

ՊԱՇՏՈՆԱԿԱՆ ԸՆԴԴԻՄԱՆՈՍԻ  
Բ.Գ.Թ., ԴՈՑԵՆՏ ԱՐԹՈՒՐ ՎԼԱԴԻՄԻՐԻ ՊԱՊԻԿՅԱՆԻ  
ԳՐԱԽՈՍԱԿԱՆ

Լուսինե Վարդանի Ալեքսանյանի «Վակուումային կապպաների օգտագործման հիմնավորումը միջձնոտային սևեռման նպատակով ստորին ձնոտի կոտրվածքով հիվանդների մոտ» թեմայով, ներկայացված ԺԴ.00.12 «Ստոմատոլոգիա» մասնագիտությամբ բժշկական գիտությունների թեկնածուի գիտական աստիճանի հայցման ատենախոսության վերաբերյալ

Ատենախոսության թեմայի արդիականությունը

Դիմաձնոտային շրջանի վնասվածքաբանության խնդիրները ներկայումս մնում են արդիական, քանի որ ինչպես զարգացած, այնպես էլ զարգացող երկրներում նկատվում է վնասվածքների աճ: Ստորին ձնոտի կոտրվածքների համաճարակաբանությունը դիմաձնոտային շրջանի վնասվածքների համամասնությամբ տարբեր երկրներում մեծապես տարբերվում է, կախված երկրի սոցիալական զարգացումից, սովորություններից, տրավմատիկ սպորտի և զվարճանքի տարածվածությունից և այլն:

Ներկայումս հայտնի են տորին ձնոտի կոտրվածքների ինչպես վիրաբուժական, այնպես էլ կոնսերվատիվ բուժման բազմաթիվ մեթոդներ: Դիմաձնոտային վիրաբուժությունում օստեսինթեզի նպատակով առավել հաճախ օգտագործվում են մինի թիթեղները և պտուտակները, որոնք ապահովում են բեկորների լիարժեք ֆիքսացիա: Սակայն, կոնսերվատիվ և համակցված բուժումները չնայած լայն տարածվածության ունեն մի շարք խնդիրներ, քանի որ ներկայիս հայտնի և լայն կիրառում ստացած միջձնոտային սևեռման մեթոդները, ապահովելով կայուն ֆիքսացիա, առաջ են բերում մի շարք խնդիրներ, որոնցից են բերանի խոռոչի լորձաթաղանթի, լնդերի, պարօդոնոտի, ատամների ախտահարումները, վիրահատության երկարատևությունը և այլն:

Այդ իսկ պատճառով, հեղինակի կողմից առաջարկված ստորին ձնոտի կոտրվածքների ժամանակ օգտագործվողարդյունավետ և ատրավմատիկ բեկակալման մեթոդը արդիական է դիմաձնոտային վիրաբուժության մեջ:

Ատենախոսության գիտական նորույթը և գործնական նշանակությունը

Ներկայացված աշխատության գիտական նորության առումով նախ և առաջ ուզում եմ առանձնացնել հետևյալ հիմնարար դրույթները. առաջարկված մեթոդը վակուումային կապպաները, առաջին անգամ են օգտագործվում դիմաձնոտային վիրաբուժության մեջ, որպես ձնոտի կոտրվածքների բուժման մեթոդ, որը ապահովում է կայուն և ատրավմատիկ միջձնոտային ֆիքսացիա անհրաժեշտ ռեաբիլիտացիոն շրջանում: Առաջին անգամ Հայաստանում հեղինակը կատարել է դիմաձնոտային շրջանի տրավմատիզմի էպիդեմիոլոգիական հետազոտություն Հերացի թիվ 1 համալսարանական հիվանդանոցի բազայի հիման վրա:

Ոչ քիչ կարևոր է նաև հեղինակի կողմից կատարված ծնոտի ոսկրային և մկանահոդային համակարգի լարվածության աստիճանի որոշումը բեկակալման առաջարկված մեթոդի և այլ մեթոդների կիրառման դեպքում հիմնվածվերջավոր տարրերի վերլուծության վրա(FEA):

Գործնականում, կիրառելով առաջարկված կապպաները, մենք կունենանքինարավորություն նվազեցնել միջոնոտային սևեռման ժամանակ առաջացող բարդությունները և կխուսափենք այլ բարդությունների երկարատև բուժման անհրաժեշտությունից: Առաջարկված կապպաները մեզ նաև հնարավորություն են տալիս կատարել բեկակալում այն պացիենտների մոտ, ում նախկինում հայտնի բոլոր մեթոդները եղել են հարաբերական հակացուցված (կրաուդինգ, բաց կամ խորը կծվածք, պարոտոնտիտներ, օստեոպորոզ, ճառագայթային կամ բիֆոսֆոնատային բուժում անամնեզում):

### Աշխատանքի բովանդակության վերլուծություն

Ատենախոսական աշխատանքը ներկայացված է ռուսերեն համակարգչային տեքստի 110 էջով: Բաղկացած է ներածությունից, գրականության ակնարկից, հետազոտական նյութից և մեթոդից, սեփական հետազոտության արդյունքներից, եզրակացություններից, եզրահանգումներից, գիտական և գործնական առաջարկություններից, գրականության ցանկից, ներառյալ 132 աղբյուր, որոնցից 11-ը ռուսալեզու հեղինակների, իսկ 121-ը օտարերկրյա հեղինակների աշխատություններ են: Աշխատանքը պատկերված է 58 նկարներով, 12 գծապատկերներով և 9 աղյուսակներով:

«Գրականության ակնարկ» բաժնում հեղինակը կատարել է դիմաձևոտային շրջանի տրավմատիզմի, հանձինս ստորին ծնոտի կոտրվածքների համաձարակարանական վերլուծություն (էթիոլոգիա, տարածվածություն, տեղակայում): բուժման թե կոնսերվատիվ, թե համակցված առաջարկված հնարավոր հայտնի մեթոդների գիտական գրականության խորը վերլուծություն:

«Հետազոտության նյութ և մեթոդներ» բաժնում ատենախոսության հեղինակը նախանշել է հետազոտական ծրագիրը, ըստորիկատարվել է նեղիմաձևոտային շրջանի տրավմատիզմի ռետրոսպեկտիվ հետազոտություններ: կլինիկական ուսումնասիրություններ և վերլուծություններ վերջավոր տարրերի մեթոդով: ստորին ծնոտի կոտրվածքներով 200 բուժառուի բուժման ամբողջական վերլուծություն առաջարկվող կապպաներով, Վասիլի բեկակալներով և պտուտակներով: Այստեղ հեղինակը իրականացնում է նաև համեմատական 3D համակարգչային մոդելավորում վերջավոր տարրերի մեթոդով, որպեսզի հիմնավորի ծնոտի ոսկրային և մկանահոդային համակարգի լարվածության աստիճանը բեկակալման առաջարկված մեթոդի և այլ մեթոդների դեպքում: Հարկ է նշել նաև, որ հեղինակի կողմից իրականացված կլինիկական հետազոտության մեթոդները ժամանակակից են և տեղեկատվական:

«Հետազոտության արդյունքներում» հեղինակը մանրամասնորեն նկարագրում է 2017-2020թթ Հերացի թիվ 1 համալսարանական հիվանդանոց դիմաձևոտային շրջանի տարբեր տեսակի վնասվածքներով դիմաձև բուժառուների տրավմատիզմը էթիոլոգիան,

լոկալիզացիան. տարիքային և սեռական առանձնահատկությունները, տարածվածությունը: Հեղինակն ամփոփում է համակարգչային մոդելավորման և վերջավոր տարրերի վերլուծության արդյունքները. եզրահանգելով, որ միջձևոտային սևեռումը առաջարկվող կապպաներով ավելի քիչ տրավմատիկ է և թույլ է տալիս կանխել ՔՄՕՀ հետագա դիսֆունկցիաների առաջացումը:

Կլինիկական դեպքերի հիման վրա մանրամասն նկարագրում է առաջարկվող բեկակալներով բուժման առանձնահատկությունները և նախկինում հայտնի Վասիլևի բեկակալների և պտուտակների հետ համեմատական վերլուծությունը: Հեղինակը նաև կատարել է միջձևոտային սևեռման մեթոդների սխալների և բարդությունների վերլուծություն, որը ցույց է տվել, որ առաջարկվող կապպաները բարդություններ չեն առաջացրել:

Ամփոփելով իր սեփական հետազոտությունը, որը տրված է «Եզրակացություն» բաժնում, հեղինակը տրամաբանական հաջորդականությամբ ընդգծում է աշխատանքի հիմնական դրույթները:

Լ. Վ. Ալեքսանյանի ատենախոսությունը գրված է գրագետ, կարդացվում է մեծ հետաքրքրությամբ, պատկերազարդված է բավարար քանակությամբ ցուցադրական նյութով:

Ատենախոսության արդյունքները կարող են օգտագործվել ուսումնական դասընթացներում համապատասխան բաժինները հասավանդելիս:

Չունենալով հիմնարար մեկնաբանություններ վերանայվող ատենախոսության բովանդակության, դրա գիտական դրույթներին եզրակացությունների վերաբերյալ ցանկանում եմ պարզաբանել ատենախոսության դիրքորոշումը հետևյալ հարցերի շուրջ.

1. Արդյո՞ք բավարար է միայն Հերացի թիվ 1 հիվանդանոցային համալիրի բազայի տվյալների հիման վրա տալ եզրակացություն Հայաստանում դիմաձևոտային շրջանի տրավմատիզմի և մասնավորապես ստորին ձևոտի կոտրվածքների էպիդեմիոլոգիայի վերաբերյալ:
2. Համեմատության մեջ կապպայի պատրաստման ժամանակի մեջ նշվում է միայն ձևոտների սկանավորման ժամանակը: Որքա՞ն ժամանակ է անհրաժեշտ սկանավորումից մինչև տեղադրումը (ներառյալ տրանսպորտ, լաբորատոր փուլ, կամ լաբորատորիայի առկայություն):
3. Բերանի խոռոչի հիգիենայի գնահատման համար նպատակահարմար չէ՞ք գտնում, որ պետք էր կատարել նաև մանրէաբանական հետազոտություն կապպայի և անշարժ լնդի միջև ընկած տարածությունից մինչև տեղադրումը և հանելուց հետո:
4. Ինչպե՞ս էք հիմնավորում ստորին ձևոտի կոտրվածքների կոմբինացված բուժման ժամանակ կապպաների կիրառման անհրաժեշտությունը:

ԷԶՐԱԿԱՅՈՒԹՅՈՒՆ

ԼՎ Ալեքսանյանի «Վակուումային կապպաների օգտագործման հիմնավորումը միջձնոտային սևեռման նպատակով ստորին ձնոտի կոտրվածքով հիվանդների մոտ» թեմայով ատենախոսությունը հանդիսանում է ավարտված գիտական հետազոտություն. որն արտացոլում է նոր ուղվածություն դիմաձնոտային վիրաբուժությունում - միջձնոտային սևեռման ատրավմատիկ նոր մեթոդով ստորին ձնոտի կոտրվածքների բուժման արդյունավետության բարելավում:

Ատենախոսական աշխատանքը իր բովանդակությամբ, ծավալով և քանակով, ստացված արդյունքներով, եզրակացությունների նշանակությամբ և բովանդակությամբ, գործնական առաջարկություններով, համապատասխանում է ՀՀ ԲՈԿ-ի պահանջներին, ՀՀ «Գիտական աստիճաններ շնորհելու կարգի մասին» 7-րդ կետի պահանջներին, իսկ հայցորդ Լուսինե Վարդանի Ալեքսանյանը արժանի է ԺԴ.00.12 «Ստոմատոլոգիա» մասնագիտության բժշկական գիտությունների թեկնածուի գիտական աստիճանի շնորհմանը:

Պաշտոնական ընդդիմախոս  
«Միքայելյան Վիրաբուժության  
ինստիտուտ» ՓԲԸ դիմաձնոտային  
վիրաբուժության կլինիկայի ղեկավար  
Բ գ թ , դոցենտ

Ա.Վ.Պապիկյան

Պաշտոնական ընդդիմախոս  
Բ գ թ , դոցենտ Ա.Վ.Պապիկյանի  
ստորագրությունը հաստատում եմ  
ԵՊԲՀ Գիտական քարտուղար, Բ գ դ , պրոֆեսոր



Տ Գ Ավագյան

17 մայիսի 2023թ.