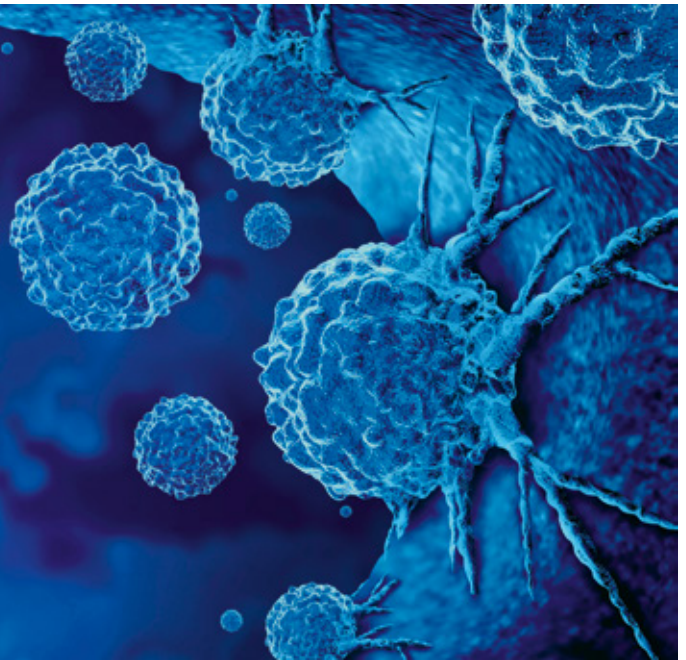


Նեյրոսկոլոգիան (Նյարդաուռուցքաբանություն) ուռուցքաբանության այն ճյուղերից է, որը ներկայումս բուռն զարգացում է ապրում հիմնական մասնագիտական դաշտին համահունչ [1]: Դա արտացոլվում է նաև նրանում, որ այդ դաշտն ամենաբազմագիտակարգայիններից մեկն է: Բացի ուռուցքաբաններից, այստեղ են ներգրավված նյարդաբաններ, նյարդավիրաբույժներ, քիմիոթերապևտներ, ճառագայթաբաններ և այլ հարակից մասնագետներ՝ կախված ուռուցքային գործընթացի բնույթից, փուլից և տեղակայումից:



Նեյրոսկոլոգիան նոր ու դեռևս ձևավորվող ուղղություն է կենտրոնական նյարդային համակարգի (ԿՆՀ) ուռուցքների, դրանց յուրահատուկ նյարդաբանական դրսևորումների, առաջացրած բարդությունների, բուժման մեթոդների և վերջիններից առաջացող բարդությունների վարման վերաբերյալ [2]: ԿՆՀ ուռուցքների մասին խոսելիս պետք է հստակ գիտակցել, որ հիվանդության հայտնաբերումը վաղ փուլերում կարող է բախտորոշ լինել բուժառույի համար, մասնավորապես, երբ խոսքը գնում է այնպիսի տեղակայման մասին, որտեղ նյարդային ուղիներն ունեն խիտ դասավորություն և կարող են նույնիսկ փոքրածավալ ու կարճատև ճգնումից գործառության մեծ կորուստների հանգեցնել:

Հանդեսի սույն համարում տեղ գտած՝ պրոֆ. Քարամյանի և համահեղինակների հոդվածում կարևորագույն ամփոփում է կատարված, այսպես ասած, «real-life» ռադիոսկոլոգիական պրակտիկայից ԿՆՀ ուռուցքների նկարագրողական վիճակագրության հավաքման և դրա միջազգային տարածվածության ցուցանիշների հետ համեմատականի շուրջ:

Ցավոք, Հայաստանն ուռուցքների հանդիպելիության և տարածվածության առումով բարձր տեղ է գրավում, այդ թվում՝ նաև ԿՆՀ ուռուցքների մասով: Դրանց սկզբնական դրսևորումները կարող են լինել ոչ օջախային գանգատների տեսքով, ընդ որում հիմնականում վերաբերում են հենց նյարդաբանական պրակտիկային: Հետևաբար ընդհանուր նյարդաբանի աշխատասեյակ այցելած բուժառույների մոտ, որոնք հատկապես գանգատվում

են գլխացավից, «ուղեղի մշուշից», առանց հստակ պատճառի դեպրեսիվ են դարձել, սկսվել են թեթև կենտրոնացման կամ հիշողության վատացման խնդիրներ, որոշակի հավանականություն կա, որ դրանք ոչ թե անցողիկ ու ոչ սպեցիֆիկ գանգատ են, այլ սկսվող ուռուցքային գործընթաց են: Ցանկալի է ամբողջացնել ախտորոշումը՝ կատարելով գլխուղեղի պատկերագրում, որը սովորաբար մագնիսառեզոնանսային շերտագրությունն է՝ իհարկե խուսափելով գերախտորոշումից:

Երբ ախտորոշվում է ԿՆՀ ուռուցք, հիվանդը սովորաբար ուղղորդվում է մասնագիտացված կենտրոն և հետագա գործընթացին նյարդաբանը ակտիվորեն չի մասնակցում: Միայն եթե հիվանդը հասել է ամոքիչ (պալիատիվ) խնամքի փուլին, կարող է կրկին հրավիրվել նյարդաբան ընթացիկ ախտանշանային բուժում իրականացնելու՝ ցավային համախտանիշ, էպիլեպտիկ ցնցումների հսկողություն և այլն:

Այնուամենայնիվ, նյարդաբանների ներգրավման անհրաժեշտություն է առաջանում հատկապես ԿՆՀ ուռուցքների բուն վիրահատական բուժման արդյունքները ճիշտ գնահատելու, նաև այլ բուժման մեթոդների ընթացքում նյարդաբանական դրսևորումների դինամիկայի գնահատման և բուժման բարդությունները վերահսկելու համար: Չմոռանալք որ ինչպես նյարդաբուժությունն ու ճառագայթաբուժությունը, այնպես էլ քիմիաթերապիան կամ իմունաբուժությունն ունեն իրենց ռիսկերը՝ կապված առողջ կենտրոնական և ծայրամասային նյարդային հյուսվածքի վնասման հետ [3]:

Մեծ դեր են ստանում նեյրոֆիզիոլոգիական մեթոդները, որպես վիրահատական գործընթացի, միջամտության ուղղորդման կարևոր գործոններ: Ներվիրահատական նեյրոմոնիտորինգի շնորհիվ վիրաբույժները կարողանում են շատ ավելի հստակ պատկերացնել կատարվող միջամտության ընթացքը, ինչպես նաև հնարավորինս խուսափել կարևոր կեղևային գոտիների ներգրավումից [4]:

Հարկ է նշել նաև, որ նյարդաբանը հատկապես մեծ օգուտ կարող է բերել բուժառուին, եթե ուշադիր լինի հարուռուցքային (պարանեոպլաստիկ) նյարդաբանական համախտանիշների հայտնաբերմանը, քանի որ երբեմն դրանք ի հայտ են գալիս տարբեր չարորակ ուռուցքային հիվանդությունների վաղ փուլում և օգնում են վաղաժամ բուժման կիրառմանը, հետևաբար՝ շատ ավելի լավ արդյունք ունենալուն:

Այսպիսով, սույն խմբագրականի նպատակն էր մի կողմից ուռուցքաբանների և այլ հարակից մասնագետների ուշադրությունը հրավիրել նյարդաբանների և կլինիկական նեյրոֆիզիոլոգների հետ համագործակցության կարևորության հարցին: Մյուս կողմից, հաշվի առնելով ներկայիս միտումները, ընդգծել նյարդաբանի մեծացող դերը որպես ԿՆՀ ուռուցքներ ունեցող բուժառուների վարման կարևոր կապակցող օղակի և ավելի ակ-

տիվ մասնակցի: Ուստի Հայաստանում գործող նյարդաբաններին հորդորում ենք ավելի եռանդուն կերպով ներգրավվել բուժառուների վարման հարցերում:

Վերջում, ցանկանում ենք ուրախությամբ նշել, որ 2024-ը մեզ համար հատկանշական էր նրանով, որ առաջին անգամ հանդեսը մեկ տարվա ընթացքում ունեցավ երեք համար՝ նախկին տարիների երկուսի համեմատ: Դա վկայում է մեր գործընկերների ու հարակից մասնագետների մեծացող հետաքրքրության մասին, ինչը շատ ողջունելի է: Մենք էլ մեր կողմից կաշխատենք բարձր պահել հանդեսի չափորոշիչները՝ ձգտելով մոտ ապագայում դասվել միջազգային վարկանիշ ունեցող հանդեսների շարքին:

Շնորհավոր Ամանոր և Սուրբ Ծնունդ:



Դավիթ Աբրահամյան



Սամսոն Խաչատրյան

ԱԲՀՀ գլխավոր համախորագիրներ

ՀՂՈՒՄՆԵՐ

1. Barden M, Omuro A. Top advances of the year: Neuro-oncology. Cancer. 2023;129(10):1467-72
2. Welch M. Management of complications in neuro-oncology patients. Continuum (Minneapolis Minn). 2023;29(6):1844-71
3. Grisold W, Heimans J, Postma T, Grant R, Soffietti R,

The Neuro-oncology Panel of the EFNS. The position of the neurologist in neuro-oncology¹. Eur J Neurol. 2002;9(3):201-5

4. Keeble H, Lavrador J, Pereira N et al. Electromagnetic navigation systems and intraoperative neuromonitoring: reliability and feasibility study. Operative Surg. 2021;20(4):373-82