

Տաթևիկ Մուշեղի Շահինյանի

«*Helicobacter pylori* համակցված գաստրոդուոդենալ հիվանդությամբ և Ֆունկցիոնալ դիսպեպսիայով հոսպիտալացված երեխաների կլինիկական, Էնդոսկոպիկ, մորֆոլոգիական առանձնահատկությունները և *Helicobacter pylori* կայունությունը հակաբիոտիկների նկատմամբ»

ԺԴ.00.06 «Մանկաբուժություն» մասնագիտությամբ
բժշկական գիտությունների թեկնածուի գիտական աստիճանի հայցման
ատենախոսության վերաբերյալ

ԳՐԱԽՈՍԱԿԱՆ

Դիսպեպսիան, որը հանդիսանում է գաստրոդուոդենալ հիվանդությունների դեպքում ունիվերսալ գանգատների համակցություն, հաճախ է հանդիպում ինչպես մեծահասակ, այնպես էլ մանկական տարիքի ազգաբնակչությունում: Դիսպեպտիկ գանգատների դեպքում կարևոր է տարբերակել ֆունկցիոնալ, այսինքն՝ կյանքի տևողության վրա չազդող և բարդություններ չառաջացնող, դիսպեպսիան, և օրգանական գաստրոդուոդենալ պաթոլոգիաները, որոնց դասվում են ստամոքսի և 12-մատնյա աղու էրոզիվ և խոցային ախտահարումները և չարորակ նորագոյացությունները:

Helicobacter pylori վարակը հանդիսանում է ոչ ատրոֆիկ և ատրոֆիկ գաստրիտի, խոցային հիվանդության և ստամոքսի ադենոկարցինոմայի և MALT լիմֆոմայի պատճառական գործոն: Նշված հիվանդություններից երեխաների մոտ ստամոքսի նորագոյացությունները հազվադեպ են հանդիպում, իսկ վարակն առավելապես արտահայտվում է գաստրիտի կամ ավելի հազվադեպ՝ ստամոքսի կամ 12-մատնյա աղու խոցի առաջացումով:

Helicobacter pylori վարակի հայտնաբերումը և բուժումը՝ ցուցումների դեպքում, կարևոր դեր են խաղում ոչ միայն տվյալ անհատի գանգատները կառավարելու և գաստրոդուոդենալ պաթոլոգիան բուժելու, այլ նաև ստամոքսի չարորակ նորագոյացության կանխարգելման գործում: Քանի որ վարակը բուժվում է

պրոտոնային պոմպի ինհիբիտորի և առնվազն երկու հակաբիոտիկների զուգակցմամբ, խիստ կարևոր է վերջիններիս ռացիոնալ ընտրությունը, որը պետք է հիմնված լինի ինչպես միջազգային ուղեցույցերի, այնպես էլ տվյալ երկրում կամ տարածաշրջանում *Helicobacter pylori* հակաբիոտիկների հանդեպ կայունության ցուցանիշներից:

Հաշվի առնելով վերոնշյալը՝ խիստ կարևոր են այնպիսի հետազոտությունները, որոնք կտրամադրեն նման տվյալներ և հիմք կձառայեն դիսպեպտիկ գանգատներով պացիենտների ռացիոնալ հետազոտման և հակաբակտերիալ բուժման ազգային գործելակարգերի և ուղեցույցերի մշակման համար, որոնք պետք է ներդրվեն ամենօրյա բժշկական գործունեության մեջ:

Ֆունկցիոնալ և օրգանական դիսպեպսիայի սահմանումներն ու տարբերակումը խիստ փոփոխական են եղել վերջին տասնամյակների գիտական հետազոտություններում և մշտապես թարմացվող հռոմեական չափանիշներում՝ ինչպես մեծահասակների, այնպես էլ երեխաների համար, իսկ վերջիններիս մոտ տարբերակումն էլ ավելի է բարդանում՝ նրանց կողմից ախտանիշների հստակ նկարագրության դժվարության հետ կապված: Երեխաների շրջանում ֆունկցիոնալ և օրգանական դիսպեպսիայի կլինիկական, էնդոսկոպիկ և մորֆոլոգիական առանձնահատկությունների վերաբերյալ հրապարակումները խիստ սակավ են, իսկ Հայաստանում կատարված նման աշխատանքների հրապարակումներ հնարավոր չէ եղել գտնել: Խիստ սահմանափակ են եղել նաև տվյալները՝ մեր երկրում հականանրէային դեղամիջոցների նկատմամբ հելիկոբակտերի կայունության վերաբերյալ, և դարձյալ երեխաների շրջանում չի հաջողվել նման տվյալ գտնել: Այս առումներով քննարկվող աշխատանքը անկասկած մեծ արդիականություն ունի՝ ինչպես գիտական, այնպես էլ գործնական ոլորտներում:

Ատենախոսությունը բաղկացած է հետևյալ բաժիններից՝ ներածություն, գրականության վերլուծություն, հետազոտության նյութ և մեթոդներ, սեփական հետազոտության արդյունքներ, արդյունքների քննարկում, եզրակացություններ, գործնական առաջարկներ, հավելվածներ և գրականության ցանկ:

Գրականության վերլուծությունը կատարված է հանգամանալից, օգտագործված հղումների զգալի մասը հրապարակվել են վերջին 10-12 տարում և ներառված են ոլորտի հիմնարար աշխատությունները և ուղեցույցերը: Այս բաժնում հեղինակը ցուցադրել է խնդրի արդիականությունը, առկա գրականության հակասություններն ու բաց դաշտերը, և ներկայացրել, թե ինչպես է իր հետազոտության տվյալների միջոցով առաջարկելու լրացնել որոշ այդ բացերը: Հետազոտության նպատակը ձևակերպված է հստակ, և խնդիրները բխում են նպատակից:

Մեթոդների բաժնում մանրամասն ներկայացված են կիրառված մեթոդները, հստակ տրված է օրգանական գաստրոդուոդենալ պաթոլոգիայի և ֆունկցիոնալ դիսպեպսիայի սահմանումը, որը կիրառվել է տվյալ հետազոտության շրջանակներում: Այս բաժնի հետ կապված կարող է որոշ քննադատություն արվել առ այն, որ հեղինակն օգտագործել է ХЕЛПНЛ թեստը՝ հելիկոբակտերային վարակը էնդոսկոպիկ հետազոտության ժամանակ հայտնաբերելու նպատակով, չնայած նրան, որ տվյալ թեստի ճշգրտության ցուցանիշները բավարար հետազոտված չեն ընդունված «ոսկե ստանդարտների» համեմատությամբ: Նշված հանգամանքը սակայն չի ազդել տվյալների հավաստիության վրա, քանի որ հաջորդիվ տեքստում հեղինակը ներկայացնում է, որ իր հետազոտությունում հելիկոբակտերային վարակի առկայությունը հաստատել է միայն ու միայն ստամոքսի բիոպտատի հիստոլոգիական (մանրադիտակային) քննության կամ ցանքսի հիման վրա, որոնք էլ համարվում են ներկայումս ամենաճշգրիտ մեթոդները: Այսպիսով, վերը նշված, վալիդացիայի չենթարկված էնդոսկոպիկ արագ թեստը թեև նկարագրվել է «Մեթոդներ» բաժնում, սակայն հետազոտության տվյալները վերլուծելիս նշանակություն չի ունեցել, ուստի *H. pylori* վարակի ախտորոշումը եղել է հավաստի՝ հիմնված վավերացված մեթոդների վրա:

Ողջունելի է, որ չնայած զգալի տեխնիկական դժվարությունների, կիրառվել է «ոսկե ստանդարտ» հանդիսացող մեթոդը հելիկոբակտերային վարակի ախտորոշման համար, այն է՝ ստամոքսի բիոպտատի մանրէաբանական քննությունը, որի հիման վրա էլ կատարվել է հակաբիոտիկների հանդեպ զգայունության որոշում: Պետք է նշել, որ այդ տեխնիկական դժվարությունները տվյալ հետազոտման մեթոդի հետ կապված նկարագրված են ամբողջ աշխարհում, ինչի պատճառով էլ ցանքսը չի հանդիսանում կլինիկական ռուտին հետազոտություն, և հենց այդ տեխնիկական մարտահրավերների հետևանքով է, որ վավեր արդյունքներ ստացվել են պացիենտների միայն փոքր մասի մոտ, բայց և այնպես այդ արդյունքները շատ կարևոր են՝ մեր երկրում նմանատիպ այլ հետազոտության բացակայության պայմաններում:

Սեփական հետազոտության արդյունքները ներկայացված են ինչպես տեքստի, այնպես էլ աղյուսակների և գրաֆիկական պատկերների միջոցով: Արդյունքների հիման վրա արված են եզրակացություններ:

Այս բաժիններում աչքի են ընկնում հատկապես հետևյալ կարևոր եզրահանգումները. 1) *H. pylori* վարակի բարձր հաճախությունը (70.6%) դիսպեպտիկ գանգատներով երեխաների շրջանում, 2) անգամ մանկական տարիքում ստամոքսի էպիթելի ատրոֆիայի, աղիքային մետապլազիայի և

դիսպլազիայի հայտնաբերումը՝ զգալի տոկոսում (9.4%), խոսում է այն մասին, որ հելիկոբակտերի հնարավոր քաղցկեղածին հատկությունը պետք է մշտապես լինի գործնական բժշկի ուշադրության ներքո, 3) նշված հիստոլոգիական շեղումներից մետապլազիան և դիսպլազիան ավելի հաճախ են դիտվել էնդոսկոպիկ նշանակալի ախտահարումների բացակայության դեպքում, ինչը կրկին անգամ հրավիրում է մեծ ուշադրություն՝ դիսպեպտիկ գանգատներով բոլոր պացիենտների մոտ էնդոսկոպիկ մեթոդով հիստոլոգիական հետազոտության նմուշների ստացման կարևորությանը՝ ճիշտ ախտորոշում դնելու և ստամոքսի նախաքաղցկեղային փոփոխությունները վաղաժամ հայտնաբերելու նպատակով, 4) 10-օրյա եռաթերապիայով հաջողակ էռադիկացիայի տոկոսը շատ ավելի ցածր էր, քան գրականությունում նկարագրվածը, և կազմել էր 76.6%, ինչը չի կարող գոհացնել՝ կլինիկական պրակտիկայում այս տևողությամբ սխեման լայնորեն կիրառմանը խորհուրդ տալու համար: Բերված տվյալի հետ համահունչ են նաև հիվանդների փոքր քանակի մոտ կատարված հակաբիոտիկայինության ցուցանիշները, որոնք անմխիթար մակարդակի բարձր են եղել՝ կլարիտրոմիցինի և մետրոնիդազոլի հանդեպ:

Վերջին արդյունքները, սակայն, անհրաժեշտ է դիտարկել, հաշվի առնելով որոշ սահմանափակումներ: Այսպես, էռադիկացիայի հաջողության գնահատումը կատարվել է բուժում ստացած պացիենտների միայն 44.3% մոտ: Նշված թերությունն անշուշտ ունի իր օբյեկտիվ և սուբյեկտիվ պատճառները, որոնցից են ազգաբնակչության տեղաշարժման դժվարությունները՝ հատկապես մարզերից, հատկապես ծմեռային ամիսներին, բժշկական զննումների և հետազոտումների առաջնահերթության վերաբերյալ տարբեր պատկերացումները, ֆինանսական դժվարությունները, և այլն:

Այդուհանդերձ, ստացված տվյալը պետք է ահազանգ հանդիսանա՝ էռադիկացին սխեմաների նշանակման խորհուրդները վերանայելու և համապատասխանեցնելու ինչպես արդի միջազգային ուղեցույցերին, այնպես էլ մեր երկրում դրանց արդյունավետության տվյալներին, և հեղինակը հենց այս ուղղությամբ էլ անում է իր գործնական առաջարկը՝ մասնավորապես, խորհուրդ տալով եռաթերապիայի սխեման նշանակել 14-օրյա տևողությամբ: Քննարկվող աշխատանքի արդյունքներն անկասկած հիմք են տալիս՝ նախագծելու և ձեռնարկելու ավելի լայնածավալ հետազոտություններ նշված ուղղությամբ:

Աշխատանքն ամփոփում են երեք գործնական առաջարկներ, որոնք բխում են ստացված արդյունքներից: Կցված է նաև հետազոտական տվյալների գրանցման ձևը, որտեղ հստակ նշված են հավաքագրվող պարամետրերը և դրանց

կողավորումը, ինչը ցուցադրում է, որ դեռևս հետազոտման նախագծման և տվյալների հավաքագրման փուլերում հայցորդը ցուցադրել է համակարգված գիտական մոտեցում:

Ամփոփելով շարադրվածը, եզրակացնում եմ, որ Տաթևիկ Մուշեղի Շահինյանի՝ ԺԴ.00.06 «Մանկաբուժություն» մասնագիտությամբ բժշկական գիտությունների թեկնածուի գիտական աստիճանի հայցման համար ներկայացված «*Helicobacter pylori* համակցված գաստրոդուոդենալ հիվանդությամբ և Ֆունկցիոնալ դիսպեպսիայով հոսպիտալացված երեխաների կլինիկական, Էնդոսկոպիկ, մորֆոլոգիական առանձնահատկությունները և *Helicobacter pylori* կայունությունը հակաբիոտիկների նկատմամբ» թեմայով ատենախոսությունը լիովին համապատասխանում է թեկնածուական աստիճանի հայցման ատենախոսություններին ՀՀ ԲՈԿ կողմից ներկայացված պահանջներին, իսկ հեղինակը արժանի է բժշկական գիտությունների թեկնածուի գիտական աստիճանի շնորհման:

29.11.2022

Պաշտոնական ընդդիմախոս՝

բ.գ.թ. Մանիկ Գեմիլյան

ԵՊԲՀ Ներքին հիվանդությունների (գաստրոէնտերոլոգիա և հեպատոլոգիա) ամբիոնի ավագ դասախոս

Միքայելյան համալսարանական հիվանդանոցի բժիշկ-գաստրոէնտերոլոգ

ՀՀ ԱՆ խորհրդատու Աղեստամոքսաբանության գծով

Մանիկ Գեմիլյանի ստորագրությունը հաստատում եմ՝

ԵՊԲՀ գիտական քարտուղար՝



բ.գ.դ., պրոֆ. Տ. Գ. Ավագյան