



**ՀԵՏՎԻՐԱՀԱՏԱԿԱՆ ՌԱԴԻՈԹԵՐԱՊԻԱՆ Ի
ՀԱՄԵՍԱՏՈՒԹՅՈՒՆ ՉՈՒԳԱՀԵՌ ԿԻՐԱՌՎՈՂ
ՌԱԴԻՈՔԻՄԻՈԹԵՐԱՊԻԱՅԻ՝
ԲԵՐԱՆԻ ԽՈՌՈՉԻ ԵՎ ԲԵՐԱՆԻ ԸՄՊԱՆԻ ՏԵՂԱՅԻՆ
ՉԱՐԳԱՅՈՂ ԹԵՓՈՒԿԱԲԶՉՉԱՅԻՆ ԿԱՐՑԻՆՈՍԱՅԻ
ԴԵՊՐՈՒՄ**

(բարձր ռիսկային խմբի հիվանդների հետահայաց վերլուծություն)

Կուհնա Տ., Կոկենբրինկ Ռ.^{2b)}, Պելց Տ.³, Վիենկե Ա.⁴, Ջանիչ Մ.³, Սանդներ Ա.⁵, Լաուտերմանն Ջ.⁶, Վորդերմարկ Դ.³, Շուբերտ Ջ.^{2a)}

- ¹ Ռ-ոստոկի համալսարանական հիվանդանոց, Ռ-ոստոկի համալսարան, Ռ-ադիացիոն ուռուցքաբանության ամբիոն, Ռ-ոստոկ, Գերմանիա
- ^{2a)} Հալլե համալսարանական հիվանդանոց, Մարտին Լյութերի Հալլե-Վիտենբերգի համալսարան, բերանա-դիմաձնոտային վիրաբուժության ամբիոն, Գերմանիա
- ^{2b)} Հալլե համալսարանական հիվանդանոց, Մարտին Լյութերի Հալլե-Վիտենբերգի համալսարան, Բերանա-դիմաձնոտային վիրաբուժության ամբիոն, Գերմանիա
- ³ Հալլե համալսարանական հիվանդանոց, Մարտին Լյութերի Հալլե-Վիտենբերգի համալսարան, ճառագայթային ուռուցքաբանության ամբիոն, Գերմանիա
- ⁴ Բժշկական համաճարակաբանության, վիճակագրության և տեղեկատվության ինստիտուտ, Մարտին Լյութերի Հալլե-Վիտենբերգի համալսարան, Գերմանիա
- ⁵ Հալլե համալսարանական հիվանդանոց, Մարտին Լյուտերի Հալլե-Վիտենբերգի համալսարան, Օտոռինոլարինգոլոգիայի, գլխի և պարանոցի վիրաբուժության ամբիոն, Գերմանիա
- ⁶ Օտոռինոլարինգոլոգիայի, գլխի և պարանոցի վիրաբուժության բաժանմունք, Մարտա-Մարիայի Հալլե հիվանդանոց, Գերմանիա

Գլխի և պարանոցի թեփուկաբջջային կարցինոման չափազանց չարորակ հիվանդություն է՝ վատ կանխատեսմամբ, որին բնորոշ է արագ աճը իր առաջնային տեղում, ապա շատ արագ տարածու՝ դեպի պարանոցի ռեգիոնալ ավշային հանգույցներ: Շատ հիվանդներ ունենում են տեղայնորեն զարգացող հիվանդություն՝ արդեն իսկ ախտորոշման պահին: Հեռացմանը ոչ ենթակա դեպքերում առաջնային ռադիոքիմիոթերապիան (XRCT) կիրառվում է որպես այդ ուռուցքների ստանդարտ բուժում:

Սույն աշխատանքը ամփոփում է հետվիրահատական ռադիոթերապիայի արդյունքները՝ համեմատած ռադիոքիմիոթերապիայի հետ, բարձր ռիսկի UICC III և IV փուլերի A, B բերանի և բերանընկալի քաղցկեղով հիվանդների մոտ: Սա 195 դեպքերի ոչ ռանդոմիզացված հետվիրահատական վերլուծությունն է: Կապլան-Մայերի ոչ-պրոգրեստոլ և ամբողջական հետազոտման գործընթացը ցույց է տալիս թույլ, աննշան դրական ելքի առավելությունը համակցված թերապիա ստացող հիվանդների խմբում: Հինգ տարվա լոկոռեզիոնալ-հսկիչ մակարդակը ռադիոթերապիայի և ռադիոքիմիոթերապիայի դեպքերում կազմել է 62 % և 78% համապատասխանաբար (p=0,19): Հինգ տարվա ընթացքում հեռադիր մետաստազների հավաքական դեպքերն ավելի էին XRCT խմբում: Երկրորդ առաջնային ուռուցքներով դեպքերը կազմել են 7 %՝ բոլորը XRT խմբի հիվանդների մոտ: Արդյունքները հիմնականում համադրվում են այլ երեք հետազոտություններում ստացված այս տվյալների հետ: Կենսունակության առավելությունը համակցված խմբում՝ համեմատած միայն ռադիոթերապիայի հետ, հիմնականում կապված է եղել ուռուցքի լավացված լոկոռեզիոնալ հսկման հետ: Այնուամենայնիվ, հայտնի է, որ ուռուցքի տարբեր տեղերի վերաբերյալ որոշված է կենսունակության տարբեր մակարդակ: Այդ պատճառով էլ մենք ներառել ենք միայն բերանի խոռոչի և բերանընկալի կարցինոմայով հիվանդներին: Ուռուցքների 2 տեսակներում էլ կենսունակության մակարդակի բարելավումը ստացվել է լոկոռեզիոնալ հսկման մակարդակի բարձրացման միջոցով: Առանց երկրնորանքի կարող ենք ասել, որ չկա ոչ մի նշանակություն պրոգրեսիայից զատ համընդհանուր և լոկոռեզիոնալ կենսունակության մակարդակներում, քանի որ հեռավոր մետաստազների հաճախականությունը ավելի բարձր է եղել XRCT խմբում: Դա կարող է բացատրվել նրանով, որ չափաբաժինները և իռադիացիայի ընթացքում կիրառված դեղորայքների չափաբաժիններն ու ներգործության մեխանիզմը բավարար

OFFICIAL PUBLICATION OF THE YEREVAN STATE MEDICAL UNIVERSITY

է եղել միայն իռադիացիայի արդյունավետությունը բարձրացնելու, սակայն ոչ սիստեմատիկ արդյունք ապահովելու համար: Որոշ կողմնակի ազդեցություններ ավելի են դիտվել համակցված բուժում ստացող խմբում՝ համեմատ միայն ռադիոթերապիա ստացած հիվանդների խմբի, ինչը համապատասխանում է տվյալ թեմայի բոլոր հետազոտությունների արդյունքներին:

Հետևաբար, բոլոր R1 ռեզեկցիայի ենթարկված հիվանդները պետք է ստանան XRCT բուժում: Ավելի և ավելի է պարզ դառնում, որ պլատինի վրա հիմնված հարակից քիմիոթերապիան չի ազդում ECS և հեռավոր մետաստազների վրա: N2b-3 կարգավիճակի դեպքում հիվանդները պետք է ունենան նորացված թերապիայի ռազմավարություն: Ավելի հավանական է, որ պոլիքիմիոթերապիա և կենսաբանական գործոններ ներառող սիստեմատիկ բուժումների ավելի ինտենսիվ և երկարացված կիրառումը կարող է նվազեցնել հեռավոր վնասները: Ավելին, զարգացող երրորդ փուլի ուսումնասիրություններն անհրաժեշտություն ունեն համեմատել օրգան-խնայող բուժումների արդյունավետությունը ավանդական կոմբինացված վիրաբուժության և XRT /XRCT-ի հետ, որոշելով ֆունկցիոնալ ելքի արդյունքն ու կյանքի որակը:

Այս կոնցեպցիաները համադրում են սիստեմատիկ բուժման արդյունավետությունը և ուռուցքի տեղի սահմանափակ վիրաբուժական հեռացման անվտանգությունը՝ հնարավորին չափ ֆունկցիաներ պահպանելու նպատակով:

ԿՈՆՎԵՆՑԻՈՆԱԼ ԵՎ ԹԻՆՊՐԵՊ ԲԶՋԱԲԱՆՈՒԹՅԱՆ ՀԱՍԵՄԱՏԱԿԱՆ ԲՆՈՒԹԱԳՐՈՒՄԸ ԷՊԻԹԵԼԻԱԼ ՕՎԱՐԻԱԼ ՔԱՂՑԿԵՂՈՎ ՀԻՎԱՆԴՆԵՐԻ ՀԵՏԱԶՈՏՄԱՆ ԺԱՄԱՆԱԿ

Բաբլոյան Ս.^{1,2}, Վուլգարիս Չ.², Պապաեֆֆիմիոու Մ.³, Բեգլարյան Գ.¹,
Կիրոսյան Ա.⁴, Կարակիտսու Պ.⁵

Երևանի Մ. Հերացու անվ. պետական բժշկական համալսարանի մանկաբարձության և գինեկոլոգիայի ամբիոն, Երևան, Հայաստան

«Էրեբունի» բժշկական կենտրոն, Երևան, Հայաստան

Աթենքի համալսարանի բժշկական դպրոցի մանկաբարձության և գինեկոլոգիայի ամբիոն,

«Ալեքսանդրա» հիվանդանոց, Աթենք, Հունաստան

«Ալեքսանդրա» հիվանդանոցի բջջաբանության ամբիոն, Աթենք, Հունաստան

Աթենքի համալսարանի բժշկական դպրոցի հյուսվածքաբանության և սաղմն արանության ամբիոն, Աթենք, Հունաստան

Աթինոնի համալսարանի գլխավոր հիվանդանոցի պաթոլոգիկ բջջաբանության ամբիոն, Աթենք, Հունաստան

Նպատակը: Հեղուկի վրա հիմնված բջջաբանությունը (ThinPrep) հանդիսանում է այլընտրանք՝ երկարատև կիրառվող կոնվենցիոնալ (պայմանական) բջջաբանության համար, որը 1996 թ-ին. հաստատվել է Սննդի և դեղորայքի հարցերով կազմակերպության (Food and Drug Administration) կողմից: Սույն աշխատանքի հիմնական նպատակն է՝ որոշել ThinPrep բջջաբանության ախտորոշիչ բջջա-մորֆոլոգիկ չափանիշները, անցկացնել կոնվենցիալ և ThinPrep-ի բջջաբանության ճշտագրության համեմատություն՝ էպիթելիալ օվարիալ քաղցկեղով հիվանդների հետազոտման ժամանակ: Մենք հետազոտել ենք հեղուկի վրա հիմնված բջջաբանության առավելությունները և ԴՆԹ-պլոդիայի պոտենցիալ դերը՝ օվարիալ քաղցկեղով հիվանդների հետազոտման ժամանակ:

Մեթոդները: Բջջաբանորեն հետազոտվել է 105 հաջորդական ընդերային հեղուկներ (32 ասցիտիկ և 42 ազատ պերիտոնեալ հեղուկներ, 31 պերիտոնեալ լվացուկ), կոնվենցիալ և ThinPrep մեթոդներով: Տարբերությունները ThinPrep և կոնվենցիալ բջջաբանության միջև գնահատվել են մի շարք ցուցանիշների հիման վրա, ներառյալ բջջայնությունը, բջջաբանական մորֆոլոգիան, պրեպարատների պատրաստումը, ուսումնասիրման ժամանակը, բջջաբանի նախապատվությունը և ազդեցությունը՝ վերջնական ախտորոշման վրա: Արդյունքում, ԴՆԹ-պլոդիայի

անալիզը անց է կացվել ThinPrep նմուշների վրա: ԴՆԹ-պլոդիայի գնահատումը հիմնվել է ԴՆԹ ինդեքսի, պլոդիայի բալանսի, անեուպլոդիայի աստիճանի, հիպերպլոդիայի աստիճանի և պրոլիֆերացիոն ինդեքսի վրա:

Արդյունքները: Համաձայն ստացված տվյալների՝ ThinPrep-ի մեթոդի արդյունքները զգալիորեն ճշգրիտ են կոնվենցիոնալ մեթոդի համեմատությամբ: Զգայունությունը բարձրացել էր մինչև 90,47 %, բացասական պրեդիկտիվ մեծությունը մինչև 72,41 %, ախտորոշման ճշգրտությունը մինչև 92,37 %: Դրանից բացի, այդ տվյալները վերջնական կլինիկական ախտորոշման հետ կազմել են գերազանց կորելյացիա ($P > 0,05$): Համաձայն ԴՆԹ-պլոդիայի անալիզի արդյունքների՝ 64 դեպքը անեուպլոիդ էին (60,95 %), մինչդեռ 41 դեպք՝ եուպլոիդ (39,04%): Ավելին. ԴՆԹ-պլոդիայի անալիզի կիրառմամբ մեր նյութերում սպեցիֆիկությունը, դրական պրեդիկտիվ մեծությունը, բացասական պրեդիկտիվ մեծությունը և ախտորոշման ճշգրտությունը բարելավվել են մինչև 97,62 %, 100 %, 91,3 % և 98,09 % համապատասխանորեն:

Եզրակացություն: ThinPrep մեթոդը հիմնված է ավելի լավ բջջաբանական նրբություններ ապահովելու համար, զգալիորեն բարձրացնելով օվարիալ քաղցկեղի բջջաբանական անալիզի ախտորոշիչ ճշգրտությունը, նվազեցնելով սկրինինգի ժամանակը և թույլ է տալիս ԴՆԹ բջջաչափագրման լայնածավալ կիրառումը: Ավելին, ԴՆԹ-պլոդիայի լրացուցիչ կիրառումը բարձրացնում է ախտորոշման ճշգրտությունը, հաստատելով սուբմիկրոսկոպիկ մակարդակում փոփոխությունների առկայությունը, ինչի բացահայտումը դժվար է սովորական միկրոսկոպիկ հետազոտման միջոցով: Հիմնվելով ավտոմատիկ բջջաբանության տվյալների վրա հնարավոր է դառնում ախտորոշման չափանիշների բարելավումը:

ՓԱՅԾԱԴԻ ՄԱՐԳԻՆԱԼ ԶՈՆԱՅԻ ԼԻՄՖՈՄԱՆ ՈՍԿՐԱԾՈՒԾՈՒՄ ԱՐՏԱՀԱՅՏՎԱԾ ՈՐՊԵՍ ՄԻԵԼՈՊՐՈԼԻՖԵՐԱՑԻԱ

Կանայան Ա., Մխիթարյան Ա.

Երևանի Մ. Հերացու անվ. պետական բժշկական համալսարանի կլինիկական ախտաբանության ամբիոն, Երևան, Հայաստան

Սույն հոդվածով մենք ներկայացնում ենք փայծաղի մարզինալ զոնայի լիմֆոմայի (ՓՄԶԼ) երկու հազվադեպ դեպք, որոնք առաջնային հյուսվածաբանական հետազոտության ժամանակ արտահայտվել են որպես ոսկրածուծի քրոնիկական միելոպրոլիֆերացիա: Ըստ Համաշխարհային Առողջապահության Կազմակերպության (ՀԱԿ) 2001 թ. դասակարգման (WHO classification of tumours “Pathology and Genetics of Tumours of Haematopoietic and Lymphoid Tissue” Elaine S. Jaffe, Nancy Lee Harris, Harald Stein, James W. Vardiman. IARC Press. Lyon, 2001)՝ ոսկրածուծի քրոնիկական միելոպրոլիֆերատիվ հիվանդությունների մեջ են մտնում՝ քրոնիկական միելոծին լեյկեմիան, քրոնիկական նեյտրոֆիլային լեյկեմիան, քրոնիկական էոզինոֆիլային լեյկեմիան, իսկական պոլիցիտեմիան, քրոնիկական իդիոպաթիկ միելոֆիբրոզը, էստենցիալ թրոմբոցիտեմիան և չղասակարգված քրոնիկական միելոպրոլիֆերատիվ հիվանդությունները:

Մեր կողմից նկարագրված ՓՄԶԼ դեպքերը, կլինիկորեն արտահայտվելով սպլենոմեգալիայիով, ախտորոշվել են որպես քրոնիկական իդիոպաթիկ միելոֆիբրոզ: Առաջին դեպքը գրանցվել է 73 տարեկան տղամարդու մոտ, որի ոսկրածուծի բիոպատառի առաջին հետազոտությունը ցույց տվեց միելոպրոլիֆերացիայի պատկեր՝ ոսկրածուծի հարտաբերելուլային շարակցական հյուսվածքի աճով և արյունածին բջիջների կոլոնիաների շրջապատումով: Իմունոհիստոքիմիական հետազոտության ժամանակ հայտնաբերվեց, որ ոսկրածուծի բջիջները դրական են CD 15 մարկերի հանդեպ, իսկ CD79a դրական բջիջները ներկայացված էին նոսր ցրված էլեմենտներով: Արտահայտված էր գրանուլոցիտային և հեմատոգեն ծիլերի գերաճ՝ բջիջների քսանտոմատոզ փոփոխություններով, որոնք ևս վկայում են միելոպրո-

լիֆերացիայի մասին: Երկրորդ դեպքը գրանցվել է 55 տարեկան կնոջ մոտ, որի ոսկրածուծի հյուսվածաբանական պատկերը նման էր վերը նկարագրված պատկերին: Երկու դեպքում էլ որևիցե տիպի լիմֆոիդ ներափռանքներ, որոնք հանդիպում են լիմֆոմաների ժամանակ, չէին հայտնաբերվում: Առաջին դեպքի բուժման անարդյունավետության պատճառով կատարվել է ոսկրածուծի երկրորդ բիոպսիոն հետազոտություն, որի ժամանակ հայտնաբերվել է հյուսվածաբանական հակառակ պատկեր: Վերջինս ներկայացված էր ոսկրածուծի դիֆուզ հանգուցավոր լիմֆոիդ հյուսվածքի ներափռանքներով, իսկ միելոպրոլիֆերացիայի մասին վկայող փոփոխությունները բացակայում էին: Երկրորդ բիոպսատի իմունոհիստոքիմիական հետազոտությունը հայտնաբերեց արտահայտված CD 20 դրական լիմֆոիդ, ֆոլիկուլանման կուտակումներ՝ ամբողջ ոսկրածուծի բիոպսատում, որոնք սակայն ցուցաբերում էին բացասական ռեակցիա՝ հանդեպ CD 15 մարկերի: Երկու դեպքում էլ հիվանդներին վիրահատել են կատարելով սալենեկտոմիա: Հեռացված փայծաղների հյուսվածաբանական հետազոտությունները հայտնաբերեցին ՓՄՁԼ:

Ոսկրածուծի միելոպրոլիֆերացիայի պատկեր կարող է դիտվել արյան համակարգի այնպիսի ուռուցքային հիվանդությունների ժամանակ, ինչպիսին են՝ մազմզու բջջային լեյկեմիան, սուր մեգակարիոբլաստային լեյկեմիան և քրոնիկական միելոծին լեյկեմիան: Սակայն լիմֆոմայի կլինիկական արտահայտվածությունը՝ որպես քրոնիկական իդիոպաթիկ միելոֆիբրոզ շատ հազվադեպ է հանդիպում: Գրականության վերլուծության արդյունքում պարզվեց, որ նման եզակի դեպք է նկարագրված 2004 թվականին Ճապոնիայում:

Նկարագրված դեպքերը կարող են վկայել այն մասին, որ ՓՄՁԼ-ները իրենց զարգացման որոշակի փուլում կարող են արտահայտվել որպես ոսկրածուծի քրոնիկական միելոպրոլիֆերացիա:

ԳԼԽԻ ԵՎ ՊԱՐԱՆՈՑԻ ԹԵՓՈՒԿԱԲՁՁԱՅԻՆ ԿԱՐՑԻՆՈՄԱՅԻ ՃԱՌԱԳԱՅԹԱՅԻՆ ԲՈՒԺՈՒՄԸ՝ ՏՆՏԵՍԱՊԵՍ ՑԱԾԲ ԶԱՐԳԱՑԱԾ ԵՐԿՐՆԵՐՈՒՄ

Քարանյան Ն.

Ուռուցքաբանության ազգային կենտրոն, Ռ-ադիոթերապիայի ամբիոն, Երևան, Հայաստան

Այս աշխատանքի նպատակն է՝ ներկայացնել գլխի և պարանոցի թեփուկաբջջային կարցինոմայի դեպքում ճառագայթային բուժման խնդիրները՝ տնտեսապես ցածր զարգացած երկրներում, որտեղ տեխնիկական հնարավորությունները սահմանափակ են: Ներկայացված են նշված երկրներում ռադիոթերապիայի արդյունավետության բարելավման ճանապարհի ուսումնասիրմանը նվիրված, մեր կողմից կատարվող, կլինիկական փորձարկումների որոշ նախնական տվյալները: 397 HNSCC հիվանդների հավաքական տվյալները ցույց են տալիս թերապևտիկ արդյունքների զգալի բարելավում, որը հաջողվել է՝ կիրառելով ֆրակցիոնացիայի փոփոխվող ռեժիմները, զուգընթաց՝ ռադիոքիմիոթերապիան, ինչպես նաև ակնկալվող սուր և ուշ թունավորության կանխարգելիչ բուժումը: Որոշ նախնական եզրակացություններ ենթադրում են հետագա քննարկումներ:

**ՏԱՐԱԶԱՅՆՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ ՈՍԿՐԱՅԻՆ
ՄԵՏԱՍԹԱՉՆԵՐԻ ԴԱՌԱԳԱՅԹԱՅԻՆ
ԲՈՒԺՄԱՆ ԸՆԹԱՅՔՈՒՄ**

Սաղաթելյան Թ., Քարամյան Ս.

Վ. Ա. Ֆանարջյանի անվան ուռուցքաբանության կենտրոնի ճառագայթային ուռուցքաբանության բաժանմունք, Երևան, Հայաստան
Երևանի Մ. Հերացու անվան պետական բժշկական համալսարանի ուռուցքաբանության ամբիոն, Երևան, Հայաստան

Ոսկրերի մետասթատիկ ախտահարումը հանդիսանում է տարածուն քաղցկեղային հիվանդության հաճախ հանդիպող դրսևորումներից մեկը, որը կլինիկորեն արտահայտվում է չարորակ նորագոյացություններով հիվանդների 14-70 %-ի մոտ, իսկ դիախեռձման տվյալներով գրանցվում է չարորակ ուռուցքներից մահացածների 70-85 %-ի մոտ: Հիվանդների երկու երրորդի մոտ ոսկրային մետասթազները արտահայտվում են ցավով և կարող են բերել մի շարք բարդությունների (ախտաբանական կոտրվածք, ողնուղեղի և նյարդաբների ճնշում, հիպերկալցեմիա, շարժունակության սահմանափակում), զգալիորեն ազդելով հիվանդների կյանքի որակի վրա: Դառագայթային բուժումը ճանաչված է որպես ոսկրային մետասթազների բուժման արդյունավետ եղանակ՝ ապահովելով ամոքիչ էֆեկտ հիվանդների շուրջ 80 %-ի մոտ: Չնայած այս հանգամանքին, ոսկրային մեթաստազների ճառագայթային բուժման ոլորտում առկա են մի շարք տարածայնություններ, որոնք ընդգրկում են ռադիոթերապիայի ազդեցության մեխանիզմներին, դոզա-պատասխան փոխկախյալությանը, դոզայի օպտիմալ բաժնետրամանը, անախտանիչ մետասթազների ռադիոթերապիային, ճառագայթահարման տեխնիկային, արդյունքի գնահատմանը վերաբերող որոշ հարցեր: Ներկա ակնարկում հեղինակները փորձել են վերլուծել նշված տարածայնությունները՝ ճառագայթային ուռուցքաբանության մեջ առօրյա գործունեության վրա դրանց ներգործության տեսանկյունից: Համաձայն ժամանակակից աղբյուրների մեծ մասի, ռադիոթերապիայի հակացավային ազդեցությունը չի տարբերվում միանգամյա և բաժնետրված ճառագայթումների դեպքում, սակայն արդյունքի գնահատման այլ չափորոշիչների ընտրության դեպքում բազմաֆրակցիոն ճառագայթումը կարող է ունենալ առավելություններ միանգամյա ճառագայթման նկատմամբ, և այս բնագավառում կատարվող հետազոտությունները կարող են որոշակիություն մտցնել առկա հարցում: Ներկա փուլում, ոսկրային մեթաստազների ճառագայթային բուժման առօրյա պրակտիկան տարբեր կլինիկաներում, բացի ապացուցողական ռադիոթերապիայի տվյալներից, ենթակա է նաև մի շարք այլ գործոնների ազդեցությանը, որոնցից են՝ բժիշկների այս կամ այն երկրում ուսուցումը, գործունեության բնույթը, կլինիկայի տեխնիկական, կադրային հագեցվածությունը, տվյալ երկրում ռադիոթերապիայի ծառայության ֆինանսավորման առանձնահատկությունները, ընդունված ավանդական ստերեոտիպերը:

OFFICIAL PUBLICATION OF THE YEREVAN STATE MEDICAL UNIVERSITY

ՏԵՂԱՅԻՆ ՉԱՐԳԱՑՈՂ ՑԵՐՎԻԿԱԼ ՔԱՂՑԿԵՐԻ ԲՈՒԺՈՒՄԸ

Մարնիսց Ս.

Վիրխովի անվան կլինիկա, Շարիտեի բժշկական համալսարան Բեռլին, Գերմանիա

Կլինիկական միջամտություն: ԳՄՄՖ-ի (FIGO) հանձնաժողովը որոշել է չփոփոխել ցերվիկալ քաղցկեղի կլինիկական փուլերը: Ավշային հանգույցներում մետաստազների առկայությունը համարվում է ախտորոշիչ գործոններից ամենակարևորը և կենսունակության հավանականությունը 85 %-ից նվազեցնում է մինչև 65 %-ի: Հաստատված ենթազարկերակային ավշային հանգույցների մետաստազներով հիվանդները՝ համեմատ աճուկային ավշային հանգույցներում մետաստազներ ունեցող հիվանդների, ունեն առավել վատ ախտորոշում: Քիմիոռադիացիայի կոնտեքստում ռադիացիայի տևական օգտագործումը բերում է կյանքի տևողության երկարացման 35-50%-ով: Ոչ հայտնի կամ չբուժված ենթազարկերակային ավշային հանգույցների մետաստազներով գրեթե բոլոր հիվանդների մոտ գրանցվում է լետալ վախճան: Մյուս կողմից, ներորովայնային ճյուղավորում ունեցող հիվանդներին ֆիքսված քիմիոռադիացիան օգուտ տալ չի կարող:

Լրացուցիչ քիմիոթերապիայից հետո քիմիոթերապիայի օգտագործման մասին հավաստի տվյալներ չկան (տեխնիկայի և քիմիոթերապիայի մասին ինֆորմացիան տես Առաջնային քիմիոռադիացիա գլխում): Մինչ այժմ հայտնի չէ հիվանդների այնպիսի ենթախումբ, որին օգնել է միայն լրացուցիչ ռադիացիոն թերապիան: Ուշ թունավորման բարձր աստիճանի և բարդության հետ կապված պետք է խուսափել հիստերեկտոմիայի և քիմիոռադիացիայի կոմբինացված կիրառումից: Հիստերեկտոմիայի կամ քիմիոռադիացիայի համար հիվանդները պետք է ընտրվեն նախաբուժական լապարասկոպիկ մեթոդի միջոցով:

ԱՐԳԱՆԴԻ ՊԱՐԱՆՈՑԻ ԳԻՍՊԼԱԶԱ՝ ԱԽՏՈՐՈՇՈՒՄ ԵՎ ԲՈՒԺՈՒՄ

Ոսկանյան Մ.

ՀԱԱԿ-ի Գինեկոլոգիայի բաժին,

Երևանի Մ.Հերացու անվ. պետական բժշկական համալսարանի թիվ 1 մանկաբարձության և գինեկոլոգիայի ամբիոն. Երևան, Հայաստան

Արգանդի պարանոցի հիվանդությունները հաճախ հանդիպող խնդիրներից է, ինչին առնչվում է բժիշկը՝ իր պրակտիկայի ընթացքում:

Պետք է նշել, որ արգանդի պարանոցի պաթոլոգիայով տառապող կանայք ոչ մի զանգատ չեն ներկայացնում, որը ևս մեկ անգամ ապացուցում է վաղ փուլում հիվանդության զարգացման ախտորոշման անհրաժեշտությունը: Հայաստանում վերջին տարիներին ավելացել է արգանդի պարանոցի նախաքաղցկեղային պաթոլոգիայով հիվանդների թիվը: Չնայած բժշկության զարգացման արագ տեմպերին, արգանդի պարանոցի չարորակ նորագոյացությունները, օնկոլոգիական հիվանդությունների կառուցվածքում, կանանց մահացության դեպքում գրավում են առաջին տեղերից մեկը:

Սկսած 2001 թ-ից ՀԱԱԿ-ում կատարվել է 10365 պարանոցի բջջաբանական հետազոտություն: 1564 հիվանդի մոտ հայտնաբերվել է դիսպլազիայի տարբեր աստիճաններ (LSILs և HSILs): Հետազոտվող կանանց տարիքը տատանվում էր 22-ից մինչև 70 տարեկան: Հետազոտությունները ցույց են տվել, որ ամենից հաճախ պարանոցի դիսպլազիաները հանդիպում են 27-38 տարեկան կանանց մոտ:

Արգանդի պարանոցի նախաքաղցկեղային վիճակների հայտնաբերման համար լայնորեն

կիրառվում է Pap-թեստը՝ (վզիկի բջջաբանական հետազոտություն), որը համարվում է լավագույն մեթոդ՝ արգանդի պարանոցի քաղցկեղի կանխարգելման հարցում:

Արգանդի պարանոցի նախաքաղցկեղային հիվանդության ախտորոշման համար կենտրոնում օգտագործվել են մի շարք մեկը մյուսին հաջորդող հետազոտություններ՝ բջջաբանական, կոլպոսկոպիա, բիոպսիա, իսկ անհրաժեշտության դեպքում՝ պարանոցի խողովակի քերում: 705 կանանց մոտ հայտնաբերվել է թեթև աստիճանի վզիկի դիսպլազիա: Միջին և ծանր աստիճանի դիսպլազիայով տառապող կանանց թիվը կազմել է 859:

Արգանդի պարանոցի նախաքաղցկեղային պրոցեսների բուժման բազմաթիվ մեթոդներից մենք կիրառել ենք լարային էլեկտրավիրաբուժական շերտային հեռացում (Leep) մանիպուլյացիան: Leep-ը կատարվում է տեղային անզգայացմամբ՝ չխախտելով կնոջ աշխատունակությունը, անկախ կնոջ տարիքից, հղիությունների և ծննդաբերությունների քանակից: Վիրահատությունը չի թողնում խորը սպի, չի առաջացնում վզիկի խողովակի ստենոզ: Leep-ի դրական է այն իմաստով, որ այս միջամտությունը կիրառվում է և՛ ախտորոշիչ և՛ բուժման նպատակով՝ առանց վնասելու հարակից հյուսվածքները:

Հետազոտությունները ցույց են տվել, որ բարդությունների տոկոսը նվազագույնն է, իսկ դրական ելքը կազմում է 90%:

Ասպիսով՝ արգանդի պարանոցի նախաքաղցկեղային հիվանդությունների վաղ ախտորոշումը և արդյունավետ բուժումը մնում է օնկո-գինեկոլոգիայի հիմնահարցերից մեկը: Որպես արդյունավետ կոնսերվատիվ բուժման մեթոդ է հանդիսանում լարային էլեկտրավիրաբուժական շերտային հեռացումը, որը լայնորեն կիրառվում է ռեպրոդուկտիվ տարիքի կանանց շրջանում և հետագա հղիությունների համար խոչընդոտ չի հանդիսանում:

**ՄԱՍՈԳՐԱՖԻԱՅԻ ԵՎ ՆՈՒՐԲ ԱՍԵՂԱՅԻՆ
ԱՍՊԻՐԱՑԻԱՅԻ ԳԵՐԸ ԵՐԻՏԱՍԱՐԴ ՏԱՐԻՔԻ ԿԱՆԱՆՑ
ԿՐԾՔԱԳԵՂԶԻ ՔԱՂՑԿԵՂԻ ՏԱՐԲԵՐԱԿԻՉ
ԱԽՏՈՐՈՇՄԱՆ ԳՈՐԾՈՒՄ**

Հակոբյան Ա.

Երևանի Մ. Հերացու անվ. պետական բժշկական համալսարանի թիվ 1 թերապիայի, ռադիոլոգիայի ամբիոն

Հայ-Ամերիկյան բարեկեցության կենտրոն, Երևան, Հայաստան

Ներածություն

Կրծքագեղձի քաղցկեղը, կանանց շրջանում, հանդիսանում է առավել տարածված չարորակ նորագոյացություններից մեկը: Այն հազվադեպ է հանդիպում մինչև 35 տարեկան կանանց շրջանում և կազմում է հայտնաբերված քաղցկեղի 5-7 %-ը: Ախտորոշման բարդությամբ կախված է կլինիկորեն քիչ կասկածելի, երիտասարդ կանանց գեղձային և բարձր ռենտգեն ինտենսիվության կրծքագեղձի զննության դժվարության ու կանխարգելիչ մամոգրաֆիայի զննության հազվադեպ կատարումից:

Նպատակը Կրծքագեղձի քաղցկեղի հաճախականությունը կախված է տարիքից, և առավել հաճախ հանդիպում է 45 տարեկանից բարձր տարիքում: Քաղցկեղի ամերիկյան ասոցիացիան (ACS) մշակել է կրծքագեղձի քաղցկեղի կանխարգելման և վաղ ախտորոշման սկրինինգ ծրագիր: Այս ծրագիրը նպաստում է 35 տարեկանից բարձր տարիքի կանանց շրջանում կրծքագեղձի քաղցկեղի վաղ հայտնաբերմանը: Մեր օրերում կրծքագեղձի քաղցկեղը լուրջ խնդիր է նաև մինչև 35 տարեկան կանանց համար, ուստի մեր հետազոտության նպատակն է՝ մինչև 35տարեկան կանանց զննության ճիշտ հաջորդականության մշակումը:

Մեթոդը. մինչև 35տարեկան 125 կանանց զննության արդյունքների ռետրոսպեկտիվ վերլուծություն:

OFFICIAL PUBLICATION OF THE YEREVAN STATE MEDICAL UNIVERSITY

Արդյունքները

Բոլոր կանանց մոտ անց է կացվել է կրծքագեղձի ուլտրաձայնային զննություն, իսկ արդյունքները հետևյալն են. 19 այցելու սոնոգրաֆիկ ախտորոշվել է «քաղցկեղ», 42-ը՝ «չարորակության կասկած», 64 այցելու ստացել է «հավանաբար բարորակ» ախտորոշումը:

125 պացիենտից 112-ի մոտ կատարվել է ռենտգեն մամոգրաֆիա և արդյունքում 25-ը գնահատվել են որպես ոչ ինֆորմատիվ՝ ի հաշիվ կրծքագեղձի բարձր ռենտգեն ինտենսիվության, 27-ը ստացել են «հավանաբար բարորակ» մամոգրաֆիկ ախտորոշում, 28-ը՝ «չարորակության կասկած» և 32-ի մոտ ախտորոշվել է «քաղցկեղ»: 125 կանանցից 76-ին սոնոգրաֆիկ հսկողությամբ կատարվել է նուրբ ասեղային ասպիրացիա՝ հետագա բջջաբանական զննությամբ:

Արդյունքները ինտենսիվ են. 17 քսուկներում հայտաբերվել է բորբոքային երևույթներ՝ (մաստիտ՝ ներառյալ գրանուլեմատոզ մաստիտ), 16-ում՝ ֆիբրոադենոմա, 18-ում՝ ոչ պրոլիֆերատիվ փոփոխություններ, 10-ի դեպքում՝ հիպերպլազիա, 4-ում՝ ներծորանային պապիլոմա, 6-ը բջջաբանորեն գնահատվել է որպես կարցինոմա, 15 քսուկ՝ զննության համար եղել են անբավարար:

Եզրակացություն Մեր վերլուծության արդյունքում պարզվեց, որ իզական սեռի յուրաքանչյուր ներկայացուցիչ մենարխեայից (դաշտանային ֆունկցիայի սկիզբ) հետո պարտավոր է ամեն ամիս ինքնազննում կատարել և կրծքագեղձում ինչ-որ փոփոխություն հայտնաբերելու դեպքում անհապաղ դիմի մասնագետի: Որպես առաջին գործիքային զննություն պետք է կատարվի կրծքագեղձի ուլտրաձայնային զննություն: Եթե այս զննության արդյունքները կասկածելի են, անհրաժեշտ է շարունակել զննությունը ռենտգեն մամոգրաֆիայի և նուրբ ասեղային ասպիրացիայի զննությամբ: Այս քայլ առ քայլ մոտեցումը հնարավորություն կտա բարելավելու մինչև 35 տարեկան կանանց զննության ախտորոշման ճշգրտությունը. տարբերակելու բարորակ և չարորակ պրոցեսները, մշակելու բուժման ճիշտ մոտեցումը:

ԿՈՂՄՆԱՅԻՆ ՊԱՐԱՄԵՏՐԻԱՅԻ ՌԵԶԵԿՑԻԱՅԻ ԱՆՈԹ ԱՌ ԱՆՈԹ ՏԵԽՆԻԿԱՆ՝ ՌԱԴԻԿԱԼ ՀԻՍՏԵՐԷԿՏՈՍԻԱՅԻ ԺԱՄԱՆԱԿ

Ասիլբեկյան Գ., Ստեփանյան Ա.

«Շենգավիթ» բժշկական կենտրոնի գինեկոլոգիայի բաժանմունք, Երևան, Հայաստան

Ներածություն: Պերիցերվիկալ շարակցական հյուսվածքի (առաջնային, կողմնային և հետին պարամետրիա) աղեկվատ ռեզեկցիան հանդիսանում է ռադիկալ հիստերեկտոմիայի հիմնաբարը: Զանի որ կոնքի կողմնային պատը ամենատարածված տեղն է հիվանդացության տեղային ռեցիդիվի համար լատերալ պարամետրիայի (ԼՊ) մաքսիմալ ռեզեկցիան հանդիսանում է պրոցեդուրայի կարևորագույն քայլ: Ստանդարտ տեխնիկան (ՍՏ) ներառում է կոնքապատին մոտ լատերալ պարամետրիայի ֆիքսումը (clamping) և տրանսսեկցիան: Անոթ առ անոթ տեխնիկան (ԱԱՏ) իրականացվում է դիսսեկցիայի և անհատականորեն տրանսսեկցիայի միջոցով ու ԼՊ-ի անոթների պահպանմամբ՝ ներքին զստանոթներից դրանց ճյուղավորման տեղում: Այսպիսով, տեսականորեն ի տարբերություն ստանդարտ մոտոցման, ԼՊ կարող է հեռացվել ավելի մեծ չափերով:

Նպատակը: Մույն հետազոտության նպատակն էր՝ ԱԱՏ-ի ռադիկալության/արմատականության գնահատումը ՍՏ-ի համեմատ:

Մեթոդները: Վիրահատված 18 հիվանդներից՝ IA2-IIA ցերվիկալ քաղցկեղի և IIB էնդոմետրիալ քաղցկեղի կապակցությամբ, ՍՏ և ԱԱՏ պատահականորեն կիրառվել են 10 և 8 դեպքերում համապատասխանաբար: ՍՏ ավարտվել է ԼՊ ամբողջական ֆիքսմամբ (clamping)՝ Բելիյի սեղմիչով և նրա հետագա տրանսսեկցիայով և 2-0 աքսոբովոլ կարով: ԱԱՏ կատարվել է

ճարպային հյուսվածքի սուր և բութ դիսսեկցիայի եղանակով, ինչպես նաև ներքին զստանոթների ընդերային ճյուղերի մեկուսացմամբ և անհատական ամրացմամբ՝ 3-0 արտորբվող կարով (զարկերակներ) ու Լիզա-Սուրե անոթային ամրացման համակարգով (երակներ): Երկու տեխնիկաների դեպքում էլ դիսսեկցիայի կառույցը սահմանը եղել է միջին ռեկտալ զարկերակը: Որպես գնահատման չափանիշ օգտագործվել են վիրահատական ժամանակը, ներվիրահատական արյան կորուստը և ԼՊ-ի ռեզեկցիայի երկարությունը:

Արդյունքները: Միջին վիրահատական ժամանակը և՛ ՍՏ, և՛ ԱԱՏ խմբերում եղել է 150°15 րոպե համապատասխանորեն (P=0,0017): Արյան միջին կորուստը ՍՏ խմբերում եղել է 360°50 մլ, իսկ ԱԱՏ խմբերում՝ 380°40 մլ (P=0,1673): Ռեզեկցիայի ենթարկված ԼՊ-ի միջին երկարությունը ՍՏ և ԱԱՏ խմբերում կազմել է 2,9°0,8 սմ և 4,5°0,6 սմ համապատասխանորեն (P=0,00011):

Եզրակացություն: Չնայած, որ ԱԱՏ-ն շատ ժամանակատար է համեմատ ՍՏ-ի, այն հանդիսանում է ապահով մեթոդ, որը չի մեծացնում ներվիրահատական արյան կորուստը և թույլ է տալիս ռեզեկցիայի ենթարկել ավելի մեծ ԼՊ, դրանով իսկ համարվելով ավելի ռադիկալ տեխնիկա:

ՄԱՆԿԱԿԱՆ ՍԱԿԱՎԱՐՅՈՒՆՈՒԹՅԱՆ ՄՈԼԵԿՈՒԼԱՅԻՆ ՊԱԹՈԳԵՆԵԶԸ

Բորիհարդտ Ա.

Մանկաբուժական ուռուցքաբանության, հեմատոլոգիայի և կլինիկական իմունոլոգիայի ամբիոն, Հենրիխ Հեյնեի Դյուսելդորֆի համալսարան, Դյուսելդորֆ, Գերմանիա

Սակավարյունությունը ծագում է ոսկրածուծում որպես արյունաստեղծ նախանյութի գենետիկական նյութում առաջացած խանգարումների հետևանք, որոնք կարող են առաջանալ ինչպես գենետիկական մուտացիաների, այնպես էլ օնկոգենեզի խաթարման արդյունքում: Չարորակ խանգարումների այս հետերոգեն խումբն ամբողջությամբ հայտնաբերվում է քաղցկեղով հիվանդների բոլոր տարիքային խմբերի 8-9 %-ի մոտ: Սակայն երեխաների մոտ սակավարյունությունը առավել հաճախ հանդիպող չարորակ հիվանդություն է. այն կազմում է երեխաների մոտ հանդիպող քաղցկեղային հիվանդությունների 35 %-ը: Բջջաբանական հետազոտությունները ցույց են տվել, որ սակավարյունության յուրաքանչյուր տեսակ ունի իրեն հատուկ կրկնվող քրոմոսոմային տրանսլոկացիաներ: Քրոմոսոմային գենետիկական շեղումների մեթոդաբանական միջոցների զարգացումը, օրինակ տարբեր քրոմոսոմ կապող-, FISH-, CGH-, PCR- և շարային մեթոդները, թույլ են տալիս բացահայտել քրոմոսոմային օբերացիաների հաճախությունն ու յուրահատկությունը: Ե՛վ երեխաների, և՛ մեծահասակների սակավարյունության դեպքում քրոմոսոմային մի շարք օբերացիաների կանխատեսումային նշանակություն ունեցող լայն դիապագոնի սբրինինգային ծրագրեր են ստեղծվել վերջին երկու տասնյակ տարիների ընթացքում: Պարզվել է, որ այս քրոմոսոմների վերադասավորումը բերում է նախնական արյունաստեղծ բջիջների բջջային տրանսֆորմացիայի: Վերոհիշյալ նպատակների համար ստացվել են քրոմոսոմային անոմալիաներով լաբորատոր մկների մոդելներ, ինչը մեծապես օգնում է մեկնաբանել սպեցիֆիկ միաձուլված գեների ախտածին դերը:

Ես քննարկելու եմ ամենակարևոր բացահայտումները՝ ցույց տալու համար, թե ինչպես յուրահատուկ գենային արերացիաները կարող են կիրառվել ժամանակակից, ռիսկ չպարունակող քիմիոթերապևտիկ մեթոդներում: Հատուկ ուշադրություն է դարձվելու 11q23/ MLL քրոմոսոմային վերադասավորման հետ կապված մանկական սակավարյունությանը, քանի որ մեր լաբորատորիան զբաղվում է այս մասնավոր դեպքով՝ հիվանդների մոտ հանդիպող որոշ գենետիկական անոմալիաների հայտնաբերմամբ և բնութագրմամբ:

OFFICIAL PUBLICATION OF THE YEREVAN STATE MEDICAL UNIVERSITY

ԽՆԴԻՐՆԵՐ, ՆՎԱՃՈՒՄՆԵՐ ԵՎ ՀԵՌԱՆԿԱՐՆԵՐ՝ ՄԱՆԿԱԲՈՒԺԱԿԱՆԼԵՅԿՈՋՆԵՐԻ ՎԵՐԱԲԵՐՅԱԼ

Դանիելյան Ս.

Երևանի Մ.Հերացու անվ. պետական բժշկական համալսարանի քիմիոթերապիայի ամբիոն,
Երևան, Հայաստան

Աշխատանքի նպատակն է՝ ներկայացնել այն ճանապարհը, որով վերջին 15 տարիների ընթացքում անցել է մանկաբուժական օնկոհեմատոլոգիան, ինչպես նաև մեր նվաճումները, բացթողումները և ծրագրերը այս ոլորտում:

Հայաստանում լեյկեմիայով հիվանդների թիվը մոտ է միջազգային ցուցանիշին, որը կազմում է տարեկան 35 նոր ախտորոշված հիվանդության դեպքեր (1 մլն. մանկական պոպուլյացիային): Այդ հիվանդները մեր կլինիկա էին ընդունվում Հայաստանի տարբեր մարզերից, այդ թվում՝ նաև Ղարաբաղից և Ջավախքից: Ախտորոշումը հաստատվում է.

1. պերիֆերիկ արյան անալիզով,
2. ոսկրածուծի մորֆոլոգիական, ցիտոքիմիական և մասամբ ցիտոգենետիկ անալիզով,
3. CSF մորֆոլոգիական անալիզով:

Մինչ բուժման նոր մեթոդի կիրառումը լեյկեմիայով հիվանդ երեխաները դատապարտված էին մահվան: Հին մեթոդների կիրառման դեպքում միայն 4-5 երեխա էին ապաքինվում: 1993-1994 թթ. առաջին անգամ վերապատրաստված մասնագետները Հայաստան են եկել Արևմուտքից և Ռուսաստանից: Որպես հիմնական բուժման մեթոդ հանդիսացավ BFM (Berlin-Frankfurt-Munster) ծրագիրը, որն ամբողջովին կյանքի կոչվեց միայն 1995 թ. ավարտին, երբ հնարավոր դարձավ մեր գերմանացի կոլեգաների հետ հաստատել գործնական հարաբերություններ: Միելոբլաստիկ լեյկոմիայով առաջին հիվանդը ստացավ ամբողջական բուժում: Ախտորոշումները կատարվել և հաստատվել են գերմանական առաջատար կլինիկաներում: Հայաստան ժամանած պրոֆեսորների առաջին խումբը հավանություն տվեց մեր մասնագետներին և լաբորատոր հաստատություններին: Գերմանիայի առաջին դեսպան Հայնսի հետ հանդիպումը տեղի ունեցավ Հայաստանում: Դա մեծ իրադարձություն հանդիսացավ լեյկոմիայով հիվանդ երեխաների համար: Հարավային Գերմանիայից (Baden-Wurtemberg), Loitkirikh-ից ժամանած բազմաքանակ լրագրողներ հրավիրվեցին Երևան, որոնք հատուկ հաշվետվություն ներկայացրեցին Հայաստանում մանկական լեյկոզոլոգիայի վերաբերյալ: Նյութերը տպագրվեցին «Shvebishe Zeitung» թերթում: Դա իսկապես աննախադեպ ներդրում էր: Դրա շնորհիվ մինչ այսօր հնարավոր է ստանալ անհրաժեշտ դեղորայքը: «Hilfe fur Armenie» հիմնադրամը հաջողությամբ իրականացրեց ամբողջ պրոցեսը՝ ցիտոպլաստիկների մոտ 100 % ստացվեցին Գերմանիայից և դա արդեն իսկ հասու է Հայաստանի երեխաների համար՝ ամենաարդյունավետ օնկոհեմատոլոգիան ծրագրերից (Berlin-Frankfurt-Munster) մեկի անցկացման համար: Այդ ծրագրի արժեքը կազմում է 100000 եվրոյից ավել: Աստիճանաբար մենք ձեռք բերեցինք անհրաժեշտ դեղորայքը՝ ընթացիկ կոմպլեքս բուժման համար. լուծույթներ, հակաբիոտիկներ, հակասնկային, հակավիրուսային, անտիէմետիկ պատրաստուկներ, ոսկրածուծի ֆունկցիան պահպանող դեղորայք, արյան պրեպարատներ և այլն:

Մեր արևմտյան կոլեգաները կասկած հայտնեցին ծրագրի արդյունավետության վերաբերյալ՝ կախված կլինիկայի պայմաններից (կլինիկան չունեի համապատասխան պայմաններ): Հետագա տարիներին ախտորոշման և բուժման հիմնական խնդիրները լուծվեցին: Գերմանացիների հետ համագործակցությունը հնարավորություն է տալիս բարդացված դեպքերի ախտորոշումը (ոսկրածուծի մորֆոլոգիական անալիզ) ընդամենը 2-3 օրվա ընթացքում դիպլոմատիկ փոստի շնորհիվ կատարել արևմտյան առաջատար կլինիկաներում: Հայ մասնագետները ավելի մեծ վստահություն ձեռք բերեցին այդ ամենից հետո:

Գերմանացի մասնագետների հաճախակի այցելությունները սովորական են դարձել, որոնց ընթացքում ծանր դեպքերը քննարկվում են նրանց հետ: Ապաքինման բարելավման հնարավորություններն աստիճանաբար մեծանում են: Արևմտյան Գերմանիայի մեր ընկերներին

են միացել նոր մասնագետներ Բեռլինից, Վիեննայից, Դուսելդորֆից և ԱՄՆ-ից: Ամեն դեպքում Հայաստանում, ինչպես և բոլոր այլ երկրներում օնկոհեմատոլոգիայի բաժանմունքը տալիս է ամենաբարձր ցուցանիշ:

Հեղուկների մեծաքանակ ներարկումները կարդիոտոքսիկ, նեյրոտոքսիկ, պանկրեոտոքսիկ, հեպատոտոքսիկ, նեֆրոտոքսիկ դեղորայքի առկայությունն այս ծրագրում, ինչպես նաև երբեմն լեյկոպենիայի և պանցիտոպոնիայի ֆոնի վրա ինֆեկցիաների հավանականությունը երբեմն դարձնում են այս հիվանդությունը մահացու (սեպսիսի հետևանքով): Հայաստանում, ինչպես և այլ երկրներում մահացության դեպքերի մեկ այլ շատ կարևոր պատճառ է հանդիսանում հեմոռագիկ համախտանիշը, որը կարիք ունի ճիշտ կորեկցիայի: Այնուամենայնիվ, 300 երեխաներից ավելին բուժվել են, որը կազմում է բոլոր հիվանդ երեխաների 70%-ը: Դժբախտաբար մեր բարդ և կոպլեքսային աշխատանքը ոչ միշտ է ցանկալի արդյունք է տալիս: Մենք չենք կարող խուսափել որոշ կորուստներից: Բոլոր այն կլինիկաները, որոնք կատարում են քիմիոթերապիայի կուրսեր և կիրառում են շատ արդյունավետ աշխատանքային մեթոդ, հանդիսանում է այնպիսի բազմապրոֆիլ հիվանդանոց, որի աշխատակազմն աշխատում է 24 ժամ և ունի ժամանակակից վերակենդանացման կլինիկա: Առանց այս կոմպոնենտների քիմիոթերապիա ունենալը նմանվում է «սիզիփոսյան» աշխատանքի (որը ողջ պրոցեսի պարզեցման տենդենց չունի, այլ հակառակը՝ ծրագիրը դառնում էր ավելի բարդ): Մեկ տարի առաջ համալսարանական կլինիկայի բացումը նպատակ ունի վերացնելու վերը նշված բոլոր դժվարությունները: Բարձր հիգիենիկ վիճակը թույլ տվեցին նվազեցնել սեպսիսի առաջացման հնարավորությունը:

Մարքավորումներով լավ հագեցած վերակենդանացման կլինիկան և 24 ժամ աշխատելու ունակ անձնակազմը փոխեց աշխատելու անընդունակության բարդույթը: Մեր միամյա փորձը համալսարանում իսկապես ցույց է տալիս տարբերությունը: Մենք արդեն հաղթահարեցինք բոլոր դժվարությունները՝ կապված բարձր դոզայի քիմիոթերապիայի հետ (ռեցիդիվների կանխման շնորհիվ): Արդեն սովորական է մեզ համար 24 ժամյա լաբորատոր մոնիտորինգը: Շատ մասնագետներ՝ սրտաբաններ, ռեանիմատոլոգներ, ակերզոլոգներ, նյարդաբաններ, էնդոկրինոլոգներ և վիրաբույժներ աստիճանաբար ներգրավվում են այս աշխատանքների մեջ: Անցյալ տարի այս օրերին ստորագրվեց մեմորանդում՝ Բժշկական համալսարանի և «Help Armenia» բարեգործական հիմնադրամի միջև, ինչը մեզ թույլ տվեց լուծել բժշկության հետ կապված խնդիրները: Անցյալ տարիներին մենք համաձայնության եկանք՝ Համալսարանի, Berlin Charite և Դուսելդորֆի համալսարանական կլինիկաների հետ, ինչպես նաև նորացրեցինք մեր հարաբերությունները Մոսկվայի հետ: Իհարկե, մենք դեռ ունենք լուծելու բազում խնդիրներ, սակայն մենք արդեն ունեցել ենք հաջողակ ավարտով կլինիկական դեպքեր, ինչն անհրաժեշտ էր թվում Հայաստանի համար:

**ՖՈԼԻԿՈՒԼՅԱՐ ԼԻՄՖՈՍԱՆՆԵՐ
ԲՈՒԺՄԱՆ ՌԱԶՄԱՎԱՐՈՒԹՅԱՆ ՎԵՐՋԻՆ
ՀԱԶՈՂՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ**

Հելրիգել Կ. Պ.

Որբանի հեմատոլոգիայի և ուռուցքաբանության կլինիկա, Բեռլին, Գերմանիա

Ներկայումս համակցված քիմիոթերապիան հանդիսանում է ֆոլիկուլյար լիմֆոմաների բուժման ստանդարտ: Քիմիոթերապիային ռիտուկսիմաբի (R) ավելացումը զգալիորեն բարձրացնում է ընդհանուր կենսունակությունը նախկինում չբուժվող ֆոլիկուլյար լիմֆոմաների ժամանակ և աննշան ավելացնում է բուժավորությունը համեմատած միայն քիմիոթերապիայով բուժման հետ: Այս միտքը հատկապես դիտարկելի է, քանի որ վերջին տասնամյակներում ընդհանուր կենսունակության բարձրացում չի արձանագրվում:

OFFICIAL PUBLICATION OF THE YEREVAN STATE MEDICAL UNIVERSITY

Անախտանիշ հիվանդների մոտ դեռևս կիրառվում է «դիտարկման և սպասման» մոտեցումը: Հիվանդության I, II փուլերի և սահմանափակ III փուլի (մինչև 5 ներգրավված ռեգիոնալ լիմֆատիկ հանգույց) հիվանդներն ունեն բուժման հավանականություն: Համակցված իմունո-քիմիոթերապիան ցուցված է հեմոպոետիկ անբավարարության ախտանիշներով (անեմիա, նեյտրոպենիա, տրոմբոցիտոպենիա), արագ զարգացող ուռուցքներով, խորացված հիվանդությանը, աուտոիմուն ֆեոնոմենով, ռեցիդիվող վարակներով հիպոգամմազլոբուլինեմիայով և մոնոկլոնալ գամմապաթիայի հետևանքով գերմաժուցիկության սինդրոմով հիվանդներին:

Ռիտուկսիմաբի հետ զուգակցված ինչպիսի՞ քիմիոթերապիա պետք է կիրառվի: III փուլի ռանդոմիզացված հետազոտության նախնական արդյունքներով պարզված է, որ բենդա-մուստինի զուգակցումը ռիտուկսիմաբի հետ իր արդյունավետությամբ չի գիջում CHOP-R-ին և պակաս/քիչ թունավոր է ֆոլիկուլյար լիմֆոմաների առաջնային բուժման ժամանակ:

Ռիտուկսիմաբով լրացված բուժումը լավագույն տարբերակն է բոլոր տեսակի հիվանդների կենսունակության բարձրացման ուղղությամբ՝ անկախ առաջնային բուժումից կամ ռեմիսիայի վիճակից (CR կամ PR): Ռեցիդիվող հիվանդությանը հիվանդների համար R-քիմիոթերապիան՝ հավելված R-օգնությանը բուժումը, հանդիսանում է լավագույն տարբերակ:

ԿՐԿՆՎՈՂ ՄԱՆԿԱԿԱԲ ՍՈՒՐ ԼԻՄՖՈԲԼԱՍՏԻԿ ՍՊԻՏԱԿԱՐՅՈՒՆՈՒԹՅԱՆ ՆԵՐԿԱ ԿԱՌԱՎԱՐՈՒՄԸ Հենցե Գ.

Մանկաբուժության կենտրոն, Վիրխովի անվան կլինիկա, Շարիտեի
բժշկական համալսարան Բեռլին, Գերմանիա

Չնայած առողջացման դեպքերի բարձր մակարդակի սուր լիմֆոբլաստիկ սպիտակարյու-նությունը (ULU) մանկական օնկոլոգիայում հաճախ հանդիպող ախտորոշումներից է: Նույնիսկ բուժման հնարավոր լավագույն ռեժիմների դեպքում ռեցիդիվի տոկոսը դեռ կազմում է 15 %-20 %: Ադապտացված ռիսկով առաջնային ընթացակարգի արդյունքում ռեցիդիվները մեծամասամբ տեղի են ունենում պատահականորեն, բայց ավելի հաճախ հանդիպում են այն հիվանդների մոտ, որոնք ունեն ռեցիդիվին բնորոշ բարձր ռիսկայնություն: Այն բանից հետո, երբ ցողունային բջիջների փոխպատվաստումը (ՅԲՓ) դարձավ առաջնային բուժման հիմնական մաս, ռեցեդիվ գրանցվեց նաև այն հիվանդների մոտ, որոնք արդեն իսկ բուժվել էին ՅԲՓ-ով, իսկ այդ երեխաներին, համաձայն ռեցեդիվի հիմնական ընթացակարգի, բուժման կրկնումը հաճախ հակացուցված է: Սա է պատճառը, որ ռեցեդիվով հիվանդների քանակը վերջին տարիների ընթացքում կրճատվել է:

ՍԼՍ-ի միջազգային մուլտի կենտրոնում ռեցիդիվի հետազոտման խմբում մեր կողմից 1983 թվականից հետո գրանցվել են ավելի քան 2000 հիվանդներ: Վեց հաջորդական փորձարկում-ներից ցանկացածի դեպքում պատահականություններից զերծ կենսունակությունը եղել է 33%, իսկ համընդհանուր կենսունակությունը՝ 40%: Ներկայացվող նկարները ցույց են տալիս, որ ռեցեդիվի դեպքում երկարատև կենսունակության կանխատեսումն ու հավանականությունը նվազում են: Ռեմիսիայի հավանականությունը ավելի է նվազում գրանցվող լետալ վախճանով դեպքերի բարձր հանդիպելիության հետևանքով, որոնք նախորդող օրգանական տոքսիկ առաջնային թերապիայից հետո բուժման նկատմամբ տոլերանտության նվազման արդյունք են: Ի լրումն, բուժման նկատմամբ անընկալունակությունը համընդհանուր է, քանի որ պահպան-ված բլաստային բջիջների մոտ մեծանում է կայունությունը օգտագործվող հակալեյկեմիկ դեղորայքի նկատմամբ: Նույնիսկ եթե առկա է լրիվ ռեմիսիան (LՌ), հաջորդող ռեցիդիվի հավանականությունը կրկին բարձր է:

Լեյկեմիկ բջիջների ժամանակը, տեղադրությունը և իմունոլոգիական ֆենոտիպը շատ կարևոր են կլինիկական կանխատեսման համար: Վաղաժամկետ ռեցիդիվը կապված է

վատագույն կանխատեսման հետ, եթե նույնիսկ հնարավոր լինի հասնել LՌ-ի, այն քիմիոթերապիայի միջոցով պահպանել հնարավոր չէ. ահա թե ինչու երեխաների մեծ մասի մոտ որպես փրկության արդյունավետ միջոց կիրառվում է ՅԲՓ-ը: Չարմանալիորեն, ոսկրածուծի կոմբինացված ռեցեդիվի դեպքում երեխաների մոտ կանխատեսումն ավելի լավ է, քան ոսկրածուծի մեկուսացված ռեցեդիվի դեպքում: Ելեկեմիայի համեմատ Բբջիջներով պայմանավորված ՍԼՍ-ի ռեցեդիվի դեպքում երեխաների մոտ ավելի լավ արդյունք է գրանցում:

Այս չափանիշներից բացի, արդյունքի վրա գենետիկական և մոլեկուլային գենետիկական հետազոտությունների արդյունքները ևս կարևոր ազդեցություն ունեն: Հիբրիդացված գեներ կարելի է գտնել համարյա նույնպիսի հաճախականությամբ, ինչ առաջնային հետազոտության ժամանակ, սակայն Ֆիլադելֆիա քրոմոսոմի (Ph¹) նկատմամբ դրական ՍԼՍ-ի դեպքում ռեցեդիվի տոկոսը նվազել է կապված այն իրողության հետ, որ այդպիսի հիվանդների մեծ մասն ախտորոշվում է առաջնային հետազոտման ժամանակ և այդ երեխաների մեծ մասին կատարվում է ՅԲՓ: Չնայած դրան, ինչպես առաջնային թերապիայի, այնպես էլ ռեցիդիվների դեպքում TEL-AML1 դրական հիվանդները ունեն ավելի լավ կանխատեսում, մինչդեռ Ph¹ ռեցեդիվով բոլոր հիվանդներն անհույս են:

Վերջին տարիներին ի հայտ է եկել մեկ այլ գործոն, որն ավելի մեծ կարևորություն ունեցավ կանխատեսման համար: Ինչպես առաջնային բուժման, այնպես էլ այս դեպքում թերապիայի նկատմամբ պատասխանը ամենակարևոր և նշանակալի չափանիշն է, որը կանխորոշում է արդյունքը: BFM ռեցեդիվի ներկա ALL-REZ BFM 2002 հետազոտություններում միջանկյալ ռիսկի հիվանդների դասակարգման գենետիկական հետազոտությունների արդյունքների վրա հենվելով, թերապիայի նկատմամբ պատասխանը մենք օգտագործում ենք որպես մնացորդային հիվանդության նվազագույն քանակակության գնահատման չափանիշ:

Դրական պատասխանով հիվանդներին կարելի է նշանակել քիմիոթերապիա, իսկ բարձր MRD աստիճանով հիվանդներին բուժման 36-րդ օրը խորհուրդ է տրվում կատարել ՅԲՓ: Թերապիայի նկատմամբ ընկալունակությունը որոշվում է նաև ցողունային բջիջների դոնորի որոշակի մակարդակի ընտրությամբ: Ոչ արյունակից դոնորից ՅԲՓ պետք է արվի միայն թույլ պատասխանի դեպքում, մինչդեռ արյունակցական ՅԲՓ-ը կարելի է կատարել նաև լավ ընկալունակության դեպքում, քանի որ այս դեպքում փոխպատվաստուկով պայմանավորված մահացությունը շատ ցածր է:

Ներկայումս մենք վատ կանխատեսումով հիվանդների համար նախատեսում ենք պլանավորել «թիրախային» ինտենսիֆիկացված թերապիա: Դրանք և այն հիվանդներն են, որոնք ունեցել են սպասված ցածր CR և այն երեխաները, որոնք ՅԲՓ-ից առաջ բարձր MRD-ազդանշան են ունեցել: Այսպիսով, ռեմիսիայի աստիճանը պետք է բարձրացվի ավելի արդյունավետ ռեժիմների ներմուծմամբ: Ավելին, ջանքեր պետք է գործադրել նախափոխպատվաստային ռեմիսիայի որակը բարելավելու համար, որպեսզի կրճատվի ՅԲՓ-ից առաջ լեյկեմիկ բջիջների բարձր մնացորդային քանակ ունեցած երեխաների ռեցեդիվի հավանականությունը փոխպատվաստումից հետո: Այս նպատակով կարելի է օգտագործել իմունոլոգիական միջոցներ (հակամարմիններ) կամ նոր դեղամիջոցներ, որոնցից են պուրինային նուկլեոտիդների նոր անալոգները: Սակայն նման բուժումները պետք է անցնեն վերահսկվող և լայնածավալ կլինիկական փորձարկումներ:

ԿՐԾՔԻ ՔԱՂՑԿԵՂԻ ՄԱՍՄՈԳՐԱՖԻԿ ՍԿՐԻՆԻՆԳ ԿԱԶՄԱԿԵՐՊՄԱՆ ԵՎ ԳՈՐԾՈՂՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԽՆԴԻՐՆԵՐԸ

Կիրակոսյան Ի., Մադոյան Ի., Հովակիմյան Գ.,

Հակոբյան Ա., Մաշուրյան Ն.

Հայ-Ամերիկյան բարեկեցության կենտրոն, Երևան Հայաստան

Երևանի Մ. Հերացու անվ. պետական բժշկական համալսարանի ճառագայթաբանության ամբիոն,
Երևան, Հայաստան

Սկրինինգի նպատակը

1997 թ-ից Հայաստանում կրծքի քաղցկեղը (ԿՔ) հանդիսանում է մեծագույն խնդիրներից մեկը: Վերջին 13 տարիների ընթացքում Հայաստանում ԿՔ-ը հասնում է է 52,4 %-ի: 2000 թ-ին հայտնաբերվել էր ընդամենը 678 դեպք, իսկ 2008 թ-ին՝ այդ թիվն աճեց մինչև 869-ի: Այսօր կարևորագույն խնդիր է հանդիսանում կրծքի քաղցկեղից մահացության մակարդակի արդյունավետ նվազեցումը, որի լավագույն միջոցը հիվանդության վաղաժամ ախտորոշումն է: Եթե ԿՔ-ը ախտորոշվում է վաղ փուլում, ապա կենսագոյության հնարավորությունը (շանսը) կազմում է 90-95%, սակայն IV փուլում՝ միայն 10 %: Եվ շատ կարևոր է, որ հիվանդներն իրենք կարողանան այդ խնդիրն իրենց մեջ հայտնաբերել: Հետևաբար, անհրաժեշտ է հիվանդության վաղաժամ հայտնաբերման համար սկրինինգի ցանկացած հնարավորություն՝ որպես բուժման մեթոդ:

Նպատակը:

Սկրինինգ:

Ի՞նչ է տալիս սկրինինգը: Դա որոշման, հիվանդին քիչ վնասող շատ զգայուն և սպեցիֆիկ մեթոդ է, սարքավորումների առումով՝ հեշտ կիրառվող և ոչ թանկարժեք: Նշված առավելությունները մամոգրաֆիկ սկրինինգը դարձնում են քաղցկեղի ախտորոշման լավագույն տարբերակ: Մամոգրաֆիկ սկրինինգի հիմնական արդյունքն է որոշել շոշափվող զանգվածի չափսը: Կարևոր է իմանալ, որ մամոգրաֆիկ սկրինինգ կարելի է կատարել տարիներ 2 անգամ՝ միայն 40 և 40-անց կանանց մոտ, քանի որ այդ տարիքային խմբի համար դա հանդիսանում է ռիսկի գործոն: 1980 թ. ԿՔ-ի բարձր մակարդակը ցույց տվեց և՛ հիվանդների, և՛ պետությունների թիվը: Մամոգրաֆիկ սկրինինգի մեթոդը հնարավորություն տվեց ճշգրտել ախտորոշումը և իրականացնել տարբեր տարիքային խմբերի կանանց բուժումը: Մամոգրաֆիկ սկրինինգը հնարավորություն է տալիս առաջիկա 5-7 տարում 30 %-ով նվազեցնել մահացության մակարդակը, իսկ 15-20 տարի անց՝ 20 %-ով՝ այդ մեթոդը կիրառելուց անմիջապես հետո: Մամոգրաֆիկ սկրինինգի ընդլայնումը կարող է ստուգիչ խմբում հանգեցնել ԿՔ-ից մահացության նվազեցմանը:

1997-2008 թթ. Հայ-Ամերիկյան բարեկեցության կենտրոնում ախտորոշվել են 3878 հիվանդ (որոնց 0,4% եղել են զրո փուլում, 66,2 %՝ I-II փուլում, 23,5 %՝ III փուլում և 9,8 %՝ IV փուլում, իսկ 5 տարվա տևողությամբ կենսագոյության մակարդակը I-II փուլերում եղել է 54,3 %: 2008թ. հաշվետվություն): Արդյունավետ մամոգրաֆիկ սկրինինգի համար կա էքսպերտ մասնագետների անհրաժեշտություն, որոնք ունակ կլինեն մեկնաբանելու դեպքերը և տալ ԿՔ-ի բարձրորակ ախտորոշում: Հետագա զննումների կարիք է եղել 22 հիվանդներից 12-ի մոտ՝ պլանավորված սկրինինգների միջև: Կեղծ-դրական և կեղծ-բացասական արդյունքները կազմել էին 5-25 % և 10-25 % համապատասխանաբար:

Մամոգրաֆիկ սկրինինգը իրագել է պատասխանելու բազմաթիվ հարցերի: Ֆինանսական խնդիրներից բացի շատ կարևոր է խրախուսել կանանց ակտիվորեն և ինքնակամ մոտենալ սկրինինգի ծրագրին: Ուստի, կանանց ներգրավումն իրենց անձնական առողջության պահպանման հիմնահարցում հանդիսանում է առողջության կենտրոնի գլխավոր խնդիրը: Մամոգրաֆիկ սկրինինգը կազմված է երեք մասից: Առաջին մասը ներառում է պոլիկլինիկաների ծառայությունը, երկրորդը՝ մամոգրաֆիկ սկրինինգի համար անհրաժեշտ սարքավորումները և

երրորդը՝ հիվանդներին ուռուցքաբանական կենտրոն ուղարկելու հնարավորությունը:

Արդյունքները: Հայ-ամերիկյան բարեկեցության կենտրոնը 1997-2008 թթ. ընթացքում անց է կացրել 85589 կանանց հետազոտություն: 60034-ի մոտ ախտորոշվել է ԿԶ (70,1%): Արդյունքները հետևյալն են. 15 կանանց մոտ (0,4%) արձանագրվել է զրո փուլը, 611-ի (15,8%) մոտ՝ I փուլը, 1962-ի (50,6%) մոտ՝ II փուլը, 911-ի (23,5%) մոտ՝ III փուլը և 380-ի (9,8%) մոտ՝ IV փուլը: Այս արդյունքները ցույց են տալիս, որ դեպքերի հաճախականությունը հիվանդության զրոյից մինչև II փուլը կազմել է 66,8 %: Ուշագրավ է, որ 39748 հիվանդ (46,4 % բոլոր հիվանդների) եղել են կենսունակ՝ ուռուցքի բարորակ տեսակի պատճառով:

Եզրակացություն: ԿԶ-ի վաղաժամ և ճշգրիտ ախտորոշման համար անհրաժեշտ է բարձրակարգ մամոգրաֆիկ սկրինինգի ծրագիր, որը պահանջում է. հետազոտման բարձր մակարդակ, բարձրակարգ տեխնիկական սարքավորումներ, վերապատրաստված մասնագետներ և ժողովրդի բարձր զգոնություն ԿԶ-ի վերաբերյալ:

ՆՈՐ ԼԱՊԱՐԱՍԿՈՊԻԿ ՎԱԳԻՆԱԼ ՄԵԹՈԴ՝ ՌԱԴԻԿԱԼ ՀԻՍՏԵՐԷԿՏԵՄԻԱՅԻՆ ՀԱՄԱՐ

Կոխլեր Խ., Լանովսկայա Մ., Օլեժչակ Ա.,
Չիանտեռա Վ., Շնեյդեր Ա.

Գինեկոլոգիայի և գինեկոլոգիական ուռուցքաբանության ամբիոն,
Շարիտե բժշկական համալսարան, Բեռլին, Գերմանիա

Նպատակը: Ընդհանուր կամ ռոբոտացված լապարասկոպիկ ռադիկալ հիստերեկտոմիայի համար հաճախ խնդրահարույց է համապատասխան վազինալ օղակի պատրաստումը: Ընդ որում, լապարասկոպիկ մեթոդով կատարվող ռադիկալ հիստերեկտոմիան կապված է բազմաթիվ ուռուցքիական բարդությունների հետ:

Մեթոդները: 2007-ի ապրիլից մինչև 2009-ի օգոստոսն ընկած ժամանակահատվածում նոր կոնքինացված լապարասկոպիկ-վազինալ մեթոդով վիրահատվել են իրար հաջորդող 92՝ ցերվիկալ քաղցկեղի IB1 փուլում կամ ներարգանդային քաղցկեղի II փուլում գտնվող հիվանդներ: Այս մեթոդը բաղկացած է երեք փուլից՝

լապարասկոպիկ փուլ.

վազինալ օղակի պատրաստում.

սովորական լապարասկոպիկ կամ ռոբոտային ռադիկալ պարամետրեկտոմիա:

Մեթոդը ստանդարտիզացվել է և կցուցադրվի քայլ առ քայլ՝ գրաֆիկների և վիրահատության ժամանակ կատարված նկարահանումների միջոցով:

Արդյունքները: Մենք վերլուծել ենք առաջին 34 հիվանդների տվյալները: Միջին տարիքը եղել է 46, միջին ՄՁԳ-ն՝ 23,8: Միջին հաշվով 35 (20-53) ավշային հանգույցներից զերծ նորագոյացություններ են հեռացվել կոնքի և ենթազարկերակային շրջաններից: Վիրահատության միջին տևողությունը եղել է 342 րոպե: Արյան կորստի միջին արժեքը եղել է 83 մլ (50-150մլ): Վիրահատությունների ժամանակ ուռուցքիական բարդություններ չեն առաջացել: Հիվանդներից մեկին անհրաժեշտ է եղել կատարել կրկնակի լապարասկոպիա՝ դրենաժի կորստի պատճառով:

Եզրակացություն: Նկարագրված նոր մեթոդը ներառում է ընդհանուր լապարասկոպիկ և լապարասկոպիայի կիրառմամբ ռադիկալ վազինալ հիստերեկտոմիայի առավելությունները: Լապարասկոպիկ փուլի ընթացքում, ներառյալ լիմֆադենեկտոմիան, ճշգրտվում է ռադիկալ հիստերեկտոմիայի վերաբերյալ ցուցումը: Վազինալ փուլը թույլ է տալիս պատրաստել նորագոյացությանը համապատասխանող վազինալ օղակ և խուսափել հաջորդող վիրահատության ընթացքում նորագոյացության բջիջներով ախտահարումից: Թե՛ սովորական, թե՛ ռոբոտացված լապարասկոպիայի արդյունավետության աճը թույլ է տալիս կատարել միզածորանի նուրբ հատում և պարամետրիայի համապատասխան ռեզեկցիա:

OFFICIAL PUBLICATION OF THE YEREVAN STATE MEDICAL UNIVERSITY

Կրծքագեղձի քաղցկեղի հազվադեպ հյուսվածքաբանական տիպերի տեղային ռեցիդիվները

Կոլյադինա Ի.Վ.¹, Պողոտյան Ի.Վ.¹, Կոմոդ Դ.Վ.², Քերիմով Ռ.Ա.²,
Ռոստիսլավ Ե.Մ.², Մակարենկո Ն.Պ.¹

¹ Կլինիկական օրդինատորայի Ռուսաստանի բժշկական ակադեմիա, Մոսկվա, Ռուսաստան
² Ն.Ն. Բլոխինի անվ. Ռուսաստանի ուռուցքաբանական կենտրոն, ՌԲԳԱ, Մոսկվա, Ռուսաստան

1990-2006թթ ընթացքում Ն.Ն. Բլոխինի անվ. Ռուսաստանի ուռուցքաբանական կենտրոնում բուժվել են առաջնային վիրահատելի կրծքագեղձի քաղցկեղի տեղային ռեցիդիվներ ունեցող 116 հիվանդ: Կրծքագեղձի քաղցկեղի հիվանդության պրոգնոստիկ ժամանակ տեղային ռեցիդիվները նմանատիպ էին առաջնային ուռուցքների հյուսվածքաբանական կառուցածքին, և եղել են դրա միակ ախտանիշը: Հիվանդների մեծ մասը (66 %) ունեցել են ծորանային կարցինոմա, 20 %-ը բրիկային կարցինոմա, 8 %-ը խառը քաղցկեղ և ընդամենը 6 % (7 հիվանդ) ունեցել են հազվադեպ հյուսվածքաբանական տիպեր: Նրանցից են. խողովակային (տուբուլյար) քաղցկեղը – 4 դեպք, գեղձային (մեդուլյար) քաղցկեղ – 2 դեպք և լորցային – 1 դեպք: Բոլոր հիվանդները մեծ էին 48 տարեկանից; 2 հիվանդ գտնվում էին հիվանդության առաջին փուլում, 3-ը՝ երկրորդ և 2-ը՝ երրորդ փուլում: Մեկ ծորանային և ավշաանոթային ինվազիան, բազմաֆոկուսային ուռուցքները, ուռուցքների բարձր հյուսվածքաբանական աստիճանը բոլոր դեպքերում էլ բացակայում էին: Ավշային հանգույցի ներգրավումն առկա էր երեք դեպքերում, և բացակայել էր չորս դեպքերում: Առաջնային ուռուցքի ընկալիչի վիճակը հետազոտվել էր 6 դեպքերում, որոնցից երեքը ունեցել են – ընկալիչ էստրոգեն դրական, և երեքը - ընկալիչ էստրոգեն բացասական ուռուցք:

Արդյունքները. Տեղային ռեցիդիվները հայտարարվել են վիրահատությունից հետո ընկած 11 ամսից մինչև 6 տարի ժամանակահատվածում: Առավել հաճախակի դիտվող ռեցիդիվները տեղակայվել են վիրահատական սպիի շրջանում (6- հիվանդ), կրծքավանդակում (1 հիվանդ); ուռուցքի չափերը եղել են 3 սմ փոքր: Բոլոր հիվանդները վիրահատվել են (ռեցիդիվների տեղերի հեռացում), երկու հիվանդ ստացել են հետվիրահատական ռադիոթերապիա, մեկ հիվանդը՝ քիմիոթերապիա և ևս մեկ հիվանդ՝ էնդոկրին թերապիա: Դիտարկման ժամանակահատվածը եղել է 3-ից 10 տարի: Երեք հիվանդ մահացել են (հիվանդության պրոգրեսիա), չորս հիվանդ առ այսօր ապրում են: Հիվանդության պրոգրեսիան առաջանում էր միայն առաջնային ուռուցքի T2 չափի և ընկալիչ էստրոգեն բացասակն վիճակում՝ ավշահանգույցի ներառմամբ, որի ժամանակ ռեցիդիվն առաջանում էր վիրահատությունից հետո մինչև 24 ամիս ժամանակահատվածում, ինչպես նաև ուռուցքների միայն վիրահատական բուժում ստացած, առանց ադյուվանտ թերապիայի հիվանդների մոտ:

Եզրակացություն. Քրծքագեղձի քաղցկեղի հազվադեպ հյուսվածքաբանական տիպային տեղական ռեցիդիվները կազմել են 6 %: Այն հիվանդների որոնք ունեցել են առաջնային ուռուցքի T2 չափ և էստրոգեն բացասակն կարգավիճակ, ավշային հանգույցի ներգրավում, ռեցիդիվի առաջացման վաղ շրջան (մինչև 24 ամիս) և ռեցիդիվի միայն վիրահատական բուժում ունեցել են կյանքի վատ կանխատեսում:

Տեղային ռեցիդիվների կլինիկական ձևերը առաջնային վիրահատելի կրծքագեղձի քաղցկեղով հիվանդների մոտ

Կոլյադինա Ի.Վ.¹, Պոդդուրնայա Ի.Վ.¹, Կոմոդ Դ.Վ.²,
Մակարենկո Ն.Պ.¹, Քերիմով Ռ.Ա.², Ռոսաշչին Ե.Մ.².

¹ Կլինիկական օրդինատորայի Ռուսաստանի բժշկական ակադեմիա, Մոսկվա, Ռուսաստան

² Ն.Ն. Բլոխինի անվ. Ռուսաստանի ուռուցքաբանական կենտրոն, ՌԲԳԱ, Մոսկվա, Ռուսաստան

1990-2006թթ ընթացքում Ն.Ն. Բլոխինի անվ. Ռուսաստանի ուռուցքաբանական կենտրոնում ռադիկալ բուժում են ստացել առաջնային վիրահատելի կրծքագեղձի քաղցկեղ ունեցող 116 հիվանդ: Վիրահատությունից հետո ընկած 4-ից 120 ամիսների ընթացքում դիտվել են տեղային ռեցիդիվներ միայն հիվանդության ախտանիշների պրոգրոսիայի դեպքում: Տեղային ռեցիդիվները ներկայացված են եղել որպես առանձին ուռուցքներ 85 % դեպքերում, և որպես բարդություններով հանդերձ ձևեր 15 % դեպքերում. ինֆիլտրացիայով ձևերը – 2,2 %-ի մոտ, խոցերով ուռուցքները -1,6 –ի % մոտ, ուռուցքային ցիստայով – 2,2 %-ի մոտ, իսկ 9 %-ը կազմել են կրծքագեղի քաղցկեղի խառը ձևերը: Բարդություններով ուռուցքները դիտվել են 60 % դեպքերում, վիրահատությունից հետո մինչև 30 ամիս ժամանակահատվածում (մաստէկտոմիա կամ օրգան պահպանող վիրահատություն), 33,3 % դեպքերում՝ վիրահատությունից 30-ից 60 ամիսների ընթացքում, և միայն 6,7 %-ի մոտ – 60 ամիս հետո ($p = 0,04$): Եթե ռեցիդիվ ուռուցքի չափսերը փոքր են եղել 2 սմ-ից, ապա բարդություններն հազվադեպ էին (3,9 %), եթե 2-5 սմ էին ապա բարդությունները դիտվում էին 23,1 % -ի դեպքում, եթե ուռուցքը 5 սմ-ից մեծ էր, ապա բարդությունները առկա են եղել 35,5 % դեպքերում ($p = 0,0002$):

Կրծքավանդակի պատում բարդությունների տեղակայման ռեցիդիվները կազմել են 18,2 % հիվանդների մոտ, իսպիլատերալ կրծքագեղձի ուռուցքների ռեցիդիվների բարդությունները դիտվել են 14,3 % հիվանդների մոտ և 11,8 % -ը՝ վիրահատական սպիի շրջանում ռեցիդիվներով հիվանդների մոտ ($p < 0,05$): Բարդություններով ռեցիդիվներ ունեցել են կոնստրուկտիվ ինվազիվ ծորանային կարցինոմա 92,8 % դեպքերում, բրիկային կալցինոմա՝ 7,2 % դեպքերում: Խառը և հազվադեպ տիպերը (գեղձային և լորձային կառցինոմաները) դիտվել են միայն որպես կրծքագեղձի քաղցկեղի ռեցիդիվների ոչ բարդացված ձևեր ($p = 0,02$):

Եզրակացություն. Բարդություններով հանդերձ տեղային ռեցիդիվներ (ինֆիլտրացիա, խոց, քաղցկեղի ցիստա և խառը տիպերը) հայտնաբերվել են առաջնային վիրահատելի կրծքագեղձի քաղցկեղով 15 % հիվանդների մոտ: Ինվազիվ ծորանային ռեցիդիվ ուռուցքների չափսերը եղել են 5 սմ-ից մեծ, որոնք տեղակալված են եղել կրծքավանդակի պատում և որի վաղ ռեցիդիվը շատ հաճախ բերում է բարդությունների:

Բառեռթի որկորի ախտորոշման նոր տեսակետ

Յու Կուվշինով, Գ Ունգիդե, Ս. Պիրոգով

Ն.Ն. Բլոխինի անվ. Ռուսաստանի ուռուցքաբանական կենտրոն, ՌԲԳԱ, Մոսկվա, Ռուսաստան

Նպատակ. գնահատել Բառեռթի որկորի ախտորոշման համար հատուկ էնդոսկոպիկ մեթոդները և զարգացնել նոր մոտեցում նրանց համակցությունների կիրառման համար:

Նյութեր և մեթոդներ. 2006-2009թթ Ն.Ն. Բլոխինի անվան Ռուսաստանի ուռուցքաբանական կենտրոնում 295 հիվանդ Բառեռթի որկորի կասկածելի ախտորոշմամբ հետազոտվել են էզոֆագոսկոպիայի միջոցով: Հեղինակների կողմից կիրառվել է քրոմոէնդոսկոպիան, ինչպիսին է Լյուգոլով ներկումը՝ 46 դեպքերում, և մեթիլեն կապույտով՝ 57 դեպքերում: Հեղինակները զարգացրել էին Բառեռթի որկորի ախտորոշման նոր համալիր էնդոսկոպիկ մեթոդ - 1,5% քացախաթթվով ինսիլյացիա, համակցված NBA-ով (Narrow Band Imaging - Նեղ ցուպիկա-կորիզային արտացոլում), 1,5 անգամ մեծացում և ներկում բյուրեղային մանուշակագույնով: Այս մոտեցումը փորձարկվել է 240 դեպքերում: Բիոպսիայի բոլոր նմուշները ներկվել են ալցիան կապույտով և Շիֆֆ հիմքով:

Արդյունքները. հետազոտությունների արդյունքների վերլուծությունը ցույց է տվել, որ էնդոսկոպիկ եղանակով Բառեռթի որկորը (II և III տիպի մետապլազիան- գաղութային պարարտ բջիջներով և թեփուկավոր էպիթելով) դիտվել է կասկածելի որկորային նախաքաղցկեղային մետապլազիայի միայն 42,3% դեպքերում: 28,5% դեպքերում մետապլաստիկ փոփոխությունները ներկայացվել են ստամոքսի էպիթելի I տիպի մետապլազիայով (ինտեստինալ): Ավելին, նմուշների 29.2%-ը եղել են ստամոքսի էպիթելի նմուշների, առանց ինտեստինալ կամ գաղութային մետապլազիայի և պարունակել են տիպիկ կարդիալ գեղձեր: Լյուգոլի ներկման եղանակով ախտորոշման ճշգրտությունը Բառեռթի որկորի դեպքում եղել է թերի և վերծանել է միայն 34 % : Մեթիլեն կապույտով ներկման եղանակը նույնպես չէր արդարացրել իրեն այս դեպքում. նրա զգայությունը եղել էր միայն 25 % դեպքերում՝ ներկված և չներկված II և III տիպի մետապլազիայով նմուշների և պարարտ բջիջների ու թեփուկավոր էպիթելի (իրական նախաքաղցկեղային Բառեռթի որկոր) համեմատելի արժեքների պատճառով: NBA-ով, քացախաթթվի ինսիլյացիաներով, մեծացմամբ և բյուրեղային մանուշակագույնի ներկմամբ մշակված համալիր էզոֆագոսկոպիան ապահովել էր 88% ճշգրտություն: Հեղինակները գնահատել են մետապլազիայի ենթարկված էպիթելի արխիտեկտոնիկան, և, համաձայն Պ. Շարմայի դասակարգման, առանձնացրել են լորձային պատկերի 4 տեսակ՝ թավիկային, ուղեղային, ձվաձև և անկանոն: Այս մեթոդի կիրառմամբ թավիկային պատկերը որոշվել էր 92 % դեպքերում, ինչը համապատասխանել էր II և III տիպերի գաղութային մետապլազիայի: Դիսպլազիայի բարձր աստիճանով բոլոր նմուշները, ինչպես նաև վաղ ադենոկարցինոման դիտվել են որպես անկանոն տիպի պատկերներ:

Եզրակացություն. Բառեռթի որկորի ախտորոշման ժամանակ NBA-ով, քացախաթթվի ինսիլյացիայով, 1,5 անգամ մեծացմամբ և բյուրեղային մանուշակագույնով ներկմամբ համալիր էզոֆագոսկոպիան հանդիսանում է ավելի ճշգրիտ մեթոդ, քան ավանդականորեն օգտագործվող էնդոսկոպիկ մեթոդները:

ՏԱՐԲԵՐ ՏԱՐԻՔԱՅԻՆ ԽՄԲԵՐՈՒՄ ՖԻԲՐՈԱԴԵՆՈՍԱՆԵՐԻ ՀԱՃԱԽԱԿԱՆՈՒԹՅԱՆ ՀԱՅՏՆԱԲԵՐՈՒՄԸ

Մաշտոյան Ն.

Հայ-Ամերիկյան բարեկեցության կենտրոն, Երևան Հայաստան
Երևանի Մ. Հերացու անվ. պետական բժշկական համալսարանի ճառագայթաբանության
ամբիոն, Երևան, Հայաստան

Մեթոդներ: Հայ-Ամերիկյան բարեկեցության կենտրոնում 2009թ. ապրիլ-սեպտեմբեր ամիսներին ճառագայթաբանի կողմից ուսումնասիրվել են 764 կանանց սոնոգրաֆիկ և մամնոգրաֆիկ երիզները: Խմբում միջին տարիքի ներկայացուցիչները կազմում են 41,8 % + 11,7 (15-74):

Արդյունքներ: Հետազոտման արդյունքում հայտնաբերվել է ֆիբրոադենոմաների (FIB) հաճախականության 8,4 % (n=64), որոնցից 81,25 %-ի մոտ (n=84) ախտորոշվել են դաշտանային ֆունկցիայի առանց որևէ խանգարման, միայն 18,75 % (n=12) կանանց մոտ առկա են եղել դաշտանային ֆունկցիայի որոշ խանգարումներ: 2 սմ-ից փոքր չափսերով ֆիբրոադենոմաների հայտ են եկել դեպքերի 5,1 %-ի մոտ (n=39), դրա փոխարեն 2 սմ-ից մեծ չափսերով ֆիբրոադենոմաներ դիտվել են 3,3 %-ի մոտ (n=25): 30 տարեկանից հետո միջին խմբում FIB հայտնաբերվել են 42,2 % (n=27) դեպքում, սակայն FIB < 2 սմ չափսերով դիտվել է 17,2 % (n=11) դեպքերում, իսկ երբեմն 2 սմ-ից մեծ FIB` 25 % (n=16) դեպքերում: 30-40 տարեկանների միջին խմբում FIB դիտվել է 37,5 % (n=24) դեպքում (<2 սմ չափսերով 20,3 %, n=13): Կանանց մյուս խմբում` 40 տարեկանից բարձր, բոլոր FIB կազմել է 23,4 % (n=15), որոնցում հայտնաբերվել են FIB 2 սմ-ից փոքր չափսերով: Մեծ հետաքրքրություն է ներկայացնում 40 տարեկանից բարձր կանանց խմբում (P<0,05) FIB առկայության բացահայտումը, սակայն զգալի տարբերություն չկա 30-40 տարեկանների խմբի համեմատությամբ (P>0,05):

Եզրակացություն: FIB հաճախականությունը միանշանակ բարձր է 40 տարեկանից բարձր կանանց մոտ, սակայն այն այնքան բարձր չէ մինչև 40 տարեկան կանանց խմբի համեմատությամբ:

ՈՉ-ԽՈՋԿԻՆՍԻ ՎԱՀԱՆԱԳԵՂՁԻ ԱՌԱՋՆԱՅԻՆ ԼԻՄՖՈՍԱՅԻՆ ԿԼԻՆԻԿԱԿԱՆ, ՍՈՐՖՈԼՈԳԻԱԿԱՆ ԲՆՈՒԹԱԳՐԵՐԸ

Սոտնիկովա Օ.Պ. (1), Մորոկին Ե.Ն. (2), Պողոտյան Ե.Վ. (2),
Կոմով Դ.Վ. (2), Պողոտյան Ի.Վ. (1)

1 Հետբուժական կրթության Ռուսաստանի բժշկական ակադեմիա, Մոսկվա, Ռուսաստան
2 Ռուսաստանի Ն.Ն. Բլոխինի անվան ուռուցքաբանության գիտահետազոտական կենտրոն,
Մոսկվա, Ռուսաստան

Վահանագեղձի առաջնային լիմֆոման հազվադեպ հիվանդություն է (բոլոր արտահանգուցային լիմֆոմաների 2,5-7%): Սույն աշխատանքի նպատակն է` այս տիպի լիմֆոմայի կլինիկական և հիստոպաթոլոգիական բնութագրերի որոշումն է:

Նյութեր և մեթոդներ: Ոչ-խոջկինսի առաջնային արտահանգուցային լիմֆոմայով 704 հիվանդ է հետազոտվել ՌԲԳԱ Ն. Ն. Բլոխինի անվան ուռուցքաբանության գիտահետազոտական կենտրոնում: 1993-2007 թթ. 39 հիվանդ (5,5 %) ունեին վահանագեղձի առաջնային լիմֆոմա: Ախտորոշումը կայացվում էր հեմիֆիրեոիդ-էկտոմիայի կամ ուռուցքի բաց բիոպսիայի միջոցով` հետազոտ իմունո-հիստոքիմիական հետազոտմամբ:

Արդյունքներ: Հետազոտման միջին ժամանակաշրջանը 60 ամիս էր: 29 հիվանդ (74%) կանայք

OFFICIAL PUBLICATION OF THE YEREVAN STATE MEDICAL UNIVERSITY

էին, 10-ը (26 %)՝ տղամարդիկ: Ախտորոշման ենթարկվածները 15-83 տարեկան էին (միջին տարիքը կազմում էր 51 տարեկան): 26 հիվանդ (66,7 %) 60 տարեկանից ցածր էին: Համակցված Հաշիմոտոյի հիվանդություն և լիմֆոմա հայտնաբերված էր 4 կանանց մոտ (10,2%): Հիվանդների գերակշիռ մասի մոտ (78 %) հայտնաբերվել է պարանոցի անցավ այտուց: Ավելի ծանր վիճակ հայտաբերված է դեպքերի կեսի մոտ (21 հիվանդ): Գերազանցապես հիստոլոգիական տիպ էր հանդիսանում դիֆուզ մեծ B-բջջային լիմֆոման (DLBCL)՝ 14 դեպք (36 %): T-բջջային լիմֆոման՝ 2 (5,1%) և Բուրկիտի լիմֆոման՝ 4 (10,2 %), ֆոլիկուլյար՝ 1 (2,5%), այլ B-բջջային լիմֆոմա՝ 11 (28,2 %), MALT տիպի և ծածկույթային տիպի լիմֆոմա՝ 1 (2,5 %): Հյուսվածքաբանական 5 դեպք որոշված չեն: Հիվանդության IV փուլը հայտնաբերված է 10 դեպքում (25 %): I փուլը՝ 11 դեպքում (28 %), II փուլը՝ 13 (33 %), III՝ 13 % կլինիկական դեպքերի և 14 հիվանդ (36 %) ունեին B-ախտանիշներ: Համաձայն ECOG չափանիշների՝ 0-1 նիշ՝ 48 %, 2՝ 23 %, 3՝ 28 %, 4՝ չեն հետազոտվել: Համաձայն Միջազգային Կանխորոշման Ցուցանիշի (IPI) 18 հիվանդ (46 %) հակված էին դեպի թույլ կանխորոշման խումբ և ունեին զարգացող հիվանդության բարձր ռիսկ: 21 հիվանդ (54,2 %) ունեին բարենպաստ կանխորոշում: LDG մակարդակը գերազանցում էր նորմալ ցուցանիշ՝ 29 դեպքում: Հեմոգլոբինի մակարդակը 12 գ/լ-ից ցածր էր 16 դեպքում:

Եզրակացություն: Լիմֆոման գերակշռորեն հայտնաբերված է կանանց մոտ: 2/3 հիվանդների 60 տարեկանից ցածր էին: Գերակշիռ հյուսվածքաբանական տիպը դիֆուզ մեծ B-բջջային լիմֆոման է (DLBCL): ECOG չափանիշներին համապատասխան՝ 0-1 նիշ 48 % դեպքերում և հիվանդների 54,2 % ունեին բարենպաստ կանխորոշում:

**ՈՍԿՐԻ ԱՌԱՋՆԱՅԻՆ ԼԻՄՖՈՄԱՎԱԿԱՆ ԿԼԻՆԻԿԱԿԱՆ,
ՀՅՈՒՍՎԱԾՔԱԲԱՆԱԿԱՆ ԲՆՈՒԹԱԳՐԵՐԸ,
ԱՍԲՈՂՁԱԿԱՆ ՊԱՏԱՍԽԱՆԻ ԵՎ ԴԻՏՎՈՂ
ՌԵՑԻԴԻՎՆԵՐԻ ՀԱՃԱԽԱԿԱՆՈՒԹՅԱՆ
ԿԱԽՎԱԾՈՒԹՅՈՒՆԸ ԲՈՒԺՄԱՆ ՄԵԹՈԴՆԵՐԻՑ**

Ստանիկովա Օ.Պ. (1), Սորոկին Ե.Ն. (2), Սուբորոցեվա Ի.Վ. (1),
Պողոսյան Ե.Վ. (2), Կոնովա Գ.Վ. (2), Պողոսյան Ի.Վ. (1)

- 1 Հետբուժական կրթության Ռուսաստանի բժշկական ակադեմիա, Մոսկվա, Ռուսաստան
2 Ռուսաստանի Ն.Ն.Բլոխինի անվան ուռուցքաբանության գիտահետազոտական կենտրոն, ՌԲԳԱ, Մոսկվա, Ռուսաստան

Ոսկրերի լիմֆոմաները հազվադեպ հիվանդություններ են: Այս խնդրի վերաբերյալ չկան շատ կատարված հետազոտություններ: Սույն աշխատանքի նպատակն է՝ հետազոտել կլինիկական, հյուսվածքաբանական բնութագրերը, ինչպես նաև կիրառված մեթոդների ազդեցությունը՝ բուժման արդյունավետության վրա:

Նյութեր և մեթոդներ: Սկսած 1987թ.-ից մինչև 2007 թ-ը Ռուսաստանի Ն.Ն.Բլոխինի անվան ուռուցքաբանության գիտահետազոտական կենտրոնում հետազոտվել են առաջնային արտահանգույցային ոչ-հոջկինսի լիմֆոմայով 704 հիվանդ: Ոսկրի առաջնային լիմֆոման դիտվել է 90 կլինիկական դեպքերում (12%): Ախտորոշումը կայացել է ուռուցքի բաց բիոպսիայի և հետագա իմունոհիստոքիմիական հետազոտման հիման վրա:

Արդյունքները: Գերակշիռ հիստոլոգիական տիպը եղել է դիֆուզ մեծ B-բջջային լիմֆոման (DLBCL)՝ 42 (52 %) դեպք, T-բջջային լիմֆոման՝ 3 (3,6%) և Բուրկիտի լիմֆոման՝ 1 (1,2%) չափազանց հազվադեպ տիպեր էին: Այլ հիստոլոգիական տիպեր էին ֆոլիկուլյար՝ 25 (30,4%) և այլ՝ 11 (13,4%) լիմֆոմաները: Երկուսից ավել ոսկրերի ախտահարմամբ ոչ-հոջկինսի լիմֆոմայի դեպքերը կազմել են 38 դեպք (46,4%) և համապատասխանել են հիվանդության IV փուլին: IE փուլը դիտվել է 41 (50 %), IIIE՝ 3 (3,6 %) կլինիկական դեպքերում, իսկ IIE փուլը առհասարակ չի դիտվել: Հիվանդներից 45-ը տղամարդիկ էին, 37-ը՝ կանայք: Ախտորոշման ենթարկվածները 16-79 տարեկան էին (միջին տարիքը կազմում էր 41 տարեկան): Համաձայն

Միջազգային Կանխորոշման Ցուցանիշի (IPI) 62 հիվանդ (75,6%) հակված էին դեպի ցածր կանխորոշման խումբը և ունեին հիվանդության զարգացման բարձր ռիսկ: 20 (24,3 %) հիվանդներ ունեին բարենպաստ կանխորոշում: Համաձայն տարվող բուժման բոլոր հիվանդները բաժանվել էին երկու խմբի: Առաջին խումբը կազմել էին 63 (76,8 %) հիվանդներ, որոնք ստացել էին պոլիքիմիոթերապիա, բաղկացած 4-8 ցիկլերից՝ անտրացիկլիններով, այլ կուրսերը՝ ալցիկլատներով և ռադիոքիմիոթերապիայով: Երկրորդ խումբը կազմել էին 16 (19,5 %) հիվանդներ, որոնք բուժվում էին ռադիոքիմիոթերապիայով. քիմիոթերապիայի նույն տիպերը և ռադիոթերապիայի դոզաները եղել են 30-50 Gy 14-25 ֆրակցիաներով գումարած ռիտուքսիմաբ (Mabthera): Առաջին խմբում ամբողջական պատասխանը (CR) ստացվել է 23 (36,5 %) հիվանդների մոտ, մասնակի պատասխանը (PR)՝ 27 (42,8 %), զարգացող հիվանդությամբ (PD)՝ 13 (20,6%) հիվանդների մոտ: Վաղաժամկետ ռեցիդիվը (առաջիկա 6 ամիսների ընթացքում) դիտվել է 20,6 % (13), իսկ ուշ ռեցիդիվը՝ 24 (38%) դեպքերում: Ընդհանուր պատասխանը (CR+PR) կազմել էր 79,3 %: Հիվանդների երկրորդ խմբում դիտվել էր CR՝ 6 (37,5%) դեպքում, PR՝ 8 (50%), իսկ PD՝ 12,5% (2) դեպքերում: Վաղաժամկետ ռեցիդիվը նկատվել էր միայն 1 դեպքում (6,2 %), իսկ ուշ ռեցիդիվը՝ 2 (12,5%) դեպքերում: Ընդհանուր պատասխանը կազմել էր 87,5% դեպքերում:

Եզրակացություն: Այն հիվանդները, որոնք ստացել էին համակցված քիմիո- և ռադիոթերապիա, ունեցել են բարենպաստ կանխորոշում: Կոմբինացիոն մեթոդին հավելված ռիտոքսիմաբով բուժման մեթոդը նվազեցրել է վաղաժամկետ և ուշ ռեցիդիվների ի հայտ գալու հաճախականությունը:

ԽՈՋԿԻՆՍԻ ԼԻՄՖՈՍԱՅԻ ԴԱՍԱԿԱՐԳՈՒՄՆ ՈՒ ԿԵՆՍԱԲԱՆՈՒԹՅՈՒՆԸ Հարալդ Սթեյն

Ախտաբանության ինստիտուտ, Բենջամին Ֆրանկլինի քամպուս, Շարիտեի բժշկական համալսարան Բեռլին, Գերմանիա

Վերջին 50 տարիների ընթացքում մենք ականատեսն ենք եղել նորմալ և նորագոյացած լիմֆատիկ (ավշային) բջիջների վերաբերյալ գիտելիքների նկատելի աճի: Նորագոյացությունների B-բջիջները, T-բջիջները և NK-բջիջները շատ առումներով կրկնում են ավշային բջիջների դիֆերենցացիայի և ֆունկցիաների նորմալ փուլերը, այդ իսկ պատճառով որոշակի սահմաններում, դրանք կարելի է դասակարգել ըստ նորմալ փուլերի համապատասխանության: Նույն կերպ, լիմֆոմաների և լիմֆատիկ լեյկեմիաների ախտաբանական գործընթացներում ներառված բջջային մեխանիզմների հիմքում շատ հաճախ ընկած է ավշային բջիջների ֆիզիոլոգիան, նորմալ ֆիզիոլոգիայի կարգավորում՝ լիմֆոցիտների ֆունկցիաների իրականացման համար անհրաժեշտ գեների պրոմոտորների միացմամբ: Լիմֆոմաների կլինիկական դրսևորումը արտացոլում է in vivo պայմաններում լիմֆատիկ բջիջների նորմալ ֆունկցիան: Բազմակողմ մոտեցումների վրա հիմնված, ՀԱԿ (WHO)-ի կողմից ընդունված դասակարգումը՝ լինելով հեշտ վերարտադրվող, իր հիմնավորումն է գտել միջազգային հետազոտություններում, նպաստել է կլինիկական և ուղղորդված հետազոտությունների տվյալների մեկնաբանմանը: Հիվանդության էության հստակ և ճշգրիտ դասակարգումը նպաստում է հենքային գիտական լաբորատորիաներում ավշային նորագոյացությունների մոլեկուլային մեխանիզմների բացահայտմանը: Սույն հոդվածում կներկայացվի ՀԱԿ (WHO)-ի դասակարգման առավել նոր տարբերակը, կշեռտադրվեն դասակարգման հատկապես այն կետերը, որոնցում սահմանվել են ախտորոշման նոր չափանիշներ և կատարվել են զգալի ու կարևոր փոփոխություններ:

ՆՅԱՐԴԻ ԽՆԱՅՈՂԱԿԱՆ ՌԱԴԻԿԱԼ ՀԻՍՏԵՐԵԿՏԵՄԻ (մեր փորձը)

Ստեփանյան Ա., Ասիլբեկյան Գ.

«Շենգավիթ» բժշկական կենտրոնի զինեկոլոգիայի բաժանմունք, Երևան, Հայաստան

Ներածություն: Ռադիկալ հիստերեկտոմիան առ այսօր մնում է ցերվիկալ քաղցկեղի IA2-IIA փուլերի բուժման հիմնական մոտեցումներից մեկը: Բավականին բարձր կենսունակության մակարդակի ապահովման հետ մեկտեղ այն մակակցված է նաև որոշ սուր հիվանդություններով, ինչպիսիք են՝ միզապարկի և անոռեկտալ ֆունկցիայի խանգարումը՝ կոնքային աուտոնոմիկ նյարդային համակարգի վնասման հետևանքով: Նյարդի խնայողական տեխնիկան նշված կառույցների համար թույլ է տալիս նվազեցնել վերոհիշյալ բարդությունների հաճախականությունը:

Նպատակը: Մույն հետազոտության նպատակն էր՝ նյարդի խնայողական ռադիկալ հիստերեկտոմիայի (ՆԽՌ-Հ) անվտանգության և հնարավորության, ինչպես նաև միզապարկի ֆունկցիայի պահպանման վրա նրա ազդեցության գնահատումը:

Մեթոդները: 2008 թ. հունիսից մինչև 2009 թ. մայիս մեր բաժանմունքում ՆԽՌ-Հ-ին են ենթարկվել ցերվիկալ քաղցկեղի IA2-IBI փուլերում գտնվող FIGO-ով 10 հաջորդական հիվանդներ: Որպես ստուգիչ խումբ հանդիսացել են մույն ախտորոշմամբ 15 կին, որոնք 2007թ.-ին ենթարկվել են դասական տիպի III ռադիկալ հիստերեկտոմիայի (Ռ-Հ): Քանի որ գնահատումը պահանջում է վիրահատման ժամանակի փոփոխում, ներվիրահատական արյան կորուստը և մնացորդային մեզի ծավալն օգտագործվել են 5-րդ հետվիրահատական օրերը գնահատելիս:

Արդյունքները: Միջին վիրահատական ժամանակը ՆԽՌ-Հ և Ռ-Հ խմբերում եղել է 196°11,2 և 180°15,3 րոպե համապատասխանորեն ($P=0,0012$): Արյան ներվիրահատական միջին կորուստը ՆԽՌ-Հ խմբերում կազմել է 370°40 մլ, իսկ Ռ-Հ խմբերում՝ 358°54 մլ ($P=0,345$): ՆԽՌ-Հ-ի հիվանդների խմբերում ներդրված կատետերը հանվել է վիրահատությունից 5-րդ օր հետո: 8 դեպքերում մնացորդային մեզի ծավալը ինքնաբերալիս միզարձակումից հետո չի գերազանցել 100 մլ: Երկու դեպքերում հետմիզարձակման մեզի ծավալը կազմել է 120 և 150 մլ համապատասխանաբար: Այդ 2 դեպքերում էլ միզապարկի ֆունկցիան վերականգնվել է 2 շաբաթ անց՝ ինքնակատետերիզացիայի ֆոնի վրա: Ռ-Հ խմբի հիվանդներին ներդրված կատետերը հանվել է 2 շաբաթ անց, որից հետո 6 դեպքերում մնացորդային մեզի ծավալը կազմել է 100 մլ-ից ավել: Այդ 6 հիվանդներից 4-ի մոտ միզապարկի նորմալացումը (մնացորդային մեզի ծավալը եղել է քիչ կամ հավասար 100 մլ) տեղի է ունեցել 2 շաբաթ անց: Մնացած 2-ի մոտ միզապարկի կծկողականությունը վերականգնվել է վիրահատությունից 5 շաբաթ անց:

Եզրակացություն: Դասական մոտեցման համեմատ ՆԽՌ-Հ-ի բավականաչափ երկարացված վիրահատման ժամանակը վիճակագրորեն հանդիսանում է իրական միջոց՝ լավ ֆունկցիոնալ անվտանգ արդյունքի ապահովմամբ: Անհրաժեշտ են դիտարկման ավելի երկարատև ժամանակ և հիվանդների ավելի մեծ քանակ՝ կենսունակության մակարդակի վրա ՆԽՌ-Հ-ի ազդեցությունը գնահատելու համար:

ԱՊԼԱՍՏԻԿ ՍԱԿԱՎԱՐՅՈՒՆՈՒԹՅԱՆ ԲՈՒԺՄԱՆ ԱՐԴՅՈՒՆԱՎԵՏ ԵՂԱՆԱԿ

Ա.Հ.Ջախարյան, * Ն.Ա.Մելքիկյան

Երևանի Մխիթար Հերացու անվան պետական բժշկական համալսարան

*Պրոֆ. Ռ.Հ.Յոլյանի անվան Արյունաբանական կենտրոն

Ներածություն. Ապլաստիկ սակավարյունությունը (ԱՍ) դասվում է արյունաստեղծ համակարգի ծանր հիվանդությունների շարքին: Այն բնորոշվում է ոսկրուղեղի ապաճով պայմանավորված արյունաստեղծման ընկճումով և դրսևորվում է ծայրամասային արյան մեջ էրիթրոցիտների, լեյկոցիտների և թրոմբոցիտների քանակի իջեցումով: ԱՍ բուժումը արդիական է և մինչ օրս համարվում է դժվար լուծելի խնդիր: ԱՍ ժամանակակից համալիր բուժումը ներառում է իմունաճնշիչ դեղամիջոցներ՝ ցիկլոսպորին Ա, կորտիկոստերոիդներ, հակալիմֆոցիտային կամ հակաթիմոցիտային գլոբուլին, աճի գործոններ և ոսկրուղեղի կամ ցողունային բջիջների փոխպատվաստում:

Նպտակը. Ամփոփել ԱՍ բուժման արդյունավետությունը ցիկլոսպորին Ա- ով:

Մեթոդները. Սույն աշխատանքում ամփոփված են 1996-2009 թթ ժամանակահատվածում պրոֆ. Ռ.Հ. Յոլյանի անվան Արյունաբանական կենտրոնում ախտորոշված ԱՍ բոլոր դեպքերի վերլուծության արդյունքները և ներկայացված են բուժման հեռանկարները: Նշված ժամանակահատվածում ԱՍ ախտորոշվել է 73 հիվանդի մոտ, այդ թվում՝ 33 մանկապատանեական տարիքի, 40՝ մեծահասակային: Հիվանդների մեծ մասի մոտ հիվանդության վաղ կլինիկական դրսևորումներից է եղել սակավարյունային համախտանիշը: Արյունահոսությունների և ինֆեկցիոնբուլյիդրսևորումների ծանրությունը համեմատական է եղել հատիկակորիզավորների և թրոմբոցիտների քանակային անբավարարության աստիճանին: ԱՍ բոլոր հիվանդների մոտ ախտորոշվել է ոսկրուղեղի հյուսվածքաբանական հետազոտության արդյունքների հիման վրա, այնն է ոսկրուղեղի ապաճը՝ ճարպային հյուսվածքի գերակշռումը արյունաստեղծ հյուսվածքի նկատմամբ՝ զուգակցված արյունաստեղծման էրիթրոցիտային, թրոմբոցիտային և գրանուլոցիտային ծիլերի ընկճման հետ: Հիվանդների 84.8%-ի մոտ ախտածնության պատճառը անհայտ է եղել, 13.8 %-ի մոտ հիվանդությունը ի հայտ է եկել կրած վիրուսային հեպատիտից հետո, մեկ դեպքում պատճառ է հանդիսացել դեղորայքը՝ լևոմիցետինը (քլորամֆենիկոլ): Ըստ հիվանդության ծանրության աստիճանի հիվանդները բաշխվել են հետևյալ կերպ՝ թեթև կամ ոչ ծանր ձևը ախտորոշվել է 21.7%-ի մոտ, ծանր ձևը՝ 50%-ի և ծայրահեղ ծանր ձևը՝ 28.3%-ի մոտ: Դեղորայքային և հետհեպատիտային ԱՍ բնորոշվել են ծանր և ծայրահեղ ծանր ընթացքով:

Արդյունքներ. 2004 թվականից Արյունաբանական կենտրոնում լայնորեն ներդրվել է ԱՍ իմունաճնշիչ բուժման ծրագիր ցիկլոսպորինով (նեորալ և այլն), որում ընդգրկված են եղել 35 հիվանդ: Ցիկլոսպորինով կատարված բուժման արդյունքների համեմատական վերլուծությունը ըստ ԱՍ հիվանդների կենսակայունության գնահատման ցույց է տվել, որ հիվանդությունով պայմանավորված մահվան դեպքերը նվազել են 50%-ով, իսկ արդյունավետությունը ըստ ինֆեկցիոն բարդությունների կանխման և արյան բաղադրամասերի ներարկման ցուցումների սահմանափակման բարձրացել է 1,5 անգամ:

Ամփոփում. ԱՍ հիվանդների բուժումը ցիկլոսպորինով արդյունավետ է և հեռանկարային: