

II ԳԼՈՒԽ

ՕՊԵՐԱՏԻՎ ՎԻՐԱԲՈՒԺՈՒԹՅՈՒՆ

**ԹԵՄԱ 1. ՕՊԵՐԱՏԻՎ ՎԻՐԱԲՈՒԺՈՒԹՅՈՒՆ ԱՌԱՐԿԱՆ:
ՎԻՐԱՀԱՏՈՒԹՅԱՆ ՀԻՄՆԱԿԱՆ
ՄԿՋԲՈՒՆՔՆԵՐԸ: ՎԻՐԱՀԱՏՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ
ԴԱՍԱԿԱՐԳՈՒՄԸ, ՓՈՒԼԵՐԸ,
ԱՆՎԱՆՈՒՄՆԵՐԸ: ՎԻՐԱԲՈՒԺԱԿԱՆ
ԳՈՐԾԻՔՆԵՐԻ I-V ԽՄԲԵՐԸ**

Օպերատիվ վիրաբուժությունն առարկան: Օպերատիվ վիրաբուժությունը գիտություն է վիրահատությունների ընդհանուր սկզբունքների և վիրահատությունների կատարման կանոնների ու տեխնիկական առանձնահատկությունների մասին: Օպերատիվ վիրաբուժությունն առարկայի ուսումնասիրությունը հնարավորություն է տալիս՝

1. հասկանալու վիրահատական բուժման ընդհանուր սկզբունքները՝ պայմանավորված ախտաբանական պրոցեսների և ֆունկցիոնալ խանգարումների առանձնահատկություններով,

2. տիրապետելու վիրահատական միջամտությունների (առաջին հերթին հյուսվածքների անջատման և միացման) որոշակի սկզբունքներին, արյունահոսության դադարեցման ժամանակավոր ու վերջնական եղանակներին,

3. տիրապետելու և կատարելու տիպիկ վիրահատական միջամտություններ, մասնավորապես՝ անհետաձգելի վիրահատություններ հիվանդի կյանքին սպառնացող ախտաբանական պրոցեսների դեպքում,

4. հասկանալու հետվիրահատական բարդությունների և սխալների պատճառները:

Վիրահատությունը բուժման կամ ախտորոշման նպատակով հյուսվածքների կամ օրգանների վրա կատարվող որևէ մեխանիկական ներգործությունն է, որն ուղեկցվում է հյուսվածքների անջատումով և հետագա վերականգնումով:

Վիրահատության ընդհանուր սկզբունքները: Վիրահատություն կատարելիս վիրաբույժի միակ խնդիրը հիվանդի առողջության վերականգնումը և պահպանումն է, որի համար նա պետք է առաջնորդվի հետևյալ սկզբունքներով՝

- 1.անատոմիական հասանելիություն,
- 2.տեխնիկական հնարավորություն,
- 3.ֆիզիոլոգիական թույլատրելիություն:

Անատոմիական հասանելիություն: Վիրահատության ենթակա օրգաններից կամ հյուսվածքներից ոչ բոլորն են հեշտ հասանելի վիրաբույժի համար: Անատոմիական հասանելիությունը լայն հասկացություն է: Կան օրգաններ, որոնք վիրահատության համար հեշտ հասանելի են՝ ստամոքս, աղիքներ, լյարդ, և կան դժվար հասանելի օրգաններ՝ կերակրափող, հետին միջնորմ, կան նույնիսկ անհասանելի օրգաններ՝ գանգի հիմ:

Տեխնիկական հնարավորություն: Ժամանակակից վիրաբուժության զարգացումը հնարավորություն է ստեղծել կատարելու վիրահատություններ, որոնց մասին մի քանի տասնյակ տարի առաջ նույնիսկ երազել հնարավոր չէր:

Այսօր կատարվում են սրտի և խոշոր անոթների վիրահատություններ՝ օգտագործելով արհեստական սրտի սարքավորումներ: Ժամանակակից բժշկական տեխնիկայի զարգացումը և նոր սարքավորումների օգտագործումը կտրուկ մեծացրել են վիրահատությունների տեսակները:

Ֆիզիոլոգիական թույլատրելիություն: Հաշվի առնելով, որ վիրահատության հիմքում ընկած է հիվանդի կյանքի պահպանումը՝ վիրահատության ենթարկվող որոշ օրգանների ֆունկցիայի պահպանումը պարտադիր է: Օրինակ՝ ենթաստամոքսային գեղձը համեմատաբար հեշտ հասանելի է վիրահատության համար, սակայն այս օրգանի վիրահատության ժամանակ պետք է ձգտել պահպանել գոնե մի մասի ֆունկցիան, քանի որ հիվանդի կյանքն առանց այդ օրգանի դժվար է պատկերացնել: Այսպիսով, եթե վիրաբույժը վիրահատում է կենսական կարևոր որևէ օրգան, ապա միշտ պետք է ձգտի պահպանելու այդ օրգանի մի հատվածը՝ բավարար ֆունկցիայով:

Ցանկացած վիրաբուժական վիրահատություն բաղկացած է երեք մասից (փուլից)՝

1. վիրահատական մուտք,
2. վիրահատական եղանակ,
3. վիրահատության ելք:

Վիրահատական մուտքը վիրահատության առաջին փուլն է, որն ապահովում է վիրահատության ենթակա օրգանի կամ հյուսվածքի առավելագույն մերկացումը: Վիրահատական մուտքը պետք է լինի ռացիոնալ՝ առաջին հերթին այն պետք է նպաստի օրգանի առավելագույն մերկացմանը, որը հնարավորություն է տալիս վիրաբույժին ազատ կատարելու վիրահատություն, և, միաժամանակ, վիրահատական մուտքը պետք է նվազագույնս վնասակար լինի այն օրգանների և հյուսվածքների համար, որոնք հատվում են մուտքը ապահովելու համար: Վիրահատական մուտքը յուրահատուկ չէ տվյալ վիրահատության համար: Նույն վիրահատական մուտքով կարելի է կատարել վիրահատություններ տարբեր օրգանների վրա, օրինակ՝ նույն վիրահատական մուտքով՝ միջին լապարատոմիայով, հնարավոր է վիրահատել ստամոքսը, լյարդը, լեղապարկը, բարակ և հաստ աղիքները: Վիրահատական մուտքի ռացիոնալ ընտրությամբ է

պայմանավորված ոչ միայն վիրահատության ընթացքը, այլև հետվիրահատական ընթացքը և վիրահատության ելքը: Օրինակ՝ լապարատոմիա կատարելու համար առաջարկված է մոտ 500 եղանակ, որից վիրաբույժը օգտագործում է 10-12 տիպիկ կտրվածքներ՝ որոշ մոդիֆիկացիաներով: Ոչ ռացիոնալ վիրահատական մուտքը, վնասվածքային մեծ կտրվածքները հետվիրահատական ճողվածքների զարգացման պատճառ են, որն ավելի շատ նեղություն է պատճառում հիվանդին, քան այն հիվանդությունը, որի կապակցությամբ կատարվել է վիրահատությունը: Ոչ ճիշտ ընտրած վիրահատական մուտքը կարող է նյարդի և խոշոր անոթների ճնշման կամ վնասման, մկանների ապաճման, կողերի ոչ ճիշտ սերտաճման պատճառ լինել: Այսպիսով, վիրահատական մուտքի հիմնական պահանջներն են՝ օրգանի առավելագույն մերկացումը և հատվող հյուսվածքների նվազագույն վնասումը: Հասկանալի է, որ վիրահատական մուտքը չի կարող նույնանման լինել բոլոր դեպքերում: Վիրահատության ենթակա օրգանի չափերը, ախտաբանական փոփոխությունների աստիճանը, օրգանների հետ փոխհարաբերությունը մեծ ազդեցություն ունեն վիրահատական մուտքի ձևի և կտրվածքի չափերի վրա: Մեծ նշանակություն ունեն նաև հիվանդի տարիքը, կառուցվածքային առանձնահատկությունները և վիրահատության ենթարկվող շրջանի տեղագրությունը: Վերը նշվածը ստիպում է վիրաբույժներին խստորեն ուսումնասիրել և վերլուծել ընտրվող վիրահատական մուտքերը: Որոշ դեպքերում վիրահատական մուտքը փոփոխության է ենթարկվում հենց վիրահատության ընթացքում՝ պայմանավորված օրգանի մերկացումից հետո հայտնաբերված ախտաբանական փոփոխությունների աստիճանով և տարածվածությամբ:

Վիրահատական եղանակը կամ տեխնիկան վիրահատության երկրորդ փուլն է, որը յուրահատուկ է տվյալ վիրահատության համար և արտացոլում է վիրահատության իմաստը, ընտրված տեխնիկական առանձնահատկությունները: Վիրահատական եղանակը օրգանի վրա

կատարվող գործողությունն է: Օրինակ՝ լեղապարկի հեռացում, ստամոքսի մասնահատում, վահանագեղձի մասնակի հեռացում և այլն: Նույն վիրահատական եղանակը կարող է կատարվել տարբեր վիրահատական մուտքերով: Օրինակ՝ լեղապարկի հեռացումը կարելի է կատարել միջին լապարատոմիայի օգնությամբ, թեք կտրվածքով կամ լապարասկոպի օգնությամբ: Վիրահատական եղանակը կամ տեխնիկան, որն ընտել է վիրաբույժը, պայմանավորված է հիվանդի ընդհանուր վիճակով, օրգանում զարգացած ախտաբանական պրոցեսի աստիճանով և տեղագրական առանձնահատկություններով:

Վիրահատական ելքը վիրահատության երրորդ փուլն է, որի ընթացքում վիրաբույժը վերականգնում է վիրահատության ժամանակ հյուսվածքների խախտված ամբողջականությունը: Վիրահատական ելքը կարող է իրականացվել հատված հյուսվածքների խուլ կարումով կամ հյուսվածքների վերականգնումով, վիրահատության ենթարկված շրջանի միաժամանակյա դրենավորմամբ՝ հատուկ դրենաժներով: Որոշ դեպքերում կարող են կիրառվել տամպոններ կամ վիրակապական այլ նյութեր:

Վիրահատությունների անվանումը: Վիրահատությունների անվանումները կազմված են երկու մասից: Առաջինը այն օրգանի անվանումն է, որը ենթարկվում է վիրահատության, իսկ երկրորդը վիրահատական տեխնիկայի անվանումն է: Օրինակ՝ ստամոքսի մասնահատում, որդանման ելունի հեռացում, կրծքավանդակի հատում և այլն: Բժշկական, մասնավորապես վիրաբուժական գրականության մեջ ընդունված է վիրաբուժական վիրահատությունների անվանումը ձևավորելիս գործածել լատիներեն կամ հունարեն անվանումներ: Հաճախակի գործածվում են հետևյալ տերմինները՝ *tomia*-հատում, *stomia*-խուլակի ձևավորում, *ectomia*օրգանի ամբողջական հեռացում, *resection*-օրգանի մի մասի հեռացում, *amputacio*-օրգանի կամ վերջույթի դիստալ մասի հեռացում, *ecstirpacio*-անջատում, պոկում, արմատախիլ անել, *trepanacio*-ոսկրերի

հատում և այլն: Երբ գործածվում են լատիներեն և հունարեն տերմիններ, վիրահատությունների անվանումները կազմվում են հետևյալ կերպ՝ laparatomia-որովայնի հատում, tracheostomia- շնչափողի խուղակի ձևավորում, resection ventriculitissտամոքսի մասնահատում և այլն:

Վիրահատությունների դասակարգումը: Վիրահատությունների դասակարգումը պայմանավորված է վիրահատությունների տեխնիկական առանձնահատկություններով, հետապնդվող նպատակներով և մի շարք այլ պայմաններով, որոնք կարող են դրվել դասակարգման հիմքում:

Վիրաբուժական միջամտությունները բաժանվում են երկու խմբի՝ արյունային և ոչ արյունային: Երկրորդ խմբին պատկանում են ոսկրաբեկորների համադրումը տեղաշարժով կոտրվածքների ժամանակ, հոդախախտերի ներուղղումը: Բոլոր մյուս վիրահատություններն անվանում են արյունային: Պայմանավորված այն հանգամանքով, թե ինչպիսին է վիրահատական և հետվիրահատական բարդությունների զարգացման հավանականությունը, վիրաբուժական վիրահատությունները բաժանվում են երկու խմբի՝ մեծ և փոքր վիրահատությունների: Մեծ են այն

վիրահատությունները, որոնց ընթացքում կարող են զարգանալ բարդություններ, այդ թվում և մահացու: Փոքր վիրահատությունների ընթացքում սովորաբար բարդություններ չեն զարգանում (ամբուլատոր վիրահատություն): Հաշվի առնելով վիրահատության նպատակը՝ դրանք լինում են բուժական և ախտորոշիչ: Ըստ վիրահատության բնույթի՝ վիրահատությունները լինում են արմատական (ռադիկալ) և ամոքիչ (պալիատիվ): Եթե վիրահատության ընթացքում հնարավոր է ամբողջությամբ հեռացնել կամ վերացնել ախտաբանական պրոցեսը, ապա վիրահատությունը արմատական է: Այն վիրահատությունները, որոնք մեղմացնում են

հիվանդի տառապանքները և վերացնում են հիվանդի կյանքին անմիջական սպառնալիք հանդիսացող բարդությունները, սակայն չեն վերացնում հիմնական հիվանդությունը, ամոքիչ են: Եթե վիրահատությունների դասակարգման հիմք ընդունվեն վիրահատության ժամկետները և բարդությունների զարգացման հավանականությունը, ապա վիրահատությունները լինում են անհետաձգելի, շտապ և պլանային: Եթե բարդությունների զարգացման հավանականությունը ուղիղ համեմատական է վիրահատության կատարման ժամկետներին, ապա վիրահատությունն անվանվում է անհետաձգելի: Այսինքն՝ որքան ուշ է կատարվում վիրահատական միջամտությունը, այնքան մեծ է բարդությունների զարգացման հավանականությունը: Պլանային վիրահատությունների ժամանակ վիրահատության կատարման ժամկետների և բարդությունների զարգացման հավանականության միջև այդ ուղիղ համեմատական կապը բացակայում է: Հետևաբար այս կարգի վիրահատությունները կարելի է կատարել ցանկացած ժամանակ: Շտապ են այն վիրահատությունները, որոնք կարող են հետաձգվել որոշ ժամանակով, երբ անհրաժեշտություն կա հիվանդին լրացուցիչ հետազոտելու կամ նախապատրաստելու վիրահատության: Այն դեպքում, երբ վիրահատության երկրորդ փուլը՝ վիրահատական տեխնիկան, անմիջապես հետևում է առաջին փուլին՝ վիրահատական մուտքին, վիրահատությունը միանվագ է: Այն վիրահատությունները, որոնց առաջին և երկրորդ փուլերի միջև ընկած է որոշակի ժամանակ, երկնվագ կամ բազմանվագ վիրահատություն են:

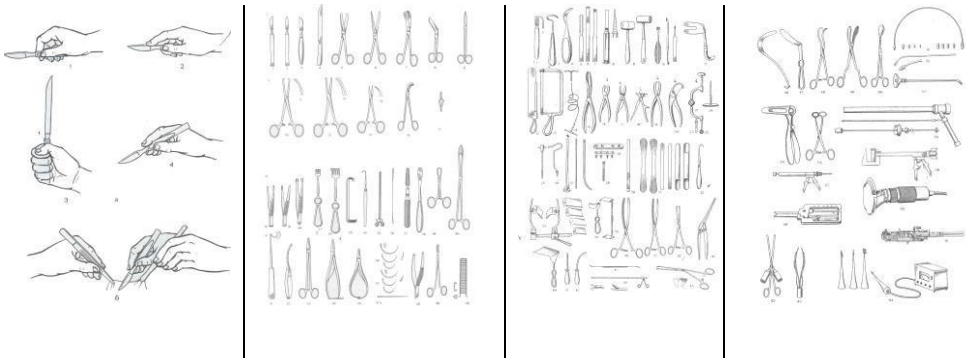
Վիրահատությունները կարող են լինել առաջնային և երկրորդային: Առաջնային վիրահատությունը կատարվում է տվյալ ախտորոշմամբ առաջին անգամ, իսկ երկրորդային կամ կրկնակի վիրահատությունները նույն ախտորոշմամբ երկու և ավելի անգամ կատարվող վիրահատություններն են: Երկրորդային են նաև այն վիրահատությունները, որոնք կատարվում են առաջին

վիրահատության հետևանքով զարգացած բարդությունների ժամանակ: Օրինակ՝ լապարատոմիա սուր ապենդիցիտի և պերիտոնիտի կապակցությամբ և կրկնակի լապարատոմիա կամ ռելապարատոմիա առաջին վիրահատությունից հետո շարունակվող պերիտոնիտի կապակցությամբ: Վիրահատությունները, որոնք կատարվում են օրգանի կորցրած անատոմիան կամ ֆունկցիան վերականգնելու նպատակով, կոչվում են պլաստիկ, վերականգնողական կամ ռեկոնստրուկտիվ վիրահատություններ: Այս խմբի մեջ են մտնում նաև հյուսվածքների փոխպատվաստումները (տրանսպլանտացիա):

Վիրահատությունները, որոնց դեպքում անհրաժեշտ են հատուկ միկրովիրաբուժական (այդ թվում և օպտիկական) սարքավորումներ ու գործիքներ, անվանում են միկրովիրաբուժական: Հատուկ էնդոսկոպների օգնությամբ կատարվող վիրահատությունները (թորակոսկոպ, լապարոսկոպ, արթրոսկոպ) էնդոսկոպիկ վիրահատություններ են :

Վիրաբուժական գործիքներ: Վիրաբուժական վիրահատությունների ցանկացած փուլում կատարվող գործողությունների համար անհրաժեշտ է կիրառել հատուկ վիրաբուժական գործիքներ (նկ.1): Վիրահատության փուլերում օգտագործվող գործիքները բաժանվում են հինգ խմբի՝

1. հյուսվածքները անջատող,
2. արյունահոսությունը դադարեցնող,
3. ֆիքսող, լայնացող և օժանդակ,
4. հատուկ կիրառություն ունեցող,
5. հյուսվածքները միացնող:



Նկար 1. Վիրաբուժական գործիքներ:

Վիրաբուժական գործիքներ.

1. Դրանք պետք է ունենան պարզ կառուցվածք, որը նպաստում է ապահով աշխատանքին և օգնում է կատարելու այն գործողությունները, որոնց ժամանակ կիրառվում են այդ գործիքները:

2. Գործիքը պետք է օգտագործելուց հետո հեշտությամբ լվացվի և ենթարկվի ախտահանման: Այս նպատակով բոլոր գործիքներն ունեն ողորկ մակերես, իսկ մի քանի մասից կազմված գործիքների բոլոր հատվածները հեշտ հասանելի են մաքրելու համար:

3. Վիրաբուժական գործիքները հեշտությամբ պետք է դիմակայեն բոլոր մեխանիկական ազդեցություններին: Բացի դրանից, ախտահանման ժամանակ դրանք պետք է կայուն լինեն բարձր ջերմաստիճանի և քիմիական ազդակների նկատմամբ:

4. Գործիքները պետք է լինեն հեշտ կիրառելի, քանի որ վիրաբուժական գործիքը վիրահատության ընթացքում դառնում է վիրաբույժի ձեռքի անմիջական շարունակությունը, այն պետք է ձեռքի հետ կազմի մեկ ամբողջություն:

5. Դրանք պետք է ունենան փոքր ծավալ և թեթև քաշ: Որոշ գործիքների բռնիչները սնամեջ են: Այս հատկանիշների շնորհիվ վիրաբույժի ձեռքերը չեն հոգնում:

Հյուսվածքներն անջատող գործիքներից են կտրող, ծակող, սղոցող, անջատող և քերող գործիքները՝ նշտարներ, դանակներ, մկրատներ, սղոցներ, դուրեր, շաղափներ, կրծաններ, սուր գդալներ, մուրճեր, ոռոգիչներ:

Արյունահոսությունը դադարեցնող գործիքներից են արյունականգ սեղմակները, որոնք միմյանցից տարբերվում են բրանշների ծայրերի կառուցվածքով: Այս խմբի մեջ են մտնում նաև լիգատուրային ասեղները:

Ֆիքսող, լայնացնող և օժանդակ գործիքներից են վիրաբուժական ունեյիները, վերքը լայնացնող կարթերը, հատուկ վերքալայնիչները, վիրաբուժական տարբեր տեսակի զոնդերը, հայելիները: Հատուկ կիրառության գործիքները օգտագործվում են տարբեր վիրաբուժական միջամտությունների ժամանակ: Օրինակ՝ տրախեոտոմիայի, ադինների մասնահատման, տրեպանացիայի համար անհրաժեշտ են հատուկ գործիքներ, որոնք չեն կիրառվում այլ վիրահատությունների ժամանակ՝ տրախեոտոմիկ խողովակներ, տրեպաններ, ադիքային սեղմակներ և այլն: Հյուսվածքները վերականգնող գործիքների օգնությամբ կատարվում է հատած հյուսվածքների վերականգնում: Այս խմբի հիմնական գործիքներն են տարբեր տեսակի վիրաբուժական ասեղները և ասեղնաբունիչները, ժամանակակից հյուսվածքները կարող սարքերը և կարանյութերը:

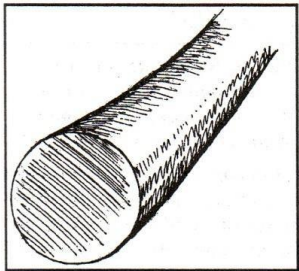
Վիրաբուժական կարերի կիրառումը: Կարային նյութեր

Յուրաքանչյուր վիրահատություն ներառում է հյուսվածքների միացման փուլ: Հյուսվածքների միացման ներկայումս կիրառվող միակ մեթոդը կարելն է՝ տարբեր կարանյութեր կիրառելով: Կարանյութը օտար մարմին է, որը կիրառվում է հյուսվածքները միացնելու համար՝ սպի առաջացնելու նպատակով: Կարանյութերը ունեն կենսաբանական համատեղելիություն (իներտություն), կենսաբանական դեգրադացիայի (ներծծվելու) ունակություն, ատրավմատիկություն, ամրություն:

Կենսաբանական համատեղելիությունը (ինտերտությունը) որոշվում է կարանյութի հանդեպ օրգանիզմի հյուսվածքների ռեակցիայով:

Լավագույն է այն կարանյութը, որը նվազագույն ռեակցիա է առաջացնում օրգանիզմում, չունի օնկոգեն, ալերգոեն, տոքսիկ ազդեցություն: Չներծծվող, մոնոֆիլամենտ թելերն ավելի ինտերտ են (նկ.2), քան ներծծվող, ոչ մոնոֆիլամենտ (պոլիֆիլամենտ, օրինակ՝ հյուսած կամ ոլորված) թելերը: Ներծծվելու ունակությունը և ժամկետները կարևոր են առավելապես այն առումով, որ հյուսվածքում սպին պետք է առաջանա ավելի շուտ, քան կներծծվի կարանյութը: Օրինակ՝ եթե ջլոնի սպին առաջանում է 21-րդ օրը, իսկ դրա եզրերը միացնող թելը ներծծվում է 14-րդ օրը, ապա թելի ներծծումից հետո ջլոնի եզրերը կհեռանան:

Ատրավմատիկությունը ինտերտության հասկացություններից մեկն է, ցույց է տալիս հյուսվածքներով անցնելու կամ դրանց մեջ գտնվելու ընթացքում թելի ցուցաբերած վնասող հատկության բացակայությունը: Ատրավմատիկ են առաձգական, ճկուն, հարթ մակերես ունեցող, ասեղին կպած, դրա շարունակությունը հանդիսացող թելերը: Թելի ամրությամբ որոշվում է, թե ինչ տրամագծի թելերով կարելի է կարել հյուսվածքները և ստանալ ամուր սպի: Պետք է հիշել, որ հանգույցներում թելը կորցնում է իր ամրությունը 10-50%-ով:

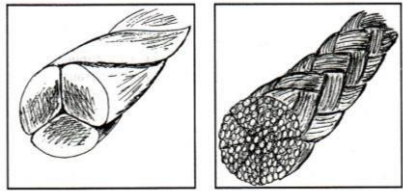


Նկար
2.

**Մոնոֆիլամենտ
թելը կտրվածքի վրա:**

Պոլիֆիլամենտ թելերը լինում են ոլորված, հյուսած, կոմպլեքս: Այն կազմված է բազմաթիվ փոքր թելերից: Պոլիֆիլամենտ թելերն ունեն

«սղոցի էֆեկտե (նկ.3), հյուսվածքով անցնելիս սղոցում, վնասում են այն: Հաճախ դրանք պատում են թաղանթով՝ սղոցի էֆեկտը նվազեցնելու համար:



Նկար 3.
Պոլիֆիլամենտ
թելերը կտրվածքի
վրա:



Ներծծվող կարանյութեր: Այս խմբից են կետգուտը (ստանում են կենդանիների աղիքների ենթալորձային շերտից), քրոմացված կետգուտը, կոլագենը, օկցելոնը, կացելոնը (կարանյութ ցելյուլոզայի հիմքի վրա), պոլիստրբը, բիոսինը, մոնոկրիլը, վիկրիլը, դեքստոնը, մակտոնը (պոլիգլիկոլիդի հիմքի վրա), պոլիդիոքսանոնը, պոլիուրետանը:

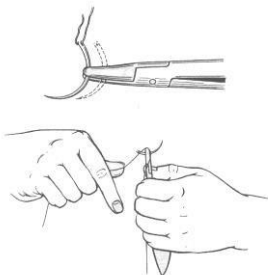
Չներծծվող կարանյութերն են՝ մետաքսը, կապրոնը (կարանյութ պոլիամիդի հիմքի վրա), լավսանը, մերսիլենը, էթիբոնոլը (կարանյութ պոլիէֆիրի հիմքի վրա), սուրժիպրոն, պոլիպրոպիլենը (պրոլեն), սուրժիլենը (պոլիօլեֆինի հիմք), կորալենը (պոլիվինիլիդենի հիմք), գորտեքսը, վիտաֆոնը (ֆտորպոլիմերի հիմքի վրա), մետաղալարը, մետաղական փակագծերը: Մետաքսը և կապրոնը ավանդաբար դասվում են չներծծվող թելերի խմբում, բայց ներկայումս մի շարք մասնագետների կողմից դրանք համարվում են ներծծվող թելեր:

Մոնոֆիլամենտ թելերը կտրվածքի վրա ունեն համասեռ կառուցվածք, մակերեսը հարթ է: Մոնոֆիլամենտ են պոլիպրոպիլենը, մոնոկրիլը, կապրոֆիլը, պոլիդիոքսանոնը (ՊԴՍ):

Ներկայումս պոլիֆիլամենտ թելերից կետգուտը և մետաքսը դուրս են գալիս կիրառումից: Կետգուտը ռեակտոզեն է, առաջացնում է ասեպտիկ մեռուկ, նպաստում վերքում բորբոքման զարգացմանը, արագ կորցնում է ամրությունը: Մետաքսը, չնայած իր լավ ֆիզիկական հատկություններին, առաջացնում է հյուսվածքային արտահայտված ռեակցիա, ասեպտիկ մեռուկ (ինչպես և կետգուտը), ունի պատրոյգային հատկություններ: Առավել հաճախ կիրառվում են սինթետիկ ներծծվող թելերը, ինչպիսիք են պոլիստրբը, դեքսոնը, վիկրիլը, սոֆիլը: Մոնոֆիլամենտ ներծծվող թելերից հաճախ կիրառվում են մաքսոնը, պոլիդիոքսանոնը (ՊԴՍ), բիոսինը, մոնոկրիլը, կապրոֆիլը: Ներկայումս վիրաբուժության մեջ լայնորեն կիրառվում է մեխանիկական կարը կամ հյուսվածքների ամրացումը պահանգներով (սկոբա): Կան կարող ապարատների մի քանի տեսակներ՝ գծային կարի, գծային բերանակցման, շրջանաձև բերանակցման, արյունահոսության դադարեցման, մաշկի կարի համար:

Ասեղներ

Ասեղները, պայմանավորված իրենց կտրվածքի ձևով, լինում են ծակող, կտրող և բուրժայրով (նկ.4): Ծակող ասեղների ծայրի մասը



Նկար 4.

կտրվածքի վրա կոնաձև է, այս ասեղները կիրառվում են բերանակցումների ձևավորելու, փափուկ հյուսվածքները կարելու համար: Բուրժայրով ասեղները կիրառվում են պարենքիմային հյուսվածքները

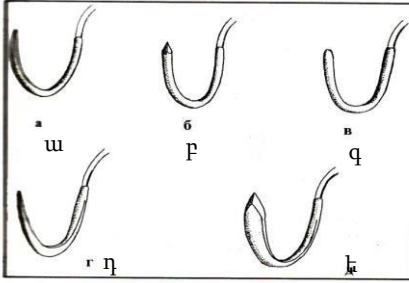
կարելու համար:

Կտրող ասեղների ծայրի մասը

կտրվածքի վրա եռանկյունուաձև է, այս ասեղները կիրառվում են պինդ հյուսվածքները կարելու համար: Տրավմատիկ ասեղներն ունեն ականջիկ, մարմին և ծայր: Ականջիկի մեջ անցկացվում է թելը, այն դառնում է երկտակ և հյուսվածքով անցկացնելիս վնասում այն: Ատրավմատիկ ասեղն ունի սեղմված, թելին միացած պրոքսիմալ հատված, մարմին և ծայր (նկ.5): Այս դեպքում միատակ թելը ասեղի շարունակությունն է և հյուսվածքով անցնելիս չի վնասում այն:

Այսպիսով, կարանյութերի կիրառման մեջ կարևոր են հետևյալ սկզբունքները.

- Վիրաբուժության մեջ լայնորեն կիրառվում են ներծծվող թելերը, դրանք ունեն զգալի առավելություն՝ միացնում են հյուսվածքները մինչև սպիի առաջացումը, իսկ դրանից հետո ներծծվում են և դուրս գալիս օրգանիզմից:
- Վիրաբուժության բոլոր բնագավառներում անհրաժեշտ են կիրառել ատրավմատիկ ասեղներ:
- Անհրաժեշտ է ձգտել կիրառել հնարավորինս փոքր տրամագծի թել, քանի որ դա զգալիորեն նվազեցնում է հյուսվածքային ռեակցիան:
- Նախընտրելի է մոնոֆիլամենտ թելերի կիրառումը, դրանք նվազ ռեակցիա են առաջացնում, չունեն պատրույգային հատկություններ:
- Ալլոմատերիալների (պրոթեզներ, փականներ) իմպլանտացիայի դեպքում պետք է կիրառվեն միայն չներծծվող կարանյութեր, քանի որ պրոթեզի և օրգանիզմի հյուսվածքների համաճում էրբեք չի կատարվում:



Նկար 5. Ատրավմատիկ ասեղների տեսակներ՝

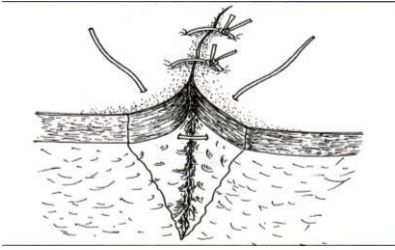
ա/բ/ դ/ ծակող, գ/ բուֆ ծայրով, ե/ կտրող:

Վիրաբուժական կարեր:

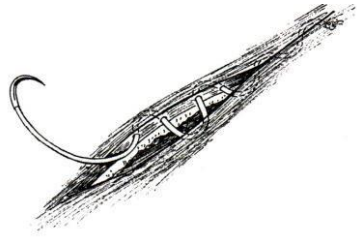
Վիրաբուժական կարերը հյուսվածքների միացման հիմնական մեթոդն են: Կան սկզբունքներ, որոնք անհրաժեշտ են պահպանել վիրաբուժական կարերը դնելիս. պետք է զգույշ վերաբերվել հյուսվածքներին, կարել համանուն հյուսվածքները, կատարել շերտերի ճիշտ համադրում (ադապտացիա):

Մաշկի կար

Մաշկի կարի ամենահին տեսակներից է հանգուցավոր կարը (նկ.6): Մաշկի եզրերը միացվում են առանձին հանգուցավոր կարերով, կարը դրվում է կտրող ասեղով: Ասեղի մուտքի և ելքի անցքերը պետք է լինեն վերքի եզրից 0,5-1սմ հեռավորության վրա, մի գծի վրա, որն ուղղահայաց է վերքի գծին: Լավագույն հեռավորությունը կարերի միջև 1,5-2սմ է: Կարերը հաճախ խանգարում են հյուսվածքների արյունամատակարարմանը, երբեմն դժվար է լինում մաշկի եզրերի համադրումը: Կարի հանգույցը պետք է տեղակայվի ասեղի մուտքի կամ ելքի շրջանում, ոչ թե վերքի եզրի վրա: Չի կարելի շատ ձգել կարի թելը մինչև հյուսվածքների գունատվելը, այդ դեպքում խանգարվում է հյուսվածքների արյունամատակարարումը, թելի տեղում առաջանում են կոպիտ գծային սպիներ: Այդ կարերը սովորաբար հանում են 5-7-րդ օրերին: Հանգուցավոր կարեր դնելիս անհրաժեշտ է վերքի հատակում խոռոչ չթողնել, այնտեղ կարող է հավաքվել վերքի էքսուդատը և թարախակալվել: Վերքի հատակը վերցնելու անհնարիության դեպքում այն կարելի է դրենավորել:



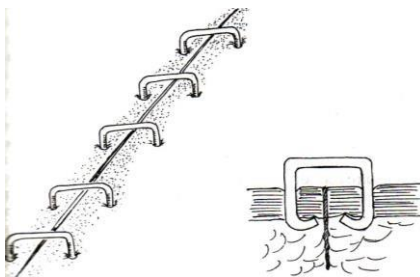
Նկար 6. Մաշկի հանգուցակար:



Նկար 7. Ներմաշկային անընդհատ կոսմետիկ կար:

Ներկայումս տարածված է ներմաշկային անընդհատ կոսմետիկ կարը (նկ.7), այն վերքի եզրերի լավ համադրմամբ ապահովում է լավ կոսմետիկ արդյունք, քիչ է խանգարվում վերքի արյունամատակարարումը: Թելն անցկացվում է մաշկի հաստության միջով՝ վերքին զուգահեռ: Այս դեպքում առավել նպատակահարմար է մոնոֆիլամենտ թելերի կիրառումը: Ներծծվող թելերից հաճախ կիրառվում են բիոսինը, մոնոկրիլը, պոլիստրբը, դեքստը, վիկրիլը, չներծծվող թելերից՝ պոլիամիդը և պոլիպրոպիլենը:

Մաշկի եզրերը միացնելու համար կիրառվում են նաև մետաղական պահանգներ (նկ.8): Դրանք նույնպես տալիս են լավ կոսմետիկ արդյունք, քանի որ փոքր ճնշում են գործադրում հյուսվածքների վրա և միաժամանակ առաջացնում վերքի եզրերի լավ համադրում (ադապտացիա):

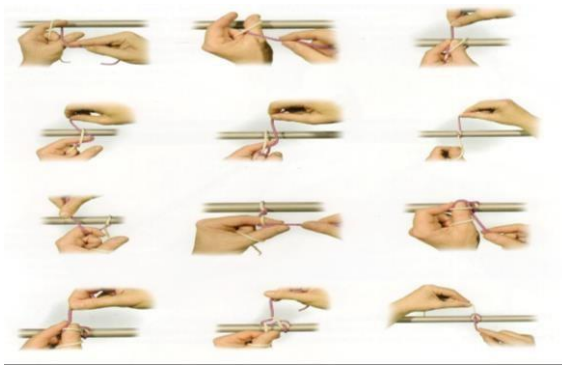


Նկար 8. Մաշկի կար պահանգներով:

Ջրոնը հաճախ կարում են անընդհատ կարով՝ պոլիսորբ, բիոսին, վիկրիլ ներծծվող կամ պոլիպրոպիլեն չներծծվող թելով:

Վիրաբուժական հանգույցներ: Թելը վիրաբուժական հանգույցների ձևով կապելը վիրահատության կարևոր տարրերից է: Յուրաքանչյուր վիրահատության ժամանակ կարիք է լինում կապել 300-500 հանգույց: Կարևոր նշանակություն ունեն ինչպես հանգույց կապելու արագությունը, այնպես էլ հուսալիությունը:

- Անհրաժեշտ է կապել այնքան հանգույց, ինչքան պետք է թելը հուսալի ֆիքսելու համար, պոլիֆիլամենտ թելերի դեպքում կապում են 4, մոնոֆիլամենտ թելերի դեպքում՝ 6 հանգույց: Հանգույցը պետք է կապել առանց հյուսվածքները խիստ ձգելու, սեղմելու: Չի կարելի թելը կապելիս այն խիստ ձգել: Չի կարելի թելի հանգույցի մեջ մտնող հատվածը սեղմել սեղմակներով: Թելը պետք է կապել մինչև հանգույցում դադարի թելի սահելը:



Նկար 9. Հանգույցիկապում երկու ձեռքով



Նկար 10. Հանգույցիկապում մեկ ձեռքով

Խորհուրդ է տրվում կիրառել հանգույց կապելու այն տեսակը, որին վիրաբույժը կատարելապես է տիրապետում՝ միշտ հեռացնելով կասկածելի հանգույցներով թելերը: Հանգույց կարելի է կապել ինչպես մեկ, այնպես էլ երկու ձեռքերով և սեղմակի օգնությամբ (նկ.9, 10):

ԹԵՄԱ 2. ՀՅՈՒՍՎԱԾՔՆԵՐԻ ՄԻԱՑՄԱՆ ԵՎ ԱՆՁԱՏՄԱՆ

ՀԻՄՆԱԿԱՆ ՍԿԶԲՈՒՆՔՆԵՐԸ: ՎԵՐՔԵՐԻ
ԱՌԱՋՆԱՅԻՆ ՎԻՐԱԲՈՒԺԱԿԱՆ ՄՇԱԿՈՒՄ:
ԱՐՅՈՒՆԱՀՈՍՈՒԹՅԱՆ ԴԱԴԱՐԵՑՈՒՄ:
ԱՆՈԹՆԵՐԸ ԿԱՊԵԼՈՒ ՀԻՄՆԱԿԱՆ
ՍԿԶԲՈՒՆՔՆԵՐԸ

Վիրահատության առաջին փուլը, վիրահատական մուտքը իրականացնելու և օրգանի մերկացումը հնարավոր դարձնելու համար անջատում են հյուսվածքները: Այսպիսով, վիրահատության կարևոր գործողություններից մեկն է հյուսվածքների անջատումը:

Հյուսվածքների անջատման ժամանակ կատարվող կտրվածքի չափերը, խորությունը և ուղղվածությունը պայմանավորված են ախտաբանական օջախի բնույթով և տարածվածությամբ: Չնայած այդ հանգամանքին՝ գոյություն ունեն մի շարք ընդհանուր սկզբունքներ, որոնց իրականացումը պարտադիր է հյուսվածքների անջատումը կատարելիս՝ անկախ վիրահատության բնույթից: Հյուսվածքների անջատման ընդհանուր սկզբունքներն են՝

- հյուսվածքների անջատումը շերտ առ շերտ,
- անջատում կատարելիս բոլոր շերտերի կտրվածքների երկարությունները պետք է հավասար լինեն,
- շերտերն անջատելիս կտրվածքների ողորությունները որոշելիս պետք է հաշվի առնել տվյալ շրջանի անոթանյարդային խրձերի ուղղությունը. դրանք պետք է լինեն միմյանց գուգահեռ,
- կտրվածքի չափերը պետք է համապատասխանեն «բավարար անհրաժեշտությունե սկզբունքին,
- կտրվածքի ձևը պետք է լինի հնարավորինս մատչելի, իսկ եզրերը՝ հարթ,

- վերքի կտրվածքի երկարությունը պետք է լինի ավելի մեծ, քան վերքի խորությունը:

Հյուսվածքների անջատման առաջին կարևոր սկզբունքն է անջատումը շերտ առ շերտ: Այս սկզբունքի պարտադիր իրագործումը պայմանավորված է տարբեր շերտերի տեղագրական անատոմիայի առանձնահատկություններով, որոնցով պայմանավորված է վիրաբուժական գործիքների և վիրահատական տեխնիկայի ընտրությունը: Հյուսվածքների շերտ առ շերտ հատումը հնարավորություն է տալիս վիրաբույժին վիրահատության ընթացքում հստակ կողմնորոշվելու և տեսանելի դարձնելու անատոմիական բոլոր գոյացությունները և առաջին հերթին անոթանյարդային խրձերը, որոնք տվյալ շրջանում են: Մաշկը և ենթամաշկը հատելու համար կիրառվում է փորավոր դանակ: Կտրելու ժամանակ մաշկը ֆիքսում են ձախ ձեռքի երկու մատով, և դանակի մի շարժումով միանգամից հատում են մաշկը 90° անկյան տակ, ապա դանակը ուղղվում է 45° անկյան տակ և հատվում է ենթամաշկը:

Փակեղը հատվում է զգուշությամբ, որպեսզի չվնասվեն ստորադիր անոթները և նյարդերը: Մովորաբար փակեղի վրա կատարվում է փոքր կտրվածք, որի միջով անց է կացվում ակոսավոր զոնդ կամ ունեղի, որի երկայնքով շարունակվում է վերքի մեծացումը:

Մկանները շերտազատվում և փեղեքվում են մկանաթելերի ուղղությամբ: Անհրաժեշտության դեպքում մկանները հատվում են մկանաթելերին ուղղահայաց:

Որովայնամիզը և թոքամիզը հատվում են երկու ունեղիով բարձրացնելուց հետո՝ աղեգալարները կամ թոքը չվնասելու համար:

Անջատման ժամանակ բոլոր շերտերի կտրվածքների երկարությունները պետք է հավասար լինեն: Յուրաքանչյուր հաջորդ շերտի անջատման համար կատարվող կտրվածքի երկարությունը չպետք է ո՛չ ավելի փոքր լինի և ո՛չ էլ ավելի երկար, քան նախորդը: Մա հնարավորություն է տալիս վիրաբույժին վիրահատության ընթացքում

ստանալու այնպիսի վերք, որի երկարությունը նույնն է ամբողջ խորությամբ: Նման վերքում վիրաբույժը կարողանում է ճիշտ կողմնորոշվել և ստիպված չի լինում հյուսվածքները ավելորդ վնասման ենթարկել վերքալայնիչ կարթերով: Այս սկզբունքի կիրառումը բացառում է մնացորդային խոռոչների առաջացումը հյուսվածքների հետագա վերականգնման ժամանակ, որոնք կարող են թարախակույտերի պատճառ դառնալ:

Շերտերի անջատման համար կիրառվող կտրվածքների ուղղությունը պետք է լինի տվյալ շրջանի անոթանյարդային խրճերին գուգահեռ: Այս սկզբունքի կիրառումը բացառում է անոթների և նյարդերի վնասումը, կամ էլ վնասումները լինում են նվազագույն չափով, որը նպաստում է հետվիրահատական վերքի շուտափույթ ապաքինմանը առաջնային ձգումով: Վերքի արագ լավացմամբ են պայմանավորված նվազագույն հետվիրահատական ցավերը և հետվիրահատական ճողվածքների առաջացման ցածր հավանականությունը:

Կտրվածքի չափերը պետք է համապատասխանեն «բավարար անհրաժեշտությունն սկզբունքին»: Այս սկզբունքը ենթադրում է, որ կտրվածքի չափերը պետք է լինեն այնքան, որքան անհրաժեշտ է օրգանի մերկացումը և վիրահատական տեխնիկան ապահովելու համար: Չհիմնավորված մեծ կտրվածքները հյուսվածքները ենթարկում են ավելորդ վնասման: Փոքր վիրահատական մուտքերը դժվարացնում են վիրաբույժի գործողությունների արդյունավետությունը:

Կտրվածքի ձևը պետք է հնարավորինս մատչելի լինի, իսկ եզրերը՝ հարթ: Այս սկզբունքի կիրառումը նպաստում է հետվիրահատական վերքի ապաքինմանը առաջնային ձգումով: Որոշ դեպքերում անհրաժեշտ է լինում կատարել օվալաձև կտրվածքներ կամ էլ տարբեր շերտերը հատել տարբեր ուղղություններով: Վերջինիս դեպքում կտրվածքներն անվանվում են փոփոխական:

Վերքի կտրվածքի երկարությունը պետք է լինի ավելի մեծ, քան խորությունը: Այս սկզբունքը վիրաբույժին հնարավորություն է տալիս հեշտությամբ իրականացնելու վիրահատական տեխնիկան՝ առանց ավելորդ ճնշում գործադրելու հյուսվածքների վրա, երբ նա ստիպված է լինում վերքալայնիչ կարթերով լայնացնել վերքը: Հյուսվածքների վնասումը դժվարացնում է վերքի լավացումը:

Հյուսվածքների միացման ընդհանուր սկզբունքները Հյուսվածքների միացումը կատարում են ճիշտ այնպես, ինչպես հյուսվածքների անջատումը՝ կիրառելով սկզբունքներ, որոնք ընդհանուր են բոլոր դեպքերում և պայմանավորված չեն որևէ հանգամանքով: Այդ սկզբունքներն են՝

- հյուսվածքների միացումը շերտ առ շերտ,
- հյուսվածքները միացնելիս համադրվում են միայն նույնանուն շերտերը,
- հյուսվածքների միացումը կատարվում է ամուր և վստահելի,
- «կարի քայլը տվյալ շերտի համար պետք է լինի համաչափ,
- ասեղի մուտքը և ելքը պետք է կտրվածքի եզրից նույն հեռավորության վրա լինեն,
- ասեղի մուտքը և ելքը միացնող գիծը պետք է ուղղահայաց լինի կտրվածքի գծին:

Բոլոր հատած հյուսվածքները պետք է միացվեն շերտ առ շերտ, քանի որ յուրաքանչյուր շերտի համար, համապատասխան իր կառուցվածքին և անատոմիական առանձնահատկություններին, նախատեսված են հատուկ գործիքներ և վիրահատական տեխնիկա:

Հյուսվածքները միացնելիս համադրվում են միայն նույնանուն շերտերը, քանի որ դրանք ունեն ռեզեներացիոն նույն առանձնահատկությունները: Վերջինս նպաստում է վերքի՝ առաջնային ձգումով արագ լավացմանը: Մաշկը համադրվում է մաշկին, մկանը՝ մկանին, փակեղը՝ փակեղին:

Հյուսվածքների միացումը կատարվում է ամուր և վստահելի: Մանշանակում է, որ հյուսվածքները միացվում են համադրվող մակերեսներով, ամբողջ խորությամբ: Համադրող կարերի տակ չպետք է առաջանան մնացորդային խոռոչներ, որտեղ կարող է կուտակվել ավիշ, արյուն, արտադրություն, որոնք հետագայում կարող են դառնալ վերքի թարախակալման պատճառ:

«Կարի քայլը տվյալ շերտի համար պետք է համաչափ լինի: Կարի քայլը երկու կարերի միջև այն հեռավորությունն է, որը յուրաքանչյուր հյուսվածքի համար որոշակի չափ ունի և պայմանավորված է հյուսվածքի ֆունկցիոնալ առանձնահատկություններով: Օրինակ՝ մաշկային «կարի քայլը ավելի մեծ է, քան փակեղի «կարի քայլը: Վերջինս պայմանավորված է այն հանգամանքով, որ փակեղի կարը ամրություն է տալիս: Աղեկարի և անոթակարի քայլերը պետք է լինեն շատ ավելի փոքր՝ անհրաժեշտ հերմետիկությունն ապահովելու համար:

Ասեղի մուտքը և ելքը պետք է կտրվածքի եզրից նույն հեռավորության վրա լինեն:

Ասեղի մուտքը և ելքը միացնող գիծը պետք է ուղղահայաց լինի կտրվածքի գծին: Այս երկու սկզբունքների իրականացումը նպաստում է շերտերի հնարավորինս ամուր և հավասարաչափ համադրմանը, որը անհրաժեշտ պայմաններ է ստեղծում վերքի առաջնային ձգումով արագ ապաքինման համար:

Վերքերի առաջնային վիրաբուժական մշակումը: Վերքերի առաջնային վիրաբուժական մշակումը բարդ և պատասխանատու վիրաբուժական գործողություն է, վիրաբույժը պետք է հատուկ պատրաստվածություն ունենա:

Կատարման ժամկետներով պայմանավորված՝ տարբերում են.

1. Վերքի վաղ առաջնային վիրաբուժական մշակում՝ ԱՎՄ, որը կատարվում է վերք առաջնախույզ հետո առաջին 24 ժամվա ընթացքում:

2.Վերքի հետաձգված առաջնային վիրաբուժական մշակում, որը կատարվում է վերք առաջնաալուց հետո 24-48 ժամվա ընթացքում:

3.Վերքի ուշ առաջնային վիրաբուժական մշակում՝ վերք առաջնաալուց 48 ժամ հետո:

Որոշ դեպքերում կարիք է լինում կատարել կրկնակի առաջնային վիրաբուժական մշակում: Դա լինում է այն դեպքերում, երբ առաջնային վիրաբուժական մշակումը ոչ բավարար է եղել:

Վերքի առաջնային վիրաբուժական մշակում կատարելիս առաջնորդվում են հետևյալ սկզբունքներով.

- Բոլոր հրազենային վերքերը վարակված են:
- Վերքի արդյունավետ հատումը և մեռուկացած հյուսվածքների հեռացումը լավագույն հակամանրէային միջոցառումն է: Որքան շատ են մեռուկացած հյուսվածքները, այնքան մեծանում է վիրաբուժական գործողության ծավալը:
- Բոլոր մեռուկացած և վարակված հյուսվածքները պետք է հեռացվեն:

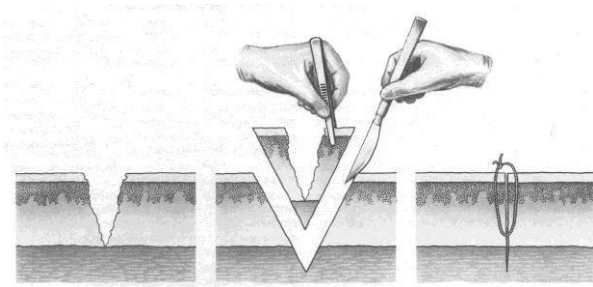
Առաջնային վիրաբուժական մշակման կանոններն են.

1.Հեռացնել բոլոր մեռուկացած և անկենսունակ հյուսվածքները, որոնք թարախային բորբոքման և երկրորդային մեռուկացման զարգացման պատճառ են դառնում:

2.Կատարել վերքի հեմոստազ՝ հեռացնելով միջմկանային, միջփակեղային և միջհյուսվածքային արյունազեղումները:

3.Վերքի խոռոչից հեռացնել բոլոր օտար մարմինները, ազատ ոսկրաբեկորները, որոնք զրկված են սնուցումից և կարող են կրկնակի վնասումների պատճառ դառնալ:

4.Ստեղծել բավարար պայմաններ վերքի բոլոր մնացորդային խոռոչների և գրպանիկների լիարժեք դրենավորման համար (նկ.11):



Նկար 11.

Վերքի առաջնային վիրաբուժական մշակման տեխնիկան հետևյալն է. վերքի հատում, որը սովորաբար կատարվում է տվյալ շրջանի անոթանյարդային խրճերին զուգահեռ: Իրար մոտ գտնվող ոչ շատ խոր վերքերը հատվում և միացվում են միմյանց նույն կտրվածքով: Հյուսվածքները հատելուն զուգահեռ՝ միաժամանակ զգուշությամբ հեռացվում են մաշկի և ենթամաշկային բջջանքի մեռուկացված հատվածները: Սեփական փակեղը հատվում է, որը հնարավորություն է տալիս վերքի լիարժեք զննման համար: Պարտադիր հեռացվում են մեռուկացած մկանաթելերը: Մեռուկացած հյուսվածքների հետ հեռացվում են բոլոր օտար մարմինները և ազատ ոսկրաբեկորները: Չեն հեռացվում միայն այն ոսկրաբեկորները, որոնք վերնոսկրով միացած են ոսկրին: Լրացուցիչ վնասվածք չառաջացնելու համար խորհուրդ չի տրվում փնտրել և փորձել հեռացնել այն օտար մարմինները և ոսկրաբեկորները, որոնք վերքից դուրս են և հեռու: Վերքի մեջ անհրաժեշտ է մանրակրկիտ հեմոստազ կատարել, որի նպատակով վերքում, վերքից դուրս կապվում են անոթները, կամ դրվում է անոթակար: Վերքի առաջնային վիրաբուժական մշակումը սովորաբար ավարտում են վերքի դրենավորմամբ: Մովորաբար վերքը խուլ կերպով կարվում է, եթե այն դիմային, ճակատակողմնածոծրակային շրջանում է, կամ եթե առկա է կրծքավանդակի թափանցող վերք, որը կարվում է բաց պնևմոթորաքսը վերացնելու նպատակով:

Վերքի առաջնային վիրաբուժական մշակման սխալներն են՝

- վերքի ավելորդ, չհիմնավորված զատումը,
- վերքի ոչ բավարար հատումը,
- վերքի տամպոնադան՝ արյունահոսությունը դադարեցնելու նպատակով,
- վերքի ոչ ճիշտ դրենավորումը:

Կրկնակի առաջնային վիրաբուժական մշակումը կատարում են հետևյալ խնդիրները լուծելու նպատակով՝ առաջնային վիրաբուժական մշակման ժամանակ թույլ տրված սխալները վերացնելու, մեռուկացած հյուսվածքները հեռացնելու և վերքի լիարժեք հատումը ապահովելու համար: Ինչպես նաև կատարում են թուլացնող կտրվածքներ՝ ուղղված վերքի արյունամատակարարումը լավացնելուն:

Արյունահոսության դադարեցում: Արյունահոսության վերջնական դադարեցման հիմնական եղանակներն են՝

- անոթի կարումը և կապումը վերքի մեջ,
- անոթի կարումը և կապումը վերքից դուրս,
- անոթակարը:

Անոթի կապումը վերքի մեջ: Սա արյունահոսության դադարեցման հիմնական եղանակն է, որի կատարման համար անհրաժեշտ է ապահովել լիարժեք վիրահատական մուտք և կատարել վնասված անոթի եզրերի լիարժեք մերկացում:

Անոթը կապելու ժամանակ հիմնականում դիստալ ծայրին դրվում է մեկ կապ, պրոքսիմալին՝ մեկական կապ և կար: Անոթը կապելու համար վերքը հատվում է անոթանյարդային խրճին զուգահեռ, քանի որ ուղղահայաց հատումը կարող է առաջացնել անոթների և նյարդերի վնասում: Նախքան վերքի հատումը՝ արյունահոսությունը դադարեցվում է ժամանակավոր միջոցներով՝ անոթի ճնշում մատով կամ ռետինե լարանի օգնությամբ: Այնուհետև վերքի մեջ

հայտնաբերվում են վնասված անոթի ծայրերը, որոնց վրա դրվում են անոթասեղմիչ գործիքներ: Այդ ծայրերը 1-2 սմ չափով անջատվում են ենթամաշկային բջջանքից և շրջակա շարակցական հյուսվածքից: Այս գործողությունը կարելի է համարել բավարար, եթե անոթի պատերը լիարժեք մերկացվել են: Անոթի պատերի լիարժեք մերկացումը անհրաժեշտ է երկու նպատակով.

1. Եթե անոթի պատին առկա է շարակցական հյուսվածք, ապա այն անոթակապի ճնշման ազդեցությամբ կարող է լուծվել, որի հետևանքով կապը կթուլանա և դուրս սահելով անոթի վրայից՝ երկրորդային արյունահոսության պատճառ կդառնա:

2. Ոչ լիարժեք մերկացված անոթի վրա դրված կապը ֆիքսվում է շրջակա հյուսվածքներին և պուլսացիայի հետևանքով շարժվող անոթի ծայրը կարող է դուրս սահել կապի միջից, որն էլ երկրորդային արյունահոսության պատճառ կդառնա: Եթե անոթակապը ճիշտ է դրված, ապա պետք է տեսանելի լինի պուլսացվող անոթի ծայրը՝ կապի հետ միասին: Անոթակապ պարտադիր դրվում է ինչպես անոթի պրոքսիմալ, այնպես էլ դիստալ ծայրին: Դիստալ ծայրի կապումը պարտադիր է նույնիսկ այն դեպքում, երբ այնտեղից արյունահոսություն չկա, քանի որ հնարավոր է, որ որոշ ժամանակ անց հիվանդի տեղաշարժի հետևանքով այնտեղից սկսվի երկրորդային արյունահոսություն:

Անոթի կարումը վերքից դուրս՝ տարածության վրա: Անոթի կարումը տարածության վրա կամ անոթի կարումը չփոփոխված հյուսվածքների սահմաններում վերքից դուրս, կատարվում է հետևյալ ցուցումներով.

1. Երբ արյունահոսող վերքը բարդ տեղագրական շրջանում է՝ նստային շրջան, դեմքի կողմնային շրջան, թիակային շրջան և այլն: Այս շրջաններում անոթների ծայրերը անատոմիորեն դժվար հասանելի են, երբեմն կարող են տեղակայվել ոսկրերի միջև:

2. Երբ արյունահոսությունը թարախային վերքից է: Թարախային բորբոքումը կարող է հանգեցնել վերքի մեջ անոթակապի և թրոմբի լուծման ու երկրորդային արյունահոսության:
3. Երբ վերքը ջնջված է, և այնտեղ հնարավոր չէ գտնել վնասված անոթի ծայրերը:
4. Երբ արյունահոսությունը վերքից է, որը ցանցաձև անոթավորում ունեցող շրջանում է:

Անոթների կարումը տարածության վրա կիրառվում է ոչ միայն որպես արյունահոսությունը դադարեցնելու միջոց, այն՝

- որպես որոշ բարդ վիրահատությունների նախապատրաստական փուլ,
- բարձր ամպուտացիաների կամ կոնքազդրային և ուսագոտու մակարդակներում էկզարտիկուլյացիաների ժամանակ, երբ հնարավոր չէ ռետինե լարանի օգտագործումը,
- զարկերակային աննրիզմների բուժման դեպքում,
- վերին ծնոտի մասնահատման դեպքում:

Տարածության վրա անոթի մերկացման և կարման համար վիրահատական մուտքի ընտրությունը պայմանավորված է անոթի ուրվագծի և կռլատերալ արյան շրջանառության առանձնահատկություններով: Մովորաբար ընտրում են ուղղակի մուտք՝ հյուսվածքները հատվում են անոթի ուրվագծին համապատասխան: Այս մուտքը հնարավորություն է ստեղծում անմիջականորեն մոտենալ անոթին: Սակայն որոշ դեպքերում ուղղակի մուտքը կարող է դառնալ բարդության պատճառ՝

➤ մակերեսային երակների վնասում և օդային էմբոլիայի առաջացում կամ էլ երակային արյունահոսություն, օրինակ՝ անոթային երակի վնասում, որը ֆիքսում է անոթային զարկերակը առջևից և միջայնորեն,

➤ նյարդի վնասում ուղղակի մուտքի ժամանակ և նյարդի ընդգրկում հետվիրահատական սպիի մեջ, օրինակ՝ միջնակ նյարդի վնասումը բազկի միջին երրորդականում բազկային զարկերակը կարելու ժամանակ :

Այս բարդություններից խուսափելու համար ընտրում են անուղղակի մուտք՝ ուրվագծից դուրս:

Զարկերակի կարումը վերքից դուրս բոլոր դեպքերում սկսվում է անոթանյարդային խրձի բունոցի մեջ զարկերակի մերկացումով: Ըստ Պիրոգովի՝ զարկերակի արագ և ճիշտ հայտնաբերումը պայմանավորված է այդ անոթանյարդային խրձի տեղակայման իմացությամբ, երբ վիրաբույժը հստակ պատկերացնում է զարկերակի տեղագրությունը: Պիրոգովի կողմից անոթանյարդային խրձերի բունոցների վերաբերյալ ձևակերպվել են հետևյալ երեք սկզբունքը.

1. Բոլոր զարկերակները բունոցներում են, որոնք կազմված են այդ շրջանի մկանների փակեղներից:
2. Բունոցները միջաձիգ կտրվածքի վրա եռանկյունաձև են:
3. Այս սկզբունքը սահմանում է բունոցների հարաբերությունը խորանիստ հյուսվածքների նկատմամբ: Բոլոր անոթանյարդային խրձերի լայնական կտրվածքի վրա եռանկյունիների գագաթները ուղղված են դեպի մոտակա ոսկրերը և սերտաձած են դրանց կամ հողաշապիկներին:

Անոթանյարդային խրձի մերկացումից հետո այն հատվում է ակոսավոր զոնդի օգնությամբ: Մերկացված և վերքի մեջ դուրս բերված զարկերակի տակով անց է կացվում լիզատուրային ասեղը: Այն միշտ անց է կացվում վտանգավոր կողմից՝ զարկերակին ուղեկցող նյարդի կամ երակի կողմից: Այս կանոնի խախտումը կարող է երակի վնասման և արյունահոսության պատճառ դառնալ: Որոշ դեպքերում, երբեմն նույնիսկ սխալմամբ, կապը կարող է դրվել անոթանյարդային խրձի բոլոր տարրերի վրա:

Զարկերակների մերկացումը և կապումը ոչ միայն դադարեցնում է արյունահոսությունը, այլև նպաստում ծայրամասային հյուսվածքներում արյան շրջանառության սուր խանգարմանը և կարող է այդ հյուսվածքների մեռուկացման պատճառ դառնալ: Այդ բարդության զարգացման հավանականությունը պայմանավորված է զարկերակի կապի մակարդակով և կոլատերալ արյան հոսքի անատոմիական առանձնահատկություններով: Կոլատերալ արյան շրջանառությունը հիմնական անոթի կապումից հետո արյան հոսքն է դեպի ծայրամասային հյուսվածքներ՝ լրացուցիչ կողմնային ճյուղերի բերանակցումներով: Միջանոթային կոլատերալ բերանակցումները բաժանվում են չորս խմբի.

1. Ներհամակարգային՝ կարճ կոլատերալներ, երբ բերանակցում են նույն զարկերակի ավազանից ծագած անոթներ:
2. Միջհամակարգային՝ երկար կոլատերալներ, երբ բերանակցում են զարկերակների ավազանի անոթներ:
3. Ներօրգանային կոլատերալներ. տարբեր օրգանների անոթների միջև եղած կապն է:
4. Արտաօրգանային կոլատերալներ. անոթների միջև եղած կապը նախքան մուտքն է դեպի օրգան:

Զարկերակների վրա կապ դնելիս պետք է առաջնորդվել հետևյալ սկզբունքներով. սովորաբար կապը անոթի վրա դրվում է խոշոր ճյուղի անջատման մակարդակից ներքև, քանի որ այդ ճյուղը պետք է ապահովի կոլատերալ արյան շրջանառությունը պերիֆերիկ հյուսվածքներում: Կապված անոթը բոլոր դեպքերում հատվում է, որն ապահովում է անոթի պատի դեսիմպաթիզացիան և նպաստում կոլատերալ արյան շրջանառության իրականացմանը:

Ժամանակակից վիրաբուժության մեջ արյունահոսության վերջնական դադարեցման առավել նպատակահարմար եղանակը անոթի պատի ամբողջականության վերականգնումն է անոթակարի կամ պրոթեզավորման միջոցով:

ԹԵՄԱ 3. ԳԼԽԻ ՕՊԵՐԱՏԻՎ ՎԻՐԱԲՈՒԺՈՒԹՅՈՒՆ: ԳԼԽԻ ՎԵՐՔԵՐԻ ԱՌԱՋՆԱՅԻՆ ՎԻՐԱԲՈՒԺԱԿԱՆ ՄՇԱԿՄԱՆ ԱՌԱՆՁՆԱՀԱՏԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ: ԱՐՅՈՒՆԱՀՈՍՈՒԹՅԱՆ ԴԱԴԱՐԵՑՄԱՆ ԵՂԱՆԱԿՆԵՐԸ ԳԼԽԻ ՎԵՐՔԵՐԻ ԱՌԱՋԱՑՄԱՆ ԴԵՊՔՈՒՄ: ԳԱՆԳԱՏՈՒՓԱՀԱՏՈՒՄՆԵՐԻ (ՏՐԵՊԱՆԱՑԻԱ) ԸՆԴՀԱՆՈՒՐ ՍԿՋԲՈՒՆՔՆԵՐԸ ԵՎ ՀԻՄՆԱԿԱՆ ԵՂԱՆԱԿՆԵՐԸ

Գլխի ու գանգուղեղի վնասվածքների և հիվանդությունների վիրահատական բուժումը անցել է պատմական երկար ուղի:

Գանգատուփահատումը հնագույն վիրահատություններից մեկն է:

Ներկայումս գլխի ու գանգուղեղի վնասվածքներով և հիվանդություններով վիրահատական բուժումը կատարվում է մասնագիտացված նյարդավիրաբուժական բաժանմունքներում:

Մասնագիտացված նյարդավիրաբուժական վիրահատությունները ուսումնասիրում է նյարդավիրաբուժությունը: Օպերատիվ վիրաբուժության առարկան ուսումնասիրում է գլխի վիրահատությունների ընդհանուր սկզբունքները, գանգի վերքերի առաջնային վիրաբուժական մշակման առանձնահատկությունները, գանգի վերքերից արյունահոսության դադարեցման եղանակները, գանգատուփահատման ընդհանուր սկզբունքները:

Գլխի օպերատիվ վիրաբուժություն: Գլխի վիրահատությունների ցուցումներն են՝

- գանգաթաղի փափուկ հյուսվածքների հիվանդությունները (վերքեր, աթերոմաներ, ուռուցքներ և այլն),
- գանգաթաղի ոսկրերի հիվանդությունները (վնասվածքներ, օստեոմիելիտներ, ուռուցքներ և այլն)
- ներգանգային գոյացությունները (էպի- և սուրբորալ արյունազեղումներ, թարախակույտերը, գանգուղեղի և թաղանթների ուռուցքներ և այլն):

Գանգի վիրահատությունների ընթացքում ընդհանուր գործիքների հետ օգտագործվում են հատուկ գործիքներ (ձեռքի կամ էլեկտրական տրեպան տարբեր չափի և ձևի ֆրեզներով, լարասողոցներ և ուղեցույցներ դրանց համար, տափակ գդալներ, քերիչներ, արյունահոսությունը դադարեցնող սեղմակներ՝ ուղիղ և կոր մոսկիտներ):

Գանգակամարի առաջային և միջին գանգափոսերում կատարվող վիրահատությունների ժամանակ հիվանդը պառկում է մեջքի կամ կողքի վրա: Այս դիրքը հարմար է, քանի որ վիրահատությունների ընթացքում ճնշումը իջեցնելու նպատակով հաճախ անհրաժեշտություն է առաջանում կատարելու ներգանգային գոտկային պունկցիա: Հետին գանգափոսում կատարվող վիրահատությունների դեպքերում հիվանդին պառկեցնում են փորի վրա, գլուխը հատուկ գլխակալի վրա:

Հիմնականում օգտագործվում է ընդհանուր անզգայացում: Գանգաթաղի փափուկ հյուսվածքների փոքրածավալ վիրահատությունների ժամանակ կարելի է կիրառել տեղային անզգայացում 0,5%-անոց նովոկաինի լուծույթով՝ միաժամանակ օգտագործելով հաղորդչական անզգայացում՝ գանգաթաղի զգացող նյարդերի ուրվագծերով ներարկելով 5-10մլ 2%-անոց նովոկաինի լուծույթ:

Գանգաթաղի փափուկ հյուսվածքների կտրվածքները հիմնականում կատարում են ճառագայթաձև: Դրանց ուղղությունը այդ դեպքերում համապատասխանում է գանգաթաղի հիմնական անոթանյարդային խրճերի ուղղությանը: Ձևավորված փափուկ հյուսվածքային լաթերը սնող ոտիկը պետք է ուղղված լինի ուղեղային և դիմային շրջանների սահմանային գծին: Վերնոսկրից անջատված մաշկաջլոնային լաթը շրջվում է դեպի ցած և փաթաթվում 3%-անոց ջրածնի պերօքսիդի լուծույթով թրջված անձեռոցիկներով:

Մինչ գանգաթաղի ոսկրերի հատումը հատուկ քերիչներով ոսկրերի հատման գծերի ուղղությամբ հեռացնում են վերնոսկրը այնքան, ինչքան անհրաժեշտ է տրեպանացիոն անցքեր տեղադրելու և միացնող կտրվածքներ կատարելու համար:

Տրեպանացիոն անցքերը կատարում են ձեռքի կամ էլեկտրական շաղափի և աղեղնաձև ֆրեզի օգնությամբ: Երբ այդ ընթացքում նկատվում են թեփուկներ, որոնք ներկված են արյունով, աղեղնաձև ֆրեզը փոխվում է գնդաձևով: Արյունային թեփուկների առկայությունը վկայում է այն մասին, որ ֆրեզը գանգաթաղի ոսկրերի դիպլոետիկ շերտում է:

Գնդաձև ֆրեզի օգնությամբ տրեպանացիան շարունակվում է մինչև գանգաթաղի ոսկրի ներքին թերթիկ, որին հասնելուց շաղափելը դադարեցվում է: Ներքին թերթիկի մնացորդները հեռացվում են պինգետի կամ գդալիկի օգնությամբ: Դիպլոետիկ շերտից առաջացած արյունահոսությունը դադարեցվում է ոսկրի մասնակի ներսփումամբ: Դիպլոետիկ շերտից արյունահոսության դադարեցմանը նպաստում է նաև գանգի ոսկրերի հատումը կրծանների օգնությամբ:

Կարծրենին հատվում է խաչաձև, աղեղնաձև կամ գծային կտրվածքներով՝ հաշվի առնելով զարկերակների և երակների ուրվագծերը:

Նետվիրահատական վերքի վերականգնումը կատարում են շերտ առ շերտ: Սուբարախնոիդալ տարածության հերմետիկությունը

պահպանելու համար կարծրենին կարվում է հանգուցակարերով: Կարծրենու մեծ դեֆեկտների առաջացման դեպքերում այն վերականգնվում է ջրնի կամ կարծրենու մակերեսային թերթիկներով:

Ոսկրի լաթը վերադաձվում է իր տեղը և ֆիքսվում կարերով: Այդ կարերը ընդգրկում են վերնոսկրը, մկանը և ջրնային սաղավարտը:

Արյունահոսության դադարեցման եղանակները գլխի վերքերի առաջացման դեպքում

Գլխի վնասվածքների ժամանակ կարող են առաջանալ արյունահոսություններ՝

- գանգաթաղի փափուկ հյուսվածքներից,
- գանգի ոսկրերից,
- կարծրենու անոթներից, երբ վնասվում են a.a. meningea media-ի վերջնական ճյուղերը,
- կարծրենու երակածոցերից, □ գլխուղեղի փափուկ թաղանթներից, □ գլխուղեղի հյուսվածքից:

Գանգաթաղի փափուկ հյուսվածքներից առաջացած արյունահոսությունները դադարեցվում են արյունականգ սեղմակների տեղադրմամբ՝ հետագայում կապելով վնասված անոթների երկու ծայրերը: Մովորաբար օգտագործվում են Կոխերի սեղմակները, քանի որ դրանք ունեն ատամիկներ, որոնք անոթի պատը ֆիքսում են ջրնային սաղավարտին: Բիլրոտի սեղմակները զուրկ են ատամիկներից և տեղադրվելով անոթի պատի և ջրնային սաղավարտի վրա՝ ջնջխում են այդ հյուսվածքները և չեն դադարեցնում արյունահոսությունը: Լավ արդյունք է տալիս նաև էլեկտրակոագուլյացիայի օգտագործումը արյունահոսությունը դադարեցնելու համար: Արյունահոսությունը գանգի ոսկրերից (v.v.diploae, emissaria) կարող է լինել արտահայտված, առավելապես վերքերի սագիտալ և միջաձիգ երակածոցերի մոտ տեղակայման

դեպքերում: Դիպլոետիկ շերտից առաջացած արյունահոսության դադարեցման լավագույն եղանակն է ոսկրի մածուկի

(մեղրամոմ+վազելին) ներսփռումը ոսկրերի մեջ: Այդ նպատակով ոսկրի մածուկը տեղադրվում է թանգիվի կամ տափակ գդալի երեսին, այնուհետև ներսփռվում է վնասված ոսկրային հյուսվածքի մեջ: Տվյալ արյունահոսության դադարեցմանն են նպաստում նաև արյունահոսող շրջանին մոտ գտնվող էմիսար երակների կարումը և վնասված ոսկրերի եզրերի փխրումը կրծանների օգնությամբ:

Արյունահոսություններ կարծրենու անոթներից, երբ վնասվում են a.a.meningea media-ի վերջնական ճյուղերը: Այդ արյունահոսությունները դադարեցնելու նպատակով օգտագործում են ջրածնի պերօքսիդի 3%-անոց լուծույթ կամ տաք ֆիզիոլոգիական լուծույթ: Վնասված անոթները կարող են կապվել անոթային սեղմակներ՝ «մոսկիտներե տեղադրելուց հետո: Երբ վնասված են a.meningea media-ի հիմնական ցողունները, հիվանդը մասնագիտացված նյարդավիրաբուժական օգնության կարիք ունի հատուկ բաժանմունքներում:

Կարծրենու երակածոցերից արյունահոսությունները դադարեցվում են տարբեր եղանակներով, որոնք պայմանավորված են վնասվածքի առանձնահատկություններով: Կարծրենու ոչ մեծ լաթային և գծային վնասվածքների դեպքում դեֆեկտը կարում են հանգուցակարերով: Կարծրենու սինուսների պատի փոքր վնասվածքների դեպքում արյունահոսությունը հաճախ դադարեցնում են մկանի կտորներով կամ ջլունային սաղավարտի լաթի օգնությամբ, որոնք դրվում են վնասված ճեղքի վրա և ֆիքսվում են 2-3 կարերով: Մինուսի դեֆեկտները որոշ դեպքերում հնարավոր է ծածկել կարծրենու արտաքին շերտից ձևած լաթով (ըստ Ն.Ն.Բուրդենկոյի): Մինուսի մեծ վնասվածքների դեպքում այն մերկացվում է վնասվածքից 1,5-2սմ առաջ և հետ, երկու կողմերում ճեղքում են կարծրենին և մեծ կորություն ունեցող հաստ ասեղով մտցնում են երկու ամուր լիգատուրաներ ու

կարում սինուսը: Սագիտալ սինուսի կարումը կենտրոնական ակոսից հետ մահացու երակային կանգ է առաջացնում, հետևաբար այն կարելի է կարել մինչև կենտրոնական ակոսի մակարդակը: Ուժեղ արյունահոսությունների դեպքում, երբ զգալի չափով վնասված է սինուսի արտաքին պատը, կարելի է տամպոններ մտցնել էպիդուրալ տարածության մեջ, որը ճնշում է սինուսի պատի վրա՝ փակելով դրա լուսանցքը: Տամպոնները հանում են 9-12 օր հետո, երբ սինուսի վնասվածքը փակվում է մակարդուկով: Սինուսի լուսանցքի մեջ կետգուտի, մկանի կամ թանգիֆե տամպոնների տեղադրումը նպաստում է արյունահոսության դադարեցմանը, որը չի թույլատրվում, քանի որ սինուսում առաջանում է երակային արյան շրջանառության խիստ խանգարում:

Արյունահոսությունը գլխուղեղի փափուկ թաղանթներից դադարեցնում են ջրածնի պերօքսիդով ներծծված թանգիֆե երիզներով, մկանների մասնիկների կամ հատուկ սեղմակների և կապերի օգնությամբ:

Արյունահոսությունը գլխուղեղի հյուսվածքից (մազանոթային) դադարեցվում է ջրածնի պերօքսիդի, տաք ֆիզիոլոգիական լուծույթով ներծծված թանգիֆե երիզներով: Զգալի արյունահոսությունների դեպքում անհրաժեշտ է գտնել անոթը և կարել այն:

Գլխի վերքերի առաջնային վիրաբուժական մշակման առանձնահատկությունները: Գանգի բոլոր վերքերը՝ հրազենային և ոչ հրազենային, բաժանվում են երկու խմբի՝ չթափանցող, երբ կարծրենու վնասում չկա, և թափանցող վերքեր՝ կարծրենու վնասմամբ: Գանգի չթափանցող վերքերը բաժանվում են երկու խմբի՝

1) գանգի վերքեր. վնասված են միայն փափուկ հյուսվածքները,

2) գանգի վերքեր՝ փափուկ հյուսվածքների և ոսկրերի վնասումով:

Գանգի փակ վնասվածքների դեպքում առավել մեծ փոփոխությունների է ենթարկվում գանգի ոսկրերի ներքին

ապակենման թերթիկը, հետագայում կարող է զարգանալ նաև արտաքին թերթիկի վնասում: Գանգոսկրերի վնասումները կարող են լինել ճեղքերի, ճաքերի, բեկորների և ներմղված կոտրվածքների ձևով: Գծային կոտրվածքների դեպքում վիրահատությունը ցուցված է միայն այն դեպքերում, երբ ներքին թերթիկի տեղաշարժված բեկորը ներսեղմվում է մոտ 1,0սմ դեպի գանգաթաղի խոռոչ: Այդ փոփոխությունը հայտնաբերում են ռենտգեն հետազոտության ժամանակ: Բեկորային կոտրվածքների դեպքում վիրահատությունը ցուցված է բոլոր դեպքերում՝ հաշվի չառնելով կարծրենու և գլխուղեղի վնասումների ախտանիշերի բացակայությունը:

Վիրահատության նպատակն է դադարեցնել արյունահոսությունը, հեռացնել օտար մարմինները, փափուկ հյուսվածքներում, ոսկրերում և գանգի խոռոչում կանխել վարակի զարգացումը: Միաժամանակ պետք է կանխել գանգուղեղի վնասումը, երբ այն դուրս մղվի վերքի մեջ վնասվածքային այտուցի զարգացման պատճառով:

Գանգի վերքերի առաջնային վիրաբուժական մշակման ժամանակ վիրահատական դաշտը նախապատրաստելուց հետո կատարում են վերքի մեխանիկական մշակում, հեռացվում են բոլոր անկենսունակ հյուսվածքները, դադարեցվում է արյունահոսությունը, հեռացվում են արյան մակարդուկները, անկենսունակ ուղեղային նյութի հատվածները և օտար մարմինները, ոսկրերի վնասված եզրերը հարթեցվում են:

Մինչև վիրահատություն կատարելը բոլոր վիրավորներին ենթարկում են ռենտգեն հետազոտության, որը օգնում է վիրահատության ծավալը համապատասխանեցնելու վնասվածքի աստիճանին և բնույթին: Ժամանակակից պայմաններում ցանկալի է նաև համակարգչային շերտագրության կատարումը:

Վերքերի առաջնային վիրաբուժական մշակումը սկսվում է վերքի հատումից, որը կատարվում է ճառագայթային կտրվածքով՝ շրջանի հիմնական անոթանյարդային խրձերի ուղղությամբ զուգահեռ:

Հաշվի առնելով շրջանի մաշկի, ջրնային սաղավարտի և վերնոսկրի սահմանափակ առաձգականությունը՝ ձվաձև կտրվածքով խնայողաբար հեռացվում են այդ շերտերի մեռուկացված և անկենսունակ հատվածները՝ հեռանալով վերքի եզրերից ոչ ավելի, քան 0,5սմ: Աշխատում են չվնասել վերնոսկրը: Վերքը հատումից հետո պետք է լինի ձվաձև, չի թույլատրվում վերքին տալ կլոր, քառակուսու կամ եռանկյունու ձևեր, քանի որ շրջանի վերականգնողական հնարավորությունները թույլ չեն տալիս նման վերքերի ինքնուրույն լավացմանը:

Ճակատակողմնածոծրակային շրջանի ենթամաշկում կան մեծաքանակ անոթներ, որոնք կապված են միմյանց հետ բերանակցումներով՝ նպաստելով առատ արյունահոսությանը այս շրջանի վերքերից: Դրան է նպաստում նաև այն հանգամանքը, որ անոթների արտաքին պատը սերտաճած է շարակցահյուսվածքային խտրոցներին, որոնք մաշկի և ջրնային սաղավարտի միջև են: Արյունահոսության ժամանակավոր դադարեցման նպատակով կիրառվում են հետևյալ մեթոդները.

- Բուխ մատի և ցուցամատի օգնությամբ ճնշում են վերքերի եզրերը, որի հետևանքով անոթները ճնշվում են ոսկրերին:
- Փափուկ հյուսվածքների վրա վերքի եզրերով դրվում են խոր կարեր, որոնք ճնշում են շրջակա անոթները:

Փափուկ հյուսվածքներից արյունահոսության դադարեցման վերջնական եղանակներն են նախկինում թվարկված Կոխերի սեղմակների կիրառումը և էլեկտրակոագուլյացիան: Ենթաջրնային փուխր բջջանքի առկայությունը հնարավորություն է տալիս շրջելու վերքի մեջ ջրնային սաղավարտը և ստուգելու դրա վնասման չափերը:

Փափուկ հյուսվածքներից արյունահոսությունը դադարեցնելուց հետո խնայողաբար հատում են վերնոսկրի անկենսունակ հատվածները: Այնուհետև հատում են վերնոսկրը և քերիչի օգնությամբ դեպի իրենց շերտազատում են վերնոսկրը վերքի եզրերի ուղղությամբ:

Գանգաթաղի ոսկրերի կոտրվածքների դեպքում կատարում են ոսկրային վերքի մշակում հետևյալ հաջորդականությամբ՝

- հեռացվում են ոսկրի ազատ բեկորները (որոնք կապված չեն վերնոսկրի հետ),
- ոսկրերի անհարթ եզրերը կրծանների օգնությամբ հատվում են, և ոսկրային վերքը լայնացվում և հարթվում է,
- անհրաժեշտության դեպքում կատարվում է ոսկրերի հատում՝ տրեպանացիոն անցքերի ձևավորմամբ,
- ոսկրային վերքին տալիս են հարթ և ընդունելի ձև՝ հատելով եզրերը:

Այսպիսով, գանգի վերքերի առաջնային վիրաբուժական մշակման ժամանակ, երբ առկա է ոսկրերի վնասում, կատարվում է գանգի ռեզեկցիոն տրեպանացիա: Այն կատարելիս կիրառվում են հետևյալ սկզբունքները.

- Երբ արտաքին թերթիկը վնասված չէ, ներքին թերթիկի բեկորի հեռացումը կատարում են տրեպանացիոն անցքի ձևավորմամբ:
- Ոսկրի ջնջիման ժամանակ վերքի միջից հեռացվում են ազատ բեկորները:
- Մեծ, վերնոսկրով կապված բեկորները չեն հեռացվում:

Ներմղված բեկորները դուրս են բերվում:

- Կրծանների օգնությամբ տրեպանացիոն անցքին տալիս են հարթ և ընդունելի ձև: Բացվածքը լայնացվում է այնքան, ինչքան անհրաժեշտ է կարծրենու զննումը լիարժեք կատարելու համար: Մետաղյա հատուկ գործիքների օգնությամբ էպիդուրալ շրջանից հեռացնում են մանր ոսկրային բեկորները:

Տրեպանացիա կատարելիս անհրաժեշտ է դադարեցնել դիպլոտետիկ շերտից առաջացած արյունահոսությունը: Այդ նպատակով կիրառվում են նախկինում նկարագրված հետևյալ եղանակները՝ մեղրամոմի

ներսփռում, էմիսար երակների կարում, ոսկրերի հատում կրծանների օգնությամբ: Ոսկրերի վերքերի մշակումը ավարտելուց հետո անհրաժեշտ է մանրակրկիտ ուսումնասիրել կարծրենին: Եթե այն վնասված չէ, վերքի առաջնային վիրաբուժական մշակումը ավարտվում է, և վերքը փակվում է:

Գանգաթաղի թափանցող վերքերի, որոնք ուղեկցվում են կարծրենու երակածոցերի վնասմամբ, երակային արյունահոսությունը դադարեցնելու համար անհրաժեշտ են հատուկ միջոցներ: Այդ միջոցներից են նախկինում նկարագրված սինուսի կարը, պլաստիկան՝ ըստ Ն.Ն.Բուրդենկոյի, սինուսի կապումը կամ տամպոնադան:

Արյունահոսությունը դադարեցնելուց հետո գանգուղեղի հյուսվածքի վնասումը հայտնաբերելու համար կարծրենին հատում են գծային, լաթաձև կամ խաչաձև կտրվածքով:

Գանգուղեղի վրա կատարվող վիրահատություններին բնորոշ են.

- 1) Խնամքով վերաբերմունք ուղեղանյութին: Վիրահատությունները կատարելիս հիմնվել համակարգչային շերտագրության և ուղեղային կենտրոնների տեղակայման «քարտեզների» տվյալների վրա:
- 2) Արյունահոսության մանրակրկիտ դադարեցում: Ոչ լիարժեք հեմոստազը կարող է դառնալ փոքր արյունազեղումների առաջացման պատճառ, որոնք վերածվում են բշտերի և կարող են ճնշել գանգուղեղի կարևոր կենսական կենտրոններին, իսկ որոշ դեպքերում ձևավորվում են հենց քայքայված կենտրոնի տեղում:

Կարծրենու վերքի խուլ կարումը գանգի խոռոչի վարակը կանխարգելելու լավագույն միջոց է: Կարծրենու կարումը հնարավոր է միայն գանգաթաղի վերքի լիարժեք և արմատական առաջնային վիրաբուժական մշակում կատարելուց հետո: Անհրաժեշտության դեպքում կարծրենու դեֆեկտը կարող է փակվել ջրնային լաթով կամ դիակային կոնսերվացված կարծրենիով:

Կարծրենու խուլ կարի հակացուցումներ են՝

- առաջնային վիրաբուժական մշակման արմատական լինելու համոզվածության բացակայությունը,
- պահպանվում է գանգուղեղի արտափքումը վիրաբուժական մշակումից հետո:

Այն դեպքերում, երբ կարծրենին խուլ չի կարվում, վերքի մեջ թողնում են թանգիֆե երիզներ, որոնք արտածում են վերքային արտադրությունը:

Ռեզեկցիոն տրեպանացիաներից հետո առաջացող ոսկրի դեֆեկտները հետագայում ծածկում են կրանիոպլաստիկայի որևէ եղանակով:

Գանգատուփահատումների ընդհանուր սկզբունքները և հիմնական եղանակները

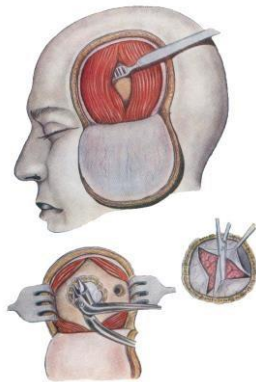
Տրեպանացիա (գանգատուփահատում) կատարում են գանգուղեղի և թաղանթների վրա կատարվող միջամտությունների դեպքում, որպես օպերատիվ մուտք: Այս վիրահատության հիմնական փուլը գանգաթաղի վրա պատուհան բացելն է: Ընդ որում, հատված ոսկրը հեռացվում է ընդհանրապես (կրանիոեկտոմիա), կամ միայն վիրահատության ընթացքում (կրանիոտոմիա): Այդ վիրահատություններն անվանում են ոսկրապլաստիկ տրեպանացիա, քանի որ հատված բեկոր-լաթը վիրահատությունից հետո դրվում է իր տեղը՝ ծածկելով գանգաթաղի բացվածքը:

Գանգի դեկոմպրեսիվ տրեպանացիա: Այս վիրահատությունը ամոքիչ բնույթ ունի և կատարվում է ներգանգային բարձր ճնշման դեպքում, որը պայմանավորված է ուղեղի վիրահատական բուժման չենթարկվող ուռուցքների և վնասվածքի ժամանակ աճող այտուցով: Վիրահատության հիմնական նպատակն է գանգաթաղի որևէ հատվածում ստեղծել ոսկրերի և կարծրենու բացվածքներ, որոնք նպաստում են ներգանգային ճնշման իջեցմանը: Տրեպանացիոն

բացվածքը ստեղծում են անմիջապես ախտաբանական օջախի (ուռուցքի) շրջանում: Այն դեպքերում, երբ առաջանում են տեխնիկական դժվարություններ, տրեպանացիոն բացվածքը աջ քունքային շրջանում կատարում են (ըստ Կուշինգի) աջլիկների և ձախ քունքային շրջանում՝ ձախլիկների շրջանում:

Հիվանդի դիրքը դեկումպրեսիվ տրեպանացիայի դեպքում:

Հիվանդին պառկեցնում են առողջ կողքի վրա, գլուխը շրջված նույն կողմը: Այդ կողքի ոտքը ծավլած է ծնկային և կոնքազդրային հոդերում: Պայտաձև կտրվածքով, որը կատարվում է քունքամկանի կպման եզրից ցածր, հատվում են քունքային շրջանի մաշկը և ենթամաշկային ճարպաբջջանքը (նկ.12): Մաշկաջլոնային



լաթը շրջում են հիմքով դեպի այտային աղեղ (որոշ դեպքերում կատարվում է վայրաձիգ կտրվածք): Վայրաձիգ կտրվածքով հատում են քունքային փակեղը: Քունքամկանի եզրերը փեղեքվում են մինչև վերնոսկրի երևալը: Վերջինս ոսկրաքերիչով քերում են 6x6 սմ տարածությամբ:

Կատարում են գոտկային պունկցիա ներգանգային ճնշումը իջեցնելու և

Նկար 12.

կարծրենու լարվածությունը պակասեցնելու համար: Քունքոսկրի մերկացված խրթեշի կենտրոնում շաղափով բացում են մի անցք, որն այնուհետև ոսկրաքցանի օգնությամբ 6x6սմ մեծացնում են: Կարծրենին հատում են խաչաձև: Տրեպանացիոն բացվածքի չափերը պայմանավորված են ներգանգային ճնշման բարձրացման մակարդակով: Ինչքան բարձր է ներգանգային ճնշումը, այնքան մեծ պետք է լինեն բացվածքի չափերը:

Հետվիրահատական վերքը շերտ առ շերտ վերականգնում են կարերով, բացի ուղեղի կարծր թաղանթից, որը չի կարվում:

Ոսկրապլաստիկ տրեպանացիա

Գանգի ոսկրապլաստիկ տրեպանացիան վիրահատական մուտք է գանգուղեղի և թաղանթների միջամտությունների համար: Ի տարբերություն դեկոմպրեսիվ տրեպանացիաների՝ ոսկրապլաստիկ տրեպանացիաների դեպքում ստեղծվում է ոսկրային լաթ, և վիրահատությունը ավարտելուց հետո հնարավորություն է լինում փակել գանգաթաղի դեֆեկտը՝ ստեղծված ոսկրային լաթը դնելով իր նախկին տեղը (նկ.13): Ոսկրային լաթի արյունամատակարարումը ապահովվում է վերնոսկրի անոթներով:

Պայմանավորված ձևավորված
լաթի շերտերի քանակով՝
տարբերում են ոսկրապլաստիկ
տրեպանացիաների երկու ձև.

- 1) Մեկլաթանի ոսկրապլաստիկ տրեպանացիա (ըստ ՎազներՎուլֆի), երբ ձևում են

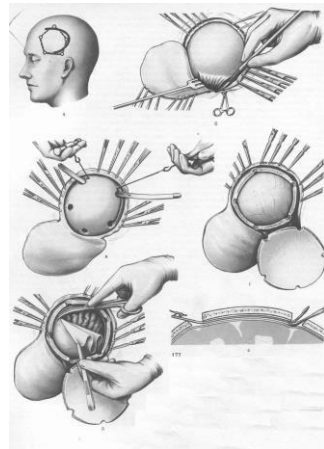
մաշկավերնոսկրային լաթ՝

առանց սաղավարտը ոսկրից
անջատելու:

- 2) Երկլաթանի ոսկրապլաստիկ տրեպանացիա (ըստ

Օսվեկրոնի), որի դեպքում ձևում են մաշկաջլոնային լաթը, ապա սղոցում ոսկր-վերնոսկրային լաթը (քունքային շրջանում այս լաթի մեջ ընդգրկվում է նաև քունքամկանը):

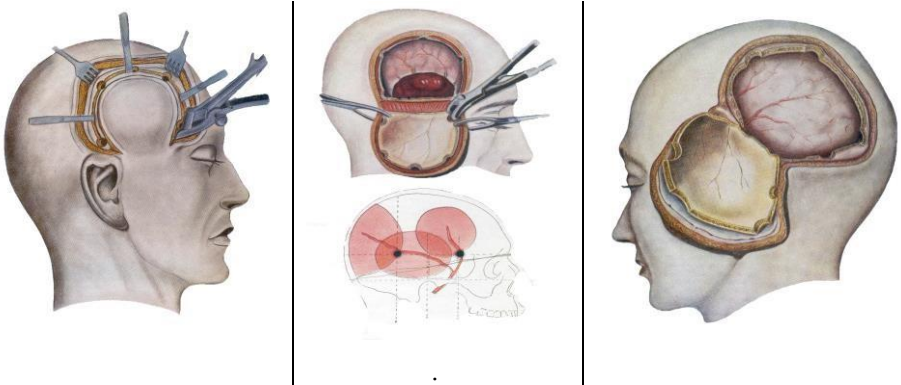
Անկախ ձևած լաթերի քանակից՝ ոսկրապլաստիկ տրեպա-



Նկար 13.

նացիաների փուլերը հետևյալն են՝

- 1) լաթերի ձևավորում,
- 2) վերնոսկրի մշակում (վերնոսկրի հատում և տրեպանացիոն բացվածքների և դրանց կապող ուղիների համար վերնոսկրից ազատ տարածությունների ստեղծում),
- 3) տրեպանացիոն բացվածքների ձևավորում. ոսկրային կամրջակների հեռացում և ոսկրավերնոսկրային լաթի ձևավորում,
- 4) ուղեղի կարծր թաղանթի հատում,
- 5) գանգաթաղի դեֆեկտի փակում՝ ոսկրավերնոսկրային լաթը իր նախկին տեղը դնելու միջոցով (նկ.14):



Նկար 14.

Ոսկրապլաստիկ տրեպանացիայի լաթերի ձևավորումը կատարվում է ըստ վիրահատության նպատակի և համապատասխանեցվում է տվյալ շրջանի հիմնական անոթանյարդային խրճերին: Փափուկ հյուսվածքային լաթի չափերը պետք է լինեն ավելի մեծ, քան վերնոսկր-ոսկրային լաթինը: Հաշվի առնելով վերը նշվածը՝ փափուկ հյուսվածքները հատելուց հետո այդ կտրվածքից ավելի ներս՝ մոտ 1015մմ, հատվում է վերնոսկրը, և քերիչով այն անջատվում է ոսկրից դեպի դուրս, որպեսզի չվնասվի

արյան մատակարարումը: Վերնուսկրի մերկացման չափերը պետք է համապատասխանեն ֆրեզերի տրամագծերին: Ֆրեզերի համար դրված բացվածքների քանակը պայմանավորված է տրեպանացիոն բացվածքի չափերից: Ֆրեզերով առաջացած բացվածքները ձևավորվում են զգուշորեն՝ շաղափի օգնությամբ փոխելով ֆրեզերը: Գանգաթաղի ոսկրերի արտաքին թերթիկը շաղափելու համար օգտագործում են աղեղնաձև ֆրեզ: Դիպլոետիկ շերտը և ներքին թերթիկը շաղափելու համար օգտագործում են գնդաձև ֆրեզը: Գանգուղեղի վնասումը բացառելու համար շաղափելու ընթացքում առաջնորդվում են հետևյալ սկզբունքներով՝

- 1) արտաքին թերթիկը շաղափելիս առաջացած ոսկրային թեփուկների գույնը սպիտակ կամ դեղին է,
- 2) դիպլոետիկ շերտի շաղափումը առաջացնում է արյունային կարմիր գույնի թեփուկներ,
- 3) ներքին թերթիկը շաղափելիս դարձյալ առաջանում են սպիտակ կամ դեղին թեփուկներ:

Ֆրեզերի օգնությամբ առաջացած հարևան անցքերի միջև էպիդուրալ տարածությամբ անցկացվում է Պոլենովի ուղեցույցը, որի օգնությամբ մտցվում է լարաստոցը: Դրանով հատվում են երկու անցքերի միջև եղած ոսկրային կարերը: Լարաստոցի շարժումները պետք է լինեն ներսից դուրս 45 աստիճան անկյան տակ, որպեսզի ոսկրային լաթի արտաքին չափերը լինեն ավելի մեծ, քան ներքին չափերը: Երբ այդպիսի ոսկրային լաթը դրվի հետագայում իր տեղը, չի ներսղմվի դեպի գանգի խոռոչ: Բացի լարաստոցից, երկու անցքերի միջև ոսկրային կարերը կարող են հատվել Դալգրենի կրծանի օգնությամբ:

Սղոցելուց հետո ոսկրային լաթը երկու էլևատորների օգնությամբ զգուշությամբ շրջվում է այնպես, որպեսզի չվնասվի վերնուսկրային կամրջակը:

Մուտքը դեպի գանգի խոռոչ ստեղծվում է կարծրենու խաչաձև, գծային կամ պայտաձև կտրվածքներով:

Անհրաժեշտ վիրահատական միջամտությունից հետո վերքը շերտ առ շերտ վերականգնվում է:

Գանգուղեղի հյուսվածքի հնարավոր ճնշումը բացառելու համար վերնոսկրի վրա դրվում են ոչ խիտ (նոսր) կետգուտե կարեր, որոնք ապահովում են ոսկր-վերնոսկրային լաթի շարժունակությունը («դեկոմպրեսիվ փականե»):

ԹԵՄԱ 4. ՊԱՐԱՆՈՑԻ ՕՊԵՐԱՏԻՎ ՎԻՐԱԲՈՒԺՈՒԹՅՈՒՆ:
ՊԱՐԱՆՈՑԻ ՎԵՐՔԵՐԻ ԱՌԱՋՆԱՅԻՆ
ՎԻՐԱԲՈՒԺԱԿԱՆ ՄՇԱԿՄԱՆ
ԱՌԱՆՁՆԱՀԱՏԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ: ՊԱՐԱՆՈՑԻ
ՎԵՐՔԵՐԻՑ ԱՌԱՋԱՑԱԾ
ԱՐՅՈՒՆԱՀՈՍՈՒԹՅԱՆ ԴԱԴԱՐԵՑՄԱՆ
ԵՂԱՆԱԿՆԵՐԸ: ՏՐԱԽԵՈՏՈՄԻԱ:
ՏՐԱԽԵՈՍՏՈՄԻԱ: ՊԱՐԱՆՈՑԱՅԻՆ ՎԱԳՈ-
ՍԻՄՊԱԹԻԿ ԲԼՈԿԱԴԱ

Պարանոցի կտրվածքները կատարվում են կոսմետիկ պահանջներին համապատասխան, բայց անհրաժեշտ չափերով, որը պետք է ապահովի վիրահատությունների ամբողջ ծավալը: Այդ չափորոշիչներին համապատասխանում են Կոխերի օձիքաձև կտրվածքը, որը կատարվում է մաշկի միջաձիգ ծայքերի ուղղությամբ: Պարանոցի առաջակողմնային շրջանում օրգանների և հիմնական անոթանյարդային խրձի ուրվագիծը վայրաձիգ է, այդ իսկ պատճառով վիրահատական մուտքերը այս շրջանում կատարվում են կրծոսկրանրակապտկաձև մկանի առաջային կամ հետին եզրով:

Միջին գծով կատարված վայրաձիգ ուղղությամբ կտրվածքները չնայած ստեղծում են պարանոցի օրգանների լիարժեք մերկացում, սակայն այնքան էլ ընդունելի չեն, քանի որ առաջացնում են կոպիտ սպի: Պարանոցի կոմբինացված կտրվածքներ հազվադեպ են կիրառվում, քանի որ ձևավորվում է կոպիտ սպի: Պարանոցի կտրվածքների արտաքին տեսքը պայմանավորված է նաև այն հանգամանքով, թե որքանով է պահպանվել այդ կտրվածքների առաջացման սանդղաձևության սկզբունքը: Մաշկը, ենթամաշկային ճարպաբջջանքը, մակերեսային փակեղը և մաշկամկանը պետք է հատել մի հարթությամբ, խորանիստ շերտերը՝ այլ: Օրինակ՝ միջաձիգ միջային կտրվածքի դեպքում պարանոցի սպիտակ գծի հատումը չպետք է համապատասխանի մաշկային կտրվածքի ուղղությանը: Օձիքաձև մաշկային կտրվածքի դեպքում պարանոցի սպիտակ գիծը հատվում է վայրաձիգ կտրվածքով, իսկ կրծոսկր-կորճոսկրային մկանները հատվում են միջաձիգ ուղղությամբ: Սանդղաձևության սկզբունքի պահպանումը բացառում է պարանոցի կտրվածքներից հետո կոպիտ, ներքաշված և անշարժ սպիների առաջացումը: Այն դեպքերում, երբ վիրահատությունը կատարվում է հիվանդի կյանքին անմիջական սպառնացող վտանգը վերացնելու նպատակով (խորանիստ թարախակույտերի բացում, խորանիստ ավշային հանգույցների հեռացում և այլն), սանդղաձևության սկզբունքը և կոսմետիկությունը կարող են չպահպանվել:

Պարանոցի վիրահատությունների դեպքում ընդհանուր վիրաբուժական գործիքների հետ օգտագործվում են նաև հատուկ խմբի գործիքներ, որոնց անհրաժեշտությունն առաջանում է որոշակի յուրահատուկ վիրահատություններ կատարելիս (օրինակ՝ տրախեոստոմիկ հատուկ գործիքների խումբ՝ տրախեոստոմիա կատարելու համար): Պարանոցի վիրահատությունների դեպքում հիվանդը կարող է ունենալ երկու դիրք: Պարանոցի միջային հատվածներում կատարվող վիրահատությունների դեպքում հիվանդը

պառկում է մեջքի վրա, պարանոցի տակ դրվում է գլանաբարձ, գլուխը թեքում են հետ և պահում ուղիղ դիրքում (սագիտալ): Երբ վիրահատությունը կատարվում է պարանոցի առաջակողմնային շրջանում, գլանաբարձը դրվում է ուսերի տակ, գլուխը թեքում են դեպի հետ և հակառակ կողմը:

Պարանոցի վիրահատությունները կատարում են ընդհանուր անզգայացմամբ, փափուկ հյուսվածքների որոշ փոքրածավալ վիրահատություններ կարելի է կատարել տեղային ներսփռական անզգայացմամբ՝ 0,5%-անոց նովոկաինի լուծույթով:

Պարանոցի վերքերի առաջնային վիրաբուժական մշակման առանձնահատկությունները

Պարանոցի վերքերին բնորոշ են հետևյալ առանձնահատկությունները.

- 1) Վերքերի ուղղությունը խճճված է, փոփոխական և ոլորապտույտ, որը դժվարացնում է վերքային արտադրուկի հեռանալը: Վերքերի ուղղությունը կարող է լինել տարբեր հարթություններով՝ սագիտալ, ֆրոնտալ, թեք-վայրածիգ և միջածիգ:
- 2) Հաճախակի կարող են ուղեկցվել ողնաշարի և ողնուղեղի վնասմամբ:
- 3) Հաճախ միաժամանակ վնասվում են խոշոր անոթներ և պարանոցի օրգաններ:
- 4) Պարանոցի վերքերը վարակվում են ոչ միայն արտաքինից, այլև վարակը վերքի մեջ կարող է անցնել շնչափողի, կոկորդի և կերակրափողի վնասված լուսանցքից:
- 5) Կարող է զարգանալ շնչահեղձություն արյան ասպիրացիայի պատճառով:
- 6) Պարանոցի խոշոր երակները վնասվելու դեպքում կարող է առաջանալ օդային էմբոլիա, քանի որ վնասումից հետո կծկում և

պատերի սեղմում չի լինում, ինչպես նաև լուսանցքում առկա է բացասական ճնշում:



Պարանոցի վերքերի առաջնային վիրաբուժական մշակումը կատարվում է այդ միջամտության ընդհանուր սկզբունքներին համապատասխան՝ հաշվի առնելով շրջանի տեղագրական առանձնահատկությունները (նկ.15): Գիրառվում է հյուսվածքների անջատման հիմնական սկզբունքը. մաշկը

Նկար 15. հատելուց հետո հյուսվածքները հատվում են շերտ առ շերտ: Ստորոնոտային շրջանում և պարանոցի առաջամիջային շրջանում կիրառվում են միջաձիգ կտրվածքներ (նկ.16): Կրծոսկրանրակապտկաձևային շրջանում կիրառվում են



վայրաձիգ կտրվածքներ, որը համապատասխանում է այդ շրջանի հիմնական անոթանյարդային խրձի ուղղությանը: Պարանոցի դրսային շրջանում

(վերանրակային) կիրառում են թեք կամ թեք միջաձիգ կտրվածքներ, որոնք

Նկար 16.

համապատասխանում են ենթանրակային անոթների և բազկային ցողունի տեղագրությանը: Կատարելով պարանոցի վերքի հատում՝ վիրաբույժը պարտավոր է հեռացնել կուտակված արյան մակարդուկները, բայց իրավունք չունի հատելու վնասված միջփակեղային տարածությունները: Փափուկ հյուսվածքները հատվում են զգուշությամբ և խնայողաբար, քանի որ հետվիրահատական շրջանում կարող են առաջանալ

կոնտրակտուրաներ: Չպետք է հատվեն առողջ փակեղները, որպեսզի չվնասվեն հարևան բջջանքային տարածությունները: Առավել զգուշորեն պետք է հատել վերքի հատակում գտնվող հյուսվածքները, որպեսզի չվնասվեն հարևանությամբ գտնվող խոշոր անոթները և նյարդերը: Վերքի մեջ տեսանելի և հատման կարիք ունեցող երակները նախապես պետք է կապել՝ օդային էմբոլիայից խուսափելու համար: Բոլոր հատված բջջանքային տարածությունները պարտադիր կերպով դրենավորվում են: Առանձնահատուկ ուշադրության են արժանի առաջ- և հետընդերային տարածությունները: Եթե այդ տարածությունները վնասվեն և այստեղ հայտնաբերվեն արյան մակարդուկներ կամ օտար մարմիններ, պարտադիր կատարում են միջամտություններ, որոնք առաջային և հետին միջնորմից սահմանափակում են նշված տարածությունները: Տեղադրում են թանգիֆե տամպոններ: Վնասված ենթաձնոտային թքագեղձը մասնակի հատում են և կարում: Վահանաձև գեղձը վնասվելու դեպքում այն մասնահատվում է:

Կոկորդի և շնչափողի վնասումների դեպքում առաջնային վիրաբուժական մշակումը ընդգրկում է այդ օրգանների խնայողաբար հատում և տրախեոստոմայի պարտադիր ձևավորում: Ըմպանի և կերակրափողի վնասվածքները վերականգնվում են երկշար հանգուցակարերով: Մուտքը այդ օրգաններ կատարում են կրծոսկրանրակապտկաձև մկանի առաջային եզրով: Այդ դեպքերում դրենավորում են ոչ միայն հարկերակրափողային և հետըմպանային բջջանքային տարածությունները, այլև հետին միջնորմը:

Մետաղյա բեկորները և օտար մարմինները հեռացնում են միայն այն դեպքում, երբ դրանք անմիջապես վերքի մեջ են և հասանելի են: Հակառակ դեպքում հեռացումը կատարվում է հատուկ ցուցումներով, եթե այդ բեկորները ճնշում են խոշոր նյարդերը կամ խոշոր անոթների հարևանությամբ են և կարող են հետագայում պատկելախոցի ու արյունահոսության պատճառ դառնալ: Օտար մարմինների և

բեկորների հիմնական բարդությունն այն է, որ այդ բեկորները շրջապատող շարակցահյուսվածքային պատյանը սերտաձում է անոթանյարդային խրձերի պատյանի հետ:

Այդ իսկ պատճառով օտար մարմինները հեռացնելու համար կատարվող կտրվածքներն ունեն շրջանի անոթանյարդային խրձերի ուղղությունը, դրանց զուգահեռ լինելով՝ ապահովում են դրանց տեսանելիությունը:

Պարանոցի վերքերից առաջացած արյունահոսության դադարեցման եղանակները

Պարանոցի վիրահատությունների առանձնահատկություններից է վերքի մեջ մեծ քանակությամբ խոշոր երակների առկայությունը և դրանց հնարավոր վնասումը: Պարանոցի երակների վնասումը կարող է ծանր արյունահոսության պատճառ լինել, քանի որ փոքր երակներում ֆիզիկական լարումների և հազի դեպքում զգալիզգալիորեն բարձրանում է արյան ճնշումը, և անզգուշորեն չկարված կամ ոչ ճիշտ կապված փոքր երակից կարող է առաջանալ այնպիսի ծանր արյունահոսություն, որը կարող է ծածկել ամբողջ վիրահատական դաշտը և ոչ տեսանելի դարձնել անատոմիական փոխհարաբերությունները: Պարանոցի վիրահատությունների պարտադիր կանոնն է կարել բոլոր, նույնիսկ ամենափոքր անոթները: Անթույլատրելի է երակների վրա դրված անոթային սեղմակները երկար ժամանակ թողնել առանց կարելու, քանի որ գործիքի ծանրությունից երակների փխրուն պատերը կարող են պատռվել՝ հանգեցնելով արյունահոսության ու օդային էմբոլիայի: Անթույլատրելի է վիրահատությունների ժամանակ օգտագործել սուր ծայրեր ունեցող գործիքներ (Կոխերի սեղմակներ, վիրաբուժական ունեղիներ, սրածայր կարթեր), որոնք կարող են երակի պատի վնասման պատճառ լինել:

Պարանոցի երակների վնասման առավել ծանր բարդություններից է օդային էմբոլիան: Այս բարդության հիմնական պատճառներից են

պարանոցի երակներում ներշնչման ժամանակ առաջացող ցածր մթնոլորտային ճնշումը և այն հանգամանքը, որ պարանոցի երակների լուսանցքը վնասումից հետո չի փակվում, քանի որ դրանց արտաքին պատը սերտաճած է շարակցահյուսվածքային խտրոցներին: Օդային էմբոլիային նպաստում է նաև պարանոցի երակների կառուցվածքային առանձնահատկությունը՝ փականների բացակայությունը: Պարանոցի վիրահատություն կատարելիս վիրաբույժի հիմնական ուշադրությունը ուղղված պետք է լինի օդային էմբոլիայի կանխարգելմանը: Վերոհիշյալին նպաստում է շերտ առ շերտ կատարվող անատոմիորեն հիմնավորված խնայողաբար կտրվածքը և ընդհանուր ինտուբացիոն անզգայացում կիրառելը: Վերջինս ապահովում է հիվանդի ադեկվատ շնչառությունը: Տեղային անզգայացման դեպքում առաջացած ցավի զգացումը կարող է նպաստել շնչառության խանգարմանը՝ կտրուկ ներշնչմանը, որն էլ պարանոցի երակների լուսանցքում առաջացնում է ճնշման անկում և օդային էմբոլիա:

Տրախեոտոմիա: Տրախեոտոմիա: Տրախեոտոմիան վիրահատություն է, որի ժամանակ կատարվում է շնչափողի պատի հատում (տրախեոտոմիա), դրա լուսանցքի բացում և այդ լուսանցքի մեջ հատուկ խողովակի՝ փողակի տեղադրում, որն ապահովում է շնչառական ակտը վերին շնչուղիների խցանումների դեպքում: Այս վիրահատությունները հիմնականում լինում են անհետաձգելի ցուցումներով:

Տրախեոտոմիայի ցուցումներն են՝

1. վերին շնչուղիների խցանումը օտար մարմիններով,
2. շնչառական ակտի խանգարումը կոկորդի և շնչափողի փակ ու բաց վնասվածքների դեպքերում,
3. կոկորդի սուր այտուցները (ստենոզ) վարակիչ հիվանդությունների ժամանակ (դիֆթերիա, կապույտ հազ, կարմրուկ, գրիպ և այլն);

4. կոկորդի այտուցը (ստենոզ) քրոնիկական սպեցիֆիկ հիվանդությունների ժամանակ (սիֆիլիս, տուբերկուլյոզ և այլն),

5. կոկորդի սուր այտուցները՝ կոկորդի սուր ոչ սպեցիֆիկ հիվանդությունների ժամանակ (լարինգիտ, կեղծ կրուպ և այլն),

6. կոկորդի ստենոզը՝ չարորակ և բարորակ ուռուցքների ժամանակ,

7. շնչափողի օղերի ճնշումը մեծացած վահանագեղձով, անոթային անևրիզմով, բորբոքային ինֆիլտրատներով,

8. կոկորդի ալերգիկ այտուցը:

Պլանային կարգով տրախեոստոմիա են կատարում որոշ հիվանդությունների դեպքում, երբ անհրաժեշտություն կա հիվանդին երկար ժամանակ արհեստական շնչառության տակ՝ հատուկ սարք միացնելով: Այդ հիվանդություններից են՝

1. գանգուղեղային վնասվածքները,

2. կրծքավանդակի և որովայնի խոռոչների բարդ վիրահատությունները,

3. որոշ թունավորումներ,

4. շնչափողի այտուցը այրվածքային հիվանդության դեպքում:

Ժամանակի խնայողության համար որոշ անհետաձգելի դեպքերում տրախեոստոմիան կատարվում է առանց անզգայացման: Հիմնականում վիրահատությունը կատարվում է տեղային անզգայացմամբ 0.5%-անոց նովոկաինի լուծույթով: Երեխաների դեպքում ավելի հաճախ կիրառվում է ընդհանուր անզգայացում:

Հիվանդի դիրքը վիրահատության ժամանակ. հիվանդին պառկեցնում են մեջքի վրա, ուսերի տակ դրվում է գլանաբարձ, իսկ գլուխը ֆիքսվում է սագիտալ դիրքում՝ թեքված դեպի հետ: Որոշ անհետաձգելի դեպքերում տրախեոստոմիան կատարում են նստած դիրքում և գլուխը դեպի հետ թեքած:

Ըստ շնչափողի հատման մակարդակի՝ տարբերում են տրախեոստոմիայի երեք տեսակ՝

1. վերին տրախեոստոմիա՝ վահանագեղձի նեղուցից վեր,

2. ստորին տրախետստոմիա՝ վահանագեղձի նեղուցից ցած,

3. միջին տրախետստոմիա՝ վահանագեղձի նեղուցի մակարդակին:

Վերին տրախետստոմիայի դեպքում հատվում են շնչափողի 2-րդ և 3-րդ օղերը, միջին տրախետստոմիայի դեպքում՝ 3-րդ և 4-րդ, ստորին տրախետստոմիայի դեպքում՝ 5-րդ և 6-րդ օղերը:

Ստորին տրախետստոմիան ունի որոշակի առավելություններ.

1. Տրախետստոման հեռու է ախտաբանական օջախից, որը հիմնականում տեղակայվում է կոկորդի մակարդակին կամ շնչափողի վերին հատվածներում:

2. Ախտաբանական օջախից տրախետստոմայի հեռու լինելը թույլ չի տալիս այտուցի տարածմանը և շնչափողի ստենոզի զարգացմանը:

3. Բացառվում է ձայնալարերի վնասումը:

Տրախետստոմիա կատարելու համար անհրաժեշտ են ընդհանուր խմբի գործիքներ՝ դանակներ, ունելի, վերքլայնիչներ, արյունահոսությունը դադարեցնող սեղմակներ, և հատուկ գործիքներ, որոնք պարտադիր օգտագործվում են միայն տրախետստոմայի ժամանակ:

Այդ անհրաժեշտ հատուկ գործիքներն են՝

1. տրախետստոմիկ խողովակներ՝ փողակներ,

2. սուր, մեկատամանի կարթ, որը ֆիքսում է շնչափողի օղերը,

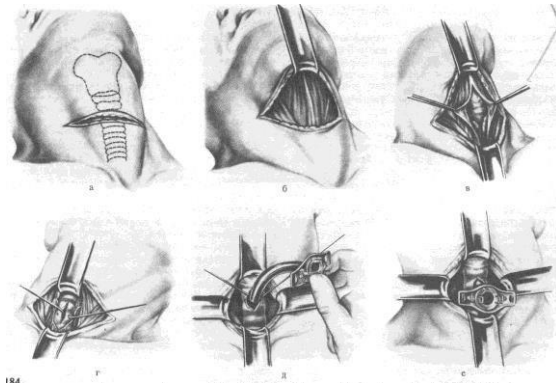
3. Կոխերի բուրձ վերքլայնիչ՝ վահանագեղձի նեղուցի համար,

4. շնչափողալայնիչ, որը լայնացնում է շնչափողը՝ փողակը տեղադրելու համար:

Տրախետստոմիայի ժամանակ վիրաբույժը մինչ կտրվածք կատարելը պետք է համոզվի, որ կզակի, վահանաճառի և կրծոսկրի լծային կտրուճի միջնակետերը միևնույն գծի վրա են:

Բոլոր տրախետստոմիաների ժամանակ փափուկ հյուսվածքները հատվում են կա՛մ միջին գծով, կա՛մ լայնական կտրվածքով: Չնայած

դրան՝ պարանոցի սպիտակ գիծը վերին և միջին տրախեոստոմիաների դեպքում հատվում է միայն միջին գծով՝ տեղաշարժելով պարանոցի միջային երակը: Նախապես սպիտակ գծի կողմով պարանոցի 2-րդ և 3-րդ փակեղները ֆիքսում են վիրաբուժական ունեղներով և հատում են սպիտակ գիծը ակոսավոր զոնդի վրա: Ստորին տրախեոստոմիայի դեպքում, քանի որ սպիտակ գիծ չի ձևավորվում, 2-րդ փակեղը հատելուց հետո վերկրծոսկրային միջփակեղային տարածության մեջ մերկացվում է *arcus venosus jugulin* և քաշվում ներքև: 3-րդ փակեղը հատվում է ակոսավոր զոնդի վրա: Այնուհետև, բոլոր տեսակի տրախեոստոմիաների դեպքում, առաջնչափողային մկանները բուժ կերպով անջատվում են, և մերկացվում է 4-րդ փակեղի ընդերային թերթիկով ծածկված վահանագեղձը: Պայմանավորված տրախեոստոմիայի տեսակով՝ վահանագեղձի նեղուցից վեր, ներքև կամ վրայով հատելով փակեղը՝ մոտենում են շնչափողի օղերին: Ստորին տրախեոստոմիայի դեպքում 4-րդ փակեղի ընդերային թերթիկը հատելիս երևում է առաջաշնչափողային տարածությունը, որտեղ ստորվահանագեղձային երակացանցն է, երբեմն վահանագեղձի ստորագույն զարկերակը (*a. thyreodea ima*): Անոթները քաշվում են մի կողմ կամ հատվում երկու անոթակապերի միջև: Շնչափողի օղերի հատումը վիրահատության կարևորագույն փուլերից մեկն է և պահանջում է առավել զգուշություն ու ճշգրտություն: Շնչափողահատումը կատարվում է կա՛մ լայնակի ուղղությամբ՝ օղերի միջև, կա՛մ օղերը հատելով (պայմանավորված տրախեոստոմիայի տեսակով) (նկ.17):



Նկար 17.

Միատամանի սուր կարթով շնչափողի օղը ֆիքսվում է և քաշվում վեր, սրածայր դանակի օգնությամբ հատվում է օղը կամ օղերը, ընդ որում, մատի կամ սպեղանու օգնությամբ դանակը ֆիքսվում է այնպես,



որ սուր ծայրի երկարությունը լինի 1 սմ: Այդ բռնվածքը սահմանափակում է դանակի ավելի խոր ընթացքը, որը կարող է հանգեցնել շնչափողի հետին պատի և կերակրափողի վնասմանը:

Շնչափողի վերքը լայնացնում են հատուկ վերքլայնիչով և մտցնում տրախեոտոմիկ փողակը (նկ.18): Սկզբում փողակը մտցնում

Նկար 18. են այնպես, որ դրա վահանակն ուղղված լինի սագիտալ գծին զուգահեռ, այնուհետև պտտելով մինչև ֆրոնտալ ուղղությունը՝ փողակը առաջ են շարժում շնչափողի մեջ: Այնուհետև վերքը, սկսած եզրերից, շերտ առ շերտ վերականգնվում է: Փողակից վեր և վար՝ վահանիկի տակ, մտցնում են մանրէազերծ անձեռոցիկ և պարանոցի վրա ֆիքսում թանգիֆի երիզով:

Տրախեոստոմիայի ժամանակ տեխնիկական անճշտությունների հետևանքով կտրվածքի միջին գծից շեղումը կարող է բարդություններ առաջացնել: Բարդությունները կարող են առաջանալ ինչպես վիրահատության ընթացքում, այնպես էլ վաղ և ուշ հետվիրահատական շրջաններում:

Վիրահատության ընթացքում առաջացող բարդություններն են՝

1. արյունահոսություն՝ պարանոցի խոշոր զարկերակների կամ երակների վնասումից,
2. օդային էմբոլիա՝ երակների վնասումից,
3. ասֆիքսիա՝ եթե վիրահատության ժամանակ չի հատվել լորձաթաղանթը, և փողակը չի տեղադրվել շնչափողի լուսանցքում,
4. շնչափողի հետին պատի և կերակրափողի վնասում,
5. ապնոե (շնչառության կանգ), կոլապս անմիջապես շնչափողահատման ընթացքում, որը պայմանավորված է բրոնխասպազմով:

Հետվիրահատական բարդություններն են.

1. Տրախեոստոմիայի լայն փողակների երկարատև ճնշումից կարող է առաջանալ օդաճառների և լորձաթաղանթների մեռուկացում, եթե փողակի տրամագիծը տրախեոստոմիկ անցքից մեծ է:

2. Ենթամաշկային և միջնորմային էմֆիզեմայի առաջացում, եթե փողակի տրամագիծը ավելի փոքր է, քան տրախեոստոմիկ անցքը:

3. Արյունահոսություններ՝ պայմանավորված խոշոր զարկերակների կամ երակների պատերի վրա փողակի երկարատև ճնշմամբ և պտկելախոցի առաջացմամբ:

4. Ասպիրացիոն թոքաբորբ:

5. Կոպիտ սպի և շնչառության դժվարացում:

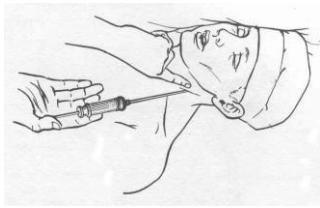
6. Փողակի ոչ ճիշտ ֆիքսումը մաշկին կարող է առաջացնել դեկանյուլյացիա (փողակի արտանկում):

Պարանոցային վագո-սիմպաթիկ բլոկադա: Այս վիրահատական միջամտության նպատակը պլևրոպուլմոնալ շոկի կանխարգելումն է: Ուսումնասիրված և հաստատած է, որ պարանոցային վագոսիմպաթիկ բլոկադան կարող է կանխարգելել պլևրոպուլմոնալ շոկի զարգացումը կոմբինացված վնասվածքների դեպքում և բացառել հետվիրահատական շոկի զարգացումը որովայնի խոռոչի ու կրծքավանդակի օրգանների մեծածավալ վիրահատություններից հետո:

Ցուցումներն են՝ կրծքավանդակի վնասվածքները և վերքերը, որոնք ուղեկցվում են բաց և փակ պնևմոթորաքսով, որովայնի խոռոչի և կրծքավանդակի կոմբինացված վնասվածքները, երբ անհրաժեշտ է վնասված հատվածներից ընդհատել բացասական նյարդային գրգիռների հոսքը:

Հիվանդի դիրքը. հիվանդը պառկում է մեջքի վրա, ուսերի տակ դրվում է գլանաբարձ, գլուխը թեքված է հակառակ կողմը: Այդ կողմի վերին վերջույթը ձգվում է դեպի ցած, որպեսզի անրակը և բազկի վերին մասը իջեցվեն: Վիրաբույժը կանգնում է հակառակ կողմից:

Որոշում են կրծոսկրանրակապտկաձևային մկանի հետին եզրի և



արտաքին լծային երակի հատման կետը (կորճոսկրի մակարդակին): Չախ ձեռքի ցուցամատով այդ կետի վրա աստիճանաբար ճնշելով՝ շոշափում են պարանոցային ողերի առաջային

Նկար 19. մակերեսը՝ նյարդ-անոթային խուրճը տեղաշարժելով դեպի ներս (նկ.19):

Զթուլացնելով ձեռքի ճնշումը՝ վիրաբույժը կատարում է տեղային անզգայացում, որից հետո մտցնում է երկար ասեղը մատի ծայրի մոտ և առաջ շարժելով դեպի վեր և ներս՝ հասնում է ողերին: Այս գործողությանը զուգահեռ ներմուծում են 0,25%-անոց նովոկաինի

լուծույթ և ժամանակ առ ժամանակ ներարկիչի միտցը հետ են քաշում, որպեսզի համոզվեն՝ որևէ անոթի լուսանցք թափանցե՞լ են, թե՞ ոչ: Երբ համոզվում են, որ հասել են ողերին, ասեղի վրա ճնշումը թուլացնում են, և այն հեռանում է ոսկրերից 1-2մմ: Ներարկում են 4050մլ 0,25%-անոց նովոկաինի լուծույթ:

Ճիշտ կատարված բլոկադայի դեպքում լուծույթը տարածվում է փուխր բջջանք, որը պարանոցի առաջամիջային եռանկյան հիմնական անոթանյարդային խրճի պատյանից հետ է: Ներարկիչը հանելուց հետո ասեղի տեղից ոչ մի կաթիլ հեղուկ չպետք է արտադրվի: Պետք է հաշվի առնել, որ ինչքան ավելի վեր տարածվի հեղուկը, այնքան ավելի մեծ է հավանականությունը բլոկադայի ենթարկելու միաժամանակ երկու նյարդերը՝ թափառող նյարդը և սիմպաթիկ ցողունը: Թափառող նյարդի ստորին հանգույցը և սիմպաթիկ ցողունի վերին հանգույցը այդ մակարդակի վրա են միննույն բջջանքային տարածության մեջ: Ավելի ներքև՝ կորճոսկրի մակարդակին, այդ երկու նյարդերը իրարից հեռանում են և բաժանվում են թափառող նյարդի պատյանի հետին պատով:

Ճիշտ կատարված պարանոցային բլոկադայի դեպքում նկատվում է Հորների ախտանիշը՝ աչքի ճեղքի նեղացում, բքի նեղացում, ակնագնդի խորացում ակնակապճի մեջ: Միաժամանակ նկատվում է դեմքի կեսի հիպերեմիա և տեղային ջերմության բարձրացում:

ԹԵՄԱ 5.

ԿՐԾՔԱՎԱՆԴԱԿԻ ՕՊԵՐԱՏԻՎ

ՎԻՐԱԲՈՒԺՈՒԹՅՈՒՆ: ԿՐԾՔԱՎԱՆԴԱԿԻ
ՎԵՐՔԵՐԻ ԱՌԱՋՆԱՅԻՆ ՎԻՐԱԲՈՒԺԱԿԱՆ
ՄՇԱԿՄԱՆ ՀԻՄՆԱԿԱՆ ՍԿԶԲՈՒՆՔՆԵՐԸ:
ՎԻՐԱՀԱՏՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ
ՀԵՄՈՊԼԵՎՍՈԹՈՐԱՔՍԻ ԴԵՊՔՈՒՄ: ՍԻՐՏԸ
ԿԱՐԵԼՈՒ ՀԻՄՆԱԿԱՆ ՍԿԶԲՈՒՆՔՆԵՐԸ

Կրծքավանդակի մի շարք վիրահատություններ՝ կողի մասնահատումը, պլերալ խոռոչի դրենավորումը թարախային պլերիտների դեպքում, հայտնի են հին ժամանակներից, սակայն կրծքավանդակի վիրաբուժությունը զարգացել է ավելի ուշ, քան որովայնի վիրաբուժությունը: Հիմնական արգելքներից մեկը վիրաբույժների «վախն էրե բաց պնևմոթորաքսի նկատմամբ: Կրծքավանդակի խոռոչի օրգանների արդի վիրահատությունների հաջողությունը պայմանավորված է ինտուբացիոն կոմբինացված անզգայացման զարգացմամբ և ներդրմամբ:

Կրծքավանդակի պատի վիրահատությունների ժամանակ ընդհանուր վիրաբուժական գործիքների հետ միասին օգտագործվում են հատուկ խմբի գործիքներ, օրինակ՝ ոսկրային քերիչներ կողը մասնահատելու համար, հատուկ վերքալայնիչներ և այլն: Հիվանդի դիրքը կրծքավանդակի պատի վիրահատությունների դեպքում տարբեր է: Այն պայմանավորված է այդ գործողության նպատակով և առանձնահատկություններով: Այս վիրահատությունները կատարվում են ընդհանուր ներշնչափողային անզգայացման պայմաններում: Պլերալ խոռոչի պունկցիաների և կրծքավանդակի փոքրածավալ վիրահատությունների դեպքում կարելի է կիրառել տեղային անզգայացում 0,5%-անոց նոփոկաինի լուծույթով:

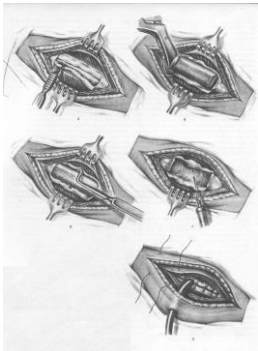
Կրծքավանդակի վերքերի առաջնային վիրաբուժական մշակման հիմնական սկզբունքները

Կրծքավանդակի չթափանցող վերքերի առաջնային վիրաբուժական մշակումը կատարվում է այդ վիրահատության ընդհանուր սկզբունքներին համապատասխան: Թափանցող վերքերի առաջնային վիրաբուժական մշակումն ունի որոշակի առանձնահատկություններ: Կրծքավանդակի պատի վերքերի առաջնային վիրաբուժական մշակման ցուցումներն են կտրած, կտրած-ծակած, հրազենային վերքերը, որոնք ուղեկցվում են բաց, փակ կամ փականային պնևմո- և

հեմոթորաքսներով: Այս վիրահատությունների դեպքում կատարվում է ներշնչափողային անոգայացում բրոնխների անջատ ինտուբացիայի օգնությամբ: Ռազմադաշտային պայմաններում հնարավոր է իրականացնել տեղային անոգայացում՝ միաժամանակյա պարանոցային վագոսիմպաթիկ բլոկադայով: Հրազենային վերքերի դեպքում առողջ հյուսվածքների սահմաններում մաշկը և մկանները վերքի շուրջ բացազատում են ձվաձև կտրվածքով: Այնուհետև հատում են առպատային պլերան: Եթե առկա են կողերի ծանր վնասումներ, ապա կատարվում է կողի ենթավերնոսկրային մասնահատում: Զննում են թոքամզային խոռոչը: Այնտեղից հեռացվում են օտար մարմինները, արյան մակարդուկները, արյունը: Որոշ դեպքերում այդ արյունը հավաքվում է, ֆիլտրվում և օգտագործվում փոխներարկաման՝ ռեինֆուզիայի նպատակով: Հայտնաբերվում են արյան և օդի արտահոսքի աղբյուրներ, և դրանք վերացվում են՝ կատարելով աերո- և հեմոստազ: Կատարում են հարևան օրգանների, միջնորմի, ստոծանու զննում: Անհրաժեշտության դեպքերում կատարում են հատուկ միջամտություններ: Պլերայի խոռոչում տեղադրվում է երկու դրենաժային խողովակ՝ առաջային և հետին: Հիմնականը հետինն է, որն անց է կացվում 7-8 միջկողային տարածության հետին անութային գծով, որն անցնում է կրծքավանդակի հետին պատի վրայով մինչև պլերալ խոռոչի գագաթ: Առաջային դրենաժային խողովակը տեղադրում են 4-5 միջկողային տարածությամբ և տեղակայում են թոքերի ու միջնորմի միջև: Առաջային դրենաժը կիրառվում է, երբ կասկածելի է հիմնավոր աերոստազի կատարումը: Այս դրենաժի ծայրը նույնպես պետք է հասնի պլերալ խոռոչի գագաթին:

Կրծքավանդակի պատի վերքը կարելու հիմնական սկզբունքը պլևրալ խոռոչի հերմետիկությունը ապահովելն է շերտ առ շերտ կարերի օգնությամբ: Ոչ մեծ վնասվածքների

դեպքում հանգուցակարերի առաջին հարկը դրվում է առպատային պլևրայի, ներկրծքային փակեղի և միջկողային մկանների վրա: Հիմնական հանգուցակարերը դրվում են կրծքավանդակի պատի արտաքին մկանների վրա: Այնուհետև սեփական և մակերեսային փակեղները կարվում են ենթամաշկի հետ: Վերջում դրվում են մաշկային կարեր: Միմյանցից հեռացած կողերը մոտեցվում են հանգուցակարերով, իսկ պլևրայի և մկանների դեֆեկտները փակում են մկանային լաթերով, որոնք ձևում են մեծ կրծքամկանից կամ մեջքի լայնագույն մկանից, որն ապահովում է պլևրալ խոռոչի ամբողջական



հերմետիկությունը: Անհրաժեշտության դեպքում կատարում են կողերի

մասնահատում: Մեկ կամ երկու կողերի

մասնահատումը կատարում են

կրծքավանդակի պատի վիրահատական

մուտքը լայնացնելու կամ թոքամզային

խոռոչը լիարժեք դրենավորելու նպատակով:

Ենթավերնոսկրային կողը մասնահատելու

համար վերքի ամբողջ երկարությամբ նշտարով

հատում են կողի վերնոսկրը,

Նկար 20. այնուհետև կտրվածքի ծայրերին երկու

կողմից ավելացնում են ևս երկու միջաձիգ կտրվածք: Ֆարաբեֆի

ռասպատորով՝ ոսկրաքերիչով, վերնոսկրի լաթը զգուշորեն

անջատում են կողի դրսային մակերեսից, կողի վերին և ստորին

եզրերից և մի փոքր տարածության վրա՝ հետին մակերեսից, ապա

կողի տակ մտցնում են Դուլայենի ռասպատորը և շարժելով կողի

երկայնքով՝ վերնոսկրը անջատում են կողի ներսային մակերեսից:

Այնուհետև վերնուկրից անջատված հատվածում կողը կտրում են երկու տեղից (նկ.20):

Թորակոտումիայի տեսակները: Թորակոտումիան կրծքավանդակի պատի վիրահատական մուտքն է կրծքավանդակի խոռոչի օրգանների վիրահատությունների դեպքում: Ամենատարածված եղանակներից են միջկողային տարածությամբ կտրվածքը և ստերնոտոմիան՝ կրծոսկրի հատումը: Երբ հիվանդի դիրքը վիրահատական սեղանին մեջքի վրա է, վիրահատական մուտքը անվանում են առաջային թորակոտումիա: Երբ հիվանդի դիրքը փորի վրա է, անվանում են հետին թորակոտումիա: Իսկ եթե հիվանդը կողքին պառկած դիրքում է, թորակոտումիան անվանում են կողմնային: Ընտրված վիրահատական մուտքը պետք է ապահովի վիրահատության ենթակա օրգանների լիարժեք մերկացումը և միաժամանակ պետք է լինի նվազագույն վնասվածքային: Առաջային թորակոտումիա կատարելիս հիվանդին պառկեցնում են մեջքի վրա, վիրահատվող կողմի վերին վերջույթը ծալվում է արմնկային հոդում և ֆիքսվում բարձր դիրքում հատուկ հենարանի օգնությամբ: Կտրվածքը սկսվում է 3-րդ կողի մակարդակին պարաստերնալ գծով, տղամարդկանց դեպքում անցնում է պտուկի տակով, իսկ կանանց դեպքում՝ կրծքագեղձը շրջանցելով: Այնուհետև կտրվածքը շարունակվում է 4-րդ միջկողային տարածությամբ դեպի հետին անոթային գիծ: Շերտ առ շերտ հատում են մաշկը, ենթամաշկային բջջանքը, սեփական և մակերեսային փակեղները, մեծ կրծքամկանը և առաջային ատամնավոր մկանը: Հատում են միջկողային մկանները, ներկրծքային փակեղը և առպատային թոքամիզը: Մոտենալով վերքի միջային անկյանը՝ աշխատում են չվնասել ներքին կրծքային անոթները: Կրծքավանդակի վերքը լայնացնում են մեկ կամ երկու վերքալայնիչներով: Հետին թորակոտումիայի դեպքում հիվանդին պառկեցնում են փորի վրա, գլուխը թեքում են հակառակ կողմ: Վիրահատության կողմի վերին վերջույթը իջեցվում և կախվում է

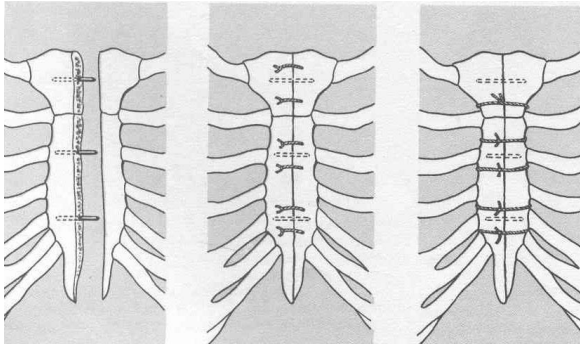
սեղանից ցած, միաժամանակ արմունկը և դաստակը ֆիքսվում է վիրահատական սեղանին:

Կտրվածքը սկսում են հարողնաշարային գծից 3-4-րդ կրծքային ողերի մակարդակից: Կտրվածքը շրջանցում է թիակի անկյունը և ավարտվում է միջին կամ առաջային անութային գծերի մոտ՝ 6-7-րդ կողերի մակարդակին: Վերքի վերին անկյունում հատվում են ռոմբաձև և սեղանաձև մկանները, իսկ ստորին անկյունում՝ մեջքի լայնագույն մկանը: Պլևրալ խոռոչը բացվում է միջկողային տարածությունը հատելու միջոցով կամ նախապես մասնահատված կողի մակարդակով:

Կրծքավանդակի պատի հատման առավել հաճախ կիրառվող եղանակ է կողմնային թորակոտոմիան: Լիարժեքության և անվնասության շնորհիվ վիրահատական մուտքը անվանվում է ստանդարտ թորակոտոմիա: Հիվանդի դիրքը առողջ կողքի վրա է: Վիրահատվող կողմի վերին վերջույթը բարձրացվում և ֆիքսվում է հատուկ հենարանի վրա: Կտրվածքը սկսվում է միջին անրակային գծից 4-5-րդ միջկողային տարածության մակարդակով և շարունակվում է այդ կողի ուղղությամբ մինչև հետին անութային գիծ: Հատվում են վերքի մեջ գտնվող մեծ կրծքամկանի և առաջային ատամնավոր մկանի հատվածները: Մեջքի լայնագույն մկանը և թիակը ձգվում են դեպի հետ: Միջկողային մկանները, ներկրծքային փակեղը և առպատային պլևրան հատվում են սկսած կրծոսկրից մինչև ողնաշար, այսինքն՝ հատվում են շատ ավելի, քան մաշկը և մակերեսային մկանները: Վերքը լայնացվում է երկու վերքալայնիչով, որոնք տեղադրվում են միմյանց ուղղահայաց: Վիրահատությունը ավարտելուց հետո վերքի վերականգնումը սկսում են վերքի միջային անկյունում մի քանի հանգուցակարեր դնելով առպատային պլևրայի և միջկողային մկանների վրա: Այնուհետև դրվում են 2-3 հատուկ հանգուցակարեր, որոնք ընդգրկում են կողերը, միջկողային տարածությունը, առպատային պլևրան: Այս կարերի օգնությամբ

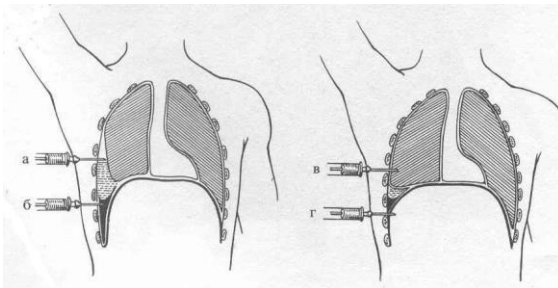
մոտեցվում են հեռացված կողերը, և շերտ առ շերտ կարվում են մկանները, փակեղները և ենթամաշկը մաշկի հետ:

Մրտի, խոշոր անոթների և միջնորմի օրգանների վիրահատությունների դեպքում որպես վիրահատական մուտք՝ լայնորեն կիրառվում է կրծոսկրի հատումը՝ ստերնոտոմիան: Պայմանավորված կրծոսկրի հատման եղանակով՝ տարբերում են ամբողջական երկայնաձիգ ստերնոտոմիա, երկայնաձիգ-միջաձիգ և միջաձիգ ստերնոտոմիա: Ամբողջական երկայնաձիգ ստերնոտոմիայի դեպքում մաշկը, փակեղը և վերնոսկրը հատում են կրծոսկրի ամբողջ երկարությամբ: Կրծոսկրի կոթի և թրածն ելունի հետևով անց են կացնում մատները և թանգիֆե գնդիկ, որոնց օգնությամբ կրծոսկրը անջատվում է ստորադիր շերտերից, և ձևավորվում է խողովակ՝ կեռ կորնցանգի օգնությամբ: Կրծոսկրը հատում են ստերնոտոմի, Ջիլի լարասողոցի, դուրի կամ էլեկտրական շրջանաձև սղոցի օգնությամբ: Առաջացած ոսկրային արյունահոսությունը դադարեցնում են էլեկտրակոագուլյատորի կամ մեղրամոմի օգնությամբ: Կրծոսկրի վերքը լայնացնում են վերքլայնիչով: Հետվիրահատական վերքը վերականգնում են հանգուցակարերով, որոնք անց են կացվում կրծոսկրի միջով կամ էլ շրջանցելով կրծոսկրը (նկ.21): Առաջին դեպքում կրծոսկրի մեջ անցքեր են արվում: Որպես վիրահատական նյութ օգտագործում են մետաղյա, արծաթյա կամ տանտալից պատրաստված լարեր և սինթետիկ թելեր՝ կապրոնից, լավսանից և այլն: Ներկայումս կիրառվում են նաև կրծոսկր կարող հատուկ գործիքներ:



Նկար 21.

Պլևրալ պունկցիաներ: Պլևրալ խոռոչի պունկցիան կատարվում է ախտորոշիչ կամ բուժիչ նպատակներով: Վերջին դեպքում այն կիրառվում է պլևրալ խոռոչից թարախ, օդ, արյուն, ավիշ կամ շճային հեղուկ հեռացնելու նպատակով պիո-, հեմո-, պնևմո- և խիլոթորաքսների դեպքում (նկ.22): Հիվանդը նստած դիրքում է՝ իրանը թեքված դեպի առաջ, պունկցիայի կողմի վերին վերջույթը բարձր դիրքում է:



Նկար 22.

Ծանր հիվանդների դեպքում պունկցիան կարելի է կատարել պառկած դիրքում: Եթե պունկցիան կատարում են օդը հեռացնելու նպատակով, այն արվում է 2-3-րդ միջկողային տարածություններով՝ անրակային միջին գծով: Հեղուկը թորքամզային խոռոչից հեռացնելու

համար պլևրալ պունկցիան կատարում են 7-8-րդ միջկողային տարածության հետին անութային կամ թիակային գծերով: Պունկցիայի իրականացման լավագույն տեղը պլևրալ խոռոչի հեղուկի մակարդակից մեկ կողի չափ ցածր մակարդակն է: Պունկցիան կատարելուց առաջ միջկողային տարածության մեջ կատարվում է տեղային անզգայացում նովոկահինի 0,25%-անոց լուծույթով: Պունկցիան կատարելու համար մոտ 15 սմ չափի ռետինե խողովակի մի ծայրը ամրացվում է պունկցիոն ասեղին, իսկ մյուս ծայրը՝ ներարկիչին: Ռետինե խողովակը անհրաժեշտ է, որ ներարկիչը անջատելուց առաջ այն սեղմիչի օգնությամբ փակվի, և օդ չթափանցի թոքամզային խոռոչ: Միջկողային անոթանյարդային խրձերի վնասումը կանխելու նպատակով ասեղը մտցնում են կողի վերին եզրով: Չախ ձեռքի առաջին և երկրորդ մատների օգնությամբ փափուկ հյուսվածքների մակերեսային շերտերը տեղաշարժվում են՝ պունկցիայից հետո ուղիղ խողովակ չառաջացնելու նպատակով և ֆիքսում են պունկցիոն անցքի ուղղությամբ: Շոշափում են կողի վերին եզրը, և աջ ձեռքում գտնվող պունկցիոն ասեղը մտցնում են դեպի ներս 3-4 սմ խորությամբ: Առպատային պլևրայի միջով անցումը դեպի պլևրալ խոռոչ վիրաբույժը զգում է: Հեղուկը պլևրալ խոռոչից բաց է թողնվում դանդաղ և չափաբաժիններով, որպեսզի կոլլապս չգարգանա: Միանվագ 1,5 լիտրից ավելի հեղուկ հեռացնել խորհուրդ չի տրվում:

Պլևրալ պունկցիայի ընթացքում կարող են զարգանալ հետևյալ բարդությունները.

- Միջկողային անոթների վնասում, երբ պունկցիոն անցքի տեղը ճիշտ չի ընտրվել:
- Թոքերի, ստոծանու և այլ օրգանների վնասում՝ ասեղը սխալ ուղղությամբ կամ չափից ավելի խորը մտցնելու հետևանքով:
- Կոլլապս, երբ միանվագ մեծ քանակությամբ հեղուկ է հեռացվում:

- Կրծքավանդակի պատի ֆլեգմոնա՝ փափուկ հյուսվածքների վարակման հետևանքով:
- Մրտի կանգ և օդային էմֆոլիա, երբ կոպիտ շարժումով մտցված ասեղը վնասում է պերիկարդը և խոշոր երակները:
- Ենթամաշկային էմֆիզեմա՝ ասեղը հեռացնելուց հետո:

Վիրահատություններ հեմո-պնևմոթորաքսի դեպքում

Պնևմոթորաքսը օդի կուտակումն է, իսկ հեմոթորաքսը՝ պլևրալ խոռոչում ներքին արյունահոսության հետևանքով արյան կուտակումը: Օդը պլևրալ խոռոչ կարող է թափանցել խոշոր բրոնխի, շնչափողի կամ կրծքավանդակի պատի վնասման հետևանքով: Պայմանավորված պլևրալ խոռոչ օդի թափանցման ճանապարհով՝ տարբերում են.

- Մրտաքին պնևմոթորաքս, երբ օդը թափանցում է պլևրալ խոռոչ կրծքավանդակի պատը վնասվելու հետևանքով:
- Ներքին պնևմոթորաքս, երբ օդը լցվում է պլևրալ խոռոչ վնասված շնչափողից կամ բրոնխից:

Տարբերում են պնևմոթորաքսի հետևյալ ձևերը՝

- բաց,
- փակ,
- փականային:

Բաց անվանում են այն պնևմոթորաքսը, որի դեպքում առկա է ազատ հաղորդակցություն պլևրալ խոռոչի և մթնոլորտային օդի միջև: Փակ պնևմոթորաքսի դեպքում ազատ հաղորդակցություն պլևրալ խոռոչի և մթնոլորտային օդի միջև չկա: Փականային պնևմոթորաքսի դեպքում փափուկ հյուսվածքներից ձևավորվում է փական, որի միջոցով ներշնչելիս օդն անցնում է պլևրալ խոռոչ, սակայն արտաշնչման ժամանակ այդ փականը փակվում է, և ներթափանցած օդը պլևրալ խոռոչից դուրս չի գալիս:

Բաց հեմո-պնևմոթորաքսի վիրահատական բուժումը կրծքավանդակի պատի վերքի առաջնային վիրաբուժական մշակումը և վերքի հերմետիկ փակումն է: Խորհուրդ է տրվում նախապես կատարել պարանոցային վագոսիմպաթիկ բլոկադա: Կրծքավանդակի պատի վերքերի փակման եղանակները կարելի է բաժանել երկու խմբի՝

- վերքի կարում,
- պլաստիկ եղանակներ:

Բաց պնևմոթորաքսների դեպքում գոյություն ունեն վերքերի կարման հետևյալ եղանակները.

1. Վերքերի հասարակ կար՝ կրծքավանդակի պատի փոքրածավալ վերքերի դեպքում: Այս եղանակը կիրառելիս առաջնային վիրաբուժական մշակում կատարելուց հետո վերքի վրա դրվում են պլերոմկանային հանգուցակարեր, որոնք ընդգրկում են առպատային պլերան, ներկրծքային փակեղը և միջկողային մկանները: Այդ կարերի վրայով դրվում են հաջորդ շերտի հանգուցակարերը, որոնց մեջ ընդգրկվում են կրծքավանդակի պատի մակերեսային մկանները և սեփական փակեղը: Ցանկալի է, որ երկրորդ շերտի հանգուցակարերի պրոյեկցիան լինի նախորդ շերտի հանգուցակարերի մեջտեղում: Սա ապահովում է կրծքավանդակի պատի կարերի հերմետիկությունը:

2. Կրծքավանդակի պատի կարումը ինտերկոստալ հանգուցակարերի օգնությամբ: Այս կարերը կիրառվում են միջկողային մկանների դեֆիցիտի դեպքում: Կետգուտե հանգուցակարերը դրվում են հարևան կողերի վրա 8 թվի նման՝ պոլիսպաստ կարեր: Կարի քայլը 1-2 սմ է: Այս կարերից հետո պլերալ խոռոչի հերմետիկությունն ապահովում են լրացուցիչ պլերոմկանային կարերով:

Հանգուցակարեր դրվում են նաև մակերեսային մկանների վրա:

3. Կրծքավանդակի պատի վերքի մոբիլիզացիա՝ հետագա վերականգնումով: Այս եղանակը կիրառվում է, երբ առկա են կրծքավանդակի պատի մեծ դեֆեկտներ, և հնարավոր չէ վերքի եզրերը

մոտեցնել: Այսպիսի վերքերի եզրերի շարժունակությունը ապահովում են հարևան կողերի ենթավերնոսկրային մասնահատմամբ: 1-2 կողի մասնահատումից հետո հնարավոր է լինում մոտեցնել կրծքավանդակի պատի մեծ դեֆեկտի եզրերը: Պլերալ խոռոչի հետագա հերմետիկությունն ապահովում են վերևում նկարագրված վիրահատական եղանակներից որևէ մեկով:

Կրծքավանդակի պատի պլաստիկ վերականգնման եղանակներից են դեֆեկտի փակումը մկանի օգնությամբ՝ լաթով, ստոծանու օգնությամբ, երբ վերքի եզրերին կարվում է ստոծանին, թոքի օգնությամբ՝ թոքը կարվում է վերքի եզրերին և վերջապես սինթետիկ պրոթեզների օգնությամբ:

Փականային պնևմոթորաքսի վիրահատական բուժման էությունը վերքի առաջնային վիրաբուժական մշակումը և հյուսվածքային փականի զատումն է: Այսպես՝ փականային պնևմոթորաքսը վերածվում է բաց պնևմոթորաքսի, որի վիրահատական բուժումը կատարվում է վերը նշված եղանակներից որևէ մեկով:

Սրտի կարի հիմնական սկզբունքները: Կրծքավանդակի վնասվածքի դեպքում սրտի վնասման մասին կարելի է ենթադրել, եթե՝

1. վնասվածքը տեղակայված է սրտի պրոյեկցիայով,
2. հիվանդի վիճակը ծայրահեղ ծանր է,
3. առկա են ներքին և արտաքին արյունահոսության նշաններ,
4. առկա են սրտի տամպոնադայի նշաններ:

Վիրահատական մուտքը: Քանի որ սրտի վնասման պատճառով անհրաժեշտ է արագ միջամտություն, ուստի առաջարկվում է կիրառել հասարակ վիրահատական մուտքեր՝ աջակողմյան կամ ձախակողմյան կողմնային թորակոտոմիաներ: Պերիկարդի վերքը լայնացնում են մինչև 8-10 սմ, իսկ եզրերը սեղմակներով շրջվում են դեպի դուրս: Դրա շնորհիվ սիրտը որոշ չափով ֆիքսվում է և դառնում մատչելի կարեր դնելու համար:

Սրտի պատի վերքի մեջ վիրաբույժը մտնում է ցուցամատը և ժամանակավորապես դադարեցնում արյունահոսությունը: Պարտադիր պետք է ստուգել սրտի հետին պատը, որի համար սիրտը դուրս է բերվում պերիկարդի խոռոչից: Եթե սրտի վնասվածքի չափերը փոքր են, ապա դրվում են հանգուցակարեր, իսկ մեծ վերքերի վրա դրվում են անընդհատ կարեր: Վերքը կարում են աստրավմաստիկ կլոր ասեղներով՝ օգտագործելով սինթետիկ չներծծվող թելեր: Կարի քայլը 0,5 սմ է, կարը չպետք է ընդգրկի էնդոկարդը և չպետք է թափանցի սրտի խոռոչ: Կարերը դնելիս հատուկ ուշադրություն է դարձվում վերքի շուրջը գտնվող սրտամկանը սնող պսակաձև անոթներին: Այդ անոթները չի կարելի ընդգրկել կարերի մեջ: Եթե վնասված է բարակ պատ ունեցող նախասիրտը, ապա կարի մեջ ընդգրկվում են բոլոր շերտերը: Կարերը պետք է ձգել զգուշորեն, որպեսզի սրտամկանը չպատռվի, այլ միայն մոտեցվեն վերքի եզրերը: Կարերը ամրացնելու նպատակով կարելի է օգտագործել պերիկարդի, մեծ կրծքամկանի և սինթետիկ նյութերի լաթեր: Սրտի վերքը կարելուց հետո պերիկարդի խոռոչը մաքրում են արյան մակարդուկներից: Պերիկարդի վերքի եզրերը կարում են նոսր կետգուտե կարերով: Այնուհետև վերականգնվում է կրծքավանդակի պատի վերքը:

ԹԵՄԱ 6. ԿՐԾՔԱԳԵՂՁԻ ՕՊԵՐԱՏԻՎ ՎԻՐԱԲՈՒԺՈՒԹՅՈՒՆ:
ՄԵԿՏՈՐԱԼ ՄԱՍՆԱՀԱՏՈՒՄ: ՄԱՍՏԵԿՏՈՄԻԱ:
ԱՎՇԱՅԻՆ ՀԱՄԱԿԱՐԳՈՎ ՄԵՏԱՍԱԶՆԵՐԻ
ՏԱՐԱԾՄԱՆ ՈՒՂԻՆԵՐԸ

Կրծքագեղձի օպերատիվ վիրաբուժությունն բաժնում ուսումնասիրվում են հետևյալ վիրահատությունները՝ կտրվածքներ մասսիտների դեպքում, կրծքագեղձի սեկտորալ մասնահատում և արմատական մաստեկտոմիա:

Վիրահատություններ թարախային մաստիտների դեպքում: Թարախային մաստիտների վիրահատական բուժման նպատակով կատարվում է թարախակույտի խոռոչի բացում և դրենավորում: Թարախակույտի անտեմամար և ինտրամամար տեղակայման դեպքերում կատարվում են ճառագայթաձև գծային կտրվածքներ՝ չվնասելով պտուկը: Այդ կտրվածքների կիրառումը բացառում է ճառագայթաձև դասավորություն ունեցող կաթնային ծորանների վնասումը: Վիրահատության ժամանակ օգտագործվող կտրվածքները պետք է համապատասխանեն հետևյալ պահանջներին.

1. Վերքի երկարությունը պետք է լինի շատ ավելի մեծ, քան խորությունը:

2. Եթե թարախակույտը կրծքագեղձի վերին մասերում է, ապա պարտադիր պետք է կատարել լրացուցիչ կտրվածք՝ կոնտրապերտուրա (հակաբացվածք): Կտրվածքը կատարելուց հետո մանրակրկիտ ստուգվում է թարախային խոռոչը: Եթե շարակցահյուսվածքային խտրոցները պրոցեսում ընդգրկված չեն, ապա վիրահատության ժամանակ դրանք պետք է պահպանվեն, իսկ եթե ընդգրկված են, ապա բոլորը հատվում են, որի հետևանքով բոլոր թարախային օջախները և գրպանիկները բացվում են:

Ռետրոմամար թարախակույտերը բացելու համար կիրառվում են կիսալուսնաձև կտրվածքներ կրծքագեղձի ստորին մաշկային ծալքի ուղղությամբ: Այս կտրվածքի դեպքում մակերեսային փակեղը հատում են կրծքագեղձից ներքև, քանի որ հակառակ դեպքում կվնասվի կրծքագեղձի պատյանը և թարախային պրոցեսը կտարածվի դեպի կրծքագեղձի հյուսվածք:

Կրծքագեղձի սեկտորալ մասնահատում: Այս վիրահատության ցուցումներն են կրծքագեղձի բարորակ ուռուցքները և ֆիբրոզ-կիստոզ մաստոպաթիաները: Այս վիրահատությունը կիրառվում է նաև չարորակ գոյացությունների բիոպսիայի նպատակով: Մաշկային կտրվածքը ձվաձև է և ընդգրկում է գոյացությունը բոլոր կողմերից:

Մաշկը և ենթամաշկը անջատելուց հետո այդ գոյացությունը բացազատվում է առողջ հյուսվածքների սահմաններում: Այդ ընթացքում վիրաբույժը պետք է հնարավորինս չվնասի շարակցահյուսվածքային խտրոցները: Արյունահոսությունը դադարեցնելուց հետո վերքը կարվում է հանգուցակարերով՝ ներծծվող թելերի օգնությամբ: Վերքը դրենավորվում է, կարում են մաշկը և ենթամաշկը: Եթե հեռացման ենթակա գոյացությունը պտուկի շրջանում է, ապա առաջարկվում է կատարել կիսալուսնաձև կտրվածք պտուկի սահմանագծով: Այս դեպքում ճառագայթաձև կտրվածքներ չեն կիրառվում: Կրծքագեղձի ստորին հատվածում գտնվող գոյացությունը հեռացնելու համար նույնպես կիրառվում են կիսալուսնաձև կտրվածքներ մաշկային ծալքի ուղղությամբ:

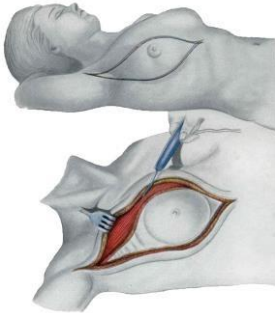
Արմատական մաստէկտոմիա: Այս վիրահատությունը կատարվում է կրծքագեղձի չարորակ նորագոյացությունների դեպքում:

Վիրահատության նպատակն է հեռացնել կրծքագեղձը, մեծ և փոքր կրծքամկանները, ավշային հանգույցները և անութափոսային, ենթանրակային և ենթաթիակային ճարպաբջջանքը:

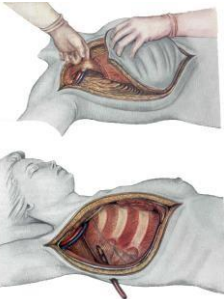
վերջույթը՝ գատված դիրքում: Մաշկի կտրվածքը էլիպսաձև է, որն ընդգրկում է Հիվանդի դիրքը պետք է լինի մեջքին պատկած, վերին

կրծքագեղձը (նկ.23):

Նկար 23.



Կտրվածքի հեռավորությունը ուռուցքից պետք է լինի 6-8սմ-ից ոչ պակաս: Միջային կտրվածքը սկսում են անրակի դրսային երրորդականից, շարունակում դեպի կրծոսկրի միջնակետ, որտեղից կտրվածքը շարունակվում է պարաստեռնալ գծով մինչև կողադեղ: Կողմնային կտրվածքը միացնում է միջային կտրվածքի սկիզբը և վերջը, անցնում է անութափոսի առաջային և կրծքագեղձի հետին սահմաններով: Մաշկը անջատվում է ենթամաշկից (նկ.24): Մաշկային



լաթերը անջատվում են դեպի վեր մինչև անրակ, իսկ միջայնորեն՝ մինչև կրծոսկրի միջին գիծ, դրսայնորեն՝ մինչև մեջքի լայնագույն մկանի առաջային եզր, ներքև՝ մինչև կողադեղ: Վիրահատական վերքի վերին անկյունում հատում են մեծ կրծքամկանը բազկոսկրին կպման հատվածում: Այնուհետև այդ մկանը անջատում են անրակից և կրծոսկրից՝ թողնելով

մկանաթելերի անրակային մի

Նկար 24. մասը: Փոքր կրծքամկանը անջատում են

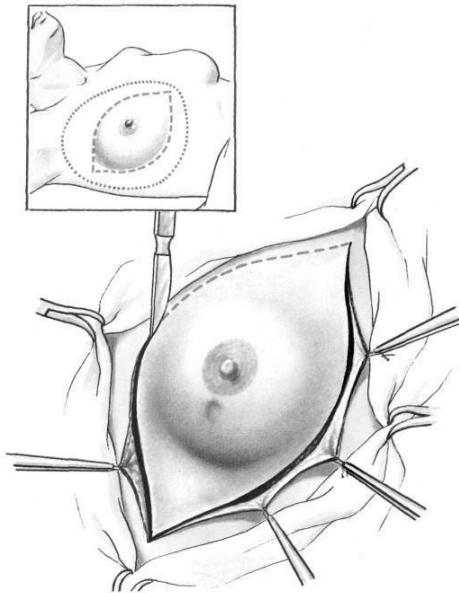
թիակի կտուցելունից և իջեցնում են ցած, որի հետևանքով տեսանելի են դառնում ենթանրակային բջջանքը և այստեղ գտնվող ավշահանգույցները: Այնուհետև հեռացնում են անութափոսային և ենթանրակային անոթների շուրջ գտնվող ճարպաբջջանքը ավշահանգույցների հետ: Չի կարելի վնասել կրծքային երկար նյարդը և ենթաթիակային անոթները: Երբ անութափոսն ամբողջովին զրկված է բջջանքից և ավշահանգույցներից, հեռացնում են կրծքագեղձը, մեծ և փոքր կրծքամկանները, բջջանքը մեկ բլոկով: Արյունահոսության մանրակրկիտ դադարեցումից հետո վերքի խոռոչը դրենավորում են խողովակով, որն ունի բազմաթիվ անցքեր: Դրենաժային խողովակը տեղակայվում է կողմնային կտրվածքի

ուղղությամբ, որը դուրս է բերվում մաշկի առանձին կտրվածքով մեջքի լայնագույն մկանի առաջային եզրի մոտ:

Մաշկային լաթերի լիարժեք անջատման դեպքում հետվիրահատական վերքը հեշտ է կարվում: Եթե վերքի եզրերը համատեղելը դժվար է, ապա կիրառվում են լրացուցիչ թուլացնող կտրվածքներ հիմնական վերքի կողմերում:

Մոդիֆիկացված ռադիկալ մաստէկտոմիա: Կատարում են կրծքագեղձը ընդգրկող հորիզոնական երկու կիսաօվալ կտրվածքներ հարկրծոսկրային գծից մինչև միջին անութային գիծը: Հեռացնում են կրծքագեղձը մեծ կրծքամկանի փակեղի հետ, մկանը չի հեռացվում:

Դեպի անութափոսի ավշահանգույցներ մուտքը լավացնելու նպատակով փոքր կրծքամկանը հեռացնում են (ըստ Պեյտիի) կամ հատում են (ըստ Մադդենի) կամ ձգում են մեղիալ ուղղությամբ:



Նկար 25.

Այսպիսով, հեռացվում է կրծքագեղձը մեկ զանգվածով ռեզիդնար ավշահանգույցների հետ: Մկանների պահպանումը դարձնում է այս վիրահատությունը նվազ տրավմատիկ, ավելի ընդունելի ֆունկցիոնալ և կոամետիկ առումով (նկ. 25):

ԹԵՄԱ 7. ՈՐՈՎԱՅՆԻ ԱՌԱՋԱՅԻՆ ՊԱՏԻ ՕՊԵՐԱՏԻՎ ՎԻՐԱԲՈՒԺՈՒԹՅՈՒՆ: ՈՐՈՎԱՅՆԱՀԱՏՄԱՆ ՄՈՒՏՔԵՐԸ

Որովայնի առաջային պատի օպերատիվ վիրաբուժության ուսումնասիրությունը պայմանավորված է երկու հանգամանքով: Առաջին՝ որովայնի առաջային պատը վիրահատական մուտք է դեպի որովայնի խոռոչի օրգաններ, և երկրորդ՝ առաջային պատի կառուցվածքային առանձնահատկությունները նպաստում են արտաքին ճողվածքների առաջացմանը, որոնց վիրահատական բուժումը օպերատիվ վիրաբուժության առարկայի ուսումնասիրության սահմաններում է: Այսպիսով, որովայնի առաջային պատի օպերատիվ վիրաբուժությունն ուսումնասիրում է լապարատոմային կտրվածքները և որովայնի պատի արտաքին ճողվածքների վիրահատական բուժումը:

Լապարատոմային /որովայնահատման/ կտրվածքներ: «Լապարատոմիան տերմինը նշանակում է վիրահատական նպատակով որովայնի խոռոչի բացում: Տարբերում են ախտորոշիչ և բուժիչ լապարատոմիաներ: Ախտորոշիչ լապարատոմիան կատարում են վերջնական ախտորոշումը հաստատելու և վիրահատական միջամտության անհրաժեշտությունը հիմնավորելու համար: Բուժիչ

լապարատոմիան ներառում է որովայնի բացում, խոռոչի զննում և որովայնի խոռոչի օրգանների վիրահատական միջամտություն: Լապարատոմային կտրվածքը որովայնի խոռոչի օրգանների վիրահատության մուտք է և ապահովում է անհրաժեշտ տեսանելիություն որովայնի խոռոչի ընտրված շրջանի համար: Միաժամանակ լապարատոմային կտրվածքը պետք է նվազագույնս վնասի տվյալ շրջանի հյուսվածքները, որը կնպաստի հետվիրահատական վերքի արագ վերականգնմանը: Այսպիսով, հիվանդը արագ կապաքինվի, կվերականգնի աշխատունակությունը: Մյուս ոչ պակաս կարևոր պայմանը լապարատոմային կտրվածքի ընտրության համար որովայնի առաջային պատի տվյալ շրջանի անատոմիական առանձնահատկությունների իմացությունն է: Լապարատոմային կտրվածքները բաժանվում են երկու խմբի.

- Ընդհանուր (ունիվերսալ) մուտքեր, որոնք գործնականորեն ապահովում են որովայնի խոռոչի բոլոր օրգանների վիրահատական միջամտությունը:
- Յուրահատուկ (սպեցիֆիկ) մուտքեր, որոնք ապահովում են մեկ օրգանի կամ իրար մոտ գտնվող օրգանների վիրահատական միջամտությունը:

Լապարատոմային կտրվածք իրականացնելիս վիրաբույժը պարտավոր է առաջնորդվել հյուսվածքների անջատման ընդհանուր սկզբունքներով: Դեպի որովայնի խոռոչի օրգաններ մուտքեր ստեղծելիս պետք է հաշվի առնել նաև հետևյալ հանգամանքները.

ա) Հնարավորության սահմաններում կտրվածքը կատարել մկանների մակարդակով, և ոչ ջլոնի, որպեսզի սպին ավելի ամուր լինի:

բ) Տափակ մկանները նպատակահարմար է փեղեքել իրենց մկանաթելերի ուղղությամբ, իսկ ուղիղ մկանները պետք է հատել միջաձիգ:

գ) Չպետք է վնասել նյարդաթելերը,

դ) Ցանկալի է, որ որովայնի խոռոչի տարբեր շերտերը հատվեն տարբեր ուղղություններով: Այս դեպքում ավելի խոր գտնվող շերտի վրայի կարերը ծածկվում են չվնասված վերին շերտի հյուսվածքներով: Հյուսվածքների այդպիսի դասավորություն են ապահովում փոփոխական և սանդղաձև կտրվածքները: Փոփոխական կտրվածքների դեպքում մկանները հատվում են մկանաթելերի ուղղությամբ, որոնք տարբեր շերտերում ուղղահայաց են միմյանց: Սանդղաձև կտրվածքների դեպքում դրանց ուղղությունները տարբեր շերտերում զուգահեռ են միմյանց, սակայն մեկ-երկու սմ իրարից հեռու են:

Լապարատոմային կտրվածքի հիմնական նպատակն է ստեղծել առավելագույն հնարավորություն որովայնի խոռոչի օրգանները զննելու և դրանց վրա անհրաժեշտ վիրահատական միջամտություն կատարելու համար: Օրինակ՝ եթե անհրաժեշտ է կատարել որովայնի խոռոչի օրգանների զննում վնասվածքների դեպքում, ապա փոքր լապարատոմային կտրվածքը, որը սահմանափակում է վիրաբույժի տեսադաշտը, կարող է լինել ախտորոշման սխալի և որոշ օրգանների վնասվածքներ չհայտնաբերելու պատճառ: Բոլոր լապարատոմային կտրվածքները կարելի է բաժանել հինգ խմբի՝

1. վայրաձիգ,
2. միջաձիգ,
3. թեք,
4. կոմբինացված,
5. փոփոխական:

Հիվանդի դիրքը վիրահատական սեղանի վրա: Լապարատոմային կտրվածքներ կատարելիս հիվանդի դիրքը մեջքի վրա է: Վիրահատության ենթակա շրջանը բարձրացվում է, որն ապահովում է առավել հեշտ մուտք դեպի վիրահատության ենթարկվող օրգան և միաժամանակ նպաստում է այդ օրգանից երակային արտահոսքին: Այսպիսով, նվազում է արյունահոսությունը: Այդ դիրքը նպաստում է,

որ որովայնի խոռոչում ազատ գտնվող բարակ աղիքի գալարները հեշտությամբ իջնեն դեպի որովայնի խոռոչի ստորին հարկ և չխանգարեն վիրահատության ընթացքին: Երբ կատարվում է որովայնի խոռոչի ստորին հարկի օրգանների վիրահատություն, առաջարկվում է կոնքի տակ բարձիկ դնել: Կոնքի խոռոչի օրգանների վիրահատական միջամտություն իրականացնելիս խորհուրդ է տրվում հիվանդին պառկեցնել Տրենդելենբուրգի դիրքում՝ իջեցնում են հիվանդի գլխամասը: Այս դիրքում բարակ աղիքի գալարները իրենց ծանրության հաշվին անցնում են դեպի որովայնի խոռոչի վերին հարկ: Որովայնի խոռոչի վերին հարկի օրգանների վիրահատությունների դեպքում առաջարկվում է մեջքի տակ դնել բարձիկ, որը հեռացնում են վիրահատական վերքը փակելուց առաջ: Երբ վիրահատությունը կատարվում է լեղուղիների վրա, առաջարկվում է ևս մի բարձիկ դնել մեջքի տակ, որը նպաստում է լյարդի՝ առաջային պատին մոտենալուն և լյարդի դրունքի տեսանելիության լավացմանը: Բոլոր լապարատոմիաները կատարվում են ընդհանուր կոմբինացված էնդոտրախեսալ անզգայացման պայմաններում:

Վայրաձիգ լապարատոմային կտրվածքներ: Վայրաձիգ լապարատոմային կտրվածքները ընդհանուր բնույթի են և կատարվում են որովայնի առաջային պատի միջին գծով կամ էլ միջին գծին մոտ և զուգահեռ՝ ուղիղ մկանի մկանաթելերի ուղղությամբ:

Վայրաձիգ կտրվածքներից են՝

1. միջին լապարատոմիան,
2. պարամեդիալ լապարատոմիան,
3. տրանստեկտալ լապարատոմիան,
4. պարառեկտալ լապարատոմիան:

Միջային լապարատոմիա կատարվում է որովայնի միջին գծով: Կտրվածքի երկարությամբ և տեղակայմամբ պայմանավորված՝ տարբերում են՝

1. վերին միջային լապարատոմիա՝ պորտի մակարդակից վեր,

2. ստորին միջային լապարատոմիա՝ պորտի մակարդակից ներքև,

3. կենտրոնական միջային լապարատոմիա՝ պորտի մակարդակին,

4. ամբողջական կամ տոտալ միջային լապարատոմիա՝ կրծոսկրի թրածն ելունից մինչև ցայլային սիմֆիզ:

Միջային լապարատոմիա կատարելիս պորտը շրջանցում են ձախից, որպեսզի լյարդի կլոր կապանը, որի կազմի մեջ մտնում են պորտային երակները, չխանգարի որովայնի խոռոչում իրականացվող վիրահատական միջամտությանը: Այս լապարատոմիայի դեպքում հաջորդաբար հատվում են՝

1. մաշկը, ենթամաշկային բջջանքը և մակերեսային փակեղը,

2. սպիտակ գիծը և ստորադիր գտնվող ներորովայնային փակեղը առաջորովայնամզային բջջանքի հետ միասին,

3. առպատային որովայնամիզը:

Միջային լապարատոմիայի առավելություններն են՝

1. որովայնի խոռոչի օրգանները զննելու մեծ տեսադաշտը,

2. համեմատաբար անվնաս է և քիչ վնասվածքային՝

- չեն հատվում մկանները,

- չեն վնասվում որովայնի առաջային պատի խոշոր անոթները և նյարդերը,

3. մուտքը տեխնիկապես հեշտ և արագ կիրառելի է, քանի որ հատվում են նվազագույն քանակության հյուսվածքներ,

4. անհրաժեշտության դեպքում կարելի է կտրվածքը արագ մեծացնել դեպի վեր կամ դեպի վար:

Այս կտրվածքի թերություններից են վերքերի դժվար ապաքինումը շրջակա հյուսվածքների վատ արյունամատակարարման պատճառով:

Մեծ է նաև հետվիրահատական ճողվածքների առաջացման հավանականությունը, քանի որ սպիտակ գիծը մկանային լարվածության տակ է, իսկ սպին ամուր չէ: Վայրաձիգ կտրվածքները, որոնք կատարվում են միջին գծին զուգահեռ, դրանից աջ կամ ձախ, անցնում են ուղիղ մկանի բունոցի միջով: Պարամետիալ կտրվածքները կատարում են միջին գծից մեկ մատ դեպի դուրս: Մաշկը, ենթամաշկային ճարպաբջջանքը, մակերեսային փակեղը, ուղիղ մկանի բունոցի առաջային պատը հատելուց հետո ուղիղ մկանը քաշում են դեպի կողմ, որից հետո հատում են ուղիղ մկանի բունոցի հետին պատը, լայնական փակեղը և առպատային որովայնամիզը: Այս կտրվածքի առավելությունը պայմանավորված է ուղիղ մկանի տեղաշարժմամբ, այնուհետև տեղակայմամբ բունոցի առաջային և հետին պատերի կարերի միջև: Այսպիսի սպին լինում է ամուր, հետվիրահատական ճողվածքների առաջացման հավանականությունը փոքր է: Պարամետիալ կտրվածքի բացասական կողմն այն է, որ անհրաժեշտության դեպքում այն հնարավոր չէ մեծացնել և լայնացնել, քանի որ ուղիղ մկանը ջլոնային խտրոցների մակարդակով սերտաճում է բունոցի հետին պատի հետ:

Տրանստեկտալ կտրվածքները կատարում են ուղիղ մկանի վրայով, դրա լայնքի միջին մասով: Հատելով մաշկը, ենթամաշկային բջջանքը, մակերեսային փակեղը և բունոցի առաջային պատը՝ ուղիղ մկանը ճեղքում են մկանաթելերի ուղղությամբ: Մկանի փեղեքված եզրերը ձգում են դեպի դուրս, հատում են բունոցի հետին պատը, ներորովայնային փակեղը և առպատային որովայնամիզը: Վիրահատությունը ավարտելուց հետո լավ արյունամատակարարում ունեցող մկանը տեղակայվում է բունոցի առաջային և հետին պատերի կարերի միջև, որը խոչընդոտում է հետվիրահատական ճողվածքների առաջացումը: Կտրվածքի մեծացման փորձերը ջլոնային խտրոցներում կարող են նպաստել ուղիղ մկանի անոթների վնասումներին:

Այսպիսով, այս կտրվածքի հնարավորությունները սահմանափակ են և իրագործելի են երկու ջրնային խտրոցների միջև:

Պարառեկտալ լապարատոմիկ կտրվածքը կատարվում է որովայնի ուղիղ մկանի դրսային եզրից մեկ մատ դեպի ներս: Հատում են մաշկը, ենթամաշկը, մակերեսային փակեղը և ուղիղ մկանի բունոցի առաջային պատը: Մկանը քաշվում է դեպի միջային մաս, այնուհետև հատվում է ուղիղ մկանի բունոցի հետին պատը, ներորովայնային փակեղը և առպատային որովայնամիզը: Այս կտրվածքն ունի սահմանափակ կիրառություն: Կտրվածքի լայնացումը դեպի վեր ուղեկցվում է միջկողային անոթների վնասմամբ, որն առաջացնում է ուղիղ մկանի մկանաթելերի ապաճում և նպաստում է հետվիրահատական ճողվածքի առաջացմանը:

Միջաձիգ կտրվածքները կարող են կիրառվել և՛ ախտորոշիչ, և՛ բուժիչ նպատակներով: Ելնելով կտրվածքի տեղակայման մակարդակից՝ տարբերում են վերին միջաձիգ լապարատոմիա և ստորին միջաձիգ լապարատոմիա: Առաջինը կիրառվում է որովայնի խոռոչի վերին հարկի օրգանների վիրահատությունների դեպքում, երկրորդը՝ ստորին: Վերին միջաձիգ լապարատոմիան կատարվում է կրծոսկրի թրածն ելունից մինչև պորտն ընկած տարածության միջնամասում: Անհրաժեշտության դեպքում կտրվածքը կարող է շարունակվել մինչև միջկողային տարածություններ: Մաշկը, ենթամաշկային ճարպաբջջանքը, մակերեսային փակեղը հատելուց հետո որովայնի թեք և լայնական մկանները փեղեքվում են իրենց մկանաթելերի ուղղությամբ, ուղիղ մկանի բունոցը և ուղիղ մկանը հատվում են միջաձիգ: Կտրվածքը կարող է կատարվել աջից կամ ձախից՝ հատելով միայն մի կողմի մկանը իր բունոցով: Ստորին միջաձիգ լապարատոմիան կատարվում է պորտի և ցայլային սիմֆիզի միջև եղած տարածության միջնամասում: Այս կտրվածքը վիրահատական մուտք է ապահովում դեպի որովայնի խոռոչի ստորին հարկի օրգաններ: Միջաձիգ կտրվածքների առավելություններն են.

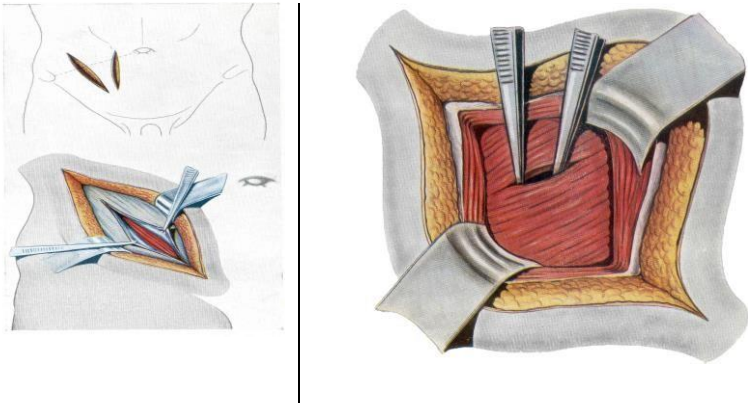
- Պահպանվում են միջկողային անոթանյարդային խրճերը, քանի որ կտրվածքը տարվում է դրանց զուգահեռ:
- Կտրվածքի հնարավոր լայնացում դեպի կողք մինչև միջին անոթային գիծ:
- Վերքի եզրերը հեշտությամբ համադրվում են, քանի որ բացակայում է ուղղահայաց մկանային լարվածությունը: Միջաձիգ կտրվածքների բացասական կողմերն են.
- Վիրահատական մուտքը սահմանափակ է, քանի որ ապահովում է միայն որովայնի խոռոչի մեկ հարկի օրգանների տեսանելիությունը:
- Համեմատաբար դժվար իրագործելի է՝ պայմանավորված ուղիղ մկանների և դրանց բունոցների հատմամբ ու վերականգնմամբ:
- Տեխնիկապես բարդ է և վնասվածքային՝ պայմանավորված մեծ քանակությամբ հատվող շերտերով:

Թեք լապարատոմային կտրվածքները սովորաբար մուտք են ստեղծում դեպի որովայնի խոռոչի օրգաններ, որոնց ուրվագիծը որովայնի առաջային պատի կողմնային շրջաններում է, թուլակողերում և աճուկային շրջաններում (նկ.26): Թեք կտրվածքները հիմնականում կատարվում են միջկողային անոթանյարդային խրճերի ուղղությամբ, որովայնի առաջային պատի լայնական և թեք մկանների վրայով: Այս մկանները հատվում են մաշկային կտրվածքի ուղղությամբ:

Կոմբինացված կտրվածքները կատարվում են հիմնականում այն դեպքերում, երբ վիրահատության ընթացքում ստեղծվում է կտրվածքը լայնացնելու և մեծացնելու անհրաժեշտություն: Այս կտրվածքները կատարվում են ցանկացած երկու լապարատոմիկ կտրվածքների զուգակցությամբ: Օրինակ՝ միջաձիգ և լայնաձիգ՝ անկյունային և T-կտրվածքներ, միջաձիգ և թեք՝ լաթաձև կտրվածքներ: Կոմբինացված

կտրվածքները տեխնիկապես բարդ են և կատարվում են միայն խիստ անհրաժեշտության դեպքում:

Փոփոխական կտրվածքներ կատարելիս որովայնի մկանները չեն հատվում, այլ փեղեքվում են իրենց թելիկների ուղղությամբ, այնպես որ հյուսվածքների անջատման ուղղությունները տարբեր շերտերում իրար չեն համապատասխանում: Այս կտրվածքների առավելությունն այն է, որ հետվիրահատական վերքի բազմաշերտավոր փակումը ձևավորում է կոպիտ սպի, որն ավելի ամուր է և ճողվածքներ չեն առաջանում: Սակայն, քանի որ այս կտրվածքները սահմանափակ հնարավորություն են ստեղծում, դրանք կիրառվում են պլանային վիրահատությունների ժամանակ՝ հաստատված ախտորոշման դեպքում:



Նկար 27.

Փոփոխական կտրվածքներից առավել հաճախ կիրառվում է ստորին միջային փոփոխական կտրվածքը՝ ըստ Պֆանենշտիլի, և ստորին-կողմնային փոփոխական կտրվածքը՝ ըստ Մակ-Բուռնեի (նկ.27):

ԹԵՄԱ 8. ՈՐՈՎԱՅՆԻ ԱՌԱՋԱՅԻՆ ՊԱՏԻ
ՃՈՂՎԱԾՔՆԵՐԻ

ՎԻՐԱՀԱՏՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՀԻՄՆԱԿԱՆ
ՄԿԶԲՈՒՆՔՆԵՐԸ: ՈՐՈՎԱՅՆԻ ԽՈՌՈՉԻ
ՕՊԵՐԱՏԻՎ ՎԻՐԱԲՈՒԺՈՒԹՅՈՒՆ:
ԱՂԻՔԱՅԻՆ ԿԱՐԻ ՀԻՄՆԱԿԱՆ
ՄԿԶԲՈՒՆՔՆԵՐԸ:
ՄԱՍՆԱՀԱՏՈՒՄՆԵՐ: ԷԿՏՈՄԻԱՆԵՐ:
ՍՏՈՄԻԱՆԵՐ: ԲԵՐԱՆԱԿՑՈՒՄՆԵՐ

Որովայնի արտաքին ճողվածքը այն վիրաբուժական հիվանդությունն է, որի դեպքում որովայնի առաջային պատի շրջանում մկանաջլոնային շերտի որևէ բնածին կամ ձեռքբերովի արատից տեղի է ունենում ներքին օրգանների արտափքում առպատային որովայնամզի հետ միասին:

Ճողվածքն ունի երեք բաղկացուցիչ մաս՝ ճողվածքի դրունք, ճողվածքապարկ, ճողվածքի պարունակություն: Ճողվածքի դրունքը մկանաջլոնային շերտի արատն է, որի միջով առաջանում է որովայնամզի և ներքին օրգանների արտափքում:

Ճողվածքապարկը առպատային որովայնամզի այն հատվածն է, որը դուրս է հրվում ճողվածքային դրունքի միջով: Ճողվածքապարկը կազմված է վզիկից, մարմնից և հատակից: Ճողվածքի պարունակությունը որովայնի խոռոչի շարժուն օրգաններն են, որոնք ճողվածքապարկում են:

Որովայնի առաջային պատի ճողվածքների վիրահատության հիմնական սկզբունքը որովայնի խոռոչի օրգանների արտափքումը վերացնելն է (ներուղղել ճողվածքը) և պատի արատի պլաստիկ վերականգնումն ու ամրացումը, որպեսզի ճողվածքը չկրկնվի:

Ճողվածքների վիրահատական բուժումը անցկացնելիս անհրաժեշտ է անհատական տարբերակված մոտեցում և արմատական վիրահատության ձևի ընտրություն՝ պայմանավորված ճողվածքների առանձնահատկություններով: Չնայած այդ հանգամանքին՝ ճողվածքների վիրահատական բուժման համար կիրառվող բոլոր ժամանակակից եղանակները բաղկացած են երեք փուլից՝

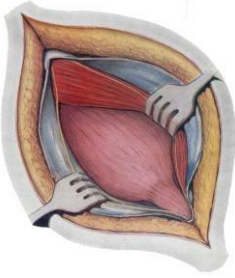
- 1) մուտք դեպի ճողվածքապարկ և ճողվածքի դրունք,
- 2) ճողվածքապարկի մշակում և հեռացում,
- 3) ճողվածքի դրունքի վերականգնում և ամրացում (ճողվածքի դրունքի փակում):

Պայմանավորված ճողվածքի տեսակով, հյուսվածքների փոփոխման աստիճանով, ճողվածքի արտահայտվածությամբ՝ կիրառվում են ճողվածքապարկի մշակման և ճողվածքի դրունքի վերականգնման տարբեր եղանակներ:

Վիրահատության առաջին փուլ՝ վիրահատական մուտք ճողվածքների արմատական վիրահատությունների առաջին փուլը՝ վիրահատական մուտքը, պետք է համապատասխանի հետևյալ պահանջներին.

- 1) Մուտքը պետք է լինի հասարակ և անվտանգ:
- 2) Մուտքը պետք է ապահովի դրունքի լայն տեսանելիությունը:
- 3) Մուտքը բացելիս պետք է հաշվի առնել շրջակա հյուսվածքների փոփոխության աստիճանը (բորբոքային օջախներ, սպիակաճ փոփոխություններ և այլն) (նկ.28):

են



Բացի ուղղակի մուտքերից, որոնք բացվում անմիջապես ճողվածքապարկի ուղղությամբ, գոյություն ունեն նաև անուղղակի մուտքեր, որոնք ավելի հաճախ օգտագործվում են կրկնակի վիրահատությունների դեպքերում և հնարավորություն են տալիս շրջանցելու

Նկար 28. սպիական փոփոխված հյուսվածքները:

Վիրահատության երկրորդ փուլը ճողվածքապարկի մշակումը և հեռացումն է (նկ.29): Այս փուլը կազմված է իրար հետևից հաջորդաբար կրկնվող գործողություններից.

1) Ճողվածքապարկը կազմող առպատային որովայնամզի մանրակրկիտ և զգուշորեն անջատումը հարակից հյուսվածքներից: Սա առավել կարևոր է այն շրջաններում, որտեղ ճողվածքապարկին հարում են անատոմիական կարևոր գոյացություններ (սերմնալարը աճուկային ճողվածքների դեպքում, ազդրային երակը ազդրային ճողվածքի դեպքում և այլն): Այս փուլում կարևորվում է նովոկաինի 0,25%-անոց լուծույթի ներարկումը հյուսվածքների մեջ, որը հնարավորություն է ստեղծում բուժ կերպով «ջրային» անջատման օգնությամբ հեշտությամբ առանձնացնելու ճողվածքապարկը կազմող առպատային որովայնամիզը ներորովայնամզային փակեղից, առաջաորովայնամզային բջջանքից, պորտային օղից, սերմնալարից և արգանդի կլոր կապանից:

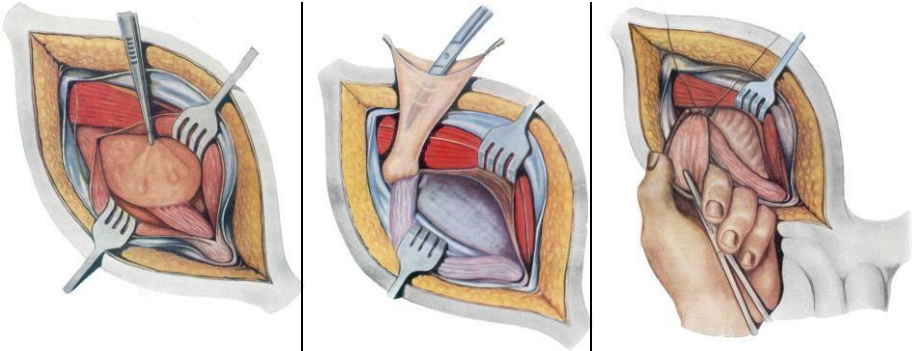
2) Առպատային որովայնամզի անջատումը ճողվածքապարկի վզիկի շրջանում: Եթե վզիկը ամբողջությամբ չի հեռացվել, և մնացել է գրպանիկ, ապա կարող են պայմաններ ստեղծվել ճողվածքի կրկնության համար:

3) Ճողվածքապարկի մանրակրկիտ գնում, կպումների անջատում, պարկում գտնվող օրգանների ախտաբանական վիճակի ախտորոշում

և այդ փոփոխությունների վերացում (ներառելով փոփոխված հատվածների հեռացումը):

4) Ճողվածքապարկի կարում և կապում, որն ապահովում է որովայնի խոռոչի հերմետիկությունը: Ճողվածքապարկը կարում են ձգված վիճակում, որը բացառում է գրպանիկների և փոսությունների առաջացումը, որոնց առկայությունը կարող է լինել ճողվածքի կրկնության պատճառ:

5) Ճողվածքապարկը հեռացնելուց հետո հեռացնում են նաև առաջաորովայնամզային ճարպաբջջանքը՝ ճողվածքի կրկնությունը բացառելու նպատակով:



Նկար 29.

Վիրահատության երրորդ փուլը ճողվածքի դրունքի փակումն է (նկ.30): Ճողվածքապարկի դրունքի փակման երկու եղանակ կա՝

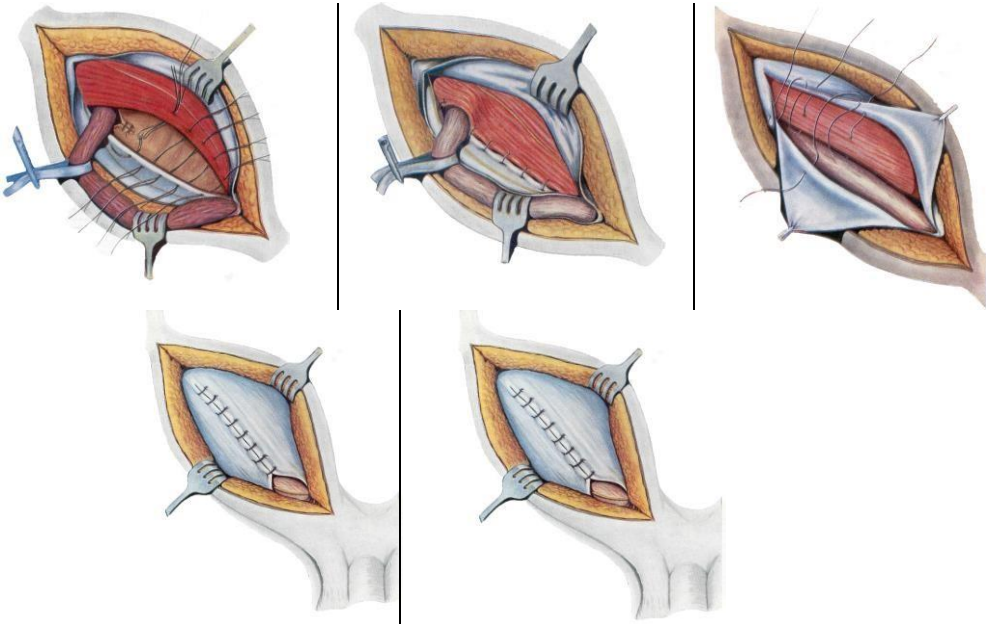
- 1) հյուսվածքների լարվածություն առաջացնող,
- 2) հյուսվածքների լարվածություն չառաջացնող:

Հյուսվածքների լարվածություն առաջացնող եղանակները իրենց հերթին բաժանվում են երեք խմբի.

1) Հասարակ եղանակներ, որոնց հիմքում ընկած է որովայնի պատի արատի հյուսվածքների եզրերի մոտեցումը հանգուցակարերով կամ քսակակարերով:

2) Ռեկոնստրուկտիվ եղանակներ, երբ ճողվածքի դրունքի փակումը կատարվում է տեղի հյուսվածքների տեղաշարժով:

3) Պլաստիկ եղանակներ, որոնք օգտագործվում են հիմնականում մեծ և կրկնվող ճողվածքների դեպքերում: Այս դեպքերում ճողվածքի դրունքը փակվում է մկանաջլոնային լաթերով սնուցվող ոտիկով կամ սինթետիկ նյութերով:



Նկար 30.

Հյուսվածքների լարվածություն չառաջացնող եղանակների հիմքում ընկած է ալո և հետերոտրանսպլանտատների օգտագործումը: Այս դեպքերում ճողվածքի դրունքը ամրացվում և փակվում է այդ տրանսպլանտատներով՝ առանց տեղի մկանաջլոնային շերտերի տեղաշարժի:

Առանց մասնավորեցնելու ճողվածքների առանձնահատուկ ձևերը և դասակարգման տեսակները՝ անհրաժեշտ ենք համարում

առանձնացնել չորս տեսակի ճողվածքներ: Դրանց վիրահատական բուժումն ունի տեխնիկական յուրահատկություններ, որոնք պահանջում են առանձին նկարագրություն «Օպերատիվ վիրաբուժությունն առարկայի դասավանդման ընթացքում:

Այդ ճողվածքներն են՝ ներուղղվող, օղակված, սահող և բնածին աճուկային: Ներուղղվող ճողվածքների դեպքում արդեն իսկ կազմավորված ճողվածքապարկի պայմաններում ճողվածքային պարունակությունն ունի որովայնի խոռոչից դեպի ճողվածքապարկ և հակառակ ուղղությամբ ազատ տեղաշարժվելու հնարավորություն: Ներուղղվող ճողվածքների դեպքում վիրահատությունները կատարվում են հետևյալ փուլերի հաջորդականությամբ՝

1. մուտք դեպի ճողվածքապարկ և ճողվածքի դարպաս,
2. ճողվածքապարկի մշակում և հեռացում,
3. ճողվածքի դարպասի ամրացում և փակում:

Ճողվածքի օղակումը ճողվածքի պարունակության արագ զարգացող և մշտական ուժեղ սեղմումն է, որի պատճառով խանգարվում է այստեղ գտնվող օրգանների արյան մատակարարումը՝ ընդհուպ մինչև մեռուկացում:

Օղակված ճողվածքների դեպքում կատարվող արմատական վիրահատությունների փուլերի հաջորդականությունը չի համապատասխանում ներուղղվող ճողվածքների արմատական վիրահատությունների փուլերի հաջորդականությանը՝

1. մուտք դեպի ճողվածքի դարպաս և ճողվածքապարկ,
2. ճողվածքապարկի բացում և պարունակության ստուգում,
3. ճողվածքի դարպասի հատում, միջամտություն օրգանների վրա և/կամ պարունակության ներուղղում,
4. ճողվածքապարկի մշակում և հեռացում,
5. ճողվածքի դարպասի ամրացում և փակում:

Փուլերի այսպիսի հաջորդականությունը պայմանավորված է ճողվածքապարկում գտնվող օղակման ենթարկված օրգանների առկայությամբ, որոնք պետք է ֆիքսվեն մինչ դրունքի հատումը, որը չի թողնի օղակված օրգանների ներուղղումը որովայնի խոռոչ առանց կենսունակությունը ստուգվելու: Ճողվածքների հատուկ տեսակներից են սահող ճողվածքները: Այս ճողվածքի դեպքում ճողվածքապարկի մի պատը կազմում է որովայնի խոռոչի որևէ մեզո- կամ էքստրապերիտոնային օրգան: Այսինքն՝ ճողվածքապարկի առաջացմանը, առպատային որովայնամզից բացի, մասնակցում է նաև սահող օրգանը ծածկող ընդերային որովայնամիզը: Սահող ճողվածքների մեջ հաճախ ներառվում են միզապարկը, կույր աղիքը և այլ օրգաններ: Մեզոպերիտոնեալ օրգանի լցման դեպքում սահող ճողվածքի ճողվածքապարկը կարող է սահել ներս՝ դեպի որովայնի խոռոչ: Այս ճողվածքների դեպքում կատարվող արմատական վիրահատությունների առանձնահատկությունն այն է, որ ճողվածքապարկը չի կարելի ամբողջությամբ հեռացնել կարելուց հետո: Այստեղ դրվում է քսակակար, և պահպանվում է ճողվածքապարկի այն հատվածը, որը կազմված է մեզո- կամ էքստրապերիտոնային օրգանով: Այս նպատակով ճողվածքապարկն անջատվում է շրջակա հյուսվածքներից և հատվում է պատի մի մասը կազմող օրգանից հեռու տարածության վրա: Ճողվածքային պարունակությունը ներմղվում է որովայնի խոռոչ և քսակակար է դրվում պատի մի մասը կազմող օրգանից 2-3 սմ հեռավորության վրա: Ճողվածքապարկի ավելորդ մասը հեռացվում է: Այնուհետև կապվում է քսակակարը, ընդ որում վիրաբույժը միաժամանակ ճողվածքապարկի պարունակությունը և պատը կազմող օրգանը խորասուզում է որովայնի խոռոչ: Քսակակարը վերջնականապես կապվում է այդ գործողություններից հետո:

Բնածին աճուկային ճողվածքի առանձնահատկությունն այն է, որ ճողվածքապարկ է չապաճած որովայնամզային էլունը: Սերմնալարը

այս դեպքում դրսից սերտաճած է ճողվածքապարկին, իսկ ամորձին ճողվածքապարկում է ճողվածքի պարունակության հետ միասին: Վիրահատության հիմնական նպատակն է վերացնել կապը ճողվածքապարկի և որովայնի խոռոչի միջև՝ առանց վնասելու սերմնալարի ամբողջականությունը՝ թույլ չտալով հետագայում ամորձու ջրգողության առաջացումը: Այս նպատակով ճողվածքապարկի հետին պատը կազմող որովայնամզի թերթիկը հատվում է միջաձիգ ուղղությամբ և վերցվում է սեղմակների վրա: Ճողվածքապարկի վզիկը անջատվում է սերմնալարից և կարվում ու կապվում է, կամ այդ շրջանում ներսից դրվում է քսակակար՝ առանց սերմնածորանը ընդգրկելու, հետո կապվում է: Այս գործողությունը նպաստում է, որ կապը որովայնի խոռոչի հետ վերանա: Որպեսզի բացառվի ամորձու ջրգողությունը, ճողվածքապարկի դիստալ հատվածը կա՛մ հեռացվում է՝ թողնելով միայն ամորձու շուրջ փոքր լայնքով լաթեր, կա՛մ շրջվում է և առանձին կետգուտե կարերով կարվում ամորձուց և սերմնածորանից հետ: Ամորձին զգուշությամբ ներս է ուղղվում դեպի փոշտ:

Վիրահատություններ պորտային ճողվածքների դեպքում

Պորտային ճողվածքների վիրահատական բուժման հասարակ մեթոդ է Լեքսերի եղանակը: Վիրահատական մուտքը՝

- միջաձիգ, աղեղնաձև կտրվածք՝ պորտը ներքևից շրջանցող,
- վայրաձիգ կտրվածք միջին գծով,
- օղակաձև կտրվածք՝ պորտի բացազատումով (մեծ ճողվածքների դեպքում):

Վիրահատական եղանակ: Ճողվածքապարկը մշակելիս և հեռացնելուց հետո, որը կատարվում է ճողվածքների վիրահատական բուժման ընդհանուր կանոններով, վիրաբույժը մատը մտցնում է պորտային օղի մեջ և մատի հսկողությամբ օղի շուրջը դնում է

քսակակար: Թելերի եզրերը բարձրացնելուց հետո ճողվածքապարկի ծայրատը խորասուզվում է, և քսակակարը կապվում: Դրվում են մաշկային կարեր:

Պորտային ճողվածքների վերականգնողական վիրահատություններից են Մեյոյի և Սապեժկոյի վիրահատական եղանակները:

Երկու վիրահատական եղանակների վիրահատական մուտքերը համապատասխանում են պորտային ճողվածքների նկարագրությունը:

Վիրահատական եղանակ: Մեյոյի եղանակի դեպքում միջաձիգ կտրվածքով պորտային օղը լայնացվում է սպիտակ գծի ամբողջ լայնությամբ: Այնուհետև դրվում են II-աձև կարեր այնպես, որ ջրնի լաթի ստորին թերթիկը տեղակայվի վերին թերթիկի տակ: Երկրորդ շերտ կարերով վերին թերթիկը ամրացվում է ստորին թերթիկին:

Սապեժկոյի եղանակի առանձնահատկությունն այն է, որ պորտային օղը լայնացվում է վայրաձիգ կտրվածքով, որը կատարվում է օղից վեր և վար ուղղություններով: Այնուհետև դրվում են հանգուցակարեր, որոնք միացնում են ջրնի լաթը մի կողմից և ուղիղ մկանի բունոցի հետին միջային հատվածը՝ մյուս կողմից: Այս կարերը ապահովում են կրկնակի պատի առաջացումը վայրաձիգ ուղղությամբ: Երկրորդ շերտի կարերով միացնում են հատած ջրնի ազատ եզրերը հակառակ կողմից ուղիղ մկանի բունոցի առաջային պատի հետ:

Վիրահատություններ աճուկային ճողվածքների դեպքում

Տարբերում են աճուկային ճողվածքների երկու հիմնական անատոմիական տարատեսակ՝ թեք աճուկային և ուղիղ աճուկային ճողվածքներ: Թեք աճուկային ճողվածք է այն ճողվածքը, որի ճողվածքապարկը արտափքվում է և աճուկային ներքին օղից անցնում է աճուկային խողովակի երկարությամբ ու դուրս գալիս աճուկային մակերեսային օղի միջով: Այս ճողվածքների ճողվածքապարկը արտաքին սեռական փակեղի տակ է, իսկ տարբեր ճողվածքապարկի միջին մասում են: Բնածին ճողվածքի դեպքում սերմնալարը սերտ

կապված է ճողվածքապարկին: Տղամարդկանց աճուկային թեք ճողվածքը կարող է իջնել դեպի փոշտ, իսկ կանանց շրջանում՝ դեպի մեծ սեռական շրթերի բջջանք: Աճուկային խողովակի ուղղությամբ անցնելիս, թեք ճողվածքի ճողվածքապարկը ճնշում, սեղմում և թուլացնում է արտաքին թեք մկանի ջրնը (աճուկային խողովակի առաջային պատը): Վերոհիշյալով է պայմանավորված այն հանգամանքը, որ թեք ճողվածքների վիրահատական բուժման եղանակները հիմնականում ուղղված են աճուկային խողովակի առաջային պատի ամրացմանը:

Ուղիղ աճուկային ճողվածք է այն ճողվածքը, որի ճողվածքապարկը արտափքվում է միջային աճուկային փոսիկով և աճուկային տարածությամբ և թուլացնելով աճուկային խողովակի հետին պատը՝ լայնական փակեղը՝ դուրս է գալիս աճուկային մակերեսային բացվածքով: Տվյալ ճողվածքի ճողվածքապարկը կապված չէ սերմնալարի տարրերի հետ և տեղակայված է դրանցից միջայնորեն: Ուղիղ ճողվածքը չի իջնում դեպի փոշտ: Այս ճողվածքների վիրահատական բուժումը աճուկային խողովակի հետին պատի ամրացումն է:

Աճուկային խողովակի առաջային պատի պլաստիկա



Բոբրովի եղանակ: Վիրահատական մուտք. մաշկը, ենթամաշկային բջջանքը և մակերեսային փակեղը հատվում են աճուկային կապանին զուգահեռ՝ 1 սմ դրանից բարձր (նկ.31):

Վիրահատական եղանակ: Աճուկային խողովակը հատելուց հետո ներքին թեք մկանի

Նկար 31. և լայնական մկանի ազատ եզրերը

կարվում են աճուկային կապանին,

սերմնալարի կամ

արգանդի կլոր կապանից առաջ: Արտաքին թեք մկանի ջլոնի հատված եզրերը կարվում են միմյանց: Աճուկային տարածության նեղացումը զուգորդվում է արտաքին թեք մկանի ջլոնի վերականգման հետ:

Բոբրովի-Ժիրար-Սպասոկուկոցկու-Կիմբարովսկու եղանակ: Վիրահատական մուտք. նույնն է, ինչ նախորդ վիրահատության դեպքում:

Վիրահատական եղանակ: Աճուկային օղը հատելուց և ճողվածքապարկը մշակելուց ու հեռացնելուց հետո միևնույն ընհանրացված կարերով միացվում են ներքին թեք և լայնական մկանների ազատ եզրերը, արտաքին թեք մկանի ջլոնի վերին լաթը աճուկային կապանի հետ: Այնուհետև առաջացնում են կրկնակի պատ՝ արտաքին թեք մկանի ջլոնի ստորին լաթը կարելով վերինին:

Կարելիս պետք է զգուշանալ աճուկագստային նյարդի վնասումից և կարերի մեջ ընդգրկելուց: Այդ բարդությունը հետվիրահատական ընթացքում կարող է դառնալ սոսկալի ցավերի պատճառ: Աճուկային կապանի վրա յուրաքանչյուր կար դնելիս պետք է առաջնորդվել հետևյալ երկու կարևոր սկզբունքներով.

1. Կարերը պետք է դրվեն աճուկային կապանի ջլաթերթիկների ուղղության նկատմամբ որոշակի անկյան տակ:

2. Չի կարելի բոլոր կարերում ընդգրկել նույն ջլաթերթիկները, կարերը պետք է դրվեն տարբեր հարթությամբ և խորությամբ, որպեսզի ջլաթերթիկները չփեղեքվեն:

Աճուկային կապանի վրա կարեր դնելիս միշտ պետք է հաշվի առնել այն հանգամանքը, որ այդ կապանի տակ՝ միջին և միջային հատվածների սահմանում, ազդրային անոթներ են՝ զարկերակը և երակը: Որպեսզի անոթները չվնասվեն, ասեղը մտցնելիս աճուկային կապանը հաստության մեջ միշտ պետք է տեսանելի և թափանցելի լինի վիրաբույժի համար: Այդպիսի թափանցելիությունն ապահովում է կարերի ամրությունը և անվտանգությունը:

Աճուկային խողովակի հետին պատի պլաստիկա: Բասսինիի եղանակ: Վիրահատական մուտք: Հյուսվածքները հատվում են աճուկային կապանին զուգահեռ՝ մեկ մատ դրանից բարձր: Վիրահատական եղանակ: Աճուկային խողովակը հատելուց և ճողվածքապարկը հեռացնելուց հետո սերմնալարի տակ է անցկացվում թանգիֆե ժապավեն, որի օգնությամբ այն բարձրացվում և տեղաշարժվում է դեպի դուրս: Սերմնալարից հետ դրվում են խորանիստ հանգուցակարեր, որոնք ներքին թեք, լայնական մկանների ազատ եզրերը և ներորովայնային փակեղը միացնում են աճուկային կապանի հետ: Այս կարերի օգնությամբ ամբողջովին փակվում և վերացվում է աճուկային տարածությունը: Աճուկային խողովակի առաջային պատը վերականգնվում է արտաքին թեք մկանի ջլննի երկու լաթերը միմյանց կարելով:

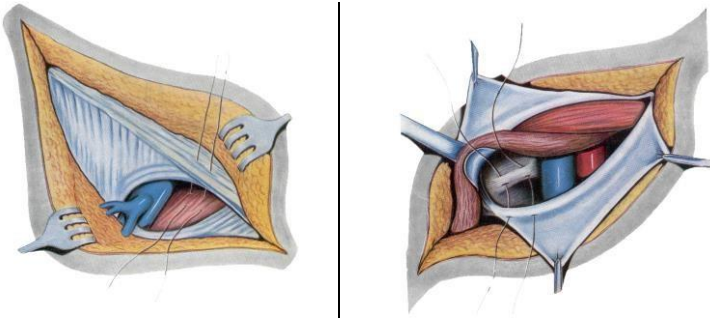
Առանց հյուսվածքների լարվածության առաջացման աճուկային ճողվածքի պլաստիկա՝ Լիխտենշտեյնի եղանակով: Այս եղանակը ենթադրում է ընդունված ձևով աճուկային խողովակի հատում և ճողվածքապարկի մշակում: Արտաքին թեք մկանի ջլննն անջատվում և շերտազատվում է հարակից հյուսվածքներից: Պոլիպրոպիլենային ցանցը մոդելավորվում է աճուկային խողովակի հետին պատի չափերով: Այդ ցանցը տեղադրվում է աճուկային խողովակի հետին պատին՝ սերմնալարից հետ, և պոլպրոպիլենային կարերով ամրացվում է ցայլուկի վերնուկրին, աճուկային կապանին, ներքին թեք մկանին: Այս ցանցի դրսային հատվածում ձևավորվում է աճուկային խողովակի ներքին բացվածքը: Վիրահատությունն ավարտում են աճուկային խողովակի առաջային պատի վերականգնումով և մաշկային կարերով:

Վիրահատություններ ազդրային ճողվածքների դեպքում

Տիպիկ ազդրային ճողվածքը դուրս է գալիս ազդրային խողովակի ներքին բացվածքով, այնուհետև իջնում է ազդրի վրա, ազդրի լայնական փակեղի մակերեսային և խորանիստ թերթիկների միջև

ազդրային երակից միջայնորեն, և վերջապես հայտնվում է մաշկի տակ՝ անցնելով «հիատուս սաֆենուսիե միջով (ազդրային խողովակի արտաքին բացվածք): Բոլոր տեսակի ազդրային ճողվածքների համար բնորոշ է աճուկային կապանի տակ ճողվածքապարկի գտնվելը: Այս առանձնահատկությունը աճուկային և ազդրային ճողվածքների հիմնական տարբերակիչ ախտորոշումն է: Ազդրային ճողվածքների արմատական վիրահատությունները կատարելիս օգտագործում են երկու վիրահատական մուտք՝ ազդրային և աճուկային:

Բասսինիի եղանակ: Վիրահատական մուտք: Կտրվածքը 8-10սմ երկարությամբ կատարվում է աճուկային կապանին զուգահեռ և ցած կամ վայրաձիգ ուղղությամբ՝ աճուկային կապանի մակարդակից դեպի ներքև, ազդրային զարկերակի ուրվագծից միջայնորեն (նկ.32): Հատում են մաշկը, ենթամաշկային բջջանքը և մակերեսային փակեղը, կատարում են հեմոստագ: Հայտնաբերում են ճողվածքապարկը և բութ կերպով անջատում են հարակից բջջանքից՝ ազատելով վզիկը: Այդ նպատակով ակոսավոր զոնդի օգնությամբ միջայնորեն հատում են ազդրի լայնական փակեղի մակերեսային թերթիկը ազդրային երակից: Այսպիսով, հատվում է ազդրային խողովակի առաջային պատը մինչև աճուկային կապանը: Ճողվածքապարկը հատվում է, պարունակությունը ստուգվում է և ներուղղվում դեպի որովայնի խոռոչ: Ճողվածքապարկի վզիկը կարվում է և հեռացվում: Առանձնահատուկ ուշադրությամբ բութ կերպով հարակից հյուսվածքներից անջատվում են ազդրային օղի պատերը՝ աճուկային, կտինային և լակունար կապանները:



Նկար 32.

Վիրահատական եղանակ: Ճողվածքի դրունքը փակելու նպատակով կարվում և միմյանց են միացվում աճուկային և կտինային կապանները: Այս նպատակով ազդրային երակը տեղաշարժվում է դեպի դուրս, և դրվում են 2-4 հանգուցակարեր՝ միմյանցից 0,5 սմ հեռավորությամբ: Կարերը փակում են ազդրային ներքին բացվածքը: Ազդրային երակը չճնշելու համար վերը նշված կարերը կապվում են դրսից ներս հաջորդականությամբ: Այնուհետև վերականգնում են ազդրի լայնական փակեղի մակերեսային թերթիկը, ենթամաշկային ճարպաբջջանքը և մաշկը: Այս վիրահատության բացասական կողմը աճուկային տարածության մեծացումը և լայնացումն է, որը հետվիրահատական շրջանում կարող է դառնալ աճուկային ճողվածքի առաջացման պատճառ: Եթե ազդրային ճողվածքի արմատական վիրահատությունը կատարվում է աճուկային մուտքով, ապա ճողվածքապարկի և ճողվածքի դրունքին մոտենալու համար կտրվածքը կատարում են աճուկային շրջանում՝ հատելով աճուկային խողովակը:

Ռուջի-Պառլավեչչոյի եղանակ: Վիրահատական մուտքը: Կտրվածքը կատարվում է աճուկային խողովակի ուրվագծով՝ աճուկային կապանին զուգահեռ, մեկ մատ դրանից բարձր:

1. Հաջորդաբար հատվում են աճուկային խողովակի առաջային և հետին պատերը:

2. Բուժ կերպով տարանջատում են առաջորդվանամզային ճարպաբջջանքը՝ ապահովելով մուտք դեպի ազդրային խողովակի ներքին օղ և ազդրային ճողվածքի ճողվածքապարկ՝ աճուկային խողովակի միջով:

3. Ազատելով ճողվածքապարկի վզիկը, վիրաբույժը մատը մտցնում է դրա տակ և ճողվածքապարկը ազդրային խողովակի միջից դուրս բերում վերքի մեջ:

4. Ընդհանուր օրենքների համաձայն՝ հատում են ճողվածքապարկը, գնում և որովայնի խոռոչ են ներուղղում դրա պարունակությունը: Ճողվածքապարկը կարվում և կապվում է վզիկի շրջանում:

5. Ճողվածքի դրունքի պլաստիկան կատարում են՝ դնելով հանգուցակարեր, որոնք միացնում են ներքին թեք, լայնական մկանները կտինային և աճուկային կապաններին: Կիրառում են նաև մեկ ընդհանրացված կամ երկու շարք կարեր, որոնք մկանների ազատ եզրերը միացնում են աճուկային կապանին, վերջինս էլ կտինային կապանին: Այս կարերում կարող է ընդգրկվել նաև ներորովայնային փակեղի հատված թերթիկը: Ներքին թեք մկանի վրա տեղակայվում է սերմնալարը, որի վրա կարվում է արտաքին թեք մկանի ջլոնը:

Վիրահատությունն ավարտում են ենթամաշկային և մաշկային կարերով:

Որովայնի խոռոչի օպերատիվ վիրաբուժություն: Վիրաբուժության առավել բարդ բաժիններից մեկը որովայնային վիրաբուժությունն է: Որովայնը առանձնահատուկ զգայունություն ունի մանրէների նկատմամբ, մինչ այժմ լուրջ բարդություն է հետվիրահատական պերիտոնիտը: Որովայնահատում կատարող վիրաբույժը որոշ դեպքերում բացում է նաև մարսողական ուղու լուսանցքը, որի լորձաթաղանթի մակերեսին աղիների դիստալ հատվածներում առկա են հսկայական թվով մանրէներ: Որովայնային

վիրահատությունները պետք է առանձնանան ասեպտիկայի կանոնների ընդգծված պահպանմամբ:

Բացի սովորական ընդհանուր վիրաբուժական գործիքներից, որովայնային վիրահատությունների ժամանակ կիրառվում են տարբեր ձևի լայն կարթեր և հայելիներ, վերբլայնիչներ՝ որովայնահատման վերքը լայնացնելու, որովայնի խորքում միջամտությունների ժամանակ օրգանները տեղաշարժելու նպատակով: Խոռոչավոր օրգանների լուսանցքը փակելու, դրանց պարունակության արտահոսքը կանխելու նպատակով կիրառվում են հատուկ սեղմակներ:

Որովայնի խոռոչի օրգանների վիրահատական մուտքեր են բոլոր լապարատոմիկ կտրվածքները, որոնք մանրամասն նկարագրվել են նախորդ բաժնում: Նկարագրված են նաև հիվանդների դիրքը որովայնի օրգանների վիրահատությունների ժամանակ և կիրառվող անզգայացումների տեսակները:

Որովայնի օրգանների վիրահատական միջամտությունները կատարվում են անհետաձգելի ցուցումներով /որովայնի թափանցող վնասվածքներ, որոշ բութ վնասվածքներ, սուր վիրաբուժական պաթոլոգիաների դեպքում/ և պլանային ցուցումներով /որովայնի օրգանների վիրաբուժական մի շարք պաթոլոգիաների դեպքում/:

Անհետաձգելի վիրաբուժական միջամտությունների մեթոդներ որովայնի փակ վնասվածքների դեպքում: Որովայնի օրգանների փակ վնասվածքները զգալի դժվարություններ են ստեղծում ախտորոշելիս: Կլինիկական պատկերի հիմքը այս դեպքում կազմում են շոկի, ներքին արյունահոսության և պերիտոնիտի ախտանիշները:

Հեմոռագիկ համախտանիշը զարգանում է պարենքիմատոզ օրգանների /յարդ, փայծաղ, ենթաստամոքսային գեղձ/, բարակ և հաստ աղիքների միջընդերքի անոթների վնասումների դեպքում:

Պերիտոնային համախտանիշը զարգանում է առավելապես սնամեջ օրգանների վնասումների դեպքում:

Որովայնի փակ վնասվածքների դեպքում ներքին օրգանների վնասումները ճանաչելու արդյունավետ մեթոդներն են՝

- 1/ լապարացենտեզը՝ «որոնող կաթետերիե մեթոդի կիրառմամբ,
- 2/ անհետաձգելի լապարասկոպիան, 3/
որովայնի պունկցիան:

Որովայնի պունկցիան հայտնաբերում է բորբոքային հեղուկը, արյունը: Տվյալ մեթոդը կիրառվում է, հավաստի է, եթե հեղուկի ծավալը որովայնի խոռոչում անցնում է 300-500մլ-ից: Որովայնի տիպիկ պունկցիան կատարվում է՝

1/ պորտի և ցայլային համաձոնի վերին եզրի միջև տարածության կեսի շրջանում միջին գծով /մինչ միջամտությունը պարտադիր պայման է միզապարկի դատարկումը/, միջամտության ժամանակ հիվանդը պետք է նստած վիճակում լինի,

2/ կանանց արգանդի հետին թաղի, տղամարդկանց ուղիղ աղիքի ամպուլայի առաջային պատի շրջանում:

Լապարացենտեզը՝ «որոնող կաթետերիե կիրառմամբ առավել լայն ախտորոշիչ հնարավորություններ ունի: Լապարացենտեզի դասական տեղը պորտից 2-3 սմ ներքև է միջին գծով: Այդ հատվածում տեղային անզգայացմամբ կատարում են մաշկի լայնական կամ երկայնական կտրվածք 1-2 սմ երկարությամբ և մերկացնում են որովայնի սպիտակ գիծը: Սպիտակ գծի վրա թելերով 2 բռնիչ տեղադրելուց հետո որովայնի պատը ձգում են դեպի վեր: Բռնիչների միջև տրոակարով ծակում են որովայնի պատը, հեռացնում են տրոակարի ստիլետը: Եթե տրոակարի խողովակի միջով սկսում է արտահոսել արյուն, էքստուդատ կամ աղիքային պարունակություն, ապա նախնական ախտորոշումը կարելի է համարել հաստատված: Եթե տրոակարի խողովակով հեղուկի արտահոսք չի դիտվում, ապա որովայնի հետազոտությունը կատարվում է «որոնող կաթետերիե օգնությամբ: Այս մեթոդի էությունը հետևյալն է՝ սովորաբար տրոակարի խողովակով որովայնի խոռոչ է անցկացվում 3-6 սմ

լայնությամբ և 50-60 սմ երկարությամբ պոլիքլորվինիլային խողովակ: Խողովակի՝ որովայնի խոռոչ անցկացվող մասում կատարվում են կողմնային 8-10 անցքեր, խողովակին ամրացնում են ներարկիչ, տրոակարի խողովակով պոլիքլորվինիլային խողովակն անցկացնում են որովայնի խոռոչ, ներարկիչով որովայն են լցնում 20 մլ նովոկաին կամ ֆիզիոլոգիական լուծույթ: Այնուհետև կատարում են հեղուկի ասպիրացիա՝ պարունակության տեսողական գնահատմամբ:

Անհետաձգելի վիրաբուժության դեպքում լապարացենտեզը սովորաբար զուգակցում են լապարասկոպիայի հետ: Այդ մեթոդը ցուցված է ոչ միայն որովայնի փակ վնասվածքների, այլև անհայտ ծագման, ոչ պարզ կլինիկական պատկերով «սուր որովայնի» ե, ինչպես նաև թափանցող վնասվածքների դեպքում օրգանների վնասման տեղակայումը և բնույթը որոշելու նպատակով:

Որովայնի խոռոչի հետազոտման մուտքի ընտրությունը և տեխնիկան: Որովայնի թափանցող վնասվածքները բացարձակ ցուցում են ընդհանուր անզգայացմամբ իրականացվող միջային որովայնահատման համար: Որովայնահատումից հետո իրականացվող հետագա գործողությունների նպատակն է ախտաբանական փոփոխությունների տեղակայումը, բնույթը և ծանրությունը որոշումը: Այդ նպատակին հասնում են ամբողջ որովայնի, դրա օրգանների մանրակրկիտ և պլանավորված դիտման, հետազոտման միջոցով: Որովայնի օրգանների հետազոտման խնդիրներն են՝

1. արյունահոսության աղբյուրի վաղ հայտնաբերումը և հուսալի հեմոստազը,

2. սնամեջ օրգանների պատերի դեֆեկտների հայտնաբերումը և պատի ամբողջականության ստուգումը:

Սնամեջ օրգանների հետազոտման մեթոդը: Որովայնի /մարսողական ուղու/ սնամեջ օրգանների հետազոտումն

իրականացվում է խիստ հաջորդականությամբ. այն սկսվում է կերակրափողի որովայնային հատվածից, ստամոքսի կարդիայից և ավարտվում ուղիղ աղիքով: Կերակրափողի որովայնային հատվածի հետազոտումից հետո քննում են ստամոքսի առաջային պատը, հետո հետին պատը, որի համար բացում են ստամոքս-խթաղիքային կապանը: Հիմնականում հետորովայնամզային տեղակայում ունեցող 12-մատնյա աղիքի վիճակը ստուգում են դիտմամբ՝ հետազոտելով այն ծածկող որովայնամիզը և շրջակա հետորովայնամզային բջջանքը: Աղիձ աղիքի ստուգումը սկսում են 12-մատնյա աղիքաղիձաղիքային անցման շրջանից: Այն հայտնաբերելու համար վերքի մեջ են դուրս բերում միջաձիգ հաստ աղիքը մեծ ճարպոնի հետ: Խթաղու միջընդերքի արմատի շրջանում հայտնաբերելով աղիձ աղիքի սկիզբը՝ հետևողականորեն ստուգում են աղիձ և գստաղիքի բոլոր հատվածները: Խթաղիքի հետազոտումը որոշ տեխնիկական դժվարություններ ունի: Որովայնի հետազոտումն ավարտվում է փոքր կոնքի օրգանների քննությամբ: Մնամեջ օրգանների դեֆեկտներն անհրաժեշտ է վերացնել:

Արյունահոսության աղբյուրը հայտնաբերելու մեթոդը և հեմոստազը պարենքիմատոզ օրգանների վնասման դեպքում

Որովայնի խոռոչում հայտնաբերված արյունը հեռացնում են էլեկտրական արտածծիչի կամ թանգիֆե մեծ վիրախձուծների միջոցով: Որովայնում արյունահոսության աղբյուրը հայտնաբերելու ալգորիթմն ընդգրկում է հետևյալ հետևողական գործողությունները՝

- աջ կողմնային ակոսի հետազոտություն,
- ձախ կողմնային ակոսի հետազոտություն,
- ձախ միջընդերային ծոցի հետազոտություն, □
աջ միջընդերային ծոցի հետազոտություն:

Լյարդի վերքերից արյունահոսության դադարեցման միջոցները հետևյալն են՝

- յարդի վերքի էլեկտրակոագուլյացիա, □
յարդի վերքի կարում:

Փայծաղի վնասվածքով պայմանավորված արյունահոսության դեպքում հաճախ կատարվում է սպլենեկտոմիա: Խոշոր անոթներից արյունահոսության դեպքում կատարվում է դրանց կապում կամ դրվում է անոթային կար:

Որովայնի խոռոչի օրգանների վնասվածքների և արյունահոսությունների դեպքում կատարվող վիրահատություններ

Որովայնի օրգանները վիրահատելիս անհրաժեշտ է հետևել որոշ պարտադիր կանոնների, որոնք կարևոր նշանակություն ունեն վիրահատության ելքի համար:

1. Առաջին կանոնը ձևակերպել է նշանավոր վիրաբույժ Լեժարը. «Անհրաժեշտ է արագ մտնել որովայնի խոռոչ և արագ այնտեղից դուրս գալ: Այս կանոնն ընդգծում է որովայնում աշխատանքի ընթացքում վիրաբույժի գործողությունների արագությունը և հստակությունը: Որքան երկար է բաց մնում որովայնի խոռոչը, որքան երկար ժամանակ է ծախսվում գործողությունների վրա, այնքան վնասվածքային է վիրահատությունը, այնքան մեծ է խոռոչի վարակման վտանգը:

2. Երկրորդ կանոնը որովայնի խոռոչի ներվիրահատական վարակման կանխարգելումն է, հատկապես սնամեջ օրգանների պարունակությամբ, քանի որ դա կարող է հանգեցնել պերիտոնիտի զարգացմանը: Այդ նպատակով վնասված օրգանը որովայնի խոռոչից հանում են և միջամտությունը կատարում են որովայնից դուրս կամ միջմատության զոնան մանրակրկիտ անջատում են որովայնի խոռոչից թանզիֆե վիրախձուձներով:

3. Երրորդ կանոնը նախատեսում է որովայնամզի սառեցման, այրման կամ չորացման կանխարգելում, որը թույլ է տալիս պահպանել դրա կենսաբանական պաշտպանական հատկու-

յունները: Այդ նպատակով որովայնամիզը պարբերաբար թրջում են ֆիզիոլոգիական տաք լուծույթով:

4. Չորրորդ կանոնը օրգանների շճաթաղանթի ամբողջականության պահպանումն է: Այդ կանոնը պահպանելու համար անհրաժեշտ է խնայողական վերաբերմունք հյուսվածքների նկատմամբ, ցանկալի չէ վիրահատվող օրգանը կոպիտ ձևով բռնել սեղմակներով կամ չոր վիրախձուծներով: Որովայնամզի բոլոր դեֆեկտները պետք է հայտնաբերվեն և կարվեն: Օրգանների դեսերոզացված հատվածներն արագ կաշում են իրար և որովայնի պատին: Առաջացած կպումները կարող են հանգեցնել օրգանների տեղագրության փոփոխությանը, ինչպես նաև կպումային հիվանդության զարգացմանը:

5. Հինգերորդ կանոնը վերաբերում է հետվիրահատական բարդությունների զարգացման կանխարգելմանը: Այդ նպատակով բացի ասեպտիկայի կանոնների խիստ պահպանումից, անհրաժեշտ է հեռացնել արյունը, որովայնի խոռոչից ախտաբանական պարունակությունը և ճիշտ դրենավորել որովայնի խոռոչը:

6. Վեցերորդ կանոնը վերաբերում է մանրակրկիտ հեմոստազին և մարսողական ուղու հերմետիկության, ամբողջականության վերականգնմանը: Այս կանոնի խախտումը հանգեցնում է մարսողական ուղու պարունակության արտահոսքին որովայնի խոռոչ և հետվիրահատական պերիտոնիտի զարգացմանը:

Մարսողական ուղու օրգանների վրա կատարվում են հետևյալ միջամտությունները՝

- օրգանի խոռոչի բացում՝ -տոմիա՝ դրա հետագա փակումով, օրինակ՝ գաստրոտոմիա, ստամոքսի պատի հատում, լուսանցքի բացում,
- սնամեջ օրգանի խուղակի ձևավորում՝ -ստոմիա, որով օրգանի լուսանցքը որովայնի պատի վերքի միջով կապվում է արտաքին աշխարհին, օրինակ՝ գաստրոստոմիա (ստամոքսի խուղակ),

- օրգանների միացման ձևավորում՝ բերանակցում կամ անաստոմոզ. կատարվում է մարսողական ուղու առանձին հատվածների միջև, օրինակ՝ գաստրոէնտերոանաստոմոզ (ստամոքսաղիքային բերանակցում),
- օրգանի մի մասի հեռացում՝ ռեզեկցիա, օրինակ՝ աղիքի ռեզեկցիա՝ աղիքի մի մասի հեռացում,
- որևէ օրգանի ամբողջական հեռացում՝ -եկտոմիա, օրինակ՝ գաստրեկտոմիա՝ ամբողջ ստամոքսի հեռացում:

Մարսողական ուղու օրգանների ցանկացած վիրահատության հաջողություն պայմանավորված է բազմաթիվ գործոններով, բայց առաջին հերթին վիրահատության կատարման տեխնիկայով և մեթոդով:

Մարսողական ուղու վիրահատությունների մեծ մասի հիմքում աղիքային կարն է:

Աղիքային կար: Աղիքային կար ասելով՝ ենթադրվում են աղիքային կարի բոլոր տեսակները, որոնք դրվում են մարսողական ուղու սնամեջ օրգանի /կերակրափող, ստամոքս, աղիք/ պատին, ինչպես նաև որովայնի այլ սնամեջ օրգանների պատին, որոնք ունեն որովայնամիզ, մկանային թաղանթ, ենթալորձային շերտ և լորձաթաղանթ: Աղիքային կարի տեխնիկան բացատրելու համար հարմար է մարսողական ուղու պատը դիտել որպես երկու պատյանների ամբողջություն՝ ներքին՝ լորձաթաղանթ-ենթալորձային շերտ, արտաքին՝ մկանաշճային: Աղիքային կարը կարող է անցնել միանգամից երկու պատյաններով կամ վերցնել դրանցից մեկը: Աղիքային կարի պահանջները առավելապես բավարարում է երկշար աղիքային կարը, որի դեպքում ներքին շերտն անցնում է աղիքի պատի ամբողջ հաստությամբ, իսկ արտաքին շերտը՝ միայն արտաքին պատնեշով:

Կարի ներքին շարքը, որն անցնում է պատի բոլոր շերտերով, վարակված է, հետևաբար ներքին շերտի վրա պետք է ձևավորել ևս

մեկ՝ արտաքին շերտ, որը չի թափանցում օրգանի լուսանցք, այլ անցնում է միայն դրա արտաքին՝ մկանաշճաթաղանթային շերտով: Այսպիսով՝ աղիքային բոլոր կարերը կարելի է բաժանել երեք խմբի՝

1. ներքին, եզրային, միջանցիկ, վարակված,
2. արտաքին, ասեպտիկ,
3. կոմբինացված կար. միջանցիկ և շճամկանային կարերի գուգակցումն է:

Եզրային կարը է այն տեսակն է, որն անցնում է սնամեջ օրգանի պատի կտրվածքի եզրով: Այս կարը միշտ ներքին է: Այն կարելի է ձևավորել երեք մեթոդով՝

1. միայն լորձաթաղանթի միջով /հազվադեպ/, 2. լորձաթաղանթի և մկանային շերտի միջով,
3. աղիքի պատի բոլոր շերտերով /հաճախ/:

Արտաքին - ասեպտիկ է այն կարը, որն անցնում է աղիքի պատի արտաքին պատյանի միջով: Սա կա՛մ շճաշճային, կա՛մ շճամկանային կար է: Այսպիսի կարը նպաստում է որովայնամզի թերթիկների սերտ հպման և աղիքի պատի վերքի լրիվ հերմետիկության:

Կոմբինացված կարը աղեկարի այն տեսակն է, որն ընդգրկում է երկշար կարի ձևավորումը՝ առաջին շարք՝ եզրային կար՝ դրա հետագա ծածկումով կարի երկրորդ շարքով՝ արտաքին ասեպտիկ կարով:

Ներկայումս կիրառվում են աղեկարի վերոհիշյալ բոլոր տեսակները:

Աղեկարի ընդհանուր սկզբունքները: Անկախ միջամտության տեսակից և պատճառից՝ սնամեջ օրգանի պատի վրա կար ձևավորելու դեպքում անհրաժեշտ է պահպանել որոշ կարևոր սկզբունքներ: Դրանցից յուրաքանչյուրից շեղումը կարող է հանգեցնել աղիքով սննդային պարունակության անցման խանգարմանը կամ նույնիսկ

աղեկարի /էնտերոռաֆիա/ լրիվ անբավարարությանը՝ հետվիրահատական պերիտոնիտի զարգացմամբ:

Ընդհանուր առմամբ այս սկզբունքները վերաբերում են մի կողմից կարերի ձևավորման տեխնիկային և նպաստում են աղիքի պատի վերքի արագ լավացմանը, իսկ մյուս կողմից ձգտում են ապահովել աղիքի հնարավորինս չափ բավարար լուսանցք, որը կապահովի աղիքի պարունակության ազատ անցումը:

Աղեկարի սկզբունքները՝ ըստ նշանակության աստիճանի.

1. Աղիքային կարը պետք է համադրի միննույն տրամագծի հատվածները: Ոչ ճիշտ, անհամապատասխան համադրումը կարող է հանգեցնել վատ հերմետիկության՝ գրպանիկների առաջացման պատճառով:

2. Աղիքային կարը պետք է մոտեցնի շրջակա հյուսվածքների հետ չկապված բացարձակ ազատ, շարժուն մակերեսներ: Յուրաքանչյուր կար, որը միացնում է հյուսվածքները ձգումով, ձևավորումից 3-4 օր հետո առաջացնում է անբավարարություն:

3. Կարը պետք է պահպանի միացվող մակերեսների անոթավորումը, և այդ նպատակով ըստ հնարավորության թելերը պետք է անցնեն աղիքի պատի անոթներին զուգահեռ: Այս առումով նշանակություն ունեն 2 գործոն՝ տարածությունը կարերի միջև և աղիքի պատի կարվող շերտի հաստությունը: Փորձարարական հետազոտություններով հաստատված է, որ կարերի միջև օպտիմալ տարածությունը 3-4 մմ է, ավելի մեծ տարածությունը կարող է խախտել հերմետիկությունը, իսկ ավելի փոքրը՝ պատի արյունամատակարարումը: Կարի մեջ պետք է վերցնել աղիքի պատի եզրից 4-5մմ, ավելի քիչը հանգեցնում է կարի անբավարարության, իսկ ավելի շատը խանգարում է պատի արյունամատակարարմանը և բերանակցման շրջանում վերքի լավացմանը:

4. Աղեկարի կարևոր սկզբունք է նաև միացվող մակերեսների մանրակրկիտ հեմոստազը: Աղիքի պատի ամեն անոթ պետք է կապվի, քանի որ վիրահատությունից հետո ցանկացած պահի կարող է լինել արյունահոսության կրկնություն: Այսպիսի արյունահոսությունը վտանգավոր է հիվանդի կյանքի համար և կարող է պահանջել կրկնակի միջամտություն: Բացի դրանից, ոչ արդյունավետ հեմոստազը ներպատային արյունազեղման վտանգ է առաջացնում: Այն վտանգավոր է ոչ միայն ինքն իրեն որպես արյունազեղում, այլև կարող է վարակվել, ձևավորել պատի թարախակույտ՝ կարերի հետագա անբավարարությամբ: Աղեկարում ընդգրկվող պատի արյունամատակարարման ամենավոքր կասկածի դեպքում ցանկալի է այն մասնահատել մինչև նորմալ արյունամատակարարման հայտնաբերումը, որից հետո կարելի է ձևավորել աղեկար:

5. Աղեկարը պետք է համադրի այն հյուսվածքները, որոնք ունեն նման կառուցվածք: Տարբեր կառուցվածքի հյուսվածքների մոտեցումը հանգեցնում է ոչ լիարժեք սպիացման կամ նույնիսկ խոչընդոտում է վերքի լավացումը:

6. Աղեկարի կարևոր սկզբունքներից մեկն էլ այն է, որ կարը պետք է ապահովի լրիվ հերմետիկություն: Այս սկզբունքը իրականացվում է ինքն իրեն, եթե պահպանվում են աղեկարի վերոհիշյալ սկզբունքները՝ համանուն հյուսվածքների համադրում և աղեկարի ճիշտ ձևավորում:

7. Աղեկարի կարևոր սկզբունք է աղիքի անփոփոխ լուսանցքի պահպանումը կամ դրա տրամագծի նվազագույն փոքրացումը: Այդ նպատակով կատարվում է լայնական էնտերոռաֆիա երկայնական էնտերոտոմիայից հետո: Երբ երկայնական էնտերոտոմիայի վերքը հասնում կամ գերազանցում է աղեկարի տրամագիծը, հաճախ կարիք է լինում կատարել աղիքի մասնահատում հետագա էնտերոանաստոմոզի ձևավորումով:

8. Աղիքը կարելիս շատ կարևոր նշանակություն ունի կարանյութի տեսակը: Ճիշտ է ներծծվող կարանյութի կիրառումը աղիքի պատի

վերքի եզրերը միացնելու դեպքում, երբ այդ կարը ուղղված է դեպի լուսանցք: Մակերեսային շերտերը միացնելու դեպքում /շճամկանային կամ շճաշճային կարեր/ կիրառվում է չներծծվող կարանյութ:

9. Հաշվի առնելով գալարակծկանքները՝ ցանկալի է ներծծվող կարանյութով կարը ձևավորել անընդհատ կարով, իսկ չներծծվող կարանյութով կարը՝ հանգուցակարով:

10. Աղեկարի կարևոր սկզբունք է նաև կլոր /գլանաձև/ կամ ծակող, իսկ առավել ցանկալի է ատրավմատիկ ասեղների կիրառումը:

11. Հաշվի առնելով ժամանակակից հնարավորությունները՝ աղեկարի դեպքում ցանկալի է կիրառել մոնոֆիլամենտ ներծծվող թելեր:

Բացի աղեկարի՝ ձեռքով ձևավորելու հնարավորություններից, գոյություն ունի մեխանիկական աղիքային կար: Այդպիսի կարը ձևավորվում է հատուկ ապարատների միջոցով, որոնք կարում են աղիքի պատը մետաղական Ս - ան փակագծերով /ամրացիչներով/: Ապարատները տարբերվում են իրենց կառուցվածքով և նախատեսված են մեկ կամ երկշար կարերի համար: Ապարատների կառուցվածքը նախատեսում է ոչ միայն վերքերի կարում, այլև միջաղիքային կամ ստամոքս-աղիքային բերանակցումների ձևավորում: Կան մեկփակագծանի /մեկ ամրացիչով/ ապարատներ՝ առանձին կարեր ձևավորելու համար:

Մարսողական ուղու օրգանների վիրահատություններ:

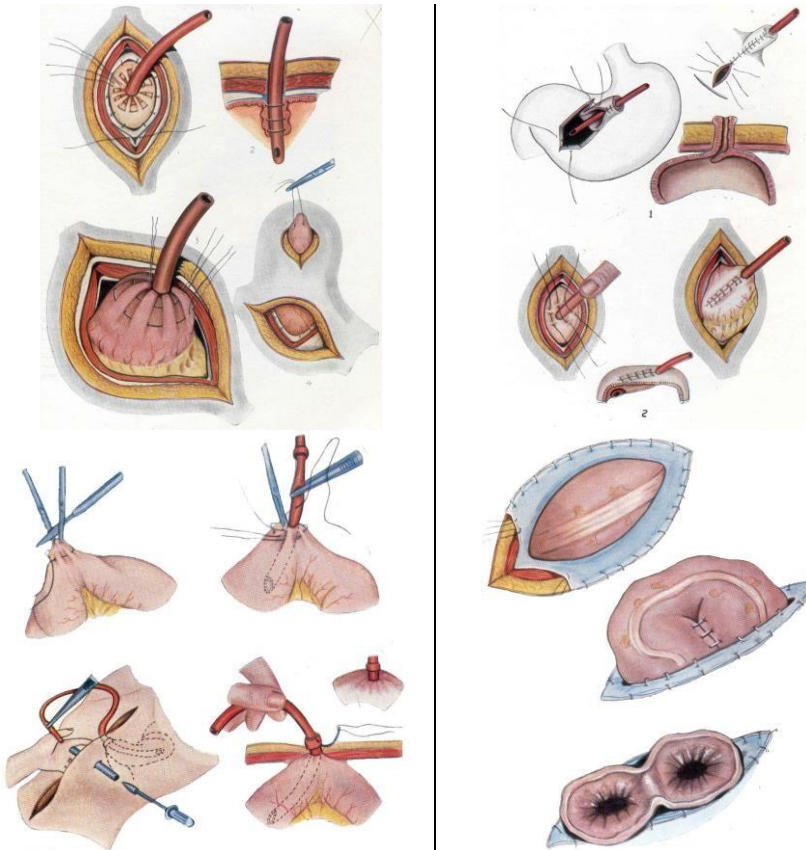
Սնամեջ օրգանի լուսանցքի բացում՝ -տոմիա

Ցանկալի է սնամեջ օրգանի լուսանցքը բացել էլեկտրաղիաթերմիկ դանակով, որն ունի մի շարք առավելություններ: Առաջին հերթին այս դեպքում կտրվածքն ավելի քիչ է արյունահոսում, երկրորդ՝ ավելի քիչ է վարակվում: Մինչ աղիքի լուսանցքի բացումը, տվյալ գալարը շրջապատում են թանգիֆե վիրախձուծներով՝ այն անջատելով որովայնի խոռոչից: Աղիքի լուսանցքը բացելու համար տվյալ

հատվածը վերցնում են ունելիներով և դրանց միջև հատում աղիքի պատի շերտերը հերթականությամբ: Շճամկանային շերտի հատումից հետո ունելիներով վերցնում են խորանիստ շերտերը՝ ենթալորձային, լորձային: Լուսանցքը բացելուց հետո անհրաժեշտ է պարունակությունն անմիջապես հեռացնել: Սնամեջ օրգանի լուսանցքի փակումը, կարումը իրականացվում է վերոհիշյալ կարերից որևէ մեկով՝ հաշվի առնելով աղեկարի ձևավորման բոլոր սկզբունքները:

Սնամեջ օրգանի խուղակի ձևավորում՝ -ստոմիա

Սնամեջ օրգանի արտաքին արհեստական խուղակի ձևավորման վիրահատությունը կատարվում է հիվանդին սնելու, անհրաժեշտ թերապևտիկ միջոցառումներ իրականացնելու, ստորադիր հատվածների անանցանելիության դեպքում աղիքային պարունակությունը հեռացնելու, ինչպես նաև մարսողական ուղու ստորադիր հատվածների ֆունկցիան անջատելու նպատակով: Վերջինս առավել բարենպաստ պայմաններ է ստեղծում ստորադիր հատվածների բերանակցումների, խոցերի, վերքերի լավացման համար: Ըստ խուղակների դասակարգման՝ տարբերում են ստամոքսի /գաստրոստոմա/, բարակ աղիքի /յեյուն- և իլեոստոմա/, հաստ աղիքի /կոլոստոմա/ խուղակներ (նկ.33):



Նկար 33.

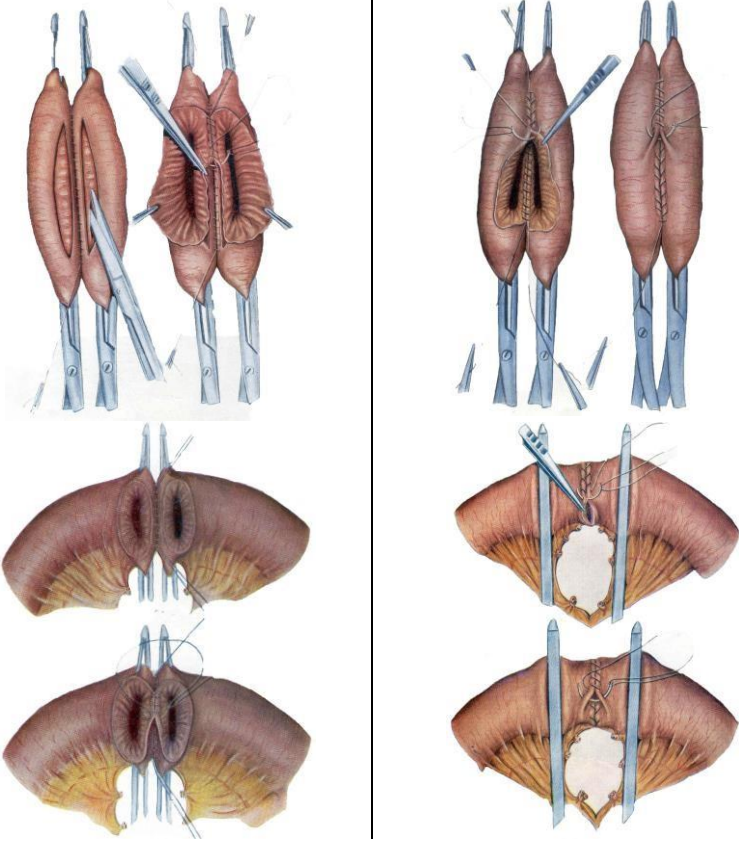
Ըստ կառուցվածքի՝ տարբերում են խողովակավոր /ժամանակավոր/, շրթնաձև /մշտական/ խողակներ: Խողովակավոր խողակը ձևավորվում է օրգանից դեպի որովայնի պատ, ընդ որում, խողակի ներքին մակերեսը պատված է շճաթաղանթով, օրինակ՝ ժամանակավոր գաստրոստոմայի խողակը: Շնորհիվ պատի ներքին մակերեսի այդ կառուցվածքի՝ խողակը հեռացնելուց հետո խողակը փակվում է ինքնուրույն:

Շրթնաձև խողակները ձևավորվում են վերքի մեջ կոնի ձևով՝ օրգանի առաջային պատը ձգելու միջոցով: Կոնի գագաթը բացում են,

դրա միջոցով լուսանցք են անցկացնում խողովակ: Լորձաթաղանթը կարում են մաշկին: Այս խողակի լուսանցքը պատված է լորձաթաղանթով: Շրթնաձև խողակների համար բնորոշ է այն, որ դրանք ինքնուրույն չեն փակվում, պահանջում են լրացուցիչ վիրահատական միջամտություններ: Հաստ աղիքի շրթնաձև խողակը կոչվում է նաև կղանքային խողակ: Ոչ լրիվ խողակների դեպքում կղանքային պարունակությունը դուրս է գալիս ինչպես խողակով, այնպես էլ հետանցքով, լրիվ խողակի դեպքում աղիքային պարունակությունը դուրս է գալիս միայն խողակով: Եթե աղիքային պարունակությունը չպետք է անցնի դեպի ստորաղիք հատվածներ, ապա ձևավորվում է արհեստական սրբան:

Մարսողական ուղու հատվածների միջև բերանակցումների ձևավորումը: Մարսողական ուղու հատվածների միջև բերանակցումների ձևավորման ցուցում է դրա ամբողջականության վերականգնումը: Սովորաբար բերանակցումը ձևավորվում է մարսողական խողովակի ախտահարված հատվածի մասնահատման և պրոքսիմալ ու դիստալ հատվածների միացման դեպքում: Երբեմն փոփոխված հատվածի ռեզեկցիայի անհրաժեշտության կամ հնարավորության բացակայության դեպքում կատարում են շրջանցող բերանակցման ձևավորում: Այսպիսի շրջանցող բերանակցման դեպքում միացնում են աղիքի բերող և տանող գալարները: Մարսողական ուղու հատվածի մասնահատումից հետո դրա ամբողջականությունը վերականգնում են հետևյալ մեթոդներից որևէ մեկով (նկ.34)՝

1. բերանակցում «ծայրը ծայրինե,
2. բերանակցում «կողքը կողքինե,
3. բերանակցում «ծայրը կողքինե, 4. բերանակցում «կողքը ծայրինե:



Նկար 34.

Տարբեր բերանակցումների համար կարի հիմնական տեսակ է երկշար կարը՝ անընդհատ ներքին շարք և արտաքին շառձառային կամ շճամկանային շարք, կարերի երկու շարքերն էլ կազմում են փակ շրջան և օղակաձև ընդգրկում են աղեգալարների բացվածքները: Տեխնիկական նպատակահարմարությունից ելնելով՝ տարբերում են բերանակցման երկու շուրթեր՝ առաջային և հետին: Բերող և տանող գալարների մոտեցումից հետո դրանց միջև դնում են շճամկանային կար, որը փաստորեն բերանակցման հետին շուրթի երկրորդ շերտն է:

Հետո բերանակցման հետին շուրթին դնում են կարի եզրային ներքին շարքը /բերանակցման հետին շուրթի առաջին շարքը/:

Բերանակցման լուսանցքը փակելու համար դնում են եզրային ներքին կար բերանակցման առաջային շուրթին /բերանակցման առաջային շուրթի առաջին շարքը/: Բերանակցման ձևավորման միջամտությունը ավարտվում է շճամկանային կարերով բերանակցման առաջային շուրթին /առաջային շուրթի կարերի երկրորդ շարքը/: Բերանակցումների ձևավորման կարևոր սկզբունքն այն է, որ շճամկանային կարերի երկրորդ շարքը միշտ պետք է ծածկի եզրային կարի առաջին շարքը: Ցանկացած բերանակցման ձևավորումից հետո շոշափելով որոշվում է դրա անցանելիությունը: Յուրահատուկ բազմազանությամբ և յուրօրինակությամբ առանձնանում են բերանակցումները ստամոքսի և բարակ աղիքի միջև: Գոյություն ունեն գաստրոէնտերոստոմիաների 4 տարբեր տեսակներ՝

1. առաջային առաջխթաղիքային,
2. հետին առաջխթաղիքային,
3. առաջային հետխթաղիքային,
4. հետին հետխթաղիքային:

Գաստրոէնտերոստոմոզի տեսակը պայմանավորված է նրանով, թե ստամոքսի որ՝ առաջային, թե՞ հետին պատի հետ է այն ձևավորվում /առաջային կամ հետին/, ինչպես նաև բարակ աղիքը ստամոքսի հետ բերանակցելու համար անցկացվում է միջաձիգ հաստ աղիքից առաջ, թե՞ հետ: Ճիշտ գործելու համար բերանակցումը պետք է ձևավորված լինի իզոպերիստալտիկ: Որոշ դեպքերում հնարավոր է նաև հակապերիստալտիկ բերանակցումների ձևավորում: Առաջային ստամոքս-աղիքային բերանակցման ձևավորման բարդություններից մեկը «արատավոր շրջանիե առաջացումն է, որը պայմանավորված է ստամոքսի պարունակության հոսքով դեպի երկար «բերող գալարե հակապերիստալտիկ ուղղությամբ: «Արատավոր շրջանիե

առաջացումը կանխարգելելու համար պետք է ձևավորվի միջադիքային բերանակցում «կողքը կողքիե /բրաունյան բերանակցում/՝ 10-12սմ հեռանալով ստամոքս-աղիքային բերանակցումից:

Օրգանի մի մասի հեռացման վիրահատություն՝ մասնահատում:

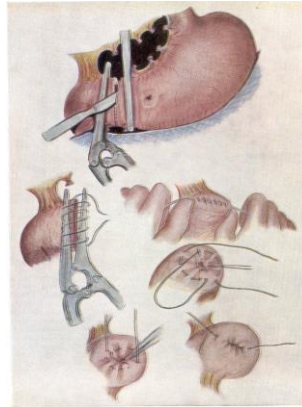
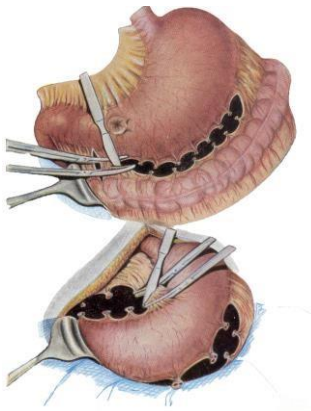
Ցանկացած օրգանի մի մասի հեռացումը՝ ռեզեկցիան, ներառում է երեք փուլ՝

1. օրգանի մոբիլիզացիա կամ կմախքացում,
2. օրգանի մասնահատում,
3. բերանակցման ձևավորում,

Օրգանի ռեզեկցիայի առաջին փուլի հիմքում ընկած է օրգանի անոթների կապումը, որի կատարման ժամանակ անհրաժեշտ է պահպանել մի շարք կանոններ: Ցանկալի չէ արյունականգ սեղմակների մեջ վերցնել հյուսվածքների մեծ հատվածներ, քանի որ դա կարող է առաջացնել երկու բարդություն՝

1. ծայրատի մեռուկացում՝ հետվիրահատական պերիտոնիտի զարգացմամբ,
2. դետերոզացված հատվածներ թողնելը, որը կարող է հանգեցնել կպումային հիվանդության զարգացմանը:

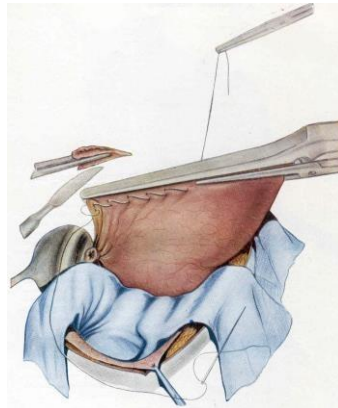
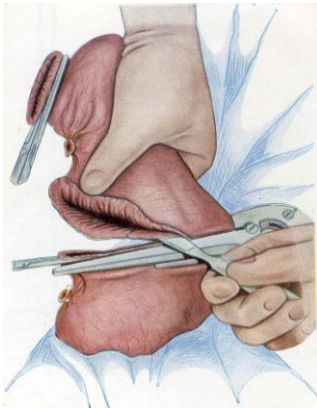
Վիրահատության երկրորդ փուլում կիրառվում են երկու տեսակի սեղմակներ՝ աղիքի փափուկ սեղմակ և կոշտ սեղմակ: Կոշտ սեղմակը տեղադրում են օրգանի հեռացվող, իսկ փափուկ սեղմակը՝ թողնվող մասի վրա (նկ.35): Ռեզեկցիայի հատվածը նախապես շրջապատում են թանձրիֆե վիրախձուծներով՝ կանխելու որովայնի խոռոչի վարակումը, և երկու սեղմակների միջև հատում են օրգանը: Եթե վիրահատությունը հնարավոր է ավարտել «ծայրը ծայրինե բերանակցումով, ապա անմիջապես կատարում են վիրահատության երրորդ փուլը՝ բերանակցում որևէ մեթոդով:

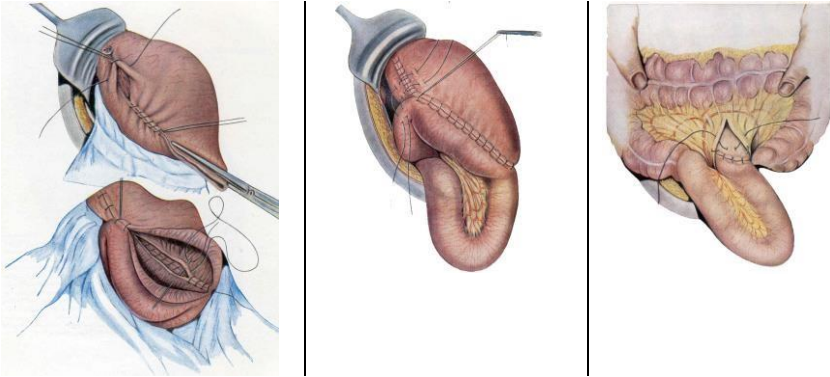


Նկար 35.

Այն դեպքերում, երբ վիրահատությունը պետք է ավարտվի «կողքը կողքին», «ծայրը կողքին», «կողքը ծայրին» բերանակցմամբ, ռեզեկցիայի և բերանակցման փուլերի միջև առաջանում է վիրահատության լրացուցիչ փուլ՝ միացման ենթակա ծայրատների մշակում: Ծայրատների մշակումը իրականացվում է աղիքային կարի ձևավորման ընդհանուր սկզբունքներով:

Այսպիսով, մարսողական ուղու սնամեջ օրգանի ռեզեկցիան ավարտվում է բերանակցման տեսակներից մեկի կատարմամբ: Այս վիրահատությունների տեխնիկան նկարագրված է վերը (նկ.36):

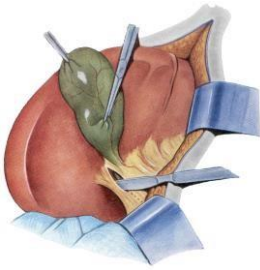




Նկար 36.

Օրգանի հեռացման վիրահատություն՝ -էկտոմիա:

Յուրաքանչյուր օրգանի, այդ թվում որովայնի խոռոչի օրգանի հեռացմանը նախորդում են այն արյունազրկելը կամ կմախքացումը և մոբիլիզացիան:



Այդ նպատակով, հիմնվելով տվյալ շրջանի տեղագրական անատոմիայի գիտելիքների վրա, կապվում են բոլոր անոթները, որոնք մասնակցում են հեռացման ենթակա օրգանի արյունամատակարարմանը:

Վիրահատության այս փուլի ավարտից

հետո կատարվում է երկրորդ փուլը՝

Նկար 37.

օրգանի հեռացումը (նկ.37):

Օրգանահեռացման վիրահատություններ են ապենդեկտոմիան, խոլեցիստեկտոմիան, գաստրեկտոմիան, հեմիկոլեկտոմիան և այլն:

Այս վիրահատությունների տեխնիկայի նկարագրությունը կքննարկվի վիրաբուժության հատուկ բաժիններում:

**ԹԵՄԱ 9. ՀԵՏՈՐՈՎԱՅՆԱՄԶԱՅԻՆ ՏԱՐԱԾՈՒԹՅԱՆ ԵՎ
ԿՈՆՔԻ ՕՐԳԱՆՆԵՐԻ ՕՂԵՐԱՏԻՎ
ՎԻՐԱԲՈՒԺՈՒԹՅՈՒՆ**

Օրգանների վիրահատությունների ժամանակ կիրառվող օպերատիվ մեթոդները: Դրանք են՝ հարերիկամային բլոկադայի կատարումը, վիրահատական մուտքերը երիկամների, միզաձորանների, միզապարկի վիրահատությունների դեպքում, պարապրոկտիտների վիրահատությունները, կոնքի օրգանների վերքերի վիրաբուժական մշակումը, միզապարկի անհետաձգելի միջամտությունների տեխնիկան:

Հարերիկամային բլոկադայի կատարման մեթոդը

Հարերիկամային բլոկադայի ազդեցության մեխանիզմը երիկամների, ատրտայի, միզաձորանների շուրջը ինֆիլտրացիայով նյարդային հյուսակների բլոկադան է նովոկաինի լուծույթով:

Ցուցումներն են՝

- երիկամային խիթ, լյարդային խիթ,
- լեղուղիների դիսկինեզիա,
- խոլեցիստիտ,
- պանկրեատիտ,
- պերիտոնիտ,
- դինամիկ աղիքային անանցանելիություն,
- ստորին վերջույթների զարկերակների

օբլիտերացնող հիվանդություններ:

Հիվանդի դիրքը: Հիվանդը պառկած է առողջ կողմի վրա՝ որովայնի կողմնային պատի տակ բարձ դրված: Բլոկադայի կողմում ոտքը

մեկնած է, իսկ առողջ կողմի ոտքը ծալված է կոնքագորային և ծնկային հոդերում: Ասեղը անցկացնում են 12-րդ կողի և ողնաշարը ուղղող մկանի կազմած անկյունում: Պունկցիայի համար նախատեսված երկար ասեղը (նախապես անզգայացնելով մաշկը և խորանիստ հյուսվածքները) անցկացնում են մաշկին ուղղահայաց և աստիճանաբար ուղղում են դեպի երիկամ: Ասեղի ներս տանելը ուղեկցվում է 0,25%-անոց նովոկաինի լուծույթի ներարկմամբ: Ասեղը ներս տանելուն զուգընթաց՝ հաճախ ներարկիչը անջատում են ասեղից՝ նովոկաինի հոսքի դադարը նկատելու նպատակով: Ասեղից նովոկաինի հոսքի դադարումը պարանեֆրալ տարածություն մտնելու ցուցանիշ է: Բլոկադա կատարելու համար հարերիկամային տարածություն են ներարկում 60-100մլ 0,25%-անոց նովոկաինի լուծույթ: Նովոկաինի լուծույթը այդ ժամանակ ողողում է երիկամային, մակերիկամային և ընդերային նյարդային հյուսակները՝ դրանց բլոկադայի ենթարկելով: Գոտկային շրջանում լարվածություն և ցավ առաջացնելու դեպքում անհրաժեշտ է դադարեցնել նովոկաինի ներարկումը:

Երիկամների վիրահատությունների մուտքեր: Դեպի երիկամ մուտքը մեծապես պայմանավորված է ախտաբանական պրոցեսի բնույթով: Տարբերում են դեպի երիկամ արտաորովայնամզային և ներորովայնամզային մուտքեր: Արտաորովայնամզային առավել հաճախ կիրառվող մուտքը Իզրայելի կտրվածքն է: Կտրվածքը սկսում են 12-րդ կողի մեջտեղից, տանում են առաջ և ներքև՝ մինչև զստոսկրի կատար՝ կտրվածքի գիծը տանելով վերջինից 1-2 սմ ներս: Կտրվածքը, տանելով ավելի ներքև՝ դեպի ցայլային շրջան, կարելի է մերկացնել միզածորանի կոնքային հատվածը: Վերքը դեպի վեր տանելով՝ կարելի է մերկացնել երկամը, որի դեպքում հաճախ անհրաժեշտ է լինում կատարել 12-րդ կողի մասնահատում: Կտրվածքը դեպի վեր տանելը հաճախ կարող է նպաստել թոքամզային թերթիկների վնասմանը: Շերտ առ շերտ հատելով ներքին թեք, լայնական մկանները և

լայնական փակեղը՝ մերկացնում են հարերիկամային ճարպաբջջանքը և առպատային որովայնամզի անցումային ծալքը: Առպատային որովայնամիզը բուժ եղանակով անջատում են միջայնորեն: Պատուհանավոր ատրավմատիկ սեղմակով բռնում են առպատային որովայնամիզը, ձգում են վեր, մերկացնում են հարերիկամային բջջանքի առաջային և հետին մակերեսները, որոնք ծածկված են բավական պինդ փակեղով: Հետին մակերեսով՝ ավելի մոտ լյարդի ուռուցիկ մակերեսին, փակեղը հատում են և երիկամը մերկացնում: Ճարպային պատիճի հատումով հաջողվում է մերկացնել երիկամի ստորին բնեռը, որից հետո հնարավոր է մոտենալ և անջատել միզածորանը, հետո մոտենալ երիկամի ավազանին:

Ֆյոդորովի կտրվածքը սկսվում է 12-րդ կողի մակարդակից կամ դրանից վեր և շարունակվում է թեք-հորիզոնական ուղղությամբ դեպի որովայնի միջին գիծը՝ մինչև ուղիղ մկանի արտաքին եզրը: Անջատելով որովայնային պարկը միջայնորեն, ձգելով մկանները վերև և ներքև՝ կարելի է հեշտությամբ մերկացնել երիկամի առաջային մակերեսը, դրունքը՝ երիկամի ոտիկը և երիկամի ավազանը միզածորանի վերին հատվածի հետ: Որովայնի խոռոչը բացելուց հետո առպատային որովայնամզի հետին թերթիկը հատում են լայնական ուղղությամբ մինչև խթաղու եզրը, անջատում են այն դեպի վեր և ներքև, սուր եղանակով երիկամի առաջային մակերեսից առանձնացնում են որովայնամզի հետին թերթիկը խթաղու հետ: Անմիջապես տեսանելի են դառնում երիկամի առաջային մակերեսը և դրա ոտիկը:

Փոքր կոնքի օրգանների վերքերի վիրաբուժական մշակում: Փոքր կոնքի օրգանների վերքերի առաջնային վիրաբուժական մշակման դեպքում անհրաժեշտ է հաշվի առնել դրանց խոր տեղակայումը: Վիրահատության ժամանակ արմատապես հատում և հեռացնում են վնասված հյուսվածքները: Լայնորեն հատում են նաև ճարպաբջջանքի շերտերը, որոնք խանգարում են վերքի պարունակության

արտահոսքին: Փոքր կոնքի օրգանների վնասվածքները հաճախ ուղեկցվում են կոնքի ոսկրերի կոտրվածքներով, որը խիստ ծանրացնում է հիվանդի վիճակը:

Կոնքի օրգանների վնասվածքների դեպքում բոլոր վիրահատությունները կատարվում են ընդհանուր անզգայացմամբ:

Կոնքի ոսկրերի բաց կոտրվածքների դեպքում մշակելիս հեռացնում են բոլոր անջատված բեկորները և ոսկրակրծիչով կտրում են ոսկրերի սուր եզրերը մինչև վերնոսկրով ծածկված և կենսունակ, արնահոսող հատվածները: Միզապարկի որովայնային հատվածի վնասվածքների դեպքում վերքի վրա դնում են երկշար կար. առաջին շաբթը՝ ներծծվող կարանյութով՝ առանց լորձաթաղանթը վերցնելու, երկրորդ շաբթը՝ շճամկանային կարեր՝ չներծծվող կարանյութով:

Միզապարկի մեջ ճնշման մեծացումը և կարերի անբավարարությունը կանխարգելելու նպատակով անցկացվում է միզային կաթետեր:

Միզապարկի արտաորովայնամզային հատվածների վնասման դեպքում վերքերը կարում են երկու շաբթով: Վիրահատությունը ավարտում են վերցայլային խուղակի ձևավորմամբ: Եթե միզապարկի արտաորովայնամզային վերքը կարել չի հաջողվում, ապա ձևավորում են վերցայլային խուղակ, և լայնորեն դրենավորում են հարմիզապարկային ճարպաբջջանքը:

Ուղիղ աղիքի ներորովայնային հատվածի վնասման դեպքում որովայնահատումից հետո աղիքի վերքը կարում են երկշար կարերով, ծածկում, պերիտոնիզացիայի են ենթարկում ճարպոնով, ձևավորում են սիզմոստոմա:

Ուղիղ աղիքի արտաորովայնամզային հատվածի վնասումների դեպքում, երբ չի հաջողվում վերքը կարել, անհրաժեշտ է պայմաններ ապահովել դրա լավացման համար՝ ստեղծել արհեստական սրբան և լայնորեն դրենավորել կոնքի ճարպաբջջանքը: Պայմանավորված վերքի խողովակի ուղղությամբ՝ ուղիղ աղիքին շրջապատող

ճարպաբջջանքի դրենավորումը իրականացվում է պարասնալ, պարասակրալ, պոչուկային կտրվածքներով:

Պարապրոկտիտների օպերատիվ բուժումը: Ըստ տեղակայման՝ պարապրոկտիտները բաժանվում են հետևյալ տեսակների՝ ենթամաշկային, ենթալորձային, իշիոռեկտալ, պելվիոռեկտալ:

Ենթամաշկային պարապրոկտիտների դեպքում

կտրվածքը կատարում են անմիջապես փափկեցման հատվածի վրա:

Ենթալորձային պարապրոկտիտների դեպքում բուժումը ուղիղ աղիքի լուսանցքի կողմից լորձաթաղանթի հատումը և թարախակույտի բացումն է: Հատման ուղղությունը երկայնական է: Հատումից անմիջապես հետո վերքը մշակում են հականեխիչներով /անտիսեպտիկներով/, աղիքի լուսանցք են մտցնում քսուքով վիրակապ:

Իշիոռեկտալ պարապրոկտիտների դեպքում կատարում են աղեղնաձև կտրվածք ինֆիլտրատի բարձրության վրա՝ հետանցքից հեռանալով 4 սմ: Հականեխիչներով մշակելուց հետո աղիքի լուսանցք են անցկացնում քսուքով տամպոն:

Պելվիոռեկտալ թարախակույտերի դեպքում ռեկտալ հայելիով բացում են հետանցքը, ուղիղ աղիքի կողմից հաստ ասեղով կատարում են թարախակույտի պունկցիա, ասեղի ուղղությամբ բացում են թարախակույտը, խոռոչի մեջ տեղադրում են դրենաժային խողովակ: Կանանց դեպքում պելվիոռեկտալ թարախակույտը բացում են նաև հեշտոցի հետին կամարով:

Միզապարկի անհետաձգելի որոշ միջամտությունների տեխնիկան

Միզապարկի վերցայլային պունկցիա

Ցուցումներ՝

- միզապարկի կաթետերիզացիայի անհնարինություն, միզուկի վնասվածքներ,

- որոշ դեպքերում կլինիկական, մանրէաբանական հետազոտության համար մեզ վերցնելիս:

Միզապարկի առաջային պատի պունկցիան որովայնի պատի միջով պետք է կատարվի արտաորովայնամզային ուղիով: Այդ նպատակով ասեղը անցկացնում են վերցայլային հորիզոնական ծալքից ներքև:

Հիվանդի դիրքը մեջքի վրա է կռնքի բարձր դիրքով:

Պունկցիայի համար կիրառում են 150-200մմ երկարությամբ և 1մմ տրամագծով լուսանցքով ասեղ, ասեղին միացնում են խողովակ՝ մեզի արտահոսքը կարգավորելու համար: Ասեղը մտցնում են մաշկին ուղղահայաց միջին գծով՝ ցայլային սիմֆիզից 2-3 սմ վեր: Հաջորդականորեն ծակում են մաշկը, ենթամաշկային ճարպաբջջանքը, մակերեսային փակեղը, որովայնի սպիտակ գիծը, հարմիզապարկային ճարպաբջջանքը և միզապարկի պատը: Մեզը հեռացնելուց հետո ասեղը հանում են:

Միզապարկի բարձր հատում

Ցուցումներ՝

- միզապարկի քարեր,
- միզապարկի օտար մարմիններ,
- միզուկի վնասվածքներ,
- շագանակագեղձի ուռուցք:

Վիրահատական մուտքը. միջին գծով կատարում են մաշկի, ենթամաշկային ճարպաբջջանքի, մակերեսային փակեղի, որովայնի սպիտակ գծի կտրվածք: Վերքի եզրերը բրգաձև մկանների հետ քաշում են մի կողմ: Հատում են ներորովայնային փակեղը և մերկացնում են հարմիզապարկային ճարպաբջջանքը: Բուրձ ձևով հարմիզապարկային բջջանքը և փակեղը ձգում են վեր և մերկացնում միզապարկի առաջային պատը: Միզապարկի գագաթի շրջանում որովայնամզի լայնական ծալքը ճարպաբջջանքի հետ զգուշորեն ձգում են դեպի վեր:

Տեխնիկան. միզապարկի առաջային պատին տեղադրում են երկու հաստ կետգուտե կար, որոնք վերցնում են միայն մկանային շերտը: Այդ թելերը ձգելիս միզապարկի վրա առաջանում է լայնական ծալք, որը հատում են 1-1,5 սմ երկարությամբ կտրվածքով /կատարում են ցիստոտոմիա/:

Միզապարկի լուսանցք անցկացնում են հատուկ լայն կաթետեր կամ դրենաժային խողովակ 1,5 սմ տրամագծով՝ ծայրին կողմնային անցքերով: Դրենաժային խողովակը ֆիքսում են նախապես միզապարկի վրա դրված կետգուտե կարերով: Որովայնի պատի վերքի վերին եզրով դրենաժային խողովակը դուրս է հանվում, վերքի մնացած մասը շերտ առ շերտ կարվում է: Հարմիզապարկային տարածությունը դրենավորում են բարակ դրենաժով:

ԹԵՄԱ 10. ՈՍԿՐԵՐԻ, ՀՈՂԵՐԻ, ՋԼԵՐԻ ԵՎ ՆՅԱՐԴԵՐԻ ՎԻՐԱՀԱՏՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՀԻՄՆԱԿԱՆ ՍԿՋԲՈՒՆՔՆԵՐԸ

Ոսկրերի վիրահատությունների բազմաթիվ տեսակներից այս բաժնում ուսումնասիրվելու են օստեոտոմիաները և ոսկրերի մասնահատումը՝ ռեզեկցիան:

Օստեոտոմիան (ոսկրահատում) կատարվում է հատուկ օստեոտոմների կամ դուրերի օգնությամբ: Տվյալ վիրահատությունը հաճախ կատարվում է ոսկրերի դեֆորմացիան շտկելու նպատակով՝

- դիաֆիզի դեֆորմացիա (անկյունային, ռոտացիոն և այլն),
- մետաֆիզային հատվածի դեֆորմացիա (ոսկրերի կոտրվածքների ոչ ճիշտ սերտաձման դեպքում),
- արթրոզեն կոնտրակտուրաները վերացնելու նպատակով:

Օստեոտոմիան ոսկրերը երկարացնելու և կարճացնելու նպատակով կատարվող վիրահատությունների հիմնական փուլերից մեկն է:

Ոսկրերի վրա վիրահատական մուտք իրականացնել կարելի է միայն տվյալ շրջանի տեղագրությունն ուսումնասիրելուց հետո.

- Փափուկ հյուսվածքների հատումը պետք է կատարել շրջանի անոթանյարդային խրձերի ուրվագծերից դուրս:
- Եթե օստեոտոմիան ընդգրկում է ոսկրի փոքր հատված, ապա փափուկ հյուսվածքների հատման համար կատարվող կտրվածքը չպետք է շատ երկար լինի: Ոսկրերի դիաֆիզի մերկացումը մեծ տարածության վրա մեծացնում է վերնոսկրի վնասման հավանականությունը, որն իր հերթին դժվարացնում է ոսկրերի ամբողջականության վերականգնումը:
- Եթե վիրահատությունը պահանջում է ոսկրերի մերկացում մեծ տարածության վրա, ապա ոչ ճիշտ ընտրված փափուկ հյուսվածքների փոքր կտրվածքը մեծապես նեղացնում է վիրահատական դաշտի տեսանելիությունը, որն իր հերթին նվազեցնում է վիրահատական գործողությունների ճշգրտությունը և մեծացնում յաթրոգեն վնասումների հավանականությունը:

Օստեոտոմիաները լինում են՝

1. գծային, երկայնաձիգ,
2. միջաձիգ,
3. անկյունային,
4. աղեղնաձև,
5. Z-աձև,
6. թեք (տարբեր հարթություններով և տարբեր անկյան տակ),
7. ձևավոր:

Վիրահատության ժամանակ օստեոտոմիայի ձևը ընտրելիս պետք է առաջնորդվել հետևյալ սկզբունքներով.

1. Ոսկրերի հատված եզրերի շփման մակերեսները պետք է լինեն հնարավորինս մեծ (դա շատ կարևոր է ոսկրերի ամբողջականության վերականգնումը արագացնելու համար):
2. Վիրահատությունը ավարտելուց հետո պետք է ապահովել ոսկրերի լիարժեք անշարժացում նպաստավոր դիրքում:

Օստեոտոմիա կատարելու ընթացքում ոսկրի այն հատվածը, որը օստեոտոմի կամ դուրի կտրող եզրի տակ է. մուրճով հարվածելու ժամանակ ենթարկվում է բարձր ճնշման: Որպեսզի այս ճնշման հետևանքով յաթրոգեն կոտրվածքներ չառաջանան, մինչ մուրճով հարվածելը ոսկրի այդ հատվածի տակ տեղադրում են բարձիկներ:

Ոսկրերի դիաֆիզար հատվածը հատելու համար օստեոտոմիայի դեպքում հնարավոր է օգտագործել նաև ձեռքի թերթասողոց, աղեղնասողոց կամ Ջիլի լարասողոց:

Ոսկրերի մասնահատում (ոսկրի ռեզեկցիա)՝ ոսկրի մի մասի հեռացում: Այս վիրահատության անհրաժեշտությունը առաջանում է ոսկրի աուտոտրանսպլանտատ (ինքնափոխպատվաստանյութ) վերցնելու, ոսկորը կարճացնելու, ոսկրերի դեֆորմացիան վերացնելու և ոսկրերի ուռուցքները հեռացնելու դեպքում:

Տարբերում են ոսկրերի մասնահատման բազմաթիվ ձևեր: Պայմանավորված ոսկրերի հեռացվող մասերի չափերով՝ տարբերում են՝

- եզրային կամ պատուհանաձև մասնահատում (առանց ոսկրերի անընդհատության խախտման),
- սեզմենտային մասնահատում (ոսկրերի անընդհատության խախտումով):

Ըստ վերնոսկրի մշակման ձևերի՝ տարբերում են՝

- ենթավերնոսկրային մասնահատում,
- վերնոսկրի միջով կատարված մասնահատում:

Հաշվի առնելով ժամանակի գործոնը՝ տարբերում են՝

1. վերջնական մասնահատում (երբ ոսկրը հեռացվում է մշտապես),
2. ժամանակավոր մասնահատում (երբ ոսկրի հեռացված մասը վերադարձվում է իր նախկին տեղը որոշակի մշակում կատարելուց հետո):

Եզրային մասնահատումները կատարվում են հետևյալ երկու եղանակով.

- Վերջնական մասնահատման եղանակն իրականացվում է, երբ ախտաբանական օջախը ոսկրերի եզրերում է:
- Ժամանակավոր մասնահատման եղանակը օգտագործում են այն դեպքերում, երբ ստեղծում են վիրահատական մուտք դեպի ներոսկրային տեղակայում ունեցող ախտաբանական օջախ:

Սեզմենտային մասնահատում կատարում են ենթավերնոսկրային եղանակով: Այս վիրահատությունները հնարավոր է ավարտել երկու եղանակով.

1. Առանց ոսկրի դիաֆիզար հատվածի երկարության պահպանումը (երբ ոսկրի երկարությունը կարճացվում է հեռացվող հատվածի չափով): Այս դեպքում ոսկրերի եզրերը համադրելու և ֆիքսացիայի համար կիրառում են օստեոսինթեզի եղանակներից որևիցե մեկը:
2. Ոսկրի դիաֆիզար հատվածի երկարությունը պահպանելով, որը պլաստիկ եղանակով կամ Իլիզարովի ապարատը կիրառելով իրականացվում է հեռացված ոսկրի դեֆեկտի վերականգնմամբ:

Ենթավերնոսկրային սեզմենտային մասնահատումը օգտագործվում է ոսկրային պլաստիկայի նպատակով

փոխապատվաստանյութ վերցնելու համար (օրինակ՝ ստորին ծնոտի դեֆեկտի պլաստիկ փոքր ոլոքի ռեզեկցված սեզմենտի օգնությամբ):

Հոդերի վիրահատություններ: Հոդերի վիրահատությունների ցուցումներ են հոդերի բորբոքային հիվանդությունները, հոդի հետվնասվածքային և դիստրոֆիկ փոփոխությունները, հոդերի արատները և այլն:

Հոդի պունկցիա: Հոդի պունկցիան իրականացվում է ախտորոշիչ նպատակներով ստացված հեղուկը հետազոտելու համար կամ արթրոսկոպիայի դեպքում հոդային մակերեսների և կապանների անմիջական ուսումնասիրության համար:

Հոդը բուժելու նպատակով կատարված պունկցիայի դեպքում հեռացվում է ախտաբանական հեղուկը և հոդի խոռոչ ներարկվում դեղորայք, հեռացվում են ախտաբանական փոփոխության ենթարկված փափուկ հյուսվածքները և աճառը (էնդոփիղեոփիրաբուժական եղանակի դեպքում), վերցնում են նյութեր հյուսվածքաբանական հետազոտության համար (բիոպսիա):

Հոդի պունկցիա կատարելիս պետք է հետևել հետևյալ պարտադիր սկզբունքներին.

1. Ասեղի ուղղությունը պետք է համապատասխանի հոդային ճեղքի հարթությանը:
2. Ասեղի ներմղման խորությունը պետք է որոշվի հոդաշապիկը ծակելու նպատակով՝ ներարկման զգացումով:
3. Վերջույթը պետք է ունենա համապատասխան դիրք:
4. Ասեղի ներմղման կետը պետք է որոշվի ոսկրային հատուկ ուրվակետով:

Արթրոտոմիա՝ հոդի լուսանցքի բացում, հոդաշապիկի հատում: Ըստ իրականացվող նպատակի՝ արթրոտոմիան կարող է լինել ինքնուրույն վիրահատություն կամ էլ որպես վիրահատական մուտք և սկզբնական ծառայող բաց հոդի որևիցե համալիր վիրահատական

եղանակի համար, օրինակ՝ հողի ռեզեկցիայի (հողային մակերեսների ամբողջական կամ մասնակի հեռացում):

Իբրև ինքնուրույն վիրահատություն՝ արթրոտոմիան լինում է երկու տեսակի՝

1. իսկական կամ ասեպտիկ արթրոտոմիա,
2. դրենավորող արթրոտոմիա:

Իսկական արթրոտոմիան իրականացվում է կոնտրակտուրաների դեպքում առաջացած փոփոխված հողաշապիկի լարվածությունը վերացնելու, ուշացած հողախախտերը ներուղղելու, անկլիոզների դեպքում արթրոպլաստիկա և արթրոլիզ իրականացնելու, տուբերկուլյոզի և ուռուցքների դեպքերում հողի ռեզեկցիայի, հողի խոռոչից օտար մարմիններ հեռացնելու և մենիսկների վնասվածքների վիրահատական բուժման նպատակով:

Դրենավորող արթրոտոմիան իրականացվում է հողի խոռոչից հեղուկի, թարախի, արյունային մակարդուկների, ախտաբանական փոփոխությունների ենթարկված աճառային և ոսկրային հյուսվածքները հեռացնելու նպատակով:

Արթրոտոմիան իրականացնելիս կիրառում են կտրվածքների հետևյալ ձևերը՝

- գծային (վայրաձիգ, թեք, միջաձիգ),
- S-աձև,
- աղեղնաձև,
- գուգակցված (կոմբինացված):

Վիրահատական մուտքի անսխալ կիրառումը պայմանավորված է հետևյալ պարտադիր սկզբունքների կիրառմամբ՝

- վերջույթին տալ համապատասխան դիրք,
- կտրվածքը կատարել շրջանի անոթանյարդային խրճերի ուրվագծերից դուրս,

- Ճիշտ օգտվել ներվիրահատական ուրվագծերով՝ ջլոնների, մկանային ակոսների և այլն:

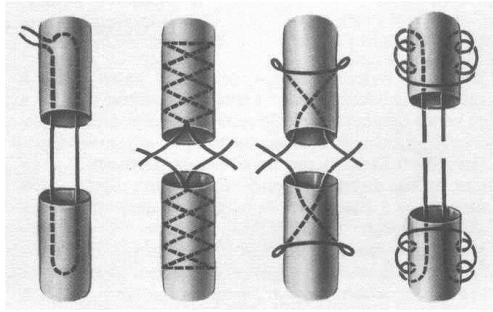
Ջլակար: Ջլակարի հիմնական ցուցումներ են վնասվածքները: Ըստ ջլակարերը իրականացնելու ժամկետի՝ տարբերում են երեք տեսակի ջլակար.

- Առաջնային ջլակար, որը դրվում է առաջին ջիլը վնասվելուց հետո 4-6 ժամվա ընթացքում: Առաջնային ջլակարը չի թույլատրվում դնել աղտոտված վերքերում, երբ առկա է ջլի հյուսվածքի մեծ դեֆեկտ:
- Երկրորդային վաղ ջլակար: Այս կարը դրվում է ջլի վնասումից 4-6 շաբաթ անց:
- Երկրորդային ուշ ջլակար, որն իրականացվում է, երբ ջլի վնասումից անցել է 6 շաբաթ և ավելի ժամանակ:

Ջլակարը իրականացնելիս պետք է առաջնորդվել հետևյալ ընդհանուր սկզբունքներով.

- Կարը պետք է ամուր ֆիքսի ջլի վնասված և կարված եզրերը բավական երկար ժամանակահատվածում:
- Կարը պետք է լինի տեխնիկապես հեշտ կիրառելի:
- Կարը չպետք է վնասի ջլի անոթավորումը:
- Ջլակարը պետք է ապահովի ջլի սահող մակերեսի հարթությունը և սահունությունը:

Ջլակարի հիմնական նպատակը ջլի վնասման հետևանքով առաջացած հատված եզրերի միացումն է ամբողջ հարթությամբ և այդ դիրքում ֆիքսումը 3-4 շաբաթների ընթացքում (նկ.38):



Նկար 38.

Պատահաբար ջլի եզրերը պարտադիր խնայողաբար հատվում են սուր դանակով և հարթեցվում: Այն դեպքում, երբ ջիլը վնասված է սուր գործիքով և վնասված եզրերը հարթ են, կարը դնելուց առաջ եզրերը մշակվում են միայն հականեխիչ նյութով: Մկանների կրճատման պատճառով վերքի մեջ կատարվում է ջլի վնասված եզրերի հեռացում: Երբ վերքի մեջ հայտնաբերում են վնասված ջլի եզրերը, դրանք մշակում և կարում են մետաքսով՝ ապահովելով այն ամրության աստիճանը, որն անհրաժեշտ է տվյալ ջլի աշխատանքի համար:

Պայմանավորված ջլերի վնասման մակարդակով և բնույթով՝ կարող են կիրառվել ջլակարի տարբեր եղանակներ: Առավել հաճախ կիրառվում են ջլակարի հետևյալ տեսակները՝ Շվարցի, Լանգեի, Կյունենյի կարերը:

Այս կարատեսակներից ամենահասարակը Շվարցի ջլակարն է: Սա կիրառվում է այն դեպքում, երբ ջիլը կարելիս այն փեղեքվում է, և այլ ջլակար կիրառելու հնարավորություն չկա: Շվարցի կարը դրվում է հետևյալ կերպ՝ ջլի վնասված երկու եզրերի վրա դրվում են շրջանաձև լիգատուրաներ, որոնք միացվում են միմյանց հանգուցակարերով:

Լանգեի կարը: Կարը դրվում է մեկ երկար թելով: Երկու ասեղով ֆիքսում են ջլի եզրերը: Թելերը մոտեցնում են ջլի եզրերը և կապվում են այնպես, որ հանգույցը ջլի արտաքին երեսին լինի և ջլի սահունությունը չխանգարվի: Լրացուցիչ դրվում են նաև մակերեսային բարակ կարեր:

Կյունեոյի կար: Սա հաճախակի կիրառվող ջլակար է: Կարի առանձնահատկությունն այն է, որ կարաթելը ջլի հետ կազմում է մի ամբողջականություն, հանգույցները և կարանյութը ջլի հաստոյան մեջ են և չեն խանգարում ջլի սահունոյթանը: Այս կարը դրվում է երկու ուղիղ ասեղներով, որոնք դրված են միևնույն մեկ թելի վրա: Վնասված ջլի կենտրոնական և ծայրամասային եզրերը կարվում են միջաձիգ և թեք հարթություններով, որից հետո կապվում են միմյանց: Ջլակարը դնելուց հետո վերջույթը ֆիքսում են ֆիզիոլոգիական դիրքում շինաների կամ գիպսային կապի օգնութամբ:

Նյարդակար: Նյարդակարի ցուցումներ են նյարդերի վնասումները: Նյարդի վնասված եզրերը պետք է կարել վերքերի առաջնային վիրաբուժական մշակման ընթացքում. այս կարը անվանում են առաջնային կար:

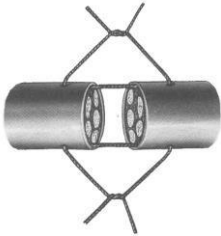
Վնասված նյարդի եզրերը կարելու նպատակն է մոտեցնել վնասված նյարդի կենտրոնական և պերիֆերիկ եզրերի նորմալ ստրուկտուրաները, որպէսզի կենտրոնական հատվածից աճող աքսոնները թափանցեն պերիֆերիկ հատված, որտեղ աքսոնները և իրենց միելինային թաղանթները ենթարկվում են փոփոխությունների:

Վաղաժամ ուշ նյարդակար կատարվում է վնասումից 3-4 շաբաթ անց (եթէ վերքի առաջնային վիրաբուժական մշակման ընթացքում հնարավոր չէ կատարել նյարդակարում):

Երկրորդային նյարդակարերը կիրառվում են վնասումից որոշ ժամանակ անց (4-6 շաբաթ կամ տարիներ անց): Այս դեպքում սպիական հյուսվածքներից հայտնաբերում և դուրս են բերում վնասված նյարդի եզրերը: Անհրաժեշտ է լինում կատարել մեծ կտրվածքներ, հայտնաբերել նյարդի հիմնական ցողունը, հատել սպիական հյուսվածքները և հատված նյարդի եզրերը կարել միմյանց: Նյարդի սպիական հյուսվածքներից դուրսբերումը անվանում են ներդիգ:

Նյարդակարի տեսակներն են՝ էպիներալ և պերիներալ կարեր:

Էպիներալ կարը դրվում է բարակ թելով, բարակ կլոթ ասեղով: Վնասված նյարդի եզրերը հատվում են շատ սուր դանակով, որպեսզի եզրերը հարթ լինեն: Էպիներիումը մերկացնում են և կարելով համադրում են կենտրոնական ու պերիֆերիկ եզրերը: Նյարդի եզրից 2մմ հեռավորության վրա դրվում է մակերեսային կար, որն ընդգրկում է միայն էպիներիումը: Երկու կարաբռնիչների միջև նույն խորությամբ



դրվում են հանգուցակարեր, որոնց օգնությամբ վնասված եզրերը մոտեցվում են այնքան, որ եզրերի միջև լինի 1-2մմ

(նկ.39):

Կարված նյարդը տեղադրում են անփոփոխ հյուսվածքներից նախօրոք պատրաստված բունոցի մեջ:

Նկար 39.

Էպիներալ կարի համար բացարձակ

ցուցում են մատների նյարդերի վնասվածքը, նյարդի ոչ լրիվ վնասումը, նյարդի ներինոմայի հեռացումը:

Պերիներալ կար: Վերականգնում է նյարդի ամբողջականությունը պերիներիումի մոտեցմամբ: Այս կարը, ի տարբերություն էպիներալ կարի, լավագույն պայմաններ է ստեղծում վերքի ամբողջականությունը արագ վերականգնելու համար:

Նյարդը կարելուց հետո վերքը վերականգնվում է, և վերջույթն անշարժացվում է գիպսային վիրակապով 3-4 շաբաթվա ընթացքում:

Ամպուտացիաներ. հնագույն վիրահատություններից մեկն է: Ամպուտացիան վերջույթի կամ որևէ այլ օրգանի պերիֆերիկ մասի հեռացումն է (օրինակ՝ ազդրի, արգանդի ամպուտացիա և այլն):

Վերջույթի հեռացումը հողի մակարդակով անվանում են էկզարտիկուլյացիա:

Ցուցումներ՝

- վնասվածքներ, վերջույթի պոկում, վերջույթի ջնջխում, IIIIV աստիճանի այրվածքներ և ցրտահարություններ,
- անոթային հիվանդություններ, որոնք ուղեկցվում են վերջույթի մեռուկացումով, դիաբետիկ փտախտ, որն ուղեկցվում է վարակված բարդությամբ, օբլիտերացնող էնդարտերիտ,
- բորբոքային հիվանդություններ, քրոնիկական օստեոմիելիտ, հողերի թարախային բորբոքումներ,
- չարորակ ուռուցքներ,
- բնածին արատներ (սինդակտիլիա) և այլն:

Ամպուտացիա կատարելիս պետք է ուղղորդվել պրոթեզավորման պահանջներով՝ ձգտել ձևավորել այնպիսի ծայրատ, որը հնարավորություն կտա հիվանդին հեշտությամբ հենվել պրոթեզի վրա և օգտագործել այն:

Այդպիսի ծայրատը անվանում են կատարյալ ծայրատ:

Ժամանակակից պրոթեզների կառուցվածքը այնպիսին է, որ դրանք ունեն խառը հենարանի հնարավորություն: Այն ներառում է ուղղակի հենվելը ծայրատի վրա և անուղղակի հենարանը կողմնային երեսներին:

Ծայրատի հնարավոր օգտագործումը պրոթեզավորման համար պայմանավորված է դրա երկարությամբ, ձևով, փափուկ հյուսվածքների և ոսկրի փոփոխման աստիճանով, հենարան հանդիսանալու հնարավորությամբ:

Ըստ ժամկետների՝ տարբերվում են առաջնային, երկրորդային, ուշ և կրկնակի (ռեամպուտացիա) ամպուտացիաներ:

- Առաջնային ամպուտացիան կատարվում է վերքերի առաջնային վիրաբուժական մշակման ժամանակ առաջին 24 ժամերի ընթացքում, մինչև վերքի մեջ բորբոքային բարդության զարգանալը:
- Երկրորդային ամպուտացիան կատարվում է ավելի ուշ ժամանակահատվածում, բորբոքային պրոցեսի զարգացման կամ վերքային պրոցեսի բարդացման պայմաններում, երբ հիվանդի կյանքին վտանգ է սպառնում, իսկ պահպանողական և վիրաբուժական միջոցառումները արդյունավետ չեն:
- Ուշ ամպուտացիան իրականացվում է ծանր՝ բուժման չենթարկվող օստեոմիելիտների դեպքում, որոնք կարող են առաջացնել ներքին օրգանների փոփոխություններ՝ վտանգելով հիվանդի կյանքը: Այս ամպուտացիայի ձևը կիրառվում է նաև մեծաքանակ անկիլոզների դեպքում, որոնք հանգեցնում են վերջույթի անշարժացմանը ոչ ֆունկցիոնալ դիրքում:
- Կրկնակի ամպուտացիան (ռեամպուտացիան) կատարվում է նախկինում կատարված ամպուտացիայի ոչ բավարար արդյունքների դեպքում, երբ ձևավորված ծայրատը արատավոր է, կամ էլ զարգացել է ծայրատի օստեոմիելիտ, որը թույլ չի տալիս ծայրատի օգտագործումը պրոթեզավորման համար:

Ամպուտացիայի փուլերը հետևյալն են՝

- փափուկ հյուսվածքների հատում և լաթի ձևավորում,
- վերնոսկրի մշակում և ոսկրի հատում,
- անոթների մերկացում և կապում,
- նյարդերի մշակում,
- ծայրատի ձևավորում և վերքի փակում:

Ելնելով առաջին փուլի (փափուկ հյուսվածքների անջատում) առանձնահատկություններից՝ տարբերում են ամպուտացիաների երկու եղանակ.

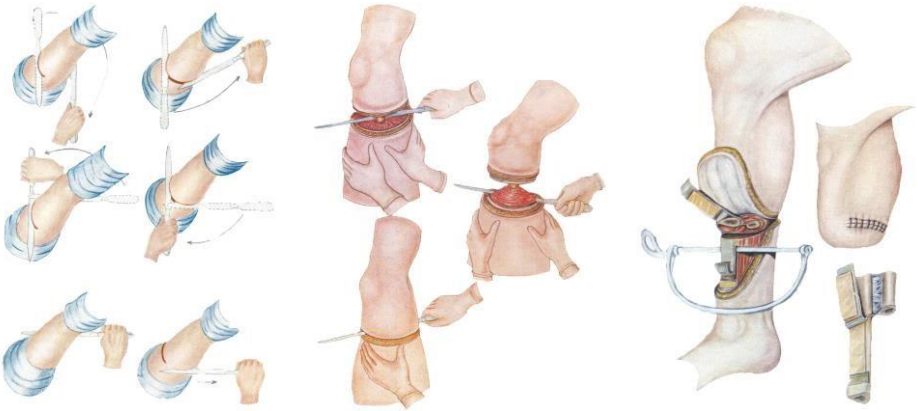
- Շրջանաձև կամ ցիրկուլյար եղանակ, որի դեպքում կտրվածքը ուղղահայաց է վերջույթի առանցքին (հաճախ օգտագործվում է ազդրի և բազկի ամպուտացիաների դեպքում):
- Լաթաձև, երբ փափուկ հյուսվածքները հատվում են մեկ կամ երկու լաթերի ձևով (հիմնականում օգտագործվում է սրունքի և նախաբազկի ամպուտացիաների դեպքում):

Շրջանաձև ամպուտացիաներն իրենց հերթին բաժանվում են միանվագ, երկնվագ և եռանվագ տեսակների:

Միանվագ ամպուտացիաների դեպքում մաշկը և երթամաշկային բջջանքը նախապես տեղաշարժում են պրոքսիմալ, և բոլոր փափուկ հյուսվածքները հատվում են միանվագ: Գիյոտինային ամպուտացիան շրջանաձև ամպուտացիայի այն տեսակն է, որի դեպքում բոլոր փափուկ հյուսվածքները և ոսկրը հատվում են միանվագ՝ միևնույն հարթությամբ ու մակարդակով, առանց մաշկի և ենթամաշկի նախնական տեղաշարժի: Այս վիրահատության առավելությունը արագ իրականացումն է: Եղանակը կիրառվում է անաերոբ վարակի դեպքում:

Երկնվագ և եռանվագ եղանակների կիրառման դեպքում առաջին փուլով հատում են մաշկը, ենթամաշկը և մակերեսային փակեղը: Երկրորդ փուլով կրճատված մաշկի մակարդակի սահմաններով հատում են մակերեսային մկանները: Երրորդ փուլով փափուկ հյուսվածքները հատուկ ռետրակտորի օգնությամբ տեղաշարժվում են պրոքսիմալ և այդ մակարդակի հարթությամբ հատում են ոսկրին կպչող խորանիստ մկանները: Այդ նույն մակարդակով հատվում է նաև ոսկորը (նկ.40): Այս եղանակը հնարավորություն է տալիս ոսկրի

կտրված ծայրատը թաքցնելու փափուկ հյուսվածքներից առաջացած բրգի մեջ:



Նկար 40.

Լաթաձև ամպուտացիաների դեպքում լաթերը ձևավորելիս կատարում են հատուկ հաշվարկներ: Օրինակ՝ մեկ լաթի դեպքում լաթի երկարությունը պետք է համապատասխանի վերջույթի տրամագծին: Երկլաթանի ամպուտացիաների դեպքում երկու լաթերի ընդհանուր երկարությունը պետք է համապատասխանի վերջույթի տրամագծին, ընդ որում, լաթերից մեկը միշտ մյուսից մեծ է:

Լաթերի հաշվարկը կատարելիս պետք է հաշվի առնել այն հանգամանքը, որ մաշկի կրճատումը ծավվող մակերեսներում միշտ ավելի մեծ է, քան հակառակ կողմում:

Պայմանավորված նրանով, թե որ հյուսվածքներն են ընդգրկված լաթի մեջ, տարբերում են ֆասցիապլաստիկ, միոպլաստիկ և ոսկրապլաստիկ ամպուտացիաներ:

Գոյություն ունեն ոսկրի մշակման երկու եղանակ՝ ապերիոստալ և սուրպերիոստալ:

Ապերիոստալ ոսկրի հատումը կատարելու համար նախապես շրջանաձև կտրվածքով հատում են վերնոսկրը և սուր եղանակով ոսկրաքերիչի (ռասպատորի) օգնությամբ հեռացնում են այն ոսկրի

հատման գծից մոտ 2 մմ ներքև: Այս եղանակը այնքան էլ չի արդարացնում իրեն, քանի որ վերնոսկրից անջատված ոսկրը զրկվում է անոթավորումից և կարող է ենթարկվել մեռուկացման, որը ծայրատի շրջանում առաջացնում է սեկվեստրներ և օստեոֆիտներ:

Սուբպերիօստալ ոսկրը հատելու դեպքում վերնոսկրը շրջանաձև հատում են և շրջադարձ ծալում են ոսկրի վրա (մանժետի ձևով) պրոքսիմալ ուղղությամբ 1-2 մմ չափերով: Ոսկրը հատելուց հետո առաջացած սուր եզրերը հարթեցվում են կրծանների օգնությամբ: Ոսկրի մակարդակով հարթեցվում է նաև վերնոսկրը: Ներկայումս այս եղանակը հաճախ է կիրառվում:

Հիմնական անոթները գտնում և կապում են՝ հիմնվելով վերջույթի տեղագրական անատոմիայի գիտելիքների վրա: Անոթները պարտադիր մերկացվում և անջատվում են շրջակա հյուսվածքներից, որը թույլ է տալիս անոթակապը տեղադրել անմիջապես անոթի պատին:

Նախապես վերջույթի վրա տեղադրված ռետինե լարանը հանելուց հետո առաջացած արյունահոսությունը մանր անոթներից դադարեցվում է անոթակապի կամ էլեկտրակոագուլյացիայի օգնությամբ:

Բոլոր վնասված նյարդերը, այդ թվում նաև մաշկայինները կարիք ունեն հատուկ մշակման: Սա կանխարգելում է հետևյալ բարդությունները՝ ֆանտոմային ցավերը, ծայրատի շրջանի խիստ արտահայտված ցավերը և այլն: Նյարդի մշակումը ներառում է նյարդի հայտնաբերումը և վերքի մեջ դուրսբերումը, սուբէպիննրալ 2%-անոց նովոկաինի 2-4մմ ներարկումը և նյարդի հատումը փափուկ հյուսվածքների մակարդակից 4-6սմ բարձր: Հատումը կատարում են միանվագ շարժումով սուր դանակով: Այս եղանակով մշակված ծայրատում կանխարգելվում է ներինոմայի առաջացումը և դրա ընդգրկումը սպիակաձև հյուսվածքի մեջ: Որոշ դեպքերում նյարդի մեջ

ներարկում են բացարձակ սպիրտ կամ սկլերոզ առաջացնող այլ քիմիական նյութ:

Ամպուտացիան ավարտվում է հակադիր (անտագոնիստ) մկանների կարով՝ միողեզ: Միողեզը խիստ կարևոր է ֆունկցիոնալ աշխատող վերին վերջույթների պրոթեզներ ստանալու համար:

Վիրահատությունը ավարտելուց հետո վերքը շերտ առ շերտ վերականգնվում է՝ սեփական փակեղը կարվում է առանձին կարերով, վերքի անկյուններում թողնվում են դրենաժներ:

Վերջույթը գիպսային վիրակապով անշարժացվում է ֆունկցիոնալ դիրքում, որը վերքում ստեղծում է լիակատար հանգիստ և կանխարգելում է բարդությունների առաջացումը:

Թեմատիկ թեստերի օրինակներ

1. Ո՞ր սկզբունքներն են ընկած վերքերի առաջնային վիրաբուժական մշակման հիմքում.

1. բոլոր հրազենային վերքերը վարակված են
 2. վերքի արդյունավետ հատումը լավագույն հակամանրէային միջոցառումն է
 3. բոլոր մեռուկացված և վարակված հյուսվածքները պետք է հեռացվեն
 4. վերքը պարտադիր պետք է դրենավորել
 5. հետվիրահատական շրջանում պարտադիր նշանակել հակաբիոտիկներ
- ա) 1,3,4,5 բ) 1,2,3 գ) 1,4,5 դ) 1,3,5

2. Որոնք են կետգուտի և մետաքսի հիմնական թերությունները.

1. ռեակտոզ են են
 2. ունեն պատրոյգային հատկություն
 3. մոնոֆիլամենտ են
 4. կենսաբանորեն իներտ են
 5. առաջացնում են ասեպտիկ նեկրոզ
- ա) 1,2,5 բ) 1,2,3 գ) 3,4 դ) 4,5

3. Հետին գանգափոսի վրա վիրահատություն կատարելիս

հիվանդի դիրքը պետք է լինի՝ ա) մեջքի վրա

բ) կողքի վրա՝ ուղղված ոտքերով

գ) փորի վրա

դ) կողքի վրա՝ ծալած ոտքերով

4. Գանգի բեկորային և ներմղված կոտրվածքների դեպքում վիրահատությունը ցուցված է՝

1. կոմատոզ վիճակի զարգացման դեպքում

2. ներգանգային արյունահոսության ախտանիշերի առկայության դեպքում

3. կարծրենու վնասման ախտանիշերի առկայության դեպքում
4. ականջներից արյունային արտադրության առկայության դեպքում
ա) 1,3,4 բ) 1,2,3,4 գ) 1,4 դ) 2,3

5. Անատոմիական ո՞ր գոյացության նկատմամբ ունեցած փոխհարաբերությամբ պայմանավորված է վիրահատությունն է կոչվում վերին, ստորին և միջին տրախեոստոմիա. ա) մատանիաձև աճառի
բ) վահանաճառի
գ) կորճուկրի
դ) վահանագեղձի նեղուցի

6. Նշվածներից որ՞ը անհետաձգելի տրախեոստոմիա չէ՝
ա) վերին շնչուղիների օտար մարմինները
բ) բրոնխոպնևմոնիան
գ) շնչափողի ավերգիկ այտուցը
դ) շնչափողի ստենոզը չարորակ ուռուցքի դեպքում

7. Ինչպիսի՞ կտրվածքներ են կիրառվում պարանոցի կրծոսկրանրակապտկաձևային շրջանի վերքերի առաջնային վիրաբուժական մշակման դեպքում՝ ա) միջաձիգ
բ) վայրաձիգ
գ) թեք
դ) կոմբինացված

8. Որո՞նք են պարանոցի օտար մարմինները հեռացնելու ցուցումները.
1. օտար մարմնի հեշտ հասանելիությունը
2. ճնշումը խոշոր նյարդերի վրա
3. ճնշումը խոշոր անոթների վրա
4. շնչափողին մոտ գտնվելը
5. ըմպանին և կերակրափողին մոտ գտնվելը
ա) 1,2,3 բ) 3,4,5 գ) 1,4,5 դ) 2,3,4

9. Նշվածներից ո՞ր կտրվածքն է կիրառվում կրծքավանդակի վերքերի առաջնային վիրաբուժական մշակման դեպքում՝

ա) մաշկի և մկանների վերքը հատում են ձվաձև կտրվածքով՝ առողջ հյուսվածքների սահմանում

բ) մաշկի և մկանների վերքը հատում են շրջանաձև կտրվածքով՝ առողջ հյուսվածքների սահմաններից դուրս

գ) մաշկի և մկանների վերքը չեն հատում

դ) կտրվածքը կատարվում է վերքի կենտրոնով, որը բավարար է վերքի հիմքը զննելու համար

10. Կրծքավանդակի վերքերի առաջնային վիրաբուժական մշակումից հետո հիմնական հանգուցավոր կարերը շերտ առ շերտ տեղադրվում են՝
ա) կրծքավանդակի առավել մակերեսորեն տեղակայված մկանների վրա
բ) կրծքավանդակի առավել խորանիստ մկանների վրա

գ) բոլոր մկանային շերտերով

դ) մաշկի և ենթամաշկային ճարպաբջջանքի վրա

11. Թարախի բավարար արտահոսքի համար կաթնագեղձի կտրվածքը պետք է բավարարի հետևյալ պահանջները՝

1. կտրվածքի երկարությունը պետք է ավելին լինի, քան վերքի խորությունը

2. կաթնագեղձում թարախակույտի բարձր դասավորության դեպքում կատարում են լրացուցիչ կտրվածք՝ կոնտրապերտուրա (հակաբացվածք),

3. կտրվածքի երկարությունը պետք է փոքր լինի, քան վերքի խորությունը, 4. թարախակույտի տեղակայումից անկախ, լրացուցիչ կտրվածք՝ կոնտրապերտուրա, չպետք է կատարել

ա) 1,2,3

բ) 2,3,4

գ) 1,4

դ) 1,2

12. Ո՞ր պահանջի խախտման հետևանք է հետկաթնագեղձային բջջանքի թարախային պրոցեսի անցումը ներկաթնագեղձայինի.

ա) հետկաթնագեղձային ֆլեգմոնայի բացահատման դեպքում մակերեսային փակեղի հատումը պետք է կատարել կաթնագեղձից վերև
բ) հետկաթնագեղձային ֆլեգմոնայի բացահատման դեպքում մակերեսային փակեղի հատումը պետք է կատարել կաթնագեղձից ներքև
գ) հետկաթնագեղձային ֆլեգմոնայի բացահատման դեպքում մակերեսային փակեղի կտրվածքը պետք է փոքր լինի
դ) հետկաթնագեղձային ֆլեգմոնայի բացահատման դեպքում մակերեսային փակեղի հատումը պետք է կատարել նախնական պունկցիայից հետո

13. Ի՞նչ նպատակով է կատարվում ախտորոշիչ լապարատոմիան.

- ա) որովայնի խոռոչի օրգանների վիրաբուժական միջամտության նպատակով
- բ) ախտորոշման վերջնական հաստատման և որովայնի խոռոչի օրգանների վիրաբուժական միջամտության հնարավորությունը որոշելու նպատակով
- գ) լաբորատոր հետազոտության արդյունքները հաստատելու նպատակով
- դ) որովայնի խոռոչի ադեկվատ դրենավորման նպատակով

14. Միջային լապարատոմիայի դեպքում նորմալում նպատակահարմար է պորտը շրջանցել՝ ա) աջից

- բ) ձախից
- գ) վերևից
- դ) ներքևից

15. Հետևյալ գործոններից որո՞նք չեն նպաստում հետվիրահատական պերիտոնիտի զարգացմանը որովայնի խոռոչի վիրաբուժական միջամտությունների դեպքում.

- 1. որովայնի պատը առաձգական է և հեշտությամբ կարող է ձգվել
- 2. որովայնամիզն ունի առանձնահատուկ զգայունություն մանրէների նկատմամբ

3. որովայնի պատի մկանները միշտ հատվում են որովայնահատման ժամանակ

4. որովայնահատման ժամանակ որովայնամիզը միշտ բացվում է 5. մարսողական ուղու լուսանցքը հաճախ բացվում է որովայնի խոռոչի վիրահատությունների ժամանակ

ա) 1,2,4 բ) 1,3 գ) 1,3,5 դ) 1,4,5

16. Առավել հաճախ կիրառվող երկշար աղիքային կարն ընդգրկում է կարի հետևյալ շարքերը.

1. արտաքին շարք, որն անցնում է աղեպատի բոլոր շերտերով
2. արտաքին շարք, որն անցնում է միայն շճային և մկանային շերտերով
3. ներքին սեպտիկ շարք
4. ներքին ասեպտիկ շարք 5. արտաքին վարակված շարք

ա) 1,2,3 բ) 1,4 գ) 2,3 դ) 3,4,5

17. Օստեոտոմիա իրականացնելու համար որո՞նք են պարտադիր սկզբունքները.

1. վիրահատությունն ավարտելուց հետո պետք է ապահովել ոսկրերի լիարժեք անշարժացումը նպաստավոր դիրքում 2. ոսկրերի հատված եզրերի շփման մակերեսները պետք է հնարավորինս մեծ լինեն
3. ոսկրերի կտրվածքը պետք է ուղղահայաց լինի փափուկ հյուսվածքների կտրվածքին
4. փափուկ հյուսվածքների հատումը պետք է երկու անգամ ավելի մեծ լինի, քան ոսկրերի հատումը

ա) 1,3 բ) 2,3 գ) 1,2 դ) 2,4

18. Ո՞ր սկզբունքներին պետք է հետևել հոդի պունկցիա կատարելու համար.

1. ասեղի ուղղությունը պետք է համապատասխանի հոդային ճեղքի հարթությանը

2. ասեղի ներմղման խորությունը պետք է որոշվի հողաշապիկի ծակման մակարդակով՝ ներանկման զգացումով
3. վերջույթը պետք է ունենա համապատասխան դիրք
4. ասեղի ներմղման կետը պետք է որոշվի ոսկրային հատուկ ուրվակետով
- ա) 1,3 բ) 1,2,3 գ) 1,2,3,4 դ) 2,3,4

ԲՈՎԱՆԴԱԿՈՒԹՅՈՒՆ

ԳԼՈՒԽ I Ընդհանուր վիրաբուժություն

- Թեմա 1. Ստացիոնարում վիրաբուժական օգնության կազմակերպումը, վիրաբուժական հիվանդների կլինիկական հետազոտության առանձնահատկությունները: Վիրաբուժական հիվանդի հիվանդության պատմության սխեմա-----
Հ.Ա.Բարսեղյան
- Թեմա 2. Ասեպտիկա և անտիսեպտիկա: Վիրաբուժական գործիքների, վիրակապակյան նյութերի և վիրահատական սպիտակեղենի վարակազերծում-----

Մ. Մ. Միրիջանյան
- Թեմա 3. Արյունահոսություն-----
Ռ. Մ. Կուրդիկյան, Վ. Հ. Հովհաննիսյան
- Թեմա 4. Արյան փոխներարկում, փոխներարկման հիմնական ձևերը--
Վ. Հ. Հովհաննիսյան
- Թեմա 5. Վերքեր և վերքային վարակ-----
Հ.Ա.Բարսեղյան
- Թեմա 6. Վերքերի բուժման սկզբունքները, առաջին օգնությունը-----
Պ. Ռ. Հակոբյան, Ա. Գ. Հասապյան

- Թեմա 7. Փակ վնասվածքների ընդհանուր հարցեր: Վնասվածքային շուկ: Փափուկ հյուսվածքների, գլխուղեղի և խոռոչների փակ վնասվածքներ--
Մ. Մ. Միրիջանյան, Հ. Վ. Մանուկյան
- Թեմա 8. Հոդախախտերի և կոտրվածքների բուժման հիմնական սկզբունքները: Դեամուրգիա: Բինտային վիրակապերի հիմնական տեսակները: Վիրակապություն-----
Մ. Մ. Միրիջանյան, Ա. Հ. Մինասյան
- Թեմա 9. Այրվածքներ: Այրվածքային շուկ: Ցրտահարություն-----
Հ. Վ. Սարուխանյան, Ա. Հ. Մինասյան
- Թեմա 10. Վիրաբուժական վարակ և թարախաբորբոքային հիվանդություններ-----
Պ. Ռ. Հակոբյան, Ա. Գ. Հասասյան
- Թեմա 11. Վիրաբուժական վարակ և թարախաբորբոքային հիվանդություններ (շարունակություն): Գազային անաերոբ գանգրենա-----
Պ. Ռ. Հակոբյան, Ա. Ս. Բաղդասարյան
- Թեմա 12. Քրոնիկական սպեցիֆիկ վիրաբուժական վարակի ընդհանուր հարցեր----- Ռ. Գ. Մուրադյան, Ռ. Ն. Մեսրոպյան
- Թեմա 13. Մակաբուժային վիրաբուժական հիվանդություններ-----
Ռ. Գ. Մուրադյան, Ռ. Ն. Մեսրոպյան
- Թեմա 14. Մեռուկ: Փտախտ: Տրոֆիկ խոց: Խուղակ: Պառկելախոց-----
Ա. Ա. Չախոյան, Ս. Ա. Ստեփանյան
Թեմատիկ թեստերի օրինակներ-----

ԳԼՈՒԽ II Օպերատիվ վիրաբուժություն

- Թեմա 1. Օպերատիվ վիրաբուժությունն առարկան: Վիրահատության հիմնական սկզբունքները: Վիրահատությունների դասակարգումը, փուլերը, անվանումները, վիրաբուժական գործիքների I-V խմբերը-----
Ս.Լ.Օրդույան
- Թեմա 2. Հյուսվածքների միացման և անջատման հիմնական սկզբունքները: Վերքերի առաջնային վիրաբուժական մշակումը: Արյունահոսության դադարեցում: Անոթները կապելու հիմնական սկզբունքները-----
Ս.Լ.Օրդույան
- Թեմա 3. Գլխի օպերատիվ վիրաբուժություն: Գլխի վերքերի առաջնային վիրաբուժական մշակման
առանձնահատկությունները-----
Ս.Լ.Օրդույան
- Թեմա 4. Պարանոցի օպերատիվ վիրաբուժություն: Պարանոցի վերքերի առաջնային վիրաբուժական մշակման
առանձնահատկությունները-----
Ս.Լ.Օրդույան
- Թեմա 5. Կրծքավանդակի օպերատիվ վիրաբուժություն:
Կրծքավանդակի վերքերի առաջնային վիրաբուժական
մշակման հիմնական սկզբունքները: Վիրահատությունները հեմո-պնևմոթորաքսի դեպքում: Միրտը կարելու հիմնական սկզբունքները-----
Ս.Լ.Օրդույան

- Թեմա 6. Կրճքագեղձի օպերատիվ վիրաբուժություն: Մեկտորալ մասնահատում: Մաստեկտոմիա: Ավշային համակարգով մետաստազների տարածման ուղիները-----
 --
 Ս.Լ.Օրդույան
- Թեմա 7. Որովայնի առաջային պատի օպերատիվ վիրաբուժություն: Որովայնահատման մուտքեր: -----
 Ս.Լ.Օրդույան
- Թեմա 8. Որովայնի առաջային պատի ճողվածքների վիրահատությունների հիմնական սկզբունքները: Որովայնի խոռոչի օպերատիվ վիրաբուժություն-----
 ---- Ս.Լ.Օրդույան
- Թեմա 9. Հետորովայնամզային տարածության և կոնքի օրգանների օպերատիվ վիրաբուժություն-----
 Ս.Լ.Օրդույան
- Թեմա 10. Ոսկրերի, հոդերի, ջլերի և նյարդերի վիրահատությունների հիմնական սկզբունքները-----
 Ս.Լ.Օրդույան
- Թեմատիկ թեստերի օրինակներ-----