ-ի կանխարգելման ստեղծատվական տարածաշրջանային կենտրոնի կազմակերպած մրցույթի համար, S. D., © Ազգային արխիվ, 2014/0474/373

ՊՍԿԵՐԱԴԱՐԱՆԻ ՊՍԱՍԽԱՆՆԵՐ



● էջ 64 Բ. Անուկային ճողվածք

ՊԱՏԿԵՐԱԴԱՐԱՆԻ ՊԱՏԱՄԻԱՆՆԵՐ



● էջ 65. Դ. Պոտի հիվանդության կեղծ նմանությամբ օստեոարթրոզ



Santé Arménie

Բժշկել, կրթել և կառուցել Հայաստանում

la revue du praticien

ÉDITION ARMÉNIENNE / ՀԱՅԵՐԵՆ ՀՐԱՏԱՐԱԿՈՒԹՅՈՒՆ



ԲԺՇԿԵԼ,
ԿՐԹԵԼ և ԿԱՌՈՒԳԵԼ
ՀԱՅԱՍՏՊԱՆՈՒՄ

