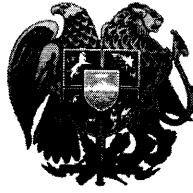


[231950-14]



**ՀԱՅԱՍՏԱՆԻ ՀԱՆՐԱՊԵՏՈՒԹՅԱՆ
ԱՇԽԱՏԱՆՔԻ ԵՎ ՍՈՑԻԱԼԱԿԱՆ ՀԱՐՑԵՐԻ
ՆԱԽԱՐԱՐ**

Հ Ր Ա Մ Ա Ն

«31» Տարի 2017 թ.

N 55 -Ա/1

**ՀԱՅԱՍՏԱՆԻ ՀԱՆՐԱՊԵՏՈՒԹՅԱՆ ԱՇԽԱՏԱՆՔԻ ԵՎ ՍՈՑԻԱԼԱԿԱՆ
ՀԱՐՑԵՐԻ ՆԱԽԱՐԱՐԻ 2013 ԹՎԱԿԱՆԻ ՀՈՒԼԻՍԻ 30-Ի ԹԻՎ 108-Ա/1
ՀՐԱՄԱՆՈՒՄ ՓՈՓՈԽՈՒԹՅՈՒՆ ԿԱՏԱՐԵԼՈՒ ՄԱՍԻՆ**

Հիմք ընդունելով «Իրավական ակտերի մասին» Հայաստանի Հանրապետության օրենքի 70-րդ հոդվածի 1-ին, 2-րդ և 6-րդ մասերը, Հայաստանի Հանրապետության կառավարության 2002 թվականի նոյեմբերի 14-ի N 1821-Ն որոշմամբ հաստատված Հայաստանի Հանրապետության աշխատանքի և սոցիալական հարցերի նախարարության կանոնադրության 12-րդ կետի «դ» ենթակետի պահանջներով.

Հ Ր Ա Մ Ա Յ ՈՒ Մ Ե Մ՝

1. Հայաստանի Հանրապետության աշխատանքի և սոցիալական հարցերի նախարարի 2013 թվականի հուլիսի 30-ի «Բժշկասոցիալական փորձաքննության ժամանակ օգտագործվող չափորոշիչների կիրարկման՝ հաշմանդամության հանգեցնող հիվանդությունների և ախտաբանական վիճակների վերաբերյալ մեթոդական ուղեցույցը հաստատելու մասին» թիվ 108-Ա/1 հրամանի հավելվածը շարադրել նոր խմբագրությամբ՝ համաձայն հավելվածի:
2. Հայաստանի Հանրապետության բժշկասոցիալական փորձաքննության գործակալության պետին՝
 - 1) ապահովել՝
 - ա. սույն հրամանի 1-ին կետով հաստատված մեթոդական ուղեցույցի տրամադրումը Հայաստանի Հանրապետության բժշկասոցիալական փորձաքննության գործակալության կառուցվածքային

ստորաբաժանումների և տարածքային մարմինների բժիշկ-փորձագետներին,

բ. մեթոդական ուղեցույցի միասնական կիրարկումը բժշկասոցիալական փորձաքննական որոշում կայացնող բոլոր բժիշկ-փորձագետների կողմից:

3. Հայաստանի Հանրապետության բժշկասոցիալական փորձաքննության գործակալության պետին և Հայաստանի Հանրապետության աշխատանքի և սոցիալական հարցերի նախարարության աշխատակազմի հաշմանդամների և տարեցների հիմնահարցերի վարչության պետին՝ սույն հրամանի 1-ին կետով հաստատված մեթոդական ուղեցույցի դրույթների կիրառումն ապահովելու նպատակով, սույն հրամանն ուժի մտնելուց հետո մեկամսյա ժամկետում ներկայացնել բժիշկ-փորձագետների վերապատրաստման ժամանակացույցը:

4. Սույն հրամանի կատարման հսկողությունը վերապահել Հայաստանի Հանրապետության աշխատանքի և սոցիալական հարցերի նախարարի տեղակալ Զ. Բաղդասարյանին:



Ա. ԱՍԱՏՐՅԱՆ

Հավելված

ՀՀ աշխատանքի և սոցիալական հարցերի նախարարի
2017 թվականի *Տարրի 31* թիվ *55*-Ա/1 հրամանի

Հավելված

ՀՀ աշխատանքի և սոցիալական հարցերի նախարարի
2013 թվականի հուլիսի 30-ի թիվ 108-Ա/1 հրամանի

ՄԵԹՈԴԱԿԱՆ ՈՒՂԵՑՈՒՅՑ

**ԲԺՇԿԱՍՈՑԻԱԼԱԿԱՆ ՓՈՐՁԱՔՆՆՈՒԹՅԱՆ ԺԱՄԱՆԱԿ ՕԳՏԱԳՈՐԾՎՈՂ
ՉԱՓՈՐՈՇԻՉՆԵՐԻ ԿԻՐԱՐԿՄԱՆ՝ ՀԱՇՄԱՆԴԱՄՈՒԹՅԱՆ ՀԱՆԳԵՑՆՈՂ
ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԵՎ ԱԽՏԱԲԱՆԱԿԱՆ ՎԻՃԱԿՆԵՐԻ ՎԵՐԱԲԵՐՅԱԼ**

I. ՄՐՏԻ ԱՈՐՏՈԿՈՐՈՆԱՐ ՇՈՒՆՏԱՎՈՐՈՒՄ ՏԱՐԱԾ ԱՆՁԱՆՑ ԲԺՇԿԱՍՈՑԻԱԼԱԿԱՆ ՓՈՐՁԱՔՆՆՈՒԹՅՈՒՆ

Սրտի իշեմիկ հիվանդության /այսուհետ՝ ՍԻՀ/, զարգացման հիմնական պատճառ է հանդիսանում կորոնար (պսակաձև) զարկերակների աթերոսկլերոզը (90-97%): Սրտամկանի իշեմիայի կլինիկական նշանները ի հայտ են գալիս կորոնար զարկերակների առավել քան 50% նեղացման դեպքում:

1. Ժամանակավոր աշխատունակության կորստի չափանիշները

Վիրահատությունից հետո հիվանդների ժամանակավոր անաշխատունակության ժամկետները որոշվում են արյան շրջանառության նոր պայմաններին սրտամկանի ադապտացիայի տեմպերով և բարդությունների բնույթով: Բարենպաստ կլինիկական և աշխատանքային կանխատեսումով հիվանդներին (լրիվ վերանորոգվում, 1-2 զարկերակի ախտահարում, լարվածության ստենոկարդիա II ֆ. (CCS), սրտային անբավարարության բացակայության) անավարտ ֆիզիկական վերականգման, հոգեբանական ադապտացիայի և վիրաբուժական բարդությունների (թարախակալում, պլևրիտ, պերիկարդիտ և այլն) դեպքերում ցուցված է ժամանակավոր անաշխատունակության թերթիկ՝ 3 ամիս, առանց բժշկասոցիալական փորձաքննության /այսուհետ՝ ԲՍՓ/ ուղեգրելու: Անորոշ կլինիկական կանխատեսմամբ (ոչ լրիվ վերանորոգվում կորոնար զարկերակների բազմակի ախտահարումով, վիրահատություն՝ բարդացած սուր կորոնար սինդրոմով, հետվիրահատական սրտային անբավարարությամբ՝ II ատադիա, սրտի ռիթմի խանգարում, գլխուղեղի և վերջույթների

զարկերակների արտահայտված հեմոդինամիկ ախտահարում) հիվանդների ժամանակավոր անաշխատունակությունը կգերազանցի 3 ամիսը, որից հետո ուղեգրվում է ԲՍՓ: Այդ նույն ժամկետներում հիվանդին պետք է ուղեգրել ԲՍՓ, եթե վիրահատությունից հետո զարգացել է շունտի թրոմբոզ, սրտամկանի ինֆարկտ, գլխուղեղի անոթների թրոմբոէմբոլիա, ինչպես նաև պահպանված ստենոկարդիայի III կամ IV ֆունկցիոնալ դաս (CCS) /այսուհետ՝ՖԴ/:

2. Կենսագործունեության սահմանափակման չափանիշները

Վիրահատությունից հետո կենսագործունեության սահմանափակման հիմնական տեսակներն են ինքնասպասարկման ունակության, ինքնուրույն տեղաշարժվելու և աշխատանքային գործունեությամբ զբաղվելու կարողությունների սահմանափակումները:

Այլ օրգանների անոթների միաժամանակյա աթերոսկլերոտիկ ախտահարման դեպքում հնարավոր է սահմանափակումների ծանրության խորացում:

1-ին աստիճանի ինքնասպասարկման ունակության սահմանափակում առաջանում է արյան շրջանառության չափավոր խանգարման (ՖԴ II-րդ NYHA)՝ սիրտ-անոթային համակարգի ֆունկցիոնալ կարողությունների չափավոր իջեցման դեպքերում:

2-րդ աստիճանի ինքնասպասարկման ունակության սահմանափակումը պայմանավորված է արյան շրջանառության արտահայտված խանգարումով (կամ ՖԴ III), կորոնար անբավարարությամբ՝ III ՖԴ(CCS) լարվածության ստենոկարդիա, սրտի ռիթմի II կամ III աստիճանի խանգարման դեպքում:

3-րդ աստիճանի ինքնասպասարկման ունակության սահմանափակում դիտվում է հազվադեպ, երբ վիրահատությունը կատարվել է ֆունկցիոնալ ռեզերվների արտահայտված հյուծման, սրտամկանում անվերադարձ փոփոխությունների, ռիթմի ծանր խանգարման դեպքերում: ՍԱ (IVՖԴ NYHA) դեպքում, և ցանկացած ֆիզիկական ծանրաբեռնվածության կատարման անկարողությունը բերում են այլ անձից հիվանդի լրիվ կախման և նրանք կարիք ունեն մշտական խնամքի:

Ինքնուրույն տեղաշարժվելու կարողության սահմանափակման ծանրությունը ոչ միշտ է համապատասխանում հետվիրահատական կորոնար արյան շրջանառությանը և այն կախված է ֆիզիկական ծանրաբեռնվածության նկատմամբ հիվանդի տանելիությունից /տոլեռանտությունից/:

Ինքնուրույն տեղաշարժվելու կարողության I աստիճանի սահմանափակում նկատվում է ֆիզիկական ծանրաբեռնվածության նկատմամբ չափավոր իջած տանելիության /տոլեռանտության/ դեպքում (լարվածության ստենոկարդիա II ՖԴ (CCS), ՍԱ ՖԴ II-րդ NYHA):

Ինքնուրույն տեղաշարժվելու կարողության II աստիճանի սահմանափակումը բնորոշվում է հիվանդի շարժունակության արտահայտված սահմանափակմամբ, առավելապես բնակարանային պայմաններում հիվանդի տեղաշարժմամբ (լարվածության ստենոկարդիա III ՖԴ):

ինքնուրույն տեղաշարժվելու կարողության III աստիճանի սահմանափակում, ընդհանրապես, ինքնուրույն տեղաշարժվելու անկարողություն հազվադեպ է հանդիպում, այն կապված է սրտային անբավարարությամբ (IV ՖԴՆԿԿ) և սրտի ռիթմի ծանր խանգարումներով, ինչպես նաև վիրահատության անարդյունավետության դեպքերում՝ խոռոչների դիլատացիա, սրտամկանի անվերադարձ դիստրոֆիկ փոփոխություններ, անբավարար վերանորոգում, շունտի վաղ թրոմբոզ, տարածուն ինֆարկտի զարգացում և այլն:

Աշխատանքային գործունեության կարողության I աստիճանի սահմանափակման հիմք է հանդիսանում արյան շրջանառության չափավոր խանգարումը (II ՖԴ) այն մասնագիտությունների դեպքում, որոնց ժամանակ աշխատանքի տեսակները և պայմանները հակացուցված են, ինչպես նաև ամբողջ ծավալով աշխատանքի կատարման անկարողության դեպքում:

Ինքնասպասարկման ապահովման ունակության և ինքնուրույն տեղաշարժվելու կարողության II աստիճանի սահմանափակման դեպքերում աշխատանքային գործունեությունը սովորական արտադրական պայմաններում անհնարին է, հետևաբար աշխատանքային գործունեությամբ զբաղվելու կարողությունը ևս II աստիճանի է սահմանափակ:

Աշխատանքային գործունեության կարողության 3-րդ աստիճանի սահմանափակումը համապատասխանում է ինքնուրույն տեղաշարժվելու կարողության 3-րդ աստիճանի սահմանափակմանը և ինքնասպասարկման ունակության 2-րդ-3-րդ աստիճանի սահմանափակմանը:

3. Աշխատանքի հակացուցված տեսակները և պայմանները

Բացարձակ հակացուցված է (անկախ ստենոկարդիայի ՖԴ-ից) - աշխատանք, որը կապված ծանր (մշտական կամ էպիզոդիկ) ֆիզիկական և նյարդա-հոգեկան լարվածության հետ, աշխատանք բարձրության վրա, արտաքին միջավայրի անբարենպաստ պայմաններում, աշխատանք թունավոր նյութերի առկայության, վիրբացիայի, ձայնային և լույսային ուժեղ ազդեցությունների պայմաններում, աշխատանք կապված էլեկտրոլիտների ներգործության հետ, ինչպես նաև աշխատանք վարորդի մասնագիտությամբ:

Աշխատանք դաշտային պայմաններում, բնակավայրից հեռու, աշխատանք, որը պայմանավորված է մշտական կամ երկարատև քայլքով:

I. ՍՐՏԻ ԱՈՐՏՈՎՈՐՈՆԱՐ ՇՈՒՆՏԱՎՈՐՈՒՄ ՏԱՐԱԾ ԱՆՁԱՆՑ ԲԺՇԿԱՍՈՑԻԱԼԱԿԱՆ ՓՈՐՁԱՔՆՆՈՒԹՅՈՒՆ

4. Հաշմանդամության խմբորոշման չափանիշները

Հաշմանդամության երրորդ խումբ սահմանվում է՝

1) Արդյունավետ բուժում ստացած հիվանդներին, սրտային անբավարարության II ֆդ/NYHA սիմպտոմների (**հևոցը, սրտխփոցը, հոգնածությունը առաջանում են չափավոր ֆիզիկական ծանրաբեռնվածության ժամանակ**) և նշանների (**խզզոցներ, կոճերի երկկողմանի այտուցներ, սրտի աղմուկներ, լծային երակների դիլատացիա, տարածված գագաթային հրոց, ցանկացած պաթոլոգիկ EUG և NT – prqBNP \geq 125-պգ/մլ, կամ BNP \geq 35 պգ/մլ հնարավոր ձախ փորոքի ցածր արտամղման ֆրակցիայով**) առկայության դեպքում, միջին ծանրության ռիթմի խանգարում, ֆիզիկական ակտիվությունը սահմանափակ է, հանգիստը նպաստում է հիվանդի ընդհանուր վիճակի նկատելի լավացմանը:

2) Կայուն ստենոկարդիա II ֆդ-նոպաներ, ծանրաբեռնվածության հզորությունը BՅՄ-ի տվյալներով 75-100վտ, մետաբոլիկ միվորների քանակը 4,0-6.9 միջակայքում է:

Նշված դեպքերում հիվանդների մոտ առկա է ինքնասպասարկման ապահովման ունակության և/կամ ինքնուրույն տեղաշարժվելու և/կամ աշխատանքային գործունեությամբ զբաղվելու կարողությունների առաջին աստիճանի կենսագործունեության սահմանափակում:

Հաշմանդամության երկրորդ խումբ սահմանվում է՝

1) Վիրահատությունից հետո լարվածության ստենոկարդիա III ՖԴ (ծանրաբեռնվածության հզորությունը BՅՄ-ի տվյալներով 50վտ, մետաբոլիկ միվորների քանակը 2.0-3.9 միջակայքում է:), սիրտ-անոթային համակարգի ֆունկցիոնալ ռեզերվների արտահայտված իջեցման դեպքում:

2) Հետինֆարկտային անևրիզմալի պլաստիկայից հետո:

3) Վիրահատությունից հետո առաջին ամիսներին շունտի թրոմբոզի գարգացման դեպքում՝ պրոգրեսվող սրտային անբավարարությամբ:

4) Թրոմբոէմբոլիկ արտահայտված բարդություններից հետո, կողմնակի անձի խնամքի կարիք չունեցողներին:

5) Բուժման անբավարար արդյունքների, այդ թվում կրկնակի վիրահատությունների (օստեոմիելիտի, մեդիաստենիտի, պերիկարդիտի) դեպքերում:

6) Հիվանդների կախվածությունը մշտական կարդիոստիմուլյատորներից:

Անարդյունավետ կարդիոստիմուլյացիայից հետո, երբ պահպանվում է սրտի ռիթմի ծանր խանգարում, առկա են ՍԱ III ՖԴ (NYHA) սիմպտոմներ (**հևոցը, սրտխփոցը, հոգնածությունը առաջանում են քիչ ֆիզիկական ծանրաբեռնվածության ժամանակ**) և նշաններ (**խզզոցներ, կոճերի երկկողմանի այտուցներ, սրտի աղմուկներ, լծային երակների դիլատացիա, տարածված գագաթային հրոց, ցանկացած պաթոլոգիկ EUG**

և NT – prqBNP \geq 125- պգ/մլ, կամ BNP \geq 35 պգ/մլ ` հնարավոր ձախ փորոքի ցածր արտանդման ֆրակցիայով) :

Հաշմանդամության առաջին խումբ սահմանվում է՝

Ինքնասպասարկման ապահովման ունակության և ինքնուրույն տեղաշարժվելու կարողության III աստիճանի սահմանափակման ժամանակ, որն առաջանում է ստենոկարդիա IV ՖԴ(ծանրաբեռնվածության հզորությունը BՅՄ-ի տվյալներով 25վտ, մետաբոլիկ միվորների քանակը <2.0 միջակայքում է:), առկա են ՍԱ IV ՖԴ (NYHA) սիմպտոմներ (**հևոցը, սրտխփոցը, հոգնածությունը առաջանում են հանգիստ վիճակում**) և նշաններ (**խզզոցներ, կոճերի երկկողմանի այտուցներ, սրտի աղմուկներ, լծային երակների դիլատացիա, տարածված գագաթային հրոց, ցանկացած պաթոլոգիկ EՍԳ և NT – prqBNP \geq 125- պգ/մլ, կամ BNP \geq 35 պգ/մլ ` հնարավոր ձախ փորոքի ցածր արտանդման ֆրակցիայով**), ռիթմի ծանր խանգարումների, բուժման արդյունավետության բացակայության դեպքում

5. Վերականգնման սկզբունքները

Բժշկական վերականգման հիմնական տեսակներն են դեղորայքային բուժումը, սինուսային ռիթմի վերականգնումը, սանատոր-կուրորտային բուժումը, ֆիզիկական և հոգեբանական վերականգնումը:

Շատ կարևոր է սրտային անբավարարության և կորոնար արյան շրջանառության անբավարարության պրոֆիլակտիկան և բուժումը, հակամակարդիչ թերապիան:

Ակտիվ ֆիզիկական վերականգնումը սկսում են առողջարանային էտապում, այնուհետև շարունակվում վերականգնողական կենտրոնում և պոլիկլինիկայի ֆիզիոթերապևտիկ բաժնում: Վերականգման այս տեսակի նպատակն է հիվանդի ֆիզիկական ակտիվության բարձրացումը և նրա վերադարձը հասարակական օգտակար գործունեության:

Ֆիզիկական ծանրաբեռնվածության նկատմամբ տանելիության աստիճանից կախված, հիվանդին նշանակվում է բուժական ֆիզկուլտուրա և չափավորված քայլք խնայողական, խնայողա-մարզական և մարզական ռեժիմով: Ֆիզիկական վերականգման ծրագրում պետք է հստակ պահպանել.

- 1) անընդհատության սկզբունքը,
- 2) ֆիզիկական ծանրաբեռնվածությունների աստիճանական աճման սկզբունքը (յուրաքանչյուր նոր էտապում հիմք է ընդունվում ֆիզիկական ակտիվության այն մակարդակը, որը ձեռք է բերվել նախորդում),
- 3) ֆիզիկական ակտիվության համապատասխանության սկզբունքը:

6. Հոգեբանական վերականգնում

Վիրահատությունից հետո <<անձի կրիզիսի>> պատճառով, որը դրսևորվում է արտահայտված տագնապով և հիպոխոնդրիայով, հիվանդները կարիք ունեն ակտիվ փսիխոթերապևտիկ կարգավորման: Հոգեբանական վերականգնումն ուղղված է հիվանդության և բուժական միջոցառումների նկատմամբ համապատասխան վերաբերմունքի ձևավորմանը, իրենց հնարավորությունների համապատասխան գնահատմանը, կյանքի նոր հնարավորությունների ստեղծմանը և աշխատանքային գործունեության նկատմամբ դրական վերաբերմունքի ձևավորմանը:

Սոցիալ-աշխատանքային վերականգման հիմնական խնդիրն է հիվանդների վերադարձը հասարակական օգտակար գործունեության, իրենց առողջական վիճակին համապատասխան: Մասնագիտական վերականգման միջոցները ներառում են.

- 1) հաշմանդամի մասնագիտացումն ու վերամասնագիտացումը,
- 2) աշխատատեղի հարմարեցումը հաշմանդամին,
- 3) արտադրությունում հաշմանդամի սոցիալ-աշխատանքային հարմարվողական միջոցառումների իրականացումը:

II. ՍԻՐՏ-ԱՆՈԹԱՅԻՆ ՀԱՄԱԿԱՐԳԻ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ ՈՒՆԵՑՈՂ ԵՐԵԽԱՆԵՐԻ ԲԺՇԿԱՍՈՑԻԱԼԱԿԱՆ ՓՈՐՁԱՔՆՆՈՒԹՅՈՒՆԸ

Երեխաների մոտ հաշմանդամության պատճառ կարող են հանդիսանալ սիրտ-անոթային համակարգի ինչպես բնածին՝ սրտի և անոթների զարգացման բնածին անոմալիաներ, կարդիտներ, սրտի հաղորդչականության համակարգի զարգացման անոմալիաներ, այնպես էլ ձեռք բերովի քրոնիկական հիվանդությունները՝ սրտի արատներ, կարդիոմիոպաթիաներ, կպումային պերիկարդիտ, որոնք բերում են երեխայի կենսագործունեության սահմանափակման:

Արյան շրջանառության անբավարարությունը ախտաբանական վիճակ է, որի ժամանակ արյան շրջանառության համակարգի կողմից օրգաններին և հյուսվածքներին նորմալ գործունեության համար անհրաժեշտ քանակությամբ արյուն մատակարարելը դառնում է անհնարին:

Երեխաների մոտ սրտի հիվանդությունների ժամանակ անհրաժեշտ է գնահատել սրտային անբավարարության առկայությունը և աստիճանը: Սրտային անբավարարությունը ախտաբանական վիճակ է, որի ժամանակ, չնայած պահպանված երակային հետհոսքի և փորոքների արյունալցվածության բավարար ճնշման, սիրտը ի վիճակի չէ ապահովելու օրգանիզմի պահանջները բավարարելու համար անհրաժեշտ արյան շրջանառություն՝ պայմանավորված սրտամկանի անբավարար կծկողականությամբ: Սրտային անբավարարությունը բազմահամակարգային հիվանդություն է, որի ժամանակ սրտի ֆունկցիայի խանգարումը առաջացնում է մի շարք հեմոդինամիկ, նյարդային, հորմոնալ հարմարողականության ռեակցիաներ, որոնք

ուղղված են արյան շրջանառությունը օրգանիզմի պահանջներին համապատասխան պահպանելուն:

Սրտային անբավարարությունը կլինիկական համախտանիշ է, որը բնութագրվում է համակարգային արյան շրջանառության իջեցումով, որն ուղեկցվում է հևոցով, քաշի անբավարար ավելացումով, աճի հապաղումով:

ՍԱ առաջանում է սրտային հիվանդությունների ժամանակ, հետևյալ մեխանիզմով՝

ՍԱ առաջին փուլում առաջանում է սրտի հարվածային ծավալի նվազում, որի պատճառով զարգանում է կոմպենսատոր հաճախասրտություն, իսկ թոպեական ծավալը մնում է անփոփոխ (ՍԱ I աստիճան ըստ Վ.Խ.Վասիլենկոյի), երբ կոմպենսատոր հնարավորությունները հյուծվում են, նվազում է թոպեական ծավալը, կորոնար շրջանառությունը, որի հետևանքով հյուսվածքներում և սրտամկանում առաջանում են թերթթվածնային փոփոխություններ, որոնք էլ խորացնում են ՍԱ-ն (ՍԱ II Ա աստիճան): Թթվածնային քաղցն իր հերթին բերում է շնչառական կենտրոնի գրգռման՝ հևոցի զարգացումով, հյուսվածքների թափանցելիության և միկրոցիրկուլյացիայի խանգարումով, զարգանում են երակային կանգ և այտուցներ, որը համապատասխանում է ՍԱ II Բ աստիճանին: Երկարատև կանգը բերում է հյուսվածքների անվերադարձ դիստրոֆիկ փոփոխությունների, որն էլ համապատասխանում է ՍԱ III աստիճանին:

ՍԱ դասակարգումը

ՍԱ դասակարգվում է

1. Ըստ էթիոլոգիայի՝

- Ներսրտային հեմոդինամիկայի խանգարումով
- Արտասրտային հեմոդինամիկայի խանգարումով
- Սրտի ռիթմիկ աշխատանքի խանգարումով
- Սրտի մեխանիկական վնասվածքով

2. Ըստ ընթացքի՝

- Սուր
- Քրոնիկ

3. Ըստ ծագման՝

- Առաջնակի-միոկարդիալ (մետաբոլիկ, էներգետիկ-դինամիկ ՍԱ)
- Ծանրաբեռնում ճնշմամբ կամ դիմադրումով (իզոմետրիկ ծանրաբեռնում)
- Ծավալով ծանրաբեռնում (իզոտոնիկ ծանրաբեռնում)

4. Ըստ սրտային ցիկլի՝

• Սիստոլիկ (միոկարդի կծկողականության իջեցում արտամղման ֆրակցիայի իջեցում)

• Դիաստոլիկ (միոկարդի կծկողականությունը պահպանված է, արտամղման ֆրակցիան պահպանված է, ձախ փորոքում դիաստոլիկ ճնշման բարձրացում, ձախ նախասրտի ծանրաբեռնվածություն, թոքային երակներում կանգ)

- Խառը

5. Ըստ կլինիկական տիպի՝
 - Առավելապես ծախս փորոքային
 - Առավելապես աջ փորոքային
 - Տոտալ
 - Առիթմոգեն
 - Հիպերկլինետիկ
 - Կոլապտոիդ

6 Ըստ փուլի՝ արյան շրջանառության ֆունկցիոնալ դաս

- I Ա (ՖԴ 1)
- I Բ (ՖԴ 2)
- II Ա (ՖԴ 3)
- II Բ (ՖԴ 4)
- III Ա
- III Բ

Վերջին ժամանակներում ՍԱ գնահատման հարցում լայն կիրառում է ստացել ՍԱ-ի գնահատման Նյու-Յորքյան ասոցիացիայի դասակարգումը:

Համաձայն դասակարգման՝ տարբերակում են 4 ֆունկցիոնալ դաս.

- **ՖԴ 1 գաղտնի (լատենտ) ՍԱ** – առկա է սրտային հիվանդություն, սակայն ֆիզիկական ծանրաբեռնվածության սահմանփակում չի դիտվում (անախտանիշ ծախս փորոքային դիսֆունկցիա),

- **ՖԴ 2 թեթև ՍԱ** – ֆիզիկական ակտիվության ոչ մեծ սահմանափակում, ՍԱ –ի ախտանիշները առաջանում են առօրյա սովորական ծանրաբեռնվածության ժամանակ՝ զարգանում է ոչ աղեկվատ հևոց, սրտխփոց, մկանային թուլություն,

- **ՖԴ 3 միջին ծանրության ՍԱ** – ֆիզիկական ակտիվության զգալի իջեցում:

- **ՖԴ 4 ծանր աստիճանի ՍԱ** – սրտային անբավարարության նշանները ի հայտ են գալիս են հանգստի ժամանակ, նույնիսկ նվազագույն ֆիզիկական ծանրաբեռնվածությունն առաջացնում է անհարմարություն, հիվանդի մոտ առաջանում է պառկելու կամ կիսապառկած լինելու պահանջ:

NYHA դասակարգումը հիմնված է միայն աշխատունակության կլինիկական ցուցանիշների վրա, հաշվի չի առնվում ծայրամասային այտուցների առկայությունը կամ բացակայությունը, օրգաններում և հյուվածքներում փոփոխությունների դարձելիությունը, որի պատճառով բուժման արդյունքում ՖԴ-ն կարող է նվազել:

Ըստ Ստրաժեսկո- Վասիլենկոյի դասակարգման ՍԱ բնորոշվում է օբյեկտիվ չափորոշիչներով և չի կարող նվազել բուժման ֆոնի վրա, անգամ եթե բուժման ֆոնի վրա այտուցները և հևոցը վերանում են:

Բացի այդ, վաղ մանկական հասակի երեխաների մոտ դժվար է որոշել ՖԴ, քանի որ երեխան չի կարող ադեկվատ բնորոշել իր կյանքի որակը: Դա է պատճառը, որ շատ ժամանակ երկու դասակարգումները կիրառվում են միաժամանակ, սակայն բժշկասոցիալական փորձաքննության ժամանակ նպատակահարմար է հիմնվել օբյեկտիվ ցուցանիշներով հիմնավորված ՍԱ աստիճանի վրա: Կլինիկական նկարագրությունը բնորոշվում է հիմնական հիվանդությամբ, որը բերել է քրոնիկական սրտային անբավարարության և ախտաբանական պրոցեսի ձևավորման:

Ըստ Ստրաժեսկո- Վասիլենկոյի դասակարգման

- I Ա փուլ (ՖԴ 1) – այս փուլում երեխաները լավ են տանում ֆիզիկական ծանրաբեռնվածությունը և նույնիսկ ֆիզկուլտուրայով զբաղվել կարող են հիմնական խմբում: Թաքնված ՍԱ-ն որոշվում է գործիքային մեթոդներով միայն ֆիզիկական ծանրաբեռնվածության ֆոնի վրա: ՓԵ-ի իջեցում 10 տոկոսով, ՓԿ –ն 25-30 տոկոսից ցածր, ձախ փորոքի ԿԺԺ-ի չափավոր բարձրացում մինչև 12-14մմ սս, ճնշում թոքային զարկերակին, միոկարդի իզոմետրիկ թուլացման ժամանակի երկարում:

- I Բ փուլ նախնական կոմպենսացված փուլ (ՖԴ 2) – հանգստի և սովորական ֆիզիկական ծանրաբեռնվածության ժամանակ ՍԱ-ի նշաններ չկան, իսկ ինտենսիվ ֆիզիկական ծանրաբեռնվածությունից հետո՝ աստիճանների բարձրացում 3-րդ հարկից բարձր, երկարատև վերելք քայլքով, կքանիստ կամ ինտենսիվ վազք և այլն: Կլինիկորեն առաջանում է ՍԱ, որն արտահայտվում է հաճախասրտությամբ պայմանավորված ոչ ադեքվատ ծանրաբեռնվածությամբ, հոգնածությամբ, հևոցով, գունատությամբ, քրտնոտությամբ, ռեստիտուցիայի ժամանակի երկարում:

Արագ քայլքի ժամանակ, առատ ջուր խմելուց կամ սնվելուց հետո զարգանում է անհարմարություն, զարգանում է չընդհատվող խոսակցություն վարելու դժվարություն, երեկոյան “նեղ կոշիկների” սիմպտոմ, մկանների հոգնածություն, չափավոր նիկտուրիա, քնում են գլխի ավելի բարձր դիրքով, փոքր տարիքի երեխաները խուսափում են ակտիվ խաղերից, քաշը և ֆիզիկական զարգացումը զգալի ետ է մնում տարիքից:

Գործիքային չափորոշիչներ են համարվում էխոդոպլերոկարդիոգրաֆիան և ապեքսկարդիոգրաֆիան. ՓԵ- 60 տոկոսից ցածր, ՓԿ- 25-30 տոկոսից ցածր, ձախ փորոքի ԿԺԺ-ի (դիաստոլիկ ճնշում) բարձրացում մինչև 12-14մմ սս, իզոմետրիկ թուլացման ժամանակի երկարում:

Ծանրաբեռնման փորձերի ժամանակ (Շալկովի ստանդարտ փորձեր N.4, N.5, N.6), զարգանում է հաճախասրտություն, հևոց, ռեստիտուցիայի ժամանակի երկարում մինչև 5-10 րոպե (Ps 15 տոկոսից ավել, Pulmo- նախնական ցուցանիշից 30 տոկոսով բարձր), պրոպորցիոնալ ճնշման չափավոր իջեցում, հարվածային ճնշման և սիստոլիկ

զարկերակային ճնշման հարաբերության խանգարում, որը նորմալում երեխաների մոտ 35-40 տոկոս է), չափավոր գունատություն և քրտինք ծանրաբեռնվածությունից հետո:

- II Ա փուլ դեկոմպենսացված, դարձելի փուլ (ՖԴ 3) - ՍԱ-ի նշանները զարգանում են անգամ հանգստի շրջանում չափավոր հաճախասրտության, հևոցի, ֆիզիկական ծանրաբեռնվածության նկատմամբ տուլերանտության իջեցման տեսքով, արյան շրջանառության մեծ և փոքր շրջանում չափավոր կանգային վիճակ: Ցանկացած ինտենսիվ ֆիզիկական ծանրաբեռնվածություն ուղեկցվում է արտահայտված հևոցով, հաճախասրտությամբ, քիթ-շրթունքային եռանկյան ցիանոզով, գունատությամբ, վերականգնման ժամանակի զգալի երկարացումով, երեխաները վատ են սնվում, քաշը և ֆիզիկական զարգացումը ետ է մնում նորմաներից:

- II Բ փուլ դեկոմպենսացված, քիչ դարձելի փուլ (ՖԴ 4) - ՍԱ-ի արտահայտված նշաններ հանգստի վիճակում կամ նույնիսկ չափավոր ֆիզիկական կամ էմոցիոնալ ծանրաբեռնվածության ժամանակ: ՍԱ-ն լայնածավալ դրսևորումով է, երեխաները ետ են մնում քաշով, ֆիզիկական ծանրաբեռնվածությունը հապաղում է, քիչ շարժուն են, ավագ տարիքի երեխաները ֆիզիկապես ընկճված են, նեգատիվ, թերարժեքության բարդույթով: Երեխայի դիրքը հաճախ հարկադրական է, օրտոպնոզով, կրտսեր տարիքի երեխաների մոտ կերակրման ժամանակ առաջանում է ցիանոզ, անհանգստություն, հևոց, առիթմիկ պոլս: Դեմքի արտահայտությունը տառապալից է, ակնակապիճների շուրջ սևացած, պերոռալ և ակոռոցիանոզով, հիպօքսիկ օսթեոպաթիայի երևույթներով՝ ֆալանգների ձևափոխում թմբկափայտի տեսքով, եղունգների ձևափոխություն ժամացուցի ապակիների տեսքով:

- III Ա փուլ դեկոմպենսացված, անդարձելի, դիստրոֆիկ փուլ

- III Բ փուլ՝ տերմինալ փուլ

Համաձայն ներկայացված դասակարգման, սիրտ-անոթային համակարգի բնածին կամ ձեռքբերովի հիվանդություններն այսպիսով բերում են արյան շրջանառության ֆունկցիայի կայուն խանգարման.

- Աննշան - ԽՍԱ I Ա փուլ (ՖԴ 1) - երեխաները կենսագործունեության որևէ կատեգորիայի սահմանափակում չունեն

- Չափավոր - ԽՍԱ I Բ փուլ նախնական կոմպենսացված փուլ (ՖԴ 2) - այս երեխաները չեն տանում ծանրաբեռնվածություն՝ վազել, արագ քայլել, որը բերում է ինքնուրույն տեղաշարժվելու կարողության I աստիճանի սահմանափակման:

- Արտահայտված - ԽՍԱ II Ա փուլ (ՖԴ 3) - քանի որ այս երեխաները ունեն սրտային անբավարարության նշաններ հանգստի շրջանում, չեն կարողանում կատարել սովորական ծանրաբեռնվածություններ, որը բերում է ինքնուրույն տեղաշարժվելու կարողության, ինքնասպասարկման II աստիճանի սահմանափակման, ուսումնառության I աստիճանի սահմանափակման:

- Խիստ արտահայտված - ԽՍԱ II Բ փուլ (ՖԴ 4) - երեխաները գտնվում են անկողնային ռեժիմի պայմաններում, հետագա կենսագործունեության առումով ունեն ոչ բարենպաստ կանխատեսում, ինքնուրույն տեղաշարժվելու և

ինքնասպասարկման կարողությունը II աստիճանի սահմանափակումով, ուսումնառության ունակությունը I - II աստիճանի սահմանափակումով:

«Հաշմանդամ երեխա» կարգավիճակի սահմանման չափանիշ են հանդիսանում կայուն չափավոր, արտահայտված և խիստ արտահայտված սրտային անբավարարությունը, որոնք հանգեցնում են, ինքնուրույն տեղաշարժվելու, ինքնասպասարկման, ուսումնառության կարողությունը սահմանափակման և անձի սոցիալական պաշտպանության անհրաժեշտությանը:

III. ԿՐԾՔԱԳԵՂԶԻ ՔԱՂՑԿԵՂՈՎ ՀԻՎԱՆԴՆԵՐԻ ԲԺՇԿԱՍՈՑԻԱԼԱԿԱՆ ՓՈՐՁԱՔՆՆՈՒԹՅՈՒՆ

Չնայած վերջին տասնամյակներում բժշկության ձեռք բերած նվաճումներին, քաղցկեղով հիվանդների թիվը աճում է, աճում է նաև հաշմանդամությունը և մահացությունը՝ իր տարածվածությամբ զիջելով միայն սիրտ-անոթային հիվանդություններին: Կրծքագեղձի քաղցկեղը իր տարածվածությամբ կանանց մոտ առաջին տեղում է: Համաշխարհային վիճակագրական տվյալներով 35-55 տարեկան հասակում մահացած կանանց մոտ մահվան պատճառների մեջ առաջին տեղում կրծքագեղձի քաղցկեղն է:

Կրծքագեղձի քաղցկեղով հիվանդների բժշկասոցիալական փորձաքննությունը ունի իր առանձնահատկությունները, որը պայմանավորված է նրանով, որ կոմպլեքս բուժման արդյունքում թեպետ առկա է օրգանի հեռացումը, բայց միշտ չէ, որ կա ֆունկցիայի այնպիսի խանգարում, որը կբերեր կենսագործունեության սահմանափակման, ուստի առաջին պլան է մղվում **կլինիկական կանխատեսումը**: Կանխատեսման համար էական նշանակություն ունեցող և փորձաքննական որոշում կայացնելու համար կարևոր բազմաթիվ գործոնները կարելի է բաժանել 4 մեծ խմբերի՝

1) Կանխատեսման բժշկական գործոններ՝

ա. Ուռուցքի աճի անատոմիական տիպը.

Ուռուցքի աճի ձևերը կարող են լինել հանգուցավոր, դիֆուզ և ինֆիլտրատիվ:

բ. Հանգուցավոր ձևը բարենպաստ է, դիֆուզ և ինֆիլտրատիվ ձևերը՝ անբարենպաստ, հատկապես ինֆիլտրատիվ ձևը:

գ. Հիստոլոգիական կառուցվածքը.

- ոչ ինվազիվ C-r.
- ինվազիվ C-r.
- բորբոքային ձևի C-r.

Համեմատաբար բարենպաստ է ոչ ինվազիվ C-r-ը, մյուս 2-ը անբարենպաստ են, հատկապես վերջինը:

դ. Բջջային դիֆերենցիացիայի աստիճանը G.

- բարձր դիֆերենցված (ադենոկարցինոմա) G1.
- միջին աստիճանի դիֆերենցված (ադենոկարցինոմա) G2.
- ցածր աստիճանի դիֆերենցված (ադենոկարցինոմա) G3.
- չդիֆերենցված G4.

Բարձր դիֆերենցված ուռուցքներին բնորոշ է հանգուցավոր ձևը, դանդաղ աճը և մետաստատիկ տարածումը լիմֆոգեն ճանապարհով: Ցածր աստիճանի դիֆերենցված և չդիֆերենցված ուռուցքները միանշանակ խիստ չարորակ են և շատ արագ տալիս են մետաստազներ նաև հեմատոգեն ճանապարհով:

Ե. Ռեցեպտորային ստատուս՝

- Luminal A բարենպաստ կանխատեսում
- Luminal B Her (-) բարենպաստ կանխատեսում
- Luminal B Her (+) անբարենպաստ կանխատեսում
- Եռակի բացասական անբարենպաստ կանխատեսում
- Her + ուռուցքներ անբարենպաստ կանխատեսում

2) Ուռուցքի տեղակայումը կրծքագեղձում՝

Ուռուցքի տեղակայումը դրսային քառորդներում համարվում է բարենպաստ, իսկ ներսային քառորդներում՝ անբարենպաստ: Առավել անբարենպաստ է, երբ ուռուցքը տեղակայված է կենտրոնում:

ա. Ուռուցքի չափերը՝

- T1- մինչև 2 սմ տրամագծով.
- T2- 2-5 սմ տրամագծով.
- T3- 5 սմ և ավելի.
- Ինչքան չափերը փոքր են, այնքան բարենպաստ է:

բ. Շրջակա ավշագեղձերի վիճակը

- Nx- չկան հավաստի տվյալներ ավշագեղձերի ախտահարված լինելու մասին.
- N0- շրջակա ավշագեղձերը ախտահարված չեն.
- N1- անութային փոսի ավշագեղձերը ախտահարված են, շարժուն են.
- N2- նույն կողմի անութային փոսի ավշագեղձերը ախտահարված են, կպած

իրար

և շրջակա հյուսվածքներին.

- N3- ախտահարված են ներկրծքային ավշագեղձերը.

Ավշագեղձերի ախտահարվածությունը անբարենպաստ է:

գ. Հեռավոր մետաստազներ՝

- Mx- չկան հավաստի տվյալներ հեռավոր մետաստազների մասին.
- M0- հեռավոր մետաստազներ չկան.

- M1- կան հեռավոր մետաստազներ.

Հեռավոր մետաստազների առկայությունը խիստ վատացնում է կանխատեսումը:

դ. Հիվանդության ստադիան

Կանխատեսման ժամանակ որոշիչը հիվանդության փուլն է, որքան այն բարձր է, այնքան անբարենպաստ է:

- I փուլ- T1 N0 M0
- II A փուլ- T1 N1 M0, T2 N0 M0
- II B փուլ- T2 N1 M0, T3 N0 M0
- III A փուլ - T1 N2 M0, T2 N2 M0, T3 N1-2 M0
- III B փուլ- T4 N1-3 M0, T1-4 N3 M0
- IV փուլ- T1-4 N1-3 M1

3) Բուժման հետ կապված գործոններ՝

ա. Կախված հիվանդության ստադիայից, ընթացքից կիրառվում են վիրաբուժական, ճառագայթային և դեղորայքային (քիմիաթերապևտիկ և հորմոնալ) մեթոդները տարբեր զուգակցմամբ: Երբ այս մեթոդներից 2-ի զուգակցումն է, դա համարվում է կոմբինացված բուժում: Իսկ երբ բուժման ժամանակ օգտագործվում են նաև օրգանիզմի վրա ընդհանուր ազդեցություն ունեցող միջոցներ, բուժման մեթոդը կոչվում է համալիր: Կոմպլեքսային բուժման մեջ առաջատարը վիրաբուժական եղանակն է, որը հատկապես էֆեկտիվ է հիվանդության սկզբնական շրջանում: Վիրահատության հիմնական ձևերն են՝ կրծքագեղձի արմատական հեռացում Մադենի եղանակով ընդլայնված արմատական մաստէկտոմիա, արմատական սեկտորալ ռեզեկցիա ավշագեղձերի հեռացումով և հասարակ մաստէկտոմիա: Կրծքագեղձի սեկտորալ ռեզեկցիան ավշագեղձերի հեռացումով և հետագա ճառագայթային բուժումը համարվում է պայմանական արմատական: Կատարվում է նաև լրացուցիչ վիրահատություն ըստ ցուցումների: Ճառագայթային թերապիան կատարվում է ըստ ուղեցույցի: Ճառագայթային թերապիան հիմնականում կատարվում է որպես ադյուվանտ՝ լրացուցիչ կամ որպես պալիատիվ ըստ ցուցումների: Քիմիաթերապիան բուժման հիմնական եղանակներից է: Կրծքագեղձի քաղցկեղի մետաստազների դեպքում քիմիոթերապիան երկարացնում է ռեմիսիայի շրջանը: Հետվիրահատական քիմիոթերապիան համարվում է լրացուցիչ մեթոդ (ադյուվանտ) և բաղկացած է 4-8 կուրսերից, կուրսերի միջև 3-4 շաբաթ ընդմիջումներով: Արտասահմանյան հեղինակների տվյալներով, հորմոնալ բուժումը էֆեկտիվ է 30% դեպքերում: Կիրառվում է կրծքագեղձի հորմոնալ կախյալ ուռուցք ունեցող հիվանդների մոտ:

բ. Բուժման հետևանքով առաջացած բարդություններ՝

1) Հետվիրահատական բարդությունները դրանք վիրահատված կողմի վերին վերջույթի այտուցն է (լիմֆոստազ), անուֆային երակի թրոմբոզը, թրոմբոֆլեբիտը և պլեքսիտը:

2) Լիմֆոստազը, ուսային հողի կոնտրակտուրան, անութային երակի թրոմբոզը և պլեքսիտը շատ հեղինակներ անվանում են **հետմաստէկտոմիկ սինդրոմ**:

3) Վերին վերջույթի **այտուցը**, եթե բուժման արդյունքում չի անցնում, ապա դա արդեն լիմֆոստազ է, որը լինում 3 աստիճանի.

ա. I-այտուցված է միայն բազուկը.

բ. II-այտուցված է բազուկը և նախաբազուկը.

գ. III-այտուցված է նաև դաստակը:

Ուսային հողի **կոնտրակտուրան** հանդիպում է 5% դեպքերում:

4) Ճառագայթային բուժման արդյունքում կարող են առաջանալ **դերմատիտներ**, որոնք ուղեկցվում են ցավով և քորով: **Պլեքսիտ** կարող է լինել վիրահատության ժամանակ նյարդային բների վնասման կամ ճառագայթային բուժումից հետո ֆիբրոզի առաջացման հետևանքով:

5) Քիմիոթերապիայի հետևանքով բարդություններ ավելի հաճախ են հանդիպում **լեյկոպենիա, թրոմբոցիտոպենիա, անեմիա**, որոնք ուղեկցվում են հիվանդի ընդհանուր վիճակի կտրուկ անկումով, մազաթափությամբ, ստամոքս-աղիքային տրակտի խանգարումներով:

6) Որոշ դեպքերում որպես լրացուցիչ բուժման եղանակ կիրառվում է կաստրացիան՝ վիրահատական կամ ճառագայթման եղանակով: Այս դեպքերում ամիսներ անց երբեմն զարգանում է **հետկաստրացիոն սինդրոմ**, որը բնորոշ է իր տրիադայով՝

ա) ճարպակալում.

բ) վեգետոանոթային դիստոնիա.

գ) նյարդահոգեկան խանգարումներ (ջղագրգռություն, լացկանություն, կոնֆլիկտայնություն):

Ֆունկցիոնալ խանգարումների աստիճանը՝ հիվանդության արմատական բուժման արդյունքում բարենպաստ կանխատեսումով հիվանդների մոտ հաշմանդամության խմբորոշումը կախված է այս կամ այն ֆունկցիոնալ խանգարումների արտահայտվածության աստիճանից (**աստենիզացիա, դեպրեսիա, նիհարում, անեմիա** և այլն):

Բուժումից հետո անցած ժամանակը՝ արմատական բուժումից հետո ինչքան երկարատև ժամանակ է անցել, այնքան կարելի է համարել կանխատեսումը բարենպաստ:

Լրացուցիչ բուժական միջոցների կիրառման անհրաժեշտությունը՝ աղյուվանտ բուժական միջոցների կիրառումը դա քիմիոթերապիայի և հորմոնոթերապիայի պրոֆիլակտիկ ընդունումն է, որի կողմնակի ազդեցությունը կարող է երկարատև սահմանափակել ժամանակավոր աշխատունակությունը:

4) Ընդհանուր կենսաբանական գործոններ.

Այս գործոններն են՝ տարիքը, օրգանիզմի ֆիզիոլոգիական վիճակը (սեռական հասունացման շրջան, հղիություն, լակտացիա), հոգեկան վիճակը, ուղեկցող հիվանդությունները: Հանրահայտ է, որ երիտասարդների մոտ քաղցկեղը ընթանում է ավելի վատ, քան ծերերի, իսկ վերջիններիս մոտ էլ հիվանդացությունն է ավելի բարձր:

Հղիության և լակտացիայի ժամանակ արագանում է քաղցկեղի տարածումը, մինչդեռ մենոպաուզայի ժամանակ՝ հակառակը: Ուղեկցող հիվանդությունները քաղցկեղի բուժման հետևանքով կարող են անցնել **դեկոմպենսացիայի շրջան**, որն էլ խորացնում է կենսագործունեության սահմանափակման աստիճանը:

5) Սոցիալական գործոններ.

Կրթությունը, մասնագիտությունը, որակավորումը, աշխատանքի բնույթն ու պայմանները, ընտանեկան և կենցաղային իրավիճակը պետք է հաշվի առնել՝ ելնելով օնկոլոգիական դիրքերից:

Այս բոլոր գործոնները համադրելով, կարելի է եզրակացնել կանխատեսման մասին, որը լինում է **բարենպաստ, անբարենպաստ և կասկածելի**:

ա. Բարենպաստ կանխատեսման օրինակ՝ հիվանդությունը ոչ ինվազիվ ձևի, առաջին, երկրորդ սփուլում, բարձր դիֆերենցված, կրծքագեղձի դրսային քառորդում տեղակայված, ուռուցքի արմատական հեռացում, համալիրս բուժումից հետո, առանց բարդությունների և ուղեկցող հիվանդությունների, հիվանդության սկիզբը մենոպաուզայի ժամանակ:

բ. Անբարենպաստ կանխատեսման գնահատումը որևէ դժվարություն չի ներկայացնում՝ այտուցային կամ բորբոքային ձև, ցածր դիֆերենցված և ինֆիլտրատիվ աճով, կենտրոնական տեղակայմամբ, արմատական կոմպլեքս բուժման ոչ ենթակա, մետաստազներով (N2 և բարձր, M+):

գ. Կասկածելի կանխատեսումը շատ ավելի հաճախ է հանդիպում, դա անբարենպաստ և բարենպաստ գործոնների առկայությունն է նույն հիվանդի մոտ, ինչպես նաև առաջկայում տևական բուժման անհրաժեշտությունն է անորոշ ելքով (քիմիոթերապիա, հորմոնոթերապիա): Կասկածելի կանխատեսման օրինակ՝ կատարվել է արմատական բուժում, բայց ուռուցքը մեծ է, տեղակայված է կենտրոնում, ինվազիվ է, ախտահարված են ավշագեղձերը, հիվանդը երիտասարդ տարիքի է: Ինչպես քաղցկեղով ցանկացած հիվանդի մոտ, կոմպլեքս բուժումից հետո չարորակության գործոնը գործում է 5 տարի, որից հետո նրանց մոտ մահացությունը գործնականում համապատասխանում է տարիքային նույն խմբի ցուցանիշին: Հաշմանդամության խմբորոշման **ժամանակ առաջին տարիներին հիմնական գործոնը դա կլինիկական կանխատեսումն է**, հատկապես, առաջին 2 տարվա համար ուռուցքային աճի հավանական վերսկսումը ռադիկալ բուժումից հետո: Տարին անց խմբորոշման ժամանակ որոշիչ գործոնը արդեն ֆունկցիայի խանգարման աստիճանով պայմանավորված կենսագործունեության սահմանափակումն է:

9. Կրծքագեղձի քաղցկեղով հիվանդների հաշմանդամության խմբորոշման չափանիշները

Բժշկասոցիալական փորձաքննության ժամանակ պետք է առաջնորդվել ընդհանուր մոտեցումներով, բայց ոչ երբեք ցուցաբերել տրաֆարետային, շաբլոնային մոտեցում:

Միշտ պետք է հաշվի առնել, որ նույնիսկ բարենպաստ կանխատեսման դեպքում էլ կնոջ մոտ կրծքագեղձի հեռացումը որպես անատոմիական դեֆեկտ, անմիջականորեն ֆունկցիայի խանգարման չի բերում, բայց հոգեկան տրավման կարող է բերել **ասթենիզացիայի կամ դեպրեսիայի** և հաշմանդամության խմբորոշման հիմք հանդիսանալ՝ կախված վերջիններիս արտահայտվածության աստիճանից:

ԲՍՓ փորձաքննության ժամանակ հաշվի են առնվում հետևյալ **հիմնական բժշկական և սոցիալական գործոնները**՝ հիվանդության փուլը, ուռուցքի տեղակայումը, աճի բնույթը, հիստոլոգիական կառուցվածքը և բջիջների դիֆերենցիացիայի աստիճանը, իրականացված բուժման եղանակը, կատարված վիրահատության ծավալը և նրա արմատականությունը (պալյատիվ), ճառագայթային և քիմիոթերապիայի բարդությունները և հետևանքները, ֆունկցիայի խանգարման աստիճանը, բուժումից հետո անցած ժամանակահատվածը, հիվանդի ընդհանուր և հոգեկան վիճակը, տարիքը, մասնագիտությունը, աշխատանքային և կենցաղային պայմանները, աշխատելու տրամադրվածությունը:

Կենսագործունեության և աշխատանքային գործունեությամբ զբաղվելու կարողության գնահատման առաջնային որոշիչ չափանիշը դա հիվանդության կլինիկական ստադիան է, որը պայմանավորված է ուռուցքի չափերով և շրջակա ավշագեղձերի և/կամ հեռավոր օրգանների հիվանդագին վիճակի գործընթացում ընդգրկվածությամբ:

Հաշմանդամության առաջին խումբ սահմանվում է

- IV փուլում գտնվող հիվանդներին, երբ առկա է ուռուցքի աճ, քայքայում՝ համալիր բուժման ֆոնի վրա, որն բերել է հյուծվածության, արտայատված անեմիայի և այլ ֆունկցիոնալ խիստ արտահայտված խանգարումների.

- ծանր վիճակում գտնվող բուժման ոչ ենթակա /ինկուրաբիլ/ հիվանդներին, կախեքսիա, արտահայտված քաղցկեղային ինտոքսիկացիա.

- եթե կա հիվանդության ռեցիդիվ, խիստ արտահայտված ֆունկցիոնալ խանգարումներ կամ տարածված ավշային կամ հենատոզեն մետաստազներ:

Հաշմանդամության երկրորդ խումբ սահմանվում է՝

- IIIA և IIIB փուլերում գտնվող արմատական բուժում ստացած հիվանդներին կասկածելի կանխատեսման և ֆունկցիայի արտահայտված խանգարման դեպքում.

- III փուլում գտնվող քիմիոթերապիա ստացող հիվանդներին, եթե կա վերջույթի ֆունկցիայի արտահայտված խանգարում, կամ փաստաթղթերով հաստատված անձի արտահայտված աստենիզացիա կամ դեպրեսիա:

Հաշմանդամության երրորդ խումբ սահմանվում է՝

Ա. II փուլում գտնվող արմատական բուժում ստացած հիվանդներին, որոնք ունեն անբարենպաստ կանխատեսում.

Բ. հետմաստէկտոմիկ համախտանիշի առկայության դեպքում (լիմֆոստազ 3-րդ աստիճան, ուսային հողի արտահայտված կոնտրակտուրա).

Գ. հետկաստրակցիոն արտահայտված համախտանիշի առկայության դեպքում:

Բ և Գ կետերի դեպքում անձի մոտ առկա է ինքնասպասարկման ապահովման ունակության, և/կամ սեփական վարքը հսկելու, և/կամ աշխատանքային գործունեությամբ զբաղվելու կարողությունների առաջին աստիճանի կենսագործունեության սահմանափակում:

Հաշմանդամության խումբ չի սահմանվում „Ca in situ“ կամ I ստադիայում գտնվող, արմատական բուժում ստացած այն հիվանդներին, որոնց մոտ կանխատեսումը բարենպաստ է, ֆունկցիոնալ խանգարումներ չկան, ընդհանուր և հոգեկան վիճակը բավարար է, մասնագիտությամբ աշխատանքը հակացուցված չէ:

Վերափորձաքննության ժամանակ կասկածելի կանխատեսմամբ հիվանդներին վերստին սահմանվում է հաշմանդամության խումբ, եթե չկան ռեցիդիվ կամ մետաստազներ սահմանվում է հաշմանդամության երրորդ խումբ անբարենպաստ կանխատեսման դեպքում կամ եթե կան կենսագործունեության սահմանափակման բերող ֆունկցիայի խանգարումներ:

Փորձաքննական որոշումները պետք է հիմնավորել նշելով բոլոր այն գործոնները, որոնք հիմք են հանդիսացել կանխատեսման գնահատման համար, ինչպես նաև ֆունկցիայի խանգարումները, որոնք բերել են կենսագործունեության սահմանափակման:

IV. ԹՈՔԻ ՔԱՂՏԿԵՂՈՎ ՀԻՎԱՆԴՆԵՐԻ ԲԺՇԿԱՍՈՑԻԱԼԱԿԱՆ ՓՈՐՁԱՔՆՆՈՒԹՅՈՒՆ

Թոքի առաջնային քաղցկեղը զարգանում է բրոնխի էպիթելիալ հյուսվածքից, շատ հազվադեպ ավելոյար հյուսվածքից: Տարբերակում են թոքի կենտրոնական և պերիֆերիկ քաղցկեղ: Երբ քաղցկեղը առաջանում է գլխավոր, բլթային կամ սեզմենտար բրոնխից, ապա դա թոքի կենտրոնական քաղցկեղն է, իսկ ավելի փոքր տրամաչափի բրոնխներից առաջացածը՝ պերիֆերիկ քաղցկեղը: Բրոնխի նկատմամբ ունեցած տեղակայումից կախված՝ քաղցկեղը լինում է էնդոբրոնխիալ, պերիբրոնխիալ և խառը: Պերիֆերիկ քաղցկեղի ժամանակ տարբերակում են գնդաձև, թոքաբորբանման և թոքի գագաթի քաղցկեղ (Պենկոստի ուռուցք): Վիճակագրական տվյալներով 75% դեպքերում հանդիպում է կենտրոնական քաղցկեղը:

1. Ըստ բջջային կառուցվածքի թոքի քաղցկեղի հիմնական ձևերն են՝

1) Տափակբջջային՝ եղջերացող և չեղջերացող (60% դեպքերում).

2) Գեղձային (20% դեպքերում).

3) Չդիֆերենցված՝ կլորբջջային և մանրբջջային (20% դեպքերում):

Էնդոբրոնխիալ աճով քաղցկեղը հիմնականում տափակբջջային է և ունի համեմատաբար բարենպաստ կանխատեսում, իսկ պերիբրոնխիալ աճով քաղցկեղը՝ չդիֆերենցացված մանրբջջային է, որը կանխատեսման առումով շատ անբարենպաստ է: Թոքի քաղցկեղը մետաստազներ տալիս է լիմֆոգեն և հեմատոգեն ճանապարհով: Այստեղ դեր ունի աճի բնույթը, հիստոլոգիական կառուցվածքը և հիվանդության

վաղեմությունը: Հատկապես հաճախ, արագ և տարածուն մետաստազներ է տալիս պերիբրոնխիալ աճով չդիֆերենցացված բջջային կառուցվածքով քաղցկեղը:

2. Թոքի քաղցկեղի դասակարգումը TNM համակարգով՝

1) T- առաջնային ուռուցք:

2) Tx-առաջնային ուռուցքի գնահատման համար չկան բավարար տվյալներ:

3) T1-ուռուցքը մինչև 3 սմ չափերի, շրջապատված է թոքային հյուսվածքով կամ վիսցերալ պլևրայով:

4) T2-ուռուցքը 3 սմ-ից մեծ է կամ ցանկացած մեծության, որը ներառել է վիսցերալ պլևրայի մեջ կամ ուղեկցվում է ատելեկտազով, օբստրուկտիվ թոքաբորբով, տարածվում է մինչև թոքարմատը, բայց թոքը ամբողջությամբ ախտահարված չէ:

5) T3-ուռուցքը ցանկացած չափերի է, անմիջականորեն անցնում է կրծքավանդակին, ստոծանուն, միջնորմային պլևրային, պերիկարդին, կամ ուռուցքը ուղեկցվում է ողջ թոքի ատելեկտազով կամ օբստրուկտիվ թոքաբորբով:

6) T4-ուռուցքը ցանկացած չափերի է, անմիջականորեն տարածվում է միջնորմի, սրտի, խոշոր անոթների, շնչափողի, կերակրափողի, ողերի մարմինների վրա:

3. N-շրջակա ավշագեղձեր.

1) Nx-չկան բավարար տվյալներ ավշագեղձերի ախտահարման մասին:

2) N0-շրջակա ավշագեղձերը ախտահարված չեն:

3) N1-ախտահարված են պերիբրոնխիալ և նույն կողմի թոքարմատի ավշագեղձերը:

4) N2-ախտահարված են նաև նույն կողմի միջնորմի ավշագեղձերը:

5) N3-ախտահարված են նաև հակառակ կողմի թոքարմատային ավշագեղձերը:

4. M-հեռավոր մետաստազներ՝

1) Mx-չկան բավարար տվյալներ հեռավոր մետաստազների մասին:

2) M0-հեռավոր մետաստազներ չկան:

3) M1-կան հեռավոր մետաստազներ:

147. G-հիստոլոգիական դիֆերենցիացիա:

1) G1-բարձր աստիճանի դիֆերենցացված:

2) G2-միջին աստիճանի դիֆերենցացված:

3) G3-ցածր աստիճանի դիֆերենցացված:

4) G4-չդիֆերենցացված:

5. Խմբավորումը ըստ հիվանդության փուլերի՝

1) I A T1N0M0

2) I B T2N0M0

3) II A T1N1M0

4) II B T2N1M0

5) III A T1-3N2M0

6) III B T1-4N3M0

7) IV Tցանկացած N ցանկացած M1

6. Բուժումը՝

1) Բուժման հիմնական եղանակները վիրաբուժական և կոմբինացված մեթոդներն են: Վիրաբուժական միջամտությունը թոքի կամ թոքի բլթի (բլթերի) հեռացումն է: Թոքի հեռացումը ցուցված է քաղցկեղի բոլոր տեսակների դեպքում, երբ ուռուցքի աճը ունի պերիբրոնխիալ բնույթ, ինչպես նաև էնդոբրոնխիալ աճի դեպքում, եթե ուռուցքը տեղակայված է գլխավոր բրոնխում կամ կան մետաստազներ հարբրոնխային ավշագեղձերում: Բլթի (բլթերի) հեռացումը ցուցված է էնդոբրոնխիալ աճով պերիֆերիկ ուռուցքների դեպքում, եթե չկան մետաստազներ թոքարմատային ավշագեղձերում: Բացի մաքուր վիրաբուժական եղանակից, կիրառվում է նաև կոմբինացված բուժում՝ նախավիրահատական և հետվիրահատական ճառագայթային բուժում, քիմիոթերապիա: Ճառագայթային բուժումը արդյունավետ է հիվանդության առաջին և երկրորդ ստադիաներում տափակբջջային պերիֆերիկ քաղցկեղի ժամանակ, իսկ քիմիոթերապիան ավելի արդյունավետ է չդիֆերենցացված մանրբջջային քաղցկեղի դեպքում:

2) Ավարտված արդյունավետ բուժման չափանիշներն են՝ մարմնի քաշի վերականգնում, շնչական և արյան շրջանառության ֆունկցիաների կայունացում, արյան կլինիկական և բիոքիմիական ցուցանիշների կայունացում, կրծքվանդակի հետվիրահատական սպիի ամրացում և ասթենոներոտիկ համախտանիշի վերացում:

3) Չբուժված հիվանդների կանխատեսումը անբարենպաստ է: Որպես կանոն, նրանք մահանում են հիվանդության առաջին փուլանիշների ի հայտ գալուց հետո մեկ տարվա ընթացքում: Արմատական բուժում ստացած հիվանդներից 5 տարի և ավել ապրում են 25-30 տոկոսը:

7. Հաշմանդամության խմբորոշման չափանիշները՝

1) Հաշմանդամության առաջին խումբը սահմանվում է՝

ա. IV փուլում գտնվող ինկուրաբել հիվանդներին.

բ. շնչական և արյան շրջանառության խիստ արտահայտված խանգարումների դեպքում, որը կարող է նաև հետևանք լինել վիրահատական բարդությունների (բրոնխոպուլմոնալ, կերակրափողի խուլակներ, հյուծվածություն, քաղցկեղային ինտոքսիկացիա և այլն)

գ. բուժումից հետո ռեցիդիվի կամ մետաստազի հայտանաբերում, երբ կրկնակի վիրահատությունը հնարավոր չէ:

2) Թոքի քաղցկեղի վիրահատական միջամտությունից հետո (թոքի հեռացում, թոքի բլթի կամ բլթերի հեռացում) առաջին տարին հիվանդի մոտ առկա է շնչական ֆունկցիայի արտահայտված խանգարում: Այստեղից ելնելով հաշմանդամության երկրորդ խումբ սահմանվում է առաջին անգամ փորձաքննության դիմած հիվանդներին, որոնք տարել են թոքի հեռացում կամ թոքի բլթի (բլթերի) հեռացում մեկ տարի

ժամկետով: Վերափորձաքննության ժամանակ ֆունկցիայի խանգարման աստիճանը որոշելու հետ միասին չպետք է մոռանալ կանխատեսման մասին: Կանխատեսման գնահատման համար էական դեր ունի հիվանդության ստադիան, ուռուցքի տեղակայումը, աճի բնույթը և հիստոլոգիական կառուցվածքը: Կասկածելի կանխատեսման դեպքում (պերիբրոնխիալ աճ, ցածր դիֆերենցացված, մետաստազներ թոքարմատային ավշային հանգույցներում) երկրորդ վերափորձաքննության ժամանակ ևս սահմանվում է երկրորդ խումբ մեկ տարի ժամկետով:

3) Հաջորդ վերափորձաքննության ժամանակ այդ հիվանդներին մետաստազների, ռեցիդիվի բացակայության դեպքում սահմանվում է երրորդ խումբ անժամկետ: Բարենպաստ կանխատեսման դեպքում (էնդոբրոնխիալ աճ, բարձր դիֆերենցացված, մետաստազների բացակայություն թոքարմատային ավշային հանգույցներում) մեկ թոքի հեռացումով հիվանդների վերափորձաքննության ժամանակ սահմանվում է հաշմանդամության երրորդ խումբ անժամկետ՝ ըստ գործող հաշմանդամության սահմանման չափանիշների: Նշված դեպքում անձի մոտ առկա է ինքնասպասարկման ապահովման ունակության, և/կամ ինքնուրույն տեղաշարժվելու, և/կամ աշխատանքային գործունեությամբ զբաղվելու կարողությունների առաջին աստիճանի կենսագործունեության սահմանափակում:

V. ՏՈՒԲԵՐԿՈՒԼՈՂՈՎ ՀԻՎԱՆԴՆԵՐԻ ԲԺՇԿԱՍՈՑԻԱԼԱԿԱՆ ՓՈՐՁԱՔՆՆՈՒԹՅՈՒՆ

ԲԱԺԻՆ 1. ՇՆՉԱՌԱԿԱՆ ՕՐԳԱՆՆԵՐԻ ՊԱԼԱՐԱԽՏ/ ՏՈՒԲԵՐԿՈՒԼՈՂ/ 1. ԹՈՔԵՐԻ ԱՌԱՋՆԱՅԻՆ ՏՈՒԲԵՐԿՈՒԼՈՂ

Ա. ՆԵՐԿՐԾՔԱՅԻՆ ԱՎՇԱՅԻՆ ՀԱՆԳՈՒՅՑՆԵՐԻ ՏՈՒԲԵՐԿՈՒԼՈՂ ԵՎ ԱՌԱՋՆԱՅԻՆ ՏՈՒԲԵՐԿՈՒԼՈՂԱՅԻՆ ՀԱՄԱԼԻՐ

Առաջնային տուբերկուլոզը վաղ հայտնաբերման և լիարժեք բուժման դեպքում սովորաբար ունենում է բարենպաստ ելք: Բարդությունների առկայությունը կարող է նպաստել հիվանդության ձգձգվող կամ քրոնիկական ընթացքին, ուղեկցվել երկարատև ինքնաթունավորմամբ/ինտոքսիկացիայով/ և բրոնխների ախտահարումով: Այս դեպքերը դժվար են ենթարկվում բուժման և հաճախ վիրահատական միջամտության կարիք են ունենում:

Ժամանակավոր անաշխատունակության տևողությունը առաջնային տուբերկուլոզով հիվանդների համար կազմում է 3-6 ամիս:

Հաշմանդամության երկրորդ խումբ սահմանվում է՝

1) Եթե անցկացված բուժման ֆոնի վրա պահպանվում են ակտիվ տուբերկուլոզային փոփոխությունները, որոնք բերում են կայուն արտահայտված շնչառական ֆունկցիայի խանգարումների և պահանջում են երկարատև հակատուբերկուլոզային սպեցիֆիկ բուժում,

2) Բարդությունների առկայության դեպքում, հիմնականում բրոնխների ախտահարում և սպիակաձև փոփոխությունների ձևավորումը որոնք բերում են կայուն արտահայտված շնչառական ֆունկցիայի խանգարումների:

1-ին և 2-րդ կետերում նշված վիճակները բերել են աշխատանքային գործունեությամբ զբաղվելու կարողության II-III աստիճանի, ինքնասպասարկման ապահովման ունակության և ինքնուրույն տեղաշարժվելու կարողության I-II աստիճանի սահմանափակումների:

Հաշմանդամության երրորդ խումբ սահմանվում է կլինիկական լավացումով և շնչառական ֆունկցիայի երկրորդ աստիճանի/չափավոր արտահայտված/ խանգարումներով հիվանդներին, որոնք բերել են աշխատանքային գործունեությամբ զբաղվելու, ինքնասպասարկման ապահովման ունակության և ինքնուրույն տեղաշարժվելու կարողության I աստիճանի սահմանափակումների:

2. ԹՈՔԵՐԻ ՕՋԱԽԱՅԻՆ ՏՈՒՔԵՐԿՈՒԼՈՉ

Թոքերի օջախային տուբերկուլոզը բնութագրվում է թոքերում եզակի կամ բազմակի օջախների առկայությամբ՝ չափսերով մինչև 12 մմ, տարբեր վաղեմության, որոնք տեղակայված են 1-2 սեզմենտում:

Կանխատեսումը հիմնականում բարենպաստ է, հազվադեպ ախտաբանական գործընթացը կարող է խորանալ: Հիվանդները համարվում են ժամանակավորապես անաշխատունակ բուժման ընթացքում (3-6 ամիս): Կլինիկական լավացում դիտվում է 90-95% հիվանդների մոտ:

Հաշմանդամության երրորդ խումբ սահմանվում է՝

Եթե առկա է շնչառական ֆունկցիայի երկրորդ աստիճանի (չափավոր արտահայտված) խանգարում (ֆիբրոզ-օջախային տուբերկուլոզով հիվանդների շրջանում), որը բերում է աշխատանքային գործունեությամբ զբաղվելու, ինքնուրույն տեղաշարժվելու կարողությունների I աստիճանի կենսագործունեության սահմանափակումների:

3. ԹՈՔԵՐԻ ԻՆՖԻԼՏՐԱՏԻՎ ՏՈՒՔԵՐԿՈՒԼՈՉ

Կանխատեսումը ինֆիլտրատիվ տուբերկուլոզով հիվանդների շրջանում կախված է հիվանդության ընթացքից, բորբոքային պրոցեսի տարածվածությունից, ուղեկցող հիվանդությունների առկայությունից (շաքարային դիաբետ, թոքերի քրոնիկական ոչ

ինքնատիպ (սպեցիֆիկ) հիվանդություններ, ստամոքսի և տասներկուամատնյա աղու խոցային հիվանդություն և այլն):

Ըստ ընթացքի՝ տարբերում են ինֆիլտրատիվ տուբերկուլոզի երկու ձև՝ առաջընթաց և հետընթաց: Առաջընթացի դեպքում հիվանդությունը զարգանում է ալիքաձև, սրացումներով, ուղեկցվում է խոռոչների գոյացմամբ և մանրէազատությամբ, ելքը կարող է լինել անբարենպաստ՝ ֆիբրոզ-կավերնոզ տուբերկուլոզի ձևավորմամբ կամ բուժման արդյունքում կարող են ձևավորվել մեծ մնացորդային երևույթներ՝ տարածված ցիռոզի ձևով, ինչը հանգեցնում է շնչական ֆունկցիայի կայուն խանգարման: Հետընթացի դեպքում ելքը բարենպաստ է, բուժման արդյունքում դիտվում է կլինիկական ապաքինում, բուժման տևողությունը 3-6 ամիս է:

Հաշմանդամության երկրորդ խումբ սահմանվում է՝

- Ինֆիլտրատիվ տուբերկուլոզի առաջընթաց ձևով հիվանդներին, ովքեր կարիք ունեն երկարատև բուժման, շնչառական և արյան շրջանառության երրորդ աստիճանի (արտահայտված) խանգարումների առաջացման դեպքերում, որոնք հանգեցրել են աշխատանքային գործունեությամբ զբաղվելու կարողության II-III աստիճանի, ինքնասպասարկման ապահովման ունակության և ինքնուրույն տեղաշարժվելու կարողությունների I-II աստիճանի կենսագործունեության սահմանափակումների:

- Լոռանման (կազեոզ) թոքաբորբով հիվանդները համարվում են ժամանակավորապես անաշխատունակ (3-6 ամիս), այնուհետև ծանր կլինիկական ընթացքի և շնչառական և արյան շրջանառության ֆունկցիաների երրորդ աստիճանի /արտահայտված/ խանգարման առկայության դեպքում սահմանվում է երկրորդ կամ առաջին խմբի հաշմանդամություն:

4. ԹՈՔԵՐԻ ՏՈՒԲԵՐԿՈՒԼՈՄԱ

Թոքերի տուբերկուլոզման 1սմ-ից ավելի, քրոնիկական դանդաղ ընթացքով, լոռանման մեռուկացած օջախ է: Հաճախ հանդիպում է երիտասարդ տարիքում բարձր դիմադրողականությամբ օժտված անձանց շրջանում: Ըստ չափսերի՝ տուբերկուլոզմաները լինում են փոքր (մինչև 2 սմ), միջին (2-4 սմ) և խոշոր (4սմ-ից ավելի), ըստ կլինիկական ընթացքի՝ լինում են կայուն, առաջընթաց և հետընթաց: Կանխատեսումը հիմնականում բարենպաստ է: Բուժումը սկզբնական փուլում 3-6 ամիս տևողությամբ դեղորայքային է, իսկ առաջընթաց և խոշոր տուբերկուլոզմաների դեպքում՝ նաև վիրահատական:

Հաշմանդամության երրորդ խումբ սահմանվում է առաջընթաց ընթացքով հիվանդներին, երբ երկարատև բուժման պայմաններում պահպանվում է ինքնաթունավորման (ինտոքսիկացիայի) համխտանիշը, իսկ վիրահատությունը այս կամ այն պատճառներով չի կատարվում կամ առկա են մասնագիտական բնագավառում անբարենպաստ գործոններ, որոնք հանգեցնում են աշխատանքային գործունեությամբ

զբաղվելու կարողության և ինքնուրույն տեղաշարժվելու կարողության I աստիճանի կենսագործունեության սահմանափակման:

Հաշմանդամության երկրորդ խումբ սահմանվում է հետվիրահատական շրջանում անբարենպաստ ընթացքով հիվանդներին, որոնք կարիք ունեն երկարատև հակատուբերկուլյոզային բուժման կամ ծանր հետվիրահատական բարդությունների առկայության դեպքում, թոքերի ֆունկցիայի խանգարումով, որոնք հանգեցրել են աշխատանքային գործունեությամբ զբաղվելու կարողության II-III աստիճանի, ինքնասպասարկման ապահովման ունակության և ինքնուրույն տեղաշարժվելու II աստիճանի սահմանափակումների:

5. ԹՈՔԵՐԻ ՍԵՐՄՆԱՑԱՆՎԱԾ ՏՈՒԲԵՐԿՈՒԼՈՉ

Թոքերի սերմնացրված տուբերկուլոզը բնորոշվում է տուբերկուլոզային բազմաթիվ օջախների գոյացմամբ, որոնք թոքերում տուբերկուլոզային հարուցիչների տարածման հետևանք են արյան, ավշի և բրոնխների միջոցով: Ըստ կլինիկական ընթացքի՝ տարբերում են թոքերի սերմնացրված տուբերկուլոզի 3 ձև՝ սուր, ենթասուր և քրոնիկական: Կանխատեսումը կախված է ախտաբանական փոփոխությունների տարածվածությունից, հայտնաբերման վաղեմությունից, վաղ և լիարժեք բուժումից, բարդությունների առկայությունից, այլ օրգանների ախտահարումներից:

Թոքերի սուր և ենթասուր սերմնացրված տուբերկուլոզի կանխատեսումը հիմնականում բարենպաստ է, քրոնիկական ձևի դեպքում՝ ավելի անբարենպաստ: Բուժումը երկարատև է՝ 8-10 ամիս:

Հաշմանդամության երրորդ խումբ սահմանվում է սերմնացրված տուբերկուլոզով հիվանդներին բուժումն ավարտելուց հետո բարենպաստ ելքի դեպքում, շնչառական ֆունկցիայի երկրորդ աստիճանի/ չափավոր արտահայտված/ խանգարումով կամ բարդությունների առկայության դեպքում, որոնք խոչընդոտում են լրիվ ծավալով աշխատանքային գործունեությամբ զբաղվելուն, ուստի հանգեցրել են աշխատանքային գործունեությամբ զբաղվելու և ինքնուրույն տեղաշարժվելու կարողության I աստիճանի կենսագործունեության սահմանափակումների:

Հաշմանդամության երկրորդ խումբ սահմանվում է՝

ա. Սուր և ենթասուր ձևերով հիվանդներին, եթե բուժման արդյունքում դիտվում է դանդաղ ընթացք, որը պահանջում է երկարատև բուժում և բերել է աշխատանքային գործունեությամբ զբաղվելու կարողության III աստիճանի, ինքնասպասարկման ապահովման ունակության և ինքնուրույն տեղաշարժվելու կարողության I-II աստիճանի սահմանափակումների:

բ.Քրոնիկական սերմնացրված տուբերկուլոզով հիվանդներին հաճախակի սրացումներով, ծանր բարդություններով, երրորդ աստիճանի/արտահայտված/ շնչական անբավարարություն, թոք-սրտային անբավարարություն, հաճախակի արյունահոսություններ և արյունախփումներ), որը հանգեցրել է աշխատանքային

գործունեությամբ զբաղվելու կարողության II-III աստիճանի, ինքնասպասարկման ապահովման ունակության և ինքնուրույն տեղաշարժվելու կարողության I-II աստիճանի կենսագործունեության սահմանափակումների:

Հաշմանդամության առաջին խումբ սահմանվում է ծանր թոքային կամ արտաթոքային բարդություններով (խիստ արտահայտված շնչառական անբավարարություն, ներքին օրգանների ամիլոիդոզ և այլն) քրոնիկ սերմնացրված տուբերկուլոզով հիվանդներին, ովքեր ունեն ինքնասպասարկման ապահովման ունակության III աստիճանի, ինքնուրույն տեղաշարժվելու կարողությունների III աստիճանի կենսագործունեության սահմանափակումներ:

6. ԹՈՔԵՐԻ ՖԻՐՐՈՉ-ԿԱՎԵՌՆՈՉ ՏՈՒՔԵՐԿՈՒԼՈՉ

Ֆիբրոզ-կավեռնոզ տուբերկուլոզը կարող է զարգանալ քայքայիչ տուբերկուլոզի բոլոր ձևերի առաջընթացի դեպքում, որը կարող է լինել հիվանդության ուշ ախտորոշման, անկանոն բուժման և այլ ծանրացուցիչ հանգամանքների դեպքում:

Ըստ կլինիկական ընթացքի՝ տարբերում են ֆիբրոզ-կավեռնոզ տուբերկուլոզի 3 ձև՝ սահմանափակ, զարգացող և բարդացած:

Սահմանափակ ձևի և հազվադեպ սրացումների դեպքում կանխատեսումը հիմնականում բարենպաստ է՝ երկար ժամանակ հիվանդների կենսագործունեության սահմանափակում չի առաջանում, հետևաբար **հաշմանդամություն չի սահմանվում**: Սրացումների ընթացքում, բուժման նպատակով հիվանդները ժամանակավոր անաշխատունակ են, տրվում է անաշխատունակության թերթիկ մինչև 6 ամիս ժամկետով:

Հաշմանդամության երրորդ խումբ սահմանվում է հիվանդության բարորակ ընթացքի, շնչառական ֆունկցիայի երկրորդ աստիճանի /չափավոր արտահայտված/ խանգարման, աշխատանքային անբարենպաստ պայմանների դեպքում, որոնք հանգեցրել են աշխատանքային գործունեությամբ զբաղվելու կարողության և ինքնուրույն տեղաշարժվելու կարողությունների I աստիճանի կենսագործունեության սահմանափակումների:

Հաշմանդամության երկրորդ խումբ սահմանվում է ֆիբրոզ-կավեռնոզ տուբերկուլոզով հիվանդներին՝ հաճախակի և երկարատև սրացումների, շնչառական և արյան շրջանառության արտահայտված խանգարումների առկայության դեպքում, որոնք բերել են աշխատանքային գործունեությամբ զբաղվելու կարողության II կամ III աստիճանի, ինքնասպասարկման ապահովման ունակության և ինքնուրույն տեղաշարժվելու կարողությունների II աստիճանի կենսագործունեության սահմանափակումների:

Հաշմանդամության առաջին խումբ սահմանվում է առաջընթաց և բարդություններով ընթացող ձևերի՝ տարածված ախտաբանական փոփոխությունների, ներքին օրգանների ամիլոիդոզի, երրորդ աստիճանի/արտահայտված/ թոք-սրտային

անբավարարության դեպքում, որոնք բերել են ինքնասպասարկման ապահովման ունակության և ինքնուրույն տեղաշարժվելու կարողությունների III աստիճանի կենսագործունեության սահմանափակումների: Կլինիկական կանխատեսումը նման հիվանդների համար խիստ անբարենպաստ է:

7. ԹՈՔԱՄՁԻ ՏՈՒԲԵՐԿՈՒԼՈՂԱՅԻՆ ԲՈՐԲՈՔՈՒՄ

Տուբերկուլոզային պլերիտը բնորոշվում է թոքամզի բորբոքումով և պլերալ խոռոչում հեղուկի կուտակումով: Տարբերում են չոր և թաց (էքսուդատիվ) պլերիտ: Էքսուդատիվ պլերիտը ըստ հեղուկի բնույթի կարող է լինել՝ շճային, շճաթելքային, շճաարյունային, թարախային (պլերայի էմպիեմա):

Տուբերկուլոզային պլերիտի (բացառությամբ պլերայի էմպիեմայի) կանխատեսումը բարենպաստ է, բուժման արդյունքում դիտվում է լավացում: Հիվանդները ժամանակավորապես անաշխատունակ են բուժման ընթացքում (3-6ամիս), որից հետո առողջությունը վերականգնվում է, չի առաջանում կենսագործունեության սահմանափակում, ուստի հաշմանդամություն չի սահմանվում:

Պլերայի էմպիեման ծանր թարախային հիվանդություն է, ընթանում է բարդություններով և պահանջում երկարատև, հաճախ վիրահատական բուժում: Ըստ ընթացքի՝ տարբերում են սուր և քրոնիկական էմպիեմա: Սուր էմպիեմայի դեպքում կլինիկական կանխատեսումը համեմատաբար ավելի բարենպաստ է, բուժման արդյունքում (ներառյալ վիրահատական բուժումը՝ հիմնականում պլերէկտոմիա), կլինիկական լավացում է դիտվում 80-90% դեպքերում:

Քրոնիկական ընթացքի դեպքում կանխատեսումը անբարենպաստ է, պլերալ խոռոչում երկարատև թարախի առկայությունը կարող է բարդանալ ներքին օրգանների ամփոփոգով, շնչառական և արյան շրջանառության ֆունկցիաների երրորդ աստիճանի /արտահայտված/ խանգարումների, որոնք հիմք են հանդիսանում II կամ I խմբի հաշմանդամություն սահմանելու համար:

8. ԲԺՇԿԱՍՈՑԻԱԼԱԿԱՆ ՓՈՐՁԱՔՆՆՈՒԹՅՈՒՆԸ ԹՈՔԵՐԻ ՏՈՒԲԵՐԿՈՒԼՈՂԻ ՎԻՐԱՀԱՏԱԿԱՆ ՄԻՋԱՄՏՈՒԹՅՈՒՆԻՑ ՀԵՏՈ

Թոքերի տուբերկուլոզով հիվանդների 20%-ը կարիք ունի վիրահատական միջամտության: Ներկայումս թոքերի տուբերկուլոզի հիմնական վիրահատական միջամտության տեսակ է հանդիսանում թոքերի մասնահատումը, որը կազմում է 80%-ը, վիրահատության արդյունավետությունը 90% է:

Հետվիրահատական շրջանում հիվանդների կենսագործունեության սահմանափակումները գնահատելիս պետք է հաշվի առնել թոքերի տուբերկուլոզի ձևը, ծանրությունը և երկարատևությունը մինչև վիրահատությունը, կատարված միջամտության ծավալը, հիվանդի տարիքը, քիմիոթերապիայի լիարժեքությունը մինչև հետվիրահատական շրջանը, ախտաբանական պրոցեսի ակտիվության աստիճանը և այլն:

Թոքերի հատվածների (սեզմենտի) մասնահատումից 5-6 ամիս հետո հիվանդներն ամբողջովին ապաքինվում են և նրանք կարող են աշխատել ոչ հակացուցված աշխատանքային պայմաններում:

Հիվանդները թոքի բլթի մասնահատումից հետո սովորաբար 6 ամիս համարվում են ժամանակավոր անաշխատունակ, հետագայում կարող են աշխատել ոչ հակացուցված աշխատանքային պայմաններում:

Հիվանդներին թոքի հեռացումից հետո (պնևմոնէկտոմիա) առաջին տարվա ընթացքում սահմանվում է II խմբի հաշմանդամություն՝ հաշվի առնելով շնչառական և արյան շրջանառության ֆունկցիաների արտահայտված խանգարումները, անորոշ կանխատեսումը, տևական քիմիոթերապիայի անհրաժեշտությունը հետվիրահատական շրջանում: Վիրահատությունից 1-2 տարի հետո, երբ դիտվում է ախտաբանական վիճակի կայունություն, հիվանդներին սահմանվում է հաշմանդամության III խումբ, անժամկետ:

Պլևրայի էմպիեմայի կապակցությամբ կատարված պլևրէկտոմիայից (դեկորտիկացիա) հետո արդյունավետությունը կազմում է 80-85%: Վիրահատությունից հետո առաջին տարվա ընթացքում դիտվում է արտաքին շնչառական ֆունկցիայի խանգարում, որը հիմնականում վերականգնվում է: Այն դեպքերում, երբ վերականգնումը տևում է մինչև 6 ամիս, հիվանդները համարվում են ժամանակավոր անաշխատունակ, հետագայում **հաշմանդամ չեն ճանաչվում** և կարող են աշխատել ոչ հակացուցված պայմաններում:

ԲԱԺԻՆ II. ԱՐՏԱԹՈՔԱՅԻՆ ՏՈՒԲԵՐԿՈՒԼՈՋ

1. ՄԻՋԱՍԵՌԱԿԱՆ ՀԱՄԱԿԱՐԳԻ ՏՈՒԲԵՐԿՈՒԼՈՋ

Միզասեռական համակարգի տուբերկուլոզը արտաթոքային տուբերկուլոզի ամենատարածված ձևերից է: Միզասեռական օրգանների տուբերկուլոզի կլինիկական ախտանիշները նման են մի շարք այլ, ոչ ինքնատիպ /սպեցեֆիկ/ հիվանդությունների ախտանշաններին, որը դժվարացնում է ախտորոշումը և հաճախ դառնում հիվանդության ուշ հայտնաբերման և անբարենպաստ կանխատեսման պատճառ:

1) Երիկամների տուբերկուլոզ տարբերում են վաղ շրջանի նեֆրոտուբերկուլոզ՝ ինֆիլտրատիվ, պարենքիմայի տուբերկուլոզ, տուբերկուլոզային պապիլիտ (պտկիկաբորբ՝ փոքրիկ, միայնակ խոռոչներ), ուշ շրջանի՝ կավեռնոզ նեֆրոտուբերկուլոզ,

պիոնեֆրոզ: Աստիճանաբար բորբոքումը կարող է տարածվել միզածորանի, միզապարկի վրա, որի դեպքում կանխատեսումը անբարենպաստ է, վերականգնման գործընթացի ոչ լիարժեքությունը հանգեցնում է միզային համակարգի հետտուբերկուլոզային ծանր փոփոխությունների, որոնք հանգեցնում են ոչ ինքնատիպ բորբոքման առաջընթացի և երիկամի ֆունկցիայի երրորդ աստիճանի/արտահայտված/ խանգարման կամ դադարեցման (<<անջատված>> երիկամ): Միզային համակարգի հիմնական բարդություններն են՝ ոչ ինքնատիպ բորբոքումները, մնացորդային փոփոխությունները, որոնք պատճառ են հանդիսանում երիկամային ծագման զարկերակային գերճնշման և քրոնիկական երիկամային անբավարարության:

2) Սեռական օրգանների տուբերկուլոզ սեռական օրգանները կարող են ախտահարվել և առաջնային, և երկրորդային ձևով, ընդ որում վարակը տարածվում է ավշի և արյան միջոցով: Տղամարդկանց շրջանում առավել հաճախ ախտահարվում են մակամորձին և ամորձին, իսկ կանանց շրջանում՝ փողերը և արգանդը, հազվադեպ՝ ձվարանները, արգանդի պարանոցը և արտաքին սեռական օրգանները: Սեռական օրգանների ախտահարման հնարավոր բարդություններից են որովայնամզի, աղիքների տուբերկուլոզը:

Միզասեռական օրգանների տուբերկուլոզի ժամանակ հաշմանդամությունը սահմանվում է կենսագործունեության սահմանափակման դեպքում, հիմնականում հաշվի առնելով հիվանդության ընթացքը, բարդությունները, իսկ լավացումից հետո կայուն մնացորդային երևույթների առկայությունը և ֆունկցիայի խանգարումը: Հաշմանդամության խմբերը սահմանվում են՝ կախված ֆունկցիոնալ խանգարումների արտահայտվածության աստիճանից:

2. ՏՈՒԲԵՐԿՈՒԼՈԶԱՅԻՆ ՄԵՆԻՆԳԻՏ

Տուբերկուլոզային մենինգիտը երկրորդային է և զարգանում է տուբերկուլոզային վարակի կամ նրա թոքային (հնարավոր է արտաթոքային) ախտահանումների առկայության դեպքում: Դրա հետ մեկտեղ ներկա պայմաններում տուբերկուլոզային մենինգիտը կարող է հանդես գալ որպես առաջին կլինիկական ախտանիշ կամ ակտիվ տուբերկուլոզի միակ տեղակայում: Տուբերկուլոզային մենինգիտի բուժումը երկարատև է, մինչև 6 ամիս՝ կապված հիվանդության ծանրությունից: Ելքը կախված է հիվանդության վաղ հայտնաբերումից: Ժամանակին հայտաբերման և լիարժեք բուժման դեպքում, արդի պայմաններում տուբերկուլոզային մենինգիտը, որպես կանոն վերջնականապես ապաքինվում է առանց մնացորդային երևույթների: Ուշ հայտնաբերելիս ելքը ոչ միշտ է բարեհաջող՝ հաճախ են դիտվում նյարդային համակարգի մնացորդային փոփոխություններ (կաթվածներ, տեսողության նվազում, հոգեկան խանգարումներ, էպիլեպտիկ նոպաներ և այլն):

Տուբերկուլոզային մենինգիտի ժամանակ հաշմանդամության սահմանման համար օգտագործվող չափորոշիչները հիմնականում համապատասխանում են մենինգիտի այլ կլինիկական ձևերին: Բժշկասոցիալական փորձաքննության առանձնահատկությունը տուբերկուլոզային մենինգիտով հիվանդների մոտ այն է, որ առաջնակի փորձաքննության ժամանակ մեծամասամբ հիվանդներին սահմանվում է հաշմանդամության III խումբ: Դա կապված է այն հանգամանքի հետ, որ առաջին տարվա ընթացքում կանխատեսումն անորոշ է, կարող է լինել ախտադարձ (ռեցիդիվ), առկա է արտահայտված ասթենիկ համախտանիշ:

3. ՏՈՒԲԵՐԿՈՒԼՈԶԱՅԻՆ ՍՊՈՆԴԻԼԻՏ

Տուբերկուլոզային սպոնդիլիտը հենաշարժական համակարգի տուբերկուլոզի անենահաճախ հանդիպող ձևերից է: Հիմնականում ախտահարվում է ողի մարմինը, հաճախ բորբոքումն ընդգրկում է ողնաշարի կրծքագոտկային և գոտկային հատվածները: Սապատը ձևավորվում է մանկական հասակում: Ծանր ընթացքի դեպքում առաջանում են թարախակույտեր, նյարդաբանական բարդություններ (կաթվածներ, միելոպաթիաներ և այլն): Ընթացքը կարող է լինել հետընթաց /ռեգրեսիվ/, սրացումներով /ռեցիդիվով/, առաջընթաց /պրոգրեսիվով/, ելքը՝ առանց հետևանքների և կայուն մնացորդային երևույթներով: Բուժումը երկարատև է, որի ընթացքում հիվանդները ժամանակավոր անաշխատունակ են: Կանխատեսումն զգալի բարենպաստ է ներկա օգտագործվող ժամանակակից վիրաբուժական միջամտությունների դեպքում, այն առավելագույն արդյունավետ է հիվանդության վաղ շրջանում:

Տուբերկուլոզային սպոնդիլիտի ժամանակ հաշմանդամությունը սահմանվում է՝ հիմնականում հաշվի առնելով հիվանդության ընթացքը, բարդությունները, իսկ լավացումից հետո՝ կայուն մնացորդային երևույթները: Հաշմանդամության խմբերը սահմանվում են՝ կախված ֆունկցիաների խանգարումների արտահայտվածությունից:

4. ՏՈՒԲԵՐԿՈՒԼՈԶԱՅԻՆ ԲԱԶՄԱՇՃԱԲՈՐԲ/ՊՈԼԻՍԵՐՈԶԻՏ/

Տուբերկուլոզային պոլիսերոզիտը բնորոշվում է մի քանի խոռոչներ պաստառող շճաթաղանթների բորբոքումով՝ թոքամզի, որովայնամզի և սրտապարկի: Առաջնային վարակի դեպքում պոլիսերոզիտը դիտվում է որպես ներկրծքային կամ մեջընդերքի ավշահանգույցների տուբերկուլոզի բարդություն, երկրորդային ձևերից հաճախ պոլիսերոզիտը, որպես բարդություն հանդիպում է սերմնացրված տուբերկուլոզով հիվանդների շրջանում: Ըստ բորբոքման բնույթի՝ պոլիսերոզիտը լինում է էքսուդատիվ և կաչուն: Կլինիկական պատկերը բազմազան է՝ կախված բորբոքման տեղակայումից և բնույթից: Տուբերկուլոզային պոլիսերոզիտը կարող է ունենալ սուր և ալիքաձև ընթացք՝ երբ բորբոքումը սկսվելով մեկ շճաթաղանթից, շարունակվում և ընդգրկում է այլ օրգանների շճաթաղանթները: Վաղ հայտնաբերման և լիարժեք բուժման դեպքում

հիմնականում դիտվում է բարենպաստ ելք: Պերիկարդի ախտահարման դեպքում ընթացքը և ելքը դառնում է անբարենպաստ, կարող է զարգանալ տարբեր աստիճանների սիրտ-թոքային անբավարարություն:

Տուբերկուլոզային պոլիսերոզիտի ժամանակ հաշմանդամությունը սահմանվում է՝ հաշվի առնելով հիվանդության ընթացքը, բարդությունների առկայությունը և ֆունկցիաների խանգարումների արտահայտվածության աստիճանը:

VI. ՏՈՒԲԵՐԿՈՒԼՈԶԻ ԵՎ ՁԻԱԿ-Ի ԺԱՄԱՆԱԿ ԲԺՇԿԱՍՈՑԻԱԼԱԿԱՆ ՓՈՐՁԱՔՆՆՈՒԹՅՈՒՆԸ

21-րդ դարն սկսվել է աշխարհում տուբերկուլոզի և ՁԻԱԿ-ի անշեղ վերելքով, ինչն էլ առիթ հանդիսացավ ԱԿԿ-ի կողմից նոր ծրագրի՝ «ՁԻԱԿ-ը և տուբերկուլոզը» նախագծի ստեղծման համար: Այժմ ողջ աշխարհում որևէ տարակուսանք չի հարուցում այն փաստը, որ ՄԻԱՎ-վարակակրության և տուբերկուլոզի միջև գոյություն ունի ուղիղ համեմատական, փոխադարձաբար պայմանավորող կապ ՄԻԱՎ-վարակակիրների համար ամենալուրջ վարակը, թերևս, տուբերկուլոզն է, որը և հաճախ նրանց մահվան պատճառն է դառնում: Միաժամանակ երկու հարուցիչով՝ տուբերկուլոզով և ՄԻԱՎ-ով վարակվածների օրգանիզմը առանձնակի վտանգի է ենթարկվում, քանզի նրանց հիվանդացության հավանականությունն ամեն տարի կազմում է 5-10% այն դեպքում, երբ մնացած ազգաբնակչության շրջանում այդ հավանականությունը ողջ կյանքի ընթացքում 10%-ը չի գերազանցում: Հայաստանում ՄԻԱՎ վարակի 1-ին դեպքերն սկսեցին գրանցվել 1988 թվականից: Արական սեռը բացահայտ մեծամասնություն է կազմում՝ 70,3%, կան ՁԻԱԿ-ով հիվանդ երեխաներ: Տարիքային կազմում գերակշռում են 20-30 տարեկանները 70,7%: Վարակի փոխանցման հիմնական ուղիներն են սեռական ու ներարկային (ՄԻԱՎ-վարակակիրների 1/3-ը տառապում է թմրամոլությամբ): Հայաստանում հաշվառված ՄԻԱՎ վարակակիրների առավելագույն քանակը մայրաքաղաքից են, մարզերից հաճախ են դիմել Շիրակի բնակիչները:

ՄԻԱՎ/ՏԲ համավարակի առաջին դեպքերը գրանցվել են 2005թ., սակայն դեռ մեկ տարի չանցած՝ այդ թիվը ավելի քան եռապատկվել է և անշեղորեն աճման միտում է դրսևորում: Ստեղծված իրավիճակը պահանջում է հակատուբերկուլոզային պայքարի ողջ ռազմավարությունը վերագնահատել՝ սկսած կանխարգելումից, պատվաստման հնարավորություններից մինչև առաջնային վարակի և նախկինում օրգանիզմ թափանցած վարակի վերստին ակտիվացման փոխադարձ կապի հարցերը:

Պաթոգենեզի յուրահատկությունները: Այն փաստը, որ տուբերկուլոզային վարակն ավելի շատ տարածված է ՁԻԱԿ-ով ախտահարման տեսակետից ամենաբարձր ցուցանիշներն ունեցող երկրներում, հիմք է տալիս ենթադրել, որ ՄԻԱՎ վարակակիրների շրջանում զարգացող տուբերկուլոզի դեպքերի մեծ մասն իր ծագումով կապված է նրանց

օրգանիզմում նախկինում առկա և այժմ էլ գոյատևող տուբերկուլոզային ծածկընթաց վարակի հետ: Դրա հետ մեկտեղ, հետագա հետազոտությունները պարզեցին, որ չափահաս ՄԻԱՎ-վարակակիրների շրջանում տուբերկուլոզի դեպքերի զգալի մասը պայմանավորված է կրկնավարակով:

Տուբերկուլոզ / ՁԻԱՀ համավարակի ընթացքը:

ՁԻԱՀ-ն իր զարգացման ընթացքում 2 փուլ է անցնում.

ՄԻԱՎ վարակակրություն,

ՁԻԱՀ:

Նախնական փուլը՝ ՄԻԱՎ-վարակակրությունը, առանց ախտանիշների վիրուսակրություն է, երբ մարդկանց 92%-ն, այնուամենայնիվ, իրեն առողջ է զգում, ակտիվ կյանք վարում, գանգատներ չի ներկայացնում: Այդ փուլը կարող է տևել ավելի քան 5 տարի: ՄԻԱՎ-վարակակիրների շրջանում թոքերի տուբերկուլոզի կլինիկական պատկերը յուրահատկություններ չի դրսևորում և ՄԻԱՎ վարակակրության վաղ փուլերում թոքերի տուբերկուլոզն ընթանում է այնպես, ինչպես <<շճաբացասական>> (<<սերոնեգատիվ>>) անձանց շրջանում: Այդ պատճառով էլ յուրահատուկ բուժումն արդյունքներ է տալիս, տուբերկուլոզը բուժվում է:

ՁԻԱՀ-ի առանձնահատկությունը թոքերի տուբերկուլոզով հիվանդների շրջանում արտահայտվում է նրա արտասովոր չարորակ ընթացքով, հիվանդության կլինիկական ծանր պատկերով, թոքերում բորբոքման կայծակնային առաջընթացով: Արտաթոքային տուբերկուլոզի դրսևորումները ևս հազվակի չեն, ըստ որում, դարձյալ ընդարձակվելու և սփռվելու մեծ հակում ունեն, ինչը հաճախ մահացու ելք է ունենում (4-6 հազվադեպ՝ 9-12 ամիս հետո), քանզի բուժումը դրական արդյունք չի տալիս: Արտաթոքային ախտահարումներից հաճախակի հանդիպում են լիմֆադենոպաթիաները, պլերիտները, պերիկարդիտները, կորեկանման տուբերկուլոզը, մինինգիտը: ՁԻԱՀ-ով հիվանդների շրջանում հիվանդության ուշ փուլերի թոքային բարդություններից առավել հաճախ (80-85%) հանդիպողը պնևմոցիստային թոքաբորբն է, իսկ տուբերկուլոզի հավելյալ միացումն ավելի է, իսկ տուբերկուլոզի հավելյալ միացումն ավելի է բարդացնում կլինիկական գործընթացը՝ հանգեցնելով թոքերի բորբոքումների առավել ևս չարակ առաջընթացի և խորացման՝մահվան արագ և անխուսափելի ելքով:

ՁԻԱՀ-ով հիվանդների շրջանում հաճախ են հայտնաբերվում նաև այլ միկոբակտերիաներով հարուցված հիվանդություններ, որոնք կոչվում են միկոբակտերիոզներ:

Այսպիսով, ՁԻԱՀ-ով հիվանդների շրջանում տուբերկուլոզի հայտնաբերումը համընդհանուր ընդունված միջոցներով մեծ դժվարություն է ներկայացնում: Ախտորոշման խնդրի բարդությունները կարելի է բացատրել հետևյալ պատճառներով

- Բավականին հաճախ կարող է լինել խորիսի մանրէաբանական հետազոտության բացասական արդյունք:

- Տուբերկուլինային ներմաշկային թեստերը հաճախ չեն տալիս ճիշտ պատասխան:

- ՁԻԱՀ-ով հիվանդների շրջանում ռենտգենաբանական հետազոտությունը տեղեկատվության առումով բավարար չէ, քանի որ շատ հազվադեպ է նրանց թոքահյուսվածքում խոռոչ ձևավորվում:

- Հաճախ ՄԻԱՎ-շճադրական հիվանդների շրջանում զարգանում են տուբերկուլոզի արտաթոքային ձևերը:

- ՄԻԱՎ-վարակակրության ուշ շրջաններում հաճախ են լինում ՁԻԱՀ-ի հետ կապակցված այլ հիվանդություններ:

Ժամանակավոր անաշխատունակության ժամկետը 3-6 ամիս է:

Հաշմանդամության երրորդ խումբ սահմանվում է՝

- Հիվանդության բարորակ ընթացքի իմունային ֆունկցիայի չափավոր արտահայտված խանգարման, աշխատանքային անբարենպաստ պայմանների կամ էպիդեմիոլոգիական հակացուցումների դեպքում, որոնք հանգեցնում են ինքնուրույն տեղաշարժվելու և աշխատանքային գործունեությամբ զբաղվելու կարողությունների առաջին աստիճանի սահմանափակումների:

Հաշմանդամության երկրորդ խումբ սահմանվում է՝

- Հիվանդության տարածված ախտահարումների, առաջընթացի և իմունային ֆունկցիայի արտահայտված խանգարումների դեպքում, որոնք հանգեցնում են ինքնասպասակման ապահովման ունակության և ինքնուրույն տեղաշարժման կարողությունների երկրորդ աստիճանի, աշխատանքային գործունեությամբ զբաղվելու կարողության երկրորդ-երրորդ աստիճանների սահմանափակումների:

Հաշմանդամության առաջին խումբ սահմանվում է՝

- Հիվանդության կլինիկական ծանր ընթացքի, թոքային և արտաթոքային բարդությունների առկայության դեպքում, տարբեր օրգան համակարգերի ֆունկցիաների խիստ արտահայտված խանգարումներով, որոնք հանգեցնում են ինքնասպասակման ապահովման ունակության, ինքնուրույն տեղաշարժվելու և աշխատանքային գործունեությամբ զբաղվելու կարողությունների երրորդ աստիճանի սահմանափակումների:

VII. ԵՐԻԿԱՄՆԵՐԻ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆ ՈՒՆԵՑՈՂ ՀԻՎԱՆԴՆԵՐԻ ԲԺՇԿԱՍՈՑԻԱԼԱԿԱՆ ՓՈՐՁԱՔՆՆՈՒԹՅՈՒՆ

ԲԱԺԻՆ 1. ԵՐԻԿԱՄՆԵՐԻ ԽՐՈՆԻԿ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆ

Երիկամի ախտահարում կամ նրա ֆունկցիայի իջեցում 3 ամիս և ավելի ժամանակահատվածում: Երիկամների քրոնիկ հիվանդությունները մեծ մասամբ ունեն զարգացման հակում և անկախ նրանց առաջացման բազմաթիվ պատճառական գործոնների, երիկամներում ձևաբանական փոփոխությունները նույնատիպ են և ի վերջո բերում են գործող նեֆրոնների ոչնչացման, երիկամի կնճռոտման, որի հետևանքով նրանք դիտվում են ոչ միայն որպես այս կամ այն բարդացած հիվանդության համախտանիշ, այլ որպես ինքնուրույն հիվանդություն:

<<Երիկամների քրոնիկ հիվանդություն>> ախտորոշումը (անգամ կծիկային ֆիլտրացիայի արագության իջեցման կամ նորմայի դեպքում) տեղի է տալիս մտածելու ախտաբանական վիճակի հետագա զարգացման և երիկամի ֆունկցիայի պոտենցիալ հնարավորությունները կորցնելու մասին: Երիկամների քրոնիկ հիվանդությամբ հիվանդացությունը կազմում է ազգաբնակչության 10%-ը, առանձին դեպքերում նաև 20 և ավելի % (ծերեր, շաքարային դիաբետով հիվանդներ, և այլն):

1. ԳԼՈՄԵՐՈՒԼՈՆԵՖՐԻՏ

Երիկամների իմունային (բորբոքային և ոչ բորբոքային) հիվանդություն, որն ուղեկցվում է երիկամի կծիկների առաջնային ախտահարումով և հետագայում միջանկյալ հյուսվածքում ախտաբանական վիճակի ընդգրկումով, ունի զարգացման հակում, կարող է հանգեցնել նեֆրոսկլերոզի և երիկամների քրոնիկ անբավարարության /Երիկամների քրոնիկ հիվանդության/ զարգացման:

Դասակարգումը.

1. Ըստ ծագման՝

- 1) առաջնային գլոմերուլոնեֆրիտ - 85% (անհայտ էթիոլոգիայի).
- 2) երկրորդային գլոմերուլոնեֆրիտ - 15% (սիստեմային հիվանդություն, դեղորայքային ախտահարում, ինֆեկցիա և այլն).

2. Ըստ ընթացքի՝

- 1) Սուր գլոմերուլոնեֆրիտ(առողջացման հավանական ելքով)
- 2) Արագ զարգացող գլոմերուլոնեֆրիտ (բուռն, հաճախ չարորակ ընթացքով և երիկամների սուր անբավարարության զարգացումով).
- 3) Քրոնիկ գլոմերուլոնեֆրիտ (զարգացող ընթացքով և երիկամների խրոնիկ անբավարարության զարգացումով).

3. Ըստ կլինիկական դրսևորման՝

- 1) Մեկուսացված միզային համախտանիշ՝ պրոտեինուրիա, անմիզություն
- 2) Զարկերակային գերճնշում (համընկնում է մեզում փոփոխությունների հետ).

- 3) Սուր նեֆրիտիկ համախտանիշ (սուր հետինֆեկցիոն ԳՆ, արագ զարգացող ԳՆ, ԽԳՆ)
- 4) Նեֆրոտիկ համախտանիշ
- 5) Խառը ձև (նեֆրոտիկ-նեֆրիտիկ համախտանիշ)

4. Ըստ ձևաբանական փոփոխությունների՝

1) Տարածուն պրոլիֆերատիվ ներմազանոթային (սուր գլոմերուլոնեֆրիտ), առաջանում է ինֆեկցիայից հետո (A խմբի հեմոլիտիկ ստրեպտոկոկ) ավելի հաճախ հանդիպում է երեխաների մոտ, կազմում է մեծահասակների մոտ հանդիպող բոլոր գլոմերուլոնեֆրիտների 3-5%: Առողջանում են հիվանդների 80-90%-ը, քրոնիկական զարգացում նկատվում է միայն հիվանդների 5%-ի մոտ.

2) Էքստրակապիլյար պրոլիֆերատիվ գլոմերուլոնեֆրիտ (2-3%) (արագ զարգացող ԳՆ) ծանր ձև, եթե ախտահարվում է կծիկների 85 %-ը ելքը անբարենպաստ է.

3) Թաղանթային պրոլիֆերատիվ գլոմերուլոնեֆրիտ (10-15%), ամենաանբարենպաստ ելքով, երիկամային քրոնիկ անբավարարությունը զարգանում է 3-5 տարվա ընթացքում.

4) Մեզանգիալ պրոլիֆերատիվ (20-25%), (տարածուն, օջախային, Ig M ձև), 40% հիվանդների մոտ երիկամային քրոնիկ անբավարարություն զարգանում է 15-20 տարվա ընթացքում, իսկ Ig M ձևի ժամանակ երիկամային քրոնիկ անբավարարություն զարգանում է 3-5 տարվա ընթացքում.

5) IgA-նեֆրոպաթիա (Բերժեի հիվանդություն 30-40%), 20-30% հիվանդների մոտ երիկամային քրոնիկ անբավարարություն զարգանում է 10-15 տարվա ընթացքում.

6) Լիպոիդային նեֆրոզ (3%), գլոմերուլոնեֆրիտ նվազագույն փոփոխություններով, որը բնորոշ է մանկական հասակին.

7) Թաղանթային գլոմերուլոնեֆրիտ, (10-20%), սպոնտան կամ բուժումից հետո 30% հիվանդների մոտ նկատվում է հիվանդության լրիվ ախտադադար /ռեմիսիա/, 60-75%-ի առնվազն 10 տարվա երիկամի կյանքի տևողություն.

8) Ֆոկալ-սեգմենտար գլոմերուլոնեֆրիտ (1%), զարգացող ընթացքով, 50% հիվանդների մոտ 5 տարվա կյանքի տևողությամբ.

9) Սկլերոզի բերող գլոմերուլոնեֆրիտ՝ երիկամային անբավարարության զարգացման փուլում ցանկացած գլոմերուլոնեֆրիտի ելքն է (ելքը կախված է ժամանակին սկսված դիալիզից)

- 10) IgA-նեֆրոպաթիա, Հենոլ Շոնլեյն նեֆրիտ
- 11) Ժառանգական նեֆրիտներ
- 12) Գայլախտային նեֆրիտ
- 13) Համակարգային վասկուլիտ
- 14) Գուտպասչերի համախտանիշ
- 15) Թրոմբոտիկ միկրոանգիոպաթիա

16) Երիկամների ամփոփող

5. **Լսր սրացման** (5-10 անգամ մեզում էրիթրոցիտների և սպիտակուցների քանակի ավելացում, զարկերակային ճնշման բարձրացում և այտուց, նեֆրոտիկ համախտանիշ՝

6. Լսր հաճախականության՝

1) Հազվակի սրացումով (5 տարին մեկ անգամ).

2) Հաճախակի սրացումներով (տարին մեկ, կամ երկու տարին մեկ անգամ).

3) Անըմբռն կրկնվող ընթացքով.

4) Ախտադարձի (ռեմիսիա) ընթացքով (էրիթրոցիտուրիայի վերացում, պրոտեինուրիայի իջեցում օրեկան 2 գրամից ցածր, նեֆրոտիկ համախտանիշի վերացում, զարկերակային ճնշման կարգավորում, երիկամային սուր անբավարարության վերացում), որը կարող է լինել լրիվ կամ մասնակի, կրկնվող կամ զարգացող ձևով:

Գլոմերուլոնեֆրիտի հիմնական համախտանիշներն են՝

1) **Սուր նեֆրիտիկ համախտանիշ՝** (սակավամիզություն, զարկերակային հիպերտենզիա, այտուց, ազոտեմիա, երբեմն սուր սրտային անբավարարություն, սպիտամիզություն, էրիթրոցիտային գլանակամիզություն, արյունամիզություն):

2) **Նեֆրոտիկ համախտանիշ՝** (կայուն, մասիվ սպիտամիզություն (օրեկան 3գ և ավելի), թեր ալբումինեմիա (30գ/լ-ից ցածր), թեր պրոտեինեմիա (60գ/լ-ից ցածր): Հաճախ զարգանում է անասարկա, թրոմբոէմբոլիա, ուլտրաձայնային հետազոտման տվյալներով՝ երիկամների չափերի մեծացում), հիպերխոլեստերինեմիա, լիպիդուրիա:

3) **Մեկուսացված միզային համախտանիշ՝** (կայուն կամ անցողիկ սպիտամիզություն (2,5-3գ/օր), մակրո կամ միկրոարյունամիզություն, լեյկոցիտամիզություն, գլանակամիզություն):

4) **Չարկերակային գերճնշում** դիաստոլիկ և (կամ) սիստոլիկ զարկերակային ճնշման բարձրացում (ուղեկցվում է սպիտամիզությամբ, էրիթրոցիտամիզությամբ, երիկամների խրոնիկական հիվանդություն):

Գլոմերուլոնեֆրիտի ախտորոշման ձևակերպման օրինակներն են՝

1) Խրոնիկ գլոմերուլոնեֆրիտ, սրացման շրջան, հազվակի սրացումներով, քրոնիկ երիկամային անբավարարության 0 փուլ:

2) Թաղանթային պրոլիֆերատիվ գլոմերուլոնեֆրիտ, սրացման շրջան, խառը ձև (նեֆրոտիկ համախտանիշ, երիկամածին զարկերակային գերճնշում 2-րդ աստիճանի) քրոնիկ երիկամային անբավարարության 2-րդ փուլ:

Բժշկասոցիալական փորձաքննության ուղեգրում են գլոմերուլոնեֆրիտով հիվանդներին հիվանդության քրոնիկացման, արագ զարգացող գլոմերուլոնեֆրիտի , անընդմեջ ախտադարձվող խրոնիկ գլոմերուլոնեֆրիտի, ընթացող նեֆրոտիկ սինդրոմի, III աստիճանի բարձր կամ զարգացող զարկերակային գերճնշման, հիվանդության արտաերիկամային բարդությունների կամ բուժման, առաջին անգամ հայտնաբերված կամ զարգացող քրոնիկ երիկամային անբավարարության ժամանակ:

Հաշմանդամ չեն համարվում խրոնիկ գլոմերուլոնեֆրիտով հիվանդները

- 1) հիվանդության ախտադարձի շրջանում,
- 2) հիվանդության հազվադեպ սրացումով ախտադարձի շրջանում,
- 3) նեֆրոտիկ համախտանիշ առանց սրացման փուլի (փորձաքննության ժամանակ այտուցների և սպիտակուցաէներգետիկ անբավարարության բացակայություն),
- 4) I կամ II աստիճանի զարկերակային ճնշման դեղորայքային կարգավորման շրջանում,
- 5) ակտիվ բուժական միջոցառումների արդյունքում (հորմոններ, ցիտոստատիկներ, պլազմոֆերեզ) զգալի բարդությունների բացակայության ժամանակ,
- 6) գլոմերուլոնեֆրիտի գլխավոր համախտանիշների բացակայության ժամանակ,
- 7) չհակացուցված աշխատանքային պայմաններում աշխատող անձիք:

Գլոմերուլոնեֆրիտի դեպքում հակացուցված աշխատանքերի տեսակները և պայմաններն են՝

1) Բացարձակ հակացուցումներ՝ ծանր ֆիզիկական աշխատանք, անբարենպաստ միկրոկլիմայական պայմաններ (շրջակա միջավայրի բարձր և ցածր ջերմաստիճան, բարձր խոնավություն, փոշու և ծխի առկայություն, հոսանքի տատանումների ազդեցություն), աշխատանք նեֆրոտոքսիկ նյութերի հետ, վիբրացիայի ազդեցություն օրգանիզմի վրա, չկանոնակարգված աշխատանքային օր, գիշերային հերթափոխեր և այլն:

2) Հարաբերական հակացուցումներ՝ միջին ծանրության ֆիզիկական աշխատանք, աշխատանք կապված երկարատև կանգնելու, քայլելու հետ, զգալի նյարդահոգեկան լարվածություն, մարմնի հարկադրական դիրք և այլն:

Գլոմերուլոնեֆրիտի դեպքում հաշմանդամության սահմանման չափանիշներն են՝

Հաշմանդամության երրորդ խումբ սահմանվում է՝

Երիկամների խրոնիկ հիվանդություն 4-րդ շրջան, խրոնիկ երիկամային անբավարարություն II աստիճանի դեպքում ԽԵԱ ինտերմիտվող փուլ՝ կծիկային ֆիլտրացիայի արագությունը մինչև 25 մլ/ր., կրեատինինի պարունակությունը արյան շիճուկում 0.18-0.45 մմոլ/լցածր(180-352մկմոլ/լ), եթե բացակայում են հիմնական հիվանդության ծանր բարդությունները՝ (նեֆրոտիկ համախտանիշ, հիպոալբունիմիա, ծանր զարկերակային հիպերտենզիա իր բարդություններով), սրտային անբավարարություն II <ա> աստիճանը, որոնք բերել են ինքնասպասարկման ապահովման ունակության, և/կամ ինքնուրույն տեղաշարժվելու, և/կամ աշխատանքային գործունեությամբ զբաղվելու կարողությունների առաջին աստիճանի կենսագործունեության սահմանափակումների:

Հաշմանդամության երկրորդ խումբ սահմանվում է՝

- Խրոնիկ երիկամային անբավարարություն II աստիճանի, եթե զարգանում է նեֆրոտիկ համախտանիշ հիպոալբունիմիա, ծանր զարկերակային հիպերտենզիա ծանր բարդություններով (սրտային անբավարարություն II <բ> աստիճանի, դիթմի նշանակալի խանգարում՝նախասիրտ փորոքային պաշարում, շողացող առիթմիա):

- Խրոնիկ երիկամային անբավարարության տերմինալ փուլի ժամանակ, երբ դիալիզի ֆոնի վրա ուռեմիայի և ազոտեմիայի խորացում չի գրանցվում:

- Երիկամի փոխպատվաստման ժամանակ առաջին և երկրորդ տարվա ընթացքում, որոնք բերել են ինքնասպասարկման ապահովման ունակության, ինքնուրույն տեղաշարժվելու կարողության 2-րդ աստիճանի, աշխատանքային գործունեությամբ զբաղվելու կարողության 2 կամ 3-րդ աստիճանի կենսագործունեության սահմանափակումների:

Հաշմանդամության առաջին խումբ սահմանվում է՝

- Քրոնիկ երիկամային անբավարարություն տերմինալ փուլում, երբ դիալիզի ֆոնի վրա գրանցվում է ուռեմիայի և ազոտեմիայի խորացում և զարգանում են ուռեմիայի ծանր անդառնալի բարդություններ՝ սրտային անբավարարություն III աստիճանի, կենտրոնական նյարդային համակարգի ծանր ախտահարումներ:

- Խրոնիկ երիկամային անբավարարություն տերմինալ փուլ, երբ ցուցված չէ հեմոդիալիզ, կամ ուշացած հեմոդիալիզի ֆոնի վրա հարաճուն ազոտեմիայի երևույթներով առաջացել են անդառնալի փոփոխություններ՝ ծանր հեմոդինամիկ բարդություններ, սրտային անբավարարություն III աստիճանի:

- Երիկամի փոխպատվաստման ժամանակ, երբ մի քանի ամսվա ընթացքում զարգանում են ծանր բարդություններ, որոնք բերել են ինքնասպասարկման ապահովման ունակության, ինքնուրույն տեղաշարժվելու և աշխատանքային գործունեությամբ

զբաղվելու կարողությունների 3-րդ աստիճանի կենսագործունեության սահմանափակումների:

2. ՊԻԵԼՈՆԵՖՐԻՏ

Երիկամների մանրէածին բորբոքային հիվանդություն, որը ընթանում է երիկամաավազանային համակարգի, երիկամային խողովակների և երիկամի պարենքիմայի միջանկյալ հյուսվածքի ախտահարումով:

Դասակարգում՝

1) Ըստ պարզեցնեզի՝

ա. Առաջնային պիելոնեֆրիտ (վերել ինֆեկցիա), երկրորդային պիելոնեֆրիտ (օբստրուկտիվ; անատոմիական խեղումների, դիսմետաբոլիկ նեֆրոպաթիաների ժամանակ):

2) Ըստ ընթացքի՝

ա. Սուր պիելոնեֆրիտ.

բ. Քրոնիկ պիելոնեֆրիտ (միշտ երկրորդային ծագման):

3) Ըստ փուլերի՝

ա. Սրացման (ակտիվ),

բ. Ախտանիշների հետադարձ զարգացման (մասնակի ախտադադարի),

գ. Ախտադադարի (կլինիկալաբորատոր մարման):

4) Ըստ երիկամի ֆունկցիայի՝

ա. Առանց երիկամների ֆունկցիայի խանգարման,

բ. Երիկամի ֆունկցիայի խանգարումով,

գ. Քրոնիկ երիկամային անբավարարություն:

5) Ըստ սրացման ակտիվության՝

ա. Թեթև՝ 1-ին աստիճանի ակտիվություն՝ մարմնի սուբֆեբրիլ ջերմություն, արյունաբանական ոչ կտրուկ փոփոխություններ, չափավոր արտահայտված միզային համախտանիշ,

բ. Միջին՝ 2-րդ աստիճանի ակտիվություն՝ մարմնի ջերմաստիճանի բարձրացում, դող, թուլություն, լեյկոցիտոզ, էրիթրոցիտների նստեցման արագության բարձրացում, արտահայտված լեյկոցիտամիզություն և մանրէամիզություն,

գ. Բարձր՝ 3-րդ աստիճանի ակտիվություն՝ ծանր ընթացքով, մարմնի ջերմաստիճանը 30-40 աստիճան, ահավոր դող, մասիվ քրտնարտադրություն, անշարժություն, թարախամիզություն, մանրէամիզություն, մեզի կլինիկական և կենսաքիմիական հետազոտություններում սուր բորբոքային փոփոխություններ, երիկամի ֆունկցիայի խանգարում:

6) Ըստ սրացման հաճախականության՝

- ա. Հազվադեպ (տարին մեկ անգամ),
- բ. Միջին հաճախականության (տարին 2 անգամ),
- գ. Հաճախակի (տարին 2 անգամից ավել):

Պիեյունեֆրիտի ախտորոշման ձևակերպման օրինակներ են՝

1) Խրոնիկ պիեյունեֆրիտ, ակտիվ փուլ, կոնցենտրացիոն ֆունկցիայի իջեցումով, երիկամածին զարկերակային գերճնշում 2-րդ աստիճանի, աջակողմյան նեֆրոլիտոտոմիա (1988թ.):

2) Խրոնիկ պիեյունեֆրիտ (Prqteus mirabilis), ախտադադարի փուլ, առանց երիկամների ֆունկցիայի խանգարման:

Պիեյունեֆրիտի դեպքում <Հաշմանդամ երեխա> կարգավիճակ սահմանման չափանիշներն են՝

1) Սուր պիեյունեֆրիտով հիվանդները բժշկասոցիալական փորձաքննության չեն ուղեգրվում:

2) Խրոնիկ պիեյունեֆրիտի դեպքում հաշմանդամություն սահմանվում է՝

- ա. Եթե առկա է հիվանդության հաճախակի սրացում (տարին 2 անգամից ավելի),
- բ. Խրոնիկ երիկամային անբավարարություն՝ սկսած **II աստիճանից**:

3. ԵՐԻԿԱՄՆԵՐԻ ԱՄԻԼՈՒԴՈՋ

Երիկամի պարենխիմայում ֆիբրիլային սպիտակուցի <<ամիլոիդի>>՝ գլիկոպրոտեիդի զարգացող կուտակում, որն ուղեկցվում է երիկամի ֆունկցիայի խանգարումով: Երիկամների ախտահարում տեղի է ունենում երկրորդային ամիլոիդոզի (AA-ամիլոիդոզ-60%, AL ամիլոիդոզ-30% և այլ ձևեր- 5%) ժամանակ:

Գոյություն ունի երիկամային ախտահարման 4 շրջան՝

1) **Թաքնված** – գերակշռում են հիմնական հիվանդության կլինիկական ախտանիշները, պակաս բնորոշ են լաբորատոր տվյալները (նվազագույն սպիտամիզություն, միկրոարյունամիզություն, լեյկոցիտոմիզություն): Բնորոշ է էրիթրոցիտների նստեցման արագության բարձրացումը, հիպերգլոբուլինեմիան, ընդհանուր թուլությունը, մարմնի քաշի իջեցումը:

2) **Սպիտամիզություն** - օրվա սպիտակուցի կորուստը կազմում է 2 - 6,6գ: Մեզում նստվածքը բացակայում է, սակայն հնարավոր է լեյկոցիտամիզություն, գլանակամիզություն, միկրոարյունամիզություն: Երիկամների հյուսվածքաբանական հետազոտությունը ցույց է տալիս ամիլոիդի կուտակումներ՝ կծիկներում, պարենխիմայում, միջանկյալ հյուսվածքում:

3) **Նեֆրոտիկ համախտանիշ** – մեզում սպիտամիզությունը կարող է հասնել մինչև 20-30գ/լ, թերալբումինեմիան 15գ/լ, ալբումին-գլոբուլինեմիայի գործակիցն իջնում է մինչև 0,5 և ավելի ցածր: Ուլտրաձայնային հետազոտության տվյալներով կա երիկամների մեծացում:

4) **Վերջնային (ազոտեմիկ, միզարյունային)** - դրսևորվում է ազոտեմիայով, որին արագ հաջորդում է միզարյունությունը և քրոնիկ երիկամային անբավարարության արագ զարգացում:

Սպիտամիզության փուլը տևում է մոտավորապես 3 տարի, ընթացքը համարվում է ավելի բարենպաստ, հետագայում զարգանում է նեֆրոտիկ համախտանիշ, որի ընթացքը համարվում է անբարենպաստ: Ուլտրաձայնային հետազոտման տվյալներով երիկամները մեծացած են, որը բնորոշ չի գլոմերուլոնեֆրիտին: Ազոտեմիայի պահից հիվանդի կյանքի տևողությունը կարճանում է: Ախտորոշումը հաստատվում է երիկամների հյուսվածքաբանական հետազոտությամբ:

Բժշկասոցիալական փորձաքննության ուղեգրվում են անձիք, որոնց մոտ կա երիկամային ախտահարում (նեֆրոտիկ սինդրոմ, ազոտեմիա), կրեատինինի պարունակությունը արյան շիճուկում կազմում է 0,18մմոլ/լ-ից ավելի:

Երիկամների ամիլոիդոզի դեպքում հաշմանդամության սահմանման չափանիշներն են՝

Հաշմանդամության երրորդ խումբ սահմանվում է՝

Երիկամների խրոնիկ հիվանդություն 4-րդ շրջան, խրոնիկ երիկամային անբավարարություն II աստիճանի դեպքում՝ կծիկային ֆիլտրացիայի արագությունը մինչև 25 մլ/ր., կրեատինինի պարունակությունը արյան շիճուկում 0.18-0.45 մմոլ/լցածր(180-352մկմոլ/լ), եթե բացակայում են հիմնական հիվանդության ծանր բարդությունները՝ (նեֆրոտիկ համախտանիշ, հիպոալբումինեմիա, ծանր զարկերակային հիպերտենզիա իր բարդություններով), սրտային անբավարարություն II <ա> աստիճանը, որոնք բերել են ինքնասպասարկման ապահովման ունակության, և/կամ ինքնուրույն տեղաշարժվելու, և/կամ աշխատանքային գործունեությամբ զբաղվելու կարողությունների առաջին աստիճանի կենսագործունեության սահմանափակումների:

Հաշմանդամության երկրորդ խումբ սահմանվում է՝

- Խրոնիկ երիկամային անբավարարություն II աստիճանի, եթե զարգանում է նեֆրոտիկ համախտանիշ հիպոալբումինեմիա, ծանր զարկերակային հիպերտենզիա ծանր բարդություններով (սրտային անբավարարություն II <բ> աստիճանի, ռիթմի նշանակալի խանգարում՝ նախասիրտ փորոքային պաշարում, շողացող առիթմիա):

- Խրոնիկ երիկամային անբավարարության տերմինալ փուլի ժամանակ, երբ դիալիզի ֆոնի վրա ուռեմիայի և ազոտեմիայի խորացում չի գրանցվում, որոնք բերել են ինքնասպասարկման ապահովման ունակության, ինքնուրույն տեղաշարժվելու կարողության 2-րդ աստիճանի, աշխատանքային գործունեությամբ զբաղվելու կարողության 2 կամ 3-րդ աստիճանի կենսագործունեության սահմանափակումների:

Հաշմանդամության առաջին խումբ սահմանվում է՝

- Խրոնիկ երիկամային անբավարարություն տերմինալ փուլում, երբ դիալիզի ֆոնի վրա գրանցվում է ուռեմիայի և ազոտեմիայի խորացում և զարգանում են ուռեմիայի ծանր անդառնալի բարդություններ՝ սրտային անբավարարություն III աստիճանի, կենտրոնական նյարդային համակարգի ծանր ախտահարումներ:

- Խրոնիկ երիկամային անբավարարություն տերմինալ փուլ, երբ ցուցված չէ հեմոդիալիզ, կամ ուշացած հեմոդիալիզի ֆոնի վրա հարաճուն ազոտեմիայի երևույթներով առաջացել են անդառնալի փոփոխություններ՝ ծանր հեմոդինամիկ բարդություններ, սրտային անբավարարություն III աստիճանի, որոնք բերել են ինքնասպասարկման ապահովման ունակության, ինքնուրույն տեղաշարժվելու և աշխատանքային գործունեությամբ զբաղվելու կարողությունների 3-րդ աստիճանի կենսագործունեության սահմանափակումների:

4. ԵՐԻԿԱՄԱՅԻՆ ԱՆԲԱՎԱՐԱՐՈՒԹՅՈՒՆ

Երիկամի ֆունկցիայի իջեցում և քրոնիկ հիվանդության հետևանքով նրա հյուսվածքի սկլերոզն է:Գոյություն ունի՝ սուր երիկամային անբավարարություն և քրոնիկ երիկամային անբավարարություն:Քրոնիկ երիկամային անբավարարություն համարվում է հետևյալ հիվանդությունների վերջնական փուլը՝

1) Մեզի հոսքի խանգարման բերող հիվանդություններ (պիելոնեֆրիտ, միզաքարային հիվանդություն):

2) Երիկամների անոթների ախտահարում (աթերոսկլերոզ, պոդագրա, ամիլոիդոզ և շաքարային դիաբետ):

3) Երիկամների բնածին հիվանդություններ (ժառանգական նեֆրիտ, երիկամների պոլիկիստոզ, երիկամների զարգացման անոմալիաներ)

4) Խրոնիկական գլոմերուլոնեֆրիտների տարբեր տեսակներ:

Սուր երիկամային անբավարարությունը առաջանում է՝

1) Ընդհանուր և երիկամային արյան շրջանառության խանգարման, միզուղիների անցանելիության խանգարման հետևանքով: Օրինակ՝ միզաձորանի քարով խցանման հետևանքով:

2) Երիկամների տոքսիկ ախտահարման հետևանքով՝ օրգանիզմի թունավորում դեղամիջոցներով կամ թունավոր նյութերով:

3) Թրոմբոզի ժամանակ (երիկամային անոթների խցանում):

4) Շոկի և զարկերակային ճնշման կտրուկ իջեցման հետևանքով (արյունահոսություն, օրգանիզմի ջրազրկում):

5) Սուր հիվանդությունների հետևանքով (ցիստիտ, ուրեթրիտ, պրոստատիտ)

6) Հեմոլիտիկ-ուրեմիկ սինդրոմ:

Սուր երիկամային անբավարարության ժամանակ երիկամներում առկա փոփոխությունները անդառնալի չեն և հիվանդը կարող է առողջանալ 3-12 ամսվա ընթացքում: Սուր երիկամային անբավարարությունը կարող է դառնալ քրոնիկ ու վերածվել քրոնիկ երիկամային անբավարարության:

Քրոնիկ երիկամային անբավարարություն՝ ընթանում է աճող ազոտեմիայի և ուրեմիայի զարգացմամբ, գործող նեֆրոնների քանակի նվազմամբ:

1) Ազոտեմիա՝ երիկամային անբավարարության միակ հաստատուն չափանիշն է, (այդ թվում նաև քրոնիկ երիկամային անբավարարության), երբ կրեատինինի պարունակությունն արյան շիճուկում բարձրանում է 0,18մմոլ/լ-ից, իսկ միզաթթուն- 8մմոլ/լ-ից: Նորմայում կրեատինինը 0,12մմոլ/լ է, իսկ միզաթթուն՝ 6մմոլ/լ:

2) Ուրեմիա՝ կլինիկական համախտանիշ է, երբ բարձր ազոտեմիայի ֆոնի վրա (կրեատինինը բարձր է 0,45 մմոլ/լ-ից, միզաթթուն՝ 25-30մմոլ/լ-ից) առաջանում է գործող նեֆրոնների քանակի նվազում 20-25%-ով: Տարվա ընթացքում 100000 բնակչից 5-21%-ի մոտ հանդիպում է առաջնային հայտնաբերված քրոնիկ երիկամային անբավարարություն:

3) Ախտածնությունը և պաթոգենեզը՝ քրոնիկ երիկամային անբավարարության ավելի հաճախ բերում է գլոմերուլոնեֆրիտը (հիվանդների 61%-ի դեպքում), երիկամների պոլիկիստոզը (հիվանդների 9%-ի դեպքում), դիաբետիկ նեֆրոսկլերոզը (հիվանդների 6%-ի դեպքում), այլ հիվանդությունները և սուր երիկամային անբավարարությունը (հիվանդների 11%-ի դեպքում), անհայտ ախտածնության քրոնիկ երիկամային անբավարարությունը (հիվանդների 13%-ի դեպքում): Ախտածնության հիմքում ընկած է գործող նեֆրոնների թվի աստիճանաբար ոչնչացումը, որը պայմանավորված է սկլերոտիկ ընթացքով և անվերադարձ պրոցես է: Մնացած նեֆրոնները ենթարկվում են գերաճի և իրենց ֆունկցիան վերակազմավորում են պահպանելով ջրաաղային հարաբերակցությունը: Գործող նեֆրոնների 95%-ի ոչնչացման դեպքում երիկամները դեռևս կարող են հեռացնել ջուրը և նատրիումը: Քրոնիկ երիկամային անբավարարության ժամանակ օրգանիզմում կուտակվում են սպիտակուցների փոխանակության արդյունքները (կրեատինին, միզաթթու, ֆենոլներ, պոլիամիններ և այլն), որոնք կոչվում են <<ուրեմիկ թույներ>>: Բոլոր բջիջներում խանգարվում է իոնների տրանսփոխադրումը (K, Ca, P, Mg, H₂, HCԳ₃), որը բերում է էլեկտրոլիտային տեղաշարժի, թթվահիմնային միջավայրի խանգարման, գերթթվության, թերկալցինեմիայի, գերֆոսֆատեմիայի, երկրորդային գերպարաթիրեոիզմի և օստեոպաթիայի: Խանգարվում է սպիտակուցային, ածխաջրատային, ճարպային նյութափոխանակությունը և ձևավորվում ուրեմիայի կլինիկական պատկեր՝ բազմաթիվ

օրգանների և համակարգերի ախտահարումով: Նյութափոխանակության փոփոխությունները սկսվում են գործող նեֆրոնների 50%-ի ոչնչացման դեպքում: Կծիկային ֆիլտրացիայի իջեցումը 20-25% ցույց է տալիս վերջնային՝ ուրեմիկ, քրոնիկ երիկամային անբավարարության սկիզբը:

4) Երիկամային անբավարարության դասակարգումն է՝

1. Լաբենտ՝

- 1) Կծիկային ֆիլտրացիայի արագությունը 50-60 մլ/րոպ է.
- 2) Կրեատինինը՝ 0.18 մմոլ/լ-ից ցածր է.

2. կոմպենսացված՝

- 1) Կծիկային ֆիլտրացիայի արագությունը 30 մլ/րոպ է.
- 2) Կրեատինինը՝ 0.18 մմոլ/լ-0.40 մմոլ/լ է.

3. Ինտերմիդիոլ

- 1) Կծիկային ֆիլտրացիայի արագությունը 25 մլ/րոպ է.
- 2) Կրեատինինը, ազոտը 0.45 մմոլ/լ է.

4. Տերմինալ՝

- 1) Կծիկային ֆիլտրացիայի արագությունը 15 մլ/րոպից ցածր է.
- 2) Կրեատինինը և ազոտը բարձրանում է, 0.45 մմոլ/լ-ից բարձր է.

Տարբերվում է երիկամային անբավարարության 4 փուլ՝

1) Փոխհատուցման (կոմպենսացիայի)՝ չկան կլինիկական դրսևորումներ, բացի շատամիզությունից:

2) Սուբկոմպենսացիայի՝ ինտոքսիկացիայի դրսևորում, անեմիա, ախորժակի բացակայություն, նյարդաբանական խանգարումներ (գլխապտույտ, ապաթիա, տեսողության իջեցում, անքնություն, հոդերի և ոսկրերի ցավ, մաշկային քոր): Դրսևորվում են դիսպեպտիկ խանգարումներ (լուծ, փսխում), սրտանոթային համակարգի կողմից՝ հաճախասրտություն, առիթմիա:

3) Դեկոմպենսացիայի՝ միանում են ստոմատիտը, գինգիվիտը, պլևրիտը, պերիկարդիտը, թոքի այտուցը:

4) Տերմինալ ուրեմիկ փուլ:

5) Երիկամային անբավարարության ախրոշման հիմքերն են՝ քրոնիկ երիկամային անբավարարության հիմնական ախտորոշիչ չափանիշը կայուն ազոտեմիան է (կրեատինինի պարունակությունը արյան մեջ 0.18մմոլ/լ-ից բարձր, երիկամի կծիկային ֆիլտրացիայի արագությունը 60մլ/ր-ից ցածր): Ռենտգենաբանական նշաններ են՝ ծանր օստեոպաթիա, ոսկրերի կոտրվածքներ, կարդիոմեգալիա, պերիկարդիտ, որը զուգակցվում է սրտային անբավարարության ախտանիշների հետ, սպիտակուցաէներգետիկ խանգարումներ: Կարդիոմեգալիան, պերիկարդիտը զուգակցված սրտային անբավարարության ախտանիշների հետ և սպիտակուցաէներգետիկ խանգարումները համարվում են ուրեմիայի անվերադարձ նշաններ՝ անգամ հեմոդիալիզով բուժման ժամանակ:

6) Տերմինալ խրոնիկ երիկամային անբավարարության բուժման մեթոդներն են՝ հեմոդիալիզը և երիկամների փոխպատվաստումը: Սուր և խրոնիկ երիկամային անբավարարության ժամանակ հեմոդիալիզը արտաերիկամային եղանակով արյան մաքրման մեթոդ է, որի ժամանակ տեղի է ունենում օրգանիզմից նյութափոխանակության արդյունքում առաջացած թունավոր նյութերի հեռացում, ջրաէլեկտրոլիտային բալանսի խանգարման կարգավորում: Հեմոդիալիզի ժամանակ արյան մաքրումն իրականացվում է արհեստական թաղանթի միջոցով, այսպես կոչված <<արհեստական երիկամ>> սարքով: Հեմոդիալիզ կատարում են շաբաթը 3 անգամ (12 ժամ): Ժամանակին սկսված դիալիզը և երիկամի հաջողված փոխպատվաստումը պահպանում են հիվանդների կյանքը և բերում են տերմինալ քրոնիկ երիկամային անբավարարության մասնակի վերականգնմանը: Դիալիզի իրականացումը, երբ կրեատինինը 0.45-0,7 մմոլ/լ է, ավելի քան 10 տարով պահպանում է վերականգնողական ներուժի բարձր մակարդակը (80% դեպքում): Դիալիզի իրականացումը, երբ կրեատինինը 0,5 մմոլ/լ է, ավելի քան 5 տարով պահպանում է վերականգնողական ներուժը /20% դեպքում/: Անվերադարձ ախտանիշների զարգացման ժամանակ վերականգնողական ներուժը ցածր է, կյանքի տևողությունը կազմում է 2-3 տարի: Դիալիզից հրաժարվելը, երբ կրեատինինը 0.7 մմոլ/լ-ից բարձր է, բերում է հիվանդների 80% մահվան 6-8 ամսվա ընթացքում: Հեմոդիալիզը համարում են բավարար, երբ միզաթթվի մաքրման ցուցանիշը՝ Kt/V-ն բարձր է 1,2-ից: Բավարար դիալիզի ժամանակ բացակայում են ուրեմիայի նշանները և իրականացված միջոցառումների բարդությունները (գերհիդրատացիան, ցածր և բարձր ճնշումը, օստեոպորոզիան, արյունահոսությունը, ինֆեկցիոն բարդությունները, արտահայտված սակավարյունությունը, քաշի իջեցումը), ինչպես նաև անոթային ֆիստուլաների առկայությունը: Նշված դեպքերում պահպանվում է վերականգնողական ներուժի բարձր մակարդակը: Բավարար որովայնամզային դիալիզի ժամանակ (արյան մաքրումը տեղի է ունենում հատուկ լուծույթների՝ դիալիզատորների փոխման հաշվին՝ որովայնի խոռոչում կաթերթի օգնությամբ, իսկ որպես թաղանթ հանդես է գալիս հիվանդի որովայնամիզը) շաբաթական միզաթթվի մաքրման ցուցանիշը՝ Kt/V-ն բարձրանում է մինչև 2.1: Իրականացված միջոցառման հետևանքով բարդությունների բացակայության դեպքում (որովայնամզի բորբոքում) պահպանվում է մարմնի ստաբիլ քաշը և բարձր մնացորդային դիուրեզը /օրական 1լ-ից ավել/, որի հետևանքով պահպանվում է նաև բարձր վերականգնողական ներուժը: Ոչ բավարար որովայնամզային դիալիզի ժամանակ, երբ դիուրեզի մակարդակը իջնում է, իրականացնում են հեմոդիալիզ կամ երիկամի փոխպատվաստում: Երիկամների փոխպատվաստումը համարվում է վերականգնման առավել որակական մեթոդ, սակայն մատչելի է մոտավորապես հիվանդների 10-15%-ին: Փոխպատվաստված երիկամի կենսունակությունը միջինը կազմում է 8-10 տարի:

7) Անհրաժեշտ նվազագույն հետազոտությունները երիկամների խրոնիկ հիվանդությունների ժամանակ իրականացվում են՝ մեզի կրկնակի քննություն, մեզի

ցանքս՝ մանրէամիզության աստիճանը որոշելու համար /ավելի քան 3 անգամ/, պիելոնեֆրիտի ժամանակ հաստատուն մանրէամիզություն 100000 KԳԷ/մլ, արյան կենսաքիմիական քննություն՝ թրոմբոցիտների, կրեատինինի, միզաթթվի, խոլեստերինի, էլեկտրոլիտների, ընդհանուր սպիտակուցի և նրա բաղադրիչների պարունակությունը որոշելու համար, մեզով օրական սպիտակուցի հեռացումը, Ջիմնիցկու փորձը, Ռեբերգի փորձը: Քրոնիկ երիկամային անբավարարության ժամանակ դիալիզից առաջ և հետո ստուգվում է միզաթթվի մաքրման ցուցանիշը՝ Kt/V, միզաթթվի պարունակությունը, հեմոգլոբինը և ալբումինը, արյան շիճուկում K, Ca, P: Ոսկրերի ռենտգեն հետազոտություն, ուլտրաձայնային հետազոտություն, սցինտիգրաֆիա, անհրաժեշտության դեպքում՝ երիկամների հյուսվածքաբանական հետազոտում, իսկ երիկամի փոխպատվաստումից հետո, փոխպատվաստված երիկամի ֆունկցիան, իմունոլոգիական ցուցանիշները, ցիկլոսպորինի և տակրոլիմուսի կոնցենտրացիան և փոխպատվաստի ուլտրաձայնային հետազոտություն:

8) Երիկամների խրոնիկ հիվանդությունների ժամանակ հաշմանդամ չեն համարվում՝ խրոնիկ երիկամային անբավարարության առաջին՝ սկզբնական փուլում՝ առանց հիմնական հիվանդության նշանակալի բարդությունների և ուրեմիայի կլինիկական նշանների առկայության հիվանդները, որոնք աշխատում են չհակացուցված աշխատանքային պայմաններում: Նախաազոտեմիկ և սկզբնական խրոնիկ երիկամային անբավարարության ժամանակ հակացուցված են ծանր ֆիզիկական, մշտապես հարկադրական դիրքով, կանգնած, անբարենպաստ միկրոկլիմայական պայմաններում, տոքսիկ նյութերի հետ կապված, գիշերային հերթափոխով, ֆիզիկական ծանր և բարձր լարվածության մտավոր աշխատանքները: Ցուցված են աշխատանքները՝ ֆիզիկական և հոգեկան միջին աստիճանի լարվածությամբ, շենքային բարենպաստ միկրոկլիմայական պայմաններում: Տերմինալ քրոնիկ երիկամային անբավարարության ժամանակ առանձին դեպքերում ցուցված են աշխատանքներ հատուկ ստեղծված պայմաններում:

9) խրոնիկ երիկամային հիվանդության ժամանակ հաշմանդամության սահմանման չափանիշներն են՝

1) **Հաշմանդամության երրորդ խումբ սահմանվում է՝** երիկամների խրոնիկ հիվանդություն 4-րդ շրջան, խրոնիկ երիկամային անբավարարության II աստիճանի, կծիկային ֆիլտրացիայի արագությունը մինչև 25 մլ/ր., կրեատինինի պարունակությունը արյան շիճուկում 0.18-0.45 մմոլ/լ (180-352 մկմոլ/լ), հիմնական հիվանդության ծանր բարդությունների բացակայության դեպքում (նեֆրոտիկ սինդրոմի, այտուցների, թերալբումինեմիա, սպիտակուցաէներգետիկ խանգարում 2-րդ աստիճանի, զարկերակային գերճնշում 3-րդ աստիճանի, միզասեռական ուղիների ինֆեկցիայի սրացում, գերարյունամիզություն, արտահայտված սակավարյունություն), օրգան համակարգերի չափավոր ֆունկցիայի խանգարումով և աշխատանքի բնույթի, պայմանների հակացուցման առկայությամբ: Նշված դեպքերում հիվանդների մոտ առկա է ինքնասպասարկման ապահովման ունակության, և/կամ ինքնուրույն

տեղաշարժվելու, և/կամ աշխատանքային գործունեությամբ զբաղվելու կարողությունների առաջին աստիճանի կենսագործունեության սահմանափակում:

2) Հաշմանդամության երկրորդ խումբ սահմանվում է՝ խրոնիկ երիկամային անբավարարության ժամանակ օրգան համակարգերի արտահայտված աստիճանի ֆունկցիայի խանգարման ժամանակ, դիալիզի ֆոնի վրա ուրեմիայի և ազոտեմիայի հարաճուն զարգացման նշանների բացակայության ժամանակ, երիկամի փոխպատվաստման ժամանակ՝ 1-2 տարվա ընթացքում, ուրեմիայի, դիալիզի, հիմնական և ուղեկցող հիվանդությունների անվերադարձ բարդությունների բացակայության ժամանակ, որոնք բերում են ինքնասպասարկման ապահովման ունակության, ինքնուրույն տեղաշարժվելու, աշխատանքային գործունեությամբ զբաղվելու կարողությունների 2-րդ աստիճանի կենսագործունեության սահմանափակումների: Առանձին դեպքերում հիվանդներին ցուցված է աշխատանք հատուկ ստեղծված արտադրական պայմաններում կամ տանը:

3) Հաշմանդամության առաջին խումբ սահմանվում է՝ տերմինալ խրոնիկ երիկամային անբավարարությունով հիվանդներին օրգան համակարգերի ֆունկցիայի խիստ արտահայտված խանգարման ժամանակ, դիալիզի և երիկամների փոխպատվաստման ֆոնի վրա՝ ազոտեմիայի և ուրեմիայի նշանների հարաճուն զարգացման ժամանակ, ուրեմիայի անվերադարձ բարդությունների զարգացման դեպքում, որոնց հետևանքով առաջանում են օրգան համակարգերի 3-4-րդ աստիճանի ֆունկցիայի խանգարումներ, որոնք բերում է ինքնասպասարկման ապահովման ունակության, ինքնուրույն տեղաշարժվելու, աշխատանքային գործունեությամբ զբաղվելու կարողությունների 2-րդ կամ 3-րդ աստիճանի կենսագործունեության սահմանափակումների: Առանձին դեպքերում հաշմանդամներին ցուցված է աշխատանք տանը:

VIII. ԾԱՆՐԱԼՍՈՒԹՅՈՒՆ ՈՒՆԵՑՈՂ ՀԻՎԱՆԴՆԵՐԻ ԲԺՇԿԱՍՈՑԻԱԼԱԿԱՆ ՓՈՐՁԱՔՆՆՈՒԹՅՈՒՆ

Կլինիկական բժշկության և բժշկասոցիալական փորձաքննության բնագավառում ծանրալսությունը դեռևս այժմեական խնդիր է, քանի որ տարեց տարի ավելանում է ծանրալսությամբ և խլությամբ տառապող հիվանդների, և հաշմանդամների քանակը: Ներկայումս աշխարհում տարբեր ծագման լսողական խնդիրներ ունեն 250 մլն-ից ավելի մարդ, որոնց մեծ մասը սոցիալական ակտիվ տարիքում են: Վիճակագրության տվյալներով 1000 նորածնից մեկը ծնվում է խորը ծանրալսությամբ կամ խլությամբ: Կյանքի առաջին 2-3 տարիներին ծանրալսություն հայտնաբերվում է ևս 2-3 երեխայի մոտ: Տարեց տարի ավելանալով արդեն 45-64 տարեկանների մոտ այն կազմում է մոտ 14 %, 65 տարեկանից բարձր տարիքում մոտ 30%: Առողջապահության միջազգային կազմակերպության տվյալների համաձայն ծանրալսությունն ունի

վերընթաց զարգացող բնույթ և 2020 թվականին նրանով կտառապեն երկրագնդի բնակչության 30%-ից ավելին: Ծանրալսությունը իջեցնում է մարդու կյանքի որակը, նրանով տառապողները դժվարությամբ են հաղորդակցվում նորմալ լսողություն ունեցող անձանց հետ, նրանց 80 % նշում է լսելու ունակության, 60%՝ խոսքի պարզորոշ ընկալման խանգարումներ, մոտավորապես 60% նշում է սեփական անվտանգության ապահովման իջեցում: Վատ լսողների մեծ մասը դժվարանում է կողմնորոշվել շրջապատող միջավայրում, նրանց մոտավորապես 70% ունենում են իրենց շրջապատող իրավիճակի գնահատման, սոցիալական փոխհարաբերությունների ստեղծման, զարգացման, պահպանման դժվարացում, այսինքն լսողության խանգարումը ոչ միայն առողջապահական խնդիր է, այլ նաև սոցիալական: Լսողական կայուն խանգարումները բերում են անձի կենսագործունեության սահմանափակման: Սահմանափակվում են ուսումնառության, հաղորդակցման, կողմնորոշման, աշխատանքային գործունեությամբ զբաղվելու կարողությունները: Լսողության խրոնիկական մասնակի կամ լրիվ կորուստը այսօր հնարավոր չէ բուժել, սակայն այն հնարավոր է փոխհատուցել: Ժամանակակից տեխնոլոգիաները թույլ են տալիս վատ լսողներին չնկատել իրենց հիվանդության արտահայտվածությունը և լիարժեք շփվել, աշխատել, երաժշտություն լսել, անգամ ստեղծագործել:

Լսողական խանգարումները դասակարգվում են ելնելով պրակտիկ օտոլարինգոլոգիայում կախված լսողության և խոսքի խանգարման հարաբերակցությունից՝

1) Խուլիամրություն՝ լսելու և խոսելու ունակության բացակայությունն է:

2) Խլություն՝ օտոլարինգոլոգների բնորոշմամբ ցանկացած հնչյուն ընկալելու բացարձակ անհնարինությունն է, այն բացառում է խոսքային հաղորդակցումը նույնիսկ լսապրոտեզավորման օգնությամբ:

3) Ծանրալսություն՝ լսողության այս կամ այն աստիճանի թուլացումն է, որի դեպքում խոսքի ընկալումը թեև դժվարացած է, սակայն, այնուամենայնիվ, հնարավոր է որոշակի պայմանների դեպքում՝ խոսակցի կամ ձայնի աղբյուրի մոտեցում ականջին, ձայն ուժեղացնող սարքերի օգտագործում: Խորը ծանրալսությունը, որի դեպքում պահպանվում են միայն լսողության մնացորդային էլեմենտները, որոնք թույլ են տալիս ընկալել միայն շատ բարձր ոչ խոսքային ձայներ՝ ազդանշաններ կամ շատ բարձր խոսելու դեպքում՝ առանձին ծանոթ հնչյուններ, գնահատվում է որպես պրակտիկ խլություն:

Ըստ ծանրալսության տևողության տարբերակում են սուր, ենթասուր, խրոնիկական ծանրալսություն:

1) Սուր ծանրալսությունը տևում է մինչև 4 շաբաթ, բուժման արդյունավետությունը 70-80 % է:

2) Ենթասուր ծանրալսությունը տևում է 1 ամսից մինչև 3 ամիս, բուժման արդյունավետությունը 30-70 % է:

3) Խրոնիկական ծանրախտությունը տևում է 3 ամսից ավելի և բուժումն անարդյունավետ է:

Ըստ զարգացման մեխանիզմի ծանրախտությունը դասակարգվում է կոնդուկտիվ, նեյրոսենսոր և խառը տիպի:

1) Կոնդուկտիվ ծանրախտությունը (ԿԾ) զարգանում է լսողական խողովակով ծայնի հաղորդման (օդային ճանապարհի) խանգարման՝ արտաքին և միջին ականջի բորբոքային հիվանդությունների, լսողական ոսկրիկների հողախախտի, օտոսկլերոզի, տիմպանոսկլերոզի ժամանակ: Լսողության խանգարումը մասնակի է, քանի որ խանգարվում, թուլանում է միայն լսողության սրությունը, իսկ խոսքի ճանաչումը, ընկալումը չի խանգարվում: Ձայնի հզորությունը բարձրացնելիս լսողությունը լավանում է, այսինքն ցածր տոները վատ են լսվում, բարձր տոները՝ լավ: Կոնդուկտիվ ծանրախտությունը կարող է բերել լսողության թուլացման 60-70 դԲ-ի սահմաններում: Քանի որ կոնդուկտիվ ծանրախտության դեպքում խանգարվում է ծայնի հաղորդման օդային ճանապարհը, իսկ ոսկրայինը պահպանվում է, ապա այդ պատճառով աուդիոգրամմայի վրա առաջանում է ոսկրաօդային մեծ ընդմիջում, որն արտահայտվում է կետավոր և հոծ գծերի հեռավորության տեսքով, այն կազմում է 20-30 և ավելի դԲ: Կորագիծը վերընթաց է, որովհետև ինչպես նշեցինք վերևում ծայնի հզորությունը բարձրացնելիս լսողությունը լավանում է:

2) Նեյրոսենսոր ծանրախտությունը (ՆԾ) զարգանում է ծայնընկալման խանգարման հետևանքով ներքին ականջի՝ խխունջի, լսողական նյարդի ախտահարումների ժամանակ: Լսողության խանգարումն ավելի ծանր է, ընդհուպ մինչև խլության աստիճանի, խանգարվում է ինչպես լսողության սրությունը, այնպես էլ խոսքի պարզորոշ ընկալումը: Տարբերում են բնածին և ձեռքբերովի նեյրոսենսոր ծանրախտություն, որոնց առաջացման համար նշանակություն ունեն ժառանգական նախատրամադրվածությունը, հղիության ժամանակ մոր, ծնվելուց հետո նաև երեխայի կրած ինֆեկցիաները, օտոտոքսիկ թույների, օտոտոքսիկ դեղորայքի ազդեցությունը, աղմուկը, վնասվածքները, կամրջաուղեղիկային անկյան բորբոքային կամ վնասվածքային ծագման արախնոհիտը, լաբիրինթը սնող զարկերակային համակարգում հեմոդինամիկայի խանգարումները, մասնավորապես պարանոցային օստեոխոնդրոզի ֆոնի վրա ընթացող վերտեբրոբազիլյար ավազանի դիսցիրկուլյացիան, կոխլեովեստիբուլյար նյարդի ներինոման և այլն: Նեյրոսենսոր ծանրախտությամբ հիվանդները բարձր տոներն ավելի վատ են լսում, քան ցածր տոները: Աուդիոգրամմայի վրա երևում է օդային և ոսկրային հաղորդումն արտացոլող գծերի զուգահեռ վար իջնող կամ ընդհատվող ընթացք, աննշան ոսկրաօդային ընդմիջումներով:

3) Խառը ծանրախտությունը զարգանում է, երբ միաժամանակ տարբեր աստիճանով խանգարվում են խոսքի հաղորդումը լսողական խողովակով և խոսքի ընկալումը: Աուդիոգրամմայի վրա առաջանում է ոսկրաօդային ընդմիջում, որն ավելի փոքր է, քան կոնդուկտիվ ծանրախտության դեպքում:

Լսաախտորոշումը.

Լսողական ֆունկցիայի բնութագրիչներն են՝ լսողության սրությունը (ձայնի, խոսքի լսելիությունը), խոսքի բարձրությունը, խոսքի պարզորոշ ընկալումը: Լսողության սրության խանգարման դեպքում թուլանում է լսողական զգայարանի շրջապատի ձայների տարբերակման ունակությունը: Լսողության սրության աստիճանը գնահատվում է տոնալ շեմքային աուդիոմետրիայի տվյալներով: Խոսքի բարձրության աստիճանի ընկալման խանգարումների դեպքում հիվանդը դժվարությամբ կամ ընդհանրապես չի կարողանում տարբերակել ձայների բարձրության տատանումները, նա ընկալում է միայն ձայների ուժգնության (ինտենսիվության) ավելի կոպիտ փոփոխությունները: Այս խանգարումները հետազոտում են վերշեմքային ձայնաստիճանային (տոնալ) աուդիոմետրիայով: Խոսքի պարզորոշ ընկալումը լսողական ֆունկցիայի բնութագրիչներից ամենամեծ նշանակություն ունեցողն է և շատ կարևոր է ծանրալսությամբ, խլությամբ տառապող անձանց բժշկասոցիալական փորձաքննության, վերականգնողական միջոցառումների գնահատման, մասնագիտական կողմնորոշման և մասնագիտական պիտանելիության աստիճանի որոշման ժամանակ: Այս ֆունկցիան հետազոտվում է ակումետրիայով (խոսքային աուդիոմետրիա), անպայման հաշվի առնելով, շտկումը լսողական սարքի միջոցով, ինչպես նաև խոսակցական խոսքի և շտկի ընկալման հնարավորությունը սկսած ականջի մոտից արտահայտված մետրերով:

Լսողական ֆունկցիայի գնահատականը տրվում է վերը նշված բնութագրիչների, հետազոտության ցուցանիշների վերլուծումից հետո, որոնց մեջ պարտադիր են՝

- 1) Խոսակցական խոսքով և շտկով ակումետրիան.
- 2) Ռինեյի, Վեբերի, Շվաբախի կամերտոնային, Ֆեդերիչիի փորձերը.
- 3) Շեմքային և վերշեմքային ձայնաստիճանային աուդիոմետրիա 200-8000 հց հաճախականության տարբեր ձայների նկատմամբ ծանրալսության աստիճանը որոշելու համար, օբյեկտիվ աուդիոմետրիա.
- 4) Վեգետատիվ վեստիբուլյար փորձեր (Բարանիի բազկաթոռը, թմբուկը, սպոնտան և ռեֆլեկտոր նիստագմոգրաֆիա).
- 5) Իմպենդանսոմետրիա.
- 6) Հրահրված լսողական կարողության (պոտենցիալի) գրանցում, հրահրված օտոակուստիկ էմիսիայի հապաղման գրանցում.
- 7) Անհրաժեշտության եպքում ամակարգչային շերտագրում, մագիտառեզոնանսային շերտագրում, գերձայնային դոպլերոգրաֆիա, ռեոէնցեֆալոգրաֆիա:

Լսողական ֆունկցիայի խանգարման միջազգային դասակարգումը (500, 1000, 2000 հց հաճախականության սահմաններում)

Լսողական ֆունկցիայի խանգարման աստիճանը		Լսողության միջին շեմքը արտահայտված դԲ-ով
Աննշան	I	26 – 40 դԲ
Չափավոր	II	41 – 55 դԲ
Արտահայտված	III	56 – 70 դԲ
Խիստ արտահայտված	IV	71 – 90 դԲ
Պրակտիկ խլություն, բացակայություն լսողության		91 դԲ և ավելի

Ըստ աուդիոլոգների միջազգային ասոցիացիայի չափորոշիչների ծանրալսության մասին խոսում են, եթե 500,1000,2000 հց հաճախականության (խոսակցական ձայնի հաճախականություն) պայմաններում լավ լսող ականջում տվյալ անձի լսողության շեմքը գերազանցում է միջին լսողական շեմքին 20 և ավելի դեցիբելով(դԲ):Միջին լսողական շեմքը մինչև 10 դԲ է: Մեծահասակների մոտ ծանրալսության մասին խոսում են, եթե այդ պայմաններում լավ լսող ականջում միջին լսողական շեմքին տվյալ անձի լսողության շեմքը գերազանցում է 40 դԲ-ով, երեխաների մոտ այդ թիվը կազմում է 30 դԲ, ուրեմն երեխաների մոտ ծանրալսության մասին կխոսենք 40 դԲ-ից հետո, մեծահասակների մոտ՝ 50 դԲ-ից հետո:

Նեյրոսենսոր ծանրալսության դասակարգումը

Լսողական ֆունկցիայի խանգարման աստիճան	Լսողության խանգարում (500,1000,2000 հց հաճախականության թվաբանական)	ԴԲ-ով միջին	Ծանրալսության աստիճան
Լսողության թույլատրելի իջեցում		0 -25 դԲ	0
I Աննշան		26 – 40դԲ	0
II Չափավոր		41 –55 դԲ	I
III Արտահայտված		56 -70 դԲ	II

Խիստ արտահայտված IV Դեռևս հնրավոր է խոսքի պարզորոշ ընկալում	71 – 90 դԲ	III
Լսողության բացակայություն կամ խիստ արտահայտված խանգարում, երբ հնարավոր չէ խոսքի պարզորոշ ընկալում	91 դԲ –ից ավելի	IV

Արտահայտված, խիստ արտահայտված ծանրալսության, խլության դեպքում վերշենքային ձայնաստիճանային աուդիոմետրիա չի կատարվում, լսողական ֆուկցիայի խանգարման աստիճանը որոշվում է խոսակցական 500, 1000, 2000 հց, հաճախականության պայմաններում լսողության միջին կորուստով արտահայտված՝ դԲ-ով և խոսակցական խոսքի, շշուկի ընկալման հեռավորությունով ականջի մոտից, արտահայտված մետրերով:

Լսողական խանգարումների բուժումը

Կոնդուկտիվ ծանրալսության բուժումն ուղղված է միջին ականջում ախտաբանական օջախի (խրոնիկական թարախային օտիտ, կայչուն օտիտ, տիմպանոսկլերոզ, օտոսկլերոզ) վերացմանը, լսողական խողովակի ֆուկցիայի վերականգնմանը, լսողական ֆունկցիայի կայունացմանն ու վերականգնմանը տեղային միջոցներով՝ կոնսերվատիվ, վիրահատական, ֆիզիոթերապևտիկ ճանապարհներով: Սուր և ենթասուր Նեյրոսենսոր ծանրալսության բուժումն արդյունավետ է հնարավորինս վաղ սկսելու դեպքում: Խրոնիկական ծանրալսության բուժումն անարդյունավետ աշխատանք է, այդ անձանց օգնելու միակ ճանապարհը **լսապրոթեզավորումն է**: Լսապրոթեզավորման միջոցով վերականգնումը տևական պրոցես է, քանի որ ժամանակ է պահանջվում լսողական սարքին հարմարվելու համար (երբեմն մինչև 3-6 ամիս): Նեյրոսենսոր ծանրալսության վիրահատական բուժումը բարդ լսապրոթեզավորումն է, որի դեպքում օգտագործում են իմպլանտացվող լսողական սարքերի բարդ համակարգեր, որոնք ապահովում են հաղորդվող ձայնի բարձրորակությունը, աղմկոտ միջավայրում խոսակցության պարզորոշ ընկալումը: Այս սարքերի առավելությունը կրելու հարմարավետությունն է: Արտաքին լսողական անցուղին մնում է ազատ, քանի որ սարքի միջուկն ու մաշկը չեն հպվում իրար, պահպանվում է միջին ականջի օդափոխությունը և հիգիենան: Ժամանակին կատարված լսապրոթեզավորումը երեխային թույլ է տալիս զարգացնել խոսքը և իր հասակակիցների նման ակտիվ մասնակցել հասարակական կյանքին: Մանկական պրակտիկայում կիրառվում է երկկողմանի (բինաուրալ) լսապրոթեզավորումը, որը հնարավորություն է

տալիս ավելի արդյունավետ օգտագործել լսողության մնացորդային հնարավորությունները, ձայների ընկալումը դարձնել բնականին ավելի մոտիկ:

Լսողության կորուստը և լսողական սարքի հզորությունը

Լսողական սարքի հզորությունը	Ծանրալսության աստիճանը	Լսողության միջին կորուստը 500, 1000, 2000 հց հաճախականության սահմաններում
120 դԲ թույլ հզորության	I –II	Մինչև 50 – 55 դԲ
120-130 դԲ միջին հզորության	II -III	50-70 դԲ
131- 136 դԲ հզոր	III –IV	70 -85 դԲ
136 դԲ-ից բարձր գերհզոր	IV, խլություն	Մինչև 110 դԲ

ԾԱՆՐԱԼՍՈՒԹՅԱՄԲ և ԽԼՈՒԹՅԱՄԲ ՏԱՌԱՊՈՂ ԱՆՁԱՆՑ ԲԺՇԿԱՍՈՑԻԱԼԱԿԱՆ ՓՈՐՁԱՔՆՆՈՒԹՅՈՒՆԸ

Լսողության լրիվ կամ մասնակի կորստով հիվանդներն ունենում են դժվարություններ ուսումնառության, հաղորդակցման, շրջապատող իրավիճակում ձայներով կողմնորոշման, մարդկանց ձայներով ճանաչման, ձայն արձակող առարկաների և օբյեկտների տարբերակման մեջ, բարձր վնասվածքավտանգ պայմաններում դժվարանում են սեփական, ինչպես նաև այլ անձանց, անվտանգության ապահովման գործում, որոշ մասնագիտություններում նաև աշխատանքային գործունեության ընթացքում՝ ընդհուպ մինչև մասնագիտության կորուստ, հետևապես, որպես անհատ դժվարանում են իրենց դրսևորել սոցիալական միջավայրում: Այս անձինք, կախված լսողական խանգարումների աստիճանից ունենում են կենսագործունեության տարբեր տեսակների՝ հաղորդակցման, կողմնորոշման, ուսումնառության, աշխատանքային գործունեությամբ զբաղվելու կարողությունների տարբեր աստիճանների սահմանափակումներ, որոնք գնահատվում են օգտագործելով հետևյալ ցուցանիշները՝

1) խոսքի լսողական ընկալման հնարավորությունը որոշակի հեռավորությունից (սկսած ականջի մոտից) առանց լսողական սարքի և լսողական սարքով.

2) հաղորդակցման ոչ խոսքային ձևերի (շրթունքներով կարդալու, շարժումներով, մատներով խոսելու) օգտագործման հնարավորությունը.

3) այլ անձանց (հարազատներ, սուրդոթարգմանիչներ) օգնության անհրաժեշտությունը.

4) կենցաղային և արտադրական տեխնիկական միջոցների օգտագործման անհրաժեշտությունը.

5) կենցաղում և արտադրական գործունեության պայմաններում արատի նկատմամբ հարմարողականության աստիճանը:

Հաղորդակցումը մարդու սոցիալական ակտիվ գործունեության միջոց է, որն իրագործվում է անմիջական կամ միջնորդավորված շփումով: Ավելի մեծ հասկացողությամբ հաղորդակցումը մարդկանց փոխհարաբերություններում և շփման ընթացքում կապի՝ կոմունիկացիայի միջոց է, որն իրականացվում է բանավոր, գրավոր խոսքի, շարժումների, մատների միջոցով: Հաղորդակցման՝ կոմունիկացիայի կարողության խանգարումը նշանակում է լսելու, խոսելու, տեսնելու խանգարում:

Խոսքը բաժանահնչյուն լեզվով մտքերի արտահայտության ունակություն կամ գործունեություն է և հանդիսանում է հաղորդակցման հիմնական միջոցը: Բացի պահպանված խոսքից հաղորդակցումը պահանջում է պահպանված լսողություն և տեսողություն: Լսողական խանգարումների ժամանակ խոսքի խանգարման աստիճանը կախված է լսողության խանգարման աստիճանից, լսողության խանգարման առաջացման ժամանակից և այն պայմաններից, որում գտնվում է անձը լսողության խանգարումից հետո, հատկապես երեխաների մոտ: Այսպես՝ II, III, երբեմն նաև I աստիճանի ծանրալսության դեպքում կենսագործունեության սահմանափակումը ենթադրում է օժանդակ պարագաների (սուրդոտեխնիկական) օգնությամբ գործունեություն, III, IV աստիճանի դեպքում բացի սուրդոտեխնիկական միջոցների օգտագործումից նաև այլ անձանց օգնության (սուրդոթարգմանչի) կարիք է առաջանում:

Լսողության լրիվ կամ մասնակի խանգարումների դեպքում հիվանդները դժվարանում են կողմնորոշվել իրենց շրջապատող միջավայրում, վատ են ընկալում իրենց անվտանգությունը: Խանգարվում է լսողական, խոսքային տեղեկատվության ստացումը, հետևապես, խանգարվում է դրանց նկատմամբ համապատասխան ռեակցիան, օրինակ՝ դռան զանգի, երեխայի լացի, արտադրական ձայնային ազդանշանի և այլնի, այսինքն սահմանափակվում է կողմնորոշումը, որն ավելի է արտահայտվում աղմկոտ և առատ ձայնային ազդանշաններով միջավայրում: Այսպիսով, թեթև և միջին լսողական խանգարումների (I աստիճանի ծանրալսության) ժամանակ կողմնորոշման կարողությունը լրիվ պահպանվում է: Միջին ծանրության լսողական խանգարումների (II աստիճանի ծանրալսության) ժամանակ լսողական սարքերի օգնությամբ կողմնորոշման կարողությունը նշանակալիորեն լավանում է, առաջանում է կողմնորոշման թեթև խանգարում: Արտահայտված և խիստ արտահայտված լսողական խանգարումների ժամանակ լսողական սարքերի ոչ արդյունավետության կամ դրանց կրման անհնարիության դեպքում որոշակի արտադրական պայմանների դեպքում (կախված աղմուկի և ձայնային

ազդանշանների մակարդակից) առաջանում է կողմնորոշման կարողության առաջին աստիճանի սահմանափակում:

Կողմնորոշման երկու համակարգերի՝ լսողության, տեսողության ֆունկցիաների միաժամանակյա չափավոր խանգարումները բերում են կողմնորոշման առաջին աստիճանի սահմանափակման, իսկ դրանց միաժամանակյա արտահայտված խանգարումները (թույլ տեսողություն և երկկողմանի խլություն, կամ երկկողմանի խլություն և արտահայտված մոտոր աֆազիա) բերում են կողմնորոշման երկրորդ աստիճանի սահմանափակման: Կենցաղային, արտադրական օժանդակ տեխնիկական միջոցների օգտագործումը, ձայնային ազդանշանների փոխարինումն այլ՝ լուսային, տակտիլ, ազդանշաններով, ինչպես նաև սուրդոթարգմանիչների օգնությունը կենցաղում լավ փոխհատուցում են խանգարված կողմնորոշման կարողությունը, այն իջնում է մինչև I ֆունկցիոնալ դասի, իսկ փոխադրամիջոցներում և հիմնական արտադրական պայմաններում այդ սահմանափակումը մնում է որոշիչ:

Ծանրալսությամբ և խլությամբ տառապող անձանց բժշկասոցիալական փորձաքննությունում և ռեաբիլիտոլոգիայում ֆունկցիոնալ խանգարման աստիճանը գնահատվում է ֆունկցիոնալ դասով, ընդ որում հաշվի է առնվում լսողական սարքի օգտագործման շնորհիվ լսողության հնարավոր լավացումը: Դա արտահայտվում է կոտորակի ձևով, նշելով ծանրալսության աստիճանը և ֆունկցիոնալ դասը առանց լսողական սարքի և լսողական սարքով:

1) Ֆունկցիոնալ դաս 0 - ծանրալսություն 0 աստիճանի, լսողության խանգարումը թեթև է, ըստ ԱՀԿ-ի (առողջապահության համաշխարհային կազմակերպության) լսողության միջին կորուստը 500-4000 հց հաճախականության պայմաններում կազմում է 25-40 դԲ, սա պրակտիկ նորմալ լսողություն է: Խոսակցական ձայնն ընկալվում է 6 մ և ավելի հեռավորությունից:

2) Ֆունկցիոնալ դաս I - ծանրալսություն I աստիճանի: Լսողությունը չափավոր է խանգարված, լսողության միջին կորուստը կազմում է 41-55 դԲ, խոսակցական ձայնն ընկալվում է մինչև 6 մ-ից, շշուկը՝ մինչև 3 մ-ից:

3) Ֆունկցիոնալ դաս II - ծանրալսություն II աստիճանի: Լսողության խանգարումն արտահայտված է, լսողության միջին կորուստը կազմում է 56-70 դԲ, խոսակցական ձայնն ընկալվում է ականջի մոտից մինչև 3 մ-ի վրա: Լսողությունը փոխհատուցվում է լսողական սարքի շնորհիվ, ֆդ 2-ը իջնում է ֆդ 1-ի, ֆ.դ 0:

4) Ֆունկցիոնալ դաս III - ծանրալսություն III աստիճանի: Լսողության միջին կորուստը կազմում է 71-90 դԲ, ընկալում է բարձր ձայնն ականջի մոտ, կամ ընդհանրապես չի ընկալում: Լսողական սարքը կարող է լավացնել լսողությունը կամ արդյունավետ չլինել, ֆդ-ը իջնում է ֆդ II-ի, ֆդ I-ի:

5) Ֆունկցիոնալ դաս IV - ծանրալսություն IV աստիճանի, պրակտիկ խլություն, լսողական սարքն անարդյունավետ է: Լսողության միջին կորուստը կազմում է 91 դԲ և ավելի, խոսքի պարզորոշ ընկալում բացակայում է:

Լսողական ֆունկցիայի խանգարման և ծանրալսության աստիճանների միջազգային դասակարգումը և լսողական ֆունկցիայի խանգարման և ծանրալսության աստիճանների գնահատման չափանիշները ներկայացվում է աղյուսակ 1-ում:

Աղյուսակ 1

Լսողական ֆունկցիայի խանգարման աստիճան	Լսողության խանգարում դԲ-ով (500,1000, 2000, 40000 հց հաճախականության միջին թվաքանական)	Ծանրալսության աստիճան	Նախնական դաս	Խոսքի ընկալումը ականջի մոտից մետրերով		Խոսքի պարզորոշ ընկալումը դԲ -ով
				Խոսքի ընկալման խոսք	Շուրջ	
Լսողության թույլատրելի իջեցում	0 -25 դԲ	0	0	6 մ-ից ավելի	6 մ-ից ավելի	Նորմալ լսողություն
I Աննշան	26 - 40 դԲ	0	0	6 մ-ից ավելի	3-6 մ	Պրակտիկ նորմալ լսողություն 46 – 55դԲ
Թեթև II	41 -55 դԲ	I	I	3-6 մ	Ա կանջի մոտ	Խոսքի պարզորոշ ընկալումը խոսքային աուդիոգրամայում կազմում է 80-90 %, 56 – 65 դԲ
Չափավոր III	56 -70 դԲ	II	II	0,5 – 3մ	0	Խոսքի պարզորոշ ընկալումը խոսքային աուդիոգրամայում կազմում է 50-59 %, 65-85 դԲ լսողական սարքն արդյունավետ է, ֆդ II իջնում է ֆդ I, ֆդ

						0:
Արտահայտված, դեռ հնարավոր է խոսքի պարզորոշ ընկալում IV	71 - 90դԲ	III	III	0-0,5մ	0	Խոսքի պարզորոշ ընկալումը խոսքային աուդիոգրամայով կազմում է 25 % և ավելի քիչ, 85 դԲ-ից քիչ, ընկալում է բարձր խոսքը ականջի մոտ, լսողական սարքը կարող է օգնել, ֆդ.III իջնում է ֆդ. II, ֆդ. I, կարող է և չօգնել
Իսիստ արտահայտված, երբ հնարավոր չէ խոսքի պարզորոշ ընկալում կամ լսողության բացակայություն	91դԲ-ից ավելի	IV	IV	0	0	Խոսքի պարզորոշ ընկալում հնարավոր չէ: Կարող է ընկալել գոռոցը ականջի մոտ կամ չնկալել, լսողական սարքն անարդյունավետ է:

Կենսագործունեության սահմանափակումների աստիճանների գնահատման չափանիշներն են՝

1) Լսողության աննշան (26-40 դԲ=ծանրալսություն 0 աստիճան), թեթև խանգարում (41-55 դԲ=ծանրալսություն I աստիճան: Հաղորդակցումը, կողմնորոշումը լրիվ պահպանված են, հաղորդակցումը խոսքային է, մարդկանց հետ շփումը սահմանափակված չէ, լսողության խանգարումը շրջապատի մարդկանց համար աննկատ է, միայն բացարձակ լսողություն պահանջող մասնագիտական գործունեության

ժամանակ (երաժիշտ, երգիչ) կարող են բերել մասնագիտության կորստի, սակայն հնարավոր է այդ մասնագիտական ունակությունների իրացում այլ բնագավառում՝ մանկավարժ, արվեստագետ, որն էլ կկանխի սոցիալական ապահարմարեցումը /ֆդ 0, ֆդ 1/:

2) Լսողության չափավոր կամ միջին ծանրության խանգարում (56-70դԲ՝ ծանրալսություն II աստիճան), լսողության արտահայտված խանգարում (71-90դԲ՝ ծանրալսություն III աստիճան) լսողական սարքի արդյունավետության պայմաններում: Չի առաջանում հաղորդակցման, կողմնորոշման սահմանափակում, հաղորդակցումն իրականացվում է լսողական սարքի շնորհիվ խոսքային մակարդակով, լսողական սարքը որպես կանոն արդյունավետ է, մարդկանց հետ շփումը թեթևակի սահմանափակ է: Լսողության խանգարումը հազիվ նկատելի է: Կարող է զարգանալ աշխատանքային գործունեությամբ զբաղվելու կարողության սահմանափակում այնպիսի մասնագիտություններում, որոնցում պահանջվում է խոսքի նորմալ պարզորոշ ընկալում, ծայնի բարձրության տեմբրի նորմալ ընկալում (կապավոր, դիսպետչեր, երաժշտական գործիքներ լարող)՝ ֆդII:

3) Լսողության խիստ արտահայտված խանգարում՝ ծանրալսություն III աստիճան լսողական սարքի անարդյունավետության կամ կրելու անհնարինության պայմաններում, ծանրալսություն IV աստիճան երկու ականջներում (պրակտիկ խլություն):

Ջարգանում է հաղորդակցման, կողմնորոշման առաջին աստիճանի սահմանափակում: Հաղորդակցումը լատենտողական է կամ միայն տեսողական, ոչ խոսքային նշաններով: Խոսում են շարժումներով, մատներով, շրթունքներից կարդալով, խանգարումները տեսանելի են շրջապատի համար: Մարդկանց հետ շփումը խիստ սահմանափակ է: Խոսքն ուշ խլացած անձանց մոտ խանգարված չէ, իսկ վաղ խլացածների մոտ սովորած խոսքն անհասկանալի է կամ աննշան հասկանալի, հաղորդակցումը հնարավոր է սուբդոթարգմանչի օգնությամբ, ընդլայնվում է օգտագործվող կենցաղային և արտադրական օժանդակ պարագաների ցանկը: Ձայնային ազդանշաններից և աղմուկից կախվածությունը մեծ է: Շատ մասնագիտություններում սահմանափակվում է աշխատանքային գործունեությամբ զբաղվելու կարողությունը, հատկապես, երբ անարդյունավետ է լսապրոտեզավորումը կամ աշխատանքի ընթացքում լսողական սարքի կրումն անհնար է: Սա վերաբերվում է մանկավարժներին, դաստիարակներին, հեռախոսավարուհիներին: Աշխատանքային գործունեությամբ զբաղվելու կարողության I աստիճանի սահմանափակում է առաջանում այն պրակտիկ խուլերի և ծանր լսողների մոտ, որոնց հիմնական մասնագիտությամբ աշխատանքն ունի հակացուցված պայմաններ և գործոններ, օրինակ՝ աշխատանքը ստորգետյա հանքերում, բոլոր տեսակի փոխադրամիջոցներում և որպես վարորդ, և որպես մեքենաներին ու ճանապարհներին սպասարկող մասնագիտություններում, տաք արտադրամասերում, բարձրությունների վրա, ստորջրյա պայմաններում, ձայնային ազդանշանների հետ կապված աշխատանքներում, մի քանի մարդու համաձայնեցված

գործողություններով աշխատանքներում և այլն՝ ֆդ-III: Երկկողմանի խլություն մանկուց խոսքի բացակայությամբ առանց գրագիտության, երկկողմանի սուր խլություն մինչև շրթունքներից կարդալ սովորելը և արտաին հարմարվելը: Զարգանում է հաղորդակցման և կողմնորոշման երկրորդ աստիճանի սահմանափակում: Հաղորդակցումն անհնար է ոչ խոսքային նշանների չիմացության պատճառով, շփումը մարդկանց հետ խիստ սահմանափակված է, հարազատների, մոտիկ մարդկանց օգնությունն անհրաժեշտ է, արտահայտված սահմանափակված է ներառումը (ինտեգրացիան) հասարակության մեջ: Աշխատանքը հնարավոր է հատուկ ստեղծված պայմաններում, խուլերի կոմբինատում՝ ֆդ- IV:

Լսողական ֆունկցիայի խանգարումների ժամանակ՝

1) Հաշմանդամության երրորդ խումբ սահմանվում է՝

ա. լսողության արտահայտված խանգարում (71-90դՔ՝ ծանրալսություն III աստիճան) լսողական սարքի անարդյունավետության կամ կրելու անհնարինության պայմաններում, խոսքի մասնակի խանգարման դեպքում, ֆդ-III, որը հանգեցնում է հաղորդակցման, կողմնորոշման, աշխատանքային գործունեությամբ զբաղվելու, ուսումնառության կարողությունների I աստիճանի սահմանափակման.

բ. երկկողմանի IV աստիճանի ծանրալսության՝ պրակտիկ խլության դեպքում, երբ լսողության միջին կորուստը կազմում է 91 դՔ և ավելի ու բացակայում է խոսքի պարզորոշ ընկալումը, սակայն խոսքը պահպանված է կամ մասնակի խանգարված, ֆդ IV, որը հանգեցնում է հաղորդակցման, կողմնորոշման, աշխատանքային գործունեությամբ զբաղվելու կարողությունների I աստիճանի սահմանափակման.

գ. վեստիբուլյար խանգարումներով ուղեկցվող երկկողմանի III աստիճանի ծանրալսությամբ, պրակտիկ խլությամբ անձանց, եթե հանգեցրել է հաղորդակցման, կողմնորոշման և աշխատանքային գործունեությամբ զբաղվելու կարողությունների I աստիճանի սահմանափակման:

Հաշմանդամության երրորդ խումբը անժամկետ սահմանվում է առաջին իսկ փորձաքննության ժամանակ՝ երկկողմանի IV աստիճանի ծանրալսության, լսողական սարքի անարդյունավետությամբ կամ կրելու անհնարինության պայմաններում երկկողմանի III աստիճանի ծանրալսության, պրակտիկ խլության դեպքերում

2) Հաշմանդամության երկրորդ խումբ սահմանվում է՝

ա. մանկուց երկկողմանի խլությամբ խոսքի բացակայությամբ անձանց, որոնք ունեն հաղորդակցման, կողմնորոշման, աշխատանքային գործունեությամբ զբաղվելու կարողությունների II աստիճանի սահմանափակում.

բ. հանկարծակի ծագած երկկողմանի խլության դեպքում, երբ նա հանդիսանում է կենտրոնական նյարդային համակարգի սուր զարգացած ախտաբանական պրոցեսի առաջատար օջախային ներլուրգիական ախտանշանը (գլխուղեղի վնասվածք, նեյրոինֆեկցիա), որը բերում է մասնագիտական գործունեության հանկարծակի ծագած ապահարմարեցման, աշխատանքային գործունեությամբ զբաղվելու կարողության II

աստիճանի սահմանափակման, այս դեպքում հաշմանդամության II խումբը որոշվում է մեկ տարի ժամանակով: **Հաշմանդամության երկրորդ խումբ սահմանվում է անժամկետ՝** մանկուց երկկողմանի խլություն և խոսքի բացակայություն ունեցող անձանց:

Ծանրալսություն կամ խլություն ունեցող հաշմանդամների և հիվանդների աշխատանքային գործունեությամբ զբաղվելու կարողության սահմանափակման աստիճանները որոշում են

Այդ անձանց մոտ աշխատանքային գործունեությամբ զբաղվելու կարողության սահմանափակումը պայմանավորված է լսողության սրության նկատմամբ մասնագիտության պահանջից, արտադրության մեջ լսողության խանգարումը խորացնող հակացուցված գործոնների, վնասվածքավտանգային գործոնների առկայությունից: Աշխատանքային գործունեությամբ զբաղվելու կարողության I աստիճանի սահմանափակում որոշվում է առանց խոսքի խանգարման կամ խոսքի չափավոր խանգարումից ընդհուպ խոսքի բացակայությամբ ուղեկցվող խիստ արտահայտված երկկողմանի ծանրալսությամբ, երկկողմանի խլությամբ, խուլիամրությամբ տառապող այն անձանց, որոնց հիմնական մասնագիտությունը կապված է հակացուցված պայմանների և գործոնների հետ: Աշխատանքային գործունեությամբ զբաղվելու կարողության II աստիճանի սահմանափակում որոշվում է հանկարծակի ծագած երկկողմանի խլության դեպքում, երբ նա հանդիսանում է կենտրոնական նյարդային համակարգի սուր զարգացած ախտաբանական պրոցեսի առաջատար օջախային ներոլոգիական ախտանշանը (գլխուղեղի վնասվածք, նեյրոինֆեկցիա), որը բերում է մասնագիտական գործունեության հանկարծակի ծագած ապահարմարեցման: Հաշմանդամության II խումբը որոշվում է մեկ տարի ժամանակով: Անհրաժեշտ բուժական, վերականգնողական միջոցառումները, սուրդոմանկավարժական պարապմունքները, աստիճանաբար հարմարեցումը արատին և աշխատանքային կոլեկտիվին հատուկ ստեղծված աշխատանքային պայմաններում թույլ են տալիս նվազեցնել սահմանափակման աստիճանը և վերափորձաքննության ժամանակ սահմանել III խումբ: Աշխատանքային գործունեությամբ զբաղվելու կարողության III աստիճանի սահմանափակում ծանրալսությամբ, խլությամբ հաշմանդամներին երբևէ չի որոշվում:

Երկկողմանի խիստ արտահայտված ծանրալսությամբ, խլությամբ, խոսքի խանգարումով անձանց հակացուցված աշխատանքային գործոններն ու պայմաններն են

- 1) ձայնային ազդանշանների հետ պարտադրված աշխատանքներ.
- 2) ստորգետնյա աշխատանքներ հանքերում, հանքահորերում, ստորջրյա, պայթեցման, անտառահատման աշխատանքներ.

3) աշխատանքներ բոլոր տեսակի երթևեկության միջոցներում՝ երկաթուղի, ավտոմեքենա, ինքնաթիռ, նավ, և որպես վարողներ, և որպես ուղիներին ու փոխադրամիջոցներին սպասարկողներ.

4) աշխատանքներ տաք արտադրամասերում.

5) արտադրական գործընթացում բոլոր մասնակիցների համաձայնեցված աշխատանքներ՝ սղոցարաններում աշխատող բանվորներ, սղոցներին սպասարկող տեխնիկներ, բեռներ բարձրացնողներ, իջեցնող մեխանիզմներով աշխատողներ.

6) կատլավաններում, մեծ բարձրությունների վրա գտնվող բաց հարթակներում շինարարական աշխատանքներ:

Վեստիբուլյար խանգարումներով ուղեկցվող երկկողմանի խիստ արտահայտված ծանրալսությամբ, խլությամբ անձանց հակացուցված աշխատանքային գործոններն ու պայմաններն են՝

1) Շարժվող մեխանիզմների վրա և նրանց մոտ կատարվող աշխատանքներ: Քրոնիկական թարախային օտիտով ուղեկցվող երկկողմանի խիստ արտահայտված ծանրալսությամբ հաշմանդամներին և հիվանդներին հակացուցված աշխատանքային գործոններն ու պայմանները՝

2) արտահայտված ծանր ֆիզիկական լարվածությամբ աշխատանքներ՝ բեռնակիր, հողափոր, քարագործներ, փոխադրասարքի բանվոր/такелажник/ և այլն.

3) անբարենպաստ եղանակային պայմաններում՝ ջերմաստիճանի խիստ և հաճախակի փոփոխություններ, բարձր խոնավության, սառնամանիքի պայմաններում կատարվող աշխատանքներ: Երկկողմանի խիստ արտահայտված ծանրալսությամբ անձանց հակացուցված աշխատանքային գործոններն ու պայմաններն են՝

ա. հզոր արտադրական աղմուկով ընթացող ախատանքներ՝ շարժիչ փորձարկողներ, մեխագործներ, մետաղ կտրողներ, զենք փորձարկողներ, դուրգամող բանվոր/клевальщики/ և այլն,

բ. աշխատանքներ լսողական օրգանի վրա վնասակար ազդեցությամբ քիմիական արտադրությունում՝ անիլին, սնդիկ, կապար:

Աշխատանքի հարմարավետ տեղավորում սովորական արտադրական պայմաններում

1) Ծանրալսությամբ, խլությամբ հաշմանդամներին ցուցված աշխատանքային գործոններն ու պայմանները՝

ա. աշխատանքներ, որոնք չեն պահանջում խոսքի, խոսակցության, ազդանշանների պարզորոշ ընկալում.

բ. աշխատաժամանակի մինչև 10% ծայնային լարվածությամբ աշխատանքներ.

գ. հերթափոխի մինչև 50% երկարատև կենտրոնացված հսկողությամբ աշխատանքներ:

2) Աշխատանքային գործունեությամբ զբաղվելու կարողության I աստիճանի սահմանափակում ունեցող հաշմանդամներին հասանելի աշխատանքներ և մասնագիտություններ.

ա. ինժեներատեխնիկական աշխատանքներ՝ կոնստրուկտոր, ինժեներ լաբորանտ, գիտատեխնիկական տեղեկատվության ինժեներ, աշխատանքի չափավորման ինժեներ, պատճենահանող, գծագրող, պատճենահանող-բազմացնող տեխնիկայի օպերատոր, լաբորանտ և այլն.

բ. գրասենյակային հաշվողական աշխատանքներ՝ գործավար, արխիվավար, վիճակագիր, տնտեսագետ, հաշվապահ և այլն.

գ. գեղարվեստական իրերի արտադրություն՝ տարբեր նյութերից գեղարվեստական իրեր պատրաստողներ, նկարիչ, գեղագիր, ոսկերիչ մոնտաժող, ոսկերիչ շրջայագործ, ոսկյա իրերի գնահատող, ադամանդ հղկող, հին իրեր գնահատող և այլն.

դ. բժշկական նշանակության իրերի արտադրություն՝ ակնոցի շրջանակ պատրաստող, ակնոց հավաքող, վերանորոգող և այլն.

ե. ֆոտոնկարչական աշխատանքներ՝ ֆոտոնկարիչ ռետուշոր, ֆոտոլաբորանտ և այլն.

զ. փայտավերամշակման, կահույքագործական աշխատանքներ և այլն.

է. կոմունալ կենցաղային աշխատանքներ՝ կանաչապատող, հավաքարար և այլն.

ը. առողջապահության համակարգում՝ մայրապետ, բժշկական վիճակագիր, բուժքույր տնտեսուհի և այլն.

թ. պատրաստի արտադրանքի փափեթավորող.

ժ. գովազդային աշխատանքներ՝ գովազդ փակցնող, դիզայներ, ցուցափեղկերի, գովազդային պաստառների ձևավորող.

3) Հատուկ ստեղծված արտադրական պայմաններ աշխատանքային գործունեությամբ զբաղվելու կարողության II աստիճանի սահմանափակում ունեցող հանկարծակի երկկողմանի սուր խլությամբ հաշմանդամների համար գործող հիմնական սկզբունքներն են՝

ա. կրճատ աշխատանքային օր մինչև 36 ժամ շաբաթը.

բ. արտադրանքի անհատական նորմա.

գ. սանիտարահիգիենիկ նորմատիվների խիստ պահպանում.

դ. բժշկական հսկողություն և կանոնավոր բժշկական օգնություն:

4) Տեսակներն են՝

ա. աշխատանքային օրակարգի հատուկ պայմաններով աշխատատեղ.

բ. միայն ցերեկային հերթափոխում, կոնկրետ աշխատատեղում ճկուն աշխատանքային ժամանակացույցով, արտադրական ծավալի իջեցումով աշխատանք: Պարտադիր են խնայողական պայմանների ապահովումը՝ աղմուկի, վիբրացիայի, թունավոր նյութերի բացառումը.

գ. արտոնյալ նորմավորումով և բարձր աշխատավարձով աշխատատեղ՝ հաշմանդամի աշխատավարձը տվյալ պայմաններում պիտի ցածր չլինի

համապատասխան որրակավորում, մասնագիտական վերապատրաստում, ստաժ ունեցող ոչ հաշմանդամ աշխատողների աշխատավարձից:

Մասնագիտական կողմնորոշում՝ դեռահասների մասնագիտական տեխնիկական ուսուցման համար III, IV աստիճանի ծանրալսությունը, խլությունը հակացուցում են այնպիսի մասնագիտություններ ստանալու համար, որոնք կապված են մարդկանց հետ հաղորդակցման (վաճառող, գանձապահ), ձայնային ազդանշանների ընկալման անհրաժեշտության, բարձր վնասվածքավտանգային գործոնների առկայության (բարձրության վրա, շարժվող մեխանիզմներ) հետ: Նրանց ցուցված են գրասենյակային, հաշվողական, գրքակազմարարական աշխատանքներ, գծագրողի, փականագործի, հյուանի մասնագիտություններ:

Ծանրալսությամբ, խլությամբ հաշմանդամների մասնագիտական աշխատունակության կորուստի աստիճանի սահմանման չափանիշները (արտահայտված տոկոսներով) լսողական խանգարման աստիճաններին համապատասխան

1) 10% սահմանվում է երկու ականջներում էլ լսողական ֆունկցիայի թեթև խանգարումների, մի ականջի թեթև զուգորդված մյուսի չափավոր կամ արտահայտված խանգարման դեպքում, եթե տուժողը իր հիմնական մասնագիտությամբ կարող է շարունակել աշխատանքը նախկին ծանրաբեռնվածության 1/10 մասով պակաս ծանրաբեռնվածությամբ, եթե նոր աշխատանքն ավելի մեծ լարվածություն է պահանջում քան նախկինը (լսողական օրգանի անհատական պաշտպանողական միջոցի օգտագործում):

2) 20% սահմանվում է մի ականջի լսողական ֆունկցիայի թեթև զուգորդված մյուսի լսողական ֆունկցիայի խիստ արտահայտված խանգարման, մի ականջի չափավոր զուգորդված մյուս ականջի արտահայտված խանգարման դեպքերում, եթե տուժողը իր հիմնական մասնագիտությամբ կարող է շարունակել աշխատանքը 1/5 մասով պակաս ծավալով:

3) 30% սահմանվում է երկու ականջների լսողական ֆունկցիայի արտահայտված խանգարման, մի ականջի չափավոր զուգորդված, մյուսի լսողական ֆունկցիայի խիստ արտահայտված խանգարման դեպքում, եթե տուժողը իր հիմնական մասնագիտությամբ կարող է շարունակել աշխատել 1/3-ով պակաս ծավալով, եթե կարող է կատարել որակավորման I դասով ցածր աշխատանք, եթե տուժողը կարող է կատարել ծանրության I դասով ցածր չորակավորված աշխատանք:

4) 40% սահմանվում է երկու ականջների լսողական ֆունկցիայի խիստ արտահայտված, մեկ ականջի լսողական ֆունկցիայի արտահայտված զուգորդված մյուսի լսողական ֆունկցիայի արտահայտված խանգարումների դեպքերում, եթե տուժողը իր հիմնական մասնագիտությամբ կարող է շարունակել աշխատել 1/2-ով պակաս ծավալով, եթե նա կարող է մասնագիտական հմտություններն օտագործելով կատարել այլ, ոչ իր մասնագիտությամբ աշխատանք, եթե կարող է կատարել որակավորման 2 դասով ցածր

աշխատանք, եթե կարող է կատարել ծանրության 2 դասով ցածր չորակավորված աշխատանք:

Աղյուսակ 2

Մի ականջի լսողական ֆունկցիայի խանգարման աստիճանը	Մյուս ականջի լսողության ֆունկցիայի խանգարման աստիճանը			
	աննշան	չափավոր	արտահայտված	խիստ արտահայտված
աննշան	10	10	10	20
չափավոր	10	10	20	30
արտահայտված	10	20	30	40
խիստ արտահայտված	20	30	40	40

Լսողության խանգարումները երեխաների մոտ

Կյանքի առաջին տարիները մի շարք առումներով խիստ որոշիչ են հետագայում երեխայի խոսքի, ճանաչողական, սոցիալական ունակությունների զարգացման համար: Երեխաների մոտ լսողությունն ավելին է, քան զգայական օրգաններից մեկը: Լսողական խանգարումների ազդեցությունը խիստ տարբերվում է մեծահասակների վրա ունեցած ազդեցությունից: Մանկական տարիքում այն փոխում է երեխայի զարգացման ընթացքը, բերում մի շարք այլ կարևոր խանգարումների՝ խոսքի, մտածողության, ճամաչողության, նրան դնում է մի իրավիճակի մեջ, երբ խանգարվում է լիարժեք լսողություն ունեցող մեծերի և փոքրերի հետ հաղորդակցումը, դրանով աղքատիկ դարձնելով սոցիալական փորձը, դժվարեցնելով սոցիալական հարմարեցումն ու ներառումը, այն էական դեր է կատարում երեխայի մտավոր, վարքի, բնավորության զարգացման գործում: Լսողության շնորհիվ երեխան ճանաչում է ձայնը, կրկնօրինակում է այն և հետևաբար նաև խոսում է, լսում է վտանգի ազդանշաններ, շփվում է այլ երեխաների հետ, ձեռք բերում կապեր ստեղծելու /կոմունիկացիոն/ ունակություններ:

1) Ներկայումս, բժշկագիտության զարգացումը, գիտատեխնիկական առաջընթացը հնարավորություն են տալիս վաղ նորածնային տարիքում ախտորոշել խլությունը, ծանրալսությունը: Սուրդոմանկավարժության, լսապրոտեզավորման շնորհիվ լսողական խանգարումները մեկընդմիջտ անփոփոխ չեն մնում, սուրդոկրթական գործընթացի

օգնությամբ այդ երեխաները վերադառնում են հաղորդակցման <<խոսքային>> աշխարհ: Սուրդոլորթական գործընթացը հաշվի է առնում երեխայի անհատական, և այն սոցիալական գործոնները, որոնք կարող են փոխել նրա լսողական հնրավորությունները, այն զարգացնելով այս կամ այն աստիճանի: Այդ գործոններն են՝

ա. երեխայի լեզու սովորելու ունակությունը,

բ. ինտելեկտուալ ունակությունը,

գ. ընտանիքի ձգտումը և կարողությունը մասնակցելու երեխայի սուրդոմանկավարժական օգնությանը:

2) Երեխաների համար լսողական խանգարումների բժշկական դասակարգումից բացի, որի մասին մանրամասն խոսվել է վերևում, գոյություն ունի Ռ.Մ. Բոսկիսի կողմից մշակված մանկավարժական, հոգեբանական դասակարգումը, որի հիմքում դրված են երեխայի զարգացման առանձնահատկությունները որոշող հետևյալ չափորոշիչները՝

ա. լսողության խանգարման աստիճանը,

բ. լսողության խանգարման պահին երեխայի խոսքի զարգացման աստիճանը,

գ. լսողության խանգարման առաջացման ժամանակը:

3) Շատ էական է լսողության խանգարման և խոսքի զարգացման փոխհարաբերությունը, որքան խոսքը լավ է զարգացած, այնքան ավելի մեծ է մնացորդային լսողության արդյունավետ օգտագործման հավանակությունը: Հաշվի առնելով այս հանգամանքը Ռ.Մ.Բոսկիսը տարբերում է երեխանրի երկու խումբ՝

ա.խուլեր, որոնք լինում են

ա1) վաղ խլացածներ, առանց խոսքի զարգացման՝ մինչխոսքային խուլեր,

ա2) ուշ խլացածներ,որոնք կարող են հաղորդակցվել այս կամ այն աստիճանի խանգարված խոսքով:

բ. թույլ լսողներ, որոնց մոտ կարող է խանգարվել խոսքի ֆոնետիկ, լեքսիկ և քերականական կառուցվածքը:

4) Հաշվի առնելով լսողության խանգարման և խոսքի խանգարման փոխհարաբերակցությունը 1991թ. աուդիոլոգների միջազգային սիմպոզիումի ժամանակ ընդունվել է վերբոտոնալ դասակարգումը.

ա. լսողության աննշան խանգարում 25-40 դԲ, խոսակցական խոսքը լսում են 4-6 մետրի վրա, խոսքային հաղորդակցումը նորմալ է: 40դԲ-ի սամաններում իրեն ուղղված խոսքը լսում է ոչ լրիվ և ոչ հստակ: Խոսքային դեֆեկտն արտահայտվում է բառապաշարի աղքատությամբ, ճիշտ չեն ընկալում հասկացությունները՝ ոչ բառացիորեն, ոչ էլ նշանակությամբ:

բ. լսողության թեթև խանգարում 41-55 դԲ, խոսակցական խոսքը պարզորոշ լսում են 4-1 մետրի վրա, խանգարվում է հնչյունների արտասանությունը, մի հնչյունը կարող է փոխվել մյուսով, առանձին հնչյուններ կարող են բացակայել, փոխվում է խոսքի տեմբրը, խանգարվում է խոսքի սինտաքսիկ կառուցվածքը (օրինակ՝ բառերը չեն

համաձայնեցնում ժամանակի առումով): Այս բոլորը ստիպում են, որ երեխան կրի լսողական սարք՝ հիմնականում ուսումնառության ժամանակ:

գ. լսողության չափավոր խանգարում 56-70դԲ: Ընկալում է 1-0,5 մ-ի վրա: Անկախ ձայնի բարձրությունից խոսքի պարզորոշ ընկալման խանգարումն ավելի է խորանում, ավելի է խորանում խոսքի խանգարումը հիվանդի մոտ, այն դառնում է ոչ հստակ, դժվար հասկանալի, հնչյունները խլանում են, աֆրիկատները (պայթաշփական հնչյուններ՝ ձ, ծ, ց, ջ, ճ, չ) բացակայում են, խոսքի մեջ կատարում են հնչյունների վանկերի տեղափոխում և լսողական սարքի կրումն արդեն դառնում է պարտադիր՝ ինչպես ուսումնառության այնպես էլ հաղորդակցման համար:

դ. լսողության արտահայտված խանգարում 71- 90 դԲ: Խոսակցական խոսքը ընկալում է ականջից մինչև 0,5 մետրի վրա, խոսքային հաղորդակցումը հնարավոր է միայն հատուկ սովորեցման և նպատակաուղղված պարապմունքների միջոցով: Անհրաժեշտ է լսողական սարքի մշտական կրում:

ե. լսողության ծայրահեղ խանգարում, խլություն 91 և ավելի դԲ: Խոսքի ընկալման անհնարինություն: Բնորոշ է բնածին և մինչխոսքային խլությանը: Լսողական սարքերը ցուցաբերում են հարաբերական օգնություն՝ շրթունքներից կարդալով հաղորդակցման ժամանակ:

5) Այս երկու դասակարգումով էլ առաջնորդվում են լսողական խնդիրներ ունեցող երեխաների սոցիալական պաշտպանության, վերականգնողական օգնության, շտկող մանկավարժական, այդ թվում նաև հատուկ կրթության տեսակները, աստիճանը, ժամկետը որոշելու ժամանակ:

6) Մանկական սուրդոկենտրոնում հետազոտվելուց և ախտորոշվելուց հետո մինչև 18 տարեկան երեխաներին սուրդոլոգի եզրակացության հիման վրա ՀՀ կառավարության 2015 թվականի սեպտեմբերի 10 «Վերականգնողական օգնության տրամադրման կարգը և պայմանները սահմանելու և Հայաստանի Հանրապետության կառավարության 2006 թվականի սեպտեմբերի 22-ի N 1369-Ն և 2007 թվականի ապրիլի 12-ի N 453-Ն որոշումներն ուժը կորցրած ճանաչելու մասին» N 1035-Ն որոշմամբ սահմանված կարգով և ժամկետով տրվում են լսողական սարքեր: Սուրդոկենտրոնում կազմակերպվում է լսողական սարքին անհատական հարմարեցումը, սովորեցվում է օգտագործման ձևը, իրականացվում են լոգոպեդի և սուրդոմանկավարժական պարապմունքներ: Վերականգնողական միջոցառումների իրականացումից հետո որոշվում է ծանրալսության աստիճանը առանց լսողական սարքի և լսողական սարքով:

7) Մինչև 18 տարեկան անձանց «հաշմանդամ երեխա» կարգավիճակի սահմանման չափանիշ են հիվանդություններով, վնասվածքների հետևանքով, արատներով կամ զարգացման և աճի խանգարումներով պայմանավորված օրգանիզմի ֆունկցիաների չափավոր կամ արտահայտված կամ խիստ արտահայտված կայուն խանգարումները, որոնք հանգեցնում են կենսագործունեության առնվազը 3 տեսակի 1-ին, 2-րդ կամ 3-րդ աստիճանի սահմանափակումների (տարիքային նորմերին համապատասխան)։

ա. Լսողության չափավոր և արտահայտված խանգարումների ժամանակ <<հաշմանդամ երեխա>> կարգավիճակը սահմանել երկու տարի ժամկետով:

բ. խոսքի բացակայությամբ երկկողմանի մանկուց խլության, երկկողմանի IV աստիճանի ծանրալսության դեպքերում <<հաշմանդամ երեխա>> կարգավիճակը սահմանել մինչև 18 տարին լրանալը ժամկետով առաջին իսկ փորձաքննության ժամանակ:

Լսողական օրգանի հիվանդությունների հետևանքներով հաշմանդամների վերականգնման անհատական ծրագրերի կազմման մոտեցումները

1) Լսողական օրգանի հիվանդությունների հետևանքները (ծանրալսություն, խլություն) լսողական դեֆեկտին հարմարվելու պատճառով անձի համար ստեղծում են հասարակության մյուս անդամների համար ոչ յուրահատուկ պայմաններ՝ հաղորդակցման ոչ սովորական ունակությունների ձեռք բերում, հրաժարում որոշ սովորական զբաղմունքներից (թատրոն, համերգ, դասախոսություն), մինչ հիվանդությունը ունեցած ընկերների, ծանոթների շրջանակի նեղացում, մասնագիտության փոխում: Այս դժվարությունների հաղթահարումը պահանջում է մեծ էմոցիոնալ-կամային լարում և նյութական ծախսեր:

2) Վերականգնումը նպատակաուղղված է այս անձանց վերադարձնելուն կյանքի և գործունեության իրենց սովորական պայմաններին: Վերականգնման հիմնական խնդիրն է լսողական խանգարումներ ունեցող անձի համար հնարավորինս ապահովել հոգե-ֆիզիոլոգիական, սոցիալական բարեկեցություն, որին հնարավոր է հասնել իրականացնելով վերականգնողական բուժում, տեխնիկական միջոցների (լսողական սարքերը, ստերեոֆոնիկ դինամիկ հեռախոսները խուլերի և թույլ լսողների համար, հեռախոսային վրադիրները խուլերի համար) օգտագործման միջոցով խոսակցական պակասորդի, ձայնային տեղեկատվության պակասորդի փոխհատուցում, տեսողական տեղեկատվության օգտագործում (կարդալ շրթունքներից, հեռուստացույցի վազող տողից, լույսային տեղեկատվություն և այլն), ինչպես նաև մասնագիտական կողմնորոշման միջոցառումների իրականացում, աշխատանքի ռացիոնալ տեղավորում:

3) Վերականգնողական անհատական ծրագրի կազմման համար ցուցում է հադիսանում սոցիալապես ոչ համարժեք լսողության առկայությունը՝ խոսակցական խոսքի պարզորոշ ընկալման խանգարում ականջի մոտից մինչև 3 մ հեռավորության վրա, որը բերում է հաղորդակցման, կողմնորոշման, ուսումնառության, աշխատանքային գործունեությամբ զբաղվելու կարողությունների իջեցմանը: Սուրդոլոգիական և բժշկասոցիալական փորձաքննությունից հետո որոշվում է վերականգնողական միջոցառումների տեսակները:

4) Լսողական խանգարումներով անձանց սոցիալական ներառման գործում կարևոր նշանակություն ունեն սոցիալ-միջավայրային և սոցիալ-կենցաղային հարմարեցումն ընդգրկող սոցիալական վերականգնման միջոցառումները, որոնց

իրականացման համար անհրաժեշտ է թույլ լսող և խուլ անձանց ապահովել օժանդակ պարագաներով՝

ա. ինքնասպասարկման և կենցաղում կողմնորոշման համար՝ լույսային ազդանշաններ, զարթեցուցիչներ, տարբեր վիբրատորներ, ուժեղացուցիչով հեռախոսներ և այլն.

բ. տեղեկատվության ապահովման համար՝ հեռուստաէկրանին վազող տող, սուրդոթարգմանիչ, հատուկ համակարգչային հարմարանքներ.

գ. աշխատանքային գործունեությամբ զբաղվելու համար՝ աշխատանքային գործունեության տեսակից կախված հարմարանքներով (լույսային տաբլո, լույսային ազդանշան) ապահոված աշխատատեղեր.

դ. լսողական սարքերից օգտվող անձանց համար պետք է ապահովել լսողական սարքերի վերանորոգման, սարքերի պահեստամասերի, ակումուլյատորների ձեռք բերման հնարավորություն:

5) ՎԱԾ-ում ընդգրկված միջոցառումների իրականացումը հավասար հնարավորություն է տալիս նորմալ լսողություն ունեցող անձանց նման ստանալ կրթություն, աշխատանք, ակտիվ մասնակցել ընտանիքի և հասարակական կյանքին: ՎԱԾ-ի իրականացումից հետո գնահատվում է նրա արդյունավետությունը խանգարված ֆունկցիաների և կենսագործունեության սահմանափակումների ֆունկցիոնալ դասերով՝ համեմատելով մինչև վերականգնումը և վերականգնումից հետո լսողական ֆունկցիայի, հաղորդակցման, կողմնորոշման, աշխատանքային գործունեությամբ զբաղվելու կարողությունների աստիճանները, հենց այդ տարբերությունն էլ բնութագրում է վերականգնողական միջոցառումների արդյունավետությունը:

IX. ՀՈԳԵԿԱՆ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆ ՈՒՆԵՑՈՂ ԱՆՁԱՆՑ ԲԺՇԿԱՍՈՑԻԱԼԱԿԱՆ ՓՈՐՁԱՔՆՆՈՒԹՅՈՒՆ

Ժամանակակից բժշկասոցիալական փորձաքննությունը կառուցված է նոր ԲՍՓ օրենսդրության և գիտատեսական հիմունքների վրա ու նախատեսում է տարբեր մասնագետների միասնական համագործակցությունը՝ ինչպես բժշկի, այնպես էլ վերականգնողաբանի, հոգեբանի, սոցիալական աշխատողի և այլն, քանի որ ԲՍՓ խնդիրները հիմնված են ոչ միայն հիվանդ մարդու առողջական վիճակի գնահատման վրա, այլ նաև նրա անձամիջավայրային կապերի ու աշխատանքային ադապտացիայի հնարավորությունների վրա: Նման մոտեցումը նախատեսում է սոցիալական աշխատանքի սկզբունքների իմացությունը փորձագետ-հոգեբույժի կողմից, իսկ սոցիալական աշխատողի ու հոգեբանի համար՝ ընհանուր բժշկական սկզբունքների մասին որոշակի պատկերացումների անհրաժեշտությունը:

Բժշկասոցիալական փորձաքննության կազմակերպումը, նրա էտապայնությունը և նպատակները առավել պարզ են դառնում այլ (ռազմաբժշկական, դատաբժշկական, դատահոգեբուժական) բժշկական փորձաքննությունների հետ համեմատելիս, որտեղ, ինչպես և բժշկասոցիալական փորձաքննության ժամանակ, առկա են հետևյալ ընդհանուր սկզբունքները՝

1) տվյալների հավաքում, մասնագիտական վերլուծություն, փորձաքննական որոշման հիմնավորում և ձևակերպում.

2) օրենսդրական և նորմատիվ ակտերի փորձաքննական սահմանում.

3) փորձաքննական եզրակացության տրամադրում շահագրգիռ ատյաններին (դատարան, զինկոմիսարիատ և այլն), սոցիալական կարևոր որոշումներ իրականացնելու համար.

4) հիվանդի հոգեբանական նկարագիրը, որը ներառում է իր մեջ վարքի վերլուծությունը և ադապտացիայի հնարավորությունների աստիճանը:

Նշված ընդհանուր հիմունքներից բացի, բժշկասոցիալական փորձաքննությունը նախատեսում է նաև կենսագործունեության սահմանափակման աստիճանի որոշում, ինչպես նաև հոգեկան հիվանդությունների ֆունկցիոնալ ախտորոշումը, առաջացման պատճառները, ընթացքը, սոցիալական և աշխատանքային կանխատեսումը, վերականգնողական միջոցառումների հնարավոր արդյունքները և այլն: Բժշկասոցիալական փորձաքննության համար, ի տարբերություն այլ հոգեբուժական փորձաքննության տեսակների, առավել կարևոր է ընդլայնված ֆունկցիոնալ ախտորոշման ձևակերպումը, որի մեթոդոլոգիան մինչ այժմ բավականաչափ մշակված չէ:

1. Ընդլայնված ֆունկցիոնալ ախտորոշման կառուցվածքը սկզբունքորեն հիմնվում է հետևյալ սխեմայի վրա՝

1) նոզոլոգիա.

2) բարդացնող հիվանդություններ.

3) պաթոպլաստիկ ֆոն.

4) ախտաբանական պրոցեսի փուլ.

5) հիվանդության ընթացք (տիպ և տեմպ).

6) կենսագործունեությունը սահմանափակող հիմնական համախտանիշներ.

7) այդ համախտանիշների կայունության և արտահայտվածության աստիճան:

Բնականոն է, որ այս սխեմայի մեջ նշված հիմնական դեզադապտացնող համախտանիշները կարևոր դիրք են զբաղեցնում վերականգնողական խնդիրների լուծման հարցում: Այս տեսանկյունից ելնելով, ֆունկցիոնալ ախտորոշումը կայացնելիս արդիական է դառնում անձնային և սուբստրատային (ակտիվ հոգեախտաբանական) ախտանիշների բաժանումը, որը կարող է պարզեցնել ինչպես խմբորոշման ընթացքը, այնպես և վերականգնողական ծրագրերի մշակումը: Վերջինս, իր հերթին, հիմնվում է նաև <<ռեաբիլիտացիոն ախտորոշման>> վրա: Վերականգնողական (ռեաբիլիտացիոն) ախտորոշումը, բացի ընդլայնված ֆունկցիոնալ ախտորոշումից, պետք է ընդգրկի նաև

հոգեբանական և սոցիալական <<ախտորոշումները>>: Ախտորոշման ձևակերպման օրինակ՝ օրգանական աֆեկտիվ խանգարում, ցերեբրովասկուլյար բնույթի, գլխուղեղի աթերոսկլերոզի ֆոնի վրա, սկզբնական փուլ, դանդաղ ընթացող, չափավոր արտահայտված, կայուն ասթենո-դեպրեսիվ համախտանիշ: Ժամանակակից հոգեբուժության բժշկասոցիալական փորձաքննության մոտեցումները լիովին համընկնում են անձի մասին ժամանակակից պատկերացումների հետ՝ երբ անձը դիտվում է որպես բիոսոցիոհոգեբանական հոմեոստատիկ երևույթ իր ամբողջականության մեջ:

ՇԻՉՈՖՐԵՆԻԱ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅԱՆ ԲԺՇԿԱՍՈՑԻԱԼԱԿԱՆ ՓՈՐՁԱՔՆՆՈՒԹՅԱՆ ՀԻՄՈՒՆՔՆԵՐԸ

Շիզոֆրենիան բնութագրվում է որպես էնդոգեն, պրոգրեսիվող հոգեկան հիվանդություն, որի ժամանակ հոգեկան ֆունկցիաները ենթարկվում են դիսոցիացիայի, կորչում է հոգեկան պրոցեսների միասնականությունը, զարգանում են սպեցիֆիկ անձային փոփոխություններ (էներգետիկ պոտենցիալի իջեցում, էմոցիոնալ սակավություն, զարգացող ինքնամփոփություն), և ի հայտ է գալիս տարբեր բնույթի պրոդոլպտիկ փսիխոպաթոլոգիական խանգարումներ: Հոգեկան ֆունկցիաների՝ մտածողության, էմոցիաների, մոտորիկայի անհամաձայնեցվածությունը և դիսհորմոնիան բնորոշում են հիվանդության անվանումը, որը նշանակում է՝ **ճեղքվածություն (schizq) և հոգի (fren)**: Տարբեր տվյալներով, շիզոֆրենիայով տառապում են 1000 բնակչությունից 2,5-ից մինչև 10-ը մարդ: Հիվանդությունը կարող է սկսվել ցանկացած տարիքում, բայց առավելապես՝ 15-29 տարեկանում: Ըստ ԲՍՓ տվյալների, շիզոֆրենիայով հիվանդների ընդհանուր թվի մոտ 80%-ը 1-ի և 2-րդ խմբի հաշմանդամներ են: Միաժամանակ, աշխատող հիվանդների տարածվածությունը սովորական արտադրական պայմաններում բավականին տարատեսակ է: Այդ պատճառով է, որ ճիշտ փորձաքննական որոշումը ձեռք է բերում լուրջ պրակտիկ և սոցիալ-տնտեսական նշանակություն շիզոֆրենիայով հիվանդների շրջանակում: Շիզոֆրենիա հիվանդության բժշկասոցիալական փորձաքննության առանձնահատկությունները կապված են այն բանի հետ, որ այս պաթոլոգիայի ժամանակ, խախտվում է ոչ թե մի, կամ մի քանի օրգանների ֆունկցիաները, այլ հիվանդի ամբողջ անձն է ենթարկվում խորը փոփոխությունների, որը հանգեցնում է աշխատանքային գործնեությամբ զբաղվելու կարողության նախադրյալների կորստի, միջանձնային հարաբերությունների փոփոխմանը, հատկապես աշխատանքային կոլեկտիվում, շրջապատում և ընտանիքում:

Բժշկասոցիալական փորձաքննության երկարատև փորձը ցույց է տալիս, որ փորձագետի ճիշտ կողմնորոշման համար մեծ նշանակություն ունի փորձաքննության ժամանակ հատկապես հիվանդության ընթացքի և անձի փոփոխությունների գնահատումը: Հայաստանի Հանրապետությունում գործող Հիվանդությունների

միջազգային դասակարգման (ՀՄԴ - 10) մեջ ընդգրկված են շիզոֆրենիայի հետևյալ ձևերը՝

1) **Շիզոֆրենիա պարանոիդ ձև՝** F 20.0 - կարող է ունենալ խրոնիկ և նոպայաձև ընթացք, լրիվ կամ մասնակի ռեմիսիայով: Հիմնական ախտանիշներն են՝ հետապնդման, վերաբերման, հատուկ ծագման և նշանակության, մարմնային փոփոխությունների, խանդի և այլ զառանցական մտքեր, որոնք կարող են ուղղորդվել լսողական, տեսողական, հոտառական, համի ցնորքներով (հայլուցինացիաներով) կամ մարմնային պաթոլոգիկ զգացողություններով: Աֆեկտիվ և մտածողության խանգարումները համեմատաբար թույլ են արտահայտված:

2) **Շիզոֆրենիա հեբեֆրենային ձև՝** F 20.1-առավելապես արտահայտված է աֆեկտը, մտածողությունը և վարքը, վերջինը կրում է անպատասխանատու և անկանխատեսելի բնույթ:

3) **Շիզոֆրենիա կատատոնիկ ձև՝** F 20.2-գերիշխող հատկանիշներն են հոգեշարժական խանգարումները՝ հիպերկինեզներից մինչև արգելակվածություն (ստուպոր) կամ շարժողական ավտոմատիզմ ու նեգատիվ վարքագիծ: Կատատոնիկ ախտանիշները կարող են զուգորդվել օնեյրոիդ (անրջանման) վիճակներով: Հիվանդության այս ձևը հազվադեպ է հանդիպում զարգացած երկրներում, ինչը առայժմ բացատրություն չունի:

4) **Շիզոֆրենիա չտարբերակված՝** F 20.3-առկա են շիզոֆրենիայի ախտորոշման ընդհանուր չափանիշները, սակայն առանց հիվանդության որևէ ձևի գերակշռումով:

5) **Հետշիզոֆրենային դեպրեսիա՝** F 20.4-դեպրեսիվ էպիզոդ, որն առաջանում է որպես շիզոֆրենիայի հետևանք և կարող է տևել երկար ժամանակ, հիվանդության որոշ նշանների պահպանումով:

6) **Մնացորդային շիզոֆրենիա՝** F 20.5-հիվանդության ընթացքի խրոնիկական փուլ, որի ժամանակ նկատվում է անցում սկզբնական շրջանից հետագա երկարատև նեգատիվ ախտանիշների:

7) **Շիզոֆրենիա հասարակ ձև՝** F 20.6-հիմնականում, առանց պրոդոկտիվ ախտանիշների ընթացող շիզոֆրենիային բնորոշ յուրահատուկ փոփոխությունների զարգացում՝ և վարքային տարօրինակություններ, որը դուրս է մղում հիվանդին հասարակության շրջանակներից: Կարող է նկատվել թափառաշրջիկություն, ինքնամիոփոխություն, ծուլություն և այլն:

8) **Շիզոֆրենիայի այլ ձևեր՝** F 20.8-ներառում է սենեստոպատիկ շիզոֆրենիա և շիզոֆրենանման խանգարումներ:

9) **Շիզոֆրենիա չճշտված՝** F 20.9:

10) **Տարբերակում են շիզոֆրենիայի ընթացքի հետևյալ տիպերը (տեսակները)՝**

ա. F 20. x 0 -Անընդմեջ ընթացող շիզոֆրենիա

բ. F 20. x 1- Էպիզոդիկ աճող դեֆեկտով

գ. F 20. x 2- Էպիզոդիկ կայուն դեֆեկտով

դ. F 20. x 3- Էպիգրոֆիկ ընդմիջվող

ե. F 20. x 4- ոչ լրիվ ռեմիսիա

զ. F 20. x 5- լրիվ ռեմիսիա

է. F 20. x 8 - այլ

ը. F 20. x 9- հսկողական ժամկետը մինչև մեկ տարի

11) **Անընդմեջ ընթացող շիզոֆրենիա** / F 20. x 0 /

Շիզոֆրենիայի անընդմեջ ընթացքը, ըստ անձի դեֆեկտի զարգացման տեմպի, տարբերակվում է որպես՝

ա. թորշոմած ընթացքով շիզոֆրենիա, անձի փոփոխությունները զարգանում են դանդաղ և արտահայտվում են համեմատաբար ոչ խորը կլինիկական նշաններով՝ ներոզանման, գերարժեքային, պարանոյալ սինդրոմներով: Հիվանդության սկզբում առաջանում են բնավորության աննկատ փոփոխություններ՝ ասթենիկ, սուբդեպրեսիվ կամ վեգետատիվ խանգարումներ: Շիզոֆրենիկ պրոցեսի մասին են վկայում նաև աուտիզմի երևույթները ու էմոցիոնալ-կամային խանգարումները:

Հիվանդները սովորաբար պահպանում են սովորելու ունակությունը (դպրոց, ուսումնարան, ԲՈւՀ) և կարողանում են աշխատել ստացած մասնագիտությամբ:

Հաշմանդամություն սահմանելիս անհրաժեշտ է ի նկատի ունենալ այն փաստը, որ հաշմանդամությունը այդ հիվանդների մոտ կարող է առաջացնել սոցիալական դեգրադացիա և հետագայում բերում է ավելի ծանր խմբորոշման:

Ելնելով դրանից, շիզոֆրենիայի թորշոմած ընթացք ունեցող հիվանդին առավել ցուցված է ժամանակավոր անաշխատունակության թերթիկի երկարացում ոչ միայն սկզբնական, այլ նաև հիվանդության հետագա ընթացքում: Հաշմանդամության խումբ որոշվու է միայն հաճախակի սրացումների ժամանակ:

բ. չափավոր պրոգրիեդենտություն ունեցող շիզոֆրենիայի ժամանակ, ժամանակավոր անաշխատունակության թերթիկի երկարացումը, երբեմն, հնարավոր է միայն սկզբնական (պարանոյալ) շրջանում, երբ պետք է հաշվի առնել նաև ցնորքների բնույթը և դրանց ուղղվածությունը: Պարփակված ցնորքային մտքերով (խանդի, հայտնագործելու) հիվանդները ունակ են աշխատելու սովորական արտադրական պայմաններում, առանց մասնագիտական որակավորման իջեցման: Հետագայում, զարգացող անձի խորը փոփոխություններ կարող են բերել երկրորդ կամ առաջին խմբի հաշմանդամության սահմանման:

գ. շիզոֆրենիայի չարորակ ընթացքով հիվանդները հաշմանդամ են դառնում հիվանդության առաջին տարիներին և հիմնականում ճանաչվում են առաջին կամ երկրորդ խմբի հաշմանդամ:

12) **Շիզոֆրենիա էպիգրոֆիկ ընթացքով՝ աճող դեֆեկտով** / F 20. x 1/, **կայուն դեֆեկտով** / F 20. x 2/, **ընդմիջվող** / F 20. x 3 /:

ա. Էպիգրոֆիկ ընթացքով շիզոֆրենիան կազմում է շիզոֆրենիայով հիվանդների թվի մոտ 1/3-ը, որոնցից 45% ունեն հաշմանդամություն: Բնորոշվում է ընդգծված աֆեկտիվ զառանցական նոպաներով, որոնք առաջանում են տարբեր

հաճախականությամբ, անձի զարգացող փոփոխությունների ֆոնի վրա: Պրոգրեդիենտությունը կարող է լինել տարբեր՝ սկսած դեֆեկտի դանդաղ ձևավորումից մինչև ծանր ծայրահեղ վիճակների արագ առաջացումը: Միջնուպային շրջանները նույնպես բնորոշվում են դասակարգման (կլասիֆիկացիայի) համար դժվարություն ներկայացնող, զգալի պոլիմորֆիզմով:

բ. Բժշկասոցիալական փորձաքննության պրակտիկ գործնետության մեջ խորհուրդ է տրվում տարբերել բարենպաստ և ոչ բարենպաստ ընթացող տեսակները:

գ. Բարենպաստ ընթացքի դեպքում սկզբնական շրջանը կարող է տևել 2-ից մինչև 10 տարի, ունենում է բավականին լավ ռեմիսիաներ, որը թույլ է տալիս հիվանդին երկար պահպանել իր մասնագիտական ունակությունները և շարունակել աշխատել ռեգլամենտացված պայմաններում: Դրան նպաստում է նաև պահպանողական բուժումը: Այսպիսի ընթացքի դեպքերում, հիվանդներին՝ առաջին նուպաներից հետո ավելի ցուցված է ժամանակավոր անաշխատունակության թերթիկի երկարացումը:

դ. Էպիզոդիկ ընթացքով շիզոֆրենիայի ոչ բարենպաստ ձևը, երբ հիվանդի ռեմիսիաները կարճատև են ու անորակ, հիվանդությունը մոտենում է անընդմեջ ընթացող շիզոֆրենիայի, իսկ անձի դեֆեկտը ձևավորվում է ավելի շուտ և արագ: Այդ հիվանդները կարճ ժամանակում կարող են ճանաչվել 2-րդ խմբի հաշմանդամ:

13). Ռեմիսիաներ հոգեկան հիվանդությունների ժամանակ՝ հոգեկան հիվանդություններով տառապող անձանց բժշկասոցիալական փորձաքննության ժամանակ կարևոր նշանակություն ունի ռեմիսիաների առկայությունը, դրանց տեսակները, կայունությունը և տևողությունը: Ռեմիսիաների ժամանակ թուլանում ու մեղմանում են հիվանդության ախտանիշները և ակտիվանում են օրգանիզմի կոմպենսատոր մեխանիզմները, որոնք կարող են նպաստել աշխատանքային գործունեությամբ զբաղվելու կարողության վերականգնմանը: Ռեմիսիաների մեջ անհրաժեշտ է զանազանել փսիխոտիկ վիճակների ռեգիդուալ, նեգատիվ ախտանիշները, անձի պրեմորբիտի պահպանվածության աստիճանը և նրա կոմպենսատոր հնարավորությունները: Ռեմիսիաների դասակարգման ժամանակ աշխատանքային գործունեությամբ զբաղվելու կարողության և սոցիալական վերականգնման կանխատեսման որոշման համար անհրաժեշտ է հաշվի առնել ռեմիսիայի դինամիկան, տևողությունը, ակտիվ համախտանիշների մարման աստիճանը, ռեմիսիայի ամբողջականությունը և կայունությունը: Հոգեբուժական հիվանդների բժշկասոցիալական փորձաքննության ժամանակ ճիշտ կողմնորոշվելու համար նպատակահարմար է տարբերել ռեմիսիաների հետևյալ տեսակները՝

1) **1-ին տարբերակ՝** ակտիվ պրոցեսների մարման շրջան և ռեմիսիայի ոչ լրիվ կայունացում՝ **անկայուն ռեմիսիա:** Նման հիվանդները կարիք ունեն բուժումը շարունակելու (ստացիոնար կամ ամբուլատոր): Քանի որ նմանատիպ հիվանդների կլինիկական կանխատեսումը անորոշ է, հաշմանդամության հարցերը որոշվում են հաշվի առնելով փսիխոտիկ (ակտիվ) խանգարումների արտահայտվածությունը,

մարման տեմպը, դրանց արդիականությունը (ակտուալությունը) հիվանդի համար, նեյրոլեպտիկների տանելիությունը հիվանդի օրգանիզմի կողմից և այլն:

2) **2-րդ տարբերակ**, որը ավելի մոտ է առողջացմանը և անձի բնորոշ փոփոխությունները կամ բացակայում են, կամ ունեն աննշան արտահայտվածություն: Լրիվ ռեմիսիա դիտվում է դանդաղ առաջընթացող շիզոֆրենիայի առաջին սրացումներից հետո և նուպայածն շիզոֆրենիայի առաջին նուպաներից հետո:

3) **3-րդ տարբերակ՝ ոչ լրիվ կայուն ռեմիսիա**, երբ այս կամ այն աստիճանի արտահայտվածությամբ մշտապես առկա են սկզբնական, բուռն զարգացման շրջանի ախտանիշները: Անձի փոփոխությունները կարող են առաջ գալ հիվանդության տարբեր ժամանակահատվածներում, և կախված են շիզոֆրենիայի ընթացքի ձևից: Անձի փոփոխությունները կարող են արտահայտվել օրինակ՝ ինքնամիոփոխամբ, հետաքրքրությունների շրջանակների նեղացմամբ, անադեկվատ գրգռվածությամբ, աշխատանքի արդյունավետության իջեցումով, ռիզիկոյությամբ և այլն:

4) **4-րդ տարբերակ՝ ռեմիսիաներ, անձի դեֆեկտի նշաններով**, երբ հիվանդի անձի վերը նշված փոփոխությունները արդեն ձևավորված են և կրում են կայուն, կամ աճող բնույթ: **Անձի դեֆեկտի** արտահայտվածության աստիճանից կախված ռեմիսիաները բաժանվում են.

ա. անձի ոչ խիստ արտահայտված փոփոխություններով **ռեմիսիաներ՝** (էզոցենտրիզմ, եսասիրություն, հետաքրքրությունների շրջանակի փոփոխություն): Այն դիտվում է նուպայածն, կամ նուպայածն-պրոգրեդիենտ շիզոֆրենիայի բազմակի սրացումներից հետո և բարենպաստ, կամ թորշոմած ընթացքով շիզոֆրենիայի ժամանակ.

բ. անձի արտահայտված փոփոխություններով **ռեմիսիաներ՝** երբ գումարվում են նաև ինտելեկտուալ, կոգնիտիվ, փոփոխությունները, որն արտահայտվում է մտքերի լրգվածությամբ, դատարկաբանությամբ, դատողությունների անհետևողականությամբ, իրավիճակի ճիշտ գնահատման ունակության ացակայությամբ և այլն:

14). Շիզոֆրենիկ դեֆեկտ, դեֆեկտի տեսակները և անձի կոմպենսատոր հնարավորությունները՝ անձի դեֆեկտը՝ հոգեկան հիվանդության հետևանք է, որը առաջանում է ախտաբանական պրոցեսի լիակատար կանգի պայմաններում և, որպես հետևանք, բերում է հոգեկան ֆունկցիաների կորստի կամ իջեցման, անձի փոփոխության կամ դիսոցիացիայի և ուղեկցվում է անձի ֆունկցիոնալ մակարդակի անկմամբ, որն իր հերթին անրադառնում է անձի աշխատանքային գործունեությամբ զբաղվելու կարողության վրա: Անձի փոփոխությունների առաջացումը բնորոշ է մի շարք հոգեկան հիվանդություններին և խանգարումներին՝ օրգանական ախտահարումներին, էպիլեպսիային, փսիխոակտիվ նյութերի խրոնիկ չարաշահումներին, ֆիզիկական և ֆիզիոլոգիական ֆակտորների մշտական ազդեցության պայմաններում և այլն:

1) **Անձի շիզոֆրենիկ դեֆեկտը** ունի իր կառուցվածքային և ֆունկցիոնալ յուրահատկությունները ու հիմնականում արտահայտվում է անձի աղքատացումով, էմոցիոնալ-կամային ոլորտի յուրահատուկ փոփոխություններով և ֆունկցիոնալ հնարավորությունների մակարդակի իջեցումով: Շիզոֆրենիկ դեֆեկտը կարելի է բնորոշել որպես անձի այնպիսի գլոբալ փոփոխություններ, որոնք արտահայտվում են ներքին ներդաշնակության, հոգեկան աշխուժության և ակտիվության կորուստով:

2) Ըստ կլինիկական դրսևորումների տարբերում են **դեֆեկտի հետևյալ տիպերը՝** ասթենիկ համախտանիշ, լյաբիլ-կամային համախտանիշ և նպատակաուղված ակտիվության ապակազմալուծում, ապատիկո-աբուլիկ համախտանիշ, պարանոիդ համախտանիշ, աֆեկտի միապաղաղ ակտիվության և աֆեկտի ռիզիդության համախտանիշ, փսիխոպաթանման վիճակ, դեֆեկտի պսևդո-օրգանական տիպ, հազվադեպ հանդիպող դեֆեկտային վիճակների կոմբինացված տիպեր:

ա. Շիզոֆրենիկ դեֆեկտ ասթենիկ համախտանիշի գերակշռությամբ՝ ինտելեկտուալ, կոգնիտիվ ֆունկցիաները գրեթե չեն տուժում: Նախկին գիտելիքները և մասնագիտական փորձը, ինչպես նաև նոր գիտելիքներ ձեռք բերելու ունակությունը հիմնականում պահպանված է: Սակայն հիվանդի մոտ խիստ ընկած է հոգեկան տոնուսը, ի հայտ են գալիս նախկինում ոչ բնորոշ բնավորության ասթենիկ գծեր՝ անվստահություն սեփական ուժերի նկատմամբ, հոգնածության մշտական զգացում, գրգռողական թուլություն, որը ուղեկցվում է հյուծվածությունով: Բացի այդ, հիվանդների մի մասին բնորոշ է դառնում գերզգայնությունը, նեղացկոտությունը, փխրունությունը, ոմանց մոտ էլ՝ թորշոմածությունը, ապատիան, աուտիզմը: Նկատվում է նաև ակտիվության և կամային մղումների իջեցում:

բ. Շիզոֆրենիկ դեֆեկտ կամային մղումների լաբիլության և նպատակաուղված ակտիվության ապակազմալուծման գերակշռությամբ: Առաջատար խանգարումներն են՝ նպատակային ակտիվության և կամային մղումների լյաբիլություն, որը բերում է հիվանդի գործունեության կազմալուծմանը և սոցիալական դեզադապտացիայի:

գ. Շիզոֆրենիկ դեֆեկտ ապատիկո-աբուլիկ համախտանիշի գերակշռությամբ՝ արտահայտվում է ապատիայով, աբուլիայով (մղումների բացակայություն) և շարժողականության իջեցմամբ: Փորձաքննության հարցերի լուծումը կախված է աշխատանքի հանդեպ եղած հիվանդի տրամադրվածությունից և ձգտումներից, փսիխոմոտոր արգելակվածությունից և շիզոֆրենիկ դեֆեկտի կոմպենսացիայի փուլից և աստիճանից, որը կարող է լինել կոմպենսացված կամ սուբկոմպենսացիայի փուլում: Կոմպենսացված դեֆեկտի ժամանակ հիվանդի մոտ ի հայտ է գալիս թորշոմածություն, սակավաշարժություն, ակտիվության իջեցում, գործողությունների նախաձեռնություն ու կամային մղումների թուլացում, հետաքրքրությունների շրջանակի նեղացում: Աբուլիան և ակինեզիան քիչ են արտահայտված: Նախկինում ձեռք բերված գիտելիքները և փորձը պահպանված են:

Աշխատանքի նկատմամբ պահպանված հետաքրքրության շնորհիվ հնարավոր է հիվանդին տեղավորել մի այլ աշխատանքի, իսկ աշխատանքի հմտությունների կորստի դեպքում ուղարկել վերաուսուցման, նոր մասնագիտության ձեռք բերելու նպատակով: Խորհուրդ է տրվում նաև աշխատանքային պայմանների հեշտացում, աշխատանքային օրվա կրճատում, առանց աշխատանքի ծավալի սահմանափակման: Սուբկոմպենսացիայի փուլում հիվանդների մոտ զգալի նվազում են հետաքրքրությունները և ակտիվությունը, նկատվում է թորշոմածություն և պասիվություն, իր վիճակի նկատմամբ քննադատության իջեցում: Նպատակաուղված գործունեությունը հնարավոր է, եթե խթանվում է բարեկամների կամ կոլեկտիվի կողմից: Դեկոմպենսացիայի փուլում ապատիկո-աբուլիկ համախտաինչի արտահայտվածության հետևանքով հիվանդները անկարող են աշխատանքային գործունեությամբ զբաղվել:

դ. Շիզոֆրենիկ դեֆեկտ պարանոիդ համախտանիշի գերակշռությամբ՝ կախված պարանոիդ սիմպտոմատիկայի կառուցվածքից տարբերակվում են զառանցական դեֆեկտի 3 տեսակներ.

- **պարանոիդ տիպ՝** բնավորության պարանոիդ փոփոխությունները կլինիկորեն արտահայտվում են գերանվստահությամբ, զգուշավորությամբ, խանդով, սեփական գործողությունների և իր ասածների գերազնահատմամբ: Նման հիվանդները չեն կարող կատարել այն աշխատանքները, որոնք պահանջում են մշտական շփում մարդկանց հետ:

- **մնացորդային ցնորքային և զառանցանքային խանգարումներով դեֆեկտ, առանց սիստեմատիկացիայի միտման.**

- **դեֆեկտ սիստեմատիկացված զառանցանքով՝** հետապնդման, գյուտարարության, խանդի, սիրային և այլ զառանցանքներով: Յնորային խանգարումները բնորոշվում են կայունությամբ, շատ դանդաղ զարգացումով, ինչը որոշ հիվանդներին հնարավորություն է տալիս շարունակել աշխատանքը կոլեկտիվում: Փորձաքննական որոշումն ընդունելիս անհրաժեշտ է նկատի ունենալ, որ կոմպենսացիան կարող է ընթանալ հետևյալ կերպ՝ հիվանդության գիտակցման մեջ զառանցանքի կլինիկական հաղթահարումով, զառանցանքի դեզակտուալիզացիայով, զառանցանքի ինկապտուլյացիայով, դիսիմուլյացիայի (կոծկման) նշաններով և այլն:

ե. Մոնոտոն ակտիվությամբ և աֆեկտի ռիզիդությամբ ընթացող շիզոֆրենիկ դեֆեկտ՝ կլինիկորեն արտահայտվում է էմոցիոնալ բթությամբ, ռիզիդությամբ (հիվանդագին համառությամբ) և վարքային մոնոտոնությամբ: Նման հիվանդներից որոշը կարող են լինել լավ աշխատողներ, լիարժեք կատարեն իրենց պարտականությունները՝ հաշվետար, կանաչապատող բանվոր, մի մասն էլ կոմպենսացիայի շրջանում կարող են երկար ժամանակ աշխատել իրենց մասնագիտությամբ, եթե այն չի պահանջում ստեղծագործական մոտեցումներ, ինչը անհրաժեշտ է հաշվի առնել փորձաքննական որոշում ընդունելիս:

Սուբկոմպենսացիայի շրջանում աճում է էնոցիոնալ հարթվածությունը, աֆեկտի ռիզիկոությունը և կարծրացումը, ավելանում է շուտ հոգնածությունը և նեղացկոտությունը: Նման դեպքում անհրաժեշտ է սահմանել հաշմանդամության երրորդ խումբ: Դեկոմպենսացիայի շրջանում վերը նշված խանգարումները ավելի արտահայտված են, ինչը բերում է աշխատանքային գործունեությամբ զբաղվելու անկարողության և անհնարինության:

գ. Պսիխոպաթոնման դեֆեկտ՝ կայուն և մասշտաբային պսիխոպաթանման խանգարումների ներքո ի հայտ են գալիս անձի շիզոֆրենիկ փոփոխություններ՝ մտածողության և աֆեկտիվ խանգարումներ, որոնք ուղեկցվում են աուտիզմով և անձի ամբողջականության խախտմամբ: Փսիխոպաթանման վիճակների էթիոլոգիան տարբեր է՝ որոշ դեպքերում ախտաբանական վիճակը ի հայտ է բերում և դեկոմպենսացնում փսիխոպաթիկ գծերը, այլ դեպքերում՝ դա ախտաբանական պրոցեսի արդյունք է լինում: Կլինիկորեն արտահայտվում է բարձր գրգռողականությամբ, չարամտությամբ, կոնֆլիկտայնությամբ, գերարժեքային, հայցամոլական տենդենցների ձևավորումով: Աշխատանքը, որն ենթադրում է շփում մարդկանց լայն զանգվածների հետ, կապված վարորդական գործունեության հետ հակացուցված է: Կոմպենսացիայի շրջանում խորհուրդ է տրվում կոլեկտիվ աշխատանք, սուբկոմպենսացիայի և դեկոմպենսացիայի շրջաններում աշխատանքային գործունեությամբ զբաղվելու կարողությունը իջնում է, առաջանում է անկարողություն կամ անհնարինություն:

է. Դեֆեկտի պսևդոթանական տիպ՝ արտահայտվում է հիշողության իջեցումով, ուշադրության խանգարումներով, ուշադրությունը փոխարկելու դանդաղեցմամբ և դժվարեցմամբ: Հոգեկան գործունեությունը կորցնում է իր ճկունությունը, դառնում միապաղաղ: Արտահայտված դեպքերում կորչում է գիտելիք ձեռք բերելու ունակությունը, նաև հին մասնագիտական հմտությունների կիրառումը: Աշխատանքային երաշխավորագիր ձևակերպելիս անհրաժեշտ է հաշվի առնել նախկին մասնագիտական փորձը՝ հիվանդը կարող է հարմարվել տարրական, միօրինակ աշխատանքային գործունեության: Կոմպենսացիան իրականացվում է, հիվանդի սեփական դեֆեկտի գիտակցման ու ինքնաքննադատության հաշվին:

ը. Հազվադեպ հանդիպող և դեֆեկտային վիճակների կոմբինացված տիպեր՝ առանձնահատուկ է նրանով, որ պրակտիկայում դժվար է որոշել որևէ ախտանիշի գերակշռումը: Այդ տիպին վերաբերվում են հիպոխոնդրիկ, աուտիկ և դեֆեկտի այլ տարբերակներ: Հարկ է նշել, որ կոմբինացված դեֆեկտներով հիվանդների ախտորոշումը որոշակի դժվարություն է ներկայացնում: Ուղեկցող սիմպտոմների առկայությունը դժվարացնում է հիվանդության կոմպենսացիայի և կանխատեսման գնահատումը:

3) Դեֆեկտի կոմպենսացիայի փուլերը՝ բժշկասոցիալական փորձաքննության հարցերը որոշելիս դեֆեկտի տիպը պարզելուց բացի անհրաժեշտ է հաշվի առնել խանգարված ֆունկցիաների վերականգնման աստիճանը: Կոմպենսացիայի փուլը

որոշելու համար պետք է ելնել դեֆեկտի ընդհանուր կառուցվածքից, նրա կլինիկական արտահայտվածությունից, անձի անհատական որակներից և նրա սոցիալ-աշխատանքային կարգավորումից, հաշվի առնել նաև նախկին գիտելիքների, մասնագիտական հմտությունների պահպանվածությունը, աշխատանքային պայմանների և բնույթի ցուցվածությունը, քննդատական վերաբերմունքը հիվանդության հանդեպ, հիվանդի կոմպենսատոր հնարավորությունները և օրգանիզմի ընդհանուր պաշտպանողական հատկությունները:

ա. Հիվանդները, որպես կանոն, դեֆեկտի **կոմպենսացիայի փուլում**, ունենում են աշխատանքային գործունեությամբ զբաղվելու կարողության սահմանափակում կամ բացակայություն, կարող են աշխատել սովորական արտադրական պայմաններում, հազվակի դեպքերում՝ նոր մասնագիտություն ձեռք բերելու ժամանակահատվածում կարելի է որոշել հաշմանդամության երրորդ խումբ:

բ. **Սուբկոմպենսացիայի փուլում** կազմակերպված և նպատակաուղված աշխատանքային գործունեությունը հնարավոր է ոչ տևական ժամանակով, հետևաբար երաշխավորվում է աշխատանք թեթևացված պայմաններում: Մինչև կոմպենսացիայի շրջանի անցումը անձանց սահմանվում է հաշմանդամության երրորդ խումբ:

գ. **Դեկոմպենսացիայի փուլում** սովորական արտադրական պայմաններում որևէ աշխատանք կատարելը անհնարին է և նրանց սահմանվում է հաշմանդամության երկրորդ խումբ:

4) Ֆունկցիոնալ ախտորոշում՝ փորձը ցույց է տալիս, որ բժշկական փաստաթղթերում, ոչ միշտ է ճիշտ ձևակերպվում ֆունկցիոնալ ախտորոշումը: Դա դժվարացնում է բժշկասոցիալական փորձաքննությունը և հանգեցնում է սխալ որոշման: Նոզոլոգիական ախտորոշումը մնում է չճշգրտված, ձևակերպվում է ընդհանուր գծերով, առանց նշելու հիմնական համախտանիշը, (հոգեախտաբանական խանգարումները), ընթացքը, տիպը և հիվանդության զարգացման փուլը, ռեմիսիայի կամ դեֆեկտի տիպը և կոմպենսացիայի աստիճանը: Շիզոֆրենիայի ֆունկցիոնալ ախտորոշման հարցում անհրաժեշտ է հաշվի առնել՝

ա. Շիզոֆրենիկ պրոցեսի սկզբնական առանձնահատկությունները, վերջինների զարգացման հիմնական համախտանիշները՝ ընթացքը, տիպը, ախտաբանական վիճակի շրջանը, ռեմիսիայի կամ դեֆեկտի տիպը և կոմպենսացիայի աստիճանը:

բ. Անձի փոփոխությունները, կախված ախտաբանական ընթացքի տիպից: Ավելի բարենպաստ տիպով հիվանդների մոտ (անընդմեջ թորշոմած և պարբերական տիպերի ընթացքով) անձի փոփոխությունները բնորոշվում են ակտիվության իջեցումով, հետաքրքրությունների շրջանակի նեղացումով, ինքնամփոփությամբ: Հիվանդների մեծ մասը նման փոփոխությունների առկայությամբ կարող են աշխատել սովորական արտադրական պայմաններում:

Անընդմեջ ընթացքով շիզոֆրենիայով հիվանդների, միջին պրոգրիդիտենտ տարբերակով, նուպայածև տիպով, հիվանդության 2 տասնամյակում, նշվում է ավելի

արտահայտված ակտիվության իջեցում, ընդհանուր հոգեկան թուլություն և էներգետիկ ներուժի իջեցում, ինչը բերում է հաշմանդամության:

Անընդմեջ ընթացքով շիզոֆրենիայով հիվանդները, չարորակ տարբերակով և նուպայածև պրոգրեդիենտ տիպով, մոտեցող չարորակին, անձի փոփոխությունը բնորոշվում է ցանկացած ակտիվության կայուն, ստաբիլ իջեցմամբ, հետաքրքրությունների շրջանակի նեղացումով, սոցիալ-հոգեբանական կարգավիճակի կորստով: Առաջին իսկ տարիներից նման հիվանդները հաշմանդամ են, նրանց մոտ աշխատանքային գործունեությամբ զբաղվելու անկարողություն կամ անհնարինություն է առաջանում:

գ. Անձի պրեմորբիտ առանձնահատկությունները և նրա փոփոխությունները հիվանդության հետևանքով: Անհրաժեշտ է հաշվի առնել, ինչ է կատարվել հիվանդի հետ, նրա նպատակաուղվածության, աշխատանքային, մասնագիտական հմտությունների, աշխատանքի, աշխատանքային կոլեկտիվի, ընտանիքի նկատմամբ:

դ. Սոցիալ-աշխատանքային ադապտացիայի կոմպենսատոր հնարավորությունները:

5) Շիզոֆրենիայի կոմպենսացիան կարող է ընթանալ անձի մոտ բնութագրական փոփոխություններով՝ ի հաշիվ նրա պահպանված անձի բաղադրիչների (կոմպոնենտների), ախտաբանական սիմպտոմատիկայի առկայությամբ, ի հաշիվ դեֆեկտային ախտանիշների ակտիվ հակադրման, ի հաշիվ <<պատնեշի>>, որն ունի դիտուալի ձև: Ապատիկո-աբուլիկ խանգարումների ժամանակ կոմպենսացիան հնարավոր է, եթե հիվանդի մոտ պահպանված է պարտքի զգացումը և պատասխանությունը ի հաշիվ ճիշտ աշխատանքային ռեժիմի: Ասթենիկ վիճակները կոմպենսացվում են աշխատանքային պայմանների թեթևացման, աշխատանքի և հանգստի ռեժիմի ճիշտ զուգորդման դեպքում: Փսիխոպաթանման խանգարումների ժամանակ նպաստում է այն աշխատանքը, որը մարդկանց հետ լայն շփում չի պահանջում:

Անհրաժեշտ է նշել, երբ պահպանված է անձի առողջ դիրքորոշումը ռեմիսիայի ժամանակ, եղած խանգարումները կոմպենսացվում են: Դեֆեկտային վիճակների ժամանակ դիտվում են անձի ավելի արտահայտված փոփոխություններ (թուլություն, հոգեկան ֆունկցիաների անկայունություն), նման հիվանդները կարող են հարմարվել ավելի պարզ աշխատանքի տեսակներին, սակայն փորձը ցույց է տվել, որ եթե հաշմանդամի մոտ հայտնաբերվել են կոմպենսացիայի նշաններ, որը հանդիսանում է բարենպաստ նախադրյալ, հետագայում հիվանդագին ախտանիշների ակտիվ հաղթահարման համար, նման անձանց միշտ չէ, որ հաշմանդամ չճանաչելը ճիշտ է: Փորձաքննական որոշումն ընդունելու համար, բացի բժշկական փաստաթղթերից անհրաժեշտ են հետևյալ օբյեկտիվ տվյալները՝ հոգեկան վիճակի կլինիկական ուսումնասիրությունը, հաշվի առնելով համախտանիշի զարգացման դինամիկան, մանրակրկիտ սոմատիկ քննության տվյալներ՝ մասնավորապես ներուլտրահական վիճակի, ներառելով վեգետատիվ ներվային

համակարգը, որոշ դեպքերում (վնասվածքների, ուռուցքների դեպքում) գանգի ռենտգեն հետազոտություն, հոգեբանական քննություն (առանձին հոգեկան ֆունկցիաների ուսումնասիրություն) հարազատների, մայրերի խոսքից հիվանդության զարգացման ուսումնասիրությունը, անամնեզը, բժշկի օբյեկտիվ զննման տվյալները, աշխատանքային բնութագիրը, աշխատանքի պայմանները և բնույթը: Այսպիսով՝ ախտորոշման մեջ անհրաժեշտ է ներառել հիվանդության ընթացքի տիպը և զարգացման շրջանը (նայիր աղյուսակը):

Շիզոֆրենիայի ֆունկցիոնալ ախտորոշման աղյուսակ՝

Ընթացքի տիպը	Ընթացքի տարբերակները	Կլինիկական արտահայտումը	Հիվանդության զարգացման փուլերը	Ռեմիսիաներ	Դեֆեկտի տեսակը /համախտանիշ/	Դեֆեկտի կոմպենսացիայի աստիճանը/բոլոր տեսակի ընթացքի տիպերի և տարբերակների դեպքում/
1	2	3	4	5	6	7
F 20. x 0 - Անընդմեջ ընթացող շիզոֆրենիա	Թորշոմած ընթացքով	Ներոզանման Հիպոխոնդրիկ Փսիխոպատոնման Աֆեկտիվ Պա	Լատենտ փուլ Ակտիվ փուլ Կայունացման փուլ	1-ին տարբերակ՝ Համախտանիշների մարման շրջանում ռեմիսիայի կայունացում	Ասթենիկ Կամային ճիգերի /ջանքերի/ լարվածություն և նպատակասլաց	Կոմպենսացիա

	<p>Չա փավոր պրոգրիդենտություն ունեցող շիզոֆրենիա</p> <p>Չար որակ ընթացքով</p> <p>Շիզոնաֆեկտիվ շիզոֆրենիա /շուքանման/</p>	<p>րանոյակ կամ ջնջված պարանոիդ խանգարումներով</p> <p>Չառ անցանքային/պարանոիդ/</p> <p>Ցնորազառանցանքային /հայուցինատորպարանոիդ/ տարբերակ</p>	<p>ցիալ հնի</p> <p>Մա նիֆեստային</p> <p>Վեր ջնային վիճակներ</p>	<p>2-րդ տարբերակ F20. x 5</p> <p>Առողջացման հետ սահմանակվող լրիվ ռեմիսիաներ</p> <p>3-րդ տարբերակ F 20. x 4</p> <p>Ոչ լրիվ</p>	<p>տիվության խանգարում</p> <p>Ապատիկոպիկ</p> <p>Պարանոիդ մոնոտոնակտիվության, ռիզիդաֆեկտով</p> <p>Փսիխոպաթանման կոմբինացված(զուգակցված)</p>	<p>Սուրկոնպենսացիա</p> <p>Դեկոմպենսացիա</p>
--	--	---	---	---	--	---

<p>F 20. x 1- Էպիզոդիկ աճող դեֆեկտո վ</p>	<p>Նո պայաձև- հարաճուն ընթացքով</p>	<p>Պա տանեկան շիզոֆրենի ա</p>	<p>հնի ցիալ</p>	<p>ոեմիսիաներ, պրոդուկ տիվ (ակտիվ) սիմպտո մատիկայի առկայու թյամբ</p>		
<p>F 20. x 2- Էպիզոդիկ կայուն դեֆեկտո վ</p>	<p>Չար որակ նոպայաձև -հարաճուն ընթացքով</p>	<p>Աֆե կտիվ- պարանոի դ տիպի նոպաներ</p>	<p>Սուր մանիֆեստ ային նոպա</p>	<p>4-րդ տարբերակ ոեմիսի ա դեֆեկտ ի առկայությամբ ա) ոչ խիստ արտահայտվա ծ անձի փոփոխություն բ)արտա հայտված անձի իջեցումով</p>		
<p>F 20. x 3- Էպիզոդիկ ընդմիջվո ղ</p>	<p>Նո պայաձև ընթացքով</p>	<p>Աֆե կտիվ-</p>	<p>Կրկ նվող շիզոաֆեկ տիվ նոպաներո վ</p>			

		հայյուցին ատոր տիպի նոպաներ				
		Կա տատոնիկ նոպաներ				
		Գի տակցությ ան խանգարու մներ				

6) Ախտորոշումների ձևակերպման օրինակներ՝

ա. Շիզոֆրենիա, ներոզանման թորշոմած ընթացքով, համախտանիշների մարման շրջան, ռեմիսիայի կայունացման փուլ, կոմպենսացված ասթենիկ դեֆեկտով:

բ. Շիզոֆրենիա, նոպայածև-հարաճուն ընթացքով, աֆեկտիվ-պարանոիդ տիպի շիզոաֆեկտիվ կրկնվող նոպաներով, էպիզոդիկ աճող դեֆեկտով, ոչ լրիվ ռեմիսիա:

գ. Շիզոֆրենիա, էպիզոդիկ ընդմիջվող ընթացքով, հազվակի կրկնվող կատատոնիկ նոպաներով, առողջացման հետ սահմանակվող լրիվ ռեմիսիա:

7) Բժշկասոցիալական փորձաքննական որոշումների չափանիշները՝

ա. Անընդմեջ ընթացող շիզոֆրենիայի ժամանակ, ժամանակավոր անաշխատունակության թերթիկի ժամկետների երկարացումը ցուցված է թորշոմած ընթացքով շիզոֆրենիայի դեպքում, որն արտահայտվում է (ներոզանման, գերարժեքային, պարանոյա) համախտանիշով, որը վկայում է ուղեղի գործունեության ոչ խորը խանգարումների մասին, և բնորոշվում է շիզոֆրենիկ փոփոխությունների դանդաղ, աստիճանական զարգացմամբ և անձի մակարդակի իջեցմամբ: Հիվանդները պահպանում են սովորելու ունակությունը (դպրոց, ուսումնարան, ԲՈՒՀ), ավարտելուն պես աշխատում են ստացած մասնագիտությամբ:

բ. Հաշմանդամություն սահմանելու փաստը բերում է սոցիալական դեգրադացիայի և հետագայում ավելի ծանր հաշմանդամության խմբորոշման: Ելնելով

դրանից, թորշոմած ընթացքով հիվանդին ցուցված է ժամանակավոր անաշխատունակության թերթիկի ժամկետների երկարացում ոչ միայն սկզբնական, այլ նաև հիվանդության հետագա ընթացքում: Միայն հաճախակի սրացումների ժամանակ սահմանվում է հաշմանդամության խումբ:

գ. Շիզոֆրենիայի չափավոր պրոգրիտենտ (պարանոիդ) տիպի ժամանակ, անաշխատունակության թերթիկի ժամկետների երկարացումը երբեմն հնարավոր է միայն սկզբնական (պարանոյա) հիվանդության շրջանում, հաշվի առնելով ցնորքի բնույթը և ուղղվածությունը: Պարփակված ցնորքային մտքերով (խանդի, հայտնագործելու) հիվանդները կարող են աշխատել սովորական արտադրական պայմաններում, առանց մասնագիտական որակավորման իջեցման: Հետագայում պարանոիդ շիզոֆրենիայով հիվանդների մոտ ի հայտ են գալիս անձի խորը փոփոխություններ, և մեծամասամբ նրանք ճանաչվում են առաջին կամ երկրորդ խմբի հաշմանդամներ:

դ. Շիզոֆրենիայի չարորակ ընթացքով հիվանդները դառնում են հաշմանդամ հիվանդության առաջին տարիներին և ճանաչվում են առաջին կամ երկրորդ խմբի հաշմանդամներ:

ե. Նուպայածև, անընդմեջ շիզոֆրենիայի ժամանակ հաշմանդամության սահմանումը կախված է հիվանդության ընթացքի տեմպից: Բարենպաստ ընթացքի ժամանակ ներոզա-փսիխոպաթանման ախտանիշների ֆոնի վրա առաջ են գալիս աֆեկտիվ-ցնորական, զառանցական նուպաներ:

զ. Ժամանակավոր անաշխատունակության թերթիկի ժամկետների երկարացման հիմնավորումը հիմնվում է ոչ միայն առաջին, այլև կրկնվող նուպաներից հետո, քանի որ նրանք երկար ժամանակ պահպանում են աշխատանքային գործունեությամբ զբաղվելու կարողությունը սովորական արտադրական պայմաններում, առանց որակավորման իջեցման և միայն բազմակի նուպաներից հետո՝ 2-3 տասնամյակում կարիք կարող է առաջանալ սահմանելու հաշմանդամության խումբ՝ կապված հաճախակի նուպաների և անձի արտահայտված իջեցման հետ:

է. Միջին ընթացքի ժամանակ ժամանակավոր անաշխատունակության թերթիկի ժամկետները կարող է երկարացվել միայն առաջին նուպաներից հետո, քանի որ այդ անձանց հիվանդության բնույթը անընդմեջ է, արտահայտվում է առավելապես պարանոյալ խանգարումներով, կտրտված, կայուն ցնորական մտքերով, մոնոթեմատիկ բովանդակության (վերաբերման, խանդի, հայտնագործության) և այլն: Տարիներ անց ցնորքի թեմատիկան ընդլայնվում և աճում է անձի փոփոխությունները (ինքնամփոփություն, անվստահություն, էմոցիոնալ մակարդակի իջեցում), ինչն էլ բերում է հաշմանդամության երկրորդ խմբի ճանաչման անհրաժեշտության:

ը. Չարորակին մոտիկ ընթացքի ժամանակ, հայտնվում են արտահայտված նեգատիվ խանգարումներ, հոգեկան արդյունավետության իջեցման, անգործունեության, հետաքրքրությունների կորստի հետ միասին:

թ. Պարբերական շիզոֆրենիայի ժամանակ հիվանդների մեծ մասին, առաջին նոպաներից հետո, ցուցված է ավելի քան 3 ամիս ժամանակավոր անաշխատունակության թերթիկի երկարացում, բուժման նպատակով:

ժ. Հաշմանդամության խմբորոշումը հիմնվում է հաճախակի նոպաների (3-5 տարվա ընթացքում) և որակավորման առկայությունով: Բարենպաստ կողմնորոշման ժամանակ հաշմանդամությունը տրվում է նոր մասնագիտություն ձեռք բերելու կամ վերավորակավորվելու նպատակով:

ՄՏԱՎՈՐ ՀԵՏԱՄՆԱՑՈՒԹՅՈՒՆ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅԱՆ ԲԺՇԿԱՍՈՑԻԱԼԱԿԱՆ ՓՈՐՁԱՔՆՆՈՒԹՅԱՆ ՀԻՄՈՒՆՔՆԵՐԸ

<<Մտավոր հետամնացություն>> հասկացությունը իր մեջ ներառում է ախտաբանական վիճակների մի մեծ խումբ: Այն բնորոշվում է ինտելեկտի և ընդհանրապես հոգեկան ոլորտի անբավարարությամբ, որը առաջացել է դիզոնտոգենեզի, այսինքն զարգացման խանգարման հետևանքով: Այդ հասկացությանը տարբեր հոգեբուժական դպրոցներ տվել են տարբեր անվանումներ, ներդնելով դրանց մեջ որոշակի իմաստ: <<Օլիգոֆրենիա>> տերմինը առաջարկվել է 1915 թ. Կրեպելինի կողմից որպես <<ընդհանուր հոգեկան զարգացման հապաղում>>: Նա ի նկատի է ունեցել հոգեկանի /փսիխիկայի/ և օրգանիզմի միասնությունը և ընդգծել է, որ <<օլիգոֆրենիան>>, դա <<տարբեր հիվանդագին վիճակների և տարբեր էության խայտաբղետ խառնուրդ է>>: Տարիների հետ <<օլիգոֆրենիա>> հասկացության սահմանները ընդլայնվել են: Արտասահմանյան տարբեր երկրներում, հատկապես ԱՄՆ-ում և Անգլիայում այդ տերմինը համընդհանուր ընդունված չէ: Ավելի օգտագործվող են՝ <<հոգեկան հապաղում>>, <<հոգեկան անբավարարություն>>, <<հոգեկան սուբնորմալություն>>, <<հոգեկան դեֆեկտ>> և այլն, կամ ընդհանրապես փոխարինված է <<հետամնացություն>> բառով: Ծանրության աստիճանի որոշման հարցում հոգեբուժական այդ դպրոցը կողմնորոշվում է IQ ցուցանիշով, ընդունելով այն որպես ախտորոշիչ չափանիշ, որը որոշվում է **փսիխոմետրիկ տեստերով**: Մինչ այժմ <<Մտավոր հետամնացություն>> հասկացության վերաբերյալ նշված և այլ տարածայնությունները վերացված չեն: Վերջին ՀՄԴ N10 վերանայման մեջ համեմատած նախկին՝ 9-րդ վերանայման հետ մտցված է որոշ հստակեցում մտավոր հետամնացության աստիճանների վերաբերյալ: Եթե նախկինում մտավոր հետամնացության աստիճանները նշված էին ընդամենը երկու ծածկագրով /շիֆրով/, ապա նոր դասակարգման մեջ այդ ծածկագրերը արդեն չորսն են:

1) Թեթև մտավոր հետամնացությունը (դեբիլություն) մնացել է նույնը (F70): Նախկին չափավոր մտավոր հետամնացությունը, որը ներառում էր նախկինում բոլոր

մնացած աստիճանները՝ իմբեցիություն և իդիոտիա /ապուշություն/ ավելի մանրամասնվել է:

2) Առանձնացվել են չափավոր մտավոր հետամնացությունը (F71), որը համապատասխանում է ոչ խիստ արտահայտված իմբեցիությանը,

3) Ծանր մտավոր հետամնացությունը (F72), որը ընդգրկում է խիստ արտահայտված իմբեցիությունը,

4) Խորը մտավոր հետամնացությունը (F73), որը հավասարեցված է ապուշությանը:

10-րդ դասակարգման ներածության մեջ ընդգծված է այն փաստը, որ այս դասակարգումը նախատեսված է առաջին հերթին ստատիստիկ նպատակների համար և չպետք է փոխարինի կոնցեպտուալ դասակարգումներին, որոնց նշանակությունը գիտական և պրակտիկ հոգեբուժության համար մնում է էական: Այս տեսանկյունից բժշկասոցիալական փորձաքննության համար միայն ՀՄԴ 10-ով գրված ախտորոշումները որոշակի մանրամասում /դետալիզացիա/ և աֆեկտիվ ոլորտին վերաբերվող ճշտումներ են պահանջում, տարբերելով տորպիդ տիպ (ապատիկ, հիպոդինամիկ) և էրետիկ տիպ (շարժուն, անհանգիստ, դյուրաբորբոք): Ըստ էթիոլոգիայի հոգեկան թերզարգացման դասակարգումը ներկայումս ընդունված է մանկական հոգեբույժ Սուխարևայի դասակարգման տեսքով՝

1) Ժառանգական և բնածին ախտաբանական վիճակներ՝

ա. քրոմոսոմային արբերացիաներ՝ Դաունի հիվանդություն, Կլայնֆելտերի համախտանիշ, Շերեշևսկու-Թերների համախտանիշ, տրիսոմիա ըստ X քրոմոսոմի և այլն,

բ. նյութափոխանակության խանգարումներ՝ սպիտային, ածխաջրային, ֆրոկտոզուրիանային, գալակտոզուրիանային, ֆենիլալիրոխաղողաթթվի նյութախանգարման և այլն:

2) Էմբրիո և ֆետոպաթիաներ՝ ռեզուս-ֆակտորի, ինտոքսիկացիաների, ինֆեկցիաների, դիաբետի, թիրեոտոքսիկոզի և հղիության ժամանակ այլ մայրական հիվանդությունների ազդեցությունը պտղի վրա:

3) Պտղի և մինչև 3 տարեկան երեխաների գլխուղեղի օրգանական ախտահարման հետևանքով առաջացած մտավոր հետամնացություն՝ գանգուղեղային տրավմա, ինֆեկցիաներ, ինտոքսիկացիաներ և այլն:

1. Բժշկասոցիալական փորձաքննության համար պրակտիկ նշանակություն ունի մտավոր հետամնացության դասակարգումն ըստ արտահայտվածության կամ խորության աստիճանի: Այն բաժանվում է թեթև, չափավոր, ծանր և խորը աստիճանների, որոնք փորձաքննական առումով ևս բաժանվում են ենթախմբերի և ունեն իրենց բնորոշումները:

Բացի մտավոր հետամնացության բուն աստիճանի որոշումից բժշկասոցիալական փորձաքննության ընթացքում անհրաժեշտ է հաշվի առնել նաև ադապտացիոն հնարավորությունները, խառնվածքի և բնավորության տիպը, անձնական շարժառիթների

համակարգը, ինքնակառավարումը, սոմատիկ վիճակն ինքնասպասարկման ապահովման ունակության, ինքնուրույն տեղաշարժվելու, աշխատանքային գործունեությամբ զբաղվելու կարողության շրջանակներում: Այս իմաստով տարբերակում են <<վարքի և ադապտացիայի խանգարման>> երեք տիպեր՝ հիմնական տիպ, փսիխոպաթոնման տիպ, բարդ տիպ, որոնք խորացնում են կենսագործունեության սահմանափակման աստիճանը:

1) <<վարքի և ադապտացիայի խանգարման>> **հիմնական տիպ**՝ հաճախ հանդիպում է թեթև և չափավոր մտավոր հետամնացության ժամանակ: Այն ըստ խառնվածքի ուժեղ, հավասարակշռված և դյուրաշարժ տիպ է: Այդ անձիք էմոցիոնալ ադեկվատ են, էմոցիոնալ հակազդեցությունները կարճատև են, շուտ հանգչող: Նրանք կողմնորոշված են սոցիալապես, հակված են միասնական գործունեության, հեշտ ներշնչվող են ու ենթարկվող: Աշխատանքային գործունեությունը կրում է մոնոտոն, ոչ ստեղծագործական բնույթ: Միաժամանակ կարիք ունեն հսկողության, ինչպես նաև հստակեցված աշխատանքային գործունեության ըստ ծավալի և բնույթի: Գործունեության մղումային վարքն այս մտավոր հետամնացների մոտ պարզունակ է, հասարակ, համապատասխանում է ցածր ստանդարտներին և բավականին դժվարաշարժ է:

2) <<վարքի և ադապտացիայի խանգարման>> **փսիխոպաթոնման տիպ**՝ այստեղ հիմնական խնդիրը կայանում է վարքի կառավարման հարցում: Փսիխոպաթոնման վարք ցուցաբերող մտավոր հետամնացները հակված են հակասոցիալական վարքագծի, ակոհոլիզացիայի, թմրանյութերի օգտագործման: Այս դեպքերում կենսագործունեության սահմանափակման աստիճանը գնահատելիս հաշվի է առնվում ոչ միայն ինտելեկտի անբավարարությունը, այլ նաև փսիխոպաթոնման վարքի արտահայտման աստիճանը, էքսպլոզիվ հակազդեցությունների հաճախականությունը, հակվածությունը ագրեսիաների և աուտոագրեսիաների: Նման վարքային խանգարումը կարող է արտահայտվել էքսպլոզիվ, փսիխասպենիկ և ապաթո-տորպիդ համախտանիշներով:

3) <<վարքի և ադապտացիայի խանգարման>> **բարդ տիպ**՝ որը զուգակցվում է կոպիտ սոմատո-ներոլոգիական խանգարումներով՝ նոպաներ, պարալիչներ, տեսողության, լսողության տարբեր աստիճանների խանգարումներ, բնածին արատներ, ներքին հիվանդություններ և այլն: Այս ամենը խորացնում են կենսագործունեության սահմանափակման աստիճանը:

2. **Մտավոր հետամնացության կլինիկական ախտանիշների** հիմնական առանձնահատկությունն այն է, որ կարող է լինել հոգեկան գործունեության մասնակի /պարցիա/, կամ դիֆուզ <<տոտալ>> թերզարգացում: Մտավոր հետամնացության համար հատկանշական է նաև այն, որ մեծամասամբ տուժում են առավել դիֆերենցված, օնտոգենետիկ առավել երիտասարդ հոգեկան ֆունկցիաները, այսինքն՝ մտածողությունը և խոսքը: Իսկ էվոյուցիոն ավելի հին, էլեմենտար հոգեկան ֆունկցիաները՝ ընկալումը, էմոցիաները, շարժողականությունը /մոտորիկան/, հիշողությունը և այլն, ինչպես նաև բնազդները, կարող են ավելի քիչ տուժել: Իր հերթին մտածողության և խոսքի

թերզարգացման մեջ գործում է նույն սկզբունքը՝ առավել տուժում է վերացական մտածողությունը, իսկ օնտոգենետիկ, ավելի հին, կոնկրետ առարկայական մտածողությունը այս կամ այն չափով լինում է զարգացած: Վերացական մտածողության բարձր ձևերն անգամ ամենաթեթև մտավոր հետամնացներին հասու չեն: Ընկալումը մտավոր հետամնացների մոտ կրում է մակերեսային բնույթ՝ ընկալվում են առարկաների կամ երևույթների միայն արտաքին նշանները: Թերի է հիշողության պահպանումն ու վերարտադրումը: Գերակշռում է մեխանիկական հիշողությունը, իսկ տրամաբանական և կապակցված /սոցիատիվ/ հիշողությունը զարգացած է վատ կամ ընդհանրապես չի զարգացած: Թերզարգացած է նաև կամաձին ուշադրությունը, բնորոշ են ուշադրության հյուծվածությունն ու ցրվածությունը: Խոսքի խանգարումը կարող է դրսևորվել խոսքի ընդհանուր թերզարգացման տարբեր մակարդակներով, խոսքի արտահայտչականության խանգարումներով: Շարժողունակության /մոտորիկայի/ խանգարումները բացահայտվում են արդեն թեթև աստիճանի մտավոր հետամնացության ժամանակ և հատկապես վերաբերվում են դիֆերենցված, ճշգրիտ շարժումներին: Հուզականային ոլորտում հույզերի նրբերանգները բացակայում են: Անբավարար է բնագրների և հակումների կամային, գիտակցված վերահսկողությունը: Վերջինս հաճախակի բերում է ներքին մղումային /իմպուլսիվ/ վարքագծի և մտավոր հետամնացը չի կարող կանխատեսել և լիովին գիտակցել իր գործողությունների հետևանքները և կրել պատասխանատվություն դրանց համար: Թվարկված հոգեկան ֆունկցիաների խանգարման խորության աստիճանը որոշում է մտավոր հետամնացության կլինիկական արտահայտվածության ձևերը՝

1) խորը մտավոր հետամնացություն՝ IQ 20-ից ցածր, <<մտավոր տարիքը>> մինչև 3 տարեկան /չափահասների դեպքում/: Այդ հիվանդները լիովին անօգնական են, կարիք ունեն մշտական խնամքի և հսկողության: Նրանք հիմնականում ունակ չեն ինքնուրույն տեղաշարժման, զգայության շեմքը բարձր է, բացակայում են այնպիսի հասկացություններ ինչպիսիք են <<տաք-սառը>>, <<ուտելիք-ոչ ուտելիք>>, ինչը վտանգավոր է մարմնական վնասվածքներ ստանալու առումով: Նրանք կարող են տարբերակել դրական և բացասական հույզերը, ընկալել որոշ առօրյա պարզունակ հասկացություններ: Խորը մտավոր հետամնացության ժամանակ <<վարքի և ադապտացիայի խանգարման>> տիպերից հաճախ նկատվում է խանգարման բարդ տիպը, սակայն բժշկասոցիալական փորձաքննության համար այն որոշիչ նշանակություն չունի, քանի որ խորը մտավոր հետամնացության ժամանակ հաշմանդամության խումբը որոշվում է <<մտավոր տարիքով>> և սահմանվում է հաշմանդամության առաջին խումբ:

2) Ծանր աստիճանի մտավոր հետամնացություն՝ IQ 20-34, <<մտավոր տարիքը>> 3-5 տարեկան, /չափահասների դեպքում/: Խիստ արտահայտվածության դեպքում <<վարքի և ադապտացիայի խանգարման>> առանձնացումը պարտադիր չէ, քանի որ կենսագործունեության սահմանափակման աստիճանի որոշման ժամանակ առաջնահերթ է խիստ ցածր ինտելեկտով պայմանավորված ինքնասպասարկման ապահովման ունակության, ինքնուրույն տեղաշարժման, սեփական վարքագծի հսկման,

հաղորդակցման, կողմնորոշման կարողությունների, սոցիալական շփումների սահմանափակումները, որոնք նույնպես հաշմանդամության առաջին խմբի որոշման հիմք են: Վերականգնողական միջոցառումների նպատակն է ինքնասպասարկման ապահովման հնարավոր ընդլայնումը և տնային պայմաններում աշխատանքի տարրական գործընթացներում ընդգրկելը:

3) Չափավոր արտահայտված մտավոր հետամնացություն՝ **IQ 35-49**, <<մտավոր տարիքը>> 5-7 տարեկան /չափահասների դեպքում/: Ըստ որոշ հեղինակների ձևավորվում են կոնկրետ զուգակցված տրամաբանական կապեր առանց ընդհանրացման: Ի շնորհիվ համեմատաբար լավ զարգացած մեխանիկական հիշողության և ոչ կամաժին ուշադրության նրանք կարող են յուրացնել կարդալու, գրելու և հաշվելու հիմնական ունակությունները, բայց ուսման արդյունքը սահմանափակ է, ինքնուրույն աշխատանքային գործունեության ընդունակ չեն: Ինքնուրույն ապրելու ունակ չեն, կարիք ունեն մշտական հոգաժության և խնամքի: Այս ամենը հանգեցնում է կենսագործունեության երրորդ աստիճանի սահմանափակումների և այդ անձանց սահմանվում է առաջին խմբի հաշմանդամություն:

4) Թեթև աստիճանի մտավոր հետամնացություն՝ **IQ 50-69**, <<մտավոր տարիքը>> 8-12 տարեկան: Ընդհանուր առմամբ թեթև մտավոր հետամնացության ժամանակ նկատվում է հոգեկան զարգացման զգալի, բարձր տեմպ, քան չափավոր մտավոր հետամնացության ժամանակ և զարգացման հապաղումն ավելի նկատելի է հիմնականում վաղ օնտոգենետիկ փուլերում, երբ ուշանում են քայլելու, խոսքի և մյուս հոգեկան ֆունկցիաները: Տարիքի հետ, հատկապես չափավոր և թեթև դեպքերում, մտավոր հետամնացությունը դառնում է քիչ նկատելի: Թեթև մտավոր հետամնացության ժամանակ հնարավոր է բավական լավ հարմարողականություն պրակտիկ կյանքում: Թեթև մտավոր հետամնացության ախտորոշման դեպքում արդեն մեծ նշանակություն է ձեռք բերում <<վարքի և ադապտացիայի խանգարման>> գնահատումը, որի առկայությունը զգալի դեր է կատարում կենսագործունեության սահմանափակումների, խմբորոշման և վերականգնողական անհատական ծրագրերի կազմման գործում: Այսպես օրինակ՝ թեթև մտավոր հետամնացություն, որը զուգորդված է <<վարքի և ադապտացիայի խանգարման>> հիմնական տիպի հետ, ունի մի շարք առանձնահատկություններ, որոնք թույլ են տալիս բավարար չափով հարմարվել կյանքի կոնկրետ պայմաններին և ընդգրկվել որոշ սոցիալական խմբերում: Վերականգնողական հնարավորությունները այս դեպքում կլինեն բավականին բարձր ի հաշիվ կրկնօրինակման ունակությունների: Մինչդեռ, <<փսիխոպաթոնման վարքի և ադապտացիայի խանգարումը>> կրերի կենսագործունեության ավելի ծանր աստիճանի սահմանափակման և նրանց կսահմանվի հաշմանդամության երկրորդ խումբ:

3. Թեթև մտավոր հետամնացության աստիճանները՝

1) **արտահայտված** աստիճանը բացահայտվում է արդեն նախադպրոցական տարիքում, սկսում են քայլել մոտ 3 տարեկանում, իսկ կապակցված /ֆրազային/ խոսքը

ձևավորվում է 4-5 տարեկանում: Բառապաշարը մնում է աղքատիկ, հաճախ խոսքը՝ խանգարված: Հասարակ, կենցաղային ունակությունները ձեռք են բերվում դժվարությամբ, զուգակցված տրամաբանական կապերը պարզունակ են և կոնկրետ, պատկերային մտածողությունը պրակտիկորեն բացակայում է, ուշադրությունն անկայուն է, հիշողության ծավալը փոքր է:

2) **միջին** աստիճանը նույնպես բացահայտվում է նախադպրոցական տարիքում՝ քայլել սկսում են 3 տարեկանում, կապակցված խոսքը ձևավորվում է 3-4 տարեկանում, խոսքը լինում է համեմատաբար վարժ և ճիշտ կառուցված: Նրանք բավականին լավ են կողմնորոշվում հասարակ կենցաղային իրավիճակներում, եթե այդ իրավիճակները մնում են անփոփոխ: <<Փսիխոպաթոնման վարքի և ադապտացիայի խանգարման>> դեպքում կարևոր է նրանց էքսպլոզիվ կամ ասթենիկ վիճակների ժամանակին կանխումը և նրանց հնարավորին հարմարեցումը սոցիալ-աշխատանքային ոլորտում:

3) **թեթև** աստիճանն արտահայտվում է ինքնասպասարկման ունակությունների ձեռք բերման միայն ժամկետների ուշացումով: Վաղ մանկական տարիքում, բացի զարգացման ժամկետներից, նրանք գրեթե ոչնչով չեն տարբերվում հասակակիցներից: Նրանց բառապաշարը բավարար է, սակայն գերակշռում են դրոշմված, կրկնվող խոսքերը: Դատողությունները մակերեսային են, վերացական մտածողությունը զարգացած է թույլ, բայց հնարավոր է ակնառու- պատկերային մտածողություն: Կարող են սովորել հանրակրթական դպրոցում մինչև 4-6 դասարանները, ձեռք բերել բարձր որակավորում չպահանջող մասնագիտություններ: Կենցաղում լավ հարմարեցված են, կարող են ապրել ինքնուրույն:

4. **Կենսագործունեության սահմանափակումները**, հատկապես հիմնական տիպի <<վարքի և ադապտացիայի խանգարման>> դեպքում աննշան են, իսկ փսիխոպաթոնման խանգարման ժամանակ սահմանափակումները պայմանավորված են լինում հիմնականում վերջինիս արտահայտվածության աստիճանով, այլ ոչ ինտելեկտի թերզարգացումով:

Թեթև մտավոր հետամնացության ժամանակ <<վարքի և ադապտացիայի խանգարման>> պարագայում սոցիալական պաշտպանության կարիք հիմնականում չկա:

Եվ հոգեբուժության, և մանկավարժական ասպարեզներում վերականգնողական անհատական ծրագրերը պետք է կրեն դինամիկ բնույթ և լինեն դիֆերենցված ըստ մտավոր հետամնացություն ունեցող անձի տարիքի: Նրանք տարբեր կլինեն մանկական, դեռահաս և մեծահասակ տարիքներում: Այսպիսով, մինչև 8 տարեկան առաջնահերթ են մնում բժշկական-կենսաբանական միջոցառումները՝ պաթոգենետիկ բուժումները, իսկ սոցիալական ասպարեզում՝ ինքնասպասարկման ապահովման ունակությունների առավելագույն զարգացումը: Դեռահաս տարիքում առաջին պլան են մղվում սոցիալ-մանկավարժական հարցերը, իսկ հետագայում՝ մասնագիտական կողմնորոշման և աշխատանքի տեղավորման հարցերը: Այս բոլորի նպատակն է մտավոր հետամնացի կայուն, առանց դեկոմպենսացիաների և իրավախախտումների կյանքի ապահովումն ընտանիքում, հասարակության մեջ և աշխատանքում:

5. Բժշկասոցիալական փորձաքննության առանձնահատկությունները՝

1) Հաշվի առնելով բոլոր վերոնշյալ հանգամանքները, բժշկասոցիալական փորձաքննությունը մտավոր հետամնացության ժամանակ պահանջում է դիֆերենցված մոտեցում ախտորոշման նկատմամբ: Հաճախ պահանջվում է լրացուցիչ տեղեկություններ սոցիալական հետազոտման ճանապարհով: Թեթև մտավոր հետամնացության դեպքում առաջանում է անհրաժեշտություն ճշտել մտավոր հետամնացության աստիճանը, ինչպես նաև հիմնվելով բժշկական հիմնարկի կողմից տրված տվյալների՝ ամբուլատոր եզրակացության և/կամ ստացիոնար էպիկրիզի, սեփական ուսումնասիրության և սոցիալական հետազոտման վրա, ճշտել <<վարքի և ադապտացիայի խանգարման>> տեսակը:

2) Նման մոտեցման պարագայում լիարժեք բժշկասոցիալական ախտորոշումները պետք է ընդգրկեն համապարփակ մոտեցում, <<վարքի և ադապտացիայի խանգարման>> տիպը(հիմնական, փսիխոպաթոնման, բարդ, իսկ փսիխոպաթոնման խանգարման դեպքում նշվում է արտահայտվածության աստիճանը, բարդի դեպքում՝ սոմատիկ ախտահարման տեսակը):

ԹՈՒԼԱՄՏՈՒԹՅՈՒՆ ՈՒՆԵՑՈՂ ԱՆՁԱՆՑ ԲԺՇԿԱՍՈՑԻԱԼԱԿԱՆ ՓՈՐՁԱՔՆՆՈՒԹՅՈՒՆԸ

Թուլամտությունը բնութագրվում է, որպես ինտելեկտուալ և ճանաչողական ունակությունների բոլոր տեսակների՝ (հիշողության, մտածողության, ընկալման, կողմնորոշման, խոսքի, դատողության, տրամաբանական եզրահանգումներ կատարելու) կոպիտ խանգարման համախտանիշ: Թուլամտության զարգացմանը կարող են բերել գլխուղեղի տարբեր հիվանդությունները և վնասվածքները:

Թուլամտությունը՝ բանականության (ինտելեկտի) և ճանաչողական կարողությունների՝ (հիշողության, ուշադրության, մտածողության, կողմնորոշման, խոսքի, դատողության՝ տրամաբանական եզրահանգումներ կատարելու) կոպիտ խանգարմանը պայմանավորված (առանց գիտակցության խանգարման) համախտանիշ է: Բնորոշ է մտավոր նորմալ մակարդակ ունեցող անձի մոտ նախկինում ձեռք բերված գիտելիքների և գործնական ունակությունների աստիճանաբար նվազումը և անհետացումը, որի պատճառ կարող են հանդիսանալ գլխուղեղի տարբեր ծագման հիվանդությունները և վնասվածքները:

Կարևոր է առանձնացնել

1. թուլամտություն՝ պայմանավորված գլխուղեղի դեգեներատիվ հիվանդություններով (օր՝Ալցիեյմերի հիվանդություն, պարկինսոնիզմ, Հետինգտոնի խորեա, ատրոֆիաներ)

2. թուլամտություն, որը զարգանում է գլխուղեղի օրգանական ախտահարման ֆոնի վրա՝ (անոթային, վնասվածքային ծագման, էպիլեպսիա, նեյրոինֆեկցիա, քրոնիկական ինտոքսիկացիա նյութափոխանակության խանգարումներ):

Թուլամտությունը հոգեկան հիվանդություններից հաշմանդամության առաջացման հիմնական պատճառներից մեկն է և ընտանիքի անդամների, շրջապատի վրա թողնում է հոգեբանական, ֆիզիկական, տնտեսական և սոցիալական խորը ազդեցություն:

Հիվանդության կանխատեսման համար մեծ նշանակություն ունի ընթացքը՝

1. պրոգրեսիվող ընթացող (դեգեներատիվ, անոթային հիվանդությունների դեպքում)

2. լրիվ կամ մասնակի վերականգնվող ընթացքով՝ համապատասխան բուժման ֆոնի վրա (ուռուցքային, անոթային հիվանդություններ, նորմոտենզիվ հիդրոցեֆալիա, խրոնիկ սուրդուրալ հեմատոմա, գլխուղեղի տոքսիկ ախտահարում)

3. ոչ պրոգրեսիվող ընթացքով՝ տարած հիվանդության հետևանքով (էնցեֆալիտ):

Ըստ կլինիկական առանձնահատկությունների՝ պայմանավորված ախտահարված օջախի տեղակայման, տարբերում ենք՝

կեղևային, ենթակեղևային, կեղև-ենթակեղևային և բազմաօջախային թուլամտություն:

- Կեղևային թուլամտությանը բնորոշ է հիշողության վաղ խանգարումը, գլխուղեղի ֆունկցիաների օջախային խանգարումների ֆոնի վրա (աֆազիա, ապրաքսիա, ակալկոլիա, ազնոզիա և այլն): Շարժողական խանգարումները սովորաբար նվազ են արտահայտվում: Կեղևային թուլամտության ցայտուն դրսևորումները բնորոշ են Ալցհեյմերի հիվանդությանը:

- Ենթակեղևային թուլամտությանը բնորոշ են մտածողության տեմպի դանդաղում, կարծրացում, պերսեվերացիա (կրկնում են նույն գործողությունները, արտահայտությունները), դժվար են անցնում գործունեության մի տեսակից մյուսին: Հիշողության խանգարումները կարող են զգալի չլինել, չի նկատվում նաև խոսքի խանգարում, բայց միևնույն ժամանակ տիպիկ են՝ ակինեզիան, տրեմորը, խորեիկ հիպերկինեզները: Սոցիալական ոլորտի խանգարումները ավելի քիչ են արտահայտված քան կեղևային թուլամտության ժամանակ:

Ենթակեղևային թուլամտությունը դիտվում է Պարկինսոնի հիվանդության, երբեմն կրկնակի գանգ-ուղեղային վնասվածքների, հիդրոցեֆալիայի ժամանակ:

- Կեղև-ենթակեղևային և բազմաօջախային թուլամտությունը հաճախ դիտվում է անոթային հիվանդությունների ժամանակ: Բնորոշ են գլխուղեղի օջախային ախտահարման ախտանիշները, որոնք հաստատված են ԿՏ, ՄՌՏ հետազոտություններով: Կարող է ընթանալ ենթասուր կամ քրոնիկական ընթացքով, ոչ հաճախ կայունացման և հետաճի շրջաններով, բայց սովորաբար պրոգրեսիվող ընթացքով:

Ըստ զարգացման փուլերի տարբերում ենք.

- սկզբնական շրջան
- թուլամտության շրջան
- հյուժման (մարազմի) շրջան

Կարևոր կլինիկական և փորձաքննական նշանակություն ունի թուլամտության աստիճանը՝

1. թեթև արտահայտված թուլամտություն՝ իր կլինիկական արտահայտությամբ մոտ է հոգեօրգանական համախտանիշին՝ բնորոշվելով հիշողության, ուշադրության, քննադատության ծավալի նեղացումով, մինևույն ժամանակ կողմնորոշման, ընդհանրացման, վերացարկման ունակությունների պահպանմամբ: Դրա հետ միասին խանգարվում են անհատական և սոցիալական վարքագիծը, առաջանում է նպատակասլաց գործողությունների անկարողություն: Հիվանդը կողմնակի օգնության կարիք չի զգում, կարող է իրեն սպասարկել, չնայած տուժած են միջանձնային հարաբերությունները, մասնագիտական գործունեությունը պահպանված է կամ էլ կարող են մասամբ կորցնել մասնագիտական ունակությունը:

2. միջին ծանրության թուլամտությունը հանգեցնում է ինքնասպասարկման ունակության 2-րդ աստիճանի սահմանափակման (անհրաժեշտ է այլ անձանց օգնություն), որը կապված է սեփական վարքը հսկելու կարողության սահմանափակման, իր անվտանգության անբավարար գիտակցման, կողմնորոշման և շփման ունակությունների խանգարման հետ:

3. Ծանր աստիճանի թուլամտության ժամանակ հիվանդը ունակ չէ ինքնասպասարկման, ամբողջովին կախված է այլ անձանցից, կարիք ունի խնամքի օգնության և հսկողության:

Հաշմանդամության սահմանման չափանիշներն են՝

1. հաշմանդամության 1-ին խումբ սահմանվում է ծանր աստիճանի թուլամտության դեպքում
2. հաշմանդամության 2-րդ խումբ սահմանվում է միջին ծանրության թուլամտության դեպքում
3. հաշմանդամության 3-րդ խումբ սահմանվում է թեթև աստիճանի թուլամտության դեպքում:

X. ԱԿՆԱԲԱՆԱԿԱՆ ՀԻՎԱՆԴՆԵՐԻ ԲԺՇԿԱՍՈՑԻԱԼԱԿԱՆ

ՓՈՐՁԱՔՆՆՈՒԹՅՈՒՆ

Տեսողական օրգանի ախտահարումով անձանց բժշկասոցիալական փորձաքննությունը և վերականգնումը իրականացվում է Հայաստանի Հանրապետության կառավարության 2006թ-ի հունիսի 13-ի «Բժշկասոցիալական փորձաքննության չափորոշիչները հաստատելու մասին» թիվ 780 որոշման համաձայն: Ակնաբանական

հիվանդների բժշկասոցիալական փորձաքննությունը և վերականգնումը ունի որոշակի առանձնահատկություններ:

Տեսողությունը բարդ հոգեֆիզիոլոգիական երևույթ է, որի լիարժեքությունը խիստ անհրաժեշտ է մարդու նորմալ կենսագործունեության համար, քանզի արտաքին աշխարհի վերաբերյալ տեղեկության 90%-ը մարդը ստանում է տեսողական զգայարանի միջոցով: Կենսագործունեության սահմանափակմանը հանգեցնող տեսողական խանգարումները պայմանավորված են բազմազան ախտահարումներով, որոնք հիվանդությունների, զարգացման արատների, ակնագնդի և նրա հավելումների վնասվածքների, ինչպես նաև տեսողական զգայարանի կենտրոնական հատվածի ախտահարման հետևանք են: Տեսողական խանգարումների պատճառով առաջացած կենսագործունեության սահմանափակումների գնահատման ժամանակ հիմնարար նշանակություն ունեն ճիշտ կլինիկո-ֆունկցիոնալ ախտորոշումը, կլինիկական կանխատեսման որոշումը, տեսողական արատին հարմարվողականության աստիճանի գնահատումը, ինչպես նաև տեսողական ֆունկցիայի խանգարման լրիվ կամ մասնակի փոխարինման համար կարևոր այլ զգայարանների վիճակի գնահատումը:

1. Ակնաբանական հիվանդներին փորձաքննելիս կլինիկո-ֆունկցիոնալ ախտորոշումը և կանխատեսումը որոշվում է հաշվի առնելով հետևյալ գործոնները՝

- 1) Ժառանգական բարդացվածությունը ակնաբանական հիվանդություններով.
- 2) Հիվանդության անամնեզը, ընթացքը.
- 3) Տեսողական խանգարումների վաղեմությունը.
- 4) Տեսողական օրգանի ախտահարման ձևը.
- 5) Տեսողական օրգանի կառուցվածքային փոփոխությունների մանրամասն բնութագիրը.
- 6) Տեսողական ֆունկցիայի վիճակը և դինամիկան.
- 7) Տեսողական օրգանի էլեկտրոֆիզիոլոգիական բնութագիրը.
- 8) Տեսողական աշխատատունակության վերաբերյալ տվյալները.
- 9) Օրգանիզմի այլ օրգան-հանակարգերի ուղեկցող ախտահարումների առկայությունը.
- 10) Տեսողության շտկման, վերականգնողական բուժման հնարավորության արդյունավետության գնահատման արդյունքները:

2. Սոցիալական գործոններից անհրաժեշտ է հաշվի առնել տարիքը, ընտանեկան դրությունը, կրթությունը, մասնագիտությունը, աշխատանքային ստաժը, հոգեբանական առանձնահատկությունները և սոցիալական օգնության տարբեր տեսակների անհրաժեշտությունը: Նման համապարփակ վերլուծության հիման վրա եզրակացություն է տրվում կենսագործունեության սահմանափակման աստիճանի և հաշմանդամության առկայության վերաբերյալ:

3. Տեսողության խանգարումները անբարենպաստ են ազդում կենսագործունեության գրեթե բոլոր տեսակների վրա, սակայն այդ ազդեցության աստիճանը տարբեր կարող է լինել:

1) Անձի ինքնասպասարկման ապահովման ունակության, կողմնորոշման, շփման կարողությունները կախված են առավելապես տեսողական հիմնական ֆունկցիաների վիճակից՝ սրությունից և տեսադաշտից: Տեսողական ֆունկցիաները որոշվում է միակնանի (մոնոկուլյար) և երկակնանի (բինոկուլյար) հետազոտման ընթացքում, սակայն բժշկասոցիալական փորձաքննության ժամանակ ֆունկցիոնալ խանգարման ծանրությունը գնահատվում է լավ տեսնող աչքի ֆունկցիայի վիճակով տանելի (օպտիմալ) շտկման պայմաններում:

2) Ավելի բարդ է տեսողական զգայարանի հնարավորությունների գնահատումը աշխատանքային գործունեության առանձնահատուկ խնդիրների և ուսումնառության նկատմամբ: Բացի կենսագործունեության բոլոր տեսակների համար առաջնային հանդիսացող տեսողական հիմնական ֆունկցիաների (տեսողության սրություն և տեսադաշտ) ստուգումից, անհրաժեշտ է գնահատել տեսողական զգայարանի այլ ֆունկցիաների վիճակը ևս, որոնք հատուկ նշանակություն ունեն տեսողական ուղղվածության գործունեության որոշ տեսակների համար, ինչպես նաև շփման ու մասնագիտական ուսուցման համար: Այդ ֆունկցիաներն են՝ լուսազգացողությունը, գունազգացողությունը, երկակնանի տեսողությունը, տեսողության սրությունը մոտ տարածությունից, հարմարումը (ակոմոդացիա), տեսողական դյուրիողնելիությունը, տեսողական արդյունավետությունը և այլ օֆթալմոէրգոնոմիական (ակնաաշխատունակաչափական) բնութագրերը: Երբեմն ամետրոպիաների, կենտրոնական նյարդային համակարգի հիվանդությունների, աչքի մկանների ֆունկցիայի խանգարումների, տեսա-նյարդային ապարատի ախտահարման ժամանակ, նույնիսկ տեսողության սրության և տեսադաշտի համեմատաբար բարվոք ցուցանիշների պարագայում ախտաբանական տեսողական դյուրիողնելիությունը խոչնդոտում է տեսողական բնույթի որոշ տեսակների աշխատանքների կատարումը, մասնավորապես համակարգիչների օգտագործումը: Այդ աշխատանքների կատարումը դժվարություններ է ստեղծում նաև միակնանի, նիստազմով անձանց մոտ:

4. Մեծ նշանակություն ունեն նաև աչքի հիդրո և հեմոդինամիկայի վիճակի մասին տեղեկությունները, հատկապես ծանր ֆիզիկական և հոգեհուզական ծանրաբեռնվածության հետ կապված աշխատանքային գործունեության կատարման կարողության գնահատման դեպքում: Հաճախ անկախ տեսողական ֆունկցիայի վիճակից, ախտահարման բնույթը, աչքի տարբեր հատվածների կառուցվածքային փոփոխությունները պայմանավորում են աշխատանքի առանձին տեսակների գործունեության սահմանափակումները: Օրինակ՝ ցանցենու վիրահատված շերտազատման, խորիոռետինալ դիստրոֆիաների, բարձր աստիճանի կարճատեսության, գլաուկոմայի ժամանակ հակացուցված է ծանր ֆիզիկական աշխատանքը, տեսողական նյարդի, եղջրենու, ոսպնյակի ախտահարումների ժամանակ՝ աշխատանքը թունավոր նյութերի հետ, լրծաթադանթի, եղջրենու հիվանդությունների ժամանակ՝ աշխատանքը փոշոտ պայմաններում, երկակնակի տեսողության բացակայության դեպքում՝ բարձրության հետ կապված աշխատանքները և այլն: Աչքի ուռուցքաբանական

հիվանդությունների ժամանակ, որոշ վիրաբուժական միջամտություններից հետո (կեռատոպլաստիկա, ծավալուն ռեկոնստրուկտիվ վիրահատություններ), անկախ տեսողական ֆունկցիայի խանգարման աստիճանից ելնելով հատուկ խնայողական ռեժիմի պահպանման, մասնագիտական աշխատանքի ծավալի կրճատման կամ աշխատանքային հատուկ պայմանների ստեղծման անհրաժեշտությունից որոշակի ժամկետով սահմանափակվում է աշխատանքային գործունեությամբ զբաղվելու կարողությունը: Այսպիսով, փորձաքննվող անձի ուսումնառության և աշխատանքային գործունեությամբ զբաղվելու կարողությունների սահմանափակման աստիճանի գնահատումը հիմնվում է անձի աշխատանքի բնույթի և պայմանների, այդ թվում աշխատանքային գործունեության սանիտարա-հիգիենիկ և հոգեֆիզիոլոգիական գործոնների, կատարվող աշխատանքի կամ ուսումնական ընթացքի բովանդակությանը և ծավալին ներկայացվող պահանջների և նրա կլինիկո-ֆունկցիոնալ վիճակի բոլոր ցուցանիշների համապատասխանության հիման վրա:

5. Տեսողական զգայարանի վիճակի մասին կարևոր տեղեկություն է ստացվում էլեկտրոֆիզիոլոգիական հետազոտման (այսուհետև՝ ԷՖՀ) օգնությամբ: Այդ հետազոտության տվյալները առանձնահատուկ նշանակություն ունեն տեսողական նյարդի և ցանցենու հիվանդությունների դեպքում, երբ վիզուալ հետազոտմանը չի հաջողվում փոփոխություններ հայտնաբերել և միայն ԷՖՀ-ն է թույլ տալիս որոշել ախտաբանական վիճակի առկայությունը և տեղակայումը: Նույնքան անհրաժեշտ է ԷՖՀ-ն բեկող միջավայրերի պղտորման դեպքում, եթե ակնահատակի զննումը անհանարին է: ԷՖՀ-ի տվյալները օգնում են օբյեկտիվացնել փորձաքննվող անձի ստուգման ընթացքում ստացված ցուցանիշները:

6. Ֆունկցիաների խանգարման աստիճանը՝ համաձայն տեսողական խանգարումների միջազգային դասակարգման / 10-րդ ժնկյան վերանայման / տեսողական ֆունկցիայի խանգարման աստիճաններն են՝

- 1) Աննշան՝ 1-ին - թույլ տեսողություն ցածր աստիճանի,
- 2) Չափավոր՝ 2-րդ - թույլ տեսողություն միջին աստիճանի,
- 3) Արտահայտված՝ 3-րդ - թույլ տեսողություն բարձր աստիճանի,
- 4) Խիստ արտահայտված՝ 4-րդ - գործնական կամ բացարձակ կուրություն,

Աղյուսակ

Ֆունկցիաներ	Ֆունկցիաների խանգարման աստիճանը			
	Աննշան	Չափավոր	Արտահայտված	Խիստ արտահայտված

Տեսողության սրությունը լավ տեսնող աչքում օպտիմալ կրելի շտկումով	0,2-ից ավել	0,1-ից մինչև 0,2 լավ տեսնող աչքում	0,04-ից մինչև 0,09 լավ տեսնող աչքում	0-ից մինչև 0,03
Տեսադաշտը (ծայրամասային սահմանը ֆիքսման կետից)		40°-ից նեղ, բայց 20°-ից լայն Հեմիանոպսիա	Հավասար է կամ նեղ 20°-ից, բայց լայն է 10°-ից	Հավասար է կամ նեղ 10°-ից (խողովակային տեսողություն)
Սկոտոմաներ կենտրոնական տեսադաշտում			Բազմակի ոչ միացած, հարկենտրոնական բացարձակ սկոտոմաներ	Կենտրոնական սկոտոմա 15° և ավելի
ԷՖՀ 1.Տեսանյարդի էլեկտրական լյաբիլության 2.ՑԶԿ (ցուլքերի ծուլման կրիտիկական հաճախականություն) Հց	Մի նչև 45 Մի նչև 45	Մինչև 30 Մինչև 30	Մինչև 20 Մինչև 20	20-ից պակաս

Տեսողական ֆունկցիաների խանգարմամբ պայմանավորված կենսագործունեության տեսակների սահմանափակման աստիճանները ընդհանրացված ձևով ներկայացվում է աղյուսյակի տեսքով՝

Կենսագործու	Հիմնական տեսողության ֆունկցիայի խանգարման
-------------	---

նեության տեսակ	աստիճան			
	I - աննշան	II- չափավոր	III- արտահայտված	IV-խիստ արտահայտված
	Կենսագործունեության սահմանափակման աստիճան			
Ինքնասպաս արկման ապահովման ունակություն	չկա	չկա	1	3
Ինքնուրույն տեղաշարժելու կարողություն	չկա	չկա	1 կամ 2	3
Ուսումնառու թյան կարողություն	չկա	1	1 կամ 2	2
Աշխատանքա յին գործունեությամբ զբաղվելու կարողություն	չկա	1	2	2 կամ 3
Կողմնորոշվել ու կարողություն	չկա	1	1 կամ 2	2
Հաղորդակցվ ելու կարողություն	չկա	չկա	1	2

7. Կախված տեսողական օրգանի ֆունկցիոնալ խանգարումների ծանրությունից և կենսագործունեության սահմանափակման աստիճանից, հաշվի առնելով սոցիալական պաշտպանության անհրաժեշտությունը՝ անձը ճանաչվում է հաշմանդամ:

1) Տեսողական խանգարումներ ունեցող անձանց մոտ հաշմանդամության առաջին խումբ սահմանվում է զույգ աչքի գործնական կամ բացարձակ կուրության դեպքում:

2) Հաշմանդամության 2-րդ խումբը սահմանվում է լավ տեսնող, միակ կամ զույգ աչքի տեսողական ֆունկցիայի արտահայտված խանգարման դեպքում:

4) Հաշմանդամության 3-րդ խումբը սահմանվում է լավ տեսնող, միակ կամ զույգ աչքի տեսողական ֆունկցիայի չափավոր խանգարման դեպքում: Հաշմանդամության 3-րդ խումբ անժամկետ և «հաշմանդամ երեխա» կարգավիճակ մինչև 18 տարեկան սահմանվում է նաև մեկ ակնագնդի կամ մեկ աչքի տեսողության անվերադարձ բացակայության դեպքում՝ համաձայն ՀՀ կառավարության 13.06.2003թ. N 780-Ն որոշման դրույթներին համապատասխան:

XI. ՊԱՐԲԵՐԱԿԱՆ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆ ՈՒՆԵՑՈՂ ՀԻՎԱՆԴՆԵՐԻ ԲԺՇԿԱՍՈՑԻԱԼԱԿԱՆ ՓՈՐՁԱՔՆՆՈՒԹՅՈՒՆ

Պարբերական հիվանդությունը համարվում է հին հիվանդություն, սակայն մինչ այժմ մնում է ոչ լրիվ բացահայտված: Հիվանդության էթիոլոգիայի, պաթոգենեզի, պաթոմորֆոլոգիայի հետ կապված կան չլուծված խնդիրներ, անգամ հիվանդության ներկայիս անվանումը և դրա տակ հասկացվող համախտանիշային համակարգը շատ գիտական բանավեճերի նյութ է հանդիսացել: Պարբերական հիվանդություն անվանումն առաջին անգամ օգտագործել է ֆիլադելֆիացի կլինիցիստ Հ.Ռեյմանը 1948թ, այս անվան տակ միավորելով 5-18 համախտանիշներ, որոնց ընդհանրականությունը միայն պարբերաբար կրկնվելն էր: Դրանից հետո այս անվան տակ բազմաթիվ հեղինակներ նկարագրեցին պարբերաբար կրկնվող այլ ախտաբանական վիճակներ, և առաջարկվեցին տարբեր անվանումներ՝ պարբերական տենդ, կրկնվող շճաբորբեր, պարբերական որովայնացավ, հայկական, երևանյան կամ հրեական հիվանդություն և այլն: Նշված բոլոր անվանումները հիմնավորված չէին և չէին արտացոլում պարբերական հիվանդության կազմաբանական էությունը: Վերջապես ներկայիս պարբերական հիվանդության անվան տակ հասկացվում է՝ շճաթաղանթների պարբերաբար կրկնվող, կարճատև, տարածուն մակերեսային բորբոքումներ, որոնք ուղեկցվում են ցավերով և ջերմության բարձրացումով:

1. Պարբերական հիվանդության էթիոլոգիան

Լիովին պարզաբանված չէ, կան հիվանդության ախտածագման մի քանի տեսակետներ:

- 1) Ինֆեկցիոն.
- 2) Էնդոկրին.
- 3) Դիէնցեֆալ.
- 4) Ժառանգական.
- 5) Իմունաբանական.

Նշված տեսությունները առանձին-առանձին համոզիչ և լիարժեք բացատրություններ չեն տալիս հիվանդության ախտածագման հարցերին: Վերջին տասնամյակներում ուշադրության է արժանացել ժառանգական իմունաբանական տեսակետը, քանի որ այս տեսակետը հիմք է տալիս հիմնավորելու պարբերական հիվանդության հիմնական ախտանիշների առաջացումը՝ շճաբորբեր, ջերմության բարձրացում, ցավ, այտուցներ հոդերի շրջանում, որոնք կարճատև են, սկսվում և ավարտվում են անսպասելի և կրկնվում են պարբերաբար: Այս հիվանդությունը բարդանում է ամիլոիդոզով, երբեմն կոլագենոզով: Այդ ախտանշանները բնորոշ են աուտոալերգիկ ծագում ունեցող հիվանդություններին:

1) Ժառանգական իմունոպաթիայի տեսության համաձայն հիվանդության առաջացումը պայմանավորված է ժառանգաբար փոխանցվող արատավոր-մուտանտ

գենով: 1997 թվականին հայտնաբերվել է, որ մուտանտ գենը տեղակայված է 16-րդ քրոմոսոմում: Առաքելովի կողմից կատարված կլինիկոգենետիկական հետազոտությունները հաստատում են, որ պարբերական հիվանդության առաջացումը պայմանավորված է քրոմոսոմների տարբեր լոկուսներում գտնվող երկու աուտոսոմ գեների ազդեցությամբ: Դոմինանտ A գենի առկայությունը պայմանավորում է ինունաբանական խանգարումները, իսկ ռեցեսիվ N գենի առկայությունը հոմոզիգոտային վիճակում պայմանավորում է կլինիկական երևույթների առաջացումը: Գենոտիպ N-ի դրսևորման համար անհրաժեշտ է դոմինանտ A-ի առկայությունը:

2) Երբ օրգանիզմում տեղի է ունենում բջջի թեկուզ մեկ գենի մուտացիա այն դառնում է օտար, վնասազերծվում է T և B համակարգի լիմֆոցիտների կողմից: Պարբերական հիվանդության ժամանակ գենետիկորեն պայմանավորված իմունոդեֆիցիտային վիճակ է առաջանում, որը պայմանավորվում է հատկապես T լիմֆոցիտային համակարգի դեպրեսիայով: Դրա հետևանքով T լիմֆոցիտները (T ciller) չեն ճանաչում և չեն վնասազերծում օտար- մուտանտ գենին: T լիմֆոցիտների (օգնականների) ընկճումը բերում է B լիմֆոցիտների ճնշմանը և ինունապաշտպան հակամարմինների՝ ինունոգլոբուլին A-ի սինթեզմանը, բարձրացնում է ինունոգլոբուլին G ի քանակը, որով պայմանավորվում է օրգանիզմի ալերգիզացիան: Այսպիսով, մուտանտ գենը փոխանցվում է աուտոսոմ-ռեցեսիվ տիպով և արտահայտվում է միայն հոմոզիգոտ վիճակում: Այդպիսի ընտանիքներում ծնվող հիվանդ երեխաների թիվը հաճախակի է (սեռը նշանակություն չունի): Հիվանդության հավանակությունը մեծանում է արյունակցական ամուսնությունների ժամանակ:

2. Ախտաբանական անատոմիա

Հիվանդության կլինիկական պատկերի կազմաբանական հիմքը շճային թաղանթների մակերեսային սուր տարածուն բորբոքումն է: Նոպայի ժամանակ լապարատոմիայի արդյունքում հայտնաբերվում է որովայնամզի տարածուն բորբոքային երևույթներ՝ արյունալեցում, մազանոթների լայնացում, միջընդերքի ավշային հանգույցների մեծացում, շճաֆիբրինային հեղուկի կուտակում, արյունազեղումներ: Նման պատկեր կարող է լինել նաև թոքամզում:

Կլինիկան՝ հիվանդության կլինիկական պատկերը կախված է ախտահարված շճային թաղանթների տեղակայումից, ըստ որի տարբերում են՝ որովայնային, կրծքային և խառը ձևեր: Ամենահաճախ հանդիպում են որովայնային, ապա խառը ձևերը:

3. Պարբերական հիվանդության նոպաներ

Ունեն սպեցիֆիկ կլինիկական պատկեր, դա միանգամից և միաժամանակյա ծագող, կարճաժամկետ, մակերեսային, տարածուն շճաբորբերն են՝ պերիտոնիտ, պլևրիտ, հազվակի պերիկարդիտ, որոնք ուղեկցվում են բարձր ջերմությամբ, տևում են 2-3 օր: Նոպայից հետո հիվանդները պրակտիկ առողջ են: Այս հիմնական համախտանիշներին զուգահեռ կարող են դիտվել արթրոպաթիաներ: Երբեմն նոպաները

սկսվում են որոշ նախանշաններից հետո, որն արտահայտվում է տրամադրության, աշխատունակության անկումով, վախի զգացումով և այլն:

1) Որովայնային ձև՝ ամենահաճախ հանդիպող ձևն է: Նոպաներն սկսվում են որոշ նախանշաններից հետո կամ առանց դրանց: Որովայնային նոպան սկսվում է դողով և սարսուռով, թեթև ցավերով: Ցավերը կարող են սկսվել որովայնի ստորին հատվածից, աջ կամ ձախ կողատակից, պորտի շրջանից: Նոպաներն ընթանում են երեք փուլով.

ա. 1-ին փուլ՝ հիմնական ախտանիշը՝ ցավը սկսվում է աստիճանաբար և տևում է 2-5 ժամ:

բ. 2-րդ փուլ՝ ցավը ուժեղանում և տալիս է սուր որովայնի պատկեր (սուր պերիտոնիտ, ստամոքսի կամ աղիների թափաճակում և այլն), տևում է 4-24 ժամ:

գ. 3-րդ փուլ՝ ցավը դադարում է, որովայնը փափուկ է, խորը շոշափումն անցավ, հիվանդը պրակտիկ առողջ է: Հիվանդության երկրորդ հիմնական ախտանիշը բարձր ջերմությունն է: Խիստ սակավ դեպքերում են առաջանում նոպաներ, որոնք չեն ուղեկցվում ջերմության բարձրացումով (աբորտիվ նոպաներ), սակայն դրանց միշտ հաջորդում են ջերմությամբ ուղեկցվող տիպիկ նոպաներ: Սովորաբար ջերմության բարձրացումը զուգակցվում է դողի, սարսուռի ապա նաև ցավերի հետ: Առաջին փուլում ջերմությունն սկսում է բարձրանալ և շատ արագ՝ 2-5 ժամվա ընթացքում, հասնում է 39-42 ±, որը պահպանվում է 2-8 ժամ (երկրորդ փուլ) և արագ իջնում է նորմայի (երրորդ փուլ): Ջերմային ռեակցիայի ողջ տևողությունը 4-12 ժամ է, հազվադեպ՝ մինչև 24 ժամ: Ջերմության բարձրացումը կապված է հիմնականում շճաթաղանթների բորբոքման և ջերմկանոնավորող կենտրոնների գրգռման հետ:

2) **Կրծքային ձև**՝ մեկուսացված հանդիպում է հազվադեպ: Այս ձևի ժամանակ նույնպես նոպաները կարող են սկսվել հանկարծակի կամ նախանշաններից հետո: Ցավը գերազանցապես տեղակայված է կրծքավանդակում (ճնշման, ծակոցների, այրոցի և այլ զգացումների ձևով): Առաջին փուլում ցավերը թույլ են, երկրորդ փուլում՝ դառնում են խիստ արտահայտված, անզամ թեթև ներշնչումը կարող է մեծ ցավ պատճառել հիվանդին: Ցավերը կարող են կրել ճառագայթող բնույթ դեպի ուսագոտի, միջթիակային շրջան: Այդ փուլը տևում է 4-12 ժամ, որից հետո սկսվում է երրորդ փուլը, լինում է առատ քրտնարտադրություն, ցավը մեղմանում է: Նոպան տևում է 2-3 օր, եզակի դեպքերում՝ 4-5 օր, որից հետո հիվանդը պրակտիկ առողջ է:

3) **Խառը ձև**, այս անվան տակ հասկացվում է այն ձևը, երբ որովայնային տիպիկ նոպաներին որոշ ժամանակ հետո (1-16 տարի) միանում է կրծքային ձևը կամ հակառակը՝ կրծքային ձևին միանում է որովայնայինը:

4) **Հոդային համախտանիշ**. պարբերական հիվանդության բոլոր ձևերի ժամանակ այն հաճախ է հանդիպում: Ունի բարորակ ընթացք, արտահայտվում է հոդացավերի կամ հոդաբորբերի ձևով: Ընդգրկվում են հիմնականում ծնկային և սրունք-թաթային հոդերը: Հոդացավը տևում է 2-3 ժամից մինչև 5-6 ամիս, բայց կարող է ընդմիջվել մինչև 6-25 տարի: Հոդային երևույթներն առաջանում են նոպաներից դուրս, չեն ուղեկցվում բարձր ջերմությամբ և առանձնապես չեն անհանգստացնում հիվանդներին:

5) **Երիկամային ախտահարում.** պարբերական հիվանդության ամենահաճախ հանդիպող կլինիկո-կազմաբանական դրսևորումներից է, որը կարող է բարդանալ ամիլոիդոզով: Երիկամային ամիլոիդոզը հաճախ ախտահարում է հիմնականում տղամարդկանց՝ դեռահասության և երիտասարդ տարիքում, այսինքն որքան վաղ է սկսել հիվանդությունը այնքան մեծ է ամիլոիդոզով բարդանալու հավանականությունը: Հիվանդության տևողության, նոպաների հաճախականության և ամիլոիդոզի առաջացման միջև հետևողական կապ չկա: Երիկամային ամիլոիդոզն անցնում է 4 փուլ.

ա. նախակլինական - ախտորոշվում է կենսազննման (բիոպսիա) միջոցով.

բ. սպիտամիզություն (2-6 գրամ և ավել).

գ. նեֆրոզային՝ դրսևորվում է այտուցների և թերսպիտարյունության (հիպոալբումինեմիա) երևույթներով.

դ. վերջնային՝ բնութագրվում է երիկամային անբավարարության զարգացումով:

Այս հիվանդության դեպքում առաջացած ամիլոիդոզային նեֆրոզը տարբերվում է այլ ծագման երկրորդային ամիլոիդոզներից ավելի չարորակ ընթացքով, քիչ արտահայտված այտուցներով, հիպոպրոտեինեմիայով և ավելի ուժեղ արտահայտված հիպերֆիբրինոգենեմիայով, հիպերգամագլոբուլինեմիայով:

6) **Մաշկային ախտահարումները.** պարբերական հիվանդության ժամանակ մաշկային ախտահարումները 5-42 դեպքերում են հանդիպում: Այն արտահայտվում է դեմքի վրա անոթանյարդային այտուցների ձևով, ստորին ծայրանդամների մաշկի վրա՝ էրիթեմային ցանի տեսքով: Տևում է 2-5 օր և անհետանում:

7) **Սիրտ-անոթային, նյարդային** համակարգի փոփոխություններն առաջանում են նոպաների ընթացքում և կրում են գործառնական բնույթ, կարող է դիտվել ցավեր սրտի շրջանում, երբեմն հևոց:

8) **Էնդոկրին համակարգ.** Ներզատիչ համակարգում հայտնաբերված փոփոխությունները մեծամասամբ կապված են սեռական գեղձերի և մակերիկամների թերգործունեության հետ: Երբ հիվանդությունն սկսվում է վաղ մանկական տարիքում, ապա հաճախ են նկատվում թերզարգացման նշաններ, իսկ երիտասարդ տարիքում դիտվում է սեռական թուլություն տղամարդկանց և չբերություն կանանց մոտ:

9) **Արյան հետազոտություններ.** Նորմայից շեղումները հիմնականում արտահայտվում են նոպաների ժամանակ՝ 80 դեպքերում առաջին օրվա ընթացքում: Հայտնաբերվում է բարձր լեյկոցիտոզ՝ 33200, միջինը 14000, էոզինոպենիա, չափավոր նեյտրոֆիլոզ: ԷՆՌ-ը նոպայի ժամանակ զգալի բարձր է մինչև 45մմ/ժամ: Նոպայից դուրս նշված փոփոխությունները վերադառնում են նորմայի:

10) **Նյութափոխանակության խանգարումներ.** առավելապես տուժում է սպիտակուցային փոխանակությունը: Առաջանում է հիպոալբումինեմիա և հիպերգամագլոբուլինեմիա: Բարձրանում է նաև սերոմոլոկոիդների, հապտոգլոբուլինների քանակը: Նոպաների ժամանակ հատկապես բարձրանում է C-ռեակտիվ սպիտի, սիալաթթվի և ԴՖԱ-ի (դեֆինիլամինի) քանակը: Բնորոշ է

հիստամինի քանակի և 2 լիպոպրոտեիդների քանակի բարձրացումը, 2 լիպոպրոտեիդների քանակի իջեցումը:

4. Ընթացքը և բարդությունները

Հիվանդությունն սկսվում է հիմնականում վաղ մանկական հասակում և կարող է տևել տասնամյակներ: Սկզբում նոպաները եզակի են տարին 1-2 անգամ, հետո տարեց-տարի նոպաների հաճախականությունն ավելանում է: Բնորոշ է նոպայի ցիկլային բնույթը, որը կարող է ընդմիջվել երկար ժամանակով մինչև 3-5 տարի, բայց սովորաբար նոպաները վերսկսվում են: Հիվանդության ընթացքը բարորակ է, եթե չի զարգանում երիկամների ամիլոիդոզ:

5. Ախտորոշումն և տարբերակումը

Պարբերական հիվանդության ախտորոշումն ընդհանրապես և մասնավորապես երեխաների մոտ ունի որոշակի դժվարություններ, հատկապես հիվանդության սկզբնական շրջանում և առաջացած բարդություններից հետո: ՊՀ-ն ախտորոշումը հնարավոր է միայն կլինիկայում:

Պարբերական հիվանդության ախտորոշման համար ընդունված են պարտադիր չափորոշիչներ՝ դրանք հետևյալն են.

- 1) Ռիթմիկ կրկնվող, կարճաժամկետ՝ 2-3 օր տևողությամբ տարածուն, մակերեսային շճաբորբեր:
- 2) Նոպաների ուղեկցումը արտահայտված ցավային ախտանիշով:
- 3) Նոպաների ուղեկցումը բարձր ջերմությամբ 38-42±:
- 4) Գենետիկական փորձ:

Նշված ախտանիշների որևէ մեկի բացակայությունը ժխտում է պարբերական հիվանդությունը: Հույժ կարևոր են նոպաների կլինիկական երևույթների լրիվ վերացումը միջնոպայական շրջանում և լաբորատոր տվյալների նորմալացումը:

5) Պարբերական հիվանդության ախտորոշիչ չափորոշիչներին պետք է ավելացնել լրացուցիչ չափորոշիչներ.

- ա.** Հիվանդության սկիզբը վաղ մանկական և դեռահասության տարիքում:
- բ.** Ժառանգական-ընտանեկան նախատրամադրվածությունը:
- գ.** Ազգային պատկանելությունը:
- դ.** Բարդացումը ամիլոիդային նեֆրոզով:
- ե.** Չճշտված արթրոպաթիաները:
- զ.** Նոպաների լրիվ դադարը հղիության ընթացքում և վերսկսումը ծննդաբերությունից, լակտացիայից հետո:
- ը.** Լաբորատոր հետազոտությունների փոփոխությունները նոպայի ժամանակ և նոպայից հետո:
- թ.** Անարդյունավետ վիրահատական միջամտությունները:
- ժ.** Կիրառված անտիբիոտիկային բուժման անարդյունավետությունը:

6) Պարբերական հիվանդության ախտորոշման համար խիստ կարևոր նշանակություն ունի յուրաքանչյուր ախտանիշի տևողության որոշումը, որը սովորաբար 2-3 օր է, նույնի փուլային զարգացումը՝ 1-ին՝ սկսվող, 2-րդ՝ բուռն արտահայտված, 3-րդ՝ մարման: Ամեն մի դեպքում, երբ նույն տևում է 2-3 օրից պակաս կամ ավել և տիպական ցավային կամ ջերմային ախտանիշներով չի ուղեկցվում, հարկավոր է կատարել մանրակրկիտ տարբերակում մի շարք հիվանդություններից: Այդ հիվանդությունների ցանկը կտրվի վերջում:

7) Կլինիկայում պետք է դիտարկվի առնվազն 2 տիպիկ նույն: Պետք է 2 ժամը մեկ անգամ չափել հիվանդի ջերմությունը՝ 4-5 անգամից ոչ պակաս, ուսումնասիրելով ջերմության տատանումները, շճաբորբերի տեղակայումը և արտահայտվածության աստիճանը, արյունաբանական, իմունոլոգիական, ժառանգական հետազոտությունների արդյունքները: Երեխաների մոտ պարբերական հիվանդության ախտորոշման համար հատուկ կարևորություն ունեն 3 գլխավոր չափորոշիչների առկայությունը: Լրացուցիչ չափորոշիչների արտահայտվածությունը այնքան էլ տիպական չէ, քանի որ այն կարող է դիտարկվել շատ հիվանդությունների և համախտանիշների դեպքում:

8) Պարբերական հիվանդության ելքը. սովորաբար բարենպաստ է, եթե չկան բարդություններ: Կասկածելի է, եթե սկսել է վաղ մանկության կան դեռահասության տարիքում: Անբարենպաստ է երիկամային ամիլոիդոզի առկայության դեպքում:

6. Բուժումը

Հիվանդության բուժման ամենաարդյունավետ միջոցը կոլխիցինն է: Կոլխիցինի ազդեցության մեխանիզմը մինչև վերջ պարզաբանված չէ: Ենթադրվում է, որ կոլխիցինի փոքր դոզաները ճնշում են բջիջների գենային մուտացիան, ընկճելով Ձ և Թ լիմֆոցիտների իմունոցիտների ինքնալերգիզացումը: Բարձրացնում է պաշտպանիչ Ձ և Թ լիմֆոցիտների ֆունկցիան, նրան դուրս բերելով դեպրեսիայից: Այդ 'իմաստուն' ազդեցությամբ է պայմանավորված կոլխիցինի օգտագործումը նաև չարորակ ուռուցքների և ամիլոիդոզի բուժման ժամանակ: Կոլխիցինի պահպանողական դոզաների զուգակցումը իմունոստիմուլյացնող թերապիայի հետ 1-2 տարում կարող է կարգավորել գենետիկորեն դետերմինացված իմունոլոգիական դեֆիցիտը՝ ապահովելով բուժական կայուն էֆեկտ:

7. Բժշկասոցիալական փորձաքննության առանձնահատկությունները

<<հաշմանդամ երեխա>> կարգավիճակ և հաշմանդամության խումբ սահմանելիս

1) Պարբերական հիվանդության չափորոշիչների համար հիմք են հանդիսանում հիվանդության տիպը (հոմոզիգոտ), ընթացքը, տևողությունը, վաղեմությունը, բարդությունները, կանխատեսումը, որոնք պետք է բերեն օրգանիզմի, օրգան համակարգերի ֆունկցիաների կայուն կամ տևական խանգարումների՝ սոցիալական անբավարարության և սոցիալական պաշտպանության անհրաժեշտության /13.06.2003 N 780-Ն << կառավարության որոշում/:

2) Պարբերական հիվանդությունը կոլիսիցինոթերապիայի ֆոնի վրա ընթանում է թեթև և հազվակի նոպաներով, կանխվում են բարդությունները: Այն պայմանավորված է T լիմֆոցիտների վրա կոլիսիցինի ազդեցությամբ: Վերջինս նրանց հանում է արգելակումից՝ վերականգնելով օրգանիզմի իմուն համակարգը:

3) Եթե պարբերական հիվանդությունը ընթանում է առանց բարդությունների, ապա անձը նոպայից դուրս չի ունենում կենսագործունեության սահմանափակման բերող ֆունկցիոնալ խանգարումներ, ուստի անձի մոտ չկա սոցիալական անբավարարություն և չկա սոցիալական պաշտպանության անհրաժեշտություն:

ա. Պարբերական հիվանդության ժամանակ <<հաշմանդամ երեխա>> կարգավիճակ սահմանվում է, երբ առկա է տվյալ հիվանդության ամենաբնորոշ բարդությունը՝ համակարգային ամիլոիդոզ, մշտական, կայուն, սպիտամիզություն 1.0-6.6գ/լ, խրոնիկ երիկամային անբավարարություն չափավոր/II/ աստիճանի և ավելի:

Առաջին խմբի հաշմանդամություն սահմանվում է՝

- Խրոնիկ երիկամային անբավարարություն տերմինալ փուլ, երբ դիալիզի ֆոնի վրա գրանցվում է ուռեմիայի և ազոտեմիայի խորացում և զարգանում են ուռեմիայի ծանր անդառնալի բարդություններ՝ սրտային անբավարարություն III աստիճանի կամ կենտրոնական նյարդային համակարգի ծանր ախտահարում:

- Քրոնիկ երիկամային անբավարարություն տերմինալ փուլ, երբ ցուցված չէ հեմոդիալիզ, կամ ուշացած հեմոդիալիզի ֆոնի վրա հարաճուն ազոտեմիայի երևույթներով առաջացել են անդառնալի փոփոխություններ՝ ծանր հեմոդինամիկ բարդություններ, սրտային անբավարարություն III աստիճանի, որոնք բերել են կենսագործունեության՝ ինքնասպասարկման ապահովման ունակության, ինքնուրույն տեղաշարժվելու, հաղորդակցվելու, կողմնորոշվելու կամ սեթական վարքը հսկելու կարողությունների երրորդ աստիճանի սահմանափակումների:

Շաշմանդամության երկրորդ խումբ սահմանվում է՝

- Խրոնիկ երիկամային անբավարարություն II աստիճանի դեպքում, եթե զարգանում է նեֆրոտիկ համախտանիշ, հիպոալբունիմիա, ծանր զարկերակային հիպերտենզիա ծանր բարդություններով (սրտային անբավարարություն II <բ> աստիճանի, ռիթմի նշանակալի խանգարում՝ նախասիրտ փորոքային պաշարում, շողացող առիթմիա):

- Խրոնիկ երիկամային անբավարարություն տերմինալ փուլի ժամանակ, երբ դիալիզի ֆոնի վրա ուռեմիայի և ազոտեմիայի խորացում չի գրանցվում, որոնք հանգեցնում են ինքնասպասարկման ապահովման ունակության, ինքնուրույն տեղաշարժման կարողության II աստիճանի և աշխատանքային գործունեությամբ զբաղվելու կարողության II-III աստիճանի կենսագործունեության սահմանափակումների:

Երրորդ խմբի հաշմանդամություն սահմանվում է երիկամների խրոնիկական հիվանդություն 4-րդ շրջան, խրոնիկ երիկամային անբավարարություն II աստիճանի դեպքում կծիկային ֆիլտրացիայի արագությունը մինչև 25 մլ/ր., կրեատինինի

պարունակությունը արյան շիճուկում 0.18-0.45 մմոլ/լցածր(180-352մկմոլ/լ), երբ բացակայում են հիմնական հիվանդության ծանր բարդությունները՝ (նեֆրոտիկ համախտանիշ, հիպոալբունիմիա, ծանր զարկերակային հիպերտենզիա իր բարդություններով), սրտային անբավարարություն II <<ա>>աստիճանի, որոնք բերել են ինքնասպասարկման ապահովման ունակության, և/կամ ինքնուրույն տեղաշարժվելու, և/կամ աշխատանքային գործունեությամբ զբաղվելու կարողությունների առաջին աստիճանի կենսագործունեության սահմանափակումների:

8. Պարբերական հիվանդությունն անհրաժեշտ է տարբերակել հետևյալ հիվանդություններից

- 1) Բոլոր կոլլագենոզները.
- 2) Ոչ սպեցիֆիկ խոցային կոլիտ, Կրոնի հիվանդություն.
- 3) Խրոնիկ գաստրիտ, գաստրոդուոդենիտ, պանկրեատիտ, խոլեցիստիտ.
- 4) Ոչ սպեցիֆիկ կրկնվող սերոզիտ.
- 5) Սպեցիֆիկ սերոզիտ, մեզադենիտ.
- 6) Շեյլեն-Հենոխի հիվանդություն.
- 7) Խրոնիկ ապենդիցիտ.
- 8) Կպումային հիվանդություններ.
- 9) Լեղաքարային, երիկամային հիվանդություններ.
- 10) Դեղորայքային և շիճուկային հիվանդություններ.
- 11) Լիմֆոգրանուլեմատոզ.
- 12) Լեյկոզներ.
- 13) Ֆեոխրոմոցիտոմա.
- 14) Մակերիկամի նեոպլազմա.
- 15) Խրոնիկ պնևմոնիա.
- 16) Ռեցեդիվող ակտիվ հեպատիտ.
- 17) Դժվար է տարբերակել դիէնցեֆալ համախտանիշից:

XII. ԶԱՐԿԵՐԱԿԱՅԻՆ ՀԻՊԵՐՏԵՆԶԻԱ ՈՒՆԵՑՈՂ ՀԻՎԱՆԴՆԵՐԻ ԲԺՇԿԱՍՈՑԻԱԼԱԿԱՆ ՓՈՐՁԱՔՆՆՈՒԹՅՈՒՆ

Զարկերակային հիպերտենզիան՝ դա զարկերակային ճնշման ստաբիլ բարձրացումն է՝ սիստոլիկ ճնշում՝ 140 և ավելի մմ.սնդիկի սյուն, դիաստոլիկ ճնշում՝ 90մմ.սնդիկի սյուն և ավելի:

1. Էպիդեմիոլոգիան

Տղամարդկանց մոտ ավելի հաճախ զարկերակային հիպերտենզիան հանդիպում է մինչև 60 տարեկանը, կանանց մոտ 60-ից հետո: Հետդաշտանադադարային շրջանում կանանց 50% տառապում է զարկերակային հիպերտենզիայով, որը բացատրվում է գլխուղեղի դիէնցեֆալ-հիպոթալամիկ շրջանի տարիքային փոփոխություններով (վերակառուցումներով): Բոլոր զարկերակային հիպերտենզիաների դեպքերի 90-92% վերագրվում է էսենցիալ /առաջնային/ հիպերտենզիային:

2. Էթիոլոգիան և պաթոգենեզը

Չարկերակային հիպերտենզիան առաջանում է մի շարք գործոնների փոխազդեցության հետևանքով՝ կերակրի աղի ավելցուկային օգտագործում, ալկոհոլի չարաշահում, հիպոդինամիա, ճարպային և ածխաջրատային փոխանակության խանգարում (ճարպակալում, շաքարային դիաբետ), ստրես, երկարատև արտահայտված նյարդահոգեկան լարվածություն (զարկերակային հիպերտենզիայի ներոգեն ծագումը հաստատվում է ուղեղի ցնցումից հետո՝ «կոնտուզիոն-կոմոցիոն» հիպերտենզիայի առաջացումը), անբարենպաստ ժառանգություն, որը պայմանավորված է տարբեր գեների մուտացիաներով: Ավելի հաճախ հանդիպում են անգիոտենզինոգեն գենի մուտացիան, երիկամային էպիթելի ամիլորիդ զգայուն նատրիումական խողովակների B-ենթամիավորների մուտացիաները, մուտացիաներ, որոնք բերում են ալդոստերոն սինթեթազա ֆերմենտի օջախային (էկոոպիկ) ընկճման, որը առաջացնում է ժառանգական ալդոստերոնիզմ առաջին տիպի, կամ ալդոստերոնիզմ, որը կոռեկցվում է գլյուկոկորտիկոիդներով, ռենինային գենի մուտացիաները: Չարկերակային հիպերտենզիայի պաթոգենեզի հիմքում ընկած է նաև նատրիում-լիթիում և նատրիում-ջրածնային հակատրանսպորտի անհավասարակշռությունը, էնդոթելիաների, կալիկրեին-կինինային, դոֆամինային և այլ մոնոամինային համակարգերը:

3. Չարկերակային հիպերտենզիայի դասակարգում

Ըստ տեսակների դասակարգում են՝

1) **Էսենցիալ(առաջնային) հիպերտենզիա**, երբ բացակայում է առաջնային պատճառը՝ հիվանդություն, որը բերում է արյան ճնշման բարձրացմանը:

2) **Երկրորդային, սիմպտոմատիկ զարկերակային հիպերտենզիա**՝ արյան ճնշման բարձրացման պատճառ հանդիսացող հիվանդության առկայության պայմաններում (երիկամային հիպերտենզիա, հիպերտենզիա պայմանավորված հեմոդինամիկ խանգարումներով, էնդոկրին հիվանդություններով պայմանավորված հիպերտենզիա, կենտրոնական նյարդային համակարգի ախտահարումով պայմանավորված հիպերտենզիա):

4. Երիկամային հիվանդություններ

Ժամանակ ռենինի սեկրեցիան բարձրանում է, որն էլ ազդում է անգիոտենզինոգենի վրա և առաջանում է անգիոտենզին-1, որը անգիոտենզին

վերափոխող ֆերմենտի ազդեցությամբ վերածվում է անգիոտենզին-2-ի, որի հետևանքով բարձրանում է զարկերակային ճնշումը, մյուս կողմից նեֆրոնի ախտահարման դեպքում երիկամում իջնում է ֆիզիոլոգիական դեպրեսոր նյութերի՝ պրոստոգլանդիններ A և E սեկրեցիան: Հատկապես ռենինի և պրոստոգլանդինների հարաբերությունը որոշիչ դեր է խաղում վազոռենալ հիպերտոնիաների չարորակ կամ բարորակ ընթացքի դեպքում:

5. Ֆեոքրոմոցիտոմա

Ադրենալին և նորադրենալին արտադրող ուռուցք, որը նպաստում է սիմպատոադրենալային համակարգի տոնուսի բարձրացմանը և արյան ճնշման բարձրացմանը:

6. Իցենգո-Կուշինգի հիվանդություն կամ համախտանիշ

Հիպոֆիզի ադրենոկորտիկոտրոպ հորմոնի հիպերպրոդուկցիայով պայմանավորված մակերիկամի կեղևի հիպերպլազիա կամ ակտիվ ուռուցքներ, որոնք ուղեկցվում են գլյուկոկորտիկոիդների սեկրեցիայի բարձրացումով, որը և պատճառ է հանդիսանում արյան ճնշման բարձրացման համար:

7. Թիրեոտոքսիկոզ

Թիրեոիդ հորմոնների (թիրոքսին, տրիյոդթիրոնին,) հավելյալ քանակների ազդեցությամբ տեղի է ունենում կատեխոլամինների նկատմամբ սիրտ-անոթային համակարգի զգայունության բարձրացում: Սա հանգեցնում է տախիկարդիայի, զարկերակային արյան ճնշման բարձրացմանը և սիրտ-անոթային համակարգի կողմից այլ փոփոխությունների:

8. Աորտայի կոարկտացիա

Աորտայի որոշակի հատվածի նեղացում, որի ժամանակ արյան ճնշման բարձրացումը կապված է իրանի վերին հատվածի անոթների գերլեցունությամբ և երիկամային արյան շրճանառության ընկճման հետ, որի հետևանքով բարձրանում է ռենինի սեկրեցիան և զարկերակային ճնշումը:

9. Դասակարգում ըստ արյան ճնշման մակարդակի

Կատեգորիա	զարկերակային ճնշում	
	սիստոլիկ	դիաստոլիկ
Օպտիմալ ճնշում	120-ից ցածր	80-ից ցածր
Նորմալ ճնշում	130-ից ցածր	85-ից ցածր
Բարձր-նորմալ ճնշում	130-139	85-89
հիպերտենզիա 1-ին	140-159	90-99

աստիճան (մեղմ)		
սահմանային	140-149	90-94
հիպերտենզիա		
հիպերտենզիա 2-րդ	160-179	100-109
աստիճան(չափավոր)		
հիպերտենզիա 3-րդ	180- ից բարձր	110-ից բարձր
աստիճան(ծանր)		
Իզոլացված սիստոլիկ	140- ից բարձր	90 – ից ցածր
Հիպերտենզիա		
Սահմանային	140-149	90- ից ցածր

10. Դասակարգում ըստ փուլերի, որը ունի լայն կիրառում:

1) **1-ին փուլ**՝ բացակայում են «թիրախ» օրգանների ախտահարման օբյեկտիվ ախտանիշներ (ֆունկցիոնալ խանգարումների փուլ):

2) **2-րդ փուլ**՝ առկա է «թիրախ»օրգանների առնվազն մեկ ախտահարման ախտանիշ՝ ձախ փորոքի գերաճ, միկրոալբումինուրիա, պրոտեինուրիա և (կամ) կրեատինեմիա (105,6-176 մկրոմոլ/լիտր), աորտայում կամ սրտի պսակաձև զարկերակներում աթերոսկլերոտիկ գոյացության ուլտրաձայնային կամ ռենտգենոլոգիական հատկանիշներ, ցանցենու զարկերակների գեներալիզացված կամ օջախային նեղացում՝ հիպերտոնիկ անգիոպաթիա (Սալյուս-Գունի ախտանիշի առկայությամբ):

3) **3-րդ փուլ**՝ առկա է «թիրախ»օրգանների ախտահարման կլինիկական դրսևորում.

ա. գլխուղեղ՝ իշեմիկ, հեմոռագիկ ինսուլտ, տրանզիտոր իշեմիկ գրոհներ, հիպերտոնիկ էնցեֆալոպաթիա II-րդ կամ III-րդ աստիճանի.

բ. սիրտ՝ միոկարդի ինֆարկտ ,կանգային սրտային անբավարարություն(ՍԱ ՖԴ -II, ՍԱ ՖԴ-III(NYHA) ՍԱ ՖԴ-IV(NYHA)) կամ կորոնար արյան շրջանառության անբավարարություն՝ ստենոկարդիա ՖԴ- II, ՖԴ-III կամ ՖԴ-IV.

գ. երիկամներ՝ կրեատինեմիա 176 մկմոլ/լ-ից բարձր, երիկամային անբավարարություն.

դ. անոթներ՝ աորտայի շերտազատվող անևրիզմա, պերիֆերիկ զարկերակների կլինիկորեն արտահայտված ախտահարում (ընդմիջվող կաղություն).

ե. աչքի ցանցենի՝ հեմոռագիաներ կամ էքսուդատներ, տեսողական նյարդի դիսկի այտուց (հիպերտոնիկ անգիոսկլերոզ՝ Սայյուս-Գունի 2-3 աստիճանի ախտանիշի առկայությամբ):

11. Դասակարգում ըստ զարգացման ընթացքի

Տարբերում են դանդաղ,արագ և չարորակ ընթացող հիպերտենզիա:

1) Չարորակ ընթացքը բնորոշվում է արյան ճնշման մշտական արտահայտված բարձրացումով (180/110–ից բարձր), կլինիկական պատկերի արագընթաց բացասական դինամիկայի ֆոնի վրա և հետևյալ ախտանիշներից որևէ մեկի առկայության դեպքում՝

ա. տեսողական նյարդի դիսկի այտուց, աչքի հատակում հեմոռագիաներ և էքսուդատներ.

բ. կենտրոնական նյարդային համակարգի գործունեության խանգարում, ինտելեկտի իջեցում.

գ. երիկամների ֆունկցիայի պրոգրեսիվոլ վատացում:

Չարորակ զարկերակային հիպերտենզիան կարող է լինել հետևանք էսենցիալ կամ ավելի հաճախ երկրորդային (սիմպտոմատիկ) զարկերակային հիպերտենզիայի:

12. Չարկերակային հիպերտենզիայի բարդությունները և դրանց նշանակությունը կենսագործունեության գնահատման համար

«Թիրախ» օրգանների ախտահարումները՝ ձախ փորոքի հիպերտրոֆիա, ՍԻՀ՝(ստենոկարդիա, միոկարդի ինֆարկտ), սրտային անբավարարություն, իշեմիկ և հեմոռագիկ ինսուլտներ, պրոտեինուրիա, որը հետևանք է երիկամների կծիկային ապարատի ախտահարման, երիկամային անբավարարություն, դիսցիրկուլյատոր էնցեֆալոպաթիա, որը բերում է դեմենցիայի, գլխուղեղի արյան շրջանառության խանգարման, ռետինոպաթիա, աորտայի անևրիզմա և դրա պատռվածք, ստորին ծայրանդամների խցանող աթերոսկլերոզ:

1) Չարկերակային հիպերտենզիայի բարդություններից են հիպերտենզիկ կրիզները, որոնք մեծ նշանակություն ունեն կենսագործունեության սահմանափակման գնահատման համար: Հիպերտենզիկ կրիզը արյան ճնշման սուր և զգալի բարձրացումն է, որը ընթանում է ուղեղային (էնցաֆոլապաթիա), սրտային (ձախ փորոքային անբավարարություն, ստենոկարդիա, առիթմիա), երիկամային (պրոտեինուրիա, հեմատուրիա, ազոտեմիա), երևույթներով և այլն:

ա. Հիպերտենզիկ կրիզ 1-ին տիպի (ադրենալային, հիպերկինետիկ, նեյրովեգետատիվ ձև) բնորոշվում է հանկարծակի գլխացավերով, գլխապտույտներով, բնորոշ է գրգռվածություն, մթազնում աչքերի առաջ, քրտնարտադրություն, առաջանում է վերջույթների սառնություն, բերանի չորություն, սրտխփոց, հաճախամիզություն,

բարձրանում է սիստոլիկ ճնշումը: Տևողությունը մի քանի րոպեից մինչև երեք ժամ: Բարդություններ զարգանում են հազվակի:

բ. Հիպերտենզիվ կրիզ 2-րդ տիպի (նորադեբենայինային, հիպոկինետիկ, այտուցային ձև), զարգանում է աստիճանաբար, տևում է երեք ժամից մինչև հինգ օր: Բարձրանում է սիստոլիկ և դիաստոլիկ ճնշումը: Գերակշռում են էնցեֆալոպաթիայի հատկանիշները՝ գլխացավեր, գլխում ծանրության զգացում, քնկոտություն, թուլություն, գլխապտույտ, ականջներում խշշոց, աղմուկ, սրտխառնոց, փսխում, ապակողմնորոշվածություն, հևոց, շնչահեղձության նոպաներ, սրտի շրջանում սեղմող ցավեր: Դեմքը պաստոզ, անցողիկ պարեսթեզիաներ և հեմիպարեզներ, դիուրեզը իջած:

գ. Ցնցումային հիպերտենզիվ կրիզին բնորոշ է ուժեղ գլխացավեր, սրտխառնոց. հանգստություն չբերող փսխում, գիտակցության կորուստ, տեսողության խանգարումներ, տոնիկ և կլոնիկ ցնցումներ:

դ. Հետադարձ հիպերտենզիվ կրիզ, ընդունած միզամուղներից հետո առաջանում է առատ միզարձակություն /դիուրեզ/, որը բերում է շրջանառվող պլազմայի ծավալի պակասմանը, որի պատճառով իջնում է արյան ճնշումը և ակտիվանում են ռենին-անգիոտենզինալիդոստերոնային և սիմպաթիկ նյարդային համակարգերը: Այս բոլորի հետևանքով 10-12 ժամ անց բարձրանում է արյան ճնշումը, որը ընթանում է ավելի ծանր:

Հիպերտոնիկ կրիզները ըստ հաճախականության դասակարգվում են՝ հազվակի՝ տարվա ընթացքում 1-2 կրիզ, միջին հաճախականությամբ՝ տարվա ընթացքում 3- 5 կրիզ, հաճախակի՝ տարին 5-ից ավելի կրիզ: Ըստ ծանրության աստիճանի՝ թեթև հիպերտոնիկ կրիզ՝ տևողությունը 1-2 ժամ, միջին ծանրության՝ տևողությունը 3-4 ժամ, այդ կրիզների ժամանակ նկատվում է ուղեղային ախտանիշներ կամ ձախ փորոքային անբավարարության երևույթներ, ծանր կրիզները տևում են օրեր, այս կրիզները ընթանում են գլխուղեղի և սրտի և տեսողական ֆունկիաների արտահայտված խանգարումներով:

2) Սիրտ-անոթային բարդությունների ռիսկի աստիճանի ախտորոշիչ չափանիշները՝

ա. Ցածր ռիսկ (15%-ից պակաս)՝ զարկերակային հիպերտենզիա 1-ին աստիճանի՝ ռիսկի գործոնների բացակայություն, բացակայում է «թիրախ» օրգանների ախտահարում, սիրտանոթային և ասոցացված հիվանդություններ:

բ. Միջին ռիսկ (15-20%)՝ զարկերակային հիպերտենզիա 2-3-րդ աստիճանի, ռիսկի, ռիսկի գործոնների բացակայություն, բացակայում են «թիրախ» օրգանների ախտահարում, սիրտանոթային և ասոցացված հիվանդություններ: Զարկերակային հիպերտենզիա 1-3-րդ աստիճանի, բացակայում է «թիրախ» թիրախ օրգանների ախտահարում և սիրտ-անոթային և ասոցացված հիվանդություններ:

գ. Բարձր ռիսկ(20%-ից բարձր)՝ զարկերակային հիպերտենզիա 1-3-րդ աստիճանի, առկա են«թիրախ» օրգանների ախտահարում, շաքարային դիաբետ, այլ ռիսկի գործոններ, բացակայում են ասոցացված հիվանդություններ:

դ. Շատ բարձր ռիսկ (30%-ից բարձր)՝ զարկերակային հիպերտենզիա 1-3-րդ աստիճանի, շաքարային նդիաբետ նեֆրոպաթիայով, այլ ռիսկի գործոններ, առկա են ասոցացված հիվանդություններ:

3) Ժամանակավոր անաշխատունակության չափանիշները չբարդացած հիպերտոնիկ կրիզների ժամանակ՝ հիվանդության 2-րդ և 3-րդ փուլում հաճախակի 2-րդ տիպի կրիզները կարող են մեծ դեր ունենալ խմբորոշման համար: 2-րդ տիպի կրիզի ժամանակ 18-24 օր, զարկերակային հիպերտենզիա 3-րդ փուլ՝ 2-րդ տիպի կրիզի ժամանակ 30 օր և ավելի:

4) Հիվանդության կանխատեսում՝ ռիսկի գործոնները հաշվի է առնվում հիվանդության ելքի և կանխատեսման համար: Զարկերակային հիպերտենզիաների չարորակ ընթացքի, հաճախակի 2-րդ տիպի հիպերտենզիկ կրիզների, կայուն բարձր արյան ճնշման, բուժման հանդեպ ռեզիստենտության, սիրտ-անոթային բարդությունների ռիսկի առկայության դեպքում կանխատեսումը **անբարենպաստ է:** Հիվանդության կայուն ընթացքի, կրիզների բացակայության և սիրտ-անոթային բարդությունների ցածր ռիսկի դեպքում կանխատեսումը **բարենպաստ է:**

5) Ախտորոշման ձևակերպումը՝ առաջնային զարկերակային հիպերտենզիայի դեպքում ախտորոշումը ձևակերպելիս նշվում է փուլը / 1-ին, 2-րդ, 3րդ /,աստիճանը /մեղմ,չափավոր,ծանր/,ընթացքը /դանդաղ, արագ, չարորակ/, կրիզների տիպը /առաջին,երկրորդ/ և հաճախականությունը /հազվակի, միջին հաճախականության, հաճախակի/, «թիրախ» օրգանների ախտահարումները և ասոցացված հիվանդությունները, սիրտ-անոթային բարդությունների ռիսկի աստիճանը: Սիմպտոմատիկ զարկերակային հիպերտենզիայի դեպքում ախտորոշումը ձևակերպելիս նշվում է հիմնական հիվանդությունը, հիվանդության բարդությունները, սիմպտոմատիկ զարկերակային հիպերտենզիայի աստիճանը և ընթացքը:

6) Հակացուցված աշխատանքային պայմաններ՝ հակացուցված է աշխատանք զգալի ֆիզիկական և նյարդահոգեկան ծանրաբեռնվածությունով,տաք արտադրամասերում,արտադրական աղմուկի և վիբրացիայի ազդեցության պայմաններում, անոթային թույների (կապար,արսեն,տալիում,բերիլիում) շփման անհրաժեշտության դեպքում, աշխատանք բարձրության վրա, աշխատանք արտակարգ իրավիճակներում, հարկադիր և պարտադրված աշխատանքի ուղիղ և աշխատանք գիշերային հերթափոխով: Զարկերակային հիպերտենզիայի 2-րդ փուլում սիրտ-անոթային ախտահարումների գերակայության դեպքում հակացուցված է աշխատանք միջին ֆիզիկական ծանրաբեռնվածությամբ, իսկ գլխուղեղի անոթների ախտահարման դեպքում հակացուցված է նաև աշխատանք չափավոր նյարդահոգեկան

ծանրաբեռնվածությամբ: Երիկամային անոթների ախտահարման ժամանակ հակացուցված է աշխատանք ցածր ջերմաստիճանի պայմաններում:

7) **Ցուցված մասնագիտությունների շրջանակը՝** գրադարանավար, տեսադարանավար, գործող բանվոր, հանդերձապահ, կոմպլեկտավորող, երաժշտական խաղալիքների կարգավորող, ճշգրիտ սարքերի օպերատոր, փաստաբան, բժիշկ, հաշվապահ, լրագրող, լոգոպեդ, խմբագիր և այլն:

13. Բժշկասոցիալական փորձաքննության ուղեգրերը

Բժշկասոցիալական ուղեգրում են արագ պրոգրեսիվող չարորակ հիպերտենզիաների, զարկերակային հիպերտենզիայի սուր բարդությունների (ինսուլտ, միոկարդի ինֆարկտ և այլն), աշխատանքի ռացիոնալ տեղավորման անհրաժեշտության (աշխատանքի ծավալի կրճատում, ուսուցում, վերաուսուցում, նոր մասնագիտության ձեռքբերման նպատակով), «թիրախ» օրգանների կայուն խանգարումների(սրտային անբավարարություն, խրոնիկ երիկամային անբավարարություն և այլն), զարկերակային հիպերտենզիայի վիրաբուժական շտկման հետևանքներ ունեցող անձանց:

4. Հաշմանդամության խմբերի սահմանման չափանիշները

Ջարկերակային հիպերտենզիայով տառապող հիվանդների կենսագործունեության սահմանափակման աստիճանի գնահատման ժամանակ անհրաժեշտ է, որ հաշվի առնվի զարկերակային հիպերտենզիայի տեսակը, փուլը, «թիրախ» օրգանների ախտահարման աստիճանը, ծանրությունը, հիպերտոնիկ կրիզների հաճախականությունը, տեսակը և ծանրությունը, բուժման արդյունավետությունը, ուղեկցող հիվանդությունները, կրթությունը, մասնագիտությունը, հակացուցված աշխատանքը, աշխատանքային պայմանները և բնույթը, աշխատանքային նպատակաուղղվածությունը:

Հաշմանդամության երրորդ խումբ սահմանվում է՝

1-ին, 2-րդ, 3-րդ աստիճանի զարկերակային հիպերտենզիա, թիրախ օրգանների ախտահարումով (սիրտ, երիկամներ, արյունատար անոթներ, ցանցաթաղանթ, ուղեղ), ասոցացված կլինիկական վիճակներով և հիվանդություններով՝

- հիպերտոնիկ ռետինոպաթիա 2-3-րդ աստիճանի, զուգակցված հետևյալ խանգարումներից որևէ մեկի կամ մի քանիսի հետ
- սրտի իշեմիկ հիվանդություն; կայուն ստենոկարդիա 2-4-դ ֆդ/CSC/, տարած սրտամկանի ինֆարկտ,
- հիպերտոնիկ էնցեֆալոպաթիա 2-դ աստիճան՝ սկսվող անոթային թուլամտությամբ,
- աորտայի անևրիզմա,
- խր. երիկամային անբավարարություն 1-2 աստիճան,

II ֆր/NYHA սիմպտոմների (հևոցը, սրտխփոցը, հոգնածությունը առաջանում են չափավոր ֆիզիկական ծանրաբեռնվածության ժամանակ) և նշանների (խզզոցներ, կոճերի երկկողմանի այտուցներ, սրտի աղմուկներ, լծային երակների դիլատացիա, տարածված գագաթային հրոց, ցանկացած պաթոլոգիկ EUG և NT – prcBNP \geq 125- ազ/մլ, կամ BNP \geq 35 ազ/մլ ` հնարավոր ձախ փորոքի ցածր արտամղման ֆրակցիայով): Նշված դեպքերում անձանց մոտ առկա է ինքնասպասարկման ապահովման ունակության, և/կամ ինքնուրույն տեղաշարժվելու, և/կամ աշխատանքային գործունեությամբ զբաղվելու կարողությունների առաջին աստիճանի կենսագործունեության սահմանափակում:

Հաշմանդամության երկրորդ խումբ սահմանվում է՝

<<Թիրախ>> օրգանների հետևյալ ախտահարումների դեպքում՝ սրտային անբավարարություն UU III ՖԴ (NYHA) սիմպտոմներ(հևոցը, սրտխփոցը, հոգնածությունը առաջանում են քիչ ֆիզիկական ծանրաբեռնվածության ժամանակ) և նշաններ (խզզոցներ, կոճերի երկկողմանի այտուցներ, սրտի աղմուկներ, լծային երակների դիլատացիա, տարածված գագաթային հրոց, ցանկացած պաթոլոգիկ EUG և NT – prcBNP \geq 125- ազ/մլ, կամ BNP \geq 35 ազ/մլ ` հնարավոր ձախ փորոքի ցածր արտամղման ֆրակցիայով), հիպերտոնիկ անգիոսկլեոզ, դիսցիրկուլյատոր էնցեֆալոպաթիա III աստիճանի, որոնք բերում են ինքնասպասարկման ապահովման ունակության, ինքնուրույն տեղաշարժվելու երկրորդ, աշխատանքային գործունեությամբ զբաղվելու կարողության երկրորդ կամ երրորդ և ուսումնառության 2-րդ աստիճանի կենսագործունեության սահմանափակումների:

Հաշմանդամության առաջին խումբ սահմանվում է՝

Զարկերակային հիպերտենզիայի չաորակ ընթացքի ժամանակ, ծանր բարդություններով՝ սրտային անբավարարություն UU IV ՖԴ (NYHA) սիմպտոմներ (հևոցը, սրտխփոցը, հոգնածությունը առաջանում են հանգիստ վիճակում) և նշաններ (խզզոցներ, կոճերի երկկողմանի այտուցներ, սրտի աղմուկներ, լծային երակների դիլատացիա, տարածված գագաթային հրոց, ցանկացած պաթոլոգիկ EUG NT – prcBNP \geq 125- ազ/մլ, կամ BNP \geq 35 ազ/մլ ` հնարավոր ձախ փորոքի ցածր արտամղման ֆրակցիայով), հիպերտոնիկ անգիոսկլեոզ, դիսցիրկուլյատոր էնցեֆալոպաթիա III աստիճանի (խիստ արտահայտված ֆունկցիոնալ խանգարումները), որոնք բերում են ինքնասպասարկման ապահովման ունակության, ինքնուրույն տեղաշարժման, հաղորդակցման, կողմնորոշման, սեփական վարքագիծը հսկելու կարողությունների 3-րդ աստիճանի սահմանափակումների:

15. Անհրաժեշտ հետազոտությունների ծավալը

ա. Առաջնակի փորձաքննվողների համար՝ անկախ զարկերակային հիպերտենզիայի բնույթից ասանհրաժեշտ է կատարել մեզի ընդհանուր քննություն,

Նեչիպորենկոյի և Ջեմնիցկու փորձերը, մեզի բակտերիոլոգիական ցանքը, էլեկտրոսրտագրության, աչքի հատակի զննում, էխոսրտագրություն, անհրաժեշտության դեպքում խոլեստերինը և տրիգլիցերիդները արյան մեջ:

բ. Սիմպտոմատիկ զարկերակային հիպերտենզիաների դեպքում՝ կրեատինինը, էլեկտրոլիտները, ընդհանուր սպիտը և շաքարը արյան մեջ, երիկամների ուլտրաձայնային հետազոտություն, կատեխոլամինների, ալդոստերոնի, կորտիզոլի, ադրենոկորտիկոտրոպ հորմոնի պարունակությունը արյան մեջ, 17 օկսիկորտիկոստերոիդների (ՕԿՍ) պարունակությունը մեզի մեջ Իցենգո-Կուշինգի հիվանդության ժամանակ, աորտայի որովայնային հատվածի անգիոգրաֆիա երիկամային զարկերակի ստենոզի կասկածի դեպքում, թրքական թամբի շրջանի ռենտգենոգրաֆիա հիպոֆիզի ուռուցքի կասկածի դեպքում:

գ. Կրկնակի վերափորձաքննության ժամանակ անհրաժեշտ հետազոտությունների ծավալն է՝ Արյան և մեզի ընդհանուր քննություն, կրեատինինը արյան մեջ, էլեկտրասրտագրություն, ակնաբույժի կոնսուլտացիա էխոսրտագրություն, անհրաժեշտության դեպքում նաև այլ հետազոտություններ:

16. Պրոֆիլակտիկա և ռեաբիլիտացիա

Անհրաժեշտ են հետևյալ միջոցառումները՝ առողջ ապրելակերպ, հրաժարվել վնասակար սովորություններից, համարժեք բուժում և դիսպանսեր հսկողություն, սիրտ-անոթային բարդությունների պրոֆիլակտիկա, աշխատանքի ռացիոնալ տեղավորում, ուսուցում, վերաուսուցում, վերականգնողական անհատական ծրագրերի(ՎԱԾ) կազմում և դրա կատարման հսկողություն:

Հաշմանդամության երրորդ խումբ սահմանելու դեպքում վերականգնողական անհատական ծրագրերի(ՎԱԾ) կազմելիս շեշտը դրվում է բժշկական վերականգնման վրա(սիրտ-անոթային բարդությունների պրոֆիլակտիկա, սննդի ռեժիմ, համարժեք դեղորայքային բուժում, անհրաժեշտության դեպքում ստացիոնար բուժում, ֆիզիոթերապևտիկ բուժում՝ գալվանական հոսանքներ, բուժական ֆիզկուլտուրա և այլն), մասնագիտական վերականգնման վրա(ուսուցում, վերաուսուցում, աշխատանքի ռացիոնալ տեղավորում):

Հաշմանդամության երկրորդ խումբ սահմանելու դեպքում շեշտը դրվում է բժշկական վերականգնման վրա (սիրտ-անոթային բարդությունների պրոֆիլակտիկա, համարժեք դեղորայքային բուժում, անհրաժեշտության դեպքում ստացիոնար բուժում, ֆիզիոթերապևտիկ բուժում՝ ամպլիպուլս թերապիա, էլեկտրաքուն, բուժական լող, դոզավորված քայլք և այլն), մասնագիտական վերականգնման վրա(ուսուցում, վերաուսուցում, աշխատանքի ռացիոնալ տեղավորում), սոցիալական վերականգնման վրա (սոցիալ միջավայրային հարմարեցում, հոգեբանի խորհրդատվություն հաշմանդամին և նրա ընտանիքի անդամներին):

Հաշմանդամության առաջին խումբ սահմանելու դեպքում ՎԱԾ-ը կազմելիս շեշտը դրվում է բժշկական վերականգնման վրա (դեղորայքային սիմպտոմատիկ բուժում, անհրաժեշտության դեպքում ստացիոնար բուժում), սոցիալական վերականգնման վրա (սոցիալ-միջավայրային հարմարեցում՝ խնամք կողմնակի անձանց կողմից, մասնագիտական, բժշկական, կենցաղային, տեխնիկական վերականգնողական միջոցներով ապահովում):

17. Բուժումը

Խորհուրդ է տրվում իջեցնել քաշը, սահմանափակել կերակրի աղի օգտագործումը: Սրտային և երիկամային անբավարարությամբ և շաքարային դիաբետով տառապող հիվանդներին հակահիպերտենզիոն դեղամիջոցները նշանակվում են սիստոլիկ 130-139 և դիաստոլիկ 85-89 արյան ճնշման ժամանակ: Դեղորայքային խմբերից նախապատվությունը տրվում է *անգիոտենզին վերափոխող ֆերմենտի(ԱՎՖ) ինհիբիտորներին*, որոնք ընկճում են անգիոտենզին վերափոխող ֆերմենտը՝ կապտոպրիլ, կապտեն, էնալապրիլ, էդնիտ, ռենիտեկ, էնապ, էնապ-H, պրեստարիում:

ա. b-պաշարիչներ՝ պաշարում են b-ընկալիչները և կանխում են ադրենալինի և նորադրենալինի ազդեցությունը նրանց վրա՝ օբզիդան, ատենոլոլ, մետոպրոլոլ, նեբիվալոլ(ներիլետ) և այլն.

բ. a-պաշարիչներ՝ պրազոզին, դոկսազոզին.

գ. Ca-ներհակորդներ (անտագոնիստներ)՝ նիֆեդիպին, ամլոդիպին, դիլթիազեմ, վերամապիլ.

դ. Ca նպաստեում է ակտոմիոզինային կոմպլեքսի առաջացմանը, որը բերում է անոթների կծկմանը և արյան ճնշման բարձրացմանը:

ե. անգիոտենզին-1 (ԱՏ-1) ներհակորդներ (անգիոտենզին-1անտագոնիստներ)՝ լոզարտան, էպրոսարտան, վալսարտան:

Դեղամիջոցների զուգակցումները սրտային անբավարարության ժամանակ՝ ԱՎՖ-ինհիբիտոր+միզամուղ, ԱՎՖ-ինհիբիտոր+Ca-ներհակորդներ(անտագոնիստներ), շաքարային դիաբետի դեպքում՝ ԱՎՖ-ինհիբիտոր+միզամուղ, ԱՎՖ-ինհիբիտոր+ Ca-ներհակորդներ(անտագոնիստներ), ԱՎՖ-ինհիբիտորներ+b-պաշարիչներ կամ a-պաշարիչներ:

XIII. ՈՂՆԱՇԱՐԻ ՕՍՏԵՈՒՆՈՆԴՐՈՋ ՈՒՆԵՑՈՂ ՀԻՎԱՆԴՆԵՐԻ ԲԺՇԿԱՍՈՑԻԱԼԱԿԱՆ ՓՈՐՁԱՔՆՆՈՒԹՅՈՒՆ

Ողնաշարի դիստրոֆիկ խանգարումների ներլոգիական բարդությունները կազմում են պերիֆերիկ նյարդային համակարգի հիվանդությունների 60-70%-ը,

Ժամանակավոր անաշխատունակության պատճառների 70%-ը և նյարդային հիվանդություններով պայմանավորված հաշմանդամության պատճառների 17%-ը, ընդ որում հաշմանդամությունն ավելի հաճախ և տևական է ակտիվ աշխատանքային գործունեության տարիքում՝ 25-55, ավելի հաճախ տղամարդկանց, և հատկապես ծանր ֆիզիկական աշխատանք կատարողների մոտ: Վեջին քսան տարիների ընթացքում նյարդաբանության մեջ հիվանդությունների ոչ մի բաժին այնքան փոփոխություններ չի ենթարկվել, որքան վերտեբրոնյարդաբանությունը, վերտեբրոգեն ցավային համախտանիշները: Վերանայվել են ողնաշարի դիստրոֆիկ խանգարումների էթիոլոգիան, պաթոգենեզը, կլինիկական ախտանիշները, դրանց կոմպլեքսները, միջդեռ կլինիկական բժշկական գործունեության և բժշկասոցիալական փորձաքննության մեջ դեռևս պահպանվում են արդեն խոր հնացած «գոտկա-սրբոսկրային ռադիկուլիտ»», «երկրորդային նյարդարմատա-ցավային համախտանիշ»» հասկացությունները: Չպետք է անտեսել այն ակնառու փաստը, որ վերտեբրոգեն խանգարումները ինքնուրույն համախտանիշների բազմազան խումբ են հանդիսանում և իրարից տարբերվում են իրենց էթիոլոգիայով, զարգացման օրինաչափությամբ, կլինիկական առանձնահատկություններով և, որ ցավի աղբյուրը միայն զգացողական նյարդարմատի ախտահարումը չէ: Էականորեն փոխվել են վերտեբրոգեն խանգարումների դասակարգումը, տերմինոլոգիական զինանոցը: Ներկայումս այդ համախտանիշների առաջացման և զարգացման հիմքում տեսնում են ողնաշարի բաղկացուցիչ տարրերի դիստրոֆիան: Նյութափոխանակության խանգարման հետևանքով բջիջներում և հյուսվածքներում կուտակվում են նյութափոխանակության քանակապես և որակապես փոփոխված արգասիքները, որի հետևանքով զարգանում և ռենտգենոլոգիական հետազոտմամբ հայտնաբերվում են մի շարք ախտանիշներ՝ ախտաբանական օստեոկլերոզ, օստեոպորոզ, կրակալում և այլն: Ռենտգենոլոգները «ողնաշարի դեգեներատիվ-դիստրոֆիկ խանգարումներ»» հասկացությունը վաղուց փոխառել են պաթանատոմներից, սակայն բժշկագիտության զարգացման ներկա փուլում ընդունվում է միայն «դիստրոֆիա»» հասկացությունը, ուրեմն, այսուհետ ճիշտ է օգտագործել «ողնաշարի դիստրոֆիկ խանգարումներ»» հասկացությունը: Ողնաշարի օստեոխոնդրոզը վերջին տարիների գրականության մեջ բնորոշվում է որպես բազմագործոն ծագմամբ, ռեցիդիվող քրոնիկական հիվանդություն, որն երիտասարդ և հասուն տարիքում ունի առաջընթաց զարգացող, մեծահասակների մոտ հետընթաց զարգացող բնույթ, իսկ ծերունական հասակում կլինիկական առողջացման է գնում: Ողնաշարի դիստրոֆիկ խանգարումների մեծ մասի, այդ թվում նաև ողնաշարի օստեոխոնդրոզի, էությունը ժամանակին կամ վաղաժամկետ ծերացումն է, այսինքն այն դանդաղորեն, տարիների ընթացքում խորանում է: «Օստեոխոնդրոզ»» ախտաբանա-անատոմիական տերմինը նշանակում է առաջնային դիստրոֆիկ գործընթաց՝ աճառում, երկրորդային դիստրոֆիկ գործընթաց՝ սուբխոնդրալ ոսկրերում, առանց բորբոքային երևույթների: Ողնաշարի օստեոխոնդրոզը ճիշտ է դիտարկել ողնաշարի տարիքային վերակառուցման գործընթացում, որտեղ միջողնային սկավառակի և դրան հարակից

ողների դիստրոֆիկ փոփոխություններն ուղղորդված են սանոգենետիկ սպոնդիլոզի զարգացմանը, ողնաշարային շարժողական սեգմենտի հենման մակերեսի մեծացմանը: Ծերացման գործընթացն ինքնին չի ուղեկցվում ցավերով: Նշանակում է այս հարմարողական փոփոխությունները կարող են ընթանալ առանց կլինիկական նշանների, իսկ երբ կան կլինիկական նշաններ, ապա խոսվում է արդեն բարդացած օստեոխոնդրոզի մասին: Սա է պատճառը, որ արևմտյան բժշկության մեջ 'ողնաշարի օստեոխոնդրոզը կլինիկական ախտորոշում չէ: Ողնաշարի օստեոխոնդրոզը շատ որոշակի, ռենտգեն հետազոտությամբ հայտնաբերվող պաթոմորֆոլոգիական խանգարում է և արտահայտվում է երեք բնորոշ նշաններով՝ աճառի բարակում, սուբխոնդրալ օստեոսկլերոզ, եզրային ոսկրային գերաճ: Եթե չկա աճառի բարակում, ուրեմն չկա նաև օստեոխոնդրոզ: Դրա հիմքում ընկած է միջողնային սկավառակի դիստրոֆիկ ախտահարումը, որն ամենայն հավանականությամբ սկսվում է պուլպոզ միջուկից, խորանալով անցնում է միջողնային սկավառակի բոլոր տարրերին, հետագայում նաև հարակից ողների մարմիններին, միջողնային հոդերին, կապաններին, այսինքն՝ դիստրոֆիկ գործնթացի խորացմանը զուգընթաց ախտահարվում է ամբողջ ողնաշարային շարժողական սեգմենտը: Միջողնային սկավառակի աճառի փոփոխությունը տարբեր փուլերում արտահայտվում է սկավառակի ջրազրկմամբ, սկավառակի բարձրության իջեցմամբ, ֆիբրոզ օղակի ամբողջականության խախտմամբ, սկավառակի պուլպոզ միջուկի արտափքմամբ և արտանկմամբ: Շփոթություն չառաջացնելու նպատակով առաջատար նյարդաբանների կողմից <<արտափքում>>, <<արտանկում>> տերմինների փոխարեն առաջարկվում է կիրառել <<ճողվածք>> տերմինը:

1. Ողնաշարի օստեոխոնդրոզի կլինիկան

Ողնաշարի օստեոխոնդրոզի կլինիկական արտահայտությունների՝ տարբեր համախտանիշների առկայությունը և արտահայտվածության աստիճանը կախված է միջողնային սկավառակի ճողվածքի առկայությունից, տեղակայումից, մեծությունից, տվյալ մակարդակում ողնաշարային խողովակի չափի և ճողվածքի մեծության հարաբերակցությունից. որքան փոքր է այդ հարաբերակցությունը, այնքան արտահայտված է կլինիկան, անբարենպաստ է հիվանդության ընթացքը, այնքան տևական է բուժումը: Դրանով է պայմանավորված, որ ողնաշարի խողովակը նեղացնող ճողվածքն է համարվում ամենամեծը, նույնիսկ եթե չափերով փոքր է: Ընդհանրապես, գոյություն ունի հետևյալ կանոնը. ճողվածքը չափերով և կլինիկորեն մեծ է համարվում, եթե տվյալ մակարդակում դրա մեծությունը գերազանցում է ողնաշարի խողովակի 25%-ը կամ եթե նեղացնում է ողնաշարի խողովակը մինչև 10մմ: Ճողվածքների կլինիկորեն նշանակություն ունեցող չափերն են.

1) Պարանոցային հատվածում՝

ա. 1-2մմ՝ փոքր չափ՝ պահանջվում է ամբուլատոր բուժում.

բ. 3-4մմ՝ միջին չափ՝ պահանջվում է անհապաղ ամբուլատոր բուժում.

գ. 5-6մմ՝ մեծ չափ՝ դեռ հնարավոր է ամբուլատոր բուժում.

դ. 6-7մմ՝ մեծ չափ՝ պահանջվում է վիրահատական բուժում:

2) Կրծքային և գոտկային հատվածում՝

ա. 1-5մմ՝ փոքր չափ՝ պահանջվում է ամբուլատոր բուժում, ողնաշարի ձգում, հատուկ ֆիզիկական վարժություններ.

բ. 6-8մմ՝ միջին չափ՝ պահանջվում է ամբուլատոր բուժում, վիրահատական բուժում ցուցված չէ.

գ. 9-12մմ՝ մեծ չափ՝ պահանջվում է անհապաղ ամբուլատոր բուժում, վիրահատական բուժում ցուցված է, եթե կա ողնուղեղի կամ <<ձիու պոչի>> ճնշում.

դ. 12մմ-ից ավելի՝ մեծ չափ՝ ողնուղեղի կամ <<ձիու պոչի>> ճնշման ժամանակ անհապաղ վիրահատական բուժում:

2. Ճողվածքների դասակարգումը

1) Ըստ մեծության և ազդեցության՝

ա. I աստիճան՝ ֆիբրոզ օղակի թեթև արտափքում, առանց հետին երկայնաձիգ կապանի ճնշման.

բ. II աստիճան՝ ֆիբրոզ օղակի միջին չափի արտափքում, որը գրավում է էպիդուրալ տարածության 2/3-ից ոչ ավելին.

գ. III աստիճան՝ միջողնային սկավառակի մեծ ճողվածք, որի դեպքում դուրալ պարկը և ողնուղեղը տեղաշարժվում են հետ.

դ. IV աստիճան՝ միջողնային սկավառակի մեծ ճողվածք, որը ճնշում է դուրալ պարկը և ողնուղեղը:

2) Ըստ տեղակայման միջողնային սկավառակները դասակարգվում են՝

ա. առաջային՝ վենտրալ ճողվածքներ՝ առաջա-կողմնային ճողվածքներ՝ կարող են պոկել առաջային երկայնաձիգ կապանը ողների առաջային կամ կողմնային մակերեսից, ծակել կապանը, վնասել պարավերտեբրալ սիմպաթիկ շղթան և առաջացնել սիմպատալգիկ համախտանիշ:

բ. հետին՝ դուրալ ճողվածքներ, որոնք ամբողջովին տեղակայվում են ողնաշարային խողովակում և կախված իրենց դիրքից, լինում են՝ հետին միջային՝ առաջացնում է ողնուղեղի կամ <<ձիու պոչի>> ճնշում, հետին հարմիջային՝ ողնուղեղի ճնշում է առաջացնում մեկ կամ երկու կողմից, հետին կողմնային՝ ամենահաճախ հանդիպող ձևն է, քանի որ այդ հատվածում հետին երկայնաձիգ կապանը բաժանվում է մի քանի մասերի և ամենաթույլն է: Ճողվածքն առաջացնում է ողնուղեղի կամ <<ձիու պոչի>> ճնշում, միջողնային անցքի տեղակայումով ճողվածք՝ ճնշում է համապատասխան նյարդարմատը տվյալ միջողնային անցքում:

3) Ըստ անատոմիական կառուցվածքի ճողվածքները դասակարգվում են՝

ա. հասարակ ազատ ճողվածք, երբ միջողնային սկավառակի մեծ կամ փոքր հատվածը ծակելով հետին երկայնաձիգ կապանը դեռ պահպանում է կապը սկավառակի հետ կամ նրա հետ մի հարթությունում է գտնվում.

բ. հասարակ թափառող ճողվածք, երբ սկավառակի հատվածը ազատ թափառում է ողնաշարային խողովակում և ոչ մի կապ չունի միջողնային սկավառակի հիմնական մասի հետ.

գ. մեջընդմիջվող ճողվածք, ծանր ֆիզիկական լարումների և ուժեղ ճնշման տակ սկավառակի մեծ կամ փոքր հատվածը արտափքվում է, ֆիզիկական ծանրաբեռնվածությունը վերանայիս ճողվածքը վերադառնում է իր տեղը, սակայն որպես հետևանք պուլպոզ կորիզը մնում է ենթահողախախտված:

3. Ողնաշարի օստեոխոնդրոզի կլինիկական դրսևորումները

Արտահայտվում է զգացողական, շարժողական, վեգետատիվ, տրոֆիկ, անոթային խանգարումներով, սուր կամ քրոնիկական ցավային համախտանիշով: Սուր կամ քրոնիկական ցավային համախտանիշը վերտեբրոնյարդաբանական հիվանդությունների բժշկասոցիալական փորձաքննության կարևոր գործոններից են և հաճախ է հաշմանդամության սահմանման հիմք հանդիսանում, ուստի ավելի մանրամասը պետք է անդրադառնալ դրա էթիոլոգիային, առաջացման աղբյուրներին, պատճառներին և դասակարգմանը:

4. Վերտեբրոզեն ցավի էթիոլոգիան

Ողնաշարի դիստրոֆիկ խանգարումներ՝ դորսոպաթիաներ, որոնք արտահայտվում են օստեոխոնդրոզի և սպոնդիլոզի ձևով: Միջողնային սկառակի ֆիբրոզ օղակի արափքման, արտանկման պատճառով առաջային երկայնաձիգ կապանը պոկվում է ողների առաջային կամ կողմնային մակերեսից, կապանի տակ՝ անմիջապես պոկման տեղում, գոյանում է ոսկրային հյուվածք, որն ունի որոշակի ձև, տեղակայում և ուղղվածություն՝ կտցածև է, զուգահեռ է ողնաշարի երկայնաձիգ առանցքին, վեր կամ վար է ուղղված միջողնային սկավառակի նկատմամբ, երբեմն դեմ հանդիման աճի ժամանակ կարող են միանալ իրար, առաջացնելով նեոարթրոզներ, կամ էլ տվյալ ողնաշարային սեգմենտում սահմանափակել շարժումները՝ ընդհուպ մինչև լրիվ անշարժացում: Սպոնդիլոզը զարգանում է միայն ողնաշարի առաջային կիսաշրջանում, քանի որ հետին երկայնաձիգ կապանը ողնաշարից չի կարող պոկվել: Օստեոֆիտների առաջացումը բացատրվում է նաև ողների մարմինների դիստրոֆիկ փոփոխություններով, սակայն ներկայումս գերիշխող է վնասվածքային ծագումը: Սպոնդիլոզի արտահայտություն է նաև առաջային երկայնաձիգ կապանի տեղային կրակալումը: Վերը շարադրվածից պարզ է, որ սպոնդիլոզը չի կարող լինել տարածուն, այն միշտ տեղային է: Ողնաշարի ֆունկցիային մասնակցող այլ գոյացությունների համակցված ախտահարումներ՝ սեգմենտար մկանների ռեֆլեկտոր լարվածություն, դեղին կապանի վնասվածություն և հաստացում, իրանի երկայնաձիգ մկանների լարվածության պատճառով առաջացած մկանային սեղմիրան, սկոլիոզ, ողնաշարի սյան կազմավորմանը մասնակցող հողերի արթրոզներ:

Ողնաշարի զարգացման անոմոլիաներ.

ա. Spina bifida-առաջանում է ողնաշարի մեկ կամ մի քանի ոսկրերի միջև հեռավորություն, անցք, քանի որ խողովակի մի մասը չի հասցնում զարգանալ.

բ. ողնաշարի լյումբալիզացիա՝ սրբոսկրային I ողի անցում գոտկային հատված, սակրալիզացիա՝ 5-րդ գոտկային ողի միացում սրբոսկրին.

գ. ողնաշարի խողովակի, միջողնային անցքերի, միջողնային նյարդարմատային խողովակի նեղացումներ, այս դեպքերում ցավային համախտանիշը զարգանում է, երբ նշված անոմալիաներն ուղեկցվում են տարիքային փոփոխություններով:

5. Ողնաշարի խողովակի նեղացումներ

1) Ըստ տեղակայման նեղացումները դասակարգվում են՝

ա. ողնաշարի կենտրոնական նեղացում, երբ նեղանում է ողնաշարի խողովակը.

բ. ողնաշարի կողմնային նեղացում, երբ նեղանում է միջողնային նյարդարմատային խողովակը կամ միջողնային անցքը:

Ողնաշարի կենտրոնական նեղացումը կարող է զարգանալ ողնաշարի բոլոր հատվածներում, բայց ավելի հաճախ լինում է գոտկային հատվածում: Այստեղ այն կարող է ձեռք բերել նույնիսկ առանձին հիվանդության կարգավիճակ: Ողնաշարային խողովակի նեղացումը, որպես կանոն, կապված է ողների բնածին կամ ձեռքբերովի անատոմիական փոփոխությունների, ինչպես նաև ողնաշարային խողովակի ձևավորմանը մասնակցող աճառների և կապանների փոփոխությունների հետ: Ողնաշարային խողովակն ունի առաջա-հետին և լայնական չափ: Խողովակի նեղացում ախտորոշելու համար ընդունված է չափել առաջա-հետին չափը: Գոտկային հատվածում տարբերում են՝ ողնաշարի խողովակի հարաբերական նեղացում, երբ առաջա-հետին չափը 10-15մմ է, ողնաշարի խողովակի բացարձակ նեղացում, երբ առաջա-հետին չափը 10մմ կամ ավելի փոքր է: Այդ նույն մակարդակում հետին երկայնաձիգ կապանի հաստությունը նորմայում չափտի անցնի 2մմ-ից, իսկ դեղին կապանինը՝ 3մմ-ից:

2) Ողնաշարի ոսկրային հյուսվածքի օստեոպորոզ՝ օստեոպորոզն առաջանում է կանանց մոտ մենոպաուզայի ժամանակ, մեծահասակների մոտ, կորտիկոստերոիդներով երկարատև բուժման, էնդոկրին, օնկոլոգիական հիվանդությունների, կալցիումի ներծծման խանգարումների ժամանակ:

3) Ողնաշարի ծավալային և դեստրուկտիվ հիվանդություններ՝ ողների կոտրվածքներ տեղաշարժերով կամ առանց տեղաշարժերի, տարբեր տեղակայման ուռուցքների մետաստազներ, ողների առաջնային ուռուցքներ, անոթային մալֆորմացիաներ, էպիդուրալ լիպոմատոզ, բորբոքային հիվանդություններ՝ տուբերկուլյոզային սպոնդիլիտ, էպիդուրալ աբսցես:

4) Ոսկրային հյուսվածքի հիվանդություններ՝ անկիլոզացնող սպոնդիլոարթրոզ (Բեխտերևի հիվանդություն), դեֆորմացնող օստեոդիստրոֆիա (Պեջետի հիվանդություն), որի ժամանակ գանգի, կոնքի, ողնաշարի, խողովակավոր ոսկրերի անկանոն վերակառուցում է կատարվում: Հիվանդությունը սկսվում է քառասուն տարեկանից հետո և

արտահայտվում է ոսկրերի ձևախախտումներով, հիպերօստոզներով, կիստաներով, ախտաբանական կոտրվածքներով, նյարդարմատների ճնշումով և ցավերով:

6. Վերտեբրոգեն ցավի առաջացման աղբյուրներն ու պատճառները՝ վերտեբրոգեն ցավի առաջացման աղբյուրներ և պատճառներ կարող են հանդիսանալ ճողվածքով կամ դեղին կապանի հաստացումով պայմանավորված զգացող նյարդարմատի ձգումը կամ ճնշումը, նյարդարմատի իշեմիան, այտուցը, իրանի երկայնաձիգ մկանների լարվածությունը: Ցավի առաջացմանն են բերում նաև կապանային ապարատի, սկավառակի ֆիբրոզ օղակի, սեզմենտար մկանների, հոդաշապիկների ռեցեպտորների գրգռումը, ինչպես նաև ողնուղեղային նեյրոնների գերզգայունությունն ու սենսոր աֆերենտացիան (արտացոլվող սպինդիլոգեն ցավեր):

1) Վերտեբրոգեն ցավի դասակարգումը ըստ ընթացքի՝

ա. սուր՝ մինչև 6 շաբաթ տևողությամբ: Սուր ցավերը 80% դեպքերում անցնում են ինքնուրույն կամ բուժման ընթացքում՝ հիմնականում 6 շաբաթում:

բ. ենթասուր՝ 6-12 շաբաթ տևողությամբ:

գ. քրոնիկական՝ 12 շաբաթ տևողությամբ կամ 25՝ էպիզոդ տարվա ընթացքում, այն ընթանում է սրացումներով, որոնք համարվում են հաճախակի, եթե դիտվում են տարեկան 4-5 անգամ, միջին հաճախականության՝ տարեկան 3 անգամ, հազվակի՝ տարեկան 1-2 անգամ:

2) Ըստ արտահայտվածության աստիճանի վերտեբրոգեն ցավը լինում է՝

ա. թեթև՝ ցավն առաջանում է, որպես կանոն, ֆիզիկական ծանրաբեռնվածության կամ երկարատև միևնույն դիրքում գտնվելու ժամանակ, երբեմն կարող է լինել կարճատև սահմանափակել ամենօրյա գործունեությունը:

բ. չափավոր՝ ողնաշարում կամ վերջույթում ցավն ավելի ուժեղ է, ավելի երկարատև է և կարող է էականորեն սահմանափակել ամենօրյա գործունեություն:

գ. արտահայտված՝ ցավն ավելի ուժեղ է, մշտական: Հիվանդները տեղաշարժվում են դժվարությամբ ընդունելով անտալգիկ դիրք:

դ. խիստ արտահայտված՝ ցավն ինտենսիվ է նույնիսկ հանգստի ժամանակ, աննշան շարժումներից ավելի է ուժեղանում: Հիվանդները չեն կարողանում քնել առանց ցավազրկողների և քնաբերների, նույնիսկ անկողնում հիվանդն ընդունում է անտալգիկ դիրք:

3) Ըստ տեղակայման վերտեբրոգեն ցավը դասակարգվում է՝

ա. պարանոցային հատվածի՝ ցերվիկալգիա, ցերվիկոբրախիալգիա, երբ ցավը ճառագայթվում է դեպի վերին վերջույթ:

բ. կրծքային հատվածի՝ թորակալգիա:

գ. գոտկային հատվածի՝ լյումբալգո, լյումբալգիա, լյումբոիշալգիա, երբ ցավը ճառագայթվում է դեպի ստորին վերջույթ:

դ. սրբոսկրային հատվածի՝ սակրալգիա:

ե. պոչուկի հատվածի՝ կոկցիկոդինիա:

Ողնաշարի օստեոխոնդրոզի կլինիկական արտահայտությունները (զգացողական, շարժողական, վեգետատիվ, տրոֆիկ, անոթային խանգարումներ) համախմբվում են նշված համախտանիշների մեջ:

4) Տեղային ողնաշարային համախտանիշ՝ որոշակի տեղակայումով դիստրոֆիկ ախտահարումն ուղեկցվում է տեղային ցավով (ցերվիկալգիա, թորակալգիա, լյուբալգիա), հարակից մկանների լարվածությամբ և ցավոտությամբ, հարակից մեկ կամ մի քանի ողնաշարային սեգմենտների ցավոտությամբ, դեֆորմացիայով, շարժումների սահմանափակմամբ կամ էլ գերշարժունությամբ՝ անկայունությամբ:

5) Հեռավոր ողնաշարային համախտանիշ՝ ողնաշարն իրենից ներկայացնում է հենաշարժական ամբողջական շղթա և մի սեգմենտի ֆունկցիայի խանգարումն առաջացնում է շարժողական սովորական ստերեոտիպի խանգարում, որն էլ իր հերթին բերում է ողնաշարի վերին կամ ստորին սեգմենտների դեֆորմացիայի, ախտաբանական ֆիքսացիայի և այլ փոփոխությունների:

6) Ռեֆլեկտոր համախտանիշ՝ առաջանում է մեկ կամ մի քանի ախտաբանական գործոններով հետին երկայնաձիգ կապանի ցավային ռեցեպտորների՝ նոցիցեպտորների գրգռումից, որն ուղեկցվում է ողնաշարի համապատասխան շարժողական սեգմենտի բլոկով, քանի որ այդ ժամանակ առաջանում է իրանի երկայնաձիգ մկանների լարվածությամբ պայմանավորված <<մկանային սեղմիրան>>, որը հենց ինքը գրգռում է մկանի հաստության մեջ տեղակայված ցավային ռեցեպտորներին: Արդյունքում լարված, սպազմի ենթարկված մկանն ինքը դառնում է ցավի աղբյուր: Առաջանում է այսպես կոչված <<արատավոր շրջան>> ցավ-մկանի լարվածություն և ցավ: Ռեֆլեկտոր ցավային համախտանիշները տարբերակվում են՝ **մկանային-տոնիկ** օրինակ՝ առաջային սանդղաձև մկանի համախտանիշ, լյումբագո, **նեյրո-անոթային** օրինակ՝ ուսադաստակային համախտանիշ, **նեյրո-դիստրոֆիկ** օրինակ՝ ուսաթիակային պերիարթրոզ:

7. Կոմպրեսիոն, կոմպրեսիոն-իշեմիկ համախտանիշ

Պայմանավորված են ճողվածքով, ոսկրային գերաճով կամ այլ ախտաբանական կառուցվածքով նյարդարմատի, նյարդարմատը սնող զարկերակի, ողնուղեղի մեխանիկական ճնշմամբ: Տարբերում են՝

1) նյարդարմատային համախտանիշ՝ մեկ, երկու կամ պոլինյարդարմատների, նաև <<ձիու պոչի>> նյարդարմատների ճնշում:

2) ողնուղեղային համախտանիշ՝ միելոպաթիա, երբ ճնշվում է ողնուղեղը:

3) նեյրո-անոթային համախտանիշ, երբ նյարդարմատի հետ ճնշվում է տվյալ նյարդարմատը սնող զարկերակը կամ ռադիկուլոմեդուլյար զարկերակը, օրինակ՝ ողնուղեղային զարկերակի համախտանիշ:

8. Դորսոպաթիաներ

Մասնավորապես ողնաշարի օստեոխոնդրոզի, բժշկասոցիալական փորձաքննություն իրականացնելիս շատ կարևոր է որոշակիացնել ցավի առկայությունը, նրա արտահայտվածության աստիճանը, հատկապես, երբ այն քրոնիկական բնույթ ունի: Ցավը հոգեֆիզիոլոգիական ֆենոմեն է և պայմանավորված է մի կուռ համակարգի՝ ցավային ռեցեպտորների, հաղորդիչների և ցավային զգացողության կենտրոնի գրգռումով, արտահայտվում է վեգետատիվ, սոմատիկ ռեակցիաներով և որոշում է մարդու մոտիվացիոն-վարքային, էմոցիոնալ վիճակը: Քրոնիկական ցավային համախտանիշի ձևավորումը պայմանավորված է անձի յուրահատկություններով և սոցիալ հոգեբանական գործոններով: Քրոնիկական ցավը դադարում է ախտանշան լինելուց, այն ձեռք է բերում ինքնուրույն համախտանիշի կամ հիվանդության կարգավիճակ, բերում է հիվանդի ապահարմարեցման, աշխատանքային գործունեության արդյունավետության և կյանքի որակի իջեցմանը: Դորսոպաթիաների բժշկասոցիալական փորձաքննության ժամանակ խիստ կարևոր է հնարավորինս օբյեկտիվորեն ճշտել ցավի առկայությունը և արտահայտվածության աստիճանը: Նշենք, որ օստեոխոնդրոզի կամ այլ դիստրոֆիկ հիվանդությունների փուլերի, արտահայտվածության և կլինիկական պատկերի, սրացումների հաճախականության միջև չկա ուղիղ համեմատական կապ:

9. Վերտեբրոզեն ցավային համախտանիշներն ըստ արտահայտվածության աստիճանի դասակարգվում են թեթև, չափավոր և արտահայտված աստիճանների:

1) Արտահայտված վերտեբրոզեն ցավային համախտանիշ՝ ողնաշարի ցավը մշտական է և արտահայտված, ունի այրող, ծակող, կրակող բնույթ, հիվանդներն անկողնում հարկադրական՝ անտալգիկ դիրքով են պառկում, ցավն ուժեղանում է աննշան շարժումներից, առանց ցավազրկողների և քնաբերների քնել հնարավոր չէ: Հիվանդները տեղաշարժվում են մեծ դժվարությամբ, անտալգիկ դիրք ընդունելով: Ողնաշարի շարժումները խիստ սահմանափակված են, ընդհուպ մինչև բլոկի զարգացում, պարանոցային հատվածում՝ կզակը չի հասնում կրծքավանդակին ճամ և ավելի չափով, պտույտն ու կողմնային թեքումները սահմանափակված են 50-70 աստիճանով, կրծքային և գոտկային հատվածում՝ առաջ կռանայիս C7-L5 տարածությունն երկարում է 4-2 սմով: Արտահայտված են իրանի երկայնաձիգ մկանների լարվածության նշանները՝ տրիգեմինալ կետերի սեղմումն ուժեղ ցավ է առաջացնում, մկանը ձեռքի տակ անմիջապես լարվում է, քարանում, նույն է կատարվում Վալեյի ցավոտ կետերը սեղմելիս: Ձգման ախտանշանները խիստ դրական են, առաջանում են մինչև 15-25 աստիճանից: Ողնաշարի համապատասխան մակարդակում արտահայտված ցավոտ են ողնաշարի ընդբախումն/պերկուսիան/ ու հարողնաշարային կետերի սեղմումը:

2) Չափավոր վերտեբրոզեն ցավային համախտանիշ՝ ողնաշարի ցավը մշտական է և չափավոր, ունի տնքացող կամ ծակող բնույթ, ուժեղանում է ֆիզիկական ծանրաբեռնվածության, երկարատև միևնույն դիրքում մնալու ժամանակ: Հիվանդները տեղաշարժվում են դժվարությամբ՝ չափավոր անտալգիկ դիրք ընդունելով: Ողնաշարի շարժումները չափավոր են սահմանափակված, պարանոցային հատվածում՝ կզակը չի հասնում կրծքավանդակին 3-5 սմ չափով, կողմնային թեքումն ու պտույտը

սահմանափակված են 30-50 աստիճանով, կրծքային, գոտկային հատվածում՝ առաջ կռանալիս C7-L5 տարածությունն երկարում է 4-6սմով: Իրանի երկայնաձիգ մկանները լարված են չափավոր, տրիգեմինալ կետերը ցավոտ են չափավոր, ձգման ախտանշանները դրական են չափավոր, գոյանում են 25-50 աստիճանից: Ողնաշարի ախտահարման մակարդակում ողների ընդբախումն ու հարողնաշարային կետերի սեղմումը ցավոտ են չափավոր:

3) Թեթև վերտեբրոգեն ցավային համախտանիշ՝ ողնաշարի ախտահարման մակարդակում ցավը մշտական չէ, թեթև է, ունի տնքացող բնույթ, առաջանում է արտահայտված և տևական ֆիզիկական ծանրաբեռնվածությունից հետո, իրանի երկայնաձիգ մկանների լարվածությունը թեթև է կամ չի լինում, անտալգիկ դիրք չի հայտնաբերվում, տրիգեմինալ կետերի սեղմումը հիմնականում անցավ է, ողնաշարի շարժումները չեն սահմանափակվում, կամ սահմանափակվում են թեթև, պարանոցային հատվածում՝ կզակը համարյա կպչում է կրծքավանդակին, կողմնային թեքումն ու պտույտը սահմանափակված է 10 աստիճանով, գոտկային հատվածում՝ առաջ կռանալիս C7-L5-ը երկարում է 6-8 սմով: Նորման՝ 10-12 սմ է:

Ցավի օբյեկտիվացումը սկսվում է փորձաքննվողի քայլքի, միմիկայի, շարժումների դիտարկումով: Պետք է ուշադրություն դարձնել, թե ինչպես է քայլում, նստում, վերկենում, պառկում, պառկած վիճակում ինչպես է շարժվում: Ցավի արտահայտվածության մասին են խոսում վեգետատիվ ռեակցիաները՝ գերքրտնարտադրությունը, մաշկի գույնի փոփոխությունը, պուլսի հաճախացումը: Փորձաքննվողի քայլքին, շարժումներին պետք է հետևել նաև զննման սենյակից դուրս: Ցավի օբյեկտիվացմանը անհրաժեշտ է հասնել մանրամասն կլինիկո-վերտեբրոնևրոլոգիական զննումով, օգտագործելով նաև ստուգողական հնարքները, օրինակ՝ Լասեգի ախտանշանի երկրորդ փուլը, կքանստելը, ձգման ախտանշանների ստուգումը ուշադրությունը շեղելով, վերտեբրոգեն ցավերի օբյեկտիվացում գնահատելու նպատակով պետք է կատարել հետևյալ օժանդակ հետազոտություններ՝

- 1) ողնաշարի ռենտգենգրաֆիա, ողնաշարի ռենտգենգրաֆիա՝ ֆունկցիոնալ փորձերով.
- 2) կոնտրաստային միելոգրաֆիա, եթե կա ողնուղեղի ախտահարման կասկած.
- 3) ողնուղեղի և ողնաշարի համակարգչային շերտագրում /KT/.
- 4) ողնաշարի և ողնուղեղի մագնիսառեզոնանսային շերտագրում /MRT/.
- 5) ողնաշարի և ողնուղեղի զարկերակների անգիոգրաֆիա.
- 6) վերտեբրոբազիլյար ավազանի ուլտրաձայնային դոպլեր հետազոտություն՝ ֆունկցիոնալ փորձերով.
- 7) վերտեբրոբազիլյար ավազանի արյան շրջանառության հետազոտություն՝ ռեոէնցեֆալոգրաֆիայով.
- 8) վերջույթների անոթների ռեովազոգրաֆիա.
- 9) թերմոգրաֆիա.
- 10) էլեկտրոմիոգրաֆիա, էլեկտրոնեյրոմիոգրաֆիա.

- 11) արյան, մեզի, անհրաժեշտության դեպքում ողնուղեղային հեղուկի լրիվ պարակլինիկական հետազոտություն.
- 12) մնացորդային մեզի ծավալի որոշում կատետրով կամ ուլտրաձայնային հետազոտությամբ.
- 13) ցիստոտոնոմետրիա, ուռոֆլուոմետրիա, պրոֆիլոմետրիա.
- 14) անուսի և միզապարկի սեղմանների էլեկտրոմիոգրաֆիա հատուկ կատետր էլեկտրոդներով.
- 15) էլեկտրոկոխլետոգրաֆիա, աուդիոգրամմա:

10. Միելոպաթիաներ

Միելոպաթիայներով ընթացող ողնաշարի դիստրոֆիկ ախտահարումների (ողնուղեղի և /կամ/ ողնուղեղը սնող զարկերակի ճնշման) ժամանակ խանգարվում են նաև կոնքի օրգանների ֆունկցիաները: Մինչև ողնուղեղի S2 սեգմենտի ախտահարումների ժամանակ զարգանում են կենտրոնական տիպի խանգարումներ՝ բարձրանում է միզապարկի դետրուզորի տոնուսը և մեզի քիչ քանակն անգամ առաջացնում է միզելու ցանկություն, որը կլինիկորեն արտահայտվում է հաճախամիզությամբ, քիչ քանակի մեզով: Ախտաբանական պրոցեսի խորացմանը զուգընթաց միզարձակման ցանկությունն աստիճանաբար մարում է, վերանում և հիվանդը չի կարողանում ակտիվ ներգործել միզարձակման վրա: Միզապարկը լցվում է, ձգվում, մեծանում, զարգանում է միզակապություն, ցավերի պատճառով կատետրիզացիայի կարիք է առաջանում, հետագայում, երբ միզապարկն առավելագույնս լցված ու ձգված է լինում, զարգանում է պարադոքսալ իշուրիա՝ պարբերաբար քիչ քանակով ակամա միզարձակություն, որի ընթացքում միզապարկը ամբողջությամբ չի դատարկվում, մնացորդային մեզ է մնում: Մինչև ողնուղեղի S2 սեգմենտի երկկողմանի մասնակի ախտահարման դեպքում առաջանում է միզելու հրամայական ցանկություն՝ միզարձակումը պահելու անհնարինությամբ:

11. Ողնուղեղի S2–S4 սեգմենտում (միզարձակման սրբոսկրային կենտրոն)

Ախտաբանական պրոցեսի տեղակայման դեպքում կոնքի օրգանների ֆունկցիաների խանգարումները կրում են ծայրամասային բնույթ: Սկզբնական փուլում, երբ դեռ պահպանված է միզապարկի սեղմանի տոնուսը, լինում է միզակապություն, որը շատ շուտով վեր է ածվում իսկական անմիզապահության: Միզարձակման ցանկությունը բացակայում է, միզապարկն ատոնիկ է, միզապարկում մշտապես կա մնացորդային մեզ, որն ավելի շատ է, քան կենտրոնական տիպի խանգարման ժամանակ և հասնում է մինչև մեկ լիտրի: Կոնքի օրգանների ֆունկցիաների խանգարումներն անպայման պետք է հաստատված լինեն օժանդակ հետազոտությունների տվյալներով: Բժշկասոցիալական փորձաքննության համար ավելի մեծ նշանակություն ունեն անմիզապահությունն ու անկղապահությունը, քանի որ սրանք նյադային համակարգի ախտահարման այլ նշանների, միզուղիների ինֆեկցիաների հետ միասին առաջացնում

են ինքնասպասարկման ունակության, մի շարք մասնագիտություններով անձանց մոտ՝ նաև աշխատանքային գործունեության կարողության սահմանափակումներ:

12. Ողնաշարի պարանոցային հատվածում

Դիստրոֆիկ խանգարումները կարող են ուղեկցվել գլխապտույտով, որը շատ հաճախ կապված է վերտեբրո-բազիլյար ավազանում գլխուղեղի արյան շրջանառության անբավարարության հետ: Գլխապտույտից գանգատվելու դեպքում պետք է ճշտել, թե հիվանդը որ զգացողությունն է գնահատում որպես գլխապտույտ՝ հավասարակշռության խանգարումը, անկայունությունը, նախասինկոպալ վիճակը, իսկական գլխապտույտը, մի կողմի վրա շեղվելը, թե վայր ընկնելը: Պարանոցի շարժումներով հրահրվող գլխապտույտները ստացել են <<պարանոցային գլխապտույտ>> անվանումը: Ողնաշարի պարանոցային հատվածի արտահայտված օստեոխոնդրոզի կամ այլ դիստրոֆիկ խանգարումների ժամանակ <<պարանոցային գլխապտույտին>> կարելի է դասել այն դեպքերը, երբ գլխի շարժումների ժամանակ նշում են դեպի աջ կամ ձախ կողմը մարմնի շեղվելու զգացում, հավասարակշռության խանգարում, վայր ընկնել: Այս խանգարումների մեխանիզմը բացատրվում է Մազնուսի ուղեղաբնային ռեֆլեքսով, որին մասնակցում են ուղեղաբնի վեստիբուլո-ռետիկուլյար գոյացությունները: Պարանոցի ոսկրա-կապանային, հողային և մկանային պրոպրիոցեպտորներից աֆերենտ իմպուլսների հզոր հոսք է գնում կողմնային վեստիբուլյար կորիզներին, որոնց արդյունքում նույն կողմի իրանի կեսի և վերջույթների մկանային տոնուսը խիստ բարձրանում է, իսկ հակառակ կողմում մկանային տոնուսը խիստ իջնում է և արդյունքում առաջանում է հավասարակշռության խանգարում:

1) Իսկական, կամ վեստիբուլյար, կամ համակարգային գլխապտույտի ժամանակ հիվանդին թվում է, որ ինքը, կամ շրջապատի առարկաները պտտվում են որոշակի ուղղությամբ, այսինքն՝ դա գոյություն չունեցող շարժման, պտտման, անկման պատրանք է: Համակարգային գլխապտույտի պատճառը վեստիբուլյար համակարգի պերիֆերիկ (լաբիրինթ, վեստիբուլյար կամ անդաստակային նյարդ) և կենտրոնական (ուղեղաբնի վեստիբուլյար կորիզներ, գլխուղեղի կողմնաքունքային հատվածի կեղև) օղակների համաձայնեցված աշխատանքի խանգարումն է: Վեստիբուլյար համակարգի խանգարումն արտահայտվում է երեք բնորոշ ախտանշաններով՝ գլխապտույտով, նիստազմով և հավասարակշռության խանգարումով (ատաքսիայով):

2) Հետին պարանոցային սինյաթիկ համախտանիշի ժամանակ ևս լինում է գլխապտույտ, սակայն այս դեպքում լինում են նաև գլխացավ, տեսողական խանգարումներ: Պարանոցային ողների լայնածիփ ելունների անցքերով, ողնաշարային զարկերակի խողովակով, անցնելիս ողնաշարային զարկերակի ճնշումը կարող է բերել վերտեբրոբազիլյար ավազանում արյան շրջանառության անբավարարության, ուղեղաբուն-ուղեղիկ գոյացությունների իշեմիայի, որը բացի գլխապտույտից արտահայտվում է նաև դիպլոպիայով, դիզարթրիայով, դիսֆագիայով, լսողության իջեցումով, շրթունքների, բերանի շրջանի թմրածությունով, ուղեղիկային խանգարումներով, հեմիանոպսիայով, ֆոտոպսիայով, Վալենբերգ-Չախարչենկոյի

համախտանիշի տարբերակներից մեկով, տետրապարեզով, դրոպ-գրոհով, հիշողության ժամանակավոր կորստի և ապակողմնորոշման նոպայով: Միաժամանակ օժանդակ հետազոտություններով հայտնաբերվում է հեմոդինամիկ նշանակություն ունեցող դիսցիրկուլյացիա վերտեբրո-բազիլյար ավազանի զարկերակներում, ողնաշարային զարկերակում և շատ կարևոր է, որ այս ամենի ու ողնաշարի դիստրոֆիկ փոփոխությունների միջև անպայման լինի պատճառահետևանքային կապ: Վերտեբրո-բազիլյար ավազանում արյան շրջանառության անբավարարությունը կարող է ընթանալ տրանզիտոր իշեմիկ գրոհների ձևով, որոնք անպայմանորեն պիտի նկարագրված լինեն բժշկական փաստաթղթերում: Տրանզիտոր իշեմիկ գրոհները դասակարգվում են ըստ ծանրության աստիճանի՝ թեթև (տևում է մինչև 10 րոպե), միջին ծանրության (տևում են 10 րոպեից ավելի՝ ժամեր, բայց ոչ մեկ օրից ավելի, առանց մնացորդային օրգանական ախտանշանների), ծանր (տևում են 20-24 ժամ, նոպայից հետո օրգանական ախտանշանների առկայությամբ): Ըստ հաճախականության լինում են՝ հաճախակի (տարեկան 3 և ավելի անգամ), միջին հաճախականության (տարեկան 2 անգամից ոչ քիչ), հազվակի (1-2 տարին 1 անգամ կամ ավելի մեծ ընդմիջումներով): Գլխապտույտի հանկարծակի կարճատև նոպա կարող է զարգանալ գլխի և պարանոցի դիրքի փոփոխության ժամանակ: Այս գլխապտույտը կոչվում է բարորակ դիրքային գլխապտույտ և անցնում է գլխի, պարանոցի դիրքը վերականգնելիս: Գլխապտույտի պատճառը կուպուլիտիազիսն է՝ լաբիրինթի կիսաշրջանաձև խողովակներում կալցիումի կարբոնատի բյուրեղների նստվածքը, որից գոգովում են լաբիրինթի ռեցեպտորները:

3) Սրտխառնոցով, փսխումով, հորիզոնական կամ հորիզոնական-ռոտատոր նիստազմով ուղեկցվող համակարգային գլխապտույտ զարգանում է նաև լաբիրինթի ջրգողության ժամանակ: Հիվանդությունը հանդիպում է ավելի հաճախ 45 տարեկանից հետո և սխալմամբ ախտորոշվում է որպես վերտեբրո-բազիլյար ավազանում արյան շրջանառության խանգարմամբ ուղեկցվող ողնաշարի օստեոխոնդրոզ: Ախտորոշումը հաստատվում է էլեկտրոկոխլետոգրաֆիայով:

13. Օստեոխոնդրոզի բուժումը

Օստեոխոնդրոզի բուժումը պետք է լինի կոմպլեքսային, օգտագործելով դեղորայքային և ոչ դեղորայքային բուժման մեթոդները՝ անկողնային ռեժիմի պահպանում, իմմոբիլիզացիա, անտալգիկ դիրքի գրավում, դեղորայքային բուժում: Դեղորայքային բուժման հիմնական սկզբունքներն են՝

- 1) բուժման վաղ սկիզբը.
- 2) ցավային համախտանիշի վերացում.
- 3) համակցված պաթոգենետիկ և սիմպտոմատիկ բուժում.
- 4) մանուալ թերապիա.
- 5) ֆիզիոթերապիա՝ մասաժ, էլեկտրոմիոստիմուլյացիա, բիոմեխանոթերապիա, բուժական ֆիզկուլտուրա, շարժողական ստերեոտիպի կարգավորում, ձգում.
- 6) ռեֆլեքսոթերապիա.

7) ժողովրդական բնժշկության միջոցներ, հիրուդոթերապիա.

8) փսիխոթերապիա.

9) լազերային թերապիա.

10) վիրահատական բուժում՝ վիրահատական բուժման էությունը վիրահատական միջամտությամբ նյարդարմատի, կամ նյարդարմատն ու դրան սնող զարկերակի, կամ ողնուղեղի ճնշման վերացումն է, որը բերում է ցավային համախտանիշի արագ վերացմանը: Վիրահատական բուժման ցուցումներն են՝ համառ, չվերացող ցավային համախտանիշը, ներոլոգիական դեֆիցիտի խորացումը, 'ձիու պոչի' համախտանիշը: Միաժամանակ պետք է նշել, որ չվերացնելով միջողնային սկավառակի ճողվածքի առաջացման պատճառը, այն իր մեջ կրում է ողնաշարի այլ մակարդակում հիվանդության կրկնության վտանգ, բացի այդ, ինչպես ցանկացած վիրահատության, այնպես էլ միջողնային սկավառակի վիրահատական բուժման ժամանակ հնարավոր է զարգանան հետվիրահատական բարդություններ: Վիրահատական բուժման բաց դասական եղանակները՝ լամինեկտոմիան, դիսկեկտոմիան շատ տրավմատիկ են և կարող էն առաջացնել երկարատև դեղորայքային, նույնիսկ վիրահատական բուժում պահանջող լուրջ բարդություններ: Այս հանգամանքն էլ պատճառ է հանդիսացել քիչ ինվազիվ, նոր մեթոդների մշակման՝ միկրոդիսկեկտոմիա, էնդոսկոպիկ դիսկեկտոմիա, թերմոկոագուլյացիա: Ամենաառաջատար մեթոդը Գաբոր Ռաչի մեթոդն է: Իր իսկ կողմից ստեղծած ուս-կատետրով դեղորայքով (ֆերմենտներով, հեմոպապայինով, լուծույթներով, օզոնով) էպիդուրալ ինֆիլտրացիայի միջոցով լուծում, քայքայում է սկավառակի արտանկած մասը: Բժշկագիտության զարգացման շնորհիվ կատարում են նաև միջողնային սկավառակի պրոթեզավորում, կենսաբանական նորացում:

14. Ախտորոշման ձևակերպում

Ներկայումս ըստ ՀՄԴ 10-րդ վերանայման՝ ողնաշարի դիստրոֆիկ խանգարումները, այդ թվում նաև ողնաշարի օստեոխոնդրոզը, դասակարգվում են 'դորսոպաթիա' խորագրի տակ: Դորսոպաթիան (լատինական dorsum-մեջք բառից) իր մեջ ընդգրկում է ոչ միայն ողնաշարի, այլ նաև մեջքի փափուկ հյուսվածքների, հարողնաշարային մկանների, կապանների և այլ կառուցվածքների տարբեր ախտահարումները: Ողնաշարի դիստրոֆիկ խանգարումները ներկայացված են <<Ոսկրամկանային համակարգի և շարակցական հյուսվածքի հիվանդություններ>> բաժնի (M00-M99) <<Դորսոպաթիա>> ենթաբաժնում (M40-M54), իսկ ողնաշարի դիստրոֆիկ խանգարումների նյարդաբանական բարդությունները՝ <<Նյարդային հիվանդություններ>> բաժնում (G00-G99): Ախտորոշումը ձևակերպելիս նախկին մոտեցումների ժամանակ առաջին տեղում գրվում էր նյարդային համախտանիշը, քանի որ դրանով էր պայմանավորվում հիվանդի վիճակի ծանրությունը: Քանի որ ըստ ՀՄԴ 10-րդ վերանայման հիվանդության կոդավորումը կատարվում է <<հիմնական խանգարումով>>, ապա ներկայումս ախտորոշումը ձևակերպելիս առաջին տեղում գրվում

է ողնաշարի ճշտված դիստրոֆիկ խանգարումը՝ սպոնդիլոզ, սպոնդիլոարթրոզ, միջողնային սկավառակի ճողվածք և այլն, հետո նոր նյարդաբանական համախտանիշը, եթե կլինիկական և պարակլինիկական վստահելի հետազոտություններով չի ճշտվել ողնաշարի պաթոլոգիան, ապա առաջին տեղում գրվում է նյարդաբանական համախտանիշը: Ըստ ՀՄԴ 10-րդ վերանայման՝ նյարդաբանական համախտանիշը կոդավորում է M53 <<այլ դորսոպաթիաներ>> և M54 <<այլ դորսալգիաներ>> խորագրերով: Այս խորագրի տակ պետք է կոդավորել հատկապես <<Ողնաշարի օստեոխոնդրոզ>>, երբ բացի ռենտգեն հետազոտությունից այլ հետազոտություններով չի ճշտվել միջողնային սկավառակի ճողվածքի, ողնաշարային նեղացումների առկայությունն ու տեղակայումը: Ախտորոշման ձևակերպումն իրականացվում է մի քանի մասով:

1) Նշվում է նյարդաբանական համախտանիշի ախտաձագումը՝ ճշտված դիստրոֆիկ խանգարումն ու տեղակայումը: Շատ կարևոր է նշել ողնաշարային խողովակի կառուցվածքային միավորների՝ սուբարախնոիդալ տարածության, լիկվորային ուղիների վիճակի փոփոխությունը, ողնաշարի նեղացումների առկայությունը, մակարդակը, սակրալիզացիան, լյումբալիզացիան և այլն: Օրինակ՝ <<Ողնաշարի գոտկային հատվածի օստեոխոնդրոզ L2-3, L3-4, L4-5 միջողնային սկավառակների բարձրության իջեցում, L4-L5 սկավառակի աջակողմյան ճողվածք 0,8 սմ չափով: Ստորին գոտկային հատվածի չափավոր սպոնդիլոզ, L4 և L5 ողների եզակի օստեոֆիտներ 0.3-0.5 սմ չափերի՝ ուղղված դեպի ողնաշարային խողովակը: Դեղին կապանի հիպերտրոֆիա, օսիֆիկացիա>>:

2) Տրվում է ցավային համախտանիշի բնութագիրը, նշելով ընթացքը՝ սուր, ենթասուր, քրոնիկական, որն էլ իր հերթին կարող է ընթանալ ռեմիսիաներով (լրիվ կամ մասնակի), սրացումներով (հազվակի, միջին հաճախականության, հաճախակի), կամ ունենալ ստացիոնար, առաջգարգացող, հետզարգացող, ձգձգվող ընթացք: Օրինակ՝ L4-5 նյարդարմատի քրոնիկական կոմպրեսիոն չափավոր ցավային համախտանիշ, ձգձգվող կամ առաջգարգացող ընթացքով:

3) Արտացոլվում են ցավային համախտանիշին ուղեկցող նյարդամկանային, նյարդա-անոթային փոփոխությունները: Օրինակ, հարողնաշարային մկանների արտահայտված լարվածություն, պարանոցային լորդոզի հարթեցում, ֆուկցիոնալ ձախակողմյան սկոլիոզ, գոտկա-սրբոսկրային հատվածի ախտաբանական ֆիքսացիա՝ անտալգիկ դիրք: Անկման ախտանշանների դեպքում, երբ կան նյարդարմատների շարժողական մասի խանգարումներ (պարեզներ), անհրաժեշտ է նշել նաև դրանց արտահայտվածությունն ու տեղակայումը: Ողնուղեղի ճնշման առկայության դեպքում նշվում է մակարդակը, շարժողական խանգարումներն իրենց արտահայտվածությամբ և տարածվածությամբ, կոնքի օրգանների ֆունկցիաների խանգարումների առկայությունն ու տիպը:

4) Ողնաշարի ֆունկցիայի խանգարման առկայության դեպքում նշվում է աստիճանը:

15. Բժշկասոցիալական փորձաքննության ուղեգրման ցուցումները

- 1) Վերականգնողական բուժումից հետո անբավարար արդյունքով հաճախակի և երկարատև սրացումներով ռադիկուլոպաթիաներ, ռեֆլեկտոր համախտանիշներ:
- 2) Ժամանակավոր անաշխատունակության երկարատևությունը՝ հիվանդության կլինիկական, վերականգնողական անբարենպաստ կամ անորոշ կանխատեսման դեպքում:
- 3) Արտահայտված վեստիբուլյար խանգարումները, արտահայտված ասթենիկ համախտանիշը աշխատանքում հակացուցված գործոնների առկայությունը և աշխատանքի ռացիոնալ տեղավորման բացակայությունը:
- 4) Կայուն չափավոր կամ արտահայտված ցավային համախտանիշը:
- 5) <<Ձիու պոչի>> նյարդարմատների դիսկոզեն ճնշումով պայմանավորված, կրած ռադիկուլոիշեմիայից, ռադիկուլոմիելոիշեմիայից հետո մնացած շարժողական խանգարումները, կոնքի օրգանների ֆունկցիաների խանգարումները:

16. ԲՍՓ ուղեգրելիս անհրաժեշտ հետազոտություններն են

- 1) ողնաշարի ռենտգեն հետազոտություն.
- 2) համակարգչային շերտագրում, մագնիսառեզոնանսային շերտագրում /անհրաժեշտության դեպքում/.
- 3) գոտկային պունկցիա.
- 4) ողնուղեղագրություն՝անհրաժեշտության դեպքում.
- 5) ռեոէնցեֆալոգրություն՝ 'հետին պարանոցային սիմպաթիկ համախտանիշ' ակտորոշման դեպքում.
- 6) ռեոանոթագրություն՝ օստեոխոնդրոզի անոթային բարդությունների դեպքում.
- 7) էլեկտրոմկանագրություն, էլեկտրոնեյրոմկանագրություն՝ ռադիկուլոմիելոիշեմիայի համախտանիշի դեպքում.
- 8) նեյրովիրաբույժի խորհրդատվություն անհրաժեշտության դեպքում:

17. Հաշմանդամության սահմանում

1) **Երրորդ խումբ** սահմանվում է, երբ առկա է կայուն չափավոր ցավային համախտանիշ, վեստիբուլյար, շարժողական և այլ ֆունկցիաների չափավոր խանգարումներ, կրկնվող սրացումներ (բժշկական փաստաթղթերով հաստատված), որը բերում է կենսագործունեության՝ ինքնուրույն տեղաշարժվելու, աշխատանքային գործունեությամբ զբաղվելու կարողությունների և ինքնասպասարկման ապահովման ունակության առաջին աստիճանի սահմանափակումների:

2) **Երկրորդ խումբ** սահմանվում է՝ կայուն արտահայտված ցավային համախտանիշով, հաճախակի, երկարատև սրացումներով (բժշկական փաստաթղթերով հաստատված), վիրահատական բուժման անհնարինությամբ կամ վիրահատական բուժման անարդյունավետությամբ, վեստիբուլյար, շարժողական, կոնքի օրգանների և այլ ֆունկցիաների արտահայտված խանգարումներով պայմանավորված ինքնուրույն տեղաշարժման կարողության, ինքնասպասարկման ապահովման ունակության երկրորդ,

աշխատանքային գործունեությամբ զբաղվելու կարողության երկրորդ կամ երրորդ աստիճանի սահմանակումների ժամանակ:

3) **Առաջին խումբ** սահմանվում է հազվադեպ: Այն պամանավորված է <<ծիու պոչի>> ճնշումից, սուր ռադիկուլոմիելոիշեմիայից հետո մնացած խիստ արտահայտված ստորին պարապարեզով կամ պարապլեգիայով, որոնք ուղեկցվում են ինքնասպասարկման ապահովման ունակության, ինքնուրույն տեղաշարժման կարողության երրորդ աստիճանի սահմանափակումներով:

18. Տրանզիտոր իշեմիկ գրոհների փորձաքննությունը

1) Հազվակի թեթև և միջին ծանրության տրանզիտոր իշեմիկ գրոհները, դիսցիրկուլյատոր էնցեֆալոպաթիայի I, II փուլերը հաշմանդամության սահմանման հիմնական գործոն չեն:

2) Միջին հաճախականության, միջին ծանրության, կամ ծանր տրանզիտոր իշեմիկ գրոհները աշխատանքային գործունեությամբ զբաղվելու, ինքնուրույն տեղաշարժվելու և սեփական վարքը հսկելու կարողությունների I աստիճանի սահմանափակմամբ հիմք են հանդիսանում հաշմանդամության III խմբի սահմանման համար, երբ անձը կորցնում է հիմնական մասնագիտությունը, կամ անհրաժեշտություն է առաջանում թեթևացնելու աշխատանքային պայմանները և բնույթը, կամ փոքրացնելու աշխատանքի ծավալը:

3) Հաճախակի ծանր և միջին ծանրության տրանզիտոր իշեմիկ գրոհները հիմնական հիվանդության անբարենպաստ ընթացքի դեպքում հիմք են հանդիսանում հաշմանդամության II խմբի սահմանման համար աշխատանքային գործունեությամբ զբաղվելու երկրորդ կամ երրորդ, սեփական վարքի հսկողության, կողմորոշվելու կամ հաղորդակցման կարողությունների II աստիճանի սահմանափակումներով:

19. Բժշկասոցիալական փորձաքննությունը վիրահատական բուժումից հետո

1) Հետին լամինեկտոմիայով ճողվածքի հեռացումից հետո ժամանակավոր անաշխատունակության թերթիկ տրվում է երկու ամսից ոչ պակաս, երբեմն վիրահատությունից հետո, երբ դեռ պահպանվում է ցավային համախտանիշը, անհրաժեշտ է լինում ավելի երկարատև ժամանակ՝ մինչև երեք ամիս: Ծանր ֆիզիկական աշխատանքով զբաղվողների մոտ առաջանում է աշխատանքային գործունեությամբ զբաղվելու կարողության ժամանակավոր սահմանափակում, որը կարգավորվում է ԲՓՀ-ների կողմից տրված եզրակացությունների հիման վրա:

2) Առաջային սպոնդիլոդեզով միջոդնային սկավառակի հատումից հետո, քանի որ միջոդնային սկավառակի հատման տեղում ոսկրային անկիլոզը զարգանում է 6-8 ամսվա ընթացքում: Այս դեպքում չափավոր կամ ծանր ֆիզիկական աշխատանքով զբաղվողներին կարելի է մեկ տարով սահմանել հաշմանդամության երրորդ խումբ կենսագործունեության մյուս սահմանափակումների հետ միասին նաև աշխատանքային գործունեությամբ զբաղվելու կարողության առաջին աստիճանի սահմանափակումով:

3) Լազերային վապորիզացիայից հետո տրվում է ժամանակավոր անաշխատունակության թերթիկ, որի տևողությունը կախված է կատարվող

աշխատանքի ծանրությունից, աշխատանքում հակացուցված գործոնների առկայությունից:

20. Հաշմանդամության պատճառներն են

- 1) ընդհանուր հիվանդություն.
- 2) մասնագիտական հիվանդություն, միաժամանակ որոշվում է նաև մասնագիտական աշխատականության կորստի աստիճանը տոկոսներով.
- 3) աշխատանքային խեղում, միաժամանակ որոշվում է նաև մասնագիտական աշխատունակության կորստի աստիճանը տոկոսներով.
- 4) զինվորական ծառայության կամ զինվորական պարտականության հետ կապված պատճառական կապ, եթե ապացուցված է վնասվածքի դերը օստեոխոնդրոզի զարգացման, խորացման հարցում:

XIV. ՈՂՆԱՉԱՐԻ ՍԿՈԼԻՈՋԻ ԺԱՄԱՆԱԿ ԲԺՇԿԱՍՈՑԻԱԼԱԿԱՆ ՓՈՐՁԱԲՆՆՈՒԹՅՈՒՆ

Սկոլիոզը ողնաշարի բարդ դեֆորմացիա է, որը բնութագրվում է առաջին հերթին ողնաշարի ֆրոնտալ հարթությունում ծովածությամբ, որն էլ հետագայում, ողերի տորսիայի հետևանքով, առաջացնում է ծովածություն սագիտալ հարթությունում՝ ավելացնելով կրծքային կիֆոզը, լորդոզը և սապատը, պարանոցային և գոտկային լորդոզը:

Ողնաշարը մարդու մոտ կատարում է երեք ֆունկցիա՝ հենարանային, պաշտպանական և շարժողական: Սկոլիոզի ժամանակ այս կամ այն չափով տուժում են օրգանիզմի հենաշարժական, շնչառական, սիրտանոթային և պերիֆերիկ նյարդային համակարգի ֆունկցիաները:

Սկոլիոզի դասակարգումը

1. Ըստ ողնաշարի ծովածության ձևի՝
 - <C> – ձև սկոլիոզ (ծովածություն մեկ կորությունով),
 - <S> – ձև սկոլիոզ (ծովածություն երկու կորությունով),
 - <Σ> – ձև սկոլիոզ (ծովածություն երեք կորությունով):
2. Ըստ կլինիկո-ռենտգենոլոգիական հետազոտման (սկոլիոզ ըստԿոբի)
 - I աստիճան – ծոման անկյունը մինչև 20°,
 - II աստիճան – ծոման անկյունը 21-40°,
 - III աստիճան – ծոման անկյունը 41-60°,
 - IV աստիճան – ծոման անկյունը գերազանցում է 61°-ը:
3. Ըստ ողնաշարի ստատիկ ֆունկցիայի՝

- Կոմպենսացված (հավասարակշռված) սկոլիոզ (C₇ ողի փշանման ելունից իջեցված ուղղահայացը անցնում է միջնստատեղային ծալքով),
- Դեկոմպենսացված (չհավասարակշռված) սկոլիոզ (C₇ ողի փշանման ելունից իջեցված ուղղահայացը չի անցնում միջնստատեղային ծալքով, այլ շեղվում է դեպի ողնաշարի ծոման հիմնական կորությունը):
- Ըստ կլինիկական ընթացքի, որը վերաբերում է միայն երեխաներին՝ մինչև ոսկրային աճի ավարտը:
- Ոչ պրոգրեսիվող սկոլիոզ,
- Դանդաղ պրոգրեսիվող սկոլիոզ (մեկ տարում ծոման անկյունը ավելանում է մինչև 9),
- Արագ պրոգրեսիվող (մեկ տարում ծոման անկյունը ավելանում է 10° և ավելի):

Մեծահասակների մոտ սկոլիոզը կարող է զարգանալ միայն օստեոպորոզի ֆոնին և հղի կանանց մոտ:

Բուժման սկզբունքները

Կախված սկոլիոզի աստիճանից և կլինիկական ընթացքից՝ որպես բուժական միջոցներ օգտագործվում են մասնագիտացված հակասկոլիոտիկ մարմնամարզություններ, կորսետոթերապիա կամ մետաղական կոնստրուկցիաներով ողնաշարը ֆիքսող վիրահատություններ:

Աշխատանքի ձևի և պայմանների հակացուցումներ.

- Ծանր և միջին ֆիզիկական ծանրաբեռնվածությամբ աշխատանքներ,
- Մարմնի հարկադիր դիրքով, հաճախակի կռանալով կամ մարմնի վիթրացիայով աշխատանքներ,
- Անբարենպաստ պայմաններում կատարվող աշխատանքներ (տաք և խոնավ արտադրամասերում),
- Երկարատև կանգնելու կամ քայլելու հետ կապված աշխատանքներ:

Բժշկասոցիալականփորձաքննության ուղեգրման ցուցումները

ԲՍՓ ուղեգրվում են արագ պրոգրեսիվող սկոլիոզի արմատական բուժումից հետո, եթե առկան են սկոլիոզի III, IV աստիճանի բարդություններ՝ շնչառական կամ սիրտանոթային անբավարարություն II°-ի, երկրորդային օստեոխոնդրոզի հետևանքով ցավային համախտանիշի սրացումներ ներուլոգիական սիմպտոմատիկայով, վերջին մեկ տարվա ընթացքում միջին հաճախականությամբ և տևողությամբ, եթե առկա են աշխատանքի բնույթի և պայմանների հակացուցումներ:

ԲՍՓ ուղեգրելիս անհրաժեշտ հետազոտությունները՝ անտրոպոմետրիկ տվյալներ, ողնաշարի ստատո-դինամիկ ֆունկցիան, սապատի բարձրությունը, ողնաշարի R-գրաֆիա ուղիղ և կողք պրոեկցիայով, ԷՍԳ, սպիրոմետրիա՝ միայն կրծքային սկոլիոզներ ժամանակ, օրթոպեդի, թերապևտի և նյարդաբանի խորհրդատվություն:

Կենսագործունեության սահմանափակման գնահատումը հիմնվում է կլինիկո-ֆունկցիոնալ և սոցիալական գործոնների համալիր ուսումնասիրության վրա՝ հիմնական կորության տեղակայումը և ուղղվածությունը, սկոլիոզի բարդության աստիճանը, ողնաշարի հենարանային և շարժողական ֆունկցիայի կոմպենսատոր մեխանիզմները (իրանի շեղումը դեպի դեֆորմացիայի հիմնական կորությունը, հակաձուլվածության ձևավորումը, ձուլվածության հակառակ կողմում առաջային կողային սապատի առաջացում, ողնաշարի դեգեներատիվ-դիստրոֆիկ փոփոխությունների առանձնահատկությունները, հիվանդության կլինիկական ընթացքի ձևը, նյարդաբանական խանգարումներ, արյան շրջանառության և շնչառական ֆունկցիայի խանգարման աստիճանը, ստատոդինամիկ ֆունկցիայի խանգարում, հիվանդի սեռը, տարիքը, հոգեկան և ֆիզակական կիճակը, ուղեկցող հիվանդությունները, մասնագիտությունը և աշխատանքային գործունեությունը):

Ինքնուրույն տեղաշարժվելու կարողության I^o-ի սահմանափակում կարող է լինել ողնաշարի ֆունկցիայի կայուն, արտահայտված խանգարման ժամանակ, հիվանդության պրոգրեսիվող ընթացքի, սկոլիոզի III, IV աստիճանի, ողնաշարի ստատիկ ֆունկցիայի դեկոմպենսացիայի, կողային սապատի 5սմ, շնչական անբավարարության II^o, երկրորդային օստեոխոնդրոզի նյարդարմատիկային համախտանիշի դեպքում:

Ինքնուրույն տեղաշարժվելու կարողության II^o-ի սահմանափակում կարող է լինել ողնաշարի ֆունկցիայի կայուն, խիստ արտահայտված խանգարման ժամանակ, հիվանդության արագ պրոգրեսիվող ընթացքի, սկոլիոզի IV^o-ի, կողային սապատի 5-6սմ և ավելի լինելու, ողնաշարի ֆիքսված դեֆորմացիայի, որն ուղեկցվում է իրանի արտահայտված շեղմանը հիմնական կորության ուղղությամբ, հակառակ կողմում առաջային կողային սապատի առաջացմամբ, կրծքավանդակի և որովային խոռոչի օրգանների տեղաշարժման, շնչական անբավարարությամբ և հեմոդինամիկայի II^o-ի խանգարման, օստեոխոնդրոզի և օստեոպոռոզի III^o-ի, արտահայտված նյարդարմատիկային համախտանիշի և սպինալ խանգարումների դեպքում:

Ինքնուրույն տեղաշարժվելու կարողության III^o-ի սահմանափակմանը բերում են կայուն խիստ արտահայտված սպինալ խանգարումները:

Հաշմանդամության խմբերի չափորոշիչները

Հաշմանդամության երրորդ խումբ սահմանվում է՝

III-IV աստիճանի սկոլիոզի դեպքում ողնաշարի ստատիկ ֆունկցիայի դեկոմպենսացիայի դեպքում կողային սապատի առկայությամբ, կամ եթե առկա է

շնչական անբավարարություն II°, կամ կայուն չափավոր արտահայտված նյարդարմատային համախտանիշի դեպքում:

Հաշմանդամության երկրորդ խումբ սահմանվում է՝

III-IV աստիճանի սկոլիոզի դեպքում բարդացած կարդիոպոլմոնալ անբավարարությունով II°, կայուն արտահայտված նյարդարմատային համախտանիշով, հաճախակի և երկարաձգվող սրացումներով, ողնաշարի ստատիկ ֆունկցիայի արտահայտված դեկոմպենսացիայով, իրանի արտահայտված թեքումով հիմնական կորության կողմ, հակաձուլածության և հակառակ կողմում առաջային կողային սապատի ձևավորումով:

Հաշմանդամության առաջին խումբ սահմանվում է՝

Կայուն, խիստ արտահայտված կարդիոպոլմոնալ անբավարարության III°, ծանր խիստ արտահայտված շարժողական (պարապլեգիա, ծանր պարապարեզ) և կոնքի օրգանների ֆունկցիայի ծանր խանգարումներով:

«Հաշմանդամ երեխա» կարգավիճակ կարելի է սահմանել նաև արագ պրոգրեսիվող II-III° սկոլիոզի դեպքում, երբ կա մշտական կոշտ կորսետ կրելու անհրաժեշտություն:

XV. ՊԵՐԻՖԵՐԻԿ ՆԵՐՎԵՐԻ ՎՆԱՍՎԱԾՔՆԵՐԻ ԴԵՊՔՈՒՄ ԲԺՇԿԱՍՈՑԻԱԼԱԿԱՆ ՓՈՐՁԱՔՆՆՈՒԹՅՈՒՆԸ

Պերիֆերիկ նյարդի վնասվածքը նյարդի կառուցվածքի մեխանիկական ախտահարում է՝ հաղորդականության լրիվ կամ մասնակի խանգարումով, նյարդի դեգեներատիվ-ռեգեներատիվ բարդ գործընթաց, որն արտահայտվում է շարժողական, զգացողական, վեգետատիվ-տրոֆիկ խանգարումներով, ցավային համախտանիշով:

Պերիֆերիկ նյարդերի վնասվածքներ կարող են առաջանալ պատերազմական գործողությունների ժամանակ, արտադրական պայմաններում, կենցաղում:

Դասակարգում

I. Ըստ նյարդի ախտահարման բնույթի

1. Փակ վնասվածք

2. Բաց վնասվածք

ա. հրազենային՝ գնդակային, բեկորային և այլն:

բ. ոչ հրազենային՝ ծակած, կտրած, ջնջված և այլն:

II. Ըստ նյարդի ախտահարման ձևի և աստիճանի

1. Ցնցում

2. Սալջարդ

3. Ճնշում

4. Ձգում

5. Նյարդի

մասնակի

ընդհատում

6. Նյարդի լրիվ ընդհատում

III. Ըստ նյարդի ախտահարման տեղակայման

1. Պարանոցային

հյուսակ

2. Բազկային հյուսակ

3. Վերին վերջույթների նյարդեր

4. Գոտկային

հյուսակ

5. Ստորին վերջույթների նյարդեր

IV. Համակցված և կոմբինացված վնասվածքներ

1. Նյարդերի

վնասվածքներ համակցված անոթների, ջլերի, ոսկրերի վնասվածքների, մկանների տարածուն ջնջխման հետ: 2. Նյարդերի վնասվածքներ

կոմբինացված այրվածքների, ցրտահարության, քիմիական վնասվածքների հետ

V. Պերիֆերիկ նյարդերի յատրոգեն վնասվածքներ

VI. Պերիֆերիկ նյարդերի վնասվածքների դասակարգումը ըստ ընթացքի

- 1. Սուր շրջան՝ առաջին 3 շաբաթը, նյարդի ֆունկցիայի իրական ախտահարում պարզ չի:
- 2. Վաղ շրջան՝ 3 շաբաթից մինչև 2-3 ամիս, պարզվում է նյարդի վնասման իրական պատկերը, իսկ ցնցման ժամանակ այդ ընթացքում վերականգնվում է նյարդի ֆունկցիան:
- 3. Ենթասուր շրջան՝ տևում է 2-3-ից մինչև 6 ամիս, դարձելի ախտահարումների ժամանակ հատնաբերվում են նյարդի ֆունկցիայի վերականգնման պարզորոշ նշաններ:
- 4. Ուշ շրջան՝ 6 ամսից մինչև 3-5 տարի, տեղի է ունենում նյարդի դանդաղ ռեգեներացիա, մասնավորապես վիրահատական միջամտությունից հետո:
- 5. Հեռավոր (ռեզիդուալ) շրջան վնասվածքից 3-5 տարի անց, նյարդի ֆունկցիայի հետագա վերականգնումը անհնարին է:

Պերիֆերիկ նյարդերի վնասվածքների կլինիկան

Պերիֆերիկ նյարդերի վնասվածքներն արտահայտվում են տարբեր աստիճանի արտահայտվածության շարժողական, զգացողական, վեգետատիվ-տրոֆիկ խանգարումներով, ցավային համախտանիշով: Օրինակ՝ ճաճանչային և փոքր ոլոքային նյարդերի վնասվածքների դեպքում հնարավոր է պարեզի գերակշռում զգացողական խանգարումների նկատմամբ իսկ միջնակ, մեծ ոլոքային նյարդերի դեպքում, որոնք հարուստ են սիմպատիկ նյարդաթելերով, հնարավոր է զգացողական խանգարումների գերակշռում պարեզի նկատմամբ, նույնիսկ կարող է զարգանալ կաուզալգիկ /արտահայտված ցավային/ համախտանիշ: Խիստ արտահայտված ցավային՝ կաուզալգիկ, համախտանիշը զարգանում է վնասվածքից 2-3 շաբաթ անց, ցավն անտանելի է, տանջող, այրող բնույթի, ուժեղանում է ցանկացած գոգոխից, քիչ հանգստանում է վերջույթը թրջելուց, խոնավեցնելուց հետո, ցավն ուղեկցվում է վազոմոտոր, սեկրետոր, տրոֆիկ խանգարումներով, հնարավոր է **անտալգիկ** կոնտրակտուրաների զարգացում: Զգացողական խանգարումներն արտահայտվում են գոգոման (ցավ, պարէստեզիա, հիպերպաթիա) կամ արտանկման (հիպեսթեզիա,

անէսթեզիա) ախտանշաններով: Վնասված նյարդի վերականգնման սկզբնական շրջանում հաճախ զարգանում է հիպերպաթիա: Շարժողաան խանգարումներն արտահայտվում են վերջույթի պերիֆերիկ պարեզով կամ վնասված նյարդով ներվավորվող մկանների պարեզով: Վերջույթի, մկանների թուլության աստիճանը կախված է նյարդի վնասման աստիճանից և մակարդակից, տիպիկ են վեգետատիվ-տրոֆիկ խանգարումները՝ մկանների ատրոֆիան, օստեոպորոզը, եղունգների կոտրտվածությունը, տրոֆիկ խոցերը:

Բազկային հյուսակի և վերջույթների հիմնական նյարդերի վնասվածքային համախտանիշներ

Բազկային հյուսակի վնասվածքը հաճախ հանդիպող վնասվածքներից է (ծննդաբերական, թմրաքնային պարեզներ և այլն) :

Դյուշեն Էրբայի վերին տիպի պարեզը, պարալիչը (պլեգիան) զարգանում են բազկային հյուսակի առաջնային ցողունի (C₅-C₆) ախտահարման ժամանակ, վերջույթի պրոքսիմալ հատվածի մկանների ֆունկցիան նվազում է, որի հետևանքով խանգարվում կամ անհնարին է դառնում վերին վերջույթի զատումը, արմնկային հողում ծալումը, բազկի, նախաբազկի արտաքին մակերեսին առաջանում է հիպեսթեզիա:

Դեժերին-Կյումակեի ստորին տիպի պարեզը, պլեգիան զարգանում են հյուսակի ստորին հատվածի (C₈-TH₁) վնասման դեպքում, մկանների թուլությունն հիպոտրոֆիաներ առաջանում է վերջույթի դիստալ հատվածներում, խանգարվում է դաստակի և մատների ծալումը, զգացողությունը խանգարվում է բազկի և նախաբազկի միջային մարերեսին: Նյարդարմատի պոկումով ծանր վնասվածքների ժամանակ կարող է առաջանալ Հորների համախտանիշ:

Ճաճանչային նյարդի ներոպաթիա՝ խանգարվում է նախաբազկի, դաստակի, մատների տարածումը, մակերեսային զգացողությունը իջնում է նախաբազկի հետին մակերեսին, առաջին մատի թիկնային մակերեսին: Վերին մակարդակի վնասվածքների ժամանակ եռզլխանի մկանի ջլային ռեֆլեքսը բացակայում է, զգացողական խանգարումներ չեն առաջանում:

Շոկային նյարդի

ներոպաթիա՝ զարգանում է դաստակը և IV, V մատների դիստալ ֆալանգները ծալող, I մատը առբերող մկանների թուլություն, մկանների ատրոֆիա, դաստակի դեֆորմացիա <<ճանկանման թաթի >> տիպով, անէսթեզիա՝ հիպոթենարի և IV, V մատների շրջանում:

Հիվանդը չի կարողանում այդ մատների եղունգներով քերծել սեղանը, գրել և այլն:

Միջնակ նյարդի ներոպաթիա՝ զարգանում է դաստակը և I, II, III մատների դիստալ ֆալանգները ծալող, դաստակը ափով դեպի վեր շրջող մկանների թուլություն, դաստակի դեֆորմացիա <<կապիկի թաթի >> տիպով, անէսթեզիա կամ հիպեսթեզիա գերազանցապես դաստակի և մատների ափային մակերեսին, արտահայտված տրոֆիկ, վազոմոտոր խանգարումներ, ցավ, հիպերպաթիա: Հիվանդը չի կարողանում այդ մատների եղունգներով քերծել սեղանը, մատները զատել, առբերել գրել և այլն:

Մեծ ուրբային նյարդի ներոպաթիա՝ զարգանում է ոտնաթաթը և մատները ներբանային

ծալող մկանների թուլություն, աքիլեսյան ռեֆլեքսի անկում, միջոսկրային մկանների ատրոֆիա, հիպալգեզիա ոտնաթաթի արտաքին եզրով, հնարավոր է անոթային խանգարումների և ցավային համախտանիշի զարգացում: Հիվանդը չի կարողանում քայլել ոտնաթաթի մատների վրա:

Փոքր ուրբայն նյարդի ներոպաթիա՝ զարգանում է ոտնաթաթը և մատները թիկնային տարածող մկանների թուլություն, հիպալգեզիա կամ անէսթեզիա սրունքի արտաքին, ոտնաթաթի թիկնային շրջանում: Հիվանդի ոտնաթաթը կախվում է, չի կարողանում կրունկների վրա քայլել, քայլքը խանգարվում է ստեպաժի տիպով:

Լրացուցիչ գործիքային հետազոտությունները 1. ԷՄԳ, ԷՆՄԳ ցանկալի է դինամիկայում, հնարավորություն է տալիս հայտնաբերել նյարդի լրիվ կամ մասնակի ընդհատումը, ճշտել ախտահարման աստիճանը, նյարդի ֆունկցիայի վերականգնման կլինիկական նշանների հայնվելուց դեռ 2-3 ամիս առաջ ռեիններվացիայի առաջին նշանները:

2. Համակցված վնասվածքների դեպքում վնասված ոսկրերի ռենտգեն հետազոտություն:

3. Ռ-ՎԳ՝ ռեովագոգրաֆիա, վնասված վերջույթի արյան շրջանառության վիճակի ստուգման նպատակով: 4. ՋՏԳ՝

ջերմատեսագրություն, տիպիկ պատկերի հիման վրա (<<ջերմատեսային ամպուտացիա>>) հնարավորություն է տալիս ճշտել վեգետատիվ տրոֆիկ խանգարումները ախտահարված նյարդի ներվավորման զոնայում:

Ընթացքը, կանխատեսումը

Կանխատեսման համար նշանակություն ունեն հետևյալ գործոնները 1. Ներվի վնասման բնույթը և ձևը: Օրինակ՝ արյունազեղման ժամանակ նյարդի ճնշումով պայմանավորված պարալիչը կարող է լրիվ վերականգնվել:

2. Հարևան հյուսվածքների վնասումը (ոսկրեր, հոդեր, անոթներ, տարածուն ջնջիված մկաններ), սպիները, օտար մարմինները և այլն անբարենպաստ են դարձնում վերականգնման կանխատեսումը, քանի որ վատանում է տրոֆիկան, դժվարանում կամ անհնարին է դառնում աքսոնի աճը:

3. Ճիշտ ախորոշումը, ժամանակին կատարված վիրահատական բուժումը կանխատեսման բարենպաստ գործոններ են, նյարդի անատոմիական ընդհատման դեպքում նյարդի կարումը վաղ շրջանում լավացնում է կանխատեսումը:

4. Բարդությունները՝ հիպերպաթիան, կաուզալգիան, կոնտրակտուրաները, տրոֆիկայի, արյան շրջանառության խանգարումները խիստ սահմանափակում են ֆունկցիայի վերականգնման հնարավորությունները:

5. Ժամանակի գործոն

ա) Վնասվածքի և ներուլիզի միջև ընկած ժամանակահատվածը (զգացողության վերականգնման կրիտիկական ժամանակահատվածը 2-3 տարի է, շարժողական ֆունկցիայինը՝ 3-4 տարի, եթե պահպանված է մկանի էլեկտրադրդվածությունը):

բ) Կրած վիրահատական բուժման արդյունքները գնահատելիս անպայման պետք է հաշվի առնել նյարդի ռեգեներացիայի համար անհրաժեշտ ժամանակահատվածը: Նյարդային ցողունի վնասվածքների դեպքում անգամ, եթե ժամանակին և լիարժեք է կատարվել վիրահատությունը, նյարդի ֆունկցիայի վերականգնման համար անհրաժեշտ է երկար ժամանակ, բազկային հյուսակի վնասվածքի դեպքում 1,5-5 տարի, նստանյարդի դեպքում՝ 1,5-2 տարի, այլ խոշոր նյարդերի դեպքում 1 տարուց ոչ պակաս:

Ուշ և ռեգիդուալ շրջանում կենսագործունեության սահմանափակման հիմնական պատճառները

1. Կենսագործունեության սահմանափակման հիմնական պատճառը շարժողական խանգարումներն են: Մկանային ուժը ընդունված է գնահատել բալերով 0-5, որոշվում է մկանային ատրոֆիայի արտահայտվածության աստիճանը՝ չափելով առողջ և վնասված վերջույթի շրջագիծը սմ-երով, Վերջույթի

ֆունկցիայի խանգարման աստիճանները՝ ա) թեթև խանգարում, բ) չափավոր խանգարում՝ դիստալ կամ պրոքսիմալ հատվածներում մկանային ուժի չափավոր իջեցումով, շարժումների ծավալի սահմանափակումով, տրոֆիկ, վեգետատիվ խանգարումներով: գ) արտահայտված խանգարում՝

ամբողջ վերջույթի մկանային ուժի արտահայտված իջեցումով, շարժումների ծավալի սահմանափակումով, տրոֆիկ, վեգետատիվ խանգարումներով: դ) խիստ արտահայտված խանգարում կամ լրիվ բացակայություն ակտիվ շարժումների խիստ արտահայտված սահմանափակումով կամ բացակայությամբ, մկանային ուժի խիստ արտահայտված իջեցումով կամ բացակայությամբ, խիստ արտահայտված տրոֆիկ, վեգետատիվ խանգարումներով:

Վերին վերջույթի վնասվածքներ Պետք է հաշվի առնել վերջույթի կողմնայնությունը և շարժողական խանգարումների տարածվածությունը: Խանգարվում են մատների նուրբ, ճշգրիտ շարժումները, առարկաները բռնելը, բարձրացնելը, տեղափոխելը: Սահմանափակվում են անձնական խնամքի, տնային տնտեսությունը վարելու (լվացք անել, տուն մաքրել, շուկա գնալ, ճաշ պատրաստել և այլն), աշխատանքային գործունեությամբ զբաղվելու կարողությունները. Անմատչելի են այնպիսի մասնագիտություններ ինչպիսիք են ոսկերչությունը, երաժշտի մասնագիտությունը, էլեկտրոնային հաշվիչ մեքենաների օպերատորությունը և այլն, հատկապես դժվարացած կամ անմատչելի են այնպիսի աշխատանքները, որոնք պահանջում են միաժամանակյա երկու վերին վերջույթների գտագործմամբ առարկաների ակտիվ բռնում և գործողությունների կատարում, տեղափոխում:

Ստորին վերջույթների վնասվածքներ

Խանգարվում է տևական քայլքը, կանգնելը, վազքը, աստիճաններով իջնել, բարձրանալը, երթևեկության միջոցներից օգտվելը, ծանրություններ տեղափոխելը, որոց պատճառով սահմանափակվում է ինքնուրույն տեղաշարժվելու կարողությունը

Զգացողական խանգարումներ

Հիմնականում նշանակություն ունի ցավային համախտանիշը, որը նյարդի ֆունկցիայի վերականգնման շրջանում արտահայտվում է հիպերպաթիայով: Կայուն կամ տևական հիպերպաթիա զարգանում է **նևրոմաների**, հետվնասվածքային բարդությունների, կրկնակի վիրահատությունների դեպքում: Կաուզալգիայով հիպերպաթիան կարող է ռեֆլեկտոր սիմպաթիկ դիսֆունկցիայի համախտանիշի արտահայտություն լինել, որն իր մեջ նեոարում է նաև վազոմոտոր, տրոֆիկ խանգարումներ ոսկրերում, մկաններում, մաշկում: Կայուն ցավային համախտանիշը իջեցնում է կյանքի որակը, ինչպես նաև իջեցնում է անձի աշխատանքային կարողությունը: Ոսկրերի կոտրվածքների, անոթների, ջլերի վնասվածքների հետ համակցած նյարդերի վնասվածքները ավելի խորն են խանգարում վերջույթի ֆունկցիան՝ հանգեցնելով վերը նշված սամանափակումների առաջացմանը:

ԲՄՓՀ ուղեգրման ցուցումները

1. Արտահայտված շարժողական, տրոֆիկ խանգարումներ, արտահայտված ցավային համախտանիշ,
2. Համակցված, կոմբինացված կամ նյարդերի վնասվածքներ՝ վերջույթի ֆունկցիայի արտահայտված խանգարումով:
3. Վիրահատական բուժումից հետո վնասված նյարդի ֆունկցիայի դանդաղ վերականգնում չափավոր շարժողական, տրոֆիկ խանգարումներով, չափավոր ցավային համախտանիշի առկայությամբ երբ անձը կորցրել է մասնագիտությամբ աշխատելու կարողությունը կամ անհրաժեշտ է սահմանափակել աշխատանքային գործունեության ծավալը:

Անհրաժեշտ հետազոտությունները ԲՄՓՀ ուղեգրելիս

1. ԷՄԳ, ԷՆՄԳ ցանկալի է դինամիկայում
2. Համակցված վնասվածքների դեպքում վնասված ոսկրերի ռենտգեն հետազոտություն:
3. ՌՎԳ՝ ռեովազոգրաֆիա
4. ԶՏԳ՝ ջերմատեսագրություն (անհրաժեշտության դեպքում)
5. Նեյրովիրաբույժի խորհրդատվական եզրակացություն

Հաշմանդամության սահմանման չափանիշները

Ընդհանուր դրույթներ

1) վերին կամ ստորին վերջույթի միայն մեկ նյարդի վնասումը, բացառությամբ նստանյարդի ցողունի, քանի որ հազվադեպ է հանգեցնում աշտատանքային գործունեության կարողության սահմանափակման՝ առավել ևս կորուստի:

2) նյարդի ֆունկցիայի վերականգնումը տևական գործընթաց է, հատկապես ռեկոնստրուկտիվ վիրահատությունից հետո, ուստի պետք է հաշվի առնել դրական դինամիկայի տեմպը և հնարավորություն տալ անձին վերադառնալ աշխատանքի առանց սահմանափակումների:

III խումբ ինքնուրույն տեղաշարժվելու, աշխատանքային գործունեությամբ զբաղվելու կարողությունների (հիմնականում վերին վերջույթի վնասվածքի դեպքում) I⁰ աստիճանի սահմանափակում պայմանավորված վերջույթի շարժողական ֆունկցիայի խանգարումով, ցավային համախտանիշով, եթե անհարին է վիրահատական բուժումը կամ անբավարար արդյունավետ է կոնսերվատիվ բուժումը, երբ անձը կորցնում է որակավորված մասնագիտությունը, կամ հնարավոր է կատարել ցածր որակավորումով ախտանք՝ աշխատանքի ծավալի չափավոր իջեցումով:

II խումբ ինքնուրույն տեղաշարժվելու, ինքնասպասարկման, աշխատանքային գործունեությամբ զբաղվելու կարողությունների II⁰ աստիճանի սահմանափակում պայմանավորված որևէ մեկ վերջույթի համացված կամ զուգակցված վնասվածքներով, երկու վերջույթների պերիֆերիկ նյարդերի վնասվածքներով, բազկային կամ գոտկային հյուսակների ծանր վնասվածքով, երկարատև չլավացող տրոֆիկ խոցի առկայությունով, կայուն արահայտված ցավային համախտանիշով:

I խումբ սամանվում է խիստ հազվադեպ, վերջույթների համացված կամ զուգակցված վնասվածքների, երկարատև ոչ **կուրաբել** կաուզալզիկ համախտանիշի դեպքում ինքնուրույն տեղաշարժվելու, ինքնասպասարկման կարողությունների III⁰ սահմանափակումներով

<<Հաշմանդամ երեխա>> կարգավիճակ սահմանվում է, եթե վերջույթի կամ վերջույթների ֆունկցիայի չափավոր կամ արահայտված կամ խիստ արտահայտած կայուն խանգարումները հանգեցրել են ինքնուրույն տեղաշարժվելու, ինքնասպասարկման, խաղալու կարողությունների 1-ին, 2-րդ, 3-րդ աստիճանի սահմանափակումների (տարիքային նորմերին համապատասխան):

Հաշմանդամության կանխարգելումը

Առաջնային կանխարգելումը՝ բացառել զինվորական ծառայության ժամանակ, կենցաղային, արտադրական վնասվածքների առաջացման հնարավորությունները: Երկրորդային կանխարգելումը՝ իրականացնել տևական, լրիվ ծավալով կոնսերվատիվ բուժում, ժամանակին կատարել վիրահատական բուժում, իրականացնել դիսպանսեր հսկողություն, պահպանել ժամանակավոր անաշխատունակության ժամկետները կախված նյարդի ֆունկցիայի վերականգնման տեմպից, հիվանդի մասնագիտությունից, աշխատանքի ռացիոնալ տեղավորում հաշվի առնելով հակացուցող գործոնները: Երրորդային կանխարգելում՝ վերականգնողական միջոցառումների համար իրականացում հաշվի առնելով նյարդի ֆունկցիայի վերականգնման համար անհրաժեշտ

տևական ժամանակը, ժամանակին սահմանել հաշմանդամության 3-րդ փուլը, որպեսզի աշխատանքի անբարենպաստ պայմանները չհանգեցնեն վերջույթի ֆունկցիայի դեկոմպենսացիային:

Անհատական վերականգնողական ծրագիր

Անհատական վերականգնողական ծրագիրը պտք է ուղղված լինի շարժողական խանգարումների վերականգնմանը կամ դրանց կոմպենսացիային, առավելագույնս փոքրացնելով վնասվածքի սոցիալական հետևանքը:

Բժշկական վերականգնողական ծրագիր՝ վերականգնողական դեղորայքային, վիրահատական, ֆիզոթերապևտիկ բուժումներ, բուժական ֆիզկուլտուրա, պրոթեզաօրթոպեդիկ օգնություն (օրթոպեդիկ կոշիկ, տուտոր, դաստակը ճիշտ դիրքում պահող օժանդակ պարագա և այլն):

Մասնագիտական վերականգնողական ծրագիր՝ շարժողական դեֆեկտի բնույթից և արտահայտվածությունից ելնելով մասնագիտական կողմնորոշումից հետո իրականացվում է մասնագիտական ուսուցում և վերաուսուցում մատչելի որակավորված մասնագիտություններով:

Վերին վերջույթի պարալիչի դեպքում մատչելի են ադմինիստրատիվ, տնտեսական մասնագիտությունները, արտադրությունում մեկ ձեռքով կատարվող աշխատանքները (մամլող, գործիքներ բաժանող, ընդունող, հսկիչ և այլն): Վերջույթի պարեզի դեպքում վնասված վերջույթը կարող է օգնել մյուսին առարկաները սեղմելով կամ որպես հենարան ծառայեցնելով, ուստի հաշվի առնելով վնասված վերջույթի կողմնայնությունը մատչելի են նկարիչ ձևավորողի, կետային եռակցման էլեկտրատեռակցողի, ռետուշավորողի, ծրագրավորողի, այգեպանի և այլ աշխատանքները: Վերջույթի առարկաներ բռնելու և պահելու ֆունկցիայի պահպանման դեպքում մատչելի մասնագիտությունների շրջանը ավելի է մեծանում: **Ստորին վերջույթի** վնասվածքների դեպքում մատչել են ինտելեկտուալ, հաշվիրչ-գրասենյակային մասնագիտությունները, արտադրության մեջ այն աշխատանքները, որոնք կապված չեն տևական քայլի և կանգնելու հետ, գյուղատնտեսության բնագավառում (այգեգործություն, բանջարաբոստանային կուլտուրաների մշակում) կարող են կատարել առանձին ձեռքային աշխատանքներ: Կարևոր է նաև աշխատատեղի և աշխատանքային գործիքների, կենցաղային առարկաների հարմարեցումը, օրինակ՝ հաստոցի հարմարեցում ձեռքի փոխարեն ոտքով ղեկավարելու համար, ձախից աջ ձեռքին կամ հակառակը աջից ձախին հարմարեցնել և այլն:

Սոցիալական վերականգնողական ծրագիր

Սոցիալական ռեաբիլիտացիան առաջին հերթին անհրաժեշտ է ծանր համակցված վնասվածքով, հյուսակների, երկու վերջույթների պերիֆերիկ նյարդերի վնասվածքներով անձանց համար: Իր մեջ ներառում է տեխնիկական միջոցների օգնությամբ ինքնասպասարկման ուսուցում, բնակարանի համարեցում հաշմանդամի կարիքներին, վելոսայլակի կամ մոտոսայլակի տրամադրում: Վերին վերջույթների պարեզի դեպքում

կախված ֆունկցիայի խանգարման բնույթից հնարավոր է գրելու, առարկաները պահելու համար տրամադրվեն օժանդակ պարագաներ:

XVI. ՇԱՔԱՐԱՅԻՆ ԴԻԱՔԵՏ ՈՒՆԵՑՈՂ ՀԻՎԱՆՂՆԵՐԻ ԲԺՇԿԱՍՈՑԻԱԼԱԿԱՆ ՓՈՐՁԱՔՆՆՈՒԹՅՈՒՆ

Շաքարային դիաբետը /այսուհետ՝ ՇԴ/ էնդոկրին հիվանդություն է, որն առաջանում է ինսուլին արտադրող ենթաստամոքսային գեղձի Լանգերհանսյան կղզյակների բացարձակ կամ հարաբերական անբավարարության հետևանքով և բնութագրվում է փոխանակության բազմակի խանգարումներով /ածխաջրատային, ճարպային, սպիտակուցային, միկրոէլեմենտային և այլն, որոնք արտահայտվում են հիպերգլիկեմիայի, գլյուկոզուրիայի, պոլիդիպսիայի երևույթներով:

Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպության /ԱՀԿ/ ձևակերպման համաձայն շաքարային դիաբետը հիպերգլիկեմիայի խրոնիկական համախտանիշ է, որն առաջանում է մեկը մյուսին լրացնող տարբեր գենետիկ և էկզոգեն գործոնների ազդեցությամբ, որի գլխավոր հետևանք է համարվում մազանոթային ցանցի գեներալիզացված ախտահարումը /դիաբետիկ միկրոանգիոպաթիա/ և մագիստրալ անոթների վաղ ախտահարումը /դիաբետիկ մակրոանգիոպաթիա/: Համաճարակաբանություն Ջարգացած երկրների բնակչության 6%-ը հիվանդ է շաքարային դիաբետով: Էնդոկրին պաթոլոգիայով առաջնակի հաշմանդամ ճանաչվածների 78%-ը կազմում են ՇԴ-ով հիվանդ հաշմանդամները: ՇԴ-ը հաշմանդամություն առաջացնելու կամ մահացության առումով սիրտ-անոթային և ուռուցքային հիվանդություններից հետո երրորդ տեղում է: ՇԴ-ով հիվանդների մահացությունը ընդհանուր պոպուլյացիայի համեմատությամբ երկու անգամ բարձր է, սրտամկանի սուր ինֆարկտից ՇԴ-ով հիվանդների մահացությունը երեք անգամ է բարձր, կուրությունը հանդիպում է 10 անգամ հաճախ, ստորին վերջույթների փտախտը՝ 20 անգամ: Հեմոդիալիզի ենթարկվող խրոնիկական երիկամային անբավարարությամբ հիվանդների 30 %-ից ավելին տառապում է շաքարային դիաբետով: ՇԴ-ով հիվանդների 60-ից ավելին I և II խմբի հաշմանդամներ են: Մանկուց ՇԴ-ով հիվանդների կյանքի տևողությունը մոտավորապես 40 տարի է: Այս տվյալները պահանջում են ՇԴ-ը դիտարկել որպես բժշկասոցիալական խնդիր: Ժամանակակից դիաբետալոգիայի նվաճումների արդյունքում ապացուցված են I տիպ և II տիպ ՇԴ-ի գենետիկ, պաթոֆիզիոլոգիական և կլինիկական տարբերությունները:

1. Դասակարգումը

Համաձայն Հիվանդությունների Միջազգային Դասակարգման 10-րդ դիտարկման շաքարային դիաբետը դասակարգվում է հետևյալ չափանիշներով՝

Գլիկեմիայի խանգարումների էթիոլոգիկ դասակարգումը

- Տիպ 1 շաքարային դիաբետ E 10. (բետա-բջիջների դեստրուկցիա, որը հանգեցում է բացարձակ ինսուլինային անբավարարության)՝
ա). աուտոիմուն,
բ). իդիոպաթիկ:
- Տիպ 2 շաքարային դիաբետ E 11. (հարաբերական ինսուլինային անբավարարություն ինսուլինի նկատմամբ ռեզիստենտականության •երակշռմամբ կամ սեկրետոր դեֆեկտի գերակշռում ինսուլինառեզիստենտականությամբ կամ առանց դրա),

Դիաբետի այլ սպեցիֆիկ տիպեր՝ E 13.

1. բետա- բջջային ֆունկցիայի գենետիկ դեֆեկտներ՝

ա) MFDY - մեծահասակ տիպի դիաբետ երիտասարդների շրջանում՝

- MFDY տիպ 1 (HNF4n, 20CԳզ քրոմոսոմ),
- MFDY տիպ 2 (Glukinase, 7p քրոմոսոմ),
- MFDY տիպ 3 (HNF-1n, 12q քրոմոսոմ),
- MFDY տիպ 4 (IPF-1, 13 քրոմոսոմ),
- MFDY տիպ 5 (HNF-12, 17q քրոմոսոմ),

բ) միտոքոնդրիալ դիաբետ, որը ուղեկցվում է լսողության նեյրոսենսոր թուլացմամբ,

գ) այլ տիպի,

2. ինսուլինի ազդեցության գենետիկական դեֆեկտներ՝

- ռեցեպտորների ֆունկցիայի խանգարում,
- ինսուլինառեզիստենտություն տիպ 1,
- լեպրեխաունիզմ,
- Ռաբսոն - Մենդենխոլի սինդրոմ,
- լիպոատրոֆիկ դիաբետ,

3. ենթաստամոքսային գեղձի էկզոկրին մասի հիվանդություններ՝

- քրոնիկական և ռեցիդիվող պանկրեատիտ,
- ենթաստամոքսային գեղձի չարորակ ուռուցքներ,
- կիստոզային ֆիբրոզ,
- ֆիբրոկալկուլյոզ պանկրեատիտ,
- հեմոքրոմատոզ,
- այլ ինֆիլտրատիվ և բորբոքային հիվանդություններ,

4. էնդոկրինոպաթիաներ

ա) հիվանդություններ, որոնք ուղեկցվում են ինսուլինի սինթեզի նվազմամբ՝

- սոմատոստատինոմա,
- ալդոստերոմա,

բ) հիվանդություններ, որոնք ուղեկցվում են ինսուլինոռեզիստենտականությամբ և ինսուլինի սինթեզի նվազմամբ՝

- ակրոմեգալիա,
- Կուշինգի համախտանիշ,
- գլյուկագոնոմա,
- հիպերթիրեոզ,

5. դիաբետ, որը ինդուկցված է դեղամիջոցներով կամ թունաքիմիկատներով՝

- էկզոգեն գլյուկոկորտիկոիդներ և թիրեոիդ հորմոններ,
- վակոր, ցիկլոսպորին, պենտամիդին, նիկոտինաթթու, դիազոքսիդ, բետա - ադրեներգիկ պաշարիչներ, թիազիդային միզամուղներ, դիլանտին, ալֆա-ինտերֆերոն,

6. ինֆեկցիաներ, որոնք առաջացնում են ենթաստամոքսային գեղձի բորբոքում և բետա-բջիջների դեստրուկցիա՝

բնածին կարմրախտ, էպիդեմիկ պարոտիտ, կոկսակի վիրուս, ցիտոմեգալովիրուս,

7. գենետիկ սինդրոմներ, որոնք ուղեկցվում են դիաբետով՝

- Դաունի սինդրոմ,
- Կլայնֆելտերի սինդրոմ,
- Շերեշևսկի - Թերների սինդրոմ,
- Լորենս - Մուն - Բիդլի սինդրոմ,
- Պրահեր - Վիլլի սինդրոմ,
- Պորֆիրիա,
- միոտոնիկ դիստրոֆիա,

8. հեստացիոն (հղիության) շաքարային դիաբետ:

Ըստ դիաբետի ծանրության

- ա. թեթև ծանրության/ առաջին աստիճան/
- բ. միջին ծանրության / երկրորդ աստիճան/
- գ. ծանր / երրորդ աստիճան/

Ըստ կոմպենսացված վիճակի

- ա. կոմպենսացված
- բ. սուբկոմպենսացված
- գ. դեկոմպենսացված

Բուժման հետ կապված բարդություններ

ա. ինսուլինաթերապիայի /տեղային ալերգիկ ռեակցիա, անաֆիլակտիկ շոկ, լիպոատրոֆիա/

բ. պերորալ դեղամիջոցների /ալերգիկ ռեակցիա, սրտխառնոց, ստամոքս-աղիքային տրակտի խանգարում/

Դիաբետի սուր բարդություններ /հաճախ որպես ոչ ադեկվատ բուժման հետևանք/

ա. կետոացիդոտիկ կոմա

բ. հիպերոսմոլյար կոմա

գ. լակտատացիդոտիկ կոմա

դ. հիպոգլիկեմիկ կոմա

Դիաբետի ուշ բարդություններ

ա. միկրոանգիոպաթիա

բ. մակրոանգիոպաթիա

գ. նեյրոպաթիաներ

Այլ օրգան համակարգերի ախտահարում՝ էնտերոպաթիաներ, հեպատոպաթիա, կատարակտա, օսթեոարթրոպաթիա, դերմոպաթիա և այլն:

2. Էթիոլոգիա և պաթոգենեզ

Տիպ 1 շաքարային դիաբետի ժամանակ դիտվում են ենթաստամոքսային գեղձի b բջիջների քայքայում և ինսուլինի բացարձակ անբավարարության զարգացում:

Տիպ 1 շաքարային դիաբետը աուտոիմուն հիվանդություն է, որը զարգանում է ժառանգական նախատրամադրվածության առկայության դեպքում՝ արտաքին միջավայրի՝ նպաստող գործոնների ազդեցությամբ (վիրուսային ինֆեկցիաներ, ցիտոտոքսիկ նյութեր): Հիվանդության առաջացման հավանականությունը մեծացնում են հետևյալ ռիսկի գործոնները՝ շաքարային դիաբետի նկատմամբ ծանրացած ժառանգականությունը և աուտոիմուն, հատկապես էնդոկրին հիվանդությունները (աուտոիմուն թիրեոիդիտ, մակերիկամների կեղևի քրոնիկական անբավարարություն),

Տիպ 1 ՇԴ-ի նկատմամբ գենետիկական տրամադրվածություն ունեցող անձանց շրջանում վիրուսային ինֆեկցիան հետևյալ կերպ է մասնակցում հիվանդության զարգացմանը.

- Առաջացնում է բետա բջիջների սուր վնասում (Կոկսակի վիրուս):

-Հանգեցնում է վիրուսի՝ կղզյակային հյուսվածք թափանցմանը (բնածին ցիտոմեգալովիրուսային ինֆեկցիա, կարմրախտ) և դրանցում աուտոիմուն ռեակցիայի զարգացմանը:

Օրգանիզմի իմուն պատասխանը, որն ի սկզբանե ուղղված է վիրուսի հակաձնի դեմ, այնուհետև ուղղվում է Լանգերհանսի կղզյակների բետա բջիջների դեմ և ի վերջո զարգանում է բետա բջիջների քայքայում:

Տիպ 2 ՇԴ -ն դիտվում է ինսուլինի արտազատման խանգարումով և նրա նկատմամբ ծայրամասային հյուսվածքների զգայունության անկումով (ինսուլինառեզիստենտությամբ) բնութագրվող հետերոգեն հիվանդություն: Առաջացման ռիսկի գործոն են.

- Ժառանգական նախատրամադրվածությունը (տիպ 2 ՇԴ-ի գենետիկական հիմք). ծնողների կամ մոտիկ հարազատների շրջանում շաքարային դիաբետի առկայության դեպքում տիպ 2 ՇԴ -ի զարգացման ռիսկն աճում է 2-6 անգամ: Տիպ 2 ՇԴ-ի գենետիկական հիմքի ապացույց է այն հանգամանքը, որ միաձվանի երկվորյակներից երկուսի դեպքում էլ այն զարգանում է 95-100% դեպքերում: Սակայն տիպ 2 ՇԴ ի զարգացման համար պատասխանատու գենետիկական դեֆեկտը դեռևս վերծանված չէ:
- Ճարպակալումը. տիպ 2 ՇԴ ի առաջացման ռիսկը 1-ին աստիճանի ճարպակալման դեպքում մեծանում է երկու անգամ, 2-րդ աստիճանի ճարպակալման դեպքում՝ 5 անգամ, 3 ռդ աստիճանի ճարպակալման դեպքում՝ ավելի քան 10 անգամ: Տիպ 2 ՇԴ ի առաջացումը ուղիղ կորելյացիոն կապ ունի ավելի շատ ճարպակալման արդյունավածների հետ, քան մարմնի ստորին հատվածներում ճարպի ծայրամասային կուտակման հետ:

Դիաբետոզեն է համարվում մեծ քանակությամբ, հեշտությամբ ներծծվող ածխաջրերով հարուստ, բարձր կալորիականությամբ սննդի, քաղցրավենիքի, ալկոհոլի կիրառումը և բուսական թաղանթանյութի դեֆիցիտը սննդակարգում: Այդպիսի սնուցման դերը հատկապես աճում է քիչ շարժուն կենսակերպի դեպքում: Սնուցման նշված բնույթը և ճարպակալումը սերտորեն փոխկապված են և նպաստում են ինսուլինի արտազատման խանգարմանը և ինսուլինառեզիստենտության զարգացմանը:

Գլյուկոզի հոմեոստազի խանգարման մեխանիզմը և հետևաբար տիպ 2 ՇԴ-ի պաթոգենեզը պայմանավորված է երեք մակարդակներում առաջացող խանգարումներով՝

- ենթաստամոքսային գեղձում խանգարվում է ինսուլինի արտազատումը,
- ծայրամասային հյուսվածքներում /առաջին հերթին մկաններում/, որոնք դառնում են ինսուլինի նկատմամբ կայուն, դիտվում է գլյուկոզի փոխադրման և փոխանակության խանգարում,
- լյարդում մեծանում է գլյուկոզի արտադրությունը:

Շաքարային դիաբետի դեպքում ինսուլին կախյալ հյուսվածքներում խանգարվում է գլյուկոզի ներթափանցումը բջիջներ, ընկնում է աերոբ գլիկոլիզի և Կրեբսի ցիկլի հիմնական ֆերմենտների ակտիվությունը, խանգարվում է էներգիայի ստեղծումը, զարգանում է էներգետիկ պակասորդ, բջիջների թթվածնաքաղց /հիպօքսիա/, խթանվում է գլիկոգենոլիզն ու գլյուկոնեոգենեզը, ինչպես նաև գլյուկոզ-6-ֆոսֆատի փոխարկումը գլյուկոզի:

Այս ամենը հանգեցնում է արյան մեջ գլյուկոզի պարունակության աճին, որը չի յուրացվում բջիջների կողմից՝ ինսուլինի դեֆիցիտի պատճառով:

Ածխաջրային փոխանակության վերոհիշյալ խանգարումները հանգեցնում են հիպերգլիկեմիայի, գլյուկոզուրիայի (գլյուկոզի հետներծծումը երիկամի խողովակիկներում նվազում է էներգիայի պակասի և երիկամների կողմից ֆիլտրվող գլյուկոզի մեծ քանակների պատճառով), համապատասխանաբար զարգանում է շատամիզություն

(պոլիուրիա)^a կապված մեզի բարձր օսմոյարության հետ, ծարավ և ջրազրկում: Ծարավի առաջացմանը նպաստում է նաև պլազմայի օսմոյարության աճը՝ հիպերգլիկեմիայի պատճառով: Ինսուլինի պակասը հանգեցնում է գլյուկոզի և միզանյութի ֆիլտրացիայի պրոգրեսիվող աճի, որը նվազեցնում է երիկամային խողովակիկներում ջրի և էլեկտրոլիտների հետներծծումը: Արդյունքում էլեկտրոլիտների (նատրիում, կալիում, մագնեզիում, ֆոսֆոր և այլն) կորուստը և ջրազրկումը ավելի է խորանում: Կալիումի կորուստը և գլիկոզենի անբավարար առաջացումը հանգեցնում են ընդհանուր և մկանային թուլության: Ի պատասխան էներգիայի պակասի՝ առաջանում է շատակերություն (պոլիֆագիա): Շաքարային դիաբետով հիվանդների շրջանում ակտիվանում են գլյուկոզի փոխանակության՝ ինսուլինից անկախ ուղիները՝ պոլիոլային (սորբիտոլային), գլյուկուրոնատային և գլիկոպրոտեինային: Գլյուկոզը ալդոռեդուկտազ ֆերմենտի ազդեցությամբ նորմայում վերածվում է սորբիտոլի, որն էլ սորբիտոլդեհիդրոգենազայի ազդեցությամբ փոխակերպվում է ֆրուկտոզի, որն այնուհետև ենթարկվում է գլիկոլիզի: Սորբիտոլդեհիդրոգենազը ինսուլին-կախյալ ֆերմենտ է: Շաքարային դիաբետի դեպքում ինսուլինի պակասի պայմաններում խանգարվում է սորբիտոլի փոխարկումը ֆրուկտոզի, առաջանում է ավելորդ քանակությամբ սորբիտոլ, որը կուտակվում է ոսպնյակում, նյարդային հյուսվածքներում, ցանցաթաղանթում՝ ախտահարելով դրանք: Սորբիտոլը բարձր օսմոյարությամբ նյութ է, ինտենսիվորեն դեպի իրեն է ձգում ջուրը, որը նեյրոպաթիայի և կատարակտայի զարգացման հիմնական մեխանիզմներից մեկն է: Նորմայում գլյուկոզը ուրիդինդիֆոսֆատգլյուկոզի միջոցով փոխարկվում է գլյուկուրոնաթթվի, ինչպես նաև օգտագործվում է գլիկոզենի սինթեզի համար: Քանի որ գլիկոզենի սինթեզի համար ուրիդինդիֆոսֆատգլյուկոզի օգտագործումը նվազում է, ուստի կտրուկ աճում է գլյուկուրոնաթթվի և գլիկոզամինոգլիկանների սինթեզը, որը մեծ նշանակություն ունի անգիոպաթիաների զարգացման պրոցեսում: Բացի դրանից կատարվում է գլիկոպրոտեինների ինտենսիվ սինթեզ, որը նույնպես նպաստում է անգիոպաթիաների պրոգրեսիվմանը:

Շաքարային դիաբետի դեպքում գլյուկոզի փոխանակության պենտոզային ցիկլի ակտիվությունն ընկնում է, որը նպաստում է սպիտակուցի սինթեզի խանգարմանը: Գլյուկոնեոգենեզի աճն ուղեկցվում է սպիտակուցների քայքայման աճով, նրա պաշարների հյուծմամբ, քանի որ գլյուկոնեոգենեզը սկսվում է ամինաթթուներից: Սպիտակուցների սինթեզի ընկճումը և քայքայման ուժեղացումը նպաստում է նիհարելուն և մկանների հիպոտրոֆիային:

Մեծ նշանակություն ունեն նաև սպիտակուցների, առաջին հերթին հեմոգլոբինի գլիկոզիլացումը: HbA1c ֆրակցիան կոչվում է գլիկոզիլացված հեմոգլոբին: Դրանում գլյուկոզի մոլեկուլները կոնդենսացվում են հեմոգլոբին A-ի բետա-2դրթայի լիզին ամինաթթվի հետ: Այդ ոչ ֆերմենտային պրոցեսն ընթանում է էրիթրոցիտի ողջ կյանքի ընթացքում, այսինքն՝ մոտ 120 օր:

Նորմայում գլխոգլիացված հեմոգլոբինը կազմում է ընդհանուր հեմոգլոբինի 4-6%-ը: Շաքարային դիաբետի դեպքում դրա քանակությունն աճում է 2-3 անգամ: Գլխոգլիացված հեմոգլոբինը գումարային կերպով արտահայտում է գլիկեմիայի մակարդակը վերջին 3-4 ամիսների ընթացքում և դառնում է ածխաջրային փոխանակության վիճակի և շաքարային դիաբետի կոմպենսացման աստիճանի ցուցանիշ: Գլխոգլիացված հեմոգլոբինը շատ ամուր է կապում թթվածինը և այն դժվարությամբ է տալիս հյուսվածքներին: Արյան HbA1c-ի պարունակության աճը նպաստում է հյուսվածքների թթվածնաքաղցին և անգիոպաթիաների զարգացմանը՝ անոթների հիմային թաղանթների թթվածնաքաղցի պատճառով:

Գլխոգլիացման են ենթարկվում նաև այլ սպիտակուցներ (էրիթրոցիտների թաղանթների, արյան շիճուկի, անոթների պատերի սպիտակուցները, սեփական ինսուլինը և այլն): Այդպիսի սպիտակուցները կորցնում են իրենց ֆիզիոլոգիական հատկությունները, դառնում են աուտոանտիգեններ, նպաստում են աուտոիմուն ռեակցիաների զարգացմանը: Սպիտակուցների գլխոգլիացումը շաքարային դիաբետի դեպքում նպաստում է անգիոպաթիաների և նեյրոպաթիաների զարգացմանը: Ֆրոկտոզամինները արյան, ինչպես նաև հյուսվածքային գլխոգլիացված սպիտակուցներն են, որոնք արտացոլում են ածխաջրատային փոխանակության վիճակը վերջին 1-3 շաբաթների ընթացքում:

Ինսուլինի պակասը և գլյուկոզի փոխանակության պենտոզային ցիկլի ընկճումը նպաստում են ճարպերի սինթեզի խանգարմանը և լիպոլիզին, արդյունքում աճում է ճարպաթթուների և գլիցերինի քանակությունը: Ճարպաթթուների մեծ քանակությունը թափանցում է լյարդ, որտեղ դրանք փոխարկվում են չեզոք ճարպերի, և առաջացնում են լյարդի ճարպային ինֆիլտրացիա: Ճարպաթթուների ավելցուկը հանգեցնում է նաև մեծ քանակությամբ կետոնային մարմինների առաջացմանը, որոնք չեն հասցնում այրվել Կրեբսի ցիկլում, զարգանում է կետոնեմիա, կետոնուրիա: Օրգանիզմից կետոնային մարմինների հեռացման պրոցեսին մասնակցում են նաև թոքերը. հիվանդի բերանից զ•ացվում է ացետոնի հոտ: Կետոնուրիան (մեզի միջոցով կետոնային մարմինների՝ բետա-օքսիկարազաթթվի, ացետոնի և ացետոքացախաթթվի արտազատումը) ծանրացնում է հիպոնատրիեմիան և հիպոկալիեմիան, քանի որ բետա-օքսիկարազաթթուն և ացետոքացախաթթուն կապվում են նատրիումի և կալիումի իոնների հետ: Ազատ ճարպաթթուների ավելցուկը ացետիլ-KqA-ի առաջացման միջոցով նպաստում է խոլեստերինի ավելցուկային քանակի առաջացմանը:

3. Շաքարային դիաբետի կլինիկան

Շաքարային դիաբետի I և II տիպերի պաթոգենետիկ և կլինիկական տարբերությունները.

1) Դիաբետի I տիպ՝ երիտասարդ տարիք, սովորաբար մինչև 30 տ, սկիզբը սուր, կլինիկական նշանների արտահայտվածությունը՝ կտրուկ, լյաբիլ ընթացքը, հակումը

կետոացիդոզի հանդեպ, արյան մեջ կետոնային մարմինների քանակը հաճախ բարձր է, մեզի հետազոտություն՝ շաքար և հաճախ ացետոն, մարմնի քաշը իջած է, հիվանդության սկսման սեզոնայնությունը՝ հաճախ աշուն-ձմռան շրջանում, պլազմայի մեջ ինսուլինի և c-պեպտիդի քանակը՝ իջած է կամ չի հայտնաբերվում, ինսուլինի պարունակությունը իջած է կամ բացակայում է, հիստոլոգիական գննման ժամանակ ենթաստամոքսային գեղձի վիճակը՝ «ատրոֆիկ կղզյակներ», բջիջների քչացում կամ բացակայություն, ենթաստամոքսային գեղձի կղզյակների հանդեպ հակամարմիններ 80-90% դեպքերում հայտնաբերվում է, բուժումը՝ դիետա, ինսուլինոթերապիա, ուշ բարդությունների գերակշռությունը՝ միկրոանգիոպաթիաներ:

2) Դիաբետի II տիպ՝ 40 տ-ից բարձր, սկիզբը՝ աստիճանաբար, կլինիկական նշանների արտահայտվածությունը՝ չափավոր, ընթացքը կայուն, կետոացիդոզ չի զարգանում, արյան մեջ կետոնային մարմինների քանակը սովորաբար նորմայի սահմաններում, մեզի հետազոտություն հայտնաբերվում է շաքար, մարմնի քաշը 80-90% դեպքերում առկա է ճարպակալում, սեզոնայնություն չունի, պլազմայի մեջ ինսուլինի և c-պեպտիդի քանակը՝ նորմալ, հաճախ բարձր է, ինսուլինի պարունակությունը հաճախ նորմայում է, հիստոլոգիական գննման ժամանակ ենթաստամոքսային գեղձի վիճակը կղզյակների քանակը նույնն է, ինչ-որ առանց դիաբետի նույն տարիքի անձանց մոտ, ենթաստամոքսային գեղձի կղզյակների հանդեպ հակամարմիններ բացակայում է, բուժումը՝ դիետա շաքար իջեցնող պերօրալ դեղամիջոցներ, ուշ բարդությունների գերակշռությունը՝ միկրոանգիոպաթիաներ:

Շաքարային դիաբետով հիվանդների հաճախ հանդիպող գանգատներն են՝ մաշկի և լորձաթաղանթների չորություն, ծարավի զգացում, շատամիզություն, նիհարում, մաշկի քոր, ընդհանուր թուլություն, ցավ վերջույթներում, աշխատունակության իջեցում, գլիկեմիա 8-10մգ/լ և ավել, գլյուկոզուրիա, իսկ երբեմն նաև ացետոն: Դիաբետի առաջին փուլի ախտանշաններից են ոչ հազվադեպ թարախային հիվանդությունները՝ համառ պարադոնտոզ, մաշկային և սեռական օրգանների շրջանում քորի զգացում, վուլվովագինիտներ:

1) Մաշկի և ոսկրային համակարգի ախտահարումը՝ շաքարային դիաբետին բնորոշ մաշկային ախտահարումներն են լիպոիդային նեկրոբիոզ, քսանտոմաներ, դերմոպաթիաներ: Երկարատև դիաբետի ժամանակ դիտվում է ոտնաթաթի ոսկրերի արտահայտված օսթեոպարոզ / օսթեոարթրոպաթիա/:

2) Շնչառական օրգանների պաթոլոգիա՝ շաքարային դիաբետով հիվանդ երեխաների մոտ հաճախ զարգանում է թոքերի խրոնիկական, ոչ սպեցիֆիկ հիվանդություններ, խրոնիկ բրոնխիտներ, պնևմոնիաներ: 8-10% դեպքերում նկատվում է տարբեր օրգանների տուբերկուլոզ: Նշված հիվանդությունների ֆոնի վրա դիտվում է շաքարային դիաբետի դեկոմպենսացիա:

3) Սիրտ-անոթային համակարգի օրգանների պաթոլոգիա՝ շաքարային դիաբետով հիվանդների շուրջ 75-90%-ը ունեն ՍԱՀ-ի կողմից փոփոխություններ, որը պայմանավորվում է այս հիվանդությանը բնորոշ բարդ նյութափոխանակային

խանգարումներով: Դիաբետիկ մակրոանգիոպաթիան ուղեկցվում է խոշոր և միջին տրամաչափի զարկերակային անոթների ախտաբանական փոփոխություններով, բնութագրվում է դրանց պատերի կազմափոխական շեղումներով և նրանց տոնուսը կարգավորող մեխանիզմների խանգարումներով: Այս փոփոխություններն արտահայտվում են աթերոսկլերոզի տեսքով, արտերիաների միջին թաղանթի կրակալումով, դրանց պատերում սպիտակուցային նյութերի նստվածքի առաջացումով: Մասնավորապես ազդրային և մեծ ոլոքային զարկերակների ոսկրացումը կարծես բացառապես շաքարային դիաբետով հիվանդների մոտ է հանդիպում: Դիաբետով հիվանդները հաճախ տառապում են պսակաձև անոթների աթերոսկլերոզով, ընդ որում այն հայտնաբերվում է նույնիսկ համեմատաբար երիտասարդ տարիքում: Դիաբետիկ կարդիոպաթիայով բարդացած միկրոցիրկուլյացիայի խանգարումով ուղեկցվող կորոնար աթերոսկլերոզը բերում է տարածուն կամ օջախային կարդիոսկլերոզի, հետագա սրտային անբավարարության զարգացումով: Շաքարային դիաբետը հիպերտոնիկ հիվանդության և ճարպակալման հետ համակցվելով աթերոսկլերոզի ֆոնի վրա բերում է ՍԻՀ-ի զարգացման և աթերոսկլերոզի բարդացման՝ սրտամկանի ինֆարկտի, ինսուլտի, ստորին վերջույթների փտախտի, նեֆրոսկլերոզի: Շաքարային դիաբետի ֆոնի վրա միոկարդի ինֆարկտից մահացությունը կազմում է 50% /համեմատած 25%-ի հետ՝ ամբողջ բնակչության առումով/: Կլինիկորեն սրտամկանի ինֆարկտն ընթանում է ծանր՝ կապված նրա առավել տարածուն լինելու հետ, տրոմբոէմբոլիկ բարդությունների հակվածությամբ, հաճախ ցավային սինդրոմի բացակայությամբ /ուշացած ախտորոշում/, կրկնակի ինֆարկտի գերակշռումով: Հիվանդների մոտ ինսուլտները նույնպես զգալիորեն հաճախ են հանդիպում:

4) Տարբերում են ստորին վերջույթների անոթների աթերոսկլերոզի զարգացման 4 փուլ՝ մինչկլինիկական, սկզբնական, իշեմիկ, նեկրոտիկ: Ստորին վերջույթների անոթների ախտահարումը արտահայտվում է ընդմիջվող կաղությանմբ, ոտնաթաթերի սառեցմամբ, տրոֆիկ խոցերի առաջացմամբ, ոտնաթաթերի զարկերակների վրա պուլսացիայի թուլացմամբ կամ բացակայությամբ: Սահմանային ախտանիշ է համարվում ոտնաթաթի փտախտը /դիաբետիկ ոտնաթաթ/, որը շաքարային դիաբետով ոչ հիվանդ անձանց հետ համեմատած հիվանդների մոտ 50տ. հասկում 20-30 անգամ ավելի հաճախ է հանդիպում: Փտախտի առաջացման պատճառը ոչ միայն աթերոսկլերոզն է, այլ նաև նեյրոպաթիան և ինֆարկտի զարգացումը: Անոթների ախտահարման արտահայտվածության աստիճանը մեծամասամբ կախված է հիվանդության ծանրությունից և տևողությունից:

5) Տեսողական օրգանի պաթոլոգիան՝ դիաբետիկ ռետինոպաթիան հայտնաբերվում է հիվանդների 85%-ի մոտ /ծանր ձևերը 10-18% հիվանդների մոտ/: Տարբերում են վերջինիս զարգացման 3 ստադիա.

- ա. ոչ պրոլիֆերատիվ փուլ
- բ. նախապրոլիֆերատիվ փուլ
- գ. պրոլիֆերատիվ փուլ / ռետինիտ /

Առաջին փուլ՝ երակների լայնացում, անհամաչափություն, ցանցենու անոթների միկրոանևրիզմա, կետային արյունազեղում- ցանցենու տեսողական ֆունկցիան չի տուժում: Երկրորդ փուլ՝ երակների լայնացում, անհամաչափություն, միկրոանևրիզմաներ, ցանցենու մեծ արյունազեղումներ, մետամորֆոսպսիաներ, նախացանցենալ արյունազեղումներ, աչքի հետին կամերայում արյունազեղում, տեսողության իջեցում / եթե արյունազեղումը տեղայնացված է պտկիկի շրջանում/: Կատարակտայի ձևավորման սկիզբը: Երրորդ փուլ՝ երկրորդ փուլին բնորոշ նշաններին ավելանում է անոթների նորագոյացություններ, ցանցենու ֆիբրոզ, վերջինիս պատռվածք, գլաուկոմա, տեսողության սրության իջեցում՝ ընդհուպ կուրություն:

6) Աղեստամոքսային համակարգի պաթոլոգիա՝ արտահայտվում է բերանի խոռոչի ախտահարումով / ստոմատիտ, ալվետյար պիորեա, պարադոնտոզ, գինգիվիտ/ անացիդ գաստրիտ, երբեմն ստամոքսում նոեպլաստիկ պրոցեսների համակցումով:

7) Լյարդի պաթոլոգիկ ախտահարումը, հատկապես I տիպի դիաբետով հիվանդների մոտ, հիպոգլիկեմիկ ռեակցիայի ֆոնի վրա արտահայտվում է ճարպային ինֆիլտրացիայի զարգացումով: Հիվանդների 8-10"-ի մոտ հայտնաբերվում է լյարդի դիաբետիկ ցիրոզ:

8) Երիկամների պաթոլոգիան արտահայտվում է դիաբետիկ նեֆրապաթիայով / Կիմելստիլ-Վիլսոնի սինդրոմ/ հանդիպում է 35-60" հիվանդների մոտ և ընդգրկում է զարգացման 5 ստադիա:

ա. Առաջին փուլ՝ մինչ կլինիկական, բնութագրվում է կծիկային ֆիլտրացիայի բարձրացումով 140 մլ/րոպ և ավել, կծիկների արթերիոլների հիմնային թաղանթի հաստացումով:

բ. Երկրորդ փուլ՝ տրանզիտոր սպիտամիզություն, բնութագրվում է անցողիկ սպիտամիզությամբ / 1-1.5գ/օրը /, միկրոալբումինուրիայով / 30 մգ/ օրը և ավել / և արտերիալ հիպերթենզիայով /ԱՀ/:

գ. Երրորդ փուլ՝ մշտական սպիտամիզություն, բնութագրվում է չափավոր / մինչև 3գ/օրը /, մշտական սպիտամիզությամբ որպես օրենք արտերիալ հիպերթենզիայի հետ զուգակցված:

դ. Չորրորդ փուլ՝ նեֆրոտիկ համաժտանիշը բնութագրվում է ծավալուն սպիտամիզությամբ / ավել քան 3 գ/օրը, հաճախ 5-10 գ/օրը /, հիպոպրոտեինեմիա, հիպերխոլեստերինեմիա և ծավալուն այտուցներով, կծիկային ֆիլտրացիան արագ իջնում է:

ե. Հինգերորդ փուլ՝ խրոնիկական երիկամային անբավարարություն, ծավալուն սպիտամիզության ֆոնի վրա ԱՀ և ուղեկցող պիելոնեֆրիտի սրացում:

Շաքարային դիաբետի ծանրության աստիճանը գնահատում են հաշվի առնելով կլինիկական պատկերը, կոմպենսացիայի վիճակը, սուր և խրոնիկական բարդությունների և հիվանդությունների առկայությունը, ինչպես նաև ածխաջրատային փոխանակության խանգարման ծանրությունը հայտնաբերելու նպատակով անց է կացվում գլյուկոզոտոլերանտային թեստավորում /ԳՏԹ/ և արյան մեջ գլյուկոզացված հեմոգլոբինի պարունակության հետազոտում:

Պրակտիկորեն առողջ մարդկանց արյան մեջ գլյուկոզացված հեմոգլոբինի պարունակությունը կազմում է 7%, այն դեպքում, երբ ՇԴ-ով հիվանդների մոտ այն 2-3 անգամ բարձր է: ՇԴ-ի դեկոմպենսացված վիճակում գլյուկոզացված հեմոգլոբինը 12%-ից ավել է: Այս ցուցանիշը արտահայտում է գլյուկոզացված հեմոգլոբինի որոշման դեպքում ածխաջրատային փոխանակության վիճակը վերջին 4 շաբաթվա ընթացքում: Այդ պատճառով տվյալ ցուցանիշները ծառայում են որպես ածխաջրատային փոխանակման երկարատև կոմպենսացման արտահայտում:

Աղյուսակ N 1

Շաբարային դիաբետի հսկողության կենսաքիմիական չափանիշները

Ցուցանիշ	Հսկողություն		
	լավ	բավարար	վատ
Գլիկեմիա մմոլ/լ			
Քաղցած	4,4-6,1	6,2-7,8	7,8 <
Ուտելուց հետո	5,5-8	11,1-14,0	14,0 <
HbA1c (N<6%)	< 6,5	6,5-7,5	7,5 <
HbA1 (N<7,5%)	< 8,0	8,0-9,5	9,5 <
Ընդհանուր խոլեստերին (մմոլ/լ)	< 5,2	5,2-6,5	6,5 <
Տրիգլիցերիդները քաղցած վիճակում (մմոլ/լ)	< 1,7	1,7-2,2	2,2 <
Մարմնի զանգվածի ինդեքսը			
Տղամարդիկ	< 25,0	25,0-27,0	27,0 <
Կանայք	<24,0	24,0-26,0	26,0 <

Գլյուկոզայի հանդեպ տոլերանտության խանգարումը բնութագրվում է հետևյալ չափորոշիչներով՝

1) Քաղցած ժամանակ գլյուկոզայի խտությունը պետք է լինի ցածր այն ցուցանիշից, որը գնահատվում է որպես դիաբետ, այսինքն գլյուկոզայի մակարդակը երակային սիճուկում ոչ ավել քան 7,8 մմոլ/լ / 140 մգ/ % /: Երակային և մազանոթային արյան մեջ 6,7 մմոլ/լ / 120 մգ/ % / -ից ոչ ավել:

2) 75գ գլյուկոզա ընդունելուց 2 ժամ հետո արյան մեջ գլյուկոզայի քանակը պետք է գտնվի ՇԴ-ին բնորոշ նորմալ թվերի և արժեքների սահմանում, այսինքն երակային արյան սիճուկում 7,8 -11,1 մմոլ/լ / 140-200 մգ/% / , երակային արյան մեջ 6,7 -10 մմոլ/լ / 120-180 մգ/ % / և մազանոթային արյան մեջ 7,8 -11,1 մմոլ/լ / 140-200 մգ/ % /:

3) Կես ժամ, մեկ ժամ, ժամ ու կեսից հետո գլյուկոզայի քանակը պետք է լինի բարձրացած՝ մազանոթային արյան մեջ և երակային արյան սիճուկում կազմի 11,1 մմոլ/լ / 200 մգ/ % /, իսկ երակային արյան մեջ 10 մմոլ/լ / 180 մգ/ % /-ից ավել:

Աղյուսակ N 2

Շաքարային դիաբետի ախտորոշիչ ցուցանիշները

Դիագնոստիկ ցուցանիշը	Գլյուկոզայի մակարդակը, մմոլ/լ (մգ/դլ)	
	ամբողջական արյուն մազանոթային	պլազմա երակային
<i>Շաքարային դիաբետ</i>		
Սոված գլյուկոզայով ծանրաբեռնվածությունից 2 ժ հետո կամ զույգ ցուցանիշները	$\geq 6,1$ (≥ 110) $\geq 11,1$ (≥ 200)	$\geq 7,0$ (≥ 126) $\geq 11,1$ (≥ 200)
<i>Գլյուկոզի նկատմամբ տոլերանտության խանգարում</i>		
Սոված (եթե որոշվում է) գլյուկոզայով ծանրաբեռնվածությունից 2 ժ հետո	$< 6,1$ (< 110) $\geq 7,8$ (≥ 140) և $< 11,1$ (< 200)	$< 7,0$ (< 126) $\geq 7,8$ (≥ 140) և $< 11,1$ (< 200)
<i>Գլիկեմիայի խանգարում սոված ժամանակ</i>		
Սոված 2 ժամ հետո (եթե որոշվում է)	$\geq 5,6$ (≥ 100) և $< 6,1$ (< 110) $< 7,8$ (< 140)	$\geq 6,1$ (≥ 110) և $< 7,0$ (< 126) $< 7,8$ (140)

Տիպ 1 դիաբետը կարող է լինել միջին ծանրության և ծանր: Միջին ծանրությունը, որի ժամանակ անհրաժեշտ է ինսուլինով /անկախ դոզայից/ փոխարինական բուժում, կարող է ուղեկցվել I և II ստադիայի ռետինոպաթիայով, I ստադիայի նեֆրոպաթիայով, ծայրամասային նեյրոպաթիայով՝ առանց արտահայտված ցավային ախտանիշի և տրոֆիկ խոցերի: Օրվա ընթացքում շաքարի քանակը արյան մեջ չի գերազանցում 13,5-14,6 մմոլ/լ /230-250 մգ/ " / հայտնաբերվում է կենսագործունեության սահմանափակում՝ ԿԳՍ, աշխատանքային գործունեության ունակության իջեցման առաջին աստիճանի, հազվադեպ տեղաշարժման ունակության սահմանափակման առաջին աստիճանի տեսքով, կենսագործունեության մյուս չափորոշիչները խանգարված չեն: Իջած է վերականգնողական պոտենցիալը: Ծանր աստիճանը բնութագրվում է

ինսուլինոթերապիայի անհրաժեշտությամբ, երկրորդ և երրորդ աստիճանի ռետինոպաթիայով, երկրորդ, երրորդ աստիճանի նեֆրոպաթիայով, արտահայտված ցավային ախտանիշով կամ բուժման դժվար ենթարկվող տրոֆիկ խոցերով ուղեկցվող պերիֆերիկ նեյրոպաթիայով, էնցեֆալոպաթիայով, մեկուսացած նեյրոպաթիայով, կետոացիդոզի հակումով, կրկնակի կոմատոզ վիճակներով, լյարբի ընթացքով: Հայտնաբերվում են էնդոկրին, կենտրոնական և պերիֆերիկ նյարդային համակարգի, երիկամների, տեսողական օրգանների, իմունային, մկանային և հենաշարժական համակարգերի արտահայտված խանգարումներ, որոնք բերում են աշխատանքային գործունեության ունակության սահմանափակման երկրորդ-երրորդ աստիճանի, ինքնուրույն տեղաշարժման, ինքնասպասարկման երկրորդ աստիճանի: Հիվանդների վերականգնողական պոտենցիալը կասկածելի է կամ իջած: Միկրոանգիոպաթիաների թվարկված արտահայտությունների առկայության դեպքում գլիկեմիայի մակարդակը և ինսուլինի հանդեպ պահանջը հաշվի չեն առնվում:

Տիպ 2 դիաբետը ունի ծանրության երեք աստիճան՝ թեթև, միջին և ծանր:

1) Թեթև աստիճան՝ կետոզը բացակայում է, կոմպենսացվում է միայն դիետայով, քաղցած վիճակում գլիկեմիան 7,5 մմոլ/լ է, հնարավոր են անգիոպաթիայի առաջնակի դրսևորումներ, անցողիկ նեյրոպաթիա, առաջին աստիճանի նեյրոպաթիա, ֆունկցիոնալ խանգարումներն աննշան են, առանձին դեպքերում կարող է սահմանվել աշխատանքային գործունեության ունակության առաջին աստիճանի սահմանափակում:

2) Ծանրության միջին աստիճանի ժամանակ դիտվում է նախակոմայի կամ կոմայի բացակայությամբ կետոզ, քաղցած վիճակում գլիկեմիան չի գերազանցում 14 մմոլ/լ, օրվա մեզում գլյուկոզայի քանակը 220 մմոլ/լ-ից ավել չէ, նշվում է I և II ստադիայի ռետինոպաթիայի, II-III±-ի նեֆրոպաթիայի, անցողիկ նեյրոպաթիայի առկայություն: Հայտնաբերվում է աշխատանքային գործունեության առաջին աստիճանի, հազվադեպ՝ տեղաշարժման առաջին աստիճանի սահմանափակում: Վերականգնողական պոտենցիալը բարձր է:

3) Ծանր աստիճանի դիաբետի ժամանակ ծանր բարդություններ են ձևավորվում, անկախ գլիկեմիայի աստիճանից և բուժման տեսակից, առկա է կոմատոզ վիճակների նկատմամբ հակում, հիպերգլիկեմիա 14-20 մմոլ/լ, երկրորդ-երրորդ աստիճանի ռետինոպաթիա, չորրորդ- հինգերորդ աստիճանի նեֆրոպաթիա, ստորին վերջույթների փտախտ, նեյրոպաթիա, էնցեֆալոպաթիա, հայտնաբերվում են էնդոկրին, կենտրոնական և պերիֆերիկ նյարդային համակարգի, երիկամների, տեսողական օրգանների, իմունային, մկանային և հենաշարժական համակարգերի ծանր խանգարումներ, որոնք բերում են կենսագործունեության՝ աշխատանքային գործունեության ունակության երկրորդ-երրորդ աստիճանի, ինքնուրույն տեղաշարժման ունակության, ինքնասպասարկման երկրորդ աստիճանի և այլ սահմանափակումների: Հիվանդների վերականգնողական պոտենցիալը ցածր է կամ կասկածելի: ՇԴ-ի

ծանրության աստիճանի գնահատման համար ճարպերի մակարդակը ցուցանիշ չի համարվում, քանի որ հիպերլիպիդեմիան կարող է լինել ճարպակալման, հիպերլիպիդեմիայի ժառանգական ձևերի ժամանակ, ածխաջրատների ավելցուկային օգտագործման հետևանք: Շաքարային դիաբետի ծանրության աստիճանի սահմանումը՝

ա. Թեթև ընթացքով ՇԴ, կլինիկական դրսևորումը՝ միկրո-մակրոանոթային բարդություններ չկան,

բ. Միջին ծանրության ՇԴ, կլինիկական դրսևորումը՝ դիաբետիկ ռետինոպաթիա, ոչ պրոլիֆերատիվ փուլ, դիաբետիկ նեֆրոպաթիա միկրոալբումինուրիայի փուլում, դիաբետիկ պոլինեյրոպաթիա

գ. Ծանր ընթացքով ՇԴ, կլինիկական դրսևորումը՝ դիաբետիկ ռետինոպաթիա, նախապրոլիֆերատիվ /2/ կամ պրոլիֆերատիվ / 3/ փուլ, դիաբետիկ նեֆրոպաթիա, պրոտեինուրիայի փուլ կամ ԽԵԱ, ավտոնոմ պոլինեյրոպաթիա, միկրոանգիոպաթիաներ, հետինֆարկտային կարդիոսկլերոզ, սրտային անբավարարություն, վիճակ ինսուլտից կամ ուղեղային արյան շրջանառության անցողիկ խանգարումից հետո ստորին վերջույթների օկլյուզիվ ախտահարում

4. Շաքարային դիաբետի սուր բարդությունները

Հիպերգլիկեմիկ կոմաներ՝

Դիաբետիկ կետոացիդոտիկ կոմա, որի հիմքում ընկած է ինսուլինի բացարձակ անբավարարություն -չախտորոշված տիպ 1 ՇԴ , ինսուլինով բուժման դադարեցում, ծանր զգայական սթրես, ինֆեկցիա, այրվածքներ, ծանր վնասվածքներ, ինսուլտ, սուր հիվանդություններ: Բնորոշ է թուլության, ծարավի, պոլիուրիայի, անոռեքսիայի, սրտխառնոցի և փսխումների, մաշկի և լորձաթաղանթների չորության աճ, մկանների հիպոտոնիա, ացետոնի հոտ, ջրազրկում, հաճախասրտություն, Կուս-մաուլյան շնչառություն, հիպերգլիկեմիա՝14-25 մմոլ/լ / երբեմն մինչև 45 մմոլ/լ/:

Հիպերօսմոլյար կոման զարգանում է տիպ 2 ՇԴ-ով հիվանդ տարեց մարդկանց մոտ դեհիդրատացիայի, ծանր ինֆեկցիաների, սրտամկանի ինֆարկտի, ինսուլտի, միզամուղ դեղամիջոցների գերդոզավորման ժամանակ, նկատվում է արտահայտված շատամիզություն, ծարավի զգացում, արյան հիպերօսմոլյարություն, հիպերգլիկեմիա 45-110 մմոլ/լ:

Հիպոգլիկեմիկ կոման զարգանում է ինսուլինի գերդոզավորման, սխալ սնվելու ԽԵՀ, հետևանքով:

Լակտացիդեմիկ կոման զարգանում է ՍԱ և ՇԱ, անեմիաներին, սեպսիսին և սրտամկանի ինֆարկտին ուղեկցող հիպօքսիայի ժամանակ:

5. Շաքարային դիաբետի բուժումը

Նպատակն է հիվանդների նյութափոխանակային արտահայտված խանգարումների կանխարգելում կամ առավելագույնս վերացում և աշխատանքային գործունեությամբ զբաղվելու կարողության պահպանում: Բուժումը համալիր է և ընդգրկում է մի քանի բաղադրիչներ՝

- սննդակարգ,
- դեղորայքի ընդունում (շաքար իջեցնող պերորալ դեղամիջոցներ, ինսուլինոթերապիա),
- ֆիզիկական բեռնվածությունով,
- հիվանդի ուսուցումով և ինքնահսկում:

Դիետոթերապիան նախատեսում է սննդաբաժնի անհրաժեշտ էներգետիկ արժեքների ապահովում, սննդի որակյալ բաղադրություն, սնման դիթմ, սննդի մի տեսակի փոխարինումը մյուսով: Տիպ 2 շաքարային դիաբետի բուժման համար օգտագործում են հետևյալ պերորալ դեղամիջոցներ.

- սուլֆանիլմիզաթթվի ածանցյալներ,
- բիգուանիտներ
- ալֆա-գլիկոզիդազայի ինհիբիտորներ
- թիազոլիդինդիոններ
- գլինիդներ
- գլիպտիններ
- գլուկագոնանանան պեպտիդ-1 ագոնիստներ
- նատրումի-գլյուկոզի տրանսպորտային սպիտակուց-2 ինհիբիտորներ:

Ինսուլինոթերապիան ցուցված է տիպ 1 դիաբետի ժամանակ տիպ 2 ՇԴ հիվանդներին, երբ պերորալ դեղամիջոցներն անարդյունավետ են, կետոացիդոտիկ և հիպերօսմոլյար վիճակների ժամանակ, հղիության ժամանակ:

Շաքարային դիաբետի խրոնիկական բարդությունների բուժումն ընդգրկում է նորմոգլիկեմիայի ապահովում, արյան ճնշման կարգավորում, անոթային միջոցներ, հիպոլիպիդեմիկ և փոխանակությունը նորմալացնող դեղամիջոցներ, անհրաժեշտության դեպքում՝ վիրահատական բուժում, դիալիզ, երիկամների փոխպատվաստում: Շաքարային դիաբետի կոմպենսացիայի չափանիշներ են համարվում նորմոգլիկեմիան, գլիկոզիլացված հեմոգլոբինը 6-7% , ագլյուկոզուրիան : Սուբկոմպենսացիայի չափանիշներ են համարվում շափավոր հիպերգլիկեմիան (գլիկեմիան 13.9մմոլ/լ ոչ ավել), ագլյուկոզուրիան (օրեկան 50գ ոչ ավել), ացետոնուրիայի բացակայություն: Դեկոմպենսացիայի չափանիշներ են . գլիկեմիան 13.9մմոլ/լ ավել , ագլյուկոզուրիան (օրեկան 50գ ավել), ացետոնուրիա:

6. Բժշկասոցիալական փորձաքննություն և ցուցումներ աշխատանքային ռացիոնալ տեղավորման համար

Շաքարային դիաբետով հիվանդների բժշկասոցիալական փորձաքննական եզրակացությունը, նրանց կլինիկական և աշխատանքային կանխատեսման ճիշտ

գնահատումը հիմնված են բժշկական, սոցիալական և հոգեբանական գործոնների համակցման վրա: Բժշկական գործոններին են վերաբերվում դիաբետի տիպը, հիվանդության ծանրության աստիճանը /բարդությունների առկայությունը և բնույթը/ և ուղեկցող հիվանդությունները, սոցիալականին՝ հիվանդի հիմնական մասնագիտությունը, աշխատանքի բնույթը և պայմանները, դիետա պահելու հնարավորությունը, աշխատանքային ստաժը, կրթվածության մակարդակը, կենցաղային պայմանները, արատավոր սովորությունները; հոգեբանականին՝ աշխատանքի տեղավորումը, փոխհարաբերությունը աշխատավայրում, հիվանդի հանդեպ վերաբերմունքն ընտանիքում, առողջության վիճակին համապատասխան ինքնուրույն աշխատանքի տեղավորվելու հնարավորությունը:

7. Կլինիկո-փորձաքննական ախտորոշման ձևակերպումը

Ախտորոշումը պետք է արտահայտի հիվանդության հիմնական կլինիկական դրսևորումը: Շաքարային դիաբետի ախտորոշման ձևակերպման պահանջները.

- Շաքարային դիաբետ 1(2) տիպի միջին ծանրության (ծանր ընթացքի), լյաբիլ ընթացք, կոմպենսացիայի փուլում (սուբկոմպենսացիա, դեկոմպենսացիա):
- Դիաբետիկ միկրոանգիոպաթիա
- Ռետինոպաթիա (մատնանշել փուլը ձախ աչքում (ԳS), աջ աչքում (ԳD), վիճակ լազերո-ֆոտոկոագուլացիայից հետո կամ վիրաբուժական բուժումից հետո (եթե այն եղել է)թ.-ին,
- Նեֆրոպաթիա (նշել փուլը).
- Դիաբետիկ նեյրոպաթիա (նշել ձևը),
- Դիաբետիկ ոտնաթաթի համախտանիշ (նշել ձևը),
- Դիաբետիկ մակրոանգիոպաթիա.
- ՍԻՀ (նշել ձևը),
- Սրտային անբավարարություն (նշել աստիճանը ըստ NYHA-ի),
- Ցերեբրովասկուլյար հիվանդություններ,
- Պերիֆերիկ անգիոպաթիա (նշել ձևը, փուլը),
- Զարկերակային հիպերթենզիա (նշել աստիճանը),
- Դիսլիպիդեմիա (եթե առկա է),
- Ուղեկցող հիվանդություններ:

8. Բժշկասոցիալական փորձաքննության ուղեգրելու ցուցումներ են

ինչպես տիպ 1 ՇԴ, նույնպես և տիպ 2 ՇԴ, միկրոանգիոպաթիաների արտահայտված երևույթներով, երիկամների, նյարդային համակարգի, տեսողական

օրգանների գործունեության զգալի խանգարումներով ուղեկցվող ծանր ձևի շաքարային դիաբետ:

1) Լյարհի ընթացքով /հաճախակի հիպոգլիկեմիկ վիճակներ, կետոացիդոզ/ կամ դժվար կոմպենսացվող միջին ծանրության շաքարային դիաբետ:

2) Թեթև և միջին ծանրության դիաբետը, անհրաժեշտության դեպքում որակավորման իջեցումով կամ կատարվելիք աշխատանքի ծավալի պակասեցումով, ռացիոնալ աշխատանքի տեղավորմամբ:

3) Երեխաների շաքարային դիաբետով հիվանդացումը:

Պահանջվող նվազագույն հետազոտությունները՝

1) Արյան կլինիկական հետազոտություն.

2) Գլյուկոզայի քանակն արյան մեջ քաղցած ժամանակ, օրվա ընթացքում և քնելուց առաջ.

3) Բետտալիպոպրոտեիդներ.

4) Խոլեստերին.

5) Միզանյութ, Կրեատինին, ԱՍՏ, ԱԼՏ, Գլիկոզիլացված հեմոգլոբին.

6) Մեզի ընդհանուր հետազոտություն, շաքարամիզության և ացետոնի հայտնաբերմամբ, K, Na, Ca, Միկրոալբումինուրիա.

7) ԷՍԳ.

8) Օֆթալմոլոգի կոնսուլտացիա / աչքի հատակ, կատարակտա /.

9) Նևրոպաթոլոգի կոնսուլտացիա.

10) Անոթային վիրաբույժի կոնսուլտացիա:

9. Աշխատանքային երաշխավորագիրը

Երաշխավորագիրը պետք է ներառի արտադրական գործոնների հակացուցումները, որոնց առկայությունը բերում է շաքարային դիաբետով հիվանդների և հաշմանդամների վիճակի վատացման:

1) Թեթև ընթացքով շաքարային դիաբետի համար հակացուցված է ծանր ֆիզիկական աշխատանքը, արտադրական թույների ազդեցության, գործուղումների, տեղափոխությունների հետ կապված, գիշերային հերթափոխով, չնորմավորված աշխատանքային օրով, ոչ բարենպաստ միկրոկլիմայական պայմաններով աշխատանքը:

2) Միջին ծանրության դիաբետի դեպքում՝ ինսուլին չստացող հիվանդների համար հակացուցված է միջին ծանրության ֆիզիկական և բարձր նյարդահոգեկան լարվածությամբ մտավոր աշխատանքը:

3) Շաքարային դիաբետի լյարհի ընթացքով ինսուլին ստացող հիվանդների մեծամասնության համար՝ աշխատանք, որի անսպասելի ընդհատումը վտանգավոր է դժբախտ դեպքի հնարավորության կամ արտադրական պրոցեսի խաթարման հետ կապված /աշխատանք կոնվեյերի, շարժվող մեխանիզմների վրա, տաք արտադրամասերում, տրանսպորտի վարում/: Թուլատրվում է թեթև ֆիզիկական, ադմինիստրատիվ գործավարական, ադմինիստրատիվ տնտեսական, ինտելեկտուալ,

որոշ դեպքերում նվազ ծավալով արդյունաբերական գործունեությամբ աշխատանքը: Ստորին վերջույթների անոթների ախտահարման ժամանակ հակացուցված է երկար կանգնած վիճակ, քայլք, ցանցենու անոթների ախտահարման ժամանակ՝ երկարատև լարվածություն պահանջող աշխատանքը:

10. Հաշմանդամության սահմանման չափանիշները

Երեխաների մոտ հիմնականում հանդիպում է շաքարային դիաբետի առաջին տիպը, փորձաքննական որոշումը կայացնելիս անհրաժեշտ է հաշվի առնել հիպոգլիկեմիայի հաճախակի էպիզոդներ, կետոացիդոտիկ վիճակներ, պրեկոմատոզ կամ կոմատոզ վիճակներ՝ ամիսը 1 կամ 2 անգամ կրկնվող, հաճախակի սուբկոմպենսացիայի վիճակ և դեկոմպենսացիաներ, որոնք առաջացնում են կենսագործունեության սահմանափակում և հետևաբար սոցիալական պաշտպանվածության, սոցիալական օգնության անհրաժեշտություն:

Հաշմանդամության առաջին խումբ սահմանվում է՝

- Դիաբետիկ ռետինոպաթիա III աստիճանի տեսողական ֆունկցիայի խիստ արտահայտված խանգարմամբ (տեսողության սրության իջեցում մինչև 0-0,03):
- Դիաբետիկ նեֆրոպաթիա V աստիճանի, ԽԵԱ տերմինալ փուլ էքստրակորպորալ բուժման (հեմոդիալիզի) անհնարինությամբ:
- Արյան շրջանառության խիստ արտահայտված խանգարմամբ (ՍԱ III, կորոնար անբավարարություն ՖԴ IV):
- Երկու ստորին վերջույթների խրոնիկ զարկերակային անբավարարությամբ IV աստիճանի գանգրենայի զարգացմամբ, ամպուտացիայի անհրաժեշտությամբ և հեմոդիանամիկայի վերականգնման և հետագա պրոթեզավորման անհնարինությամբ:

Հաշմանդամության երկրորդ խումբ սահմանվում է՝

- Դիաբետիկ ռետինոպաթիա III աստիճանի տեսողական ֆունկցիայի արտահայտված խանգարմամբ (տեսողության սրության իջեցում մինչև 0,04-0,09):
- Դիաբետիկ նեֆրոպաթիա V աստիճանի , ԽԵԱ II կամ III աստիճանի էքստրակորպորալ բուժման (հեմոդիալիզի) հնարավորությամբ:
- Արյան շրջանառության արտահայտված խանգարմամբ (ՍԱ IIբ, կորոնար անբավարարություն ՖԴ III):
- Երկու ստորին վերջույթների խրոնիկ զարկերակային նանբավարարությամբ III աստիճանի, երկու ստորին վերջույթների պրոթեզավորված ամպուտացիոն ծայրատ, մեկ ստորին վերջույթի խրոնիկ զարկերակային անբավարարությամբ II աստիճանի և մյուս վերջույթի ամպուտացիոն ծայրատ սրունքի մակարդակի:

Հաշմանդամության երրորդ խումբ սահմանվում է՝

- Դիաբետիկ ռետինոպաթիա II աստիճանի առանց տեսողական ֆունկցիայի խանգարման կամ տեսողական ֆունկցիայի չափավոր խանգարմամբ (տեսողության սրության իջեցում մինչև 0.1-0.2), զուգակցված հետևյալ խանգարումներից որևէ մեկի կամ մի քանիսի հետ, կամ այլ խանգարումների զուգակցումներով:
- Դիաբետիկ նեֆրոպաթիա II, III աստիճանի կամ ԽԵԱ II փուլ:
- ՍԻՀ կորոնար անբավարարությամբ ՖԴ II:
- Ստորին վերջույթների դիաբետիկ մակրոանգիոպաթիա խրոնիկ զարկերակային անբավարարությամբ II <ա> փուլ:
- Ստորին վերջույթների դիաբետիկ մակրոանգիոպաթիա, խոցի զարգացման վտանգով, կամ լավացած խոցով կամ ոտնաթաթի մակարդակի ամպուտացիայով և նևրոպաթիա 3-րդ աստիճանի:

Նշված դեպքերում անձանց մոտ առկա է ինքնասպասարկման ապահովման ունակության, և/կամ կողմնորոշման, և/կամ ինքնուրույն տեղաշարժվելու, և/կամ աշխատանքային գործունեությամբ զբաղվելու կարողությունների առաջին աստիճանի կենսագործունեության սահմանափակում:

11. Վերականգնումը

Վերականգնումը հնարավոր է շաքարայի դիաբետի վաղ հայտնաբերմամբ, էնդոկրինոլոգի կանոնավոր հսկմամբ, սննդի ռեժիմի, համապատասխան բուժման կազմակերպմամբ, կենսագործունեության սահմանափակման բերող բարդությունների կանխարգելմամբ: Ցուցված են առողջարանային բուժում, հաշմանդամներին ռացիոնալ ձևով ապրելու ուսուցում / դիաբետիկների դպրոց, որտեղ նրանք ստանում են բուժման լուսաբանմամբ կրթություն/, երիտասարդ տարիքում՝ մասնագիտական կողմնորոշում, վերամասնագիտացում, ռացիոնալ աշխատանքի տեղավորում, ժամանակին ԲՍՓ ուղեգրում, ՎԱԾ-ի կազմում:

ԲՍՓ որոշումների փորձաքննական անհամապատասխանությունների ամենահաճախակի պատճառներից են ոչ ճիշտ ախտորոշումը՝ պայմանավորված առողջապահական կազմակերպություններում հիվանդների ոչ ամբողջական հետազոտմամբ, պաթոմորֆոլոգիական և ֆունկցիոնալ խանգարումների թերագնահատմամբ կամ գերագնահատմամբ, կատարվող աշխատանքի բնույթը և աշխատանքային պայմանները անտեսելով: Թվարկված ախտորոշիչ և փորձաքննական սխալները հաճախ բերում են հիվանդների ոչ ճիշտ մասնագիտական կողմնորոշման, նրանց հակացուցված աշխատանքային պայմանների և տեսակների խորհրդատվության: Դրա ապացույց է ներքոհիշյալ կլինիկական դիտարկումը. Հիվանդ Տ.-ն, 36 տ, ինժեներ, հիվանդ է 1 տարի: Կլինիկա ընդունվելիս ստանում էր գումարային 80 միավոր ինսուլին, որից 40 միավորը՝ երկարաձգված ազդեցությամբ /Հումուլին-NPH/ և 40 միավոր

կարճատև ազդեցությամբ /Հումուլին- R/: Հաճախակի ունենում է գիտակցության կորստով ուղեկցվող հիպոգլիկեմիկ նոպաներ օրվա ժամը 11-12-ին: Նշում է քրտնարտադրություն քնած ժամանակ, սրտխփոց, մարմնի դող, ոչ հազվադեպ գիշերը, ժամը 3-4-ը սովի զգացողության պատճառով ստիպված ուտում է: Քաղցած ժամանակ հիպերգլիկեմիան 16,6-22,2 մմոլ/լ է, որի պատճառով բնակության վայրը սպասարկող էնդոկրինոլոգի կողմից Հումուլին-NPH դոզան աստիճանաբար բարձրացվել է մինչև 70 միավոր: Արդյունքում գումարային ստացվել է 110 միավոր ինսուլին: Դիաբետի ընթացքը գնահատվել է ծանր, ԲՍՓՀ-ի կողմից հիվանդը ճանաչվել է երկրորդ խմբի հաշմանդամ: Էնդոկրինոլոգիական բաժանմունքում ինսուլինի գումարային դոզան իջեցվել է մինչև 50 միավոր, դադարել են հիպոգլիկեմիաները, ինքնազգացողությունը լավացել է, քաղցածության ժամանակ գլյուկոզայի պարունակությունն արյան մեջ իջել է մինչև 7,2-10,0 մմոլ/լ: Դիտվում է ցանցենու չափավոր անգիոպաթիա, դիաբետը կոմպենսացված է, հիվանդի աշխատանքում հակացուցման գործոններ չկան, հիվանդն աշխատանքի հանդեպ ունի դրական դիրքորոշում: Կլինիկական ախտորոշումը՝ շաքարային դիաբետ առաջին տիպ, միջին ծանրության / ինսուլինոկախյալ/, ցանցենու դիաբետիկ անգիոպաթիա: Փորձաքննական եզրակացությունը՝ անձը հաշմանդամ չէ, կարող է շարունակել ինժեների աշխատանքը: Անհրաժեշտ սահմանափակումները՝ լրացուցիչ ծանրաբեռնվածությունից, գործուղումներից ազատում, կարող են տրվել ԲՓՀ-ի կողմից: Տվյալ կլինիկական դիտարկումը ոչ ճիշտ ախտորոշման և ինսուլինով ոչ համարժեք բուժման մասին, որը պայմանավորել է ՇԴ-ի լյարբի / փոփոխական/ ընթացք:

12. Վերականգնողական անհատական ծրագրով երաշխավորված միջոցառումները

Բժշկական, սոցիալական և հոգեբանական գործոնների ընդհանուր գնահատման վրա հիմնված ԲՍՓ աշխատանքային երաշխավորագիրը պետք է բավարարի հաշմանդամների աշխատանքի տեղավորման հիմնական պահանջները, հաշվի առնելով նրանց մասնագիտական հնարավորությունները, մասնավոր և հանրակրթական պատրաստվածությունը, անհատական հակումները, վերաբերմունքը աշխատանքին: Երիտասարդ տարիքի շաքարային դիաբետով հիվանդներին մասնագիտական կողմնորոշում պետք է տալ սկսած դպրոցից: Ուսումնական հաստատություններում կարող է խորհուրդ տրվել մասնագիտական ուսուցումը հետևյալ մասնագիտությունների ուղղությամբ՝ տեխնիկումներում հաշվապահություն, գործավար-կազմակերպիչ, հնետագետ, մասնագիտական տեխնիկական ուսումնարաններում՝ գծագրող-կոնստրուկտոր, ժամագործ, լուսանկարիչ, հաշվապահ, քարտուղար մեքենագրող, լաբորանտ:

1) Երրորդ խմբի հաշմանդամները կարող են կատարել չափավոր նյարդահոգեկան լարվածությամբ մտավոր աշխատանք /ինժեներ, տեխնոլոգ, հաշվապահ, բժիշկ, տնտեսագետ, գրադարանավար, իրավաբան, լաբորանտ, միջին և ոչ մեծ ծավալով ադմինիստրատորի աշխատանք/, ինչպես նաև թեթև կամ չափավոր լարվածությամբ

ֆիզիկական աշխատանք պահանջող մասնագիտություններ՝ էլեկտրիկ օպերատոր, կոմունալ սպասարկման ոլորտի աշխատող:

2) Երկրորդ խմբի հաշմանդամները կարող են աշխատել հատուկ ստեղծված պայմաններում, արտադրամասերում, որտեղ աշխատել են մինչև հաշմանդամությունը, հաշվի առնելով նրանց մասնագիտական հնարավորությունները:

3) Առաջին խմբի հաշմանդամները կարող են աշխատել հատուկ ստեղծված պայմաններում կամ տանը: Շաքարային դիաբետի ժամանակին ախտորոշումը, համապատասխան բուժման կազմակերպումը, դիսպանսեր հսկողությունը, ռացիոնալ աշխատանքի տեղավորումը պահպանում են անձանց կենսագործունեությունը, կանխում հնարավոր բարդությունները և նպաստում հաշմանդամության կանխարգելմանը:

XVII. ԹԻՐԵՈՏՈՐՔՍԻԿՈՋԻ ԺԱՄԱՆԱԿ ԲԺՇԿԱՍՈՑԻԱԼԱԿԱՆ ՓՈՐՁԱՔՆՆՈՒԹՅՈՒՆԸ

(Դիֆուզ տոքսիկ խալիպ, Գրեյվսի հիվանդություն, Բազեդովյան հիվանդություն)

Թիրեոտոքսիկոզը բազմահամակարգային հիվանդություն է, որին բնորոշ է թիրեոիդ հորմոնների գերարտադրությունը, դիֆուզ խալիպը, օֆտալմոպաթիան, դերմոպաթիան (պրետիբիալ միքսեդեմա):

Էպիդեմիոլոգիա

Հիվանդությունը հանդիպում է բնակչության 0,2-0,5%-ի մոտ: Հիվանդանում են հիմնականում աշխատունակ տարիքի անձինք, կանայք 5-7 անգամ ավելի հաճախ քան տղամարդիկ:

Էթիոլոգիա և պաթոգենեզ

Հիվանդության զարգացման մեջ մեծ դեր է խաղում VI քրոմոսոմում գենետիկ դեֆեկտը, որը շաղկապված է HLA (B₈, DR₃, DR₄ հակաժինների) համակարգի հետ: Ժառանգական գործոնը հայտնաբերվել է 60% հիվանդների մոտ: Հոգեկան տրավմայի արդյունքում առաջացած թիրեոտոքսիկոզով հիվանդները կազմում են մոտ 80%, ինֆեկցիոն հիվանդություններից հետո (գրիպ, անգինա, տուբերկուլոզ) առաջացած թիրեոտոքսիկոզը 20% հիվանդների մոտ: Հիվանդությունն ունի աուտոիմուն բնույթ՝ առաջանում են հակամարմիններ, որոնք խթանում են ԹԹՀ-ի (թիրեոթրոպիկ հորմոնի) հանդեպ զգայուն թիրեոիդ բջիջների ընկալիչները: Առաջանում է վահանաձև գեղձի գերֆունկցիա և գեղձի հիպերպլազիա: T₃ և T₄ հորմոնների արտադրության բարձրացումը (հիպերթիրեոիդիզմ) ուղեկցվում է կատեխոլամինների հանդեպ զգայնության բարձրացմամբ և միտոքոնդրիումների ֆունկցիայի ակտիվացմամբ, օքսիդացիոն

ֆոսֆորիլացման գործնթացի խափանմամբ, էներգիայի հավելյալ արտադրությամբ և գերնյութափոխանակությամբ: Օֆթալմոպաթիան և պրետիբիալ միքսեդեման պայմանավորված է ցիտոտոքսիկ լիմֆոցիտների և ցիտոտոքսիկ հակամարմինների ազդեցությամբ, որոնք ունեն մեծ խնամակցություն ակնաշարժ մկանների, ռետրոբուլբար և պրետիբիալ բջջանքի հակաձինների հանդեպ:

Հիվանդության կլինիկան

Հիվանդները գանգատվում են դյուրագրգռությունից, արտահայտված հոգնածությունից, բարձր ջերմության զգացումից, մարմնի քաշի իջեցումից, մկանային թուլությունից, սրտխփոցից, հաճախասրտությունից, նիհարումից, ախորժակի բարձրացումից, աչքերի մեջ <<ավազի հատիկի>> զգացողությունից: Օբյեկտիվ զննման ընթացքում նկատվում է անհանգստություն, արագ խոսք, ձեռքերի բացված մատերի դող, սնուցման նվազում, մաշկի տաքություն և խոնավություն, չափավոր այտուցներ (պրետիբիալ միքսեդեմա), մկանային տոնուսի իջեցում, առաջանում են ակնային ախտանշաններ՝ փայլ աչքերում, Գրեֆեի, Կոխեռի, Դելրիմայի (լայն բացված ակնային ճեղք), Մերիուսի (կոնվերգենցիայի անբավարարություն) ախտանիշներ, նկատվում է էկզոֆթալմ, կոպերի այտուց և պիգմենտացիա, կոպերի փակումը անբավարար է, կարծրենին և շաղկապենին արյունալեցված են, ակնագնդերի շարժումները սահմանափակված են: Վահանաձև գեղձը մեծացած է: Խոշոր անոթների վրա կարող է լսվել ֆունկցիոնալ սիստոլիկ աղմուկ: Նկատվում է հաճախասրտություն, սրտի ռիթմի շեղումներ (էքստրասիստոլաներ, շողացող առիթմիա), սրտային անբավարարություն, ոչ հազվադեպ նաև լյարդի մեծացում:

Ֆունկցիոնալ խանգարումների գնահատման համար նշանակություն ունի՝

1. վահանաձև գեղձի մեծացման աստիճանը (խափա),
2. հիպերթիրեոզի ծանրության աստիճանը,
3. օֆթալմոպաթիայի արտահայտվածության աստիճանը,
4. այլ օրգանների և օրգան համակարգերի ֆունկցիաների խանգարման աստիճանը և բուժման բարդությունները:

Վահանաձև գեղձի չափերի մեծացման աստիճանը.

- I աստիճան՝ կլման ակտի ժամանակ շոշափվում է մեծացած նեղուցը, արտաքին զնման ժամանակ գեղձը տեսանելի չէ
- II աստիճան՝ հեշտ շոշափվում են գեղձի երկու բլթերը և նեղուցը, գեղձը երևում է կլման ակտի ժամանակ,
- III աստիճան՝ արտաքին զննման ժամանակ վահանաձև գեղձը պարզ տեսանելի է,
- IV աստիճան՝ արտահայտված խափա, գեղձը փոխում է պարանոցի ձևը,
- V աստիճան՝ շատ մեծ չափսերի խափա:

1994 թ-ից օգտագործվում է խափափ Առողջապահության Համաշխարհային Կազմակերպության դասակարգում

- 0 աստիճան խափաչ չկա.
- 1 բլթերի չափերը մեծ են բութ մատի դիստալ ֆալանգից, խափաչը շոշափվում է, բայց տեսանելի չէ.
- 2 խափաչը շոշափվում է և աչքով տեսանելի է:

Հիպերթիրեոզի ծանրության աստիճանը.

- I աստիճան՝ կլինիկական ախտանշանները արտահայտված են թույլ, մարմնի քաշը սկզբնական քաշի համեմատ իջնում է մինչև 10%, հաճախասրտությունը մինչև 100 զարկ մեկ րոպեում, օֆթալմոպաթիան I-ին աստիճանի է,¹³¹ յուրացումը 24 ժամվա ընթացքում մինչև 60% է, արյան մեջ T₄ և T₃ պարունակությունը նորմալից բարձրանում է մինչև 30-50% կամ կարող է T₃ պարունակությունը բարձրանալ, իսկ T₄ պարունակությունը մնալ նորմալի սահմաններում: Բուժումը միշտ արդյունավետ է: Թիրեոտոքսիկոզի թեթև ընթացքը բերում է էնդոկրին ֆունկցիայի աննշան խանգարման, այլ օրգան-համակարգերի կողմից ֆունկցիոնալ խանգարումներ չեն դիտվում: Կենսագործունեության սահմանափակումներ չեն լինում:
- II աստիճան՝ մարմնի քաշի մինչև 20% անկում, հաճախասրտություն՝ մինչև 120 զարկ մեկ րոպեում, դիտվում է 2/Ճ բարձրացում, ՍԱ I- II NUHA, օֆթալմոպաթիան I- II աստիճանի է,¹³¹ յուրացումը 24 ժամվա ընթացքում մինչև 75%, արյան մեջ T₄ և T₃ պարունակությունը բարձրանում է նորմալից 50%-ով: Բուժումը հաճախ էֆեկտիվ է: Թիրեոտոքսիկոզի չափավոր ընթացքի ժամանակ դիտվում են էնդոկրին, սիրտ-անոթային, կենտրոնական նյարդային համակարգի և տեսողության ֆունկցիաների չափավոր խանգարումներ: Սահմանափակվում են աշխատանքային գործունեությամբ զբաղվելու, ինքնասպասարկման ապահովման ունակության և ինքնուրույն տեղաշարժման կարողությունները (I-ին աստիճանի):
- III աստիճան՝ մարմնի քաշի 20%-ից ավելի անկում, հաճախասրտություն՝ մեկ րոպեում 120 զարկից ավելի, II-III աստիճանի օֆթալմոպաթիա,¹³¹ յուրացումը 24 ժամվա ընթացքում 75% -ից ավելի է, արյան մեջ T₄ և T₃-ի պարունակությունը նորմալից մի քանի անգամ բարձր է, դիտվում են էնդոկրին, սիրտ-անոթային, նյարդային, մկանային, ստամոքս-աղիքային համակարգերի և տեսողության ֆունկցիաների արտահայտված խանգարումներ, զարկերակային ճնշման բարձրացում, կարդիոմիոպաթիա, շողացող առիթմիայով և ՍԱ ֆդ III ըստ NUHA, ծանր էնցեֆալոպաթիա, հոգեկան խանգարումներ, միոպաթիա, կաթվածներ, տոքսիկ հեպատիտ լյարդային անբավարարությամբ: Բուժումը հաճախ էֆեկտիվ է, բայց օրգան-համակարգերի ֆունկցիոնալ խանգարումները չեն վերականգնվում: Հիվանդների մոտ աշխատանքային գործունեությամբ զբաղվելու կարողությունը

սահմանափակվում է II կամ III աստիճանի, ինքնասպասարկման ապահովման ունակությունը II կամ III աստիճանի, ինքնուրույն տեղաշարժման կարողությունը II կամ III աստիճանի:

Օֆթալմոպաթիայի արտահայտվածության աստիճանը՝

- I աստիճան՝ աննշան արտահայտված էկզոֆթալմ (մինչև 16 մմ), կոպերի աննշան այտուց, ակնային ախտանշանները կարող են լինել դրական, ակնաշարժ մկանների ֆունկցիան պահպանված է, գանգատները բացակայում են:
- II աստիճան՝ չափավոր էկզոֆթալմ (մինչև 18 մմ), կոպերի չափավոր այտուցով և ինֆիլտրացիայով, չափավոր օֆթալմոպլեգիա, աչքերի մեջ <<ավազի հատիկի>> զգացողություն, ակնագնդերում ճնշման զգացողություն և անցողիկ դիպլոպիա:
- III աստիճան՝ արտահայտված էկզոֆթալմ (23 մմ և ավելի), արտահայտված օֆթալմոպլեգիա, կոպերի փակումը անբավարար է, եղջրաթաղանթի խոցոտում, կայուն դիպլոպիա (երկտեսություն), աչքերում ցավ, ակնագնդերի շարժումների խիստ սահմանափակում, կարող են լինել տեսողական նյարդի ատրոֆիայի երևույթներ, տեսողության վատացում, երկրորդային գլաուկոմա:

Բարդությունները

Թիրեոտոքսիկ կրիզ հիմքում ընկած է $T_{3\text{ազատ}}$ և $T_{4\text{ազատ}}$ պարունակության կտրուկ բարձրացումը, որը պայմանավորված է վատթարացող թիրեոտոքսիկոզով հիվանդի մոտ սուբտոտալ ստրումէկտոմիայով, ժամանակին չախտորոշված ծանր թիրեոտոքսիկոզով, ծանր ինֆեկցիաներով, հուզական սթրեսով, ոչ համարժեք բուժմամբ: Կատեխոլամինների ակտիվության կտրուկ բարձրացման ֆոնի վրա նկատվում է գերնյութափոխանակություն և հավելյալ ջերմագոյացում, սուր մակերիկամային անբավարարություն: Բնորոշ է հիպերթերմիա (39° C-ից բարձր), առատ քրտնարտադրություն, արտահայտված հաճախասրտություն, հիմնականում շողացող առիթմիայի տախիսիստոլիկ ձևը, սուր սրտային անբավարարություն, զարկերակային ճնշման կտրուկ իջեցում, սրտխառնոց, փսխում, լուծ, խիստ արտահայտված դող, անհանգստություն, գրգռված վիճակ, այնուհետև ապաթիա, կոմա:

Հիմնական թեստերը՝ արյան մեջ ազատ T_3 , ազատ T_4 և ԹԹԻ (**թիրեոթրոպիկորմոն՝** նորմա 0,3-4,0 նգ/լ) և ԹԹՀ՝ **ռեցեպտորներ** հանդեպ հակամարմիններ:

Լրացուցիչ ֆունկցիոնալ փորձերը՝ Թիրեոլիբերինի փորձի ժամանակ թիրեոլիբերինի ներարկումից 10-40 րոպե հետո առողջների մոտ ԹԹՀ-ի պարունակությունը արյան մեջ բարձրանում է ավելի քան երկու անգամ, իսկ թիրեոտոքսիկոզով հիվանդների մոտ ԹԹՀ-ի պարունակությունը արյան մեջ մնում է անփոփոխ: Անհրաժեշտ է նաև որոշել խոլեստերինի պարունակությունը արյան մեջ, արյան ընդհանուր քննություն, գեղձի ուլտրաձայնային հետազոտություն, կասկածելի հանգույցների թիրախային բիոպսիա և բիոպտատի բջջաբանական հետազոտում:

Ռեմիսիայի չափանիշները

Կայուն ռեմիսիա՝ հակաթիրեոդային պրեպարատների կիրառման դադարեցումից հետո մեկ տարի և ավելի նկատվում է հիպերթիրեոզի երևույթների բացակայություն, խպիպի չափսերի փոքրացում, օֆթալմոպաթիայի երևույթների վերացում:

Լաբորատոր չափանիշները՝ ԹԹՀ պարունակությունը արյան մեջ նորմայի սահմաններում է: Թիրեոլիբերինի փորձի ժամանակ թիրեոլիբերինի ներարկումից 10-40 րոպե հետո ԹԹՀ-ի պարունակությունը արյան մեջ բարձրանում է:

Ընթացքը և կանխատեսումը

Եթե հիվանդը չի բուժվում, ապա մի քանի տարվա ընթացքում հիվանդությունը խորանում է և նա կարող է մահանալ թիրեոտոքսիկ կրիզից, նախասրտերի ֆիբրիլյացիայից, սրտային անբավարարությունից, լյարդի տոքսիկ ախտահարումից:

ԲՍՓ ուղեգրելու չափանիշները

Հիվանդության ծանր ձևերը, արմատական բուժումից հետո առաջացած բարդությունները՝ կոկորդի պարեզը, հիպոթիրեոզը, պարաթիրեոդ անբավարարությունը, հիվանդության կրկնությունը, II կամ III աստիճանի օֆթալմոպաթիան, էնդոկրին կարդիոմիոպաթիան՝ բարդացած շողացող առիթմիայով և սրտային անբավարարությամբ, հոգեկան ֆունկցիայի չափավոր և արտահայտված խանգարումները: ԲՍՓ ուղեգրումը իրականացվում է համարժեք բուժումից հետո:

Նվազագույն անհրաժեշտ հետազոտությունների ծավալը

ԲՍՓ ուղեգրելիս անհրաժեշտ է կատարել հետևյալ հետազոտությունները՝ վահանաձև գեղձի հորմոնների, արյան մեջ ԹԹՀ-ի, թիրեոգլոբուլինի հանդեպ հակամարմինների, թիրեոդային պերօքսիդազայի հանդեպ հակամարմինների, ԹԹՀ ռեցեպտորներ հանդեպ հակամարմիններ քանակի, շաքարի, խոլեստերինի, տրիգլիցերիդների, ընդհանուր սպիտի և նրա ֆրակցիաների քանակի, վահանաձև գեղձի ուլտրաձայնային հետազոտություն: Անհրաժեշտ են նաև սրտաբանի, ակնաբույժի, նյարդաբանի խորհրդատվությունները:

Հակացուցված աշխատանքի տեսակները և պայմանները

I աստիճանի թիրեոտոքսիկոզի ժամանակ հակացուցված է ծանր ֆիզիկական, մտավոր և նյարդահոգեկան լարվածությամբ աշխատանքը, անբարենպաստ միկրոկլիմայական և կլիմայական, տոքսիկ նյութերի ազդեցության և վիբրացիայի պայմաններում, աշխատանքը բարձրության վրա, տեսողության լարվածության անհրաժեշտությամբ, գիշերային հերթափոխով և հաճախակի գործուղումների անհրաժեշտությամբ:

II աստիճանի (չափավոր) թիրեոտոքսիկոզի ժամանակ հակացուցված է չափավոր ֆիզիկական և մտավոր ծանրաբեռնվածությամբ, շարժումների նուրբ հավասարակշռություն, ուշադրության կենտրոնացում, հայացքի ֆիքսացիա, սուղ

ժամանակահատվածում որոշում կայացնելու անհրաժեշտություն պահանջող աշխատանքը:

III աստիճանի թիրեոտոքսիկոզով տառապող հիվանդները չեն կարող կատարել աշխատանք սովորական արտադրական պայմաններում, առանձին դեպքերում, երբ հիվանդների մոտ թիրեոտոքսիկոզի ծանր բարդությունները դեռ չեն զարգացել, նրանք կարող են կատարել աշխատանք հատուկ ստեղծված պայմաններում:

Հաշմանդամության սահմանման չափանիշները

Հաշմանդամության առաջին խումբ սահմանվում է ծայրահեղ ծանր թիրեոտոքսիկոզով տառապող հիվանդների մոտ, երբ զարգանում է սիրտ-անոթային (ՍԱ ֆդ IV ըստ NUHA), նյարդային համակարգի ծանր անվերադարձ փոփոխություններ, հոգեկան ծանր խանգարումներ, տոքսիկ հեպատիտ՝ արտահայտված լյարդային անբավարարությամբ, օֆթալմոպաթիա՝ տեսողության ծանր խանգարումներով (տեսողության սրությունը մինչև 0,03, տեսադաշտի նեղացումը մինչև 5-10°), ընդհուպ մինչև կուրություն: Նման հիվանդների մոտ առաջանում են ինքնասպասարկման ապահովման ունակության, աշխատանքային գործունեությամբ զբաղվելու կարողության և ինքնուրույն տեղաշարժվելու կարողության III աստիճանի սահմանափակումներ:

Հաշմանդամություն երկրորդ խումբ սահմանվում է ծանր թիրեոտոքսիկոզով տառապող հիվանդների մոտ, օրգանիզմի և օրգան համակարգերի արտահայտված և կայուն ֆունկցիոնալ խանգարումներով, վիրաբուժական բուժման հետևանքով առաջացած բարդություններով (հարվահանածև գեղձի անբավարարություն, չկոմպենսացվող հիպոթիրեոզ) նաև ռեցիդիվող ընթացքով թիրեոտոքսիկոզի դեպքում: Նման հիվանդների մոտ առաջանում են ինքնասպասարկման ապահովման ունակության II աստիճանի, ինքնուրույն տեղաշարժվելու կարողության II աստիճանի և աշխատանքային գործունեությամբ զբաղվելու կարողության II կամ III աստիճանի սահմանափակումներ:

Հաշմանդամություն երրորդ խումբ սահմանվում է միջին ծանրության թիրեոտոքսիկոզով տառապող հիվանդների մոտ սուբկոմպենսացիայի փուլում, օրգանիզմի և օրգան համակարգերի չափավոր ֆունկցիոնալ խանգարումներով, որոնք հանգեցնում են աշխատանքային գործունեությամբ զբաղվելու կարողության I աստիճանի, ինքնասպասարկման ապահովման ունակության և ինքնուրույն տեղաշարժվելու կարողության I աստիճանի սահմանափակումների:

Հաշմանդամություն ունեցող անձանց վերականգնում

Վաղ ախտորոշում, ժամանակին կազմակերպած համարժեք թիրեոստատիկ բուժում, հիվանդության հետևանքով առաջացած բարդությունների ժամանակին

բուժում, անհրաժեշտության դեպքում վիրաբուժական կամ ռադիոակտիվ յոդով բուժում: Աշխատանքի ռացիոնալ տեղավորում, իսկ անհրաժեշտության դեպքում՝ վերամասնագիտացում:

XVIII. ԷՊԻԼԵՊՍԻԱ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆ ՈՒՆԵՑՈՂ ՀԻՎԱՆԴՆԵՐԻ ԲԺՇԿԱՍՈՑԻԱԼԱԿԱՆ ՓՈՐՁԱՔՆՆՈՒԹՅՈՒՆ

Էպիլեպսիան՝ գլխուղեղի ներոնների պարոքսիզմային և ախտաբանական ապաբևեռացմամբ պայմանավորված, էպիլեպտիկ օջախի առկայությամբ մասնակի կամ տարածուն էպիլեպտոգեն պարպումներով ուղեկցվող բազմապատճառային, կլինիկական բազմաբնույթ դրսևորումներով և ընթացքով քրոնիկ հիվանդություն է, որն արտահայտվում է կրկնվող ցնցումային և/կամ ոչ ցնցումային նոպաներով և այս կամ այն աստիճանի գիտակցության խանգարումով: Էպիլեպսիաներ՝ հիվանդությունների խումբ է, որոնց հիմնական արտահայտությունը (կլինիկական դրսևորումը) կրկնվող նոպաներն են:

1) Էպիլեպտիկ հիվանդության <<ռիսկի>> գործոններն (ֆակտորները) են՝

ա. Բարդացված ժառանգականությունը (առավելապես առաջնային գեներալիզացված էպիլեպսիայի դեպքում):

բ. Գլխուղեղի օրգանական ախտահարումը (ըստ կլինիկական տվյալների հայտնաբերվում է 69% դեպքերում):

գ. Գլխուղեղի ֆունկցիոնալ վիճակը և նրա փոփոխությունը անբարենպաստ պայմաններում:

դ. Մանկական հասակում պարոքսիզմալ խանգարումները (նորածնային և կրծքի հասակի ցնցումներ, ֆերրիլ ցնցումներ, լուսնոտություն և այլն):

ե. Էլեկտրոէնցեֆալոգրաֆիայի (այսուհետ՝ ԷԷԳ) էպիլեպտիկ ակտիվությունը (լատենտ /թաքնված/ ախտաբանական ախտահարում, ռեզիդուալ կամ դեռևս չհայտնաբերված նախանշաններ):

2) Որոշ նոպաների առաջացման <<ռիսկի>> գործոններն (ֆակտորները) են՝

ա. Էպիլեպսիայի շատ կամ քիչ պարբերականությամբ և կանոնավոր կրկնվող նոպաների դեպքում՝ դաշտանային ցիկլը, քունը և նրա փուլերը, առույգացման կամ արթնանալու պահերը և այլն:

բ. Ոչ զգայական գործոններ՝ հոգնածություն, ալկահոլ, հիպոգլիկեմիկ վիճակ, քնի դեպրիվացիա, ստրեսային իրավիճակներ:

գ. Զգայական գործոններ, երբ ռեֆլեկտոր էպիլեպտիկ նոպաները առաջանում են որոշակի սենսոր՝ տեսողական, հազվակի լսողական գրգռիչների ներգործության հետևանքով(լուսածին, լսողածին էպիլեպսիաներ):

1. Էպիլեպսիայի ֆունկցիոնալ ախտորոշումը

Էպիլեպսիայով հիվանդների ֆունկցիոնալ ախտորոշման ժամանակ անհրաժեշտ է հաշվի առնել՝

- 1) Հիվանդության կլինիկական արտահայտությունը, որն իր մեջ ներառում է նոպայի տեսակը, ծանրությունը, տևողությունը, կանոնավորությունը, գիտակցության կորստի առկայությունը և ծանրության աստիճանը, հակվածությունն օրվա որոշակի ժամերին, անձի ախտաբանական փոփոխությունները (ճանաչողական և բնութագրական) և նրանց արտահայտվածության աստիճանը:
- 2) Նոպաների հաճախականությունը հակաէպիլեպտիկ դեղորայքի ընդունման ֆոնի վրա, որոնք հաստատված են և նկարագրված բժշկական փաստաթղթերում (էպիկրիզ, ամբուլատոր քարտ, էպիլեպտիկ նոպայի կապակցությամբ կատարված <<շտապ օգնության>> կանչերի վերաբերյալ եզրակացություններ և այլն):
- 3) Սուր և խրոնիկ փսիխոզների, հոգեկան այլ խանգարումների կլինիկական բնույթը և տևողությունը
- 4) Էպիլեպսիայի ընթացքը:
- 5) Էպիլեպսիայի զարգացման փուլը:
- 6) Անձի ախտաբանական փոփոխությունները կապված էպիլեպտիկ հիվանդության հետ, անձի առանձնահատկությունները և մասնագիտական հնարավորությունները որոնք հայտնաբերվում են փորձարարական հոգեբանական թեստավորմամբ:
- 7) ԷԷԳ-ի ախտաբանական փոփոխությունները (պիկեր, սուր ալիքներ, պիկ-ալիք միասնականությունը, բիոէլեկտրական ախտաբանական ակտիվությունը): Էպիլեպտիկ համախտանիշներից շատերի դեպքում սովորական ԷԷԳ գրանցման ժամանակ չեն հայտնաբերվում տիպիկ ԷԷԳ փոփոխություններ, անհրաժեշտություն է առաջանում կատարել երկարատև թվային ԷԷԳ վերլուծություն կամ ԷԷԳ մոնիտորինգ: Ընդհանրապես էպիլեպսիա հիվանդության կլինիկայում ԷԷԳ-ն ամենակարևոր գործիքային հետազոտությունն է համարվում, որը պետք է մեկնաբանվի ելնելով <<էպիլեպսիա>> հիվանդության ընդհանուր համատեքստից (հաշվի առնելով բոլոր բնութագրիչները), նոպաների կլինիկական դրսևորումից և անձի հիվանդության դինամիկ գնահատումից: Կլինիկական ԷԷԳ-ն էպիլեպտոլոգիայում պատասխանում է 4 կարևոր հարցերի՝

ա. հիվանդի մոտ էպիլեպսիայի առկայությունը.

բ. էպիլեպտիկ նոպաների տեսակը և գերակայող համախտանիշը.

գ. գլխուղեղում օրգանական կամ ֆունկցիոնալ օջախի առկայությունը և տեղակայումը: Հայտնի է, որ էլեկտրաուղեղագրի ախտաբանական փոփոխություններ հանդիպում են՝ էպիլեպտիկ նոպայի ժամանակ՝ որպես կանոն, միջնոպային շրջանում առանց <<հրահրման>> (պրովոկացիայի) փորձերի՝ 60-70% դեպքերում, միջնոպային շրջանում <<հրահրման>> փորձերի դեպքում՝ 80-90% հիվանդների մոտ:

Էպիլեպսիայի ֆունկցիոնալ ախտորոշման անհրաժեշտ տարրերի դասակարգումը

հիվանդության ընթացքը	դանդաղ առաջընթացող	ենթասուր առաջընթացող	ընդմիջվող	չարորակ
հիվանդության փուլը	սկզբնական	ակտիվ	ռեմիսիա	ելքի փուլ (դեֆեկտ)
նոպաների հաճախականությունը	հազվակի	միջին հաճախականության	հաճախակի	
հոգեկան խանգարումներ (փսիխոպաթանման և փսիխորգանական համախտանիշներ)	աննշան	չափավոր	արտահայտված	խիստ արտահայտված
դեֆեկտ	փսիխոպաթանման համախտանիշի(էպիլեպտոիդ, էքսպլոզիվ, տորպիդ և այլն) գերակշռումով	փսիխորգանական համախտանիշի (ամնեստիկ, բրադիֆրենիկ և այլն) գերակշռումով, թուլամտություն		

Էպիլեպսիայով հիվանդների բժշկասոցիալական փորձաքննությունը իրականացնելու ժամանակ, կենսագործունեության սահմանափակման աստիճանը գնահատելիս անհրաժեշտ է ֆունկցիոնալ ախտորոշումը ձևակերպել սխեմայում նշված պահանջներին համապատասխան: Էպիլեպսիայի ախտորոշման ձևակերպման օրինակներ՝

- 1) Էպիլեպտիկ հիվանդություն, ենթասուր-առաջընթաց ընթացքով, ակտիվ փուլում, միջին հաճախականության պոլիմորֆ նոպաներով և անձի արտահայտված ախտաբանական խանգարումով:
- 2) Էպիլեպտիկ հիվանդություն, դանդաղ-առաջընթաց ընթացքով, դեղորայքային հանգստի փուլում, հազվակի ցնցումային նոպաներով և անձի թեթև արտահայտված խանգարումով:
- 3) Էպիլեպտիկ հիվանդություն, չարորակ ընթացքով, էպիլեպտիկ թուլամտության փուլ:

2. Էպիլեպտիկ հիվանդության ընթացքի, կանխատեսման և կենսագործունեության հնարավոր սահմանափակման աստիճանի որոշման ժամանակ

Անհրաժեշտ է հաշվի առնել կենսաբանական և սոցիալական մի շարք փաստարկներ, որոնք համարվում են բարենպաստ և անբարենպաստ կանխատեսման չափանիշներ:

1) Բարենպաստ կանխատեսման չափանիշներ են՝

ա. նոպաների տեսակների գերակայումը՝ հազվակի աբսանսներ, հասարակ պարցիալ նոպաներ, օրը 1-2 անգամ.

բ. տարածվող (գեներալիզացված) ցնցումային, փսիխոմոտոր, պարցիալ երկրորդային գեներալիզացիայով (ջեկսոնյան) տիպի հազվակի նոպաներ, ամիսը 1-2 անգամ.

գ. հետնոպայական ախտանիշների բացակայություն.

դ. անձի թեթև ախտաբանական փոփոխություն.

ե. գլխուղեղի օրգանական օջախային ախտահարման նշանների բացակայություն.

զ. էպիլեպտիկ օջախի տեղակայում գլխուղեղի աջ կիսագնդում, այս դեպքում նոպաները առավելապես առաջանում են գիշերային ժամերին կամ քնի ընթացքում.

է. կանոնավոր հակաէպիլեպտիկ դեղորայքային բուժում.

ը. աշխատանքում մասնագիտական հմտությունների օգտագործում.

թ. աշխատավայրի և զբաղվածության բնույթի հազվակի փոփոխություն, համապատասխան աշխատանքային հմտություն.

ժ. ընտանիքի առկայություն:

էպիլեպսիայի բարենպաստ ընթացքի հիմնական ցուցանիշ է նաև հիվանդության և էպիլեպտիկ նոպաների ռեմիսիան՝

1) էպիլեպտիկ նոպաների ռեմիսիա (մինչև 1 տարի տևողությամբ չարձանագրված նոպաներ, այս ռեմիսիան անկայուն է,), որի կլինիկական ձևերն են՝

ա. գեներալիզացված ցնցումային նոպաների ռեմիսիա.

բ. հասարակ, բարդ աբսանսների և աուրաների ռեմիսիա.

գ. պարցիալ նոպաների ռեմիսիան.

դ. հոգեկան համախտանիշներով ընթացող էպիլեպտիկ նոպաների ռեմիսիա:

2) էպիլեպսիա հիվանդության ռեմիսիա, որը կարող է լինել՝

ա. ոչ լրիվ ռեմիսիա, երբ բացակայում են բոլոր տեսակի նոպաները, սակայն պահպանված է էլեկտրաուղեղագրի պարոքսիզմալ ակտիվությունը՝ էԷԳ-ի և անձի փոփոխությունը.

բ. լրիվ ռեմիսիա, երբ առկա է բոլոր տեսակի նոպաների կայուն ռեմիսիա և բացակայում են էլեկտրաուղեղագրի պարոքսիզմալ ակտիվությունն ու անձի փոփոխությունը.

գ. գործնականորեն առողջ մարդ (հանված է 'էպիլեպսիա' ախտորոշումը):

2) Անբարենպաստ կանխատեսման չափանիշներն են՝

Գանգուղեղային վնասվածքի՝ որպես էթիոլոգիական գործոնի առկայություն, տարածվող (գեներալիզացված) ցնցումային, ջեկսոնյան, բարդ պարցիալ նոպաներ՝ ամիսը 2-3 և ավելի անգամ, աբսանսներ, հասարակ կամ պարզ պարցիալ նոպաներ՝ օրը 3 և ավելի անգամ, էլեկտրաուղեղագրի էպիլեպտիկ ակտիվությունը, չարորակ,

առաջընթացող էպիլեպտիկ համախտանիշներ (ժառանգական, սիմպտոմատիկ, կրիպտոգեն), հետնոպայական ախտանիշների և համախտանիշների առկայությունը, հաճախակի նոպաներ, շարունակվող էպիլեպտիկ ստատուսով, գիտակցության մթազնման առանձին վիճակներ և տրամադրության էնդոգեն խանգարումներ (դիսֆորիաներ), առավելապես ցերեկային նոպաներ, անձի չափավոր կամ արտահայտված ախտաբանական փոփոխություններ, գլխուղեղի օջախային ախտահարման նշաններ, էպիլեպտիկ օջախի տեղակայում գլխուղեղի ծախ կիսագնդում, ոչ համարժեք կամ ոչ կանոնավոր դեղորայքային բուժում, ռեզիստենտությունը դեղորայքի նկատմամբ, բուժման չենթարկվող (intractable) կամ ռեֆրակտերային նոպաները, հաճախակի հոսպիտալիզացիա՝ կապված նոպաների սրացման, հոգեկան խանգարման հետ (ամեն տարի կամ ավելի հաճախակի), աշխատանքի վայրի և զբաղվածության հաճախակի փոփոխություն, ընտանիքի բացակայություն, ալկոհոլի նկատմամբ հակում կամ չարաշահում:

3. Բժշկասոցիալական փորձաքննություն

Բժշկասոցիալական փորձաքննություն իրականացնելիս կենսագործունեության սահմանափակման տեսակը և աստիճանը որոշելու նպատակահարմարությունից ելնելով փորձագիտության մեջ վերջին երկու տասնամյակում էպիլեպտիկ նոպաները առանձնացվել են թեթև և ծանր նոպաների

1) Ծանր նոպաներն են՝ մեծ ցնցումային տոնիկ-կլոնիկ առաջնային և երկրորդային գեներալիզացիայով նոպաները, փսիխոմոտոր (գիտակցության անցողիկ կորստով, ամբուլատոր ավտոմատիզմով, անցողիկ շարժողական ավտոմատիզմով և դիսֆորիաներով), հասարակ պարցիալ երկրորդային գեներալիզացիայով, և աստատիկ (ատոնիկ) նոպաները:

2) Թեթև նոպաներ են՝ տիպիկ և ատիպիկ աբսանսներ, հասարակ պարցիալ նոպաներ (առանց գիտակցության կորստի)՝ մոտոր, սենսոր, վեգետատիվ և այլն, միոկլոնիկ նոպաներ:

3) Հատուկ ծանր վիճակներ են համարվում գիտակցության մթնշաղային խանգարումները (հալուցինատոր և զառանցական համախտանիշները), ձգձգվող դիսֆորիաները, անընդմեջ կրկնվող գեներալիզացված տոնիկ կլոնիկ նոպաների ստատուսը, սերիական էպիլեպտիկ գեներալիզացված տոնիկ կլոնիկ նոպաները:

Բժշկասոցիալական փորձաքննության մեջ, այն հիվանդները, որոնք ունեն ծանր նոպաներ, կարիք ունեն սոցիալական պաշտպանության և կախված նոպաների հաճախականությունից, ձևից, այլ համախտանիշներով համակցումից սահմանվում է այս կամ այն խմբի հաշմանդամություն, իսկ երեխաներին՝ <<հաշմանդամ երեխա>> կարգավիճակ:

4) Անձի կենսագործունեության վրա իրենց տարբեր ազդեցությամբ պայմանավորված էպիլեպսիայի ծանր և թեթև նոպաների հաճախականությունը հետևյալն է՝

ա. ծանր նոպաների դեպքում, եթե առաջանում են ամիսը 1-2 անգամ հազվակի են, միջին հաճախականության են՝ ամիսը 2-3-ը, իսկ ամիսը՝ 4-5 և ավելին հաճախակի են.

բ. թեթև նոպաների դեպքում, հազվակի համարվում են օրը 1-2 նոպաները, միջին՝ օրը 3-4-ը և հաճախակի՝ օրը 5 և ավելին:

5) Հաճախակի պարոքսիզմներն են՝ տարածվող (գեներալիզացված) նոպաները մեկ ամսում 4-5 անգամ և ավելի նոպաների դեպքում, գիտակցության մթնշաղային խանգարումները կամ գիտակցության խանգարումներով վիճակները մեկ կամ մեկ ու կես ամսվա ընթացքում 1 և ավելի անգամ, ամբուլատոր ավտոմատիզմի վիճակներ կամ դիսֆորիաները մեկ կամ մեկ ու կես ամսվա ընթացքում 1 և ավելի անգամ, էպիլեպտիկ ստատուս մեկ կամ մեկ ու կես ամսվա ընթացքում 1-2 և ավելի անգամ:

6) Միջին հաճախականության պարոքսիզմներ են՝ տարածվող (գեներալիզացված) նոպաները մեկ ամսում 2-3 անգամ, գիտակցության մթնշաղային խանգարումները կամ գիտակցության խանգարումներով վիճակներ մեկ ու կեսից 3 ամիսը 1 անգամ, ամբուլատոր ավտոմատիզմի վիճակներ կամ դիսֆորիաները 2-3 անգամ մեկ ամսվա ընթացքում, էպիլեպտիկ ստատուս մեկ ու կեսից 3 ամիսը 1 անգամ:

7) Հազվակի պարոքսիզմներ են՝ հազվակի տարածվող (գեներալիզացված) նոպաները մեկ ամսում 1-2 անգամ և ավելի հազվակի, հազվակի գիտակցության մթնշաղային խանգարումները կամ գիտակցության խանգարումներով վիճակները երեքից մինչև վեց ամիսը 1 անգամ և ավելի հազվակի, հազվակի ամբուլատոր ավտոմատիզմի վիճակներ կամ դիսֆորիաները երեքից մինչև վեց ամիսը 1-2 անգամ և ավելի հազվակի, էպիլեպտիկ ստատուս երեքից մինչև վեց ամիսը 1 անգամ և ավելի հազվակի:

Բժշկասոցիալական փորձաքննության ժամանակ էպիլեպտիկ նոպաների և նրանց էկվիվալենտների հաճախականությունը հաշվի է առնվում տվյալ օրացույցային տարում, անպայման ընդունվող հակաէպիլեպտիկ և պաթոգենետիկ բուժման ֆոնի վրա արձանագրված նոպաներով:

1) էպիլեպսիան համարվելով խրոնիկ, առաջընթացող հիվանդություն, հիվանդներին դեզադապտացիայի է ենթարկում երեք ուղղություններով՝

ա. ցնցումային նոպաներ և նրանց էկվիվալենտներ.

բ. անձի խանգարումներ.

գ. փսիխոտիկ խանգարումներ և այլն:

2) Հետևաբար, անձի բժշկասոցիալական փորձաքննության ժամանակ և վերականգնողական անհատական ծրագիրը կազմելիս, անհրաժեշտ է որակական և քանակական ցուցանիշների համապարփակ, ինտեգրատիվ մոտեցում ինչպես նոպաների տեսակների, ծանրության, հաճախականության, այնպես էլ պսիխոպաթոնման խանգարումների և ինտելեկտուալ-մենտալ ունակությունների իջեցման նկատմամբ: Կլինիկո-փորձաքննական-վերականգնողական ախտորոշումը ձևակերպելիս, կենսագործունեության սահմանափակման աստիճանը գնահատելիս, վերականգնողական անհատական ծրագիրը կազմելիս և իրականացնելիս անհրաժեշտ է հաշվի առնել հիվանդության ստացիոնար՝ «կայուն» արտահայտությունները, ընթացքը, տեմպը և

տեսակը: Հիվանդության <<կայուն>>, մշտական դեզադապտացնող հատկություն ունեն աստիճանաբար ձևավորվող և զարգացող հոգեկան ֆունկցիաների օրգանական բնույթի խանգարումները և անձի քիչ թե շատ արտահայտված բնութագրական փոփոխությունները՝ փսիխոպաթանման համախտանիշները: Կարելի է նշել, որ հիվանդության սկզբնական շրջանում դեզադապտացիան պայմանավորված է նոպաների ֆենոմենով, իսկ հիվանդության համախտանիշների <<ծաղկման>>, առավել ևս վերջնական փուլերում կարևորություն է ունենում հիվանդության <<կայուն>> արտահայտությունը:

3) Էպիլեպտիկ նոպայի ծանրությունը գնահատելիս տարբեր ձևի նոպաների ժամանակ հաշվի են առնվում տարբեր ֆունկցիաների խանգարումները, որոնք սովորաբար կարճատև են և ունեն տարբեր արտահայտություն:

4) Ցանկացած էթիոլոգիայի նոպայածև <<ցնցումային խանգարման>>, այդ թվում էպիլեպտիկ նոպայի, դեպքում հիմնականում խանգարվում են բարձրագույն կեղևային ֆունկցիաները՝ գիտակցություն, առույգություն, վարք, հոգեշարժական ոլորտ, հույզեր, հիշողություն և այլն, ինչպես նաև զգայական ֆունկցիաները: Այդ խանգարումները գնահատվում են թեթև, չափավոր և ծանր աստիճանով, ելնելով ցնցման տեսակից, հաճախականությունից, տևողությունից և հետևանքներից էպիլեպտիկ նոպան արտահայտվում է մեջընդմիջվող նոպայածև ցնցումային, (իկտալ) խանգարումներով, որոնք բնութագրվում են գիտակցության՝ որպես ֆունկցիայի, լրիվ կամ մասնակի կորստով կամ հիվանդի անբավարար առույգությամբ, <<արթուն վիճակի>> խանգարմամբ և զուգակցվում է բազմաբնույթ լրկալ ուղեղային նշաններով և/կամ ախտանիշներով: Գեներալիզացված նոպաների ժամանակ տուժում է գիտակցության ֆունկցիան, որի հետևանքով էլ սահմանափակվում է սեփական վարքի հսկման կարողությունը: Պարզ պարզիալ նոպայի դեպքում տուժում է այս կամ այն մոդալությունը, այն էլ կարճատև, որի արդյունքում անձը որևէ տեսակի կենսագործունեության սահմանափակում չի ունենում: Բարդ պարզիալ նոպայի դեպքում (<<հոգեշարժողական>> կամ <<քունքային>> էպիլպեսիա) նախորդին միանում է գիտակցության կորուստը, նոպան կարող է տևել 1-5 րոպե, ուղեկցվում է սեփական վարքը հսկելու անկարողությամբ և հետիկտալ խառնաշփոթ վիճակով:

5) Թեթև նոպաները՝ արսանսներ, պարզիալ նոպաները, հազվակի պարոքսիզմները առանձնակի փորձաքննական հետաքրքրություն չեն ներկայացնում:

Բժշկասոցիալական փորձաքննության ժամանակ թեթև նոպաները և պարոքսիզմները հաշվի են առնվում, եթե նրանք համակցված են այլ համախտանիշների հետ (անձի ախտաբանական փոփոխություն օրգանական տիպի և այլն), հատկապես երեխաների մոտ, երբ զուգակցվում են ստորև նշված վիճակներից մի քանիսի հետ՝

- 1) Այս կամ այն աստիճանի մտավոր հետամնացությունը՝ (երեխաների մոտ ինտելեկտի գործակիցը փոքր կամ հավասար է 69-ի).
- 2) Հաղորդակցման թեթև արտահայտված դժվարությունները՝ լինեն դրանք խոսքի, լսողության կամ տեսողության խանգարումների հետևանքով.

- 3) Թեթև արտահայտված հոգեկան խանգարում.
- 4) Դեղորայքային բուժման կողմնակի ազդեցություններ (չափավոր արտահայտված կամ արտահայտված), որոնք ազդում են անձի (առավելապես երեխայի) առողջության և առօրյա գործունեության՝ խաղի վրա, փոխելով կյանքի որակը:
- 5) Հիվանդը էպիլեպտիկ նոպաների ժամանակ, հետնոպայական շրջանում կարող է կորցնել հսկողությունը իր սեփական վարքի նկատմամբ՝ դրանով իսկ վտանգ ներկայացնելով ինչպես իր կյանքի, այնպես էլ շրջապատողների համար:

Հոգեկան խանգարումները, անձի ախտաբանական փոփոխությունները հաճախակի սահմանափակում են անձի աշխատանքային գործունեությամբ զբաղվելու կարողությունը, այս կամ այն աստիճանի խանգարվում է սեփական վարքը հսկելու կարողությունը, ինքնասպասարկման ապահովման ունակությունը: Երեխաների մոտ առաջանում է խաղալու կարողության, ուսումնառության սահմանափակումներ:

Բժշկասոցիալական փորձաքննության ժամանակ <<մեծ ցնցումային նոպան>> գնահատում են ելնելով <<էպիլեպսիա>> հիվանդության կառուցվածքում բուն նոպայի ունեցած տեսակարար կշիռից: Վերջինս ձևավորող բաղադրիչներն են՝ էպիլեպտիկ նոպայի կլինիկական ձևը (<<մեծ ցնցումային նոպա>>), նոպայի հաճախականությունը, այլ խանգարումները (ախտանշաններ, համախտանիշներ), հակաէպիլեպտիկ դեղորայքի բարձր քանակներով ընդունումը (դեղի կոնցետրացիան հնարավոր է որոշել արյան մեջ), ԷԷԳ-ի ակտիվությունը, միջնոպային ԷԷԳ-ի վերլուծությունը, որը ցույց է տալիս ցնցումային բարձր պատրաստակամության առկայությունը:

1) Եթե նոպան հանդիսանում է հիվանդության միակ (հիմնական, գերակշռող) խանգարումը, այսինքն՝ նոպայի տեսակարար կշիռը խիստ մեծ է, ապա հաշմանդամություն սահմանվում է՝ ելնելով հետևյալ չափանիշներից՝ հաստատված <<էպիլեպսիա>> (կամ <<Ցնցումային համախտանիշ>>) ախտորոշման պայմաններում, առնվազն 3 ամիս տևողությամբ հակացնցումային բուժման ընդունման ֆոնի վրա, ամսական 2 և ավելի անգամ <<մեծ ցնցումային նոպայի>> առկայություն, որը կարող է դրսևորվել որպես՝ ցերեկային էպիզոդներ (գիտակցության կորուստ + ցնցումային նոպաներ) և / կամ, գիշերային (քնի) էպիզոդներ, որոնք որոշակիորեն ազդում են երեխայի ցերեկային (նոպային հաջորդող) ակտիվության վրա:

2) Եթե նոպայի տեսակարար կշիռը մեծ չէ, այսինքն՝ այն հանդիսանում է հիվանդի մոտ առկա խանգարումների միայն մի մասը՝ զուգակցվելով այլ խանգարումների (մեկ կամ մի քանիսի) հետ, ապա հաշմանդամություն սահմանվում է՝ ելնելով հաստատված <<էպիլեպսիա>> (կամ <<Ցնցումային համախտանիշ>>) ախտորոշման պայմաններում, առնվազն 3 ամիս տևողությամբ հակացնցումային բուժման ընդունումից հետո, բժշկասոցիալական փորձաքննության դիմելուց առաջ վերջին մեկ տարվա ընթացքում հազվակի <<մեծ ցնցումային նոպայի>> և միաժամանակ նշված վիճակներից մի քանիսի առկայության դեպքում՝

ա. երեխաների թեթև մտավոր հետամնացությունը՝ (երեխաների մոտ ինտելեկտի գործակիցը փոքր կամ հավասար է 69-ի).

բ. հաղորդակցման թեթև արտահայտված դժվարություններ՝ լինեն դրանք խոսքի, լսողության կամ տեսողության խանգարումների հետևանքով.

գ. թեթև արտահայտված հոգեկան խանգարում.

դ. երկարատև դեղորայքային բուժման՝ ինչպես մոնոթերապիայի, այնպես էլ պոլիթերապիայի դեպքում, իջնում է կյանքի որակը, մտավոր ակտիվությունը, առաջանում են կողմնակի ազդեցություններ (չափավոր արտահայտված կամ արտահայտված), որոնք ազդում են անձի (երեխայի) առօրյա կենսագործունեության վրա, առաջացնում են սոցիալական դեզադապտացիա:

3) <<աբսանսային>> և <<փոքր ցնցումային (այդ թվում՝ միոկլոնիկ) նոպաներ>> եթե զուգակցվում են այլ խանգարումներով, ապա հաշմանդամություն սահմանվում է՝ հաստատված <<էպիլեպսիա>> (կամ <<Ցնցումային համախտանիշ>>) ախտորոշման պայմաններում, առնվազն 3 ամիս տևողությամբ հակացնցումային բուժման ընդունումից հետո, շաբաթական առնվազն 1 հասարակ պարգիալ նոպա, օրվա մեջ 10-15 միոկլոնիա և աբսանս որոնք ուղեկցվում են առույգության անկումով կամ գիտակցության կորստով, վարքագծային պատեռնով և հետիկտալ երկարատև խառնաշփոթ վիճակով և/կամ համակցումով, միաժամանակ նշված վիճակներից մի քանիսի առկայությամբ՝

ա. երեխաների մոտ թեթև մտավոր հետամնացությունը՝ (երեխաների մոտ ինտելեկտի գործակիցը փոքր կամ հավասար է 69-ի).

բ. հաղորդակցման թեթև արտահայտված դժվարություններ՝ լինեն դրանք խոսքի, լսողության կամ տեսողության խանգարումների հետևանքով.

գ. թեթև արտահայտված հոգեկան խանգարում.

դ. դեղորայքային բուժման կողմնակի ազդեցություններ (չափավոր արտահայտված կամ արտահայտված), որոնք ազդում են անձի (երեխայի) առօրյա գործունեության վրա:

4) Էպիլեպսիա հիվանդության ժամանակ բժշկասոցիալական փորձաքննություն իրականացնելիս անհրաժեշտ է հաշվի առնել դիտված (արձանագրված) նոպաների հաճախականությունը, նոպաների տեսակը և ծանրության աստիճանը, ԷԷԳ-ի ակտիվությունը, համադրելով այս կամ այն էպիլեպտիկ համախտանիշին բնորոշ կլինիկական պատկերի և նեյրոիմիջինգի (ԷԷԳ, ՄՌՏ, ՀՇ) տվյալների ու հակաէպիլեպտիկ դեղերի մշտական, երկարատև ընդունման արդյունքների հետ:

5) Եթե էլեկտրոէնցեֆալոգրաֆիայի տվյալները էպիլեպտիկ շեղումներ չեն գրանցում, բժշկասոցիալական փորձաքննության ժամանակ անհրաժեշտ է առաջնորդվել հետևյալ չափանիշներով՝ անձի (երեխայի) տարիքը՝ առաջին նոպայի ի հայտ գալու պահին և ներկայումս, անձի (երեխայի) օբյեկտիվ նյարդաբանական զննման տվյալները, էպիլեպտիկ նոպայի կլինիկական առանձնահատկությունները (մասնավորապես՝ հաշվի առնել նոպայի սիմպտոմատիկ ծագումը), տվյալ էպիլեպտիկ նոպայի կանխատեսումը, հակաէպիլեպտիկ դեղորայքային բուժման արդյունավետությունը, հակաէպիլեպտիկ

դեղորայքի կողմնակի ազդեցությունների առկայությունը կամ վատ տանելիությունը (նյարդային և սոմատիկ հիվանդությունների պատճառով), գլխուղեղի տեսապատկերման (մագնիսական ռեզոնանսային տոմոգրամմայի, համակարգչային շերտանկարման) արդյունքները, օբյեկտիվ հոգեբանական թեստերի արդյունքները և հոգեբույժի եզրակացությունը (մասնավորապես՝ երեխայի ընդհանուր կամ առանձին ոլորտների զարգացման հնարավոր հապաղում), որոշ նոպաների առաջացման ռիսկի գործոնները՝ կանոնավոր կրկնվող (ցիկլիկ) նոպաների դեպքում՝ մենստրուացիա, քուն և դրա փուլերը, արթնանալու պահը և այլն, սենսոր (ռեֆլեկտոր) նոպաների դեպքում՝ որոշակի գրգռիչներ (տեսողական, լսողական և այլն), սոցիալ-ընտանեկան անբարենպաստ վիճակը և դրա բացասական հետևանքները (ռեժիմի և բուժման սխեմայի խախտման վտանգը և այլն), որոնք կարող են առաջ բերել սոցիալական պաշտպանության անհրաժեշտություն (<<հաշմանդամ երեխա>> կարգավիճակի սահմանման չափանիշներից մեկը), անձի (երեխայի) կենսագործունեության որևէ տեսակի սահմանափակման աստիճանի առկայությունը:

XVI. ԽՈՍՔԱՅԻՆ ԽԱՆԳԱՐՈՒՄՆԵՐ ՈՒՆԵՑՈՂ ԱՆՁԱՆՑ ԲԺՇԿԱՍՈՑԻԱԼԱԿԱՆ ՓՈՐՁԱՔՆՆՈՒԹՅՈՒՆ

Խոսքային խանգարումների ընդհանուր նկարագիրը

Խոսքը բարձրագույն հոգեկան ֆունկցիա է, որը բնորոշ է միայն մարդուն: Խոսքի նորմալ արտահայտման և զարգացման համար անհրաժեշտ է կենտրոնական նյարդային համակարգի և խոսակցական կենտրոնների նորմալ կառուցվածք և ֆունկցիա, ծայնագոյացման և խոսքարտադրողական (կոկորդ, ըմպան, բերանի խոռոչ, շնչառական ապարատ և այլն) օրգանների նորմալ վիճակ; նորմալ լսողություն, որն անհրաժեշտ է ոչ միայն շրջապատող անձանց խոսքի ընկալման և նմանակման համար, այլև սեփական խոսքի վերահսկողության համար:

Հակիրճ կարելի է առանձնացնել խոսքի հետևյալ տիպերը. **բանավոր խոսք** և **գրավոր խոսք**, կապված գրելու և կարդալու հետ:

Խոսքի խանգարումը խոսքի միջոցով մտքեր, զգացմունքներ արտահայտելու և լսած խոսքը հասկանալու կարողության լրիվ կամ մասնակի կորուստն է:

Խոսքի խանգարման պատճառ կարող են հանդիսանալ՝

- ծննդաբերության ժամանակ խոսքի կենտրոնների վնասումը

- խոսքի օրգանների կառուցվածքային ձևախեղումները (շրթունքներ, ատամներ, լեզու, փափուկ և կարծր քիմք, օր.լեզվի կարճ սանձիկի, կարծր քիմքի ճեղքվածքի, սխալ կծվածքի դեպքերում)

- լեզվի և շրթունքների շարժունակության խանգարում

- խոսքի զարգացման հապաղում կապված հոգեկան զարգացման հապաղման հետ

- ձայները տարբերակելու դժվարություն պահպանված լսողության ֆոնի վրա

խոսքի խանգարումները բնութագրելիս տարբերում են հետևյալ իմաստային /խոսքի, բառի իմաստին վերաբերվող/ հասկացողությունները.

1. **խոսքի ընդհանուր թերզարգացում (ԽԸԹ)** - հնչյունահնչույթային գործընթացների, բառապաշարի, քերականական կառուցվածքի թերզարգացում: ԽԸԹ-ը նաև արտացոլվում է գրավոր խոսքում (դիսլեքսիա, դիսգրաֆիա): Ներկայումս առանձնացնում են ԽԸԹ-ի 4 մակարդակ՝ 1-ին մակարդակ – ծանր, 2-րդ մակարդակ – միջին, 3-րդ մակարդակ – թեթև, 4-րդ մակարդակ – թույլ արտահայտված:

1-ին մակարդակ - ծանր՝ խոսքի լիակատար բացակայություն կամ որոշակի տարրերի առկայություն (թոթովանք, հնչյունանմանակումներ, ձայնարկություններ) այն տարիքում, երբ արդեն նորմալ զարգացող երեխաների մոտ խոսքը հիմնականում ձևավորված է: Անձին ուղղված խոսքը ամբողջությամբ չի հասկացվում:

2-րդ մակարդակ - միջին՝ արտահայտությունը աղավաղվում է հնչյունաբանորեն և քերականորեն, նախադասությունները պարզ են, բաղկացած 2-4 բառից: Անձին ուղղված խոսքը դժվարությամբ է հասկացվում: Հնչյունարտաբերման բազմակառուցվածքային խանգարում, մեծ քանակությամբ չձևավորված հնչյունների առկայություն (16-20):

3-րդ մակարդակ – թեթև՝ համեմատաբար ընդլայնված արտահայտչական խոսքի առկայություն, բառաքերականական և հնչյունահնչույթային թերզարգվման տարրերով: Բառապաշարը ներառում է խոսքի բոլոր մասերը: Անձին ուղղված խոսքի ընկալումը մոտ է նորմային: Հնչյունարտաբերման աննշան խանգարում:

4-րդ մակարդակ – թույլ արտահայտված՝ խոսքը հագեցված է ընդլայնված արտահայտություններով՝ լեզվի բոլոր կոմպոնենտների աննշան փոփոխություններով (բառապաշար, հնչյունաբանություն, քերականություն), որոնք առավել հաճախ արտահայտվում են հատուկ հանձնարարություններ կատարելիս:

2. **խոսքի համակարգային թերզարգացում (ԽՀԹ)** – խոսքային խանգարումներ, որոնց ժամանակ խանգարվում է խոսքային համակարգի բոլոր կոմպոնենտների ձևավորումը՝ ձայնային կողմի (հնչյունային) և իմաստային կողմի (բառապաշար, քերականություն) մտավոր հետամնաց երեխաների և կենտրոնական նյարդային համակարգի օրգանական ախտահարումներ ունեցող անձանց մոտ:

Խոսքային խանգարումների համառոտ նկարագիրը

ԱԼԱԼԻԱ

Գլխուղեղն ախտահարվում է մինչև խոսքի կենտրոնների զարգանալը՝ ներարգանդային շրջանից մինչև 3 տարեկան հասակը: Երեխայի խոսքը չի զարգանում ընդհանրապես կամ կանգ է առնում՝ պահպանված լսողության և պահպանված մտավոր ունակությունների պայմաններում: Արդեն ձևավորված խոսքի կենտրոնների ախտահարման դեպքում կլինիկական պատկերը ոչնչով չի տարբերվում աֆազիայից (մանկական աֆազիա): Ալալիան լինում է շարժողական, զգայական և խառը: Ախտաբանական փոփոխությունների տեղակայումը նույնն է, ինչ որ աֆազիայի համապատասխան տեսակների դեպքում:

Ալալիան արտահայտվում է խոսքի բացակայությամբ կամ թոթովանքային բառերի, ծայնարձակումների առկայությամբ: Թեթև դեպքերում առկա են տարիքին ոչ համապատասխան սահմանափակ բառապաշար, գրավոր և բանավոր խոսքը յուրացնելու մեծ դժվարություններ: Ալալիան բացասաբար է անդրադառնում բարձրագույն հոգեկան գործընթացների, այն է՝ հիշողություն, մտածողություն, ուշադրություն, հուզականային ոլորտի և վարքի վրա: Ալալիայով երեխաների հետ իրականացվում է երկարատև, համակարգված լոգոպեդական աշխատանք:

Տարբերում են ալալիայի հետևյալ ձևերը.

- *Ալալիա զգայական;*
- *Ալալիա շարժողական:*

Զգայական ալալիայի ժամանակ դրսևորվում է ներքին (իմպրեսիվ) խոսքի թերզարգացում: Երեխան դժվարանում է ընկալել շրջապատողների խոսքը, չնայած լավ լսողությանն ու խոսելու պահպանված ունակությանը: Ալալիայի այս տիպի ժամանակ ախտահարված է գլխուղեղե կեղևի խոսք-լսողական գոտին:

Շարժողական ալալիայի ժամանակ դրսևորվում է արտաքին (էքսպրեսիվ) խոսքի թերզարգացում: Երեխան դժվարանում է ծանոթ բառերի ակտիվ բառապաշարի առկայության պայմաններում կազմել քերականորեն ճիշտ նախադասություններ, չնայած խոսքի ընկալումը պահպանված է:

ԱՖԱԶԻԱ

Ձեռքբերովի խոսքի խանգարումն է, որը առաջանում է բավարար լսողության և պահպանված արտիկուլացիայի ֆոնի վրա, երբ ախտահարվում է խոսքի կենտրոնը ավելի հաճախ գլխուղեղի անոթային ախտահարումների ժամանակ (միջին ուղեղային զարկերակի ավազանում) գլխուղեղի ուռուցքների, ԳՈՒՏ-երի, աբսցեսների, էնցեֆալիտների հետևանքով: Աֆազիայի դեպքում առաջին հերթին խանգարվում է խոսքային հաղորդակցումը: Աֆազիան հաճախ զուգակցվում է ազնոզիայի, ապրաքսիայի և բաժրագույն այլ հոգեկան գործառույթների խանգարման հետ:

Աֆազիան ինքնուրույն խոսքի, խոսքային հաղորդակցման, ուրիշի խոսքն ըմբռնելու, ինչպես նաև գրի, ընթերցանության, հաշվողական գործողությունների և հոգեկան այլ գործընթացների խանգարում է, որն ուղեկցվում է անձի փոփոխություններով: Աֆազիան ունի ծագման տարբեր պատճառներ՝ անոթային, վնասվածքային, նյարդավարակիչ, ուռուցքային և այլն:

Տարբերում են աֆազիայի հետևյալ ձևերը.

- շարժողական (մոտոր) աֆազիա, որն իր հերթին բաժանվում է
 - *Աֆերենտ մոտոր* (արտաբերական աֆազիա);
 - *էֆերենտ մոտոր* (ֆրազային խոսքի խանգարում);
 - *Դինամիկական* (ակտիվ խոսքի խանգարում);
- զգայական (սենսոր) աֆազիա
- իմաստային (սեմանտիկ) աֆազիա
- ամենտտիկ աֆազիա
- տոտալ աֆազիա

Շարժողական (մոտոր) աֆազիային բնորոշ է դանդաղ, աղքատ բառապաշարով խոսքը, որը արտաբերելու համար մեծ ջանքեր է պահանջվում: Սովորաբար արտիկուլիացիան քիչ է տուժվում, բայց սահուն խոսքը դժվարացած է: Երգելու, հաշվելու ժամանակ արտիկուլացիան լավանում է: Ծանր դեպքերում խոսքը բացակայում է, միայն անհողաբաշխ ձայներ են արձակում, կամ արտաբերում են առանձին մեկ բառ կամ մեկ բառակապակցություն տարբեր ինտոնացիաներով, փորձելով արտահայտել միտք: Մոտոր աֆազիան սովորաբար ուղեկցվում է աջակողմյան հեմիպարեզով, ավելի արտահայտված ձեռքում, միմիկայի պարեզով, օրալ ապրակսիայով, կեղևային դիզարթրիայով, արտահայտված ագրաֆիայով:

Աֆերենտային-մոտոր աֆազիա. (ԱՄԱ) պայմանավորված է խոսքի համար դոմինանտ հանդիսացող կիսագնդի հետկենտրոնական գոտու ստորին հատվածների ախտահարմամբ: Հիմնական ախտանիշը համարվում է օրալային ապրաքսիան՝ հիվանդները կորցնում են լեզվով, շրթունքներով և արտաբերական այլ օրգաններով այս կամ այն շարժումը ինքնական կատարելու ունակությունը: ԱՄԱ-յի ժամանակ խանգարվում է արտասանությունը, խոսքը կոպիտ ձևով խանգարված է: Խանգարված է ավտոմատացված, զուգակցված և արտացոլված խոսքը: Առկա են դիմացինի խոսքի ըմբռնման դժվարություններ: Ընթերցանությունը խանգարված է, թեև մտքում կարդալու տարրերը կարող են պահպանված լինել: Գիրը, որպես գործառույթ, ընդհանրապես բացակայում է: Հիվանդները կարող են կատարել գրավոր ներկայացված պարզ հաշվողական գործողություններ:

էֆերենտային-մոտոր աֆազիա. (էՄԱ) պայմանավորված է գլխուղեղի ձախ կիսագնդի նախաշարժողական բաժնի ստորին հատվածների ախտահարմամբ: Այս բաժինը ապահովում է սահուն անցումը մի արտաբերական դիրքից մյուսին, ինչն

անհրաժեշտ է հաջորդական արտաբերական շարքերը՝ վանկեր, բառեր, նախադասություններ, միակցելու համար: Հիվանդների խոսքը դառնում է կազմալուծված, կցկտուր, ուղեկցվում է դադարներով: Խոսքի արտասանական խանգարումներն առաջացնում են նաև խոսքային գործառույթի այլ կողմերի՝ ընթերցանության, գրելու, հաշվի և, մասամբ, խոսքի ընկալման խանգարումներ: ԷՄԱ-ի դեպքում ավելի շատ խանգարվում է ինքնական, գիտակցված խոսքը՝ մենախոսություն, երկխոսություն, անվանում և այլն, քան ոչ ինքնական խոսքը՝ ասացվածքներ ասելը, բանաստեղծությունների տողերն ավարտելը և այլն:

Դինամիկական-սենսոր աֆազիա. (ԴՍԱ) առաջ է գալիս ձախ կիսագնդի ճակատային մասում տեղայնացված խոսքային գոտու ախտահարման դեպքում: ԴՍԱ-ի առանձնահատկությունը խոսքային պասիվությունն է: Խանգարվում է անձի խոսքային նախաձեռնությունը և հիվանդները մշտապես զրուցակցի կողմից խոսքի խթանման կարիք են ունենում: Նկատվում է նաև ընդհանուր ակտիվության նվազում: Պարեզների բացակայության դեպքում առկա են շարժումների և ժեստերի կաշկանդվածություն, դանդաղ քայլվածք, հիպոմիմիա: Կարող են նկատվել նաև հուզական ոլորտի փոփոխություններ՝ էյֆորիա, ծիծաղկոտություն, խոսքի խանգարման նկատմամբ անբավարար քննադատական վերաբերմունք: Այս հիվանդների համար մատչելի են կրկնությունը, անվանումը, ընթարցանությունը, թելադրությունը, հարցերին կարճ պատասխան տալը: Բառապաշարը աղքատանում է, բնորոշ են էխոլալիաները (ուրիշների բառերի մեխանիկական կրկնություն), որոնց թիվն ավելանում է հիվանդի հոգնելուն զուգընթաց: Կարող է նկատվել նաև խոսքի ագրամատիզմ, որը դրսևորվում է բայերի, կապերի, դերանունների բացթողումներով, պարզ համառոտ և միօրինակ նախադասություններ օգտագործելով:

Իմաստային (սեմանտիկ) աֆազիա. պայմանավորված է ձախ կիսագնդի կողմնաքունքային շրջանի, մասնավորապես անկյունային գալարի ախտահարմամբ: Հիվանդը չի հասկանում քերականական բարդ կառուցվածք ունեցող և տրամաբանական նախադասությունները, համեմատական կառույցները, չի ըմբռնում նախդիրների նշանակությունը:

Ջգայական (սենսոր) աֆազիա. (ՍԱ) առաջանում է ձախ կիսագնդի վերին քունքային հատվածի ախտահարման դեպքում: Ձայնի ընկալման և տարբերակման անկարողության պատճառով խանգարվում է խոսքի հասկանալու ունակությունը: Հիմնական ախտանիշը հնչույթային լսողության խանգարումն է: Առկա են իմպրեսիվ խոսքի կոպիտ խանգարումներ: Բառերը հիվանդի համար «օտարանում են», հիվանդը լսում է բառը, բայց դրա իմաստը չի հասկանում: Հիվանդի խոսքում նկատվում է բազմաթիվ «մակարած բառեր», լոգորեա՝ ոչ արդյունավետ շատախոսություն: Ծանր դեպքերում հիվանդը չի հասկանում նույնիսկ պարզ հրահանգները: Ավտոմատացված խոսքը, կրկնությունը, անվանումը խիստ խանգարված են: Ընթերցանությունը, որպես

գործառույթ, բավականաչափ պահպանված է, այն կարելի է օգտագործել հիվանդի խոսքը վերականգնելու համար: Գիրը և հաշիվը խանգարված են աֆազիայի այս տեսակին բնորոշ խանգարման մեխանիզմներին համապատասխան:

Ամնեստիկ աֆազիա. խանգարվում է առարկաների, մարդկանց անունները անվանելու ունակությունը: Երբ հուշում են բառի առաջին վանկը, հիվանդը կարող է հիշել ամբողջ բառը կամ բառակապակցությունը, խոսքի մեջ պակասում են գոյականները, փոխարեն ավելանում են բայերը: Ամնեստիկ աֆազիան կարող է հանդիսանալ սկզբնական ախտանիշ կամ որպես մնացորդային երևույթ տարած մոտոր և սենսոր աֆազիաների: Հանդիպում է նաև գլխուղեղի դեգեներատիվ հիվանդությունների ժամանակ (օր.Ալցհեյմերի հիվանդություն) :

Ակուստիկամնեստիկալա աֆազիա. (ԱՄԱ) առաջանում է ձախ կիսագնդի քունքային հատվածի միջին և հետին մասերի ախտահարման դեպքում: Հիմնական ախտանիշը դիմացինի խոսքի ընկալման խանգարումն է, որը պայմանավորված է խոսքալսողական հիշողության թերություններով: Նկատվում է առարկաների մասին տեսողական պատկերացումների թուլացում: ԱՄԱ-ով հիվանդների հնչույթային լսողությունը պահպանված է: Հիվանդները դժվարությամբ են ընկալում երկար նախադասությունները, զրույցի ենթատեքստը և այլն: Այս հիվանդների սեփական խոսքում չկան կոպիտ խանգարումներ, սակայն կան այդ պահին անհրաժեշտ բառեր գտնելու դժվարություններ, շատ են վերբալ պարաֆազիաները: Նկատվում են անվանման, կրկնության խանգարումներ: Գրավոր խոսքն ընդհանուր առմամբ պահպանված է:

Տոբալ աֆազիա-առաջանում է գլխուղեղի միջին ուղեղային զարկերակի ավազանում տարածուն իշեմիաների դեպքում, արտահայտվում է խոսելու և խոսքը հասկանալու լրիվ անկարողությամբ, ուղեկցվում է կոպիտ հիմնապարեզով, հիմնանօպսիայով, հիմնիկպեսթեզիայով:

ԴԻՉԱՐԹՐԻԱ

Դիզարթրիան խոսքի արտաբերման խանգարումն է, պայմանավորված խոսքագոյացման (արտիկուլացիոն) ապարատի նյարդավորման խանգարմամբ: Դիզարթրիայի ժամանակ խանգարվում է խոսքի մոտորիկան, ձայնագոյացումը, խոսքային շնչառությունը, ձայնի տեմպը, բարձրությունը:

Դիզարթրիան խոսքի արտաբերական կողմի խանգարում է, պայմանավորված խոսքային ապարատի անբավարար նյարդավորմամբ: Տարբերում են դիզարտրիայի հետևյալ տիպերը.

- *Դիզարթրիա բուլբարային* – պայմանավորված է խոսքի արտաբերմանը մասնակից մկանների ծայրամասային լուծանքով կամ թերլուծանքով:

- *Դիզարթրիա կեղևային* – պայմանավորված է խոսքի արտաբերմանը մասնակից մկանների ֆունկցիոնալ ախտահարումով:
- *Դիզարթրիա ուղեղիկային* – պայմանավորված է ուղեղիկի և դրա հաղորդող ուղիների ախտահարումով:
- *Դիզարթրիա ենթակեղևային* – պայմանավորված է ենթակեղևային հանգույցների և դրանց նյարդային կապերի ախտահարմամբ:
- *Դիզարթրիա կեղծ բուլբար* – պայմանավորված է ենթալեզվային, լեզվըմպանային և թափառող նյարդերով նյարդավորվող մկանների կենտրոնական լուծանքով, որը իր հերթին պայմանավորվում է շարժողական կեղևակորիզային ուղիների երկկողմանի ախտահարմամբ:
- ***Դիզարթրիա էքստրաբրգային*** – նյարդի արթրիա ենթակեղևային:

Դիզարթրիան ըստ արտահայտվածության աստիճանի.

- -խիստ արտահայտված խանգարում (*անարթրիա*) - խոսքի լրիվ բացակայություն, հնչյունագոյացման լրիվ անհնարինություն, կամ արձակում է առանձին անհոդաբաշխ ձայներ
- -արտահայտված խանգարում- բնորոշ է բանավոր խոսքի անհոդաբաշխությունը, դժվարհասանալի է շրջապատի համար, ուղեկցվում է հնչյունագոյացման կոպիտ խանգարումներով, արտահայտված խանգարված է շնչառությունը, ձայնի ինտոնացիան, խոսքը հասկանում են միայն մոտ հարազատները
- -չափավոր խանգարում- բնորոշ է խոսքի տեմպի դանդաղումը, խոսքը լղոզված է, դժվար ըմբռնելի, ցածր տոնայնությամբ, դժվարացած է շրթունքների շարժունությունը, դեմքը ամիմիկ է, խոսքը հասկացվում է միայն ուշադիր լսելիս
- թեթև խանգարում-խոսքը դանդաղած է, հնչյունների արտաբերումը լղոզված է, դժվարացած հատկապես բարդ արտիկուլացիոն հնչյունների արտաբերումը (ժ, շ, ռ, ց, չ)

ԴԻՍԳՐԱՖԻԱ

Դիսգրաֆիան ուսուցման նպաստավոր պայմաններում գրի հմտության տիրապետման կայուն, յուրահատուկ խանգարում է՝ պայմանավորված բարձրագույն հոգեկան գործընթացների անբավարարությամբ, որի ժամանակ մտավոր ու խոսքային ունակությունները, տեսողական և լսողական վերլուծիչների աշխատանքը, որպես կանոն պահպանված են լինում: Դիսգրաֆիան նաև գրի ձևավորված հմտության մասնակի կորուստն է: Դիսգրաֆիայի ժամանակ դրսևորվում են կայուն բնույթի կրկնվող սխալներ. գրությամբ նման տառերի, լսողական հատկանիշներով մոտ հնչյուն-տառերի

փոխարինումներ ու շփոթություններ, բառերի վանկային կառուցվածքի աղավաղումներ, քերականական սխալներ և այլն:

ԴԻՍԼԱԼԻԱ

Դիսլալիան իրենից ներկայացնում է հնչարտասանության խանգարում՝ պահպանված լսողության ու արտաբերական ապարատի պահպանված նյարդավորման պայմաններում: Հիմնական ախտանիշը հնչյունների սխալ արտաբերումն է՝ բացակայություն, աղավաղում, շփոթում, փոխարինում:

Դիսլալիան լինում է.

- *մոնոմորֆ* (մեկ հնչյունի կամ հնչյունախմբի սխալ արտաբերում);
- *պոլիմորֆ* (տարբեր հնչյունախմբերին պատկանող հնչյունների սխալ արտաբերում);
- *օրգանական կամ մեխանիկական* (պայմանավորված արտաբերական ապարատի անատոմիական թերություններով);
- *ֆունկցիոնալ* (արտաբերական ապարատի կառուցվածքային խանգարումներ չեն դիտվում);
- *հնչույթալսողական կամ ակուստիկաֆոնեմատիկական* (հնչույթների լսողական հատկանիշների ընկալման թերություններ);
- *հնչույթարտաբերական կամ արտիկուլյատոր-ֆոնեմատիկական* (հնչույթների արտաբերական հատկանիշների տարբերակման թերություններ);
- *հնչյունարտաբերական կամ արտիկուլյատոր-ֆոնեմատիկական* (հնչյունների արտաբերական դիրքերի սխալ ձևավորում);
- *ֆիզիոլոգիական կամ մանկական տարիքային թվավորություն* (հնչարտաբերման թերություն, որը բնորոշ է մինչև հինգ տարեկան երեխաներին և պայմանավորված է արտաբերական օրգանների շարժումների և հնչույթային լսողության թերզարգացմամբ):

ԴԻՍԼԵՔՍԻԱ

Դիսլեքսիան ուսուցման նպաստավոր պայմաններում ընթերցանության հմտության տիրապետման յուրահատուկ խանգարում է, որը պայմանավորված է բարձրագույն հոգեկան գործընթացների անբավարարությամբ: Այս խնդրի ժամանակ դրսևորվում են կայուն բնույթի, կրկնվող սխալներ. Վանկեր համադրելու, ամբողջական բառերով կարդալու, տառերը մտապահելու, տեսողական նմանության դեպում դրանք տարբերակելու դժվարություններ, որոնք հաճախ զուգակցվում են կարդացածի իմաստը հասկանալու խանգարմամբ: Որպես կանոն մտավոր, խոսքային, տեսողական ու լսողական զգայարանների աշխատանքը պահպանված է:

ԴԻՍՕՐՖՈԳՐԱՖԻԱ

Դիսօրֆոգրաֆիան իրենից ներկայացնում է ուղղագրական հմտությունների տիրապետման անկարողություն: Այն ոչ թե կանոնը յուրացնելու, այլ կիրառելու անկարողություն է:

ԹՈԹՈՎԱԽՈՍՈՒԹՅՈՒՆ

Թոթովախոսությունը խոսքի հնչյունների ոչ ճիշտ արտաբերումն է, որն արտահայտվում է նրանց աղավաղմամբ կամ փոփոխմամբ: Առանձին դեպքերում թոթովախոսությունը խոսքի ընդհանուր թերզարգացման արտացոլումն է, օրինակ ալալիայի կամ վատ լսողության ժամանակ, մյուս դեպքերում այն խոսքի խանգարման ինքնուրույն տեսակ է: Տարբերում են հետևյալ տեսակների թոթովախոսություն.

- *Ֆունկցիոնալ*՝ հնչյունների ոչ ճիշտ արտաբերում, բնականոն լսողության և առողջ խոսակցական ապարատի դեպքում, երեխայի խոսքի ֆոնետիկ ձևակերպմանը ծնողների, մանկավարժների կողմից ոչ բավարար ուշադրության արդյունքում;
- *Օրգանական*՝ արտաբերական խանգարում, որն առաջացել է խոսակցական ապարատի անկանոնության հետևանքով (ատամների, ծնոտի, լեզվի, քիմքի և այլն), խոսակցական օրգանների նյարդավորման խանգարում, որն առաջանում է կենտրոնական նյարդային համակարգի ախտահարման հետևանքով, պսևդոբուլբար կաթվածի ժամանակ առաջացած օրգանական թոթովախոսություն:

ԿԱԿԱՋՈՒԹՅՈՒՆ

Կակազությունը խոսքի տեմպի և ռիթմի խանգարում է՝ պայմանավորված շնչառական, ձայնային և արտաբերական ջղաձգումներով: Որպես կանոն այն առաջանում է 2-6 տարեկան հասակում: Առաջացման պատճառները լինում են նախատրամադրող (գիշերային վախեր, էնուրեզ, հուզական լարվածություն, ժառանգական գործոն, գլխուղեղի ախտահարումներ, ներարգանդային և ծնդաբերական վնասվածքներ, գլխուղեղի գործունեության տարիքային առանձնահատկություններ, արագախոսություն, նմանակում, բացասական ու վառ, դրական հույզերը) և առաջացնող (մինչծննդաբերական, ծննդաբերական տրավմաները, ինֆեկցիաները, գլխուղեղի ցնցումը, նյարդային համակարգի թուլացումը կամ հյուծումը, կարճատև կամ երկարատև հոգեկան տրավմաները, հոգեկան ապրումները, շատ խիստ կամ շատ մեղմ դաստիարակությունը, հոգեկան ապրումները, չափազանց մեծ ուրախությունը, վաղ երկլեզվությունը, ճախիլկության ճնշումը, տարիքին ոչ համապատասխան խոսքային նյութով երեխայի ծանրաբեռնումը): Կակազության ամենաակնհայտ ախտանիշը ջղաձգումներն են, որոնց տարբերում են ըստ ձևի.

- *Տոնիկ*՝ նկատվում են կարճատև թոփչքային կամ երկարատև սպազմատիկ մկանային կծկումներ՝ կրճատումներ;

- *Կլոնիկ*՝ նկատվում են ռիթմիկ, թույլ արտահայտված լարվածությամբ մկանային կծկումներ՝ կրճատումներ;
- *Տոնոկլոնիկ և կլոնոտոնիկ*, որոնք պայմանավորված են ջղաձգումների այս կամ այն տեսակի գերակշռմամբ:

Ըստ ընթացքի տարբերում են հետևյալ տեսակները.

1. Մշտական՝ կակազում են միշտ
2. Ալիքաձև՝ կակազությունը մերթ ուժեղանում է, մերթ թուլանում և չի անցնում
3. Կրկնվող՝ կակազությունը անհետանում է, որոշ ժամանակ անց հոգեկան վիճակից կախված կրկնվում է:

Հոգեկան տրավմայի ժամանակ սովորաբար առաջանում է ներոտիկ կակազություն, առաջացման հնարավոր տարիքն է 2-6 տարեկանը: Ներոզանման կակազությունը առաջանում է 3-4 տարեկանում, հետզհետե ավելանում է, առանց ակնհայտ պատճառների:

ՀՆՋՅՈՒՆ ԱՎՆՋՈՒՅԹԱՅԻՆ ԹԵՐԶԱՐԳԱՑՈՒՄ

Հնչյունների արտաբերման և հնչույթային գործընթացների՝ վերլուծության, համադրության, ընկալման և պատկերացման թերություններով պայմանավորված խանգարում է, որը հիմնականում հանդես է գալիս հնչյունների շփոթումների, փոխարինումների և աղավաղումների ձևով կամ էլ արտաբերումն ընդհանուր առմամբ ճիշտ է, բայց ոչ հստակ: Դժվարանում են հեգել, վանկատել, տրված հնչյուններով և բառերով վանկեր կազմել, որոշել հնչյունի տեղը բառում: Թերի է նրանց ռիթմի զգացողությունը, ինչը առաջացնում է վանկային կառուցվածքի աղավաղումներ: Գրավոր խոսքում նկատվում է տառերի շփոթմունքեր, փոխարինումներ, վանկերի կամ բառի մասերի բացթողումներ, ավելացումներ, տեղափոխումներ, բառերի մասերի անջատ գրություններ և այլն:

Տարբերում են հնչյունահնչույթային թերզարգացման հետևյալ աստիճանները.

- *Թերև աստիճան* - ոչ բավարար տարբերակում և ճանաչում միայն այն հնչյունների, որոնց արտասանությունը խանգարված է;
- *Միջին աստիճան* - ոչ բավարար տարբերակում զգալի քանակությամբ հնչյունների, որոնք պատկանում են տարբեր հնչյունային խմբերի համեմատաբար ձևավորված արտասանությամբ;
- *Խորը աստիճան*՝ անձը չի կարողանում առանձնացնել հնչյունները բառի կազմից, որոշել հնչյունների հաջորդականությունը բառի մեջ:

ՌԻՆՈԼԱԼԻԱ

Ռինոլալիան իրենից ներկայացնում է ձայնի տեմբրի և հնչարտաբերման խանգարում՝ պայմանավորված արտաբերական ապարատի անատոմիաֆիզիոլոգիական արատներով: Տարբերում են ռինոլալիայի հետևյալ տիպերը.

- *Ռինոլալիա բաց՝* ձայնի տեմբրի և հնչարտաբերման խանգարում՝ պայմանավորված քիմքընպանի անբավարար աշխատանքով, կարող է լինել *ֆունկցիոնալ* (հետևանք փափուկ քիմքի անբավարար շարժունակության) կամ *օրգանական* (բնածին՝ փափուկ և կոշտ քիմքի բնածին ճեղքվածքներ, կարճ փափուկ քիմք; ձեռքբերովի՝ կոշտ և փափուկ քիմքի վնասում, սպիակապ գոյացություններ, փափուկ քիմքի պարեզներ և պարալիչներ, լեզվաընկալանային և թափառող նյարդի վնասում):
- *Ռինոլալիա փակ՝* քթի և քիթընկալանի օրգանական փոփոխությունների հետևանք: Կարող է լինել առաջային (քթի միջնապատի դեֆորմացիայից, քթի պոլիպներից, ուժեղ հարբուխից) և հետին (յուրահատուկ բորբոքային գործընթացների պատճառով փափուկ քիմքի և ընկալանի հետին պատի սերտաճումը, քիթընկալանային պոլիպները, ֆիբրոմաները, ուռուցքները):
- *Ռինոլալիա խառը՝* քթային անանցանելիությանը զուգահեռ առկա է նաև անբավարար քիթընկալանային հպում:

ՏԱԽԻԼԱԼԻԱ

Տախիլալիան պաթոլոգիկ արագախոսություն է՝ պայմանավորված գլխուղեղում գրգռման գործընթացների պաթոլոգիկ գերիշխմամբ: Դրսևորվում են սայթակումներ, բառերի վանկային կառուցվածքի աղավաղումներ, ուշադրության խանգարումներ: Խանգարվում է նաև գրավոր խոսքը և գրելիս նկատվում են տառերի ու վանկերի բացթողումներ, տեղափոխումներ, տառերի շփոթումներ ու փոխարինումներ: Տախիլալիայի ժամանակ նկատվում են ընդհանուր շարժումների, հոգեկան գործընթացների, հուզական ոլորտի, վարքի առանձնահատկություններ, շարժողական անհնգստություն:

ԲՐԱԴԻԼԱԼԻԱ

Բրադիլալիան խոսքի պաթոլոգիկ դանդաղ տեմպն է՝ պայմանավորված արգելակման գործընթացների գերիշխմամբ: Դրսևորվում է գրի և ընթերցանության դանդաղ տեմպ, ձայնի միապաղաղություն: Հնչյունները, վանկերն ու բառերը իրար հաջորդում են դանդաղ, խոսքը աղավաղված է, երբեմն՝ վանկատված: Նկատվում են ընդհանուր և մանր շարժումներ, դիմախաղի խանգարումներ, շարժումների անհամաչափություն, ցածր ընկալունակություն: Կարող է հանդես գալ որպես խոսքի ինքնուրույն խանգարում, որպես խոսքի այլ խանգարման ախտանիշ կամ նյարդային հիվանդության և մտավոր հետամնացության հետևանք:

Բժշկասոցիալական փորձաքննության համար անհրաժեշտ տվյալները

Առաջնակի փորձաքննության ժամանակ ցանկալի է ներկայացնել փաստաթղթեր **ստացիոնար** պայմաններում դրված ախտորոշման վերաբերյալ, կրկնակի փորձաքննության ներկայանալիս անհրաժեշտ է ներկայացնել.

1. տեղեկանք ավարտված փորձաքննական ժամանակաշրջանում ամբուլատոր և ստացիոնար բուժումների վերաբերյալ;
2. փաստաթուղթ հոգեկան գործընթացների վիճակի գնահատման, անհրաժեշտության դեպքում ինտելեկտի գնահատման եզրակացություն;
3. մասնագետների եզրակացություններ՝ հոգեբույժ, մանկաբույժ, վնասվածքաբան, նյարդաբան, ակնաբան և այլ;
4. լոգոպեդի ընդարձակ եզրակացությունը խոսքային կարգավիճակի, ախտորոշման, առկա խանգարումների արտահայտման աստիճանի վերաբերյալ;
5. ուսումնական հաստատություն հաճախող երեխաների համար՝ բնութագիր տվյալ ուսումնական հաստատությունից;
6. վերականգնողական կենտրոնից դուրս գրման քաղվածք (արատաբանի կամ վերականգնողաբանի եզրակացությունը);
7. բժշկահոգեբանամանկավարժական գնահատման կենտրոնի եզրակացությունը (քաղվածք կամ արձանագրություն) ուսուցման տիպի, ձևի, ռեժիմի և պայմանների վերաբերյալ՝ անհրաժեշտության դեպքում;
8. գործիքային և լաբորատոր հետազոտություններ (գլխուղեղ մագնիսառեզոնանսային տոմոգրաֆիա և/կամ համակարգչային տոմոգրաֆիա, նեյրոսոնոգրաֆիա, գլխի և պարանոցի արյունատար անոթների ուլտրաձայնային հետազոտություն, էլեկտրոէնցեֆալոգրաֆիա, աուդիոմետրիա և այլն), որոնք անհրաժեշտ են ուղեկցող կամ բարդեցնող վիճակի առկայության դեպքում:

Կլինիկական փորձաքննական ֆունկցիոնալ ախտորոշումը

Կլինիկական փորձաքննական ֆունկցիոնալ ախտորոշումը կազմվում է զննումից և կլինիկական փորձաքննական փաստաթղթերի ուսումնասիրությունից հետո, հիմնվելով.

1. հիմնական նոզոլոգիայի;
2. խոսքային խանգարումների հիմնական դեզադապատացնող համախտանիշների (բանավոր և գրավոր խոսքի խանգարումներ), վերջիններիս կայունության և արտահայտվածության աստիճանի;

3. ոչ խոսքային պաթոլոգիայի հավելյալ ախտանիշների նշումով՝ ուշադրության պակաս և հիպերակտիվություն, հոգեօրգանական համախտանիշ, ասթենիկ համախտանիշ, ստատոդինամիկ խանգարումներ և այլ տվյալների վրա:

Օրինակ՝ «Պերինալ ծագման գլխուղեղի օրգանական ախտահարում, ուշադրության պակասի չափավոր համախտանիշով, էքսպրեսիվ խոսքի չափավոր խանգարումով կեղծ բուլբար դիզարտրիայի տիպով և գրավոր խոսքի չափավոր խանգարումով դիսգրաֆիայի և դիսլեքսիայի տեսքով»:

Խոսքային խանգարումների հիմնական ձևերի փորձաքննական գնահատականը. խոսքային և լեզվական ախտահարումների արտահայտման աստիճանը տարբեր խոսքային համախտանիշների ժամանակ որոշվում է խոսքի ընդհանուր համակարգային և հնչյունահնչույթային խանգարման արտահայտվածության աստիճանով:

Հաշմանդամության սահմանման չափանիշ են հանդիսանում. կայուն չափավոր, արտահայտված և խիստ արտահայտված խոսքային և լեզվական խանգարումները, որոնք բերում են հաղորդակցման, ուսումնառության կարողությունների սահմանափակման և հանգեցնում են անձի սոցիալական պաշտպանության անհրաժեշտությանը:

Վերականգնողական միջոցառումներ

Բժշկական վերականգնում՝ վերակառուցողական վիրաբուժություն ըստ ցուցումի:

Վերականգնողական թերապիա.

1. հիմնական հիվանդության դեղորայքային բուժում;
2. դեղամիջոցներ, որոնք լավացնում են գլխուղեղի կեղևի մետաբոլիկ գործընթացները՝ վիտամինաթերապիա, անոթային դեղեր, վարքի շտկման դեղեր ֆիզիոթերապիա;
3. էրգոթերապիա;
4. բուժական ֆիզկուլտուրա;
5. լոգոպեդական, լոգոպեդական մերսում;
6. հատուկ հոգեբանական և հատուկ մանկավարժական;
7. ասեղնաբուժություն;
8. առողջարանային բուժում՝ հակացուցվածության բացակայության դեպքում:

0-8 ՏԱՐԵԿԱՆ ԵՐԵՒԱՅԻ ԽՈՍՔԻ ԶԱՐԳԱՑՄԱՆ ՑՈՒՑԱՆԻՇՆԵՐԸ ՀԱՄԱՌՈՑ

Տարիքը	Ցուցանիշը
<i>2 ամսեկան</i>	Արտասանում է առանձին հնչյուններ:
<i>3 ամսեկան</i>	Գղզղում է:
<i>4 ամսեկան</i>	Երկարատև է գղզղում:
<i>5 ամսեկան</i>	Երկարատև, բարձրաձայն, երգելով է գղզղում:
<i>6 ամսեկան</i>	Թոթովանքի սկիզբ, արտասանում է առաջին առանձին վանկերը:
<i>7 ամսեկան</i>	Արտասանում է առանձին վանկերը, երկարատև թոթովում է:
<i>8 ամսեկան</i>	Բարձր կրկնում է վանկերը, խնդրելու դեպքում կրկնում է ավելի վաղ սովորածը՝ <<ցտեսություն>>, <<ծեռքդ տուր>> և այլն:
<i>9 ամսեկան</i>	Նմանակում է մեծահասակներին, կրկնելով իր բառապաշարում առկա վանկերը: Ճանաչում է իր անունը, ցույց է տալիս առարկաները:
<i>10 ամսեկան</i>	Նմանակում է մեծահասակներին, կրկնելով իր համար նոր վանկերը: Ճանաչում է իր մարմնի մասերը, խնդրելու դեպքում տալիս է առարկան:
<i>11 ամսեկան</i>	Արտասանում է առաջին բառերը (տուր, ան, պա, մա և այլն): Ընկալում է առաջին ընդհանրացումները:
<i>12 ամսեկան</i>	Բառապաշարում կա 10 բառ, հեշտությամբ նմանակում է նոր վանկերը: Կատարում է հրահանգները և պահանջները (գտիր, տուր, գնա և այլն): Գիտի շատ անվանումներ:
<i>1 տարեկան – 1 տարեկան 3 ամսեկան</i>	Օգտագործում է թոթովանք և թեթևացրած բառեր՝ մեքենա – բվա, ջուր – բուա, շուն – հաֆ-հաֆ և այլն: Զգալիորեն ավելանում է հասկացվող բառերի պաշարը:
<i>1 տարեկան 3 ամսեկան – 1 տարեկան 6 ամսեկան</i>	Զարմանքի և ուժեղ հետաքրքրության ժամանակ անվանում է առարկաները: Խոսքային հրահանգով գտնում է իրար նման առարկաներ, սակայն տարբեր գույնի և չափի:
<i>1 տարեկան 6 ամսեկան – 1</i>	Օգտագործում է երկբառանի նախադասություններ: Սյուժետային նկարներ դիտելիս պատասխանում է հարցերին:

<p>տարեկան 9 ամսեկան</p>	
<p>1 տարեկան 9 ամսեկան - 2 տարեկան</p>	<p>Ընդհանուր առմամբ օգտագործում է երկբառանի նախադասություններ, դերանուններ: Իր փորձից ելնելով հասկանում է պատմվածքը առանց իրադարձությունների ցուցադրման:</p>
<p>2 տարեկան - 2 տարեկան 6 ամսեկան</p>	<p>Խոսում է բազմաբառ նախադասություններով: Ի հայտ են գալիս հարցեր՝ որտե՞ղ, ու՞ր:</p>
<p>2 տարեկան 6 ամսեկան - 3 տարեկան</p>	<p>Օգտագործում է բարդ նախադասություններ: Ի հայտ են գալիս հարցեր՝ ե՞րբ, ինչու՞:</p>
<p>4 տարեկան</p>	<p>Կազմում է պատմվածք սյուժետային նկարներով, պատասխանում է մեծահասակների հարցերին:</p>
<p>5- 6 տարեկան</p>	<p>Կազմում է պատմվածք մի քանի նախադասություններից՝ բաց և թաքնված իմաստով, ճիշտ պատասխանում է հարցերին կապված պատմվածքի հերոսների հետ:</p>
<p>7-8 տարեկան</p>	<p>Կարողանում է կազմել պատմվածք 2-3 նկարներով՝ սյուժեի զարգացմամբ, արտացոլելով անցյալի, ներկայի և ապագայի իրադարձությունները: Հասկանում է կենցաղային բառապաշարի բոլոր բառերի նշանակությունը, անվանում է ինչից են պատրաստված առանձին առարկաները:</p>