

ISSN 0514 - 7484

ՀԱՅԱՍՏԱՆԻ ՀԱՆՐԱՊԵՏՈՒԹՅԱՆ ԳԻՏՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԱԶԳԱՅԻՆ ԱԿԱԴԵՄԻԱ
НАЦИОНАЛЬНАЯ АКАДЕМИЯ НАУК РЕСПУБЛИКИ АРМЕНИЯ
NATIONAL ACADEMY OF SCIENCES OF THE REPUBLIC OF ARMENIA

ՀԱՅԱՍՏԱՆԻ ԲԺՇԿԱԳԻՏՈՒԹՅՈՒՆ
МЕДИЦИНСКАЯ НАУКА АРМЕНИИ
MEDICAL SCIENCE OF ARMENIA

ԵՐԵՎԱՆ, ԵՐԵՎԱՆ, YEREVAN

"Медицинская наука Армении"

Орган Национальной академии наук Республики Армения. Журнал основан в 1961 году и до 1995 года издавался под названием "Экспериментальная и клиническая медицина".

Журнал публикует обобщающие и оригинальные статьи, литературные обзоры по актуальным вопросам современной теоретической и практической медицины и располагает необходимым научно-организационным и техническим потенциалом, позволяющим ученым-медикам всех стран исчерпывающе освещать широкий спектр проблем медицинского профиля.

Периодичность издания 4 номера в год.

Главный редактор

Акопян В.П.

Заместители главного редактора

Зильфян А.В.

Адамян К.Г.

Ответственный секретарь

Баласанян М.Г.

Редакционная коллегия

Аствацатрян В.А.

Габриелян Э.С.

Галоян А.А.

Стамболцян Р.П.

Редакционный совет

Абрамян Р.А.

Авдалбекян С.Х.

Агаджанов М.И.

Азнаурян А.В.

Алексян Ю.Т.

Брехер А. (США)

Вартазарян Н.Д.

Галстян А.М.

Гангули А. (Индия)

Дини Л. (Италия)

Зинкович И.И. (Украина)

Мелик-Пашаян М.А.

Мирзоян Р.С. (Россия)

Мкртчян Л.М.

Оганесян Н.М.

Оганесян С.С.

Оганов Р.Г. (Россия)

Прохоров А.В. (Беларусь)

Саруханян О.В.

Серединин С.Б. (Россия)

Сисакян С.А.

Ханамирян Р.М.

Худавердян Д.Н.

Шекоян В.А.

Editor-in-Chief

Hakopian V.P.

Assistant Editors

Zilfian A.V.

Adamian K.G.

Secretary-in-Chief

Balasanyan M.G.

Editorial Board

Astvatsatryan V.A.

Gabrielian E.S.

Galoyan A.A.

Stamboltsian R.P.

Editorial Advisory Council

Abrahamian R.A.

Agajanov M.I.

Alexanian Yu.T.

Avdalbekyan S.Kh.

Aznauryan A.V.

Brekher A. (USA)

Dini L. (Italy)

Galstyan H.M.

Ganguli A. (India)

Hovanissian N.M.

Hovanissian S.S.

Khanamirian R.M.

Khudaverdyan D.N.

Melik-Pashayan M.A.

Mirzoyan R.S. (Russia)

Mkrtchian L.M.

Oganov R.G. (Russia)

Prokhorov A.V. (Belarus)

Sarukhanian H.V.

Seredinin S.B. (Russia)

Shekoyan V.A.

Sissakian S.H.

Vardazaryan N.D.

Zinkovich I.I. (Ukraine)

Բարձրագույն բժշկական կադրերի պատրաստման կարելիություն փուլերը: Նվաճումներ եւ հեռանկարներ

Մ.Հերացու անվան ԵրԴԲՀ-ի ռեկտոր, ակադեմիկոս Վ. Պ. Հակոբյան

375025 Երևան, Կոլյունի 2

Երևանի Մ.Հերացու անվան պետական բժշկական համալսարանի հիմնադրման 75 և բարձրագույն բժշկական կադրերի պատրաստման 85-ամյա հոբելյանը ոչ միայն համագգային տոնական իրադարձություն է, այլ նաև՝ բժշկագիտության 85 տարիների ձեռքբերումների յուրօրինակ ամփոփում:

Յոթ և կես տասնամյակ է արդեն, որ, լինելով հայոց միջնադարյան կրթամշակութային փառապանծ կենտրոնների ավանդների շարունակողն ու զարգացնողը, Երևանի Մ. Հերացու անվան պետական բժշկական համալսարանը պատվով ու պատասխանատվությամբ է կատարում իր վսեմ առաքելությունը բժշկական կադրերի պատրաստման, բժշկագիտության և առողջապահության զարգացման կարևոր գործում:

Հայ ժողովրդի բազմադարյան պատմության մեջ բժշկագիտության արմատները հասնում են դարերի խորքը: Հայտնի են առանձին փաստեր, երբ դեռևս անտիկ աշխարհի համալսարաններում ուսանում էին հայազգի երիտասարդներ: Անտիկ շրջանի հայ և արաբ պատմաբանները, աշխարհագրագետները, դեղաբանները բազմիցս անդրադարձել են պատմական Հայաստանում կիրառվող բուժման մեթոդներին, ամոքիչ և բուժիչ դեղաբույսերին: Հինգերորդ դարում, Մեսրոպ Մաշտոցի կողմից հայկական տառերը ստեղծելուց հետո, հայ բժշկագիտության միտքը զարգացման նոր քափ ստացավ: Հանդես եկան գիտության ամենատարբեր բնագավառներին նվիրված գիտական, այդ թվում նաև՝ բժշկագիտական և դեղաբանական ինքնատիպ բարձրարժեք ուսումնասիրություններ:

Հայաստանում բժշկագիտության զարգացման համար առավել բարենպաստ պայմաններ ստեղծվեցին 9-րդ դարում՝ արաբական լուծը թորափելուց և հայկական պետականությունը վերականգնելուց հետո:

Մի շարք վայրերում (մայրաքաղաք Անիում, Հաղպատում, Սանահինում) բացվեցին հիվանդանոցներ, դեղատներ և բժշկական դպրոցներ: Ստեղծվեցին նաև բարձրագույն դպրոցներ՝ ակադեմիաներ, որտեղ փիլիսոփայության և բնական գիտությունների հետ մեկտեղ ուսումնասիրվում և դասավանդվում էր նաև բժշկությունը: Որպես բժշկական արվեստի առաջամարտիկներ՝ այն ժամանակ հանդես եկան Բագրատունիների տոհմի ներկայացուցիչները:

Գագիկ I-ի կառավարման տարիներին (990-

1020թթ.) ստեղծվում է «Գագիկի բժշկարան» աշխատությունը, որտեղ հայկական բժշկական ձեռքբերումներն ընդհանրացնելու փորձ է արվում:

Այդ ժամանակներում մեծ գործունեություն էր ծավալում Գրիգոր Մագիստրոսը:

«Գագիկի բժշկարանի» հետագա բախտը կապված է Կիլիկյան Հայաստանի և նրա բժշկական դպրոցի հետ, որի պարագլուխը միջնադարի հայկական բժշկության ամենապայծառ և հանճարեղ ներկայացուցիչ՝ Մխիթար Հերացին էր («Մեծն Մխիթարը»): Ամերկեայորեն Հերացու անվան հետ է կապված միջնադարյան Հայաստանում գիտական բժշկության սկզբնավորումը: Նրա ինքնատիպ երկի՝ «Ջերմաց մխիթարություն» բժշկարանի գիտական նշանակությունը դուրս է գալիս ազգային սահմաններից և դառնում միջնադարյան բժշկագիտության խոշորագույն նվաճումներից մեկը:

Հետագայում, ցավոք, հայ պետականության անկման հետ մեկտեղ, փակվեցին նաև բարձրագույն դպրոցները և համալսարանները, որոնց թվում նաև՝ բժշկական: Դարեր շարունակ ընդհատվեց հազարամյա պատմություն ունեցող բժշկական դպրոցների կյանքը...

Կրթական դպրոցը Հայաստանում վերստին աշխուժացավ 1828թ., երբ Արևելյան Հայաստանը միացավ Ռուսաստանին: Այդ ժամանակ հայկական կրթական համակարգի զարգացման գործում կարևոր դեր ունեցան Թիֆլիսի Ներսիսյան դպրոցը, Էջմիածնի Գևորգյան և Մոսկվայի Լազարյան ճեմարանները:

Մեր կրթության և գիտության յուսավոր գործիչներին միշտ էլ հուզել և մտահոգել են ոչ միայն ազգային կրթության խնդիրները, այլ նաև՝ ժողովրդի առողջության պահպանումը: Սակայն այդ բոլոր ձգտումներն ու երազանքները անիրատեսելի էին, քանի դեռ չկար հայկական պետականություն, չկային համապատասխան միջոցներ:

Հայաստանի առաջին Հանրապետության ղեկավարությունը առաջնահերթ ուշադրության արժանացրեց երկրի հոգևոր կյանքի զարգացումը: Ահա ինչ է գրում Նիկոլ Աղբալյանը. «Չնայած մեր երկիրն ավերված է, ժողովուրդն աղքատության մեջ է, մենք պետք հիմնենք բարձր կրթարան: Այն, ինչ որ մենք ունենք այսօր, ձեռք է բերված սերունդների արյունով: Հարգենք նրանց հիշատակը: Մենք վերաշինում ենք մեր

տումը և հիմնում կրթության տաճարներ, առանց խորհելու, քե ինչ են մտածում այդ մասին մեր քննամիները, որոնք միշտ քանդել են մեր շինածը: Դեռևս մեզ համար բոլոր վտանգները անցած չեն, դեռ մեր ձեռքում սուր պիտի ունենանք, բայց արդեն ժամանակն է, որ մյուս ձեռքում գրիչ բռնենք»:

Եվ այսպես, Հայաստանի առաջին հանրապետության նախարարների խորհուրդը 1919թ. մայիսի 16-ին ընդունում է Հայաստանում համալսարան բացելու մասին օրենքը. հիմնել համալսարան հետևյալ չորս բաժիններով. 1. պատմալեզվաբանական, 2. տնտեսաիրավաբանական, 3. բժշկական, 4. ֆիզիկամաթեմատիկական: Համաձայն այդ որոշման՝ նախապատվությունը տրված էր պատմալեզվաբանական բաժնին: Մնացած բաժինների բացման ժամանակը և հերթականությունը սահմանելու էր Հանրապետության նախարարների խորհուրդը: Դրանից հետո հետևողական աշխատանքներ տարվեցին՝ բժշկական ֆակուլտետի բացման ուղղությամբ:

1920թ. պետական համալսարանը գեկույց է ներկայացնում հանրային կրթության նախարարին՝ բժշկական ֆակուլտետ բացելու անհրաժեշտության մասին: Այսպիսով, հետևողական աշխատանքների արդյունքում, ՀՀ Կառավարությունը 1920թ. հոկտեմբերին ընդունում է՝ համալսարանում բժշկական ֆակուլտետի բացման մասին օրենքը:

Աշխատանքի հրավիրվեցին Գ. Աբելյանը, Ե. Տեր-Հովսեփյանը, Հ. Հակոբյանը և ուրիշներ: 1922թ. բժշկական ֆակուլտետի ղեկան է նշանակվում Սպանդարատ Կամսարականը: Բժշկական ֆակուլտետի աշխատանքները կապված էին մեծ դժվարությունների հետ. դասախոսությունների և գործնական պարապրուցների համար չկային լսարաններ, լաբորատորիաներ, դիախերմարան, կլինիկական հիվանդանոցներ, սարքավորումներ, դասագրքեր: 1927թ. կառուցվեց անատոմիական մասնաշենքի մի մասը: Միակ վիրաբուժական բաժանմունքը հանրապետական առաջին հիվանդանոցն էր, որն ուներ ընդամենը 2 վիրաբույժ և 28 մահճակալ: Ֆակուլտետի ստեղծման և գործունեության մեջ մեծ ներդրում ունեցան Վահան Արծրունին, Հակոբ Հովհաննիսյանը, Սպանդարատ Կամսարականը, Գրիգոր Աբելյանը, Լևոն Հովհաննիսյանը, Համբարձում Զեչեկը, Արշակ Հակոբյանը, Աբգար Իսահակյանը, Գրիգոր Մեղնիկյանը, Փայլակ Հակոբյանը, Եղիշե Շեկ-Հովսեփյանը և այլք:

Ֆակուլտետի հիմնադրումով իրականացավ հայ ժողովրդի՝ սեփական հողում բժշկագիտության դարբնոց ունենալու դարավոր երազանքը: Հայագի երկրասարդներն այլևս հարկ չէին ունենա մեկնելու Ռուսաստան, Եվրոպա կամ Ամերիկա: Իր առաջին դասախոսության ժամանակ այդ առիթով ասիա ինչ է ասել Վահան Արծրունին, որը կրթություն էր ստացել Ֆրանսիայում. «Երևանում ունենք բժշկական ֆակուլտետ, ուր գիտությունն ավանդվելու է մայրենի լեզվով, ես անչափ իպարտ եմ և ուրախ, որ ինձ բախտ վիճակվեց կալույսով առաջին դասախոսությունը»:

1927թ. ֆակուլտետը տվեց իր առաջին շրջանավարտները, թվով՝ 32 բժիշկ: Եթե ֆակուլտետի բացման ժամանակ դասախոսների թիվն ընդամենը վեցն էր, ապա 1930թ., անջատվելով համալսարանից, ֆակուլտետն արդեն ուներ 30 ամբիոն և 102 դասախոս: 1930թ.՝ ինքնուրույն ինստիտուտի հիմնադրման տարում, առաջին կուրս ընդունվեց 163 ուսանող:

Պետական համալսարանի բժշկական ֆակուլտետի պրոֆեսորադասախոսական անձնակազմը և ուսանողությունը միասնական ուժերով հաղթահարեցին ուսումնական գործընթացի հետ կապված բազմաթիվ դժվարություններ:

Չնայած իր համեստ կարողություններին՝ ֆակուլտետն իր գործունեության տարիների ընթացքում նշանակալից դեր խաղաց բժշկական կադրերի պատրաստման և հանրապետության առողջապահության համակարգի կայացման և զարգացման գործում: Բժշկական ֆակուլտետն իր գոյության ընթացքում տվեց 136 շրջանավարտ, որն այդ տարիների համար մեծ առաջընթաց կարելի է համարել:

ԽՍՀՄ կառավարության որոշմամբ 1930թ. պետական համալսարանների համապատասխան ֆակուլտետների հիման վրա ստեղծվեցին ինքնուրույն ինստիտուտներ, որոնց թվում և՛ Երևանի պետական բժշկական ինստիտուտը, որը դարձավ բժշկական կադրերի պատրաստման իսկական դարբնոց:

Բժշկական ինստիտուտը (1995թ.՝ համալսարանը) իր գոյության 75 տարիների ընթացքում ոչ միայն Հայաստանն ապահովեց անհրաժեշտ թվով բարձրագույն բժշկական և դեղագիտական կադրերով, այլև կադրեր պատրաստեց նախկին ԽՍՀՄ և արտասահմանյան երկրների համար:

Բժշկական ինստիտուտի առաջին ղեկավարը Հ. Գ. Հովհաննիսյանն էր, որը մինչ այդ (1922-1930թթ.) պետական համալսարանի ղեկավարն էր և ուներ ղեկավարելու մեծ փորձ և հմտություն: Հայաստանի առժողովման օգնությամբ, իրեն հատուկ եռանդով, ղեկավար Հակոբ Հովհաննիսյանը ձեռնամուխ եղավ ինստիտուտի ուսումնական, գիտական և կլինիկական աշխատանքների խթանմանը, տեխնիկական միջոցների հայթաթմանը և նոր ամբիոնների հիմնադրմանը:

1931թ. բացվեց սանիտարախիզենիկ ֆակուլտետը, որի շրջանավարտները մեծ դեր ունեցան հանրապետությունում համաճարակների դեմ արդյունավետ պայքարում: 1939թ. անհրաժեշտություն առաջացավ բացելու բուժական ֆակուլտետի ուսական բաժինը: 1932թ. ամբողջովին ավարտվեց անատոմիական մասնաշենքի կառուցումը, իսկ 1939թ. կառուցվեց նաև կենտրոնական մասնաշենքի մի մասը, որտեղ տեղակայվեցին ինստիտուտի տեսական ամբիոնները և վարչակազմը:

Ինստիտուտի պատմության մեջ առանձնապես հիշարժան է 1936 թվականը, երբ, մկատի առնելով բուհի աճը և կադրային ներուժը, վերջինիս ատենախոսությունների պաշտպանության և գիտությունների թեկնածուի, այնուհետև (1944թ.) նաև դոկտորի գի-

տական աստիճաններ շնորհելու իրավունք տրվեց:

Բժշկական ինստիտուտի ստեղծման, զարգացման ակնառու հաջողությունների հետ մեկտեղ, ինստիտուտը ծանր կորուստներ կրեց՝ կապված անհատի պաշտանմունքի հետ: 1936-1938թթ. ինստիտուտի մի խումբ անվանի դասախոսներ և հմուտ դեկավարներ դարձան ստալինյան ոճրագործ քաղաքականության զոհեր:

Ինստիտուտը մեծ փորձության ենթարկվեց մասնաշարժային անձնակազմի (1941-1945թթ.) տարիներին: Արժանիություն պետք է նշել, որ պատերազմը լուրջ վնասներ չհասցրեց ինստիտուտի աշխատանքներին, և նա պատվով դուրս եկավ այդ դժվարին փորձությունից: 55 անվանի դասախոսներ (Շ. Մ. Մաքսախանյան, Վ. Հ. Սարուխանյան, Ա. Ջ. Ծաղկարյան, Ի. Գ. Լորդյան, Ա. Հ. Բեգլարյան և շատ ուրիշներ) մեկնեցին ռազմաճակատ և գործող բանակում պատվով կատարեցին Հայրենիքի համույթային խմբակային աշխատանքները: Ինստիտուտը մեծ օգնություն ցուցաբերեց մասնաշարժային սահմաններում գործող բազմաթիվ էվակուհուսպիտանքներին՝ նրանց համար ապահովելով կլինիկական ամբիոնների բարձրորակ դասախոսներով, բուժման և տեխնիկական միջոցներով: Պատերազմի տարիներին շարունակվում էին մասնաշարժային հետազոտությունները, որոնց զգալի մասն ունեցրել էր պաշտպանական նշանակություն: Պատերազմի առաջին տարիներին, երբ վտանգված էր Հյուսիսային Կովկասի գոյությունը, կառավարության որոշմամբ Երևան փոխադրվեցին Կրասնոդարի և Օրջոնիկիձեի բժշկական ինստիտուտները՝ իրենց ուսանողներով և դասախոսական կազմով: Ինստիտուտի դեկավարությունը և ողջ կոլեկտիվը ամեն կերպ օժանդակեցին տեղափոխված ինստիտուտներին՝ վերջիններիս հատկացնելով իրենց կլինիկական բազաները, լաբորատորիաները և լսարանները: Արվեց ամեն ինչ, որպեսզի նրանց ուսումնական աշխատանքները չձախուղվեն:

Այսօր, երբ լուսնում է Հայրենական մեծ պատերազմի հաղթանակի 60ամյակը, կարելի է հպարտությամբ նշել, որ ինստիտուտի կոլեկտիվը պատվով դուրս եկավ այդ մեծ փորձությունից և իր արժանի ներդրումն ունեցավ այդ պանծալի հաղթանակում:

Բժշկական համալսարանը միջազգային ճանաչում ստացած կրթօջախ լինելուց բացի, շարունակում է մնալ բժշկական մտքի զարգացման կենտրոն: Սկսած 1935թ. ինստիտուտում պարբերաբար հրավիրվել են գիտական նստաշրջաններ:

Ուսանողների մեծ գիտահետազոտական աշխատանքների հմտություններ զարգացնելու և ապագա գիտամանկավարժական կադրեր պատրաստելու նախապայմաններ ստեղծելու նպատակով 1947թ. հիմնադրվեց ուսանողական գիտական ընկերությունը, որը հետագայում կոչվեց հայ մեծամունք բժիշկ և գիտնական Ի. Ա. Օրբելու անունով: Համալսարանի ՈւԳԸ-ն անցել է կատարելագործման ու զարգացման երկար ու բեղմնավոր ուղի՝ ամբիոններին կից գործող առանձին խմբակներից վերածվելով գիտական լուրջ կազմակերպության: Համալսարանի ներկա ամբիոն-

ների վարիչներից, պրոֆեսորներից ու դոցենտներից շատերն իրենց սկզբնական գիտական մկրտությունն ստացել են ՈւԳԸ խմբակներում:

Ցանկացած ուսումնական հաստատության կարևոր ու ամենաանհրաժեշտ կառուցվածքային միավորը գրադարանն է: Բժշկական գիտական գրադարանը հիմնվել է 1930թ.: Բավականաչափ հարուստ է նրա գրքային ֆոնդը (ավելի քան 500.000 միավոր), որն ամեն տարի համալրվում է նոր գրականությամբ: 75 տարիների ընթացքում համալսարանում պաշտպանվել և գրադարանում առկա է 1533 ատենախոսություն, որից 231-ը՝ լույստրակային: Բոլորովին վերջերս ժամանակակից տեխնիկանյով հագեցած նոր ընթերցասրահի բացումով ավելի բարելավվեցին գրադարանի աշխատանքային պայմանները: Առաջիկայում նախատեսվում է գրադարանի համակարգչային և տեղեկատվական հնարավորությունների ընդլայնում, այլ երկրների գրադարանների կապերի արդյունավետ օգտագործում, միջազգային տեղեկատվության փոխանակման և թղթակցության պարբերականության ապահովում՝ հետագայում «Էլեկտրոնային գրադարան» ստեղծելու հեռանկարով:

Բժշկական ինստիտուտի կյանքում ուշադրության արժանի և անսահման մեծ իրադարձություն տեղի ունեցավ 1957 թվականին: Միյուրքահայ երիտասարդության ներկայացուցիչները հնարավորություն ստացան մայրենի լեզվով բարձրագույն բժշկական կրթություն ստանալ մայր հայրենիքում: Ստեղծվեց արտասահմանցի ուսանողների բաժինը, և սփյուռքի տարբեր գաղթօջախներից ժամանած հայագրի բազմաթիվ երիտասարդներ կարողացան ձեռք բերել բժշկի մասնագիտություն: Հետագայում, 1989թ., նախկին ԽՍՀՄ առողջապահության և բարձրագույն կրթության նախարարությունների կողմից կազմակերպված առաջին և ավարտական կուրսերի ուսանողների գիտելիքների ստուգումների այբյուրքում բարձր որակավորման արժանանալուց անմիջապես հետո, մեր ինստիտուտում սկսեցին սովորել մասնաշարժային քաղաքացիներ (արաբներ, հնդկներ, պարսիկներ և այլն): Ի դեպ հիշեցնենք, որ Խորհրդային Միության տասնյակավոր բժշկական ինստիտուտներից մերն առաջիններից մեկն էր, որ արժանացավ այդ պատվին:

Այժմ համալսարանում սովորում է 21 երկրներից, այդ թվում՝ Սիրիայից, Հնդկաստանից, Լիբանանից, Իրանից, Հունաստանից, ԱՄՆ-ից, Չինաստանից, Բրազիլիայից ժամանած շուրջ 1500 արտասահմանցի քաղաքացի: Համալսարանը սերտ կապեր է հաստատել նախկին շրջանավարտների, ինչպես նաև ԱՄՆ-ի, Սիրիայի, Լիբանանի հայկական բժշկական ասոցիացիաների հետ: Մեր նախկին սաներից շատերը դարձել են անվանի բժիշկներ և առողջապահության կազմակերպիչներ՝ իրենց երկրներում առավել բարձրացնելով Երևանի պետական բժշկական համալսարանի հեղինակությունը:

Համալսարանում 1958 թվականից հրատարակվում է «Ապագա բժիշկ» բազմատպաքանակ՝ ուսանող-

ների բարեկամն ու խորհրդատուն: Դավառանքի է այր-
ժանի ուսանողական խորհրդարանի նախաձեռնությամբ «Medicus» ուսանողական ամսաթերթի հրատարակությունը, որտեղ ուսանողները հանդես են գալիս հետաքրքիր հրապարակումներով և առաջարկություններով:

Իր գործունեության ողջ ժամանակաշրջանում, բժշկական կադրերի պատրաստմանը զուգընթաց, համալսարանը զբաղվել է նաև գործնական բժշկկների մասնագիտացման ու որակավորման բարձրացման խնդիրներով: Այդ աշխատանքներն առավել նպատակասլաց և կանոնակարգված կազմակերպելու նպատակով 1958թ. ինստիտուտում ստեղծվեց բժշկկների կատարելագործման ֆակուլտետը, որի բազայի վրա էլ 1963թ. հիմնադրվեց բժշկկների կատարելագործման Երևանի համալսարանական ինստիտուտը (ներկայումս՝ Առողջապահության ազգային ինստիտուտ):

Մինչև 50-ական թվականների վերջը բժշկական ինստիտուտը պատրաստել է շուրջ 5000 բժիշկ երկու հիմնական (բուժական գործ և սանիտարական բժիշկ) մասնագիտություններով: Այդ ժամանակաշրջանում քանակական առումով այդ խնդիրն ինչ-որ չափով կարելի էր լուծված համարել: Սակայն հանրապետությունը մեծ կարիք ուներ մանկաբույժների ու ստոմատոլոգների: Նկատի ունենալով վերոնշյալը՝ 1958թ. կազմավորվեց մանկաբուժական, իսկ 1961-ին՝ ստոմատոլոգիական ֆակուլտետները՝ համապատասխան մասնագիտական ամբիոններով:

Համալսարանի մասնագիտացված ստորաբաժանումը՝ կենտրոնական գիտահետազոտական լաբորատորիան (ԿԳՀԼ) հիմնադրվել է 1964 թ.: 1992թ. ԿԳՀԼ-ն վերակազմավորվեց գիտահետազոտական կենտրոնի (ԳՀԿ), որն այժմ համալսարանում գործում է որպես ինքնուրույն ստորաբաժանում: Վերջին 15 տարիներին համալսարանի գիտահետազոտական կենտրոնի աշխատանքային կազմն ընդգրկվել է նորմալում և մի շարք հիվանդությունների դեպքում լիմֆոկինների կենսաբանական դերի ուսումնասիրությանն ուղղված գիտական ծրագրում:

Սրանից զատ, գիտական հետազոտություններ են կատարվում նաև առաջնային նշանակության շուրջ 30 թեմաների ուղղությամբ, որոնք ֆինանսավորվում են պետության կողմից: Այդ թեմաների մշակմանը ներգրավվել է շուրջ 100 գիտաշխատող: Դրամաշնորհային կարգով գործում է նաև բացառապես համալսարանի ուսանողներից և երիտասարդ գիտնականներից կազմված 29 գիտական խումբ:

Առանձնահատուկ է բժշկի մասնագիտությունը. ի տարբերություն մյուս մասնագիտությունների՝ բժշկությանն անդամագրված մասնագետը բուհն ավարտում է հանդիսավոր եղմամբ: Ավելի քան երկու հազարամյակի վաղեմություն ունեցող հիպոկրատյան հայտնի երկումը խորհրդային միությունում մի քանի տասնամյակ մոռացության էր մատնված: Եվ միայն 1971թ. վերականգնվեց մեծ իմաստ ու բովանդակություն ունեցող այդ ավանդույթը: Այժմ էլ մեզանում հաս-

տատվել է հիպոկրատյան երդման հայաստանյան տարբերակը. Երևանի պետական բժշկական համալսարանի շրջանավարտները բուհի ղեկավարներին, պրոֆեսորադասախոսական կազմին, նախարարության և ներկայացուցիչների առջև հանդիսավոր երդվում են՝ հավատարիմ մնալ բժշկի բարձր կոչմանը, սրբությամբ կատարել իրենց մասնագիտական պարտականությունները:

Բժշկական ինստիտուտի կյանքում տեղի ունեցած կարևոր ու հիշարժան իրադարձություններից մեկն էլ 1972թ. դեղագիտական ֆակուլտետի հիմնումն էր, որը նշանակալից դեր խաղաց հանրապետությունը դեղագիտական բարձրորակ կադրերով ապահովելու գործում: Եվ, վերջապես, 1975թ. ստեղծվում է նախապատրաստական բաժանումը, որը խորհրդային տարիներին համալրվում էր արտադրությունից եկած և բանակից զորացրված երիտասարդներով: Այսօր այդ բաժանումներում սովորում են արտասահմանյան երկրների այլազգի քաղաքացիները և համապատասխան ծրագրով նախապատրաստվում են համալսարան ընդունվելու համար:

Երևանի բժշկական իր գոյության բոլոր տարիներին պատրաստել է ավելի քան 28.000 բժիշկ, որոնցից շուրջ 2000-ը արտասահմանյան երկրների քաղաքացիներ են: Համալսարանի շրջանավարտներից շատերը դարձել են հանրաճանաչ գիտնականներ, ակադեմիկոսներ, առողջապահության հմուտ կազմակերպիչներ, գիտահետազոտական կենտրոնների, ինստիտուտների տնօրեններ ու գիտական բազմամարդ դպրոցների ղեկավարներ: Այսպես, ակադեմիկոսներ Հ. Բունիսթյանը, Վ. Ֆանարջյանը և Է. Գաբրիելյանը ընտրվել են ՀՀ ԳԱԱ փոխնախագահներ, Ս. Միրզայանը, Վ. Մխիթարյանը, Լ. Հարությունյանը, Ռ. Ստամբուլյանը, Գ. Բադալյանը և ուրիշներ համալսարանում ղեկավարել են ամբիոններ, ակադեմիկոս Ս. Ավդաբեկյանը երկար տարիներ գլխավորել է Երևանի բժիշկների կատարելագործման ինստիտուտը, ներկայումս գիտահետազոտական տարբեր ինստիտուտների ղեկավարներ են ակադեմիկոսներ Է. Աֆրիկյանը, Կ. Աղամյանը, Ա. Գալոյանը, Հ. Ալեքսանյանը: Տասնամյակներ շարունակ Մոսկվայում իրենց գիտական բեղմնավոր գործունեություններն են ծավալել ակադեմիկոսներ Լ. Փիրուզյանը, Լ. Բադալյանը, Մ. Վարդանյանը և ուրիշներ:

Ժողովրդական առողջապահության համար որակյալ մասնագետների պատրաստման և բժշկագիտության զարգացման գործում ունեցած ծառայությունների համար 1980թ. ինստիտուտը պարգևատրվեց Աշխատանքային Կարմիր Դրոշի շքանշանով:

Ընդառաջելով մեր բուհի ուսանողների և աշխատակիցների ցանկությանը՝ ՀՀ նախարարների խորհուրդը 25.05.1989թ. թիվ 234 որոշմամբ Երևանի բժշկական ինստիտուտը անվանակոչեց միջնադարի մեծ բժշկապետ ու մտածող Մ. Հերացու անունով:

Բժշկական համալսարանի ուսանողության ու դասախոսների համար քաղաքացիական ու

մասնագիտական պարտքի դրսևորման մեծ փորձություն եղավ 1988թ. դեկտեմբերյան ավերիչ երկրաշարժը: Առանց երկմտանքի կարելի է արձանագրել, որ այդ ծանր օրերին ապագա բժշկները գտնվեցին իրենց կոչման բարձրության վրա, ցուցաբերեցին բժշկական պարտքի, արխության ու մարդասիրության դրսևորման փայլուն օրինակներ:

Երևանի պետական բժշկական համալսարանի զարգացման պատմության մեջ առանձնահատուկ նշանակություն ունի վերջին տասնհինգամյակը: 1992-95 թվականներին հանրապետությունը հայտնվեց տնտեսական ու էներգետիկ դաժան ճգնաժամի մեջ: Կաթվածահար եղավ երկրի տնտեսությունը, տրանսպորտը և, իհարկե, նաև կրթական ողջ համակարգը: Սակայն գոյությունստեղծվեց պետք է նշել, որ ճգնաժամային այդ դաժան տարիներին անգամ Երևանի պետական բժշկական համալսարանը, կոլեկտիվի նվիրվածության շնորհիվ, ոչ միայն չդադարեցրեց իր բնականոն գործունեությունը, այլև շարունակեց զոյատևել և մույնիսկ վերընթաց ապրել: Այդ ժամանակահատվածը բժշկական համալսարանի համար վստահաբար կարելի է համարել ուսումնական գործընթացի բարեփոխումների, տեխնիկական հագեցվածության և միջազգային համագործակցության ընդլայնման ժամանակաշրջան:

1990-ական թվականներին ստեղծված քաղաքական, գաղափարական, մշակութային, առողջապահական, տնտեսական իրավիճակը նոր պահանջներ դրեց կրթության նկատմամբ, այդ թվում՝ բարձրագույն բժշկական: Հրամայական պահանջ դարձավ ոչ միայն պահպանել բժշկական համալսարանի՝ տասնամյակների ձեռքբերումները, այլ նաև նոր ուղիներ փնտրել՝ այն զարգացնելու համար: Համալսարանը նախատեսեց իր վերափոխումները, որոնք ընթացան մի քանի ուղղություններով.

- I – ուսումնական կրթական համալիրի առանձին ուղղությունների փոփոխում, ծրագրերի նորացում, նոր ամբիոնների բացում,
- II – այդ փոփոխությունները դարձնել համահունչ միջազգային առաջավոր բժշկական բուհերին,
- III – այդ դժվարին ֆինանսատնտեսական պայմաններում ուղիներ որոնել՝ նոր դրամական միջոցներ հայթայթելու համար:

Սակայն բժշկականի վերելքն ավելի ընդգծվեց հետճգնաժամային տարիներին՝ 1996 թվականից հետո, երբ հանրապետության սոցիալ-տնտեսական կյանքը սկսեց աստիճանաբար վերականգնվել, և նկատելիորեն ակտիվացան համալսարանի կապերը արտասահմանյան երկրների առաջատար բժշկական կենտրոնների հետ: Առանց չափազանցության կարելի է հավաստել, որ դրական միտումներն ու շոշափելի առաջընթացը առկա են համալսարանի գործունեության գրեթե բոլոր բնագավառներում՝ ուսումնական գործընթացի կատարելագործման, գիտական հետազոտությունների մակարդակի բարձրացման, ուսումնագիտական ստորաբաժանումների գործունեության

բարելավման, միջազգային կապերի ընդլայնման ու ամրապնդման, առանձին մասնաշենքերի ու ամբիոնների վերանորոգման, ինչպես նաև աշխատակիցների սոցիալ-տնտեսական պայմանների նկատմամբ ցուցաբերվող մշտական հոգատարության ուղղությամբ:

Անցած տարիների աշխատանքների փորձը ցույց է տալիս, որ միջազգային չափանիշներին համապատասխան համալսարանական կրթություն ապահովելու նպատակով սկսված գործընթացը զգալիորեն առաջադիմում է: Դրա վառ վկայությունը ինչպես մինչդիպլոմային, այնպես էլ հետդիպլոմային ուսուցման համակարգում ժամանակի պահանջներին համահունչ ուսումնական նոր ծրագրերի ու պլանների արդյունավետ կիրառումն է: Դրանք առավելագույնս հավասարեցվել են Արևմտյան Եվրոպայի և Ռուսաստանի Դաշնության առաջատար բժշկական բուհերի ծրագրերին: Այդ իսկ նպատակով հիմնադրվել ու վերակազմավորվել են նոր ամբիոններ ու դասընթացներ, այդ թվում՝ կլինիկական իմունաբանության, անեսթեզիոլոգիայի, ինտենսիվ թերապիայի ու ռեանիմացիայի, հեմատոլոգիայի և տրանսֆուզիոլոգիայի, ուլտրազվախի, ճառագայթային ախտորոշման, պլաստիկ վերականգնողական և միկրոփրաբուժության, պրոկտոլոգիայի ամբիոնները, ինչպես նաև բժշկական զենետիկայի, ռեպրոդուկտոլոգիայի և սեքսուալաբոլոգիայի, մոլեկուլային բժշկության դասընթացները: Այս առումով առավել հասկանալի է ընտանեկան բժշկության և ավանդական բժշկության ամբիոնի ստեղծումը (1997թ.):

Կիրառելով արևմտյան առաջավոր բուհերի փորձը՝ 1999-2000 ուստարում կատարվեց ֆակուլտետների վերամիավորում: Մանկաբուժական և բժշկական-խարզելման ֆակուլտետներում դադարեցվեցին ընդունելության քննությունները, և այդ ֆակուլտետները ընդգրկվեցին բուժական ֆակուլտետի համակազմում՝ որպես ընդհանուր բժշկության ֆակուլտետ:

Բժշկական համալսարանի հետխորհրդային շրջանի պատմության մեջ տեղի ունեցած իրադարձություններից իր կարևորությամբ առանձնահատուկ տեղ է զբաղում ռազմաբժշկական ֆակուլտետի բացումը: Ըստ արժանվույն զնահատելով մեր նորանկախ պետության համար ֆիզիկապես ամուր, առողջ ու մարտունակ բանակ ունենալու, ինչպես նաև բանակը բարձրորակ զինվորական բժիշկներով ապահովելու կարևորությունը՝ ՀՀ կառավարության որոշմամբ 1994թ. բժշկական համալսարանի ռազմական պատրաստականության ամբիոնի բազայի վրա հիմնադրվեց և այսօր էլ հաջողությամբ գործում է ռազմաբժշկական ֆակուլտետը: Անցած տասը տարիների ընթացքում համալսարանի ղեկավարության և ՀՀ պաշտպանության նախարարության համատեղ ջանքերով ֆակուլտետը վերածվեց ժամանակակից ռազմաբժշկական օրինակելի ուսումնական ստորաբաժանման:

Հանրապետության բուհերից բժշկականը միակն է, որ անցում կատարեց ուսանողների գիտելիքների

գնահատման 10 բալանոց համակարգին, որն անկասկած առաջադիմական է և նպաստում է գիտելիքների առավելագույնս ճիշտ ու օբյեկտիվ գնահատմանը:

Քանի որ ԽՍՀՄ կազմալուծման հետևանքով բժշկականի դասախոսները գրկվեցին նախկին միության կենտրոնական բաղադրերում որակավորման բարձրագույն հնարավորություններից, 1997թ. բժշկական համալսարանում կազմավորվեց ու հաջողությամբ գործում է դասախոսների որակավորման բարձրագույն դասընթացը:

Բարձրագույն կրթությամբ բժշկական կադրերի պատրաստման և բժշկագիտության տարբեր բնագավառների զարգացման գործում անգնահատելի ծառայություններ ունեն համալսարանի ռեկտորները, որոնց ջանքերի շնորհիվ աստիճանաբար ընդլայնվել են ուսումնական և գիտական բազաները, ամբիոններն ու լաբորատորիաները հարստացել են նորագույն բժշկական սարքավորումներով, որոնք հնարավորություն են ընձեռում ժամանակի պահանջներին համապատասխան մակարդակով կազմակերպելու ոչ միայն ուսումնական գործընթացը, այլև՝ բժշկագիտության տարբեր բնագավառներում կատարվող գիտահետազոտական աշխատանքները: Ռեկտորներից հատկապես պետք է առանձնացնել Վ. Միքայելյանին, որը համալսարանի 75-ամյա պատմության ընթացքում միակ կինն էր, որին և վստահվել էր այդ պատասխանատու պաշտոնը: Հիշատակության են արժանի ռեկտորներ Հ. Հովհաննիսյանը, Գ. Ղևնդյանը, Ն. Հակոբյանը, Ս. Գալստյանը, Է. Գաբրիելյանը, Վ. Աստվածատրյանը, որոնց ղեկավարությամբ համալսարանը հասավ բացառիկ հաջողությունների և ձեռք բերեց մեծ հեղինակություն:

Երևանի պետական բժշկական համալսարանն իր գործունեության ողջ ժամանակաշրջանում բարձրորակ բժշկական կադրեր պատրաստելուց բացի, լուրջ ու ծանրակշիռ ներդրում է ունեցել խորհրդային ու համաշխարհային բժշկագիտության զարգացման ասպարեզում: Համալսարանի գիտնականները բազմիցս հանդես են եկել մի շարք նորարարական առաջարկներով, որոնց ներդրումը գործնական առողջապահության մեջ նպաստել է հիվանդների բուժման ու հիվանդությունների կանխարգելման հիմնախնդիրների լուծմանը: Ակնհայտ են բժշկական համալսարանի գիտնականների նվաճումները տեսական ու կիրառական բժշկության բոլոր բնագավառներում: Նրանց ղեկավարությամբ ու ակտիվ մասնակցությամբ Հաստատում ստեղծվել են բժշկագիտության մի շարք ճյուղեր, այդ թվում բժշկական մանրէաբանություն, համաճարակաբանություն, ռենտգենաբանություն, ախտաբանական անատոմիա, նյարդավիրաբուժություն, սրտաբանություն և այլն: Զգալի են մեր գիտնականների ծառայությունները մահ վիրուսաբանության, կենսաքիմիայի, իմունաբանության, դեղաբանության, մակաբուժաբանության և բժշկագիտության այլ ճյուղերի զարգացման բնագավառներում:

Գիտամանկավարժական կադրերի մի քանի սե-

յունդների ջանքերով բժշկական համալսարանը դարձել է գիտաբժշկական հաստատություն, առանց որի այսօր անհնար է լուծել հանրապետության առողջապահության առջև ծառացած հիմնախնդիրները: Այսօր չափազանց մեծ ու ծանրակշիռ է բժշկական համալսարանի գիտական ներուժը: Գիտական հետազոտություններն ունեն հետևյալ հիմնական ուղղությունները.

1) ՀՀ-ում տարածված հիվանդությունների բուժման ու կանխարգելման ժամանակակից միջոցառումների մշակում ու ներդրում,

2) հիմնարար գիտական հետազոտություններ՝ նվիրված առողջ ու հիվանդ մարդկանց օրգանիզմի կառուցվածքային ու ֆունկցիոնալ առանձնահատկությունների ուսումնասիրմանը և նրանց՝ շրջակա միջավայրի հարմարվողականությանը,

3) հիվանդությունների կանխարգելման, ախտաբանության և բուժման նոր մեթոդների մշակումը և ներդրումը:

Համալսարանի կառուցվածքային ստորաբաժանումներում այսօր գիտահետազոտական արգասաբեր աշխատանք է կատարում ՀՀ ԳԱԱ չորս ակադեմիկոս, երկու թղթակից անդամ, Ռ.Դ. ԲԳԱ մեկ թղթակից անդամ, գիտությունների 132 դոկտոր, պրոֆեսոր և 400 քեկնաժու և դոցենտ: Տարբեր տարիներին համալսարանում աշխատել է նախկին ԽՍՀՄ ԲԳԱ և Հայաստանի ԳԱ, ինչպես նաև ներկայումս ՀՀ ԳԱԱ և Ռ.Դ. ԲԳԱ 17 ակադեմիկոս և թղթակից անդամ, ՀՀ գիտության և բարձրագույն դպրոցի 55 վաստակավոր գործիչ:

Համալսարանում լուրջ ու հետևողական աշխատանքներ են տարվում ուսումնագիտական ստորաբաժանումների և ամբիոնների տեխնիկական հագեցվածության ուղղությամբ: Վերջին տարիների ընթացքում ձեռնարկված բազմաբնույթ միջոցառումների արդյունքում համալսարանի համարյա բոլոր ամբիոնները համալրվել են ուսումնական վարժասարքերով, ապահովվել համակարգչային տեխնիկայով, համակարգչային դասասենյակներով, ժամանակակից բժշկական և լաբորատոր սարքավորումներով, ստեղծվել է համալսարանական մեքենայի տեղեկատվական ինտերնետային ցանց: Օրեցօր մեծանում են ուսանողների ինքնուրույն աշխատանք կատարելու հնարավորությունները:

Բժշկական համալսարանական կրթության բովանդակությունն անընդհատ նորացվում է՝ պայմանավորված բժշկագիտության բնագավառում նոր ուղղությունների զարգացմամբ:

Բժշկական կրթության բարձր որակի ապահովման գլխավոր երաշխիքներն են՝ ուսումնական գործընթացի մեթոդական անընդմեջ կատարելագործումը, գիտության ժամանակակից տեխնոլոգիաների ներդրումը, որը և պայմանավորում է դասավանդման, գիտելիքների ստուգման, գործնական ունակությունների ձեռքբերման բարձր մակարդակ: Այն ընդգրկում է համալսարանի բոլոր գործառնություններն ու գիտամանկավարժական գործունեության ուղղությունները:

Այդ նպատակով նախատեսվում է ներդնել ուսուցման մոդ մեթոդներ, ստեղծել ժամանակակից տեղեկատվության և հեռուստահաղորդակցման համապարփակ համակարգ՝ ամբողջացնելու համալսարանի ուսումնական նյութատեխնիկական բազան, մտավոր ներուժն ու նորացվող գիտելիքի ողջ զինանոցը՝ գրադարանային ֆոնդը և տեղեկատվական միջոցները: Ֆինանսական մեծ ծախսեր պահանջող այս գործընթացն, անկասկած, մեծ ժամանակ է պահանջում:

Հեռանկարում կպահանջվեն համակարգչային դասագրքեր կամ ուսումնական ձեռնարկներ, որոնք ուսանողների համար պետք է լինեն մատչելի, ունենան տեղեկատվության անհրաժեշտ ծավալ և առավելագույնս ցուցադրական լուսաբանող նյութ, որն ուսանողից կպահանջի ոչ թե մեխանիկական մտապահում, այլ՝ ակտիվ մտավոր ունակություն:

Բժշկական բարձրագույն կրթության որակի ապահովման գործոններից է նաև ինտերնետ ցանցով հեռահար ուսուցման մեթոդի ներդրումը: Ուսումնական նյութերի մեծ ծավալ կգերազանցի ուսումնական գործընթացում՝ ներդնելով ցանցային հեռուստուցման տարրեր՝ սովորողներին ուսումնամեթոդական և ուսուցողական-ստուգողական նյութերով ապահովելու համար: Հեռուստուցման գործընթացն ապահովելու համար, պլանդային տեղեկատվական միջոցների հետ մեկտեղ, պետք է օգտագործվեն հեռուստուցման հետևյալ միջոցները՝ մասնագիտացված դասագրքեր մուլտիմեդիայի ուղեկցությամբ, էլեկտրոնային ուսումնամեթոդական համալիրներ, էլեկտրոնային դասագրքեր, ուսումնական ձեռնարկներ, տրենինգային համակարգչային ծրագրեր, համակարգչային լաբորատոր գործնական պարապմունքներ, ստուգողական-թեստավորման լրակազմեր, ուսումնական տեսաֆիլմեր, ատլասներ, հեռահաղորդակցման համար նախատեսված այլ նյութեր:

Հեռահար ուսուցումն ապահովվում է կրթական տեխնոլոգիաների համալիր կիրառմամբ, որի դեպքում ուսանողի և դասախոսի նպատակալաց միջնորդավորված կամ ոչ լրիվ միջնորդավորված փոխգործունեությունն ընթանում է անկախ նրանց գտնվելու վայրից և ժամանակի տարաբաշխումից՝ հիմնված մանկավարժորեն կազմակերպված տեղեկատվական տեխնոլոգիաների և առաջին հերթին հեռահաղորդակցման միջոցների կիրառումով:

Միաժամանակ ակնհայտ է, որ մոդ տեխնոլոգիաները չպետք է և չեն կարող ամբողջությամբ փոխարինել ավանդականին: Դրանք պետք է փոխադարձաբար լրացնեն մեկը մյուսին, քանի որ բժշկությունն ունի այնպիսի առանձնահատկություններ, որոնք թույլ չեն տալիս փոխարինել բժիշկների պատրաստման դասական համակարգը: Հետևաբար, վիրտուալ ուսուցումը չի կարող փոխարինել բժշկության ուսուցման այնպիսի դասական ձևերին, ինչպիսիք են՝ հիվանդի հետ շփումը, մանուալ հմտությունները, բժշկական մտածողության արվեստը:

Բժշկական բարձրագույն կրթության հիմնական նպատակը մասնագիտական գիտելիքների և հմտությունների ձեռքբերումն է: Թե ինչպիսին է մեր հանրապետությունում բժշկությունն այսօր և ինչպիսին կլինի վաղը, անմիջականորեն կապված է կրթական համակարգի ողջ համալիրի ճիշտ վերակառուցման հետ: Անվիճելի է, որ բժշկական օգնություն և սպասարկում ստանալու սահմանադրական իրավունքի ապահովումը հնարավոր է միայն բարձրորակ կադրեր պատրաստելու եղանակով: Այդ գործում բացառիկ կարևոր դեր ունեն բարձրագույն բժշկական և դեղագիտական կադրերը, որոնք և պետք է իրականացնեն բուժման, հիվանդությունների կանխարգելման, գիտության զարգացման առաջընթացը և ժամանակակից միջազգային դեղային քաղաքականությունը:

Վերջին տարիներին համալսարանում իրականացվում է զնահատման մոդ՝ ռեյտինգային համակարգ, որի նպատակն է կրթական ծրագրի յուրացման ընթացքում զնահատել ուսանողի աշխատանքը, որն իր մեջ ներառում է հաճախումները դասախոսություններին և գործնական պարապմունքներին, ընթացիկ հարցումների զնահատականները, գործնական ունակությունների տիրապետման մակարդակը, քննական զնահատականը, ուսանողական գիտական աշխատանքներին արդյունավետ մասնակցությունը:

Ինչպես ցույց է տալիս միջազգային փորձը, կրթական ծառայությունների արտահանումը խիստ շահութաբեր է ցանկացած պետության համար: Մեր կարծիքով, Հայաստանի հանրապետությունում այդ գործընթացը դեռևս չի արժանացել անհրաժեշտ ուշադրության: Հիմնական պատճառը կրթական ծառայությունների արտահանման պետական նպատակային ծրագրերի, բոլոր հիմնական սուբյեկտների կողմից անցված հստակ գործողությունների բացակայությունն է:

Մեր խորին համոզմամբ Հայաստանի բարձրագույն դպրոցներն ունեն համապատասխան գիտամանկավարժական հզոր ներուժ և անհրաժեշտ մեկնարկային պայմաններ՝ բարձրացնելու մրցունակությունը կրթության շուկայում և խթանելու զարգացող երկրների քաղաքացիներին կրթական ծառայությունների արտահանումն ապահովող գործընթացը: Անհերքելի ռազմավարական սխալ թույլ կտանք՝ չօգտագործելով մեր հնարավորությունները: Սակայն այդ ամենը իրատեսական չի կարող է լինել առանց պետական համակողմանի աջակցության:

Մեր կարևոր ձեռքբերումներից է նաև համալսարանի ամբիոնների երիտասարդացմանն ուղղված քայլերը: Հաշվի առնելով բժշկական համալսարանի բարձր վարկանիշը և միջազգային ճանաչումը՝ համալսարանի վաղվա օրվա զարգացումն ապահովելու գիտակցությամբ առանձնահատուկ կարգավիճակ ստացավ անգլերեն լեզվի ուսուցումը: Նպատակալաց գործունեության շնորհիվ վերջին 4-5 տարիների ընթացքում ամբիոնները համարվեցին խոստումնալից երիտասարդներով, որոնց հենքի վրա 2002թ

հնարավոր դարձավ անգլերեն լեզվով ուսուցման ֆակուլտետի բացումը:

Որո՞նք էին այն հիմնապատճառները, որ դոկտոր Բենգ Բենգսոնը անգլերեն լեզվով ուսուցման: Հինգեր՝ ինչպիսի ծանր իրավիճակ էր հանրապետությունում 1992թ. և դրան հաջորդող տարիներին. բժշկական կադրերի գերհագեցվածության պատճառով կառավարությունը ստիպված եղավ վեց անգամ կրճատելու մեր բուհ ընդունվող ուսանողների պետպատվերը: Պայմանավորված բնակչության սոցիալ-տնտեսական պայմանների վատթարացմամբ՝ կտրուկ նվազեց բարձրագույն կրթություն ստանալու ձգտումը, ինչին մեծապես նպաստեց նաև վճարովի համակարգի ստեղծումը:

Բնական է, որ մեր՝ պետական միակ բարձրագույն բժշկական համալսարանը, որն իրավամբ վաստակել է միջազգային համբավ, վաղվա օրվա զարգացումն ապահովելու գիտակցությամբ, պետք է ուղիներ որոնե՞ր՝ ոչ միայն պահպանելու նախկինում ունեցած ձեռքբերումները, այլ նաև առաջընթաց քայլերով ունենալու նոր նվաճումներ:

Գիտակցելով, որ փոքր ազգերին մայրենիից զատ օրի պես անհրաժեշտ է օտար լեզուների իմացությունը, 1992թ. համալսարանի խորհրդի որոշմամբ ավելացվեց ռուսաց և օտար լեզուների դասաժամերը: Դեռևս 1988թ. նախապատրաստական բաժանմունքի այլազգի ուսանողների ուսուցումը կազմակերպվում էր ռուսերեն լեզվով: Փորձը ցույց տվեց, որ այն անբավարար էր՝ ուսանողների թիվը կտրուկ ավելացնելու համար, ուստի, որոշվեց քայլեր ձեռնարկել՝ նաև անգլերեն լեզվի իմացությունը կատարելագործելու ուղղությամբ:

Այդ իսկ պատճառով առաջին հիմնական և կարևոր որոշումը եղավ գերազանցության դիպլոմ ստացող շրջանավարտների համար պարտադիր պայման համարել օտար և մասնավորապես՝ անգլերեն լեզվի գերազանց իմացությունը: Այդ պահանջը ինչպես ուսանողների, այնպես էլ դասախոսների կողմից սկզբում թերևս ընդունվեց դժգոհությամբ: Հաջորդ քայլն ամբիոնները, երիտասարդ կադրերով համալրելիս անգլերենի իմացության պարտադիր պայմանն էր: Այդ երկու պահանջը կտրուկ բարձրացրեցին և՛ ուսանողության, և՛ երիտասարդ աշխատակիցների՝ անգլերենի նկատմամբ ունեցած վերաբերմունքը: Եվ երբ 1996թ. ամբիոններում (մասնավորապես՝ առաջին երեք կուրսերում) ի հայտ եկան անգլերեն լեզվին տիրապետողներ, զգուշորեն, առանց աղմուկի առաջարկվեց այլազգիների ուսուցումը կազմակերպել նաև անգլերեն լեզվով: Ի պատիվ մեր ամբիոնների պրոֆեսորադասախոսական անձնակազմի (հատկապես՝ ամբիոնների վարիչների) բարի կամքի դրսևորման՝ աստիճանաբար եղան դրական արձագանքներ: Վերջին մի քանի տարիների ընթացքում համալսարանի գործընթացում ակտիվորեն ընդգրկվեցին նորավարտ, հիմնականում գերազանց առաջադիմությամբ ասպիրանտները և անգլերեն լեզվին տիրապե-

տող շրջանավարտները: Բանի որ անգլերեն լեզվին տիրապետում են հիմնականում նորավարտ դասախոսները, պետք է բարձրացնել նրանց մասնագիտական և մանկավարժական հմտությունների մակարդակը:

Հարկ է նշել, որ համալսարանի պրոֆեսորադասախոսական անձնակազմի գերակշիռ մասն ունի երկար տարիների մանկավարժական, գիտագործնական աշխատանքների բազմահմուտ փորձ, բարձր գիտակցությամբ է մոտենում համալսարանում տարվող քաղաքականությանը և մասնագիտա կան բարձր մակարդակով է կատարում իր առաքելությունը արտասահմանյան երկրների համար բարձրորակ բժշկական կադրեր պատրաստելու գործում: Տարեցտարի ավելանում է մեր համալսարանում անգլերեն լեզվով սովորել ցանկացող այլազգի ուսանողների թիվը, այսօր արդեն այդ համակարգում սովորում է ավելի քան 600 ուսանող:

Այժմ արդեն կայող ենք արձանագրել, որ անգլերեն լեզվով ուսուցումը կայացել է, և արվել է հնարավոր ամեն ինչ՝ պատշաճ մակարդակով այն շարունակելու համար:

Վերջին տարիներին համալսարանում տեղի է ունեցել չափազանց կարևոր իրադարձություն ևս. մեր համալսարանում ներ մասնագիտացում (կլինիկական օրդինատուրա) են ստանում արտասահմանյան երկրներում բարձրագույն բժշկական կրթություն ստացած այլազգի բժիշկներ:

Գաղտնիք չէ, որ բժշկական համալսարանում արտասահմանցի ուսանողների ուսուցումն ունի թե՛ քաղաքական, և թե՛ տնտեսական մեծ նշանակություն: Ելնելով այդ երկրների աշխարհագրական, բնակլիմայական պայմաններից՝ մի շարք կլինիկական առարկաների դասավանդումը հարմարեցվել է յուրահատուկ հիվանդությունների ախտորոշման, կանխարգելման և բուժման առանձնահատկություններին (օրինակ՝ արևադարձային, բնական-օջախային և տեղաբնակային-վարակալի, մակաբուծային հիվանդություններ և այլն), որոնք ենթադրում են ապագայում համալսարանական կլինիկական հիվանդանոցներում բացելու նոր բաժանմունքներ:

Վերջին տարիներին ընդլայնվում է արտերկրի քաղաքացիների, մասնավորապես՝ Ասիայից, Եվրոպայից և ԱՄՆ-ից ընդունելության աշխարհագրությունը, որը բժշկական համալսարանի՝ աստիճանաբար աճող միջազգային դրական վարկանիշի արդյունքն է:

Այդ վարկանիշի շնորհիվ 2000թ. հունվար ամսից համալսարանն անդամակցում է համալսարանների միջազգային International Universities of UNESCO (IUU) և եվրոպական ասոցիացիաներին:

Բժշկական համալսարանն առանձնապես ակնառու հաջողություններ ունի միջազգային կապերի զարգացման ու համագործակցության ընդլայնման գործում Մերտ ու գործարար կապեր են հաստատվել Ֆրանսիայի, Հունաստանի և ԱՄՆ-ի, Ռուսաստանի, Իրանի և այլ երկրների բժշկական կենտրոնների հետ:

Շարունակվում և խորացվում է Ռուսաստանի Դաշնության, Եվրոպայի, Հնդկաստանի, ԱՄՆ-ի շուրջ 30 համալսարանների հետ արդեն սկզբնավորված համագործակցությունը, որի շնորհիվ տարեցտարի ընդլայնվում է դասախոսների, ուսանողների և կլինիկական օրդինատորների փոխադասարանների շրջանակը:

Այժմ բայեր են կատարվում մեզ համար բոլորովին նոր՝ ամերիկյան ուսումնական ծրագրերով բարձրագույն բժշկական կադրեր պատրաստելու ուղղությամբ: Այն ենթադրում է համալսարան ընդունել ԱՄՆ-ի և Կանադայի բժշկական քոլեջի օտարազգի շրջանավարտներին: Այդ նպատակով ԱՄՆ-ում ստեղծվել է գրասենյակ, որի ղեկավարումը ստանձնել է Կալիֆորնիայի հայ բժիշկների միության նախագահը: Վերջինիս անմիջական աջակցությամբ մեր համալսարանին կտրամադրվեն Կալիֆորնիայի Լոս Անջելեսյան համալսարանի հետ համաձայնեցված անհրաժեշտ դասագրքեր, ցուցադրական և լաբորատոր աշխատանքի նյութեր: Արդեն ստացել ենք ամերիկյան ուսուցման համակարգի ուսումնական ծրագրերը և պլանները: Մոտ ապագայում համալսարանի յնտերնետ էջում կներկայացվեն տեղեկություններ՝ ընդունելության պայմաններին և մեր համալսարանին ծանուրանալու համար:

Այս նորամուծությունը ևս կնպաստի բժշկական համալսարանի հեղինակության բարձրացմանը և, իհարկե, ֆինանսական վիճակի բարելավմանը:

Կարևորում ենք նաև անգլախոս ուսանողների՝ հայերենի իմացությունը, ուսումնառության 6-7 տարիներից սովորելով և բնակվելով հայախոս շրջակայում, բնականաբար, անհրաժեշտություն է առաջանում որոշակի գիտելիքներ ունենալ՝ հայերեն հարողակցվելու համար: Բարձր կուրսերում մասնագիտական ուսումնական ծրագրով նախատեսված կլինիկական ամբիոններում և հիվանդանոցներում տարվող ուսումնական պարապմունքների ժամանակ՝ որպես ապագա բժիշկներ, անհրաժեշտություն կունենան հիվանդի անկողնու մոտ զրուցելու, լսելու նրանց գանգատները և խորհուրդներ տալու: Հասկանելի է, որ ալլազգի բժշկի և հայախոս հիվանդի միջև երկխոսությունը միայն հայերենով կարող է լինել: Բացի այդ, տեղացի ոչ բոլոր բժիշկներն են տիրապետում անգլերենին, ուստի նրանց համագործակցությունը ևս հնարավոր է միայն մեր պետական և ազգային լեզվին տիրապետելու դեպքում:

Մեր հիմնական նպատակը արտասահմանյան երկրների համար բարձրորակ բժշկական կադրերի պատրաստումն է, որպեսզի վերջիններս մրցունակ լինեն իրենց երկրներում և բարձր պահեն մեր բուհի վարկանիշը: Մեր կարևոր խնդիրներից է ուսումնական գործընթացի հետագա կատարելագործումը, որպեսզի համալսարանի ցանկացած կուրսի ուսանող, առանց տարի կորցնելու, կարողանա նաև ուսումը շարունակել արևմուտքի համալսարաններում, և՛ հակառակը:

Վերջին ժամանակներս բժշկական բարձրագույն կրթական համակարգում առաջարկվում է ուղենիշ

ընդունել բոլոնյան հռչակագրի (ստորագրվել է 1999թ. 29 երկրների կողմից, հետագայում՝ նրան միացել են Հայաստանը, Ռուսաստանի Դաշնությունը և այլ երկրներ) դրույթները: Այդ համաձայնագրի նպատակն է եվրոպական տարածաշրջանում ստեղծել միասնական կրթական համակարգ, որը ենթադրում է դիպլոմների երկկողմանի ճանաչում, ուսանողների և դասախոսների ազատ շարժողունակություն (այսինքն՝ ցանկացած կիսամյակում ուսուցումը կարելի է շարունակել այլ բուհում), երկաստիճան (բակալավր և մագիստր) կրթական համակարգի անցում, գնահատման միասնական չափանիշներ և գիտելիքների ձեռքբերման լայն ծավալներ:

Ընդունելով բոլոնյան հռչակագրի պահանջների դրական կողմերը, այնուհանդերձ, բժշկական կրթությունում երկաստիճան համակարգը պետք է համարել անընդունելի: Բանն այն է, որ համաձայն այդ կոնցեպցիայի, բակալավրային 3-4 տարվա ուսուցումից հետո, ուսանողների շուրջ 40-50%-ը պետք է անցնի երկրորդ փուլ՝ մագիստրատուրա: Իսկ ի՞նչ է նշանակում բժշկության մեջ բակալավրը, ի՞նչ կարող է նա անել երեք կամ չորսամյա ուսուցումից հետո: Նույնիսկ տաղանդավոր անձը չի կարող որպես բժիշկ աշխատել և աշխատանքային շուկայում տեղ գտնել: Հետևաբար, այդ աստիճաններն անընդունելի են բժշկական բարձրագույն կրթական համակարգում, և դրանք կարող են իրականացվել միայն տեխնիկական բուհերում (նման կարծիք կա եվրոպական բազմաթիվ երկրներում):

Ցավոք, ուսուցման այդ կարգն արդեն ընդունվել է «ՀՀ բարձրագույն կրթության օրենքում» և մենք ամեն ինչ պետք է անենք՝ օրենքում փոփոխություններ մտցնելու համար:

Միանշանակ պետք է համաձայնվել, որ ներկա պայմաններում բարձրագույն բժշկական կրթական համակարգում գերիշխում են միջազգային՝ հիմնականում ընդհանուր ճանաչում ստացած հետևյալ փուլերը.

I) բազային բժշկական կրթություն,

II) հետդիպլոմային բժշկական կրթություն,

III) շարունակական (մշտական, ամբողջ կյանքի ընթացքում) բժշկական կրթություն:

Մեր համալսարանի պրոֆեսորադասախոսական անձնակազմի հիմնական նպատակը պետք է ուղղված լինի այդ փուլերով կրթության ապահովմանը: Ըստ էության մեր, ինչպես նաև աշխարհի բազմաթիվ երկրներում, ներկայումս կիրառվող բժշկական կրթական համակարգը շատ մոտ է այդ ձևին:

Հայտնի ճշմարտություն է, որ բժշկական համալսարանը և կլինիկական ուսումնական բազաները օրգանապես փոխկապակցված են և կազմում են մեկ ամբողջություն:

Ապագա բժիշկների պատրաստման գործում և հետդիպլոմային ուսուցումը լավագույնս կազմակերպելու հետևողական աշխատանքի շնորհիվ ՀՀ կառավարության 2002թ. ապրիլի 23-ի թիվ 450 որոշմամբ, որպես համալսարանական կլինիկական հիվանդա-

նոցներ, բժշկական համալսարանի ենթակայությանը հանձնվեց իր հարկանությանը գտնվող հիվանդանոցային համալիրը, իսկ 2003թ. հոկտեմբերի 30-ի թիվ 1413 որոշմամբ նաև՝ «Հայք» բժշկական կենտրոնը: Այսօր համալսարանը ձեռք է բերել նաև ստոմատոլոգիական 2 կլինիկա, ուսանողական 3 բազմահարկ հանրակացարան, 3 հանգստյան տուն:

Այդ կլինիկաները համալսարանի պրոֆեսորադասախոսական անձնակազմի շնորհիվ, բարձրորակ բժշկական օգնություն իրականացնելուց բացի, այսօր դարձել են նաև բժշկական կադրերի պատրաստման, նրանց որակավորման բարձրացման, գիտահետազոտական աշխատանքների կազմակերպման և բժշկագիտության նվաճումները գործնական առողջապահության մեջ ներդնելու առաջնակարգ կենտրոններ: Դրանք միավորում են մասնագիտական ընդհանրություն և կլինիկական աշխատանքների մեծ փորձ ունեցող դասախոսներին ու բուժաշխատողներին, ապահովում ապագա բժիշկների պատրաստումը և ազգաբնակչության՝ բարձրորակ մասնագիտական բժշկական օգնության կազմակերպումը:

Վաղվա օրվա հրատապ խնդիրներից է համալսարանական կլինիկաների ձևավորումը և կահավորումը: Հետևողականորեն վերակառուցվում և վերանորոգվում են համալսարանական կլինիկաները և բաժանմունքները: Ստեղծվել են լավ կահավորված բաժանմունքներ, այդ թվում՝ սրտաբանության (դիագնոստիկայի ամբիոն), իմունաբանության (կլինիկական իմունոլոգիայի և ակերզոլոգիայի ամբիոն), Ա.Օնասիսի անվան անոթավիրաբուժության, քերպակտիկ և օրթոպեդիկ ստոմատոլոգիաների ամբիոնները և կլինիկաները և այլն: Ժամանակի ընթացքում կվերանայվի համալսարանական կլինիկաների վերապրոֆիլավորման հնարավորությունը՝ նպատակ ունենալով մի կողմից պահպանելու ողջ մահճակալային ֆոնդը, մյուս կողմից հրաժարվելու ֆինանսական տեսակետից ոչ օգտավետ և ուսումնական գործընթացի համար ոչ կարևոր բաժանմունքներից: Մենք նպատակ ունենք աստիճանաբար համալսարանական կլինիկաներում աշխատող ավագ բուժանձնակազմը փոխարինել այդ բազաներում տեղակայված ամբիոնների և լաբորատորիաների աշխատակիցներով, իսկ միջին և կրտսեր անձնակազմը՝ միջին և բարձր կուրսերի ուսանողներով:

Մենք պետք է ձգտենք համալսարանի կլինիկական հիվանդանոցները կարճ ժամանակամիջոցում վերազինել ժամանակակից բժշկագիտական սարքավորումներով, որով կլուծվեն թե՛ համալսարանի ուսանողների մասնագիտական կրթության կազմակերպման, թե՛ սոցիալապես անապահով խավի առողջության պահպանման խնդիրները:

Մենք պետք է պաշտպանենք գիտությունը և կրթությունը ներկայիս «շուկայական մեխանիզմներից»: Գաղտնիք չէ, որ վերջին տասնամյակում ամեն ինչ «հաշվարկվում է» շուկայական օրենքներով, որը խիստ բացասաբար անդրադարձավ բժշկական հա-

մալսարանի աշխատանքներում: Սեփականաշնորհման արդյունքում համալսարանը զրկվեց ստոմատոլոգիական պոլիկլինիկաներից, դեղատներից և համալսարանային կլինիկական հիվանդանոցներից: Այժմ համալսարանն ամեն ինչ անում է՝ իր ունեցած նվազագույն տարածքներով ապահովելու ժամանակի պահանջներին համահունչ ուսումնական գործընթաց, որի հիմնական նախապայմանը տեխնիկական հագեցվածությամբ ժամանակակից նոր կլինիկաների կառուցումն է:

Երևանի պետական բժշկական համալսարանը, լինելով բժշկագիտական խոշորագույն կենտրոն, չի կարող օտարվել Հայաստան աշխարհի առօրյա իրավիճակից և բազում հոգսերից ու ժողովրդի առողջության պահպանման պատասխանատվությունից: Նաև այս կարևոր փաստարկներով են հիմնավորվում բժշկական բարձրագույն դպրոցի բարեփոխմանը և զարգացմանը նպատակաուղղված մեր ամենօրյա պայքարն ու ձեռնարկումները: Հույս ունենք, որ այս բազում ծրագրերի իրագործումը կխթանի ոչ միայն Հայաստանում բժշկական կրթության նոր որակի ստեղծումը, բուժօգնության մակարդակի բարձրացումը, այլև մեր համալսարանի միջազգային ճանաչումը և նրա դերի բարձրացումը:

Ներքուհական աշխատանքների կազմակերպման գործում մեծ է ուսանողության և նրա կառույցների, մասնավորապես՝ ուսանողական խորհրդարանի դերը: Վերջինս կազմավորվել է 1992թ. մեր համալսարանի ուսանողների նախաձեռնությամբ և առաջին նմանատիպ երիտասարդական կառույցն է հանրապետության բուհական համակարգում: Համալսարանի դեկավարությունը համակողմանի աջակցություն է ցուցաբերում ու հովանավորում ուսանողությանը, նրանց՝ գովեստի արժանի և օգտակար աշխատանքներում:

Ուսանողական կազմակերպություններից հիշատակության արժանի է հատկապես «Ուրախների և հնարամիտների ակումբը», որը երկար տարիներ միջազգային մրցույթներում շահել է առաջնություն, դարձել չեմպիոն և բարձր պահել ինչպես համալսարանի, այնպես էլ հանրապետության պատիվը:

Մեծ ուշադրություն է հատկացվում նաև ուսանողների ֆիզիկական դաստիարակությանը: Ներկայումս համալսարանում գործում է շուրջ 12 մարզական խումբ: Ուրախությամբ կարելի է արձանագրել, որ հանրապետական միջբուհական առաջնություններում մեր ուսանողները բազմիցս գրավել են մրցանակային տեղեր:

Մեզանից պահանջվում է պատրաստել այնպիսի բժիշկներ, որոնք մասնագիտական հարցերում կողմնորոշվելուց զատ, լինեն զաղափարապես և քաղաքականապես հասուն քաղաքացիներ: Ծառունակելով առաջավոր երկրների կրթական օջախների փորձը՝ մեր համալսարանում մեծ տեղ է հատկացվում ապագա բժիշկների ինքնուրույն գիտական աշխատանքներին: Տարիներ շարունակ համալսարանի շատ ուսանողներ, ողջ ուսումնական գործընթացին զուգընթաց,

իրենց գիտական առաջին փորձերն են կատարում տեսական և կլինիկական ամբիոններում: Պրոֆեսորադասախոսական անձնակազմն իր հերթին անում է ամեն ինչ՝ ապագա բժիշկների մեջ արթնացնելու ստեղծագործական միտք և քաղաքացիական պարտքի զգացում, որպեսզի վերջիններս գիտության հանդեպ կենդանի հետաքրքրությամբ և բանիմացությամբ կարողանան ուսումնասիրել գիտության ակունքները:

Կրթությունը, ինչպես և գիտությունը, մշտապես երիտասարդ արժանավոր ուսանողների ներհոսքի կալիքն ունի: Մեր ամենօրյա գործունեության ընթացքում պետք է մտածենք ապագայի մասին, իսկ այդ ապագան մեր ուսանողներն են, հետևաբար մեր գլխավոր խնդիրն է հումանիստ բժիշկ-մտավորականի ճիշտ ձևավորումը և բարոյական կրթությունը, ժողովրդի առողջության համար պայքարող մարտիկի դաստիարակումը: Ուստի բարձրորակ մասնագետներ և հումանիստ բժիշկներ պատրաստելու նպատակով մենք պետք է ձգտենք ուսումնական բոլոր տարիների ընթացքում ունենալ ուսանողական ակտիվ հասարակություն, որի կազմի մեջ լինեն ընդունակ, հիմնարար գիտելիքներ ձեռք բերելու խիստ շահագրգիռ և բարոյական վեհ հատկանիշներով օժտված երիտասարդներ: Մեր դաստիարակությունը չի կարող սահմանափակվել միայն ուսյալ բժիշկներ պատրաստելով, բանգի ազնվացնում են ոչ միայն գիտելիքները, այլև սերն ու ձգտումը դեպի կյանքի ճշմարտությունը, որոնք մարդու մեջ արթնանում են, երբ նա սկսում է գիտելիքներ ձեռք բերել:

Ժամանակակից մտածող մարդը, հետազոտողը, շրջակա միջավայրի վերափոխողն ու մարդուն առողջություն պարգևողը պետք է միշտ հիշի Աստծո և մարդկանց նկատմամբ իր պատասխանատվությունը:

Իհարկե, համալսարանի 75 տարիների ընթացքում ձեռք բերած ակնառու հաջողություններով հանդերձ, այսօր դեռևս ունենք լուրջ թերություններ և դժվարություններ: Հագիվ թե անհրաժեշտություն կա, այսօր դրանք քվարկել: Մենք լավ գիտենք դրանց մասին և հնարավոր ամեն ինչ կանենք՝ այդ թերությունները, բացթողումները վերացնելու համար:

Մեծ ու փառավոր ուղի է անցել Երևանի պետական բժշկականը: Հպարտությամբ կարող ենք արձանագրել, որ համալսարանը հանրապետությունում բժշկական կադրերի պատրաստման պետական ակադեմիական բնույթի միակ բարձրագույն կրթօջախն է, որն իր կոտ կառույցներով մշակել ու ներդրել է ուսումնամեթոդական, գիտագործնական ծրագրեր, որոնց շնորհիվ և արժանացել է միջազգային ճանաչման: Այն, իրավամբ, դասվում է աշխարհի լավագույն բժշկական բուհերի շարքը, պատվավոր տեղ է զբաղեցնում Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպության հաշվեցուցակում, և, որ ամենակարևորն է՝ դիպլոմը ճանաչվում է Եվրոպայի, Ասիայի, Ամերիկայի բազմաթիվ երկրներում:

Այսօր էլ համալսարանի աշխատակազմը շարունակում է մեծ հոգատարությամբ պահպանել և զարգացնել նախորդներից ժառանգած ձեռքբերումներն ու ավանդույթները:

Основные направления научно-исследовательской деятельности ЕрГМУ в области теоретической медицины

Зам. главного редактора журнала "Медицинская наука Армении"
профессор А.В.Зильфян

375025, Ереван, ул. Корюна, 2

Настоящая публикация не преследует цели детального изложения истории развития медицинской науки, в которую свой достойный вклад внесли ученые-медики – выпускники нашего университета. Исчерпывающая научная информация в указанном плане отражена в многочисленных публикациях и монографиях, а также в информационных изданиях, связанных со значимыми датами в истории становления и многогранной деятельности университета, в частности, в связи с 70-летним юбилеем и 75-летием со дня основания Ереванского государственного университета им. М. Гераци.

В настоящей статье мы постарались представить состояние научно-исследовательской деятельности коллектива ЕрГМУ в области общетеоретической медицины и основных направлений в развитии профилактической медицины, истории развития медицины в Армении.

Основными направлениями, в русле которых осуществлялись и продолжают осуществляться научные разработки в области теоретической и профилактической медицины, являются:

1. Роль биологически активных веществ в интегративной деятельности организма в норме и в процессе формирования общеадаптационного синдрома.
2. Эпидемиологические, гигиенические и социально-экологические аспекты охраны здоровья городского и сельского населения Республики Армения.

Следует особо отметить, что в области теоретической медицины основные достижения, которые явились результатом многолетней деятельности коллектива университета, стали возможны благодаря серьезной подготовке квалифицированных научных кадров путем формирования научных школ, у истоков которых стояли ведущие специалисты – ученые нашего университета: действительный член АН АрмССР профессор Г.Х. Бунятыян, действительные члены АМН СССР профессора Л.А. Оганесян, А.Б. Алексанян, член-корреспондент АМН СССР профессор Л.А. Арутюнян, член-корреспондент НАН РА, заслуженный деятель науки РА профессор С.А. Мирзоян, заслуженный деятель науки РА профессор А.Г. Бегларян.

Имя крупного ученого-фармаколога, члена-коррес-

пондента НАН РА профессора С.А. Мирзояна занимает достойное место в истории армянской медицинской науки. В результате своей многолетней научно-педагогической деятельности проф. С.А.Мирзоян создал блестящую плеяду армянских фармакологов, которые успешно продолжают дело своего учителя во многих научных учреждениях, вузах республики, на кафедрах нашего университета. Среди учеников С.А. Мирзояна профессор Э.С. Габриелян, действительный член НАН РА, ее вице-президент, с 1971 по 1975 гг. – ректор ЕрМИ, на протяжении 14 лет (1975–1989 гг.) – министр здравоохранения Армении и зав. кафедрой фармакологии ЕрГМУ, а ныне директор Агентства по лекарствам и медтехнологиям МЗ РА; проф. В.П. Акопян – действительный член НАН РА, с 1987 г. по настоящее время ректор ЕрГМУ и зав. кафедрой фармакологии университета; проф. Р.Г. Бороян – зав. кафедрой клинической фармакологии ЕрГМУ; проф. Э.С. Секоян – зав. кафедрой спортивной медицины и реабилитации ЕрГМУ и зам. директора по научной работе НИИ курортологии и физической медицины МЗ РА; проф. А.В. Топчян – зав. кафедрой технологии лекарств ЕрГМУ; проф. Э.А. Амроян – зав. кафедрой фармакологии НИЗ МЗ РА.

Профессор С.А. Мирзоян с 1936 по 1988 гг. был бессменным руководителем кафедры фармакологии ЕрГМУ.

Научную деятельность С.А. Мирзоян начал в лаборатории члена-корреспондента АН СССР Х.С. Коштыянца. В 1937 г. он защитил кандидатскую диссертацию и тогда же получил премию и диплом на Всесоюзном конкурсе молодых ученых АН СССР. В 1942 г. защитил докторскую диссертацию, а в 1943 г. получил звание профессора, в 1966 г. был избран членом-корреспондентом АН Армении.

Первый этап научной и творческой жизни С.А. Мирзояна посвящен раскрытию механизмов участия интероцепторов легких в снятии утомления скелетной мускулатуры и роли при этом химической передачи возбуждения. С.А. Мирзояну удалось получить эффект Орбели-Гинецинского на икроножной мышце лягушки, раздувая ее легкие в условиях стрихнинового отравления. В последующем им было изучено взаимоотношение некоторых вегетативных функций организма, обобщением которых явилась докторская дис-

сертация.

Во время Великой Отечественной войны и в первые послевоенные годы, учитывая острую необходимость изыскания заменителей для дефицитных лекарственных средств, С.А. Мирзоян развернул исследования по изучению фармакологических свойств дикорастущей флоры Армении. Результатом этой работы, проведенной совместно с химиками и ботаниками, было выявление растений, влияющих на сердечно-сосудистую, дыхательную, пищеварительную системы.

Проведенные под руководством С.А. Мирзояна исследования по изучению влияния минеральных вод "Джермук", "Арзни", "Анкаван" на некоторые функции организма позволили установить, что микроэлементы и другие компоненты минеральных вод оказывают определенное воздействие на синаптическую передачу. Выявлена также периодичность динамики влияния минеральных вод на моторную активность желудка, кишечника, желчного пузыря, желчеобразовательную функцию печени, что выражается периодами стимулирования и торможения указанных функций в определенные сроки поступления минеральной воды.

Большой этап научной деятельности профессора С.А. Мирзояна связан с изысканием и изучением механизмов действия синтетических лекарственных средств. В частности, были изучены особенности действия ганглерона, арпеналя на секреторную и моторную функции желудочно-кишечного тракта, на обмен ацетилхолина в слизистой оболочке желудка и обоснована их эффективность при язвенной болезни желудка. Исследования С.А. Мирзояна по изучению зависимости между структурой и противоязвенной активностью производных бензофурана, проведенные совместно с коллективом ИТОХ АН, завершились созданием нового противоязвенного препарата димекмарон.

Особо важное значение в научной деятельности С.А. Мирзояна имеют работы, посвященные фармакологии мозгового кровообращения. В начале 60-х гг. под его руководством впервые В.П. Акопяном выявлена активность гамма-аминомасляной кислоты (ГАМК) в отношении мозговых сосудов. Получены данные о значительном количестве ГАМК, ферментов, участвующих в ее биосинтезе и катаболизме, различных циклических и линейных производных ГАМК в системе мозговых артерий. Показана способность ГАМК участвовать в церебральной вазодилатации при снижении артериального давления (ауторегуляция). Это позволило сформулировать и развить концепцию нейрхимической регуляции мозгового кровообращения.

Эти данные отражены в Международной энциклопедии мозгового кровообращения (Нью-Йорк, 1972) и явились основанием для обнаружения ГАМК-эргической иннервации мозговых сосудов.

Исследования профессора С.А. Мирзояна, имеющие большое научное значение, заслужили известность и признание в широких кругах ученых у нас и за рубежом. Профессор С.А. Мирзоян выступал с докладами на научных форумах в Чехии, Швеции, Голландии, Японии, Швейцарии, Финляндии, Бразилии, Германии, Польше, США и пр.

Круг научных интересов академика Э.С. Габриеляна охватывает широкий спектр проблем. В первую очередь это физиология и фармакология коронарного и мозгового кровообращения, вопросы, связанные с механизмами нейрогенной, миогенной и метаболической регуляции мозгового кровотока в норме и при срыве процессов ауторегуляции.

В частности, руководимым Э.С. Габриеляном научным коллективом изучалась роль нейрогенных и метаболических факторов, кислотно-щелочного равновесия эндогенных биологически активных веществ (катехоламинов, эйкозаноидов) в регуляции гомеостаза мозгового кровообращения.

Особое место занимают исследования, посвященные роли реологических свойств крови, функциональной активности тромбоцитов, лейкоцитов и эритроцитов в патогенезе развития сосудистого спазма. Установлено, что в патогенезе церебральных расстройств важное значение имеет возникновение в сосудистой сети мозга зон с пониженной антиагрегационной активностью, чувствительных к неблагоприятному воздействию эндогенных вазоконстрикторов, динамического растяжения и ряда других факторов.

В качестве интегрирующего фактора системы "кровь-сосудистая стенка" рассматривается значение каскада арахидоновой кислоты и образующихся в нем различных эйкозаноидов в регуляции мозгового кровообращения и в патогенезе его расстройств. На основании полученных данных сформулировано новое представление о механизме развития церебрального ангиоспазма, связанного с нарушением ангиогемических отношений.

В последние годы существенное место в научных исследованиях Э.С. Габриеляна занимают растительные средства, многие из которых проявляют свойства адаптогенов. В частности, значительное число работ посвящено изучению эффектов лимонника, лошняка, пульмофлекса, андрографиса, танакана и ряда других с целью их возможного применения для лечения ряда заболеваний.

Под непосредственным научным руководством акад. Э.С. Габриеляна проведен комплекс работ по разработке, всестороннему изучению и внедрению в практическую медицину нового препарата для лечения СПИДа – арменикума.

Академик Э.С. Габриелян является основателем и директором Научного центра экспертизы лекарств и медицинских технологий Армении, который при содействии МЗ РА осуществляет лекарственную поли-

тику в республике. Главными направлениями деятельности центра является создание законодательной базы, налаживание процесса регистрации лекарств, контроль импортируемых лекарств и инспектирование деятельности организаций, вовлеченных в процесс оборота лекарств, содействие рациональной фармакотерапии в лечебных учреждениях республики, проведение семинаров для медицинской общественности республики, создание Руководства по фармакотерапии, Армянского национального формуляра по лекарствам, Национального формуляра по растительным препаратам, разработка оптимальных схем лечения многих заболеваний, публикация информационных бюллетеней, буклетов и других важных материалов.

По идее и под непосредственным руководством акад. Э.С. Габриеляна создана уникальная информационная компьютерная система по лекарствам AEDIS (Armenian Essential Drugs Information System), которая была удостоена в 1996 г. приза и гранта Международной информационной ассоциации DIA.

Под руководством академика Э.С. Габриеляна ведутся работы по возрождению традиций народной (альтернативной) медицины в Армении на научной основе. По его инициативе и при непосредственном участии совместно с ВОЗ был организован ряд международных форумов по лекарственной политике и традиционной медицине.

Э.С. Габриелян является также членом-корреспондентом Французской национальной академии фармации, действительным членом Международной академии наук, Академии естественных наук России, Медико-технической Академии наук России, Международной академии информатизации, членом Европейского комитета советников по изучению здоровья и ряда других международных академий и организаций, лауреатом Международной престижной премии ЮНЕСКО – Калинга, является членом редколлегий ряда научных журналов, председателем Научного общества фармакологов Армении. Биография академика Э.С. Габриеляна включена в содержание более десяти международных энциклопедий.

Академик Э.С. Габриелян является также председателем правления Медицинского центра им. Святого Нерсеса Великого и Национального института экспертизы при НАН Армении.

Существенный вклад в развитие современной фармакологии внес достойный продолжатель дела профессора С.А. Мирзояна – академик В.П. Акопян. Его фундаментальные исследования посвящены изучению воздействия эндогенных физиологически активных веществ на мозговое кровообращение и раскрытию механизмов их действия. Еще в 1966 г. автором совместно с членом-корреспондентом НАН РА проф. С.А. Мирзояном была выдвинута концепция аутокринного контроля мозгового кровообращения, в реализации которого важная роль принадлежит выраба-

тываемой в мозговой ткани ГАМК. Выдвинутое авторами предположение базировалось на фактах обнаружения в стенках мозговых артерий ферментов обмена ГАМК. Заслуживает внимания и то обстоятельство, что впервые способность крупных артерий синтезировать ГАМК была описана проф. С. А. Мирзояном и проф. В.П. Акопяном в 1970 г. и лишь 13 лет спустя – рядом зарубежных ученых.

Гипотеза нейрхимической ауторегуляции мозгового кровообращения была впоследствии развита проф. В. П. Акопяном и окончательно сформулирована в ряде последующих работ автора.

Успешно сочетая комплекс экспериментальных методических приемов (исследования на целостном организме, модельные опыты *in vitro*), В. П. Акопян описал симптомокомплекс сосудистых и метаболических сдвигов в ЦНС, свидетельствующих в пользу выраженного вазодилатационного эффекта ГАМК, вырабатываемой *in situ*, то есть в структурных компонентах мышечной стенки мозговых артерий. Так, в частности, впервые в мировой литературе было показано, что ГАМК способствует снижению сопротивления мозговых сосудов, усилению объемной скорости мозгового кровотока, понижению системного артериального давления и напряжения кислорода в тканях мозга. Благодаря проведенным исследованиям был сделан весьма важный, на наш взгляд, вывод о том, что ГАМК-эргическая система в ЦНС должна рассматриваться в качестве автономного избирательного модулятора регуляции мозгового кровообращения, а именно в плане избирательного регулятора формирования и реализации дилатационного эффекта мозговых артерий.

Профессором В.П. Акопяном и его учениками установлен также антиагрегационный эффект ГАМК, реализуемый в условиях интраваскулярного свертывания крови, сопровождающий повышенную агрегацию тромбоцитов.

Следует особо отметить и то обстоятельство, что многие выявленные в ЦНС феномены, опосредованные ГАМК-эргической системой, находят свое подтверждение и при анализе автором разностороннего клинического материала.

Несмотря на то, что профессором В. П. Акопяном на основании его плодотворной научной деятельности была окончательно сформулирована концепция об уникальной роли ГАМК-эргической системы в регуляции многих интегративных функций организма и особенно мозгового кровообращения, автором получены новые, представляющие, на наш взгляд, огромную значимость научные данные, касающиеся интегративной деятельности ГАМК-эргической системы на периферии.

Так, в частности, профессором В.П. Акопяном и профессором А.В. Зильфяном впервые установлен факт синтеза ГАМК в тимocyтах ряда лабораторных животных (крысы, мыши, свиньи) в условиях нор-

мального функционирования организма. В настоящее время профессором В. П. Акопяном и профессором А.В. Зильфяном обобщаются данные, касающиеся модулирующего влияния ГАМК (экзогенно вводимые физиологические концентрации нейромедиатора, аналогичные содержанию ГАМК в сыворотке крови) на медиаторное звено иммунитета. В то же время следует отметить, что уже предварительное ознакомление с полученными авторами результатами позволяет судить о ранее совершенно неизвестных эффектах ГАМК на периферии – в плане направленного избирательного синтеза и ингибции иммуоцитоккинов (IL-I, IL-II, IL-VI, γ -ИФН) и нейромедиаторов (пролактин, инсулиноподобный фактор роста), свободнорадикальной активности (процессы окислительного фосфорилирования, синтез NO и др.).

Важным направлением научных исследований, проводимых под руководством профессора В.П. Акопяна, являются также аспекты медико-социальной значимости, связанные с малоподвижным образом жизни.

На основании многочисленных плодотворных исследований академиком В.П.Акопяном выявлены новые механизмы, лежащие в основе нарушенной функции головного мозга при гипокинезии. Полученные информативные сведения, охватывающие гемодинамические, метаболические и морфологические характеристики деятельности ЦНС, позволили с качественно новых позиций интерпретировать механизмы регуляции мозгового кровообращения в условиях гипокинезии.

Результаты многочисленных исследований академика В.П.Акопяна в указанном направлении обобщены, в частности, в его монографии «Hypokinesia & Cerebral Blood Circulation» (National & Kapodistrian University, Athens, Greece, 2002), которая была удостоена премии президента РА за достойный вклад в развитие фундаментальной медицины в Армении.

Профессор Акопян В.П. является членом многочисленных международных академий и ассоциаций, федераций и комиссий: Национальной академии Нью-Йорка; Международной академии медицинских наук; Польской национальной академии медицины; Всемирной академии медицины им. А. Швейцера (Варшава, Польша); Международной академии информатизации; Медико-технической академии России; Фармакологической ассоциации РФ; Международной ассоциации кровообращения и метаболизма мозга; Международной ассоциации патофизиологии; Международной фармацевтической федерации (Гаага, Нидерланды); Всемирной федерации медицинского образования; Международного союза фармакологов (Брюссель, Бельгия).

Профессор В.П.Акопян является также председателем защитного совета теоретической медицины ЕрГМУ, главным редактором журнала «Медицинская

наука Армении» НАН РА, членом редакционных советов ряда изданий и журналов.

На кафедре фармакологии ЕрГМУ на протяжении многих лет проводились направленные фундаментальные исследования по изучению биологической активности соединений, производных цикла арахидоновой кислоты, у истоков которых стоял профессор Р.Г. Борян. Именно профессором Р.Г. Боряном было начато изучение фармакологических свойств простагландинов, включая и простаглицлин, установлено их влияние на коронарное кровообращение, сократительную функцию миокарда. Профессором Р.Г. Боряном был осуществлен скрининг коронарореактивных соединений среди производных индола, хинолина; изучены фармакологические свойства и перспективы применения в медицине ряда лекарственных растений – представителей флоры Армении, разработаны стандартные схемы лечения и рационального применения лекарств при широком круге заболеваний.

Достойным представителем армянской фармакологической школы является также профессор Э.С. Секоян. Его теоретические исследования в области физиологии и фармакологии мозгового кровообращения посвящены изучению особенностей изменения метаболизма головного мозга при его ишемии, постишемической реперфузии, токсическом и травматическом отеках.

Немаловажное научно-практическое значение имеют также работы профессоров А.Г. Татевосяна и Т.Л. Вирабяна, посвященные выявлению механизмов противоязвенного воздействия биологически активных веществ и синтетических нейротропных лекарственных препаратов в условиях экспериментальной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки.

Предметом научных изысканий профессора Э.А. Амроян явились исследования, направленные на изучение механизмов регуляции мозгового кровообращения – в плане апробации широкого спектра вазоактивных веществ, эйкозаноидов, и их влияния на агрегационные свойства крови.

Исследования профессора Т.С. Татевосяна, которая в период с 1974 по 1989 гг. возглавляла кафедру технологии лекарств и организации лекарственного дела ЕрГМУ, посвящены изучению влияния некоторых лечебных средств растительного и синтетического происхождения на функциональные и биохимические показатели различных отделов матки с последующей их апробацией в ряде ведущих акушерско-гинекологических клиник г. Еревана.

Достойным продолжателем славных традиций своих учителей является также профессор А.В. Топчян, который с 1998 г. по настоящее время возглавляет кафедру технологии лекарств и организации фармации ЕрГМУ.

Фундаментальные исследования проф. А.В. Топчя-

на находятся в русле разрабатываемых на кафедре фармакологии научных направлений и посвящены фармакологическим аспектам коррекции мозгового кровообращения в условиях локальной ишемии мозга.

Так, в настоящее время на базе кафедры широко разворачиваются также исследования, направленные на выявление биологически активных веществ и их влияния на архитектуру конкретных мозговых структур и функцию мозгового кровообращения как в условиях нормального функционирования организма, так и при экспериментально индуцированной локальной ишемии головного мозга. Весьма примечательно, что к реализации этих исследований привлечен также перспективный научный потенциал из числа аспирантов, клинических ординаторов и соискателей.

Богатыми научными традициями отличается и кафедра патологической анатомии нашего университета. Развитие научных исследований в русле изучения аспектов морфогенеза и патогенеза системных болезней соединительной ткани (коллагеновые заболевания) осуществлялось под руководством заслуженного деятеля науки РА профессора А.Г. Бегларяна, который возглавлял кафедру на протяжении более чем 20 лет (с 1963 по 1985 гг.).

Фундаментальные исследования проф. А.Г. Бегларяна, которые нашли свою реализацию в опубликованной монографии "Патологическая анатомия и патогенез коллагеновых болезней" (совместно с действительным членом АМН СССР, проф. А.И. Струковым), явились новым словом в медицине, что послужило основой для проведения многоплановых исследований теоретической и клинической направленности в области ревматологии в странах бывшего СССР. Реализация общей научной программы разворачивалась в двух основных направлениях:

- роль очаговой хронической стрептококковой инфекции в этиологии приобретенных системных заболеваний соединительной ткани,
- патогенетическая роль нарушенного обмена ДНК при системных заболеваниях соединительной ткани.

Профессору А.Г. Бегларяну удалось создать сплоченный и талантливый научный коллектив из числа перспективных молодых ученых, что и явилось предпосылкой для успешной реализации всех поставленных задач на высоком научно-методологическом уровне. Его достойными учениками являются профессор Н.Д. Вартазарян, который с 1975 по 1977 гг. возглавлял отдел здравоохранения Ленинанканского горисполкома, в период с 1977 по 1986 гг. был проректором по учебной работе ЕрМИ, а с 1986 г. по настоящее время руководит кафедрой патологической анатомии ЕрГМУ; иностранный член РАМН профессор Л.Н. Мкртчян, который с 1977 по 1999 гг. являлся директором Онкологического научного центра МЗ

РА; профессор А.В. Азнаурян, который в период с 1989 по 1990 гг. был министром здравоохранения РА, а с 1977 г. по настоящее время возглавляет кафедру гистологии ЕрГМУ; профессор А.В. Зильфян, который с 1984 по 2004 гг. являлся директором НИЦ университета, а в период с 1992 по 2004 гг. – проректором ЕрГМУ по научной работе; профессор А.С. Канаян, который с 1988 по 1993 гг. руководил кафедрой нормальной анатомии. Свою научную деятельность на базе кафедры продолжают осуществлять профессор Дж.К. Геворкян, Н.Г. Хостикиян, доценты А.С. Азнаурян, Э.Х. Арзаканян, Дж.А. Саркисян.

В настоящее время под руководством профессора Н.Д. Вартазаряна на кафедре изучаются аспекты патогенеза очаговой стрептококковой инфекции в области лимфоглоточного кольца на ранних этапах "носительства" стрептококков группы А. Профессором Н.Д. Вартазаряном впервые выделен в отдельную нозологическую форму стрептококковый аллергический васкулит кожи, при этом внесены существенные коррективы в этиологию и патогенез данного заболевания, предложены новые подходы его симптоматической и патогенетической терапии. Весьма интенсивно изучаются также морфологические и иммуногистохимические аспекты, связанные с тканевыми и клеточными сдвигами в коже больных, страдающих псориазом. При хронической стрептококковой инфекции весьма исчерпывающе исследовались также структурные сдвиги в гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системе (проф. Н.Г. Хостикиян), в опорно-двигательном аппарате (доц. Арзаканян Э.Х.). С морфогистохимических позиций изучены процессы ремоделирования миокарда при ревматических пороках сердца (проф. Дж.К. Геворкян).

В рамках второго разрабатываемого кафедрой направления профессором Л.Н. Мкртчяном впервые получена экспериментальная модель "коллагеновой" патологии, на которой установлена важная роль нарушенного обмена ДНК в механизмах прогрессирующей дезорганизации соединительной ткани и разработаны основы патогенетической терапии болезней соединительной ткани с иммунными нарушениями.

Иммуноморфологические аспекты системы прогрессирующей дезорганизации соединительной ткани весьма исчерпывающе изучены профессором А.В. Азнауряном.

С 1977 по 1999 гг. профессор кафедры патологической анатомии Л.Н. Мкртчян, будучи также директором Онкологического научного центра Минздрава РА, впервые исследовал влияние печеночного кейлона при гепатоцеллюлярном раке и получил разрешение Фармацевтического комитета СССР на его клиническую апробацию. Признание получили также труды профессора Л.Н. Мкртчяна по активной медико-биологической профилактике злокачественных опухолей. На основе протеогликанов эмбрионального генеза им создан иммуномодулятор, являющийся, по сути дела, противораковой вакциной.

Технология получения и способ применения указанного биологически активного вещества, повышающего естественную противоопухолевую устойчивость человеческого организма, защищены патентами Российской Федерации, Республики Армения и соответствующей международной экспертизой в рамках Европатента.

В области развития основополагающих направлений на кафедрах биохимического профиля в ЕрГМУ достойное место занимают соратники и ученики академика Г.Х. Бунятяна – член-корреспондент НАН РА профессор В.Г. Мхитарян, профессора Г.С. Хачатрян и Э.Е. Мхейян, а также возглавляющий ныне кафедру биохимии университета профессор М.И. Агаджанов.

На протяжении многих лет на кафедре биохимии изучались аспекты, связанные с ролью процессов липидной перекисидации в патогенезе многих заболеваний и экстремальных состояний. Весьма исчерпывающе исследованы процессы интенсификации липидных перекисей в тканях и жидких средах организма при инфаркте миокарда, гепатитах, хлоропеновой интоксикации, ожоговой болезни, злокачественных новообразованиях. Руководил этими исследованиями член-корреспондент НАН РА профессор В.Г. Мхитарян, который много лет заведовал кафедрой биохимии нашего университета. Это направление нашло свое дальнейшее развитие в последующий период, когда кафедру возглавил достойный ученик В.Г. Мхитаряна – профессор М.И. Агаджанов. Так, под руководством профессора М.И. Агаджанова изучается роль окислительного стресса в патогенезе широкого спектра заболеваний нервной, сердечно-сосудистой и репродуктивной систем. В теоретическом плане исследуется роль модифицированных преобразований липидного комплекса мембран в регуляции нейроэндокринных взаимоотношений.

В настоящее время на кафедре разрабатываются также аспекты, связанные с механизмами индукции нейродистрофических и нейродегенеративных изменений в структурах головного мозга как в условиях эксперимента, так и при ряде заболеваний ЦНС: при болезнях Альцгеймера и Паркинсона. На современном научно-методологическом уровне, с использованием методов биохимического, иммуноферментного и количественного морфогистохимического анализа, разрабатываются новые подходы, направленные на коррекцию процессов нейродистрофии и нейродегенерации путем апробации ряда эндогенных иммуномодуляторов и нейропротекторов.

Аспекты оксидационного стресса являются также предметом научных разработок, которые в настоящее время проводятся на кафедре общей и биоорганической химии, возглавляемой другим учеником В.Г. Мхитаряна – профессором М.М. Мелконян. Изучается влияние пероксидированных жирных кислот на азотистый обмен, роль процессов перекисного окисления липидов в механизме развития акустического стресса.

Считаем своим долгом отметить, что данная кафедра имеет богатые научные традиции, которые за-

ложил в свое время ее бывший заведующий – профессор Э.Е. Мхейян. Под его руководством на кафедре проводились фундаментальные исследования, направленные на выяснение роли симпатической нервной системы в интегративной деятельности организма. В частности, профессор Э.Е. Мхейян внес весомый вклад в концепцию академика Л.А. Орбели об адаптационно-трофической роли симпатической нервной системы.

Значительный вклад в развитие отечественной биохимии внес также профессор Г.С. Хачатрян, который с 1967 по 1984 гг. руководил лабораторией биосинтетических реакций мозга, являясь профессором кафедры биохимии ЕрГМУ, а с 1963 по 1968 гг. – и проректором по научной работе университета. Сфера научных интересов профессора Г.С. Хачатряна была обширна и включала изучение обмена углеводов, свободных аминокислот и гликолипидов в головном мозге при возбуждении, торможении и других функциональных состояниях организма. В более поздний период профессор Г.С. Хачатрян и руководимый им коллектив лаборатории были привлечены к разработке проблем молекулярных основ памяти и других специфических функций нервной системы животных и человека. Многие его ученики продолжили свою научно-исследовательскую деятельность в лаборатории НИЦ, которую возглавила д.м.н. Ц.М. Суджян.

Основателем школы эпидемиологии в Армении является действительный член АМН СССР, заслуженный деятель науки АрмССР профессор А.Б. Алексанян, который в 1935 г. основал в ЕрМИ кафедру эпидемиологии и был ее бессменным руководителем.

А.Б. Алексанян в 1927 г. был назначен на пост заместителя, а затем и начальника Санитарно-эпидемиологического управления Здравнаркомата Армении. В 1929 г. он организовал первую в Армении санитарно-гигиеническую лабораторию, реорганизованную позднее в Республиканский НИИ эпидемиологии, вирусологии и медицинской паразитологии, где он был заместителем директора по научной работе и заведовал отделом эпидемиологии. С 1971 г. институт носит имя академика А.Б. Алексаняна.

Академик Алексанян был бессменным руководителем Ученого медицинского совета (УМС) Министерства здравоохранения АрмССР.

Сфера его научной деятельности была весьма многогранной. В первую очередь это исследования, затрагивающие аспекты общей эпидемиологии, краевой инфекционной патологии, иммунитета, профилактики дифтерии и дизентерии.

В ходе широкомасштабной кампании по профилактике дифтерии им была предложена и проведена в жизнь качественно новая система ревакцинации, в результате которой дифтерия в АрмССР была ликвидирована. Предложенная система была успешно применена также во всех республиках СССР.

Академик А.Б. Алексанян является автором кон-

цепции бактерионосительства при дифтерии, в свете которой выявлена особая роль ревакцинации в приобретении дифтерийной палочкой резистогенных свойств.

Достойными учениками и соратниками академика Алексаняна являются профессор К.М. Дехцунян, который заведовал кафедрой с 1971 по 1990 гг., одновременно возглавлял НИИ ЭВиМП им. А.Б. Алексаняна, заслуженный деятель науки АрмССР профессор В.Г. Микаелян, которая долгие годы руководила кафедрой микробиологии, а в период с 1938 по 1944 гг. являлась директором ЕрМИ; докт. мед. наук проф. А.Х. Майрапетян, который возглавлял Санэпидуправление МЗ АрмССР, а ныне является директором НИИ гигиены окружающей среды и профилактической токсикологии МЗ РА; профессор М.А. Мурадян, который в настоящее время занимает пост главного редактора журнала "Арохчапхутюн" МЗ РА; профессор В.А. Алексанян, на протяжении многих лет возглавлявшая кафедру эпидемиологии НИЗ РА им. С.Х. Авдалбекяна; кандидаты мед. наук С.А. Мкртчян и А.Л. Астабатьян, которые в разное время руководили Противочумной станцией (ныне Профилактический центр особо опасных инфекций); профессор В.Н. Зильфян, который в разные годы занимал должности зам. начальника Противочумной станции и зам. директора по научной работе ОРЦ МЗ РА; профессор Г.Б. Гукасян, которая с 1947 г. по настоящее время занимает должность заместителя директора по научной работе НИИ ЭВиМП им. А.Б. Алексаняна; профессор М.Р. Хачатрян, который в 1950–1974 гг. работал главным врачом IV медобъединения, а с 1974 по 1989 гг. – зав. кафедрой профзаболеваний НИЗ РА им. С.Х. Авдалбекяна; доценты кафедры М.П. Джембазян, В.С. Саакян и другие.

На протяжении многих лет на базе кафедры эпидемиологии ЕрМИ проводились широкомасштабные исследования по профилактике дизентерии (доцент Н.А. Гаспарян), паразитарных заболеваний (доцент М.П. Джембазян), скарлатины (доцент А.Л. Астабатьян), стрептококковых инфекций (профессор К.М. Дехцунян).

Ценный вклад в дело изучения внутрибольничных инфекций внес профессор К.М. Дехцунян, которым в 1976 г. на базе кафедры была создана лаборатория по профилактике внутрибольничных инфекций. Под руководством профессора Дехцуняна К.М. проводились разнонаправленные исследования в кардиологических, акушеро-гинекологических, урологических и других клиниках республики.

Доцент кафедры эпидемиологии В.О. Овасапян, который заведовал ею в период с 1990 по 1995 гг., на протяжении многих лет разрабатывал эпидемиологические аспекты, связанные с особенностями течения внутрибольничных гнойно-воспалительных заболеваний в хирургических стационарах г. Еревана.

С 1995 г. по настоящее время кафедру возглавляет ученик К.М. Дехцуняна – профессор А.Дз. Амбарцумян. Будучи высокоинтеллектуальной личностью, одаренным ученым и организатором, профессор А.Дз. Амбарцумян продолжил славные традиции своих учителей, создав перспективный, творческий научный коллектив с привлечением молодых специалистов-эпидемиологов.

В настоящее время основополагающими направлениями, которые разрабатываются на кафедре эпидемиологии ЕрГМУ, являются:

1. Изучение эпидемиологических аспектов внутрибольничных инфекций;
2. Разработка современных адекватных мер профилактики внутрибольничных инфекций;
3. Апробация новых антибактериальных и противовоспалительных средств с целью симптоматической и патогенетической терапии гнойно-воспалительных заболеваний;
4. Изучение микробиоценоза в различных полостях организма человека и разработка мероприятий по нормализации состава его микрофлоры.

Научно-исследовательская деятельность в области профилактической медицины получила всестороннее развитие в Армении после основания Ереванского государственного медицинского университета. В медицинском университете начали свою деятельность основатели профилактической медицины в Армении: профессор Н.Б. Акопян, член-корреспондент АМН СССР профессор Л.А. Арутюнян, профессор Г.О. Мирзабекян.

Ведущий гигиенист нашей республики, член-корр. АМН СССР, заслуженный деятель науки АрмССР профессор Л.А. Арутюнян с 1959 по 1973 гг. заведовал кафедрой общей гигиены. Одновременно с 1943 по 1948 гг. и с 1969 по 1971 гг. был проректором по научной работе ЕрМИ, а с 1958 по 1960 гг. – ректором ЕрМИ. Профессор Л.А. Арутюнян первым в Армении провел разносторонние исследования химического состава ряда пищевых продуктов. Особо следует отметить его работы по определению наличия в пищевых продуктах отравляющих агентов и по предупреждению пищевых отравлений. Полученные результаты по выявлению гемолитических свойств жирных кислот, жиров и мясных продуктов были применены в мясо-молочной промышленности.

Профессор Н.Б. Акопян занимался вопросами жилищной гигиены. Им был разработан метод обработки бытового мусора в биотермических камерах, в которых за короткий срок осуществлялся процесс минерализации и обезвреживания органических веществ.

Профессор Г.О. Мирзабекян является основателем гигиены труда в Армении. Он изучал условия труда при производстве хлоропренового синтетического каучука, токсикологические особенности хлоропрена и опубликовал монографию, посвященную этому во-

просу.

С 1973 г. кафедре общей гигиены возглавил ученый профессор Л.А. Арутюнян – профессор Т.А. Асмангулян. Исследования Т.А. Асмангуляна посвящены проблемам санитарной охраны водоемов и нормирования вредных веществ в воде. Материалы исследования водоемов использованы для составления генеральной схемы комплексного использования и охраны водных ресурсов республики, технико-экономического обоснования проектирования ряда крупных гидротехнических сооружений.

В трудах армянских гигиенистов и, в первую очередь, сотрудников кафедр гигиенического профиля ЕрГМУ, значительное место занимали работы, посвященные обоснованию допустимых критических концентраций токсических веществ. Установлены нормативы для хлоропрена, дихлорбутана молибдена (профессор Т.А. Асмангулян), ряда ядохимикатов (профессор Ш.А. Косян) в объектах окружающей среды, что было закреплено законодательным путем.

Экспериментальным способом выявлен ряд особенностей механизма влияния фтора, а также разработана схема специфического питания для работников производства (профессор П.Г. Бакалян, доцент В.А. Антонян).

Кафедра гигиены внесла большой вклад и в дело защиты окружающей среды. Отметим наиболее важные направления проделанных работ: исследование влияния загрязненности атмосферного воздуха на здоровье детского населения г. Еревана, санитарного состояния атмосферного воздуха г. Алаверди, гигиенических аспектов открытых водоемов Армении, в том числе озера Севан.

В сфере гигиены труда были изучены условия труда на ряде производственных предприятий: на алюминевом заводе (профессор Ш.А. Косян) и на производстве электрических светильников (доцент Л.Г. Меликян).

В области радиационной гигиены исследовался радиационный фон в Армении, а также метаболизм ряда радиоактивных изотопов.

Среди вопросов гигиены детей и подростков большое внимание было уделено физическому развитию растущего организма, состоянию его здоровья, заболеваемости, проектированию детских учреждений, гигиеническим проблемам различных режимов обучения, в результате чего были разработаны многочисленные методические рекомендации (профессор Г.Г. Никогосян, доктор мед. наук А.К. Айрапетян, доцент А.Г. Кочарова).

На протяжении долгих лет изучалось состояние здоровья детского населения в условиях социальной и экологической напряженности (доцент Л.Х. Гарибян). В настоящее время на кафедре ведутся также работы, посвященные проблеме состояния питания у различных возрастных групп населения.

На кафедре общественного здоровья и здравоохранения под руководством ее заведующего – профессора А.М. Арутюняна осуществляются целенаправленные актуальные исследования в различных направлениях профилактической медицины. Среди этих научных разработок весьма перспективными представляются исследования, проводимые профессором М.А. Мардяном.

Исследования затрагивают аспекты изучения здоровья подростков и путей совершенствования оказываемой им медицинской помощи в новых социально-экономических условиях Армении. Впервые разработаны стандарты оценки физического развития подростков в различных социально-географических регионах Армении, внедрены в практическое здравоохранение новые методы профилактических осмотров, разработаны информативные скрининг-тесты оценки состояния здоровья подростков, направленные на раннее выявление групп риска с прогнозом возникновения широкого круга заболеваний инфекционного и неинфекционного происхождения.

Крупный вклад в разработку проблем социальной гигиены и организации сельского здравоохранения в Армении внес член-корреспондент РАМН, лауреат Государственной премии СССР, доктор мед. наук А.П. Айриян, который долгие годы возглавлял большой лечебно-профилактический комплекс – Армянский центр здоровья и Лабораторию социально-гигиенических проблем сельского и городского населения при НИЦ ЕрГМУ. Им был разработан комплекс научно-организационных мероприятий по совершенствованию санитарно-гигиенических и жилищных условий сельского населения, разработаны новые критерии профилактики заболеваний, вызванных изменениями природной и социальной среды – как следствие урбанизации и научно-технического прогресса. Большое место в научной деятельности А.П. Айрияна было уделено вопросам медицинской географии.

В круг научных интересов А.П. Айрияна входили аспекты социально-экологической обусловленности здоровья населения, что нашло свое отражение в разработанной им концепции социально-экологической очаговости болезней человека.

Следует особо отметить, что аспекты медицинской социологии и экологии, эпидемиологии и гигиены всегда находились в центре внимания руководства и научной части университета. Свидетельством этого является то обстоятельство, что к разработкам подобной направленности были привлечены и привлекаются также специалисты из других областей медицины: терапии, психиатрии, фтизиопульмонологии, дерматовенерологии, токсикологии, военной медицины.

Еще в 70–80-е гг. прошлого столетия заведующий кафедрой внутренних болезней и проректор по научной работе ЕрМИ профессор В.Г. Амагуни одним из первых в СССР стал изучать распространенность хро-

нических неспецифических заболеваний легких в зависимости от клинко-географических и социально-гигиенических условий жизни населения. Он являлся руководителем научной программы "Здоровье студентов и учебный процесс", в реализации которой принимали участие ведущие специалисты ЕрГМУ.

В контексте развития профилактической медицины находились и исследования токсикологической направленности, которые проводились сотрудниками нашего университета профессорами К.Л. Назаретяном и Г.Ш. Амбарцумяном. Так, профессором К.Л. Назаретяном изучены особенности воздействия используемых в быту и сельском хозяйстве токсических веществ на организм. Выявлены механизмы их действия, разработаны новые схемы диагностики и лечения отравлений. На примере АрмССР профессором Г.Ш. Амбарцумяном было изучено влияние пестицидов на организм с учетом широкого спектра гигиенических, эпидемиологических и клинко-диагностических показателей. Были обоснованы и внедрены в практическое здравоохранение новые способы определения содержания пестицидов в окружающей среде. Профессор Г.Ш. Амбарцумян исследовал также физическое состояние новорожденных в селах Армении, им составлены таблицы его оценки по специальным шкалам регрессии.

На кафедре семейной медицины ЕрГМУ (заведующий – профессор М.З. Нариманов) изучаются аспекты, связанные с профилактикой *хронической обструктивной болезни легких*. Данное заболевание – понятие собирательное и объединяет в себе различные по происхождению механизмы индукции заболевания на основании лишь одного клинко-анатомического синдрома – обструкции дыхательных путей с весьма тяжелыми, порой необратимыми осложнениями в виде эмболии легких, дыхательной недостаточности и синдрома хронического легочного сердца. До настоящего времени, как правило, все вопросы, связанные с лечением и профилактикой больных, разрешались лишь по обращению больных в специализированные лечебные учреждения. На кафедре семейной медицины разработана и внедрена в практическое здравоохранение "модель общей врачебной практики – семейной медицины", которая обеспечивает значительно более раннее выявление признаков хронической обструкции бронхиального дерева, что расширяет возможности ее первичной и вторичной профилактики. Научно-организационная деятельность в этом направлении базируется на профилактических осмотрах, выявлении групп риска, периодическом контроле за функцией внешнего дыхания, оптимизации медикаментозного режима в рамках как базисной, так и ситуационной терапии. Основным критерием результативности является оценка качества жизни пациентов.

Проблемы профилактической медицины занимают важное место в научно-исследовательской работе ка-

федры психиатрии и медицинской психологии. Наряду с фундаментальными вопросами психиатрии (проблема личности и сознания при психических заболеваниях, психические расстройства при инфекциях, наркомании, алкоголизме, особенности психопатологии, ее течения при шизофрении, атеросклерозе сосудов головного мозга, эпилепсии), которые изучались клинко-психопатологическим, электроэнцефалографическим, психологическим, биохимическим и цитохимическим методами, в 70–80 гг. прошлого века были проведены и эпидемиологические исследования отдельных психических заболеваний в Армении. Однако начиная с 1985 г., в период социально-экономических перемен, после разрушительного Спитакского землетрясения, резко изменилась картина обращаемости психически больных пациентов в психиатрические учреждения. Возникла необходимость выявления обстоятельств, причин и провоцирующих факторов указанных изменений. Исходя из этого под руководством заведующего кафедрой психиатрии ЕрГМУ профессора М.А. Мелик-Пашаян была разработана и успешно выполнена программа, затрагивающая аспекты клинко-эпидемиологического анализа психических заболеваний у сельского и городского населения РА, включая широкий контингент различных возрастных групп: детей и подростков, лиц зрелого и пожилого возраста.

Выявление роли биологических, микросоциальных, психологических факторов, формирование на их основе "групп риска" способствует разработке профилактических мер с целью распознавания предболезненных состояний и донозологических форм психических расстройств.

В плане профилактики туберкулеза в настоящее время в Армении проводятся широкомасштабные научно-организационные мероприятия и выработана программа, руководителем которой является зав. кафедрой фтизиопульмонологии ЕрГМУ профессор М.Д. Сафарян.

В комплекс проводимых медико-профилактических мероприятий входят:

1. Специфическая профилактика туберкулеза у новорожденных;
2. Ревакцинация детей в 7-летнем возрасте, что позволило предотвратить развитие генерализованных форм туберкулеза;
3. В плане специфической профилактики туберкулеза проводится широкомасштабная химиопрофилактика здорового контингента лиц, что позволило существенно снизить заболеваемость туберкулезом среди инфицированного контингента;

Широко применяемые новые терапевтические подходы в современной фтизиатрии основываются на рекомендациях ВОЗ, что позволило коллективу кафедры за относительно короткий промежуток времени

добиться абациллирования туберкулеза (через месяц после лечения показатели абациллирования достигали 92,3%).

На ряде кафедр стоматологического профиля, помимо проведения профилирующих исследований фундаментального и прикладного характера, проводятся также и научные разработки (профессор В.Г. Татинцян, профессор Л.Г. Андриасян, доцент М.М. Маркарян) в области профилактической медицины по следующим направлениям:

1. Распространенность и интенсивность заболеваний зубов и пародонта у детей, подростков и зрелого контингента городского и сельского населения РА.
2. Эпидемиологические аспекты, связанные с частотой диагностики заболеваний полости рта при ряде заболеваний ЦНС, желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистой и эндокринной систем.
3. Дифференциальные подходы при выборе новых средств профилактики заболеваний ротовой полости в зависимости от характера и тяжести течения сопутствующих заболеваний.
4. Выработка новых информативных иммунологических и эндокринологических критериев, позволяющих внести существенные коррективы в тактику лечения и профилактики заболеваний пародонта и слизистой полости рта.

Заслуживают внимания также и весьма актуальные исследования в области профилактической медицины, которые проводились и ныне проводятся на кафедре судебной медицины ЕРГМУ под руководством ее заведующего – профессора Ш.А. Варданяна. Научные разработки в этой области осуществляются по следующим направлениям:

1. Частота случаев смертности (в том числе и внезапной смертности) от инфаркта миокарда и кровоизлияний в мозг при гипертонической болезни и атеросклерозе и их зависимость от гидрометеорологических условий.
2. Влияние гелиофизических и метеорологических факторов на частоту встречаемости естественной и насильственной смерти (несчастные случаи, убийства, самоубийства) в обширных климатических зонах стран СНГ.

На кафедре дерматовенерологии ЕРГМУ (заведующий – профессор К.Р. Бабалян) ведутся исследования по изучению распространенности инфекций, передаваемых половым путем, и разработке способов их профилактики.

После завоевания независимости и создания Вооруженных сил РА военная медицина стала рассматриваться в качестве самостоятельной отрасли здравоохранения республики. При этом четко обозначилась также и ее профилактическая направленность. Здесь нельзя недооценить заслуги профессоров нашего уни-

верситета – Г.А. Агаяна и С.Г. Галстяна. В данном контексте четко наметились следующие научно-методологические подходы:

- разработка и внедрение комплекса мероприятий по снижению инфекционной заболеваемости в армии;
- изучение "профессиональной патологии" среди военнослужащих. В частности, предметом широкого исследования служат аспекты влияния малых интенсивностей микроволнового излучения на интегративные системы организма, в первую очередь – на функциональное состояние желудочно-кишечного тракта;
- состояние здоровья военнослужащих при воздействии малых концентраций тяжелых металлов, поступающих с пищей;
- медико-организационные проекты, направленные на изучение механизмов адаптации военнослужащих к условиям высокогорья.

Разработана также концепция медицинского обеспечения раненых в условиях локальных войн.

Освещение проблем, связанных с историей медицинской науки в Армении, во многом связано с именем академика Л.А. Оганесяна, который, будучи талантливым врачом-терапевтом, большое место в своей многогранной научно-педагогической деятельности уделял историческим аспектам становления и развития медицины в Армении.

Со второй половины XX века центр историко-медицинских исследований переместился в Восточную Армению. Здесь под руководством действительного члена АМН СССР и АН АрмССР профессора Л.А. Оганесяна была создана школа истории армянской медицины, воспитанниками которой являются профессор А.С. Кцоян, Р.С. Парсаданян, Г.Г. Арутюнян, А. Лалаян, С.А. Варданян и др. В 1946-47 гг. в Ереване был опубликован капитальный труд академика Л.А. Оганесяна "История медицины в Армении", представляющий собой пятитомное издание, в котором исчерпывающе отражены все этапы развития медицины. В 1955 г. группой ученых (профессор Г.Г. Арутюнян, А.О. Сепетчян, Х.А. Мелик-Парсаданян, А.С. Кцоян) была переведена на русский язык книга магистра медицины Армении Мхитара Гераци "Утешение при лихорадках" (под ред. академика Л.А. Оганесяна). Эти издания стали доступны широкому кругу читателей благодаря ценному научному потенциалу, которым располагало и ныне располагает национальное книгохранилище нашего народа – Матенадаран им. М. Маштоца. В 1972 г. профессор А.С. Кцоян перевел книгу средневекового армянского врача Григориса "Анализ природы человека и его недугов", представляющую не только большой исторический, но и научно-практический интерес. Двумя годами позже профессор С.А. Варданян перевела труд

Абусаида "О строении человека", а в 1979 г. тем же ученым-историком была опубликована на армянском и русском языках книга киликийского врача Ишоха "О природе".

Профессор С.А. Варданян является признанным специалистом в области истории армянской медицины. В центре ее научных интересов находятся вопросы изучения рукописных лечебников, хранящихся в Матенадаране им. Маштоца и в других собраниях армянских рукописей во всем мире. Особое внимание она уделяет изучению опыта армянской народной и классической медицины в деле лечения ряда болезней, которые актуальны и сегодня (аллергии, диабет, злокачественные опухоли). Продолжая традиции своего учителя – академика Л.А. Оганесяна, она сумела поднять историко-медицинские исследования в Армении на современный уровень и сделать достижения армянской медицины достоянием мировой науки. Ярким свидетельством этого являются публикации ее трудов на ряде европейских языков и в первую очередь – перевод на русский язык энциклопедии средневековой армянской медицины – книги Амирдовлата Амасиаци "Ненужное для неучей" (1478–1482), которая вышла в свет в Москве в 1990 г., а также монография "Amirdovlat Amasiatsi", опубликованная в Нью-Йорке в 1999 г. и, наконец, "История медицины в Армении", напечатанная в Париже в 1999 г. на французском языке, в Ереване на армянском – в 2000 г., а ныне готовится к изданию в Лондоне на английском языке.

С.А. Варданян является членом многих историко-медицинских обществ. В 1982–2003 гг. по приглашению университетов Вены, Берлина, Парижа, Болоньи, Венеции и ряда других научных центров, профессор С.А. Варданян читала лекции по истории армянской медицины и связям ее с античной, арабской и европейской медициной. В 2000 г. выступала с докладом на тему "Научное наследие киликийской армянской школы" в Лос-Анджелесе на Международной конференции, организованной Калифорнийским университетом (Лос-Анджелес), а в 2001 г. – с докладом на тему "Лекарственные растения, использовавшиеся в средневековой армянской медицине для лечения опухолей" – на VIII Всеармянском конгрессе.

Благодаря ценным и последовательным изысканиям в области истории медицины в Армении, стратегически ориентированным на широкую доступность и популяризацию исторических аспектов медицинской науки Армении во многих странах мира, роль выпускницы нашего университета, заведующей курсом истории медицины ЕрГМУ, трудно переоценить, тем более что С.А. Варданян, помимо таланта исследователя, обладает педагогическим даром и взрастила для нашей республики целую плеяду молодых ученых-медиков, специалистов по истории медицины.

В историческом и археологическом контексте следует обратить внимание читателей на оригинальные

фундаментальные исследования зав. кафедрой оперативной хирургии и топографической анатомии ЕрМИ в период с 1960 по 1984 гг. профессора А.Д. Джагаряна, который одновременно на базе Института археологии и этнографии АН АрмССР основал лабораторию антропологии. Он впервые в Армении модифицировал и внедрил метод пластической реконструкции лица (метод профессора Герасимова). С помощью этого метода профессор А.Д. Джагарян проделал огромную кропотливую работу по восстановлению лиц различных этнических групп, проживавших в эпоху бронзового века в регионе озера Севан.

На кафедре нормальной физиологии ЕрГМУ под руководством профессора Д.Н. Худавердяна последние 25 лет ведутся фундаментальные исследования, посвященные роли кальция и кальций-регулирующей системы в интегративной деятельности центральной, нейроэндокринной, сердечно-сосудистой и иммунной систем. Исследования проводятся по следующим направлениям:

1. Изучение нейроэндокринных механизмов формирования ритмического электрогенеза, миогенной активности судорожной реактивности мозга;
2. Изучение клеточно-молекулярных механизмов действия гормонов специфической кальций-регулирующей системы и ее функционального взаимодействия с различными системами организма в норме и в условиях чрезвычайных воздействий:

а) установление возможности паратиреоидной регуляции функциональной активности нервной ткани путем изучения механизма действия паратиреоидного гормона на нейрональном уровне;

б) выявление возможного регуляторно-модуляторного влияния системы *околощитовидные железы–паратгормон–кальций* на нейроэндокринную деятельность *гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой* системы;

в) изучение возможной и временной последовательности включения системы *паратгормон–тиреокальцитонин–кальций* и некоторых стресс-реализующих и стресс-лимитирующих гуморальных факторов в ранние приспособительные реакции организма в условиях кратковременного максимального ограничения двигательной активности животных;

г) сравнительное исследование особенностей и механизма влияния кальций-регулирующего паратиреоидного гормона на сократительную активность сердца животных, находящихся на различных стадиях эволюционного развития;

д) изучение возможных механизмов влияния кальций-регулирующей системы на морфофункциональное состояние экскреторного и инкреторного аппарата поджелудочной железы в условиях нормы и при ряде экстремальных состояний.

На основании проведенных исследований профес-

сором Д.Н. Худавердяном сформулированы следующие концепции:

1. «Нервная ткань – мишень для действия паратиреоидного гормона».
2. «Паратгормон – модулятор функциональной активности нейронов и сосудов».
3. «Синдром паратиреопривной тетании – результат снятия сегментарных и надсегментарных тормозных механизмов и гиперактивности двигательной системы».

На кафедре гистологии нашего университета, возглавляемой профессором А.В. Азнауряном с 1977 г. по настоящее время, проводятся исследования по реализации ряда актуальных научных направлений фундаментального и прикладного характера: изучение патогенетических аспектов синдрома длительного раздавливания (краш-синдром) в свете проводимых морфогистохимических, электронномикроскопических и иммунологических исследований. Исследованы характер и особенности ультраструктурных изменений в миокарде и органах иммунитета, иммунологические, иммуноморфологические и нейроэндокринные сдвиги в органах-мишенях (органы иммунитета, печень, легкие, поджелудочная железа, желудочно-кишечный тракт). Установлена существенная роль ряда иммуоцитоклинов (ИЛ-1, ИЛ-2 и ИЛ-6) и нейrogормонов (пролактин и инсулиноподобный фактор роста) в механизме системных и органных поражений при краш-синдроме (исследования проводятся совместно с Лабораторией общей патологии НИЦ ЕРГМУ). Выявлено важное значение процесса бактериальной транслокации в плане индукции иммунопатологических расстройств и состояния эндотоксикоза. На экспериментально индуцированной модели краш-синдрома изучены морфогистохимические и эндокринные сдвиги в органах репродуктивной системы беременных животных. Весьма интенсивно изучаются возможные механизмы, лежащие в основе интоксикации и сдвигов в моноцитарно-макрофагальной системе.

Заслуживают особого внимания исследования, которые проводятся на кафедре клинической иммунологии и аллергологии ЕРГМУ, которой с 1996 г. по настоящее время заведует профессор С.С. Гамбаров.

Широк круг научных интересов профессора С.С. Гамбарова. Целый ряд исследований кафедры посвящен регуляторным механизмам иммунной системы. С.С. Гамбаровым впервые был выявлен новый уровень иммунорегуляции – контрсупрессия, показана роль нарушений регуляторных механизмов в возникновении вторичных иммунодефицитных состояний и связанных с ними клинических проявлений.

В настоящее время на кафедре изучаются вопросы взаимодействия нейроэндокринной и иммунной систем в норме и при патологических состояниях. Выявлена роль нарушения механизмов взаимодействия

нейроэндокринной и иммунной систем в возникновении и развитии *нейроэндокринного синдрома*. Показано значение геморфинов как фактора взаимодействия нейроэндокринной и иммунной систем.

Другим важным направлением, разрабатываемым на кафедре под руководством С.С. Гамбарова, является изучение ионотранспортных лимфоцитов в норме и при различных патологических состояниях. Выявлено нарушение сопряженных потоков Ca^{2+} , K^{+} , H^{+} в лимфоцитах в процессе опухолевого роста и послеоперационного стресса. Показатели сопряженных потоков Ca^{2+} , K^{+} и H^{+} в лимфоцитах являются критериями эффективности лечения и прогноза при опухолевом росте.

Научная деятельность кафедры медицинской биологии и генетики, которой с 1988 г. по настоящее время руководит профессор С.А. Сисакян, осуществляется в следующих направлениях:

1. Изучение механизмов, лежащих в основе развития инфаркта миокарда (экспериментальные исследования). На модельных опытах в условиях экспериментально индуцированного (путем введения лабораторным животным кардиотоксических доз катехоламинов) инфаркта миокарда выявлен симптомокомплекс общих и местных структурных, метаболических и электрофизиологических сдвигов. В фундаментальных исследованиях, проводимых под руководством профессора С.А. Сисакяна, было установлено, что искусственная вентиляция легких предотвращала у лабораторных животных развитие местных структурных и метаболических нарушений, патогномоничных для инфаркта миокарда, с тенденцией в сторону восстановления иммунологических, метаболических и электрофизиологических показателей.
2. Изучение влияния антипротозойной активности мицелия некоторых шляпочных грибов на двигательную активность инфузорию.
3. Эффективность применения антиоксидантной терапии при экспериментально индуцированном инфаркте миокарда (науч. рук. – профессор А.А. Енгигбарян).

Исследования, которые проводятся на кафедре микробиологии, иммунологии и вирусологии ЕРГМУ, возглавляемой профессором В.А. Шекояном с 1986 г. по настоящее время, посвящены аспектам взаимодействия нервной и иммунной систем в регуляции защитных функций организма в норме и при патологии. Профессор В.А. Шекоян на основании проведенных комплексных исследований, которые осуществлялись в нашем университете и на базе НИИ эпидемиологии и микробиологии им. Н.Ф. Гамалея (Россия), еще в 1968 г. установил факт модулирующего влияния гипоталамуса на функциональную активность клеток мононуклеарно-фагоцитирующей систе-

мы. Следует отметить, что исследования подобной направленности в те годы находились лишь на инициальных этапах своего развития. В настоящее время научная работа кафедры развивается в направлении изучения роли взаимодействия ГАМК и лимфоцитов в иммунологических процессах в условиях нормального функционирования организма и при иммобилизационном стрессе. С качеством новых позиций изучаются иммуномодуляторные эффекты ГАМК как в условиях нормы, так и при ряде экстремальных состояний (острый и хронический иммобилизационный стресс, гипокинетический синдром).

Аспекты микрогемо- и лимфоциркуляции являются предметом детального изучения в ходе исследований, которые с успехом реализуются на кафедре нормальной анатомии ЕРГМУ под руководством профессора Г.П. Кялян, возглавляющей кафедру с 1994 г. по настоящее время.

Весьма интенсивно продолжают разрабатываться вопросы, связанные с органоспецификой микроциркуляторного русла желчного пузыря и внепеченочных желчных протоков; на основе гистохимического метода импрегнции микрососудов изучаются морфофункциональные особенности становления сосудисто-тканевых взаимоотношений в ряде внутренних органов.

На основании проведенных направленных экспериментов, которые осуществлялись с использованием современных информативных морфогистохимических, морфометрических и флюоресцентномикроскопических методов исследования профессором Г.П. Кялян разработано новое направление в изучении аспектов возрастной анатомии – *анатомия развивающейся системы*.

Перспективными представляются также исследования, затрагивающие вопросы гистотопографии, трансформации эпифиза человека на различных этапах постнатального онтогенеза.

В период, когда кафедру патологической физиологии ЕРГМУ возглавлял заслуженный деятель науки РА профессор С.А. Хачатрян (1989–1994 гг.), исследования коллектива были посвящены патофизиологическим и патохимическим аспектам умирания и оживления организма. Следует отметить, что профессор С.А. Хачатрян, который является инициатором проведения разносторонних исследований по изучению патогенетических аспектов гипербарии и синдрома длительного раздавливания (краш-синдром) и одним из основоположников развития отечественной реаниматологии, наряду с научно-педагогической деятельностью на кафедре, с 1989 по 1994 гг. был председателем Ученого медицинского совета МЗ РА.

В настоящее время научные исследования на кафедре возглавляет заведующий кафедрой доцент Г.А. Навасардян. Исследования осуществляются по следующим направлениям:

1. Патохимические механизмы и формирование

поведенческих реакций в условиях экспериментально индуцированной острой и хронической гипокинезии. В указанном плане, в частности, весьма информативными оказались исследования, направленные на изучение аспектов формирования межсистемных и межорганных связей, лежащих в основе функциональной деятельности кожи и конкретных структур головного мозга.

2. Исследования по изучению иммунопатогенетических аспектов периодической болезни.

Основными направлениями научных исследований кафедры медицинской и биологической физики, информатики и медицинского оборудования (зав. – проф. Г.А. Абгарян) являются:

- изучение процессов самоорганизации возникающих в ионных каналах биомембран, а также при взаимодействиях лиганд-рецептор-лиганд-молекула ДНК;
- изучение влияния внешнего шума на взаимодействие молекул и ионов с биомембранами;
- изучение воздействий электромагнитных полей и космических лучей сверхвысоких энергий на живые структуры.

На кафедре фармацевтической химии (зав. – профессор Л.А. Саакян) в настоящее время разрабатываются следующие направления:

- синтез новых органо- и водорастворимых порфиринов и металлопорфиринов.
- изучение их биологической активности:

а) противоопухолевой – на культурах раковых клеток *in vitro*;

б) противомикробной – на госпитальных штаммах грамотрицательных и грамположительных бактерий и грибов рода *Candida in vitro*;

в) ростстимулирующей и противогрибковой – для бахчевых и злаковых культур.

Следует отметить, что настоящая публикация не преследует цели изложения и анализа всех многочисленных исследований фундаментального и прикладного характера, которые выполнялись на инициативных и договорных началах и не укладываются в рамки вышеуказанных основополагающих направлений в области теоретической и профилактической медицины.

Юбилейные торжества, связанные с 75-летием со дня основания университета, совпали с другой знаменательной датой – 40-летием основания НИЦ ЕРГМУ. Поскольку история развития и деятельность НИЦ изложены в специальном издании, также посвященном юбилейной дате в жизни нашего университета, считаем целесообразным в данной публикации остановиться на основных достижениях, которые в целом характеризуют научно-исследовательскую деятельность НИЦ за последние 20 лет.

Первое направление: Роль цитокинов в интегративной деятельности организма (научный руководитель: зав. лаб. общей патологии НИЦ ЕРГМУ профессор А.В. Зильфян).

1. Выдвинута новая концепция о доминирующей роли автономно функционирующих механизмов синхронной деятельности эндокринной и иммунной систем как в ЦНС, так и на периферии.

2. Впервые выдвинута концепция о регулирующей роли ассоциаций резидентных микроорганизмов, сфера деятельности которых в условиях физиологического функционирования организма распространяется на все его интегративные системы. Согласно концепции, интракорпоральные резидентные ассоциации микроорганизмов, обитающих в многочисленных экониках «хозяина», следует рассматривать в качестве самостоятельной системы организма, формирование которой происходило поэтапно и избирательно в течение эволюционного развития млекопитающих.

3. Установлено, что тимоциты человека и млекопитающих в условиях нормального функционирования иммунной системы (без дополнительной стимуляции лимфоцитов *in vivo* и *in vitro*) секретируют ГАМК и паратиреоидный гормон, что позволяет с качественно новых позиций интерпретировать роль кальцийрегулирующей и ГАМК-эргической систем в поддержании периферического гомеостаза.

4. Предложена новая схема патогенеза ревматоидного артрита человека, согласно которой инициальным этапом развития заболевания является возникновение симптомокомплекса в твердых тканях суставов. В механизме ранней резорбции хрящевой и костной ткани важная роль, согласно выдвинутой гипотезе, отводится иммуноцитотоксинам, в составе которых были обнаружены провоспалительные факторы, паратиреоидный гормон. Предлагается новый термин для обозначения заболевания – *цитокиногенный артрит*.

5. Выдвинута гипотеза патогенеза идиопатической дилатационной кардиомиопатии (ИДКМП), которую следует рассматривать в качестве своеобразного дисадаптационного синдрома, в основе которого лежат механизмы направленного синтеза провоспалительных иммуноцитотоксинов, провоцирующих процессы ранней активации фибропластических процессов в миокарде больных ИДКМП.

6. На моделях иммобилизационного и адреналинового стресса, раневого анаэробно-аэробного инфекционного процесса, *ожоговой болезни* выявлен выраженный адаптогенный эффект иммуноцитотоксинов, выделенных из лимфоцитов интактного тимуса крупных и мелких лабораторных животных.

7. Для нужд экспериментальной и клинической медицины коллективом НИЦ предложены модели, позволяющие с качественно новых позиций изучать аспекты патогенеза и осуществлять поиск симптоматической и патогенетической терапии ревматоидного

артрита, ИДКМП, раневого анаэробно-аэробного инфекционного процесса, *ожоговой болезни*.

Второе направление: Механизмы биологической активности электростатического поля (научный руководитель – проректор по научной работе НИЦ ЕРГМУ доктор биол. наук Г.Г. Арцруни)

1. Разработка установки и новых методических подходов в плане изучения воздействия строго калиброванных электростатических полей (ЭСП) на биообъекты.

2. Выдвижение единых для всех биообъектов механизмов биологической активности ЭСП, основывающихся на экспериментальных и теоретических исследованиях. Установлено, что ответные реакции биообъектов на воздействие ЭСП отражают изменения многочисленных взаимосвязанных процессов, происходящих как вследствие первичных физико-химических изменений биологических структур (макромолекулы, мембраны), так и влияния ЭСП на ход биологических процессов, протекающих на качественно новом энергетическом и метаболическом уровнях.

Третье направление: Прогрессирующая близорукость: склеральные механизмы развития и принципы лечения (научный руководитель: зав. лаб. детской офтальмологии НИЦ ЕРГМУ, главный офтальмолог Минздрава Армении, руководитель детских офтальмологических клиник – 1-й детской университетской и республиканской профессор А.А. Шакарян).

1. Показано, что традиционные способы качественной и количественной оценки нормального и патологического бинокулярного зрения неоднозначны в характеристике бинокулярных взаимоотношений. Установлено, что глубина этих взаимоотношений находится, с одной стороны, в обратной зависимости от разницы в остроте зрения парных глаз, с другой – в прямой зависимости от остроты зрения хуже видящего глаза испытуемых.

2. Разработана методика использования зрительных вызванных потенциалов, пригодная для объективной качественной характеристики бинокулярного зрения.

3. Теоретически обоснован и впервые разработан новый метод одновременной качественной и количественной оценки бинокулярного зрения – визобиометрия и соответствующий прибор для реализации указанного метода – визобиометр.

4. Сформулирована принципиально новая концепция патологического рефрактогенеза глаз человека.

5. Выделены два клинически различных типа прогрессирующей миопии: с сохраненными ригидностными свойствами склеры (РСС) и ослаб-

ленными РСС.

6. Экспериментально и клинически подтверждено предположение о значимости влияния мускульно-витреальных возмущений на ход естественного и патологического рефрактогенеза.

На основе проведенных исследований сформулирована новая схема лечебно-профилактических подходов в ведении больных с близорукостью. Последняя успешно апробирована в клинике у более чем 6000 лиц в возрасте от 0 до 18 лет.

Четвертое направление: Хронобиологические аспекты и математическое моделирование функциональной взаимосвязи эндокринных сдвигов и показателей водно-солевого обмена (научный руководитель: зав. лаб. хронобиологии и хронопатологии НИЦ ЕрГМУ, к.б.н. С.П. Кочарян).

1. Предложен строго детерминированный принцип отбора здорового контингента лиц, основанный на данных детального анализа хронобиологических исследований.

2. Выявлена циркадианная и ультрадианная ритмичность ключевых ионов и гормонов, участвующих в формировании осмоляльности крови здорового контингента.
3. Обнаруженная корреляционная зависимость ритмологических сдвигов мелатонина с альдостероном и кортизолом позволит с качественно новых позиций осуществить комплекс лечебно-профилактических мероприятий на принципе межгормональной взаиморегуляции.

В заключение следует отметить, что многие выпускники нашего университета удостоены почетных званий действительных членов и членов-корреспондентов НАН РА и ряда авторитетных иностранных академий и с успехом продолжают свою научную деятельность в качестве руководителей научно-исследовательских институтов центров Республики Армения, стран ближнего и дальнего зарубежья.

Երևանի Մխրթար Ներացու անվան պետական բժշկական համալսարանը եւ թերապիայի զարգացումը Հայաստանում 75 տարում

Մ. Ներացու անվան ԵՐՊԲՀ-ի ներքին հիվանդությունների
թ.2 ամբիոնի պրոֆեսոր, ակադեմիկոս Ռ. Պ. Սպամբուլյան

375025 Երևան, Կորյունի 2

Հայաստանը, որ դարեր շարունակ ունեցել է իր բժշկության ուրույն և հարուստ պատմությունը, սովետական կարգեր հաստատվելու նախօրեին գտնվում էր ծանր պայմաններում: Բզկտված և արյունաքամ երկրում մոլեգնում էին սովը, խուլերան, տիֆը, պալարախտը, բնական ծաղիկը, մալարիան: Երկիրը լցված էր թուրքական յաթաղանից մագապործ եղած, պատերազմի արհավիրքներ տեսած հազարավոր զաղթականներով, որոնք կարիք ունեին ամենօրյա հոգատարության, նյութական և բժշկական օգնության: Մեր ազգային պատմության այդ օրհասական պահին հիրավի անձնագոհության և խիզախության օրինակներ մատուցեցին բժիշկները, չնայած քիչ էին նրանք՝ ընդամենը 70 հոգի:

Բժշկության առաջ ծառացած խնդիրների հաղթահարման և առողջապահական կոտ համակարգ ստեղծելու համար հրամայական պահանջ առաջացավ ունենալ սեփական կադրերի պատրաստման դպրոց, առավել ևս, որ ցարական Ռուսաստանի թողած ժառանգությամբ բավարարվել հնարավոր չէր: Այդ նպատակով 1922 թ. Երևանի պետական համալսարանում բացվեց բժշկական ֆակուլտետ, ուր աշխատանքի հրավիրվեցին ակադեմիկոս թերապևտներ Լ. Ա. Հովհաննիսյանը, Ա. Ա. Մելիք-Աղամյանը և Ռ. Մ. Գյանջեցյանը, որոնք անձնվիրաբար ձեռնամուխ եղան ոչ միայն բժշկական կադրերի պատրաստման շնորհակալ գործին, այլև դարձան Հայաստանում թերապևտիկ ծառայության կազմակերպիչներ և հիմնադիրներ: Հետևելով նրանց աշխատանքային գործունեության ընթացքին, հեշտությամբ կարելի է գաղափար կազմել թերապիայի զարգացման հիմնական ուղղությունների և թերապևտիկ դպրոցների աստիճանական ձևավորման պրոցեսի մասին:

Ակադեմիկոս Լ. Ա. Հովհաննիսյան: Ծնվել է 1885 թ. Թիֆլիս քաղաքում: 1903 թ.՝ վերջացնելով տեղի գիմնազիան, ընդունվել է Խարկովի համալսարանի բժշկական ֆակուլտետը, որն ավարտել է 1909 թ.:

Աշխատելով Թիֆլիսում, Խարկովում, Ալավերդիում, Երևանում, իսկ առաջին համաշխարհային պատերազմի ժամանակ մահ գործող քանակում, մահ է բերում մեծ փորձ, գիտելիքներ ու լայն ճանաչում: Արդեն այդ շրջանում, բացի գործնական բժշկությունից մա զբաղվում է մահ գիտական հետազոտություններով, հրապարակում մի շարք աշխա-

տություններ, միևնույն ժամանակ տեսական ու գործնական առարկաներից քննություններ հանձնում՝ բժշկագիտության դոկտորի գիտական աստիճան ստանալու համար:

Երևանի համալսարանի բժշկական ֆակուլտետի հիմնադրումից հետո, 1922 թ. Լևոն Հովհաննիսյանը նշանակվում է ներքին հիվանդությունների պրոպեդևտիկայի ամբիոնի վարիչ, որը մա անընդմեջ ղեկավարում է շուրջ 40 տարի (մինչև 1960 թ.): 1928 թ. նրան շնորհվում է պրոֆեսորի կոչում: Անգնահատելի են Լևոն Հովհաննիսյանի ծառայությունները հայ բժշկագիտության զարգացման գործում: Դեռ 1913 թ. լինելով Կովկասի մալարիայի կոմիտեի քարտուղար, մա մեծ գործունեություն է ծավալում այդ հիվանդության ուսումնասիրության ուղղությամբ, հրատարակում է մի շարք աշխատություններ և մշակում կանխարգելման միջոցներ:

Հիմնականում նրա ջանքերով և նախաձեռնությամբ 1923 թ. Երևանում հիմնադրվում է Տրոպիկական ինստիտուտը (հետագայում՝ Մալարիայի և բժշկական պարազիտոլոգիայի ինստիտուտ): Լևոն Հովհաննիսյանի և նրա ղեկավարած կոլեկտիվի կողմից այդ տարիներին հրապարակվում են ավելի քան 50 գիտական աշխատանքներ, այդ թվում առեմախտություններ ու մեմագրություններ, որոնք հիմնականում մվիրված էին մալարիայի կլինիկայի, դասակարգման, բուժման և այդ հիվանդության հետ կապված օրգանիզմում կատարվող կենսաքիմիական տեղաշարժերի հետ առնչվող հարցերին: 1938 թ. ակադեմիկոս Լևոն Հովհաննիսյանը դոցենտ Վ. Մ. Ավագյանի հետ միասին որպես հիվանդաբանական (նոզոլոգիական) նոր միավոր առանձնացրեց և նկարագրեց Հայաստանում տարածված մի հիվանդություն, որը մա անվանեց 6-օրյա տենդ, իսկ հետագայում պարբերական հիվանդություն: Լևոն Հովհաննիսյանը մեծ հետաքրքրություն էր ցուցաբերում Հայաստանի հարուստ կլիմայաբուժական և ջրաբուժական հնարավորությունների ուսումնասիրման և օգտագործման նկատմամբ:

Հատկապես մեծ են նրա ծառայությունները Արգմու հանքային ջրերի և առողջարանային պայմանների ուսումնասիրության գործում: Նրա հետազոտությունները ցույց տվեցին, որ Արգմին կարող է համարվել Միության լավագույն սրտաբանական առողջարան-

ներից մեկը:

Հիշատակության արժանի են Լևոն Հովհաննիսյանի հետազոտությունները՝ նվիրված սիրտ-անոթային մկանցների ծագմանը, դասակարգմանը, կլինիկային ու բուժմանը:

Դեռ 1913 թ. Լևոն Հովհաննիսյանն սկսեց զբաղվել հայ բժշկության պատմության հարցերով: Էջմիածնի գրադարանում, ապա Մատենադարանում՝ ուսումնասիրելով հայ բժշկությանը նվիրված ձեռագրերը, ակադեմիկոս Լ. Հովհաննիսյանը իր ղեկավարած կոլեկտիվի հետ հրապարակեց մի շարք գիտական աշխատություններ, որոնք մեծ չափով նպաստեցին հայ բժշկության մինչ այդ անհայտ գործիչների աշխատանքների համընդհանուր ճանաչմանը: Այդ հարցում անգնահատելի ավանդ էր 1946-47 թթ. ռուսերեն լեզվով լույս տեսած «Բժշկության պատմությունը Հայաստանում» 5-հատորյա մոնումենտալ աշխատությունը:

Ակադեմիկոս Լ. Հովհաննիսյանը մասնակցական բժշկական տերմինաբանության ստեղծողներից մեկն էր: Նրա նախաձեռնությամբ և մասնակցությամբ 1951 թ. լույս տեսավ «Լատին-ռուս-հայերեն բժշկական բառարանը»:

Նրա հեղինակությամբ լույս են տեսել բժիշկների և ուսանողների համար խիստ անհրաժեշտ մի շարք դասագրքեր: Ուսերեն և հայերեն լեզուներով հրատարակված՝ «Ներքին հիվանդությունների դիագնոստիկա» (1951 թ.) և «Ներքին հիվանդությունների մասնավոր ախտաբանություն» (1956 թ.) դասագրքերը մինչև այժմ չեն կորցրել իրենց հետաքրքրությունը:

Լ. Հովհաննիսյանը 1937 թ. պաշտպանում է սրտի օրգանական աղմուկների ծագման հարցերին նվիրված դոկտորական թեզը: 1943 թ. ընտրվում է Հայկական ՍՍՀ գիտությունների ակադեմիայի, 1944 թվին՝ ՍՍՀՄ բժշկական գիտությունների ակադեմիայի իսկական անդամ, մույն թվականին ընտրվում է Հայկական ՍՍՀ գիտությունների ակադեմիայի հայ բժշկության և կենսաբանության մասնաճյուղի վարիչ: Ակադեմիկոս Լ. Հովհաննիսյանի ղեկավարությամբ պաշտպանվել են 8 դոկտորական և ավելի քան 30 թեկնածուական ատենախոսություններ: Նրա գրչին են պատկանում 180 տպագրված աշխատանքներ և 20 մենագրություններ: Նա երկար տարիներ եղել է Թերապևտների համամիութենական գիտական ընկերության և համամիութենական պատմաբժշկական խորհրդի վարչության անդամ, Հայաստանի թերապևտների գիտական ընկերության նախագահ:

Ակադեմիկոս Լ. Հովհաննիսյանի նախաձեռնությամբ ՀՍՍՀ գիտությունների ակադեմիայի սրտաբանության մասնաճյուղի բազայի վրա ստեղծվեց Սրտաբանության գիտահետազոտական ինստիտուտը, որը 1972 թվականից կրում է նրա անունը:

Լ. Հովհաննիսյանի աշակերտներից սրտաբանու-

թյան բնագավառում ակնառու դեմք էր պրոֆեսոր Վ.Մ. Ավագյանը: Նա բազմակողմանիորեն և մանրակրկիտ հետազոտել է հիպերտոնիկ հիվանդությունը և ստացված արդյունքներն ամփոփել դոկտորական թեզում (նվիրված հիպերտոնիկ հիվանդության տարածվածությանը, ընթացքին, յուրահատկություններին, ինչպես նաև բուժման հարցերին մեր հանրապետության տարածքում):

Լ. Հովհաննիսյանի շնորհալի աշակերտներից է Կ.Ս. Բյանդարյանը, որը երկար տարիներ (1961-1979 թթ.) ղեկավարեց սրտաբանության ինստիտուտը, տալով նրան նոր որակ և ուղղություն:

Բյանդարյանի աշխատանքները նվիրված են սրտի բնածին արատների ռենտգենյան հետազոտությանը: Նա հատկապես նոր խոսք ասաց բժշկության մեջ էրջտեյնի հիվանդության մանրագնահատականությանը:

Առանձնակի պետք է մշել Կ.Գ. Աղամյանի մասին, որը 1979 թվականից գլխավորում է Սրտաբանության ինստիտուտը: Նրա ղեկավարությամբ նոր թափ առան սրտի իշեմիկ հիվանդության, ռևմատիզմի, սրտային անբավարարության, հիպերտոնիկ հիվանդության ժամանակ սրտամկանում առաջացած փոփոխությունների բազմակողմանի և խոր հետազոտությունները: Խիստ կարևոր է Կ.Գ. Աղամյանի գիտական հետազոտությունների մշակակությունը սրտամկանի ինֆարկտի ժամանակ ախտաբանական օջախի մեծության և տարածվածության հարցերում, ինչպես նաև սրտի կծկողական ֆունկցիայի և հատկապես սրտի դիաստոլայի փուլի ուսումնասիրության բնագավառում: Աղամյանը մեծ ուշադրություն է դարձնում երիտասարդ կադրերի պատրաստման գործին:

Ակադեմիկոս Լ. Հովհաննիսյանի մահից հետո (1966թ.) պրոֆեսոր Կ.Ս. Բյանդարյանը գլխավորեց Գ.Հ. Բադալյանը: Իր աշխատանքային գործունեության ընթացքում կարճ ժամանակ աշխատելով պրոֆեսոր Մելիք-Աղամյանի հետ, նրա ղեկավարությամբ Գ.Բադալյանը սկսում է զբաղվել սրտային անբավարարության ժամանակ տարբեր սրտային զլիկոզիդների ազդեցության ուսումնասիրությամբ: Նրա երկարամյա հետազոտություններից պարզվեց, որ ձախ փորքային սուր անբավարարության ժամանակ տեղի են ունենում բրոնխային անցանցիկության խանգարումներ, որոնք զգալիորեն բարդացնում են առանց այն էլ խանգարված արյան փոքր շրջանառությունը: Ելնելով վերոհիշյալից՝ նա առաջարկում է բուժման նոր մեթոդներ: Գ.Հ. Բադալյանի այդ հետազոտություններն ամփոփվել են «Սրտային ասթմա» (1978) մենագրության մեջ:

Գ. Բադալյանի աշխատությունները պարզություն են մտցրել սրտային ասթմայի ախտաձևման հարցերում, որը շատ մեծ նշանակություն ունի այդ համախտանիշի բուժման գործում: Նա մեծ լույս ունի

արտաքին շնչառության ուսումնասիրության մեթոդների մշակման բնագավառում: Նրա կողմից մշակված և առաջարկված ցուցանիշը հայտնի է հայրենական դասական գրականության մեջ որպես «Բադալյանի ցուցանիշ»:

Լ. Հովհաննիսյանի աշակերտներից է նաև Ֆ.Ս. Դրամիյանը, որը աշխատել է նրա հետ 1949 թվականից: Դրամիյանի հիմնական գիտական հետազոտությունները նվիրված են կլինիկական մեֆրոլոգիայի հարցերին: Երկար տարիների մանրակրկիտ կլինիկական հետազոտություններով նա հիմնավորել է երիկամի էրիթրոպոետինների և ինհիբիտորների դերը երիկամային սակավարյունության ախտածագման հարցում:

Պրոֆեսոր Ա. Ա. Մելիք-Աղամյան: Ծնվել է 1885 թ. Թիֆլիսի նահանգի Շուլավեր (այժմ՝ Շահումյան) գյուղում: 1911 թ. ավարտելով Խարկովի համալսարանի բժշկական ֆակուլտետը, Արտաշես Մելիք-Աղամյանը աշխատանքի է անցնում պրոֆեսոր Օպենխուսկու ղեկավարած ֆակուլտետային թերապիայի կլինիկայում որպես օրդինատոր: Այնուհետև տեղափոխվում է հոսպիտալ թերապիայի ամբիոն, որտեղ պրոֆեսորներ Գեորգիևսկու և Շատիլովի ղեկավարությամբ աշխատում է որպես ավագ ասիստենտ՝ գործնական պարապմունքներից բացի վարելով նաև ներքին ախտաբանության առանձին բաժինների և կլինիկական ռեցեպտուրայի ինքնուրույն դասընթացներ:

Ուկրաինայում սովետական կարգերի հաստատումից հետո Ա.Մելիք-Աղամյանն ակտիվորեն մասնակցում է երիտասարդ հանրապետության առողջապահության կազմակերպման գործին, զբաղեցնելով մի շարք պատասխանատու պաշտոններ: Խարկովի բժշկական ինստիտուտում աշխատելու 11 տարիների ընթացքում Ա. Մելիք-Աղամյանը ձեռք է բերում տաղանդավոր թերապևտի, գիտնականի և մանկավարժի համարում: 1925թ. նա հրավիրվում է Երևան և, ստանձնելով ֆակուլտետային թերապիայի ամբիոնի վարիչի պաշտոնը, մեծ ոգևորությամբ ու եռանդով սկսում է զբաղվել բժշկական որակյալ կադրեր պատրաստելու գործով: 1928 թ. Ա. Մելիք-Աղամյանին շնորհվում է պրոֆեսորի կոչում: 1937 թ. նա հաջողությամբ պաշտպանում է հիպերտոնիայի հարցերին նվիրված դոկտորական թեզը:

Լինելով ժամանակի լավագույն կլինիցիստներից մեկը պրոֆեսոր Մելիք-Աղամյանը մեծ վաստակ ունի նաև հանրապետության բժշկական գիտության զարգացման և գիտական կադրերի պատրաստման գործում: Հատկապես մեծ հետաքրքրություն են ներկայացնում արյան շրջանառության օրգանների հիվանդությունների ուսումնասիրությանը, մասնավորապես պսակային արյան շրջանառությանը և հիպերտոնիկ համախտանիշին նվիրված նրա աշխատությունները:

Մեծ է նրա ներդրումը ինչպես մալարիայի, այնպես

և ռևմատիզմի հետազոտություններում: Առաջինը Հայաստանում նա է զբաղվել ներգատաբանության (էնդոկրինոլոգիայի) հարցերով:

Նշանակալի են պրոֆեսոր Ա.Մելիք-Աղամյանի ծառայությունները Հայաստանի առողջաբանային առկա պաշարների գիտական ուսումնասիրման, հիմնավորման և կիրառման գործում: Նրա ակտիվ մասնակցությամբ առաջին անգամ ուսումնասիրվեցին Սևանի, Արագածի, Ստեփանավանի, Գյուլագարակի կլիմայական և առողջաբանային պայմանները:

Գիտական բեղմնավոր գործունեությունից բացի, նա զբաղվել է նաև կադրերի պատրաստման հարցով, մեծ ուշադրություն դարձնելով նրանց ստեղծագործական, գիտական և գործնական պատրաստության բարձրացմանը:

Նշանավոր կլինիցիստ-թերապևտ, գիտության վաստակավոր գործիչ Ա. Մելիք-Աղամյանը բազմիցս ընտրվել է Թերապևտների համամիութենական ընկերության վարչության և Համամիութենական գիտական առողջաբանային խորհրդի անդամ, Հանրապետության գիտական բժշկական ընկերության և Ռևմատիզմի կոմիտեի նախագահ, «Կլինիկական բժշկության» ամսագրի խմբագրական կոլեգիայի անդամ, Հայկական ՄՍՀ Գերագույն Սովետի դեպուտատ:

1932 թվականից պրոֆ. Մելիք-Աղամյանի հետ է աշխատել Ա.Ա. Քաթանյանը, որը նրա ղեկավարությամբ շարքային բժշկից հասավ գիտությունների դոկտորի աստիճանի և երկար տարիներ վարում էր բժիշկների կատարելագործման ինստիտուտի թերապիայի ամբիոնը: Ա.Ա.Քաթանյանը հանգամանորեն ուսումնասիրել է անոթների վիճակը մալարիայի ժամանակ: Նա միևնույն ժամանակ զբաղվել է հիպերտոնիկ հիվանդության, աթերոսկլերոզի, պսակային անբավարարության հարցերով, որոնց շուրջ արժեքավոր գեկուցումներով բազմիցս հանդես է եկել միութենական և միջազգային մի շարք բժշկական գիտաժողովներում:

1945 թվականից Մելիք-Աղամյանին է աշակերտել Պ.Ա. Վարդապետյանը, որը հիմնականում նվիրվել է ներգատական հիվանդությունների ուսումնասիրությանը: Հատկապես մեծ ավանդ ունի Պ.Ա. Վարդապետյանը Հայաստանում էնդոկրինոլոգիական ծառայություն ստեղծելու և զարգացնելու գործում: Լինելով առողջապահության մինիստրության գլխավոր էնդոկրինոլոգը և էնդոկրինոլոգիական գիտական ընկերության նախագահը, նա մեծ դեր է խաղացել բարձրորակ կադրեր պատրաստելու գործում, ինչպես նաև ներդրել է ներգատական հիվանդությունների հետազոտության և բուժման նոր արժեքավոր մեթոդներ: Նա մասնակցել է 1941-1945թթ. Հայրենական պատերազմին և պարգևատրվել շքանշաններով: 1949-1952թթ. լինելով Հոկտեմբերյանի շրջանի առողջապահության բաժնի վարիչ, ակտիվորեն մասնակցել է այն ժամանակ մոլեգնող մալարիայի և տրախոմայի

վերացման գործին:

1949 թ. Մելիք-Արամյանի մահից հետո ֆակուլտետային թերապիայի ամբիոնի վարիչ է ընտրվում պրոֆ. Տ.Ս. Մնացականովը, որի ղեկավարությամբ ամբիոնը շարունակում է Մելիք-Արամյանի սկսած գործը: Ջերմուկ ատոլոգարանի ուսումնասիրությունը: Հատուկ ուշադրություն է դարձվում «Ջերմուկ» հանքային ջրի ազդեցությանը նյութափոխանակության վրա լյարդի, լեղուղիների հիվանդությունների և շաքարախտի ժամանակ: Նրա օրոք ֆակուլտետային թերապիայի կլինիկայում լուրջ հետազոտություններ են կատարվել քիթետոքսիկոզի և շաքարախտի ուսումնասիրության գործին: Պրոֆեսոր Մնացականովն ամենօրյա հոգատարություն էր ցուցաբերում կադրերի պատրաստման գործին:

Նրա լավագույն աշակերտներից է Ռ.Ս. Մամիկոնյանը, որը մեծ լույս է ներդրել երիկամային հիվանդությունների ուսումնասիրության բնագավառում: Ռ.Ս. Մամիկոնյանի բեղմնավոր գիտական գործունեության արդյունքներն ամփոփվեցին թեկնածուական (1955 թ.) և դոկտորական (1967 թ.) թեզերում:

Սկսած 1968 թ. Ռ.Ս. Մամիկոնյանը ղեկավարում էր ֆակուլտետային թերապիայի ամբիոնը: Այդ տարիներին նա ամբիոնի աշխատակիցների հետ զբաղվում էր սիրտ-անոթային համակարգի հիվանդությունների, երիկամային անբավարարության ժամանակ լյարդի ֆունկցիոնալ տեղաշարժերի, երիկամների խրոնիկական անբավարարության կլինիկայի և բուժման հարցերով:

Ռ.Ս. Մամիկոնյանը լինելով փորձված կլինիցիստ, միաժամանակ աչքի է ընկնում իր բազմակողմանի զարգացմամբ և մտքի ստեղծագործական թռիչքով: Ունենալով մաթեմատիկական և տեխնիկական լավ պատրաստություն, նա մի քանի արժեքավոր գյուտեր է արել, որոնք ներդրվել են ուսումնական և կլինիկական պրակտիկայում:

Տ.Ա.Մնացականովի աշակերտներից էր նաև Վ.Գ. Ամատունին, որը զբաղվել է թոքերի խրոնիկական ոչ սպեցիֆիկ հիվանդությունների տարածվածության և բուժման հարցերի ուսումնասիրությամբ: Պրոֆեսոր Վ.Գ. Ամատունու արժեքավոր հետազոտությունները վերաբերվում են արտաքին շնչառության ֆունկցիայի փոփոխություններին նշված հիվանդությունների ժամանակ և այդ հիվանդությունների դասակարգմանը: Իր աշխատակիցների հետ միասին տարիներ ի վեր ուսումնասիրվել է բրոնխային ասթմայի և խրոնիկական բրոնխիտների ախտածագման ու բուժման հետ կապված հարցերը «Ջերմուկ» ատոլոգարանում: Նրա ուսումնասիրությունները ամփոփված են «Ժողովրդի խրոնիկական օբստրուկտիվ հիվանդությունները և բարձր լեռնային կլիման» (1974 թ.), ինչպես նաև «Ալերգիա» (1985 թ.) մենագրություններում:

Պրոֆեսոր Ռ.Ս. Գյանջեգյան: Հայկական գիտական թերապիայի հիմնադիրներից է նաև կլինիցիստ Ռ.Ս. Գյանջեգյանը: Նա ծնվել է 1885 թ. Նուխի քաղաքում:

Ավարտելով Շուշի քաղաքի ծխական դպրոցը, մեկնում է Ֆրանսիա, որտեղ ընդունվում է Մոնպելիեի համալսարանի բժշկական ֆակուլտետը:

1913 թ. ավարտելով, վերադառնում է հայրենիք և անցնում աշխատանքի Բաքվի հիվանդանոցներից մեկում որպես օրդինատոր: Հետագայում, աշխատելով Ալեքսանդրապոլի, Թիֆլիսի, Լենինգրադի տարբեր բուժական հիմնարկներում, նա մասնագիտանում է թոքերի պարախտի գծով և կարճ ժամանակից հետո դառնում է ոչ միայն Անդրկովկասի, այլև Միության ճանաչված մասնագետներից մեկը: Այնուհետև նրան հրավիրում և նշանակում են Անդրկովկասի երկաթգծի հարավային տեղամասի ատոլոգապահության բաժնի վարիչ: Այստեղ Գյանջեգյանի ակտիվ մասնակցությամբ հիմնադրվում է Ալեքսանդրապոլի երկաթգծի հիվանդանոցը, որտեղ նա վարում է ներքին հիվանդությունների բաժանմունքը:

Տաղանդավոր բժիշկը շուտով 1930 թ. հրավիրվում է աշխատելու Երևանի բժշկական ինստիտուտում: Սկզբում աշխատում է որպես ասիստենտ, ապա՝ հոսպիտալ թերապիայի ամբիոնի վարիչ, որը նա ղեկավարեց շուրջ 20 տարի: Նույն թվականին (1930) նրան շնորհվում է գիտության վաստակավոր գործչի և պրոֆեսորի կոչում:

Բժշկական ինստիտուտում աշխատելու տարիներին ավելի ցայտուն կերպով դրսևորվեցին պրոֆեսոր Գյանջեգյանի կազմակերպչական, կլինիկական ու գիտական արտասովոր ունակությունները: Ռ.Ս. Գյանջեգյանը խոշոր ծառայություն ունի հանրապետության ատոլոգարանային վարիչի և հանքային աղբյուրների հայտնաբերման և նրանց բուժիչ հատկությունների ուսումնասիրման շնորհակալ գործում: Նրա անվան հետ է կապված Արգմու հանքային աղբյուրների բուժական հատկությունների բացահայտումը ստամոքս-աղիքային հիվանդությունների բուժման համար:

Ամուսնալի է Գյանջեգյանի դերը Գյուլագարակի և Կիրովականի կլինիկական պայմանների բուժական ազդեցության ուսումնասիրման մեջ: Նրա գործունեության հետ սերտորեն կապված է հակապարախտային ծառայության կազմակերպումը Հայաստանում: Գյանջեգյանի գործուն մասնակցությամբ և եռանդուն ջանքերով 1927 թ. Դիլիջանում ստեղծվեց հակապարախտային դիսպանսեր, իսկ այնուհետև՝ ատոլոգարան, որն այժմ կրում է նրա անունը:

Գյանջեգյանը ամենայն խորությամբ ուսումնասիրում է Դիլիջանի կլինիկայի ատոլոգարանի ազդեցությունը և մշակում կլինիկաբուժական մեթոդները հատկապես թոքային հիվանդությունների ժամանակ: Նա բացահայտում է նաև «Դիլիջան» հանքային ջրի բուժական հատկությունները և նրա բարերար ներգործությունը ստամոքս-աղիքային հիվանդությունների բուժման գործում:

Մեծ գիտնականի աչքից տառացիորեն ոչինչ չէր վրիպում, հատկապես, երբ դա վերաբերվում էր մարդու ատոլոգիային պահպանմանը: Իսկ այդ ամենն ուղղակիորեն հաստատող փաստեր շատ կան: Մեծ արժեք են

ներկայացնում նրա գիտական և գործնական հետազոտությունները՝ նվիրված պալարախտի, մալարիայի, խոցային հիվանդության, ավիտամինոզների և բիոցենոզի կլինիկայի և բուժման հարցերին: Ռ.Մ. Գյանջեցյանի ղեկավարությամբ և մասնակցությամբ Կիրովականում և նրա շրջակա գյուղերում կատարված ուսումնասիրությունները հնարավորություն տվեցին մշակել պալարի կոնկրետ միջոցառումներ այդ շրջանում բավականին տարածում գտած էնդեմիկ խայիպի դեմ: Պարզվեց, որ պատճառը խմելու ջրում պարունակվող յոդի պակասությունն է: Անհրաժեշտ էր գործնականորեն օգնել մարդկանց, և նա հասավ այն բանին, որ Կիրովականում օգտագործվող կերակրի աղը պարբերաբար հարստացվեց կալիումական յոդով՝ դրանով իսկ կանխվեց հիվանդության հետագա զարգացումը: Այնուհետև նա զբաղվում է քիմիական գործարաններում աշխատող բանվորների առողջական վիճակի հետազոտությամբ և մշակում մի շարք մասնագիտական հիվանդությունների կանխման կոնկրետ միջոցառումների ծրագիր: Նա նաև առաջ քաշեց հատուկ ինստիտուտի կազմակերպման անհրաժեշտությունը: Այժմ մեր հանրապետությունում այդ կարևոր հարցերով զբաղվում է Մասնագիտական ախտաբանության գիտահետազոտական ինստիտուտը, և թերևս շատ քչերը գիտեն, որ այդ ծառայության հիմնադիրը եղել է Ռ.Մ. Գյանջեցյանը:

Առաջադեմ հայացքների տեր գիտնականը նաև, այսպես կոչված, «նկրիզմի» ամենաջերմ կողմնակիցն էր: Ահա թե ինչու հանրապետությունում առաջին անգամ նա կիրառեց խոցային հիվանդության բուժումը բրոմի պատրաստուկներով և քնով:

Լինելով փորձված և առաջավոր գիտնական, կլինիցիստ, պրոֆեսոր Գյանջեցյանը շատ բանով նպաստեց գործնական բժշկության մեջ ախտորոշման և բուժման նոր մեթոդների ներդրմանը, մասնակցություն էր ցուցաբերում հանրապետության հասարակական կյանքին: Նա երեք անգամ ընտրվել է Հայկական ՍՍՀ Գերագույն Սովետի ղեկավար, եղել է Բժշկական ինստիտուտի ղեկավար, թերապևտների գիտական ընկերության նախագահ, հանրապետության գլխավոր թերապևտ:

Պրոֆեսոր Գյանջեցյանի մահից հետո հոսպիտալ թերապիայի ամբիոնի վարիչ է ընտրվում պրոֆեսոր Ա.Տ. Սիմոնյանը: Տարիներ շարունակ նա զբաղվել է մալարիայի ժամանակ տեղի ունեցող նյութափոխանակության զանազան խանգարումների ուսումնասիրությամբ, որի արդյունքներն ամփոփված են «Նյութափոխանակությունը մալարիայի ժամանակ» աշխատության մեջ: Ուշագրավ են Ա.Տ. Սիմոնյանի և նրա աշխատակիցների հետազոտությունները նոր դեղամիջոցների (սինթեզված Նուրբ օրգանական քիմիայի գիտահետազոտական ինստիտուտում) կլինիկական փորձարկման ասպարեզում:

Պրոֆեսոր Գյանջեցյանի աշակերտներից էր Ալ.Ա.

Մելիք-Աղամյանը (պրոֆեսոր Ա.Ա. Մելիք-Աղամյանի որդին), որը 1971-1975 թթ. վարում էր բժշկների կատարելագործման ինստիտուտի թերապիայի ամբիոնը: Տարիներ ի վեր զբաղվում էր թոք-սրտային անբավարարության հարցերով: Մանրամասն վերլուծելով էլեկտրասրտագրի շեղումները թոք-սրտային անբավարարության ժամանակ, նա եկավ այն եզրակացության, որ ելնելով այդ շեղումներից, կարելի է որոշել թոք-սրտային անբավարարության արտահայտվածության աստիճանը:

Մեծ հետաքրքրություն են ներկայացնում ամփոփող և պարբերական հիվանդության վերաբերյալ Ա.Ա. Այվազյանի երկարամյա հետազոտությունները, որոնք ամփոփված են նրա դոկտորական թեզում: Պրոֆեսոր Այվազյանը, ղեկավարելով հոսպիտալ թերապիայի ամբիոնը, նրան կից ստեղծում է հատուկ գիտահետազոտական լաբորատորիա, որը զբաղվում է պարբերական հիվանդության և կուլագենոզների ուսումնասիրությամբ: Նա առաջարկել է պարբերական հիվանդության նոր դասակարգում, ապա հատուկ հետազոտությունների տվյալների հիման վրա առաջ քաշել պարբերական հիվանդության ախտաձևային իր ուրույն տեսությունը, որտեղ մեծ նշանակություն է տալիս հիվանդության զարգացման փուլերին և ինունաբանական մեխանիզմներին: Նրա ջանքերով ստեղծվել է պարբերական հիվանդության և կուլագենոզների բաժանմունք, որը փաստորեն հանդիսանում է հատուկ կենտրոն այդ հիվանդություններով տառապողների հետազոտման և բուժման համար:

Պրոֆեսոր Գյանջեցյանի թերապիայի դպրոցի ավանդույթների շարունակողն ու արգասնողը պրոֆեսոր Ռ.Պ. Ստամբոլցյանն է: Նրա վաղ շրջանի գիտական աշխատանքները վերաբերվում են քնաբուժությանը: Նա մշակել է դեղորայքային քնի արդյունավետությունը բարձրացնող տարբերակիչ մեթոդ, ինչպես նաև ստեղծել է (տեխնիկայի բնագավառում աշխատողների հետ համատեղ) էլեկտրաքնի ինքնատիպ սարք: Այս թեմայով 1952 թ. պաշտպանում է թեկնածուական թեզ, իսկ 1953 թ. պրոֆեսոր Գյանջեցյանի համահեղինակությամբ լույս ընծայում «Խոցային հիվանդության քնով բուժելու մեթոդիկայի մասին» մեմորանդումը: Ստամբոլցյանի հետագա գիտական գործունեությունը վերաբերվում է սրտաբանությանը: Նա առաջինը Հայաստանում լայն կերպով ներդրում է էլեկտրասրտագրությունը և պատրաստում մեծ թվով բարձրորակ կադրեր, որոնք զգալի կերպով նպաստում են սրտաբանության հետագա զարգացմանը:

1957 թ. առաջին անգամ մայրենի լեզվով լույս է տեսնում Ստամբոլցյանի «Օգնություն էլեկտրասրտագրություն ուսումնասիրողներին» ձեռնարկը, որը մեծ նշանակություն ունեցավ հայ բժշկներին քննության այս մեթոդին ծանոթացնելու գործում: Նրա հետագա գիտական աշխատանքները նվիրված են սրտի իշեմիկ հիվանդության ախտորոշման և բուժման հա-

մակողմանի ուսումնասիրություններին: 1962թ. նա պաշտպանում է դոկտորական թեզ, ապա հրատարակում «Կորոնար անբավարարության պարզեցնելի բուժման մասին» մեմագրությունը: 1963 թ. նա կազմակերպում և վարում է Երևանի բժշկական ինստիտուտի սանիտարական, ստոմատոլոգիական և մանկաբուժության ֆակուլտետների ներքին հիվանդությունների պրոպեդևտիկայի ամբիոնը:

1865թ. Ստամբուլյանը առաջարկում է էլեկտրասրտագրի քանակական վերլուծության իր ուրույն իմտեցրալ մեթոդը, որը նոր հնարավորություններ ու հեռանկարներ է ստեղծում սրտաբանության հետազգա զարգացման համար: Այն կարևոր է հատկապես սրտի իշեմիկ հիվանդության վաղ ախտորոշման, բարդությունների կանխման և էլեկտրասրտագրական պարբերական քննություններով տարբերակված բուժման արդյունավետ մեթոդների ընտրության և նրանց կարգավորման գործում: Կլինիկալ էլեկտրասրտագրական պարբերական քննություններով ստացված քանակական փոփոխությունների վերլուծության տվյալները Ստամբուլյանին հնարավորություն են տվել առաջարկելու սրտամկանի ինֆարկտի ժամանակ նոր օջախների առաջացման տեսությունը, որը նոր էջ բացեց այդ հիվանդության ախտաճազումը այլ տեսանկյունով ուսումնասիրելու, մեկնաբանելու և բուժման նոր մեթոդներ կիրառելու հարցերում:

Այս բոլորը հիմք են տվել էլեկտրասրտագրության բնագավառում մշակել և առաջարկել մի քանի քանակական ցուցանիշներ, ներդրել դիմամիկ էլեկտրասրտագրության միանգամայն նոր և արժեքավոր մեթոդ, որով հաջողվում է որոշել ոչ միայն սրտամկանի ինֆարկտի ընթացքի առանձնահատկությունները, կանխագուշակել և զմախատել հիվանդության ընթացքը, այլև, ժամանակին կարգավորել բուժական միջոցառումները: Վերոհիշյալ հետազոտությունները հնարավորություն են տվել միանգամայն նորովի կիրառել հաշվիչ տեխնիկան էլեկտրասրտագրի ավտոմատիկ վերլուծության բնագավառում: Այդ նպատակով 1968 թ. Ստամբուլյանի նախաձեռնությամբ ստեղծվում է գիտահետազոտական լաբորատորիա, որին աշխատակցում են տեխնիկական գիտությունների ներկայացուցիչներ:

Ռ.Պ. Ստամբուլյանի ջանքերով Երևանի տեխնոլոգիական միկրոէլեկտրոնիկայի գիտահետազոտական ինստիտուտում կազմակերպվեց բժշկական էլեկտրոնիկայի բաժին, որտեղ մշակվում և ստեղծվում էին սրտի գործունեությանը հետևող նոր սարքեր և համակարգեր: Դա հիմք ստեղծեց սրտաբանության մեջ նոր ուղղության մոնիտորակոմպյուտերային դիմամիկ էլեկտրասրտագրության զարգացման համար: Այս բնագավառում կատարված հետազոտության արդյունքներն ամփոփվեցին ռուսերեն լեզվով հրատարակված «էլեկտրասրտագրի քանակական վերլուծության մակերեսաչափական մեթոդը» մեմագրությամբ:

Ստամբուլյանի 1978 թ. լույս տեսած «Էլինիկական էլեկտրասրտագրություն» մայրենի լեզվով դասագիրքը

1980 թ. արժանացավ Հայկական ՄՍՀ պետական մրցանակի: 1967 թ. Ռ.Պ. Ստամբուլյանին շնորհվում է Հայկ. ՄՍՀ գիտության վաստակավոր գործչի կոչում, իսկ 1971 թ. նա ընտրվում է Հայկ. ՄՍՀ գիտությունների ակադեմիայի թղթակից անդամ:

1966-1968 թթ. Ռ.Պ.Ստամբուլյանը նշանակվում է Բժշկական ինստիտուտի ռեկտոր, որի եռանդուն ջանքերի շնորհիվ իրականացվում է ինստիտուտի երկու մասնաշենքերի շինարարությունը:

1970 թ. Ստամբուլյանի կողմից ստեղծվում է ներքին հիվանդությունների սուբօրդինատորների նոր ամբիոնը, իսկ 1980 թ. այն վերափոխվում է որպես ներքին հիվանդությունների թ.2 ամբիոն:

Նրա ջանքերով 1970 թ. նորակառույց Հանրապետական հիվանդանոցում ստեղծվում է հանրապետությունում առաջին մասնագիտացված սրտաբանական կլինիկան սրտամկանի ինֆարկտի ինտենսիվ հսկողության բաժանմունքով, որտեղ առաջին անգամ կիրառվեց և հիմնադրվեց սրտի ռիթմի խանգարումների էլեկտրաիմպուլսային թերապիան ռոգենտ Հ.Կ.Կարապետյանի կողմից:

1971թ. Ռ.Պ.Ստամբուլյանը ընտրվում է Հայաստանի ԳԱԱ թղթակից անդամ, իսկ 1994թ. ակադեմիկոս: Ակադեմիկոս Ստամբուլյանը շարունակում է իր գործունեությունը. նույն ամբիոնի պրոֆեսորի պաշտոնում: Նրա ղեկավարությամբ պաշտպանվել է 25 թեկնածուական և 2 դոկտորական թեզեր: Նրա գրչին են պատկանում մոտ 200 գիտական հոդվածներ, 3 մեմագրություն և 4 դասագիրք: Նրա խմբագրությամբ 1988 թ. լույս է տեսնում Հայաստանում առաջին ներքին հիվանդությունների 2 հատորյա դասագիրքը: Նա 8 գյուտի հեղինակ է և շարունակում է իր գիտատնտմական ակտիվ գործունեությունը մինչ օրս: Պարգևատրվել է շքանշաններով, մեդալներով և պատվոգրերով:

1987 թ.-ից ներքին հիվանդությունների թ.2 ամբիոնի վարիչ է ընտրվում նշանավոր գիտնական, բ.գ.դ. պրոֆեսոր Վ.Մ.Հարությունյանը, որը բազմաթիվ արժեքավոր գիտական աշխատությունների և մեմագրությունների հեղինակ է՝ հատկապես պարբերական հիվանդության բնագավառում: 2001 թ. նույն ամբիոնի վարիչ է ընտրվում հմուտ սրտաբան, բ.գ.դ., պրոֆեսոր Ե.Ս.Միքայելյանը:

Այսպիսով, Երևանի բժշկական ինստիտուտի ներքին հիվանդությունների ամբիոնները հանդիսացել են այն գիտատնտմական կենտրոնները, որտեղ պատրաստվել են բազմաթիվ բժիշկ-թերապևտներ, որոնք հաջողությամբ ապահովում են հանրապետության թերապևտիկ ծառայությունը:

Երևանի Մ.Հերացու անվան պետական բժշկական համալսարանում սովորելու են գալիս սփյուռքի հայ երիտասարդները, որոնք իրենց բժշկական գործունեությունը իրագործում են արտասահմանում: Ուրախությամբ պետք է նշել, որ Երևանի պետական բժշկական համալսարանում սփյուռքահայ շատ բժիշկ-թերապևտներ արտասահմանում վայելում են մեծ հեղինակություն:

Մ. Ներացու անվան Երեւանի պեֆական բժշկական համալսարանի դերը Հայաստանում վիրաբուժության զարգացման գործում

Մ. Ներացու անվան ԵրԴԲՀ-ի վիրաբուժության թիվ 1 ամբիոնի վարիչ, պրոֆեսոր
Ն. Վ. Սարուխանյան, պրոֆեսոր Մ. Մ. Միրիջանյան

375025 Երևան, Կորյունի 2

Նոր հարյուրամյակում վիրաբուժությունը բժշկության մեջ առանձնահատուկ տեղ է գրավում բնակչության առողջության պահպանման, նրա վերականգնման և կյանքի որակի բարձրացման գործում:

Վիրաբուժությունը, ինչպես առողջապահությունը ընդհանրապես, անցած հարյուրամյակում մեծ թռիչք ապրեց: Ավելի համոզիչ լինելու համար հարկ է նշել, որ XX դարի սկզբին մեր երկրում բժշկագիտությունը և ազգաբնակչության առողջապահության կազմակերպումը կամ ընդհանրապես չկար, կամ էլ գտնվում էր անասելի ցածր մակարդակի վրա:

Հայաստանն իր պատմության քառուղիներում ունեցել է բժշկության զարգացման տարբեր մակարդակներ: Մատենադարանի ձեռագրերից պարզ է դառնում, որ Ոսկե Միջնադարում Հայաստանում բավականին զարգացած է եղել վիրաբուժական գործը: Կիլիկյան Հայաստանում Մխիթար Հերացին հիմք դրեց գիտական բժշկությանը: Հիշատակումներում նշվում է, որ Կոլոմբոսի արշավախմբում եղել են հայ բժիշկ-վիրաբույժներ: Սակայն ամենից շատ նրանք հիշատակվում են ռուսական բանակում և ռուս արքունիքում: Հատկանշական է պալատական վիրաբույժ, ռուսական բանակի գեներալ, «Գեորգիյան խաչի» ասպետ Ջամբիկ Մարգարյանը, որը ծնունդով Զարախայուից էր:

Կան տվյալներ, որ XIX դարի կեսերին Գևորգ Երևանցին Հայաստանում կատարել է օստեոսինթեզ ազդրոսկրի կոտրվածքների ժամանակ:

Առաջին դիպլոմավոր բժիշկ-վիրաբույժներից են եղել Մոսկվայի համալսարանի շրջանավարտներ Հ.Նովիսոնիսյանը և Տեր-Գրիգորյանը, որոնք Երևանի (1895) և Ալեքսանդրապոլի (1905) քաղաքային 10 մահճակալանոց հիվանդանոցներում սկսել են իրենց գործունեությունը: Նշված բաժանմունքներում էլ ձևավորվեց Հայաստանի ներկայիս հզոր վիրաբուժական ծառայությունը:

Առաջին բժշկական ընկերությունը ձևավորվել է 1910 թ. վիրաբույժ Տեր-Միքայելյանի ջանքերով: Ընկերությունը 1920 թ. հրավիրեց բժիշկների առաջին համահայկական համագումարը:

1920 թ. Հայաստանում աշխատում էին 58 բժիշկներ, որոնցից միայն չորսն էին վիրաբույժներ: Դեռ Հայաստանի առաջին Հանրապետության, ապա Խորհրդային Հայաստանի առաջին տարիներին հրատապ էր բժշկական կադրերի, այդ թվում՝ վիրաբույժ-

ների պատրաստման խնդիրը: Այն լուծելու համար անհրաժեշտ էր ունենալ սեփական բժշկական կրթօջախ, քանզի հանրապետությունից դուրս կրթություն ստացան մասնագետների միջոցով հնարավոր չէր լուծել բժիշկների օրեցօր մեծացող պահանջը: Նպատակը իրագործելու համար 1921թ. ստեղծվում է Երևանի բժշկական դպրոցը, որի հիման վրա 1922 թ. մարտին հիմնադրվում է Երևանի պետական համալսարանի բժշկական մասնաճյուղը, որը 1930-ին առանձնացվեց որպես Երևանի բժշկական ինստիտուտ, ապա համալսարան: Վերջինս էլ դարձավ այն ամբիոնառ դարբնոցը, որը ստանձնեց կադրերի պատրաստման և վիրաբուժական մտքի զարգացման ազգանվեր գործը: Հետագայում այդ գործում մեծ ավանդ ունեցան *ակադեմիկոս Ավդալբեկյանի անվան բժիշկների կատարելագործման ինստիտուտը, ակադեմիկոս Ֆանաբեյյանի անվան ռենտգենոլոգիայի, ռադիոլոգիայի և օնկոլոգիայի գիտահետազոտական ինստիտուտը, ակադեմիկոս Միքայելյանի անվան վիրաբուժության ինստիտուտը, Պետրոսյանի անվան տրավմատոլոգիայի և օրթոպեդիայի կենտրոնը, Էրեբունի, Արմենիա, Մալաթիա, Նորք-Մարաշ, Այրվաճառաբանության, Արաբկիր բժշկական կենտրոնները, Մալաթիայի անվան աչքի հիվանդությունների, Մարգարյանի անվան մանկաբարձության և գինեկոլոգիայի կլինիկաները* և այլ հաստատություններ:

Այդ տարիներին չափազանց մեծ դժվարություններ կային բժշկական ֆակուլտետի աշխատանքի կազմակերպման համար: Բավական է նշել, որ հանրապետությունում որոշ կլինիկական նեղ մասնագիտությունների գծով չկային ստացիոնար բաժանմունքներ, որտեղ ուսանողները հնարավորություն ունենային մասնակցելու հիվանդների ախտորոշման, խնամքի և բուժական աշխատանքներին: Եղած հիվանդանոցներն ու նրանց բաժանմունքները փոքր էին: Ամենամեծ վիրաբուժական բաժանմունքը Հանրապետական թիվ 1 հիվանդանոցում էր, որն ուներ ընդամենը 28 մահճակալ: Տարածքային խնդիրներից բացի բժշկական ֆակուլտետը դասախոսների մեծ կարիք ուներ: Քանի որ սեփական կադրերով անհնարին էր լրացնել ֆակուլտետի պահանջները և դասավանդման որակը բարձրացնել պատշաճ մակարդակի, ֆակուլտետի ղեկավարությունը նամակագրական կապ է հաստատում Խորհրդային Միության այլ վայրերում աշխատող մի խումբ հայ անվանի բժիշկների

քի հետև և հրավիրում նրանց հայրենիք: Հայաստան մշտական աշխատանքի և բնակության են գալիս բազմաթիվ հայ բժիշկներ. Համբարձում Քեչեկը, Խաչատուր Արխիպյանը, Հովհան Գաբրիելյանը, Արտաշես Մելիք-Աղամյանը և ուրիշներ, որոնք աշխատանքի են անցնում բժշկական ֆակուլտետում, մասնավորապես՝ ընդհանուր վիրաբուժության ամբիոնում, որի ղեկավարությունը ստանձնում է Համբարձում Մերաֆիմի Քեչեկը: Գիտության վաստակավոր գործիչ Քեչեկը ծնվել է 1872թ.-ին՝ Դոնի Նախիջևանում, սովորել է Պետերբուրգի, ապա՝ Մոսկվայի բժշկական ֆակուլտետներում: Համալսարանը ավարտելուց հետո 1897թ. աշխատանքի է անցել Ռոստովում, իսկ 1900թ. տեղափոխվել է Պետերբուրգ և աշխատանքի անցել ակադեմիական վիրաբուժական կլինիկայում: 1901 և 1905թթ. նա եղել է արևմտյան Եվրոպայում, որտեղ ուսումնասիրել է միզասեռական օրգանների հիվանդությունները: Տեղափոխվելով Երևան 1923թ., նա նշանակվում է համառապետական հիվանդանոցի վիրաբուժական բաժանմունքի, ինչպես նաև վիրաբուժության ամբիոնի վարիչ: Դասախոսական կադրերի բացակայության պատճառով որոշ տարիներ նա դասախոսություններ է կարդացել նաև ակադեմիական անատոմիա և ակադեմիական ֆիզիոլոգիա առարկաներից: 1925թ. Հ. Քեչեկը նշանակվել է համալսարանի բժշկական ֆակուլտետի ղեկավար: Մեծ է Քեչեկի դերը համառապետությունում գիտական մտքի զարգացման մեջ: Նրա 30-ից ավելի գիտական աշխատանքները նվիրված են մարտդակաժողովուրդի համակարգի, հեմաշարժիչ ապարատի, միզասեռական համակարգի, էնդոկրինոլոգի և խաչի պրոբլեմներին: Մեծ է Հ. Քեչեկի ծառայությունը Հայաստանում արյան փոխներարկման գործի ներդրման և կազմակերպման ասպարեզում:

Հ. Քեչեկի սաներից և նրա գործի շարունակողն էր գիտության վաստակավոր գործիչ, պրոֆեսոր Ս. Ս. Շարիմանյանը, որն ուսուցիչ հետո 1940թ. ղեկավարեց ամբիոնը շուրջ 30 տարի: Գիտության վաստակավոր գործիչ Սեդրակ Սիմոնի Շարիմանյանը ծնվել է 1898 թ. Թբիլիսիում: 1922 թ. ավարտել է Խարկովի համալսարանի բժշկական ֆակուլտետը: Մինչև 1925թ. աշխատել է Խարկովի համալսարանի բժշկական ֆակուլտետի հոսպիտալի վիրաբուժական կլինիկայում: 1926 թ., տեղափոխվելով Երևան, աշխատանքի է անցել ֆակուլտետային վիրաբուժության կլինիկայում: 1930-38թթ. նա աշխատել է բժշկական ինստիտուտի ֆակուլտետային վիրաբուժության կլինիկայում որպես ասիստենտ, իսկ այնուհետև՝ նույն ամբիոնի պրոֆեսոր: 1940 թ. նշանակվել է ընդհանուր վիրաբուժության ամբիոնի վարիչ և երկար տարիներ ղեկավարել այն: Պատերազմի տարիներին եղել է նյարդավիրաբուժական էվակոնոսպիտալի գլխավոր վիրաբույժ: Ջրաղվել է մարտդակաժողովուրդի վերքերի բուժման պրոբլեմով և իր ուսումնասիրությունները ամփոփել է «Աղիների վերքերն ու նրանց բուժումը» ատենախոսության մեջ: Այդ աշխատության

մեջ հեղինակը լրիվ ժխտում է լորձային խցանի բուժիչ դերը: Մեծ հետաքրքրություն են ներկայացնում հիպերտոնիկ հիվանդության բուժմանը նվիրված նրա աշխատանքները, որոնց արդյունքը հանդիսացավ «Չարկերակային հիպերտոնիայի վիրաբուժական բուժումը» դոկտորական քեզը: 1964 թ. նրա խմբագրությամբ լույս տեսավ «Խաչիկը Հայաստանում» ժողովածուն: Այդ աշխատանքը ժխտեց այն քյուր կարծիքը, թե Հայաստանը չի հանդիսանում այդ պաթոլոգիայի էնդեմիկ օջախ: Ս. Ս. Շարիմանյանը հեղինակ է «Ընդհանուր վիրաբուժություն» դասագրքի, երկար տարիներ ղեկավարել է Հայաստանի վիրաբույժների գիտական ընկերությունը, եղել է վիրաբույժների անդրկովկասյան ընկերության նախագահ և համամիութենական ընկերության վարչության անդամ: Ս. Ս. Շարիմանյանը 1957-1988թթ եղել է վիրաբուժական ընկերության անփոփոխ ղեկավարը: Հայաստանում նա Ս. Գ. Չոհրաբյանի և Ս. Ս. Հովհաննիսյանի հետ հիմք դրեցին նյարդային վիրաբուժությանը: Նրա աշակերտները դարձան վիրաբուժական մտքի և գործի անխոնջ մշակներ, որոնցից են գիտության վաստակավոր գործիչ, պրոֆեսոր Վ. Հ. Սարգսյանը, Վ. Ա. Մալխասյանը, Մել-Իսրայելյանը, Ս. Ս. Հովհաննիսյանը: Նրանք Սովետական Միությունում հիմնովին մշակեցին պերիտոնալ անեսթեզիայի կիրառումը, ստամոքսի մասնահատումների ժամանակ զաստրոնտերոստոմաների նորանոր մեթոդներ, գլխավոր լիմֆատիկ ծորանի դրենավորման եղանակներ և այլն: Հեղինակ են բազմաթիվ գիտական մեմոարթությունների և դասագրքերի:

Մյուս վիրաբուժական դպրոցի հիմնադիրը դարձավ Կիևի համալսարանի շրջանավարտ Հարություն Միրզա-Ավագյանը, որը 1924թ. հրավիրվեց Երևան և 1929 կազմակերպեց հոսպիտալ վիրաբուժության ամբիոնը:

Հ. Գ. Միրզա-Ավագյանը լայն մտահորիզոնի տեր վիրաբույժ էր: Ստամոքսի առաջին մասնահատումը նա կատարել է 1929 թ., իսկ 1930 հաջորդությամբ կատարեց վիրահատություն սրտի վրա՝ հեռացնելով սրտամկանից հրազենային գնդակ:

Հայրենական վիրաբուժության զարգացման մեջ իր ուրույն դերն ունի Վազգեն Հովհաննեսի Սարուխանյանը, որը ծնվել է 1910 թ. Նոր Բայազետում (այժմ՝ Գավառ): 1931 թ. ավարտել է Երևանի բժշկական ինստիտուտը և աշխատանքի անցել ֆակուլտետային վիրաբուժական կլինիկայում՝ որպես օրդինատոր: 2 տարի անց ընդունվել է ասպիրանտուրա, որն ավարտելուց հետո նշանակվել է սկզբում ֆակուլտետային այնուհետև՝ ընդհանուր վիրաբուժության ամբիոնի ասիստենտ: Վ. Հ. Սարուխանյանը գորակազվել է Կարմիր Բանակ և ղեկավարել է Լենինականի, Երևանի հոսպիտալների վիրաբուժական բաժինները, Հայրենական պատերազմի տարիներին հանդիսացել է էվակոնոսպիտալների առաջավոր վիրաբույժ: 1943թ. զորացրվելով բանակից՝ նա վերադառնում է հայրենի ինստիտուտ և պաշտպանում

թեկնածուական թեզ՝ «Արյան կաթիլային փոխներարկումը» թեմայով: Նա ստեղծեց կաթիլային ներարկման համար սարքավորում, որը կիրառական հասկանիչներով գերազանցում էր գոյություն ունեցող սարքավորումները: Ավելի մեծ է Վ. Հ. Սարուխանյանի «Միջոդնային աճառների արտափքումներն ու պատվածքները» դոկտորական թեզի նշանակությունը: Հայրենական բժշկական գրականության մեջ առաջին անգամ նա նկարագրել է կոնտրաստ նուկլեոգրաֆիայի ավելի անվտանգ մեթոդ, որը մանրակրկիտ կերպով մշակել է փորձարարական եղանակով և կիրառել կլինիկայում: Վ. Հ. Սարուխանյանի կողմից հանրապետությունում մշակվել և կիրառվել է պերիդոլայ անեսթեզիան, առաջին անգամ կատարվել է ստամոքսի մասնահատված հատվածի պլաստիկ փոխարինում աղիքային տրանսպլանտատով՝ ոտիկի վրա: Նրա կողմից հրատարակվել են բազմաթիվ գիտական աշխատություններ, այդ թվում՝ «Դեմոնոլոգիա» ձեռնարկը և «Մանկական վիրաբուժություն» դասախոսը: 1963 թ. Վ. Հ. Սարուխանյանն արժանացել է գիտության վաստակավոր գործչի կոչմանը:

1936-1951 թթ. հոսպիտալ վիրաբուժության ամբիոնը ղեկավարում էր Նովոռոսիյսկի համալսարանի շրջանավարտ Գասպար Ալիմի Մելքոնյանը, որը Երևան էր եկել 1920 թ. Օդեսայից: Նրա անունով է կոչվում վիրաբուժության կլինիկան *Արմենիա* բժշկական կենտրոնում:

1952 թ. ամբիոնը և կլինիկան ղեկավարեց Հայաստանի գիտությունների ակադեմիայի թղթակից-անդամ, գիտության վաստակավոր գործիչ, լենինգրադյան վիրաբուժական դպրոցի ներկայացուցիչ պրոֆեսոր Ի. Զ. Գևորգյանը՝ հանրապետությունում ամենաբաշխված վիրաբուժության հիմնադիրը: Այս կլինիկայում են մասնագիտացել ճանաչված վիրաբույժներ Ս. Ս. Գալստյանը, Է. Ս. Մարտիրոսյանը, Գ. Լ. Միրզա-Ավագյանը և շատ ուրիշներ:

Իվան Զրիստափորի Գևորգյանը ծնվել է 1907 թ. Կամոյի շրջանի Կարմիր գյուղում: 1924 թ. ընդունվել է Երևանի պետական համալսարանի բուժական ֆակուլտետը: Հետագայում ուսումը շարունակել է Լենինգրադում: 1930 թ. նա վերադարձել է Հայաստան, որտեղ աշխատանքի է անցել Ալավերդիում, իսկ 1934 թ. տեղափոխվել Երևան: Մեկ տարի անց վիրաբուժության գծով ընդունվել է ասպիրանտուրա և մեկնել Խարկով: 1938 թ. Ի. Ս. Գևորգյանը նշանակվել է Երևանի բժշկական ինստիտուտի ֆակուլտետային վիրաբուժության ամբիոնի, իսկ երկու տարի անց՝ ընդհանուր վիրաբուժության ամբիոնի ասիստենտ: Հայրենական պատերազմի տարիներին զորակոչվել է և 1944 թ. ծառայությանը զուգընթաց նշանակվել է բժշկական ինստիտուտի ռազմասանիտարական պատրաստականության ամբիոնի վարիչի պաշտոնակատար, իսկ այնուհետև՝ ռազմադաշտային վիրաբուժության դասընթացի գծով հոսպիտալ վիրաբուժության ամբիոնի ղեկավար: 1952-79 թթ. Ի. Ս. Գևորգ-

յանը եղել է հոսպիտալ վիրաբուժության ամբիոնի վարիչ: Հետեմալային ներմկանային անգոպացման հարցի շուրջ նա 1941 թ. պաշտպանել է թեկնածուական թեզ: Նշանակալից են նրա աշխատանքները դեղամիջոցների ներգրկերակային ներմուծման վերաբերյալ: 1952 թ. Ի. Ս. Գևորգյանը պաշտպանել է դոկտորական թեզ՝ «Հիպերտոնիկ լուծույթների ներգրկերակային կիրառման ժամանակ կլինիկափորձարարական դիտարկումներ» թեմայով: Ի. Ս. Գևորգյանը հեղինակ է 200-ից ավել աշխատությունների: Լեռնոլիների վիրահատության ժամանակ բակտերիալ բարդությունների կանխման նպատակով նա մշակել և հիմնավորել է դոմերակի մեջ դեղամիջոցների ներարկման մեծ արդյունավետությունը: Նա նկարագրել է մալարիայի ժամանակ «սուր որովայնի համախտանիշը»: Նա առաջինն էր, որ Հայաստանում ուսումնասիրեց ավելոլոկոկոզը: 1963 թ. Հոմում նա ընտրվել է վիրաբույժների ընկերության անդամ:

Ի. Զ. Գևորգյանին հաջորդեց պրոֆեսոր Վ. Թ. Ափոյանը, որը, ղեկավարելով ամբիոնը և կլինիկան, Հայաստանում վիրաբուժական միտքն ու գործը բարձրացրեց առավել բարձր մակարդակի: Մեր ժամանակակից Վիկտոր Թադևոսի Ափոյանը ծնվել է 1930 թ. Թբիլիսիում: 1955 թ. ավարտել է Երևանի բժշկական ինստիտուտը, որից հետո աշխատանքի է անցել Լիպեցկի մարզում: 1957 թ. աշխատել է Ալավերդիում: 1964 թ. «Կրծքի օդանցների հիվանդությունների ժամանակ միջուկային ֆլեբոգրաֆիան» թեմայով պաշտպանել է թեկնածուական թեզ, իսկ 1971 թ.՝ «Թոքի թարախակույտներ» թեմայով պաշտպանել է դոկտորական դիսերտացիա: Նրա կողմից երկրում առաջին անգամ ուսումնասիրվել և կիրառվել է շնչափողի և բրոնխների միջմշակային կաթետերիզացիան, ինչպես նաև՝ թարախակույտների ժամանակ դեղամիջոցների ներադրույալ երկարատև ներարկումները: Նրա ղեկավարությամբ հիշատակության արժանի աշխատանքներ են կատարվել թոքերի, լյարդի, լեռնոլիների, կերակրափողի պլաստիկների, կերակրափողի ախալագիայի վերաբերյալ: Նա 1984-86 թթ. եղել է Առողջապահության նախարարության գլխավոր վիրաբույժը: Նա ԲՈՒՀ-ի վիրաբուժական խորհրդի նախագահն է, վիրաբույժների հայկական ասոցիացիայի նախագահի տեղակալը:

Ներկայումս ամբիոնի ավանդույթները շարունակում և բազմապատկում է ամբիոնի վարիչ պրոֆեսոր Ս. Ս. Հովհաննիսյանը:

Հայաստանում վիրաբուժական մտքի ջատագովներից է եղել պրոֆեսոր Ս. Ն. Գալստյանը: Նա կրկնակի ընտրվել է ԵՊԲԻ ռեկտոր: Լինելով ընդհանուր վիրաբուժության ամբիոնի վարիչ համախմբել և նոր մակարդակի է բարձրացրել ամբիոնի ավանդույթները:

Այս ամբիոնում է իր գործունեությունը ծավալել գիտության վաստակավոր գործիչ պրոֆեսոր Պ. Պ. Անանիկյանը՝ որպես ամբիոնի վարիչ: Նա Խորհրդային Միությունում առաջինը հիմնադրեց ֆլեբոլոգիայի բաժանմունքը, գիտահետազոտական լաբորատորիան:

Պ.Պ.Անանիյանը հեղինակ է բազմաթիվ նորարարությունների, գյուտերի, մենագրությունների և դասագրքերի: Նա այսօր էլ ակտիվ վիրաբույժ է և վիրաբուժության մեծ քարոզիչ:

1965 պրոֆեսոր էմմա Մարտիկյանը հիմնադրեց մանկական վիրաբուժության ամբիոնը, որը հետագայում ղեկավարեցին պրոֆեսորներ Ս.Ա. Վանյանը և Ա.Ս. Բաբոյանը: Այսօր, համահման նրանց մանկական վիրաբուժությունը Հայաստանում կատարելության է հասել: Բավական է նշել, որ այստեղ մեծ հաջողությամբ կատարվում են քարոզագույն վիրահատություններ, ընդհուպ մինչև օրգանների փոխպատվաստումը:

Հայաստանի վիրաբուժության հիմնադիրների շարքում իր ուրույն տեղն ունի Ռուբեն Հովսեփի Յույանը, որը 1919թ. ավարտել է Կիևի համալսարանի բժշկական ֆակուլտետը: 1927թ. սկսել է աշխատանքը Երևանի պետական համալսարանի բուժական ֆակուլտետում Միրզա-Ավագյանի ղեկավարությամբ: 1940-1955 թթ. Յույանը ղեկավարել է ֆակուլտետի վիրաբուժության ամբիոնը, հեղինակ է «Ռազմադաշտային վիրաբուժություն», «Մասնավոր վիրաբուժություն» դասագրքերի: Մեծ է նրա դերը համրապետությունում հեմատոլոգիայի զարգացման մեջ: Հատկապես մեծ ներդրում ունի նա պարագիտային հիվանդությունների՝ մալարիա, ամիոբիազի վիրաբուժական խնդիրների լուծման գործում: Նա ընտրվել է ՄՍՀՄ բժշկական ակադեմիայի թղթակից անդամ:

Նրա արժանի հետևորդներն են մեծանուն վիրաբույժներ Ս.Զ. Ավդալբեկյանը, Ս.Զ. Հովհաննիսյանը, Հ.Ի. Մյունսյանը, Ա.Ա. Միրոյանը:

Մեր պարտքն ենք համարում հիշատակել տաղանդավոր վիրաբույժ ակադեմիկոս Ս.Զ. Ավդալբեկյանի ներդրումը Հայաստանում բժիշկների կատարելագործման ինստիտուտի և կրթչային վիրաբուժության ու անեսթեզիոլոգիայի առաջին ամբիոնի հիմնադրման գործում: Մեծանուն վիրաբույժի սաներից են Վ.Թ. Ափոյանը, Հ.Վ. Սարուխանյանը, Ս.Ս. Քուշկյանը, Դ.Լ. Մեղրոնյանը, Զ.Ա. Տեր-Ավետիսյանը, Ա.Ս. Աղաջանյանը և ուրիշներ: Այս դպրոցի ներկայացուցիչներն այսօր իրենց ուսուցչի գործի ակտիվ շարունակողներն են:

Ամբիոնում Յույանին հաջորդեց Ռուբեն Պարոնյանը՝ «Մասնավոր վիրաբուժություն» դասագրքի հեղինակը: Այնուհետև ամբիոնը 20 տարուց ավել ղեկավարեց պրոֆեսոր Ս.Զ. Հովհաննիսյանը, որը Հայաստանում պրոկտոլոգիայի հիմնադիրներից է:

Ժամանակակից վիրաբուժության զարգացման, դասավանդման մեջ պետք է արժանին մատուցել Հ.Վ. Սարուխանյանի գործին: Հովհաննես Վազգենի Սարուխանյանը ծնվել է 1938 թ. քաղաք Երևանում՝ անվանի վիրաբույժ Վ. Հ. Սարուխանյանի ընտանիքում: 1955 թ. ընդունվել է Երևանի պետական բժշկական ինստիտուտ, որն ավարտել է 1961 թ.: 1961-63 թթ. եղել է սրտաբանության գիտահետազոտական ինստիտուտի վիրաբուժական բաժանմունքի կլինիկական օրդինատոր, ապա աշխատանքի է անցել Երևանի

բժիշկների կատարելագործման ինստիտուտում: 1965 թ. պաշտպանել է թեկնածուական թեզ՝ «Մրկարդի մերայերիկարդային ռեվասկուլարիզացիայի վիրաբուժական մեթոդների համեմատական գնահատականի մասին» թեմայով, որից հետո մինչ 1979թ. աշխատել է Ս.Զ. Հովհաննիսյանի ղեկավարությամբ: 1979-88 թթ. Հ. Վ. Սարուխանյանը գիտաշխատող: 1979-88 թթ. Հ. Վ. Սարուխանյանը հանդիսացել է կրթչային վիրաբուժության և անեսթեզիոլոգիայի ամբիոնի պրոֆեսոր: 1969 թ. Հ. Վ. Սարուխանյանը պաշտպանել է դոկտորական թեզ՝ «Դեղամյութերի երկարատև ինֆուզիան ռեզիդուար անոթներով որովայնային խոռոչի օրգանների հիվանդությունների քարոզությունների պրոֆիլակտիկայի և բուժման մեջ» թեմայով: 1988 թ. առ այսօր Հ. Վ. Սարուխանյանը ղեկավարում է ԵՊԲՀ վիրաբուժական հիվանդությունների թիվ 1 ամբիոնը: Նա առողջապահության նախարարության գլխավոր վիրաբույժն է, վիրաբույժների ասոցիացիայի նախագահը, ՀՀ ԱՆ լիցենզիոն համաձայնագրովի նախագահը, «Հայկական վիրաբուժություն XXI» պրոֆեսիոնալների միության նախագահը: Հ. Վ. Սարուխանյանը հեղինակ է ավելի քան 200 տպագրված աշխատանքների: Նրա կողմից մշակվել են գույզ թոքերի միանվագ ալոպլաստիկայի յուրատեսակ մոդել, ինչպես նաև՝ ստամոքսի մասնահատման ժամանակ ստամոքս-աղիքային բերանակցման, ենթաստամոքսային գեղձի սուր բորբոքման և անաստամոզիտների բուժման եղանակներ: Նրա անմիջական հսկողությամբ ԽՍՀՄ-ում առաջին անգամ կատարվել է լեդային քարերի լիտոտրիպիա: Հայաստանում առաջին անգամ նա է կատարել ենթաստամոքսային գեղձի պանկրեատո-զաստո-դուոդենալ մասնահատում, հեմանգիոմայի ժամանակ լյարդի ձախ բլթի մասնահատում, լոբեկտոմիայի ժամանակ սպայածև մասնահատում՝ բրաքիի պլաստիկայով, հարվածահանած գեղձի, արտատեղային ֆեոքրոմոցիտոմայի հեռացում: Կլինիցիստի, գիտնականի, փորձարարի բազմամյա փորձը թույլ է տալիս ժամանակակից բարձր մակարդակի վրա անցկացնել վիրաբուժության դասավանդման գործը: Հ. Վ. Սարուխանյանը բարձր որակավորված վիրաբույժ է, բազմակողմանի զարգացած կլինիցիստ: Նրա հսկողությամբ են մշակվում և ներդրվում ինչպես գործնական, այնպես էլ՝ ուսումնական պրոցեսի մեջ նոր մեթոդներ և եղանակներ: Նա անմիջականորեն կազմակերպել և ղեկավարել է Սպիտակի երկրաշարժի ժամանակ բժշկական աշխատանքը: Նրա կյանքը, աշխատանքային փորձը, դասավանդման ունակությունները, անսպառ ներքին ենթգիմն վառ օրինակ են հանդիսանում ժամանակակից վիրաբույժների համար, որոնց մի ստվար բանակ ձևավորվել է նրա անմիջական ղեկավարությամբ:

Հայաստանում ուռուղղիական ծառայության զարգացման գործում մեծ ներդրում ունի ղոցնեմ Ա.Ա. Միրոյանը: Այսօր նրա գործի շարունակողն է անվանի վիրաբույժ պրոֆեսոր Ի.Գ. Աղաջանյանը, որը ղեկավարում է Բժիշկների կատարելագործման ազգային ինստիտուտի ուռուղղիական ծառայության ամբիոնը և ուռուղղների

աստղիացիայի նախագահն է:

Հայաստանում տրավմատոլոգիայի և օրթոպեդիայի հիմնադիրն է Քրիստոփոր Հայրապետի Պետրոսյանը, որը 1914 թ. ավարտել է Բորդոյի Համալսարանի բժշկական ֆակուլտետը: 1928 թ. նա Երևանում կազմավորեց տրավմատոլոգիական բաժանմունք, որի հիման վրա 1946 թ. ձևավորվեց օրթոպեդիայի և վերականգնողական վիրաբուժության ազգային ինստիտուտը, ապա հիմնադրեց օպերատիվ վիրաբուժության ամբիոնը, որի վարիչ այնուհետև ընտրվեց մեծ գիտնական, տաղանդավոր վիրաբույժ պրոֆեսոր Ա.Ջ.Ճաղարյանը: Նա համրապետությունում սրտային վիրաբուժության նախաձեռնողն է. նրա ատլասները 1957թ. Բրյուսելում արժանացել են միջազգային բարձր պարգևի՝ «Գրան պրի»-ի:

Բ.Հ.Պետրոսյանի արժանի սաներից են պրոֆեսորներ Մուշեղյանը, Օսիպյանը: Ներկայումս կենտրոնը ղեկավարում է հարգարժան պրոֆեսոր Վ.Պ. Այվազյանը, որն առաջինը զբաղվեց արհեստական հոդի էնդոպրոթեզավորմամբ:

Հայաստանում սրտային և անոթային վիրաբուժության զարգացման գործում առանձնահատուկ ներդրում ունի գիտության գործիչ, ակադեմիկոս Ա.Լ. Միքայելյանը: Նա հիմնադրեց վիրաբուժության ինստիտուտը, որը ներկայումս կրում է իր անունը: Այսօր մեծ գիտնականի գործի շարունակողն ու ինստիտուտի տնօրենն է Ազգային Ժողովի պատգամավոր, անվանի վիրաբույժ, պրոֆեսոր Հ.Ա. Թամազյանը:

Սրտային վիրաբուժությունն այսօր Հայաստանում ծաղկում է ապրում համաձայն տաղանդաշատ վիրաբույժ Հրայր Հովակիմյանի ջանքերի շնորհիվ: Նրա կողմից ղեկավարվող Նորք Մարաշի բժշկական կենտրոնը մեր պարծանքն է:

Պոռկտոլոգիայի զարգացումը Հայաստանում կապված է մեծանուն վիրաբույժ, ակադեմիկոս Լ. ՌԻ. Նազարովի անվան հետ, որի ղեկավարությամբ ձևավորվեցին ճանաչված վիրաբույժներ պրոֆեսորներ Աղավելյանը, Հակոբյանը, Միմասյանը և այլք:

Օնկոլոգիայի վիրաբուժությունը այսօր կարևոր տեղ է գրավում բժշկագիտությունում, այդ առումով պարծանքի է արժանի Բ.Ա. Յանարջյանի անվան օնկոլոգիական կենտրոնը, որը գիտական մտքի զարգացման և կադրերի պատրաստման օջախ է դարձել: Դրանում իր մեծ լուծում ունի ՀՀ Ազգային ակադեմիայի թղթակից անդամ, կենտրոնի ղեկավար Ա.Ա. Գալստյանը:

Հանրապետությունում բարձր մակարդակի վրա է գտնվում մանկաբարձությունն ու գինեկոլոգիան շնորհիվ հիմնադիրների՝ Արեշյանի, Մարգարյանի, Սևաթովի, նրանց գործի շարունակողների Ռ.Ա. Աբրահամյանի, Բեգլարյանի, Կ.Բ. Ակունցի, Գ.Գ. Օկոյի և ուրիշների:

Օտոլարինգոլոգիայի զարգացումը Հայաստանում սերտ կապված է Արծրունու, Հարությունյանի, Նաջարյանի, Շուքրյանի, Դուրանյանի, Նարինյանի, Ազիզյանի հետ: Նրանց գործը հետազոտում շարունակեցին պրոֆեսորներ Խանամիրյանը, Հա-

րությունյանը, Լուսինյանը, Շուքրյանը և այլք:

Աչքի հիվանդությունների վիրահատության զարգացման գործում մեծ է Մելիք-Մուսյանի, Մալայկի, Բլավատսկայայի, Միրզա-Ավագյանի ներդրումը: Այսօր նրանց գործը շարունակում են Բարսեղյանը, Մալայանը, Շաքարյանը և ուրիշներ: Նրանց շնորհիվ ծառայությունը առաջընթաց ապրեց աչքի անհետաձգելի վիրաբուժության մեջ:

Հայ վիրաբույժները միշտ էլ եղել են իրենց երկրի ազնիվ քաղաքացիներ: Հայրենական Անժառանգության տարիներին նրանք կյանքի են կոչել շատ վիրավորների: Նրանցից շատերը ղեկավարել են բժշկական ծառայությունը: Անձնուրաց, հեղուսական գործի համար նրանք արժանացել են կառավարական բարձր պարգևների, շքանշանների և մեդալների:

90-ականներին Հայաստանի Հանրապետությունը կարողացավ հաղթահարել սոցիալ-տնտեսական բարդ խնդիրներ: 1988 թ. Մայիսյանի անեղ երկրաշարժը, այնուհետև Դարաբաղյան պատերազմը խաբիլել էին տնտեսությունը, որի հետ միասին տուժել էր նաև առողջապահական գործը: Այդ տարիներին հայ վիրաբույժները գտնվեցին իրենց բարձրության վրա. նրանք պատվով կատարեցին առողջության պահպանման անկում դերը:

Վերջին տարիներին Հայաստանի բժշկությունը մեծ թռիչք ապրեց, ստեղծվեցին բժշկական կենտրոններ, զարգացավ վիրաբուժությունը: Բավական է նշել, որ այսօր հանրապետությունում գործում են 30 վիրաբուժական ամբիոններ, 70 բժշկական կենտրոններ: Մենք ապահովված ենք բարձր որակավորում ունեցող մասնագետներով:

Վիրաբուժության կայացման գործում կարևոր նշանակություն ունի անեսթեզիոլոգիան և ինտենսիվ թերապիան, որի զարգացումը հանրապետությունում կապված է Ս.Խ.Ավդալբեկյանի, Վ.Հ.Մարտիրոսյանի, Վարդանյանի, Անժելովի անվան հետ: Կադրերի պատրաստման և գիտության զարգացման գործում մեծ է նաև ակադեմիկոս Բունիաթյանի, պրոֆեսոր Մխայրյանի, Մելքոնյանի դերը:

Հանրապետությունում բարձր մակարդակի վրա է գտնվում ախտորոշիչ ծառայությունը: Շնորհիվ ակադեմիկոս Է.Ս.Գաբրիելյանի՝ նախկին Միությունում առաջինը մեզ մոտ ստեղծվեց «դիագնոստիկա» կենտրոնը, որը խթանեց վիրաբուժության առաջընթացը: այդ դպրոցն անցած բարձրորակ մասնագետներով համալրվեցին նոր ստեղծված բժշկական կենտրոնները:

Բժշկական համալսարանի շրջանավարտներ են ակադեմիկոսներ՝ Ս.Խ.Ավդալբեկյանը, Հ.Ս.Գալստյանը, Ռ.Ա. Աբրահամյանը, Ա. Աղանյանը, Բ. Ալեքյանը, Հ.Հովհաննիսյանը, Ա.Բունիաթյանը և ուրիշներ, պրոֆեսորներ Ռ.Մովսիսյանը, Ռ. Աղանյանը, Հ.Վ.Մարտիրոսյանը, Վ. Մամիկոնյանը և ուրիշներ, որոնք աշխատում և դասավանդում են ոչ միայն Հայաստանում, այլ նաև արտերկրում:

Բժշկական համալսարանում է գործում ԲՈՒՀ-ի վիրաբուժական խորհուրդը, որտեղ 2000-2005 թվերին վիրաբուժական մասնագիտություններով պաշտպանվել է 19 դոկտորական և 117 թեկնածուական թեզեր:

Տարեկան հանրապետությունում վիրահատվում են 75-85 հազար հիվանդներ:

Ամերիկացիները, որ 1957թ-ից Երևանի բժշկական ինստիտուտում սկսեցին սովորել սփյուռքի մեր հայրենակիցները, որոնցից մի մասը որպես հետդիս-

լոմային ուսուցում ընտրել են վիրաբուժությունը:

1985թ. ԵրՊԲՀ-ում ուսումնառել են արտասահմանյան ուսանողներ, որոնց ուսուցումը տարվում է ռուսերենով: Իսկ վերջին տարիներին՝ անգլերեն լեզվով դասավանդման շնորհիվ, հնարավորություն ստեղծվեց ոչ միայն ավելացնել ուսանողների քանակը, այլ հետդիսլոմային ուսուցման ընդունել այլ երկրներում ավարտած ուսանողներին:

Մանկաբուժական ֆակուլտետի դերը հանրապետությունում մանկական առողջապահության կազմակերպման և մանկաբուժական կադրերի պատրաստման գործում

Մ.Ներսիսյան անվան ԵրԴԲՀ-ի մանկաբուժության թ. 2 ամբիոնի պրոֆեսոր Ռ.ԲԳԱ
թղթակից-անդամ Վ.Ա.Աստվածատրյան, ամբիոնի վարիչ պրոֆեսոր Ռ.Ն.Բարսեղյան,
մանկաբուժության թ.1 ամբիոնի դոցենտ Ս.Ս.Առուստամյան
375025 Երևան, Կոմյունի 2

Յուրաքանչյուր հասարակության առողջության հիմքը մանկական առողջության պահպանումն է, որը ենթադրում է գիտականորեն հիմնավորված մանկական առողջապահական համակարգի ստեղծում, որակյալ կադրերի պատրաստում, մոր և մանկան առողջության պահպանման և բուժօգնության մատչելիության ապահովում:

Ծառացած խնդիրների լուծման նպատակով դեռևս 1926թ. ԵրԴԲՀ բուժադպրոցի կազմակերպչական կազմում ստեղծվեց Հայաստանում առաջին մանկական հիվանդությունների ամբիոնը, որը մինչ 1946թ. գլխավորեց նշանավոր բժիշկ, հասարակական գործիչ, պրոֆեսոր Հ.Հ.Գաբրիելյանը: Վերջինիս ջանքերով ձևավորվում էին ոչ միայն մանկաբուժական կադրեր, այլև մեծ թափ էր ստանում ազգաբնակչության մանկաբուժական ժառանգությունը, այդ թվում և մանկական պոլիկլինիկական օգնության կազմակերպումը:

Նշված ամբիոնը հետագա տարիներին ղեկավարել են՝ Գ.Ս.Մարգարյանը (1946-1956թթ.), Ս.Գ.Սլյուժնին (1956-1960թթ.), Թ.Հ.Գաբրիելյանը (1960-1976թթ.), Ռ.Ս.Մինասյանը (1976-1984թթ.), Ս.Ռ.Իրոյանը (1984-1991թթ.):

Սակայն բուժադպրոցի կազմակերպչական կողմից պատրաստվող բժիշկները, չստանալով մեղ մասնագիտական տարբերակում, չէին կարող բավարարել մանկական ազգաբնակչության բարձր հիվանդացության և մահացության ցուցանիշներ ունեցող հանրապետության պահանջները: Հաշվի առնելով այս համագամանքը, 1958թ. բժշկական ինստիտուտում հիմնադրվեց մանկաբուժական ֆակուլտետ, որը 1964թ. սովեց իր առաջին շրջանավարտները:

Մանկաբուժական ֆակուլտետի ստեղծումը պատմական նշանակություն ունեցավ հանրապետության ողջ առողջապահության համակարգի հետագա զարգացման համար: Սկզբնական շրջանում այդ ֆակուլտետն էին ընդունվում 75, ապա՝ 150, իսկ հետագայում՝ 175 ուսանող:

Բացի առաջին մանկական հիվանդանոցից շահագործման հանձնվեցին նոր մանկական քաղաքային 2-րդ, 3-րդ, 4-րդ, 5-րդ հիվանդանոցները, որտեղ տեղակայվեցին և իրենց գործունեությունը ծավալեցին Երևանի բժշկական ինստիտուտի մանկաբուժության նոր կազմավորված ամբիոնները:

Մանկաբույժների թվի աճի հետ գուցենթաց հմաքավորություն ստեղծվեց մանկական ազգաբնակչության համար կազմակերպել նաև մասնագիտական բուժօգնություն մոտ 29 մեղ մասնագիտությունների գծով՝ կարդիոլոգիայի, նեֆրոլոգիայի, ալերգոլոգիայի, մյարդաբանության, պոլմոնոլոգիայի և այլն, իսկ 1977թ.-ից պրոֆեսոր Ջ.Ղ.Գևորգյանի ջանքերով կազմակերպվեց նաև ախտաբանական ամատոմիայի հանրապետական մանկական կենտրոնը:

Մանկաբուժական ֆակուլտետի ստեղծմանը զուգահեռ կազմակերպվեց ֆակուլտետային խորհուրդ և ղեկամատ, որոնք գլխավորում էին ոչ միայն ամբիոններում տարվող գիտամանկավարժական, այլ նաև ուսանողության քաղաքական ձևավորման լուրջ ու դժվարին աշխատանքը: Ֆակուլտետի առաջին ղեկան ընտրվեց Ռ.Ա.Աղասարյանը, որը պաշտոնավարեց մինչև 1960թ.: Հետագա 40 տարիների ընթացքում ֆակուլտետի ղեկանի պաշտոնում աշխատել են Ս.Ս. Կծոյանը (1960-1961թթ.), պրոֆեսոր Գ.Ա. Մինասյանը (1961-1963թթ.), դոցենտ Կ.Հ.Կարապետյանը (1963-1967թթ.), պրոֆեսոր Ս.Ս.Գավալովը (1967-1970թթ.), դոցենտ Լ.Զ.Մանուկյանը (1970-1973թթ.), պրոֆեսոր Ջ.Ղ.Գևորգյանը (1973-1975թթ.), դոցենտ Ի.Բ. Ազիզյանը (1975-1988թթ.), դոցենտ Վ.Հ.Դեմիրճյանը (1988-1989թթ.), պրոֆեսորներ Գ.Ա.Հարությունյանը (1989-1991թթ.), Ա.Ա. Ենգիբարյանը (1991-1998թթ.), Ա.Ա. Շաքարյանը (1998-1999թթ.), Լ.Ս.Պողոսյանը (1999-2000թթ.), Ա.Գ. Հարությունյանը (2000-2004թթ.):

Միաժամանակ, 1991թ. ֆակուլտետում կազմակերպվեց ուսանողական ղեկամատ (առաջին ղեկան՝ Մ.Հերացու անվան կրթաթոշակառու Հ.Ղազարյան), որը կոչված էր սերտացնելու ղեկամատի և ուսանողության կապը:

Մանկաբուժական ֆակուլտետի և մանկաբուժության դասավանդման աշխատանքների հետ սերտորեն կապված են բ.գ.դ., պրոֆեսոր Ռ.Ե. Պետրոսյանի, բժշկական գիտությունների թեկնածուներ՝ դոցենտներ Մ.Ա.Բալյանի, Մ.Հ. Ջոբյանի, Ի.Բ. Ազիզյանի, ասիստենտ Ա.Հ.Գրիգորյանի և ուրիշների անունները, որոնց աշխատանքային կենսագրությունը հիմնականում կապված է հանրապետությունում մանկաբուժական դպրոցի ստեղծման, մանկաբուժության գիտագործնական բնագավառների հետ, իսկ դոցենտ

Ի.Բ. Ազիզյանի կողմից հրատարակված օթյարինգոլոգիայի գործնական ունակություններին և դեղագրերին վերաբերվող երկու ձեռնարկները (1979, 1984) առ այսօր կիրառական են բժշկների և ուսանողների համար:

Մանկաբուժական ֆակուլտետի հիմնադրումը խթանեց ոչ միայն գիտաբժշկական կադրերի պատրաստումը, այլև նպաստեց նոր ամբիոնների հիմնադրմանը:

Մինչ 1963թ. մանկաբուժական ֆակուլտետի ուսանողներին մանկաբուժություն առարկան դասավանդվում էր բուժական ֆակուլտետի մանկաբուժության ամբիոնում:

1963թ. սեպտեմբերից հիմնադրվեց մանկաբուժական ֆակուլտետի ընդհանուր մանկաբուժության ամբիոնը, որը ղեկավարում էր պրոֆեսոր Ս.Մ. Գավալովը: Այստեղ դասավանդվում էր մանկական հիվանդությունների պրոպեդևտիկա, ֆակուլտետային և հոսպիտալ մանկաբուժություն առարկաները: Ամբիոնը տեղակայվում էր Երբաղաբաժնի ք.4 նորակառույց մանկական հիվանդանոցում (1961):

Պրոֆեսոր Ս.Մ. Գավալովի ղեկավարությամբ կատարվեցին որոշակի գիտահետազոտական աշխատանքներ, պաշտպանվեցին մի քանի թեկնածուական ատենախոսություններ, որոնցից են՝ «Դիֆուզ զլոմերուլոնեֆրիտների կլինիկախմուսաբանական բնութագիրը» (Վ.Ա.Սերոբյան), «Գլոմերուլոնեֆրիտների ժամանակ սպիտակուցային ֆրակցիաների, լիպոպրոտեոլիդների և գլիկոպրոտեոլիդների ուսումնասիրման հարցերը» (Ա.Մ.Բելյան), «Ռևմատիզմի ակտիվության իմունաբաղադրական որոշ ցուցանիշների համեմատական գնահատականը երեխաների մոտ» (Է.Հ. Գրիգորյան) և այլն:

1964թ. կազմակերպվեց մանկական ինֆեկցիոն հիվանդությունների ամբիոնը պրոֆ.Ռ.Ա.Առաքելովի գլխավորությամբ:

1971թ. մանկաբուժական ֆակուլտետի ընդհանուր մանկաբուժության ամբիոնը բաժանվեց երկու ինքնուրույն ամբիոնների՝ հոսպիտալ մանկաբուժության՝ պրոֆեսոր Վ.Ա.Աստվածատրյանի, և մանկական հիվանդությունների պրոպեդևտիկայի և ֆակուլտետային մանկաբուժության ամբիոն՝ պրոֆեսոր Ս.Ռ. Իրոյանի, ղեկավարությամբ, իսկ 1990թ. մանկաբուժության ամբիոնները ենթարկվեցին որոշակի փոփոխությունների: Պրոֆեսոր Վ.Ա. Աստվածատրյանի ղեկավարած հոսպիտալ մանկաբուժության ամբիոնի կադրային բազայի վրա ստեղծվեց մանկաբուժության 2-րդ ամբիոնը՝ պրոֆեսոր Ռ.Հ.Բարսեղյանի ղեկավարությամբ, իսկ 1976թ. այն միավորվեց բուժական ֆակուլտետի մանկաբուժության ամբիոնի հետ: Նշված կլինիկական ամբիոնների հետ մեկտեղ ստեղծվեցին մանկական նյարդաբանության, քիթ-կոկորդ-ականջի հիվանդությունների, վնասվածքաբանության, մանկական ստոմատոլոգիայի և այլ մասնաճյուղերը: Մանկաբուժական ֆակուլտետը զարգանում էր ինչպես հորիզոնական, այնպես էլ

ուղղահայաց ուղղություններով. միաժամանակ աճում էր մանկական հիվանդանոցների և բաժանմունքների տեխնիկական հագեցվածությունը:

Մանկաբուժական ֆակուլտետը դարձավ ոչ միայն մանկաբույժների պատրաստման, այլև մանկաբուժության, որպես առանձին մասնաճյուղի, զարգացման կենտրոն: Մանկաբուժական ամբիոններում ծավալվեցին գիտահետազոտական և դասախոսական կադրերի պատրաստման ակտիվ աշխատանքներ:

Մանկաբուժության ք.1 ամբիոնի աշխատակիցները մի շարք գիտահետազոտական աշխատանքներ են կատարել մանկաբուժության կարևոր հիմնախնդիրների, այդ թվում՝ երկկամային, շնչառական համակարգի, լեղուղիների բորբոքային հիվանդությունների, սեպսիսի և պարբերական հիվանդության ուղղությամբ:

Վաղ մանկական հասակի երեխաների մոտ ուսումնասիրվել են թոքաբորբերի պատճառագիտությունը և կլինիկական բնութագիրը (Լ.Մ.Պողոսյան), արյան ֆերմենտատիվ հատկությունները՝ կապված բորբոքային պրոցեսի սրության հետ (Լ.Կ.Օհանջանյան), թթվահիմնային հավասարակշռության առանձնահատկությունները և նշվել նրա շտկման որոշ ուղիները (Մ.Վ.Իսախանյան), արյան ցիտոքիմիական պատկերի առանձնահատկությունները, ստացվել՝ ընթացքի կամխառնսման ալգորիթմը այդ ախտաբանության ժամանակ (Օ.Հ.Ինջիկյան):

Հայաստանում վաղ հասակի երեխաների թոքաբորբերի առանձնահատկությունների ուսումնասիրությանն է նվիրված Ռ.Հ.Բարսեղյանի դոկտորական ատենախոսությունը: Վ.Հ.Գեմիլոյանի կողմից իրականացվել են հետազոտություններ Արարատ քաղաքի երեխաների ֆիզիկական զարգացման, հիվանդացության և շնչառական համակարգի ախտահարման հաճախականության վերաբերյալ: Երկար տարիներ ամբիոնի կազմում էր համրապետական մանկական պերզոնոլոգիական կենտրոնը, որը զբաղվում էր երեխաների պերզոնոլոգիական հիվանդությունների ուսումնասիրությամբ (Վ.Բ. Ակունց):

1976-1981թթ. ԽՍՀՄ Բժշկական գիտությունների ակադեմիայի մանկաբուժության ինստիտուտի հետ համատեղ ուսումնասիրվել են Հայաստանում մանկական մահացության բժշկական և սոցիալ-հիգիենիկ հայեցակետերը: Հանրապետությունում մանկական հիվանդացությունը և մահացությունը իջեցնելու նպատակով մշակվել են կազմակերպական և բուժական մի շարք միջոցառումներ (Վ.Ա.Աստվածատրյան, Ռ.Հ.Բարսեղյան, Վ.Կ.Թևոսյան և այլք): Հետազոտվել են երեխաների մոտ բրոնխային աթմայի ժամանակ բջջաքիմիական, կլինիկական առանձնահատկությունները, առաջարկվել են ընթացքի կամխառնսման քիմիոթերիկ չափանիշները (Լ.Ռ. Միմոնյան): Հետաքրքրություն են ներկայացնում առողջ և առաջնային ռևմատիզմով տառապող երեխաների սրտի էլեկտրոպատենցիալների իմտեզրալ ցուցանիշների ուսումնասիրությունը (Չ.Բ. Մել-

քոնյան), ռեմատիզմի ժամանակ արյան միկրոշրջանառության խանգարումների և միջին մոլեկուլների մակարդակի հետազոտումը (Վ.Ս.Բաղդասարյան):

Համաճարակագիտության, վիրուսաբանության, պարազիտոլոգիայի ինչպես նաև ԵՊԲԻ կենսաքիմիայի ամբիոնի հետ համատեղ ուսումնասիրվել են վաղ հասակի երեխաների սեպսիսի պատճառագիտության, ախտածնության, կլինիկական առանձնահատկությունների և բուժման հարցերը (Ա.Տ.Քրիստոսյան, Մ.Ռ.Օհանյան, Կ.Ս.Սարգսյան, Լ.Մ.Պողոսյան):

Պրոֆեսոր Վ.Ա.Աստվածատրյանի կողմից 1962թ. համամիութենական բժշկական մամուլում առաջին անգամ նկարագրվեց պարբերական հիվանդությունը (ՊՀ) երեխաների մոտ և ուշադրություն հրավիրվեց հիվանդության ծագման հնարավոր ժառանգական բնույթի վրա: Հետագա հրատարակումներով հանդես եկան հայ բժիշկներ պրոֆ.Ա.Այվազյանը, Ս.Սկուլինին, Ս.Իրոյանը, Վ.Հարությունյանը, Է.Նազարեթյանը և այլք:

1983թ. սկսած ամբիոնը ընդհուպ զբաղվում է երեխաների մոտ պարբերական հիվանդության ՊՀ) ուսումնասիրությամբ, որի հետ կապված աշխատանքները մրցութային կարգով ֆինանսավորվում են պետության կողմից և կատարվում են ՀՀ ԳԱ Մոլեկուլյար և բժշկական գենետիկայի կենտրոնի համագործակցությամբ (Թ.Ֆ.Սարգսյան):

Այդ ուղղությամբ իրագործվել են ուշադրության արժանի գիտահետազոտական մի շարք աշխատանքներ, պաշտպանվել դոկտորական և թեկնածուականատենականություններ: Յուրաքանչյուր տարի տեղական և արտերկրյա առաջատար, հոբելյանական բժշկական պարբերականներում այդ թեմայով լույս են տեսնում բազմաթիվ հոդվածներ, այլ հրապարակումներ, գիտաժողովներին կատարվում գեկուցումներ:

Խորացված հետազոտվել են ՊՀ ընդհանուր ախտաբանության տարբեր կողմերը. տրվել է ՊՀ առավել ամբողջական ցիտոքինիկական նկարագիրը, գնահատվել նրա կանխատեսիչ և ախտորոշիչ հնարավորությունները (Ս.Ս.Առուստամյան). ուսումնասիրվել է ենթաստամոքսային գեղձի ֆունկցիան ՊՀ ժամանակ, նշվել նրա շտկման որոշ ուղիները (Ֆ.Խ.Անտոնյան). պարզաբանվել են իմունոլոգիական վիճակի հարցերը (Լ.Խ.Երիզանյան, Ռ.Ա.Պետրոսյան). ուշադրության են արժանացել համընթացությունները ՊՀ տարածվածության (Ս.Գ.Սարգսյան) և կոլիսիցինոթերապիայի (Հ.Գ.Սարգսյան) խնդիրները: Առանձնահատուկ ուշադրության է արժանացել ՊՀ ժառանգման հարցերի ուսումնասիրությունը (Ե.Խ.Թորոսյան):

Մեծ ձեռքբերում պետք է համարել ՊՀ ուսումնասիրության քննազատում առաջին անգամ հատուկ համակարգչային բազմաչափ վերլուծական ծրագրերի կիրառումը, որ հնարավորություն է տվել բացահայտել ախտաբանական նոր կապեր, գնահատել առանձին ախտանիշներ և ռիսկի գործոններ,

ստանալ ՊՀ ախտորոշող, նրա ընթացքը և ելքը կանխատեսող մաթեմատիկական մոդելներ (Ե.Խ.Թորոսյան, Ս.Ս.Առուստամյան):

Այդ աշխատանքների շնորհիվ ՊՀ ուսումնասիրությունը երեխաների մոտ քննադիտել է նոր փուլ՝ զգալի լրացվել է ՊՀ կլինիկական և ախտաբանական պատկերը, հստակեցվել են վաղ ախտորոշման չափանիշները, բարելավվել են հիվանդների բուժման և դիսպանսեր հսկողության բազմաթիվ հարցեր: Թեման ստացել է միջազգային ճանաչում. աշխատակիցները (Վ.Ա.Աստվածատրյան, Ե.Խ.Թորոսյան) հրավիրվել են մասնակցելու միջազգային բարձր գիտաժողովների (Իսրայել, Թուրքիա) և աշխատակցելու (Ե.Խ. Թորոսյան, Հ.Գ.Սարգսյան)՝ երկարաժամկետ գործուղումների ձևով (Իսրայել, ԱՄՆ):

Հետազոտական աշխատանքները շարունակվում են: Նշանակալից է հատկապես ՊՀ բուժման համար առաջարկվող ImmunoGuard, Kan-Jang պայմանական անվանումով բուսական ծագման ադապտոգեն նոր դեղամիջոցների կլինիկական փորձարկումը (դոց. Գ. Գ. Ամարյան), որի հետ կապված աշխատանքները իրականացվել են ANSEF-ի շրջանակներում և արժանացել են դրամաշնորհի: Ավարտին է մոտենում նոր հետազոտական՝ իզոտոպային եղանակով լիմֆոցիտների թաղանթների ֆունկցիոնալ վիճակի ուսումնասիրության աշխատանքները (Ն.Գ. Սկրտչյան):

Սկսած 1998թ. ամբիոնին կից կազմակերպվել է ՊՀ հանրապետական մանկական կենտրոնը իր դիսպանսեր հսկողության կարիքներով, որ ներկայումս գործում է Երեխաների և դեռահասների առողջության ինստիտուտ «Արաբկիր» բժշկական համալիրի կազմում, նրա շրջանակներում էլ շարունակվում են գիտական հետազոտությունները:

Ամբիոնի լավագույն ավանդույթներից պետք է համարել գիտահետազոտական աշխատանքների իրականացումը համալսարանի մյուս ամբիոնների (կենսաքիմիայի, ախտաբանական անատոմիայի, համաճարակաբանության և այլն), գիտահետազոտական այլ կենտրոնների և ինստիտուտների հետ համատեղ (Արյունաբանության կենտրոն, ՀՀ ԳԱԱ բժշկական գենետիկայի կենտրոն, Մոր և մանկան առողջության պահպանման կենտրոն, Մանկաբուժության համամիութենական ԳԻ և այլն):

Առավել արդյունավետ է եղել համագործակցությունը ՀՀ ԱՆ արյունաբանության գիտահետազոտական ինստիտուտի գիտաարտադրական բաժնի հետ: Բաժնի վարիչ Բ.Գ.Պ., պրոֆ. Պ.Ա.Ղազարյանի հետ համատեղ ղեկավարվել և իրագործվել են երեխաների մոտ ՊՀ ժամանակ ենթաստամոքսային գեղձի ֆունկցիայի խանգարումներին և նրա շտկման ուղիներին նվիրված հետազոտություններ: Համագործակցությունը շարունակվում է առ այսօր՝ նոր հետազոտական ուղիների և բուժական միջոցների որոնմամբ:

Համագործակցությունը ՀՀ ԳԱԱ Մոլեկուլյար և բժշկական գենետիկայի կենտրոնի հետ կրում է շարունակական բնույթ և ներկայացնում է ինչպես գի-

տական, այնպես էլ գործնական փոխադարձ հետաքրքրություն:

ՌԲԳԱ քղաքական-անդամ, գիտության վաստակավոր գործիչ, պրոֆեսոր Վ.Ա.Աստվածատրյանի ղեկավարությամբ իրականացվել և պաշտպանվել են 5 դոկտորական և ավելի քան 30 թեկնածուական ատենախոսություններ, որոնք ունեցել են կարևոր գիտագործնական նշանակություն և նպաստել հանրապետությունում մանկաբուժության զարգացմանը:

Պրոֆեսոր Վ.Ա.Աստվածատրյանի գործունեությունը չի սահմանափակվում միայն ամբիոնի շրջանակներով: Նրա ղեկավարությամբ են ձևավորվել Հայաստանում մանկական բնակչության շրջանում բրոնխիալ ասթմայի և այլ ալերգիկ հիվանդությունների (Ազգային առողջության ինստիտուտ Վ.Բ.Ակունց), երեխաների միգրացիային հիվանդության (Առողջապահության ազգային ինստիտուտ, Ա.Ա.Սարգսյան), ՊՀ (մանկաբուժության ք.2 ամբիոն, Ռ.Ե.Պետրոսյան) նվիրված դոկտորական ատենախոսությունները: Նրա ղեկավարությամբ են պաշտպանվել նաև վաղ հասակի երեխաների տոքսիկոզի շտկման որոշ ուղիներին (Գյուլբերդյան Ա.Վ., «Արաբկիր» ԲՀ), երեխաների մոտ ՊՀ ժամանակ ամփոփողի կլինիկա-ժառանգաբանական զուգահեռներին (Մ.Մ.Փափազյան, «Արաբկիր» ԲՀ), անհաս երեխաների սեպսիսի իմունակարգավորմանը (Պ.Ա. Մազմանյան, Մոր և մանկան առողջության պահպանման կենտրոն), ՊՀ տառապող հայագրիների մոտ իմունաժառանգաբանական գործոնների առանձնահատկություններին (Ա.Հ.Չաքարյան, Արյունաբանության և արյան փոխներարկման ԳՀԻ) նվիրված թեկնածուական ատենախոսությունները:

Ամբիոնի աշխատակիցների գործունեության ողջ ժամանակաշրջանում կատարվել է ծավալուն մանկավարժական և ուսումնամեթոդական աշխատանք, որի նպատակն է եղել ապագա մանկաբույժներին, իսկ այժմ՝ ընդհանուր (տեղացի և արտասահմանյան) և ռազմական բժշկության ֆակուլտետների ուսանողներին տալ խոր ու բազմակողմանի գիտելիքներ մանկական հասակի վերաբերյալ, օգտագործելով նաև ստեղծված հարցաշարերի և թեստերի հարուստ շտեմարանը: Ուսումնական պրոցեսում ընդգրկված են նաև ՀԱԿ-ի կողմից հանրապետությունում իրականացվող բժշկական ծրագրերի դասավանդումը:

Հատկանշական է, որ ամբիոնում բժիշկ-ինտերների և կլինիկական օրդինատորների շարքում մանկաբույժի մասնագիտական որակավորում են ստանում արտասահմանյան երկրներում ուսումնառություն անցած բժիշկներ:

Ամբիոնի ուղղորդության կենտրոնում է գտնվում դասագրքերի և մեմագրությունների հրատարակումը: Լույս են տեսել Վ.Ա.Աստվածատրյանի «Լեղդիների բորբոքային հիվանդությունները երեխաների մոտ» մեմագրությունը (1971), «Մանկական հիվանդություններ» մանկաբուժության առաջին հայերեն դասագիրքը (1975), որը արժանացել է Հայաստանի պետական

մրցանակի: Մեծ ճանաչում է գտել ծնողներին հասցեագրված նրա «Առողջ մանուկ» գիրքը (1979, 1982):

Մանկաբույժների և ուսանողների շրջանում բարձր գնահատականի է արժանացել և առ այսօր կիրառական է Վ.Ա.Աստվածատրյանի «Կլինիկական մանկաբուժություն» գիրքը (1987): Նրա գրչին է պատկանում նաև Ա.Ս. Հարությունյանի հետ համատեղ գրված «Բժշկական էթիկա» մեմագրությունը (1984): Գիտականի երկար տարիների գիտական փորձառությունը և նրա ղեկավարած աշխատանքների արդյունքները ամփոփվել են Ե.Խ. Թորոսյանի հետ համատեղ հրատարակած «Периодическая болезнь у детей» մեմագրությունում (1989):

Ամբիոնի պրոֆեսոր Լ.Մ.Պողոսյանի կողմից հայերեն լեզվով հրատարակվել են «Մանկական հիվանդությունների պրոպագանդիկա» (1997) դասագիրքը, «Տոքսիկոզը վաղ հասակի երեխաների մոտ» (1998), «Ընչալան համակարգի հիվանդությունների տարբերակիչ ախտորոշումը և բուժման սկզբունքները» (2004), իսկ անգլալեզու ուսանողների համար Ռ.Ա. Պետրոսյանի՝ «Basics of pediatrics» (2003), ուսումնական ձեռնարկները, այլ աշխատակիցների բազմաթիվ ուսումնամեթոդական ցուցումներ:

Հանրապետությունում ՊՀ տառապող երեխաների հայտնաբերման, բուժման և դիսպանսերիզացման նպատակով ամբիոնի աշխատակիցների կողմից կազմվել և ներկայացվել է «ՊՀ վաղ ախտորոշումը և բուժումը երեխաների մոտ» թեմայով մախագիծ-առաջարկ, որը մրցույթային կարգով արժանացել է «Հովարդ Կարագոյան Բժշկական Հիմնադրամ»-ի դրամաշնորհին և իրականացվում է «Երեխաների և դեռահասների առողջության ինստիտուտ - «Արաբկիր» ԲՀ-ի հետ համատեղ:

Կենտրոնի աշխատակիցները գործողման են մեկնում շրջաններ, ակտիվորեն հայտնաբերում ՊՀ և այլ ծանր հիվանդություններով տառապող երեխաներ, հնարավորության սահմաններում տեղում ախտորոշում և վճռում են նրանց հետագա վարման հարցերը: Տեղերում կազմակերպվում են նաև կոնֆերանսներ, դասախոսություններ: Ստեղծվում, հրատարակվում, բուժաշխատողներին և ծնողներին են տրամադրվում համապատասխան գրականություն՝ մեթոդական ցուցումներ, հուշաթերթիկներ:

Ս.Գ.Սարգսյանը, Լ.Ռ.Միմոնյանը, Լ.Մ.Պողոսյանը, Գ.Գ.Ամարյանը և այլք մասնակցում են հանրապետությունում միջազգային կազմակերպությունների հետ համատեղ իրականացվող առողջապահական նպատակային ծրագրերի ներդրմանը, ինչպես նաև սահմանամերձ շրջաններում կազմակերպվող բժշկական այլ ծրագրերի, որոնց շնորհիվ հնարավոր դարձավ հանրապետության համար սոցիալ-տնտեսապես ծանր 90-ական թվականներին մանկական ազգաբնակչությանը անհատույց ապահովել սնունդով, դեղորայքով, պատվաստանյութերով, այլ բուժօգնությամբ և ունենալ համեմատաբար առողջ և համամասն զարգացող սերունդ:

Դոցենտներ Գ.Գ. Ամարյանը, Ս.Ս. Առուստամյանը, ասիստենտներ Ս.Ս. Սարգսյանը, Ն.Գ. Մկրտչյանը ընդգրկված են Հայաստանի մարզերում բուժօգնության առաջնային օղակի շարունակական բժշկական կրթական ծրագրի կազմակերպման և իրագործման գործընթացում:

Ասիստենտ Ս.Գ. Սարգսյանը Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպության խորհրդատուի կարգավիճակով տարբեր երկրներում (Վրաստան, Մոլդովա, Մոնղոլիա, Չինաստան և այլն) իրականացրել է ուսումնական, մեթոդական և կազմակերպչական աշխատանքներ, ընտրվել է ԱՀԿ երեխաների առողջության հարցերով առաջատար մասնագիտական կոմիտեի անդամ, այժմ ղեկավարում է Երեխաների առողջության պահպանման հանրապետական կազմակերպչական մեթոդաբանական կենտրոնը:

Դոցենտ Գ.Գ. Ամարյանը ղեկավարում է «Արաբ-կիր» ԲՀ-ի գաստրոէնտերոլոգիական ծառայությունը:

Պրոֆեսոր Լ. Մ. Պողոսյանը ղեկավարում է համալսարանական ք.1 մանկական հիվանդանոցի կլինիկական աշխատանքները:

Պրոֆեսոր Վ.Ա. Աստվածատրյանը, լինելով մանկաբուժության ք.1 ամբիոնի վարիչ, միաժամանակ հանդիսանում է «Արաբկիր» ԲՀ-ի մանկաբուժության գծով տնօրեն: Անհրաժեշտ է նշել, որ «Արաբկիր» ԲՀ հաջողված օրինակ է այն բուժօժանմարկի, որտեղ սերտ համագործակցելով բուժօժանմարկի ղեկավարության հետ ամբիոնը արդյունավետ գործունեություն է ծավալում՝ հմտորեն զուգակցելով բուժական, մանկավարժական և գիտահետազոտական աշխատանքները:

Ամբիոնը ակտիվորեն ներգրավված է կլինիկական բազաների բուժական աշխատանքներում: Աշխատակիցների ջանքերով բժիշկական արդիական քեմաների վերաբերյալ կազմակերպում են գիտական, կլինիկական կոնֆերանսներ, սեմինարներ, որոնք նպաստում են բժիշկների մասնագիտական մակարդակի բարձրացմանը: Այդ նպատակով սերտ համագործակցություն է հաստատվել Ավստրիայի, Շվեյցարիայի (պրոֆ. Լոյման, պրոֆ. Շմեդինգ) և այլ երկրների առաջատար համալսարանական կլինիկաների հետ, օգտագործվում է նրանց մասնագետների փորձը: Նրանց կողմից կազմակերպվում են շարունակական դասընթացներ, դասախոսություններ, իրականացվում՝ բարդ դեպքերի անմիջական կամ ինտերնետ-խորհրդատվություն:

Ամբիոնի աշխատակիցները բազմիցս մասնակցել են արտերկրներում կազմակերպված գիտաժողովների, հանդես եկել գեկուցումներով, ստացել մասնագիտական որակավորում. Ս.Գ. Սարգսյան (Չեխիա, ԱՄՆ, Եգիպտոս), Գ.Գ. Ամարյան (ԱՄՆ, Ֆրանսիա, Եգիպտոս, ՌՖ, Ավստրիա), Հ.Գ. Սարգսյան (Իսրայել, Ֆրանսիա), Ռ.Ա. Պետրոսյան (ՌՖ, ԱՄՆ), Գ.Գ. Ավագյան (Գերմանիա):

Մանկաբուժության ք.2 ամբիոնը ունի 2 կլինիկական բազա՝ համալսարանական ք.2 կլինիկական հի-

վանդանոց և «Մուրք Աստվածամայր» կենտրոն, որոնց շրջանակներում գործում են թոքաբանական, գաստրոէնտերոլոգիական, մեֆրոլոգիական, էնդոկրինոլոգիական, թունաբանական և այլ բաժանմունքներ:

Ամբիոնում կատարվող գիտահետազոտական աշխատանքները ամփոփվել են թեկնածուական 2 թեզերում. «Լյարդի ֆունկցիոնալ վիճակը երեխաների մոտ գաստրոէնտերոլոգիական հիվանդությունների ժամանակ» (Ն.Գ. Բաղդասարյան, 2002), «Էրիթրոցիտային թաղանթների ճարպային փոխանակության որոշ խանգարումները մինչ 1 տարեկան երեխաների սեպսիսի ժամանակ և նրա շտկման ուղիները» (Վ.Գ. Սիմոնյան, 2003):

Համալսարանական ք.2 կլինիկայում նորածնների հետազոտման նպատակով ներդրվել են հետազոտական նորագույն եղանակներ՝ դոպլերոգրաֆիա, էխոկարդիոգրաֆիա, համակարգչային ռենտգենոգրաֆիա, ներդոսոնոգրաֆիա. մշակված և ներդրված են էնդոնոթիազմոստիկայի նոր եղանակներ, կիրառվում են երեխաների մոտ արտաքին շնչառական ֆունկցիաների որոշման եղանակներ:

Ամբիոնի աշխատակիցները բազմիցս մեկնել են հանրապետության մարզեր (Գյումրի, Վանաձոր, Սյուխակ, Ղափան, Գորիս, Մարտունի և այլն) տեղի մանկական բնակչության բուժօգնության նպատակով: Ամբիոնի ասիստենտ Ն.Բաղդասարյանը 2002թ. գործուղվել է Հունաստան, որտեղ Աթենքի շտապ օգնության հիվանդանոցում ծանոթացել է լապարատոմիայի ժամանակ լյարդի բիոպսիայի կատարման տեխնիկային:

Ամբիոնում մշակվում է երկու գիտական քեմա՝ «Ենթաստամոքսային գեղձի ֆունկցիոնալ վիճակը երեխաների մոտ սոմատիկ հիվանդությունների ժամանակ» և «Շարակցահյուսվածքային դիսպլազիան երեխաների և դեռահասների մոտ (սրտի զարգացման փոքր արատներ, հոդերի գերշարժունություն, որովայնի խոռոչի օրգանների մորֆոլոգիական փոփոխություններ, շարակցական հյուսվածքի դիսպլազիայի բիոբիոհիսկան ցուցանիշներ)»:

1989թ. սկսած մանկաբուժության ք.2 ամբիոնը աշխատանքներ է կատարել աղետի գոտում մանկական բնակչության առողջական վիճակի ուսումնասիրության ուղղությամբ, որի արդյունքներն էր մանկական բնակչության վերականգնողական պլանի ստեղծումը 1991-1994թթ:

ՀՀ ԱՆ ճառագայթային բժշկության և այրվածքների գիտահետազոտական կենտրոնի հետ համատեղ անցկացվել են Մեծամոր ավանի մանկական բնակչության առողջական վիճակի դիմամիկ դիսպլազիաների հետազոտություններ:

Ուշադրության է արժանի ՀՀ ԳԱԱ Ընդհանուր հիգիենայի և մասնագիտական հիվանդությունների գիտահետազոտական ինստիտուտի և «Վեստ Էլիս Մեմորիալ Հոսպիտալ»-ի (ԱՄՆ) լաբորատորիաների հետ համատեղ կատարված աշխատանքը, որը վերաբերվում է Հայաստանի տարբեր շրջաններում բնակ-

վող երեխաների արյան մեջ կապարի քանակության ուսումնասիրությանը:

Ամբիոնի աշխատակիցների ուժերով կազմակերպվել է մանկաբույժների գիտագործնական կոնֆերանս (1999) նվիրված հայ-շվեդական բժշկական համագործակցության 10-ամյակին:

Հրատարակված են Ս.Ռ.Իրոյանի «Մանկաբուժության մախարան» հայերեն դասագիրքը (1983), Ռ.Մ. Մինասյանի «О развитии педиатрии в Армении» արժեքավոր աշխատությունը (1990), հայերեն լեզվով՝ «Մանկական հիվանդությունների տարբերակիչ ախտորոշումը» մեծածավալ ուսումնական ձեռնարկը (2000), Ա.Ա. Տեր-Գալստյանի և համահեղինակների՝ երեխաների և դեռահասների մոտ խրոնիկական տոնզիլիտին և այլ ախտաբանական վիճակներին վերաբերվող գիրքը (2004): Հայաստանում և արտերկրներում լույս են ընծայվում բազմաթիվ գիտական թեզիսներ և հոդվածներ:

Հանրապետության մանկաբուժական ծառայության հետագա զարգացման համար կարևոր նշանակություն ունեցավ 1965թ. մանկական վիրաբուժության ամբիոնի հիմնադրումը: Ամբիոնի առաջին վարիչ նշանակվեց պրոֆեսոր Է.Ս.Մարտիկյանը, հետագայում՝ 1975–1997թթ., այն ղեկավարում էր պրոֆեսոր Ա.Ա. Վանյանը, իսկ 1997թ. առ այսօր՝ պրոֆեսոր Ա.Ս. Բաբլոյանը:

Ամբիոնի աշխատանքներում մեծ ներդրում ունի ամբիոնի երկրորդ վարիչ պրոֆ. Ա.Ա. Վանյանը: Լինելով հանրապետությունում մանկական վիրաբույժի որակավորում ունեցող առաջին մասնագետը, Հայաստանի գլխավոր վիրաբույժը, նա ստեղծեց մանկական վիրաբուժական դպրոց: Ներկայիս աշխատող փորձառու վիրաբույժներից շատերը պրոֆեսոր Ա.Ա. Վանյանի սաներն են:

Մեծ հաջողությունների է հասել ամբիոնը պրոֆեսոր Ա.Ս. Բաբլոյանի ղեկավարությամբ:

Նորագույն տեխնոլոգիաների ներդրման շնորհիվ հնարավոր է դարձել կատարել մի շարք բարդ, եզակի վիրահատություններ և միջատություններ՝ մանկական հասակի թոքային («Մուրբ Ատվածամայր ՇՕՄ-ում»), ուկրաբանական վիրաբուժության և այլ բնագավառներում (ՀՄԿ 1):

Առանձնակի ուշադրության են արժանի հանրապետությունում անմախաղեպ և առայժմ միակը համարվող դրուսային գերճնշման բնածին արտալյարդային պատճառների վիրաբուժական շտկման և, հատկապես, երկկամների փոխպատվաստման վիրահատական միջամտությունները, որոնք հաջողությամբ իրականացվում են պրոֆեսոր Ա.Ս. Բաբլոյանի գլխավորած վիրաբույժների աշխատակազմի կողմից (Երեխաների և դեռահասների առողջության պահպանման ինստիտուտ, «Արարիկ» ԲՀ) և մեծ արձագանք են ստացել թե մասնագետների և թե ազգաբնակչության շրջանակներում:

Պրոֆեսոր Ա.Ս. Բաբլոյանի ղեկավարությամբ պաշտպանվել են հիպոսպադիայի վիրաբուժական

շտկմանը (Ս.Հ. Առաքելյան), հալոպիդոլային անգ-գայացման ժամանակ մետաղապրոտեինների դերին (Մ.Ա. Շաքարյան), ուռուցիկամիկական խանգարումներին (Վ.Ա. Վազյանի) և Հայաստանում երեխաների միզաքարային հիվանդության ծագումնաբանությանը (Ն.Ա. Արիկյան) նվիրված թեկնածուական և առողջապահության կազմակերպման հարցերին վերաբերվող դոկտորական (Ա.Ս. Մինասյան) թեզերը:

Պրոֆեսորներ Է.Ս. Մարտիկյանի, Վ.Ի. Մարտիսյանի հեղինակությամբ հրատարակվել է «Մանկական վիրաբուժություն» առաջին հայերեն դասագիրքը (1968):

Պրոֆեսորներ Ա.Ս. Բաբլոյանի, Ա.Ա. Վանյանի և Գ.Խ. Մոյսյանի խմբագրությամբ լույս են ընծայվել «Մանկական վնասվածքաբանություն» (1996), «Մանկական օրթոպեդիա» (2000) գործնական ձեռնարկները, իսկ Ա.Ս. Բաբլոյանի խմբագրությամբ՝ «Մանկական վնասվածքաբանություն և օրթոպեդիա» (2004) ուսումնական ձեռնարկը:

Ամբիոնի հիմնական գիտական ուղղությունն է հանդիսանում երեխաների զարգացման բնածին ախտների ուսումնասիրությունը ու վիրահատական շտկումը:

Գիտական և պրակտիկ աշխատանքների բնագավառում ամբիոնի բազաները միջազգային կապեր ունեն Արգենտինայի, Բելգիայի, Գերմանիայի, Ռուսաստանի, Շվեյցարիայի, Ֆրանսիայի առաջատար կլինիկաների հետ:

Բացի վերը նշված կլինիկական առարկաներից մանկաբուժական ֆակուլտետի ուսանողներին տեսական առարկաները՝ նորմալ և ախտաբանական անոթախան և ֆիզիոլոգիան, ֆարմակոլոգիան և այլն, դասավանդվում էին հաշվի առնելով մանկական հասակի առանձնահատկությունները: Այդ նպատակով հրապարակվել են դոցենտ Ա.Ս. Մարաֆյանի «Մանկան անատոմիա» դասագիրքը (1983), Լ.Վ. Վարդանյանի և Գ.Հ. Զյալյանի մանկական հասակի կառուցվածքա-կազմաբանությանը նվիրված «Անատոմիա» գիրքը (1996): Մանկաբուժական ֆակուլտետի մախակլինիկական առարկաների դասավանդման հարցը բազմիցս քննարկվել է ինստիտուտի ղեկավարների և գիտական խորհրդի նիստերում:

Ախտաբանական անատոմիայի մանկական կենտրոնը հանրապետության մանկական հիվանդանոցների և ծննդատների պաթանատոմիական ծառայությունը ապահովող միակ հաստատությունն է, ուր իրականացվում է նաև հյուսվածքաբանական վիրոսսանդեաբանական և բջջաբանական բնույթի գործնական և գիտական հետազոտություններ: Հատկապես նշանակալից են մանկական թոքաբորբերին, հանկարծամահությանը, զարգացման բնածին արատներին, շուրջծննդյան ախտաբանությանը նվիրված հետազոտությունները, որոնք ամփոփվել են 250-ից ավելի գիտական հրապարակումներում և երկու թեկնածուական թեզերում:

Ներկայումս համատեղ լուրջ հետազոտություններ

են կատարվում մանկաբուժության ք.1 ամբիոնի հետ, որոնք վերաբերվում են հեղիկոբակտերիոզով ուղեկցվող պարբերական հիվանդության ժամանակ երեխաների ստամոքսի լորձաթաղանթի ախտաձևաբանական փոփոխություններին:

Տարիների ընթացքում կենտրոնում ձևավորվել է բարձր որակավորում ունեցող մանկական պաթանատոմների աշխատակազմ, որը զբաղվում է մանկական մահացության հիմնական պատճառների կլինիկա-անատոմիական վերլուծությամբ: Տիպային դիախեր-ձարանի, հարուստ մակրո և միկրոհավաքածուների առկայությունը հնարավորություն են ստեղծում լիար-ժեք կազմակերպելու ախտաբանական անատոմիայի դասավանդումը և մանկական պաթանատոմների կադրերի պատրաստումը:

Մանկաբուժական ֆակուլտետը իր գոյության 47 տարիների ընթացքում տվել է շուրջ 4500 շրջանա-վարտ, որոնց շնորհիվ հնարավոր է դարձել Հայաս-տանում ստեղծել տեղամասային մանկաբուժական ծառայության խիտ ցանց, բարձրացնել մանկական ամբուլատոր-պոլիկլինիկական, հիվանդանոցային, ա-ռողջարանակուրորտային ծառայությունների մակար-դակը, հասնել մանկական հիվանդացության և մահա-ցության անմասնադեպ ցածր ցուցանիշների:

Մանկաբույժները երկար տարիներ հաջողությամբ աշխատել և աշխատում են գործնական և գիտական բժշկության առաջատար դիրքերում, իսկ շատերը նաև պաշտոնավարել առողջապահական համակարգի բարձրագույն աստիճաններում. պրոֆեսոր Վ.Ա.Աստվա-ծատյանը 12 տարի (1975-1987թթ.), որպես ԵՊԲԻ

ռեկտոր, Վ.Հ.Դեմիրճյանը՝ նախ որպես ՀԽՍՀ ԱՆ գի-տության բաժնի վարիչ (1971-1972թթ.), ապա նաև նույն մախարարության Ֆինանսների և պլանավոր-ման վարչության պետ (1972-1977թթ.), հետագայում՝ ՀՀ ԱՆ մոր և մանկան առողջության պահպանման գծով փոխնախարար (1991-1997թթ.), Վ.Կ.Թևոսյանը՝ նախ որպես ՀԽՍՀ ԱՆ գլխավոր մանկաբույժ (1975-1988թթ.), ապա նաև ՀՀ ԱՆ մայրության և մանկու-թյան առողջության պահպանման գծով փոխնախա-րար (1988-1991թթ.), պրոֆեսոր Ա.Ս.Բաբոյանը՝ որ-պես ՀՀ Առողջապահության նախարար (1991-1997 թթ.), Կ.Յա.Տեր-Ոսկանյանը՝ որպես ՀՀ ԱՆ գլխավոր մանկաբույժ (1990-2000թթ.), Կ.Ս.Սարգիսեյանը՝ որ-պես ՀՀ ԱՆ մայրության և մանկության առողջության պահպանման վարչության պետ (1993թ.-ից առ այսօր):

Այսպիսով, բժշկական ինստիտուտում մանկաբու-ժական ֆակուլտետի բացումը հնարավորություն տվեց ստեղծելու սեփական մանկաբուժական դպրոց, որը մանկական առողջապահության համակարգը հանրապետությունում դրեց գիտագործնական կայուն հիմքերի վրա:

1998 թվականին Մ.Հերացու անվան բժշկական համալսարանը, ինտեգրվելով եվրոպական կրթական ծրագրերում, կառավարության որոշմամբ փակեց մանկաբուժական ֆակուլտետը և մանկաբուժությունը՝ որպես նեղ մասնագիտացում, տեղափոխվեց հետ-դիպլոմային ուսուցման համակարգ:

Բժշկական համալսարանը իր վերջին մանկաբույժ-շրջանավարտները տվեց 2004թ:

Ереванский государственный медицинский университет им. М. Гераци и формирование кардиологической науки в Армении

Директор НИИ кардиологии РА академик К. Г. Адамян

375044, Ереван, ул. П. Севака, 5

75-летие Ереванского государственного медицинского университета им. Мхитара Гераци для медиков Армении является не просто официальной календарной датой: почти каждый врач – воспитанник этого главного медицинского вуза РА, именно отсюда начинался для всех нас творческий, достаточно трудный путь врача, ученого-медика.

Для сообщества армянских кардиологов – это *alma mater*, теплое чувство благодарности к которой сохраняется на всю жизнь. Тем более, что именно с этим вузом, с деятельностью его ученых связаны творческие и организационные истоки рождения кардиологической науки и основного научно-практического кардиологического центра Армении.

Представитель старшего поколения армянских врачей академик Л.А. Оганесян – один из основателей медицинского факультета Ереванского государственного университета, основатель и руководитель кафедры пропедевтики внутренних болезней – вместе с выдающимися врачами-кардиологами Р. П. Стамболцианом, В. М. Авакяном, З. Л. Долабчяном, Г. О. Бадалян, Н. Л. Асланяном и другими стоял у истоков создания Научно-исследовательского института кардиологии.

Врач широкого профиля, работавший во многих областях царской России, в действующей армии в годы первой мировой войны, но основную врачебную и научную деятельность посвятивший Армении, Л. А. Оганесян имел большой опыт работы в области наиболее распространенных и опасных заболеваний сердечно-сосудистой системы. Результаты многогранны и первым фундаментальным их обобщением была его докторская диссертация “О происхождении шумов сердца”. Для работ Л.А. Оганесяна того периода характерно выделение, помимо подробной клинической характеристики, научного обоснования взаимосвязи между психической сферой и соматическим состоянием (при рассмотрении патогенеза гипертонической болезни, бронхиальной астмы, неврозов, язвенной болезни и др.).

Изучение нозологической психологии больных с неврозом сердечно-сосудистой системы было им обобщено в монографии “О психологическом профиле сердечного больного”.

Именно Л. И. Оганесяну принадлежит заслуга обоснования необходимости эксплуатации Арзни-

ского минерального источника с лечебной целью, особой его ценности для больных кардиологического профиля – “с атеросклеротическим миокардиосклерозом, легочным сердцем, клапанными поражениями, гипертонической болезнью I–II ст., нарушением кровообращения, неврозами сердечно-сосудистой системы”. Традиции Л.А.Оганесяна в отношении бальнеокурорта (как и многие другие) были продолжены и развиты в дальнейшем НИИ кардиологии, который разработал курс лечения на курорте Арзни как этап реабилитации постинфарктных больных.

Подготовивший много специалистов кардиологического профиля, обобщивший свою научно-медицинскую деятельность в обширной педагогической литературе, Л. А. Оганесян своей научной интуицией и организационным талантом окончательно связал ЕрГМУ с армянской кардиологией, став у истоков создания Научно-исследовательского кардиологического центра.

Невозможно в небольшой работе подробно охарактеризовать заслуги всех армянских ученых ЕрГМУ в развитии науки кардиологии. Среди них профессор Г.О. Бадалян, сменивший Л. А. Оганесяна на посту заведующего кафедрой пропедевтики и особенно глубоко изучавший сердечную астму, бронхиальную проходимость при сердечной недостаточности, другие вопросы. Результаты этих исследований обобщены в монографиях, пособиях, многочисленных статьях. Такое же отражение нашли и исследования сотрудников лаборатории, функционировавшей при кафедре, по проблемам ишемической болезни сердца, гипертонической болезни, значимости генетического фактора и др.

Заслуги профессора В. М. Авакяна – одного из первых исследователей значения фактора стресса в возникновении артериальной гипертонии, целого ряда других важных вопросов – послужили основанием для назначения его, опытного, авторитетного ученого, кардиолога, председателем Проблемной комиссии “Заболевания сердечно-сосудистой системы, ревматизм и болезни суставов”, а также председателем Общества кардиологов Армении для обеспечения эффективного развития координации научных исследований, практической кардиологии в Армении, вопросов пропаганды медицинских знаний в СМИ, специальных изданиях и др.

Безусловно, в ряду многочисленных значимых исследований в области кардиологии, воспитания научно-медицинских кадров нельзя не отметить особую заслугу в широком применении электрокардиографии в Армении академика, лауреата Государственной премии, врача, ученого, педагога Р. П. Стамболцян. Именно им, помимо многочисленных исследований важнейших проблем, в том числе ранней диагностики и лечения инфаркта миокарда, создана лаборатория по разработке новой аппаратуры и устройств для контроля работы сердца.

Разработанный им количественный метод оценки данных ЭКГ – планиметрия позволяет более тонко определять отклонения от нормальных показателей и проводить более точное динамическое наблюдение.

Научные и деловые контакты ЕрГМУ и кардиологов Армении, полезные для обеих сторон, постоянны, тем более, что они восходят и к созданию НИИ кардиологии.

Формирование кардиологии как отдельной области медицины в Армении восходит к 1953 г. – периоду создания Сектора кардиологии АН Арм. ССР, возглавляемого акад. Л. А. Оганесяном, в 1958 г. дополненного созданием отделения сердечной хирургии при Институте рентгенологии и онкологии. Дальнейшим объединением этих подразделений в 1961 г. был создан Институт кардиологии и сердечной хирургии (с 1969 г. НИИ кардиологии) с его первым директором академиком Л. А. Оганесяном. Скоро сменивший его профессор К. А. Кяндарян руководил институтом до 1979 г., после чего институт возглавляет академик К. Г. Адамян.

Крупный кардиологический центр в СССР НИИ кардиологии быстро окреп и вскоре стал базой для рождения еще одного научно-медицинского центра Армении – Филиала Всесоюзного института клинической и экспериментальной хирургии МЗ СССР (ныне Институт хирургии Микаелян).

Направление научных исследований института всегда определялось наиболее актуальными кардиологическими проблемами. В первые годы они были посвящены злободневным для Армении вопросам изучения врожденных и приобретенных пороков сердца, их хирургической коррекции. В настоящее время в центре научных исследований находятся такие проблемы, как ишемическая болезнь сердца, острый инфаркт миокарда, артериальная гипертония, недостаточность сердца, нарушения ритма, кардиомиопатии и ревматические поражения сердца.

Специализированные, современно оборудованные клинические и лабораторные подразделения НИИ кардиологии благодаря самоотверженному труду воспитанников нашего главного медицинского вуза – высококвалифицированных научных сотрудников, врачей-кардиологов решают все клинические и научные кардиологические проблемы, поставленные перед

институтом.

С начала становления кардиологии как самостоятельной области медицины в институте внедрялись все современные методы исследования. Зародившаяся в начале XX века электрокардиология стала краеугольным камнем для кардиологии, в том числе и у нас. В институте нашли широкое применение ультразвуковые, рентгенологические, радионуклидные (радиокордиография, сцинтиграфия), велоэргометрические, холтер-мониторирование, биофизические, биохимические, иммунологические, гистохимические, электронномикроскопические, гематологические и другие методы исследования.

За внедрение радионуклидных методов исследования в кардиологию группа ученых (руководители акад. К. Г. Адамян, проф. Н. М. Оганесян) удостоена Государственной премии Армении в области науки и техники.

Именно с кардиологии в Армении, благодаря творческой инициативе, научной прозорливости и энтузиазму профессора Н. Л. Асланяна, началось возрождение и достаточно широкое внедрение в современную медицинскую науку и практику положений хрономедицины. К этим исследованиям быстро подключились ученые Ереванского государственного медицинского университета. Для НИИ кардиологии одним из важнейших направлений исследований стало изучение различных вопросов хронопатологии, хронотерапии, хронофармакологии, хронопрофилактики. Эта деятельность армянских кардиологов стала основанием для создания в нашей стране целой школы исследователей ритмической организации физиологических систем организма, завоевавших признание и авторитет на мировом уровне. Широкую известность приобрели исследования молекулярных и генетических механизмов сердечной адаптации, а также исследования молекулярных механизмов воздействия высотной гипоксии на организм больного. Институт принимал участие в разработках для космической медицины, в изучении структурно-функциональных особенностей «спортивного сердца» при адаптации к разным типам нагрузок.

Практическая работа в области кардиологии интенсифицировалась вследствие острой актуальности проблемы для республики. При государственной поддержке и активном участии НИИ кардиологии, наделенного функциями и правами республиканского кардиологического диспансера, организационно-методического и специализированного центра по борьбе с сердечно-сосудистыми заболеваниями, в Армении стала быстро развиваться кардиологическая служба. Оптимальная, быстро развивающаяся структура ее позволяла своевременно и качественно обеспечивать необходимой помощью жителей всей республики, не только столицы. К тому же на протяжении многих лет ведущие специалисты института име-

ли возможность и щедро делились своими знаниями, профессиональными навыками с врачами-практиками. Причем преподавательский состав ЕРГМУ им. М. Гераци принимал в этом самое активное участие. Это осуществлялось проведением декадников, выездных сессий, усовершенствованием на рабочем месте, в ординатуре. Особую роль в этом вопросе сыграла разработанная в Институте кардиологии система – дистанционный диагностический кардиологический центр, скоро внедренный в разных областях СССР. Следует отметить, что сейчас многие из этих проблем успешно решаются благодаря кафедре кардиологии НИЗ МЗ РА.

Разрушившаяся по известным, объективным причинам структура в настоящее время начала восстанавливаться. Причем особенностью нынешнего периода является рост кардиохирургических подразделений, центров. На данном этапе в РА практически проводятся почти все современные операции на сердце и магистральных сосудах: коррекция врожденных и приобретенных пороков сердца, аорто-коронарное шунтирование, стентирование коронарных артерий, рентген-эндovasкулярные операции, хирургия аорты и др.

Выбрав клинично-функциональное направление научных исследований, институт в тесном творческом контакте с медицинским университетом, другими НИИ все эти годы концентрирует основное внимание на многоаспектном, клиническом и экспериментальном изучении проблемы недостаточности миокарда и процессов ее обратного развития. Это этиология и патогенез недостаточности миокарда при таких распространенных патологиях, как острый инфаркт миокарда, ишемическая болезнь сердца, артериальная гипертензия, нарушения ритма сердца, ревматизм, пороки сердца, кардиомиопатии, клинично-лабораторная диагностика, классификация ранних стадий, стадийность, определение основных механизмов адаптации и дезадаптации сердечной мышцы, ее регенеративные возможности, роль воспалительных и противовоспалительных цитокинов при сердечной недостаточности, разработка лечебной стратегии исходя из структурно-функциональных особенностей, профилактика грозных осложнений и прогнозирование течения.

В настоящее время основной проблемой, как и в прошлые годы, является исследование механизмов развития коронарогенных и некоронарогенных кардиомиопатий, структурно-функциональной адаптации

и дезадаптации сердечной мышцы при острой и хронической патологии, новые подходы профилактики дифференцированной лекарственной регуляции.

Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний – и первичная, и вторичная, всегда являвшаяся практической задачей армянских кардиологов, в настоящее время стала особенно актуальной. По предложению Всемирной федерации сердца создается национальная программа профилактики сердечно-сосудистых заболеваний. Одним из начальных, важных шагов ее могло бы явиться создание подразделения профилактической кардиологии на основе обобщения и продолжения работ армянских исследователей по профилактике артериальной гипертензии и др.

Исследования армянских кардиологов, творческие контакты с представителями других областей медицинской науки, результаты работ полностью отразились в многотысячных научных публикациях (статьях, монографиях, учебниках), изобретениях, кандидатских и докторских диссертациях, докладах на многочисленных, самых авторитетных международных форумах. Это свидетельствует об актуальности и эффективности работ наших специалистов. Кардиология Армении традиционно и в настоящее время представлена достойными учеными в международных медицинских организациях, в том числе Всемирной, Европейской ассоциации кардиологов, Ассоциации кардиологов стран СНГ, России.

Границы науки бесконечно расширяются, требуя и от специалиста все более глубокой подготовки, широты кругозора, объема знаний. По хорошей традиции подготовленные Ереванским государственным медицинским университетом им. М. Гераци специалисты органично вливаются в ряды армянских кардиологов. В настоящее время имеются все возможности для совершенствования их знаний, заимствования богатого опыта коллег и на кафедре кардиологии, и в аспирантуре, и докторантуре, и коллективах всех кардиолучреждений РА для решения необходимых важных задач нашего здравоохранения и медицинской науки.

Постигнуто многое, но многочисленные тайны человеческого организма, его сердца требуют открытия, а для этого нужна неустанная творческая работа, беззаветная отдача любимому и благородному делу сил, ума, души, на что и направлены сейчас усилия сообщества армянских кардиологов.

Մանկաբարձագինեկոլոգիական կադրերի պատրաստումը Երևանի Մխիթար Ներսիսյան անվան պետական բժշկական համալսարանում

Մ. Ներսիսյան անվան ԵՊԲՀ-ի մանկաբարձության, գինեկոլոգիայի և կանանց
վերարտադրողական առողջության ամբիոնի վարիչ,
ՀՀ ԳԱԱ թղթակից-անդամ պրոֆ. Ռ.Ա. Աբրահամյան

375025 Երևան, Կոթուրի 2

Հայաստանում մանկաբարձագինեկոլոգիական
կադրերի պատրաստումը իրականացվում է 1925թ.-ից
մանկաբարձության և գինեկոլոգիայի, իսկ 1990թ.-ից
սկսած նաև մանկաբարձության (պերինատոլոգիայի),
գինեկոլոգիայի և կանանց վերարտադրողական ա-
ռողջության ամբիոնների կողմից: Այս 2 ամբիոնների
ջանքերով պատրաստվել են շուրջ 1000 մանկաբարձ-
գինեկոլոգներ, որոնք հաջողությամբ աշխատում են ոչ
միայն հանրապետության ծննդագնության հիմնարկ-
ներում, այլև արտերկրում:

Մանկաբարձության և գինեկոլոգիայի ամբիոնը
ղեկավարել են՝ Գ.Հ.Արեշյանը (1925-52թթ.), Բ.Գ.
Սայադյանը (1952-53թթ. ժամանակավորապես),
Ա.Մ.Ահարոնովը (1954-62թթ.), Բ.Գ.Սայադյանը (1963-
70թթ.), Ս.Ա.Ալեքսանյանը (1970-74թթ.), Կ.Բ.Ակունցը
(1974-1999թթ.), Գ.Ա.Բեգլարյանը (1999թ. առ այսօր):

Ներկայումս գործող մանկաբարձության և գինեկո-
լոգիայի ամբիոնից բացի, տարբեր ժամանակներում
նույնանուն ամբիոններ են գոյություն ունեցել նաև
ըստ առանձին ֆակուլտետների:

Սանիտարահիգիենիկ ֆակուլտետի մանկաբար-
ձության և գինեկոլոգիայի ամբիոնը 1954-62թթ. ղեկա-
վարել է Պ.Հ.Մարգարյանը, իսկ հետագայում՝ մանկա-
բուժական, սանիտարահիգիենիկ և ստոմատոլոգիա-
կան ֆակուլտետների նույնանուն ամբիոնը ղեկավար-
ել է Ե.Ա.Մոդեյանը, 1990թ.-ից՝ Ռ.Ա.Աբրահամյանը:

Մանկաբարձության և գինեկոլոգիայի ամբիոնի
կողմից տարվող գիտական աշխատանքները նվիր-
ված են եղել եղիության ընթացքի, ծննդաբերության և
հետծննդյան շրջանի վրա մալարիայի ազդեցության,
ծննդաբերության ցավազրկման, կանանց սեռական
օրգանների ուռուցքների, ծննդագնության կազմա-
կերպման հարցերին: Ուսումնասիրությունները ցույց
են տվել, որ անտենատալ մահացության իջեցման
գործում մեծ նշանակություն ունի վաղաժամ ծննդա-
բերությունների կանխումը և պայքարը տոքսոպլազ-
մոզի, լիստերիոզի, բրուցելլոզի և այլ հիվանդությու-
նների դեմ (Բ.Գ.Սայադյան): Մշակվել են կեսարյան
հատման (Ա.Մ.Ահարոնով), մանկաբարձական
աքցանների մանկաբարձական հայեցակետերը, նշվել
ցուցումներ (Ս.Ա.Ալեքսանյան):

Ուշադրության արժանի աշխատանքներ են կա-
տարվել նաև մանկաբարձական պրակտիկայում ցա-

վազրկման վերաբերյալ, մշակվել է ծննդաբերության
ցավազրկման դեղորայքային հատուկ եղանակ (Պ.Հ.
Մարգարյան), բացահայտվել է փսիխոպրոֆիլակտի-
կայի, հիպնոթերապիայի և դեղորայքային ցավազրկ-
ման դերը մանկաբարձության և գինեկոլոգիայի մեջ:

Մշակվել է շնչահեղձության վիճակում գտնվող մո-
թածիմների վերակենդանացման մեթոդը

(Ա.Մ.Ահարոնով), որոշակի տեղ է տրվել հետծն-
նդյան վարակիչ հիվանդությունների ժամանակ վի-
տամինաբուժությանը (Ե.Ա.Մոդեյան), իսկ եղիության
ախտաբանության և ընդհատման վտանգի որոշ դեպ-
քերում՝ հորմոնաբուժությանը (Ի.Ա.Պետրովա):
Մշակվել են հակաբիոտիկների ներդրումային կի-
րառման միջոցով գինեկոլոգիական վիրահատությու-
նների հետվիրահատական բարդությունների կանխ-
ման (Վ.Ա.Խաչատրյան), հետծննդյան շրջանի ֆիզիո-
լոգիայի և դաշտանային ֆունկցիայի վերականգնման
(Օ.Բ.Սայադյան) և մանկաբարձագինեկոլոգիա-
կան օնկոլոգիայի (Ն.Ա.Այվազյան), սեռական
ֆունկցիայի ձևավորման վրա ուղեղի բնի տարբեր

հատվածների ազդեցության, կնոջ օրգանիզմի
սպեցիֆիկ ֆունկցիայի վրա պրոֆեսիոնալ ախտա-
բանության ազդեցության (Լ.Պ.Մարգարյան),
նորածնային շրջանի ֆիզիոլոգիայի և ախտաբանու-
թյան (Լ.Ա.Բալայան), կնոջ ռեպրոդուկտիվ
համակարգի ֆիզիոլոգիայի և անպտղության
ախտորոշման ու բուժման (Կ.Բ.Ակունց), պարբերա-
կան հիվանդության մանկաբարձագինեկոլոգիական
հայեցակետերը (Գ. Պողոսյան), արտաբղանդային
հիվանդության հետևանքների (Ա. Խոնդկարյան),
ծննդաբերական գործունեության խանգարումների (Ն.
Շահվերդյան) ուսումնասիրմանը, էնդոմետրիումի հի-
պերպլաստիկ պրոցեսների ախտորոշման, բուժման և
քաղցկեղի կանխարգելման (Գ.Ա. Բեգլարյան) գի-
տագործական հայեցակետերը: Ամբիոնի աշխա-
տակիցները հրատարակել են 14 դասագիրք և
մեծագրություններ, այդ թվում՝ Մ.Լ.Ռենիզեր-Արեշ-
յանի «Հղիությունը և մալարիան» (1944), Պ.Հ. Մար-
գարյանի «Մանկաբարձություն» և «Գինեկոլոգիա»
(1960) դասագրքերը, Ա.Մ.Ահարոնովի «Օպերատիվ
մանկաբարձություն» (1961), Կ.Բ.Ակունցի «Գինեկոլո-
գիական հիվանդությունների հետազոտման ժամանա-
կակից մեթոդները» (1980), «Կնոջ օրգանիզմի սպեցի-

ֆիլի ֆունկցիաների ֆիզիոլոգիական և ախտաբանական մի շարք հարցեր» (1982), Գ.Ա.Բեգլարյանի «Ուրոգենիտալ ինֆեկցիաների ժամանակակից ախտորոշման և բուժման սկզբունքները» (2000) և այլն:

Մանկաբարձության (պերինատոլոգիայի), գինեկոլոգիայի և կանանց վերարտադրողական առողջության ամբիոնը հիմնադրվել է 1990թ. որպես ՄՄՍ ֆակուլտետների մանկաբարձության և գինեկոլոգիայի ամբիոն, որը 1995թ. վերանվանվել է մանկաբարձության և գինեկոլոգիայի թիվ 2, իսկ 2002թ.՝ մանկաբարձության (պերինատոլոգիայի), գինեկոլոգիայի և կանանց վերարտադրողական առողջության ամբիոն:

Հիմնադրման օրից առ այսօր ամբիոնի վարիչն է ՀՀ ԳԱԱ թղթակից-անդամ, բ.գ.դ., պրոֆեսոր Ռ.Ա. Աբրահամյանը, որը միաժամանակ ամբիոնի կլինիկական բազա հանդիսացող պերինատոլոգիայի, մանկաբարձության և գինեկոլոգիայի կենտրոնի տնօրենն է: Վերջինս համրապետության մանկաբարձագինեկոլոգիական 3-րդ մակարդակի ամենախոշոր մեդ մասնագիտացված կենտրոնն է, ունի 200 մահճակալ: Այն համրապետության ծննդօգնության մյուս հիմնարկներին կազմվեթողական, գիտաբուժական, ինչպես նաև ամենատարածված բուժօգնություն տրամադրող և համակարգող բուժաստատություն է:

Ուսումնամեթոդական աշխատանքներ.

Կիրառվում է գիտելիքների ստուգման թեստային համակարգը, մշակվել են ուսումնական նոր ծրագրեր միջազգային ստանդարտներին համապատասխան, ուսումնական պրոցեսն են ներմուծվել այնպիսի նոր տեխնոլոգիաներ, ինչպիսիք են հեռահաղորդակցական կապը, տեսա- և լսողական համակարգերը, նոր տեղեկատվական տեխնոլոգիաները: Ամբիոնը հագեցված է ուսումնական գործընթացը ժամանակակից պահանջներին համապատասխան կազմակերպելու համար անհրաժեշտ սարքավորումներով, նկարներով, դիդակտիկ և կլինիկական նյութերով: Այստեղ ուսուցանվում են Երևանի Մխիթար Հեքուցու անվան բժշկական համալսարանի բուժական և ստոմատոլոգիական ֆակուլտետների տեղաբնակ, արտասահմանի ուսանողներ (հնդիկներ, արաբներ, պարսիկներ, հույներ, ռուսներ, ուկրաինացիներ, սփյուռքահայեր), կլինիկական օրդինատորներ, ստաժորներ, հանրապետության մանկաբարձ-գինեկոլոգներ:

Հրատարակվել են մայրենի լեզվով «Մանկաբարձություն», «Գինեկոլոգիա» և «Վերարտադրողական առողջություն» դասագրքերը, անգլերեն լեզվով ձեռնարկներ և մեթոդական գրականություն:

Գիտական հետազոտությունները վերաբերում են վերարտադրողական առողջության, պերինատոլոգիայի հիմնախնդիրների ուսումնասիրմանը, նորագույն մոտեցումների և տեխնոլոգիաների փորձարկմանը, մշակմանն ու կատարելագործմանը: Վերջին 10 տարիներին ամբիոնի աշխատակիցները պաշտպանել են 6 թեկնածուական (Վ.Գյուլիսայան, Ա.Պողոսյան, Ա.Բրույյան, Լ. Աբրահամյան, Ա.Խու-

դավերյան, Ռ.Գասպարյան) թեզ, նախապատրաստվում է պաշտպանության ևս 3 դոկտորական (Գ. Ավագյան, Լ.Աբրահամյան, Վ. Գյուլիսայան) և մեկ թեկնածուական թեզ (Կ. Անտոնյան):

Ամբիոնի դասախոսները վերապատրաստվել են ԱՄՆ-ի, Ֆրանսիայի, Գերմանիայի, Ճապոնիայի, Հունաստանի, Իտալիայի, Ռուսաստանի Դաշնության և Ուկրաինայի գիտական կենտրոններում, հանդես են եկել գեկուցումներով միջազգային համաժողովներում, կոնֆերանսներում և այլն:

Ամբիոնի հիմնական առանձնահատկությունն այն է, որ դրա համարյա բոլոր աշխատակիցները միաժամանակ հանդիսանում են կենտրոնի աշխատակիցներ և ուսումնագիտական աշխատանքը ներդաշնակորեն համատեղում են բուժական աշխատանքի հետ:

Ամբիոնի աշխատակիցներն իրենց մասնագիտական հմտությունները կատարելագործել ու կատարելագործում են ԱՄՆ-ի, Ֆրանսիայի, Գերմանիայի, Ճապոնիայի, Հունաստանի, Իտալիայի, Ռուսաստանի Դաշնության և Ուկրաինայի առաջնակարգ գիտական կենտրոններում: Ջեկուցումներով հանդես են եկել բազմաթիվ համրապետական և միջազգային գիտաժողովներում, հանդիպումներում և հավաքներում:

Կենտրոնը և ամբիոնը համագործակցում են մի շարք միջազգային կազմակերպությունների, այդ թվում՝ Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպության, ՄԱԿ-ի բնակչության և մանկական հիմնադրամների, ԱՄՆ-ի և Ճապոնիայի միջազգային կարգացման գործակալությունների և այլ միջազգային ու տեղական կազմակերպությունների հետ:

Ամբիոնի աշխատակիցները մասնակցել են վերարտադրողական առողջությանը վերաբերող ազգային ծրագրերի մշակմանը և ներդրմանը, հետազոտությունների իրականացմանը, մասնավորապես՝

- Վերարտադրողական առողջության ազգային քաղաքականության մշակում
- Կանանց և երեխաների իրավիճակային վերլուծում (UNICEF, 1997թ.)
- Վերարտադրողական առողջության հետազոտում (WHO, UNFPA, 1997թ.)
- Կանանց և տղամարդկանց սեռական առողջության և չրերության ուսումնասիրում (UMCOR, 1998թ.)
- Վերարտադրողական առողջության ազգային ծրագրի մշակում և ներդրում (WHO UNFPA, 1997թ.)
- Պերինատալ բուժօգնության բարելավման ծրագրի մշակում (UNICEF, 1999թ.)
- Կանանց և երեխաների սնուցման իրավիճակի վերլուծություն (UNICEF, Հոմի սննդի ինստիտուտ, 1998թ.)
- Առողջապահական ժողովրդագրական հետազոտություն (2000թ.)
- Մոր և մանկան առողջության պահպանման

ռազմավարության մշակում (2005-2015թթ.)

- «Մարդու վերարտադրողական առողջության և վերարտադրողական իրավունքների մասին» ՀՀ օրենքի մշակում (2002թ.)
- Կանանց և տղամարդկանց վերարտադրողական առողջության ուսումնասիրում առանձին ռեզիմենտում (PRIME -2, MSF, Mission East և այլն, (2003թ.)
- Հղիության արհեստական ընդհատման, վերարտադրողական օժանդակ մեթոդների, ներհիվանդանոցային վարակների կանխարգելմանը նվիրված նորմատիվ ակտերի մշակում (2004 թ.)
- Ստացիոնար և ամբուլատոր ծննդօգնության բուժօգնությունների գործունեությունը կանոնակարգող նորմատիվ ակտերի ստեղծում
- Պետության կողմից երաշխավորված ամենամյա անվճար մանկաբարձագինեկոլոգիական բժշկական օգնության և ծառայությունների տրամադրման կարգի մշակում:

Գիտահետազոտական աշխատանքների հիմնական ուղղությունները.

- Վերարտադրողական առողջության արդիական մշակություն ունեցող հիմնախնդիրների ուսումնասիրում, նորագույն մոտեցումների և տեխնոլոգիաների, այդ թվում էնդոսկոպիայի, դապլերոֆիումետրիայի փորձարկում, մշակում ու կատարելագործում (Վ.Գյուլխասյան, Լ. Աբրահամյան, Ա. Խոտլավերդյան),
- Սեռական հասունացման ֆիզիոլոգիայի և ախտաբանության հարցեր (Ռ.Սարգսյան, Մ.Հարությունյան, Գ.Ավագյան),
- Հղիության ախտաբանության և գինեկոլոգիական որոշա խտաբանությունների ժամանակ կլինիկոիմունաբանական առանձնահատկությունների ուսումնասիրում, կանխորոշիչ միջոցների մշակում (Ա.Բրույան, Ա.Պողոսյան),
- Անհետաձգելի գինեկոլոգիական հիվանդությունների ախտորոշման և բուժման ժամանակակից սկզբունքների մշակում (Ա.Աբրահամյան):

Վերջին տարիներին հրատարակվել է 4 դասագիրք, 6 ձեռնարկ, 3 մենագրություն.

- Պտղի զարգացման արատների մանկաբարձական հայեցակետերը, մենագրություն, 1991թ.
- Անհետաձգելի օգնության սկզբունքները գինեկոլոգիայում, 1994թ., ձեռնարկ բժիշկների համար
- Գինեկոլոգիա, դասագիրք, 1994թ.
- Մանկաբարձություն, դասագիրք, 1998թ.
- Ընտանիքի պլանավորում, ուղեցույց, 1998թ.
- Անհետաձգելի բուժօգնություն պերինատալոգիայում, ուղեցույց, 1999թ.
- Էնդոսկոպիան գինեկոլոգիայում, մենագրու-

թյուն, 1998թ.

- Արտաքին սեռական էնդոմետրիոզ, մենագրություն, 1998թ.
- Անտենատալ բուժօգնության հիմունքներ, ձեռնարկ, 2002թ.
- Անտենատալ բուժօգնության ուղեցույցներ, 2002 թ.
- Արտաթոքային տուբերկուլոզ, ձեռնարկ 2002թ.
- Գիրք ծննդոց, ուղեցույց հղիների համար, 2002թ.
- Վերարտադրողական առողջություն (մանկաբարձություն և գինեկոլոգիա), դասագիրք, 2003թ.
- Վերարտադրողական առողջությանը վերաբերող շուրջ 300 գիտական հոդված և թեզիս, ինչպես հայրենական, այնպես էլ միջազգային միջազգային և միջազգային մամուլում՝ նվիրված պերինատալոգիայի, մանկաբարձության և գինեկոլոգիայի արդիական խնդիրների ուսումնասիրմանն ու լուծմանը:
- Մշակվել, փորձարկվել և գործնական առողջապահության մեջ ներդրվել են շուրջ 25 նորարարական առաջարկություն, 8 գյուտ և հայտնագործություն, 30 մեթոդական ցուցում, որոնք վերաբերում են մարդու վերարտադրողական համակարգի հիվանդությունների, պտղային բրժշկության խմումաբանական, էնդոկրինոլոգիական, բժշկագենետիկական հիմնահարցերին:

Ներկայումս ամբիոնում աշխատում են դոցենտներ՝ Ռ.Սարգսյանը, Գ. Ավագյանը, Վ.Գյուլխասյանը, Ա.Պողոսյանը, Ա.Բրույանը, ախտնետներ՝ Ն.Ղազարյանը, Ն.Հարությունյանը, Լ.Աբրահամյանը, Ա.Խոտլավերդյանը, Հ.Գեղամյանը, Ա.Ջերգեթյանը:

Ամբիոնի վարիչ ՀՀ ԳԱԱ թղթակից-անդամ Ռ. Աբրահամյանը 1975թ. պաշտպանել է թեկնածուական, 1992թ. դոկտորական թեզը ՌԴ ԲԳԱ Մանկաբարձության, գինեկոլոգիայի և պերինատալոգիայի ԳՀ կենտրոնում, ք. Մոսկվա, այնուհետև ստացել պրոֆեսորի կոչում:

Ռ. Աբրահամյանը Մխիթար Հերացու անվան, «Եվրամիություն XXI դար» նախագծի և «Մայրական խաչ XXI դարի ղեկավար» շքանշանակիր է և ՀՀ Նախագահի մրցանակակիր: 2002թ. մշակվել է ՀՀ առողջապահության նախարարի խորհրդական՝ ծննդօգնության գծով և 1997թ.՝ ՀՀ ԱՆ գլխավոր մանկա-բարձ-գինեկոլոգ: Ունի շուրջ 350 գիտական աշխատանք, 80-ը՝ արտասահմանյան գիտական հանդեսներում: Անդամ է բժշկական համալսարանի գիտական, մասնագիտացված և մի շարք ամսագրերի խորհուրդների, արտերկրյա գիտությունների ակադեմիաների ակադեմիկոս է, ատենախոսությունների պաշտպանության խորհրդի, ինչպես նաև մանկաբարձ-գինեկոլոգների և նեոնատոլոգների հանրապետական ասոցիացիայի նախագահն է:

Биологическая артропластика локтевого сустава

Академик РАМН О. В. Оганесян

ГУН ЦИТО им. Н.Н. Приорова

127299, Москва, ул. Приорова, 10

Известно, что по тяжести осложнений и частоте инвалидизации больных повреждения суставов занимают одно из ведущих мест среди патологии опорно-двигательного аппарата. И если многие вопросы лечения переломов костей нашли успешное решение, то для разработки высокоэффективных методов лечения поврежденных суставов конечностей, вероятно, потребуется еще не одно десятилетие. Лечение таких больных сопряжено с рядом трудностей, преодолеть которые весьма не просто. Идеальным было бы одновременное восстановление и формы, и функции сустава, и это понятно, так как они теснейшим образом взаимосвязаны и взаимообусловлены. Здесь мы сталкиваемся с серьезным противоречием, своего рода проявлением "единства противоположностей": с одной стороны, для заживления поврежденного сустава требуется продолжительный покой, с другой — для восстановления его нормальной функции необходимы ранние движения. До недавних пор имевшиеся в арсенале травматологов-ортопедов методы лечения не позволяли обеспечить одновременно два этих важнейших условия.

Чтобы добиться восстановления подвижности в суставе с полностью сросшимися суставными концами для достижения плавного скольжения вновь образованных суставных поверхностей и предупреждения их повторного сращения, с начала XX века применяли самые разнообразные пластические материалы, как биологические, так и искусственные: кожу, жировой лоскут, надкостницу, мышцу, грыжевой мешок, брюшину, сухожильные влагалища, оболочку мошонки, плексиглас, лавсановую ткань и др. На эту тему написано более ста диссертаций, но как бы ни был совершенен используемый пластический материал и сколь тщательно ни обрабатывались бы суставные поверхности, между ними остается значительное трение, которое вызывает боль, ограничение и затруднение движений в суставе. Покрытие вновь образованных суставных концов тем или иным пластическим материалом при отсутствии ранних движений в суставе ведет к формированию соединительнотканых спаек, что определяет неудовлетворительный исход лечения.

Для создания зазора между вновь образованными суставными концами А. В. Каплан (1970) производил

фиксацию их спицами. В. Д. Чаклин (1957), М. Д. Михельман (1968) и многие другие прибегали к вытяжению за конечность с целью distraction суставных поверхностей и сохранения движений в суставе. Однако вытяжение не обеспечивает постоянства суставной щели заданной величины и не позволяет полностью устранить чрезмерное трение между вновь образованными суставными поверхностями. Кроме того, оно крайне затрудняет выполнение движений в оперированном суставе.

Лечение контрактур суставов чаще всего проводили с помощью шинно-гильзовых аппаратов, но из-за давления на мягкие ткани и чрезмерного взаимного давления суставных концов при этом далеко не всегда обеспечивался желаемый результат.

При застарелых вывихах либо производят оперативное вправление, либо с целью устранения взаимного давления суставных концов, приводящего к разрушению суставных поверхностей, прибегают к артропластике с резекцией суставных концов на значительном протяжении. После одномоментного вправления вывиха для предупреждения рецидива должна быть обеспечена на длительное время надежная фиксация, исключающая движения в суставе, тогда как для успешного исхода операции крайне важно как можно более раннее их восстановление.

При лечении околоуставных переломов также необходимо раннее восстановление движений в суставе, которое возможно только при условии надежной фиксации костных фрагментов на время их сращения, а это весьма проблематично из-за малых размеров отломков суставных концов. Как показывает опыт, при отсутствии движений возможны застывание суставной щели, окостенение суставных тканей и ограничение в суставе движений, что существенно осложняет лечение.

Для обеспечения одновременного восстановления как формы, так и функции поврежденных суставов нами в 1968 г. совместно с М. В. Волковым разработан и постоянно совершенствуется метод лечения суставов с помощью шарнирных аппаратов наружной чрескостной фиксации. Основным принципом этого метода является полная статическая и динамическая разгрузка сустава с помощью механической конструкции при обеспечении точной центрации суставных

концов, а также пассивных и активных движений в суставе. Движения в разгруженном аппарате суставе исключают чрезмерное давление и трение суставных концов, поддерживают физиологический тонус мышц, предотвращают их атрофию, препятствуют образованию внутрисуставных спаек, облитерации суставной щели, оссификации суставных тканей, поддерживают нормальное кровообращение и в конечном итоге способствуют восстановлению формы и функции суставов.

В литературе мы не нашли сведений ни об одном методе восстановления формы и функций суставов, который осуществлял бы полную динамическую разгрузку сустава при сохранении между суставными концами постоянства щели заданной величины. Чтобы обеспечить полную динамическую разгрузку сустава и возможность пассивных и активных движений в нем, аппарат для осуществления данного метода должен жестко фиксировать суставные концы и воспроизводить кинематику данного сустава. Для разработки утраченных движений в суставе эти условия так же необходимы, как, бесспорно, необходима прочная фиксация костных отломков для получения полноценного костного регенерата при заживлении перелома. Эти принципы и были взяты нами за основу при создании шарнирно-дистракционных аппаратов.

Прежде чем приступить к разработке аппаратов, мы изучили некоторые анатомические и биомеханические особенности суставов конечностей на собаках и человеческих трупах: исследовали центры вращения суставов, точки-ориентиры (костные выступы), лежащие на оси движения сустава в основной плоскости, радиусы боковой кривизны суставных поверхностей при движении в коленном суставе, степень перемещения кожи и мышц при сгибательно-разгибательных движениях и др. Это позволило при конструировании аппаратов обеспечить их наибольшее соответствие анатомии и биомеханике того или иного сустава.

Наши аппараты представляют собой шарнирную механическую систему в виде искусственных наружных суставов. Они позволяют при применении специальных шарнирных дистракторов (разводных винтов, являющихся сменными элементами конструкции), соответствующих анатомии и кинематике того или иного сустава, полностью освободить сустав на период его заживления и восстановления движений от статических и динамических нагрузок путем передачи их на аппарат.

К настоящему времени нами сконструировано и апробировано 26 видов и моделей аппаратов для восстановления движений в различных суставах – локтевом, лучезапястном, пястнофаланговом, межфаланговом, тазобедренном, коленном, голеностопном.

В данной статье хочется остановиться на предложенном нами методе биологического восстанов-

ления формы и функции локтевого сустава при помощи сконструированных нами шарнирно-дистракционных аппаратов.

Первое авторское свидетельство было получено на аппарат для восстановления подвижности в локтевом суставе в 1968 г. Он состоит из двух подковообразных металлических скоб, которые с помощью тонких металлических спиц образуют жесткие системы для пространственно-жесткой фиксации суставных концов. Одна жесткая система, называемая осевой, служит для фиксации посредством осевой и замыкающей спиц суставного конца, через который проходит ось вращения сустава, причем осевая спица совмещает основную ось вращения сустава с осью вращения аппарата. Вторая жесткая система, поворотная, фиксирует с помощью двух спиц другой суставной конец. Обе жесткие системы соединяются между собой шарнирными дистракторами (разводными винтами). Основная новизна данного аппарата, отличающая его от предложенных ранее конструкций, состоит в искусственном создании оси вращения сустава и ее подвижной фиксации к оси вращения аппарата. Мы убеждены, что без обеспечения этого важнейшего условия осуществить полную динамическую разгрузку сустава невозможно. Этот принцип сохранен во всех разработанных нами в последующем аппаратах (рис. 1).

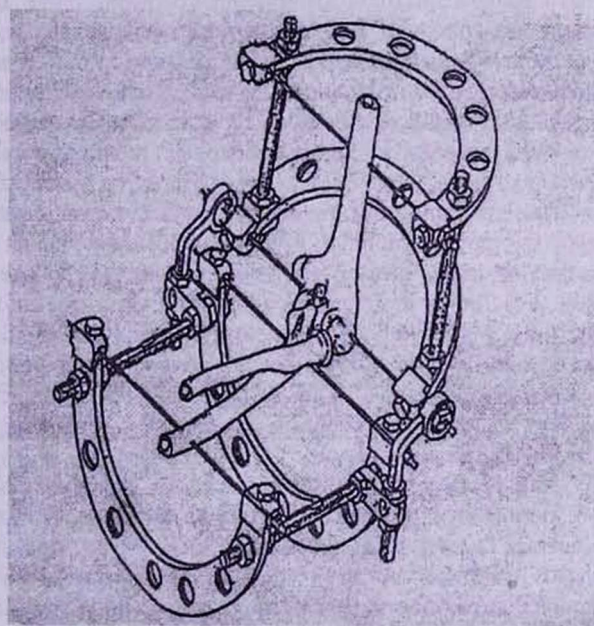


Рис. 1. Аппарат для восстановления движений локтевого сустава, модель VII

Вслед за аппаратом для локтевого сустава были сконструированы аппараты для лучезапястного, голеностопного и затем для коленного суставов. Аппараты для разных суставов отличаются друг от друга главным образом механическими узлами, воспроизводящими движения в том или ином суставе, причем важнейшим принципом, по нашему мнению, является максимальное соответствие движений, воспроизводимых с помощью механической конструкции, кинематике данного сустава.

Если конструирование аппаратов для восстановления функции правильно эллипсоидного лучезапястного, цилиндрического голеностопного и правильно блоковидного локтевого суставов нам далось относительно легко, то при разработке аппаратов для коленного сустава мы столкнулись с большими трудностями, обусловленными сложной биомеханикой этого сустава. Дальнейшее развитие метода и аппаратов шло в основном по пути совершенствования в аппаратах механических узлов, воспроизводящих движение в суставе, и узлов, обеспечивающих сопоставление суставных концов с последующим сохранением их точной центрации в динамике и статике.

Для лучшего приспособления аппарата к особенностям анатомии и кинематики коленного сустава раздвижные дистракторы в его последующих моделях сконструированы в виде зубчатого соединения. Зубчатое колесо в дистракторе совершает характерные для дистального конца бедренной кости сгибательные и разгибательные движения, зубчатый сектор повторяет движения проксимального конца большеберцовой кости, шатуны, соединяющие зубчатое колесо с зубчатым сектором, играют роль боковых и крестообразных связей.

При конструировании аппаратов для межфаланговых суставов основные трудности были связаны с миниатюрными размерами этих аппаратов, а также с тем, что, помимо полной разгрузки поврежденного сустава и разработки движений в нем, необходимо было обеспечить сохранение возможности движений в соседних пальцах. Аппараты последней модели с коленчатыми дистракторами полностью удовлетворяют этим требованиям.

Аппараты последних моделей снабжены винтовыми репонирующими устройствами для перемещения жестких систем с зафиксированными в них суставными концами во всех плоскостях, что позволяет производить постепенное и дозированное точное вправление суставных концов закрытым способом и обеспечивать их точную центрацию в динамике.

Для реализации предложенного нами метода восстановления формы и функции суставов, помимо шарнирно-дистракционных аппаратов, разработаны также вспомогательные приспособления: устройство для моделирования суставных поверхностей, центриска-

тель, устройство для совмещения оси аппарата с осью движения сустава и др.

В последние 12 лет группой авторов (С. П. Миронов, О. В. Оганесян, А. И. Елькин, Н. В. Селезнев и др.) ведется углубленное изучение фрикционных свойств суставных поверхностей, для чего были созданы новые методики экспериментальных исследований и специальная аппаратура. На основе полученных результатов разработан метод артропластики локтевого сустава при помощи шарнирно-дистракционных аппаратов с электроприводом и установкой виброфрикционного воздействия на суставные концы. После полного удаления измененных суставных концов и формирования новых суставных поверхностей наподобие естественных с помощью аппарата производится разработка движений в суставе по определенному алгоритму, который контролируется электронным блоком управления. Метод позволяет восстановить морфологическую структуру и функцию локтевого сустава при его тяжелых поражениях. Экспериментальные исследования были и остаются неотъемлемой и важной частью нашей работы. Позволю себе остановиться на экспериментах по формированию нового коленного сустава после удаления суставных концов. Было проведено две серии опытов на 24 взрослых собаках. После обработки суставных концов у 20 собак (основная серия) применяли разные модели аппарата наружной чрескостной фиксации, у 4 животных (контрольная серия) аппараты не применяли. Обработка суставных концов состояла в создании соответствующих друг другу полуцилиндров с обязательным удалением субхондральной пластинки. При этом от суставных концов бедренной и большеберцовой костей отсекали в разных отделах от 2 до 10 мм. Чтобы обеспечить промежуток между вновь созданными суставными концами для образования хрящевого покрова, выпуклую суставную поверхность бедра формировали радиусом, который был на 2—3 мм меньше вогнутой поверхности большеберцовой кости.

По мере покрытия суставных концов хрящом диастаз между ними увеличивается постепенно и дозированно в зависимости от размеров сустава: от 1 до 3—4 мм в эксперименте (1—2 мм для вновь образующегося суставного хряща и 1 мм для субхондральной пластинки на каждом суставном конце) и от 1 до 5—6 мм в клинике. Постепенное увеличение диастаза между суставными концами предупреждает нарушение крово- и лимфообращения в мягких тканях сустава, которое происходит при резком отдалении суставных концов друг от друга. Кроме того предупреждается развитие дистрофических изменений в новообразованном хрящевом покрытии.

Во время эксперимента производилось внутрисуставное введение хонсурида (препарат хондроитинсерной кислоты) совместно с витаминами группы В и медицинским кислородом, а в клинике вводился осте-

нил или ферматрон (препараты гиалуроновой кислоты). Это обеспечивало высокую вязкость синовиальной жидкости и также способствовало дифференцировке суставного регенерата и стимулировало хондрогенез.

У животных основной серии через 4 месяца целостность суставных поверхностей восстанавливалась. Макроскопически они представлялись блестящими и плотными. При микроскопическом исследовании выявлено, что восстановление суставных поверхностей происходило за счет новообразованных гиалинового и волокнистого хрящей. Две трети поверхности суставных концов, то есть рабочие поверхности суставных отделов бедренной и большеберцовой костей, были покрыты гиалиновым хрящом, остальные участки — волокнистым хрящом и соединительной тканью. Суставной хрящ имел неравномерную толщину. Тонкое строение костной ткани в суставных концах сохранялось.

Спустя 7 месяцев макроскопически суставные поверхности были гладкими, блестящими и плотными, капсула сустава также была плотной. При микроскопическом исследовании установлено, что почти 3/4 поверхности суставных концов бедренной и большеберцовой костей покрыты ровным слоем гиалинового хряща. Суставной гиалиновый хрящ в центральной части рабочей поверхности утолщен. Хрящевые клетки распределены довольно равномерно. Костно-хрящевая граница местами ровная. Суставные концы покрываются капсулой с синовиальной жидкостью. Суставной гиалиновый хрящ образуется из стромальных клеток, которые находятся в фибро-васкулярных элементах эндоста (Г.И. Лаврищева). Так как движения в суставе осуществляются в одной плоскости, сгибательно-разгибательной, по боковым поверхностям образуются рубцы, которые замещают связки. За

образование нового биологического сустава со всеми элементами нам выдан диплом на научное открытие № 208.

Таким образом, после удаления костно-хрящевых суставных концов в условиях полной разгрузки сустава с помощью шарнирно-дистракционного аппарата происходила регенерация субхондральных костных пластинок, затем волокнистого и гиалинового хряща. Одновременно восстанавливались движения в суставах.

У животных контрольной группы формирование новых суставных поверхностей шло медленно и сопровождалось выраженными рубцовыми процессами. Отмечались резко выраженные явления деформирующего артроза. У 2 собак из 4 наступил анкилоз.

В дальнейшем экспериментальные исследования по восстановлению с помощью шарнирно-дистракционных аппаратов формы и функции суставов после образования новых суставных концов проводили наши ученики и последователи А. Г. Эйнгорн, Л. Г. Григорян, А. В. Арутюнов, В. Т. Тиляков, Л. Н. Михайлова, Ш. Т. Туракулов, Н. В. Селезнев, Д. М. Цейтлин, Н. В. Терехова. Сравнение результатов, полученных в опытных и контрольных группах животных, подтвердило, что аппарат создает благоприятные условия для формирования новых суставных поверхностей, обеспечивая полную разгрузку сустава при сохранении движений в нем.

Под нашим наблюдением находилось более 1000 больных (таблица), при лечении которых применяли новейшие модели шарнирно-дистракционных аппаратов. Возраст пациентов — от 5 до 69 лет, преобладали лица наиболее трудоспособного возраста. Первые операции по биологическому восстановлению локтевого сустава у детей и подростков проводил С.П. Мионов в 1976 г.

Таблица

Частота и характер повреждений суставов

Сустав	Число повреждений				Всего
	анкилоз	контрактура	застарелый вывих	перелом и ложный сустав	
Межфаланговый	23	124	36	14	197
Пястнофаланговый	12	32	9	26	79
Лучезапястный	2	22	12	32	68
Локтевой	138	62	21	31	252
Коленный	10	92	16	72	190
Голеностопный	8	84	126	86	304
Итого	153	416	220	261	1100

Первое по числу место занимали больные с повреждениями и заболеваниями локтевого сустава, затем – коленного, межфалангового, голеностопного суставов и стопы.

Лечение с помощью аппаратов проводили как закрытым, так и открытым способом. В последние годы при тяжелых контрактурах мы часто накладываем аппарат после открытой мобилизации сустава. Поражение суставных концов, сопровождавшееся патологическими изменениями мышц, которые не могли

обеспечить восстановление функции сустава, служило показанием к закрытому исправлению порочного положения конечности с последующим компрессионным артродезом. В случаях полного костного анкилоза при хорошем состоянии мышц может быть образован новый сустав с использованием аппарата (рис.2). При полном костном анкилозе в порочном положении конечности с резкой атрофией мышц показан открытый артродез с фиксацией суставных концов в аппарате под функционально выгодным углом.



Рис.2а



Рис.2б

Всех больных в зависимости от вида патологии и характера лечения схематически можно разделить на четыре группы: I – больные с полным отсутствием движений в суставе, сросшимися суставными концами, II – пациенты со сложными застарелыми вывихами суставных концов, III – больные с контрактурами суставов и IV – больные с около- и внутрисуставными в основном застарелыми несросшимися или неправильно срастающимися переломами.

Все застарелые вывихи и застарелые около- и

внутрисуставные переломы сопровождаются контрактурой сустава, которая имела место у большинства наших больных; у остальных пациентов был анкилоз. Нет необходимости говорить о том, что утрата движений в суставе или резкое их ограничение приводят к снижению, а нередко и к полной потере трудоспособности, подчас вынуждают больных отказаться от любимой профессии, существенно затрудняют самостоятельное передвижение и самообслуживание.

В. В. Троценко успешно использовал аппараты для

восстановления движений в анкилозированном суставе у больных с ревматоидным артритом. Вместе с О.А. Ушаковой и Ю. Н. Катанским мы впервые стали выполнять высокие корригирующие остеотомии костей голени с одновременным восстановлением движений в коленном суставе при III—IV стадии гонартроза путем комбинированного применения шарнирно-дистракционного и компрессионно-репозиционного аппаратов нашей конструкции. Совместно с С. Л. Рябцевым шарнирно-дистракционные аппараты использовали в комбинации с репозиционно-фиксационными аппаратами для удлинения сегмента конечности с целью устранения или предупреждения контрактур близлежащих суставов. В последние годы мы вместе с С. О. Малаховой успешно применяем шарнирно-дистракционные аппараты для лечения артрогенных контрактур: в аппарате производим расширение суставной щели и рассекаем внутрисуставные спайки с помощью артроскопической техники.

Наша клиника занимается решением данной проблемы 35 лет. За это время здесь подготовлены и защищены по данной теме 18 кандидатских и 4 докторских диссертаций. Опубликовано 6 монографий, более 300 научных статей. Получены диплом на научное открытие "Явление полной регенерации хрящевой ткани человека и животных", авторские свидетельства на 46 изобретений, 18 российских и зарубежных патентов (США, Канада, Великобритания, Германия, Швеция, Швейцария, Япония). Для восстановления формы и функции суставов с 1970 г. серийно выпускаются 6 видов аппаратов, которые применяются во многих клиниках России, а также экспортированы в страны СНГ и за рубеж — в Болгарию, Румынию, Югославию, Чехословакию, Кубу, Германию, США, Мексику, Канаду, Аргентину, Кувейт, Индию, Японию, Южную Корею, Ирак, Иран и др.

Эффективность и новизна разработанного метода восстановления формы и функции суставов и аппараты для лечения различных суставов отмечены 18 золотыми, серебряными и бронзовыми медалями ВДНХ. На всесоюзных кинофестивалях научных фильмов фильмы об аппаратах награждены 3 золотыми и 2 серебряными медалями. Аппараты отмечены также серебряными призами, золотыми медалями и дипломами Югославии, Японии, Южной Кореи, Индии, Мексики, Кувейта, Ирана.

Методы лечения и аппараты для их реализации получили признание и активно используются во мно-

гих странах, что нашло отражение в публикациях известных зарубежных специалистов, в том числе В. Radulovic (Югославия, 1976), П. Грубор (Республика Сербия, 1996), R. Judet и J. Judet, B. T. Briggs, M. E. Cabanella, E. Y. Chao и др. (США, 1979), D. Seligson и M. H. Pope (США, 1982), M. T. McCoy, E. Y. Chao, R. A. Kasman (США, 1983), A. Yokoi, M. Hosokawa, T. Kato и др. (Япония, 1984), R. Suzuki и R. Iwasaki (Япония, 1984), G. Chappchal (Швейцария, 1987), J. Bassi, S. Mathur, A. Mittal (Индия, 1991), H. Fernando (Мексика, 1992), M. Kim (Корея, 1992), A. Каберз (Куба, 1995) и др.

На предложенные нами шарнирно-дистракционные аппараты для восстановления формы и функций разных суставов получены следующие патенты:

- U. S., Patent: № 398127, № 41856233, № 4338127;
- Great Britain, Patent: № 1477442, Patent: № 1481585, № 1496738;
- Switzerland, Patent: № 593050;
- Germany, Patent: № 2526249; № 2657143; № 3114455;
- Japan, Patent: № 1187231;
- Canada, Patent: № 1062571, № 7321909, № 7519569, № 7519570;
- France, Patent: № 7807927;
- Sweden, Patent: № 7807927;
- РФ, Patent: № 1053114;

В дальнейшем метод восстановления формы и функции суставов с помощью шарнирно-дистракционных аппаратов будет развиваться разными путями:

- 1) появятся более совершенные шарнирно-дистракционные аппараты для точной репозиции и прочной фиксации суставных концов;
- 2) появятся аппараты для более точного воспроизведения кинематики того или иного сустава;
- 3) будут созданы новые аппараты с более совершенными электроприводами;
- 4) появятся новые препараты и способы для нормализации суставной среды в процессе регенерации хряща. Мы уверены, что возможности этого метода далеко не исчерпаны.

Родившись в ЦИТО, метод лечения с помощью шарнирно-дистракционных аппаратов в последующем стал широко применяться во многих клиниках нашей страны и за рубежом для лечения самых различных заболеваний и повреждений суставов конечностей.

Восстановление передней брюшной и грудной стенок после обширных резекций по поводу опухолей

Академик В.Д.Федоров, академик А.А.Адамян

Институт хирургии им. А.В.Вишневского РАМН

Москва, Серпуховский пр., 27

Десмоидные фибромы и саркомы передней брюшной и грудной стенок имеют много общего с позиций клинических проявлений и тактики хирургического лечения, знание и учет которых немаловажны для успешного лечения этой сложной категории больных. Десмоидные фибромы встречаются значительно чаще сарком и в основном поражают женщин, тогда как саркомой передней брюшной и грудной стенок мужчины и женщины болеют почти одинаково часто.

По классификации ВОЗ, десмоидные фибромы относятся к фибропластическим опухолеподобным образованиям, характеризующимся неясным генезом. Они являются одним из наиболее редких заболеваний соединительной ткани, составляющим среди опухолей мягких тканей не более 3,5% [9, 10].

Несмотря на их доброкачественность, десмоидные фибромы обладают агрессивно-инвазивным, быстрым

ростом, склонностью к рецидивам и неспособностью метастазировать. Благодаря темпам роста и гигантским размерам, которых могут достигать инфильтраты десмоидных фибром, их относят к местнодеструктурирующим опухолям (рис. 1, 2). Основным методом лечения этих новообразований считается хирургический [3, 7, 8]. Однако радикальное удаление местнораспространенных опухолей мягких тканей передней брюшной и грудной стенок сопряжено с необходимостью выполнения полнослойной окончатой их резекции с формированием порой обширных дефектов, ликвидация которых местными тканями оказывается невозможной [6]. Поэтому восстановительный этап операции в большинстве наблюдений оказывается выполнен лишь с помощью современных полимерных имплантатов [1], а в ряде случаев и перемещения кожно-мышечных лоскутов на сосудистой ножке.



Рис. 1. Фотограмма больной с распространенной рецидивной десмоидной фибромой передней брюшной и грудной стенок с поражением костного каркаса и молочных желез

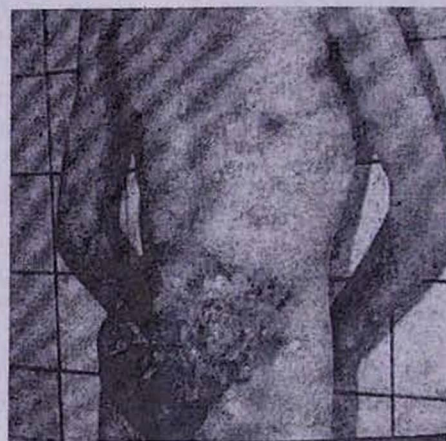


Рис. 2. Фотограмма больного с распадающейся гигантской саркомой, прорастающей через всю толщу передней брюшной стенки

Наряду с достижениями в хирургическом лечении фибропластических опухолей за последние десятилетия достигнуты серьезные успехи в комбинированном [2] и консервативном (гормоно-химио-лучевом) их лечении [4]. Однако на современном этапе однобокое увлечение одним из методов было бы глубоко оши-

бочным. Только комплексный подход и индивидуально подобранное лечение могут обеспечить желаемый результат. В данной работе мы коснемся лишь хирургического метода лечения, хотя многие из наших пациентов получали дооперационную, а чаще — послеоперационную консервативную терапию.

В Институте хирургии им. А.В.Вишневского РАМН накоплен опыт хирургического лечения 34 больных, страдающих десмоидной фибромой (23 пациента) и саркомой (11 пациентов) передней брюшной и грудной стенок. У 6 из них была фибросаркома, у 2 – лейомиосаркома, у 2 других – злокачественная гемангиоперицитома и у 1 – липосаркома.

Среди больных было 26 женщин и 8 мужчин. Возраст больных колебался от 13 до 65 лет, в среднем – 31,7 лет. Из 34 больных по поводу первичных поражений в институт обратилось 12 пациентов, по поводу рецидивов (от 2 до 5) – 22. У 4 из 23 больных десмоидными фибромами опухоль была первично-множественной, поражающей в 1-м наблюдении помимо брюшной стенки брыжейку кишки, шею, грудную стенку, плечо и голень, во 2-м наблюдении – длинные мышцы спины и большую зубчатую мышцу, у 3-й больной – грудинно-ключично-сосцевидную мышцу и у 4-й – плечо, длинные мышцы спины, обе половины грудной клетки с поражением молочных желез. Среди больных десмоидными фибромами 5 отмечали предшествующую опухоли травму в сроки от 6 месяцев до 1,5 лет. У 3 больных опухоль развилась в послеоперационных рубцах после аппендэктомии, холецистэктомии и операции по поводу внематочной беременности в сроки от 3 месяцев до 4 лет.

При саркомах у всех 11 больных опухоли были в IV стадии заболевания и по классификации ВОЗ характеризовались у 6 – как $T_4N_0M_0$, у 2 – как $T_4N_0M_1$, у 2 – $T_4N_0M_2$ и у 1 – $T_4N_0M_3$. Пятерым из указанных 11 пациентов в течение 2–5 лет отказывали в хирургическом лечении по месту жительства ввиду больших размеров опухоли. Шестая пациентка в течение 1 года после рецидива опухоли, распространения ее на грудную стенку, воздерживалась от консультации и лишь после начала распада новообразования и развития гнойного процесса в зоне сетчатого эндопротеза обратилась за хирургической помощью. Седьмой пациентке отказывали в лечении в различных медицинских учреждениях из-за большого размера (35х45 см) основной опухоли и наличия опухолевых узлов на грудной стенке и шее.

У четырех из 11 больных саркомой опухоль была первичной, у остальных 7 – рецидивной. В двух наблюдениях при первичных операциях, перенесенных по месту жительства, диагностированы десмоидные фибромы, при операциях в Институте хирургии им. А.В.Вишневского – фибросаркомы, что позволяет предположить возможность трансформации десмоидов в фибросаркому при рецидивном росте опухоли.

Обследование больных проводили в консультативно-поликлиническом отделении института, где помимо общеклинических, лабораторных исследований обращали внимание на тщательный сбор анамнеза. При осмотре пациентов наряду с мануальным исследованием первичного очага пальпировали также все

группы мышц туловища. Проводили также ультразвуковое исследование (УЗИ), включая УЗИ органов брюшной полости, рентгенографию грудной клетки и мягких тканей (по показаниям).

Всем больным в обязательном порядке проводили компьютерную томографию (КТ) брюшной стенки и органов брюшной полости. Если УЗИ, выявляющее распространенность опухоли и дополнительные узлы новообразования, носило ориентировочный характер, то КТ исследование позволяло уточнить более развернутую картину процесса вплоть до состояния листков влагалища, прямых мышц живота, подвздошных мышц, отношение опухоли к подвздошным сосудам, а также степень вовлечения костного каркаса грудной стенки при торакальной локализации опухоли (рис.3). За последние 5 лет всем больным проводили также колоноскопию, имеющую важное значение для больных десмоидными фибромами [5], так как нередко десмоиды сопутствуют диффузному полипозу толстой кишки и оба заболевания связаны общим этиологическим фактором развития. У трех наших пациенток колоноскопией был выявлен полипоз толстой кишки, у двух из которых он был диффузным.

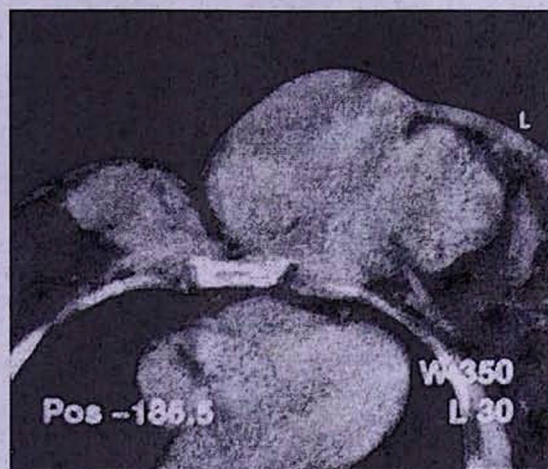


Рис. 3. Компьютерная томограмма грудной клетки больной. Десмоидная фиброма поражает костный каркас, инфильтрирует молочные железы

Считали также необходимым получение морфологического подтверждения диагноза до операции. Биопсию опухоли выполняли за день, а в отдельных случаях (в 3 наблюдениях) перед или в начале основной операции.

Все 34 больных были оперированы. Хирургическое лечение распространенных десмоидных фибром имеет свои особенности. В большинстве наблюдений оперативные вмешательства характеризуются обширностью и большой продолжительностью (от 6 до 17 часов – в среднем 9 часов 30 мин.).

В случаях распространения опухоли в пределах мышечных футляров, при котором покрывающая опухоль кожа и подкожная жировая клетчатка не изменены старались кожу сохранить (11 пациентов). В случаях поражения кожи десмоидной фибромой или саркомой, а также при рецидивных новообразованиях, особенно в случаях их распада, кожу иссекали, широко отступая от опухоли или от послеоперационного рубца на 7 см (у 23 пациентов), так как, по нашим данным, при рецидивах заболевания опухоль особенно интенсивно распространяется в толще послеоперационного рубца. В одном наблюдении при лейомиосаркоме брюшной стенки была удалена кожа почти всей (5/6) передней брюшной стенки. Далее выполняли окончательную резекцию подлежащих тканей грудной и/или брюшной стенок, также отступая от края опухоли на 5–7 см. В результате образовывались обширные дефекты, у 20 из которых они составляли 400–600 см², у 5 – 601–800 см² и у 4 – более 900 см². У 5 больных саркомами грудной стенки непораженный костный каркас

не резецировали. При резекции брюшной стенки в случаях поражения прямой мышцы живота (у 12 больных) ее удаляли тотально (у 9 человек) или субтотально (у 3 пациентов), но с обязательным при этом гистологическим контролем тканей в зоне разреза, так как часто опухоль бывает распространена значительно дальше видимой на глаз границы. В случаях поражения десмоидной фибромой подвздошных мышц у 3 пациенток вместе с мышцей и опухолью была удалена и паховая связка.

Восстановление целостности передней брюшной стенки осуществляли послойно путем имплантации консервированной аллогенной твердой мозговой оболочки (ТМО), надежно отграничивающей внутренние органы брюшной полости. Поверх ТМО к краям мышечно-апоневротического слоя подшивали сетчатый полипропиленовый эндопротез, превышающий по периметру дефект брюшной стенки на 4–6 см. В одном наблюдении был использован эндопротез «Dual Mesh» фирмы Gore без комбинации с ТМО (рис.4).

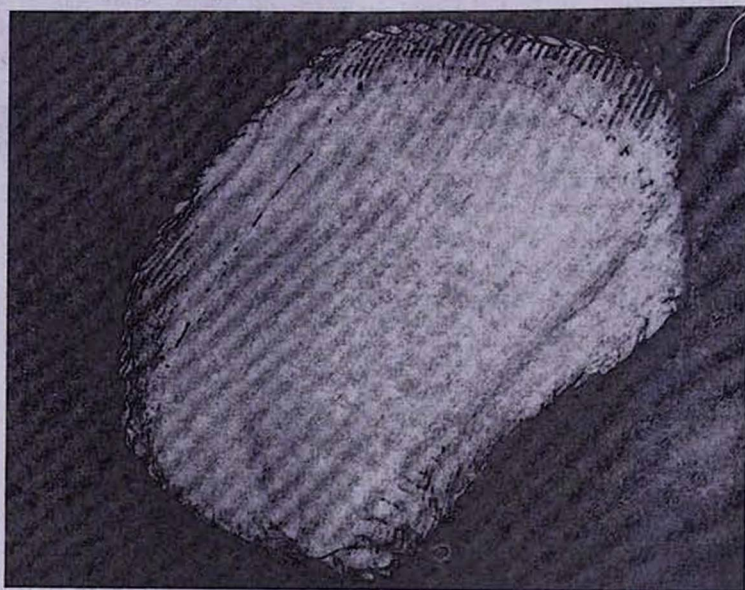


Рис. 4. Интраоперационная фотограмма, отражающая этап ликвидации дефекта передней брюшной стенки (25х18 см) однослойным эндопротезом «Dual Mesh»

При резекции паховой связки ее восстанавливали по разработанной нами методике. В качестве примера приводим одно из 3 наших наблюдений.

Больная Н., 13 лет, через 4 года после перенесенной в 1998 г. аппендэктомии в области послеоперационного рубца заметила опухоль. По месту жительства взята биопсия, диагностирована десмоидная фиброма, проведены полихимиотерапия и курс лучевой терапии. Ввиду отсутствия видимого эффекта на-

правлена в Институт хирургии им. А.В.Вишневского РАМН для оперативного лечения.

При поступлении 03.03.03 локально в правой подвздошной области определялась опухоль размером 15х8 см. КТ и МРТ исследованием установлено новообразование передней брюшной стенки, вовлекающее в процесс правую прямую мышцу живота, косые мышцы и подвздошную мышцу.

02.04.03 произведена операция окончательной резекции

передней брюшной стенки с удалением дистального отдела (15 см) правой прямой мышцы живота, апоневроза косых мышц с паховой связкой, поперечной мышцы, а также 2/3 подвздошной мышцы на уровне здоровых тканей. Опухоль выделена из илеофemorального сосудистого сплетения и удалена единым блоком с перечисленными отделами мышц. В результате полностью отсутствовала задняя стенка и дно пахового канала.

На восстановительном этапе операции произведена комбинированная пластика дефекта абдоминальной стенки (ТМО+полипропиленовая сетка 22x20 см. С помощью повернутого по дистальному краю сетчатого эндопротеза воссоздана паховая связка.

Гистологически диагноз десмоидной фибромы подтвержден, резекция выполнена в пределах здоровых тканей.

Через год отека нижней конечности нет. При УЗИ подвздошная и бедренная вены проходимы. При КТ паховой грыжи и рецидива опухоли нет.

У больных с переходом опухоли на грудную клетку одномоментно выполняли окончательную резекцию грудной стенки с удалением 4 ребер, с резекцией части диафрагмы (1 пациентка), 3 ребер (1), 3 ребер с

субтотальной резекцией грудины (1), 6 ребер с обеих сторон с двусторонней мастэктомией и субтотальной резекцией грудины (1). Резекции грудной стенки выполнены у 3 пациенток, страдающих десмоидной фибромой, и у четвертой – по поводу фибросаркомы. Окончатые резекции грудной стенки произведены также 4 больным, страдающим изолированным ее поражением саркомой. У 3 больных удалено от 6 до 7 ребер и у одной больной – по 6 ребер с каждой стороны с субтотальным удалением грудины. Грудную стенку восстанавливали также вшиванием ТМО с последующей имплантацией разработанных в институте эндопротезов ребер, замещая костные дефекты углеродсодержащим материалом «Остек», а хрящевые – эндопротезами из фторопласта (рис.5). Во всех наблюдениях удалось достичь жесткой каркасности грудной стенки, благодаря чему больных сразу же переводили на самостоятельное дыхание.

В трех наблюдениях было выполнено одномоментное удаление опухолей брюшной стенки и резекция кишки по поводу абдоминального узла при первичном множественном десмоиде, при метастазе саркомы в брыжейку подвздошной кишки, а также при диффузном полипозе толстой кишки.

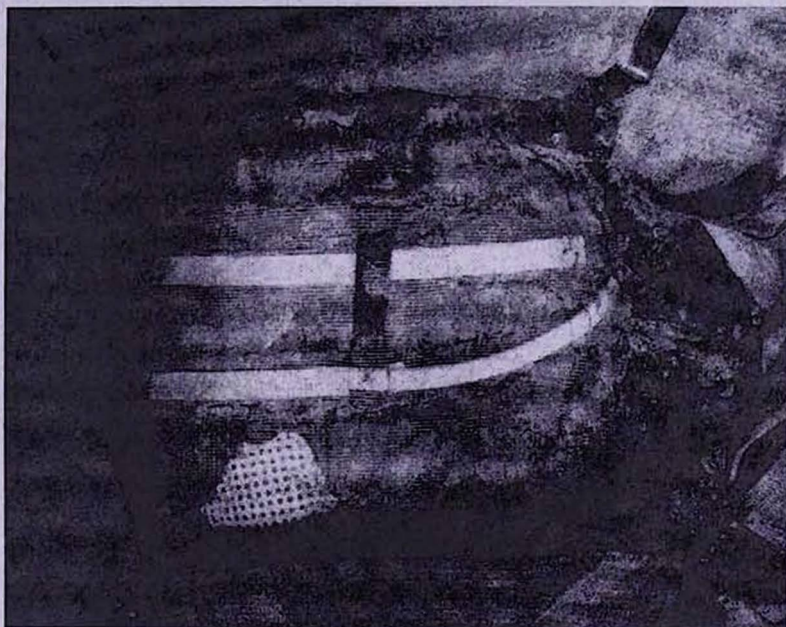


Рис. 5. Интраоперационная фотограмма. Завершающий этап ликвидации дефекта костного каркаса грудной стенки после резекции тела грудины, 6 ребер справа и слева, двусторонней мастэктомии и окончательной резекции брюшной стенки в области левого подреберья. После закрытия дефекта с помощью твердой мозговой оболочки и проленовой сетки целостность костного каркаса восстановлена с помощью углеродсодержащего эндопротеза грудины и 4 эндопротезов ребер из фторопласта. Ткани в области левого угла раны укреплены пленкой из фторопласта

Одна из 3 указанных больных отличалась тем, что помимо резекции передней брюшной стенки по поводу гигантской десмоидной фибромы перенесла также резекцию грудной стенки и ободочной кишки.

У этой больной в 4-летнем возрасте была обнаружена десмоидная фиброма шеи, которая удалена в г. Кирове в 1993 г. Далее больная дважды оперирована по поводу рецидива опухоли (1996 г.) и узла десмоидной фибромы размером 15х18 см правой половины грудной стенки (1998 г.). За этот период отмечены новые опухолевые узлы в области левой половины грудной стенки, правого плечевого сустава и правой голени, а в 1999 г. на фоне беременности – в левой половине передней брюшной стенки. Несмотря на прерывание беременности по медицинским показаниям опухоль стала быстро увеличиваться в размерах, заняв всю переднюю брюшную стенку. Больная направлена в Институт хирургии им. А.В.Вишневского. 10.05.01 в институте выполнена операция резекции передней брюшной стенки в едином блоке с десмоидной фибромой размером 35х45 см, состоящей из нескольких сливающихся крупных узлов, исходящей из прямых мышц живота и распространяющейся от реберной дуги до симфиза и паховых складок.

При ревизии органов брюшной полости пальпаторно в просвете дистального отдела восходящей ободочной кишки выявлен плотный опухолевый узел размером 2 см. В брыжейке ободочной кишки у левого изгиба определяется деформирующий кишку участок опухолевой природы размером 4х5 см, интимно прилежащий к почке. По ходу всей толстой кишки определяются мелкие полипы.

Выполнена аппендэктомия, субтотальное удаление толстой кишки с наложением асцендоректального анастомоза «конец в конец». Гистологически установлено: в левом изгибе ободочной кишки – десмоидная фиброма, в дистальной части кишки – железистый полип с тяжелой дисплазией эпителия, в проксимальной части кишки – железистый полип с тяжелой дисплазией и очагами малигнизации.

Дефект брюшной стенки размером 42х27 см ликвидирован двухслойной аллопластикой (ТМО+полипропиленовые сетки 30х30 см и 20х12 см). Кожные края раны широко мобилизованы и ушиты двухрядным узловым швом. Послеоперационное течение гладкое, раны зажили первичным натяжением.

В последующем в течение 2001 г. больная дважды в МНИОИ им. П.А. Герцена получала лучевое и химиогормональное лечение, после которого вновь поступила в Институт хирургии им. А.В.Вишневского для удаления рецидивной опухоли грудной стенки.

22.04.02. больной после иссечения старого послеоперационного рубца длиной 26 см выполнена резекция грудной стенки с отсечением большой грудной мышцы, пересечением по передней аксиллярной линии IV–VI ребер и грудной кости в объеме субтотальной

резекции грудины с сохранением париетальной плевры.

Образовавшийся дефект грудной стенки размером 15х6 см ликвидирован за счет полипропиленового сетчатого эндопротеза, рана закрыта мобилизованным кожно-мышечным лоскутом. Заживление первичным натяжением.

При наличии гнойного процесса у больной с рецидивной распадающейся саркомой передней брюшной стенки и нижней 1/3 грудины операция была выполнена в 2 этапа. Первым этапом был ликвидирован гнойный процесс, а вторым – резекция брюшной и грудной стенок, части диафрагмы, а также тонкой кишки.

Дефект реберной дуги ликвидирован при помощи фторопластового эндопротеза, дефект грудной стенки – твердой мозговой оболочкой и двухкомпонентным сетчатым эндопротезом.

Дефект брюшной стенки, занимающий 5/6 ее площади, закрыт двумя лоскутами ТМО размерами 18х18 см и двумя лавсановыми сетками размерами 20х10 см.

В одном наблюдении при большом дефекте кожный покров, когда его ликвидация путем широкой мобилизации кожно-жировых лоскутов была невозможна, прибегли к перемещению бедренного кожно-фасциального лоскута. Приводим это наблюдение.

Больной П., 37 лет, поступил в Институт хирургии им. А.В.Вишневского 15.05.97 с жалобами на большую кровоточащую опухоль передней брюшной стенки (рис.2). За 2 года до поступления диагноз лейомиосаркомы верифицирован, но в хирургическом лечении больному отказывали в медицинских учреждениях из-за распространенности заболевания. Комплексным обследованием в институте выявлено, что опухоль диаметром 25 см занимает нижнюю часть передней брюшной стенки. Покрывающая опухоль кожа полностью вовлечена в опухолевый процесс, местами изъязвлена. Справа по краю опухоли на коже видны 6 метастатических отсевов в виде мелких (диаметром 0,3–0,6 см) узелков. Паховые лимфоузлы слева увеличены, мягкие на ощупь. Дополнительных очагов заболевания не выявлено. По данным КТ опухоль поражает обе прямые мышцы живота.

21.05.97 больной оперирован. Кожа рассечена отступая от опухоли на 3 см. После отсепаровки краев кожи произведена окончательная резекция брюшной стенки (5/6 ее площади). Образовавшийся дефект ликвидирован комбинированной пластикой ТМО – 18х18 см и лавсановой сеткой – 25х25 см. Мобилизована кожа в надлобковой области, удалены увеличенные лимфоузлы с обеих сторон. Обширный дефект кожи ликвидирован с помощью выкроенного на правом бедре кожно-фасциально-мышечного лоскута размером 40х15 см, ротированного на 160° и уложенного на переднюю брюшную стенку. В донорской зоне рана частично ушита, частично ликвидирована за 1,5 недели методом дермотензии.

Из одиннадцати больных, оперированных по поводу фибросаркомы, у 2 имели место послеоперационные осложнения. У 2 больных возник некроз кожи с последующим обнажением эндопротеза, что потребовало повторной кожно-пластической операции. Эндопротезы были сохранены. В третьем наблюдении возникло нагноение, которое ликвидировано проточно-аспирационным дренированием подлоскутного пространства.

Результаты хирургических вмешательств изучены у 26 пациентов в сроки от 5 и более лет и у 8 пациентов – в сроки от 1 до 5 лет. Из 23 пациентов с десмоидными фибромами местные рецидивы заболевания имели место у 10 больных, из них только у двух после первично выполненной операции. Остальные 8 больных, у которых заболевание повторилось, были оперированы по поводу рецидивных опухолей, что свидетельствует о нерадикальности первичных операций. Одна из них погибла через два года от полисерозита и сердечно-легочной недостаточности.

Из 11 пациентов, оперированных по поводу сарком, у четверых имели место рецидивы. Все они погибли через 1 и 2 года после операции от генерализации процесса. Остальные семь, в том числе больной, оперированный по поводу первичной опухоли (лейомиосаркомы), несмотря на IV стадию заболевания ($T_4N_0M_0$), живы спустя 3–7 лет после операции.

Данных о рецидиве заболевания у них нет.

Таким образом, большие размеры и первичная множественность десмоидных фибром не являются противопоказанием к хирургическому лечению. При саркомах передней брюшной и грудной стенок противопоказанием к операции может служить лишь генерализация процесса или множественное метастазирование. Одномоментное удаление первично-множественных десмоидных фибром или сарком с наличием единичных (1–2) метастазов оправдано. Во всех случаях выявления диффузного полипоза толстой кишки показана ее резекция во избежание малигнизации полипов.

Опыт клинического применения комбинации современных полимерных материалов позволяет во всех без исключения наблюдениях полноценно закрыть обширные сквозные дефекты брюшной и грудной стенок после удаления десмоидных фибром и сарком, а при необходимости восстановить паховую связку.

Хирургическое лечение больных десмоидными фибромами и саркомами передней брюшной стенки следует выполнять радикально в специализированных учреждениях, имеющих опыт лечения онкологических больных с опухолями различной локализации, а также высокую квалификацию по пластическим операциям и имплантационным полимерным материалам.

Литература

1. Адамян А.А., Гогия Б.Ш., Хуснутдинова З.Р. Полная реконструкция паховой связки после удаления десмоидной опухоли. Материалы I международной конференции "Современные методы герниопластики и абдоминопластики с применением полимерных имплантатов". М., 2003, с. 89.
2. Дарьялова С.Л., Кузнецова М.А., Волченко Н.Н. Комбинированное лечение экстраабдоминальных десмоидов. Мед. радиол., 1983, 10, с. 18.
3. Карапетян Р.М. Фибробластические опухоли мягких тканей. Автореф. канд. дис., М., 1975.
4. Морозова С.В. Разработка консервативных методов лечения десмоидных фибром. Автореф. канд. дис., М., 2004.
5. Федоров В.Д., Никитин А.М. Диффузный полипоз толстой кишки. М., 1985.
6. Федоров В.Д., Адамян А.А., Гогия Б.Ш. Одномоментные восстановительные операции после обширных резекций передней брюшной стенки по поводу десмоидных опухолей и сарком. Материалы I международной конференции "Современные методы герниопластики и абдоминопластики с применением полимерных имплантатов". М., 2003, с. 84.
7. Ballo M.T., Zagars G.K., Pollack A. Desmoid tumor: prognostic factors and outcome after surgery, radiation therapy or combined surgery and radiation therapy, J. Clin. Oncol., 1999, v. 17, 1, p. 158.
8. Camps V.B., Ruiz L.C.I., Ortega S.I. Tumores desmoides de la pared abdominal. Estudio de su evolucion y complicaciones. Revision de la literatura a preposito de cinco casos., Cir. Esp., 1983, v. 37, 2, p. 131.
9. Cormio G., Cormio L., Marzullo A. Fibromatosis of the female pelvis, Ann. Chir. Ginecol., 1997, v. 86, 1, p. 84.
10. Somerville I.E., Biggart I.D. Fibromatosis of the breast: a benign lesion which simulates a carcinoma, Ulster Med. J., 1989, v. 58, 1, p. 97.

Фармакологический анализ разнонаправленных нейромедиаторных систем регуляции мозгового кровообращения

Зав. лабораторией фармакологии цереброваскулярных расстройств
ГУ НИИ фармакологии им. В.В.Закусова РАМН, профессор Р.С.Мирзоян

125315 Москва, ул. Балтийская, 8

Фармакологическая коррекция тонуса мозговых сосудов при цереброваскулярных расстройствах является необходимым условием восстановления кровоснабжения патологически измененного мозга и, как следствие, обеспечения адекватной деятельности этого важнейшего органа. Для этой цели, во-первых, необходимо располагать сведениями о механизмах регуляции тонуса сосудов мозга при патологии и, во-вторых, – знаниями об особенностях действия фармакологических веществ на мозговые сосуды в этих условиях. Известно, что сосуды мозга богато иннервированы норадренергическими, серотонинергическими и ГАМК-ергическими волокнами, которые играют существенную роль в управлении тонусом мозговых сосудов. При этом, если моноаминергические системы обладают сосудосуживающим действием, то ГАМК на сосуды оказывает диаметрально противоположное влияние. Ранее нами было показано, что норадренергическая иннервация, которая в условиях интактного мозга обладает мощным сосудосуживающим влиянием, не оказывает существенного влияния на мозговые сосуды после ишемического поражения мозга [24].

Вышеизложенное явилось основанием для фармакологического анализа двух диаметрально противоположных систем регуляции мозгового кровообращения – серотонинергической и ГАМК-ергической, которые играют важную роль, с одной стороны, в патогенезе мигрени, ишемических поражений мозга и, с другой, – в предупреждении и лечении цереброваскулярных расстройств.

Фармакологии этих двух нейромедиаторных систем в норме и в условиях патологии посвящены исследования последних лет лаборатории фармакологии цереброваскулярных расстройств Института фармакологии им. В.В.Закусова РАМН.

Фармакология серотонинергической системы

Впервые предположение о возможной связи между мигренью и нарушением обмена эндогенного серотонина было высказано пятьдесят лет назад Ostfeld A.M. и Wolff H.G. [85]. Позднее Sicuteri F. и соавт. [95] у больных мигренью во время головной боли наблюда-

ли увеличение экскреции серотонина и его метаболитов с мочой, а затем последующее снижение его содержания в плазме и в ликворе. В дальнейшем было подтверждено, что изменения содержания серотонина в плазме коррелируют с динамикой приступа мигрени [39,67]. Показано также, что у больных мигренью без ауры, по сравнению со здоровыми испытуемыми, в межприступный период наблюдается усиление синтеза серотонина [46,52]. Приступ мигрени у человека можно вызвать либо лекарственными препаратами, истощающими содержание серотонина в центральной нервной системе (резерпин) [55, 84], либо активировать сосудистые серотониновые рецепторы метаклорфенилпиперазином [56, 57]. Серотонинергическая система, согласно данным литературы, участвует также в развитии ишемических поражений мозга. Некоторые антагонисты серотонина проявляют нейропротекторный эффект в условиях глобальной ишемии мозга [58].

Несмотря на существенный прогресс в понимании патогенеза приступа мигрени, многие стороны этой проблемы продолжают оставаться невыясненными. В настоящее время предлагаются три гипотезы, объясняющие патогенез приступа мигрени (сосудистая, нейрогенная и тригеминоvascularная). Согласно всем этим гипотезам в реализации приступа мигрени участвуют и серотонин, и сосуды мозга. Следует также отметить, что препараты, используемые для профилактики и купирования приступа мигрени, являются как антагонистами, так и агонистами серотониновых рецепторов. Они не лишены существенных нежелательных побочных эффектов, что указывает на необходимость поиска новых эффективных и безопасных противомигренозных средств.

Многочисленные данные указывают на то, что церебральные сосуды различных животных иннервируются серотонинергическими нервными волокнами, а их активность влияет на уровень мозгового кровотока [43, 53, 62, 67, 76, 77, 97]. В крупных церебральных артериях (передняя, средняя, задняя мозговая, мозжечковая и базилярная) выявлены серотонин-иммунореактивные волокна, которые берут начало из верхнего шейного ганглия и расходятся во всех направлениях от сплетений, включая мелкие пиллярные

артерии [38, 43–45, 47, 90]. Значительное снижение содержания серотонина в артериях виллизиева круга кошек было обнаружено как после разрушения дорсального и медиального ядер шва ствола мозга, так и после двусторонней шейной симпатэктомии [74, 75, 103]. Поэтому полагают, что крупные сосуды мозга иннервируются из верхнего шейного ганглия, а пиллярные артерии в основном получают иннервацию из ядер шва.

За последние годы классификация серотониновых рецепторов претерпела значительную эволюцию, что связано с расширением наших представлений об их структуре и функциях. В 1998 г. Номенклатурный комитет Международного общества фармакологов (NC-IUPHAR) принял новую классификацию [78], согласно которой 5HT-рецепторы были разделены следующим образом: 5HT₁ (5HT_{1A}, 5HT_{1B}, 5HT_{1D}, 5HT_{1E}, 5HT_{1F}), 5HT₂ (5HT_{2A}, 5HT_{2B} и 5HT_{2C}), 5HT₃, 5HT₄, 5HT₅, 5HT₆, 5HT₇.

Взаимодействуя с одноименными рецепторами, серотонин в большинстве случаев вызывает значительное уменьшение диаметра крупных сосудов мозга, и эта реакция тесно связана с природой сосуда и его функциональным состоянием [11, 53, 68, 101]. Установлено, что стимуляция 5HT_{1B}-рецепторов вызывает сужение мозговых артерий [48, 50, 51, 100]. Вазоконстрикцию сосудов вызывает также стимуляция 5HT_{2A}-рецепторов, которые широко распределены в периферических тканях и сосудах грызунов и человека [41, 42]. В гладкой мускулатуре сосудов мозга в основном расположены 5HT_{1B/D}-, 5HT_{2B/C}-рецепторы, стимуляция которых серотонином или агонистами 5HT-рецепторов приводит к констрикторной реакции сосудов, которую можно блокировать соответствующими антагонистами серотонина. Кроме того, на сосудах мозга расположены 5HT_{1F}-рецепторы, которые вызывают угнетение выпотевания белка из плазмы, обусловленное стимуляцией тригеминального ганглия, и 5HT₇-рецепторы, активация которых приводит к релаксации церебральных сосудов.

Влияние серотонина на мозговое кровообращение и состояние микроциркуляции в коре головного мозга было изучено на кошках и крысах [6, 17]. Под влиянием серотонина (20 мкг/кг) у кошек наблюдалось выраженное уменьшение притока крови в мозг (44,0±1,5%), которое сопровождалось понижением уровня артериального давления, что свидетельствует о констрикторной реакции сосудов мозга на серотонин. Эксперименты с использованием методики раздельной двусторонней перфузии каротидных и вертебробазиллярных артерий позволили выявить неодинаковую чувствительность артериальных систем мозга к серотонину. Оказалось, что серотонин в дозе 20 мкг/кг при внутривенном введении в значительно большей степени повышает тонус в каротидной артериальной системе (37,0±10,0%), тогда как в вертебробазиллярной

системе увеличение сопротивления сосудов менее выражено (10,0±3,1%, $p < 0,05$).

При изучении влияния серотонина на микроциркуляцию коры головного мозга крыс с помощью лазерного доплеровского флоуметра оказалось, что серотонин вызывает снижение локального мозгового кровотока на 27,0±3,3%. В опытах с аппликацией серотонина на поверхность мозга было показано, что моноамин вызывает разнонаправленные изменения диаметра микрососудов мозга. Если артериолы диаметром более 40 мкм отвечали на аппликацию серотонина констрикторной реакцией, то пиллярные артериолы меньшего калибра увеличивали свой просвет [6, 17].

Выявленные нами различия в эффектах серотонина можно объяснить наличием разных типов серотониновых рецепторов в микрососудах мозга. Известно, что сосудосуживающий эффект серотонина обусловлен стимуляцией 5HT₁ и 5HT₂-рецепторов, тогда как расширение мозговых сосудов может реализовываться взаимодействием с 5HT₇-типом рецепторов [76, 102].

Далее исследовалось влияние серотонина на кровоснабжение мозга в условиях локальной ишемии мозга, вызванной перевязкой средней мозговой артерии. Ишемию мозга вызывали перевязкой средней мозговой артерии по Тампа А. в модификации Топчяна А.В. и соавт. [37]. В этих опытах было показано, что в условиях перевязки средней мозговой артерии серотонин приводит к более выраженному по сравнению с контролем уменьшению мозгового кровотока [36].

Таким образом, серотонин вызывает ухудшение мозгового кровообращения, обусловленное в основном сужением как магистральных, так и крупных микрососудов мозга. Реакции сосудов мозга, вызванные серотонином, имеют сходный характер у разных видов животных (кошки, крысы), сохраняются при многократном введении моноамина и усиливаются в условиях ишемического поражения мозга. Это свидетельствует об участии серотонина в реализации констрикторных реакций сосудов мозга при мигрени и указывает на целесообразность использования этой реакции для моделирования ишемических состояний мозга, характерных для приступа мигрени [18, 81].

Поэтому цереброваскулярная реакция на серотонин была использована для поиска нового противомигренозного препарата среди ароматических и гетероароматических эфиров оксима тропинона. Выбор производных тропана был обусловлен тем, что препараты тропafen и трописетрон, которые относятся к этому ряду, обладают выраженной антисеротониновой активностью [15, 88].

Проведенные опыты позволили выявить антисеротониновую активность у большинства из вновь синтезированных соединений. Наибольшую антисеротониновую активность и наименьшую токсичность среди изученных соединений проявило соединение, являю-

щееся производным оксима тропинона и 3,4,5-триметоксibenзойной кислоты, названное в дальнейшем тропоксином [6, 10, 65].

При изучении антисеротониновой активности тропоксина у интактных животных оказалось, что серотонин на фоне действия препарата в меньшей степени снижает мозговой кровоток, чем в контроле: $27,0 \pm 1,9\%$ (опыт) и $40,0 \pm 2,0\%$ (контроль, $p < 0,001$). Следует отметить, что на фоне действия тропоксина серотонин не только уменьшал мозговой кровоток, но и вызывал его увеличение, которое составило $21,0 \pm 4,8\%$. Тропоксин ослаблял также и реакции артериального давления на серотонин [8, 20, 82, 83].

Следует отметить, что тропоксин проявлял свою антисеротониновую активность и при введении внутрь. Препарат при введении *per os* в дозе 30 мг/кг через 60 мин после введения существенно ослаблял уменьшение церебрального кровотока, вызванное серотонином, которое составило после препарата $28,0 \pm 4,6\%$ (контроль в данной серии $51,0 \pm 3,8\%$, $p < 0,01$).

При изучении влияния тропоксина на микроциркуляцию коры головного мозга у крыс в условиях ишемии, вызванной перевязкой средней мозговой артерии, было показано, что препарат полностью устранял или значительно ослаблял вазоконстрикторное влияние серотонина на микрососуды мозга [6, 18].

Представляло интерес выяснить механизм антисеротониновой активности тропоксина, в частности, определить какого типа серотониновые рецепторы участвуют в реализации этого эффекта. Для этой цели мы решили сопоставить антисеротониновые свойства тропоксина с его химическим аналогом трописетроном, который является блокатором $5HT_3$ -типа рецепторов. Оказалось, что трописетрон не оказывает существенного влияния на констрикторные реакции сосудов мозга, вызванные серотонином. Следовательно, $5HT_3$ -рецепторы не принимают участие в констрикторной реакции сосудов мозга, вызванной серотонином. Далее в опытах с использованием метода радиоллигандного связывания было установлено, что тропоксин конкурирует с меченым спипероном, известным антагонистом $5HT_2$ -типа, за места его специфического связывания. Следовательно, $5HT_2$ -рецепторы являются первичной мишенью антисеротониновой активности тропоксина [6, 8, 20].

Полученные нами данные о способности тропоксина блокировать серотониновые рецепторы $5HT_2$ -типа получили подтверждение в исследованиях Амелина А.В. и соавт. [2], которые установили, что тропоксин уменьшает вызванное стимуляцией тройничного нерва или мета-хлорфенилпиперазином протекание альбумина плазмы в твердую мозговую оболочку. Согласно литературным данным, «вазогенное» асептическое воспаление в твердой мозговой оболочке,

которое вызывает мета-хлорфенилпиперазин, обусловлено активацией $5HT_{2B/2C}$ -типов рецепторов [57].

Клиническое изучение тропоксина, проведенное на кафедре неврологии и нейрохирургии Санкт-Петербургского медицинского университета им. акад. И.П.Павлова с использованием двойного слепого плацебоконтролируемого исследования, позволило выявить высокую эффективность тропоксина при межприступном лечении больных мигренью. Было показано, что тропоксин снижает частоту приступов с 3–4 в контроле до 1–3 в месяц ($p < 0,001$), что достоверно меньше, чем при приеме плацебо (2,0 приступа ежемесячно, $p < 0,001$). Снижение частоты приступов мигрени более чем на 50% от исходного уровня было выявлено у 73% больных. Продолжительность мигренозной головной боли на фоне приема тропоксина сократилась в среднем с 32 до 5 часов ($p < 0,001$), а в группе больных, получавших плацебо, с 28 до 17 часов. Интенсивность головной боли достоверно уменьшалась к концу курса лечения тропоксином в среднем с 2,7 до 0,8 баллов. По эффективности (урежение частоты приступов, уменьшение интенсивности и продолжительности головной боли) тропоксин имеет сходство с пропранололом, пизотифеном и amitриптилином, широко применяемыми для лечения больных мигренью в межприступный период [1–3]. Вместе с тем в отличие от пропранолола и amitриптилина тропоксин не обладает характерными для них побочными эффектами. Тропоксин не оказывает влияния на адренорецепторы и не обладает выраженной нейрорепрессивной активностью.

Таким образом, полученные нами в эксперименте данные, свидетельствующие о выраженной противомигренозной активности тропоксина, получили подтверждение в неврологической клинике.

Фармакология ГАМК-ергической системы

В течение последних десятилетий при обсуждении патогенеза ишемического инсульта основное внимание исследователи уделяют роли возбуждающих нейромедиаторных аминокислот. Это обусловлено выявлением нейротоксического действия глутамата, повышением его содержания во внеклеточном пространстве во время ишемии мозга и способностью неконкурентного антагониста NMDA-рецепторов МК-801 (дизолципина) и других антагонистов глутаматных рецепторов проявлять нейропротекторные свойства в эксперименте, защищая мозг от ишемического поражения. Однако, к сожалению, до настоящего времени эти соединения не получили применения в клинической практике из-за нежелательных побочных эффектов, обусловленных их воздействием на центральную нервную систему.

Наряду с этим на протяжении многих лет успешно разрабатывается другое направление фармакотерапии ишемических поражений мозга, которое связано с активацией системы ГАМК. Это обусловлено, с одной стороны, участием ГАМК в управлении тонусом сосудов мозга, выявленным впервые С.А. Мирзояном и В.П. Акопяном [25] и получившим подтверждение в исследованиях других авторов [54, 59, 66], с другой — ролью ГАМК в восстановлении нарушенного ишемией баланса между возбуждающими и тормозными процессами за счет усиления тормозных механизмов в центральной нервной системе [61, 69, 79]. Увеличение содержания ГАМК в ткани мозга обнаружено при ишемических поражениях [26, 40, 63, 73, 86, 87, 92]. Показано, что агонисты и модуляторы ГАМК_A-рецепторов (мусцимол, фелбамат и клонидин) обладают выраженной нейропротекторной активностью [49, 60, 61, 69, 70, 72, 91, 93, 94, 98]. Бензодиазепиновый транквилизатор диазепам — модулятор ГАМК_A-рецепторного комплекса проявляет нейропротекторные свойства при предварительном введении перед глобальной ишемией мозга [98]. Однако агонист ГАМК_B-рецепторов — баклофен не обладает нейропротекторной активностью [64, 89].

Таким образом, ГАМК_A-рецепторы участвуют как в регуляции мозгового кровообращения, так и в защите мозга от ишемического поражения, т.е. в реализации нейропротекторного действия.

В лаборатории разработан цереброваскулярный препарат — пикамилон (натриевая соль N-никотиноил-γ-аминомасляной кислоты). Пикамилон вызывает увеличение мозгового кровотока, выраженное в значительно большей степени у бодрствующих животных. Под влиянием пикамилоната отмечается ослабление нейрогенных спазмов церебральных сосудов, которое сопровождается угнетением тонической активности и рефлекторных разрядов в симпатических нервах [9, 16].

Исследование нейромедиаторного механизма цереброваскулярного эффекта пикамилоната, направленное на выяснение роли ГАМК-ергической системы в реализации действия пикамилоната, проводилось с использованием антагонистов ГАМК_A-рецепторов — биккуллина и пикротоксина. Оказалось, что эффект пикамилоната не претерпевает существенных изменений в условиях блокады ГАМК-рецепторов биккуллином. Вместе с тем, на фоне действия пикротоксина имеет место блокада или значительное снижение цереброваскулярной активности пикамилоната [35, 96]. Следовательно, в реализации цереброваскулярного эффекта пикамилоната важную роль играет его влияние на проводимость хлорного канала ГАМК_A-рецептора.

Совместно с сотрудниками Ереванского государственного медицинского университета им. М.Герацци в качестве нового нейропротекторного препарата пред-

лагается лекарственная композиция, содержащая пирролидон и пироглутаминовую кислоту [19, 36]. Основанием для включения в композицию указанных соединений явились следующие данные. Пирролидон и, в меньшей степени, пироглутаминовая кислота улучшают мозговое кровообращение, понижая тонус сосудов мозга [13, 28, 29]. Пирролидон и пироглутаминовая кислота оказывают выраженное влияние на энергетический обмен, стимулируя процесс захвата и утилизации глюкозы [28]. Пирролидон легко проникает в гемато-энцефалический барьер [12] и усиливает включение ¹⁴C-лейцина в белки ткани мозга, что в большей степени выражено на ипсилатеральной стороне окклюзии каротидной артерии [27].

Изучение нейропротекторных свойств композиции было начато А.В. Топчяном [36, 37], который исследовал влияние пирролидона и пироглутаминовой кислоты при локальной перманентной ишемии мозга (по 20 мг/кг внутривенно) при введении через 30 мин после окклюзии средней мозговой артерии, а затем дважды в день в этой же дозе [36, 37]. Оказалось, что пирролидон и пироглутаминовая кислота обладают выраженным защитным эффектом на структурные компоненты головного мозга крыс с необратимой окклюзией средней мозговой артерии [23]. Под влиянием лекарственной композиции в отличие от контрольных опытов зона ишемического некроза коры четко ограничена (пенумбра практически отсутствует) и характеризуется ранней реперфузией. У крыс, получавших лекарственную композицию, в отличие от контрольных животных отмечалось выраженное уменьшение содержания молочной кислоты, которое определяли *in vivo* методикой ¹H ЯМР спектроскопии [30, 99]. Было также показано, что композиция способствует отчетливому понижению интенсивности перекисного окисления липидов в целом мозге в условиях ишемического поражения [36]. Оценка неврологического статуса показала, что после окклюзии средней мозговой артерии лишь у 15% животных отсутствовали нарушения неврологического статуса, тогда как лечение крыс лекарственной композицией в течение 9 суток существенно улучшило неврологический статус, увеличив число животных с отсутствием симптомов неврологического дефицита до 65–70%. Лекарственная композиция при применении в течение 9 суток после ишемического воздействия почти полностью устраняла амнезию, вызванную локальной ишемией мозга.

Исследования лекарственной композиции при глобальной преходящей ишемии мозга и глобальной ишемии, вызванной гравитационными перегрузками, показали, что цереброваскулярный эффект композиции на фоне глобальной преходящей ишемии возрастает вдвое, и препарат в 2 раза повышает выживаемость крыс при моделировании глобальной ишемии

мозга радиальными гравитационными перегрузками [14].

Исследовалась также нейропротекторная активность оригинального селективного анксиолитика афобазола, который разрабатывается в нашем Институте под руководством С.Б.Середина [31]. Афобазол обладает мембранотропной активностью и, согласно данным М.Г. Баласанян [4], проявляет нейропротекторное действие при локальном ишемическом поражении мозга, вызванном перевязкой средней мозговой артерии.

В соответствии с этим представлялось важным провести систематическое изучение нейропротекторных свойств афобазола, так как многие стороны механизма действия препарата продолжают оставаться невыясненными. В частности, отсутствовали сведения о влиянии препарата на мозговое кровообращение, тогда как цереброваскулярный компонент играет существенную роль в нейропротекции. Исследование было начато с изучения влияния афобазола на регионарный мозговой кровоток и состояние микроциркуляции в коре головного мозга. Эксперименты позволили установить, что афобазол (5 мг/кг) вызывает усиление притока крови в мозг крыс по внутренней сонной артерии в среднем на $11,0 \pm 2,4\%$. В большинстве опытов под влиянием препарата наблюдалось двухфазное изменение мозгового кровотока: сразу же после введения препарата регистрировалось резкое кратковременное (1–3 мин) снижение кровотока, а затем практически у всех крыс наблюдалось увеличение кровоснабжения мозга [32–35].

В серии опытов было изучено влияние афобазола на состояние микроциркуляции (локального мозгового кровотока) в коре головного мозга крыс, которое увеличивалось в среднем на $19,4 \pm 2,9\%$. Длительность цереброваскулярного эффекта составляла 10–15 мин. На артериальное давление афобазол оказывал неодинаковое действие, либо снижая (на 21%), либо повышая (на 37%) его уровень. Следовательно, афобазол вызывает увеличение мозгового кровотока у интактных крыс, которое, по-видимому, не связано с влиянием препарата на артериальное давление, так как наблюдались разнонаправленные изменения этих показателей [33–35].

Учитывая возможные различия цереброваскулярных эффектов препаратов в зависимости от исходного состояния животных, в частности, от ишемического поражения мозга, представлялось важным исследовать влияние афобазола на состояние микроциркуляции в коре головного мозга крыс в условиях глобальной преходящей ишемии. Опыты показали, что афобазол (5 мг/кг, внутривенно), введенный через 45 мин после ишемии, в большинстве экспериментов вызывал значительное увеличение локального мозгового кровотока в среднем на $40 \pm 9,3\%$. Изменения артери-

ального давления под влиянием афобазола в условиях ишемии также не отличались однородностью [7, 33, 34, 35].

Таким образом, проведенные эксперименты показали, что афобазол вызывает увеличение мозгового кровотока, которое в значительно большей степени выражено у крыс, перенесших глобальную преходящую ишемию мозга (разница статистически значима при $P < 0,01$).

Далее в специальной серии опытов для оценки нейропротекторного эффекта афобазола исследовалось влияние препарата на выживаемость крыс в условиях ишемии, вызванной перевязкой общих сонных артерий. Эксперименты показали, что афобазол, введенный внутривенно в дозе 5 мг/кг за 30 минут до перевязки общих сонных артерий, повышает выживаемость животных [35].

Полученные данные о более выраженной цереброваскулярной активности афобазола у ишемизированных животных и способности препарата повышать выживаемость животных при ишемии согласуются с результатами исследований М.Г. Баласанян [4], свидетельствующими о нейропротекторной активности препарата в опытах с локальной ишемией мозга, а также с данными о защитном эффекте афобазола на культуре нейронов гиппокампа в условиях оксидативного стресса [104]. Можно полагать, что в реализации нейропротекторного эффекта афобазола цереброваскулярный компонент его действия играет существенную роль.

Следующим этапом исследования явилось изучение нейромедиаторного механизма действия афобазола. В первую очередь, наше внимание привлекла система ГАМК, потому что афобазол в опытах *ex vivo* предотвращает снижение бензодиазепиновой рецепции, восстанавливая чувствительность мембран к ГАМК и ионам хлора. Во-вторых, известно, что система ГАМК играет важную роль в реализации нейропротекторного и цереброваскулярного эффектов фармакологических средств при ишемическом поражении головного мозга. Поэтому было проведено исследование, направленное на выяснение роли ГАМК-ергической системы в реализации цереброваскулярного и нейропротекторного действия афобазола.

Опыты показали, что цереброваскулярный эффект афобазола значительно ослабляется на фоне действия антагонистов ГАМК_A-рецепторов как бикикуллина, так и пикротоксина, что указывает на важную роль системы ГАМК в механизме действия препарата [32, 35, 96]. По-видимому, выявленный нами механизм действия афобазола лежит в основе и его нейропротекторной активности. Полученные данные о способности бикикуллина и пикротоксина устранять или существенно ослаблять цереброваскулярное действие афобазола согласуются с результатами опытов *ex vivo*, указывающих на то, что афобазол предотвращает сни-

жение ГАМК-бензодиазепиновой рецепции у животных с выраженной реакцией страха [31].

Заключение

В статье изложены современные представления и результаты исследований сотрудников лаборатории фармакологии цереброваскулярных расстройств ГУ НИИ фармакологии им. В.В.Закусова РАМН, посвященные двум важнейшим нейромедиаторным системам регуляции мозгового кровообращения – серотонинергической и ГАМК-ергической. Направленность этих механизмов на тонус сосудов мозга различна. Если повышение активности первой системы в основном вызывает сужение диаметра мозговых сосудов и ухудшение кровоснабжения мозга, то вторая, напротив, понижает сопротивление мозговых сосудов и улучшает кровоснабжение мозга. Этим и определяется участие указанных нейромедиаторных механизмов регуляции мозгового кровообращения либо в патогенезе цереброваскулярных расстройств, либо в предупреждении и лечении ишемических поражений головного мозга. Важно также подчеркнуть, что регуляция тонуса мозговых сосудов серотонинергической

и ГАМК-ергическими системами осуществляется и в условиях патологии, в частности, на фоне ишемического поражения мозга. Поэтому лекарственные средства, воздействующие на эти нейромедиаторные процессы, получают распространение в медицинской практике. Результаты исследования роли серотонинергической системы в регуляции мозгового кровообращения и направленный скрининг средств для лечения мигрени позволил создать новый противомигренозный препарат – тропоксин, который успешно проходит клинические исследования в качестве средства для профилактики приступа мигрени.

Исследования, посвященные систематическому изучению ГАМК-ергических механизмов в регуляции мозгового кровообращения, явились основанием для создания цереброваскулярного препарата – пикамилона, который широко применяется в неврологической практике. Дальнейшие исследования в этом направлении позволили выявить новые соединения с нейропротекторной активностью. Речь идет об оригинальной лекарственной композиции, содержащей пирролидон и пироглутаминовую кислоту, а также о селективном анксиолитике афобазоле. Эти препараты в настоящее время находятся на различных стадиях доклинического и клинического изучения.

Литература

1. Амелин А.В. Межприступное лечение мигрени: механизмы действия и клиническая эффективность серотонинергических и адренергических препаратов. Автореф. дисс. докт. мед. наук. Санкт-Петербург, 2000.
2. Амелин А.В., Игнатов Ю.Д., Скоромец А.А. Мигрень (патогенез, клиника и лечение). СПб, 2001.
3. Амелин А.В., Игнатов Ю.Д., Скоромец А.А. Тез. II съезда РНОФ "Фундаментальные проблемы фармакологии" М., 2003.
4. Баласанян М.Г. Изучение роли оксида азота в механизмах нейропротекторного и анксиолитического действия афобазола в сравнительном аспекте. Автореф. дисс. докт. фармацевт. наук. Ереван, 2003.
5. Ганьшина Т.С. Экспер. и клин. фармакол., 2003, т.66, 3, с.17.
6. Ганьшина Т.С. Разработка методологии поиска новых противомигренозных средств. Создание оригинального препарата – тропоксин. Автореф. дисс. докт. биол. наук. М., 2004.
7. Ганьшина Т.С., Александрин В.В., Силкина И.В. Тез. II съезда РНОФ М., 2003.
8. Ганьшина Т.С., Бежанян С.Г., Александрин В.В., Косточка Л.М. Тез. II съезда РНОФ «Фундаментальные проблемы фармакологии». М., 2003, с.118.
9. Закусов В.В., Каверина Н.В., Бендигов Э.А. и др. Вазоактивное и ноотропное средство «пикамилон» А.С. №1393428 Бюлл. Изобретения №17-1988, СССР Косточка Л.М., Ганьшина Т.С., Волобуева Т.И. и др. Соли ароматических и гетероароматических эфиров оксима тропинона, обладающие антисеротониновыми свойствами и противомигренозным действием. Патент РФ № 1832683 от 24 января 1994 г. Бюлл. «Изобретения» №17, 1996. Приоритет 13 июля 1989.
10. Ланский В.П. Влияние серотонина, его предшественника и некоторых метаболитов на мозговое кровообращение. Автореф. канд. дисс. М., 1968.
11. Лунышина Е.В. Анализ цереброваскулярных и нейропротекторных эффектов лекарственной композиции, содержащей пирролидон и пироглутаминовую кислоту Автореф. дисс. канд. мед. наук. М., 2003.
12. Лунышина Е.В., Ганьшина Т.С., Мирзоян Р.С. Экспер. и клин. фармакол., 2002, т. 65, 3, с.3.
13. Лунышина Е.В., Ганьшина Т.С., Макарова Л.М. и др. Эксперим. и клин. фармакол., 2003, т. 66, №1, с. 20.
14. Машковский М.Д., Шварц Г.Я. Фармакол. и токсикол., 1979, т. 42, 1, с. 3.
15. Мирзоян Р.С., Ганьшина Т.С. Фармакол. и токсикол., 1989, т.52, №1, с.23.
16. Мирзоян Р.С., Романючева Н.А., Ганьшина Т.С. и др. Экспер. и клин. фармакол., 1993, т.56, №3, с.22.
17. Мирзоян Р.С., Саратиков А.С., Плотников М.Б., Топчян А.В. и др. В кн.: «Руководство по экспериментальному (доклиническому) изучению новых фарма-

- кологических веществ» под ред. В.П.Фисенко и др. М., 2000, с.159.
19. Мирзоян Р.С., Середенин С.Б., Акопян В.П. и др. Лекарственная композиция. Патент на изобретение № 2213562 РФ, 10 октября 2003 г. приоритет от 14.03.2001.
 20. Мирзоян Р.С., Середенин С.Б., Ганьшина Т.С. и др. Экспер. и клин. фармакол., 1998, т.61, №2, с.28.
 21. Мирзоян Р.С. Топчян А.В., Баласанян М.Г. Эксперим. и клин. фармакол., 1996, т.59, № 5, с.62.
 22. Мирзоян Р.С., Топчян А.В., Ганьшина Т.С., Косточка Л.М. Экспер. и клин. фармакол., 2000, т.63, №3, с.21.
 23. Мирзоян Р.С., Топчян А.В., Канаян А.С. и др. Вестник РАМН, 1998, №11, с. 46.
 24. Мирзоян Р.С., Топчян А.В., Тимкина М.И., Баласанян М.Г. Экспер. и клин. фармакол., 1999, т.62, №5, с.11.
 25. Мирзоян С.А., Акопян В.П. Фармакол. и токсикол., 1967, №5, с. 572.
 26. Мирзоян С.А., Акопян В.П. Бюлл. экспер. биол. и мед., 1978, т.85, №1, с. 45.
 27. Мирзоян С.А., Залинян М.Г., Геворкян Г.А. и др. Бюлл. экспер. биол. и мед., 1988, т.106, №11, с. 571.
 28. Мирзоян С.А., Залинян М.Г., Баласанян М.Г., Топчян А.В. Эксперим. и клин. фармакол., 1994, т.87, №1, с. 22.
 29. Мирзоян С.А., Ордян М.Б., Баласанян М.Г. Бюлл. экспер. биол. и мед., 1987, т.103, №1, с. 64.
 30. Семенова Н.А., Топчян А.В., Мирзоян Р.С. и др. Бюлл.экспер. биол. и мед., 1999, т.128, №10, с.383.
 31. Середенин С.Б., Воронина Т.А., Незнамов Г.Г. Вестник РАМН, 1998, №11, с. 3.
 32. Силкина И.В. Анализ цереброваскулярных и нейропротекторных эффектов афобазола. Автореф. дисс. канд. биол. наук. М., 2005.
 33. Силкина И.В., Александрин В.В., Ганьшина Т.С. Мат. международной конф. Минск, 2004, с. 366.
 34. Силкина И.В., Александрин В.В., Ганьшина Т.С. и др. Экспериментальная и клиническая фармакология, 2004, т. 67, №5, с. 9.
 35. Силкина И.В., Т.С. Ганьшина, С.Б. Середенин, Р.С. Экспер. и клин. фармакол., 2005, т. 68, №1, с. 20.
 36. Топчян А.В. Фармакологическая коррекция кровоснабжения и функционального состояния мозга при его локальном ишемическом поражении. Дисс. докт. мед. наук. М., 1998.
 37. Топчян А.В., Мирзоян Р.С., Баласанян М.Г. Эксперим. и клин. фармакол., 1996, т.59, №5, с. 62.
 38. Alafaci C., Cowen T., Crockard H.A. Brain Res. Bull., 1986, v.16, p. 303.
 39. Anthony M., Hinterberger H., Lance J.W. Res. Clin. Stand. Headache, 1969, v. 2, p.29.
 40. Baldwin H.A., Jones J.A., Cross A.J., Green A.R. Neurodegeneration, 1993, v.2, p. 139.
 41. Barret A. Drug News and Perspectives, 1992, v.5, p. 453.
 42. Buchwalder A., Welch S.K., Peroutka S.J. Headache, 1996, 36, p.254.
 43. Chang J. Y., Owman C. Acta Physiol., 1986, v.127, Suppl.552, p.49.
 44. Chang J.Y., Owman C. Acta Physiol. Scand., 1989, v.136, p.59.
 45. Chang J.-Y. Owman C., Steinbusch H.W.M. Brain Res., 1988, v. 438, p. 237.
 46. Chugani D.C., Niimura K., Chaturvedi S., Muzik O. et al. Neurology, 1999, v.53, p.1473.
 47. Cowen T. Alafaci C., Crockard H.A., Burnstock Y. Neurosci. Lett., 1987, v. 78, p.121.
 48. Craig D.A., Martin G.R. Br. J. Pharmacol., 1993, v.109, p. 609.
 49. Cross A.J., Jones J.A., Snares M., Jostell K.G., Bredberg U., Green A.R. British Journal of Pharmacology, 1995, v.114, p. 1625.
 50. De Vries P., Sánchez-López A., Centurion D., Helligers J.P.C., Saxena P.R., Villalon C.M. Eur.J.Pharmacol., 1998a, v.362, p. 69.
 51. De Vries P., Villalon C.M., Heiligers J.P.C., Saxena P.R. Br.J.Pharmacol., 1998b, v.123, 1561.
 52. Diksic M., Yong S.N. J.of Neurochemistry, 2001, v.78, p. 1185.
 53. Edvinsson L. Degulurce A., Duverger D., MacKenzie E.T. et al. L.E.R.S., v. 2, New York, Raven Press, 1984, p.121.
 54. Edvinsson L., Krause D.N. Brain Res., 1979, v. 173, p. 89.
 55. Fozard J.R. Drugs and Platelets (Vol.4) P.A. van Zwieten, E.Schobau (eds.), Stuttgart: Gustaf Fisher Verlag, 1982, p. 182.
 56. Fozard J.R., Gray J.A. Trends Pharmacol., 1989, v.10, p. 307.
 57. Fozard J.R., Kalkman H.O. Arch.Pharmacol., 1994, v.350, p.225.
 58. Fujikara H., Kato H., Araki T., Ban H. et al. Brain Res., 1994, v. 636, p.103.
 59. Fujiwara M., Muramatsu I., Shibata S. Br. J. Pharmacol., 1975, v. 55, p. 561.
 60. Green A.R. Pharmacol. Ther., 1998, v. 80, p. 123.
 61. Green A.R., Hainsworth A.H., Jackson D.M. Neuropharmacol., 2000, v. 39, p.1483.
 62. Griffith S.G., Lincoln J., Burnstock G. Brain Res., 1982, v. 247, p. 388.
 63. Hagberg H., Lehmann A., Sandberg M. et al. J. Cereb. Blood Flow Metab., 1985, v. 5, p. 413.
 64. Jackson-Friedman C., Lyden P.D., Nunez S., Jin A., Zweifler R. Experiment. Neurol., 1997, v. 147, p. 346.
 65. Kostochka M.L., Kostochka L.M., Ganshina T.S., Mirzoyan R.S. The Pharmacologist, 2002, v. 44, 2 (Suppl. 1), p. A45.
 66. Krause D.N., Wong E., Degener P., Roberts E. Brain Res., 1980, v. 185, p. 51.
 67. Lance J.W. Mechanism and management of headache. London, 1982.
 68. Lowe R.F., Gilboe D.D. Am.J.Physiol., 1973, v. 225, 6, p.1333.
 69. Lyden P.D. Int. Rev. Neurobiol., 1997, v. 40, p. 233.
 70. Lyden P.D., Hedges B. Stroke, 1992, v. 23, p. 1463.
 71. Lyden P.D., Jackson-Friedman C., Lonzo-Doktor L., Muizelaar J.P. Stroke, 1997, v. 28, p. 387.
 72. Lyden P.D., Lonzo L. Stroke, 1994, v. 25, p. 189.
 73. Mainprize T., Shuaib A., Ijaz S. et al. Neurochem. Res., 1995, v. 20, p. 957.
 74. Marco E.J., Balfagon G., Salaces M., Sanchez-Ferrer C.F., Narin J. Brain Res., 1985, v.338, 1, p. 137.
 75. Marco E.J., Marin J., Salaces M., Rivilla F., Bugros J. J. Neurosurg., 1980, v.53, p.88.

- Neurosurg., 1980, v.53, p.88.
76. *Martin G.R.* J.Pharmacol. and Ther., 1994, v.62, p.283.
 77. *Martin G.R.* Blue Books of Practical Neurology, / Goadsby P.J., Silberstein S.D. (eds.) v.17 Headache – Boston: Butterworth-Heinemann, 1997, p.25.
 78. *Martin G.R.* The IUPHAR receptor Compendium, 1998, p.167. Germany. Arch.of Pharmacol., Suppl.1, v.358, 1, p. R106.
 79. *Meldrum B.* Cerebrovasc. Brain Metab. Rev., 1990, v. 2, p. 27.
 80. *Mirzoyan R.S.* Russian J. Exp. Clin.Pharmacol., 1997, v.1, 1, p.11.
 81. *Mirzoyan R.S., Ganshina T.S., Romanicheva N.A.* In: Biological Basis of Individual sensitivity to psychotropic drugs. Eds.: S.B.Seredenin, V.Longo, G.Gavaraghi, 1994, Graffham Press Ltd. Edinburgh, p. 121.
 82. *Mirzoyan R.S. Topchyan A.V., Ganshina T.S., Kostochka L.M., Balassanyan M.G.* In: Abstracts of XIII-th International congress of Pharmacology, 26-31 July 1998. Munchen, Germany. Arch.of Pharmacol., Suppl.1, v.358, 1, p. R106.
 83. *Mirzoyan R.S., Ganshina T.S., Kostochka L.M., Kozhechkin S.N., Topchyan A.V.* Tropoxin- novel 5HT₂ receptor antagonist as a promising drug for migraine treatment. Abstracts 2nd European Congress of Pharmacology, Budapest, Hungary, 1999, v.13, Suppl.1, p.279s.
 84. *Olesen J., Lassen L.H.* Experimental Headache Induced by Histamine, meta-Chlorphenopiperazine and Reserpine. Frontiers in Headache Research? J. Olesen, M.A.Moskowitz (eds.), v.5, Experimental Headache Models, New York: Lippincott-Raven, 1995, p.259.
 85. *Ostfeld A.M., Wolff H.G.* Arch. Neurol. Psychiatry, 1955, 74, p.131.
 86. *Phillis J.W., Perkins L.M., Smith-Barbour M., O'Regan M.H.* Neurochemical Res., 1994a, v.19, p. 1387.
 87. *Phillis J.W., Smith-Barbour M., O'Regan M.H., Perkins L.M.* Neurochem. Res., 1994b, v.19, p. 1125.
 88. *Richardson B.P., Engel G., Donatsch P., Stadler P.A.* Nature, 1985, v.316, 11, p.126.
 89. *Rosenbaum D.M., Grotta J.C., Pettigrew L.C., Ostrow P., Strong R. et al.* Stroke, 1990, v.21, p.138.
 90. *Saito A., Lee T.J. E.* Circul. Res., 1987, v.60, p. 220.
 91. *Scotti De Carolis S.A., Lippinai F., Longo V.G.* Psychopharmacol., 1969, v.15, 3, p.186.
 92. *Shuaib A., Ijaz S., Miyashita H., Mainprize T., Kanthan R.* Brain Res., 1994, v. 666, p. 99.
 93. *Shuaib A., Murabit M.A., Kanthan R., Howlett W., Wishart T.* Neuroscience Letters., 1996a, v. 204, p. 1.
 94. *Shuaib A., Waqar T., Ijaz M.S., Kanthan R., Wishart T., Howlett W.* Brain Research, 1996b, v. 727, p. 65.
 95. *Sicuteri F. Test A., Anselmi B.* Int. Arch. Allergy Appl. Immunol., 1961, v.19, p.55.
 96. *Silkina I.V., Alexandrin V.V., Seredenin S.B.* Analysis of cerebrovascular and neuroprotective effects of Afobazol. Abstracts 8th European College of Neuropsychopharmacol., April 14-16, 2005, Moscow, Russia.
 97. *Steinbusch H.W.M., Verhofstad A.A. J.* In: Owman C., Haredebo J.E. Neural regulation of brain circulation. Amsterdam, Els. Sci., Pub. B.V., 1986, p.181.
 98. *Sternau L. L., Lust W. D., Ricci A. J.* Ratcheson R. Stroke, 1989, 20, p. 281.
 99. *Topchyan A.V., Mirzoyan R.S., Balacanyan M.G. et al.* Eur. J.of Pharmaceutical Sci., 2000, v.11, (Suppl.1), p. S117.
 100. *Verheggen R., Hundeshagen A.G., Brown A.M., Schnidler M., Kaumann A.J.* Br.J. Pharmacol., 1998, v.124, p.1345.
 101. *Villalon C.M., Centurion D., Sachnez-Lopes A., De Vries P., Sazena P.* Acta Pharmacol. Sin., 1999, v. 20(12), p.1057.
 102. *Watts S.W., Cohen M.L.* Neurotransmission, 1999, v.15, 4, p.3.
 103. *Young A.R., Hamel E., Mackenzie E.R.* Neural regulation of brain circulation. Amsterdam, Els. Sci. Pub., 1986, p.195.
 104. *Zenina T.A., Gawrish I.V., Melkumyan D.S., Seredenina T.S.* Abstracts 8th European College of Neuropsychopharmacol., 2005, p. 246.

Метаболическая этническая значимость для стратегии в токсикологии, фармакологии, гигиене, онкологии и в иммунологии у населения

Кафедра лапароскопической хирургии НИЗ МЗ РА,
действительный член АНРФ Академик Л.А. Пирузян

111933, Москва, Ленинский пр., 61/1

В настоящее время в связи с полной расшифровкой генома человека в этой области работы стали приоритетными в нашей стране и за рубежом [14,15]. Имеются сведения о существовании этнических различий в функционировании отдельных ферментных систем, имеющих клиническое фармакогенетическое значение [7].

Фармакологическая метрология. При пересадке органов и тканей, при биологическом отборе людей для участия в различных химических производствах необходим учет кинетики метаболических превращений при взаимодействии химических соединений с биообъектами (животные, растения, микроорганизмы) [4]. При решении вопроса о пересадке органов и тканей исследователи, как правило, исходят из иммунологического равенства определенных систем двух организмов. Их кинетические различия при переработке стандартных веществ (например, лекарственных препаратов) при этом не учитываются. Можно, вероятно, подразделить организмы данного вида на генетические группы, отличающиеся кинетическими показателями процессов метаболизма (подобно группам крови). Пересадка органов должна осуществляться лишь при совпадении таких групп у донора и реципиента, т.е. при совпадении кинетики метаболизма стандартного, контрольного химического вещества. Подбор биологических партнеров должен производиться на основе кинетических, генетических и молекулярно-биологических особенностей [2].

В целях безопасности необходим биологический отбор людей, работающих в различных производствах, связанных с химическими и физическими воздействиями на организм. Только в том случае, если соприкосновение с внешними факторами не вызовет нежелательных эффектов в организме, человек может трудиться в отрасли, связанной с этими факторами. При отборе должны учитываться кинетические особенности метаболизма используемых химических веществ.

При определении предельно допустимых концентраций вещества необходимо учитывать всю цепочку его превращений в системе "растение—животное—человек", в том числе и кинетические аспекты подобных превращений. Таким образом, вопросы безопас-

ности химических соединений для человека требуют учета метаболической активации. Наконец, кинетические показатели метаболизма должны учитываться и при систематике животных и растений. Развиваемые нами положения могут привести к созданию фармакологической метаболической метрологии и биологической систематики, которые должны оперировать понятием "метаболический маркер биообъектов".

Безопасность лекарственных средств (ЛС) для различных этнических групп (популяций) может иметь разную степень выраженности в зависимости от их метаболического статуса, т.е. от частоты содержания в популяциях лиц с определенным фенотипом метаболизма (инактивации) ЛС и "стартового состояния" ферментов их метаболизма [5].

Медико-биологические аспекты метаболического портретирования. Исследования последних лет показали, что метаболизм биотиков и ксенобиотиков в организмах млекопитающих находится в зависимости от их гено- и фенотипических особенностей, выражающихся в полиморфизме белков, в первую очередь, ферментов метаболизма и детоксикации ксенобиотиков (ФМДК), других защитных белков и кодирующих их синтез генов. Главной функцией семейства ФМДК, представленного множественными изоформами цитохрома Р-450 (I фаза метаболизма), эпиксидгидратаз (ЭГ), глутатион-S-трансфераз (GST), УДФ-глюкурозилтрансфераз (УДФ-ГТ), сульфотрансфераз (СТ) и др. (II фаза метаболизма), является детоксикация ксенобиотиков, эндогенных метаболитов и поддержание клеточного и органного гомеостаза. Нарушение в результате полиморфизма ФМДК сбалансированности либо всей системы детоксикации, либо ее отдельных звеньев является причиной повышенной предрасположенности к развитию различных заболеваний, особенно в экологически неблагоприятных регионах. Аномально высокая активность некоторых изоформ цитохрома Р-450 обуславливает высокий риск заболевания раком легких и других локализаций у людей, проживающих в промышленных регионах [10].

Метаболическое равенство донора и реципиента. В качестве показателя тканевой совместимости донора и реципиента предлагается их "метаболичес-

кое равенство" – синхронное протекание метаболических процессов, совпадение их фенотипов у донора и реципиента [2]. Это выражается одинаковыми значениями фармакокинетических параметров биотрансформации ксенобиотиков (тест-веществ) в организме донора и реципиента и означает их "метаболическую совместимость". "Метаболическое равенство" предлагается в качестве маркера эффективности трансплантации, дополнительного нетрадиционного критерия для оценки гистосовместимости донора и реципиента и принятия решения о пересадке органа (ткани) наряду с практикуемой традиционной оценкой по тканевым антигенам.

Биофизическое и физиологическое равенство донора и реципиента. Идентичность биофизических свойств клеток и тканей донора и реципиента рассматривается как проявление синхронного протекания у них метаболических процессов. Оптимальным условием для пересадки тканей (органов) считается "полное биофизическое равенство" донора и реципиента – совпадение у них значений и всех "биофизических маркеров". Подчеркивается перспективность для трансплантации комплексной оценки гистосовместимости донора и реципиента по иммунологическим, метаболическим и биофизическим маркерам [1]. Проведена экспериментальная проверка этой концепции и оценена возможность использования для этих целей предложенного ранее интегрального параметра метаболического подобия так называемого условного критерия метаболического статуса организма

(УКМСО). Таким образом, можно сделать следующие заключения: пересадка лоскутов кожи протекает более успешно, если донор и реципиент имеют близкие значения УКМСО. Чем больше различий в УКМСО, тем более выражена реакция отторжения кожного трансплантата и воспалительная клеточная инфильтрация. Чем более продолжительное время наблюдается различие по УКМСО, тем медленнее протекают процессы регенерации собственных тканей реципиента [13].

Этническое портретирование метаболизма при выборе стратегии индивидуальной фармакотерапии. В современной литературе уже имеются все необходимые данные для обоснования генетической предрасположенности к лекарственной, а следовательно, и спонтанной патологии лигандной системы. Нами экспериментально и теоретически показана на примере системной красной волчанки, атеросклероза, пародонтоза, цирроза печени, раковых заболеваний и других хронических патологий важная роль ферментной системы N-ацетилтрансферазы, без которой так же, как без недостаточности лизилоксидазы, невозможно понимание патогенеза этих патологий [11, 12].

Введение понятия метаболического паспорта человека обеспечивает более корректное определение уровней предельно допустимых концентраций химических веществ в этнических популяциях, отличающихся по метаболическому статусу (таблица), и позволяет осуществлять эффективный отбор людей для безопасной работы на химических предприятиях, а

Таблица

Частота встречаемости быстрых и медленных N-ацетиляторов среди коренного населения некоторых популяций

Страна	Быстрые N-ацетиляторы, %	Медленные N-ацетиляторы, %
Южная Корея	90	10
Япония	88	12
Китай (Гон Конг)	85	15
Китай (Сингапур)	81	19
Коста Рика	62	38
Бельгия	46	54
Франция	46	54
Россия	45	55
США	45	55
Норвегия	44	56
Австрия	44	56
Австралия	43	57
Канада	42	58
Польша	40	60
Англия	38	62
Израиль	37	63
Финляндия	36	64
Швеция	32	68

также назначать фармакотерапию при разнообразных патологиях с учетом индивидуальных особенностей метаболизма пациентов. Метаболический паспорт человека дает возможность учитывать действие токсических веществ в соответствии с коэффициентами метаболического фактора [3,7].

Таким образом, нами открыта и подтверждена этническая метаболическая значимость различного действия химических соединений на биологические системы организмов как в области медицины [4], так и токсикологии, фармакологии, гигиены, онкологии и иммунологии.

В токсикологии

Этническая безопасность биологически активных химических соединений и предельно допустимые концентрации химических соединений должны согласовываться с метаболическим этническим статусом человека [9].

В фармакологии

Дозовые зависимости назначаемых лекарственных препаратов должны согласовываться с метаболическим статусом. Назначаемые лекарственные препараты должны проходить метаболическую региональную этническую оценку [4, 5].

В гигиене

Подбор людей на вредные химические производства должен оцениваться по метаболическим показателям с учетом различия гигиенических норм пребывания в среде. Допуск людей к работе в условиях химических производств должен проходить через этническую метаболическую паспортизацию [4,9].

В онкологии

Этническая предрасположенность некоторых популяций к опухолеобразованию находится в зависимости от метаболического статуса [6].

В иммунологии

На основе фармакологических метрологических подходов разработан дополнительный критерий равенства, основанный на метаболическом равенстве донора и реципиента как фактора гистосовместимости [13].

Понятие группы крови – хорошо известный и важнейший показатель функционального состояния организма. Понятие метаболического паспорта с возможностью оценки индивидуального воздействия химических соединений на организм, включая лекарства, есть задача равноценной важности. Пришло время человеку иметь не только отметку в паспорте группы крови, но и его метаболический портрет в паспорте. Введение метаболического портрета человека позволит выделить среди населения группы риска, наиболее чувствительные к факторам окружающей среды и лекарственным средствам, сделать прогноз заболеваемости по различным патологиям в моноэтнических и гетероэтнических популяциях, в которых отдельные группы населения могут значительно отличаться по метаболическому статусу друг от друга. Метаболический паспорт человека даёт возможность учитывать действия токсических и фармакологических веществ в соответствии с индивидуальными коэффициентами метаболического статуса отдельно взятого человека. Паспортизация по метаболическому статусу особенно важна для детей раннего возраста, так как метаболические системы человека генетически детерминированы. Метаболическая паспортизация населения с раннего возраста позволит прогнозировать развитие заболеваний различной природы и разработать мероприятия по защите групп риска. Биологическая паспортизация чрезвычайно важна для будущего существования населения всего мира и нашей страны.

Литература

1. Пирузян Л.А., Михайловский Е.М. Физиология человека, 1998, 1, с. 100.
2. Пирузян Л.А., Михайловский Е.М. Физиология человека, 1997, 6, с. 115.
3. Пирузян Л.А. Вестник Российской Академии Наук, 2004, т. 74, 7, с. 610.
4. Пирузян Л.А. Известия АН СССР, сер. биол., 1990, 2, с. 302.
5. Пирузян Л.А., Михайловский Е.М. Физиология человека, 2003, 2, с. 118.
6. Пирузян Л.А., Михайловский Е.М. Физиология человека, 2001, 3, с. 113.
7. Пирузян Л.А., Радкевич Л.А., Морозова Н.В. Этническое портретирование с целью прогнозирования индивидуальной чувствительности к химическим соединениям на примере N-ацетилирования при онкологических заболеваниях. Доклады АНРФ, 2003, 6, с. 835.
8. Пирузян Л.А., Симонянц К.С., Маленков А.Г., Баренбойм Г.М., Чучик Г.А. Авторское свидетельство № 931011.
9. Пирузян Л.А., Суханов В.А., Саприн А.Н. Физиология человека, 2000, 2, с. 115.
10. Пирузян Л.А., Суханов В.А., Калинина Е.В., Саприн А.Н. Медико-биологические аспекты метаболического портретирования. Доклады АНРФ, 2001, 1, с. 129.

11. Подымов В.К. Красная волчанка. Общая схема патогенеза и принципы патогенетической терапии. Под ред. Л.А. Пирузяна. Ереван, 1981.
12. Подымов В.К., Гладких С.П., Пирузян Л.А. Молекулярные аспекты нарушения фибриллогенеза соединительной ткани. Доклады АН СССР, 1979, 5, с. 1243.
13. Шумаков В.И., Васильев В.Т., Гасанов Э.К., Пирузян Л.А. и др. О роли метаболического статуса донора и реципиента в процессах приживления полно-
слойного кожного лоскута. Доклады АНРФ, 2003, 5, с. 708.
14. Pharmacogenomics Social, Ethical, and Clinical Dimensions. Edited by Mark A. Rothstein. Hoboken, New Jersey. John Wiley and Sons, 2003.
15. 15. Pharmacogenomics. The Search for Individual Therapies. Edited by Julio Lucinio and Ma-Li Wang, Weinheim: Wiley Verlag ImbH, 2002.
16. Использованы материалы: Л.А. Пирузян Вестник РАН - 2004 г, т.74, №7, с. 610.

Բեկորներ ուսանողական հուշերից*

ՀՀ ԳԱԱ փոխպրեզիդենտ, ԵՊԲՀ ֆարմակոլոգիայի ամբիոնի պրոֆեսոր
ակադեմիկոս Է.Ս. Գաբրիելյան

375025 Երևան, Կոյունի 2

Մարդու կյանքն ինձ միշտ հիշեցնում է ամռան գիշերվա մութ երկինքը, որի սև ֆոնի վրա տարբեր ուժգնությամբ առկայծում են բազմամիլիոն աստղեր: Այդ աստղերը մեր կյանքի անցած-գնացած, հիշարժան, պայծառ, դրական հույզերով առեցնում օրերն են, որոնք դաջվել են մեր կյանքի, եթե կարելի է այսպես ասել, հուշակամարում, սակայն, իհարկե երկնակամարի աստղերի համեմատ թվաքանակով խիստ սակավ, ումանց մոտ մի քանի տասնյակ, իսկ ումանց մոտ՝ գուցե և մի քանի հարյուր կամ հազար: Տխուր և դառը օրերը ասես ձուլվել են հուշակամարի մութ ֆոնին, մարդուն ազատելով հոգին պոտորոտ վիշտն ու դառնությունն անընդմեջ հիշելու և նորից վերապրելու հոգեկան ծանր և հյուծիչ բեռից:

Եվ իրոք, մարդու հոգեկան գործունեության կարեւոր հատկություններից մեկն էլ այն է, որ նա հակված է ավելի շատ և ավելի շուտ հիշելու լավ ու պայծառ, քան ծանր և տխուր օրերը, հակառակ պարագայում նա երբեք չէր կարող ազատվել դեպրեսիայի ճիւղաններից, իսկ դա նշանակում էր կործանում: Առանց այն էլ, խորը մտածելու պարագայում, յուրաքանչյուր ոք հասկանում է, որ կյանքը կարճատև, անցողիկ մի ցուլ է այս անհուն տիեզերքի և ժամանակի մեջ և եթե այս պարագայում մարդը հակված լինեք գերազանցապես հիշելու ձախտող օրերն ու մղձավանջը, ապա այդ մեծագույն շնորհը՝ կյանքը, որը տրված է տիեզերական չափանիշներով թեկուզ որպես կարճատև մի ցուլ, կկորցնեք իր ողջ հմայքն ու իմաստը:

Մշտապես մեր հիշողության մեջ առկայծող աստեղային օրերն օգնում են մեզ վաղվա օրվան նայել հույսով և լավատեսությամբ և վանել մեզնից կյանքի ցուլ-քային բնույթի մասին տխուր ընկալումները: Ահա թե ինչու, կյանքի որոշակի մի փուլում, հոգեկան պահանջ է առաջանում մտավի վերադառնալ այն օրերին, որոնք արդեն որպես աստղեր դաջվել են մեր կյանքի հուշակամարում: Դիշտ է դա մենք անում ենք ամեն բույս, ամեն վայրկյան, շատ հաճախ ենթագիտակցական մակարդակի վրա, բայց որպես կանոն, այն թղթին հանձնելու ցանկությունն ավելի հաճախ առաջանում է ապրած տարիների պատկանելի բեռը հավաքելուց հետո միայն, առաջին հերթին, ինքն իր հետ զրուցելու, կյանքի առեղծվածների շուրջը խորհելու և ապա նաև

ուրիշների հետ կիսվելու պահանջից ելնելով: Մուգվելով անցյալի հուշերի մեջ և փորձելով այն թղթին հանձնել, մարդս կարծես նորից է անցնում, բայց այս անգամ, իհարկե, շատ սրընթաց ձևով, կյանքի այն ոլորտայտույտ և խճողված արահետներով և կածաններով, որոնք ճիգերի լարումով, հաճախ սալթաքելով, վայր ընկնելով, նորից կանգնելով և մագլցելով է անցել երկար ու ձիգ տարիների ընթացքում: Մարդս մտավի նորից է դառնում մանուկ, պատանի, երիտասարդ, խտացված և ճեպընթաց ապրում անցած ու գնացած կյանքը և այս պարագայում անգամ՝ ձգտում է ապրել աստեղային պահերը միայն... գիտակցաբար փորձելով խույս տալ կյանքի դառը պահերն ու օրերը հիշելուց... դա ուղեղի պաշտպանողական ֆունկցիայի դրսևորումներից մեկը կարելի է համարել, որը պատմեցնում է հոգեկան ոլորտի հետագա հյուծումը տևական, քրոնիկական բնույթի բացասական հույզերից՝ ստրեսներից: Ձգտում է խույս տալ այդ օրերը հիշելուց..., բայց դրանք չեն ջնջվում հիշողության շտեմարանից, մնում են ընդմիշտ, խորը սպիների ման, երկնքի մութ ընդերքում թաքնված ասուպների պես, որոնք սակայն մերթընդմեք առկայծելով, ասես ցանկանում են հիշեցնել, որ կյանքն ինչքան էլ գեղեցիկ է և հմայիչ, այնուամենայնիվ, այն ծաղիկներով լցված պարտեզ չէ, այլ մնալ է այն հեռավոր մութ երկնակամարին, որի ընդերքում շատ սև փոսեր կան և որի վրա դաջված ցուլացող աստղերը ընդհամենը մեր ապրած վառ և պայծառ օրերն են...

Մեր խումբը կազմված էր գերազանցապես լավ սովորող ուսանողներից: Մեծ թիվ էին կազմում հայրենադարձ ուսանողները, որոնք նոր էին մշտական բնակության համար եկել Հայրենիք՝ մերձավոր արևելքի երկրներից: Բոլորն էլ փայլուն ուսանողներ էին՝ Արսլանյան Գևորգ, Մոսկովյան Արտաշես, Բոյաջյան Վլադիմիր, Ֆիլիջյան Բագրատ, Վարդապետյան Գաբրիել, Պարսամյան Օնիկ: Բոլորն էլ տիրապետում էին մի քանի լեզուների և հանդիսանում էին օրինակելի ուսանողներ: Հետագայում նրանք բոլորն էլ դարձան առաջնակարգ մասնագետներ:

Առաջին կուրսում մեզ դասավանդում էին մեծ վաստակ ունեցող մի խումբ դասախոսներ, որոնք բոլորն էր խորապես հարգված էին ուսանողության կող-

*Հատված «Իմ կյանքի չգրված էջերից» գրքից (անտիպ)

միջ: Առաջին կուրսի հիմնական առարկաներն էին կենսաբանությունը, ֆիզիկան, քիմիան (ամօրգանական, իսկ երկրորդ կիսամյակից՝ օրգանական), անատոմիան, լատիներենը, ռուսաց և հայոց լեզուները և իհարկե՝ մաթեմատիկան, ռազմական գործը, ֆիզկուլտուրան:

Այդ տարիներին ուսանողության մեջ ընդունված էր ասել, որ մենք սովորում ենք ռազմաքաղաքական ինստիտուտում՝ բժշկական թեքումով: Եվ իրոք, չափից ավելի էին այն առարկաները, որոնք ոչ մի առնչություն չունեին բժշկության հետ: ՄՄԿԿ պատմություն, մաթեմատիկա-լեհիստորիա, փիլիսոփայություն, քաղաքատնտեսություն, հետազայում ավելացվեցին՝ աթեիզմ, գիտական կոմունիզմ, էթիկա և էլի ինչ-որ առարկաներ հասարակական բնույթի: Մասնագիտական առարկաներին դասաժամերից մնում էին փշրանքներ:

Անատոմիա առարկան մեզ դասավանդում էին փայլուն մասնագետներ: Աչքի էր զարնում ամբիոնի դասախոսների դասական մակարդակը և դասավանդման հիմնարար բնույթը: Մենք անատոմիա առարկայից քննությունը հանձնելուց հետո, զգացիմք, որ առարկան տիրապետում ենք իր ողջ խորությամբ: Ես այսօր էլ վառ կերպով հիշում եմ ինչպես գործնական պարապմունքները, այնպես էլ դասախոսությունները: Դոցենտ Հակոբ Հակոբյանը, որին ուսանողները սիրով կոչում էին Հակոբ Միմայիչ, կարող էր դասախոսությունները անատոմիայից: Անատոմիան՝ լինելով զուտ մկարագրական առարկա, պահանջում էր դասախոսական մեծ վարպետություն այն մատչելի և հետաքրքիր շարադրելու համար: Եվ այդ խնդիրը Հակոբ Միմայիչը լուծում էր գերազանց: Նրա դասախոսությունները համեմատված էին ամենավառ պատկերներով, համեմատություններով, ասույթներով, որոնք օգնում էին առարկան ընկալելու ոչ մի օրվա համար: Ես մինչև այսօր հիշում եմ սրտից դուրս եկող և սիրտ եկող անոթների անատոմիան Հակոբ Միմայիչի մկարագրությամբ՝ այնքան վառ, այնքան գունագեղ էր նրա տված մկարագրությունը, էլ չեմ խոսում նյարդային ուղիների մկարագրության մասին:

Գործնական դասերը վարում էին սկզբում՝ դոցենտ Եվգենյա Բայրամյանը, իսկ մյուս կիսամյակում՝ դոցենտ Լիպարիտ Մանուկյանը: Գերազանց դասախոսներ: Նրանց շնորհիվ մենք անատոմիա առարկան յուրացրեցինք հիմնարար կերպով:

Դոցենտ Լիպարիտ Մանուկյանը կարճահասակ, գեր և շարժում մարդ էր, որը բավականին խիստ էր ուսանողների գիտելիքների գնահատման ժամանակ: Հիշում եմ՝ մեկ անգամ մեր խմբի ուսանողների մեծ մասը անբավարար գնահատական էր ստացել անատոմիայի հերթական բաժնի հարցումից: Իմ բախտը բանել էր, ինձ այդ օրը մա չէր հասցրել հարցնել: Եվ անհա հաջորդ դասը զինվորական ամբիոնում էր: Երբ մենք եկանք և տեղավորվեցինք մեր դասասենյակում, ամբիոնի վարիչն ինձ կանչեց և խնդրեց օգնել պատից կախել ինչ-որ ցուցանակ: Դասն արդեն սկսվել էր:

Մինչ մենք զբաղված էինք ցուցանակը կախելով, բառիս բուն իմաստով մի ճիշտ և գետնին տապալված առարկայի հարվածի ծայն լավեց. «Աղոյժ Հիտերը չկարողացավ ինձ խփել, իսկ այս ուսանողը իմ գլուխը ջարդեց»: Ճշացողը ռազմագիտության մեր դասախոս գնդապետ Սայադյանն էր, որը, ներս մտնելով դասախոսների սենյակը, գետին շարտեց մեր խմբի գրանցամատյանը և արյունաշաղախ գլուխը թաշկինակով ծածկած փովեց պատի տակ դրված բազկաթռի մեջ: Իսկ նրա ետևից, զուգաբար, ներս մտավ սենյակ Հրաչիկ Վարդանյանը, որն ամեն կերպ փորձում էր արդարանալ, ասելով որ ինքը կարծել է, թե դրան ետևում է միլի է կանգնած: Լսելով իմ անունը, ես հասցրի միայն բացականչել. «Արա, ես դու գիժ չես, բա որ ես լինեի»: Ներկաները չգիտեին զայրանալ թե ծիծաղել: Իհարկե, բոլորը խառնվեցին իրար և փորձեցին պարզել իրավիճակը: Ինչու՞ է ուսանողը ջարդել դասախոսի, այն էլ գնդապետի գլուխը: Պարզվեց հետևյալը: Դասասենյակի դուռը, որը մեր էր պատրաստվել, դեռևս բռնակ չուներ և բացի այդ շատ ամուր էր փակվել և դրսից հնարավոր չէր բացել: Խմբի ուսանողները, Լիպարիտ Մանուկյանի անբավարար գնահատականների ազդեցության տակ, տխուր նստած են լինում, երբ դասասենյակի դուռը ծեծում են: Հրաչիկ Վարդանյանը փորձում է դուռը բացել, սակայն այն չի բացվում: Նա համարում է, որ այդ ես եմ և որոշել եմ իրենց՝ անբավարար գնահատական ստացածների, հոգու հետ խաղալ և դրսից թույլ չեմ տալիս դուռը բացել և, երբ երկրորդ անգամ են դուռը ավելի համառ և ուժգին ծեծում, մա փորձում է ոտքի հարվածով դուռը բացել: Դուռը ուժգին հարվածից բացվում է և ուսանողները տեսնում են գետնին արյունաշաղախ գլխով տապալված գնդապետ Սայադյանին: Բոլորն իհարկե մի պահ սարսափից քարանում են իրենց տեղերում և ապա, նետվելով դեպի վիթրավոր գնդապետը, օգնում են նրան ոտքի կանգնել: Լուրը կայծակի արագությամբ տարածվեց ողջ ինստիտուտով մեկ: Գնդապետ Սայադյանին անմիջապես տարան հիվանդանոց, որտեղ մի քանի կար դրեցին ճակատի պատվածքի վրա:

Բոլորս տագնապահույզ սպասում էինք, թե ինչ ընթացք կստանա այս տհաճ միջադեպը: Լուր՝ ուղտ դարձնելը մարդկանց սովորույթն է: Արդեն խոսում էին, այն մասին, որ Հրաչիկը զինվորական ամբիոնի գնդապետին ծեծել և գլուխը ջարդել է: Ասում էին և հետն էլ զարմանում. «Չի կարող պատահի, չէ՞ որ Հրաչիկը օրինավոր ուսանող է»: Ոմանք գտնում էին, որ պետք է Հրաչիկին անմիջապես հեռացնել ինստիտուտից, ոմանք՝ դատի տալ, իսկ նրանք, ովքեր տեղյակ էին իրադարձության էությանը, համարում էին, որ դա ցավալի միջադեպ է: Գնդապետ Սայադյանը վեհանձնաբար այդպես էլ համարեց և հարցը փակվեց:

Կենսաբանության ամբիոնի վարիչը պրոֆեսոր Շավարշ Մաթևոսյանն էր, պատկառելի մի գիտնական, որը միաժամանակ հանդիսանում էր գիտության գծով ինստիտուտի պրոռեկտորը: Բնավորությամբ մեղմ և առիմքնող, ծավալուն գիտելիքներով օժտված

մի անձնավորություն էր նա, ուսանողների նկատմամբ մշտական հոգածությամբ համակված, հատկանշիչներ, որոնք և նրա անձի նկատմամբ խորը հարգանքի դրսևորման հիմնական խթաններն էին հանդիսանում: Դժվար ժամանակներում էր նրան վիճակվել դասավանդելու մեզ կենսաբանություն: Այդ այն տարի էր, երբ տեղի ունեցավ Գյուլատնոտեսական համամիութենական ակադեմիայի հանրահայտ սեսիան և որտեղ Տ. Լիսենկոն հանդես եկավ՝ գիտության զարգացման համար ողբերգական դեր կատարած գեկուցումով: Ստալինի պատվերով կազմված այդ գեկուցումով Լիսենկոն փրփրաբաշ հարձակում գործեց գենետիկայի վրա, հռչակելով այն կեղծ և խղիճխտական, միաժամանակ հողին հավասարեցնելով այնպիսի խոշոր գիտնականների, ինչպիսիք էին Դուրիմիրը, Վավիլովը, Կուլովը, Շմալգուստովը, Չավադովսկին և շատ ու շատ այլ երևելիներ:

Ողջ երկրով մեկ սկսվեց խաչակրաց արշավանք Վեյսմանի, Մենդելի, Մորգանի ուսմունքի, ժառանգականության տեսությունը զարգացնողների և առհասարակ գենետիկայով զբաղվող գիտնականների դեմ: Նրանք բոլորն էլ ազատվեցին իրենց զբաղեցրած պաշտոններից, նրանց եկամուտը փոխարինելու նորաթուխ, կիսագրագետ, միջուրին-լիսենկոյան գաղափարախոսությամբ ներծծված շեփորահարներ:

Իր գեկուցման մեջ Լիսենկոն ուղղակի հայտարարեց. «Մենք, միջուրինականներս, պետք է ուղղակի խոստովանենք, որ մինչև օրս չենք կարողացել դեռևս անհրաժեշտ չափով օգտագործել Կուսակցության և կառավարության կողմից ստեղծված սքանչելի հնարավորությունները մորգանիստական մետաֆիզիկայի լրիվ մերկացման համար, որն ամբողջապես ներկրվել է մեզ թշնամի արտասահմանյան ռեակցիոն կենսաբանությունից», իսկ քիչ հետո նա շարունակում է. «Կուսակցության, կառավարության և անձամբ ընկեր Ստալինի հոգատարության շնորհիվ, այժմ դրությունը Ակադեմիայում կտրուկ փոխվել է: Մեր Ակադեմիան համարվել է և մոտ ժամանակներս առավել կհամարվի նշանակալի քանակով մեր ակադեմիկոսներով և թղթակից-անդամներով՝ միջուրինականներով»:

Հայաստանում մույնպես ակտիվացան մի խումբ թերուս կենսաբաններ, որոնք կուսակցական վերնախավի հովանավորությամբ սողոսկեցին Գիտությունների ակադեմիա, բարձրագույն ուսումնական հաստատություններ, դուրս մղելով այդ կազմակերպություններից մի խումբ մեծաշատաճող գիտնականների: Դրանց թվում էին նաև այնպիսի խոշոր գիտնականներ, ինչպիսիք էին ակադեմիկոսներ Արմեն Թախտաջյանը և Միքայել Զալախյանը: Ողբերգական և զավեշտական էր ժամանակաշրջանը:

Ողբերգական՝ իր բովանդակությամբ և զավեշտական՝ իր ձևով: Ողբերգությունն այն էր, որ միլիոնավոր շնորհալի մարդկանց ֆիզիկական և բարոյական ոչնչացման հետ մեկտեղ, առեղի մի երկրում համարյա մի ամբողջ դարաշրջան կաթվածահարվեց գիտության առաջընթացը, ի չիք դարձան մարդկային

հանճարի պոռթկման բազմաթիվ հնարավորություններ, որոնք կարող էին անգնհատելի ավանդ ներմուծել մարդկության սոցիալական և քաղաքական զարգացման և առհասարակ համամարդկային քաղաքակրթության առաջընթացի բնագավառում: Չավեշտն այն էր, որ տաղանդները փոխարինվեցին թերուս միջակություններով, որոնք ողջ հասարակությամբ թելադրեցին մտածողության և մտածելակերպի իրենց կանոնները: Գենետիկա, կիբերնետիկա, լեզվաբանություն, փիլիսոփայություն, տնտեսագիտություն, ֆիզիոլոգիա, երաժշտություն, կերպարվեստ, գրականություն և մտավոր գործունեության շատ այլ բնագավառներ քաղաքականացվեցին միակուսակցական դոգմատիզմի կանոններով և շրջվեցին գլխիվայր:

Միս մի վառ օրինակ այդ ժամանակների պատկերից.

«Քաղվածք Հայկական ՄՍՌ Գիտությունների Ակադեմիայի նախագահության նիստի նո.11/113/ արձանագրության 1-ին կետից

2. ա/ Հայկական ՄՍՌ Գիտությունների Ակադեմիայի թղթակից անդամ Արմեն Լևոնի Թախտաջյանին, բուսաբանության ինստիտուտի աշխատանքները սխալ ուղղությամբ գլխավորելու, իր հրապարակած մի շարք աշխատություններում վեյսմանական-մորգանիստական կեղծ գիտական սխալներ թույլ տալու համար, ազատել բուսաբանական ինստիտուտի դիրեկտորի և բիոլոգիական գիտությունների բաժանմունքի ակադեմիկոս-քարտուղարի տեղակալի պարտականություններից»: Ինչպես ընդունված է ասել՝ մեկնաբանություններն ավելորդ են: Անգամ ազատման ձևակերպումը կատարված է տարրական գրագիտության ծիծաղելի մակարդակով «...կեղծ գիտական սխալներ...»: Իսկ ո՞րն է «ոչ կեղծ գիտական սխալը»: Կասկածից վեր է, որ այս հրամանը կազմվել է լիսենկոյան որևէ կարկառուն գիտնականի կողմից:

Ակադեմիկոս Արմեն Թախտաջյանն այսօր 94 տարեկան է: Համաշխարհային ճանաչում ունեցող գիտնական: Աշխարհի բազմաթիվ ակադեմիկոսների անդամ:

1994 երբ ես ԱՄՆ-ի Սնդիկ և դեղերի վարչության /FDA/ հրավերով այցելեցի Մենո Լյուիսի /ԱՄՆ/ բուսաբանական այգու գիտական կենտրոն, կենտրոնի տնօրենը առանձնակի հպարտությամբ ընդգծեց, որ Արմեն Թախտաջյանն իրենց գիտական խորհրդի անդամ է և իրենց կենտրոնը անչափ հպարտ է այդպիսի միջազգային հեղինակություն իրենց կազմում ունենալու համար:

Ակադեմիկոս Արմեն Թախտաջյանն իր եզակի և չափազանց հարուստ գրադարանից՝ ավելի քան 2500 կտոր գիրք վերջերս նվիրաբերեց Հայաստանի գիտությունների ազգային ակադեմիային:

Բժշկական ինստիտուտի կենսաբանության ամբիոնի վարիչի պարտականություններից ազատվեց նաև պրոֆեսոր Ավետիք Տեր-Պողոսյանը: Եվ ահա ամբիոնի վարիչ էր ընտրվել պրոֆեսոր Շավարշ

Մատվեկի Մաթևոսյանը: Ի պատիվ իրեն պետք է նշել, որ նա իր դասախոսությունների, ելույթների, գեկուցումների ժամանակ երբևիցե տուրք չտվեց ժամանակի ոգուն և չգնաց իր խղճին և սկզբունքներին հակառակ, փորձելով ցելս շարտել գեներտիկայի և նրա հիմնադիրների վրա:

Կենսաբանության գործնական պարապմունքները վարում էր դոցենտ Էրիս Կարասեֆերյանը, սքանչելի մի անձնավորություն, մշտապես բարի ժպիտը դնեքին, պատրաստական, մոր մնամ հոգատար, ուշադիր:

Վառ տպավորություններ են մնացել ռուսաց լեզվի դասախոս Եվգենյա Ավդալեկյանից: Անվանի վիրաբույժ Սուրեն Ավդալեկյանի մայրը բոլորիս սիրելին էր: Ներքին բարձր կուլտուրայով, արհեստակրատիկ ելույթներով անբժված այդ պատկառելի անձնավորությունն իր կերպարով հարկադրում էր մեզ դասերին ներկայանալ միշտ պատրաստված: Այո, լավ դասախոսը ոչ թե «ճիպտով» պետք է ստիպի ուսանողին դասը սովորել, այլ պատկառանք ներշնչելու իր կարողությամբ, իր վարվելակերպով, իր քաջալերիչ վերաբերմունքով: Այդպիսին էր Եվգենյա Հայրապետովնան:

Անօրգանական քիմիան դասավանդում էր պրոֆեսոր Աշխեն Հարությունյանը: Իր բարեկիրթ և մեղմ բնավորությամբ նա շահել էր ուսանողության համակրանքը և հարգանքը:

Երկրորդ կուրսի դասախոսներից առավել խորը հետք է թողել իմ հիշողության մեջ կենսաքիմիայի ամբիոնի վարիչ, ակադեմիկոս Հրաչյա Բունիսթյանը: Ուսանողները առհասարակ ընդգծված խորը հարգանքով էին վերաբերում դեպի այս պատկառելի անհատականությանը: Փայլուն դասախոս և մանկավարժ էր նա: Հազվադեպ էր ընտիր ճաշակով: Նրա կոստյումները աչքի էին ընկնում իրենց ինքնատիպ գեղեցկությամբ: Կարված ամենադրական և գերժամանակակից կտորներից, նրա կոստյումները ողջ ուսանողության հիացական և խանդավառ քննարկումների առարկա էին դառնում: Այդ հետպատերազմական տարիներին, երբ սովորական չէր մեծ շոպյություն էր, Հրաչյա Քրիստափորովիչը դարձել էր էլեգանտության խորհրդանիշ: Նրա դասախոսությունները կրում էին խիստ ակադեմիական բնույթ և աչքի էին ընկնում գիտական բարձր մակարդակով: Նա մատչելի էր մեզ՝ ուսանողներին համար: Հաճույքով գրույցի էր բռնվում մեզ հետ, և քննարկում նույնիսկ օրվա նորությունները: Հիշում եմ, թե ինչպես նա հենց իմ ստիպումի միջանցքում կանգնած, զմայլված քննարկում էր «Տարգամ» կինոնկարը, որը որպես այն տարիների մի հրաշք, իջել էր Երևանի կինոէկրանների վրա: Հրաչյա Քրիստափորովիչը անձամբ մեծ հաճույքով վարում էր ուսանողական գիտական խմբակի բոլոր նիստերը, որոնց մենք մասնակցում էինք մեծ խանդավառությամբ:

Առանձնահատուկ կերպար էր մեզ համար հյուսվածաբանության ամբիոնի վարիչ, պրոֆեսոր Հայկանդուխտ Չախմախյանը: Նա իր կրթությունը

ստացել էր Գերմանիայում: Համեմայն դեպս մենք՝ ուսանողներս, այդպես էինք տեղեկացված: Ինչևէ, պրոֆեսոր Չախմախյանը իր նիստուկացով և կեցվածքով հիշեցնում էր հին արհեստակրատիկայի ներկայացուցիչ, իսկ ամբիոնի դասասենյակներում տեղադրված, Գերմանիայից որպես պատերազմի ավար բերված, ռսկեփայլ մանրադիտակները՝ Ռուդոլֆ Վիրխովի ժամանակները: Պրոֆեսոր Չախմախյանն իր դասախոսությունները սովորաբար կարդում էր չորրորդ լսարանում: Նա ամբիոն էր բարձրանում առանձնահատուկ շուքով: Ուսերին գցած ճագարե մուշտակը, ձեռքին երկար ցուցափայտը բռնած, դանդաղ ճնշելով բեմահարթակի երկարությամբ, սկսում էր իր դասախոսությունը: Մեկ տարի անց պրոֆեսոր Չախմախյանը ռոբերգական վախճան ունեցավ: Նա միայնակ էր ապրում, ընտանիք չուներ: Պատշգամբից լվացքը կախելու ժամանակ կորցրել էր հավասարակշռությունը և երկրորդ հարկից վայր ընկել...

Խիստ ինքնատիպ անհատականություն էր ֆիզիոլոգիայի ամբիոնի վարիչ, դոցենտ Գրիգորի Մուշեղյանը: Մեղիկի պես շարժում, հարուստ ժեստիկուլյացիայով, մշտադալար ժպիտը դնեքին, միջահասակ, սպիտակահեղ և խոլով մազերով մի բարեհամբույր մարդ էր նա, որը հարգված էր և ուսանողության և իր գործընկերների կողմից: Իհարկե նրա հոնտորական վարպետությունը այնպիսին չէր, ինչպիսին էր, ասենք, պրոֆեսոր Անդրանիկ Մեհրաբյանի կամ պրոֆեսոր Սիմոն Սիրզյանի մոտ, սակայն որպես ֆիզիոլոգ-էքսպերիմենտատոր և մանկավարժ նա իհարկե դասվում էր լավերի շարքում: Նրա ձեռքի տակ, ուսանողական մատարանից արդեն, որպես ապագա ֆիզիոլոգներ իրենց մկրտությունը ստացան հետագայի անվանի գիտնականներ Սևադա Բակունցը, Ռուբեն Դուրինյանը, Ռաֆայել Հարությունյանը: Նա, առհասարակ, սևեռում ուշադրություն էր դարձնում երիտասարդ ֆիզիոլոգների պատրաստման գործին և ուսանողները մեծ բավականությամբ էին ընդգրկվում նրա կողմից դեկավարվող գիտական խմբակի աշխատանքների մեջ: Գործնական պարապմունքները վարում էր դոցենտ Էմիլիա Անդրեասյանը, վայելչագեղ, դասախոսին արժանի վարքագծային և խոսակցական բարձր կուլտուրայով օժտված մի անձնավորություն, որին խորապես սիրում և հարգում էին ուսանողները: Անհմար էր նրա բերանից լսել անկիրթ կամ կոպիտ մի արտահայտություն: Լավ տիրապետում էր իր մասնագիտությանը և միևրումով էր աշխատում ուսանողության հետ:

Երրորդ կուրսում մենք սկսեցինք ծանոթանալ բուն բժշկական առարկաների հետ: Մեզ դասավանդում էին ընտրյալ դասախոսներ, որոնցից յուրաքանչյուրը կենդանի մի լեզուն էր դարձել ուսանողության համար: Դիագնոստիկա առարկան կարդում էր փառաբանված և հանրահռչակ բժշկ-գիտնական Լևոն Հովհաննիսյանը: Նա հայ բժշկներից միակն էր, որը հանդիսանում էր ԽՍՀՄ բժշկական գիտությունների և Հայաստանի գիտությունների ակադեմիաների իսկական ան-

դամ: Հանդիսանում էր հեղինակը բազմաթիվ մենագրությունների, այդ թվում «Հայ բժշկության պատմության» բազմահատոր աշխատության: Դասախոսությունները կարդում էր ընտիր հայերենով և բարձր ակադեմիական մակարդակով: Ուսանողները խորապես հարգում էին նրան և միաժամանակ հպարտանում, որ լսում են այդպիսի անվանի բժիշկ-գիտնականի դասախոսությունները: Նա իրավամբ համարվում էր 20-րդ դարի հայ գիտական մտքի համաստեղության պայծառ աստղերից մեկը: Գործնական պարապմունքները վարում էր դոցենտ Աննա Ֆարմանյանը, հիմնադրի բժիշկ և մանկավարժ, վերին աստիճանի բարեհամբույր և բարեկիրք մի անձնավորություն:

Ընդհանուր վիրաբուժության ամբիոնի վարիչը, պրոֆեսոր Մեղրակ Շարիմանյանը, հայտնի էր իր օրենսդրությամբ և ազնվությամբ: Դասախոսությունները կարդում էր պարզ, հստակ, իրեն խիստ բնորոշ բարակ և ծորուն ձայնով: Չափազանց պահանջկոտ էր և սիրում էր հստակ, ավելորդ բառերից զերծ պատասխաններ: Համարվում էր հանրապետության լավագույն կլինիցիստ-վիրաբույժներից մեկը: Պրոֆեսոր Շարիմանյանի վերաբերյալ զանազան զվարճալի պատմություններ էին պատվում ուսանողության մեջ և փոխանցվում սերնդից՝ սերունդ: Կփորձեմ վերհիշել երկու պատմություն, մեկը իրական, մյուսը՝ հավանաբար մտածածին:

Պատմում էին, որ իբր մի օր պրոֆեսոր Շարիմանյանը իր «Մոսկվիչ» մեքենայի դեկին նստած Աբովյան փողոցով իջնում է վար և երբ հասնում է Աբովյան և այսօրվա Մոսկովյան փողոցների խաչմերուկին, երթևեկությունը կարգավորող միլիցիոները, հանկարծ կտրուկ շրջադարձ կատարելով, ճանապարհը տալիս է Մոսկովյան փողոցով եկող «Օպել Արմիայ» մեքենային, որի ետին մասում փառահեղինակ բազմած է լինում պրոֆեսոր Յուլյանը: Չմայած խաչմերուկն անցնելու իրավունքը պատկանելիս է լինում պրոֆեսոր Շարիմանյանին, միլիցիոները փակում է նրա մեքենայի ճանապարհը և ճանապարհ է տալիս պրոֆեսոր Յուլյանի մեքենային և ապա նոր միայն բացում է պրոֆեսոր Շարիմանյանի ճանապարհը: Վերջինս մեքենայով մոտենում է միլիցիոներին, կանգնում նրա կողքին և իր բարակ ու ծորուն ձայնով և մի քիչ էլ զայրացած ասում. «Ընկեր միլիցիոներ, ինչու՞ եք օրենքը խախտում, չէ՞ որ ճանապարհը իմն էր...», Միլիցիոները անբարտապան կերպով պատասխանում է. «Ա՛յ մարդ, ի՞նչ ես գլուխ տանում, չտեսա՞ր մեջը պրոֆեսոր Յուլյանն էր նստած, աշխարհը հո չքանդվե՞ց, բա պատիվ չտա՞նք էլ հայտնի մարդուն»: Պրոֆեսոր Շարիմանյանը, արդեն խիստ հուզված ձայնով, բացականչում է. «Դե քիչ-միչից մենք էլ ենք պրոֆեսոր, մեղավոր ե՞մք, որ ցուցամուլ չենք»:

Հաջորդ պատմությունն արդեն իրականություն է: Մենք սովորում էինք երկրորդ կուրսում: Տարեկերջյան քննություններն էինք հանձնում: Հանկարծ իմստիտուտը բնորոշ զվարճալի մի լուրից: Ընդհանուր վիրաբու-

ժություն առարկայի քննության ժամանակ տեղի էր ունեցել մի հետաքրքիր միջադեպ: Երրորդ կուրսի լավ սովորող ուսանողներից մեկը «կտրվել» էր քննությունից և ահա թե ինչու: Ուսանողի, որն այսօր մեր հայտնի գիտնականներից մեկն է, հարցաթերթիկի առաջին հարցն է եղել «Կետագուտի հականեխումը»: Եվ ահա մեր ուսանողը վստահ և խրոխտ տոնով սկսում է պատմել, թե ինչպես են հականեխում կետագուտը: Նա պաթետիկ ոգևորությամբ պատմում է, որ ջուրը լցնում են «ստերիլիզատորի» մեջ, ապա նրա մեջ դնում են կետագուտը, միացնում են ստերիլիզատորը էլեկտրականության և լավ եռացնելուց հետո... Հենց այս պահին պրոֆեսոր Շարիմանյանը ընդհատում է ուսանողին և իր բնորոշ բարակ ձայնով, համարյա բացականչում է. «Մուրեն Սամսոնի՛չ, Մուրեն Սամսոնի՛չ, շտապ եկե՛ք ինձ մոտ, շտապ...»: Մուրեն Սամսոնիչը, որն այդ ժամանակ վիրաբուժության ամբիոնի ասիստենտ էր՝ շատ կայտառ, կատակասեր, կենսախիճ մի անձնավորություն, իսկ հետագայում պրոֆեսոր, հանրապետության լավագույն վիրաբույժներից մեկը և իմ լավ բարեկամը, տագնապահար ներս է խուժում քննասենյակ և «Ի՞նչ է պատահել Մեղրակ Սիմոնիչ» հարցին ստանում է հետևյալ պատասխանը. «Մուրեն Սամսոնի՛չ, խնդրում եմ վերցրեք այս 10 ռուբլին և հիվանդանոցի դիմացի խանութից մի շիշ օղի գնեք և քերեք այստեղ»: «Ինչու՞», զարմացած հարցնում է Մուրեն Սամսոնիչը: «Այս երիտասարդը խաշ է եփում, խաշ, առանց օղու ինչպե՞ս ենք այն ուտելու»: Անցել է ավելի քան կես դար այդ օրերից, իսկ այս պատմությունը ուսանողների մի սերնդից՝ մյուսին փոխանցվելով, մինչև օրս թևածում է բժշկական ինստիտուտի պատերի ներսում:

Ախտաբանական ամատոմիայի ամբիոնի վարիչը այդ տարիներին դոցենտ Վարվառա Գաբրիելյանն էր: Ուսանողները նրան կոչում էին Վարվառա Տումանով-նա: Նա այն դասախոսներից էր, որոնք վայելում են պատկառման խոր գգացումով շաղախված հարգանք ողջ ուսանողության կողմից: Նրա փառահեղ կեցվածքը և արքայավայել քայլերը, խրոխտ, արծվային հայացքը և արծաթաշաղախ մազերը, ստիպում էին նաև ողջ դասախոսական կազմին առանձնահատուկ շեշտված հարգանքով վերաբերել դեպի իրենց գործընկերը: Դասախոսությունները կարդում էր *lege artis*, դասախոսական վարպետության դասական կանոնների համաձայն, առանց ավելորդաբանությունների և «պարագիտային» բառերի: Նրա արխատկրատական շուրջ տարածվում էր նաև իր դստեր՝ ֆիզիոլոգիայի ամբիոնի ասիստենտ, հետագայում՝ դոցենտ, գեղեցկուհի Իդա Ավետովնայի վրա, որին մեր պոեզիայի արքաներից մեկը՝ Հովհաննես Շիրազը նվիրել էր իր գողտրիկ բանաստեղծությունների մի ամբողջ շարք, որոնցից մեկը՝ «Իդային» վերնագրով, անգիր գիտեին շատ ուսանողներ: Իդա Ավետովնան իր մոր մնաց ուսանողության սիրված և հարգված դասախոսներից մեկն էր:

Բժշկական ինստիտուտի վառ անհատականու-

յուններից մեկն էր դեղաբանության ամբիոնի վարիչ պրոֆեսոր Սիմոն Միրզոյանը: Բազմաթիվ առասպելների և լեգենդների են կապված նրա անվան հետ: Իմ ուսանող տարիներին նա առավել աչքի ընկնող կերպարներից մեկն էր: Բժշկական գիտությունների դոկտոր և ապա պրոֆեսոր էր դարձել երիտասարդ տարիքում, աշակերտել էր անվանի ֆիզիոլոգ Խաչատուր Կոչոյանցին և դարձել էր Սովետական Միության ճանաչված դեղաբաններից մեկը: Սիմոն Հակոբովիչը տաղանդավոր դասախոս էր և գիտնական: Նա յուրաքանչյուր դասախոսության պատրաստվում էր մեծ պատասխանատվությամբ, աշխատելով ամեն անգամ նոր խոսք ասել ուսանողությանը: Դասախոսությունը կարդում էր մոլեռանդ խանդավառությամբ, այդ ծանր յուրացվող առարկային հաղորդելով յուրահատուկ «համ ու հոտ»: Բոլոր դասախոսությունները ուղեկցվում էին կենդանիների կամ ուսանողների վրա կատարվող փորձերի ցուցադրումով: Ամբիոնի բոլոր աշխատակիցները մասնակցում էին փորձերի նախապատրաստմանը և ցուցադրմանը, իսկ ինքն այս կամ այն դեղը ներմուծելուց առաջացած էֆեկտները այնպիսի ոգևորությամբ էր մեկնաբանում, ինչպես, ասենք հայտնի սպորտային մեկնաբան Նիկոլայ Օզերովը կենդանաբան Սովետական Միության և Բրազիլիայի ֆուտբոլի հավաքականների մրցումը աշխարհի առաջնության ժամանակ: Հիշում եմ՝ նիտրատների բաժինը կարդալիս, նա որոշեց ամիլ նիտրիտի ազդեցությունը ցուցադրել ուսանողներից մեկի վրա: Այս խմբի դեղերը բժշկության մեջ հիմնականում կիրառվում են կրծքի հեղձուկի մոպայի ժամանակ, մասնավորապես ամիլ նիտրիտը, նիտրոգլիցերինը և նման կարգի մի շարք այլ դեղեր: Ամիլ նիտրիտը, որը ներկայումս այս նպատակով կիրառում չունի բժշկության մեջ, օգտագործվում էր շնչելու եղանակով և նրա առաջնային էֆեկտը արտահայտվում է շատ արագ, դեմքի անոթների առավելագույն լայնացումով, որի հետևանքով դեղը շնչողը ուժեղ կարմրում է: Եվ ահա պրոֆեսոր Միրզոյանը որոշել էր ցուցադրել այս դեղի էֆեկտը և նրա ընտրությունը կանգ առավ ինձ վրա: Նա ինձ հրավիրեց բեմահարթակ, նստեցրեց աթոռին և, նախքան դեղը տալը նկարագրեց, թե ինչ պետք է տեղի ունենա ինձ հետ, և ապա կոտրեց դեղը պարունակող ամպուլը, կաթեցրեց այն բամբակի վրա և խնդրեց որ ես շնչեմ: Քիչ անց ես զգացի, որ դեմքս այրվում է և ուժեղ պուլսացիա գլխումս: Իսկ պրոֆեսոր Միրզոյանը ոգևորված պոստվում էր իմ շուրջը և բացականչում. «Հապա մի տեսեք, կատարյալ բազուկ է դարձել, բազուկ»: Լսարանում աշխույժ իրադարձություն էր: Երբ այս ամենն ավարտվեց, ես իջա բեմահարթակից և նստեցի իմ տեղը, Հրաչիկ Վարդանյանը ձեռք բարձրացրեց, կանգնեց և ասաց. «Սիմոն Հակոբիչ, Էմիլն առանց դեղի էլ լավ կարմրում է, այնպես որ դժվար է որոշել իրո՞ք դա դեղի էֆեկտն էր, թե ոչ: Փորձեք ինձ վրա, ես հեշտ կարմրողներից չեմ»: Լսարանը թնդաց ծիծաղից և ծափահարություններից: Սիմոն Հակոբիչը մույմպես ծիծաղելով ասաց.

«Շատ բարի, նկատի կունենամ հետագայում, երբ ավելի հզոր ազդող դեղին վերաբերի իմ դասախոսությունը»:

Ֆարմակոլոգիայի ամբիոնում, Սիմոն Հակոբիչի կողմից մշակված կարգի համաձայն, յուրաքանչյուր ուսանող պարտավոր էր երկու կատու բերել և համձնել ամբիոնին, փորձարարական հետազոտությունների՝ այդ թվում և դասախոսությունների ընթացքում ցուցադրումների համար: Այն ուսանողները, որոնք չէին համձնում «կատվահարկը», զրկվում էին ստուգաբար համձնելու իրավունքից: Եվ երրորդ կուրսի ուսանողները ընկած էրևանի փողոցները, զբաղված էին «կատվադրամով», և հետագա երկար ու ծիգ տարիների ընթացքում, թե ինչքա՞ն կատու որսացին ուսանողները և համձնեցին ֆարմակոլոգիայի ամբիոնին՝ դժվարաբանում եմ ասել, սակայն մի բան գիտեմ, որ արժե, որ պետքի ամբիոնի նախասրահում, ի հավերժացումն հանուն գիտության գոհված կատուների հիշատակի՝ դրվի կատվի մի արձան: Դ՛է՞ որ երկրորդ համաշխարհային պատերազմի ժամանակ մարդկությանը մատուցած հատուկ ծառայությունների համար ավանակի արձան է կանգնեցվել Իտալիայում: Կան կանգնեցված արձաններ ի պատիվ շների և այլ կենդանիների:

Ուսանողական հենց այդ տարիներին, ավելի ճիշտ հենց երրորդ կուրսում, ես Սիմոն Հակոբիչի առաջարկով սկսեցի զբաղվել փորձարարական հետազոտական աշխատանքով, ուսումնասիրելով իմ և իմ ընկերների կողմից որսված կատուների վրա հայկական կոնյակի ազդեցության մեխանիզմները: Զանի որ մեկ այլ գրքում մանրամասն նկարագրված է այդ մասին, հարկ չեմ համարում այստեղ կրկին անդրադառնալ այդ պատմությանը:

Երրորդ կուրսի մեր դասախոսներից կցանկանայի հիշել երկու դասախոսի ևս. դոցենտ Արտաշես Բեգլարյան և դոցենտ Գրիգորի Եփրեմյան: Երկուսն էլ դասավանդում էին ախտաբանական անատոմիա և վարում էին գործնական պարապմունքներ:

Արտաշես Բեգլարյանը նոր էր վերադարձել Մոսկվայից, ուսանել էր հայտնի ախտաբան ակադեմիկոս Արքիկոտովի մոտ և եռանդուն կերպով լծվել էր գիտամակալարժակյան գործունեությանը: Ուսանողներս նրան «փոքրիկ Արքիկոտով» էինք անվանում: Նա առանձնապես ջերմ վերաբերմունք ուներ իմ նկատմամբ, քանի որ Ռոզա Բեգլարյանը՝ նրա քույրը, իմ մայրիկի աշխատանքային մոտ ընկերուհին էր և դպրոցում եղել էր կենսաբանության իմ ուսուցչուհին: Արտաշես Բեգլարյանը կարճ ժամանակում պաշտպանեց դոկտորական թեզը և հետագայում դարձավ ախտաբանական ամբիոնի վարիչը: Նա բժշկական ինստիտուտի ակնառու երախտավորներից մեկն էր, մեծ ճանաչում ունեցող ախտաբան:

Դոցենտ Գրիգորի Եփրեմյանը մեր և հետագա տարիների ուսանողների հիշողության մեջ դրժմվել է իր յուրատիպ և հետաքրքիր կերպարի շնորհիվ: Նրա ճոճվող քայլվածքը և դեմքին մշտական հեզմանքախառն ժայռի առկայությունը, որը առանց վարանելու

Մոմնա Լիզայի՝ ժպիտի արական տարբերակը կարելի էր համարել, առանձնահատուկ երանգ էին հաղորդում նրա դիմանկարին: Բնավորության բովանդակային առումով նա հետաքրքիր անհատականություն էր, սրամիտ և հումորի ինքնատիպ դրսևորումներով: Իր բնակարանում պահում էր ճագարներ (պատկերացումով երբեք չէին «բուրումնավետ» բնակարան ունենալ), որոնց վրա իր գիտական փորձերն էր կատարում և այդ մասին հայարտությամբ պատմում էր ուսանողներին: Նա սիրում էր առհասարակ ուսանողների հետ զրուցել և կատակել, իսկ ուսանողներն էլ՝ մի ինչ-որ սրամիտ խոսք լսելու ակնկալիքով, երբեմն սաղորդյալ հարցեր էին տալիս, իսկ ընկեր Եփրեմյանը միշտ գտնում էր դրանց համարժեք պատասխան: Հիշում եմ մեկ անգամ, մեր խմբի գործնական դասերը վարող դասախոսը հիվանդացել էր և ընկեր Եփրեմյանը մեր խումբը միացրեց իր անմիջական խմբի հետ: Տիրում էր ընդհանուր աշխույժ տրամադրություն: Երկու խումբ, մի մեծ դասասրահում նստած, սպասում էին ընկեր Եփրեմյանին: Ներս մտավ ընկեր Եփրեմյանը իր ճոճվող քայքայված և հանրահայտ ժպիտը դնելով ու սկսեց դասը: Ախտաբանական անատոմիա առարկայի յուրատիպությամբ պայմանավորված գործնական պարապմունքների ժամանակ առավել հաճախ այս կամ այն հիվանդության վերլուծությունը ընթացում էր մանրադիտակի օգնությամբ: Յուրաքանչյուր ուսանողի առջև դրված էր մեկ մանրադիտակ և ուսանողը, նրա օգնությամբ զննելով հյուսածաբանական պատրաստուկը և լսելով դասախոսի մեկնաբանությունները, կարողանում էր պատկերացում կազմել այս կամ այն հիվանդության հետևանքով զարգացած հյուսվածքների ձևաբանական փոփոխությունների վերաբերյալ: Եվ ահա աշխույժ հարց ու պատասխանի ժամանակ, որոնք երբեմն ընկեր Եփրեմյանի կողմից հանձնվում էին հումորախառն արտահայտություններով, մյուս խմբի տղաներից մեկը՝ Արծվիկը, որոշեց իր կարծիքով մի «շատ սրամիտ» հարցով նեղ վիճակի մեջ դնել ընկեր Եփրեմյանին:

– Ընկեր Եփրեմյան, – ասաց նա, հայարտորեն կողքերը նայելով և մեզ էլ աչքով անելով, – կարո՞ղ եք ասել, ինչու՞ իմ և ձեր բնավորությունները իրար այդքան նման են: Միանգամից տիրեց քար լուրջություն: Բոլորս սպասում էինք, թե ինչպես է պատասխանելու ընկեր Եփրեմյանը: Իսկ նա առանց շտապելու, դանդաղ քայլով, հանրահայտ ժպիտը դնելով՝ մոտեցավ Արծվիկին, ձեռքը դրեց նրա ուսին և հանգիստ ասաց:

– Տղա ջան, այդ մասին լավ կլինի մայրիկիդ հարցնես, նա քեզ ամեն ինչ կպատմի:

Դասասենյակը քնդաց ծիծաղից ու ծափահարություններից, իսկ Արծվիկի դնելով սեփական սրամտությունից ծաղկած ծիծաղը մեկ անգամից թորշուժեց և մնաց այդպես՝ շթուններից կախված՝ մինչև դասի վերջը: Միայն նա հասցրեց կտրված ձայնով ասել:

– Յաա՛:

Մեր տղաներից մեկը ոգևորված բացականչեց:

– 10:0 հոգուտ ընկեր Եփրեմյանի:

Իսկ ընկեր Եփրեմյանը չափազանց գոհ իր «տասնմեկ մետրանոց» հարվածից, Մոմնա Լիզայի ժպիտը դնելով, մոտեցավ Արծվիկին, ձեռքը դնելով նրա ուսին ասաց:

– Բաաա՛:

Եվ մեկ փոքրիկ պատմություն՝ կապված ընկեր Եփրեմյանի հետ: Օպերայում կոլեկտիվ դիտում էր: Այդ տարիներին ընդունված էր կազմակերպել կոլեկտիվ դիտումներ, հավանաբար մարդկանց հոգեբանության մեջ «կոլեկտիվիզմի» ոգին ավելի խորը արմատավորելու, ինչպես և օպերային, թատրոնին սատար կանգնելու համար: Եվ ահա ընդմիջմանը՝ ճեմասրահում, ընկեր Եփրեմյանը մոտենում է ինստիտուտի երիտասարդ դասախոսներից մեկին՝ Հովհաննիսյան Միշային, որը մույնպես իր ինքնատիպ «փմիջով» ոչնչով ետ չէր մնում ընկեր Եփրեմյանից, իսկ որոշ հարցերում մույնիսկ գերազանցում էր, ու հարցնում է:

– Այ տղա Միշա, դու ես տեղերի «վալադն» ես (հավանաբար նկատի ունի «քաջատեղյակը»), չես ասի որտե՞ղ է եղ անտեր գուգարան կոչեցյալը:

– Հա, իհարկե կասեմ, Գրիգորի Հմայակիչ ջան, – պատասխանում է Միշայի Իգրաբովիչը, – ուրեմն, այսպես. այս աստիճաններով կիցնես, կցմա աջ, հետո՝ ձախ, հետո՝ էլի աջ և դիմացդ կհայտնվեն երկու դուռ: Ռուսերեն տառերով մի դուռն վրա գրված է «Մ», իսկ մյուսի վրա՝ «Ժ»: Դու կբացես «Ժ» տառով դուռը և կմտնես ներս: Դա տղամարդկանց գուգարանն է:

– Յա՛, յա, յա, այ տղա, դու իմ ի՞նչի տեղ ես դրել: Ուրեմն դու կարծում ես՝ ես «Ժ»-ն «Մ»-ից չեմ ջոկում: Դու դեռ չէիր ծնվել, իսկ ես արդեն գիտեի ի՞նչ է «Ժ»-ն և ի՞նչ է «Մ»-ն: Բա՛: Գնա միամիտ մարդ գտիր, որ ֆոռացնես:

Հիշելով երրորդ կուրսի դասախոսներին՝ ես չեմ կարող մի քանի խոսք չասել անվանի բժիշկ-գիտնական պրոֆեսոր Արսեն Միմոնյանի մասին: Դիշտ է՝ նա երրորդ կուրսում մի քանի դասախոսություններ է կարդացել դիագնոստիկա առարկայից, քանի որ հիմնական դասախոսությունները կարդում էր ակադեմիկոս Լևոն Հովհաննիսյանը, սակայն Արսեն Տիգրանիչը ղեկավարում էր ուսանողական գիտական խմբակը և նրա հանձնարարությամբ էր, որ ես պատրաստեցի զեկուցում հիպերտոնիկ հիվանդության վերաբերյալ: Առանց չափազանցներու կարելի է ասել, որ նա բժշկական ինստիտուտի ամենահմայիչ դասախոսներից մեկն էր: Մշտապես կոկիկ հագնված, հղկված շարժումով, հայարտ կեցվածքով և քայլով, երբ անցնում էր ինստիտուտի միջանցքներով, ասես մի արիստոկրատական շուն էր ներխուժում այդ կրթօջախը: Նրա հետ ուսանողական իմ շփումների մասին պատմել եմ մի այլ տեղ: Այստեղ կալվեցանք միայն, որ նա փայլուն դասախոս էր և բժիշկ՝ լայն մտածողիզոնի տեր, բարձրակիր մի անձնավորություն:

Չորրորդ կուրսում, հիմնականում, մենք անցնում էինք կլինիկական առարկաներ: Ֆակուլտետային վիրաբույժությունը մեզ կարդում էր ամբիոնի վարիչ, անվանի վիրաբույժ, ԽՍՀՄ բժշկական գիտությունների ակադեմիայի թղթակից-անդամ, պրոֆեսոր Ռուբեն Յույանը, իսկ գործնական պարապմունքները վարում էր այն ժամանակ դեռևս դոցենտ, ճանաչված վիրաբույժ Ռուբեն Պարոնյանը: Երկուսի մասին էլ ես արդեն պատմել եմ մեկ այլ գրքում, ուստի այստեղ հարկ չեմ համարում կրկին կանգ առնել նրանց վրա: Կնշեմ միայն, որ պրոֆեսոր Ռուբեն Յույանը չափազանց վաղ անհատականություն էր ոչ միայն բժշկության բնագավառում, այլև մեր հասարակության կյանքում: Նա բժշկական ինստիտուտի և, առհասարակ, Հայաստանի բժշկության հենասյուներից էր, որի մեծագույն ծառայություններից մեկն էլ այն էր, որ պատրաստեց փայլուն վիրաբույժների մի նոր սերունդ: Նա, զարգացնելով վիրաբույժական արվեստը մեր երկրում, չէր տառապում բոլոր վիրահատությունները անձամբ կատարելու մոլուցքով, ինչպես մեր ժամանակի շատ վիրաբույժներ, այլ վիրահատական սեղանի կողքին կանգնած ուշադիր հետևում և ուղղություն էր տալիս իր աշակերտներին: Նրա ստեղծած դպրոցի վառ ներկայացուցիչներն էին անվանի վիրաբույժներ Ռուբեն Պարոնյանը, Վահան Սողոմոնյանը, Սուրեն Ավդալբեկյանը, Հարություն Մինասյանը, Ավետ Միդոյանը և առավել երիտասարդ վիրաբույժների մի ամբողջ համաստեղություն:

Իմ հիշողությունների շտեմարանում առանձնահատուկ տեղ է զբաղեցնում ընդհանուր հիգիենայի ամբիոնի վարիչ, ԽՍՀՄ բժշկական գիտությունների ակադեմիայի թղթակից-անդամ, պրոֆեսոր Լևոն Բոգդանի Հարությունյանը: Լևոն Բոգդանիչը լայն մտահորիզոնի տեր անձնավորություն էր, լավ գիտեր մեր ժողովրդի պատմությունը և հանրապետության ներկան: Շատ էր սիրում ձկնորսություն: Ինքը ծնունդով Ղարսից էր: Շատ կապված էր ուսանողության հետ: Հիշում եմ, թե ինչպես նա մեզ համար կազմակերպեց ճամփորդություն դեպի Հայաստանի մի շարք պատմա-հուշարժանային վայրեր: Բացատրությունները տալիս էր ինքը՝ դրսևորելով խորը գիտելիքներ մեր ժողովրդի պատմական անցքերի վերաբերյալ: Տարիներ անց, երբ Միսնո Հակոբիչը Արթիկի շրջանից ինձ հրավիրեց դեղաբանության ամբիոնում աշխատելու Լևոն Բոգդանիչը բժշկական ինստիտուտի ռեկտորն էր և նա ստորագրեց ինձ աշխատանքի ընդունելու հրամանը, իսկ հետո, դարձյալ տարիներ անց, այնպես ստացվեց, որ երբ ես նշանակվեցի բժշկական ինստիտուտի ռեկտոր, իմ խնդրանքով նա համաձայնեց ինձ օգնել և նշանակվեց ինստիտուտի գիտական աշխատանքների գծով պրոտեկտոր: Մեր համատեղ աշխատանքը մեծ քաղաքականություն էր պատճառում ինձ և նրա՝ կյանքի քուրայում թրծված իմաստուն խորհուրդները միշտ էլ օգտակար էին լինում: Մինչև այսօր էլ հիշում եմ, թե ինչպես մեկ անգամ, երբ չափից ավելի ոգևորված մի ինչ-որ գաղափար էի ուզում իրականաց-

նել, Լևոն Բոգդանիչը թեև բարեկամաբար բռնեց և իր առիճքնող բարի ժպիտով ասաց.

– Էմիլ Սամսոնիչ, մի բան որ շատ փչես անպայման կայաքի: Գործ չունես: Գաղափարը շատ լավն է, բայց հիշի՛ր, որ այս կյանքում լավ մարդկանց կողքին քայլում եմ նաև չարական, նախանձ մարդիկ, որոնք ընդունակ են ամեն լավը գլխի վայր շուտ տալ:

Մեկ անգամ նա ինձ պատմեց այն մասին, թե ինչպես 1945 թվականին իրեն հրավիրեցին կուսակցության կենտրոնական կոմիտեի բյուրոյի նիստի և նշանակեցին Ղարսի բժշկական ինստիտուտի ռեկտոր: Դա այն ժամանակ էր, երբ Սովետական զորքերը պատրաստվում էին մտնել Արևմտյան Հայաստան և ետ վերադարձնել մեզինքն քաղաքապետարանով և հողերը: Մեր սերունդը լավ է հիշում այդ ժամանակները: Ըստ երևույթին ամեն ինչ արդեն որոշված էր, և ինչ-որ մի դիվային ձեռք վերջին պահին, ավելի ճիշտ վերջին րոպեներին խափանեց մեր ժողովրդի մեծագույն խղճը իրականություն դարձնելը: Մեր զորքերը պատրաստ էին սահմանը անցնել արևը դեռ չծագած: Իրագեկ մարդիկ նույնիսկ ժամն էին նշում՝ առավոտյան 4:30: Սակայն մինչ զորքերը կանգնեին սահմանը՝ հրաման ստացվեց վերևից՝ «թողնել»: Եվ ամեն ինչ մնաց նույնը՝ չմայած արդեն նշանակվել էին Արևմտյան Հայաստանի բոլոր շրջակայաների քաղաքները և գործադիր կոմիտեների նախագահները, այսինքն բոլոր նրանք, ովքեր պետք է իրականացնեին Հայաստանի նոր շրջանների կառավարումը: Մինչ այդ սկսվել էր միջազգային հասարակական կարծիքի մշակումը: Վրաց պատմաբաններ Ջանաշիան (Լավրենտի Բերիայի մերձավորը) և Բերգենշվիլին հանդես եկան «Պրավդա» թերթում մի հոդվածով, որտեղ ցանկանում էին ապացուցել, որ այդ բոլոր տարածքները՝ Վան, Մուշ, Բիթլիս, Ղարս, Արդահան, Էրզրում և այլն եղել են վրացական հողեր: ՄԱԿ-ում Սովետական Միության մշտական ներկայացուցիչ՝ Ա.Վիշինսկին ելույթ ունեցավ և ասաց այն մասին, որ Սովետական հայտնի պատմաբաններ Ջանաշիան և Բերգենշվիլին ապացուցել են, որ այդ տարածքները պատկանում են Վրաստանին: Այսպիսով, արվում էր նախապատրաստական ամեն ինչ, որպեսզի Արևմտյան Հայաստանը վերցնելու դեպքում այն տրվեր Վրաստանին, այլ ոչ թե Հայաստանին: Այլընտրանք չկար: Դժվար էր հավատալ, որ Ստալինը կարող էր հենց այնպես, հանուն պատմական արդարության, Հայաստանին տալ իրեն պատկանող հողատարածությունները, մի մարդ, որը ժամանակին խափանեց Սևրի պայմանագիրը և թուրքերին նվիրեց հենց այդ տարածքները (հիշենք նաև Լենինին գրած՝ Չիչերինի մասին Ստալինի հայտնի նամակը), մի մարդ, որը բեկանել տվեց Ղարաբաղի և Նախիջևանի մարզերը Հայաստանին հանձնելու մասին որոշումները: Մնում էր միայն անհասկանալի, թե ինչու այդ պարագայում նշված մարզերի ղեկավարները Հայաստանն էր նշանակել: Ի՞նչ տեղի ունեցավ այդ ժամանակ: Ինչու՞ բեկանվեց հայ-թուրքական սահմանի

անցումը մեր գործերի կողմից...

Բժշկական ինստիտուտի դասախոսական կազմի վառ դեմքերից էր պրոֆեսոր Բրիտտոֆոր Պետրոսյանը՝ օպերատիվ վիրաբուժության և տեղագրական անատոմիայի ամբիոնի վարիչը: Խիստ կարճահասակ, շարժում՝ ինչպես սնդիկը, ամձավորություն էր նա: Սուր և կարճ խուզած մոտիվը, թավ ու երկար բեղերը և մշտապես ժպտուն աչքերը նրա դիմանկարին տալիս էին իմաստուն և բարեհոգի մտավորականի տեսք, որը իր կատակասեր խառնվածքով նվաճել էր ուսանողության և դասախոսական կազմի բարեհոգի վերաբերմունքն ու սերը:

Նրա դասախոսություններն ընթանում էին խիստ աշխույժ մթնոլորտում և նրա սրամիտ դիտողությունները և մտքերը հաճախ էին լսարանում առաջացնում ծիծաղի պտղություններ: Բրիտտոֆոր Հայրապետովիչը հանրահայտ անհատականություն էր մեր երկրում, ոչ միայն որպես փայլուն մասնագետ, այլև հետաքրքիր մտավորական, որի անվան հետ բազմաթիվ գավառական պատմություններ էին կապված:

Տրամագծորեն հակառակ կերպար էր ԽՍՀՄ բժշկական գիտությունների թղթակից-անդամ, ՀՀԳԱ ակադեմիկոս Բարթոլոմեոս Ֆանարջյանը: Ծանրաշարժ քայլերով, տիրական կեցվածքով՝ նա մտնում էր լսարան և թավշային բատով սկսում իր դասախոսություն: Նա Սովետական Միությունում ճանաչված ռեմոտգենոլոգ էր, նրա դասագրքերը մեծ տարածում ունեին երկրով մեկ: Նա մեծ ավանդ ներդրեց Հայաստանում ուռուցքաբանության և ռեմոտգենաբանության զարգացման բնագավառում: Նա, իրավմամբ, համարվում է ուռուցքաբանության և ռեմոտգեն-ռադիոլոգիայի հիմնադիրը մեր երկրում:

Հայաստանի բժշկագիտության ակնառու գործիչներից էր ԽՍՀՄ բժշկական գիտությունների թղթակից-անդամ Արտո Ալեքսանյանը, որը մեզ դասախոսություններ էր կարդում համաճարակաբանությունից: Մեզ՝ ուսանողներին, խորը պատկառանք էր ներշնչում ոչ միայն նրա գիտական կերպարը, այլև՝ արքայավայել տեսքը: Զգիտեմ՝ ինչու իմ մտապատկերների սրահում Արշակ երկրորդ թագավորին ես այդպես էի պատկերացնում:

Ուսանողության սևեռում ուշադրության կենտրոնում էր ԽՍՀՄ բժշկական գիտությունների թղթակից-անդամ, հոգեբուժության ամբիոնի վարիչ, պրոֆեսոր Անդրանիկ Մեհրաբյանը: Դա բացատրվում էր նախ այն համաճանգով, որ նա ուսանողական գիտական ընկերության գիտական ղեկավարն էր և սերտորեն կապված էր ուսանողների մասնավորապես՝ գիտական խմբակներում ընդգրկված ուսանողների հետ, այնուհետև նրա առարկան ուներ առանձնահատուկ հրապույր և վերջապես ինքը՝ Անդրանիկ Համբարձումովիչը բազմաթիվանդակ և չափազանց լայն մտահորիզոն ունեցող հետաքրքիր ամձավորություն էր: Նա բժշկական և փիլիսոփայական գիտությունների դուկտոր էր, լավ տիրապետում էր հռետորական արվեստին և կարողանում էր իր դասախոսություններին հա-

ղորդել առանձին հմայք: Բազմաթիվ գվարճալի պատմություններ էին պատվում նրա անձի շուրջը, մի մասը իրական, մյուսը՝ հավանաբար խորինված ուսանողների կողմից: Պատմում էին, որ մեկ անգամ, համայցի ժամանակ, որին մասնակցում էին մի խումբ ուսանողներ, պրոֆեսոր Մեհրաբյանը նկատում է, որ Վարդուշ անունով մի հիվանդ ռետինե կրկնակոշիկին (ժողովուրդն ասում էր «գալոշ») մի թել կապած քար է տալիս հատակի վրայով, հետո էլ բացականչում՝ «տու-տու», իբր ավտոմեքենայի ազդանշան է տալիս: Պրոֆեսոր Մեհրաբյանը ոգևորված սկսում է ուսանողներին բացատրել:

— Տեսնու՞մ եք, այս հիվանդը համոզված է, թե մա մեքենա է վարում և մա այդ ամենը ընկալում է, որպես ռեալ իրականություն: Նա տառապում է շիզոֆրենիայով և իրականությունը ընկալում է աղճատված կերպով: Այժմ ես կհարցնեմ և դուք կհամոզվեք, որ դա այդպես է: Մոտենալով հիվանդին՝ պրոֆեսոր Մեհրաբյանը դիմում է նրան:

— Վարդուշ, այդ ի՞նչ է, ավտոմեքենա ե՞ս վարում, այդ ի՞նչ լավ ավտո է... Վարդուշը, կկոցելով աչքերը և սադայելյան ժայտը դեմքին՝ նայելով պրոֆեսորին, զարմացած բացականչում է:

— Գի՞ժ ես, ի՞նչ է, չե՞ս տեսնում, որ գալոշ եմ քշում:

Այս պատասխանից պրոֆեսոր Մեհրաբյանը շանթահարված՝ արագ հեռանում է Վարդուշից, քանի դեռ նա մի նոր անակնկալ չէր մատուցել:

Պրոֆեսոր Արշակ Հակոբյանը հանրապետության մյադաբանության հեմապոններից էր: Զլինելով բժշկագիտության դուկտոր՝ նա իր գիտամանկավարժական մեծ վաստակի համար արժանացել էր պրոֆեսորի կոչման և հանդիսանում էր մյադաբանության ամբիոնի վարիչը: Նա հմուտ մյադաբան էր, գործնական բժշկության լավագույն մեթոդաբաններից մեկը: Իր չգործած ո՞ր մեղքի համար նա ընկավ պավլովյան մեթոդի «հակառակորդների» շարքը, այդպես էլ մնաց անհայտ, սակայն փաստը մնում է փաստ, որ «Մեդիցինսկի ութնունիկ» թերթում տպագրվեց մի փոքրիկ հաղորդում, որտեղ, ի թիվս մի շարք այլ գիտնականների, քննադատվում էր նաև պրոֆեսոր Արշակ Հակոբյանը՝ պավլովյան ուսմունքից շեղվելու համար: Դա 1951 թվականն էր, երբ Ստալինի ցուցումով գյուղատնտեսական ակադեմիայի լիսենկոյան սեսիայի սցենարով ԽՍՀՄ բժշկական գիտությունների ակադեմիայի սեսիայում հանդես եկավ ակադեմիկոս Կոնստանտին Բիկովը, որը «օրենքից դուրս» հայտարարեց ֆիզիոլոգիայի և, առհասարակ տեսական բժշկության բոլոր այն ուղղությունները և դրույթները, որոնք, ըստ իր ըմբռնման, շեղվում էին պավլովյան սկզբունքներից: Համապատասխանաբար, «ջախջախիչ» քննադատության ենթարկվեցին բոլոր այն գիտնականները, որոնք այս կամ այն կերպ շեղվել էին պավլովյան մեթոդի սկզբունքներից և դրանց մեջ առաջին հերթին աշխարհառչակ գիտնական, ակադեմիկոս Լևոն Օրբելին: Անհեթեթությունը հասավ այնտեղ, որ ակադեմիկոս Օրբելին մեղադրվեց

այն ուսմունքից շեղվելու մեջ, որի հեղինակը՝ ակադեմիկոս Իվան Պավլովը, Օրբելու աշխատանքները ներկայացրել էր Նոբելյան մրցանակի: Եվ սկսվեց ողջ երկրով մեկ ջարդարարական արշավանք «հասկա-«պավլովականների» դեմ: Ռազմաբժշկական ակադեմիայի պետի պաշտոնից և մյուս բոլոր պաշտոններից ազատվեց բժշկական ծառայությունների գեներալ-գնդապետ ակադեմիկոս Լևոն Օրբելին և իրենց զբաղեցրած պաշտոններից ազատվեցին բոլոր նրանք, որոնք այս կամ այն կերպ առնչվում էին Օրբելու դպրոցին: Եվ ահա, ինչպես նշեցի վերը, պրոֆեսոր Հակոբյանը նույնպես բաժին ստացավ զաղափարական այս կարկտահարությունից: Հողվածը տպագրվելու հաջորդ օրը նա դասախոսություն ուներ չորրորդ կուրսի հայկական բաժնի ուսանողների համար, իսկ մենք սովորում էինք երրորդ կուրսում: Դասախոսությունը դեռ չէր սկսվել և ուսանողները լսարանի առջև հավաքված աշխույժ քննարկում էին «Մեդիցինական ռաբոտնիկ» թերթում տպված հոդվածը, որտեղ շոշափվել էր նաև պրոֆեսոր Ա.Հակոբյանի անունը, երբ այդ խմբին է մոտենում նույն կուրսի առավել ակտիվ ուսանողներից մեկը և ընդգծված հետաքրքրասիրությամբ ցանկանում է իմանալ, թե այդ ինչի՞ մասին են այդպես կրքոտ խոսում իր ընկերները: Քննարկման մասնակիցներից մեկը՝ Կոնստանտին Նազարեթյանը, որն այսօր դատաբժշկական փորձաքննության ամբիոնի պրոֆեսորներից է, բարեհեղձի և անմեղ արտահայտություն տալով իր դեմքին ասում է.

– Ո՞նց թե, բա չե՞ս կարդացել, երեկվա «Մեդիցինական ռաբոտնիկ»-ը Արշակ Հայրապետովիչին որպես մեծ պավլովականի լավ գովել են:

– Ի՞նչ ես ասում, – բացականչում է այդ ուսանողը, – դա մեծ պատիվ է մեր ինստիտուտի և, եթե ուզում ես իմանալ, նաև մեր Սովետական Հայաստանի համար: Հարկավոր է կուրսի անունից շնորհավորել նրան:

Նազարեթյանը հասկանում է, որ իր ընկերը «խայծր» կույ տվեց և նեմգ ժպիտը դնեքին ասում է.

– Դե մեր միջից ամենահարմարը դու ես: Նախ դու լավ կարող ես խոսել և հետո քեզ բոլորը որպես ակտիվիստի լավ ճանաչում են:

Կողքից մյուս ընկերները նույնպես «յուղ են լցնում կրակի վրա» և մեր հերոսը ոգևորված ու սրտատրոսի սպասում է պրոֆեսորի լսարան մտնելուն, իսկ մյուսները, «մարադ» մտած աղվեսների մեծ, նստում են իրենց տեղերը՝ զավելուստի ներկայացում տեսնելու ուսանողական սաղիզմով: Լսարան է մտնում Արշակ Հայրապետովիչը՝ մտայն, թավ հոնքերը կախած մտազբաղ աչքերի վրա, ձեռքին մի երկար ցուցափայտ (այդ տարիներին չկար այսօրվա ցուցադրական տեխնիկան և սլայդատների վրա էին ցույց տալիս այս կամ այն սխեման կամ նկարը), ծանր քայլով բարձրանում է քննահարթակ և, դեռ մի կուշտ շունչ չքաշած, մեր ուսանողը տեղից ցատկելով վեր, ձեռք է բարձրացնում համարյա բացականչելով.

– Կարելի՞ է Արշակ Հայրապետովիչ:

Վերջինս զարմացած վեր է բարձրացնում թավ

հոնքերը և ասում.

– Հա, ի՞նչ է, ասելիքդ ասա:

– Միքելի Արշակ Հայրապետովիչ, – ոգևորված բացականչում է ուսանողը, – թույլ տվեք մեր ողջ կուրսի անունից շնորհավորել պավլովյան ֆիզիոլոգիայի զարգացման գործում Ձեր մեծագույն ծառայությունների համար, որի մասին գրված էր երեկվա «Մեդիցինական ռաբոտնիկ» թերթում:

– Ի՞նչ, – պայթում է պրոֆեսորը, – դե մի չքվի՛ր այստեղից, անբարտալան, թե չէ այս փայտը կփշրեն քո գլխին: Այս ասելով նա շարժվում է դեպի ուսանողը, որը զարմացած և սարսափած դուրս է թռչում լսարանից մետոքիտի մեծ, այդպես էլ չհասկանալով թե իրապես ի՞նչ կատարվեց:

Ընդմիջմանը մոտենալով տղաներին, նա զարմացած փորձում է պարզել թե ինչու՞ այդպիսի ռեակցիա տվեց պրոֆեսոր Հակոբյանը: Ընկերները համոզում են այդ ուսանողին, որ պրոֆեսորը սխալ է հասկացել, հավանաբար, անհրաժեշտ է նորից փորձել նրան շնորհավորել: Եվ ուսանողը միամտորեն հավատում է: Հավատում է և երկրորդ դասաժամի սկզբին, նորից փորձում է շնորհավորել պրոֆեսոր Հակոբյանին, մտադրվելով գործի դնել իր ողջ ճարտասանությունը, բայց այս փորձը քիչ է մնում ավարտվի լուրջ բախումով: Ուսանողը դեռ բերանը չբացած, պրոֆեսորը բռն ցատկով ցուցափայտը ճռելով շարժվում է դեպի ուսանողը, որը քաջ գիտակցելով սպառնալիքի աստիճանը, բարենաջող ծլնում է լսարանից:

Բժշկական ինստիտուտի մասին ուսանողները ջերմությամբ են հիշում դատաբժշկական փորձաքննության ամբիոնի վարիչ, պրոֆեսոր Նորայր Ավագյանին: Ընչու է մեր սովորելու տարիներին, ամբիոնի վարիչը դեռևս դոցենտ Ալեքսանդր Հովսեփյանն էր, սակայն մենք առավելապես կապված էինք Նորայր Ավագյանի հետ, որը կարճ ժամանակ անց դարձավ ամբիոնի վարիչ և հանրապետության դատաբժշկական գլխավոր փորձագետ և մեծ զարկ տվեց իր բնագավառի զարգացմանը:

Հիշելով իմ ուսանողական տարիների բժշկական ինստիտուտի երախտավորներին, չի կարելի առանձնահատուկ կերպով չնշել այնպիսի մի վառ անհատականության մասին, ինչպիսին էր պրոֆեսոր Վերգինե Միքայելյանը: Իմ ուսանողական տարիներին նա բժշկության բնագավառում առաջին կին գիտության դոկտորն էր և հանդիսանում էր բժշկական ինստիտուտի ուսումնական աշխատանքների գծով պրոռեկտորը: Պրոֆեսոր Վերգինե Միքայելյանը խորը հետք է թողել բժշկական ինստիտուտի պատմության մեջ: Պատերազմի ծանր տարիներին նա նույնիսկ եղել է ինստիտուտի տնօրենը: Նա շատ էր կապված ուսանողության հետ և երկար տարիներ վարում էր մանր-էաբանության ամբիոնի վարիչի պարտականությունները: Ծառ տարիներ անց, երբ ես արդեն աշխատում էի բժշկական ինստիտուտում, մեծագույն բավականությունն էի ունեցել աշխատելու այս խիստ ինքնատիպ, երանգավառ անհատականության հետ: Գյուլմեր-

ցու շեշտված առողջանությունը, երբեմն բառային համեմունքով շաղախված արտահայտությունները, առանձին երանգավորում էին տալիս՝ նրա գունագեղ կերպարին:

Թվարկված անհատականություններով, իհարկե, չի սպառվում ինստիտուտի երախտավորների ցանկը: Այստեղ ես հիշեցի միայն նրանց, ում հետ ունեցել եմ անմիջական շփումներ: Իսկ նրանք եղել են շատ, նրանք, որոնք կերտել են բժշկական ինստիտուտի,

իսկ այսօր՝ բժշկական համալսարանի պատմությունը:

Բժշկական ինստիտուտը՝ համալսարանը, դա շենքերը և շինությունները չեն, դա՝ մարդիկ են, դասախոսներն ու ուսանողները, որոնք «...հերթով գալիս, անց են կենում, էս անցավոր աշխարհով...» և կամքը, ոգին, գործն ու ամուսն են թողնում վաղվա սերունդներին, ամեն ոք իր ուժերի, խղճի և երախտապարտության զգացման աստիճանին համապատասխան...

Содержание

Акопян В.П.

Важнейшие стадии подготовки квалифицированных медицинских кадров. Достижения и перспективы 3

Научно-исторические обзоры

Зильфян А.В.

Основные направления научно-исследовательской деятельности ЕРГМУ в области теоретической медицины 14

Стамболцян Р.П.

Ереванский государственный медицинский университет и развитие терапии в Армении в течение 75 лет 29

Саруханян О.В., Мириджанян М.М.

Роль Ереванского государственного медицинского университета им. М. Гераци в развитии хирургии в Армении 35

Аствацатрян В.А., Барсегян Р.Г., Арустамян С.С.

Роль факультета педиатрии в организации детского здравоохранения и деле подготовки педиатрических кадров в республике 41

Адамян К. Г.

Ереванский государственный медицинский университет им. М. Гераци и формирование кардиологической науки в Армении 48

Абрамян Р.А.

Подготовка акушерско-гинекологических кадров в Ереванском государственном университете им. М. Гераци 51

Научные публикации

Оганесян О.В.

Биологическая артродистика локтевого сустава 54

Федоров В.Д., Адамян А.А.

Восстановление передней брюшной и грудной стенок после обширных резекций по поводу опухолей 60

Мирзоян Р.С.

Фармакологический анализ разнонаправленных нейромедиаторных систем регуляции мозгового кровообращения 66

Пирузян Л.А.

Метаболическая этническая значимость для стратегии в токсикологии, фармакологии, гигиене, онкологии и в иммунологии у населения 74

Воспоминания...

Габриелян Э.С.

Фрагменты из студенческих воспоминаний 78

Contents

<i>Hakobyan V.P.</i> The most important stages of preparation of qualified medical workers. The achievements and prospects	3
---	---

Scientific – Historical Reviews

<i>Zilfyan A.V.</i> Basic directions of scientific-research activities of YSMU in theoretical medicine	14
<i>Stambolsian R.P.</i> Yerevan State Medical University after M. Heratsi and the development of therapy in Armenia during 75 years.....	29
<i>Saroukhanyan H.V. Mirijanyan M.M.</i> The role of Yerevan State Medical University after M. Heratsi in development of surgery in Armenia	35
<i>Astvatsatryan V.A., Barseghyan R.H., Aroustamyan S.S.</i> The role of the pediatric faculty in the organization of children's health care and preparation of pediatricians in the republic.....	41
<i>Adamyan K.G.</i> Yerevan State Medical University after M. Heratsi and formation of cardiological science in Armenia	48

<i>Abrahamyan R.A.</i> Preparation of obstetricians and gynecologists in Yerevan State Medical University after M. Heratsi	51
---	----

Scientific Publications

<i>Oganessyan O.V.</i> Biological arthroplasty of the elbow joint	54
<i>Fyodorov V.D., Adamyan A.A.</i> Reconstruction of the abdominal and thoracic walls after massive resections for tumors	60
<i>R.S. Mirzoyan</i> Pharmacologic analysis of diverse neuromediator systems in regulation of cerebral blood circulation	66
<i>Pirouzyan Z.A.</i> Metabolic ethnical significance for strategy in toxicology, hygiene, oncology and in immunization of population.....	74

Recollections...

<i>Gabrielyan E.S.</i> Fragments from student's recollections.....	78
---	----