

## Մանիկ Բենիամինի Գեմիլյանի

“Ֆունկցիոնալ և օրգանական դիսպեպսիայի տարբերակիչ ախտորոշման նոր մոտեցում” թեմայով ԺԴ.00.03 – «Ներքին հիվանդություններ» մասնագիտությամբ բժշկական գիտությունների թեկնածուի գիտական աստիճանի հայցման ատենախոսության վերաբերյալ

### ԳՐԱԽՈՍԱԿԱՆ

Ֆունկցիոնալ դիսպեպսիան պատկանում է մարսողական տրակտի ֆունկցիոնալ խանգարումների խմբին: Վերջիններս մեծ հետաքրքրություն են ներկայացնում գաստրոէնտերոլոգիայում: Այս խմբի ուսումնասիրությունները լայն ծավալվել են 20-րդ դարում, և 21-րդ դարում սրանք համարվում են առավել տարածված մարսողական խանգարումներ: Ֆունկցիոնալ խանգարումների ժամանակ, ըստ բնորոշման, բացակայում են անատոմիական, կենսաքիմիական հայտնաբերելի որևէ պաթոլոգիաներ: Մեծ է այս խանգարումների կապը հոգեկան ոլորտի նուրբ հավասարակշռության շեղումների հետ, և պատահական չէ, որ վերջին տարիներին «մարսողական ուղու ֆունկցիոնալ խանգարումներ» հիվանդությունների խումբը վերանվանվել է Հոոմեական խմբի կողմից, և այժմ այն կոչվում է «Ուղեղի և աղիքի փոխազդեցության խանգարումների» խումբ:

Ֆունկցիոնալ դիսպեպսիան սահմանվում է ըստ III հոոմեական չափանիշների որպես էպիգաստրալ ցավի կամ այրոցի, սնվելուց հետո ծանրության կամ վաղ կշտացման զգացում, կամ նշված ախտանիշների զուգակցում: Ախտորոշումը պահանջում է նաև զանգատների քրոնիկությունը՝ դրանք պետք է սկսված լինեն նվազագույնը 6 ամիս դիմելուց առաջ, ինչպես նաև օրգանական պատճառի բացակայություն: Այս չափանիշները կիրառելով՝ ֆունկցիոնալ դիսպեպսիայի տարածվածությունը ընդհանուր բնակչության շրջանում տատանվում է 5-11% շրջանակներում, այսինքն մոտավորապես 12 հոգուց մեկը աշխարհում ունի ֆունկցիոնալ դիսպեպսիա:

Այդպիսի անձանց միայն 40%-ն է դիմում բժշկի, և լինելով կյանքի համար վտանգ չհանդիսացող վիճակ, ֆունկցիոնալ դիսպեպսիան մեծ ծախսեր է առաջադրում և՛ պացիենտի, և՛ առողջապահական համակարգի վրա. այսպես, ԱՄՆ-ում 2009 թ.-ին այս խանգարման հետ կապված ծախսերը գնահատվել են որպես 18 միլիարդ ԱՄՆ դոլարը գերազանցող գումար:

Դիսպեպսիայի գանգատները ծագում են ստամոքսի և 12-մատնյա աղու տարբեր հիվանդությունների ժամանակ և սպեցիֆիկ չեն, այսինքն ըստ գանգատների տիպի, բնույթի, տևողության կամ ուժգնության հնարավոր չէ տարբերակել ֆունկցիոնալ դիսպեպսիան այնպիսի լուրջ օրգանական հիվանդություններից, ինչպիսիք են ստամոքսի և 12-մատնյա աղու խոցային հիվանդությունը, ստամոքսի քաղցկեղը, և այլն: Իսկ այդպիսի տարբերակումը շատ կարևոր է, քանի որ բուժման տակտիկան միանգամայն տարբեր է յուրաքանչյուր օրգանական պաթոլոգիայի և ֆունկցիոնալ դիսպեպսիայի դեպքում: Վերջինիս պարագայում խիստ կարևոր է բժշկի կողմից պացիենտին հիվանդության բնույթի ճիշտ պարզաբանումը, մասնավորապես՝ այն, որ կյանքին սպառնացող բարդություններ չկան և որ բուժումը գլխավորապես սիմպտոմատիկ է, իսկ գանգատները կյանքի ընթացքում հակում ունեն կրկնվելու: Կարևոր է նաև, որ բժիշկը հստակ պատկերացնի ֆունկցիոնալ դիսպեպսիայի կապը՝ հոգեկան տարբեր խանգարումների հետ, և այդպիսի պացիենտների մոտ պրոակտիվ փնտրի և ախտորոշի դրանք, որպեսզի ժամանակին ուղեգրի համապատասխան մասնագիտական խորհրդատվության:

Օրգանական և ֆունկցիոնալ դիսպեպսիան տարբերակելու համար հիմնականում բավական է կատարել մարսողական տրակտի վերին հատվածների էնդոսկոպիկ հետազոտում՝ գաստրոսկոպիա: Հաշվի առնելով այն, որ դիսպեպսիայով պացիենտների 70%-ից ավելին ունեն ֆունկցիոնալ դիսպեպսիա, բոլոր պացիենտների մոտ գաստրոսկոպիա կատարելն ըստ միջազգային գրականության, համարվում է չափազանց ծախսատար. այսպես, մեկ հետազոտությամբ հաշվարկվել է, որ ստամոքսի քաղցկեղի մեկ դեպք հայտնաբերելու համար պետք է ծախսել 80000 ԱՄՆ դոլար, եթե բոլոր հիվանդներին կատարվի լիարժեք հետազոտում: Այդ պատճառով կազմվում են

կլինիկական ուղեցույցեր, որտեղ տրվում են գաստրոսկոպիայի ցուցումներ՝ կախված պացիենտի տարիքից և այլես կոչված «տագնապի» ախտանիշներից: Վերջիններս այնպիսի ախտանշաններն են, որոնց առկայությունը բարձրացնում է լուրջ օրգանական ախտահարման հավանականությունը հիվանդի մոտ, օրինակ՝ անեմիան, քաշի կորուստը, ժառանգական ծանրաբեռնվածությունը քաղցկեղով կամ խոցային հիվանդությամբ, դիսֆագիան, արյունահոսության նշանները, և այլն: Արևմտյան երկրների ուղեցույցերում խորհուրդ է տրվում գաստրոսկոպիա կատարել միայն «տագնապի» նշաններ ունեցող կամ որոշակի շեմից բարձր տարիքի պացիենտներին, և այդ շեմն, օրինակ, ԱՄՆ-ի և Կանադայի համար կազմում է 60 տարեկան: Սակայն յուրաքանչյուր երկրում կամ տարածաշրջանում ընդօրինակել և նույնությամբ կիրառել արևմտյան զարգացած երկրների ուղեցույցերը խելամիտ չի լինի, քանի որ անհրաժեշտ է հաշվի առնել ինչպես հետազոտության արժեքը, որը Հայաստանում ավելի ցածր է, այնպես էլ քաղցկեղի տարածվածության ցուցանիշները, որոնք Հայաստանում շատ ավելի բարձր են՝ նշված երկրների համեմատությամբ: Հետևաբար, ամեն երկիր կարող է սահմանել դիսպեպսիայով հիվանդի հետազոտման համար ավելի շատ ցուցումներ, ինչպես օրինակ դա արվում է Ճապոնիայում, Կորեայում և ստամոքսի քաղցկեղի բարձր տարածվածությամբ այլ երկրներում: Հարկ է նշել նաև, որ բազմաթիվ հետազոտություններ ցուցադրել են վերը նշված «տագնապի» ախտանիշների ցածր սպեցիֆիկությունն ու զգայունությունը՝ օրգանական ախտահարում հայտնաբերելու համար, ինչից և բխում է է ավելի ճշգրիտ պրեդիկտորներ գտնելու պահանջը:

Այսպիսով, ատենախոսության թեման խիստ արդիական է խնդրին դրսևորել է հետևյալ մոտեցումը: Հետազոտությունում ընդգրկվել են դիսպեպսիայի գանգատով դիմած 120 պացիենտներ, ում կատարվել են արյան ընդհանուր, սոնոգրաֆիկ և գաստրոսկոպիկ հետազոտություններ, ինչպես նաև ստամոքսի տարբեր հատվածներից բիոպսիա և հիստոլոգիական քննություն: Ուսումնասիրվել է այս պացիենտների մոտ հանդիպող հիվանդությունների կազմը, գնահատել է ֆունկցիոնալ դիսպեպսիայի հաճախականությունը և փորձ է արվել սահմանել օրգանական հիվանդության կանխատեսող կամ պրեդիկտոր

գործոնները՝ դասական տագնապի նշաններից զատ: Այդպիսի գործոններից նա առանձնացրել է արական սեռը, ավելորդ քաշը կամ ճարպակալումը, ակոհոլի միջինից բարձր քանակի օգտագործումը, անեմիան, 40 տարեկանից մեծ տարիքը: Այս գործոնները հավաստի են եղել՝ բարձր վիճակագրական ճշտությամբ օժտված ռեգրեսիոն մոդելի կառուցման մեթոդով:

Այստեղ կարևոր է նշել նաև օրգանական հիվանդության սահմանումը: Ավանդաբար, խոցային հիվանդությունը և քաղցկեղը համարվել են դիսպեպսիայի հիմնական օրգանական պատճառներ: Սակայն ժամանակակից աշխարհում, որտեղ քաղցկեղի բուժումը հսկայական առաջընթաց է ապրել, դրա կանխարգելումը շարունակում է մնալ առողջապահության կենսական խնդիրներից մեկը, հատկապես ստամոքսի ադենոկարցինոմայի պարագայում, որի բուժման մեթոդներն ավելի պակաս արդյունավետություն ունեն, քան մի շարք այլ քաղցկեղներինը: Կիոտոյի 2015 թ. կոնսենսուսը վերահաստատեց հելիկոբակտերային գաստրիտի դերը՝ որպես առանձին հիվանդություն, և դրա ժամանակին ախտորոշման և բուժման կարևորությունը՝ ստամոքսի քաղցկեղի կանխարգելման հարցում: Այլևս հնարավոր չէ անտեսել գաստրիտը որպես ինքնուրույն հիվանդություն, ինչպես դա շարունակ եղել է արևմտյան գրականությունում, և հայցորդը նոր, ժամանակակից մոտեցում է դրսևորել իր աշխատանքում՝ դիտարկելով էրոզիվ գաստրիտը և ատրոֆիկ գաստրիտը որպես դիսպեպսիայի օրգանական պատճառ, մինչդեռ միջազգային հետազոտություններում դրանք դեռևս դասվել են ֆունկցիոնալ դիսպեպսիայի խմբին, ինչը այլևս չի ընդունվում ըստ Կիոտոյի և Մասսաչուսեթսի համաձայնագրերի: Դիսպեպսիայով ացիենտների խմբում ատրոֆիկ գաստրիտի հաճախությունը եղել է նշանակալի՝ 7,5%, իսկ դա շատ կարևոր է՝ հաշվի առնելով այս պաթոլոգիայի նախաքաղցկեղային ֆոնը: Հայցորդը նաև կիրառել է նշված միջազգային փաստաթղթերում հաստատված մոտեցումը՝ ըստ որի հելիկոբակտերային վարակով պացիենտի մոտ, եթե բացակայում է օրգանական ախտահարում, չի կարելի դնել «ֆունկցիոնալ դիսպեպսիա» ախտորոշումը՝ մինչև վարակի հաստատված էռադիկացիայից հետո գանգատների վերագնահատելը: Ատենախոսական աշխատանքում կատարվել է նաև այս պահանջը, և նման

դեպքերի 13% ախտորոշվեց որպես հելիկոբակտերային գաստրիտ, և ոչ թե ֆունկցիոնալ դիսպեպսիա:

Այսպիսով, հայցորդը դիսպեպսիայի օրգանական պատճառներում ներառեց նոր մոտեցումներով օրգանական հիվանդություն համարվող վիճակները, նույն ժամանակ բացառելով էրոզիվ էզոֆագիտը, որը վաղուց բացառվել էր դիսպեպսիայի պատճառների ցանկից և վերագրվել կերակրափողային պաթոլոգիային, սակայն հետազոտությունները շարունակաբար այն ընդգրկում էին օրգանական դիսպեպսիայի ցանկում: Այս շտկումներով հանդերձ՝ ֆունկցիոնալ դիսպեպսիայի հաճախությունը դիսպեպսիկ գանգատներով պացիենտների խմբում հայցորդի աշխատանքում ստացվեց 65,8%, որը դարձյալ կազմում է հիվանդների մեծամասնությունը:

Ինչպես նշվեց, հոգեկան խանգարումների զուգակցումը ֆունկցիոնալ դիսպեպսիայի հետ շատ հաճախ է նկարագրվում, և այս խանգարումները էլ ավելի են բացասաբար ազդում պացիենտների կյանքի որակի վրա: Հայցորդը անդրադարձել է նաև խնդրի այս ասպեկտին: Նա, կարևոր համարելով հոգեկան ուղեկցող վիճակների ճիշտ ժամանակին հայտնաբերումը, ադապտացրել և վավերացրել է միջազգային պրակտիկայում կիրառվող սկրինինգային հոգեչափիչ PHQ-SADS հարցաշարը: Դա հիվանդի կողմից լրացվող, պարզ հարցերից բաղկացած հարցաթերթիկ է, որն օգնում է առաջնային օղակի բժշկին կամ գաստրոէնտերոլոգին՝ արագ ախտորոշել դեպրեսիան, տագնապային խանգարումը և սոմատիզացիան. սրանք ֆունկցիոնալ խանգարումներով հիվանդների մոտ առավել հաճախ հանդիպող կոմորբիդ վիճակներն են:

Այսպիսի հարցաշարի ադապտացումը և վավերացումը հայերեն լեզվով տվյալ ատենախոսության կարևոր առանձնահատկությունն է, որը գործնական կիրառության լայն հնարավորություն է տալիս՝ ոչ միայն ֆունկցիոնալ դիսպեպսիայի, այլև սոմատիկ այլ գանգատներով դիմաձ պացիենտների համար, ում մոտ սոմատիկ պաթոլոգիայով զբաղվող բժիշկը կարող է կասկածել հոգեկան խանգարման կոմպոնենտը և այս հարցաշարով արագ սկրինինգ իրականացնել:

Հայցորդը նաև առաջարկում է իր ստացված տվյալների հիման վրա կազմված ախտորոշիչ ալգորիթմ, որը կարող է գործնական կիրառելի լինել առաջնային պրակտիկայի բժիշկների և գաստրոէնտերոլոգների կողմից:

Որպես առաջարկ՝ նշեմ, որ հելիկոբակտերային գաստրիտի՝ որպես դիսպեպսիայի օրգանական պատճառ սահմանելու համար, Կիոտոյի կոնսենսուսն առաջարկում է կրկնակի հետազոտություն առնվազն 6 ամիս էռադիկացիայից անց, իսկ աշխատանքում այն կատարվել է ավելի կարճ՝ 3-6 ամիս ժամանակում, հետևաբար ցանկալի կլիներ հետազայում ավելի մեծ թվով պացիենտների մոտ կատարել ավելի ճշգրիտ ժամկետներում կրկնակի հետազոտում՝ ավելի ստույգ տվյալներ ստանալու համար: Ատենախոսությունում առկա են նաև որոշ տերմինների ձևակերպման, ինչպես նաև ոճաբանական թերություններ, որոնց վերաբերյալ դիտողությունները արվել են հայցորդին, և նա դրանք հաշվի է առել:

Ամփոփելով վերը շարադրվածը՝ եզրակացնում եմ, որ Մանիկ Բենիամինի Գեմիլյանի՝ ԺԴ.00.03 - «Ներքին հիվանդություններ» մասնագիտությամբ բժշկական գիտությունների թեկնածուի գիտական աստիճանի հայցման համար ներկայացված «Ֆունկցիոնալ և օրգանական դիսպեպսիայի տարբերակիչ ախտորոշման նոր մոտեցում» թեմայով ատենախոսությունը լիովին համապատասխանում է թեկնածուական աստիճանի հայցման ատենախոսություններին ՀՀ ԲՈԿ կողմից ներկայացված պահանջներին, իսկ հեղինակը արժանի է բժշկական գիտությունների թեկնածուի գիտական աստիճանի շնորհման:

14.05.2021

ԵՊԲՀ Ներքին հիվանդությունների (Գաստրոէնտերոլոգիա և հեպատոլոգիա) ամբիոնի դոցենտ՝

բ.գ.թ., դոց. Նարինե Էդուարդի Փաշինյան

Բ.գ.թ., դոց. Նարինե Էդուարդի Փաշինյանի ստորագրությունը հաստատում եմ՝

ԵՊԲՀ գիտական քարտուղար



բ.գ.դ., պրոֆ. Տ.Գ. Ավագյան