

ՀԱՅԿԱԿԱՆ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ԻՆՍՏԻՏՈՒՏ

ՎՈՒՑԱԺՈՂՈՎ ՆՎԻՐՎԱԾ

Հայկական բժշկական ինստիտուտի
25-ամյակին



ՈՒՍԱՆՈՂԱԿԱՆ ԳԻՏԱԿԱՆ
ԸՆԿԵՐՈՒԹՅՈՒՆ

ԵՐԵՎԱՆ – 2016

VII Գ Ի Տ Ա Ժ Ո Ղ Ո Վ Ն Վ Ի Ր Վ Ա Ծ
Նայկական բժշկական ինստիտուտի
25- ամյակին

Թ Ե Զ Ի Ս Ն Ե Ր

ԵՐԵՎԱՆ
ՀԱՅՐԱՊԵՏ հրատարակչություն
2016

Խմբագրական խորհուրդ

կգդ., պրոֆեսոր Գ.Ա. Գևորգյան

բգդ., պրոֆեսոր Լ.Ա. Բաբայան

բգդ., պրոֆեսոր Լ.Հ. Անդրիասյան

բգթ., դոցենտ Յու. Լ. Ջհանգիրյան

բգթ. Լ.Ս. Ոսկանյան

Ն.Խ.Աթոյան

**VII գիտաժողով՝ նվիրված Հայկական բժշկական ինստիտուտի
25-ամյակին: Թեզիսներ.-Եր:«Հայրապետ»
հրատ., 2016թ.**

**Сборник тезисов VII студенческой конференции
посвященной 25-летию Армянского медицинского института,
Ереван, 2016 г.**

Հայկական բժշկական ինստիտուտը 25 տարեկան է

Այս տարին մեր բուհի համար հոբելյանական է՝ 2015-ին լրացավ Հայկական բժշկական ինստիտուտի հիմնադրման և գործունեության 25-ամյակը:

Քառորդ դար է անցել այն օրից, ինչ ինստիտուտը համարձակորեն հայտարարեց իր մասին, հաղթահարեց բոլոր դժվարությունները, կասկածներն ու մերժումները և այսօր իր ուրույն տեղն է զբաղեցնում մեր կրթական համակարգում:

Ինստիտուտի ձևավորումը ընթացավ առանց կոպիտ սխալների, քանի որ նրա ակունքներում կանգնած էին կրթության նվիրյալներ, բանիմաց մասնագետներ՝ պրոֆեսորներ Լ.Դ.Ժուռուլին, Ռ.Ս.Մամիկոնյանը, Ալ.Գ.Ալլավերդյանը, Ա.Ս.Նորավյանը, Կ.Գ.Ղարազյոզյանը, Հ.Թ.Առաքելյանը, Ա.Ս.Սարաֆյանը: Նրանք բոլորը Երևանի պետական բժշկական ինստիտուտի շրջանավարտներ էին, իսկ հետագայում նաև պրոֆեսորները ԵրԲԻ-ի և բժիշկների կատարելագործման ինստիտուտի: Այս հեղինակավոր հաստատությունների փորձի և ավանդույթների հենքի վրա ձևավորվեց Հայկական բժշկական ինստիտուտը: Ինստիտուտի հիմնադիրները հասկանում էին, որ կրկնել մեզանում եղածը անիմաստ է. պետք է ստեղծել նոր կրթական հաստատություն, որն ունենա իր սեփական դեմքը: Այս առումով ՀԲԻ-ն մեծապես տարբերվեց այլ ոչ պետական բուհերից: Մշակվեց հեղինակային ուսումնական պլան, որի մեջ ներառվեցին նոր առարկաներ, որոնք խիստ անհրաժեշտ էին բժշկի պատրաստման համար: Մեծ ուշադրություն էր դարձվում ուսանողների հետազոտական մտածողության ձևավորման խնդրին, քանի որ յուրաքանչյուր բժիշկ, անկախ այն բանից կդառնա գիտնական, թե ոչ, պարտավոր է լինել հետազոտող:

Բարի երթ եմ ցանկանում մեր ինստիտուտին՝ մաղթելով վերադառնալ անցած տարիների նվաճած բարձունքներին և հասնել ավելիին:

ՀԲԻ ռեկտոր
բգթ, դոցենտ, Լ.Գ. Ասատրյան

ՈՂՋՈՒՅՆԻ ԽՈՍՔ

1990–ականների դժվարին ժամանակներն էին: Հիմնադրվեց առաջին ոչ պետական բժշկական բուհը՝ Հայկական բժշկական ինստիտուտը:

Բազմաթիվ քննարկումներ եղան ու բազմաթիվ կարծիքներ հնչեցին:

Դեռ այն ժամանակ ես ողջունեցի ՀԲԻ-ի գալուստը, քանզի մշտապես համոզված եմ եղել՝ առողջ մրցակցության արդյունքում է ծնվում որակը:

1997թ. նշանակվեցի Հայկական բժշկական ինստիտուտի պետական ավարտական քննությունների հանձնաժողովի նախագահ: Հանձնաժողովը կազմված էր հանրապետությունում ու նրա սահմաններից դուրս ճանաչում ունեցող մասնագետներից:

Բոլորս հիացած էինք ՀԲԻ-ի սաների գիտելիքներով, նրանց պատրաստվածությամբ: Հանձնաժողովի յուրաքանչյուր անդամ նշանակում էր իր գնահատականը, որից հետո ընդհանուրից դուրս էր բերվում շրջանավարտի միջին գնահատականը, գերակշիռ մասը բարձր նիշեր էին:

Այն դժվար ու խոչընդոտներով լի օրերից հետո շատ բան է փոխվել: Այսօր արդեն Հայկական բժշկական ինստիտուտը կայացած բուհ է և նրա գոյության փաստի հետ շատ շատերն են արդեն հաշվի նստում:

Սրտանց շնորհավորում եմ Հայկական բժշկական ինստիտուտի հիմնադրման 25-ամյա հոբելյանը և մաղթում նորանոր ձեռքբերումներ ու բարգավաճում: Պրոֆեսորա-դասախոսական կազմին ցանկանում եմ ուժ ու կորով, գիտելիքներն իրենց սաներին անմնացորդ փոխանցելու հաստատակամություն:

Իսկ ուսանողներին ուզում եմ ասել՝ դուք եք ձեր բուհի դեմքը: Բարձր պահեք ձեր բուհի պատիվը:

Յուրի Ալեքսանյան

ՀՀ ԳԱԱ ակադեմիկոս, բ.գ.դ., պրոֆեսոր

ՀԱՐԳԵԼԻ ՈՒՍԱՆՈՂՆԵՐ

Դուք Ձեր առաջին քայլերն եք անում գիտության ոլորտում և անհրաժեշտ է հստակ պատկերացում կազմել գիտության և գիտնականների համատեղ ջանքերով կատարվող այն հետազոտությունների վերաբերյալ, որոնց բազմակողմանի ուսումնասիրությունների արդյունքում առաջարկվում են նոր մոտեցումներ, դեղամիջոցներ, մեթոդական նորույթներ:

Ձեր առաջին քայլերը գիտության ասպարեզում կարող են հանդիպել խոչընդոտների և դժվարությունների, սակայն հավատացնում են, որ այդ բոլոր արգելքները Ձեր կողմից կատարված առաջին իսկ գեկուցումից կհաղթահարվեն, Ձեր հետևողական աշխատանքը կտա իր պտուղները:

Մասնագիտական դաշտում արժանի տեղ զբաղեցնելու համար պետք է օժտված լինեք խորը գիտելիքներով, ցուցաբերեք մտքի թռիչք՝ առաջացած խնդիրների խելամիտ լուծման համար:

Ցանկանում են Ձեզ բարի երթ, բեղմնավոր աշխատանք և համառություն գիտության բարձունքներին հասնելու համար:

Գելորգ Գելորգյան

*ՀՀ կենսաքիմիկոսների ասոցիացիայի նախագահ,
Եվրոպ. գիտությունների և արվեստների ակադեմիայի ակադեմիկոս, Կ.գ.դ. պրոֆեսոր
ՀԲԻ-ի Ընդհանուր և կլինիկական կենսաքիմիայի, ֆարմակոլոգիայի ամբիոնի վարիչ*

Հ. Դանիելյան

*ՀՔԻ հասարակագիտության ամբիոն
գիտ. դեկ. փ.գ.թ. դոցենտ Մ. Կճանյան*

Մարդը իմաստավորել է բնությունը և իրեն դիտել որպես բնության զարգացման բարձրագույն ֆենոմեն: Մարդկային որակը իր ամբողջականության մեջ պետք է արժևորել որպես ճշմարիտի, բարու և գեղեցիկի ինտեգրային որակ: Մարդը՝ որպես կենսահոգեւոցիալական մի ամբողջություն, բարդ, ինքնակառավարվող համակարգ է և համարվում է բժշկական ուսումնասիրության օբյեկտ:

Դեռ մ.թ.ա. 4-րդ դարում հունական կլասիկ փիլիսոփայության խոշորագույն ներկայացուցիչ Պլատոնը նշել է «ինչպես չի կարելի բուժել աչքը՝ չմտածելով գլխի մասին, այնպես էլ չի կարելի բուժել մարմինը՝ չբուժելով հոգին, կամ բուժել հոգին՝ չազդելով մարմնի վրա»: Նշված իմաստուն միտքը արտացոլում է մարդու ամբողջական կենսահոգեւոցիալական էակ լինելու բովանդակությունը:

Առողջությունը և հիվանդությունը բժշկության մեջ հիմնական փիլիսոփայական կատեգորիաներն են, միևնույն ժամանակ համարվում են ֆունդամենտալ կատեգորիաներ: Վերջիններիս փոխհարաբերության հիմնահարցը բնավորում է բժշկության ուսումնասիրության առարկան:

Ժամանակակից գիտական գրականության մեջ վիճահարույց կերպով է քննարկվում նշված կատեգորիաների բովանդակությունը: Ակնհայտ է, որքան բարձր է առողջության մակարդակը, այնքան փոքր է հիվանդության զարգացման հնարավորությունը և ընդհակառակը, հիվանդության զարգացումը առավելապես հնարավոր է միայն այն դեպքում, երբ նվազել է մարդու կենսահոգեւոցիալական ադապտացիոն հնարավորությունը, ինչը կարևոր ցուցանիշ է համարվում առողջական վիճակի խաթարման համար:

Անհրաժեշտ է տարբերակել «նորմա» և «առողջություն» հասկացությունների բովանդակությանը: «Նորմա» հասկացության համատեքստում նկատի պետք է ունենալ օրգանիզմի դինամիկ հավասարակշռությունը (հոմեոստատիկ վիճակ), որի ժամանակ տեղի է

ունենում մորֆո-ֆիզիոլոգիական, փսիխոէնոցիոնալ վիճակների այնպիսի փոփոխություն «մարդ-միջավայր» համակարգում, ինչը տվյալ սահմաններում չի խաթարում օրգանիզմի ամբողջականությունը (մինչբջջային, բջջային, հյուսվածքային, օրգանային, օրգան-համակարգային մակարդակներում): Ապահարմարողականությունն այն գործողությունն է, երբ օրգանիզմի ներքին պաշարները (ֆիզիկական, կենսաքիմիական, էներգետիկ-ինֆորմացիոն) բավարար չեն օրգանիզմի հոմեոստազի պահպանման համար:

«Առողջություն» հասկացության բովանդակությունը ավելի պայմանական է, ի տարբերություն «հիվանդություն» հասկացության, քանի որ առողջության չափանիշները տարբեր էթնիկ և սոցիալական խմբերի մոտ տարբեր են, մշակութային և սոցիալ-պատմական զարգացման կոնկրետ փուլերում տարբեր կերպ են իմաստավորվում և գնահատվում: Առողջությունը և հիվանդությունը անհրաժեշտ է մեկնաբանել ոչ թե սոսկ մարդու օրգանիզմի շրջանակներում, ինչպես «նորմա» և «պաթոլոգիա» հասկացությունները, այլ առավելապես մարդու որպես ամբողջական կենսահոգեսոցիալական էակի, որպես մարմնականի, հոգեկանի և հոգևորի փոխազդեցության արդյունքի:

ԷՖԹԱՆԱԶԻԱՅԻ ՔՐԵԱԻՐԱՎԱԿԱՆ ԲՆՈՒԹԱԳԻՐԸ

Հ. Մկրտչյան

*ՀՀ ԳԱԱ ԳԿՄԿ իրավագիտության ֆակուլտետ
գիտ. դեկ. ի.գ.թ. Ա. Ասատրյան*

Հասարակական կյանքի ընկալման փոփոխությունների հետ համընթաց փոփոխվում է նաև հասարակության անդամների վերաբերմունքը այս կամ այն երևույթների նկատմամբ: Փոփոխվել է նաև մարդու կյանքի արժևորման հետ կապված ընկալումը: Հայտնի է, որ կյանքի իրավունքը բացարձակ արժեք է: Կյանքի իրավունքը ամրագրված է ինչպես ժամանակակից պետությունների ներպետական օրենսդրություններում, այնպես էլ միջազգային իրավունքի նորմերում: Կյանքի իրավունքի կենսունակության վառ ապացույց է բազմաթիվ պետությունների պատիժների համակարգից մահապատժի վերացումը:

Էֆթանագիան ևս անխզելիորեն կապված է կյանքի իրավունքի ընկալման հետ: Էֆթանագիան քրեաիրավական ոլորտում մանրակրկիտ ուսումնասիրության կարիք ունի, քանի որ այն բարդ քրեաիրավական ինստիտուտ է: Որոշ պետություններում այն ամրագրված է իրավական դաշտում և որոշակի պայմանների առկայության դեպքում համարվում է իրավաչափ: Այդ պայմանները տարբեր երկրների օրենսդրություններում տարբեր են, կախված տվյալ երկրի ներպետական իրավական համակարգի առանձնահատկություններից, սակայն չենք կարող պնդել, որ էֆթանագիան ունի լայն տարածում, քանի որ բազմաթիվ երկրների իրավական համակարգերում այն ամրագրված չէ և չի համարվում օրինաչափ գործընթաց: Այս հարցի շուրջ տեսաբանները դրսևորում են երկու մոտեցում: Մոտեցումներից մեկի համաձայն՝ էֆթանագիան պետք է ամրագրվի իրավական դաշտում, սահմանելով դրա կիրառման դեպքերը, սահմաններն ու միջոցները, այսինքն՝ անձին կյանքից զրկելը որոշ դեպքերում դիտվի իրավաչափ և բացառվի քրեաիրավական հետևանքների առաջացումը: Այս մոտեցման հիման վրա էլ որոշ պետություններ թույլատրել են էֆթանագիայի կիրառումը իրենց երկրներում: Այդպիսի երկրների շարքին են դասվում Նիդերլանդները, Բելգիան, Շվեդիան, Շվեյցարիան, ԱՄՆ (որոշ նահանգներում) և այլն: Ուսումնասիրելով էֆթանագիայի եղանակները, կարող ենք փաստել, որ հիմնականում ընդունելի է երկու մոտեցում՝ անձի ցանկությամբ և բժիշկների որոշմամբ (երբ անձն ի վիճակի չէ արտահայտել իր կամքը): Կիրառվող հիմնական եղանակներն են ակտիվ և պասիվ էֆթանագիան:

Տեսաբանների մեկ այլ խումբ կարծում է, որ էֆթանագիայի իրավական դաշտ բերելը չարաշահումների տեղիք կտա և, բացի այդ, անձին կյանքից զրկելը որևէ պարագայում չի կարող դիտարկվել իրավաչափ և չառաջացնել քրեաիրավական հետևանքներ: Կարող ենք եզրակացնել, որ այս մոտեցումը առավել տարածված է, քանի որ գերակշռում է այն երկրների թիվը, որտեղ էֆթանագիան չի համարվում իրավաչափ:

Կանադայում կինը, իմանալով իր անբուժելի հիվանդության մասին, նամակ է գրում իրենց օրենսդիր մարմնի ներկայացուցիչներին, որպեսզի օրինականացվի էֆթանագիայի կիրառումը: Նամակում կինը նշում էր, որ եթե ունի կյանքի իրավունք, ապա պետք է ունենա նաև մահվան իրավունք:

Կանադայում էֆթանագիան չօրինականացվեց: Որոշ ժամանակ անց այդ կինը ինքնասպանություն գործեց անհայտ բժշկի օգնությամբ:

Գրականության ուսումնասիրությունները ցույց են տալիս, որ Եվրոպայում հազարավոր մարդիկ նախընտրում են մահանալ բժշկի օգնությամբ:

Իրավական տեսանկյունից էֆթանագիան դիտարկվում է որպես անձին դիտավորությամբ կյանքից զրկել, որը քրեորեն պատժելի արարք է: Բազմաթիվ պետություններում այն համարվում է մարդու կյանքի դեմ ուղղված հանցագործություն: Մեր երկրում էֆթանագիան չի օրինականացվել և դրա իրականացումը առաջացնում է քրեաիրավական պատասխանատվություն: Համաձայնվելով մեր ներպետական օրենսդրության կարգավորումների հետ՝ արձանագրենք, որ կյանքը հիրավի բարձրագույն արժեք է, ուստի՝ անձի կողմից մեկ այլ անձի կյանքի տևողության որոշումը չպետք է լինի իրավաչափ:

**ՀԱՍԱՐԱԿԱԿԱՆ ՀՈԳԵԲԱՆՈՒԹՅՈՒՆ ԵՎ ՀԱՍԱՐԱԿԱԿԱՆ ԿԵՑՈՒԹՅՈՒՆ:
ՀԱՍԱՐԱԿԱԿԱՆ ՀՈԳԵԲԱՆՈՒԹՅԱՆ ԿԱՌՈՒՑՎԱԾՔԸ**

Մ. Հարությունյան

*ՀՐԻ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ԽՈԳԵԲԱՆՈՒԹՅԱՆ ԱՄՔԻՈՆ
ԳԻՍ. ՂԵԿ . ԲԱՆ.Գ.Ք. Գ. ՄԿՐՏՅԱՆ*

Հասարակական իրավունքի հոգեբանության գիտական ըմբռնումը և հասարակական կյանքում ունեցած դերի բացահայտումը ենթադրում է նրա և հասարակական կեցության փոխհարաբերությունների բազմակողմանի ուսումնասիրությունը: Փիլիսոփայական գրականության մեջ Ստալինի «Դիալեկտիկական և պատմական մատերիալիզմի մասին» աշխատության լույս ընծայումից ի վեր հաստատվեց այն սխալ տրամադրության, ըստ որի հասարակական իրավունքի հոգեբանությունը չէր համարվում վերնաշենքի հատուկ տարր: Մինչդեռ Մարքսը բազմաթիվ առիթներով նշում էր, որ «սեփականության տարբեր ձևերի վրա, գոյության սոցիալական պայմանների վրա բարձրանում է զանազան և յուրօրինակ զգացումներ, պատրանքների, մտածելակերպի և աշխարհայացքների մի ամբողջ վերնաշենք...»: Այսքանից հետո դժվար է համաձայնվել այն հեղինակների

հետ, որոնք գտնում են, թե վերնաշենք ասելով Մարքսը նկատի ուներ պետությունը և իրավունքը, ինչպես նաև հասարակական գիտակցության միայն որոշակի ձևերը՝ բարոյականությունը, կրոնը, արվեստը և այլն: Հասարակական կեցությունը բավականին բարդ կառուցվածք ունի, որը հիմք է ծառայում հասարակական գիտակցության առանձին ձևերի տարբերակման համար: Այլ կերպ ասած, հասարակական գիտակցության ձևերը մեկը մյուսից տարբերվում են իրենց արտացոլման օբյեկտով և ձևով: Ի տարբերություն հասարակական գիտակցության մյուս ձևերի, հասարակական հոգեբանությունը ի հայտ է գալիս մարդկանց կյանքի ամենօրյա պայմաններից: Անշուշտ այս հանգամանքը նկատի ուներ Պլեխանովը, երբ գրում էր. «էկոնոմիկան ազդում է մարդկանց վարքի վրա երբեմն «քաղաքականության», երբեմն փիլիսոփայության միջոցով, երբեմն արվեստի կամ որևէ այլ իդեոլոգիայի միջոցով և միայն առանձին դեպքերում, հասարակական զարգացման ավելի ուշ աստիճանի վրա, էկոնոմիկան հանդես է գալիս մարդկանց գիտակցության մեջ իր սեփական «տնտեսական» տեսքով»: Ֆոյերբախի մասին թեզիսներում Մարքսը նշում էր, որ ամբողջ նախընթաց մատերիալիզմը, ներառյալ նաև Ֆոյերբախի մատերիալիզմի, գլխավոր թերությունը կայանում է նրանում, որ առարկան, իրականությունը, զգացողությունը վերցվում է միայն օբյեկտիվ ձևով կամ հայեցողության ձևով և ոչ թե որպես մարդկային զգայական գործունեություն, պրակտիկ, ոչ սուբյեկտիվորեն: Այն հանգամանքը, որ հասարակության գործունեությունն ու զարգացումը ենթարկվում է օբյեկտիվ օրենքների՝ չի բացառում յուրաքանչյուր մարդու կամքի մասնակցությունը այդ պրոցեսում: Ինչպես ցույց է տալիս Էնգելսը Բլոխինին գրած նամակում, ամբողջ խնդիրը այդ մասնակցության ճիշտ, մատերիալիստական մեկնաբանումն է: Մարդը, որպես հասարակական էակ, իր մտածողության մեջ միայն կրկնում է իր ռեալ կեցությունը, իր ռեալ հասարակական կյանքը: Մարքսի վաղ ձեռագրերից մեկում. «Մասնավոր սեփականությունը այնքան է մեզ հիմարացրել, որ որևէ առարկա մերն է համարվում այն ժամանակ, երբ մենք տիրանում ենք նրան, այսինքն, երբ այն մեզ համար գոյություն ունի որպես կապիտալ կամ երբ մենք անմիջականորեն այն ունենք: Դրա համար էլ բոլոր ֆիզիկական և հոգևոր զգացմունքների փոխարեն հանդես է եկել այդ բոլոր զգացմունքների հասարակ օտարումը՝ տիրապետման զգացմունքը»: Այս միտքը Մարքսի կողմից պարզաբանվում է հետևյալ օրինակով. կարիքի մեջ գտնվող մարդը, որը մթազնված է տարբեր հոգսերով, ընդունակ չէ ընկալելու նույնիսկ ամենագեղեցիկ տեսարանը, միներալներով առևտուր անողը տեսնում է

միայն մերկանտիլային արժեքը և ոչ թե գեղեցկությունը կամ միներալի յուրահատուկ բնույթը: Գիտություններից և ոչ մեկի անհրաժեշտությունը չէր զգացվի, եթե երևույթների օբյեկտիվ բովանդակությունը և նրանց անմիջական սուբյեկտիվ ընկալումը անմիջապես համընկնեին: Սովետական ականավոր գրող Գ.Մեդինսկին իր «Դժվարին գիրք» խորագիրը կրող ստեղծագործության մեջ մեր իրական կյանքը նմանեցնում է մի ծովի, որի մեջ են թափվում երկու Արագվիներ՝ մեկը պարզ, բարի ու զուլալ, մյուսը չար, սև ու պղտոր: Երբ նրանց ջրերը խառնվում են իրար՝ այլևս դժվար է պարզը անջատել պղտորից, բարին՝ չարից: Հետևաբար դրանք պետք է տարբերակվեն՝ դեռևս ծով չհասած: Իմ խորին համոզմամբ այս վերջին խնդրի իրագործման ճանապարհին կարող է չափազանց կարևոր դեր խաղալ նաև հասարակական հոգեբանության ուսումնասիրությունն ու գործնականորեն նրա օրինաչափություններով ղեկավարվելը: Հասարակական հոգեբանությունը ձևավորվում է հասարակության բոլոր սոցիալական խմբերի գոյության ամենօրյա պայմանների ազդեցությամբ: Այստեղից էլ հանդես է գալիս հոգեբանական արտացոլման տարերային, չգիտակցված բնույթը:

ՈՒՍՈՒՑՄԱՆ ՏԱՐԲԵՐ ՀԱՄԱԿԱՐԳԵՐՈՒՄ ՍՈՎՈՐՈՂՆԵՐԻ ՖԻԶԻԿԱԿԱՆ ԶԱՐԳԱՑՄԱՆ ԱՌԱՆՋՆԱՀԱՏԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ

Ս. Էլոյան

*ՀՔԻ նորմալ և ախտաբանական ֆիզիոլոգիայի ամբիոն
գիտ. դեկ. կ.գ.դ. պրոֆեսոր Ս. Մինասյան*

Վերջին տասնամյակում դպրոցականների օրգանիզմի գործառական վիճակի նկատելի բացասական փոփոխությունների թվին են պատկանում քրոնիկական հիվանդությունների արագընթաց աճը, ֆիզիկական զարգացման ցուցանիշների վատթարացումը, նյարդային, սիրտ-անոթային, մարսողական, ներզատական և այլ համակարգերի հիվանդությունների աճը: Այս հարցն առավել արդիական է նոր տիպի կրթական համակարգերում սովորողների համար, որը պայմանավորված է առավել արտահայտված մտավոր և տեղեկատվական ծանրաբեռնվածությամբ, հոգեհուզական լարվածության առկայությամբ: Ընդ որում, առանձնահատուկ ուշադրության են արժանանում

միջին դասարաններում սովորողները, քանի որ օնտոգենեզի անցումային և սեռական հասունացման այս շրջանը մեծ դեր է խաղում առողջության ձևավորման գործում տարիքային հաջորդ փուլերում:

Ելնելով վերոհիշյալից, մեր կողմից համեմատական տեսանկյունով ուսումնասիրվել է հանրակրթական և տարբերակված ուսուցմամբ սովորող դեռահասների ֆիզիկական զարգացման առանձնահատկություններն ուսումնական գործընթացի միջին շրջանում: Հետազոտությունների արդյունքում պարզվել է, որ տարբերակված և հանրակրթական դպրոցում սովորող աղջիկների ֆիզիկական զարգացման ցուցանիշների ելակետային մակարդակը գերազանցել է տղաների համապատասխան ցուցանիշներին: Ուսումնական գործընթացի մեկ տարվա ընթացքում աղջիկների հասակի և քաշի աճը գերազանցել է տղաներին: Վարժարանում (փորձնական խումբ) սովորող աղջիկների հասակի աճը 11-12 տարիքային շրջանում կազմել է 3.34 սմ (ստուգիչում՝ 3.92 սմ), քաշի ավելացումը՝ 4.13 կգ (ստուգիչում՝ 4.72 կգ): Տղաների աճի փոփոխությունները կազմել են համապատասխանաբար 2.00 սմ և 2.82 կգ (ստուգիչում՝ 2.33սմ և 3.89 կգ): Տարիքային այս շրջանում թոքերի կենսական տարողության ավելացումն ավելի արտահայտված է եղել ստուգիչ խմբի տղաների մոտ և կազմել 320 մլ:

Ուսումնական տարվա ընթացքում փորձնական և ստուգիչ խմբերի համապատասխան ցուցանիշների համեմատությունը վկայում է, որ վարժարանում սովորողների աճի տեմպերը հետ են մնում ստուգիչ խմբից: Ի դեպ, աղջիկների մոտ հասակի և քաշի ավելացումն ավելի արտահայտված փոփոխությունների է ենթարկվել: Փորձնական խմբի աշակերտների մոտ դիտվել են անհամաչափ զարգացում ունեցողներ, հասակի և քաշի նորմայի որոշակի շեղումներ, որը կարող է պայմանավորված լինել ուսումնական ծանրաբեռնվածության ընթացքում ձևավորվող հորմոնային անհավասարակշռությամբ: Տարբերակված ուսուցմամբ սովորողների մեր կողմից դիտվող ֆիզիկական աճի տեմպերի նվազումը վկայում է, որ ուսումնական գործընթացում աշակերտների օրգանիզմի տարիքային պահանջներին անհամապատասխան ծանրաբեռնվածության հաղթահարումն իրականանում է նրանց առողջության, աճի և զարգացման հաշվին:

ԱՇԱԿԵՐՏՆԵՐԻ ՍԻՐՏ-ԱՆՈՒԱՅԻՆ ՀԱՄԱԿԱՐԳԻ ՑՈՒՑԱՆԻՇՆԵՐԻ ՓՈՓՈԽՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ ԵՎ ԴՐԱՆՑ ՇՏԿՈՒՄՆ ՕԼԻՄՊԻԱԿԱՆ ՇՐՋԱՆԻ ԸՆԹԱՑՔՈՒՄ

Դ. Նարինյան

*ՀՔԻ նորմալ և ախտաբանական ֆիզիոլոգիայի ամբիոն
գիտ. դեկ. Կ.գ.դ. պրոֆեսոր Ս. Մինասյան*

Ներկայացված աշխատանքի նպատակն է եղել ուսումնասիրել օլիմպիադաների շրջանում հոգեհուզական լարվածության ազդեցությունը ճեմարանականների սրտի ռիթմի ցուցանիշների վրա և դիտվող շեղումների շտկման հնարավորությունն երաժշտության պայմաններում:

Հետազոտվել են «Անանիա Շիրակացի» կրթահամալիրի ավագ դպրոցի 11-րդ դասարանի 30 ճեմարանականներ (15-ստուգիչ, 15-փորձնական խումբ): Հետազոտությունները կատարվել են 3 իրավիճակներում՝ օլիմպիադայից 2 ամիս առաջ (ֆիզիոլոգիական նորմա), անմիջապես առաջ և օլիմպիադայից հետո: Փորձնական խմբի սաները օլիմպիադաներից առաջ 20 րոպե լսել են Բախի ստեղծագործությունները: Յուրաքանչյուր փորձարկվողի համար տարբեր իրավիճակներում վերլուծվել են էլեկտրասրտագրի 5 րոպեանոց հատվածներ: Հաշվարկվել են սրտի ռիթմի կարգավորման հետևյալ ինտեգրալային ցուցանիշները. Mo-մոդա, AMo-մոդայի տատանասահման, ΔX-վարիացիոն թափ, LՑ-լարվածության ցուցիչ, ՎՀՑ-վեգետատիվ հավասարակշռության ցուցիչ, ՌՎՑ-ռիթմի վեգետատիվ ցուցիչ, ԿԳԱՑ-կարգավորման գործընթացների ադեկվատության ցուցիչ: Կազմվել են անհատական կորելյացիոն ռիթմագրեր, սկատերգրեր, հիստոգրեր, սպեկտրագրեր:

Ստուգիչ խմբի հետազոտվողների համեմատությամբ, փորձնական խմբի հետազոտվողների տվյալների փոփոխությունները նախաօլիմպիական շրջանում եղել են ավելի թույլ արտահայտված: LՑ-ի մակարդակը, ի տարբերություն ստուգիչ խմբի, աճել է ընդամենը 30.06%-ով ($p < 0.001$, ստուգիչում 64.51%-ով), սիմպաթիկ կոնտուրի ակտիվությունն (AMo) ավելացել է 5.55% (ստուգիչում՝ 28.49%): Միաժամանակ դիտվել է ՌՎՑ-ի, ԿԳԱՑ-ի և ՎՀՑ-ի արժեքների ավելի թույլ արտահայտված բարձրացում:

Օլիմպիական մրցույթների հոգեհուզական լարվածությունն արտահայտվել է նաև հետազոտվողների ռիթմա-, հիստո-, սկատեր- և սպեկտրագրերում:

Ստուգիչ խմբի հետազոտվողների ռիթմոգրերում դիտվել է R-R ինտերվալների տատանասահմանի փոքրացում, սկատերգրերում՝ «ավտոռեգրեսիոն ամպի» խտության մեծացում, սպեկտրագրերում՝ միջին և բարձր հաճախությամբ ալիքների սպեկտրի փոքրացում ու ցածր հաճախությամբ ալիքների սպեկտրային խտության բարձրացում: Փորձնական խմբի սովորողների ռիթմա-, հիստո-, սկատեր- և սպեկտրագրերի փոփոխությունները կրել են նույնատիպ, բայց ավելի թույլ արտահայտված բնույթ: Սպեկտրագրերում միջին և բարձր հաճախության ալիքների սպեկտրի մեծացումը վկայում է սրտի ռիթմը կարգավորող մեխանիզմների ապակենտրոնացման և պարասիմպաթիկ օղակի լարվածության բարձրացման մասին: Ուսումնասիրված ցուցանիշների փոփոխությունների նման տիպը կարող է դիտվել որպես կենտրոնական նյարդային համակարգում արգելակման գործընթացների զարգացման ու վեգետատիվ նյարդային համակարգի լարվածության անկման հետևանք, որն առաջանում է երաժշտաբուժության ազդեցությամբ:

ՈՒՍԱՆՈՂՆԵՐԻ ՕՐԳԱՆԻԶՄԻ ԳՈՐԾԱՌԱԿԱՆ ՀՆԱՐԱԿՈՐՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՈՒՍՈՒՄՆԱՍԻՐՈՒԹՅՈՒՆԸ ԼԱԿԱՆՂԱՅԻ ԵԹԵՐԱՅՈՒՂԻ ԵՎ ՖԻԶԻԿԱԿԱՆ ԾԱՆՐԱԲԵՌՆԿԱԾՈՒԹՅԱՆ ՊԱՅՄԱՆՆԵՐՈՒՄ

S. Արշակյան

*ՀՐԻ նորմալ և ախտաբանական ֆիզիոլոգիայի ամբիոն
գիտ. դեկ. կ.գ.դ. պրոֆեսոր Ս. Մինասյան*

Ժամանակակից ֆիզիոլոգիայի արդի խնդիրներից մեկն է հանդիսանում լարված, մտավոր մասնագիտական գործունեությամբ զբաղվող մարդկանց գործառական վիճակը բարձրացնող միջոցառումների մշակումը: Օրգանիզմի կարգավորող հնարավորությունների վրա ազդող տարբեր միջոցառումների շարքում առանձնակի տեղ է զբաղեցնում արոմաթերապիան: Տվյալ հետազոտության նպատակն է եղել ֆիզիկական ծանրաբեռնվածության նկատմամբ մարդու հարմարման գործընթացների օպտիմալացման խնդրի լուծումը լավանդայի յուղի արոմաթերապևտիկ ազդեցության եղանակով՝ ըստ սրտի ռիթմի վարիացիոն պուլսաչափման ցուցանիշների: Հետազոտություններն իրականացվել են 3 փուլերով՝ 1. մինչև ֆիզիկական ծանրաբեռնվածությունը

(ֆիզիոլոգիական նորմա), 2. արոմաթերապիայով զուգորդված 15 րոպեանոց ֆիզիկական մարզումից անմիջապես հետո (“Proteus Pes3320” մակնիշի հեծանվասարքի վրա, 3-րդ մակարդակում), 3. հետծանրաբեռնվածության շրջանում վերականգնողական 15-րդ րոպեին:

Արոմաշտկումն իրականացվել է սառը ինհալացիայի եղանակով: Յուրաքանչյուր փորձարկվողի համար տարբեր իրավիճակներում վերլուծվել են էլեկտրասրտագրի 5 րոպեանոց հատվածներ: Հետազոտվել են սրտի ռիթմի ստատիկական և երկրաչափական, ինտեգրալային, ինչպես նաև տատանողականության սպեկտրային ցուցանիշները: Հետազոտվողների ցուցանիշների վերլուծության արդյունքում պարզվել է, որ նրանց մեծ մասն ունեցել են հուզական լարման նշաններ և մարմնի զանգվածը գերազանցել է տարիքային նորման: Վելոերգոմետրիկ ծանրաբեռնվածության պայմաններում ստուգիչ խմբի տվյալների վերլուծությունը ցույց է տվել, որ հետազոտվող ցուցանիշների ավելի արտահայտիչ փոփոխություններ դիտվել են այն ուսանողների մոտ, ովքեր ի սկզբանե ունեցել են սրտի ռիթմի կարգավորիչ մեխանիզմների սիմպաթիկ ակտիվության բարձր մակարդակ՝ սիմպաթոտոնիկներ: Լավանդայի յուղի սառը ինհալացիայով ուղեկցվող 15 րոպե մկանային ծանրաբեռնվածությունից հետո դիտվել է սրտի ռիթմի տատանողականության ընդհանուր սպեկտրի ավելի քիչ արտահայտված նվազում: Վերջինս վկայում է, որ ֆիզիկական ծանրաբեռնվածության և արոմաշտկման պայմաններում սրտի ռիթմի կարգավորող գործընթացում ներգրավված են ոչ միայն սիմպաթիկ, այլ նաև անոթային տոնուսի կարգավորման պարասիմպաթիկ մեխանիզմները:

Արոմաթերապիայի դրական ազդեցությունը դիտվել է նաև սրտի կծկումների հաճախության դինամիկայում: Հետծանրաբեռնվածության շրջանում մեր կողմից նկատված շարժերը հանդիսանում են ֆիզիկական ծանրաբեռնվածության պայմաններում ձևավորվող ուսանողների սիրտ-անոթային համակարգերի գործառական վիճակի վրա լավանդայի յուղի թուլացնող ազդեցության արդյունք:

Մեր հետազոտության արդյունքները վկայում են, որ լավանդայի յուղը ցուցաբերում է հանգստացնող ազդեցություն ուսանողների սրտի ռիթմի կարգավորիչ մեխանիզմների ակտիվության վրա վելոերգոմետրիկ ծանրաբեռնված պայմաններում: Սահմանափակելով ֆիզիկական

ծանրաբեռնվածությանը պայմանավորված սրտի ռիթմի վրա սիմպաթիկ ազդեցության ուժեղացումը՝ լավանդայի յուղը հետծանրաբեռնվածության շրջանում նպաստում է օրգանիզմի գործառական վիճակի արագ վերականգնմանը՝ դրանով իսկ բարձրացնելով վերջինիս կայունությունը սթրեսային գործոնների նկատմամբ:

IX ԴԱՍԱՐԱՆԻ ԱՇԱԿԵՐՏՆԵՐԻ ՀԵՄՈՂԻՆԱՄԻԿԱՅԻ ՑՈՒՑԱՆԻՇՆԵՐԻ ՓՈՓՈԽՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐՆ ՈւՍՈՒՄՆԱԿԱՆ ԾԱՆՐԱԲԵՌՆՎԱԾՈՒԹՅԱՆ ԱԶԴԵՑՈՒԹՅԱՆ ՊԱՅՄԱՆՆԵՐՈՒՄ

Լ. Ղուկասյան, Կ. Հովհաննիսյան

ԵՊՀ, կենսաբանության ֆակուլտետ,

Տ. Մուշեղյանի անվան մարդու և կենդանիների ֆիզիոլոգիայի ամբիոն գիտ. ղեկ. կ.գ.դ. պրոֆեսոր Ս. Մինասյան

Ուսումնասիրվել է հանրակրթական և վարժարանային ուսուցման պայմաններում աշակերտների կարդիոհեմոդինամիկայի ցուցանիշների փոփոխություններն օրական, շաբաթական և տարեկան ուսումնական ծանրաբեռնվածության պայմաններում: Հետազոտվել են Երևան քաղաքի թիվ 160 հանրակրթական դպրոցի (ստուգիչ խումբ) և «Քվանտ» վարժարանի (փորձնական խումբ) IX դասարանում սովորող 60 աշակերտներ:

Ուսումնասիրվել են սրտի կծկումների հաճախությունը (ՍԿՀ), արյան ճնշումը՝ սիստոլային զարկերակային ճնշում (ՍՁՃ), դիաստոլային զարկերակային ճնշում (ԴՁՃ): Արյան ճնշումը չափվել է Կորոտկովի մեթոդով: ՍԿՀ-ն որոշվել է ըստ էլեկտրասրտագրության ցուցանիշների:

Պարզվել է, որ սեպտեմբեր ամսին երկուշաբթի օրերին դասերից հետո դիտվել է ստուգիչ և փորձնական խմբերի հետազոտվողների ՍԿՀ-ի, ՍՁՃ-ի և ԴՁՃ-ի նվազում: Շաբաթական ուսումնական ծանրաբեռնվածության արդյունքում ստուգիչ խմբում ուրբաթ օրերին դիտվել է ՍՁՃ-ի և ԴՁՃ-ի նվազում: Դեկտեմբեր ամսին օրական ծանրաբեռնվածության արդյունքում

փորձնական խմբի հետազոտվողների մոտ նկատվել է հեմոդինամիկայի ցուցանիշների արտահայտված նվազում, իսկ ստուգիչ խմբում այն ավելի մեղմ բնույթ է կրել: Ստուգիչ և փորձնական խմբերում դեկտեմբեր ամսին ուրբաթ օրերին ՍԿՀ-ի, ՍԶՃ-ի, ՂԶՃ-ի փոփոխությունները ևս գերազանցել են շաբաթվա սկզբի ցուցանիշներին: Մարտ ամսին հետազոտվող աշակերտների երկու խմբերում էլ երկուշաբթի և ուրբաթ օրերին օրվա վերջում նկատվել է հետազոտված ցուցանիշների նվազում, սակայն այն ավելի թույլ է արտահայտված, քան դեկտեմբերին: Մարտ ամսին ստուգիչ և փորձնական խմբերի հետազոտվողների մոտ երկուշաբթի և ուրբաթ օրերին դասերից հետո ՍԿՀ-ի մեծությունը ևս նվազել է: Հետազոտման բոլոր ամիսներին փորձնական և ստուգիչ խմբի աշակերտների մոտ շաբաթվա սկզբին և վերջին առավոտյան ժամերին գրանցված հեմոդինամիկայի ցուցանիշները քիչ են տարբերվել միմյանցից: Հետազոտվող աշակերտների երկու խմբերում էլ տարվա սկզբին դիտվում է ՍԿՀ-ի համեմատական բարձր մակարդակ: Սեպտեմբերյան ցուցանիշների համեմատ ՍԿՀ-ի առավել ցածր մակարդակ դիտվել է դեկտեմբեր և մարտ ամիսներին: Ուսումնական տարվա սկզբից մինչև ավարտը նկատվել է ուսումնասիրված ցուցանիշների աստիճանական նվազում, որն առավել արտահայտված է եղել վարժարանականների մոտ դեկտեմբեր ամսին: Դեկտեմբերին նման փոփոխությունները կարող են պայմանավորված լինել ուսումնական տարվա ընթացքում զարգացող և աստիճանաբար գումարվող հոգնածությամբ:

Այսպիսով, մեր կողմից ստացված արդյունքները թույլ են տալիս եզրակացնել, որ նոր տիպի ուսումնական հաստատություններում ուսումնական ծանրաբեռնվածության տարիքային թույլատրելի նորմերի խախտումը կարող է բերել օրգանիզմի հարմարողական հնարավորությունների նվազմանն իր բոլոր բացասական հետևանքներով:

ԾԱՅՐԱՄԱՍԱՅԻՆ ՍՊԻՏԱԿ ԱՐՅԱՆ ՄՈՐՖՈՖՈՒՆԿՑԻՈՆԱԼ ՑՈՒՑԱՆԻՇՆԵՐԻ
ՓՈՓՈԽՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԲՆՈՒՅԹԸ

Մ. Եզանյան

*ՀՐԻ նորմալ և ախտաբանական ֆիզիոլոգիայի ամբիոն
գիտ. դեկ. կ.գ.թ. դոցենտ Ծ. Ադամյան*

Ուսումնասիրվել է էյկոպոեզի մորֆոֆունկցիոնալ ցուցանիշների փոփոխությունների բնույթը իմնոբիլիզացիոն սթրեսի ազդեցության դինամիկայում: Իմնոբիլիզացիոն սթրեսի ազդեցության սկզբնական շրջանում ծայրամասային արյան մեջ դիտվել է նեյտրոֆիլային էյկոցիտոզ կորիզի ձախ թեքումով, լիմֆոցիտների ու բազոֆիլների քանակի հավաստի ավելացում պայմանավորված գրանուլոցիտների ոսկրածուծային ռեգերվի, փայծաղի ու ուրցագեղձի լիմֆոցիտային բջիջների սթրեսորային մոբիլիզացիայով, ինչը կարևոր նշանակություն ունի սթրեսի դեպքում ծայրամասային արյան բջջային կազմն ապահովելու համար: Սթրեսի երկարատև ազդեցության դեպքում ճնշվել է լիմֆո-գրանուլոպոեզը, ծայրամասային արյան մեջ դիտվել է էյկոպենիա, արտահայտված լիմֆո-էոզինոպենիա, միելոգրամմայում՝ նեյտրոֆիլների և լիմֆոցիտների քանակի իջեցում:

Նկատի ունենալով մեղրախոտի տերևներում պարունակվող կենսաբանորեն ակտիվ նյութերի առկայությունը, իմնոբիլիզացիոն սթրեսի ազդեցության դեպքում էյկոպոեզի մորֆոլոգիական ցուցանիշների դիտվող շարժերը կանխելու և օրգանիզմի ռեգիստենտությունը սթրես գործոնի նկատմամբ բարձրացնելու նպատակով կենդանիների սննդին 30 օր ավելացվել է մեղրախոտի տերևներ, ապա ենթարկել սթրեսի ազդեցությանը: Ստացված տվյալների վերլուծությունից պարզվել է, որ մեղրախոտով կերակրելու դեպքում իմնոբիլիզացիոն սթրեսը էյկոպոեզի ցուցանիշների խորը փոփոխություններ չի առաջացրել: Հետազոտության 5-10 օրերին դիտվել է էյկոցիտների քանակի աստիճանական ավելացում: Էյկոցիտային բանաձևում՝ նեյտրոֆիլոզ կորիզի ձախ թեքումով, էոզինոֆիլիա, բազոֆիլիա, մոնոցիտոզ և չափավոր լիմֆոցիտոզ: Արյան քուլկներում եղել են լիմֆոցիտների պոլիմորֆ կորիզային ձևեր: Հետազոտության հետագա օրերին էյկոցիտների մորֆոլոգիական տեսակների բարձր մակարդակը պահպանվել է: Ծայրամասային արյան մեջ հետազոտության տարբեր օրերին լիմֆոցիտների քանակի ավելացումը՝

հատկապես նեղ ցիտոպլազմային ձևերի, ուղղված է հոմեոստազի պահպանմանն արտակարգ իրավիճակների դեպքում: Արտաքին միջավայրի ծայրահեղ գործոններին հարմարվելու սկզբնական շրջանում օրգանիզմի փոխհատուցողական պաշտպանական մեխանիզմները հնարավորություն են տալիս պահպանել կենսագործունեությունը գործառության ռեզերվների ուժեղացված օգտագործման հաշվին: Սակայն երկարատև ազդեցության դեպքում մոբիլիզացվում են օրգանիզմի հարմարողական փոխհատուցողական մեխանիզմները, որոնք պահանջում են գործառության համակարգերի վերակառուցումներ: Մեղրախոտի տերևներում պարունակվող կենսաբանորեն ակտիվ նյութերը խթանում են լեյկոբլաստային ծիլի բնային բջիջների պրոլիֆերացիան և հասունացման պրոցեսները, ապահովում լեյկոպոեզի կարգավորման սիմպաթիկ և պարասիմպաթիկ մեխանիզմների հավասարակշռությունը, նպաստում օրգանիզմի ռեզիստենտության բարձրացմանը և թուլացնում սթրես գործոնի ազդեցությունը:

ՄԵՂՐԱՆՈՏԻ ԷՐԻԹՐՈՊՈՒԵԶ ԽԹԱՆՈՂ ԱԶԴԵՑՈՒԹՅՈՒՆԸ ԻՍՄՈՔԻԼԻԶԱՑԻՈՆ ՍԹՐԵՍԻ ԴԻՆԱՄԻԿԱՅՈՒՄ

Մ. Հարությունյան

*ՀԲԻ նորմալ և ախտաբանական ֆիզիոլոգիայի ամբիոն
գիտ. դեկ. կ.գ.թ. դոցենտ Ծ. Ադամյան*

Ուսումնասիրվել է էրիթրոպոեզի մորֆոֆունկցիոնալ ցուցանիշների փոփոխությունների բնույթը իմնոբիլիզացիոն սթրեսի ազդեցության դինամիկայում և կիրառվել է մեղրախոտը որպես սթրեսը կանխարգելող միջոց: Իմնոբիլիզացիոն սթրեսի ազդեցության սկզբնական շրջանում արյան վերաբաշխման սիմպաթիկ մեխանիզմների ակտիվացման հետևանքով դիտվել է էրիթրոցիտների քանակի և հեմոգլոբինի պարունակության նորմոքրոմ ավելացում, ռետիկուլոցիտոզ, ռետիկուլոցիտների հասունացման արագացում: Ծայրամասային կարմիր արյան ցուցանիշների նշված փոփոխությունները պաշտպանական նշանակություն ունեն, ապահովում են

օրգան-համակարգերի պահանջը թթվածնի հանդեպ: Սթրեսի տևական ազդեցության դեպքում էրիթրոպոեզը ճնշվել է, ծայրամասային արյան մեջ դիտվել է հեմոգլոբինի պարունակության և էրիթրոցիտների քանակի նորմոքրոմ իջեցում, զարգացել է չափավոր էրիթրոպենիա: Այս փոփոխություններն առավել ցայտուն դրսևորվել են սթրեսի ազդեցության 20-րդ օրը: Նշված ժամկետում միելոգրամմայում դիտվել է պոլիքրոմատոֆիլ և օքսիֆիլ նորմոցիտների քանակի իջեցում, ինչը էրիթրոիդ ծիլի բջիջների հասունացման և հեմոգլոբինի սինթեզի դանդաղեցման հետևանք է: Այսպիսով, իմնոբիլիզացիոն սթրեսի ազդեցության սկզբնական շրջանում օրգանիզմը մոբիլիզացնում է իր փոխհատուցողական մեխանիզմները, որոնք ապահովում են օրգանի համակարգերի կենսագործունեությունը գործառության ռեզերվների օգտագործման հաշվին, սակայն երկարատև ազդեցությունն առաջացնում է կարգավորիչ մեխանիզմների լարվածություն և ռեզերվային հնարավորությունների իջեցում:

Իմնոբիլիզացիոն սթրեսի բացասական ազդեցությունը մեղմացնելու, էրիթրոպոեզի մորֆոլոգիական և գործառության շարժերը շտկելու նպատակով կենդանիների սննդին 30 օր ավելացվել է հակաօքսիդանտային և հակասթրեսային հատկություններով օժտված մեդրախոտի տերևներ և ենթարկվել սթրեսի ազդեցությանը: Հետազոտությունները ցույց են տվել, որ մեդրախոտով կերակրման և սթրեսի համակցված ազդեցության 10-րդ օրից սկսած դիտվել է էրիթրոցիտների և հեմոգլոբինի չափավոր նորմոքրոմ ավելացում, ռետիկուլոցիտոզ, ռետիկուլոցիտների հասունացման արագացում: Միելոգրամմայում դիտվել է օրտոքրոմ նորմոցիտների քանակի ավելացում, ինչը վկայում է հասունացման պրոցեսների ակտիվացման մասին: Արդյունքում 30-րդ օրը հեմոգլոբինի պարունակությունը 16%-ով գերազանցել է ելակետային մակարդակը: Նշված ժամկետում ծայրամասային կարմիր արյան ցուցանիշները գտնվել են ելակետայինից բարձր մակարդակի վրա: Ստացված տվյալները հիմք են տալիս ենթադրելու, որ իմնոբիլիզացիոն սթրեսի և մեդրախոտի համակցված ազդեցության դեպքում արյան համակարգը ձեռք է բերում մի շարք հարմարողական փոփոխություններ, որոնք ուղղված են ռեպարատիվ գործընթացների ուժեղացմանը, արյան թթվածնային տարողության մեծացմանը, փոխհատուցողական մեխանիզմների սահմանների լայնացմանը, պաշտպանական,

հարմարողական մեխանիզմների մոբիլիզացմանը: Մեղրախոտում պարունակվող կենսաբանորեն ակտիվ նյութերը բարձրացնում են էրիթրոպոեզը կարգավորող համակարգերի պոտենցիալ հնարավորությունը և կանխում սթրեսի բացասական ազդեցությունը էրիթրոպոեզի վրա:

Այստեղից հետևում է, որ սթրեսի պայմաններում մեղրախոտը էրիթրոպոեզի մորֆոֆունկցիոնալ ցուցանիշների փոփոխությունները շտկող ոչ դեղորայքային միջոց է:

**ՄԵՂՐԱՆՈՏԻ ՇՏԿՈՂ ԱԶԴԵՑՈՒԹՅՈՒՆԸ ՃԱԳԱՐՆԵՐԻ ԱՐՅԱՆ
ԳԼՅՈՒԿՈՋԻ ՊԱՐՈՒՆԱԿՈՒԹՅԱՆ
ԵՎ ԿԱՏԱԼԱԶԻ ԱԿՏԻՎՈՒԹՅԱՆ ԿՐԱ ԻՄՍՈՐԲԻԼԻԶԱՑԻՈՆ
ՍԹՐԵՍԻ ԴԻՆԱՄԻԿԱՅՈՒՄ**

Ա. Մարգարյան

ՀՔԻ նորմալ և ախտաբանական ֆիզիոլոգիայի ամբիոն

Հ. Համբարձումյան

*ԵՊՀ, դեղագործական քիմիայի ամբիոն
գիտ. դեկ. կ.գ.թ., դոցենտ Ծ. Ադամյան*

Ուսումնասիրվել է ճագարների արյան գլյուկոզի պարունակության և հակաօքսիդանտային ֆերմենտ կատալազի ակտիվության փոփոխությունների բնույթը իմմոբիլիզացիոն սթրեսի դինամիկայում և կիրառվել է մեղրախոտը, որպես սթրեսը կանխարգելող միջոց: Իմմոբիլիզացիոն սթրեսի ազդեցության դինամիկայում գլյուկոզի պարունակության և կատալազի ակտիվության փոփոխությունների ուղղվածությունը կախված է եղել սթրեսորային ազդեցության տևողությունից: Սթրեսի ազդեցության սկզբնական շրջանում դիտվել է գլյուկոզի պարունակության ավելացում: Գլյուկոզի պարունակության ավելացումը սթրես ռեակցիայի հետևանք է ի պատասխան իմմոբիլիզացիայի, որն առաջ է բերում էներգիական նյութերի, ինչպես նաև լյարդում և մկաններում պահեստավորված գլիկոգենի ինտենսիվ ձեռքում՝ պայմանավորված վեգետատիվ նյարդային համակարգի ակտիվության բարձրացմամբ և սթրես իրականացնող հորմոնների մեծ քանակով հյութազատմամբ: Հնարավոր է նաև

թիրախ բջիջների ինսուլինառեզիստենտության բարձրացում: Նշված ժամկետում դիտվել է նաև կատալազի ակտիվության բարձրացում՝ 10-րդ օրը 68%-ով, 20-րդ օրը 49%-ով: Սթրեսորային ազդեցության տևողության մեծացմանը զուգընթաց դիտվել է հիպոգլիկեմիա և կատալազի ակտիվության նվազում: Վերջինս, ըստ երևույթին, հակաօքսիդանտային ֆերմենտների ակտիվության վրա թթվածնի ակտիվ ձևերի և ճարպերի գերօքսիդային օքսիդացման արգասիքների ճնշող ազդեցության հետևանք է: Սննդի հետ 15 օր մեղրախոտ ստացած, ապա իմնոբիլիզացիոն սթրեսի ենթարկված կենդանիների արյան մեջ գլյուկոզի պարունակության էական փոփոխություններ չեն դիտվել: Մեղրախոտում պարունակվող գլիկոզիդները, օլիգոսախարիդները փոխհատուցել են օրգանիզմի էներգիական պահանջը, խթանել ինսուլինի հյութազատումը, վերացրել թիրախ բջիջների ինսուլինառեզիստենտությունը և վերականգնել ինսուլինազգայունությունը, արդյունքում գլյուկոզի պարունակությունը գտնվել է ֆիզիոլոգիական տատանումների սահմաններում: Հայտնի է, որ կատալազը ազատ ռադիկալներից ներբջջային պաշտպանության առաջին օղակներից է և պատկանում է ծայրամասային սթրես սահմանափակող համակարգին: Ուստի, օրգանիզմի հակաօքսիդանտային հզորության ուժեղացումը կնպաստի կատալազի ակտիվության բարձրացմանը: 15 օր սննդի հետ մեղրախոտ ստացած կենդանիների մոտ դիտվել է կատալազի աստիճանական ավելացում՝ 10-րդ օրը 11%-ով, 20-րդ օրը 18%-ով, իսկ 30-րդ օրը 48%-ով: Ստացված տվյալները հիմք են տալիս ենթադրելու, որ օրգանիզմի նախնական հագեցումը հակաօքսիդանտներով սթրեսի պայմաններում կանխում է ճարպերի գերօքսիդային օքսիդացման պրոցեսները ի հաշիվ սթրես սահմանափակող համակարգերի ակտիվացման, որը ներառում է նաև հակաօքսիդանտային ֆերմենտները:

ՏԱՌԻՐԻՆԻ և ՍԱԿԱՎԱՇԱՐԺՈՒԹՅԱՆ ՀԱՄԱԿՑՎԱԾ ԱԶԴԵՑՈՒԹՅՈՒՆԸ
ԾԱՅՐԱՄԱՍԱՅԻՆ ԿԱՐՄԻՐ ԱՐՅԱՆ ՑՈՒՑԱՆԻՇՆԵՐԻ ՎՐԱ

Վ. Սարգսյան

*ԵՊՀ, կենսաբանության ֆակուլտետ,
Տ. Մուշեղյանի անվան մարդու և կենդանիների ֆիզիոլոգիայի ամբիոն
գիտ. ղեկ. կ.գ.թ. դոցենտ Ծ. Ադամյան*

Ուսումնասիրվել է ճագարների ծայրամասային կարմիր արյան ցուցանիշների փոփոխությունների բնույթը տաուրինի ներորովայնային ներարկման և սակավաշարժունության համակցված ազդեցության դինամիկայում: Հետազոտությունները ցույց են տվել, որ հիպոկինեզային ազդեցության սկզբնական շրջանում դիտվել է էրիթրոցիտների քանակի և հեմոգլոբինի պարունակության չափավոր նորմոքրոմ ավելացում և ռեթիկուլոցիտոզ: Սակավաշարժունության երկարատև ազդեցության դեպքում ճնշվում է էրիթրոիդ ծիլի բջիջների պրոլիֆերացիան և հասունացումը, արդյունքում դիտվում է ծայրամասային կարմիր արյան ցուցանիշների իջեցում: Հետազոտության 25-30 օրերի ընթացքում դիտվել է էրիթրոցիտային հավասարակշռության չափավոր ցածր մակարդակ՝ էրիթրոցիտների քանակը $1մմ^3$ արյան մեջ կազմել է 83%, հեմոգլոբինի պարունակությունը՝ 87%, ռեթիկուլոցիտների քանակը՝ 74%, ռեթիկուլոցիտների հասունացման արագությունը՝ 83%: Հիպոկինեզիայի ազդեցությունը մեղմացնելու նպատակով, որպես շտկող միջոց կիրառվել է տաուրինը: Ստացված տվյալների վերլուծությունից պարզվել է, որ տաուրինի ներորովայնային ներարկման ֆոնի վրա ծայրամասային կարմիր արյան ցուցանիշների փոփոխությունները մեղմ են արտահայտվել: Հետազոտության 5-10 օրերին դիտվել է ռեթիկուլոցիտոզ և ռեթիկուլոցիտների հասունացման արագացում: Հետազոտության 15-րդ օրը նախորդող ռեթիկուլոցիտոզը և դրանց հասունացման բարձր արագությունը դրականապես են ազդել էրիթրոցիտների քանակի վրա: Արդյունքում դիտվել է հիպոքրոմ շարժ, էրիթրոցիտների քանակը 18% - ով գերազանցել է ելակետային մակարդակը, իսկ հեմոգլոբինի պարունակությունը գտնվել է ֆիզիոլոգիական տատանումների սահմաններում (106%-107%), որի հետևանքով գունային ցուցիչը 0.78-ից իջել է 0.65: Հետազոտության հետագա օրերին (25-30) ծայրամասային կարմիր արյան մորֆոլոգիոնալ ցուցանիշները գտնվել են

ելակետային մակարդակի սահմաններում: 30 օր տաուրին ստացած և սակավաշարժությանը ենթարկված կենդանիների արյան համակարգը ձեռք է բերում մի շարք հարմարողական փոփոխություններ, որոնք ուղղված են ռեպարատիվ գործընթացների ուժեղացմանը, արյան թթվածնային տարողության մեծացմանը, փոխհատուցողական մեխանիզմների մոբիլիզացմանը, որոնք մեղմացնում են սթրես գործոնի բացասական ազդեցությունը և բարձրացնում օրգանիզմի ռեզիստենտությունը սթրես գործոնի հանդեպ: Ստացված տվյալները հիմք են տալիս ենթադրելու, որ տաուրինը բարձր ակտիվությամբ օժտված բնական միացություն է, որի ազդեցությունն օրգանիզմի գործառության համակարգերի վրա կարելի է գնահատել որպես ադապտոգեն:

ԾԱՅՐԱՄԱՍԱՅԻՆ ՍՊԻՏԱԿ ԱՐՅԱՆ ՑՈՒՑԱՆԻՇՆԵՐԻ ՓՈՓՈԽՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԲՆՈՒՅԹԸ ՏԱՌԻՐՆԻ ԵՎ ՀԻՊՈԿԻՆԵԶԻԱՅԻ ՀԱՄԱԿՑՎԱԾ ԱԶԴԵՑՈՒԹՅԱՆ ԴԻՆԱՄԻԿԱՅՈՒՄ

Ս. Տոնոյան

*ՀԲԻ նորմալ և ախտաբանական ֆիզիոլոգիայի ամբիոնի
գիտ. դեկ. կ.գ.թ. դոցենտ Ծ. Ադամյան*

Ուսումնասիրվել է ճագարների ծայրամասային արյան լեյկոցիտների ընդհանուր քանակի և մորֆոլոգիական տեսակների փոփոխությունների բնույթը հիպոկինեզիայի ազդեցության դինամիկայում և կիրառվել է տաուրինը, որպես սթրես կանխարգելիչ միջոց:

Հետազոտության արդյունքներից պարզվել է, որ սակավաշարժությունը, որպես սթրես գործոն, իր ազդեցության սկզբնական շրջանում առաջացնում է նեյտրոֆիլային լեյկոցիտոզ և լիմֆոցիտների քանակի չափավոր ավելացում:

Ցանկացած սթրես ռեակցիաների թողարկիչ մեխանիզմը նյարդային կառույցներն են, որոշիչ դերը պատկանում է ենթատեսաթմբին, որի առջևի և միջին կորիզների ակտիվացման դեպքում հյուսազատվում են ռելիզինգ գործոններ: Կորտիկոտրոպին ռելիզինգ հորմոնի ազդեցությամբ մակերիկամների կեղևային շերտից հյուսազատվում են մեծ քանակով

գլուկոկորտիկոիդներ և ուրցագեղձից ու փայծաղից տեղի է ունենում լիմֆոցիտների մոբիլիզացիա ծայրամասային արյուն, ապա գաղթ՝ ոսկրածուծ և ավշային հյուսվածքներ: Միաժամանակ հետին ենթատեսաթմբի ակտիվացումը նպաստում է կատեխոլամինների հյութազատմանը և նեյտրոֆիլային լեյկոցիտոզի առաջացմանը: Սակավաշարժության երկարատև ազդեցության դեպքում դիտվել է լեյկոպենիա, արտահայտված լիմֆո-էոզինոպենիա, ճնշվել է նաև բազոֆիլոպոեզը: Ցույց է տրվել, որ հիպոկինեզիայի դեպքում իջնում է նեյտրոֆիլների և լիմֆոցիտների ֆունկցիոնալ ակտիվությունը և ընդհակառակը՝ նեյտրոֆիլներում բարձրանում է հիդրոլիզային ֆերմենտների ակտիվությունը: Նման վերակառուցումները կարող են նպաստել բջջալուծման զարգացմանը և օրգանիզմի բնական պաշտպանական ուժերի ճնշմանը:

Նկատի ունենալով օրգանիզմի ֆիզիոլոգիական գործառույթների վրա տաուրինի դրական ազդեցությունը, հիպոկինեզիայի դեպքում դիտվող շարժերը կանխելու նպատակով, որպես շտկող միջոց կիրառվել է տաուրինը: Ստացված տվյալների վերլուծությունից պարզվել է, որ տաուրինը մեղմացնում է սակավաշարժության բացասական ազդեցությունը լեյկոպոեզի ցուցանիշների վրա և բարձրացնում օրգանիզմի պաշտպանական ոչ մենահատուկ ռեզիստենտությունը սթրես գործոնի հանդեպ: Հետազոտության 5-րդ օրից սկսած դիտվել է լեյկոցիտների ընդհանուր քանակի չափավոր ավելացում, որը պահպանվել է մինչև 30-րդ օրը: Լեյկոցիտային բանաձևում դիտվել է բազոֆիլիա, մոնոցիտոզ, նեյտրոֆիլների ռեզեներատիվ շարժ: Արյան քսուքներում եղել են պլազմային բջիջներ և նեյտրոֆիլների երիտասարդ ձևերը: Հայտնի է բազոֆիլների կարևոր դերը շարակցական հյուսվածքի բջիջների գործառույթային ակտիվության և միկրոշրջանառության հունի տեղային կարգավորման մեջ: Հիպոկինեզիայի ազդեցության դեպքում բազոֆիլոպոեզի ճնշումը առաջացնում է միկրոանոթների գործառույթի տեղային կարգավորման խանգարում: Սակայն տաուրինի ներդրվայնային ներարկումը խթանում է բազոֆիլոպոեզը, որը հատկապես կարևոր նշանակություն ունի սակավաշարժության դեպքում միկրոշրջանառության հունի լայնացման համար: Մոնոցիտները կարևոր դեր ունեն օրգանիզմի պաշտպանական ռեակցիաներում: Դրանք ապահովում են օրգանիզմի ոչ մենահատուկ ռեզիստենտությունը, հակածին ներկայացնող բջիջներ են, մասնակցում են բնային բջիջների բազմացմանը: Հետազոտության 25-30 օրերի ընթացքում

լեյկոցիտների մորֆոլոգիական բոլոր տեսակների բարձր մակարդակը պահպանվել է:

Այսպիսով, տաուրինի և սակավաշարժունության համակցված ազդեցության սկզբնական շրջանում ակտիվանում են օրգանիզմի ոչ մենահատուկ պաշտպանական մեխանիզմները, որի վկայությունը նեյտրոֆիլոզը և մոնոցիտոզն է, իսկ 20-րդ օրից լիմֆոցիտների քանակի աստիճանական աճը և պլազմային բջիջների առկայությունը վկայում են, որ ակտիվանում են նաև օրգանիզմի պաշտպանական մենահատուկ մեխանիզմները:

ՖԻԶԻԿԱԿԱՆ ԾԱՆՐԱԲԵՌՆԿԱԾՈՒԹՅԱՆ ԱԶԴԵՑՈՒԹՅՈՒՆԸ ՈՒՍԱՆՈՂՆԵՐԻ ՀԵՄՈՂԻՆԱՄԻԿԱՅԻ ՑՈՒՑԱՆԻՇՆԵՐԻ ՎՐԱ

Ա. Համբարձումյան

*ՀՔԻ նորմալ և ախտաբանական ֆիզիոլոգիայի ամբիոն
գիտ. դեկ. կ.գ.թ. դոցենտ Ն. Սարգսյան*

Ինովացիոն ուսումնական ծանրաբեռնվածությունը, հոգեհուզական և ինտելեկտուալ լարվածության բարձր մակարդակը, շարժողական ռեժիմի խանգարումները բացասաբար են անդրադառնում սովորողների օրգանիզմի գործառական և հարմարողական հնարավորությունների վրա: Երկարատև ստատիկ վիճակը հանգեցնում է ուսանողների վեգետատիվ գործառույթները կարգավորող մեխանիզմների համաձայնեցված գործունեության խզման, աշխատունակության անկման, հասակաքաշային փոխհարաբերության խանգարման և հոգնածության ձևավորման: Ռացիոնալ ֆիզիկական ակտիվությունը և վարժությունները ոչ միայն ակտիվ հանգստի միջոց են հանդիսանում, այլև ամրապնդում են առողջությունը, մեծացնում օրգանիզմի գործառական և հարմարողական հնարավորությունները:

Ներկայացվող հետազոտության նպատակն է եղել ուսումնասիրել ուսանողների կարդիոհեմոդինամիկայի ցուցանիշների փոփոխությունների բնույթը վելոերգոմետրով ֆիզիկական ծանրաբեռնվածության պայմաններում:

Հետազոտվել են ԵՊՀ կենսաբանության ֆակուլտետի ուսանողներ: Հետազոտությունները կատարվել են մինչև ֆիզիկական ծանրաբեռնվածությունը, 15 րոպեանոց ֆիզիկական ծանրաբեռնվածությունից անմիջապես հետո, վերականգնողական շրջանի 15-րդ րոպեին:

Վելոէրգոմետրով ծանրաբեռնվածությունից հետո դիտվել է սրտի կծկումների հաճախության (ՍԿՀ), սիստոլային և դիաստոլային զարկերակային ճնշումների (ՍԶՃ, ԴԶՃ) արտահայտված աճ՝ համապատասխանաբար 103,03%-ով ($p < 0.001$); 18,57%-ով ($p < 0.001$) և 8,17%-ով ($p < 0.001$): Գրանցվել է նաև անոթազարկային (ԱՃ) և միջին դինամիկական (ՄԴՃ) ճնշման ցուցանիշների հավաստի աճ 38,66%-ով ($p < 0.001$) և 13,77%-ով ($p < 0.01$): Վերջինս վկայում է, որ ֆիզիկական ծանրաբեռնվածության հաղթահարումը թերշարժունության և սթրեսի նկատմամբ հակվածության բարձր մակարդակ ունեցող ուսանող-հետազոտվողներին տրվում է սրտի գերլարվածության հաշվին:

Վերականգնողական շրջանում նկատվել է ուսումնասիրված բոլոր ցուցանիշների դեպի ելակետային մակարդակ վերադառնալու միտում, սակայն դրանք մնացել են բարձր մակարդակի վրա: Վերջինս հանդիսանում է սիրտ-անոթային համակարգի ցածր հարմարողական հնարավորությունների ապացույց, որն իր հերթին պայմանավորված է ուսանողների անբավարար մարզվածությամբ, հոգնածությամբ, լարվածությամբ և թերշարժունությամբ:

ՄԻԼԻՄԵՏՐԱՅԻՆ ՏԻՐՈՒՅԹԻ ԷԼԵԿՏՐԱՄԱԳՆԻՍԱԿԱՆ ՃԱՌԱԳԱՅԹՄԱՆ ԱԶԴԵՑՈՒԹՅՈՒՆԸ ՍՐՏԻ ԳՈՐԾՈՒՆԵՈՒԹՅԱՆ ՎՐԱ

Լ. Կարապետյան

*ՀՔԻ նորմալ և ախտաբանական ֆիզիոլոգիայի ամբիոն
գիտ. դեկ. կ.գ.թ. դոցենտ Ն. Սարգսյան*

Բազմաթիվ հետազոտություններով պարզվել է, որ էլեկտրամագնիսական ճառագայթման ազդեցությունն օրգանիզմի վրա ունի ոչ թե էներգիական, այլ տեղեկատվական բնույթ: Թափանցելով օրգանիզմ՝ այդ ճառագայթումը փոխարկվում է տեղեկատվական ազդանշանների, որոնք իրականացնում են օրգանիզմում ընթացող հարմարողական կամ վերականգնողական գործընթացների ղեկավարումը և կարգավորումը: Ցույց է տրվել, որ էլեկտրամագնիսական ճառագայթման ազդեցության նկատմամբ առավել

զգայուն են նյարդային և սիրտ-անոթային համակարգերը: Ուստի սույն աշխատանքում ուսումնասիրվել է ճազարների սրտի ռիթմի փոփոխությունների բնույթը էլեկտրամագնիսական ճառագայթների ազդեցության ընթացքում, ճառագայթումը դադարեցնելուց հետո, ապա 30, 60, 90,120 րոպեներին ճառագայթումը կատարվել է Դ4-141 գեներատորի միջոցով, հաճախությունը 42,2 ՀՀց, տևողությունը՝ 60 րոպե: Սրտի գործունեության գործառական բնույթը գնահատելու համար կատարվել է էլեկտրասրտագրի (ԷՍԳ) գրանցում: ԷՍԳ-ի մշակման համար օգտվել ենք Բաևսկու վարիացիոն պուլսաչափման մեթոդից: Հաշվարկվել է R-R max, R-R min, R-R միջինը: Մաթեմատիկական վերլուծությունը թույլ է տվել դուրս բերել մոդան՝ Մ₀, առավել հաճախ հանդիպող R-R ինտերվալների մեծությունը (վրկ), որը բնութագրում է հումորալ կարգավորման ակտիվությունը: Ամօ-մոդայի լայնույթը, մոդայի տատանման հաճախությունը, որը բնութագրում է ՎՆՀ-ի սիպաթիկ օղակի ակտիվությունը, Δx-ը՝R-R ինտերվալների տատանման թափը, (R-R max-ի, R-R min-ի տարբերությունը), այն արտահայտում է ՎՆՀ-ի պարասիմպաթիկ օղակի ակտիվությունը: Հետազոտությունները ցույց են տվել, որ բնականոն պայմաններում ճազարների սրտի կծկումների հաճախությունը միջինում կազմել է 278 հարված րոպեում: R-R ինտերվալների միջինը կազմել է 0.21495 վրկ, Rmax-0,2358 վրկ, Rmin-0,1918վրկ, իսկ վարիացիոն տատանումների թափը՝ΔX=0,044վրկ: Էլեկտրամագնիսական ճառագայթման ազդեցության ընթացքում դիտվել է սրտի կծկումների հաճախության իջեցում 10 հարված/րոպե-ով, որի արդյունքում զարկերի թիվը դարձել է 268 (6%), վերջինս տեղի է ունեցել R-R միջինի և վարիացիոն թափի մեծացման հաշվին (2% և 4% համապատասխանաբար): Ճառագայթումը դադարեցնելուց հետո սրտի կծկումների հաճախությունը ելակետի համեմատ իջել է 25 զարկ/րոպե-ով, 30րոպե հետո դիտվել է սրտի կծկումների հաճախության աստիճանական ավելացում և 90 րոպե հետո ելակետային մակարդակից բարձր է եղել 29 զարկով, այն իր արտահայտությունն է գտել R-R min-ի, R-R maxi-ի և ΔX-ի ցուցանիշներում, սրանք փոքրացել են համապատասխանաբար 3 և 13%-ով: Ստացված տվյալներից հետևում է, որ միլիմետրային տիրույթի էլեկտրամագնիսական ճառագայթման ազդեցության դեպքում, սկզբում դիտվել է սրտի կծկումների հաճախության չափավոր, աստիճանական նվազում, իսկ 90 րոպե հետո, ի հաշիվ փոխհատուցողական մեխանիզմների ակտիվացման,

սրտի կծկումների հաճախությունը գերազանցել է ելակետային մակարդակը: Գրականության տվյալների համաձայն, էլեկտրամագնիսական ճառագայթներն օրգանիզմի վրա անմիջական ազդեցություն չեն կարող ունենալ, քանի որ կլանվում են մաշկի մակերեսային շերտի կողմից: Այստեղից երևում է, որ միլիմետրային ալիքների ազդեցությունը սրտի վրա կրում է միջնորդավորված բնույթ. մաշկի ընկալիչները կլանում են այդ ճառագայթումն, ապա տեղեկատվությունը հաղորդվում է ողնուղեղ, որտեղ տեղի է ունենում սոմատիկ զգայական ազդակների փոխարկում վեգետատիվ էֆերենտ նեյրոնների վրա, քանի որ նախահանգուցային նեյրոնների վրա գոյություն ունի վեգետատիվ և սոմատիկ ազդակների զուգամիտում: Հնարավոր է նաև, որ 42,2 ՀՀց հաճախության էլեկտրամագնիսական ճառագայթների ազդեցության դեպքում սրտում տեղի է ունենում էլեկտրական դրոշման հաղորդման վատթարացում:

ՕՐԳԱՆԻԶՄԻ ԻՆՏԵԳՐԱՏԻՎ ԴԱՇՏԻ ՓՈՓՈԽՈՒԹՅՈՒՆԸ ԹԹՎԱԾՆԱՔԱՂՑԻ ՊԱՅՄԱՆՆԵՐՈՒՄ

Ն. Աղալյան

ԵՊՀ, կենսաբանության ֆակուլտետի մարդու և կենդանիների ֆիզիոլոգիայի ամբիոն

Օրգանիզմներում ֆիզիկաքիմիական գործընթացներին զուգահեռ ձևավորվում են նաև տարբեր բնույթի ինֆորմացիոն ազդանշաններ, որոնք տարբեր մակարդակների ֆունկցիոնալ համակարգերի (մոլեկուլային, բջջային, հյուսվածքային, օրգանային) փոխազդեցության արդյունք են: Այդ ազդանշաններն օրգանիզմի մակերևույթին որոշակի ինտեգրատիվ դաշտ են առաջացնում, որը հնարավոր է գրանցել հատուկ սարքի՝ «Բիոսկոպի» միջոցով: Հիպօքսիկ ազդեցության դինամիկայում՝ տարբեր «բարձրությունների» վրա թթվածնի մասնական ճնշման փոփոխություններին համապատասխան, փոխվում է օրգանիզմի ֆունկցիոնալ վիճակը, հետևաբար նաև նրա շուրջը ձևավորվող վերոնշյալ դաշտի բնութագիրը, որը կարող է հանդիսանալ այլընտրանքային ոչ կոնտակտային միջոց կենսաբանական համակարգերի ֆունկցիոնալ վիճակների գնահատման համար:

Սույն հետազոտության նպատակն է բացահայտել օրգանիզմի ինտեգրատիվ դաշտի փոփոխությունների օրինաչափությունները թթվածնաքաղցի դինամիկայում: Փորձերը կատարվել են 150-200գր քաշ ունեցող սպիտակ առնետների վրա: Կատարվող փորձերում առնետների ֆիզիոլոգիական վիճակը գնահատվել է «Բիոսկոպի» միջոցով: Յուրաքանչյուր փորձի սկզբում անցկացվել է կենդանու ֆունկցիոնալ վիճակի երկժամյա ստուգիչ գրանցում, որից հետո առնետը 30 րոպե ենթարկվել է հիպօքսիկ ազդեցության: Հիպօքսիկ ազդեցությունից հետո երկու ժամվա ընթացքում շարունակվել է կենդանու հետսթրեսային վիճակի գրանցումը: Հետազոտության արդյունքները վկայում են, որ հիպօքսիայի պայմաններում ինտեգրատիվ դաշտի ցուցանիշները կրում են որոշակի փոփոխություններ: Սակայն այս դաշտի վարքագիծը թթվածնային անբավարարության պայմաններում էապես տարբերվում է բջջային և համակարգային մակարդակներում գրանցված ցուցանիշներից: Եթե վերջիններս, մի քանի րոպեի (15 րոպե) ընթացքում վերականգնում են իրենց ելակետային ցուցանիշները, ապա ինտեգրատիվ դաշտի որոշ ցուցանիշների կրած փոփոխությունները հիպօքսիայի ազդեցությունից հետո ունեն մեծ իներցիոնիություն՝ շարունակվում են դեռ երկար ժամանակ (2 ժամ): Հետազոտության արդյունքները ցույց են տվել, որ նշված սարքը օժտված է օրգանիզմի կենսաբանական ակտիվությունը տարբեր գործոնների ազդեցության պայմաններում գրանցելու եզակի ունակությամբ: Դիտվող արդյունքների հավաստիությունը թույլ է տալիս եզրակացնել, որ «Բիոսկոպի» ներդրումը բերել է միանգամայն նոր երևույթների և մեխանիզմների բացահայտման, որոնք կարևոր դեր ունեն օրգանիզմի կենսագործունեության պրոցեսներում:

ԼԱՎԱՆԴԱՅԻ ԵԹԵՐԱՅՈՒՂԻ ԱԶԴԵՑՈՒԹՅՈՒՆԸ ՈՒՍԱՆՈՂՆԵՐԻ ՍՐՏԻ
ՌԻԹՄԻ ՍՊԵԿՏՐԱԼ ՑՈՒՑԱՆԻՇՆԵՐԻ ՎՐԱ

Ս. Աղաբեկյան

*ԵՊՀ, կենսաբանության ֆակուլտետ
գիտ. դեկ. կ.գ.թ. դոցենտ Է. Գևորգյան*

Վերջին տարիներին գիտական գրականության մեջ լայնորեն քննարկվում են ուսումնական գործընթացին բնորոշ գործոններին ուսանողների գործառական համակարգերի հարմարման մեխանիզմների հարցերը: Վերջիններիս քանակական և որակական բնութագրերից կախված դրանք կարող են դառնալ գերլարվածության ախտաբանական գործընթացների զարգացման պատճառ: Ֆիզիոլոգները և հիգիենիստները առաջարկում են օրգանիզմի գործառական վիճակի կայունացման մի շարք ոչ դեղորայքային մեթոդներ, որոնց շարքում ուրույն տեղ է հատկացվում հոտաբուժմանը (արոմաշտկմանը): Եթերայուղերի դերը ուսանողների հարմարողականության մեխանիզմներում դիտվող տեղաշարժերի կանխարգելման և շտկման գործընթացում գործնականորեն ուսումնասիրված չէ: Մեր կողմից ուսումնական ծանրաբեռնվածության պայմաններում ուսումնասիրվել է լավանդայի եթերայուղով սառը ինհալացիայի ազդեցությունը ԵՊՀ ուսանողների հոգեֆիզիոլոգիական և սրտի ռիթմը կարգավորող մեխանիզմների որոշ ցուցանիշների վրա: Յուրաքանչյուր ուսանող հետազոտվել է արոմաշտկումից առաջ և հետո: Սրտի ռիթմի վեգետատիվ կարգավորման գնահատումը իրականացվել է հատուկ կարդիոռիթմոգրաֆիկական ծրագրով: Սրտի աշխատանքի կարգավորման ալիքների սպեկտրալ հզորությունը գնահատվել է VLF%, LF%, HF% տիրույթում: Հաշվարկվել է նաև վեգետատիվ հավասարակշռության ցուցիչը LF/HF: Նախնական զննամբ բացահայտվել է, որ հետազոտվողների մեծ մասին բնորոշ են լարվածության ախտանիշներ: Լավանդայի եթերայուղի 15 րոպեանոց ներգործությունից հետո հետազոտվողների մեծամասնության մոտ դիտվել է հոգեհուզական լարվածության մակարդակի նվազում, բարելավվել ինքնազգացողությունը, բարձրացել աշխատունակությունը: Սպեկտրալ ցուցանիշների դինամիկայի վերլուծությունը բացահայտել է սրտի ռիթմի գումարային սպեկտրի (TP) հզորության հավաստի աճ (47,7%, $p < 0,001$), ինչպես նաև ցածր և շատ ցածր

տիրույթի (LF%, VLF%) ալիքների սպեկտրի աճ, որն ուղեկցվել է ընդհանուր սպեկտրում բարձրահաճախ (HF%) բաղադրիչի արտահայտված ավելացմամբ՝ 87,5%: Այդ փոփոխությունները պայմանավորել են սինպաթոպարասինպատիկ ցուցչի տեղաշարժը դեպի նորմոտոնիա: Ստացված տվյալները վկայում են, որ լավանդայի եթերայուղի ազդեցության պայմաններում տեղի է ունենում սրտի ռիթմի կարգավորման մեխանիզմների ապակենտրոնացում, որն ուղեկցվում է սրտի ռիթմի վրա թափառող նյարդի կարգավորիչ ազդեցության գերակշռմամբ:

Այսպիսով, լավանդայի եթերայուղի կանխարգելիչ օգտագործումը հանգեցնում է ուսանողների հարմարողական հնարավորությունների բարձրացմանը ուսումնական գործընթացի հանդեպ: Ընդ որում, ուսումնական գործընթացի հարմարումը այդ պայմաններում իրականանում է առավել խնայողական՝ սիրտ-անթային համակարգի կարգավորման պարասինպաթիկ մեխանիզմների ակտիվացման ճանապարհով:

ՍՊԻՏԱԿ ԱՌՆԵՏԻ ՈՒՂԵՂԻ D –ԱՄԻՆԱԹՅԱՅԻՆ ՕՔՍԻՂԱԶՐ

Հ. Կարապետյան

ԵՊՀ, կենսաքիմիայի ամբիոն

D-ամինաթթվային օքսիդազը համարվում է ՖԱԴ-կախյալ ֆերմենտ, այն կարևոր դեր է խաղում միկրոօրգանիզմների նյութափոխանակության և էնդոգեն D-ամինաթթուների կուտակման պրոցեսներում, ինչպես նաև մասնակցում է կաթնասունների նյարդային համակարգի կարգավորման և ծերացման պրոցեսներում: Ներկայումս D-ամինաթթվային օքսիդազը դիտարկվում է որպես մոդելային ֆերմենտ ՖԱԴ-կախյալ օքսիդազների գործունեության մեխանիզմների հիմնական օրինաչափությունները հետազոտելու համար: Կենդանի բջջում ընթացող ՖԱԴ-կախյալ ռեակցիաներից է համարվում D-ամինաթթուների դեզամինացումը մինչև համապատասխան α -կետոթթուներ: D-ամինաթթվային օքսիդազների ֆիզիոլոգիական դերը շատ բազմազան է և դեռևս մինչև վերջ պարզաբանված չէ: D-ամինաթթվային

օքսիդացներն այժմ լայնորեն օգտագործվում են դեղագործական արդյունաբերության մեջ և նուրբ օրգանական սինթեզում, ուստի անհրաժեշտություն է առաջանում ուսումնասիրել տվյալ ֆերմենտի հատկությունները տարբեր օրգանիզմների բջիջներում:

Մեր կողմից ուսումնասիրվել է սպիտակ առնետի ուղեղում D-ամինաթթվային օքսիդազի ակտիվությունը տարբեր սուբստրատների նկատմամբ, ինչպես նաև հետազոտվել է այդ ամինաթթուների դեզամինացման ինտենսիվությունը՝ կախված նրանց կոնցենտրացիայից: Ցույց է տրվել, որ սպիտակ առնետի ուղեղում մեր կողմից հետազոտված D-ալանին, D-վալին, DL-տրիպտոֆան, DL-մեթիոնին և DL-իզոլեյցին ամինաթթուներից D-ալանին և DL-մեթիոնին ամինաթթուների դեզամինացում չի հայտնաբերվել, Ֆերմենտի ամենաբարձր ակտիվությունը հայտնաբերվել է D-վալինի տարբերակներում: Ըստ դեզամինացման ինտենսիվության, հետազոտված ամինաթթուների հերթականությունն այսպիսին է D-վալին > DL-տրիպտոֆան > DL-իզոլեյցին: DL-իզոլեյցին ամինաթթուն դեզամինացվում է մոտ 10 անգամ ավելի ցածր ինտենսիվությամբ, քան D-վալինը: Կախված ինկուբացիոն միջավայրում պարունակվող ամինաթթուների կոնցենտրացիայից, D-ամինաթթվային օքսիդազի ակտիվությունը առնետի ուղեղի հյուսվածքում բարձրանում է, բայց տարբեր ամինաթթուների դեպքում տարբեր չափով: Երբ սուբստրատի կոնցենտրացիան ինկուբացիոն միջավայրում 50 մկմոլ–ից բարձրացվում է մինչև 120 մկմոլ, նկատվում է նաև D-ալանինի դեզամինացում: Այդ պայմաններում D-վալինի վերափոխման հնարավորությունը գրեթե 10 անգամ գերազանցում է ելային մակարդակը: Սուբստրատի կոնցենտրացիայի փոփոխությունից DL-իզոլեյցինի նկատմամբ D-ամինաթթվային օքսիդազի ակտիվությունը բարձրանում է 3 անգամ, իսկ DL-տրիպտոֆանի դեզամինացման ակտիվությունը գրեթե չի փոխվում: Ցույց է տրվել, որ մի շարք երկվալենտ իոններ որոշակի դեր են խաղում առնետի ուղեղում D-ամինաթթվային օքսիդազի ակտիվության դրսևորման պրոցեսում: Հայտնաբերված է Co^{2+} , Mn^{2+} , Ni^{2+} , Mg^{2+} , Zn^{2+} իոնների խթանիչ ազդեցությունը D-ալանինի դեզամինացման պրոցեսի վրա: Նկարագրվել է Cd^{2+} իոնների արգելակիչ ազդեցությունը D-վալինի դեզամինացման պրոցեսի վրա: Այսինքն, տարբեր սուբստրատների օգտագործումը և ռեակցիայի իրականացման տարբեր պայմանները հնարավորություն են տալիս ավելի

հստակ ներկայացնել տվյալ աղբյուրից անջատված ֆերմենտի հատկությունները, որոնք կարելի է օգտագործել արդյունաբերական նպատակներով:

ԳՈՒԱՆՈՋԻՆԴԵԶԱՄԻՆԱԶԻ ԻԶՈՋԵՎԵՐԻ ԱԿՏԻՎՈՒԹՅԱՆ ԳՆԱՀԱՏՈՒՄԸ

Ն. Հայրապետյան

ԵՊՀ կենսաբանության ֆակուլտետ, կենսաքիմիայի ամբիոն

գիտ. դեկ. կ.գ.թ. Մ. Խաչատրյան

Ցանկացած հիվանդություն բնորոշվում է դեստրուկտիվ գործընթացների ինտենսիվության ցուցանիշներով: Այդ ցուցանիշներից են պուրինային փոխանակության տարբեր օղակները կարգավորող ֆերմենտների ակտիվության արժեքները: Պուրինային փոխանակության առանցքային ֆերմենտ գուանոզինդեզամինազի ակտիվությունը նկատելի փոփոխվում է տարբեր պաթոգենեզ ունեցող հիվանդությունների դեպքում և կախված է այդ հիվանդությունների ծանրությունից, կլինիկական առանձնահատկություններից և այլ գործոններից: Ֆերմենտը տարբեր բորբոքային պրոցեսների բավականին զգայուն ինդիկատոր է, դրա ցուցանիշները արյան տարրերում վկայում են պաթոլոգիկ պրոցեսների առկայության մասին:

Մեթոդ. ուսումնասիրվել են առողջ և տուբերկուլյոզով ախտահարված մարդկանց արյան շիճուկը, էրիթրոցիտար, լեյկոցիտար զանգվածները: Արյունը տեղափոխվել է հեպարինով փորձանոթների մեջ, ցենտրիֆուգվել 10 րոպե, 1000g պայմաններում: Դիֆերենցիալ ցենտրիֆուգմամբ անջատվել են լիմֆոցիտները, էրիթրոցիտները: Լիմֆոցիտների հոմոգենատները պատրաստվել են K-ֆոսֆատային բուֆերում (pH=6,5): Էրիթրոցիտների հեմոլիզը իրականացվել է հիպոտոնիկ միջավայրում: Ֆերմենտի ակտիվությունը որոշվել է Ջելինգսոնի միկրոդիֆուզիոն եղանակով:

Արդյունքներ. ուսումնասիրվել է գուանո-զինդեզամինազի (ԳԶԴ) ընդհանուր ակտիվությունը առողջ և թոքախտով ախտահարված մարդկանց խմբերում: Ստացված տվյալները վկայում են, որ հիվանդների խմբում

հետազոտվող ֆերմենտը արյան շիճուկում դրսևորում է 3 անգամ ավելի բարձր ակտիվություն, քան լեյկոցիտներում, առողջների խմբում՝ 2 անգամ: ԳԶԴԱ-ի ակտիվությունը հիվանդների արյան շիճուկում գրեթե 3 անգամ գերազանցում է առողջ օրգանիզմի արյան շիճուկի ֆերմենտի ակտիվությունը, լեյկոցիտներում ֆերմենտի ակտիվությունը աճում է մոտ 1,1 անգամ, էրիթրոցիտներում՝ մոտ 1,3 անգամ: Ֆերմենտի իզոձևերի ուսումնասիրությունը ցույց է տվել, որ հետազոտվող հոմոգենատներում ֆերմենտը ներկայացված է երկու իզոձևերով՝ ԳԶԴԱ1 և ԳԶԴԱ2: Հիվանդների խմբի արյան շիճուկում 2,5 անգամ ավելի բարձր ակտիվությամբ է ներկայացված ԳԶԴԱ2 իզոձևը: Էրիթրոցիտներում ԳԶԴԱ1-ի ակտիվությունը 1,5 անգամ բարձր է ԳԶԴԱ2 իզոձևի ակտիվությունից, լեյկոցիտներում ԳԶԴԱ2-ի և ԳԶԴԱ1-ի ակտիվության ցուցանիշները գրեթե համարժեք են: Կարելի է ենթադրել, որ հիվանդների արյան շիճուկի ֆերմենտի ակտիվության զգալի աճը պայմանավորված է ԳԶԴԱ2-ի ակտիվությամբ:

Եզրակացություն. հիվանդության ընթացքում արյան շիճուկում գուանոզինդեզամինազի ակտիվության առավել զգալի արտահայտված փոփոխությունները թույլ են տալիս ենթադրել, որ այս ֆերմենտի ակտիվության ուսումնասիրությունը կարող է և՛ տեսական, և՛ գործնական նշանակություն ունենալ տվյալ պաթոլոգիայի դիագնոստիկայի տեսանկյունից:

ՇՆՁԱՌՈՒԹՅԱՆ ՓՈՓՈԽՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ ՍԹՐԵՍԻ ԺԱՄԱՆԱԿ

Լ. Կարապետյան

*ՀԲԻ կենսաքիմիայի և ֆարմակոլոգիայի ամբիոն
գիտ. դեկ. կ.գ.դ. պրոֆեսոր Գ. Գևորգյան*

Հույզերը (emoveo-հուզել, ցնցել) օրգանիզմի ռեակցիաներն են արտաքին և ներքին գրգռիչներին, որոնք ուղեկցվում են արտահայտված սուբյեկտիվ ապրումներով: Հուզային ապրումներն ուղեկցվում են համարյա բոլոր օրգանների և համակարգերի ֆունկցիոնալ փոփոխությամբ: Տեսաթումբը հաղորդված ազդակահոսքի մի մասը հաղորդում է կեղև՝ առաջացնելով

սուբյեկտիվ ապրումներ, մյուս մասը ենթատեսաթումբ, որտեղ տեղի է ունենում բազմաթիվ ռեակցիաներ:

Մեր հետազոտության նպատակն էր՝ ուսումնասիրել շնչառության փոփոխությունները և կարգավորումը կախված արտաքին և ներքին հուզական ռեակցիաներից և դրանց կանխարգելման մեթոդները:

Բացասական հուզային լարվածության առաջացման երկրորդ փուլի, ընթացիկ բնույթ կրելու դեպքում, կարող է առաջանալ՝ հիպերօդափոխության սինդրոմ, որի ժամանակ բարձրանում է օրգանիզմից CO₂-ի հեռացումը, առաջանում է հիպերկապնիա (ալվեոլներում pCO₂-ի, իսկ զարկերակային արյան մեջ O₂-ի քանակի պակասեցմամբ) և շնչառական ալկալոզ: Բացասական հույզերի արդյունքում առաջացած նյութերով (նեյրոպեպտիդ-P), լիպիդները ենթարկվում են ալկիլացման և պերօքսիդացման, որի հետևանքով տեղի է ունենում ալվեոլամազանոթային թաղանթի փոփոխություններ: Հետագայում տարաբնույթ առաջնային կենսաքիմիական խանգարումների հետևանքով տեղի է ունենում՝

1. ադենիլատցիկլազայի ապաակտիվացում,
2. gԱՄՖ-ի քանակի նվազում (ցիկլիկ-ադենոզինմոնոֆոսֆատ),
3. միջթաղանթային տարածությունում հեղուկի քանակի փոփոխություն:

Այս փոփոխությունների հետևանքով տեղի է ունենում օրգանոիդների վնասում, որին հետևում է «Սթրես-ռեակցիա»-ն: Արդյունքում առաջանում են միջանկյալ պրոդուկտներ, որոնք ակտիվացնում են ֆոսֆոլիպազա Ա-2-ը, որը մեմբրանային ֆոսֆոլիպիդներից պոկում է առախիդանային թթու, խախտելով մեմբրանի անբողջականությունը, իսկ ազատ առախիդինային թթուն արագ մետաբոլիզվում է, վերածվելով՝ բարձր ակտիվություն ունեցող միացությունների՝ պրոստոգլանդին և տրոմբոքսան: Գոյություն ունի առախիդինային թթվի մետաբոլիզմի 2 ճանապարհ.

1. Ցիկլօքսիգենազային՝ բերում է պրոստոգլանդինների և տրոմբոքսան Ա2-ի առաջացման,
2. Լիպօքսիգենազային՝ էլյկոտրիոնների առաջացման: Ալվեոլներում սինթեզվում է ինչպես պրոստոգլանդիններ, այնպես էլ էլյկոտրիոններ, որոնց փոքր քանակությամբ ֆերմենտները շատ մեծ դեր ունեն բորբոքային պրոցեսների ժամանակ՝ 5,12,15-լիպօքսիգենազա (12,15-հիդրոպերօքսի-էլյկոզոտետրաենային թթու):

Սթրեսների ժամանակ առաջացած ադրենալինը և նորադրենալինը նպաստում են բջջից ակտիվ կերպով Mg^{+} -ի «լվացմանը»: $MgB6$ -ը պարունակում է մագնեզիումի լակտատ և պիրիդոքսին, որը օժանդակում է աղիներում Mg արսորբացիային և դեպի բջիջ տեղափոխմանը: Mg հիմնական ֆունկցիան գլխուղեղի կեղևի գրգռման արգելակումն է: Էնոցիոնալ ֆոնի վրա, շնչառական փոփոխությունների հետևանքով առաջացող պաթոլոգիաներից խուսափելու համար, կարող ենք արտաքին հուզական կարգավորման մեխանիզմով ներգործել ներքին հուզային ռեակցիայի արտահայտման վրա: Օրինակ, դոզավորված մկանային ծանրաբեռնվածությունը, որի հետևանքով արհեստական ձևով կառաջացնենք դրական հույզերի մեխանիզմում կարևոր դեր ունեցող՝ դոֆամին, նորադրենալին, էնկեֆալիններ և էնդորֆիններ (էնֆորիզեններ): Նաև կարող ենք բարձրացնել օրգանիզմի կայունությունը հուզային լարվածության հանդեպ (օլիգոպեպտիդներ, P-նյութ, դելտապեպտիդ , էնդորֆին, պրոլակտին):

ՀԱԿԱՑՆՑՈՒՄԱՅԻՆ (ՀԱԿԱԷՊԻԼԵՊՏԻԿ) ԴԵՂԱՄԻՋՈՑ ՊՈՒՑԵՄԻԴԻ ԱԶԴԵՑՈՒԹՅՈՒՆԸ ԱՌՆԵՏՆԵՐԻ ԿՐԱ ՓՈՐՁԱՐԱՐԱԿԱՆ ԱՆՏԱԲԱՆՈՒԹՅԱՆ ՊԱՅՄԱՆՆԵՐՈՒՄ

Դ. Բորիսով

*ՀՐԻ կենսաքիմիայի և ֆարմակոլոգիայի ամբիոն
գիտ. դեկ. կ.գ.թ. դոցենտ Ռ. Պարոնիկյան*

Էպիլեպսիան գլխուղեղի ծանր հիվանդություն է՝ նրա ֆունկցիաների քրոնիկ, կրկնվող պարոքսիզմալ խանգարումներով, պայմանավորված էլեկտրական ակտիվության փոփոխություններով: Էպիլեպտիկ նոպաները առավել հաճախ արտահայտվում են շարժողական ակտիվության խախտմամբ (կլոնիկ կամ տոնիկ) կամ գիտակցության կորստով: Էպիլեպտիկ նոպաները ուղեկցվում են գլխուղեղի կեղևի ֆունկցիաների գեներալիզացված կամ օջախային շարժերով՝ համաձայն որի տարբերում ենք գեներալիզացված էպիլեպտիկ նոպաներ և սինդրոմներ, որոնց մեջ մտնում են միոկլոնիկ էպիլեպսիան, արսանսները և տոնիկո-կլոնիկ նոպաները, և պարցիալ

(օջախային) էպիլեպտիկ նոպաներ: էպիլեպսիայի բուժումը իրականանում է դեղորայքային ճանապարհով էպիլեպսիայի տեսակին համապատասխան: Դեղամիջոցներից են՝ պարցիալ ցնցումների ժամանակ կարբամազեպինը, ֆենիտոինը, վալպրոատը, լամոտրիջինը, տոպիրամատը, գեներալիզացված ցնցումների դեպքում՝ էտոսուկսիմիդը, կլոնազեպամը, կլոբազամը, ֆենոբարբիտալը և այլն:

Նոր հակաէպիլեպտիկ դեղանյութերի հայտնաբերումը իրականանում է ցնցումային վիճակների փորձարարական թերապիայի մեթոդով: Ռապայնավորված է նրանով, որ ջղաձգումները էպիլեպսիայի միակ ախտանիշներն են, որոնք հեշտությամբ են վերարտադրվում կենդանիների մոտ: Փորձարարական ախտաբանության պայմաններում հակաջղաձգային միջոցների հայտնաբերման համար՝ էլեկտրաշոկը կիրառվում է մեծ էպիլեպտիկ նոպաների մոդելի ստեղծման համար, կորագլի հետ ունեցած անտագոնիզմը համարվում է յուրահատուկ թեստ փոքր էպիլեպտիկ նոպաների դեպքում արդյունավետ գործող միջոցների ընտրության համար: Բացի այդ, օգտագործում են նաև մի շարք ցնցումային նյութեր, որոնք առաջացնում են կլոնիկ, տոնիկ ջղաձգումներ՝ պիկրոտոքսինը, թիոսեմիակարբազիդը, նիկոտինը, ստրիխնինը և այլն:

Մեր հետազոտության նպատակն է հետազոտել ՀՀ ԳԱԱ Նուրբ օրգանական քիմիայի ինստիտուտում հայտնաբերված և ներդրված հակացնցումային դեղամիջոց պուֆեմիդի ազդեցությունը էպիլեպսիայի պարցիալ մոդելի հանդիսացող պենիցիլինային ցնցումների վրա: Էլեկտրոէնցեֆալոգրաֆիական (ԷՌԲ) փորձերը իրականացվել են 200-250 գ քաշով սպիտակ առնետների վրա և գրանցվել “Medicor” ֆիրմայի էլեկտրոէնցեֆալոգրաֆի վրա: Պենիցիլինային պարցիալ էպիլեպսիայի մոդելը ստանալու համար օգտագործվել է 150 ED բենզիլպենիցիլինի նատրիումական աղը, որը ապլիկացիայի ճանապարհով ներմուծվել է առնետների ուղեղի մեծ կիսագնդերի սենսոմոտոր հատվածը: Էլեկտրոդները տեղադրվել են առնետների գլխուղեղի կեղևի տարբեր հատվածներում, իսկ ինդիֆերենտը՝ քթի ոսկրի հատվածում: Պուֆեմիդը ներարկվել է 200, 250, 300 մգ/կգ դեղաչափերով ներորովայնային, որից հետո կատարվել է պենիցիլինի ապլիկացիա: Փորձարարական ստուգիչ կենդանիների մոտ 5-10ր պենիցիլինի ապլիկացիայից հետո գրանցվում են ԷՌԲ փոփոխություններ՝ պիկ-ալիք

ակտիվությամբ, որը կայուն բնույթ է ստանում փորձի 20-րդ րոպեին եւ պահպանվում 5-6 ժ ընթացքում: Սակայն պուֆեմիդի ներարկումից հետո ստատիստիկորեն հավաստի կանխվում են պիկ-ալիքների առաջացումը:

Այսպիսով, փորձարարական ախտաբանության պայմաններում բացահայտել է պուֆեմիդի ազդեցությունը նաև պարզիալ էպիլեպսիայի մոդել՝ պենիցիլինային ցնցումների վրա:

ՏԵՂԱԿԱԼԿԱԾ ՏԵՏՐԱՀԻԴՐՈՒ - β – ԿԱՐԲՈՒԽՆՆԵՐԻ ՀԱԿԱՑՆՑՈՒՄԱՅԻՆ (ՀԱԿԱԷՊԻԼԵՊՏԻԿ) ԱԶԴԵՑՈՒԹՅՈՒՆԸ

Ս. Համայակյան

ՀԲԻ կենսաքիմիայի և ֆարմակոլոգիայի ամբիոն

Օրգանական և դեղագործական քիմիայի գիտատեխնոլոգիական կենտրոն (ՕԴՔԳՏԿ)

Ա. Լ. Մնջոյանի անվան Նուրբ Օրգանական Քիմիայի Իստիտուտ

գիտ. դեկ. կ. գ. թ. Ռ. Պարոնիկյան

Էպիլեպսիան գլխուղեղի ֆունկցիաների քրոնիկ կրկնվող պարոքսիզմալ խանգարումն է՝ պայմանավորված նրա էլեկտրական ակտիվության խախտմամբ: Էպիլեպտիկ նոպաների առավել հաճախ հանդիպող ձևը հանդիսանում են ջղաձգական ցնցումները:

Էպիլեպտիկ սինդրոմը և նրան նմանվող ցնցումային վիճակները դասակարգվում են.

1. Պարզիալ (օջախային կամ ֆոկալ) էպիլեպտիկ նոպաներ և սինդրոմներ:
2. Գեներալիզացված էպիլեպտիկ (ցնցումային և ոչ ցնցումային) նոպաներ և սինդրոմներ:

Էպիլեպսիայի բուժման ընդհանուր մեխանիզմը հանդիսանում է ցնցումային նոպաների վերահսկումը մեկ դեղամիջոցի օգնությամբ, որն ունի քիչ կողմնակի էֆեկտներ և նշանակվում է մինիմալ էֆեկտիվ դեղաչափով: Բուժման հիմքը կազմում են այնպիսի հակաէպիլեպտիկ դեղամիջոցներ, ինչպիսիք են կարբամազեպինը, կլոնազեպամը, էտոսուկսիմիդը, ֆենիտոինը և նատրիումի վալպրոատը: Որոշ դեպքերում նշանակում են նաև ացետազոլամիդ, կլոբազամ, ֆենոբարբիտալ և պրիմիդոն: Նոր ուղղորդված

ազդեցության մեխանիզմով ստեղծված պրեպարատներից են գաբապենտինը, լամոտրիջինը, վիգաբատրինը և տոպիրամատը: Նոր հակաէպիլեպտիկ դեղանյութերի հայտնաբերումը իրականանում է ցնցումային վիճակների փորձարարական թերապիայի մեթոդով: էլեկտրաշոկը կիրառվում է մեծ էպիլեպտիկ նոպաների մոդելի ստեղծման և էլեկտրաշղածգային նոպաների տոնիկ-էքստենզոր ֆազան կանխելու միջոցով հակաշղածգային դեղամիջոցների հայտնաբերման համար, կորագոլային ցնցումները՝ աբսանսների և միոկլոնիկ էպիլեպսիայի մոդելն է և այլն: Մեր ներկայացրած հետազոտության նպատակն է ուսումնասիրել ՀՀ ԳԱԱ ՕԴՔԳՏԿ-ում սինթեզված տեղակալված 3R-1,2,3,4- տետրահիդրո- β-կարբոլինների հակացնցումային ազդեցությունը: Հակացնցումային ակտիվությունը ուսումնասիրել են 18-22 գր. քաշով սպիտակ մկների վրա: Որպես ցնցումային մոդելներ ծառայել են էլեկտրաշոկը և ցնցումները՝ առաջացրած կորագոլի, նիկոտինի և արեկոլինի ներմուծումով: Հակացնցումային ակտիվության ցուցիչ է հանդիսացել տոնիկ ֆազայի կանխարգելումը: Ըստ կորագոլային թեստի, նյութերի փորձարկման համար ընդունվել է մինիմալ կորագոլային ցնցումային մեթոդիկան: Միացությունների սուր օրական տոքսիկությունը որոշվել է մկների մոտ ներորովայնային ներարկման ճանապարհով: Որպես ստուգիչ պրեպարատ օգտագործվել է հակաէպիլեպտիկ դեղամիջոց պուֆեմիդը: Հետազոտության արդյունքները ցույց տվեցին, որ բոլոր 1,2,3,4 տեղակալված կարբոլինների ուսումնասիրված ածանցյալները վերացնում են մաքսիմալ էլեկտրաշոկի տոնիկ ֆազան: Ուսումնասիրված միացությունների մեջ առավել մեծ հետաքրքրություն են ներկայացնում 2,2,3-էտոկսիպրոպիլային, 2-մեթիլամինոպրոպիլային և 3-տրետբութիլամինոպրոպիլային խմբեր ունեցողները: Այս միացությունները ըստ իրենց ակտիվության, թունականության, ինչպես նաև ըստ իրենց դեղաբանական ազդեցության լայնության զգալիորեն զիջում են հակաէպիլեպտիկ ազդեցության պրեպարատ պուֆեմիդին (սուկցինիմիդների խումբ)՝ սինթեզված Ա. Լ. Մնջոյանի անվան նուրբ օրգանական քիմիայի ինստիտուտում: Իզոպրոպիլային ռադիկալով միացությունը 100մգ/կգ դոզայում վերացնում է մաքսիմալ էլեկտրաշոկի տոնիկ ֆազան 60% կենդանիների մոտ: Միացությունների հետագա դոզայի մեծացումը հանգեցնում է կենդանիների մահվան: Թույլ հակաէլեկտրաշոկային

ակտիվություն են ցուցաբերում 2-էթիլամինոպրոպիլային խումբ ունեցող միացությունները: Բոլոր ուսումնասիրված միացությունները 200մգ/կգ դոզայով չեն կանխարգելում կորազոլային ցնցումները:

Այսպիսով, նոր սինթեզված տեղակալված տետրահիդրո - β - կարբոլինների մոտ բացահայտվել է հակացնցումային ազդեցություն մաքսիմալ էլեկտրաշոկի թեստով, որը հնարավորություն է տալիս շարունակել հետազոտությունները այս շարքի միացությունների մոտ:

ՄԱՆՐԷՆԵՐԻ ԶԳԱՅՈՒՆՈՒԹՅՈՒՆԸ ՀԱԿԱՔԻՈՏԻԿՆԵՐԻ ՆԿԱՏՄԱՍԲ

*Է. Մարգարյան, Ս. Անտոնյան
Ա. Առաքելյան, Ն. Սարգսյան*

ՀԲԻ մանրէաբանության, վիրուսաբանության, իմունաբանության և էկոլոգիայի ամբիոն

ՀՀ ԱՆ Ա.Բ. Ալեքսանյանի անվ. համաճարակաբանության, վիրուսաբանության և բժշկական մակարուծաբանության ԳՀԻ

գիտ. դեկ. Հ. Հակոբյան

Հակաբիոտիկների հայտնաբերումը XX դարի ամենակարևոր հայտնագործություններից մեկն է: Առողջապահության բնագավառում հակաբակտերիալ պրեպարատների օգտագործումը բերեց վարակական հիվանդություններից մահացության զգալի նվազման: Սակայն այդ դեղամիջոցների լայնորեն, իսկ շատ դեպքերում նաև անտեղի գործածումը ինչպես առողջապահության, այնպես և գյուղատնտեսության մեջ նպաստեց միկրոօրգանիզմների հակաբիոտիկակայուն շտամների առաջացմանը և շրջանառմանը:

Աշխատանքի նպատակ է՝ վարակների համաճարակաբանական հսկողություն շրջանակներում իրագործել ախտածին և պայմանական ախտածին մանրէների հակաբիոտիկազգայունության ուսումնասիրում:

Նյութեր և մեթոդներ: Որոշվել են մանրէների (Salmonella, Staphylococcus spp., Proteus, E.coli, Klebsiella, Shigella) 81 շտամների զգայունությունը տարբեր

խմբերի հակաբիոտիկների՝ ամինոգլիկոզիդների, բետա-լակտամների, ֆտորիսինոլոնների, տետրացիկլինների, կարբոպենեմների նկատմամբ: Հետազոտված մանրէների 51 շտամները անջատված էին հիվանդներից, 27-ը՝ տարբեր սննդամթերքներից, 3-ը՝ ջրից: Հետազոտությունները իրականացվել են դիսկո-դիֆուզիոն մեթոդով, կարծր սննդային միջավայրերի վրա:

Արդյունքներ և քննարկում: Հետազոտված մանրէները զգայուն էին ֆտորիսինոլոնների՝ 94,1% մոկսիֆլոկսացինի, 85,1% ցիպրոֆլոկսացինի, 73,6% օֆլոկսացինի, 78,2% նորֆլոկսացինի նկատմամբ, իսկ նալիդիկսաթթվի նկատմամբ ցուցաբերել էին կայունություն (77,3%): Կարբոպենեմների խմբի արեպարատների նկատմամբ զգայունության պատկերը հետևյալն էր՝ 95,6%-մերոպենեմի, 94,0% – իմիպենեմի, 88,2% – ցեֆեպիմի: Բետա-լակտամներից զգայունություն էր ցուցաբերվել կարբենիցիլինի, ամոկսիցիլին-սուլֆբակտամի, ցեֆոպերազոնի, ցեֆտրիակսոնի, ցեֆալեկսինի հանդեպ 70,6, 69,4, 66,6, 66,7, 55,6% դեպքերում, իսկ կայունություն՝ օկսացիլինի, ամոկսիցիլինի, ցեֆալոտինի, աուգմենտինի, ցեֆազոլինի, ցեֆուրոկսիմի, կարբենիցիլինի, ամոկսիցիլին-սուլֆբակտամի, ցեֆոպերազոնի, ցեֆտրիակսոնի, ցեֆալեկսինի հանդեպ 100, 92,2, 92,3, 87,9, 92,0, 62,8, 70,6, 69,4, 66,6, 66,7, 55,6% համապատասխանաբար: Շտամների 65,8% կայուն էին դոկսիցիկլինի, 62,5%՝ խլորամֆենիկոլի հանդեպ (տետրացիկլինների խումբ): Ամինոգլիկոզիդների խմբի արեպարատների հանդեպ կայունությունը հետևյալն էր՝ 100, 87,1, 80,8, 73,6, 57,1% ազիտրոմիցինի, էրիտրոմիցինի, կլարիտրոմիցինի, կլինդամիցինի, տոբրամիցինի հանդեպ համապատասխանաբար: Այս խմբից բացառություն են կազմում գենտամիցինը, ամիկացինը, որոնց նկատմամբ զգայուն էին հետազոտված մանրէների շտամների 88,0 և 74,2% համապատասխանաբար:

Հետազոտված մանրէների բոլոր շտամները պոլիռեզիստենտ էին 2-14 հակաբիոտիկների նկատմամբ, ընդ որում 2-ի, 3-ի, 5-ի, 6-ի, 7-ի, 8-ի, 9-ի, 10-ի, 11-ի, 12-ի, 13-ի, 14-ի հանդեպ՝ 2,5, 1,2, 7,4, 16,0, 12,3, 7,4, 8,6, 12,3, 11,1, 8,6, 6,2, 6,2 % դեպքերում համապատասխանաբար:

Այսպիսով, հետազոտությունները ցույց են տալիս, որ անհրաժեշտ է իրականացնել մշտադիտարկում մանրէների դեղորայքազգայունության վերաբերյալ:

**ԿԱՆԴԻԴՈՋՆԵՐԻ ԿԼԻՆԻԿԱԿԱՆ ԸՆԹԱՑՔԻ
ԱՌԱՆՁՆԱՀԱՏԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ, ԲՈՒԺՄԱՆ ԵՎ ԿԱՆՆԱՐԳԵԼՄԱՆ
ՍՏՐԱՏԵԳԻԱՆ**

Կ. Գևորգյան

*ՀՐԻ մանրէաբանության, վիրուսաբանության, իմունաբանության և
էկոլոգիայի ամբիոն*

գիտ. դեկ. կ.գ.թ. Հ.Մարտիկյան

Աղիների դիսբակտերիոզով հիվանդների մոտ սովորաբար զարգանում են տարբեր էթիոլոգիայի կանդիդոզներ, որն ազդում է կլինիկական դրսևորման և բուժման էֆեկտիվության վրա:

Սովորաբար կանդիդոզները ընթանում են մոնոինֆեկցիաների ձևով, բայց ցածր իմունիտետի պայմաններում դիտվում են խառը ինֆեկցիաներ, որոնք հիմնականում առաջանում են հայտնի մոտ 163 տեսակ Candida ցեղի միայն մի քանի տեսակների կողմից, օրինակ Candida albicans: Սնկային ինֆեկցիաները ներկայումս հանդիսանում են առողջապահության կարևորագույն խնդիրներից մեկը: Դրան նպաստում են ժամանակակից էկոլոգիական գործոնների իմունոսուպրեսիվ ազդեցությունը /հատկապես քաղաքակրթական, սոցիալ-տնտեսական/ մարդու օրգանիզմի վրա:

Հետազոտությունները /2010-2014թթ ընկած ժամանակահատվածում պատմագրերի ուսումնասիրման հիման վրա/ ցույց են տվել, որ առավել հաճախ հիվանդանում են այն անձինք, ում անամնեզում առկա են բակտերիալ աղիքային ինֆեկցիաներ և համակցված հակաբիոտիկա-թերապիա, որը հանգեցրել է դիսբակտերիոզի:

Հետազոտությունների արդյունքները թույլ են տալիս եզրահանգել, որ կանդիդոզով և աղիների դիսբակտերիոզով հիվանդների պատճառաախտածընական համալիր բուժումը պետք է ներառի հակասնկային և իմունոխթանիչ պրեպարատներ, ինչպես նաև L-արգինինով հարստացված բիոհավելումներ, պրոբիոտիկներ, էուբիոտիկներ և սինբիոտիկներ, ներառելով առողջ ապրելակերպը:

Լայնածավալ L-արգինինի սինթեզը միկրոբիոլոգիական եղանակով շտամ-պրոդուցենտների օգտագործմամբ կատարվում է ԳԱ «ԲԻՈՏԵԽՆՈԼՈԳԻԱՅԻ» գիտահետազոտական ինստիտուտում, որտեղ

կիրառելով գենային ինժեներիայի մեթոդները, ստացվել է *Esherichia coli* ռեկոմբինանտ *argA* պլազմիդ կրող շտամն-պրոդուցենտ բակտերիաներ:

Միկրոբիոլոգիական հետազոտությունների հիման վրա, տեսուկուլտուրաների օգտագործմամբ, ինչպես նաև փորձանոթներում անցկացված ֆերմենտացիայի եղանակով կատարվել է մուտանտ շտամների ընտրություն, որոնց մեջ առանձնացվել են այն շճատարբերակները, որոնք առավել բարձր քանակությամբ (22գ/լ) L-արգինին են սինթեզում:

Փորձերի արդյունքում ստացվել է մուտանտ շտամներ, որոնց արդյունավետությունը 16% ավելի բարձր է:

**ՍՏՈՄԱՏԻՏԻ ԿԼԻՆԻԿԱԿԱՆ ԸՆԹԱՑՔԻ ԱՌԱՆՁՆԱՀԱՏԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ,
ԲՈՒԺՄԱՆ ԵՎ ԿԱՆԽԱՐԳԵԼՄԱՆ ՍՏՐԱՏԵԳԻԱՆ**

Լ. Ջոհրաբյան, Է. Ալավերդյան, Ռ. Հարությունյան

*ՀՔԻ Մանրէաբանության, վիրուսաբանության, իմունաբանության և
էկոլոգիայի ամբիոն*

գիտ. դեկ. Կ.գ.թ. Հ. Մարտիկյան

Վերջին ժամանակներում ստոմատոլոգիական պրակտիկայում առավել հաճախ հանդիպում են ինֆեկցիոալերգիկ բնույթի աֆթոզ ստոմատիտները: Ստոմատիտն ընդհանուր հասկացություն է, որն իր մեջ ներառում է բերանի խոռոչի լորձաթաղանթի բորբոքային հիվանդությունները: Ստոմատիտն առաջանում է որպես կանոն օրգանիզմի ընդհանուր դիմադրողականության ընկճման հետևանքով: Այս հիվանդությունը բնորոշ է 20-30 տարեկան մարդկանց: Բերանաբորբին նպաստում են ներքին օրգանների, նյարդային համակարգի քրոնիկական հիվանդությունների սրացումները, սննդի մեջ վիտամինների անբավարարությունը, նյութափոխանակության, ներզատիչ գեղձերի ֆունկցիայի խանգարումները: Ծխելը, թունդ սպիրտային խմիչքների օգտագործումը, շատ տաք կամ

սառը, չափից ավելի թթու և աղի սննդի ընդունումը նույնպես կարող են բերանաբորբի պատճառ լինել: Վերջինս երբեմն առաջանում է որոշ դեղանյութերի նկատմամբ օրգանիզմի բարձր զգայնության (հատկապես ինքնաբուժման դեպքում), սեռական հասունացման շրջանում, իմաստության ատամի դժվար ծկթման ժամանակ: Կան բերանաբորբի տարբեր ձևեր, որոնք բոլորն էլ ունեն ընդհանուր ախտանշաններ՝ բերանի խոռոչի լորձաթաղանթի կարմրություն, մոտակա հյուսվածքների այտուց, ցավ, ենթաճնոտային ավշահանգույցների մեծացում: Վաղ տարիքի երեխաների մոտ հիվանդությունը հաճախ արտահայտվում է ընդհանուր ինտոքսիկացիայի երևույթներով, ջերմության բարձրացումով մինչև 39-40°, թուլությամբ, ախորժակի բացակայությամբ, առատ թքազատությամբ: Երեխայի գերարյուն, թեթևակի այտուցված այտերի, շրթունքների, լնդերի, լեզվի լորձաթաղանթներում հայտնվում են եզակի կամ բազմաթիվ աֆթաներ՝ կարմիր օղակով շրջափակված տարբեր մեծության սպիտակ և դեղին բծեր (կուտակներ): Լեզուն փառակալված է կամ ալ կարմիր:

Մեր հետազոտությունների արդյունքները թույլ են տալիս եզրահանգել, որ ստոմատիտների և աղիների դիսբակտերիոզով հիվանդների պատճառա-ախտածնական համալիր բուժումը պետք է ներառի հակասնկային և իմունոխթանիչ պրեպարատներ, ինչպես նաև պրոբիոտիկներ, էուբիոտիկներ և սինբիոտիկներ, ներառելով L-արգինինով հարստացված բիոհավելումներ:

Լայնածավալ L-արգինինի սինթեզը միկրոբիոլոգիական եղանակով շտամ-պրոդուցենտների օգտագործմամբ կատարվում է ԳԱ «ԲԻՈՏԵԽՆՈԼՈԳԻԱՅԻ» գիտահետազոտական ինստիտուտում, որտեղ կիրառելով գենային ինժեներիայի մեթոդները, ստացվել է *Esherichia coli* ռեկոմբինանտ *argA* պլազմիդ կրող շտամ-պրոդուցենտ բակտերիան:

Միկրոբիոլոգիական հետազոտությունների հիման վրա, տեստ-կուլտուրաների օգտագործմամբ, ինչպես նաև փորձանոթներում անցկացման ֆերմենտացիայի եղանակով անցկացվել է մուտանտ շտամների ընտրություն, որոնց մեջ առանձնացվել են այն շճատարբերակները, որոնք առավել բարձր քանակությամբ (22գ/լ) L-արգինինի սինթեզում:

Փորձերի արդյունքում ստացվել է մուտանտ շտամներ, որոնց արդյունավետու-թյունը 16% ավելի բարձր է:

ՄԵՏԱՂԱԿԱՅՈՒՆ ՄԱՆՐԷՆԵՐԻ ԿԻՐԱՌՄԱՆ ՀԵՌԱՆԿԱՐՆԵՐԸ
ԿԵՆՍԱՏԵԽՆՈԼՈԳԻԱՅՈՒՄ

Ա. Սահակյան, Հ. Անդրիասյան, Վ. Հայրապետյան

*ՀՐԻ Մանրէաբանության, վիրուսաբանության, իմունաբանության և
էկոլոգիայի ամբիոն*

գիտ. ղեկ. կ.գ.թ. Հ. Մարտիկյան

էքստրեմոֆիլ մանրէների ուսումնասիրումը և նրանց հիմքով նոր կենսատեխնոլոգիաների մշակումը համարվում է արդի էկոլոգիական գիտության և արդյունաբերության ուղղություն: Մետաղակայուն մանրէները լայն կիրառություն են գտել կենսատեխնոլոգիայի տարբեր ճյուղերում, հատկապես կարող են կենսատարալվացմամբ թանկարժեք մետաղների կորզման, ինչպես նաև մետաղներով աղտոտված շրջակա միջավայրի կենսամաքման՝ կենսառեմեդիացիայի նպատակով:

Մետաղակայուն և մետալոֆիլ մանրէների կենսաբազմազանությունը հիմնականում ներկայացված են պրոկարիոտ մանրէների *Archea* և *Bacteria* դոմենների ներկայացուցիչներով, որոնց բնական էկոտիպերը ձևավորվում են ծանր մետաղներով հարուստ լեռնային ապարներում, մետաղահանքերի հոսքաջրերում և թափոններում, որոշ երկրաջերմային հանքային աղբյուրներում, թթու ճահիճներում, դրենաժային ջրերում, ատոմակայանների թափոնային հոսքաջրերում:

Մետաղակայուն մանրէները մետաղների բարձր կոնցենտրացիաներին դիմակայում են մի շարք հարմավորական մեխանիզմներով, որոնք ներառում են բջջից մետաղների իոնների արտահոսքը, բջջում մետաղների կուտակումը և մետաղական խելատների առաջացումը, մետաղների դետոքսիկացիան, ինչպես նաև մետաղների իոնների նստեցումը տարբեր աղերի տեսքով:

Հաշվի առնելով, որ մանրէները կարող են մետաղների իոնները ադսորբել կամ նստեցնել, իրականացվել է մանրէների՝ *Aspergillus niger* BKM, F-B-36 և *Blakesleatrispora* BKM F-978-ի միցելային սնկերի կենդանի և սպանված կենսազանգվածով Cu-ի, Pb-ի իոնների ադսորբցիայի ուսումնասիրություններ՝ կախված կենսազանգվածի և ակտիվ տիղմի փոխհարաբերության ժամանակից և մետաղների կոնցենտրացիայից: Հետազոտության արդյունքները ցույց են

տվել, որ սնկերի կենսազանգվածի ոչ մեծ քանակության դեպքում՝ 1,45 մգ/լ, մետաղների մոտ 60%-ը ադսորբցվում է 1 ժամվա ընթացքում: Կենսազանգվածի քանակության աճը մինչև 2,7 գ/լ ավելացնելիս, մետաղի հիմնական մասը սորբցվում էր առաջին 20 րոպեների ընթացքում:

Հետևաբար, մետաղակայուն մանրէները կարող են կիրառվել մետաղներով աղտոտված շրջակա միջավայրի կենսամաքման կենսառեմեդիացիայի նպատակով:

ՑԻՏՈՄԵԳԱԼՈՎԻՐՈՒՄԱՅԻՆ ՎԱՐԱԿԻ ՈՐՈՇ ՀԱՐՑԵՐԻ ՎԵՐԱԲԵՐՅԱԼ

Ն.Մուրադյան, Տ. Ոսկանյան

ՀԲԻ Մանրէաբանության, վիրուսաբանության, իմունաբանության և էկոլոգիայի ամբիոն

*ՀՀ ԱՆ Ա.Բ.Ալեքսանյանի անվ. համաճարակաբանության, վիրուսաբանության և բժշկական մակաբուծաբանության ԳՀԻ
գիտ. դեկ բ.գ.դ., պրոֆ. Գ. Մելիք -Անդրեասյան, բ.գ.թ. Լ.Ոսկանյան*

Մարդու ախտաբանությունում ներկայումս աճում է այն վարակների նշանակությունը, որոնց սրացումը և կլինիկական դրսևորումը պայմանավորվում է օրգանիզմի իմունային անբավարարության վիճակով: Նման հիվանդությունների շարքում առաջատարներից մեկը հանդիսանում է ցիտոմեգալովիրուսով (ՑՄՎ) հարուցված վարակը:

Ներկայացված աշխատանքում ՑՄՎ-ի տարածվածություն ուսումնասիրման նպատակով բնակչության տարբեր խմբերում իրականացվել են շճաբանական հետազոտություններ:

Նյութեր և մեթոդներ: Հետազոտության մեջ ընդգրկվել են 670 մարդ, ընդ որում, 120՝ 0-14 տարեկան երեխաներ (անհաս նորածիններ, պայմանական առողջ երեխաներ), 550՝ 15-70 տարեկան անձինք (արյան դոնորներ, հղի կանայք, բարդացած մանկաբարձական անամնեզով կանայք, պայմանական

առողջներ): Արյան շիճուկներում իմունոֆերմենտային անալիզի մեթոդով որոշվել են ՑՄՎ-ի հանդեպ M և G դասի հակամարմիններ (IgM հակա- ՑՄՎ, IgG հակա-ՑՄՎ):

Արդյունքներ և քննարկում: Իրականացված հետազոտությունները ցույց տվեցին, որ առողջ բնակչության միջինում 85% վարակված է ՑՄՎ-ով (IgG հակա-ՑՄՎ առկայություն) և արձանագրվում է տարիքի հետ վարակվածության աճ: Այսպես, 50-ի մոտ հասակային խմբում հետազոտվածների մոտ 98% մոտ հայտնաբերվել են համապատասխան հակամարմիններ:

ՑՄՎ-վարակի ակտիվությունը հղիության ընթացքում խիստ վտանգավոր է պտղի զարգացման համար: Շճադրական հղիների 10%-ի (55) մոտ դինամիկայում գրանցվել է IgG-հակա-ՑՄՎ տիտրի քառակի աճ, ինչը վկայում է վարակի սրացման մասին: Վերջինը 70% (56) դեպքերում զուգորդվել է IgM հակա-ՑՄՎ հայտնաբերմամբ: Շճաբացասական 5 հղիների կրկնակի հետազոտությունների ժամանակ հայտնաբերվել են IgM հակա- ՑՄՎ, վկայելով հղիության ընթացքում վարակման մասին, ինչը առավելապես վտանգավոր է պտղի համար: Բարդացած մանկաբարձական անամնեզով կանանց մոտ բացահայտվել է 100% վարակվածություն:

Պայմանական առողջ երեխաների արյան շիճուկներում 22% դեպքերում առկա էին IgG հակա-ՑՄՎ: Անհաս նորածինների խմբում 78% երեխաների մոտ հայտնաբերվել են IgG հակա-ՑՄՎ, իսկ 23% դեպքերում IgM հակա- ՑՄՎ, վերջինների հայտնաբերումը փաստում է հնարավոր ներարգանդային վարակումը:

Ստացված արդյունքները վկայում են բնակչության շրջանում ՑՄՎ-ի լայն շրջանառության մասին, համաճարակաբանական գործընթացում բարձր տարիքային խմբերի ակտիվ ընդգրկվածությամբ: Պարզաբանվել է ՑՄՎ-վարակի ակտիվության նշանակությունը նորածինների և հղիության ախտաբանությունում:

**ՎԻՐՈՒՍԱՅԻՆ ՀԵՊԱՏԻՏ Ա-Ի
ՀԱՄԱՃԱՐԱԿԱՔԱՆԱԿԱՆ ՕՐԻՆԱԶԱՓՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ**

Հ.Խաչատրյան

*ՀՔԻ Մանրէաբանության, վիրուսաբանության, իմունաբանության և
էկոլոգիայի ամբիոն*

*ՀՀ ԱՆ Ա.Բ.Ալեքսանյան անվան համաճարակաբանության, վիրուսաբանության և
բժշկական մակաբուժաբանության ԳՀԻ*

գիտ. դեկ. ք.գ.դ.պրոֆ. Գ. Մելիք-Անդրեասյան, ք.գ.թ. Լ.Ոսկանյան

Վիրուսային հեպատիտները առ այսօր հանդիսանում են առողջապահության և բժշկագիտության հիմնախնդիրներից մեկը: Դա կանխորոշվում է մարդու առողջության վրա այդ վարակների բացասական ազդեցությամբ, ինչպես նաև հսկայական սոցիալ-տնտեսական վնասով: Համաճարակաբանական տեսանկյունից, ելնելով հարուցչի փոխանցման հիմնական մեխանիզմից, վիրուսային հեպատիտները բաժանվում են երկու խմբի՝ ընդերային և արտաընդերային: Ընդերային հեպատիտները, մասնավորապես հեպատիտ Ա-ն (ՀԱ), ներկայումս դարձյալ մեծ ուշադրության է արժանանում և, հետազոտողների կարծիքով, համարվում է, որ մենք ականատես ենք դառնում «հին հիվանդության նոր գոտեմարտին» :

Ներկա աշխատանքի նպատակ է. ուսումնասիրել ՀԱ-ի համաճարակաբանական գործընթացը:

Նյութեր և մեթոդներ: Վիրուսային հեպատիտներով հիվանդացության վերլուծման համար օգտագործվել են 20 տարիների (1995-2014թթ.) ընթացքում սուր հեպատիտների արձանագրված դեպքերի պաշտոնական վիճակագրական տվյալները: Բնակչության տարբեր տարիքային խմբերի իմունակառուցվածքի պարզաբանման նպատակով հետազոտվել է 3195 անձանց արյան շիճուկներ: ՀԱ վիրուսի հանդեպ IgG դասի հակամարմինները (IgG հակա-ՀԱՎ) որոշվել են իմունոֆերմենտային անալիզի մեթոդով:

Արդյունքներ և քննարկում: ՀԱ-ի հիվանդացության բազմամյա շարժընթացում արձանագրվում է իջեցման արտահայտված միտում, ընդ որում, եթե ընդհանուր բնակչության շրջանում հիվանդացության ինտենսիվ ցուցանիշը իջել է մոտ 30 անգամ, ապա մինչև 14 տարեկան երեխաների խմբում՝ մոտ 50 անգամ:

Վերջին տարիներին փաստվում է սուր վիրուսային հեպատիտների պատճառագիտական կառուցվածքի փոփոխությունը: 2003-2014թթ. ընթացքում

առանձին նոզոլոգիական ձևերի տեսակարար կշիռների վերլուծության արդյունքները ցույց են տալիս, որ առաջին հինգ տարիների ընթացքում ՀԱ-ի մասնաբաժինը, չունենալով առանձնակի տատանումներ, միջինում կազմում էր 82,1%: Հետագայում (2008-2014թթ.) դիտվում է ՀԱ-ի մասնաբաժնի իջեցման միտումը (79,4; 75,5; 69,2; 48,5, 43,2, 33,8, 36,4 %):

Շճաբանական սկրինինգի արդյունքները վկայում են, որ ընդհանուր առմամբ, բնակչության շրջանում ՀԱ-ի վիրուսի հանդեպ հակամարմինների հայտնաբերման մակարդակը կազմել է 49,6%: Մինչև մեկ տարեկան երեխաների գրեթե կեսի (48,8 ±4,5%) արյան մեջ կան հակա-ՀԱՎ, ինչը կարելի է բացատրել նրանց մոտ մայրական հակամարմինների առկայությամբ: Հարկ է նշել, որ ՀԱ-ի իմունաբանական դրոշմների հայտնաբերման հաճախականությունը հստակ կերպով կախված է եղել հետազոտվող անձանց տարիքից: Այսպես, 1-3 տարեկան հասակային խմբում հակամարմինների հայտնաբերման մակարդակը կազմել է 13,9±2,9%, 4-6 տարեկաններինը՝ 23,0±2,9%, 7-10 տարեկաններինը՝ 28,1±2,4%: 15-19 տարեկան դեռահասների (39,1±4,2%) և 20-29 անձանց գրեթե կեսի (47,3±2,2%) մոտ հակամարմինների առկայությունը վկայում է ՀԱ-ի համաճարակային գործընթացում երիտասարդության ակտիվ ներգրավվածության մասին: 30-39 տարեկանների մոտ հակա-ՀԱՎ հայտնաբերվել է 65,2±1,8% , իսկ 40 –ից բարձր տարիքում՝ 73,6±1,6% դեպքերում: Վերջին ցուցանիշը փաստում է այն, որ 40 տարեկանից բարձր ազգաբնակչության 1/3-ը ենթակա է ՀԱ վարակման վտանգի:

Այսպիսով, համաձայն առողջ բնակչության տարբեր տարիքային խմբերում ՀԱ վիրուսի հանդեպ իմունային կառուցվածքի պատկերի, մինչև 14 տարեկան երեխաների շուրջ ¼-ը ձեռք է բերում իմունիտետ ՀԱ-ի վիրուսի նկատմամբ, իսկ երիտասարդ տարիքի գրեթե կեսն ընդգրկվում է այս վարակի համաճարակաբանական գործընթացում:

ԱՐՏԱԸՆԴԵՐԱՅԻՆ ՎԻՐՈՒՄԱՅԻՆ ՀԵՊԱՏԻՏՆԵՐԻ
ԴՐՈՇՄՆԵՐԻ ՏԱՐԱԾՎԱԾՈՒԹՅՈՒՆԸ

Ս. Գրազյան, Մ. Պողոսյան

*ՀԲԻ Մանրէաբանության, վիրուսաբանության, իմունաբանության և
էկոլոգիայի ամբիոն*

*ՀՀ ԱՆ Ա.Բ.Ալեքսանյանի անվ. համաձարակաբանության, վիրուսաբանության և
բժշկական մակաբուժաբանության ԳՀԻ*

գիտ. դեկ. Բ.Գ.Պ. պրոֆ. Գ.Մելիք-Անդրեասյան, Բ.Գ.Թ. Լ.Ոսկանյան

Արտաընդերային վիրուսային հեպատիտների, մասնավորապես հեպատիտ Բ-ի (ՀԲ) և հեպատիտ Ց-ի (ՀՑ) առանձնահատկությունը ջնջված, ատիպիկ, անախտանիշ ձևերի գերակշռությունն է: Պաշտոնապես արձանագրվող հիվանդացությունը, որը հիմնականում ներկայացվում է հիվանդության մանիֆեստային ձևերով, հանդիսանում է «այսբերգի» միայն գազաթը և լիարժեք պատկեր չի տալիս վարակի տարածվածության ծավալների մասին: Ուստի ՀԲ-ի և ՀՑ-ի վիրուսների իրական տարածվածության գնահատման համար անհրաժեշտ է առողջ բնակչության և վարակման բարձր ռիսկի տարբեր խմբերի շճաբանական մշտադիտարկումը: Բարձր վարակման ռիսկի խմբերի հետազոտությունները խիստ կարևորվում են առանձին խմբաքանակների համաձարակաբանական գործընթացի ինտենսիվությանը նպաստելու աստիճանի պարզաբանման տեսանկյունից:

Աշխատանքի նպատակն է ուսումնասիրել Հայաստանի Հանրապետության ազգաբնակչության տարբեր խմբերի ՀԲ և ՀՑ վիրուսներով վարակվածության մակարդակը:

Նյութեր և մեթոդներ: Պարէնտերալ հեպատիտների` ՀԲ-ի և ՀՑ-ի դրոշմների հանդեպ իմունոֆերմենտային անալիզի մեթոդով` հետազոտվել են ընդհանուր առմամբ 1500 անձ` «պայմանական» առողջ բնակչության և վարակման բարձր ռիսկի խմբաքանակներ` սեռական ճանապարհով փոխանցվող վարակներով, տուբերկուլյոզով, հեմոդիալիզի հիվանդներ և ներարկային թմրանյութեր գործածողներ: Որոշվել են ՀԲ վիրուսի մակերեսային անտիգենը (HBsAg) և հակամարմիններ ՀՑ վիրուսի հանդեպ (հակա-ՀՑ4):

Արդյունքներ և քննարկում: «Պայմանական» առողջ բնակչության շրջանում HBsAg և հակա-ՎՀՑ հայտնաբերվել է $1,8 \pm 0,2\%$, $3,6 \pm 0,3\%$ ($p < 0,05$) մոտ համապատասխանաբար, ինչը վկայում է, որ Հայաստանը ՀԲ-ի և ՀՑ-ի տարածվածության մակարդակի առումով շարունակում է մնալ միջին էնդեմիկության

երկրների շարքում: Մյուս կողմից, հայտնաբերվել է, որ վերը նշված ռիսկային խմբերի վարակվածության տվյալները / բացառությամբ տուբերկուլյոզով հիվանդների / զգալի բարձր են առողջ բնակչության մոտ արձանագրված տվյալներից: Նշված ռիսկի խմբերում HBsAg տարածվածության մակարդակը եղել է $16,4 \pm 1,7\%$, $2,0 \pm 0,6\%$, $8,2 \pm 1,7\%$, $8,8 \pm 1,8\%$ ($p < 0,05$) դեպքերում համապատասխանաբար: Հակա-ՀՑՎ հայտնաբերվել է $10,2 \pm 1,7$, $9,0 \pm 1,3\%$, $29,4 \pm 2,9\%$, $64,0 \pm 3,0\%$ ($p < 0,05$) դեպքերում համապատասխանաբար:

Վերջաբան: Պարենտերալ հեպատիտների հանդեպ շճաբանական սրկինինգի արդյունքները վկայում են, որ բարձր վարակման ռիսկի խմբերը ունեն բավականին ակտիվ դեր համաճարակաբանական գործընթացի ակտիվության պահպանման համար:

**ԱՌՐՏԱՅԻ ՏԱՐԲԵՐ ԲԱԺԻՆՆԵՐԻ ՊԱՏԻ ԿԱՌՈՒՑՎԱԾՔԱՅԻՆ
ՓՈՓՈԽՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ ԿԱՆՎԱԾ ՏԱՐԻՔԻՑ**

Խ. Հարությունյան

*ՀԲԻ նորմալ և ախտաբանական անատոմիայի ամբիոն
գիտ. դեկ. Ա. Հարությունյան*

Վերջին ժամանակներում ոչ միայն աճում է սիրտ-անոթային համակարգի հիվանդությունների թիվը, այլ նաև դրանց «երիտասարդացման» գործընթաց է նկատվում:

Տարիքային փոփոխությունների ենթարկվում են ինչպես բոլոր օրգան-համակարգերը, այնպես էլ անոթները, հատկապես աորտան, որը որպես էլաստիկ տիպի անոթ, ավելի հաճախ է ենթարկվում աթերոսկլերոտիկ փոփոխությունների: Բացի այդ, երբեմն մակրոսկոպիկ հետազոտությամբ աորտայի ինտիմայում կարելի է հանդիպել հատուկ բարձիկներ կամ գծեր, որոնք գրականության մեջ հայտնի են որպես «ֆունկցիոնալ կամ ռիթմիկ ստրուկտուրաներ»:

Մեր դիտարկումներից պարզվեց, որ աորտայի ներքին մակերեսը, կախված տարիքից, հակում ունի մեծանալու: Հավասարաչափ մեծանում է նաև պերիմետրիկ ցուցանիշը:

Ըստ բիոքիմիական հետազոտության տվյալների, վաղ մանկական տարիքում աորտայի պատում կոլլագենի քանակն ավելանում է, ամենաշատը՝ որովայնային հատվածում: 4-7 տարեկանների մոտ նվազում է, նորից սկսում է ավելանալ և իր առավելագույն քանակին հասնում է 15-20 տարեկանների մոտ՝ առավելագույնը՝ որովայնային աորտայում: Հասուն տարիքում և հետագայում կոլլագենի քանակը կրկին աճում է՝ միջինը կազմելով $3,9 \pm 0,03$:

Էլաստինի քանակի ուսումնասիրումը ցույց տվեց, որ մինչև 1 տարեկանը քանակը ավելանում է, 1-3 տարեկանների մոտ գրեթե կրկնակի նվազում է, հաջորդ տարիքային խմբերում աննախադեպ աճում է, հատկապես 8-14 տարեկանների մոտ, 25 տարեկանից հետո էլաստինի քանակը նվազում է, հատկապես որովայնային աորտայում: Նվազագույն քանակին հասնում է հասուն տարիքում, իսկ ծերունական տարիքում քանակը նվազում է աննշան:

Ռիթմիկ ստրուկտուրաների ուսումնասիրումից պարզվեց, որ նրանք ավելի հաճախ հանդիպում են աորտայի ինտիմայում՝ երիտասարդ տարիքում՝ 20-39 տարեկանների մոտ, ավելի հաճախ աորտայի որովայնային հատվածում: Տարիքի մեծացմանը զուգընթաց նրանց քանակը նվազում է, 70-80 տարեկանների մոտ հանդիպում է 3-4% դեպքերում: Հիմնականում տեղակայվում են աորտայի աղեղում, որովայնային աորտայի հետին պատում, աորտայի աղեղից դուրս եկող անոթների բացվածքների շուրջը:

Այսպիսով՝ աորտայի պատը ձևավորվում է ամբողջ մանկական տարիքում, առաջին տասնամյակի վերջում՝ եռապատկվում: Նորածնային հասակից մինչև խոր ծերություն նվազում է էլաստինի քանակը, ավելանում է կոլլագենի քանակը: 60-70 տարեկանների մոտ գրեթե 3 անգամ էլաստինի քանակը քիչ է՝ 20 տարեկանի հետ համեմատած: Ռիթմիկ ստրուկտուրաները տարիքի հետ կապված ենթարկվում են օջախային սկլերոզի:

ՎԱՀԱՆԱԶԵՎ ԳԵՂԶԻ ՀՅՈՒՄՎԱԾՔԱԲԱՆԱԿԱՆ ՓՈՓՈԽՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ
ՀԻՊՈԿԻՆԵԶԻԱՅԻ ՊԱՅՄԱՆՆԵՐՈՒՄ

Ա. Համբարձումյան

*ՀԲԻ նորմալ և ախտաբանական անատոմիայի ամբիոն
գիտ. դեկ. Կ.գ.թ.դոցենտ Դ. Մելիքսեթյան*

Օրգանիզմի կենսագործունեության կարևոր նախապայմաններից է նրա շարժունությունը: Ժամանակակից տեխնոլոգիաների բարգավաճմանը զուգընթաց, հիպոկինեզիան արդիականանում է որպես ախտաբանական երևույթ, դառնալով ուսումնասիրության առարկա մի շարք ոլորտներում: Այն հանգամանքը, որ հիպոկինեզիան բացասաբար է ազդում բոլոր օրգանների և օրգան-համակարգերի վրա, արձանագրվել է բազմաթիվ գիտնականների կողմից:

Աշխատանքի հիմնական նպատակն է՝ ներկայացնել ճագարի վահանաձև գեղձի հիստոմորֆոլոգիական փոփոխությունները հիպոկինեզիայի պայմաններում:

Ներկայացվող հետազոտությունում ճագարները 90 օր պահվել են հատուկ շարժունությունը սահմանափակող վանդակներում: Այդ ընթացքում ուշադրություն է դարձվել նրանց վարքագծին, արտաքին տվյալներին, քաշին և վահանաձև գեղձի կառուցվածքային, ֆունկցիոնալ փոփոխություններին:

Հիպոկինեզիան գրականության մեջ հիմնականում ուսումնասիրվել է գերշարժուն կենդանիների վրա, օրինակ՝ առնետների: Մեր ուսումնասիրության նյութը առանձնահատուկ է նրանով, որ փորձարարական կենդանին հանդիսանում է ճագարը, որը և իր շարժունությամբ, և վահանաձև գեղձի կառուցվածքով նման է մարդուն, ուստի հետազոտությունները տվյալ կենդանու օրգանիզմում կլինեն ավելի տեղեկատվական և նշանակալի:

Հետազոտության տվյալների ուսումնասիրությունից կարելի է եզրակացնել հետևյալը.

1. Հիպոկինեզիան՝ որպես արտակարգ գործոն, զգալի չափով ազդում է ճագարի օրգանիզմի վրա՝ փորձի երկրորդ ամսում հանգեցնելով հետին վերջույթների պարեզների և պարալիչների:

2. Վահանաձև գեղձի մանրադիտակային ուսումնասիրություններում մեծամասամբ դիտվում է օրգանի թերֆունկցիա, որն արտահայտվում է ֆոլիկուլների տրամագծի մեծացմամբ, իսկ որոշ դեպքերում նկատվում է գերֆունկցիա՝ ֆոլիկուլների տրամագծի փոքրացում: Կան նաև պատերի քայքայմամբ և ամբողջականության խախտմամբ առանձին ֆոլիկուլներ:

Այսպիսով, թերշարժունությունը որպես «սթես» գործոն, ինչպես ամբողջ օրգանիզմում, վահանաձև գեղձում ևս դրսևորվում է զգալի բացասական երևույթներով, ինչպիսիք են՝ առավել հանդիպող օրգանի թերֆունկցիան, թիրեոցիտների և կալցիտոնինոցիտների ձևափոխությունները, պարենքիմային դեստրուկտիվ փոփոխությունները:

ՎԱՀԱՆԱՁԵՎ ԳԵՂՁԻ ՌԵԳԵՆԵՐԱՑԻԱՆ ՍՈՎՈՐԱԿԱՆ ՊԱՅՄԱՆՆԵՐՈՒՄ

Ռ. Հովհաննիսյան

*ՀԲԻ նորմալ և ախտաբանական անատոմիայի ամբիոն
գիտ. դեկ. կ.գ.թ. դոցենտ Դ. Մելիքսեթյան*

Կենդանիների մոտ ռեգեներացիայի ընթացքի արդի խնդիրների շարքում զգալի տեղ է հատկացվում ներքին սեկրեցիայի գեղձերին և հատկապես նրանցում ընթացող ռեպարատիվ գործընթացների կարգավորման միջոցների և եղանակների ուսումնասիրությանը:

Կարևորագույն հարցերը, որոնք բնորոշում են աշխատանքի գիտական և գործնական նշանակությունը, դրանք ուսումնասիրության օբյեկտների ընտրությունը, ռեպարատիվ գործընթացների մորֆոֆունկցիոնալ օրինաչափությունները և դրանց ակտիվացման մեթոդերի ընտրությունն են:

Վերականգնողական գործընթացների հետազոտությանը նման համալիր մոտեցումը հնարավորություն է տալիս ուսումնասիրել ռեգեներացիան օրգանիզմի ռեակտիվ գործընթացների ամբողջության մեջ, որի մի մասն էլ հենց ռեգեներացիան է կազմում:

Որպես հետազոտության օբյեկտ վահանաձև գեղձի ընտրությունը պայմանավորված է եղել մի շարք գործոններով: Առաջին հերթին նրա դերը օրգանիզմի աճի և զարգացման գործընթացներում, նյութափոխանակության դինամիկայում, նրա ռեակտիվ դրսևորումներում:

Վահանաձև գեղձի հետազոտությունը ռեգեներացիայի փուլում հնարավորություն է տալիս ավելի լիարժեք ներկայացնել օրգանի ֆունկցիոնալ կառուցվածքային փոփոխությունները տարբեր պայմաններում:

Աշխատանքի նպատակն էր ներկայացնել ճագարների վահանաձև գեղձի հետտրավմատիկ ռեգեներացիան:

Ուսումնասիրելով ճագարների վահանաձև գեղձի հետտրավմատիկ ռեգեներացիան, կարող ենք նշել, որ վերականգնողական գործընթացներն ընթանում են ռեգեներացիոն հիպերտրոֆիայի օրինակով:

Դրա հետ մեկտեղ, բացահատման հատվածում ընթացող պարենքիմայի և հենքի մեր կողմից նկարագրված փոփոխությունները բնորոշ են վերականգնողական ռեակցիային, որը հանդիսանում է պաթոլոգիական գործընթացի բաղադրիչ:

Վերլուծելով ճագարների վահանաձև գեղձի հետտրավմատիկ ռեգեներացիան՝ մենք եկանք հետևյալ եզրակացությունների.

1) Ճագարի վահանաձև գեղձի 25% բացահատման պայմաններում զարգացող հետտրավմատիկ ռեգեներացիան ընթանում է ռեգեներացիոն հիպերտրոֆիայի եղանակով՝ առանց բացահատման հատվածում գեղձային նորագոյացությունների առաջացման:

2) Այդ ընթացքում ինտակտ մասը դրսևորում է կոմպեսատոր հիպերտրոֆիայի նշանների:

**ԶՐԱ-ԱՂԱՅԻՆ ՀՈՄԵՈՍՏԱԶԻ ՌԻԹՄՈԼՈԳԻԱԿԱՆ
ԱՌԱՆՁՆԱՀԱՏԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ**

Ա. Բորիսով

*ՀՐԻ նորմալ և ախտաբանական ֆիզիոլոգիայի ամբիոն
գիտ. դեկ բ.գ.դ. Լ.Բաբայան*

Ռիտմանասիրությունները կապված արտաքին միջավայրի գործոնների ազդեցությանը օրգանիզմի վրա դեռ վաղուց հետաքրքրել են հետազոտողներին: Գիտնականները բաժանում են եղանակային գործոնների ազդեցության հետեւանքով օրգանիզմի երկու տիպի ռեակցիաներ. մեթեոախտաբանական, երբ օրգանիզմը անկարող է պահպանել հոմեոստազը եւ ֆիզիոլոգիական, երբ օրգանիզմը ձեւավորում է նոր, կայուն դրություն:

1983թ. եւ 2015թ. դեկտեմբերի 1-ից ներառյալ 31-ը Երեւանի օդերեւույթաբանական կայանի կողմից տրամադրվել են օդի ջերմաստիճանի ($^{\circ}\text{C}$), մթնոլորտային ճնշման (մմ սնդիկի սյուն), քամու արագության (մ/վ) եւ օդի հարաբերական խոնավության (%) ամենօրյա 3-ժամյա ընդմիջումներով տվյալները: Ռիթմի ցուցանիշների գնահատման համար օգտագործվել է ամենափոքր քառակուսիների ոչ գծային մեթոդը եւ հետազոտվող կորի ֆրագմենտների կրկնության մեթոդը, որը հիմնված է դիսպերսիոն անալիզի վրա: Հետազոտվել է արտազատող ֆունկցիայի եւ եղանակի ցուցանիշերի ռիթմերի միջեւ կապը: Կորելացիոն կապերի հայտնաբերման նպատակով յուրաքանչյուր հետազոտվողի 3 օրվա 3-ժամյա ընդմիջումներով վերցված մեզի եւ միներալների արտազատման ցուցանիշերը, ինչպես նաեւ նույն օրերի նախորդող եւ հաջորդող 2 օրերի 3-ժամյա ընդմիջումներով եղանակի գործոնների ցուցանիշերը համատեղ ուսումնասիրվել են: Հետազոտությունները կատարված է Սպիրմենի մեթոդով սահեցնելով բիոռիթմերի յուրաքանչյուր տատանումը եղանակի ցուցանիշերի նկատմամբ: Ցուցանիշերի միջեւ կորելացիան համարվել է հավաստի, երբ նրա գործակիցը բարձր է 0.5-ից: Հետազոտվել է ցուցանիշերի կորելյատիվությունը, հաշվի առնելով բիոռիթմերի ակրոֆազաների առաջ անցնելը, միեւնույն ժամերին համընկնելը եւ ուշանալը եղանակի ցուցանիշերի ակրոֆազաների նկատմամբ: Հետազոտվել է 25 պրակտիկ առողջ մարդ: Ռիթմերը խմբավորել են համաձայն միջազգային դասակարգման (Coranderte F): Ռիթմեր, որոնք ունեն 3-20 ժամ պերիոդ

համարվել են ուլտրադիան, 20-28 ժամ-ցիրկադիան, 28-96 ժամ-ինֆրադիան: Ստացված տվյալները ցույց են տալիս, որ առողջ մարդկանց բնորոշ է հավաստի կոռեկցիոն կապ եղանակի ռիթմերի բիոռիթմերի միջեւ: Ղա վկայում է բիոռիթմերի եւ եղանակի ռիթմերի սինխրոնիզացիայի մասին (արտաքին սինխրոնիզացիա): Առողջ օրգանիզմի ֆունկցիաների ռիթմիկ տատանումները հանդիսանում են նրա ադապտացիայի արտահայտությունը եղանակի գործոնների ռիթմիկ փոփոխությունների նկատմամբ: Հետազոտությունները ցույց տվեցին, որ առողջ մարդկանց երիկամի ջուր եւ միներալ արտազատող ֆունկցիայի ակրոֆազերը հիմնականում առաջ են անցնում եղանակի ցուցանիշերի ակրոֆազաներից միջինը 12 ժամ: Կարելի է եզրակացնել, որ անհատական ադապտացիայի ձեւավորման պրոցեսում եղանակի գործոնների անընդմեջ փոփոխությունների նկատմամբ օրգանիզմի ջրա-աղային հոմեոստազի օպտիմալ դրությունը ապահովում է երիկամի արտազատող ֆունկցիայի ռիթմերի ճկունությամբ: Այսպիսով, արտաքին միջավայրի պայմանների նկատմամբ օրգանիզմի ադապտացիայի աստիճանի գնահատման ամենաինֆորմատիվ ցուցանիշը պետք է համարել բիոռիթմերի ակրոֆազաները:

ԷՍԵՆՑԻԱԼ ԵՎ ՊԱՅՄԱՆԱԿԱՆ ԷՍԵՆՑԻԱԼ ՄԻԿՐՈԷԼԵՄԵՆՏԱՅԻՆ ԿԱՐԳԱՎԻՃԱԿԸ ՆԱԽԱԴՊՐՈՑԱԿԱՆ ՏԱՐԻՔԻ ԵՐԵՒԱՆԵՐԻ ՕՐԳԱՆԻԶՄՈՒՄ

Ե. Անտոնյան

*ՀՔԻ ընդհանուր հիգիենայի և առողջապահության կազմակերպման ամբիոն
գիտ. դեկ. բ.գ.դ. Ս.Ղուկասյան, բ.գ.թ., դոցենտ՝ Յու.Զհանգիրյան*

Մանկական օրգանիզմի բոլոր համակարգերի ինտեսիվ ձևավորման և զարգացման գործընթացների ապահովման համար չափազանց կարևոր նշանակություն ունի միկրոէլեմենտային հավասարակշռության պահպանումը: Վերջին տարիներին օրգանիզմի էլեմենտային կազմի գնահատման համար

որպես կենսանյութ հաճախ օգտագործում են մազերը, որը հանդիսանում է հանքային փոխանակության գնահատման ինտեգրալ ցուցանիշ:

Հետազոտության նյութ է հանդիսացել մազը, որը հանդիսանում է տվյալների ստացման պարզ և ոչ տրավմատիկ եղանակ: Ի տարբերություն այլ կենսամիջավայրերի, էլեմենտների պարունակությունը մազերում թույլ է տալիս երկար ժամանակահատվածի ընթացքում պատկերացում կազմել այդ էլեմենտների՝ օրգանիզմ ներմուծման մասին:

Մասս-սպեկտրոմետրիկ եղանակով (“Elan 9000”-ԱՄՆ), ինդուկտիվ կապված արգոնային պլազմայով որոշվել է 15 քիմիական էլեմենտների (էսենցիալ՝ Fe, Cu, Co, Mn, Zn, Cr, Se և պայմանական էսենցիալ՝ As, B, Br, Li, Ni, V, Ti) պարունակությունը մազերում, խմելու ջրում և հողում: Մազերում տվյալների վերլուծությունը կատարվել է ըստ տարիքի, սեռի և առանձին մանկապարտեզների:

Կատարված հետազոտության արդյունքները ցույց տվեցին, որ հետազոտված միկրոէլեմենտների պարունակությունը մազերում, խմելու ջրի և հողի նմուշներում գտնվում են թույլատրելի նորմայի սահմաններում: Տարիքա-սեռային վերլուծությամբ պարզվեց, որ ըստ տարիքի՝ միկրոէլեմենտների միջին պարունակությունը մազերում գրեթե չի տարբերվում, բացառությամբ մանգանի, որը հավաստիորեն բարձր է 5 տարեկանների օրգանիզմում՝ մոտ 1,5 անգամ ($t=2,6$): Կան սեռային հավաստի տարբերություններ շուրջ 7 էլեմենտների առումով՝ Zn, Se, Cr, Mn, B, Ni, V: Մանկապարտեզների միջև նույնպես նկատվել է տարբերություն:

Հետազոտության արդյունքները ցույց տվեցին, որ ուսումնասիրված 16 միկրոտարրերի պարունակությունը նախադպրոցական երեխաների մազերում գտնվում է թույլատրելի նորմաների սահմաններում, որոշ դեպքերում՝ գերազանցում այն:

Այսպիսով, մեր կողմից կատարված հետազոտության արդյունքները վկայում են երեխաների մազերում միկրոէլեմենտների պարունակության առավելապես սեռային տարբերության մասին, քան տարիքային: Ստացված տվյալները հնարավորություն են տալիս պատկերացում կազմել մեր հանրապետությունում նախադպրոցական տարիքի երեխաների մազերում միկրոէլեմենտային վիճակի մասին:

**ՀՀ ՉՅՈՒՂԱԿԱՆ ՉԱՓԱՀԱՍ ԲՆԱԿՉՈՒԹՅԱՆ ՍՆՆՂԻ ՔԻՄԻԱԿԱՆ ԿԱԶՄԻ
ՀԻՊԻԵՆՏԻԿ ԲՆՈՒԹԱԳԻՐԸ**

Ն. Խաչատրյան, Է. Հովհաննիսյան

*ՀՔԻ ընդհանուր հիպոթեզայի և առողջապահության կազմակերպման ամբիոն
գիտ. դեկ. ք.գ.թ., դոցենտ Յու.Զհանգիրյան*

Աշխատանքում ներկայացվում է ՀՀ 18-60 տարեկան գյուղական բնակչության տղամարդկանց և կանանց փաստացի սննդի համեմատական հիպոթենիկ բնութագիրը: Հետազոտությունը կատարվել է 7-օրյա անկետա-հարցումային մեթոդով: Սեզոնային գործոնը բացառելու նպատակով ուսումնասիրությունը կատարվել է տարվա բոլոր սեզոններին: Սննդի կառուցվածքի հիպոթենիկ գնահատումը կատարվել է ըստ 22 հիմնական նուտրիենտների, որի համար օգտագործվել են սննդամթերքի քիմիական կազմի աղյուսակները: Ինչպես ցույց են տալիս հետազոտության արդյունքները՝ թեև տեխնիկայի զարգացումը նպաստել է գյուղական բնակչության էներգոծախսերի նվազմանը, այնուամենայնիվ օգտագործված սննդի կալորիականությունը ինչպես կանանց, այնպես էլ տղամարդկանց շրջանում չի ծածկում օրգանիզմի էներգոծախսերը համապատասխանաբար 16 և 20%-ով: Սննդային օրաբաժիններում անբավարար է եղել կենդանական ծագման սպիտակուցների պարունակությունը, որոնք բավարարել են օրգանիզմի ֆիզիոլոգիական պահանջն ընդամենը 31%-ով տղամարդկանց և 29%-ով կանանց մոտ: Արտահայտված է նաև ճարպերի դեֆիցիտը, որը կազմել է 57% տղամարդկանց և 54,5% կանանց սննդում: Սննդային օրաբաժինները լիարժեք չեն նաև վիտամինների պարունակության տեսակետից: Տղամարդկանց և կանանց ռացիոնում հայտնաբերվել է ուսումնասիրված գրեթե բոլոր վիտամինների դեֆիցիտ և հատկապես ասկորբինաթթվի՝ 27 և 35%, նիացինի՝ 36,5 և 28%, ռետինոլի՝ 71,4 և 66%, β-կարոտինի՝ 57,5 և 60% համապատասխանաբար, իսկ ռիբոֆլավինը՝ 50% երկու խմբերի համար: Հանքային տարրերից արտահայտված է կալցիումի դեֆիցիտը՝ 327մգ-ով (41%) կանանց և 275մգ-ով (34%) տղամարդկանց սննդում: Օգտագործվող սննդամթերքների միջին օրական հավաքածուի կառուցվածքում նկատվել է մսի և մսամթերքի՝ մինչև 20,

ծկնեղենի՝ 13, մրգերի՝ 3,5 և բանջարեղենի՝ 2 անգամ անբավարար սպառում պահանջվող քանակների համեմատ:

Ստացված տվյալների ամփոփումը թույլ է տալիս եզրակացնելու, որ հետազոտված գյուղական բնակչության սննդային օրաբաժիններում տարվա բոլոր սեզոններին սննդամթերքների անհրաժեշտ տեսականին խիստ անբավարար է, որով էլ պայմանավորված է մակրո և միկրոնուտրիենտների դեֆիցիտը և անհավասարակշռվածությունը, ինչը կարող է բերել առողջական վիճակի զանազան խանգարումների:

Հի կանանց, կերակրող մայրերի փաստացի սնունդը և սննդային գործոնների դերը հղիների երկաթդեֆիցիտային վիճակների և սակավարյունության զարգացման մեջ

Ի. Կոջոյան, Վ. Աղաջանյան

*ՀԲԻ ընդհանուր հիգիենայի և առողջապահության կազմակերպման ամբիոն
գիտ. դեկ. Բ.Գ.Թ., դոցենտ Յու.Ջհանգիրյան*

Երևան քաղաքի հղիների և կերակրող մայրերի փաստացի սննդի ուսումնասիրության արդյունքների վելուծությունը ցույց տվեց, որ ըստ հիմնական սննդանյութերի պարունակության և էներգիական արժեքի անհաշվեկշռված է և ոչ ռացիոնալ:

Հղիների և կերակրող մայրերի սննդային օրաբաժիններում վիտամինային ապահովվածության մակարդակի հետազոտությունից պարզվել է, որ վիտամինային անբավարարությունը կրել է համակցված պոլիավիտամինոզային բնույթ: Առավել հատկանշական է երկաթի 50%-ը գերազանցող անբավարարությունը հղիների և կերակրող մայրերի օրաբաժիններում:

Երևան քաղաքի հղիների մոտ բացահայտվել է երկաթդեֆիցիտային վիճակների և սակավարյունության բարձր հաճախականություն: ԵԴՍ դիտվել է 57,5% հղիների մոտ, հիմնականում թեթև աստիճանի (54,5%): Հղիության զարգացմանը զուգընթաց դիտվել է ԵԴՍ հաճախականության աճ՝ 9,5-42,5%:

Բացի սննդային գործոնից, ԵԴՍ զարգացմանը կարող են նպաստել հաճախակի հղիությունները, վիժումները, ծննդաբերությունները և քրոնիկ հիվանդությունները:

ԵԴ վիճակների և սակավարյունության աճի մասին են վկայում հղիության զարգացմանը զուգահեռ հեմոգլոբինի մակարդակի ($p < 0,001$) հավաստի նվազումը:

Հղիների արյան մեջ հեմոգլոբինի մակարդակի իջեցմանը զուգահեռ դիտվում է սննդային օրաբաժիններում սպիտակուցի, հատկապես կենդանական ծագման (հեմային երկաթի հիմնական աղբյուրի) անբավարար պարունակության խորացում ($p < 0,001$):

Մարմնի զանգվածի ինդեքսի ցուցանիշի և հղիության ընթացքում մարմնի զանգվածի աճի դինամիկայի մեր հետազոտությունները բացահայտել են 17,8% հղիների ՄՁԻ ցածր մակարդակ ($< 19,8 \text{ կգ/մ}^2$) և 23,3% հղիների՝ մարմնի զանգվածի անբավարար աճ:

Հղիների և կերակրող մայրերի սննդային օրաբաժիններում արձանագրվել է սննդամթերքի աղքատ և միօրինակ տեսականի: Կենսաբանական բարձրարժեք մթերքի՝ միս-մսամթերքի, կաթ-կաթնամթերքի, ձկնեղենի, ձվի միջին օրական քանակները 1,8–11 անգամ հղիների և 1,2 - 8,3 անգամ կերակրող մայրերի մոտ պակաս են հանձնարարվող քանակներից: Այդ անբավարարությունը առավել արտահայտվել է սակավարյունության խորացմանը զուգահեռ և ընդհանուր կալիորականության դիֆիցիտը լրացվել է հացի և հացամթերքի հանձնարարվող նորմերը գերազանցող սպառման մակարդակով:

**ԲԵՐԱՆԱՅԻՆ ՀԵՂՈՒԿԻ ԲՅՈՒՐԵՂԱՅԻՆ ՑԱՆՑԻ
ԿԱՌՈՒՑՎԱԾՔԱՅԻՆ ԱՌԱՆՁՆԱՀԱՏԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ**

Ա. Մամյան

ՀՔԻ ստոմատոլոգիայի ամբիոն

գիտ. դեկ բ.գ.դ. պրոֆեսոր Լ. Անդրիասյան

Մասնագիտական գրականության վերլուծությունը թույլ է տալիս եզրակացնելու, որ կենսաբանական հեղուկների, այդ թվում նաև բերանային հեղուկի կամ թքի կրիստալոգրաֆիայի ախտորոշիչ և կանխորոշիչ հնարավորություններն անբավարար են ուսումնասիրված: Նատիվ բերանային հեղուկի ուսումնասիրության համար վերջինս հավաքվել է 20-30 տարեկան տղամարդկանց /80 անձինք/ մոտ առավոտյան 9⁰⁰-9³⁰ ժամանակահատվածում, անոթի վիճակում: Բերանային հեղուկի մեկ կաթիլ կաթեցվել է սիլիցիումի թիթեղով պատված այլումինե պահիչի վրա և այն տեղադրվել է տեսաժրոդ-էլեկտրոնային մանրադիտակի վակուումային խցի մեջ:

Կատարված ուսումնասիրությունների արդյունքում առանձնացվել և նկարագրվել են նատիվ բերանային հեղուկի բյուրեղային ցանցի ինքնահավաքման հետևյալ տարատեսակները /ըստ դրանց հանդիպման հաճախականության/.

1. Բյուրեղային ցանցը տեղակայված է ֆացիայի /կաթիլի չոր հետքի/ պերիֆերիկ գոտում, իսկ կենտրոնական հատվածը համեմատաբար ազատ է բյուրեղներից: Նման պատկերն առավել հաճախակի է եղել մեր հետազոտություններում և դիտվել է 32 նմուշներում /40 %/:
2. Բյուրեղային ցանցը տեղակայված է ֆացիայի կենտրոնում, իսկ պերիֆերիկ գոտին ազատ է նման կառուցվածքային տարրերից: Այս տարատեսակը հանդիպել է 11 դիտարկումներում /13.7 %/:
3. Բյուրեղային ցանցի անհամաչափ բաշխում ֆացիայի ամբողջ մակերեսով՝ թե կենտրոնում և թե պերիֆերիկ գոտիներում ազատ տարածքների առկայությամբ: Տարատեսակը հանդիպել է 12.5 %:
4. Բյուրեղային ցանցի իսպառ բացակայություն: Հանդիպել է 10 % դեպքերում:
5. Բյուրեղային ցանցի համաչափ բաշխում ֆացիայի ամբողջ մակերեսով: Տարբերակի հանդիպման հաճախականությունը կազմել է 6 դեպք /7.5 %/:

6. Մենք առանձնացրել ենք նախորդ տարբերակի ևս մեկ տարատեսակ, որը նույնպես բնորոշվել է ֆացիայի ամբողջ մակերեսով բյուրեղային ցանցի համաչափ բաշխմամբ, սակայն՝ կենտրոնական հատվածում բյուրեղներն ունեցել են հստակ արտահայտվածություն և համեմատաբար խոչոր տարածական չափսեր:

7. Բյուրեղային ցանցը առանձին կղզյակների տեսքով տեղակայված է ֆացիայի կենտրոնական հատվածում և բնորոշվում է բյուրեղագոյացման պրոցեսների թույլ արտահայտվածությամբ:

8. Բյուրեղային ցանցի ապակենտրոն տեղակայում: Տարատեսակը հանդիպել է 4 դիտարկումներում /5.0 %/:

Այսպիսով, մեր կողմից իրականացված ուսումնասիրություններում, ֆացիայի կառուցվածքի առանձնահատկության առումով /բյուրեղային ցանցի, օրգանական երիզի և ազատ տեղամասերի հարաբերակցություն/, մեզ հաջողվել է առանձնացնել թվով 8 սկզբունքային տարատեսակներ: Ընդ որում, բավական հետաքրքրական է հետևյալ այն հանգամանքը, որ բոլոր այն դեպքերում, երբ ֆացիան զուրկ է եղել բյուրեղային կառուցվածքներից, իր հերթին սկզբունքային տարբերություններ է ունեցել նաև տվյալ ֆացիայի օրգանական երիզի կառուցվածքը, այն է՝ տարածա-ծավալային բնութագրերի բացակայությունը, որոնք ցայտուն երևում են բյուրեղային կառուցվածքներով հարուստ ֆացիայի առկայության պարագայում:

**ՊԵՐԻՈՂՈՆՏԻ ՍԵՆՍՈՐ ՖՈՒՆԿՑԻԱՅԻ ԱՌԱՆՁՆԱՀԱՏԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ
ՊԱՐՕՂՈՆՏԻ ԱԽՏԱԲԱՆՈՒԹՅԱՆ ԺԱՄԱՆԱԿ**

Մ. Շեխոյան

*ՀԲԻ ստոմատոլոգիայի ամբիոն
գիտ. դեկ բ.գ.դ., պրոֆեսոր Լ. Անդրիասյան*

Պերիոդոնտի սենսոր ապարատի ձևաբանական և ֆունկցիոնալ վիճակի գնահատումը խիստ կարևոր նշանակություն ունի ատամնաշարերի ծամիչ ֆունկցիայի վերականգնմանն ուղղված ցանկացած բուժական միջամտության

ալանավորման տեսանկյունից: Մեր կողմից նպատակ է հետապնդվել ուսումնասիրել պերիոդոնտի սենսոր ֆունկցիայի համեմատական առանձնահատկությունները պարոդոնտային համալիրի բնականոն պայմաններում և վերջինիս տարածուն բորբոքային ախտաբանության ժամանակ: Հետազոտությունն իրականացվել է պերիոսենսոմեր սարքի միջոցով:

Ուսումնասիրությունները ցույց են տվել, որ ՊՍՄ /պերիոսենսոմետրիայի/ բոլոր տվյալները բնականոն պարոդոնտ – թեթև - միջին պարոդոնտիտ ուղղությամբ՝ այսինքն պարոդոնտի կլինիկական կարգավիճակի վատթարացմանը զուգընթաց, ցուցաբերում են գրեթե համաչափ փոփոխությունների միտում: Այսպես, պարոդոնտի կլինիկորեն բնականոն վիճակից թեթև աստիճանի պարոդոնտիտ անցման ընթացքում ՊՍ-ը աճել է համապատասխանաբար 36,3 %-ով, 51,1 %-ով և 54,5 %-ով /21, 22 և 23 ատամներում/, իսկ պարոդոնտի կլինիկական վիճակի էլ ավելի ծանրացումը /միջին ծանրության ախտահարում/ ուղեկցվել է այդ ցուցանիշի ևս 32,1 %-ի, 56,3 %-ի և 22,3 %-ի աճով:

«Պահման» թեստի տևողության պարագայում նշված աճի միտումներն ունեցել են հետևյալ տոկոսային դրսևորումները. պարոդոնտի հյուսվածքների կլինիկական կարգավիճակի որակական փոփոխման առաջին փուլում /անցում դեպի հիվանդություն/ - 39,2 %, 34,8 % և 43,4 %, իսկ հիվանդության ընթացքի վատթարացմանը զուգընթաց՝ 18,2 %, 32,7 % և 18,5 %:

«Պահման» թեստի ամպլիտուդի ցուցանիշի առումով դիտվել է թվային մեծությունների հետևյալ տոկոսային աճը. բնականոն վիճակից հիվանդության անցման ընթացքում – 34,3 %, 125,2 % և 118,5 %, իսկ հիվանդության ընթացքի ծանրացմանը զուգընթաց – 15,0 %, 28,2 % և 16,9 %:

Ստացված տվյալները վկայում են այն մասին, որ պերիոդոնտի սենսոր ֆունկցիան զգալի փոփոխություններ է կրում պարոդոնտի բնականոն կլինիկական կարգավիճակից դեպի ախտաբանություն որակական անցման ընթացքում: Ընդ որում, հատկանշական է, որ տարբեր ատամների պերիոդոնտները ենթարկվում են տարբեր աստիճանի ֆունկցիոնալ փոփոխությունների:

ԱՏՈՄԱՏՈՒՈՒԳԻԱԿԱՆ ՎԻՆԻՐՆԵՐ

Մ. Մահալյան

Առողջապահության ազգային ինստիտուտի ստոմատոլոգիայի ամբիոն
գիտ. դեկ. բ.գ.դ., պրոֆեսոր Լ. Անդրիասյան

Ստոմատոլոգիական վինիրները շատ բարակ թիթեղներ են ձեռնապակուց, կերամիկայից կամ կոմպոզիտներից: Վինիրները թույլ են տալիս տալ ատամներին սիրուն և հավասար տեսք, ինչպես նաև վերականգնել ատամի գույնը, ինչը նրան չի տարբերի մնացած սեփական ատամներից:

Ի տարբերություն արհեստական պսակներից, վինիրները ծածկում են ոչ թե ամբողջ ատամը, այլ միայն նրա վեստիբուլյար մակերեսը և կտրող եզրը:

Վինիրների հաստությունը կազմում է 0,5-0,6 մմ, սակայն կան նաև շատ բարակ վինիրներ 0,3 մմ հաստությամբ, որոնք կոչվում են լյումինիրներ: Սրանց տեղադրման համար չի կատարվում ատամի տաշվածք:

Իսկական վինիրները պատրաստում են միայն կերամիկայից (հիմնականում ձեռնապակուց և ցիրկոնի երկօքսիդից): Գնային տեսակետից ավելի մատչելի են կոմպոզիտային վինիրները, որոնք պատրաստվում են հենց բերանի խոռոչում լուսակարծրացող պլոմբանյութերից:

Այսպես կոչված «հոլիվուդյան» վինիրները հենց կերամիկական վինիրներն են: Սրանց այլ կերպ անվանում են նաև անուղղակի վինիրներ, օրթոպեդիկ վինիրներ, քանի որ դրանք պատրաստում են ոչ թե ստոմատոլոգ-թերապևտները հենց բերանի խոռոչում, այլ ստոմատոլոգ-օրթոպեդները և ատամնատեխնիկները ատամնատեխնիկական լաբորատորիայում:

Ձեռնապակին համարվում է հիմնական նյութը վինիրներ պատրաստելու համար, որովհետև այն կառուցվածքով շատ նման է ատամի էմալին: Բացի այդ, այն շատ ամուր է, ժամանակի ընթացքում չի փոխում գույնը և կիսաթափանցիկ է: Այս ամենը թույլ է տալիս ստանալ գերազանց էսթետիկ արդյունք:

Ցիրկոնային վինիրները կազմված են 2 շերտից: Ներսից դրանք ունեն ցիրկոնի երկօքսիդի հիմք, իսկ դրսից ծածկված են ձեռնապակե շերտով: Ցիրկոնի երկօքսիդի շերտը պատրաստում են «CAD/CAM տեխնոլոգիայով»:

Սկզբում մշակում են ատամը վինիր տեղադրելու համար, որից հետո ատամից ստանում են եռաչափ չափս, որով համակարգչի օգնությամբ ստեղծում են վինիրի համար մշակված եռաչափ մոդել: Հատուկ ծրագիրը,

արդեն մասնագետի օգնությամբ, ձևավորում է ապագա վինիրը, իսկ տվյալները ուղարկում է հատուկ հղկող սարքավորման վրա: Ցիրկոնից վինիրները ավելի ամուր են, քան մամլման մեթոդով պատրաստված ճենապակե վինիրները:

Կոմպոզիտային վինիրները դա սովորական պլոմբան է, որը ծածկում է ատամի վեստիբուլյար մակերեսը: Էսթետիկորեն կոմպոզիտային վինիրները շատ են տարբերվում կերամիկականներից, ժամանակի ընթացքում կոմպոզիտային վինիրները մգանում են և փոխում գույնը : Այս վինիրները ավելի փխրուն են, քան կերամիկականը: Այդ պատճառով, եթե վինիրը պետք է ծածկի նաև կտրող եզրը, կոմպոզիտների կիրառումը նպատակահարմար չէ:

ՎԻՆԻՐՆԵՐԻ ԿԻՐԱՌՈՒՄԸ ԷՍԹԵՏԻԿ ՍՏՈՄԱՏՈԼՈԳԻԱՅՈՒՄ

Լ. Ալեքսանյան

*ՀՔԻ ստոմատոլոգիայի ամբիոն
գիտ. դեկ. բ.գ.թ., դոցենտ Կ.Քամայան*

Մեր ուսումնասիրության առարկան միկրոպրոթեզավորման նոր մեթոդ համարվող վինիրներն են, որոնք բուժման հիմնական մեթոդների հետ մեկտեղ այսօր լայնորեն կիրառվում են արդի ստոմատոլոգիայում:

Վինիրը բարակ թիթեղ է՝ նախատեսված ատամի վեստիբուլյար մակերեսի համար: Այն պատրաստվում է ուղղակի կամ անուղղակի եղանակով:

Ուղղակին՝ լամինատը, պատրաստվում է անմիջապես ատամի վրա:

Ցուցումներն են՝ տարիքի հետ կապված ատամի գույնի փոփոխություն, ատամի ձևի փոփոխություն, էմալի ֆլուորոզ, հիպոպլազիա, թերզարգացած ատամներ, վզիկային մասի անհավասար եզրագծում, լնդային ժպիտ/Gum smail/: Վինիրների պատրաստման ժամանակ ատամը տաշվում է նվազագույն՝ մինչև 0,5մմ: Սա պարտադիր է, որպեսզի ատամը չդառնա ուռուցիկ, անփայլ և անբնական: Նախընտրելի է օգտագործել առավել հեշտ և լավ հղկվող նյութեր՝ հիբրիդային և նանոկոմպոզիտներ: Կոմպոզիտային

վինիրները գերծ չեն թերություններից՝ ոչ լիարժեք հիգիենա, ժամանակ առ ժամանակ փայլեցման անհրաժեշտություն, փխրունություն, վերականգնվող եզրերի ապահերմետիկացում և պիգմենտավորում: Կոմպոզիտները քայքայվում են ալկոհոլից: Կախված անձնական հիգիենայից և ֆունկցիոնալ ծանրաբեռնվածությունից՝ կարող են ծառայել 5-8 տարի:

Անուղղակի վինիրները պատրաստվում են ատամնատեխնիկական աշխատանոցներում: Նորագույն այս մեթոդի կիրառման արդյունքները վկայում են, որ կերամիկական վինիրներն աչքի են ընկնում գույնի կայունությամբ, մշտական փայլով, կենսաիներտությամբ, գերազանց հիգիենայով, հիանալի էսթետիկայով և երկարաժամկետ պիտանելիությամբ: Աշխատանքը կատարվում է փուլերով՝

- 1-ին այց՝ մանրամասն հետազոտություն, դրոշմի ստացում՝ մոմով մոդելավորման համար /wax up/:
- 2-րդ այց՝ ստացված wax up-ը վերստուգվում է ատամի վրա /mock up/: Վինիրը չպետք է ընկղմվի լնդի ներքին սահման՝ էսթետիկական և պարօդոնտի առողջ վիճակը չխախտելու համար:
- 3-րդ այց՝ կատարվում է փորձարկում, սոսնձում, հարթեցում և փայլեցում:

Հետագայում գունային տարբերություններից խուսափելու համար լամինացիայի են ենթարկվում բոլոր ատամները: Առավել բարձրակարգ են հատուկ կարծրության վինիրները /Cerinate/, որոնք կարող են ծառայել մինչև 20 տարի: Այսօր վինիրները պատրաստվում են նորագույն՝ Cad/Cam տեխնոլոգիայով: Հայաստանում այն դեռևս լայն կիրառում չունի՝ բարձր գնի և սույն նորարարությանը լիարժեք տիրապետող սակավաթիվ մասնագետների պատճառով, սակայն մեր կարծիքով, իր բազմաթիվ առավելությունների շնորհիվ, ժամանակի ընթացքում մեծ պահանջարկ կվայելի:

Է. Մարզայան

*ՀՐԻ ստոմատոլոգիական ֆակուլտետ, ստոմատոլոգիայի ամբիոն
գիտ. դեկ. ք.գ.թ., դոցենտ Կ. Քամայան*

Մեր ուսումնասիրության թիրախ է ընտրվել՝ օրթոպեդիկ ստոմատոլոգիայում նորագույն թվային սարքերը: Այդ համախմբի անվանումն է «Cad/Cam» (computer aided design/manufacturing): Այս համակարգի կիրառումը դուրս է մղում մարդկային գործունը, հետևաբար նաև կոպիտ սխալները: Դժվարություններ կայացրեց այս սարքի որոնումը ՀՀ-ում, հանդիսանալով նորագույն թվային տեխնոլոգիա, այն թանկ է և պահանջում է ծանրակշիռ ներդրում: Ատամ կառուցելու ընթացքում կարևորում ենք 3 հիմնական հանգամանք՝ էսթետիկա, որակ, աշխատանքի ժամանակատարություն: Այս օղակներից մեկի խախտումը բերում է մյուսի կորստի: «Cad/Cam» համակարգի շնորհիվ հնարավոր է ապահովել այդ բոլոր հանգամանքները մեկտեղ: Չնայած «Cad/Cam» համակարգով պատրաստված բոլոր կոնստրուկցիաները գրեթե երկակի թանկ են, բայց ի հաշիվ այդ երեք հանգամանքների պահպանմանը, ունեն մեծ պահանջարկ: «Cad/Cam» համակարգի կազմում գտնվող «3D» սքաներները նախատեսված են և ներբերանային, և արտաբերանային սքանինգի համար: Ներբերանային սքաների շնորհիվ դուրս է մղվում խիստ ավանդական դրոշմի ստացման մեթոդիկան, ինչպես նաև դրան հաջորդող մի շարք փուլերը: Նախկինում ատամի գույնի որոշումը կատարվում էր մոտավորապես՝ բնական լույսի պայմաններում: Այսօր այն ճշգրիտ որոշում է «3D» ներբերանային սքաները: Հենց այս փուլն է, որ աշխատանքի մեջ ապահովում է լիարժեք էսթետիկան: «Cad/Cam» համակարգի թույլ տված սխալները ընդամենը 1:3000 են: Երկու սքաներների կողմից հնարավոր աշխատանքային շեղումը ընդամենը 12Նմ: Չանտեսեք այն փաստը, որը նույնիսկ Ա շարքի բժշկական սիլիկոնը դրոշմներում տալիս է 16 Նմ կրճատում՝ պրակտիկայում այն շատ զգալի է: Համակարգի կազմի մեջ գտնվող՝ ծրագրային ապահովումը ունի մի յուրահատուկ ֆունկցիա՝ դա հղկված ատամի և անշարժ կոնստրուկցիայի միջհպումային շրջանում մինիմալ ցեմենտի տարածքի ապահովումն է, որը թույլ է տալիս կոնստրուկցիայի փորձարկման ժամանակ պահպանել ատամի ավելի շատ կարծր հյուսվածք, քանզի հղկումը գրեթե 90% պակասեցվում է: Դա

Ֆիքսացիայի համար ապահովում է անրաժեշտ բուժերային զոնաներ: Ահա այստեղ է նկատվում աշխատանքի կատարելությունը: Այս ֆունկցիան շատ մեծ դեր է խաղում երեսպատիչների ֆիքսացիայի ժամանակ, որովհետև դրանք բացառում են նույնիսկ 1 միկրոմետր շեղում: Այսպիսով, երեսպատիչների պատրաստումը միանշանակ պետք է կատարվի «Cad/Cam» համակարգով: Ուսումնասիրությունը ցույց է տվել, որ այս համակարգով ֆրեզերային հաստոցի կողմից տիտանե համաձուլվածքից (TiO_2+Ni_2) պատրաստված կոնստրուկցիաները չեն թողնում որևէ բացասական ազդեցություն բերանի խոռոչում ի հաշիվ տիտանի իներտությանը, նաև հիպոալերգիկ են և չեն գրգռում լնդագրպանիկը: Թեպետ մեր տարածաշրջանում այս համակարգի բարձր գինը սահմանափակում է նրա լայն կիրառումը, սակայն գիտության առաջընթացը և նորանոր տեխնոլոգիաների ի հայտ գալը կնպաստեն մատչելիությանը և ավելի լայն կիրառմանը:

4 ՁԵՌՔՈՎ ԱՇԽԱՏԱՆՔԻ ՍԿԶԲՈՒՆՔՆԵՐԸ ԵՎ ԴՐԱ ՆՇԱՆԱԿՈՒԹՅՈՒՆԸ ԺԱՄԱՆԱԿԱԿԻՑ ՍՏՈՄԱՏՈՒՈՂՈՒԳԻԱՅՈՒՄ

Ի. Սահրադյան

*ՅԲԻ ստոմատոլոգիայի ամբիոն
գիտ. դեկ. Կ. Կարակյան*

Ստոմատոլոգիայում նորագույն տեխնոլոգիաների կիրառման հետ մեկտեղ բժիշկն ունի աշխատանքը ճիշտ կազմակերպելու, հիվանդների ընդունելության և սպասարկման որակի կատարելագործման կարիք: Դիտարկելով մի շարք ստոմատոլոգների աշխատանքը պարզ է դառնում, որ աշխատանքի ընթացքում նրանք հաճախ են ենթարկվում սթրեսի, ունենում են աշխատաժամանակի կորուստ, լարվածություն, որի պատճառով հաճախ նաև աշխատանքային վրիպումներ:

Հետազոտության նպատակն էր ուսումնասիրել ստոմատոլոգի և օգնականի համատեղ աշխատանքը և մշակել առաջարկներ այդ թիմային աշխատանքի արդյունավետության բարձրացման: Բժշկի և օգնականի աշխատանքը պետք է նախապես պլանավորված լինի: Բոլոր միջամտությունները կատարվում են միայն նստած դիրքում թե բժշկի, թե

օգնականի կողմից: Առաջարկված են հատուկ դիրքեր բժշկի, օգնականի և հիվանդի համար ժամացույցի թվատախտակով, ըստ որի աշխատանքային դաշտը բաժանվում է 4 գոտիների.

- | | |
|---|------|
| 1. Բժշկի աշխատանքային գոտի–ժամատախտակով | 7-12 |
| 2. Օգնականի աշխատանքային գոտի- ժամատախտակով | 2-4 |
| 3. Գործիքների փոխանցման գոտի-ժամատախտակով | 4-7 |
| 4. Ստատիկ (անշարժ) գոտի- ժամատախտակով | 12-2 |

Այս մեթոդը թույլ է տալիս ստոմատոլոգին լինել ձկուն աշխատել արագ, հեշտ և խնայել իր ժամանակի 25-40%:

ԱԼԵՐԳԻԿ ՌԵԱԿՑԻՎՆԵՐԻ ԲԱՑԱՀԱՅՏՈՒՄ ՆԱԽՔԱՆ ՊՐՈՏԵԶԱՎՈՐՈՒՄԸ

Մ. Աշուղաթոյան

ՀԲԻ ստոմատոլոգիայի ամբիոն

գիտ. դեկ. Կ. Կարակյան, Ա. Գևորգյան

Ակրիլային պրոթեզներից առաջացող խնդիրները բազմազան են և չնայած դրան՝ լայնորեն կիրառում են ստացել պրոթեզավորման մեջ: Դրանցից առաջացող տարբեր տիպի ալերգիկ ռեակցիաները խնդիր են հանդիսանում պրոթեզավորման համար: Ալերգիկ ռեակցիաները ամենից հաճախ հանդիպում են կանանց մոտ մենոպաուզաների ժամանակ և էստրոգեն-դեֆիցիտների դեպքում: Ալերգիաների հիմքում ընկած են ազատ մոնոմերները, որոնք ընկնելով լորձաթաղանթի վրա ներծծվում են և առաջացնում տարբեր տիպի ալերգիկ ռեակցիաներ: Նույնիսկ ճշգրիտ պատրաստված պրոթեզում ազատ մոնոմերները կազմում են 0,5%, իսկ արագ կարծրացման ժամանակ 3-5%: Ակրիլային ալերգենները կարող են առաջացնել 2 տիպի ռեակցիաներ՝ անհապաղ կամ դանդաղեցված տիպի: Ալերգիկ ռեակցիայի ֆոնին առաջանում է բորբոքում, որն ունի երկակի նշանակություն: Մի կողմից սա պաշտպանական ռեակցիա է, ուղղված ալերգենի ոչնչացմանը, մյուս կողմից առաջանում է լորձաթաղանթի վնասում: Ակրիլի մեջ գտնվող գունանյութերը իրենց հերթին

առաջացնում են նաև տոքսիկ ազդեցություն, որոնց բացառումը շատ դեպքերում պակասեցնում է ալերգիկ երևույթները:

Հետազոտության մեր խնդիրներն են հանդիսացել`

- Բացահայտել ալերգիկ ռեակցիաները նախքան պրոթեզավորումը
- Դրա հետ ուղեկցվող կոմպոնենտների ալերգոտոքսիկ ներգործության հայտնաբերումը:

Ելնելով դրանից, ակրիլային պրոթեզներից առաջացող ալերգիաները ըստ հետազոտությունների հանդիպում են 0,7-12,3%: Խնդրի լուծման համար 30 հիվանդների մոտ, ովքեր ունեին հակում ալերգիաների հանդեպ (պարզվել է անամնեզի ընթացքում) իրականացվել է հետազոտում: Բերանում պահել են պրոթեզի բազիսային ակրիլից պատրաստված 1,5 սմ երկարությամբ, 1սմ լայնությամբ, 1 սմ հաստությամբ օվալաձև նմուշ: Այն հաղորդակցվել է լորձաթաղանթի հետ 10 օրվա ընթացքում, օրական 6 ժամ ընդմիջումներով: Դա թույլ է տվել հայտնաբերել ինչպես անհապաղ բնույթի, այնպես էլ դանդաղեցված տիպի ռեակցիաները: Ընդ որում օգտագործվել է 2 նմուշ` միայն բազիսային ակրիլից անգույն և նրա հետ ուղեկցվող կոմպոնենտներից պատրաստված: Հետազոտումը իրականացվել է նույն խմբի անձանց շրջանում: 23% դեպքերում բացահայտվել է ալերգիկ ռեակցիա առանց ներկանյութի պատրաստված ակրիլային նմուշից, իսկ 29.6 % դեպքերում ներկանյութով պատրաստված նմուշից:

Մեր ուսումնասիրությունը ցույց է տալիս, որ բացառելով ուղեկցող կոմպոնենտները (ներկանյութ), ինչը իհարկե կբերի կոսմետիկայի կորստի, սակայն կնվազեցվեն ալերգոտոքսիկ երևույթները:

**ՏՐՈՄՔՈՑԻՏՆԵՐՈՎ ՀԱՐՍՏԱՑՎԱԾ ԱՌԻՏՈՊԼԱԶՄԱՆ ՈՐՊԵՍ
ԻՄՊԼԱՆՏԱՑԻԱՅԻ ԱՐԴՅՈՒՆԱՎԵՏ ՄԵԹՈԴ**

Ա. Հակոբյան

*ՀՔԻ ստոմատոլոգիայի ամբիոն
գիտ. դեկ. Հ. Պապիկյան*

Ուսումնասիրությունը իրականացվել էր գտնելու համար տրոմբոցիտներով հարուստ շիճուկի արդյունավետ կիրառման տարբերակներ իմպլանտացիայի մեջ, որը կնպաստի իմպլանտների օգտագործման բարդություններից առավել խուսափելուն և հետվիրահատական շրջանի ժամկետների կրճատմանը:

Ուսումնասիրության ժամանակ մեր առջև դրվել էին հետևյալ խնդիրները՝

1. Ուսումնասիրել իմպլանտացիայի արդյունավետությունը աուտոպլազմայի կիրառման պայմաններում
2. Գրանցել իմպլանտացիայից հետո հետվիրահատական վերականգման ժամկետները և ոսկրաինտեգրացիայի արդյունավետությունը
3. Ուսումնասիրել հիվանդների հոգեբանական տրամադրությունը և հարմարավետությունը միջամտությունից հետո:

Վերջին շրջանում նկատվում է, մեր կարծիքով, անհարկի թերի գնահատում այս տեխնոլոգիայի կիրառման և արդյունքների էֆեկտիվության նկատմամբ: PRF տեխնոլոգիա– Տրոմբոցիտներով Հարստացված Շիճուկ (երբեմն անվանում են PRP, նաև պլազմոթերապիա) –բժշկական տեխնոլոգիա, որը թույլ է տալիս ստանալ տրոմբոցիտների շիճուկ ֆիբրինի բարձր կոնցենտրացիայով, կամ այլ կերպ ասելով՝ ֆիբրինային թաղանթ:

ՏՀՇ զգալիորեն բարձրացնում է ստոմատոլոգիական և վիրաբուժական բուժման հարմարավետությունը ինչպես բժշկի, այնպես էլ հիվանդի համար՝ կրճատում է լավացման ժամկետները և դրանով փոքրացնում բուժման հետ կապված ցավային և անհարմարավետ զգացողությունները:

PRF տեխնոլոգիայի դրական կողմերը՝

- Լիարժեք անվտանգություն և ավերգիկ ռեակցիաների բացակայություն
- Հիվանդների հոգեբանական վիճակի բարելավում միջամտությունից հետո, հետվիրահատական փուլի կրճատում,

- Ալերգիկ ռեակցիաների բացակայություն
- Ոսկրային թիթեղի ինքնարժեքի իջեցում
- Բոլոր արհեստական թաղանթների փոխարինում

ԱՏԱՄՆԵՐԻ ՍՊԻՏԱԿԵՑՄԱՆ ԺԱՄԱՆԱԿԱԿԻՑ ՄԵԹՈԴՆԵՐԸ

Հ. Աբրահամյան

*ՀՐԻ ստոմատոլոգիական ֆակուլտետ
գիտ. դեկ. ԵՊԲՀ-ի թեր. ստոմատոլոգիայի ամբիոնի
դասախոս՝ Լ. Հարությունյան*

Մեր ուսումնասիրությունների թիրախ է ընտրվել ստոմատոլոգիայում առկա ատամների սպիտակեցման ժամանակակից մեթոդները:

Որպես բժշկ-ստոմատոլոգներ մեզ ավելի հետաքրքրում են պրոֆեսիոնալ եղանակները, որոնք իրականացվում են մասնագետի անմիջական վերահսկողությամբ և միջամտությամբ: Պրոֆեսիոնալ սպիտակեցումը կարելի է բաժանել երկու մեծ խմբի՝

Կոնսերվատիվ, որն իրենից ենթադրում է ատամների գույնի ձերմակեցում առանց ատամի կարծր հյուսվածքների ամբողջականության խախտման: Այն իր հերթին լինում է *պայմանական, քիմիական և լազերային*: Պայմանական ասելով հասկանում ենք այն մեթոդները, որոնք վերականգնում են ատամների նախկին գույնը, վերացնելով ատամնափառը և ատամնաքարերը: Դրանք են աբրազիվ մածուկով խոզանակումը, ավազաշիթային մեթոդը, ուլտրաձայնային մեթոդը: Քիմիական սպիտակեցման նպատակն է ձերմակեցնել բնական ատամները բուժառուի ցանկությամբ մինչև մի քանի երանգ: Եղանակներն են՝ քիմիական սպիտակեցում, առանց լույսի կիրառման և լույսի կիրառմամբ: Կարևորում ենք նշել, որ քիմիական սպիտակեցման ժամանակ օգտագործվող նյութերը կարող են հելի տեսքով, որն իր մեջ պարտադիր պարունակում է ջրածնի պերօքսիդ կամ կարբամիդի պերօքսիդ տարբեր կոնցենտրացիաներով:

Ռեկոնստրուկտիվ մեթոդ, որն իրենից ներկայացնում է ատամների հղկումը և հետագա վերականգնումը արհեստական կոնստուկցիաներով՝

- *Ղեկնարկի ռեզեկցիա*
- *Ատամների լամինացիա՝*
 1. Ուղղակի կոմպոզիտային ռեստավրացիա
 2. Երեսպատիչ (veneer)
 3. Արհեստական շապիկ

Էմալի միկրոաբրազիա. կարելի է դիտարկել որպես ինքնուրույն մեթոդ: Կատարվում է հատուկ նյութով, որը պարունակում է աղաթթու 6,6%, արազիվ միկրոմասնիկներ, սիլիցիումի կարբիդ (opalustre ultradent): Այսպիսով, ամփոփելով գալիս ենք այն եզրակացության, որ ատամների պրոֆեսիոնալ սպիտակեցումը, ըստ էության հանդիսանում է քիմիական եղանակ անկախ լույսի կիրառումից, քանի որ բոլոր մեթոդներում կիրառվող սպիտակեցնող նյութը պարունակում է ջրածնի պերօքսիդ կամ կարբամիդի պերօքսիդ:

Սպիտակեցումը առավելապես հանդիսանում է կոսմետիկ մեթոդ (բացառությամբ ֆլուորոզի որոշ տեսակները, որոնց դեպքում սպիտակեցումը հանդիսանում է բուժման եղանակ) և միայն մասնագիտական կոնսուլտացիայի օգնությամբ կարելի է ընտրել ճիշտ եղանակը կոնկրետ դեպքի համար:

ՀԵՄԱՆՔԻՈՄԱ

Գ. Պապիկյան

*Մ. Չերացու անվան պետական բժշկական համալսարան
ստոմատոլոգիական ֆակուլտետ
գիտ. դեկ. Ն. Սկրտչյան*

Հեմանգիոման դասվում է անոթային ուռուցքների շարքին: Հանդիպում է ավելի հաճախ (80%) դիմածնոտային շրջանում, հաճախ շրթունքների, այտերի, լեզվի, բերանի խոռոչի լորձաթաղանթի վրա, ինչպես նաև ծնոտներում: Հեմանգիոման բարորակ ուռուցք է, որը համարում են արյունատար անոթների զարգացման անոմալիա, մեծ մասը բնածին են և երեխաների մոտ կյանքի 1

տարվա ընթացքում երբեմն հետաձ է լինում, կամ էլ տարիքի հետ մեծանում է, երբեմն հյուսվածքի խորքերում մնալով աննկատ և ի հայտ գալով կյանքի ընթացքում: Դիմաճնոտային շրջանի փափուկ հյուսվածքների հեմանգիոման երբեմն համակցվում է դեմքի ոսկրերի կմախքի ախտահարման հետ: Հեմանգոմիան օժտված է ինֆիլտրատիվ աճով, ունի կրկնվելու հակում, սակայն ունակ չէ մետաստազավորման:

Կլինիկորեն հեմանգիոման մաշկի մակերեսից բարձր, հարթ բծավոր, վարդակարմրագույն կամ կապտաբոսորագույն հյուսվածքի հատված է՝ կազմված առատ կուտակված մազանոթներից և արտերիոլներից: Հեմանգիոմաներին բնորոշ է «սեղմման» և «լցման» ախտանիշը՝ նրա վրա ճնշում գործադրելուց, մատով սեղմելուց շատ արագ սպիտակում և դատարկվում են, իսկ բաց թողնելուց հետո աստիճանաբար լցվում են արյունով: Հիվանդի գլուխը կախելու դեպքում նկատվում է լցվածություն և ուռուցքի չափերի մեծացում: Երբեմն հեմանգիոմաներում շոշափմամբ հնարավոր է որոշել պինդ կլոր գոյացություններ, որոնք պետրիֆիկացված թրոմբոֆլեբիտներ են: Դրանց վրա ճնշում գործադրելիս հիվանդներն զգում են կտրուկ ցավ: Հեմանգիոմայի տրավմայի դեպքում առաջանում է արյունահոսություն և եթե դրան էլ միանում է ինֆեկցիա, ապա դա էլ բերում է բորբոքման: Հեմանգիոմայի տարածվածությունը հայտնաբերելու նպատակով կատարում են կոնստրաստ անգիոգրաֆիա, ինչպես նաև հետազոտման մյուս եղանակներն են ՀՏ, ՄՌՏ, ուլտրաձայնային հետազոտություն, պունկցիա և այլն: Պունկցիայի դեպքում ստանում են երակային արյուն: Հյուսվածաբանորեն տարբեր մեծության երակային և զարկերակային անոթների ցանց է, ծածկված միաշերտ էնդոթելյար բջիջներով: Անոթային ուռուցքների բուժումը կախված է տեսակից, տեղակայումից, բնույթից: Հիմնականում բուժումը վիրահատական է՝ ուռուցքի հեռացում, կարծրացման թերապիան, էլեկտրոկոագուլացիա, կրիոդեստրուկցիա: Կիրառում են ինչպես առանձին, այնպես էլ համակցված: Հեմանգիոմաները հեռացվում են վիրաբուժական եղանակով՝ բերող զարկերակի կապումով, իսկ վերքը կարում կամ էլ փակում են տեղային հյուսվածքներով: Կարծրացման թերապիան իրականացվում է 95%-անոց էթիլ սպիրտ նովոկայինով կամ լիդոկայինով: Մինչև սպիրտի ներմուծումը սահմանազատում են կարերով շրջակա հյուսվածքներից: Այնուհետև ներմուծում են ուռուցքի մեջ և դնում են ճնշող վիրակապ, որն էլ բերում է

ծավալի փոքրացման: Այս եղանակը կատարվում է 2 փուլով: Մեծ տարածվածություն է գտել նաև հեղուկ ազոտով կրիագդեցությունը: Եզրակացություն: Այսպիսով հեմանգիոման անոթային բնածին ուռուցք է, որը բերում է դեմքի դեֆորմացիայի և դիմածնոտային շրջանի ֆունկցիաների խանգարման: Ջարգացման պատճառները՝ հղիության ընթացքում կնոջ կրած վիրուսային հիվանդությունը, օգտագորած դեղորայքը, նաև բնակլիմայական պայմանները: Բուժումը վիրահատական: Հեմանգիոման անհրաժեշտ է կատարել փոքր տարիքում որպեսզի հետագայում ավելի տարածուն չլինի:

ՄԱՆԿԱԿԱՆ ՊՐՈԹԵԶԱՎՈՐՈՒՄ

Հ. Հարությունյան

*ՀԲԻ ստոմատոլոգիայի ամբիոն
գիտ. դեկ Դ. Մայիլյան*

Մանկական ատամները, հատկապես վաղ հասակում խիստ ենթակա են քայքայման: Անբարենպաստ բնապահպանական պայմանները, ոչ ճիշտ սննդակարգը, կաթնատամների ոչ լիարժեք խնամքը, ոչ ժամանակին ատամնաբույժի այցելությունը բերում է այն բանին, որ փոքրիկ այցելուները գալիս են ատամնաբույժի մոտ կարիեսի վերջին փուլում: Դա հանգեցնում է նրան, որ ոչ միշտ է հաջողվում պահպանել երեխայի կոտրված, քայքայված ատամները լիարժեք: Ատամների վաղաժամ կորուստի դեպքում 70%-ով ընկնում է ծանրաբեռնվածությունը մյուս ատամներին: 45% դեպքերում հեռացված ատամի կողքին գտնվող ատամը զբաղեցնում է դատարկ տեղը և թույլ չի տալիս, որ հիմնական ատամը հեշտ ու ճիշտ տեղակայվի: 40%-ով հավանական է կցվածքի բարձրության անկում: 75%-ով տեղի է ունենում խոսքի խաթարում: 55% դեպքերում ծամողական ատամների հեռացումից հետո ծամելիս առաջանում է դիսֆունկցիա և խթանում ստամոքս-աղիքային համակարգի խաթարմանը: Առաջանում է կոսմետիկ դեֆեկտ, որը հետևաբար առաջացնում է հոգեհուզական խնդիրներ (երեխան ամաչում է ծիծաղել):

Խնդիրներ, երբ կաթոնատամների պրոթեզավորումը անհրաժեշտություն է

1. Կարիեսից քայքայված ատամներ, որոնք վերականգնման ենթակա չեն
2. Ատամների տրավմա` (պսակի փշրվածք, արմատի կոտրվածք)
3. Ատամի ֆլուորոզ քայքայում
4. Վերնոսկրի բորբոքային պրոցես, որի պարագայում պահանջվում է անհապաղ ատամի հեռացում:
5. Պերիոդոնտիտի ժամանակ, երբ ատամը թուլանում է:
6. Կոսմետիկ բուժումից հետո, ատամի վնասումը կարիեսի և տրավմայի հետևանքով: Հատկապես դա ունի նշանակություն կտրող (կտրիչների) ատամների համար:

Խնդիրների լուծումը մանկական պրոթեզավորման միջոցով

Մանկական պրոթեզավորումը հնարավորություն է տալիս պահպանել ատամների առողջությունը և գեղեցկությունը: Նախապատվություն տալով ատամների վերականգնմանը, հնարավորություն է ընձեռվում կանխարգելել ատամնաշարի դեֆորմացիան և խախտումը: Բուժումը պրոթեզավորմամբ թույլ է տալիս պահպանել ատամների ֆունկցիան, բարելավել շնչառությունը, խոսքը, ատամների և ծնոտի աճը:

Մանկական հասակում պրոթեզավորման տեսակներն են`

- ներդիրներ` կիրառվում են մասնակի դեֆեկտ ունեցող ատամների վրա: Հանդիսանում է ամենակատարյալ եղանակը կոտրված ատամների պլոմբավորման ժամանակ, քանի որ ներդիրների միջոցով կարելի է վերականգնել ատամների անատոմիկ ձևն ու ֆունկցիան, չվնասելով շրջակա հյուսվածքները: Այդ պատճառով է ներդիրներով պլոմբավորումը մաքսիմալ օգտագործվում է մանկական պրակտիկայում: Արդյունավետությունը 75%-ից ավել է:
- Շապիկները կիրառվում են քայքայված ատամի պսակը վերականգնելու համար: Ատամը մշակվում է սովորական մեթոդով (կակղանի պահպանմամբ): Կիրարվում են ժամանակավոր շապիկներ, որոնք դասվում են պրոֆիլակտիկ և ֆիքսման տեսակներին: Դրանք կիրառվում են, օրինակ, կտրիչ ատամների ծայրի կամ անկյունի տրավմատիկ կոտրվածքի դեպքում բուժիչ նյութը ֆիքսելու համար: Նաև կիրառվում է կոնստրուկցիայի ֆիքսման համար, ատամնաշարի դեֆեկտների և ատամների տեղաշարժի պրոֆիլակտիկայի նպատակով: Արդյունավետությունը 75%-ից ավել է: Կամրջածև պրոթեզներ` կիրառվում են բուժիչ և պրոֆիլակտիկ մեթոդներով:

- Պրոֆիլակտիկ մեթոդը կիրառվում է միայն այն դեպքում, երբ բացակայում է մեկ ատամը: Կիրառում են շարժական կամրջածև պրոթեզներ կամ պրոթեզներ միակողմանի ամրացումով: Ատամի արմատի առկայության դեպքում կոնստրուկցիայի ֆիքսումը կատարվում է շտիֆտի օգնությամբ: Արդյունավետությունը 51% :
- Թիթեղյա պրոթեզներ՝ կիրառվում են ատամների մեծ մասի բացակայության պարագայում, օրինակ տրավմայից կամ ադենտիայից հետո: Հաճախ կաթնատամների պրոթեզավորման համար օգտագործում են շարժական կոնստրուկցիաներ և ատամնաշապիկներ: Շարժական պրոթեզը պատրաստվում է ատամնաշարի անհատական դրոշմի միջոցով: Շարժական կոնստրուկցիայում հաճախ ընդգրկում են լրացուցիչ էլեմենտներ՝ զսպանակներ, պտուտակներ, աղեղներ: Հիվանդի ֆիզիոլոգիաան աճի հիման վրա կոնստրուկցիաները ենթակա են փոփոխման: Արդյունավետությունը 55%:

ԵՐԵՆԱՆԵՐԻ ՄՈՏ ԽՐՈՆԻԿԱԿԱՆ ՊԻԵՆՆԵՖՐԻՏԻ ԲՈՒԺՄԱՆ ՈՐՈՇ ՀԱՐՑԵՐ

Դ. Ռոստոմյան

*ՀՐԻ ներքին հիվանդությունների ամբիոն
գիտ. դեկ բ.գ.դ., պրոֆեսոր Բ. Կիրակոսյան*

Պիելոնեֆրիտի ակտիվության հատկանիշների դինամիկան ծառայել է որպես ցուցանիշ հակաբակտերիալ պրեպարատների էֆեկտիվության գնահատման գործում պիելոնեֆրիտով տառապող երկու խումբ հիվանդների մոտ:

1. Բուժվածներ, որոնց մոտ հաշվի է առնվել մեզի միկրոֆլորայի հանդեպ հակաբակտերիալ պրեպարատների զգայունությունը, պրեպարատների կոնցենտրացիան արյան և մեզի մեջ, մեզում օպտիմալ pH-ի ստեղծումը:
2. Բուժվածներ՝ առանց վերը նշված պայմանների /ստուգիչ խումբ/
Մեր կլինիկական հետազոտությունները հաստատում են հակաբակտերիալ պրեպարատների օգտագործումը, հաշվի առնելով նրանց հանդեպ միկրոֆլորայի զգայունությունը:

Հիվանդների մեծ մասի մոտ – 83,5%, որոնց մոտ կատարվել է նմանատիպ հետազոտում և արեպարատները նշանակվել են հաշվի առնելով նրանց հանդեպ միկրոֆլորայի զգայունությունը, ունեցել ենք կլինիկո-լաբորատոր ռեմիսիա: Ռբան զուգահեռ, ստուգիչ խմբում ավելի հաճախ բացակայել է հակաբակտերիալ թերապիայի էֆեկտը / $P < 0,001$ / :

Բուժման ժամանակ մեզի միկրոֆլորայի հանդեպ հակաբակտերիալ արեպարատների զգայունության և արյան շիճուկի ու մեզի մեջ արեպարատի ՄՃԿ- ի/մինիմալ ճնշող կոնցենտրացիա/ ստեղծման ժամանակ ստացել ենք 83,7% լրիվ կլինիկո-լաբորատոր ռեմիսիա: Հիվանդների մոտ, որոնց արյան շիճուկում արեպարատի ՄՃԿ-ն չէր ապահովվել, բայց մեզում ստեղծվել էր արեպարատի կոնցենտրացիայի ապահովում, որը մի քանի անգամ գերազանցում էր ՄՃԿ-ն, լրիվ կլինիկո-լաբորատոր ռեմիսիա եղել է 80% դեպքերում: Մեզի pH-ի կորեկցիայի դեպքում ավելի հաճախ է ստացվել լրիվ կլինիկո-լաբորատոր ռեմի-սիա - 93,1 %, քան այն հիվանդների մոտ, որոնց մոտ մեզի pH-ի կորեկցիա չի կատարվել -75 % :Երեխաների մոտ, որոնք բուժվել են, հաշվի առնելով արյան շիճուկի և մեզի մեջ արեպարատի կոնցենտրացիան, երկարատև լրիվ ռեմիսիա պահպանվել է 72,7 % դեպքերում: Պրեպարատներով բուժելիս՝ մեզի pH-ի կորեկցիայի դեպքում և պահպանելով մյուս պայմանները լրիվ ռեմիսիայի հաճախականությունը մեծանում էր մինչև 77,7% :

Այսպիսով, կատարված հետազոտությունների արդյունքները վկայում են, որ հակաբակտերիալ թերապիայի էֆեկտիվության վրա ազդում են այնպիսի գործոններ, ինչպիսիք են մեզի ֆլորայի զգայունության որոշումը, արյան շիճուկում և մեզում արեպարատի կոնցենտրացիան, մեզի pH-ի կորեկցիան, բուժման տևողությունը և անընդհատությունը, նաև սպեցիֆիկ թերապիան:

**ԾՆԿԱՆ ՀՈՂԻ ԴԵՖՈՐՄԱՑՆՈՂ ՕՍՏԵՈԱՐԹՐՈԶԻ ՏԱՐԱԾՎԱԾՈՒԹՅՈՒՆԸ
ԲՆԱԿԶՈՒԹՅԱՆ 40 – 80 ՏԱՐԵԿԱՆ ԹԻՐԱԽԱՅԻՆ ԽՄԲԵՐՈՒՄ, ԷԹՆԻԿԱԿԱՆ
ԱՌԱՆՁՆԱՀԱՏԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ ԵՎ ԿՈՐԵԼՅԱՑԻԱՆ ՄԱՐՄՆԻ ԶԱՆԳՎԱԾԻ
ԻՆԴԵՔՍԻ ՀԵՏ (BMI)**

Ա. Հովհաննիսյան

ՀՐԻ ներքին հիվանդությունների ամբիոն

գիտ. դեկ. Վ. Մուկուչյան

Դեֆորմացնող օստեոարթրոզը անհայտ էթիոլոգիայի խրոնիկական պրոգրեսիվող հիվանդություն է, որը բնութագրվում է հողաճառի դեգեներացիայով և սուբխոնդրալ ոսկրերի կառուցվածքային փոփոխություններով, ինչպես նաև բացահայտ կամ լատենտ ընթացող չափավոր սինովիտով: Այն հանդիսանում է ողջ աշխարհում ամենահաճախ հանդիպող ռևմատոլոգիական բնույթի պաթոլոգիան, ընդ որում, 65-ից բարձր տարիքի անձանց մոտ այն հանդիպում է 50% դեպքերում, իսկ 75-ից բարձր տարիքի անձանց մոտ ավելի քան 90%-ի մոտ:

Մեր հետազոտության նպատակն էր՝ ի հայտ բերել հայկական պոպուլյացիայում օստեոարթրոզի տարածվածության աստիճանը՝ կախված մարմնի զանգվածի ինդեքսից (BMI), ցույց տալ էթնիկական գործոնի կորելացիան հիվանդության պաթոգենեզում:

Թիրախային խմբում ընդգրկվել են 40-80 տարեկան անձինք, ովքեր ունեցել են ցավ ծնկան հողերի շրջանում: Հիվանդության ախտորոշումը կատարվել է համաձայն ACR (Altman et al. 1991) ախտորոշիչ չափանիշների՝ օգտագործելով ծնկան հողերի ռենտգենոգրաֆիկ, սոնոգրաֆիկ, անթրոպոմետրիկ և կլինիկական տվյալները: Բոլոր հիվանդների մոտ կատարվել է ծնկան հողի R-գրաֆիա՝ երկու պրոյեկցիայով, ծնկան հողերի սոնոգրաֆիա, չափվել է մարմնի զանգվածը և հասակը, ինչպես նաև գնահատվել է հիվանդության ակտիվությունը՝ ըստ WOMAC-ի (Western Ontario & McMaster Universities Osteoarthritis Index):

Հետազոտության արդյունքները ցույց տվեցին, որ ծնկան հողերի շրջանում ցավի զանգատ ունեցող 301 անձանցից 284-ի մոտ (94.35%) ախտորոշվել է դեֆորմացնող օստեոարթրոզ, ընդ որում, 84-ի մոտ նկարագրվել է մեղիալ կամ

լատերալ մենիսկների վնասումներ՝ դեգեներատիվ կամ տրավմատիկ բնույթի (29.58%)։ 284-ից միայն 35-ի մոտ է BMI ≤ 25-ի (12.32%)։

Եզրահանգումներ՝ հետազոտության արդյունքում պարզ դարձավ, որ ծնկան հողի ցավերից գանգատվողների ճնշող մեծամասնությունը (94.35%) տառապում է դեֆորմացնող օստեոարթրոզով, որոցից 88 %-ը ունեն ավել քաշ, որը և մեծ դեր է խաղում հիվանդության ախտածագման մեջ՝ հանդիսանալով ավելորդ ծանրաբեռնվածություն մարմինը կրող՝ մասնավորապես ծնկան հողերի վրա, իսկ հաշվի առնելով, որ հիվանդների 1/3-ը (29.58%), որոնք բացառապես կանայք էին, ունի մենիսկների վնասում, կարելի է եզրակացնել, որ հայ կնոջ ապրելակերպը՝ հողերի գերծանրաբեռնվածությունը առօրյա կյանքում, սոցիալ-կենցաղային տարատեսակ գործոնների երկարատև ազդեցությունը, մարմնամարզության բացակայությունը և այլն, իր հերթին հանդիսանում է դեֆորմացնող օստեոարթրոզին հանգեցնող բացասական գործոն։

Ամփոփելով նշվածը, անհրաժեշտ է նշել, որ դեֆորմացնող օստեոարթրոզը կանխարգելելու նպատակով խորհուրդ է տրվում հետևել մարմնի քաշին, վարել առողջ ապրելակերպ, խուսափել հողերի գերծանրաբեռնվածությունից և զբաղվել մարմնամարզությամբ։

ՀԵՏՎԻՐԱՀԱՏԱԿԱՆ ՊԵՐԻՏՈՆԻՏԻ ԱՆՏՈՐՈՇՄԱՆ ԵՎ ԲՈՒԺՄԱՆ ԱՌԱՆՁՆԱՀԱՏՎՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ

Ս. Հարությունյան

*ՀԲԻ ընդհանուր վիրաբուժության ամբիոն
գիտ. դեկ. ք.գ.թ. դոցենտ Ս. Աղաբեկյան*

Պերիտոնիտը հետվիրահատական շրջանի ամենավտանգավոր բարդություններից է, որն ուղեկցվում է օրգանիզմի թունավորումով, նյութափոխանակության և արյան ռեոլոգիայի ծանր խանգարումներով, կենսական կարևոր օրգանների դեգեներատիվ փոփոխություններով և բարձր մահացությամբ։ Մեր հետազոտության նպատակն է ուսումնասիրել

հետվիրահատական պերիտոնիտի ընթացքի առանձնահատկությունները, ախտորոշման դժվարությունները և վիրահատական բուժման անբավարար արդյունքների պատճառները:

Վերլուծվել են հետվիրահատական պերիտոնիտի կապակցությամբ կրկնակի որովայնահատման ենթարկված 28 հիվանդների հիվանդության պատմագրերը՝ Գրիգոր Նարեկացի ԲԿ-ում: Հիվանդները եղել են 23-76 տարեկան, որից 21 արական և 31-ը՝ իգական սեռի: Հետվիրահատական պերիտոնիտի ախտորոշման համար հիմք են հանդիսացել հիվանդի գանգատները, որովայնի կլինիկական պատկերի առանձնահատկությունները, հեմոդինամիկ ցուցանիշների փոփոխությունը, լաբորատոր, ռենտգենյան և ուլտրաձայնային հետազոտությունների արդյունքները:

Հետազոտության արդյունքները ցույց են տվել, որ հետվիրահատական պերիտոնիտի պատճառները եղել են տարբեր՝ տարածված պերիտոնիտի շարունակումը, սահմանափակ պերիտոնիտի տարածումը, հիվանդության բարձիթոզի վիճակը, թույլ դիմադրողականությունը, վիրահատության տեխնիկական դժվարությունները: Հետվիրահատական պերիտոնիտ ավելի հաճախ դիտվել է ստամոքս աղիքային տրակտի և ենթաստամոքսային գեղձի վրա կատարված վիրահատություններից հետո: Այն զարգացել է ստամոքսի վրա կատարված վիրահատություններից հետո 5 հիվանդի մոտ, բարակ և հաստ աղիների վրա՝ 7, ապենդեկտոմիայից հետո՝ 3, լեղուղիների վրա՝ 2 և ենթաստամոքսային գեղձի վրա կատարված վիրահատություններից հետո՝ 11 դեպքերում: Ստամոքսի վրա կատարված վիրահատություններից հետվիրահատական պերիտոնիտը դիտվել է հիմնականում խոցային հիվանդության, չարորակ ուռուցքի և արյունահոսության կապակցությամբ կատարված ստամոքսի մասնահատումից: Աղիների վրա կատարված վիրահատությունների ժամանակ հիմնականում կատարվել է աղիների մասնահատում կամ կարում անհետաձգելի պաթոլոգիաների կապակցությամբ (պատռվածքներ, վիրավորումներ, օղակում, միջընդերային անոթների թրոմբոզ, ստրանգուլացիոն անանցանելիություն: Հաստ աղիքի վրա վիրահատությունները կատարվել են պլանային կարգով՝ ուռուցքի պատճառով կամ շտապ ցուցումներով՝ անանցանելիության կապակցությամբ (Հարթմանի վիրահատություն, կոլոստոմիա): Լեղային հետվիրահատական պերիտոնիտի պատճառը եղել է բիլիոդիգեստիվ բերանակցումների ժամանակ առաջացած

կարերի անբավարարությունը: Ենթաստամոքսային գեղձի վրա կատարած վիրահատությունից հետո հետվիրահատական պերիտոնիտի պատճառը հիմնականում եղել է տարածված պերիտոնիտի հետագա շարունակումը:

Հետվիրահատական պերիտոնիտի ախտորոշումը բոլոր դեպքերում ներկայացրել է լուրջ դժվարություններ, որը բացատրվում է հետվիրահատական շրջանում տարվող ակտիվ հակամիկրոբային և հակաթունային բուժման ֆոնի վրա զարգացող պերիտոնիտի կլինիկական ընթացքի առանձնահատկություններով: Դրանով է բացատրվում նաև կրկնակի որովայնահատումների ուշ ձեռնարկումը: Հետվիրահատական պերիտոնիտի կանխարգելումը և բուժումը բարդ խնդիր է: Առաջնահերթ միջոցառում է հանդիսանում վաղ կատարված կրկնակի որովայնահատումը, պերիտոնիտի օջախի հայտնաբերումը, իսկ այնուհետև որովայնի խոռոչի պատշաճ լվացումը և մի քանի խողովակներով դրենավորումը, հետվիրահատական շրջանում կազմակերպվող համալիր դեղորայքային և ինֆուզիոն թերապիան: Մահացությունը կազմել է 17.3 %, որի պատճառը եղել է ծանր ներթունավորումը, որովայնի խոռոչում թարախակույտերի, աղիքային խուղակների կամ էվենտերացիայի զարգացման ֆոնի վրա դիտվող հիպոպրոտեինեմիան, անեմիան, լյարդ-երիկամային և սիրտ-անոթային անբավարարությունը:

Այս ամենը հիմք է հանդիսանում ենթադրելու, որ հետվիրահատական պերիտոնիտի կանխարգելումը դա վաղաժամ ախտորոշումն է, օգտագործելով ժամանակակից գործիքային հետազոտությունները: Հետվիրահատական շրջանում ինտենսիվ թերապիա՝ հակաբիոտիկոթերապիա, վաղաժամ հիվանդի ակտիվացում, աղեստամոքսային տրակտի պարեզի կանխարգելում:

ՃՈՂՎԱԾՔՈՎ ՏԱՌԱՊՈՂ ՀԻՎԱՆԴՆԵՐԻ ԹԻՐԱԽԱՅԻՆ ԽՄՔԻ ԲՆՈՒԹԱԳՐԻՉՆԵՐԸ: ԲՈՒԺՄԱՆ ՄԵԹՈԴՆԵՐԸ

Մ.Հակոբյան

*ՀՔԻ վիրաբուժության ամբիոն
գիտ. դեկ. ք.գ.թ, դոցենտ Ս.Աղաբեկյան*

Վերջին տարիներին լայն թափ են ստացել տարբեր տիպի ճողվածքների վերաբերյալ քննարկումները: Կարևորագույն խնդիրներից է բուժման համար կիրառվող վիրահատության տեսակը: Հարցադրումները մեծապես ուղղված են դրանց ընտրությանը, առավելությունների ու թերությունների քննարկմանը:

Հետազոտության նպատակն է՝ բացահայտել ճողվածքով տառապող թիրախային խմբի առանձնահատկությունները և բուժման համար կիրառվող մեթոդները: Դիտարկվել են վերջին 3 տարիների տվյալները «Գրիգոր Նարեկացի» ԲԿ-ում:

Հետազոտության տվյալների հավաքագրումը կատարվել է առաջնային և երկրորդային եղանակներով: Առաջնային տվյալները հավաքագրվել են ԲԿ-ում կատարված բժշկական գրառումների հիման վրա: Կիրառվել են քանակական և որակական վիճակագրական վերլուծական մեթոդներ:

Համաձայն հետազոտության արդյունքների՝ ողջ ժամանակահատվածի կտրվածքով համանման խնդրով ԲԿ են դիմել 56 հիվանդներ, այդ թվում՝ 40 (71.4%) տղամարդ և 16 (28.6%) կին: Ընդհանուր հիվանդների միջին տարիքը 58 է: Հիվանդների բուժման միջին տևողությունը 6-7 օր: Վիրահատությունները կատարվել են մասամբ ցանցով, մասամբ էլ առանց ցանցի: Մասնավորապես, տղամարդկանց (40) վիրահատությունների 50%-ը (20 վիրահատություն) կատարվել է ցանցով, իսկ մյուս 50%-ը՝ առանց ցանցի: Մինչդեռ, կանանց (16) շրջանում՝ 31.1% և 68.8% համապատասխանաբար:

Հիվանդների մոտ ավելի հաճախ հանդիպող ճողվածքների տեսակներն են եղել հետվիրահատական վենտրալ և ներուղղվող աճուկային, ապա պորտային ներուղղվող, սպիտակ գծի, որովայնի առաջային պատի ճողվածքները և այլն: Ճողվածքահատումը կատարվել է տարբեր եղանակներով՝ այդ թվում՝ պլաստիկ ըստ Մեյոյի, պլաստիկ ըստ Բասինի, պլաստիկ ըստ Լիխտենշտեյնի և այլն: Դիտարկվել է նաև հիվանդների մոտ ուղեկցող հիվանդությունների առկայությունը: Բուժվողների միայն 19.6%-ի մոտ են

այդպիսիք գրանցվել, այդ թվում՝ վարիկոզ հիվանդություն, զարկերակային հիպերտենզիա, շաքարային դիաբետ և այլն:

Անփոփելիվ վերը քննարկվածը՝ կարող ենք ասել, որ այլ հավասար պայմաններում հիվանդի միջին տարիքը տատանվել է 58–ի շուրջ: Առավել հաճախ հանդիպող ճողվածքի խնդիր ունեցողը եղել է արական սեռի: Ճողվածքի առավել հաճախակի հանդիպող տեսակը եղել է աճուկային կամ հետվիրահատական վեներալ: Ավելի հաճախ ուղեկցվող հիվանդության վտանգ չի եղել: Ինչ վերաբերում է հիվանդության բուժման ժամկետին, ապա այն միջինում տևել է 7 օր: Կիրառվել են տարբեր վիրահատական մեթոդներ, կախված իրավիճակից, սակայն ավելի հաճախ կատարվել են ցանցի կիրառությամբ:

ՍՏՐԵՏՉԻՆՔԻ ԴԵՐԸ ԱՌՈՂՋԱՐԱՐԱԿԱՆ ՖԻԶԿՈՒՆՏՈՒՐԱՅՈՒՄ

Լ. Ավետիսյան, Դ. Ավետիսովա

ՀՔԻ մանկաբարձության և գինեկոլոգիայի ամբիոն

գիտ. դեկ. ք.գ.դ. պրոֆեսոր Մ. Աղաջանյան

Վերջին տարիներին մեծ հետաքրքրություն է դրսևորվում ստրետչինգի նկատմամբ: Ստրետչինգը՝ վարժությունների և դիրքերի մի համակարգ է մկանների, կապանների, ջլերի, իրանի և վերջույթների ձգման համար:

Հետազոտության նպատակն է եղել՝ ուսումնասիրել ստրետչինգի ազդեցությունը առողջարարական ֆիզիկական կուլտուրայով զբաղվող ավագ տարիքի մարդկանց վրա:

Հետազոտությանը մասնակցել են 45-65 տարեկան առողջարարական ֆիզկուլտուրայով զբաղվող 17 կին, որոնց պարապմունքների 70%-ը կազմել են ստրետչ-վարժությունները:

Առողջարարական խմբում 4-ամսյա պարապմունքների արդյունքում դիտվել է ձկունության բարելավում՝ հետազոտվող կանանց մոտ ձկունության մակարդակը աճել է 3.81 ± 1.03 սմ-ից մինչև 6.12 ± 1.86 սմ ($P < 0.05$):

Կոնքազդրային հողի շարժունակության հետազոտությունը, որը կատարվել էր Պատրիկի մեթոդով, ցույց տվեց շարժունների ծավալի մեծացում: Ընդ որում, հետազոտության սկզբում ծնկի և թախտի միջև տարածությունը կազմում էր 4.45 ± 0.31 սմ ձախ ոտքի համար և 3.73 ± 0.19 սմ աջ ոտքի, իսկ վերջում՝ համապատասխանաբար հավասար 1.12 ± 0.08 սմ ձախ ոտքի համար և 0.14 ± 0.03 սմ աջ ոտքի համար ($P < 0.05$):

Ֆիզիկական աշխատունակության մակարդակը ըստ PWC150 մեծության, աճել է 998.4 ± 99.75 կգմ/րոպ. ցիկլի սկզբում, մինչև 1162.09 ± 94.46 կգմ/րոպ. ցիկլի վերջում:

Պասի ներածական և հիմնական մասերում նկատվում է ՍԿՀ արագացում. ներածական մասում՝ վազքից հետո (120-150 զարկ/րոպե), հիմնական մասում՝ պարային տարրերից և ցատկերից հետո (130-160 զարկ/րոպե), ինչպես նաև պարտերում կատարվող վարժություններից հետո՝ ծնկների վրա կանգնած, նստած և կողքի վրա (125-140 զարկ/րոպե): Պարապմունքի ավարտական մասում ՍԿՀ-ն նվազում է մինչև 90-100 զարկ/րոպե և պարապմունքի վերջում վերադառնում է ելակետային մակարդակին:

ԶՃ մեծությունը մինչև պարապմունքը գտնվում էր 118/81 – 115/78 մմ ս/ս սահմաններում, պարապմունքից հետո՝ 120/88 - 118/75 մմ ս/ս:

Այսպիսով, ինչպես հետևում է բերված տվյալներից, մարզումային բեռնվածությունը համապատասխանում է պարապողների հնարավորություններին և չի առաջացնում վերականգնողական գործընթացների դանդաղեցում:

Հետազոտության եզրահանգումները

Առողջարարական ֆիզկուլտուրայով զբաղվող հասուն և տարեց հասակի կանանց մոտ՝

- ձգման վարժությունները մեծացնում են ողնաշարի ճկունության մակարդակը և շարժումների տատանասահմանը հողերում,
- ստրետչինգը նպաստում է ընդհանուր ֆիզիկական աշխատունակության մակարդակի բարձրացմանը, որը գնահատվում է PWC150 մեծությամբ,
- սրտանոթային համակարգի ցուցանիշները վկայում են դինամիկ բեռնվածության կատարման խնայողականության և արդյունավետության աճի մասին:

ԱՐՏԱՐԳԱՆՂԱՅԻՆ ՀՂԻՈՒԹՅԱՆ ՈՐՈՇ ՀԱՐՑԵՐ

Ձ. Իսկանդարյան

ՀԲԻ մանկաբարձության և գինեկոլոգիայի ամբիոն

գիտ. դեկ. Ա.Սարիբեկովա

Վերջին տարիներին ամբողջ աշխարհում գրանցվել է արտարգանդային հղիության աճ, որը մայրական մահացության պատճառներից մեկն է հանդիսանում:

Կախված ձվաբջջի իմպլանտացման վայրից, տարբերում ենք՝ փողային հղիություն, որը ավելի հաճախ հանդիպող ձևերից է (99.5%): Պտղածուն կարող է իմպլանտացվել փողի ամպուլյար մասում (43%), նեղուցային մասում (54%) և արգանդային մասում (3%): Ձվարանային հղիություն հանդիպում է 0,1-0,2% դեպքերում: Որովայնային հղիություն 0,3% դեպքերում: Պարանոցային հղիություն 0,01% դեպքերում:

Կցանկանայինք ներկայացնել մեր դիտարկումը:

Հղի կինը Մ.Լ. ծնված 1989 թ., դիմել էր գինեկոլոգին հետևյալ գանգատներով՝ դեպի ուղիղ աղի, ազդր ճառագայթող, աջ զստափոսի ցավերով: Մաշկը և տեսանելի լորձաթաղանթը գունատ: Որովայնի շոշափման ժամանակ աջ ենթազստային շրջանում շոշափվում էր խմորանման կոնսիստենցիայի, խիստ ցավոտ անորոշ ուրվագծով գոյացություն: Ուլտրաձայնային հետազոտման ժամանակ ձվաբջիջը չհայտնաբերվեց արգանդի խոռոչում: Աջ արգանդափողի ամպուլյար հատվածը այտուցված էր, լայնացած 5-6 սմ չափսով: Ախտորոշվեց արտարգանդային հղիություն: Կատարվեց վիրահատական միջամտություն և հեռացվեց աջ արգանդափողը և կատարվեց որովայնի խոռոչի դրենավորում:

Գրականության և մեր կողմից իրականացված հիվանդության պատմությունների ուսումնասիրությունը խոսում է այն մասին, որ արտարգանդային հղիության առաջացման պատճառներն են՝ արգանդի և նրա հավելումների բորբոքային հիվանդությունները, սեռական ճանապարհով փոխանցվող վարակները, վիրահատական միջամտությունները որովայնի խոռոչում: Ախտորոշման համար ավելի շատ տեղեկատվություն է տալիս խորհոնալ գոնադոտրոպինի հետազոտումը արյան և մեզի մեջ, լապարասկոպիան, ուլտրաձայնային հետազոտությունը:

Ա. Մահակյան

*ՀՔԻ մանկաբարձության և գինեկոլոգիայի ամբիոն
գիտ. դեկ. ք.գ.թ. Ի. Աթանեսյան*

Ամուսնությունը համարվում է ամուլ (չբերություն, sterilitas), եթե 24 ամիսների ընթացքում զույգը ապրել է սեռական կյանքով առանց հակաբեղմնավորիչներ օգտագործելու, սակայն կինը չի հղիացել: Ըստ վերջին տվյալների, Հայաստանի Հանրապետությունում անպտղության հաճախականությունը կազմում է 10-15%: Տարբերում ենք առաջնային և երկրորդային, բացարձակ և հարաբերական չբերություն: Առաջնային է այն չբերությունը, երբ սեռահասուն, բնական սեռական կյանքով ապրող զույգը ամուսնության առաջին 2 տարիների ընթացքում չի բեղմնավորվել, իսկ երկրորդային է, երբ կինը արդեն գոնե մեկ անգամ հղիացել է: Երկրորդային չբերության պատճառներն են՝ նախկինում ունեցած արհեստական կամ ինքնաբեր վիժումները, ախտաբանական ծննդաբերությունը, արտարգանդային հղիությունը: Չբերությունը համարվում է բացարձակ, երբ օրգանիզմում առկա է ախտաբանական վիճակ (արգանդի և ձվարանների բացակայություն, սեռական օրգանների բնածին արատներ): Չբերությունը համարվում է հարաբերական, երբ ախտաբանական պատճառները կարող են հեռացվել: Տվյալ պատճառներից են փողերի անանցանելությունը, երբ բեղմնավորված ձվաբջջի տեղաշարժը դեպի արգանդի խոռոչ դժվարանում է, կամ ձվաբջջը ոչնչանում է, էնդոկրիզմի խանգարումները, սեռական համակարգի բորբոքային հիվանդությունները, վնասվածքները: Տղամարդկանց ամլությունը՝ առաջնային խանգարումներ ամործիներում՝ վարիկոցելե, օրխիտները, կրիպտորխիզմ, սպերմատոզոիդների անշարժություն, պրոստատիտ, իմպոտենցիա, սերմնարանի կամ սերմնաբջջերի բնածին բացակայություն, սեռական ակտի բացակայություն, հոգեբանական գործոններ: Չբերության ժամանակ կանանց հետազոտությունը իրականացվում է առաջին հերթին ՍՃՓՀ բացահայտման համար (ՄԻԱՎ, սիֆիլիս, գոնորեա, խլամիդիա), 3 պարբերաշրջանների ընթացքում հեշտոցային հետազոտում՝ ֆունկցիոնալ ախտորոշման տեստերով, արտադրուկի մանրէաբանական և

մանրադիտակային ուսումնասիրություն, փոքր կոնքի օրգանների ՉՁՀ, հիստերոսալպինգոգրաֆիա: Տղամարդկանց հետազոտություններից են ՍՃՓՀ-ի հետազոտությունը, միզասեռական վարակների հիվանդությունների հետազոտություն, էյակուլյատի (սերմնաժայթքում) հետազոտությունը (pH), սպերմատոզոիդների խտությունը, շարժունակությունը: Հղիության առաջանալու համար անհրաժեշտ են տղամարդու և կնոջ կառուցվածքային և ֆունկցիոնալ բնականոն սեռական օրգաններ և հետևյալ հինգ գործոնների միաժամանակյա առկայություն`

1.կենսունակ սպեռմա

2.արգանդի վզիկի թափանցիկ խցան

3.անցանելի փողեր

4.ծվագատում

5.արգանդի լորձաթաղանթի ֆունկցիոնալ լիարժեքություն:

Զբերության կանխարգելման հիմնական միջոցառումը սեռական օրգանների բորբոքային հիվանդությունների ժամանակին կանխումն ու բուժումն է, արհեստական վիժումների արգելումը, անձնական հիգիենայի կանոնների պահպանումը:

Ամփոփելով նշենք, որ չբերությունից խուսափելու համար և ցիկլի խանգարման դեպքում (հատկապես սեռական հասունացման շրջանում) անհրաժեշտ է ժամանակին դիմել բժշկի:

ԲՈՎԱՆԴԱԿՈՒԹՅՈՒՆ

Լ. Ասատրյան	- Հայկական բժշկական ինստիտուտը 25 տարեկան է.....	3
Յու.Թադևոսյան	- Ողջույնի խոսք.....	4
Գ.Գևորգյան	- Ողջույնի խոսք.....	5
Հ.Դանիելյան-	Մարդը որպես բժշկական ճանաչողության օբյեկտ և առարկա.....	6
Հ. Մկրտչյան-Էֆթանազիայի քրեաիրավական բնութագիրը.....		7
Ս. Հարությունյան	- Հասարակական հոգեբանություն և հասարակական կեցություն: Հասարակական հոգեբանության կառուցվածքը.....	9
Ս. Էլոյան	- Ուսուցման տարբեր համակարգերում սովորողների ֆիզիկական Զարգացման առանձնահատկությունները.....	11
Դ. Նարինյան	- Աշակերտների սիրտ-անոթային համակարգի ցուցանիշների փոփոխ ությունները և դրանց շտկումն օլիպիական շրջանի ընթացքում.....	13
Տ. Արշակյան	- Ուսանողների օրգանիզմի գործառական հնարավորությունների ուսումնասիրությունը լավանդայի եթերայուղի և ֆիզիկական ծանրաբեռնվածության պայմաններում.....	14
Լ. Ղուկասյան	- IX դասարանի աշակերտների հեմոդինամիկայի	
Կ. Հովհաննիսյան	ցուցանիշների փոփոխություններն ուսումնական ծանրաբեռնվածության ազդեցության պայմաններում.....	16
Ս. Եզանյան	- Ծայրամասային սպիտակ արյան մորֆոֆունկցիոնալ ցուցանիշների փոփոխությունների բնույթը.....	18
Ս. Հարությունյան	- Մեղրախոտի էրիթրոպոեզ խթանող ազդեցությունը իմոնոբիլիզացիոն սթրեսի դինամիկայում.....	19
Ա.Սարգսյան	- Մեղրախոտի շտկող ազդեցությունը ճագարների արյան գլյուկոզի պարունակության և կատալիզի ակտիվության վրա իմոնոբիլիզացիոն սթրեսի դինամիկայում.....	21
Վ. Սարգսյան	- Տաուրինի և սակավարշարժության համակցված ազդեցությունը ծայրամասային կարմիր արյան ցուցանիշների վրա.....	23
Ս. Տոնոյան	- Ծայրամասային սպիտակ արյան ցուցանիշների փոփոխությունների բնույթը տաուրինի և հիպոկլինեզիայի համակցված ազդեցության ինամիկայում.....	24
Ա. Համբարձումյան-Ֆիզիկական ծանրաբեռնվածության ազդեցությունը ուսանողների հեմոդինամիկայի ցուցանիշների վրա.....		26

Լ. Կարապետյան – Միլիմետրային տիրույթի էլեկտրամագնիսական ճառագայթման ազդեցությունը արտի գործունեության վրա.....	27
Ն. Ադամյան – Օրգանիզմի ինտեգրատիվ դաշտի փոփոխությունը թթվածնաքաղցի պայմաններում	29
Ս. Աղաբեկյան- Լավանդայի էթերայուղի ազդեցությունը ուսանողների արտի ռիթմի սպեկտրալ ցուցանիշների վրա	31
Հ. Կարապետյան-Սպիտակ առնետի ուղեղի D –ամինաթթվային օքսիդազը.....	32
Ն. Հայրապետյան- Գուանոզինդեզամինազի իզոմերների ակտիվության գնահատումը.....	34
Լ. Կարապետյան – Շնչառության փոփոխությունները սթրեսի ժամանակ.....	35
Դ. Բորիսով - Հակացնցումային հակաէպիլեպտիկ դեղամիջոց պուֆեմիդի ազդեցությունը առնետների վրա փորձարարական ախտաբանության պայմաններում.....	37
Ս. Համայակյան - Տեղակալված տետրահիդրո- β –կարբոլինների հակացնցումային (հակաէպիլեպտիկ) ազդեցությունը.....	39
Է. Մարգարյան, Ս. Անտոնյան - Մանրէների զգայունությունը հակաբիոտիկների Ա. Առաքելյան, Ն. Սարգսյան նկատմամբ.....	41
Կ. Գևորգյան-Կանդիդոզների կլինիկական ընթացքի առանձնահատկությունները, բուժման և կանխարգելման ստրատեգիան.....	43
Լ. Զոհրաբյան, Է. Ալավերդյան- Ստոմատիտի կլինիկական ընթացքի Ռ. Հարությունյան առանձնահատկությունները բուժման և կանխարգելման ստրատեգիան	44
Ա. Սահակյան, Հ. Անդրիասյան- Մետաղական մանրէների կիրառման Վ. Հայրապետյան հեռանկարները կենսատեխնոլոգիայում.....	46
Ն. Մուրադյան, Տ. Ոսկանյան - Ցիտոմեգալովիրուսային վարակի որոշ հարցերի վերաբերյալ	47
Հ. Խաչատրյան – Վիրուսային հեպատիտ Ա-ի համաճարակաբանական օրինաչափությունները.....	49
Ս. Գրազյան, Մ. Պողոսյան – Արտաընդերային վիրուսային հեպատիտների դրոշմների տարածվածությունը.....	51
Խ. Հարությունյան-Աորտայի տարբեր բաժինների պատի կառուցվածքային փոփոխությունները՝ կախված տարիքից.....	52

Ա. Համբարձումյան-Վահանաձև գեղձի հյուսվածաբանական փոփոխությունները հիպոկինեզիայի պայմաններում	54
Ռ. Հովհաննիսյան-Վահանաձև գեղձի ռեգեներացիան սովորական պայմաններում	55
Ա. Բորիսով - Ջրա-աղային հոմեոստազի ռիթմոլոգիական առանձնահատկությունները.....	57
Ե. Անտոնյան- Էսենցիալ և պայմանական էսենցիալ միկրոէլեմենտային կարգավիճակը նախադպրոցական տարիքի երեխաների օրգանիզմում.....	58
Ն. Խաչատրյան - ՀՀ գյուղական չափահաս բնակչության սննդի Է. Հովհաննիսյան քիմիական կազմի հիգիենիկ բնութագիրը.....	60
Ի. Կոջոյան - Հղի կանանց, կերակրող մայրերի փաստացի սնունդը և Վ. Աղաջանյան սննդային գործոնների դերը հղիների երկաթդեֆիցիտային վիճակների և սակավարյունության զարգացման մեջ.....	61
Ա. Մամյան - Բերանային հեղուկի բյուրեղային ցանցի կառուցվածքային առանձնահատկությունները.....	63
Մ. Շեխոյան - Պերիտոդոնտի սենսոր ֆունկցիայի առանձնահատկությունները պարօդոնտի ախտաբանության ժամանակ.....	64
Ս. Սահակյան -Ստոմատոլոգիական վինիրներ.....	66
Լ.Ալեքսանյան- Վինիրների կիրառումը էսթետիկ ստոմատոլոգիայում.....	67
Է.Սարգսյան - « Cad/Cam » համակարգը ՀՀ-ում` առկա նվաճումները և խնդիրները.....	69
Ի.Սահրադյան-4 ձեռքով աշխատանքի սկզբունքները և դրա նշանակությունը ժամանակակից ստոմատոլոգիայում.....	70
Մ.Աշուղաթոյան-Ալերգիկ ռեակցիաների բացահայտում նախքան պրոտեզավորումը.....	71
Ա.Հակոբյան- Տրոմբոցիտներով հարստացված աուտոպլազման որպես իմպլանտացիայի արդյունավետ մեթոդ.....	73
Հ.Աբրահամյան-Ատամների սպիտակեցման ժամանակակից մեթոդները.....	74
Գ.Պապիկյան- Հեմանգիոմա.....	75
Հ. Հարությունյան-Մանկական պրոթեզավորում.....	77
Դ.Ռոստոմյան- Երեխաների մոտ խրոնիկական պիելոնեֆրիտի բուժման որոշ հարցեր.....	79

Ա. Հովհաննիսյան- Ծնկան հողի դեֆորմացնող օստեոարթրոզի տարածվածությունը բնակչության 40-80 տարեկան թիրախային խմբերում էթնիկական առանձնահատկությունները և կորեյացիան մարմնի զանգվածի ինդեքսի հետ (BMI).....	81
Ա. Հարությունյան- Հետվիրահատական պերիտոնիտի ախտորոշման և բուժման առանձնահատկությունները.....	82
Ս. Հակոբյան- Ճողվածքով տառապող հիվանդների թիրախային խմբի բնութագրիչները, բուժման մեթոդները	85
Լ. Ավետիսյան - Ստրետչինգի դերը առողջարարական Դ. Ավետիսովա ֆիզկուլտուրայում.....	86
Ջ. Իսկանդարյան -Արտարգանդային հղիության որոշ հարցեր.....	88
Ա. Սահակյան – Անպտուղ ամուսնություն.....	89

